

מנגנון הקפיטציה הישראלי והקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל*

עירית זמורה, דב צ'רניחובסקי, עמיר שמואלי

1. מבוא וסיכום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן "החוק"), אשר הוחל בראשית 1995 מבטיח, לכאורה, לכל תושב במדינה שירותי רפואה באופן שוויוני ויעיל באמצעות קופות-החולים. החוק מגדיר את "סל שירותי הבריאות", הניתן על-ידי הקופות וקובע שהשירותים הכלולים בסל "יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח"¹. כן מגדיר החוק את המקורות למימון הקופות ואת אופן הקצאת מקורות אלו, ומוסיף ומציין ש"שירותי הבריאות הכלולים בסל... יינתנו במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות-החולים..."

מנגנון הקפיטציה הוא המכשיר המרכזי באמצעותו נעשית הקצאת מקורות אלה לקופות. כ-72 אחוז מסך ההוצאה הציבורית על שירותי רפואה בישראל, שהם כ-60 אחוז מסך ההוצאה הלאומית לבריאות ב-2000, מופנים למערכת באמצעות מנגנון זה. הפעלתו כחלק מיישום החוק בשנת 1995 הביאה למהפכה בהקצאת המשאבים למערכת הבריאות². המנגנון שיפר את ההקצאה לפחות בהיבט של צדק חברתי, בכך שהחיל מנגנון הקצאה אוניברסלי על כל תושבי המדינה באמצעות המוסד לביטוח לאומי. המנגנון מעניק לכל קופה כספים בעיקר לפי גילם של מבוטחיה ואינו מותנה בהכנסותיהם של מבוטחים אלה וברמת הגבייה מהם על-ידי הקופות, כפי שהיה ערב החוק.

מאחר שמנגנון הקפיטציה הוא אמצעי מרכזי להקצאת מקורות מימון ציבוריים למערכת הבריאות, הוא גם מכשיר מרכזי ליישום מדיניות

* המאמר פורסם על-ידי המרכז בגירסה רחבה ומפורטת יותר ביולי 2003.

¹ החוק, 1994.

² המנגנון איננו ביטוחי במובן שהוא צריך לפצות על הוצאות צפויות בפועל. נהפוך הוא, הוא עשוי להפלות לטובת אוכלוסיות חלשות על מנת להשיג יותר שוויוניות ויתר יעילות במובן של השגת רמת בריאות גבוהה יותר באוכלוסייה.

במערכת. מבנה המנגנון ויישומו הם במידה ניכרת הביטוי הפיננסי למבנה המערכת, לאופן ניהולה (במפורש או מכללא), לקדימויותיה ולתפיסת הצדק החברתי שלה. יצוין כי גם אם המדיניות שביסוד הקצאת המשאבים אינה ברורה או מאופיינת דיה, המנגנון מכתוב למעשה מדיניות מאחר שטמונות בו מערכות תמריצים, המשפיעות על התנהגות המערכת.³

על אף חשיבותו המכרעת של מנגנון הקפיטציה לגבי תפקוד מערכת הבריאות בישראל נעשו בו רק עדכונים ותיקונים מינוריים מאז 1995. זאת, למרות, שמאז הצטבר ידע רב בנושא זה בישראל ובכלל.⁴ העבודה נועדה לבחון מחדש את מנגנון הקפיטציה הישראלי מבחינת יעילותו ביחס למטרות מערכת הבריאות הישראלית ותפקודה.

ראוי לזכור, כי ישנם כמה מנגנוני הקצאה למימוש הזכויות הציבורית לשירותי בריאות בישראל. ההקצאה ל"תוספת השנייה"⁵ היא החלק הארי של המימון, והיא מבוצעת באמצעות מנגנון הקפיטציה. בנוסף לכך חלק זה נהנה משני מקורות מימון נוספים: השתתפויות עצמיות וביטוחים משלימים, שאינם מובנים במנגנון.⁶ ההקצאה ל"תוספת השלישית" נעשית באמצעות תקצוב ישיר למשרד הבריאות; וההקצאה לטיפולים, שהם בתוקף חקיקה שונה מ"החוק", היא בעיקר באמצעות שיטות תשלום ישיר לספקים של המוסד לביטוח לאומי.

משמעות המצב, שאין אפשרות לבצע מדיניות בריאות אחידה, הקושרת באופן ישיר בין מנגנוני ההקצאה השונים. אין אפשרות, למשל, להעביר מקורות מטיפולים רפואיים במערכת האשפוז הכללי לטיפול ממושך, ובפרט לטיפול בקהילה. חוסר היכולת להעביר מקורות בין סעיפי הקצאה שונים פוגע ביעילות ההקצאה הציבורית. יש לכך השפעה שלילית גם בהיבט של שוויוניות עקב חוסר אפשרות להעביר הקצאה בין קבוצות אוכלוסייה שונות לפי צרכים.

³ Chernichovsky, Bolotin, de Leeuw, 2003.

⁴ בעדכונים נכללים הוצאת תחום היולדות ועדכון בסיסי הנתונים ב-1997 והוספת מחלה קשה ב-1998.

⁵ "התוספת השנייה" - כלל השירותים שניתנו ערב החלת החוק על-ידי קופת-החולים הכללית.

⁶ מנגנונים אלה פוגמים מראש בתפקוד המנגנון בהיותם אמצעים, במפורש ומכללא, למימון מבוטחים על-ידי המבוטחים עצמם, במובן של אי-רצון ואי-יכולת לשלם, גם השתתפויות וגם ביטוח משלים, ועל ידי הקופות על ידי יכולת זיהוי מבוטחים רצויים ופחות רצויים (ראה בהרחבה במאמר המלא).

הבחינה על ממדיה השונים מעלה שתי מסקנות עיקריות: ראשית, הפרטנציאל של מנגנון הקפיטציה מוגבל מראש, נוכח העובדה שהוא משמש, כאמור, למימוש רק חלק מהתקציב הציבורי לבריאות; דהיינו המנגנון מבטא את החלוקה בין המסגרות הציבוריות השונות העוסקות בשירותי הרפואה בישראל⁷. ושנית, גם החלק אותו המנגנון משמש – התקציב אשר נועד להקצות משאבים ל"תוספת השנייה" באמצעות קופות-החולים על-ידי השתתפויות בתשלום וביטוחים משלימים – פוגעים באפקטיביות שלו, כמכשיר למדיניות שוויונית. על כן מבורכות המלצות "ועדת אמוראי" לביטול ההשתתפות בתשלום. כן יש לשקול דרכים להסדרת הביטוחים המשלימים בצורה שלא יהפכו מכשיר למיין מבוטחים בקבלתם לקופות ובשירות שהם מקבלים.

הבחינה בהיבט של המנגנון עצמו ושל הידע והנתונים העומדים לרשותנו מהוה את הבסיס להמלצות, אותן ניתן להחיל במנגנון הקפיטציה הקיים היום. אלה הן ההמלצות:

- (1) יש לראות בצורה ברורה במנגנון הקפיטציה מכשיר לביצוע מדיניות ולא מכשיר ביטוחי בלבד; היינו מכשיר אשר נועד לעודד אפליה מתקנת ולמנוע אפליה שאינה כזו.
- (2) יש לעדכן בדחיפות את המנגנון הקיים לפחות באמצעות מידע קיים ביחס לשימוש בשירותי רפואה לפי קבוצות גיל.
- (3) יש לדאוג ששינויים בתקצוב הבריאות ובסל הבריאות מסיבות דמוגרפיות ("הזדקנות") וטכנולוגיות, כמו גם שינויי מחירים, יתבטאו בשינויים מתאימים שיחולו במנגנון ההקצאה לצורך מימושם היעיל והשוויוני של שינויי התקצוב והזכאות. שינויים בתקצוב ותוספת הקצאה להזדקנות אוכלוסייה, למשל, שאינם באים לידי ביטוי בשינויים במנגנון ההקצאה או הקפיטציה אינם אפקטיביים מבחינת מטרותיהם, כמו הקצאה לקשישים במקרה זה.
- (4) יש "לעדן" את שקלול קבוצות הגיל בנוסחה הישראלית, בכך שקבוצות הגיל תהיינה בנות 5 שנים, וכן להוסיף כמה קבוצות גיל מעל 75. ביחס לילדים – יש להגיע לחלוקה מפורטת אף יותר.

⁷ החוק כולל ב"סל שירותי הבריאות" את השירותים שניתנו ערב החלת החוק על-ידי קופות-החולים בתוספת השירותים שניתנו על-ידי המדינה: שירותי רפואה מונעת, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום, וכן שירותי לידה, המשולמים על-ידי הביטוח הלאומי.

- (5) יש לעדכן את מקדמי ההקצאה הנוכחים בהתאם למידע על השימוש בשירותי הרפואה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה כל עוד אין נתונים מהימנים על הוצאות לפי גיל מכל קופות-החולים.
- (6) יש לבדוק מחדש את נושא חלוקת הסיכונים בין הממשלה והקופות, במיוחד בנושא ה"מחלות הקשות" לצורך מתן משמעות ל"רשת הביטחון", כגורם התורם לצמצום הנטייה של קופות-החולים להפלות בין מבוטחים כדי לצמצם סיכונים פיננסיים.
- (7) יש למצוא דרכים ליישם הקצאה אזורית על-ידי אמצעי מרכזי שיקדם שוויוניות ויעילות במערכת הבריאות.
- (8) יש לשקול את הוספת המשתנים הבאים לנוסחה: מגדר; משתנה מצב בריאות, לרבות נכות; מצב חברתי-כלכלי של פרטים. אלה יפחיתו את התמריץ של הקופות להפלות בין קבוצות מבוטחים ויביאו להקצאה צודקת יותר של כספי ציבור לקופות.
- ככלל, על קברניטי מערכת הבריאות לאמץ את מנגנון הקפיטציה למימוש מדיניות שוויונית בקידום מערכת הבריאות. בהתייחס לכך, יש לעדכן את מנגנון הקפיטציה לעתים מזומנות בהתאם לעדכונים שונים בסל הבריאות וביצועם על בסיס נתוני הוצאה של קופות-החולים. לשם כך יש למצוא דרכים בחקיקה לפיהן הממשלה תוכל לקבל נתונים על ההוצאה לבריאות של פרטים.

2. יעילות מנגנון הקפיטציה בישראל

חוק ביטוח בריאות ממלכתי והתקנות שבאו בעקבותיו מגדירים מתווה למנגנון הקפיטציה הישראלי, מערכת לחלוקת סיכונים בין קופות-החולים לממשלה, והוראות אדמיניסטרטיביות מסייעות. כאמור, האתגר הבסיסי העומד בפני מנגנון הקפיטציה הוא למנוע ככל האפשר את הנטייה הטבעית שיש למקבל הקפיטציה לברור מבוטחים ולחסוך בשירות למבוטחים שההוצאה עליהם גבוהה מהפיצוי הקפיטציוני. להלן נבחן את המנגנון הישראלי בעיקר מבחינת יעילות תפקודו לגבי המשתנה הבסיסי בנוסחה הישראלית, גיל, והוראות אדמיניסטרטיביות מסייעות.

א. תנאי פתיחה שווים

מנגנון קפיטציה – גם כמנגנון ביטוחי – חייב ליצור אפשרויות שוות לקבלת שירותי רפואה בין קבוצות אוכלוסייה המאוגדות בקופות. הזדמנויות שוות נוגעות גם לתשתית פיסית ואחרת "בתחילת המרוץ" עם החלת המנגנון. בנושא זה נוצר פער התחלתי עם החלת החוק בעיקר בעניין חובות של הקופות. שתי קופות – כללית ולאומית – התחילו את תפקודן במסגרת החוק עם חובות עבר, בעוד בשתיים האחרות – מכבי ומאוחדת – היו עודפים. לאחר סידרת הסכמי הבראה, נותרה ה"לאומית" עם הוצאות מימון משמעותיות בגין חוב זה. דהיינו, גם תנאי פתיחה בסיסיים שאינם מוסדרים במנגנון הקפיטציה מנציחים אי-שוויון בהזדמנויות בין הקופות השונות.

ב. קבוצות הגיל

החוק קובע, שההקצאה לקופות-החולים תיעשה בהתאם ל"יחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל (לפי גיל) בכל אחת מהקופות לבין מספר המבוטחים הכולל המשוקלל בכל קופות-החולים"⁸. מקדמי הקפיטציה לפי קבוצות גיל נקבעו על-ידי שילוב סינתטי של נתונים מסקר שימוש בשירותי בריאות, שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-1993, עם עיבודים לפי גיל מקובץ האשפוזים של משרד הבריאות. היינו, לא היה שימוש בנתוני הוצאה בפועל על שירותי רפואה של הפרטים, אלא בנתונים חלקיים על רמת השימוש בהם. ההצדקה נבעה מכך, שנתוני ההוצאה בקופות-החולים היו חסרים ולא זמינים באותה עת (ערב החלת החוק). ראוי לציין שבדיעבד קביעת המשקלות היתה נאמנה למציאות כפי שמוכיחים מחקרים שונים המצוטטים בעבודה זו.

החוק אינו קובע מהי נוסחת הקפיטציה המדויקת להקצאה, אלא משאיר זאת, בצדק, כמכשיר בידי שר הבריאות, בהסכמת ובאישור שר האוצר ושר העבודה והרווחה. תקנות שר הבריאות קבעו את נוסחת ההקצאה עם החלת החוק ב-1995, והנוסחה תוקנה לאחר מכן, ב-1997, עקב הוצאת "סל הלידה" מהנוסחה ועדכון בסיסי הנתונים. אין בחוק

⁸ סעיף 17 לחוק.

התייחסות לצורך בעדכונים עתיים של המנגנון. הנוסחה מתייחסת לשקלול לפי תשע קבוצות גיל כמפורט בלוח 1⁹:

לוח 1. משקלות או מקדמי קפיטציה, לפי קבוצות גיל

+75	74-65	64-55	54-45	44-35	34-25	24-15	14-5	4-0
3.64	2.90	1.86	1.21	0.74	0.58	0.42	0.48	1.26

ממצאים ישראליים מראים כי גיל לבדו מצליח להסביר 6-5 אחוזים מהשונות בהוצאות הרפואיות¹⁰, כשליש עד כמחצית מהשונות אשר ניתן להסביר באמצעות משתנים מקובלים בנוסחה. השוואה לעומת ארצות אחרות, המשתמשות בגיל כמרכיב בנוסחה, מלמדת כי קבוצות הגיל מוגדרות בחמישונים ולא בעשירונים כמו בנוסחה הישראלית, כאשר הקבוצה העליונה היא +95 ולא +75. חלוקה מפורטת יותר של קבוצות גיל תורמת ליצירת קבוצות הומוגניות יותר ולהפחתת העדפה או אפליה לפי גיל בתוך קבוצות. באופן דומה, קבוצת הגיל 4-0, לדוגמא, אינה הומוגנית ובמשך שנת החיים הראשונה, ההוצאה הממוצעת גבוהה ב-80 אחוז לעומת הממוצע בגילים 4-2, ובגיל 4-3, והיא מסתכמת רק בכ-60 אחוז מהממוצע זה¹¹. כלומר, משתנה הגיל בנוסחה הישראלית הוא "גס" יחסית למקובל בנוסחאות קפיטציה מקבילות.

הסוגיה בעייתית במיוחד, כאשר יחסי הוצאה בין קבוצות גיל, אשר הנוסחה אינה מייצגת אותם נאמנה, משולבים בכך שהתפלגות הגילים שונה בין הקופות. ככלל צירוף זה גורם לשתי בעיות מרכזיות מבחינת מנגנון הקפיטציה. האחת, כל הקופות מעדיפות קבוצות גיל, אשר הנוסחה מעניקה להן "פיצוי יתר" ביחס לקבוצות אחרות, ודוחות ככל האפשר את האחרות. והשנייה, הקצאה בלתי הוגנת לקופות: קופה שבה יותר מבוטחים עבורם יש "פיצוי חסר" מופלית לרעה ויהיה לה תמריץ גבוה יותר להפלות כנגד "חולים יקרים"¹².

⁹ בשנת 1996-1995 מקדמי הקפיטציה היו שונים מעט, מאחר שגם "שירותי לידה" נכללו בסל השירותים.

¹⁰ זמורה, 2000, Hadley et al.; 2001.

¹¹ שמואלי ואחרים, 1995.

¹² Hadley et al., 2001, מראים שאין הבדל ניכר בין מקדמי הנוסחה הקיימת לזו שהם בנו, בהתבסס על נתוני סקר שירותי בריאות 1996-97, במיוחד בקבוצות הגיל הגבוהות.

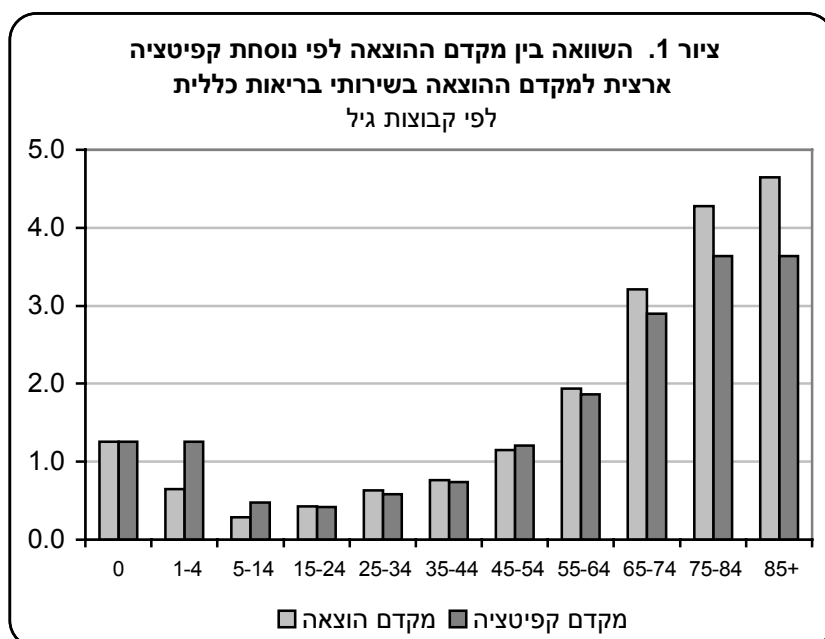
הבעיה השנייה הוצגה על-ידי "שירותי בריאות כללית" לוועדת החקירה הציבורית (ועדת "אמוראי"). הקופה הציגה נתונים לפיהם נוסחת הקפיטציה אינה משקפת נאמנה את ההוצאות היחסיות בין קבוצות הגיל: עלותן של קבוצות הגיל "המבוגרות" גבוהה לעומת קבוצות אחרות יותר מאשר הנוסחה מייצגת¹³. כלומר, שהנוסחה מפצה פחות מדי עבור אוכלוסיות קשישות ויוצרת תמריץ בקרב כל הקופות להפלות בין קבוצות אלה. יתר על כן, מאחר שהתפלגות הגילים בין הקופות אינה אחידה (לוח 2), ואוכלוסיית המבוטחים של ה"כללית" מבוגרת יותר לעומת הקופות אחרות, ההקצאה ל"כללית" אינה הוגנת ויוצרת על קופה זו לחץ כלכלי מיוחד. שירותי בריאות כללית הציגה נתונים המצביעים על הבדלים בהתפלגות ההוצאות שלה בפועל לעומת המשקלות שניתנו בנוסחת הקפיטציה. הנתונים מצביעים על עלות גבוהה יותר בפועל מזו המוצגת בנוסחה של אוכלוסיית הקשישים, ונמוכה יותר בקבוצות הגיל הצעירות יחסית (ראה ציור 1).

לוח 2. התפלגות מבוטחים בקופות-החולים לפי גיל (אחוזים)

קבוצת גיל	סך-הכל	כללית	לאומית	מכבי	מאוחדת
סך-הכל	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-4	10.4	9.1	11.7	11.9	13.1
5-14	18.5	17.8	21.5	18.3	20.0
15-24	14.9	16.0	15.1	12.2	14.6
25-34	15.3	12.9	14.7	19.5	18.8
35-44	12.2	11.0	12.9	14.4	12.5
45-54	11.3	11.7	10.4	11.1	10.2
55-64	7.3	8.2	6.0	6.4	5.5
65-74	5.6	7.0	4.4	3.8	3.0
75+	4.6	6.2	3.3	2.5	2.1

מקור: המוסד לביטוח לאומי, יולי 2002.

¹³ העלות הגבוהה יותר יכול לנבוע הן מאחוז גבוה יותר של בני 85 ומעלה, למשל, והן מאחוז גבוה יותר של אוכלוסיית חולים כרוניים אשר נדבר בהן בהמשך.



מקור: בבר, 2003

ג. אמצעים מסייעים להקצאה

מנגנון הקפיטציה הישראלי מכיל שני אמצעי הקצאה נוספים בעלי חשיבות מושגית ועניינית וכן הוראות אדמיניסטרטיביות המעוגנות בחוק:

"מחלות קשות" הוא מושג כולל לקבוצה של חמש "מחלות קשות", שהוצאו מחוץ להקצאה לפי הנוסחה. כלומר, ההקצאה לפי מספר מבוטחים משוקלל, באמצעות הנוסחה, נעשית לאחר ניכוי ההקצאה לקופות עבור מחלות אלה. ההעברה לקופות בגין המחלות הקשות מהווה כ-5 אחוזים מסך הכנסותיהן. מדובר באי-ספיקת כליות כרונית (טיפול בדיאליזה), מחלת גושה, תלסמיה מיגור או אינטרמידיה, המופיליה, חולה או נשא HIV, המטופל באמצעות מעכבי פרוטזה (Protease). התשלום עבור מחלות אלו מועבר לקופות לפי סכום קבוע לשנה לכל מבוטח החולה באחת ממחלות אלו. זו שיטה של חלוקת סיכונים של

קבוצות מסוימות, אשר יוקר הטיפול בהן מחייב לעגן את זכויותיהן בקופה בה הם מבוטחות.

התשלומים השנתיים לקופות עבור מחלות אלה הם כדלקמן (מחירי יולי 1999): אי ספיקת כליות כרונית (דיאליזה) – 209 אלף ש"ח, גושה – 240 אלף ש"ח, תלסמיה – 48 אלף ש"ח, המופיליה – 100 אלף ש"ח, ואידס – 54 אלף ש"ח. התשלום לנפש מתוקנת ממוצעת עמד ב-1999 על כ-2,800 ש"ח. מדובר, לכן, על הבדלים ניכרים בהוצאות, וזו הסיבה, כמובן, להוצאת התשלומים הללו ממסגרת ההתחשבות הקפיטטיבית. בסך-הכל מדובר בכ-5,000 חולים (0.07 אחוז מהאוכלוסייה), שההוצאה בעבורם מגיעה לכ-5 אחוזים מסך עלות הסל.

בגלל אופיין המתמשך של המחלות הקשות שהוצאו מהנוסחה, התשלום המיוחד עבורן אמנם מפחית אפליה אפשרית כנגד החולים במחלות אלו. יחד עם זאת, אלה אינן המחלות עליהן ההוצאה של הקופות גבוהה ביותר, גם לא לחולה בודד (ממוצע). לפיכך, מבחינת הסיכון הכספי של הקופות בשנה נתונה, הסדר המחלות הקשות אינו מספיק כדי להשלים את נוסחת הקפיטציה מבחינת ברירת סיכונים סמויה ומבחינת ההשלכות על פיחות באספקת שירותים לקבוצות מסוימות של חולים יקרים אחרים, אשר אינם סובלים מה"מחלות הקשות" דווקא. היינו, הבסיס לבחירת המחלות הקשות אינו ברור או עקבי.

רשת ביטחון. אמצעי שתפקידו לתת לקופות פיצוי, בדיעבד, מתקציב המדינה להוצאות "מוצדקות", בתנאי שהקופה מוכיחה התייעלות, כאמצעי למניעת moral hazard, לפיו הקופות עלולות להיכנס לגירעון מכוון על מנת לזכות בכספי רשת הביטחון. רשת זו אינה פועלת כאמצעי לחלוקת סיכונים. בפועל, הסכומים המועברים לקופות אינם קשורים ל"סיכונים" מיוחדים שגרמו לחריגות "מוצדקות" בהוצאות. כלומר, אין כאן מנגנון הקצאה שקוף ומסודר אלא תוספת תקציבית שהקצאתה נעשית בצורה אקראית.

הוראות אדמיניסטרטיביות המעוגנות בחוק. המנגנון הישראלי מכיל, כאמור, גם הוראות אדמיניסטרטיביות, במיוחד לגבי הרישום והמעבר בין קופות-החולים (כך לגבי הרישום באמצעות סניפי רשות הדואר בלבד; לגבי חובת כל הקופות לקבל כל פונה ללא הגבלה או תשלום

כלשהו; ולגבי הרשות הנתונה בידי כל תושב להחליף קופה פעם בשנה)¹⁴. הוראות החוק מבטיחות מעבר חופשי בין הקופות וחובת קבלה של כל פונה על-ידי הקופה אליה הוא פונה, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי וכך ההוראות מסירות, לכאורה, את החשש מברירת סיכונים. ההוראות האדמיניסטרטיביות בדבר רישום לקופות והיכולת להחליף אכן מונעות ברירת סיכונים מפורשת, אך לא ברירת סיכונים סמויה. ברירת סיכונים סמויה כוללת צעדים מפלים לעידוד מבוטחים "טובים" להצטרף לקופה או להישאר בה, יחד עם צעדים להרתעת מבוטחים בעלי סיכון גבוה מלהצטרף לקופה, או ל"הגלייתם" לקופה אחרת. צעדים אלה כוללים מבצעי פרסומת, העמדת קשיי נגישות, יצירת "מוניטין שלילי" בצורה סלקטיבית. והגרוע מכל: פגיעה אסטרטגית בזמינות שירותים ובאיכותם. ברירת סיכונים גלויה נעשית על פני פרטים, ברירת סיכונים סמויה עלולה להיעשות על פני שירותים ואיכותם.

ד. סיכום

מנגנון הקפיטציה הישראלי יושם במערכת עם תנאי התחלה לא שווים, אשר בסיכומו של דבר פגעו במבוטחי קופת חולים "לאומית". נוסחת הקפיטציה הישראלית מתבססת על גיל בלבד ובמובן זה היא נוסחה "גסה". במדינות אחרות המשתמשות במנגנון קפיטציה, הנוסחה מכילה קבוצות גיל רבות יותר. העידון של קבוצות גיל מביא לקבוצות הוצאה הומוגניות יותר אשר קל יותר לנבא את ההוצאות הצפויות עליהם ועל-ידי כך למנוע אפליה כנגדן, בעיקר בתוך הקבוצות. אכן יש מקום להשערה שמקדמי הנוסחה הישראלית שלא שונו מאז 1995 עלולים להפלות כנגד קשישים בעיקר, אשר לטענת "שירותי בריאות כללית" עולים יותר מהפיצוי המתקבל עבורם.

ככלל, בעיקר נוכח התפלגויות הגילים השונות של קופות-החולים, חשוב ביותר שהנוסחה תבטא נאמנה את יחסי ההוצאה בפועל בין קבוצות הגיל השונות. כמו כן יש לסייע למימוש מטרות המנגנון למניעת אפליה שאינה מתקנת באמצעות: (א) שיפור הוראות אדמיניסטרטיביות למניעת אפליה כנגד מבוטחים פוטנציאליים וקיימים, גם באמצעות ביטוחים משלימים ו-(ב) שיפור השימוש במכשירי "מחלות קשות ו"רשת

¹⁴ סעיפים 4 (ג), 5 (ב) ו-5 (ג).

ביטחון" לחלוקת סיכונים בין הממשלה וקופות-החולים בצורה שאכן תקהה את הרצון להפלות כנגד מבוטחים המהווים סיכון פיננסי לקופות.

3. עדכון סל הבריאות ונוסחת הקפיטציה

כאמור, מנגנון הקפיטציה הוא מנגנון הקצאה אשר מבצע את התקציב המיועד לשירותי רפואה. כל שינוי בתקציב, מסיבה זו אחרת, בעיקר שינוי אשר יש לו משמעויות שונות לקבוצות גיל שונות, במקרה הישראלי, ואשר אינו מוצא ביטוי במנגנון ההקצאה, הוא מעוות. שינויים תקציביים מוצאים את ביטויים בעידכון סל הבריאות' במסגרת התוספת השנייה. עדכון סל הבריאות בזכאות ציבורית נוגע לשני נושאים השזורים זה בזה: עדכון הסל הנכלל בזכאות הציבורית ועדכון נוסחת הקפיטציה. עדכון הסל נוגע לממדים הבאים: (1) שינויים דמוגרפיים הנוגעים לשמירת ערך הזכאות לנפש סטנדרטית, (2) שינויים תקציביים טכנולוגיים הנוגעים לרמת הזכאות או הסל ואיכותם (ו-3) שינויי מחירים ועלויות סל נתון הנוגעים שמירת הערך הריאלי תקציב העומד לחלוקה. שלושת אלה מתרחשים מדי שנה ומשפיעים על האפקטיביות של הנוסחה.

א. עדכון מרכיבי הסל

דמוגרפיה. בשנים 1996-2000 עודכן הסל בגין המקדם הדמוגרפי בשיעור של 2 אחוזים כל שנה ובשנים 2001-2002 הוא עמד על 1.75 אחוז. בפועל, מספר הנפשות המתוקננות לגיל עלה בכ-2-3 אחוזים בכל שנה כתוצאה מגידול האוכלוסייה ומהזדקנותה. כלומר, בהיבט זה חלה שחיקה בהקצאה לבריאות. אולם בהיבט של נוסחת הקפיטציה מצב הדברים חמור במיוחד לגבי הקופה, שמספר הנפשות המשוקללות בה גדל בקצב מהיר מהאחרות, "כללית" במקרה הישראלי.

שינויים בסל (ריאלי לנפש משוקללת). לגבי הוספה או גריעה מהסל, החוק קובע ש"שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה רשאי, בצו, להוסיף על סל שירותי הבריאות וכן ש"הוספה או גריעה, כאמור, יחולו גם על סל השירותים והתשלומים של כל קופת-חולים"¹⁵. בפועל, מונתה ועדה להרחבת סל הבריאות, הקובעת מהם הטיפולים הרפואיים והתרופות שיוכנסו לסל, במימון מלא או במימון חלקי

¹⁵ סעיף 8 (א).

ובהשתתפות עצמית של המבוטחים. הוועדה החלה לפעול ב-1998 והקצתה מאז תוספות לסל הבריאות בסכום מצטבר של 2.65 מיליארד ש"ח¹⁶. השינוי כלל עדכון של 1 אחוז ב-1998, 1999, וב-2001, עדכון של 1.5 אחוז ב-2000, ו-0.75 אחוז ב-2002. נציין שהמקדם הטכנולוגי המקובל בעולם הוא 3-4 אחוזים. עדכון ברמה כזו שומר על איכותו של סל השירותים מבחינת השינויים הטכנולוגיים.

מחירים. סעיף 9 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובע כי עדכון עלות הסל נתון לשיקול דעת של שר הבריאות ושר האוצר. בפועל הוחלט, שהעדכון יעשה לפי שיעור עלית "מדד יוקר הבריאות" שיפורסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מדד זה מורכב ממדד השכר למשרת שכיר במגזר הבריאות (36 אחוז), מדד השכר למשרת שכיר במגזר הציבורי (22 אחוז), מדד המחירים לצרכן (23 אחוז), מדד המחירים לתרופות (17 אחוז) ומדד מחירי תשומות הבנייה (2 אחוזים). המדד עלה באופן מצטבר בכ-40 אחוז בין 1995 ל-2002 ו"עלות הסל לנפש מתוקנת" עלתה בכ-30 אחוז בלבד באותה תקופה.

ב. עדכון הנוסחה

גובה התקציב הריאלי או הנומינלי, העומד לחלוקה באמצעות המנגנון, כאמור, אינו מעניינו הישיר של מנגנון הקפיטציה, באשר הוא נוגע לחלוקת תקציב נתון. יחד עם זאת יש חשיבות מרובה לעדכונים בסל, שהשפעתם אינה "נייטרלית" מבחינת משתנים שהם מקדמי הנוסחה או מבחינת קבוצות הגיל, במקרה הישראלי. כלומר, השינויים משפיעים באופן שונה על קבוצות גיל שונות. רק לשינוי בתקציב, הנובע משיקולים תקציביים טהורים, אין אפריורית משמעות מבחינת המנגנון באשר הוא מחלק את התוספת, חיובית או שלילית, על פני כל קבוצות הגיל, ללא התייחסות למחירים ולטכנולוגיה.

אם העדכון של הסל הוא מטעמים של שינוי מחירים וטכנולוגיה, אשר נוגעים לטיפולים הקשורים לקבוצות גיל מסוימות, כפי שקורה במרבית המקרים, ועדכון זה אינו בא לביטוי בנוסחת הקפיטציה בסופו של דבר, נוצר עיוות בכמה מובנים, המשפיע על יעילות מערכת הבריאות ושוויוניותה. יתרה מזו, משמעותו של מנגנון העדכון בכללו מוטלת בספק. מבחינת יעילות, עדכונים באים מן הסתם להתמודד עם צורכי רפואה

¹⁶ שדמי, 2002.

מסוימים. במידה שמנגנון ההקצאה, בנוסף למנגנון גיוס המקורות, אינו מבטא צרכים אלה במלואם, חלק מהמקורות שנוספו למערכת מוקצים לשימושים אשר לא לשמם הם נועדו, בעוד שאלה שעבורם נועד העדכון אינם נהנים ממנו. הפגיעה בשוויוניות נובעת בהגדרה: פרטים בקבוצות גיל אינם מקבלים את המגיע להם בעוד שפרטים בקבוצות גיל אחרות נהנים ממקורות אשר לא נועדו להם.

אין ספק שהשינויים שחלו בעדכון הסל, מכל סיבה שהיא, לא היו ניטרליים מבחינת גיל ולפיכך נוצרו עיוותים במערכת עקב חוסר הלימה בין עדכון הסל ועדכון מנגנון הקפיטציה. העיכוב בעדכון פוגע בקבוצות הגיל, בעיקר קשישים, שעלותם גבוהה יחסית לקבוצות אחרות גם כאשר יש עדכון גלובלי בהקצאה, כמו בישראל.

ג. סיכום

נוסחת הקפיטציה הישראלית לא עודכנה מאז 1995 למרות שמדי שנה חלים שינויים במערכת מימון שירותי הרפואה בישראל. שינויים אלה, הקשורים לשינויים דמוגרפיים, תקציביים-טכנולוגיים ולשינויי מחירים, אינם חלים, לרוב, בצורה שווה על כל קבוצות הגיל על פיהם בנויה נוסחת הקפיטציה. לפיכך נוצרו במשך הזמן עיוותים בנוסחה הפוגמים ביעילות ההקצאה ובשוויוניותה. בהיעדר נתונים מקופות-החולים כולן, ניתן לעדכן את הנוסחה על פי נתונים שימושים מעודכנים כפי שנעשה בצורה יעילה בשנת 1994 עם נתונים טובים פחות מאלה הקיימים כיום.

4. מרכיבים פוטנציאליים נוספים במנגנון הקפיטציה הישראלי

כפי שכבר הזכרנו, ניתן, לפחות, להכפיל, את השונות המוסברת בהוצאה על שירותי רפואה על-ידי הוספת משתנים. כלומר, ניתן להפחית באופן משמעותי יחסית את הרצון של קופות-החולים להפלות כנגד מבוטחים. יתרה מזו, מנגנון הקפיטציה הישראלי אינו מבצע אפליה מתקנת עבור אוכלוסיות ואזורים חלשים כמקובל במדינות אחרות, לרבות ארצות-הברית, בכל הנוגע להקצאה ציבורית. בסעיף זה נדון בקבוצות משתנים אשר יש ביכולתם לשפר את מנגנון הקפיטציה הישראלי על-ידי הקצאה שוויונית ויעילה יותר. מדובר במשתנים מקובלים – מגדר, מצב בריאות ומשתני "חסר" אישיים – אשר, במקרה הישראלי, ישפרו את ההקצאה

בין קופות-החולים ויפחיתו את הנטייה להפלות בין מטופלים שניתן להבחין ביניהם, ולהגביר בכך את היעילות והשוויוניות במערכת. כן מדובר בשיטת הקצאה אשר תביא בחשבון משתני חסר קהילתיים. נתחיל באלה אשר ניתן לייחס לשיטת ההקצאה מאחר שנושא זה מצוי בחוק אך לא יושם.

א. אזורים – אי-יישום של "משתנה המרחק"

החוק מציין "אזור גיאוגרפי" כדוגמה למתאם סיכון שעשוי להיכלל בנוסחת הקפיטציה, אך ללא כל המלצות מעשיות כיצד ליישם זאת. הכללת אזור גיאוגרפי בנוסחה אמורה לפצות את המבטחים על שונות אזורית במחירי התשומות, שכר רופאים או מחירי חומרי רפואה, למשל. גם אם מחירי התשומות הם אחידים, שונות בזמינות השירותים (ויתרונות לגודל) ובדפוסי הטיפול עשויה להתבטא ברמות שונות של הוצאה על פרטים עם צרכים שווים. אולם, במערכת ציבורית, כמו הישראלית, האתגר הוא להעניק זמינות שירותים ברמה המקומית לפי צורכי האוכלוסייה.

אין בחוק התייחסות ישירה לאזור בארץ או לצפיפות אוכלוסייה. "ועדת נתניהו" (1990) המליצה על חלוקת הארץ לחמישה עד ששה אזורים, ומתן שירותי בריאות על בסיס אזורי, אך המלצה זו לא יושמה בחוק. החוק מציין ששירותי הבריאות יינתנו למבוטח "בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח..."¹⁷, אך בפועל מנגנון הקפיטציה אינו מתייחס לנושא זה. לאזורים גיאוגרפיים שונים תשתיות שירותים שונות או לחלופין, היצע שירותי הבריאות בהם שונה, כמו שהם נבדלים במאפייני האוכלוסייה שלהם. בארץ, נמצאו פערים בהיצע שירותי בריאות בין אזור המרכז לפריפריה (צפון ודרום), כאשר באזורים פריפריים גם מתגוררות אוכלוסיות ברמה חברתית-כלכלית נמוכה יותר, וכן אוכלוסיות מיעוטים, ערבים ובדואים בשיעורים גבוהים יותר.¹⁸ בין הדרום לבין מרכז הארץ נמצאו הבדלים בשיעורי תחלואה במספר מחלות וכן בשיעורי התמותה. היצע שירותי הבריאות, הן הנגישות והן זמינות השירותים, היה נמוך יותר בדרום הארץ מאשר במרכזה לפני הפעלת החוק¹⁹ והוא לא השתנה גם לאחר הפעלת החוק²⁰.

שונות בזמינות השירותים ובדפוסי הטיפול עשויה להתבטא ברמות שונות של הוצאה על פרטים דומים²¹ וכך נמצא, לדוגמה, שממוצע ההוצאה על אשפוז כללי בקרב חברי "שירותי בריאות כללית" במחוז דן-פתח-תקווה גבוה מאשר במחוז ירושלים, בקרב גברים ונשים, בקרב כל קבוצות הגיל ובקרב חולים כרוניים ומבוטחים ללא מצבים כרוניים. כמו כן נמצא כי דפוסי ההוצאות היחסיות לפי גיל במחוז הדרום שונים מאלה המפורטים בסולם הקפיטציה, בעיקר בקרב ילדים וקשישים²².

האזוריות היא אחד האתגרים העומדים בפני מנגנון ההקצאה הישראלי החותר להשגת שוויוניות: מסתבר שאין קשר סטטיסטי בין מספר הרופאים הכולל בנפה לבין שיעורי התמותה בה אך המצב חמור ביחס לרופאים המקצועיים – לגביהם נמצא כי קיים קשר הפוך עם שיעורי התמותה, דהיינו יש פחות רופאים מומחים במקומות שם שיעורי התמותה גבוהים יותר²³. יתר על כן, גם אם נוסחת הקפיטציה הישראלית היתה מושלמת, היינו, ההקצאה לנפות היתה נעשית לפי התפלגות הגילים של האוכלוסייה ("אינדקס אוכלוסייה"), לא היה קשר בין שיעורי התמותה בנפות לבין הקצאה זו (ראה לוח 3). כלומר, מנגנון הקפיטציה הישראלי, גם אם היה מקצה אופטימלית לפי גיל, אין בו כדי לסייע לצמצום פערים בשיעורי תמותה בין אזורים.

לוח 3. מתאם בין רופאים ורופאים מומחים לתמותה ולסך אוכלוסייה, לפי נפות, 1999 (מקדמי קורלציה)

תמותה	אוכלוסייה	רופאים מומחים	סך-הכל רופאים	
0.071	0.552	0.708	1.000	סך-הכל רופאים
-0.376	0.302	1.000	0.708	מומחים
0.058	1.000	0.302	0.552	אוכלוסייה
1.000	0.058	-0.376	0.071	תמותה

¹⁷ סעיף 3 (ד).

¹⁸ טולצ'ינסקי וגינזבורג, 1996.

¹⁹ צ'רניחובסקי ושירום, 1996.

²⁰ ניראל ואחרים, 2000; צ'רניחובסקי ואחרים 2003.

²¹ שמואלי ואחרים, 1995.

²² צ'רניחובסקי ואחרים, 2000.

²³ ייתכן, אמנם, שיש הטיה בנתונים, בהיותם מבטאים את מקום המגורים של הרופאים, אולם ההטיה אינה כה חמורה, בהתחשב בחלוקה הכללית לנפות.

ההבדלים האזוריים בין הקופות אף מעוותים את ההקצאה מבחינת שוויוניות. לוח 4 מציג את התפלגות המבוטחים לפי קופות ומחוזות בסוף 1999. ההבדלים בין הקופות בולטים, כאשר במחוז הצפון, למשל, משקלה של הכללית גבוה ביותר, ואילו למכבי רק 10 אחוזים מהמבוטחים, לעומת 22 אחוז בממוצע הארצי. לעומת זאת במחוז תל-אביב בולט משקלה הגבוה יחסית של מכבי – 40.4 אחוז ומשקלה הנמוך של הכללית – 44.8 אחוז. במחוז ירושלים אחוז גבוה יחסית של המבוטחים הם במאוחדת, שיעור גבוה לעומת הממוצע לסך האוכלוסייה ולעומת כל האזורים האחרים. כלומר, ההקצאה לקופות, לפי קבוצות גיל בלבד, אינה "מפצה" על פערים בין האזורים, אשר יש בינם הבדלים בתחלואה. חלקן של "כללית" ו"לאומית" באזורים הפריפריים גבוה מזה של קופות אחרות. באזורים אלה צורכי האוכלוסייה מרובים יותר ותשתית השירותים חלשה יותר. מצב דברים זה אינו מוצא ביטוי במנגנון הקפיטציה.

לוח 4. מבוטחים לפי קופת-חולים ומחוז, 1999*

מאוחדת	מכבי	לאומית	כללית	סך-הכל (אחוזים)	סך-הכל (אלפים)	
10.5	22.4	10.0	57.2	100.0	6,274.7	סך-הכל
28.0	9.8	12.9	49.9	100.0	744.1	ירושלים
5.3	10.2	12.9	71.6	100.0	1,064.1	צפון
8.2	21.2	7.0	63.6	100.0	806.4	חיפה
10.5	24.8	7.5	57.1	100.0	1,397.0	מרכז
6.5	40.4	8.3	44.8	100.0	1,189.6	תל-אביב
7.2	21.6	9.4	61.8	100.0	889.9	דרום

* הנתונים הם לסוף נובמבר 1999; מקור: משרד הבריאות, 2001.

להכללת משתני ההיצע של השירותים יש חשיבות מרכזית להבחנה בין שתי הגישות למימון ציבורי: גישת מדיניות שוויונית וגישת הביטוח. הוצאות הבריאות גבוהות היכן שהשירותים מרובים יותר, ולפי גישת הביטוח, יש לפצות יותר באזורים אלה. מצד שני, השירותים מרובים יותר באזורים מרכזיים עם אוכלוסיות בריאות יותר, שבהם, לפי גישת המדיניות השוויונית, צריך להקצות פחות לשירותי רפואה²⁴. היינו, באזורי המרכז, שם קיימת זמינות רבה של שירותים, ההוצאות

²⁴ צ'רניחובסקי ואחרים, 2003.

הרפואיות עבור אוכלוסיות דומות יהיו גבוהות יותר מאשר בפריפריה, שם השירותים פחות זמינים. מתן פיצוי גבוה יותר לקופות על אספקת שירותים באזור המרכז עלול להנציח את אי-השוויון הגיאוגרפי בזמינות השירותים ואף להגבירו. מצד שני, תגמול גבוה יותר בפריפריה, במטרה לעודד הקמת תשתיות רפואיות, עלול לגרום לסבסוד של פעילות מושכת מבוטחים באזורי המרכז רבי האוכלוסייה. במצב הנוכחי, ללא התחשבות באזור גיאוגרפי, אם אמנם ההוצאות לפי גיל בפריפריה נמוכות יותר מאשר באזורי המרכז, יש תמריץ לקופות להגביר נוכחות בפריפריה. אולם זו עלולה להיות השפעה של זמן קצר.

משתנה "המרחק", המתייחס לנוסחת הקפיטציה הישראלית מיועד, בהתאם להמלצת וועדת "נתניהו", ליישם את גישת המדיניות המשווה בין אזורים ולבצע הפלייה מתקנת. יתרה מזו, בהתאם להמלצות אלה, ההקצאה לקופות-החולים אמורה היתה להיות אזורית.

ב. מגדר

"מגדר" או "מין" אינו נכלל בנוסחה הישראלית, למרות שבכל המערכות הדומות הוא נכלל בין גורמי הסיכון בנוסחה. הבדלים בהוצאות על שירותי רפואה קיימים בין המינים גם מעבר להוצאות עבור אשפוז יולדות, הממומן בנפרד על-ידי הביטוח הלאומי ומשולם ישירות לבתי-החולים. לגבי השפעת המגדר – ההוצאה הממוצעת על שירותי בריאות, המוצגת בלוח 5, מלמדת על כך שגברים יקרים יותר מהנשים בילדות, נשים יקרות יותר בגיל הפרייון, וגברים חוזרים להיות יקרים יותר בגיל מתקדם (מגיל 55 ומעלה). ממצאים דומים מתקבלים גם בארצות אחרות. מכאן, שלמרות, שבממוצע על פני טווח כל הגילים, ייתכן שאין השפעה למגדר²⁵, הרי ההשפעה משמעותית בכל אחת מקבוצות הגיל והיא עלולה לשמש מקור לאפליה בקבוצות אלה, במיוחד נגד נשים בגיל הפרייון (גילאי 25-44).

נשאלת השאלה, האם ישנם הבדלים בין הקופות בהתפלגות לפי מין. מסתבר כי אמנם ישנם הבדלים מסוימים בין הקופות בהתפלגות המינים, אך הם אינם הבדלים מהותיים (ראה לוח 6). לפיכך, בעוד שאי-הכללת המגדר בנוסחת הקפיטציה אין בה כדי לפגוע בהקצאה בין קופות-

²⁵ זמורה, 2000.

החולים, יש בה בכדי לפגוע בנגישות נשים בגיל הפריון לשירותי רפואה בכל אחת מהקופות.

ג. משתנים של מצב בריאות

מחקרים רבים הראו שמדידת מצב הבריאות על-ידי קיומם או היעדרם של המצבים הכרוניים השכיחים (יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב, דיכאון, סרטן, מחלת פרקים וכו') משפרת במידה ניכרת את כושר החיזוי של ההוצאה הרפואית האישית. נמצא, כי השונות במדד כולל של השימוש, שהוסברה על-ידי גיל בלבד, הגיעה ל-5 אחוזים²⁶. כאשר נכללו משתני המצבים הכרוניים, במחקר אחר, עלה מקדם ההסבר ל-9 אחוזים ב-1993, ול-12 אחוזים ב-1997²⁷.

לוח 5. הוצאה ממוצעת על שירותי בריאות, לפי גיל ומין* (ש"ח, 1993)

גיל	גברים	נשים	יחס גברים: נשים
4-0	359	250	1.44
14-5	154	109	1.41
24-15	124	202	0.61
34-25	200	507	0.39
44-35	366	491	0.75
54-45	647	737	0.88
64-55	1,295	1,070	1.21
74-65	2,223	1,720	1.29
+75	2,966	2,584	1.15

* ללא הוצאה על אשפוז יולדות.

מקור: שמואלי ואחרים, 1995.

²⁶ ראה Hadley et al, 2001.

²⁷ זמורה, 2000: תוצאות אלה נמצאו על בסיס הנתונים של שירותי בריאות כללית.

לוח 6. אחוז הנשים מסך המבוטחים, בקופות, לפי קבוצות גיל

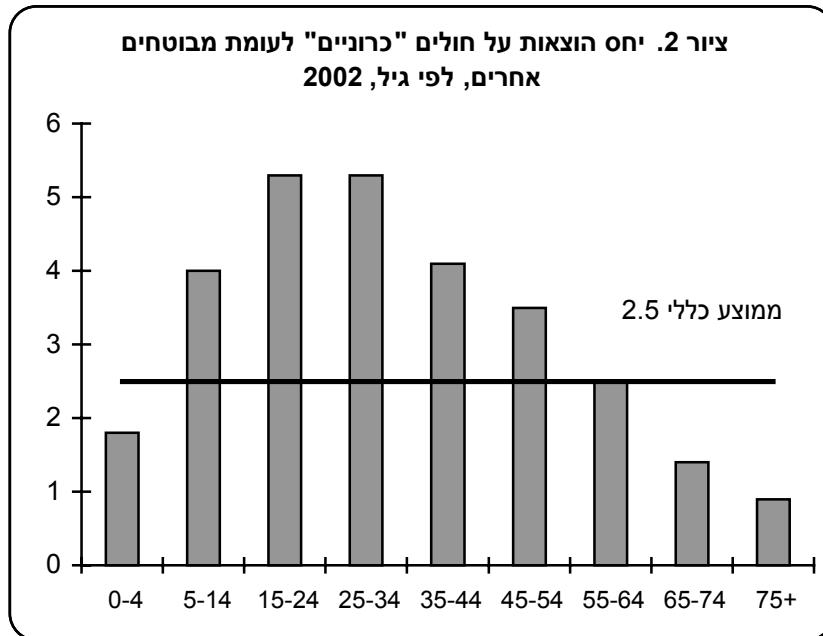
מאוחדת	לאומית	מכבי	כללית	סך-הכל
51.4	51.9	51.8	51.8	4-0
50.3	49.9	47.8	47.7	14-5
49.4	51.1	50.8	49.0	24-15
57.6	53.0	60.2	52.5	34-25
49.5	53.9	50.1	50.5	44-35
52.0	50.3	51.1	52.4	54-45
48.9	45.3	51.9	52.3	64-55
49.0	52.6	49.4	54.6	74-65
49.4	64.9	50.0	57.6	+75
58.6	57.8	51.2	55.6	

מקור: עיבודים מתוך: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר בריאות 1996-1997.

החשיבות שבהכללת מצב הבריאות (לפי הגדרה של מצבים כרוניים) בנוסחת הקפיטציה, הן מבחינת אפליה בין חולים והן מבחינת ההקצאה לקופות, מוצגת בציור 2. הציור מציג את יחס ההוצאות הרפואיות של מבוטח "כרוני" לעומת מבוטח רגיל בשירותי בריאות כללית. מבוטח "כרוני" מוגדר כמבוטח החולה באחת או יותר מחמש מחלות כרוניות (יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב איסכמית, מחלה ממאירה, אסטמה). מסתבר כי פערי ההוצאה בין חולים כרוניים לבין אחרים בכל קבוצות הגיל הם גבוהים מאד. ההוצאה השנתית על חולה כרוני לעומת מבוטח רגיל גבוהה בממוצע פי 2.5. הפער גדול במיוחד (פי חמש) בקרב צעירים והוא יורד עם הגיל. התמריץ השלילי לפתח שירותים לחולים כרוניים ולהצטיין בטיפול איכותי במצבים אלה ברור כאשר התשלום המתקבל הוא לפי הממוצע לקבוצת הגיל כולה.

הבעיה היא, כמובן, אופן איסוף המידע הדרוש. המקור המקובל הם התיקים הרפואיים של המבוטחים, בהם ניתן לזהות, בדרך-כלל, את השימוש בתרופות על בסיס קבוע. בדרך זו נוהגת הולנד, שאימצה שיטת "קבוצות עלות תרופתיות" (PCG – Pharmacy Cost Groups), והכניסה אותה לשימוש בשנת 2002. לגבי חלק מהמחלות (כגון סרטן), ישנם גם

מאגרי מידע ארציים על תחלואה, ובחלק מקופות-החולים קיים מאגר מידע על מגוון רחב של מחלות כרוניות²⁸, שניתן לנצל לצורך העניין.



מקור: בכר, 2003.

לגבי הבדלים בין הקופות – מסתבר כי קיים הבדל בשכיחות היחסית של מחלות כרוניות, המשפיעות כאמור על ההוצאה בנוסף להשפעת "הגיל". לוח 7 מצביע על כך, ששיעורי החולים במחלות כרוניות – מתוקננים להתפלגות גילים – גבוהים ב"לאומית" וב"כללית" לעומת "מכבי" ו"מאוחדת". גם לאחר ניכוי מאפיינים, כגון השכלה ושיוך דתי, ההבדלים בין הקופות עדיין קיימים²⁹. עובדה זו מטילה נטל כלכלי כבד יותר על הקופות, "הלאומית" ו"הכללית", ופוגעת ברצונן וביכולתן לטפל בחולים הזקוקים ביותר לטיפול.

²⁸ Rennert & Peterburg, 2001.

²⁹ זמורה ואחרים, 2002.

לוח 7. מדווחים על הימצאות מחלה כרונית, לפי קופות ולפי קבוצת גיל
(שיעורים לאלף)

מאחדת (N=2,685)	לאומית (N=2,533)	מכבי (N=6,127)	כללית (N=18,597)	סך מדגם (N=29,942)	קבוצת גיל
96	126	84	108	103	44-25
286	322	276	353	332	64-45
541	692	555	608	605	74-65
714	726	661	700	698	+75
					שיעורים
245	289	234	279	269	מתוקננים לגיל*

* תקנון לפי התפלגות כלל האוכלוסייה מעל גיל 25.
מקור: זמורה ואחרים, 2002.

עלולה להיווצר בעיה עם "מצבים כרוניים", הנתונים בחלקם למניפולציה על-ידי הקופות. יחד עם זאת אפשר שהבעיה אינה חמורה וקיימת מגמה גוברת בעולם להתמודד עם הסוגיה ולשפר על-ידי כך את יעילות ההקצאה לשירותי רפואה ואת שוויוניותה. התמודדות זו משתקפת במידה נכרת במשתנים הבאים, אשר ניתן להפעילם גם בהקשר של מחלות כרוניות.

אבחנות רפואיות. מדידת מצב הבריאות – לצורך בניית מנגנון התאמה לסיכון, על-ידי פרופילים של אבחנות רפואיות, המוגדרות על-ידי קודים מקובלים (למשל ICD9) – הולכת וצוברת תאוצה מחקרית ומעשית, ואף יצרה תעשייה שלמה. הרעיון המרכזי הוא לקבץ את 15,000 האבחנות הכלולות בקוד (ICD9), לקבוצות שוות הוצאה רפואית חזויה, וליצור סולם של סיכון כספי יחסי, המוגדר על קבוצות אלה.

השימוש הקודם בשירות. מחקרים רבים בדקו את השפעת השימוש הקודם וההוצאות על שירותי בריאות בעבר על צריכת השירותים בתקופה נתונה. בהולנד נמצא, שגורם זה מעלה את השונות המוסברת לכ-10 אחוזים³⁰. המידע על שימוש בשירותים בעבר הינו גורם חשוב לאומדן הוצאות עתידיות, במיוחד עבור אנשים בעלי הוצאות גבוהות בעבר. בכמה מחקרים הגיעו למסקנה שתוספת של משתנה אחד או יותר

³⁰ van de Ven & van Vliet, 1992.

של "שימוש קודם" למודל המכיל רק משתנים דמוגרפיים, מגדילה פי שניים ויותר את כוח ההסבר של נוסחת הקפיטציה³¹. בנוסף לכושר החיזוי של המשתנה "שימוש קודם", יתרונו הגדול בהיותו מבוסס על מידע אמין וזמין אצל הקופות. עם זאת, יש לזכור שהמשתנה "שימוש קודם" יוצר בעיה של סיכון מוסרי, כאשר קופות-החולים עלולות "להשקיע" בהגדלת השימוש בהווה על מנת להיות זכאיות בעתיד לתמורה גבוהה יותר, ללא גידול אמיתי בצרכים הבריאותיים. קופות "חסכניות" יצאו מפסידות. כמו כן ייתכן שהתגמול יינתן על טיפול לא נחוץ או לא מתאים וקיים קושי בבקרה ואימות על-ידי המפקח.

מכלול התמריצים השליליים הללו, כולל חוסר האפשרות לבקרה ולאימות, הביא לידי כך ש"שימוש קודם" אינו נכלל, ברוב המקרים, כמתאם סיכון, אם כי הוא מהווה בסיס להתחשבות משלימה דרך השתתפות בסיכון במערכת שוויונית.

נכות. לדעת רבים, נכות היא מתאם סיכון טוב, בהיותה קשורה במצב תפקודי ובמידת השימוש בשירותי בריאות. מידת הנכות ניתנת למדידה חד-משמעית. יתר על כן, ברוב המערכות נכים מקבלים קצבת נכות, והם כלולים במאגרי הנתונים של הביטוח הלאומי. מכאן, שהכללת נכות (או קבלת קצבת נכות) בנוסחת הקפיטציה היא קלה ובטוחה יחסית. הבעיה היא באופן חישוב התגמול היחסי בין נכים ולא נכים בקבוצות הגיל השונות, כאשר ההערכה היא שעלויות הנכים גבוהות יותר. חישוב מסוג זה מצריך תיאום מידע בין המוסד לביטוח הלאומי והקופות, הוא אינו תיאום פשוט והוא ועשוי להיתקל בהתנגדות על רקע חוקי ועסקי. לגבי ההבדלים בין הקופות – נתוני הביטוח הלאומי מצביעים על הבדלים ניכרים ביניהן באחוז מקבלי קצבת הנכות מתוך כלל המבוטחים, כאשר בכללית בכל קבוצות הגיל ישנו אחוז גבוה יותר של מקבלי קצבת נכות, ובמכבי ובמאוחדת האחוזים הנמוכים ביותר (ראה לוח 8).

³¹ הוספת משתנה של אשפוז בשנה קודמת מכפילה כמעט את השונות המוסברת. ראה: זמורה, 2000.

לוח 8. אחוז מקבלי קצבת נכות מכלל מבוטחים, לפי קופה וקבוצת גיל, 2000 (אחוזים)

מכבי	מאוחדת	לאומית	כללית	סך-הכל	סך-הכל
1	1	2	3	2	סך-הכל
3	3	4	8	6	עד 24
0	1	1	2	1	25-35
2	2	2	4	3	35-45
2	2	4	5	4	45-55
6	7	10	11	10	55-65
6	6	7	7	7	65+

מקור: בנדלק, 2002.

ד. משתני "חסר" (deprivation) אישיים

מחקרים רבים הגיעו למסקנה שמעמד כלכלי-חברתי נמוך קשור למצב בריאות פחות טוב. בישראל קיים קשר שלילי ברור, ברמת יישובים, בין המדד החברתי-כלכלי לבין שיעורי תמותה³². במקומות שהדבר מתאפשר, מבחינת זמינות שירותים, מעמד נמוך קשור גם להוצאות בריאותיות גבוהות. כך נמצא, למשל, שאצל אנשים ברמות נמוכות מאוד של הכנסה, מעמד מקצועי והשכלה, נרשמו אשפוזים בבתי-חולים לתקופות ארוכות ב-25.5 אחוז יותר מאלו שנרשמו אצל בעלי רמות הכנסה, מעמד מקצועי והשכלה גבוהים³³. עוד נמצא ששיעור האשפוזים והביקורים אצל רופא ראשוני גבוה יותר ככל שרמת ההשכלה נמוכה יותר, אך לעומת זאת מספר הביקורים אצל רופאים מומחים גבוה יותר בקרב האוכלוסייה המשכילה יותר³⁴.

רוב המערכות אינן כוללות מדדים חברתיים-כלכליים אישיים כמתאמי סיכון בהקצאת המקורות בין המבטחים. יוצא מן הכלל הוא Medicare האמריקאי, המבסס את תשלומיו לספקים גם על קריטריון של קבלת קצבת הבטחת הכנסה של הזכאים לתכנית.

בדרך-כלל קיימת רתיעה משימוש במדדים מסוג זה, הניתנים לשליטה על-ידי הפרט, וכן קיימים נימוקים הקשורים באפליה חברתית. אזרחי

³² צ'רינובסקי ואחרים, 2002.

³³ זמורה ואחרים, 2002.

³⁴ זמורה ואחרים, 2002.

מערכות רבות לא יקבלו משתנים כמו רמת השכלה או גזע או לאום כמאפיינים לגיטימיים להקצאת שירותי רפואה, גם אם התוצאה תבטיח השגת "אפליה מתקנת" ברוב המקרים.

הבדלים בין הקופות קיימים גם בהתפלגות לפי הכנסה חודשית, כפי שמוצג בלוח 9. ב"כללית" וב"לאומית", לאורך כל השנים, ההכנסה החודשית הממוצעת נמוכה מהממוצע הכללי, ואילו ב"מאוחדת" וב"מכבי" ההכנסה החודשית הממוצעת גדולה יותר. ההבדלים בין הקופות אף גדלו מאז החלת החוק ב-1995.

לוח 9. הכנסה חודשית ממוצעת, ומדד ביחס להכנסה ממוצעת = 100, 1994-2000, גילאי 5 ומעלה

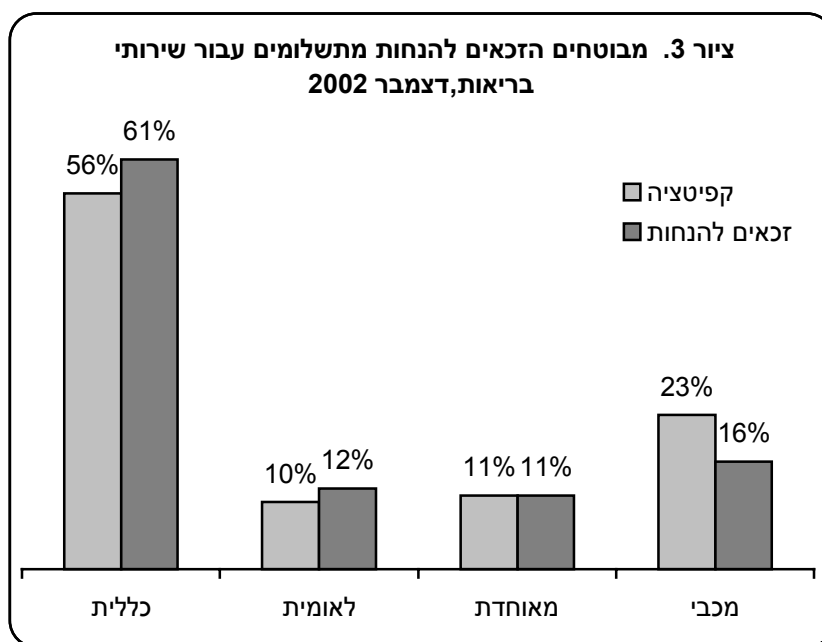
מדד ביחס להכנסה ממוצעת = 100				הכנסה חודשית ממוצעת במשק	
מאוחדת	מכבי	לאומית	כללית		
108	118	89	96	2,982	1994
112	123	90	96	3,527	1995
107	123	87	94	3,965	1996
108	122	87	94	4,365	1997
109	122	86	94	4,723	1998
112	125	87	92	5,524	1999
114	127	86	91	5,796	2000

מקור: משרד הבריאות, 2001; בנדלק, 2002.

פערים בין הקופות קיימים גם בהתפלגות לפי לאום, כאשר ב"כללית" יש אחוז גבוה יותר של מבוטחים לא-יהודים לעומת הקופות האחרות. ישנם גם הבדלים בין הקופות בהתפלגות המבוטחים לפי רמת השכלה – בכללית יש 82 אחוז בעלי השכלה של 8-0 שנות לימוד בעוד שקבוצה זו מהווה 61 אחוז מהאוכלוסייה הכללית.³⁵

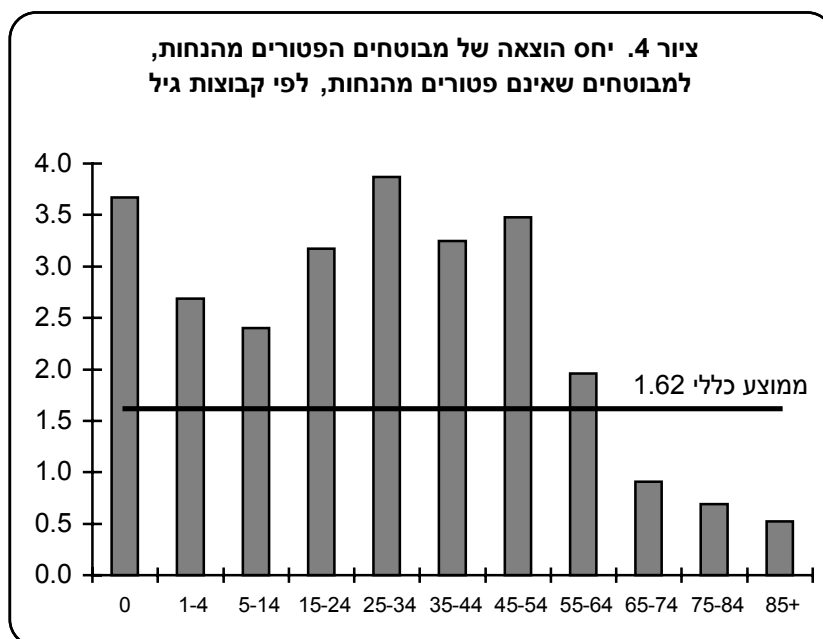
³⁵ זמורה ואחרים, 2002.

נתונים אלה באים לידי ביטוי בשיעורי הזכאים להנחות מתשלומים עבור שירותי בריאות (ציור 3)³⁶. אלה גבוהים במיוחד, ב"לאומית" ו"כללית". שיעורים אלה משפיעים על יכולת הקופות לגייס מימון באמצעות השתתפות בתשלום וביטוחים משלימים.



בשירותי בריאות כללית נמצא שעלות מבוטחים הזכאים להנחות מתשלומים גבוהה פי 1.6 משל מבוטחים שאינם זכאים להנחות. כפי שניתן לראות בציור 4, ישנם הבדלים ביחס זה לפי קבוצות גיל, כאשר היחס גבוה במיוחד בקבוצות הגיל הצעירות, ואילו בקבוצות הגיל מעל 65 עלות הזכאים להנחות נמוכה מאלו שאינם זכאים להנחות.

³⁶ מדובר באוכלוסיות המקבלות קצבות מביטוח לאומי – זקנה ושאינים, נכות, הבטחת הכנסה, מזונות, וכן ממשפחות עם 4 ילדים ויותר ותלמידי ישיבות – לפי דיווח של משרד הדתות.



ה. סיכום

אי יישום "משתנה המרחק" בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר יש בו כדי לפצות על הבדלים אזוריים בתשתיות, מפחית מיכולת מנגנון ההקצאה להתגבר על פערים בזמינות שירותים ונגישותם, בין המרכז לפרפריה ובין קבוצות אוכלוסייה שונות ופוגם בתפקיד מרכזי של המנגנון. מצב הדברים גם פוגע בקופות החולים "כללית" ו"לאומית" אשר פעילות יותר באזורים הפריפריים. ככלל, נוסחת הקפיטציה הישראלית היא דלה ביותר במשתנים ובאופן היישום שלה בהשוואה לעולם. הנוסחה חסרה משתנים אישיים כמגדר, מצב חברתי-כלכלי ומשתני בריאות אשר ניתן לשלבם בנוסחה ולהוריד על-ידי כך את נטיית הקופות לברור ולהפלות כנגד מבוטחים.

יתר על כן, למרות כוונת המחוקק אין במנגנון ההקצאה הישראלי ניסיון לבצע אפליה מתקנת למען קבוצות ואזורים חלשים למרות שקיים חסר בשירותי רפואה במקומות בהם הם דרושים ביותר.

ביבליוגרפיה

- בכר א., (2003), **עדכון נוסחת ההקצאה שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי**, שירותי בריאות כללית, אפריל.
- בנדלק ז'ק, (2002), **חברות בקופות-חולים 2001-2000**, המוסד לביטוח לאומי, פרסום 182, יוני.
- זמורה ע'., (2000), **"נוסחת הקפיטציה הישראלית – בחינת הנוסחה הקיימת ומודלים חלופיים"**, מחקר לקבלת תואר PhD, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- , ילין נ'., בכר י'., פטרבורג י'., (2002), **"השפעת מאפייני קופה, אוכלוסייה ותחלואה כרונית על שימוש בשירותי בריאות"**, **ביטחון סוציאלי**, 62.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, כפי שפורסם ב: **"חיקוקים בביטוח בריאות ממלכתי"** בעריכת שלמה פרץ, הוצאת בורסי, מעודכן ליום 30.3.99.
- חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה 1995 פרק י' (ביטוח סיעוד). **"מסקנות ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי"** מוגש על-ידי ח"כ דוד טל, פברואר 2000.
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה), **שנתון סטטיסטי לישראל**, שנים שונות.
- משרד הבריאות, (2001), **בריאות בישראל 2001**, נתונים נבחרים. ניראל נ'., פלפל ד'., רוזן ב'., זמורה ע'., גרינשטיין מ'., זלצברג ס'., (2000), **"נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל?"**, ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ-354-00.
- צ'ריניחובסקי ד'., זמורה ע'., שרף מ'., (2000), **"התאמת נוסחת הקפיטציה לאוכלוסיית הנגב"**, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב (Working Paper 2000-1).
- , שירום א'., (1996), **"שווינויות במערכת הבריאות בישראל"**, בתוך: קופ, י'. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים – 1996**, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- , אלקנה י'., אנסון י'., שמש ע'., (2003), **"שווינויות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות"**, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל (יולי).

שדמי ח'., (2002), "נראה כי נפלו ליקויים בכל שלבי תהליך קבלת ההחלטות", "הארץ", 7 באוגוסט.
שמואלי ע'., שמאי נ'., לוי י'., אברהם מ'., (1995), "לקראת נוסחת קפיטציה לאומית: סיכום מחקר על דפוסי צריכת שירותים", המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

- Chernichovsky, D., (2000), "The Public-Private Mix in the Modern Health Care System - Concepts, Issues, and Policy Options Revisited", National Bureau of Economic Research, Working Paper W7881, Boston.
- , Bolotin, de Leeuw D., (2003), "A Fuzzy Logic Approach toward Solving the Analytic Enigma of Health System Finance." Forthcoming in **The European Journal of Health Economics**.
- Hadley, J., Rosen B., Shmueli A., (2001), "Towards the Inclusion of a Health Status Parameter in the Israeli Capitation Formula", JDC-Brookdale Institute (RR-372-01).
- Rennert, G., Peterburg, Y., (2001), "Prevalence of Selected Chronic Diseases in Israel", **Israel Medical Ass. J.** 3(6), pp. 404-8.
- Tulchinsky, T.H., Ginsburg, G. M., (1996), "A District Health Profile of Beersheva Sub-District (the Negev), Israel, 1995", Ministry of Health, Jerusalem.
- van den Ven and Chernichovsky, D., (eds.), (2003), **Special issue of Health Policy on Risk Adjustment in Europe**.
- van Vliet, R.C.J.A., van de Ven W.P.M.M, (1992), "Towards a Capitation Formula for Competing Health Insurers, an Empirical Analysis", **Social Science and Medicine**, 34(9), pp. 1035-1048.