

בטחון סוציאלי

כתב עת בנושאי רווחה וביטחון סוציאלי

בחירה חברתית, דמוקרטיה, והמדינה במודל המתפתח (כגון הישראלי) במערכות בריאות; קפיטציה בבחינה מחדשת • סל וביטוח "משלימים" והרפורמה במערכת הבריאות הישראלית – סכנות והזדמנויות • שירות רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים: תמונת מצב והערכה • בחירה שלילית ו"איסוף השמנת" בשוק ביטוח הבריאות המשלים בישראל • חוק ביטוח בריאות ממלכתי – השלכות על שירותי בריאות מניעתיים לאם ולילד • הקשר בין תחלואה וצרכים לבין המדיניות הננקטת בתחום בריאות השן • על מיקומה של רפואת מומחים במערכת הבריאות: הערכת מודלים חלופיים • "ריפוי בבלימה": התמודדות עם התייקרות שירותי הבריאות לפני הפעלת חוק הבריאות – השוואה בין ישראל לבין ארצות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD) • התפלגות צריכת שירותי הבריאות בישראל על פי גיל.

המערכת :
גב' עירא כהנמן (יו"ר)

לאה אחדות
פרופ' אברהם דורון

שלמה כהן

פרופ' משה סקרון

פרופ' אריה שירום

ד"ר מיכאל שלו

יוסי תמיר

ISSN 0334-231X

דפוס אחוה, ירושלים

"כטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה, בחורף ובקיץ.
מאמרים יש להגיש בשני עותקים, מודפסים ברווח כפול, על צד אחד של הדף. יש
לצרף תמצית של המאמר באנגלית, וכן את שם המחבר ואת שם המאמר
באנגלית. המאמרים מועברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע.
מען המערכת: "כטחון סוציאלי", מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח
לאומי, שדרות וייצמן 13, ירושלים 91909.
הדעות וההערות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים
מוטלת עליהם כלכד.

תוכן העניינים

		דבר העורכים
5	ד"ר דב צירניחובסקי ופרופי אריה שירום	
9	ד"ר דב צירניחובסקי	בחירה חברתית, דמוקרטיה, והמדינה במודל המתפתח (כגון הישראלי) במערכות בריאות; קפיטציה בבחינה מחודשת
32	ד"ר דב צירניחובסקי	סל וביטוח "משלימים" והרפורמה במערכת הבריאות הישראלית – סכנות והזדמנויות שירות רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים: תמונת מצב והערכה
48	פרופי אריה שירום וציפי עמית	
70	ד"ר עמיר שמואלי	בחירה שלילית ו"איסוף השמנת" בשוק ביטוח הבריאות המשלים בישראל
80	פרופי חוה פלטי	חוק ביטוח בריאות ממלכתי – השלכות על שירותי בריאות מניעתיים לאם ולילד
104	ד"ר טוביה חורב	הקשר בין תחלואה וצרכים לבין המדיניות הננקטת בתחום בריאות השן
113	ברוריה שלמון, אברהם צפרוני ופרופי אריה שירום	על מיקומה של רפואת מומחים במערכת הבריאות: הערכת מודלים חלופיים
132	פרופי יעקב קופ	"ריפוי בבלימה": התמודדות עם התייקרות שירותי הבריאות לפני הפעלת חוק הבריאות – השוואה בין ישראל לבין ארצות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD)
146	ד"ר עמיר שמואלי ויורם לוי	התפלגות צריכת שירותי הבריאות בישראל על פי גיל

דבר העורכים

הגליון המיוחד של "בטחון סוציאלי" מוקדש הפעם לבחינת היבטים שונים של מערכת הבריאות בישראל. גליון מיוחד מסוג זה מעורר תדיר את השאלה של החוט המקשר בין המאמרים השונים, שהעורכים בחרו לכלול בגליון זה.

הערכתנו היא שהמאמרים מאופיינים על ידי כך, שכל אחד מהם מצביע על חלל מסוים, שונה ונפרד, בפעילות המשרד הממשלתי המופקד על שירותי הבריאות: משרד הבריאות. המושג "חלל" מתייחס מטבע הדברים להגדרת תחומי הפעילות הנדרשים, וזאת שנתיים לאחר שנכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהקשר זה, משמעותו של חלל היא, שפעילות נדרשת מסוימת אינה מתבצעת.

נשאלת, איפוא, השאלה — מהם תחומי הפעילות הנדרשים ממשרד, העוסק בתחום כלשהו של מערכת שירותי הרווחה בישראל?

יש, להערכתנו, הסכמה רחבה בין חוקרים ומקבלי החלטות על תחומי פעילות נדרשים של משרד ממשלתי העוסק בתחום של שירותי רווחה. משרד כזה אמור לקבוע מדיניות, להתוות כיווני התפתחות, להגדיר את חוקי המשחק, ולקיים מערך של בקרה ופיקוח על קיום המדיניות שנקבעה. קביעת מדיניות קשורה, בין השאר, להגדרת סדרי עדיפויות. התווית כיווני התפתחות נקשרת לתכנון רב-שנתי, הבנוי להשגת היעדים שנקבעו ובסדר העדיפויות שנקבע להם. הגדרת חוקי המשחק משמעותה, בין השאר, קביעת נורמות של התקשרויות בין צרכנים וספקי השירותים, והגדרת אופיים של חוזים הנחתמים בין ספקי השירותים לבין עצמם. כל הפעילויות הללו, כולל קיום של מערך בקרה ואיתור מראש של נקודות תורפה לשם טיפול בהן, בנויות על מערך מידע ועל תשתית של כוח אדם, המתמחה בנושאים האמורים.

יש, כמו כן, תחומים נוספים, אשר עליהם אחראי משרד ממשלתי בתחום של שירותי רווחה. המשרד אחראי על הקמת התשתית הפיזית, ועל הכשרת התשתית האנושית של שירותי הרווחה האמורים. כן אחראי המשרד על המשך השקעות בתשתית מדעית, דהיינו — במחקר ופיתוח. המשרד אמור להיות אחראי על כך, שיהיה לשירות הרווחה בעתיד מספר מספיק של אנשי מקצוע ברמה נאותה, וגם תשתית פיזית נאותה. אולם אנו איננו עוסקים בתחום אחריות זה של משרד ממשלתי, העוסק בשירותי רווחה, כיוון שקובץ המאמרים שלפנינו איננו מתייחס להיבטים אלו של שירותי הבריאות בישראל, אלא דרך אגב.

כאמור, החוט המקשר את המאמרים השונים שבקובץ הוא אפיון של שטחים ריקים בתחומים הקשורים לפעילות, מרכזית בחשיבותה, של המשרד המופקד על שירותי הבריאות במדינה. להלן נדגים ונסביר כיצד מתלכדות התרומות השונות לכלל אבחון בעייה מהותית של קיום שטחים ריקים (לקונות) בתחום קביעת מדיניות בריאות.

כמה מאמרים בחוברת עוסקים בקשרי הגומלין שבין ספקים פרטיים וציבוריים של שירותי בריאות, ובין מימון פרטי ומימון ציבורי של שירותי בריאות. לכך שייכים שני מאמרים שתרם

לגליון המיוחד דב צ'רניחובסקי. מאמרו הראשון מנסה להגדיר סביבה לצורך הפעלה יעילה של מערכת בריאות כשיטת הקפיטציה, שהיא השיטה לפיה מוקצים כספי הביטוח הלאומי (הכוללים את מיסי הבריאות של האזרחים, המס המקביל של המעסיקים, והעברות של הממשלה מתקציבה להשלמת העלות של סל שירותי הבריאות) לקופות החולים. המאמר גורס, שעל הממשלה ומשרד הבריאות לעסוק ביצירת סביבה נאותה לפעילות מערכת קפיטציונית זו במקום לעסוק בהגדרת יתר של סל שירותי הבריאות, אשר לו זכאי כל אזרח מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מאמרו השני של דב צ'רניחובסקי מגדיר בעליל כמה סכנות הנובעות במישרין משימוש במימון פרטי במערכת הבריאות, וכמו כן מציע מספר פתרונות לסכנות אלו. היבטים רחבים אלו של הנושא מוצאים ביטוי ספציפי יותר בשני מאמרים נוספים, העוסקים בתחומים מוגדרים של שירותי בריאות. מאמרם של אריה שירום וציפי עמית מתייחס להצעות השונות להכנסת שירות רפואי פרטי לבתי חולים ציבוריים וממשלתיים. המאמר בוחן את הרקע וההתפתחות של נושא זה מנקודת הראות של מדיניות משרד הבריאות. הוא מראה בעליל, שמדיניות המשרד נעה מקוטב אל קוטב בתקופות שונות. המאמר מנתח את היתרונות השונים שיוחסו בספרות, כולל בספרות הישראלית, לשילוב של שירותי רפואה פרטיים באשפוז בבתי חולים בבעלות ציבורית. המאמר מגיע למסקנה, שערכים חברתיים בסיסיים עלולים להיפגע אם ישולבו שירותי רפואה פרטיים באשפוז בבתי חולים הממשלתיים: ערכים חברתיים בסיסיים אלו הם הערכים של שמירה על סולידריות חברתית, כולל השמירה על תחושת "כל ישראל ערבים זה לזה", ושמירה על מינימום סביר של שוויון במתן שירותי אשפוז. הכוונה היא למינימום סביר של שוויון באספקת שירותי אשפוז לנזקקים להם במתקנים ציבוריים שהציבור כולו מימן ממיסיו. המאמר מוצא צד זכות בקיום בתי חולים פרטיים, המאפשרים אשפוז תמורת תשלום לאלו שידם משגת. ממצאי מחקר זה מתיישבים עם גישתו התיאורטית לנושא המאמר השני של דב צ'רניחובסקי, שנוכר לעיל.

מאמרו של עמיר שמואלי על "בחירה שלילית והסרת השמנת בשוק הביטוח המשלים בישראל" מהווה את החוליה השלישית בין המאמרים העוסקים בקשרי הגומלין בין המגזר הפרטי והציבורי בשירותי בריאות. המאמר עוסק בניתוח נתונים שנאספו כסקר שבוצע בשנת 1994, לפני היכנסו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק שינה את מקומם ותפקידם של הביטוחים המשלימים שהיו בתוקף לפניו. משרד הבריאות היה אמור להסדיר נושא זה של ביטוחים משלימים בתקנות. קיימות מספר סיבות לגבי הצורך להסדיר נושא זה של ביטוחים משלימים בתקנות. הנימוק הקשור למאמר: ממצאיו מראים, כי לפני שנכנס החוק לתוקפו היו בשוק הביטוחים המשלימים תופעות של "הסרת השמנת". נימוק נוסף, שלא נדון במאמר: בחלק מקופות החולים הקטנות "משכנעים" מבוטחים להצטרף לביטוח המשלים. הנימוק החשוב ביותר, שאף הוא אינו נדון במאמר משום שהופיע לאחר שחוק ביטוח בריאות ממלכתי נכנס לתוקפו: חלק מקופות החולים הקטנות יותר מפעילות את הביטוחים המשלימים על ידי קרנות פנימיות. דבר זה יוצר מצב שבו קשה מאד לעשות הבחנה בין מימון סל השירותים – הכלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי – מהתקציב הציבורי, לבין מימון אישי-פרטי של ביטוחים משלימים עבור אותם חברי הקופה, שרכשו ביטוחים משלימים. עד מועד כתיבת הדברים טרם נחקקו תקנות הביטוחים המשלימים ונמשך המצב, לפיו תחום זה אינו מוסדר ואינו מפוקח.

בכמה מאמרים אחרים יש דגש על חללים הקיימים בהתייחסות משרד הבריאות לשירותי

בריאות מונעים מסוגים שונים. חוה פלטי, במאמרה, מתארת תחום של שירותי בריאות הציבור, שהתפתח בצורה המעוררת הערכה בעולם: שירותי בריאות מונעים לאם ולילד. חוק ביטוח בריאות ממלכתי ראה בשירותים אלו, מן הבחינה המהותית, שירותים שעל קופות החולים לתת למבוטחים. מאמרה של חוה פלטי מתאר את השלכותיו האפשריות של החוק על מתן שירותי בריאות מונעים מסוג זה. בולטת מסקנתה של המחברת, שמיזוגם הצפוי של שירותי בריאות טיפוליים ומניעתיים בקהילה, בתנאים של מדינת ישראל, איננו רצוי, וקטן הסיכוי שיביא למאזן עלות תועלת חיובי. בסיום מאמרה מראה המחברת מה אירע לשירותי בריאות התלמיד לאחר שהועברו לידי קבלנים פרטיים במרבית הרשויות המקומיות במדינה. גם מאמר זה משתזר בזיהוי ובאפיון של לקונות בתחום של קביעת מדיניות והעדר הגדרות של כללי משחק בתחומים רחבים של מערכת הבריאות. בעוד שסל שירותי הבריאות הטיפוליים נקבע במפורט בחוק, אין הדבר כך בשירותי בריאות מונעים, שבהם מטפל מאמרה של חוה פלטי.

ממאמר זה אנו עוברים לשני מאמרים העוסקים בתת-מערכות חשובות של מערכת הבריאות בישראל, שירותי בריאות השן ושירותי רפואת מומחים. המדובר בתת-מערכות שכמעט לא נבחנו מן ההיבטים של מדיניות בריאות ואספקת שירותי הבריאות.

מאמרו של טוביה חורב על שירותי בריאות השן במדינת ישראל, הוא מעין בדיקה מערכתית, ראשונית וחלוצית באופיה, של ניסוי בטבע. הניסוי נעשה על ידי מדינת ישראל, שהחליטה ששירותי בריאות השן, רובם ככולם, יופקדו בידי מנגנון השוק הפרטי. המאמר מראה כיצד הביאה החלטה אסטרטגית זו לכלל מצב שבו יש הזרמה גדולה של משאבים לתחום זה של שירותי בריאות (מספר רב של רופאי שיניים ביחס לאוכלוסייה, חלק גדול יחסית של תקציב שירותי הבריאות הציבוריים, עלות גבוהה יחסית של ריפוי שיניים בישראל). התוצאה, על פי גישות שונות להערכת אפקטיביות, מאד מאכזבת ובעייתית. טוביה חורב מבצע בדיקה השוואתית של תפוקות המערכת. על פי ממצאיו, מעמדה היחסי של ישראל נחות יחסית, כמעט על פי כל מדד של תפוקות מערכת שירותי בריאות השן בישראל, שבו השתמש המחבר. נחיתות יחסית זו של תפוקות המערכת קיימת גם כאשר משווים את ישראל למדינות, שבהן יש שירותי בריאות שן פרטיים, כדוגמת ארצות הברית. ההסבר שנותן המחבר: בשירותי בריאות השן במדינת ישראל יש דומיננטיות כמעט מוחלטת של שירותי בריאות שן טיפוליים, וכמעט שאין שירותי בריאות שן מונעים. במדינות מערביות מתוקנות אחרות, המצב הפוך.

בעוד שמאמרו של טוביה חורב עוסק בתחום שכמעט ולא הוסדר על ידי הריבון, עוסק מאמרו של ברוריה שלמון, אברהם צפרוני ואריה שירום במרכיב חיוני וחשוב של כל מערכת בריאות: שירותי רפואת מומחים או רפואה שניונית. המאמר מראה כיצד, גם כאן, אין קביעה ברורה של סדרי עדיפויות, ואין הבהרה של דגם, הנראה כרצוי לרפואת מומחים. אחת התוצאות של העדר מדיניות ברורה היא התפתחותם המהירה והענפה של שירותי רפואת מומחים בבתי חולים כלליים, שירותים המכונים בישראל בשם "מרפאות חוץ" של בתי חולים. המאמר מנמק בהרחבה מדוע הדגם של מיקוד שירותי רפואת מומחים דווקא בקהילה הוא הדגם המועדף והמומלץ.

מאמרו של יעקב קופ עורך השוואה בין ישראל לבין ארצות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD) בתחום בעיות המימון של מערכת הבריאות. עם זאת, ניתן להתייחס אל מאמר זה כמאמר, המזהה חלל בתחום של קביעת מדיניות במימון שירותי בריאות. בדרך עקיפה,

שואל מחבר המאמר, בהתייחס למציאות בישראל, שאלות נוקבות העוסקות בתחום המימון של שירותי הבריאות. מה צריך להיות היקפו של המימון הפרטי, לעומת המימון הציבורי כשירותי בריאות? האם יש איזה שהוא דפוס ברור של הוצאה לאומית לשירותי בריאות, המאפיין את מדינות המערב המתועשות, בהשוואה לישראל? מאמרו של יעקב קופ מאלף מכמה בחינות. יש לו תרומה בעלת חשיבות בכך שהוא מאבחן, כי אחד ההסברים למשברים של סוף שנות השמונים במערכת הבריאות היתה החלטת ממשלה להקטין בצורה מאד משמעותית את המימון הציבורי, מתקציב המדינה, של מערכת הבריאות. יש לו תרומה נוספת בכך שהוא מראה, כי לאורך זמן מדינות מתועשות שונות אינן משנות את מקומן היחסי, זו לעומת זו, באחוז ההוצאה הלאומית המוקדש לבריאות. נראה, איפוא, שאחוז ההוצאה הלאומית לבריאות מבטא גורמים מוסדיים כבדי משקל בתוך אותן מדינות.

היבט נוסף של תחום ריק בקביעת מדיניות בריאות מובא במאמרם של עמיד שמואלי ויורם לוי על התפלגות צריכת שירותי בריאות בישראל על פי גיל. אחד הממצאים הכולטים במאמר: בעוד שאחוז הקשישים (דהיינו, בקבוצת הגיל של בני 65 ומעלה) באוכלוסייה הוא רק כ-10%, הרי שהם אחראים לצריכה של יותר מ-40% של שירותי האשפוז. שירותי האשפוז הם היקרים ביותר במערכת הבריאות. לכאורה, היתה עובדת יסוד זו אמורה להביא לקביעת סדרי עדיפויות מתחייבים בהקצאת משאבי המערכת. הכוונה היא למתן עדיפות כרונה לבנייה וליצירה של חלופות לא יקרות לאשפוזם של קשישים, כמו, למשל, אשפוז במסגרות של בתי חולים לחולים כרוניים וגריאטריים במקום בתי חולים כלליים. דוגמא שניה: פיתוח של שירותים בקהילה, המאפשרים לחולה הקשיש לשהות בביתו במסגרת מוגנת על ידי סיוע של קופת החולים, שבה הוא חבר. למעשה, זהו אחד התחומים של שירותי הבריאות הסובל מזה שנים מהזנחה.

בראשית שנות התשעים איבחנה הוועדה הממלכתית לחקר תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות את משרד הבריאות כמשרד בעייתי, העוסק יותר בכיבוי שריפות בבתי החולים המסורים לגיהולו והרבה פחות במשימות מרכזיות של משרד בתחום מהותי של שירותי רווחה. בראשית הדברים תארנו משימות אלו. לדאבון הלב, קובץ המאמרים המובא בחוברת זו איננו מצביע על שינוי של ממש שאירע מאז ועד עתה.

ד"ר דב צ'רניחובסקי ופרופ' אריה שירום

בחירה חברתית, דמוקרטיה, והמדינה במודל המתפתח (כגון הישראלי) במערכות בריאות; קפיטציה בבחינה מחודשת

מאת ד"ר דב צ'רניחובסקי*

מבוא

— המאפיין העיקרי של מערכות אלה
— באשר לאופן בו מסופק סל השירותים
הציבורי, ואף באשר לעצם הגדרתו.

"קפיטציה" משמשת זה מכבר כמכשיר
פיננסי ליישום מדיניות בריאות, להקצאת
מקורות ולפיצוי עבור שירותי רפואה
במערכות בריאות שונות ומרוחקות
בתפיסתן. שירות הבריאות הבריטי (NHS),
המנהל מערכת בריאות ממלכתית, משתמש
בקפיטציה להקצאת מקורות לאזורים, ולפיצוי
רופאים בקהילה (United Kingdom) Department of Health and Social
Security, 1988). מערכות האדמיניסטרציה
הפדרלית ושל המדינות בארצות-הברית,
הפועלות במערכת המבוססת על שוק פרטי,
משמשות בקפיטציה בעיקר כשיטת פיצוי

מנגנון הקפיטציה קיבל משנה חשיבות בעשור
האחרון כמכשיר עיקרי לניהול מערכות
הבריאות, כגון זו הישראלית, המייצגות
את התפיסות של "המודל המתפתח"
(צ'רניחובסקי 1993; Chernichovsky, 1995a).
מערכות אלה מנסות לשלב זכאות
אוניברסלית כללית ל"סל ציבורי" ("סל
בסיסי") ובקרת הוצאות באמצעות תיקצוב
ציבורי; ארגון וניהול שירותים באמצעות
"מבטחים" — קופות חולים — מתחרים;
ואספקת שירותים באמצעות נותני שירותים
שגם הם מתחרים. קפיטציה מאפשרת
במערכות כאלה פלוראליזם או רב-גוניות

* Ph. D. (כלכלה), היחידה למדיניות וניהול מערכות בריאות והתוכנית למדיניות בריאות בכלכלות במצוקה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

1. קפיטציה היא שיטה פרוספקטיבית להקצאת מימון ותשלומים עבור שירותי רפואה. התשלום הוא לפי גולגולת, או לפי נפש "סטנדרטית", ולעתים קרובות תוך התאמה לפי תכונות אישיות וקהילתיות. קפיטציה עשויה לכלול טיפול אמבולטורי בלבד, אשפוז או חלק ממנו (קפיטציה חלקית), או להתייחס למלוא חבילת הטיפול, שהאדם זכאי לה בגין הקפיטציה (קפיטציה מלאה).

בלחץ וכדור' שעניינם ה"רפואי" אולי אינו מיידית לפי הגדרה זו או אחרת. כלומר, הטיפול או השירות צריך לעסוק בהשגת תחושת "קוהרנטיות" שאינה קלה להגדרה (אנטונובסקי, 1987). הגדרה רחבה של צורך נובעת בין השאר מ"מדיקליזציה" רחבה של שטחי התנהגות וטיפול, כגון שתייה, סמים, פשע וכו' (Williams & Calnan, 1996). לפיכך, המשמעויות המושגיות והמעשיות של תשלום עבור "צורך" רפואי הן מסובכות ביותר, בעיקר במערכות המושחתות על מימון ציבורי.

תחום הפתרונות הפוטנציאליים לקביעת הצורך, מחוץ גיסא, ורמת ההוצאה הלאומית הכרוכה בו, מאידך גיסא, הוא בין שני פתרונות קיצוניים. פתרונות ביניים משקפים את המטרות ואת האיכויות המיוחדות של מערכות בריאות שונות, את המימון המתחייב מכך, וכן את עקרונות הארגון והניהול הכרוכים בהם.

הפתרון הקיצוני הראשון מבוסס על עקרונות מערכת שוק. הוא משקף בדרך כלל את האינטראקציה בין "דעת מומחה" בדבר הצורך הטיפולי של הלקוחות לבין יכולתם ונכונותם של אלה לשלם עבור הטיפול. כלומר, ה"מקצוע" קובע את האבחנה ואת הטיפול הדרושים, תוך המלצה לשימוש בטכנולוגיה "נאותה", והלקוח — לרוב בסביבת ביטוח — קובע את דמת המימון על ידי יכולת ונכונות לשלם. מחירי השירותים, רמות הטיפול, וההוצאה עליהם, אינם נקבעים מראש; הם נקבעים בדיעבד בשוק, אשר בו לנותני השירות יש השפעה ניכרת על אופי הביקוש לשירות זה או אחר. הדוגמה הטובה ביותר לסוג זה של פתרון בין המדינות המפותחות, היא החלק הלא-ציבורי של המערכת האמריקנית המאופיינת על-ידי בחירה חופשית של ספקים על-ידי הלקוח או הצרכן, וקביעת רמות טיפול וטכנולוגיה

Health Maintenance Organizations¹ (HMOs)) עבור נתמכי תכניות ציבוריות כגון Medicare ו-Medicaid (Hardley & Langwell, 1991). הקפיטציה מקבלת משמעות חדשה בניהול מערכות בריאות ב"מודל המתפתח".

בעבודה אעמוד על משמעות זו באמצעות בחינה מחדש של הפילוסופיה של מושג הקפיטציה במודל המתפתח. על-ידי כך אנסה לאפיין את אופן הגדרת הסל הבסיסי במערכת בריאות מודרנית, בהקשר של קופות חולים כגון הישראליות. נגזרת עיקרית מאפיון זה היא הגדרת תפקידי המדינה במערכת המופעלת בשיטת קפיטציה.

תחום הבחירה הציבורית

מדינות מפותחות מנסות באופן מתמיד להגיע לאיזון בין "צורך" חברתי (felt need) בשירות רפואי או בין הרווחה החברתית אשר השירות מקנה, לבין רמת הוצאה לאומית לבריאות אשר קבילה מבחינה חברתית וכלכלית. מאחר שבמדינות אלה אין מתאם בין רמת ההוצאה הלאומית לבריאות לבין מצב הבריאות של האוכלוסייה כפי שהוא נמדד בשיעורי תמותה (תוחלת חיים) וחולי, הסוגייה "מה בעצם החברה קונה, או צריכה לקנות, בתמורה להוצאה זו?" הינה מורכבת (OECD, 1990). החברה אינה צריכה בהכרח לקנות "טיפול", כפי שזה מוגדר על-ידי ממשלה ואנשי "מקצוע". לאמיתו של דבר, אפשר שהחברה או הציבור מעוניינים לספק "צורך" רחב יותר באמצעות "טיפול רפואי". צורך כזה יכול לעסוק בטיפול בחרדה,

ראשית, נקבע תקציב בריאות. שנית, נקבעות (או קיימות) רמות הפיצוי לנותני השירותים. משא ומתן אשר מתפתח בין הממשל לבין ה"מקצוע" יוצר שילוב בין השניים. השילוב הוא תוך התייחסות בלתי מפורשת לרמות הטיפול ולאיכות השירות. התהליך נובע (א) מהמורכבות המושגית והמעשית של הגדרת "צורך" ו-(ב) מהתהליך הפוליטי הקושר בין הממשלה לבין ה"מקצוע", ללא ייצוג ישיר של נקודת המבט של הלקוחות או הציבור. משתמע מכך, שמרגע שהתקציב ורמות הפיצוי (השכר) נקבעים, המערכת מערכנת טכנולוגיה וצורות מתן טיפול ושירות במשאבים הנותנים. הדוגמה הקיצונית ביותר לסוג זה של פתרון, היא המערכת "המשולבת המלאה", או "השיטה הישירה", אשר התקיימה בצורתה הטהורה במדינות הגוש המזרחי לשעבר. במקרים אלו, הממשלה מימנה, ניהלה וסיפקה שירותים, היינו – קבעה תקציבים, משכורות ו"טיפול מקובל מבחינה חברתית".² פתרון זה נוטה להביא – אמנם עם נגישות לכל האזרחים – לרמות נמוכות של שירות, מבחינה כמותית ואולי גם מבחינה איכותית, ולשביעות רצון פחותה של מקבלי ונותני שירותים. לסיכום, הפתרון המבוסס על עקרונות שוק, מספק כר נרחב לבחירת ספקים על ידי לקוחות בעלי נגישות לטיפול, ומוביל לשביעות רצון של נותן השירות ושל הלקוח, אך איננו מוביל ל"צדק חברתי", לבקרת הוצאות וליעילות ברמת המאקרו.³ לעומתו,

בעיקר על-ידי הספקים.² פתרון זה נוטה לגרום לרמות גבוהות של עלות לצד שביעות רצון גבוהה מהשירות – הן של הלקוח, בעל הנגישות לטיפול, והן של הספק. הפתרון הקיצוני השני מבוסס עקרונית על מערכת ציבורית ריכוזית. נוסף על הגדרה ציבורית-חברתית של "צורך", אשר מקבל ביטוי בזכאות לסל חברתי אוניברסלי במימון ציבורי, ההוצאה (הציבורית) גם היא נקבעת מראש. במקרה זה, כאשר תקציבים נקבעים מראש ובצורה אפקטיבית, יש תחלופה בין "מחירי" השירות (והכנסות הספקים) לבין רמת הטיפול ("הסל") ואיכותו (ושביעות רצון הצרכנים).³ באופן כללי, קובע התקציב; על פי רוב הממשלה (מוגדרת באופן כללי) מנסה לקנות בתקציב נתון גם כמות וגם איכות שירותים גבוהים ככל שיותר. דהיינו, הממשלה מנסה להשיג מחירים נמוכים יותר (עבור איכות נתונה), ואילו ה"מקצועי" מנסה לשמור על מחירים גבוהים (לטכנולוגיות יקרות ולהכנסות גבוהות). שני הצדדים נתונים בסדר. הממשלה זקוקה לדעת ה"מקצוע", כדי להגדיר את היקף השירותים והטכנולוגיה הדרושים. מסיבות מעשיות ופוליטיות, כפי שיובהר בהמשך, היא אינה יכולה להוריד את ההוצאה הציבורית לרמה נמוכה מדי. ה"מקצוע", לעומת זאת, אינו יכול לשמור על מעמדו הציבורי המיוחד אם יצטייר כמי שדואג אך ורק להכנסותיו ולטכנולוגיה, ללא התייחסות מפורשת ועניינית לטובת הציבור. פתרון זה מתבטא בדרך כלל בתהליך הבא.

2. מצב זה עשוי להשתנות באופן ניכר עם התפתחות Managed Care בארצות-הברית, שהוא במידה מסוימת עיקבי עם המודל המתפתח, כפי שיובהר בהמשך.
3. מטבע הדברים, תקציבים נקבעים מראש. ביחס לזכאות, תקציב קל להגדרה ולמידה.
4. שיטות כאלה רווחות במידה ניכרת בבתי חולים המוגדרים כ"ציבוריים", ברוב מערכות הבריאות הפועלות, כצורה זו או אחרת, באמצעות חוזים ציבוריים (ר' מאמר נוסף של המחבר בחוברת זו).
5. נושא השוויוניות והצדק החברתי נוגע גם ליעילות הכלל-מערכתית. ההנחה היא, שחלוקה מחדש של משאבים, והעברתם מן המרכיבים להוציא על טיפול, במקום שהוא פחות אפקטיבי, לאלה המממטים להוציא על טיפול, במקום שהוא יותר אפקטיבי – תשפר את היעילות הכללית של המערכת.

מבוססת על עקרונות של מימון ציבורי, אף על פי שהמימון אינו בהכרח נובע רק מהכנסותיה הכלליות של הממשלה. ניתן להשתית את המימון על מיסים יעודיים, לפי הכנסה (מס הבראות), או על מערכת דומה של תשלומי חובה (לפי הכנסה ולא על פי סיכון אקטוארי) לגופים לא ממשלתיים. באופן דומה, ביצוע הפונקציה השלישית (מתן שירות) מושגת על יסודות של תחרות, מבלי שמשמעותו היא בהכרח הפרטה או מסחורו של הטיפול. באשר לפונקציה השנייה – OMCC, ניתן להשתית אותה על עקרונות של ניהול ציבורי ריכוזי, או על עקרונות "ניהול" תחרותי הנקבע בתנאי שוק (פנימי, במסגרת תקציב ציבורי). שילוב של השניים גם הוא אפשרי. הפתרון המיוחד נקבע בכל מקרה בהתאם לנסיבות הדמוגרפיות, האפידמיולוגיות, הגיאוגרפיות, המינהליות ואף התרבותיות. היינו, פונקציה זו ניתנת לביצוע על ידי מינהלים ציבוריים, או, לחילופין, על ידי גופים בלתי ממשלתיים, כגון קופות חולים מתחרות.

המודל המתפתח בצורתו האידאלית ומבוסס על שני שווקים פנימיים פוטנציאליים, מוצג בתרשים 1. בשוק הפנימי הראשון, מוסדות OMCC (להלן קופות חולים) מתחרים, מציעים אותה "חבילה חברתית" ("סל בסיסי"), אך ב"אריזות" (צורות ארגון שירות) שונות, באופציות חלופיות או ב"איכויות" שונות. האזרחים הם הקונים בשוק זה, באמצעות הסבת המימון הציבורי המוקצה לחבילה החברתית, לקופת החולים בה בחרו (בהיותם בריאים). קופות החולים הן המוכרות בשוק פנימי זה. בשוק הפנימי הפוטנציאלי השני, קופות החולים קונות שירותים עבור האוכלוסייה הרשומה אצלן מספקים, אשר הם המוכרים בשוק זה. אפשרי, שאחד השווקים לא יתקיים כתוצאה משילוב שתי פונקציות.

הפתרון המבוסס על מערכת ציבורית ריכוזית, אינו מוביל לשביעות רצון של הלקוח ונותן השירות, אך מוביל לצדק חברתי, לבקרת הוצאות וליעילות מאקרו-כלכלית. במדינות OECD, לאף אחד ממאפייני הפתרונות אין יתרון ברור מבחינת מצב בריאותה של האוכלוסייה.

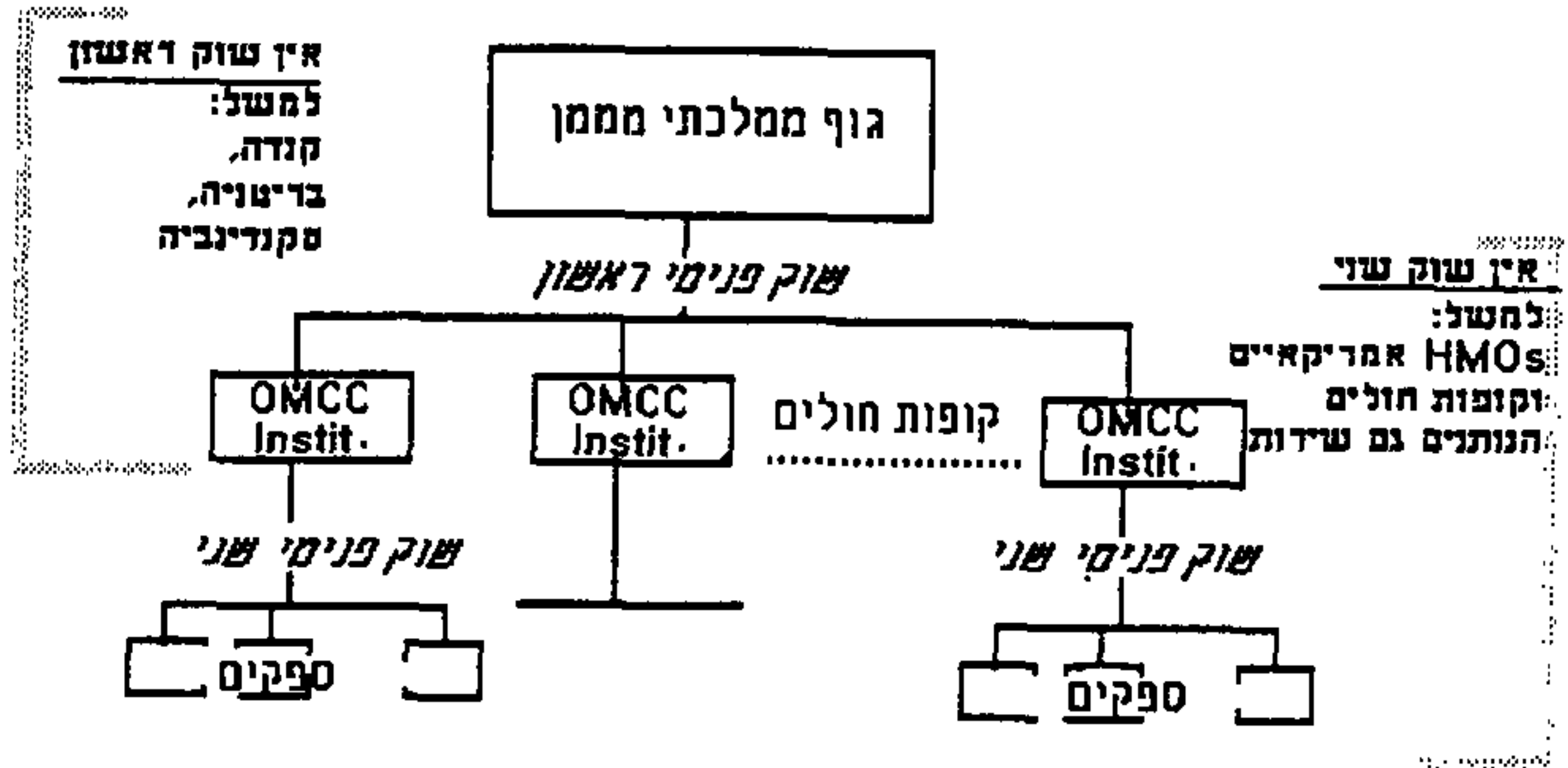
לפיכך, הנסיון הוא לאפיין מערכות בריאות, אשר תשגנה את היתרונות של המערכות הקיצוניות השונות: בקרת הוצאות ויעילות ברמת המאקרו, נגישות אוניברסלית וצדק חברתי, ושביעות רצון הלקוחות ונותני השירות. נסיון זה מתבטא במערכות בריאות המאופיינות כ"מודל מתפתח", או המשולב, והמופעלות באמצעות קפיטציה, אשר מאפשרת שילוב אפקטיבי תוך שימוש במודלים מערכתיים שונים, המאפשרים חופש בחירה רב לספקים ולצרכנים במסגרת תקצוב ציבורי.

המודל המתפתח

המודל המתפתח מתואר בהרחבה ב־Chernichovsky, 1995a. שלוש פונקציות מפתח מערכתיות מאפיינות את המודל: (א) מימון; (ב) ארגון השירות וניהולו עבור לקוחות (OMCC – Organization and Management of Care for Consumers); (ג) מתן שירות. הרפורמות, הנעשות ברוח מודל זה, מנסות לשלב את יתרונות המערכת הציבורית – נגישות אוניברסלית לחבילת שירות חברתית בסיסית, ופיקוח יעיל על ההוצאה הציבורית – עם יתרונות המערכות בעיקר הפרטיות – שביעות רצון של הצרכן ויעילות בייצור הטיפול.

לפיכך, הפונקציה הראשונה (מימון)

תרשים 1. המודל המתפתח



בישראל. החשוב בסוג זה של שילוב, הקובע את היקפו של השוק הפנימי השני, הוא שמידת השילוב היא זכותו של מוסד ה-OMCC ולא תוצאה של הסדר ממשלתי. זכות זו מקנה לקופת החולים את האפשרות לספק את ה"אריזה" שלה לחבילה החברתית, תוך איזון בין שיקולי עלות-תועלת לבין שביעות הרצון של הלקוח.⁶

ארגונים הממלאים את פונקציית ה-OMCC יכולים לייצג שתי תפיסות עולם, אשר קשה להפריד ביניהן בראייה אקראית, אך האבחנה בין שתיהן חשובה. בארה"ב, אשר בה זכאות לסל חברתי אינה זכות אזרחית, ארגוני OMCC הם HMOs ו-PPOs, המייצגים את האינטרס של המשלמים, בעיקר את פרמיית הביטוח: מעבידים, משקי בית וממשלה (עבור תוכניות ציבוריות כגון Medicare ו-Medicaid). הדבר הביא לצמיחת "Managed care",

שילוב מוסדי של מימון ציבורי ושל פונקציית ה-OMCC מונע את קיומו של השוק הפנימי הראשון. דפוס צריכת הטיפול הרפואי פחות או יותר אחיד, מלבד הבדלים אזוריים, אם יש הבדל במינהלות אזוריות. מאחר שהשירות, למעשה, מאורגן ומנוהל על ידי מינהל ציבורי, מינהל זה, בדרך כלל, מפצה או מתקצב מוסדות פרטיים או אחרים העומדים בפני עצמם, עם עדיפות לאלה המתחרים זה בזה. דוגמאות למערכות כאלה ניתן למצוא בקנדה, בבריטניה ובשוודיה. גם הסדרי ה-Medicaid וה-Medicare בארצות-הברית, הכרוכים בספקים חופשיים, עולים בקנה אחד עם מודל כזה.

שילוב מוסדי של פונקציית OMCC ושל הספקת שירות מתבטא במוסדות, המארגנים, מנהלים ואף מספקים ללקוחותיהם טיפול, כפי שיידון בהמשך. דוגמא מובהקת לצורה כזו של שילוב היא קופת חולים הכללית

6. בעוד ששני השווקים הפוטנציאליים, שתוארו לעיל, פועלים במסגרת מימון, המבוסס על עקרונות של מימון ציבורי, מימון פרטי אפשרי גם הוא, כאשר הוא מותר ביחד עם החוזה הציבורי (ר' מאמר נוסף של המחבר בחוברת זו).

ידם לתמרון לקוחות חסרי מידע (גם אם בחסות של חוזים/מימון ציבורי).⁷

הקפיטציה מאפשרת סינתיזה של היתרונות הקיימים בשני הפתרונות הקיצוניים – זה המבוסס על מנגנון הציבור וזה המבוסס על מנגנון השוק. כמו במערכת ציבורית מתוקצבת, באמצעות מנגנון הקפיטציה בשוק ה"ראשון", הממשלה או הציבור יכולים (א) לקבוע בצורה אפקטיבית את רמת ההוצאה הציבורית על טיפול רפואי, ו- (ב) לפקח על ידי נוסחת הקפיטציה על הקצאת המשאבים לצורך הבטחת צדק ויעילות חברתיים. בעת ובעונה אחת, בדומה לשיטה המבוססת על שוק, הקפיטציה – (א) מאפשרת ללקוחות בחירה לפחות של קופות חולים, ו- (ב) מאפשרת לספקים להתחרות על לקוחות (הכנסות נוספות) בשוק הפנימי השני.

להלן יידונו ההסדרים הארגוניים השונים והמגוונים לכיצוע פונקציית ה-OMCC, והשפעתם של אלה על השגת מטרותיה של מערכת. דיון זה הוא ברקע הדיון על הפעלת המערכת באמצעות קפיטציה.

גודל וארגון קופות חולים

מוסדות OMCC או קופות חולים יכולים לפעול במודלים שונים, המייצגים תפיסות יסוד שונות ביחס למתן שירותים ויכולות שונות להשיג מטרות מערכת. אך לפני הדיון בסוגי הקופות יידון נושא ה"גודל" של הקופה ונותן השירות, באשר נושא זה הוא חשוב בסביבת קפיטציה ובבסיס המשך הדיון.

אשר ניתן לראות בו נסיון לצבירה ולהפעלה של כוח מונופוליסטי של המשלמים לגבי הממסד הרפואי על מנת להפחית את כוחו המונופוליסטי לגבי הצרכן הבודד, ובאמצעותו לגבי מערכת הביטוח. לעומת זאת, במקומות האחרים, כגון בישראל, אשר בהם הזכאות לסל חברתי היא זכות אזרחית, קופות החולים או מחזיקי תקציב אחרים המבצעים את פונקציית ה-OMCC, מייצגים את האזרח – משלם המיסים. במקרה זה, האחרון, הייצוג פירושו גם צבירת כוח על ידי אזרחים גם כנגד הממשלה וגם כנגד הממסד הרפואי. לפיכך, HMOs אמריקאיים בתוכניות הציבוריות יכולים להיות מוגדרים כמוסדות OMCC, כגון קופות חולים בישראל, אולם בהבדל מהותי ובסיסי: בארצות-הברית הם אחראים לממשל הנושא בתשלום. בישראל הם אחראים לאזרח. ההבדל אינו סמנטי. הוא מתבטא, בין השאר, במיסים היעודיים לבריאות (בישראל), שמטרתם המפורשת היא ליצור מחויבות ישירה של הקופות לאזרח, תוך ניתוק מקסימלי של מעורבות ממשלתית ומחויבות ישירה לממשלה.

פונקציית ה-OMCC היא המיוחדת ביותר למודל המתפתח. פונקצייה זו אכן כרוכה כמובנים רבים בייצוג קבוצות של לקוחות, לפחות, באשר לצורת הטיפול, שהם מקבלים במסגרת זכאותם הציבורית. ייצוג זה הוא כלפי הממשלה, מחד גיסא, וכלפי הספקים, מאידך גיסא. הוא נועד להפוך, לפחות, את צורת השירות מכוח זכאות ציבורית (א) לפלורליסטי יותר, לעומת המצב שבו הוא מנוהל על ידי רשות ציבורית, אך (ב) גם לפחות פרטני לעומת המצב שבו הוא מנוהל בעיקר על ידי ספקים פרטיים, אשר יש לאל

7. בהקשר זה, ר' מאמר נוסף של המחבר בחוברת זו.

גדולה יותר, (ב) "ברירת סיכונים" (Risk) "Selection" — בחירת קבוצות לקוחות אשר בהן ה"סיכון" נמוך ביותר מבחינת פיזור העלויות בקבוצה, לעומת קבוצה אחרת, ו-(ג) "ברירת טיפולים" (Treatment) "Selection" — בחירת צורות הטיפול הזולות ביותר.⁹

היינו, מבחינת קופות חולים, וגם מבחינת נותני שירות, ל"גודל" יש יתרון בסביבת קפיטציה. ככלל, לקופת חולים שאינה נותנת שירות ושאינה מעבירה קפיטציה לנותן שירות, התמריץ הוא בדרך כלל לברור לקוחות וסיכונים, בעוד שעבור ספק שירות, התמריץ הוא לברור טיפולים. על כן, ההוראה במערכת במימון ציבורי, כגון הישראלית, היא לחייב קופה לקבל את כל הפונים אליה. יחד עם אלה, "גודל" פוגע בתחרות. באוכלוסייה נתונה, גופים גדולים יותר — פידושו פחות ארגונים מתחרים. כמו כן, ארגונים גדולים, בפרט קופות חולים, עלולים לפתח כוח מונופוליסטי ביחס לספקי שירותים, בעוד שספקי שירותים גדולים, בפרט בתי חולים אזוריים, עשויים לפתח כוח מונופסוניסטי ביחס לקופות חולים.¹⁰ היינו, "גודל" עלול לפגוע בעקרונות בסיסיים במודל המתפתח המופעל באמצעות קפיטציה — תחרות וחופש בחירה.

מצב דברים זה הוא קונפליקט מובנה במערכת בריאות, כגון הישראלית, המייצגת את המודל המתפתח, ולמעשה בכל מערכת בריאות, אשר אינה אינטגרטיבית באופן מלא.

גודל קופה ונותן שירות
בפרספקטיבה של קפיטציה גודל הוא נושא קריטי מכמה בחינות מאחר שמקבל קפיטציה — בין אם קופת חולים ובין אם ספק שירות — נוטל בגינה גם סיכון פיננסי. ככלל, קבוצת מבוטחים או מטופלים גדולה יותר מפחיתה את גורם האי-וודאות (Uncertainty) והסיכון (Risk) על-ידי הגדלת ההסתברות להתממשות העלות הממוצעת, שהקפיטציה מעניקה עבור קבוצת מטופלים הומוגנית. על כן ארגונים גדולים הם נושאי סיכון טובים יותר (Weiner & Ferriss, 1990). לכך יש השפעה חיובית על תכנון פעילות ועל היכולת לפעול ביעילות. כמו כן, ארגונים גדולים (עד לתחום מסוים) מסוגלים לחסוך בהוצאות, עקב היכולת לנצל יתרונות לגודל הקשורים בניצול טוב יותר של תשתית, אשר לעתים כרוכה בשימוש בטכנולוגיה יקרה. על כן בארגונים גדולים יחסית יש פחות סיכון, שהרצון לחסוך בהוצאות יגיע עד כדי פגיעה באיכות הטיפול.⁸ יתר על כן, במתן שירות, קבוצות גדולות עשויות להעניק טיפול טוב יותר, כתחומי הרפואה הראשונית והמקצועית בקהילה. קבוצות כאלה, נוסף על היכולת לנצל תשתית משותפת, מעודדות התייעצות הדדית ו"peer review", היכולה להתקיים כאשר קבוצת רופאים עובדת יחדיו. כל אלה מפחיתים את הנטייה השלילית המלווה מקבלי קפיטציה לבצע (א) "ברירת לקוחות" ("Enrollment Selection") — בחירת לקוחות המביאים לתוחלת רווח

8. צורה אחת של חיסכון בהוצאות, cost-shifting, אינה גרונה כאן, בהנחה שאין הסדרי קפיטציה חלקיים, המאפשרים לנותן הקפיטציה "העברת הוצאות" למקבל הקפיטציה.

9. חלוקה זו אינה מקובלת בספרות. החלוקה מבחינה בין מערכות תמריצים, המבדילות בין תוחלת הרווח מקבוצת מבוטחים נתונה לבין מידת הפיזור ("הסיכון") של ההוצאות מסביב לערך התוחלתי או הצפוי. הבחנה זו היא נושא לעבודת מחקר באוניברסיטת בן-גוריון.

10. יצוין שקופה גדולה עשויה להביא לצמצום הוצאות על ידי ניצול כוח מונופסוניסטי. לעומת זאת, ספק גדול עלול להביא לגידול בהוצאה על ידי ניצול כוח מונופוליסטי.

על ידי הציבור כתשלום חובה אך לא על בסיס אקטוארי. Health Maintenance Organizations (HMOs) ו-Preferred Provider Organizations (PPOs) אמריקאיים עובדים בצורה זו.

לפי המודל השני (ב', תרשים 2), הדומה בתפיסתו למודל האינטגרטיבי המלא, קופת החולים מעניקה את מלוא, או את מירב, השירותים במוסדות שהיא מפעילה בעצמה, לרוב באמצעות עובדים שכירים. הלקוחות זכאים לשירות – בעיקר במסגרת שירותי הקופה. לפי מודל זה, הקופה מארגנת, מנהלת ומספקת שירותים עבור הצרכן בצורה מלאה. בנקודה זו של הדיון, חשוב להדגיש מחדש יסוד חשוב של המודל המתפתח. מודל זה מעודד, באותה מערכת, המושתתת על עקרונות מימון ציבורי, צורות שונות של ארגון ומתן שירותים, בתחום שבין שני המודלים הקיצוניים אשר הוצגו עד כה: מצד אחד, מודל המציג תפיסה של "מודל שוק", ומצד אחר – מודל המציג תפיסה של מערכת מתוכננת-מתוקצבת. היתרון של המודל המתפתח, כפי שהוצג על ידי צ'רניחובסקי (Chernichovsky, 1955a), טמון בכך, שהוא אכן מאפשר את קיום שתי התפיסות, תפיסות ביניים, ושילובים שונים, באותה מערכת בריאות לאומית. אלה מוצגים בשני המודלים האחרים.

אכן, לפי המודל השלישי (ג', תרשים 2) קופת החולים מפעילה את השירותים הראשוניים באמצעות עובדים בשכר, אך קונה, בעיקר שירותי אשפוז, לרוב בצורה של תשלום עבור שירות. הלקוחות מחויבים בשירותים הראשוניים של הקופה, הפועלים כ"שומרי סף" (gate keepers) לצורך הפנייה ובקרת הוצאות. גם לפי מודל זה, לעתים יש

קונפליקט זה מחייב מדיניות ממשלה ברורה, בעיקר בנושאי טכנולוגיה וגודל קופות, ואולי אף בנושא ספקי שירות, כפי שיידון בהמשך.

מבנה וארגון קופות חולים

במסגרת חוזי קפיטציה ציבוריים, קופות חולים יכולות לפעול בארבעה מודלים ארגוניים-כלכליים בסיסיים, או בשילובים ביניהם. ההבדל המהותי בין המודלים הוא בצורה אשר בה קופות החולים מארגנות את השירות ללקוחות, ובמידת חופש הבחירה, אשר הן מעניקות להם.

לפי המודל הראשון (א', תרשים 2), הקרוב בתפיסתו לפתרון השוק אשר תואר לעיל, קופת החולים קונה בשוק פנימי – הן שירותים ראשוניים והן שירותים שניוניים ושלישוניים – מגורמים בלתי תלויים בקופה, בדרך כלל על בסיס של תשלום עבור שירות. הלקוחות רשאים לבחור ספקי שירות מתוך "רשימה" של ספקי שירות, אשר עימם עובדת הקופה. לעתים, הקופה עשויה לאפשר בחירה אחרת, תמורת תשלום וביטוח נוספים. לפי מודל זה, הקופה קובעת הסדרים עם ספקי שירות מסוימים, ויחד עם אלה – היא עשויה להחליט, מטעמים של יעילות ושביעות רצון הצרכנים, להפעיל שירותים מסוימים בעצמה.¹¹ לצרכנים יש חופש בחירה מירבי, יחסית, כמעט כמו בתנאי שוק חופשי – אך עם "ביטוח ממלכתי" על עקרונות מימון ציבורי. בתנאים מסוימים הצרכנים יכולים גם לגשת באופן עצמאי לרופאים ולשירותי מומחים. אם לקופה אין הסדרי קפיטציה עם נותני שירותים, היא נושאת בעצמה את הסיכון הפיננסי הגלום בהסדרי קפיטציה. על כן מודל זה קרוב בתפיסתו גם למודל הביטוח בשוק החופשי, כאשר הפרמיה משולמת

11. Chernichovsky, 1996 ובהמשך עבודה זו, יש דיון מורחב בשיקולי הקופה בנושאים אלה.

תרשים 2. מודלים בסיסיים חליפיים להפעלת קופות חולים



במודל זה, המזכיר את "מחזיק התקציב הבריטי", קיימת כפילות-מה מאחר שקיימים שני מחזיקי תקציב, אלא אם כן הקופה (או ה-District כ-OMCC בבריטניה) עוסקת בבקרת איכות, ומעניקה שירותי תמורה ושירותים בכלל, אשר המרפאה הקהילתית אינה יכולה לספק בעצמה בצורה יעילה (Chernichovsky, 1966).

בלוח 1 נעשה נסיון לשער מה יכול להיות הקשר בין המודל המיוחד, לפיו פועלת הקופה, לבין מטרות הייסוד של המערכת, כאשר זו פועלת בתנאי תחרות וכתנאים של אימוץ טכנולוגיה אופטימלית בעיקר בתחום מערכות מידע, כפי שידון בהמשך. ההשערות מתבססות בעיקר על מערכות התמריצים

ללקוחות אפשרות לבחור שירותים אחרים, תמורת תוספת תשלום ישיר או באמצעות ביטוח נוסף.

לפי המודל הרביעי (ד', תרשים 2) ארגון ה-OMCC או קופת החולים קונה את כל חבילת השירות על בסיס קפיטציוני ממרפאה קהילתית. במקרה זה המרפאה הופכת להיות "מחזיקת תקציב" שניונית (קופת החולים היא הראשונה). מרפאה זו חייבת באספקת כל או מירב השירות ללקוחות, לרבות שירותי מומחים ושירותי אשפוז. הקופה מפקידה, במקרה זה, את כל האחריות על הסל, לרבות האחריות הפיננסית, על המרפאה. ללקוחות יש חופש בחירה בין מרפאות, אך פחות חופש בחירה בתוך המרפאות.

לוח 1. דירוג מודלים ביחס ליכולתם להשיג מטרות מערכת

מטרות מערכת	מודל א'	מודל ב'	מודל ג'	מודל ד'
בקרת הוצאות	4	3	1	2
שביעות רצון לקוח (מחופש בחירה)	1	4	3	2
שביעות רצון לקוח (מרצון של ספק לתת שירות)	1	4	3	2
נגישות ושיוויגויות	1	3	2	4
איכות טיפול	3	2	1	4

מקרא: 1 – ראשון, טוב יחסית; 4 – אחרון, גרוע יחסית.

נוכח הצורך במימון מערכת אשפוז, שלא לפי הוצאה שולית.¹²

שביעות רצון: נושא זה מורכב משני סעיפים – חופש בחירה ואיכות שירות (להכדיל מאיכות טיפול). מחקרים מוכיחים ששביעות רצון עומדת בקורלציה חיובית עם חופש בחירה (Blendon et al., 1990). מההיבט הזה – מודלים א' וד' מובילים. מלבד הבחירה בין קופות, יש במודל זה בחירה מירבית (יחסית) בין ספקי שירותים. הבחירה פחותה בשני המצבים האחרים. בנושא איכות שירות – שוב מובילים מודלים א' וד', מאחר שלספק השירות (ולא לקופה) עניין בשמירה על ציבור לקוחותיו, בניגוד לספקי השירות במודל ג' וכפרט ב'. בין המודלים א' עדיף על ד', מאחר שבאחרון לצרכנים יש פחות חופש בחירה בשירותים.

נגישות ושיוויגויות: ההשערות בנושא זה מוכתבות על ידי התמריצים שיש לספקי שירות לדחות לקוחות שונים, מסיבות אלה או אחרות. מודל ד', לפיו גם ספק השירות עובד על בסיס קפיטציוני, הוא הגרוע ביותר

הקובעות את התנהגות ספק השירות ביחס לצרכן ויכולת הקופה (או הממשלה) לבקר התנהגות זו. התנהגות זו היא הקובעת בסיכומו של דבר את התוצאות במערכת. המספרים בלוח מייצגים דרוג (אורדינלי) של יכולת המודל להתמודד עם האתגר או המטרה המיוחדת. מספר נמוך מייצג יכולת טובה ביותר בדרוג (מקום ראשון וכו').

בקרת הוצאות: בנושא זה, מודל ג' משוער כטוב ביותר. מודל זה מציג יכולת "שמירה בשער" בצורת הפעלת מערכת הרפואה הראשונית, כאשר זו מלווה בחוסר הצורך במימון מערכת אשפוז, אלא בהוצאה שולית, בניגוד למודל ב'. במודל ד', "מחזיק התקציב" מעודד בהחלט חיסכון בהוצאות על ידי ספקים, לרבות שירותי מומחים ואשפוז, ועל כן הוא במקום השני. לעומת זאת, מודל א' הוא קשה ביותר לבקרת הוצאות, נוכח חופש הפעולה היחסי שיש לספקי השירות, וחוסר העניין שיש להם לחסוך בהוצאות, כפרט כאשר הם פועלים על בסיס של תשלום עבור שירות. מודל ב', גם הוא מדורג נמוך יחסית

12. כדוגמא לנושא, ר' דיון ב-Chrnicovsky, 1995b.

את המורכבות של ניהול המערכת ומצד אחר את היתרון של "המודל המתפתח", המנוהל באמצעות מערכות קפיטציה המועברות למוסדות OMCC, המיוצג היטב במערכת הישראלית. מודל זה אינו מכתוב דפוס שירות אחיד, אלא נותן לכווחות בשוק השני, אם וכאשר הם פועלים, לקבוע דפוסים אלה, על יתרונותיהם וחסרונותיהם. הוא גם מעניק למדינה המממנת מכשיר דינמי באמצעות קפיטציה לקידום מטרות המערכת על פי הנסיון מתמיד של המודלים השונים.

קפיטציה ובחירה ציבורית – הגדרת "הסל הבסיסי"

על פניו נראה, כי במודל המתפתח יש כר נרחב לבחירה של הצרכן, יותר מאשר במערכת המבוססת על תקציב ומנהל ריכוזי או ציבורי, אך פחות בחירה מאשר במערכת המבוססת על מנגנון שוק, או כל מערכת ציבורית אחרת (כגון קנדה). אשר בה הבחירה של ספקים נעשית על ידי לקוחות באופן חופשי, גם אם במימון ציבורי. אולם כשמתכוננים בדברים בצורה מפוקחת יותר, קפיטציה כמודל המתפתח עשויה להיות אמצעי להרחבת שדה הבחירה של הצרכן אף מעבר לכך.

ההיגיון בטיעון זה, המנוגד לאינטואיציה, הוא כדלקמן: עקב טבעו המורכב של הטיפול הרפואי ו"בורותו" של הצרכן (וגם

מבחינה זו, נוכח הרצון של ספק השירות לחסוך. לעומתו, מודל א' הוא הטוב ביותר, מאחר שלנותן השירות אין עניין עקרוני בברירת חולים, בפרט כאשר הוא עובד על בסיס של תשלום עבור שירות. ככלל – העניין והיכולת לברור צרכנים הם גבוהים יותר, כאשר הקופה נותנת יותר שירותים בעצמה. לקופה שאינה נותנת שירות (החייבת לקבל כל חולה) אין עניין רב מידי בבחירת צרכנים (ר' מאמר אחר של המחבר בחוברת זו).

בקרת איכות: אפשרויות של בקרת איכות, והרצון לשמור על איכות טיפול בדיון זה קשורים לשני עניינים: הרצון והיכולת לבקר הוצאות, ויכולת השליטה שיש לקופה על הטיפול. מודל ג' משוער כטוב ביותר נוכח יכולתו המשולבת גם לחסוך בהוצאות אשפוז וגם לבקר את תנועות החולה. אפשרות זו נפגמת במידה מסוימת במודל ב', נוכח בעיות הבעלות על מוסדות אשפוז מבחינת בקרת הוצאות. מודל ד' גרוע נוכח בעיית הרצון לחסוך, המלווה בחוסר בקרה אפקטיבי של הקופה.¹³ ראוי לציין, שהתמריצים לצמצום הוצאות עשוי לעודד את מקבל הקפיטציה למנוע טיפולים, בעיקר אשפוזים מיותרים ואפקטים שליליים (iatrogenic) של רפואה עודפת, וכן להעניק רפואה מונעת טובה יותר (Langwell & Hadley, 1989).¹⁴

לסיכום, הצגת המודלים השונים וההשערות ביחס ליכולתם היחסית להתמודד עם המטרות השונות של מערכת הבריאות מעלה מצד אחד

13. דברים עשויים להשתנות אם הרפואה הקהילתית היא במסגרת מרפאות. נותני שירות בודדים מכירים היטב את קהל הלקוחות שלהם ועשויים להכטיח טיפול רציף ואף להעלות שביעות רצון, אך הם אינם מסוגלים להוות מסגרת גדולה במידה מספקת, כדי לעבוד כתגאי קפיטציה כפי שמוכיח הנסיון הכריטי. לפי נסיון זה רק קבוצת רופאים קהילתית בסדר גודל של 8,000–11,000 יכולה להוות "מחזיק תקציב". המקבל קפיטציה עבור ארגון וניהול סל שירותים. במסגרת כזו יש מקום ל-*Peer-review*.

14. התמריץ להעניק רפואה מונעת הוא גדול יותר ככל שהחוזים יהיו ארוכי טווח יותר.

ומפורשות, או בלתי מפורשות – בתוספת סעיפים המתייחסים למה שאינו כלול בזכאות הציבורית. סל מפורש בסביבה ציבורית מתוקצבת עשוי לדרוש קביעת קדימויות, כדוגמת "תוכנית Oregon" במדינת Oregon בארצות-הברית, בכדי להבטיח טיפול למספר אנשים גדול ככל האפשר, במגבלות תקציבים משתנים. מדינות, למשל בקהיליה האירופית, הפועלות למעשה לפי עקרונות של מימון ציבורי, יש להן הגדרה בלתי מפורשת למדי של הסל. הטיפול מוגדר במונחים של קטגוריות כלליות, ולקוחות וספקים "משחקים" איתו באמצעות אופציות של מימון פרטי משלים (Schneider et al., 1992).¹⁷

כפי שנאמר עד כה, המודל המתפתח גורס שלפחות "אריזת" הטיפול או צורת הספקתו תיקבע בשוק הראשון, תוך תחרות של קופות חולים על הציבור הבוחר "בחירה מושכלת" ("informed choice"). בחירה בקופת חולים היא בחירה ב"אריזה", כפי שהוצג על ידי המודלים השונים או שילוביהם. הממשלה והספקים "נדחקים" אל מחוץ לנושאים הכרוכים בארגון, לניהול וצריכה ברמת המאקרו, ולא עליהם מוטל לומר לציבור כיצד יש לייצר את הטיפול, וכיצד להשיגו במסגרת חוזה אישי.¹⁸

נותרת איפוא השאלה: באיזו מידה ניתן לאפשר לציבור להגדיר לא רק את צורת מתן השירות, אלא גם את תוכנו או את הגדרת הזכאות במסגרת הסל הבסיסי? כדי לענות על שאלה יסודית זו, יש להכיר בכמה עובדות יסוד. ראשית, ההתקדמות

של המחוקק), ממשלות נוטות לשמרנות באשר להגדרת ה"טיפול" והסל החברתי. במרבית המערכות ההגדרות הן פרוגטיבה של ה"מקצוע", אשר יש לו אינטרסים רבים, מעבר לשמירה על איכות טיפול.¹⁵ "טיפול אלטרנטיבי" עלול לא להיות מסווג כ"טיפול" במסגרת הזכאות הציבורית, גם אם אינו מוזק, חוקי, ונחשב כ"טיפול" בעיני חלקים נרחבים של האוכלוסייה.¹⁶

דברים עשויים להשתנות במודל המתפתח, כאשר צרכנים המאוגדים בקופות חולים, במקום צרכנים בודדים, הם אופציה מוסדית במערכת. חלק מהסמכויות, אשר מאצילים לקופות חולים, במסגרת מימון ציבורי, עשוי לכלול את עצם הגדרתו של הטיפול או הסל הבסיסי. אפשרות זו נובעת מהעובדה שכניגוד ליחיד, הקבוצה או קופת החולים אינה "הדיוטה", והיחיד בוחר לו קבוצה כלבבו ומתחייב חוזית על בחירה זו. יתר על כן, הציפייה היא שקופת החולים במקרים רבים במקום ממשלה, תפקח במידה ניכרת על איכות השירות והטיפול, בפרט בתנאי תחרות. רעיון זה מגולם כיום בחלקו ב"managed care".

השאלה הנשאלת היא, איפוא: מהו המרחב של הגדרת הסל הבסיסי, שהציבור או החברה מוכנים לאפשר לקבוצות צרכנים, או לקופות חולים, במסגרת הקפיטציה הציבורית? זו הופכת להיות שאלת מפתח במערכות בריאות מודרניות, לאחר פתרון סוגיות של פיקוח גלובאלי על הוצאה ציבורית וצדק חברתי באמצעות עקרונות המימון הציבורי. הזכאות ו"אריזתה" עשויות להיות ברורות

15. פיקוח ממשלתי על בטיחות ועל איכות נחשב כחלק מהפיקוח ה"מקצועי".

16. הדבר נוגע לא רק לסוג הטיפול אלא גם ל"מי" רשאי לתת טיפול.

17. קטגוריות שהן בדרך כלל בעייתיות הן טיפול סיעודי לקשישים וטיפול שיניים למבוגרים.

18. כמה שניתן לראותו כ"אריזה" וכמה שניתן לראותו כ"זכאות", עשויים להיות אזורים אפורים בגלל טכנולוגיה וחקנות. לדוגמא, לידה – שכמקומות רבים מתבצעת, בדרך כלל, בעזרת מיילדת – מותרת בארצות-הברית רק בסיוע של רופא. טיפול תוך-וריד בבית, על ידי אחיות, אסור במקומות מסוימים אך מותר באחרים.

נושאים הקשורים בתרבות, מוסר ואתיקה מקומיים.

באופן בסיסי, נושאים הקשורים למחלות זיהומיות ולמחלות נפש אינם יכולים להישאר לשיקול דעת קופות חולים עקב ה"השפעות החיצוניות" על החברה בסביבת החולים. במידה דומה רפואה דחופה ורפואת חירום גם הן אינן נושא לשיקול דעת, כאשר החברה עלולה "לא לסבול" חוסר הסדר מחייב לטיפול בנפגעי תאונות וכו'.

מעבר לאלה יש תחום רחב ביותר, עם תחומי ביניים "אפורים", אשר בהם החברה עשויה לתת חופש בחירה כאשר לעצם הגדרת הסל לאזרח ולקופת החולים. לפי גישה זו, החברה צריכה להגדיר את הגבולות, שבהם היא, בעצם, מונעת מהאזרח את זכות הסירוב לקבל טיפול. "יוטינזיה" היא הדוגמא הבולטת ביותר בהקשר זה, אשר בהחלט קשורה לנושאים של אתיקה ומשפט, אם כי סביר להניח, כי קרוב היום, שבו "יוטינזיה" תהיה במסגרת זכות הבחירה של קופת חולים זו או אחרת. ההנחה ביסוד זכות זו, אם וכאשר תינתן, היא שקופת חולים — לא אזרח בודד אך גם לא ממשלה — עשויה להפעיל מערכת לשיקול דעת מתאים. היינו, לא יהיה כאן פיתרון ממשלתי גורף המחייב את הכל וגם לא "אנארכיה". קופות מסוימות יכולות לאמץ את הגישה, אחרות לא, הכל בהתאם לקהל הלקוחות שלהן, המתחייב תוזית על הבחירה בקופה ובצורת תפקודה. בעצם הקופה הופכת מוסד היכול לשמור ולקיים זכויות "מיעוטים", הדורשים הגדרת "טיפול" משלהם. בלשון מדע המדינה, המערכת הופכת למעשה ל"פדרציה" של קופות חולים, שבה לקופות חולים המייצגות אזרחים זכות בקביעת מדיניות ונוהלים.

של הטכנולוגיה הרפואית ושל עצם הגדרת ה"רפואה" הם הליכים מהירים ומורכבים ביותר, אשר יש להם גם היבטים חברתיים. שנית, קיים קושי הולך וגובר לזהות במקרים רבים מה צרכנים שונים, בפרט ברמות הכנסה בינוניות וגבוהות, מצפים מ"טיפול רפואי". קיים ציבור הולך וגדל הדורש הגדרות משלו ביחס ל"טיפול רפואי". היינו, גם אופי המוצר או השירות המוצעים לאוכלוסייה וגם אופי המוצר או השירות המבוקשים על ידה, הופכים ליותר ויותר קשים להגדרה בחברות מפותחות מבחינה חברתית וכלכלית, שהן בעלות ציבורי לקוחות מתוחכמים.

בתנאים אלה, נסיון לקבוע "חוזית" זכאות מבחינה ציבורית לטווחי זמן, אפילו קצרים, ולאוכלוסיות מגוונות, הוא משימה בלתי אפשרית. הפיתרון הוא, איפוא, במתן חופש בחירה לאזרח לבטא את עצמו גם במה שכלול בסל על ידי עצם הבחירה של קופת חולים, אשר לה תהיה האפשרות גם להגדיר את הסל, כפי שלמעשה היה קיים בישראל עד לחוק ביטוח בריאות.¹⁹ הקופה, אם היא מתחרה, תנסה להעשיר את הסל במידת האפשר. פיתרון זה הוא תחליף לתהליך הפוליטי הבלתי-ריאלי הקיים של נסיון להגדרת סל אשר מלווה במלחמה של קבוצות אינטרסים.

לחילופין, במצב דברים זה ניתן להציג את השאלה: מה אין החברה יכולה להשאיר כחופש בחירה כאשר להגדרת סל במסגרת קופת חולים? החברה אינה יכולה להשאיר בתחום זה נושאים אשר מלווים במה שקרוי "השפעות חיצוניות", ואלה אשר קופות חולים אינן יכולות או רשאיות לייצר בצורה יעילה עקב יתרונות לגודל, הקשורים לטכנולוגיות שונות ולתחרות. לכך מתלווים

19. היינו, החוק לא צריך להיכנס לנושא של הגדרת וקביעת סל כלשהו, אלא לקבוע מסגרת ונוהלים מתאימים להסדר הסל.

אשר מנסה להסדיר בדיוק ההיפך: העברת הכנסות (מימון) מבריאים לחולים. אכן, קפיטציה עשויה להשיג חופש בחירה דומה ל"תלושי זכאות", אולם במסגרת בחירת קבוצות אזרחים או קופות חולים.

כמה נקודות נוספות חשובות לדיון בזכות הגדרת חלק מהסל הבסיסי על ידי קבוצות אזרחים או קופות חולים. ראשית, מרכיב יסודי בתחרות בין קופות על צרכנים או לקוחות, היא שהקופות תעברנה לצרכנים עודפים תפעוליים בצורת סלים עשירים ומשופרים יותר. לכן הרעיון שקופות חולים תפעלנה שלא למטרות רווח ותתחרנה על "איכות" ולא על "מחיר". שנית, יעילות ובקרת הוצאות, בין השאר באמצעות דפוסי חיים ורפואה מונעים, הן מטרות בסיסיות של המערכת. הגדרה "יתרה" של סל עלולה, איפוא, למנוע מקופות חולים ניסוי בגישות שונות וחלופיות, אשר עשויות להתגלות כיעילות מבחינה כלכלית ומועדפות על ידי הציבור.

לסיכום, הטענה העיקרית בדיון זה, היא שלמרות שהחברה צריכה לחייב הכללת סוגים מסוימים של טיפול בסל חברתי, היא עשויה להשאיר סוגים אחרים לבחירת הציבור. תחומים אלה עשויים להוות נושאים להגדרת המחויבות של קופות ולתחרות ביניהן. בכך תהפוך מערכת הבריאות דמוקרטית יותר ונתונה להגדרת הציבור ותמנע את הנסיונות הבלתי ריאליים לנסות ולהגדיר יתר על המידה סל ציבורי ואת המימון הדרוש לו.

"אמנה חברתית" לארגון וניהול מערכת הבריאות

כפי שכבר צוין, המדינה היא הנושאת באחריות הסופית למתן סל שירותים חברתי, יעיל ושוויוני, במסגרת התקציב הציבורי.

בהקשר של מידת חופש הבחירה, שיש לתת לצרכנים במסגרת זכאות ציבורית במערכות בריאות, כדאי לדון בקפיטציה בהקשר של "תלושי זכאות" (vouchers) כגון תלושי מזון. אכן, אם קפיטציה – מותאמת ל"סיכון" – היתה ניתנת לאזרח במקום לקופה, היא היתה הופכת ל"תלוש זכאות". "תלושי זכאות" מבטאים את הרעיון, שיש לאפשר לאזרח, באמצעות מימון ציבורי, זכאות מינימלית לסל מצרכים מסוים, אשר יש לו משמעות מבחינת רווחה חברתית. "תלושי זכאות" מקנים למקבל חופש בחירה רחב ביותר בתחום סוג המצרכים (בדרך כלל מזון) אשר לגביהם נקבעת הזכאות, להוציא מצרכים מסוימים, כגון אלכוהול, אשר יש להם השפעה שלילית על הצרכן ו"השפעה חיזונית" שלילית על סביבתו. הרעיון של "תלושי זכאות" עולה, לעתים קרובות, בדיונים על מימון מערכות בריאות מודרניות.

אין אפשרות להפעיל שיטת "תלושי זכאות" במערכת בריאות מאחר ששיטה כזו עומדת בסתירה ליסודות של המודל המתפתח במערכות בריאות. גם אם ניתן היה להגדיר תלושי זכאות לפי "צורך אישי" או מותאמים לסיכון, כגון קפיטציה, ואפשר היה למנוע מסחר בהם, "תלושי זכאות" עומדים בסתירה לעקרון הסולידריות, שפירושו גם "איסוף או כינוס סיכונים" (pooling risk). יתר על כן, נוכח אי-הוודאות ביחס להזדקקות לטיפול רפואי ולאופיו, "תלוש הזכאות" הממוצע היה, בהגדרה, גם בקבוצה הומוגנית, נותן יותר מידי לקבוצת אזרחים אחת ופחות מידי לקבוצה אחרת. אם היו מאפשרים מסחר בין שתי הקבוצות, פירוש הדבר שהחולים (שיכולת הכנסתם נפגעה) צריכים לקנות מהבריאים. זה אינו מקובל מבחינה חברתית, שלא לדבר על בעיות מעשיות אחרות, ועומד בסתירה לרעיון המימון הציבורי בבריאות,

במודל המתפתח ובקפיטציה כמכשיר ליישום הרעיון. לפי רעיון זה, יש לאפשר לקבוצות צרכנים המאוגדים בקופת חולים לבחור, לא רק את צורת הארגון וניהול הסל אלא גם מרכיבים נכבדים בתוכו.

היינו, אל לה למדינה לקבוע סל בסיסי מפורש, אלא לקבוע תקציב ונוסחת קפיטציה ולחייב את אותם סוגי טיפול, אשר לחברה יש עניין מיידי שיכללו בסל. כן צריכה הממשלה לקבוע מה אינו כלול בסל. השאר יקבע על ידי קופות חולים (אשר רצוי שלא תוכלנה לתת ביטוח משלים); יש לאפשר לקופות החולים לנסח "סל אופטימלי", מבחינת עלויות וגיוס מבוטחים, במסגרת התקציב הציבורי העומד לרשותן.

בהקשר הזה רצוי לציין: אין להגות שמסיבה זו, התקציב הציבורי לא יקח בחשבון התפתחות טכנולוגית, טיפול רפואי מקובל (common practice), דעת ציבור ושיקולים כלכליים, כפי שהם מתבטאים בכל מערכת פוליטית. ממשלה אינה יכולה לקבוע תקציב בריאות "נמוך" מידי, מאחר שהיא תביא לקריסת המערכת ולחוסר שביעות רצון ציבורית, אשר יש לה משמעות פוליטית. כמו כן, הדבר עשוי להביא לגידול בהוצאה הפרטית לבריאות, עם השלכות מאקרו-כלכליות שליליות מבחינת המשק הלאומי. חשוב לזכור, שהתקציב אינו תשלום עבור סל מוגדר במדויק, וקביעתו היא רק פונקציה של הרכב משוער של סל.

עיקרון שלישי: קופות חולים הן גופים ייצוגיים בניהול מערכת הבריאות. עיקרון זה מחייב, שקופות החולים תתנהלנה על ידי גופים נבחרים – לא נומינלית – על ידי ציבור המבוטחים שלהן. הדבר מסתייע על

לפיכך, מההיבט של דיון זה, על המדינה ליצור תנאים וסביבה להתנהלות מערכת באמצעות שווקים פנימיים תחת המטריה של קפיטציה, בהתערבות קטנה ככל האפשר של ממשל. כמו כן, על המדינה, באמצעות הממשלה, לנצל את הפוטנציאל של הקפיטציה כמכשיר להגדלת חופש הבחירה לניהול המערכת.

עקרונית, מבחינה פוליטית-מוסדית, נתפסת המערכת במודל המתפתח כ"פרוצציה" של קופות חולים המייצגות את האוכלוסייה.²⁰ בהתאם, התפקיד הקמאי של המדינה הוא בניסוח "חוקה" או "אמנה", אשר תעמוד ביסוד ארגון וניהול מערכת הבריאות, לרבות קביעת תפקידי הממשלה בממשל (Governance), עם תפיסה פדרלית להפעלת מערכת באמצעות קפיטציה, כמוצע. מספר עקרונות בסיסיים חייבים לבוא לידי ביטוי בחוקה מעין זו. להלן כמה עקרונות, שהם חשובים לענייננו:

עיקרון ראשון: העקרונות המנחים את ניהול מערכת הבריאות אינם יכולים לעמוד בסתירה לחוקי המדינה, לרבות אלה העוסקים במיסוי ובקביעת התקציב. עיקרון זה נועד "לשעבד" את מערכת הבריאות לחוקי המדינה בכל הנוגע לתפקידה המסודר של המערכת. עיקרון שני: לאזרחים – באמצעות קופות החולים – זכות הגדרה, המעוגנת בחוק, בתחומים רבים של הגדרת סל הבריאות הציבורי וצורת הספקתו, אשר אין להם השפעה חיצונית שלילית ואשר אינם פוגעים ביעילות המערכת.

הדיון גורס, שהגדרה יתרה של הסל הבסיסי על ידי הממשלה אינה מעשית ועומדת בסתירה לרעיון הבחירה החופשית, המגולם

20. Corporate Federation – הוא מבנה פדרציוני שאינו על בסיס טריטוריאלי, אך יכול לקיים חכונות בסיסיות של פרוצציה, ביניהן: זכויות חוקתיות למרכיבים (היינו, קופות חולים), זכויות ייצוג במוסדות המקבלים החלטה, ובעיקר זכות החלטה סופית בנושאים מסוימים.

גם בשוק פנימי שני מפותח, בעיקר של מוסדות מקצועיים ומוסדות אשפוז בלתי תלויים שאינם בבעלות קופות חולים. קופות שאינן גדולות יתר על המידה עשויות לייצג טוב יותר צרכנים, ומספר קופות גדול יותר עשוי לתת לאוכלוסייה אפשרויות למגוון שירותים רחב יותר עם גמישות גדולה לבצע שינויים.

עיקרון חמישי: קופות החולים הן חברות ב"פררציה קורפורטיבית פנימית" (Internal Corporate Federation) המהוות — עם משרד הבריאות — את מערכת הבריאות.²² הן חברות ב"מועצת בריאות לאומית", אשר בה יש ייצוג יתר לקופות קטנות. מועצת הבריאות הזאת תקבל החלטות בנושאי מערכת הבריאות, לרבות המלצות תקציביות לממשלה, אשר יועברו באמצעות משרד הבריאות, אשר ממלא תפקיד של ממשל פדרלי.

עיקרון שישי: לקופות חולים זכות החלטה סופית — המוקנית בחוק — בנושאים שונים הנוגעים לפעילותן. זכות זו נוגעת (בהקשר של דיון זה) לצורה שבה הן מארגנות ומנהלות את הספקת הסל הציבורי ולגבי חלקים נכבדים בהגדרת חכולת הסל. מצב זה יכול להתקיים בתנאי שקופות החולים הללו אינן מספקות סל משלים (ר' מאמר נוסף של המחבר בחוברת זו). פירוש הדבר שהממשלה אינה יכולה לפגוע בזכויות אלה באמצעות תקנות.

עיקרון שביעי: לממשלה, המיוצגת על ידי משרד הבריאות, זכות החלטה סופית בנושאים אחרים במערכת הבריאות, לרבות זכות ההחלטה ליזום ולהגיש לכנסת הצעות

ידי קופות חולים, שאינן גדולות יותר על המידה", ואשר אינן למטרות רווח.

עיקרון רביעי: קופות חולים אינן יכולות להיות מעל גודל מסוים ולמטה מגודל מסוים אחר. מן הדיון עד כה ברור, שהגודל המתפתח ושיטת הקפיטציה להפעלתו תלויים בשני תנאים מוקדמים הקשורים זה בזה: תחרות בין קופות חולים (וספקים) ובחירה מושכלת של צרכנים. נושא התחרות נוגע באופן ישיר לגודל ולמספר הקופות, הפועלות בשוק הראשון, ומספר הספקים הפוטנציאליים העומד לרשות כל קופה בשוק השני. לפיכך, התפקיד הראשוני של המדינה הוא לקבוע — בחקיקה — גדלים מינימליים ומקסימליים של קופות חולים. כפי שיובהר להלן, עלול להיות ניגוד אינטרסים בין יתרונות הנגזרים מתחרות לאלה הנובעים מתשואה לגודל, אולם אין מנוס מקביעה כזו.²¹

קופות "קטנות יתר על המידה" שאינן נושאות ומנהלות היטב סיכונים הנגזרים מקבלת קפיטציה עלולות לא להיות יעילות כפי שהובהר לעיל. מעבר לעניין התחרות, עלולות קופות "גדולות יתר על המידה" לסבול מבעיות ניהול הנובעות ממגבלות "מוטת השליטה" של ההנהלה ומבעיות כלכליות הנובעות מהנטייה להיכנס לטכנולוגיות יקרות ולבעלות על מוסדות כגון מוסדות אשפוז, אשר עלולים להפוך ל"נטל עודף" (Dead Weight) בתנאים מסוימים. היינו, עם מדיניות ממשלתית מתאימה בנושאים של טכנולוגיה ובקרת מונופולים ומונופסונים, כפי שיידון להלן, קביעת גודל קופה (מקסימלי) עשוי לתמוך

21. התכונות אקראיות במערכת הישראלית, יש בה לתמוך בהשערה, שקופות בסדרי גודל של 300,000-800,000 נפש עשויות להיות אופטימליות.

22. המתח "פנימי" פה הוא על משקל המונח "שוק פנימי", כלומר, מערכת ארגונית כלכלית עם תכונות עצמאיות הפועלות במסגרת הציבורית.

(א) אחריות כספית ישירה למימון חלק מההוצאה הציבורית השוטפת, כפי שזו נגזרת מתקציב הבריאות הציבורי; (ב) הבטחת כספי הציבור מסיכונים פיננסיים ואחרים.

כאשר לסעיף הראשון, כאשר המימון הציבורי הוא כולו מתקציב המדינה, כפי שזה בבריטניה, למשל, האחריות הישירה של הממשלה מוגדרת היטב, בכפוף לדיון לעיל (בעניין קביעת גודל תקציב הבריאות). הבעיה מתעוררת כאשר במדינה, כמו בישראל, התקציב של המדינה מממן חלק ממאגר הכספים הציבורי המופנה לשירותי רפואה. במקרה זה, ניתן לראות בתקציב הממשלה המופנה לשירותים אלה, תשלום עבור קבוצות מיוחדות, אשר אין להן הכנסה/שכר, החייבים במס לצורכי בריאות. לחילופין, ניתן לראות בתקציב הממשלתי "חלק שאריתי" מייצב: החלק שאינו ממומן על ידי מעסיקים ומשקי בית כמיסוי ישיר לטובת מערכת הבריאות.

ההבדל בין שתי הגישות הוא מהותי ביותר ומחייב הבהרה והסכמה בין קובעי המדיניות, לרבות משרד האוצר, על מנת למנוע זעזועים במימון המערכת (אשר אינם תלויים בנוסחת הקפיטציה). גישה הגורסת שהמדינה אינה אלא ה"מבטחת" של קבוצות מיוחדות, עלולה לשתק את המערכת מבחינה פיננסית. במקרה זה, המדינה יכולה לטעון שהיא משלמת עבור הקבוצות המיוחדות, בהתאם לנוסחת הקפיטציה, ותו לא.²³ מימון מערכת הבריאות הופך להיות פונקציה של רמות המיסוי, רמות השכר וההכנסה, ונוסחת הקפיטציה כפי שקבעה הממשלה. לפיכך, במקרה זה, אין בקרה יעילה על תגודות ברמת המימון:

חוק הנוגעות למערכת הבריאות. מספר נושאים מסוג זה יידונו בהמשך.

עיקרון שמיני: בנושאים שבהם אין לממשלה זכות החלטה סופית, הממשלה רשאית, נוסף על ייזום הקיקה, להפעיל מערכות תמריצים לצורך הגשמת מדיניות בריאות לאומית הנקבעת על ידה.

עיקרון תשיעי: לממשלה אחריות לקביעת מימון מערכת הבריאות וניהולו התקין (באמצעות המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים).

תפקידי הממשלה

הממשלה, באמצעות משרד הבריאות, נושאת באחריות הישירה מטעם המדינה להפעלת המערכת בצורה יעילה לצורך השגת מדיניות בריאות לאומית במסגרת המוצעת. להלן מספר תפקידי יסוד של הממשלה במערכת בריאות המופעלת על עקרונות המודל המתפתח, המנוהל באמצעות קפיטציה. אלה נוגעים לייצוב תקציב הבריאות הציבורי, לקידום תחרות בשווקים הפנימיים כמנוף בסיסי להפעלת המערכת, ולשימוש בקפיטציה לביצוע מדיניות בריאות לאומית מוגדרת, שניסוחה הוא תפקידה הבסיסי של הממשלה, תוך היוועדות עם קופות החולים.

ייצוב תקציב הבריאות הציבורי
אחריותה הפיננסית של הממשלה במימון מערכת הבריאות מחולקת לשניים:

23. במקרה של שני אחים תאומים, האחד עובד והשני מובטל, המדינה יכולה לטעון, שהיא אינה חייבת בגין המובטל הקצאה גבוהה יותר מוז המוקצית עבור אחיו המועסק. המדינה גם יכולה "להטות" את נוסחת הקפיטציה, נאמר — את המקדמים עבור קשישים, בצורה שתרומתה למערכת — במקרה זה — בהתאם לנוסחה, תיסחת.

אם הממשלה נתפסת כ"מבטחת", היינו — היא קובעת את G בהתאם לגודל ולהרכב הקבוצות שאותן היא מממנת, ובהתאם לנוסחת הקפיטציה, B עלול להשתנות באופן בלתי נצפה, עקב תנודות בלתי צפויות ב- W ו- Y . זה עלול להביא גם לזעזועים תקציביים במערכת הבריאות וגם לתוצאות מאקררו-כלכליות בלתי צפויות.

היינו, העיקרון לפיו קובעת הממשלה את גודל התקציב הציבורי לבריאות, B , עדיף. עיקרון זה גם מתיישב עם התפיסה הכללית של מימון ציבורי של מערכת הבריאות, לפיה אין המימון מיועד לקבוצות מסוימות.

אחריות אחרת של הממשלה במישור הפיננסי נוגעת לניהול הכספים במערכת הבריאות. ממשלה חייבת להגן על הכספים המיועדים לבריאות — הן מאינפלציה והן משימוש ספקולטיבי, שעלולות לעשות קופות החולים בכספים אלה.²⁵ היינו, הממשלה חייבת לבקר שימושי השקעה שעושות קופות החולים בכספים אלה, באותה מידה שהיא חייבת להבטיח את ערכם הריאלי. אלה מושגים על ידי מתן אפשרות, וחיוב קופות, להשקיע באג"ח ממשלתיות צמודות. אפשרות זו היא קונסיסטנטית, במישור המוניטרי, עם תפקיד הממשלה כ"בלם זעזועים" במישור הפיסיקאלי: הבטחת B , באמצעות שינויים בהקצבות הממשלה (G) למערכת, כפי שנדון לעיל.

עידוד תחרות — אופי חוזים
הגם שהמודל המתפתח נותן כר נרחב לתחרות במסגרת שני שווקים פנימיים, על הממשלה

אלה נקבעים כתוצאה מתנודות ברמות שכר והכנסה ונוסחת הקפיטציה. אם המדינה, לעומת זאת, מממנת את ה"שארית", הדרושה למימון המערכת המקובל מבחינה פוליטית, אין כלל משמעות לתפיסת המדינה כמבטחת קבוצות מיוחדות; מערכת הבריאות הופכת להיות "משועבדת" למדיניות תקציבית כללית של המדינה, אשר מאפשרת ייצוב תקציב הבריאות.

את המצב ניתן להציג בצורה פורמלית פשוטה כלהלן. נניח שתקציב הבריאות הציבורי (B) הוא:

$$B = t_1W + t_2Y + G$$

כאשר t_1 הוא שיעור המס על השכר (מס מקביל), W הוא השכר הכולל החייב במס ("מקביל") במשק, t_2 הוא מס הבריאות המוצע על הכנסות משקי בית, Y הוא סך הכנסות אלה, ו- G הוא תקציב הממשלה לבריאות. בידי המדינה לבקר שלושה מתוך הארבעה (G, B, t_1, t_2). בהנחה הריאלית ששיעורי המס נקבעים קודם, הממשלה יכולה לקבוע את B או את G , אך לא את שניהם. אם הממשלה קובעת את B , מתוך שיקולים מאקררו-כלכליים, G מוכתב באופן בלתי תלוי בגודל ולהרכב הקבוצות אותן היא "מבטחת" כביכול. כלומר, אין משמעות למושג של אחריות הממשלה על קבוצות מסוימות. במקרה זה, הממשלה היא בעצם "בולם הזעזועים", המונע מתקציב הבריאות להשתנות בצורה בלתי צפויה, כתוצאה מתנודות בלתי צפויות ברמות השכר וההכנסה.²⁴

24. תיקונים בשיעורי המס, לצורך מניעת תנודות אלה, הם בעייתיים הרבה יותר משינוי G , בין השאר משום ששיעורי המס נקבעים מראש.

25. נושא זה נוגע לתוכניות השקעה של קופות חולים, בנושאים שעניינם אינו אספקת שירותי רפואה, ואפילו לא השקעה בתעשיית תרופות. נושא ההשקעות של קופות החולים, בכספי משלם המיסים, עדיין פרוץ במידה רבה ומסוכנת במערכת הישראלית. למעשה, אין מניעה שקופות תשקענה את כספי משלם המיסים בעסקים בעלי אופי ספקולטיבי.

עידוד תחרות – מידע

מעבר לנושאים של בקרה והבטחת איכות, ברור שככל שבידי הצרכנים מידע טוב יותר, כן הסיכויים לתחרות ולמימוש יתרונותיה טובים יותר. בהמלצות "ועדת דקר" לרפורמה במערכת הבריאות ההולנדית, הדומה בעקרונותיה למערכת הבריאות הישראלית, אחד מתפקידיה המרכזיים של הממשלה הוא איסוף מידע והפצתו.

נוסף לכך, מאחר שלממשלה עניין בבקרת הוצאות ויעילות, היא חייבת לא רק ליידע צרכנים, אלא גם נותני שירותים, בדבר תהליכים יעילים במערכת. מידע זה חשוב לממשלה עצמה לצורך תקצוב, קביעת נוסחת קפיטציה וכו'.

ביצוע מדיניות – נוסחת הקפיטציה

לאחר קביעתו הפוליטית של תקציב הבריאות, תוך התחשבות ב"צורך ציבורי" ובמדיניות פיסקאלית, נותרת הבעייה של הגדרת נוסחת הקפיטציה.²⁶ זו, כאמור, מכתובה בצורה בלתי מפורשת את רמת הזכאות הציבורית (הממוצעת), כפי שזו מועברת לקופות חולים. מאחר שקפיטציה בהתאם לדיון זה אינה תשלום עבור סל מוגדר המבוסס על שימוש בעבר, היא הופכת למעשה למכשיר לביצוע מדיניות.²⁷ הנוסחה צריכה אמנם לנבא היטב הוצאות, אך גם "לפצות" על מטרות מדיניות, כגון: עידוד שירותים באזורים מרוחקים ונחשלים. הנוסחאות הבריטיות והאמריקאיות אכן מכילות משתנים סוציו-כלכליים כגון מצב כלכלי של אזור או תכונות סוציו-כלכליות של אוכלוסייה. אמנם אלה באים כדי "לפצות" על גודל הוצאה בדיעבד, אך הם גם יוצרים ביקושים ציבוריים לשירותים

לסייע בקביעת כללי המשחק באמצעות כלים להתקשרות בין קונים ומוכרים. בשוק הראשון שני עקרונות בסיסיים מניחים את היסודות לפעילות השוק: חיוב קופות לקבל כל מבוטח פוטנציאלי והזכות של האזרח להחליף קופה מעת לעת, כפי שאכן קובע חוק הבריאות הישראלי.

בשוק השני, אשר היקף הפעילות בו הוא פרוגטיבה של הקופות, על הממשלה לפתח מערכות תשלום פרוספקטיביות לספקים. באשפוז מדובר במערכת (Diagnostic) DRG (Related Groupings). בתחום הרפואה הראשונית ניתן לאמץ עקרונות העיקריים עם אלה של המערכת הגרמנית (Chernichovsky & Bayulken, 1995; Chernichovsky, 1996).

עידוד תחרות – בקרת מונופולים**ומונופסוניה**

קיומם של מונופולים ומונופסוניה "טבעיים" הוא לעיתים בלתי נמנע. במקרה זה על הממשלה לפעול על מנת שגופים אלה לא יוכלו לנצל את מעמדם. פעולה מתאימה צריכה להתבטא בחיוב ספקים בעלי מעמד מונופוליסטי לספק שירות לכל פונה ובמחיר שקובעת הממשלה.

מונופסוניה – קונים בעלי שליטה בלעדית או ניכרת בשוק – הם בעייתיים יותר לבקרה באשר הם נוגעים לצורת פעילות הקופה, שהיא זכות בסיסית המוקנית לה. באמנת המערכת ניתן לחייב קופה לשלם מחיר מקובל עבור שירות, אך לאו דווקא לקנות שירות מספק זה או אחר. הגדלת מספר קופות החולים והתחרות ביניהן כמוצע לעיל הוא המנוף העיקרי לטיפול בבעייה זו.

26. על הקורא לזכור שנוסחת הקפיטציה קובעת שיעורים יחסיים למאפייני הנוסחה, ואינה תלויה בגודל התקציב הכללי אשר מנסים להקצות באמצעותה.

27. רצוי להזכיר, בהקשר זה, שיכולת הניכוי של נוסחת הקפיטציה על פי משתנה זה בלבד, חלקית ביותר.

או לפעול בהתאם לעיקרון א' לעיל של הפדרציה הקורפורטיבית: היא חייבת לפעול בכל חלק מהפדרציה המדינית לפי חוקי אותו חלק. האנאלוגיה לישראל מצויה בהמלצות "ועדת נתניהו", לחייב קופות חולים הפועלות על בסיס לאומי לפעול כמרכזי עלות אזוריים בפיקוח רשות אזורית או ממשלה. היינו, נוסחת הקפיטציה המועברת לקופות חייבת לכלול מרכיב מדיניות אזורי (כגון "מרחק לשירות" המצוי בחוק הישראלי) המועבר לקופות הפועלות על בסיס אזורי מבחינה כספית.

ביצוע מדיניות — גודל סוגי קופות חולים

מבנה הקופה, לפי המודל המתפתח, מבחינת ארגון וניהול השירות עבור מבוטחיה, הוא זכות "חוקתית" בסיסית שלה, אשר — לפי המוצע כאן — הממשלה, בניגוד למחוקק, אינה יכולה לשלול מהקופה בשום אופן. יחד עם זאת, כפי שנדון לעיל (לוח 1), יש מקום להשערות שגודל ומבנה קופת החולים משפיעים על יכולתה היחסית להשיג מטרה זו או אחרת של המערכת. לפיכך, אין אפשרות לשלול מהממשלה לחלוטין מכשיר מדיניות יעיל להשגת מטרות המערכת, לרבות עידוד תחרות.

במסגרת האמור לעיל, הממשלה יכולה בהחלט לעודד, אולי אף באמצעים פיננסיים, גודל או מבנה זה או אחר של קופה, במסגרת החוק, בהתאם לקדימויות הנראות לה. לדוגמא, אם הממשלה מעוניינת בעידוד בקרת הוצאות יעילה, היא עשויה, בין השאר, לעודד קופות חולים מסוג ג' (לוח 1). אם היא מעוניינת בשביעות רצון צרכנים ושוויוניות היא עשויה לעודד קופות חולים מסוג א'. ככלל, אם היא מעוניינת באיכות שירות, עליה לעודד מערכות המושתתות על מרפאות, שבהן פועלים מספר רופאים, ולא

— באזורים אשר למעשה מוגדרים כאזורי עדיפות. קביעת נוסחת קפיטציה היא, איפוא, תהליך חברתי-פוליטי, לא פחות מענין טכני של פיצוי (מנובא) עבור רמת שימוש בשירות, כפי שרואה זאת לעתים הגישה המקובלת בפרט בישראל. קפיטציה היא מכשיר בסיסי לביצוע מדיניות.

בחברה דמוקרטית, מקדמי קפיטציה — עם אוריינטציה פוליטית בעליל — אינם יכולים להתעלם מדפוסי שימוש בשירות. עקרון הקפיטציה מכיר בכך שלקבוצות הומוגניות שונות יש דפוסי שימוש בשירות שונים, ולקבוצות שונות יש אפשרויות והזדמנויות שונות להשתמש בשירותים. אולם יש לזכור כי לא פחות מכך — לחברה המממנת יכולות להיות העדפות שונות לרמות בריאות ושימוש בשירותים של קבוצות שונות. לפיכך, אפשרי שקבוצות שונות — עם אותם דפוסי שימוש — תהנינה מחוזים ציבוריים שונים לפי מטרות מדיניות, כפי שאלה מבוטאים בנוסחת הקפיטציה. חוזים אלה צריכים לבטא, ראשית כל מדיניות בריאות ממלכתית, ביחס לשימוש בשירותים, ורק לאחר מכן דפוסי שימוש בדיעבד. היינו, מקדמי הקפיטציה צריכים גם להכיל מערכות תמריצים, אשר יקרבו את המערכת למטרותיה.

בנושא זה עולה סוגיית השוויוניות (בנגישות) האזורית. הגישה של פדרציה של קופות עומדת, לכאורה, בסתירה לייצוג אזורי. הבעייה חמורה פחות בישראל, אשר אין בה מבנה פדרטיבי או ייצוג אזורי הולם בחוק(ה), מאשר במדינות בהן הייצוג האזורי ברור ומוגדר. הסתירה אינה קיימת היות וניתן לראות פעילות של OMCC או קופת חולים במדינה או באזור גיאוגרפי-פוליטי, שהם חלק מפדרציה (גרמניה למשל), כפעילות במסגרת "פדרציה קורפורטיבית" של אותו אזור. קופה הפועלת במספר אזורים חייבת

קופות חולים וגם ספקי שירותים עבור הוצאות הון. גישה זו מאפשרת להם להשקיע בצורה עניינית בשוק תחרותי. אולם יש בעייה עם עיקרון זה בתחום של אימוץ והפעלת טכנולוגיות יקרות המלוות בתשואה עולה לגודל. במקרה כזה, הממשלה (או הקופה ביחס לספקים) עלולים לעמוד בדילמה ביחס למדיניות אופטימלית משיקולים של יעילות ועידוד תחרות.

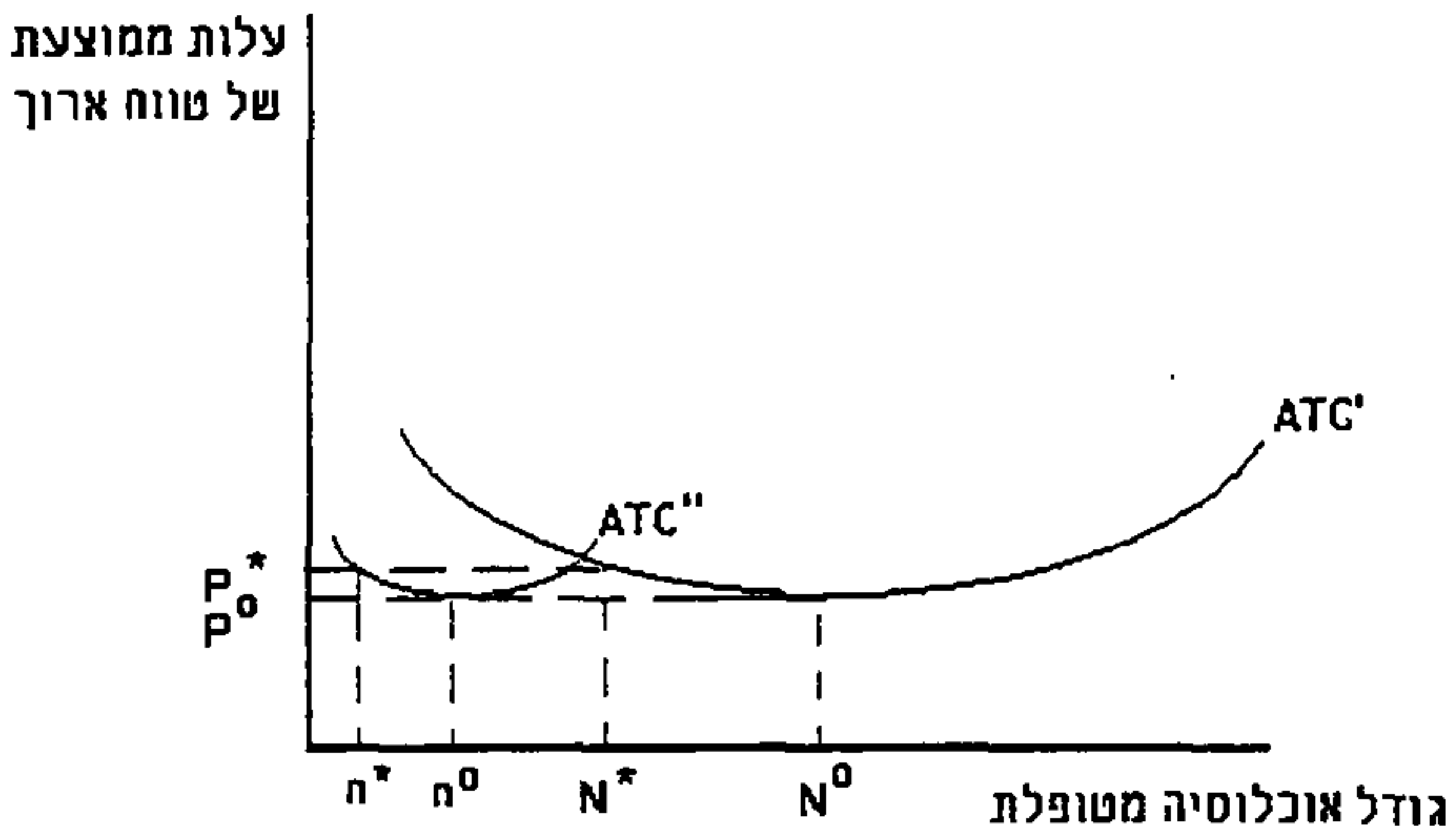
המצב ניתן לתיאור פשוט ובסיסי, כלהלן.²⁸ נניח שיש שתי מערכות החלטה — אחת של הממשלה ביחס לקופות בשוק הפנימי הראשון, והשנייה של הקופות ביחס לנותני שירותים בשוק הפנימי הפוטנציאלי השני. נניח שמבנה הוצאות הטווח הארוך של טכנולוגיה מסויימת, במישור ההחלטה הראשון, הוא כמתואר בתרשים 3, על ידי העקומה ATC' . לעומתו, יש טכנולוגיה אחרת, במישור ההחלטה השני, בין קופות לנותני שירותים, כמתואר על ידי ATC'' .

פעילות רופאים בודדים. אם היא מעוניינת בתחרות בפרט באזורים פריפריים, עליה לתמוך בקופות חולים קטנות על כל המשתמע מכך.

יצוין, כי תמיכה כזו אינה חייבת לבוא בצורה של תמריץ ישיר לקופה, אלא באמצעות יצירת כלים "סביבתיים" לקופה, אשר יאפשרו לה לתפקד בהכרח ולנהל עצמה בצורה זו או אחרת. קביעת מערכות פיצוי ותשלום, לרבות מקדמי קפיטציה לקופות, לספקים, וקווים לחוזים בין ספקים וקופותיהם, לרבות אלה המתייחסים למונופולים, כפי שצוין לעיל, הם כלים בסיסיים להשגת מטרות כאלה.

ביצוע מדיניות — אימוץ טכנולוגיות ומדיניות השקעות ככלל, תשלומי קפיטציה וכל תשלום אחר הנגזר מהם בכל הרמות חייבים לפצות גם

תרשים 3. שיקולי אימוץ טכנולוגיה



28. נוכח האנאלוגיה המלאה בין המצבים, שולב כאן גם הדיון הנוגע למדיניות הקופה ביחס לספקים.

לטכנולוגיה. היינו, לפי החלטת ממשלה, נניח משיקולי עידוד תחרות, N^* עשוי להיות קטן מהגודל המירבי של קופה אשר נקבע בחוק. המצב של קופה, ביחס לספקי שירותים, הוא אנאלוגי לחלוטין, בתחום שעד N^* . הקופה, מטעמים של שמירת תחרות בין ספקים (או לחילופין – שמירת הכוח המונופוליסטי של הקופה), לא תאפשר לספק גודל אוכלוסייה (מספר טיפולים) מעבר לגודל N^* , ותנהג כמו הממשלה ביחס ל- N^* , במישור ההחלטה הראשון. היינו, הקופה צריכה להחליט האם היא מספקת את הטכנולוגיה בעצמה או על ידי ספקים מתחרים המספקים את הטכנולוגיה בצורה בלתי יעילה.)

יצוין שמדובר במצבים דינמיים, לגבי טכנולוגיות המתפתחות במהירות רבה, ועל כן דרושה בנושא מדיניות ערה ומתמדת עם עדכון מתמיד של תקנות.

היינו, האוכלוסייה האופטימלית, זו המביאה את ההוצאה ליחידת שימוש בטכנולוגיה למינימום, היא N^0 במישור הלאומי. אם נקבע בחוק, מטעמים של עידוד תחרות, שקופה אינה יכולה להיות גדולה מ- $N^*(N^0 >)$, הסדרי קפיטציה ותשלום אחרים לא יפצו עבור שימוש בטכנולוגיה זו. לחילופין ניתן לאסור את הפעלת הטכנולוגיה על ידי הקופות במסגרת חוזים ציבוריים. במקרה כזה, על הממשלה לממן את הטכנולוגיה, במונחי השקעה והפעלה שוטפת, במרכזים לאומיים. לחילופין, הממשלה יכולה להחליט שהיא משלמת לקופה רמת P^* עבור הטכנולוגיה, מתוך ידיעה שההפרש $(P^* - P^0)$ הוא "מחיר התחרות" במערכת (לטיפול).

לחילופין, ניתן להפקיד בידי הממשלה את ההחלטה מהו הגודל האופטימלי מבחינה חברתית, אשר לפיו היא קובעת מדיניות ביחס

ביבליוגרפיה

- צ'רניחובסקי, ד' (1993). "רפורמות במערכות בריאות בדמוקרטיה מתועשות: צמיחתו של מודל חדש". בטחון סוציאלי, חוב' 39, 5-38.
- Antonovsky, A. (1987). "Unraveling the Mystery of Health". Jossey Bass., San Francisco.
- Blendon, E.J., Leitman, R., Morrison, I. & Donelan, K. (1990). "Satisfaction with health care systems in ten nations". *Health Affairs*, 9(3):92-185.
- Chrnichovsky, D. (1995a). "Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm". *The Milbank Quarterly*, 4:127-141.
- Chernichovsky, D. (1995b). "The political economy introducing a new technology for secondary prevention when hospitalization cost is discounted". *International Journal of Health Sciences*, 6(3):133-142.
- Chernichovsky, D. & Bayulken, C. (1995). "A pay-for-performance system for civil service doctors: The Indonesian experiment". *Social Science and Medicine*, 41(2):155-161.
- Chernichovsky, D. (1996). "Motivating Physicians in the Community Under Emerging Paradigm in Health Systems: A Hybrid Approach". Ben Gurion University of the Negev, Beer-Sheva (processed).
- Hadley, J.P. & Langwell, K. (1991). "Managed care in the United States: Promises, evidence to date and future directions". *Health Policy*, 19:91-118.

- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (1990) *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Paris.
- Schneider, M., Dennerlein, R.K.H., Kose, A. & Scholtes, L. (1992). "Health care in the EC member states". *Health Policy*, Special Issue, 20(1+2).
- United Kingdom, Department of Health and Social Security (1988). "Review of the Resources Allocation Working Party Formula". London.
- Weiner, J.P. & Ferriss, D.M. (1990). "GP Budget Holding in the UK: Lessons from America". Kings Fund Institute, No. 7 in a series of research reports on health policy issues.
- Williams, S.J. & Calnan, M. (1996). "The 'limits' of medicalization? Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity". *Social Science and Medicine*, 42(12):1609–1620.

סל וביטוח "משלימים" והרפורמה במערכת הבריאות הישראלית – סכנות והזדמנויות

מאת ד"ר דב צ'רניחובסקי*

מבוא

לבריאות, ושביעות רצון, בעיקר של צרכנים
(Chernichovsky, 1995a; Chernichovsky
& Chinitz, 1995; Shirom, 1995; Hurst,
1991).

לאור מטרת אלה יש לבחון שילוב
של מימון פרטי במערכת "שירותים במימון
ציבורי". הבדיקה צריכה להיות עניינית
ומשוחררת מן ההיכטים האידאולוגיים אשר
לרוב קשורים לנושא.² בהתאם לכך, אביא
במאמר זה כמה משתני רקע חשובים לנושא;
אגידר ואסקור בקצרה את המושגים ואת
השלכותיהם לגבי מטרותיה של מערכת
בריאות מודרנית; אביא השוואה בינלאומית
רלוונטית ואסיק מסקנות על משמעות הנושא
לגבי הרפורמה הישראלית.

המאמר נועד לתרום לדיון הציבורי ולקביעת
מדיניות בנושאי ה"שירות הרפואי הפרטי"
וה"סל המשלים" בישראל, שהם מהותיים
ביותר לאופייה ולעתידיה של מערכת
הבריאות.

בדומה למאמצי רפורמה במפותחות
שבמדינות העולם המערבי (מדינות OECD),
המלצות "ועדת נתניהו" וחוק ביטוח הבריאות
נועדו לכונן מערכת בריאות, שאושיותיה
הכלכליים והארגוניים איתנים.¹ מערכת זו
אמורה להבטיח: שוויוניות, מנגנוני בקרה
על גידול בלתי מבוקר בהוצאה הלאומית

* Ph. D. (כלכלה), היחידה לניהול ומדיניות מערכות בריאות, והתוכנית למדיניות בריאות בכלכלות כמצבי מצוקה,
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

1. OECD — Organization for Economic Cooperation and Development
2. תשומת ליבו של הקורא מופנית לשימוש כמונח "שירות במימון ציבורי" ולא "שירות ציבורי". בישראל, כבמרבית
מדינות OECD, השירות הוא "כמימון ציבורי" או על עקרונות של מימון ציבורי. גם בישראל, להוציא מוסדות
בריאות בעלות ממשלחית, מרבית ספקי השירות ונותניו הם אינם ציבוריים במובן של בעלות ממשלחית. הם
מוסדות עם כוונת רווח או, ברוב המקרים, ללא כוונת רווח, אשר עובדים ב"חוזה ציבורי" (public contract)
(צ'רניחובסקי, 1993; Hurst, 1991; Chernichovsky, 1995).

רקע

ריאליים, כוח-אדם, ציוד וטכנולוגיה. מספר הרופאים בעלי הרשיונות בישראל הוערך ב-1993 בכ-4.6 ל-1,000 נפש, לעומת ממוצע של 2.5 רופאים פעילים במדינות OECD (מסודר הבריאות, 1994; Scheiber, Poullier & Greenwald, 1994). כלומר, גם אם ניקח בחשבון את הבעיות הכרוכות בקביעת מספר הרופאים הפעילים בארץ, ישנם בישראל לחצי היצע, אשר קרוב לוודאי יוצרים ביקושים במערכת, שאין להם מן הסתם את ורע בעולם.⁴ אלה תורמים בדרך כלל ללחץ להגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות, למרות שאין פוטנציאל רב (אם בכלל) לגידול ברמת הבריאות הכללית של האוכלוסייה, באמצעות שירותי רפואה, נוכח רמת בריאותה הגבוהה. לפי ה"למ"ס (ביחס למערכת הבריאות): "אינדיקטורים מוקדמים לשנת 1995 מראים שמספר השכירים (משרות שכיר) התרחב ב-3%-4% (2% לנפש) ושכר למשרת שכיר, במחירים קבועים, עלה ב-6%" (למ"ס 1996, עמ' 1).⁵

שלישית, ישראל מאופיינת בטכנולוגיה רפואית מערבית אשר בחלקה פותחה בארה"ב, בין השאר, כרי להחליף כוח אדם יקר. לטכנולוגיה זו אין לעתים הצדקה כלכלית בישראל, נוכח עתירות כוח האדם הרפואי במערכת הישראלית (וחזקם של ועדי העובדים). כלומר, בישראל יש נטייה לאמץ טכנולוגיה חדשה, אשר בדרך כלל מייקרת שירותים, מבלי שלטכנולוגיה כזו

כרקע הדין רצוי להביא, בפרספקטיבה בינלאומית, מספר מאפיינים חשובים של מערכת הבריאות הישראלית.

ראשית, ההוצאה בישראל על בריאות, כאחוז מן התוצר הלאומי הגולמי (להלן תל"ג), היה, לפי הנתונים האחרונים – 8.3% (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן למ"ס) 1996). לצורך השוואה בינלאומית, אשתמש בנתוני 1992. בשנה זו הוציאה ישראל כ-8.1% מן התל"ג, שהוא אחוז זהה לממוצע של מדינות OECD באותה שנה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1995; Greenwald & Scheiber, 1994). כלומר, מבחינת המאמץ המישקי מקצה ישראל לבריאות, כפי שמשקיעות המפותחות במדינות העולם, ואף יותר. בהתחשב בתוצר הלאומי לנפש (1992), הערך ה"צפוי" של ההוצאה לבריאות, על פי הממוצע של מדינות OECD, הוא 7% בלבד מהתוצר המקומי.³ באותה שנה הוציאה ישראל, על פי שער החליפין הרשמי, כ-950\$ לנפש, לעומת ערך "צפוי" או מנובא של 810\$. כלומר, ישראל הוציאה ב-1992 כ-17% יותר מן ההוצאה הצפויה ביחס לתוצר, זאת ללא חיקון עבור גיל צעיר יותר של האוכלוסייה, כגון התיקון שעשה בזמנו ג' עופר (1987).

שנית, ישראל ודאי אינה חסרה מקורות

3. חישוב זה מבוסס על הקשר הליניארי הבא, על פי נתוני מדינות OECD (1990): (הכנסה לנפש) $0.1148 +$ 520.034 - = הוצאה לבריאות הנפש.
4. סביר להניח, שמספר הרופאים הבלתי פעילים בישראל אינו עולה על 21% מן הנתון הנ"ל, בהתחשב בשיעורם של בני 65 ויותר באוכלוסיית הגמלאים – מתוך אוכלוסיית בני 30 ויותר במדינה, שהיא האוכלוסייה הרלוונטית לאוכלוסיית הרופאים. היינו, מספר הרופאים הפעילים בישראל מוערך בכ-3.6 ל-1,000 נפש.
5. ניתן להניח, כי השפעת גלי עלייה והשפעת הגידול בשכר, אכן יתבטאו בחשבונאות הלאומית בפיגור מסוים. קשה להעריך את השפעת העלייה במספר הרופאים לנפש על מיתון הגידול בשכר. הנתונים המצוטטים מרמזים שאפשר, שהעלייה תורמת להצטרפותם של בעלי כישורים או תארים גבוהים למשרות, שלא דרשו כישורים אלה, ובכך "נסחב" השכר הממוצע כלפי מעלה.

הרוב לדעת המיעוט בוועדה קשור במידה רבה להתייחסות לנתון זה (מדינת ישראל, 1990, כרך א'; מדינת ישראל, 1990, כרך ב'). דעת הרוב ראתה בנתון סימפטום לחוליי המערכת ולאייכולתה, בין השאר, להסתגל לשינויים שחלו בה וכסביבתה, לרבות צמצום מעורבות המימון הממשלתי במערכת, במסגרת המלחמה באינפלציה. דעת המיעוט ראתה בנתון זה סיבה למשבר. יחד עם זאת, תמכו שתי הרעות בהרחבת יסודות המימון הציבורי, ללא קשר לאחוז ההוצאה לכריאות מהתל"ג. הרחבה זו באה, בין השאר, על מנת לשמור על שוויוניות יחסית במערכת, ולא פחות מכך – על "יעילות-על" (macro-efficiency), באמצעות יכולת בקרת הוצאות וצמצום הוצאות ש"אינן הכרחיות", כפי שידובר עליהן בהמשך.

חמישית, חוק ביטוח הבריאות הממלכתי מסדיר רק תחום אחד של הרפורמה הישראלית, כפי שזו הוצעה על ידי "ועדת נתניהו": את תחום המימון.⁶ החוק אינו מסדיר אלמנט אחר, חשוב ומהותי ביותר: יתר תחרותיות במערכת – בין קופות חולים (קיימות ופוטנציאליות) לבין עצמן, ובין ספקי שירות שונים לבין עצמם – וכן יתר ביזור בניהול המערכת.

שישית, כדאי לציין בהקשר זה, שהקצאה בשיטת הקפיטציה, כפי שמוסדר בחוק, נועדה למנוע ממקבל הקפיטציה להגדיל הכנסות על ידי אמצעי, היכול לאפשר ברירת מטופלים וטיפולים. השיטה גם גורסת תחרות על "מבוטחים", באמצעות הענקת סל בסיסי משופר יותר, כפי שיידון כאן בהמשך. לסיכום פרק זה, ניתן לציין, כי בישראל,

תהיה תרומה מיידית, גם אם חלקית, להוזלת שירותים באמצעות אוטומציה וחיסכון בכוח אדם.

רביעית, חלקו של המימון הפרטי בישראל גבוה יחסית ביחס למדינות OECD. בישראל, הממוצע הוא/היה כ-30%, לעומת ממוצע של 24% במדינות OECD. יתירה מזו, הערך ה"צפוי" בישראל, בהתחשב בתוצר לנפש, הוא 20.6%. כלומר, ההוצאה הפרטית גבוהה בישראל ביחס למדינות OECD, כהתחשב בתוצר.

לנתון זה נודעת משמעות רחבה. שיעור גבוה של הוצאה פרטית בהוצאה לבריאות גורה, בדרך כלל, שיעור גבוה של הוצאה לבריאות בתוצר הלאומי, נוכח היכולת המוגבלת יחסית לבקר הוצאה פרטית, ונוכח העניין של הממסד הרפואי, לרבות התעשייה הרפואית, להעלות את ההוצאה הפרטית וההוצאה בכלל. במערכות המושתתות על מימון ציבורי, נתון זה מצביע על רמת אי-שוויוניות בגישה לשירותים, ויכול להוות גם מדד לשביעות רצון מהשירות במימון ציבורי. חלק קטן של מימון ציבורי מצביע על אי-שוויוניות גדולה יותר בגישה לשירות, ועל "חוסר סיפוק" גבוה יותר מן המערכת הציבורית. היכן שרפואה "אפורה" מתאפשרת, נתון זה מבטא גם לחצי היצע – מתוך המערכת הציבורית – המשפיעים על ביקושים מחוץ למערכת זו ובכלל.

אכן, הגידול בשיעור ההוצאה הפרטית בישראל בשנות ה-80 ציין, לפחות בזמנו, את המשבר במערכת הבריאות הישראלית, אשר הוליד את "ועדת נתניהו" ואת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי. ההבדל בין דעת

6. נתון זה מבוסס על הקשר הליניארי הבא: (תוצר לנפש) $0.00089 - 90.6 = \%$ מימון ציבורי. ראוי לציין, כי נתונים אלה אינם לוקחים בחשבון נתוני "רפואה שחורה ואפורה", אשר עלולים להחריף את התמונה.

7. גם זאת, החוק עושה באופן חלקי. התעלמות החוק מעניין האזוריות בהמלצות הוועדה, ואי-ישום משתנה ה"מרחק" בנוסחת הקפיטציה, מונעים הקצאה אזורית צודקת לבריאות.

בעיקר ש"ג) במימון פרטי, בתשלום ישיר או בכיטוח.

★ ביטוח פרטי (ב"פ) – ביטוח במימון פרטי של ש"ג, של שר"פ או של השניים, בכל צירוף שהוא.

לצורך המשך הדיון חשוב להבחין האם ש"ג או שר"פ נרכשים, בין אם בתשלום ישיר ובין אם באמצעות ב"פ, מנותן שירות אשר לו חוזה במימון ציבורי (public contract), גם אם נותן השירות הוא בבעלות פרטית, או שמדובר במוצר או שירות רפואיים הנרכשים מנותן שירות, שאין לו זיקה למערכת המימון הציבורית, תהיה בעלותו של נותן השירות אשר תהיה.⁹

המצבים האפשריים מתוארים בלוח 1, המציג שלושה מצבים אפשריים, היכולים תיאורטית לדור בכפיפה אחת: מערכת פרטית טהורה – מימון ואספקה בחוזים פרטיים לחלוטין של ש"ג ושל שר"פ, גם אם הבעלות על המוסד נותן השירות אינה פרטית (רביע א'); מערכת ציבורית טהורה – מימון ציבורי ואספקה של הסל הבסיסי בחוזים במימון ציבורי בלבד, על ידי ספקים בבעלות כלשהי (רביע ד'); מערכת "מעורבת" – נותני שירות בבעלות כלשהי, רשאים לתת שירות תחת חוזים פרטיים (במימון פרטי) וציבוריים (במימון ציבורי) כאחד (רביע ג').¹⁰ בשלב זה של הדיון לא יידון מצבו של מבטח, כגון קופת חולים, הנהנה ממימון או חוזה ציבורי, ביחס למימון פרטי. מצב זה יידון בהמשך.

בהשוואה לארצות מפותחות, ההוצאה הלאומית לבריאות וחלקו של המימון הפרטי, גבוהים ביחס ליכולת הכלכלית של המדינה, כפי שזו נמדדת על ידי התל"ג לנפש. יש יסוד רציני להשערה שמציאות זו נובעת בין היתר בשל לחצי היצע גבוהים במיוחד במערכת. הרפורמה הישראלית גועדה, בין היתר, לבלום גידול בביקושים ובהוצאות בלתי מבוקרות לבריאות, גם על ידי צמצום במספר רופאים לנפש, וכן להבטיח שוויוניות ושביעות רצון. מערכת המימון הפרטי, בכל צורתה, צריכה להיות מובנית כך, שתבטיח את השגת מטרות המערכת, בין השאר על ידי הגדלת תחרותיות.

"שירות נוסף", "שירות רפואי פרטי" ו"ביטוח פרטי"⁸

להמשך הדיון, חשובות ההגדרות הבאות:

★ סל בסיסי (ס"ב) – שירותים שהם זכות אזרחית במימון ציבורי.

★ שירותים נוספים (ש"ג) – שירותים נוספים על אלה הכלולים בסל הבסיסי.

★ שירותים פרטיים (שר"פ) – שירותים הכלולים בסל הבסיסי אך נרכשים במימון פרטי.

★ "סל משלים" (ס"מ) – ש"ג ושר"פ (אך

8. המונח "שירות" – כוונתו גם למוצרים שהם חלק מהשירות או בהקשרו. תשומת לב הקורא/ה מופנית לשימוש השונה מ"המקובל" במונחים, אשר יש בו בילבול רב בציבור ובדיון הציבורי.
9. להבנת הנושא יש להדגיש שוב, שהבעלות המשפטית של נותן השירות אינה מהותית לדיון. חשוב, האם ספק השירות מספק שירות בתשלומים שמקורם ציבורי. לענייננו, בית חולים בבעלות ממשלתית, אשר כל הכנסותיו הם ממקורות פרטיים, הוא "נותן שירות ללא חוזה ציבורי", ודינו ככל נותן שירות פרטי. במקרה זה המדינה היא בעלת המניות.
10. ראוי לציין (להוציא את העשירון העליון בגרמניה), כי אין בשום מערכת מודרנית, המושתתת על עקרונות מימון ציבורי, אפשרות של opting out – שפירושה לא לשלם כמסגרת המחויבות הציבורית, כנגד שימוש בשירות פרטי לחלוטין.

לוח 1: מצבים אפשריים במימון ובאספקת שירותים

ציבורי	פרטי (לרבות ביטוח פרטי)	מממן
		ספק שירות
[ב] לא קיים, בתגורת.	(א) מערכת פרטית טהורה- ש"נ + שר"פ.	ללא חוזה ציבורי
(ד) מערכת ציבורית טהורה- ס"ב.	(ג) מערכת מעורבת-ש"נ+ שר"פ + ס"ב.	עם חוזה ציבורי

הערה: לענייננו, חברת הביטוח החייבת לבטח כל פונה אליה, שלא על בסיס סיכון אקטוארי, אלא על בסיס הכנסה, גם היא ממומנת על עקרונות מימון ציבורי (ר' Chernichovsky, 1995a).

משמעות (מיידית לפחות) לבריאותו של החולה. אך גם בהקשר זה עולה הסוגייה: האם התייחסותו של הצוות הרפואי לא תפלה לטובה, מסיבות פסיכולוגיות גרידא, את אלה היכולים להרשות לעצמם "נחיתות" יתר? בכל מקרה, שירותים ומוצרים המתייחסים לקבוצה זו אינם מעניינו של הדיון. בדרך כלל, אלה גם אינם נשוא לביטוח. במקרים רבים, הכללתם גם כמערכת ציבורית טהורה, אינה בעייתית במיוחד, כל עוד אין מדובר בחדר פרטי, שירות סיעודי שונה וכו' – מוצרים ושירותים אשר עשויה להיות להם משמעות רפואית לקונה ולסביבתו.

באשר לקבוצה השנייה – מוצרים ושירותים רפואיים אשר אינם בסל בסיסי, או ש"נ שאינו amenity – הגישה היסודית היא, שאם שירות או מוצר רפואי הוא אכן חיוני וחשוב מן הבחינה הרפואית, מקומו בסל הבסיסי. אם אינו בסל זה, אולי אין בו חיוניות. גישה זו מתבססת על העובדה, שבמדינות המפותחות, מדינות OECD, אין קשר בין רמת ההוצאה לבריאות לבין רמת הבריאות של האוכלוסייה (OECD 1990); היינו, אי-הכללת שירותים או מוצרים רפואיים "בלתי

על הפרק עומדים כאן לדיון אופיין של ה"מערכת המעורבת" וה"מערכת הציבורית הטהורה". לצורך הדיון חשוב להבהיר באילו מוצרים ושירותים מדובר – והם הכלולים כאחת, שתיים או כל שלוש הקבוצות הבאות: (א) מוצרים ושירותים שאינם רפואיים (טלפון, טלוויזיה וכו'), הידועים בשם amenities, ואשר מראש אינם מוגדרים כחלק משירות רפואי לשמו; (ב) מוצרים ושירותים רפואיים, אשר אינם כלולים ב"סל בסיסי"; (ג) מוצרים ושירותים הכלולים בסל, לרוב – הקדמת תור ובחירת רופא. אין זו חלוקה מוגדרת לחלוטין: קיימים לעתים תחומים אפורים בין הקבוצות, אולם אין באלה כדי להשפיע על המשך הדיון.

באשר לקבוצה הראשונה, הנכללת בש"נ, חילוקי הדעות הם בעיקר אידאולוגיים. ללא אידאולוגיה, ניתן היה לאמץ את הגישה, לפיה הרוצים והיכולים לשלם עבור מוצרים אשר בבירור אינם רפואיים – יערב להם. היסוד הבלתי אידאולוגי בגישה זו הוא בהנחה, שהחולה (הצרכן) או בני משפחתו יכולים להפעיל שיקול דעת מלא לגבי נחיצותם של מוצרים אלה, אשר אין להם

של אלה לזשקיע בטכנולוגיות מתקדמות ובמחקר. אלה עלולים ליצור מעגל קסמים של יצירת תורים וגידול בכושר תפוקה, הגורמים לעלייה בהוצאה לבריאות, ללא כל השפעה על רמת הבריאות הממוצעת של האוכלוסייה. יתירה מזו, האופציה "לקצר תורים" באמצעות שר"פ, במערכת במימון ציבורי, יוצרת תמריצים ליצירת תורים על ידי ספקי שירות כאמצעי לעודד שר"פ. לפיכך, אפשר שתור סביר הוא "רעה חולה", אשר יש להשלים עימה במערכת במימון ציבורי. יחד עם זאת, באמצעות תמריצים מתאימים ניתן לקצר תור במערכת במימון ציבורי גם ללא אופציית שר"פ. השאלה הרלוונטית אינה, איפוא, עצם קיום התור, אלא: האם אלה אשר "נזרקים" לסופו או לידי רופאים בלתי מגוונים, במערכת במימון ציבורי, צריכים להיות אלה, אשר ידם אינה משגת לשלם את (או לבטח עצמם לצורך) התשלום הנוסף? נכון, מניעת אפשרות של בחירה מכל סוג שהוא, לרבות הקדמת תור ובחירת רופא (שהם היינו הך, במקרים רבים), במערכת במימון ציבורי ולא במערכת בכלל, עלולה לגרום לירידה בשביעות הרצון – גם של אלה שידם משגת לשלם וגם של נותני השירותים. אך הדבר בהחלט תורם להגדלת שביעות הרצון של האוכלוסייה בכללה, הרוצה להיות נקייה מהפעלת שיקול דעת שאינו רפואי במערכת בריאות, המבטיחה זכות אזרחית במימון ציבורי. אלה היכולים והרוצים לשלם, נוסף על תשלום המס בו הם חייבים בכל מקרה, יכולים לקבל את השירות הרצוי להם במערכת פרטית טהורה, כמוגדר לעיל, אשר נגישה בישראל לכל דיכפין. ככלל, התאוריה הכלכלית גורסת והמציאות, כפי שגם יובהר בהמשך, מוכיחה

הכרחיים" אלה או אחרים בסל הבסיסי, אינה פוגעת ברמת הבריאות הכללית של האוכלוסייה. נושא זה נוגע גם להגדרת המושג "רפואה", ולעובדה שהרפואה אינה מדע מדויק, כפי שיידון בהמשך. זו אחת הסיבות, במדינות מפותחות לפחות, למעורבות ציבורית במערכת הבריאות מלכתחילה: הגנה על הכנסות הצרכנים מפני הוצאה על מוצרים ושירותים רפואיים, אשר אזרח מהשורה אינו מסוגל להפעיל שיקול דעת לגבי חיוניותם ונחיצותם מבחינת השפעתם על בריאות. זאת כאשר לנותני השירות – אשר הינם רבים במיוחד בישראל – יש עניין ויכולת כלכליים לעודד את הביקוש למוצרים ולשירותים אלה לצורך הגדלת הכנסותיהם. במלים אחרות, כל מה שאינו מצוי בסל, צריך להיכלל בהגדרה של "לא מהותי", מבחינת העניין הציבורי. לפיכך, אם המערכת אינה מעונינת לעודד גידול בהוצאה לבריאות לטובת ספקי שירותים, תוך פגיעה בשוויוניות, וזאת ללא שיפור של ממש ברמת הבריאות הממוצעת של האוכלוסייה, היא אינה צריכה לעודד שירותים אלה. במקרים מיוחדים, מערכת במימון ציבורי יכולה לפתור בעיות ad-hoc, כפי שגם המערכת הישראלית עשתה עד כה.

באשר לשר"פ – בהקדמת התור ובחירת הרופא במערכת מימון ציבורי, יש נטייה לערב שני נושאים: (א) עצם קיום התור ו-(ב) האמצעים "לקצרו".¹¹ כלכלנים נוטים לראות בקיומו של תור "מבוקר וסביר", אשר אינו קשה להגדרה, גורם חיובי. תור כזה מסמן את אי-קיומו של עודף בכושר תפוקה במערכת הבריאות (excess capacity), מסיבות שנרמז עליהן קודם: יצירת ביקושים ותורים על ידי ספקי שירותים, והרצון

11. במערכת פרטית טהורה, אלה אינם מעניינה של המערכת בכללה, כל עוד הם במסגרת החוק.

לסיכום פרק זה, חשוב במיוחד לענייננו — האם נותן השירות רשאי להציע, בנוסף לשירות או למוצר ב"חווה ציבורי", גם שירות או מוצר רפואי — בפרט שר"פ כמוגדר לעיל — ב"חווה פרטי". אם, אכן, כך הדבר, מימון ציבורי עלול לעודד ניצול מצבו של החולה והמשאבים של מערכת במימון ציבורי, להעלאת רמת ההכנסה של נותני השירות. הנטייה לניצול זה עלולה להיות גבוהה במיוחד בישראל נוכח: (א) מספר הרופאים הרב יחסית, (ב) מימון המערכת הציבורית בשיטת קפיטציה ו-(ג) העסקת מירב הרופאים בשכר.

ה"סל הבסיסי" במערכת בריאות מודרנית

הדיון עד כה הניח שה"סל הבסיסי" מוגדר היטב וברי לכל. ניסיון להגדיר הגדרה חדשה של סל שירותי רפואה הוא בבחינת "רדיפה אחר האופק". גם בטכנולוגיה קיימת, אין אחדות דעות בין רופאים. הכעייה מחריפה עשרות מונים כאשר הטכנולוגיה הרפואית משתנה במהירות. לפיכך, ניתן במקרה הטוב להגדיר קטיגוריות רחבות של זכויות: "רפואה ראשונית", "רפואת שן עד גיל 18" וכו', ללא התייחסות תכנית יתרה. יתר על כן, לצרכנים שונים במערכת מודרנית, ציפיות שונות ממערכת

— כי באופציות שר"פ וש"נ, בפרט במצב של מערכת מעורבת (ג', לוח 1 לעיל), קיימות שלוש נטיות כדלקמן:

- א. לנצל את מעמדו ומצבו של החולה לצורך "דחיפתו" לשירות בתשלום, גם אם לא באותו מוסד, בפרט כאשר מצבו הכלכלי-חברתי ידוע לנותן השירות;
- ב. לעודד ביקושים (על ידי נותני השירות), בפרט כאשר השירות בתשלום הוא על בסיס של תשלום עבור שירות, בעוד שהשירות במימון ציבורי הוא על בסיס של תשלומים פרוספקטיביים, מגבילי הכנסה, כגון: קפיטציה, שכר ותיקצוב של מוסדות;
- ג. לעשות שימוש במקורות מימון ציבוריים על מנת לעודד שירותים בתשלום.

שתי הנטיות הראשונות נובעות מהאינטרס הטבעי והמוצדק של ספקי השירות להגדיל את הכנסותיהם, נוכח צרכן שהוא הדיוטה, ובפרט כאשר ידו משגת. הנטייה השלישית נגזרת כדרך כלל משתי הראשונות; היא קשורה בתמריץ של ספק השירות לסבסד את הצרכן, בעיקר באמצעות התשומות הקבועות והיקרות שבמערכת במימון ציבורי, על מנת לעודד את השימוש בשירות הפרטי, ובכך להגדיל את הכנסותיו (הפרטיות) של נותן השירות הפרטי.¹² נטיות אלה מביאות — בהגדרה — לפגיעה בשוויוניות במנגנוני בקרת הגידול בהוצאה לבריאות, ואף עלולות לפגוע בשביעות הרצון של האוכלוסייה בכלל. נטיות אלה ותוצאותיהן עומדות ביסוד כל הרפורמות במערכות הבריאות בעולם המערבי, לרבות הישראלית.

12. בהקשר זה ראוי לציון עדותו של פרופסור מן, מנכ"ל ב"ח "הרסה" לשעבר, אשר העיד בפני "ועדת נתניהו", כי חולים אשר הגיעו בזמנו מאירן לאשפוז ב"הרסה", סובסדו על ידי המוסד ("עם ישראל"). עדות זו, בהקשר לדיונו, מעלה סוגייה חריפה ביותר: סבסוד אזרחי חוץ הבאים לאשפוז במוסדות, העוברים במימון ציבורי. זו בעייה העלולה להתפתח כבר כעת במערכת הישראלית עם הגידול במספר החולים מחבר המדינות, המטופלים בישראל במוסדות העובדים בחוזים במימון ציבורי. לענייננו, מצב זה חמור במיוחד מאחר שמדובר בסבסוד אזרחים זרים בכלל, שהוא, יחסית, חמור יותר מסבסוד של אזרחים מקומיים.

ובאופן עקיף מגוננת על שוויוניות על ידי תקנות מחמירות, לרבות קביעת רמות מחירים ברמת המדינה, לרבות בסקטור הפרטי הטהור.¹³ הדוגמה הבולטת כיום היא בהנהגת "ספרי תרופות" לאומיים קשיחים, המאפשרים רישום תרופות גנריות בלבד. היינו, גם אלה הרוצים לרשום או לרכוש תרופות בגרמניה ובצרפת, מחוץ למערכת ביטוח כלשהי, בשוק פרטי לחלוטין, אינם יכולים לעשות כן יותר. היינו, את אשר המדינה אינה יכולה להשיג באמצעות מנגנוני בקרה על שר"פ וש"נ או "סל משלים", במערכת הכפופה להסדרים ציבוריים, היא כופה על המערכת בכללה, פרטית וציבורית כאחד.

דוגמה אחרת השייכת לענייננו, אך מצויה בקצה השני של הספקטרום מבחינת מערכות בריאות, היא מדינת אורגון (Oregon) בארצות-הברית. מדינה זו הנהיגה סל בסיסי קשוח במיוחד (בתחומי Medicaid, Medicare) עם הגדרת סדרי עדיפויות בטיפול, השוללים כמעט לחלוטין שיקול דעת רפואי לגבי עדיפויות מטופלים וטיפול. גם לרופאים וגם לחולים לא נותר מרחב החלטה רב באשר לצורת ניהולו של המימון הציבורי. כל בחירה אחרת מתאפשרת רק באמצעות שירות מחוץ למערכת הציבורית. אף אחד משני המצבים המתוארים כאן – (א) הגבלים מחמירים גם על רפואה פרטית טהורה ו־(ב) מניעת שיקול דעת ברפואה במימון ציבורי – אינו מעניינה של מערכת הבריאות הישראלית.

לסיכום פרק זה, הרעיון המרכזי והייחודי של הרפורמה הישראלית הוא תחרות על

בריאות מודרנית, אשר עליהן מנסים לענות, בין השאר, באמצעות מוסדות כמו קופות חולים.¹⁴ אכן, העניין הוא מעבר להגדרת ה"סל הבסיסי". הוא כרוך במאמצי רפורמות מודרניות לאפשר לאזרח חופש בחירה מירבי תחת המטרייה של המימון הציבורי, וזאת תוך הוצאת הממשלה, ובמידה ניכרת גם ספקי שירות (לא קופות חולים, כמארגנות שירותים), מהתערבות ישירה בארגון ובמתן שירותים (למרות המימון הציבורי). הרעיון הוא להעניק לצרכן חופש בחירה בין קופות חולים, אשר מתחרות על דפוסים שונים של אספקת ה"סל הבסיסי", ואולי אף על תכולות שונות של הסל הזה. מימוש הרעיון הוא באמצעות העמדת תקציב, בשיטת קפיטציה, אשר האזרח "מעביר" באמצעות המדינה לקופה שהוא בוחר, כאשר הוא בריא (הביטוח הלאומי, במקרה הישראלי). תקציב זה מקנה לאזרח זכות לסל, שאולי אינו צריך להיות מוגדר יתר על המידה, כאשר האזרח נזקק לסעד רפואי (Chernichovsky, 1996). ר' מאמר נוסף של המחבר בחוברת זו).

ראוי לציין בהקשר זה, שהמציאות מוכיחה, פרדוכסלית אולי, שהגדרת יתר של ה"סל הבסיסי" וקיומו הפוטנציאלי של "סל משלים", גם אם הוא מכיל בעיקר ש"נ, אשר נגזר מהגדרה כזו, עלולים להביא לפחות חופש בחירה במערכת בכללה, היינו – לפגיעה בעצם הרעיון של ה"סל המשלים". בגרמניה ובצרפת, למשל, בהן יש "סלים משלימים" ליברליים, שהם חלק מהמערכת של הסל המוקנה בביטוח חובה (לא ביטוח ממלכתי), המדינה "מתגוננת" מפני הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות

13. השימוש במונח "סל משלים" כמקובל בישראל, יש בו משום הטעיה מושגית לפחות. פירושו, שיש, כביכול, סל מוחלט מסוים, מוגדר מדעית, אשר חלקו ניתן במימון ציבורי ואת חלקו האחר על האזרח להשלים במימון פרטי. לא כן הוא. אין סל מוחלט ואין גבול במונחי שירות ותשלום ל"השלמה".

14. על הקשר בין הוצאה לבריאות ושוויוניות, בהקשר לתרופות בישראל, ר' (Chernichovsky, 1995b).

מקומי (Province, State), באמצעות רופאים פרטיים ובתי חולים, אשר רובם מלכ"רים מתוקצבים (אך עם נטייה למעבר למעין "תאגידיים"). בישראל, לעומת זאת, הבקרה היא בידי קופות חולים, המפעילות צורות שונות וחליפיות של ארגון ומתן שירותים, שלא על בסיס אזורי.

באשר ל"סל משלים", הגישות בשתי המדינות הן קיצוניות — האחת ביחס לרעותה — ועל כן ההשוואה ביניהן. בקנדה, בעיקר באמצעות חקיקה המתייחסת למערכת התמריצים שמפעיל הממשל הפדרלי, קיימת מאז 1986 הפרדה כמעט מוחלטת בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית: רופאים בקהילה (כמעט כולם פרטיים, כ-95%), המטפלים בחולים במסגרת המימון הציבורי (או ב"public contract"), אינם רשאים לקבל כל תגמול פרטי, בצורה ישירה מהמטופל או בצורה עקיפה מחברת ביטוח, עבור ש"נ, לא כל שכן שר"פ. הוא הדין בבתי חולים המתוקצבים על ידי הממשלה. בקנדה המערכת הפרטית מנותקת כמעט לחלוטין מהמערכת במימון הציבורי, ומתקיימים בה זה לצד זה מצבים (א) ו-(ד) אשר בלוח 1.

באוסטרליה, יש "סל משלים" הכולל בסיכומו של דבר ש"נ בלבד, שהונהג עם הנהגת ביטוח הבריאות הממלכתי ב-1984, כאשר המערכת האוסטרלית — בניגוד למערכת הישראלית — עברה ממערכת המושתתת על ביטוח פרטי למערכת במימון ציבורי. במערכת האוסטרלית, האזרח רשאי לשלם בצורה ישירה או עקיפה לנותני שירות, גם אם אלה עובדים ב"חוזה ציבורי". ברפואה בקהילה, ה"סל המשלים" מכסה שירותים נוספים (ancillary services), שאינם נכללים בסל הציבורי, כגון טיפולי שיניים, כלומר — ה"סל הבסיסי" מכסה ש"נ בלבד. באשפוז, הביטוח המשלים האוסטרלי מאפשר רק ביטוח לאשפוז בתנאים פרטיים, רק

האזרח בין קופות החולים ונותני השירותים, במסגרת ה"סל הבסיסי" במימון הציבורי. הרעיון הוא שקופות החולים תתחרנה על ה"סל הבסיסי", וזו אשר, בין השאר, "תשלים" יותר בכל אחד מסממני הש"נ ובפרט בנושאים שהם מטרה לשר"פ, תזכה בנתח גבוה יותר מן המבוטחים ומן התקציב הציבורי לבריאות. כל אפשרות לש"נ ובפרט לשר"פ, במימון פרטי צמוד למערכת במימון ציבורי, על ידי אותם מבטחים ובפרט אותם נותני שירותים, משמיטה את הקרקע מתחת לרעיון בסיסי זה. היינו, הצמדה של מימון פרטי למימון ציבורי אינה רק פוגעת בשוויוניות וביכולת בקרת הוצאות במערכת הבריאות, אלא גם פוגעת בתמריץ לעודד את רצון הקופות להשביע את רצון הצרכנים מה"סל הבסיסי", ובכך נפגמת מטרה בסיסית של מאמצי הרפורמה הישראלית, שהיא אכן אחת המיוחדות והטובות בנושא זה. ככלל, יש לעודד תחרות בין קופות לספקי שירות על ה"סל הבסיסי" בלבד, בין השאר על ידי אי-הגדרת יתר שלו.

סיפורן של שתי מדינות

לענייננו חשובות שתי מערכות בריאות, במדינות שהן דומות אחת לרעותה מבחינה כלכלית, תרבותית, פוליטית ואדמיניסטרטיבית: הקנדית והאוסטרלית. בשתי פדרציות אלה קיים ביטוח בריאות ממלכתי על עקרונות מימון ציבורי, בצורת מיסוי. מבחינת אספקת שירותים, ההבדל המערכתי העיקרי בין שתי המערכות הללו לבין המערכת הישראלית הוא בכך, שהמערכות הללו נתונות לבקרה ישירה, תוך התערבות פדרלית מסוימת של ממשל

אחיד, אשר אינו מבוסס על גיל, גורמי סיכון אחרים או הכנסה. בצורה זו הפך הביטוח במימון הפרטי – באוסטרליה, בניגוד לישראל – באמת ל"ביטוח משלים" לביטוח הממלכתי.

הנסיון האוסטרלי – המציג גם את אשר למדה קנדה – חשוב לענייננו. נסיון זה מתאר מעבר למערכת ביטוח בריאות ממלכתית עם אפשרות לקבלת "סל משלים" אצל אותם נותני שירותים, ומסביר את השינוי הבסיסי ברפורמה הקנדית. להלן כמה מן המאפיינים האוסטרלים החשובים לענייננו:

1. ההוצאה הלאומית לבריאות באוסטרליה גבוהה מזו הצפויה בה, בהתחשב בתוצר הגולמי שלה לנפש;
2. ההוצאה הציבורית לבריאות נמוכה מזו הצפויה, בהתחשב בתל"ג לנפש;¹⁵
3. חלקה היחסי של ההוצאה הפרטית בהוצאה הכללית לבריאות הוא בקו עלייה;
4. החלק היחסי של מימון פרטי בבתי חולים "ציבוריים" הולך וגדל;
5. בתי חולים ציבוריים, שהכנסותיהם העיקריות הן ממקורות ציבוריים, מעדיפים את המבוטח, אשר משלם, או יש לו ביטוח פרטי (משלים), וזאת למרות שהמבוטח אינו מקבל על פי רוב שירות נוסף (The Manchester) (1991; Waldby et al., n.d.);¹⁹

amenities (שהיא ש"נ). בחירת רופא או הקדמת תור אפשריים רק בבית חולים, אשר אינו "מוכר" כנותן שירות ציבורי.¹⁵ אזרח המעוניין באשפוז פרטי לחלוטין רשאי לקנותו ישירות, או באמצעות חברת ביטוח, ללא כל החזר מהממשלה, בבית חולים פרטי אשר אינו זכאי למימון ממשלתי.

בכל מקרה, הביטוח הוא רק על ההפרש הקיים בין המחיר שהממשלה קבעה עבור השירות הרפואי לבין רמת ההחזר של הממשלה עבור השירות, שהיא ברמה של 75%. אין פרט יכול לבטח תשלומים מעבר לרמה שהממשלה קובעת.¹⁶ היינו, הממשלה האוסטרלית מפקחת גם על מחירי השירותים (כולם), ואינה מאפשרת ביטוח כנגד הוצאות בגין רמות מחירים גבוהות יותר. על ידי כך שומרת שם הממשלה, במידה מסוימת, גם על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות וגם מגינה מפני האפשרות לנצל את האזרחים.¹⁷ יצוין, כי חברת הביטוח האוסטרלית, שאינה קופת חולים, חייבת לקבל כל אחד הפונה אליה בתעריף אחיד (Community rate) לכל הקבוצה, היינו – אפשר, כי לשתי חברות המבטחות, למשל קבוצה א' וקבוצה ב', בהתאמה, יהיו תעריפים שונים בהתאם לחבילת הביטוח הנוספת, אך לכל הפרטים בקבוצה חייב להיות תעריף ביטוח

15. כדאי להדגיש שוב, גם במקרה זה, כי רבים מבתי החולים האוסטרליים, המוכרים כ"ציבוריים", אינם בעלות ממשלתית. בעיקרון, בעלי בית החולים צריכים להחליט באיזה שוק הם פועלים.

16. לדוגמא, אם התעריף הממשלתי לשירות X הוא \$160, הממשלה מתחייבת לשלם \$120 מהתשלום. אזרח, ככלל, אינו יכול לבטח עצמו כנגד תשלום מעבר ל-\$160. זו אחת המגבלות שביסוד המשבר המתמשך כן הממשלה האוסטרלית לכין הסדרות הרופאים האוסטרלית.

17. בהקשר זה, ובהתייחס לנאמר לעיל בקשר לגרמניה וצרפת, הממשלה הפדרלית האוסטרלית מחייבת עתה להביא לאישור בית המחוקקים (!) הכנסת כל תרופה/טכנולוגיה למערכת, העלולה להעלות את ההוצאה הלאומית לבריאות ב-10 מיליון דולר אוסטרליים.

18. אלה מצבים הדומים לישראל, אך אוסטרליה נמצאת במצב זה כעבור עשור שנים של ביטוח בריאות ממלכתי ו"סל משלים" ואילו בישראל "נתוני הפתיחה" הם כבר כאלה.

19. חשוב לציין שוב, שהתמריץ לקבל "חולה פרטי" הוא גבוה במיוחד, כאשר נותן השירות מתקצב או מקבל תשלום פרטמקטיבי אחר, כגון קפיטציה או שכר. במצב כזה אין תוספת הכנסה ממתן "שירות ציבורי" בעוד שיש תוספת הכנסה ממתן שירות פרטי.

של (extra-billing) על המערכת? בראש הוועדה עמד מר א' הול, אשר כיהן בעבר (1961–1964) בראש הוועדה אשר ניסחה את עקרונות ביטוח הבריאות הממלכתי הקנדי שהתיר בתחילה "סל משלים". היינו, היד שהתירה כותבת בהמלצה לאחר מכן:

"אם תשלום נוסף (extra-billing) מותר כזכות ומיושם על ידי רופאים לפי החלטתם הבלעדית, יגרום הדבר במשך השנים להרס התוכנית (ביטוח הבריאות הממלכתי), תוך נסיגה לשתי מערכות מקבילות (Two-tier), אשר אינן עולות בקנה אחד עם הרמה החברתית שקנדה השיגה" (Taylor, 1968, p. 20)

גישה זו אומצה על ידי ועדה נוספת שבדקה את מערכת הבריאות הקנדית, ואשר הביאה ב-1986 לשינוי סופי בחקיקה הקנדית — שינוי שהביא למצב אשר סוכס לעיל, לפיו נמנע מרופא או מוסד המקבל חולים, במימון או כתוזה ציבורי, לקבלם בכל צורה שהיא במימון פרטי.

הפתרון הישראלי — אופציות וכיוונים

כאמור, קיים הבדל מערכתי בולט בין המערכות של קנדה ואוסטרליה לבין זו הישראלית. במערכת הישראלית יש קופות חולים "מתווכות" בין הממשל (המממן הציבורי), שהוא המוסד לביטוח לאומי, לבין האוכלוסייה. הבדל זה מעניק למערכת הישראלית גמישות תיאורטית — לפחות ביחס למערכות הקנדית והאוסטרלית, אשר, אולי, אפשר יהיה לנצלה בעתיד.

מבחינה תאורטית מתאפשרים בישראל כל המצבים, המתוארים כאפשריים בלוח 2.

6. חלה עלייה חריפה באותם אספקטים של שירותים בקהילה (בדיקות וכד'), עבורם רשאים האזרחים לשלם או לבטח עצמם — באופן פרטי (Deeble & Lewis-Hughes, 1991).

יחד עם אלה:

7. אין הוכחות שהמבוטח בביטוח משלים מקבל שירות שונה או טוב יותר מזה שהוא זכאי לו במסגרת הביטוח הציבורי, בעיקר בבתי חולים (The Manchester..., 1991);

8. בעלי הכנסות גבוהות נוטים לבטח עצמם באופן פרטי, אך בכל קבוצת הכנסה נוטים לנהוג כך הקשישים, אשר יכולת השיפוט שלהם לגבי מהות הביטוח המשלים וזכויותיהם היא פחותה, אך חרדתם גבוהה (Wilcox, 1991).

כמו כן ראויים לציון הפוליטיקה והדינמיקה של המצב באוסטרליה. המערכת האוסטרלית עברה ממערכת של כמעט ביטוח פרטי למערכת במימון ציבורי. הנהגת ביטוח בריאות ממלכתי התאפשרה פוליטית, בין השאר, על ידי הסכמה ל"סל משלים", אשר היה בבחינת אתגן פוליטי לנותני השירותים וחברות הביטוח. לא כן הדבר בישראל. אין כל סיבה פוליטית או כלכלית שחייבה "סל משלים", אשר ניתן על-ידי אותם מבטחים או נותני שירותים — כאשר הוא סמוך לשירות במימון ציבורי — כתנאי להנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הבעיות שמציגה המערכת האוסטרלית מדגישות את הסיבות לפתרון הקנדי. אכן, ההתפתחות בקנדה חשובה במיוחד לישראל לאור הנסיון האוסטרלי. כ-11 שנה לאחר תחילת הנהגתו של ביטוח הבריאות הממלכתי בקנדה, מונתה ועדת חקירה מיוחדת לבדוק שני נושאים: האם הפרובינציות מעבירות תרומות, שהן למטרות בריאות של הממשל הפדרלי, לנושאים אחרים שאינם בריאות? ומהי השפעת "סל משלים" (תחת כותרת

לוח 2: מצבים אפשריים של ביטוח ומתן ס"מ במערכת במימון ציבורי עם קופות חולים/מבטחים

מבטח / קופת חולים	קופת חולים עם חוזה ציבורי, רשאית לתת ביטוח פרטי (משלים)	קופת חולים עם חוזה ציבורי בלבד	מבטח / קופת חולים
מבטח לביטוח פרטי בלבד			נותן שירות
-	-	ציבורית טהורה	עם חוזה ציבורי, מספק "סל בסיסי" בלבד
מעורבת מסוג ג'	מעורבת מסוג ב'	מעורבת מסוג א'	עם חוזה ציבורי, רשאי לספק גם "סל משלים"
פרטית טהורה	מעורבת מסוג ד'	-	ללא חוזה ציבורי, רשאי לספק "סל משלים" בלבד

הערה: ראוי להדגיש שהחלוקות הללו מניחות שקיימת הפרדה, לפחות מנהלית, בין מבטחים לנותני שירותים.

שירות, העניין, ובעיקר היכולת "לנצל" את מעמדו של החולה לצורך ש"נ או שר"פ, הם פחותים מהעניין והיכולת שיש לנותן השירות. בהנחה, כי בגין הטעמים שנומקו עד כה, נמנע מתן "סל משלים" על ידי כל נותני השירותים שיש להם חוזה ציבורי, עדיין אפשרי המצב המעורב מסוג ד'. לפי אפשרות זו, לקופה עם חוזה ציבורי רשות לבטח "סל משלים" (ס"מ), המסופק על ידי נותני שירותים ללא חוזה ציבורי. כלומר, לפחות תאורטית, יש מקום לחשוב על מצב שבו קופת חולים אשר אינה מעניקה שירות רפואי תוכל לפעול כמבטח לצורך ביטוח ס"מ, אשר ניתן באמצעות ספקי שירות, שאין להם כל חוזה ציבורי. היינו, ניתן היה לאמץ את ה"מודל האוסטרלי" בביטוח, אך את ה"מודל הקנדי" באספקת שירותים. אולם, הקשר האמיץ בין מבטח/קופה לבין נותן שירות בישראל, בפרט בגדולה שבקופות, פוסל את רעיון השילוב הזה.

מעבר למערכות הטהורות, שהן אנאלוגיות למצב בקנדה, לפיו אין עירבוב בין שני סוגי החוזים, אפשריות מערכות מעורבות מארבעה סוגים. ברור, כי כל המצבים או חלקם יכולים להתקיים בו-זמנית באותה מערכת לאומית. הסוג הראשון היה קיים במידה רבה לפני החלת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי: מבטחים שמומנו על יסודות מימון ציבורי לא הציעו, למעשה, ביטוח פרטי, אך יכולים היו להתקשר עם ספקים, אשר סיפקו שירותים גם במימון או בחוזה פרטי.²⁰ כן התקיימה ומתקיימת המערכת מסוג ג', שיוצגה בצורת חברת הביטוח "שילוח". בתחום המימון הציבורי החוק מבטל, למעשה, את המערכת מסוג א' ומאפשר את אלה מסוג ב' וד'. מתוכן הדברים המובאים לעיל עולה, איפוא, השאלה – מה אופטימלי למערכת הישראלית לאור האפשרויות התאורטיות והמצב במציאות? לקופת חולים או מבטח אשר אינם נותני

20. ביטוחים כגון "מכבי מגן" היו שוליים, יחסית, לאפשרויות אשר מתפתחות כיום.

הקיימות, שיש להן חוזה ציבורי — יש להפוך את הכיטוח למשלים את המימון הציבורי של מערכת הבריאות. לצורך זה יש לחייב את המבטחים וקופות החולים:

א. לקבוע תעריף אחיד לביטוח משלים המחייב את כל המבטחים, תוך מתן אפשרות לקביעת תעריפים שונים לחבילות ביטוח שונות — מוגדרות מראש — אך בתעריף אחיד לרוכשי החבילה המסוימת, ללא הבדלי קופה;

ב. לחייב כל מבטח לקבל כל פונה, ללא קשר לקופה אשר בה הוא רשום לצורך ה"סל הבסיסי", וללא קשר ל"סיכון" שהפונה מהווה;

ג. למנוע מנותן שירות בחוזה ציבורי או בחוזה ביטוח משלים — בתנאים א' ו'ב' — אפשרות של מתן שירות במימון פרטי — בתשלום ישיר או מביטוח פרטי, שאינו מקיים את התנאים א' ו'ב'.

נוסף על כך, יכול להתקיים "סל משלים" ב', לכל דיכפין, במערכת פרטית טהורה בה אין למבטחים או לנותני שירותים חוזים ציבוריים. מערכת ביטוחים על עקרונות אלה הופכת את המימון הפרטי, באמצעות ה"סל המשלים", לחלק אינטגרלי של מערכת המימון הציבורי, עקרונותיו ומטרותיו.

והיה אם תונהג בישראל "השתתפות בתשלום" (co-payment) עבור שירות, כחלק ממדיניות המימון של המערכת הציבורית, ניתן יהיה לשלב ביטוח משלים, כפי שמוצע בזאת, לכיסוי ההשתתפות בתשלום — הכל בהתאם למדיניות הרצויה ובהתאם לתוצאותיה האפשריות. השתתפות בתשלום במערכת במימון ציבורי נועדה לשרת שתי מטרות עיקריות: (א) מימון פרטי נוסף למערכת (בין אם לצורך מימון נוסף נטו, ובין אם לצורך החלפת מימון ציבורי); (ב) צמצום (זמני) של ביקושים. במקרה כזה: (1) על התשלום הפרטי להיות לפי גובה שתכתיב

ניתן לחשוב על אפשרות להתנות ביטוח "סל משלים" על ידי קופת חולים הנהנית ממימון ציבורי, בכך שהקופה לא תספק שירותים אלה בעצמה. במקרה זה, יכולים המבוטחים לצורך "סל בסיסי" בקופת חולים אחת — לבטח עצמם לצורך הס"מ בקופה אחרת. זו צורה אחת של שבירת קשר בין מבטח לנותן שירות, אשר יכולה להרבות תחרות בין קופות החולים.

נראה, איפוא, כי בשלב זה, נוכח המציאות הישראלית, ניתוק מלא בין המערכות הפרטיות לבין הציבוריות, וקיומן של מערכות טהורות — עדיף. היינו, רצוי שישראל תאמץ בשלב זה את ה"פתרון הקנדי" לאורך כל החזית, לרבות קופות החולים או המבטחים. לכך עשויים להיות כמה יתרונות, החשובים למערכת הישראלית, אשר יסייעו בהגשמת יעדים מהותיים של הרפורמה הישראלית, שבהם תלויה מהותה — אך הם עדיין רחוקים מהגשמה. ראשית, הפרדה כזו תסייע לכניסת מבטחים חדשים לענף, אשר במשך הזמן עשויים להפוך לקופות חולים מהשורה (מאחר שרוב המימון יישאר ציבורי). לכך עשויה להיות השפעה מכורכת על ריבוי קופות החולים ועל הגברת התחרות ביניהן. שנית, ההפרדה בין מימון בחוזים פרטיים לבין מימון בחוזים ציבוריים תיצור לחץ על ספקי שירות "לרדת מהגדר": חלקם יהפכו לפרטיים, תאגידים וכיו"ב. כך תסייע מערכת המימון במימוש חלק נוסף של הרפורמה הישראלית, אשר החוק הישראלי אינו מטפל בו: תיאגוד בתי חולים ותרומה ליתר תחרות בין נותני שירות, על מנת להתחרות בשירותים פרטיים. יחד עם אלה, המצב החדש ידרבן את הקופות והספקים העובדים תחת מטרייה של מימון ציבורי להתחרות ולשפר שירות בגין ה"סל הבסיסי".

אם בכל זאת מאפשרים ביטוח משלים בישראל — כפרט באמצעות קופות החולים

את מטרות הרפורמה על ידי גיוס המימון הפרטי לקידום המערכת בכללה. לישראל "נתוני פתיחה" גרועים ל"סל משלים". בהתחשב בתוצר לנפש, יחסית למדינות OECD, יש לישראל כבר עתה הוצאה גבוהה לבריאות — כאחוז מהתל"ג לנפש, וכן הוצאה פרטית גבוהה. יתר על כן, עקב מספר גבוה במיוחד של רופאים ביחס לאוכלוסייה, ואימוץ מתמיד של טכנולוגיה מערבית (גם כאשר זו נועדה בעיקרה לחסוך בכוח אדם), יש בישראל לחצי היצע, היוצרים גם לחצי ביקוש. אלה יחדיו יוצרים לחץ לגידול בהוצאה הלאומית לבריאות. לחצים אלה יקבלו אפשרות לפורקן אפקטיבי, במיוחד אם יתאפשר "סל משלים" כפי שמתפתח בישראל. לחצים אלה חזקים בפרט במערכת בריאות, כמו זו הקיימת בישראל, הממומנת בשיטת קפיטציה, אשר רוב העובדים בה הם מקבלי שכר, ומרבית המוסדות, הנהנים ממימון ציבורי, מתוקצבים. נוסף על עידוד הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות, ייפגעו השוויוניות (גם במערכת הציבורית) ושביעות הרצון של הציבור. לנצח תימשכנה תחושות הבילבול לגבי מהות ה"סל הבסיסי" וה"סל המשלים". חמור לא פחות — "סל משלים" הניתן על ידי קופות חולים ונותני שירותים, הנהנים ממימון ציבורי — יקהה את רצונם של אלה לשפר את השירות ולהתייעל במסגרת המימון הציבורי, או לצורך הספקת ה"סל הבסיסי". יצויין, כי שיפור שירות והתייעלות, במסגרת מימון ציבורי הם, בסיכומו של דבר, ממטרותיו הבסיסיות של החוק.

לפיכך, ה"סל המשלים", כפי שהוא מתפתח בישראל, מהווה פגיעה במטרות הרפורמה ומסיג לאחור, מבחינה זו, את מערכת הבריאות הישראלית — ביחס

הממשלה, או לפי החלטת הקופה, אך כפוף למקסימום/לתקרה שתקבע הממשלה. (2) על הביטוח לכסות שיעור מסוים מאותו תשלום שגם אותו תיקבע הממשלה.²¹ אם מטרתה העיקרית של הממשלה היא צימצום ביקושים (זמני), היא יכולה להחליט שאין אפשרות לבטח את ההשתתפות: שיעור הביטוח יהיה למעשה 0% מכל תשלום עליו תחליט הקופה. אם מטרתה היא לפגוע פחות בביקושים ובשוויוניות, שיעור הביטוח יכול להיות למעלה מ-0%, ואף עד 100% מההשתתפות. ככלל, רמת המימון בעטיו של התשלום תהיה תלויה בגובה התיקרה שתיקבע הממשלה, בעוד שצימצום הביקושים יהיה תלוי בגובה האפשרות לבטחו. בכל מקרה תצטרך הממשלה לדאוג להיבטי שוויוניות של המדיניות הנקוטה, בהקשר של שילוב מימון פרטי וציבורי, גם נוכח האפשרות של שימוש בהשתתפות בתשלום ובביטוח משלים, לצורך ברירת מבוטחים על ידי קופות החולים.

סיכום

מטרות הרפורמה במערכת הבריאות בישראל ובמערכות בריאות מודרניות בכלל הן יעילות ובקרת הוצאות, שוויוניות ושביעות רצון של צרכנים. הנהגת "סל משלים" בישראל, הניתן על ידי מבטחים ובעיקר ספקי שירותים הנהנים ממימון ציבורי, צופן בחובו סכנות מהותיות להשגת מטרות אלה. אולם הסדר מתאים של סל וביטוח "משלימים" יכול לקדם

21. הדיון מתבסס על ההנחה, שגמישות הביקוש הרלוונטית נמוכה מאפס וכי הביטוח הוא "הוגן". היינו, הביטוח מכסה את תחלת ההוצאה.

אחיד לרוכשי החבילה המסוימת, ללא הבדלי קופה;

ב. לחייב כל מבטח לקבל כל פונה, ללא קשר לקופה, אשר בה הוא רשום לצורך ה"סל הבסיסי";

ג. למנוע מנותן שירות בתווה ציבורי או בחוזה ביטוח משלים – בתנאים א' ו'ב' – אפשרות של מתן שירות במימון פרטי – בתשלום ישיר או מביטוח פרטי, שאינו מקיים את תנאים א' ו'ב'.

מערכת ביטוח וסל "משלמים", המבוססים על עקרונות אלה, אשר מנחים את המערכת האוסטרלית (בניגוד לקנדית), הופכת את ה"סל המשלים", והמימון הפרטי שבעטיו, לחלק אינטגרלי של מערכת המימון הציבורי על עקרונותיו ומטרותיו. אם במשך הזמן תונהג בישראל "השתתפות בתשלום" (co-payment) עבור שירות, כחלק ממדיניות המימון של המערכת הציבורית, ניתן יהיה לשלב ביטוח משלים, כפי שמוצע בזאת, לכיסוי ההשתתפות בתשלום, הכל בהתאם למדיניות הרצויה ובהתאם לתוצאותיה האפשריות.

נוסף על כך, יכול להתקיים "סל משלים" ב', לכל דיכפין, במערכת פרטית טהורה, אשר בה אין למבטחים או לנותני שירותים חוזים ציבוריים.

לנקודת המוצא שלפני החלת החוק. רצוי, איפוא, לאמץ בישראל מערכת נוסח קנדה: הפרדה מוחלטת של שתי המערכות, הפרטית והציבורית. הביטוח המשלים יינתן על ידי חברות ביטוח שאינן קופות חולים, והשירותים יינתנו על ידי יחידים ומוסדות שאינם גותנים שירות. אלה יעודדו תחרות במערכת, ואף יכולים לתרום לכניסת קופות חדשות, שאותן המערכת חסרה כיום, לצורך יתר תחרותיות במערכת במימון ציבורי. יש בכך גם כדי לסייע ב"תיאגוד" מוסדות בריאות וביצירת יתר הפרטה ותחרות בין גותני שירותים, אשר יצטרכו לבחור בין שירות במימון פרטי לבין שירות במימון ציבורי. יתר תחרותיות וביזור בניהול, תוך הוצאת הממשלה מניהול מוסדות בריאות, הם מרכיבים ברפורמה הישראלית, אשר חוק ביטוח הבריאות חסר אותם. לחילופין, אם מאפשרים ביטוח משלים בישראל באמצעות קופות החולים שיש להן חוזה ציבורי, יש להפוך את הביטוח למשלים את המימון הציבורי של מערכת הבריאות. לצורך כך, יש לחייב את המבטחים וקופות החולים:

א. לקבוע תעריף אחיד לביטוח משלים המחייב את כל המבטחים, תוך מתן אפשרות לקביעת תעריפים שונים לחבילות ביטוח שונות – מוגדרות מראש, אך בתעריף

ביבליוגרפיה

- גור, ע' (1987). "ההוצאה הלאומית לשירותים חברתיים". י' קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 87–1986. המרכז לחקר מדיניות חברתית בישראל, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1995). שנתון סטטיסטי לישראל 1995, מס' 46, לוח 24.1, עמ' 709.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1966). הודעה לעיתונות, 4 במרץ 1996.
- מדינת ישראל (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, כרך ראשון – דעת הרוכב, המדפיס הממשלתי, ירושלים.

- מדינת ישראל (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, כרך שני – דעת המיעוט, המדפיס הממשלתי, ירושלים.
- צ'רניחובסקי, ד' (1993). "רפורמות במערכות בריאות בדמוקרטיות מתועשות: צמיחתו של מודל חדש". בטחון סוציאלי, חוברת 39, עמ' 5-38.
- Chernichovsky, D. (1995a). "Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm". *The Milbank Quarterly*, vol. 4, 127-141.
- Chernichovsky, D. (1995b). "The political economy of introducing a new technology for secondary prevention when hospitalization cost is discounted". *International Journal of Health Sciences*, vol. 6, no. 3, 133-142.
- Chernichovsky, D. (1996). "Democratization in health systems under the emerging paradigm; Capitation revisited". Mimeo. Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva.
- Chernichovsky, D. & Chiniz, D. (1995). "The political economy of health system reform in Israel". *Health Economics*, vol. 4, 127-141.
- Deeble, J. & Lewis-Hughes, P. (1991). *Directions for pathology national health strategy*. Background Paper No. 6, Melbourne, 1991.
- Health Case Finance Review*, 1992, Summer. vol. 13, no. 4, tables 1, 2, 14, 28.
- Hurst, J.W. (1991). "Reforming health care in seven European countries". *Health Affairs*, vol. 10, 7-21.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 1990. *Health care systems in transition: The search for efficiency*. Paris.
- Shirom, A. (1995). "The Israeli health care reform: A study of evolutionary major change". *International Journal of Health Planning and Management*. vol. 10, 5-22.
- Schieber, G.J., Poullier, J.P. & Greenwald, L.M. (1994). "Health system performance in OECD countries: 1980-1992". *Health Affairs*, Fall, vol. 13, no. 4, 101-112.
- Taylor, G.M. (1986). "The Canadian health care and system 1974-1984", in: R.G. Evans & G.L. Stoddart, *Medicare at maturity; Achievements, lessons and challenges*. The University of Calgary Press, Calgary.
- The Manchester Unity Friendly Society (1991). "Rates rise, but why?" *The Communicator*, Melbourne, March 1991.
- Waldby, J.C. et al. (n.d.). "The influence of health insurance status on the organization of patient care in the New South Wales public health system". Mimeo. Faculty of Medicine, University of Sydney.
- Wilcox, S. (1991). *A health risk? Use a private insurance*. Background Paper no. 4, National Health Strategy, Melbourne.

שירות רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים: תמונת מצב והערכה

מאת פרופ' אריה שירום וציפי עמית*

בדרך של השוואה, לשירות רפואי נוסף (המכונה לעתים בראשי תיבות בשם שר"ן), או לביטוחים המשלימים של קופות החולים, המציעים ביטוח של שירותים רפואיים נוספים אלו. במסגרת שירות רפואי נוסף, נחתם הסכם בין קופת חולים לבין בית חולים על מתן שירות רפואי, הנוסף על סל שירותי הבריאות המפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (לפירוט, ר': ועדת נתניהו, כרך א', 312-341, כרך ב', 232-239; ישי, 1994). לאמור, קיימים הברלים מהותיים בין הסדר השר"פ להסדר ביטוחים משלימים, שיוסברו בהמשך. מסיבות שעוד נעמוד עליהן, אין העבודה עוסקת בתופעת ה"רפואה השחורה", המגזר האשפוזי, שבו מתמקדת עבודה זו, כולל את בתי החולים הכלליים בישראל, שלא למטרות רווח, המצויים בבעלות ציבורית. בשנת 1992 היו 32 בתי חולים כאלו, מתוכם 11 בבעלות ממשלתית ו-8 בבעלות קופת חולים הכללית. 13 בתי החולים הציבוריים האחרים מצויים בבעלותם של "הדסה", של גורמים ציבוריים אחרים, ושל מסדרים דתיים. בבתי חולים כלליים, בבעלות פרטית ולמטרת רווח, מצויים רק כ-5% מכלל

מבוא

במה עשוי שילוב של שירות רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים לתרום, ולמי? האם זה שירות רפואי חדש, המשלים את השירות האשפוזי הניתן לכלל האוכלוסייה? ואולי שירות רפואי פרטי אף משפר את שירותי האשפוז של בית החולים הכללי, בכך שנוספים לו משאבים, ולחולים מסוימים ניתנות אפשרויות בחירה של רופא בתוך בית החולים הציבורי? שאלות אלו מנחות את עבודתנו.

אנו מתייחסים לשירות רפואי פרטי, או בראשי תיבות שר"פ, כאל שירות רפואי או אחר, בתשלום, שמקבל תולה המאושפז בבית חולים כללי בבעלות ציבורית, מחוץ למסגרת סל שירותי הבריאות, המפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הדוגמא השכיחה היא מתן אפשרות לחולה בבית חולים ציבורי לבחור את הרופא שינתח אותו, כאשר הרופא מקבל תשלום מיוחד מבית החולים בגין טיפול זה, ואילו התולה משלם לאותו רופא בגין שירותיו באמצעות בית החולים. בעבודה זו אין אנו מתייחסים, אלא

* הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב.

של נושא השר"פ בתהליכי קביעת מדיניות הבריאות במגזר האשפוזי בישראל. בהקשר זה, נסקור את מהלכיו של שר הבריאות לשעבר אהוד אולמרט, את הנוהלים שקבע משרד הבריאות למכירת שירותי בתי החולים הממשלתיים בשנת 1994, ואת קווי מדיניותו המוצהרים של אפרים סנה, בעת כהונתו כשר הבריאות.

הסכמי התאגוד של השר אולמרט והשר"פ

באמצע ינואר 1992 נחתמו, בחילופי מכתבים בין שר הבריאות דאז, אהוד אולמרט, ובין ההסתדרות הרפואית, באמצעות ארגון רופאי המדינה, סיכומים המגדירים את עקרונות הרפורמה במערכת הבריאות בכלל ובבתי החולים הממשלתיים בפרט. על פי מסמכים שנשלחו להסתדרות הרפואית, מסר שר הבריאות דאז התחייבות עקרונית להנהגת שירות רפואי פרטי בכל בתי החולים הציבוריים, האמורים לעבור למעמד של תאגידיים. פרטיו של שירות רפואי פרטי זה היו אמורים להגיע לכלל סיכום במשא ומתן בין הצדדים. משא ומתן זה היה אמור להתנהל בהשתתפות נציגי האוצר, במסגרת חתימת הסכם עבודה חדש של הרופאים בשירות המדינה, ולהסתיים עד 3 ביוני 1992. בתמורה לויתורים משמעותיים שהעניק שר הבריאות דאז (אהוד אולמרט) לארגון הרופאים עובדי המדינה, כולל הסכמתו להפעלת שירות רפואי פרטי בבתי החולים המתואגדים, הסכימה ההסתדרות הרפואית לשתף פעולה עם המהלך של תאגוד בתי חולים ציבוריים. הסכם אחרון זה לא מומש ככתבו וכלשונו, בין היתר משום שביוני 1992, במועד שבו צריך היה המשא ומתן בין הצדדים להגיע לכלל סיכום, אירע מהפך פוליטי, ושר הבריאות, אהוד אולמרט, הפסיק לכהן בתפקידו. במחקרה של יעל ישי (1994) מוזכרת

12,753 המיטות בבתי חולים כלליים (הנתונים הנ"ל מבוססים על שנתון 1993 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 720-722). מספר המיטות בבתי חולים פרטיים למטרות רווח כמעט הכפיל את עצמו מאז 1988 (השווה: משרד הבריאות, 1988).

מבנה המאמר הוא כדלקמן: תחילה, נציג נתונים עובדתיים המצביעים על כך, שבעיית היתרונות והחסרונות של שילוב שירות רפואי פרטי בבתי חולים אלו עומדת בפני מקבלי ההחלטות בנושא בעל חשיבות. לאחר מכן, תוצג הבעיה בהקשר החברתי והכלכלי הרחב יותר. לאמור, נבחן סוגייה זו של שירות רפואי פרטי בבתי חולים כלליים כביטוי של מדיניות ההפרטה של שירותי בריאות, או הכפפתם ל"משמעת השוק", כפי שמדיניות זו מופעלת בכמה מהרפורמות הנעשות בשירותי בריאות (צ'רניחובסקי, 1993; שירום, 1991). בחינה זו תיעשה גם על פי נסיון שנרכש במדינות המפותחות. להלן, כל אימת שנתייחס למדינות מפותחות, הכוונה היא למדינות המאוגדות באיגוד לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי, הקרוי, לעתים, מועדון המדינות המתועשות, והידוע בראשי התיבות OECD. בהמשך נביא נתונים עובדתיים על הנסיון שהצטבר בישראל, במספר קטן של בתי חולים ציבוריים, בהפעלת שירות רפואי פרטי. לבסוף, תובא הערכה מסכמת על הפעלתו האפשרית של שירות רפואי פרטי בבתי חולים ממשלתיים בישראל.

אירועי מפתח בשנות ה-90 בהפעלת שר"פ

במהלך שנות ה-90 אירעו מספר אירועי מפתח, שיש בהם כדי להאיר את חשיבותו

במסגרת השר"פ בחולה, אשר טופל על ידו בשנה האחרונה במסגרת הרפואה הציבורית. היתה זו הפעם הראשונה בתולדות המדינה שבה ניתנה לציבור הרופאים, עובדי המדינה, במסמך כתוב ומחייב, התחייבות של שר בממשלה לאפשר כינון של שירות רפואי פרטי בבתי חולים שבבעלות הממשלה. תקדים אחר הקשור באותו משא ומתן הוא הפיכת האיגוד המקצועי של הרופאים, עובדי המדינה, לשותף בתכנון מדיניות התאגוד של בתי חולים ציבוריים. בעבר, נהגה ההסתדרות הרפואית להגיב על מהלכים שננקטו על ידי משרד הבריאות, ובדרך כלל לא היתה שותפה לתהליכי גיבוש של מדיניות חדשה במגזר כה מרכזי של שירותי הבריאות (ישי, 1990).

מכירת שירותי בריאות פרטיים על ידי בתי חולים ממשלתיים

בתחילת 1992 נרשמו כתאגידים שישה בתי חולים בבעלות הממשלה, ומונו לכל בית חולים מתואגד מועצת מנהלים. עם זאת, עד לסוף שנת 1995 לא הועברו לבתי החולים שתואגדו אלא סמכויות מועטות ומוגבלות ביותר בתחומי שכר, יחסי עבודה, וניהול נכסים. במובן זה אין הם פועלים עדיין כיישויות כלכליות עצמאיות; עדיין לא נקבעו חוקות עבודה לעובדי התאגידים, ולפיכך, אין עדיין עובדים המועסקים על ידי התאגיד. כמו כן, אין להם תקנוני פעולה.

אמנם בתחומים מסוימים הועברו לששת בתי החולים המתואגדים סמכויות שהן מעבר לאלו של יחידות סמך ממשלתיות. הכוונה היא בעיקר לכך, שכל בית חולים מתואגד אמור לפעול על בסיס של תוכנית עסקית. תוכנית זו קשורה לתקציב פעולה מאוזן, כאשר ההוצאות מותנות בהכנסות. הגשת התוכנית העסקית מופנית למשרד הבריאות ולא למועצות המנהלים שנבחרו לכל בית חולים מתואגד: הללו (מועצות

התפתחות נוספת, שאירעה לפני חילופי השלטון: ב-6 ביולי 1992 נחתם הסכם להפעלת שר"פ בין ארגון רופאי המדינה לבין משרד הבריאות. הסכם זה היה אמור להיכנס לתוקף לאחר שיוקמו התאגידים בכלל בתי החולים הממשלתיים ולאחר שרופאיהם יהפכו להיות רופאים המועסקים על ידי התאגיד. שר הבריאות התחייב להביא לכך, שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי או בתקנות שיותקנו על פיו, יצויין, כי הביטוח הציבורי יכסה לחולים בשר"פ את ההוצאה הציבורית הרגילה, וכי הם ישלמו רק את ההוצאה העודפת לשר"פ. חולה שהחלו לטפל בו במסגרת הציבורית, או שהגיע לאשפוז דרך חדר מיון, לא יוכל לקבל טיפול בשר"פ. לפי ההסכם, יינתן היתר לקבוצה של רופאים בכירים בבתי החולים הממשלתיים לעסוק בתוך בתי החולים הללו בשר"פ, בין השעות שבע ועשר בערב בלבד, ובחדרים מיוחדים בתוך בית החולים, אשר בהם יאושפזו החולים הפרטיים. ההסכם קובע שתעריפי השר"פ יהיו בסמכות הרופא בלבד, והוא רשאי לשנות את מחיר הטיפול, ובלבד שלא יופחת על ידי כך התשלום לבית החולים, וכן בתנאי שהתעריף אשר קבע הרופא יירשם. בית החולים יהיה זה שיגבה את התשלום לרופא, ויעביר לרופא את חלקו לאחר ניכוי החזר ההוצאות של בית החולים. נציגות הרופאים רשאית לערער בפני שר הבריאות על קביעת שיעורו של החזר זה על ידי בית החולים, ושר הבריאות יהיה הפוסק האחרון לעניין זה. בהסכם זה הוטלו הגבלות מסוימות על יכולתם של הרופאים הבכירים, הכלולים בהסכם, לעסוק בשר"פ: לא יותר להם לעסוק בשר"פ מעבר ל-35% מכלל פעילותם; הם לא יוכלו לתת יעוץ שר"פ לחולים רגילים; תיקיהם של חולי השר"פ ינוהלו בבית החולים ויהיו כפופים לבקרת איכות של בית החולים; רופא לא יוכל לטפל

עקרונות הפעולה של בתי החולים הממשלתיים העצמאיים סוכמו בחזר מנכ"ל משרד הבריאות (באותה תקופה, פרופ' מרדכי שני), והופצו כהוראת מנכ"ל מחייבת לכל בתי החולים הללו (חוזר מנכ"ל מ/ש/1765 א מיום 17.2.94). ב-1994 הגדיר משרד הבריאות כבתי חולים ממשלתיים עצמאיים את בתי החולים בנהריה, בחיפה (רמכ"ם), את המרכז הרפואי "שיבא" בתל השומר, ואת בית החולים "וולפסון" בבתי-ים. ב-1955 וב-1996 נוספו אליהם שאר בתי החולים הממשלתיים הכלליים. בתי חולים אלו מכסים מתקציב הכנסותיהם את ההפרשות לכלל ההטבות הסוציאליות של עובדיהם. שאר בתי החולים הממשלתיים (כולל הפסיכיאטריים והגריאטריים, אך בהם אין עבודה זו עוסקת) יעברו בהדרגה למעמד עצמאי.

החוזר הנ"ל מאפשר לכל בית חולים עצמאי למכור שירותים רפואיים שאינם כלולים בסל שירותי בריאות, המפורטים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. התמורה עבור השירותים שיימכרו אמורה להיות מועברת לקרן מחקרים רפואיים ופיתוח תשתית למען שירותי הבריאות. קרן זו פועלת כבר כמה שנים במרבית בתי החולים הממשלתיים, והכוונה היא לפתוח סניפים שלה בכל אחד מהם. לבית החולים העצמאי מותר למכור שירותי רפואה עד 20% מכלל הכנסותיו. המונח "הכנסותיו" מכוון לתחזית ההכנסות של בית החולים כפי שפורטה בחוק התקציב. על בית החולים לממש תחזית זו. אם אמנם הצליח בית החולים לממש את תחזית הכנסותיו הוא יוכל למכור שירותי רפואה בשוק החופשי במסגרת המגבלות של סל שירותי הבריאות. מלבד מכירת שירותים שאינם כלולים בסל, כגון ניתוחים קוסמטיים, יוכל בית החולים למכור גם סוגי בדיקות, שאותן קבע משרד הבריאות (למשל, בדיקות חלבון עוברי ומי שפיר,

המנהלים החדשות של ששת בתי החולים המתואגדים) פועלות, במידה שהן בכלל מכונסות, כגופים מייעצים למנהלי בתי החולים הללו. ברור, מתוך התיאור הנ"ל, שבתי החולים המתואגדים רחוקים עדיין ממצב, שבו הם מסוגלים מבחינה תקנונית ומעשית להפעיל את ההסכמים שנחתמו בין ארגון הרופאים עובדי המדינה לבין שר הבריאות לשעבר, בהקשר הנוכחי, כלומר — להפעיל שירות רפואי פרטי בבתי חולים אלו.

על פי תקנון שירות המדינה, יש לרופאים המועסקים בשירות המדינה (כולל רופאי בתי החולים הממשלתיים), בדרגת מנהלי מחלקות, או רופאים מומחים שהם בדרגת רופא ראשי קבוע, אפשרות לעסוק בפרקטיקה פרטית. עליהם לפנות ולבקש לצורך זה אישור של משרד הבריאות ונציבות שירות המדינה. אם יקבלו אישור, ינוכה ממשכורתם שיעור של כ-5%, ויותר להם לעסוק בפרקטיקה פרטית. יותר מ-70% מכלל ציבור הרופאים שהם מנהלי המחלקות בשירות המדינה, פנו וקיבלו היתר כזה (המקורות לנתונים אלה, ר' דוח ועדת נתניהו, כרך א, 320-321 וכן כרך ב', 229-231). יש בתקנון שירות המדינה איסורים מפורשים על עיסוק בפרקטיקה פרטית בתוך בתי החולים, כולל איסורים מפורשים על רופאים לגבות כספים מחולים, העשויים להיות מטופלים, או שטופלו על ידם בבתי החולים. דוח ועדת נתניהו (כרך א', 320) קובע, שהוראות אלו מופרות כמעט בגלוי ובידיעת משרד הבריאות, שאינו נוקט צעדים לאוכפן. בסוגיית ה"רפואה השחורה" אין אנו עוסקים בעבודתנו. עם זאת, מכירת שירותים נוספים על ידי בית החולים, כולל במסגרות הביטוח המשלים של קופות החולים, היא בבחינת חלופה קרובה לשר"פ. השאלה היא — עד כמה יכולים בתי החולים הממשלתיים למכור כיום שירותים ב"שוק הפרטי"?

מודעים לכך, שגזירת התקשי"ר הנ"ל היא בבחינת הלכה שאין הציבור יכול לעמוד בה. בשנת 1995, העסיקה קרן המחקרים בבתי החולים הממשלתיים (בעיקר ב"שיבא", "איכילוב" ו"רמב"ם") מאות רבות של עובדים ומחזרה הוערך בכחצי מיליארד ש"ח.

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות אמנם אינו עוסק במישרין בשר"פ, אך הוא קובע מסגרות מאד קרובות לזו של השר"פ מבחינת יצירת קשר אפשרי בין חולה לבין רופא בבית חולים ממשלתי, לצורך קבלת שירותים רפואיים בבית החולים. חוזר מנכ"ל זה מופעל עתה במרבית בתי החולים הממשלתיים, בעיקר בכל הקשור לפעילויות כירורגיות. הפעילויות מתבצעות בשעות אחר הצהריים, קופות החולים משלמות בעדן ישירות לקרן האמורה, וכל הצוות המשתתף בפעילות מתוגמל דרך הקרן, הפועלת כעמותה. כתוצאה מהסדרי עבודה נוספת אלו, הושג כבר עתה בפועל חלק נכבד של היתרונות המיוחסים להפעלת השר"פ. הרופאים שוהים בבית החולים בשעות אחר הצהריים, הצוות מקבל תוספות שכר, וניתן לקצר תורים לטיפולים וניתוחים. לרופאים יש אינטרס ברור להפנות פעילויות אשפוזיות למסגרת הקרן.

בישראל, שירותי בריאות, כולל שירותי אשפוז, היו והינם חלק מהותי ומרכזי של שירותי הרווחה הניתנים לתושבי המדינה. למן ינואר 1995, עת נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבעה בחוק מחויבות של המדינה להושיט לכלל התושבים שירותי אשפוז, הכלולים בסל שירותי הבריאות המפורט בחוק. החוק בנוי על עקרונות של עזרה הדדית בכך שהוא מנתק לחלוטין בין הזכות לשירותי בריאות לבין יכולת כלכלית. סל שירותי הבריאות שקובע החוק הינו סל מקיף יחסית (לפירוט הסתייגויות, ר' שירום, 1994). על פי החוק החדש יחסית,

בדיקות MRI, ובדיקות בריאות תקופתיות), וכן סוגי טכנולוגיות חדשות שיאושרו על ידי משרד הבריאות למכירה במסגרת זו. קוני השירותים אמורים להיות בעיקר קופות החולים, המתקשרות עם בית החולים במסגרת הסדרי השירות הרפואי הנוסף, או מבטחים באחד מהביטוחים המשלימים (כולל קופות החולים), וכן משרד הביטחון, חברות ביטוח, וחולים פרטיים. הללו ישלמו לסניף הקרן בבית החולים עבור הפעילות הרפואית. חוזר המנכ"ל הנ"ל קבע, כמו כן, כללים להעסקת עובדי מדינה על ידי הקרן, בשעות אחר הצהריים. הכוונה היא להסדרי תעסוקת עובדים בביצוע הפעילות של מכירת שירותי בית החולים הממשלתי. על פי אותו חוזר מנכ"ל, התשלומים לעובדי בית החולים, שהם עובדי מדינה, אשר יועסקו על ידי הקרן בביצוע הפעילות הנוספת בשעות אחר הצהריים, יבוצעו על פי הסכמים שייחתמו בכל בית חולים. בין הנהלת בית החולים לבין נציגי העובדים, יתנהל משא ומתן והתשלומים לעובדים ייקבעו מתוך התחשבות במקצועם, במיומנותם, ובוותק המקצועי שלהם. עובדים אלו, כולל רופאים, יועסקו כעובדי הקרן ובשום מקרה לא כקבלנים עצמאיים. חחה העבודה שייחתם עימם יהיה חוזה אחיד.

באורח לקוני ומזור, קבע אותו חוזר מנכ"ל ש... "אנו מודעים לכך שלא ניתן לקיים את מיגבלת התקשי"ר על תשלום של שכר נוסף עד 50% מגובה משכורתו במדינה, וזאת באשר העובדים מעדיפים במקרה כזה לפנות לשוק הפרטי" (עמ' 22 של החוזר הנ"ל). באותה נשימה, קובע החוזר, שיש לפקח על כך שעובדי מדינה לא יועסקו בקרן יותר ממחצית מיכסת שעות העבודה השבועיות המקובלות במקצוע. מתוכן הדברים הללו עולה מסר כפול האומר, כי לעניין התשלום בעד העבודה הנוספת במסגרת התעסוקה על ידי הקרן, אנו בהנהלת משרד הבריאות

על כוונתו לאפשר הנהגת שירות רפואי פרטי בבתי חולים ממשלתיים תוך חודשים אחדים. במסגרת זו, יוכלו חולים שירצו בכך להיבדק ולהינתח על ידי רופאים שבהם יבחרו, בתנאי שהפעילות הרפואית הכרוכה בשימוש בשירות הרפואי הפרטי תעשה כולה מחוץ לשעות העבודה הרגילות, לאמור בשעות אחר הצהריים והערב. התשלום, שייגבה מהחולים שירצו בשירות רפואי פרטי, ייקבע על פי לוח תעריפים שיקבע כל בית חולים ממשלתי בנפרד. בית חולים שבמתקניו ייעשה שימוש לצורך שירות רפואי פרטי יעביר לרופא ולצוותו (האמורים להתחלק ביניהם בגמול הזה) 65% מתוך התשלומים שייגבו מהחולים, עוד 25% יוקצו לבית החולים, והיתרה 10% – למחקר רפואי. כולט לעין הדמיון הרב בין מדיניות השר אהוד אולמרט כלפי שר"פ בבתי החולים המתואגדים לבין המדיניות שאותה ביקש אפרים סנה להפעיל בכלל בתי החולים. על פי הודעתו, משרד הבריאות לא יתערב במדיניות המחירים שאותה יקבע כל בית חולים, אלא ישאיר מדיניות זו להחלטתו של בית החולים "לפי כללי הביקוש וההיצע".

מדיניות זו של אפרים סנה שונה בעליל מזו של קודמו לתפקיד בכך שהיא אינה קשורה כלל לתהליך התאגוד. שינויים נוספים במדיניותו לעומת קודמתה קשורים בהעברת הסמכות לקביעת תעריפי השר"פ לבית החולים ובקביעת העיקרון של חלוקת התקבולים מן השר"פ בין הרופא, צוותו, ובית החולים, לפי מפתח קבוע שפורט לעיל. זוהי מדיניות המנסה לפצות רופאים, שהם עובדי בתי חולים ציבוריים, כחלופה ל"רפואה שחורה", בכך שתועמד לרשותם האפשרות לעסוק בשירותי רפואה פרטיים בין כתלי בית החולים הציבורי. למרות הצגה זו של שר"פ כחלופה לרפואה שחורה, אין אנו עוסקים בעבודתנו ברפואה שחורה,

אספקת שירותי הבריאות נעשית באמצעות קופות החולים. על כל תושב להרשם באחת מקופות החולים על מנת לקבל את סל שירותי הבריאות.

עקרונות אלו של החוק מבטאים השקפת עולם, הרואה בשירותי הבריאות שירות רווחה שעל המדינה לספקו לתושביה (דורון, 1989, 1994). בטרם חוקקו חוקי ביטוח בריאות במדינות המפותחות, היתה לרמת ההכנסה של הפרט השפעה רבה על בריאותו. קבוצות אוכלוסייה מעוטות הכנסה, שלא הצליחו לממן מהכנסותיהן טיפול רפואי ב"שוק הפרטי", אופיינו על ידי שיעורים גבוהים של תחלואה ותמותה, ועל ידי תוחלת חיים קצרה באורח משמעותי מזה של השכבות היותר מבוססות באוכלוסייה (ר' למשל: Marmot & Theorell, 1991; Chirikos, 1993).

מדיניות הפעלת השר"פ של שר הבריאות לשעבר, אפרים סנה

התפתחות נוספת בנושא זה של שירות רפואי פרטי בבתי חולים שבבעלות ציבורית אירעה במרץ 1995. שר הבריאות דאז הודיע רשמית (ר' העתונות היומית מיום 9.3.95), כי בכוונתו להגיש לכנסת חוק, העתיד לאסור במפורש רפואה שחורה ולהטיל עונשים חמורים על אלה שיעסקו בכך. הצעת החוק שיזם אמורה להביא לכך שבפקודת בריאות העם ישולב תיקון, לפיו יאסר על כלל עובדי מערכת הבריאות הציבורית לקבל מחולים, או מקרוביהם, כספים תמורת טיפול רפואי (ראוי להעיר כי היום ניתן להעמיד לדין עובדים של בתי חולים שבבעלות הממשלה, שנתפסו בקבלת כספים מחולים בגין טיפול רפואי, וזאת על פי חוקים העוסקים באופן כללי בעובדי מדינה ועל פי תקנון שירות המדינה שהוזכר לעיל). במסגרת מדיניות זו, הודיע שר הבריאות דאז (ר' למשל, "מעריב" ו"ידיעות אחרונות" מיום 9.3.95)

החולים הללו. לדברי מנהל הקופה, אביגדור קפלן, כפי שצוטטו בעתונות, לא מתקבל על הדעת, שקופת חולים הכללית תמנע ממבוטחיה מיטה בבית חולים או ניתוח אלקטיבי רק משום שלא שילם עבור שירות זה (לפי "גלובס", 7.2.95). בעת כתיבת הדברים, עדיין לא הופעל הסדר חדש זה של שירות רפואי פרטי בבתי חולים ממשלתיים, גם מטכות הקשורות בצורך לקבוע לוחות תעריפים שיהיו מוסכמים על דעת העובדים. עם זאת, ברור לחלוטין, ששירות רפואי פרטי, לפחות לגבי בתי החולים הממשלתיים, הינה סוגייה אקטואלית, בעלת השלכות משמעותיות ביותר, שטרם זכו להארה ולהערכה שקולה.

שוק חופשי ושירותי בריאות

מדיניותו של שר הבריאות לשעבר, אפרים סנה, בנושא השר"פ כיטאה השקפת עולם, המצדדת עקרונית בהחדרת עקרונות של "שוק חופשי" למסגרות בתי החולים הציבוריים בכלל ובתי החולים הממשלתיים בפרט. בעת שנכתבו דברים אלה היתה צמרת משרד הבריאות שעסקה בנושא הנדון, מורכבת רובה ככולה מרופאים: השר, המנהל הכללי של משרדו, המשנה למנכ"ל המשרד, ראש שירותי האשפוז במשרד ועוד. חלקם (למשל, המנכ"ל) כיהן קודם לכן בתפקידים מנהליים במערך בתי החולים הממשלתיים. יש להניח שצמרת זו של משרד הבריאות היתה מודעת להסכם שחתם אהוד אולמרט, בעת שכהן כשר הבריאות, עם ארגון הרופאים עובדי המדינה. נוכח מדיניות זו, שעליה החליט אפרים סנה, מן הדין הוא לחזור על הלכות ראשוניות ועל מוסכמות הקשורות במידת היישום וההלימה של עקרונות "שוק חופשי" לאספקת שירותי בריאות. שירות

מכמה טעמים. ראשית, אחד הלקחים של הנסיון הישראלי בהפעלת שר"פ בבתי חולים ציבוריים (נסיון שיסוכם להלן) הוא אפשרות קיומם בו-זמנית של שר"פ ורפואה שחורה. שנית, הרפואה השחורה בישראל הינה רבת-פנים וגוונים, החל מגוני האפור של תרומות לקרנות מחלקתיות שונות ועד למתן-בסתר לרופאים בגין הקדמת תור לניתוח בבתי חולים כלליים, שהיא אחת מצורות הרפואה השחורה. נימוק שלישי קשור בהסברים לקיום רפואה שחורה. יש לרפואה השחורה בבתי חולים ציבוריים בישראל מספר הסברים מבניים, כולל צורת ניהולם של בתי החולים, נוהלי קביעת תורים לניתוחים, הסמכויות ודרכי הפעולה של מנהלי מחלקות, ונוהלי בקרת איכות המקובלים בהם. לפיכך, נראה שתופעת הרפואה השחורה בישראל מורכבת ומסובכת, רבת צורות ומשופעת בהסברים, ואין כל הוכחה לכך שיש לה קשר ישיר וברור עם קיומו או אי-קיומו של שר"פ. בשל כלל סיבות אלו, ראויה תופעת הרפואה השחורה לדיון נפרד.

על פי מדיניות מוצהרת זו של שר הבריאות דאז, אפרים סנה, החליט משרד הבריאות שלא לאפשר לבתי החולים להפעיל שירותי מלונאות (לאמור, חדרים מיוחדים בתוך בתי החולים שיש עימם תנאי אשפוז משופרים) כיוון שהתברר "...שדעיון זה אינו ניתן לביצוע במסגרת ציבורית" (ר' "ידיעות אחרונות" מיום 9.3.95). גם בנושא זה שונה מדיניותו של אפרים סנה ממדיניות קודמו לתפקיד אהוד אולמרט. תגובת ההסתדרות הרפואית להצעת משרד הבריאות לחוקק תיקון לחוק שיאסור רפואה שחורה היתה חריפה: יום לאחר פרסום מדיניות זו, הודיעה ההסתדרות הרפואית על התנגדותה הנחרצת להצעת החוק שיזם שר הבריאות. קופת חולים הכללית, המפעילה שמונה בתי חולים כלליים, הודיעה שלא תפעיל שירות רפואי פרטי בבתי

קיים פער מידע גדול בין החולה לבין ספק השירות – הרופא. הביקוש לשירותי בריאות נעשה, כאשר מצבו הבריאותי של החולה אינו תקין, הוא נמצא בחרדה ובשל כך שיקול דעתו מושפע מחולשתו הפיזית. הרופא קובע למה זקוק החולה, ואיך ומתי יקבל את הטיפול. החולה אינו יודע למה הוא זקוק וקשה לו להעריך את איכות הטיפול המוגש לו. נוצרת, למעשה, תלות, כמעט מוחלטת, של הצרכנים בספקי השירותים. הספרות העוסקת בנושא מדגישה את הסיכון המוסרי (Moral hazard) של רופאים המרחיבים את תפוקתם למען הגדלת הכנסתם, תופעה הנפוצה במיוחד בתנאי עודף היצע של רופאים (למשל, Rice, 1984). תופעה דומה קיימת גם מצד הצרכנים, הנוטים לצרוך צריכת-יתר לא מוצדקת של שירותים רפואיים, שעלותם אפסית או נמוכה ביותר.

אחת התוצאות של כשל-השוק הוא, שככל שחלקם של שירותי הבריאות הפרטיים (בהם משלם החולה מכיסו לרופא), בשירותי בריאות של מדינות מפותחות גבוה יותר, כך יקרים יותר שירותים אלה במונחים של שיעור ההוצאה הלאומית עליהם (הפניות לספרות, ר' שירום, 1994). בישראל, אחד ההסברים למשבר מערכת הבריאות בסוף שנות ה-80 ותחילת שנות ה-90 היה מעין מעגל קסמים שלילי. מעגל קסמים שלילי זה נוצר עקב מדיניות הממשלה, שהביאה להקטנת אחוז המימון של מערכת הבריאות הציבורית מתקציבה בצורה משמעותית לאורך אותה תקופה (דורון, 1994; ועדת נתניהו, כרך ב', 118–140; ישי, 1994). תושבי המדינה שילמו מכיסם, הן כרמי חבר בקופות החולים והן כתשלום ישיר לספקים של שירותי בריאות פרטיים, סכומים הולכים וגדלים. הירידה במימון הממשלתי של מערכת הבריאות הביאה להרחבת אספקתם של שירותי בריאות מסוגים שונים בידי המגזר הפרטי, וגררה

רפואי פרטי, במשמעויות שתוארו לעיל, הוא שילוב של עקרונות "שוק חופשי" במערכת בריאות ציבורית. לפיכך, נאזכר בתחילה מדוע המדינות המפותחות בעולם מתייחסות לשירותי בריאות כאל מוצר ציבורי, כחלק מהותי ומובן מאליו של שירותי הרווחה במדינה המודרנית.

שירותי בריאות התפתחו כשירות רווחה, כתולדה של התגבשות הסכמה חברתית, לפיה הקצאת משאבים למערכת הבריאות לאוכלוסייה על בסיס של עקרונות שוק יצרה עיוותים קשים בחלוקתם הצודקת (דורון, 1979). עיוותים אלו כללו פערים קשים בין רמות התחלואה והתמותה של שכבות חלשות וחוקות באוכלוסייה.

למדינת רווחה יש מחויבות לספק לכלל תושביה מינימום מסוים של שירותי רווחה, הכוללים שירותי בריאות, חינוך, שיכון, בטחון סוציאלי ושירותים לטיפול סוציאלי אישי. שירותים אלה נתפסים כמי שבאים לשרת כל אדם ואדם בחברה, לאורך מסלול החיים. כשירות רווחה חברתי ניתן לראות שירות המשתמש באמצעים קולקטיביים לטיפול צרכים, שהחברה קיבלה אחריות לספקם (דורון, 1989). במרבית המדינות המפותחות מבטאת המדיניות החברתית את התפיסה הבסיסית, לפיה אין לראות בשירותי בריאות מצרך שאת אספקתו לתושבים ניתן להותיר בידי שוק כלכלי חופשי, ואשר באמצעותו יכולים הפרטים בחברה להבטיח לעצמם את אספקתם של שירותים חיוניים אלו (מיינרד, 1993).

בכלכלת בריאות מקובל, שמתן שירותי בריאות באמצעות השוק החופשי משמעותו כשל-שוק בממדים משמעותיים (למשל, Newhouse, 1981). כשל-שוק זה נוצר כיוון ששירותי הבריאות מאופיינים על ידי חוסר סימטריה: קיצוני במידע, בין הצרכנים מצד אחד, לבין ספקי השירותים מן הצד האחר.

כצמתים קריטיים של תהליכי הריפוי בשל מחסור בידע. במצב של פגיעות בו נמצא מקבל השירות, ושל יתרון מוחלט בידע שהוא נחלת הרופא, ייתכנו בהחלט מצבים, שבהם החלטות הרופא בשירות רפואי פרטי תושפענה על ידי התגמול הכספי הצמוד למספר הפעילויות הרפואיות שהוא מבצע.

בשירות הרפואי האשפוזי הרגיל, יש ל"קונה", קרי החולה המקבל את השירות, אפשרות להעזר בקופת החולים שלו. תגמול הרופא אינו קשור כלל למספר הפעילויות הרפואיות שהוא מבצע, שכן הרופא הוא עובד שכיר, המקבל את שכרו מבית החולים. הסיכון המוסרי של יצירת ביקוש לשירותי בריאות באשפוז רגיל אינו גבוה, כתנאי שיש איסור על העברת חולה משירות ציבורי לשר"פ. באשפוז חולים רגילים, במסגרת בית חולים כללי בבעלות ציבורית, אין, בדרך כלל, קשר ישיר ואחריות ישירה של רופא לחולה. כל אלו מביאים למסקנה, שמנקודת הראות העיונית, הרי שהטענה כי שר"פ בשירותי אשפוז משמעותו חדירת "שוק חופשי" לשירותי האשפוז — על פי אחד הדגמים שתוארו לעיל — היא בעייתית, מוקשה וגובלת באי הבנת העקרונות של "כשלי-שוק", המאפיינים מערכות בריאות. כנראה שכוונותיהם של אלה, המצדדים בשר"פ בשירותי אשפוז אינם קשורים כלל לשוק חופשי, ולתחרות חופשית במגזר האשפוזי.

במחקר ישראלי (שכטר ושביט, 1992) נעשה נסיון לאמוד את הביקוש לשר"פ בחיפה. טענת מחברי המאמר היתה, ששר"פ במערכת האשפוז הציבורית, הממומן ישירות על ידי ציבור הצרכנים, ללא צורך בהקצאת משאבים נוספים מן הקופה הציבורית, אמור להציע לצרכנים מסוימים קשר ישיר בין החולה לבין הרופא הנבחר על-ידו, וככל שמרחב הבחירה של הצרכן גדל, כן גדלה רווחתו. קיימת, אמנם, הבעייה שהגדלת

עלייה בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות מתוך התפוקה הלאומית הגולמית (קופ ואח', 1994). הממשלה, במאמץ להקטין שיעורי גידול אלו של ההוצאה הלאומית לבריאות, המשיכה לקצץ בהקצאה לשירותי בריאות מתוך התקציב הממשלתי, וחוזר חלילה. שירותי בריאות פרטיים יקרים, אין פירושם, בהכרח, תפוקות משופרות של מערכת הבריאות. קיימות דוגמאות ישראליות להכללה הנ"ל, כגון שירותי בריאות השן בישראל שהינם בעיקרם פרטיים. אלו הם שירותים יקרים יחסית, עלותם גבוהה, וכל זאת במצב, שבו יש הדרדרות ברמת בריאות השן של התושבים (לראיות לכך, ר' דוח ועדת נתניהו, כרך א', 431–439).

ל"שוק" של שירות רפואי פרטי יש מאפיינים רבים המביאים למסקנה כי בשוק זה אין תחרות אמיתית, אין תמריצים להתייעלות, ואין שוויון חברתי, שמדינות מפותחות מאמצות כעיקרון למתן שירותי בריאות. יש בו, לפי הדגמים השונים שתוארו לעיל, כולל הדגם של שר הבריאות לשעבר, אפרים סנה, מידה רבה של שליטת הרופא בעלות הטיפול ותהליכיו. קיימים ביתר שאת אותם סיכונים מוסריים, שהוזכרו לעיל והקשורים לאספקת שירותי בריאות, כאשר החולה משלם במישרין לרופא. וכישת המוצר על ידי הלקוח נעשית במצב של חרדה, מה גם שבדרך כלל המדובר הוא בניתוחים מסובכים או בטיפולים רפואיים אחרים בעלי משמעות קריטית לבריאות הפרט. לפרט הקונה את השירות אין אפשרות להשוות בין ספקים שונים, כיוון שמדובר, בדרך כלל, במספר זעום ביותר של מומחים בתחום הנדרש באותו בית חולים, ואשר יש להם היתר לעסוק בשר"פ. לבתי חולים רבים בישראל, ובמיוחד בפריפריה, יש מונופול מקומי. קונה שירות רפואי פרטי חייב, בדרך כלל, להעביר לידי הרופא את סמכות ההחלטה

וקשה. מערכות בריאות במדינות מפותחות הן פרי התפתחות הדרגתית רבת שנים, תוצר של תנאים סביבתיים והשפעות חברתיות ותרבותיות, שמאפיינות כל מדינה ומדינה. מערכות האשפוז במדינות המפותחות שונות במבנה בעלותן, צורות הפעלתן, דרך מימוןן ודרכי שילובן עם שירותי הבריאות הקהילתיים. לא הרי שיטת הרופא השכיר המועסק בתוך בית החולים, המקובלת והשכיחה בישראל, כשיטת ה-consultant באנגליה או הרופאים המומחים השוכרים שירותי בית חולים בהולנד. גם בישראל, בתי החולים הכלליים הפרטיים פועלים בדרך כלל על בסיס של סגל קבוע ומאד מצומצם, המספק שירותים תיוניים בלבד, כאשר רוב מניינו של סגל הרופאים מגיע מבחורן, בהסדרים שונים של תעסוקה ארעית וזמנית.

באנגליה, היה הסדר השר"פ בתוך בתי החולים הציבוריים מעין אמצעי של הממשלה לגייס את תמיכתם של הרופאים בהקמת שירותי הבריאות הלאומיים בשנת 1948 (Higgins & Rosenthal, 1993). הממשלה הסכימה באותה עת להקצות אחוז מסוים של מיטות בבתי החולים לצורך פרקטיקה פרטית של רופאי בתי החולים, שרוב רובם היו רופאים עצמאיים (Higgins & Rosenthal, 1993). הפציינטים הפרטיים שאושפזו באותן מיטות פרטיות זכו להטבה מאד משמעותית: הקדמת תורם לניתוח, כאשר באותה תקופה התהוו תורים די משמעותיים למרבית הניתוחים האלקטיביים. המגזר הפרטי באנגליה, עד עליית השמרנים לשלטון ב-1978, היה קטן, ורק כאחוז או שניים של האוכלוסייה עשו בו שימוש (Higgins & Rosenthal, 1993). מאז החלה המפלגה השמרנית לעמוד ליד הגה השלטון באנגליה, היתה עדנה להסדרים אלו, והם הלכו והתרחבו, כאשר הממשלה

חופש הבחירה של צרכנים, המסוגלים לשלם בעד שר"פ, עלולה להקטין את רווחתם של צרכנים אחרים, למשל בכך שייאלצו להמתין יותר לניתוחים ויזכו ליחס פחות איכותי מצד רופאיהם. אולם דומה שהטענה, כי על ידי שימוש בשר"פ הצרכן משלם בעד שירותי בריאות באיכות גבוהה יותר הינה בעייתית ביותר, בנסיבות האמורות לעיל. אחד המאפיינים היותר מובהקים של "כשל-שוק" בשוקי בריאות הינה העובדה הנחרצת שבשלבי החלטה קריטיים, בתהליך הטיפול הרפואי, יש לחולה, הצרכן של שר"פ, מידע חלקי בלבד ועמום ביותר על איכות הטיפול. במקרה הרגיל, אין ביכולתו לשפוט כלל את "המוצר" שאותו קנה, שכן חלק גדול של המחלות היותר קשות (מחלות לב, מחלות שאתות סרטניות, מחלות כלי דם) אין כלל אתיולוגיה ברורה וידועה. למשל, במקרה של מחלות לב, גורמי סיכון ידועים ברפואה (עישון, יתר לחץ דם, משקל גוף עודף, רמות גבוהות של L - DL כולסטרול "רע" בדם ועוד) מסבירים רק כמחצית השונות של תחלואה זו באוכלוסייה, כפי שידוע לנו (Schnall, Landsbergis & Baker, 1994). המידה שבה שר"פ אמנם משפר את איכות השירות בבתי החולים טעונה בדיקה אמפירית קפדנית, ובמספר עדויות אמפיריות, הסותרות את ההנחה בדבר אפשרותו של השר"פ לשפר את איכות השירות בבית החולים נעטוק בהמשך. בכל מקרה, על פי הטיעונים התיאורטיים המובאים לעיל, ניתן להיווכח, כי הנחה זו היא בעייתית ושנויה במחלוקת.

שר"פ במדינות מפותחות: הנסיון ולקחיו

הפקת לקחים מנסיוןן של מדינות אחרות בנושא זה של השר"פ היא בעייתית

(p. 67). הגישה למיטות פרטיות בבתי חולים ציבוריים השתנתה בשנים האחרונות בהתאמה לשינויים שחלו בממשל: ממשלות שמאל נטו להגביל ולצמצם את היקפן, מתוך כוונה להשיג יתר שוויוניות בהקצאת משאבי המדינה לרפואה ציבורית, בעוד שממשלות ימניות, כגון ממשלו של ז'אק שיראק ב-1987, הפשירו את הסדרי המיטות הפרטיות (ישי, 1994).

כללית, הרפורמה של 1991 בבתי החולים בצרפת מדגישה הסדרי תגמול, השמים את הדגש על שיתוף עובדים בחסכונות כתוצאה מהתייעלות, מדידה של איכות הטיפול ושיפורו, וכן תקציבים גלובליים לבתי החולים, המעודדים עיצוב תוכניות אסטרטגיות לפיתוחם של בתי החולים (Bach, 1993).

שוודיה היא מדינה מעניינת בהקשר לנושא עבודתנו מכמה בחינות. יש בה ארגון של שירותי בריאות לפי אזורים, והרשויות המקומיות אחראיות להפעלת שירותי בריאות ציבוריים. שירותי בריאות בקהילה בנויים סביב מרפאות, שבהן מועסקים רופאים שכירים, אך בשונה מן המצב בישראל אין קשר קבוע בין החולה ברפואה הראשונית לבין רופא המשפחה: מי שמגיע למרפאה מתקבל על ידי הרופא התורן. גם כתוצאה מהסדרים אלו של הרפואה הראשונית, אין הרופא בקהילה מתפקד בשוודיה כ"שומר סף" הכניסה לבתי החולים, וחולים רבים הזקוקים לייעוץ מגיעים במישרין לבתי החולים לצורך טיפול (לתיאור רחב יותר, ר' מקורות המובאים אצל Glennerster & Matsaganis, 1994; Saltman, 1994). התוצאה היא, שבשוודיה כל מערכת הבריאות מוטה במיוחד לכיוון בתי החולים, וכשני שלישים של ההוצאה הלאומית לבריאות מופנים לסקטור זה, לעומת כמחצית מן ההוצאה בממוצע במדינות

השמרנית מבטלת חלק נכבד מן ההגבלות עליהן. לפי הערכות (Appleby & Yates, 1995), הרי בשנת 1986, השנה האחרונה, אשר לגביה יש נתונים, נעשו ב-20% של הניתוחים האלקטיביים בתוך בתי חולים ציבוריים במיטות פרטיות, דהיינו – בשירות רפואי פרטי. ראוי להעיר, שרוב הניתוחים בבתי חולים (מעל שני שלישים, לפחות) אינם ניתוחים אלקטיביים.

רופאי בתי החולים הציבוריים באנגליה רשאים לעסוק בפרקטיקה פרטית בהיקף של עד 10% ממשכורתם משירות הבריאות הלאומי (NHS), אך הרשויות הנוגעות בדבר אינן מפקחות על הכנסות הרופאים מפרקטיקה פרטית (Limb, 1995). יש טענות בספרות הרפואית האנגלית, לפיהן מומחים רבים המועסקים בבתי החולים הציבוריים באנגליה מכפילים ואף משלשים את משכורתם מפרקטיקה פרטית (Butler, 1994). כללית, מצביעה הספרות האנגלית על כך, שמדיניות ההפרטה והליברליזציה של הממשל השמרני באנגליה, מוצאת ביטוי בעיקר בכיוון אחרון זה, של "הפשרת" חוזי רופאים בכירים בבתי החולים של ה-NHS, כך שיוכלו לעבוד בפרקטיקה פרטית. רוב בתי החולים למטרות רווח באנגליה (כ-65% של מיטות האשפוז במדינה זו לאחר מספר שנים של התרחבות מתמדת, בדומה למצב בישראל) תלויים כמעט לחלוטין ברופאי ה-NHS, המגיעים אליהם לביצוע פרקטיקה פרטית, תוך התמחות בסוגים מאד ספציפיים של ניתוחים אלקטיביים, המשופעים ברווח כספי (למשל, רוב ניתוחי ההפלות מבוצעים בבתי חולים פרטיים, ר' Higgins & Rosenthal, 1993).

צרפת היא מדינה שבה המגזר האשפוזי הפרטי למטרות רווח היה באופן מסורתי גדול יותר, כ-20% של כלל המיטות בבתי החולים במדינה זו (Johnson, 1995).

פרטי בבית החולים. לפנינו, איפוא, מעין מעבדה בזעיר אנפין, שממנה ניתן ללמוד על התוצאות האפשריות של הנהגת שר"פ בבתי חולים כלליים בבעלות ציבורית. שני בתי חולים אלו מצויים בבעלות ציבורית, מתפקדים כמלכ"רים, וכל אחד מהם מהווה משק כלכלי סגור. בית החולים "הדסה" מפעיל סניף של השירות הרפואי הפרטי שלו בבנין מדיכלל בתל אביב. בשני בתי החולים נאספו נתונים מכמה מקורות. מקור משמעותי היו עדויות, המופיעות בפרטיכלים של ועדת נתניהו. הסדרי השר"פ ב"הדסה" ירושלים מתוארים במסמך, העומד לרשות כלל הפונים והקרוי "שר"פ הדסה: שירות רפואה פרטי" (הוצאה משנת 1993, בעריכת פרופ' רכס). בבית החולים "שערי צדק" התקבל נוסח הסכם השר"פ, שנחתם עם הרופאים הבכירים בבית החולים (מיום 31.3.76, כפי שתוקן על ידי הסכם נוסף מיום 31.10.84). נוסף לכך, קוימו, בכל אחד מבתי החולים, ראיונות עם מספר רופאים, המועסקים בשר"פ, וכאלה שאינם מועסקים בו, עם אחות אחראית במחלקה כירורגית ועם ממלאי תפקידים נוספים. בחלק מן המקרים נתבקשנו, שלא לציין את תפקיד המרואיין. בשני בתי החולים, שירותי השר"פ מקיפים את כל סוגי הבדיקות, הטיפולים המרפאתיים, הניתוחים, חוות הדעת הרפואיות, וכן יעוץ מסוגים שונים הניתן על ידי הסגל הרפואי בבתי החולים.

נדון תחילה במאפיינים כלליים של השר"פ בשני בתי החולים:

(א) מהלך הטיפול בחולה

בדרך כלל התהליך הוא, שהחולה בוחר ברופא המומחה הבכיר שיטפל בו לפני, או לעתים מיד לאחר, הפנייה למשרדי השר"פ. ב"הדסה" ניתן לעבור למסגרת שר"פ גם לאחר האשפוז, אם החליט חולה שכרצונו

Glennerster & Matsaganis,) OECD (1994).

כמו במדינות רבות אחרות, גם שוודיה הנהיגה רפורמות במערכת הבריאות שלה, אך לא הלכה בדרך של הנהגת שר"פ. הגישה השוודית היא להביא להתייעלות ולחיסכון על ידי שימוש בתחרות מבוקרת ומפוקחת בין גופים שונים. יש לרופאים ציבוריים אפשרות לעסוק בהיקף מוגבל בפרקטיקה פרטית, ויש גידול משמעותי במגזר הפרטי למטרת רווח במערכת הבריאות השוודית בשנים האחרונות (Higgins & Rosenthal, 1993). התחרות הפנימית מושגת, למשל, על ידי כך שהרשות המקומית, האחראית על שירותי הבריאות, חותמת על חוזים לאספקת ניתוחי לב פתוח עם המגזר הפרטי, כאשר המגזר הציבורי מתקשה לספק את הביקוש לניתוחים אלו, או מציע אותם בעלות גבוהה מדי, באורח יחסי, בהשוואה לעלויות במגזר הפרטי (בשנת 1988, למשל, בוצעו מעל רבע מכלל ניתוחי הלב הפתוח על ידי בתי חולים פרטיים למטרת רווח, בשיטה זו של מכרזים: ר' Higgins & Rosenthal, 1993). כללית, עדיין מקובלים בשוודיה איסורים על קשר כספי בין חולה במגזר הציבורי של שירותי האשפוז לבין רופא, המועסק כשכיר במגזר זה.

חקר מקרה: שר"פ בבתי חולים
ציבוריים בירושלים – "הדסה"
ו"שערי צדק"

קיימים שני בתי חולים בבעלות ציבורית בירושלים – בתי החולים של "הדסה" ובית החולים "שערי צדק", אשר בהם מתבצע שילוב ממוסד של שירות רפואי

לעבור לטיפול של רופא מסוים העובד בשר"פ. פקידי השר"פ עומדים לרשות החולה ומשפחתו לצורך הכוונה לרופא המתאים ולהסדרת הקשר עמו. בשני בתי החולים ניתן לקבל "חוברת שר"פ" ובה שמות הרופאים הבכירים במחלקות השונות של בית החולים. לאחר בחירת הרופא המטפל, מופנה החולה על ידי משרד השר"פ לפגישה או פגישות עמו במרפאות חוץ של בית החולים. התשלום בגין הטיפול והאשפוז משולם לבית החולים ביום כניסתו של החולה למחלקה. חלק מהחולים מביאים טופס התחייבות מקופת החולים שבה הם מבוטחים. התחייבות זו מזכה את החולה עבור אשפוז רגיל, ועל החולה להשלים את יתרת התשלום עבור השר"פ.

(ב) **מסגרת התגמול של הרופא**
ההנהלות בשני בתי החולים התחייבו לנהל עבור כל רופא המשתתף בשר"פ חשבון נפרד של הכנסותיו. ב"הדסה" מתקיימים תעריפים קבועים לפעילות השר"פ, מתוכם מקבל רופא שר"פ כ-35% מסך כל התקבולים של בית החולים מחולה השר"פ. בשר"פ של בית החולים "שערי צדק" מקובל הסדר שונה. עבור שירותי המעבדה הקלינית, מכון הרנטגן והמכון הפתולוגי גובה בית החולים תקורה של כ-46% מכל תקבול, ואילו עבור כל השירותים הרפואיים האחרים הניתנים במסגרת השר"פ גובה בית החולים כ-26% מכל תקבול. מן היתרה מנכה בית החולים 15% לקרן השתלמות מיוחדת של הרופאים המשתתפים בשר"פ, המממנת השתלמויות פרופסיונליות של אותם רופאים. כן התחייבה הנהלת בית החולים לכסות מסכום היתרה אחזקת רכב של כל רופא המשתתף בשר"פ עד לסכום המירבי, שנקבע לפקידים נדרשים בשירות המדינה. החלק הנותר משולם לרופא כתוספת שכר.

(ג) **הסגל הכלול במסגרת השר"פ**
בשני בתי החולים קיימות מיגבלות על הסגל הרפואי והסיעודי הכלול בשר"פ. בהסדרי השר"פ נכללים רק מספר מצומצם של רופאים בכירים המועסקים בבית החולים במשרה מלאה ואשר הגיעו לקביעות במוסד. כל אחד מן הרופאים הללו אמור לחתום על הסכם עבודה אישי (מעין תוספת של חוזה אישי להסכם העבודה הקיבוצי של הרופאים), אשר לפיו הוא מתחייב שלא לעסוק בפרקטיקה פרטית מחוץ לבית החולים. לדוגמא, בהסכם העבודה שנחתם ב"שערי צדק", בין הנהלת המוסד לבין הנציגות של הרופאים הבכירים, נקבע שכל רופא בכיר קבוע, העובד במשרה מלאה בבית החולים, ואשר ירצה להצטרף לשר"פ מתחייב לקבל חולים, בתמורה וללא תמורה, רק במסגרת עבודתו בבית החולים, כולל במסגרת השר"פ. אותו הסכם כולל גם סעיף, שבו מתחייב הרופא, שהצטרף להסדר השר"פ, כי השתתפותו בשר"פ לא תפגע בשום אופן בעבודה שהוא חייב לבצע במסגרת מישרתו בבית החולים. התחייבות כללית דומה מופיעה גם בהסכם שנחתם ב"הדסה".

בשני בתי החולים אין מערכת תגמול מיוחדת לסגל הרפואי והסיעודי, שאינם כלולים ברשימת רופאי השר"פ, אך עוסקים בפועל במתן טיפול לחולי שר"פ. כך, למשל, יתכן בהחלט מצב, שבו כירורג יקבל תגמול על ניתוח שר"פ, אך הרופא המרדים ואחיות חדר הניתוח לא יקבלו תוספת תגמול. נוסף לכך, כלולים בהסדר השר"פ רק קבוצה קטנה יחסית של רופאים, אלה שהגיעו למעמד של רופאים בכירים קבועים במשרה מלאה. מענה חלקי לתחושות קיפוח, שמצב דברים זה יוצר, ניתן ב"הדסה" על ידי מסגרת חדשה, שנוצרה בשנת 1992. מסגרת זו קרויה טר"א, או טיפול רפואי אישי. המדובר במתן אפשרות לרופאים, שהם בעלי קביעות ב"הדסה",

הרגילות, והחולה מאושפז במחלקה יחד עם החולים האחרים. מבחינת הסגל הטיפולי במחלקה, כולל רופאים שאינם כלולים בהסדר השר"פ וכולל אחיות, אין הבדל בין חולי השר"פ לחולים האחרים. כולם מקבלים אותו טיפול. אין הסגל הרפואי והסיעודי במחלקות אמור לדעת כלל מי הם חולי השר"פ. גם ברשימת החולים המנותחים והמאושפזים אין ציון מיוחד לחולי שר"פ. עם זאת, ידוע היטב בבתי החולים האמורים, שיש רופאים המרבים לנתח ולטפל בחולי שר"פ, והללו זוכים בדרך כלל בהתעניינות מיוחדת של הרופא המטפל בהם במסגרת השר"פ. מתוך כך ניתן, די בקלות, לזהות חולי שר"פ במחלקות, באורח לא פורמלי. בבית החולים "שערי צדק" אמורה האחות האחראית על המחלקה לדעת על חולי השר"פ במחלקה.

(ה) תפעול השר"פ במסגרת בית החולים

לא ניתן היה לקבל נתונים מעודכנים על היקף ההכנסות משר"פ בשני בתי החולים הכלליים בהם אנו דנים. בשעתו התבקש בית החולים "שערי צדק" להגיש לוועדת נתניהו נתוני הכנסותיו משר"פ. מנתונים אלו עולה, כי מחזור פעילות שר"פ השליש את עצמו במהלך חמש השנים בין 1984 ל-1989, בערכים ריאליים. בשנים 1986-1988, היו הכנסותיו של בית חולים זה מן השר"פ כ-10% ממתזורו של בית החולים, ובערכים דולריים היו הכנסותיו של בית החולים מן השר"פ כ-1.8 מיליון, מזה כחצי מיליון דולר הכנסות נטו. בכל אחד מבתי החולים, מתקיימת מערכת חשבונות נפרדת לכל הפעולות הכספיות של השר"פ, ומתנהל חשבון נפרד לגבי כל אחד מן הרופאים אשר מזוכה בהתאם לפעילותו.

"בשערי צדק" קיים מחירון עבור ביקור במרפאת שר"פ, ומחירים אלו מתעדכנים

אך עדיין אינם רופאים בכירים, לעסוק בשר"פ בתעריפי פעילות שהם רק כ-75% מתעריפי השר"פ. על הרופאים המטפלים בחולים במסגרת של טר"א יש מיגבלות נוספות: עליהם לטפל בחוליהם הפרטיים רק בשעות אחר הצהריים, בקליניקה פרטית שהם שוכרים מבית החולים לתכלית זו. לעומת זאת, לרופאי השר"פ מותר לקבל חולי שר"פ בשעות העבודה הרגילות של בית החולים.

בבית החולים "שערי צדק" כ-10% מכלל הרופאים, הזכאים לעסוק בשר"פ, אינם מנצלים זכות זו, מסיבות שונות. חלקם מקיים קליניקה פרטית מחוץ לבית החולים. בבית חולים זה, כמו גם בהרסה, יש רופאים רבים העובדים בחלקי משרה נוספים בקופות החולים כ"רופאים עצמאיים". לעתים קרובות הם בוחרים לקבל את חולי הקופה במשרדם שבבית החולים, תמורת תשלום מסוים לבית החולים. הסדר זה אינו קשור למסגרת השר"פ.

(ד) הטיפול בחולה המנותח בבית החולים

אם הרופא המטפל בחולה במסגרת השר"פ מחליט שיש צורך בניתוח, מצורף חולה השר"פ לתור הכללי לניתוח שבו מדובר. עם זאת, יש בשני בתי החולים לרופאי השר"פ שיקול דעת מסוים באשר למיקומו של החולה בתור זה. מבקר המדינה, ברוח ביקורת על בית החולים "הרסה", ציין שזמן ההמתנה לניתוח של חולי שר"פ, במחלקות מסוימות, היה קצר יותר מאשר של חולים רגילים באותן מחלקות (מבקר המדינה, 1988, 185-186). יש הסדר מקובל ב"הרסה", לפיו חולה שר"פ המשלם את כלל הוצאות אשפוזו נכנס לניתוח במשבצת הזמן הראשונה הפנויה (ועדת נתניהו, כרך ב', 232). בשני בתי החולים, הניתוחים, והטיפולים האחרים בחולה השר"פ, מתבצעים בשעות הפעילות

בוצע במרפאת השר"פ. המחלקה לכירורגיה פלסטית בולטת באחוז גבוה של ניתוחי שר"פ, למעלה ממחציתם. נראה שהמדובר בעיקר בניתוחים שאינם כלולים בסל של קופות החולים. פעילות ניתוחית שר"פית גבוהה יחסית זוהתה כמחלקת העיניים: מעל 10% של הניתוחים הם ניתוחי שר"פ.

המסקנה הכללית שניתן להסיק מתוך נתונים אלו היא, שהביקוש לשר"פ הוא מאד סלקטיבי, וממוקד בתחומים מוגדרים. רופא שר"פ שתחום התמחותו הוא אחד התחומים המבוקשים, מבצע טיפולים רבים במסגרת השר"פ, דבר המשתקף בשכרו. לעומתו, רופא במחלקה פנימית או במחלקת ילדים, שבהם הביקוש לשר"פ קטן, כמעט ולא יבצע טיפולי שר"פ. נתונים מעודכנים יותר בנושא זה לא ניתן היה לקבל מבתי החולים.

הנסיון להפעלת שר"פ בבית החולים הממשלתי "הקריה" בתל אביב

חקר אירוע נוסף שיוכא בעבודתנו קשור לנסיון שנכשל בהפעלת שר"פ בבית החולים הממשלתי ליולדות ולמחלות גניקולוגיות, "הקריה" בתל אביב. בית חולים זה שייך למרכז הרפואי על שם סוראסקי, מרכז רפואי שבו כלולים גם בית החולים הכללי "איכילוב" ובית החולים לילדים "דנה". החומר להלן נאסף בעיקר בראיונות שהתקיימו עם הסגל הרפואי והסיעודי הכביר של בית החולים.

היזמה להכנסת שר"פ לחדר הלידה של בית החולים היתה של קבוצת רופאים בכירים בבית החולים. מטרתם המוצהרת היתה לפתור בעייה של ירידה במספר הלידות בשנים

על ידי הרופאים. אשר לגיתוחים, הרי גובה התשלום נקבע על ידי כל רופא כשר"פ לפי שיקול דעתו. נראה שבבית חולים זה קיימת תחרות ידועה בין רופאים בהתמחויות דומות — בין היותר בכירים וידועים לבין הפחות בכירים. ב"הדסה" קיים לוח תעריפים קבוע לביקור במרפאה ולניתוחים, אשר נקבע על ידי ועדת תעריפים של בית החולים, שיש בה נציגות גם לרופאי השר"פ. התשלום הנעשה על ידי חולה השר"פ כולל את הניתוח עצמו (כאמור, ב"שערי צדק נקבע על ידי הרופא, וב"הדסה" — על ידי ועדת תעריפים), שירותי חדר ניתוח, תשלום עבור מרדים ובדיקות שונות. תשלומים אלו נקבעים על ידי בית החולים ללא קשר לתעריפי הניתוח. מכלל התשלומים מופרש חלק לבית החולים. כיוון שבשני בתי החולים מבוצעים הניתוחים בעיקר בשעות הבוקר, קיימת מכסה מסוימת של ניתוחי שר"פ, וזאת על מנת להקטין את ממדי ההעדפה הניתנת לחולה הפרטי על החולה הציבורי. כך ב"הדסה" קיימת מכסה של עד 20% ניתוחי שר"פ ליחידת זמן של חדר ניתוח. בראיונות נמסר לנו שהמצב השכיח הוא שמכסה זו אינה נשמרת. בהדסה מתנהלת מרפאת השר"פ בכל שעות היום. ב"שערי צדק", לעומת זאת, מתנהלת מרפאת השר"פ רק לאחר השעה 15:00. מכאן, שבפעילותה של מרפאת השר"פ בשעות אחר הצהריים ניתן לראות תוספת לתפוקתו של "שערי צדק".

על פי בקשת ועדת נתניהו, הגיש בית החולים "שערי צדק" נתונים על היקף פעילות של מרפאות השר"פ מתוך כלל פעילות מרפאות החוץ של בית החולים. מנתונים אלו מסתבר שבממוצע תופסים ביקורים במרפאות השר"פ רק כ-17% מנפח הפעילות של מרפאות החוץ. לעומת זאת, המרפאה הגניקולוגית מאופיינת בכך, שיותר משליש פעילותה, בשנים 1986-1988,

הוא משמש לרכישת ציוד עבור בית החולים ולשיפור התנאים הפיזיים של בית החולים כולו. דוגמא זו של נסיון הפעלתו של שר"פ בבית חולים זה וה"תחליף" שנמצא לו, הובא בצורה רחבה משום שיש בו כדי להדגים כיצד מופעלת מדיניות משרד הבריאות, המאפשרת לבתי חולים למכור שירותים, שלא במסגרת סל שירותי הבריאות הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (וכזה הוא המצב לגבי פעילות רפואית של הפסקת הריון שלא מסיבות רפואיות).

סיכום: להערכת "תרומת" השר"פ בבתי חולים ציבוריים למערכת הבריאות

בפרק מסכם זה של עבודתנו, ננסה לבחון את התרומות המשוערות של השר"פ למערכת הבריאות הישראלית. נעשה זאת על ידי בחינת כל אחד מן הנימוקים העיקריים לשילוב השר"פ בבתי חולים כלליים לאור הנסיון שהצטבר בישראל וכמדינות מפותחות אחרות, כפי שהובא לעיל.

המסקנה הכללית שהגענו אליה היא, ששר"פ בבתי חולים שבבעלות הציבור, על פי גרסת שר הבריאות לשעבר, אפרים סנה, היא מדיניות, שעיקר כוונתה ותכליתה היא להיטיב עם קבוצה מצומצמת של רופאים בכירים באותם בתי חולים. משמעותו האמיתית של שר"פ בבתי חולים, שנבנו ופועלים מכספי משלם המיסים, היא העברת השליטה בנכסים ובציוד לידי קבוצת רופאים זו, תוך קידום האינטרס הכלכלי הישיר שלהם. עקרונות ה"שוק החופשי", שבשילובם במערכת הבריאות הציבורית צידד שר הבריאות לשעבר, בהקשר זה של השר"פ, אינם אלא מילות קוד להרשאה להעברת

1992-1993. ירידה זו חלה עקב מדיניות משרד הבריאות לאפשר לכל יולדת לבחור בבית החולים שבו תרצה ללדת. מספר רופאים בכירים הגישה תוכנית להפעלת השר"פ להנהלת בית החולים, לפיה כל יולדת אשר מעוניינת ברופא פרטי שיהיה נוכח בזמן הלידה תעשה זאת דרך מלר"ם (מרכז לבדיקות רפואיות מיוחדות של בית החולים "איכילוב", שהכנסותיו מועברות לאותה קרן למחקרים רפואיים שהוזכרה לעיל). מתוך הסכום שישולם על ידי היולדת היה אמור הרופא המטפל להיות מתוגמל. הצעת הרופאים היתה, שהיולדת תשלם כ-3,500 ש"ח ללידה, ולאחר הפרשת התקורה לבית החולים יקבל הרופא המטפל כ-1,500 ש"ח.

נסיון זה נתקל בהתנגדות עזה של המיילדות בבית החולים. הללו חששו שיחול פיתוח במעמדן ותפחת ההזדקקות לשירותיהן. הרופאים הלא בכירים, שלא שותפו כלל בתוכנית השר"פ, התנגדו לה נמרצות, ובין היתר הגישו את התנגדותם בכתב לגורמי משרד הבריאות והנהלת המרכז הרפואי סוראסקי. על פי הראיונות שקוימו, בוטלה תוכנית השר"פ לאחר שמשרד הבריאות התנגד להפעלתה במתכונת המוצעת. במקומה, מוכר בית החולים שירות של הפסקת הריון בצורה פרטית, כאשר התשלום מועבר למלר"ם. הפעילות הרפואית נעשית בשעות אחר הצהריים בלבד. נוסף על רופא פרטי המטפל בה, מקבלת האשה תנאי אשפוז משופרים בכך שהיא מאושפזת בחדרים היותר מרווחים של בית החולים, שבהם יש צוות רפואי וסיעודי מתוגבר. בשירות פרטי זה מתוגמלים כל העוסקים בפעולה: הרופא המטפל, הרופא המרדים, אחות חדר-ניתוח, והאחות המטפלת ב"חדר התעוררות". כאמור, התשלום עובר דרך ה"קרן למחקרים", ומלבד התשלום לעובדים

משאבים ציבוריים מידי הכלל לידי קבוצה של רופאים, אשר בידה הופקד מונופול על טיפול בחולים בבתי החולים הציבוריים.

האם שר"פ מגדיל את רווחת החולים? בטענה שיש כאן משום הרחבת חופש הבחירה של החולה, ובכך גדלה רווחתו (למשל, שכטר ושביט, 1992) יש מידה מרובה של היתממות. חופש בחירה זה של החולה, כפי שראינו, הוא, מלכתחילה, מצומצם ביותר על ידי מונופול מקומי של בית החולים ועל ידי מספר זעום של רופאים (חלקם המשמעותי מנהלי מחלקות), הכלולים במסגרת השר"פ. "חופש" בחירה זה ניתן לחולה בתנאים, שבהם הידע על מחלתו מרוכז בידי מי שמציע לו שר"פ; השליטה על פעולות הריפוי אף הן מסורות בידי מוכר השירות, והחולה נתון בדרך כלל במצב של חרדה ותחושת עמימות. שיווק אגרסיבי של השר"פ, בתנאים כאלו, עלול ליהפך ל"הצעה שקשה לסרב לה".

בהקשר אחרון זה של חופש הבחירה ורווחת החולים הנוקקים לשר"פ, יש לאזכר את מגוון הביטוחים המשלימים, המוצעים על ידי כל קופות החולים באמצעות עמותות וחברות ביטוח הקשורות בקופות. ביטוחים משלימים אלו מוצעים על פי החוק, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ותקנות שהוצעו על פיו. ביטוחים משלימים אלו מציעים לכל המעוניין, תמורת תוספת תשלום לקופות ותוך תחרות ביניהן בנושא זה, מגוון רחב של אפשרויות להעזר בשירותים רפואיים פרטיים, כולל שירותי השר"פ של בתי החולים הציבוריים בירושלים. נביא, לדוגמא, את תוכנית הביטוח המשלים של קופת חולים מאוחדת, הקרויה "מאוחדת עדיף" (כפי שהתפרסמה באפריל 1995 בחוברת שראתה אור בהוצאת הקופה). ביטוח משלים אחרון זה כולל אפשרות אשפוז בבתי חולים כלליים פרטיים ("אסותא" בתל אביב, "מרכז חורב

ו"אלישע" בחיפה, המרכז הרפואי בהרצליה, המרכז הכירורגי בקרית וולפסון בירושלים, AMC בראשון לציון), וכן שימוש בשר"פ של בתי החולים "הדסה" ו"שערי צדק" בירושלים. על שימוש אחרון זה הוטלה הגבלה: הקופה לא תשתתף אלא ב-30% של ההפרש בין עלות הטיפול לפי תעריפי משרד הבריאות ולפי תעריפי הניתוח של בית החולים הפרטי "אסותא" בתל אביב. יצוין שהביטוחים המשלימים של קופות החולים האחרות דומים ביסודם לביטוח המשלים שהובא לעיל כדוגמא בלבד.

בביטוחים משלימים אלו, קופת החולים מייצגת את המבוטח הבודד מול כוחו של בית החולים, האמור לייצג את כלל עובדיו. בשר"פ ניצב החולה הבודד מול הסמכות המינהלית ומונופול הידע והמומחיות של הרופא. בביטוח המשלים יש, לפיכך, משום איזון מסוים של פערי הכוח בין הצדדים ל"עסקת השוק החופשי", שבה דנו לעיל. נוסף לכך, תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים מוצעות על פי חוק ומפוקחות על ידי גורם ממלכתי (המפקח על הביטוח במשרד האוצר). בשל עובדות אלו, הרי מנקודת הראות של צדק חברתי ושמירה מאוזנת על האינטרסים של החולה כצרכן של שירותי אשפוז, יש עדיפות ברורה לביטוחים המשלימים של קופות החולים על פני הסדרי שר"פ למיניהם. ביטוחים משלימים אלו נותנים אף תשובה מעשית לטיעון, אשר על פיו הסדרי שר"פ מנתבים כספים של בעלי יכולת מקניית שירותי בריאות בבתי חולים פרטיים למטרת רווח אל בתי חולים ציבוריים (למשל, דוח ועדת נתניהו, כרך א', 317). מנקודת הראות של המבוטח בביטוח משלים, כדוגמת הביטוח שהובא לעיל, יש לו יכולת לבחור בין המגזר הפרטי לבין המגזר הציבורי, כיוון שקופת החולים התקשרה עם שניהם בהסכמים לקניית שירותים אשפוזיים.

לידי הרופאים. כיוון שלרוב בתי החולים הציבוריים בישראל אין כלל מערכת מידע המאפשרת תמחור של שירותים רפואיים, ולא ידוע כלל מהם תעריפי שר"פ "אמיתיים", אפשר להניח שתהיה גם העברה של משאבים ציבוריים למשתמשי השר"פ בצורת תעריפים, המסובסדים על ידי בית החולים.

האם לשר"פים השפעה חיובית על סיפוק רופאים מעבודתם ועל יחסי העבודה?

האם הפעלת שר"פ בבתי חולים ציבוריים תביא לסיפוק גבוה יותר של הרופאים משכרם? האם תוספת התגמול שתגיע לקבוצת הרופאים הכלולים בשר"פ תביא לרגיעה ביחסי העבודה שבין המעסיק הציבורי לבין הסתדרות הרופאים וארגון הרופאים עובדי המדינה? ניתוח של נתוני שכר הרופאים לתקופה שקדמה לשביתת הרופאים הגדולה של 1984 ולזו שאחריה, הוליך את זוסמן וזכאי (1993) למסקנה, שתחושת הקיפוח העמוקה, שליוותה את השביתה נבעה בראש ובראשונה מאי-שוויון הולך וגדל בתוך קבוצת הרופאים המועסקים בבתי החולים. מספר קטן יחסית של רופאים בכירים נהנו מהעלאות שכר משמעותיות (גם משום שחלק מהם כיהן בתפקידים מנהליים, המאפשרים שליטה על חלוקת כונוניות ותורניות). הסיכויים להגיע לצמרת ולקבל קידום הולכים וקטנים, מנקודת ראותם של הרופאים הזוטרים, גם משום שלא חלה התרחבות של ממש בבתי החולים הכלליים, וגם מפני שגדל במידה רבה מספרם של הרופאים הזוטרים בבתי החולים, כאשר אלפי רופאים, שעלו מברית המועצות לשעבר, נתקבלו לעבודה לצורכי הסתכלות והתמתות (נוה וניראל, 1995).

אותה קבוצה של רופאים בכירים, שהם הנהגים העיקריים משילוב השר"פ בבתי

האומנם מעביר שר"פ משאבים ציבוריים לבעלי יכולת ולרופאים? בעבודתם של הכלכלנים שכטר ושביט (1992) נטען, כי מבחינה ערכית יש מקום ליצירת רמות איכות שונות של שירותי בריאות, במחירים שונים ללקוח, גם משום שהדבר מקובל, למשל, בחינוך. בבואם לנמק שיפוט ערכי זה, המצדד ביצירת אי-שוויון בשירותי בריאות, טוען אותו מקור ש... "אין אמת בטענה כאילו השר"פ מפנה משאבים ציבוריים לבעלי היכולת, ויוצר על ידי כך רפואה ל"מיוחסים" כנגד רפואה ל"עניים" (שם, 318). הבסיס לטיעון עובדתי זה אינו מצוי כלל באותו מאמר, שכן המאמר דן בחיזוי תיאורטי, על פי מתודולוגיה בעייתית ביותר, של הביקוש לשר"פ. מכל מקום, העובדות אותן תיארו לעיל על הנסיון שהצטבר בישראל וכן במדינות מפותחות אחרות על השר"פ מוליך למסקנה הפוכה. השר"פ בפועל קשור להפניית משאבים ציבוריים לשכבה דקה של רופאים בכירים ולחולים עשירים. שיעור התקורה המגיע לבית החולים, אשר אותו קבע שר הבריאות, אפרים סנה, להפעלת השר"פ בבתי חולים ממשלתיים, 35%, הוא, כמובן, מעין הערכה גלובלית המוטה כלפי מטה. ידוע שבמגזר של בתי החולים הממשלתיים הכלליים יש הבדלים משמעותיים ביותר בין בתי החולים בייעילותם, במבנה פעילויותיהם, ברמת ההשקעות בתשתיתם, ועוד. לדוגמא, אם על פי הערכת בית החולים "שערי צדק", שיעור התקורה ה"נכון" של בית החולים בפעילות השר"פ – הקשורה בשירותי אבחון על ידי הרמייה ופתולוגיה, ובפעילות הקשורה בבדיקות במעבדות הקליניות – מתקרב ל-47%, כי אז כל פעילות שר"פ בקטיגוריות אלו של פעילות רפואית, בבתי החולים הממשלתיים שיעסקו בכך, תהיה קשורה בפועל בהעברת משאבים ציבוריים

ותגמולים, שאין כדוגמתה במערכת יחסי העבודה בישראל. אין קבוצת שכירים אחרת, שזכתה בחבילה דומה או קרובה לה, שכן רופאים בכירים אלו ימשיכו ליהנות מקביעות בעבודתם, מהסדרי פנסיה ומקרנות השתלמות כשכירים. לקבוצת רופאים זו תהיה גישה, כעובדי בתי חולים ציבוריים, למיטב החידושים הטכנולוגיים האחרונים ברפואה, שיירכשו על ידי המדינה מתקציבי הפיתוח של משרד הבריאות. במקביל, יאפשר להם המעסיק לנהל פרקטיקה פרטית בתוך המוסד הציבורי, שבו הם מועסקים, תוך מתן הרשאה (למשל, על פי המדיניות שהוצעה על ידי שר הבריאות לשעבר אפרים סנה) לקבוע בעצמם את תעריפי הטיפול בשר"פ.

האם ישפר השר"פ את איכות הטיפול בבתי חולים ציבוריים?

סוגייה אחרת היא השפעת השר"פ על איכות הטיפול בחולים בבתי חולים ציבוריים. הטענה היא (למשל, דוח ועדת נתניהו, כרך א', 317), שיש תוקף לשיקול העיקרי שעמד לפני כית החולים "הדסה" שעה שהחליט על הנהגת שר"פ, בשנת 1954: משיכת רופאים טובים לעבודה במערכת הציבורית גם בשעות אחר הצהריים והערב, והבטחת נוכחותם בבית החולים במשך שעות ארוכות, הן לטובת החולים הפרטיים והן לטובת החולים הציבוריים. לאיכות הטיפול בבתי חולים היבטים רבים וחשובים. מקוצר היריעה, נתייחס בעיקר לשאלת השפעתו של השר"פ על שיעור האשפוזים המיותרים וימי האשפוז המיותרים — שהן סוגיות מכריעות בחשיבותן לחולה הבודד ולמערכת הבריאות והוצאותיה — ולאנו דווקא לסוגייה — כיצד שר"פ משפיע על מספר שעות השהות של הרופא בבית החולים.

עוד לפני העלייה מברית המועצות לשעבר היה היחס בין מספר הרופאים לבין

החולים הכלליים, חולשת גם, בתוקף העובדה שהנמנים עימה כוללים את ראשי המחלקות בבתי החולים, על הקליטה, הקידום, וקביעת תנאי העבודה של עמיתיהם הזוטרים. הפעלת שר"פ בתנאים אלו צפוי שתחריף ותעצים את פערי השכר בין הרופאים הבכירים לבין הרופאים האחרים בבתי החולים הציבוריים, כולל רופאים מומחים מתחילים, מתמחים, וסטזירים, אשר להם (על פי הנוהגים הקיימים) אין גישה לשר"פ. מנהיגי שביתת הרופאים הגדולה של 1984 באו רובם ככולם מקבוצת רופאים זו (זוסמן וזכאי, 1993). יתכן איפוא שהפעלת שר"פ תביא להחמרת תחושות הקיפוח בין קבוצות רופאים במגזר האשפוזי. מכל מקום, אנו מעריכים שאין בסיס לקביעה, שהפעלת שר"פ בבתי חולים ציבוריים תביא לרגיעה ולשקט תעשייתי בקרב הרופאים המועסקים בהם.

יש מדינות, דוגמת גרמניה (Kirkman-Liff, 1990), אשר בהן קיימת הערפה ברורה בשכר לרופאים בקהילה. רופאים בקהילה נחשבים לחוליה היותר חשובה של מערכת הבריאות בשל היותם החוליה המקשרת בין החולה לשאר מרכיבי מערכת הבריאות, בשל אחריותם לתיאום השירותים הניתנים לחולה, ובשל משמעות עבודתם למניעת מחלות ולשיפור מצב הבריאות של רוב האוכלוסייה, המצוי בקשר עימם (להפניות נוספות לספרות, ר' שירום, 1994). התפיסה היא, שמערכת האשפוז מקיימת קשר עם חלק קטן ביותר של האוכלוסייה, ועוסקת כיום, בעיקר, בתחזוקת חולים קשים במחלות כרוניות חשוכות מרפא כגון מחלות לב וסרטן. שר"פ בבתי חולים ציבוריים יפעל, כפי שניתן לצפות, להרע את תגמוליהם של רופאי הקהילה לעומת רופאי בתי החולים.

לסיכום, שר"פ ממוסד ורשמי בבתי חולים ציבוריים מעניק לקבוצה קטנה של רופאים בכירים צירוף של חבילת הנאות

לרופא יש אינטרס כספי ישיר בביצוע פעילות מסוימת, הוא יפעל להגדלת הביקוש לשירותים רפואיים. ראיות עקיפות לקיום תופעה זו ניתן לקבל גם מן המחקרים שנערכו על אשפוזים מיותרים וימי אשפוז בלתי מוצדקים מסיבות רפואיות בישראל (לסקירת ספרות, ר' מוזס, 1993). תופעות אלו אף מוגברות ומתחזקות דווקא, כאשר שיטת התגמול היא לפי הפעילות הרפואית, לאמור, בשיטה המקובלת בשר"פ (למשל: Hornbrook & Berki, 1985).

להשפעות אלו, של מספר הרופאים ושל שיטת התגמול, מתווספת, בתנאים הישראליים, הנטייה ל"רפואה הגנתית". המונח "רפואה הגנתית" מתייחס לנטייה של רופאים לבצע בדיקות, אשפוזים ולעתים אף ניתוחים על מנת להגן על עצמם מפני תביעות עתידיות הקשורות לרשלנות רפואית. לפי עדויות שהושמעו בפני ועדה ממשלתית בראשות השופט קלינג (לפי "גלובס" מיום 19.5.95), תופעה זו קנתה לה אחיזה מאד משמעותית בבתי החולים בישראל, והיא מוצאת ביטוי בכך שהוצאות הביטוח של רופאים בבתי החולים הממשלתיים, כנגד תביעות כגין רשלנות רפואית, גדלו בשנים 1992-1995 בשיעור של 300% ומעלה. בשל עלות ביטוח זה בלבד, עשויים רופאי בתי חולים ממשלתיים להעדיף שר"פ, המתכצע בין כותלי בית החולים הממשלתי.

שיקולים חברתיים בהפעלת השר"פ

מערך נוסף, ומכריע להערכתנו, בהפעלת שר"פ בבתי חולים ציבוריים קשור להשפעות החברתיות הרחבות יותר של השר"פ. אין

האוכלוסייה בישראל מן הגבוהים בעולם. לכ-13,000 הרופאים בגילאי העבודה, שהיו בישראל ב-1989, הצטרפו עוד כמספר הזה של רופאים עולים מברית המועצות לשעבר, שעבדו כרופאים לפני עלייתם (נוה וניראל, 1995). מתוך קבוצת עולים אחרונה זו, פנו כ-9,000 למשרד הבריאות בבקשה לקבל רשיון לעסוק ברפואה בישראל (נוה וניראל, 1995). לכאורה, צריך היה הגידול העצום שחל בהיצע הרופאים בישראל בעקבות העלייה מברית המועצות לשעבר, להביא במישרין לירידה בשכר הרופאים בכלל ולצמצום הכנסתו של כל רופא, וזאת בהנחה שהביקוש לשירותיהם משתנה בקצבי שינוי קטנים בהרבה. למעשה, ידועה ומתועדת היטב בספרות התופעה שדווקא בתנאים אלו חלה עלייה, הן במחירם של שירותי הרפואה, והן בהיקף המסופק, כתוצאה מיצירת ביקוש על ידי הרופאים (לסקירת ספרות, ר': Pauly, Eisenberg, Radany et al., 1992; אחדות וגבע, 1994, 20-24). עובדה היא שבהסכמים הקיבוציים שנחתמו בשנים 1993-1994 הגיעה הסתדרות הרופאים להישגים הגבוהים ביותר מבין כל קבוצות השכירים המאורגנות במשק הישראלי (למשל, המכון למחקר חברתי וכלכלי, 1995, עמ' 2).

הספרות הנ"ל מביאה ראיות לכך, שרופאים מביאים להגדלת הביקוש לשירותים רפואיים באמצעות שליטתם בידע התמחותי, המונופול המסור לידם כשליטה על תהליכי ריפוי, ובהשפעתם על תנאי השירות הרפואי. ברוב המחקרים, שבהם נערכה השוואה של שכיחות יחסית של ניתוחים וטיפולים כירורגיים של מטופלים, בין אלה שבגין הטיפול בהם שולם סכום קבוע מראש, לבין אלה ששילמו לפי הפעילות המוגדרת (Fee for service) — נמצאה שכיחות גבוהה יותר בקרב המטופלים כקבוצה השנייה (אחדות וגבע, 1994, 22). משמע, כאשר

לשעבר, אפרים סנה, תהיה בכך תרומה ישירה וחשובה לקיטוב המעמדי בישראל ולפגיעה בתחושות הסולידריות, שעדיין קיימות בחברה הישראלית (זוסמן, 1995). שירותי הבריאות הציבוריים אמורים להיות כלי חשוב ורב ערך בקידום תחושת הסולידריות הבין-מעמדית בחברה הישראלית.

לא עלה בידנו למצוא ראיות לכך, ששר"פ יקדם את איכות הטיפול בבתי חולים או יזרים מקורות נוספים (לא לו שניתן להשיגם באמצעות הביטוחים המשלימים). שר"פ מעודד ומטפח קבוצת רופאים קטנה יחסית בבתי החולים. זוהי הקבוצה היחידה שיש ראיות מוצקות לכך, שהיא עשויה ליהנות במישורין מהנהגת השר"פ. האמנם מתממש החשש שהועלה בספרות (ישי, 1994, 27), לפיו ניהול הבריאות על ידי רופאים יהיה גם ניהול למען הרופאים?

ספק שהפעלת שר"פ בבתי חולים ציבוריים תביא ליצירת שתי רמות טיפוליות בתוך בית החולים ולהבדלי נגישות לכל סוגי הטיפול השכיחים בשר"פ על פי מעמד כלכלי של החולה. בתנאים הקיימים של קביעת תורים לניתוחים והקצאת זמן רופאים לחולים, המוכתבים כיום על ידי שיקוליהם של מנהלי מחלקות שהם רופאים בכירים, קל יחסית לשער, שהעדפת חולי שר"פ בנגישות לטיפולים, שבהם יש תור, תתמסד. העדפה זו הפכה להיות תופעה ממוסדת בבתי החולים, שבהם מופעל שר"פ בכל הקשור בתור לניתוחים כירורגיים.

הפעלת שר"פ בבתי חולים ציבוריים תגדיל את הפערים בין רובדי החברה הישראלית ותיצור אי-צדק בחלוקת שירותי האשפוז. אם אכן יופעל שר"פ בכלל בתי החולים הממשלתיים, על פי חפצו של שר הבריאות

ביבליוגרפיה

- אחדות, ל' וגבע, י' (1994). השפעת המחיר על הביקוש לשירותי בריאות: סקירת ספרות. תל השומר: המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות.
- דורון, א' (1995). "שירותי הרפואה בישראל: מבט על שנות ה-90". ב: דורון, א' (עורך), בזכות האוניברסליות: האתגרים של המדיניות החברתית בישראל. (עמ' 179-203). ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- דורון, א' (1989). "הפרטה של שירותי הרווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית". בטחון סוציאלי, 34, 33-81.
- דורון, א' (1979). "שירותי רפואה בישראל - מבט מזווית אחרת". בטחון סוציאלי, 17, 15-26.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) (מאי, 1995). "ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 1992 ואומדן מוקדם לשנת 1993". המוסף לירחון הסטטיסטי, 107-157.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1994). שנתון סטטיסטי לישראל: 1993. ירושלים: הלשכה.
- המכון למחקר כלכלי וחברתי של ההסתדרות (1995). מידע חודשי בנושאי משק וחברה, 42, 1-3.
- ועדת נתניהו (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. דין וחשבון. כרך א': דעת הרוב, כרך ב': דעת המיעוט. ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- זוסמן, צ' (1995). "מהסכמים קיבוציים לחוזים אישיים: שכר, יחסי עבודה וההסתדרות". רבעון לכלכלה, 42, 17-36.
- זוסמן, צ' וזכאי, ד' (1993). "פערי שכר בין בכירים לזוטרים ומשברים במערכת הרפואה הציבורית, 1990-1994". סקר בנק ישראל, 67, 39-64.
- ישי, י' (1990). כוחה של מומחיות - ההסתדרות הרפואית בישראל. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- ישי, י' (1994). רופאים ומדינה: תאגוד בתי החולים בישראל. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.

- מוט, ב' (1993). בקרת אשפוזים בבתי חולים: ריסות מיטות כחלופה למערכת תשלומים פרוספקטיבית (DRG). תל השומר: מכון גרטנר לאמידמולוגיה וחקר מדיניות בריאות.
- מיינרד, א' (1993). "טיפול רפואי למי – הטעלת העדפות ציבוריות". בטחון פוציאלי, 39, 29-36.
- משרד הבריאות (1988). מערכת הבריאות בישראל – נתונים ומגמות. מוגש לוועדת החקירה הממלכתית. ירושלים: משרד הבריאות.
- משרד מבקר המדינה (1988). דין וחשבון שנתי לשנת 1987. ירושלים: המשרד.
- נוה, ג' ונירל, ג' (1995). קליטתם בתעסוקה של רופאים עולים מברית המועצות לשעבר: ממצאים ראשוניים. ירושלים: ג'ינט-מכון ברוקדייל, דוח מחקר, 95-239.
- צ'יניובסקי, ד' (1993). "רפורמות במערכות הבריאות בדמוקרטיה מתועשות: צמיחתו של מודל חדש". בטחון פוציאלי, 39, 5-37.
- קופ, י', רינבלט, ג' וכלנקט, י' (1994). "הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים". מתוך: י' קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1993-1994, עמ' 15-52. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שירום, א' (1991). "הוויכוח על מדיניות בריאות: על דו"ח ועדת החקירה הממלכתית". בטחון פוציאלי, 37, 55-70.
- שירום, א' (1994). שירותי בריאות מוגעים בישראל: תמונה מצב וחלופות למדיניות. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שכטר, מ' ושביט, ח' (1992). "הנהגת שירותי רפואה נוספים פרטיים בבתי חולים ציבוריים: בדיקה כלכלית". רבעון לכלכלה, 39, 309-320.
- Appleby, J. & Yates, J. (1995). "Waiting for fairness". *Health Services Journal*, 9:34-35.
- Butler, P. (1994). "Doctors put patients at risk". *Health Services Journal*, 8:3-4.
- Chirikos, T.N. (1993). "The relationship between health and labor market status". *Annual Review of Public Health*, 14:293-312.
- Glennerster, H. & Manos, M. (1994). "The English and Swedish health care reforms". *International Journal of Health Services*, 24:231-251.
- Higgins, J. & Rosenthal, M. (1993). "The development of private medicine in Britain and Sweden". *Research in the Sociology of Health Care*, 10:47-69.
- Hornbrook, M.C. & Berki, S.E. (1987). "Practice mode and payment method effects on use, costs, quality and access". *Medical Care*, 23:484-511.
- Limb, M. (1994). "Private work deprives NHS patients". *Health Services Journal*, 8:3-4.
- Marmot, M. & Theorell, T. (1991). "Social class and cardiovascular disease: The contribution of work". In: J.F. Johnson & G. Johansson, (eds.), *The psychosocial work environment* (pp. 33-49). Amityville, N.Y.: Baywood Publishing Co.
- Newhouse, J.P. (1981). "The erosion of the medical market place". *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2:1-34.
- Pauly, M.V., Eisenberg, J.M., Radany, M.H., Erder, M.H., Feldman, R. & Schwartz, J.S. (1992). *Paying physicians: Options for controlling cost, volume, and intensity of services*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Rice, T.H. (1984). "Physician-induced demand for medical care: New evidence from the Medicare program". *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2:129-160.
- Saltman, R.B. (1994). "Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: A conceptual framework". *International Journal of Health Services*, 24:201-229.
- Schnall, P.L., Landsbergis, P.A. & Baker, D. (1994). "Job strain and cardiovascular disease". *Annual Review of Public Health*, 15:381-411.

בחירה שלילית ו"איסוף השמנת" בשוק ביטוח הבריאות המשלים בישראל

מאת ד"ר עמיר שמואלי*

1. מבוא

בחירה שלילית (Adverse Selection) פירושה מצב שבו בני אדם מנבאים את עלויות הטיפול הרפואי שלהם באופן מדויק יותר מאשר המבטח. במצב זה, הביטוח המוצע תמורת פרמיה קבועה הוא מושך יותר עבור החולים ביותר, כלומר – אלה המייצגים את הסיכון הגבוה ביותר. כאשר הפרמיות עבור קבוצת-משנה של האוכלוסייה (כגון, לפי גיל, מין, מנהגי עישון וכו') הן קבועות, יהיה לאלה שהם חולים יותר מן הממוצע בקבוצת המשנה העניין הרב ביותר לרכוש ביטוח.

כדי למנוע מצב כמו זה, המבטח מסרב לבטח פרטים בעלי סיכון גבוה מן הממוצע בכל קבוצת-משנה בעלת פרמיה קבועה. זוהי התופעה הנקראת "איסוף השמנת" (Cream Skimming).

אף-על-פי שתופעת הבחירה השלילית ו"איסוף השמנת" מוכרות היטב בשוקי הביטוח באופן כללי, ובשוק ביטוח הבריאות

בפרט, הן כמעט לא נחקרו עד כה בצורה אמפירית (Pauly, 1986).

סוג אחד של ביטוח בריאות, שבו צפוי שבחירה שלילית ו"איסוף השמנת" ימלאו תפקיד נכבד ביותר הוא ביטוח הבריאות המשלים (להלן כ"מ). מרקוז ופלפס (Marquis & Phelps, 1987) מצאו, כי משפחות, אשר הוצאותיהן הרפואיות צפויות להיות גבוהות, יחסית, היו מוכנות לשלם יותר עבור פוליסות ביטוח משלים שהוצעו להן באופן היפותטי. לדברי המחברים, ממצאים אלה מעוררים דאגה באשר להמשך קיומו של שוק הביטוח המשלים ויציבותו בעתיד. וולף וגודיריס (Wolfe & Goddeeris, 1991), שניתחו את הביטוח המשלים של Medicare (Medigap), מצאו ראיות למידה קטנה של בחירה שלילית.

הראיות על "איסוף השמנת" מצומצמות יותר. רייס ומקקול (Rice & McCall, 1985) מצאו בסקר שערכו בקרב אלה שאין להם ביטוח מסוג Medigap, שרק אנשים מעטים דיווחו על סירוב או על כיטול ביטוח. מנתונים ישראלים משנת 1993 (ראה פרק 3

* מכון גרטנר לחקר מדיניות בריאות; ביה"ס לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית בירושלים.

2. שוק הביטוח המשלים בישראל¹

כמעט כל האוכלוסייה הישראלית (95%) מבוטחת (בביטוח בריאות בסיסי) באחת מארבע קופות החולים הגדולות הפועלות בישראל. את הביטוח המשלים מספקות הן קופות החולים והן חברות מסחריות. שני סוגי הפוליסות מכסים שירותים, שאינם כלולים בביטוח הבסיסי ומאפשרים בחירה וגמישות נוספת לגבי שירותים הכלולים בביטוח הבסיסי.

הביטוח המשלים שקופות החולים מספקות הוא חלק הכרחי מזכויות החברות. אמנם יש אי-אלו הבדלים בין הקופות השונות, אך בעיקרו של דבר השירותים כוללים ניתוחים והשתלות מחוץ לגבולות ישראל, בחירת המנתח וטיפול במסגרות פרטיות. דמי הביטוח הם סכום קבוע למשפחה, בניגוד לדמי הביטוח הנגבים עבור ביטוח הבריאות הבסיסי, הנקבעים לפי ההכנסה וגודל המשפחה.

את הביטוח המשלים המסחרי מספקות בעיקר 20 פוליסות שונות, שמציעות שש חברות ביטוח. השוק עדיין "מתפתח"; הפוליסות הראשונות הוכנסו לשוק בשנת 1987. פוליסות אלה כוללות שלושה סוגי ביטוח: טיפול שיניים, טיפול סיעודי וטיפול אקוטי. לדעת כהן וברנע, מאז שנת 1990, ביטחו את עצמם בין 10% ל-13% מן האוכלוסייה בביטוח בריאות משלים מסחרי כלשהו (כהן וברנע, 1991). נתונים שהעלה סקר הוצאות המשפחה 1993, הראו, כי ל-

להלן) עולה, ש-11% בקירוב מן האוכלוסייה העירונית בגיל 45-75 היו רוצים להחליף את קופת החולים (הביטוח הבסיסי), שהם חברים בה (הסיבות מדוע אינם עושים זאת אינן ידועות) וכי 3.2% ניסו להחליפה ולהירשם כחברים בקופה אחרת, אך יותר ממחציתם נדחו. בערך 60% מן האחרונים דיווחו על מצב בריאות גרוע עד בינוני, לעומת 40% מכלל האוכלוסייה שהיו במצב בריאות זה. אמנם נתונים אלה אינם סופיים, אך יש בהם כדי להראות, שתופעת "איסוף השמנת" אכן קיימת, לפחות בשוק ביטוח הבריאות הבסיסי.

דפוסי הבעלות של בב"מ, הנצפים בפועל, מעוצבים הן על-ידי הבחירה השלילית, והן על-ידי "איסוף השמנת". אומדן הצורה המצומצמת של השפעת מצב הבריאות על בעלות של בב"מ הוא תרכובת של ההשפעות האמיתיות של בחירה שלילית מצד המבוטחים ושל "איסוף השמנת" מצד המבטחים. מטרת המחקר הנוכחי היא לזהות באופן אמפירי את ההשפעות האמיתיות הנפרדות של הבחירה השלילית ושל "איסוף השמנת", ולהעריך את השלכותיהן על הבעלות של ביטוח משלים.

בפרק 2 מתואר בקצרה שוק הביטוח המשלים בישראל. פרק 3 מציג את נתוני הסקר, ואת המשתנים העיקריים. פרק 4 מנתח את משוואת הצורה המצומצמת של הבעלות על ביטוח משלים. פרק 5 מציג את אומדני המבנה של משוואת פניית הלקוח ואת משוואת החלטת המבטח. המסקנה העיקרית היא, שבשוק הביטוח המשלים בישראל קיימות השפעות חזקות של בחירה שלילית ושל "איסוף השמנת".

1. לתיאור מפורט ראה כהן וברנע, 1991. הנהגת ביטוח בריאות ממלכתי ב-1 בינואר 1995 אמורה היתה להשפיע על שוק ביטוח הבריאות ובמיוחד על שוק ביטוח הבריאות המשלים. התיאור והניתוח שלהלן נכונים לתקופה שלפני הנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל.

45-75, המתגוררים באזורים עירוניים. אחד מחלקי הסקר, שהתייחס לנושאים נוספים הנוגעים לבריאות, הוקדש לחקירת דפוסי הבעלות על ביטוח רפואי.

הנחקרים נשאלו – האם יש ברשותם אחד מסוגי הביטוח המשלים המסחרי האלה: טיפול סיעודי, טיפול שיניים, טיפול אקוטי וטיפול חירום (בעיקר למקרים של מחלות לב). לפי הממצאים, ל-9.4% מן האוכלוסייה בגיל 54-75 יש ביטוח משלים לטיפול אקוטי, ל-7.6% יש ביטוח לטיפול שיניים, ל-2.6% יש ביטוח לטיפול סיעודי ול-3.1% יש ביטוח לטיפול במקרה חירום (שח"ל, נטלי וכו'). בעוד של-80% מן המשתתפים במדגם לא היה כל ביטוח משלים מסחרי, ל-18% היתה פוליסה של אחד מסוגי הביטוח שנזכרו לעיל. אמנם נתונים אלה אינם בני השוואה לאלה של כהן וברנע (1991) בגלל טווח הגילים שנכלל בסקר הנוכחי, אבל מן ההשוואה עולה, שבארבע השנים האחרונות היתה בישראל עלייה תלולה ברכישת פוליסות ביטוח רפואי משלים מסחרי.

מכאן ואילך יתמקד המאמר בביטוח המשלים המסחרי לצורך טיפול אקוטי. לוח 1 מציג את מאפייניהם של המבוטחים בביטוח משלים ושל אלה שאינם מבוטחים בביטוח כזה. כפי שמוצג בלוח, מצב בריאותם וגם מצבם הכלכלי של המבוטחים טוב יותר מזה של הלא-מבוטחים. גם רמת השכלתם גבוהה יותר. זאת ועוד, גברים ובני אדם נשואים מיוצגים ייצוגייתר בקבוצת מבוטחים זו. רייס ומקול (Rice & McCall, 1985), וגם כריסטנסן, לונג ורוג'רס (Christensen, Long & Rogers, 1987) מצאו אצל קשישים אמריקאים דפוס דומה מבחינת הבעלות על ביטוח משלים (Medigap). ההבדל היחיד הוא נטייה רבה יותר של נשים אמריקאיות קשישות לרכוש ביטוח משלים, לעומת הגברים הקשישים.

7% מן האוכלוסייה יש ביטוח משלים מסחרי לצורך טיפול אקוטי וטיפול סיעודי.

ביטוח משלים מסחרי לצורך טיפול אקוטי מספק כיסוי לפיצוי במקרים של התקפי לב, אירועים מוחיים, סרטן, אי תפקוד כליות והשתלת כליה, וגם כיסוי לשיפוי במקרים של ניתוח לב, צינתור, טיפול בעזרת בלון והשתלות לב. הגמלאות של פוליסות הפיצוי משמשות, בדרך כלל, לתשלום עבור ניתוחים פרטיים, בחירת רופא וטיפולים מיוחדים. לפי הערכת כהן וברנע, ל-2.5% בערך מן האוכלוסייה יש פוליסות ביטוח לצורך טיפול אקוטי. דמי הביטוח נקבעים לפי גיל, מין והרגלי העישון (כהן וברנע, 1991). יש שונות גדולה בדמי הביטוח גם בפוליסות דומות. הפוליסות הזולות ביותר ללא-מעשנים עבור גימלה בת 10,000 ש"ח (בפברואר 1992) הן: לגברים בגיל 35 – 15 ש"ח, לנשים בגיל 35 – 11 ש"ח; לגברים בגיל 50 – 130 ש"ח, לנשים בגיל 50 – 68 ש"ח; לגברים בגיל 60 (חידוש פוליסה בלבד, ר' להלן) – 320 ש"ח, לנשים בגיל 60 (חידוש פוליסה) – 205 ש"ח. מעשנים משלמים לפחות 15% יותר.

האמצעים ל"איסוף השמנת" כוללים מגבלות גיל וסינון מבוטחים. רכישת הביטוח המשלים אופיינית בעיקר לבני 20 עד 55. הכיסוי מסתיים בגיל 65. הסינון מבוסס בדרך כלל על מצב רפואי קיים, תקופות המתנה של 90 יום ובדיקות רפואיות, הנעשות מחמירות יותר ככל שהגיל עולה.

3. הסקר ונתוניו

בין אוקטובר 1993 לפברואר 1994 ערך מכון גרטנר סקר פנים-אל-פנים על מדגם של 2000 נבדקים, המייצג 800,000 אזרחים יהודים בני

לוח 1. מאפייני האוכלוסייה בישראל לפי בעלות על ביטוח משלים (ממוצעים)

סך הכל	חסרי ביטוח משלים	בעלי ביטוח משלים	
.948	.978	.560	מצבים כרוניים (מספר) ¹
71.5	70.7	78.8	² SF36
.482	.466	.643	מצב כלכלי (1=טוב)
.473	.463	.577	מין (1=גברים)
58.0	58.6	52.4	גיל
10.8	107	12.4	מספר שנות לימוד
.790	.787	.813	מצב משפחתי (1=נשוי)
1965	1783	182	n

1. קיימים לכל היותר שמונה מצבים כרוניים: כיב קיבה כרוני, מחלות כליות, שיגרון, סרטן, יתר לחץ דם, אסטמה, מחלות לב וסכרת.
2. ר' וייר ושרבורן (Ware and Sherbourne, 1992). הסולם שהשתמשו בו (0 = חולה מאוד, 100 = בריא מאוד) הוא הממוצע של שמונה סלמות ספציפיים המודדים בריאות, כפי שדיווח עליה הנבדק בעצמו בתחומי בריאות אלה: תפקוד גופני, יכולת גופנית, כאב גופני, בריאות כללית, חיוניות, תפקוד בחברה, יכולת ריגושית ובריאות הנפש. הסולם שהתקבל הוא בעל מהימנות אלפא של 0.90. קיומו של מימד בסיסי אחד אומת גם בעזרת ניתוח מרכיבים עיקריים.

אלה איננו נובע מ-multicollinearity היות שאף אחד מהם לא נמצא מובהק גם בהעדר השני. וולף וגודרייס (Wolfe & Goddeeris, 1991) קיבלו תוצאה דומה בניתוח פחות או יותר דומה. מאחר שמצב הבריאות הוא משתנה עיקרי מבחינת ההוצאה הצפויה על טיפול רפואי, אפשר להסיק מממצא זה, שאין בשוק הביטוח המשלים לא בחירה שלילית ולא "איסוף השמנת". אך ההשפעה הלא מובהקת של מצב הבריאות על הבעלות על ביטוח משלים עלולה, יחד עם זאת, לנבוע מאי-יכולת לזהות את הביקוש של הצרכן ואת ההיצע של המבטח. אם, אכן, בני אדם, שהם חולים יותר מן הממוצע, נוטים לבקש לרכוש ביטוח משלים, ואם מבטחים בוררים מתוכם את הסיכונים הטובים ביותר, כי אז

4. אומדני הצורה המצומצמת של בעלות על ביטוח משלים

מקדמי הצורה המצומצמת אומדים את השפעותיהן של תכונות אוכלוסייה על ההסתברות להיותם בעלי ביטוח משלים מסחרי לצורך טיפול אקוטי, ללא אבחנה בין פנייתו של הצרכן לבין תגובתו של המבטח. לוח 2 מציג את אומדני ML Probit של משוואת הצורה המצומצמת. לפי לוח 2, למצב הבריאות אין כל השפעה על בעלות על ביטוח משלים. הדבר חל על מדד "מספר המצבים הכרוניים" של הבריאות, כמו גם על מדד ה-"SF 36" של הבריאות. יש לציין, שהעדר המובהקות של מדדים

לוח 2. הצורה המצומצמת של הבעלות
על ביטוח משלים (ML Probit)

ערך ז	אומדן	
0.0	.005	קבוע
0.8	-.041	מצבים כרוניים (מספר)
0.7	.186	ISF36 ¹
2.6	.231	מצב כלכלי (1=טוב)
3.2	.278	מין (1=גברים)
6.8	-.355	גיל (10:)
3.3	.039	מספר שנות הלימוד
2.0	-.226	מצב משפחתי (1=נשוי)
	.100	טיב ההתאמה ²
		1,965 = n

1. ר' הערה 2 בלוח 1.

2. מחושב כך: $1 - \text{Log L (model)} / \text{Log L (slopes = 0)}$

מצב כלכלי טוב יותר קשור לסבירות גבוהה יותר לבעלות על ביטוח משלים. קשר דומה בקרב קשישים אמריקאים מצאו וולף וגודיריס (Wolf & Goddeeris, 1991), רייס ומקקול (Rice & McCall, 1985), כריסטנסן, לונג ורוג'רס (Christensen, Longe & Rogers, 1987). השפעה חיובית זו של העושר עולה בקנה אחד עם שנאת סיכון, הגוברת עם גידול העושר. זאת ועוד, יש בכך גם כדי לשקף ביקוש לטיפול באיכות גבוהה, שמי שהוא עני אינו יכול להרשותו לעצמו. מאחר שדמי הביטוח המשולמים עבור ביטוח משלים אינם תלויים בהכנסה (שלא כמו דמי הביטוח הבסיסי), אין למבטח כל תמריץ להעדיף אנשים עשירים.

יש מספר הסברים להשפעתה החיובית של רמת ההשכלה על הבעלות על ביטוח משלים. ראשית, תיאוריית העדפת הזמן (Fuchs, 1982), הגורסת, שאנשים בעלי שיעורי העדפת זמן גבוהים יותר משקיעים יותר בהון אנושי (ופיזי), בעיקר בחינוך ובבריאות.

מצב הבריאות של בעלי הביטוח יהיה דומה (אם גם מעט פחות טוב) לזה של אלה שאין להם ביטוח כזה. טיעון זה ייבחן בהמשך. ממצא נוסף, שהוא רלוונטי בהקשר זה, הוא השפעת הגיל על הבעלות. עיון בלוח 2 מעלה, שיש קשר חזק בין גיל מתקדם ובין סבירות נמוכה יותר לבעלות על ביטוח משלים, אולם מתיאור שוק הביטוח בפרק 2 לעיל עולה בבירור, שניתן לזקוף השפעה זו, לפחות בחלקה, לתקנות הנוגעות לבחירת המבוטחים. כללי ההצטרפות מונעים כיסוי מאנשים מעל גיל 65. אשר להשפעת הגיל השלילית בגילים נמוכים יותר, דומה, שיש הסבר לכך והוא היבט הביקוש. ראשית, גיל מתקדם קשור לדמי ביטוח גבוהים יותר, ולפיכך עבור מצב כלכלי קבוע – הפוליסה פחות מושכת. שנית, התועלות השוליות של שירותי המותרות המכוסים בביטוח המשלים (בחירת הרופא, השתלות, חדר פרטי וכיוצא באלה) נמוכות יותר בגילים המתקדמים יותר, לאור תוחלת החיים הקצרה יותר של קשישים.

של הצרכן לרכוש פוליסת ביטוח, והבחירה שהמבטח עושה בהחליטו את מי מבין הפונים לבטח.

5.1 פניית הצרכן לקבלת ביטוח משלים

לפי המודל הבסיסי של הביקוש לביטוח רפואי (Arrow, 1963), הצרכנים מבקשים להביא למקסימום את התועלת הצפויה מעושר. נוכח פרמיה נתונה, אדם יבקש לרכוש ביטוח, אם התועלת שתצמח לו מן הביטוח גבוהה יותר מן התועלת שהוא מצפה לה בלעדיו. באופן פורמלי, ניתן להגדיר את הרווח מן הביטוח כך:

$$I^*(w, P, h) = E\{U[w - c(h^*)] | h\} - U(w-p) \quad (1)$$

h הוא מצב הבריאות הנוכחי של פרט, ו- $c(h^*)$ הוא עלויות הטיפול הרפואי כעתיד, הקשורות במצב הבריאות בעתיד h^* . מצב הבריאות בעתיד h^* הוא משתנה אקראי. I^* אינו נצפה, אך ההנחה היא שהצרכן פונה לרכוש ביטוח ($I=1$) אם $I^* < 0$. השפעת הבחירה השלילית נובעת מכך, שכאשר הפרמיה היא P , כפי שמחליט על כך המבטח, אנשים פחות בריאים – המצפים לעלויות גבוהות יותר c – יראו את הביטוח כמושך יותר מכפי שיראוהו אנשים בריאים יותר. כאשר העושר (w) מוחזק קבוע, דמי ביטוח גבוהים יותר עושים את הביטוח למושך פחות. השפעת העושר תלויה ביחס לסיכון.

את I^* ניתן לקרב ע"י:

$$I^* = X\beta + \varepsilon_1 \quad (2)$$

x הוא וקטור של תכונות אישיות שהופיעו במשוואה בלוח 2, כולל h ו- w . β הוא וקטור של הפרמטרים של המודל, ו- ε_1 הוא רעש מקרי.

אפשר לראות בביטוח משלים השקעה בטיפול רפואי באיכות גבוהה יותר, ולפיכך גם בבריאות. שנית, מאחר שבעלי השכלה גבוהה יותר נוטים להיות ערים יותר להתקדמות הטכנולוגיה הרפואית ולאפשרויות הטיפול הזמינות – ביטוח משלים, המכסה שיטות טיפול מיוחדות ומבחר גדול יותר, עשוי להיות מושך מבחינתם. שלישית, בעלי השכלה גבוהה יותר נוטים לדעת יותר אילו הם השירותים המכוסים בביטוח הבסיסי, ואילו שירותים מכוסים בביטוח המשלים (Davidson, Sofaer & Gertler, 1992; Rice, 1987).

לפי לוח 2, גברים ישראלים נוטים לרכוש ביטוח משלים יותר מנשים ישראליות. כאמור, ההיפך נמצא אצל קשישים אמריקאים ביחס ל-Medigap. הסבר טכני לממצאנו, הוא שמספר הגברים העובדים בחברות המציעות ביטוח משלים גדול ממספר הנשים העובדות בחברות אלה (בעיקר התעשיות הגדולות). הסבר אחר הוא הסיכון הגדול יותר של גברים לפתח מחלות לב, אשר הטיפול בהן הוא מרכיב חשוב בביטוח המשלים לטיפול אקוטי.

ואחרון אחרון, ממצא חשוב נוסף הוא זה שאנשים לא נשואים נוטים לרכוש – כאשר שאר התנאים שווים – ביטוח משלים יותר מאשר אנשים נשואים. דומה, שהמשפחה – במקרה זה בן/בת-הזוג – משמשת מעין מוסד ביטוח תחליפי לשוק.

5. מודל אמפירי של פניית הצרכן ושל החלטת המבטח

המודל המבני של הבעלות על ביטוח משלים מבחין בין שני צדדיה של העיסקה: פנייתו

5.3 המודל האמפירי

המודל המבני מורכב ממשוואות (3) ו-(5). אולם לא S ולא I נצפים. מה שנצפה הוא $S \times I$. המשתנה הנצפה הוא, למעשה, המשתנה התלוי במשוואה. שנאמדה בפרק 4 לעיל.

אולם ההסתברות לבעלות על ביטוח משלים ניתנת לתאור כ:

$$\begin{aligned} \Pr(S \times I = 1) &= \Pr(S = 1 \ \& \ I = 1) \quad (6) \\ &= \Pr(S = 1 | I = 1) \Pr(I = 1) = \\ &= \Pr(\varepsilon_s < -Z\gamma) \Pr(\varepsilon_i < -X\beta) \end{aligned}$$

אם ההתפלגות של ε_s ושל ε_i נורמלית סטנדרטית ואין ביניהם מתאם. זהו מודל ההחלטה הסדרתית, הנצפית חלקית של אבאוד ופרבר (Abowd & Farber, 1982). הפרמטרים (β, γ) מוזהים כל עוד יש לפחות משתנה בלתי חופף אחד ב- Z או ב- X .

6. אומדן הצורה המבנית של בעלות על ביטוח משלים

לוח 3 מציג את אומדני הנראות המקסימלית של המודל המבני (משוואות (3) ו-(5)). מערכת המשתנים המסבירים במשוואת השימוש (X) היא זו המופיעה במשוואת הצורה המצומצמת לעיל. מערכת המשתנים במשוואת החלטת המבטח (Z) כוללת שני מכשירים עיקריים לזיהוי פונים בעלי סיכון גבוה או לדחייתם – גיל ומספר המצבים הכרוניים.

באופן טבעי המוקד העיקרי הוא השפעת מצב הבריאות על ההסתברות לפנות בבקשה לרכוש ביטוח משלים ועל ההסתברות

ההסתברות שפרט יפנה בבקשה להתבטח בביטוח משלים מוצגת כ:

$$\begin{aligned} \Pr(I = 1) &= \Pr(I^* < 0) = \quad (3) \\ &= \Pr(\varepsilon_i < -X\beta) \end{aligned}$$

כאשר כל פונה מאושר על-ידי המבטחים, אזי משוואה (3) מתארת בעלות על ביטוח משלים.

5.2 החלטת המבטח

מבטחים מגסים למקסם רווחים. הם בוורים פונים ברמות סיכון שאינן מאיימות על רווחיהם (תופעת "איסוף השמנת"). רמת סף הסיכון נקבעת בתוך כל קבוצת דמי-ביטוח קבועים בהתייחס לפוליסה בשלמותה, או בהתייחס לחיק הפוליסות (Cave, 1984). על מנת לזהות (ולדחות) סיכונים גבוהים בקרב הפונים, המבטח משתמש גם בכללי ההצטרפות הכלליים (כגון, מגבלות גיל) וגם בבדיקות רפואיות ספציפיות.

$S^*(h)$ מציין את העלויות הרפואיות בעתיד בזיקה למצב הבריאות h , כפי שחחה המבטח. $S^*(h)$ אינו בר-תצפית, אך פונה שמצב בריאותו h , מתקבל $(S=1)$, אם $S^*(h) < R$, כאשר R הוא עלות הסף.

את $S^*(h)$ ניתן לקרב על-ידי:

$$S^* = Z\gamma + \varepsilon_s \quad (4)$$

Z הוא וקטור של תכונות הפונה, הניתנות לצפייתו של המבטח, γ הוא וקטור של פרמטרים של מודל, ו- ε_s הוא רעש מקרי. ההסתברות שפונה יתקבל על-ידי המבטח מוצגת כ:

$$\begin{aligned} \Pr(S = 1 | I = 1) &= \quad (5) \\ \Pr(S^* < 0) &= \Pr(\varepsilon_s < -Z\gamma) \end{aligned}$$

לוח 3. הצורה המבנית של בעלות על ביטוח משלים
(מודל הצפייה החלקית של החלטה סדרתית)¹

הסכמת המבטח	פניות לצרכן	
-1.443 (1.3)	2.872 (2.1)	קבוע
-0.317 (2.8)	.347 (2.2)	מצבים כרוניים (מספר)
—	.285 (0.6)	SF36
—	.477 (2.0)	מצב כלכלי (1=טוב)
—	.463 (2.0)	מין (1=גברים)
.211 (0.8)	.837 (3.6)	גיל (10:)
—	.073 (2.4)	מספר שנות הלימוד
—	-.509 (2.1)	מצב משפחתי (1=נשוי)
	.102	טיב ההתאמה ²
		n = 1,965

1. ערכי z מופיעים בין סוגריים.

2. ר' הערה 2 בלוח 2.

ההשפעה השלילית החזקה של הגיל על בעלות על ביטוח משלים העולה מלוח 2 ניתן לייחס, איפוא, לצד של פניית הצרכן, כתגובה הן על הגדלת דמי הביטוח והן על מגבלת הגיל. לפי אומדן מחדש של המודל תוך התעלמות מבני 65 ומעלה (לאיש מהם אין ביטוח משלים), התוצאות הן בעיקרו של דבר זהות, אך פחות מובהקות.

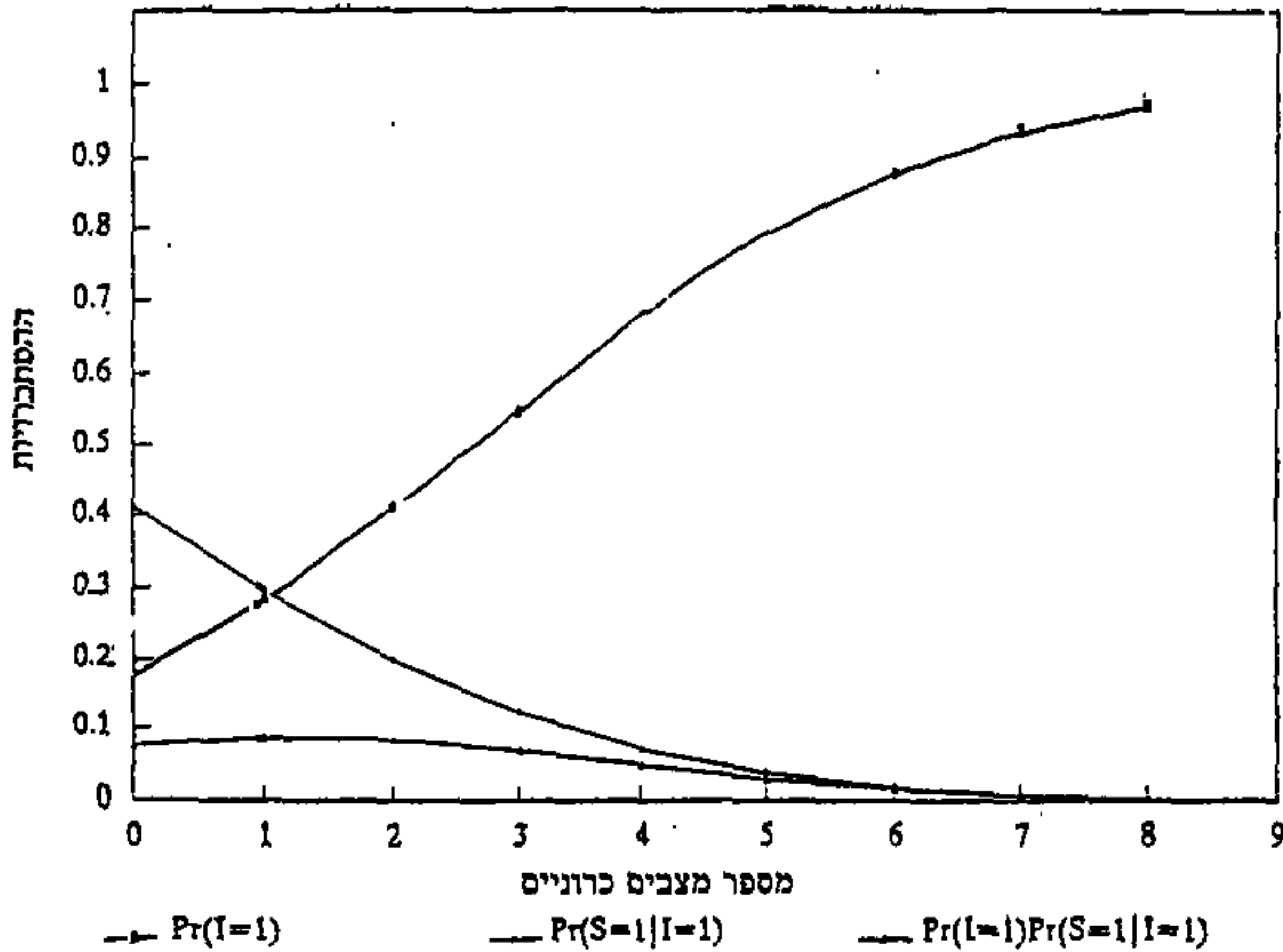
השפעותיהן של שאר התכונות האישיות, בעיקרו של דבר, זהות לאלה שנמצאו במשוואת הצורה המצומצמת.

גורם אחד, אשר המודל הסדרתי אינו מביא בחשבון, הוא האפשרות שמצויים בני אדם שאינם פונים לרכוש ביטוח משלים ואשר המבטח דווקא מעוניין לבטחם. גורם זה נלקח בחשבון במודל החלטה המשולב (Poirier, 1980) היוצא מן ההנחה, שהמתאם בין שתי המשוואות אינו אפס. בחינת מודל זה העלתה, כי הוא מוצלח פחות ממודל החלטה הסדרתי הן מבחינת מובהקותן של ההשפעות והן מבחינת ההתאמה הכללית.

שהמבטח יסכים לבטח. בעוד שלמצב הבריאות המדווח (SF36) אין על כך כל השפעה, למספר המצבים הכרוניים יש השפעה מובהקת גם על הסתברות הפנייה לביטוח המשלים וגם על ההסתברות להתקבל. ההשפעה על הסתברות הפנייה בבקשה להתקבל לביטוח המשלים חיובית ומשקפת השפעה פעילה של בחירה שלילית, ואילו ההשפעה על ההסתברות להתקבל לאחר הפנייה היא שלילית ומשקפת השפעה פעילה של "איסוף השמנת". יש לזכור, שהשפעת המשתנה "מספר המצבים הכרוניים" במשוואת הצורה המצומצמת לא היתה שונה במובהק מאפס. השפעת מצב הבריאות על ההסתברויות השונות מוצגת באופן גרפי בתרשים 1 (ההסתברויות חושבו בנקודות הממוצע של כל שאר המשתנים).

הגיל אינו משמש את המבטחים כאשר הם בודקים את הסיכונים הטובים מבין הפונים. דומה, שהקשישים, היודעים על מגבלת הגיל, אינם פונים, וכשל כך אינם נדחים. את

תרשים 1: ההסתברות לפנות לביטוח (I=1), להתקבל (S=1|I=1), ולהחזיק ביטוח כפונקציה של כריאות.



בעלי השכלה רבה יותר נוטים יותר לרכוש ביטוח משלים. אנשים קשישים נוטים פחות לרכוש ביטוח כזה, בגלל הפרמיה הגבוהה יותר הנדרשת מהם, ובגלל הגבלות על ההצטרפות. למרות שגברים נדרשים לשלם פרמיות גבוהות יותר מאלה שנדרשות לשלם הנשים, גברים נוטים יותר לרכוש ביטוח משלים, כנראה מפני שהם נתונים לסיכון גבוה יותר לחלות במחלות לב.

למרות שהמסקנות העולות ממחקר זה מבוססות על מדגם קטן יחסית (בלי אנשים צעירים עד גיל 44), ועל מספר קטן עוד יותר של בעלי ביטוח משלים, דומה שנבדקו הסוגיות העיקריות של נושא הביטוח המשלים המסחרי לטיפול אקוטי. מחקר נוסף, שיתבסס על מדגם גדול יותר ומייצג יותר, ואשר ישקף את השינויים שיתחוללו בעקבות הנהגת ביטוח הבריאות הממלכתי בישראל, יוכל לאשש או לסתור מסקנות אלה.

7. סיכום

במאמר זה נעשה שימוש במודל של החלטה סדרתית הנצפית חלקית, כדי לזהות את השפעת הבחירה השלילית בביקוש של הצרכן ואת השפעת "איסוף השמנת" בהספקת המבטח ביטוח משלים מסחרי לטיפול אקוטי בישראל. בעוד שבניתוח הצורה המצומצמת של בעלות על ביטוח משלים בישראל שתי השפעות אלה מקוזות זו את זו עד כדי כך שלמצב הבריאות אין כל השפעה מובהקת, באומדן המבנה יש לבחירה השלילית ול"איסוף השמנת" השפעה מובהקת.

ממצאים נוספים מורים, כי אלה שהם עשירים יותר יפנו יותר לרכישת ביטוח משלים — ואף ירכשו אותו. גם אלה שהם

- Abowd, J.M. & Farber H.S. (1982), "Job queues and the union status of workers", *Industrial and Labor Relations Review*, 35:354-367.
- Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53:941-973.
- Cave, J. (1984), "Equilibrium in Insurance Markets with Assymetric Information and Adverse Selection", *Rand Report R-3015-HHS*, April.
- Cohen, M.A. & Barnea T., The Rise of Supplemental, *Commercial Health and Long Term Care in Israel*, Summary Report, JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, RR-23-91, June 1991.
- Christensen, S., Long S.H. & Rodgers J. (1987), "Acute Health Care Costs for the Aged Medicare Population: Overview and Policy Options", *The Milbank Quarterly*, 65:397-425.
- Davidson, B.N. Sofar S. & Gertler P. (1992), "Consumer Information and Biased Selection in the Demand for Coverage Supplementing Medicare", *Social Science and Medicine*, 34:1023-1034.
- Fuchs, V.R. (1982), "Time Preference and Health: An Exploratory Study", In: Fuchs. V.R. (ed.), *Economic Aspects of Health*, Chicago: NBER, University of Chicago Press.
- Kotlikoff, L. & Spivak A. (1981), "The Family as an Incomplete Annuities Market", *Journal of Political Economy*, 89:372-391.
- Marquis, M.S. & Phelps C.E. (1987), "Price Elasticity and Adverse Selection in the Demand for Supplementary Health Insurance", *Economic Inquiry*, 24:300-313.
- Pauly, M.V. Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy, *Journal of Economic Literature*, 24:629-675, 1986.
- Poirier, D.J. (1980), "Partial Observability in Bivariate Probit Models", *Journal of Econometrics*.
- Pollak, R.A., (1985), "A Transaction Cost Approach to Families and Households", *Journal of Economic Literature*, 23:581-608.
- Posner, R.A., (1980), "A Theory of Primitive Society with Special Reference to Law", *Journal of Law and Economics*, 23:1-53.
- Rice, T., (1987), "An Economic Assessment of Health Care Coverage for the Elderly", *The Milbank Quarterly*, 65:488-520.
- Rice, T. & McCall N., (1985), "The Extent of Ownership and the Characteristics of Medical Supplemental Policies", *Inquiry*, 22:188-200.
- Shmueli, A., (1992), "Honor Thy Father and Mother: An Economic Investigation of the Support of Frail Elderly Parents", *Ph.D Thesis*, The Hebrew University, October 1992.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992), "The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection", *Medical Care*, 39:473-483.
- Wolfe, J.R. & Goddeeris J.H. (1991), "Adverse Selection, Moral Hazard and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market", *Journal of Health Economics*, 19:433-459.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי – השלכות על שירותי בריאות מניעתיים לאם ולילד

עבר, הווה ועתיד

מאת פרופ' חוה פלטי*

בראל, גלסר, תיאודור, 1993 ; Braverman, ;
(Oliva, Miller, 1989).

על מנת להתגבר על בעיות אלו ואחרות הופעל בישראל חוק ביטוח בריאות ממלכתי למן ה-1 בינואר 1995. על פי חוק הבריאות הממלכתי מובטחים לכל אזרחי ישראל שירותי בריאות, המוגדרים כ"סל שירותי הבריאות" והכוללים: אבחון רפואי וטיפול מרפאתי, שירותי רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות, אשפוז, תרופות, מכשירים ואבזרי עזר רפואיים, רפואת שיניים מונעת לילדים, טיפולים במחלות כרוניות, שירותי חירום ועזרה ראשונה, ואחרים.

כד בכד עם הפעלת חוק הבריאות הממלכתי הוצע לארגן מחדש כמה שירותים. אחד השינויים הבסיסיים שנכללו בחוק, הינו איחוד השירותים הקורטיביים עם השירותים המניעתיים עבור תינוקות, ילדים, ונשים הרות. השירותים המניעתיים לאם ולילד יינתנו במסגרת השירותים הקורטיביים של קופת החולים שבה הם מבוטחים. קופות החולים תהיינה אחראיות על הטיפול הכוללני של

הקדמה

ארגון הבריאות העולמי שם לו כמטרה לקראת שנת 2000: להשיג רמת בריאות טובה לכל האוכלוסייה על פני כדור הארץ, לאפשר לכל אזרח למצות את הפוטנציאל האישי שלו, ולחיות חיי חברה וכלכלה פוריים. אחד האמצעים לשם השגת מטרה זו, הינו אספקת שירותים רפואיים לכל (WHO, 1985). ביטוח בריאות לכלל האוכלוסייה הינו אחת הדרכים להקטנת המחסומים לקבלת טיפול רפואי. העדר ביטוח רפואי יוצר אי-נגישות לשירותים, ובשל כך מביא לדחייה בקבלת טיפול, ולאי-ניצול שירותים מניעתיים ומקדמי בריאות.

בישראל, כמו בארצות אחרות, העדר ביטוח רפואי היה בעיקר בקרב מיעוטי יכולת, ובעיקר בקרב עולים חדשים, ובני מיעוטים. שיעור המשפחות הרב-בעייתיות היה גבוה דווקא בקרב משפחות אלו, ורבבות ילדים היו ללא ביטוח רפואי בשנים האחרונות (ליסון,

* מנהלת יחידת אם וילד, המחלקה לרסואה חברתית, הסתדרות מדיצינית הדסה, וכית הספר לבריאות הציבור על שם בראון, האוניברסיטה העברית בירושלים.

התינוקות היתה גבוהה ביותר (Grushka, 1968a).

בשנת 1912, שלחה סאלד משלחת של אחיות לירושלים, כדי להקים שירותי בריאות סיעודיים לאמהות וילדים. בעקבות יוזמה זו הוקמה, בשנת 1916, בעיר העתיקה בירושלים, התחנה הראשונה של "טיפת חלב". בתחנה עסקו בהדרכה אישית להיגיגנה, חילקו חלב לילדים נצרכים, ערבים ויהודים כאחד (Wasserman, 1993).

בשנת 1919 הוקמה המחלקה להיגיגנה לילדי בית הספר, אשר טיפלה במחלות העיניים השכיחות, בגזות ובמחלות עור אחרות (Grushka, 1968b).

תחנות נוספות של "טיפת חלב" נפתחו בשנות השלושים על ידי עיריית תל-אביב וקופת חולים הכללית. שירותי בריאות ציבוריים נוספים פותחו במרוצת העשור השלישי ובין היתר הוקם בירושלים ובתל-אביב מרכז "שטראוס", שהיווה מאחז לפיתוח רפואה מונעת ובריאות הציבור בארץ ישראל. עיקר עיסוקם של מרכזים אלו, שזכו לתמיכה מצד ארגונים ציוניים, היה קידום בריאותם של האישה ההרה, הילד ותלמיד בית הספר (Wasserman, 1993).

בשנת 1948, עם קום המדינה, היו בארץ 120 תחנות "טיפת חלב" של הדסה, קופת חולים הכללית, ועיריית תל-אביב (Grushka, 1968b). עם הקמת מוסדות השלטון במדינה החדשה העבירה "הדסה" את רוב תחנות "טיפת חלב", אשר היו בניהולה, למשרד הבריאות. משרד הבריאות המשיך בפיתוח השירות, ושם לו למטרה להקים שירות זמין ונגיש לכל אוכלוסיית האמהות והילדים, ללא אפליה של דת וגזע. שירות הבריאות הציבורי קיבל על עצמו מחויבות לאומית תמורת תשלום סימלי בלבד.

מטרות השירות למען הילד הוגדרו כדלקמן:

האוכלוסייה. איחוד השירותים יביא בהדרגה לביטול מערכת השירותים המניעתיים, כלומר – לסגירת רשת התחנות לבריאות המשפחה (תחנות אם וילד – טיפות חלב).

תהליך הארגון מחדש הוחל, ומספר קופות חולים כבר נמצאות בתהליך פיתוחם של שירותים מניעתיים.

מטרת מאמר זה, הינה לעמוד על היתרונות והחסרונות של איחוד השירותים המניעתיים עם השירותים הקורטיביים – איחוד אשר טרם הופעל הלכה למעשה, אך הוא מתוכנן לעתיד הקרוב.

נתונה בזה תודתי לצוות משרד הבריאות, ולעובדי המחלקה לאם וילד והמחלקה לסיעוד בבריאות הציבור, אשר סיפקו מידע עדכני, שטרם פורסם. כמו כן אני מודה לפאולה פדר-בוביס על עזרתה באיסוף החומר.

מאמר זה פורסם בדצמבר 1995, מטעם המועצה הלאומית לשלום הילד – המרכז למחקר ועיצוב מדיניות.

סקירה היסטורית של שירותי אם וילד

בשנת 1909 ביקרה הנרייטה סאלד, נשיאת ארגון הדסה העולמי, בארץ. היא התרשמה לרעה מן העוני והפיגור, התנאים הסניטריים הירודים, התחלואה הגבוהה במלריה, שכיחותן של מחלות עיניים ומעיים, ומציאות קשה של תת-תזונה, ששררו בקרב האוכלוסייה ובמיוחד בירושלים. האמהות חסרו ידע בסיסי בהיגיגנה אישית, ולא היו אמצעים להזנה תקינה של תינוקות. תמותת

החדשים, הכפיל את מספר הילדים בגיל בית הספר בשנות השישים. בסוף שנת 1964, היו 523,650 ילדים בגיל 5-14, פי חמישה ממספרם ב-1948. ב-1993 נאמד מספרם של ילדים בגיל 0-17 ב-1,890,600, מהם 1,424,700 יהודים ו-465,900 לא יהודים (National Council of the Child, 1994).
בחמש השנים האחרונות הגיעו לישראל כ-500,000 עולים מבריה"מ לשעבר ומאתיופיה, ביניהם יותר מ-100,000 ילדים בגיל 0-17 (קופ, וינבלט, בלנקט, 1994).

ארגון השירותים כיום

בשנת 1995 היו בארץ כ-1,000 תחנות לבריאות המשפחה (תחנות שנקראו בעבר "טיפות חלב"). בשני שלישים מהם ניתן השירות על ידי משרד הבריאות באופן ישיר; בכ-300 תחנות מספקת קופת חולים הכללית שירותים מניעתיים, ובערים הגדולות, ירושלים ותל-אביב, ניתן השירות על ידי שירותי בריאות הציבור של העיריות. התחנות לבריאות המשפחה מפוזרות ברחבי המדינה, כולל ישובים קטנים, במגמה לאפשר נגישות נוחה אליהן. לאחרונה, הקימו גם קופות החולים מכבי ומאוחדת שירותים מניעתיים במספר ישובים.

השירות ממומן על ידי משרד הבריאות ועל ידי האגרה, המשולמת על ידי האשה בהריון עבור המעקב בהריון, וכן על ידי האגרה שהורים משלמים עבור התינוק והילד בבית הספר. סה"כ תקציב השירותים המניעתיים מכלל ההוצאה לבריאות הוא פחות מ-2%, וכמחצית ממנו ממומן על ידי תשלום אגרת הבריאות על ידי המטופלים בשירות המניעתי. גם לאחר הפעלת חוק הבריאות הממלכתי, קבלת השירות המניעתי מותנית בתשלום

– קידום בריאות ומניעת מחלות.
– אבחון מוקדם של מצבים פתולוגיים במישור הגדילה וההתפתחות.
– עידוד האם להשתמש בשירותים השונים ומתן הדרכה בנושאים הקשורים לילד.
– בקרת מחלות הניתנות למניעה.
בגלי העלייה ההמונית לארץ, לאחר קום המדינה, הביאה עימה כל עדה מארץ מוצאה רקע תרבותי, חברתי וכלכלי ייחודי לה, וכן בעיות בריאות שונות. מיד עם ראשית קליטת העולים נרתמו צוותי דופאים ואחיות לטפל בבעיות הבריאות החמורות, כמו: מחלות מרכזיות, מחלות שלשוליות ותת-תזונה. ההישגים שהושגו בטיפול הרפואי שהוגש לעולים היו מרשימים, אך יחד עם זאת היו מקרים, שלא נמצא להם פתרון, בגין מצב בריאותם הסופני של הילדים (Wasserman, 1993).

שירותי הבריאות לאם וליד היוו כל השנים מקור תמיכה והכוונה למשפחה בתחומי הבריאות, הקשורים במניעת מחלות פיזיות. אולם לא רק בכך נתמצתה פעולתם, שכן שירותי הבריאות אימצו גישה כוללת, שהעמידה את צורכי המשפחה במרכז הפעילות, תוך התייחסות לרקע התרבותי והחברתי של המשפחה.

דמוגרפיה

כיום אחוז הילדים בני 0-17 מכלל האוכלוסייה בישראל הוא 36%. שיעור זה גבוה בהרבה מזה של מדינות מפותחות כמו דנמרק ואיטליה – 21%, קנדה – 25%, וארה"ב – 26% (National Council of the Child, 1994).

שיעור הילודה הגבוה יחסית של תחילת שנות החמישים, במיוחד בקרב העולים

צרכים בריאותיים של האישה ומשפחתה בתקופת ההריון.

4. פיתוח ידע, גישה ומיומנויות מתאימים לתקופת ההריון, הלידה, התקופה שלאחר הלידה והטיפול בתינוק, וזיהוי צורכי הבריאות של האשה שילדה וצורכי משפחתה לאחר הלידה.

ילדים מהווים קבוצת אוכלוסייה הדורשת מעקב בשל תהליך הגדילה וההתפתחות המהירים בשנים הראשונות לחייהם, ובגלל הרגישות היתרה בגילים אלה להשפעות הסביבה. מטרות שירותי המניעה נוסחו והופעלו בהתאם לצרכים המיוחדים של התינוק והילד. בהמשך ישיר לשירות המניעתי הניתן לאשה בתקופת ההריון, ניתן גם טיפול מונע לתינוקות ופעוטות באותה מסגרת, ולרוב על ידי אותם צוותים בתחנות לבריאות המשפחה.

מטרות הטיפול בפעוט ובילד לפי נוהלי

משרד הבריאות הן (משרד הבריאות, 1991):

1. קידום בריאותו הגופנית, השכלית, הרגשית והחברתית של כל ילד בתוך משפחתו.

2. מניעת מחלות.

3. גילוי מוקדם של ליקויים לשם תיקונם והטיפול בהם.

4. קביעת הצרכים הבריאותיים של כל הילדים לשם תכנון שירותי בריאות, רווחה וחינוך.

השירות המניעתי לתלמיד מכוון לכל התלמידים בבתי הספר – יסודיים, חטיבות הביניים, ומוסדות חינוך אחרים. מטרות השירות לתלמיד הוגדרו בנוהל משרד הבריאות (משרד הבריאות, 1994) כדלקמן:

1. קידום בריאותו של כל ילד במשפחתו, בתפקידו כתלמיד ובחברה שהוא נמצא בה.

2. מניעת מחלות וסטיות ממצב בריאות תקין וגילויים המוקדם ככל האפשר.

3. קידום סביבה מתאימה להתפתחותו של

האגרה. בין השירותים המניעתיים כאתריות משרד הבריאות נכללים הטיפול באישה ההרה ובאישה בגיל הפוריות, הטיפול בתינוק ובפעוט, ושירות בריאות לתלמיד.

נשים בתקופת הפוריות, בגיל 15–44, וילדים בגיל 0–17 הינם קבוצות המצויות ביתר סיכון בריאותי, ובעיותיהן הבריאותיות ניתנות למניעה ולטיפול. ההשקעה הדרושה במניעה ובטיפול בקרב קבוצות אוכלוסייה אלו הינה בעלת עלות/תועלת גבוהות. שיפור מצבם הבריאותי מבטיח קיומה של אוכלוסייה מבוגרת בריאה יותר, אשר יכולה לתרום לחברה כולה. לכן, קבוצות אלו זוכות לקדימות גבוהה במתן שירותים רפואיים מניעתיים ואחרים בכל העולם (Wasserman, 1993).

כאמור, נשים בתקופת הפוריות, ובעיקר

בתקופת ההריון, מהוות קבוצת סיכון, הדורשת מעקב בריאותי, עקב השינויים

הפיזיולוגיים החלים בתקופת ההריון, וכן בגלל הסיכונים הבריאותיים הקשורים בכניסה

להריון, במהלכו ובעת הלידה. האמהות זקוקות להדרכה ולהכוונה בגין התפקידים

החדשים המוטלים עליהן, ועל כן השירות לאישה ההרה מופנה לכל הנשים בגיל

הפוריות, עם דגש מיוחד על טיפול בנשים מתחילת הריונן ועד שישה שבועות לאחר

לידת התינוק, וכן מתן עזרה בתכנון המשפחה. מטרות הטיפול באישה ההרה, לפי נוהלי

משרד הבריאות הן (משרד הבריאות, 1993):

1. מתן אפשרות לכל אישה הרה להישאר במצב בריאות תקין, להגיע ללידה תקינה, ללדת תינוק בריא עד כמה שאפשר, וללמוד

את אומנות הטיפול בתינוק.

2. מתן אפשרות לכל אישה בגיל הפוריות לתכנן את מספר הילדים הרצויים לה

ולמשפחתה, ולהביאם לעולם כמועדים שהמשפחה מעדיפה.

3. גילוי מוקדם של נשים בסיכון; זיהוי

של התינוק והפעוט. חינוך לבריאות ויעוץ בנושאי משפחה וחברה הם מתפקידיהם הייחודיים של האחיות במסגרת זו. המעקב הרפואי של נשים בהריון נעשה, לרוב, על ידי רופא נשים המבקר לעתים קצובות בתחנה, ומעקב אחר התינוקות והילדים נעשה, לרוב, על ידי רופא ילדים, האחראי על בדיקות המעקב, וגם יועץ לצוות האחיות. בעיות רפואיות, הדורשות בירור או טיפול, מופנות לשירותים האמבולטורים של קופות החולים, למרפאות מומחים, או לשירותים מיוחדים, כמו המרכזים להתפתחות הילד. ישנם 27 מרכזים ברחבי הארץ. עיקר עיסוקם הוא אבחון וטיפול בבעיות התפתחותיות, נרכשות ומולדות.

שירותי הבריאות בבתי הספר הינם המשך של השירות המניעתי של שירותי אם וילד. הם אמורים להינתן על ידי אחיות בריאות הציבור ורופאים. התקן הוא אחות אחת ל-1,800 תלמידים ורופא אחד ל-6,000 תלמידים. צוות הבריאות נדרש לעבוד בשיתוף פעולה הדוק עם המורים, היועצים והפסיכולוגים, על בסיס אישי במקרים של ילדים בעייתיים. הצוות עורך בדיקות שגרתיות כמו בדיקות עיניים, שמיעה, גובה; נותן את החיסונים הרלוונטיים לפי גיל, ומעביר תוכניות חינוך לבריאות לאוכלוסיית ילדי בית הספר. המדיניות שנקבעה במשרדי החינוך והבריאות ממליצה על מתן שיעור שבועי אחד של חינוך לבריאות לכל ילדי בתי הספר (שירום, 1994). מאז ומתמיד היה קיים מחסור בכוח אדם לביצוע תוכנית חינוך לבריאות והיא אינה מבוצעת הלכה למעשה.

הנוהלים של מתן שירותים מניעתיים מוגדרים על ידי משרד הבריאות, ומעודכנים לעתים בהתאם לידע המתחדש ולצרכים המשתנים בעקבות השינויים החלים בהרכב חברתי של האוכלוסייה בגין העליות לישראל והריבוי הטבעי המשתנה.

התלמיד בבית הספר (תברואה ובטיחות).
4. אומדן צורכי הבריאות של כלל התלמידים, לשם יזום ויעוץ בתכנון שירותים.

5. חינוך לבריאות התלמיד לקבלת אחריות על מצב בריאותו, והקניית אורח חיים בריא. השירות ניתן בתחנות לבריאות המשפחה לנשים בגיל הפוריות וילדים עד גיל 5 שנים. במקומות שהטיפול המניעתי ניתן על ידי קופת חולים, מקום התחנה למתן השירות המניעתי נמצא במסגרת המבנה בה נמצאת המרפאה הקורטיבית של קופת חולים. בגיל גן תובה ובית ספר, 6-16 שנים, ניתן הטיפול המניעתי במרפאת בית הספר. הטיפול המונע לתלמידי החטיבה העליונה, גילאי 16-18, לא נכלל במסגרת מתן השירות המונע של משרד הבריאות, ומנהלי בתי הספר אחראים למתן שירותי מניעה אלה לקבוצת גיל זו. לאחרונה, העביר משרד הבריאות את הטיפול המניעתי, במסגרת בתי הספר, לחברות קבלניות המצויות תחת פיקוחו.

נותני השירות בתחנות לבריאות המשפחה הינם אחיות ורופאים. רוב העבודה השוטפת נעשית על ידי אחיות, אשר קיבלו הכשרה בבריאות הציבור. לכל 180 תינוקות, הנולדים בשנה באיזור האחיות של התחנה לבריאות המשפחה ("טיפת חלב"), מוקצבת משרה של אחות אחת. תחת פיקוחה של האחות נמצאים נשים הרות, תינוקות ופעוטות בגיל 0-5 שנים, סה"כ כ-600 תינוקות ופעוטות. אחיות בריאות הציבור מספקות טיפול מניעתי לנשים הרות, הכולל בין השאר מעקב אחר המשקל, לחץ דם, בדיקות שתן, חוסר דם, בדיקות סינון למומים מולדים, יעוץ בנושאי תזונה, הפסקת עישון, הכנת האשה ללידה, ואמהות. הטיפול המניעתי בתינוק כולל חיסון, יעוץ תזונתי, בדיקה ויעוץ בנושאי התפתחות הילד, איתור של בעיות שמיעה וראייה, וחינוך לבריאות בכל התחומים, הקשורים בהתפתחות ובגדילה

את ההיענות לחיסונים ולטיפולים מניעתיים, ותורמות להתנהגויות מקדמות בריאות.

תוכניות לאוכלוסייה הבדואית: תוכניות מיוחדות פותחו על ידי שירותי אם וילד של משרד הבריאות עבור האוכלוסייה הבדואית, המתגוררת בעיקר בדרום הארץ. שירותים מניעתיים לאוכלוסייה זו, המונה כ-80,000 איש, ניתנים גם באמצעות מרפאות ניידות, לשם כיסוי רחב יותר של חיסון ילדים ופיקוח בריאות. לאחרונה, חל שינוי משמעותי באורח החיים של קבוצת אוכלוסייה זו, המוצא ביטוי במעבר מחיי נוודות למגורי קבע. שינוי זה באורח החיים דרש תשומת לב מיוחדת מצד השירותים המניעתיים באזור הנגב, במגמה למנוע בעיות, הנובעות משינוי המבנה החברתי ומן הצורך להסתגל למסגרת חיים ביישובי קבע. השירותים המניעתיים נותנים יעוץ, עזרה ותמיכה במניעת בעיות בריאותיות, הקשורות בשינוי אורח החיים.

פיתוח שירותים לאוכלוסייה של הגדה המערבית ורצועת עזה: ממשלת ישראל הקימה רשת של שירותים בריאותיים בשנת 1967. רשת זו, אשר הועברה לניהול הרשות הפלסטינית ב-1994-1995 כוללת 147 מרכזים לאם וילד, חדרי בריאות בכפרים, מרפאות להריון בסיכון גבוה, ושירותים ניידים לכפרים קטנים או מרוחקים. הפעלת תוכנית בריאות כוללנית חינם לטיפול קדם-לידתי ועד לגיל 3, וטיפול מניעתי לאחר גיל זה תרמו רבות לשיפור בריאות הנשים בגיל הפוריות ובריאות הילדים. סקר שערכה UNICEF ברצועת עזה לבדיקת תמותת תינוקות, הראה ירידה ראויה לציון בתחום זה: בשנת 1978 שיעור תמותת התינוקות, נאמד ב-76 ל-1,000 לידות חי; בשנת 1991 ירד שיעור זה ל-40 ל-1,000. בגדה המערבית הירידה בתמותת תינוקות היתה יותר תלולה:

תוכניות מניעה מיוחדות

תוכניות לעולים חדשים: בחמש השנים האחרונות הגיעו לישראל יותר מ-600,000 עולים מברית-המועצות לשעבר ומאתיופיה. העולים שונים אלו מאלו, גם כתרבותם וגם בבעיות הבריאות שלהם, השונות גם מאלה של הישראלים הוותיקים יותר, שהם מאותה ארץ מוצא. דוגמאות לכך הן חוסר המידע והנגישות לאמצעי מניעה מודרניים בין הנשים הרוסיות אשר הביא לשימוש בהפלות כאמצעי מניעה עיקרי. תוכניות בריאות מיוחדות הוכנו ברוסית לנערות מתכרות ולנשים, ומרפאות לתכנון המשפחה זכו לתוספת כוח אדם, דובר רוסית, על מנת לאפשר הדרכה בנושאים הללו.

הקהילה האתיופית מאופיינת במבנה חברתי מסורתי, משפחות פטריארכליות, שיעורים גבוהים של אי-ידיעת קרוא וכתוב, אמונות והתנהגות בריאותית שאינן עולות בקנה אחד עם הידע של הרפואה המודרנית, ולעתים אף מזיקות לבריאות. לכן, דרושה השקעה רבה בחינוך לבריאות, פיקוח על מחלות זיהומיות כרוניות וחריפות, ותמיכה חברתית רחבה על מנת לעזור לעולים להתגבר על ההלם התרבותי וההסתגלות לחיים החדשים. עם תחילת העלייה ב-1992, הושם דגש מיוחד על תוכניות יוזמות (outreach) בקהילה האתיופית, תוך שימוש בשפה האמהרית ובסימני לשון מובנים לעולים, זאת במסגרת השירותים המניעתיים לנשים הרות ולילדים, ובמסגרות קהילתיות אחרות. תוכניות לחינוך לבריאות אלו מופעלות על ידי אנשים מיומנים מן העדה האתיופית, שהגיעו לארץ לפני כעשור שנים, והם שולטים בעברית, באמהרית ובתרבות האתיופית. תוכניות אלו מגבירות

זאת, עד 95% מכלל הנשים ההרות, הגרות מחוץ לערים הגדולות, משתמשות בשירותים הציבוריים של התחנות לבריאות המשפחה (שמס ואחרים, 1991).

מגמות במצב הבריאות של נשים בגיל הפוריות ושל ילדיהם
אחד האינדיקטורים הרגישים למצב בריאותה של אוכלוסייה הוא מדד התמותה.

תמותת אמהות
תמותת האמהות בלידה נמצאת בירידה חדה מאז קום המדינה. בעוד שהתמותה בשנת 1948 היתה 9.8 ל-10,000 לידות היא ירדה ל-5.2 ל-10,000 לידות בשנת 1966 (Grushka, 1968a). בשנים האחרונות מצוי שיעור התמותה ברמת הארצות המפותחות ביותר, והוא נע בין 0.8 ל-0.6 ל-10,000 לידות, ללא הבדל בין קבוצות האוכלוסייה השונות בארץ (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1990). הירידה המתמדת בתמותת אמהות מוסברת על ידי השימוש בשירות המניעה בשלב ההריון המוקדם ובלידה בבית חולים. על מנת לעודד נשים מעדות שונות, ומן המגזר הערבי במיוחד, ללדת בבתי חולים, וזאת במטרה להוריד את תמותת היולדות בקבוצות הללו, נחקק בשנת 1953 חוק הביטוח הלאומי, המעניק לכל אישה היולדת בבית חולים מענק לידה. כיום כל הנשים היהודיות והלא-יהודיות יולדות בבתי חולים.

תמותת תינוקות
בשנותיה הראשונות של המדינה, בתקופת העלייה ההמונית, העיקר בעיקר על מערכת הבריאות בעיות, שנבעו ממצואותן של משפחות עניות, מרובות ילדים, שסבלו מחוסר ידע בנושאים של היגיינה אישית ובנושאים הקשורים לתזונה. מציאות זו הולידה שיעורים גבוהים של מחלות זיהומיות

מ-72 ב-1978 ל-30 ל-1,000 לידות חי ב-1991. לשם השוואה, תמותת ילדים נאמדה באותה שנה ב-62 ל-1,000 לידות חי במצרים, וב-72 במרוקו. כל השנים, מאז 1967, הופעלה תוכנית לחיסון ילדים באמצעות שירות הסעד והתעסוקה לפליטים של האו"ם וממשלת ישראל. תוכנית זו הביאה להכחדת מחלת שיתוק הילדים, ולהפחתה במספר החולים במחלות זיהומיות, כמו חצבת. תוכנית למניעת איבוד נוזלים צמצמה את שיעורי התחלואה והתמותה ממחלות מעיים. הישגים מרשימים אלו ניתן לזקוף לזכות המערכת של השירותים המניעתיים, שהוקמו לפי הדגם המופעל בישראל (Ministry of Health, 1995).

שימוש בשירותי המניעה לתינוקות ולנשים הרות בישראל

יותר מ-95% מכלל ההורים מבקרים עם ילדיהם במהלך שנת החיים הראשונה בתחנות לבריאות המשפחה. עם סיום החיסונים יורד השימוש בשירותים אלו. מחקר שנערך בירושלים בשנות השמונים הראה, כי בגיל שנתיים ביקרו בתחנות לבריאות המשפחה כ-75% ובגיל שלוש שנים רק כ-50% מכלל הילדים באותה קבוצת גיל (בנדל ואחרים, 1990). ממוצע הביקורים בשנת החיים הראשונה בתחנות לבריאות המשפחה הוא 11.5 ביקורים לכל תינוק (Neumark et al., 1992).

כ-50% מן הנשים ההרות משתמשות בשירות התחנות לבריאות המשפחה. האחרות מבקרות אצל רופא מומחה בקופת חולים, במרפאות בתי חולים, או אצל רופא פרטי. גם נשים המבקרות בתחנות לבריאות המשפחה משתמשות בשירותים נוספים בזמן ההריון. מן המחקר הנ"ל עולה, כי רק 28% מבין הנשים בהריון השתמשו בשירות הציבורי בלבד (Ellenzweig et al., 1992). לעומת

התינוקות על ידי הדרכה לתזונה נכונה, מניעת מחלות זיהומיות, חיסון, איבחון מוקדם והפנייה לטיפול. יש לייחס חלק מירידה זו לשיפור במצב הכלכלי וגם לשינוי שחל בריבוי הטבעי באוכלוסייה, המראה מגמה של ירידה מתמדת. באוכלוסייה היהודית הירידה היא מ-33 ל-1000 לידות בשנת 1950 ל-5.7 ל-1000 לידות בשנת 1993 (Grushka, 1968b; National Council of the Child, 1994). באוכלוסייה הלא-יהודית השיעורים המתאימים הם מ-46.5 ל-1,000 לידות בשנת 1950, ל-12.8 ל-1000 לידות בשנת 1993. גודל המשפחה תורם לשיעורים השונים בתמותת תינוקות בקרב קבוצות האוכלוסייה השונות. מאידך גיסא, מרשימה הירידה בתמותת התינוקות בכל העדות על אף פערים בילודה. עם זאת, ראוי להתמיד בשאיפה להגיע לשיעורים נמוכים עוד יותר כמו במדינות צפון אירופה וביפן.

חיסונים

תוכנית החיסונים שהונהגה בשנת 1948 כללה: חיסון חובה נגד אבעבועות שחורות וחיסון רשות נגד דיפטריה, נגד צפרת (tetanus) ונגד שעלת (whooping-cough), ובשנת 1957 נוסף החיסון נגד שיתוק ילדים.

ותת-תזונה, וכן תמותה גבוהה מדלקת ראות ומחלות שילשול. הדגש במניעה היה על תזונה נכונה, הדרכה למניעת מחלות מדבקות, וכן השקעת מאמצים לחיסון כל האוכלוסייה נגד שחפת, דיפטריה, טטנוס, ושעלת.

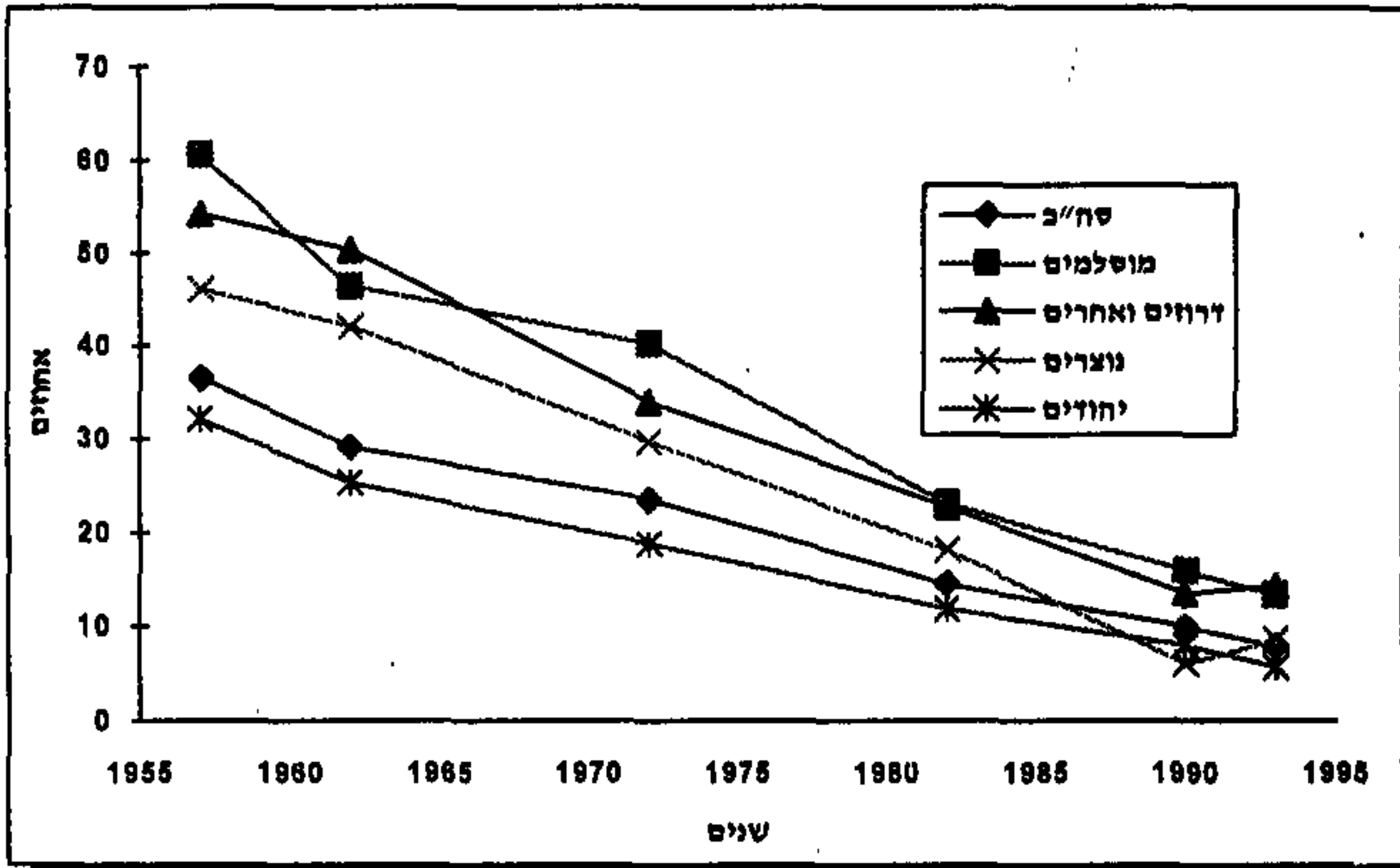
בשנת 1948, שיעור תמותת התינוקות באוכלוסייה היהודית היה 36.3 ל-1,000 ילדים, שגילם 0-1 שנה. פרט לשנות העלייה ההמונית, שיעור תמותת התינוקות היה בירידה מתמדת באוכלוסייה היהודית, כמו זו באוכלוסייה הלא-יהודית, אף כי נשמר פער משמעותי בתמותה בין קבוצות האוכלוסייה בישראל. סה"כ תמותת התינוקות בקרב האוכלוסייה היהודית היה ב-1993 5.7 ל-1,000 לידות חי, ואילו באוכלוסייה המוסלמית 13.2 ל-1,000 לידות חי (קופ, וינרט, בלנקט, 1994) (ר' לוח 1 ותרשים 1). הסיבות העיקריות לפטירת תינוקות באוכלוסייה היהודית, בשנות ה-90, הן סיבות סב-לידתיות, ובקרב הלא-יהודים הסיבות העיקריות הם גורמים סב-לידתיים, מומים מולדים ומחלות זיהומיות. הירידה התלולה בתמותת תינוקות חלה בשל ההצלחה למנוע ולאתר גורמי סיכון במהלך ההריון, בלידה ובשנת החיים הראשונה. השירותים המניעתיים תרמו במידה רבה לירידה בתמותת

לוח 1. תמותת תינוקות — שנים נבחרות (שיעור ל-1000 לידות חי)

שנה	סך הכל	מוסלמים	דרוזים ואחרים	נוצרים	יהודים
1959-1955	36.5	60.6	54.3	46.1	32.1
1964-1960	29.1	46.4	50.4	42.1	25.3
1974-1970	23.5	40.1	33.9	29.6	18.7
1984-1980	14.4	23.0	22.7	18.0	11.8
1990	9.9	15.8	13.4	6.0	7.9
1993	7.8	13.2	14.2	8.5	5.7

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנים שונות; המועצה הלאומית לשלום הילד, 1994.

תרשים 1: תמותת תינוקות – שנים מובחרות (לאלף לידות חי)



המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; המועצה הלאומית לשלום הילד, 1994.

אלו מדרגים את ישראל במקום גבוה בין הארצות המפותחות (ר' לוח 2).

גדילה פיזית

בשנות ה-60 וה-70 נסתמנו הבדלים משמעותיים בגדילה של ילדים, יוצאי עדות שונות. ילדים שמוצאם מארצות אסיה-אפריקה היו נמוכי קומה בגילים 2, 6, ו-10 שנים בהשוואה לילדים שנולדו בישראל (דור שני ושלישי, ילידי הארץ), ובהשוואה לילדים ממוצא אירופאי. הבדלים אלה הצטמצמו במידה ניכרת במשך השנים (במיוחד בגילים הצעירים) הודות להתאקלמותם והשתלבותם של העולים, שיפור מצבם הסוציו-כלכלי והומוגניזציה של התנהגות ההורים לגבי גידול ילדיהם, וכל זאת בהשפעת ההדרכה והייעוץ שניתנו

חיסון נגד שחפת ניתן משנת 1956 לכל נולד בעודו בבית החולים. נוהלי החיסונים עודכנו עם פיתוחם של חיסונים חדשים. כך נוספו החיסונים נגד אדמת, חצבת, היפטיטיס, והמופילוס. שיעור החיסונים באוכלוסייה היה גבוה כבר בשנים הראשונות לקיום המדינה, הודות למעקב מסור של צוות האחיות בתחנות "טיפת חלב", אשר דירבנו באופן מתמיד את האימהות לבוא ולחסן את ילדיהן, במיוחד בקרב אוכלוסיות עם מודעות קטנה או חוסר מודעות ליתרונות הרבים של החיסון. שיעור חיסון גבוה וירידת הארעות, או היעלמות מוחלטת של מחלות הניתנות למניעה, הם מדד נוסף להישגים של שירותי הבריאות המונעת. בשנות ה-90, 91% מילדי ישראל היו מחוסנים נגד שיתוק ילדים ו-88% מחוסנים נגד DTP וחצבת. שיעורי חיסון

לוח 2. חיסון ילדים בשנת חייהם הראשונה והשנייה
(אחוז מקבוצת הגיל)

שנה	משולש	פוליו		חצבת
		האכלות 3	האכלה רביעית	
ראשונה:				
1965	90	87	29	—
1970	91	91	22	58
1980	84	85	3	1
1985	80	81	4	—
1990	95	88	7	—
1991	96	89	7	—
1992	99	91	10	—
שנייה:				
1965	89	—	—	—
1970	92	4	66	24
1980	87	8	81	81
1985	83	5	79	85
1990	90	5	85	91
1991	90	5	88	94
1992	88	5	87	96

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1994.

בהישגים הלימודיים בין הילדים שהיו חשופים לתוכניות מוקדמות של "גרייה", "העשרה" (Palti H. et al. 1982).

יש לציין, כי בתחום זה ההישגים הם פרי המאמץ המשותף של מערכת הבריאות, החינוך והרווחה, שכן "בריאות" במובן הרחב אינה ניתנת לשיפור באמצעות שירותי הבריאות בלבד.

תאונות

תאונות הן הסיבה העיקרית למוות בקרב ילדים בקבוצת הגיל 0-18. ילד אחד מתוך עשרה מגיע לחדר מיון בעקבות תאונה בבית או תאונת דרכים. בתחנות לבריאות המשפחה ובבתי הספר הונהגו תוכניות חינוך לבריאות

בתחנות לבריאות המשפחה, וכן בזכות הייעוץ וההדרכה שניתנו במסגרת בתי הספר.

התפתחות

היה צורך לעודד את קידום ההתפתחות הקוגניטיבית והחברתית של ילדים בעיקר מקרב אוכלוסיות חלשות. לשם כך פותחו תוכניות מיוחדות בעברית ובערבית להכוונת אמהות ליצירת סביבה ביתית מעשירה, המאפשרת שיפור האינטראקציה המילולית והקשר, דרך משחק, בין האם והילד. היבטים חינוכיים אלה השתלבו בתפקידי האחיות בשירותים המניעתיים. תוכניות "העשרה" הופעלו על ידי צוות של אנשי מקצוע, כגון אחיות, פסיכולוגים ומחנכים לבריאות. עבודות מחקר שונות מעידות על שיפור

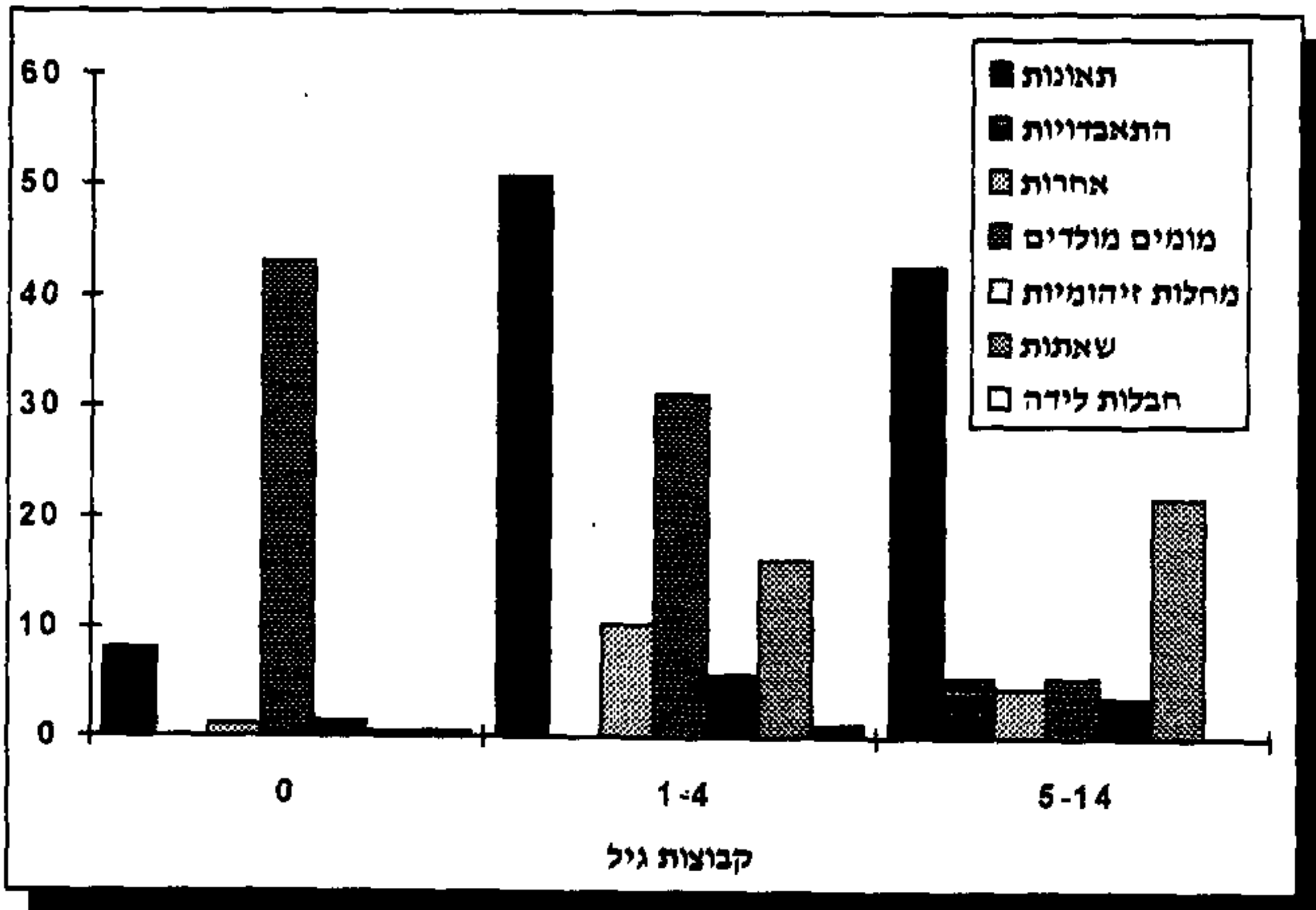
הסיכונים. נצפתה עלייה בשיעור העישון ושתיית משקאות אלכוהוליים בקרב הנוער (Shuval, 1993; Teichman, Rahav & Barnea, 1987). שיעורים גבוהים במיוחד נמצאו בקרב הנוער הלומד בבתי ספר מקצועיים או נוער הנמצא מחוץ למסגרת חינוכית (Teichman, Rahav & Barnea, 1987). רק כמחצית מכלל הנוער המקיים יחסי מין משתמש באמצעי מניעה (Palti et al., 1955). התנהגות המובילה ללקיחת סיכונים היא אחד הגורמים לתאונות המרובות הגורמות לתחלואה ומוות, וזאת סיבת המוות העיקרית בקרב קבוצת גיל זו (ר' תרשים 2). התוכניות של חינוך לבריאות בבתי הספר מכוונות במקצת לבעיות המועלות על ידי המתבגרים, כמו חינוך לחיי משפחה והכנה לשירות צבאי, אך בעיקרן, תוכניות אלו

עם דגש מיוחד על מניעת תאונות בבית, בבית הספר ותאונות דרכים (ר' תרשים 2).

התנהגות בריאותית קבוצת הגיל 12-18 זכתה לתשומת לב רב בשנים האחרונות. ממחקר שנערך לפני מספר שנים עולה, כי למעלה מ-90% מן המתבגרים בקבוצת גיל זו רואים עצמם כבריאים. אך הם ציינו שראגותיהם מתרכזות בבעיות המתעוררות בתחומים ובנושאים הבאים: בית הספר, מבחנים, בחינות בגרות, שרות צבאי, חשש ממלחמה, מצבי רוח, הערכה עצמית ודימוי גופני. זה האחרון מודגש במיוחד בקרב בנות (Palti et al., 1995).

סקרים שנעשו בשנות ה-70, ה-80 וה-90 בקרב קבוצות תלמידים בבתי ספר תיכוניים מצביע על עלייה בהתנהגויות

תרשים 2. סיבות המוות של ילדים בגיל 0-14 לפי גיל, (שיעורים ל-100,000), 1992



המקור: המועצה הלאומית לשלום הילד, 1994.

5,000 תושבים). השילוב הופעל כבר בשנות ה-80 ב-83 תחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות בעיקר באזורים כפריים. השילוב המוצע עורר התנגדות שמקורה בחשש, כי במצב של מצוקה תקציבית, שירותי המניעה יהיו הראשונים שייפגעו אם הם מוצעים במסגרת ארגונית וניהולית אחת עם שירותי הבריאות הראשוניים, העוסקים בטיפול בחולים בקהילה. התנגדות זו הובעה בתקיפות כאשר בירושלים, בשנת 1987, תוכנן ניסיון לשלב את שירותי המניעה של העירייה עם השירותים של קופת חולים. ועדי העובדים ובמיוחד האחיות מחו על כך נמרצות ואף אורגנו הפגנות של האוכלוסייה נגד השילוב. נוכח התנגדות זו לא בוצע המערך הניסויי של השילוב, שממנו ניתן היה ללמוד על השפעת השינוי הארגוני, על השימוש בשירותים, על מצב בריאות האוכלוסייה ועל עלות השירותים המשולבים לעומת השירותים הנפרדים.

"ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל" ("ועדת נתניהו"), אשר התכנסה בסוף שנות ה-80, דנה אף היא בשירותי בריאות הציבור (ועדת החקירה הממלכתית, בריאות הציבור (כרך ראשון: דעת הרוב), ופירסמה את מסקנותיה בשנת 1990. "ההחלטה של משרד הבריאות לשלב את שירותי הרפואה המונעת האישיים עם השירותים הטיפוליים במסגרת קופת חולים נתקבלה בהנחה שהשילוב נועד לחסוך במשאבים בלי לפגוע ברמה הקיימת של השירותים". ההמלצות של הוועדה כללו: – לכלול במסגרת שירותי הבריאות הציבוריים – שכל קופה תהיה חייבת לספק מכוח חוק הביטוח – את שירותי הרפואה המונעת האישית המקובלים כיום, וזאת במגמה להביא לרצף טיפולי ולהעמקת הטיפול המונע האישי הודות לשילוב הרפואה המונעת והקורטיבית.

מתייחסות לבעיות שאנשי המקצוע מוטרדים מהם, כמו עישון, אלכוהול וסמים.

חוסר בכוח אדם מקצועי ומיעוט משאבים מונעים את החשיפה הדרושה של הנוער לתוכניות מניעה בנושאים אלו.

ועדות לשילוב שירותי הבריאות והמלצותיהן

בכנס שנערך באלמה-אטה, בירת קזחסטאן, מטעם ארגון הבריאות העולמי בשנת 1978, הוצע לשלב את השירות לאם ולילד והשירות לתכנון המשפחה יחד עם שירותי רפואה ראשונית, תוך כדי בניית מערכת זמינה ונגישה לכול (WHO, 1978).

בעקבות המלצה זו ולאור העלייה החדה בעלויות של השירותים הרפואיים, בד בבד עם עובדת קיומן של שתי מערכות שירותים (המניעתית והקורטיבית), שגרמו לשימוש יתר של השירותים, הוקמה "ועדת מן" (זהר, 1992), על ידי ההסתדרות הרפואית, מתוך מטרה לטפל בנושא ארגון שירותי הרפואה בארץ. הוועדה דנה בנושא אזוריות-הטיפול הרפואי ושילוב השירותים הקורטיבי עם המניעתית. הוועדה המליצה על שילוב זה, וגם הציעה שרופא המשפחה יהיה מרכז השירות הרפואי הראשוני. כמו כן, המליצה הוועדה על שיתוף פעולה הדוק בין הרפואה הראשונית, מרפאות המומחים והמחלקות המתאימות בבתי החולים, במסגרת רשות בריאות אזורית, שתוקם ותהיה אחראית לתכנון תוכניות הבריאות האזוריות.

בשנת 1985 הוקמה מטעם האגף לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית במשרד הבריאות "ועדת נגן", שנקראה "הצוות המשותף של משרד הבריאות וקופת חולים כללית לשילוב שירותים רפואיים" (משרד הבריאות, 1985). גם ועדה זו המליצה על שילוב השירותים המניעתיים והקורטיביים. כצעד ראשון, היא המליצה על שילוב זה במקומות קטנים (עד

בישראל. החוק קובע, כי "ילדים מתחת לגיל 18 רשומים בקופת החולים של אחד ההורים" (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, סעיף 4א'). "תושב שלא היה רשום בקופת חולים כלשהי עד להפעלת החוק, משרד הבריאות יקבע עבורו את הקופה שבה יהיה רשום... אם ירצה לעבור לקופה אחרת, יוכל לעשות זאת כעבור חצי שנה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי יפתור את בעיית הביטוח הרפואי עבור כל הילדים שעד להפעלתו לא היו מבוטחים, ועל כן היו קבוצה בסיכון".

החוק אימץ את המלצות "ועדת נתניהו" לשילוב השירותים הקורטיביים עם המניעתיים וקבע, כי: "עד להשלמת העברתם לקופות חולים של שירותי הבריאות לפרט, שניתנו על ידי המדינה ערב תחילתו של חוק זה... יתן משרד הבריאות את אותם שירותים כולם בעצמו ובין באמצעות נותני שירותים." "שירותי רפואה מונעת אישית יכללו את השירותים הבאים:

1. בדיקות שיגרה, מעקב והדרכה בידי רופא ואחות ובדיקות מעבדה לאשה ההרה, לתינוקות ולילדים, בתחנות לבריאות המשפחה ובבתי ספר.

2. בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות ומומים מולדים: בדיקות מי שפיר לנשים בתחילת ההריון מגיל 35 ומעלה, בדיקות לנשיאת תייזאקס, ותלסמיה. בדיקות הילודים לגילוי מוקדם של מחלת תת-תריסיות ופנילקטונוריה.

3. חיסונים וטיפול מונע: כל חיסוני השיגרה, חיסונים וטיפול מונע לאוכלוסיות בסיכון.

4. בריאות השן: רפואת שיניים מונעת לילדים כולל בדיקות שיגרה, מעקב והדרכה על ידי רופא שיניים ושיננית לתלמידים.

5. תכנון המשפחה".

יחד עם זאת, החוק קובע כי שירותי הרפואה המונעת המוגדרים בסל הבריאות

– לסגור כ-460 תחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות ו-60 תחנות לבריאות המשפחה של עיריות ורשויות מקומיות המטפלות, לפי הערכה, ב-75% מאוכלוסיית ישראל. ההמלצה אמורה להתבצע בצורה הדרגתית ומתוכננת, תוך העברת הצוותים הרפואיים והסיעודיים מתחנות אלה לקופות החולים.

– להפריד במרפאות הרפואה הראשונית את מתן שירותי הרפואה המונעת האישית והרפואה הקורטיבית, לפחות בשנים הראשונות לאחר השילוב. צוות סיעודי שהתמחה ברפואה מונעת יתן שירותים אלה בנפרד ובנבדל, כדי למנוע מהשירותים הקורטיביים "לבלוע" את שירותי הרפואה המונעת מחמת מגבלות התקציב.

– לשמור על העיקרון שהמשפחה היא יחידת הטיפול ברפואה הראשונית, והרשומות הרפואיות חייבות להיות אחידות לרפואה הקורטיבית והמונעת.

– לנסח מערכת תקנים ארצית מחייבת לשירותי רפואה מונעת אישית, בטרם ניגשים לשילוב השירותים.

– לבצע מחקר הערכה על תהליך השילוב, לשם הפקת לקחים והערכה מחדש של מדיניות שילוב השירותים.

– לפתח מערך של שירותים במסגרת הרפואה הראשונית המשולבת, שתפקידו יהיה להגיע מיוזמתו הוא (outreach) לאוכלוסיות מוגדרות, כגון ילדים וקשישים – הן במגמה של רפואה מונעת, והן מתוך מטרה לענות על הצורך בטיפול סיעודי מורכב בבית.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי לגבי

שירותי בריאות מניעתיים לילדים ונשים בגיל הפוריות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הסתמך על המלצות ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות

תחנות לבריאות המשפחה, קופות חולים, רופאים פרטיים, שירותי חירום בקהילה, ובתי חולים (Neumark et al., 1992).

2. השירות המשולב יאפשר רצף של הטיפול הרפואי, כלומר – אותו רופא ואחות יטפלו בכל צרכיו של הילד, כולל מעקב אחר הגדילה וההתפתחות וטיפול בעת מחלה. על ידי כך תינתן הזדמנות נוספת בזמן המגעים בעת מחלה לעקוב אחר הגדילה וההתפתחות, ואילו בזמן המגע השיגרתי לאתר בעיות רפואיות.

3. הרשומה הרפואית המשולבת תאפשר הערכה כוללנית יותר של מצב בריאות המטופל.

4. השילוב ימנע חלוקת האחריות על הטיפול בחולה וימנע הדרכה והוראות מנוגדות.

החסרונות הצפויים

1. רצף השירות בין הטיפול באשה ההרה לבין הטיפול בתינוקה יעדר בשירות המשולב מאחר שהאשה בהריון תקבל שירות במסגרת מרפאה של רופא נשים, ואילו ילדה יקבל את השירות במסגרת מרפאת ילדים. שני השירותים האלה, במקרים רבים, אינם נמצאים אפילו תחת קורת גג אחת.

2. רצף השירות בין הטיפול המניעתי לבין הטיפול הקורטיבי בתינוק ובפעוט לא יתקיים בהכרח בשל המטפלים ובמיוחד האחיות: כאשר האם תבוא לבדיקת שגרה, הכוללת מעקב גדילה והתפתחות, תסייענה בשירות אחיות מסוימות, ואילו בזמן ביקור למטרת אבחון וטיפול במחלה ישרתוה אחיות אחרות. 3. לכן, גם ההנחה של רשומה כוללנית לא תצא לפועל. בשירותי אם וילד קיימת כיום רשומה אחת לאשה בהריון ולכל ילדיה. רשומה זו מאפשרת ללמוד על הקשר בין מהלך ההריון והבעיות העלולות להתעורר בשנים הראשונות לחיי הילד. עקב מתן

ניתנים בהשתתפות המטופל, באמצעות אגרת תחנות לבריאות המשפחה ("טיפת חלב"), אגרת בריאות התלמיד ואגרת בריאות השן (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, תוספת שלישית סעיף 6). אגרות אלו הן בנוסף לתשלום ביטוח הבריאות. במצב זה, ילדים ונשים הרות מקבוצות סוציו-אקונומיות חלשות, שאין באפשרותם לשלם את האגרות הללו, לא יזכו לטיפול גאות בשל אי-הכללת השירותים המניעתיים בסל שירותי הבריאות.

בחוק נקבעה תקופת ביניים של שלוש שנים מיום הפעלת חוק הבריאות 1.1.1995 "בתקופה זו רשאית קופת חולים להמשיך ולתת שירותי בריאות שהיו נהוגים אצלה במועד הקובע באותם הכללים והתנאים, שהיו נהוגים אצלה באותו מועד" (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, סעיף 70ב').

יתרונות וחסרונות של שילוב השירותים המניעתיים עם הקורטיביים המגמה בעולם כיום היא לקראת שירותי בריאות כוללניים, הכוללים גם את ההיכטים המניעתיים, מתוך הנחה שמתן שירותים משולבים עדיף על השירותים המפוצלים.

היתרונות הצפויים

1. שילוב יביא לחיסכון במשאבים עקב מערך אדמיניסטרטיבי אחד במקום שתי מערכות נפרדות, והקטנת השימוש בשירותים הרפואיים על ידי אוכלוסיית האמהות והילדים. סקרים בעבר הראו, כי נשים בהריון, גם אלו שלא בקבוצת הסיכון הגבוה, ביקרו במספר שירותים במקביל (Ellenzweig et al., 1992), ואמהות לתינוקות פנו 26 פעמים במהלך שנת החיים הראשונה לשירותים רפואיים שונים, אשר כוללים

רופא ילדים, תכני השירות המניעתי קיבלו תשומת לב מעטה בלבד. הזמן שהוקדש לנושאים מניעתיים ולמעקב בריאותי נע בין 30–90 שניות לביקור (Hoekelman, 1992). 6. מאחר שמסגרת השירות המשולב לא תהיה בעלת תפקיד ייחודי מוגדר, קיים חשש שהפניות למטרות מעקב, חיסונים, והדרכה יופחתו ולא יהיו מגעים מספיקים להעברת המסרים ולביצוע היעדים המניעתיים. מחקר משווה שנערך בירושלים (Palti H. et al., 1989), ואשר השווה בין שירות משולב כוללני לבין שירות מניעתי בלבד, הראה, כי התחום שנפגע, בעיקר בשירות המשולב, הוא חינוך לבריאות. בשירות המשולב קיימו האחיות, באופן משמעותי מבחינה סטטיסטית, פחות שיחות הדרכה בנושא של מניעת חוסר דם בתינוקות, מאשר בשירות "טיפת חלב". בעקבות זאת היתה היענות מעטה יותר למען תכשירים או מזונות עשירים בברזל, ואחוז חוסר הדם בתינוקות היה גבוה יותר בשירות המשולב מאשר בקרב התינוקות שקיבלו טיפול מונע במסגרת "טיפת חלב". חינוך לבריאות כרוך בפעולה רבה הדורשת זמן, מיומנויות ומשאבים, והצוות של השירות הקורטיבי לא התפנה לכך די הצורך.

7. לרפואה המונעת יש מרכיב חשוב של רפואה קהילתית מעבר למתן שירות מניעתי לפרט (Palti & Kark, 1993). השירות מתייחס לכלל האוכלוסייה של אזור מוגדר, ונוטל את האחריות על הקהילה כולה. במסגרת השילוב, כל קופת חולים תהיה אתראית על מטופליה, ויהיו מספר ספקי שירות לאותה קהילה באזור גיאוגרפי מוגדר. הדאגה לקהילה כולה עלולה להיפגע בגין חלוקת האחריות.

8. הקמת מספר תחנות לרפואה מונעת באותה שכונה או יישוב תביא לתחרות בין קופות חולים ותפגע בעלות או/ו ביעילות השירותים המניעתיים.

שירות מניעתי לאם ולתינוק על ידי צוות שונה ומרפאות שונות, רצף הרשומה של ההריון וזה של התינוק ייפגם, ברוב המקרים, בשירות המשולב.

4. הצוות אשר נדרש לטפל בהיבטים הקורטיביים והמניעתיים כאחד, לא יהיה כה מיומן לטפל בכל ההיבטים כמו צוות אשר מטלותיו מוגבלות ומוגדרות להיבטים ספציפיים של הרפואה. כיום, בעידן של התמחויות, אשר במהלכו מתמקדים יותר ויותר בתחום צר של הרפואה, וזאת עקב הגידול המתמיד בידע, ניתן להניח שהמידע, המצוי בידי הרופא והאחות, לא יהיה מעמיק דיו בתחום הקורטיבי ובהיבטי הרפואה המונעת כאחד. תפקידיה של האחות העובדת ברפואה מונעת שונים מאלו של האחיות העובדות במסגרת הרפואה הקורטיבית. בסקר שנערך בירושלים (Monsalud, 1987), ובו נשאלו אימהות על תפקידי האחות, לא נמצאה חפיפה בין עיסוקיהן של האחיות המטפלות בתינוק ובפעוט, במסגרתם של שני השירותים. בשירות הקורטיבי האחות חובשת, מזריקה זריקות, וקובעת תורים, ואילו האחות בשירות המניעתי מדריכה לתזונה, להנקה, למשחק, למניעת תאונות, ועוקבת אחר הגדילה וההתפתחות של התינוק והפעוט, לפי תפישת האם.

5. קיים חשש, כי במסגרת הרפואה המשולבת, ההיבט המניעתי, אשר אין בו דחיפות של הרגע, יידחק לקרן פינה, ו"ייבלע" על ידי הרפואה הדחופה. רוב הרפואה הקורטיבית של התינוק והפעוט הינו רפואה דחופה, הן בשל המצבים השכיחים בגיל זה, והן בגלל הדאגה של האמהות למצוא פתרונות מיידיים. הטיפול בילד עם התקף של סטרידור או התקף אסטמתי הוא, ללא ספק, דחוף יותר מאשר מתן יעוץ לעידוד ההנקה. מתוך מחקרים בשירותים משולבים בארה"ב, מתברר, כי בשירות הכוללני הניתן על ידי

משאבים להפעלת שירותי בריאות מניעתיים

בשנות ה-80, עם האמרת עלותם של השירותים הרפואיים, ועם היווצרותו של לחץ מתמיד לפיתוחם וליישומם של טכנולוגיות חדשות, הסתמנה ירידה בתקציב לבריאות הציבור. שיעורי השינוי השנתיים הממוצעים היו 4.2% בשנים 1980-1985, ו-3.2% בשנים 1985-1989 (קופ, וינבלט, בלנקט, 1994). צמצום ההקצאות גרם לעיכוב פיתוחם של השירותים המניעתיים ולהקפאת תוכניות הפיתוח הקיימות. מספר התחנות לבריאות המשפחה לא גדל בשנות ה-80 בהתאם לצורכי האוכלוסייה.

עם זאת ראוי להדגיש, כי בתחילת שנות ה-90, כעקבות העלייה הגדולה מברית-המועצות לשעבר ומאתיופיה הסתמנה עלייה בהקצאה לבריאות הציבור, בשיעור שנתי ממוצע של 8.3% (קופ, וינבלט, בלנקט, 1994). השירותים של בריאות הציבור נערכו לקליטת העולים החדשים ולסיפוק צורכיהם. בהתאם לכך, נוספו תחנות לבריאות המשפחה והופעלו תוכניות מיוחדות לעולים.

אשר לבתי הספר, הוטלה גזירת הקיצוצים בשירותי הבריאות לתלמיד, וצמצום הצוות בבית הספר פגע, בעיקר, במשך הזמן שהוקצב לחינוך לבריאות. יחד עם צמצום הצוות, צומצמה — וכשלב מסוים אף נסגרה — המחלקה לחינוך לבריאות במשרד הבריאות. אי לכך, לא הופעלו תוכניות לחינוך לבריאות למניעת התנהגויות סיכוניות, זאת למרות שמשרד החינוך ומשרד הבריאות יצאו בתוכנית מפורטת לגנים ולבתי הספר (שירוס, 1994). תוכנית המסגרת לבתי הספר כללה תוכניות לקידום הבריאות להקניית אורח חיים בריא, ותוכניות חינוך לבריאות למניעת עישון, שתיית משקאות אלכוהוליים ושימוש בסמים. החשיפה של התלמידים לתוכניות קידום לבריאות על ידי צוות הבריאות וצוות

9. חוסר היכולת של חלק מהקופות, במיוחד של הקטנות שבהן, לפתוח תחנות לבריאות הציבור בכל היישובים, עלול להוביל למצב, שבו אמהות ופעוטות יאלצו לנסוע ליישובים אחרים או לשכונות מרוחקות, על מנת "ליהנות" משירות חיוני זה.

10. שירותי רפואה מונעת לתלמידי בתי הספר ניתנו, עד הפעלת החוק, על ידי משרד הבריאות. במגמה להעביר את השירותים לגורמים אחרים ולמלא רק תפקיד של פיקוח, הועבר שירות זה לספקים, ומשרד הבריאות יפקח על ספקי השירות. אם כך, הטיפול המניעתי לגילאי בית ספר אינו כלול בשירותים המשולבים. הפרדתם מן השירות המניעתי של התינוק והפעוט גורמת לפרגמנטציה ופוגעת בהמשכיות הטיפול.

גם בתקופה שהשירות ניתן על ידי צוות משרד הבריאות היתה ביקורת על מיעוט המשאבים שהוקצו לתחום זה (שירוס, 1994). כוח האדם הסייעודי והרפואי צומצם במשך השנים והמטרות הנכללות בנוהלים בוצעו רק באופן חלקי. החסר היה, במיוחד, בחינוך לבריאות. עם העברת השירות לחברות קבלניות, בעלות הכשרה מעטה בבריאות הילד, קיים חשש שרמת השירות תרד ותחום החינוך לבריאות יפגע עוד יותר.

11. שירותי הרפואה המונעת לילדים הינם אחד השירותים החברתיים הבודדים, שהם אוניברסליים. השירות ניתן לכלל האוכלוסייה ללא תלות במצבה הכלכלי, והוא נתפס כשירות לאנשים בריאים ולא כשירות לחולים או לעניים. העברת השירות לקופות החולים עלול לפגוע באוניברסליות שלו. השירות יינתן במקום המטפל בחולים, וקיים החשש כי עקב מצבן הכלכלי הקשה של קופות החולים, וגם תחרות שנוצרה בין הגופים על מבוטחים פוטנציאליים, השירות שינתן לא יהיה אחיד לכל קבוצות האוכלוסייה.

אם וכאשר יופעל החוק במלואו ויבוצע בו שילוב השירותים, יהיו קופות החולים ספקי השירות על כל היבטיו, כולל אחריות על חלוקת המשאבים לשירותים קורטיביים ומניעתיים עבור הפרט והאוכלוסייה המבוטחת אצלם.

בהקשר לכך, ראוי לציין, כי בגלל התחרות הקיימת בין קופות החולים השונות מסתמן היצע שונה, אשר יתבטא בחלוקת משאבים שונה למניעה ולקידום הבריאות, ויפגע, במידה זו או אחרת, באספקת שירותים מניעתיים ובאחידות התכנים של המניעה בתחומים שאינם מוגדרים דיים.

שירותי הבריאות המניעתיים – לאן? במחקר, שנערך על ידי שני מומחים לבריאות הציבור בארצות-הברית, במגמה לעמוד על הסיבות לפער הקיים במצב הבריאות לטובת אוכלוסיית הילדים בארצות אירופה המפותחות, בהשוואה לאוכלוסיית הילדים בארצות-הברית – נבדקו מבנה הארגון והתכנים של שירותי הבריאות (Williams & Miller, 1991). ב-8 מתוך 10 ארצות שנכללו בסקירה, רוב הטיפול המניעתי ניתן מחוץ למרפאה של הרופא המטפל, ומרפאות בריאות הציבור הינן המוקד העיקרי למתן שירותים מניעתיים, ולא ניתן בהן טיפול קורטיבי, כדי למנוע כסילויות. בנוודוגיה, לדוגמה, המרפאות המספקות שירותים מניעתיים לתינוק ולילד מנוהלת על ידי אחיות מוסמכות עם הכשרה נוספת, והרופא ממלא תפקיד של מפקח, ומספק שירותים קורטיביים כמרפאה נפרדת. באנגליה ובאירלנד שירותי המניעה מופקדים בידי צוות, הכולל רופא, אחיות בריאות הציבור (Health Visitor), עובדים סוציאליים, ובעלי מקצועות אחרים. אמנם רפואה קורטיבית ניתנת כדרוש, אך ההיבט

החינוך גם יחד אינה מספקת ואינה אחידה במערכת החינוך. ישראל, כמו שאר מדינות העולם המפותח, ניסחה בשנת 1989 "קווים למדיניות בריאות", ושמה דגש רב על קידום הבריאות, במסגרות שונות בדרך של חינוך לבריאות (ועדת החקירה הממשלתית, 1990, כרך שני: דעת המיעוט). "למרות שהאסטרטגיה של קידום לבריאות אומצה על ידי ישראל, היא עדיין לא מיושמת כעיקרון מנחה לפעילות ולמימון שירותי הבריאות" (ועדת החקירה הממלכתית, 1990, כרך ראשון: דעת הרוב). המגמה של צמצום משאבים לשירותי הבריאות לתלמיד מעידה על הפער בין המסמך לבין המציאות.

עם תכנון הפעלת חוק הבריאות ובשל אי-הוודאות בביצוע החוק לגבי הכללת השירותים המניעתיים בשירותים הקורטיביים, ההקצבה לתקציבי פיתוח כאחוז מן התקציב הכולל של שירותי הבריאות הצטמצמה מ-6.4% בשנת 1993 ל-1.6% בשנת 1994 (קופ, וינבלט, בלנקט, 1994).

התקציבים לשירותים המניעתיים של התחנות לבריאות המשפחה ולשירותי הבריאות. לתלמיד אינם מתפרסמים כחלק נפרד מן התקציב הכולל של שירותי בריאות הציבור. מדיווח בעל פה מסתבר, שההוצאה על השירותים המניעתיים האישיים לשנת 1994 היתה בערך 280 מיליון ש"ח, שהם פחות מ-2% מן ההוצאה הכללית על בריאות באותה שנה. מתוך תקציב זה מומנו כ-100 מיליון ש"ח בעזרת אגרות הבריאות שמשלמים נשים בהריון, הורים לתינוקות, ותלמידי בתי הספר. דעת המיעוט בוועדת נתניהו קראה לשינוי בחלוקת תקציב הבריאות, והציעה להפנות יותר משאבים לפיתוח רפואה מונעת ורפואה ראשונית עבור קבוצות מעוטות יכולת, ובקרב המגזר הערבי (ועדת החקירה הממשלתית, 1990, כרך שני: דעת המיעוט).

האם זה הזמן לחסל מערכת זו? אין תמימות דעים לגבי הצורך בסגירת מערכת זו. איגוד רופאי הילדים מתנגד לכך, ואף מחה נגד שילוב השירותים המניעתיים בתוך מרפאות קופת חולים. הוא גם פנה למשרד הבריאות בדרישה להשהות את השילוב עד אשר תוקם התשתית המתאימה לשילוב כזה. המועצה הלאומית לשלום הילד אירגנה יום עיון בינואר 1995, על מנת להסביר את החשיבות בהמשך קיומם של השירותים המניעתיים במסגרת התחנות לבריאות המשפחה. ביום העיון לקחו חלק אנשי מקצוע מתחומים שונים, ונציגי מוסדות הבריאות, ובמהלכו נדון חוק הבריאות והשלכותיו על ארגון השירותים המניעתיים לילד. רוב הדוברים הביעו התנגדות לסגירת התחנות לבריאות המשפחה והעברת השירות לקופת חולים. בעקבות יום העיון הקימה המועצה הלאומית לשלום הילד קואליציה של 15 ארגונים בראשות המועצה ובהשתתפות איגוד רופאי הילדים, איגוד רופאי המשפחה, ועד ההורים הארצי, איגוד האפידמיולוגים ועוד. העמדה החד-משמעית של כולם היתה נגד העברת השירות המניעתי לקופת החולים ואיחודו עם השירות הקורטיבי.

בשנות ה-90, עדיין כ-23% מהילדים חיים מתחת לקו העוני, וכ-10% מן האוכלוסייה הינם עולים חדשים בשלבי קליטה שונים. אוכלוסיית הילדים, החיים מתחת לקו העוני ואוכלוסיית העולים החדשים המתמודדת עם חבלי הקליטה, זקוקות להדרכה ולתמיכה ממוקדת ומרוכזת במיוחד עבור הקבוצות הפגיעות שבהן, כמו תינוקות, ילדים, נשים, ומשפחות חד-הוריות.

זה הזמן להשקיע מאמצים כדי לגשר על פני הפערים הקיימים בבריאות בין קבוצות שונות באוכלוסייה, לשאוף לצמצום תמותת תינוקות באזורים שבהם שיעור התמותה גבוה (ר' תרשים 3), ולסגור את

המניעתי הוא העיקר במסגרת זו, והטיפול הקורטיבי, בעיקרו, ניתן על ידי רופאי משפחה או רופא כללי במסגרת אחרת. בהולנד הרפואה המונעת ניתנת בעיקר במסגרת מרפאות ציבוריות, שכן הרופאים הפרטיים אינם מקבלים תמורה עבור שירותים מניעתיים. בספרד, אותו רופא מספק את השירות המניעתי והקורטיבי ולפי הערכתם של המחברים, המרכיב של רפואה מונעת הוא שולי בטיפול הרפואי.

בדברי הסיכום למחקר צוין, כי "בארצות שנחקרו הושג טיפול כוללני עם שמירה על רצף (מהלידה, גיל הגן ובית הספר), אף כי לא כל השירותים ניתנים על ידי שירות אחד ולא תחת קורת גג אחת" (Williams & Miller, 1991). כלומר, אין מבנה אחיד, יש יותר דמיון מאשר שוני בתכנים של השירות בארצות השונות, אך המאפיין את רובן הוא מסגרת ארגונית נפרדת – או לפחות הפרדה של האחריות המקצועית בין הצוות לרפואה מונעת לבין הצוות לרפואה קורטיבית – וכן הבטחת נגישות וזמינות לכל האוכלוסייה.

ארצות-הברית העשירה, עם ההוצאה על הבריאות מן הגבוהות בעולם, לא השיגה מצב בריאות לאוכלוסיית הילדים והנשים כמו במדינות המפותחות האחרות בעולם המערבי (Grant, 1995; Bellamy, 1996). זאת בגלל מדיניות, אשר אינה שוקדת על פיתוח השירותים המניעתיים.

ישראל, כמו הארצות האירופאיות שהוזכרו, שמה דגש רב על פיתוח השירותים המניעתיים, ובדומה לרוב ארצות אלה שמרה על הפרדה בין שתי המערכות.

לאחר 80 שנה של אספקת שירותים מניעתיים לאוכלוסיית הילדים והנשים בגיל הפוריות במסגרת התחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב), ניתן לזקוף, לפחות חלק מהישגי הבריאות באוכלוסייה, לזכות מערכת זו, שהיא זמינה ונגישה לכל האוכלוסייה.

תרשים 3. שיעורי תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992

סחנין	18.3	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
מגאר	16.9	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
שפרעם	16.7	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
טמרה	14.5	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
קרית גת	14.1	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
רהט	14.0	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
נצרת	13.5	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
צפת	13.0	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
עכו	12.7	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
טבריה	12.2	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
לוד	12.0	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
אום-אל-פאחם	11.7	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
עראבה	11.6	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
אשקלון	11.0	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
חדרה	10.9	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
עפולה	10.8	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
ראש העין	10.6	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
נצרת עילית	9.9	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
נהריה	9.7	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
ירושלים	9.4	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
טייבה	9.1	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
קרית ים	9.0	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
נתניה	8.5	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
תל אביב - יפו	8.5	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
חיפה	8.2	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
כרמיאל	8.1	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
אשדוד	8.0	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
דימונה	7.9	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
רמלה	7.6	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
כפר סבא	7.4	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
בני ברק	7.3	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
פתח תקוה	7.3	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
קרית מוצקין	7.1	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
בת ים	6.9	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
אילת	6.5	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
חולון	6.5	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
רחובות	6.4	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
ראשון לציון	6.1	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
קרית ביאליק	5.4	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
באר שבע	5.4	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
גבעתיים	5.2	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
הרצליה	5.2	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
רמת גן	4.5	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
רעננה	3.8	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992
רמת השרון	2.9	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי ביישובים נבחרים 1989-1992

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הרשויות המקומיות בישראל 1993, 1995; הירחון הסטטיסטי לישראל, אפריל 1995.

של השירותים המניעתיים מצויים הארגון והמיומנות הדרושים להתמודד עם הצרכים ברמת הפרט והקהילה. חלוקת האוכלוסייה בין קופות החולים השונות, ביטלה, למעשה, את האחריות על הקהילה, מבחינה גיאוגרפית ומינהלית. הפעלת תוכניות מניעה עבור אוכלוסייה ומעקב אחר בריאותה תהיה כעייתית ביותר,

הפערים במובן הרחב של הבריאות. כמו כן, יש לדאוג לרווחתם הפיזית, הנפשית, והחברתית של אוכלוסיית הילדים, ולשם כך דרושה גישה קהילתית, כפי שהופעלה בהצלחה בירושלים, באור יהודה, בבית שמש ובמקומות אחרים (שמש ואחרים, Barkai, Barell & Mashiach, 1991; במערך הקיים (1987; Palti et al., 1982).

המומלץ, הוא רק 60%. שיעור נמוך זה מוסבר על ידי מודעות מעטה של המטופלים והמטפלים, ובגין מחסומים הפוגעים בזמינות ובנגישות לשירותים (Freed, Bordley & De Friese, 1993). בכנס האיגוד הבין לאומי להיבטים חברתיים של רפואת ילדים, שהתקיים ב-1994 בקריית ענבים ליד ירושלים, הוצגה תחזית, לפיה תחול ירידה משמעותית באחוז המחסונים, במסגרת השירות המשולב (Freed, 1994). ההשערה היא שהאוכלוסיות החלשות, אשר להן מודעות מעטה לעניין החיסונים ייפגעו ביותר. השאלה המתעוררת בהקשר לכך היא האם בתכנון השירותים המשולבים נבנה מערך בקרה שימנע הדרדרות, ויעלה את אחוז המחסונים בשכבות בעלות סיכון גבוה?

בשנה האחרונה הופקדה בריאות התלמיד בידי חברות קבלניות, תוך פיקוח של משרד הבריאות. איגוד רופאי הילדים, ארגון ההורים הארצי והמועצה הלאומית לשלום הילד מחו בחריפות נגד שינוי זה, וציינו, בין השאר, כי קיים חסר בהכשרה מתאימה של הצוות החדש, המופקד על בריאות התלמיד, וכי, לדעתם, יש לחשוש מפני ירידה באיכות השירות.

אורח החיים והרגלי הבריאות מעוצבים בגיל בית הספר, ולדרך החינוך לבריאות בקרב התלמידים יש השלכה לא רק על מצב בריאותם העכשווי, אלא על מצב הבריאות שלהם בבגרותם וכזקנתם, וגם של ילדיהם בעתיד. בהקשר לכך מתבקשת השאלה – האם השירות הקבלני, הפועל כיום יכול לדאוג לקידום בריאותו של דור העתיד?

בעקבות העלייה ברמת החיים בשנים האחרונות, מתחזקת נטייתן של נשים בהריון לפנות לשירותיו של רופא מומחה, במסגרת מרפאות של בתי חולים, או של רופא פרטי. אחוז הפונות לשירותים הציבוריים

מאחר שאחריות זו תפוצל בין מספר מבטחים. בעייה זו חריפה במיוחד ביישובים קטנים. עם הפעלת חוק הבריאות הודיעה קופת חולים הכללית, שלא תספק שירות מניעתי לאוכלוסייה המבוטחת בקופות האחרות, ואי לכך, במהלך שנת 1995, משרד הבריאות החל בנקיטת פתרונות מידיים. במספר יישובים קטנים הוקמו שירותים מניעתיים על ידי קופות החולים: מכבי, מאוחדת ולאומית תחת גג אחד. פתרון זה מנוגד לעיקרון של שירותים משולבים ויוצר פרגמנטציה של השירות הרפואי. עלינו להימנע מפתרונות מאולתרים, אשר יפגעו בסופו של דבר בבריאות של אוכלוסיית הילדים והאמהות.

האם קיימת המיומנות בצוות הקורטיבי של קופות החולים לספק את השירות המניעתי? השירות המשולב עדיין צריך לבנות את עצמו מבחינה ארגונית ופרסונלית. לא נעשתה הכנה מספיקה בהכשרת צוותים, בהקניית הכישורים הדרושים לטיפול כוללני באוכלוסייה. אין מדובר כאן במתן חיסונים, שזו פעולה מיכנית, אלא בהכשרת צוותים לתפקידים הקשורים בחינוך לבריאות, שהוא אחד המרכיבים החשובים של המניעה. קיימת גם השאלה – האם הצוות הקורטיבי מוכן בכלל לעסוק בהיבט זה של הטיפול הרפואי ולשלבו כחלק יסודי במערך העבודה? מהם הידע, העמדות וההתנהגות של צוות, שעסק אך ורק בטיפול קורטיבי כלפי הטיפול המניעתי? לא נערכה חקירה שיטתית, כדי לדעת האם קיימות בעיות בעניין זה ואם כן, מהן?

האם בשלב זה אנו מוכנים לשינוי הארגוני? כדוגמה לבעייתיות הקיימת בשילוב השירותים אביא את נושא החיסונים:

נמצא, כי בארצות-הברית, שם ניתן החיסון למרבית האוכלוסייה על ידי הרופא המטפל, אחוז המחסונים, במועד שנקבע על פי הנוהל

ועדת נתניהו המליצה על הקמת יחידה להערכה ובקרה של שילוב השירותים: "...לבצע מחקר הערכה על תהליך השילוב לשם הפקת לקחים והערכה מחדש של מדיניות שילוב השירותים – לאור מידע אפידמיולוגי סטטיסטי שיאסף" (ועדת החקירה הממלכתית, 1990, כרך ראשון: דעת הרוב). המלצה זו נבעה מחוסר מידע מספיק על השפעות אפשריות של מערך שירותים משולב.

גישה זהירה היתה מחייבת ניסוי, אשר יקדים את הפעלת המדיניות החדשה, קרי – סגירת התחנות לבריאות המשפחה בכל הארץ, והעברת הטיפול המונע לקופת חולים. למעשה, ניתן לערוך ניסוי על ידי הפעלת השילוב באזורים מוגבלים, תוך הפעלת מודלים שונים:

1. הקופות יפעילו את השירות המניעתי בתוך המרפאה הקורטיבית.
2. הקופות יפעילו את השירות המניעתי במרפאה הקורטיבית על ידי צוות נפרד.
3. הקופות יקנו את השירות מן העיריות ומשרד הבריאות.

מודלים אלה יופעלו במספר מרפאות המייצגות אוכלוסייה עירונית וכפרית, יהודית ולא-יהודית. מרפאות אלו ישמשו כ-Sentinel Clinics, שבהן יתקיים מעקב אחר השינוי בארגון, בתהליך מתן השירותים (evaluation process), ותיבחן ההשפעה על התוצאות (outcome evaluation) ועל שביעות הרצון של האוכלוסייה. כן תיבדקנה העלות מול התועלת והעלות מן היעילות של השירות המשולב (ליסון ואחרים, 1993; WHO, 1985), לעומת השירותים במתכונתם כיום (Braverman, Oliva & Miller, 1989). שני המדדים האחרונים הם בעלי חשיבות מירבית, מאחר שאחת הטענות בעד שילוב השירותים היתה חיסכון בהוצאה לבריאות. פסק זמן של מספר שנים, הדרוש להערכה

הולך ומצטמצם, בעיקר בערים הגדולות. גם בין המשתמשות בשירות הציבורי יש הפונות לשירותי הרפואה הפרטית, ולא בגלל הריץ בעל סיכון גבוה. עקב מגמה זו צומצם לאחרונה הצוות של קופת החולים הכללית, המספק שירותים מניעתיים בהריון ותכנון משפחה. הפרטת הרפואה המונעת ותגובת המערכת הציבורית למגמה זו תביא לעלייה בעלות שירותי הבריאות, תיצור אי-שוויוניות באספקת השירותים המניעתיים, ותגרום לפערים בבריאות האשה ההרה ובתוצאת ההריון. נשאלת אם כן השאלה – האם אנו מוכנים לחזור למצב ששרר לפני כמה עשורי שנים מבחינת קיומה של אי-שוויוניות בבריאות? עלינו מוטל, איפוא, למצוא פתרונות שימנעו מגמה זו.

הערכת השירותים המניעתיים הערכת שירותי בריאות, ובמיוחד הערכות משוות של אותו תחום בשירותי הבריאות, הניתן במסגרות שונות, הוא נדיר ביותר. כסקירת השירותים המניעתיים באירופה, שהובאה לעיל, מוצגת השוואה אקולוגית ללא בדיקת הקשר בין אופן אספקת השירותים לבין התוצאות. בספרה של סטרפילד על "תפישה, הערכה, ומדיניות בריאות של שירותי בריאות ראשוני" (Starfield, 1992), מצוין בבירור, כי קיים חסר במחקרי הערכה של שירותים ובמיוחד חסר במחקרים משוויים. סטרפילד מביאה, בלית ברירה, הערכות שירותים שתוארו על ידי סילבר בשנות השבעים (Silver, 1978).

מספר רב של שאלות עומדות לפנינו ללא מענה לגבי השפעות אפשריות של שילוב השירותים על בריאות אוכלוסיות הילדים והנשים בגיל הפוריות. אין לנו סימוכין ברורים שהארגון מחדש, אכן יביא לשירותים יעילים ומועילים יותר.

יחודית לאוכלוסיות בסיכון גבוה, ומתן פטור מתשלום אגרות הבריאות.
 3. יש להקצות משאבים ייחודיים לתוכניות קידום הבריאות בקרב תלמידי כתי ספר, ובקרב הנוער הלומד והעובד.
 4. יש להקצות משאבים להערכת השינוי בשירותים המניעתיים ולבחינת השפעתו על מצב בריאותם של נשים בהריון ובגיל הפוריות, ושל ילדים ונוער, תוך שיתוף ספקי השירות השונים.

Adendum

בעקבות פעילות ענפה של גורמים שונים, כולל הפצת המאמר שפורסם לעיל, התקיים דיון בכנסת בחוק, שדן בהעברת השירותים המניעתיים לקופות החולים. בקריאה שלישית, במרץ 1996, הוכנס שינוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 4) - 1996: "על אף הוראות סעיף קטן (א) שירותי רפואה מונעת המנויים בתוספת השלישית בסעיף ו(1), (2), (4)(א) עד (ד) ו-(6) יינתנו בידי משרד הבריאות, בין בעצמו ובין באמצעות נותני שירותים או רשויות מקומיות".

מסוג זה, יתן גם אפשרות להתארגנות אם יופעל, בסופו של דבר, שילוב השירותים.

יעדים

1. שיפור מצב הבריאות של הילדים והנשים ההרות, עד שתושג רמת בריאות הקיימת בארצות המפותחות ביותר.
2. צמצום הפערים במצב הבריאות בין אזורים גיאוגרפיים שונים, ובין קבוצות האוכלוסייה בישראל.
3. הפעלת מדיניות לקידום הבריאות, בעיקר בקרב תלמידי הגנים ובתי הספר, וכן בקרב הנוער העובד והלומד, ומניעת דרכי התנהגות המסכנות את הבריאות.

המלצות

1. אין למהר ולסגור מערכת בריאות מניעתית אוניברסלית, המתפקדת בהצלחה לטובת כלל האוכלוסייה, בטרם תוקם מערכת חלופית מתאימה, עם מערכת בקרה.
2. יש לדאוג למתן שירותי בריאות מניעתיים איכותיים, שיתאימו לרמת הידע העדכני של הרפואה. עליהם להקיף את כל השירותים שניתנו לפני הפעלת חוק הבריאות, תוך גישה

ביבליוגרפיה

בנדלי, י', פלטי, ח', אור נוי, א', וינטר, ש' (1990). "שימוש בשירותי בריאות מונעים עבור תינוקות ופעוטות בישראל", הרפואה 681:118-684.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1990). שנתון סטטיסטי לישראל, 41, מפעל דפוס כתר ירושלים.

ועדת החקירה הממלכתית לכדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). דין וחשבון - כרך ראשון: דעת הרוב. פרק י"א: בריאות הציבור, עמ' 341-361, המדפיס הממשלתי, ירושלים.

ועדת החקירה הממלכתית לכדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). דין וחשבון, כרך שני: דעת המיעוט, עמ' 204-206, ירושלים.

זהר, ע' (1992). "ועדת מן - השפעתה על שירותי הבריאות בישראל". מתוך: ציוני דרך בבריאות הציבור ובחוסן החברתי בישראל (דברים מיום עיון לכבודו של פרופ' קלמן י' מן בהגיעו לגבורות).

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994. א. עמ' 175; ב. עמ' 176; ג. עמ' 208. ליסון, מ', בראל, ו', גלסר, ש', תיאודור, ר' (1993). "קטינים ללא ביטוח רפואי - תמונת מצב בריאות". הרפואה 124:321.
- משרד הבריאות (1989). "קווים למדיניות בריאות - ישראל, 1989". ירושלים.
- משרד החינוך והתרבות (1990). "תוכנית מסגרת לחינוך לבריאות לגן ולבית הספר", ירושלים.
- משרד הבריאות (אפריל 1991). "נוהל טיפול בתינוק ובפעוט". משרד הבריאות, הסיעוד בבריאות הציבור.
- משרד הבריאות (דצמבר 1993). "נוהל טיפול באשה ההרה ובאשה בגיל הפוריות". משרד הבריאות, הסיעוד בבריאות הציבור.
- משרד הבריאות (פברואר 1994). "נוהל מתן שירות בריאות לתלמיד". משרד הבריאות, שירותי בריאות הציבור.
- משרד הבריאות (1985). "ועדת נגן", דו"ח הוועדה לשילוב השירותים הקורטיביים עם המניעתיים.
- קופ, י', וינבלט ג', בלנקט, י' (1994). "הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים", מתוך: הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1993-1994, עורך: י' קופ, המרכז למחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שירום, א' (1994). "שירותי בריאות מונעים". מתוך: הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1993-1994, עורך: י' קופ, המרכז למחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 109-143.
- שמשי, ע', דר, א', בן-ישי, פ', ינאי, ש', יפה, ח' (1991). "תכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש", הרפואה 120:1-5.
- Barkai, G., Barell, V. & Mashiach S. (1987). "The Or-Jehudah Program: A model for comprehensive care". *Harefuah* 113:117-120.
- Bellamy, C. (1996). *The state of the world's children - 1996*. Oxford: Oxford University Press.
- Braverman, P., Oliva, G. & Miller, M. (1989). "Adverse outcomes and lack of health insurance among newborns in an eight-county area of California, 1982-1986". *New England Journal of Medicine* 321:518-513
- Ellenzweig, A., Palti, H., Neumark, Y., & Donchin M. (1993). "Factors effecting the utilization of Prenatal Services in Jerusalem". *J. of Community Health* 18:109, 120.
- Freed G.L., Bordley, W.C. & De Friese, G.H. (1993). "Childhood immunization programs: An analysis of policy issues. *Milbank Quarterly* 71:65-96.
- Freed, G.L. (1994), "Childhood immunization programs - policy issues in the United States and Israel," European Society for Social Pediatrics - ESSOP, International Symposium, Jerusalem.
- Grant, J.P. (1995). *The state of the world's children - 1995*. United Nations Childrens Fund, Oxford: Oxford University Press, U.K.
- Grushka, T.H. (1968a). *Health services in Israel*, Ministry of Health, Jerusalem.
- Grushka, T.H. (1968b). *Health services in Israel - A demographic Essay*. Ministry of Health, Jerusalem.
- Hoekelman, R.A. (1992). "Child Health Supervision", Chapter 3. In: R.A. Hoekelman, S.B. Friedman, N.M. Nelson and H.M. Seidel (eds.), *Primary Pediatric Care, Sc. Ed.*, Mosby Year Book Publ., St. Louis, 28-33.
- Health and Health Services in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1993, Report by the Ministry of Health of Israel. State of Israel, Jerusalem 1995.
- Monsalud H. (1987). "The role of the nurse and physician in the preventive and curative services in Israel". Master of Public Health Thesis, Jerusalem.
- National Council of the Child (1994). *State of Child in Israel 1994, A Statistical Abstract*, Jerusalem.
- Neumark, Y., Palti, H., Donchin, M. & Ellenzweig, A. (1992). "Utilization of Pediatric Health Services in Israel". *J. of Community Health* 17:271-281.
- Palti H., Gofin R., Knishkovy B., Haustein D. Adler B. (1989). "Process and Outcome evaluation of preventive care in Two types of practices". *J. of Community Health* 14: 243-254.
- Palti, H., Zilber, N., Adler, B. & Kark S.L. (1982). "A Community Oriented Early Intervention Program in the Primary Preventive Child Health Services". *Community Medicine* 4:302-314.
- Palti, H. & Karl S.L. (1993). "Promotion of growth and development in Maternal and Child Health Services", Chapter 14. In: S.L. Kark, J.H. Abramson and J. Gofin (eds.), *Community Oriented Primary Care*, Doyma, Barcelona.

- Palti, H., Halevy, A., Epstein, Y., Meir, M. & Adler B. (1995). "Risk behavior and its association with health concerns among high school students in Jerusalem". *J. Adolescent Health* 17:51-57.
- Primary Health Care (1978). A joint report by the Director General of the World Health Organization and United Nations Children's Fund, Geneva.
- Shuval, J.T. (1993). *Social dimensions of health — The Israeli Experience*. Westport: Connecticut, Praeger Publications.
- Silver, G. (1978). *Child health: America's future*. Germantown, Md.: Aspen System Corporation.
- Starfield B. (1992). *Primary care: Concept, evaluation and policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Teichman, M., Rahav, G. & Barnea Z. (1987). "Alcohol and psychoactive drug use among Israeli adolescents: An epidemiologic investigation". *The International Journal of Addiction* 22:81-92.
- Wasserman, M. (1993). "For mother and child: Hadassah in the Holy Land 1913 through 1993", *Bull. of the New York Academy of Medicine*, 251-274.
- WHO (1985). Regional Office for Europe: Targets for Health for All. Copenhagen.
- Williams, B.C. & Miller, C.A. (1991). "Preventive Health Care for Young Children: Findings from a ten country study and directions for United States policy". National Center for Clinical Infant Programs, Arlington, VA.

הקשר בין תחלואה וצרכים לבין המדיניות הננקטת בתחום בריאות השן

מאת ד"ר טוביה חורבי

מבוא

בתחום בריאות השן, כמו בתחומי בריאות אחרים – נקיטת מדיניות מושכלת ובניית מערכת, שהינה פועל יוצא של מדיניות זו, עשויות לשנות את תמונת המצב, ולהביא לשיפור ממשי במצב התחלואה ובצרכים הדנטליים בישראל. ראוי לציין, כי בפרספקטיבה בינלאומית, תחום זה הוא, אולי, אחד מתחומי הרפואה הבודדים שיש בהם פוטנציאל לשיפור דמת הבריאות של האוכלוסייה.

מטרת עבודה זו היא להשוות את מערך בריאות השן בישראל למערכות בריאות של חמש מדינות מתועשות, ולבחון את אפשרות קיומה של זיקה בין המדיניות שהממשלה נוקטת בתחום רפואת השיניים לבין התוצאה המושגת בתחום זה.

כאוכלוסיית מחקר בסיסית שימשו מערכות בריאות השן של חמש מדינות, החברות ב-OECD והמתאפיינות בשירותים ייחודיים בתחום בריאות השן (בריטניה, גרמניה, נורווגיה, דנמרק וארצות-הברית). המערכות נבחנו על-פי התשומות המושקעות בהן, מבנה המערכת, המדיניות הננקטת

רפואת השיניים בישראל התבססה לאורך כל השנים על העיקרון של שוק חופשי, תוך מעורבות מינימלית של הממשלה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהונהג בארץ בראשית 1995, לא שינה גישה זו. עבור מרבית האוכלוסייה רק "רפואת שיניים מונעת לילדים" כלולה בסל השירותים הציבורי.

מצב בריאות השן בישראל אינו טוב בהשוואה למדינות מסותחות אחרות, כפי שמשתקף ממספר דו"חות שפורסמו במהלך העשור האחרון. על פי דו"ח מבקר המדינה (משרד מבקר המדינה, 1988) יותר מ-3 מיליון מכלל תושבי ישראל אינם מקבלים טיפול שיניים משמר סדיר, אם מחמת היעדר מודעות ואם בשל עלותו הגבוהה. גם בדו"ח ועדת נתניהו (דו"ח ועדת החקירה הממלכתית, 1990) תוארה הרמה הגבוהה יחסית של תחלואת העששת בקרב ילדים ובוגרים בישראל ושל המצב הלקוי של בריאות השן אצל קשישים.

* מומחה לרפואת שיניים ציבורית; דוקטורנט ביחידה למדיניות וניהול מערכות בריאות באוניברסיטת כן-גוריון בנגב; משמש יועץ למנכ"ל קופ"ח מאוחדת.

הבריאות בישראל ציירה בפרק המוקדש לבריאות השן תמונה קודרת למדי (ועדת החקירה הממלכתית, 1990). בין יתר הממצאים צוין, כי בישראל 75% מתושבי ישראל אינם מקבלים טיפול שיניים משמר סדיר, רמת תחלואה גבוהה יחסית, חוסר מודעות לחשיבותה של רפואת שיניים מונעת, ומחסור חמור במידע אפידמיולוגי דנטלי.

על רקע תמונת מצב זו החליטה הוועדה

על ההמלצות הבאות בתחום רפואת השיניים:

1. הכללת רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים ונוער בגיל 5 עד 18 בסל השירותים.
2. הדרכה וחינוך לבריאות לפעוטות עד גיל 5.

3. רפואת שיניים כוללת (משמרת ומשקמת) לקשישים מגיל 65 ומעלה (על-פי הקריטריונים הקבועים בחוק להבטחת הכנסה).

4. מתן שירותים לנוער עד גיל 18 באמצעות הרשויות (במתקנים הקיימים במוסדות החינוך) במימון הקופות.

5. העברת הסמכויות והאחריות לרופאים אזוריים (של משרד הבריאות).

6. עידוד תוכניות חיסכון בתנאים מועדפים לצורך טיפולי שיניים.

7. הרחבת היקף ההפלרה של מי השתיה.

8. העלאת המודעות למניעת מחלות דנטליות באמצעות כלי התקשורת ומוסדות החינוך.

9. הקמת מאגר מידע על בריאות השן.

10. הקצאת כספים למימון מחקרים אפידמיולוגיים דנטליים.

המלצות אלה נתקבלו על דעת כל חברי הוועדה, ובהן תמך גם החבר, שהיה בדעת מיעוט בנושאים אחרים.

רפואת שיניים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועדת נתניהו היתה למעשה המאיץ להעברת החוק לביטוח בריאות ממלכתי. אולם המלצות הוועדה בכל הקשור לבריאות הפה

בתחום בריאות השן, והקשר בין כל אלה לבין התוצאה בתחום זה, שהושגה בארצות השונות. במהלך הצגת הנתונים בוצעה השוואה למערך בריאות השן בישראל.

מדיניות בריאות השן בישראל

המערכת המספקת את שירותי בריאות השן בישראל מתבססת בעיקרה על הסקטור הפרטי. אין בנמצא חוזה כלשהו בין המדינה לבין ספקי השירות ואין פיקוח על התעריפים. בדרך כלל, התשלום עבור השירותים הדנטליים בישראל הוא במתכונת של Fee For Service, ומועבר ישירות מידי הצרכן אל ספק השירות במעמד קבלת השירות. למתכונת זו של תשלום יש השלכה על דפוסי השימוש בשירותים הדנטליים. מדינות כמו גרמניה, בריטניה ובחלק מן המקרים גם ארצות סקנדינביה — העדיפו לנתק את אקט התשלום ממעמד קבלת השירות, ובכך לתרום ליתר שוויוניות ולהגברת הנגישות לשירותים הדנטליים.

בניגוד למדינות שהוזכרו לעיל, פעילות המגזר הציבורי בתחום בריאות השן בישראל היא מצומצמת. הגוף האחראי להיבטים הציבוריים של בריאות השן היא המחלקה לבריאות השן במשרד הבריאות. מחלקה זו משמשת בתור גוף מטה במשרד הבריאות, ואליה כפופים מבחינה מקצועית רופאי שיניים מחוזיים/נפתיים. תקציב המחלקה מצומצם ועד היום אין עדות לכך שמשרד הבריאות הגדיר מדיניות ברורה, תוך הצבת יעדים בני מדידה, בתחום בריאות השן בישראל.

רפואת שיניים בדו"ח ועדת נתניהו ועדת נתניהו שבדקה את מערך שירותי

מלבד העובדה, שרפואת השיניים לא הוכללה בסל השירותים הבסיסי, אשר לו זכאי כל תושב במדינת ישראל, אין עד עצם היום הזה עדות לקיומה של מדיניות ברורה בתחום בריאות הפה והשיניים בישראל, וגם לא נראה שהוצבו יעדים בני-מדירה בדרך ליישומה של מדיניות כזאת. יש להניח שאיי-קיומה של מדיניות ברורה בתחום בריאות השן, מונע טיפול יעיל בתחלואה הדנטלית של אזרחי ישראל, וגורם לבזבוז משאבים.

המקורות המוקצים לבריאות השן

מנתונים שפורסמו ב-1992 (WHO, 1992) מטעם ארגון הבריאות העולמי עולה, כי מדינות שונות משקיעות נתח שונה מתקציב הבריאות שלהן לבריאות השן (לוח 1). בכריטניה היתה ההוצאה הלאומית לבריאות השן (1990) 4.1% מן ההוצאה הלאומית

והשיניים לא התקבלו במלואן. סעיף 6 לחוק (חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד, 1994), אשר מגדיר את תחומי שירותי הבריאות כולל גם "רפואת שיניים מונעת לילדים עד גיל שיקבע השר". אולם סל שירותי הבריאות המפורט בתוספת השנייה והשלישית לחוק אינו מפרט את המושג "רפואת שיניים מונעת לילדים", ועד היום לא הוצאו על-ידי משרד הבריאות תקנות כלשהן המגדירות מושג זה, או הקובעות את קבוצת הגיל הנכללת בסעיף זה. יתירה מזאת, סעיפים 1(ב') (31) ו-13(א') בתוספת השנייה לחוק, מוציאים את רפואת השיניים מכלל הטיפולים הנכללים בהם. סל השירותים המפורט מתייחס, למעשה, רק ל"טיפול שיניים לחולים אונקולוגיים", ומשאיר את המצב בעינו בכל שאר העניינים הנוגעים לרפואת שיניים, ובכלל זה רפואת שיניים מונעת לילדים, תחום בו ההחלטה בדבר הצורך במתן השירות והיקף הטיפול הניתן – נתון כיום לשיקולן של הרשויות המקומיות, שמיעוטן נוקט כיום יוזמה בתחום זה.

לוח 1. מקורות מוקצים לרפואת שיניים במדינות נבחרות

מדינה	ההוצאה לבריאות השן כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, 1990 ¹	ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג 1991 ²	תמ"ג לנפש כמונחי p.p.p., 1991 ³	שיעור רופאי שיניים לאוכלוסייה, 1991 ⁴
נורווגיה	8.5	8.4	17,160	1:838
דנמרק	5.0	7	17,880	1:946
בריטניה	4.1	6.6	16,340	1:2503 (1992)
גרמניה	7.4	9.1	19,770	1:1431 (1992)
ארצות הברית	5.0 (5)	13.3	22,224	1:1670 (6)
ישראל	12.2	7.5	13,460	1:877 (7)

1. WHO 1992; ישראל – הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1992

2. Human Development Report, 1995; ישראל – הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1992

3. WHO 1994

4. WHO 1994

5. Igelhart, 1992

6. Neeman, 1993

7. משרד הבריאות, 1993

M — מספר השיניים החסרות כתוצאה מעששת.

F — מספר השיניים אשר היו נגועות בעששת בעבר (אינן נגועות כיום), אך טופלו באמצעות סתימה או כתר.

T — מרמות שהספירה כוללת מספר שיניים שנפגעו.

המספר הכולל של D+M+F (ממוצע לאדם) מבטא את הניסיון המצטבר בחשיפה לעששת בקרב האוכלוסייה. בעבודה הנוכחית נבדק מדד ה-DMFT בקרב ילדים בגיל 12 שנה.

Caries free — מדד זה בוחן את אחוז הילדים בגיל 5-6 שנים, אשר הינם נקיים מעששת ולא התגסו בה גם בעבר. המדד מבטא את שכיחות העששת בילדים ויכול לשקף את שיעור ההצלחה של טיפול מונע בגיל צעיר (Aggeryd, 1983).

CPITN — בתחום מחלות החניכיים קיים מגוון רחב של מדדים. דבר זה מקשה על ביצוע מחקר השוואתי כיוון שמדינות שונות משתמשות במדדים שונים. מדד מקובל הוא Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN, Ainamo, 1982). מדד זה פותח על-ידי ארגון הבריאות העולמי לצורך הגדרת צורכי טיפול פריודונטלים לפי מספר קטגוריות:

0 — אין סימן לבעיית חניכיים (אין צורך בטיפול).

1 — דימום מהחניכיים (צורך בהדרכת היגיינה).

2 — קיום אבנית (צורך בניקוי אבנית והדרכת היגיינה).

3 — הימצאות כיס פריודונטלי בעומק של 5-4 מ"מ (כנ"ל).

4 — הימצאות כיס בעומק של 6 מ"מ ומעלה (צורך בטיפול חניכיים מורכב כמו ניתוח).

ככל שאתוז האוכלוסייה הסובל מכיסים

לבריאות, בגרמניה — 7.4%, בנוורוגיה — 8.5% וכארצות-הברית — 5% (Heloe et al., 1994; Nissen, 1992). בישראל לעומת אלה, הושקעו בבריאות השן כ-12.2% מההוצאה הלאומית לבריאות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1992).

מבחינת שיעור רופאי שיניים לאוכלוסייה עמד היחס בישראל כבר ב-1990 על רופא שיניים אחד ל-980 נפש (Kelman & Zusman, 1991). ב-1991, עוד לפני סיום גל העלייה מברית-המועצות, היה יחס רופא שיניים לאוכלוסייה בישראל 1:877 (משרד הבריאות, 1993) בהשוואה ל-1:431 בגרמניה, 1:2503 בבריטניה, 1:838 בנוורוגיה (WHO, 1994), ו-1:1670 בארצות-הברית (Neeman, 1993).

מצב בריאות השן במדינות נבחרות ובישראל

מדדי תחלואה

לבחינת מצב התחלואה והצרכים הדנטליים נבחרו המדדים המקובלים בתחום זה:

- בתחום העששת — DMFT, Caries free.
- בתחום החניכיים — CPITN.
- Edentulism

DMFT — זה מדד ותיק ומקובל לשימוש (WHO, 1987), המתאר את הניסיון המצטבר של כל פרט באוכלוסייה בחשיפה לעששת. המדד מבטא את מספר השיניים (ממוצע לאדם), שנפגעו מעששת בעבר או בהווה.

D — מספר השיניים הממוצע שאובחנו כנגועות בעששת פעילה בהווה.

רמת התחלואה והצרכים הדנטליים

פריודונטליים עמוקים גבוה יותר – גבוהים יותר הצרכים הפריודונטליים המורכבים של אותה אוכלוסייה. במחקר הנוכחי נבדקה שכיחות הכיסים העמוקים בקרב שכבת גיל 35–44 שנה.

לוח 2 מציג את מצב התחלואה הדנטלית על-פי המדדים. אחוז הילדים בגיל 5–6 שנים, הנקיים מעששת (Caries free), עומד בישראל על 41% (Zadik et al., 1992) לעומת 60% בדנמרק, 58% בנורווגיה ו-49% בבריטניה (WHO, 1992). מדד ה-DMFT מדגים את העובדה שבישראל לכל ילד בגיל 12 יש בממוצע כ-3 שיניים נגועות בעששת (או היו נגועות בעבר) (Zadik et al., 1992), לעומת 1.4 שיניים בממוצע בדנמרק, 2.7 בנורווגיה (WHO, 1992) ו-1.8 בארצות-הברית (US Dept. of Health and Human Services, 1989).

במחקר שנערך על משרתי הקבע בצה"ל (Horev, 1994; Horev et al., 1994) נמצא,

Edentulism – התוצאה הסופית של העששת כמו גם של מחלות חניכיים היא – אוכדן שיניים. ככל שמערכת מצליחה לגרום ליותר שיניים להישאר בפה לאורך זמן רב יותר, כך היא מתמודדת טוב יותר עם מחלות אלה. בקובעו יעדים לשנת 2000 השתמש ארגון הבריאות העולמי (Aggeryd, 1983) במדד זה הבודק את אחוז הקשישים (גיל 65 ומעלה) שהינם חסרי שיניים לחלוטין (Edentulism). המדד יכול לבטא את הצלחת שירותי הבריאות במניעת תחלואה דנטלית ובטיפול בתוצאותיה, ולהדגים את התועלת המוחשית (Tangible benefits) בשירותי בריאות השן.

לוח 2. רמות תחלואה דנטלית במדינות נבחרות

המדד	חופשיים מעששת (Caries free) 1990		DMFT 1990		% בעלי כיסים פריודונטליים עמוקים		% מחוסרי שיניים לחלוטין 1990	
	דרוג	ערך	דרוג	ערך	דרוג	ערך	דרוג	ערך
גיל בשנים								
נורווגיה	2	58	3	2.7	1	8	1	31
דנמרק	1	60	1	1.4	2	11	2	50
בריטניה	3	49	5	3.1	3	12	3	67
גרמניה	6	26	6	4.1	5	15	5	27
ארצות הברית	4	43	2	1.8	4	14	4	41
ישראל	5	41	4	2.99	6	17	6	60

1. WHO, 1992

2. WHO, 1994

3. Zadik et al., 1992

4. The National Survey of Dental Caries in U.S School Children: 1986–1987

5. WHO, 1994

6. Horev, 1994

לכאורה, מערך רפואת השיניים בישראל דומה לארצות-הברית. שניהם מתבססים בעיקר על הסקטור הפרטי כנותן השירות, תוך תיגמול ספקי השירות כשיטת Fee for service. גם הטכנולוגיות ושיטות העבודה מתבססות על מערכות וידע אמריקאים. אולם התוצאה הבריאותית שהושגה בישראל ובארצות-הברית שונה מאוד זו מזו. מנתוני לוח 2 עולה, כי התוצאה הבריאותית הטובה ביותר הושגה במדינות, שבהן קיים ביטוח בריאות ממלכתי (נורווגיה ודנמרק) ובארצות-הברית. כיצד ניתן להסביר תוצאות דומות במערכות שונות כל כך? אחת האפשרויות לענות על שאלה זו נעוצה בהסבר הבא: ארצות-הברית רואה את שוק הבריאות כחלק ממדיניותה לעידוד שוק חופשי, ולכן לא הונהג בה עד היום ביטוח בריאות ממלכתי. עם זאת, הממשל מעודד באמצעות פטורים והקלות מס שונות למעסיקים את השתתפותם במימון ביטוח רפואי לעובדים. הביטוח המסופק על-ידי חברות מסחריות מאפשר נגישות טובה לשירותי הבריאות ומבטיח, שהכנסתו של העובד לא תיפגע כתוצאה מהוצאה בלתי צפויה עקב מחלה או פגיעה. מרבית תושבי ארצות-הברית (87%) מבוטחים בביטוח רפואי כלשהו. ל-57% מהאוכלוסייה מגיל שנתיים ומעלה יש ביטוח דנטלי (Kovar et al., 1988). גם בישראל מסופקים השירותים הדנטליים על-ידי הסקטור הפרטי. אולם בשונה מארצות-הברית היקף המבוטחים בביטוח דנטלי הינו מצומצם ביותר. בסקר הוצאות המשפחה 1992/93 נמצא, כי רק כ-8% מהמשפחות הוציאו בשנת 1992 כספים לצורך תשלום דמי ביטוח דנטלי (ברג א. ואחרים, 1996). במצב דברים זה נופל נטל המימון ברובו על המטופל. ואכן, בישראל נושא האזרח בכ-90% מנטל ההוצאה לרפואת שיניים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה,

ששיעור בעלי כיסים פריודונטליים עמוקים (גיל 35-44) עמד על 17%, לעומת 8% בנורווגיה, 12% בבריטניה ו-14% בארצות-הברית (WHO, 1994). אחוז האנשים שהם מחוסרי שיניים לחלוטין (גיל 65 ומעלה) עומד בישראל על 60%, לעומת 31% בנורווגיה, 27% בגרמניה (WHO, 1992) ו-41% בארצות-הברית (US Dept. of Health and Human Services, 1987). במרבית המדדים שנבדקו נמצאת ישראל במקום אחרון או לפני אחרון.

נתונים אלה מעידים, לכאורה, על כך שבתחום בריאות השן קיימת בישראל השקעה גבוהה יחסית והיצע גדול של ספקי שירות. למרות אלה, רמות התחלואה והצרכים הדנטליים של האוכלוסייה בישראל אינן טובות יותר ובמדדים אחדים הן במצב נחות, יחסית למדינות שמשקיעות פחות ברפואת שיניים. אם רמת התחלואה הדנטלית בישראל אינה נובעת ממחסור במקורות הון או כוח אדם (לוח 1), יש לבדוק האם אין לייחס את ההבדל בין ישראל למדינות המתועשות האחרות בגורמים גנטיים או סביבתיים. אם יסתבר שגורמים אלה אינם מסבירים את מצב בריאות השן בישראל – ניתן יהיה להסיק, שיש יסוד להשערה שההבדל נובע, ככל הנראה, ממדיניות שונה ומבנה שונה של מערך שירותי הבריאות הדנטלית.

מבנה ומדיניות בריאות השן

מדינות שונות מתייחסות באופן שונה לשירותי הבריאות בכלל ולשירותי בריאות השן בפרט. במדינות סקנדינביה קיים ביטוח בריאות ממלכתי, הכולל טיפולי שיניים חינם לילדים עד גיל 18; בגרמניה קיים ביטוח חובה הכולל גם טיפולי שיניים.

מקבלים לבתיהם מים המכילים פלואוריד. השאלה המתעוררת, איפוא, נוכח מציאות זו היא – האם יתכן שבעיה זו של השקעה גבוהה יחסית, אשר אינה באה לידי ביטוי בתוצאה הבריאותית, קשורה לבעיות בתחום המדיניות הכוללת ובארגון מערך השירותים של בריאות השן בישראל?

עבודה זו מצביעה על כך, שיש יסוד להשערה בדבר אפשרות קיומו של קשר בין המדיניות הננקטת לבין התוצאה הבריאותית. הנתונים מרמזים, לכאורה, על יתרון למערכת ממלכתית דוגמת מדינות סקנדינביה. יש לזכור, שהמערכת הבריטית, שהגיעה אמנם להישגים צנועים יותר בתחום הבריאות הדנטלית, משקיעה בבריאות השן תשומות מעטות יחסית למדינות אחרות.

מן הנתונים שהוצגו בעבודה הנוכחית נראה, שבהעדר מערכת ממלכתית, קיים לכאורה יתרון למערכת המעודדת את שוק הביטוח הדנטלי ומאפשרת נגישות טובה לשירותים, תוך הקצאת מקורות למערכת ציבורית, המשלבת רפואת שיניים מונעת לכלל האוכלוסייה וטיפוליים דנטליים לאוכלוסיות יעד.

היקפה המצומצם של העבודה הנוכחית מנע התייחסות מעמיקה לשאלות חשובות נוספות, כגון: רמת המודעות לרפואת שיניים מונעת כמדינות השונות. הרגלי התזונה, השימוש בפלואוריד שלא באמצעות מי שתיה, רמת שביעות הרצון של הלקוחות במדינות השונות וכדו'. במחקרים הבאים יש צורך להעמיק ולחקור נקודות אלה במגמה להגיע לניתוח מעמיק של מערכות בריאות השן ולבחינת הגורמים, אשר באמצעותם הצליחו מדינות שונות, בעלות נמוכה יחסית, להגיע

בעוד שבארצות-הברית משולמת רק 54.9% מההוצאה לבריאות השן (Lazenby & Letsch, 1990) על-ידי האזרח (Out of pocket). במדינות בעלות השקפה סוציאליסטית, מרבית ההוצאה לבריאות השן היא, כמובן, ציבורית והאזרח נושא רק בחלק קטן מהנטל. יש להדגיש שקיומו של ביטוח דנטלי מסחרי בהיקף רחב הינו הסבר אפשרי אחד לשאלה שנוכרה לעיל. ניתן להניח, כי התוצאה הבריאותית/דנטלית שהושגה בארצות-הברית מושפעת, כנראה, גם מגורמים נוספים, כגון הפלרת מי השתיה ומודעות גבוהה לרפואה מונעת, אולם ראוי לזכור, שגם גורמים אלה מוכתבים על-ידי המדיניות הננקטת.

סיכום

ישראל משקיעה ברפואת שיניים תשומות גבוהות יחסית, אך משיגה תוצאה בריאותית נמוכה יחסית, וזאת למרות שהיא אינה שונה באופן משמעותי במשתנים גנטיים וסביבתיים, העלולים להשפיע על התחלואה והצרכים בתחום בריאות השן. יתרה מזאת, כיוון שנמצא, כי תחלואה דנטלית קשורה באופן חיובי לגיל (Dunning, 1986), הרי שהתפלגות הגילאים בישראל היתה אמורה להקנות לה יתרון מבחינת רמות התחלואה והצרכים הדנטליים¹, ולא כך הוא. הוא הדין לגבי הפלואורידציה של מי השתיה: בעוד שבמדינות סקנדינביה אין כלל פלואוריד במי השתייה, בישראל כ-40% מכלל התושבים

1. בשנת 1991 היוותה קבוצת הגיל (0-14) בערך 30% מן האוכלוסייה, לעומת 17% בערך בדנמרק ובגרמניה ו-19% בערך בבריטניה ובנורווגיה (WHO, 1994).

במחלות אלה ובתוצאותיהן הוא יקר ביותר, ונטל התשלום, אשר נופל, רובו ככולו, על המתרפא, יוצר מחסומים כלכליים, המונעים, ככל הנראה, מחלק גדול של האוכלוסייה לזכות בשירותי בריאות השן.

הפעלת מדיניות מושכלת בתחום בריאות השן עשויה לשפר את התוצאה הבריאותית, לקדם את הנגישות לשירותי בריאות השן, וליישם את העקרונות, אשר עליהם מושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

לתוצאה בריאותית/דנטלית טובה יותר מאשר ישראל, תוך שמירה על רמה גבוהה של זמינות ונגישות.

בפתיח לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הודגשה העובדה, שהוא מושתת על עקרונות צדק, שוויון ועזרה הדדית. אולם עקרונות אלה, אשר עליהם מושתת החוק, קשים ליישום, נוכח העובדות הבאות: שכיחותם של העששת ומחלות החניכיים באוכלוסייה גבוהה יותר מכל מחלה כרונית אחרת. הטיפול

ביבליוגרפיה

- ברג, א', רוזן, ב', סגן-כהן, ה', חורב, ט' (1996) הוצאות משקיהכית על רפואת שיניים, ג'וינט – מכון ברוקדייל, 255-96.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1992). ההוצאה הלאומית לבריאות 1991 ואומדן מוקדם ל-1992.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1992). השנתון הסטטיסטי לישראל מס' 43, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1992). סקר הוצאות משפחה 1992/93, ירושלים.
- ועדת החקירה הממלכתית (1990). דו"ח ועדת החקירה הממלכתית (בראשות כב' השופטת ש' נתניהו) לבדיקת מערכת הבריאות בישראל, ירושלים.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, החשני"ד-1994. רשומות 1469, 26 ביוני 1994, עמ' 156.
- משרד הבריאות (1993). נתוני המחלקה לבריאות השן, ירושלים.
- משרד מבקר המדינה (1988). דו"ח שנתי (לשנת 1987), ירושלים, עמ' 211.
- Aggeryd, T. (1983). "Goals for oral health in the year 2000: Cooperation between WHO, FDI and the National Dental Associations", *Int. Dent. J.*, 33(1):55-58.
- Ainamo, J., Barmes, D., Beagrie, G. et al. (1982). "Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN)", *Int. Dent. J.*, 32:281-289.
- Dunning, J.M. (1986). *Principles of Dental Public Health*, 4th ed., Cambridge: Harvard University Press, 138-139.
- Heloe, L.A., Grytten, J., Worren, G.B., Brown, L.J. (1994). "A comparative study of costs for dental services and dentists' incomes in the United States and Norway". *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 22:65-70.
- Horev, T. (1994). "Dental morbidity and treatment needs among I.D.F. personnel who visited the military institute for periodic medical examinations at 'Sheba' medical center", MPH Thesis, Jerusalem: School of Public Health and Community Medicine, Hadassah, March, 1994.
- Horev, T., Zusman, S., Sgan Cohen, H.D. (1994). "Dental health and treatment needs among I.D.F. personnel (Abstract)", *J. Dent. Res.*, 73(4):882.
- Igelehart, J.K. (1992). "Health policy report — The American health care system". In: N. Engl (ed.), *J. Med.*, Apr. 2:962-7.
- Kelman, M.A., Zusman, S.P. (1991). "Dental manpower demography in Israel — Part II", *Dent. Med.*, 9(3):17-20.

- Kovar, M.G., Jack, S., Bloom, B. (1988). "Dental care and dental health", *NHIS. Am. J. Public Health*, 78(11):1496-1497.
- Lazenby, H.C., Letsch, S. (1990). "National health expenditure 1989", *Health Care Financing Rev.*, 12(2):1.
- Neeman, M.E., Pounovich, E., Solomon, E.S., Watkins, R.T. (1993). "The primary dental care workforce", *J. Dent. Educ.*, 57(12):863-875.
- Nissen, L.C. (1992). "Financing oral health care. Can dentistry diversify the potfolio?", *N.Y.S.D.J.*, Nov., 35-39.
- US Department of Health and Human Services, National Institute of Health (1987). *Oral Health of United States Adults. The National Survey of Oral Health in U.S. Employed Adults and Seniors: 1985-1986, National Findings*, NIH pub. no. 87-2868, Aug. 1987.
- US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental Research 1989, *Oral Health of United States Children: The National Survey of Dental Caries in U.S. School Children: 1986-1987*. Epidemiology and Oral Disease Prevention Program, Bethesda, MD. NIH Publication No. 89-2247, September.
- WHO (1987). *Oral Health Surveys. Basic Methods*, 3rd ed., Geneva.
- Zadik, D., Zusman, S.P., Kelman, A.M. (1992). "Caries prevalence in 5 and 12 year old children in Israel". *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 20:54-55.
- WHO (1992). *Oral health for all 2000. Country Profiles on Oral Health in Europe 1991*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (1994). *Health for All 2000. Statistical Database*, version September 1994.
- WHO (1994). "Periodontal profiles: An overview of CPITN data in the WHO Global Oral Data Bank for the age groups 15-19 years, 35-44 years and 65-74 years, Jan. 1994", WHO/ORH/EIS/CPITN/94.

על מיקומה של רפואת מומחים במערכת הבריאות: הערכת מודלים חלופיים

מאת ברוריה שלמון, אברהם צפרוני, ופרופ' אריה שירום*

מבוא

עבודתנו מתווה כיוון חשיבה על סוגיות חשובות אלו. אנו נעזר לצורך זה במודל להערכת אפקטיביות של שירותי בריאות, שפותח על בסיס עבודות קודמות בתחום. עבודתנו פותחת בהצגת הגדרות שירותי רפואת מומחים בהקשר לרפואה קהילתית ובתי חולים. לאחר מכן, אנו מציגים בצורה סיכומית התפתחויות שחלו בשירותי רפואה שלישונית ורביעונית, הווה אומר – רפואת בתי החולים. בהמשך, נציג את המצב הקיים בתחום רפואת מומחים בישראל. המצב הרצוי ייקבע על פי המודל הכללי להערכת שירותי בריאות, שבו נציג זה לעומת זה את שתי החלופות היותר קיצוניות: רפואת מומחים בקהילה מול רפואת מומחים בבתי החולים. מסקנות המחקר נובעות במישרין מהשוואת שתי החלופות הללו.

מהי רפואת מומחים?

המושג "רפואה אמכולטורית" מתייחס לשתי הרמות הראשונות של שירותי הבריאות.

אחת השאלות הקשות העומדות להכרעה בפני מקבלי החלטות על מדיניות הבריאות בישראל היא סוגיית מיקומה של רפואת מומחים בישראל. מהו המודל הרצוי להפעלת רפואת מומחים, לאור ההתפתחויות האחרונות בשירותי בריאות? האם, משיקולים של מאזן עלות/תועלת, עדיף שתמוקם בקהילה? אם כן, האם יש לעודד שילוב של מרפאות מומחים בתוך מרפאות קהילתיות גדולות, או עדיף לפתח רפואת מומחים בנפרד, במרפאות מומחים יחודיות? או אולי עדיף שרפואת המומחים תמוקם דווקא בבתי החולים, בצורתה הקיימת של מרפאות חוץ? ואם כן, מה צריכים להיות דפוסי היחסים בין רפואת מומחים בבתי חולים לבין שירותי בריאות קהילתיים, לאמור – רפואה ראשונית בקהילה? לחילופין, אולי יש להעדיף דווקא רפואת מומחים שתהיה שילוב של מודלים שונים אלו? ואם כן, לפי אילו שיקולים יש להחליט על דפוס השילוב של המודלים השונים שהוצגו לעיל?

* הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל אביב.
המחברים מבקשים להודות לפרופ' דן מיכאלי, יו"ר דירקטוריון קופת חולים כללית, על הערותיו המפורטות לגירסה קודמת של עבודה זו.

אמבולטורי ללא אשפוז (למשל: Fincke, 1990; Vetter, 1995, 223-230). ההתקדמות הטכנולוגית ברפואה איפשרה ביצוע בדיקות וטיפולים, שבעבר דרשו כוח אדם רב ומכשור מסורבל ומתוחכם, בצורה פשוטה במרפאת הרופא, או במרפאות קהילה, שבהן החולה נשאר באשפוז יום להשגחה של מספר שעות. בדיקות והתערבויות רבות, שבעבר דרשו ניתוחים ואשפוזים ממושכים, מבוצעים כיום ללא ניתוח כלל, בעזרת מכשור מתקדם, או בניתוחים פשוטים וקצרים בהרדמה מקומית. יש דוגמאות רבות להתפתחות שתוארה. במרפאות גסטרואנטרולוגיות מבוצעות כיום בדיקות פולשניות, כגון קולונוסקופיות עם כריתת פוליפים – דבר שבעבר בוצע רק בניתוח ולאחר מכן רק במכונים גסטרואנטרולוגיים בבתי חולים. ביופסיות כבד, שבעבר דרשו אשפוז של לפחות 24 שעות להשגחה, מבוצעים היום במסגרת אשפוז יום עם השגחה של כ-5 שעות בלבד. חולים הסובלים מבקע מפשעתי או אבנים בכיס מרה, ואשר בעבר נזקקו לניתוח ואשפוז של כשבוע אחריו, מנותחים היום וחוזרים לבתיהם בו ביום או למחרת. חלק נכבד מהחולים הפסיכיאטריים מטופלים כיום במסגרות אמבולטוריות שונות בקהילה. המגמה שתוארה לעיל קיימת בכל מקצועות הרפואה. היא בולטת במקצועות מסוימים, שבהם כמעט כל הטיפולים מבוצעים באופן אמבולטורי. יש מידע בספרות על כך שהתפתחות זו הביאה להתרוקנות מחלקות מסוימות בבתי חולים מחוליהם (Vetter, 1995). כך, לדוגמא, מבוצעים טיפולים שונים ברפואת עיניים, כולל טיפולי לייזר שונים המחליפים ניתוחים, ככל מרפאת עיניים.

מחלקות מסוימות של בתי חולים כלליים, כגון מחלקות עיניים, עור, ילדים, וכמידה מסוימת אף כירורגיה כללית, מאשפוזות כיום

הרמה הראשונית כוללת רופאים ראשוניים, דהיינו – רופאים כלליים ורופאי משפחה, וכן רופאים מומחים ברפואה פנימית, ברפואת ילדים ולעתים גם רופאי נשים, המספקים שירותים רפואיים במסגרת הקהילה. כן כוללת הרמה הראשונית אחיות, עובדים פרה-רפואיים וסגל אדמיניסטרטיבי, וכן את התשתית העצמאית של מבנים וציוד מעבודה ואבחון העומדים לרשותה. הרמה השניונית של שירותי הבריאות היא רפואת המומחים. מספקים אותה רופאים מומחים, דהיינו – רופאים שעברו התמחות מיוחדת. שירותים שכיחים של רפואת מומחים הם בתחומי אברי גוף שונים, כולל רפואת עיניים, עור, אף-אוזן-גרון, וגסטרואנטרולוגיה, וכמו כן כירורגיה כללית, אורתופדיה, ושירותי יעוץ של רופאים מומחים בתחומי רפואה אחרים. שירותי יעוץ אלו ניתנים כיום בישראל, הן במרפאות בקהילה והן במרפאות החוץ של בתי החולים.

מערכת הרפואה האמבולטורית מהווה כמעט תמיד את נקודת המפגש הראשונה והקשר העיקרי של אדם עם מערכת הבריאות, ואליה מופנה חלק נכבד מן המשאבים המוקצים לבריאות. מערכת זו היא מרכזית וחיונית לתפקודה התקין של מערכת הבריאות, ויש לארגנה כך שתתפקד בצורה האפקטיבית ביותר.

מגמות התפתחות ברפואה קלינית

מגמת ההתפתחות ברפואה הקלינית בשנים האחרונות, היא הקטנת הצורך באשפוז בבית חולים, וביצוע של מרבית האבחון והטיפול, כולל בדיקות מורכבות ואף ניתוחים, באופן

מעצבי המדיניות של שירותי הבריאות במדינות שונות התאימו עצמם למגמות אלו. בשני העשורים האחרונים עלתה חשיבותה של הרפואה הראשונית בקהילה, וכיום היא נתפסת כאמצעי מרכזי להשגת המטרות של "בריאות לכל בשנת 2000", כפי שנקבעו על ידי ארגון הבריאות העולמי. כמו כן, תופעת הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות, והמחסור ההולך וגובר של משאבים למערכת הבריאות, הביאו לכך, שבמספר הולך וגדל של מדינות מפותחות הוחלט על העברת מרכז הכובד של אספקת שירותי הבריאות מבית החולים לקהילה (OECD, 1994, 32-37). מדיניות זו ננקטה על מנת להביא להתייעלות ולחיסכון של כלל מערכת הבריאות, ולהימנע משימוש שאינו מוצדק במשאבים המתוחכמים והיקרים מאוד של מערכת האשפוז. בית החולים נתפס יותר ויותר כמוקד טיפולי, בו מרוכז ציוד מתוחכם וכוח אדם מיומן ומקצועי, לטיפול בחולים שאמנם נזקקים למשאבים יקרים אלו. עיקר תפקידו של בית החולים הוא לתמוך ולסייע לשירותים הניתנים בקהילה (Vetter, 1995). שיקולים של חיסכון במשאבים נדירים ובלתי ניתנים קצב הגידול של ההוצאה הלאומית לבריאות קיימים גם בישראל.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות (1990) המליצה להרחיב את שירותי הרפואה בקהילה, תוך כדי יצירת שילוב ושיתוף בין רופאים ברפואה ראשונית לבין רופאים מומחים, באמצעות הסכמים בין הקופות לבין בתי החולים. לפי הסכמים אלו, עליהם המליצה הוועדה, אמורים רופאים מומחים, העובדים בבית חולים, להגיש שירותי יעוץ מקצועיים בקהילה. כמו כן המליצה הוועדה על שילוב של רופאים מומחים מהקהילה במרפאות החוץ של בתי החולים. דעת המיעוט בוועדה (ועדת החקירה, 1990) הייתה

חולים מסוככים וקשים במיוחד, שאת הטיפול בהם יש להפקיד בידי רופאי מחלקה מנוסים ומומחים. התוצאה היא שבאותן מחלקות מתמחים (כלומר, רופאים הנמצאים בתהליך לימוד והכשרה לקראת תואר מומחה בתחום רפואי מסוים) מתקשים להחשף למגוון מספיק של מקרים שכיחים, שבהם מטפלים כיום בקהילה. יש מחלקות של בתי חולים, שהגיעו על רקע התפתחות זו להסכמים עם קופות החולים, לפיהם רופאים המתמחים במחלקה יטפלו, במסגרת התמחותם, בחולי הקופה כמרפאות הקהילה, ועל ידי כך ייחשפו למגוון מספק של מקרים. תופעה זו מוסברת על ידי הסדרים חוקיים, לפיהם רופא הרוצה להתמחות במקצוע רפואי מסוים, למשל רפואת ילדים, חייב לעשות זאת במחלקה של בית חולים שאושרה על ידי ההסתדרות הרפואית כאתר מוכר לצורך הכשרת מתמחים. מגמות אלה התפתחו במקביל להתפתחות המגמות החברתיות הגורסות, שאין צורך לטפל במחלות שונות בעזרת אשפוז ממושך, וניתן ואף רצוי להחזיר את החולה לסביבתו הטבעית, ולהמשיך את הטיפול בביתו בשילוב משפחתו (Fry & Horder, 1994). כך, למשל, נתקצר משך האשפוז לאחר התקף לב משלושה שבועות לפני 15 שנים ל-5-7 ימים כיום, ויולדות חוזרות לביתן יומיים לאחר הלידה בניגוד לאשפוז של שבוע לאחר הלידה לפני 20 שנה.

במקביל לשינויים ברפואה הקלינית התפתחה במדינות המערב תודעת הצרכן לזכויותיו ותנועות להגנת הצרכן (consumerism). התפתחויות אלו מתבטאות גם בדרישות מצד אוכלוסיות מבוטחים לשירותי בריאות, שיש בהם מידה סבירה של זמינות ונגישות. קיימת מערכת ציפיות של צרכני שירותי הבריאות – הקשורה לעלייה ברמת ההשכלה ולשיפור המתמיד ברמת החיים – לשירותי בריאות איכותיים.

לאורך נפש ירד מ-1991 בשנת 1980 ל-815 בשנת 1993, והשהייה הממוצעת במחלקות כלליות בבתי חולים כלליים ירדה מ-6.3 ימים בשנת 1980 ל-4.3 ימים בשנת 1993 (קופ, 1995, 2).

במקביל להתפתחות זו, הרחיבו בתי החולים הכלליים את שירותי רפואת המומחים הקשורים אליהם, לאמור – את מרפאות החוץ שלהם, בהיקף מאד משמעותי. בעוד שתעריפי יום אשפוז בבתי החולים נתונים לפיקוח האוצר, הרי שתעריפי מרפאות החוץ של בתי החולים הכלליים, בבעלות ממשלתית וציבורית, נקבעים על ידי ועדה פנימית של משרד הבריאות, שבה יושבים נציגי בתי חולים (נציג "שיבא", כמייצג בתי החולים הממשלתיים, ונציג "הדסה", מטעם בתי החולים הציבוריים האחרים), ללא נציגי קופות החולים. התוצאה היא שמתן שירותי רפואת מומחים בבתי חולים כלליים הפך לפעילות מאד כדאית מבחינה כלכלית עבור בתי חולים אלו. בנסיבות של צמצום המקורות הכספיים של בתי החולים, שמקורם בתשלום בגין ימי אשפוז, הרי שלפי הערכות שונות גדל ההיקף הכספי של שירותי מרפאות החוץ בבתי החולים הכלליים – להוציא בתי החולים המופעלים על ידי קופת חולים הכללית, שם מופעלת שיטת התחשבנות פנימית – בכ-150% בין השנים 1990 ל-1995. יש בתי חולים כלליים שהכנסותיהם מפעילות מרפאות החוץ מגיעות לכ-40% מכלל תקציבם השנתי.

אפשר להביא מספר דוגמאות לאמור לעיל. קיימות גם בדיקות אנדרוסקופיות הנעשות על ידי גסטרואנטרולוגים (כולל קולונוסקופיה, סיגמואידוסקופיה, גסטרוסקופיה). בדיקות אלו נעשות על ידי רופאים מומחים בדרכי העיכול, וכוללות שימוש במכשור העובד על בסיס פיברואופטי או באמצעות מצלמת וידאו. שימוש במכשור זה דורש מיומנות

אף פסקנית יותר והמליצה על העתקת הרפואה השניונית, כלומר – רפואת המומחים, במידה המירבית האפשרית מבתי החולים אל הקהילה.

שינויים שחלו במערכת הבריאות בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מה היו השינויים שהביא חוק ביטוח בריאות ממלכתי במערך רפואת המומחים בישראל? (לתאור הרפורמה הקשורה בחוק, ר' Porath & Lev, 1995; Shirom, 1995). נראה שאחד השינויים היותר משמעותיים מבחינה זו קשור להגברת התחרות בין קופות החולים במערכת, ותחילת היווצרות תחרות מסוימת בין בתי החולים הכלליים. תחרות זו היא פועל יוצא של האפשרות למעבר חופשי בין קופות חולים, שאיפשר החוק החדש לכל תושב. כמו כן, הושפע תהליך זה מהאפשרות שניתנה למבוטח לבחור את הרופא המטפל בו ואת בית החולים בו הוא רוצה להתאשפז, ומצעדים ראשונים שננקטו להפעלת בתי חולים כלליים בבעלות ממשלתית כתאגידיים עצמאיים. לתחרות זו יש השלכות גם על רפואת המומחים.

על מנת להבין השלכות אלו, נציג בקצרה מגמות עיקריות, שאפיינו את מגזר בתי החולים הכלליים בשנות ה-90. בתקופה זו היה גידול משמעותי של האוכלוסייה בישראל כתוצאה מהעלייה. ימי האשפוז בבתי חולים כלליים, גם כתוצאה מהמגמות שתוארו לעיל בהקשר של מעבר פעילות לקהילה, ירדו וכמו כן אירעה ירידה במשך השהייה הממוצעת למאושפז בבית חולים כללי. בראייה רב-שנתית, הרי שיעור ימי האשפוז הממוצע

שירותי בריאות משלימים במסגרת מרפאות חוץ, כולל מרפאות מיוחדות לגיל המעבר לנשים, מרפאות מיוחדות לרפואה משלימה מסוגים שונים, ועוד. כתוצאה מכך, חלה הרחבה סלקטיבית של מרפאות החוץ בבתי חולים כלליים. פותחו במיוחד מרפאות חוץ, הנותנות שירותים מיוחדים ומעניקות לבית החולים בלעדיות והכנסות. דוגמאות בולטות למרפאות שפותחו בבתי חולים שונים: רפואה אלטרנטיבית או הוליסטית, מרפאות כאב, מרפאות לגיל המעבר, מרפאות לטיפולים הורמונליים, ומרפאות ראומטולוגיות.

במקביל לתהליך פיתוחן של מרפאות מומחים בבתי החולים, מן הסיבות שתוארו לעיל, החל להתהוות תהליך של התרחבות שירותי רפואת מומחים בקופות החולים. לכך יש כמה סיבות: התפתחה תחרות גוברת בין קופות החולים על רכישת מבוטחים חדשים, כפועל יוצא של חופש הבחירה בקופת החולים. תחרות זו הופנתה לאפיקים שיווקיים, שכן למבוטחים לא היתה אפשרות להשוות בין הקופות על פי קריטריונים של איכות הטיפול הרפואי, בהעדר בסיס מידע רשמי העומד לרשותם. תחרות זו מתמקדת גם היא ברפואת המומחים, אך ברפואת המומחים בקהילה. התחרות מוצאת ביטוי, בין השאר, בפתיחת מרפאות נוספות ומפוארות, בהרחבת מגוון אפשרויות הייעוץ, כולל על ידי רופאים בכירים ביותר (מנהלים וסגני מנהלים של מחלקות) בבתי חולים, המגיעים למרפאות הקהילה תמורת תשלום בעד עבודה נוספת. עיקרון זה הביא את קופות החולים לבנות מרפאות מומחים מפוארות בקהילה ולפרסמן ברבים, לעיתים קרובות ללא התחשבות בצרכים האמיתיים של האוכלוסייה או בקיום בתי חולים בקרבת מקום. יש לכך כמה דוגמאות, כולל מרפאות מומחים שנבנו לאחרונה. אחד ההיבטים של התחרות בין קופות החולים הוא מה שמכונה

רבה ונסיון. קיימות קבוצות חולים בסיכון שלגביהם לא מומלץ לעשות בדיקות אלו בקהילה, אך לגבי יותר מ-90% של החולים, העוברים בדיקות אלו של דרכי העיכול, הבדיקות יכולות להעשות בקהילה. עלות הבדיקה בקהילה היא קטנה יותר בצורה משמעותית (לפי תחשיבי אחת מקופות החולים, שהועמדו לרשותנו, היא נמוכה יותר בשליש לפחות). יש בתי חולים הדורשים עבור כל בדיקה מעין זו תשלום לפי תעריף יום אשפוז כירורגי (למשל, המרכז הרפואי "שיבא" והמרכז הרפואי "סוראסקי" – איכילוב), ואז יכולה העלות של ביצוע הבדיקה בקהילה להגיע לכמתצית ואף ל-10% כלכד מעלותה בבית החולים.

רפואת מומחים אינה מופיעה כקטיגוריה נפרדת בחשבונאות הלאומית, ולפיכך אין נתונים רשמיים על הגידול הכמותי בשירותי בריאות אלו בשנים האחרונות. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מצרפת את מרפאות החוץ של בתי החולים לרפואה האמבולטורית הקהילתית, והם מופיעים בקטיגוריה של "מרפאות חוץ ורפואה מונעת". רק בשנת 1996 הפעיל אגף מערכות מידע של משרד הבריאות מערך ממוחשב של איסוף נתונים על פעילות מרפאות החוץ של בתי החולים הכלליים.

בתי חולים כלליים שונים השקיעו ופתחו במיוחד את אותן מרפאות חוץ שבהן שולי הרווח הם גבוהים יותר. לדוגמה, בית החולים הממשלתי "אסף הרופא" היה חלוץ בפתיחת מרפאה לרפואה חלופית (שיר"ם: שירותי רפואה משלימים), הכוללת הומיאופתיה, רפואה סינית, וכירופרקטיקה. שירותי רפואה משלימים אלו אינם כלולים בסל שירותי הבריאות, ולפיכך אין גם מגבלה על בתי החולים להציעם ישירות למבוטחים תמורת תעריפים שאינם טעונים כל אישור ממשלתי. מספר בתי חולים כלליים אחרים פתחו אף הם

הרפואה השניונית בקהילה מאורגנת בדרך כלל בשתי הצורות הבאות: באחת, נמצאים הרופאים המומחים במרפאה הקהילתית, בכפיפה אחת עם הרופאים הראשוניים – והקירבה הגיאוגרפית מבטיחה קשר הדוק ושוטף ביניהם לגבי החולים. לצורה זו של הפעלת רופאים מומחים בקהילה שייך, להערכתנו, גם דפוס העסקתם של רופאים מומחים עצמאיים, העומדים לרשות מבוטחי הקופה על בסיס של גישה ישירה אליהם. רופאים מומחים אלו בקהילה עשויים להיות קשורים במשרה חלקית לבית חולים, אך העיקרון הוא שהם מקבלים חולים במרפאתם הפרטית. בצורה השנייה – קיימות מרפאות מומחים בקהילה, המספקות שירותים שניוניים בלבד. לרוב, ניתן למצוא במרפאות אלו ציוד יקר יותר ונעשה שם שימוש בטכנולוגיות רפואיות מתוחכמות יותר מאשר במרפאות, שבהן נמצאים גם רופאים ראשוניים. דוגמא לדגם מוצלח של רפואה שניונית בקהילה מוצגת במאמרם של ברקאי וחב' (1987).

רופאים מומחים בקהילה עשויים לקיים קשר עם בית החולים בהיותם רופאים "משולבים": רופאים בקהילה, הזכאים להקדיש חלק מזמנם לעבודה בבית החולים בעיקר בצורה של השתלמות מקצועית. הסדר נוסף הוא רופאים העובדים חצי משרה בבית חולים וחצי משרה בקופת חולים בקהילה. כן קיימים רופאים המועסקים בבית החולים ומקדישים חלק מזמנם לעבודה בקהילה – הן כיועצים לרופאי משפחה והן כמומחים עצמאיים, שהגישה אליהם ישירה.

קופת חולים כללית מספקת למבוטחיה שירותים שניוניים בעיקר באמצעות רשת מרפאות מקצועיות בקהילה ובמרפאות החוץ כבתי החולים, ובהיקף מצומצם יותר על ידי רופאים מומחים עצמאיים. במשך השנים התפתחו שלושה דגמים אופייניים

בעגה "מכביזציה" של קופת חולים הכללית. בעבר, נהגה קופת חולים הכללית לראות ברופא המשפחה או ברופא הראשוני את הרופא הקובע את מידת הצורך להפנות מבוטח לרופא מומחה. כתוצאה מן התחרות בקופת חולים מכבי וגם בקופת חולים מאוחדת, עברה קופת חולים הכללית לשיטה של פתיחת האפשרות בפני כל מבוטחיה לפנות ישירות לשורה של רופאים מומחים, כולל רופאי ילדים, נשים, עיניים, אף-אוזן-גרון, אורתופדיה, ועוד.

המצב הקיים: דגמים של שירותי רפואת מומחים

על רקע התפתחויות אחרונות במגזר זה של מערכת הבריאות, כפי שתוארו לעיל, אנו מבקשים להציג את הדגמים העיקריים של שירותי רפואת מומחים. דגמים אלו התגבשו במשך תקופה ארוכה יחסית, אך אנו מציגים את המצב הקיים נכון לתקופה שלאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לאחר מכן, נעבור להצגה שיטתית של מאזן יתרונות וחסרונות של שני דגמים בסיסיים. הערכה משווה זו אמורה להוליך להצעתנו למדיניות ממלכתית כלפי שירותי רפואת מומחים.

כמה דגמים של שירותי רפואת מומחים התפתחו בישראל. רובם ככולם מנסים להביא לידי שילוב מסוים של שירותי הבריאות הקהילתיים והאשפוזיים. ההבדלים שכינים הדגמים השונים הינם, בעיקר, בכך שחלק מהם משמר את מרכז הכובד של הטיפול הרפואי בבית החולים, וחלק אחר מבקש להעבירו לקהילה. המשותף לכולם הוא בכך שהם גרמו לפיצול הרפואה השניונית – חלקה בקהילה וחלקה בבית החולים.

ממשלתיים), הינם מקור האספקה העיקרי של שירותי רפואת מומחים. יש מחוזות של הקופה, שבהם ניתן למצוא חפיפה וכפילות בין מרפאות מומחים בקהילה לבין מרפאות מומחים בבתי חולים, כולל אלה המופעלים על ידי הקופה. כך, למשל, יש לקופה מרפאת מומחים גדולה בזמנהוף, בתל אביב, אך היא עושה שימוש במחוז תל אביב גם במרפאות החוץ של בית החולים "איכילוב". לקופה יש מרפאות מומחים הקרובות מאד מבחינה גיאוגרפית לבתי החולים של המרכז הרפואי "רבין" (בתי החולים "השרון" ו"בילינסון"), והיא עושה שימוש מקביל, לעתים חופף וכפול בעליל, במקורות אספקה חלופיים אלו של רפואת מומחים. במחוז המרכז, מפעילה הקופה באשרוד מרכז רפואי, המשלב רפואה קהילתית ורפואת מומחים. בראשון לציון קיימת מרפאת מומחים גדולה, ברחובות — מרכז לרפואת מומחים שיש לו שלוחות בגדרה וביבנה, ונוסף לכך, נעשה שימוש גם במרפאות החוץ של בית החולים "קפלן".

קופת חולים מכבי מספקת למבוטחיה שירותים של רפואת מומחים בעיקר באמצעות רופאים מומחים עצמאיים. אלו נעזרים לצורך ביצוע פרוצדורות, הדורשות ציוד וכוח אדם מתוחכמים יותר, בשירותי מרפאות ומכונים בקהילה, שהוקמו על ידי הקופה. כן נעזרים הרופאים בשירותי בתי חולים בבעלות הקופה ("רמת מרפא", "אסותא"), בבתי חולים פרטיים, או מפנים את החולים לבתי החולים (הממשלתיים בעיקר). כן נמצאות בבעלות הקופה מרפאות, בדגם הדומה למרפאות המומחים של קופת חולים הכללים בערים הגדולות, המשמשות מערכת גיבוי לרופאים המומחים. במרפאות אלה ישנו ציוד מתוחכם יותר, המאפשר אבחון וטיפול ברמה גבוהה יותר מזו הניתנת על ידי הרופאים המומחים העצמאיים. בחלק מן המרפאות עובדים רופאים, המועסקים חצי משרה גם בבית

של מרפאות קהילתיות: מרפאות מרכזיות, הפועלות בערים הגדולות; מרפאות מקצועיות אזוריות ברוב המחוזות של הקופה, ויחידות מקצועיות ליד מרפאות ראשוניות. בשנים האחרונות התפתחה בקופת חולים הכללית הרפואה המקצועית המשולבת, דהיינו — רופאים מומחים של בית החולים, המשמשים כיועצים מקצועיים לרופא המשפחה בתוך הקהילה.

קופת חולים כללית היא הקופה הגדולה במדינה המבטחת יותר מ-60% מכלל התושבים. קופה זו מהווה דוגמא לריבוי דגמים של רפואת מומחים על בסיס התפתחות היסטורית ושיקולים מקומיים בתוכה היא. כמעט לכל מחוז משמנת מחוזות הקופה יש דגם משלו, ולא נראית בעליל התכנסות לקראת דגם מועדף כלשהו. יש מחוזות בהם שירותי רפואת מומחים בקהילה הם הדומיננטיים. למשל, במחוז חיפה, שם יש לקופה מרפאות מומחים גדולות ומצוידות היטב, חלקן חדישות (מרפאת "ליץ" בחיפה, מרפאת "זבולון" בקריון של קרית ביאליק). בית החולים של הקופה, "כרמל" איננו מספק שירותי מרפאות חוץ באופן רשמי (אך באופן לא רשמי הוא פתח כמה מרפאות). מבוטחי הקופה נשלחים גם למרפאות חוץ של בתי החולים הממשלתיים, כדוגמת בית החולים "רמב"ם" בחיפה ובית החולים בנהריה. יש מחוזות של הקופה, אשר בהם בית החולים הוא הדומיננטי באספקת שירותי רפואת מומחים באמצעות מרפאות החוץ שלו, למשל במחוז הצפון ובמחוז הדרום. במחוזות פריפריאליים אלו, יש אמנם מרפאות מקצועיות גם בקהילה, אך בשל ריחוקן ממרכזי האוכלוסייה העירוניים ובשל הפיזור הגיאוגרפי של המחוז, מרפאות החוץ של בתי החולים הרלוונטיים (בדרום, בית החולים "סורוקה", המופעל על ידי הקופה, ובצפון, בתי החולים בצפת ובפוריה, שניהם

אזורית. מדיניות זו עדיין מופעלת בשנת 1996 על ידי קופת חולים הכללית. היבט משמעותי אחר של המצב הקיים הוא עודף מסוים שקיים בישראל בסוגים רבים של רופאים מומחים, גם בשל נטיית רופאים בישראל, שסיימו חוק לימודיהם לקראת התואר של ד"ר לרפואה, להתמחות באחת ההתמחויות היותר "כדאיות" (לדיון בעודף זה ובדיקת השלכותיו, ר' ועדת החקירה, 1990, כרך א', 253-254).

לאחר שתארנו את המצב הקיים בתחום של אספקת שירותי רפואת מומחים, נעבור לנתח את המצב הרצוי, ותחילה נדון במודל להערכת המצב הרצוי והקריטריונים האמורים להיות כלולים בו.

ללא קשר לחלופה שתיבחר על בסיס שיקול והערכה של קריטריונים אלו, יוצגו גם בעיות של יישום המודל שייבחר כמועדף, גם בשל המספר הרב יחסית של רופאים מומחים. שיקולים הקשורים למידת הישימות ולאופן היישום של המדיניות שתיקבע – תוך כדי נסיונות לשיתוף פעולה עם אותם גורמים שימצאו עצמם נפגעים על ידי השינוי הארגוני שיוחלט עליו – הוצאו מכלל מסגרת הדיון במאמר זה. הם מוזכרים בהקשר הנוכחי רק לצורך הצגת תמונה שלמה.

קריטריונים להערכת מודל ארגוני מועדף של רפואת מומחים

על פי אילו קריטריונים אמורים מקבלי ההחלטות להעריך מהי החלופה המועדפת לארגון והסדרת רפואת מומחים? אין ספק שיש מספר קריטריונים אפשריים. עלה בידינו למצוא רק מספר קטן של מאמרים שטיפלו בסוגייה זו, הגם שהיא נראית

חולים. בשנים האחרונות הולכות ומוקמות על ידי הקופה מרפאות מומחים אזוריות, ויש גם נטייה להעביר את מרפאות הרופאים העצמאיים למרפאות אלו.

בקופות החולים האחרות, דגם אספקתם של שירותי רפואת מומחים דומה לזה של "מכבי". לאמור, אספקת שירותים אלו למבוטחים באמצעות רופאים עצמאיים, או באמצעות מרפאות חוץ של בתי החולים. כמו "מכבי", גם בקופות החולים האחרות, "מאוחדת" ו"לאומית", מתפתחות מרפאות מומחים גדולות בתוך מרכזים רפואיים.

לסיכום, כפי שקבעה בשעתו ועדת החקירה (1990, כרך א', 369-370) נתהווה מצב של כפילות אופקית ואנכית בשירותי רפואת מומחים בישראל. דיבוי הדגמים שתארנו קודם לכן מצביע בעליל, כי האבחון שנעשה על ידי ועדת החקירה בסוף שנות השמונים נכון גם בשנת 1996, ולא חל כל שינוי של ממש בכפילות האנכית בתוך קופות החולים. כמו כן, יש החמרה של הכפילות האופקית, בין קופות החולים, בעיקר בשל התחרות הגוברת בין קופות החולים. בעבר היו בין קופת החולים הגדולה – קופת חולים הכללית – לבין קופות החולים הקטנות יותר הסדרים של מכירת שירותי רפואה ראשונית ושניונית באותם אזורים בארץ ובאותם מקומות ישוב קטנים יחסית, שבהם לא היתה כדאיות כלכלית לקופות הקטנות לפתח שירותי רפואת מומחים משלהן. ועדת החקירה עסקה רבות בנושא זה וסיכמה את מסקנותיה בכך, שבשנת 1990 הופעלה על ידי קופת חולים הכללית מדיניות חדשה של הימנעות ממכירת שירותים כאלו לקופות הקטנות. כתוצאה מכך, נאלצו הקופות הקטנות לפתח מערך שירותי רפואת מומחים גם במקומות ישוב קטנים יחסית. כך נוצרה כנראה גם מידה רבה של כפילות בתוך הקופות ועודף היצע של שירותים בראייה

הכלכליים, כפי שפותחו בספרות הענפה העוסקת במחקרי הערכה במגזר של שירותי בריאות (Beaves, Joseph, Rohrer & Zeitler, 1988). כוונתנו לקריטריונים של עלות, המידה שבה הדגם קשור ומשפיע על כפילות אופקית ואנכית בשירותים, השפעת הדגם על היצע השירותים לציבור, והמשמעות של הדגם מנקודת הראות של צורך בהתערבות הממשלה על מנת להסדיר את יחסי הגומלין והסדרי ההתחשבנות והתגמול בין המוכרים (למשל, מרפאות חוץ של בתי חולים ממשלתיים) לבין הקונים (בדרך כלל, קופות החולים).

סוג שני של קריטריונים שבו השתמשנו קשור להיבטים שונים של איכות השירות הניתן כשירות בריאות, ומתקשר למודלים של הערכת איכות שירותי בריאות (Frenk, 1994). המדובר בקריטריונים מקובלים שמשמשים בהם להערכת היבטים שונים של טיב שירות בריאות הניתן לצרכניו: נגישות השירות, זמינותו, מידת התיאום שבין נותני שירותי רפואה ראשוניים לשניוניים ובין השירותים השניוניים לשלישוניים (בתי חולים כמוסדות אשפוז), והערכת איכות השירות, כפי שהיא מתבטאת בשביעות הרצון של משתמשיה.

סוג שלישי של קריטריונים נקשר יותר לספרות המטפלת באפקטיביות ארגונית וקריטריונים להערכתה בארגונים שירותיים (Lewin & Minton, 1986). הכוונה היא לקריטריונים המתייחסים לתפקידים נוספים של שירותי הרפואה השניונית במערכת הבריאות בכללותה, כולל בהכשרת כוח אדם פרופסיונלי ובקידום מחקר רפואי וסיעודי.

א. קריטריונים כלכליים

1. עלות. זו כמעט אקסיומה בקרב חוקרי שירותי בריאות, שטיפול במרפאות חוץ של בתי חולים (hospital based OPD)

בעייתית במדינות מפותחות רבות. הכוונה היא למחקרים, שבהם נעשתה בדיקה שיטתית של המדיניות הרצויה ביחס לרפואה שניונית. לא עלה בידינו למצוא מחקרים שבהם נעשתה השוואה בין היבטים שונים של מתן שירותי רפואת מומחים במרפאות חוץ בבתי חולים, לעומת מרפאות בקהילה. לשם השוואה בין החלופות השונות וניתוח היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, בחרנו בשני הדגמים היותר בולטים בשכיחותם ומנוגדים במשמעותם ליעדי מדיניות הבריאות שצוינו לעיל. ההשוואה תיעשה בין מרפאות חוץ של בתי חולים לבין מרפאות מומחים בקהילה. לאחר מכן נציג את היתרונות והחסרונות של כל אחד מן הדגמים הללו, כך שניתן להעריך מהי החלופה העדיפה על פי הקריטריונים שנבחרו.

יתרונות וחסרונות של בית חולים כספק שירות שניוני לעומת מרפאה בקהילה

יש מספר קריטריונים שלפיהם ניתן להשוות בין רפואת מומחים, הניתנת במרפאות חוץ של בית חולים, לבין זו הניתנת במרפאה בקהילה. בבחירת הקריטריונים להשוואה עלינו להתמקד באלו המשמשים להערכת אפקטיביות של ארגוני בריאות, שכן מטרתנו היא לבדוק איזה מבין המודלים לרפואה שניונית אפקטיבי יותר, וכיצד ניתן לשפר את האפקטיביות הכוללת של המערכת (ועדת החקירה, כרך ב', 14-22). הקריטריונים שבהם בחרנו על בסיס מודל כללי זה להערכת אפקטיביות של ארגוני בריאות הם מכמה סוגים עיקריים.

הסוג הראשון הוא זה של הקריטריונים

חולים אשפוז יותר חולים מאשר רופאים שעבדו במרפאות עצמאיות, גם לאחר ניטרול הכדלים הנוכעים מתמהיל חולים שונה.

העבודות שנסקרו קודם הישוו בין עלות טיפול במרפאות חוץ של בית חולים לבין מרפאות אחרות בקהילה. עם זאת, אף אחת מהן לא התייחסה למכלול הגורמים שצוינו כגורמים להבדל בעלויות (תמהיל החולים, משך המעקב עבור מחלה מסוימת, סיכוי לאשפוז, מידת השימוש בבדיקות עזר וכו').

2. כפל שירותים. בפרק הקודם תארנו את התפתחות שירותי רפואת מומחים כתקופה שלאחר כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בינואר 1995. כפי שהודגש, הכפילות האופקית בין קופות החולים, התעצמה והתרחכה בהשפעת התחרות בין קופות החולים שהתפתחה מאז ראשית 1995. בעבודתנו, אין אנו מטפלים בכפילות אופקית זו. עקרונית, הקמת מרפאות קהילה מחייבת אישור מוקדם של משרד הבריאות, אך נראה שהמשרד איננו מרבה להפעיל סמכותו במניעת כפילות אופקית זו. הכפילות האנכית, בתוך קופות החולים, בין מרפאות קופות החולים בקהילה, לבין מרפאות החוץ של בתי החולים, אף היא נמצאת בסימן התרחבות. לכפילויות הללו יש מספר השלכות שליליות על אפקטיביות התפקוד של כלל מערכת הבריאות. נוצר מצב של התרחבות בלתי מבוקרת של מערך מרפאות החוץ של בתי החולים, הגורם לכך שרופאים מומחים בבית החולים נאלצים לעתים לטפל בבעיות, אשר לרופאי המשפחה בקהילה יש היום הידע, היכולת והאמצעים לטפל בהן במסגרת המרפאה הקהילתית. הניתוק בין השירותים בקהילה לבין השירותים בבתי החולים פוגע ברציפות הטיפול, ומעורר ביצוע חוזר ומיותר של בדיקות דיאגנוסטיות. כפילות זו בביצוע בדיקות נובעת בעיקר מן ההערכה הנמוכה

הוא יקר יותר מטיפול אמבולטורי הניתן במרפאה (Altman & Sochowitzky, 1981; Manheim & Friedman, 1982; Aucona & Chalmers, 1986). בארצות-הברית, העלות הממוצעת של ביקור במרפאת חוץ גבוהה יותר, באופן משמעותי, מהעלות הממוצעת של ביקור במרפאה אמבולטורית שאינה בבית חולים. הפרש עלויות זה עלה בצורה ניכרת מאז תחילת שנות ה-70, לפי אותם המקורות שצוטטו לעיל. בספרות זו מוצעים כמה הסברים להפרשי עלויות אלו. מרפאות חוץ של בתי חולים תוגמלו לפי עלות, בעוד שעל התגמול לרופאים במרפאה אמבולטורית היו מגבלות. כמו כן, הטיפול במרפאות החוץ יקר יותר כיוון שעל פי עקרונות חשבונאיים מקובלים יש להעמיס על מחיר הטיפול במרפאות החוץ חלק מהעלויות של מבני בית החולים, שירותים דיאגנוסטיים, וטיפול מיוחד שלא קיים במקומות אחרים המספקים טיפול אמבולטורי. סיבה אפשרית נוספת היא הבדל בתמהיל החולים (מסובכים יותר), המטופלים במרפאות החוץ כהשוואה למרפאות בקהילה. ישנם לפחות שני היבטים אחרים של טיפול אמבולטורי, העשויים להשפיע על עלויות הטיפול: המשכיות ומשך הטיפול והסיכוי לאשפוז בבית החולים. במרפאות חוץ של בית חולים, הרופאים המטפלים על פי רוב מתחלפים. בשל כך, יש לעתים חזרה על בדיקות עזר בשל חוסר היכרות בין החולה ותיקו לבין הרופא המתחלף המטפל בו. כמו כן, במרפאות חוץ רבים מהרופאים הם מתמחים הנוטים יותר לאשפוז חולים ולהשתמש בבדיקות עזר יקרות. אמנם במחקרה של גולד (1981), כמעט שלא נמצא הבדל במידת השימוש באמצעי עזר אבחנתיים במרפאות החוץ בהשוואה למרפאות בקהילה, אך במחקרים אחרים (Fleming & Jones, 1983; Gold & Greelick, 1981)

על תחרות חופשית. כמו כן מוסכם, כי לממשלה נועד תפקיד חיוני של הכוונת מגזר זה, קביעת סדרי העדיפויות בו, וכן קביעת כללי המשחק ובקרה עליהם. בקביעת כללי המשחק הכוונה היא לכך, שהממשלה קובעת את הכללים, לפיהם, לדוגמא, תיעשה ההתחשבות בין בתי החולים לבין קופות החולים על דרך וגובה תגמול בתי החולים על שירותי מרפאות החוץ, שהן מספקות לחולים המבוטחים בקופות החולים.

תאגוד בתי החולים הכלליים הינו נושא שמשרד הבריאות מנסה מזה שנים לקדמו. המטרה שעמדה מאחורי נסיונות אלו היתה להגביר את יעילות בתי החולים, ולאפשר למשרד הבריאות להתרכז בתפקידיו כמתכנן ומתווה מדיניות בריאות ולא כספק שירות. נסיונות אלו לא עלו יפה עד כה, ובתי החולים הממשלתיים הפכו להיות אוטונומיים יותר (יחידות סמך ממשלתיות) אך מצויים עדיין בניהול כולל של משרד הבריאות, ועובדיהם הם עובדי מדינה. במצב זה, ריכוז הטיפול השניוני בבתי החולים עלול להגביר את העומס על מקבלי ההחלטות במשרד הבריאות ולחזק את ניגודי האינטרסים הקיימים כיום בין תפקידיו המיניסטריאליים של משרד הבריאות, כפי שתוארו לעיל בתמצית, לבין עובדת היותו בעלים ומפעיל של חלק ממערכת הבריאות – בתי החולים הממשלתיים. היבטיו השליליים של מצב זה בולטים לאור תיאור הדרך, שבה משרד הבריאות קובע כיום את תעריפי מרפאות החוץ של בתי החולים, דרך שמביאה בחשבון כמעט בלבדית את האינטרס של משרד הבריאות לשמור על הכנסותיהם של בתי החולים שהוא מנהל. לעומת זאת, בדגם של העברת הטיפול השניוני לקהילה יש אפשרות לקיים מידה סבירה של תחרות מנוהלת, תוך נטרול גמור של האינטרסים של משרד הבריאות כבעלים וכמנהל של בתי חולים.

של רופאי בתי החולים כלפי השירותים הרפואיים במרפאה הקהילתית.

אם כלל שירותי הרפואה השניונית יינתנו רק במרפאות החוץ של בתי החולים ניתן יהיה להקטין את כפל השירותים הנובע מהתחרות בין הקופות ובניית מרפאות חדשות רבות. בנייה של מרפאות חדשות בבתי החולים דורשת אישור משרד הבריאות. לפיכך, במידה ואמנם משרד הבריאות יפעיל את סמכותו ויאכוף על בתי החולים ניצול יעיל של מבנים קיימים, ניתן יהיה לקדם ניצול מעין זה. חוסר פיקוח על בניית מרפאות על ידי קופות החולים, והרחבה רבה של השירות הרפואי השניוני בשל כך, עלולים לגרום לעליית ההוצאות של כלל מערכת הבריאות על רפואת המומחים. למודל המשלב בין בתי החולים לבין הקהילה, אשר על פיו רופאים עובדים חצי משרה בבית חולים וחצי משרה בקהילה, קיים יתרון בכך שהוא מגביר את הקשר וההיכרות בין בית החולים לקהילה, ובשל כך מקטין את הנטייה לחזרה מיותרת על בדיקות.

3. השפעה על ביקוש והיצע. יש הטוענים שבשוק הבריאות קיים מצב של "היצע היוצר ביקוש" (induced demand). ככל שתגבר התחרות בין הקופות ויגדל היצע השירותים השניוניים, יתכן שתהיה לכך השפעה על עלייה בביקוש לשירותים אלו, דבר שיגדיל את ההוצאות של כלל מערכת הבריאות על מגזר זה. עם זאת, גם ריכוז הרפואה השניונית בבתי החולים לא בהכרח ימנע זאת, שכן גם לבתי החולים ולרופאים יש אינטרס להגביר את צריכת השירותים.

4. מידת ההתערבות הממשלתית. מוסכם על רוב המומחים העוסקים במדיניות ובכלכלת בריאות, כי בגלל כשלי שוק ברורים אין מקום להשתית את אספקת שירותי הבריאות

ב. קריטריונים העוסקים באיכות

השירות

1. זמינות (availability). המידה שבה השירות זמין מבחינה גיאוגרפית ופיזית. באזורים מסוימים בארץ, בעיקר באזור המרכז ובערים הגדולות, בית החולים המקומי קרוב לריכוזי האוכלוסייה. לעומת זאת, יש אזורים בפריפריה, שבהם בית החולים המקומי רחוק מריכוזי אוכלוסייה משמעותיים באזור, וכדי להגיע אליו יש להשתמש בתחבורה ציבורית או פרטית. כך הוא המצב בדרום הארץ וכן בצפונה. למרפאות בקהילה יש יתרון של קירבה לאוכלוסייה. יש לזכור שהגדרת "קרוב" היא יחסית. ברקאי וחב' (1987) הראו שגם מרחק של מספר קילומטרים יכול להיות רחוק לגבי אוכלוסייה ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, חסרת מודעות לבריאות, ונעדרת גישה סבירה לתחבורה ציבורית.

2. נגישות (accessibility). המידה שבה למקבל השירות יש גישה לשירותים מבחינת שעות הפתיחה, אפשרות לקביעת תור בטלפון, זמני המתנה קצרים בתור לרופא, ועוד. מרבית מרפאות החוץ של בתי החולים עובדות כיום כמעט רק בשעות הבוקר. בסביבות הצהריים מתרוקנות המרפאות והרופאים פונים לעיסוקיהם הנוספים, במחלקות בתי החולים ומחוצה להן. לעומת זאת, מרבית מרפאות המומחים בקהילה עובדות בכל שעות היום ובערב, וקל יותר להתאים את שעות הבדיקה לפי הצורך. יתרון זה של מרפאות מומחים בקהילה מותנה באפשרות הקהילה לגייס למרפאות אלו רופאים מומחים שלהם נזקקת מרפאת הקהילה. במידה שיש לקהילה קושי לגייס רופאים מומחים במקצועות מבוקשים, נפגעת נגישותם במרפאות הקהילה.

בחלק של מרפאות החוץ של בתי החולים ניתן לקבוע מראש תור בטלפון. בדרך כלל,

מוזמנים לאותה שעה מספר רב של נבדקים. זמן ההמתנה במרפאות החוץ של בתי החולים לבדיקה אצל רופא מומחה עשוי להימשך זמן רב, הגם שבמקצועות רפואיים מסוימים (כמו, למשל, כירורגיה או אורתופדיה) הרופא המטפל עשוי להיזעק לטיפול חירום בחדר מיון ולהותיר את חוליו המחכים לו במרפאת החוץ בהמתנה של שעות, או להפקידם לטיפול בידי מתמחה. במרפאות הקהילתיות של קופות החולים, כמעט ללא יוצא מן הכלל, ניתן לקבוע תור בטלפון, ועל פי רוב הבדיקה מתקיימת על פי התור שנקבע.

התורים למרפאות החוץ של בתי החולים בדרך כלל ארוכים. דבר זה נובע ממיצוע השעות בהן המרפאה פועלת, ומנטייה של בתי החולים להאריך את משך המעקב אחר חולים ולהזמין לבדיקות חוזרות. אחד ההסברים לכך הינה שיטת ההתחשבות בין בתי החולים לבין קופות החולים, המבוססת על תשלום בעד שירות (Fee for Service). בקופת חולים כללית עברו לשיטת התחשבות שונה בין המחוזות של הקופה לבין בתי החולים של הקופה, לפיה בית החולים של הקופה מתוגמל בתשלום אחיד מראש על כל חולה שנשלח לבית החולים של הקופה על ידי אחד ממחוזות הקופה. התגמול משתנה על פי המרפאה המטפלת בחולה, אך נעשה ללא כל קשר עם מספר הביקורים החוזרים במרפאות החוץ של בית החולים של הקופה (אבידן, 1996). דווח, כי לאחר שהופעל הסדר חדש זה צומצם בצורה מאוד משמעותית התור למרפאות החוץ של בתי החולים של קופת חולים. יש דיונים על שינוי מקביל שייעשה בכללי ההתחשבות בין בתי החולים הממשלתיים והציבוריים האחרים לבין קופות החולים על תגמול בתי החולים בגין ביקורים במרפאות חוץ.

3. איכות. יש בספרות הכללית והישראלית

לשעבר, בעלי רשיון רפואה ישראלי, אך ללא תואר מומחה ומבלי שיימצאו בתהליך של התמחות בבתי חולים כלליים אחרים בישראל.

במרפאות החוץ של בתי חולים בישראל, כמו גם במדינות אחרות (Kiff & Sykes, 1988), הרופאים הבודקים הם בחלקם מומחים ובחלקם מתמחים. רופאים בכירים אינם מייחסים חשיבות ועניין למרפאות חוץ. לבד מזאת, קיים הצורך להכשיר מתמחים גם בפעילות זו. הדבר עשוי לעתים להאריך את משך הבדיקה, שכן לאחר המתמחה צריך גם הרופא המומחה לבדוק את החולה ולהחליט. במרפאות המומחים בקהילה, כמעט ללא יוצא מן הכלל, הרופא הבודק הוא מומחה, מה שמאפשר לחולים להיבדק על ידי רופא ותיק ומנוסה יותר.

3.2 משך המעקב במהלך אפיזודה של מחלה מסוימת. על פי ממצאי מחקרים שונים (Armstrong & Nicoll, 1955), בתי חולים נוטים להאריך את משך המעקב אחר החולים. זה נובע מתגמול עבור כל ביקור, שהוא עדיין שיטת התגמול השכיחה בישראל על ביקור במרפאת חוץ של בתי חולים ממשלתיים וציבוריים (להוציא בתי חולים, המופעלים על ידי קופת חולים הכללית). כמו כן, יש לכך קשר לעובדה שבחלק מבתי החולים בודקים מתמחים את החולים.

3.3 המשכיות הטיפול. מקובל שטיפול סדיר על ידי אותו רופא הוא מרכיב חשוב באיכות הטיפול. הרופא מכיר את החולה, דבר שמאפשר יצירת יחסי אימון, המהווים מרכיב חשוב כל כך בהצלחת טיפול רפואי. יחסים מתמשכים בין חולה לרופא נוטים לחזק את הבנת הרופא לבעיותיו של החולה ולצרכיו, ולהפחית את הצורך בלקיחת אנמנזה רפואית בפעם השנייה, וכן חזרה על בדיקה פיזיקלית ומבדקי מעבדה ורישום מרשמים נוספים לתרופות. כל אלו תורמים

(ראה דו"ח ועדת החקירה, כרך א') טיעונים על כך, שמבוטחים הזקוקים לשירותי רפואת מומחים מעדיפים את שירותי מרפאות החוץ של בתי החולים על שירותי רפואת המומחים של הקופה אליה הם שייכים. בשל העדר קריטריונים ברורים להערכת טיפול איכותי, והעדר בקרת איכות אמינה במוסדות הרפואה בארץ, ניתן להשוות את איכות השירות הניתן רק על סמך מדדים עקיפים. בחרנו להתייחס לשלושה מדדים עקיפים של איכות השירות: הערכה של הרמה הפרופסיונלית של נותן השירות, הרופא המומחה; מידת ביצוע של מעקב מסודר אחר תוצאות הייעוץ הניתן לחולה, והמידה שבה הדגם הגדון של רפואת מומחים קשור לדוגים אחרים של שירותי בריאות, לאמור – שירותי בריאות קהילתיים (רופא ראשוני בקהילה) ורפואת בתי חולים.

3.1 הרופא הבודק. יתכן שבעבר היה בסיס צודק להערכות של צרכני שירותי רפואת מומחים לפיהם רמתם המקצועית של רופאי בתי החולים הינה גבוהה יותר מזו של רופאים מומחים בקהילה. עם זאת, בשנים האחרונות, לכשהתהוו יותר אפשרויות לרופאים מומחים בבתי חולים לקבל חלקי משרות נוספות בקופות חולים, יש נטייה הולכת וגוברת של רופאי בתי חולים ליטול על עצמם משרה חלקית בקהילה. קיים גם מעבר של רופאי בתי חולים לעבודה בקהילה בשל מחסור בתקנים בבתי חולים, וגם משום שקיימות אפשרויות להגיע לרמת הכנסה, יחסית, גבוהה יותר במרפאות בקהילה מזו של שכר רופא מומחה בשלבי קריירה ראשונים בבית חולים. רופאים אלו דואגים להמשיך ולהתעדכן באורח סדיר בהתפתחויות ברפואה. קופות החולים, מצידן, מעודדות יותר השתלמויות, ואף מארגנות כנסים רבים של השתלמות והדרכה לרופאים מומחים. התפתחות מעניינת אחרת היא התופעה של העסקת מספר רב מאד של רופאים עולים מברית המועצות

דבר זה גורם לפגיעה בהמשכיות הטיפול, לחזרה על בדיקות וטיפולים ולהוצאות רבות יותר למערכת כולה (כפי שכבר פורט). למרפאות בקהילה יש קשר טוב יותר עם הרופאים הראשוניים, כיחוד כמרפאות, שבהן יושבים הרופאים המומחים והראשוניים בסמיכות לבית החולים ומתאפשר קשר עם המחלקות. הרופאים העובדים חצי משרה בבתי החולים מצויים, מבחינה זו, במצב ביניים עדיף, שכן הם יכולים לקשר בין הרופאים הראשוניים, שאליהם הם סמוכים, לבין המחלקה, שאליהם הם שייכים.

ג. קריטריונים הקשורים לאפקטיביות ארגונית

1. היווצרות מוקדי כוח. ריכוז כל הטיפול השניוני בבתי החולים, במבנה הקיים היום, שבו מחלקות האשפוז אחראיות על מרפאות החוץ, גורם להעצמת כוחם של מנהלי המחלקות באופן רב ביותר. ריכוז הסמכויות בידי מנהלי המחלקות של בתי החולים תואר בהרחבה בדו"ח ועדת החקירה (ר' כרך א', 388-395). בבית החולים מנהל המחלקה הוא בעל סמכויות רבות, שרובן אינן כפופות להתערבות מינהלית. לעומת זאת, בדגם של העברת שירותי רפואת מומחים לקהילה, יש אפשרות של התערבות מינהלית בהחלטות הרופא. כך, למשל, מעודדת קופת חולים "מכבי" את הרופאים המומחים העצמאיים, העובדים בה, לרשום תרופות גנריות זולות יחסית.

2. חינוך והכשרה. התהליכים שתוארו בתחילת עבודתנו, על שימת דגש והעדפת שירותי בריאות קהילתיים במדינות מפותחות ושל הקטנת משך האשפוז בבתי חולים, יצרו מצב שבו מתמחים בבתי חולים נחשפים למספר חולים נמוך ופחות מגוון. מצבם של חולים המאושפזים בבית חולים מחייב,

גם לחיסכון ניכר בעלויות הטיפול השניוני. לעומת זאת, במרפאות החוץ בבתי החולים, רופאים מאיישים צוותים, לעתים קרובות, לפי תורנות כלשהי (למעט מרפאות יחודיות), ותחלופת הרופאים גבוהה, ביחוד כאשר ישנם מתמחים במחלקה. הסבירות שחולה יראה את אותו רופא בביקורים חוזרים, נוטה להיות נמוכה במרבית מרפאות החוץ. במרפאות הקהילה קיימים שני מצבים. באחד, המרפאה היא מרכז מומחים בתחום מסוים, והפניית החולים נעשית — בדומה למרפאות החוץ של בתי החולים — לרופא שנמצא ביום המסוים. במצב השני, הרופא הוא קבוע ויש המשכיות טובה של טיפול. מצב זה נדיר יותר במרפאות ושכיח יותר כאשר הרופא המומחה הוא רופא עצמאי, שאליו פונה החולה בעצמו. יש לציין, שקופות החולים באות כיום לקראת המבוטחים, ומאפשרות בחירה של הרופא ומעקב קבוע גם במרכזי הבריאות ובמרפאות. גם בחלק מבתי החולים יש מגמה לאמץ הסדרים דומים. כללית, ככל שהרופא המומחה ורופא המשפחה קרובים יותר פיזית (עובדים באותה מרפאת קהילה גדולה), קשורים לאותה רשת מידע ממוחשב, וכפופים לאותה מערכת היררכית, עולה סבירות קיום המשכיות הטיפול.

4. תיאום (coordination) — מידת התיאום בין ספקי שירותים שונים, ובין הרמות השונות של השירות הרפואי.

עמדנו, קודם לכן, על הבעיות של כפילויות אנכיות ואופקיות בשירותי רפואת מומחים. הדגשנו שיש מידה מועטה ביותר של תיאום בין קופות החולים בכל הקשור להיצע של שירותים אלו ברמת הקהילה.

מרפאות החוץ בבתי החולים מאפשרות שמירה על קשר טוב עם מחלקות האשפוז, אולם הקשר עם הרופאים הראשוניים, ואף עם הרופאים השניוניים בקהילה הוא, לרוב, לקוי.

בדרך כלל, התערבות רופא מומחה בטיפול או בניתוח של חולים אלו. הדבר מקשה על המתמחים לצבור נסיון בטיפול עצמאי בחולים. הוא הדין גם לגבי הכשרת סטודנטים לרפואה. לעומת זאת, במצב הנוכחי במרפאות הקהילה אין אפשרות להדריך מתמחים. המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית לא הכירה עד כה במרפאות מומחים בקהילה כמקומות שבהם ניתן להכשיר רופאים מומחים (להוציא רפואת משפחה). עם בעייה זו ניתן להתמודד על ידי העברת חלק מהדרכת מתמחים וסטודנטים למרכזי

טיפול אמבולטורי מחוץ למרפאות החוץ, כפי שהדבר נעשה כבר בעולם (Fincke, 1990).

3. מחקר. כיום מרוכז רוב המחקר הקליני בבתי החולים. ועדות הלסינקי, הדרושות לשם אישור מחקרים קליניים, קיימות רק בבתי החולים, ואין ועדות הלסינקי אזוריות של קופות החולים או של משרד הבריאות. העדרן של ועדות אלה מונע ביצוע מחקרים קליניים וניסויים של תרופות חדשות במרפאות הקהילה. דבר זה עלול להטות את תוצאותיהם

לוח 1. השוואה בין טיפול שניוני המרוכז במרפאות חוץ של ביי"ח, לעומת מרפאת מומחים בקהילה

קריטריון	העברת מרכז הכובד של הטיפול השניוני אל ביה"ח	העברת מרכז הכובד של הטיפול השניוני אל הקהילה
עלות	יקר יותר (--)	זול יותר (++)
כפל שירותים	מקטין היווצרות (+)	מגדיל היווצרות (-)
השפעה על ביקוש והיצע	לא ברור (+/-)	לא ברור (+/-)
התערבות ממשלתית	מגדיל (+)	מקטין (-)
זמינות	בינונית (+/-)	טובה (+)
נגישות	בינונית-טובה (+/-)	טובה מאוד (+)
הרופא הבודק	מומחה ו/או מתמחה (+) חלקם מתלמדים	מומחה (+/-) חלקם לא מעודכנים
משך מעקב	ארוך יותר (--)	קצר יותר (++)
המשכיות טיפול	בינונית-גרועה (-)	טובה (+)
תיאום	בינונית-טוב (+)	טוב-טוב מאוד (++) ביחוד בדגמים מסוימים
היווצרות מוקדי כוח	במידה רבה (--)	במידה פחותה (+/-)
חינוך והכשרה	טוב (++)	אם יאושר, יאפשר שיפור הכשרה והגדלת המגוון (+)
מחקר	מתבצע היטב (++) הכללת רק חלק מהחולים	מצריך הסדרים מוסדיים, דורש פיקוח רב יותר (+)

לדעת הרוב בוועדה, עבודה אך ורק בקהילה עלולה לפגוע בכישוריהם המקצועיים), וכן על ידי כך, שרופאים בבתי החולים, יחד עם הנהלות קופות החולים, יגבשו תוכניות הכשרה לרופאי הקהילה. כפי שראינו, יש להטיל ספק רב בהנחת היסוד של הרוב, לפיה מיומנותם, כישוריהם ורמת עדכונם של רופאי הקהילה יפלו, לאורך זמן, מאלו של רופאי בתי החולים. דעתנו היא, על בסיס ההשוואה השיטתית שנעשתה, שיש להעביר את מרכז הכובד של השירות השניוני אל הקהילה, כאשר הדגם המומלץ הוא רופאים העובדים בחלק-משרה בקהילה ובחלק-משרה בבית החולים.

כפי שראינו במבוא לעבודה, ארגון הבריאות הבינלאומי רואה ברפואה ראשונית בקהילה אמצעי מרכזי בשירותי בריאות להשגת מטרות התוכנית העולמית של "בריאות לכל בשנת 2000". המחסור ההולך וגובר במשאבים למערכת בריאות ציבורית, שצרכיה עולים וגדלים, הביא לכך, שמספר רב של מדינות מפותחות החליטו על העברת מרכז הכובד של שירותי הבריאות מבית החולים לקהילה. מדיניות זו ננקטת גם כדי להשיג אפקטיביות גבוהה יותר במימוש מטרות התוכנית "בריאות לכל בשנת 2000", וגם כדי להביא להתייעלותה של מערכת הבריאות, ולהימנע משימושים שאינם מוצדקים במשאבים המאד יקרים ומאד מתוחכמים של מערכת האשפוז.

במסקנותינו, הקדימויות הנ"ל קיבלו משקל משמעותי, שכן נובעת מהן, במישרין, המסקנה, שיש לתת עידוד מירבי להעברת שירותי רפואת מומחים מבתי חולים אל הקהילה. במקביל, אמורים שירותי הבריאות בקהילה לפתח חלופות אשפוז לחולי נפש ולחולים גריאטריים וכרוניים אחרים, אך אין עבודתנו עוסקת בנושא זה.

למסקנתנו העיקרית יש משמעויות מעשיות

של המחקרים, שכן חלק גדול מהאוכלוסייה, המטופל במרפאות הקהילה, לא נכלל בהם. כן עשוי הדבר למנוע מהחולים המטופלים בקהילה שיטות טיפול ותרופות חדשות.

לכך יש השפעה על רופאים בקהילה, שכן הם מתקשים להגיע לקידום אקדמי, הקשור לפרסום עבודות מחקר. העדר האפשרות לבצע מחקרים בקהילה מקשה על הרופאים העובדים בקהילה להגיע למשרות אקדמיות או לעבור למשרה בבית חולים. גם במקרה זה ניתן לשלב פתרונות יצירתיים למציאת אפשרויות של ביצוע מחקרים קליניים גם על ידי רופאים המועסקים בקהילה.

מהו הדגם העדיף של שירותי רפואת מומחים?

לאחר בחינת היתרונות והחסרונות של שתי החלופות של ארגון רפואת המומחים (הטיפול השניוני), ברור שהעברת רפואת המומחים לקהילה היא המועדפת. מתן טיפול שניוני בקהילה זול יותר כפי הנראה, ויש לו גם יתרונות רבים נוספים.

למסקנה דומה הגיעו גם הרוב וגם המיעוט בוועדת החקירה על מערכת הבריאות (ועדת נתניהו). דעת הרוב, עם זאת, משאירה את מרכז הכובד וההשפעה בתוך בית החולים. לפי המלצת הרוב (כרך א', 381-383), קופות החולים ירכשו שירותי רפואת מומחים מבית החולים, ומנהל המחלקה הוא זה שיפקח על מתן השירותים באיזור, שאותו משרת בית החולים. הצעת הרוב פועלת לקיבוע של פער איכותי הקיים, להערכת הרוב בוועדה, בין בתי החולים לבין הרפואה הקהילתית, וזאת על ידי כך, שמוצע לרופאים של בתי החולים לעבוד בקהילה ברוטציה (שכן

הקהילתית בכ- 15% ; להערכתנו, זוהי השקעה כדאית. סביר להניח שרופאי בתי החולים, שצברו, בשל מעמדם, עוצמה והשפעה רבה, הן בקרב ארגוני הרופאים והן בקרב מקבלי ההחלטות בממשל, יתנגדו לצמצום כוחם ומוטת שליטתם. כדי ליישם את השינוי בצורה הטובה ביותר, יש לנהל עימם משא ומתן, ולשלבם בתכנון הרפורמה, וכך להשיג את הסכמתם לביצוע השינוי.

החלופה שהוצעה על ידינו איננה משוללת נקודות חולשה. אין לנו הצעה ברורה לעניין הקטנת ממדי הכפילות האנכית, בין הקופות לבין עצמן. יתכן שאחת ההצעות המבטיחות קשורות לקביעת כללים ברורים לרכישה הדדית של שירותים בין קופות החולים. יתכן שבמקומות ישוב, שבהם היקף האוכלוסייה מצדיק זאת, יש לעבור למכרזים אזוריים של אספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה. הקופה שתזכה במכרז היא זו שבמתקניה ירכשו הקופות האחרות את השירותים, הראשוניים והשניוניים, על מנת להציע למבוטחיהן את שירותי הבריאות שהם נזקקים להם. במובן זה, הצעתנו עולה בקנה אחד עם החלטת הממשלה מיום 10 ביולי 1996, לפיה הוסמך שר הבריאות:

"...לקבוע קריטריונים מינימליים המצדיקים הקמת מרפאות על ידי קופות החולים וכפרט מרפאות של רופאים מומחים או שירותי רופאים מומחים עצמאיים, באופן שימנע כפל שירותים בין קופות החולים ובזכו משאבים ציבוריים, תוך הסדרת יחסי קניית שירותים בין הקופות באישור שר האוצר, כך שבאותו אזור לא יהיה כפל שירותים..."

עם זאת, אין החלטת הממשלה המצוטטת לעיל מתייחסת כלל לסוגייה החשובה ביותר, שבה עסקנו במאמרו: הדגם הרצוי — מנקודת ראות של מדיניות בריאות לאומית — של שירותי רפואת מומחים. יש בעליל

רבות. משמעות אחת היא הצורך במדיניות עקבית של הקטנת ממדיהם והיקפם של שירותי רפואת מומחים בבתי החולים, דהיינו — מרפאות החוץ של בתי החולים. מבחינתם של בתי חולים רבים, המדובר במהפך של ממש. כפי שהודגש לעיל, מגזר זה של מרפאות החוץ הוא אשר גדל בשנות ה-90 בצורה המואצת ביותר, עד כדי הפיכתו לעמוד תווך כלכלי של בתי חולים כלליים רבים. להלן נדון בכמה משמעויות נוספות של מסקנותינו:

קביעת ניתוחים ופעולות שיבוצעו רק במרפאות בקהילה, עשויה ליצור בעייה בהכשרת מתמחים בבתי החולים. כנזכר לעיל, בעולם וגם בארץ, מתחילה מגמה של העברת חלק מהכשרת המתמחים מחוץ לבתי החולים אל הקהילה. יש לדאוג לכך שהרופאים בקהילה יעמדו בסטנדרטים מסוימים, הנדרשים גם ממרפאות דומות בבתי החולים, באשר להכשרת מתמחים ולהדרכת סטודנטים. כך יצאו נשכרים הן הרופאים והן המתמחים.

יש לתגמל היטב את הרופאים העובדים בקהילה, וכן לעודד רופאים נוספים לעבוד במסגרת זו. כבר כיום, כאשר התגמול בקהילה רב יותר, בשל הסכמי שכר שונים, הכוללים עבודה לפי מכסות ופרמיות שמעבר להן, רואים מעבר של רופאים טובים וכולטים לעבודה בקהילה. דרך נוספת לתגמול רופאים היא האפשרות להתקדמות אקדמית ולביצוע מחקרים במרפאות הקהילה. רופאים רבים נמנעים מעזיבת בית החולים בשל חשש שלא יוכלו לעסוק במחקר קליני בקהילה. השינויים הנ"ל יביאו, לאורך זמן, להיווצרות דימוי חיובי יותר למרפאות הקהילה, דבר שימשוך במעגל סגור רופאים טובים נוספים לקהילה. על פי הערכות שנעשו, העתקת חלק מהמחקר הרפואי ומפעילות ההוראה מבתי החולים אל הקהילה ייקרו את הרפואה

של רופאים במחלקה מסוימת של בית החולים, ותמורת זאת אותה מחלקה של בית החולים שבה נקנו התקנים, מתחייבת לספק לקופת החולים שירותי רפואת מומחים בקהילה בימים ובשעות מסוימים. במוכן מסוים, המדובר בחוזה לאספקת שירותי רפואת מומחים בקהילה על ידי בית חולים. הסכמים נוספים מסוג זה כבר קיימים בפועל. אין ספק בכך, שמחקר השוואתי על היתרונות והחסרונות של דגמים אלו יוכל לסייע למקבלי ההחלטות בקביעת מדיניות אספקת שירותי רפואת מומחים בישראל.

צורך במחקר נוסף על מנת לקבוע את דרך השילוב הרצוי ביותר של רופאי בתי חולים במתן שירותי רפואת מומחים בקהילה. דפוסים שונים מתקמים והולכים כבר עתה אגב הסדרים, שנקבעים בין קופות חולים לבין בתי חולים מסוימים. גם בשירותי הבריאות הלאומיים באנגליה (לפי Bailey, Blake & Wilkin, 1994), יש תופעה דומה של הסתעפויות שירותי רפואת מומחים מבית החולים אל הקהילה, ומסיבות דומות. כך, למשל, נחתם הסכם בין קופת חולים מסוימת לבין בית חולים באזור המרכז, לפיו קופת החולים משלמת עבור תקנים

ביבליוגרפיה

- אבידן, ט' (1996). "תמחיר כמערכת בריאות ציבורית". רואה החשבון, מ"ה, 260-263.
- ברקאי, ג', בראל, ו', משיח, ש' (1987). "תוכנית אור יהודה - דגם לשירות רפואת נשים כוללני". הרפואה, קי"ג, 117-120.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). דין וחשבון, כרך ראשון: דעת הרוב. כרך שני: דעת המיעוט. ירושלים: המרפס הממשלתי.
- ישי, י' (1994). רופאים ומרינה: תאגוד בתי החולים בישראל. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- קופ, י' (עורך) (1995). "הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1994-1995". ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- Altman, S. & Sochowitzky, E. (1981). "The cost of ambulatory care in alternative settings: A review of major findings". *Annual Review of Public Health*, 2:117-143.
- Armstrong, D. & Nicoll, M. (1995). "Consultants' workload in outpatient clinics". *British Medical Journal*, 310:581-582.
- Aucona-Berk, V.A. & Chalmers, T.C. (1986). "An analysis of the costs of ambulatory and inpatient care". *American Journal of Public Health*, 76:1102-1104.
- Bailey, J.J., Black, M.E. & Wilkin, D. (1994). "Specialist outreach clinics in general practice". *British Medical Journal* 308:1083-1086.
- Beaves, R.G., Joseph, H., Rohrer, J.E. & Zeitler, R.R. (1988). "Cost-effectiveness: How should it be determined?" *Evaluation & the Health Professions*, 11:213-230.
- Fincke, G. (1990). "The medical day hospital". *Archives of Internal Medicine*, 150:533-536.
- Frenk, J. (1994). "Dimensions of health system reform". *Health Policy*, 27:19-34.
- Fleming, N.S. & Jones, H.C. (1983). "The impact of outpatient departments and emergency room service on costs in Texas medicaid program". *Medical Care*, 21:892-910.
- Fry, J. & Horder, J. (1994). *Primary care in an international context*. London, U.K.: Nuffield Provincial Hospital Trust.

- Gold, M. (1981). "Effects of hospital based primary care setting on internists' treatment of primary care episodes". *Health Services Research*, 16:383-405.
- Gold, M. & Greenlick, M. (1981). "Effects of hospital based primary care setting on internists' use of inpatient hospital resources". *Medical Care*, 19:160-171.
- Kiff, R.S. & Sykes, P.A. (1988). "Who undertakes the consultations in the outpatient department?". *British Medical Journal*, 296:1511-1512.
- Lewin, A.Y. & Minton, J.W. (1986). "Determining organizational effectiveness: Another look, and an agenda for research", *Management Science*, 32:514-537.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (1995). *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*. Paris, France: OECD.
- Manheim, L.M. & Friedman, B. (1982). "Factors contributing to the phenomenal growth of medicare expenses for hospital-based ambulatory care". *Inquiry*, 19:295-307.
- Ministry of Health (1964). *Management problems in the out-patient departments*. London, England: HMPO.
- McDevitt, R.D. & Dutton, B. (1989). Expenditures for ambulatory episodes of care: The Michigan Medicaid experience. *Health Care Financing Review*, 11, 43-55.
- Porath, A. & Lev, B. (1995). "The new Israeli National Health Insurance Law and quality of care". *International Journal for Quality in Health Care*, 7:281-284.
- Shirom, A. (1995). "The Israeli health care reform: A study of an evolutionary major change." *International Journal of Health Planning and Management*, 10:5-22.
- Vetter, N. (1995). *The hospital: From center of excellence to community support*. London, U.K.: Chapman & Hall.

“ריפוי בבלימה”

התמודדות עם התיקרות שירותי הבריאות לפני הפעלת חוק הבריאות
— השוואה בין ישראל לבין ארצות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח
כלכלי (OECD)

מאת פרופ' יעקב קופי*

הפרספקטיבה הבינלאומית

בין השנים 1950–1970 גדלה תוחלת החיים ב-10% בערך (ר' בלוח 1 מדגם של שבע ממדינות OECD). תוחלת החיים של נשים היתה 69 שנים בשנת 1950, והיא עלתה בשנת 1970 ל-75 שנים. אצל הגברים נצפה שיפור קטן יותר, אך כלל לא מבוטל — מ-65 ל-69 שנים.

כמובן, שגם לשינוי זה היה צד אחר — מחיר כבד יותר של אספקת שירותי הבריאות. במונחים של החלק מן התוצר המקומי הגולמי (התמ"ג), שהוצא על שירותי בריאות בשנת 1960, הוא נע בדרך כלל בין 3.5% ל-4.5% (הממוצע בכל מדינות OECD היה 3.9%, ר' לוח 6). בשנת 1970 גדל השיעור ל-5% בקירוב (הממוצע בכל מדינות OECD היה 5.2%). פירוש הדבר גידול של שליש בנטל המוטל על הכלכלה,

(א) שירותים מורחבים והאמרת עלויות במחצית השנייה של המאה העשרים חל במדינות המערב גידול מהיר של שירותי הבריאות ובצידו אירעו שינויים בולטים במבנה שלהם ובמאפייניהם. בתהליך ארוך-טווח זה היו, בעיקרו של דבר, שני שלבים: בשלב הראשון השתקף מאמץ להרחיב את הכיסוי של שירותים קיימים, ולהחילו על חלקים גדולים יותר של האוכלוסייה; בשלב השני הושם הדגש על חיזוק שירותי הבריאות ועל הנהגת שימוש בטכנולוגיות חדשות.

התוצאה של תהליך זה היתה שיפור של ממש במצב בריאותה של האוכלוסייה, שהתבטאה, לדוגמא, בעליית תוחלת החיים.¹

* מנהל, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל. מאמר זה הוא חלק ממחקר שנערך מטעם קרן המטבע העולמית (IMF). ר' קופ (1994). המאמר מנתח את מצבה של מערכת הבריאות על סף הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. תודת המחבר נתונה לעמיחי במרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל: יואל בלנקט ומימי אייזנשטרט, שנטלו חלק בשלבים שונים של המחקר, ולגימי וינבלט ואריה שירום, שהשתתפו בדיונים המוקדמים. אבשלום פלק סייע בשלב האחרון. תרגמה מאנגלית: עירא כהנמן.

1. ייחוס הארכת תוחלת החיים לשירותים הרפואיים יידון בהמשך. אנו משתמשים בו כאן רק בתור אינדיקטור כלשהו לשיפור מצב הבריאות.

לוח 1. התארכות תוחלת החיים בשבע מדינות OECD
תוחלת החיים בעת הלידה (מספר השנים)

					נשים
1990	1980	1970	1960	1950	
80.9	76.8	74.2	73.5	69.0	בלגיה
80.9	78.4	76.1	73.6	69.7	צרפת
79.9	76.6	73.8	72.4	68.3	גרמניה
77.0	75.0	73.2	71.8	66.8	אירלנד
80.1	79.2	76.6	75.5	72.8	הולנד
80.1	78.6	75.1	72.2	64.3	ספרד
78.5	75.9	75.2	74.2	71.3	בריטניה
79.2	77.2	74.9	73.3	68.9	ממוצע
2.6	3.1	2.1	6.4		שיעור גידול (אחוזים)
					גברים
72.4	70.0	67.8	67.7	63.8	בלגיה
72.7	70.2	68.6	67.0	63.9	צרפת
72.6	69.9	67.4	66.9	64.4	גרמניה
71.0	69.5	68.5	68.5	64.5	אירלנד
73.8	72.4	70.9	71.6	70.5	הולנד
74.5	72.5	69.6	67.4	59.8	ספרד
73.0	70.2	68.6	68.3	66.5	בריטניה
72.9	70.7	68.8	68.2	64.8	ממוצע
3.1	2.8	0.8	5.3		שיעור גידול (אחוזים)

מקור: OECD (1985), עמ' 131 ו־OECD (1993), עמ' 54-55.

בממוצע לקבוצה זו. המחירים המשיכו לגאות וחלקן של התמ"ג בשירותי הבריאות הגיע בשנת 1980 בכל מדינות OECD ל-6.8% בממוצע, דהיינו – גידול נוסף של שלישי. בשנות ה-80 נמשך הגידול בתוחלת החיים ועל-פי המשוער – חל גם שיפור במצב הבריאות. נשים במדינות OECD זכו בממוצע בשתיים עד שלוש שנות חיים נוספות, וכך גם הגברים. בצד העלות המשיך לגדול חלקה

שציין את הופעת המשבר בשירותי הבריאות. הסתכלות בשלבו השני של התהליך מבליטה נקודה זו עוד יותר. עד שנת 1980 נעשו כמעט כל האוכלוסיות של מדינות OECD (פרט לארצות-הברית) זכאיות לקבלת טיפול בבית חולים במסגרת תוכנית ציבורית זו או אחרת. כמו כן, חל גידול נוסף בתוחלת החיים, ובמדינות אחדות עברה תוחלת החיים של נשים את קו ה-80 השנים

לכל מדינה, ניתן להבחין בדפוס קבוע למדי של מדינות מסוימות, שההוצאות בהן הרבה יותר גבוהות או הרבה יותר נמוכות מן הממוצע.

כדי להבהיר את התמונה יהיה זה מן המועיל להוציא מן הניתוח את המדינות המצויות בֶּרֶף הגבוה (ארצות-הבית), ואת אלה הממוקמות בֶּרֶף הנמוך (תורכיה, יוון, ספרד, פורטוגל). האחרונות היו בתחילת התקופה הרבה מתחת לממוצע, והכללת נתוניהן עלולה לטשטש את התמונה. לוח 2 מדרג את 19 המדינות הנותרות של OECD, לפי חלקה של הבריאות בתמ"ג ב־1970. נתוני כל מדינה מוצגים ביחס לממוצע הכללי של המדינה בכל שנה, המשמש בסיס (= 100).

הלוח מגלה, כי בין השנים 1970 ו־1990 שמרו מרבית המדינות על מקומותיהן היחסיים, ובכולן היה גידול מהיר בשנות ה־70, וגידול איטי יותר בשנות ה־80. ניתן להסיק מכך, שבכל מדינה פעלה דינמיקה, שהחזיקה אותה במקומה היחסי. דבר זה ניתן לראות באיור 1. הקו התחתון מתאר את חלקה של כל אחת ממדינות OECD בהוצאה על בריאות בתמ"ג בשנת 1970. שני הקווים העליונים מתייחסים לשנת 1991, כדלקמן: קו ה"אומדן" התקבל מהגדלת נתוני 1970 בכל מדינה, בשיעור הגידול הממוצע של כל 19 המדינות במשך שני העשורים; הקו השני הוא העקומה בפועל, כלומר – החלק בפועל בתמ"ג ב־1991.

קירבתם של שני הקווים העליונים זה לזה מעידה על הממצא שצוין לעיל. ייתכן שהיא מציינת, כי הגורמים הפועלים בכל מדינה במגזר הבריאות הם הגורמים השליטים בקביעת רמתה של ההוצאה הציבורית, וכי מרמה ספציפית זו של אותה מדינה יש דחיפה גלובלית כלפי מעלה, הנחסמת עקב מאמצי השלטונות לבלום עלויות.

של הבריאות בתמ"ג, אך בקצב איטי יותר מאשר בעשורים הקודמים. הצורך לקבוע צעדים לבלימת העלויות הפך לאתגר דחוף בכל המדינות המתועשות. בלשונו של בריאן אבל־סמית: "כמעט בכל המדינות המתועשות קיימת דאגה מתמדת בשל חלקם הגדל והולך של המשאבים הלאומיים, המוקדשים לטיפול רפואי" (Abel-Smith, 1980, p. 3).

הקביעה, ש"ההוצאה בארצות-הברית על טיפול רפואי גדלה בשיעור שאינו יכול להימשך זמן רב" (Enthoven, 1980, p. 29) נראית כאילו נאמרה בימינו אלה, אך היא הועלתה על הכתב כבר לפני 15 שנה והתייחסה לנתוני 1977, כאשר חלקה של ההוצאה על בריאות בארצות-הברית היא 8.8% מן התוצר הלאומי הגולמי (התל"ג). העובדה שהשיעור המשיך לגדול – גם זמן רב יותר וגם בשיעור גבוה יותר, ל־13% בראשית שנת 1990 – היא בהחלט יוצאת דופן. במדינות אחרות החלו להופיע בנתוני שנות ה־80 הראשונות סימני האטה במגמת גידולה המהיר של ההוצאה על בריאות, יחסית לתמ"ג. לראשונה, מזה שלושה עשורים, גמישות ההוצאה על בריאות ביחס לתמ"ג היתה קטנה יותר מיחידתית במספר מדינות. ואף־על־פי כן, החוקרים סברו, שמוקדם מדי להסיק שאין זו תופעה קצרת-טווח (OECD, 1987, p. 57).

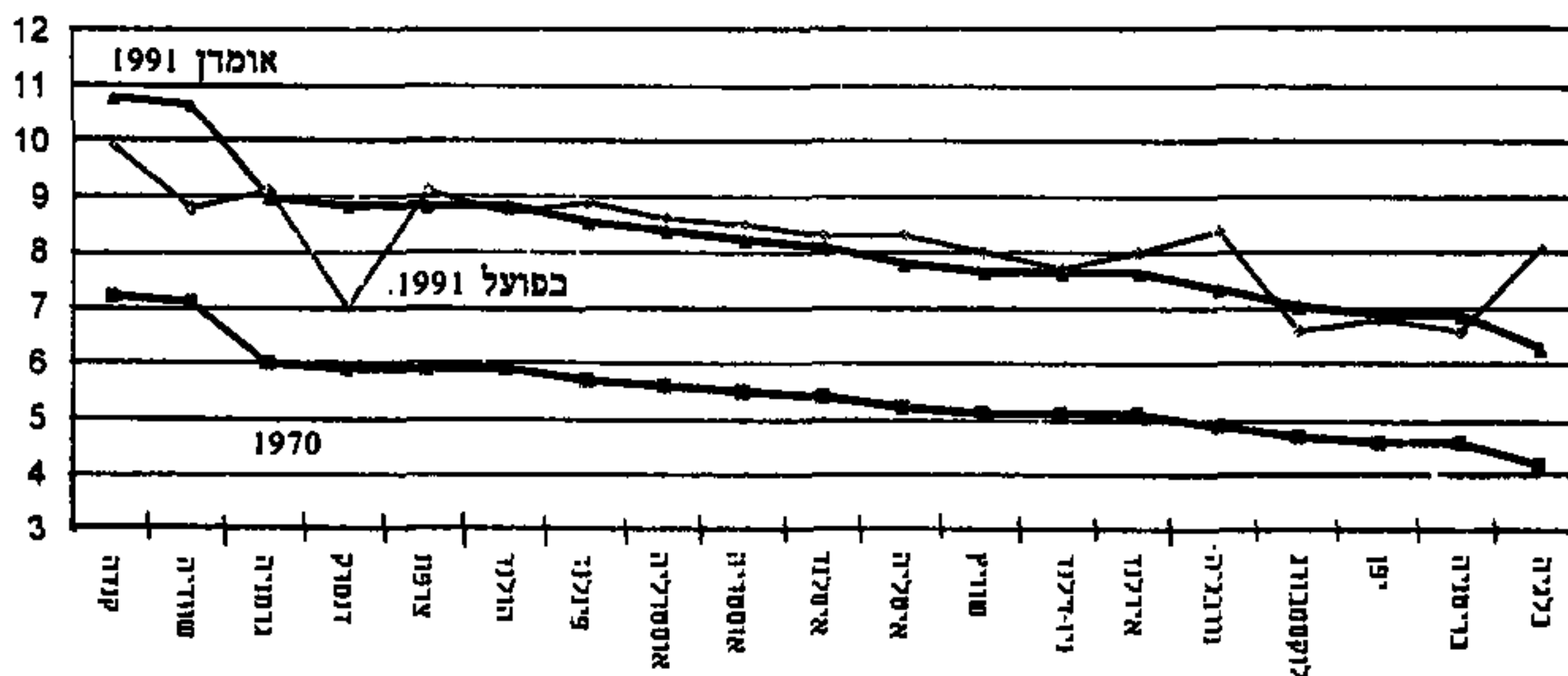
(ב) תוצאות המאמצים לבלימת עלויות מודעות גדולה יותר לגידול בהוצאה על בריאות הניעה מספר מדינות לנקוט צעדים לבלימת מגמה זו, צעדים שאחדים מהם זכו להצלחה. חלקו של התמ"ג, שהוצא על שירותי בריאות, גדל בשנות ה־80 "רק" ב־12% (בממוצע לכל מדינות OECD), לעומת 34% ו־32%, בהתאמה, בכל אחד משני העשורים הקודמים. למרות שמדובר בממוצע, וכמובן שאינו ישים במידה שווה

לוח 2. חלקה של הבריאות בתמ"ג במבחר מדינות החברות ב־OECD
(מדד: הממוצע של כל המדינות בכל שנה = 100)

1990	1980	1970	1960	1950	
121	120	104	132	133	קנדה
108	109	128	130	118	שוודיה
111	111	117	110	123	גרמניה
86	85	93	108	91	דנמרק
111	111	104	108	108	צרפת
106	106	111	108	101	הולנד
109	99	89	104	96	פינלנד
105	105	99	103	121	אוסטרליה
104	106	107	101	111	אוסטריה
101	108	90	99	85	איסלנד
101	103	92	95	91	איטליה
98	100	97	93	83	שווייץ
94	90	100	93	106	ניו־זילנד
98	96	113	93	96	אירלנד
103	101	99	90	80	נורווגיה
81	89	95	86	—	לוקסמבורג
83	85	90	84	75	יפן
81	76	82	84	98	בריטניה
99	100	90	77	85	בלגיה

מקור: עיבודים עצמיים של נתוני OECD (1993), כרך 1, עמ' 108; כרך 2, עמ' 32.
הצרה: המבחר איננו כולל את המדינות בעלות השיעורים הגבוהים ביותר (ארצות הברית) והנמוכים ביותר (טורקיה, יוון, ספרד ופורטוגל).

איור 1. ההוצאה על בריאות כאחוז מהתמ"ג ב־19 OECD מדינות
1970, 1991



מגזר הבריאות בישראל

הערכת תוצאותיו של מגזר הבריאות היא צעד טבעי במעקב אחר טיבם של השירותים המסופקים. אולם אין למצוא מידע מקיף בעניין זה בשום מקום, ולמעשה עדיין לא נבנתה בספרות מסגרת מושגית שתאפשר מחקר אמפירי כזה. מקובל לראות בתגודות באורך החיים אמצעי לזיהוי התפתחויות במצב הבריאות של אוכלוסייה.

השימוש בתוחלת החיים כתחליף להערכת שיפורים בתחום הבריאות מעלה הסתייגויות שונות. לדוגמא:

(1) חישובי תוחלת החיים מתבססים על גיל הפטירה, ואין הם מודדים את המצב הפיזי או את מצב הבריאות במהלך מחזור החיים;

(2) חישובי תוחלת החיים מבוססים על שיעורי התמותה הסגוליים לפי גיל בשנה נתונה, ולא על השיעורים, אשר על-פי הצפוי תתנסה בהם בעתיד האוכלוסייה הנוכחית.

באיזו מידה שינויים בתוחלת החיים קשורים בזמינותם של שירותי בריאות ובאיכותם – גם זו שאלה הנשאלת לעיתים קרובות, מאחר שגורמים לא-רפואיים, כגון איכות הסביבה, משפיעים גם הם על מצב הבריאות. יחד עם זאת, פעולות למניעת מחלות וטיפול רפואי ממלאים תפקיד חשוב מאוד בהארכת תוחלת החיים ובשיפור מצב הבריאות.

למרות החסרונות הנזכרים לעיל לגבי

השינויים בתוחלת החיים כמכשיר להערכת מצב הבריאות של האוכלוסייה, אפשר לראות את תוספת שנות החיים ואת צמצום התמותה כמשקפות, לפחות באופן חלקי, את תרומתם של שירותי הבריאות המסופקים לאוכלוסייה. נתוני לוח 3 מראים, כי תוחלת החיים של נשים בישראל נמוכה במקצת מן הממוצע במדינות OECD, אך די קרובה אליו. אבל כאשר מדובר בגברים, הנתון הישראלי גבוה בהרבה מן הממוצע במדינות OECD, והוא תופס את המקום השלישי בין המדינות שהושו.

ההבדלים באורך החיים בין גברים לנשים מערפלים את התמונה. זאת ועוד, אין הסבר ברור לתופעה זו והיא אינה מיוחדת לישראל.² כדי לפשט, חישבנו את תוחלות החיים הממוצעות של נשים וגברים – טורים 4 ו-5, ואלה מראות כי בשנת 1980 היתה ישראל קרובה לממוצע של מדינות OECD, וכי בשנים 1980 ו-1990 היא עלתה מדרגה אחת בהותירה מאחוריה מדינות, דוגמת נורווגיה, גרמניה ודנמרק (שנמצאו במקום גבוה ממנה בשנת 1980).

כפי שהודגש לעיל, מדידת מצב הבריאות לפי הסטטיסטיקות של תוחלת החיים, למרות שהיא תקפה, מעוררת מספר הסתייגויות. עם זאת, נתונים חלקיים אחרים מחזקים גם הם את הצגת מצב הבריאות בישראל כמי שמקיים אמות מידה מערביות גבוהות למדי.³

א. עלות ומימון

ההוצאה הכוללת על שירותי בריאות מהווה

2. ניתן ללמוד זאת מן הטור השלישי, המחשב את היחס בין אורך החיים של נשים ושל גברים: כשוודיה ובאיסלנד תוחלות החיים הן הגבוהות ביותר בין המדינות, שבהן תוחלת החיים עבור נשים היא הגבוהה ביותר, אבל היחס בין אורך החיים של נשים ושל גברים עומד במקומות השני והרביעי הנמוך ביותר. בדומה לכך, בפינלנד היחס נשים/גברים הוא הגבוה ביותר, אך מדינה זו היא השישית מלמטה בדירוג תוחלת החיים המוחלטת של נשים.

3. השוואת נתונים ישראליים רלוונטיים נבחרים לממוצע באירופה המערבית העלתה, שתחולתן של כמה מחלות בישראל (כגון: שחפת, צהבת ויראלית, אדמת) היתה נמוכה בהרבה מן הממוצע באירופה; במדדים אחרים, ישראל היתה קרובה לממוצע. ר' Rosen, 1987, p. 12.

לוח 3. תוחלת החיים: ישראל ומדינות OECD, 1980 ו-1990

היחס גברים/נשים	1990 גברים	1990 נשים	1990	1980	
104.9	74.9	78.4	76.7	73.9	ישראל
108.6	72.7	78.9	75.8	73.7	ממוצע
	103.1	99.3	101.1	100.3	ישראל - ממוצע
107.9	75.9	81.9	78.9	76.1	יפן
106.1	75.7	80.3	78.0	76.7	איסלנד
107.5	74.8	80.4	77.6	75.8	שוודיה
109.3	74.0	80.9	77.5	75.6	שוויץ
107.5	74.5	80.1	77.3	75.6	ספרד
108.9	73.8	80.4	77.1	75.5	קנדה
108.3	73.9	80.0	77.0	74.6	אוסטרליה
108.5	73.8	80.1	77.0	75.8	הולנד
111.3	72.7	80.9	76.8	74.3	צרפת
108.8	73.5	80.0	76.8	74.0	איטליה
108.7	73.4	79.8	76.6	75.5	נורווגיה
106.1	74.1	78.6	76.4	74.6	יוון
108.8	72.6	79.0	75.8	73.3	גרמניה
109.0	72.5	79.0	75.8	72.6	אוסטריה
107.5	73.0	78.5	75.8	73.1	בריטניה
109.3	72.4	79.1	75.8	73.4	בלגיה
109.4	72.0	78.8	75.4	73.7	ארצות-הברית
108.3	72.0	78.0	75.0	73.2	נירזילנד
111.3	70.9	78.9	74.9	73.4	פינלנד
107.9	72.0	77.7	74.9	74.5	דנמרק
111.2	70.6	78.5	74.6	71.6	לוקסמבורג
109.0	70.9	77.9	74.4	71.8	פורטוגל
108.5	71.0	77.0	74.0	72.3	אידלנד
106.7	64.1	68.4	66.3	62.3	תורכיה

מקור: OECD (1993), עמ' 54-55.

נתונים על ישראל: מתוך הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1993), עמ' 144.

האלטרנטיביות של שירותי הבריאות במונחים של מה שהצרכן הממוצע היה צריך לוותר עליו בתמורה לקבלת טיפול רפואי. אולם אין זה משקף את נפח השירותים הניתנים בפועל, אשר חישובם דורש עידון נוסף. מדידת נפח שירותי הבריאות מחייבת פירוק מפורט של המגזר ושל מרכיביו

חלק גדול מפעילותו של המשק הישראלי, ואף מן ההוצאה הציבורית. בהתחשב בעליית מדד המחירים לצרכן (המדד), גידול ההוצאה במונחים ריאליים, לפי מדד זה, הגיע בשנים 1970-1980 ל-153%, ול-24% בלבד בשנים 1980-1990. סדר-גודל אלה משקפים את העלויות

היבט חשוב של הוצאות הטיפול הרפואי הוא מקור המימון. במימון המגזר הציבורי יש שלושה מרכיבים: (1) בתי החולים הממשלתיים שאינם גובים את מלוא העלות מן החולים או מקופות החולים (המבטחות); (2) מענקים ישירים לקופות החולים ולספקי טיפול רפואי אחרים; (3) מס מקביל — מס מיועד (שני המרכיבים הראשונים מסופקים באמצעות מערכת המס הכללית), שמשלמים המעסיקים. מימון באמצעות מגזר משקי הבית ניתן בשתי צורות: (1) דמי חבר המשולמים ישירות לקופות החולים (אלה הוחלפו לאחרונה במס שנגבה מכוח חוק הבריאות החדש); (2) תשלומים לרופאים פרטיים — בעיקר עבור טיפול שנייני, שעדיין איננו מבוטח בידי קופות החולים. המגמה הכללית, שציינה את שנות ה-80, היתה הפחתה חלקה של הממשלה במימון שירותי הבריאות. בשנת 1980 כיסתה הממשלה 58% מן ההוצאה הלאומית הכללית

לגורמיהם, תוך ייחוס מדד מחירים ספציפי לכל אחד מהם, ולאחר מכן הקבצה מחדש למדד כללי של מחירי התשומות. לוח 4 מציג נתונים על פעולתם של הגורמים הרלוונטיים: בשנים 1970–1980 גדל התמ"ג הריאלי ב-67%, ואילו הנפח הכללי של הבריאות גדל ב-73% (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1993, עמ' 715). גידול-היתר בן ארבעת האחוזים מעל גידול התמ"ג, חייב גידול של 28% בנטל המוטל על המשק. מכך משתמע שעלות התשומות במגזר הבריאות היתה גבוהה ב-23% מן המקביל לה במשק כולו. לעומת זאת, בעשור שלאחריו, 1980–1990, ההתייקרות היחסית של תשומות הבריאות היתה צנועה יותר (3% לעומת 23% בעשור השבעים), ולפיכך, נדרשו רק 9% נוספים מפעילות המשק כדי לאפשר את הרחבת הטיפול הרפואי. דבר זה מבטא שיפור של ממש בתפקודה של ישראל בנקיטת צעדים לבלמת העלות.

לוח 4. הישוב התייקרות התשומות בענף הבריאות בישראל 1970–1980, ו-1980–1990

1990–1980	1980–1970	הגידול באחוזים, של:
44	67	1. תוצר מקומי גולמי
		2. נפח שירות הבריאות (מנוכה במחירי הבריאות)
38	73	3. גידול נפח הבריאות מעבר לגידול התמ"ג (1:2)
-4	4	4. חלק הבריאות בתמ"ג
9	28	5. מחיר תשומת הבריאות
13	23	יחסית לתמ"ג (3:4)

מקורות: הישוב עצמי על סמך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל (1993), עמ' 192 (תמ"ג), עמ' 43 (אוכלוסייה), עמ' 715.
 הערה: היחסים בין שני יחסי הגידול חושבו באמצעות העליות ביחסים השלמים (לדוגמה, שורה 3 ב-1980 היא $1.11 = 1.571/1.41$) ולא בנקודות האחוז.

כך הוגדלה התמיכה באמצעות העלאת המס המקביל. למעשה, בעזרת שינוי זה בהרכבם של מקורות המימון עשתה הממשלה צעד גדול קדימה לעבר שיטת מימון פשוטה יותר, שיש לה תכונות של מערכת בריאות ממלכתית.

נחזור אל הגישה הבסיסית ונעבור מהיבט המימון הציבורי להיבט המקיף יותר – כלל ההוצאה הלאומית על בריאות וחלקה בתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג). לוח 6, המציג את מצבה של ישראל בהשוואה לזה של מדינות OECD, מראה, כי הנתון הישראלי המתוקן⁶, המתייחס לשנת 1970, 5.6%, דומה לממוצע ב-19 מדינות OECD⁷. לפיכך ישראל לא היתה באותה עת המדינה בעלת "ההוצאה הגדולה ביותר של התוצר הלאומי הגולמי על בריאות" (דו"ח ועדת מן, 1970, עמ' 168).⁸ קדמו לה קנדה, שוודיה, גרמניה, צרפת, הולנד ופינלנד.

חשוב יותר ורלוונטי הוא מה שהתרחש בהמשך: במהלך שנות ה-80 שיפרה ישראל בהתמדה את מקומה במדרג והשאירה מאחוריה, בשנת 1980, שמונה ממדינות OECD, שבהן היה חלקו של התוצר המקומי הגולמי גדול יותר: בשנת 1990 – 13 מדינות, ובשנת 1991 – 15 מדינות. במלים

על בריאות. באמצע שנות ה-80 הוקטן חלקה ל-54%, ובשנת 1989 – ל-4.50% מרבית הירידה נצפתה במרכיב הסובסידיה הישירה והיו גם הפחתות אחדות בחלקו של מס המעסיקים. במימון מגזר משקי הבית חל גידול הן בדמי החבר והן בתשלומים לרופאים פרטיים. האחרונים שיקפו גידול בשני מרכיבי המשנה – רופאי שיניים והרופאים הפרטיים.

ב. מקורות המימון – תמהיל משתנה ממצא מעניין נוסף ניתן להפיק על ידי פירוק המימון הממשלתי – הניתן למגזר הבריאות – למרכיביו. השינויים במרכיבים המוצגים בלוח 5 מבהירים, שההוצאה הממשלתית על שירותי בריאות איננה משקפת מימון של שירותים רפואיים נפרדים, המשלימים את השירותים המסופקים באמצעות קופות החולים, אלא סבסוד של קופות החולים, שהם המבטחים, למעשה, של כלל השירותים.⁵ שניים מן המרכיבים הם סובסידיות הניתנות לקופות החולים בגלוי (שורה 4 בלוח 5), או במובלע בדרך של גביית מחיר נמוך מן המחיר הריאלי עבור אשפוז בבתי חולים כלליים (שורה 5 בלוח 5). שני מקורות אלה "יבשו" למעשה כמשך התקופה, וכפיצוי על

4. ר' הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1993). מקור זה כולל מקור מימון שולי, "אחר", שחלקו בשנים אחדות היה 1%-2%, ואילו בשנים אחרות 6%-7%. אולם טקסט נלווה למקור קובע, שפריט זה כולל גרעונות של קופות החולים ושל ארגונים אחרים. מאחר שגרעונות אלה כוסו, כסופו של דבר, בידי הממשלה, ייחסנו 1%-2% למגזר משקי הבית ו-5%-6% למגזר הממשלה בשנים שבהן חלקו של ה"אחר" מגיע ל-6% ויותר מן ההוצאה הלאומית.
5. יוצאים מכלל זה הם בתי החולים לבריאות הנפש ולחולים כרוניים, המבטחים רק באופן חלקי בידי קופות החולים. בתחומים אלה יש לממשלה תפקיד חשוב, אבל סעיף זה כולל רק 15% מכל ההוצאה הממשלתית על בריאות.
6. התשכונות הלאומיים עודכנו בשנת הכספים 1984-1985 במטרה לשקף את התחייבות הפנסיה כלפי עובדי הממשלה במגזר הבריאות. הנתונים הזמינים אינם מגיעים אחורה עד שנת 1970, אבל הנתון ל-1984-1985 מופיע בשתי הגרסאות – זו שלפני העדכון וזו שאחריה. כאשר מיישמים את היחס בין שני אלה לסטטיסטיקה הרשמית של 1970 ו-1980, מקבלים את הגרסה ה"מתוקנת" שבלוח.
7. מתוך 24 ארצות OECD הושמטו ארבע ארצות, שבהן אספקת שירותי בריאות מקיפים עדיין היתה בחיתוליה באותה עת (יוון, תורכיה, ספרד ופורטוגל), וארץ אחת (ארה"ב), ששיעור ההוצאה כה היה ועודנו חריג בגובהו.
8. דבר זה היה נכון אולי בשנת 1960, אבל מכל מקום, המצב השתנה בשנת 1970.

לוח 5. ההוצאה לבריאות נטו, בממוצע לנפש, ש"ח מחירי 1993

1990	1989	1985	1980	1976	
904	897	911	1011	798	1. סך הכל
530	575	496	411	302	2. מס מקביל
374	321	416	600	496	3. סך הכל (1. פחות 2.)
47	25	109	163	169	4. העברות
164	148	176	299	229	5. בתי חולים ממשלתיים
					מזה:
26	16	43	115	104	5א. בתי חולים כלליים
138	132	133	184	125	5ב. בתי חולים אחרים
164	148	130	138	97	6. אחר
740	749	781	872	701	7. סך הכל בלי שורה 6.

קופות החולים משלמות במישרין לבית החולים.⁹ אולם בסופו של דבר גם מימון קופות החולים וגם מימון בתי החולים נעשה בידי הממשלה או בידי משקי הבית.

כבר זמן רב ניצבת מערכת הבריאות על סדר היום הציבורי וכמרוצת השנים האחרונות התייחסו אליה בדו"חות רבים של ועדות שונות. אחד הדו"חות המוקדמים של ועדת מן (דו"ח ועדת מן, 1970), קבע, לאחר אזכור התוצאות החיוביות של הטיפול הרפואי בישראל, ש"סטטיסטיקות אלה הושגו בשעה שהיחס בין מספר הרופאים לאוכלוסייה הוא הגבוה ביותר בעולם... וההוצאה מן התל"ג היא הגדולה ביותר...", וכי "נראה ששירותי הבריאות אינם עונים על הציפיות...". אכן, מרביתו של דו"ח ועדת מן עוסקת בצורך לארגן את המערכת מחדש, כדי לגשר על פני הפערים בין מרפאות ציבוריות לבתי חולים. דו"ח ועדת מן מובא כאן, בעיקר, כדי להזכיר, שכבר בסוף שנות ה-60 המליצה

אחרות: לפי נתוני 1991, רק ארבע מ-19 המדינות המתועשות היפנו למגזרי הבריאות שלהן אחוז קטן יותר מן התוצר המקומי הגולמי מאשר ישראל. אמנם הנטייה העיקרית אצלנו היא לייחס תוצאות בולמות עלויות למבנה הענף ולתכונות הבקרה על העלויות הגלומות בהן, אבל אי אפשר להתעלם מתרומתה של התוכנית לייצוב המשך משנת 1985.⁹

ג. חיפוש אחר שיפורים

בישראל, שירותי בריאות מסופקים, בעיקרו של דבר, באמצעות ארבע קופות החולים (קופת חולים הכללית, שהיא הגדולה ביניהן, ושלוש קופות נוספות, קטנות יותר). הן מספקות במישרין כמעט את כל הטיפול האמבולטורי (יש מספר לא גדול של מרפאות פרטיות), ובעת שדרוש אשפוז – כאשר חולה נשלח מטעם רופא או שהוא פונה במישרין לבית החולים במקרה דחוף –

9. ר' גם Kop (1988), המנתח את קיצוץ התקציב ואת השפעתו על הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים באופן כללי, ובכלל זה על בריאות.

10. עד שנות ה-80 נעשה החזר ההוצאות לבתי החולים לפי תשלום קבוע עבור יום שהייה בבית חולים. בשנים האחרונות הולכים ומונהגים במערכת תשלומים חשיביים, לפי אופי הטיפול הנדרש והיקפו.

לוח 6. ההוצאה על בריאות כאחוז מן התמ"ג: ישראל ומדינות OECD

1991	1990	1980	1970	1960	
7.9	7.6	6.8	5.2	3.9	ממוצע ב-OECD
8.2	7.9	7.2	5.5	4.0	ממוצע ב-19 מדינות OECD
7.5	7.8	6.9	5.4	—	ישראל — פשוט
		7.2	5.6	—	— מתוקן
4.1	3.8	3.7	.1	—	תורכיה
4.8	4.9	4.0	3.7	2.6	יוון
6.2	6.1	5.1	3.0	—	פורטוגל
6.5	6.4	5.4	3.6	1.6	ספרד
6.6	6.0	5.9	4.6	3.9	בריטניה
6.6	7.0	6.8	4.7	—	לוקסמבורג
6.8	6.7	6.5	4.6	3.0	יפן
7.0	6.7	6.7	5.9	3.6	דנמרק
7.7	7.1	7.2	5.1	4.2	ניר-זילנד
8.0	7.6	8.1	5.1	3.8	אירלנד
8.0	7.9	7.0	5.1	3.3	שווייץ
8.1	7.9	6.5	4.2	3.4	בלגיה
8.3	8.5	6.5	5.4	3.4	איסלנד
8.3	8.1	6.6	5.2	3.6	איטליה
8.4	8.0	7.1	4.9	3.2	נורווגיה
8.5	8.4	7.7	5.5	4.4	אוסטריה
8.6	8.3	7.1	5.6	4.8	אוסטרליה
8.7	8.4	8.0	5.9	4.0	הולנד
8.8	8.6	9.2	7.1	4.7	שוודיה
8.9	7.8	6.4	5.7	3.8	פינלנד
9.1	8.8	8.4	6.0	4.9	גרמניה
9.1	8.8	7.5	5.9	4.3	צרפת
9.9	5.9	7.5	7.2	5.3	קנדה
13.3	12.2	9.2	7.4	5.3	ארצות-הברית

מקור: חושב על-פי נתוני OECD (1993), כרך 1, עמ' 108; כרך 2, עמ' 32.

החולים הקרובים אליהן, ואשר רובם היו שייכים לממשלה או לארגונים ציבוריים, דוגמת "הדסה". למרות שקופת חולים הכללית דחתה את ההמלצה, מחשש פן תאבד את עצמאותה ואת כוחה, היא הפכה להיות מרכיב יסודי גם ברו"חות הבאים, אף אם לא לפי אותם קווים. תפקודו הסדיר של מגזר הבריאות שובש

ועדה זו לשלב את כל השירותים על בסיס אזורי. בהמשך נהפכה המלצה זו, בעיקרון, לאבן יסוד בהצעות רבות לרפורמה. הרעיון היה להתגבר על השירותים המפוצלים בעזרת שילוב המרפאות האמבולטוריות בטיפול השלישוני של בית חולים. אילו אומצה המלצה כזאת ויושמה, היה פירושה שילוב מרפאותיה של קופת חולים הכללית עם בתי

מדי פעם עקב שביתות של רופאים ושל עובדים אחרים מן הסגל הרפואי. החמורה בהן פרצה בשנת 1983 ונמשכה ארבעה חודשים. שביתה זו היתה אחד משני הנושאים בתחום הבריאות, שעוררו את דעת הקהל בארץ. הנושא השני היה הגרעונות התמידיים של קופת חולים הכללית, שכוסו כסופו של דבר על ידי הממשלה. כאשר חרג גודל הגרעון מן ה"נורמלי", דחתה הממשלה את הדרישות הראשוניות של קופת חולים הכללית לסיוע כספי, ותהליך המשא ומתן, שנלווה לכך, עורר, לעתים, תגובה חריפה מצד קופת חולים הכללית. במספר מקרים כללה תגובה זו מניעת שירותים, כדרך כלל בחלקיה הרגישים ביותר של המערכת, על מנת להבטיח את התוצאות הדרמטיות ביותר.

בשנות ה-80 התנהלו דיונים נמרצים למדי על דרכי ההתמודדות עם גרעונותיה של קופת חולים הכללית ועל תוצאותיהם. לוח 5 מציג את הנטל, שהטיל מימון מגזר הבריאות על המגזר הציבורי, נטל שהיה לאחת הדאגות העיקריות של הציבור.

כפי שניתן לראות בלוח 5, גדל סך ההוצאה הממשלתית באופן תלול במחצית השנייה של שנות ה-70, אבל לאחר מכן קטנה הוצאה זו במידה רבה והתייצבה ברמה שלא היתה גבוהה בהרבה מזו של אמצע שנות ה-70. זאת ועוד, לפי שורת "סך הכל" האחרון (שורה 7 בלוח 5), הגידול ההתחלתי של שנות ה-70 נהפך כמעט לגמרי על פיו, במחצית השנייה של שנות ה-80.¹¹ לפיכך, אפשר לסכם ולומר, שבתקופה הנדונה, הוצאות הממשלה על בריאות החלו להיות מבוקרות, בניגוד לרושם המתקבל מדיונים שונים בנושא.

ד. שינויים בדפוסי האשפוז בכל מדינות OECD שירותי בתי החולים הם חוליה מרכזית במערכת הבריאות, וכך גם בישראל. גידול חלקם של שירותי בתי החולים ומספיקותם, ניתנים למדידה לפי מספר המיטות הכולל בבתי החולים ובממוצע לנפש. בשנת 1990 היה מספר המיטות (ב-187 מוסדות) 29,000, נתון המשקף גידול של 10% לעומת 1980. מרבית המיטות היו בבתי חולים כלליים; שני כסדרי הגודל היה מספר המיטות בבתי החולים לחולי נפש; מספר המיטות הקטן ביותר היה בבתי חולים לטיפול ממושך (גריאטרי). בשנים האחרונות השתנה המצב במהירות: מספר המיטות בקבוצה השלישית גדל מאוד והפער בינו ובין מספר המיטות בבתי החולים הכלליים כמעט נסגר.¹²

לפני 1980 גדל מספר המיטות במקביל לגידול האוכלוסייה, ונשמר יחס קבוע של מספר המיטות לנפש. אולם בשנות ה-80 הצטמצם היחס מ-7 מיטות ל-1,000 נפש, ל-6.2 ל-1,000 בשנים 1987-1989. עד אז אפשר היה ליחס את הירידה לקיצוץ התקציב במסגרת התוכנית לייצוב המשק, אולם הירידה הנוספת בשנים 1991-1992 ל-5.9 מיטות ל-1,000 נפש נבעה כבירור מן העלייה ההמונית מברית המועצות לשעבר באותן שנים. מתברר, כי גידול הקיבולת של בתי החולים לא הדביק את הלחצים הדמוגרפיים.

בעקבות שני קיצוצים רצופים אלה ירד מספר ימי האשפוז לנפש באופן דרסטי. עד שנת 1980 נע מספר הימים הממוצע בין 2.2 לנפש ל-2.4, ואילו בשנת 1987 ירד המספר

11. הפריט "אחר" (6) מציין את ההוצאה הממשלתית על הענקת שירותי בריאות למשפחות נזקקות. לפיכך, הוצאה זו אינה מתייחסת לכלל האוכלוסייה, וניתן לראותה כחלק מתוכנית להבטחת הכנסה, והסך-הכל ללא מרכיב זה, רלוונטי יותר לצרכינו.

12. ר' משרד הבריאות (1993), עמ' 60. גידול זה יש לזקוף להזדקנות האוכלוסייה, אבל, אולי, גם להנהגתו של חוק ביטוח סיעוד, שנתן דחיפה רבה לפיתוח הטיפול הרפואי באוכלוסייה הקשישה.

מההשלכות הכלכליות ומגבלות התקציב. לפי קו מנחה כללי זה, על מדיניות הבריאות להבטיח טיפול רפואי נאות לכל אדם, בלי קשר למידת יכולתו לשלם עבורו. זוהי מטרה נעלה, שקל להכשילה, אם אין שומרים, שתישאר בתוך גבולות האפשר. הסיבה נעוצה בכך, ששירותים רפואיים, שלא כמו שירותים חברתיים אחרים, פועלים במישור של חיים ומוות, ובמצב שאין בו איזון סימטרי בין שני הצדדים, לפחות מבחינת המידע הדרוש לקבלת החלטות רציונליות. שימוש יתר כשלעצמו הוא סכנה ידועה בתחום זה, אך הוא עלול אף לסכן את קידומם של יעדים חברתיים אחרים, עקב משיכתם למגזר זה של משאבים מעבר למידה האופטימלית.

הגישה המשולבת יושמה באמצעות העמדתו של מגזר הבריאות הישראלי למבחן בשלושה ממדים: צדק מבחינת הנגישות; איכות גבוהה של שירותים; בלימת העלות. עד כה, השיפורים בשלושת התחומים הושגו בהדרגה, כפי שמצדיקים זאת מספר חוקרים. החוקרת קארן דיוויס טוענת, כי היתרון בשיפור הדרגתי הוא התאמתו (של המגזר) לתנאים משתנים... היותו מותאם היטב ביחוד ל...תהליך התקציבי, שנשקלות בו באורח מתמיד עדיפויות תקציביות מתחרות" (Davis, 1990, p. 227). בדו"ח של משרד התקציבים של הקונגרס (Congressional Budget Office CBO Report, 1994, p. xii) לעניין הנהגת רפורמה בשירותי הבריאות נאמר, כי "הערכת השפעותיה של הצעה כלשהי לשינוי מבנה מערכת הבריאות כרוכה בקושי בלתי רגיל, שכן המעבר מן המערכת

לכדי 2.0 ימים לנפש (משרד הבריאות, 1994, עמ' 63). לפיכך נראה, כי למרות הירידה במספר המיטות לנפש, בעקבות ההגירה ההמונית, מספר ימי האשפוז לא ירד ירידה דרסטית.

הירידה בממדי האשפוז מסמנת אולי את ייעול השימוש בשירותים קיימים.¹³ אולם יש לציין, שגם לפני הירידה שחלה במספר ימי האשפוז היה השיעור בישראל נמוך בהרבה מן הממוצע במדינות OECD: 2.3 לנפש לעומת 3.0 בהתאמה (השיעורים במדינות סקנדינביה הגיעו ל-4.7 עד 5.3!). עם זאת ראוי לציין, כי השיעורים בקנדה ובארצות-הברית היו נמוכים יותר – 2.1 ו-1.7 בהתאמה. אחד ההסברים האפשריים למספר הנמוך יחסית של ימי האשפוז לנפש בישראל הוא מספרם הגדול של הרופאים.¹⁴ פונקציית הייצור של בתי החולים בישראל נראית עתירת רופאים, דבר שיש בו כדי לפצות על הירידה במספר ימי האשפוז לנפש.

הערות סיכום

מדיניות חברתית-כלכלית מנסה להביא למקסימיזציה של הרווחה במובן הרחב, מובן אשר כורך יחד יעדים חברתיים ומטרות כלכליות. היעד הכלכלי איננו רק צמיחה מירבית, אלא גם שיפור בחלוקת התועלות, הנובעות מגידול זה, ואספקת מספר שירותים בסיסיים לכל אחד; כך גם לגבי היעדים החברתיים: הכוונה היא למקסימיזציה של תועלות חברתיות, אך כל זאת, מבלי להתעלם

13. דבר זה פגע, אולי, במי שנוזקו לאשפוז, אבל אפשר שהוא משקף יעילות גדולה יותר.
14. מספר הרופאים גדל מאוד מאחר שהעלייה מברית המועצות לשעבר הביאה עימה רופאים רבים ועובדי בריאות אחרים. עם זאת ראוי לציין, כי רבים מבין הרופאים העולים לא הצליחו למצוא עבודה במקצועם בגלל מגבלות גודלו של המגזר.

רשת סבוכה כזאת של ריבוי סוכנים ואינטרסים יכולה להיחשב מקור לצרות ולפורענויות, ואמנם, כך הדבר מבחינות ארגוניות רבות. אולם במגזר, המוכר כסובל מכשל שוק ומהעדרו של מידע מספיק וזמין ללקוחות, כללי המשחק הנקוטים משמשים למעשה תחליף, או תחליף חלקי, למנגנון הממקסם רווחה באמצעות תחרות מבוקרת והבטחת ריבונות הצרכן.

אין זה מוציא מן הכלל את האפשרות, שרפורמה מקיפה המתוכננת היטב תעמוד במבחן. אך כתמרור אזהרה חשוב לזכור את הקשיים, שהתנסו בהן מדינות מערב אירופה, אשר רפורמות הבריאות שלהן נותרו בפרסום של OECD, שראה אור זה מקרוב: לחצים מתמידים על צד העלות, טיפול רפואי עודף ומיותר במקרים מסוימים, ומאידך – טיפול בלתי מספיק בחלקים מסוימים של האוכלוסייה, וכן התארכות התורים לקבלת טיפול (OECD, 1992, p. 16).

הישנה לחדשה בהכרח יימשך מספר שנים... אי-הוודאות האופף את אומדני העלות גובר כמידה רבה בשנים כאלה."

דרך פעולתו של המגזר משקפת איזון בין כוחות רבים. במישור הכספי משרד האוצר שומר על גבולות התקציב. יריבו במשא ומתן השנתי על התקציב הוא משרד הבריאות, אשר למרות זאת פועל יחד עם משרד האוצר, כדי לפקח על קופות החולים; הממשלה מנהלת במישרין חלק מבתי החולים, ומשום כך יש לה אינטרסים מנוגדים לאלה של קופות החולים; לשלוש קופות החולים הקטנות יש אינטרסים מנוגדים לאלה של קופת חולים הכללית, אך לכל ארבע הקופות כאחד יש אינטרסים משותפים והן מתייצבות יחד נגד מאמצי הבלימה של הממשלה. ההסתדרות היא (או הייתה) הבעלים של קופת חולים הכללית, אבל היא גם איגוד מקצועי, החייב להגן על זכויות חבריו לקבלת טיפול רפואי נאות.

ביבליוגרפיה

- דו"ח ועדת זהר (1978). דו"ח ועדת הרפורמה לבדיקת שירותי הבריאות. תל השומר.
- דו"ח ועדת מן (1969). בתוך: מכתב לחבר, ההסתדרות הרפואית בישראל – הוועד המרכזי, דו-שבועון, חוב' ט"ז/א, כרך ל'.
- דו"ח ועדת נתניהו (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. כרך ראשון: דעת הרוב, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1993). שנתון סטטיסטי לישראל 1993, מס' 44, עמ' 7-17, ירושלים.
- וינבלט, ג' ובלנקט, י' (1993). "הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים". בתוך: י' קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1992-1993. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות.
- קופ, י', וינבלט, ג' ובלנקט, י' (1994). "הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים". בתוך: י' קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1993-1994. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות.
- שטיינברג, ג' מ' (1989). "מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות בישראל". בטחון סוציאלי, חוב' 34, ירושלים.
- שירום א' (1994). שירותי בריאות מונעים בישראל: תמונת מצב וחלופות מדיניות. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית.
- Aaron, H.J. & Schwartz, W.B. (1984). *The painful prescription: Rationing hospital care*. Studies in Social Economics, The Brookings Institution (Washington).

- Abel-Smith, B. (1980). "Report on the seminar", in: A. Brandt et al.
- Brandt, A. Horisberger B. & von Wartburg W.P. (eds.). (1980). *Cost-sharing in Health Care*. Proceedings of the International Seminar on Sharing of Health. Care Costs, Wolfsberg, Switzerland (March 20–23, 1979). Spring-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Davis, K. et al. (1990). *Health care cost containment*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Enthoven, A.C. (1980). *Health care cost control through incentives and competition*. A. Brandt et al. (ed.).
- Etta (1992). *Resisting reform, A policy analysis of the Israeli Health Care Delivery System*. Lanham, Maryland and London, England: University Press of America, Inc.
- Kop, Y. (ed.) (1987). *Israel's Social Services: 1986–97*. Jerusalem: The Center for Social Policy Studies in Israel.
- Kop, Y. (1988). "Fiscal restraint, Demographic Change and Social Services in Israel 1985–87". Washington D.C.: IMF Working Paper, IMF/88/58.
- Kop, Y. (ed.) (1993). *Israel's Social Services: 1993–1994*. Jerusalem: The Center for Social Policy Studies in Israel.
- Kop, Y. (1994). "Achy but Healthy: Lessons from the Israeli Health sector". Washington DC: IMF Working Paper, Wp/94/112.
- OECD (Organization for Economic Cooperations and Development) (1981). *The Welfare State in Crisis, an account of the Conference on Social Policies in the 1980s*. Paris: October 1980, pp. 20–23.
- OECD (1985). "Measuring Health Care, 1960–1983". *OECD Social Policy Studies*, No. 2. Paris.
- OECD (1987). "Financing and delivering Health Care: A comparative analysis of OECD countries". *OECD Social Policy Studies*, No. 4. Paris.
- OECD (1988). "The future of social protection". *OECD Social Policy Studies*, No. 6. Paris.
- OECD (1990). "Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency". *OECD Social Policy Studies*, No. 7. Paris.
- OECD (1992). "The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD countries". *Health Policy Studies*, No. 2. Paris.
- OECD (1993a). "Health Systems, the Socioeconomic Environment Statistical References", Volume II, *Health Policy Studies*, No. 3. Paris.
- OECD (1993b). "Health Systems, Facts and Trends (1960–1991)", Volume I, *Health Policy Studies*, No. 3. Paris.
- Robine, J.M., Blanchet, M. & Dowd, J.E. (eds.) (1992). "health Expectancy, first workshop of the International Healthy Life Expectancy Net work (REVES)", *Studies on Medical and Population Subjects*, No. 54. London
- Shuval, J.T. (1992). *Social Dimensions of Health*. Westport, Connecticut and London, England: Steinberg Gerald, and Bick.
- U.S. Congress, Congressional Budget Office (1994). *An Analysis of the Administration's Health Proposal*. Washington.

התפלגות צריכת שירותי הבריאות בישראל על פי גיל

מאת ד"ר עמיר שמואלי ויורם לוי

הקדמה

מטרת העבודה הנוכחית היא לספק אומדנים, ממספר מקורות שונים, למשקלן של קבוצות הגיל השונות באוכלוסייה בצריכת שירותי הבריאות בישראל.

אומדנים אלה חשובים משני היבטים עיקריים:

א. לצורכי תכנון וקביעת מדיניות, חשוב לדעת מי הם הצרכנים העיקריים של השירותים השונים, ולאלו קבוצות אוכלוסייה מופנים משאבי הבריאות. לצרכים יש עניין באומדנים כמותיים שיחליפו הערכות כלליות, המבוססות על התרשמות סובייקטיבית. ידוע לכל, למשל, שהקשישים הם "צרכנים כבדים" של שירותי הבריאות, ואולם לא קיים אומדן למשקלם של הקשישים בצריכת שירותי הבריאות השונים.

ב. עם הנהגת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, הולך וגובר העניין בסוגיית אי-השוויון בצריכת שירותי הבריאות ובמימנם

בין קבוצות אוכלוסייה שונות. השוואת משקלן של קבוצות הגיל השונות בצריכת שירותי הבריאות עם משקלן באוכלוסייה מאירה את המימד הבסיסי בחקירת "אי-השוויון הבין גילי". ממדים נוספים הראויים לחקירה בתחום אי-השוויון הבין גילי הם למשל, משקלן של קבוצות הגיל בצריכה, לעומת משקלן במימון (ובהתחשב בהרכב הגילים של המשפחות).

הסעיפים הבאים בעבודה מתמקדים במרכיבים העיקריים של צריכת שירותי הבריאות באוכלוסייה. הנתונים לוקטו ממספר מקורות שונים. הממצאים מפורטים תוך התייחסות לשני היבטים שזכרו לעיל: נוסף על פירוט משקלן של קבוצות הגיל השונות בסך כל צריכת שירותי הבריאות הנדון, מפורטים גם משקלן של קבוצות הגיל באוכלוסייה הנדונה. כמו כן, מידת ההתאמה בין שתי סדרות המשקלים מתומצתת על ידי מדד הריכוזיות (G (concentration index), המאפשר את דירוגם של השירותים השונים מבחינת "אי-השוויון" שבהתפלגות צריכת שירותי הבריאות על פני גיל (ר' נספח).

* מכון גרטנר לחקר מדיניות בריאות; ביה"ס לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית בירושלים.
** מכון גרטנר לחקר מדיניות בריאות.

27%. לבסוף הקשישים, בני +65, מהווים 10% מהאוכלוסייה, אך צורכים כ-20% מסך הביקורים אצל רופאים ראשוניים ומומחים, ולמעלה משליש מסך הביקורים אצל אחיות. מסתבר מהשוואות G, כי אחיות הן השירות האי-שוויוני ביותר, אחריו – רופא מומחה, רופא כללי, והשירות השוויוני ביותר מבחינת גיל הוא רופא השיניים.

בדיקות מעבדה ואבחון

לוח 2 מציג את משקלן של קבוצות הגיל בסך בדיקות המעבדה וסך בדיקות האבחון (רנטגן, אק"ג, ממוגרפיה, C.T. ואולטראסאונד). מקור הנתונים הוא סקר השימושים של הלמ"ס 1993. באופן ברור, עיקר השימוש בבדיקות אלה נעשה בגילים הגבוהים, באופן יחסי למשקל קבוצות הגיל באוכלוסייה. משקל הקשישים, למשל, בסך הבדיקות מגיע ל-25%, כאשר משקלם באוכלוסייה הוא

ביקורים אצל רופאים ואחיות

לוח 1 מתאר את משקלן של קבוצות הגיל בסך הביקורים אצל רופאים ואחיות וכן את משקלן באוכלוסייה. מקור הנתונים הוא סקר השימושים בשירותי בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן הלמ"ס), 1993. קבוצת הגיל הצעירה (0-4) מהווה 10% מהאוכלוסייה, אך משקלה בסך הביקורים אצל רופאים ראשוניים הוא כפול. קבוצות הגיל 5-24 מהוות 38% מהאוכלוסייה, אך חלקן בסך הביקורים קטן יחסית. עם זאת, חלקן בסך הביקורים אצל רופאי שיניים מגיע לכדי שלישי. קבוצת הגיל 25-44 מהווה 26% מהאוכלוסייה, אך חלקה בסך הביקורים אצל רופאים מומחים מגיע לכדי שלישי, ואף ליותר משליש בסך הביקורים אצל רופאי שיניים. מגיל 45, חלקן של קבוצות הגיל בסך הביקורים גדול מחלקן באוכלוסייה. גילאי 45-64 מהווים 16% מהאוכלוסייה, אך משקלם בסך הביקורים נע בין 20% לבין

לוח 1. משקלן של קבוצות הגיל בסך כל הביקורים אצל רופאים ואחיות (%)¹

קבוצת גיל	רופא כללי ²	רופא מומחה	רופא שיניים	אחות	משקל באוכלוסייה ³
4-0	21	6	1	10	10
5-14	17	8	18	7	20
15-24	7	10	14	4	18
25-44	16	32	36	18	26
45-64	21	24	22	27	16
65-74	11	14	7	22	6
75+	7	6	2	12	4
65+	18	20	9	34	10
G	0.19	0.28	0.16	0.38	

- מקור: חישוב מנתוני סקר שימוש בשירותי בריאות, ינואר-מרץ 1993 למ"ס, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 970, אוגוסט 1994.
- כולל רופאי משפחה וילדים.
- אוכלוסיית מדינת ישראל, ממוצע 1993.

לוח 2. משקלן של קבוצות הגיל בסך כל בדיקות מעבדה ואבחון (%)¹

קבוצת גיל	בדיקת מעבדה	בדיקת אבחון	משקל באוכלוסייה
4-0	9	5	10
14-5	10	8	20
24-15	8	9	18
44-25	23	30	26
64-45	26	24	16
74-65	15	15	6
75+	8	9	4
65+	24	25	10

1. מקור: סקר שימוש בשירותי בריאות, ינואר-מרץ 1993, למ"ס.

עד גיל 24, משקל קבוצות הגיל באוכלוסייה גבוה מזה שבהוצאה. בגילים 25-54 המשקלות שווים בקירוב, ומעל גיל 55 – המשקל בהוצאה גבוה במידה ניכרת מהמשקל באוכלוסייה. נציין, כי אי-הכללת ההוצאה על תרופות ממעיטה במשקל בהוצאה האמבולטורית של הקשישים, ואילו אי-הכללת ביקורים אצל דופאים ראשוניים גורם לאומדן-חסר במשקלן של הקבוצות הצעירות בהוצאה (לוח 3).

בני 65+ מהווים 12% מאוכלוסיית מחוז ירושלים, ומשקלם בהוצאה על טיפול אמבולטורי מגיע לכדי שלישי. אי-השוויון, לכן, הוא גבוה יחסית ($G=0.46$).

תגמול עבור אשפוז כללי

ממחקר הקפיטציה במכון גרטנר התקבלו נתונים על ההוצאה השנתית על אשפוז כללי במחוזות דן-פתח-תקווה, וירושלים של

10%. אי-שוויון זה מתבטא במדד ריכוזיות גבוה יחסית ($G=0.35-0.40$).

תגמול עבור טיפול אמבולטורי

ממחקר הקפיטציה שנערך במכון גרטנר ב-1994, התקבלו נתונים על ההוצאה השנתית על טיפול אמבולטורי במחוז ירושלים של קופת חולים הכללית. נכללו ביקורים במרפאות החוץ של בתי החולים, ביקורים אצל רופאים מקצועיים של הקופה, אשפוזי יום ובדיקות רנטגן במכוני הקופה. לא נכללו הוצאות על תרופות ועל ביקורים אצל רופאים ראשוניים ואחיות במרפאות. כמו כן לא נכללו הוצאות "חריגות" על דיאליזות, הקרנות ואשפוזי יום אונקולוגיים. ההוצאה נמדדה במונחי תגמול לספקים לפי תעריפי משרד הבריאות מ-1.1.94. הערכה היא שכ-60% מסך ההוצאה על טיפול אמבולטורי נכלל במחקר.

לוח 3. משקלן של קבוצות הגיל בסך התגמול עבור טיפול אמבולטורי במחוז ירושלים של קופת חולים כללית (%)¹

קבוצת גיל	משקל בסך התגמול	משקל באוכלוסייה ²
4-0	2	9
14-5	6	24
24-15	6	15
34-25	7	9
44-35	13	12
54-45	12	10
64-55	20	9
74-65	22	7
75+	12	5
65+	33	12
G	0.46	

1. מקור: מחקר הקפיטציה, מכון גרטנר. הטיפול האמבולטורי כולל ביקורים במרפאות חוץ של בתי חולים כלליים, אשפוזי יום בבתי חולים כלליים, ביקורים אצל רופאים מקצועיים של קופת חולים כללית, ובדיקות במכוני רנטגן של הקופה במשך שנת 1993, במחירי משה"ב 1.1.94.
2. אוכלוסיית מחוז ירושלים של קופת חולים כללית בדצמבר 1993.

65+ מהווים 16% במחוז דן-פתח-תקווה ו-12% במחוז ירושלים, אך חלקם בהוצאה על אשפוז כללי הוא פי ארבעה (56% ו-48% בהתאמה). קיים אי-שוויון גדול יחסית בדפוסים אלה ($G = 0.53-0.56$).

ימי אשפוז בבתי חולים כלליים

משני מקורות ארציים ניתן היה לחשב את משקלן של קבוצות הגיל השונות בסך צריכת ימי אשפוז בבתי חולים כלליים: סקר האשפוזים של הלמ"ס, 1987, ונתוני קופת

קופת חולים הכללית. אשפוז כללי כלל אשפוזים בבתי חולים כלליים להוציא יולדות ויילודים, נפגעי תאונות דרכים ועבודה, אשפוזים במחלקות פסיכיאטריות וגריאטריה-שיקומית. כמו כן, לא נכללו אשפוזים לצורך השתלות ואשפוזים "חריגים". ההוצאה נמדדה במונחי תגמול בתי החולים (לפי תעריף יום אשפוז ולפי התעריפים הדיפרנציאליים) בתעריפי משרד הבריאות מ-1.1.94.

מלוח 4 מתברר, כי קבוצות הגיל עד גיל 44 מהוות 63% במחוז דן-פתח-תקווה ו-69% במחוז ירושלים, אך חלקן בהוצאה על אשפוז כללי מסתכם ב-18% במחוז דן-פתח-תקווה ו-24% במחוז ירושלים. בני

לוח 4. משקלן של קבוצות הגיל בסך התגמול עבור אשפוז בבתי חולים כלליים במחוזות דן-פתח תקווה, וירושלים של קופת חולים כללית (%)^{1,2}

מחוז דן-פתח תקווה		מחוז ירושלים		
משקל באוכלוסייה	משקל בסך התגמול	משקל באוכלוסייה	משקל בסך התגמול	קבוצת גיל
8	3	9	6	4-0
20	3	24	4	14-5
13	2	15	3	24-15
8	3	9	4	44-25
14	6	12	6	44-35
11	8	10	11	54-45
10	17	9	17	64-55
9	25	7	24	74-65
7	31	5	24	75+
16	56	12	48	65+
	0.56		0.53	G

1. מקור: מחקר הקפיטציה, מכון גרטנר. פרוט חישוב התגמול מוכא בגוף הטקסט.
2. אוכלוסיית המחוזות של קופת חולים כללית בדצמבר 1993.

הבריאות הממלכתית, קובעת, למעשה, את משקלן של קבוצות הגיל בסך כל ההוצאה על טיפול רפואי. זה נכון, כמובן, לגבי הטיפול הרפואי עליו מתוגמלות קופות החולים במסגרת הסדר הקפיטציה ואינו כולל את התגמול בגין "מחלות קשות" המתבצעת בנפרד.

ניתן להראות על ידי חשבון פשוט, שמשקלה של קבוצת גיל נתונה בסך ההוצאה הקפיטטיבית מתקבל על ידי הכפלת "ההוצאה היחסית" בקבוצת הגיל (המפורטת בחוק) במשקל הקבוצה באוכלוסייה.

לוח 6 מציג את המשקלות של קבוצות הגיל השונות בסך ההוצאה על טיפול רפואי ובצידם את המשקלות באוכלוסייה. מתקבל, למשל, שבני 65+ מהווים כ-10% מהאוכלוסייה, אך צורכים כ-30% מסך ההוצאה. בני 75+ מהווים כ-4% מהאוכלוסייה, אך צורכים 14% מסך ההוצאה. בסך הכל, התפלגות ההוצאה היא שוויונית

חולים כללית מ-1992. לוח 5 מציג את הממצאים.

קבוצת הגיל 4-0 צורכים ימי אשפוז כמשקלם באוכלוסייה. בני 5-4 ממעטים. יחסית למשקלם באוכלוסייה, לצורך ימי אשפוז כללי. התמונה מתהפכת מעבר לגיל 45: בני 65+ צורכים ימי אשפוז פי ארבעה ממשקלם באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס, 1987 (9% מהאוכלוסייה, 37% בימי האשפוז) ולמעלה מפי שלושה לפי נתוני קופת-חולים הכללית (13% באוכלוסיית המבוטחים, 45% בימי האשפוז). ערכי מדדי הריכוזיות הם 0.38 עבור נתוני הלמ"ס, 1987, ו-0.45 עבור נתוני קופת חולים כללית.

סך ההוצאה על טיפול רפואי

נוסחת הקפיטציה המפורטת בחוק ביטוח

לוח 5. משקלן של קבוצות הגיל בסך ימי האשפוז בבתי חולים כלליים (%)

קופת חולים כללית, 1992 ¹		למ"ס, 1987 ^{2,1}		
משקל באוכלוסייה	משקל כימי אשפוז	משקל באוכלוסייה	משקל כימי אשפוז	קבוצת גיל
9	8	11	12	4-0
21	4	21	5	14-5
13	4	17	7	24-15
12	6	15	8	34-25
13	7	12	8	44-35
19	25	15	23	64-45
8	25	5	17	74-65
5	20	4	20	75+
13	45	9	37	65+
	0.45		0.38	G

1. חישוב על פי הלמ"ס, סטטיסטיקה אבחנתית של אשפוזים, 1987.

2. אוכלוסיית מדינת ישראל, ממוצע 1987.

3. אוכלוסיית מבטחי קופת חולים כללית, 1992.

לוח 6. משקלן של קבוצות הגיל בסך ההוצאה על

טיפול רפואי (%)

חוק ביטוח בריאות^{1,2}

משקל באוכלוסייה	משקל בהוצאה	קבוצת גיל
10	11	4-0
19	8	14-5
18	9	24-15
14	10	34-25
13	10	44-35
9	10	54-45
7	12	64-55
6	16	74-65
4	14	75+
10	30	65+
	0.27	G

1. מקור: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (ההקצאה לקופות החולים). החישוב מתואר בגוף הטקסט.

2. אוכלוסיית מדינת ישראל, ממוצע 1993.

לעתים קרובות, בסיס לתכנון ולקביעת מדיניות.

הגדרת "אי-השוויון הבין גילי" בעבודה הינה, כמובן, פשטנית. היא אינה מטפלת באי השוויוניות הכללית במערכת. מן הראוי להמשיך ולחקור את מידת השוויוניות של המערכת הכוללת, בעיקר לאחר ההפרדה, בין מימון השירותים באמצעות מס הבריאות לבין אספקתם על ידי קופות החולים, שהוכנסה עם חוק ביטוח הבריאות הממלכתי.

נספח: מדד הריכוזיות

"אי-השוויון" הבין גילי ניתן לתאור על ידי עקומת הריכוזיות (concentration curve), ולמידה מתמצנת על ידי מדד הריכוזיות.

עקומת הריכוזיות מתארת את הקשר בין האחוז המצטבר של צריכת שירותי הבריאות לבין האחוז המצטבר של האוכלוסייה, כאשר זו מסודרת לפי גיל. "שוויון בין גילי" קיים, כאשר קשר זה מתואר על ידי קו ישר בשיפוע 45° , כלומר — כאשר 10% הצעירים באוכלוסייה צורכים 10% מסך שירותי הבריאות, 20% הצעירים צורכים 20% מסך הכל וכו'. מדד הריכוזיות הוא אפס במצב של "שוויון". כאשר קיים "אי-שוויון", הקשר הנ"ל מתואר על ידי עקומה השונה מקו ה- 45° , ומדד הריכוזיות גדול מאפס (אך קטן מאחד). ככל שגבוה ערכו של מדד הריכוזיות, גדול "אי-השוויון". השימוש במדד הריכוזיות להשוואת אי-השוויון בין השירותים השונים דורש קיומם של מספר תנאים, שצר המקום מלפרטם (וחלקם אינם מתקיימים בהשוואות הנוכחיות). יש, לכן, לראות בהשוואות אלה ובדירוג המתקבל

באופן יחסי למרכיבים שנדונו בסעיפים הקודמים ($G = 0.27$).

סיכום

תוך ליקוט מידע ממספר מקורות, נאמדו חלקיהן היחסיים של קבוצות הגיל השונות בסך הצריכה של מספר שירותי בריאות עיקריים ובסך כל ההוצאה על שירותי בריאות. בפרט נמצא, כי קבוצת הקשישים ($65+$) מהווה כ-10% מהאוכלוסייה, ואולם היא צורכת: 18% מסך הביקורים אצל רופאי המשפחה, 20% מסך הביקורים אצל רופאים מומחים, 34% מסך הביקורים אצל אחיות, כרבע מסך בדיקות המעבדה והאבחון. כשליש מסך ההוצאה על טיפול אמבולטורי (לא כולל תרופות וביקורים אצל רופאי משפחה), כ-40% מסך שירותי האשפוז בבתי חולים כלליים וכ-30% מסך ההוצאות על טיפול רפואי המוקצות לקופות החולים באמצעות נוסחת הקפיטציה.

קיים פער ניכר בין התפלגות ההוצאה הרפואית לפי גיל לבין משקלן של קבוצות הגיל באוכלוסייה, פער שניתן לכנותו "אי-שוויון בין גילי" בצריכת שירותי הבריאות. נמצא, כי שירותי האשפוז הכללי הם השירות האי-שוויוני ביותר והנצרך בעיקר על ידי קבוצות הגיל הבוגרות. בתחום הביניים נמצאים שירותי הבריאות השניונים (בדיקות ואבחון, ורופאים מומחים), ואילו רופאים כלליים ורופאי שניים הם שירותי הבריאות, אשר בהם קיים אי-השוויון הבין גילי הנמוך ביותר.

כפי שצויין לעיל, ממצאים אלה אינם מפתיעים, ואולם הם מהווים אומדנים כמותיים להערכות ולהשערות המהוות,

לבין משקלן בצריכת שירותי הבריאות. ככל שגבוה ערכו של מדד זה, גבוה אי־השוויון. הדירוג לפי שני המדדים התקבל כזה כמעט לחלוטין.

אינדיקציה כללית בלבד. תיקוף המסקנות מחישוב מדדי הריכוזיות התקבל על ידי מדד מתמצת נוסף – סכום ריבועי ההפרשים על פני קבוצות הגיל בין משקלן באוכלוסייה

**DISTRIBUTION OF HEALTH SERVICES BY AGE GROUPS IN
ISRAEL**

By Dr. Amir Shmueli

*The Hebrew University of Jerusalem and the Gertner Institute for Health
Policy Research*

Yoram Levi

The Gertner Institute for Health Policy Research

The aim of this study is to provide quantitative estimations regarding the weight of different age groups of the population in relation to the health services in Israel.

For example, the group of elderly (aged 65+) is 10% of the population but represents 18% of the visits to the family physicians, 20% of the visits to specialists, 34% of the visits to nurses and 25% of the laboratory tests. This group represents 30% of the total expenditures of ambulatory care (excluding medications and visits to the family physician), 40% of the total hospitalization and 30% of the total expenditures budgeted by the various health funds via the monthly capitation deductions.