



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

כנס ים המלח השישי

2005 22-23 ביוני

תחרות והסדרה במערכת הבריאות

- תחרות למול הסדרה (רגולציה)
- מידת התחרות בקרב קופות החולים
- תחרות על איכות

כנס ים-המלח השישי

"תחרות והסדרה במערכת הבריאות"

תוכן עניינים

5	תכנית הכנס
7	רשימת הצוותים
9	סיכום והמלצות עיקריות – גבי בן-נון
15	מבוא – צבי אדר

דוחות הצוותים

23	צוות 1: תחרות למול הסדרה (רגולציה)
73	צוות 2: מידת התחרות בקרב קופות החולים
107	צוות 3: תחרות על איכות

כנס ים-המלח השישי "תחרות והסדרה במערכת הבריאות"

תכנית הכנס

יום ד' 22.6.2005

09:30 - 10:30	הרשמה וכיבוד קל
10:30 - 13:00	ישיבת מליאה: יו"ר: גבי בן-נון
	דברי פתיחה: אבי ישראלי - מנכ"ל משרד הבריאות
	הרצאה: דדור שטרום - הממונה על ההגבלים העסקיים

הצגת עבודת הצוותים

13:00 - 14:00	ארוחת צהריים
14:00 - 16:00	דיונים בקבוצות
16:00 - 17:00	יו"ר: חיים דורון
	דברי שר הבריאות - מר דני נווה
17:00 - 19:00	דיונים בקבוצות
20:00 - 21:30	ארוחת ערב - יו"ר: גור עופר
	הרצאה: יורם גבאי

יום ה', 23.6.2005

08:30 - 10:30	דיונים בקבוצות
10:30 - 11:00	הפסקת קפה
11:00 - 13:00	דיונים בקבוצות
13:00 - 14:00	ארוחת צהרים
14:00 - 16:30	ישיבת מליאה - יו"ר: אליק אבירם
	סיכום דיוני הצוותים
	דין

רשימת המשתתפים

צוות היגוי: גבי בן נון- יו"ר, אליק אבירם, צבי אדר, לאון אפשטיין, יצחק ברלוביץ, יעקב גלזר, רויטל גרוס, חיים דורון, שלמה מור-יוסף, גור עופר, אבי פורת, מנחם פיינרו, ברוך רוזן, שפרה שורץ, עמיר שמואלי

מרכזת: זיוה ליטבק

קבוצות דיון

תחרות ורגולציה	תחרות בין קופות חולים	תחרות על איכות
יו"ר גור עופר יצחק ברלוביץ	רויטל גרוס עמיר שמואלי	אבי פורת
מרכז צוות כנרת אורן	אסתי אנגלצ'ין-ניסן	ענת רסקין סגל
צוות ההכנה אורי אוליאל טוביה חורב עדי ברנדר נועז בר-ניר שעיה זילונקה עירית זמורה נתן סמוך דב צ'רניחובסקי רותי רלבג עוזי סלנט צבי מאור	ניסים אלון רועי בן משה ז'ק בנדלק שולי ברמלי-גרינברג ערן הלפרן מנחם פיינרו משה לשנו צבי מאור יוסי פליסקין רחל קיי ראובן קוגן צביקה שטרן יאיר שפירא שמעון שרף ליאון אפשטיין טוביה חורב	דן אבן מאיר ברזיס מיקי דור יעקב הרט בועז לב יעקב גלזר שלמה מור-יוסף יעקב פרבשטיין נורית פרידמן אלישבע שמחן מיקי שרף אהובה מייליק זאב אהרונסון יוסי רוזנבלום גדי רבינוביץ
משתתפים ברוך אברהמי צבי אדר יוסי איצקוביץ אשר אלחיאני ברטוב אלישע הילה אלרואי יאיר בירנבאום שלמה בירקנפלד נחלה בשארה יורם גבאי יצחק גנור אלכס גרינשפון רמי דיציאן	אילנה דרייר רחלי וולף מירון זאב וורמברנד ג'ק חביב איתן חי עם דוד חניץ דוד טל אבי ישראלי אלכס לבנטל ניקי ליברמן רוני לידנר יורם ליוור ערן מץ דינה נוף ג'ודי סגל	יאיר עמיקם גדעון עשת דב פאסט אהוד קוקיה שמיר קמינסקי רובין קרני משה רווח יהודה רון מאיר רז רן רזניק שוש ריבא ציפי שדה טלי שטיין

תחרות והסדרה במערכת הבריאות מבוא וסיכום

גבי בן נון

כנס ים המלח השישי במספר דן בסוגיה מרכזית ושנויה במחלוקת, העומדת על סדר יומה של מערכת הבריאות מזה שנים ועוסקת במידת התחרות הרצויה במערכת הבריאות. בהקשר לסוגיה זו נדונו בכנס שאלות יסוד כגון: מהן מגבלות התחרות בענף הבריאות? מהי מידת התחרות והתנאים הנדרשים לקיומה של תחרות זו? מה וכמה מתנאים אלו כבר קיימים במערכת היום? מה הם התחומים הדורשים הסדרה? או בקצרה מהו המינון הראוי והרצוי שבין תחרות והסדרה במערכת הבריאות?

בבסיסה של התיאוריה הכלכלית של שוק חופשי¹ עומד הרעיון שהתחרות במשק היא כלי מרכזי להשגת יעילות. חסידי מנגנון השוק רואים בה תנאי הכרחי לצמיחה כלכלית. שוק חופשי נתפש כמעודד יזמות, שינויים וחדשנות. למנגנון השוק מיוחסת רגישות לרצונות הצרכנים, ורמה גבוהה של חופש בחירה.

הדימויים לגבי יכולותיו של מנגנון השוק רבים ומגוונים: "ככל שהחברה תחרותית יותר היא נהנית משפע כלכלי גדול יותר..." "הפרטה דה-רגולציה וגלובליזציה – מהווים את השילוש הקדוש של כלכלה חופשית..." " הפרטה היא תרופת פלא, מנגנון שוק – סם חיים ליזמות וצמיחה..." "מנגנון השוק הוא מסלול ההמראה היחיד של המשק לכוון של צמיחה..."

נשאלת השאלה האם מנגנון השוק הוא גם "מסלול ההמראה" של המשק לקידום בריאות האוכלוסייה ולתפקודה היעיל של מערכת הבריאות?

בחנית יישומה הכלכלי של המשוואה **תחרות = יעילות** לתחום הבריאות, מלמד שנוסחה זו לוקה במספר בעיות שכלכלנים נוהגים לרכז תחת הכותרת: **כשלי שוק**.

אחד התנאים הבסיסים לתחרות משוכללת הוא קיומו של מידע מלא ליצרנים ולצרכנים על המחירים והמוצרים בשוק. תנאי בסיסי זה לוקה בחסר בסקטור הבריאות: המחסור במידע ובעיקר האַסִימֶטְרִיָה במידע בין יצרן וצרכן שירותי הבריאות גורמת לכישלוננו של מנגנון השוק בהשגת יעילות: חוסר הסימטריה במידע שבין היצרן ובין הצרכן גורם לתופעה המוכרת של "ההיצע יוצר ביקוש" שתוצאתו העיקרית היא עשייה עודפת בתחומים שונים של מערכת הבריאות. פערי המידע של צרכן שירותי הבריאות גם מגבילים את יכולתו להעריך את איכות השירות ומאפשרים מצבים של עליות מחיר ו/או הורדת איכות ללא שינוי בביקושים (כשלי "איכות").

מעבר לכשל השוק שמקורו באַסִימֶטְרִיָה במידע מצויים במערכת הבריאות כשלי שוק נוספים הכוללים את אופיו הרב-גווני של השירות, קיומם של השפעות חיצוניות ביצור ובצריכה, מיעוט "שחקנים" במערכת, כמו גם הקשיים ביציאה ובכניסה של שחקנים למערכת ועוד².

כתוצאה מריבוי כשלי השוק במערכת הבריאות, מנגנון השוק והתחרות אינם משיגים בהכרח יעילות כלכלית: הניסיון מלמד שמערכות בריאות הנשלטות על ידי מנגנון השוק, מאופיינות

1. נהוג לכנות את המודל הכלכלי של שוק חופשי גם בשמות נוספים כגון כלכלה חופשית, שוק תחרותי, מודל "היד הנעלמה", מנגנון השוק ועוד.

2. תופעת קיומם של כשלי שוק בשווקים כלכליים אינה ייחודית לענף הבריאות. ייחודה של מערכת הבריאות הוא בריבויים של סוגים שונים של כשלי שוק ובעוצמתם של כשלי שוק אלה.

בעודפי ייצור ושימוש, בכפילויות, בכשלי "איכות", בתופעות של סינון מבוטחים, מטופלים או שירותים ובהוצאות אדמיניסטרציה גבוהות של מערכי הביטוח הרפואי הפרטי.

התוצאה המצטברת של תופעות אלה במערכות בהם מנגנון השוק הוא דומיננטי, היא רמה גבוה של הוצאה לאומית לבריאות שאינה מלווה בהכרח בתוצאות בריאותיות טובות (ארה"ב)³.

כשלי השוק במערכות הבריאות ותוצאותיהם (הן ברמת ההוצאה והן ברמת התוצאה), מהווים את המניע המרכזי להתערבות המדינה בדרכים שונות בהסדרת פעילותה של מערכת הבריאות⁴. אולם חשוב לשוב ולהדגיש כי אין בהתערבות זו משום דחייה או פסילת קיומו של מנגנון השוק והתחרות במערכת הבריאות. הוויכוח הוא בעיקר על המינון והאיזון הנכון שבין מנגנון השוק והתערבות המדינה.

אמצעי ההתערבות העיקריים של המדינה בהסדרת פעילותה של מערכת הבריאות כוללים חקיקה (כולל מנגנוני פיקוח ואכיפה), קביעת מחירים (סבסוד, מיסוי, הקצאה), חינוך והסברה ואספקה ישירה של שירותים. חיתוך אפשרי אחר של אמצעי ההסדרה יכול להתייחס לפן הכלכלי של ההסדרה (הסדרת מחירים וכמויות), הפן המשפטי (חקיקה ואכיפה) והפן הארגוני (הסדרת דרכי הניהול והארגון של המערכת).

התערבות המדינה נועדה לתקן את כשלי השוק והדוגמאות לשימוש המדינה באמצעי הסדרה בתחום הבריאות הן רבות: רוב מדינות העולם המערבי מטילות מגבלות שונות על היצע תשומות המערכת (כוח אדם, מיטות ועוד) וזאת כדי לצמצם את תופעת ההיצע היוצר ביקוש וכדי לפקח ולבקר את רמת ההוצאה הלאומית לבריאות. רוב מדינות המערב מעורבות ביצירת סטנדרטים ובקביעת מבחני רישוי שונים בעיקר כדי לתקן את כשלי ה"איכות" הנובעים מפערי מידע. מדינות רבות מסדירות גם את מנגנוני ההקצאה וההתחשבות במערכת בעיקר כדי למנוע את תופעות הסינון של מבוטחים או שירותים. מדינות רבות גם מעורבות בפעילות של חינוך והסברה בתחום הבריאות כדי לצמצם את פערי המידע ולמנוע השפעות חיצוניות בעיקר בנושאים הקשורים להתנהגות בריאות (למשל: הפסקת עישון).

פעילות ההסדרה והתערבות של המדינה במערכת הבריאות מצמצמת את הטווחים המותרים לכוחות השוק בקביעת הכמויות ומחירים במערכת. פעילות ההסדרה נעשית בדרך כלל תוך שילוב של מספר כלי התערבות⁵ תוך התאמת כלי ההתערבות לסוג "כשל השוק" ותוך ניסיון להתאים את עוצמת ההתערבות לעוצמת כשל השוק.

למול כשלי השוק המצדיקים מבחינה כלכלית את התערבות המדינה ואשר הדיון האקדמי בהם הנו רב ומגוון, תופעת "כשלי ההסדרה" זוכה לכיסוי נמוך יותר: הניסיון מלמד כי התערבות המדינה בשווקים מלווה במקרים רבים בביורוקרטיה, בזבוז וחוסר יעילות. התערבות המדינה מאופיינת במקרים רבים בחוסר רגישות להעדפות הצרכנים, באיטיות תגובה לסביבה משתנה ולעיתים גם בפוליטיזציה והנצחת מוקדי כוח.

3. ההוצאה הלאומית לבריאות בארה"ב הנה הגבוה ביותר בעולם – הרבה מעבר לכל מדינה אחרת, הן במונחים של אחוז הוצאה מהתמ"ג (15%) והן במונחים שלך הוצאה לבריאות לנפש (5,635\$). תוצאות מערכת הבריאות כפי שהם באות לידי ביטוי בתוחלת חיים, תמותת תינוקות או אחוז הכיסוי החיסוני הם בינוניים ומטה בהשוואה לארצות OECD.

4. להתערבות מדינת במערכות בריאות ישנה כמובן גם סיבה אידיאולוגית: הרצון להשיג שוויוניות ולצמצם פערים בריאותיים בקרב האוכלוסייה, רצון הנובע מתפיסת ה"בריאות" כזכות יסוד אותה יש להבטיח לכל במידת האפשר ללא תלות באמצעים כלכליים. הכנס הנוכחי כמעט ולא עסק בהצדקה האידיאולוגית של התערבות המדינה בענף הבריאות, שכן לנושא זה הוקדש כל כנס ים המלח הרביעי (2003).

5. לצמצום מימדי העישון לדוגמה, התערבות המדינה עושה שימוש כמעט בכל כלי ההתערבות: חקיקה (איסור עישון במקומות ציבוריים), מחיר (מיסוי סיגריות) וגם באמצעי ההסברה.

הדימויים לגבי כשלי ההסדרה, גם הם רבים ומגוונים: "רגולציה ואמצעי הפיקוח הנלווים אליה פוגעים באוטונומיה הניהולית... הרגולטור אינו יודע לנהל..." עודף רגולציה גורם לסתימות במערכת ומוביל אחר כך ליצירת מעקפים בלתי פורמאליים...." "במקרים רבים, עלות ההסדרה גבוה יותר מהנזק הכלכלי של כשל השוק..." במקרים רבים מתקנים מה שכלל לא מקולקל..".

ניתן לראות כי למול **כשלי השוק** המצדיקים התערבות מדינה, מצויים גם **כשלי התערבות** של המדינה ואנו חוזרים לנקודת הפתיחה עם ההבנה שהדילמה האמיתית אינה בבחירה בין תחרות להסדרה, אלא בעיקר בשילוב בין השניים. בחינת מאזן הנזקים הכלכליים של כשל השוק למול נזקי התערבות המדינה עשויה לסייע בבחירת המינון הנכון שבין שניהם.

על פי המסורת שהונהגה במכון, התקיים גם השנה "כנס ים המלח למדיניות בריאות" אשר עסק כולו בהיבטים שונים של תחרות והסדרה במערכת הבריאות.

העבודה בכנס התחלקה לשלושה צוותים:

- א. תחרות והסדרה במערכת הבריאות – יו"ר: גור עופר ויצחק ברלוביץ
- ב. תחרות בקרב קופות החולים – יו"ר: רויטל גרוס ועמיר שמואל
- ג. תחרות על איכות – יו"ר: אבי פורת

עיקרי הסוגיות התיאורטיות והמעשיות הקשורות לאיזון שבין תחרות והסדרה במערכות בריאות, עלו בכל שלוש הקבוצות, הן במהלך עבודת ההכנה לכנס והן במהלך הדיונים בים המלח.

מעבר לכך, שבו ועלו בכל הקבוצות מספר מאפיינים ייחודיים המקרינים ומשפיעים על אופייה של ההסדרה במערכת הבריאות הישראלית:

- כפל התפקידים של משרד הבריאות – "מסדיר" מצד אחד ושחקן מרכזי באספקת השירותים מצד שני. כפל תפקידים זה פוגע ביכולתו של המשרד לתפקד כרגולטור באופן "הוגן" למול שחקנים אחרים, המתחרים אתו במערכת כספיקי שירותים או כקונה שירותים.⁶
- קיומו של רגולטור "על" – לתפקיד ההסדרה של משרד הבריאות ישנו שותף (משרד האוצר), אשר באמצעות קביעת מסגרות התקציב השנתיות ושליטתו בתכני חוקי ההסדרים, מתפקד כרגולטור "על" מבלי ששותפות זו תכלול גם שותפות באחריות.⁷
- מאפיינים חברתיים תרבותיים – תרבות העמידה של החברה הישראלית ברגולציה היא בעייתית ולא תמיד ניתן לסמוך על ערכים ונורמות שיבטיחו את ישום ההסדרה. בשל כך יש צורך בפיקוח ובקרה הדוקים על ההסדרה. בנוסף, העובדה שהמערכת השלטונית (הן הפוליטית והן המקצועית), אינה יציבה⁸ תורמת גם היא את תרומתה לאופייה של ההסדרה בתחום הבריאות בישראל.

להלן עיקרי הנושאים, המסקנות וההמלצות שהתקבלו בשלושת קבוצות העבודה של כנס ים המלח השישי.

צוות מס 1 – תחרות ורגולציה במערכת הבריאות

הצוות עסק בנושאי המינון "הנכון" שבין הסדרה ומנגנון השוק, תוך התייחסות ספציפית לנושאי ההקצאה ומחירים.

6. חשוב לציין שהממד האובייקטיבי של הרגולטור הוא ממד חיוני ביותר, אולם הוא אינו יכול להוות תנאי למעמדו של משרד הבריאות כרגולטור.

7. א. בן בסט, מ. דהן, תהליך התקצוב בישראל, המכון לדמוקרטיה, יוני 2005

8. בעשר השנים האחרונות כיהנו בתפקידים שבעה שרים ושבעה מנכ"לים במשרד הבריאות.

- הסדרה ופיקוח "מנהליים":** בקבוצה התקיים דיון עד כמה ניתן לסמוך על המערך העצמי של ההסדרה בקופות והייתה הסכמה כי יש לשפר מערך זה ע"י הדוק מערכות השליטה והבקרה הפנימית בקופות. לגבי פיקוח באמצעות מערכות המדינה הכלליות: (כגון מבקר המדינה, נציב קבילות הציבור, ועוד) הייתה הסכמה כי השימוש בכלים אלה של המדינה הוא יעיל יותר וגם מציב נורמות כלליות של התנהגות נכונה.

לגבי יתר אמצעי ההסדרה והפיקוח הדרושים, עוצמתם, מקומם, ועלותם, התגבשה בצוות הדעה שבניגוד להקצאה ולקביעת המחירים, תחום זה צריך להימצא ישירות באחריות משרד הבריאות. עם זאת רוב המשתתפים הביעו דאגה לגבי יכולת המשרד לבצע הסדרה מנהלית ראויה כל עוד הוא עסוק בניהול ישיר של אספקת שירותים.
- מערכת הקצאת המקורות לקופות:** נוסחאות ההקצאה מבוססות כיום רק על קבוצות גיל ועל תשלום עבור חמש קבוצות של "מחלות קשות", ובכך הן משאירות בידי הקופות חופש פעולה נרחב להקצאת משאביהם הפנימיים על פי שיקוליהן (למשל בין אזורים).

לגבי עקרונות נוסחת הקפיטציה הייתה הסכמה שהוספת מספר קריטריונים עשויה לשפר את נוסחת ההקצאה. אי ההסכמה הייתה בעיקר בתחום של היכולת להוסיף קריטריונים ללא "השפעות משניות" שליליות על התנהגות הקופות. בדיון הסתמנה הסכמה לבחון הוספה של מספר "מחלות קשות" (המוגדרות היטב), מצב נכות ואף מעמד חברתי-כלכלי. לא הייתה הסכמה על הכללת קריטריונים אחרים של מצב רפואי, כמו מחלות כרוניות במצב קשה, או משתני גודל ומבנה הקופות ("צד ההיצע"). כמו כן הייתה תמיכה במסקנות הוועדה הבין משרדית שעדכנה את משקלות קבוצות הגיל, ואת תעריפי המחלות הקשות והמליצה על הוספת משתנה המגדר. הצוות גם ראה בחיוב את האפשרות לתגמול כספי עבור עמידה ברמות איכות נדרשות ותגמול עבור פעילות מניעה וגילוי מוקדם של מחלות. לבסוף גם הוסכם לחפש דרכים, (למשל בדרך של ביטוח משנה), להקל על הקופות לעמוד בהוצאות חריגות של חולים יקרים במיוחד. בדיונים בצוות הסתמנה הסכמה כי את נושא עדכון נוסחת הקפיטציה יש להפקיד בידי גוף מקצועי עצמאי, הקשור בדרך זו או אחרת למשרד הבריאות.
- מעורבות הממשלה בקביעת המחירים:** חלק ניכר ממחירי רכש שירותי הבריאות נקבעים (לרוב כמחירים מרביים) על ידי משרד הבריאות, ומשמשים בכך אמצעי הסדרה והכוונה של התנהגות הקופות (ובתי החולים). רבים מן המחירים שנקבעו במשך השנים על ידי משרד הבריאות אינם מעודכנים בזמן וחלקם משמש למטרות שונות (כמו איזון תקציב בתי החולים), ולכן אינם מחירי עלות. המסקנה היא שמחירים רבים גם מערכת קביעת המחירים דורשים רענון. הדיון לגבי הגוף המתאים לקבל אחריות על קביעת המחירים חזר על השיקולים שהועלו לגבי ההקצאה וההסדרה המנהליים. אם יוקם גוף מקצועי ועצמאי שיהיה אחראי על ההקצאה (רשות למשל) נראה שראוי להטיל עליו גם את האחריות בתחום קביעת המחירים והפיקוח עליהם.

צוות מס. 2 – תחרות בקרב קופות החולים

צוות זה עסק בדרכים השונות שבהם ניתן לעודד תחרות בין קופות החולים ולכוון אותה ליעדים הרצויים של שיפור איכות הטיפול, שיפור שביעות הרצון של המבוטחים והתייעלות כללית של המערכת.

הצוות התמקד בשלושה היבטי משנה :

- תחרות על הרכב סל השירותים הבסיסי-** במסגרת זו עסק הצוות בשאלות: האם רצוי לעודד

תחרות על הרכב הסל הבסיסי? אם כן, כיצד? לצורך מיקוד הדיון נוסחו מודלים האמורים לענות, לפחות חלקית, על שאלות אלה.

• **תחרות מחירים בין הקופות** – תחרות על חלק מהפרמיה המשולמת על ידי האזרח שלא במסגרת מס הבריאות, תחרות על השתתפויות עצמיות ותחרות על מתן הנחות להתנהגות בריאותית נכונה. השאלות המרכזיות לדיון כללו האם רצוי לאפשר לקופות החולים להתחרות על מחירים? אם כן, מהם הכללים הרצויים להסדרת התחרות על מחירים בשלושת הפרמטרים?

• **תחרות בשוק התשומות ובהתקשרויות עם ספקי השירותים** – במסגרת קבוצה זו נדונו השאלות מתי, ואם בכלל, מוצדקת ההתערבות של המדינה בהסכמים עצמם שבין הקופות לספקי השירות בכלל, ובנושא ההתקשרויות הסלקטיביות בפרט? אילו דרישות יש להציב לגבי תוכן החוזים הסלקטיביים? איך מושפע הדיון על ההתקשרויות עם ספקים בסל הבסיסי מההתקשרויות הסלקטיביות הקיימות בסל המשלים?

הדיון בשתי הסוגיות הראשונות העלה כי רוב המשתתפים בדיון התנגדו לשינוי ההסדרים הקיימים של אספקת הסל הבסיסי. למול הסיכוי שתחרות על הרכב הסל ועל מחירי השירותים בסל הבסיסי ישפרו את יעילות המערכת, את איכות השירותים ואת רווחת הצרכנים, רוב המשתתפים סברו כי לציבור אין את הכלים להעריך ולכמת את ההבדלים בין השירותים הרפואיים הנוספים שיינתנו בכל אחת מהקופות למול השינויים במחירים הכרוכים בסלים השונים. בנוסף הובע החשש שהתחרות על הסל הבסיסי והתחרות על מחירים תתועל לכוון של ברירת המבוטחים. מסיבות אלה העמדה הכללית הייתה כי יש להשאיר את המצב הנוכחי על כנו, עם הכוונת התחרות בשני תחומים אלו לשוק הביטוח המשלים.

לגבי התקשרות סלקטיבית, הוסכם, כי היתרונות להתקשרות הסלקטיבית של הקופות עם הספקים רבים מחסרונותיה ולכן יש מקום לעודד המשך מגמה זו, גם לגבי התקשרויות עם בתי חולים.

ביחס לשלושת הנושאים שהועלו לדיון – הרכב הסל ומחירו והתקשרויות חוזיות סלקטיביות, הובעה הסכמה מלאה בדבר החשיבות בהעברת המידע על איכות, זמינות והבדלים בין השירותים למבוטחים, בהנחה כי צמצום בפערי המידע יניעו את הקופות ובתי החולים למתן שירות איכותי זמין ונגיש יותר. חברי הצוות הדגישו את תפקידו המרכזי של משרד הבריאות, הן באיסוף מידע והן בהפצתו.

קבוצה מס 3 – תחרות על איכות

צוות זה עסק במידת התחרות הראויה על איכות ובבחינת הדרכים בהם ניתן לקדם איכות במערכת הבריאות באמצעות תחרות. הצוות התמקד בדיון בשלושה נושאי משנה:

• **מתודולוגיית המדידה** – למתודולוגיה של בחירת המדדים, קביעת היחידה הנמדדת, אחידות המדידה, ואופן בו מתקננים את הממצאים – כל אלה הם סוגיות מרכזיות בתוכניות לאומיות לקידום איכות, תוכניות התופסות כיום תאוצה ברבות מהמדינות במערב. קיימים מודלים שונים להערכת ביצועים בקהילה. הרושם הכללי הוא שבעצם מדידת הביצועים יש בכדי לשפר את איכות הרפואה.

במסגרת נושא זה נדונו בצוות סוגיות כגון: האם המדידה צריכה להיות וולונטארית או חובה? מי צריך להיות מעורב בתהליך קבלת ההחלטה? מי צריך למדוד ובידי מי מצויים

הנתונים? ועוד. רוב חברי הצוות סברו כי דווח אחיד ומחייב, הוא אופן הדיווח המומלץ במערכות בריאות ציבוריות.

פרויקט המדדים הלאומי בישראל הוצג כדוגמה מומלצת למתודולוגיית מדידה. הפרוייקט מהווה דוגמה לשיתוף פעולה מוצלח בין קופות במטרה של שיפור איכות קליני (ולא של תחרות בין קופות). במובן זה, הפרויקט מייצג את הגישה החדשה של benchmarking כבסיס לשיפור איכות והצוות המליץ על הרחבתו בעתיד.

• **פרסום** – פרסום השוואתי של ביצועים הוא כלי לקידום איכות רפואית בארגון, מעבר להיבט של "זכות הציבור לדעת". פרסום של מדדי איכות חשוב כדי ליידיע את הציבור, כדי להביא לשינוי התנהגות של מטופלים (בחירה של מטפלים טובים יותר), כדי להביא לשינוי התנהגות של מטפלים (שיפור איכות) וכדי לאפשר תגמול בהתאם לרמת השרות הניתן. הייתה הסכמה בצוות כי הפרסום צריך להיות מכוון בעיקר לשינוי התנהגות קופות ורופאים להגברת איכות הטיפול. מנגד הוצגו טיעונים כנגד פרסום השוואתי לציבור [כחלופה לפרסום דיסקרטי לארגון]. פרסום לא זהיר עשוי להזיק, ואילו פרסום נכון עשוי לתת תנופה מחודשת להליך שיפור שנעצר.

פרסום ביצועים ברמת הפרט דורשת תקפות מדד גבוהה יותר מאשר לפרסום ברמת מרפאה או קופה. הצוות המליץ על מודל פרסום המשלב בין שלב חסוי לשלב פתוח לציבור. על מנת לצמצם את הסיכון שבהטעיית הציבור, מומלץ לנקוט במספר פעולות של הכוונה והסברה לעיתונות החופשית.

• **תגמול** – תגמול עבור ביצועי איכות קליניים מהווה כלי נוסף לדרבון המערכת והרופאים להצטיינות. במסגרת הדיון בצוות נערכה אבחנה בין תגמול ברמת הפרט בתוך ארגון ובין תגמול ברמת הארגון עצמו. למרות האטרקטיביות שיש לתגמול עבור איכות בקרב הקהילה הרפואית, יש סדרה ארוכה של טיעונים אתיים ואחרים כנגד שימוש בתגמול עבור איכות. במסגרת עבודת הצוות נידונה גם השאלה על מה לתגמל. במסגרת זו נבחנו מספר אפשרויות של עבור שיפור התשתית תגמול בגין שיפור תהליכי עבודה קליניים, ותגמול להשגת תוצאות ויעדים רפואיים ממש.

כנס ים המלח השישי התקיים על רקע ציון עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי והוא תרם את תרומתו לליבון הסוגיה עמה מתלבטת מערכת הבריאות מאז – מקומו של מנגנון השוק למול מקומה של המדינה בהסדרת תפעולה של המערכת.

הכנס נועד לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון. משתתפי הכנס אינם גוף מחליט והעמדות וההמלצות המוצגות בכנס מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו משתייכים משתתפי הכנס.

חשוב לציין שבכל שלושת קבוצות העבודה, כמו גם במהלך הדיונים בכנס, נשמע מגוון רחב של דעות ועמדות. סכום זה תאר בעיקר את עמדות הרוב ואת מגוון הדעות הנוספות, ניתן למצוא בגוף העבודות המוצגות בכל אחד מפרקי הספר.

אני רוצה לשוב ולהודות לכל אלו שתרמו להעמדתו של הכנס.

תחרות והסדרה במערכות בריאות מסגרת מושגית

צבי אדר

1. מבוא

מערכות הבריאות, בישראל ובעולם, הן מערכות מורכבות. בין השאר, הן מאופיינות ע"י מידה שונה של תחרותיות בין הגורמים הפועלים בהן, וע"י אופנים שונים ועמקים שונים של ההסדרה הממשלתית (regulation) הנוהגת בהם. העיסוק התיאורטי והיישומי (= מדיניות הבריאות) במבנה הענפי של מערכות בריאות ובכללי המשחק בהן הוא אינטרדיסציפלינרי, ובשל כך קורה לעתים שחוקרים ומקבלי החלטות מתחומים שונים משתמשים בהגדרות שונות ונשענים בטעוניהם על כלים שונים בניתוח מקומן של התחרות וההסדרה במערכת בריאות נתונה. טיעון קיצוני אחד, שישלל להלן, הוא כי "כללי הכלכלה אינם ישימים לניתוח מערכות בריאות ולעיצוב מדיניות בריאות".

מטרת מבוא קצר זה היא להציע מסגרת מושגית משותפת לניתוח המימדים התחרותיים והרגולטיביים של מערכת הבריאות בישראל.

2. יעילות ושוויוניות של מערכת בריאות

נקודת המוצא הנורמטיבית למדיניות הבריאות מחייבת הערכה של התחרות וההסדרה הנוהגים בה לפי השפעתן על יעילות הקצאת המקורות בה ועל השוויוניות בחלוקת שרותיה לתושבי המדינה. בהינתן העדפות התושבים ומגבלת המקורות, הקצאה יעילה היא כזו בה לא ניתן יותר להגדיל רווחתו של תושב אחד מבלי לפגוע ברווחתו של אחר. הגדרת השוויוניות, על מימדיה השונים, הובאה במבוא ובפרקי כנס ים המלח הרביעי שעסק בנושא זה. בתמצית, הבחנו שם בין שוויון אפקי (יחס שווה לשווים) ושוויון אנכי (יחס שונה לשונים) ובין סוגים שונים שת התערבות דיפרנציאלית בבריאות ובשרותי בריאות לתתי-אוכלוסיות שונים. לענייננו כאן, "שוויוניות" היא מטרה לאומית, המחייבת תתייחסות שונה לקבוצות אוכלוסייה שונות בהתאם לנורמות החברתיות.

משילוב שיקולי היעילות והשוויוניות נובעת מטרת העל של המדיניות הציבורית: השאת התועלת החברתית, שהיא איחוד התועלות המשוקללות של כלל הפרטים בחברה. בהינתן העדפות הפרטים וערכי השוויוניות של החברה, התועלת החברתית מושאת כאשר השקל האחרון המוצא (הן במגבלת התקציב הציבורי, והן מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות) "מייצר" תועלת חברתית שולית שהיא זהה בכל השימושים.

3. תכנון ע"י השוק ותכנון מרכזי

הקצאת המקורות העומדים לרשות משק לאומי (חברה, מדינה) הוא תהליך שבו נקבע מה ייוצר, כמה ייוצר מכל מוצר/שרות, כיצד ייוצר וכיצד יתחלק התוצר בין התושבים. שיטות ההקצאה (תכנון כלכלי), בגירסותיהן הקיצוניות, הן "תכנון ע"י השוק", בו הביקוש וההיצע (באמצעות מנגנון מחירים) משיב על שאלות אלו, או "תכנון מרכזי", בו נקבעים הדברים ע"י גורם תכנון עליון. בכל המדינות, השיטה הנוהגת היא של תכנון מעורב (Mixed Economic System), בו פועלים שני המנגנונים בחלקים שונים של המערכת הכלכלית; מאז מפתם הכלכלית החברתית של המשקים המתוכננים-יותר בברה"מ וגרורותיה, עלה משקלו היחסי של תכנון השוק ברוב העולם.

4. יעילות התכנון הכלכלי

איזו שיטת תכנון יעילה וצודקת יותר (במובן של השאת הרווחה החברתית)? אשר ליעילות, התשובה (שהוותה מהפך בחשיבה הכלכלית מאז שלהי המאה ה-18) היא כי השיטות היעילות ביותר להקצאת המקורות הן דווקא שתי השיטות הקיצוניות ביותר: הכלכלן הסקוטי אדם סמית (ובעקבותיו, אסכולה שלמה משך המאות ה-18 וה-19) הראה כי בתנאים מסוימים, הסוג הקיצוני ביותר של מנגנון השוק התחרותי, "תחרות משוכללת" (Perfect Competition) היא מנגנון תכנון המשיא את יעילות המשק. "היד הנעלמה" של השוק המשוכלל ("The Invisible Hand"), היא המתכננת היעילה ביותר. בקיצוניות השנייה, זו בה נעדרת התחרות לחלוטין, אפשר להראות כי מתכנן-על, כל-יודע (Omniscient) וכל-יכול (Omnipotent), ישיג אף הוא את אותה רמת יעילות מרבית. כל שיטה "מעורבת" של תכנון, תשיג רמת יעילות נמוכה יותר.

5. תחרות משוכללת, תחרות חפשית, ו"תחרות"

"תחרות משוכללת" היא מנגנון הקצאה המחייב:

- קיום שווקים לכל המוצרים והשירותים המיוצרים.
- התחרות היא חפשית (ראה להלן).
- מוצרים הומוגניים (כך שבשווי משקל תחרותי, לכל מוצר/שירות יתקיים מחיר אחד לכל).
- הצרכנים מונעים רק ע"י השאת תועלתם האישית. היצרנים מונעים רק ע"י מניע השאת הרווח.
- תועלת הפרט ורווחי היצרן נקבעים רק ע"י החלטותיהם, ואינם מושפעים ע"י מעשי אחרים.
- מספר גדול מאוד של קונים ומוכרים בשני צידי השוק; העדר מוחלט של התארגנויות והסכמים.
- היעדר "עלויות עסקה" (Transaction Costs) ומגבלות אחרות על מכירה וקניה בשני צידי השוק.
- מידע מושלם של כל הפרטים, בייחוד באשר למחירי כל המוצרים והשירותים, בכל עת. אין פערי מידע בין קונים ומוכרים.

תנאים קיצוניים אלה אינם מתקיימים ברוב רובם של השווקים; לפיכך, הערך העיקרי של הפרדיגמה של "תחרות משוכללת" הוא בהיותה סמן-קיצון של היעילות אותה תצליח תחרות מסוג אחר להשיג.

במובן היום-יומי, "תחרות" הוא מושג כללי המאגד סוגים שונים של מבני שוק ותפקודי שוק. מאלה, כדאי לציין את מנגנון "התחרות החופשית" ("Free Competition") אשר כשמה כן היא: תחרות, לא בהכרח משוכללת, אשר בה פועל מנגנון השוק ללא התערבות חיצונית (של מתכנן מרכזי, ממשלה). זאת בניגוד ל"תחרות מנוהלת" ("Managed Competition"), בה אופן ומבנה ההתערבות הם חלק אינטגרלי של המודל. צורות תחרות אחרות נבדלות זו מזו ברמת ובסוג ההפרה של התנאים לתחרות משוכללת השוררים בהן: למשל, כאשר מספר הקונים ו/או המוכרים קטן מזה הנדרש לקיום תחרות משוכללת (תחרות לא משוכללת), קיימים סוגים רבים של תחרות בין מעטים (אוליגופול בצד ההצע, אוליגופסון בצד הביקוש).

מודלים אלה נבדלים זה מזה באופי היריבות בין המתחרים הבודדים (על מחירים, כמויות, איכויות) במידע שבידם ובהנחות ההתנהגותיות המיוחסות להם. המקרה הקיצוני הוא של מונופול או מונופסון, כאשר קיים מוכר או קונה אחד באחד מצדי השוק או בשניהם. כללית, כאשר יש לאחד או יותר מהפועלים בשוק "כח שוק" (Market Power), תהיה ההקצאה הנובעת

תת-אופטימאלית מנקודת ראות המשק הלאומי. כח שוק יכול להיות גם תוצאת שיתוף פעולה ותיאום (Collusion) בין פירמות, קרטלים חוקיים או נסתרים מעיני החוק. או-אז אפשר לומר כי ה-Invisible Hand מחליפה את ה-Invisible Hand.

אולם, הסטיות מהמודל של תחרות משוכללת אינן מתמצות רק במספר ה"שחקנים" בשוק ובכללי המשחק בו. כאשר הייצור, הצריכה והחליפין במערכת כלכלית מוגבלות ע"י תכונות מסוימות של המוצרים/שירותים, כאשר קיימות עלויות עסקה (Transaction Costs) בשווקים בהם הם נסחרים, כאשר התועלת מהם או עלות יצורם תלויים בהתנהגות שחקנים אחרים ("השפעות חיצוניות"), כאשר מתקיימים סוגים שונים של אי וודאות, ועוד, לא צפויה התחרות, גם אם היא "חופשית", לגרום להקצאה אופטימלית של המקורות. יתר על כן, קיומה של "תחרות משוכללת", וכל שכן "תחרות חופשית" או כל תחרות אחרת, אינו מבטיח השאת הרווחה החברתית, אם הקצאת המקורות הנובעת וחלוקת הרווחה בין התושבים אינם תואמים את ערכי השוויוניות והצדק של החברה.

6. כשלי-שוק והרציונל להתערבות ממשלה

במאות ה-19 ובעיקר ה-20, התפתחה ספרות ענפה שעסקה בתיאור, חיזוי והערכה של הגורמים והסיבות לסטיית מערכות כלכליות מההקצאה האופטימלית של מקורותיהן. המונח הכולל המאחד את כל הפתולוגיות הידועות של השווקים למוצרים/שירותים השונים הוא כשלי שוק (Market Failures). בקטלוג זה של פתולוגיות פרקים רבים ומיונים שונים, בהם עוסק ענף "כלכלת הרווחה" (Welfare Economics), ולא כאן המקום לפרט את כולם (ר' להלן, הדיון בכשלי השוק האופייניים למערכות בריאות). עם זאת, חשוב לציין כי יש הרואים בהעדר שוויוניות סוג חשוב של כשל שוק. אחרים, מבחינים ומפרידים בין כשלי היעילות של השווקים לבין ההפרות השונות של השוויוניות החברתית.

קיומם של כשלי שוק הוא ההצדקה העיקרית להתערבות ממשלתית בשווקים (המדיניות המיקרו כלכלית). לרשות הממשלה כלי התערבות אשר יכולים לשמש לשיפור הקצאת המקורות והשוויוניות הנובעים מ"תחרות חופשית" בלבד, אם ע"י עידוד קיומה של תחרות או הגברתה (למשל, חוק ההגבלים העסקיים) ואם ע"י שורה ארוכה של אמצעים לבקרת ותיקון הנזקים הנגרמים ע"י כשלי שוק והתנהגויות המעוותים את התפקוד היעיל והצודק של השווקים. גם את רשימת התרופות הזו ניתן למיין באופנים שונים, וגם את אלה לא נפרט כאן. חשוב להזכיר, עם זאת, כי יש חשיבות רבה להתאמת כלי ההתערבות לעוות (=כשל שוק) אותו נועד לתקן.

זאת משתי סיבות:

- כל התערבות ממשלתית כשלעצמה, בכך שהיא מגבילה את התחרות החופשית ומגדילה את הסטייה מהאופטימום של "תחרות משוכללת" מהווה כשל שוק נוסף, הגורם לעיוותים בהקצאת המקורות. לכל סוג התערבות יש "מחיר כלכלי", שצריך להשקל בצד התועלת שהוא מביא, וה"מחירים" האלה שונים למיני התערבות שונים.
- גם אם קיים רציונל כלכלי לעצם התערבות הממשלה, הוא יכול להתאים לסוג התערבות אחד אך לא לאחרים. בחירה של הכלי הלא-נכון יכולה לתקן עוות אחד ולגרום עוותים חמורים יותר, ובכך לפגוע בתפקוד הכולל של המערכת הכלכלית ולא לשפרו. קיימות דוגמאות לא מעטות של התערבויות ממשלה אשר כשלו במבחן זה. במיוחד, התערבות-ממשלה שנועדה לשפר את השוויוניות בחלוקת הרווחה עלולה (אם כי לא בהכרח) לפגוע ביעילות הקצאת המקורות. במקרים כאלה, מניע היעילות ומניע השוויוניות מנוגדים זה לזה ומחייבים הכרעה ערכית.

האתגר למדיניות ציבורית בכל התחומים, בהם תחום הבריאות, הוא של בחירת הנושאים המחייבים, או מצדיקים התערבות, בחירת כלי ההתערבות המתאימים ומידת הפעלתו/ם. הממשלה יכולה לחבש כובעים שונים: "כובע" היצרן (ייצור ממשלתי של מוצרים ושרותים), "כובע" הלקוח/ צרכן (הממשלה כרוכש שירותים), "כובע" המשקיע (מענקים), "כובע" הנושה (הלוואות), "כובע" המבטח (בשווקים לא ודאיים), "כובע" המתכנן (חוקים, תקנות, תכניות אב, רישוי), "כובע" המפקח והמסדיר (התערבות, בכלים שונים, בכמויות, באיכות ובמחירים של המוצרים/שירותים בשווקים השונים, במבנה השוק, ברווחים), "כובע" המיידע (הקטנת אי-וודאויות ע"י מידע לציבור, ועוד. "מלתחה" זו גדושה באפשרויות ובשילובים ביניהן, ומדיניות נכונה היא זו המאזנת ומפעילה את האפשרות הנכונה.

7. כשל בירוקרטי (Non market failure)

נוכח הכשלים הרבים המלווים את "התכנון ע"י השוק" ראוי לבחון גם את החלופה הקיצונית השניה, "תכנון ע"י רשות מרכזית", בה הריבון הוא הקובע את הקצאת גורמי הייצור וחלוקת התפוקות, במלואן. כאמור, כדי למלא תפקיד זה אופטימלית, הרשות (=השליט, הממשלה) צריכה להיות כל-יודעת (כל המידע הרלבנטי על תשומות, תפוקות, טכנולוגיות, העדפות הפרטים והפירמות) וכל-יכולה (לקבוע מי ייצר מה, כמה וכיצד, ואיך יתחלק התוצר).

מובן כי תנאים אלה (כמו התנאים ל"תחרות משוכללת" מנגד) אינם מתקיימים במציאות. זאת ועוד, פרט לעובדה שעצם התערבות הממשלה גורמת לעיוותים בהקצאת המקורות, קיימים בנוסף סימני שאלה גדולים לגבי יעילות הייצור, המימון, הביטוח, הסבסוד, התכנון וההסדרה הממשלתית של הפעילות הכלכלית. ברמת התכנון המרכזי הכולל, עוסקת בשאלה זו הספרות המשווה מערכות כלכליות לאומיות (Comparative Economic Systems) וספרות התכנון הכלכלי. ברמה המיקרו כלכלית (ענפים, פירמות, שירותים ציבוריים), הספרות העוסקת באי היעילות המובנית של הממשלה דלה יחסית ל"ספר הפתולוגיה" של כשלי-השוק, והתגבשה רק ברבע-המאה האחרונה.¹

בין השאר אפשר למצוא בספרות זו, החל משנות ה-70, עבודות שעסקו ביעילות היחסית של בתי חולים ממשלתיים-ציבוריים לעומת פרטיים, בשירותים ציבוריים מול מופרטים ברפואת-הקהילה, ועוד.²

8. הבחירה בסוג ועומק ההתערבות וגישת "הטוב השני" (Second Best)

תוצאת כשלי השוק של התחרות החופשית מחד גיסא, והכשלים הביורוקרטים של מערכות מוסדרות מאידך גיסא, היא פער בין התועלת ו/או העלות לפרט לבין התועלת והעלות החברתית של המוצרים והשירותים. צמצום הפער הזה מחייב שנויים בהתנהגות היצרנים והצרכנים, כשהבחירה היא בין הכפפתם ל"משמעת השוק" (קרי תחרות במחירים ואיכויות) לבין החלה של "משמעת מנהלית" (קרי אמצעי הסדרה שונים), או שילוב ביניהן. האתגר העומד בפני מתכנני המשק הוא מציאת המזיגה הנכונה בין שני סוגי ה"משמעת": בשווקים מסוימים משמעת השוק יעילה יותר בהשגת מטרת המדיניות, ובאחרים יש יתרון להתערבות ממשלתית והסדרה. גם בתוך כל שוק, ולגבי כל מוצר ושירות, הפתרון הנכון מחייב שימוש

1. ראה, (Charles Wolf) "A theory of nonmarket failure" (1979):107 GLE 22 לתשתית התאורטית וכן המסקר, (Cambridge, 1993) "Markets and governments - choosing between imperfect alternatives" (שהשוו בין יעילות השוק ליעילות של ממשלה.

2. ראה שם, נספח B עמ' 201.

מעורב במנגנון התחרות ובהסדרה, בהתאם לאופי ורמת כשלי השוק והכשלים הבירוקרטיים הקיימים או הצפויים בו. בכלכלות המעורבות של ימינו, ברוב שווקי המוצרים והשירותים בהם כשלי-השוק ספורים, יש עדיפות בולטת למנגנון התחרותי. בשווקים אחרים, ובמיוחד בשווקים לשירותים ציבוריים המאופיינים ע"י כשלי שוק רבים, יש הצדקה למעורבות ממשלה נרחבת, למרות הכשלים הבירוקרטיים המלווים אותה. משום כך, לא ניתן בשווקים אלה להשיג את רמת היעילות המרבית.

על רקע זה נוסחה התיאוריה של "הטוב-השני" (Second Best), שהוא האופטימום החברתי האפשרי הטוב ביותר בהינתן המגבלות על סוג המוצרים, תהליכי הייצור, מנגנוני השוק, רמת המידע האפשרית וכן מגבלות רמת השוויוניות הנדרשת.

השוק לשירותי בריאות הוא דוגמא בולטת לצורך בהתערבות ממשלתית מוגבלת, יחד עם ניצול משמעת-השוק התחרותית במידה בה שתיהן תורמות להשגת ההקצאה והחלוקה של "הטוב השני".

9. "ייחודם" של שירותי הבריאות וכלכלת הבריאות

שווקי הבריאות והמערכות הפועלות בהם מאופיינים ע"י מגוון גדול של כשלי שוק וכשלים בירוקרטיים. קשה למצוא סוג אחד של כשל שוק או כשל ממשלה שנעדר מתחום הבריאות. לכן, האתגר של מציאת האיזון הנכון בין תחרות להסדרה במדיניות הציבורית כלפי שירותי הבריאות הוא גדול וקשה במיוחד, והעיסוק בו הוא רב בכל מערכות הבריאות בעולם המפותח, העוברות שינויים ורפורמות לעתים קרובות. הפתרונות מסוג "הטוב השני" הנהוגים במערכות שונות הם שונים ומושפעים מגודל המערכת, מההיסטוריה שלה, מהתנאים הבריאותיים והכלכליים השוררים בה, מהמגבלות החברתיות, הנורמות והערכים הספציפיים לה. לראייה, אם כי אפשר לקבץ את מערכות הבריאות בעולם לאשכולות שיש בהם מן המשותף, לא נמצאה עדיין שיטה אוניברסאלית המתאימה לכל החברות והתנאים.

10. כשלי השוק והכשלים הבירוקרטיים במערכות בריאות

כאמור, רשימה מלאה של הכשלים האפשריים במערכות בריאות תואמת את המיונים הרחבים ביותר של כשלי השוק וכשלי הבירוקרטיה בספרות הכלכלית הכללית. לצרכינו, נסתפק במניית החשובים ביותר מהם.

• בריאות ושירותי בריאות

מקור התועלת לפרט הוא בריאותו, בעוד שמערכת הבריאות מייצרת שירותי בריאות. הקשר בין "בריאות" ל"שירותי בריאות" הוא, לעתים, בעייתי. לכן גם אם מערכת היא יעילה בייצור שירותי בריאות, לא ברור אם היא יעילה בהגדלת הבריאות.

• ה"מוצרים" הבריאותיים ושירותי הבריאות

שירותי הבריאות הם שירותים, אשר בניגוד ל"מוצרים" אינם ברי חליפין (נצרכים עם קבלתם) פגיעה ביעילות מנגנון השוק החופשי. לשירותים אלה מימדים רבים של איכות (רפואית ואחרת), אשר במידה רבה אינם שקופים לצרכן (ראה להלן). ריבוי האיכויות והעדר השקיפות הם מהסיבות לפער בין "כמות השירותים" ל"רמת הבריאות" המושגת, כמו גם לעיוותים במנגנוני ההקצאה והמחירים שלהם.

• השפעות חיצוניות (Externalities) ו"מוצרים ציבוריים" (Public goods)

בריאות הפרט מושפעת לא רק ע"י מעשיו או מחדליו, אלא גם על ידי מעשיהם / מחדלהם של אחרים. הדוגמאות השכיחות הן חיסונים, ההשפעה השלילית על אחרים של שימוש בתרופות

מסוימות (אנטיביוטיקה), השפעות בין-דוריות. אלה ואחרות הן "השפעות חיצוניות בצריכה" (Externalities in consumption), חיוביות ושליליות, הפוגעות ביעילות מנגנון השוק התחרותי. בדומה קיימות גם השפעות חיצוניות בצד ההיצע, כאשר יעילות שירותי הבריאות מושפעת ע"י שירותים אחרים, בהם כאלה שאינם בתחום מערכת הבריאות (זיהום הסביבה, המדיניות החברתית). "מוצרים ציבוריים" כגון הבטחון הלאומי ואיכות-הסביבה הם מוצרים ושירותים המשפיעים על בריאות ותועלת הפרט אך צריכתם משותפת ואין מנגנון מחירים הקושר בין עלות ייצורם לעלות לפרט. לאלה לא מתקיים שוק, וממילא אי אפשר להחיל עליהם את מנגנון התחרות. מוצרים ציבוריים, הגדרתית, מחייבים מעורבות ממשלה בייצורם ואספקתם.

• יתרונות לגודל ותחרות לא משוכללת

יתרונות לגודל בשירותי הבריאות קיימים כאשר ההוצאה הממוצעת לייצורם קטנה עם הקף הייצור. המתנגדים להגדלת התחרות בשוקי הבריאות משתמשים בקיומם כדי להצביע על יתרון החסכון העלויות של קיום מונופולין או תחרות בין מעטים (לעומת תחרות בין רבים). מאידך גיסא, קל להראות כי כאשר מתקיימים יתרונות לגודל, מנגנון השוק אינו תומך בהשגת יעילות כלכלית. זהו הבסיס לחקיקה המונעת מונופוליזציה של ענפים והגבלים עסקיים, וכן לפיקוח על התנהגות מונופולים וקרטלים. ביטוח הבריאות (ציבורי ופרטי) וספקי הבריאות (בתי חולים, מרפאות ומכונים) בישראל מאורגנים כסניפים אוליגופוליים/אוליגופוסוניים (תחרות בין-מעטים בצד המוכרים/הקונים). בשל המימד המרחבי של ייצור וצריכת שירותים אלה, כח-השוק המקומי של ארגונים אלה גדול גם אם ברמה הארצית קיימת ביניהם לכאורה תחרות.

במבנה שווקים זה "משמעת השוק" אינה אפקטיבית דיה להבטיח שימוש יעיל במקורות. מימד חשוב במיוחד באפיון בתחרות בשוקי הבריאות הוא מימד האיכות. ה"מוצר" אינו אחיד (על ההבדל ביו "איכות" ל"איכות נתפסת" ראה עוד להלן). כאשר ארגונים מתחרים במוצרים נבדלים, מתקיימת הפרה של התנאים ליעילות גם כאשר מספרם רב. תוצאה תיאורטית מעניינת של "תחרות מונופולית" ("Monopolistic Competition") היא קיום עודף כושר-ייצור מובנה בענפים כאלה, תופעה נרחבת הנצפית במערכת הבריאות בישראל (כפל תשתיות נרחב הן בקהילה, הן בבתי החולים והן ביניהם, העדר התמחות וחלוקת עבודה בשירותים ועוד).

• בעיית הסוכן (Agency)

בניגוד לשוק "פשוט", בו נפגשים צרכני השירותים ויצרניהם, שוק הבריאות מאופיין ע"י יחסי סוכן רבים, הגורמים כשל שוק חמור. הצרכן הסופי של השירותים, גם ברפואה הפרטית, אינו המחליט הבלעדי על רכישתם. בעיה זו חמורה עוד יותר ברפואה הממומנת ע"י מערכות ביטוח וברפואה הציבורית (ר' להלן). כאשר יצרן השירות קובע, במידה רבה, את כמות, הרכב ואיכות השירות, ה"סוכן", Agent, (הרופא) עשוי לפעול שלא בהתאם למידת התועלת האמיתית של הלקוח (ה- Principal). זוהי התופעה הנפוצה במערכות בריאות של "ביקוש נגרם", "Supplier's (Physician's) Induced Demand" המהווה הצדקה למעורבות-ממשלה בהגבלת ההיצע גם במשקים הפחות-מתוכננים (ר' להלן).

• כשלי-מידע והביטוח הרפואי

כשלים אלה נחשבים ע"י רבים לאופייניים ולחשובים ביותר בין כשלי השוק של מערכות בריאות. הן רוכשי השירות הרפואי והן ספקיו פועלים בתנאים של מידע חלקי ביותר על מצב הבריאות האמיתי של הפרטים ועל הקשר בין השירותים המוצעים לבין הבריאות (ר' גם לעיל, בראש רשימת הכשלים). יתר על כן, המידע הקיים אינו סימטרי. הסיבות למצב דברים זה הן אובייקטיביות רק בחלקן. סיבות אחרות נובעות מהתנהגות גורמי השוק אשר, מטעמיהם-הם, בוחרים להסתיר מידע שבידיהם מאחרים. ה"יד הנעלמה" של התחרות המשוכללת הופכת ל" Hiding Hand" – "היד המעלימה", ויעילות מנגנון השוק נפגעת.

מאמרו של קנת ארו (Arrow) לפני למעלה מ-40 שנה³ נחשב לאבן-הראשה של הספרות העניפה בכלכלת-בריאות העוסקת בהרחבה בכשלי המידע בתחום הבריאות ובכשלים אופייניים אחרים של שוק זה. חשוב לציין כי ספרות זו חופפת בחלקה את ספרות כלכלת-הביטוח, שעוסקת אף היא במצבים בהם חוזים נכרתים בתנאי מידע לא-סימטרי בין קונה למוכר, ובמבנה פוליסת-הביטוח האופטימאלית בתנאים אלה.

אף שחלק גדול מהדיון התיאורטי התפתח על רקע מערכת הבריאות בארה"ב, שבה ל"תכנון השוק" תפקיד מרכזי, חלק גדול ממסקנות הדיון ישימות גם לשוקי הבריאות במשקים מתוכננים יותר. במיוחד, מגבלות הביטוח הסוציאלי בגרסתו הקיצונית (השירות הרפואי ניתן חינם למבוטח ללא קשר למצבו הבריאותי ולהתנהגותו), נטיית מבטחים להפלות בין מבוטחים לפי מידת הסיכון המיוחסת להם, ועוד, מסבירים היטב הן את הנסיון שנצבר במערכות בריאות שונות בעולם והן את מדיניות הבריאות המשתנות בהן. הביטוח הסוציאלי (עקרון הסולידריות החברתית) הוא מהדוגמאות הבולטות של קופליקטים אפשריים בין היעילות לשוויוניות הכלכלית. מדיניות הבריאות הלאומית בכל מדינות העולם והשינויים החלים במערכות הבריאות שלהן תכופות מבטאים מאמצים למציאת ויישום פתרונות "הטוב השני" כלכלי המשחק במערכות מורכבות אלה.

• התערבות הממשלה

ולבסוף, התפקיד המרכזי של הממשלה במערכת הבריאות הנובע מהשיקולים לעיל וכלי-ההתערבות הננקטים הם כשלעצמם מקור לא-אכזב של כשלי שוק. מכאן החשיבות של בחירה מושכלת בתחומי, עמקי וכלי ההתערבות הממשלתית הננקטים. גם כאשר מתקיים כשל-שוק ברור, יש לשקול גם את הנזק האפשרי מיישום חלופת ההתערבות.

מערכת בריאות ציבורית מונהגת ע"י מדיניות התערבות ממשלתית לוקה גם בכל הכשלים הביורוקרטיים הידועים. בין השאר:

• כשלים הנובעים מהעדר מדד ברור ל"יעילות". בהעדר מניע הרווח, מערכות ציבוריות מתוקצבות נוטות לנצל את תקציביהן באופן לא יעיל, במיוחד כאשר התקציב הוא "גמיש". גם "תכניות הבראה" המותנות בחזרה למסגרת התקציב ידועות כבעלות הצלחה חלקית בלבד, כך שגלישה מתמשכת וזחילת עלויות מאפיינות את החלק הציבורי-ממשלתי ברוב המערכות. משום שבעולם מתקצב, בדרך כלל, רוב התקציבים הם תוספתיים, משנה לשנה (בניגוד ל-Zero-Base-Budgeting), חסכון בעלויות השנה יכול לגרום הקטנת תקציב בשנה הבאה, יחידות מתוקצבות נוהגות כאילו מחיר-ההון האפקטיבי שלהן הוא שלילי, קונס אותן על חיסכון.

3. Arrow, K.J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", AER 1963; 53(5):941-973.

- מאידך גיסא, תפקידים ציבוריים-פוליטיים של מקבלי החלטות במערכות ציבוריות מוגבלים לאופק זמן קצר. בהיעדר אחריותיות ומשמעת-שוק, קבלת-ההחלטות הציבורית-פוליטית נגועה במיזופיה. במונחי מחיר-הון, ההיוון בה נעשה במחיר-הון גבוה מאד. יש המסבירים את מעמדה הנחות של הרפואה המונעת (שפירותיה בעתיד) גם בגורם זה.
- "בעית הסוכן" והשפעות חיצוניות נפוצות גם בסקטור הציבורי. תת-ארגונים וארגונים בתוך מערכת הבריאות ידועים כ"יצואנים" של בעיות וקשיים לגופים אחרים. גם אם כל תת-ארגון הוא יעיל אך רואה רק את טובתו-הוא, נובעת תת-אופטימיזציה של הקצאת המקורות במערכת כולה. משום שמערכת-בריאות משיקה לכמה מערכות חברתיות אחרות (מע' הרווחה, השיכון, החינוך, השלטון המקומי מול המרכזי), נפוצה התופעה גם ברמת המערכת כולה.
- בשל מגבלות פוליטיות ואחרות, גם כאשר יש הצדקה להסדרה, הכלים הנבחרים אינם תואמים את הרציונל להסדרה. גישת "התחרות המנוהלת" שפותחה בארה"ב ובמקומות אחרים כגישת "טוב-שני" למדיניות בריאות הדגימה קשיים אלה.

11. תחרות והסדרה במערכת הבריאות בישראל

הכנס שלפנינו עוסק רק חלקית באיזון הרצוי בין תחרות והסדרה במערכת הבריאות של ישראל. מתוך מגוון השאלות הפתוחות, יתמקדו הדיונים רק ביעילות הכוללת של הקצאת-המקורות לבריאות, בתחרות בין קופות-החולים ובהשפעת התחרות וההסדרה על איכות שירותי הבריאות. בנושא האחרון, חלק חשוב של הדיון יתמקד בהבדל בין איכות רפואית, שאינה שקופה לצרכן, ובין מימדי איכות נתפסת, שאינה בהכרח החשובה ביותר לבריאות. חשיבות המידע הנכון לצרכן, והמידע בכלל, נובעת בעיקר משיקול זה.

אף שלא נדון הפעם ספציפית בבתי החולים (נשוא הדיון בכנס קודם) ובתחרות בין רופאים וספקי-שירותים נוספים, מאפיין ה"ביקוש הנגרם" ומנגנוני ההסדרה הנדרשים כלפיו יידונו בכל צוותי הדיון.

המבנה המיוחד של המערכת כאן, ובמיוחד כפל-התפקידים של הממשלה וכן מקומן של הקופות ביחס לממשלה, מציגים לפני המתדיינים אתגרים מיוחדים בקביעת מקומן של התחרות וההסדרה בתחום הבריאות בישראל.

תחרות למול הסדרה (רגולציה)

סיכום והמלצות

מערכת אספקת שירותי הבריאות, במסגרת "סל הבריאות" הציבורי של קופות החולים ובתי החולים בדומה לכל מערכת תחרותית פועלת בתוך סביבה המוסדרת באמצעות מערכת חוקים, תקנות ומוסדות פיקוח. הדיון של צוות ההסדרה התמקד בעיקר בעקרונות ההסדרה של פעילות קופות החולים הכוללת גם את מערכת יחסיהן עם בתי החולים.

ההסדרה של פעילות הקופות מוגדרת על ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הקובע את מעמד הקופות, כמלכ"רים, חובותיהן וחכיותיהן, ודרכי פעולתן. מטרת הקופות היא לספק שירותי בריאות לחבריהן, ישירות או באמצעות ספקים אחרים, על פי סל שירותים מוגדר, באיכות סבירה ובמועד, תוך שמירה על איזון תקציבי. הקצאת המקורות לקופות נעשית בעיקר על פי עקרון הקפיטציה הפרוספקטיבית, ובכך מקבלות הקופות על עצמן את מרב הסיכון הביטוחי ומשמשות למעשה גם כחברות ביטוח רפואי. הקופות מתחרות ביניהן ב"תחרות מדתית", בעיקר על איכות השירותים. התושבים רשאים לעבור מקופה לקופה כרצונם (מדי רבעון) ועל הקופות לקבל כל פונה ללא תנאי. בנוסף להקצאת המקורות המדינה קובעת גם שורה ארוכה של מחירים ותעריפים (רובם מחירים מרביים) המחייבים את הקופות.

חלוקה חשובה אחת בין אמצעי הסדרה שונים היא בין, מצד אחד, רגולציה "מנהלית" בה נקבעות דרכי פעולת הגוף המוסדר ויש פיקוח מנהלי ישיר על הביצוע; ומאידך, פיקוח "עקיף" באמצעות מערכות תמריצים (כלכליים ואחרים) המכוונות את הגוף המוסדר לפעול על פי רצון המסדיר. דוגמאות לפיקוח "עקיף" כזה הן נוסחת הקפיטציה וקביעת המחירים. מערכת ההסדרה כוללת בדרך כלל את שני המרכיבים. בצוות המכין וכן בדיונים ביים המלח לא הייתה הסכמה כללית על התמהיל הנכון בין שני המרכיבים אך בשני המקרים רוב המשתתפים גרסו כי בנושא ההסדרה יש למצות תחילה את פוטנציאל ההסדרה הטמון בשיטת הקצאת המקורות ובתחום קביעת המחירים, מאחר ששני אמצעים אלה קובעים מסגרת כללית ואחידה לפעילות הקופות, תוך שמירה על חופש פעולתן. הקמת **מערכת "מדי איכות"** להערכת התפקוד של הקופות היא אמצעי הסדרה נוסף המצמצם את הצורך בהסדרה המנהלית כפי שנידון בהרחבה ע"י צוות אחר. דעת המיעוט הייתה שהמחויבות הגבוהה של הריבון להבטחת שירותי בריאות לאוכלוסייה מחייבת רמת הסדרה מנהלית גבוהה יותר.

אמצעי ההסדרה העקיפים שצוינו מנתבים את התחרות בין הקופות לאפיקים הרצויים וככל שהם מכילים טוב יותר כך מצטמצם התמריץ לשימוש בתחרות בכיוונים לא רצויים. במקביל, לית מאן דפליג כי ככל שאמצעים אלה טובים יותר ומספקים תמריצים ראויים יותר להתנהגות הקופות, **להסדרה המנהלית** נותרות פחות משימות. חשוב לציין כי אין הכוונה לבטל את הפיקוח המנהלי אלא לנתב את משאבי הפיקוח המצומצמים למקומות החיוניים ביותר.

ברצוננו להבהיר כי המלצות המסמך משקפות את עמדת רוב המשתתפים. עם זאת נשמעו במהלך הדיונים עמדות שונות ונוגדות בתחומים שונים. בדרך כלל השתדלנו לייצג את מגוון הדעות בגוף המסמך. נספח 2 מציג עמדה ייחודית של נתן סמוך בנושא ההסדרה המנהלית.

הדיון עסק בשלוש סוגיות של הסדרת פעילות הקופות והדיון בכל נושא כלל שני חלקים: **הראשון**, מהם עקרונות ההסדרה הנאותים בתחום, **והשני**, הגדרת הגוף האחראי על ההסדרה, שמכווניתו, הרכבו, תכונותיו וזיקתו למשרד הבריאות.

1. **הסדרה ופיקוח "מנהליים"**: הדיון בנושא זה עסק בשאלה מה נותר להסדרה המנהלית בהנחת מבנה אופטימלי של מערכת ההקצאה, המחירים ו"מדדי האיכות". חלוקת התפקידים והסמכויות של ההסדרה בין האמצעים השונים צריכה להיעשות על פי שיקולים של הבטחת צמידות המערכת למטרותיה ויעילותם (או יחס עלות תועלת) היחסית של אמצעי ההסדרה השונים.

את מה שנותר להסדרה המנהלית לאחר ההקצאה וקביעת מדיניות המחירים אפשר לחלק לשלושה:

- **הסדרה עצמית של הקופות**: התאמת תקנון ומוסדות הקופות למטרותיהן על פי החוק, ולמערך השליטה, הבקרה והפיקוח שלהן. ככל שאלה טובים יותר כך הצורך בפיקוח חיצוני נוסף הוא מצומצם יותר אך כמובן אינו מיותר. היה דיון עד כמה ניתן לסמוך על המערך העצמי של הקופות והיו דעות שונות. הייתה הסכמה כי יש לשפר מערך זה ע"י הידוק מערכות השליטה (הגדרת המטרות של הקופות וחיזוק מעמד מועצות המנהלים) והבקרה הפנימית.

- **פיקוח באמצעות מערכות המדינה הכלליות**: מבקר המדינה, נציב קבילות הציבור, נציב הקבילות של משרד הבריאות, הממונים על הביטוח – כולל הממונה על ביטוח הבריאות והביטוח המשלים, הממונה על ההגבלים העסקיים ובתי המשפט. השימוש בכלים כלליים אלה של המדינה הוא יעיל (וזול) יותר וגם מציב נורמות כלליות של התנהגות ושל סנקציות בין המערכות השונות. הרמה הגבוהה של ריכוזיות בסקטור הקופות ובתי החולים מצדיקה יתר מעורבות של הממונה על ההגבלים העסקיים מכפי שהיה עד כה.

- **שארית ההסדרה והפיקוח הדרושים**: היכן וכמה? מהם הנתונים הדרושים? מה העלות? מי יבצע את הפיקוח? כאן ישנו ויכוח על כשרות המשרד, כל עוד הוא משמש כבעלים וכמפעיל של בתי החולים, לבצע את התפקיד בצורה אמינה. שאלה עקרונית נוספת היא האם דרושה "רשות" הסדרה? כפי שהדבר קיים בתחומי התשתיות (חשמל) והתקשורת? צוות ההכנה ואף הדיון בים המלח לא הספיקו להתמקד בהגדרה מפורטת של תחומי הסדרה מנהלית רצויים. כללית הייתה הכרה שבניגוד להקצאה, קביעת המחירים ומעקב אחר מדדי האיכות (ראה להלן), תחום זה צריך להימצא ישירות בידי משרד הבריאות. עם זאת רוב המשתתפים, אך לא כולם, הביעו דאגה לגבי יכולת המשרד לבצע הסדרה מנהלית ראויה כל עוד הוא עסוק בניהול ישיר של אספקת שירותים.

2. **מערכת הקצאת המקורות לקופות**: מערכת זו (יחד עם הגדרת שירותי הסל, בה לא נדון) קובעת את המסגרת התקציבית של פעילות הקופות ומכוונת אותן, באמצעות מרכיבי ההקצאה ומשקלי נוסחת הקפיטציה, לדרך הקצאת השירותים בין הקבוצות השונות של חברי הקופה. עם זאת ראוי להדגיש כי הממשלה אינה מחייבת את הקופות להקצות את משאביהן בדרך זו ואינה מפקחת על כך. יתרה מזו, נוסחאות ההקצאה הן כלליות למדי, נכון להיום הן מבוססות רק על קבוצות גיל ועל תשלום עבור מספר "מחלות קשות", ובכך הן משאירות בידי הקופות חופש פעולה נרחב להקצאת משאבים על פי שיקוליהן (למשל בין אזורים). ככל שנוסחאות ההקצאה משקפות טוב יותר את הצרכים הצפויים של הקבוצות המוגדרות ואת צרכי המערכת כך הן מהוות תמריצים טובים יותר לקופות לפעול בהתאם; וההפך, משקלים מעוותים עשויים לעודד את הקופות לפעול בדרכים עקיפות ולחסוך

בעלויות באמצעות "סלקציה" של שירותים העשויה לגרור העדפה של קבוצות שונות של מבוטחים. ככל שמערכת ההקצאה "ליברלית" או כללית יותר כך יש צורך לסמוך יותר על התנהלות ראויה של הקופות (בנוסף על התחרות) ו/או על פיקוח מנהלי רחב יותר על ידי המוסדות ומערכת הפיקוח והבקרה. הדיון התמקד בעקרונות נוסחאות ההקצאה, במידת הפירוט הרצויה, במשקל הרצוי של המרכיב הפרוספקטיבי ומרכיבים אחרים, ובדרכי עדכון הנוסחאות על פני זמן. לגבי עקרונות נוסחת הקפיטציה הייתה הסכמה שיש בידי הוספה של מספר קריטריונים נוספים לשפר את הנוסחה ואת הקצאת המקורות. אי ההסכמה הייתה בעיקר בתחום של היכולת להוסיף קריטריונים ללא "השפעות משניות" שליליות על התנהגות הקופות. על בסיס זה נראה שהייתה יותר הסכמה לדון בהוספה של מספר "מחלות קשות" (המוגדרות היטב), מצב נכות ואף מעמד חברתי – כלכלי, בהיות שני האחרונים נקבעים ע"י המוסד לביטוח לאומי ולא ע"י הקופות. לא הייתה הסכמה על הכללת קריטריונים אחרים של מצב רפואי, כמו מחלות כרוניות במצב קשה, או משתני גודל ומבנה הקופות ("צד ההיצע"). כמו כן הייתה תמיכה במסקנות הוועדה הבין משרדית שעדכנה את משקלות קבוצות הגיל, ואת תעריפי המחלות הקשות והוסיפה את משתנה המין. הדיון גם ראה בחיוב את האפשרות שצוות "מדדי האיכות" ימליץ על תגמול כספי עבור עמידה ברמות איכות נדרשות. בדרך זו ישתלב מרכיב רטרופקטיבי בנוסחת הקפיטציה, דבר חיובי כשלעצמו; תגמול עבור פעילות מניעה וגילוי מוקדם של מחלות עשוי גם להקל על הכנסת משתני מצב בריאות (מחלות כרוניות) לנוסחת הקפיטציה. לבסוף גם הוסכם לחפש דרכים, למשל בדרך של ביטוח משנה, להקל על הקופות לעמוד בהוצאות חריגות של חולים יקרים במיוחד.

הדיון בעקרונות ההקצאה בים המלח חיזק את המלצות הצוות המכיין כי את נושא עדכון נוסחת הקפיטציה יש להפקיד בידי גוף מקצועי בעל עצמאות מספקת (הקשור בדרך זו או אחרת למשרד הבריאות) שיעסוק בעדכון מעת לעת של משקלי הקריטריונים הכלולים בנוסחה, במחקר מעמיק ובבחינת הצורך והדרכים האפשריות להרחיב את הנוסחה ואף לעשות כך אם ימצא לראוי. לגוף הנ"ל תהיה סמכות לקבל את כל הנתונים הנדרשים לשם עבודתו. דוגמה אפשרית אך לא הכרחית לגוף כזה היא רשות החשמל. המלצה דומה, הושמעה ע"י מספר גופים בעבר ולאחרונה ע"י ועדת אמוראי (עמ' 30); זו האחרונה אולי חריפה קצת פחות.

3. מעורבות הממשלה בקביעת המחירים: הכוונה בעיקר למחירים ולתעריפים של שירותי בתי

החולים הנרכשים על ידי הקופות. חלק ניכר ממחירים אלה נקבעים (לרוב כמחירים מרביים) על ידי משרד הבריאות, ומשמשים בכך אמצעי הסדרה והכוונה של התנהגות הקופות (ובתי החולים). בעוד שמחירים "נכונים" משמשים תמריצים ראויים להתנהגות הקופות ושאר הספקים, מחירים מעוותים יוצרים עיוותים בהקצאת המקורות ותמריצים להתנהגות בזבזנית.

הצורך בקביעת מחירים נובע מכך ש"שוק" השירותים של בתי החולים והספקים האחרים סובל ממספר ניכר של כשלים:

- מונופולים "טבעיים", הנוצרים כאשר ברמת הפעילות הקיימת ההוצאות השוליות נמוכות מן ההוצאות הממוצעות.
- "השפעות חיצוניות" חיוביות (ושליליות), המצדיקות הורדת (העלאת) מחיר.
- התנהגות מונופוליסטית (של מוכר יחיד) ומונופוסוניסטית (של קונה יחיד) המעוותת מחירים וכמויות. אלה נובעים משוק לאומי ו/או אזורי מצומצמים.

- מגבלות אדמיניסטרטיביות על הכמויות של תשומות חשובות, כמו מיטות אשפוז ורכיבי ציוד יקר.
- פערים בין מחירי שוק ומחירים "פנימיים" (הנובעים בחלקם מכל הנ"ל).

כשלים אלה קוראים למעורבות והסדרה, כולל קביעת מחירים. רבים מן המחירים שנקבעו במשך השנים על ידי משרד הבריאות אינם מעודכנים בזמן וחלקם משמש למטרות שונות (כמו איזון תקציב בתי החולים), ולכן אינם מחירי עלות. המסקנה היא שמחירים רבים כמו גם מערכת קביעת המחירים דורשים רענון. הדיון עסק בשאלה מה מטרות השימוש במחירים? אילו מחירים ניתן להניח להיקבע על ידי השוק והיכן ראוי להתערב? מהן דרכי קביעת המחירים ועדכוןם? ומי צריך לעסוק בכך? כאמור כאן יש מקום למעורבות רבה יותר של הממונה על ההגבלים העסקיים.

במהלך דיוני הצוות וכן בים המלח נמסר כי משרד הבריאות הפעיל פרויקט של הקמת תשתית מעודכנת ומדויקת לרפורמה רבתי במחירים, פרויקט שיושלם בתוך שנים מספר. הדיון בצוות ובים המלח נסב בחלקו על אפשרות המשרד לשלוט בכל המחירים ועל השאלה האם זה רצוי. הייתה תחושה אך לא החלטה כי עדיף להתמקד במספר מחירי מפתח ולהניח לשוק לקבוע את רוב המחירים. נראה שגם הוסכם כי ברוב המקרים יש מקום למחיר אחד עבור שרות זהה, כולל של מחירים פנימיים וחיצוניים. היו חילוקי דעות על מידת ההכללה של עיקרון זה ונמנו מקרים בודדים בהם אולי ניתן לסטות מעיקרון זה. עם זאת ייתכן כי חילוקי הדעות מבוססים על כך שמה שנחשב בעיני האחד כ"שרות זהה" אינו כזה למעשה (עסקאות בהיקפים שונים, בזמני התראה שונים ובאיכויות שונות). הייתה הסכמה כללית כי התפקיד היחיד של מחירים הוא לגרום לשימוש נכון במקורות (ולא למטרות איזון תקציבי או כל מטרה אחרת).

הדיון על הגוף המתאים לקבל אחריות על קביעת המחירים חזר על השיקולים שהועלו לגבי ההקצאה וההסדרה המנהליים. אם יוקם גוף מקצועי ועצמאי שיטפל בהקצאה (רשות?) נראה שראוי להטיל עליו גם את האחריות בתחום קביעת המחירים והפיקוח עליהם. תפקידי ההקצאה וקביעת המחירים הם מקצועיים במהותם ודורשים "מרחק" ממוקד החלטות הפוליטיות; הם גם תלויים זה בזה ומסתמכים על בסיסי נתונים דומים.

הסוגיות שהועלו לדיון בכנס ים המלח

1. הסדרה ופיקוח "מנהליים"

1.1) רקע

◀ כללי

רגולציה (Regulation) היא הסדרה על-ידי סמכות שלטונית ביצועית באמצעות חוקים, תקנות, הנחיות, הוראות או צווים מנהליים. ההסדרה דורשת, מאשרת, מונעת או אוסרת פעילות או התנהגות של הפרט ו/או של ארגונים בחברה. מטרות ההסדרה העיקריות הן תיקון והשלמה לכשלי השוק והשגה של יעדים חברתיים שהשוק אינו מבטיח אותם.

מידת ההסדרה הדרושה תלויה בראש ובראשונה במידה בה מבוססת המערכת על תחרות באמצעות מנגנון השוק. בתחום הבריאות מתבצעת ההסדרה, ברוב המקרים, על ידי שילוב של שלושה אמצעים משלימים: הקצאת מקורות (קפיטציה ודרכים אחרות), קביעת תעריפים ומחירי שירותים, ופיקוח הכולל את הסדרת תנאי התחרות. ככל שהתחרות היא במידה הראויה,

ומדיניות ההקצאה והמחירים מייצרת מערכת תמריצים המכוונת למטרות המערכת, תפקידו של הפיקוח הישיר יכול להיות מצומצם יותר.

לאורך המסמך אנו נתייחס בשם "רגולציה או הסדרה" לכל סוגי ההתערבות השלטונית, למרות שהם נבדלים זה מזה במהותם (הסדרה, פיקוח ואכיפה).

◀ יעדי ההסדרה

הסדרה דרושה, כאמור בשני תחומים עיקריים: הראשון, הבטחת התפקוד היעיל של המערכת, וזאת בעיקר על ידי התערבות מתקנת לכשלי השוק, הן בתחום הביטוח והן בתחום אספקת השירותים; השני, השגת יעדים חברתיים הכוללים: שוויון, הוגנות, בטיחות ובחירה חופשית (ראה לוח 1).

לוח 1: יעדי מדיניות חברתית וכלכלית

-
- *Equity and justice*: to provide equitable and needs-based access to health care for the whole population, including poor, rural, elderly, disabled and other vulnerable groups
 - *Social cohesion*: to provide health care through a national health care service or to install a social health insurance system
 - *Economic efficiency*: to contain aggregate health expenditures within financially sustainable boundaries
 - *Health and safety*: to protect workers, to ensure water safety and to monitor food hygiene
 - *Informed and educated citizens*: to educate citizens about clinical services, pharmaceuticals and healthy behaviour
 - *Individual choice*: to ensure choice of provider, and in some cases insurer, as much as possible within the limits of the other objectives
-

Saltman RB et al. 2002, p. 14

◀ מידת ההסדרה ואמצעי

שאלת מידת ההסדרה הדרושה ואופייה הנה שאלה מרכזית, הקשורה באופן ישיר לאופי ומבנה מערכת הבריאות של כל מדינה. למרות השונות הגדולה בין המדינות והקושי בביצוע השוואות בין-לאומיות ניתן לזהות מספר מגמות כלליות וללמוד מניסיוןן של מדינות אחרות (ראה טבלה מפורטת בנספח 3).

בעולם הולכת ומתחזקת הגישה כי תפקיד המדינה הוא "rowing less but steering more". קרי, התמקדות בהתווית הניתב והבטחת השגת היעד ופחות בביצוע העבודה עצמה. בספרם של סלטמן וחב' הם מציינים כי שיטות ההסדרה המסורתיות של "command and control" (פיקוד ושליטה) מוחלפות על ידי שיטות מתונות יותר של "steer and channel" (הכוונה ותיעול). לטענתם השילוב של תחרות והסדרה יכול לספק למטופל ולמערכת הבריאות את הטוב משני העולמות.

הלוח הבא מציג חלופות רגולציה עיקריות המשמשות בסקטור הבריאות לפי מידת מעורבות הרגולטור – ממעורבות גבוהה למעורבות נמוכה.

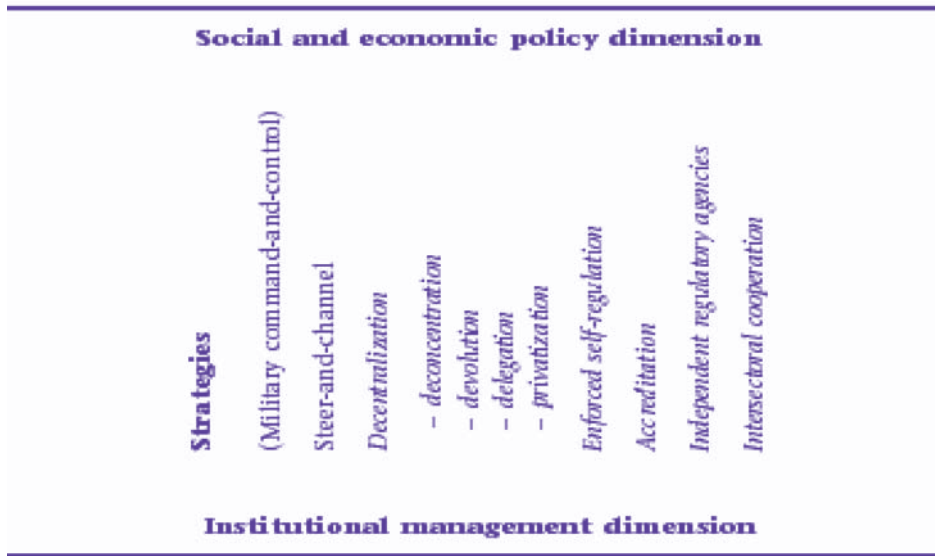
לוח 2: רצף הסמכות והפיקוח בסקטור הבריאות



Saltman RB et al. 2002, p. 20

- לטמון וחו'ב מתייחסים לחמישה סוגים כלליים של הסדרה מסוג "הכוונה ותיעול":
1. **ביזור** – סמכות הרגולציה מועברת לאחרים (סוכנויות ממשלתיות עצמיות, רשויות מקומיות וכד'). שיטה זו כוללת גם הפרטה של שרותי רפואה ראשונית כפי שניתן למצוא במזרח ובמרכז אירופה.
 2. **אכיפת רגולציה עצמית** – קביעת סטנדרטים ארגוניים כפי שנעשה בגרמניה וברוב המדינות שמערכת הבריאות שלהן מבוססת על ביטוח בריאות. לרוב שיטה זו חלשה אם היא אינה מגובה בהיענות המחויבת על ידי המדינה.
 3. **אקרדיטציה ורישוי** – ברוב המקרים אקרדיטציה ורישוי משמשים ככלי אחד במסגרת השימוש במגוון כלים נוספים.
 4. **סוכנויות רגולציה עצמאיות** – כמו הסוכנות לאקרדיטציה והערכה של שרותי בריאות הפועלת בצרפת.
 5. **שיתוף פעולה בין תחומי** – שימוש באסטרטגיות חיצוניות לקידום מטרות. דוגמה טובה לכך היא מיסוי טבק למניעת עישון.

לוח 3: אסטרטגיות לרגולציה במערכות בריאות



Saltman RB et al. 2002, p. 20

ההמלצות בספרם של סלטמן וחב' לקובעי מדיניות השואפים לעודד את יתרונות התחרות ובמקביל למנוע את היבטיה השליליים, כוללות: קביעת סטנדרטים מינימליים באמצעות רישוי, בעלות על מוסדות בריאות, הגבלת מיזוגים, נקיטת אמצעים למניעת בחירה שלילית על ידי מבטחים וספקים, וחיוב המבטחים לקבל כל מבוטח שמעוניין. הם מציינים כי המאמצים הרגולטיביים לשמירת יעדים חברתיים כוללים: הגדרת זמן המתנה מקסימלי, מימון המבוסס על הכנסה ולא סיכון, הערכת איכות, שימוש בקווים מנחים, פרוטוקולים לטיפול והבטחת איכות בקרב ספקים וכד'.

כאשר מעוניינים בשילוב תחרות יחד עם שמירה על יעדים חברתיים מומלץ לבצע את ההסדרה לפי ה- "Rules of the Regulatory Road":

- בצע את ההסדרה באופן **אסטרטגי** – הרגולציה צריכה להיות חלק מהתכנון האסטרטגי, היא אמצעי ולא מטרה, הליבה היא השגת יעדים חברתיים וכלכליים ויש לתכננה לטווח ארוך.
- בצע את ההסדרה בצורה **מורכבת** – שילוב מגוון נושאים בו זמנית, אינטגרציה של מנגנונים מדיסיפלינות מתחרות, הנהגת גישה אינטגרטיבית המתאמת מנגנונים שונים ודורשת ניהול ציבורי גמיש.
- אין **דה-רגולציה ללא רה-רגולציה** – דה-רגולציה דורש סט חוקים רגולטיבי אחר.
- **לסמוך אבל לוודא** – רגולציה מחייבת ניטור מערכתי ואכיפה.

◀ **תחומי רגולציה במערכת הבריאות**

במסגרת תקציר המדיניות של סלטמן וחב' הם טוענים כי עבור מקבלי החלטות הרוצים לספק את השירותים באיכות הגבוהה ביותר בעלות הנמוכה ביותר, רגולציה היא הכלי שיעשה את ההבדל. בפרק על "רגולציה טובה ורעה בסקטור הבריאות" מונה חנינין חמישה תחומי רגולציה עיקריים:

1. **רגולציה על נפח פעילות** – התרחבות בלתי מבוקרת של מערכת הבריאות יכולה להוביל לעודף היצע ולכן ישנן ממשלות הקובעות חוקים לאישור או חסימת התפתחותן של תשתיות בריאות חדשות.
 2. **רגולציה על מחירים** – על ידי קביעת תעריפים ממשלתיים או תשלומים דיפרנציאליים כמו ה-DRG.
 3. **רגולציה על איכות** – באמצעות איסוף ופרסום מידע על ביצועיהם של ספקי שירותי הבריאות.
 4. **רגולציה על "כללי המשחק"** במערכת הבריאות.
 5. **רגולציה על היקף הסל** – קביעת היקף הסל הוא אחד האתגרים הקשים ביותר של מערכת הבריאות.
- תחומי רגולציה אלה עונים הן על חלק מן הבעיות הנגרמות על ידי כשלי השוק בתחום הביטוח ואספקת השירותים והן על המטרות האחרות, בעיקר בתחום החברתי.

◀ כשלי שוק וכשלי רגולציה

בשעה שאמצעי רגולציה באים לענות (בין השאר) על בעיות של כשלי שוק, חשוב לשים לב גם לבעיות של כשלים בדרכי המעורבות של הממשלה. מאמרו של באומל "על סכנות ההפרטה" (באומל 1997) מסכם חלק מן הבעיות הללו ומגבש רשימה של דרכים למעורבות ראויה. אמנם המאמר עוסק בהפרטה ממש, של פירמות עסקיות, אך לפחות חלק ממנו רלוונטי גם למגזר של מלכ"רים, ובמיוחד לקופות החולים בארץ הנמצאות במבנה אוליגופוליסטי (פירמות בודדות וגדולות).

למרות המעבר למבנה תחרותי עם ההפרטה, מפעיל המפקח לעתים קרובות אמצעים המסכלים את יתרונות התחרות ומכך יש להיזהר:

- הגבלה של תחרות ראויה – על ידי הכתבת מדיניות של המשך אספקת "השירות האוניברסלי", דהיינו, הענקת שירות אחיד במחיר אחיד.
- המשך שימוש בסבסוד צולב המעוות מחירים.
- הרשאה לקיום קרטלים ואמצעים לא יעילים אחרים להגנה מפני תחרות ("סכיזופרניה" של המפקח).
- הנהגת אמצעי פיקוח יקרים ומיותרים והגדלת סיכוני הפיקוח כתוצאה משינויים לא צפויים בפיקוח.
- הגבלת חופש ההחלטה שבידי הנהלות הארגונים מעבר לגבולות הסבירים – עקב חוסר אמון בפירמה המפקח מטיל הגבלות שונות כגון מחירי "רצפה" או "תקרה" ללא ביסוס כלכלי.
- שימוש בקריטריונים פסולים לפיקוח כמו זקיפת עלויות קבועות על שירותים ספציפיים באופן שרירותי, דבר המביא לעוות מחירים.
- שימוש במחירי $cost +$, המבטל כל תמריץ להתייעלות ומטיל את כל הסיכון על הלקוחות.

לעומת הנ"ל, פיקוח נכון מעודד תחרות ראויה ואף מאפשר תחרות כשהיא אינה אפשרית ללא פיקוח. במקרים אלה אפשר לראות את הפיקוח כתחליף לכוחות התחרות החסרים. באומל מציין כי העקרונות לפיקוח נכון כוללים:

- הימנעות מהתערבות בכל שוק שיש בו עדות לכך שהתחרות חזקה די הצורך להגן על האינטרס הציבורי.
- בשווקים שאפשר להמריץ בהם תחרות נאותה (להבדיל מקיום חברות רבות ללא תחרות), יש לעשות זאת.
- יש להקפיד שתעריפים ומחירים קבועים על ידי המפקח לא יפריעו להתנהלות יעילה של השוק.
- בין השאר חשוב שמחירים פנים-ארגוניים (מחירי העברה) יהיו זהים למחירים שאותם ארגונים גובים מארגונים אחרים (מתחרים).

ממאמר ב-Economist על השימוש בעלות תועלת להערכת התרומה של אמצעי פיקוח שונים עולה כי ברוב הבדיקות שנעשו עלות אמצעי הפיקוח, כולל הנזק הנגרם, גבוהה מן התועלת המושגת.

◀ **תרבות השווקים ועוצמת הפיקוח**

דגלאס נורת' מבחין בין שני סוגי מוסדות ובהתאם לכך בין שני סוגי הסדרה בעזרת "מוסדות": "מוסדות פורמליים" – מוסדות, חוקים ואכיפה; ו"מוסדות לא פורמליים" – כללי משחק, תרבות התנהגותית, נורמות וכד'. בין שני סוגי המוסדות חשוב שיהיה תיאום מרבי על מנת שה"מוסדות הלא פורמליים" לא יחפשו דרכים "לעקוף" את ה"מוסדות הפורמליים". ככל שהציבור והנוגעים בדבר מקיימים את כללי ההתנהגות ה"לא פורמליים", כך הפיקוח יכול להיות פחות קפדני.

◀ **מי יבצע את הרגולציה?**

יש מספר רב של גורמים הממלאים או יכולים למלא תפקיד של רגולטור, לפיכך כאשר מחליטים מי יעשה מה? חיוני לשקול היטב את היתרונות והחסרונות של כל אפשרות ולתכנן בהתאם. שאלה חשובה בהקשר זה היא האם הגורם הקובע את החוקים גם צריך להיות הגורם המפקח עליהם?

בהקשר הנ"ל מתנהל בישראל דיון על תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור. ועדת אמוראי, בין אחרים קבעה כי המציאות הקיימת שבה משרד הבריאות הוא צרכן וספק שירותי בריאות ובתוך כך אמור לתפקד כרגולטור של כלל המערכת היא אחת הבעיות המרכזיות של מערכת הבריאות והסיבה לכך שכל ניסיון של המשרד לעסוק ברגולציה נתקל בקשיים רבים. המצב הקיים יוצר ניגוד עניינים מובנה הפוגע הן בתפקודו והן בדימויו בתוך המערכת ומחוצה לה. "ראייה כוללת, מיפוי וחיזוי צרכים, קיומו של בסיס נתונים מפורט ומעודכן, תכנון, קבלת החלטות על פי סדרי עדיפויות ולוח זמנים מוגדר, נהלים וכללים ברורים ומערך בקרה ופיקוח יעיל ואמין – כל אלה הם מרכיבים הכרחיים בעיצוב מדיניות, וצריכים לשמש נר לרגלי משרד הבריאות בבואו לקבוע מדיניות בריאות לאומית" (מדינת ישראל 2002 עמ' 20).

את הגופים והמנגנונים המפקחים אפשר לחלק לשתי קבוצות עיקריות: מערכות פיקוח כלליות, המשמשות את כל מגזרי המשק במידה זו או אחרת, ומנגנונים ספציפיים, במקרה זה במערכת הבריאות.

מערכות כלליות:

- מבקר המדינה.
- הממונה על ההגבלים העסקיים.
- בתי המשפט.
- בקרה תקציבית של משרד הבריאות על איזון תקציב הקופות.

¹ "The Regulators' best friend?" from the Economist print edition Mar 31st 2005

- נציב התלונות של משרד הבריאות.
- מנגנוני הפיקוח השגרתיים על הפעילות הרפואית (רשלנות ועוד).

פיקוח ספציפי:

- כשנשקלת השאלה של רמת פיקוח מינהלי ספציפי נוסף בתחום מסוים יש לשקול את עלות הפיקוח ויעילותו:
- האם מטרת (אובייקט) הפיקוח ברורה וממוקדת?
 - האם לפיקוח יהיו "השפעות משניות"?
 - מה העלות של פיקוח יעיל? (התוצאה של הכרזה על פיקוח תוך אי ביצועו היא הרעה מכל האפשרויות).
 - שגיאות, פוליטיזציה ו/או שימוש בכוח מנהלי שלא לצורך.
 - מי הגוף המפקח המתאים ביותר?

כל אלה מחדדים את החשיבות של ניהול דיון בנושא ההסדרה – תפקידיה ועוצמתה.

1.2 עיקרי הדיון²

1.2.1 הגדרת הרקע והמסגרת הדיון

כשלב התחלתי הצוות סקר מידע וגיבש הסכמה לגבי מספר סוגיות עקרוניות ובסיסיות שהיו את התשתית ההכרחית להמשך הדיון:

◀ מדוע בכלל צריך רגולציה במערכת הבריאות?

מנגנון שוק = תחרות = יעילות זו משוואת יסוד, אותה לומד כל כלכלן בשיעור הראשון של מבוא לכלכלה. לפיכך עולה השאלה מדוע בכלל צריך התערבות ורגולציה במערכת הבריאות? מדוע לא לאפשר למנגנון השוק להסדיר את הפעילות הכלכלית של מערכת זו?

הצוות מסכים כי הצורך ברגולציה במערכת הבריאות מקורו בשתי סיבות מרכזיות:

- **סיבות אידיאולוגיות** – שוויוניות, סולידריות חברתית וצמצום פערים אינם מושגים על ידי מנגנון השוק.
 - **תיקון כשלי השוק** שמערכת הבריאות עתירה בהם – מגזר הבריאות מתאפיין בכשלי שוק המייחדים אותו ומבדילים אותו ממגזרים אחרים: א-סימטריה במידע, השפעות חיצוניות, תכונות של מוצר ציבורי, גריפת שמנת, בחירה שלילית ועוד. כשלים אלה גורמים או עשויים לגרום להתנהגות הנוגדת את כללי השוק המקובלים.
- סיבות אלה אינן פוסלות את מנגנון השוק וקיומה של תחרות, הוויכוח הוא בעיקר על המינון והאיזון הנכון שבין רגולציה ותחרות.

◀ מהן מגבלות הרגולציה במערכת הבריאות הישראלית?

במערכת הבריאות הישראלית קיימות מספר מגבלות בסיסיות בתחום הרגולציה:

- **ריבוי התפקידים של משרד הבריאות** – משרד הבריאות מתפקד הן כרגולטור והן כצרכן וספק שירותים. לעינינו כאן נמצא ניגוד האינטרסים המרכזי בכל הקשור בפיקוח על הקופות. לאור ריבוי התפקידים המשרד מתמקד בעיקר בנושאים השוטפים ואינו מתפנה לתפקידיו הרגולטוריים כפי שפורט בהרחבה קודם לכן. הבעיה המרכזית במצב הקיים היא

² בדיוני הצוות המכין הוצגה ע"י נתן סמוך לכל אורך הדרך עמדה בזכות מערכת הסדרה מנהלית קפדנית ופרטנית. עמדה זו לא הייתה מקובלת על רב חברי הצוות האחרים. המסמך הראשי מביא בחשבון עמדה זו באופן חלקי. אנו מפנים את הקורא לנספח 2 בו מפורטת העמדה ע"י נתן סמוך.

החדשנות לגבי יכולתו של המשרד לתפקד כרגולטור "הוגן" ואובייקטיבי למול שחקנים אחרים המתחרים איתו כספקי שירותים, או כקוני שירותים במערכת הבריאות.

- **קיומו של רגולטור "על"** – משרד האוצר באמצעות חוק ההסדרים מתפקד כרגולטור הראשי של מערכת הבריאות וזאת מבלי שהוא חולק עם המערכת את האחריות.
- **בית הדין הגבוה לצדק ובית הדין לעבודה** – קופות החולים מפנות יותר ויותר סוגיות מדיניות שאינן נפתרות בדרכים אחרות לפתחו של בית המשפט. אמנם לבית המשפט העליון ולבית המשפט לעבודה מעמד כפוסק בישוב חילוקי דעות שלא נמצא להם פתרון במשא ומתן, אך קיימת תחושה כי עקב החולשות של הרגולטור בתי המשפט ממלאים תפקיד רחב יותר מן הראוי במערכת מסודרת.
- **כללי המשחק במערכת השתנו עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשלהי 1994.** במערכת שלפני החוק קופות החולים היו "עצמאיות" פיננסית אבל נאלצו לפנות לממשלה לעתים מזומנות לקבלת סיוע בכיסוי גירעונות ולא הייתה תרבות של איזון תקציבי. לפחות חלק מן הקופות עסקו בסלקציה של חברים "זולים" ובאחרות היוו שיקולים פוליטיים מרכיב מדיניות חשוב. תפקיד הממשלה היה אחריות "על" ואחריות כספית חלקית, אך לא היו יחסי חוזה ממשיים בינה לבין הקופות. לאחר חקיקת החוק, הממשלה הפכה למתווך הפיננסי ולמממן של מערכת הבריאות והיא חתמה על חוזים מחייבים עם הקופות על בסיס הקפיטציה. מצד אחד זה חייב אותה ליתר מעורבות ופיקוח, אך בעת ובעונה אחת גם גדל ה"תיאבון" שלה לשליטה (אולי עודפת) במערכת. החוזה עם הקופות הוא חוזה שנתי וגלובלי, אך קיים רושם שלעתים מפעילה הממשלה סמכות במקום השייך לאחריות הקופות. הקופות גם הן מתגלות לאט למשטר החדש של חוזה שנתי כולל ולצורך לעמוד במגבלת התקציב הקשה. קשיים בהפנמת כללי המשחק החדשים נגרמים גם מפגמים ב"מוסדות הפורמליים" כגון עדכון נוסחת הקפיטציה, הסדרים ראויים לעדכון הסל ועלותו, וכמובן הבעיות ברגולציה שנמנו לעיל. בנוסף לקשיי ההסתגלות לכללי המשחק החדשים אפשר למנות גם את הנורמות הלא גבוהות של החברה הישראלית ביחס להתנהגות על פי כללי משחק אוניברסאליים.

◀ מהם כלי ההסדרה העומדים לרשות הרגולטור ומהן סמכויותיו החוקיות?

■ כלי ההסדרה המרכזיים העומדים לרשות הרגולטור הם:

- חקיקה – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, פקודת בריאות העם וחוק זכויות החולה הם רק שלוש דוגמאות מרכזיות להסדרה באמצעות חקיקה במערכת.
- קביעת שיטת ההקצאה, המחירים והפיקוח עליהם, דפוסי ההתחשבות בין קוני ומוכרי השירותים ועוד.
- חינוך והסברה – במערכת הישראלית השימוש בכלי זה מצומצם.
- [אספקה ישירה של שירותים על ידי הממשלה].

■ סמכויות הרגולציה העיקריות שניתנו למשרד הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות

ממלכתי הן:

- דרישת מידע
- דרישות המידע יכולות להיות ספציפיות או שגרתיות וביחד הן כוללות כמעט כל נתון הנמצא בידי הקופות ונחשב כדרוש למשרד לשם ביצוע תפקידיו. פירוט של הדרישות בתחום זה ומקור הסמכות נמצא בנספח 1.
- דרישת אישור מראש

אישור מראש נדרש לתוכניות גבייה, תוכניות שב"ן, תקנון הקופות, תקציבי פיתוח ועוד (ראה נספח 1).

- **הסדרה:** קביעת כללים כאן מוסדרים בחוק פיקוח ובקרה על פעילות הקופות, איכות השירותים, ההחזקה וההשקעה בנכסים, הוצאות שיווק ופרסום, חוזים עם בעלי עניין, חובת קיום רשומות רפואיות ואחרות וחוזים עם קבוצות מבוטחים ייחודיות (ראה נספח 1).
- **"אכיפה"** נקיטת אמצעים בגין הפרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מינוי חשב מלווה, עיכוב כספים, הפחתה מתקציב הפרסום, וכל הסנקציות הכלליות (ראה נספח 1).

◀ מהן פעולות הפיקוח על קופות החולים? (המצב הקיים)

משרד הבריאות מבצע מספר פעולות פיקוח במטרה לוודא כי קופות החולים אכן יספקו את כל שירותי הבריאות שנקבע בחוק. פעולות אלה כוללות:

1. מעקב חשבונאי ומתן תמריצים על עמידה ביעדי תקציב.
2. מעקב אחר השירותים המסופקים באמצעות מספר מדדי איכות, בירור תלונות, ביצוע סקרים על פריסת השירותים, קביעת סטנדרטים רפואיים ושירותיים וקבלת דוחות לגבי שימוש בטכנולוגיות הכלולות בסל (כגון תרופות).

1.2.2 סוגי הרגולציה ועוצמתה

נקודת המוצא של הדיון הייתה הסכמה בדבר הצורך בהסדרה במערכת הבריאות לפיכך מטרת הדיון הייתה להגדיר את המינון והאיזון הנכון שבין רגולציה ותחרות. על מנת לעשות זאת ניסח הצוות המכין שתי עמדות קצה בהתייחס לסוג ועוצמת ההסדרה הדרושים במערכת הבריאות ובשלב שני גיבש עמדת ביניים.

איור 1: סוג ועוצמת הרגולציה



◆ בעד רגולציה ופיקוח "צמודים" (העמדה המפורטת מוצגת בנספח 2) להלן עיקרי עמדת הקצה בעד רגולציה ופיקוח "צמודים":

- **סוגי התערבות שונים (הסדרה, פיקוח ואכיפה)** ניתן לדון, בהכללה, בשלושה סוגי התערבות, הנבדלים זה מזה:
 - **"הסדרה"**, קביעת כללים מחייבים, המגבילים את חופש הפעולה של הגוף המוסדר, או גם לצורך קונקרטיזציה של נורמה משפטית מופשטת (למשל מהי "סבירות" לגבי זמינות שירותים).
 - **"פיקוח"**, כאן יש הסדרה פעילה, פיקוח על מילוי כללים או דרישה לאישור מראש של פעילויות מסוימות (כמו כללי השב"ן).
 - **"אכיפה"**, קיימת בדרגות שונות, עם ובלי סנקציות ועד לרמה הפלילית.

● **כיצד בוחרים בין דרכי רגולציה שונות?**

● **הבחירה בין הסדרה "פסיבית" להסדרה עם דרישת אישור:** היתרונות של האחרונה הם הגנה טובה יותר על הצרכן, שמירה טובה יותר על דרישות החוק ויעילות (חוסכת את הצורך בהתדיינות משפטית ארוכה כאשר שני הצדדים מפרשים הסדרה פסיבית באופן שונה). לבסוף, הסדרה ללא פיקוח מכתבה מרווח צר מדי של שיקול דעת (למפקח).

● **את האמצעי הננקט יש להתאים לתחום:**

- ככל שהנושא נוגע יותר לזכויות מהותיות של הפרט יש לנקוט בהסדרה יותר אקטיבית.
- ככל שהתחום כפוף לנורמות חקיקתיות חד-משמעיות, ניתן לשקול שימוש באכיפה פלילית.

● **מידע: איסוף מידע שיטתי כתנאי לרגולציה נכונה**

רגולציה ופיקוח ראויים דורשים קבלת מלוא האינפורמציה מן הגופים המפוקחים. האינפורמציה דרושה לא רק עבור תחומים שהוחלט לפקח עליהם מראש אלא גם על מנת לפתח תחומי פיקוח חדשים. **המידע אינו מכתוב את סוג הרגולציה או את סדרי העדיפויות לפיקוח, אלא מסייע בגיבוש הנכון.** הגישה לשאלה, איזה מידע על הרגולטור להחזיק בידיו, צריכה אפוא להיות **מקסימליסטית**. לעומת זאת מסגרות המידע שקיימות במשרד הבריאות כיום בנויות טלאי על טלאי, ואינן נובעות מתפיסה פיקוחית כוללת ושיטתית על הקופות. הטענות המקובלות כנגד קבלת מידע מקיף ("עומס מידע") אינן רציניות. בעולם המודרני אין "קשיי אחסון", וזמינותו של המידע לצרכי בחינה, חוסכת זמן יקר במשלוח דרישות ספציפיות, המתנה לקבלת החומר, התדיינות ממושכות בדבר היקף המידע המועבר וכד'. המשמעות היא כי יש לשאוף להסדרי קבלת מידע **רוטינניים** שיקוימו בקפידה. נימוקים אחרים נגד מסירת מידע לממשלה הם: אובדן סודיות מסחרית, הימנעות מיצירת מידע מחשש שיהיה צורך למסרו, ויצירת תמריצים שליליים להתנהגות עקב כך. חוק חופש המידע, החל גם על הקופות, והסמכות החוקית לחייב לייצר מידע מייתרים את שני הנימוקים הראשונים וגם הנימוק השלישי דחוק.

● **"רגולציה" ככורח**

כללי ההקצאה אינם יכולים לשמש תחליף לפיקוח, ראשית כי אינם מדויקים ושנית כי זו לא מטרתם. ממילא בהיותם כלליים לקבוצות מבוטחים אין ביכולתם להבטיח טיפול נאות לחולה הבודד. כך, שגם אם אפשר לחשוב על הנהגת כללים כלליים בתחום ההקצאה, חייב להיות פיקוח ישיר כשמדובר על הטיפול הראוי בחולה הבודד (ראה דיון נרחב בנושא זה בחלק הדן בנושא ההקצאה).

◆ **בעד רגולציה מתונה מסוג "הכוונה ותיעול" ("steer and channel")**

להלן עיקרי עמדת הקצה בעד מינימום רגולציה:

- תחרות מעודדת יעילות ולכן גם במערכת הבריאות יש להבטיח במידת האפשר כמה שיותר תחרות.
- התערבות רגולציה במערכת קופות החולים צריכה להיות מזערית. על הרגולטור לקבוע את כללי היסוד (כמו למשל מנגנון ההקצאה) ולהותיר לקופות לנהל את עצמן ולהתחרות על המבוטחים באופן חופשי עד כמה שניתן.

- חופש המעבר בין הקופות הוא המנגנון המאפשר תחרות – אם קופה מפלה קבוצת מבוטחים או מבוטח זכותם לעבור לקופה אחרת.
- הרגולטור אינו מנהל ואינו יודע לנהל. עודף רגולציה גורם לסתימות וליצירת מעקפים אשר חלקם אינם לטובת המבוטחים.
- כיום יש עודף רגולציה על קופות החולים הפוגע ביכולת ואוטונומית הניהול שלהן.
- התחומים המרכזיים בהם קיים עודף התערבות הם: הפיקוח הפיננסי (הן לאורך והן לרוחב), הסדרי הבחירה בין נותני השירותים והביטוח המשלים. בנושאים אלה יש לקבוע מספר כללים בסיסיים ולהותיר את הענף לתחרות. הציבור יצביע ברגלים באיזו קופה הוא מעדיף להיות מבוטח.
- הפיקוח צריך להיעשות על ידי גוף אובייקטיבי – ריבוי התפקידים של משרד הבריאות אינו מאפשר לו לבצע את התפקיד באופן אובייקטיבי.
- אמנם כגופים מפקחים על הקופות לספק למפקחים את האינפורמציה הדרושה, אך יש להתחשב בקיום תחרות בין הקופות ולא להגזים בדרישות לנתונים רגישים. הקמת גוף מפקח עצמאי נראה מתאים יותר לקבלת האינפורמציה ולהבטחת סודיותה.
- הפיקוח וההתערבות של הרגולטור צריכים להיות מצומצמים אך חזקים – דוגמת אכיפת חוקי מס ההכנסה בארה"ב (מי שעובר על החוקים נענש בחומרה).
- נושאי הפיקוח המקובלים מפורטים למטה ב"הצעה לעמדת ביניים".

◆ הצעה לעמדת ביניים (עמדה הקרובה יותר לתחום של "הכוונה ותיעול")

- ההסדרה במערכת הבריאות צריכה להתבסס על עקרון הפעלת המערכת באמצעות מלכ"רים המתחרים ביניהם במדטיות. כשלי השוק וכן המטרות חברתיות הקשורות בבריאות מכתביים תחרות מדטית בצד הסדרה ברמה סבירה.
- מרב ההסדרה צריכה להיות באמצעות הקצאת המקורות לקופות. פיקוח על רמת ההשקעות ה"כבדות" בענף, הסדרת תחום המחירים ומידה מסוימת של פיקוח על מחירי מפתח; והגדרה של המטרות, המוסדות וכללי ניהול הקופות והתנהגותן.
- רמת ההסדרה ואמצעייה צריכים להיות עקביים עם מהות ה"מוסדות הפורמליים" שהוקמו עם חקיקת החוק. אם הכוונה הייתה לתת לקופות החולים מעמד של חברות ביטוח ולנוסחת הקפיטציה מעמד של "פרמיה", הרי שבצד התקציבי יש לתת לקופות לנהל את עסקיהן כהבנתן; במגבלת ההתחשבות בכשלי השוק ובמטרות חברתיות אחרות. רשימת הנושאים אותם צריך הרגולטור להבטיח עקבית עם הנחה זו.
- **הנושאים אותם צריך הרגולטור להבטיח בהתחשב בכך שמנגנון השוק אינו יכול להבטיחם:**
 - מדידת ופרסום מדדי איכות של קופות חולים ורופאים. הרגולטור צריך להתמקד עד כמה שניתן במדדי תוצאות ולא במדדי תהליך (ראה דיוני הצוות הדן בנושא).
 - עמידה ביעדים כספיים של איזון תקציבי.
 - הבטחת טווח סביר של חופש בחירה במסגרת התקנות.
 - קבילות מבוטחים ובעלי עניין אחרים צריכות להיות מקור מרכזי להתערבות הרגולציה והטיפול בקבילות מכל הסוגים חייב להיות מהיר ויעיל.
 - שימוש בשירותי ההסדרה, הביקורת, הבקרה וההתדיינות של המערכת הכללית:
 - הממונה על הביטוח, הממונה על ההגבלים העסקיים ומבקר המדינה.

- בתי המשפט: פניות לבתי המשפט הן כמובן לגיטימיות, הן של האזרחים והן של הארגונים במערכת. עם זאת יש לשאוף לכך שכל מערכות ההסדרה, הקצאת המקורות, מערכת המחירים וההסדרה המנהלית, יצמצמו ככל האפשר את הצורך בפניות כאלה.
- שמירת איזונים במערכת – הרגולטור צריך להיות אחראי על איזון כללי של המערכת ולדאוג שאף אחד מהשחקנים לא "ייפול" ללא סיבה (למשל לא ייתכן שבאותה שנה ישנו את שיטת הקפ, נוסחת הקפיטציה, מחירי האשפוז, תעריפי הארנונה ותעריפי ה-malpractice באופן שיכניס את חלק מהקופות לגרעון שכלל אינו תלוי בהן).
- על כל הנ"ל יש לבצע פיקוח ממוקד ויעיל בליווי סנקציות מתאימות, אך ללא התערבות פרטנית בדרכי הביצוע. הרגולטור צריך להיות מומחה בראיית חשבון, משפטים, רפואה, ארגון מערכות בריאות ועוד, אך אינו צריך לעסוק בניהול.
- הגוף המסדיר והמפקח חייב לעסוק רק בכך ולא להיות מעורב בניהול ישיר של מוסדות בריאות או באחריות ישירה עליהם. ריבוי התפקידים של המשרד מעורר את שאלת כשירותו לקבל אחריות ישירה על ההסדרה והפיקוח (ראה הערה של נתן סמוך בהמשך).
- הגוף המפקח ראוי לקבל את כל הנתונים הנדרשים. חשוב שהשימוש בהם יהיה רק למטרה לה הם נדרשו וכי תשמר סודיות מלאה לגביהם, בכפוף להוראות חוק חופש המידע.

לסיכום הדיון על מידת הרגולציה הראויה צריך לציין גם כי חלק מהדרישה לרגולציה נוספת נובע מהטענות על אי עמידה של קופות החולים בדרישות שונות הכלולות בתקנות (בעיקר בתחום האיכות וזמינות השירותים, בנוסחת עדכון עלות הסל וכד') לפני הנהגת פיקוח ואכיפה חמורים יותר ראוי לבחון אם המגבלות, התקציביות ואולי גם אחרות, המוטלות על הקופות אינן חמורות מדי עד כדי אי יכולת הקופות לעמוד בהן. במקרים כאלה ראוי לשקול אם שורש הרע הוא בהעדר פיקוח או אולי במגבלות עצמן. הסדרה הולמת של המגבלות עשויה לייתר את החמרת הפיקוח, ובהתחשב בעובדה שפיקוח ואכיפה כרוכים בהקדשת אמצעים, ייתכן שאופציית ההסדרה ההולמת גם זולה יותר. אי עדכון ראוי של עלות הסל בשנים האחרונות ואולי אף של תכולת הסל, עד לאחרונה, עשויים להיות דוגמאות לכך. כמובן שאין באמור לעיל לגרוע כהוא זה מחובת הקופות למלא אחר החוקים, התקנות ושאר דרישות המערכת.

בהתייחס לשאלה **מי צריך להיות הגוף המסדיר והמפקח בתחום המנהלי** הועלו שלוש עמדות: 1. עמדה אחת היא כי התפקיד באופן טבעי הוא של משרד הבריאות וכי אין אפשרות לשלול תפקיד זה ממנו, גם אם תפקידיו האחרים, ובעיקר הבעלות על בתי החולים פוגמים ביכולתו למלא תפקיד זה בהוגנות וביעילות הדרושים.

2. העמדה השנייה היא שכל עוד המשרד הוא הבעלים והמנהל של חלק מה נכבד מבתי החולים הוא אינו יכול להיות גם הרגולטור הראשי של המערכת. המבנה הקיים אשר לא עבר שינוי, למרות המלצותיהן של מניין ועדות לאורך השנים, מקשה על כל ניסיון רציני של משרד הבריאות לעסוק ברגולציה ביעילות. מצב זה עשוי על כן להוביל להקמת רשות נפרדת, עצמאית במידה זו או אחרת מן המשרד.

3. העמדה השלישית היא כי נוכח היות הקופות גופים עצמאיים יש בכל מקרה להקים רשות עצמאית שתעסוק בכל נושאי הרגולציה עליהן (או כלל המערכת הכלולה בסל) כדוגמת רשות חברת חשמל, הרשות השנייה לטלביזיה ולרדיו או הרשות המתוכננת לתקשורת (כאן התכנית היא לבטל את משרד התקשורת ולהחליפו ברשות). חלופה זו נתמכת ברצון להפריד בין האחריות הכוללת על מערכת הבריאות, התכנון לעתיד (כולל ההשקעות העיקריות), התקצוב, והאחריות על שאר המערכת. ברשות כזו יודגש ההיבט המקצועי לעומת אחריות המשרד הכוללת גם שיקולים פוליטיים.

1.3 סיכום והמלצות³

הדיון התמקד בשאלה מה נותר להסדרה המנהלית בהנחת מבנה אופטימלי של מערכת ההקצאה, המחירים ו"מדדי האיכות". הוסכם בקרב רוב המתדיינים כי חלוקת התפקידים והסמכויות של ההסדרה בין האמצעים השונים צריכה להיעשות על פי שיקולים של הבטחת צמידות המערכת למטרותיה ויעילותם (או יחס עלות תועלת) היחסית של אמצעי ההסדרה השונים. את מה שנותר להסדרה המנהלית לאחר ההקצאה וקביעת מדיניות המחירים אפשר לחלק לשלושה:

- **הסדרה עצמית של הקופות:** התאמת תקנון ומוסדות הקופות למטרותיהן על פי החוק, ולמערך השליטה, הבקרה והפיקוח שלהן. ככל שאלה טובים יותר כך הצורך בפיקוח חיצוני נוסף הוא מצומצם יותר אך כמובן אינו מיותר. היה דיון עד כמה ניתן לסמוך על המערך העצמי של הקופות והיו דעות שונות. הייתה הסכמה כי יש לשפר מערך זה ע"י הדוק מערכות השליטה (הגדרת המטרות של הקופות וחיזוק מעמד מועצות המנהלים) והבקרה הפנימית.
- **פיקוח באמצעות מערכות המדינה הכלליות:** מבקר המדינה, נציב קבילות הציבור, נציב הקבילות של משרד הבריאות, הממונים על הביטוח – כולל הממונה על ביטוח הבריאות והביטוח המשלים, הממונה על ההגבלים העסקיים ובתי המשפט. השימוש בכלים כלליים אלה של המדינה הוא יעיל (וזול) יותר וגם מציב נורמות כלליות של התנהגות ושל סנקציות בין המערכות השונות. הרמה הגבוהה של ריכוזיות בסקטור הקופות ובתי החולים מצדיקה יתר מעורבות של הממונה על ההגבלים העסקיים מכפי שהיתה עד כה.
- **שארית ההסדרה והפיקוח הדרושים:** היכן וכמה? מהם הנתונים הדרושים? מה העלות? מי יבצע את הפיקוח? כאן ישנו ויכוח על כשרות המשרד, כל עוד הוא משמש כבעלים וכמפעיל של בתי החולים, לבצע את התפקיד בצורה אמינה. שאלה עקרונית נוספת היא האם דרושה "רשות" הסדרה? כפי שהדבר קיים בתחומי התשתיות (חשמל) והתקשורת?

צוות ההכנה ואף הדיון בים המלח לא הספיקו להתמקד בהגדרה מפורטת של תחומי הסדרה מנהלית רצויים. כללית הייתה הכרה שבניגוד להקצאה, קביעת המחירים ומעקב אחר מדדי האיכות, תחום זה צריך להימצא ישירות בידי משרד הבריאות. עם זאת רוב המשתתפים, אך לא כולם, הביעו דאגה לגבי יכולת המשרד לבצע הסדרה מנהלית ראויה כל עוד הוא עסוק בניהול ישיר של אספקת שירותים.

לסיכום ההסדרה והפיקוח על קופות החולים צריכים להתחשב בהיותן מלכ"רים המתחרים זה בזה. דגם זה נבחר משיקולים של נאותות ויש לשמור עליו. יש לשאוף להעצמה של סמכויותיהן בד בבד עם שפור המבנה הניהולי והבקרה הפנימית שלהן. ההסדרה והפיקוח חייבים להיות ממוקדים בנקודות התורפה תוך הבטחה שהסמכויות שהוענקו ינוצלו למען המטרות שלשמן קיימות הקופות.

2. מערכת הקצאת המקורות לקופות

2.1 רקע: הקצאת המקורות לקופות החולים ונוסחת הקפיטציה

◀ דרכי ההקצאה ומטרותיה

הקצאת המקורות לקופות החולים יכולה להיות פרוספקטיבית, באמצעות תשלום קבוע מראש, ו/או רטרופספקטיבית, על פי הוצאות בפועל. הקצאה פרוספקטיבית מגדילה את התמריצים לקופות ואף את הסיכון הביטוחי המושת עליהן בעוד הקצאה רטרופספקטיבית פועלת בכיוונים הפוכים. בישראל נהוגה החל מ-1995 הקצאה פרוספקטיבית כמעט מלאה.

³ נתן סמוך מסתייג מן הסיכום (ראה נספח 2).

להקצאה שתי מטרות:

1. להעניק לקופות מקורות שיאפשרו להן לספק לחבריהן שירותי בריאות נאותים, על פי סל השירותים ועל בסיס שוויוני והוגן.

2. לתמרץ את הקופות לספק את השירותים על פי צרכי הבריאות של החברים וביעילות.

מטרת ה**קפיטציה** היא בראש ובראשונה להעניק לקופות תשלום עבור מבטחיהן שישקף עד כמה שניתן את הסיכון הרפואי (הצרכים הצפויים) של כל מבטוח ומבטוח, מעין "שובר" אישי המנסה לאמוד את גובה ה"פרמיה" האמתית. למעשה מדובר ב"תאים" של קבוצות מבטוחים בעלי סיכון רפואי דומה, על פי קריטריונים נבחרים. כעקרון, ככל שהקפיטציה קרובה ל"נכונה" כך גדל הסיכוי שהקופות יספקו לחולים שירותים בהתאם, והנטייה ל"סלקציה" של מבטוחים "רווחיים" יותר תצטמצם (ראה דיון מפורט יותר בהמשך). כמו-כן נוסחת קפיטציה מדויקת מבטיחה שהתחרות בין הקופות תהיה על איכות השירות ולא על בחירת מבטוחים וסלקציה. מטרה נוספת של ההקצאה היא תמרוץ הקופות להשגת תוצאות בריאות טובות יותר וכן להתיעילות. נכון שעשוי להיות מתח מסוים בין שתי המטרות. מניעת סלקציה דורשת פיצוי מלא בגין ההוצאות הצפויות, אך מתן פיצוי מלא עבור ההוצאות הצפויות מקטין את התמריץ להתיעילות. מתח זה אמנם קיים כאשר הפיצוי הוא על הוצאות בעבר, אך לגבי הוצאות צפויות תמיד אפשר להוסיף לפיצוי מקדם התייעלות.

נוסחת קפיטציה "נכונה" בסיוע התחרות, וכן בהיות הספק (הקופה) גם מבטח, מבטיחה במידת מה:

- פיצוי של הקופות עבור הוצאה צפויה ברמת שירות ויעילות נאותים ולא על פי הוצאות בפועל ("cost +") כפי שמפורט בהרחבה בהמשך.
- לשקף מדיניות מכוונת של הגדלה או צמצום ברמת השירות לקבוצות שונות (למשל "אפליה מתקנת" לקבוצות אוכלוסייה חלשות).

תמרוץ הקופות להשגת **יעדי בריאות** יכול להיעשות גם באמצעות תגמול ישיר על הישגים אך לא נרחיב בנושא זה שבו מתמקד הצוות הדין בתחרות על איכות.

◀ ההקצאה והקפיטציה עד עתה

עד עתה נוסחת הקפיטציה הייתה מבוססת על קבוצות גיל בלבד + הקצאה פרוספקטיבית לחמש "מחלות קשות". מאז חקיקת החוק והחלתו בשנת 1995, למעט שינויים קטנים, לא נעשה עדכון של הנוסחה. רק פניה של אחת הקופות לבג"ץ הביאה להקמת ועדה בין-משרדית של פקידים בכירים לבדיקת הנושא.

הוועדה, שסיימה את עבודתה באפריל 2005, ערכה שינויים במשקלי קבוצות הגיל, הגדילה את מספר הקבוצות, הורידה תעריפים של כמה מן המחלות הקשות ולקחה בחשבון את ההורדה במחיר יום האשפוז במחלקות הפנימיות. היא לא מצאה לנכון להוסיף קריטריונים נוספים, מחלות נוספות או קריטריונים מצד ההיצע. בין השאר הוועדה החליטה לא להוסיף קריטריון סוציו-כלכלי, וזאת על אף המלצת כנס ים המלח הרביעי (2003) שדן בנושא.

החלטת הוועדה לא לכלול קריטריונים נוספים בנוסחת ההקצאה נבעה לעתים ממחסור בנתונים אמינים ממקור אובייקטיבי ו/או בזמן למחקר מעמיק. לעתים היא נבעה מן הצורך לשנות את החוק, ולעתים מדרישה לעמוד בכל אחד משורה של מבחנים. בהיות הדיונים בכנס ים המלח מכוונים לטווח זמן ארוך יותר, ובהיותם עקרוניים, הם יכולים להתעלם משני השיקולים הראשוניים, ולהצביע על דרכים למלא את החסר. אשר לדרישה השלישית של עמידה בשורה

של מבחנים, זו דרישה מפליגה: מה שנדרש הוא איזון מידתי בין הבעיות הנגרמות על ידי כל קריטריון וקריטריון. פתרון זה מתאים יותר לטיפול בבעיות מהסוג של "הרע במיעוטו" כפי שהמצב במקרה שלפנינו- איזון נכון דורש נתונים אמין, המחזיר אותנו לבעיה הראשונה.

2.2) עיקרי הדיון

מטרות הדיון הוגדרו:

- לדון בהקצאה כחלק מהדיון בשאלה הרחבה של הסדרת התחרותיות בין הקופות.
- לסקור עקרונות רצויים להקצאה לטווח ארוך, לאחר שהשינויים המוצעים על ידי הוועדה יוסכמו ויושמו.

חשוב להבהיר כי אין בידי הצוות נתונים וכלים על מנת לערוך חישובים של נוסחה ראויה וזו גם לא מטרתו.

הדיון התמקד בשתי סוגיות מרכזיות:

מהו המנגנון המתאים לעדכון שיטת ההקצאה, נוסחת הקפיטציה והמשקלות?

- עדכון ההקצאה רצוי שיתבצע על ידי יחידה קבועה שתאסוף נתונים על בסיס שוטף ותיזום מחקרים על מנת לשפר ולעדכן את הנוסחה במועדים קצובים.
- רצוי שהיחידה תהיה בלתי תלויה ביחידות או בגופים העוסקים בקביעת תקציב הקופות.
- רצוי שהיחידה תהיה בעיקרה "מקצועית" ולא "פוליטית", וזאת על מנת שתוכל להתרכז במטרה של חלוקה נכונה של המשאבים ללא תלות בגודלם.
- עצמאות היחידה דרושה גם על מנת לאפשר לה גישה למאגרי המידע הדרושים תוך שמירת החיסיון הנדרש לנתונים אלה (שחלקם יסופק על ידי הקופות). בנושא זה אפשר אולי ללמוד מסקטור ביטוח הרכב שבו חברת ISO זכתה במכרז לביצוע המשימה של קבלת הנתונים, אחריות על חיסיונם, חישוב וקביעת פרמיות הסיכון עבור כל השוק.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה היא מועמד אפשרי לקבלת ואחסון הנתונים ולביצוע העיבודים הדרושים, על פי הנחיות היחידה המקצועית לעיל.
- יש החושבים שיחידה כזו יכולה להיות כפופה למשרד הבריאות ויש הדורשים עצמאות רבה יותר (כמו של רשות הסדרה). כל עוד המשרד הוא בעליו של בתי חולים נראית האפשרות השנייה כעדיפה.
- על היחידה לעדכן את נוסחת ההקצאה לעתים מזומנות (למשל אחת לשנתיים שלוש): עדכון במועדים קצובים וקרובים יחסית ישמור על הוגנות ההקצאה לנוכח שינויים בשירותים ובמחירים. מטבע הדברים הוא גם יהיה כרוך בהעברה של סכומים קטנים יחסית בין הקופות ובדרך זו יקטין לחצים.

מה צריכים להיות העקרונות המנחים לבחירת והוספת קריטריונים אפשריים להקצאה?

■ העקרונות המנחים להקצאה

- ההקצאה יכולה לשלב שלושה מרכיבים:

⁴ הוועדה סיכמה כי כל קריטריון שיוצע להכללה בנוסחת ההקצאה יבחן על ידה בפרמטרים הבאים:

- מידת הישימות של הקריטריון מבחינת זמינות ואיכות הנתונים.
- מידת המתאם בין הקריטריון לבין הצורך והצריכה של שירותי בריאות.
- יכולת ההשפעה או המניפולציה של קופות החולים או גופים אחרים על הקריטריון.
- מידת ההשפעה של הקריטריון על טיב, איכות ועילות שירותי הבריאות שהקופות מספקות.
- האם קבוצת החולים המובחנת על ידי הקריטריון הנה קבוצה הניתנת מלכתחילה להפליה או לסינון?
- האם השימוש בקריטריון יביא להקצאה הוגנת של משאבים בין קופות החולים?

1. עקרונות פרוספקטיביים, על פי צרכים צפויים ("הקפיטציה"), אליהם נחזור בהמשך.
2. תשלומים רטרופקטיביים:
 - 2.1 **צמצום סיכונים חריגים** – ביטוח משנה של משתמשים "כבדים מאוד" על מנת לצמצם את הסיכונים החריגים של הקופות. מספר קטן מאוד מבין החולים גורם להוצאות גבוהות וחריגות מאוד. מוצע להפריש שיעור קטן מסך ההקצאה לקופות לקרן של ביטוח משנה משותפת לכולם על מנת לכסות הוצאות אלה. לאמצעי זה חשיבות גם בהיבט של מניעת דחיית מבוטחים "כבדים" על ידי הקופות. על פי נתונים, ממקורות שונים, מספר קטן מאוד של חולים (שבר אחוז) עשוי להביא להוצאה של עד 15% מסך ההוצאות (דהיינו רמת הוצאות חריגה ביותר). רוב ההוצאות הללו הן בבתי חולים (כולל הוצאות גבוהות על תרופות) וחלק ניכר מן החולים ה"כבדים" הללו נפטרים במהלך אותה שנה.
 - 2.2 **"מדדי איכות ויעדי בריאות"** – תגמול על פי איכות השירותים, עמידה ביעדי בריאות והשיפור בהם ("מדדי איכות"). יש מקום לשקול לשלב בנוסחת ההקצאה תגמול על שיפור השרות ומצב הבריאות של החברים. תגמול על "תוצאות" (outcomes) מוצדק כשלעצמו ובנוסף הוא מאזן השפעה אפשרית ולא רצויה של שיפוי פרוספקטיבי הקשור במצב הבריאות (התחלואה) של החברים. לדוגמה, תגמול עבור גילוי מוקדם של סרטן, סכרת או אי ספיקת כליות, יתמרץ את הקופות להגדלת המאמצים לגילוי מוקדם ובכך יוביל להקטנת ההוצאות בגין מחלות כרוניות (ראה דיון בהמשך). בנוסף התמריץ של הקופה לסווג חולה כבעל מחלה כרונית יאוזן.
3. הבדלים בצד **ההיצע**: הבדלי עלות הנובעים מגודלן השונה של הקופות, השפעתן האפשרית על השוק (במישור הלאומי והאזורי), המבנה שלהן (מרפאות או רופאים עצמאיים, בעלות על בתי חולים) ופריסתן השונה על פני הארץ.
 - בספרות יש דיון נרחב על היחס הנכון בין תשלומים פרוספקטיביים ורטרופקטיביים. בארץ הונהגה הקצאה פרוספקטיבית כמעט במאה אחוזים ולכן יש מקום להגישות לגבי דרגת הסיכון של הקופות. דרך אחת להקטין סיכון זה היא באמצעות חוזי התקשרות פרוספקטיביים של הקופות עם בתי החולים המעבירים חלק מן הסיכון אליהם. כנס ים המלח הקודם (2004) המליץ על מעבר לשיטת ה-DRG. גם הסכמים קפיטטיביים בין הקופות לבתי החולים יכולים להשיג את אותה מטרה. בהינתן שהוצאות האשפוז מהוות כמחצית מעלויות הסל, אכן תהיה בכך הקלה גדולה.
 - הנחת העבודה והציפייה הן שהקופות תתנהגנה על פי התמריצים הגלומים בנוסחת הקפיטציה ובמשקלותיה כאשר התנהגות חריגה תביא למעורבות המפקח.
 - שינויים בהקצאה יבוצעו על בסיס מחקרים וכן על בסיס מעקב אחר התנהגות חריגה של הקופות.
 - המשקלים של הקריטריונים הפרוספקטיביים המשמשים להקצאה צריכים להיות מדויקים ו"עיוורים" לשאלה אילו קופות "ירוויחו" ואילו "יפסידו".
 - יש לדאוג לכך שההקצאה הכוללת תתחשב בכל מרכיבי ההבדלים בין הקופות ותחלק את סך המשאבים בדרך הוגנת. זו דילמה הקוראת לכיסוי של מרב הקריטריונים החשובים בהקדם.

- כל המשקלים של הקריטריונים השונים משמשים תמריצים להתנהגות נכונה של הקופות, ולכן "סבסוד צולב" או "איזון" בין שני משקלים מעוותים כשלעצמם מחטיאים את המטרה העיקרית של ההקצאה.
- עדכון משקלים של קריטריונים קיימים נעשה בדרך כלל על סמך נתונים ארציים על פעילות רפואית ועל סמך ההוצאות בפועל של כל הקופות. כאן עשויה להתעורר בעיה של "סיכון מוסרי" ("ניפוח" עלויות לקבוצות מסוימות על מנת לזכות בהגדלת המשקל לקבוצה). בעיה זו מנעת במידה רבה אם העדכון נעשה על בסיס (ממוצע) העלויות של כל הקופות. במקרה כזה קופה "יעילה" תקבל פרס וקופה שאינה יעילה עונש, וכך לכולן יהיה תמריץ להתייעל. כמובן שיש לשים לב אם מדובר ב"התייעלות" או בהורדת רמת השירות (דוגמה: לאחרונה הורד התעריף עבור דיאליזה ע"י המשרד. קופה העורכת את מרב הטיפולים בבתי חולים, שם הטיפול יקר יותר, נמצאה "מפסידה").

■ נוסחת הקפיטציה הפרוספקטיבית

- **עקרונות העדכון**
- הדרישה לדיוק היא טבעית אך אין להגזים בה עד כדי שלילת שימוש בקריטריון או משקל שאין לגביהם אפשרות לדיוק מרבי:
- בישראל רק ארבע קופות והן גדולות למדי, שיעורי המעבר קטנים ורוב החברים, בעצם משפחות, מבליים בקופה אחת שנים רבות; החברות של משפחות שלמות מאזנת בין מגזרים וקבוצות גיל.
- התחרות היא בין מלכ"רים ולא בין גופים עסקיים ולכן התחרות, ואולי גם המאמץ לסלקציה אינם חריפים.
- אמנם שיעור המעברים בין הקופות אינו גדול, אך בפועל יש תהליך איטי, של התקרבות במבנה הסוציו-כלכלי והבריאותי בין הקופות, הנובע במידה רבה מן התמותה והמצטרפים החדשים, כולל עולים.
- מכל אלה נובע שעדיף להוסיף לנוסחה קריטריון חשוב מאשר לפסול אותו גם אם אי אפשר להגיע לדיוק מלא. באותה מידה אפשר גם לוותר על הכללת קריטריונים שתרומתם לדיוק היא קטנה. במקרים אלה **השאיפה למושלם היא האויב של הסביר**.

שיקול חשוב שיש להביא בחשבון לפני הכללת קריטריון נוסף בהקצאה הוא האפשרות לשימוש מניפולטיבי ("סיכון מוסרי") על ידי הקופות, אם על ידי הכללת חולה/חבר בקבוצה לה אינו שייך ו/או על ידי הימנעות הקופה מלהוציא חולה מקבוצה בעבורה יש תגמול גבוה, למרות שניתן לעשות זאת על ידי טיפול מתאים.

עם כל אלה קיים ויכוח מסוים בין חברי הצוות על מידת הדיוק הדרושה בנוסחת הקפיטציה. הוויכוח מבוסס על חילוקי דעות בשני מישורים: **המישור האחד**, מה יעילותה של התחרות בין הקופות וחופש המעבר של החברים? ובאיזו מידה החברים בוחנים את התנהגות הקופות על פני כל מחזור החיים ומקבלים החלטות בהתאם? **המישור השני**, באיזו מידה ממלאות הקופות את מטרתן המוצהרת של אספקת מרב השירותים באיכות וביעילות ראויים, גם ללא תמריצים? והצד השני של השאלה מה עוצמת נטיית הקופות לבחור חברים "זולים" ולדחות (בדרכים שונות) חברים "יקרים"? "שביל הזהב" של הרמב"ם נראה כנוסחה מתאימה לגשר על פני חילוקי הדעות הללו.

⁵ טיעוני "קצה" לזכות הקופות ולצמצום מספר הקריטריונים בנוסחה מוצגים בנספח 4 ע"י עדי ברנדר.

חשוב מאוד להדגיש שקשה להחזיק ב"מקל" התנהגות הקופות בשני קצותיו בעת ובעונה אחת: אם מוכנים להניח שהקופות מתנהגות יפה גם ללא תמריצים ממוקדים מדי, אי אפשר לחשוך בהן שהן תטינה נתונים על מחלות או הוצאות כדי להגדיל את חלקן בהקצאה. אי אפשר לדבר על קופות שאינן בוחרות מבוטחים "זולים" אך מדווחות על יותר חולי סוכרת בעת ובעונה אחת.

● **קריטריונים להקצאה**

קריטריונים להקצאה: צד הביקוש

● **קבוצות גיל**

שימוש בקריטריון הגיל כקריטריון יחיד מטיל מעמסת סיכונים גבוהה מדי על קריטריון יחיד. הוא גם מתעלם מן השונות הגדולה בצרכים הרפואיים ומשונות השימוש בתוך הקבוצות ולכן גם מן תמריצים הדרושים במערכת. הנטייה לעבור קופה בין הצעירים גדולה יותר ולכן התחרות בין הקופות מבטיחה טיפול נאות בהם. הגדלת המשקל לקשישים תפצה אותם על העדר התחרות. שאלה מעניינת בהקשר זה היא האם כאשר צעיר מצטרף לקופה הוא רואה לנגד עיניו את איכות הטיפול בו כשהיה קשיש?

● **מצב בריאות: מחלות כרוניות**

הרפואה והספרות הרפואית רואים בתופעת המחלות הכרוניות פרדיגמה חדשה הדורשת גישות חדשות בארגון הטיפול וכן בתגמול (ראה סדרת מאמרים ב- BMJ כרך 19, 330 למרץ 2005 ובמיוחד על תגמול את מאמרם של Dipiero and Sanders עמ' 57-65).

בישראל למעלה מ-15% מהאוכלוסייה לוקים באחת מכמה מחלות כרוניות. כל אלה בשיעורים עולים באופן תלול עם הגיל (ראה לוח 4). בעוד שעד גיל 55 שיעורי התחלואה של הקופות דומים, השיעורים של כללית ולאומית גבוהים בקבוצת הגיל 55 עד 64 והשיעורים בלאומית ובמאוחדת גבוהים יותר בגילאי +65 (סקר הבריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 1999/2000).

ההוצאות הרפואיות לחולה כרוני בישראל הן בין פי שניים לפי שלושה מאלה של אנשים שאינם חולים באותה קבוצת גיל. חישוב שנערך בשב"כ הראה כי 19% מהמבוטחים אשר חולים במחלה כרונית "אחראיים" על למעלה ממחצית מהוצאות הקופה.

לוח 4: חולים בלפחות מחלה כרונית אחת בכל אחת מהקופות (באחוזים)

קופה	1999/2000	1996/7
כללית	17.1	16.2
לאומית	14.3	17.3
מכבי	13.0	9.9
מאוחדת	11.1	9.9
סך הכול	15.2	14.0

חלק גדול מן החולים בגילאים המתקדמים חולים במחלות כרוניות. מרגע התפרצות המחלה הם הופכים לצרכנים גדולים יותר של שירותי בריאות לטווח ארוך. הפיצוי על הטיפול בהם צריך על כן להתחשב לא רק בהוצאה הצפויה הגבוהה יותר אלא גם בכך שמדובר בתכנית טיפול לזמן ארוך ובפוטנציאל לחסכון בעלויות ולשמירה על איכות חיים טובה יותר בעקבות טיפול מוקדם וטוב יותר.

לרוב אפשר לקבוע אובייקטיבית את מועד התחלת המחלה (התקף לב או שבץ, רמת סוכר, רמת לחץ דם, איתור גידול ממאיר, צורך בדיאליזה ועוד). טיפול טוב וגילוי מוקדם עשויים לעכב את התפרצות המחלה ואת הידרדרותה אך עם זאת מועד תחילת המחלה והתנהלותה על פני זמן נקבעים גם על ידי גורמים חיצוניים רבים שאינם בשליטת קופות החולים.

התגמול הראוי עבור מחלות כרוניות אינו פשוט ולעתים הוא דורש שילוב של תמריץ עבור רמת מניעה ודחייה של המקרה עם פיצוי ראוי על ההוצאות הנגרמות לאחר שהמחלה פרצה. קביעת מערכת התגמול דורשת נתונים ברמת פירוט גבוהה ומחקר. לאור האמור מוצע כי היחידה החדשה להקצאה תיתן העדפה למחקר שיביא להנהגה של תמרוץ ופיצוי ראויים עבור שורה של מחלות כרוניות ונכויות. בינתיים יש לשקול הוספה מיידית של מספר קטן של "מחלות קשות" בנוסף לאלה הקיימות עתה ובלבד שהן עומדות בקריטריונים של הגדרה ברורה ושונות סבירה בהוצאות בין החולים.

• קריטריונים אפשריים נוספים

קריטריונים נוספים שראוי לשקול להכניסם לנוסחת הקפיטציה הם:

- מין (כהמלצת הוועדה).
- מעמד סוציו-כלכלי (כנס ים המלח לשנת 2003 המליץ על הוספת משתנה זה לנוסחת הקפיטציה).
- אזור (או סוג אזור: מרכז או פריפריה).

בכל מקרה של הוספת קריטריון לנוסחה יש לתקן את המשקלים הניתנים לשאר הקריטריונים על פי התפלגות החולים המתאימה. המשקל יהיה תמיד "ל"תא" של חברי קופות המוגדר על פי כל הקריטריונים הנכללים בנוסחה (לדוגמה: את ההוצאה על החולים במחלות כרוניות יש להפחית ממשקלות הגיל על פי התפלגות הגילים של החולים; כנ"ל יש לעשות אם נכללות קבוצות על פי מעמד סוציו-כלכלי, אזורי וכד').

קריטריונים להקצאה: **צד היצור**

הכוונה להבדלים בהוצאות הייצור בין הקופות הנובעים מהבדלים בגודלן ובמבנה שלהן ושלקופות אין שליטה עליהם.

• יתרונות (או חסרונות) לגודל היכולים לנבוע ממספר תחומים:

- מכוח מונופוליסטי ברכישת שירותים בבתי חולים (כאן היתרון יכול להיות גם מקומי) ותרופות.
- ממרכיב של "הוצאות קבועות" ברמת הקופה, כמו הנהלה או מטה, מרכז חישובים וכד'.
- מסיכוי רב יותר ל"תעסוקה מלאה" של יחידות השירות.
- מכוח מונופוליסטי של קופה כלפי החברים, כאשר יש נוכחות של קופה בודדת באזור (אנגלצ'ין- ניסן 2005).

- **חסרונות** לגודל עשויים לנבוע מנטל אדמיניסטרטיבי כבד של שליטה בארגון גדול מדי. התיאוריה הכלכלית מכירה בגודל אופטימלי של ארגונים, שהוא היעיל ביותר. בין השאר גם בגלל הוצאות ניהול ושליטה.
- גם בתחום זה יש להביא בחשבון את תנאי ההתחלה הארגוניים, הלא שווים בין הקופות, עם כניסת החוק ולבדוק דרכי פיצוי (כאשר יש הצדקה בדוקה). עם זאת יש להיזהר מיצירת תמריצים שליליים להתייעלות. המערכת צריכה להיות מעוניינת בהתכנסות הקופות לגודל יותר אחיד.

• **הבדלים במבנה:**

- ההשלכות של בעלות שב"כ על בתי חולים (יתרונות וחסרונות).
- הבדלי עלויות בין שיטת מרפאה לשיטת החוזה עם רופאים (האחרונה יותר גמישה).
- הבדלים בפריסה הארצית (בפריפריה עלות גבוהה יותר הנובעת מעודף קיבולת אך גם משימוש קטן יותר בשירותים).
- הבדלים מובנים ולא ניתנים לשינוי בתחום הסכמי השכר בין הקופות.
- גם בתחום זה יש להקפיד על בחירת קריטריונים שאינם תלויים בהחלטות עתידיות של הקופות ושיימנעו השפעה על התנהגות.
- תיקון ההקצאה בגין ההבדלים בצד הייצור מותנה במחקר.

2.3 סיכום והמלצות

הדיון התמקד בעקרונות של נוסחאות ההקצאה, במידת הפירוט הרצויה, במשקל הרצוי של המרכיב הפרוספקטיבי ומרכיבים אחרים, ובדרכי עדכון הנוסחאות על פני זמן. לגבי עקרונות נוסחת הקפיטציה הייתה הסכמה שיש בידי הוספה של מספר קריטריונים נוספים לשפר את הנוסחה ואת הקצאת המקורות. אי ההסכמה הייתה בעיקר בתחום של היכולת להוסיף קריטריונים ללא "השפעות משניות" שליליות על התנהגות הקופות. על בסיס זה נראה שהייתה יותר הסכמה לדון בהוספה של מספר "מחלות קשות" (המוגדרות היטב), מצב נכות ואף מעמד חברתי-כלכלי, בהיות שני האחרונים נקבעים ע"י המוסד לביטוח לאומי ולא ע"י הקופות. לא הייתה הסכמה על הכללת קריטריונים אחרים של מצב רפואי, כמו מחלות כרוניות במצב קשה, או משתני גודל ומבנה הקופות ("צד ההיצע"). כמו-כן הייתה תמיכה במסקנות הוועדה הבין משרדית שעדכנה את משקלות קבוצות הגיל, ואת תעריפי המחלות הקשות והוסיפה את משתנה המין. הדיון גם ראה בחיוב את האפשרות שצוות "מדדי האיכות" ימליץ על תגמול כספי עבור עמידה ברמות איכות נדרשות. בדרך זו ישתלב מרכיב רטרופקטיבי בנוסחת הקפיטציה, דבר חיובי כשלעצמו; תגמול עבור פעילות מניעה וגילוי מוקדם של מחלות עשוי גם להקל על הכנסת משתני מצב בריאות (מחלות כרוניות) לנוסחת הקפיטציה. לבסוף גם הוסכם לחפש דרכים, למשל בדרך של ביטוח משנה, להקל על הקופות לעמוד בהוצאות חריגות של חולים יקרים במיוחד.

הדיון בעקרונות ההקצאה בים המלח חיזק את המלצות הצוות המכין כי את נושא עדכון נוסחת הקפיטציה יש להפקיד בידי גוף מקצועי בעל עצמאות מספקת (הקשור בדרך זו או אחרת למשרד הבריאות) שיעסוק בעדכון מעת לעת של משקלי הקריטריונים הכלולים בנוסחה, במחקר מעמיק ובבחינת הצורך והדרכים האפשריות להרחיב את הנוסחה ואף לעשות כך אם ימצא לראוי. לגוף הנ"ל תהיה סמכות לקבל את כל הנתונים הדרושים לשם עבודתו. דוגמה אפשרית, אך לא הכרחית, לגוף כזה היא רשות החשמל. המלצה דומה, הושמעה ע"י מספר גופים בעבר ולאחרונה ע"י ועדת אמוראי (עמ' 30); זו האחרונה אולי חריפה קצת פחות.

3. מעורבות הממשלה בקביעת המחירים

3.1 רקע

מערכת המחירים עליה מפקח משרד הבריאות, הנה מערכת מחירים מרביים, בהתאם לצו הפיקוח על המחירים. בהתאם לחוק, אלו המחירים המרביים אותם רשאים בתי החולים לגבות עבור שירותיהם. עם התפתחות התחרותיות והשוק בין קופות החולים לבתי החולים, בעיקר לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גברה התחרות ועמה עסקאות על אספקת שירותים במחיר נמוך ממחירי המקסימום בהתאם להסכמה בין הקונים והמוכרים. בשנים האחרונות חלק ניכר מההתקשרות בין בתי החולים לקופות החולים נעשה במסגרת הסכמים המבטאים את השפעת כוחות השוק. מעבר זה של מחירי בתי החולים מהיותם בעיקר מחירים מנהליים או חשבונאיים למחירים המשפיעים על הקצאת המקורות ועל התנהגות השחקנים, חידד את החשיבות שהמחירים הנקבעים ע"י המשרד ו/או בשוק יהיו מחירים "נכונים" המשקפים עלויות (ראה להלן). מחירים המשקפים עלויות מעודדים שימוש בכמויות אופטימליות של שירותים, לא פחות מדי (כמו קוצבי לב) ולא יותר מדי (כמו אשפוז בפנימיות), ולניצול מושכל של ציוד ותשתיות.

בהקשר זה מתעוררות שתי בעיות או קבוצות של בעיות:

הבעיה הראשונה היא שמחירים רבים נקבעו בעבר ללא ניתוח מספק של העלויות ומחירים אחרים לא עודכנו בזמן. במקרים אחרים נקבעים ובצדק מחירים גבוהים לשירותים חדשים, אך כשעלותם יורדת יש פיגור בהתאמתם כלפי מטה. מחירים אחרים נקבעו ע"י המשרד כמחיר ממוצע לקבוצה של שירותים עם שונות גבוהה בעלויות בין המרכיבים בקבוצה. לבסוף לעתים נקבעו מחירים לא על פי עלויות השירותים השונים אלא למטרות אחרות, כמו למשל לאזן את תקציבם של בתי החולים. דוגמה בולטת לשתי הבעיות האחרונות היא מחיר יום האשפוז שעד לאחרונה היה זהה לכל מחלקות האשפוז (להוציא "תעריפים דיפרנציאליים"), וקביעת רמתו שמשה לאיזון תקציבי בתי החולים. כל אלה מהווים תמריצים לעיוות הקצאת המקורות ולירידת היעילות.

הבעיה השנייה היא שהמחירים הנקבעים בשוק (מתחת למחירים המרביים) גם הם לא משקפים את העלויות בפועל, וזאת בגלל שורה ארוכה של "כשלי שוק", חלקם טיפוסיים למערכת הבריאות בכל מקום וחלקם השני הם תוצאה של מבנה שוק הקופות ובתי החולים בארץ.

קבוצת הכשלים הראשונה כוללת:

א. קיום מצב של "מונופול טבעי" בתחום שירותי בתי החולים, ולעתים גם בשימוש ביחידות ציוד יקרות. המונופול הטבעי הוא מצב שבו לשירות יש מרכיב גבוה מאוד של עלויות קבועות וכתוצאה מכך ברמה השכיחה של אספקת השירות, העלויות השוליות נמוכות במידה ניכרת מן העלויות הממוצעות. תחרות בין ספקים תביא לכך שהמחיר בשוק ירד לרמת העלויות השוליות, שזו התנהגות "אובדנית" של ספקי השירות, שתביא בסופו של דבר לצמצום בכמות השירות ואיכותו מתחת לרצוי, ולכך שבטווח הארוך לא יוכל בית החולים (או בעל מכשיר ה-MRI) לקיים את עצמו. במצבים כאלה נדרשת התערבות חיצונית (ראה להלן).

ב. לעתים קרובות המדינה מגבילה את כמות התשומות העיקריות כאמצעי לבלימת שימוש יתר. הדוגמה השכיחה ביותר היא הגבלת כמות מיטות האשפוז. במקרה כזה "מחיר השוק" יהיה גבוה בהרבה מן העלויות. כשלון של המדינה באכיפת המגבלות הללו יכול לגרום להגדלת ההיצע של השירותים ולירידת מחירי השוק לרמות מסוכנות. כאן זו לא בעיה של מונופול טבעי אלא של עודפי קיבולת (ו"כפילויות").

ג. לכמה שירותים רפואיים יש "השפעות חיצוניות", חיוביות או (שליליות). במקרים אלה מוצדק לסבסד או (למסות) את השירות.

כאן המקום להעיר שתי הערות על המושג "עלויות" או "עלויות נכונות" בו נעשה שימוש רב בדיון. ראשית, בחישוב העלויות יש להביא בחשבון גם עלויות סמויות, כמו סבסוד סמוי של בתי החולים באמצעות פטורים ממסים ומתשלומי פנסיה או כל דרך אחרת.

שנית, העלויות הרלבנטיות בעסקאות ולצורך קביעת מחירים בין הקופות לבתי החולים הן עלויות בתי החולים, וכך צריך להיות. מה, אם כן המעמד של "עלויות" הנגרמות לחולה? או להפרש עלויות הנגרמות לחולה בין שתי פרוצדורות, כמו ניתוח חודרני או ניתוח לפרוסקופי? הראשון זול יותר לבית החולים (האמנם?) והשני לחולה; וזאת אם מביאים בחשבון גם את הפרש ההוצאות בפועל (הפסד ימי עבודה, טיפולים משלימים ועוד) וכמובן גם את הסבל הנוסף (הטראומה). הפרש זה בין העלויות לבית החולים ול"חברה" (עלויות "חברתיות") הוא סוג של השפעה חיצונית שצריכה לבוא בחשבון בעת קביעת המחיר (נתעלם מן השאלה מה כלול בסל ומה לא? והאם המבוטח צריך להשתתף בתשלום או לא?).

קבוצת הכשלים השנייה כוללת את כשלי השוק במערכת הישראלית. רובם נובעים ממבנה השוק שבו במישור הארצי יש רק ארבע קופות ולמולן 26 בתי חולים אקוטיים. קופות החולים רוכשות כ-85% מכלל שירותי בתי החולים. בעוד שברמה הארצית נראה שלקופות יתרון כקונות שירותים חזקות היכולות להוריד מחירים ע"י "משחק" בין בתי החולים (כוח מונופוליסטי), ישנם מספר אזוריים מרוחקים מן המרכז בהם המצב הפוך (כמו אזור באר שבע שבו בית חולים אחד למול ארבע קופות) ואז יש לבית החולים כוח מונופוליסטי. בנוסף העובדה שחלק מן הפניות לבתי החולים הם למקרים דחופים מקנה לבית החולים כוח שוק מסוים⁶. למונופול יש יכולת להעלות את המחיר מעל העלות (ולצמצם כמות) ולמונופסון להוריד מחיר (וגם לצמצם כמות). הגדלת אפשרויות הניידות בין בתי החולים מחזק עוד יותר את מעמד הקופות. המצב מסתבך כיוון שבבעלות שירותי בריאות כללית כמעט שלישי מן המיטות האקוטיות, עובדה זו מאפשרת לקופה להחליף כובעים לפי הצורך וכן להפלות בין שירותים הנמכרים בתוך הקופה לבין אלה הנמכרים לקופות אחרות (ראה דיון על כך להלן). לבסוף יש להדגיש כי המדינה היא בעלת הכוח האולטימטיבי במערכת כולה, אך כבעלת בתי חולים היא גם בעלת כוח מונופוליסטי בשוק. בידי המדינה הכוח לאזן את כשלי השוק בדרכים שונות, כולל קביעת מחירים (הן מקסימליים והן מינימליים).

כמה בעיות בתפקוד הלא יעיל של המערכת נגרמות ע"י שילוב של מספר בעיות וכשלים מבין אלה שנמנו לעיל ומתחומים שונים. בעיה אחת כזו היא שהתעריפים הגבוהים (מדי) של בתי החולים לחלק מן השירותים האמבולטוריים מביאים את קופות החולים להקים תשתיות לאספקת שירותים אלה בתחומן. התנהגות זו יכולה לנבוע מכוחן של הקופות בשוק, אך גם מכך שתעריפי בתי החולים שנקבעו ע"י המשרד גבוהים מהעלויות הנכונות, ושהורדתם לרמה הנכונה תמתן את המגמה. אכיפה של המגבלות על התקנת ציוד יקר גם היא תסייע לפתרון הבעיה.

הדיון התמקד בשאלה מה מטרות השימוש במחירים? האם ומתי ראוי לסטות מן העיקרון שמחירים חייבים לשקף עלויות חברתיות? אילו מחירים ניתן להניח להיקבע ע"י השוק והיכן ראוי להתערב? מהן דרכי קביעת המחירים ועדכונם? ומי צריך לעסוק בכך? במהלך ההכנות לכנס עודכן הצוות המכין כי החל פרויקט של מדידת עלויות מערכת האשפוז, שבעקבותיו ייקבעו מחירים ודרכי ההתחשבות במערכת, שיטפלו בכשלי השוק שנמנו לעיל ובאיזון השווקים. דיוני הצוות על כן התקיימו במועד מתאים. מכיוון שתהליך התמחור לעיל עשוי להמשך זמן ניכר, עסקנו גם בחיפוש פתרונות ואמצעים שראוי ודחוף לנקוט בטווח הקצר. כאמור התמקדנו בעיקר במחירים של מערכת האשפוז תוך התייחסות כללית לנושא קביעת המחירים.

⁶ יש חילוקי דעות לגבי מאזן הכוחות בשוק בין בתי החולים לקופות.

3.2 עיקרי הדיון

◀ כללי

ככלל, מערכת הבריאות הישראלית מושתתת, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, על עקרונות של **תחרות מנוהלת** (managed competition) בתחום שירותי הרפואה הקוראטיביים אשר באחריות קופות החולים ובהם אנו עוסקים. על פי עקרונות אלה, המדינה – הנושאת באחריות העליונה לתפקוד המערכת – יוצרת שוק פנימי במסגרת התקציב הציבורי המיועד לשירותים בהם מדובר. בשוק זה קופות החולים מתחרות על טיב השירות שהן מספקות לחבריהן באמצעות ארגון צריכת השירותים ורכישתם מספקי שירות, לרבות ספקים שהם בבעלות הקופות. ספקי השירות, מצידם, אמורים להתחרות בשוק זה על מכירת שירותים לקופות. בהתאם לגישה הכללית המתבססת על רעיון התחרות המנוהלת, רצוי להשיג את מרב ההסדרה והתמריצים בעזרת מערכת מחירים נכונה, ורק כאשר זה לא ניתן לפנות להסדרה ותקינה מנהליים.

בהתאם לעקרונות אלה, על הממשלה להתערב בקביעת המחירים או לנהל את השוק במידה שמחירי השוק הפנימי פוגעים בפוטנציה או בפועל בקידום מטרות המערכת. ברוב המקרים פגיעה כזו תתרחש כאשר המחירים אינם משקפים עלויות, אלא התנהגות מונופוליסטית, מונופוסוניסטית ו/או אפליה במחירים בין ספקים או קבוצות חולים. סטיית מחיר מעלות השירות מוצדקת רק כאשר יש "השפעות חיצוניות" חיוביות או שליליות.

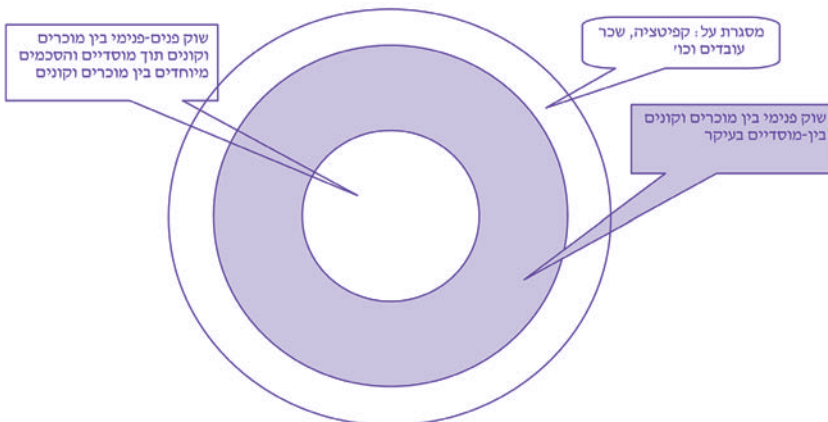
סוגיה נוספת הקיימת בתחום קביעת המחירים עבור שירותי בריאות היא שבתחומים מסוימים קובעת המדינה גם את כמות התשומות העומדות לרשות המערכת, כמו מספר מיטות ורכיבי ציוד יקרים במיוחד (וגם תקני כוח אדם, אשר בהם ובשכר העבודה איננו עוסקים הפעם). בהיקבע הכמות, רצוי שהמחיר יסייע בוויסות הביקוש וההיצע, מניעת תורים או שימוש יתר, וזו סיבה נוספת להתערבות המדינה בקביעת המחיר.

לאחר שנקבעו מחירים ראויים על המערכת לדאוג לכך שההקצאה הכללית לקופות, תהיה עקבית עם מחירים אלה ותביא גם לאיזון תקציב בתי החולים של המדינה. כאמור איזון כזה ראוי שלא ייעשה על ידי עיוות מחירים וסבסוד צולב.

◀ מעגלי השווקים והמחירים

שלושה מעגלי שווקים ומחירים הם מענייננו, כמתואר באיור 2.

איור 2: מעגלי השווקים והמחירים



המעגל החיצוני, הראשון, הוא "המעטפת" הקובעת בסופו של יום את התקציב הריאלי העומד לרשות המערכת בה מתנהלות קופות החולים ואת מסגרות הביקוש וההיצע הבסיסיים. במעגל זה נקבעים:

- תקציב המדינה למערכת.
- שכר עובדי המערכת.
- ביטוחים משלימים.
- השתתפויות בתשלום.
- מנגנון הקפיטציה.
- הסדרת תשומות בסיסיות, בעיקר מספר מיטות וטכנולוגיות "יקרות".

הביטוחים המשלימים וההשתתפויות משנים את מסגרת התקציב הציבורי (ואולי אף משתתפים בהכנתה). קביעת השכר, על ידי המדינה או בהשתתפותה, מכתיבה את מחיר התשומה העיקרית במערכת, ובמידה ניכרת את התקציב הריאלי העומד לרשותה.

מעגל המחירים השני הוא השוק העיקרי בו ענייננו. בשוק זה קונות קופות החולים שירותים מספקי השירות השונים, והאחת מהשנייה. במעגל זה נמצא גם שוק שירותי האשפוז שהוא השוק המרכזי לצורך הדיון. ככלל, מערכת המחירים בשוק זה כוללת:

1. מחירי "שוק חופשי" בנושאים בהם אין תעריפים שנקבעו אדמיניסטרטיבית (למשל תרופות).
 2. תעריפים אפקטיביים המשמשים בפועל לעסקאות בין מוסדות (למשל מחיר יום אשפוז).
 3. מחירי "שוק חופשי", למרות קיום של תעריפים שהם מחירי מקסימום (או מחירי מינימום), הכוללים מחירים לשירותים אמבולטוריים רבים, כולל ניתוחים פשוטים.
 4. "תעריפים שוליים" הנקבעים על ידי נוסחאות חסמי הוצאה (שיטת הקפינג).
 5. מחירים (בלתי ידועים לעיתים) הנקבעים בהסכמים בין קונים ומוכרים. הסכמים אלה חייבים לקבל אישור משרד הבריאות. סביר שמרבית ההסכמים הללו הם:
- ברמות מחירים נמוכות משאר השוק או מהתעריף הממשלתי כאשר השוק מונופוליסטי.

- ברמות מחירים גבוהות מהשוק או מהתעריף הממשלתי, כאשר השוק הוא מונופוליסטי.
- מצבים מורכבים של שוק דואופולי, מונופול מול מונופסון. כאן אין אפשרות לדעת את רמת המחירים שיקבעו. רמת המחירים שתקבע מותנית בין השאר בכוח השוק ובכוח המיקוח של הקונה והמוכר.

המעגל השלישי הפנים מוסדי, הוא מעגל מחירי ההעברה הפנימיים בתוך קופות החולים ובמוסדות אחרים. [אולם לצורך דיון זה, גם הסכמים בין קופות חולים לבין בתי חולים או עם כל ספק שירות אחר (5 לעיל), הם בפועל מחירי העברה פנימיים באשר אלה קובעים בהגדרה מחיר שירות השונה מהמחיר שהיה מתקבל בשוק]. מחירי העסקאות האלה יכולים להיות מונופוליסטיים או מונופוליסטיים אך גם מחירי שוק נכונים.

העיקרון המנחה את הדיון הוא שהמחירים חייבים לשקף עלויות ושעבור שירות אחיד חייב להיות מחיר אחיד, בכל סוגי העסקאות.

◀ **כשלי השוק העיקריים ועקרונות הטיפול בהם⁷**

● **מחיר יום אשפוז:** מחיר יום האשפוז, אחד ממחירי המפתח במערכת, מרכז בתוכו מספר גדול של כשלים שהזכרו לעיל: מחד כשלי השוק מחייבים את קביעת התעריף(ים), אך מאידך קביעה של תעריפים לא נכונים גורמת מצדה בעת ובעונה אחת לעיוותים חדשים או נוספים בשוק. ראשית, הגבלת מספר המיטות הוא המכשיר העיקרי לוויסות היצע שירותים בכל מערכת בריאות (גם זו של ארה"ב). שנית, לעלות יום האשפוז יש עלויות קבועות גבוהות ביחס לסך העלויות, דבר הנותן תמריץ ל"מלא מיטות" כמעט בכל מחיר. זהו מצב של "מונופול טבעי" האופייני לשירותים נוספים במערכת הבריאות. שלישי, מחיר יום האשפוז הנהוג בארץ הוא מחיר ממוצע בין אשפוזים זולים מאוד ויקרים, דבר המגביר את התמריץ למלא מיטות במחלקות הזולות. רביעית, לעתים גם המחיר ה"ממוצע" נקבע ברמה הקשורה יותר לצורך לאזן את תקציב בתי החולים מאשר לעלויות האשפוז. הנהוג להשתמש במחיר כאמצעי לאיזון תקציבי בתי החולים גורם לעיוות בתפקיד התמריץ ובהקצאה הנכונה של המקורות. גם הסדר ה"קפינג" באשפוז, הקובע מחיר שולי מקומי שאינו מבוסס על הוצאה שולית בפועל אלא נגזר מ"הכנסת מטרה", מעוות את השימוש במיטות עוד יותר⁸. אין בארץ שימוש בהשתתפות עצמית בתשלום עבור אשפוז, דבר שהיה יכול (אולי) לרסן ביקושים.

ישנן כמה דרכים לפתרון, האחת של תשלום קבוע לבתי החולים וגביית מחיר שולי בעבור אשפוזים, והשנייה בניית תעריף אשפוז הבנוי מסכום קבוע + מחיר שולי לכל יום נוסף. גם שימוש רחב יותר ב- DRG עוזר לפתרון הבעיה. בכל המקרים חשוב להתחיל ממחיר נכון ליום אשפוז המביא בחשבון עלויות. מחיר כזה חייב להיות שונה בין המחלקות (תהליך שאמנם החל לאחרונה). את האיזון התקציבי של בתי החולים, יש להשיג בדרכים אחרות.

● **"טכנולוגיות יקרות" ומונופול טבעי:** כאן מדובר בעיקר בציוד המשמש לצרכי דיאגנוזה: CT, MRI וכד'. אלה הן טכנולוגיות המאופיינות גם כן בהשקעה ראשונית גבוהה ובהוצאות שוליות נמוכות יחסית להוצאה הקבועה. גם כאן יש מצב של מונופול טבעי ובתנאי תחרות עלול להתפתח מצב של מחירים נמוכים מן הממוצעים, המשקפים עלות שולית. מחיר כזה שאינו מכסה עלויות גורם הפסדים למפעיל בטווח הארוך ובעת ובעונה אחת גם מעלה את כמות השימושים אל מעל הרמה הסבירה. על מנת למנוע את שתי התופעות המדינה יכולה:

- לקבוע מחיר מינימום ברמת ההוצאה הממוצעת. או;
- לקבוע מחיר השווה להוצאה השולית ולשאת בהפרש ההוצאה בין העלויות השוליות והממוצעות.

הפתרון השני עדיף כאשר מעוניינים לאפשר לביקוש לקבוע את רמת השימוש ולנצל טוב יותר את הטכנולוגיה והפתרון הראשון עדיף כאשר מעוניינים להגביל כמויות.

עד כמה שניתן לראות למדינת ישראל אין מדיניות מגובשת בכל הנושאים הקשורים לאופטימיזציה באמצעות מחירי מינימום, וזאת למרות חשיבות הנושא במערכת הבריאות. המדיניות העמומה נובעת אולי מחוסר אפשרויות אכיפה אפקטיביות.

● **התנהגות מונופוליסטית הנובעת ממספר קטן של שחקנים:** מצב כזה עשוי להתפתח בשוק הלאומי אך הרבה יותר בשווקים אזוריים בהם מספר השחקנים עוד קטן יותר. מצב כזה

⁷ הדיון להלן מסתמך בחלקו על המאמר של באומל, 1997.

⁸ יצוין שקביעת מחיר לאשפוז (לפי יום, DRG וכד') עשויה לסייע להשגת מטרה זו או אחרת, אך אינה תחליף לקביעת מספר מיטות ומטרות תקציביות.

עשוי להתפתח כשיש רק בית חולים אזורי אחד המוכר שירותים לקופות או קופת חולים אחת המספקת שירותים הן למבוטחיה והן למבוטחים של קופות אחרות. מונופולים נוטים להעלות מחירים מעל לאלה שהיו נקבעים בשוק משוכלל ולצמצם בכמויות, ואלה עלולים לפגום ביעילות המערכת. מונופולים מקומיים גם פוגעים בשוויוניות מאחר שבאזורים בהם התחרות מוגבלת ישררו מחירים גבוהים יותר וכמויות השירות ואיכותו יוגבלו ובכך יופלו לרעה אותם התושבים לעומת אזורים אחרים. מטבע הדברים התחרות מוגבלת יותר באזורי הספר, כך שהנפגעים הפוטנציאליים הם מגזרי אוכלוסייה חלשים.

פתרון ההתערבות במקרים אלה הוא ע"י קביעת מחירי מקסימום ופעולות משלימות להגברת התחרותיות, כולל הכוונה ממשלתית של השקעה חסרה בפריפריה (למשל מכון לשיקום לב בדרום).

● **התנהגות מונופסוניסטית:** נובעת מאותו מצב שוק, אלא שכאן קיים לחץ של קונה יחיד על הספקים להוריד מחירים (ולצמצם כמויות). ה"חשודות" במקרה זה הן קופות החולים בקנותן שירותים מבתי החולים וספקים אחרים. גם כאן התופעה יכולה להיות ארצית ומקומית ועם השפעות דומות על השוויוניות. כפי שראינו בכמה שירותי בריאות חובר ללחץ זה הפער בין ההוצאה הקבועה של הספק וההוצאה השולית הנמוכה.

פתרון ההתערבות במקרים כאלה הוא בקביעת מחירי מינימום (כפי שהיה במקרה של המונופול הטבעי). בנוסף יכולה המדינה לפקח על חוזי ההתקשרות בין הקופות ומוסדות האשפוז, כפי שאמנם נעשה.

ההלימה בין מחירי המעגל הפנימי ביותר, לרבות אלה המבטאים הסכמים בין הקופות לבתי החולים, ואלה של המעגל השני נוגעת לשימוש במחירים גם כאמצעי לקביעת מדיניות. נניח שהממשלה קובעת מחירים נכונים לפי קריטריון זה או אחר, כאמצעי לתמיכה במטרות המערכת, השאלה העומדת לדיון היא האם קופת חולים, למשל, רשאית באמצעות מחירי העברה פנימיים או הסכם ל"הפריע" למדיניות זו? התשובה היא בגישה למחירים פנימיים/ הסכמים בכלל. הפתרון לדעתנו הוא מצד אחד להיצמד למדיניות שעל המחירים לשקף בדרך כלל עלויות, ומאידך לאסור על הקופות לסטות מן המחירים האלה גם בעסקאות פנימיות.

● **אפליית מחירים:** מעמד מונופוליסטי או מונופסוניסטי של קופה או ספק מאפשר להם לא רק לעוות מחיר אלא גם להפלות במחירים בין קונים (מוכרים) וכן בין קבוצות מבוטחים. העיוות הנגרם כאן הן ליעילות והן לשוויון הוא ברור. התנהגות כזו מהווה הפרה של העיקרון – הנהגת מחיר אחיד עבור שירות אחיד לכולם. דרכי המעורבות שנמנו לעיל, של מחירי מינימום ומקסימום עשויים לפתור חלק מן הבעיה, אך זהו גם תחום פעילות לגיטימי של הממונה על ההגבלים והמפקחים על החוזים במשרד הבריאות (צוות אחר עוסק ביתר פירוט באופי החוזים בין הקופות לבתי החולים).

● **מחירי העברה פנימיים והסכמים מיוחדים בין קופות וספקים:** בעולם בו קופות החולים אינן מספקות שירותים, כמו באירופה, והתחרות בשוק הפנימי משוכללת, המעגל הפנימי חסר משמעות. כל ספק יעיל וזול ימכור לכל הקופות המעוניינות.

כאשר קופות החולים גם מספקות שירותים, עולה הבעיה של ההלימה בין המחירים הפנימיים אשר קובעת הקופה בין יחידותיה השונות, מרפאות ובתי חולים, מעבדות, רופאים עצמאיים וכד' לבין אלה אשר נקבעים עם ספקים או רוכשים חיצוניים (במעגל השני). הבעלות של שירותי בריאות כללית (שב"כ) על כ-30% מסך מיטות האשפוז בישראל יוצרת בתחום זה קושי נוסף: מחוזות הקופה – הקונים שירותי אשפוז – יכולים אפוא לקנות שירותי אשפוז

במחיר שונה מזה אשר קובעת המדינה⁹. כמו כן יכולה שב"כ לגבות מחירי אשפוז שונים ממבוטחיה, לעומת מבוטחי קופות אחרות. לכך מתווספים הסכמים – בלתי שקופים – בין מוסדות האשפוז של המדינה עם קופות חולים שונות.

על פי מה שכבר נאמר לעיל קיום של מחירים שונים עבור אותו שירות פוגע ביעילות, בהגינות ובשוויון ויש לאוסרם. במיוחד יש לציין מצב שבו קופה גובה מחירים שונים למבוטחיה לעומת מבוטחי קופה אחרת. מהלך כזה פוגע בתחרות ההוגנת בין הקופות. לא ייתכן שמחירי האשפוז בבתי החולים של שב"כ יהיו שונים לקופות השונות, או מחירי שירותי המרפאות באזורים בהם לא כל הקופות פועלות אך יש מבוטחים לכולן. במגזר העסקים של מונופולים טבעיים, כמו תחבורה, תקשורת ומדיה, מקובל שבעל התשתית של השירותים (מסילת ברזל, כבל תקשורת וכד') מספק שירותי תשתית לספקים חסרי התשתית במחיר אחד למחיר הפנימי.

פערים בין מחירים פנימיים (מחירי "העברה") למחירים "חיצוניים" יכולים לנבוע מכך שהאחרונים, כפי שנקבעו על ידי המשרד אינם משקפים עלויות "נכונות". המחיר הפנימי השונה (והנכון!) נקבע על מנת ליעל את המערכת. דרך אחת למנוע כפל מחירים היא להבטיח עד כמה שאפשר שמחירים הנקבעים ע"י המשרד יהיו קרובים עד כמה שניתן למחירי עלות, ושיעודכנו בזמן. דרך אחרת להבטיח מחירים חיצוניים "נכונים" היא להניח לשוק לקבוע אותם (כאשר אין כשלים אחרים).

האמצעים האחרים למניעת פער בין מחירים פנימיים לחיצוניים דומים לאלה שנמנו לעיל לגבי אפליית מחירים: איסור, ופיקוח ע"י מנגנון ההגבלים העסקיים ומפקחים אחרים.

● **מחירים שונים לפעולות זהות לכאורה:** למרות כל מה שנאמר לעיל יש לציין מצבים בהם יש הצדקה לקיום של מחירים שונים עבור מה שנראה כ "שירות זהה". כדוגמה אפשר לציין שירותי הדמיה שונים: בבתי החולים יש צורך להעמיד עודף קיבולת של שירותים אלה על מנת לאפשר שימוש בהם למקרים דחופים. מצב דומה קיים גם בחדרי מיון. בעיתות רגיעה אפשר אולי למכור שירותים אלקטיביים, הסובלים דיחוי, מאותו ציוד עצמו במחירים נמוכים יותר. מצב דומה יכול להתקיים גם עבור "אותו שירות" לכאורה בין בתי חולים שונים, בגלל מיקום גיאוגרפי, עומס הכשרה של רופאים וגורמים אחרים.

● **היחסים בין המחירים לאיזונים התקציביים במעגל החיצוני:** כפי שצוין לעיל מדיניות קביעת המחירים ע"י הממשלה נקבעת לעתים ע"י הצורך לשמור על האיזון התקציבי של בתי החולים. יש אולי פחות דאגה בתחום זה לאיזון דומה של הקופות (מחיר יום אשפוז השתנה לעתים מזומנות ללא עדכון עלות סל הקופות). אין צורך להכביר מלים על החשיבות של איזון תקציבי במערכת. בדרך כלל איזון זה הוא עקבי עם מחירים "נכונים" המשקפים עלויות (רוב ה"איזונים" הנעשים הם ע"י פיצוי באמצעות מחיר גבוה מדי על מחיר אחר שהוא נמוך מדי). כאשר אין הדבר כך, או כאשר יש הצדקה לסטות ממחיר עלות (למשל כאשר הפער בין עלות קבועה לשולית הוא משמעותי) ראוי לפצות את התקציב הפגוע באמצעות מענק ישיר ולא באמצעות עיוות במחיר אחר. שני מחירים מעוותים אינם מקזזים את העיוותים אלא יוצרים שני עיוותים.

⁹ לצורך העניין, מצב דומה יכול להתקיים בתחומים אחרים אשר הבולט שבהם הוא תחום התרופות.

3.3 סיכום והמלצות

מהדיון עולה שקביעת לפחות חלק מהמחירים בשוק שירותי הרפואה על ידי מנגנון ציבורי היא בלתי נמנעת. זאת נוכח המציאות של תחרות מנוהלת באמצעות מספר השחקנים המועט במערכת ושאר הכשלים. המציאות בשטח התאפיינה עד לאחרונה על ידי מערכת מושגית ומדיניות בלתי ברורים ביחס לתפקיד המדינה במערכת המחירים:

- חוסר שקיפות במערכת המחירים, בין השאר גם בעקבות הסכמים סודיים שמוסדות האשפוז חתומים עליהם.
- חוסר אבחנה בין טיפול בעלויות קבועות ועלויות ממוצעות וקביעת מחיר לפי עלות ממוצעת.
- נטייה למיצוע מחירים על פני פעולות שונות.
- חוסר במדיניות אפקטיבית בנושא מחירי מינימום.
- תהליכי עדכון בלתי אפקטיביים.

מכל המכלול שנדון למעלה התמקד הדיון במחירים של שירותים המשולמים ע"י הקופות לבתי החולים ובמחירי ההעברה הפנימיים של הקופות. בניגוד למצב תחרותי בו מחירים "נכונים" נקבעים ע"י מנגנון השוק, והם גם משקפים עלות, במערכת הבריאות בישראל המצב שונה:

1. במכלול הקופות ובתי החולים נקבעות כמויות של תשומות חשובות ע"י המשרד ולכן מחיר שיווי המשקל אינו משקף מחיר עלות. כשהמשרד קובע כמות ראוי גם לקבוע מחיר שישקף עלות.

2. בשוק שירותי הבריאות יש מצבי מונופול ומונופסון טבעיים, וכן מצבי מונופול ומונופסון הנובעים מן המספר הקטן של הקופות ובתי החולים (במערכת הארצית ועוד יותר באזורים מבודדים).

3. מצב המונופול הטבעי קיים בעיקר בבתי החולים ומתאפיין בעיקר בכך שחלק ניכר מעלויות הייצור הן קבועות (למיטות למשל). מחיר ה"שוק" במקרה זה משקף רק את העלות השולית. אם נקבע מחיר ממוצע, נוצר תמריץ לבתי החולים לגבות מחירים שוליים כדי למלא מיטות וזה לא יאפשר להם להתאזן בטווח הארוך (בו יש לחדש ציוד). פער כזה בין מחיר ממוצע לשולי לעיתים קיים גם בשימוש במכשירי הדמיה יקרים וכד'.

4. מצב מונופוליסטי (מונופסוניסטי) מאפשר למוכר (קונה) לגבות מחיר העולה על (נופל מן) העלות, ויוצר עיוות בהקצאת המקורות.

5. מצבים של מספר קטן של ספקים וקונים מאפשר לעתים גם להפלוגות במחירים בין ספקים וקונים שונים, וכאן, בנוסף לעיוות בהקצאת המקורות עשוי להיווצר גם אי שוויון בין קבוצות אוכלוסיה (באזורי הספר המחירים גבוהים יותר, כי קיים מונופול, ולכן כמות ואיכות השירות נמוכים יותר).

6. אפליית מחירים יכולה להופיע גם כאשר מחירים פנימיים (של קופות) שונים מן המחירים הנדרשים ע"י אותן קופות מקופות אחרות (שהם אולי מחירי משרד הבריאות הגבוהים יותר).

7. כאשר הכמות של תשומה חשובה נקבעת ע"י המשרד (בדרך כלל על מנת להגביל שימוש) מחיר ה"שוק" גבוה ממחיר העלות ולכן יש מקום לקביעת מחיר מקסימום ע"י המשרד.

מסיבות אלה וכן מסיבות היסטוריות, קבע המשרד מספר גדול מאוד של מחירים מרביים. כפי שצוין במבוא חלק גדול מאוד ממחירים אלה לא התאימו למטרתם, חלקם שימשו להשגת

מטרות אחרות, רבים לא עודכנו, ולאחרים נוצר שוק שקבע מחירים אחרים. לעתים עיוותי המחירים של המשרד יצרו קשיים ועיוותים לא פחות חמורים מן הבעיות אותן באו לפתור. דוגמה למצב אחרון זה אפשר להביא ממחיר יום האשפוז הממוצע. נכון שמחיר זה צריך להיקבע ע"י המשרד כיוון שכמות המיטות מוגבלת. נכון גם שלשימוש באשפוז יש עלות קבועה גבוהה מן השולית וגם זה יוצר בעיה. אבל נכון גם שמחיר ממוצע לכל המחלקות עולה על העלות במחלקות פנימיות והוא נמוך מן העלות של יום אשפוז בטיפול נמרץ¹⁰. לכן, הפתרון מתחיל בדרך קביעת המחירים במשרד.

רעיונות המתדיינים לשיפור דרך קביעת המחירים ותפקודם במערכת:

- לצמצם באופן ניכר את מספר המחירים הנקבעים ע"י המשרד. השוק הפועל בתחומים אלה יכול לשמש מדריך לעניין זה. מספר רב יותר של מחירי שוק יצמצם עיוותים, אפילו מחירים והבדלים בין מחירי פנים לחוץ.
- להקים מנגנון מקצועי ושקוף לקביעת ועדכון מחירים ולהוצאת המחירים מהפיקוח ככל הניתן. הגוף יונחה לקבוע מחירים לפי שיקולי עלות בלבד. שיקולים אחרים יטופלו באמצעים אחרים. חשוב שהגוף יהיה חסין משיקולי תקציב ושיקולי מדיניות לא רלוונטיים (שלא להזכיר שיקולים פוליטיים).
- נדגיש כי ריבוי מחירי שוק נכונים ומחירי עלות קבועים ונכונים יצמצם מאוד את התמריצים השליליים של הסוכנים השונים לעיוות השימושים במקורות. קביעת מחיר ממוצע נכון למחלקות פנימיות (הנמוך בהרבה מן המחיר הממוצע שהיה נהוג עד עתה) יקטין כשלעצמו את התמריץ "למלא מיטות". קביעת מחיר נכון לצילום CT (ולא מוגזם) יצמצם את הפער בין מחיר חיצוני למחיר העברה פנימי ואת התמריץ להפלות ביניהם.
- להטיל על הממונה על ההגבלים העסקיים לטפל במצבים המונופוליסטיים הקיימים בשוק. העיקרון הוא שליחידת שירות מוגדרת יש מחיר אחד כולל – פנימי וחיצוני. אין לגבות מקופות שונות מחירים שונים עבור שירותים פנימיים או חיצוניים.
- לשירותים בהם מרכיב ההוצאה הקבועה גבוה ייקבעו מחירים בהתאם: לגבי אשפוז יש להרבות בתעריפי DRG (כפי שהמליץ כנס ים המלח הקודם). יש לזכור כי גם קביעת גובה התשלום לפי נוסחה זו דורש חישוב נכון של עלויות. היום חלק מן התעריפים הדיפרנציאליים אינם מעודכנים. ייתכן כי גם ראוי לקבוע נוסחת מחיר לשאר האשפוזים שתכלול מרכיב קבוע ומרכיב משתנה. לעתים יש לשקול קביעת מחיר מינימום כדי להגביל תחרות לא רצויה בתחום המחירים שהיא מתחת לעלות הממוצעת.
- על מנת לסייע לממונה על ההגבלים, ייקבעו מחירים מרביים למספר שירותי מפתח בהם הוגבלה הכמות ע"י המשרד או שיש חשש לשימוש מונופוליסטי בהם. יהיה מעקב אחר העלויות והמחיר יעודכן מעת לעת.
- יש לבדוק דרכים להביא לעקביות שוטפת בין המחירים הנקבעים לנוסחת ההקצאה, וזו בדרך העדכון השנתי של עלות הסל ובעדכונים התקופתיים של הנוסחה.
- תהליך יצירת תשתית עלויות מלאה של פעילות בתי החולים תיקח מן הסתם זמן ניכר. כמה מן המשתתפים (הן מהקופות והן ממשרד הבריאות) העלו את הצורך לערוך מיד (על בסיס נתונים קיימים) שינויים במחירים של מספר שירותים שרמתם שונה באופן קיצוני מן העלויות. בנוסף לצורך להמשיך ולהתאים תעריפים דיפרנציאליים לאשפוזים שונים, ולהמשיך לתקן את התעריף של האשפוז במחלקות פנימיות, הוזכרו גם ניתוחים בעזרת קרני רדיו, הקרנות שדה, טיפולי IVF, השתלות מח עצם והשתלות קוצבים. במקרים אחרים ניתן לעדכן מחירים על פי מה שקורה בשוק (למשל שרותי הדמיה שונים).

¹⁰ לאחרונה הורד מחיר יום אשפוז במחלקות פנימיות והועלה במחלקות לטיפול נמרץ.

לסיכום: הדיון עסק בשאלה מה מטרת השימוש במחירים? אילו מחירים ניתן להניח להיקבע על ידי השוק והיכן ראוי להתערב? מהן דרכי קביעת המחירים ועדכונם? ומי צריך לעסוק בכך? נראה שכאן יש מקום למעורבות רבה יותר של הממונה על ההגבלים העסקיים.

במהלך דיוני הצוות וכן בים המלח נמסר כי משרד הבריאות הפעיל פרויקט של הקמת תשתית מעודכנת ומדויקת לרפורמה רבתי במחירים, פרויקט שיושלם בתוך שנים מספר. הדיון בצוות ובים המלח נסב בחלקו על אפשרות המשרד לשלוט בכל המחירים ועל השאלה האם זה רצוי. הייתה תחושה אך לא החלטה כי עדיף להתמקד במספר מחירי מפתח ולהניח לשוק לקבוע את רוב המחירים. נראה שגם הוסכם כי ברוב המקרים יש מקום למחיר אחד עבור שרות זהה, כולל של מחירים פנימיים וחיצוניים. היו חילוקי דעות על מידת ההכללה של עיקרון זה ונמנו מקרים בודדים בהם אולי ניתן לסטות מעיקרון זה. עם זאת ייתכן כי חילוקי הדעות מבוססים על כך שמה שנחשב בעיני האחד כ"שרות זהה" אינו כזה למעשה (עסקאות בהיקפים שונים, בזמני התראה שונים ובאיכויות שונות). הייתה הסכמה כללית כי התפקיד היחיד של מחירים הוא לגרום לשימוש נכון במקורות (ולא למטרות איזון תקציבי או כל מטרה אחרת).

הדיון על הגוף המתאים לקבל אחריות על קביעת המחירים חזר על השיקולים שהועלו לגבי ההקצאה וההסדרה המנהליים. אם יוקם גוף מקצועי ועצמאי שיטפל בהקצאה (רשות?) נראה שראוי להטיל עליו גם את האחריות בתחום קביעת המחירים והפיקוח עליהם. תפקידי ההקצאה וקביעת המחירים הם מקצועיים במהותם ודורשים "מרחק" ממוקד ההחלטות הפוליטיות; הם גם תלויים זה בזה ומסתמכים על בסיסי נתונים דומים.

מקורות

- אנגלצ'ין – ניסן א. 2005. **קופות חולים בישראל ונוסחת הקפיטציה: ריכוזיות, נגישות מרחבית ושביעות רצון**. עבודה לקבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. אוניברסיטת בן-גוריון. באר שבע.
- באומל ו. ג. 1997. "על סכנות ההפרטה". רבעון לכלכלה. חוברת 3. עמ' 390–407.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. 2003. **כנס ים המלח הרביעי – פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים**. תל אביב.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. 2004. **כנס ים המלח החמישי – בית החולים במערכת שירותי הבריאות**. תל אביב. עמ' 19–46.
- מדינת ישראל. 2005. **המלצות הצוות הבין-משרדי לעניין נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות החולים**. ירושלים.
- מדינת ישראל. 2002. **הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי)**. דין וחשבון. תל אביב.
- Battersby M. W. and the SA HealthPlus Team. 2005. "Health reform through coordinated care:SA HealthPlus". **British medical Journal**. Vol. 330 p. 662–66.
- British Medical Journal. 2005. "Editorial: Nurses as leaders of chronic care". Vol. 330 p. 612–13.
- Campbell C. and Gill M. 2005. "Doctor–patient relationship in chronic illness: insight from forensic psychiatry". **British medical Journal**. Vol. 330 p. 667–70.
- Economist print edition. Mar 31st 2005. "The Regulators' best friend?"
- Gask L. 2005. "Role of specialists in common chronic disease". **British medical Journal**. Vol. 330 p. 651–53.
- Saltman R.B., Busse R. and Mossialos E (Eds). 2002. **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems**. European Observatory on Health care Systems, Open University Press. Buckingham Philadelphia
- Wilson T., David B. and Chris H. 2005. "Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions?". **British medical Journal**. Vol. 330 p. 657–61.

נספח 1

סמכויות הרגולציה העיקריות שניתנו למשרד הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

נתן סמוך

1. דרישת מידע

● ספציפית

- (1) דרישת "ידיעות והסברים" על ידי המנהל (סעיף 36).
- (2) דרישת מידע של משרד הבריאות או המוסד "לשם ביצוע תפקידיהם" (סעיף 40).

● רוטינית

- סעיף 35 (ב): שר הבריאות יקבע בתקנות הוראות בדבר חובת הדיווח של קופות החולים למשרד הבריאות ומועדו, ואת תקופת הדיווח בכל הנוגע לעניינים אלה:
 - (1) נתונים סטטיסטיים על החברים וילדיהם הרשומים בקופת החולים;
 - (2) דרכי הניהול הכספי של קופת החולים;
 - (3) שירותי הבריאות שנתנה קופת החולים בתקופת הדיווח והתנאים שבהם ניתנו;
 - (4) מצב הציוד ומלאי התרופות;
 - (5) ההתקשרויות עם נותני שירותים ופרטיהם;
 - (6) מידע ניהולי, כספי או רפואי.
- תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסיים על קופות החולים), התשנ"ו – 1995.
- תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (דיווח של קופת חולים על ניפוק תכשירים), התשנ"ט – 1998.
- הסדרי הבחירה בין נותני שירותים (סעיף 23(ב)); ראה גם תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה – 2005.
- תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסיים על קופות החולים), התשנ"ו – 1995.

2. דרישת אישור מראש

- (1) תוכניות גביה (סעיף 8(א)).
- (2) תוכניות שב"ן (סעיף 10).
- (3) תקנון הקופה (סעיף 26).
- (4) רכישת אמצעי שליטה והתקשרות שמטרתה יצירת מיזם (סעיף 29).
- (5) תקציב פיתוח (סעיף 32).

3. הסדרה: קביעת כללים

(1) פיקוח ובקרה –

- 35(א) משרד הבריאות יפקח על פעילותן של קופות החולים לפי חוק זה ויבקר את איכות שירותיהן. דרכי הפיקוח והבקרה ייקבעו בתקנות.
- (2) דרכי החזקה והשקעה של נכסי קופ"ח (סעיף 29(ב)).
- (3) דרכי פרסום, שיווק וקידום מכירות של קופ"ח, וסכום הוצאה שנתית למטרה זאת (סעיף 29(ב)). – תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פרסום, שיווק וקידום מכירות), התשנ"ח – 1998.

- (4) עסקאות בין הקופה לתאגיד קשור או עם בעל עניין (סעיף 29ב(4)).
 (5) סמכות לקבוע כי התקשרויות מסוימות עם נותני שירות יהיו טעונות אישור מראש (סעיף 30).
 (6) סמכות קביעת חובת ניהול רשומות רפואיות ומנהליות (סעיף 34).
 (7) הסדרים בדבר מתן שירותי הבריאות בידי קופ"ח לקבוצות ייחודיות (סעיף 56).

4. "אכיפה"

- (1) נקיטת אמצעים נגד קופת חולים המפרה הוראה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי או "שאינה מתנהלת כראוי" או "שקיים חשש שלא תוכל לתת לחבריה את שרותי הבריאות לפי חוק זה" (סעיף 37).
 (2) מינוי חשב מלווה לקופה (סעיף 37א).
 (3) עיכוב כספים לקופה שאינה מעבירה מידע כנדרש (סעיף 40ב(2)).
 (4) הפחתה מתקציב פרסום, שיווק וקידום מכירות עקב הפרת התקנות בעניין – (תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פרסום, שיווק וקידום מכירות), התשנ"ח – 1998).
 (5) נציבת קבילות הציבור (סמכויות בירור של קבילות פרטניות) – פרק ט' לחוק.
 (6) עונשין (פרק י' לחוק).
 (7) "תביעה נגזרת" בידי היועמ"ש של חבר דירקטוריון או נושא משרה, בגין נזק שנגרם לקופה (סעיף 37ה).

5. הנחיות בדבר יישום החוק

- "קונקרטיזציה" פרשנית של הוראות סעיף 3(ד) לחוק, למטרות ישימות, אחידות וודאות החוק (פס"ד ע"ב 6322/01 בן אבגי).

נספח 2

רגולציה

נתן סמוך

1. מידע: איסוף מידע שיטתי כתנאי לרגולציה נכונה

התנאי הבסיסי לרגולציה נכונה הוא מידע. להבדיל מן השאלה, מהם התחומים המתאימים להסדרה, או מהי דרך ההסדרה הנכונה, בתחומים שונים, שאלת המידע היא פשוטה יותר. על הרגולטור לשאוף להחזיק בידיו כמות רבה ככל הניתן של מידע איכותי ומעודכן, אודות פעילות הגורמים הכפופים אליו. מעבר למידע הדרוש באופן אלמנטרי לביצוע פעילות בקרה נאותה (דוח"ת כספיים למשל), עשוי מידע מקיף, בכל תחום ותחום – לשמש כלי מקדים לאיתור כשלים, הרתעה, וקביעת כיווני הרגולציה, בהתאם לקשיים, שהרגולטור אולי אינו מודע לקיומם, מראש. הגישה לשאלה, איזה מידע על הרגולטור להחזיק בידיו, צריכה אפוא להיות **מקסימליסטית**.

טענות מקובלות כנגד קבלת מידע מקיף ("עומס מידע") אינן רציניות. בעולם המודרני אין "קשיי איחסון", וזמינותו של המידע לצרכי בחינה, חוסכת זמן יקר, במשלוח דרישות ספציפיות, המתנה לקבלת החומר, התדיינות ממושכות בדבר היקף המידע המועבר, וכדומה. המשמעות היא כי יש לשאוף להסדרי קבלת מידע רוטיניים שיקוימו בקפידה.

לעיתים קיים חשש "רגולטורי" כי מידע, משמעו אחריות מוגברת. אולם, **המידע אינו מכתב את סוג הרגולציה או את סדרי העדיפויות הפיקוחיים, אלא מסייע בגיבושם הנכון**. השיטה המשפטית חייבת, מצידה, למנוע "הרתעה" של הרגולטור מאיסוף מידע, ע"י קביעת אחריות מוגברת על גורם המחזיק מידע (לעומת האחריות החלה על גורם רגולטורי, שבחר בידועין שלא לבקשו).

מסגרות המידע שקיימות במשרד הבריאות כיום בנויות תלוי על תלוי, ואינן נובעות בהכרח מתפיסה פיקוחית כוללת ושיטתית על הקופות: לעיתים (כמו במקרה של מאגר המידע המתנהל לפי תקנות בריאות העם (הגשת דין וחשבון), תשנ"ח – 1998 או במקרה של מרשם חולי אי ספיקת כליות המטופלים בדיאליזה), משמשים הנתונים האגורים, שנאספו לצרכים אחרים, לשמש שימוש עקיף גם לצרכי הסדרה הקשורים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ("קפיטציה" או "מחלות קשות" למשל). עם זאת, הם לא הותאמו מראש לתכליות אלה, ולכן אינם יכולים לספק מידע בעניינים שונים, הרלוונטיים לצורכי הפיקוח השונים (שירותי בריאות בקהילה למשל) והתוצאה היא פנייה למקורות מידע משלימים, החיצוניים למערכת הבריאות (נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) שגם הם אינם מותאמים בהכרח למטרות רגולטוריות, ועשויים להיות חלקיים ובלתי מספקים.

התוצאה של היעדר מידע רוטיני, חובה משפטית מוגדרת למסירת מידע מקיף ומדויק (נתוני אמת) ומסורת של דיווח מלא ומהימן, והסתמכות על איסוף מידע נקודתי, לצרכים ספציפיים, באופן פורמלי למחצה, פוגם באמינות המידע המועבר (ראו דו"ח צוות משרדי הבריאות והאוצר לבחינת נוסחת הקפיטציה, עמ' 18, פרק 7 "בעיית הנתונים") ואינה מאפשרת להסתמך על מקור המידע הישיר היחיד (דהיינו, קופות החולים), אלא – לכל היותר – להשתמש בנתונים המלאים שבידן כדי "לתקן" את הנתונים החלקיים ממקורות ממלכתיים (שם).

נתונים מלאים עשויים לסייע הן בפיקוח ואכיפה של החוק, והן במתן כלים לקביעת מדיניות. כך, למשל, נתונים אודות היקף צריכת תרופות (לפי תקנות ביטוח בריאות ממלכתי) (דיווח

של קופות חולים על ניפוק תכשירים), התשנ"ט – 1998) יכולים לסייע במעקב אחר הטמעת טכנולוגיות חדשות בקופות החולים, וגם לצורך אינדיקציה על אמינות הכלים המשמשים את הוועדה להרחבת סל שירותי הבריאות באומדני השימושים של טכנולוגיות המועמדות להכללה בסל). למרות התקנות, המידע המצוי כיום בידי משרד הבריאות הוא חלקי בלבד.

נתונים חשובים נוספים (למשל, נתוני הוצאה – במידת האפשר, ביחס לכל טכנולוגיה וטכנולוגיה בנפרד) יכולות לשמש את המשרד, יחד עם נתוני השימושים, לקביעה מושכלת של "עקומת השימוש וההוצאה" בגין טכנולוגיות המוכנסות לסל, לאורך זמן, תוך שיכלול ר"רציונליזציה" של שיטת העבודה של ועדת הסל, ושימוש יעיל ומושכל במקורות העומדים לרשותה. גם בתחום זה, המידע הקיים הוא חלקי ובלתי מספק.

מהן הטענות נגד מסירת מידע?

(1) **"סודיות מסחרית"** – אין זאת טענה תקפה כלפי רגולטור העושה שימוש בסמכויות הנתונות לו כדין, למטרתן. לעיתים, מובע חשש מפורש כי עקב תחולת חוק חופש המידע, תשנ"ח – 1998 על הרגולטור, יהפוך כל מידע כזה חשוף לציבור ויפגע בסודיותו. טענה זאת, גם מעבר לכך שאינה רלוונטית כיום (לאור תחולתו הישירה של חוק חופש המידע על קופות החולים), משמעה – למעשה – עקיפה של חוק חופש המידע, והאיזונים שהוא מבקש לקיים (בכללם, גם האיזון בין גילוי מידע לבין העניין שלא לפגוע בערכו המסחרי) וודאי שאינה אוצרת כח להפחית את היקף הבקרה שראוי לבצעה, מטעמים שבטובת הציבור.

(2) **"הרתעת קופות החולים מיצירת מידע"**:

להבדיל מעניין דרישת המידע, לפי חוק חופש המידע, שאינו כולל חובה של הרשות "לייצר" מידע שלא היה קיים מלכתחילה או לעבדו, עבור הדורש (סעיף 7(ה) לחוק חופש המידע) מאפשר חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לא רק דרישת מידע קיים, אלא גם דרישת מידע שמסירתו טעונה איסוף נתונים. זאת, אף מעבר להוראות ספציפיות המסמיכות את המדינה לקבוע חובת ניהול רשומות "מינהליות ורפואיות" (ראה, סעיף 34 ו-35 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי). לכן, החשש כי דרישת המידע תמנע יצירת מידע אינה רלוונטית: אדרבא, בדרך זאת ניתן לאכוף על הקופות אף יצירת מידע שאלמלא הדרישה, לא היו קופות החולים מרכזות אותו, לצרכיהן. בשוליים, ניתן לטעון כי דרישות מסוימות עשויות לעורר בכ"ז קושי מסוים, בהקשר זה: כך, למשל, יש לשקול האם ראוי לדרוש הצגת דו"חות בקורת פנים, או להעדיף פנייה ל"חומרי הגלם" ע"מ למנוע תמריץ לקיומה של בקרת פנים אפקטיבית. אבל, זהו שיקול השמור לרגולטור (לא סביר לאפשר לקופות להתגונן בטענה, כי יימנעו מבקורת פנים יסודית אם יהיו חשופים לדרישה כזאת), והוא גם לא תמיד רלוונטי (למשל, כאשר עיקרי הדו"ח פורסמו ברבים, בדרך זאת או אחרת). ברור גם, כי שיקול זה אינו תופס לעניין פיקוח על עצם קיומו של מוסד "בורר פנים" אפקטיבי.

מכאן, שגם שיקול ההרתעה אינו תופס.

(3) **"פגיעה בתמריצים שאינם נוגעים לעצם יצור המידע"**

למשל, טענה כי שקילת נתונים בדבר הוצאות קופה"ח בגין רכש תרופות חדשות שנוספו לסל, יפגע בתמריץ שלהן להתייעל בתחום זה.

בהקשר זה, יש לתת את הדעת לשתי נקודות עקרוניות:

(א) **המידע אינו מכתוב את סוג הרגולציה שתיבחר.**

(ב) גם ע"מ לבחור שלא לעשות שימוש במידע, ראוי לדעת מהו אותו מידע שבוחרים להתעלם ממנו.

לגוף הדוגמא הנדונה, ניתן למשל להסתפק בכך שהנתונים ישמשו רק לצורך אומדן עלותן של טכנולוגיות בעתיד (ולא לצורך זקיפת ההפרשים כ"התייעלות" לצורך סעיף 8(ה) לחוק) או לשקול אפשרות, לפיה פער ב"טווח" מוגדר בין האומדן לבין הוצאה בפועל לא ישנה את המתודולוגיה התימחורית. הדברים נכונים גם במצב ההפוך – בו מסתבר, כי העלויות גבוהות מן התימחור המקורי.

2. "רגולציה" ככורח

לעניין חלק זה, נקרא בשם "רגולציה" לכל סוגי ההתערבות השלטונית, למרות שהם נבדלים זה מזה במהותם (הסדרה, פיקוח, או אכיפה).

בהקשר זה, עלות שתי טענות הנובעות זאת מזאת: האחת – אין מקום לרגולציה אלא כאשר קיים "כשל שוק" והשיטה אינה מייצרת פתרונות מספקים. השנייה, שיכלול מנגנוני ההקצאה ("השיטה") ייתר את הרגולציה. שתי הטענות, אף אם הן נכונות תיאורטית, אינן ישימות לנושא תחום ביטוח הבריאות הממלכתי, וספק אם הן ישימות לביטוח כלשהו (כולל מסחרי).

מנגנון ההקצאה הקיים אינו בנוי, ואינו אמור להיות בנוי, על תגמול בגין הוצאה ספציפית לחולים (למעט לעניין המחלות הקשות, שגם הוא אינו בנוי על החזר הוצאה, אלא על תמחור אחיד שאינו קשור לביצועה של ההוצאה בפועל). אין כיום הצעה מעשית בנושא, וכל חברי הצוות הבינמשרדי לנושא הקפיטציה היו בדעה אחת, בנושא זה. גם מי שסבור כי תגמול בעד מבטוח העשוי להיחשב ע"י קופות החולים כ"לא מועדף" (קשיש או חולה) יכול להעלות את "ערכו" בעיני הקופות באופן שישפר את איכות השירות הניתן לו (סברה מסופקת לכשעצמה, לאור העובדה שמקור המימון אינו "צבוע" לקבוצת מבוטחים מוגדרת, וגם אינו אמור להיות כזה), אינו יכול להתעלם מן העובדה כי ביחס לאחת הקבוצות הפגיעות ביותר (חולים במחלות כרוניות) אין גישה זאת ישימה – אלא ביחס לקבוצת החולים המצומצמת שמחלתם הוגדרה כ"מחלה קשה" לעניין תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (ניכוי עלות מחלות קשות), התשנ"ה – 1995. רעיונות מסוימים לשיטת הקצאה הנסמכת לפחות בחלקה על מדדי איכות, פרט לכך שאינם עומדים על הפרק באופן מעשי בשלב זה, אינם יכולים להוות תחליף מלא לרגולציה, גם משום שהם עדיין מאפשרים לקופה להמיר בכסף את חובתה לעמוד בכללים המחייבים, וגם משום ששיטה כזאת אינה יכולה לתת ביטוי מלא לכל ההיבטים שיש להכפיפם לרגולציה.

אם מצרפים עובדה זאת, לעובדה כי דווקא בקבוצות החלשות קיים חשש מפני מעבר לקופה אחרת (ומאידך – הקופות אינן חוששות "לאבד" מבוטחים אלה), ולעובדה כי אין שיטת "שכר ועונש" אפקטיבית (אין עדות לכך כי מבוטחים "בריאים" מענישים" קופה בעזיבה, עקב יחסה למבוטחים "חולים", באופן היוצר תמריץ לקופה לתת להם טיפול מיטבי, מסיבות "תדמיתיות", ודאי לא במידה האפקטיבית הדרושה כדי להשפיע על דפוסי פעולה של הקופות) וכן לסכנה המתמדת הקיימת מפני "קרטליזציה" לסוגיה, ישירה או עקיפה ("מסרים" גלויים ועקיפים בין הקופות בדבר ה"בעייתיות" במתן שירותים שאינם בסל – וההשפעה שיש לכך על הדרישות התקציביות המשותפות לכולן), המסקנה היא כי אין מנגנון אפקטיבי, זולת רגולציה, היכול לתת מענה סביר לאכיפת החוק. האינטרס של הקופה להעדיף מבוטחים בריאים ומבוססים, קיים בכל שיטת הקצאה, הוא יכול לגרום להטיות ביחסה של הקופה למבוטחים חלשים ("סינון" ע"י תעריפי השתתפות עצמית המותאמים לאוכלוסיה חזקה, למשל), ומחייב רגולציה חיצונית לקופה.

מעבר לכך, חשוב לעמוד על האבחנה בין "רגולציה" שעניינה קביעת "כללי משחק", ושהחלטה האם להיזקק לה נתונה, לפי טיבה, להחלטת הרגולטור (מהו סכום ההוצאה המותר לקופות בענייני פירסום ושיווק? מהו היקף תקציב הפיתוח שיותר להם?) ל"רגולציה" שעניינה אכיפת הוראות חוק, בפרט בעניינים הנוגעים למתן שירותי בריאות למבוטחים ("נקודת הקצה"). כתפיסה, ניתן לשקול את הנחיצות שבקביעת הצורך בכללים מהסוג הראשון (בין היתר, על יסוד השאלה מהי האפשרות שקופות החולים ינהגו ריסון בהוצאות שאינן נוגעות למתן שירותים, יקיימו יחס סביר בין הוצאותיהן השונות, לא יקפחו את יעודן לספק שירותי בריאות עפ"י החוק, ולא יגלשו לגירעונות, עקב פעילות "בזבזנית") אולם אי אפשר לוותר על רגולציה מן הסוג השני: כאשר הרגולציה מיועדת לממש זכויות מבוטחים עפ"י חוק, במקרים בהם ברור, למשל מתוך תלונות, כי התוצאה אינה מושגת בדרך אחרת (למשל, מתן שירות מסוים במרחקים או בזמניויות בלתי סבירים), אין משמעות מעשית לקיום תפיסה עקרונית שהיא אנטי – רגולטיבית (השוללת, למשל, "קונקרטיזציה" של דרישת הסבירות שבסעיף 3(ד) לחוק, למשל לעניין זמינותם של שירותים הניתנים לדעת המדינה תוך עיכוב בלתי סביר) וודאי שאין סיבה להניח, כי הזירה הראשונה בה יש לדון בעניינים אלה היא בית המשפט (בתובענה אישית של מבוטח, המבקש לאכוף על הקופה מתן השירות, בזמינות גבוהה יותר למשל).

כל מידע, ולו ביחס למקרה בודד, בו נראה כי הקופה פועלת שלא כדין, הוא בגדר אינדיקציה לצורך בהתערבות רגולטורית מסוג כלשהו, כאשר ההתלבטות אינה בין "מעשה" ל"הימנעות" כי אם ביחס לסוג או עוצמת ההתערבות (למשל, התערבות ברמה גבוהה – "קונקרטיזציה" של נורמה מופשטת, למשל "סבירות" המרחק או הזמינות, באמצעות חוזר המופנה לכלל המערכת, או "פתרון" נקודתי, למשל באמצעות בירור תלונה בנציבות קבילות הציבור).

העמדה הנשמעת לעיתים, לפיה רגולציה אינטנסיבית משמעה "הלאמה" של קופות החולים, היא ניסיון לא נכון לצבוע את שאלת "עומק" הרגולציה בגוונים אידיאולוגיים של מאבק בין תפיסות חברתיות או פוליטיות שאינן רלוונטיות לנושא. הצביון הציבורי של הקופות, ושל השירות אותו הן מספקות, אינו הופך את ההכרעה בשאלת עומק הרגולציה לשונה בסוגה, לעומת ההכרעה בה בהקשרים אחרים. וכפי שפיקוח על תחומים משיקים אינו נדון ברטוריקה של "הפרטה" או "הלאמה", לא יהיה זה נכון לפנות לטרמינולוגיה כזאת, ביחס לתחום הבריאות. בכל המקרים – שכלולם של הכלים הרגולטוריים מחויב המציאות, דווקא במצב בו השירות בתחומים חיוניים אינו ניתן ע"י המדינה, אלא ע"י גופים אחרים, ויהיו אלה גופים "פרטיים" (חברות ביטוח, בנקים) או ציבוריים (קופות החולים).

3. סוגי התערבות שונים (הסדרה, פיקוח, אכיפה)

ניתן לדבר, בהכללה, על שלושה סוגי התערבות, הנבדלים זה מזה: **האחד, "הסדרה"** – קביעת כללים מחייבים, מקום שבהיעדר כללים – ברירת המחדל היא חופש פעולה, בכפוף לדרישות הדין הכללי. כך, למשל, קביעת "דרכי פירסום, שיווק וקידום מכירות של קופת חולים וכן היקף ההוצאה השנתית שרשאית קופה להוציא לעניין זה" (סעיף 29ב(ב)(2) לחוק).

יהיו מקרים, בהם ההסדרה נעשית לצורך קונקרטיזציה של נורמה משפטית מופשטת (למשל, דרישת ה"סבירות" שבסעיף 3(ד) לחוק). במקרה כזה, היא חלופה לא ל"חופש פעולה בהתאם לדין הכללי" כי אם לקביעת פתרון משפטי ספציפי, על דרך יישום הכלל המופשט, ביחס לכל מקרה קונקרטי. ההסדרה מהווה, בדוגמא זאת, סוג של "פרשנות יישומית" של החוק והיא מסייעת לוודאות ההסדר המשפטי, אחדותו ושימותו.

להבדיל מן ההסדרה מן הסוג הראשון (שהיא "אופציונלית" במהותה, גם אם עשויה להיחשב, במקרים מסוימים, כחובה של רשות סבירה), "הסדרה" מן הסוג השני עשויה להיחשב הכרחית, ולכל הפחות – אין היא "אופציונלית" במובן המקובל, כי חלופתה היא "הסדרה" ממקרה למקרה (קזואיסטית).

השני, "פיקוח" – זוהי הסדרה "אקטיבית". אין היא מסתפקת בקביעת כללים, אלא מכפיפה את יישומם לדרישת אישור. למשל, הוראת סעיף 10 לחוק קובעת סדרת כללים ביחס לתכנית השב"ן של קופות החולים, וכן הסמכה לקבוע כללים נוספים בתקנות, אולם, בנוסף, היא קובעת דרישת אישור לתוכניות וכל שינוי בהן.

סוג פיקוח נוסף ענינו פיקוח על כך שהקופות פועלות לפי הנורמות שנקבעו (במסגרת "ההסדרה" או בחוק הראשי), ע"י דרישת מידע, ביקורת "שטח" וכדומה.

השלישי, "אכיפה" –

סוגי האכיפה השונים:

(א) אכיפה שעניינה סמכות לחייב ביצוע או אי ביצוע פעולה שביצועה או אי ביצועה נקבעו כבלתי חוקיים (למשל, סמכות הנציבות לברר תלונות ולהחליט בהן, אינה כוללת סמכות אופרטיבית לחייב את הקופה לפעול לפי עמדתה).

(ב) אכיפה ע"י "סנקציה" – הביטוי אכיפה אינו נכון בהכרח, כי האמצעי אינו קשור במישרין לפעולה הבלתי חוקית או "מאיין" אותה (למשל, השעיית נושא מישרה לפי סעיף 37, או הפחתה מתקציב פרסום עתידי לפי תקנות הפרסום והשיווק).

(ג) אכיפה "הוצל"פית": קשורה, בדרך כלל, לשימוש בכספים הנתונים בחזקת המדינה (עיכוב כספים לפי סעיף 37, או החזר כספי פרטי למבוטח בגין הוצאה פרטית שהוציא לשם רכישת שירות שנמנע ממנו שלא כדין – הצה"ח הפרטית בנושא – פ/3333).

(ד) אכיפה פלילית.

(ה) אכיפה בידי הציבור או בשמו – תביעה בבימ"ש.

(ו) אכיפה "הסכמית" – שימוש ב"מכשיר" של הסכמי תמיכה, על מנת לקדם מטרות רגולטיביות מוגדרות; הסכם כזה כולל הגדרת יעד (בדרך כלל – איזון כספי), התניה של מתן תמיכה במימוש היעד, ומתן אפשרות לממשלה לנכות סכומי תמיכה, מתוך העברות בטל"א, אם הקופה הנתמכת לא עמדה בתנאי ההסכם.

4. כיצד בוחרים בין דרכי רגולציה שונות?

1. בין "פיקוח" שענינו דרישת אישור לבין הסדרה ללא פיקוח: יש מספר יתרונות לפיקוח אקטיבי (דרישת אישור):

1. **הגנה טובה יותר על הצרכן/המבוטח:** המדינה מייצגת את האינטרס של המבוטחים, שאינם מיוצגים בדרך אחרת בתהליך גיבושו של ההסדר המפוקח.

2. **שמירה טובה יותר על דרישות החוק:** הניסיון מראה, כי גם יצירת כללים ברורים אינה מבטיחה כי הגורמים הכפופים יפעלו לפיהם, ולא יתעלמו מהם או יפרשו אותם פרשנות מגמתית. הדרך הטובה ביותר להבטיח כי כללים יקוימו היא בדרישת אישור ספציפית. דרישה כזאת מחייבת, באופן אפקטיבי יותר, גם את הרגולטור, להתערבות במקרים של אי עמידה בדרישות החוק.

3. **יעילות:** דרישת האישור, אף כי היא נתפסת כ"מכבידה" או כ"בירוקרטית", מגשימה גם אינטרס של יעילות. במקום תהליך ממושך של התדיינות משפטית אודות תקפותה או חוקיותה של ההתנהגות שביחס אליה נקבעו כללים "מסדירים" (כשהאינטרס של

הגורם הכפוף לרגולציה הוא בהארכתם, שכן הפעילות נשוא ההתדיינות כבר מתבצעת בפועל), מובילה דרישת האישור להכרעות מהירות יותר, המשקפות "אופטימיזציה" של האינטרסים השונים. הגורם הכפוף לרגולציה יסכים לתנאים המאפשרים לו לקיים את הפעילות באופן סביר, ושברור לו כי יכולתו לתקוף אותם בהצלחה בערכאות היא נמוכה, ויבחר בנתיב של תקיפה משפטית רק אם הם נראים לו מקפחים. לעומת זאת, במצב ההפוך בו הוא אינו נדרש לאישור, הוא עשוי להתעמת או להתעלם מכל דרישה שוללת שוללת ממנו יתרון כלכלי כלשהו, וזאת מתוך הנחה, כי הסיכון הכרוך באפשרות שהמדינה תיזום הליך משפטי – אינו גדול.

4. **שיקול דעת רחב:** הסדרה ללא פיקוח, חייבת להיעשות באמצעות כללים חד משמעיים ומוחלטים, המאפשרים מרווח מינימלי של שיקול דעת. בכך, יש החמצה של האפשרות לעשות שימוש בכללים רחבים יותר, שיישומם מותאם ע"י הרגולטור לנסיבות כל מקרה. הסדרה ללא פיקוח אינה מאפשרת לרגולטור, לשקול שיקולים רחבים שלא ניתן לפרוט אותם, בהכרח, לכללים קונקרטיים (למשל, באישור תוכניות שב"ן: כיצד מונעים תמריץ שלילי להרחבת השב"ן "על חשבון" הסל הבסיסי, או להרחבת רבדים "עיליים" בשב"ן "על חשבון" הרבדים הבסיסיים).

2. יש להתאים האמצעי לתחום. למשל –

(א) ככל שהנושא נוגע באופן ישיר ומובהק יותר לזכויות המבוטח (שב"ן, תוכניות גביה, וכדומה) מן הראוי להעדיף דרך של פיקוח "אקטיבי". ככל שהמדובר בנושא הנוגע פחות לזכויות מהותיות, ויותר להחלטות ניהוליות שוטפות (רכש ציוד ותרופות, העסקת עובדים, אדמיניסטרציה כללית וכדומה) יש להעדיף דרכי רגולציה חלופיות, או לבחון האם קיים אכן צורך ברגולציה, עקב קשיים או תקלות קיימים או צפויים, הנובעים מפעילות ללא כללים מסדירים.

(ב) ככל שהתחום כפוף לנורמות חקיקתיות חד משמעיות יותר, וככל שהוא מחייב, במידה רבה יותר, שימוש באמצעים חקירתיים או באיסוף ראיות (לרבות, מגורמים שאינם כפופים ישירות לפיקוח המשרד) וככל שהתחום, לפי טיבו, גם אינו מתאים לאכיפה ע"י הציבור (למשל, כיוון שהנורמה אינה נוגעת במישרין לזכותם של המבוטחים) ניתן לשקול פניה לאכיפה פלילית (למשל, מתן או הבטחה של טובות הנאה למבוטחים, לצורך מעבר מקופה לקופה). בדרך זאת, ניתן גם לנצל את אפקט ההרתעה המיוחד, האופייני לדין הפלילי.

(ג) סעיף ה"אכיפה" המרכזי (סעיף 37 לחוק) מתאים להפרה שיטתית של החוק, במקרים בהם הנורמה המשפטית היא פשוטה יחסית לפרשנות, ושהם הסיכוי לאכיפה ע"י הציבור הוא נמוך, או לא אפקטיבי דיו (למשל, עקב כך שהקופה "מתפרשת" בתיקים המגיעים לביה"ד, אך מוסיפה להפר את החוק – ביחס למבוטחים אחרים).

בעניינים הנוגעים לנסיבות המיוחדות של מבוטח ספציפי (למשל, אי קיום החלטה של ועדת ערר לשירותי בריאות במדינות חוץ), יש להעדיף "אכיפה" באמצעות תביעה של המבוטח לביה"ד, מה עוד שאמצעי האכיפה הקיימים אינם מבטיחים השגת הסעד המבוקש, אלא רק סנקציות שאינן נוגעות למבוטח במישרין (למשל, עיכוב כספים), המבוטח שעניינו נדון אינו צד להם, והם נתונים בעצמם לאפשרות תקיפה משפטית ע"י הקופה. המדינה יכולה לסייע ע"י התייצבות להליך (עניין שגרתי בהליכים המתקיימים

בבתייה"ד לעבודה) והצגת עמדה התומכת בתביעתו של המבוטח.
(ד) אכיפה "הסכמית": הסכמי התמיכה בין המדינה לבין קופות החולים שימשו, עד היום, בעיקר לשם קידום היעד של איזון כספי. עם זאת, אין מניעה לעשות בהם שימוש גם לשם קידום אכיפתם של יעדים מוגדרים נוספים, הידועים במועד גיבוש ההסכמים.

עם זאת:

1. ההסכמים הם רב שנתיים (בדרך כלל, לתקופה של שלוש שנים) ויש קושי מעשי להשתמש בהם ככלי אכיפה "שוטף".
2. לאור העובדה שההסכמים מטפלים, באופן מסורתי, בנושא יעד האיזון של הקופה, ואינם עוסקים – בשלב זה – ב"יעדי" איכות, הם עשויים לחייב, חיזוקם של אמצעים רגולטיביים משלימים, על מנת להבטיח כי יעד זה אינו מושג באופן, הפוגע בקיום חובותיה של קופה"ח, לפי החוק, כלפי מבוטחיה.

נספח 3

פרספקטיבה בין-לאומית על הסדרת פעילות קופות חולים

Table 1.6 Regulating the entrepreneurial behaviour of sickness funds and other statutory third-party payers

<i>Pro-competitive regulation</i>		<i>Restricting (individual) entrepreneurial behaviour</i>	
<i>Regulation that stimulates entrepreneurial opportunities</i>	<i>Regulation to facilitate sustainable competitive markets</i>	<i>Regulation to ensure achieving social objectives</i>	<i>Regulation weakly tied to social objectives that may be unnecessary</i>
GE			
HS	Allow the insured choice of third-party payer	Install risk-related adjustments of contributions between third-party payers (to reduce market distortion due to risk selection)	A: Require contracts with all willing providers
	Allow new/additional services to be included in benefit catalogue	Require payers to accept all applicants (to lower chance of market distortion due to risk selection)	C: Require payers to accept all applicants (to enforce right to health insurance)
	Allow differing levels of premiums/co-payments/co-insurance/deductibles	Mandate annual open enrolment period	C: Mandate community rating or income-related contributions (i.e. not risk-related)
	Require financial responsibility of fund (i.e. no retrospective cost cover by government or association of funds)	Restrict or define conditions for (horizontal) mergers between payers	C & Q: Set uniform benefit catalogue/mandate the setting of a uniform benefit catalogue through self-regulatory bodies
	Allow/mandate selective contracting	Restrict (vertical) mergers, acquisitions and running of other health care institutions	S: Regulate maximum expenditure for administrative and overhead costs
		Install supervisory agency(ies) to approve contracts/supervise financial behaviour and stability	S: Impose actuarial controls, i.e. regulate minimum and/or maximum reserves and types of acceptable investment

Abbreviations: GE = general economy, HS = health sector, A = access, C = social cohesion, P = public health and safety, Q = quality, S = sustainable financing.

Table 1.8 Regulating the entrepreneurial behaviour of ambulatory care professionals

<i>Pro-competitive regulation</i>		<i>Restricting (individual) entrepreneurial behaviour</i>	
<i>Regulation that stimulates entrepreneurial opportunities</i>	<i>Regulation to facilitate sustainable competitive markets</i>	<i>Regulation to ensure achieving social objectives</i>	<i>Regulation weakly tied to social objectives that may be unnecessary</i>
GE European Union regulations to ensure equal work opportunities for equally qualified non-nationals (free movement of persons)	European Union regulations on free movement of services		
HS Allow unregulated establishment of new practices	Direct government accreditation, approval of contracts and/or supervision of financial behaviour/stability	A: Require minimum practice hours (Germany, Netherlands)	Restrict types of service offered by certain types of provider, or create service monopolies for certain types of provider
Allow additional activities/income besides government/statutory health-insurance-financed services	Install supervisory agency for accreditation, approval of contracts and/or supervision of financial behaviour/stability	A & C: Issue practice permits exclusively/primarily for underserved areas	Regulate maximum practice hours
European Union regulations to ensure mutual recognition of diplomas of health professionals	Restrict (horizontal) mergers and acquisitions of other practices; allow professionals to own/run one practice only (Germany)	A & S: Restrict new providers according to governmental planning criteria	Set uniform or maximum price/reimbursement for privately paid services

Table 1.8 *Cont.*

<i>Pro-competitive regulation</i>		<i>Restricting (individual) entrepreneurial behaviour</i>
<i>Regulation that stimulates entrepreneurial opportunities</i>	<i>Regulation to facilitate sustainable competitive markets</i>	<i>Regulation to ensure achieving social objectives that may be unnecessary</i>
Clinical autonomy (ability to choose which services to provide)	Require referral by general practitioner (gatekeeping) if specialist is paid fee for service	P & S: Disallow advertising of services offered (Germany)
Allow patients to choose their physician/health care professional		P & S: Require patient co-payments (but exempt poor and vulnerable groups)
Let money follow patient choice of physician/health care professional		Q: Allow service delivery only according to guidelines/protocols
Encourage/mandate market pricing for services paid privately (United Kingdom)		Q: Mandatory accreditation/quality assurance/health technology assessment
		Q & S: Require referral by primary care provider (gatekeeping)
		S: Set uniform or maximum price/reimbursement, or require providers and payers to agree on uniform reimbursement schedule
		S: Mandate co-payments (which providers may not keep)

Regulation addressing general practitioners specifically (in addition to regulation of ambulatory providers)
Rent public facilities to private general practitioners (below cost if in remote or underprivileged area, e.g. Croatia)

P & S: Require patients to register with a general practitioner (to make general practitioner accountable to defined population)

Q & S: Require referral by general practitioner to specialist (gatekeeping)

Regulation addressing dentists specifically (in addition to regulation of ambulatory professionals)

Allow dentists to set their fees (Norway)

A: Include dental care in publicly financed and/or mandated health care benefits

A & P: Include dental care for vulnerable populations (e.g. poor, children) into publicly financed and/or mandated health care benefits

Abbreviations: GE = general economy, HS = health sector, A = access, C = social cohesion, P = public health and safety, Q = quality, S = sustainable financing.

נספח 4

האם ההגנה על לקוחות "יקרים" מחייבת פירוט של נוסחת הקפיטציה והידוק הפיקוח על קופות החולים?

ד"ר עדי ברנדר

אחת ההכרעות החשובות להמשך התפתחות מערכת הבריאות בכלל ויחסי קופות החולים והממשלה בפרט היא האם העובדה שישנם במערכת לקוחות שלקופות ידוע כי עלותם תהיה גבוהה יותר מהתקבולים עבורם לאורך זמן מחייבת פיקוח הדוק יותר על פעילות קופות החולים לצד שינוי מבנה התמריצים (נוסחת הקפיטציה) כך שיבטיחו כי לקוחות אלו יקבלו את השירות הראוי. באופן ספציפי נידונה ההצעה להכליל בנוסחת הקפיטציה רכיבים נוספים על גיל המבוטח: א) מחלות כרוניות, ב) מעמד חברתי כלכלי של החברים ו-ג) חלוקה אזורית. זאת על בסיס מידע מפורט יותר מהקיים, שייאסף על ידי גוף **אובייקטיבי ומקצועי**. שינוי זה יבטל את התמריץ לקופות "להפטר" מלקוחות אלה.

ואולם, חשוב לזכור כי הניסיון בתחומים רבים מלמד כי קיומה של "מגבלת תקציב קשיחה" דורש דווקא צמצום של מספר הקריטריונים ושקיפות מרבית שלהם; תוספת קריטריונים יוצרת אפשרויות למניפולציות של הגופים המפוקחים (קופות החולים) והמפקחים (הממשלה). הסיבה היא שלרוב מצוי בידי הגוף המפוקח/מתוקצב מידע רב יותר על לקוחותיו ועל הפעילות שלו עצמו, מזה שמצוי בידי המפקח, והוא יכול גם לשנות את התנהגותו כדי להשיא את יעדיו. הבעיה חמורה במיוחד כאשר הפיצוי הוא על בסיס מצב הבריאות של החולים, כמו במקרה של מחלות כרוניות, וחמורה פחות כאשר הפיצוי הוא על בסיס משתנים אקסוגניים וקלים לצפייה כמו מגדר ומעמד חברתי כלכלי. באשר לחלוקה האזורית יש לבחון שיקולים נוספים לפני קביעת צורת הפיצוי, כפי שמפורט בהמשך.

◀ הנימוקים בעד **פיצוי הקופות על אחוז החולים במחלות כרוניות** יכולים לשקף שתי גישות שונות:

1) בחלוקה הנוכחית של החברים בין הקופות קיים הבדל משמעותי באחוז החולים הכרוניים על פי בחינה אובייקטיבית. זאת מעבר לגודל המפוצה באמצעות רכיב הגיל בקפיטציה, ובשל ההתפלגות הראשונית של המבוטחים או חוסר מזל בעשור האחרון.

- אם ניתן לבסס טיעון זה בנתונים סבירים, שאינם חשופים יותר מדי למניפולציות, אז ניתן להצדיק תיקון חד-פעמי של הקפיטציה בהתאם. מובן שבמצב זה יש להפחית בהתאם את מקדמי הגיל כדי להימנע מפיצוי כפול.

- אם קיים הבדל בהתפלגות החולים הכרוניים בין הקופות – שאינו פונקציה של הגיל – חשוב מאד לברר מדוע החולים במחלות כרוניות מתרכזים בשיעור לא פרופורציוני דווקא בקופה מסוימת: האם זהו שריד היסטורי המשקף חוסר ניידות של חולים כרוניים בעשור האחרון; בחירה של החולים הכרוניים בקופה זו בשל איכות השירותים, או תוצאה של דחיית החולים הכרוניים בקופות האחרות? הבחינה צריכה להתייחס גם לשאלה האם מספר החולים הכרוניים הגדול בקופה מסוימת הוא תוצאה של התנהלות לא נכונה שלה שכן, במקרה זה, פיצוי היום על התנהלות לא נכונה בעבר הוא תמריץ שלילי להתנהלות נכונה בעתיד – בפרט על רקע הקשר ארוך הטווח בין הקופות למרבית לקוחותיהן.

2) למרות קיומו של סל הבריאות, בפועל לא ניתן לכפות על קופה לתת שירות טוב ללקוחותיה. מכיוון שהקופה יודעת מי הם הלקוחות שהפכו ליקרים היא תנסה להיפטר מהם כדי לחסוך במקורות לטובת "בעלי העניין" בקופה, או לטובת הלקוחות האחרים.

- כל חברת ביטוח הפועלת למטרת רווח שואפת למיין מראש את מבוטחיה כך שתימנע לקלוט בעלי סיכון גבוה – אם לא ניתן לגבות מהם פרמיה גבוהה בהתאם לסיכון. לכן, סביר שבמצב בו הפך הסיכון של אדם לגבוה יותר חברת ביטוח היכולה לדחות מבוטחים תימנע מלקבלו. אבל, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מונע אפשרות זו מקופות החולים. בשנים האחרונות אמנם נוצר חסם לאפשרויות המעבר באמצעות השב"ן, שיש לבחון את השפעתו בנפרד, אך לגבי הסל אין לקופות אפשרויות לחסימת המעבר.

- לגבי מי שהם כבר חברים בקופה: אפילו חברת ביטוח הפועלת למטרת רווח לא תשאף בהכרח לדחות לקוחות שהפכו לחולים. הכנסות החברה הן ממבוטחים הצופים בהתנהגותה בקרות "מקרה הביטוח". אם מבוטחים בריאים יראו שהחברה אינה מספקת שירות טוב לחולים, הם יעזבו אותה וישאירו אותה רק עם החולים "שתקועים" בה – אם אכן קיימת בעיית קליטה בקופות האחרות. היות וחלק ניכר מההוצאות בגין מבוטח הן בשנה האחרונה לחייו, זהו שלב בו כבר לא ניתן לעבור קופה ולכן חשוב למבוטח לדעת מראש מה איכות השירותים/היחס לחולה בקופה בה הוא חבר. אם קיימים חסמים סמויים למעבר של חולים כרוניים הרי שעל אחת כמה וכמה החברים הבריאים – שעליהם הקופה "מרוויחה" – יושפעו מהתנהגות הקופה כלפי החולים.

- מכיוון שככל הנראה קופות החולים אינן נוהגות כחברות למטרת רווח בלבד, והיות וסל הבריאות מצמצם ממילא את יכולתן לפגוע במבוטחים חולים, מה שחשוב הוא להוסיף מידע לציבור על אינדיקטורים לאיכות השירותים ברזולוציה רלוואנטית. למשל, איזה קופה מחייבת לקוחות באזור מסוים לקבל שירותים במרחק גדול, מה משך ההמתנה לרופא מומחה מסוגים שונים – באזורים שונים בארץ; פרמטרים שונים של שירות דיאליזה, שירותים גריאטריים וכו'. מידע זה צריך להגיע גם ללקוחות הבריאים של הקופות.

- הסל גם אמור למנוע התפתחות מצב של "קופות מתמחות" שעלול לפגוע בתחרות. אם התקצוב יהיה לפי מחלות בפועל הדבר עשוי לעודד את הקופות ליצור סגמנטציה של החולים – בפרט במחלות כרוניות שעיקר העלות בהן אינה בבתי החולים – כדי להשיג יתרונות לגדול וצמצום של התחרות. במקרה כזה גם יפחתו התמריצים למניעה.

- לגישה שהקופות ינסו לצמצם את השירותים לחולים כרוניים או לקוחות "יקרים" אחרים (או לפגוע באיכותם), כדי ל"שכנע" אותם לעזוב, השלכות מרחיקות לכת על כל תפיסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. משמעות הדבר היא כי הקופות מבצעות מניפולציות בסל, ואם כך הדבר, נדרש פיקוח מקיף ופרטני על מה שמסופק לחברים בכל התחומים. קופה שפוגעת היום בשירותים ללקוחות, שהיא "מפסידה" עליהם, תיפגע מחר בשירות ללקוחות אחרים כדי לאפשר את פיתוח "פרויקט החלומות" של המנכ"ל, כדי לאפשר תוספות שכר וכו'. עם זאת, כאמור, גם קופה השואפת למקסם רווח, הכנסות או את מספר החברים לא תבחר לרוב בדרך זאת. חשוב לזכור כי בפועל פיקוח פרטני הוא ממילא יקר ולרוב לא אפקטיבי. יתר על כן, ככל שהפיקוח פרטני יותר

כך הגוף המפוקח נוטה להתמקד יותר בהתמודדות עם הפיקוח ולא באספקת השירות ובכך נפגעת היעילות.

- באשר לפיזיו הקופות על בסיס הרמה החברתית-כלכלית של מבוטחיהן: אם קיימות עדויות משכנעות כי הוצאות הבריאות של הקופות בגין מבוטחים ברמות חברתיות-כלכליות נמוכות הן גבוהות יותר – **מעבר להשפעת הגיל**, אין כל סיבה שלא לפצותן על כך. זהו משתנה אובייקטיבי, קל למדידה ואם יש קופות המרכזות את הקבוצות "היקרות" יותר, אין כל סיבה להימנע מלהתחשב בכך בנוסחה. באופן דומה ניתן להתייחס **למגדר**. בנושאים אלה, בניגוד למחלות כרוניות, אין מנגנון בו מבוטחים אחרים ינטשו את הקופה אם תימנע מלשרת היטב את הלקוחות האלה.
- גם לאזור הגיאוגרפי ניתן להתייחס בנוסחה בלי קושי רב. אבל, הבעיה בהקשר זה היא שבאזורים המרוחקים – שאותם מעוניינים לסבסד – האוכלוסייה דלילה. לכן, באזורים אלה יש לבחון את היתרונות לגודל מול עלויות חוסר התחרות ולשקול את האפשרות ליצור pool של הקופות שיספק את השירותים. אם הממשלה מעוניינת לעודד אזורים מסוימים משיקולים לאומיים/פוליטיים יש לבטא זאת בסבסוד ממשלתי ישיר של התשתיות, כולל חלק משכר הרופאים באזורים אלה. אמנם קופה המעוניינת למקסם את מספר חבריה, את הכנסותיה או את רווחיה תתחרה על ידי תוספת שירותים גם אם הסבסוד יינתן לכל תושב באזור דרך הקפיטציה. אבל סביר שבאזורים מרוחקים העלות תגדל – בשל חסרונות לקוטן – ככל שתגבר התחרות, ולכן סבסוד ישיר של השירותים במקום יהיה אפקטיבי יותר.

תחרות בין קופות חולים

תקציר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנכנס לתוקפו בשנת 1995, כוון להקל, על ידי הנהגת תחרות מנוהלת (מוסדרת), על בעיות חוסר כיסוי ביטוחי, סלקציה של אזרחים ומגבלות הבחירה בקופה הרצויה שהיו קיימים לפני כן. בכך מנסה החוק להתגבר על כשל השוק המאפיין שוק ביטוח בריאות פרטי תחרותי. ואולם, נשאלת השאלה האם המסדיר (רגולטור) הרחיק לכת מדי בהסדרת השוק, כך שבעצם התחרות הקיימת בין הקופות אינה משמעותית, ואינה על איכות הטיפול הרפואי, כפי שרצו הוגי החוק, ולכן אינה תורמת לקידום בריאות האוכלוסייה? יתר על כן, יש הטוענים שעיקר התחרות בין הקופות נותב, לשוק הביטוח המשלים, ובכך הסיט את המוקד מהתחרות בין הקופות על מתן שירותי הסל הבסיסי.

רקע זה מהווה את הבסיס לשאלה המרכזית בה עסק הצוות – כיצד ניתן לעודד תחרות בין קופות החולים ולכוון אותה ליעדים הרצויים. ההנחה היא שתחרות, אם מנוהלת נכון, ממריצה מאמצים לשיפור איכות הטיפול, למשיכת מבטוחים לשיפור שביעות הרצון שלהם ואף להתייעלות.

הצוות התמקד בשלושה היבטי משנה:

1. תחרות על הרכב סל השירותים הבסיסי, העוסק בשאלות האם רצוי לעודד תחרות על הרכב הסל הבסיסי? אם כן, כיצד? לצורך מיקוד הדיון נוסחו מודלים האמורים לענות, לפחות חלקית, על שאלות אלה.

2. תחרות מחירים בין הקופות, כלומר, תחרות על חלק מהפרמיה המשולמת על ידי האזרח שלא במסגרת מס הבריאות, תחרות על השתתפויות עצמיות, ותחרות על מתן הנחות להתנהגות בריאותית נכונה. השאלות המרכזיות לדיון הן: האם רצוי לאפשר לקופות החולים להתחרות על מחירים? אם כן, מהם הכללים הרצויים להסדרת התחרות על מחירים בשלושת הפרמטרים?

3. תחרות בשוק התשומות ובהתקשרויות עם ספקי השירותים, הדין בשאלות מתי, ואם בכלל, מוצדקת ההתערבות של המדינה בהסכמים עצמם שבין הקופות לספקי השירות בכלל, ובנושא ההתקשרויות הסלקטיביות בפרט? אילו דרישות יש להציב לגבי תוכן החוזים הסלקטיביים? איך מושפע הדיון בהתקשרויות עם ספקים בסל הבסיסי מההתקשרויות הסלקטיביות הקיימות בסל המשלים?

הדיון בסוגיות אלה העלה כי רובם של המשתתפים בדיון מתנגדים לשינויים בהסדרים הקיימים של אספקת הסל הבסיסי, והם רואים בהם את עיקר תרומתו של החוק. הסתמן כי למרות שתחרות על הרכב הסל ועל מחירי השירותים בסל הבסיסי עשויה לשפר את יעילות המערכת, את איכות השירותים ואת רווחת הצרכנים, היא טומנת בחובה סכנות העלולות לכרסם ביסודות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי. לכן, העמדה הכללית היתה כי יש להשאיר את המצב הנוכחי על כנו, עם הכוונת התחרות בשני תחומים אלו לשוק הביטוח המשלים. הוסכם, כי בנושא ההתקשרויות הסלקטיביות של הקופות עם הספקים יתרונויה רבים מחסרונותיה ולכן יש מקום לעודד המשך מגמה זו, גם לגבי התקשרויות עם בתי חולים.

ביחס לשלושת הנושאים שהועלו לדיון – הרכב הסל, מחירו והתקשרויות חוזיות סלקטיביות, הובעה הסכמה מלאה בדבר החשיבות בהעברת המידע על איכות, זמינות והבדלים בין השירותים לקהל המבטוחים, בהנחה כי צמצום בפערי האינפורמציה יניעו את הקופות ובתי החולים למתן שירות איכותי זמין ונגיש יותר. חברי הצוות הדגישו כי על משרד הבריאות, בתפקידו כרגולטור, לדאוג הן לאיסוף מידע באיכות גבוהה והן להפצתו האפקטיבית לקהל המבטוחים.

1. מבוא

במסגרת הנושא הרחב של כנס ים המלח "תחרות במערכת הבריאות", נכלל דיון בתחרות בין קופות החולים במטרה לבחון דרכים לכוון אותה כך שתתרום להשגת יעדים עיקריים של מערכת הבריאות ובפרט שיפור בריאות האוכלוסייה וניצול יעיל של משאבים. מסמך זה מסכם את עבודת הצוות שהכין את הדיון בכנס, ומציג את השאלות שידונו במושבם השונים בכנס. המסמך פותח בסקירה קצרה על תחרות במערכת הבריאות, מאפייני התחרות המנוהלת שקיימת בישראל, מידת התחרות הקיימת ותוצאותיה.

לאחר מכן מובאות שלוש הסוגיות שצוות ההכנה בחר לדון בהן בכנס:

- תחרות על הרכב סל השירותים הבסיסי
- תחרות מחירים בין הקופות
- תחרות בשוק התשומות ובהתקשרויות עם ספקי השירותים

א. תחרות במערכת הבריאות ומדידתה

בבסיס תיאוריות כלכליות עומדת הטענה, כי התחרות ממקסמת את הרווחה החברתית, ולפיכך מידה גבוהה של תחרות נתפסת כרצויה. אולם, בעוד שברוב השווקים קיים קשר ישיר בין תחרות לרווחה חברתית, בשוק הבריאות אין הדבר כך. הייחודיות של שוק הבריאות מתבטאת בעיקר במוצר השירותי השונה, קיום אינפורמציה לא מושלמת המועברת בין כל הגורמים במערכת, וחוקי ממשלה רחבים החלים על הגורמים השונים בשוק זה (Gaynor & Vogt 2000).

בישראל, כברוב המדינות המפותחות, מערכת הבריאות מתבססת על עקרון הביטוח. בשוק ביטוחי הבריאות מערכת התמריצים המורכבת, פיזור הסיכונים ואינפורמציה א-סימטרית גורמים למספר כשלי שוק. בין כשלי השוק המרכזיים ניתן למנות את הסיכון המוסרי (Moral Hazard), בעיית ה-agent-principal ביחסי רופא חולה, והבחירה המפלה (adverse selection) (Cutler & Zeckhauser 2000).

במערכת תחרותית, לעומת מערכת שבה מבטח אחד, קיים חשש לברירת מבוטחים ו"גריפת השמנת" של קהלי יעד מועדפים על ידי קופות החולים. קיימת גם נטייה לבזבז משאבים שכן המבטח היחיד יכול לספק את אותו המוצר עם פחות הוצאות: יש לו כח מול ספקי השירותים, הוצאות אדמיניסטרטיביות קטנות יותר, ופחות נטייה לכפל שירותים. כמו כן, יש הטוענים כי קיים חסרון נוסף של התחרות בכך שהיא מובילה ל"מסחור" של מערכת הבריאות.

עם זאת, למערכת תחרותית יש גם יתרונות רבים. תחרות מובילה לחדשנות, היא מתמרצת לשיפורים מתמשכים במתן השירות וגם לפיתוח ושילוב של טכנולוגיות מתקדמות במערך הטיפול; התחרות מובילה לגמישות בהתאמת מערך אספקת השירותים לשיפורים טכנולוגיים ברפואה וכן לשינויים במצב הכלכלי, החברתי והבריאותי של האוכלוסייה; וכן, תחרות היא הדרך להשגת מערכת אשר דואגת לצרכניה ומופעלת על ידי החלטות מושכלות של צרכנים לעומת מונופול (לא משנה אם ממשלתי או מלכ"ר או פרטי) אשר פועל תמיד מתוך כוחות פוליטיים ודואג לעצמו כארגון. בתנאים מסוימים התחרות יכולה אף לעודד ספקי שירותים להתייעל בייצור על מנת לעמוד בתחרות (Salop 1979, Van de Ven & Van Vliet 1992).

מידת התחרות בענף נבחנת על פי המידה שבה קיימים מאבקים בין המתחרים בענף, איומי כניסה של מתחרים חדשים, איומים מצד מוצרים או שירותים תחליפים, כוח המיקוח של הספקים, וכוח המיקוח של הלקוחות (פורטר, 1979).

בדיון על תחרות יש לבחון גם את האפשרות האחרת לקביעת מחירים וכמויות והקצאת המקורות – הכתבה ממשלתית. כפי שאנו מכירים בכשלי השוק, יש צורך בבחינת כשלי הממשלה, כתוצאה מסרבול, איטיות, ומגבלות אינפורמציה. דוגמה מובהקת היא נוסחת הקפיטציה הישראלית הסובלת מחוסר מידע מלא (שאינו מפורסם על ידי כל הקופות), ולכן גורמת לעוותים וכשלים שיתכן ואינם נופלים מכשל השוק התחרותי.

מאחר שמבנה המערכת הישראלית הוא של קופות המתחרות זו בזו והחלופה של שרות בריאות ממלכתי אינה עומדת הפרק, הצוות המכין החליט שלא לדון בשאלה המקדמית האם התחרות היא הדרך הטובה כדי להשיג את היעד של קידום בריאות האוכלוסייה וטיפול אופטימלי בחולים.

אחת הבעיות בתחרות בתחום שוקי הבריאות היא כי די בקלות התחרות מוסטת להיות על ה"דברים הלא נכונים", ובעיקר על ברירת סיכונים ומבוטחים. ההסדרה הנדרשת היא בעיקרה לתעל את התחרות להיות על ה"דברים הנכונים", ובעיקר איכות השירות והיקפו. כאן, מנגנון ההתאמה לסיכון ונוסחת הקפיטציה ממלאים תפקיד מרכזי, כי מנגנונים טובים יהפכו את הקופות לאדישות בין הפונים השונים, ולכן התחרות ביניהן תתמקד באיכות השירות. הצוות לא עסק כלל בסוגייה זו, הנדונה בצוות 1.

ב. עקרונות התחרות המנוהלת

כאלטרנטיבה לשוק החופשי, הוצע על ידי אנטהובן (Enthoven 1993) המודל של "תחרות מנוהלת" שבאה לענות על כשלי השוק העיקריים. על פי עקרונות התחרות המנוהלת האזרחים משלמים פרמיות אחידות לכל קופה והקופות חייבות לספק סל אחיד הנתון לפיקוח ממשלתי, וכן חייבות לקבל כל פונה. הקופות יכולות להתחרות על גביית פרמיה נוספת, וכן גוף בלתי תלוי (הממשלה או סוכן שלה) מפיץ מידע השוואתי על איכות הטיפול בקופות.

קביעת חופש מעבר בין הקופות ותגמול קופות לפי רמת הסיכון של המבוטחים בהן מיועד לענות על התמריץ הקיים למבוטחים לברור מבוטחים בעלי סיכון נמוך. קביעת סל אחיד לכל קופות החולים מיועד לענות על בעיית מורכבות השירות והעדר אינפורמציה ולסייע לצרכן לבחור קופה באופן רציונלי. פרסום השוואתי של איכות הטיפול אמור לענות על בעיית המידע הא-סימטרי ולאפשר לצרכן לבסס את בחירתו בקופה על איכות הטיפול.

התמריצים הקיימים במערכת של תחרות מנוהלת נועדו להשיג את היעדים הרצויים של מערכות בריאות: ריסון הוצאות והתייעלות (דרך התשלום הפרוספקטיבי, הגבלת עלות הסל ופקוח), שיפור איכות טיפול (הקצאת משאבים לפי מספר מבוטחים וקביעת סל אחיד יוצרים תמריץ לשפר איכות טיפול על מנת למשוך מבוטחים; הקצאת משאבים לפי רמת הסיכון מקצה משאבים הולמים למתן טיפול טוב); וגם שוויון (סל אחיד לכל, משאבים תואמים רמת סיכון, איסור ברירת מבוטחים).

ג. ביטויים של תחרות בין קופות חולים בישראל

בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995 יושמו במערכת הבריאות במידה רבה עקרונות התחרות המנוהלת. למודל התאורטי של Enthoven (1993) נוספו בישראל גם הגבלה של סך תקציב המערכת ("עלות הסל"), פיקוח ממשלתי הדוק על עדכון עלות הסל ועל הוצאות

¹ יש לציין כי אילו התמריצים המתוכננים והם אינם פועלים בהכרח כפי שתוכנן. למשל, הקצאת משאבים לפי גיל המבוטחים כאומדן לרמת הסיכון אינו משקף בהכרח את רמת הסיכון האמיתית של המבוטחים.

הקופות וכן מתן אפשרות לקופות להציע ביטוח משלים למבוטחים בהן, תוך תחרות על הרכב הסל המשלים והפרמיה הנגבית עבורו. עם זאת, בישראל לא יושמו העקרונות של מתן אפשרות לקופות חולים להתחרות על גובה הפרמיה וכן הפצת מידע השוואתי על איכות הטיפול בקופות החולים.² בנוסף, בישראל קיימים רק ארבעה מבטחים לעומת המודל המקורי המתבסס על מספר רב יותר של מתחרים.

בחינת אסטרטגיות של קופות החולים בשנים הראשונות לאחר החלת החוק הראתה כי התחרות מכוונת בעיקר לתחום השיווק, שיפור השירות ואספקת שירותי בריאות נוספים במטרה למשוך אוכלוסיות צעירות ובריאות. לא ניכרה תחרות על איכות רפואית וכמות השירותים לחולים קשים או לאוכלוסיות מיוחדות כגון קשישים ועניים (Gross and Harisson 2001, Gross 2003). בנייתו של מודעות פרסום של קופות בסמוך להחלת החוק נמצא כי בשירותי בריאות כללית שרובן התמקדו בשינוי תדמית, ואילו במאוחדת רובן התמקדו בפרסום שירותים מחוץ לסל שניתן למכור בתשלום (שוורץ ואחרים 1997). יש לציין כי לאחרונה לא נערכו מחקרים חדשים בנושאים אלה. חלק מחברי הצוות טוענים כי אסטרטגיות אלו נמשכות גם כיום ואחרים טוענים כי חל שינוי וכיום לפחות בחלק מהקופות מוצעות תרופות חדשות שאינן בסל למחלות כרוניות ומחלות קשות. בסקר שנערך ב-2005 בקרב מנהלים בכירים במערכת הבריאות נבחנו התמריצים הקיימים לדעתם במערכת כיום. שעורים גבוהים מהמנהלים ענו כי קיים במידה רבה תמריץ למשיכת צעירים ובריאים (87%), הוספת שירותים לשב"ן (82%), משיכת עשירים (61%) ושיפור השירות (60%). במקביל, כ מחציתם ענו כי קיים תמריץ מועט לשיפור טיפול בחולים קשים (41%), שיפור רמת השירות לקבוצות חלשות (52%) ולתושבי הפריפריה (54%) (גרס ניראל ומצליח 2005).

ממחקרים שונים מסתמנים ממצאים על היקף התחרות בין הקופות ועל תוצאותיה. אנגלצ'ין-ניסן (2005) בדקה את רמת התחרותיות בשוק קופות החולים מול שוק הבנקים, באמצעות חמישה מדדים של ריכוזיות השוק. מחקר זה מראה כי בעשור האחרון (2003-1992), התחרות בין הקופות התעצמה מאד (מדד Hirschman Herfindahl - עומד בשנת 2003 על 0.381 לעומת 0.533 בשנת 1992, ראה נספח 1)³. בהשוואה לשוק הבנקאות עולה כי רמת הריכוזיות בשוק הבנקאות נמוכה באופן משמעותי מרמת הריכוזיות בשוק קופות החולים.⁴

ממחקרים שונים מסתמנים ממצאים על היקף התחרות בין הקופות ועל תפקוד המערכת שיוצגו להלן. יצוין כי תפקוד המערכת מושפע ממכלול גורמים שונים ולכן לא ניתן להבחין בין השפעת התחרות בין הקופות לבין השפעות של גורמים נוספים על רמת השירות, שוויוניות והוגנות ומצב כספי של הקופות.

² יש לציין כי במסגרת "פרוייקט המדדים הלאומי: (פורת ואחרים 2005) נדונה האפשרות של פרסום מדדי איכות השוואתיים.
³ ממצאים דומים עולים גם מארבעת המדדים הנוספים, המראים כי רמת התחרותיות בשוק קופות החולים הלכה והתעצמה בעשור האחרון.
⁴ שוק הבנקאות נבחר כבסיס להשוואה מהסיבות הבאות: מדד Hirschman Herfindahl מחושב לרוב על שווקים פיננסיים, קיים דמיון רב בין מבנה מערכת הבנקאות וקופות החולים (מרכז וסניפים), בשניהם פיקוח מסוים, מס' מתחרים לא גדול (5 הבנקים הגדולים תופסים נתח שוק של 90% לעומת 4 הקופות התופסות נתח שוק של 100%), תחרות מעטה, אם בכלל, עם חו"ל.

אנגלצ'ין-ניסן (2005) בדקה את רמת התחרותיות בשוק קופות החולים מול שוק הבנקים, באמצעות חמישה מדדים של ריכוזיות השוק. מחקר זה מראה כי בעשור האחרון (1992–2003), התחרות בין הקופות התעצמה מאד (מדד Hirschman Herfindahl – עומד בשנת 2003 על 0.381 לעומת 0.533 בשנת 1992, ראה נספח 1)⁵. בהשוואה לשוק הבנקאות עולה כי רמת הריכוזיות בשוק הבנקאות נמוכה באופן משמעותי מרמת הריכוזיות בשוק קופות החולים⁶.

השוואת מדד הריכוזיות בין אזורי הארץ השונים (נספח 2), מצביעה על קיום שוני רב בערכי המדד, כלומר במידת התחרות בין הקופות. באזור הצפון, לדוגמה, בשנת 2002 שירותי בריאות כללית ביטחה 70.7% מכלל מבוטחי המחוז ומכבי שירותי בריאות ביטחה 11.2%, למרות שברמה הארצית ההתפלגות שונה לחלוטין. בהתאם לכך, מדד Hirschman Herfindahl באזור הצפון הינו 0.53 לעומת 0.383 ברמה הארצית באותה שנה. משמע, רמת התחרותיות במחוז הצפון נמוכה עד מאוד (אנגלצ'ין-ניסן, 2005).

מעבר בין קופות הוא אינדיקטור נוסף למידת התחרות. לאורך השנים, חלקם של המבוטחים בשירותי בריאות כללית ירד מ-70.8 אחוז מכלל המבוטחים בסוף שנת 1992 ל-54.9 אחוז בסוף שנת 2003, לעומת גידול מקביל בקופות חולים מאוחדת, מכבי ולאומית (נספח 3). ישנם מספר גורמים המשפיעים על שינויים במספר החברים המבוטחים ועל התפלגות החברים בין הקופות, בניהם: ריבוי טבעי (לידות ופטירות), הגירה (עולים חדשים ותושבי ישראל השוהים בחו"ל יותר משנתיים) רישום מבוטחים בעלי דרכון זר והמעברים מקופה לקופה. חוק ביטוח בריאות קובע שכל תושב, יוכל לעבור לקופה אחרת וזו תהיה חייבת לקבלו. עד להפעלתו של חוק ביטוח בריאות, אפשרו תקנוני קופות החולים קיומן של הגבלות שונות על המעברים של מבוטחים מקופה לקופה (למשל הגבלות על קבלה לחברות על בסיס של גיל, מצב בריאותי ועוד). היתה ציפייה כי ביטול החסמים על מעבר מבוטחים מקופה לקופה, יגדיל את נפח המעברים. אכן, בשנים הראשונות שיעור העוברים היה כ-4%. מאז 1998 שיעור המעברים ירד לכ-1% בשנה, וניתן לקשר זאת להגבלות על פרסום ושיווק ולהעברת הרישום לסניפי הדאר שנקבעו בחוק ההסדרים באותה שנה. מנתוני המוסד לביטוח לאומי (בנדלק, 2002) עולה כי במהלך שנת 2003 כ-0.9% מכלל המבוטחים עברו לקופה אחרת. אחוז העוברים הולך וקטן ככל שעולים בקבוצות הגיל (ראה נספח 3). נראה כי זכות המעבר מנוצלת על ידי קבוצות גיל צעירות יותר (0–4, –15–24, 24–35) כאשר החל מקבוצת הגיל 35–44 קיימת מגמת ירידה בשיעור מעברי המבוטחים ככל שגילם עולה. הבדלים אלה בין קבוצות הגיל נצפו מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השוואת שיעורי המעבר מקופה לקופה לפי אזורים גאוגרפיים ב-2000 ו ב-2003 מראה כי ככל שרמת הריכוזיות באזור גבוהה יותר (תחרותיות נמוכה יותר), שיעור העוברים גם כן נמוך יותר (אנגלצ'ין-ניסן 2005).

יתר על כן, אפיון העוברים בשנים 2000–1999 העלה כי העניים (בעלי השכר הנמוך, ואלה המקבלים גמלאות אבטחת הכנסה) נוטים יותר לעבור מאשר העשירים (Shmueli, Bendelac and Achdut, 2005). ממצא זה מעלה את האפשרות, לאור המתאם החיובי בין עוני ותחלואה, כי דווקא החולים יותר עוברים, אולי כתוצאה מחוסר שביעות רצון מהטיפול אותו הם מקבלים.

⁵ ממצאים דומים עולים גם מארבעת המדדים הנוספים, המראים כי רמת התחרותיות בשוק קופות החולים הלכה והתעצמה בעשור האחרון.

⁶ שוק הבנקאות נבחר כבסיס להשוואה מהסיבות הבאות: מדד Hirschman Herfindahl מחושב לרוב על שווקים פיננסיים, קיים דמיון רב בין מבנה מערכת הבנקאות וקופות החולים (מרכז וסניפים), בשניהם פיקוח מסוים, מס' מתחרים לא גדול (5 הבנקים הגדולים תופסים נתח שוק של 90% לעומת 4 הקופות התופסות נתח שוק של 100%), תחרות מעטה, אם בכלל, עם חו"ל.

רמת השירות: עיקר התחרות המנוהלת צריך להיות נסוב סביב רמת השירות ואיכותו. מחקר על רמת השירות בקופות החולים מאז 1995 מראה כי לאורך זמן חל שיפור ברמת השירות לאוכלוסייה הכללית במדדים שונים, ביניהם: שביעות רצון משירותי הקופות (89% מרוצים או מרוצים מאד ב-2003 לעומת 83% ב-1995), נוחות שעות העבודה, וביצוע בדיקות ממוגרפיה. מגמות דומות נמצאו גם בקרב אוכלוסיות חלשות (עניים, ערבים, חולים כרוניים) (גרוס, ברמלי-גרינברג ומצליח 2005). יש בכך אולי להעלות השערה כי התחרות בין הקופות אמנם תרמה לשיפור איכות השירות ורמתו. עם זאת, יש לזכור כי היו השפעות נוספות על מערכת הבריאות באותן שנים.

שוויוניות והוגנות: בצד ממד היעילות, קיים ממד ההוגנות והשוויוניות. באופן מסורתי, תחרות אינה מצליחה להגשים במישרין ממדים אלה, ומקובל כי יש צורך בכלים משלימים ואחרים לאבטחת יעדים חברתיים של שוויון והוגנות. נקודה זו בולטת בתחום השוויון הבין-איזורי בבריאות בישראל. צרניחובסקי ואח' (2003) מצאו כי קיימים פערים בהיצע שירותי הבריאות בין אזור המרכז לפריפריה (צפון ודרום). נתונים מצביעים על שונות במספר הרופאים, הכלליים והמקצועיים, לפי נפות: מספרי הרופאים לנפש, בפרט מספרי המומחים, בערים הגדולות גבוה לעומת הפריפריה. ניראל ואח' (2001) טוענים כי למרות הגידול בכוח אדם רפואי במהלך שנות התשעים, עדיין יחסי כוח האדם לאוכלוסייה נחותים בדרום לעומת המרכז. אנגלצ'ין-ניסן (2005) זיהתה קשר ליניארי שלילי מובהק, בין ריכוזיות בשוק קופות החולים לבין זמינות השירות. במחקר נמצא, כי ככל שרמת הריכוזיות בשוק קופות החולים גבוהה יותר, שעות הרופא הניתנות לתושבים מצומצמות יותר. נציין ש אין בכך כדי להעיד על קשר סיבתי בין השניים.

באשר לשוויון בין קבוצות אוכלוסייה, לאורך השנים צומצמו הפערים ברמת השירות הנתפסת וב-2003 לא נמצאו כמעט הבדלים בשביעות רצון ונגישות בין כלל האוכלוסייה לבין קבוצות חלשות: מעוטי הכנסה, חולים כרוניים וערבים. דוברי ערבית אף מדווחים על שביעות רצון גבוהה יותר לעומת דוברי עברית וכן על זמני המתנה קצרים יותר לרופא משפחה ולרופא מומחה. עם זאת, עולים שהגיעו מבר"מ ב-1989 ואילך, מדווחים עדיין ב-2003 על שביעות רצון נמוכה יותר משירותי הקופות (גרוס, ברמלי-גרינברג ומצליח 2005). ממצאים דומים נמצאו גם במחקרים קודמים (Farfel & Yuval 1999, Adler and Lotan 1998, Berg et al 1999, Bentur & Gross 2001).

למרות צמצום הפערים, קיים עדיין חוסר שוויון בין אוכלוסיות בנגישות לשירותים הקשורה לתשלום הנדרש. שיעורים ניכרים בקרב מעוטי אמצעים וחולים כרוניים מדווחים על ויתור על טיפול רפואי או תרופת מרשם בגלל התשלום ב-2003 (29% ו-20% בהתאמה) והשיעורים גבוהים לעומת אוכלוסיות אחרות. בהשוואה ל-1999 ניכרת מגמה של גידול בשעור המוותרים על שירות בגלל התשלום הנדרש (גרוס ברמלי-גרינברג ומצליח 2005). בעיה זו קשורה באופן ישיר להיקף תשלומי ההשתתפות העצמית הנהוגה במערכת. מאחר שתשלומים אלה הם שיטת מימון רגרסיבית, מעוטי הכנסה והחולים הכרוניים פגיעים יותר להשפעות התשלומים שכן העניים מתקשים לממן הטיפול והתרופות והחולים הכרוניים צורכים שרותים רבים כך שהתשלום המצטבר הנדרש מהם גבוה יחסית.

בדומה, מחקרים שהשוו מדדי בריאות (שעורי תמותה, תמותת תינוקות, השמנה, ואיזון מחלות כרוניות כגון סוכרת) בין אוכלוסיות מצאו כי קיימים פערים בין בעלי רמה סוציו-כלכלית גבוהה ונמוכה, וכן בין ערבים ליהודים (אפשטיין, ים המלח 2003, פורת ואחרים 2004). נראה כי אין מנוס מנקיטת אמצעים נוספים ומשלימים כדי להבטיח שוויוניות.

מצב כספי של קופות חולים: תחרות אמורה להביא ליעילות בניצול המשאבים ומכאן לריסון הוצאות. אכן, לאורך זמן, נראה כי בתנאי התחרות המנוהלת הקיימים בישראל ישנה מגמה של ריסון הוצאות קופות החולים והתאמת רמת ההוצאה לרמת ההכנסה⁷. בחינת הכנסות והוצאות הקופות לנפש מתוקנת מלמדת כי בשנים 1995–1997 חלה ירידה בהכנסה לנפש מתוקנת (6%) ועליה בהוצאה לנפש מתוקנת (2%). ב-1998 חל גידול של 2.6% בהכנסה לנפש מתוקנת, ובעקבות פעולות ההתייעלות בקופות החולים ירדה ההוצאה לנפש מתוקנת (3.3%). בשנים 1999–2001 ניכרה מגמה של יציבות וב-2002 חלה ירידה של 3% בהוצאה לנפש מתוקנת וירידה גדולה יותר (3.5%) בהכנסה לנפש מתוקנת (הנתונים מתבססים על דוחות רואה חשבון ויטקובסקי לשנים 1999–2001; דוחות משרד הבריאות ורואה חשבון ראובן שיף לשנת 2002).

ד. הכוונת התחרות בין קופות החולים

אחת השאלות המרכזיות במערכת תחרותית היא האם וכיצד ניתן לכוון את התחרות במטרה להעלות את רמת הבריאות בכל קבוצות האוכלוסייה? זאת, מאחר שיעד מרכזי של מערכת בריאות (ברמה הלאומית) אמור להיות קידום בריאות האוכלוסייה.

בבואנו לדון בקידום בריאות האוכלוסייה יש מקום להבחין בין קידום הבריאות של אנשים בריאים (ללא תחלואה) לבין שיפור מצבם הרפואי של חולים. לגבי האוכלוסייה הבריאה, קידום הבריאות כרוך בפעולות חינוך לבריאות ומניעה ראשונית. לגבי החולים, שיפור מצבם הרפואי כרוך במתן טיפול רפואי הולם וכן בפעולות של מניעה שניונית שמיועדת למנוע הידרדרות במצב הרפואי.

מהתבוננות בפעולות קופות החולים נראה כי למרות שקופות החולים מציעות רפואה מונעת למבוטחיהן (למשל חיסון שפעת), הקופות אינן מתחרות ביניהן על קידום בריאות האוכלוסייה הן בתחום של פעולות לקידום בריאות ומניעה המכוונות לבריאים בגילאים השונים, והן בתחום של מניעה שניונית ופיתוח שירותי רפואה מיוחדים לחולים⁸. כלומר, הקופות אינן מפרסמות שירותים אלה במידה רבה או משתמשות בהם בדרך אחרת על מנת למשוך מבוטחים לקופה, אם כי לאחרונה חלק מהקופות החלו בפרסום הצורך בבדיקות שגרה לגילוי מוקדם ומניעת מחלות.

ניתוח כללי התגמול הקיימים כיום (כגון נוסחת הקפיטציה) מלמד שאין תגמול על מבוטחים חולים ולכן אין תמריץ לפתח שירותים מתקדמים לסוגי תחלואה שונים. יתירה מכך, יש הטוענים כי פיתוח שירותים לחולים קשים עלול לפגוע באיזון הכספי של קופה אם החולים במחלות אלה יעדיפו לעבור לקופה שפיתחה וקידמה את הרפואה בתחום, ומשווקת את עצמה ככזאת. שכן אז הקופה תישא בהוצאות של טיפול בחולים הקשים הרבים שיעברו אליה ללא קבלת תגמול כספי.

לבסוף, מראיונות עם מקבלי החלטות בקופות (אפשריין ואחרים 2005) וכן מממצאי מחקר חדש (אנגלצ'ין-ניסן, 2005) עולה כי התחרות בין הקופות מתמקדת במרכז הארץ, וכתוצאה מכך גם משקיעים הרבה יותר משאבים במרכז מאשר בצפון ובדרום.

באשר לפעולות קידום בריאות למבוטחים בריאים, לאור שיעורי המעברים הנמוכים (פחות מ-1% בשנה), לקופות החולים יש לכאורה תמריץ להשקיע בקידום בריאות וטיפול אופטימלי במחלות בראשית הדרך ובמיוחד איזון מחלות כרוניות, גם אם התחרות ביניהן

⁷ יצוין כי הכנסות הקופות מושפעות מעדכון עלות הסל, קפיטציה, תשלומים למחלות קשות, השתתפויות עצמיות.
⁸ יש להבחין בין תחרות על בריאות לבין תחרות על האוכלוסייה הבריאה. כיום נראה כי יש תחרות על האוכלוסייה הבריאה ולא על שימור ושיפור הבריאות של המבוטחים.

אינה מתמקדת בנושאים אלה. אין נתונים זמינים על היקף ההשקעה במניעה אולם יש לזכור כי סל השירותים של הקופות אינו כולל טכנולוגיות מניעתיות, ובתהליך העדכון השנתי של סל השירותים לא נכללות כמעט טכנולוגיות מניעתיות, ולפיכך יש להניח כי היקף ההשקעה בכך אינו גבוה. בנוסף, בספרות יש תמיכה אמפירית בכדאיות הכלכלית רק של מספר מוגבל של פעולות מניעה (כגון חיסונים ספציפיים בגיל הילדות, תרופות להורדת כולסטרול, בדיקות קולונוסקופיה, סרטן צואר הרחם וממוגרפיה לאיתור מוקדם של סרטן). גם לכך יש בודאי השפעה על היקף ההשקעה של קופות במניעה.. עם זאת, בשנים האחרונות מצטברות עדויות לגבי הסכנות הבריאותיות שבעשון, השמנה וחוסר פעילות גופנית, והקשר בין אורח חיים לבין תחלואה, התומכות בכדאיות ההתערבות לשינוי אורח חיים (Brownson RC, 1998 Vainio H et al, 2002, McGinnis JM et al,1993).

ממצאי מחקרים על התנהגות האוכלוסייה מראים שכנראה אין עדיין נכונות בציבור לשינוי התנהגות גורף (ניצן-קלוצקי, 2003, 2004), ויתכן כי יש מקום לשקול גם מתן תמריצים ישירים לציבור על מנת להשפיע על אימוץ אורח חיים בריא.

הכוונת התחרות לכלול תמריצים לקופות לפעול לקידום בריאות האוכלוסייה היא אתגר מרכזי של הסדרת התחרות. במסגרת הזמן המוגבלת של הכנס אין כל אפשרות לדון במכלול הסוגיות הקשורות לכך, אולם הסתפקות בדיון "עקרוני" וכללי בנושא הכוונת התחרות לא יביא למסקנות ממשיות לשימוש קובעי המדיניות. הצוות מצא לנכון, לכן, להתמקד בשלוש סוגיות, שכל אחת מהן כוללת בתוכה את מגוון הנקודות שהועלו לעיל.

בפרקים הבאים יוצגו הדיונים המקדימים בסוגיות אלה, עם השאלות הספציפיות לדיון בכנס עצמו.

2. תחרות על הרכב סל השירותים הבסיסי

רקע כללי

ברוב המקרים בהם מתנהלת תחרות בין קופות חולים או בין תכניות לביטוחי בריאות אחרות (health plans) בעולם, הדגש בתחרות הוא על המחירים ולא על איכות טיפול או סלי שירותים. התחרות מובילה למחירים דומים לשירותים השונים ושונות מינימלית בין סלי השירותים של קופות החולים. מצב זה פוגע באפשרות להחלטה מושכלת של הפרט בבחירת קופת החולים המתאימה לו (Miller, 1996).

הגבלות של רגולטור (כגון הגבלות על פרסום ושווק) מצמצמות עוד יותר את התחרות בין קופות החולים ולעיתים מתעלת אותה לאפיק אחד (לדוגמה תחרות על מחיר) – לפיכך, נדרשת לעיתים התערבות של קובעי מדיניות לשם הפניית התחרות לאפיקים אחרים כמו איכות הטיפול וסל השירותים (Glied, 2001).

העדכון שבוצע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1998, אפשר לקופות חופש פעולה לחרוג ממסגרת הסל הציבורי האחיד המשתמע מהנוסח המקורי של החוק. אפשרות זו אמורה היתה לעודד תחרות בין הקופות על הרכב הסל. ואומנם, בשנה בה אושר שינוי חקיקה זה (1998) אכן הגישו קופות החולים לשר הבריאות בקשות לשינויים.

אולם, דגש עיקרי בתוכניות שהוגשו לאשורו של השר הושם על שינויים בתוכניות הגבייה ולא על הרחבת שירותים. כיום התוספת של שירותים/טכנולוגיות לסל הבסיסי מתבצעת בעיקרה במסגרת ועדת הטכנולוגיות. החלטות הועדה מחייבות את כל הקופות והתוספת אחידה לכולן. מאז 1998 כמעט ולא היו תוספות ייחודיות לסל של קופות החולים, אם כי חלק מהקופות הוסיפו תרופות בודדות לסל הבסיסי. זאת ועוד, אין כיום כמעט עדות לפרסום של הקופות אשר נועד לבדל אותן מהיבט סל השירותים.

מכאן שלא נראה כי קיימת תחרות כלשהי בין הקופות על הרכב סל השירותים הבסיסי, אם כי קיימות ועדות חריגים המאשרות חריגה מסל השירותים הבסיסי (על ועדות חריגים ראה נספח 5). למרות זאת, אין ספק כי קיימת כיום תחרות בין הקופות במספר מישורים (מחירי השתתפות עצמית, כוח אדם איכותי רמת שירות ועוד) שמטרתה היא 'משיכת' מבוטחים. כדי להתחרות בהצלחה כל קופה מוצאת לה את דרכה להבדיל עצמה מהקופות האחרות בתחומים בהם מתקיימת התחרות. עולה השאלה האם כדאי לעודד את התחרות גם על הרחבת הסל הבסיסי, ואם כן אז איך?

היכן ממוקדת כיום התחרות בהקשר לשירותים הרפואיים?

התחרות על ה-Product Differentiation בהקשר של הרכב סל השירותים⁹, מתמקדת להערכתנו בנושאים הבאים (בתנאי החוק):

- התוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן (לדיון רחב על התחרות הקיימת כיום על תוכניות השב"ן ראה נספח 4)
- שירותי רפואה נלווים מחוץ לסל הבסיסי – כגון רפואת שיניים, רפואה משלימה, סגנון חיים
- תרופות – תרופות OTC ותרופות מרשם

המגבלות הקיימות לקיום תחרות ודרכי ההתמודדות עמן

קיים חשש שהגבלות על התחרות מובילות לכך שהחברות בקופת חולים תתמקד באספקה מינימלית של סל השירותים הבסיסי (מבחינת סל השירותים, איכותו, נגישות וזמינות השירות).

⁹ כמובן קיימת גם תחרות בהקשרים נוספים כגון: רמת השירות, אגרות ביקור ותשלומים נוספים, בחירה בין ספקים ועוד.

ריבוי מגבלות כאלו עלול לפגוע ביתרונות הנלווים לתהליך של תחרות מנוהלת שהוזכרו לעיל ובסופו של דבר לפגוע ככלל במערכת הבריאות.

כיום קיימות מספר מגבלות המצמצמות את התחרות במערכת הבריאות בישראל. הצוות זיהה שתי בעיות עיקריות:

א. בעיית מימון עלות הסל: השחיקה המתמדת בהקצאה לקופות החולים מביאה למצב שהקופות מתקשות להתמודד עם הסל הקיים וודאי שחוששות הן שהרחבת סל וולונטרית ללא גיבוי תקציבי הולם תקשה עליהן עוד יותר.

ב. בעיית המידע: בשוק תחרותי קיימת חשיבות מכרעת למידע. המידע הוא אחד האמצעים של הצרכן לעמוד על זכויותיו ומאפשר בחירה רציונלית של הפרט, ולכן מהווה את אחד האמצעים לקדם תחרות הוגנת.

המצב כיום הוא כי אין מידע זמין וברור לצרכנים על תכולת הסל הבסיסי לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כך, גם במקרה שקופות מציעות שירותים נוספים לסל הבסיסי אין המבוטח יכול להשוות בין הניתן לו (מעבר לסל הבסיסי) בקופות השונות.

ההיקף הרחב של הסל ורמת מורכבותו מקשה על הבנת הניתן בו. למרות שפרטי התוספת השניה מפורסמים באתר משרד הבריאות, אין המשרד פועל להבהרת המושגים והשירותים הכלולים בסל, ואין המשרד מפרסם באופן מרוכז את ההבדלים (הקלים) הקיימים בסלים של הקופות השונות.

מצב זה של חוסר יכולת להשיג מידע, באם זה על ידי פרסום בכלי התקשורת ובאם זה על ידי פנייה מפורשת להשגת מידע על סל השירותים¹⁰, תורם לחוסר שקיפות שכתוצאה ממנה עלולה להימנע ממבוטחים האפשרות למצות את זכויותיהם וגם לעמוד על שירותים (כגון תרופות) שקופות הוסיפו לסל הבסיסי.

בדינוי הצוות עלה כי שיפור המידע על סל השירותים יכול להשפיע על התחרות בין הקופות בהשקעה מעטה יחסית של משאבים, ולכן יתכן שרצוי כי משרד הבריאות יפרסם את ההבדלים (הקלים) הקיימים כבר היום בין הקופות. **המודלים המוצעים לדיון בכנס ים המלח**

המודלים שהועלו על ידי חברי הצוות התייחסו בעיקר להגברת התחרות על הרחבת סל השירותים. לא התייחסו לתחרות על רמת השירות ועל המחירים.

חשוב להדגיש כי מתן תמריץ כספי לקופות שמרחיבות את סל השירותים (למשל, תגמול דיפרנציאלי הקשור להיקף ההוצאה החזויה בגין השירות החדש) הוא הכרחי לדעת חברי הצוות לקיום התחרות, אולם יש מקום לבחון האם ניתן להשתמש בתמריצים שאינם כספיים. מכל מקום, לא הכרחי כי הנהגת התמריצים (בין כספיים בין אחרים) תהיה כרוכה בהגדלת היקף התקציב הכולל של מערכת הבריאות, כפי שיוסבר להלן.

שני המודלים שיוצגו להלן מתייחסים להרחבת הסל לכלל המבוטחים בקופה (ללא אפשרות החלטה למבוטחים לבחור בשירותים שנוספים לסל). ההבדל בין שני המודלים הינו באופן יישום ההרחבה או כהרחבה לסל הבסיסי (וקיום שב"ן בנוסף לו) או כהרחבת השב"ן והפיכתו למרכיב חובה.

¹⁰ נסיון של חבר צוות להשיג ממבוטח אנונימי את סל השירותים הבסיסי נכשל גם דרך משרד הבריאות וגם דרך קופות החולים.

א. מודל הסל המורחב

עקרונות המודל:

- לקופה יהיה חופש להרחיב את סל שירותי הבריאות באישור השר מתוך רשימת שירותים חיוניים (בעלי חשיבות רפואית) שתוגדר מראש על ידי משרד הבריאות.
- קופה אשר מרחיבה את הסל תהיה זכאית לגבות פרמיה נפרדת ישירות מהמבוטחים, באישור משרד הבריאות. בקביעת גובה הפרמיה תובא בחשבון חשיבותו של השירות המתוסף על פי סדרי העדיפויות של המדינה ומרכיבי ההרחבה.
- הקופות יחויבו להביא לידיעת הציבור (כולו – לא רק מבוטחיהן) אילו שירותים התווספו על-ידן לסל הבסיסי. משרד הבריאות יבצע בקרה אחר הפרסום האמור.
- משרד הבריאות יקבל על עצמו פרסום מפורט של הסל הבסיסי על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (רק את המרכיב המשותף לכל הקופות) והטמעתו בקרב התושבים.
- פרסום זה ישפר את ערוצי המידע בין הקופות למבוטחים, בין הרופא לחולה ובין המדינה למבוטחים. בנוסף, ישפר את ערוץ המידע בין ספקי התרופות והציוד הרפואי לקופות החולים, וישפר את כושר המיקוח של הקופות מול הספקים.
- פניות לאישורים חריגים לקבלת שירות/מימון שירות שאינו כלול בסל הבסיסי יופנו לוועדה מרכזית, מחוץ לקופות החולים, לה ייחוד תקציב מתאים (בהשתתפות כל הקופות ומשרד הבריאות).
- יישמר החופש של קופות לעדכן את סל שירותי השב"ן בהתאם לנהלים הקיימים כיום.

אפשרויות מימון

הצוות העלה שלוש אפשרויות למימון הרחבת הסל. לצוות ברור כי ייתכנו אפשרויות מימון נוספות.

1. מימוש המודל ללא תוספת מימון: קופות החולים יספקו את הסל הבסיסי הקיים בתמורה להקצאה בגובה 98% (למשל) מעלות הסל הנוכחית, כלומר יידרשו להתייעלות. 2% הנותרים יחולקו לקופות בהתאם למדדים שייקבעו על ידי משרד הבריאות הכוללים התייחסות להרכב הסל.
2. תוספת של מימון פרטי: הרשאה לקופות לגבות פרמיות בגין ההרחבה. כאמור, הפרמיות שיאושרו לקופות יהיו דיפרנציאליות על פי חיוניות השירות שהוסיפו לסל. ניתן להוסיף מנגנון של תקרות לאוכלוסיות חלשות ופיצוי קופות בהתאם.
3. תוספת מימון ציבורי:
 - א. מימון באמצעות תוספת של כ 1% (למשל) למס הבריאות (כ- 2.2 מיליארד ₪ בשנה)
 - ב. מימון חלופי – גבייה של סכום זה ממעבידים

יתרונות וחסרונות של המודל

• יתרונות:

- שיטת פרסום שתקל על השוואה בין הקופות בדבר התוספות לסל הבסיסי ותעודד תחרות על הרחבת הסל
- הכוונת התחרות לשירותים חיוניים
- התייעלות (אם ימומן ללא תוספת לתקציב הכולל)
- קיום השב"ן מאפשר תוספת שירותים לפי העדפות הפרט

- חסרונות:
 - הכבדה של הבירוקרטיה
 - קושי ציבורי למשרד הבריאות לנמק מדוע אישר תוספת שירות חיוני לסל של קופה אחת ולא דרש הוספתו גם על ידי הקופות האחרות
 - קושי לחשב את הפרמיה בגין השירותים השונים שיתווספו לסל כך שישקפו את חיוניות השרות
 - חשש שיעשה שימוש בהרכב הסל לברירת מבוטחים
 - למרות הפרסום, קיים חשש לבלבול של הצרכנים וחוסר יכולת להשוואה מושכלת בין סלי השירותים של הקופות
 - עלויות גביה
 - קשיים הקשורים לדרכי המימון:
 - מימון פרטי: פיתוח מערכת מקבילה למערך הגביה של הביטוח המשלים, גבייה רגרסיבית מהציבור, גידול בהוצאה לבריאות והכבדת נטל התשלומים על הציבור, הפרט "לך לאיבוד" מבחינת היכולת לעבד מידע ולהשוות סלים של קופות.
 - מימון ציבורי: קבילות פוליטית נמוכה
 - ללא תוספת מימון: יתכן כי צמצום התקציב הציבורי יפגע באפשרות הקופה לספק את השירותים שבסל הבסיסי. כמו כן חוסר תמריץ מספיק לקופות להפנות את המשאבים לשירותים חיוניים ולקהלי יעד חלשים

ב. מודל שב"ן חובה

עקרונות המודל:

- הפיכת השב"ן לביטוח חובה
- הקופות יתחרו ביניהן על השירותים הניתנים בשב"ן (הקופות לא יחויבו להציע סל משלים אחיד)
- סיבסוד / מימון מלא של המדינה את הביטוח לאוכלוסיות חלשות
- הקופות יהיו חייבות לכלול בשב"ן בין היתר גם שירותים מתוך רשימת שירותים חיוניים שתוגדר מראש על ידי משרד הבריאות

אופן המימון

- המימון יהיה פרטי ברובו (ביטוח משלים חובה)
- קריטריונים יקבעו על ידי משרד הבריאות לקביעת אוכלוסיות החלשות. להן ינתן סיבסוד / מימון על ידי המדינה
- התשלום עבור האוכלוסיות הזכאיות יועבר ישירות לקופות

יתרונות וחסרונות של המודל

- יתרונות
 - תוספת שירותים חיוניים לשב"ן (העלאת ערכו)
 - הגברת שוויוניות - כיסוי אוניברסלי בשב"ן
 - פשטות בניהול וגבייה (ריכוז הגביה בידי הקופות)
 - קבילות: כבר 70% מהאוכלוסייה החליטו לרכוש באופן וולנטרי ביטוח משלים של הקופה שלהם

- חסרונות
 - הגדלת מעורבות של המדינה
 - נדרשת תוספת תקציב למימון הפרמיה עבור האוכלוסייה הזכאית (סבסוד אוכלוסיות חלשות)
 - הכבדת נטל התשלומים (הגדלת הפרמיות)
 - פגיעה בחופש הבחירה של מבוטחים לרכוש שב"ץ¹¹
 - אפשרות נוספת לקופות לזהות את מבוטחיהן אשר זכאים לסיבסוד על ידי המדינה והעדפת קהלי יעד מסוימים כתוצאה מכך

סיכום

כיום, למרות שהקופות יכולות לכלול שירותים נוספים לסל הבסיסי, כמעט ואין זה קורה וסלי השירותים של הקופות דומים עד זהים אחד לשני. עובדה זאת נובעת ממגבלות אקסוגניות לקופות. מגבלה אחת קשורה לחוסר המשאבים ובעיות בעדכון השוטף של הסל. מגבלה אחרת קשורה לחוסר השקיפות לצרכן בכל הנוגע לסל השירותים הבסיסי. לפיכך הועלו לדיון מספר מודלים להרחבת התחרות על הסל הבסיסי תוך הסדרת תנאי התחרות.

השאלות שנדונו בכנס:

1. האם רצוי לעודד תחרות על הרכב הסל הבסיסי?
2. אם כן, כיצד?
 - דיון בפתרון המוצע להגברת המידע
 - דיון בשני המודלים המוצעים
 - דיון האם יש מודל נוסף, טוב יותר להשגת המטרה
 - האם ניתן לקיים תחרות מקבילה במעגלים נפרדים – שב"ץ וסל בסיסי

סיכום עיקרי הדיון שנערך בנושא הרכב סל השירותים הבסיסי

העדכון שבוצע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1998, אפשר לקופות חולים חופש פעולה לחרוג ממסגרת הסל הציבורי האחיד. הציפייה הייתה, שעדכון זה יעודד תחרות בין הקופות על הרכב הסל. אולם בפרספקטיבה של זמן, שבע שנים לאחר ביצוע העדכון, אנו עדים לכך, שכמעט ולא היו תוספות של שירותים ייחודים לסל הבריאות (פרט לתוספות מועטות של טכנולוגיות ותרופות בחלק מהקופות). כך, כמעט ולא התקיימה תחרות בין הקופות על הרכב הסל הבסיסי וההבדלים הקלים בין הקופות לא עלו למודעות הציבורית.

לעומת זאת, אנו עדים לתחרות ערה למדיי בסל השב"ץ, שאחד מהאפיונים העיקריים שלה הוא הקשר בין השירות הרפואי המסופק, לבין התשלום הכספי על ידי המבוטח. ההגבלות על פרסום במסגרת השב"ץ מועטות לעומת ההגבלות על פרסום במסגרת תקציב הסל הבסיסי. לפיכך, עיקר הדיון ביחס לתחרות על סל השירותים התמקד בדרכים להרחבת התחרות על שירותי הסל הבסיסי, כדי לעודד את הקופות להוסיף שירותים לכל מבוטחיהן.

¹¹ הפגיעה בחופש הבחירה נובעת מתוך החובה להיות מבוטח בביטוח המשלים לעומת הצטרפות וולונטרית כפי שנהוג כיום.

החשש המרכזי שעלה בדיון היה כי כל קופה תקבע לעצמה את תוספות לסל שאינן בעלות ערך בריאותי ממשי ו/או כדי למשוך מבוטחים רווחיים. כדי להקטין סכנות אלה, אחת מהאפשרויות שהועלו היא, כי השירותים הנוספים על הסל הבסיסי ייבחרו מתוך רשימה שתאושר ע"י משרד הבריאות ו/או שהקופות יתומצו בהתאם למידת החיוניות של כל שירות שמתווסף לסל. שיטה זאת נועדה להבטיח, מחד, הוספת שירותים איכותיים בעלי תועלת ממשית לבריאות האוכלוסייה, ומאידך הקטנה של אפשרות השימוש בתוספת שירות לברירת מבוטחים על ידי הקופות. התומכים במודל זה הדגישו כי רצוי שרשימת השירותים הנוספים לסל תכלול גם טכנולוגיות חדשות שלא נכנסו בשלב זה לסל הבסיסי. בהקשר זה הועלתה במהלך הדיון בכנס גם ההצעה לאפשר "שחלוף" של שירותים כלומר גם הוצאת שירותים מהסל הבסיסי.

שאלה נוספת שנדונה התייחסה למקור התקציבי שיממן את השירותים הנוספים. רבים מהמתדיינים תמכו בעמדה, כי הקופה תקבל תשלום על תוספת השירותים שהיא מספקת דרך המוסד לביטוח לאומי ולא תגבה תשלום ישירות מהמבוטחים. השיקול העיקרי בכך היה העקרון שעומד בבסיסו של חוק ביטוח ממלכתי – ניתוק הקשר בין תשלום לבין קבלת שירות, וכן השיקול של יעילות הגביה. לפי מודל זה, המוסד לביטוח לאומי יגבה מכל פרט את התשלום הנוסף שעליו לשלם (בהתאם לקופה בה הוא מבוטח), ויעביר את התשלומים לקופות החולים. היו שטענו כי ישנה חשיבות רבה לתשלום ישיר של המבוטח לקופה שלו. בעלי עמדה זו טענו גם כי לקופות אמצעי גביה יעילים לביטוח המשלים ולתשלומי ההשתתפות העצמית. (ראה התייחסות לנושא זה גם בפרק הדיון ב תחרות על מחירים).

סוגייה נוספת שנדונה בהקשר זה קשורה בתמחור של התשלום שייגבה עבור השירותים הנוספים לסל הבסיסי. היתה הסכמה כי ישנו קושי רב בתמחור נכון של התוספת עקב הצורך לחזות את הביקושים העתידיים לשירות שיתווסף¹².

הובעה הסכמה רחבה בין המשתתפים, כי אם תוצר תחרות על הסל הבסיסי ויווצרו סלים שונים בקופות השונות, משרד הבריאות צריך להיות אחראי לפרסום שקוף ונאות של ההבדלים בין הקופות בשירותים הנוספים. הודגש כי על מנת שהאזרחים יוכלו להשוות בין סלי השירותים השונים של הקופות הפרסום צריך להתמקד בתוספות לסל הבסיסי בלבד. עם זאת, הועלה חשש כי משרד הבריאות יתקשה להפיץ את המידע בצורה יעילה ומובנת לציבור וכי הצרכנים לא יוכלו להתמודד עם מידע מורכב מסוג זה.

בסיכום הדיון העלו המשתתפים את הבעייתיות הקיימת בתחרות בשוק הבריאות, שבו, מחד גיסא, קיימים יתרונות בתחרות על סל השירותים הבסיסי, ומאידך גיסא קיימות סכנות שיכולות להפוך תחרות זו למזיקה מבחינה חברתית כוללת.

סיכום והמלצות הצוות

מרבית המשתתפים הסכימו כי קיימים קשיים נכבדים להנהיג תחרות "נכונה" על הסל הבסיסי. הקשיים העיקריים שצוינו הם: א. חוסר היכולת של הציבור להבין ולהעריך את ההבדלים בין השירותים הרפואיים הנוספים שיינתנו בכל אחת מהקופות. ב. העדר כלים כדי למנוע את הסכנה של ברירת המבוטחים באמצעות הגדרת התוספות לסל הבסיסי.

מסיבות אלה הוחלט, שלא להמליץ על עידוד תחרות ברובד האוניברסאלי.

¹² יצויין עם זאת כי לכאורה אין בעניין זה הבדל בין תמחור שירות חדש בשב"ן לתמחור של תוספת שירות חדש לסל הבסיסי.

3. תחרות מחירים בין קופות חולים

הבעיה

מעצבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הטילו את האחריות למתן שירותי הבריאות על קופות החולים מתוך אמונה כי חופש הבחירה של האזרח ותחרות מנוהלת בין הקופות תבטיח איכות שירות גבוהה תוך ניהול יעיל ותמריץ לשיפור תמידי לטובת האזרח.

מאז הפעלת החוק, ישנה מגמה של צמצום באוטונומיה של קופות החולים ובעקבות כך במידת התחרות ביניהן (חורב 2004). מאחר שאין תחרות על סל השירותים ועל מחירי הפרמיות נראה כי למרות שקיימים הבדלים בין הקופות במתן השירותים (למשל העסקת רופאים עצמאיים מול שכירים, גישה לרפואה מקצועית, שירותי הביטוח המשלים וכד'), האוכלוסייה אינה מבחינה בהבדלים משמעותיים ביניהן. יתכן שזו הסיבה למיעוט המעברים בין הקופות, אך יתכנו גם סיבות אחרות. האזרחים זכאים לאותם השירותים בכל קופות החולים (שכן סל השירותים אחיד עפ"י החוק), והם מקבלים שירותים גם באותם בתי החולים. אין קשר בין מס הבריאות שמשלמים לביטוח הלאומי לבין רמת השירות שמקבלים מהקופה בה מבוטחים. ההבדלים בין הקופות בגין התשלומים הנוספים שנדרשים לשלם הם זניחים. לאור זאת, יש הטוענים כי אין לקופות החולים תמריצים חזקים לשיפור באיכות הטיפול, ברמת השירות ואף בשיפור הניהול וצעדי התייעלות יצירתיים, שכן ממילא החברים אינם מבדילים בין קופות החולים ואינם עוברים מקופה לקופה.

על מנת שתהיה תחרות בין מבוטחים ו/או ספקי שירותים, הלקוחות צריכים לחוש בהבדלים משמעותיים ומחשיים בין האופציות השונות העומדות בפניהם.

הספרות בנוגע לתחרות במערכת הבריאות מלמדת כי הבידול הכי מוחשי בין אופציות בעיני הלקוח הוא ב"ערך תמורת כסף":

"When given information and responsible choices, most people migrate to what they see as value for money" (Enthoven 2004).

לכן, מתן אפשרות לקופות לבידול ב"ערך" שהן נותנות צפוי לחזק את התחרות ביניהן. הבידול מתייחס לרמת הרפואה, רמת השירות ומגוון השירותים מחד, ולרמת התשלום שהן דורשות תמורת שירותיהן, מאידך.

בפרק זה נדון ביתרונות ובחסרונות של תחרות בין הקופות על מחירים. ניתן לחשוב על שלושה סוגי "מחירים" עליהם עשויות הקופות להתחרות:

1. חלק מהפרמיה לקופות שיגרע מהעברות הממשלה וישולם "שירות" על ידי האזרח לקופה בה הוא בחר (בעבר מחיר זה כונה "תשלום עתי")
2. מחירי ההשתתפויות העצמיות בשימוש בשירותי בריאות
3. הנחות (תמריצים למבוטח) עבור היעדר תביעות (שימוש קטן בשירותים) ו/או התנהגות בריאותית נכונה (הימנעות מעישון, משקל רצוי, פעילות גופנית וכו')¹³.

¹³ במקרה כזה יש להצביע על מקור מימון הנחות אלה. אפשרות אחת היא על ידי הגדלת התשלומים לקבוצות האחרות, וקיימות אפשרויות נוספות שבהן נדון בכנס.

רקע

קיימת ספרות ענפה בנושא של תחרות מחירים בין קופות חולים או מבטחי בריאות, ולהלן יוצגו ממצאים עיקריים. (סקירה על תחרות המחירים הקיימת בין קופות חולים באירופה מוצגת בנספח 6).

1. בספרות מועלית טענה כי תחרות מחירים מאפשרת לצרכן לבחור בצורה מושכלת יותר המתחשבת הן בעלות והן בתועלת של כל חלופה.

"The most fundamental concept of competition is that consumers make" better choices when they confront prices that reflect costs because they can compare costs and benefits of alternative courses of action". (Pauly M, (Langwell K., 1983

2. ניתן לפרש רמות נמוכות של תנועה בין קופות חולים כסימן שהצרכנים לא רואים הבדל של ממש בין הארגונים ((Douven R, Sahin H. 2003).

3. תחרות מחירים מביאה להתנהגות יעילה יותר של המבטחים והספקים להבדיל מתחרות על איכות בלבד הנוטה לעודד הוצאות גדולות יותר במטרה לשפר את האיכות:

"The addition of price competition should act as a check on increasing" costs. Price competition in the system limits expenditures on health care and encourages insurers to bargain over price and place control on utilization".) (Fuchs V. 1986

4. במדינות רבות שבהן מערכת בריאות המבוססת על קופות חולים מתאפשרת מידה זו או אחרת של תחרות בין הקופות על מחירי הפרמיות, למשל בגרמניה בלגיה והולנד, כפי שמפורט בנספח 6.

עם זאת תחרות בין קופות חולים על המחירים נותנת בידיהם כלי לברירת מבוטחים "רצויים", כפי שהיה במידה רבה בישראל לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. למשל, קופות יכולות לקבוע פרמיות נמוכות למבוטחים צעירים, בריאים או עשירים ובכך להשפיע על הרכב המצטרפים לקופה.

בנוסף, בשוק שבו יש מעט מתחרים קיים חשש שלא תתקיים תחרות מחירים ובסופו של דבר כל המבוטחים יציעו מחירים דומים וגבוהים (ביחס לתמורה). תופעה דומה נצפית בשוק הביטוח המשלים שבו ההבדלים בפרמיות בין הקופות קטנים. לפיכך, על מנת להימנע מתוצאות לוואי לא רצויות לתחרות נדרשים הסדרי פיקוח קפדניים ויעילים.

לבסוף, אחד מעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה ניתוק הקשר שבין קבלת השירות ליכולת לשלם. ככל שמגדילים את היקף התחרות בין הקופות על מחירים (גם פרמיה, גם הנחות וכד') – נפגם עקרון זה ומתחזק הקשר שבין היכולת לשלם לקבלת השירות.

מודל מוצע לתחרות על הפרמיה בין הקופות לדיון בכנס ים המלח

על בסיס סקירת הספרות והמתרחש במדינות נבחרות באירופה, להלן הצעה למודל אפשרי לתחרות על הפרמיות בין קופות החולים בישראל. כפי שיוצג בהמשך, למודל זה יש יתרונות לצד חסרונות.

המימון של הסל הציבורי מתחלק כבר היום במידת מה, בין תשלום מס בריאות לביטוח לאומי לבין תשלום ישירות לקופת החולים, לבין השלמת הממשלה. ההצעה היא להפחית ב- 10% (למשל) את מס הבריאות שמשלמים אזרחי ישראל. קופות החולים יצטרכו להשיג את 10% הנוספים על ידי גביית כסף מחבריהם. חוק הבריאות ישונה כך שקופות החולים תוכלנה לגבות תשלומי פרמיה מחבריהם. יהיה כמובן צורך בפקוח ומעקב שיבטיחו כי התחרות על הפרמיה לא תנותב לאפיקים של ברירת מבוטחים.

התשלום החודשי שגיבה ע"י הקופות צריך להיות קבוע, ולא תלוי בהכנסה. המחיר הקבוע יהיה מבוסס על ממוצע קהילתי (community rating). פרמיה קבועה תפחית את היכולת של קופות החולים להשתמש בה לברירת מבוטחים ותקל על הצרכנים להשוות בין המוצע על ידי הקופות השונות. יש לציין כי כבר היום קיימת אפשרות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לגבות מס עתי כתוספת אופציונלית למקורות הקופות (אך לא כתחליף לחלק ממס הבריאות). אולם, אף קופה לא ממשה אפשרות זו.

יש צורך לעגן את ההסדר להפחתת מס הבריאות, וקביעת תשלום "פרמיה" מהמבוטח בחקיקה, על מנת למנוע מצב עתידי בו לחצים לצמצום הגביה הישירה מהאזרח יביאו לאובדן מקורות מעלות הסל לקופות החולים.

תחרות על השתתפויות עצמיות והנחות להתנהגות בריאותית נכונה

שני מרכיבים נוספים בתחרות המחירים בין הקופות עשויים להיות ההשתתפויות העצמיות (כפי שקיים כבר כיום) ומתן הנחות על שימוש נמוך בשירותים ו.א.על התנהגות בריאותית נכונה.

תחרות על מתן הנחות תגביר את התמריצים לציבור להימנע משימוש עודף בשירותים ולאמץ התנהגות בריאותית מונעת שצפויה להפחית תחלואה עתידית. נציין שכבר היום נהוגות הנחות מסוג זה בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים.

יתרונות

- עידוד התנהגות בריאותית נכונה
- צמצום צריכה עודפת

חסרונות

- קושי למעקב אחר התנהגות נכונה
- בעיות בהגדרה מה היא צריכה עודפת
- גישה של "ענישת הקרבנות", במצבים התנהגותיים בהם לאדם אין יכולת לשנות התנהגות.

תנאים נוספים לתחרות על מחירים (פרמיה, השתתפויות עצמיות והנחות)

אפשר להניח שהקופות יסתכלו על שלושת המרכיבים של תחרות המחירים בצורה כוללת בחישוביהם.

לקופות החולים יהיו החופש והגמישות לקבוע את שיעורי התשלומים החודשיים ולגבות אותם, אבל לא מעל לתקרה מסוימת. במלים אחרות, יהיה "גג" כולל לכמות הכסף שייגבה מכל

משפחה. פטורים ו/או הנחות יינתנו לחברים מעוטי יכולת באוכלוסייה, למשל המובטלים ואלה הנשענים על כספי סעד. במקרה של חברים כאלה, הפרמיה תשולם על ידי הממשלה. כך לא יהיה משקל נוסף מונח על כתפי חברים משלמים כדי לפצות על חברים שלא יכולים לשלם.

קופות החולים תהיינה רשאיות לגבות פחות מהתקרה, תוך שמירה על איכות השירות ואיזון תקציבי, וכך להיות תחרותיות יותר מול הקופות האחרות, דבר שיהווה תמריץ לניהול יעיל של המשאבים. הפחתות כאלה מהסכום המרבי שמותר לקופה לגבות, לא יחולו על תשלומי הממשלה, בגין מבוטחים הפטורים מתשלום חודשי מסיבות סוציאליות.

הבידול בין הקופות, בין בהיקף התשלומים, ובין בהיקף השירותים הניתנים מחוץ לסל הבסיסי, צריך לקבל חשיפה פומבית על ידי פרסום השוואתי מוסדר וקבוע, אשר יאפשר למבוטחים להשתמש במידע זה כבסיס לקבלת החלטות הנוגעות להצטרפות או עזיבה של קופת חולים.

כדי שאזרחים יוכלו להבדיל בין הקופות ולהחליט, צריכים להבטיח שיש שקיפות בשוק שירותי הבריאות. פרמיה קבועה, כפי שמוצע במודל זה, תהפוך את ההשוואה בין הקופות לקלה יותר ותקדם שקיפות. שקיפות ניתן גם לקדם על ידי שימוש ב-"תעודות הערכה" מצד הממשלה שינתנו לקופות. מערכת כזאת הוצעה כבר בישראל, נכללה ברפורמות בשירותי הבריאות בהולנד וקיימת כבר בארה"ב בבתי חולים המקבלים Medicare וגם בקרב HMOs באמצעות מערכת ה-HEDIS.

יתרונות של תחרות על מחירים במודל המוצע

- ה-Institute of Medicine הצביע על הפוטנציאל של תחרות מחירים לתת תמריצי שוק להפחתת עלויות והעלאות איכות (Institute of Medicine, 2001). שכן, תחרות מחירים יכולה לעודד מיקוח יעיל עם ספקים ושימוש יעיל בטכנולוגיה (Kessler D, McClellan M. 1999). לפיכך, התחרות על המחירים יוצרת תמריץ להתייעלות הקופות.
- תחרות מחירים מעודדת פרסום של יותר מידע על ידי המתחרים שצפוי לעזור לצרכנים להחליט בצורה נבונה.
- כאמור לעיל, תחרות על מחירים מעניקה בסיס נוסף לבידול בין קופות החולים, ובכך, תאורטית, צפויה להגדיל את האפשרות לבחור בין קופות מאחר שהצרכנים יחוו שיש הבדל ממשי בין הקופות. תחרות המחירים אמורה לעודד צרכנים להשוות מחירים כדי לקבל את הרמה הכי גבוהה של איכות עבור כספם.
- יתרון נוסף של תחרות במחירים הוא שיש בה את הפוטנציאל ליצור תחושה עזה יותר של מחויבות בין חברים וקופות החולים שלהם.

חסרונות של תחרות על מחירים במודל המוצע

- תחרות זו משפיעה בצורה שלילית על סולידאריות מאחר שהפרמיה קבועה ללא קשר להכנסה ולכן התשלומים הישירים לקופות חולים יהיו גרסיביים. זאת, בנוסף לתשלומי ההשתתפות העצמית שגם הם גרסיביים. ניתן למתן השפעה זו אם הממשלה תשלם את הפרמיה עבור קבוצות פגיעות. עם זאת, עדיין תהיינה קבוצות חלשות שעבורן הממשלה לא תכסה את הפרמיה.
- בעיה נוספת היא אופן הגביה של החלק התחרותי של הפרמיה. קיימות עלויות הקשורות בגביה נוספת על ידי הקופות, מכלל מבוטחיהן, ואולי אף קשיים בגביה מלאה. קשיים בגביה יכולים לתת לקופות תמריץ לפתח שירותים באזורים שבהם שעור הגביה גבוה

ובכך להגביר אי השויון בשירותים. לפיכך, ניתן לתכנן שהמוסד לביטוח לאומי יגבה גם את החלק הנוסף¹⁴.

- פיתוח מנגנון גביה נוסף עלול להפחית את הלחץ על הגדלת התקציב הציבורי לצורך ממון עלויות הסל ועדכנו. כך, במהלך הזמן יש חשש לגידול זוחל של הפרמיה כדי לממן את עדכון הסל הציבורי (מגמה שקיימת כבר היום בתשלומי ההשתתפות העצמית והביטוח המשלים). תהליך כזה יגדיל את הנטל על הציבור ובפרט על השכבות החלשות, בפרט מאחר שמדובר בתשלומי חובה.
- מתן אפשרות לתחרות על הפרמיה מחייב כאמור לעיל הסדרה ופיקוח ע"י משרד הבריאות על מנת למנוע תוצאות לא רצויות שהוזכרו לעיל ובהן ברירת מבוטחים. לא ברור האם יש כיום למשרד יכולת מעשית לפיקוח הנדרש.

השאלות שנדונו בכנס:

1. האם רצוי לאפשר לקופות החולים להתחרות על מחירים?
2. אם כן, מה הכללים הרצויים להסדרת התחרות על מחירים בשלושת הפרמטרים (פרמיה, השתתפות עצמית והנחות על התנהגות בריאות) כפי שהוצגו לעיל?

סיכום עיקרי הדיון שנערך בנושא תחרות מחירים בין קופות החולים

הייתה תמימות דעים בין הנוכחים כי מנגנון השוק התחרותי, שאחד ממרכיביו העיקריים הוא המחיר, מביא להקצאת מקורות יעילה. עם זאת, הדעות ביחס לכדאיות הנהגת תחרות על מחירי השירותים המסופקים על ידי קופות החולים בישראל – ובעיקר על גובה הפרמיה – היו חלוקות.

בדיונים המקדימים סקרו חברי הצוות מודלים בהם קיימת תחרות מחירים בקרב קופות חולים במערכות בריאות ציבוריות סטטוטוריות כגון בגרמניה, בבלגיה ובהולנד, ונבחנה הסוגיה, האם גם בישראל ניתן לאמץ את אחד מהמודלים שהוזכרו.

חלק מחברי הצוות תמכו במתן אפשרות לקופות החולים להתחרות על ידי גביית פרמיה ישירות או דרך המוסד לביטוח לאומי ממבוטחיהן. הטענות העיקריות בעד הסדר זה היו עידוד התחרות הן על מחירים והן על איכות מאחר שהצרכן יוכל לשקול "ערך תמורת כסף" בבואו לבחור קופה. נטען גם שגביית פרמיה ישירה מהמבוטח תחזק את הקשר שלו לקופה את מחויבות הקופה כלפיו, ואת –accountability של הקופה כלפי המבוטחים. נטען עוד כי פרמיה כזו יכולה להחליף חלק מתשלומי השתתפות עצמית ובכך להקל את הנטל על החולים שנדרשים לשלם בעת שהם נזקקים לשירות.

חברי צוות אחרים התנגדו לרעיון זה בגלל החששות הרבים משימוש לרעה בתחרות על מחירים על-ידי הקופות. צוינה האפשרות כי קופות יפחיתו את איכות השירותים כדרך להפחתת הפרמיה. צוינה גם האפשרות כי קופות יקבעו פרמיה גבוהה ככלי לברירת מבוטחים. הועלתה גם הבעיה שבגלל אופיו של תשלום כזה כמס גולגולת (שאינו מתחשב ברמת ההכנסה של הפרט), תהיה פגיעה בעקרונות היסוד של החוק, ובפרט בשוויוניות. הודגש כי אחד ההשגים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה ניתוק הקשר בין התשלום לבין קבלת השירות, ולכן הובעה הסתייגו ממתן אפשרות לקופות לגבות פרמיות, ובכך אפשרות להתנות שירות בתשלום¹⁵. יש לציין כי במהלך הדיון הובהר כי תשלום מס גולגולת ("תשלום עיתי קבוע"), הוזכר בחוק

¹⁴ חלק מחברי צוות ההכנה ציינו כי גביה זו עלול להתפס על ידי האזרחים כחלק ממס הבריאות ולא כפרמיה ייחודית של הקופה, ובכך יפגמו יתרונות התחרות על מחירי הפרמיה. הועלה גם חשש כי לאורך זמן הממשלה עלולה להתייחס לסכום זה כחלק ממס הבריאות ולהפעיל שיקול דעת לגבי ייעודו.

ההסדרים 1998 [סעיף 8(א1)(2)(ב)]. החוק התיר לקופות להנהיג תשלום שכזה כחלק מתכנית הגביה שלהן, אולם משרד הבריאות לא אישר בקשות שהוגשו על ידי חלק מהקופות להנהיג סוג זה של תשלום.

נקודה נוספת שהודגשה היתה כי במערכת שבה יש תחרות על מחירים ישנה חשיבות רבה להעברת מידע ברור לצרכנים הן על המחירים והן על התמורה (סל השירותים, נגישות השירותים איכות השירותים). אולם, הובעו חששות לגבי יכולת משרד הבריאות להפיק מידע כזה, להפיץ אותו ולעדכן אותו לאורך זמן. הובע גם חשש כי לצרכנים אין יכולת לשקלל את התשלום למול התועלת ולקבל החלטות בצורה מושכלת.

סיכום והמלצות הצוות

סוכם כי אין מקום לתחרות מחירים על הסל הבסיסי. לעומת זאת הובעה תמיכה בתחרות על מחירי השב"ן, אם כי הדעות היו חלוקות באשר למידת ההסדרה הנדרשת בשוק זה, וההשלכות על מידת השוויוניות.

בסיכום דיון זה הדגישו חברי הצוות את חשיבות התחרות בין הקופות על איכות, נגישות וזמינות השירות הרפואי, תוך קריאה להגברת פרסום המידע העדכני בדבר מחירי השירותים הנוספים בשב"ן וכן מחירי ההשתתפויות העצמיות שנגבות כיום. הוסכם שתפקיד משרד הבריאות כרגולאטור להביא לציבור את המידע ההשוואתי וההבדלים בין קופות – הן במחירים והן בשירותים – בצורה ברורה, מלאה ועדכנית. עדכון מידע זה ושקיפותו לציבור באה למתן את אחד מכשלי השוק בתחום הבריאות, והיא בעיית האינפורמציה.

4. תחרות בין הקופות בשוק התשומות והתקשרויות עם ספקי שירותי רפואה

רקע¹⁶

בתגובה לכשלי השוק, ובמיוחד לבעיית הסיכון המוסרי, המאפיינים את העסקאות בין מבטחים וספקים על הבסיס השוקי-הקלאסי של "תשלום עבור שירות" (FFS), צמח דפוס ה"טיפול המנוהל" (MANAGED CARE). הטיפול המנוהל מאופיין על ידי מערכת חוזים בין המבטחים והספקים. מערכת זו כוללת שלושה מרכיבים: סדרי תשלום לספקים עם מרכיב נכבד של השתתפות הספק בסיכון ואינטגרציה, הנחיות ופיקוח לא-כספיים (הנחיות קליניות, חקר ביצועי הספקים וכו'), ולבסוף, סביבה חוקית-מוסדית המאפשרת את תפעולם היעיל של שני המרכיבים הראשונים.

הסוגייה המרכזית הטמונה באפיון "סביבת הטיפול המנוהל" היא מידת התחרותיות בשוק המפגיש את המבטחים ואת ספקי הטיפול הרפואי. במיוחד, הסוגייה מתמקדת בשאלה באיזו מידה ובאיזו צורה להתיר "חוזים סלקטיביים" (SELECTIVE CONTRACTING) בין מבטחים וספקים? חוזים סלקטיביים הם חוזים לפיהם המבטח מתקשר עם קבוצה מסוימת של ספקים, ורק אליהם יכולים המבוטחים לפנות לקבלת טיפול. גרסה קלה יותר (למשל PPO) מאפשרת למבוטחים לפנות לספקים שאינם ברשימה תמורת תשלום נוסף. ההתקשרות הסלקטיבית יכולה לכלול את כל מגוון השירותים אותו מציע הספק (לדוגמה בית חולים) או שירותים וטיפולים מסוימים בלבד (לדוגמה צינתורים).

עיקר הניסיון בשאלות אלה נלמד מהמערכת האמריקאית במשך 25 השנים האחרונות¹⁷. באירופה (גרמניה, הולנד, בלגיה, שווייץ), המבטחים והספקים הם יותר פסיביים, וההתקשרויות

¹⁵ יש לציין כי במודל שהוצע לא דובר על התניה בין תשלום זה לבין הזכות לקבלת שירות רפואי. החשש שהובע התייחס לאפשרות שבעתיד קופות ינסו לעשות התניה כזו.

¹⁶ לדיון מפורט בסוגיית הללו ולמקורות העדויות האמפיריות שיוצגו להלן ראה Paily (1998), Ohsfeld et al. (1998), Zwanzinger (2000), Vita (2001), Hellinger (1995)

נעשות באופן קולקטיבי בין האיגודים המקצועיים, עם הסדרה ממשלתית מסיבית. יש לציין עם זאת, שעם הנהגת מערכות ביטוח בריאות תחרותיות (מערכות הדומות למערכת הישראלית שלאחר 1995) בשנות התשעים במדינות אלה, הולך וגובר הלחץ על הסדרת התחרות בשוק התשומות (והאפשרות לחוזים סלקטיביים).

נימוקים בעד חוזים סלקטיביים

- מגביר תחרות בקרב הספקים על מחירים ואיכויות, כדי להיכלל ברשימת הספקים של המבטחים
- מגביר את איכות השירות על ידי בחירה של ספקים טובים (המבטח יכול לשפוט איכות שירות יותר טוב מאשר המבוטח – למשל רשיון מומחה)
- מקטין עלויות על ידי הנחות על נפח, התקשרויות חוזרות, הוצאות עסקה פחותות
- הקטנת עלויות (שוליות) מקטינות תמריץ לברירת מבטחים
- עשוי לעודד ריכוז פעילות אצל מעט ספקים, שיביא להתמחות, ללמידה מואצת ושיפור תוצאות, ולמניעת כפילויות

נימוקים נגד חוזים סלקטיביים

- הגבלות על חופש בחירת המבוטח בספק
- הגבלת התחרות וקיום אפליה אפשרית על ידי פגיעה בחופש ההתקשרות ("כל ספק שרוצה" – ANY WILLING PROVIDER, AWP).
- הגברת כוח מונופסוניסטי של המבטחים וירידה אפשרית בכמות השירותים למבטחים ובאיכותם
- סכנה שיהיו אפיק לברירת מבטחים על ידי התקשרויות עם ספקים המשרתים אוכלוסיות רווחיות והימנעות מהתקשרויות עם ספקים המשרתים אוכלוסיות "יקרות מהממוצע" (ECONOMIC CREDENTIALING)

עדויות אמפיריות

- מוערך כי חוזים סלקטיביים מקטינים הוצאות אדמיניסטרטיביות הקשורות באיסוף מידע על ספקים בכ- 1.5%
- הנחות נפח כתוצאה מחוזים סלקטיביים מקטינות הוצאות בגובה של עד 20% בשירותי בריאות, ועד 65% בתרופות.
- נמצא כי חוזים סלקטיביים מגבירים את התחרות בין ספקים ואת אימוצם של נוהלי טיפול זולים יותר בתגובה לאמות המידה שהציבו המבטחים
- חוקים המגבילים חוזים סלקטיביים (AWP) גורמים לעליה בהוצאות על טיפול רפואי
- חוזים סלקטיביים עם בתי חולים הביאו לירידה בהכנסות ובעלויות של בתי החולים
- תחרות בין מבטחים מביאה לרשתות ספקים קשורים גדולות יותר, תחרות בין ספקים מביאה לרשתות קטנות יותר
- קשה לזהות אי יעילות שמקורה בכח מונופסוניסטי (מבחינת חוקי הגבלים עסקיים)
- בדרך כלל, התנגדות לחוזים סלקטיביים קשורה בעמדות כוח פוליטי וחברתי של ספקים

¹⁷ יש לזכור כי קיימים הבדלים מהותיים בין המערכת הישראלית לאמריקאית בהקשר זה, ביניהם: קיום בתי חולים בבעלות משרד הבריאות, כמחצית מבתי החולים בבעלות שרותי בריאות כללית, בתי חולים רבים יחסית גם בפריפריה, הסדרה ממשלתית של התשלומים לבתי החולים (מחירים, קפינג).

המצב הנוכחי בארץ

סעיף 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הגדיר את חופש הפעולה שניתן לקופות החולים להחליט על כללי הבחירה לפיהם יוכלו מבוטחי הקופה לבחור בין ספקי השירות של הקופה או מטעמה. קופת חולים תקבע את הסדרי הבחירה והיקפה במידה והיא קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד. על הקופה הוטלה החובה להביא את ההסדרים לידיעת שר הבריאות ולפרסמם בקרב מבוטחיה. הקופה לא נדרשה לקבל את אישור השר טרם הפרסום. אולם מאידך, על פי סעיף 30 לחוק, רשאי שר הבריאות לקבוע שהתקשרויות מסוימות בין קופת חולים לבין נותן שירותים יהיו טעונות אישורו. עד עתה לא הצביע משרד הבריאות על התקשרויות אשר מחייבות את אישורו מראש.

מדריכי השירותים של כל קופות החולים עומדים לרשות המבוטחים (בדרך כלל מפורסם על בסיס מדריך שירותים אזורי/מחוזי). מדריכים אלה מכילים מידע רב, לרבות רשימות ושעות פעילות של מרפאות, רשימות רופאים הפועלים במסגרת הקופה או מטעמה בכל אחד מהתחומים, בתי מרקחת, מעבדות ועוד.

ניתן להצביע על הבדלים ניכרים בין קופות החולים, הבדלים שמוסדו לאורך השנים ואשר נובעים מסיבות היסטוריות ומעוגנים לעיתים בהשקפת העולם של כל אחת מהקופות ובמבנה הייחודי לה. לדוגמה, היקף הבחירה בין רופאים מומחים עצמאים גדול יותר בקופות חולים מכבי ומאוחדת בהשוואה לשתיים האחרות. מצב דומה קיים בכל הקשור לבתי מרקחת. מאידך גיסא, קופות אלה נוטות לצמצם את אפשרויות הפנייה למרפאות חוץ בבתי חולים.

בשנת 1998 הוציא השר יהושע מצא חוזר למנכ"ל קופות ובו כללים מנחים למימוש הסדרי הבחירה. חוזר זה לא נאכף, ייתכן שבין השאר, מאחר והוא לא הכיל למעשה כללים שניתן היה לתרגמם לכלל מעשה. לאחרונה הוציא משרד הבריאות בעניין זה תקנות מסודרות אשר מתבססות בחלקן על אותו חוזר ואף מרחיבות אותו.

התקנות מתייחסות לשני נושאים עיקריים: למהות המידע אותו חייבות הקופות לפרסם ולדרך הפרסום.

על פי התקנות נדרשות הקופות לפרט בהסדרי הבחירה איזה מהשירותים ניתנים למבוטחים בזיקה למקום המגורים (בחירה על בסיס אזורי או ארצי). כמו כן נדרשות הקופות לפרסם רשימות נותני שירותים בחלוקה לפי סוגי שירות: רשימת בעלי מקצוע רפואיים ופרה-רפואיים תוך ציון תחום ההתמחות; רשימת מכוני חוץ (כגון מכוני הדמיה, מעבדות, מכוני פיזיותרפיה וכדו'); בתי מרקחת ובתי חולים. כך לדוגמה, אם מתכוונת קופה להגביל את חופש הפנייה לבתי חולים מסוימים, היא צריכה לפרט זאת במפורש בהסדרי הבחירה, תוך ציון שמות בתי החולים אליהם יהיה המבוטח רשאי לפנות.

הקופות נדרשות לפרסם את האפשרויות אותן הן מעמידות בפני מבוטחיהן אם יזדקקו אלה לשירותי חירום, כאשר מרפאות הקופה סגורות (כגון חדרי מיון, מוקדי חירום, אפשרות הזמנת רופא לבית המבוטח וכדו'). בכל מקרה נאסר על קופה להגביל את אפשרות הפנייה לחדר מיון דווקא לבתי חולים כלליים מסוימים.

הפרסום צריך להתייחס לשאלה האם יש צורך בקבלת מכתב הפנייה לנותן השירות או שקיימת אפשרות לבחירה חופשית בין אלה המופיעים ברשימה. כן מודגש הצורך שלא לפגוע ברציפות הטיפול הרפואי. תשומת לב ניתנה בתקנות גם למצבים בהם יהיה צורך בשירות רפואי מתמחה,

שבו מצויים רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי, שאולי לא מופיע ברשימת נותני השירות הפרסמה הקופה (רשימת מצבים רפואיים המצדיקים טיפול באמצעות מרכז רפואי מתמחה אמורה להיות מופקת על ידי משרד הבריאות).

הקופות התבקשו גם לוודא קיומו של מנגנון המאפשר, על בסיס שיקול דעת רפואי, לאשר במצבים מיוחדים סטייה מהסדרי הבחירה.

נקבע שהקופה תפרסם את הכללים בעניין הסדרי הבחירה באתר האינטרנט של הקופה. בנוסף, יעמדו אלה לעיון המבוטחים בסניפי הקופה ועותק יסופק לכל מבוטח, לפי דרישה, ללא תשלום. הפרסום ייעשה רק לאחר תום 60 יום ממועד העברתם לעיון שר הבריאות ובכל מקרה תחילת פעילות לפי ההסדרים תבצע לאחר תום 30 יום מהפרסום בקרב המבוטחים.

אין כיום מידע במספר שאלות מרכזיות הנוגעות לחוזים הקיימים: איזה חלק של פעילות בתי החולים מוסדר על ידי חוזים סלקטיביים? כיצד משפיעים החוזים על שוק בתי החולים? באיזו מידה הקופות מצליחות לכוון את החולים לבתי חולים מסויימים מבלי להתעמת איתם? באיזו מידה החולים מודעים לקיום חוזים סלקטיביים ולהסדרי הבחירה בקופות השונות?

המצב הנוכחי לגבי התקשרויות עם ספקים בביטוח המשלים

כאמור, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב את הקופה לספק שירותים בעין ומבוטח לא יכול לבקש החזר או השתתפות כספית מהקופה אם פנה לנותן שירות שאינו קשור עם הקופה בהסכם. בשב"ן המצב שונה במספר מובנים:

א. השב"ן בנוי כך שבחלק מהשירותים מבוטח השב"ן מופנה גם כן דווקא לנותני שירות הקשורים עם הקופה/השב"ן בהסכם (שאינם עומדים לרשות מי שאינו חבר בשב"ן), אולם בחלק אחר מהשירותים הוא זכאי לקבל 'שיפוי', היינו, השתתפות כספית של הקופה (במתכונת של החזר כנגד קבלות).

ב. השב"ן במהותו מרחיב את אפשרויות הבחירה בין ספקי שירות. למשל בנושא הניתוחים – למבוטחי השב"ן יש כמובן אפשרות להינתח בבי"ח ציבוריים בהתאם להסדרי הבחירה של הקופה ובנוסף יש להם אפשרות להינתח במסגרת השב"ן בבי"ח פרטי. במרבית התכניות יש להם גם אפשרות להינתח על ידי מנתח שאינו קשור עם הקופה/השב"ן בהסכם ולקבל השתתפות חלקית מהקופה (במתכונת של שיפוי בדיעבד).

הבעיות שבמצב הנוכחי: כיום קיימים הסכמים סלקטיביים לגבי התקשרויות עם ספקים על הסל הבסיסי ולפיכך קיימות הבעיות שתוארו לעיל (בעמ' 19).

יש לציין כי בשבועות האחרונים הצהיר שר הבריאות על כוונה להחיל מדיניות של חופש בחירה מלא למבוטחים בספקי שירותים ונשאלת השאלה מה יהיו ההשלכות של אימוץ מדיניות זו.

השאלות העיקריות שנדונו בכנס –

1. מתי, ואם בכלל, מוצדקת ההתערבות של המדינה בהסכמים עצמם שבין הקופות לספקי השירות בכלל, ובנושא ההתקשרויות הסלקטיביות בפרט? למשל:

- מידת ההסדרה הרצויה בתחומים השונים (פרסום, הוצאות, הבטחת איכות הספק, שוויוניות, יעילות)?
- האם רצוי לאפשר חוזים בלעדיים (כלומר רק עם קופה אחת) לרופאים (שכירים ו/או עצמאיים)?

2. אילו דרישות יש להציב לגבי תוכן החוזים הסלקטיביים?

- האם לאפשר בחירה חופשית בספק תמורת תוספת תשלום? האם תצמח תחרות (טובה) על מידת הבחירה והתשלום?
- איך משתלב הסדר ה- CAP בחוזי הקופות עם בתי החולים?
- איך מסתדרים חוזים סלקטיביים או בלעדיים עם הנטייה להנהיג PAY FOR PERFORMANCE?
- איך ישתלבו מדדי איכות של ספקים מגורם אובייקטיבי והפצתם לציבור עם חוזים סלקטיביים?

3. איך מושפע הדיון בהתקשרויות עם ספקים בסל הבסיסי מההתקשרויות הסלקטיביות הקיימות (מתוך הגדרת השירותים) בסל המשלים

סיכום עיקרי הדיון שנערך בנושא תחרות בשוק התשומות

נקודת הפתיחה לדיון בנושא תחרות בשוק התשומות וההתקשרויות עם ספקים הייתה, כי קיימים יתרונות חברתיים וכלכליים בתחומי איכות הטיפול, חיסכון בעלויות, הוצאות עסקה והמשכיות טיפול לחוזים סלקטיביים ארוכי טווח בין הקופות ובתי החולים¹⁸. מנגד, הובע חשש מפגיעה בחופש הבחירה של המבוטח את בית החולים בו הוא מעוניין לקבל טיפול. הובע גם חשש כי יהיו מקרים בהם תפגע המשכיות הטיפול.

אחת הנקודות המרכזיות בדיון הייתה האזור הגיאוגרפי בו פועלות הקופות ובתי החולים. לדוגמא, בית חולים מונופוליסטי בדרום וקופה מונופוסוניסטית באזור צפון לא יפעלו כבתי חולים וקופות במרכז הארץ, ששם התחרות ערה יותר, הן בין הקופות והן בין בתי החולים. מכאן שתידרש הסדרה של ההתקשרויות במצבים כאלה.

במידה ויופעלו התקשרויות סלקטיביות בין הקופות לבתי החולים תידרש בחינה מחודשת של מקומם ותפקידם של הפרמטרים המוסדרים על ידי משרד הבריאות במערך התגמול הנוכחי של הקופות בגין השירות הניתן על ידי בית החולים (מחיר יום אשפוז, המחירים הדיפרנציאליים והסדר ה-CAP).

שתי בעיות נוספת הועלו על ידי חברי הצוות. האחת היא, כי בניגוד לשוק חופשי בו נחתם חוזה בין ספק ללקוח, הרי שבחתימת ההסכמים בין קופות החולים לבתי החולים לא ניתן להתעלם מכך, שבתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של כללית מהווים קרטלים. במקביל, בעיה נוספת היא הסוגייה עתיקת היום של כפל התפקידים של משרד הבריאות, בהיותו בעלים של בתי חולים יחד עם תפקידו בהסדרת המערכת.

חלק מחברי הצוות צידדו בהתקשרויות סלקטיביות בין הקופות ובתי חולים וטענו, כי הן עשויות לסייע ביצירת מרכזי מומחיות וידע תוך "מיזוגים" אפשריים בין מחלקות. התקשרויות סלקטיביות אלה עשויות להקטין את כפל התשתיות בין הקופות ובתי החולים. כדי למנוע כפילות זו יש צורך במנגנון (Certificate of Needs (CON).

גם בנושא זה הוסכם על ידי רוב חברי הצוות, כי יש חשיבות רבה לפרסום מידע על איכות בתי

¹⁸ הייתה הסכמה בצוות כי אין בעיה בכך שקופות יתקשרו בהסכמים סלקטיביים עם רופאים, וספקים אחרים (מקצועות הבריאות, מכונים וכו'). הדיון התמקד לפיכך בחוזים סלקטיביים עם בתי חולים מאחר שחלק ממשתתפי הדיון ראו בעייתיות בהסכמים סלקטיביים איתם.

החולים בקרב הקופות והצרכנים, כדי לאפשר בחירה מושכלת של הקופות והמבוטחים את בתי החולים. הודגש כי מתפקידו של משרד הבריאות כרגולטור לעשות זאת.

הועלתה גם הצעה כי למרות התחרות בין בתי חולים על התקשרויות עם קופות, יש מקום במקרים מסויימים לעודד גם הסדרי גיבוי בין בתי חולים חלשים לבתי חולים חזקים יותר (למשל בפריפריה). הסדרים אלו יעלו את איכות הטיפול של בתי החולים החלשים וכן יחזקו את האטרקטיביות שלהם, במו"מ עם קופות החולים על התקשרויות סלקטיביות.

בהתייחס לסוגיית הפגיעה בחופש בחירת הצרכן שהוזכרה בתחילת הדיון הוצע כי בעבור אשפוז בבית חולים שלא נמצא בהסכם עם הקופה, ישלם המבוטח תוספת דמי השתתפות עצמית (כדוגמת הסדרי ההתקשרות הקיימים כיום בביטוחים המשלימים עם בתי החולים הפרטיים). כך, הקופה תהנה מהיתרונות של ההתקשרות הסלקטיבית ולצרכן תהיה נגישות גם לבתי חולים אחרים במסגרת הסל הבסיסי. יש לציין כי אפשרות זו אמנם מגינה על הערך של חופש הבחירה אולם פוגעת בערך של שוויון שכן בעלי אמצעים יזכו לנגישות גבוהה יותר ולחופש בחירה רב יותר מאשר חסרי האמצעים, שלא יהיה ביכולתם לשלם את ההשתתפות העצמית שתידרש.

סיכום והמלצות הצוות

היתה הסכמה כי יש מקום להמשיך לאפשר לקופות החולים התקשרויות סלקטיביות עם בתי חולים, כפי שקיימים היום. עם זאת, יש מקום להגברת הפקוח של משרד הבריאות באזורים שבהם יש לבית חולים או לקופה מונופול אזורי, על מנת להבטיח שההתקשרות תהיה הוגנת מבחינת המחירים. כמו כן הוסכם כי יש חשיבות רבה לכך שמשרד הבריאות יאסוף מידע על איכות הטיפול בבתי החולים ויפרסם אותו על מנת למנוע מצב שהשיקול העיקרי בהתקשרות יהיה המחיר.

מקורות

Bentur, N., & Gross, R. (2001). The reform of the Israeli health care system: A comparison between older and younger consumers, one year and three years after its implementation. *Journal of the American Geriatric Society*, 49, 56–64.

Berg, A., Rosen, B., & Morginstin, B. (1999). Gaps between lower-income and middle- to high-income individuals following the implementation of the National Health Insurance Law. RR-342-99. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute. (Hebrew)

Brownson RC, Remington PL, Davis JR.(1998) Chronic disease epidemiology and control. 2nd ed. Washington, DC: American Public Health Association.

Douven R, Sahin H. (2003). Deliberate Consumer Choice in Health Insurance. CPB Newsletter 2003/1, pp 48–51.

Enthoven, A. (1993). The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs* 12:24–48.

Enthoven A. (2004). Market Forces and Efficient Health Care Systems. *Health Affairs*, 23(2) pp 25–27. (p. 26)

Farfel M, Yuval D.(1999) Arabs' and Jews' perceptions and use of the health system two and a half years after implementation of the National Health Insurance Law: Findings from a survey of the general population. RR-351-99. JDC-Brookdale Institute, Jerusalem,

Fuchs V. (1986). *The Health Economy*. Harvard University Press: Cambridge, MA. (p.343)

Gaynor, M., Vogt, W.B., (2000), "Antitrust And Competition in Health Care Markets" *Handbook Of Health Economics* 27: 1405-1478.

Glied SA. Health insurance and market failure since Arrow.2001. *Journal of Health, Politics, Policy and Law*. Oct; 26(5):957-65.

Gross R. (2003) Implementing health care reform in Israel: organizational response to perceived incentives. *Journal of Health Politics Policy and Law* 28(4):659-692.

Gross, R., and M. Harisson. 2001 Implementing Managed Competition in Israel. *Social Science and Medicine* 52(8):1219-1231.

Hellinger FJ, Any willing provider and freedom of choice laws: an economic assessment, *Health Affairs* 14:297-307, 1995.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. National Academy Press: Washington.

Kessler D, McClellan M. (1999). *Designing Hospital Antitrust Policy to Promote Social Welfare*. Stanford Law School John M. Olin Program in Law and Economics Working Paper 172.

McGinnis JM, Foege WH.(1993) Actual causes of death in the United States. *JAMA* 270(18):207-12.

Miller, R.H. competition in the Health System: Good News and Bad News. 1996. *Health Affairs*, Vol 15, Issue 2 pp: 107-120.

Ohsfeld RL et al., The spread of state Any Willing Provider Laws, *HSR* 33: 1537-11555, 1998.

Pauly M., Managed care, market power and monopsony, *HSR* 33:1439-1460, 1998.

Pauly M, Langwell K. (1983). Research on Competition in the Market for Health Services: Problems and Prospects. *Inquiry*, 20, pp 142-161. (p.144)

Rhoades, S.A., (1993), The Herfindahl - Hirschman Index. *Federal Reserve Bulletin*: 188 - 189.

Salop, S.C., 1979, "Monopolistic Competition with Outside Goods". *Journal of Economics* 10:141-156.

Shmueli A., Bendelac J. and Achdut L., Who switches sickness fund in Israel? Unpublished, 2005.

Vainio H, Bianchini F, Eds.(2002) Weight control and physical activity. IARC Handbooks of Cancer Prevention. IARC Press Vol 6.

Van De Van, W. P.M.M., Van Vliet, R.C.J.A., 1992, ×How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market?. Health Economics Worldwide: 23–46.

Vita MG., Regulatory restrictions on selective contracting: an empirical analysis of ×any willing provider÷ regulations, J of Health Economics 20:955–966, 2001.

Zwanzinger J., The effect of selective contracting on hospital costs and revenues, HSR , Oct 2000.

אנגלצ'ין –ניסן, א, 2005, קופות חולים בישראל ונוסחת הקפיטציה: ריכוזיות, נגישות מרחבית ושביעות רצון. עבודה לקבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון.
אפשטיין, ל., 2003, "פערים ואי-שוויון בריאות". בתוך: פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים. כנס ים המלח הרביעי. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. בנדלק, ז'ק, 1994–2002, חברות בקופות החולים. ביטוח לאומי, 150, 159, 163, 168, 176, 182, 188.

ברג, א; גרוס, ר'; רוזן, ב'; חניניץ, ד'; 1997. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ – 97 – 284. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

גרוס, ר. ברמלי- גרינברג, ש, מצליח, ר. 2005. "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003, והשוואה לשנים קודמות. מאירס- ג'וינט- מכון ברוקדייל, ירושלים.
חורב, ט. 2004, השתקפותה של מדיניות בריאות בראי החקיקה. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ניצן- קלוצקי דורית, 2003, סקר מצב בריאות ותזונה לאומי, ממצאים כלליים 1999–2001. בהוצאת משרד הבריאות.

ניצן- קלוצקי דורית, 2004, מה אוכלים הישראלים?, הוצאת משרד הבריאות.

נירל, נ., פלפל, ד., רוזן, ב., זמורה, ע., גרינשטיין, מ., וזלצברג, ס., (2001), "נגישות לשירותי הבריאות ממלכתי?" ביטחון סוציאלי, בדרום וזמינותם; האם נסגרו פערים לרעת הדרום לעומת אזורים אחרים בעקבות חוק ביטוח בריאות 95–76:59

פורטר, א. מ., 1979, על תחרות. מקום ההוצאה ת"א, שם ההוצאה מטר. 48–33.

פורת, א, רבינוביץ, ג, רסקין-סגל, ע. 2004 פרויקט מדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לציבור עבור השנים 2003–2001, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות.

צ'רניחובסקי, ד., אלקנה, י., אנסון, י., שמש, ע., שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות. המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

נספח 1

התפתחות נתחי השוק של קופות החולים בישראל וערכי מדד Hirschman Herfindahl

מדד מקובל לקביעת רמת התחרות בשווקים אשר אינם חשופים לתחרות מחוץ לארץ וחסמי הכניסה אליהם גבוהים ביותר (כדוגמת שוק קופות החולים בישראל), הינו מדד ¹⁹ Herfindahl-Hirschman (Rhoades, 1993). מדד זה נע בין ערכים השואפים ל-0 בתחרות מושלמת, ל-1 במונופול. ככל שמספר הפירמות בענף הינו גבוה יותר, כך יקטן ערך המדד.

שנה	נתח שוק כללית	נתח שוק מכבי	נתח שוק מאוחדת	נתח שוק לאומית	ערכי מדד ריכוזיות שוק קופות החולים Hirschman-Herfindahl	ערכי מדד ריכוזיות שוק הבנקים Hirschman-Herfindahl
1992	0.708	0.143	0.068	0.081	0.533	-
1993	0.668	0.168	0.079	0.085	0.488	0.226
1994	0.635	0.188	0.087	0.090	0.454	0.234
1995	0.621	0.196	0.091	0.092	0.441	0.243
1996	0.602	0.204	0.098	0.096	0.423	0.241
1997	0.586	0.211	0.103	0.101	0.409	0.219
1998	0.580	0.217	0.103	0.099	0.404	0.199
1999	0.572	0.224	0.105	0.099	0.398	0.194
2000	0.563	0.231	0.107	0.099	0.392	0.186
2001	0.556	0.235	0.109	0.100	0.386	0.175
2002	0.552	0.237	0.111	0.100	0.383	0.197
2003	0.549	0.239	0.114	0.099	0.381	-

¹⁹ מדד זה מבטא את ריכוזיות המערכת באמצעות שני רכיבים - חוסר השוויוניות בין הפירמות ומספר הפירמות בענף, כפי שמתואר להלן במשוואה

$$H = \sum_{i=1}^n S_i^2 = \frac{1}{n} + \sum_{i=1}^n (S_i - \bar{S})^2$$

S_i - חלקה של פירמה i בענף.
 \bar{S} - הממוצע האריתמטי של S_i .
 n - מס' הפירמות בענף.

נספח 2

ערכי מדד Hirschman Herfindahl באזורי הארץ השונים שנת 2002

מחוז	נתח שוק כללית	נתח שוק לאומית	נתח שוק מכבי	מאוחדת נתח שוק	ערכי מדד Hirschman Herfindahl
סך הכל	0.552	0.1	0.237	0.111	0.383
ירושלים	0.469	0.139	0.103	0.289	0.333
הצפון	0.707	0.12	0.112	0.061	0.531
חיפה	0.617	0.068	0.227	0.089	0.445
המרכז	0.543	0.075	0.272	0.109	0.386
תל-אביב	0.428	0.082	0.422	0.068	0.373
הדרום	0.601	0.099	0.228	0.072	0.428
יהודה ושומרון	0.313	0.246	0.206	0.235	0.256
חבל עזה	0.714	0.101	0.137	0.048	0.541

נספח 3

אחוז העוברים לקופת חולים אחרת לפי גילאים שנים 1997–2003.

קבוצת גיל	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
4–0	4.7	5.3	1.4	1.5	1.6	1.3	1.5
14–5	3.9	4	0.9	1	1	0.8	0.9
24–15	7.2	7.8	1.8	1.7	1.5	1.1	1.2
34–25	5.1	5.8	1.4	1.5	1.5	1.3	1.4
44–35	3.1	3.4	0.8	0.9	0.9	0.7	0.8
54–45	2.1	2.3	0.5	0.6	0.5	0.4	0.5
64–55	1.6	1.6	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4
74–65	1.3	1	0.4	0.5	0.4	0.3	0.3
+75	0.9	0.7	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2
סה"כ	3.9	4.2	1	1.1	1	0.8	0.9

מקור: בנדלק, ז'ק, 1994–2002, חברות בקופות החולים. ביטוח לאומי, 159, 150, 188, 182, 176, 168, 163.

נספח 4

תחרות על השב"ן – יתרונות וחסרונות

לפני שנדון באופן בו ניתן לעודד תחרות על הסל הבסיסי נתייחס בקצרה לתחרות על השב"ן. זאת כדי לשאול אם קיימת תחרות על תוכניות השב"ן, כיצד קורה שדווקא שם יש תחרות ואילו בסל הבסיסי היא מצומצמת עד חסרה לגמרי.

נציגי הקופות מדגישים כי מבחינתם על סל השירותים המוצע במסגרת תוכניות השב"ן אין יש תחרות בין הקופות. בכל קופה קיימים מספר שירותים שהם ייחודיים לה. כמו כן, גם כאשר מדובר בשירותים רפואיים זהים הקיימים בתוכניות שב"ן של קופות שונות, היקף הכיסוי בגין אותם שירותים יכול להיות שונה. לדוגמה, כל הקופות מציעות ניתוח בבית חולים פרטי אולם בחלקן קיימת השתתפות עצמית של המבוטח (גובה ההשתתפות שונה מקופה לקופה) ובחלקן – אין. כנ"ל לגבי השתלחות בחו"ל (שירות דומה, כיסוי שונה) ועוד. קיימים הבדלים גם בגובה הפרמיה (הקשורה לסל השירותים המוצע); הבדלים במגוון ספקי השירותים הקשורים עם תוכניות השב"ן ועוד.

כמו כן הועלתה הטענה ששיעור שימוש גבוה בשירותי השב"ן מעיד על התאמה של סל השירותים לצרכי המבוטחים ועל מידע המאפשר מימוש זכויות – כ 51% מהמרוויינים בעלי ביטוח משלים דווחו בשנת 2001 שהם השתמשו לפחות בשירות אחד של הביטוח המשלים בשנתיים הקודמות (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003; 2004)

יש הטוענים שדווקא התחרות בין תוכניות השב"ן פוגעת בחופש המעבר בין הקופות וזאת עקב קיומן של תקופות האכשרה/המתנה בתוכניות השונות – לפיכך הטענה היא שיש לבטל תקופות אלה באמצעות תקנות של משרד הבריאות. מנגד, טוענים אחרים שלא הוכח שנושא זה מהווה שיקול כלשהו במעבר בין קופות (ומביאים דוגמאות מהיזומה האחרונה של מכבי בנושא זה) והחדרת רגולציה גם לנושא זה תפגע עוד יותר בתחרות בין הקופות במקום לעודדה ולטפחה.

שאלה אותה ניתן לכאורה להעלות היא כיצד קורה שדווקא בשירותי השב"ן יש תחרות על הסל ואילו בסל הבסיסי היא חסרה. התשובה נעוצה לדעתנו בעיקר בשני הגורמים שהזכרנו קודם לכן. התגמול הכספי ואפשרויות הפרסום.

תשובה אפשרית היא שבכל הקשור לסל שירותי השב"ן, יודעת כל קופה יודעת שבמסגרת השב"ן רשאית היא, לאחר קבלת האישורים הדרושים ממשרד הבריאות, להרחיב את השירותים ובמקרים נדירים אף לצמצמם (הן בכיסוי והן במחיר). משרד הבריאות מקיים מעקב שוטף על שינויים בכיסויים ובפרמיה הנגבית מהצרכנים, ונעזר לצורך כך בשירותיהם של אנשי כלכלה, ראיית חשבון ואקטוארים. כלומר, הקופה יודעת שאם תרחיב את השירותים ייושם הכלל של 'זה נהנה וזה לא חסר' – היינו המבוטח נהנה מסל רחב יותר, התוספת לפרמיה (אם קיימת) היא נמוכה יחסית עקב חלוקתה בין כלל המבוטחים (עקרון העזרה ההדדית) ומאידך לא הקופה ולא התקציב הציבורי יוצאים נפגעים.

במישור הפרסום – סל שירותי השב"ן רחב אמנם יחסית לזה המוצע בחברות הביטוח המסחריות אך מצומצם יחסית לסל המורכב והגדול המוצע במסגרת הסל הבסיסי מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לפיכך פרסום התקנות ועלוני המידע בקרב הציבור מעלה את רמת המודעות של הציבור לשירותים אלה ומקל על ההשוואה בין התוכניות השונות.

ראינו בתחילת פרק זה שהיקף המבוטחים בתכניות השב"ן עולה בהתמדה ונראה שתחרות זו מסייעת בסופו של דבר ליותר ויותר מבוטחים. העובדה שתוכניות השב"ן מנוהלות על בסיס כללים שחלקם דומים לסל הבסיסי (כגון החובה לקבל כל פונה, איסור על ביצוע חיתום, איסור הפליה וכד') פותחת בפני יותר ויותר מבוטחים את האפשרות לקבל סל שירותים רחב יותר מהסל הבסיסי.

האמור לעיל נועד להבהיר כי בתנאים הנוכחיים, לאור קיומה של תחרות בשב"ן ניתן אולי לאמץ את המודל שאפשר התחרות זו לשם עידוד התחרות על סל השירותים הבסיסי.

האם התחרות הקיימת בשב"ן תפריע להיווצרותה של תחרות על הסל הבסיסי?

אחד היתרונות של השב"ן בכך שהוא אכן מוסיף אלמנט של תחרות למערכת. יש הטוענים שכחלק מהתחרות על על תוכניות השב"ן קופות החולים משפרות שירותים גם במערך הסל הבסיסי כדי למשוך את אלו היכולים לרכוש את הביטוח המשלים. אולם, מאידך טוענים הם שהביטוח המשלים יכול לשמש ואולי אף משמש ככלי לברירת מבוטחים. אחרים הציגו דוגמאות הסותרות תיזה זו.

מכל מקום, נדונה השאלה האם יש מקום לפתיחת תחרות מקבילה שהפעם קהל היעד שלה יהיה – כלל תושבי המדינה. באחד המודלים שהוצעו הוצג מצב בו המדינה תתמרץ קופה להוסיף שירותים חיוניים, מעבר לאלה בהם חפצה הקופה מלכתחילה – בצורה זו יורחב הסל לא רק בשירותים שהם אטרקטיביים לפלח צר של מבוטחים אלא גם לאחרים. צריך לזכור שמאחר וההצטרפות לשב"ן היא וולונטרית, אמור סל שירותי השב"ן לשקף את צורכיהם של מבוטחי התכנית. מאידך, התחרות על הסל הבסיסי צריכה לשקף את סדרי העדיפויות של המדינה ושל כלל תושבי המדינה. לפי אותו מודל, תמהיל השירותים בסל המורחב יהיה אם כן שונה מהתמהיל שבסל שירותי השב"ן – ולשיטתם – תמרזן נכון ושקיפות יביאו לקיומם של שני מעגלי תחרות שישכנו בכפיפה אחת זה לצד זה.

²⁰ הקופות נענות בדרך כלל לצרכים של מבוטחי השב"ן ואחת ההוכחות לכך היא השיעור הגבוה יחסית של שימוש בשירותי השב"ן כפי שהוצג בסקר של ברוקדייל. יש להדגיש כי בסקר לא נבדקה ישירות השאלה של מחסומים בקבלת שירותים מתוכניות השב"ן.

נספח 5 וועדות חריגים

עניין נוסף שהועלה בהקשר לתחרות על הסל ושאותו כדאי אולי להביא בחשבון, הוא קיומן של וועדות חריגים בקופות החולים. אלה נועדו בין השאר לדון בבקשות לאישור שירותים חיוניים שאינם כלולים בסל הבסיסי לאור נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה. עניין זה דורש משאבים לא מעטים מקופות החולים. אין המדובר כאן על הרחבת סל כפי שרואים אנו את הנושא – כמקור לתחרות, שהרי החלטות הועדה נוגעות רק למקרה הפרטי הבא בשערי הועדה. החלטות פרטניות שכאלה בדבר הרחבה 'אקראית' של הסל עלולות לפגוע בעקרון השוויון והן תורמות לבלבול באשר לשאלה מה בסל ומה מחוצה לו. כמו כן, עלולות הן לפגוע בתמריץ הקופה להוסיף שירות לסל הבסיסי בהליך המסודר שהותווה בחוק שהרי אם מתעורר צורך לשירות מיוחד כזה או אחר – פותרים אותו אד-הוק במסגרת הועדה. ועדת חריגים היא מוסד חשוב וחיוני כדי לקיים מידה של צדק במערכת הבריאות, אלא שבתי הדין המליצו לא אחת להקים קרן לאומית למימון ולדיון במקרים חריגים. ריכוז הנושא מחוץ לקופות (במימון משותף אולי של הקופות ושל המדינה) יועיל לשוויון ויאפשר הבנה טובה יותר של הסל המוצע במסגרת הקופות. כמו כן, יפנה משאבים של כוח אדם ואחרים בתוך הקופה לפעולות אחרות.

נספח 6 תחרות מחירים במדינות אירופה

תחרות מחירים בקרב מבטחים נפוצה, אפילו באירופה, בקרב חברות ביטוח (מסחריות למטרות רווח, אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח) בשוק ביטוחי הבריאות המשלימים. אך קיימת תחרות מחירים גם בקרב קופות חולים במערכות בריאות ציבוריות סטטוטוריות כגון בגרמניה, בלגיה והולנד.

א. גרמניה

בגרמניה, כל העובדים (והתלויים בהם) שהכנסתם מתחת ל- 45,000 יורו (2002) חייבים עפ"י החוק לבטח את עצמם באחת מקופות החולים. שאר האוכלוסייה רשאית לבטח את עצמה בקופות החולים או לעשות *opting out* מהמערכת הסטטוטורית ולרכוש ביטוח פרטי. בפועל 90% מהאוכלוסייה מבוטחת ע"י אחת מקופות החולים.

כל המבוטחים בקופות החולים יכולים לבחור בין קופת חולים אזורית באזור מגורם, קופת חולים עצמאית (כלל ארצית) או קופת חולים של בן הזוג. הם רשאים גם להיות מבוטחים בקופות של חברות או מעסיקים ספציפיים אפילו אם הם לא עובדים שם, ובתנאי שתקנון הקופה מאפשר גישה כללית.

רק לחקלאים, כורים ומלחים אין חופש בחירה והם חייבים להיות מבוטחים בקופות מיוחדות למקצועותיהם.

כיום יש 370 קופות חולים (לא כולל אלו לחקלאים, כורים ומלחים) המשרתים אוכלוסייה של 82 מיליון איש. מאלה, 318, הן קופות של חברות או מעסיקים המכסים כ-17% מאוכלוסייה בקופות חולים.

יש הגדרה כללית מאוד לגבי מגוון השירותים של קופות החולים חייבות לתת עפ"י חוק. קופות החולים ממומנות כמעט לגמרי ע"י פרמיות בהתאם להכנסות חבריהן. הפרמיה משולמת 50% ע"י העובד ו-50% ע"י מעבידו.

גובה הפרמיה נקבעת ע"י קופת החולים ונגבית ישירות על ידה. ב-2002, גובה הפרמיות נע בין 12.47% מהכנסות ל-14.06%. יש מנגנון הרפורספקטיבי להשוואת בין הסיכונים של הקופות. בסיכום, יש תחרות מחירים מאוד ברורה בגרמיה.

פנסיונרים משלמים פרמיה שנקבעה כאחוז מגובה הפנסיה אך 50% משולם ע"י המבטח הפנסיוני.

ב. בלגיה

בבלגיה ישנן 5 קופות חולים מתחרות (כל אחת מורכבת ממספר שלוחות אזוריות) לאוכלוסייה של 10 מיליון איש ו-2 קופות נוספות קטנות מאוד: אחת המבטחת כל אלו שאינם מבוטחים באחת מ-5 הקופות (מכסה כ-1%) והשנייה לעובדי רכבת הבלגית (פחות מ-2% מהאוכלוסייה).

הקופה הגדולה ביותר מכסה 45% מהאוכלוסייה, השנייה בגודלה 26%, והשלישית 16%. מערכת הבריאות ממומנת בעיקר (74.48% ב-2001) ע"י פרמיות של ביטוח סוציאלי על בסיס הכנסות העובדים המשולמות ע"י העובד ומעבידו.

בדומה לישראל, המוסד הלאומי לביטוח סוציאלי גובה את הפרמיות (וכן סובסידיות נוספות מהמדינה) ומחלק את הכספים בקרב קופות החולים: 25% על בסיס נוסחת קפיטציה ו-75% הנותרים בהתאם להוצאות הקופות.

קופות החולים אחראיות למצבן הפיננסי בסוף השנה. הן חייבות לכסות בעצמן 25% מגרעוןן עד ל-2% של התקציב הכללי.

על מנת לעשות כך, הן חייבות לקיים קרן רזרבה של לפחות BF180 למבוטח. אם לקופה יש גירעון תקציבי, היא חייבת לכסות את החלק בגינה היא אחראית מאותה קרן רזרבה, או ע"י גביית תשלומים חודשיים נוספים מחבריה. אם יש עודף תקציבי, העודף חייב להיות מופקד בקרן הרזרבה, אך מותר לקופה להשתמש בתשלומי ריבית שעל הקרן עפ"י שיקול דעתה.

כך, גם בבלגיה יש תחרות מחירים עם תמריץ ברור לקופות לניהול יעיל ואפקטיבי.

בבלגיה שורה של הנחות ופטורים מכלל התשלומים לרבות אלמנות ואלמנים, נכים, פנסיונרים, יתומים, ומקבלי דמי אבטלה מעל 12 חודש.

ג. הולנד

בהולנד, יש שתי רמות של ביטוח בריאות סוציאלי:

(1) ביטוח להוצאת חריגות (AWBZ) המכסה 100% מהאוכלוסייה (16 מיליון איש) בגין הוצאות קטסטרופאליות כגון: אשפוז וטיפול סיעודי, טיפול ואשפוז פסיכיאטרי, שירותים לנכים, עיוורים, חירשים וכד'.

(2) ביטוח בגין טיפול רפואי רגיל המכסה 64% מהאוכלוסייה (10.2 מיליון איש) לרבות עובדים שכירים עם משכורות מתחת ל-30,700 יורו (2002) או עצמאיים עם הכנסה לצורך מס מתחת ל-19,654 יורו (2002). 31% מהאוכלוסייה, עם הכנסות גבוהות מהתקרה, מבוטח באופן פרטי ו-5% הנותרים מבוטח בביטוח מיוחד לעובדי מדינה.

ביטוח בריאות סוציאלי ניתן ע"י 25 קופות חולים מתחרות. הביטוח הקטסטרופאלי ממומן ע"י פרמיות בגובה של 10.25% מההכנסות של האזרח המוכרות למיסוי. הביטוח הרגיל ממומן ע"י פרמיות שהן 7.85% מהכנסות המבוטח. 1.7% משולם ע"י העובד ו-6.25% משולם ע"י המעביד.

בדומה לישראל, הפרמיות מועברות לקופה כללית לאומית המנוהלת ע"י המועצה לביטוח בריאות סוציאלית המחלקת את הכספים בקרב הקופות עפ"י נוסחה קפיטיביבית המבוססת על גיל, מין, נכות, אזור מגורים. בנוסף, יש השלמת מימון לכל קופה מדי שנה על בסיס כללים מסוימים.

התקציבים מהמנגנון הנ"ל מהווים כ-90% מהוצאות קופות החולים. הפער חייב להיות מכוסה ע"י פרמיה נומינלית (flat fee הנקבעת ונגבית ע"י כל אחת מקופות החולים. ב-2002 הפרמיות הנומינליות נעו בין 10-20 יורו לחודש. קופות החולים מתחרות על גובה הפרמיה המשקפת את ההבדל בין המימון מהקפיטציה והוצאות אמיתיות, וע"י כך נותרות יתרון לקפות התחרותיות והיעילות יותר.

מערכת הבריאות בהולנד עומדת לעבור רפורמה משמעותית בתחילת שנת 2006, לפיכך:

- כל תושב יהיה חייב לבטח את עצמו בביטוח סטטוטורי (ולא רק 64%).
- יוגדר סל שירותים בסיסי חובה.
- גם קופות החולים הפועלות היום, וגם חברות ביטוח הרשאיות להציע ביטוח בריאות (ללא מטרות רווח ולמטרות רווח) תהיינה רשאיות להציע פוליסות ביטוח במסגרת הביטוח הסטטוטורי.
- כל מבטח חייב לפעול באופן כלל ארצי.
- כל מבטח חייב לקבל כל פונה ללא סלקציה.
- המבטחים יוכלו לתת כיסוי עבור שירותים רפואיים ע"י נותני שירותים בהסכם או מתן החזרים, או שילוב של השניים.
- המבטחים יוכלו להציע מגוון של פוליסות עם תמהילים שונים של שירותים בהסכם והחזרים בגין הוצאות המבוטח.
- תוקם קרן לאומי חדשה לביטוח בריאות שתגבה פרמיה על בסיס הכנסות מהעובד וממעבידו. הממשלה תשלם את הפרמיה בגין ילדים מתחת לגיל 18. כספים אלו יחולקו בין המבטחים על בסיס נוסחה קפיטיביבית.
- בנוסף, המבוטח ישלם פרמיה נומינלית למבטח. כל מבטח יקבע את גובה הפרמיה שברצונו לגבות, אך הוא יהיה חייב להציע אותה פוליסה באותו מחיר לכל המבוטחים (community rating) הפרמיה הנומינלית מהווה תמריץ לתחרות בין המבטחים, וכן, למודעות למחירים בקרב המבוטחים.
- המבוטח יהיה רשאי לקבל החזר אם, במהלך שנת הביטוח, לא הגיש אף תביעה.
- המבטח יהיה רשאי להציע פוליסות בהן יש רמות שונות של השתתפות עצמית, בעיקר deductibles, וכך לשחק בין גובה הפרמיה וגובה השתתפות העצמית ובתנאי שהוא מציע פוליסה כזו לכל המבוטחים (הרשאים לבחור בה באופן וולונטרי) באותם התנאים. המבטח רשאי לקבוע תקופות המתנה לאלו הרוצים לעבור מפוליסה עם השתתפות עצמית גבוהה להשתתפות עצמית נמוכה יותר.

תחרות על איכות

תקציר

תוכניות לאומיות המגדירות סט לאומי רחב של מדדים, שיטה אחידה של מדידה, פרסום השוואתי של ממצאים, ותגמול לפי ביצועים תופסות כיום תאוצה ברבות מהמדינות במערב. קיימים מודלים שונים להערכת ביצועים בקהילה. הרושם הכללי הוא שמדידת ביצועים עשויה לשפר את איכות הרפואה, אך העדויות על כך שנויות במחלוקת וברבות מהמדינות לא פורסמה הערכה פורמאלית.

מדינות במערב עם רפואה ראשונית חזקה מגיעות להישגים גבוהים יותר במדדי איכות קליניים. מאפייני קופות מסבירים שיעור ניכר מהשונות בביצועי האיכות, ומכאן מרכזיותן במאמץ לשיפור רפואי.

בהגדרת התנאים לשימוש השוואתי במדדים יש לכלול את המתודולוגיות: לבחירת המדדים, לקביעת חתכי המדידה, להבטחת אחידות המדידה, ולתקנון הממצאים. בנוסף קשה להבטיח השוואה הוגנת אלא אם הדווח אחיד, סדיר ומחייב (כלומר אינו התנדבותי).

פרויקט המדדים הלאומי בישראל מבוסס על עקרונות אלה, ומהווה דוגמה לשיטות פעולה מוצלח בין קופות למטרה של שיפור איכות קליני [להבדיל מתחרות דורסנית]. במובן זה, הפרויקט מייצג את הגישה החדשה של benchmarking כבסיס לשיפור איכות.

פרסום השוואתי של ביצועים הוא כלי לקידום איכות רפואית בארגון, מעבר להיבט של "זכות הציבור לדעת". מאידך, קיימים גם טיעונים רבים נגד פרסום השוואתי של ביצועי הקופות לציבור והעדפה של פרסום מדדים לאומיים ודיווח דיסקרטי לארגון. אין עוררין על כך שפרסום לא זהיר עשוי להזיק, ואילו פרסום נכון עשוי לתת תנופה מחודשת להליך שיפור שנעצר. פרסום ביצועים ברמת הפרט (כגון הרופא) דורש התייחסות שונה (גודל מדגם ורווח בר סמך) מאשר פרסום ברמת מרפאה או קופה. מוצע מודל פרסום מדורג משלב של פרסום מדדי ביצוע לאומיים, דרך פרסום השוואה בין אזורים גיאוגרפיים ועד לשלב של פרסום השוואתי בין הקופות. כתנאי לפרסום השוואתי יידרש תקנון המדדים לפי גיל, מין ומצב סוציו-אקונומי ותהליך סדיר של מבדק מערכות המידע והפקת המדדים בקופות. על מנת לצמצם את הסיכוי להטעיית הציבור, מומלץ לנקוט במספר פעולות של הכנה והסברה לעיתונות החופשית.

תגמול עבור ביצועי איכות קליניים מהווה כלי נוסף לדברון המערכת והרופאים להצטיינות קלינית. למרות שאופציה זו אטרקטיבית לקהילה הרפואית, יש סדרה ארוכה של טיעונים בעד ונגד, כולל טיעונים אתיים שחייבים להבחן לפני שבוחרים בה. התגמול ברמת רופא צריך להיות על דעת הרופאים ומתואם לתרבות הארגון. ישנה אף התנגדות עקרונית לכך בהיותו נוגד את הגישה המקובלת כיום לקידום איכות המדגישה התמקדות בתהליך הארגוני ובעבודת צוות, תגמול פרטני יוצר בארגונים תחרות סמויה הורסת במקום תמריץ לשיטות פעולה של סיוע ולימוד בין עמיתים ואנשי צוות. התגמול של הקופות על ידי המדינה מותנה בפרסום השוואתי של ביצועים. קיימות שיטות תגמול שונות, וחלקן דורש התאמות לקבוצות יעד שונות באותו ארגון. בשתי קופות בארץ כבר נקוטות שיטות תגמול רופאים לפי ביצועים, השיטות מפורטות במסמך, ובעיקרון האחת היא ברמת מרפאה והשנייה ברמת רופא. הסקירה מסתיימת בהמלצות למודל תגמול לאומי של ביצועי וקידום האיכות הרפואית בקופות.

הקדמה

מטרת מסמך זה הינה לבחון באיזה אופן ובאיזו מידה ניתן לקדם איכות במערכת הבריאות באמצעות תחרות על ביצועי איכות.

מהן הנחות המסמך?

1. תחרות על איכות רצויה לקופות במציאות המיוחדת לישראל.
2. קידום איכות על ידי מערך מדדים, אשר יפורסם ויתוגמל יצור בסיס מתאים לתחרותיות. המושג איכות בדיון זה נותן דגש לאיכות קלינית, אך במידת הצורך ניתן דעתנו גם על היבטים נוספים, כגון איכות בשירות ושביעות רצון הציבור.
3. תפקיד המדינה ליצור תשתיות ותהליכים שיגרמו לשיפור קליני מתמשך עם נראות ציבורית.

• מדידת איכות היא בסיס למערכת איכות הכוללת

- מטרות
- תכנון ארוך טווח
- השקעות תשתית
- תכניות עבודה מוגדרות
- מדדי הצלחה ובקרה
- מערכת ארגונית מבצעת
- 4. כיצד קופות חולים יכולות להשתפר?
 - מערך מידע אינטגרטיבי
 - הנהלה מגויסת ונחושה
 - מדידת ביצועים קליניים
 - פרסום ביצועים והצלחות
 - תגמול תומך שיפור
 - הנהגת תרבות השיפור:

a. מתרבות בולמת שיפור המבוססת על:

1. אינדיווידואליזם ועצמאות פרופסיונלית
2. פרגמנטציה ואופטימיצציה מקומית
3. פחד מביקורת חיצונית
4. סקפטיזם לגבי היכולת למדוד ולהעריך ביצועים מורכבים

b. לתרבות מקדמת שיפור המבוססת על:

1. עבודת צוות
2. ראייה ארגונית, התחברות למטרות הארגון
3. לקיחת יוזמה לבקרה עצמית ובקרת עמיתים
4. שותפות במאמץ להגדיר, למדוד ולפרש ביצועים ותוצאים מורכבים

מהן הסוגיות המרכזיות בנושא?

1. מדידת איכות:

- האם המדידה משפרת איכות? האם מדידת איכות מסוגלת להגביר שוויוניות?
- האם המדידה צריכה להיות וולונטארית או חובה?
- מי צריך למדוד ובידי מי מצויים הנתונים?
- מה עושים עם הממצאים? – להשאיר היוזמה לקופות, או להתוות תוכנית לאומית?
- באילו אמצעים אופרטיביים יש לנקוט על מנת לקדם את תהליך המדידה ברמה לאומית, ולהבטיח את המשכיותו? מהם היתרונות והחסרונות של החלופות?
- מהן הדרכים להסדרת התגמול עבור ביצועים של מדדים במערכת הבריאות?

2. פרסום מדדים:

- האם לפרסם? – שקיפות [transparency] מול חיסיון [confidentiality] – יתרונות וחסרונות של פרסום השוואתי לעומת דוח דיסקרטי לפי קופות בקידום איכות.
- כיצד לפרסם? – איך למנוע הטעיית הציבור? כיצד לאפשר שימוש מושכל של הציבור במידע על מדדי איכות?
- מה לפרסם? – במה מתעניין הציבור? האם איכות טיפול מעניינת את הציבור?
- מהן הדרכים להסדרת הפרסום של מדדים במערכת הבריאות?

3. תגמול עבור ביצועים:

- האם שיפוי מסוגל לקדם איכות קלינית? – סיכויים מול סיכונים.
- את מי לשפות? – ברמת רופא, מרפאה, או הקופה?
- מהו גודל השיפוי הנכון? – מציאות מול תיאוריות כלכליות.
- מהן העמדות הצפויות של הגורמים השונים במערכת הבריאות לתגמול לפי ביצועים? [מדינה, מעסיקים, הסתדרות רופאים].

מסמך זה יציג נייר עמדה הכולל סקירת ספרות, מודל או המלצות בכל אחד משלושת הנושאים לעיל. לא לכל השאלות ניתנה התייחסות נפרדת ולעיתים הן משולבות זו בזו. בסיום כל פרק יוצגו השאלות שנדונו בכנס ומודל מוצע מומלץ או / ו מדיניות מומלצת בנושא.

1. מדידת איכות ותחרות

האם יש בעיה של איכות במערכות בריאות?

שני דוחות הנחשבים כציון דרך בתחום מערכות בריאות: האחד, To err is human, והשני, Crossing the quality chasm, ביטאו את דאגת ה-Institute of Medicine US- הרפואה במערב [Committee 2000, 2001]. למרות המשאבים הרבים והרמה הגבוהה של הרופאים נטען כי קיים פער עמוק בין היכולות של מערכות הבריאות לבין הביצועים בפועל. מערכת הבריאות האמריקאית לא מתואמת ובזבזנית על פי דוחות אלה. המציאות המתוארת נכונה כנראה לכל מדינות המערב (Berwick, 1998, Seddon, 2001) ומחייבת בחינה מעמיקה במטרה לשנות את המצב.

- Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

- Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- Berwick DM et al. Crossing the boundry: changing mental models in the service of improvement. Int J Qual Health Care 1998;10:435-441.
- Seddon ME et al. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. Qual Health Care 2001; 10:152-158.

מהו הבסיס להנחה שבידי קופות קיימת היכולת לשפר את איכות הרפואה?

שתי תשובות לכך והן באות משני כוונים שונים לחלוטין.

תשובה ראשונה: קיים קשר בין השגת יעדי בריאות ובין עצמת הרפואה הראשונית בקהילה. במערכות בריאות ציבוריות רבות הקופות הן אלה שמעצבות דפוסים של מערכת הבריאות בקהילה. מכאן שקופה שפועלת נכון יותר תביא להישגים רבים יותר בבריאות.

העדויות לכך מגיעות מסדרת מחקרים שסיכומם: כאשר משווים מדינות מערביות מפותחות באמצעות מדדים של יעדי בריאות [תחלואה ותמותת תינוקות, שנות בריאות, אורך חיים] מתברר שמדינות עם רפואה ראשונית חזקה [אוסטרליה, קנדה, יפן, שבדיה, דנמרק, פינלנד, הולנד, ספרד, אנגליה] מגיעות להישגים גבוהים יותר מאשר אלו ללא רפואה ראשונית חזקה [בלגיה, צרפת, גרמניה, ארה"ב] [Starfield, 2002, Macinko, 2003]. וכדי להשלים התמונה, מחקר מקליפורניה מראה שזהות הקופה היה המנבא הטוב ביותר של השגת יעדי איכות לקהילה של מערכת ה-HEDIS האמריקאית [Baker, 2004].

- Starfield B et al. Health Policy 2002; 60:201-218.
- Macinko et al. Health Serv Res 2003; 38:831-865.
- Baker LC et al. Do health plans influence quality of care? International Journal for Quality in Health Care 16:19-30 (2004).

תשובה שנייה באה מספרות אמפירית הבוחנת את השפעת התחרות בין קופות בפועל: Scanton ואחרים (2004) שאלו את השאלה כיצד תחרות בין קופות בארה"ב משפיעה על איכות הביצועים הקליניים של הקופות. החוקרים מצאו כי למדדים יש השפעה מעטה ביותר אם בכלל על התחרות בין קופות, ותחרות לאו דווקא משפרת את ערכי המדדים הקליניים. התחרות מקושרת להערכה כוללת של הקופה על ידי המבוטחים. גידול של קופה אינו קשור בהכרח ברמת האיכות שלה. החוקרים לא מצאו קשר סיבתי בין קופות שמפרסמות מדדים לציבור לשיפור באיכות. לממצאים אלה מספר סיבות אפשריות לטענתם, ביניהן האפשרות שהציבור לא מכיר את המדדים או שאיכפת לו רק ממדדי שביעות רצון ולא ממדדים קליניים. כפועל יוצא, הקופות מגיבות לעניין של הציבור ומתחרות על שביעות רצון בלבד

אם כך, העדויות הקושרות בין תחרות על איכות ובין הישגים הן קונטרוורסליות. והנה מצטרף נדבך חדש המהווה שינוי פרדיגמה ממש: שיתוף פעולה בין קופות להשגת יעדי בריאות. העדויות לכך באות מפרסומיו של Plsek (1999) העוסק בתהליכי Benchmarking בארגוני בריאות. Benchmarking של תהליכים מטרתו לחשוף את הידע על תהליך הטיפול, ידע שיכול

להוביל לשיפור. שיטת ה-Benchmarking שייכת למגמה המתחזקת של **שיתוף פעולה בין ארגוני בריאות** לשיפור איכות. לדוגמה, הפרויקט המדדים הלאומי שבו משתפים פעולה ארגוני בריאות מתחרים לשיפור איכות הטיפול. שיתוף הפעולה מאפשר לארגונים נגישות לנתונים, למידה מניסיון של מגוון ארגונים, חשיבה יצירתית מחוץ למסגרת התרבות הארגונית שלהם, דיון על טיפול במחסומים, וכן תמיכה אחד בשני בתהליך הקשה של הכנסת שינוי. על פי Plsek (1999) כדי ששותפות תצליח צריכים להתקיים התנאים הבאים: שונות בתהליכים בין ארגונים, פתיחות ללא חשש מאיבוד היתרון התחרותי, מיומנויות של הצוות בניתוח תהליכים ומחויבות ליישום תוכנית ההתערבות ולמידת השפעתה. המעורבים השונים מרוויחים משיתוף הפעולה בהיבטים שונים: הלוקוחות זוכים לטיפול טוב יותר, המטפלים מתגמלים מעצם תרומתם לשיפור ומההפריה הדדית, והמיקוד של הארגון עובר מהתהליכים העסקיים לתהליכי הטיפול.

- Scanlon D, P. Swaminathan, S. Chernew S, M (2004). HMO Competition and HMO Quality: Longitudinal Evidence. AHRQ.
- Plsek, P.E. (1999). Quality improvement methods in clinical medicine. Pediatrics, 103(1), January, 203-214.

באילו כלים על הקופות לבחור על מנת לשפר איכות?

להלן ששה תחומים החשובים לקידום איכות:

קיום מערך מידע אינטגרטיבי ; הנהלה מגויסת ונחושה ; קיום תרבות שיפור; שימוש בסט מדדים טובים; פרסום הצלחות והשוואות; תגמול תומך שיפור.

מבין תחומים אלו אנו נעסוק במסמך זה בשלושת התחומים האחרונים: מתודולוגיה של מדידה, פרסום השוואתי ותגמול לפי ביצועים.

אנו מניחים שהתהליך כולו יביא לשינוי התרבותי הנדרש לקיום מערכת איכות בארגון בריאות. תהליך כזה אינו מיידי ואינו פשוט. להלן מספר מאפיינים של "תרבות איכות" אשר מתרחשים בארגונים שהצליחו להפוך לאיכותיים בכל הנוגע להתנהגות העובדים:

1. מעבר מאינדיווידואליזם ועצמאות פרופסיונלית לעבודת צוות.
2. מעבר מפרגמנטאציה של שירות לראיה ארגונית, להתחברות ליעדי ארגון.
3. מעבר ממצב של פחד מפני ביקורת חיצונית למצב של לקיחת יוזמה לבקרה עצמית ובקרת עמיתים.
4. מעבר מסקפטיות לגבי היכולת למדוד ולהעריך ביצועים מורכבים למצב של שותפות במאמץ ההגדיר, למדוד ולפרש ביצועים ותוצאים מורכבים.

מערכות מדדים ברפואה

מידע ומדדים מהווים כלים חיוניים לניהול יעיל ואפקטיבי של כל ארגון ובפרט ארגון מורכב וגדול כמו מערכת בריאות או קופת חולים (אורבך ובניטה, 2002). מחקרים שונים מחזקים את חשיבותה ותרומתה של **מערכת מדדים בארגוני בריאות**. מהמחקרים עולה כי ישנו מתאם בין מדידה ודיווח לבין שיפור ביצועים (Bost Et al, 2002) וכן בין מדידה לבין שיפור בשביעות הרצון של לקוחות מערכת בריאות (McCormick, 2002). ספרות רחבה בוחנת את תפקידם של מדדי הביצועים בשיפור איכות הטיפול בשרותי הרפואה. בין החוקרים ישנה הסכמה לגבי הצורך במדדים ברפואה לשימושים שונים, ביניהם: תיעוד איכות, השוואה (Benchmarking)

ושיתוף פעולה בין מתחרים, מידע לצורך קבלת החלטות וקביעת סדרי עדיפויות, בסיס להסמכה והנחיות רפואיות, תמיכה בתהליכי שיפור איכות, הערכה של ביצועי מנהלים ויצירת שקיפות של שרותי הבריאות (Davies, 2002). המניעים לפיתוח מדד יכולים לנבוע מצורך בהנחיה רפואית, שיפור בניצול משאבים, החלטה על רכישה או שיפור איכות (McGlynn and Asch, 1998).

יחד עם זאת, ישנם מספר אתגרים בהפעלת מערכות מדדים ברפואה: שיפור בתוצאות הרפואיות אורך זמן ממושך, ישנו קושי לפרש הבדלים בביצועים (Leggatt et al., 1998) והנתונים ניתנים לפירוש שגוי ולמניפולציה (Smith, 1994). (Smith, 1994) מתאר ארבע תופעות של הטיה בהצגת נתונים: התמקדות במדדים זמינים (Tunnel vision), התמקדות במטרות קצרות טווח (Myopia), שאיפה לממוצעות (Convergence) וסינון תוצאות חריגות כדי להשיג יתרון תחרותי (Gaming).

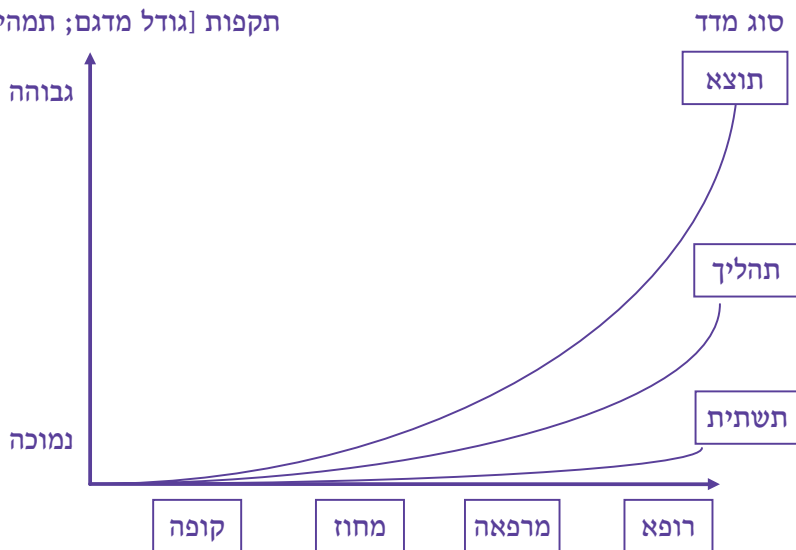
בתפיסות השונות לפיתוח מדדים במערכות בריאות מודגש הצורך במבט כולל או מאוזן על הארגון (Kaplan et & Norton, 1996). (Kaplan et & Norton, 1996) מציע לבחון מערכת בריאות בהיבטים של שוויוניות, נגישות, יעילות, רלוונטיות ומקובלות. Friedman, Kokia and Shemer (2003) מציגים חלוקה לשלושה היבטים: איכות הטיפול או איכות קלינית, איכות נתפסת בעיני המטופלים ועלויות השירות. במערכת HEDIS האמריקאית, למשל, בחרו לאפיין את מערכת הבריאות על פי הנושאים החשובים לצרכן ומנקודת ראותו, ולסווג את המדדים על פי: תחום (כגון: יעילות הטיפול, עלות הטיפול), סוג הטיפול (מניעה, אבחון או כרוני וחרף), אוכלוסייה (כגון: ילדים, נשים) וכן, על פי מצב רפואי (כגון: סרטן, מחלת לב) (NCQA, 1999).

מספר חוקרים המליצו על קריטריונים **לבחירת מדדים** במערכת בריאות, ביניהם קריטריונים של מדדים ממוקדי תוצא מאפשרי שינוי, השוואתיים, חשובים, מדעיים, ופשוטים להפקה ולהבנה (NCQA, 1999). עבור מערכת מדדים לאומית מתווספים הקריטריונים של הגדרה אחידה ומקובלת (Davies, 2002). יש לציין כי במחקר הראשוני של מערכת המדדים הישראלית הוסף הקריטריון של שכיחות התופעה (רבינוביץ, פורת, רסקין סגל, 2002). כאמור, בחירת המדדים במערכת הישראלית נעשתה בתחום מדדי יעילות הטיפול. **למדדי יעילות הטיפול**, או מדדים קליניים, ישנם משתמשים אפשריים רבים, ביניהם מטפלים, מנהלנים, מטופלים וקובעי מדיניות. ספקי השירותים עשויים להשתמש במדדים כדי להעריך ולשפר ביצועים. המטופלים עשויים להשתמש במדדים לקבלת החלטות טיפוליות ולבחירת ספק שירות. קובעי המדיניות עשויים להשתמש במדדים לבקרה על מגמות לאומיות של ניהול מחלה ומעקב אחר רמת הביצועים של ספקי השירות. מאפייני וצרכי המשתמשים, ביחד ולחוד, משפיעים על הפיתוח והיישום של מערכות המדדים (Mainz, 2003). יעילות מוגדרת כאספקת שירותים על בסיס ידע עדכני, תוך הימנעות משימוש יתר או חסר (IOM, 2001). בהגדרה זו יעילות היא מימד אחד של איכות (Arah, 2002) ו-Madhok (2003) מצביעים על כך שאיכות הטיפול הפכה למייצגת של איכות מערכת בריאות, היות ומדובר בארגון שבמרכז העשייה העסקית שלו עומד הטיפול הרפואי. חלוץ מדידת איכות הטיפול הרפואי (Donabedian 1996) היה זה שהציע לפני כשלושים שנה למדוד את איכות הטיפול על ידי בחינת שלושה מרכיבים של הארגון: מבנה (הארגון והעובדים), תהליך (הטיפול) ותוצאה (מצב תחלואה). מודל זה הניח למעשה את היסודות להבחנה בין **מדדי תוצאה למדדי תהליך**. Laffel ואחרים (1989) מציינים כי מערכות מדדים בארגוני בריאות, כחלק מנסיוןן למבט כולל יותר, מנסות לשלב לא רק מדדים מתחומים שונים (כמו מדדים קליניים ומדדי שביעות רצון), אלא גם סוגים שונים של מדדים, כגון: מדדי

תוצא ומדדי תהליך. Rubin, Pronovost and Diette (2001) מציעים כי בעוד מדדי תוצאה מבטאים את התוצאה הסופית הרצויה של הטיפול הרפואי, מדדי תהליך מאירים על הפעולה שיש לשנות כדי לשפר את תוצאת הטיפול. טענות תומכות בשימוש במדדי תהליך מדגישות כי בדרך כלל לא נדרש תקנון היות והמדדים מבוססים על הגדרת אוכלוסיה, איסוף הנתונים קל יותר כי האירועים שכיחים. יתרונות נוספים למדדי התהליך נובעים מכך שביצוע הטיפול הוא אירוע תקופתי קצוב המשויך לחולה מסוים ולא דורש מעקב ארוך טווח וניקוי גורמים מזהמים, וכן מהסיבה שהמטפל אחראי יותר על התהליך הטיפול ופחות על התוצאה. לבסוף מציינים התומכים כי ישימות מדדי תהליך מתרחבת ככל שמגמת מחשוב הנתונים הרפואיים גדלה. מנגד, טענות המבקרות את השימוש במדדי תהליך מצביעות על קושי בתיקוף, קושי בהוכחת קשר תהליך – תוצא, חוסר עניין במדדים על ידי המטופלים ומגבלות המדד המאפשר התבוננות צרה רק על היבט מסוים של הטיפול, המדדים דורשים עדכון מתמיד, עם כל חידוש ברפואה ובכדי להיות תקפים מדדים אלה צריכים להיות מחוברים לעובדות רפואיות (Evidence based medicine) או לפחות להיקבע על ידי מומחים רפואיים. Palmer (1998) חקרה את האתגר של שימוש במדדי תוצאה להשוואה בין ספקי שרותי בריאות. לטענתה כאשר יש קשר מוכח חזק בין תהליך טיפול לתוצאה רפואית מסוימת, כדאי להשתמש במדד תהליך. מדד זה נותן יותר מידע על ביצוע של קופה, קל לפרש את התוצאות והוא רגיש יותר להבדלים. לטענתה, מדד תוצאה מתאים יותר כאשר עוקבים אחרי ארגון גדול לתקופה ארוכה לצורך איתור תחומים טעוני שיפור ובכדי לאתר קשיים ביישום תהליכי טיפול.

שיקולים בבחירת יחידת המדידה:

תקפות [גודל מדגם; תמהיל חולים]



תרשים המראה שככל שיחידת המדידה קטנה יותר [מקופה למחוז, דרך מרפאה ועד לרופא בודד] כך נדרשת תקפות ואמינות רבה יותר של המדד. מדדי התוצאה הם הרגישים ביותר לעוצמת התקפות, ועלולים להיפגע יותר בקלות ממדידה לא זהירה.

מערכות מדדים לאומיות

מדינות רבות פיתחו תפיסות תאורתיות לבקרה, מדידה וניהול ביצועים, בעקבות הדרישה לעמוד ביעדים ובסטנדרטים של איכות (Arah et al, 2003). למרות שמטרות מערכות מדדים לאומיות שונות צריכות להיות זהות – למדוד פערי ביצוע ולשמור על יכולת השוואה בינלאומית (WHO, 2000) – ישנה שונות במודלים התיאורטיים בין מדינות. שונות זו ברובה נובעת מהקושי להבניית תפיסה חזקה במסגרת מגבלות זמינות הנתונים והפעילויות הקיימות וכמובן מהשוני בהקשר בו פועלת המערכת (הקשר פוליטי, אפדמילוגי, כלכלי וניהולי) (Arah et al, 2003). מגוון התפיסות המיושמות לפיתוח מערכת מדדים לארגוני רפואה אומנם מעידה על חוסר הסכמה על השאלה כיצד למדוד ביצועים, אך בד בבד היא מעידה על חשיבות המדידה באופן שיטתי ומקיף (Davies, 2002). החוקרים, Arah ואחרים (2003), ערכו, באמצעות חקר מסמכים, השוואה של מאפייני מערכות מדדים באנגליה, קנדה, ארה"ב ובאוסטרליה. החוקרים מיפו את מערכת המדדים הבריטית והקנדית כמערכות לאומיות ריכוזיות שבהן הדיווח חובה, המערכת האוסטרלית מתפתחת בכיוון זה ומערכת המדדים האמריקאית כמערכת ביזורית שהדיווח בה התנדבותי. בנספח א' מופיעה טבלה מספר 1, המפרטת אפיון השוואתי של ארבעת מערכות מדדים אלה.

כאמור, מערכות מדדים בארה"ב, לעומת המערכת המפותחת בישראל, לא פותחו כמערכות לאומיות אחידות. **מערכת HEDIS** לדוגמא, אינה מערכת ממשלתית, לאומית אחידה, אלא ארגון ללא מטרת רווח שהדיווח אליו התנדבותי. המערכת מיועדת לגופים המעוניינים במדידת הביצועים לצרכי השוואה מול מתחרים, ולכן למעשה הגופים יכולים להפסיק לדווח כשביצועיהם נמוכים. בשנת 2003 פנה הקונגרס בארה"ב למכון הרפואי (IOM) בבקשה לבצע הערכת יישום תוכניות איכות על ידי מבטחי הבריאות הממשלתיים (National Academy of Sciences, 2003). הנסיבות להחלטה על ביצוע הבדיקה נובעות מהפער בין היות ההוצאה הלאומית לנפש לבריאות בארה"ב גבוהה מבין כל המדינות לבין הנתונים המעידים על כך שלשביעית מהאוכלוסייה אין ביטוח רפואי. המלצות המומחים היו כי נדרש שינוי משמעותי במערכת הבריאות האמריקאית בכדי ליצור סביבה מתגמלת שיפור בביצועים. בדוח ממליצה הועדה לפתח מערכת מדדים לאומית אחידה בארה"ב ולעגן בחקיקה דיווח חובה של מדדים קליניים אחידים לציבור. הועדה מצאה חוסר אחידות במדדים המופקים בין ובתוך ביטוחי הבריאות, הגורם לנטל מינהלי לא מוצדק על ספקי השירות שעובדים עם מספר מבטחים. בנוסף לכך מצביעה הועדה על העדר: מתודולוגיה לבחירה של מדדים (המתבטא ביוזמות לא ממוקדות), נתונים קליניים ממוחשבים, מחויבות לשקיפות נתונים השוואתיים במגזר הציבורי וגישה שיטתית להערכת השפעת פעולות שיפור איכות, היעילות והעלות. הועדה העמידה במרכז טיעוניה את חשיבות יצירת מערכת מדדים אחידה ליצירת תמונה כללית של איכות הטיפול ברמות השונות ולמעקב אחרי מידת שוויוניות הטיפול. בכדי להתמודד עם מגבלות אלה, הועדה ממליצה על תשתית למערכת מדדים לאומית המבוססת על שלושה מרכיבים: גוף מתאם שיפתח מערכת מדדים אחידה ליישום ברמות השונות, הקצאת משאבים כספיים לבניית תשתית טכנולוגית נדרשת להפעלת מערכת המדדים ובנית דוחות ביצועים לשימוש המעורבים השונים (National Academy of Sciences, 2003). מעניין לציין כי המלצות הועדה, 3 שנים לאחר הגדרת מרכיבי מערכת המדדים הלאומית הישראלית, מחזקות את התפיסה שפותחה ויושמה בארץ.

מערכת מדדים אחידה

בתחילת תהליך פיתוח סט המדדים הלאומי בישראל עמדה במרכז הדיון הראשוני שאלת חשיבות מערכת מדדים אחידה (רסקין סגל, 2003). צוין כי חשיבות האחידות בכך שהיא: מאפשרת השוואה בין ספקים לאורך זמן או/ו בין קבוצות מהרמה האזורית לרמה הבינלאומית. האחידות מצמצמת חפיפה בין הקופות במאמצי פיתוח ועדכון מערכת המדדים, מאפשרת לנטר ברמה הלאומית את שרותי הבריאות, מאפשרת קביעת מדיניות, בקרה והקצאת משאבים מושכלת. בנוסף לכך, נראה כי ביכולתה להוביל ליתר אחידות בנורמות העבודה במערכת הבריאות, וכנראה עשויה גם לתרום לצמצום פערים חברתיים-כלכליים בבריאות, שהיא מטרה חברתית חשובה.

בכדי להגדיר מהי למעשה אותה "אחידות" ייתכן ויש להתחיל את הברור בשאלה מהו "חוסר אחידות" במדדים. ניתן לאתר אפשרויות או פוטנציאל לחוסר אחידות בשלבים השונים של תהליך הפקת מדד: בשלב הראשון של הגדרת הנתונים לאיסוף, שבו קובעים מה לאסוף ובאילו כלים. בשלב השני של איסוף הנתונים, שבו מתייחסים להיבט של מלאות ואיכות הנתונים ולהיבט של זמינות הטכנולוגיה ומשאבי הזמן העומדים לרשותנו ביישום הכלי. בשלב השלישי של עיבוד הנתונים, בתהליך מעבר המידע הגולמי למחסן הנתונים של הארגון, הכולל המרות קידוד ובדיקות חוקיות שונות. לבסוף, בתהליך חישוב המדד, הכולל בחירה של מקורות המידע, שיטת החישוב והגדרת מפרט המדד. לביצוע משימה זו פותחה במחקר הראשוני מתודולוגיה להבטחת אחידות תהליך הפקת המדד ומבדק (Audit) לבחינת אחידות התהליך (Eddy, 1998).

ה-IOM (2003) עונה בכלליות על שאלה זו במסגרת דוח הממליץ על בניית מערכת מדדים לאומית לרפואה בארה"ב. לטענתו האחידות צריכה להיות בהיבטים של מסגרת תפיסתית, המשגה, מפרטים, סטנדרט לאומי לאיסוף, קידוד והגדרה של מידע רפואי, כמו גם דיווח אחיד לרמות השונות (לאומי, מחוזי, מינהלה). אין ספק שאין בהמלצות דוח זה בכדי לענות על השאלה במלואה ולעומקה. בדוח זה נעשה ניסיון להגדיר אמות מידה להערכת השפעת השימוש במדדים אחידים. בין אמות המידה שהוגדרו הייתה התייחסות לחסכון באנרגיה ארגונית. המטרה שעמדה מול עיניהם של מחברי הדוח הייתה הפחתה בנטל וברמת ההשקעה של כל ספק בנפרד. לטענת המחברים החיסכון ניתן להשגה על ידי שיתוף בפיתוח ידע, בדיווח אחיד למערכות מדדים מקבילות, בזיהוי הזדמנויות לביטול תהליכים לא יעילים ובביטול סטנדרטים מינימאליים לביצוע. המחקר המוצע ינסה להתייחס גם לבזבוז האנרגיה בארגון במצב של עדכון יתר או עדכון חסר של מערכות המדדים.

מדדי ביצוע לאומיים ברפואה

בישראל ארבע קופות חולים המספקות שירותים רפואיים למרבית האוכלוסייה. בינואר 2003 התפלגות המבוטחים בין הקופות הייתה זו: שרותי בריאות כללית 55.6%, מכבי שרותי בריאות 23.5%, קופת חולים מאוחדת 11.0%, קופת חולים לאומית 9.9% (המוסד לביטוח לאומי, 2003). החל מה-1 לינואר 1995 פועלות הקופות תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. Gross and Harrison (2001) מצאו כי התחרות בין קופות החולים בישראל מוגבלת בעיקר לתחום השיווק, שיפור השירות ואספקת שרותי בריאות נוספים. לטענתם הממשלה נכשלה בהשגחה על איכות הטיפול ואספקת מידע על איכותו לציבור ולמעשה אין אפילו סטנדרט לגבי רמת איכות בסיסית. שוק הבריאות בארץ, זה שלאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הנו שוק תחרותי הנמצא בהתהוות (גרוס, 2002).

כאמור, Friedman ואחרים (2003) מציעים כי **מבט מאוזן** של מערכות המדדים בארגוני בריאות מתייחס למעשה לשלושה היבטים: איכות נתפסת בעיני המטופלים, עלויות השירות ואיכות קלינית. בישראל נבדקת האיכות הנתפסת של שרותי הבריאות בעיני המבוטחים בסקרים הנערכים אחת לשנתיים על ידי מכון ברוקדייל. מתוך הסקרים מופקים מדדי איכות בתחומים של נגישות, זמינות, שביעות רצון, ביצועי רפואה מונעת ונצילות של שירותי בריאות פרטיים (Gross, 2004). עלויות השירות נמדדות ומדווחות אחת לשנה בדוח שייך (לשעבר דוח ויטקובסקי – נבו). בדוח מתוארות ההוצאות וההכנסות של כל הקופות במהלך השנה. דיווח שנתי נוסף הוא הדיווח של מדינת ישראל לארגון הבריאות העולמי WHO, אזור אירופה. הדיווח מטרתו לספק נתונים למדדים עולמיים על מערכת הבריאות במדינות האזור ועל מצב הבריאות של האוכלוסיות במדינות אלה. הדוח כולל מדדים מסוגים שונים, ביניהם מדדים בתחום של סרטן ומחלות זיהומיות. בדוח הישראלי מפורטים מקורות המידע (משרד הבריאות, למ"ס, ביטוח לאומי ועוד), מפרטי מדדים בינלאומיים ונתונים מפורטים לאורך מספר שנים. הדוח הבינלאומי מדרג את המדינות השונות על בסיס מדד מצרפי (World health organization, 2002). המדדים המדווחים ברמה הלאומית למשרד הבריאות ועל ידיו לציבור מבוססים על נתונים ממוחשבים שקשורים במערכות הכספיות ונאספים בעקבות דרישות תשלום עבור פעולות רפואיות, רובם ככולם מבתי החולים בישראל. למעשה, עד לשנה זו, הקופות לא מדווחות נתונים מלאים על איכות הטיפול למשרד הבריאות, למרות שמחויבות לכך בחוק (חקלאי, 2002).

כאמור, מערכת המדדים הקליניים הלאומית מתמקדת בתחום **יעילות הטיפול הרפואי** ובאה להשלים את הצלע השלישית במבט המאוזן על מערכת הבריאות הישראלית. יעילות הינה הרמה שבה מושגים יעדים של תוכנית, טיפול, שירות או מערכת, יחסית לסטנדרט או לרמה שתוכנן לבצעה (גלוברזון, 2002). כאשר משווים מערכות בריאות או ארגוני בריאות מרבית האנשים רוצים לדעת כיצד הארגון מטפל בבעיות הרפואיות של מבוטחיו. מידע זה לא היה גלוי לאורך שנים וגרם למבוטחים להסיק על איכות הטיפול הרפואי ממפגשים נקודתיים שלהם או מהצהרות הארגונים עצמם. מדדי יעילות הטיפול מציגים את ההשפעה של הטיפול באוכלוסייה מסוימת של מבוטחים. בדרך כלל ההשפעה הנמדדת היא חיובית וככל שערך המדד גבוה יותר הביצוע טוב יותר. שוונות ברמת התחלואה בין המבוטחים מקשה על מדידת איכות קלינית ודורשת מנגנון התאמת סיכונים (Risk adjustment) בדיווח מדדים מדדי יעילות הטיפול מחולקים למספר קבוצות על פי סוג הטיפול (מניעה, איתור מוקדם וסיקור, מילדות, דחוף, כרוני ובריאות הנפש) ועל פי האוכלוסייה המטופלת (ילדים, נוער, מבוגרים, קשישים). המדדים בוחנים כיצד הארגון מיישם את ההנחיות המקובלות לטיפול במבוטחים הבריאים, כגון: מניעה, סיקור למחלות נפוצות וטיפול בנשים הרות, וכן בטיפול באלו שכבר חולים, במחלה חולפת או כרונית, במטרה לצמצם סיבוכים (NCQA, 1999).

מדדים הבוחנים יעילות טיפול מתייחסים לממדים כגון: השגת התוצאה הרצויה, נגישות, התאמה, דיוק בזמן, איכות גבוהה, שימוש יתר וחסר של שירות וכן יעילות מול תועלת. במרבית המערכות הלאומיות רוב מדדי היעילות הם מדדי תוצאה ולא מדדי תהליך. הקשר בין יעילות הטיפול ושיפור בתוצאות הרפואיות עדיין לא ברור והדעות חלוקות לגבי השאלה האם מדדי תוצאה או מדדי תהליך צריכים להימדד. ככל הנראה נדרש שילוב של שניהם (Palmer, 1998).

פרק זה צוטט ברובו מהצעת מחקר הדוקטורט של ענת רסקין סגל, 2004. המקורות מפורטים כאן:

- אורבך, י., בניטה, א. (2002). BSC. הכינוס הבינלאומי ה-14 של האיגוד הישראלי לאיכות. סמינר. ירושלים.
- גלברזון, ש. (2002). ניהול התפעול ושיפור ביצועים. אוניברסיטת תל אביב: דיונון.
- גרוס, ר. ברמלי, ש.ג. הרפורמה בשרותי הבריאות בישראל 2001-1995: האתגר של שיפור איכות השירותים במסגרת מגבלות התקציב. מכון ברוקדייל ירושלים. כנס מדיניות הבריאות, רמת גן, 2002.
- חקלאי, צ. (2001). (2002). דוח פעילות שנתית, תחום מידע. משרד הבריאות, האגף לשירותי מידע ומחשוב, ירושלים.
- רבינוביץ, ג., פורת, א., רסקין-סגל, ע. (2002). מערכת מדדים להערכה השוואתית של רפואת הקהילה בישראל. דוח מחקר מסכם, מחקר במימון המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות בישראל, תל השומר.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P. (1996). The balanced scorecard. Harvard Business school press. USA
- Bost J.B., Roski J., Renner P., Torda P, Pawlson L.G.(2002). Impact of five years of public reporting clinical performance measures and patient surveys at the health plan level: The NCQA HEDIS measures process. The 19TH international conference of the international society for quality in health care. Paris, France.
- McCormick D., Himmelstein D.U., Woolhandler S., Wolfe, S.M. and Bor, D.H. (2002). Relationship between quality of care scores and HMO's subsequent public disclosure of quality of care scores. Journal of American Medical Association, 288, 1484-1490.
- Leggatt, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F. and Bilodeau, H. (1998). A Review of Organizational Performance Assessment in Health Care. Health Services Management Research, 11, 3-23.
- Davies, M. (2002). Performance Measurement in Integrated Health. requirement for Fellowship, Canadian College of Health Service Executives.
- McGlynn, E.A. and Asch, S.M. (1998). Developing a clinical performance measure. Am J Prov Med, 14, 14-21.
- Smith, P. (1994). Large Scale Models and Large Scale Thinking: the Case of the Health Services. Omega International Journal of Management Science, 23(2), 145-157.
- Donabedian, A. (1996). Evaluating quality of medical care. Millbank Quarterly , 44, 166-206.
- Friedman, N.L., Kokia, E. and Shemer, J. (2003). Health Value Added (HVA): linking strategy, performance, and measurement in healthcare organizations. The Israel Medical Association Journal, 5(1), 3-8.
- National committee for Quality Assurance. (1999). HEDIS 2000. USA: NCQA.

- Mainz, J., (2003). Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(1), i5-i11
- Madhok, R.(2002). Crossing the quality chasm: lessons from health care quality improvement efforts in England. *BUMC: Baylor University Medical Center Proceedings*, 15, 77-83.
- Arah, O.A., Klazinga,N.S., Delnoij, D.M.J., Asbroek, A.H.A. and Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398
- IOM: Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C: National Academy Press
- Laffel, G. and Blumental, D. (1989). The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA*, 262(20), 2869-2873.
- Rubin, H.R., Pronovost, P., Diette, G.B. (2001). The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care*, 13, 469-474.
- Rubin,H.R., Pronovost, P. and Diette, G.B.(2001). From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care*, 13, 489-496.
- Palmer, H. (1998). Using health outcomes data to compare plans, networks and providers. *International Journal of quality in health care*, 10(6), 477-483.
- Eddy, D.M (1998). Performance measurement: problems and solutions. *Health Aff* 17:7-25.
- World health organization, Ministry of health, Department of health information. (2002). *Selected Health For All indicators*. Jerusalem.

פרויקט המדדים הקליניים לרפואת הקהילה בישראל

בהקמת מערכת המדדים הקליניים הישראלית עמדו מספר הנחות:

1. התפתחות טכנולוגיות המידע במערכת הבריאות מאפשרת הפקת מדדים ברמה הולכת ומשתפרת, מה שלא התאפשר עד לפני שנים בודדות (Hogl et al. 2001).
2. מידע ומדדים מהווים כלים חיוניים לניהול יעיל ואפקטיבי של כל ארגון ובפרט ארגון מורכב וגדול כמו קופת חולים (Kaplan & Norton, 2001, אורבך ושות', 2002).
3. הפקת מדדים היא תהליך ישים ורצוי ברמה הלאומית (ועדת היגוי מחקר ראשוני).
4. נמצא מתאם בין מדידה ודיווח לבין שיפור ביצועים (Bost et al,2002), וכן בין מדידה לבין שיפור בשביעות הרצון של לקוחות מערכת בריאות (McCormick et al. 2002).
5. מדד המוגדר על פי סטנדרט בינלאומי יוצר שפה משותפת למחקר בינלאומי ותשתית להשוואה (Benchmarking) של ביצועי קופת חולים או מערכת הבריאות הלאומית כולה, למערכות בריאות בעולם (ועדת היגוי מחקר ראשוני).

הפרויקט הלאומי נובע ממחקר מקדים בן 3 שנים (בתמיכת המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות) אשר במסגרתו נבנה אב טיפוס **למערכת מדדים אחידה עבור רפואת הקהילה בישראל**. הפרויקט מתבסס על תשתית הידע שנבנתה במחקר הקודם ומוסיף היבט אחר של הבעיה: **פיתוח הידע והכלים הדרושים לשימוש מושכל במדדים במערכת הבריאות בישראל** (בשלטון המרכזי, בקופות ובציבור).

מערכת ה-HEDIS, מהערכות המובילות בארה"ב, שימשה ותמשיך לשמש כבסיס הידע העיקרי בפרויקט בעיקר בתחום המתודולוגי והגדרות מפרטי המדדים, למרות היותה התנדבותית ומבוססת מדגמים.

יתרונות מדדי הפרויקט העיקריים נובעים מהיותם מבוססים על נתוני אוכלוסייה מלאים של ארבע הקופות, נתונים אובייקטיביים ומבוקרים הניתנים להפקה מיידית ובזול, והכלת חתכים פנימיים לקופה (גיל, מין, איזור ועוד). המדדים מאפשרים בסיס להשוואה לאומית ובינלאומית.

במחקר הראשוני (2001-2003) פותחה מערכת המכילה שלושה מרכיבים: (1) מפרטי מדדים (הגדרה פורמאלית, נתוני מקור, אופן דגימה, שיטת חישוב, ואפיון סטטיסטי); (2) מערכת דיווח על המדדים (נהלים, כלים, הסברים נלווים, ממדי השוואה, ופורמט); (3) מערכת העדה (מבדקים לבחינת תאימות מערכות המידע והמדדים למפרטים). פיתוח ובחינת המערכת בוצע באמצעות צוותי עבודה מקצועיים עם נציגים מכל ארבע קופות החולים בארץ. כוועדת היגוי למחקר שימשו בנוסף לחוקרים ולנציגי ארבע הקופות, גם מומחים ונציגי ציבור. במחקר זה פותחו מדדים בארבעה תחומים: סוכרת, חיסון שפעת, אסטמה וממוגרפיה, שני הראשונים הופקו כמדד ארצי אחיד. יתרונות המדדים נובעים מהיותם מבוססים על נתוני אוכלוסייה מלאים של ארבע הקופות, נתונים אובייקטיביים ומבוקרים הניתנים להפקה מיידית ובזול, והכלת חתכים פנימיים לקופה (גיל, מין, לפי הגדרות של כל קופה ועוד). המדדים פותחו כך שיאפשרו השוואה לאומית ובינלאומית. המחקר הוכיח מעבר למשוער את השימויות של מערכת המדדים למערכת הבריאות הישראלית.

במקביל לתהליך פיתוח מערכת מדדים לאומית נעשו בקופות ניסיונות לפיתוח מדדים או מערכות מדדים פנימיות. כאשר נכנסנו לתהליך זוהתה שונות גדולה בגישות הארגוניות, ברמת היישום וברמת הברורות של מערכות מדדים אלה. מצאנו ראיות ברורות להשפעת התהליך הלאומי על פעולות שבוצעו בקופות בהיבטים שונים, כגון: קידום פעילויות שיפור בתחומים נבחרים, שימוש במתודולוגיות וכלים, התמקצעות המעורבים, שיתוף בידע, ובעיקר שיפור בכל המדדים הרפואיים שנכללו במחקר.

לאור הצלחת המחקר הראשוני, **הכריז באפריל 2004 משרד הבריאות על פרויקט מדדים לאומי** המבוסס על הידע והמסגרת הארגונית שהתפתחו במסגרתו. הפרויקט מבוצע בחסות משרד הבריאות ובאמצעות ובשיתוף המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל. בפרויקט החדש (2004 ואילך) החל תהליך של הרחבת סט המדדים, הפקת מדדים עדכניים, ביצוע מבדקים חיצוניים (AUDIT), הפקת דוחות אינטראקטיביים למשתמשים השונים, בניית תוכנית ארוכת טווח לפרסום המדדים, מיסוד תהליך לאומי למערכת מדדים ושיפור התשתיות הארגוניות והטכנולוגיות לאפשר מדידה אחידה. לכל תהליך נקבעה תכנית והוקם צוות משימה של נציגי הקופות ומומחים. ועדת ההיגוי קובעת מדיניות ומפקחת על

התקדמות הפרויקט. השנה, שנת 2005, נבחרו מדדים נוספים לסט בתחומים של לב ובדיקות לאיתור מוקדם של סרטן. מאמץ מיוחד מכוון לפיתוח יכולת הצגת המדדים הלאומיים בפילוח גאוגרפי וסוציאקונומי.

- פורת, א. רבינוביץ, ג. רסקין סגל, ע. (2004). פרויקט מדדי איכות לרפואת הקהילה: דוח לציבור. אתר המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל: <http://www.israelhpr.org.il>

2. פרסום השוואתי של מדדי איכות כמקדם תחרות

הפרויקט הלאומי העמיד לעצמו כמטרה לשנת 2004 ליצור דוח סטטי לקובעי מדיניות ודוח לציבור. בדוח הראשון הוצגו מדדים לאומיים, בחתך גיל, מין וסוציאקונומי (פטורי בטל"א). דוחות אלה שונים במבנם מהדוח האינטראקטיבי המפותח בימים אלה ומיועד לענות על הצרכים של מספר משתמשים: הקופות, משרד הבריאות, אגודים מקצועיים והציבור הרחב. יחד עם זאת שאלת הסדרת הפרסום ושימושיו לשיפור הביצועים ולהגברת התחרות עדיין עומדות פתוחות. פרק זה ינסה לפתח את השאלות ולהציע מודל מתאים לפרסום מדדים קליניים בישראל.

למה לפרסם מדדי איכות? באופן עקרוני, יכולות להתקיים מספר סיבות: כדי ליידע את הציבור, כדי להביא לשינוי התנהגות של מטופלים (בחירה של מטפלים טובים יותר), כדי להביא לשינוי התנהגות של מטפלים (שיפור איכות), למטרות מוניטין, וכדי לאפשר תגמול בהתאם לרמת השרות הניתן. קיימות גם תופעות לוואי, הבולטת בהן היא סלקציה של מטופלים המאפשרים שיפור קל במדד האיכות (Werner, 2005).

למי לפרסם מדדי איכות? גם כאן קיימות מספר אפשרויות: לרופא עצמו בלבד, לקבוצת רופאים עמיתים, למנהלים, לציבור, לגורם מפקח (כגון משרד הבריאות).

תנאי בסיסי לתחרות משוכללת בתורת הכלכלה היא אינפורמציה מלאה: לכל אחד מידע מלא על המחירים ועל המוצרים בשוק – אולם תנאי זה אינו מתקיים בסקטור הבריאות. מחסור ואַסִימֶטְרִיָה באינפורמציה יוצרים כשל שוק ועיוותים הפוגעים הן ביעילות והן בהוגנות במערכת הבריאות. חוסר יכולת צרכן שירותי בריאות להעריך את איכות הטיפול מאפשר עליית מחיר/או הורדת איכות מבלי שכוחות השוק יגלו זאת. אַסִימֶטְרִיָה של מידע אינה ייחודית לתחום הבריאות אבל בולטת בו יותר מאשר בשווקים אחרים (Folland, 1997).

פתרון אשר עשוי להקטין בעיה זו הוא הרחבת הידע של הציבור באשר לשירותי בריאות המוצעים לו (Eysenbach, 2000). פרסום נתונים על איכות ותפקוד בתי-חולים נסקר בחו"ל ומניב תוצאות מעורבות (Werner, 2005, Jencks, 2000, Epstein, 2000, Erickson, 2000, Marshall, 2000, Narins, 2005). צרכן הבריאות אינו מתנהג כצרכן "קלאסי" בשוק משוכלל. עקב הקושי הבסיסי בהערכת המוצר הוא, אינו בהכרח מסוגל להבין את המשמעות של הדיווחים על אחוזי סיבוכים ותמותה ולעיתים קרובות מסתמך יותר על המלצות מידידים ומקרובים על אחוזי סיבוכים ותמותה (Marshall, 2000, Epstein, 2000) חברות הביטוח ורופאים עשויים להשתמש במידע כדי

לבחור ספקי שירותי בריאות עם תוצאים טובים יותר, אולם בפועל אין הדבר קורה בקביעות (ibid). לעומת זאת, ספקים כמו בתי חולים, הם בעצמם כנראה הרגישים ביותר למסר המצוי בהשוואות, עם הבנת הצורך לשפר תפקוד ו/או לשמר איכות.

החברה המודרנית דורשת שקיפות ממוסדות המשרתים את הציבור וחוק חופש המידע לא יאפשר בקרת איכות של משרד הבריאות בלי חשיפה ופרסום בצידה. לצד השפעות חיוביות, לפרסום גם השפעות שליליות כגון ברירה של מטופלים קלים, למשל, תוך סירוב לנתח חולים קשים (Narins, 2005), (Werner, 2005) קיימים אתגרים לא פשוטים באבחון נכון של תמהיל החולים (כגון המצב החברתי-כלכלי) העשויים להשפיע באופן ניכר על תוצאים (Mulligan, 2000) למערכת הבריאות תפקיד חשוב בחינוך הרופאים לצורך בשקיפות ובבניית שיטות מדויקות לבקרת איכות על בסיס הליכים ולא רק תוצאים. לתקשורת תפקיד חשוב בהסברה נכונה תוך זהירות בהצגת הנתונים ובהורדת הנימה של שיפוט מוסדות או יחידות שתפקודם דורש שיפור, דווקא כדי לעודד דיווח ושיפור.

א. השפעות חיוביות ושליליות של פרסום מדדי ביצוע קליניים השוואתיים לציבור

למידע השוואתי תפקידים שונים: השוואה לטוב ביותר (Benchmarking), הפניה למומחים או לספקי השירות הטובים ביותר, הגדרת הנחיות רפואיות, החלטה על הסמכה, הערכת ארגונים, איתור בעיות איכות, בקרה על הטיפול בבעיות והעברת מידע לציבור (NAS, 2003).

על פי Marshall ואחרים (2000) התומכים בדיווח מידע יעדם העיקרי של דו"חות אלה הוא לטעת אחריות פורמאלית במערכת הבריאות לבניה מתוכננת של תהליכי שירות וטיפול בהם יש להגיע לתוצאות אופטימאליות ולשביעות רצון הצרכנים.

כמו רפורמות אחרות בתחום הבריאות, תופעה זו של מתן דין וחשבון ציבורי מעוררת מחלוקת מסורתית מטבעה – תומכי הנלהבים טוענים כי חובת הדיווח הנה מוחלטת, הספקנים מציינים את מגרעות הדיווח, ואלה המודעים לפוטנציאל הגלום בו מביעים ספקנות באשר למידת האפקטיביות שלו (Leatherman and, McCarthy, 1999).

מאמר שהתפרסם ב-JAMA ב-2005 מציג את הטענות נגד פרסום השוואתי אל מול הטענות התומכים בפרסום, בהתבסס על נתוני בי"ח, ביניהם:

- שקיפות של המערכת הרפואית היא דבר המגביר את האמון של הציבור במקצוע – "אבל בציבור לא גבר האמון במערכת כתוצאה מהשקיפות".
- השוואות מאפשרות לציבור לבחור את המקום בהם יקבלו טיפול – אבל "לא נמצא שהציבור משתמש בנתונים לבחירת נותני השירות שלו".
- התחרות על איכות היא דרך חיובית מבחינת החולים מאחר והטיפול ישתפר כתוצאה מההשוואות – אבל "נראה שאין תחרות על איכות מאחר והחזקים הם אלה שמתנדבים להשתתף ולפרסם את התוצאות שלהם".
- השוואות איכותיות ותקפות בין מוסדות מאפשרות למוסד לתקן את הדרוש תיקון "השוואות גורמות לסירוב לטיפול בחולים שיגבירו את שעורי התוצאים השליליים – ועוד דרכים יצירתיות לשיפור התוצאות"

טיעונים מהספרות על **השפעות חיוביות** אפשריות של פרסום מדדי איכות, כמפורט בהמשך, מתמקדים במימוש זכות הציבור לדעת, היותם בסיס לבקרה לאומית ובתפקידם בהנעת תהליכי שיפור איכות טיפול. התומכים בפרסום טוענים כי השימוש הנמוך במידע, כפי שנמצא במחקרים עד כה, אופייני להכנסת חידוש כלשהו. טבלה מספר 2 מפרטת את הטיעונים בעד פרסום לציבור

פירוט בהשפעות החיוביות	טיעונים בעד פרסום	
<p>סיוע בחינוך ובהסמכת הצרכנים לעשות בחירה מושכלת של ספק הבריאות שלהם.</p> <p>יש חופש מידע ולציבור זכות חוקית לבחירת קופה על פי מידע השוואתי.</p> <p>זכות הציבור לדעת מה עושה מערכת הבריאות או הקופה במשאבים שניתנו לה, מה היו ההישגים של מערכת זו, והאם טובת הציבור נשמרת.</p>	<p>זכות הציבור לדעת</p>	<p>1.</p>
<p>הדיווח עשוי לעזור למעסיקים, לממשלה, לקרנות הביטוח ולקרנות הנאמנות, למלא את תפקידם הציבורי ולהבטיח שהיעדים הבריאותיים של האוכלוסייה מושגים על הצד הטוב ביותר.</p>	<p>בקרה לאומית</p>	<p>2.</p>
<p>מתן דין וחשבון ציבורי יסייע להניע את ספקי הבריאות לקביעה ובקרה על פי סטנדרטים של איכות טיפול, מתוך מניע לשמור על אוטונומיה רפואית ומוניטין מקצועי.</p> <p>ההשוואה לטובים ביותר מעמידה יעד ראלי ומושכת את כולם כלפי מעלה.</p> <p>עשוי להניע ספקי בריאות לבחון מחדש ולשפר ביצועים קליניים בתחומים מרכזיים.</p> <p>עשוי להניע קלינאים לקחת על עצמם משימות של שפור שירות, על מנת לשמור על זכות הבקרה העצמית המקצועית, ואת המוניטין הטוב בעיני הציבור, אשר בוטח בהם.</p> <p>שיקולי מוניטין.</p>	<p>הנעת תהליכי שיפור</p>	<p>3.</p>

טיעונים מהספרות על **השפעות שליליות**. אפשריות של פרסום מדדי איכות מתמקדים באפקטיביות של הדיווח לשיפור הביצועים, ביעילות ובשימושיות הנמוכה במידע על ידי צרכני הבריאות, בחשיפה למניעים פוליטיים ולמניפולציות ולא פחות בקושי בקביעת איכות המידע ובפירושו. טיעונים נוספים מפורטים בהמשך.

טבלה מספר 3 מפרטת את ההשלכות השליליות בפרסום מדדים קליניים השוואתיים לציבור:

פירוט בהשפעות השליליות	טיעונים נגד פרסום	
<p>מה שידוע כיום על היעילות המוגבלת והקונטרורסיאלית של פרסום לציבור מגיע ברובו מדווחים ברמת בתי חולים בארה"ב. על ההשפעות של הפרסום ברפואה הראשונית המידע פחות בהרבה.</p> <p>לא הוכח אמפירית שפרסום לציבור יעיל יותר מבחינת השגת יעדי שיפור קליני מאשר דווח דיסקרטי לקופה או לספק השירות. לדוגמה, פרסום לציבור של תוצאי ניתוח המעקפים במדינת ניו יורק הביאה לאותו סדר גודל של שיפור כמו הדוח הדיסקרטי לבתי החולים בצפון ניו-אינגלנד.</p>	<p>1. אפקטיביות נמוכה של הדיווח לשיפור הביצועים</p>	
<p>פרסום תוצאות השוואתיות לא הניע מטופלים להדיר רגליהם ממוסדות שבהם התוצאות גרועות או לעבור למוסדות שבהם דווח על תוצאות טובות.</p> <p>מרבית הצרכנים נרתעו מרעיון השימוש ב-report card לבחירת ספקי השירות הטובים ביותר. הם בטחו יותר בניסיונם האישי או בזה של בני משפחה וחברים. רק בשני מצבים נתנו הצרכנים אמון במידע המופיע בדו"ח – כאשר הוא אישר את דעותיהם הקודמות והמבוססות, וכאשר לא היה ברשותם מידע בלתי פורמאלי, למשל במעבר לסביבת מגורים חדשה.</p>	<p>2. יעילות ושימושיות המידע לצרכני הבריאות</p>	

פירוט בהשפעות השליליות	טיעונים נגד פרסום	
<p>הרופאים טוענים שהפרסום מסייע לשאיפת הפוליטיקאים לשלוט ברופאים, לגרום להם להתמקד בתחומי הטיפול הצרים שבהם עוסקים הדו"חות, ולהשתמש במידע למטרות פוליטיות. רבים סברו כי הדו"חות הם בבחינת חיסול האחריות הממשלתית לביצועי ה-NHS, וניסיון להעביר אחריות זו מהממשלה לספקי הבריאות. עלול להביא למעשים לא אתיים של הטעיה מכוונת ורמייה מצד מבצעים ומנהלים.</p>	<p>חשיפה למניעים פוליטיים ומניפולציות</p>	<p>3.</p>
<p>הרופאים וקובעי המדיניות הביעו דאגה באשר לאיכות המידע, לרבות: יכולת השימוש במידע להשוואה (Case Mix), דיוק המידע המדווח, דיווח חסר של חריגות או הימנעות מהכללת אוכלוסיה חלשה (Gaming). לא היו בטוחים שההיבטים החשובים ביותר ניתנים למדידה ולדיווח, בעוד שתחומים שכן ניתנים למדידה עלולים להיות 'לא שווים מדידה'. ישנו קושי ממשי בפירוש נכון של ממצאי המדדים: ישנה תלות של הממצאים מעצם בחירת מדד מסוים, שיטת ההפצה של המידע והתאמת מפרט המדד להבנת הציבור. עיתונאים ועיתונות מעוניינים ברייטינג ובסנסציות ויש חשש אמיתי מפרסום לא מדויק באופן שממצאים שליליים יודגשו ואילו הישגים לא יקבלו כל התייחסות.</p>	<p>קושי בקביעת איכות המידע ופירושו</p>	<p>4.</p>
<p>הצדקת הדיווח הפומבי עלולה לרמוז על כך שמנגנוני הניהול העצמי הקיימים של ספקי בריאות אינם נאותים או מספקים. הצורך לפרסם ככלי לקדום איכות קלינית מרמזת שאמצעים אחרים של בקרה עצמית על ידי קלינאים אינה מספקת.</p>	<p>מעמד הניהול הרפואי והעצמאות הרפואית</p>	<p>5.</p>

פירוט בהשפעות השליליות	טיעונים נגד פרסום	
המידע עלול לערער את בטחון החולה ולהובילו לחשוב מחדש על אבחנות וטיפולים שקיבל.	פגיעה ביחסי רופא – חולה	.6
מטופלים משכילים יותר ישתמשו במידע לבחירת ספקים בעלי נתוני ביצוע גבוהים, בעוד שאוכלוסיות פחות משכילות ויותר פגיעות יוותרו עם הפחות טובים. רופאים טובים יותר ימנעו מלעבוד בקופה או אזור שפורסם בעיתון כבעל איכות נמוכה. הקופות יתחרו על החולים הבריאים יותר כדי להציג מדדי תוצאת טיפול טובים יותר.	חוסר שוויונות	.7
במערכת מדדים התנדבותית הספקים החלשים יפסיקו לדווח. במערכת מדדים שהדיווח בה חובה עלולה להיפגע רמת שיתוף הפעולה. עלול להביא לנתק בין הקלינאים והקופות שנפגעו מהפרסום ובין הגוף הסוקר והמפרסם.	חוסר שיתוף פעולה של הספקים "החלשים"	.8
עלול להפוך אוירה של שיפור איכות לאווירה של חיפוש אשמים והענשה.	מעבר לסביבה מענישה	.9
פיתוח המדדים, הפקתם במערכות מידע ממוחשבות, בדיקת האמינות, תהליך ההסקה לאור הממצאים, והפרסום – כולם צורכים משאבים רבים.	עלות	.10
הפרסום לא מבטיח שתעשה עבודת עומק של תהליכי שיפור בהמשך.	היתרונות למובילים הם לטווח הקצר	.11
כאשר התוצאה בגדר הסביר.	אדישות	.12

- שמואל פנחס. על איכות הרפואה. הרפואה, כרך 141, חוברת י"א, נובמבר 2002.
- Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. International Journal for Quality in Health Care 1999; Volume 11, Number 2: pp. 93-105
- Marshall MN, Hiscock J, Sibbald B. Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study. BMJ 2002; 325:1278

- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care* 2000;9:53-57
- Personal communication: in Advanced Training Program (ATP), IHC, Salt Lake City, Utah, US, 2002
- Goddard M, Davies HTO, Dawson D, Mannion R, McInnes F. Clinical performance measurement: part 1--getting the best out of it. *J R Soc Med.* 2002;95(10):508-510.
- Goddard M, Davies HTO, Dawson D, Mannion R, McInnes F. Clinical performance measurement: part 2--avoiding the pitfalls. *J R Soc Med.* 2002;95(11):549-551.
- Leatherman S et al. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *Int J Qual in Health Care*, 1999; 11:93-98.
- Collopy BT. Public disclosure of health care performance reports: what do we lose in giving information? *Int J Qual in Health Care*, 1999; 11:99-101
- O'Connor GT et al. A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. *J Am Med Assoc* 1996; 275:841-6.

האם הפרסום הצליח לקדם איכות?

Werner (2005) במאמרו "התוצאות הלא מתוכננות בפרסום מדדי איכות לציבור" (Werner, 2005) מציג כי בעקבות הדיווח על ניתוחי מעקפים בניו יורק ירדה התמותה ב-40% תוך 3 שנים. ירידה זו הייתה בולטת יותר בניו יורק מאשר בשאר המדינות. במקביל התקבלו דיווחים עם רופאים שהפסיקו לנתח חולים קשים או מסובכים מחשש לפגימה בנתונים על ביצועיהם. ההפניות לניתוח מבתי החולים בניו יורק ל-Cleveland Clinic קפץ ב-31% אחר פרסום הדוחות בניו יורק. החולים המופנים נעשו קשים יותר מאשר חולים שהופנו ממדינות אחרות. בפנסילבניה בה גם החלו לדווח על ביצועי מעקפים, שני שלישי ממתחי הלב הודיעו שמאז הדיווחים הם מהססים לנתח חולים בסיכון גבוה, ו-59% מהקרדיולוגים דיווחו על קשי במציאת מנתח לב לחולים יותר בסיכון. בניו יורק הראה סקר בין מנתחי לב תוצאות זהות. בדיקת המנותחים בשתי מדינות אלו הראתה שמאז הדיווח החולים שעברו מעקפים היו בחומרה פחותה, במיוחד כשנתחו אצל הרופאים שסווגו נמוך. כמוכן, הדיווח בניו יורק הגביר את אי השוויון לפי גזע. יתכן ומנתחי לב נמנעו לנתח חולים שנחשדו בסיכויים פחות טובים, כדוגמת כושים והיספנים.

מערכי מדדים אחרים, כגון HEDIS, דווחו על שיפור ניכר בביצועים תוך מספר שנים מועט. יש להיזהר בפרוש, מכיוון שהדיווח ב-HEDIS הוא וולונטרי, ובשנים האחרונות פחות משליש מהקופות בחרו בפרסום ציוני האיכות. מחקרים הראו שהקופות עם הביצועים הפחות טובים נטו יותר לא לפרסם את נתוני האיכות. כמוכן, יש דוגמאות לשיפור בביצועים בעקבות מדידת ביצועים ללא כל פרסום לציבור. גם ה-VA וגם ה-Medicare החלו להשתמש

ב-performance evaluation programs המספקות היזון חוזר לבתי חולים על ביצועים שונים, ללא פרסום לציבור. שני המוסדות דווחו על שיפור באיכות הטיפול מאז.

אחרים שמו לב לסכנות בשימוש בהערכת מדדים. הפרויקט עלול לגרום לפעולות לא נחוצות, שלא לפי השיקול הרפואי ו/או בחירת החולה. שוכחים שההנחיות הקליניות נועדו מלכתחילה רק להדריך ולכוון ולא להכתיב התנהגות רופאים לכוון עשייה עודפת. לדוגמה, נמצא ב-VA שלא עמדו ביעד הסיקור לסרטן מעי גס. החוקרים מצאו שבין החולים שלא עברו הסיקור, נמצאו רבים עם סיבות טובות לכך: חציים סרבו, ובשליש היו מחלות נלוות חמורות.

מכאן, ההשלכות הן:

פרסום לציבור של מדדי איכות חשובים לבניית פתיחות, אמון ו-accountability בין ספקי הבריאות. הפרסום נחשב קריטי לשיפור איכות. לדוגמה, פרסום מדדי ה-HEDIS הייתה השפעה על מאמצי הקופות לשיפור ביצועים קליניים [Epstein]. אך יש גם עדויות שהפרסום עלול להזיק לאיכות הטיפול.

ההנחה שהפרסום עוזר למבוטח לקבל החלטות לא נסמך על עובדות. קרוב לוודאי ששימוש חכם יותר במדדים הוא באופן דיסקרטי, כפי שנוהגים ב-Medicare וב-VA. גישה זו תקטין תגובות שליליות בין רופאים ובו בזמן תשמר על רצונם להשתפר. הציבור החשוב ביותר בתור יעד למדדים הוא ציבור הרופאים.

מצד שני שמירה על סודיות הממצאים נתפסת כקנוניה, מפחית אמון המבוטחים במערכת, פוגם באמון המקצועי, ומפריע לפעולות שיפור עתידיות. חוסר אחידות של מערך מדדים עלול להיות בעוכרי השיטה.

מערך מדדים שפורסם עשוי להביא לצמצום פערים, ב"כיסוי" אזורים חלשים. הפרסום אמור להפחית נטית רופאים או קופות לבחור חולים שיגרמו להם להראות טוב. כשמשמשים בדוחות תוצאים עם תיקנון טוב לתמהיל חולים נעלם התמריץ להימנע מחולים קשים. פרויקט ניתוחי המעקפים של ניו-יורק, וכן ה-EUROscore קבעו סטנדרט חדש של תיקון לתמהיל חולים. אך במציאות גם תיקנון טוב לא ימנע רופאים מלבחור חולים לא מורכבים, עבורם הטיפול צפוי להביא תועלת מוגבלת יותר. אין ברירה אלא לבדוק במקביל את נאותות הטיפול לפי הנחיות [appropriateness]. מישתנים חברתיים-כלכליים עלולים להשפיע על מדידת האיכות [Boscarino, 1999, Mozes, 1998, Kassirer, 1994, Epstein, 1995, Zaslavsky, 2005]. מדדים כגון שביעות רצון נמצאת קשורה לגזע ומצב חברתי-כלכלי. ללא התחשבות בגורמים אלו עלול הפרסום להזיק לרופאים הפועלים באוכלוסיות חלשות. ללא תיקון נאות הרופאים עלולים להתרחק מאוכלוסיות חלשות הזקוקות לטיפול אף יותר מאוכלוסיות חזקות.

לבסוף, על מנת שפרסום מדדים יצליח להביא לשיפור חייבים לדאוג לדווח חובה החל על כולם, ולהימנע מדווח התנדבותי, סלקטיבי. אחרת, החולים הקשים ביותר ימצאו עצמם מטופלים אצל הספקים הלא מדווחים.

הפרסום נועד במקור למטרה נעלה, אך אין לשכוח את היעד החשוב ביותר והוא לשפר את רמת הטיפול והמניעה שחולים ואוכלוסייה מקבלים.

על פי סקר שנערך באחרונה (Beer, 2005) ובדק השפעה אפשרית של פרסום על תדמית מוסד רפואי נמצא שקיימת הסכמה רחבה הן בציבור והן בקרב רופאים שפרסום יזום של מדדי ביצוע

במערכת הבריאות יביא לשיפור תדמית המוסד הרפואי השותף ליוזמה זו. לעומת זאת, על פי אותו סקר, קיימת אי-הסכמה בנוגע לתגובה לפרסום יזום של ליקויים: בניגוד לציבור הרואה בצעד כזה עדות לאיכות המוסד, רופאים רבים חוששים שפרסום כזה יפגע באמון הציבור.

הדלפה של נתונים באופן לא יזום עשוי להביא לתוצאה הפוכה עם ירידה באמון הציבור במערכת, כפי שקרא בפרסום הלא מתוכנן של השוואת ניתוחי מעקפים ב-1994. הדגש הוא על פרסום יזום, האמת ועכשיו, הנתפס בעיני הציבור כסמן לאיכות בפני עצמו (Beer, 2005).

בנספח ב' מצורפים גרפים המדגימים את תוצאות הסקר.

- Boscarino JA, Chang J. Survival After Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Community Socioeconomic Status: Clinical and Research Implications. *Medical Care*. 1999;37(2):210-216.
- Mozes B, Olmer L, Galai N, Simchen E. A national study of postoperative mortality associated with coronary artery bypass grafting in Israel. *The Annals of Thoracic Surgery*. 1998;66(4):1254-1262.
- Kassirer JP et al. The use and abuse of practice profile. *NEJM* 1994;330:634-636.
- Epstein A. Performance reports on quality – prototypes, problems, and prospects. *NEJM* 1995; 333:57-61.
- Zalavsky AM et al. How patients' sociodemographic characteristics affect comparisons of competing health plans in California on HEDIS quality measures. *Int J Qual in Health Care* 2005; 17:67-74.
- Beer Z, Guttman N, Brezis M. Discordant public and professional perceptions on transparency in healthcare. *QJM*. 2005;98(6):462-463.

ב. מהן הדרכים להסדרת הפרסום? מה לפרסום ובאיזה רמת פירוט

מהספרות נראה כי מי שמעוניין בפרסום ציבורי (כמו האיטלקים), מתרכז במדידת שביעות רצון והמלונאות של שירותי הבריאות. לא מודד תוצאים. מי שמטפל בצורה רצינית בהשוואת של תוצאים קליניים, מפרסם רק תוצאות אנונימיות, ובצורת פרסום פנימית (QIP האמריקאי, QIP, HCEFA האנגלי – הבינלאומי). צורת הפרסום של QIP היא מעין פשרה: בין הרצון למדוד בצורה רצינית תוצאים קליניים, לבין הימנעות מפרסום חיצוני של התוצאים.

הניסיון הישראלי הכולט ביותר בפרסום מדדים קליניים בישראל, כפי שהוזכר למעלה, הינו הסיפור של השוואת תמותה בין מוסדות בישראל כתוצאה מניתוחי CABG בישראל, בשנת 1994. הסקר נעשה בשיתוף פעולה בין ראשי המחלקות לכירורגית לב בישראל לבין משרד הבריאות. תוצאות ההשוואה בין מוסדות פורסמו בדו"ח פנימי אנונימי, ללא ציון שמות בתי החולים, ולא נעשה עיבוד נתונים ברמת הרופא הבודד. התוצאות נמצאו טובות במיוחד לעומת אלה שהתפרסמו בעולם. התגלו 2 בתי חולים חריגים שגם תוצאותיהם לא היו גרועות במיוחד לעומת המתפרסם בעולם (שעור תמותה כ 6%-7% שהיה השיעור הממוצע באותה שנה בבתי

החולים בפילדלפיה). התוצאות גלשו לעיתונות ובעקבות הסערה בציבור, הר"י דרשה הפסקת השוואות פרטניות בין מוסדות בישראל. ב-1996 נחתמה אמנה לגבי סקרים של איכות בין משרד הבריאות והר"י. האמנה כוללת בין היתר את הסעיפים הבאים:

1. משרד הבריאות והר"י תומכים בהמשך ביצוע סקרים השוואתיים שמטרתם שיפור וקידום האיכות בטיפול רפואי בישראל.
 2. לכל סקר שייערך יקבע נציג או נציגים של הר"י (מהאיגודים הרלוונטיים לעניין) נציגים אלו יהיו שותפים לעריכת הסקר לועדת ההיגוי ולתהליך הסקת המסקנות והפצתן.
 3. הדיווח על התוצאות יתבצע תוך השמטת כל אמצעי הזיהוי של חולים, מחלקות ובתי חולים. נגישות לפרטים אלו תהא אך ורק לאנשים המוסכמים על כל הצדדים.
 4. הפרסום של תוצאות הסקרים לא יעסוק בהשוואה בין מוסדית גם אם בצורה מוסווית אלא אך ורק בהשוואה לממוצע ארצי או עולמי.
- לאור הספרות והניסיון בעולם ובארץ סעיף זה יתאר את המודל המומלץ על ידי הצוות להסדרת הפרסום של מדדי איכות קליניים לרפואת הקהילה בישראל.

סוגי הפרסום:

אנו דנים בשלושה סוגי פרסום טנטטיביים:

- **פרסום ברמה לאומית** [נתוני 4 הקופות]: תפקידו לספק את זכות הציבור לדעת. משרת את משה"ב.
- **דווח דיסקרטי לקופות:** הן מדווחות על ביצועיהן ועל הביצוע ברמה לאומית. משמש לדברון תהליכי שיפור פנים ארגוניים.
- **פרסום השוואתי לציבור:** נתוני הקופות מפורסמים לציבור עם ניתוח השוואתי. תפקידו לספק את זכות מבוטחי הקופה לדעת. משרת את הקופות. עשוי להביא להמשך שיפור ברמת הקופה. ישנם שתי השוואות שניתן לפרסם:
 - השוואת ביצועים בין אזורים גיאוגרפיים
 - השוואת ביצועים בין הקופות, בחלוקה גיאוגרפית

הנחות המודל:

- מטרת הפרסום, ככל הנוגע לתחרות בין קופות על איכות טיפול, הוא אחד: להביא לשיפור איכות.
- הפרסום הוא כלי ניהולי נוסף למטרה זו.
- המודל צריך להיות מכוון לשינוי התנהגות קופות ורופאים בעקבות פרסום.
- מטרות אחרות, כגון מעבר מבוטחים בין קופות על בסיס מדדים קליניים יכשלו כנראה, לפי הניסיון במערב. [אין הדבר כך כשמדובר במדדים לא-קליניים, כגון זמינות שירותים או מדדי שביעות רצון – נושאים שלגביהם יש לציבור כלים לשפוט ולהחליט].
- מודל מדורג מאפשר פיתוח וביסוס מתודולוגיות השוואה, זמן השתפרות של הנמדדים, התנסות המעורבים השונים (קופות, ציבור) להשוואות מכל סוג, גיבוש תפיסת איכות לאומית מערכתית והתבגרות המערכת הנחוצה למימוש פוטנציאל מערכת המדדים.

מכאן, המודל המומלץ

- המודל הינו מודל מדורג, בשלושה שלבים:
 1. כפי שבוצע בשנת 2004, הפרסום ברמה לאומית מפורסם ראשון. מבטא את מחויבות משרד הבריאות לזכות הציבור לדעת הפרסום ברמה לאומית מלווה בדווח דיסקרטי לקופות.
 2. פרסום משווה גאוגרפי ללא השוואת קופות.
 3. פרסום משווה גאוגרפי בין קופות, באישור הצוות המקצועי.
- יש לקבוע תאריכי יעד לכל שלב (לדוגמה פרסום מלא עד 2007).
- מומלץ שהמדדים הקליניים ישולבו ב"כרטיס דיווח משולב" [balanced SC] המכיל גם נתוני שביעות רצון מבטוחים, מדדי שירות.
- פורמאט הדיווח [אינטרנטי, מדיה, וכד'] יותאם למשתמשים שונים, בעלי הרשאות שונות.
- הפרסום ילווה במפגשי הבהרה לעיתונות ובפעולות נוספות לצמצום הסיכון להטעיית הציבור.

ג. כיצד לשפר את הסיכויים להצלחת הפרסום?

מהו פרסום מוצלח? כיצד ניתן לקבוע קריטריונים להצלחת הפרסום? קיים קושי מסוים להגדיר הצלחה זו וכיצד למדוד אותה, אולם ניתן לזהות בקלות דוגמאות לחוסר הצלחה: פרסום המביא לסלקציה של מטופלים קלים או מניפולציה אחרת כדי להביא לשיפור מדומה במדד המתפרסם.

השוואת תוצאים בשירותי בריאות נתקלת בבעיות שונות וקשות (כגון הגדרת תמהיל החולים, טיב הנתונים ושיטות ניתוחם) עד שלא אחת נשאר מידה רבה של חוסר וודאות לגבי המסקנה (Mulligan, 2000, Iezzoni, 1996, Iezzoni, 1997, Austin, 2003, Dorling, 2005, Scott, 2004, Rosenberg, 2003, Rosenberg, 2003). (Poses, 2000, Iezzoni, 1996, Iezzoni, 1997, Rosenberg, 2003). כלומר, דירוג נמוך אינו בהכרח משקף איכות טיפול ירודה. גם לתקנון עבור מצב סוציו-אקונומי יש חשיבות רבה (Goddard, 2002 (10)(11)) נדרשת אפוא זהירות מרבית הן בניתוח ההשוואות והן בפירוש הניתן להם בפרסום לרבים. מדידת הליכים עשויה להיות פחות רגישה ממדידת תוצאים לבעיות תקנון ורצוי לשלב בין סוגי מדדים אלו כדי להיטיב בהבנת טיב השירות הניתן למטופלים. כדי להצליח במטרתו, ראוי שהפרסום יכלול הסבר מפורט של מגבלות אלו וידגיש שמטרת המדידה היא שיפור איכות.

פרסום לציבור של מדדי איכות יכול להטעות (Krumholz, 2002) ונחוצה השקעה בהסברים.

פרסום עיתונאי:

עבור התקשורת קיימים שני אתגרים: א. להבין את מגבלות ההשוואות ואת הזהירות הנדרשת במסקנות. ב. להגיש לציבור מידע בהיר, הניתן להבנה בקלות. יש חשיבות בנקיטת זהירות מרבית וכל הצעדים הנדרשים על מנת שמידע רגיש לא יודלף לפרסום כרכילות סנסציונית לשמה. לשם כך רצוי שטרם לפרסום תושג עם כתבי הבריאות הסכמה רחבה לגבי התקפות, הדיוק ונכונות המידע המפורסם. בנספח ג' מצורף נייר עמדה מאת דן אבן, כתב לענייני בריאות בעיתון 'מעריב'

נדרשת השקעה רבה בחינוך כתבי בריאות כדי לשפר את הסיקור התקשורתי של פרסום מדדי איכות, כפי שמלמד הניסיון בארה"ב (ראה למשל <http://www.ahcj.umn.edu>) (Chassin, 1996) ובתקשורת הבריטית הלומדת את הקשיים ביחס לפרסום תפקוד מערכת הבריאות (Appleby, 2000) בישראל, כתבי בריאות אינן זוכים להכשרה ואינם מכירים את בעיית התמהיל החולים – אולם רובם מעוניינים בהדרכה (Brezis, 2001). מועצת העיתונות בישראל מוכנה לשיתוף פעולה בנושא, במסגרת מערך השתלמויות לכתבים ובמסגרות אחרות. אפשרות נוספת אשר נידונה עם מועצת העיתונות היא הקמת אתר אינטרנט שינטר את סיקור האיכות, בדומה לניסיון בחו"ל (www.mediadoctor.org.au). הפעלת האתר יכולה להתבצע באחריות משותפת של גופים נְיִטְרָלִים כמו העין השביעית, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ובתי ספר לבריאות הציבור. פעילויות אלו דורשות תכנון והקצאת משאבים.

ד. סיכום

פרסום של מדדי איכות חשוב כדי ליידע את הציבור, כדי להביא לשינוי התנהגות של מטופלים (בחירת מטופלים, הענות לטיפול, צריכה מושכלת), כדי להביא לשינוי התנהגות של מטפלים (שיפור איכות) וכדי לאפשר תגמול בהתאם לרמת השרות הניתן. קיימת הסכמה שהפרסום צריך להיות מכוון בעיקר לשינוי התנהגות קופות ורופאים להגברת איכות הטיפול בסוגיות ותחומים בעלי שכיחות וחשיבות גבוהות.

קיימות מספר תשובות אפשרויות לשאלה למי לפרסם: לרופא עצמו, לקבוצת רופאים עמיתים, למנהלים, לציבור, לחוקרים, או לגורם מפקח כגון משרד הבריאות. לגבי רמת הדיוק, עדיף פרסום לפי אזורים גיאוגרפיים, גם ברמה הארצית וגם ברמת הקופה. פורמאט ופירוט הדוח [אינטרנטי, מדיה, וכד'] יתאם למשתמשים שונים.

קיים חשש לתופעות לוואי שליליות המתלוות לפרסום מדדים השוואתיים, כגון העדפה של מטופלים המאפשרים שיפור קל במדד האיכות, התמקדות המערכת בשיפור התחומים הנמדדים על חשבון תפקודים אחרים, או פרשנות שגויה ומניפולטיבית של הממצאים ע"י גורמים אינטרסנטיים.

כדי למזער את הנזק ולהשיג את מטרות הפרסום, רצוי שכל פרסום של מדדי איכות ילווה בהסבר מפורט על מגבלות ההשוואות (כגון הגדרת תמהיל החולים, טיב הנתונים ושיטות ניתוחם). נדרשת זהירות מרבית הן בתיקון ובניתוח ההשוואתי והן בפירוש הניתן לו בפרסום לציבור. חשוב שכל פרסום ידגיש שמטרת המדידה היא שיפור איכות ועצם המוכנות לפרסום התוצאות חשוב יותר מהשוואתן בין הספקים של שירותי הבריאות. על כן, פרסום מדדים חייב להיות חלק מתכנית כוללת לשיפור איכות המציגה מטרות, יעדים ברי מדידה, שיפור תשתיות מידע, תכניות הכשרה והעשרה, מנגנוני הערכה ובקרת איכות, תכניות עבודה לשיפור איכות, והערכת הישג מתמשכת.

כיוון שהבנת הציבור במדדי איכות נמוכה, לתקשורת ההמונים יש אתגר להבין את מורכבות המדידה ולהסביר אותה באופן פשוט לרבים. נדרשת השקעה בחינוך כתבי בריאות כדי לשפר את הסיקור התקשורתי של פרסום מדדי איכות. חשוב שכל פרסום של מדדי איכות יהיה יזום ובשיתוף אמצעי התקשורת. מועצת העיתונות בישראל מוכנה לשיתוף פעולה בנושא, במסגרת מערך השתלמויות לכתבים ובמסגרות אחרות.

- Goddard M, Davies HTO, Dawson D, Mannion R, McInnes F. Clinical performance measurement: part 1--getting the best out of it. *J R Soc Med.* 2002;95(10):508-510.
- Goddard M, Davies HTO, Dawson D, Mannion R, McInnes F. Clinical performance measurement: part 2--avoiding the pitfalls. *J R Soc Med.* 2002;95(11):549-551.
- Beer Z, Guttman N, Brezis M. Discordant public and professional perceptions on transparency in healthcare. *QJM.* 2005;98(6):462-463.
- Iezzoni L, Ash A, Shwartz M, Daley J, Hughes J, Mackiernan Y. Judging hospitals by severity-adjusted mortality rates: the influence of the severity-adjustment method. *Am J Public Health.* 1996;86(10):1379-1387.
- 14. Iezzoni LI. The risks of risk adjustment. *JAMA.* 1997;278(19):1600-1607.
- Austin PC, Alter DA, Tu JV. The Use of Fixed-and Random-Effects Models for Classifying Hospitals as Mortality Outliers: A Monte Carlo Assessment. *Med Decis Making.* 2003;23(6):526-539.
- Dorling JS, Field DJ, Manktelow B. Neonatal disease severity scoring systems. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2005;90(1):F11-16.
- Scott I, Youlden D, Coory M. Are diagnosis specific outcome indicators based on administrative data useful in assessing quality of hospital care? *Qual Saf Health Care.* 2004;13(1):32-39.
- Rosenberg AL, Hofer TP, Strachan C, Watts CM, Hayward RA. Accepting Critically Ill Transfer Patients: Adverse Effect on a Referral Center's Outcome and Benchmark Measures. *Ann Intern Med.* 2003;138(11):882-890.
- Boscarino JA, Chang J. Survival After Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Community Socioeconomic Status: Clinical and Research Implications. *Medical Care.* 1999;37(2):210-216.
- Mozes B, Olmer L, Galai N, Simchen E. A national study of postoperative mortality associated with coronary artery bypass grafting in Israel. *The Annals of Thoracic Surgery.* 1998;66(4):1254-1262.
- Alter DA, Austin PC, Naylor CD, Tu JV. Factoring socioeconomic status into cardiac performance profiling for hospitals: does it matter? *Med Care.* 2002;40(1):60-7.
- Poses RM, McClish DK, Smith WR, et al. Results of Report Cards for Patients with Congestive Heart Failure Depend on the Method Used To Adjust for Severity. *Ann Intern Med.* 2000;133(1):10-20.
- Krumholz HM, Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ. Evaluation of a Consumer-Oriented Internet Health Care Report Card: The Risk of Quality Ratings Based on Mortality Data. *JAMA.* 2002;287(10):1277-1287.
- Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and Hazards of Reporting

Medical Outcomes Publicly. N Engl J Med. 1996;334(6):394-398.

- Appleby J, Bell A. Press: Reporting NHS performance: how did the media perform? BMJ. 2000;321(7255):248-.
- Brezis M. Health Care Mass Communications in Israel. [MPH thesis]. Hebrew University; 2001.

סיכום דיונים – המלצות למדיניות.

שאלות עיקריות לדיון בצוות:

מדידה:

- האם תחרות תקדם איכות קלינית?
- מהם המודלים למערכות מדדים בעולם?
- האם קיימים התנאים להשוואת ביצועים?

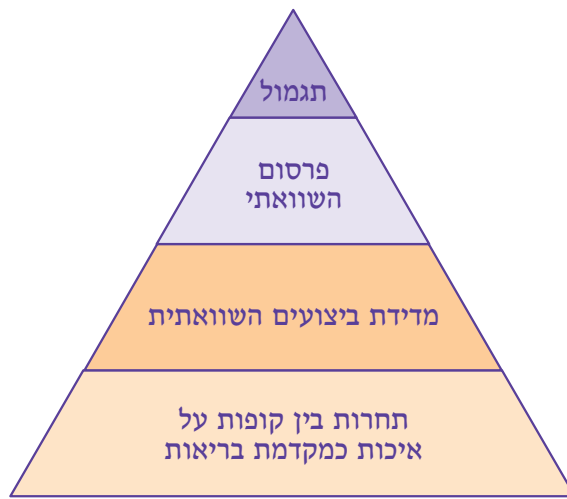
פרסום:

- האם וכיצד יש לפרסם את המדדים?
- השלכות הפרסום על שתוף הפעולה בין הקופות ועל השיפור?

תגמול:

- האם וכיצד יש לתגמל עבור ביצועים?
- מה היקף התגמול הנחוץ?

תרשים רציונל הדיון בצוות:



עיקרי הדיון בנושא מדידה:

א. האם תחרות תקדם איכות קלינית?

- עדויות קונטרברסיאליות: השפעה מעטה אם בכלל. התפיסה הכוללת של המבוטח מושפעת ממדדי שביעות רצון ולא ממדדים קליניים. [Scanlon, 2004]
- HEDIS שיפור ברוב המדדים תוך זמן קצר, כל עוד נמשכת המדידה.
- בתי חולים [CABG] – שיפור משמעותי, אך לא בהרבה יותר מהמגמה התקופתית.
- שיתופי פעולה בין קופות [ולא תחרות] היא זו המשפרת רפואה. Benchmark [Plsek 1999].

ב. מהם המודלים השונים של הפעלת מערכות מדדי איכות?

- השוואות התנדבותיות בין בתי חולים (מרילנד, נורווגיה)
- דרישה ע"י סמכות גבוהה יותר (UK-QIP (National health service, JCAHO (Italy, -USA)
- יזמה, הרצה ובעלות של קלינאים (נורווגיה)
- שיתוף פעולה במודל מחקרי (דנמרק)

ג. מהם התנאים להשוואת מדדים?

1. תקנון על פי תמהיל מבוטחים (מין, גיל ופילוח סוציו – גיאוגרפי)
2. הצגה עלפי מין, גיל ופילוח סוציו – גיאוגרפי
3. הכללה בסט מדדים מאוזן
4. בחירת רמת המדידה המתאימה (ראה תרשים בעמוד 8)
5. מדדי תהליך ומדדי תוצאה
6. חובת מדידה והשתתפות בפרסום הלאומי
7. הסכמה להשוואה
8. הסכמה לשיתוף פעולה (Benchmarking)

לא כל התנאים להשוואה קיימים כרגע. יש להתמקד בפיתוח המתודולוגיה ליצירת שלושת התנאים הראשונים.

עיקרי הדיון בנושא פרסום:

א. חלופות למודל פרסום:

1. פרסום מידי של מדדים השוואתיים ללא תקנון נוסף.
 - לא להסתיר, התוצאות טובות
 - אף פעם לא יהיה תקנון מספק
 - פרסום מדדים גולמיים, ללא השוואה הוגנת, לא יזיק בטווח הארוך ויאפשר שיפור ההשוואה
 - פרסום יזום מאפשר תכנון
 - יש להשתמש בפרסום ככלי להצפת בעיות (לרבות חוסר שוויוניות ברמת המערכת) ולהקצאת משאבים בהתאם
2. פרסום ללא השוואה בין קופות [דווח דיסקרטי של מדד לאומי לקופות]
 - פרסום השוואתי יזיק מאוד לשיתוף הפעולה בין הקופות בנושאי שיפור קליני.
 - הוכח שדווח דיסקרטי כבר מוביל לדינאמיקה הנחוצה בתוך הארגון.

- חובת משרד הבריאות היא למדד לאומי.
- די בפרסום של הממוצע ושל הטוב ביותר.
- 3. פרסום מדורג: רק לאחר שיפור מתודולוגי במדדים (לפחות בהיבט הסוציו-גיאוגרפי), באישור הצוות המקצועי, ולא יאוחר ממועד מוגדר שיקבע. שלבי המודל המדורג:
 - פרסום מדדים ברמה לאומית ודווח דיסקרטי לקופות.
 - פרסום משווה גיאוגרפי ללא השוואת קופות.
 - פרסום משווה גיאוגרפי בין קופות.
 - תאריכי יעד לכל שלב עבור סט ראשון.
 - תנאים מוגדרים לשלבי הפרסום של מדד חדש.
 - המודל השלישי זכה בתמיכת רוב המתדיינים.

ב. כיצד משתלבת התקשורת בפרסום?

- עבור התקשורת קיימים שני אתגרים:
 - להגיש לציבור מידע בהיר, הניתן להבנה בקלות.
 - להבין את מגבלות ההשוואות ואת הזהירות הנדרשת במסקנות.
- יש חשיבות בנקיטת זהירות מרבית וכל הצעדים הנדרשים על מנת שמידע רגיש לא יודלף לפרסום כרכילות סנסציונית לשמה.
- רצוי שטרם לפרסום תושג עם כתבי הבריאות הבנה של משמעות המידע והסכמה רחבה לגבי התקפות, הדיוק ונכונות המידע המפורסם.

עיקרי הדיון בנושא תגמול:

א. האם לתגמל?

- נגד:
 - לא צריך לתגמל על שיפור איכות ועמידה ביעדים
 - התגמול עלול להזיק כשיהפוך למוקד העשייה
 - אין תגמול בלי פרסום, והפרסום לא בשל
- בעד:
 - תגמול בסכום משמעותי ייתן אנרגיה חיונית למערכת
 - התגמול יוביל לשינוי התנהגות
 - להתחיל לתגמל לא חשוב איך כדי להניע את המערכת
 - לא ייתכן שהאיכות לא תהווה מרכיב משמעותי בתגמול

ב. מה לתגמל?

- השגת יעדים לאומיים
- קידום שוויון
- פרויקטים לקידום איכות
- תגמול על תהליך, תוצאה, השתפרות
- לקנוס על עזיבת מבוטחים ולתגמל על הצטרפות - שנוי במחלוקת

ג. המודל המומלץ לתגמול:

- התגמול יעשה ע"י משרד הבריאות מכוח תקנות באופן הבא:
- השיפוי יעשה על פי מדדי הביצוע של פרויקט המדדים הלאומי ופרויקטים של שיפור מול יעדים לאומיים.
 - הומלץ ששיפוי קופה ילווה בשיפוי פנים-ארגוני גיאוגרפי בתוך הקופה.
 - היקף השיפוי יהיה 1%-2% מסך התקציב השנתי לקופה, לפי שתי רמות:
 - 1% על ביצועי המדדים - רמה יחסית ומגמת שיפור כנגד יעדים מוגדרים
 - 2% מול השקעה בפרויקטים של שיפור + מול השגת היעדים בתחומי תוכניות השיפור
 - השיפוי יינתן ללא תלות בנוסחת הקאפיטאציה, ובנוסף לסכום הקאפיטאציוני.