



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס ים-המלח ה-14
18-19 בדצמבר 2013



האחריות לבריאות -
סוגיות בלתי פתורות





המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס ים-המלח ה-14
ים-המלח, 18-19 בדצמבר 2013

**האחריות לבריאות -
סוגיות בלתי פתורות**

יו"ר הכנס: עמיר שמואלי



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס ים-המלח ה-14 ים-המלח, 18-19 בדצמבר 2013

האחריות לבריאות - סוגיות בלתי פתורות

- ◆ מודל המימון והקצאת המשאבים
- ◆ חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים
- ◆ הכיסוי האוניברסאלי בבריאות: האיזון בין אחריות החברה לאחריות הפרט

יו"ר הכנס: עמיר שמואלי

כנס ים-המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות.

הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון.

הכנס אינו גוף מחליט.

העמדות וההמלצות של משתתפי הכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרישמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים.

תוכן עניינים

7	תכנית הכנס
9	רשימת חברי הצוותים
11	שלמה מור יוסף: הקדמה
13	עמיר שמואלי: דברי פתיחה
	דוחות הצוותים:
19	צוות 1: שעה ז'לונקה וניר קידר: מודל המימון והקצאת המשאבים
87	צוות 2: יצחק זיידס ויוסף פרוסט: חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים
155	צוות 3: חיים ביטרמן ורחלי ניסנהולץ-גנות: הכיסוי האוניברסאלי בבריאות: האיזון בין אחריות החברה לאחריות הפרט
220	משתתפי הכנס

כנס ים-המלח ה-14 האחריות לבריאות - סוגיות בלתי פתורות

יום ד', 18.12.2013:

09:30 - 10:30 הרשמה וכיבוד

10:30 - 13:00 מושב פתיחה: יו"ר: שלמה מור-יוסף

הרצאת אורח: פרופ' אסא כשר, אוניברסיטת תל-אביב

רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות

עמיר שמואלי, יו"ר הכנס

הצגת עבודת הצוותים:

צוות 1: שיעה זילונקה וניר קידר - מודל המימון והקצאת המשאבים

צוות 2: יצחק זיידס ויוסף פרוסט - חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים

צוות 3: חיים ביטרמן ורחלי ניסנהולץ-גנות - הכיסוי האוניברסאלי בבריאות:
האיזון בין אחריות החברה לאחריות הפרט

13:00 - 14:00 ארוחת צהריים

14:00 - 16:00 דיונים בצוותים

16:30 - 16:00 הפסקת קפה

16:30 - 18:00 דיונים בצוותים

20:00 - 23:00 ארוחת ערב ותכנית אמנותית

יום ה', 19.12.2013:

08:30 - 10:30 דיונים בצוותים

10:30 - 11:00 הפסקת קפה

11:00 - 13:00 דיונים בצוותים

13:00 - 14:00 ארוחת צהריים

14:00 - 16:30 מליאת סיכום: יו"ר: אליק אבירם

דברי ברכה: יעל גרמן, שרת הבריאות

הצגת סיכום דיוני הצוותים

דברי סיכום: עמיר שמואלי

דיון

רשימת הצוותים

רשימת הצוותים			
<p>יור"ר - עמיר שמואלי, אליק אבירם, ליאון אפשטיין, חיים ביטרמן, גבי בן נון, חיים דורון, שעה זילונקה, יצחק זיידס, בעז לב, שלמה מור-יוסף, רחלי ניסנהולץ-גנות, רן סער, גור עופר, יוסף פרוסט, ניר קידר, שפרה שורץ, מרדכי שני זיוה ליטבק</p>			<p>ועדת היגוי</p>
<p>מרכזת</p>			
צוותי הכנה:			
צוות 3	צוות 2	צוות 1	
<p>הכיסוי האוניברסלי בבריאות: האיזון בין אחריות החברה לאחריות הפרט</p>	<p>חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים</p>	<p>מודל המימון והקצאת המשאבים</p>	
<p>יור"ר</p>	<p>שעה זילונקה וניר קידר</p>	<p>רועי בן משה ליאור ברק יונתן גרין הלל דשן פרנסיס ווד סיגל רגב-רזנברג אורי שמרת</p>	<p>צוות הכנה</p>
<p>חיים ביטרמן ורחלי ניסנהולץ-גנות</p> <p>יצחק ברלוביץ עופרה גולן דן גרינברג אריאל המרמן אתי סממה עדי ניב-יגודה נורית פרידמן אורלי תורן אריאלה תורן אדיג'ס</p>	<p>יצחק זיידס ויוסף פרוסט</p> <p>ענת אנג'ל ארז ברנבוים שולי ברמלי-גרינברג אביבית גולן אורלי וויינשטיין רויטל טופר-חבר טוב נעה טריקי ורד עזרא אבי פורת</p>		

האחריות לבריאות - סוגיות בלתי פתורות

שלמה מור-יוסף

כנס ים-המלח של המכון הלאומי לחקר שרתי הבריאות ומדיניות הבריאות הינו הכנס המרכזי בנושאי מדיניות בריאות, אשר בו ראשי מערכת הבריאות מתכנסים באווירה של אקדמיה מעשית בכדי לדון בנושאי מדיניות מהותיים, המעסיקים את מערכת הבריאות. המטרה העיקרית היא להציג נתונים, להעלות שאלות מהותיות, לגבש הסכמות ולהגיש המלצות לקובעי המדיניות במטרה לשפר וליעל את תפקודה של מערכת הבריאות בישראל.

השנה באופן יוצא דופן בנוסף למנכ"ל משר הבריאות השתתפה איתנו במהלך הדיונים באופן פעיל גם שרת הבריאות אשר נחשפה למגוון הדעות בנושאים השונים על ידי האנשים המובילים את מערכת הבריאות ביום-יום.

השנה נושא כנס ים-המלח היה האחריות לבריאות - סוגיות בלתי פתורות במסגרת נושא רחב זה התרכזנו השנה בשלושה תתי נושאים מרכזיים.

- ◆ מודל המימון והקצאת המשאבים
- ◆ חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים
- ◆ הכיסוי האוניברסאלי בבריאות: האיזון בין אחריות החברה לאחריות הפרט

נושאים אלו מהווים את האתגר המרכזי של מערכת הבריאות בימים אלו ונמצאים גם על שולחנה של ועדת גרמן.

הבעיה המרכזית של מערכת הבריאות היא חוסר במקורות, לאורך השנים חלה שחיקה משמעותית במקורות הכספיים של מערכת הבריאות הציבורית והוגדל חלקה של ההוצאה הפרטית. ועל כך דן צוות 1. במסגרת הדיונים הועלו הצעות חדשות לצורת תקצוב מערכת הבריאות, להגבלה של ההשתתפויות העצמיות ולתמחור מדויק יותר של כלל הבדיקות והטיפולים.

אנו במערכת הבריאות התרגלנו להעביר תקציבים מכיס לכיס מבתי החולים לקופות וחזרה. ועל כך בין השאר דן צוות 2. עיקר הדיון בצוות זה נסוב סביב הכשרת רופאים

וסטודנטים בקהילה ושיפור הקשר הרפואי בתהליך הטיפול בחולה במעבר בין בית החולים לקהילה והוצגו מנגנונים חדשים להידוק קשר זה.

החלטות אלו אשר משלבות החלטות כלכליות בהחלטות רפואיות מחייבות דיון בנושאים האתיים ועל כך בין השאר דן צוות 3, אשר התרכז בשלושה נושאים: בתחום הפיריון, בדיקות סקר כולל בדיקות גנטיות ובדילמת החיסונים.

כנס ים-המלח נועד להיות מקום למפגש לדעות שונות ולליבון הנושאים שעל הפרק. הכנס אינו פורום לקבלת החלטות אופרטיביות אלא מכשיר ובמה לגיבוש מסמך הבנות המתאר את מגוון הבעיות והפתרונות האפשריים.

ספר זה מביא לידי ביטוי הן את עבודת ההכנה שנעשתה לכנס ובעיקר את הדיונים והמסקנות שהתקבלו במהלך הכנס. אני משוכנע כי הוא ישמש את קובעי המדיניות בשנים הקרובות.

ברצוני להודות לפרופ' עמיר שמואלי - יו"ר ועד ההיגוי של הכנס, לראשי הצוותים: מר שעה זילונקה, מר ניר קידר, ד"ר יצחק זיידס, פרופ' יוסף פרוסט, פרופ' חיים ביטרמן וד"ר רחלי ניסנהולץ-גנות וכן לכל חברי הצוותים על העבודה הרבה שהשקיעו בריכוז החומר, כתיבת הטיטות לדיון, ניהול הדיונים והכנת המסמך המסכם. וכמובן, תודה מיוחדת לצוות המכון הלאומי.

פרופ' שלמה מור-יוסף

יו"ר הוועד המנהל



האחריות לבריאות - סוגיות בלתי פתורות

מבוא וסיכום

עמיר שמואלי

"זה לא מספיק שאנחנו עושים כמיטב יכולתנו, לפעמים עלינו לעשות את מה שנדרש" (וינסטון צ'רצ'יל).

על מי מוטלת האחריות לבריאות הפרט? הגישה הליברלית הניאו-קלסית, בראותה את הפרט כ"אדם כלכלי אינדיבידואליסט, מחושב וכל יכול", מטילה אחריות זו על כתפי הפרט, הן תוך אמונה כי לפרט יש מספיק שליטה על הדרוש כדי להגשים בריאות טובה, והן בגלל הטענה ששאר החברה לא צריך להקדיש לכך מקורות חברתיים. ואולם גישה זו מתעלמת משתי עובדות: האחת ש"האדם הכלכלי" הוא למעשה חלש, מלא סתירות, בעל העדפות משתנות לפרקים ובעל ראייה קצרה. והשנייה, שהפרט חי בחברה שבה הכול קשור לכול, ומצב בריאותו (ורוחתו) משפיע על בריאותם של אחרים וקובע את תרומתו לחברה, הן במשק ביתו, משפחתו וגידול ילדיו, והן במונחי פריון עבודה וצמיחה כלכלית - שמעצבים את החברה העתידית. שתי עובדות אלה מביאות רבים להכיר בכך שהחברה (הממשלה) צריכה להשתתף באחריות זו. ואולם, הדרך שבה צריכה האחריות להתחלק היא מורכבת. חלק מהמורכבות נעוץ בצורך להגדיר גם אחריות למה: אחריות לגורמים הקובעים את מצב הבריאות (אצל הפרט - התנהגות או ציות להוראות הטיפול, ואצל הממשלה - אספקת שירותי הבריאות) או אחריות לתוצאה, מצב הבריאות? אחריות למצב הבריאות בלבד או אחריות לרמת הרווחה (תועלת) של הפרט הנקבעת על ידי גורמים נוספים, כגון מידת אי הודאות ביעילותו של הניתוח (המובילה לרצון לבחירת מנתח) אצל הפרט, ורמת ההוצאה הממשלתית בתחומים אחרים, אצל הממשלה? חלק אחר מהמורכבות נובע מכך שמידת האחריות של הפרט קובעת את מידת האחריות של הממשלה (למשל במונחי הוצאה ציבורית), ולהיפך, רמת האחריות של הממשלה משפיעה על מידת האחריות שנוטל הפרט על עצמו (למשל בקניית ביטוחי בריאות).

מרכיב נוסף באחריות החברתית לבריאות הוא אחריות ספקי שירותי הבריאות לבריאות הפרט וחלוקתה בין קופות החולים (קהילה) ובתי החולים. השאלות שעולות

הן: על מה אחראים גופים אלה, האם יש להם מספיק שליטה כדי לממש אחריות זו ואיך לפצות אותם על מאמצים אלה? מה צריכה להיות רמתו של הסיכון הכספי שמוטל על הספקים ואיך הוא צריך להתחלק בין הקופות ובתי החולים? הגברת יעילות על ידי אי מתן פיצוי על גורמים שאינם בשליטת הקופה או בית החולים עלולה להביא לסלקציות בבחירת מטופלים וטיפולים ולפגיעה באיכות הטיפול, ופיצוי על גורמים שבשליטת הקופה או בית החולים עלול לגרום לחוסר יעילות ועלייה בהוצאות.

כל חלוקה של אחריות חברתית לבריאות הפרט צריכה, אם כך, להתבטא במערכת הביטוי כולל שני פרמטרים - גובה ההוצאה/תקציב ומערכת תמריצים המכוונת להצמיד את המערכת ליעדים רצויים של יעילות ואיכות הטיפול (שוויוניות היא יעד נוסף שאינו כלול במסגרת הכנס), ולהיפך, כל רמה של הוצאות ומערכת תמריצים משקפות חלוקה מסוימת - גם אם לא מפורשת - של אחריות.

מערכת הבריאות בישראל - מערכת של ביטוח בריאות ממלכתי עם קופות חולים מתחרות - שהונהגה בשנת 1995, זוכה למחמאות בזירה הישראלית והבינלאומית בזכות נתוני תוחלת החיים הגבוהה יחסית ותמותת תינוקות נמוכה יחסית המושגים בהוצאה לאומית לבריאות קטנה יחסית, וארגון ברור ופשוט יחסית של מי משלם למי ועבור מה. המערכת מבוססת על אחריות המדינה לבריאות תושביה במונחי סל שירותים בקהילה (התוספת השנייה). ואולם אם יורדים לפרטים ולפרמטרים הקובעים את מימושה של אחריות זו ובוחנים את חוליות המערכת ברמת המיקרו, התמונה ורודה פחות ומעלה להיות לגבי מידת הקיימות של המערכת כפי שהיא. החוליות החלשות כוללות את:

- ◆ אופן קביעת תקציב (עלות) הסל, והתוואי על פני זמן של הטיפול והשירות הרפואיים בצל התפתחות הגירעונות של קופות החולים.
- ◆ נוסחת הקפיטציה שאינה משיגה את יעדה להפוך את הקופות לאדישות בין מבוטחים שונים, ובכך מעוותת את התחרות שאמורה להתקיים בין הקופות ומתמרצת אי שוויון חברתי וגיאוגרפי באספקת שירותי בריאות ובבריאות.
- ◆ אופני התשלום של הקופות לבתי החולים הכוללים תמריצים לא נכונים והתפתחות הגירעונות של בתי החולים הממשלתיים והדסה.
- ◆ הבעלות הממשלתית על בתי החולים הכלליים.
- ◆ השקעות נמוכות בהון האנושי והפיסי של המערכת ותופעות מאושפזי המסדרונות, תורים וביקורים של 7 דקות.

- ◆ אספקת שירותים פרטיים (שר"פ) ומקור המימון העיקרי שלה - הביטוח המשלים (שב"ן) והשלכותיו.
- ◆ ומערכת של השתתפויות עצמיות מבוססות עלות שמביאות לנטל כלכלי על העניים והחולים ולויתור על טיפול רפואי חיוני.

חוליות חלשות אלה נדונו בעבר במסגרות שונות. בהווה, ועדת גרמן לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית עוסקת גם היא בחלקן. חלק מסוגיות אלה נותרו "בלתי פתורות" בגלל חוסר הסכמה ציבורי לגבי פשרן, השלכותיהן והדרכים לפתרון. בחלק מהסוגיות הושגה הסכמה והדרך לפתרון הותוותה, ואולם משום מה הפתרון לא התממש.

בכנס הנוכחי ניגשנו לסוגיות אלה מכיוון כוללני ורחב יותר - חלוקת האחריות לבריאות ולשירותי בריאות בין הפרטים, החברה (והממשלה כנציגתה), קופות החולים ובתי החולים, כפי שתואר לעיל. ראיה כוללת כזו תסייע, אני מקווה, להשגת תובנות חדשות ולמיצוי הדרכים לפתרון.

הסוגיות ה"בלתי פתורות" חולקו לשלוש קבוצות:

קבוצה ראשונה - שדונה במסגרת צוות 1 - כוללת את הסוגיות הקשורות באחריות למימון מערכת הבריאות. הדיון נסב סביב שלושה נושאים: ליבון הסוגיות שבליבת נושא המימון, הערכת התמריצים הכלכליים - הגלויים והסמויים - הקיימים במערכת והשפעותיהם על השחקנים, ובחינה מחודשת של ההשתתפויות העצמיות בקבלת טיפול רפואי.

קבוצה שנייה - צוות 2 - כוללת סוגיות הקשורות לחלוקת האחריות בין הקהילה לבין בתי החולים. במסגרת זו נדונו, תוך שילוב שיקולים רפואיים וכלכליים, שלושה נושאים: סוגיית הרצף הטיפולי מבחינת החולה ומשפחתו, מערכת הבריאות ומשאבי המערכת, בחינת הרצף הטיפולי בין הטיפול הניתן בקהילה וזה שניתן על ידי מומחים והדרכים לשיפורו, והערכת סדרי תשלום ודפוסי התקשרות שונים בין קופות החולים לבין בתי החולים.

קבוצה שלישית - צוות 3 - כוללת סוגיות הקשורות לחלוקת האחריות לבריאות בין החברה לבין הפרט. הדיון, ששילב שיקולים רפואיים, אתיים, משפטיים וכלכליים,

התמקד בשלוש סוגיות מורכבות שעולות לפרקים על סדר היום הציבורי: מתן חיסונים (מצבים בהם הנזק מהתחלואה לחברה גבוה מהנזק לפרט בגלל סיכויי הדבקה), ביצוע בדיקות סקר גנטיות (מצבים בהם גילוי מוקדם ומידע גנטי עשויים למנוע תחלואה קשה של הנבדק/ת ו/או בני המשפחה), ומתן טיפולי פוריות ושימור פוריות (מצבים בהם הנורמה החברתית-דתית בנוגע לילודה זכות האדם להורות מסתכמים בהוצאה חברתית גבוהה ליילוד).

חברי הצוותים וראשיהם עמלו על הכנת המסמכים שהוו חומר רקע לדיוני הכנס והמפורטים להלן. מסמכים אלה גובשו בעבודה אינטנסיבית, וכוללים סקירות ספרות, סקירות של הנעשה בארצות אחרות ושפע של נתונים ומידע הקשורים בנושא שנדון. מסמכים אלה מהווים שלעצמם מקור עשיר ועדכני ממנו ניתן לשאוב מידע ודעות בעבודות ובדיונים עתידיים בסוגיות שנדונו. כל צוות הוסיף בסיומו של המסמך את המסקנות, ההמלצות והלקחים העיקריים שעלו בדיון בכנס בסוגיות שנכללו בתחום עבודתו.

איך נוכל להעריך את מידת ההצלחה של הכנס? כמו בתחומים רבים אחרים, ניתן להבחין בין התהליך והתוצאות. מבחינת התהליך, הדיונים של צוותי ההכנה ובכנס עצמו הפגישו בין השחקנים השונים במערכת הבריאות, שחקנים שלעיתים אינם מסכימים ביניהם ונפגשים כיריבים בנסיבות שונות בעבודתם השוטפת. העבודה המשותפת בתנאים "ניטראליים" אפשרה לכל שחקן להכיר טוב יותר את עמדותיהם של השחקנים האחרים, ולפתח רב-שיח שתרם לחיזוק האמון בין השחקנים.

מבחינת התוצאות, הדיונים ומסקנותיהם אמורים לשמש את קובעי המדיניות וקובעי התקציב בעבודתם השוטפת. קשה לזהות את התרומה הייחודית של אירוע זה או אחר בגיבוש מדיניות. המסקנות, ההמלצות והלקחים המפורטים להלן יחלחלו, מן הסתם, לאיטם לדיונים ולתהליך גיבוש המדיניות והתקציב בעתיד ויבואו לידי ביטוי מוחשי ברמה זו או אחרת בהחלטות אלה או אחרות, במוקדם או במאוחר. כבר בימים אלה אנו עדים לשתי החלטות של קובעי המדיניות בסוגיות שנדונו בכנס - הגבלת המימון הציבורי להפריית מבחנה (IVF), סוגיה שנדונה בצוות 3, והקמת ועדה לבחינת תמחור ותשלום לבתי החולים הכלליים, סוגיות שנדונו הן בצוות 1 והן בצוות 2.

אחד הליקויים בקביעת מדיניות הממשלה והתקציב בתחום הבריאות (כמו גם בתחום החינוך) נובע מהיותה של הממשלה הרחבה מפוצלת בין משרדים שונים העובדים בתקציבים נפרדים. ההשקעה, הטיפול וקידום בריאות האוכלוסייה נעשים במסגרת תקציב משרד הבריאות. ואולם מפירותיה של בריאות טובה נהנים - במונחים של ירידה בהוצאותיהם - משרדי ממשלה נוספים. למשל: הורים בריאים מגדלים ילדים המצליחים יותר בלימודיהם (משרד החינוך), קשישים בריאים עובדים יותר וזכאים לפחות קצבאות זקנה (המוסד לביטוח לאומי), חולי סכרת המטופלים נכון ובזמן לא זקוקים לקצבאות נכות, ניידות ושירותים מיוחדים (המוסד לביטוח לאומי), מניעת מחלת הסרטן ומחלות נוספות מייתרת את הטבות המס לחולים (משרד האוצר), ואנשים בריאים נזקקים פחות לשירותי רווחה (משרד הרווחה) ולקצבאות השלמת הכנסה (המוסד לביטוח לאומי). בקביעת מדיניות לאומית בנושאי הבריאות יש צורך להביא בחשבון ממשי את כל התוצאות הללו. גוף שיכול להתוות ראייה רחבה כזו ולסייע בידי קובעי המדיניות והתקציב בהחלטות מעשיות ומושכלות מבחינה זו הוא "מועצה לאומית לבריאות".

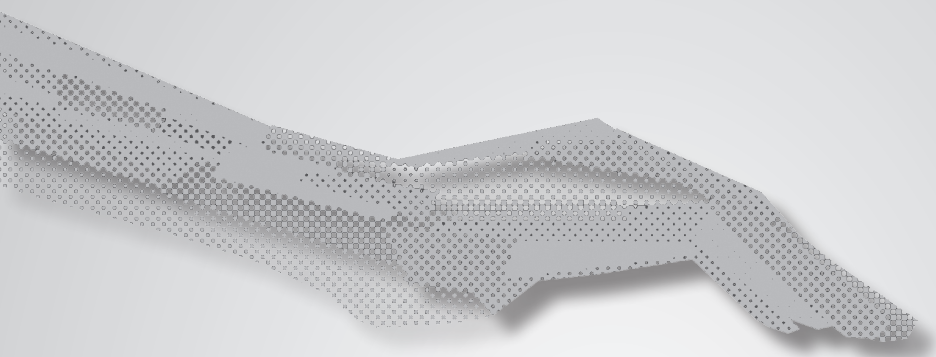
תודה לחברי צוותי ההכנה על זמנם ומאמצייהם. ראשי הצוותים עבדו במסירות ובחריצות על ניהול הדיונים בפגישות ההכנה ובכנס עצמו, ועמלו על הכנת מסמכי ההכנה לפני הכנס, ועל המסמכים הסופיים המפורטים להלן - אחריו. לכולם תודה רבה.

תודה מיוחדת שלוחה לצוות המכון הלאומי שארגנו את עבודת ההכנה של הצוותים, טיפלו במסירות ובמקצועיות בהכנות לכנס ודאגו להתנהלותו המוצלחת.

פרופ' עמיר שמואלי

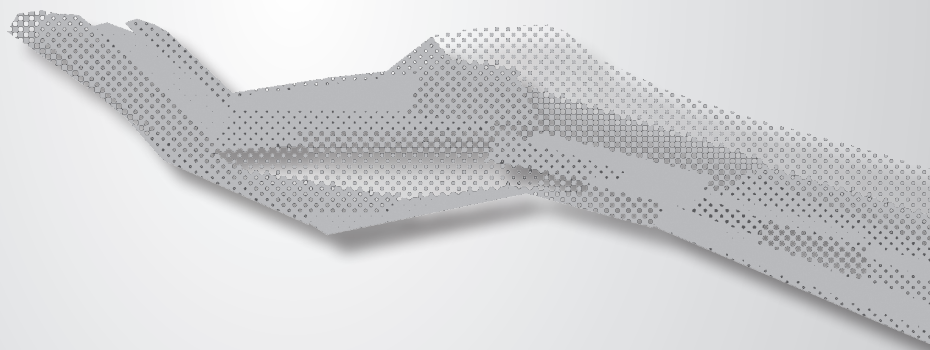
יו"ר הכנס





צוות 1

מודל המימון והקצאת המשאבים



צוות 1

מודל המימון והקצאת המשאבים

שעיה ז'ילונקה וניר קידר

הקדמה

נושא מקורות המימון של מערכת הבריאות בישראל נמצא בשנים האחרונות בלב הדיונים על מערכת הבריאות בישראל. מצד אחד, מערכת הבריאות בישראל הינה אחת מהמערכות הבריאות המצטיינות ב-OECD מבחינת ארגון השירותים ותוצאות מערכת הבריאות. מן הצד השני, הן קופות החולים והן מרבית בתי החולים הציבוריים סובלים מגירעונות אשר מקשים על יכולתם להמשיך לשמור על רמת הרפואה הגבוהה הקיימת במערכת הבריאות הציבורית בישראל.

בפרק זה של הדוח נסקור את המגמות השונות הנוגעות לסוגיית מימון מערכת הבריאות בישראל. נמפה את תזרים הכספים במערכת ונבחן את השינויים שחלו בשנים האחרונות הן מצד הקצאת המקורות למערכת והן מבחינת מצבם הכלכלי של ארגוני הבריאות. סוגיות אלו מעלות את שאלת האחריות למימון מערכת הבריאות. מצד אחד, המדינה היא זאת שנושאת באחריות הכוללת למימון המערכת, אך מן הצד השני מוטלת גם על ארגוני הבריאות אחריות לאספקת השירותים באופן יעיל תוך שמירה על אחריות תקציבית. בסביבה זאת, נדרשים כל הגופים לפעול בהווה תחת אילוצים תקציביים משמעותיים ובאותו הזמן לפעול לתכנון ארוך טווח של המערכת.

במסמך זה, חילקנו את ההתייחסות לסוגיית האחריות למימון מערכת הבריאות בישראל לשלושה חלקים מרכזיים. בחלק הראשון, אשר מהווה את ליבת המסמך, נדון בסוגיות השונות העומדות בליבת נושאי המימון של מערכת הבריאות. חלק זה סוקר את המגמות השונות שהתרחשו בשנים האחרונות הן במימון מערכת הבריאות והן בתוצאות של ארגוני הבריאות השונים. בחלק השני נדון בתמריצים הכלכליים המובנים הקיימים במערכת תוך הפרדה בין תמריצים גלויים וסמויים ונבחן האם במצב הנוכחי נאלצים ארגוני הבריאות לדחות ביצוע תכניות החינויות לעתיד לצורך מימון צרכים דחופים ומיידיים. בחלק השלישי והאחרון, נדון בסוגיית ההשתתפות

העצמית במערכת הבריאות. במסגרת חלק זה, נבחן את שתי הסיבות המרכזיות לקיומן של ההשתתפויות: הן מניעת כשל השוק של סיכון מוסרי וצריכה עודפת של שירותים רפואיים, והן מקור למימון מערכת הבריאות. המתח בין שתי הסוגיות הללו עומד בלב הדיון אודות הזכות לבריאות והאחריות לאספקת שירותי הבריאות גם לתושבים אשר ידם אינה משגת ובתחומים אשר אולי לא ראוי לגרום לתושבים לוותר על שירותים חיוניים עקב תשלום.

בסופו של כל חלק נביא את ההמלצות כפי שגובשו במהלך שני ימי הדיונים בכנס. בהזדמנות זאת, אנו רוצים להודות לחברי הצוות אשר תרמו לכתיבת הנייר (לפי סדר א'-ב'): רועי בן משה, ליאור ברק, יונתן גרין, הלל דשן, פרנסיס ווד, סיגל רגב-רוזנברג ואורי שמרת. כמו כן, תודתנו נתונה גם לשלומית אבני, שירה גרינברג, ערן הכהן, טוביה חורב, רויטל טופר ודודי ניניו, אשר תרמו גם הם לכתיבת המסמך. בנוסף תודה רבה למשתתפים הנוספים בדיונים המקדימים של הצוות: אליק אבירם, חיים דורון, יצחק זיידיס, זיוה ליטבק, גור עופר ועמיר שמואלי, ולכל המשתתפים בדיונים הפורים במהלך הכנס.

פרק ראשון האחריות לבריאות בראי מימון מערכת הבריאות

מבוא

הוויכוח שהתחולל השנה בארה"ב בין הממשל וחלקים בקונגרס, על מימון מערכת הבריאות הציבורית והגברת הנגישות של ביטוחי הבריאות בארה"ב, גרם לשיתוק מימון הפעילות הפדראלית של ממשלת ארה"ב, ויצר סיכון למשבר כלכלי מתגלגל כלל עולמי. פשרה של הרגע האחרון מנעה משבר זה.

הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר מהווה בעיה מרכזית בכלכלת העולם. הלחץ להגדלת ההוצאה הולך וגובר, ונובע מהתפתחות טכנולוגיות חדשות ויקרות, יכולות אבחון וטיפול במחלות שבעבר לא ניתן היה לטפל בהן, התייקרות שירותי הבריאות ביחס למחירי שאר השירותים, דרישת הציבור לשירותים זמינים יותר והזדקנות האוכלוסייה. מגמה זו יוצרת דילמות קשות בהקשר לתעדוף ותקצוב מערכת הבריאות מול שאר המערכות, סוגיות זכויות הפרט לבריאות מול צרכי הכלל, שאלת השוויוניות ותמהיל המימון הציבורי מול מימון פרטי ועוד.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנכנס לתוקף בשנת 1995, קובע ש"ביטוח הבריאות יושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". הזכאות לביטוח בריאות ממלכתי על פי החוק היא אוניברסלית לכל תושב ללא תנאים כספיים או אחרים. החוק מגדיר את סל הבריאות שבאחריות קופות החולים, מבטיח חופש בחירה בקופה המבטחת, מגדיר את מקורות המימון של סל הבריאות, אחריות הממשלה להשלמת המימון הנדרש, שיטת הקצאת המקורות בין הקופות ועוד. החוק גם מסדיר מתן אפשרות למתן שירותי בריאות נוספים (שב"ן) וולונטריים על ידי הקופות תמורת פרמיה. בנוסף, החוק מגדיר גם סל שבאחריות משרד הבריאות (התוספת השלישית).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הטיל למעשה על הממשלה את האחריות למימון מערכת הבריאות, באופן שניתן יהיה לספק את שירותי הבריאות שהחוק קבע שיש לספק. בעמודים הבאים נדון בין היתר בשאלות הבאות:

- ◆ האם אכן הממשלה ממלאת את מחויבותה לממן את המערכת באופן שניתן יהיה לספק את השירותים שהיא עצמה קבעה שיש לספקם?

- ◆ כיצד ניתן לקבוע מהי רמת השירות הנדרשת? מהם הגבולות שהמחויבות הציבורית חייבת לעמוד בהם, ומהם שירותי הבריאות שאין לגביהם מחויבות ציבורית?
- ◆ האם יש כלים לתמחר ולתקצב מחויבות זו?
- ◆ האם מדיניות המימון והתקצוב ממקסמת את התועלת שניתן להפיק מהמערכת או שמא גורמת לחוסר יעילות?
- ◆ מה היחס הראוי בין המימון הציבורי למימון הפרטי בבריאות?
- ◆ מהם התחומים בהם מימון פרטי הוא חיובי ויעיל (במסגרת מגבלת המקורות הציבוריים), ומהם התחומים בהם המימון הפרטי מכביד על המערכת הציבורית ויש לצמצמו?
- ◆ האם המימון הפרטי גורם לפגיעה במערכת הבריאות הציבורית, או שהוא תוצאה של קשיי המערכת הציבורית, או אפילו הפתרון למגבלות המערכת הציבורית?
- ◆ האם נכון או אפשר להטיל מגבלות על המימון הפרטי בשם הערך של האוניברסליות ושוויוניות בזכות לבריאות?

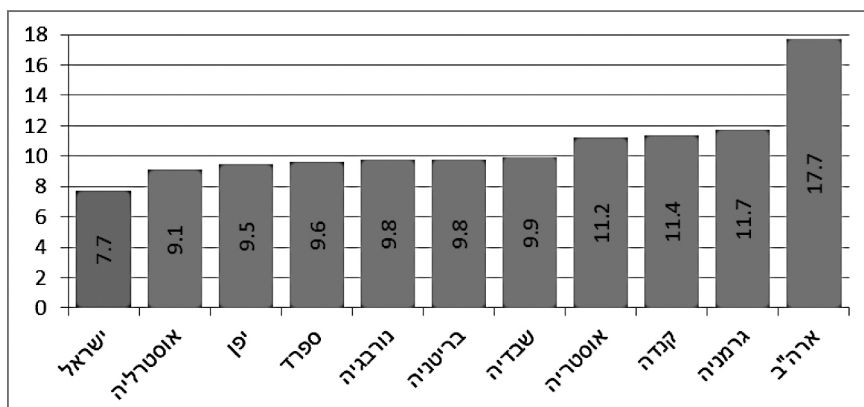
מיפוי ההוצאה הלאומית לבריאות - מסע בעקבות הכסף

בפרק זה נציג את נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות במדינת ישראל: מגמות והשוואה בינלאומית. בהמשך, נמפה את המרכיבים המרכזיים של ההוצאה הלאומית לבריאות, ונצא למסע בעקבות זרימת הכסף בין מרכיבי מערכת הבריאות בשלושה רבדים: הגורמים המממנים, הגורמים המבטחים והגורמים המספקים את השירותים. לאחר מיפוי זרימת הכסף, ננסה לבחון את המגמות של היקפי המימון בכל אחד מהמרכיבים העיקריים, את שיטת המימון והתקצוב שלהם, ונעריך האם כללי המשחק הננקטים מעודדים יעילות או שמא בזבזנות.

שיעור ההוצאה הלאומית ביחס לתמ"ג בישראל נמוך מהמקובל במדינות ה-OECD. אולם האוכלוסייה בישראל צעירה יותר ושיעור הקשישים בישראל (בני +65) נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD.

גם במגמה הרב שנתית יש הבדל בין ישראל למדינות ה-OECD. בעוד שבמדינות ה-OECD שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות ביחס לתמ"ג גדל, בישראל הוא ללא שינוי.

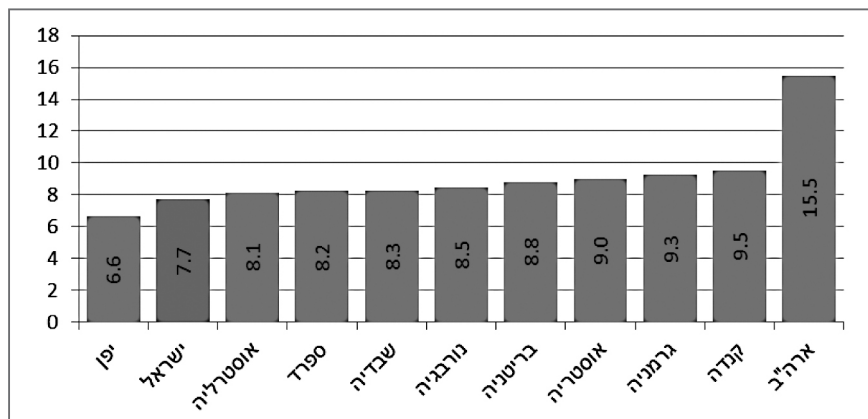
ההוצאה הלאומית לבריאות בפועל, 2009 (אחוז מהתוצר)



מקור: בנק ישראל

כשמשווים הוצאה לבריאות, יש לקחת בחשבון את התפלגות הגילאים של האוכלוסייה, מאחר וההוצאה לבריאות של מבוגרים גבוהה בהרבה מזו של צעירים. חלק משמעותי מהפער בין ישראל למדינות ה-OECD נובע מהעובדה שאוכלוסיית ישראל צעירה יותר. אולם, גם אם נתקן את הגיל, נראה שההוצאה הלאומית לבריאות בישראל עדיין נמוכה מהממוצע.

ההוצאה הלאומית לבריאות אילו הרכב הגילים בכל המדינות היה זהה לזה שבישראל, 2009 (אחוז מהתוצר)



מקור: בנק ישראל

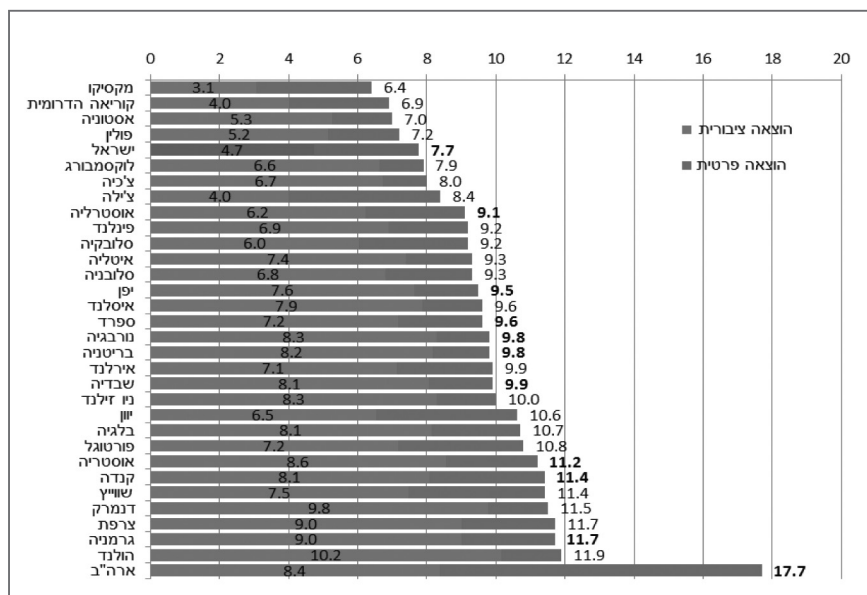
שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות ביחס לתמ"ג, מושפע מצד אחד מההוצאה לבריאות (מונה), ומצד שני מהתמ"ג (מכנה). כאשר יש צמיחה במשק והתמ"ג עולה, ואין לכך ביטוי בגידול מקביל בהוצאה הלאומית לבריאות, הרי ששיעור ההוצאה הלאומית לבריאות יורד. חשוב גם להסתכל על מרכיב ההוצאה הלאומית: הציבורית והפרטית, כפי שנעשה בהמשך.

מערכת הבריאות בישראל זוכה לציונים גבוהים, כפי שניתן להיווכח מדוחות ה-OECD, וזאת בשילוב עם הוצאה לאומית יציבה ונמוכה בהשוואה בינ"ל. עובדות אלו מצביעות על מערכת בריאות יעילה. ישנם מחקרים המצביעים על כך, שהשקעה בחינוך, בסביבה ועוד, תורמת לשיפור בריאות התושבים יותר מאשר השקעה ישירה במערכת הבריאות, ועל כן הסתכלות אך ורק על ההוצאה הלאומית לבריאות הינה הסתכלות חלקית בלבד על הקשר בין תשומות ותפוקות במערכת הבריאות. הוצאה לאומית או ציבורית לבריאות גבוהה יותר, אינה בהכרח מעידה על מערכת בריאות טובה יותר, כפי שניתן ללמוד ומדוחות ה-OECD אודות איכות מערכות בריאות.

יש מקום לציין, שחוק ביטוח בריאות ממלכתי במתכונתו המקורית, כיוון לכך, שבעת צמיחה במשק, מימון המערכת הציבורית באמצעות מימון סל הבריאות, יגדל באופן בלתי תלוי בסדרי העדיפויות התקציביים של הממשלה. במקור, ביטוח הבריאות אמור היה להיות ביטוח סוציאלי ללא תלות בתקציב המדינה. מימון סל הבריאות היה ממקורות מס הבריאות שנגבה מהעובדים והמס המקביל שנגבה מהמעסיקים. מסים אלה נגבו על ידי המוסד לביטוח לאומי, וחולקו לקופות החולים כפי שנגבו לפי נוסחת הקפיטציה. בעת צמיחה, הגבייה של מס הבריאות והמס המקביל אמורות לגדול, וכך גם עלות הסל. סכום עלות הסל המתעדכן לפי מדד יוקר הבריאות אמור היה לשמש רק רשת ביטחון לשנים של מיתון למקרה שהגבייה של מס הבריאות והמס המקביל הייתה נמוכה יותר, ואז המדינה צריכה להשלים את עלות הסל מתקציבה. מן הצד השני קיימת טענה כי במקרה שהגבייה הייתה עולה על עלות הסל, היה נדרש הביטוח הלאומי להחזיר את הכספים העודפים למדינה. בחוק ההסדרים לשנת 1997 בוטל המס המקביל, המס הייעודי למימון עלות הסל. נותר רק מס הבריאות המממן מעט יותר ממחצית מהעלות, ותקציב המדינה מממן את יתרת עלות הסל. כך נותר מימון החוק כמרכיב בעוגה התקציבית של ממשלת ישראל. בהמשך, נציג בפרוט מהלך זה ותוצאותיו. יש לציין כי בדוח האחרון על מערכת הבריאות, ציין ה-OECD כי עדיף שמערכת הבריאות לא תסתמך על מיסים ייעודיים.

אם נבחן את מרכיבי ההוצאה הלאומית לבריאות, נראה שבישראל החלק של ההוצאה הפרטית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות, גבוה יותר מרוב מדינות ה-OECD (ארה"ב חריגה בשיעור ההוצאה הפרטית ומתנהל בה מאבק פוליטי בעניין זה), והחלק של ההוצאה הציבורית נמוך.

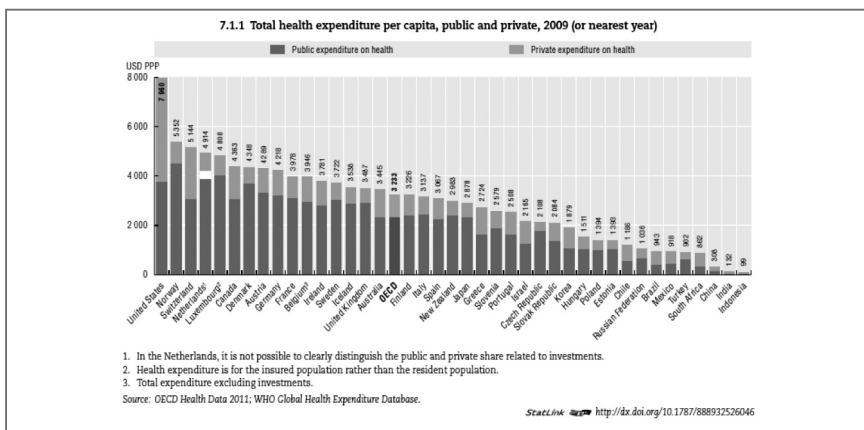
ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות ה-OECD, 2009, בחלוקה להוצאה ציבורית והוצאה פרטית (אחוזי תוצר)



מקור: בנק ישראל

ממה נובע השיעור הגבוה של ההוצאה הפרטית ביחס לכלל ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל. האם משום שתושבי ישראל מוציאים יותר מהמקובל במדינות אחרות על רפואה פרטית? התשובה היא לא. ההוצאה הפרטית המוחלטת בישראל אינה גבוהה בהשוואה לזו שבמדינות אחרות, ואילו השיעור של ההוצאה הפרטית מהתוצר גבוה. מההשוואות הבינלאומיות ניכר כי למרות שהוצאה ציבורית נחשבת ליעילה יותר מהוצאה פרטית, במדינת ישראל לא נראה ששיעור ההוצאה הפרטית הגבוה מתבטא בהוצאה לאומית גבוהה.

חלוקת ההוצאה הנפש לציבורית ופרטית, 2009, \$PPP



מקור: OECD Health Data 2011, WHO Global Health Expenditure Database

במדינות בעלות רמת הכנסה דומה לישראל הגידול בהוצאה הציבורית היה גבוה מהגידול בהוצאה הפרטית. בישראל המגמות היו הפוכות. ניתן גם לראות בטבלה סימן ליעילות מערכת הבריאות המורכבת מארבע קופות חולים בעלות כוח קנייה גדול, ומומחיות ומקצועיות בתחום הבריאות, אשר מובילות את מערכת הבריאות הישראלית להיות יעילות יותר בהשוואה בינ"ל.

הגידול בהוצאה הפרטית ובהוצאה הציבורית

מדינות בעלות רמת הכנסה גבוהה		ישראל		
2000	2010	2000	2010	
\$ 2,662	\$ 4,612	\$ 1,772	\$ 2,041	ההוצאה לנפש לבריאות PPP
\$ 1,584	\$ 2,850	\$ 1,129	\$ 1,259	ההוצאה הציבורית לנפש לבריאות PPP
\$ 1,078	\$ 1,762	\$ 643	\$ 782	ההוצאה הפרטית לנפש לבריאות PPP
מדינות בעלות רמת הכנסה גבוהה		ישראל		שינוי 2000 - 2010
73%		15%		ההוצאה לנפש לבריאות PPP
80%		12%		ההוצאה הציבורית לנפש לבריאות PPP
63%		22%		ההוצאה הפרטית לנפש לבריאות PPP

מקור: WHO World Health Statistics 2013

למעלה מ-85% מההוצאה הציבורית לבריאות מרכיבה את עלות סל הבריאות. יש הטוענים כי ההוצאה הציבורית הנמוכה נובעת, בין היתר, משחיקת עלות סל הבריאות. הזכרנו את ביטול המס המקביל. מה היה הרקע לצעד זה? בשנת 1996 היה ויכוח בין משרד הבריאות ומשרד האוצר על תיקונים הנדרשים בחוק ביטוח בריאות: דרישת משרד האוצר הייתה שאין זה הגיוני שמימון הסל יהיה בהתחשבות חד שנתית, כך שבשנת צמיחה מחלקים את מלוא הגביה של הביטוח הלאומי באותה שנה, ובשנת מיתון הממשלה צריכה להשלים לעלות הסל המינימלית. יש לקבוע קרן איזון שחלק מגביית היתר בשנות הצמיחה יישמר בה למימון שנות המיתון. אמנם בשנים הראשונות הייתה גביה חסרה והיה צורך בהשלמה מתקציב המדינה, אך האוצר הסתכל קדימה לשנים הבאות. מנגד, משרד הבריאות דרש כתנאי לקרן האיזון, לכלול בחוק את עדכון עלות הסל עקב הזדקנות האוכלוסייה ואת שיעור תוספת המימון לטכנולוגיות חדשות, ובהינתן שני מרכיבים אלה בחוק, ניתן יהיה להסכים על קרן האיזון. יש לציין, שגידול בכמות האוכלוסייה קיבל פתרון במודל המקורי של החוק, דרך הגידול בגביית מס הבריאות והמס המקביל. מה שלא קיבל

ביטוי זה הזדקנות האוכלוסייה והטכנולוגיות החדשות. האוצר ייתר את הוויכוח מבחינתו, כאשר בחוק ההסדרים לשנת 1997 ביטל בחוק הביטוח הלאומי את המס המקביל, ייעד את הגביה מהמעסיקים לסעיף אחר בביטוח הלאומי שקודם לכן מומן מתקציב המדינה, וכך הפך את מס הבריאות למקור "הצבוע" היחיד למימון סל הבריאות שמימן רק כמחצית מעלות הסל, ותקציב המדינה היה צריך להשלים את היתר (מלבד השתתפויות עצמיות). כך עלות הסל המחושבת הפכה מעלות מינימלית בתקופת מיתון לעלות מוחלטת. בעוד שהגידול הדמוגרפי - גידול האוכלוסייה והזדקנותה, והטכנולוגיות החדשות, נותרו מחוץ לחוק. אילו הושאר המס המקביל בחוק היה ניתן לבטל את השתתפות הממשלה להשלמת עלות הסל שנדרשה בכניסה לחוק, שבמחירים מתואמים להיום הסתכמה בכ-2.5 מיליארד ₪, ועדיין עלות הסל הייתה היום גבוהה בכ-1.5 מיליארד ₪. עם זאת, ניתן לשער כי אם המצב היה נשאר כבקדמותו סביר שהממשלה הייתה משנה את שיעורי המס ומצמצמת מקורות אלו.

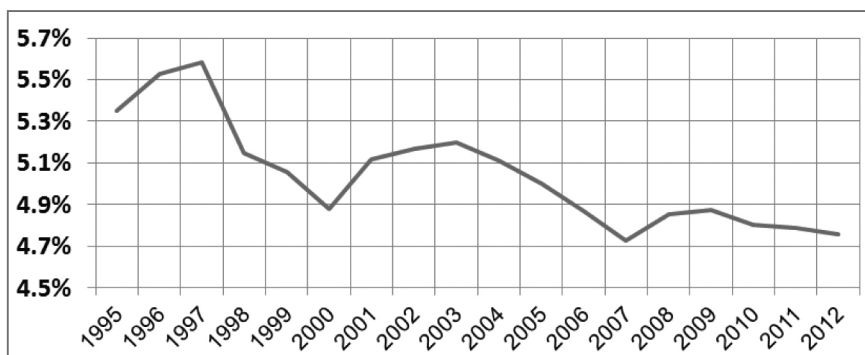
2012			
הפרש	עם מס מקביל ורמת השתתפות הממשלה ערב ביטול מס המקביל	בפועל	מיליוני ₪
-	18,118	18,118	דמי ביטוח בריאות
15,788	15,788	-	מס מקביל
-	2,237	2,237	השתתפות עצמית נורמטיבית
-14,323		14,323	השתתפות הממשלה
1,465	36,143	34,678	סה"כ עלות סל הקופות

יש הטוענים כי כך ניתן בידי האוצר כלי לשחוק את ההוצאה הציבורית לבריאות.

ערך נוסף שאבד כתוצאה מביטול המס המקביל, הוא שותפות המעסיק באחריות למימון הבריאות של העובד. מלבד אחריות המדינה לבריאות האוכלוסייה, שהינה אחריות בסיסית ושעוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, והאחריות הטבעית של הפרט על בריאותו, יש מקום להעצים גם את אחריות המעסיק לבריאות העובד, מאחר ולמעסיק יש השפעה ישירה על בריאות העובד, ואינטרס שהעובד יהיה בריא.

המס המקביל ששולם על ידי המעסיקים נתן ביטוי לכך (בדומה לקיים במדינות רבות), וביטולו, הוציא את המעסיקים ממעגל זה.

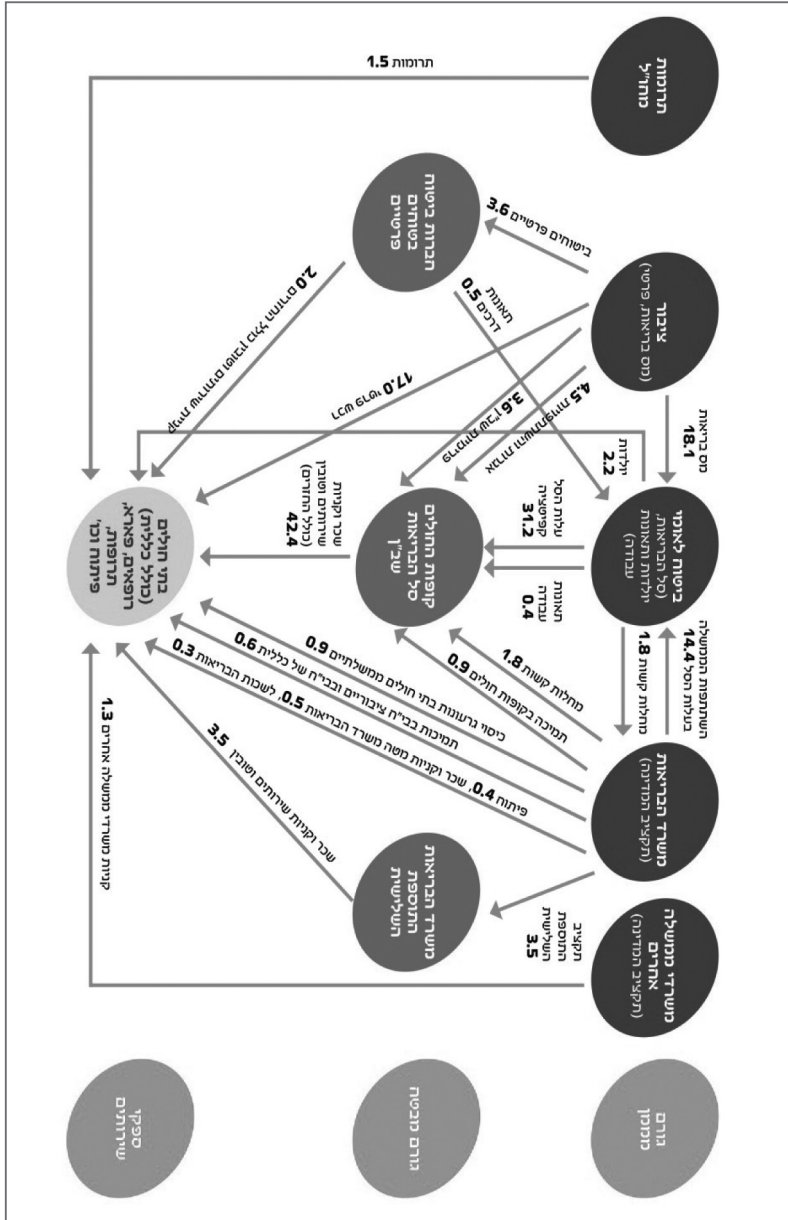
מימון ציבורי בבריאות ב- % מהתמ"ג



נציג את המרכיבים המרכזיים של ההוצאה הלאומית לבריאות, ואת זרימת המימון בין המרכיבים השונים של מערכת הבריאות, בחלוקה לשלושה רבדים:

- ◆ הגורמים המממנים
- ◆ הגורמים המבטחים
- ◆ הגורמים המספקים את השירותים

מימון מערכת הבריאות בישראל (שנת 2012, במיליארדי ₪)



נגזור מספר מעגלים מתוך תרשים זרימת הכסף וננתח אותם.

סל הבריאות, תקציב קופות החולים והתמיכה בקופות החולים

עלות סל הבריאות

מקורות המימון של סל הבריאות הם:

- ◆ מס הבריאות
- ◆ מס מקביל - בוטל ב-1997
- ◆ תקציב המדינה
- ◆ אגרות והשתתפויות עצמיות

עלות הסל - מקורות מימון



כיום, רק כמחצית עלות הסל ממומנת ממס ייעודי הצבוע למטרה זו - מס הבריאות. יש הטוענים כי מס זה הוא שריד לכוונת חוק ביטוח בריאות ממלכתי המקורי, לנתק את עלות סל הבריאות מהתעודן התקציבי הממשלתי, ולקיים אותו כביטוח סוציאלי הממומן כולו ממסים ייעודיים הנגבים על ידי הביטוח הלאומי, כאשר הממשלה נותנת רשת ביטחון מתקציבה במקרה הצורך.

כיום אין המס הייעודי - מס הבריאות מכסה את עלות הסל, ומימון הסל הוא חלק מהעוגה התקציבית של הממשלה. עולה השאלה מדוע אם כן יש צורך במס זה? ניתן לבטל גם מס זה, להגדיל את שיעור מס ההכנסה, ולממן את הסל מתקציב המדינה. היתרון בכך הוא שמס ההכנסה הוא פרוגרסיבי לעומת מס הבריאות, שהינו בחלקו גרסיבי ובחלקו יחסי. במצב הנוכחי יש גם במידה מסוימת הטעיה של הציבור.

לעיתים ניתן לשמוע גורמים שונים מדברים על העלאת שיעור מס הבריאות על רקע מצוקות המערכת, אולם הגדלת המס ללא הגדלת עלות הסל, אינה משפרת דבר במערכת הבריאות, אלא רק מקטינה את החלק של תקציב המדינה במימון הסל. עלות הסל מתעדכנת מידי שנה על ידי שלושה מרכיבים:

- ◆ עדכון בגין התייקרויות על פי מדד יוקר הבריאות - מעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- ◆ עדכון בגין הדמוגרפיה - גידול והזדקנות האוכלוסייה - מעודכן לפי החלטת שרי הבריאות והאוצר.
- ◆ עדכון בגין טכנולוגיות חדשות - תרופות ופרוצדורות - מעודכן לפי החלטת שרי הבריאות והאוצר.

מדד יוקר הבריאות

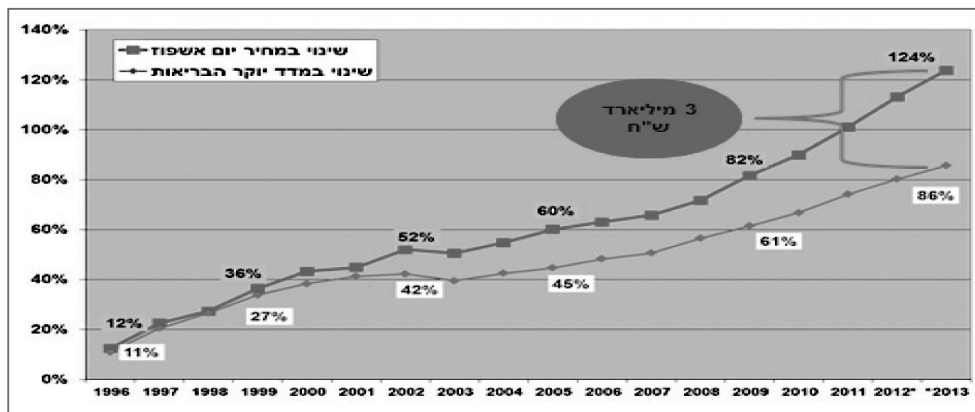
חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע שמדד יוקר הבריאות הקבוע בחוק צריך לשקף את התייקרויות התשומות של קופות החולים. על פי הודעת הממשלה, מדד יוקר הבריאות יעודכן ויהיה מורכב כדלהלן:

מרכיב	משקל
שכר ממוצע למשרת שכיר במגזר הבריאות	40.3%
שכר ממוצע למשרת שכיר בסה"כ השירותים הציבוריים	18.2%
שכר ממוצע למשרת שכיר בממשלה מרכזית	6.5%
מדד המחירים לצרכן	32.0%
מדד מחירי תשומות הבנייה	3.0%

התשומה הגדולה ביותר של קופות החולים, כ-40%, היא השירותים הנרכשים בבתי החולים. תשומה זו איננה נכללת באופן ישיר במדד יוקר הבריאות, אם כי בעקבות שינוי מודל חישוב מחיר יום אשפוז, יש הלימה טובה יותר בין המדדים. יש לבחון בשנים הקרובות האם אכן השינוי במדדי המחירים יצליח להביא להלימה בין שיעור השינוי במחיר יום אשפוז לבין החלק היחסי של האשפוז במדד יוקר הבריאות. מחירי השירותים המקסימליים בבתי החולים נקבעים על ידי ועדת מחירים, מתוקף חוק הפיקוח על המחירים, המורכבת מאנשי משרד הבריאות ומשרד האוצר. בעבר, עמדות הפתיחה המסורתיות בוועדה זו הן דרישה של בתי החולים לעדכון גבוה של המחירים, כאשר משרד הבריאות (יש הטוענים בגלל היותו בעלים של בתי החולים

הממשלתיים) הצטרף בדרך כלל לדרישה זו, מול דרישה של קופות החולים לצמצם את שיעור הגידול במחירים. יש לציין כי כל הצדדים מציגים את עמדתם בהתבסס על שיקולים מקצועיים. בפועל ההחלטה היא פשרה באמצע. כשמשווים את שיעורי עדכון מחיר יום אשפוז לעומת מדד יוקר הבריאות, רואים שמחירי האשפוז עולים בשיעור גבוה בהרבה משיעור עדכון מדד יוקר הבריאות על פיו מפוצות הקופות על התייקרויות. יחד עם זאת, יש לציין כי מרכיב האשפוז הינו רק אחד המרכיבים בתמהיל ההוצאות של הקופות ואין הכרח כי הוא יהיה זהה למדד יוקר הבריאות. בשנת 2013 נקבע כי ישונה מנגנון מחיר יום אשפוז, כך שלא יהיה תלוי במו"מ בין המשרדים אלא יקבע במסגרת סדרה של מדדים אקסגוניים, בדומה לשיטה של מדד יוקר הבריאות. מודל מחיר יום האשפוז החדש מצמצם בצורה משמעותית את ניגודי העניינים שכן הוא מודל נורמטיבי אקסוגני הנקבע ברובו על ידי מדדים של הלמ"ס.

השחיקה באשפוז



מקור: עיבודי מכבי שירותי בריאות

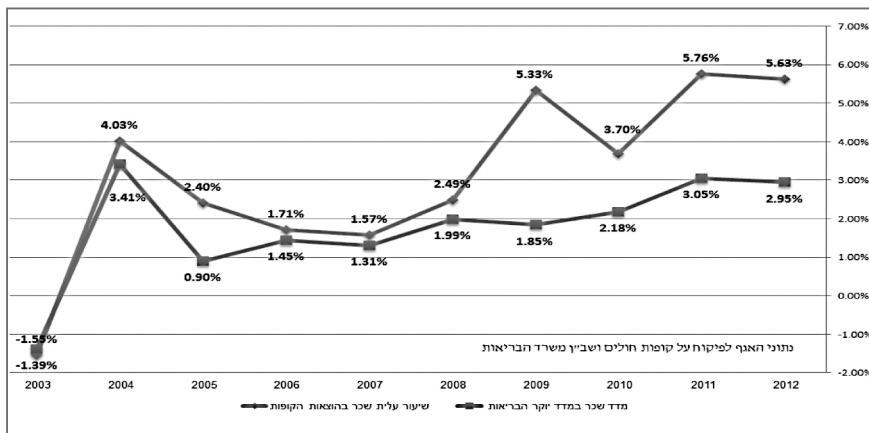
חישוב שערכו קופות החולים הראה כי אילו היה מחיר יום אשפוז נכלל במדד יוקר הבריאות היה צריך להוסיף לסל הבריאות כ-3.6 מיליארד ₪.

נכון, שקופות החולים אינן משלמות את מלוא המחיר עקב הסדרי קאפ והסכמי הנחות. אך כאן מגיעים לצד השני של המשוואה - מרבית בתי החולים מצויים בגירעונות שנובעים גם כתוצאה מהנחות אלה, הנכפות עקב חוסר יכולת הקופות לממן את מלוא המחירים.

נעיר כי קיים שוני במבנה הקופות במערכת, דבר אשר משפיע גם על פונקציית ההוצאה של הקופות. בעוד שלכללית יש את בתי החולים שלה, דבר אשר מאפשר לה להיות בעלת פונקציית ייצור יעילה יותר ביחס לשאר הקופות שאין להן בתי חולים משלהן. מנגד, הסתכלות כוללת על בתי החולים של כללית מראה כי ברמת הקופה הם גרעוניים, וכללית נאלצת לממן את גירעונות בתי החולים שלה מהתקציבים העומדים לרשותה מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

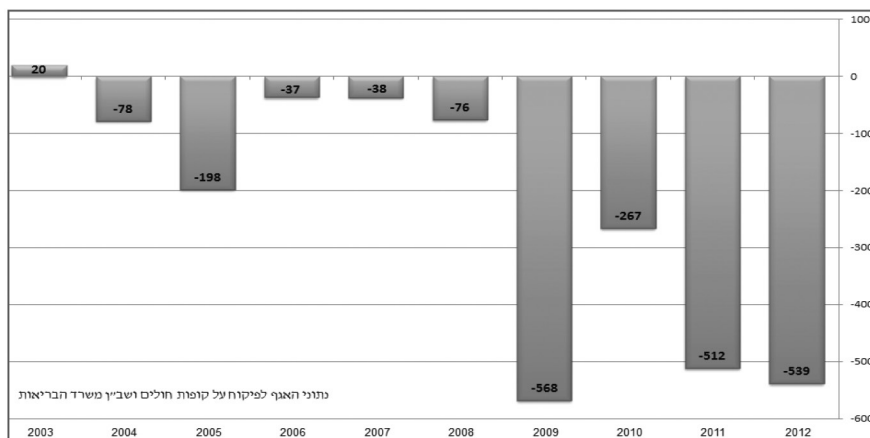
ביקורת נוספת המושמעת נגד מרכיבי מדד יוקר הבריאות נוגעת למרכיב השכר במדד. בעוד שהוצאות קופות החולים מושפעות בעיקר משינויים בשכר במגזר הבריאות, מדד יוקר הבריאות נותן משקל למדדי שכר אחרים. ניתן לראות את הפערים בשנים האחרונות בין עדכוני השכר הרלוונטיים למערכת הבריאות, לבין עדכוני השכר שנכללו בנוסחת המדד.

**שיעור עלית מרכיב השכר במדדים המשפיעים על הוצאות הקופות בפועל
בהשוואה לשיעור עלית השכר במדד יוקר הבריאות משוקלל ל-58%
שנים 2003-2013 (אחוזים)**



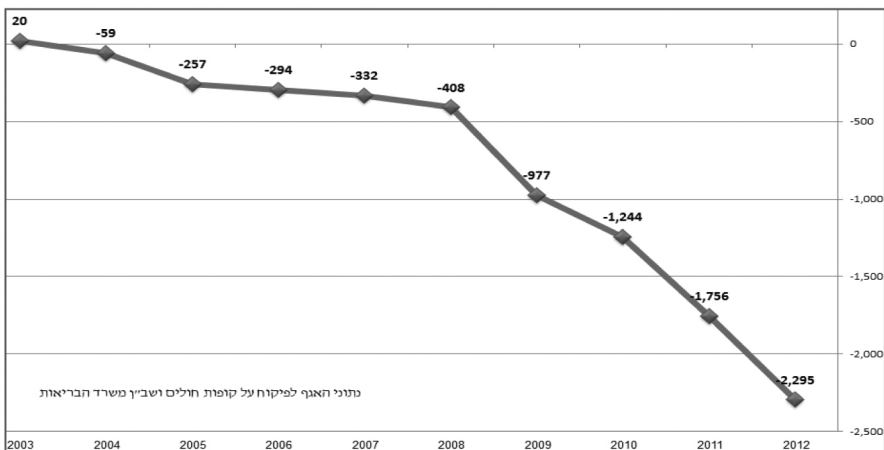
השחיקה במונחים כספיים בגין מדדי השכר:

השפעת חוסר ההלימה בין המדדים המשפיעים על הוצאות השכר למרכיב השכר במדד יוקר הבריאות על גירעונות קופות החולים
שנים 2003-2012 (מיליוני ₪)



השחיקה המצטברת בגין מדדי השכר:

השפעה מצטברת של חוסר ההלימה בין המדדים המשפיעים על הוצאות השכר למרכיב השכר במדד יוקר הבריאות על גירעונות קופות החולים
שנים 2003-2012 (מיליוני ₪)



כללית ומכבי עתרו לבג"צ נגד הממשלה, בטענה שחוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב לקבוע מדד יוקר הבריאות שישקף את עלות התשומות של קופות החולים. הקופות טענו כי בפועל המדד אינו לוקח בחשבון את התייקרות השירותים בבתי החולים, המהווים כ-40% מההוצאה של קופות החולים. בג"צ פסק שהממשלה אינה ממלאת חובתה על פי החוק בתקצוב סל הבריאות, ושלח אותה להגיע להסכמה על פתרון הבעיה. בסופו של דבר, עשתה הממשלה תיקונים בנוסחאות, שלדעת קופות החולים הם מינוריים. קופות החולים הסכימו לקבל השינוי לאחר שניתנו להן תמיכות כספיות חד פעמיות תמורת הסכמה לנוסחאות החדשות.

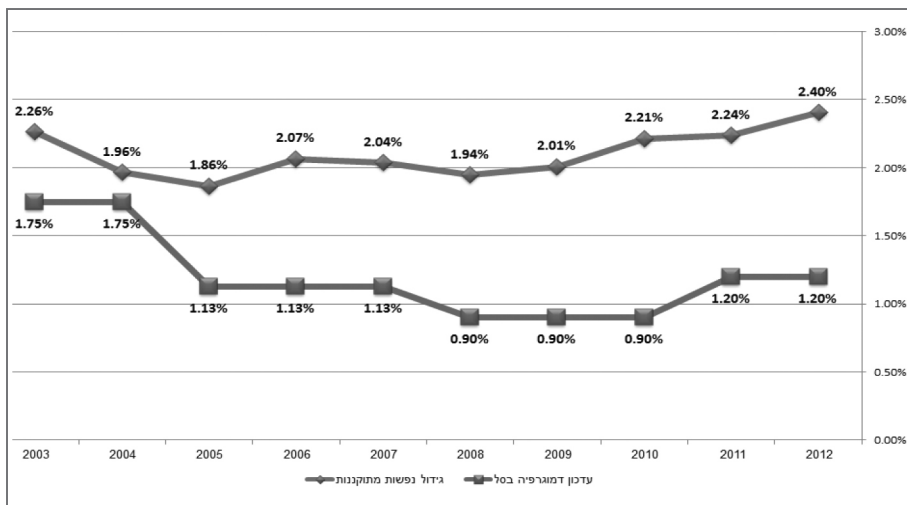
ואכן במאי 2013 הממשלה העבירה החלטה ליישום הוראת בית המשפט העליון שעיקרה הוא תיקון הרכב מדד יוקר הבריאות לצורך שיפור התאמתו לתמהיל הוצאות קופות החולים ותיקון מנגנון עדכון מחיר יום האשפוז, כך שיעודכן על פי מדדים בלתי תלויים שמפרסמת הלמ"ס, בדומה לעיקרון שלפיו הורכב מדד יוקר הבריאות. משמעות ההחלטה, אשר עדכנה את מדד יוקר הבריאות ותיקנה את מנגנון עדכון מחיר יום אשפוז, היא הגדלה של עלות הסל ותיקון מנגנון עדכון המחירים בבתי החולים, כך שיתאים לשיטות המקובלות בתקצוב גופים ציבוריים. קיימות טענות מקצועיות הגורסות שלא נכון להכניס את רכיבי מחיר יום אשפוז ומדד שכר במגזר הבריאות במלואם למדד יוקר הבריאות, שכן אזי הקופות ובתי החולים יהיו אדישים לעלויות שכר ולעלויות מחירי האשפוז, ולפיכך נקבע שחלק מהמדד יחושב לפי מדד שכר בשירותים ציבוריים. מהנתונים לעיל עולה כי בשנים בהם נחתמים הסכמי שכר משמעותיים במגזר הבריאות, הרכב זה של מדד יוקר הבריאות גורם לגירעונות גדולים בקופות החולים. לעומת זאת, אם מדדי הפרוקסי בשכר יבטאו בקירוב את השינוי הממוצע הרב שנתי במדדי השכר, הדבר לא יגרום לתופעות לוואי בטווח הארוך.

עדכון עלות הסל בגין הגידול הדמוגרפי

העדכון הדמוגרפי מתבצע על פי החלטות ממשלה. מאז חקיקת החוק, העדכון של עלות הסל עבור הגידול הדמוגרפי היה בשיעור נמוך יותר מהגידול בפועל. לטענת האוצר הסיבה המרכזית לכך הינה העובדה שפונקציית הייצור של הקופות מורכבת מעלות קבועה ועלות משתנה כאשר העלות הקבועה אינה מושפעת מהגידול הדמוגרפי. לטענתם, אופן עדכון הסל בגין הגידול הדמוגרפי תואם את פונקציית הייצור של הקופה. מן הצד השני, טוענות קופות החולים בגיבוי משרד הבריאות, יש להגדיל את הפיצוי הדמוגרפי. בהסכם בריאות-אוצר האחרון נקבע כי המקדם הדמוגרפי יעלה ל-1.5%-1.6% בשנה.

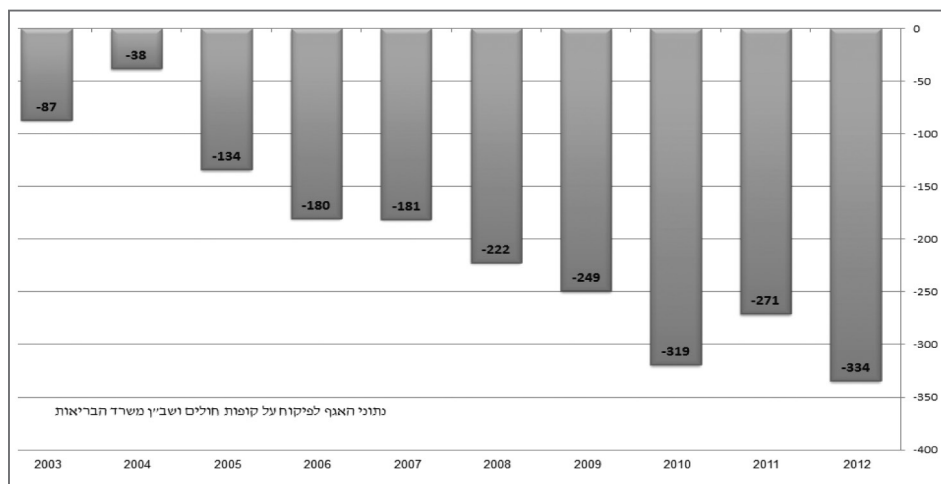
להלן השוואה בין הגידול הדמוגרפי בפועל לבין עדכון הסל בגין מרכיב הגידול הדמוגרפי:

גידול דמוגרפי בסל הבריאות לעומת גידול נפשות מתוקנות בפועל שנים 2003-2012 (אחוזים)



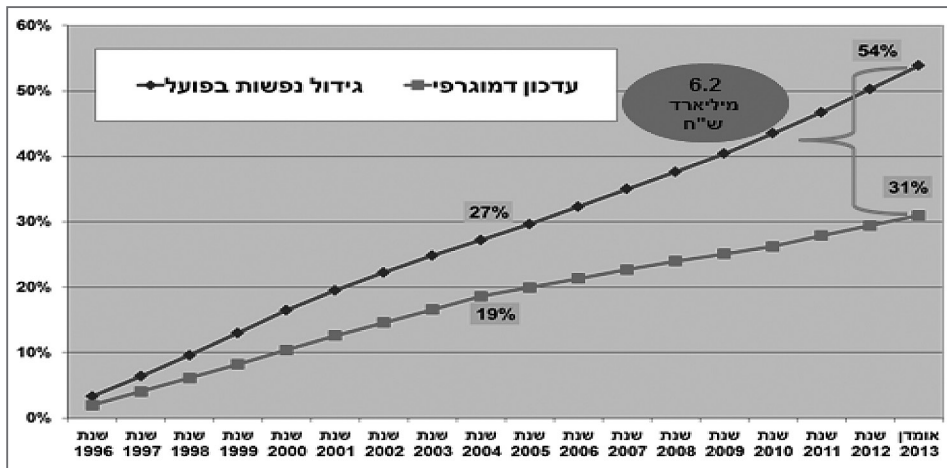
ההשפעה הכספית לשנה בניכוי מרכיב מסוים של עלות שולית/התייעלות:

השפעה של ההבדל במקדם העדכון הדמוגרפי בסל שנים 2003-2012 (מיליוני ₪) בניכוי 0.2% התייעלות/עלות שולית פוחתת



הפער המצטבר בין הגידול הדמוגרפי בפועל לבין עדכון עלות הסל בגין המרכיב הדמוגרפי, מאז כניסת החוק:

השחיקה בדמוגרפיה



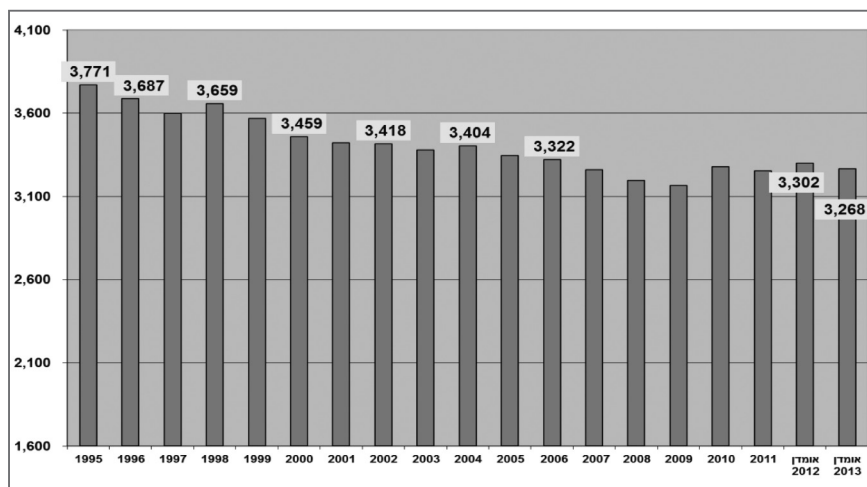
מקור: עיבודי מכבי שירותי בריאות

לטענת הקופות, אילו עודכנה עלות הסל במלוא הגידול הדמוגרפי, היו נוספים לעלות הסל 6 מיליארד ₪. כמו כן טוענות הקופות ביחס לטענות האוצר כי:

- ◆ יש גבול ליכולת להתייעל שוב ושוב כל שנה התייעלות על התייעלות.
- ◆ ההוצאה הקבועה של הקופות על תשתיות היא קטנה מאד ביחס לסה"כ ההוצאה, ורוב ההוצאה היא הוצאה תפעולית משתנית, כך שההוצאה השולית על גידול והזדקנות האוכלוסייה היא קרובה מאד להוצאה הממוצעת, וגידול דמוגרפי מחייב פיצוי כמעט מלא, ובוודאי לא בפער של 40%-50%.
- ◆ לטווח הארוך נדרש להשקיע גם בתשתיות קבועות ולכן בטווח הארוך ההוצאה השולית שווה להוצאה הממוצעת.

חישוב שנערך על ידי קופות החולים הראה כי אם נחשב את התקציב לנפש מתוקנת כפי שהיה בכניסה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, לעומת התקציב לנפש של הסל ללא התוספות שנוספו לו ובגינם יש הוצאה נוספת, במחירים קבועים, שחיקת עלות הסל עמדה על כ-13%.

תקציב סל מקורי לנפש מתוקנת (במחירי 2013)

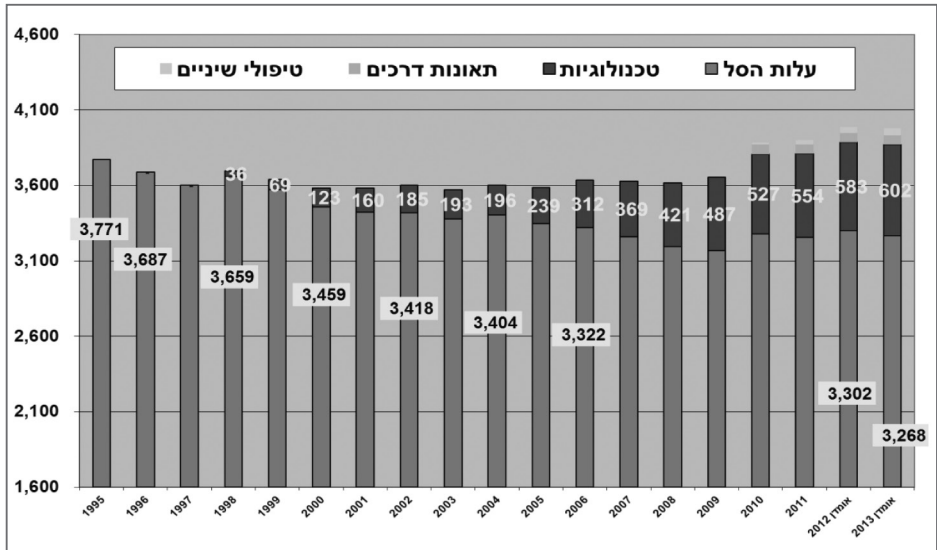


אם נוסיף את התוספות שנוספו לסל במשך השנים:

- ◆ טכנולוגיות חדשות
- ◆ העברת מימון תאונות דרכים לקופות
- ◆ הוספת טיפולי שיניים לילדים

נראה שתקציב הסל לנפש יחד עם תוספות אלה, במחירים קבועים, דומה לתקציב הסל לנפש ב-1995 ללא תוספות אלה, בעוד שתוספות אלה מוסיפות הוצאה חדשה.

תקציב סל כולל תוספות לנפש מתוקנת (במחירי 2013)



מקור: עיבודי מכבי שירותי בריאות

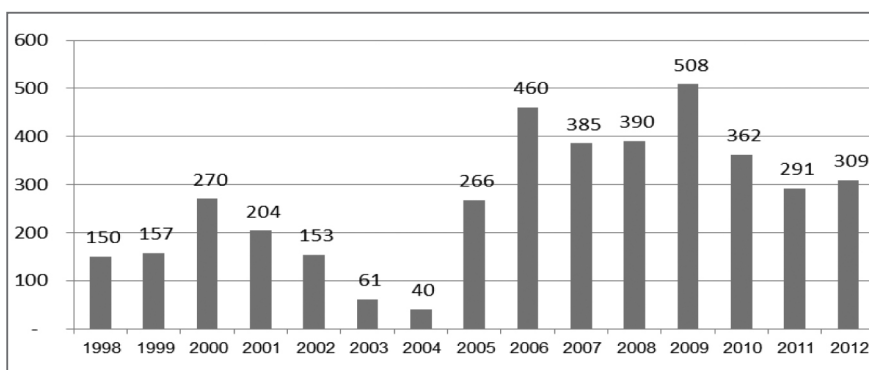
טכנולוגיות חדשות ותוספות לסל

הטכנולוגיות החדשות שנוספות לסל מידי שנה, נקבעות תחילה על פי החלטת ממשלה הקובעת את מסגרת התקציב, ואחר כך על פי המלצות ועדה ציבורית המתעדפת את הטכנולוגיות. קיים ויכוח בין קופות החולים לבין משרד הבריאות האם ההוצאה בפועל על פני השנים גבוהה יותר מהתקציב שניתן או נמוכה יותר. בחינה שערך משרד בריאות לפני מספר שנים הראתה כי הקופות קבלו תקציב שהינו גבוה מעט ביחס להוצאה שהוציאו בפועל. קופות החולים חולקות על תוצאות בדיקה זו וטוענות לטעויות מתודולוגיות, ושההוצאה בפועל הייתה גבוהה מהתקציב. לא נכנס לנושא זה, מאחר והשפעתו על המסגרת הכוללת של מימון המערכת נמוכה יחסית, למרות שהנושא מקבל הד ציבורי גדול מאד עקב רגישותו.

התקציב הניתן לטכנולוגיות החדשות, מנוצל על פי החלטות הועדה הציבורית ברובו הגדול לטכנולוגיות נוספות לסל שבאחריות קופות החולים, ומעת לעת גם לטכנולוגיות הממומנות על ידי גורמים אחרים, כגון משרד הבריאות עבור התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. לעיתים עבודת הועדה הציבורית הסתיימה

רק במהלך השנה (לדוגמה ב-2008), ואז ניתן לשנה השוטפת בפועל רק תקציב יחסי לאותה שנה, והשלמת "השפעת הקצה" נתנה בשנה העוקבת. מהתקציב שניתן מנוכות השתתפויות עצמיות נורמטיביות כפי שנעשה עבור כלל עלות הסל (ראה פרק ההשתתפויות העצמיות להלן). הנתונים המוצגים להלן, כוללים את הסכומים שתוקצבו בפועל לקופות החולים בלבד בכל שנה (לפני ניכוי השתתפויות נורמטיביות), כולל השפעת התקצוב היחסי (ב-2008), ותיקון השפעת הקצה (ב-2009), ותאום הסכומים לקידום עלות הסל של אותה שנה.

תוספת שנתית בפועל - טכנולוגיות (מיליוני ₪ שוטפים, לפני ניכוי השתתפויות נורמטיביות)



מקור: עיבודי מכבי שירותי בריאות

ניתן לראות את חוסר היציבות שבתקצוב הטכנולוגיות החדשות על פני שנים. החל משנת 2006 מתקצבת הממשלה את הטכנולוגיות החדשות בסכומים גבוהים יותר, לאחר שהעבירה בחוק ההסדרים חוק האוסר על השב"נים לספק תרופות מצילות ומאריכות חיים. יש לציין כי בשנים האחרונות ועדת הסל אף דנה במסגרת התקציב העומד לרשותה בנושא התוספות הטכנולוגיות לתוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ההשתתפויות העצמיות

סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובע כי קופות החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית ממבוטחיהן, בהתאם לתכניות הגבייה שאושרו להן על ידי שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת. ההשתתפות העצמית של המבוטחים היא בשירותים רפואיים, בתרופות, בביקורים אצל רופאים ועוד.

ההשתתפויות העצמיות הן מרכיב במימון סל הבריאות. הממשלה מחויבת לממן את עלות הסל בניכוי ההשתתפויות העצמיות. כדי שלקופות החולים יהיה תמריץ לגבות את ההשתתפויות העצמיות, נקבע בעבר שיעור נורמטיבי של ההשתתפויות העצמיות ביחס לעלות הסל - 5.38%, והממשלה מימנה 94.62%, ללא תלות בגביה בפועל של ההשתתפויות העצמיות.

בשנת 1998, עקב גירעונות קופות החולים, אישרה הממשלה גידול בהשתתפויות העצמיות.

מקובל לומר שהשתתפויות עצמיות הן המס הרגרסיבי ביותר, בהיותן משולמות עבור צריכת השירות ללא קשר במצב הסוציאקונומי. לכן יש הטוענים כי יש למתן שיעור ההשתתפויות העצמיות.

מאידך, להשתתפויות עצמיות יש תפקיד חשוב בבלימת צריכת שירותים מיותרת. ההשתתפות העצמית צריכה אפוא למלא את תפקידה זה, מבלי להיות חסם לנגישות לשירותים, ובמיוחד לשכבות החלשות. לשם כך יש תקרות לכלל האוכלוסייה, ותקרות נמוכות יותר לשכבות החלשות.

מבחינת ההוצאה הלאומית לבריאות - ההשתתפויות העצמיות הן מימון פרטי לכל דבר. אך מבחינת הביצוע - מדובר בביצוע ציבורי. ההשתתפויות העצמיות, אם כן, מהוות מקור לא מבוטל למערכת הבריאות הציבורית.

לעיתים הממשלה מנצלת את ההשתתפויות העצמיות למהלכים שהיא מבקשת לבצע.

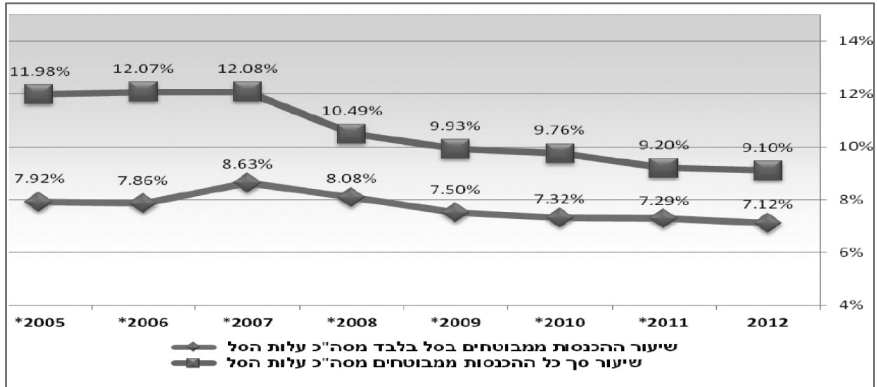
בשנת 2008 בוטל מס מעסיקים. ביטול מס זה יצר חיסכון לקופות החולים והמדינה הקטינה את תקציב הקופות בהתאם. אולם חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע מנגנונים לעדכון הסל, שאינם כוללים הפחתה בגין ביטול מס מעסיקים, כשם שאינם מפצים על התייקרויות אחרות שאינן מוגדרות במדד יוקר הבריאות (מרכיב מדד השכר במדד יוקר הבריאות כולל מדדי שכר ברוטו ולא עלויות נלוות של המעביד). הפתרון היה להעלות את שיעור ההשתתפות העצמית הנורמטיבית ל-6.45%, שמשמעותו הקטנת מימון הממשלה. הנימוק הפורמלי שניתן, היה שהמציאות מראה שההשתתפויות העצמיות בפועל גבוהות משיעור הנורמטיבי, ויש לבצע התאמה. הייתה כמובן התעלמות מהעובדה שהגידול בהשתתפויות העצמיות נבע בפועל, ובכוננת מכוון, מהרצון להקטין את גירעונות הקופות. לעומת זאת, כאשר גדלו לאחרונה הפרשות המעסיקים לביטוח הלאומי, ויצרו הוצאה נוספת לקופות מבלי שניתן לכך פיצוי דרך מדד יוקר הבריאות (מרכיבי השכר במדד יוקר הבריאות מורכבים משכר ברוטו, ולא כוללים עלויות נלוות של המעסיקים), לא ניתן תקצוב נוסף לקופות.

בשנת 2011, משרד הבריאות יזם תיקון של תכנית הגבייה של הקופות והפחית את ההשתתפות העצמית על תרופות כרוניות מ-15% ל-10%. הרקע לכך היה בדיקה של משרד הבריאות לגבי ההוצאה בפועל על טכנולוגיות חדשות לעומת התקציב שניתן לכך. הקופות הציגו שההוצאה הייתה גבוהה מהתקציב. משרד הבריאות, אשר חישב במתודולוגיה שונה, הגיע למסקנה שהתקציב היה גבוה יותר, וזו הייתה העילה להפחתת ההשתתפויות העצמיות, למרות שהקופות היו בגירעונות.

בשנת 2012, נדרשו הקופות, בעקבות שינוי חקיקה, לשנות את שיטת גביית ההשתתפות העצמית הרבעונית, ולעבור משיטת חישוב על פי רבעון קלנדרי לשיטת חישוב על פי רבעון צף. הדבר הביא להפחתת ההכנסה, מבלי שניתן לכך מקור תקציבי.

כפועל יוצא של ההתערבויות והמהלכים שהוזכרו לעיל ניתן לראות, כי בשנת 2007 שיעור ההכנסות ממבוטחים מתוך עלות סל הבריאות עמד על 8.63% וירד בשנת 2012 ל-7.12%. הנתונים בולטים עוד יותר בהסתכלות על סך כל ההכנסות ממבוטחים (כולל תרופות וציוד מחוץ לסל) - ירידה מ-12.08% בשנת 2008 ל-9.10% בשנת 2012.

שיעור ההכנסות ממבוטחים מתוך סה"כ עלות סל הבריאות בשנים 2012-2005 שקלול כל הקופות



מקור: דוח השוואתי על פעילות קופות החולים

לאורך השנים, ההכנסות בפועל של הקופות בגין השתתפויות עצמיות, היו גבוהות מההכנסה הנורמטיבית האמורה בחוק, ושימשו מקור חליפי לתקצוב הקופות. עם זאת, ההתערבויות התכופות וכבדות המשקל בנושא זה, הביאו את הקופות למצב שבשנת 2012 ההכנסה העודפת הייתה הנמוכה שנרשמה בעשור האחרון, כ-10% בלבד לעומת שנים קודמות בהם נרשמו 22%-34%, מבלי שניתן לכך מקור תקציבי אחר.

התפתחות ההכנסות של מגזר הקהילה בכלל הקופות מהשתתפות עצמית בשנים 2005-2012

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
במיליוני ש"ח								
396	415	437	442	476	496	518	550	הכנסות ממבוטחים- השתתפויות בסל ¹
*1,407	*1,474	*1,717	*1,706	*1,635	*1,725	*1,864	1,918	הכנסות ממבוטחים- תרופות וציוד בסל ²
1,803	1,889	2,154	2,148	2,111	2,221	2,382	2,468	סה"כ הכנסות ממבוטחים בסל בלבד
*924	*1,014	*858	*641	*683	*739	*623	689	הכנסות ממבוטחים- תרופות וציוד מחוץ לסל
2,727	2,903	3,012	2,789	2,794	2,960	3,005	3,157	סה"כ הכנסות ממבוטחים
22,768	24,041	24,946	26,583	28,141	30,333	32,669	34,678	סה"כ עלות הסל
1,469	1,551	1,609	1,715	1,815	1,956	2,107	2,237	הכנסות עצמיות נורמטיביות (6.45% מעלות הסל)
23%	22%	34%	25%	16%	14%	13%	10%	שיעור תוספת ההכנסות ממבוטחים בסל לעומת ההכנסות העצמיות הנורמטיביות
7.92%	7.86%	8.63%	8.08%	7.50%	7.32%	7.29%	7.12%	שיעור ההכנסות ממבוטחים בסל בלבד מסה"כ עלות הסל
11.98%	12.07%	12.08%	10.49%	9.93%	9.76%	9.20%	9.10%	שיעור סך כל ההכנסות ממבוטחים מסה"כ עלות הסל

* סווג מחדש. נתוני לאומית לשנים 2005-2010 חושבו בהתאם לשינוי הרישום שבוצע ביחס לשנים 2011 ו-2012.
מקור: דוח השוואתי על פעילות קופות החולים

גירעונות קופות החולים

קופות החולים מצויות בגירעונות הולכים וגדלים.

סה"כ גירעונות קופות חולים ללא תמיכות ללא הכנסה חד פעמית מיליוני ₪



מקור: משרד הבריאות, דוח מסכם פעולות קופות חולים

כדי להשוות בין קופות החולים נציג את הגירעונות של קופות החולים לנפש מתוקנת.

לנפש מתוקנת ₪ מחירי 2012

סה"כ	מאוחדת	מכבי	לאומית	כללית	
-90	-79	-14	-156	-113	2009
-156	-102	-110	-195	-180	2010
-190	-350	-159	-261	-160	2011
-232	-181	-205	-369	-234	2012

ניתן לראות שהמגמה דומה בכל הקופות.

לטענת קופות החולים, משרד הבריאות, שהוא למעשה אחראי על קופות החולים, נותן יותר תשומת לב להיטיב עם המבוטחים, על ידי פרשנות מרחיבה של זכויותיהם, וצמצום גביית ההשתתפויות העצמיות. לטענתן, המשרד גם פועל לשמירה על תקציב בתי החולים הממשלתיים, שנכללים במסגרת תקציבו ובאחריותו הישירה, גם אם הדבר בא על חשבון קופות החולים. לטענתן, המשרד לא נוהג באותה נחרצות בקשר לתקציב קופות החולים. לטענתן, את הדאגה לגירעונות קופות החולים מותיר משרד הבריאות למשרד האוצר, כך שבמידה מסוימת מבחינה זו קופות החולים הן "יתומות".

תמיכות ממשלתיות ומקדמות מימון

בתקציב לשנים 2013-2014 נעשו שינויים משמעותיים בבסיס עלות הסל עבור השנים 2013-2016, עודכן מדד יוקר הבריאות בעשרות מיליוני שקלים בשנה, עודכן שיעור הדמוגרפיה של הקופות שמשמעותו תוספת של מאות מיליוני שקלים לבסיס הסל במצטבר בשנים 2014-2016, וכן נקבע סל טכנולוגיות בהיקף של 300 מיליון ₪ עבור השנים 2014-2016. מעבר לכל אלו נקבעו גם תמיכות למדדי איכות לקופות החולים בהיקף של כ-200 מיליון ₪, וכן מועברות תמיכות של הסכמי ייצוב תלת שנתיים אשר נחתמים בין נציגי משרד הבריאות, משרד האוצר וקופת החולים. התמיכות בגין הסכמי הייצוב ומדדי האיכות אינן בבסיס התקציב והן מותנות ביעדים. יש הטוענים כי, השינויים הנ"ל אינם מספיקים לכיסוי הגירעון הקיים של קופות החולים, ואינם מציגים מודל שיאפשר איזון בעתיד. למרות הגירעונות הגדלים של

קופות החולים, משרד האוצר אינו ממחר לעדכן את בסיס התקציב על ידי עדכון עלות הסל, ומעדיף הזרמות חד פעמיות, שאינן מחייבות לזמן ארוך בדמות תמיכות המותנות בעמידה ביעדים.

הבסיס לתמיכות אלה הוא בהסכם תלת שנתי שנחתם בין משרד הבריאות ומשרד האוצר, ומטרתו להסדיר את התנהלות מערכת הבריאות בשלוש השנים הבאות. ההסכם כולל את שיעור עדכון הסל עבור הגידול הדמוגרפי (פיצוי חלקי בלבד), כללי התחשבות בין קופות החולים ובתי בחולים, תמיכות לקופות החולים ועוד.

בעקבות הסכם זה, מתקבלת החלטת ממשלה, ובמידת הצורך נעשית גם חקיקה.

השלב הבא הוא חתימה על הסכמי ייצוב בין הממשלה וכל קופת חולים. בהסכם תופרים לכל קופה "חליפה" צרת מידות, הכוללת את התמיכות שתקבל הקופה, תמורת עמידה ביעדים שונים, לרבות יעדים תקציביים וויתור על תביעות, ובכלל זה תביעות כספיות, ממוסדותיה של המדינה ומהמשרדים השונים.

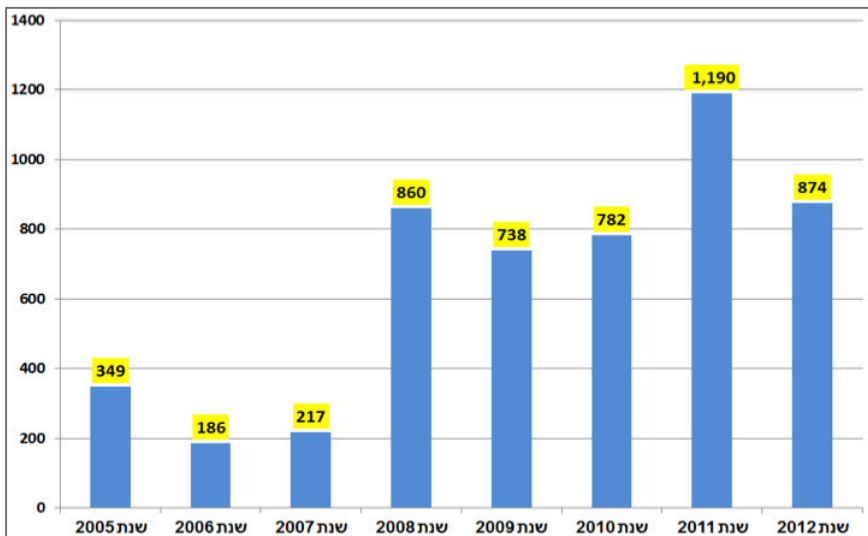
הסכמי הייצוב נחתמים לעיתים באיחור רב, דבר המותיר את הקופות בחסר תקציבי ובאי וודאות. לדוגמה, הסכמי הייצוב לשנים 2011-2013 נחתמו עם הקופות רק בסוף 2012 ובמהלך 2013.

המציאות מראה שסכומי התמיכות שנתנו בפועל בהסכמי הייצוב היו גבוהות משמעותית מאלה שהופיעו בהסכם בריאות - אוצר ובהחלטת הממשלה המקורית. התנהלות זו יוצרת אי ודאות בקופות החולים באשר למקורות המימון העומדים לרשותן, ומקשה על התנהלות תקציבית יעילה.

משבר פיננסי פורץ כאשר מגיעים למצב של חדלות פירעון. כל הקופות בשלב כזה או אחר היו במצב של חדלות פירעון. במצב כזה, בדרך כלל נוהגות הקופות לעכב תשלומים לבתי החולים הממשלתיים. ההיגיון העומד מאחורי זה הוא התובנה שהממשלה אחראית לגירעונות הקופות, ועל כן תדאג היא לממן ישירות את בתי החולים שלה. כפי שנראה בהמשך, בפרק על בתי החולים, לעיתים נוצרת תגובת שרשרת המתגלגלת עד ספקי בתי החולים.

בשנים האחרונות דואג משרד האוצר להזרים מקדמות מימון לקופות החולים. מקדמות אלה משולמות מתקציב השלמת סל הבריאות, ומחולקות לקופות על פי נוסחת הקפיטציה על ידי הביטוח הלאומי. הקופות אינן רושמות מקדמות אלה כהכנסה, אלא כחוב לממשלה. לקראת סוף כל שנה, מגיעה הודעה על קיזוז המקדמה. מכיוון שמועד ההודעה על גובה המקדמות הוא לקראת סוף השנה, ההתנהלות מייצרת חוסר וודאות ביחס לכסף זה.

מקדמות מימון של הממשלה לקופות החולים מעבר לתקציב הסל המונעות הפיכתן לחדלות פירעון (יתרות סוף שנה, מיליון ₪)



מקור: משרד הבריאות

בתי החולים

בתי החולים מתחלקים לשלושה סוגים:

- ◆ בתי חולים כלליים
- ◆ בתי חולים גריאטריים
- ◆ בתי חולים פסיכיאטריים

עיקר ההכנסות של בתי החולים הכלליים הם ממכירת שירותים לקופות החולים. בתי החולים הגריאטריים מוכרים שירותים לקופות החולים עבור שיקום ואשפוז סיעודי מורכב, מתוקצבים על ידי משרד הבריאות עבור קודים סיעודיים הכלולים בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכן מספקים אשפוז גריאטרי פרטי. בתי החולים הפסיכיאטריים מתוקצבים על ידי משרד הבריאות עבור אספקת שירותי אשפוז פסיכיאטרי הכלולים בתוספת השלישית. ב-2015 מתוכננת להתבצע העברת האחריות הביחית על בריאות הנפש לקופות החולים, ובתי החולים הפסיכיאטריים ימכרו שירותי אשפוז לקופות החולים.

מספר מיטות 2012	סוג בית חולים
14,972	כללי
3,467	בריאות הנפש
25,150	גריאטרי
43,589	סה"כ

נתרכז בבתי החולים הכלליים.
בתי החולים הכלליים מתחלקים לקבוצות הבאות:

- ◆ בתי חולים ממשלתיים
- ◆ בתי חולים של כללית
- ◆ בתי חולים ציבוריים
- ◆ בתי חולים פרטיים

להלן התפלגות המיטות בבתי החולים הכלליים לפי הקבוצות הנ"ל:

אשפוז כללי - מספר מיטות 2012	בעלות
7,085	ממשלתית
4,467	שירותי בריאות כללית
2,931	ציבורי
489	פרטית
14,972	סך הכל

בתי החולים הממשלתיים

בתי החולים הממשלתיים הם יחדות סמך של משרד הבריאות. בתי החולים הממשלתיים הכלליים מתוקצבים כ"מפעלים עסקיים" על פי חוק יסודות התקציב, שעיקר מימונם הוא ממכירת שירותים. תקציבם בנוי מיעדי הכנסות, תקציב הוצאות, וסעיף מאזן בין ההכנסות וההוצאות. בתי חולים שיש להם עודף הכנסה על הוצאה, הסעיף המאזן יהיה ספיגה של עודף ההכנסה לתקציב המדינה. בתי חולים שיש להם עודף הוצאות על הכנסות הסעיף המאזן יהיה השתתפות הממשלה בתקציב בית החולים.

התקציב המקורי של בתי החולים מאושר יחד עם תקציב המדינה בתחילת השנה. המציאות מראה שהתקציב המקורי נבנה עם יעדי הכנסות גבוהים, ותקציב הוצאות נמוך. בתי החולים אינם יכולים לעמוד בתקציב זה. לקראת סוף השנה, בדרך כלל בדצמבר, מוזרמות לוועדת הכספים של הכנסת פניות תקציביות להתאמת התקציב לביצוע, דהיינו הפחתת יעד ההכנסות, והשלמת תקציב ההוצאות. התקציב אינו משמש ככלי תכנון ובקרה, אלא מותאם בדיעבד לביצוע בפועל. יש לציין, כי יש סבירות שבמהלך השנה מתבצעות התאמות בתקציב, שכן גופים כגון בתי חולים זקוקים לגמישות מסוימת ביעדי ההכנסות וההוצאות, דבר שתקציב המדינה מתמודד אתו באופן של התאמות בתקציב במהלך השנה. כמו כן אין פסול בכך, כל עוד ההתאמות נעשות בהתאם לתכנית עבודה המאושרת על ידי משרד הבריאות ומשרד האוצר. בתקציב 2013-2014 הופקו לקחים על ידי משרדי הבריאות והאוצר ובסיס התקציב שונה על מנת להוביל להיקף התאמות קטן יותר במהלך השנה.

ההסכמים של בתי החולים הממשלתיים עם קופות החולים הם תלת שנתיים, ומנוהלים לעיתים בצורה מרוכזת על ידי משרד הבריאות, במטרה, מצד אחד, למנף את כוח המיקוח מול הקופות, ומצד שני, להגן על בתי החולים הקטנים והפריפריאליים. לעיתים, משרד הבריאות אינו מאשר לבתי החולים הממשלתיים להגיע להסכמים נפרדים.

המימון השוטף של בתי החולים נעשה כדלקמן: המשכורות, המהוות כ-72% מההוצאה של בתי החולים, משולמות ישירות על ידי משרד הבריאות, המחייב את בתי החולים בגין התשלום. רוב ההוצאות לקניות משולמות ישירות על ידי בתי החולים. ההכנסות נגבות על ידי בתי החולים. לחשב משרד הבריאות יש מנגנונים

לספוג הכנסות מבתי החולים, לכיסויי תשלומי השכר המשולמים מרכזית, וכל זאת בהתאם למבנה התקציב של בתי החולים (ספיגת עודפים או השתתפות בתקציב).

כאשר בתי החולים חורגים מהתקציב, בין אם בגלל שהכנסותיהם אינן מדביקות את יעד ההכנסות, ובין אם ההוצאות גבוהות מאלה המתוקצבות, או כאשר בתי החולים אינם מצליחים לגבות את הכנסותיהם, שהן בעיקר מקופות החולים, תיווצר בעיית תזרים מזומנים או בבתי החולים, או אצל חשב משרד הבריאות.

בתי החולים הממשלתיים מנהלים לצד בית החולים הכלול בתקציב המדינה, עמותות הנקראות תאגידי בריאות, המפעילות את בתי החולים אחר הצהריים, ובפעילויות מסוימות גם בבוקר, ומשלמות תקורה על השימוש בנכסי המדינה לבית החולים המתקצב. תאגידי הבריאות מתנהלים במשק כספי נפרד.

נתוני ההכנסות, ההוצאות והגירעון התפעולי של המרכזים הרפואיים הממשלתיים (בית החולים + תאגיד הבריאות):

מיליוני ₪	הכנסות	הוצאות	גרעון תפעולי
2003	5,429	5,932	-503
2004	5,687	5,900	-213
2005	5,949	6,112	-163
2006	6,078	6,395	-317
2007	6,383	6,663	-280
2008	6,670	7,260	-590
2009	7,219	7,778	-559
2010	7,727	8,352	-625

מקור: דוח פיננסי בתי חולים ממשלתיים, משרד הבריאות

ניתן לראות את השונות הגדולה בגירעון התפעולי בין השנים. לדוגמה בשנים 2005, 2006, 2007 הגירעון התפעולי היה 163, 317, 280 מיליון ₪ בהתאמה, ואילו בשנים 2008, 2009, 2010 הגירעון התפעולי קפץ ל-590, 559, 625 מיליון ₪ בהתאמה. הגידול בגירעונות בשנים אלו מקורו ב-3 סיבות עיקריות:

- ◆ גידול בהנחות שניתנו בקאפ ובהסכמים לצד גידול בפעילות ברוטו - הזכרנו את ההסדרים התלת שנתיים על פיהם פועלת מערכת הבריאות. ואכן בשנים 2008-2010 ההסדר התלת שנתי וההסכמים עם קופות החולים יצרו הנחות גבוהות יותר לקופות החולים מאשר בשנים 2005-2007, נתוני הפעילות ברוטו של בתי החולים גדלו מאוד תוך גידול משמעותי בהנחות וגידול בגרעון בית החולים, יש הטוענים כי תרחיש זה מעיד על קיומה של בקרה תקציבית לא מספקת. תרחיש שכזה מתאר העדפה למקסום פעילות על פני התנהלות פיננסית אחראית. דבר זה יכול להסביר חלק מגידול הגירעון.
- ◆ בוררות הרופאים בשנת 2008 - תוספות השכר שניתנו בשנים 2008-2010 הכבידו על הוצאות בתי החולים. נציין כי במחיר יום אשפוז, כמו גם במדד יוקר הבריאות, ניתן ביטוי להסכמי השכר במשק, אך ראוי לדון בשאלת מעורבות רבה יותר של כלל מנהלי המערכת (מנהלי בתי החולים ומנכ"לי קופות החולים) והשפעתה על שיפור בתוצאות ההסכמים והקלה על הוצאות המערכת תוך שמירה על אינטרס העובדים.
- ◆ הוצאות תפעול לרבות הוצאות בגין שיפוץ ובינוי שאינן מתרומות - הגידול המשמעותי בהוצאות אלו בשנים בהן בתי החולים הגדילו את גירעונותיהם, ממחיש בעייתיות אפשרית במשמעת התקציבית בבתי החולים הממשלתיים.

בתי החולים של כללית

בתי החולים של הכללית הם חלק מהקופה, ונכללים בתקציב הקופה. רוב הפעילות שלהם הוא מתן שירותים למבוטחי הכללית, על בסיס מחירי העברה בין המחוזות של הקופה ובין בתי החולים, כפי שמכתיבה הנהלת הקופה, ומיעוטה מכירת שירותים לרבות לקופות האחרות על פי הסכמים.

ההסכמים של בתי החולים של כללית עם הקופות האחרות נקבעים באופן מרכזי עם הנהלת הקופה, במטרה למנף את כוח המיקוח מול הקופות, ואין אישור לבתי החולים להגיע להסכמות נפרדות.

כללית נהנית לעיתים מתמיכות ממשלה עבור בתי החולים שלה לצרכי בינוי ומחשוב. תמיכות אלו קטנו בשנים האחרונות.

המודל לפיו קופת חולים היא בעלים של בתי חולים ציבוריים קיים כיום רק בכללית. ועדות ציבוריות בעבר המליצו על תאגוד של בתי החולים הממשלתיים, במטרה לפתור את בעיית "כפל הכובעים" של משרד הבריאות, ולהפריד בין משרד הבריאות המאסדר את מערכת הבריאות, לבין מתן שירותים על ידי ניהול בתי החולים הממשלתיים. כמו כן היו המלצות גם להפריד את בתי החולים של כללית מהקופה, במטרה ליצור הפרדה בין ניהול בית חולים לבין הגורם המבטח, וכן ישנה ספרות על היתרונות הגלומים במבנה כזה. בכך ייווצרו איזונים חדשים במערכת עקב חלוקת הכוחות: משרד הבריאות מאסדר אובייקטיבי, מבטחים המחזיקים בתקציב ובאמצעותו מספקים שירותים בקהילה ורוכשים שירותים מבתי חולים, בתי חולים שמוכרים שירותים.

בשנים האחרונות, אנו עדים לתפיסה הדוגלת בהעברת בתי החולים לקופות החולים, כפי שקיים כיום בכללית. על ידי כך תיווצר סינרגיה טובה יותר ויעילה יותר בפיתוח השירותים בקהילה ובבתי החולים, לאור העובדה שהגורם המממן - קופות החולים - ימקסם את התועלת בפיתוח השירותים, וימנע מכפל שירותים ובזבוז משאבים, כפי שקיים היום. על ידי כך גם יהיה איזון טוב יותר בין קופות החולים.

בתי החולים הציבוריים בבעלות פרטית

בתי החולים הציבוריים הם ארגונים ללא כוונת רווח, שנאלצים להתמודד בתנאים הקשים של המערכת. בעוד שבתי החולים הממשלתיים מקבלים סובסידיה מהממשלה ונהנים מכוח המיקוח המרכזי של משרד הבריאות, ולבתי החולים של כללית יש את הגבוי הכלכלי של הקופה, ולקוחות מובטחים, נאלצים בתי החולים הציבוריים האחרים להתמודד באופן עצמאי בכוחות השוק.

בבתי החולים הירושלמיים קיימת פעילות שר"פ לצד הפעילות בסל. פעילות שר"פ איננה אפשרית בבתי החולים הממשלתיים, לאור פסיקת היועץ המשפטי לממשלה שאסרה פעילות זו. נשמעת טענה שהכנסת שר"פ לבתי החולים הממשלתיים עשויה להכניס משאבים רבים למערכת. המשבר הנוכחי בהדסה, מעמיד בספק טענה זו. ההסבר לכך הוא שהשר"פ עשוי להעשיר את הרופאים ולא דווקא את בית החולים, תוך יצירת חוסר יעילות במתן השירותים הרפואיים, ויצירת לחץ בתוך בית החולים להגדלת שכר לאוכלוסיית העובדים שלא נהנית מהשר"פ, וזאת לצד גידול בהוצאה הלאומית לבריאות ועלייה ביוקר המחיה ללא מתן ערך מוסף של בריאות.

בתי החולים הפרטיים

בתי החולים הפרטיים מספקים שירותים אלקטיביים במסגרת הסל, לדוגמא: דימות, דיאליזה, אשפוז יום אונקולוגי, מכונים שונים, וכן שירותים פרטיים, כגון: ניתוחים המאפשרים בחירת מנתח, הממומנים על ידי השב"נים, חברות הביטוח ולקוחות פרטיים.

קיים בימים אלה ויכוח ציבורי ער על מקומם של בתי החולים הפרטיים במערכת הבריאות, כמו על מקומם של השב"נים והביטוחים הפרטיים. האם אלה פוגעים בבתי החולים הציבוריים, או להפך, קיומם מהווה מנגנון לשחרור לחץ למערכת הציבורית הכפופה למגבלות תקציביות (ככל מערכת ציבורית אחרת)? האם יש להגביל את פעילותם והכנסתם? האם להתיר שר"פ בבתי החולים הציבוריים? - נושאים אלה נדונו בהרחבה בכנס ים-המלח הקודם ולא נרחיב עליהם פה.

תרומות

תרומות ניתנות במערכת הבריאות בעיקר לבתי חולים.

מצד אחד תרומה היא תופעה חיובית, המוסיפה משאבים מעבר לתקציב הציבורי המוגבל, וכן היא מהווה מקור מימון פרוגרסיבי. מכיוון שתרומות הן מקור מימון חד פעמי, יש לדאוג כי מקור מימון זה לא ישמש להוצאה שוטפת, שהינה בבסיס התקציב, אלא רק להוצאות חד פעמיות.

ראוי היה להסדיר את נושא התרומות מבחינה רגולטורית.

אולם, יש גם שאלות שראוי לשאול ביחס לתרומות:

◆ אין ניהול מרכזי של התרומות והיעדים שלהן. כל בית חולים מגייס תרומות עבור עצמו. מטבע הדברים לבתי החולים הכלליים הגדולים במרכז הארץ קל יותר לגייס תרומות, מאחר והם נחשבים יוקרתיים בעיני התורם, בעוד שהצורך קיים דווקא בבתי חולים בפריפריה, ובבתי חולים גריאטריים ופסיכיאטריים, שמתקשים לגייס תרומות.

- ◆ תרומות נועדו בעיקר לבינוי והצטיידות, בעוד שהגירעונות נובעים בדרך כלל מהתפעול השוטף שאינו נהנה מהתרומות, ולעיתים הן אף גדל בעטיון.
- ◆ התרומות משמשות בעיקר לבינוי שנועד לאפשר להוסיף מיטות, מעבר לכמות המיטות ברישיון בית החולים. משרד הבריאות אינו אוכף את מגבלת המיטות שברישיון, למרות שהחוק קובע שמותר להפעיל מיטות רק במגבלת הרישיון, וזאת על מנת לאפשר שליטה על הצע המיטות ועל ההוצאה על אשפוז. במצב זה, בתי החולים מפעילים כמות מיטות בעשרות אחוזים יותר מאשר ברישיון. על ידי כך מגדילים את הכנסתם, בעיקר על חשבון קופות החולים. על פי הסכמי השכר, תקני כוח האדם בבתי החולים הם לפי המיטות ברישיון. מי שדורש תוספת מיטות הם אירגוני העובדים - הר"י והסתדרות האחיות, שלמעשה דורשים הכרה ברישיון במיטות הנוספות, שפיזית כבר קיימות, על מנת שיוכרו תקנים נוספים בהתאם, וניתן יהיה לגייס כוח אדם נוסף, ולהקל על העומס המוטל על הצוות הקיים.
- ◆ התרומות מקלות את הלחץ של הממשלה לתקצב את הפיתוח, בשעה שיש סכנה שבעת משבר כלכלי לא יהיו תרומות.

שירותים שבאחריות משרד הבריאות - התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כוללת שירותי בריאות שהמדינה נתנה ערב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והחוק הגדיר את אחריות המדינה למתן שירותים אלה. השירותים הנכללים בתוספת השלישית:

- ◆ שירותי הרפואה המונעת האישית
- ◆ שירותי בריאות הנפש
- ◆ אשפוז חולים סיעודיים ותשושי נפש
- ◆ אספקת מכשירי שיקום

הכוונה הייתה להעביר שירותים אלה כעבור שלוש שנים לקופות החולים, ואולם מהלך זה לא התממש עד כה. בשנת 2015 מתוכננת העברת האחריות על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים.

בעוד שלתוספת השנייה שבאחריות קופות החולים, הוגדר בחוק עדכון תקציב לפי מדד יוקר הבריאות, וכן נעשה מידי שנה עדכון דמוגרפי וטכנולוגי, תקציב התוספת השלישית מתעדכן בדרך כלל רק במקדם הגידול הכללי של תקציב המדינה, שהוא נמוך יותר מעדכון התוספת השנייה. יתר על כן, כאשר ישנם קיצוצים רוחביים בתקציב המדינה, גם תקציב זה יכול להיפגע.

כמו כן, בעוד שהזכאות לקבלת השירותים על פי התוספת השנייה מחייבת את קופות החולים לספקם בזמן, באיכות ובמרחק סבירים, האחריות להספקת השירותים בתוספת השלישית שבאחריות המדינה מותנית בגודל התקציב. במצב זה יש סכנה לפגיעה במתן השירות עקב תקציב חסר.

בנושאים מסוימים נוצרה אי בהירות בקו הגבול שבין התוספת השנייה שבאחריות קופות החולים לתוספת השלישית שבאחריות המדינה. לדוגמא, הטיפול האמבולטורי בבריאות הנפש מצוי גם בקופות וגם במשרד הבריאות. הקופות פתחו מרפאות בקהילה למרות שהאחריות לשירות לא עברה אליהן, חלק מהקופות ביטלו מרפאות אלה, ואילו אספקת תרופות לחולים האמבולטוריים היא באחריות קופות החולים.

דוגמא נוספת היא בשירותי הרפואה המונעת. תחנות אם וילד מופעלות הן על ידי משרד הבריאות, הן על ידי קופות החולים והן על ידי מספר רשויות מקומיות. חיסוני שפעת ניתנים על ידי קופות החולים.

בתחום האשפוז הסייעודי האחריות מתחלקת בין הגורמים שונים. אשפוז סיעודי - משרד הבריאות, סיעודי מורכב - קופות החולים, טיפול סיעודי בבית - הביטוח הלאומי, מרכזי יום - משרד העבודה והרווחה והרשויות המקומיות. חלוקת האחריות בין גורמים שונים היא בעייתית, וגורמת לכך שמטופל עובר מאחריות גורם אחד לאחריות גורם אחר עם שינוי במצבו הבריאותי.

מיקומה של מערכת הבריאות בסדרי העדיפויות בתקציב המדינה

בעוד שהכוונה המקורית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה, שביטוח הבריאות הממלכתי יתנהל כזכות ביטוחית במסגרת הביטוח הלאומי, עם מקורות מימון

מיועדים (מס בריאות ומס מקביל), ולא כמערכת מתוקצבת המתחרה עם מערכות מתוקצבות אחרות, ביטול המס המקביל בשנת 1997, הביא למעשה למצב, שתקציב ומימון סל הבריאות הממלכתי, הוא חלק מסדרי העדיפויות התקציביות של הממשלה.

מנקודת המבט של מקבלי ההחלטות בנוגע לסדרי העדיפויות בין השירותים הציבוריים השונים, מרבית השיח הציבורי בתחום הבריאות נסוב סביב "שחיקת" המקורות המוקצים למערכת הציבורית, והגדלת המקורות הפרטיים במערכת הבריאות, אשר מביאים, לכאורה, לחוסר יעילות ולהגדלת אי השוויון.

צעדי "הריסון" של ההוצאה הציבורית, שבאים לתמוך בתקצוב הנתון של המערכת, מביאים למעבר שירותים מהמערכת הציבורית לפרטית, אשר עלול לגרום לגידול בכלל ההוצאה הלאומית לבריאות, ולהיות מלווה באינפלציה במחירי הבריאות, בשינוי לא מבוקר בסטנדרט השירות ובגידול בביקוש לשירותי בריאות - ובכך פגיעה ביעילות הרפואית והכלכלית של המערכת.

ואולם, ועל אף כל האמור לעיל, אין גידול יחסי בהוצאה הלאומית לבריאות לאורך השנים, מערכת הבריאות שומרת על תוצרי בריאות טובים ביחס למקובל בעולם, שביעות הרצון של מבוסחי קופות החולים גבוהה, ואם לוקחים בחשבון שכספי הסבסוד של בתי החולים הממשלתיים וכספי ההסכמים התלת שנתיים מתוקצבים בבסיס תקציב המדינה, אז מבחינת מקבלי ההחלטות, מערכת הבריאות הציבורית שומרת גם על יציבות פיננסית יחסית, ומתנהלת תוך אחריות כלכלית.

האתגרים הרבים של הממשלה בתחומים אחרים, והמצב ההשוואתי המאוד לא מחמיא שמדינת ישראל נמצאת בו מול העולם בכל הנוגע להישגים נמוכים ופערים במערכת החינוך, השתתפות נמוכה בכוח העבודה (בין היתר בקרב הגברים החרדים והנשים הערביות), פיריון עבודה נמוך לעובד, וכל זאת לצד אילוצים תקציביים הנובעים מהמצב הגאו-פוליטי באזור, מאפילים על האתגרים והבעיות של מערכת הבריאות, שנתפשת כשירותי ציבורי "שמספק את הסחורה" ביחס לשירותים ציבוריים אחרים.

ההערכה הגוברת והולכת בקרב מקבלי ההחלטות היא שממשלות מערביות רבות (כולל ישראל) תפסקנה להיות מסוגלות לממן את הסטנדרט ההולך וגדל של שירותי הבריאות, ושיעור ההוצאה הפרטית מהתוצר ילך ויגדל, ושהאתגר המרכזי

של הממשלות יהיה לאסדר את אופן מתן השירותים במימון פרטי, באופן שיתגבר על הכשלים המאפיינים את השוק הפרטי, ולא ייצר אינפלציה בסטנדרט, במחירים ובכמויות המסופקות.

ואולם, כאן עולות מספר שאלות. ראשית, האם המערכת הציבורית כפי שהיא, אכן ממקסמת את המקורות העומדים לרשותה. נראה, שהמקום שבו קיים חוסר יעילות הוא בממשק בין בתי החולים לקופות החולים. שתי מערכות אלה, מפתחות את השירותים ללא תיאום, וללא מדיניות מכוונת, אילו שירותים צריכים להיות בבתי החולים, ואילו בקהילה.

האם יש דרך לקבוע מהו התקציב האובייקטיבי הנכון הדרוש למערכת הבריאות? הדילמות האתיות המלוות את תחום הבריאות, מקשות על מתן תשובה. מה הוא הגבול לפיו כסף ציבורי צריך להיות מושקע בחולה הבודד? עולות שאלות של עלות-יעילות ועלות-תועלת, בעניינים של איכות חיים והצלת חיים.

האם תקציב הבריאות הוא רק הוצאה, או שמא יש לראות בו גם השקעה. אוכלוסייה בריאה משתתפת יותר בעבודה ותורמת לצמיחה הכלכלית. האם אנו מודדים את התועלת של הבריאות גם למערכות אחרות?

אם נחזור להתמודדות הישירה של מערכת הבריאות עם התקציב הניתן לה, מחד, והמטלות השוטפות העומדות בפניה, מאידך, דומה, שבמידה מסוימת תקצוב המערכת נעשה בשיטת הניסוי והטעיה. קיימת שחיקה מובנית, המערכת מנסה להסתגל לשחיקה זו, וכאשר היא לא מצליחה, היא מתדרדרת למשבר, ואז נעשים צעדים חלקיים להשגת שקט זמני עד למשבר הבא. כך פועלת מערכת הבריאות במחסור, באי ודאות כלכלית, בתמריצים לא ברורים וביעדי התייעלות שלא ניתן להשיגם.

נראה, שהישגיה של המערכת, הם פועל יוצא של מציונות המרכיבים שלה - בתי החולים, קופות החולים ועוד, ולא דווקא של המדיניות הממשלתית ארוכת הטווח המתכננת ומניעה את המערכת. התלות המוחלטת בתקצוב הממשלתי, מעבירה יותר ויותר את האחריות לממשלה, ויש חשש שאיכותה של המערכת בשנים הבאות תשחק ביחד עם תקציבה.

סיכום והמלצות:

א. כיצד צריך לעדכן את הסל?

1. מדדי העדכון צריכים לשקף את כלל צרכי המערכת הציבורית (קופות החולים ובתי החולים).
2. מדדי העדכון צריכים לשקף בצורה מיטבית את הגידול בעלויות של מערכת הבריאות תוך מניעת תמריצים לבזבוז.
3. הקידום הדמוגרפי לקופות החולים צריך לקחת בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה ושינויים בדפוסי התחלואה.
4. מדדי מחירים - צריכים להיות מדדי פרוקסי בתוך מדדי המחירים, אך יש להבטיח כי בתקופות של הסכמי שכר חריגים, מערכת הבריאות מקבלת תקצוב הולם, אך לא פיצוי מעבר למתחייב בהסכם.
5. מדדי העדכון חייבים למלא את ייעודם באופן מלא. מרכיב ההתייעלות צריך להיות מרכיב נפרד.
6. ראוי לבחון שימוש בלמ"ס כגורם לבניית וחישוב המדדים.
7. יש להבטיח הלימה בין השירותים המתחייבים על פי החוק, לבין המימון הניתן לשם כך. העדר הלימה פוגע במתן האפשרות לספק את השירותים בכללים הקבועים בחוק.

ב. האם יש לקשור בין מנגנוני קביעת עלות הסל למנגנוני מימון?

1. יש להבטיח כי הממשלה תעמוד בהתחייבותה בחוק להעמיד את המימון הנדרש לאספקת השירותים בחוק.
2. בניגוד לרוח החוק ב-1995 בו הביטוח היה ביטוח סוציאלי תלוי במקורות המימון (עם רשת ביטחון), מרבית המשתתפים גרסו כי יש לשמר את הפרדה בין מנגנוני קביעת עלות הסל למנגנוני המימון.
3. יש הטוענים כי יש לבחון את הגדלת תקציב מערכת הבריאות לאור שיקולי המאקרו של מדינת ישראל.

ג. עד כמה קופות החולים ובתי החולים פועלים להפחתת עלויות מערכת הבריאות ואילו עוד צעדים ניתן לנקוט?

1. מערכת הבריאות ביצעה מהלכים משמעותיים של התייעלות בשנים האחרונות, ויש הטוענים כי אף התייעלה "יתר על המידה".
2. למרות הצורך בתוספת תקציבית למערכת, ניתן עוד להתייעל בממשקים השונים

- במערכת: קופות-בתי חולים, קופות-קופות, בתי חולים-בתי חולים.
3. תוספת מקורות למערכת צריכה להיעשות תוך בחינה של המקומות היעילים ביותר להקצאה, ולא דווקא קודם כל לתוספות שכר.
 4. יש לקבוע מדדים של יעילות סביב פעילות הרופאים וניצול התשתיות בבתי החולים.

ד. כיצד ניתן להבטיח את איכות, נגישות וזמינות השירותים שבאחריות משרד הבריאות (התוספת השלישית)?

1. הנושא מהווה אתגר משמעותי ואינו נמצא בשיח הציבורי בדומה לתקציבי קופות החולים ובתי החולים.
2. על מנת לעמוד באתגרים הנובעים מהזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתחלואה, יש להיערך להגדלת תקציבי התוספת השלישית, וזאת על מנת למנוע פגיעה באיכות וזמינות השירותים.
3. יש הטוענים כי יש להבטיח את הכללים הנוגעים לאספקת השירותים בתוספת השלישית בחוק בדומה לתוספת השנייה (ללא תלות בתקציב).

ה. מה היחס הראוי בין המימון הציבורי למימון הפרטי בבריאות? האם המימון הפרטי גורם לפגיעה במערכת הבריאות הציבורית, או שהוא תוצאה של קשיי המערכת הציבורית? האם נכון להטיל מגבלות על המימון הפרטי?

1. אין יחס רצוי. זה תלוי גם בהוצאה האבסולוטית. ברור כי היום שיעור ההוצאה הציבורית נמוך מדי.
2. הדעות חלוקות - מה גורם למה? הירידה באמון הציבור במערכת הציבורית, או התקציבים הקיימים בביטוחים הפרטיים? התשובה היא - גם וגם.
3. לדעת מרבית המשתתפים, יש לפעול לכך שהמערכת הפרטית לא תגרום לאינפלציה של שכר במערכת הבריאות. יש לבחון כיצד ניתן להשתמש במערכת הפרטית להורדת מחירים במערכת (ללא גריפת שמנת).
4. אין להגביל את המערכת הפרטית בטרם מבטיחים כי המערכת הציבורית תוכל לספק את הביקושים הקיימים היום במערכת הפרטית. מצד אחד, יש הגורסים כי כלל אין להגביל את המערכת הפרטית, וזכותו של הפרט לממן בכספו צריכת שירותים פרטיים. מן הצד השני, יש הגורסים כי יש לפעול להגבלת המערכת הפרטית.

פרק שני תמריצים כלכליים מובנים במערכת הציבורית (גלויים וסמויים) - לאן צריך ללכת?

1. האם צריך להגביר את חלק תקצוב המערכת הקשור לעמידה ביעדים (תהליכים ותוצאות)?

הקצאת עיקר המקורות הנוכחית כמעט ואינה כוללת תשלום לפי ביצועים. מקורות החוק מוקצים בין קופות החולים בהתאם לעלות הצפויה למבוטח על פי מנבאים רחבים ביותר ועל סמך העלויות הקיימות. בנוסחת ההקצאה לא קיים מרכיב המתמרץ את קופות החולים להשגת יעדים.

בנוסף לכספי החוק, מקצה המדינה סכום שגובהו בשנים האחרונות מעל ל-2% מעלות הסל, במנגנון של כספי תמיכה, אשר את רובו או כולו ניתן לראות כסוג של תשלום לפי יעדים, כאשר מרבית הסכום מוקצה עבור עמידה ביעדים פיננסים, ומיעוטו עבור עמידה ביעדי בריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר תחרות בין קופות החולים. החוק מתיר לקופות דרכים שונות למבנה ואופן מתן השירותים, אשר יכולים לעודד תחרות שתצמיח מודלים יעילים למתן השירות, תוך התייעלות רצופה ומתמשכת. בפועל התחרות בין קופות החולים מוגבלת (היות וכולן מחויבות לספק בסיס שירותים זהה והתחרות היא על שולי השירותים).

קופות החולים נותנות סל שירותים רחב ביותר הכולל שירותים על כל הטווח שבין קידום בריאות - רפואה מונעת - רפואה קיורטיבית ורפואה פליאטיבית. בנוסף קופות החולים מחויבות להשיא, לא רק את ערך הבריאות הנוכחי של מבוטחיהן, אלא גם את בריאותם העתידית.

במצב אופטימאלי היה ניתן לשלם לקופות החולים על פי הפער בין פוטנציאל הבריאות של מבוטחיהן בתחילת תקופה, לבין אותו הערך בסוף תקופה. בהעדר ערך מוסכם כזה, תשלום על פי יעדים עלול להביא לשיבוש בקבלת ההחלטות של הקופה, ולהסיט משאבים דווקא לתחומים להם נקבעו יעדים מתגמלים.

תשלום לפי תוצאות:

כיום, במסגרת מבחני התמיכה, ישנם מספר מבחנים המתגמלים את קופות החולים בגין תוצאותיהן. מרבית התשלום מיועד עבור עמידה ביעדים פיננסיים קצרי טווח, ומיעוטו בגין יעדי בריאות.

הפער בין חובת קופות החולים לעמוד בתקציב שנתי קבוע, לבין יעדי הבריאות שהינם רב שנתיים, מביא להקצאה שאינה אופטימאלית, ולהעדפת הווה. על מנת לפתור פער זה, יש הטוענים כי תקצוב על פי יעדים צריך להיות מבוסס לפי העקרונות הבאים:

1. יעדים כוללניים המשתלבים במטרות המערכת - השאת בריאות המבוטחים. היעדים צריכים להיות מנוסחים באופן רחב וכוללני, שיאפשר צמיחת תחרות בין קופות החולים, ולא הכתבת צעדי פעולה על ידי הרגולטור. הרגולטור יכול גם לעודד תחומים מסוימים מצומצמים יותר בהתאם לכשל המצוי בתחום או לסדרי העדיפויות של הרגולטור, מתוך ראייתו הרחבה ומדיניותו.
2. על היעדים להיות ארוכי טווח בכדי להתמודד עם העדפת ההווה, תוך מדידה רציפה.
3. התשלום בגין יעדים אלו צריך להיות מחוץ למקורות הקיימים. יחד עם זאת, כאשר מקצים לפי תפוקות, אשר כלולות בסל, ניתן לבחון שימוש גם במשאבים הקיימים.
4. הקצאת התשלום בגין יעדים אלו צריכה להיות עיתית בכדי לגשר על הפער בין חובת הקופה לעמוד בתקציבה השנתי לבין יעדי הבריאות שהם רב שנתיים.
5. לו התשלום בגין יעדים, לרבות התשלום המשולם כיום במסגרת מבחני התמיכה, היה מובטח כחלק ממקורותיה של הקופה, והיה מאפשר לקופה וודאות לגבי מקורותיה העתידיים, הדבר היה מקל על התנהלות הקופות. מאידך, יש לשקול זאת אל מול המגבלות הפיסקאליות של תקציב המדינה וסדרי העדיפויות של הממשלה, והעובדה שקיימת גמישות רבה יותר בתקציב המדינה למתן תמיכות שאינן בבסיס התקציב.

6. קביעת הנושאים והיעדים, כדאי היה שתעשה תוך התייעצות עם הגופים המקצועיים במערכת, על מנת לקבל תמונה רחבה ככל הניתן ליעדים הרצויים.

תשלום לפי פעולות:

במקרים בהם לא ניתן למדוד תוצאות בשל טווחי זמן ארוכים במיוחד או חוסר באומדני תוצאה מוסכמים ניתן להשתמש בפעולות מוסכמות כאומדן לתוצאות עתידיות. כדאי לאפשר, ככל הניתן, את שיקול הדעת של הקופות ולעודד את התחרות. בעת קביעת הפעולות הנמדדות ראוי להתייחס לנקודות הבאות:

1. יש הטוענים כי כדאי להימנע ממבחנים פרטניים המעדיפים מקרה פרטני זה או אחר, ומכתיבים לקופות פעולות על פי "רשימת מכולת". לדוגמא, מבחן התמיכה לטיפול במחלה מסוימת (דוגמת מבחן התמיכה ל-COPD).

2. על התמריצים להתמודד עם הטיות ידועות של המערכת, כגון העדפת הווה או מדידה של ערכי קיצון ("הרבה למעטים"), אך להיזהר גם מהתערבות שתוביל לחוסר יעילות בשיקולי ההקצאה היום יומיים של קופות החולים.

3. במקרים בהם סבורה המדינה כי מסיבות מסוימות לא ניתן מענה הולם לבעיה (מחלה או תהליך אחר), ניתן לייעד כספי תמיכה כדי להביא לפתרון נקודתי.

תשלום מותנה תוצאות לספקי השירות והמבטחים:

ספקי השירותים

בחלק ממדינות ה-OECD נפוץ השימוש בתשלום מותנה תוצאות לספקי שירות, ואף קיימת ספרות ענפה אודות היתרונות והחסרונות של שיטה זו.

במידה ותאמץ המדינה שיטות של תשלום מותנה תוצאות, יהיה על הרגולטור לקבוע רמת שירות רפואית וסטנדרטיזציה לספקי השירות, ובהמשך גם לקבוע צורות תשלום המתמרצות את בתי החולים לטיפול איכותי. הדיון בנושא צריך לבחון את האפשרויות הבאות:

1. תשלום מופחת (או פטור מתשלום) עבור חולים שהזדהמו במהלך אשפוז.
2. תשלום מופחת עבור סיבוכים.
3. שילוב בית החולים באחריות עבור חולה החוזר לאשפוז.
4. תשלום מופחת על עודף אשפוזים ממיון מעבר לסטנדרט שייקבע.
5. תשלום מופחת על אשפוזים מיותרים (בני יום אחד) מעבר לסטנדרט שייקבע.

מבטחי השירותים

בהמשך לנ"ל, ועל מנת לבצע איזון ולכלול גם את מבטחי השירותים בדיון אודות התשלום המותנה, התקיים בכנס דיון בנושא תשלום מותנה למבטחי השירותים. בדיון דנו בהשפעת הקצה על החולים, השפעת התמריץ המוצע על השחקנים וצעדים כלכליים משלימים שיש לבצע במקביל לתמריץ המוצע.

לדוגמא, בשוק האשפוז הגריאטרי (הפעיל), קיימים מקרים בהם הקופה אינה מעבירה מבוטחים המוגדרים כ"מיועדים להעברה" לאשפוז הולם במוסדות גריאטריים בשל תמריצים כלכליים, ולמרות המלצת הגריאטר המחוזי האמון על הנושא מהבחינה המקצועית. במקרה כזה יש לבחון האפשרות של העברה אוטומטית של המבוטח למוסד הגריאטרי, תוך גריעת כספי הקפיטציה מהקופה בגין ימי האשפוז של המבוטח במוסד הגריאטרי.

2. עד כמה מערכת התמריצים הנוכחית מעודדת העדפת הווה על פני תכנון ארוך טווח והעדפת עתיד?

א. תמריצים להעדפת הווה

1. מנגנון ההתחשבות באשפוז הכללי

מנגנון ההתחשבות באשפוז הכללי (מעתה ייקרא "הקאפ") קובע הנחות בגין רכש שירותים שמבצעות קופות החולים בבתי החולים. המיקוד של הדיון אודות מנגנון הקאפ הינו במתח הקיים בקופות החולים לגבי רכש שירותי אשפוז בבתי החולים או אספקת הרכש בקהילה. דנו בכנס בקצרה בנושא השירותים שעל הקופות לפתח בקהילה, מהבחינה הרפואית והשירותית, לעומת המצב כיום. כמו כן, דנו במתח המובנה בקופות החולים לגבי רכש השירות בביה"ח על חשבון תשתית קיימת לעומת פיתוח השירות בקהילה.

דנו בנושא התמריץ המובנה במנגנון הקאפ לרכש בבתי חולים שכן הקאפ מבטיח הנחות לקופות. הועלו השאלות: האם נכון לבטל את הקאפ ולהתמקד בהתחשבות ב-fee for service, שכן התחשבות זו תתמרץ את הקופות בהגדרה לפתח הקהילה? מהו המתח שבין הפחתת תשלומי הקופות לבתי החולים, הבאה לידי ביטוי בקאפ, מול התמריץ לרכש בבתי חולים בגין ההנחות בקאפ?

יש לציין, כי הכיוון אליו שואפת הרפואה המודרנית בכל מדינות המערב הוא העדפת הטיפול בקהילה ואף בביתו של החולה, על פני אשפוז וטיפול בבתי חולים. אולם, יש לבחון האם המציאות הקיימת במדינת ישראל בנושא הקאפ מעודדת מגמה זאת. הסדר הקאפ הקיים מבוסס על מחיר בסיס גבוה ומחיר שולי נמוך, תוך עדכון הבסיס בהתאם לביצוע בפועל. יש הטוענים, כי הסדר זה דוחף את קופות החולים להגדלת רכש בבתי החולים בטווח הקצר על חשבון שירותים בקהילה.

בטווח הארוך הסדר זה יכול להביא להגדלת הוצאות הקופות בשל התבססות על בתי החולים כספק שירותים, ולפגיעה ברמת הרפואה בשל העדר רפואת קהילה. הסדר הקאפ הקיים מבוסס על מחיר בסיס גבוה ומחיר שולי נמוך, בהתאם לפונקציית הייצור, כאשר בקאפ לשנים 2014-2016 עודכן הבסיס בהתאם לביצוע בפועל, וניתנה אפשרות לרדת לרצפה של 95% מהביצוע בפועל. מחד, חיוב תשלום ריצפה, גורם לקופות החולים לרכוש שירותי אשפוז בגובה מסוים, אך האפשרות לרדת ל-95% מהתקרה הבסיסית, תומכת במגמת פיתוח שירותי קהילה על פני שירותי האשפוז. קופות החולים טוענות כי הסדר קאפ זה אינו מעודד דיו את הקופות לפתח שירותי קהילה בטווח הקצר, וכי בטווח הארוך ההסדר מביא להגדלת הוצאות הקופות בשל התבססות על בתי החולים כספק שירותים, ולפגיעה ברמת הרפואה בשל העדר רפואת קהילה. על כן הקופות היו מעוניינות לבטל את הרצפה או להורידה משמעותית. מנגד, טוענים בתי החולים כי יש להבטיח להם רצפה גבוהה יותר, שכן היה עליהם להתאים את פונקציית ההוצאות שלהם להיקף הרכש של הקופות בשנים שקדמו להסדר, ולא ניתן להפחית משנה לשנה חלקים נכבדים מן העלויות.

2. תמריצים לשיפור איכות הטיפול בבתי החולים

מדדי האיכות בבתי החולים פותחו רק בשנים האחרונות. יחד עם זאת, טרם נקבעו נהלים בעניין: סטנדרטיזציה של כמות אשפוזים ממיון, כמות ימי אשפוז בני יום אחד, כמות אשפוזים חוזרים ועוד. כל הדברים האלו, באם ינוהלו כיאות ויאכפו, יביאו להתייעלות המערכת, ולניצול/ניהול כלכלי יותר של משאביה. האשפוז ישמש

באמת למי שצריך את האשפוז. יש לציין כי גם במערכת הטיפול בקהילה טרם נקבעו נהלים מקבילים העוסקים בצורך לבצע מעקב אחר חולה שהשתחרר מאשפוז, וצעדים נוספים אשר ניתן לבצע בקהילה ויכולים לשפר את הרצף הטיפולי בחולה.

3. הסכמי הייצוב

הסכמי הייצוב מהווים חלק הולך וגודל בהכנסות קופות החולים. ההסכמים נחתמים לתקופה של 3 שנים, ולעיתים אף רטרואקטיבית לגבי חלק מהתקופה, ומחייבים את הקופה להשגת יעדים כספיים קצרי טווח. הסכמים אלו במתכונתם הנוכחית דוחפים את הקופה להעדפת הווה ופגיעה בצמיחה ארוכת הטווח של מערכת הבריאות.

ב. מימון המערכת

1. מקדם דמוגרפי

המקדם הדמוגרפי נקבע על ידי "הסכם בריאות אוצר" ומגובה בהחלטת ממשלה. מקדם זה נקבע לכל היותר לתקופה של 3 שנים, ומשאיר את הקופות בחוסר וודאות לגבי תקציבם העתידי (מעבר לאותן 3 שנים).

2. מבחני תמיכה

מבחני התמיכה במערכת נקבעים לתקופות קצרות, לכל היותר שלוש שנים, ועל פי רוב עמידה במבחן דורשת הצגת תוצאות בתוך תקופת המבחן. בכך אין המדינה מעודדת בניית תכניות ארוכות טווח. הפחתה של תחלואה כרונית ומניעה, דורשת הקצאה ותכנון לטווחים שהם מעבר לאופק המדיניות הנוכחית של מערכת הבריאות. יש לקבוע מבחני תמיכה ארוכי טווח, לתקופות של 5 ואף 10 שנים, המותאמים לשלבים השונים של בניית תכניות טיפול ארוכות טווח: הקמת תשתיות, טיפול בגורמי תחלואה והפחתת תחלואה. על המבחנים להקצות סכומים בהתאם לשלבים השונים.

3. העדפת הווה של הרגולטור

יש הטוענים, כי יש להקצות כסף צבוע לקופות החולים, המיועד לתוכניות מניעה ותשתיות בקהילה. אחרים גורסים כי תקציבים אלו כלולים כבר בעלות הסל. במצב הנוכחי, כל הקופות מצויות בגרעון. יש הטוענים, שהגרעון מחריף עקב לחץ של הרגולטור להרחבה של חובות הקופות מעבר לקבוע בחוק באמצעות חוזרים והחלטות חד צדדיות של המשרד. מנגד, יש הרואים בחוזרי משרד הבריאות כלי

למימוש חובת הרגולטור לפיקוח על הקופות. במציאות זו אין לקופות אפשרות להקצות כספים אשר אמורים להניב תשואות בריאות וחסכון כספי, בטווח הבינוני והארוך.

ג. תכנון ארוך טווח

1. תכנון תשתיות בקהילה

מערכת הבריאות חסרה מנגנון לתכנון תשתיות בקהילה. למדינה מנגנונים לתכנון מיטות ומוסדות אשפוז (לדוגמא, תכניות אשפוז 6 שנתיות) לרבות תחזוקה והתאמות. בניגוד למספר מיטות האשפוז בישראל, מספר המרפאות בקהילה אינו מוגבל בחוק.

2. העברת תשתיות לקהילה

תכניות האשפוז של בתי החולים, הנקבעות על ידי הממשלה, אינן לוקחות כמטרה העברת הדגש הטיפול לקהילה, ובנייה של תשתיות חלופיות לבתי החולים. לדוגמא, הכנת תשתיות לטיפול אונקולוגי בקהילה, אשפוז-בית, שיקום וכו'. וכן, לדוגמא, ההקצאה של מכשירי MRI על ידי משרד הבריאות, מבטאת העדפה ברורה לבתי חולים.

3. תכנון כוח אדם

למדינה מנגנונים לתכנון הכשרה והשמה של כוח אדם במערכת האשפוז: הכשרת מתמחים, תמריצים למקצועות במצוקה, תמריצים לפריפריה. בכל הקשור לתכנון כוח אדם לצרכי הקהילה, לא נבנו מנגנונים דומים.

ד. איגום משאבים

בעניין שיתופי פעולה עם מערכות מקבילות, המדינה לא השכילה לרתום לצורכי מערכת הבריאות מנגנונים קיימים. לדוגמא:

1. שילוב עובדי חוק סיעוד במערכת הבריאות.
2. שיתופי פעולה עם מערכת החינוך.
3. התניית קצבאות במתן חיסונים (בוטל בחוק ההסדרים האחרון).

ה. התמודדות עם כשלי המערכת

למרות שנושא תאגוד בתי החולים מצוי שנים ארוכות על סדר היום, עד היום לא תואגדו בתי החולים הממשלתיים, ולא נמצאה מסגרת מתאימה להפעלתם. לדוגמא, המדינה העדיפה לשלם במטבע של היתר להפעלת שר"פ באשדוד, אך לא הצליחה להגיע להסדר כספי עם מכבי בכל הנוגע להפעלת בית החולים וולפסון.

ו. האם כדאי שמערכת הבריאות תפעל תחת מחסור תקציבי בבסיס התקציב? אם כן מה צריך להיות גודלו?

מחסור תקציבי יכול לשמש כזרז להתייעלות ול"חשיפת" שומנים סמויים במערכת. במערכת מתוקצבת בה רמת התחרות נמוכה, יש הצדקה לשימוש בתקצוב חסר.

במערכת מורכבת שאין בה סטנדרטים גלויים לשירות ואיכות, תקצוב חסר עלול שלא להדליק נורות אדומות. לעיתים עלול לחלוף זמן רב עד להופעת הסימנים על מחסור יתר.

יש הטוענים כי קיים צורך בהגדרת הקווים האדומים של המערכת, הרף המינימאלי שממנו לא ניתן לרדת. גם אם קו אדום זה אינו ידוע לכל השחקנים. על הרגולטור לעקוב אחר סימנים אלו, ולזהות את הנקודה בה מחיר הפגיעה גבוה מערך ההתייעלות.

לעיתים, מחסור תקציבי מביא לפגיעה בהשקעה בתשתיות ושירותים לטווח ארוך (קידום בריאות, מניעה). תהליך חשיפת השומנים הינו ארוך ולא דווקא השומנים הם הראשונים להיות מקוצצים.

הכשל העולה כאן הוא, כי עד שהמחסור המתוכנן משיג את מטרתו, המערכת כבר פועלת בתקציב שהוא מתחת לנדרש בכדי לקיים את עצמה. אחרי 18 שנה של שימוש בכלי של תקצוב חסר, יש צורך לבחון מחדש את מדיניות התקצוב הקיימת.

סיכום והמלצות:

א. האם צריך להגביר את חלק תקצוב המערכת הקשור לעמידה ביעדים (תהליכים ותוצאות)?

1. יש להדגיש כי התמיכות נועדו למתן תמריצים ולא לכיסוי גירעונות.
2. יש להקטין את חלק התמיכה המותנה בעמידה ביעדי איזון, ובהתאמה להגדיל את בסיס עלות הסל.
3. יש להגדיל את חלק התמיכה המותנה בהשגת יעדים שאינם יעדי איזון, ללא פגיעה באופיו הפרוספקטיבי של הסל.
4. יש צורך בהעדפה למבחני תמיכה הבוחנים את התוצאות ולא את התהליכים.
5. מבחני התמיכה צריכים להיות ארוכי טווח.
6. תחרות יכולה להוות כלי להשגת יעדים גם ללא הקצאת תקציבים ייעודיים.
7. יש להבטיח כי ניתנים האמצעים המתאימים לצורך ביצוע התוכניות, וכי מדובר בתוכניות בעלות ביסוס מדעי.
8. יש לבחון הכנסת פרמטרים איכותניים למחירי ספקי השירותים.
9. יש להרחיב את תהליכי התמחור המתרחשים במערכת.

ב. עד כמה מערכת התמריצים הנוכחית מעודדת העדפת הווה על-פני תכנון ארוך טווח והעדפת עתיד?

מערכת התמריצים הנוכחית מאוד מעודדת העדפת הווה על פני תכנון ארוך טווח והעדפת עתיד. מומלץ לתמוך בקופות המשקיעות ביעדים לטווח ארוך.

ג. האם כדאי שמערכת הבריאות תפעל תחת מחסור תקציבי בבסיס התקציב ולהשתמש בתמיכות בניסיון לכיסוי הגירעון? אם כן, מה צריך להיות גודלו של הגרעון השוטף?

1. המצב הנוכחי בו גירעונות ארגוני הבריאות הציבוריים עולה על 2 מיליארד ₪ בשנה, פוגע ביכולות של התמריצים להוות כלי אפקטיבי.
2. התקציב צריך להיות ריאלי, ולכלול בתוכו מרכיבי התייעלות. יש יתרון בכך שמערכת הבריאות תפעל בתנאים המעודדים התייעלות ועמידה ביעדי תקציב.

פרק שלישי

השתתפויות עצמיות - ככלי להגברת יעילות המערכת והקשר להתנהגות המבוטח

1. רקע כללי

השתתפויות עצמיות על שירותי בריאות (תרופות ואגרות על שירותים) הכלולים בסל שירותי הבריאות הממלכתי, הוגדרו כחלק ממקורות המימון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (סעיף 13(א)(1)). נוסף להיותם מקור מימון למערכת, מטרת ההשתתפויות להפחית ביקושים עודפים לשירותי בריאות.

בקרב חוקרים וקובעי מדיניות בתחום הבריאות קיימת תמימות דעים לגבי היות ההשתתפויות גרסיביות ויצרניות של אי שוויון בנגישות לשירותי בריאות, בהיעדרם של מנגנוני הגנה לאוכלוסיות מוחלשות.

השתתפויות עצמיות חלות על שירותים באחריות המדינה (התוספת השלישית), כגון- אשפוז סיעודי, מכשירי שיקום וניידות ושירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש, ועל שירותים באחריות הקופות (התוספת השנייה), מהם- תרופות, ביקור אצל רופא מקצועי, ביקור במרפאות חוץ ומכונים, אשפוז סיעודי מורכב, רפואת שיניים לילדים, ביקור במיון ובמוקדי לילה, בדיקת חלבון עוברי וכדומה. מנגנוני הגנה (הנחות ופטורים על השתתפויות) למגוון של אוכלוסיות קיימות על רקע על חלק מהשתתפויות. חשוב לציין, כי בבואנו לדון בנושא השתתפויות עצמיות, אנו עוסקים בתשלומים של מבוטחים הנועדים להשלים את המימון שניתן על ידי הגורם המבטח. כלומר, תשלומי פרמיות לחברות הביטוח ותשלום מלא עבור רכישת שירותים, אינם נכללים תחת הקטגוריה של השתתפויות עצמיות. בישראל, עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבעו בחוק השירותים שבסל הבריאות אשר מחייבים השתתפות עצמית של המבוטח. רשימת השירותים חייבי התשלום, כמו גם סל השירותים כולו, התבססו על הסל שהיה נהוג בקופת חולים כללית במועד הקובע. המדינה לא נתנה אז את דעתה על השאלה היכן רצוי לגבות השתתפות עצמית והיכן לא. היא גם לא ראתה אז צורך במיסודם של מנגנוני הגנה על אוכלוסיות חלשות ולכן בתחילת הדרך, החוק אכן לא כלל הנחה או פטור לאוכלוסיות חלשות בעת תשלום השתתפות עצמית.

שינוי ראשון במדיניות זו החל בשנת 1998 עם הוספת סעיף 8(א1) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המאפשר לקופות החולים להגיש לאישור שר הבריאות תכנית גביה של השתתפויות מבוטחים, השונה (בהיקפה ו/או בגובה התשלום) מרשימת השירותים המחייבים תשלום כפי שהוכתבה בנוסח הראשוני של החוק. הוספת סעיף 8(א1) הנ"ל התנה את אישור תכנית הגבייה בכך שברשימה החדשה של השירותים חייבי התשלום ימוסדו כללים המעניקים הנחה או פטור מתשלום לאוכלוסיות שפורטו בחוק. זה היה השלב הראשון למיסודם של מנגנוני ההגנה על אוכלוסיות חלשות. בתיקון מאוחר יותר לחוק ניתן פטור גם לילדים שהוריהם מקבלים הבטחת הכנסה בעבור שירות המופיע בתוספת ב' לחוק- התפתחות הילד (ראה סעיף 8 (א2) (2). בנוסף, ישנן קבוצות אוכלוסייה נוספות הפטורות המופיעות במפורש בסעיף 8 (ז) ו-8 (ז1). ב-8 (ז1) אף מדובר על כל ההשתתפויות שבסל.

יש להדגיש, שלגבי השירותים בגינם אכן ניתנו הנחות משנת 1998 ואילך, הלכה רשימת הזכאים להנחות אלו ותפחה. עד שבשנת 2002 היוו הזכאים להנחות או פטור כ-30% מכלל המבוטחים בקופות החולים.

שינוי משמעותי במגמה זו החל בשנת 2003, במסגרת המדיניות הכלכלית שאפיינה את אותה תקופה, צומצמה משמעותית רשימת הזכאים להנחות. ביטול מנגנוני ההגנה על חלק מהאוכלוסיות החלשות כלכלית יצר חסם משמעותי שמונע מאוכלוסיות אלה לצרוך שירותים חיוניים¹. במצב הקיים, יש הטוענים כי מנגנוני ההגנה הקיימים לא מספקים הגנה מספקת לאוכלוסיות היעד. קיימות אוכלוסיות חלשות הכלולות בקובץ הביטוח הלאומי אך אינן זכאיות לכל הנחה. בנוסף, מנגנונים אלה אינם מכסים אוכלוסיות חלשות שלא מופיעות כלל בקובץ המוסד לביטוח לאומי².

ניתן לומר, אם כן, שההגנה הנוכחית לא מכסה את כל השירותים הרפואיים וגם בשירותים בהם היא קיימת, היא לא מכסה את כל האוכלוסיות החלשות.

1. על פי סקר מכון ברוקדייל, בשנת 2007 כ-20%. מהנשאלים הנמנים על חמישון ההכנסה התחתון דיווחו כי נאלצו לוותר על רכישת תרופה ו/או טיפול רפואי בגלל התשלום שנדרש מהם, לעומת כ-12% מכלל האוכלוסייה.

2. מומלץ להרחיב את מאגר המידע בביטוח לאומי כך שיאפשר איתור אוכלוסיות חלשות נוספות והעברת המידע אודותם לקופות החולים.

לנושא זה קיימות השלכות בריאותיות (ראה דוגמא לכך במחקר של אלחיאני ושות' בשירותי בריאות כללית³) וכן כלכליות, כך שמחד, עלולים להחריף מצבי חולי ומאשפוזים אותם ניתן היה למנוע, ומאידך, מעודד שימוש יעיל יותר במשאבים ומונע ביקושי יתר.

לגבי היעילות והכדאיות בהפעלת מנגנון של גביית השתתפות עצמית כאמצעי לוויסות שירותים ובלימת עלויות, ישנן עדויות סותרות⁴. ישנם חוקרים שנוטים לצדד בגביית השתתפויות עצמיות, המדגישים לצד הגבייה את החשיבות גם בקיום מנגנונים להגנה על האוכלוסיות החלשות.

להלן, מספר דוגמאות להשתתפויות עצמיות במערכת הבריאות:

גובה ההשתתפות עצמית ב-₪	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
רופא ראשוני- ביקור ראשון ברבעון	0	8	0	0
רופא שניוני (רפואה יועצת או דיאטנית)- ביקור ראשון ברבעון	23	23	23	23
ביקור במכונים	31	27	31	31
ביקור במכון התפתחות הילד (לביקור)	28	28	28	28
אגרת מיון בין השעות 01:00- לילה ל-06:00 בבוקר, מסיבה שאינה מנויה בחוק ובמקרים בהם התברר בדיעבד כי ההפניה היתה מוצדקת מבחינה רפואית	202	202	194	202
תקרה רבעונית על תרופות לחולים כרוניים	871	831	825	836

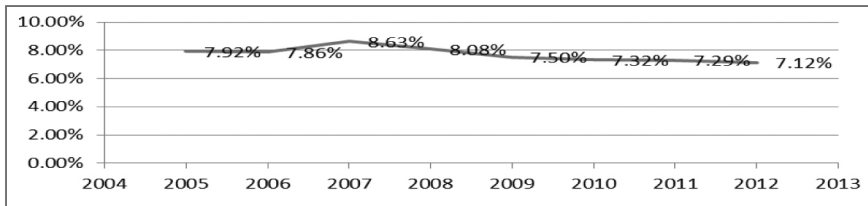
3. Elhayany, Asher and Revital Gross. "Eliminating co-payments for chronic patients". Health Policy Monitor, November 2008. Available at <http://www.hpm.org/survey/is/a12/2>

4. Saltman 1997 - שבהקשר להשתתפות עצמית, דוגל באופן נחרץ בקיומם של מנגנוני הגנה על אוכלוסיות חלשות.

גובה ההשתתפות עצמית ב-₪	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית	
תקרה רבעונית לחולה כרוני מעל גיל פרישה המקבל הבטחת הכנסה	435	415	412	418	
תקרה משפחתית על אגרות לשירותים	183	122	178	205	
תקרה על אגרות לשירותים - אזרח ותיק	92	61	89	102	
עלות תרופה	15% מהמחיר המרבי לצרכן או 16₪ כגבוה ביניהם לאריזה. פריט שמחירו המרבי לצרכן נמוך מ-16₪, ההשתתפות העצמית תהיה לפי מחירו המרבי. לגבי תכשיר מקבוצת התכשירים שמחירם המרבי לצרכן 16₪ ומעלה: תכשיר רפואי כאמור שנרשמה לו חלופה גנרית תהיה ההשתתפות העצמית עבורו ועבור חלופותיו הגנריות 10% ממחירם המרבי לצרכן או 16₪ כגבוה ביניהם לאריזה.	תרופות שמחירן המרבי לצרכן עד -122₪ המחיר המרבי לצרכן או -15₪ לפי הנמוך מביניהם; תרופות שמחירן המרבי לצרכן 122₪ או יותר - תרופה שנרשמה לה חלופה גנרית - 10% מהמחיר המרבי לצרכן עבור אריזה או 15₪ - כגבוה מביניהם; יתר התרופות - 15% מהמחיר המרבי לצרכן.	תרופות שמחירן המרבי לצרכן עד 115₪ - 15₪ או המחיר המרבי לצרכן, הנמוך מביניהם; תרופות גנריות או תרופות שרשומות להן חלופות גנריות ומחירן המרבי לצרכן מעל 115₪ - 10% או 15₪, הגבוה מביניהם; תרופות שמחירן המרבי לצרכן מעל 115₪ - 15%.	תרופות שמחירן נרשמה לו חלופה גנרית: תרופה שמחירה עד 15₪ מחיר התרופה. תרופה שמחירה 114₪ עד 15₪ תרופה - 15₪. תרופה שמחירה מעל 114₪ - 15% ממחיר התרופה. תכשיר רפואי שנרשמה לו חלופה גנרית ומחירו מעל 114₪ - 10% ממחיר התרופה או 15₪, הגבוה מביניהם עבורו ועבור החלופה.	תכשיר רפואי שלא נרשמה לו חלופה גנרית: תרופה שמחירה עד 15₪ מחיר התרופה. תרופה שמחירה מעל 114₪ - 15% ממחיר התרופה. תכשיר רפואי שנרשמה לו חלופה גנרית ומחירו מעל 114₪ - 10% ממחיר התרופה או 15₪, הגבוה מביניהם עבורו ועבור החלופה.
עלות תרופה הכלולה בסל - אזרח ותיק מעל 75	10% הנחה	10% הנחה	10% הנחה	10% הנחה	
עלות תרופה הכלולה בסל - אזרח ותיק המקבל גמלת הבטחת הכנסה (על פי דיווח מביטוח לאומי)	50% הנחה ועד לחולים כרוניים	50% הנחה ועד לחולים כרוניים	50% הנחה ועד לחולים כרוניים	50% הנחה ועד לחולים כרוניים	

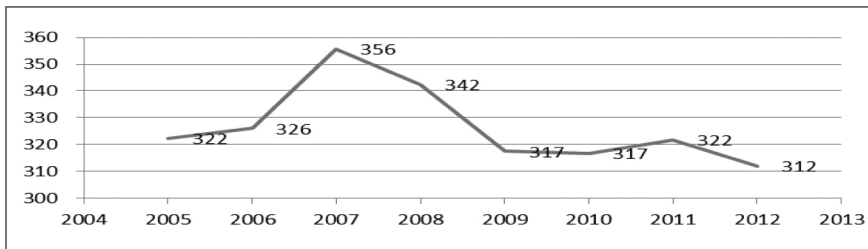
היקף תשלומי ההשתתפות העצמית בישראל בגין שירותי סל אינו שונה באופיו בהשוואה למדינות אחרות ונמצא במגמת ירידה:

שיעור הכנסות הקופות מהשתתפויות עצמיות שבסל מבטחים



מקור: דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012 של האגף לפיקוח על קופו"ח במשרד הבריאות.

הוצאה ממוצעת לנפש מתוקונת על השתתפויות עצמיות בסל



הערה: במחירים קבועים, 2012.
מקור: עיבוד על נתוני דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012 של האגף לפיקוח על קופות חולים במשרד הבריאות.

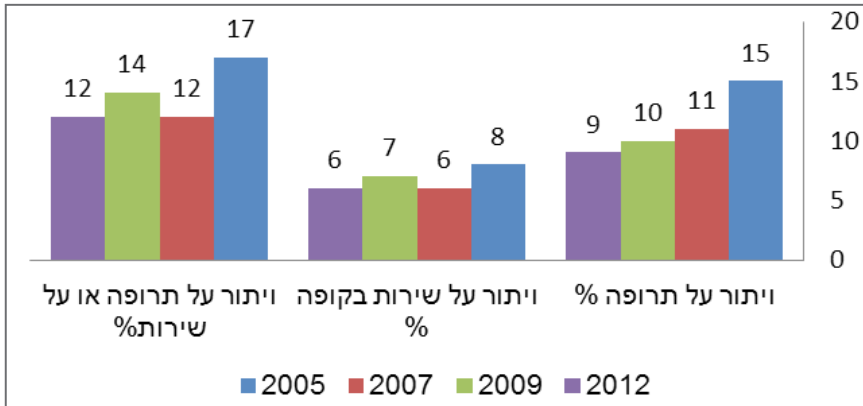
2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005		
34,678	32,669	30,333	28,141	26,583	24,946	24,041	22,768	עלות הסל (במיליונים)	
550	518	496	476	442	437	415	396	השתתפות בסל (במיליונים)*	
1,918	1,864	1,725	1,635	1,706	1,717	1,474	1,407	השתתפות בסל תרופות וציוד (במיליונים)	1
2,468	2,382	2,221	2,111	2,148	2,154	1,889	1,803	סה"כ הכנסות ממבוטחים	
7.12%	7.29%	7.32%	7.50%	8.08%	8.63%	7.86%	7.92%	שיעור הכנסות מהסל של קופות ממבוטחים	2
312	308	294	285	296	303	271	264	הוצאה ממוצעת לנפש מבוטחת (במחירים שוטפים)	

* כולל ביקורי רופא, אגרות טופסי התחייבות ועוד

** מותאם למדד יוקר הבריאות

מקור: דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012 של האגף לפיקוח על קופות חולים במשרד הבריאות.

אף כי היקף ההשתתפויות העצמיות נמצא במגמת ירידה וחרף הימצאותם של מנגנוני הגנה מסוימים עבור אוכלוסיות מוחלשות שונות, עדויות אודות היות ההשתתפויות חסם משמעותי המונע מאוכלוסיות שונות לצרוך שירותים חיוניים, מצטברות זה מספר שנים. ויתור על שירותי בריאות חיוניים בעל השלכה חברתית ומוסרית אך גם רפואית מכיוון שאוכלוסיות המותרות על טיפולים חיוניים עלולות לחזור, כהוצאה מוגברת למערכת הבריאות, בגין החמרה וסיבוכים של הבעיה הרפואית.



מקור: מכון מאירס ג'וינט-ברוקדייל, שנים שונות

2. ביקורת המדינה, החלטות ממשלה ופעולות המשרד בהתייחס לגובה ההשתתפויות העצמיות של מבוטחים בגין שירותים שבסל:

א. דוח מבקר המדינה 58ב':

דוח מבקר המדינה משנת 2008 (ב'58) בחן את נושא ההשתתפויות העצמיות במערכת הבריאות. במסגרת הדוח קבע המבקר כי:

”שיעור המימון הפרטי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות גבוה ביחס למדינות המפותחות. לגבייה הגדלה מהחולים יש אמנם אישורים רשמיים ממשרדי הבריאות והאוצר, אולם התהליך הזוחל ללא מדיניות מכוונת ותוצאותיו - ראוי לבחנם בראייה כוללת. ההשתתפות העצמית של החולים הופכת למעשה למס המושת על החולים נוסף לתשלום מס בריאות על פי החוק. התוצאה היא ששכבות מסוימות באוכלוסייה מוותרות על צריכת תרופות ועל שירותי בריאות אחרים. יש לתת את הדעת גם על הפגיעה בשוויון, שהוא מאושיות החוק. ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יערכו עבודת מטה מקיפה לבחינת היקפי ההשתתפות העצמית של החולים והמודל הראוי לגבייה כזו, הן בנוגע לשירותי בריאות שונים והן בנוגע לתרופות, תוך התחשבות בראייה הלאומית והרפואית הכוללת. עבודת מטה זו ראוי שתיעשה תוך התייחסות לאבדן המקורות הכספיים של הקופות אם תופחת ההשתתפות העצמית, קביעת מקורות חלופיים כגון התייעלות או הגדלת המקורות הממשלתיים והתייחסות לסוגיה הערכית שבפועל מושת מס נוסף (השתתפות עצמית) דווקא על החולים. ראוי

שמשרדי הבריאות והאוצר ידונו בשאלת החלופות למימון ההשתתפות העצמית באופן שהפרוגרסיביות תגדל, וכך יקטן החשש לפגיעה בבריאותם של משלמי ההשתתפות העצמית. את עבודת המטה ראוי לעשות תוך שיתוף הציבור, כגון נציגי צרכנים (חולים) ונציגי אקדמיה, ולאחר מכן מן הראוי שגם הכנסת והממשלה ייתנו דעתן על הסוגיה".

ב. החלטת הממשלה בנושא השתתפויות עצמיות:

בעקבות הדוח התקיים דיון בתאריך 28.7.2008 בוועדת השרים לענייני ביקורת המדינה. ההחלטה קיבלה תוקף של החלטה ממשלה ביום 14.8.2008 (החלטה מס' 3933). להלן פירוט ההחלטה:

1. "להקים צוות בדיקה בין-משרדי בהשתתפות נציגים ממשרדי הבריאות והאוצר אשר יקיים עבודת מטה לבחינת היקפי ההשתתפות העצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות. הצוות יזמן נציגי ציבור ככל שיידרש.

2. שר הבריאות ושר האוצר, בשיתוף יו"ר ועדת השרים לענייני ביקורת המדינה, יקבעו את הרכב חברי הצוות והעומד בראשו.

3. הצוות יתייחס להערות המופיעות בפרק הדין בנושא בדוח מבקר המדינה 58ב', הנוגעות לבחינת המודל הקיים והמודל הראוי לגבייה הן בנוגע לשירותי בריאות שונים והן בנוגע לרכישת תרופות, להפחתת שיעור ההשתתפויות העצמיות שגובות קופות החולים ולבחינת חלופות לאובדן מקורות כספיים של הקופות.

4. הצוות יסיים עבודתו בתוך שישה חודשים ויגיע להסכמות טרם הצגת המסקנות לוועדת השרים לענייני ביקורת המדינה.

5. הצוות ימסור דיווח ביניים לאגף הבכיר לביקורת המדינה בתוך שלושה חודשים".

ג. עבודת הצוות הבין-משרדי:

בעקבות החלטת הממשלה, ביום 1.1.2009 מינה שר הבריאות דאז, מר יעקב בן יזרי, ועדה בנושא השתתפויות עצמיות של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות. חברי הוועדה היו:

- ◆ ד"ר דרור גוברמן, ראש האגף לרפואה קהילתית, משרד הבריאות - יו"ר הוועדה.
- ◆ מר משה בר סימן טוב, ראש צוות בריאות, אגף תקציבים, משרד האוצר.
- ◆ עו"ד נועם הייזליך, הלשכה המשפטית, משרד האוצר.
- ◆ מר יאיר זילברשטיין, צוות בריאות, אגף תקציבים, משרד האוצר.
- ◆ גב' רויטל טופר-חבר טוב, מנהלת תחום פיקוח על תוכניות השב"ן והגביה של קופות החולים, משרד הבריאות.
- ◆ מר ניר קידר, רכז כלכלת בריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות.

הוועדה קיימה מספר דיונים, אך עקב חילוקי הדעות בתוך הצוות ומכיוון שהחלטת הממשלה קבעה כי חברי הצוות צריכים להגיע להסכמות, מעולם לא הגישה הוועדה דוח מסכם. יש לציין כי יו"ר הוועדה, ד"ר גוברמן הגיש את עמדתו לשר.

במסגרת דיוני הוועדה, לאחר החלפת הממשלה בשנת 2009, התקבלה החלטה להקצות תקציב ייעודי לביטול אגרת טיפות החלב החל משנת 2010. מבחינת משרד האוצר, בכך סיימה הוועדה את עבודתה. נציגי משרד הבריאות לא הסכימו לחתום על דוח אשר לא מכיר בצורך להפחית ולבטל השתתפויות עצמיות נוספות.

ד. חוק ההסדרים לשנים 2013-2014:

במסגרת טיוטת חוק ההסדרים לשנים 2013-2014 ביקש משרד האוצר להגדיל את ההשתתפויות העצמיות הנגבות מהציבור בכ-200 מיליון ₪ ובכך להפחית את השתתפות המדינה במימון עלות סל שירותי הבריאות. זאת במקביל לדרישה של משרד הבריאות להפחית השתתפויות עצמיות. לאחר מו"מ בין המשרדים, הוסכם כי סעיף העלאת ההשתתפויות העצמיות ירד מסדר היום.

ה. פעולות שנעשו בשנים האחרונות בנושא הפחתת השתתפויות עצמיות:

1. תקרה מופחתת לחולים כרוניים מעל גיל 65 מקבלי הבטחת הכנסה;
2. מתן הנחות בתרופות שבסל לניצולי שואה (50% הנחה והפחתת התקרה הרבעונית);
3. ביטול אגרת טיפת חלב;
4. 10% הנחה בתרופות לקשישים מעל גיל 75;
5. כללית מעבר בקופ"ח כללית משיטת המנות לשיטה האחוזית;
6. הפחתת השתתפויות עצמיות על תרופות שיש להן גנריקה מ-15% ל-10% מהמחיר המירבי;

7. מעבר מרבעון קלנדרי לרבעון אישי (צף) בהשתתפויות העצמיות הנגבות אחת לרבעון.

3. המלצות להפחתת השתתפויות עצמיות

השיקולים בבואנו לבחון באילו שירותים נכון לצמצם השתתפויות עצמיות בסל הבריאות צריכה להתמקד בשני אפיקים - צמצום אוניברסלי לפי "קבוצות שירותים" ובמקביל, בהרחבת רשת הביטחון עבור אוכלוסיות מוחלשות. אך זאת כל עוד ההפחתה בקבוצות אלו לא מייצרת הגברת שימושים עודפים. הדגש בהפחתת השתתפויות חשוב בהקשר לשירותים ולאוכלוסיות הבאות:

א. סוגי שירותים:

- ◆ שירותי מניעה (לדוגמא: חיסונים, ייעוץ תזונתי ובדיקת חלבון עוברי);
- ◆ שירותים שהביקוש אליהם קשיח (לדוגמא: סיעוד מורכב).

ב. מנגנוני הגנה על קבוצות אוכלוסייה:

- ◆ חולים כרוניים וחולים קשים;
- ◆ קבוצות חלשות כלכלית (כולל בגיל העבודה);
- ◆ קשישים;
- ◆ ילדים;
- ◆ משפחות.

מנגד יש הטוענים כי הפחתה בחלק גדול מהשירותים המוצגים להלן עלולה לגרום לביקושים עודפים ולכן יש לבחון זאת בראייה הרחבה הן של חוסר היעילות הנוצרת והן של מקורות המימון.

4. מקורות מימון

במידה ולא יימצאו מקורות מימון ייעודיים להפחתת השתתפויות עצמיות, מומלץ לשקול גם מקורות מימון עצמיים (יש הטוענים כי בלבד שמולם יוקצה גם תקציב ייעודי כ-matching מתקציב המדינה). שתי האפשרויות העיקריות למימון הן:

א. מקורות עצמיים (שחלוף) -

1. **הנהגת השתתפות עצמית**, בגין שירותים שכיום **אינם** מחייבים תשלום השתתפות כלשהי ובעיננו ניתן לשקול לגבות בגינם השתתפות כספית. להלן דוגמאות לשירותים אותם ניתן לשקול לכלול בסעיף זה:
 - א. תשלום אגרה בגין אישורים רפואיים.
 - ב. טיפולי הפריה חוץ גופית להולדת ילד שני ו/או לבני זוג להם יש כבר ילדים מנשואים קודמים.
 - ג. הקטנת המימון של שירותי מלונאות לחולי פסוריאזיס בים-המלח.
 - ד. הקטנת מימון המדינה בגין נסיעות לקבלת טיפול לחולי דיאליזה.

2. **הגדלה של ההשתתפות העצמית** - לדוגמא פנייה ישירה לרופא מקצועי (במקצועות נבחרים) ללא הפנייה מרופא ראשוני וכן תשלומי השתתפות עצמית בגין טיפולים מתחום הפרעות קשב וריכוז והתפתחות הילד.

הערה: הנהגת תשלומי השתתפות עצמית כמוצע בשני הסעיפים הנ"ל מותנית בכך שיוחלו עליהם פטורים והנחות לאוכלוסיות חלשות כהגדרתן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובמסמך זה.

- ב. **השלמות מימון** על ידי המדינה. אופציה זו כפופה למגבלות הפיסקאליות הקיימות בחוק, סדרי העדיפויות של הממשלה וכן סדרי עדיפויות בתוך מערכת הבריאות.

5. מחקרים בעולם בנושא השתתפויות עצמיות

מאמר שפורסם ב-BMJ בשנת 1997 מצא כי גם במדינות מערביות, השתתפות עצמית הקטינה גישה לשירותי בריאות בעיקר לאוכלוסייה חלשה שנוטה מראש להיות חולנית וחלשה יותר. במדינות בהן ההכנסה נמוכה נמצא שהשתתפות עצמית הביאה לגידול בתמותת תינוקות, שחפת ומחלות נוספות (וייטנאם, סין). אמנם נראה במדינות מפותחות הקטנה בגידול בביקוש אך הוא לווה בעליה במשך ובעלות מחיר אשפוזים. השתתפות עצמית מקטינה את הביקוש למגע הראשון עם המטפל אך מרגע שזה נוצר, השליטה היא בידי ספק השירות בשל אי סימטריות במידע. כתוצאה מכך, העלות הכוללת אינה פוחתת ולעתים אף עולה בשל העיכוב בפניה הראשונית.

במדינות עניות, מלבד מניעת גישה לשירותי בריאות, גם התוספת להכנסות הייתה זניחה.

במדינות מתפתחות, מתן הנחות לבעלי הכנסות נמוכות נתקלו בקשיים ביישום, בעיקר באזורים כפריים.

מאמר שפרסמה המחלקה לבריאות ופיתוח גלובלי, בית הספר להיגיינה ורפואה טרופית של לונדון בשנת 2011, סקר מאמרים שפורסמו בנושא ובחן את מהימנותם על בסיס מאגרי מידע רלוונטיים. המאמר מציג ממצאים בנושא לגבי השתתפות עצמית במדינות בעלות תל"ג לנפש נמוך ובינוני ומצא כי בתחום הרפואה המונעת הייתה ירידה של 15.4% בצריכה לאחר הטלת ההשתתפות וירידה של 17% (לעומת מצב המוצא) לאחר שנה.

המאמר גורס כי ישנה השפעה להעלאת השתתפות עצמית על גמישות הביקוש רק לאחר סף רגישות מסוים. בהמשך לכך, בשירותי יוקרה או שירותים אלקטיביים, הטלת השתתפות עצמית הגדילה את הביקוש.

הטלת השתתפות עצמית במקרים בהם לא הייתה כלל, הפחיתה משמעותית את הביקושים לשירותי רפואה 28%-55% בטווח הזמן המידי ועד כחצי שנה לאחר הטלת ההשתתפות העצמית אך ירידה של 9% עד עליה של 8% לאחר שנה. (למעט אם לוו בעליה באיכות). בשירותי רפואה מונעת השפעה הייתה חריפה אף יותר.

הסרת השתתפות עצמית הגדילה הצריכה ב-50% בטווח הזמן הקצר ועד 92% לאחר כשנה.

מחקר שפורסם בליידן, הולנד בשנת 1981 בוחן את השפעת הגיל על העדפת ביטוח הכולל השתתפות עצמית. ממצאי המחקר הראו כי בגילאי 20-30, על אף שבריאות המבוטח אמורה להיות שפירה, ישנה העדפה למדיניות ביטוחית ללא השתתפות עצמית בשל לידות ותחלואת ילדים. בגילאי 40-60 קיימת העדפה למסלולים בעלי פרמיה קבועה נמוכה והשתתפות עצמית גבוה. בגילאי 60 ומעלה המבוטח חוזר להעדיף מסלולים ללא השתתפות עצמית בשל השינויים במצבו הבריאותי.

מחקר שפורסם בהונגריה בדק את ההיבטים השונים של הנושא מנקודת ראות של השחקנים המרכזיים במערכת הבריאות בהונגריה (קובעי מדיניות, מבטחים, ספקים וצרכנים). בהונגריה הוכנסו דמי השתתפות עצמית לשירותי בריאות בשנת 2007, אך בוטלו שנה לאחר מכן בעקבות משאל עם שהתקיים, בו הביע הציבור התנגדות עזה להמשך קיומם של דמי ההשתתפות העצמית. למרות קיומן של נסיבות אקסוגניות לנושא שייחודיות להונגריה כגון חוסר שביעות רצון כללית ממהלכי הממשלה והדעה שמקורה בגישה הסוציאליסטית שאומרת ששירותי בריאות צריכים להיות פתוחים לכלל הציבור ללא חסמים כלשהם, הרי שעיקר ההתנגדות לקיומם של דמי השתתפות עצמית נבע מהתחושה כי למרות השתתף, לא היה כל שיפור באיכות השירותים הרפואיים וזמינותם. יתרה מכך, הציבור בהונגריה חש חוסר אמון מוחלט בממשלה בכל הקשור למדיניות הבריאות, הקצאת המקורות העומדים לרשותה לצורך מתן שירותי בריאות והשקיפות הקיימת במערכת. מאידך, קובעי המדיניות והמבטחים שהשתתפו במחקר הביעו תמיכה בקיום דמי השתתפות עצמית, ככלי לצמצום שירותי רפואה בלתי נחוצים ולגרום לצרכנים "לחשוב כלכלי" בבואם לצרוך שירותי בריאות.

לאחרונה אף פורסמו מחקרים חדשים בארה"ב אשר מראים כי השתתפויות עצמיות גורמות ליתור על ביקורים נחוצים בחדרי מיון כתוצאה מהשתתפויות העצמיות.

סיכום והמלצות:

א. שינוי השתתפויות עצמיות להגברת יעילות המערכת - ריסון ביקושים עודפים ועידוד ביקושים לשומרי הסף.

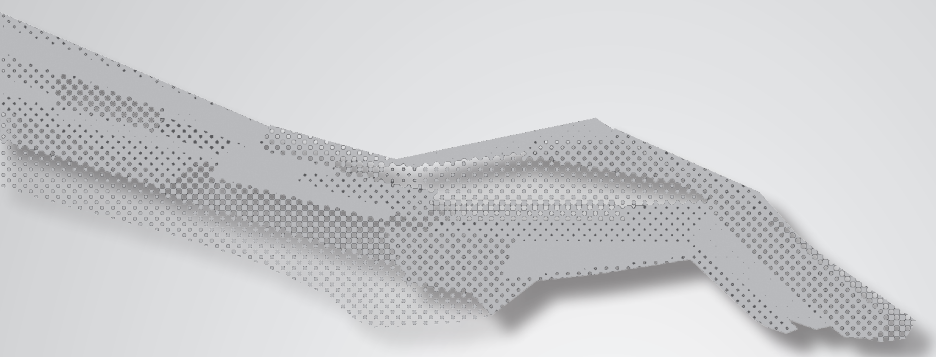
1. המטרה המרכזית של ההשתתפויות העצמיות היא לרסן ביקושים מיותרים ולהגביר את יעילות המערכת, ולא להוות חסם לצריכת שירותים נדרשים.
2. אין להעלות השתתפויות עצמיות לצורך הגדלת מקורות המימון של קופות החולים.
3. יש לפעול להפחתת השתתפויות העצמיות, ובלבד שיועמדו מקורות מימון נוספים להפחתה.
4. יש להקים צוות אשר יבחן אפשרות ל"שחלוף" השתתפויות עצמיות.

ב. שינויים בהשתתפויות עצמיות להגן על קבוצות חלשות כלכלית שמוותרות על שירותי בריאות חיוניים עקב תשלום.

1. מרבית המשתתפים גרסו כי ההשתתפויות העצמיות צריכות להיות אוניברסליות מבחינת המצב הכלכלי של המבוטחים.
2. קיימת הסכמה כי צריך למקד את הפחתת ההשתתפויות העצמיות בקבוצות של חולים - לדוגמא, חולים כרוניים ומחלות קשות, וכן שירותים שאין בהם חשש לשימושים מיותרים.

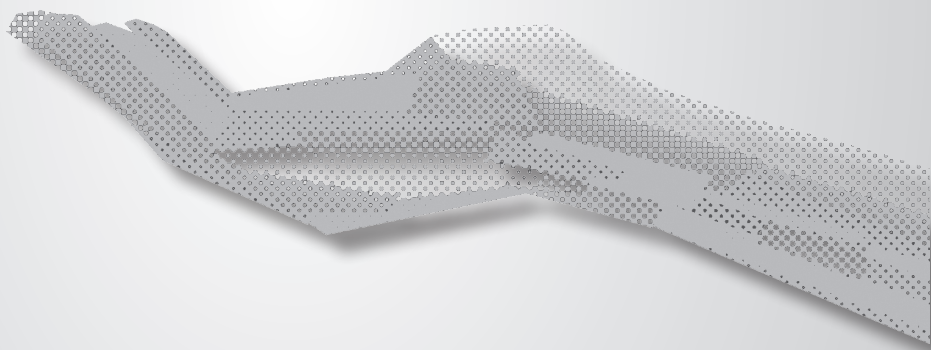
ג. השתתפויות עצמיות בניתוחים פרטיים

1. קיימת הסכמה שיש צורך בהשתתפויות עצמיות בניתוחים פרטיים.
2. לא הייתה הסכמה בנוגע לגובה ההשתתפויות העצמיות בניתוחים פרטיים.



צוות 2

חלוקת האחריות בין הקהילה
ובתי החולים



צוות 2 חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים

יצחק זיידס ויוסף פרוסט

דברי פתיחה

היחסים בין שני המרכיבים העיקריים של מערכת הבריאות, הקהילה ובתי החולים הם מורכבים בישראל כמו בכל ארצות העולם ונידונו בפורומים שונים פעמים רבות. כנס ים-המלח החמישי (2004) כבר הקדיש מושב לנושא זה ולאחרונה הוקדש לו גם יום העיון השנתי לזכרו של רפי רוטר. למרות עיסוק רב זה, קיימות במערך יחסים זה בעיות שלא נפתרו עד היום, ואשר בחלקן עשויות לפגוע ביכולת מערכת הבריאות להעניק שירותי בריאות אופטימליים לאזרחי ישראל.

להלן מספר נקודות המצדיקות דיון זה היום ומאיך מייצרות גירוים לדיון ולבניית מודלים חדשים לשירות:

- ◆ חלק נכבד מן ההמלצות של אז לא מומשו והותירו על כנן בעיות כבדות משקל בממשק.
- ◆ ההתפתחות הטכנולוגית המדעית הביאה איתה שינויים רבים הדורשים התייחסות חדשה.
- ◆ גידול משמעותי בתחלואה הכרונית ותוחלת החיים - אתגר מהותי למערכת הבריאות.
- ◆ קוטביות נמשכת במעמד רופאי בתי חולים אל מול רופאי הקהילה והיעדר אמון.
- ◆ מערכת בריאות העובדת בסביבה של חוסר מקורות ולחץ מתמיד להתייעלות - בעלי השפעה ישירה על מערך יחסי גומלין קהילה - בית חולים.
- ◆ מאפיינים חדשים של אוכלוסיית צרכני הבריאות בסביבה של עודף מידע וטכנולוגיה.

הדגש שעליו הושם המושב השנה הוא השמת החולה במרכז מתוך רצון לקבל את מירב התועלת הבריאותית לו בהתחשב באילוצים הכלכליים והמבניים של המערכת. בחרנו לחלק את הנושא לשלושה מרכיבים:

א. **הרצף הטיפולי המיטבי** בין 2 המרכיבים והממשקים ביניהם בחתך של 3 מרכיבים:

ראי החולה ומשפחתו;
ראי מערכת הבריאות - הרגולטור וספקי השירותים המבטחים;
ראי משאבי המערכת.

ב. **רצף טיפולי בהיבטי המערכת** - איגום ומיצוי משאבים בית חולים וקהילה.

ג. **מנגנוני הפיצוי וכללי התחשבות בתי חולים קהילה** התומכים בהידוק הקשר בית חולים וקהילה ובפעול הסרת חסמים ו"חומות סיניות" במקומות שאינם נחוצים.

לכל אחד מנושאים אלה הוקמה קבוצת דיון אשר הביאה רקע וסקירת ספרות כולל ניסיון ממדינות אחרות, אשר תוצריה מוצגים בזאת.

כהקדמה נציין כי קיימת מגמה כלל עולמית לתנועה ולהעברת מרכזי כובד של שירותים רפואיים מבתי חולים לקהילה. ההנחה כי כל שירות רפואי אשר ניתן ואפשר לבצע בקהילה, עדיף שיבוצע בה, תלוי במשתנים רבים הקשורים בין היתר בשיוך הארגוני.

בפתח החלק המקצועי להלן עיקרי הנושאים שסוכמו במושב מקביל בכנס ים-המלח 2004:

- ◆ צורך בשיפור הממשק בין המערכת האמבולטורית למערכת האשפוזית במישורים הקליני והמנהלי כאחד באמצעות:
 - ◇ בחינת דרך מעשית ויעילה ליצירת ממשק מקוון בין המערכות הקיימות למעבר מידע יעיל לכל נקודות השירות המורשות.
 - ◇ בחינת מבנים ארגוניים לשיפור הממשק הבלתי אמצעי בין המערכות. לדוגמא "מחלקות אם" כדוגמא לאינטגרציה אנכית בין רוכשי השירותים לספקיהם. לשקול גם "מרפאת אם".
 - ◇ גיבוש הסכמה בין קופות החולים לבתי החולים לפתרון מחלוקות מנהליות ביניהם ללא מעורבות החולה.

- ◆ צורך להביא לפעולה תוך-אירגונית בבתי החולים, להגדרת "נציג אישי" לחולה, שיגשר בעבורו על פערי מידע הנוגע לטיפול הניתן לו בזמן האשפוז.
- ◆ צורך הגדרת סל לבתי חולים, ובכלל זה חלוקה פורמלית של הקצאת המשאבים - נושא שניידון בהרחבה אך לא היתה התגבשות להמלצה אחידה.

תקציר מנהלים

להלן עיקרי ההמלצות אשר נידונו מתוך הסכמה בין חברי הצוות ורוב משתתפי הדיון ומרוכזות על פי נושאיהן:

אחריות

- ◆ האחריות הכוללת למטופל הינה של המבטח.
- ◆ המבטח אחראי לכך שספקי השירותים ובכללם בתי החולים יתנו טיפול איכותי.
- ◆ האחריות המקצועית הכוללת על החולה כ-Case Manager היא על צוות המרפאה הראשונית ובכללם הרופא הראשוני וצוותו, למעט יוצאי דופן.

עבודת צוות על פני רצף הטיפול

- ◆ הרצף הטיפולי מצריך צוות רב-מקצועי הכולל גם יכולת טיפולית בהיבטים תרבותיים ופסיכוסוציאליים.
- ◆ יש צורך במתאם טיפול מקצועי בבתי החולים, מטעם הקופות, לשם שחרור חולים על פי קריטריונים רפואיים מוסכמים ותיאום מלא מול הקופה המבטחת.
- ◆ יצירת מנגנון שיבטיח רצף טיפולי לחולה בתחום הטכנולוגי והתרופתי.

הפלת החומה בין הקהילה לבתי החולים

- ◆ חשיפה הדדית של מפת השירותים בקהילה ובבתי החולים.
- ◆ בניית מערכים מקצועיים משולבים.
- ◆ בניית מודלים פיננסיים התומכים בהסרת החסמים ובחיזוק המשכיות הטיפול.
- ◆ יצירת מנגנון תימרוץ לקופות ליצירת מערכים חלופיים לאשפוז בקהילה.

התאמה אירגונית

- ◆ יצירת מערך רופאים משולבים תחת מעסיק אחד או לחילופין תחת הסדר פיננסי תומך.
- ◆ יעילות ומניעת כפל שירותים
- ◆ חלוקה ברורה של השירותים בין הקהילה לבית החולים הכללי
- ◆ פיתוח שירותים בהתאם למיפוי
- ◆ יחידות המשך טיפול - העצמה וסטנדרטיזציה על ידי הרגולטור.
- ◆ פיתוח רפואה מקוונת, קביעת סטנדרטים מקצועיים המלווים בתמרוץ כלכלי מתאים.

הכשרה מקצועית בקהילה

- ◆ תוכניות הכשרת סטודנטים לרפואה וסיעוד תוך חשיפה לרפואה הקהילתית.
- ◆ תוכניות הכשרת מתמחים ברפואה תוך חשיפה לרפואה הקהילתית.
- ◆ בחינת תוספת מסלול התמחות מוכוון קהילה בתחומים מסוימים - עיניים, א.א.ג, נשים, ילדים, גריאטריה, אורתופדיה, תת התמחויות בפנימית ופסיכיאטריה.
- ◆ יצירת תחומי התמחות ייעודיים בסיעוד התואמים לעידן הרפואה המודרנית.
- ◆ שילוב לימודים בתחום הרפואה המקוונת במסגרת תוכניות ההכשרה בבתי הספר לסיעוד ולרפואה ובהתמחויות.

בקה מדידה ומחקר

- ◆ קבלת החלטות על פי נתונים ומידע מצריכה מחקר יעודי רטרו/פרוספקטיבי הנובע מ-demonstration projects.
- ◆ יצירת מדדי איכות חוצי ארגונים על כלל הרצף הטיפולי.
- ◆ מציאת מודל תגמול בהתאם לעמידה במדדים על פני הרצף האירגוני.

מודלים ותמריצים כלכליים

- ◆ הקמת מודלים של תגמול המבוססים על איכות קלינית ורצף טיפולי (כמו תגמול בתי חולים על שחרור מתואם מול הקהילה).
- ◆ שינוי בתקצוב:
 - ◆ בחינת אינטגרציה אנכית ככלי לאיזון מערכת הבריאות.
 - ◇ בתשתית ליצירת רצף טיפולי
 - ◇ כמנוף למניעת כפל שירותים והתייעלות
 - ◇ לניצול משאבים מיטבי
 - ◇ לגיוס כוח אדם
 - ◆ בחינת מיסוד תקציב מרכזי שמתחלק בין הקהילה לבתי החולים.
 - ◆ מעבר משיטת ה-CAP למודל אופטימאלי המשקף יעדי מדיניות (איכות) בנוסף לריסון ההוצאה לבריאות.
 - ◆ תמחור אמיתי והתאמת מערכת התמריצים של שירותי בריאות המבוססים על עלויות הטיפול במטופל הבודד.
 - ◆ תגמול נפרד למערכי חירום והוראה.

החולה על פני מרכיבי מערך הרפואה וחלוקת האחריות בין הקהילה לבית החולים

חומר רקע לקבוצת העבודה הראשונה

מצב קיים

רפואה ראשונית - רפואה קהילתית בקו הראשון המנוהלת על ידי רופא המשפחה כמרכז הטיפול. במקביל, הרפואה הראשונית כוללת גם רפואת ילדים ורפואת נשים ראשונית.

רפואה שניונית ושלישונית - רפואה יועצת או מומחי על. הרפואה השניונית/שלישונית מתפזרת בין המערך האמבולטורי למערך האשפוזי ולעיתים מתקיימת חפיפה ביניהן. באופן פיזי יכולות להתקיים הן בבית החולים והן בקהילה.

רצף טיפול - ניהול טיפול לאורך זמן, המבוסס על היכרות של מכלול הגורמים המשפיעים על הטיפול ועל המטופל, העברת מידע רציף מכל הגורמים המטפלים, מערכת יחסי אמון ומחויבות הדדית בין המטפל למטופל, וגמישות המאפשרת התאמה לשינויים ושמירה על האוטונומיה וחופש הבחירה של המטופל - יפורט בהרחבה בהמשך.

הנחות המוצא לתהליך

- ◆ המניע של הגופים השונים העוסקים במתן שירותי בריאות הוא בראש וראשונה טובת החולה על מרכיביה השונים.
- ◆ המודל לאספקת שירותי רפואה במערכת הבריאות בישראל נשען על הרופא הראשוני כמרכז הטיפול.
- ◆ לרופא הראשוני תפקיד כפול: מרכז הטיפול (Case Manager) וכשומר סף (Gate Keeper).
- ◆ הרופא הראשוני, כמנהל הטיפול, אמון על מתן הטיפול הטוב ביותר לחולה בכל הרמות.

- ◆ במצב היום קיימות מחיצות המפריעות לרצף הטיפול הרפואי בין הקהילה לבית החולים והפוך. קיים ניגוד אינטרסים מובנה בין הטיפול הקהילתי לטיפול בבית החולים. יש צורך בפתיחת שערים אשר יביאו לאופטימיזציה של הטיפול בחולה וזאת על ידי התאמה של חוקי המשחק ומנגנוני ההתחשבות.
- ◆ המושג קהילה לצורך מסמך זה אינו דווקא המיקום הפיזי אלא מושג הבא לומר "לא בית חולים". חשוב להבין הבדל זה כי המושג קהילה יוצר דימוי של קרוב לבית החולה. הדבר נכון לגבי הרפואה הראשונית אך לא בהכרח לרפואה היועצת כיוון שלעיתים קרובות מיקום מרפאות המומחים אינו שונה משמעותית ממיקום מרפאות החוץ של בתי החולים אשר לעיתים לא רחוקות ממוקמים במרכזי אוכלוסייה עירוניים.
- ◆ מערכות המידע הקליניות אמורות להעביר מידע לכל נקודות המפגש של מטפלים ומטופלים בכל שלבי הטיפול. אנו מניחים כי קיים/יתקיים בעתיד ממשק ממוחשב מלא בכל נקודות המפגש עם המטופל.

רצף טיפולי - רקע וכוונות

מטופלים בימינו נבדקים על ידי רצף של מטפלים במקומות שונים ובארגונים שונים ורבים שונים (רפואה ראשונית, שניונית, שלישונית) ומכאן עולה הצורך להתייחס לטיפול המקוטע שהוא נחלתו של החולה. הסוגיה של רצף טיפולי נדונה בהרחבה בספרות אולם קיימת שונות לגבי הגדרת הבעיה (הצורך) ברציפות הטיפולית. מאמר מה-BMJ מציג סקירה של הנושא בספרות הרפואית ומאפיין 4 תחומים של רציפות טיפול:

רפואה ראשונית - המשכיות ברפואה הראשונית ממוקדת במערכת יחסים בין מטפל אחד-מטופל אחד לאורך רצף של אירועי בריאות. נוגע בחוזה הבלתי כתוב על נאמנות המטופל מחד ואחריות קלינית של המטפל מאידך. הקשר הזה מוגדר כ-longitudinal continuity וגם personal או relational continuity.

בריאות הנפש - המשכיות בבריאות הנפש מדגישה את התיאום של השירותים ויציבות הקשר מטופל-מטפל לאורך זמן. כאן הקשר נוטה להיות קבוצת מטפלים מול מטופל יחיד. התיאום והגישור בין המטפלים השונים הינו באמצעות יעד העל (טובת המטופל) ועל ידי תכנית הטיפול המשותפת.

סיעוד - הדגש בספרות הסיעוד הינו ברציפות טיפול על ידי העברת המידע בין מטפלים ותיאום לאורך זמן. ההתעסקות ממוקדת בתכנון שחרור החולה מבית חולים לקהילה.

ניהול מחלות - המשכיות הטיפול בדגש על מחלות מורכבות שהפכו למושכות כמו סכרת, CHF, AIDS ועוד שמחייבות שיתוף פעולה ותיאום של מטפלים שונים - רציפות טיפול בין מטפלים שונים.

קיימים שני אלמנטים מרכזיים של המשכיות טיפול:

- ◆ הטיפול בחולה כפרט - מטופלים מעריכים המשכיות כפרטים ולכן המשכיות איננה יכולה להיקבע על ידי מטפלים או ארגונים אלא על ידי חווייתו של הפרט את התיאום והשילוב בין השירותים.
- ◆ טיפול לאורך זמן.

סוגים של רציפות טיפול

- ◆ רציפות המידע (informational) - המידע הוא החוט המקשר בין המטפלים. המידע יכול להתמקד במטופל (רצונותיו, ערכיו, אמונתו) או במחלה.
- ◆ רציפות ניהול הטיפול (management) - חיוני במצבים קליניים מורכבים שדורשים מספר מטפלים ויש לתאם ביניהם גם בממד הזמן.
- ◆ רציפות הקשר (relational).

המשכיות הטיפול מזווית המטופל ומשפחתו זווית המטופל/ים

זווית המטופל - חווית המשכיות הינה ההבנה כי מטפל יודע את ההיסטוריה הרפואית, שהמטפלים השונים מסכימים על תכנית הטיפול ושמטפל שמכיר אותו ימשיך לטפל בו בעתיד.

זווית המטפלים - חווית המשכיות קשורה להרגשתם שיש להם את כל המידע והידע הנדרשים על המטופל, על מנת להביא לידי מיצוי את יכולותיהם המקצועיות בטיפול וכי הם בטוחים כי הטיפול ותכנית הטיפול מוכרים על ידי ממשיכיהם בטיפול. (Continuity of care: a multidisciplinary review. Haggerty et al BMJ 2003;) (327:1219)

ה-NHS קיים קבוצת עבודה ב-2000 שהניב הגדרה דומה מזווית המטופל:
The experience of a coordinated and smooth progression of care from

(experienced continuity) patients' point of view.

- המסמך גם מגדיר מרכיבים נדרשים על מנת לקיים את ההמשכיות:
- ◆ העברת מידע מצוינת המלווה את המטופל (continuity of information).
 - ◆ תקשורת אפקטיבית בין המטפלים והשירותים הרפואיים (בינם לבין עצמם) ותקשורת של כולם למול המטופל (cross boundary and team continuity).
 - ◆ גמישות והתאמה לצורכי הפרט לאורך זמן.
 - ◆ טיפול מכמות מטפלים הקטנה האפשרית (longitudinal continuity).
 - ◆ מטפל או יותר שעימם מתקיים קשר אישי (relational/personal continuity).

Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) Summer 2000 prepared by G. Freeman and S. Shepherd.

גם הם מציינים כי קיימות התייחסויות שונות לרצף טיפולי (continuity of care) אולם המאפיינים העיקריים שיופיעו בהגדרת הרציפות הם:

רצף אורכי - (longitudinal or provider continuity) מתייחס לטיפול על ידי אותו מטפל.

רצף טיפולי - חוצה רפואה ראשונית/שניונית מתייחס למעבר בין המומחה לרופא הכללי.

רציפות המידע - מתייחסת לנגישות לתיק הרפואי.

במסגרת צוות של NHS נבחנו תפיסות ודעות של מטופלים ומטפלים לגבי המשכיות טיפול. במבוא הם מתייחסים שוב לרציפות המידע, רציפות מיהול המחלה ורציפות הקשר, אולם הם מציינים שלרוב החשיבות שמוקנית לרציפות קיימים משתנים אחרים שתורמים לחוויית המטופל כמו נגישות מהירה, זמינות של מומחים ומטפל עם זמן להקשיב להם ולצרותיהם!

הצוות מתעמק בצרכי ובתפיסת מטופל:

א. חולים מודעים להתנגשות שבין רצף טיפולי לנגישות מהירה לרפואה ראשונית.
 ב. חולים יודעים באלו מצבים חשוב לשמר רציפות טיפולית. במצבים שנתפסים על ידם כחמורים הם יעדיפו רצף טיפולי ולמול מצבים שהם בנאליים בעיניהם (בחירה של המטופל).

ג. חולים רואים רציפות טיפולית כחוצה גבולות מעבר לרפואה הראשונית, בדגש על חולים קשים יותר שחוו בעיה ברציפות.

ד. חולים מצפים שהמידע הרפואי שלהם יזרום בין ספקי השרות השונים - דרישה צרכנית לרצף מידע.

ה. חולים מעריכים את חשיבות הקשר ביחסי רופא-חולה בדגש על חולים.

ו. הצורך בהמשכיות טיפול עולה עם הגיל והתחלואה. אלו מוכנים גם להמתין על מנת לפגוש מטפל קבוע.

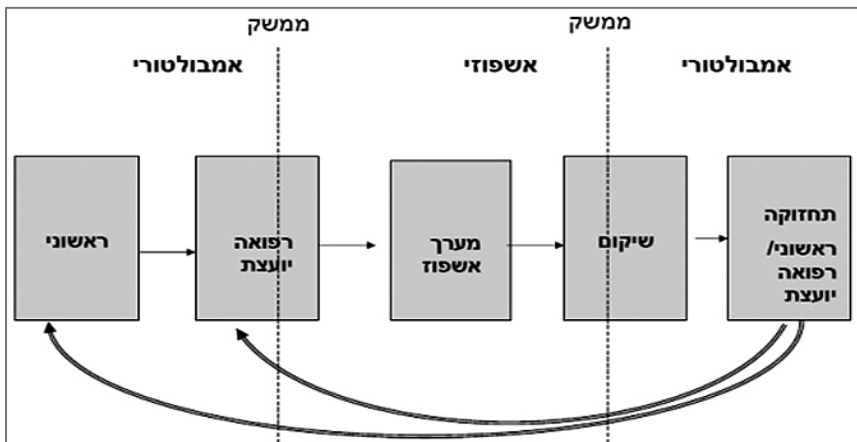
Continuity of Care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO) 2006

במודלים שהוצגו מתקיים דגש ברמת הקשר הקליני ותוכנית הטיפול אך אין התייחסות לחסמים בירוקרטיים וכלכליים.

לפיכך, מה הוא האופטימום בראייתנו ל-continuity of care בישראל?

- ◆ רצף נתפס מזווית המטופל;
- ◆ רציפות המידע - כל המטפלים, הארגונים, המוסדות;
- ◆ שיתוף פעולה בין מטפלים - מערכות מידע בדחיה, קשר ישיר (לדוגמא, שיחת טלפון ל-POC, צ'אט בין מטפלים ועוד);
- ◆ גמישות לאורך זמן לצורכי המטופל - אלגוריתם טיפולי גמיש, גורם מתאם בין מטפלים (רופא המשפחה);
- ◆ צמצום מטפלים - מתאם טיפול ככתובת עיקרית;
- ◆ תרופות וטכנולוגיות - גישור על חסמים וגבולות.

מעגל הטיפול הרפואי



התועלת המרבית למטופל תהיה סכימה של התועלות בכל תחנות הטיפול בהן יבקר במהלך מחלתו. סכימה זו אינה בהכרח לינארית כיוון שטיפול לא מתאים בכל אחת מן התחנות עלול לפגוע בתוצאה. הקשר הרציף בין התחנות השונות, המעברים ביניהן ואיכות של כל אחת מתחנות הטיפול חיוניים כולם למעגל הערך למטופל.

סקירת ממשק קהילה - בית חולים לאורך "מחזור" הבריאות של המבוטח

תחנות מרכזיות בחיי המבוטח בהווייתו הבריאותית

בריא, חולה כרוני ומאושפז

בריא

- ברפואה הקהילתית - רפואה מונעת (חיסונים אלרגיות תרופות קידום בריאות) - נדרש ממשק מידע בעיקר.
- רפואה ראשונית - כוללת רופא משפחה/ילדים/נשים/רופא כללי/פנימית - ממשק מידע שיכלול גם מידע פסיכוסוציאלי שלא קיים כיום במערכות הרפואה וחיוני למטפלים ולרצף הטיפול.
- רפואה דחופה - מוקד בקהילה או חדר מיון.
- נדרשים ממשקים - תרופות בסל הקופה, זמינות התרופות אחרי שעות העבודה, מרשם של המוקד/חדר המיון מכובד על ידי בית המרקחת של הקופה.
- מילדות - מעקב בקהילה ולידה בבית החולים (תמריץ כלכלי של המדינה ללידה בבי"ח) - אין רצף רופא מילד מטפל בחדר הלידה גם בהריונות HIGH RISK.
- יעוץ מומחה (בעיות בנאליות) - עור, אא"ג, ריאות, גסטרו, ילדים.
- ◆ מרפאת מומחים בקהילה מול מרפאות החוץ של בתי החולים, מתי זו ומתי זו?
- ◆ מה הם שיקולי המטופל? מה שיקולי הרופא הראשוני ומה שיקולי המבטח?
- ◆ האם מתקיים רצף בשתי החלופות ואם לא - כיצד ניתן לקיימו?

חולה כרוני

מחלות "פשוטות" ומאוזנות (יל"ד/סכרת) - מומחים במרפאת הקופה או מרפאות חוץ כחלופה.

מחלות מורכבות או שיצאו מאיזון - יועץ מבית החולים בקהילה או מרפאות בית החולים.

במחלות רבות כמו סרטן, MS והמופיליה יש התמקצעות בבית החולים שלא קיימת

בקהילה. הידע העדכני, הניסיון והטכנולוגיות נמצאים בבית החולים. נדרש ממשק תרופות, סל ומידע ותלות ב-CASE MANAGER מהקהילה שמטפל בבעיות הבנאליות (גם לחולה MS יש Gastroenteritis). מיצובו של הרופא בקהילה כמנהל הטיפול של החולה המורכב - ייצר רצף טיפולי וכתובת רציפה אך מחייב מודל חישוב זמנים שונה לרופא הראשוני (פה לא יספיקו 12 דקות למטופל).

החולה המאושפז

במהלך האשפוז - ממשק לרופא הראשוני מול צוות מולטידיספלינרי.

כיצד מקיימים ממשק בין הרופא המטפל הראשוני לבית החולים?

- ◆ פתרון ממוחשב.
- ◆ שיחת טלפון, צ'אט או פתרון טכנולוגי אחר כמו ווטסאפ.
- ◆ האם נדרש ממשק על כל אשפוז, בהינתן שכל המידע הרפואי נמצא בתיק?
- ◆ מתי הממשק קריטי לבריאותו של הפרט?

לקראת שחרור - ממשק לצורך תיאום והעברה "חלקה" בין הגופים (תרופות, סל,

מטפלים ומעקבים).

- ◆ איך מטייבים את "העברת המקל" בהכנה לשחרור חולה (בדגש על המורכבים)?
- ◆ קשר שיסתמך על נציגות הקופה בבית החולים? (במקום בקרת אשפוזים)
- ◆ סל אחיד?
- ◆ סיום בירוקרטיות לפני השחרור - אישור תרופות/טכנולוגיות עוד במהלך האשפוז-מאפשר שיח בין המטפל בבית החולים ובקהילה

שחרור - תהליך מתואם באמצעות נציגי הקופות בבית החולים - תרופות/טכנולוגיות

טיפוליות - שותפות של המבטח בתהליך קבלת החלטות.

- ◆ איך מתאמים בין האינטרסים של בית החולים, המבטח ובריאות החולה?
- ◆ קבלת החלטות משותפת כאשר אין סל מוגדר (תקדים קודם מול הקופה) - זיקה בין בית החולים למקבלי החלטות בקופה (זה לא הרופא הראשוני במודל הישראלי).
- ◆ אלו טכנולוגיות צריכות, אם בכלל, להתקיים בקהילה?
- ◆ תאומים/ התחייבויות/ מרשמים ותרופות

שיקום - בין שיקום בית לשיקום באשפוז - החלטה משותפת (בית החולים, רופא

בקהילה ומבטח).

אבחנה בין שיקום מורכב לפשוט - מתיחת קו בין בית החולים לקהילה בהתאם לצורכי החולה - האם קיימים תמריצים (כלכליים) על מנת לקיים זאת? כיצד מייצרים את השותפות בהחלטה, כי קיימת נציגות של הקופה בוועדת השיקום? האם הקהילה ערוכה לקבל את החולה לשיקום ומה ההבדל בין שיקום בתל השומר לכפר המכביה? (ההסכמים).

ביקורת אחרי אשפוז - כדי שיתקיים נדרש מידע ושיתוף הרופא בקהילה עם תהליך הטיפול והבירור - מתוך שיח תגיע הסכמה והכרה בצורך יתקיים המשך הטיפול בבית החולים בהסכמת ה-CASE MANAGER.
ביקורת לאחר אשפוז בעמדת הרפואה ההולמת למצב החולה - כנקודת מוצא. איך עוברים ממיקוד כלכלי למיקוד בצורכי החולה?
השוואת עלויות? - קיים בפועל.
חסימה של "מחזור" חולים על ידי שיח או מניעת תמריץ כלכלי?

מרכז הטיפול - רופא המשפחה

מרכז טיפול קליני case manager

הרופא הראשוני (רופא המשפחה או רופא ילדים) הינו רופא המעניק טיפול אישי, ראשוני כוללני בראיית הפרט והמשפחה, טיפול המשכי אשר מטרתו להגיע לאבחנה מוקדמת תוך מתן טיפול מיטבי לחולה. במהלך המפגש הרפואי נקרות בפניו הזדמנויות חוזרות לאיסוף מידע על כל חולה ולבניית יחסי אמון, שיעזרו לו בביצוע תפקידו. הרופא הראשוני עובד בשיתוף עם עמיתים, רופאים ושאנים רופאים, מכון את מטופליו לאיש המקצוע המתאים, לפי ראות עיניו, ובו זמנית ממשיך לתאם בין כל נותני הטיפול (case manager, gatekeeper, patient advocate). בעשור האחרון קיימת שימת דגש מיוחדת על אורח חיים בריא.

הרופא הראשוני מתערב גם במניעה ראשונית (חינוך לקידום בריאות, חיסונים), שניונית (גילוי מוקדם), ושלישונית (שיקום) של מחלות אצל החולים שבטיפולו ואצל בני משפחותיהם (מבוסס על הגדרת WONCA לתפקיד הרופא הראשוני).

שומר סף טיפולי ומנהלי

הרופא הראשוני נזקק ליעוץ בתחומים מגוונים הן בנוגע להמשך הברור, הן בנוגע לטיפול והן בנוגע להתערבויות המצריכות אשפוז. לפיכך הוא זה המפנה בשעת

הצורך את המבוטח לרופא המקצועי היועץ בקהילה או בבית החולים. ההפניה לבית החולים יכולה להיות ליעוץ או אשפוז דחוף או אלקטיבי. ההפניה ליעוץ עומדת כנגזרת של מדיניות המבטח, אך כל מרכיבי ההחלטה אמורים להיות בידיו של הרופא הראשוני "מנהל הטיפול".

מיקומה של הרפואה היועצת

רוב פעילות הרפואה היועצת מתקיימת מחוץ לכתליי בית החולים ואולם קיימים מצבים אשר בהם נכון למקם את הרפואה היועצת בבתי החולים:

- ◆ כאשר הטכנולוגיות הרפואיות הדרושות קיימות רק בבית החולים כגון בדיקות הדמיה מתוחכמות או כאשר מדובר במכשור רפואי ייחודי.
- ◆ כאשר הידע הקליני מתוחכם ואינו מצוי בקהילה או כאשר הינו מצומד למחקר רפואי.
- ◆ כאשר יש צורך בצוות מקצועי רב תחומי.
- ◆ כאשר נדרשת סמיכות למקום אשפוז צפוי כגון לגבי צנתורים.

במצבי חולי מסוימים מנהל הטיפול עשוי להיות שונה מהרופא הראשוני:

- ◆ כאשר יש צורך במערך רפואי שלם, רב תחומי ויקר אשר אינו מצוי בקהילה לדוגמא מרכז טיפולי ל-MS.
- ◆ אונקולוגיה (בין אם בקהילה ובין אם בבית החולים).
- ◆ דיאליזה (בין אם בקהילה ובין אם בבית החולים).

מיפוי ההבדלים בין הרפואה הקהילתית לרפואת בית החולים

בית החולים הכללי	קהילה	
אין, למעט מקרים ייחודיים.	מתקיים לאורך זמן.	רצף טיפולי
בישראל רוב בתי החולים נמצאים בתוך הערים.	בסמוך למקום המגורים.	קרבה פיזית
טיפול בכל סוגי המחלות/ פגיעות אשר אינם מוצאים פתרון במוקדים.	קיום מוקדים לרפואה דחופה ראשונית מעבר לשעות העבודה. כיסוי לא מלא ובמקרים רבים לא בכל שעות היממה.	מענה 24/7
מרובה, היקפו תלוי בגודל בית החולים ובהגדרה העצמית שלו.	מזערי	מחקר
נדרש כשדה קליני עיקרי בכל התמחות.	מצומצמת, למעט רפואת המשפחה. לאחרונה מגמה של שינוי והוספה של מוקדי סינוף לאוניברסיטאות. במקביל הכרות חלקיות כחלק מדרישות ההתמחות ברוטציה בקהילה.	הכשרת סטודנטים ומתמחים
מצופות להיות מופעלות בבתי החולים, אחת הסיבות להעדר סל בית חולים.	-	טכנולוגיות חדשות
אופיינית	-	רפואה מקצועית ייחודית
יכולת מובנית	מצומצמת	צוות רב מקצועי זמין
תוכניות מובנות בהובלת משרד הבריאות ומוכנות תמידית לאר"ן.	תוכניות מובנות בהובלת משרד הבריאות.	שעת חירום
אין מחויבות. מצופה מהם לבחון טכנולוגיות חדישות.	יש במגבלות התקציב.	כפיפות לסל השירותים

שאלות לדין בכנס:

1. חסמים וגבולות

- ◆ אלו חסמים וגבולות משני צדי המתרס מגבילים את הרצף הטיפולי: קהילה - בית חולים - קהילה?
- ◆ כיצד משמרים יעילות ומונעים כפל עשייה ברפואה היועצת בין הקהילה לבית החולים? מתי נכון לשלוח לזו או לזו? מי אמור להחליט?
- ◆ מהם מנגנוני התגמול אשר יאפשרו לאנשי הרפואה הראשונית והיועצת להשתמש במערכי הרפואה למרחוק וכן לקיים בקהילה מערכי הכשרה ומחקר?

2. אחידות ומדיניות טיפול

- ◆ כיצד משמרים רצף טיפולי המתבטא בסטנדרטים טיפוליים, קווים מנחים ומדדי איכות במקרים של פרגמנטציה הטיפול בין גורמים שונים?
- ◆ כיצד ניתן למצוא מודלים של מדדים חוצי גבולות אירגוניים ולהסיק מהם על איכותו הכוללת של הטיפול הרפואי?
- ◆ מהם המדדים?
- ◆ כיצד סוכמים את כלל האיכות הטיפולית של המערכת?

3. של מי האחריות ואלו כלים נתנו לו על מנת לקיימה?

- ◆ בהנחה שאין בעיה בהעברת המידע - איך משמרים רצף נתפס בטיפול במעברים בין גורם מטפל אחד לשני? של מי האחריות?
- ◆ האם יש צורך בביצוע התאמות אירגוניות שיאפשרו לרופא הראשוני להיות מנהל טיפול משמעותי?
- ◆ מה מידת החופש ומידת ההשפעה שצריכה להיות למטופל בקבלת ההחלטות הטיפוליות?

דיון בכנס והמלצות בקבוצת העבודה הראשונה

אחריות

הדיון בנושא זה נסב בעיקר על תפקיד הרופא הראשוני וצוותו כמנהלי הטיפול. אין ספק שהרופא הראשוני הוא היחיד הרואה את התמונה הכוללת והיכול לעשות אינטגרציה של כל פרטי המידע על המטופל. הוא גם זה המפנה את המטופל ליועצים המקצועיים ומקבל מהם את המידע על תרומתם לאיבחון והטיפול בתחומים הספציפיים. היכרותו של הרופא הראשוני עם הרפואה היועצת מאפשרת לו לבחור את היועץ המתאים ביותר למצב המטופל. ראוי שלרופא הראשוני תהיה גמישות מרבית בבחירת הרופא היועץ ובמקרה הצורך בבחירת בית החולים המאשפז.

הרופא הראשוני הוא גם היחידי במערך הטיפולי המכיר את הצדדים המשפחתיים והתרבותיים של החולה ובכך מהווה מקור מידע עיקרי לשאלות הנוגעות לתחומי האתיקה וההתנהגות החברתית של החולה כגון במצבים של הסכמה לניתוח, התנהגויות סוף החיים, פעילויות על פי חוק זכויות החולה וחוק החולה הנוטה למות. קיימים מקרים בהם המטופל נמצא במעקב צמוד על ידי מטפלים מומחים כמו בחולי דיאליזה או בחולי סרטן בתקופת הטיפול בהם. רוב המדיינים הסכימו שגם במקרים אלה הרופא הראשוני נשאר מרכז הטיפול ומפעיל את המערכת הביטי הרפואה שאינם עוסקים במחלה היסודית. לפיכך, אחריותו כמרכז הטיפול נשמרת.

סיכום ההמלצות

- ◆ האחריות הכוללת למטופל הינה של המבטח.
- ◆ המבטח אחראי לכך שספקי השירותים ובכללם בתי החולים יתנו טיפול איכותי.
- ◆ האחריות המקצועית הכוללת על החולה כ-Case Manager היא על צוות המרפאה הראשונית ובכללם הרופא הראשוני וצוותו, למעט יוצאי דופן.

עבודת צוות על פני רצף הטיפול

הרצף הטיפולי המרוכז על ידי רופא המשפחה הראשוני, יוצר מערך רב מקצועי המתפרס על מקומות ביצוע אחדים. חלקם בבעלות הקופה, חלקם על ידי רופאים עצמאיים של הקופה וחלקם במקומות אחרים אשר לקופה הסכם עימם ובכללם בתי החולים. צוות רב מקצועי זה אמור ליצור מידע העוסק בהיבטים התרבותיים והפסיכוסוציאליים של המטופל ולייצר דרך טיפולית אופטימלית אשר תיקח בחשבון נושאים כמו העדפות מגדריות, התייחסות אל המוות בתחילת החיים

ובסיומום, רצון לקבל ייעוץ מאנשי רוח ודת, הסכמה לטיפול/אי טיפול וכדומה.

הרצף הטיפולי בהיבט הטכנולוגי עלה לדיון כיוון שלא כל הטכנולוגיות נגישות בכל בתי החולים וברפואה הקהילתית. יתר על כן גם בטכנולוגיות קיימות לפעמים התוצאות המתקבלות אינן זהות, למשל בין מעבדות שונות וגורמות לאי הבנות, עוגמת נפש וצורך בחזרות בלתי נחוצות. בעיה נוספת היא חוסר רציפות הטיפול התרופתי כיוון שקופות החולים ובתי חולים אינם מטפלים בתרופות זהות. במידה ובית החולים מטפל בתרופות שאינן בסל יש צורך להתאים את הטיפול לסל בסיום האשפוז. המצב קשה יותר כאשר מדובר במשפחות של תרופות, כאשר כל קופה וכל בית חולים עשויים להשתמש בתרופות שונות ממשפחות זהות. כאן היו הדעות חלוקות לגבי סוג הפתרון ולא הגענו לקונצנזוס.

סיכום ההמלצות

- ◆ הרצף הטיפולי בין בית החולים לקהילה מצריך צוות רב-מקצועי הכולל גם היבטים תרבותיים ופסיכוסוציאליים, כמו עובדים סוציאליים על מנת לאפשר מתן מענה מלא למטופל בעת חזרתו לקהילה.
- ◆ יש צורך במתאם טיפול מקצועי בבתי החולים לשחרור חולים על פי קריטריונים רפואיים מוסכמים. על המתאם להכין את הקהילה לשחרורו הצפוי של המטופל, בהיבטים של ציוד נדרש, קביעת תורים להמשך מעקב וביורו, ביקורי בית, הערכות בהיבטים סוציאליים ועוד.
- ◆ יצירת מנגנון שיבטיח רצף טיפולי לחולה בתחום הטכנולוגי והתרופתי.

הפלת החומה בין הקהילה ובתי החולים

החומה המפרידה בין פעילויות קהילה לפעילויות בית חולים נעשית גבוהה ואטומה משנה לשנה עד שכיום היא מכונה על ידי שני הצדדים "החומה הסינית". גם אם יש הצדקות ענייניות שהן בעיקרן כלכליות להפרדה בין טיפולי הקהילה לטיפולי בית החולים והפלת החומה אינה מעשית, הרי שטובת המטופל דורשת יכולת מעבר של החולה בין רפואת הקהילה לרפואת בית החולים על פי צרכיו. המערכת האשפוזית והמערכת הקהילתית נותנות צורות שונות של טיפול רפואי. כמו כן, לעיתים שירותים ופעילויות אמבולטוריים הנראים ככפולים מחמת הימצאותם בשתי המערכות מספקים שירותים משלימים ולא בהכרח זהים. לפיכך, הפעולה הראשונה אשר צריכה להינקט היא חשיפה הדדית של כלל השירותים משני צידי החומה ובחינת תפקודם ואיכויותיהם. פעילויות זהות יכולות להתבטל ואילו פעילויות משלימות

צריכות מצריכות דיון בקשר למיקומן ברצף הטיפולי.

מערכים משולבים של רפואה אמבולטורית יקלו בהרבה על הרצף הטיפולים כאשר יאפשרו חשיבה רחבה ברמה האזורית של מידרוג השירות ואופן השימוש בו ככלי אבחוני וטיפולי בידי הרופא הראשוני מרכז השירות. חשיבה כוללת רחבה כזאת המשלבת אלמנטים מהקהילה ומבית החולים אפשרית ונעשית בפרויקטים רבים של קופת החולים הכללית, שם ההיבטים הכלכליים קטנים עקב הבעלות המשותפת, אך גם על ידי הקופות האחרות תוך מציאת דרכים להתגבר על ניגוד האינטרסים הכלכלי המובנה במערכת. מעט מאוד נעשה על מנת ליצור אפשרויות טיפול למבוטחי כל הקופות כאשר המשאבים המקצועיים נדירים, כמו סוגים לא מעטים של רפואה מקצועית בפריפריה. שילוב בתי החולים במערך כזה יכול לאפשר פעילות כזאת באתר ניטרלי.

הרצף, טיפול אמבולטורי בקהילה - אשפוזי בבית החולים - שיקומי ותחזוקתי בקהילה דורש חשיבה לגבי יצירת מדדי איכות חוצי ארגון. מדדים כאלה הכרחיים על מנת לשפר תוצאים שהינם פועל יוצא של טיפול חוצה ארגון ולא רק תהליכים בדידים.

מדדי איכות חוצי ארגון המודדים את האיכות הכוללת של הרצף הטיפולי יהיו חסרי משמעות ללא תמריצים כלכליים אשר יעודדו שיפור איכות כוללת והסרת חסמים לא נחוצים. יצירת תמריצים כלכליים כאלה הם אתגר כי יחייבו ניתוח מפורט יותר של כל שלבי הטיפול ולעיתים קרובות תגמול דיפרנציאלי של מערכות אשר לעיתים אינן שייכות לקופה. לתפיסת אנשי הצוות המכין והמתדיינים, נושא זה הוא אחד המורכבים ביותר לביצוע אך מאידך הוא בעל חשיבות עליונה לשיפור מצב הבריאות של המבוטחים.

חלופות אשפוז בקהילה תפעלנה ביעילות יתר כאשר יישקל שילוב רופאי בתי החולים ו/או מערכים אדמיניסטרטיביים של בתי החולים עקב ניסיונם המקצועי בטיפול ומעקב אחרי חולים מורכבים יותר מאלה המטופלים בד"כ בקהילה וכן אמונים הם על ניטור החולים בכל שעות היממה.

סיכום ההמלצות

- ◆ חשיפה הדדית של מפת השירותים בקהילה ובבתי החולים.
- ◆ בניית מערכים מקצועיים משולבים.

- ◆ בניית מודלים פיננסיים התומכים בהסרת החסמים ובחיזוק המשכיות הטיפול.
- ◆ יצירת מנגנון תמרוץ לקופות ליצירת מערכים חלופיים לאשפוז בקהילה.

קבוצת עבודה שנייה

רצף טיפולי בהיבטי המערכת - איגום ומיצוי משאבים בית חולים - קהילה

חומר רקע לקבוצת העבודה השנייה

הצורך במודל חדש לפריסת שירותי בריאות:

מדינות מערביות מודרניות מתמודדות עם פער הולך וגדל בין צרכי הבריאות של האוכלוסייה ובין יכולות המערכת והחברה לספק צרכים אלו. למציאות זו תורמים מספר גורמי מפתח:

עומס תחלואה: צרכי הבריאות מוכתבים בדרך כלל מהזדקנות האוכלוסייה ומהצורך להתמודד עם עומסי תחלואה כרוניות מורכבת למשך שנים ארוכות ועם ריבוי מחלות כרוניות בו-זמנית. כמחצית האוכלוסייה הבוגרת לוקה במחלה כרונית אחת לפחות וכשני שלישים מהאוכלוסייה בגיל הפנסיה סובלים משתי מחלות כרוניות, לפחות. מחלות כרוניות אחראיות לכ-86% מהסיבות לתמותה ולכ-70%-80% מהוצאות הישירות במערכת הבריאות, וכן לכ-28% מה-DALY (disability-adjusted life years) על ההשלכות הכלכליות על המשק בכללותו.

תפיסת השירות: צרכי הבריאות של האוכלוסייה המבוגרת גדלים מעבר לעליה הדמוגרפית באחוז הזקנים. כנס יום-המלח 2011 עסק בהערכות המדינה להזדקנות האוכלוסייה. 14% הזקנים בישראל הצפויים בשנת 2030 יסבלו מצברי תחלואה כרונית מורכבת, פיזיות ונפשיות, והכרוכה בנכות באופן המחייב חשיבה ותכנון פרישת השירותים שידרשו כמענה נאות. העומס הצפוי על בתי החולים ועל השירותים הקהילתיים, שיצטרכו לתת מענה לאוכלוסייה מזדקנת זו באמצעות טכנולוגיות מודרניות מהווה אתגר רציני. התפיסה ההולכת ורווחת בעולם היא שרבים מהשירותים שניתנים היום בבתי החולים יצטרכו להינתן בקהילה, ורבים מהשירותים המרפאתיים בקהילה יצטרכו להינתן בבית המטופלים. הדרישות הצרכניות של הציבור מחד גיסא והחובה לספק שירותים איכותיים ושוויוניים מאידך גיסא תומכים במעברים אלו.

צורכי הכשרות כוח אדם מקצועי: כבר היום קיים חוסר במטפלים בקהילה ובבתי החולים ברבים מהתחומים וההנחה היא שהפער בין צורכי הבריאות של האוכלוסייה ליכולת המערכת להוסיף מטפלים מתאימים ילך ויפחת. במקביל להוספה פשוטה של מטפלים, תידרש הערכת מבנית ותהליכית חדשה של השירות שתאפשר שימוש יעיל במשאב האנושי היקר, קרוב לוודאי היקר מבין כל המשאבים. המעבר של שירותים מורכבים לקהילה תחייב בחינה מחדש של סוגי המטפלים, מרמת מטפלים תומכים בבית החולה ובקהילה, ועד למקצועות חדשים שיחייבו הכשרות חדשות על מנת לאפשר ערוצי תקשורת וטיפול מתואמים בין צוותים רפואיים. נדרש לבחון שינוי של אופי ההתמחות המקובל והתאמתו לאופי התחלואה המודרנית.

היבטי מימון: בכנס ים-המלח שעסק בהערכות המדינה להזדקנות האוכלוסייה הוצגו תחזיות כלכליות שהצביעו על ההוצאה הציבורית הצפויה. על פי תחזיות אלו העלייה בהוצאה הציבורית על הסיעוד בקהילה תשולש בעוד שההוצאה על בריאות בכלל ועל אשפוז סיעודי תוכפל עד 2030. יחס התמיכה בהורים כמעט יוכפל ויחס תלות כוללת מצביע על עליית משקל הקשישים מבין הנתמכים. כל זאת על רקע הוצאה מוגבלת של ההוצאה הציבורית על בריאות משמעותו הגברת המעמסה של ההוצאה הפרטית על בריאות.

הצורך בהתייעלות: לאור הפערים הגוברים בין צורכי הבריאות ובין היכולת לספקם - התייעלות בניהול מערכת הבריאות מהווה מרכיב חיוני בהערכת. הכוונה להתייעלות במספר מישורים:

- א. בהיבטים הנתפסים על ידי צרכני הבריאות (כפי שעוד יפורט);
- ב. בהיבט משאבי הזמן והידע של נותני השירותים;
- ג. בהיבט השימוש במכשור ומתקנים.

המשמעות היא התאמה הדרגתית של מערכת הבריאות לשינויים הנדרשים בשירות, פיתוח תפיסת שירות חדשה עם מעברים משמעותיים של שירותים לקהילה ולבית המטופל ואופטימיזציה של רצף הטפול החדש לפריסה המעודכנת. בתוך הערכות חדשה זו יש לתת הדעת למעברים נכונים בין קהילה ובית חולים ובין בית חולים לקהילה - מעברים המשקפים את מערכת הבריאות כולה.

רצף הטיפול בממשקים שבין בית החולים לקהילה הם נושא מוביל בכנס הנוכחי.

מה הכוונה בהתייעלות?

1. התייעלות בהיבט צרכן השירות: שאין מבטלים את זמנו בהמתנות ארוכות או בביטול תורים, שאינו חייב לחזור ולתת אותו מידע רפואי פעם אחר פעם למטפלים שונים בהנחה שמה שמסר כבר - מתועד; שאינו צריך לחזור על ביצוע אותן בדיקות ודימות - התוצאות כבר מתועדות בתיקו הרפואי; הרופאים היועצים והצוות במרפאה כבר מתואמים.

2. התייעלות בהיבט נותן השירות: זמנם מוקדש לעבודה קלינית ולא לנסיעות ארוכות ממקום עבודה למשנהו; העבודה במרפאה זורמת ואין ביטולים והמתנות ארוכות למטופלים; מידע שתועד על ידי מטפלים קודמים זמין להם באופן נוח מבלי לבזבז זמן מחשב.

3. התייעלות בהיבט השירות עצמו: אין כפילות בביצועים, אין אובדן מידע, הרצף הטיפולי נשמר כמתוכנן ובזמינות מתאימה לדחיפות; מכשור מנוצל אופטימלית בתכנון מרחבי; המשאב האנושי מנוצל באופן שכל בעל תפקיד מבצע את הפעולות הייחודיות לו בעיתוי הנכון; עבודת צוות מתואמת על ידי *case manager* בצוות; מדדי ביצוע ומדדי תוצאים מתואמים לאורך הרצף הטיפולי ומשמשים להערכה שיטתית.

פיתוח מודלים של שירות בקהילה:

פיתוח חלופות אשפוז לבית חולים: צמצום האשפוז החד למצבים היפר-אקוטיים, מסכני חיים, והערכות לטיפול קהילתי במחלות אקוטיות שאינן מסכנות חיים במסגרות שירותי קהילה, מוקדי יום, טיפולי בית וטיפול במוסדות לאשפוז ממושך; כל זאת בנוסף לתפקיד הקהילה במניעה וטיפול במחלות הכרוניות.

הערכות לקליטה מוקדמת בקהילה של חולים בשלב *step-down care* במצבים רפואיים נבחרים: בקופות יש כיום הערכות ייחודית דמוית "מחלקות בקהילה" הקולטות חולים המשתחררים מאשפוז ומטופלות על ידי גורמים קהילתיים מותאמים לצרכי החולים האלו עד להתייצבות נוספת המאפשרת המשך טיפול קהילתי רגיל. ה-NHS הבריטי מפתח מודלים בהם רופאי בתי חולים מספקים שירותי אשפוז בבית החולה או במוסדות אשפוז כרוניים (*Future Hospital Commission*); השרות מוצע בצוותים הכוללים רופאי בתי חולים, אחיות ועובדות סוציאליות ובתאום עם רופא המשפחה, אחיות קהילה ושרותי בריאות הנפש בקהילה.

צמצום אשפוז כרוני במוסדות ופיתוח חלופות של שירותי תמיכה ביתיים, במיוחד בקשישים מרותקים: בנוסף לקלינאים קיימים גורמי תמיכה קהילתיים התומכים בשמירה על המטופלים בביתם; טיפולי הבית שהקופות פיתחו הן הבסיס לשירותים אלו.

העברת שירותי שיקום למיניהם לבית המטופל, כחלק מרצף שיקום המתחיל באשפוז (במידה ומתחייב), ממשיך בקהילה במסגרות אמבולטוריות או בבית החולה (או משולב).

פרישת שירותי יעוץ מומחים מרחבית: ניהול מרחבי של שירותי יעוץ מומחים על ידי גורם מקצועי מרחבי האחראי גם לפרישת השירותים, לתאום בין המטפלים, לשימוש האופטימלי במשאבי התחום השונים וכן לאיכות השירות. ה"מרחב" מוגדר גיאוגרפית ומתייחס למומחי קהילה, מרפאות חוץ של בתי חולים, ומחלקות אשפוז במרחב; הניהול המרחבי של התחום מתייחס לפעילויות כגון: פרישת שירותים ודאגה לאיוש שוטף על ידי מומחים מה-pool המרחבי, פיתוח מקצועי ואקדמי של מומחי המרחב, המשך הכשרות ועדכונים מקצועיים.

ניטור פרמטריים ביולוגיים ותפקודיים מבית החולה (RPM) Remote patient monitoring technologies: מאפשר זיהוי צרכי התערבות just in time בחולים נבחרים בסיכון. ההתערבות על פי רוב באמצעות מוקד רפואי או סיעודי מתמחה. הניטור זמני (כחלק מ-step down care) או ממושך (בחולים כרוניים בלתי יציבים).

שירותים מקוונים לבית המבוטח: לקשישים, לאנשים עם מוגבלויות, ולאוכלוסיות נבחרות נוספות: מתבססים על פרישת תקשורת "פס רחב" לביתם באופן ששירותים מרחוק, ובעיקר מעקבים רפואיים, יסופקו בנוחיות באמצעות טכנולוגיות הקיימות בביתם (מסך הטלויזיה למשל); מאפשר שירותים יזומים על ידי המטופלים ועל ידי המטפלים כאחד; מאפשר ניהול מרחוק של מחלות כרוניות; טכנולוגיות השירות המקוון מוגונות ומותאמות לצרכי החולה באופן אישי (החל מטלפון וכלה בוידאו-קונפרנס); פרישת תקשורת זו מסובסדת על ידי המדינה בסקוטלנד למשל, ומתרחבת לאנגליה ומדינות מערביות נוספות. לגבי מגוון חידושים בשירות המקוון נדרשת אסדרה, קביעת תעריפים, מנגנוני פיקוח ובקרה. נדרשת פעילות יזומה ואינטנסיבית של משרד הבריאות לקידום תחומים אלו.

שירותי ייעוץ טלפוני בין רופא קהילה לרופא בית חולים כמו עם רופא מלר"ד, טרם הפניית מטופל למלר"ד או רופא מומחה, כתחליף לביקור של המטופל במרפאת המומחים בבית החולים.

שיתוף הקהילה בהכנת החולה לאשפוז, בדיקה או פעולה שהמטופל עתיד לעבור בבית החולים כמו חלוקת דפי מידע בקהילה, מתן הסבר.

מה הכוונה בפיתוח שירותי בריאות חלופיים לאשפוז בבית המטופל?

1. הטיפול מגיע לבית המטופל במקום שהמטופל יגיע למקום הטיפול.
2. ניווד המטופל יקבע על פי צרכי הטיפול בו, לא מעבר לכך.
3. אין "שחרור" חולים אלא דאגה לרצף טיפול מהקהילה לבית החולים וחזרה לקהילה.
4. הטיפול יובטח שבעה ימים בשבוע כאשר לכל מטופל יש מטפל מומחה אחראי.
5. מחלקות בית החולים יפתחו שירות משולב קהילה - או כצוות ייעודי של בית החולים (ניהול על ידי בית החולים) או כצוות ייעודי של מטפלי קהילה בעלי מומחיות מתאימה (ניהול על ידי הקופה) - איזה מודל מתאים יותר לישראל?
6. יזדקקו ליותר מומחים משולבים (בהעסקה כפולה - בית חולים וקהילה) כדוגמת פנימאים ומנתחים.
7. הטיפול יינתן באמצעות מוקדי תאום טיפול מרחביים. התאום יתחיל בשלב שהחולה באשפוז (או שמצבו הוגדר כתואם אשפוז) ומסתיים כאשר החולה מסוגל להמשיך טיפול על ידי רופא המשפחה וצוותו. חלק מהמעקבים יינתן באמצעים מקוונים - ניטור מרחוק, ו/או שירותי וידאו-קונפrens לבית המטופל.
8. מודל התגמול יותאם לשיקולי אופטימיזציה של תוצאי בריאות והוצאות בראייה מרחבית, לצמצם שיקולים כלכליים מקומיים (כגון קונפליקט לבית חולים המתגמל לפי ימי אשפוז).

פיתוח מודלים של שירות בבתי חולים:

"שחרור מתוכנן" כאמצעי לצמצום אשפוז חוזר בר מניעה: מערכות מודרניות במערב משקיעות בפיתוח וניהול תהליכים המצמצמים אשפוזים חוזרים שאינם מתוכננים, וזאת מעבר לעיסוק השגרתי בניהול משכי אשפוז ועלויות אשפוז. הצורך בכך גבר בשל העלות הגבוהה של אשפוזים, ההכרה בסיכונים בריאותיים הכרוכים באשפוזים ממושכים, והזמינות המוגבלת של מיטות אשפוז. ה-CMS בארה"ב מודד את שיעור החזרה לאשפוז בבתי חולים ומשקלל ביצועים אלו בתגמול בתי החולים

עבור זכאי מדיקייר. ה-NHS הבריטי מעודד תהליכים פרואקטיביים בבתי חולים למטרה זו. לדוגמא, שימוש בכלי הערכת סיכון לאשפוז חוזר, ועיצוב מחדש של מסלול שחרור מתואם עם הקהילה הצליח להפחית במחצית את שיעור האשפוזים החוזרים (Gilbert P et al. Am J Manag Care. 2013;19:eS19-eSP25). השחרור המתוכנן כולל הדרכת המטופל וקרוביו לגבי מחלתו, התרופות החדשות, כיצד לזהות, לפעול ולמי לפנות במצבים שונים, הצורך במעקב על ידי רופא המשפחה סמוך לשחרור, ועוד. תהליך זה מובנה ומוטמע במהלך האשפוז. הוא מתואם עם גורם מתאם קהילתי, אשר מצדו יוזם פעולות משלימות, קליניות, רוקחיות, וסוציאליות.

שחרור מתוכנן בארץ מתבצע בחלק מבתי החולים ובחלק מהמחלקות בבתי חולים. הוא כולל, בין השאר, קביעת תוכנית טיפול המשכי לאחר השחרור בשיתוף עם נציג הקהילה - פתיחת "משרד קשר רפואי" של קופות החולים בבתי החולים המאפשר זימון תורים מראש לקהילה, מתן התחייבות, קביעת תור לרופא משפחה, תכנון הבאת ציוד נדרש לשחרור (קביים, CPM, תכנון תהליך השיקום, אישור תרופות).

קביעה מראש של בדיקות סקר שיעשו לחולים אשר התאשפזו בבית חולים ("ניצול" האשפוז למניעה ראשונית/שניונית).

תרופות: הכנות רוקחיות בבית חולים עבור חולים בקהילה על מנת לשמור על רצף הטיפול, בטיחות המתן ושיפור השירות למטופל, וכן לצורך התייעלות ומניעת כפילות בתחום זה.

פתיחת שלוחות בתי מרקחת מהקהילה בבית החולים.

מתן הרשאות לרופאי בתי חולים להגשת בקשה לאישור בקהילה של תרופות הדורשות אישור מסוג זה על מנת לקצר זמני המתנה לשפר שירות ולשמור על רצף הטיפול.

פיתוח מודלים של פריסת שירותי בתי חולים:

מרכזי מצוינות: במיוחד בתחומים בהם הוכח הקשר בין ניסיון מצטבר (נפח פעילות) ובין תוצאים, ראוי לעודד ריכוז פעילות במרכזי מצוינות. המגמה היא לצמצם את התופעה של מרכזים בהם "כולם עושים הכל" ולעודד את המגמה של "מרכזי

מצוינות" מתמחים. המהלך מחייב תכנון מרכזי של פריסה ובניית מסלולי טיפול המתעדפים את מרכזי המצוינות. במידה ויש תחרות היא צריכה לכלול תוצאי בריאות (לא להסתפק במדדי תהליך ותגמול על יעילות בלבד), תתבסס על נתונים מוסכמים מראש, (ראו הספר Redefining Health Care של M Porter).

רשת מוקדים ומרכזים רפואיים קהילתיים (או light hospitals) סביב בתי חולים

אקדמיים גדולים: מודל בתי החולים ה"קלים" (light hospitals) נולד מצריכה גוברת של שירותי בית חולים על ידי אוכלוסייה מזדקנת עם ריבוי תחלואה מורכבת במקביל לדפוסי צרכנות המעודדים צריכה קרובה למקום המגורים, קבלת שירות מומחים בזמינות גבוהה ובאזור המגורים, מול מציאות של תורים מתארכים לפעולות אבחנתיות הדורשות ציוד מתקדם וניתוחים בסטנדרט מודרני. התפתח מודל של בתי חולים המספקים שירותים אלו במרכזים רפואיים ייעודיים הפזורים סביב בית חולים שלישוני גדול, והניזונים ממשאבי ידע משותפים. מרכזים אלו מבצעים פעולות אבחנתיות כגון CT, וניתוחים אלקטיביים באשפוז יום או המחייבים אשפוז של 1-2 לילות. ניהול מתקדם של מסלולי הטיפול בבתי חולים אלו מביא ליעול השימוש במיתקנים, תוך פרופיל סיבוכים דומה לאשפוז רגיל. כאמור, קיים תאום מרחבי לבחירת החולים המתאימים לפעולות מתוכננות בבתי חולים קלים או במרכז הרפואי המרכזי. המודל הזה קיים בהצלחה רבה בחלקים של ספרד, אנגליה, קנדה ועוד מדינות.

רצף הטיפול:

מספר מרכיבים ארגוניים תומכים ברצף הטיפולי בכלל, וברצף שבין קהילה ובתי חולים והם:

◆ **מערכת מידע אינטגרטיבית המלווה את המטופל בכל אתר שירות רפואי:** גם

אם כל מרכיב שירות משתמש במערכת מידע שונה, המידע זורם בין נותני השירות בשיטות של IT מודרניות המבטיחות חיסיון רפואי מחד גיסא וזמינות המידע למטפלים המורשים מאידך גיסא. הטמעת מדדי רצף בתוך מערך מדדי האיכות של בתי החולים ושל קופות החולים.

◆ **מערכי מימון ותגמול התומכים ברצף טיפולי:** לדוגמא, תגמול בתי חולים על

הטמעת פעולות של תכנון שחרור מוקדם במהלך האשפוז ותאום השחרור עם הגורמים המרחביים או נציגי קופות החולים. או לדוגמא תגמול רופא ראשוני על שימוש ביעוץ טלרפואה.

◆ **רגולציה:** הסדרה ופיקוח על תהליכי המעברים בין קהילה ובתי חולים. כביטוי למדיניות כוללת של משרד הבריאות למיטוב מידע ולייעול מערכות הבריאות המרחביות. וחיוב בתי החולים לתכנן ולתאם את שחרור החולים עם גורמים קהילתיים ללא תלות באיזו קופה מבוטח המטופל.

◆ **הגברת הפיקוח על בתי חולים:** לעמידה ביעדי ביצוע של פעולות מורשות ברישיון, תוך צמצום התורים הארוכים לפרוצדורות אלקטיביות "לא כדאיות כלכלית". הקפדה על חובת אספקה של כל השירותים המורשים ללא תלות בעלויות וללא סלקציה מכל סבה. חיזוק המדידה, הדיווח, הפיקוח והבקרה בנושאים אלו.

בנוסף יש לשקול הכנסת תמריצים (חיוביים ושלייליים) לעמידה ביעדי שירות, ביעדי זמינות, ביעדי פיקוח ודוח. תגמול דיפרנציאלי של בתי חולים על ביצוע פעולות אלקטיביות בהתאם לעמידה ביעדי זמינות ושירות. פרסום סדיר לציבור של משכי המתנה לפרוצדורות אלקטיביות - (ראו דוגמת קנדה). יצירת אמנת שירות שבה המדינה מתחייבת למשכי המתנה מירביים במערכת הציבורית. בהינתן מידע על מישכי המתנה אלו, להחזיר לציבור את האמון במערכת הבריאות באופן זה.

נושאים משלימים:

◆ **שירותים מחוץ לשעות העבודה של המרפאות:** מוקדים ושירותי 24/7, בפרישה ארצית מתכננת לפי מפתחות של גודל יישוב, ריחוק מבית חולים וצרכים מיוחדים. בתפעול מרחבי (ללא תלות בשיוך מוסדי), תוך תיעוד מלא של מידע ותוך תיאום מלא בין מטפלים. חלק מהשירותים נעזרים באמצעים מקוונים (יעוץ מומחי מרחוק לגורם מטפל מקומי).

◆ **הבטחת איכות הרפואה ושירותי הבריאות בישראל:** לזרז הקמה של מערכת לאומית לניהול ובקרה על ידע, מדידת איכות והערכת ביצועים בבתי חולים ובמעברים בין בתי חולים וקהילה.

◆ השקעה במערך מדדי איכות לבתי חולים, פרסום מידע לציבור ועידוד תכניות לשיפור.

◆ השקעה במערך מדדי מעבר ביה"ח-קהילה.

- ◆ **איחוד תכניות הרווחה והבריאות:** קידום הרפורמה בסיעוד בתקצוב נכון.
- ◇ הכנת תכנית להעברת האחריות הביטוחית על האשפוז הסיעודי והשגת הסכמות עם הגורמים השונים, כולל הכנת תכנית להעברת האחריות הביטוחית על מכשירי שיקום וניידות.
- ◇ איחוד מערכי המידע על זכויות רווחה ובריאות של ציבור המבוטחים.

- ◆ **כוח אדם:** תכנון ארוך טווח - הכוונה למקצועות נחוצים כיום ובעתיד הקרוב באמצעות ניהול התמחויות, קידום מעבר של רופאים ואחיות לתעסוקה קבועה בפריפריה, הפיכת הקהילה לחלק מחומר הלימוד של סטודנטים לרפואה ושל רופאים מומחים.

שאלות לדיון בכנס:

1. מה המודל האופטימאלי לשילוב מומחים?
2. מה מודל ההכשרה של רופאים מומחים לעבודה משולבת בקהילה במתכונת החדשה?
3. מהו תפקיד הרגולטור ביחסי הגומלין ובמודלים המוצעים בין קהילה לבית חולים?

דיון בכנס והמלצות בקבוצת העבודה השנייה

התאמה אירגונית

אינטגרציה ואופטימיזציה של הטיפול תוך יצירת רצף טיפולי אפקטיבי מחייב גם שינויים אירגוניים. מדובר בעיקר על שינויים אשר יאפשרו עבודה משולבת של הרופא בבית חולים ובקהילה כחלק ממשרתו. צורת עבודה כזו תאפשר לרופא ראייה כוללת של צרכי מטופליו ללא קשר למקום ביצוע הפעילות. מודלים נוספים שנידונו כללו ניהול מקצועי משותף לנושא נתון בבית החולים ובקהילה, ניהול מרפאה בבית חולים על ידי רופא קהילתי וכדומה. מודלים כאלה המשותפים לקהילה ולבית החולים היו קיימים בעבר וקיימים בהווה במערכת של קופת החולים הכללית במקומות בהם שני הצדדים הם בבעלות של הקופה. בעבודה של בתי חולים שאינם של הכללית עם כלל קופות החולים היו מודלים כאלה בעבר אך כמעט ואינם קיימים היום. הצוות מאמין שניתן להתגבר על ניגודי האינטרסים הכלכליים ולאפשר רופאים משולבים, ומודלים משולבים אחרים בצורה שתיטיב עם המטופלים.

בהקשר זה נידון נושא כפל השירותים וסוכם שמבחינת טובת החולה יהיה נכון להפנותו למרפאה המתאימה ביותר מקצועית. לשם כך הומלץ למפות את הרפואה היועצת האמבולטורית ולפתח את השירותים בהתאם לזמינות של הרופאים המקצועיים המתאימים.

רפואה מקוונת מאפשרת פתרונות לא מעטים אשר יתרמו לרצף הטיפולי וישפרו את הנגישות למערכת הבריאות בעיקר לחולים הזקוקים לניטור ולכאלה הזקוקים לייעוץ ראשוני מעבר לשעות הפעילות. גם מידע המתקבל בפעילות הרפואה המקוונת צריך להיות זמין לרופא הראשוני. כמו כן חסרים כיום מנגנוני תשלום ופיצוי בעבור עבודה מקוונת וזמינות מקוונת מעבר לשעות העבודה.

סיכום המלצות

- ◆ יצירת מערך רופאים משולבים תחת מעסיק אחד או לחילופין תחת הסדר פיננסי תומך.
- ◆ יעילות ומניעת כפל שירותים.
- ◆ חלוקה ברורה של השירותים בין הקהילה לבית החולים הכללי.
- ◆ פיתוח שירותים בהתאם למיפוי.
- ◆ יחידות המשך טיפול - העצמה וסטנדרטיזציה על ידי הרגולטור.

◆ פיתוח רפואה מקוונת, קביעת סטנדרטים מקצועיים המלווים בתימרוץ כלכלי מתאים.

הכשרה מקצועית בקהילה

על מנת שהרפואה הקהילתית תקבל את האופי המיוחד לה ולא תיוותר כחלק הפחות מורכב, ולכן לכאורה הפחות חשוב, של הרפואה יש לבדל אותה מן הרפואה האשפוזית. הדבר יתאפשר כאשר בקהילה יבנה מערך הכשרה ספציפי המתאים לה ובו צורות חשיבה, אבחון וטיפול ייחודיים לה, תוך ראייה כוללת של צרכי המטופל בכל עת. מערכי הכשרה כאלה צריכים להיווצר לא רק לגבי רופאי משפחה אלא גם לגבי רופאים יועצים, סיעוד קהילתי, מקצועות בריאות קהילתיים וכד'. החשיפה לידע ולצורת העבודה בקהילה ראויה להיווצר כבר תוך כדי הלימודים הראשוניים כמו בבית הספר לרפואה, במחלקות לסיעוד ולמקצועות הבריאות האחרים כבר באוניברסיטאות. החשיפה אמורה להמשך בשנים הקליניות, בסטאז' ובהתמחויות השונות ברפואה, לפחות אלה אשר חלק גדול מפעילותן היא אמבולטורית.

חלק מן המתדיינים העלו את האפשרות ליצור מסלולי התמחות ברפואה הייחודיים לרפואה היועצת הקהילתית. אחרים שללו אפשרות כזאת מכל וכל בטענה שהיא תגרום ליצירת רופאים מקצועיים מסוג ב'. מכל מקום, רוטציות של מתמחים בקהילה יאפשרו ליצור את הגרעינים הראשונים של רופאים יועצים מותאמים לקהילה.

מערכות הכשרה קהילתיות יצריכו ביצוע שינויים אירגוניים משמעותיים בצורת עבודת המדריכים שכן שעות העבודה וצורת התגמול של רופאים בקהילה ובעיקר הרופאים היועצים מתבססת על תשלום על פי מספר חולים שנראו או מספר פרוצדורות שהתבצעו. על מנת לתמרץ מערכי הכשרה בקהילה, יהיה צורך לתגמל את המדריכים - הרופאים היועצים בקהילה.

סיכום ההמלצות

- ◆ תוכניות הכשרת סטודנטים לרפואה וסיעוד תוך חשיפה לרפואה הקהילתית.
- ◆ תוכניות הכשרת מתמחים ברפואה תוך חשיפה לרפואה הקהילתית (רוטציות חובה במרפאות קהילה במקצועות עם גוון קהילתי מובהק).
- ◆ בחינת תוספת מסלול התמחות מוכוון קהילה בתחומים מסוימים - עיניים א.א.ג., נשים, ילדים, גריאטריה, אורתופדיה, תת התמחויות בפנימית ופסיכיאטריה.
- ◆ יצירת תחומי התמחות ייעודיים בסיעוד התואמים לעידן הרפואה המודרנית.

◆ שילוב לימודים בתחום הרפואה המקוונת במסגרת תוכניות ההכשרה בבתי הספר לסעוד ולרפואה ובהתמחויות.

בקה מדידה ומחקר

הרצף הטיפולי הוא מושג תפעולי האמור להבטיח את איכות הטיפול במעבר מרופא לרופא ומערך אירגוני אחד למשנהו. לפיכך הוא רלוונטי בכל פעם שמעבר כזה מתקיים בין אם המעבר חוצה ארגון ובין אם מתבצע במסגרת מערך אירגוני אחד. יש קושי ניכר בנייתו פעילות רב מקצועית וביחוד אם יש מעבר מארגון לארגון או ממשלם למשלם. עם זאת קיים גם קושי מתודולוגי לנתח פעילות המשתרעת על פני תקופה ארוכה ובה מעורבים מטפלים רבים וארגונים שונים הפועלים על פי סטנדרטים שונים. מאידך, באין מדידה, לא תתכן החלטה מושכלת בקשר ליעילות בקרה כזאת תקצובה ובקרתה. יש לעשות את המירב על מנת ליצור את המודל אשר יאפשר מדידת תוצאים אובייקטיבית.

במידה והמודל יוכיח יעילות יהיה זה מן הראוי לתגמל את הצוותים בעבור גיבוש תכניות העבודה והפעלתן. התגמול אינו חייב להיות גדול, אך ראוי שיינתן על מנת שיעביר מסר שאיכות נמצאת בסולם העדיפויות הגבוה ביותר של הקופה ושל בית החולים. זהו גם שדר חשוב ללקוחות.

סיכום ההמלצות

- ◆ קבלת החלטות על פי נתונים ומידע מצריך מחקר יעודי רטרו/פרוספקטיבי הנובע מ-demonstration projects.
- ◆ יצירת מדדי איכות חוצי ארגונים על כלל הרצף הטיפולי.
- ◆ מציאת מודל תגמול בהתאם לעמידה במדדים על פני הרצף האירגוני.

קבוצת עבודה שלישית

מנגנוני הפיצוי וכללי התחשבות בתי חולים קהילה

חומר רקע לקבוצת העבודה השלישית

מבוא

התמריצים הנוצרים ממנגנון הפיצוי וכללי ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים בקהילה הם כוח מרכזי אשר מעצב את ההתנהגות של בתי החולים והקהילה, משפיע על המחירים במערכת (ישירים ועקיפים כדוגמת זמני המתנה), על הכמות ועל איכות השירותים הניתנים במסגרת האשפוזית (Gaynor and Town, 2013).

בישראל, אחוז ניכר מסך ההוצאה על בריאות הם הוצאות בתי חולים. ההוצאות של קופות החולים על אשפוז מהווים רכיב משמעותי מתוך סך ההוצאות של הקופות על מבוטחיהן (42%). לכן, מהיבטים של ריסון הוצאות ויעילות יש חשיבות מכרעת לבחירת מנגנון ההתחשבות בין הקופה לבית החולים. אולם, לא רק מהיבט של העלויות יש לבחירת המנגנון חשיבות רבה. למנגנון זה, כפי שנראה בהמשך, יש השפעה גם על מדיניות הטיפול ומדיניות הקבלה לאשפוז של בית החולים דבר המשליך כמובן גם על בריאות האוכלוסייה.

בנספח 1 ניתן למצוא סקירה לאורך זמן של מודלי התחשבות הקיימים בישראל בין קופות החולים לבתי חולים.

מסמך זה הוא מסמך רקע שמטרתו להעלות שאלות לדיון הקשורות לתרומה של מנגנוני ההתקשרות והפיצוי שבין קופות החולים לבתי החולים בישראל לרצף הטיפול, לאיכות הטיפול ולקידום היעילות בראי המערכת.

מודל ההתקשרות בין בתי החולים לקופות החולים

Gaynor and Town (2012) מציגים מודל לתחרות בשוק בתי חולים. במודל קופות חולים / תוכניות ביטוח מתקשרות לאחר מו"מ עם בית החולים. המבטח אשר צריך להתאשפז בוחר בית חולים מתוך רשימת בתי החולים איתם הקופה / התוכנית שלו קשורה ואינו משלם כל השתתפות עצמית. שווה"מ הנגזר ממודל זה ומקיים תחרות קשור בין היתר לקבוצת קופות החולים ובתי החולים הפועלים בשוק ולפיזור

הגאוגרפי של בתי החולים ושל המבוטחים. המו"מ בין כל קופה לכל בית חולים קובע את המחיר שמשלמת הקופה לבית החולים על כל מבוטח (כפול משקל שניתן לאבחון / לפרוצדורה שנבחרה למשל DRG). התוצאה של המו"מ קובעת איזה בית חולים ואיזו קופה יתקשרו וכמה הקופה תשלם לבית החולים על הטיפול במבוטחיה. אבל לא רק זאת, התוצאה גם משפיעה על הפרמיות שהקופה גובה ועל בחירת הקופה על ידי המבוטח.

זאת ועוד, בדיונים המקדימים של הצוות נטען כי המו"מ מול קופות החולים יוצר יתרונות לגודל וכוח מיקוח לבתי החולים הגדולים ופוגע בבתי החולים הקטנים. מצד שני המו"מ פוגע בקופות הקטנות או באזורים בהם אין מבחר של בתי חולים ובפרט בפריפריה.

מודל האינטגרציה האנכית לעומת מודל הפרדת התקציבים

בישראל, "שירותי בריאות כללית" היא גם בעלת בתי חולים (כלליים, שיקומיים, גריאטריים ופסיכיאטריים). בתי החולים של הכללית נותנים שירותים למבוטחי הקופה, למבוטחים של קופות חולים אחרות ולגורמים חיצוניים נוספים. הכללית היא גם שותפה בבעלות של בית החולים הפרטי הרצליה מדיקל סנטר. פרט לכללית גם מכבי בעלת בית חולים אסותא והיא הבעלים בבית החולים החדש שיבנה באשדוד. המודל של אינטגרציה אנכית בו קופה בעלת בית חולים לא מחליף את הדיון על מנגנון הפיצוי וההתחשבות. במקרה כזה קיימת התחשבות פנימית בין הקהילה לבתי החולים. מערכת ההתחשבות כוללת מנגנון פיצוי עליו מחליטה הקופה.

הגוף בין המפורסמים בעולם המפעיל בעולם אינטגרציה אנכית הוא המודל של Kaiser Permanente. קייזר היא קופת חולים אשר ממוקמת בקליפורניה, ארה"ב ובבעלות בתי חולים. כמו כן, היא מעסיקה רופאים וספקי בריאות נוספים. קייזר נחשבת כמצליחה בעיקר בקליפורניה ובהוואי, עם חלק שוק גדול יחסית. לעומת זאת, קייזר לא הצליחה להיכנס לשוק לאזורים מחוץ לחוף המערבי של ארה"ב. הרבה מהצלחתה של קייזר משוייכת ליכולת שלה לספק איכות גבוהה יחסית של טיפול במחיר נמוך יחסית. רוב חבריה של קייזר נדרשים על ידי הקופה לקבל את הטיפול לו הם נזקקים בתוך "רשת" הספקים העובדים עם הקופה. לכן, הבחירה שלהם בספקי השירות מוגבלת.

נשאלת השאלה, מדוע קייזר לא מצליחה לשכפל את הצלחתה בקליפורניה לאזורים אחרים בארה"ב. במשך השנים קייזר ניסתה להיכנס לשבעה שווקים שונים והצליחה רק בשלושה מהם. מחקר אשר בדק את הסיבות לחוסר ההצלחה של קייזר מחוץ לחוף המערבי מצא כי לקייזר לוקח זמן רב יחסית להפוך להיות רווחית (אם בכלל) בגלל שלתושבים בדרך כלל יש מידע חסר ולא מלא על התנאים של הקופות והתוכניות השונות דבר שמגביל השוואה ומעברים ובמקביל קייזר גובה פרמיות נמוכות יחסית לאורך זמן ולא מצליחה לכסות אותם על ידי עלויות נמוכות בנוסף, חוקי ה-Certificate of Need (CON) גם מגדילים את ההוצאה של הקופה (Ho, 2006., Ho, 2009).

לעומת מודל האינטגרציה האנכית (בו קופה בעלת בית חולים) יש המציעים כבר זמן רב את מודל "תקצוב מרכזי".

ב-2001 כאשר עלה לדיון חוזר נושא הקאפ הועברה למשרד הבריאות הצעה לשינוי שיטת התגמול לבית החולים (גלזר, ק., 2001).

ההצעה כללה את האלמנטים הבאים:

- ◆ לכל בית חולים יקבע "קאפ כספי כולל" (ולא קאפ לקופה כנהוג היום) השווה, לדוגמה, לסך ההכנסות של בית החולים עד הקאפ של שנה שעברה מכל הקופות ביחד (בתוספת עדכונים מתבקשים, על טכנולוגיות למשל).
- ◆ המדינה תשאיר ב"קופה" (מסלקה) ברשותה שיעור מסויים מהכנסות כל בתי החולים בשנה האחרונה (למשל, 50%).
- ◆ המחיר אותו תשלם כל קופה לבית החולים עבור כל פעולה יקבע על שיעור מסויים מהמחירים הנוכחיים (למשל, 50%).
- ◆ כל עוד בית החולים לא הגיע לקפה הכספי הכולל שלו המדינה תשלם גם היא לבית החולים דרך המסלקה את השיעור הנקבע עבור כל פעולה (למשל, 50%). מעבר לכך המדינה לא תשלם לבית החולים.

המאפיין המרכזי של הצעה זו הוא שהמחיר אותו משלמות הקופות עבור כל פעולה קרוב להוצאה המשתנה ולכן לקופות נחלש התמריץ ל"כפל תשתיות". ההוצאות הקבועות של בית החולים מכוסות למעשה על ידי המדינה דרך המסלקה. לכן קטן התמריץ של בית החולים להגזים בפעולות. הצעה זו נידונה בשנים האחרונות מספר פעמים ולאחרונה עלתה שוב לדיון בגלל המצב הכלכלי הקשה אליו נקלעו בתי החולים.

מטרת מנגנון פיצוי לבית החולים

דוח של ה-European Observatory (2011) אשר חקר את יישום מנגנון ה-DRG בבתי חולים באירופה בשני העשורים האחרונים מגדיר כי המטרה של מנגנון פיצוי צריכה להיות תמרוץ ספקי השירות לטפל בחולים הזקוקים לטיפול ולספק מספר ראוי של שירותים חיוניים באופן נאות ואיכותי. במקביל, מנגנון הפיצוי צריך לאזן בין הפעילות לבין התמריצים לחסוך בעלויות, ובכך לתרום ליעילות המערכת.

כדי לענות על מטרה זו כל מנגנון ראוי שיקח בחשבון מימדים הקשורים לחולה, לבית החולים, לשירותים המסופקים על ידי בית החולים (ואלו שכדאי יהיה לו לספק ואלו שלא), לקופות החולים ולשירותים המסופקים על ידי קופות החולים. בגלל המורכבות הנ"ל אין אף מנגנון פיצוי המוסכם כאופטימלי. להפך, לכל מנגנון פיצוי יתרונות וחסרונות במערך התמריצים שהוא מייצר במערכת. בחירת המנגנון והצלחתו קשורים במידה רבה במנגנון הפיצוי הקיים, מערכות המידע הקיימות, זמינות נתונים ושירותים, ומבנה השוק בכללותו.

יש לציין כי ברוב המדינות כדי לקיים את מטרת מנגנון הפיצוי, קיים מאמץ הולך וגובר נלווה של פיתוח ואימוץ מנגנוני תגמול על איכות (quality of care performances). במקומות שונים אף מופעלים מנגנוני פיצוי על עמידה במדדי איכות (P4P). יש לזכור כי פרט לקשיים הטכניים באיסוף מדדי האיכות קיימות גם תוצאות לוואי לא רצויות שיש לקחת בחשבון (גלזר וברמלי-גרינברג, 2007). להרחבה על "מנגנוני ענישה" המבוססים על מדידת איכות והגדרת אירועים מסוימים שאסור שיקרו במהלך הטיפול ואם הם מתרחשים המבטח לא משלם עבור הטיפול במבטח ראה: <http://downloads.cms.gov/cmsgov/archived-downloads/SMDL/downloads/SMD073108.pdf>

בגלל חשיבותו של נושא זה ומפאת קוצר היריעה הוחלט בצוות לא לדון בו בשלב זה.

מנגנוני פיצוי עיקריים הנהוגים במערכות בריאות בעולם

בפרק זה נציג בקצרה כמה ממנגנוני הפיצוי העיקריים הנהוגים במערכות בריאות בעולם והיתרונות והחסרונות העיקריים של כל אחד מהמנגנונים. בנספח 2 מוצגים שלושה מודלים מרכזיים: באוסטרליה, אירלנד וארה"ב.

מאפיינים עיקריים

- את מנגנוני הפיצוי העיקריים הנהוגים כיום בעולם לתקצוב בתי חולים ניתן לחלק לפי מספר מאפיינים (בחלקו מבוסס על חוברת כנס יום-המלח 2004):
- ◆ תקופת התשלום: מנגנוני פיצוי מראש (prospective payment system) לעומת מנגנונים המפצים עבור הטיפול בפועל.
- ◆ אפשרות לקיחה בחשבון במנגנון הפיצוי גם תמהיל חולים לפי משתנים שונים (case-mix).
- ◆ חלוקת הסיכונים בין בית החולים למשלם עבור האשפוז.
- ◆ פיקוח על חוזה ההתקשרות.

שני מנגנונים: תשלומים תואמי תמהיל, וקביעת חסם עליון (קאפ), יכולים להשתלב בכל אחד מהמנגנונים האחרים שיתוארו להלן.

תגמול לפי יום אשפוז - (per diem)

בישראל מחיר יום אשפוז מבוסס על ממוצע עלויות אשפוז במחלקות שונות. המחיר אחיד ליום אשפוז לכל בתי החולים ולכל המחלקות בבתי החולים הכלליים ונקבע על ידי שר הבריאות ושר האוצר לאחר התייעצות עם ועדת המחירים.

מקדמי התייקרות של מחיר יום האשפוז נקבעים על בסיס מדדי שר, מדד המחירים לצרכן, תוספת עלות לבתי החולים בגין הוספת תרופות חדשות לסל, ומקדם התייעלות.

מאפיינים:

- ◆ בפיצוי לפי יום אשפוז בתי החולים מפוצים על פעילות בפועל.
- ◆ שיטת התגמול על בסיס מחיר יום אשפוז מבוססת כאמור על בסיס ממוצע ולכן לא נלקחים בחשבון תמהיל חולים לפי משתנים שונים כולל מחלה.
- ◆ בתגמול לפי יום אשפוז בתי החולים מפוצים באופן מלא על כל ההוצאות שלהם. ולכן הסיכון כולו על קופת החולים (הגורם המממן את האשפוז).
- ◆ שיטת תגמול זו היא השיטה הפשוטה ביותר ליישום ולפיקוח.

יתרונות:

יתרון מרכזי של המנגנון נובע מכך שהפעלת המנגנון והפיקוח עליו קלים יחסית ליישום לעומת מנגנונים אחרים. יתרון נוסף קשור לכך שמנגנון זה מוריד את דרגת אי

הוודאות של בית החולים מבחינת הכנסות ובכך מקל על ניהול בית החולים.

חסרונות:

החיסרון המרכזי של המנגנון בכך שהוא יוצר לבית החולים תמריץ להאריך את תקופת האשפוז של החולה ותמריץ להעדיף מחלקות אשר עלות האשפוז בהן זולה ביחס לתעריף יום האשפוז. כאמור, כדי להתגבר על חיסרון זה נקבעים בישראל מאז 2005 מחירי יום אשפוז שונים למחלקות שונות.

תשלום בעבור פעולות (FFS)

תשלום לפי מחירון קבוע מראש עבור כל פעולה. התשלום לבית החולים עבור כל חולה הוא סכום מחיר הפעולות שבוצעו בחולה. זוהי שיטת תגמול רטרוספקטיבית שבה אומנם העלות של כל פעולה נקבעת מראש (פרוספקטיבית) אך התשלום הסופי נקבע על פי סך הפעולות שבוצעו בבית החולים.

כמעט ולא נעשה שימוש בשיטת תגמול זו בהתקשרות עם בתי חולים, פרט לאשפוזים בבתי חולים פרטיים בעיקר בארה"ב. בישראל, בתי החולים מתוגמלים לפי FFS עבור טיפול אמבולטורי במרפאות חוץ, אשפוז יום ואגרת טיפול בחדר מיון. כפי שיתואר בהמשך, שיטת התגמול "תשלומים דיפרנציאליים" שיכללה את שיטת התגמול FFS.

DRG (אוסטרלי)

תגמול לפי אבחנות, דרגות חומרת המקרה, המחלות הנלוות וסוג הפעולות הרפואיות שנעשו בחולה.

מאז פיתוח מודל ה-DRG Diagnosis Related Groups המקורי בשנות ה-80 של המאה ה-20, נוצרו מספר גרסאות של המודל, ששיקפו התפתחויות בתחומי הדיאגנוסטיקה והטכנולוגיה וההתקדמות שחלו בתחום מערכות המידע בעשורים האחרונים.

פיתוחים עיקריים של המודל נעשו באוסטרליה במהלך שנות ה-90 עם יצירת מודל ה-AR-DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups) המהווה גרסה מתקדמת יותר של מודל ה-DRG המקורי (בין השנים 1991 ו-2008 משרד הבריאות האוסטרלי הוציא מספר גרסאות של המודל, כל פעם עם עדכונים נוספים, כשהאחרונה יצאה בספטמבר 2008).

כיום, פרט לאוסטרליה, מודל זה (לרוב עם התאמות ספציפיות לכל מדינה) מיושם בצפון אמריקה (קנדה וארה"ב) ובמדינות רבות באירופה כדוגמת דנמרק, צרפת, גרמניה, ספרד (Gaynor and Town, 2013).

במודל ה-DRG האוסטרלי התגמול לבית החולים נקבע מראש לפי אבחנה או לפי קבוצת אבחנות. מדובר במודל מורכב שיש בו צירוף של תשלום לפי אבחון ולפי קבוצות אבחון ושל קריטריונים לתגמול לפי דרגות חומרת המקרה, המחלות הנלוות וסוג הפעולות (פרוצדורות) הרפואיות שנעשות בחולה. בגמר האשפוז נקבע המחיר המדויק, הנובע מהאבחון ומהפרוצדורות שבוצעו בחולה. כדי לנסות לצמצם את אפקט הסלקציה, בעדכונים האחרונים של המודל באוסטרליה, הוכנסו תיקונים בתמחור אבחונים מסוימים בכדי לתת תגמול הולם יותר לבית החולים בטיפול בחולים אלה ולמנוע אפליה בין מטופלים על בסיס מאפיינים שונים, למשל גיל. כך לדוגמה, מחלות של רקמות חיבור באנשים מעל גיל 70 סווגו לקבוצת אבחנות שונה מאותן הבעיות באנשים שגילם נמוך מ-70. (להרחבה ראה: אתר משרד הבריאות האוסטרלי www.health.gov.au).

מאפיינים:

- ◆ במנגנון זה הפיצוי הוא עבור הטיפול בפועל.
- ◆ בעדכונים המאוחרים יותר של המודל לוקחים בחשבון במנגנון הפיצוי גם מאפיינים של החולה כגון מחלות רקע וגיל.
- ◆ חלוקת סיכונים: חלוקת הסיכון שווה בין בית החולים לקופת החולים. בגרסאות המעודכנות - המודל מעודן יחסית, וכך קטן עוד יותר הסיכון לבית החולים.
- ◆ פיקוח על חוזה ההתקשרות: אבחנות קשות לבקרה.

יתרונות:

יתרונו של המודל בכך שהוא מאפשר חלוקת סיכונים הוגנת בין בית החולים לגורם המממן. בנוסף יש בו תמריץ להקטנת משך האשפוז. זאת ועוד, אם התשלום מחושב כהלכה הוא מקטין את התמריץ לסלקציה בין חולים. המודל מיושם כהלכה במספר מדינות וניתן להשתמש בניסיון ובידע שנצבר שם. העדכון של מערכת המחירים והאבחנות מאפשר עדכון קל יחסית של מערך הפיצוי לחידושים בתחום הרפואה.

חסרונות:

מודל זה הוא מודל מורכב, הדורש מסדי נתונים באיכות גבוהה. אולם, יש הטוענים כי עיקר המורכבות היא ביישום הראשוני. בהמשך, תהליך ההתחשבות יכול להיות אוטומטי (באמצעות תוכנה). עיקר הטענות נגד מודל זה בכך שהוא מודל אשר הפיקוח עליו מסובך שכן נדרשת מערכת בקרה רפואית מפותחת על מנת למנוע רישום ודיווח לא נכונים. כמו כן המודל דורש מערכת מורכבת של קביעת מחירים למספר רב של פרוצדורות, הדורשת בדיקה מתמדת שהמחירים יהיו מעודכנים.

תשלומים דיפרנציאליים:

תשלום דיפרנציאלי הינו מחיר קבוע ואחיד להליך רפואי בלי קשר למספר ימי אשפוז. מנגנון פיצוי זה משכלל את מנגנון הפיצוי FFS שתואר לעיל, שכן לתוך הליך רפואי אחד עבורו מתומחר תשלום דיפרנציאלי מקבצים מספר פעילויות שונות.

יש לשים לב כי שיטת התגמול הנהוגה בישראל ומכונה DRG היא שיטת התשלומים הדיפרנציאליים ולא לפי אבחון כפי שתואר בסעיף הקודם.

מאפיינים:

זוהי שיטת תגמול פרוספקטיבית בחלקה. התגמול לא מושפע מתוצאת הטיפול אלא מעצם ביצועו. התגמול הוא על ההתערבות הטיפולית בכללותה ולא על אבחנה.

לגבי חלוקת סיכונים בין בית חולים למשלם עבור אשפוז, רוב הסיכון מוטל על קופות החולים. אם מבוצעות פעולות רבות או נבחרים הליכים רפואיים יקרים יותר עבור אבחנה נתונה, קופות החולים הן המשלמות. על בית החולים מוטל סיכון בכך שאם בתוך התשלום הדיפרנציאלי יש שונות גדולה מאוד בין מטופלים (יותר מקרים קשים) בית החולים סופג את עיקר העלות. לכך אפשר להתאים פתרון על ידי שילוב של תמהיל חולים בתוך מנגנון התשלומים הדיפרנציאליים.

יתרונות:

לשיטת פיצוי זו יש כמה יתרונות. יש תמריץ לצמצום השהייה הממוצעת (כאמור, יש תמריץ אף להקטנת יתר של משך האשפוז). תהליך ההתחשבות פשוט יחסית, ללא מורכבות רבה. יש תמריץ לבתי החולים לקדם את הטכנולוגיה בבית החולים ולפתח יחידות לטיפול מורכב. כאשר ההליכים הרפואיים מתומחרים כראוי, השיטה מצמצמת את אפקט ה-adverse selection.

חסרונות:

חסרונות השיטה נובעים בעיקר מהקושי ביישום של השיטה ובפקוח. היישום אינו פשוט שכן יש חשיבות לקביעת מספר הפעילויות הנכללות בתוך הליך רפואי אחד, כמו גם לתמחור ההליכים הרפואיים. הקבצות רחבות מדי של פעילויות השונות בחומרתן ובמשך הביצוע או תמחור מוטה או לא נכון יכולים ליצור תמריץ לבתי החולים להפנות משאבים להליכים רפואיים מסוימים ולהימנע מהליכים אחרים. כמו כן, יש צורך במעקב תמידי אחר התפתחויות טכנולוגיות המשנות את בסיסי החישוב.

הפיקוח על חוזה ההתקשרות אינו פשוט מבחינת איכות הטיפול (שאכן בוצע ההליך הרפואי המתאים לחולה, ומה נחיצות הטיפול שבוצע), שכן בשיטה זו עידוד לביצוע פעולות מיותרות ולבחור את היקרות.

קפיטציה:

סכום קבוע וידוע המשולם לבית החולים מראש עבור קבוצת אוכלוסייה מוגדרת אותה הוא משרת. בהסדר קפיטציה בין הקופה לבית החולים, בית החולים מקבל אחריות על אוכלוסייה מוגדרת (מספר אנשים מוגדר), והוא אמור לספק שירותי בריאות עבור תגמול קבוע וידוע מראש. מדובר בשיטת תגמול פרוספקטיבית. התגמול נקבע על בסיס תוחלת ההוצאות של כל מבוטח בקבוצת האוכלוסייה המוגדרת בהסכם.

בשיטה זו בית החולים מהווה מעין "מבטח משנה". במודל זה מוסכם כי מתן הטיפול הרפואי השלישוני ולעיתים אף השניוני, לאוכלוסייה של הקופה באזור מוגדר, הוא באחריות בית החולים.

צורת התקשרות זו מתאימה יותר למקומות קטנים שיש בהם אוכלוסייה מוגדרת, ויש בית חולים יחיד באזור (כגון פריפריה), למרות זאת הוא מיושם גם במקומות אחרים.

יתרונות:

- ◆ יש תמריץ חיובי לא לפתח עודף שירותים ולא לבצע פעולות רפואיות שאינן נחוצות.
- ◆ יש תמריץ לבית חולים להפעיל תוכניות של רפואה מונעת.
- ◆ יש שליטה טובה יותר של המממן (קופת החולים) על רמת ההוצאה.
- ◆ לבית החולים יש פחות אי וודאות בנוגע להכנסותיו.

חסרונות:

- ◆ יש הטוענים כי מכיוון ששיטת התשלום היא פרוספקטיבית יש תמריץ שלילי לחסוך באיכות ולשחרר מהר מידי את המאושפזים.
- ◆ "ההצלחה" של שיטת הפיצוי תלויה בנוסחת הקפיטציה על פיה מפוצה בית החולים, כאשר מראש ידוע כי אין נוסחה אידאלית כזו החוזה מראש את השימוש בשירותי הבריאות על בסיס מאפייני האוכלוסייה.
- ◆ חוזה ההתקשרות מורכב מאוד - מחייב הקמת בסיס מידע איכותי ומערכות מידע תומכות בנוגע לקביעת האוכלוסייה אותה משרת בית החולים.
- ◆ חיסרון מרכזי של השיטה בכך שרוב הסיכון נופל על בית החולים (בית החולים מהווה מעין מבטח משנה). לקופה יש תמריץ לשלוח לטיפול מספר רב של חולים (אפילו על חשבון טיפול בקהילה), ולבית החולים קשה לפקח על כך.
- ◆ מצד המבוטחים, בשיטה זו מצטמצמת אפשרות הבחירה שלהם והם חייבים להגיע לבית החולים איתו יש לקופה הסכם.

תשלומים תואמי תמהיל (case-mix adjustment):

מתוך ההנחה כי יעילות בית החולים (אשר נמדדת ביחס לבתי החולים האחרים) מושפעת בין היתר גם מתמהיל החולים בהם הוא מטפל, פותחה בשנים האחרונות שיטה המשלבת את תמהיל החולים במנגנון הפיצוי. הרעיון הוא שתמהיל החולים צריך להילקח בחשבון במיוחד כאשר מתגמלים יעילות יחסית.

המודל מיושם עם התאמות שונות במדינות רבות במערב אירופה (בלגיה, צרפת, איטליה, נורווגיה, פורטוגל, ספרד) ובצפון אמריקה; באירלנד ובפורטוגל המודל מיושם במלואו. ניתן להשתמש בו בתקצוב גלובלי המותאם לתמהיל החולים ו/או במנגנוני פיצוי אחרים (בדרך כלל הוא מיושם על ה-DRG אוסטרלי).

התשלום עבור כל חולה אמור לייצג את המחיר הממוצע של הטיפול בחולה. לכן, בתי החולים המוציאים פחות מהממוצע על כל חולה מרווחים לעומת בתי החולים המוציאים יותר אשר מפסידים. יש תמריץ להתייעלות של כל בית חולים בנפרד. זה תחת הנחת התחרות בין בתי החולים. שכן לכל בתי החולים ביחד יש תמריץ להעלות את הממוצע.

יש המשתמשים במשקל לעלות יחסית (**relative cost weight**) לחלוקה של תקציב גלובלי לבתי החולים. מתוך המשקל לעלות יחסית של כל חולה מחשבים משקל

אחד לבית החולים וכך מחלקים את הכסף.

מאפיינים נוספים של המודל:

- ◆ תקופת התשלום: הפיצוי נעשה עבור הטיפול בפועל.
- ◆ חלוקת סיכונים: חלוקת הסיכון הולמת בין בית החולים לקופת החולים, מאחר והפיצוי הוא עבור הטיפול בפועל אבל בתשלום גלובלי אחד לכל מטופל.
- ◆ פיקוח על חוזה ההתקשרות: אבחנות קשות לבקרה (בדומה ל-DRG האוסטרלי).
- ◆ לחישוב נכון של המשקל לכל קבוצה והעלות הממוצעת לכל אבחנה יש חשיבות רבה בהצלחת השיטה.

יתרונות:

- ◆ התאמת התקציב לעלויות הטיפול הייחודיות הנגזרות מהמאפיינים של האוכלוסייה המקומית.
- ◆ מנגנון התאמה אוטומטי לחידושים והתייקרויות לטיפולים רפואיים (אם עלות הטיפול עלתה - היא תגרור למעלה את הממוצע בין בתי החולים ולכן גם התקציב יעלה).
- ◆ מעודד התייעלות של בתי החולים (כל בית חולים רוצה להיות מתחת לממוצע שלפיו מחושב התמהיל). כאמור, יתרון זה תלוי במידת התחרותיות בין בתי החולים.
- ◆ אפקט הסלקציה של חולים קטן (התשלום מותאם לפי סוג החולים שהתקבלו ומייצג את עלות הטיפול הממוצעת).
- ◆ מפחית את הסיכון הקיים באי ודאות מצד הביקוש.

חסרונות:

- ◆ טיב הנתונים לחישוב המשקולות תלוי בטיב ובמהימנות של מאגרי המידע הקיימים.
- ◆ חישוב לא נכון של משקולות הקבוצה והמחיר הממוצע יכול לפגוע בהצלחת השיטה. מאפיין זה של השיטה גורם למספר חסרונות:
 - ◇ זוהי שאלה הנתונה לדיון מתמיד האם משקל העלות שנקבע אכן מייצג את העלות הממוצעת של כל קבוצה.
 - ◇ מדד הממוצע לא נותן ביטוי לשונות הקיימת בין מחלקות שונות בין בתי חולים שונות הנגרמת בין היתר בגלל אופי בית החולים (למשל, בית חולים לימודי או לא), מצבת כוח האדם בבית החולים (מספר אחיות לכל מיטה) וכדומה.

- ◇ כאשר ידוע שלמשתנים ולמידע הקליני בתיק הרפואי יש השפעה על הפיצוי לבית החולים נוצר התמריץ ל-"upcoding" של המשתנים בתיק הרפואי.
- ◇ הפיקוח על אי קיום של upcoding קשה מאד. (ואכן מחקרים מצאו כי לאורך זמן יש זחילה במעלה דרגות החומרה בכל בתי החולים).
- ◇ לכלל בתי החולים יש תמריץ להעלות את הממוצע לכל קבוצה ספציפית.
- ◆ באופן כללי מודל הפיקוח תלוי במאגרי הנתונים הקיימים ובטיב המידע בתיקים הרפואיים.
- ◆ קיים סיכון לחיסכון בעלות הטיפול על חשבון איכות.
- ◆ בית חולים שמשרת חולים מאזור עם סיכונים בריאותיים רבים יותר ביחס לכלל האזורים במדינה, בהגדרה העלות שלו גבוהה מהממוצע ולכן הוא מפסיד כסף "שלא באשמתו", לעומת זאת בית חולים שמטפל בחולים מאזור עם סיכונים בריאותיים מועטים ביחס לכלל האזורים העלות שלו נמוכה מהממוצע ולכן הוא מרוויח "שלא בזכותו".

שאלות לדין בכנס:

1. מטרת מודל ההתחשבות ברמה הלאומית לא הוגדרו פורמאלית:
 - ◆ מה מטרת מודל ההתחשבות הרצויים ברמת מערכת הבריאות?
 - ◆ אלו מודלים יביאו להשגת המטרות הרצויות? מה מבין המודלים שהוצגו מתמרץ תמיכה ברצף הטיפולי (בממשק קהילה-בית חולים)?
2. בהקשר למודל הכולל של תשלום לבית החולים:
 - ◆ אינטגרציה אנכית בשוק הישראלי - יתרונות וחסרונות? באלו תנאים, מודל כללית ומודל מכבי כמקרי בוחן.
 - ◆ מודל "תקצוב מרכזי" בהקצאה ישירה לספקי השירותים, הוצאות קבועות למול משתנות?
3. האם נדרש מודל תגמול נפרד לתחומי הוראה, מחקר, מערכי חירום, חדירה של טכנולוגיות חדשות?

דיון בכנס והמלצות בקבוצת העבודה השלישית

מודלים ותמריצים כלכליים

לבית חולים זיקה חלשה לצרכים של הקהילה. אחת הסיבות העיקריות למצב הנוכחי הינה שבעוד שהקופות מתוקצבות על פי מודל קאפיטציוני, הרי שבתי החולים מתוגמלים במודל תמורה על שירותים. מודל תגמול זה משמר מערכת אינטרסים שונה ולעיתים הפוכה בין הקהילה לבתי החולים ובמתכונת זו ניתן לזהות את הנתק בין האחריות לסמכות. מודל התגמול השונה וקיומן של שתי מערכות נפרדות, אשפוז וקהילה, מוביל לכפילויות מיותרות, פוגע בחולה ומוביל את המערכת לעבודה לא יעילה ופחות אפקטיבית.

כדי לגבש פתרון, יש צורך להתמקד בשאלה היכן אנו רוצים להיות? מה אנחנו רוצים להשיג? רצף טיפולי? ניצול משאבים אופטימלי? טובת המטופל?

בהסתכלות-על, נראה כי טובת המטופל צריכה להיות המטרה המרכזית, זו שמכוונת את ניצול המשאבים האופטימלי ומתכונת הרצף הטיפולי. מכאן שאלת המפתח צריכה להיות איך אמורה להראות מערכת הבריאות הטובה ביותר עבור המטופל.

השיח בין הקהילה לבית החולים צריך להשתנות ולהפוך לשיח שירותי שבו המטופל במרכז במקום השיח הכלכלי המוביל כיום. הסדרי הבחירה הקיימים הם דוגמא לשיח כלכלי ולא שיח שירותי.

תחרות אכן מובילה לשיפור באיכות ובשירות ויש לשמרה, אך אנחנו צריכים תחרות מנוהלת *managed competition* (שוק QUASI) ולא תחרות פרועה כפי שהיא מתקיימת היום וגוררת גם כפילויות רבות.

כאמור מעלה, הסוגיה הכלכלית מעיבה על מערכת היחסים בין הקהילה לבית החולים. יש שיציגו צורך להעלות את ההוצאה הלאומית על רפואה כתנאי מפתח לשינוי הנדרש. אולם רבים מבאי הכנס הביעו צורך לשינוי בחוקי המשחק, הווה אומר מעבר למערכת כלכלית המתנהלת על בסיס תמחיר ריאלי ופחות על דו-שיח תלת שנתי של הנחות רחוביות.

על מנת לקיים מערכת תמחיר ריאלית, חייבים לפתוח את מאגרי המידע ולשתף במידע. שיתוף המידע יאפשר יצירה של בסיס מידע על פיו ניתן יהיה לבחון מודלים שונים למערכת ובכלל זה: המודל של אינטגרציה אנכית שעלה בכנס כחלופה לתיקון הרבה מהכשלים במערכת, המודל של תקצוב נפרד ושונה לבתי החולים ולקהילה, או מודל ביניים המשלב בין שני המודלים.

תקצוב נפרד לקופות ובתי החולים

גם כיום התקצוב שונה לבית החולים ולקהילה: קופות מתוגמלות על בסיס קפיטציה ובי"ח לפי פעילות. מכאן שלקופות תקציב קבוע ולבתי החולים תקציב דינאמי מותנה בצריכה. אם רוצים להפסיק את המתח הכלכלי בין בתי החולים לקופות ניתן לנתק בין תקציב האשפוז לקהילה. להעביר לקופות את התקציב של הקהילה ולבתי החולים לתת את תקציב האשפוז במתכונת שתוגדר.

אינטגרציה אנכית

אינטגרציה אנכית עלתה בכנס כמודל הראוי לבחינה כמודל למערכת היחסים בין קהילה לבית חולים. משמעות המודל היא בעלות אחידה על אמצעי היצור, בדומה למצב הקיים בקופת החולים הכללית, שם שירותי הקהילה ושירותי בתי החולים הם תחת אותה בעלות. המצדדים באינטגרציה אנכית טוענים כי המודל מחבר בין סמכות ואחריות ואף מוביל לאחריות משותפת לבית החולים והקהילה.

הקופות רואות במודל הזדמנות ליצירת איזון ושוויון בין הקופות. לקופה שהיא בעלת בתי חולים יש יתרון מבחינות רבות, כמו רצף טיפולי, יכולת פיתוח כוח אדם, צמצום בכפילויות שירותים ותשתיות בין הקהילה לבית חולים. בהיבט הטכנולוגיות הרפואיות, המעבר לאינטגרציה אנכית צפוי להוביל לאחידות בין הקהילה לבית החולים (תרופות, שירותים וכדומה).

מצד החולה, הוא צפוי לחוות רצף טיפולי משופר על מצבו כיום, אך מנגד הוא צפוי "לשלם" בפגיעה ביכולת הבחירה.

המתנגדים למודל האינטגרציה האנכית, טוענים כי המודל איננו תרופת קסמים לתחלואי מערכת הבריאות. אינטגרציה אנכית תיצור תלות של המטופל בגורם אחד. אינטגרציה אנכית עשויה לפגוע בתמריצים למחקר ולקדמה טכנולוגית. המודל פותר לכאורה את הבעיה הכלכלית אך הוא אינו משמר תחרות ובמקום שהוא

מתקיים, ב"כללית", אין ערובה ליציבות כלכלית ולראיה, הקופה נדרשה לאורך שנים למטריצת רכש שירותים. אם בוחנים את "הכללית" כמודל, אין זהות ברמה ובאיכות בין בתי החולים כולם.

היו שהציעו פתרון ביניים, לקיים במקביל בתי חולים על אזוריים אשר אינם בבעלות קופות ובתי חולים אחרים קטנים יותר שיהיו בקופות החולים. או לחילופין, אפשר ליישם מסגרת קופה-בית חולים שאיננה בהכרח בעלות, אלא קופת חולים המתקשרת בזיקה גבוהה עם בית חולים.

מודל משולב

מודל ביניים המשלב בין שני המודלים, מבחין בין ההוצאות הקבועות של בתי החולים אשר יתקצבו על ידי משרד הבריאות לבין הוצאות משתנות (שהן תלויות צריכה) שימומנו על ידי קופות החולים. מודל ביניים זה עשוי לצמצם את המתח הכלכלי בין הקהילה לקופות, מאחר והוא מותנה פעילות, צפויה להשתמר היעילות של בתי החולים. המודל המשולב יאפשר לממן את ההוצאה על מוכנות לחירום, הוראה ומחקר מתוך ההוצאות הקבועות שימומנו על ידי המדינה ולא על ידי הקופות, כמובן תוך עדכון מחירי השירותים לקופות החולים.

מודל ההתחשבות

אנחנו חיים במערכת גרעונית כשעיקר בתי החולים הם ממשלתיים וכך משרד הבריאות הוא גם הרגולטור וגם הבעלים. לכן מתקיים ניגוד אינטרסים כאשר המשרד אמור לדאוג לאיזון כלכלי של בתי החולים שבבעלותו.

הסדר ה-CAP פוגע ברצף הטיפול. ה-CAP נועד למנוע פעילות יתר ואין לו מטרות של איכות ושירות. מתכונת הסכמים בין הקופות לבתי החולים מורכבת משתי רמות האחת היא רמה מרכזית של קביעת מחירי יום האשפוז, המחירים הדיפרנציאליים והסדרי ה-CAP והשנייה היא מערך הסכמים בין בתי החולים לקופות. הסכמים אלה עשויים להיות פרטניים או אזוריים על פי התאגדויות בתי החולים. בסופו של דבר, חישובי הכדאיות הכלכלית הם המובילים בהפניית הקופות את מבטחיהן.

מעבר לסוגית המשכיות הטיפול כשיקול במנגנון הפיצוי, הרי כל מודל התחשבות ראוי שיענה גם על מדדים הקשורים לאיכות, לזמינות לנגישות. כדוגמה מנגנוני פיצוי שיתמכו בתיאום שחרור עם הקהילה, בצמצום אשפוזים חוזרים וכו'.

תמחור ריאלי כבסיס למערכת

היום אין כמעט קשר בין העלות למחיר בפועל. כדי שההתחשבות תהיה ריאלית נדרש לתמחר תמחור נכון את הפעולות של בתי החולים. קיימים מודלים כלכליים שיכולים לקבוע מחיר ריאלי לכל פעולה, תוך שהתמחיר משקלל בחובו גם מדדי איכות על פי קביעת הרגולטור.

תמחור ריאלי מחייב שיתוף של מידע ותהליך רציף ודינאמי של הערכת עלויות, במשק דינאמי כמו מערכת שירותי הבריאות. נכון שמהלך זה יובל על ידי משרד הבריאות כעיסוק קבוע.

סוגית ה-DRG עלתה ככלי לתמחור. ללא ספק, ניתן להתקדם מהתמחור הדיפרנציאלי הקיים בפעולות כירורגיות למודל DRG מוסכם. אולם תמחור DRG נכון, עשוי לגרום צורך בתוספת מקורות ונדרש להיות ערוכים לכך למול התקציב לבריאות.

מחקר הוראה וחירום

הרפואה בבתי החולים הציבוריים בישראל כרוכה גם במחקר הוראה ומוכנות לחירום. מדובר בהשקעה של משאבים רבים של כוח אדם לחינוך והוראה של סגלים חדשים של מטפלים, ציוד, תחזוקה, מקומות אחסון, השקעה באימון ושמירה על כשירות שמושקעים במוכנות לחירום, וכמובן גם משאבים כלכליים שכולם אינם מתוקצבים. המימון לעיסוקים הללו מובלע כיום בהוצאות הקבועות של בתי החולים ומגולם גם בתמחור של שירותי הרפואה הממומנים על ידי הקופות (בשונה, כמובן, מתמחור אותם שירותים בבתי החולים הפרטיים). מכאן עולה צורך לתקצב בנפרד את התחום הזה כתקציב נפרד דרך המדינה.

סיכום ההמלצות

- ◆ הקמת מודלים של תגמול המבוססים על איכות קלינית ורצף טיפולי (כמו תגמול בתי חולים על שחרור מתואם מול הקהילה).
- ◆ שינוי בתקצוב:

 - ◆ בחינת אינטגרציה אנכית ככלי לאיזון מערכת הבריאות.
 - ◆ תשתית ליצירת רצף טיפולי כמנוף למניעת כפל שירותים והתייעלות.
 - ◆ ניצול משאבים מיטבי.
 - ◆ גיוס כוח אדם.

- ◆ בחינת מיסוד תקציב מרכזי שמתחלק בין הקהילה לבתי החולים.
- ◆ מעבר משיטת ה-CAP למודל אופטימאלי המשקף יעדי מדיניות (איכות) בנוסף לריסון ההוצאה לבריאות.
- ◆ תמחור אמיתי והתאמת מערכת התמריצים של שירותי בריאות המבוססים על עלויות הטיפול במטופל הבודד.
- ◆ תגמול נפרד למערכי חירום והוראה.
- ◆ תמחור אמיתי והתאמת מערכת התמריצים של שירותי בריאות המבוססים על עלויות הטיפול במטופל הבודד.
- ◆ תגמול נפרד למערכי חירום והוראה.

רשימת מקורות

1. www.health.gov.au אתר משרד הבריאות האוסטרלי.
2. <http://www.dohc.ie> אתר משרד הבריאות של אירלנד.
3. גלזר, ק., ברמלי-גרינברג, ש. 2007. "באיזו מידה מדידת האיכות ברפואה תורמת לשיפור בריאותנו?". מחלוקות בכלכלה (מס' 9), התוכנית לכלכלה וחברה מכון ון ליר, ירושלים.
4. גבי בן נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני "מערכת הבריאות בישראל", הוצאת משרד הביטחון 2005.
5. "הסביבה הכלכלית ארגונית של מערכת האשפוז" - פרק מתוך חוברת כנס ים המלח 2004 ("בית החולים במערכת שירותי הבריאות").
6. Aisbett, C., Wiley, M., McCarthy, B., Mulligan, A., 2007. "Measuring Hospital Case Mix : Evaluation of Alternative Approaches for the Irish Hospital System". ESRI, Working Paper No. 192.
7. Australian Medical Association: <http://www.amavic.com.au>
8. Dor A, Farley E.D.1996. "Payment source and the cost of hospital care: Evidence from a multi-product cost function with multiple players". Journal of health economics 15:1-21.
9. Duncheon MA, Wolf DB.1996. "Key provisions strengthen hospital capitation contracts. Health care Finance Manage". 50(11):66-71.
10. Ellis, R.P., McGuire, T.G., 1996. "Hospital Response to Prospective Payment: Moral Hazard, Selection and Practice-Style Effects". Journal of Health Economics 15:257-277.
11. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2001. Diagnosis-Related.
12. Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals". Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M (Editors).
13. Gaynor, M., Town. R.J., 2012. "Competition in Health Care Markets". Chapter 9 in Handbook of Health Economics, Volume 2, McGuire, T., Pauly, M.V., Barros, P.P.(Editors).
14. Gilman, B.H., 2000. "Hospital Response to DRG Refinements: The Impact of Multiple Reimbursement Incentives on Inpatient Length of Stay". Health Economics 9:277-294.
15. Hall, J.C., Brooks, B. 1994. "Australian National Diagnosis Related Groups and Abdominal surgery". Aust N Z J Surg. 64(9):604-6. Review.
16. Health, United States, 2007. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

17. Hughes, D., McGuire, A., 2003. "Stochastic Demand, Production Responses and Hospital Costs" *Journal of Health Economics* 22: 999-1010.
18. Ho, K. (2006). The welfare effects of restricted hospital choice in the U.S. medical care market. *Journal of Applied Econometrics*, 21(7):1039{1079}.
19. Ho, K. (2009). Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: An analysis of welfare and entry costs. *Journal of Economics and Management Strategy*, 8(2):487{545}.
20. Knox Lovell C.A., Alvarez A.R., Wall, A. 2008. "The Effect of Stochastic Demand and Expense Preference Behavior on Public Hospital Costs and Excess Capacity" *Health Economics Letters* DOI:10.1002/hecl 1352.
21. Langenbrunner, J.C., Wiley, M.M. 2002. "Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries", in McKee, M.; Healy, J. (eds) *Hospitals in a Changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham. <http://www.euro.who.int/observatory>
22. Mehta, R.H., Liang L., Karve, A.M., Hernandez, A.F., Rumsfeld, J.S., Fonarow, G.C., Peterson, E.D., 2008. "Association of patient Case-Mix Adjustment, Hospital Process Performance Rankings, and Eligibility for Financial Incentives". *JAMA* 300(16):1897-1903.
23. National board of health" chapter 9. Ireland, Written by Mr. Claude Grealy The Case mix unit, Department of Health, Ireland www.sst.dk
24. Perelman, J., Closen, M.C., 2007. "Hospital Response to Prospective Financing of In-Patient Days: The Belgian Case". *Health Policy* 84:200-209.
25. Perelman J, Shmueli A, Closen MC. Deriving a risk-adjustment formula for hospital financing: integrating the impact of socio-economic status on length of stay. *Soc Sci Med*. 2008 Jan;66(1):88-98. Epub 2007 Sep 20.
26. Rosen, B. et al, 2003. Hospital Utilization and Expenditure by Israeli Health Plans in an Era of Health Reform. First Year Report. JDC-Brookdale Institute, RR-399-03. Jerusalem.
27. Serdén, L., Lindqvist R., Rosén, M. 2003. "Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data?". *Health Policy* 65(2):101-7.
28. Shmueli, A., Dor, A., 2002. "The Structure of General Hospitals' Costs in Israel: Implications from Panel Analysis". (unpublished).
29. Shmueli, A., Intrator, O., Israeli, A. 2002. "The Effect of Introduction Prospective Payments to General Hospitals on Length of Stay' Quality of Care' and Hospitals' Income: the Early Experience of Israel". *Social Science and Medicine* 55: 981-989.

30. Sutherland, J., Botz, C.K., 2006. "The effect of misclassification errors on case mix measurement". Health Policy 79(2):195-202.
31. The National Board of Health web site: http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG.aspx?lang=en
32. The Victorian Government Health Information Web site: <http://www.health.vic.gov.au>
33. U.S. Census Bureau. 2008. "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007."
34. Wiley M., Hospital financing reform and case-mix measurement: an international review. Health Care Financ Rev. 1992 Summer;13(4):119-33. Review.
35. Wiley M., The Irish health system: developments in strategy, structure, funding and delivery since 1980. Health Econ. 2005 Sep;14 (Suppl 1):S169-86. Review.
36. World Health Organization assess the world's health system. Press Release WHO/44 21 June 2000.

נספח 1:

סקירה תקופתית של מודל ההתחשבות הקיים בישראל בית הקופות החולים לבתי החולים

רקע

מודל ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים היווה סוגיה מרכזית בעשורים האחרונים בישראל ותחום זה חווה שינויים רבים, הסקירה תתמקד בעשור וחצי האחרונים. במהלך תקופה זו פעלו שתי ועדות מרכזיות שעסקו בסוגיית בתי החולים וקופות החולים הראשונה ועדת אמוראי שפרסמה המלצותיה בשנת 2001 אשר בהמלצותיה קראה ל "הקמת רשות מקצועית ובלתי תלויה...תפקיד הרשות יהיה לדאוג לתמחור ריאלי של תעריפי בתי החולים... ולקבוע את אופי ההתקשרות ודפוס ההתקשרות בין הגורמים השונים הפעילים במערכת ולשמש גורם מפקח ומווסת". במקביל להצעות אלו הועלו הצעות נוספות לשינויים מבניים של בעלות ספקי השירותים - תאגוד בתי החולים הממשלתיים או העברת לחברות מנהלות ועוד על ידי ועדת ליאון שפרסמה המלצותיה בשנת 2004. כמו כן, ועדת ליאון חיזקה את המלצותיה של ועדת אמוראי להקמת רשות בתי חולים אשר תעסוק ב"פיקוח על תפקוד בתי החולים ואספקת שירותי אשפוז, פיקוח על ניצול יעיל של משאבים, פיקוח על הרחבת תשתיות בתי החולים, פיקוח על כללי ההתחשבות מול לקוחות בתי החולים....".

בסקירה זו נעמוד על המודלים המרכזים המרכיבים את תהליך ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים בחלוקה לשיטת התמחור, התגמול והתקצוב.

ברצוננו להציג כאן מספר נתוני רקע אשר ייצגו בתמצית את המגמות בתחומי ההוצאה והמימון של קופות החולים ובתי החולים.

ההוצאה של קופות החולים בבתי החולים נותרה כמעט קבועה במשך השנים שנת 2004 היה 43.6% ובשנת 2012 42.3% וללא שינוי שיטת הרישום בשנת 2009 הייתה עומדת על 44.2% בשנת 2012.

תמהיל ההכנסות של המרכזים הרפואיים הממשלתיים (אשר מוצגים לפניכם כאומד להתפלגות ההכנסות בכלל בתי החולים) מציג חליפיות ברורה תוך ירידה ברכיב

ההכנסות מאשפוז ועלייה בהכנסות הפעילות הדיפרנציאלית זאת בהלימה לתמורות שהתרחשו בשנים האחרונות החל מהפחתת מחירי האמבולטוריקה שאינה ליבה, הרחבת השירותים הדיפרנציאליים.

2010	2000	סוג פעילות
41%	51.2%	אשפוז
30%	20%	DRG
21%	22%	אמבולטורי
6%	5.2%	מיון
2%	1.6%	אחר

*מקור דוח כספי, אגף חשבונות משרד הבריאות, 2012.

בכנס ים-המלח בשנת 2004 הומלץ על מודל התחשבות בשיטת DRG בטווח הקצר ומעבר למודל האוסטרלי בטווח הארוך, בסקירה זו נציג בקצרה את השינויים העיקריים בהתייחס למודלים שהוצגו במסקנות כנס 2004, בדגש על התפתחות המודל והשפעתו על מערכי התמריצים.

שיטה מרכזית אשר נבחנה בישראל היא **המודל האוסטרלי** אשר עיקרה הינו תגמול לפי אבחנות או קבוצות של אבחנות, מגדיר את התשלום בהתאם לסוג הפעילות וקריטריונים נוספים המשקפים דרגות חומרה, מחלות רקע, גיל ועוד. המודל נבחן בארץ במהלך השנים 2008-2011 באמצעים שונים, החל מצוות רב משתתפים של ספקים ומבטחים אשר החלו אף בשלב של פיילוט בבית חולים אחד ובדיקה של ההתאמה לבין האבחנות בשוק הישראלי. המוקד העיקרי הוא מציאת היחסיות הנכונה בתוך התמחורים. בפועל מודל זה לא הוחל בארץ למרות היותו החלופה המומלצת כאשר הגורם העיקרי הוא תהליך היישום הדורש קידודים בהיקפים אשר אינם סבירים ביחס לתועלת שתופק מהעבודה בהתאם למודל והחלופות.

מודל התשלום הדיפרנציאלי

ישנן מספר סיבות עקרוניות להנהגת שיטת DRG והן: ריסון הוצאות, קיצור תורים, שיקוף ושיפור העברת המידע, מניעת הסטות וגריפת שמנת, ודאות פיננסית

ותקציבית. לדוגמה נציין תמחור של ניתוח שבר צוואר ירך תוך 48 שעות אשר מכוון לשיפור ועידוד איכות הטיפול הרפואי ולא רק להסדיר את העלות הריאלית.

היעדים המפורטים מעלה הינם פרמטר בפונקציית המטרה בקביעת הכללים הפרטניים בתהליך ההתחשבות והתמחור, לדוגמה התחשבות טרוספקטיבית, המשקפת בעיקר יעד של ריסון הוצאות. התחשבות פרוספקטיבית משקפת יעדים של מניעת הסטות, קיצור תורים או הגברת מידע, וכן תמחור פרטני הכולל שונות בתמהיל החולים, שכיחות ומחלות רקע. הגדרת היעדים וקביעת סדר עדיפות הינה קריטית הן בקביעת שיטת ההתחשבות והתמחור אשר יובילו להשגת היעדים שהוגדרו באפקטיביות.

בישראל התקיימו כ-50 תעריפים דיפרנציאליים בשנת 2004, המגלמים מחיר קבוע לפעולות ללא קשר למספר ימי האשפוז בפועל. ההמלצה להרחיב היקף ההתחשבות בתעריפים מסוג זה, הבשילה בחמש השנים האחרונות ובאה לידי ביטוי בתהליך תמחור מערך הטראומה והעברת האחריות בגין תאונות הדרכים לקופות החולים. שיאו של המהלך הינו בשנים 2012 ו-2013 בהן החל מהלך התמחור המסיבי במערכת בו תומחרו כ-200 פעולות, אשר במהלך שנת 2013 נפתחו כ-50 קודים דיפרנציאליים חדשים. במהלך שנת 2014 ו-2015 היקף התעריפים הדיפרנציאליים צפוי לעלות בכ-100 קודים נוספים.

אחת הביקורות על שיטת ה-DRG הנהוגה כיום היא כי איננה מתחשבת במרכיבים עיקריים ופועלת לפי שיטת הממוצע, כלומר המחיר אינו מבחין בין מורכבות החולה דבר המאפשר גריפת שמנת מסיבית לשוק הפרטי, נתון הממחיש סוגיה זו הינו היקף ההוצאה על ניתוחים המבוצעים בסקטור הפרטי, הנמצא בעלייה ב-2008 הוערך ב-500 מיליון ועד הכפלה תוך כ-5 שנים, במיוחד במשק הישראלי בו משאב חדרי הניתוח הציבוריים הינו במחסור תמידי הן בתשתיות והן בכוח אדם. פתרונות אפשריים לסוגיה לעיל ובהתאם ליעדי התמחור הינה הוצאת האביזר מהמחיר ואספקתו על ידי המבטח זאת כאשר מחיר האביזר הינו בהיקף של כ-60% ומעלה ממחיר הפעולה. ישנם פתרונות נוספים אשר נותנים מענה לחלוקת הסיכונים העתידיים בין המבטח לספק השירותים כגון בדיקת כמויות ותמחור בהתאם לטכנולוגיית הטיפול (פתוח/סגור).

מודל התחשבות - שיטת התגמול

המטרה המרכזית לעניין שיטת התגמול התמקדה בריסון הגידול בהיקף ההוצאה של קופות החולים על אשפוזים וזאת על ידי חסם עליון. מנגנון הקאפ קובע תקרת הכנסה לכל בית החולים למול כל קופה, כאשר התשלום מעל התקרה יחסי. החל משנת 1995 פועל הסדר זה בין בתי החולים לקופות החולים. שיטת הקאפינג נועדה להשיג שמירה על רמת גידול מבוקרת של הוצאות האשפוז הכללי ברמה הלאומית, שכן השיטה אמורה להחליש את התמריץ של בתי החולים להגדיל את פעילותם, וכך להוריד את רמת ההוצאות של קופות החולים ואת רמת ההכנסות של בתי החולים.

הסדר זה חל על התקשרות בין ארבע קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים. בבסיסה של שיטה זו מצויה ההנחה כי לבתי החולים יש תמריץ להגדיל את מספר ימי האשפוז והפעולות האחרות המבוצעות בהם כדי להגדיל את הכנסותיהם, ואילו לקופות החולים יש יכולת מועטה לשלוט בהיקף השירותים הניתנים למבוטחיהן בבתי החולים.

שניים עיקריים במודל הקאפ

תשלום מעבר לתקרת ההכנסה הקבועה בחוק הקאפ, תחום זה אופיין בשינויים רבים החל מקביעה כי כל סכום מעבר לתקרה יבוצע ללא תשלום, בשלב מאוחר יותר נקבע שיעור מופחת של היקף התשלום, בשלב הבא נקבעו מספר מדרגות של היקף השיעור המופחת - שהינו נמוך ברצועה הראשונה והינו גבוה בשנייה וכן נקבעו תקרות פרטניות לשירותים מסוימים.

קביעת תקרת הצריכה הפרטנית, תקרת הקאפ הינה סכום קבוע אשר החלק היחסי שהוקצה לכל קופה ובית חולים נקבע בהתאם להיקף הצריכה בפועל כפי שדווח על ידי בתי החולים וקופות החולים. במהלך השנים נפתח פער בהיקף של כמה מיליארדי ₪ בהיקף הצריכה בפועל של קופות החולים למול היקף הצריכה בהסדר הקאפ.

הקצאות התקרות בין בתי החולים וקופות החולים, נקבעו בהתאם להיקף הצריכה ברוטו או נטו כאשר כל שיטה משקפת תמריצים שונים, כגון קביעת התקרות לפי היקף הביצוע ברוטו מתגמל בתי חולים אשר הגדילו פעילות ללא קשר לתגמול הנטו שהתקבל מהקופה. סוגיית נוספת הינה רכש של קופת חולים הכללית בבתי החולים שבבעלותה אשר לא נמצאים בחישוב הקאפ.

היקף עדכון התקרה הכוללת של חוק הקאפ, שיעור עדכון היקף הצריכה הכוללת נע בין 0.6% ל-1.4% אשר הוקצה לפי גידול האוכלוסייה ופיתוח שירותים חדשים. בפועל שיעור זה באופן עקבי היה נמוך מקצב הגידול הדמוגרפי ונמוך עוד יותר מקצב הגידול בנפשות המתוקננות. הסבר לאי קידום זה נובע בעיקר מהרצון לייצר תמריץ להתייעלות בבתי החולים, בדומה למנגנון עדכון הדמוגרפי לקופות החולים שאף הוא נמוך מהגידול בפועל.

מודל קאפ 2014-2016, יצא מתוך הנחה מרכזית אחת, תקרות הצריכה שנקבעו בחוק היו נמוכות משמעותית מהצריכה בפועל בבתי החולים, הפער - בהיקף משוער של 150% למול הקאפ - לכן התקיימו התנאים לשינוי משמעותי נוסף בפורמט הקיים. המודל החדש מתבסס על נתוני רכש בפועל ברוטו ונטו של כל קופה למול כל בית חולים, כאשר הרכש מקודם ב-1.4% בין שנה לשנה במהלך השנים 2014-2016. המטרה הייתה לייצר מודל מרסן אשר הינו רלוונטי לתהליכי ההתחשבות בשטח ומייצר לקופות החולים אפשרויות לשינוי תמהיל הרכש שלהם ומצד שני ייצר רצפת הכנסות נטו אפקטיביות לספקי השירותים והדרגתיות בהיקף השינויים.

סוגיית הסכמים גלובליים, במהלך העשור האחרון ויותר בתי החולים וקופות החולים בחרו כפי שחוק ההסדרים בנוגע להסדרי ההתחשבות מאפשר להם לבצע את ההתחשבות בהסכם גלובלי ולא על בסיס החוק. ניתן לראות כי הנחות שניתנו לקופות החולים באמצעות הסדר זה עלו לאורך השנים בהיקף משמעותי שלוה בהגדלת הפעילות בבתי החולים, דבר המאשש את היכולת של בתי החולים להגביר את התפוקות בטווח הקצר בעלות נמוכה משמעותית מהעלות הממוצעת.

מודל תקצוב/מימון מערך האשפוז

שיטה נוספת שנידונה במספר פורומים מרכזיים הינה שילוב תקצוב מרכזי של ההוצאות הקבועות של בתי החולים בנוסף למימון ההוצאות באמצעות המחירים במודל ההתחשבות. יתרונות השיטה הם: השוואת תנאי התחרות בין בתי החולים הציבוריים לפרטיים ויצירת אדישות המבטח בבחירת ספק השירותים. במסגרת זו נכון יהיה להתייחס לשתי סוגיות נוספות, הראשונה הינה רפואת חירום, המחייבת התייחסות בהיבט התשתיתי בבתי החולים הציבוריים, אשר מהווים חסם מרכזי ליכולת התחרות של המערך הציבורי למול הפרטית. תשתית החירום מובילות לעלות ממוצעת גבוהה יותר במערך הציבורי משתי סיבות: תשתיות פיסיות ומערך של כונוניות לטיפול במקרים דחופים תוך מתן זמינות מלאה, תמהיל המקרים הדחופים

למול המקרים האלקטיביים, מייצר עלויות הן בהיבט של תמהיל החולים המגיע למערך הציבורי והן מבחינת התשתית שנדרש להעמיד על מנת לייצר תוצאות איכותיות לאור מורכבות המקרים.

הפתרונות תחת שתי חלופות מימוניות: בתקצוב ישיר או במערכת DRG הינה על ידי תעריפים נפרדים לפעולה דחופה ואלקטיבית ותשלום נוסף עבור שירותים דחופים מסוימים. בהינתן הממצאים העולים מן השטח נושא זה לא קיבל מענה ולא נבחנו חלופות יישומיות להתמודדות עם הסוגיה בין עם באמצעות מערך המחירים ובין אם באמצעות מערך התקצוב. הסוגיה השנייה הינה הוראה ומחקר, בתי החולים הציבוריים משמשים מוקד מרכזי להכשרת כוח אדם רפואי עבור מערכת הרפואה על כלל הסקטורים והיחידות השונות. בנוסף לכך משמשים בתי החולים כמוקד המחקר הרפואי והינם הקטליזטור לרמת השירותים הניתנים במערכת הבריאות. נפריד בהתייחסות לשני תתי תחומי הוראה ומחקר. תחום ההוראה מורכב ממספר תתי תחומים: רפואה, סיעוד ופרא רפואיים, בדומה לנושא רפואת החירום ניכר כי לא נעשתה עבודה או גובשה תוכנית לטיפול בסוגיות ומבנה התמריצים הקיים כעת.

סיכום

מודל התחשבות בין בתי החולים לקופות החולים, במצב בו מגבלת המקורות במערכת הינה נמוכה משמעותית מהרמה המספקת, משפיע באופן שלילי על איכות, היקף ותכולת השירותים המסופקים באופן ישיר למטופל "הוויכוחים על גודלו וצידוקו של רכש השירותים ואספקתם יוצרים חוסר אמון גדול בין קופות החולים לבין בתי החולים בכל הנוגע לכללי החיוב ולמערכת ההתחשבות" מתוך דוח ליאון 2004.

הרושם של הצוות שניתן למצוא קשר שלילי לעניין תכנון ופיתוח תשתיות בראייה כלל המערכתית קהילה ובית חולים המתבטא בכפל תשתיות ופיתוח שירותים ויחידות כל זאת תוך הקצאה לא אופטימאלית של מקורות המערכת.

נספח 2:

תיאור מודלים קיימים באוסטרליה, אירלנד וארה"ב

בחרנו להציג את מנגנוני הפיצוי בשלוש מדינות: אוסטרליה, אירלנד וארה"ב. מדינות אלו מהוות את חוד החנית בעולם בתחום פיצוי בתי החולים. הן בתהליך המתמשך שהן עוברות בשכלול ושפור המנגנון אותו הם בחרו, הן באיסוף המידע לפיקוח ובקרה והן במחקר בתחום. באוסטרליה נעשו הפיתוחים העיקריים של מודל ה-DRG במהלך שנות ה-90 וכיום מודל זה כבר נקרא על שם המדינה, קרי ה-DRG האוסטרלי. זאת למרות שפרט לאוסטרליה מודל זה מיושם במדינות רבות בעולם. משרד הבריאות האוסטרלי עוקב כל הזמן אחר התפתחויות בתחומי הדיאגנוסטיקה והטכנולוגיה ומשפר את המודל גם בהתאמה להתפתחויות במערכות המידע. גם שילוב של תמהיל החולים במנגנון הפיצוי מיושם עם התאמות שונות במדינות רבות אולם אירלנד היא זו הנחשבת לפורצת הדרך בתחום ומיישמת את השיטה כבר מאז 1993. באירלנד הממשלה גם משקיעה משאבים רבים לאיסוף מידע לשכלול ולשיפור מתמיד של השיטה. בארה"ב המערכת היא פרטית לגמרי פרט לתוכניות המדיקאר (Medicare) והמדיקאיד (Medicaid). התחרות קיימת בין בתי החולים השונים לפי ההסכמים השונים בין המבטחים לבתי החולים. מעניין ללמוד גם ממערכת כזו, על אף שהיא שונה כל כך מזו של הכללית, על אופן ההתמודדות שלה עם תקצוב בתי החולים.

תקצוב בתי החולים באוסטרליה

תקצוב בתי החולים הציבוריים באוסטרליה נעשה על פי מודל ה-AR-DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups) המהווה גרסה מתקדמת יותר של מודל ה-DRG המקורי. בין השנים 1991 ו-2008 משרד הבריאות האוסטרלי עדכן כמה פעמים את המודל (בדרך כלל כל שנתיים).

כאמור, במודל ה-AR-DRG התגמול לבית החולים נקבע מראש לפי קבוצת אבחנות. מדובר במודל מורכב שיש בו צירוף של תשלום לפי קבוצות אבחון ושל קריטריונים לתגמול לפי דרגות חומרת המקרה, המחלות הנלוות וסוג הפעולות (פרוצדורות) הרפואיות שנעשות בחולה. בגמר האשפוז נקבע המחיר המדויק, הנובע מהאבחון ומהפרוצדורות שבוצעו בחולה. בעדכונים האחרונים של המודל הוכנסו תיקונים בתמחור מחלות מסוימות על פי גיל בכדי לתת תגמול הולם יותר לבית החולים

בטיפול בחולים אלה ולמנוע אפליה על בסיס גיל.

בסוף 2007 היו באוסטרליה 1,301 בתי חולים, מתוכם 758 (58%) ציבוריים, עם 55,904 מיטות. מדובר ב-2.6 מיטות ציבוריות לכל אלף איש ו-1.2 מיטות פרטיות לכל אלף איש.

באוסטרליה יש בסך הכל 6 "מדינות" (states) ושני אזורים. רוב האזרחים מבוטחים בביטוח הציבורי (ורק 31% מבוטחים באופן פרטי). כל מדינה וכל אזור מבטח את החולים ה"ציבוריים" הנמצאים בשטחו ונתמך על ידי הממשל המרכזי (באמצעות Australian Health Care Agreements כפי שיפורט בהמשך).

הממשל המקומי של כל מדינה וכל אזור הוא ספק השירותים של בתי החולים הציבוריים ואחראי לתפעול השוטף שלהם. בתי החולים מפוצים על ידי הממשל המקומי בשיטת ה-AR-DRG, ממשלת אוסטרליה מתקצבת את האזורים באמצעות Australian Health Care Agreements. אין תשלומי השתתפות עצמית של המבוטחים.

קיימים תנאים לקבלת התמיכה מהממשלה: ראשית, כל ממשל מקומי מתחייב לספק לתושביו שירותי בתי חולים 24 שעות ביממה לכל דורש ובחינם. שנית, כל ממשל מקומי אחראי לטיפול אופטימלי הנמדד לפי מדדי איכות אשר מדווחים למדינה בדוח ביצועים על מערך בתי החולים הציבוריים.

בכל מקרה, המימון הממשלתי לא מגיע לתקצוב של 100% וקיימת חלוקה בנטל התקציבי בין הממשל המקומי לממשלה. בשנים 2005-2006 הוצאות על בתי חולים ציבוריים היו 24.3 ביליון דולר אוסטרלי, מתוכם, הממשל המרכזי כיסה 42%, הממשל המקומי כיסה 51% ומקורות פרטיים (ביטוח פרטי או תשלום ישיר על ידי החולה) כיסה 7%.

בנוסף להספקת שירותים ללא תשלום לחולים "ציבוריים", בתי חולים ציבוריים גם מספקים שירותים למטופלים המבוטחים באופן פרטי, ויכולים לבחור את הרופא שלהם. מספר מצומצם של מטופלים, בעיקר תיירים, צריכים לשלם באופן ישיר עבור הטיפול שהם מקבלים.

בניגוד לבתי חולים ציבוריים, בתי חולים פרטיים לא מכוסים על ידי *Australian Health Care Agreement*. בסה"כ באוסטרליה יש 543 בתי חולים פרטיים שמהם 278 מתפקדים כבית חולים לכל דבר ו-265 מבצעים ניתוחים ופרוצדורות שאינם דורשים אשפוז מעבר לאשפוז יום. 278 בתי החולים הפרטיים מתחלקים למלכ"רים ובתי חולים למטרות רווח.

תקצוב בתי החולים באירלנד

כל אזרח באירלנד זכאי לביטוח בריאות ממשלתי מלא או חלקי. בעלי ביטוח בריאות מלא מקבלים את כל השירותים ללא תשלום. בעלי ביטוח בריאות חלקי מקבלים את השירותים בתוספת תשלום קטנה (במקרים רבים סמלית) מצידם.

בנוסף לביטוח הממשלתי ישנם גם ביטוחים פרטיים, 42% מהאוכלוסייה הם בעלי ביטוח פרטי, אך רק 10% לערך מההוצאה על בריאות ממומנת על ידי ביטוח פרטי וכ-90% ממומנים על ידי הממשלה.

באירלנד ישנם 62 בתי חולים ציבוריים **מרכזיים** המספקים שירותים לכ-3.9 מיליון מטופלים בשנה. ישנם 3 סוגי בתי חולים באירלנד, כאשר יש הבדל מאוד קטן בין שני הסוגים הראשונים ושניהם מוגדרים כ"בתי חולים ציבוריים":

◆ **Health Service Executive Hospitals** - בתי חולים השייכים למשרד הבריאות האירי ומתקצבים על ידו ישירות (לפי עלויות היסטוריות ותמהיל חולים).

◆ **Voluntary Public Hospitals** - בתי חולים ציבוריים, אשר רוב ההכנסות שלהם באים מהמימון הממשלתי. חלק מבתי חולים אלה שייכים לגופים פרטיים (למשל ארגונים דתיים). בתי חולים אלו מקבלים תשלום על כל חולה מהמבטח ולרוב המבטח הוא הממשלה שמשלמת לפי אותה שיטת מימון כמו בסעיף קודם.

◆ בתי חולים פרטיים, שלא מקבלים כל מימון ממשלתי וקובעים את מחיריהם עצמאית כפי ראות עיניהם ומקבלים תשלום מהחולה עצמו או מביטוח פרטי.

שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה מסופקים ב"בתי חולים ציבוריים" (שני הסוגים הראשונים). בתי חולים אלה לרוב מספקים גם שר"פ - באותם תנאי תשלום כמו של בתי החולים הפרטיים, אך הם מחויבים להפריד בין "מיטות ציבוריות" ל"מיטות פרטיות".

שירותי רפואה דחופה ניתנים הן בבתי החולים הציבוריים והן בבתי החולים הפרטיים. חלק מבתי החולים מוגדרים כבתי חולים כלליים וחלק כבתי חולים יעודיים (בתי חולים פסיכיאטריים, בית יולדות ועוד).

בתי חולים אזוריים גדולים באירלנד מספקים מגוון רחב של שירותים. לעומתם בתי חולים מקומיים וקטנים יותר לא תמיד מספקים את כל השירותים, ובמקרה כזה החולים מועברים לבתי חולים גדולים יותר או לבתי חולים יעודיים.

תושבי המדינה זכאים לביטוח ממשלתי כאשר מטופלים בבתי החולים הציבוריים ובמרפאות הציבוריות (לרוב יש צורך בהפניה מצד רופא המשפחה ופנייה עצמאית גוררת תשלום, פרט למקרי חירום). תיירים משלמים עבור טיפולים רפואיים הן במרפאות והן בבתי חולים באירלנד.

טיפול בבתי החולים הפרטיים (או במיטות הפרטיות בבתי החולים הציבוריים) כרוך בתשלום מצד המטופל או המבטח הפרטי שלו - הן עבור השהות בבית החולים והן עבור הטיפול עצמו. בתי חולים פרטיים חופשיים לקבוע מחירים משלהם עבור כל פרוצדורה והמטופל חייב לשלם מחיר זה (בעצמו או דרך ביטוח בריאות פרטי).

הממשלה היא האחראית לתקצוב בתי החולים הציבוריים דרך משרד הבריאות (DOHC) והיא המשלמת לבתי החולים הציבוריים (כפי שיפורט בהמשך - לפי ההוצאות ההיסטוריות של בית החולים ותמהיל חולים).

התאמה לתמהיל החולים לצורכי תקציב יושמה באירלנד בשנת 1993.

לפני שנת 2005 - 15% מהתשלום היה על בסיס ה Case-mix - ("תואם תמהיל" - מבוסס על שיעורי העלות בקבוצת ההתייחסות של בית החולים) ו-85% מבוסס על העלויות ההיסטוריות של בית החולים. במשך הזמן השתנו שיעורים אלה כך שלשיעורי העלות של קבוצת ההתייחסות (תשלום תואם תמהיל) יש יותר השפעה על התאמת התקציב - בשנת 2005 - 30% והתכנון היה להמשיך להעלות את אחוז התשלום שהוא תואם תמהיל ל-40% ב-2006 ו-50% ב-2007.

תשלום תואם תמהיל באירלנד הנו "budget-neutral" - נלקח "ממוצע" מתוך ביצועי בתי החולים, ובתי החולים שנמצאים מתחת לרף שנקבע - "נענשים". מאידך,

בתי החולים שנמצאים מעל לרף שנקבע - מקבלים בונוס.

מאז שנת 1993 היה שימוש בגרסאות שונות של DRG באירלנד. עם ההתקדמות הרבה בתחומי האבחון והטיפול, וכן עם הפיתוחים הטכנולוגיים - היה צורך לעשות בדיקה מקיפה של גרסאות ה-DRG השונות, על מנת לבחור את הגרסה המעודכנת והמתאימה ביותר לבתי החולים באירלנד. בדיקה כזאת נערכה בשנת 2003. **שיטת ה-DRG האוסטרלי נמצאה כמתאימה ביותר**, ושולבה עם שיטת תואם התמהיל על מנת להתאים את העלויות לאפיונים המיוחדים של האוכלוסייה המקומית ולקדם יעילות של בתי החולים.

כיום באירלנד שיטת תואם התמהיל מהווה מדד להשוואה של פעילויות ועלויות בין בתי החולים על ידי ניתוח תמהיל החולים (case mix) של כל בית חולים בהתבסס על קבוצות DRG ומימון בהתאם.

הכנסת תמהיל החולים באירלנד:

תמהיל החולים באירלנד מתקיים ב-2 תוכניות נפרדות:

1. HIPE (Hospital Inpatient Enquiry - בדיקת מאושפזים בבתי החולים) במסגרת זו נאסף מידע מכל בתי החולים הציבוריים הגדולים יחסית (מעל 5000 מאושפזים בשנה), 66 במספר, לגבי כלל האשפוזים ואשפוזי היום (בדרך כלל אשפוז מתוכנן לביצוע פרוצדורה מסוימת). המידע סווג לפי CM-9-ICD לקבוצות אבחנות. במסגרת זו נכללו גם בתי החולים היעודיים: יולדות, פדיאטריה (ילדים), אורתופדיה, שיקום, גריאטריה. בתי החולים הפסיכיאטריים לא נכללו.

2. Specialty Cost Programme

במסגרת זו נאסף מידע מ-32 בתי חולים (מתוך 66 בתי החולים של HIPE) לגבי העלויות לטיפול בכל אבחנה/קבוצת אבחנות, ולפי הממוצע בין בתי החולים הללו נקבע תמהיל החולים. במסגרת זו לא נכללים בתי חולים ייעודיים, אך יש כוונה להכליל בתי חולים ליולדות ופדיאטריה בעתיד הקרוב. כלומר, העלות שנקבעת בשיטת תמהיל החולים מבוססת על 32 בתי החולים שנכללים ב-Specialty Cost Programme בלבד.

פרט לצרכים של תקצוב, תמהיל החולים גם מספק כלי להערכה של עלות טיפול והוצאות על אשפוזים ופרוצדורות. כלומר, ניתן להשתמש בתמהיל החולים כדי להעריך את היעילות של מחלקות מסוימות/טיפולים מסוימים בתוך בית החולים יחסית לממוצע הארצי וכן יחסית למחלקות מקבילות באותו בית החולים.

מנגנוני תקצוב עיקריים בבתי חולים בארה"ב

בארה"ב אין מערכת ביטוח בריאות ממלכתית. ישנן מספר תוכניות ביטוח בריאות ציבוריות, כל אחת משרתת אוכלוסיית יעד מסוימת (בדרך כלל אוכלוסיות חלשות). בנוסף, ישנם ביטוחי בריאות פרטיים המשרתים לרוב את אלה שלא נכללים באחת מאוכלוסיות היעד או לחילופין את אלה שזכאים לביטוח ממשלתי מסוים אך מעוניינים בכיסוי ביטוחי רחב יותר.

תוכניות ציבוריות (מימון של הממשל המרכזי או של הממשל המקומי בכל

מדינה: תוכנית המדיקר (Medicare) מכסה את המבוגרים (65 ומעלה) ואנשים עם מוגבלויות שעבדו בעברם¹. תוכנית State Children's Health Insurance Program מכסה את הילדים ממשפחות מועטות יכולת או אנשים העובדים במשרה מלאה והמעסיק אינו מממן ביטוח בריאות. תוכנית ה-The Veterans Health Administration מספקת שירותי בריאות ליוצאי צבא, באמצעות רשת של בתי חולים ממשלתיים.

ביחד תוכניות אלו מכסות כ-30% מהאוכלוסייה בלבד. למרות זאת, הממשלה היא המבטח הגדול ביותר בארה"ב.

על פי נתוני ה-U.S. Census Bureau למעלה מ-59% מהאמריקאים יש ביטוח בריאות דרך מקום העבודה. פרט לביטוח דרך העבודה או של המדינה לכ-9% יש ביטוח הנרכש באופן פרטי. ישנן מאות חברות פרטיות שמציעות ביטוחים אלה. הגדולים ביותר הם Blue Cross ו-Blue Shield. עם זאת, לחלק ניכר מהאוכלוסייה אין כלל ביטוח בריאות: ב-2007 לכ-48 מיליון אזרחים אמריקאים לא היה ביטוח (15.3% מאוכלוסיית ארה"ב).

1. בני 65 ומעלה היוו 85% מסך מבוטחי המדיקר. שאר המבוטחים הם אנשים עם כשל כלייתי ונכים. בסה"כ מדיקר מכסה 37 מיליון אמריקאים.

אלה ללא ביטוח, לא יכולים לפנות לרופא במרפאות בקהילה, אבל הם כן יכולים לפנות לשירותי חירום או לבית חולים, שם יקבלו חשבונית עם מחיר הטיפול, שעליהם לשלם. בית חולים לא יכול לסרב לטפל בחולה, אבל הוא יכול לפנות לאחר מכן לבית המשפט ולדרוש תשלום מהמטופל.

בעשורים האחרונים חלה עלייה משמעותית בארה"ב בשימוש ב-Health Maintenance Organizations (HMOs), מדובר בארגון הדומה במידת מה לקופת חולים. נותני שירות (בדרך כלל קבוצת רופאים שעובדים עם בית חולים מסוים, אבל יכול להיות מספר בתי חולים) מתאגדים לארגון אחד. החברים ב-HMO משלמים תשלום קבוע מראש ומקבלים שירותים רפואיים לפי צרכיהם, מאותם נותני שירות אשר חברים ב-HMO המסוים או שיש להם איתו הסכם. נמצא שאנשים שחברים ב-HMO חוסכים עד 25% בהוצאות הבריאות שלהם, זאת בעיקר על ידי הקטנה של 40% בעלויות בתי חולים.

שירותי האשפוז לרוב מסופקים על ידי בתי חולים פרטיים, אך בחלק מהמדינות קיימים גם בתי חולים ציבוריים. בארה"ב ישנם כ-6,000 בתי חולים, רובם לא למטרות רווח. בתי החולים שלא למטרות רווח מטפלים בכ-75% מהאוכלוסייה. 25% הנותרים מקבלים טיפול בבתי חולים פרטיים למטרות רווח. בתי חולים למטרות רווח מופעלים בדרך כלל על ידי ארגונים פרטיים גדולים, בתי חולים שלא למטרות רווח מופעלים על ידי הממשלה, הממשל המקומי של כל מדינה, ארגונים דתיים או עמותות שונות. בתי החולים מספקים ברוב המקרים הן טיפול במרפאות והן אשפוז וטיפול חירום.

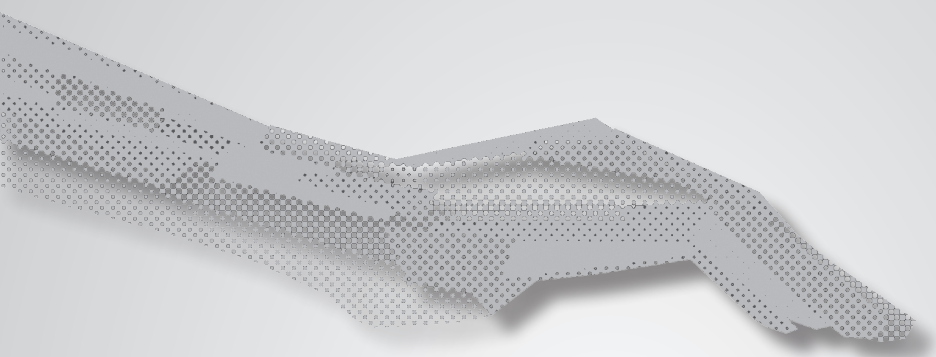
עלויות שירותי בתי החולים נקבעים בהסכמים (משא ומתן) בין המבטחים לבית החולים הספציפי או ארגון שכולל מספר בתי חולים בשיטת שוק חופשי, בתי החולים יכולים לגבות מחירים שונים ממבטחים שונים או לשנות את מחיריהם בין הסכם להסכם. בדרך כלל מתקבל מצב שבו מבטחים גדולים מצליחים להוריד את המחיר וישנם אפילו מקרים שבתי חולים היו "מפצים" על מחירים נמוכים על ידי גביית מחיר גבוה בהרבה ממבטחים קטנים או מאנשים פרטיים.

עד 1983 עלויות שירותי בתי החולים נקבעו בהסכמים עם כל מבטח לחוד והיו נקבעים רטרוספקטיבית (בית החולים היה מגיש חשבון עבור סכום ההוצאות לכל חולה).

ב-1983 המבטחים הגדולים התאחדו ל"מונופול" צרכנים והגיעו להסכמים עם בתי החולים. באותה שנה ועל בסיס הסכמים אלו נחקק חוק ה-Prospective Payment System (PPS). על פי חוק זה התשלום של Medicare הפך לפרוספקטיבי והתבסס על ה-DRG. שיטת ה-DRG התרחבה ואומצה גם בהסכמים עם מבטחים פרטיים ובשנת 1996 82.5% מבתי החולים קיבלו תשלום מהמבטח לפי שיטת ה-PPS. רוב בתי החולים שלא פועלים לפי ה-PPS הם ייעודיים ומטפלים במחלות שאינן מתוקצבות בארה"ב בשיטת ה-DRG (לדוגמא, כמחצית מאלו הם בתי חולים פסיכיאטריים).

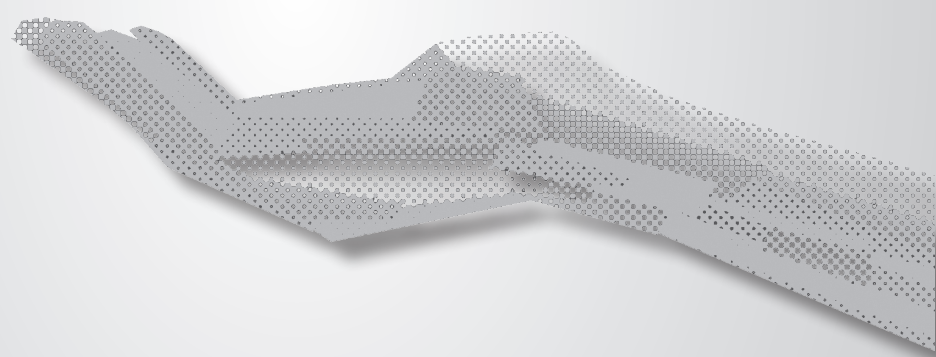
יש להדגיש כי מחירי ה-DRG יכולים להשתנות בין בתי החולים השונים לפי ההסכמים השונים בין המבטחים לבתי החולים.

לעיתים המבטחים הגדולים כולל המדיקר והמדיקד משתמשים בקביעת מחירי DRG נדיבים/מצמצמים כדי להשפיע על מדיניות הקבלה לאשפוז ומדיניות הטיפול של בתי החולים. למשל, כדי לעודד בתי חולים פרטיים לקבל מבטחים במדיקד ובמדיקר לעיתים נקבעים מחירי DRG נדיבים יותר לבתי חולים אלו.



צוות 3

**הכיסוי האוניברסאלי בבריאות:
האיזון בין אחריות החברה לאחריות הפרט**



צוות 3 הכיסוי האוניברסאלי בבריאות: האיזון בין אחריות החברה לאחריות הפרט

חיים ביטרמן ורחלי ניסנהולץ-גנות

הדיון על הגבולות בין אחריות הפרט לבריאות לבין אחריות החברה לבריאותו של הפרט מתנהל בין שני קטבים. בקוטב האחד עמדה הגורסת כי החלטות המשליכות על בריאות נעשות מתוך בחירה חופשית של האדם, הצלחת מניעה של מחלה או טיפול בחולי קיים תלויה בהיענות המטופל, ופעילות אינדיבידואלית של אנשים היא מרכיב מרכזי בהצלחת המערכת לשמר ולקדם את בריאותם.

מאחר שמערכות הבריאות בעולם נמצאות במצב של משאבים מוגבלים¹, לא ניתן לספק את כל שירותי הבריאות לכולם. אנשים מוצאים עצמם, פעמים רבות, בלי לקבל את הטכנולוגיה שתסייע להם, בין אם אינה קיימת ובין אם אינה מכוסה על ידי הקופה או חברת הביטוח אליה הם שייכים. במקביל לכך, אנו עדים להתפתחות משמעותית בהיקף המחלות הכרוניות (WHO, 2011; Licina, 2012) ובמוות כתוצאה מהן. מספר קטן של מחלות כרוניות משמעותיות (מחלות קרדיו-וסקולרית, סכרת, השמנת יתר, סרטן ומחלות נשימה) אחראיות למותם של 33 מיליוני אנשים בשנה ו-46% מהנטל הכלכלי העולמי של מחלות (WHO, 2011). מחלות אלו ניתנות למניעה או לצמצום ולכן אחריות רבה רובצת על כתפי היחיד, ויש הצדקה "להאשמו" ואף "להענישו" כאשר הוא מתנהל באופן שאינו עולה בקנה אחד עם ההנחיות הרפואיות אותן הוא מקבל (Schmidt, 2009) ופועל בדרך שמזיקה לא רק לעצמו כי אם גם לסביבתו.

עמדה מנוגדת לזו מתבססת על קביעה, שהתנאים אליהם אנשים נולדים ובהם הם חיים ועובדים הינם המרכיב החשוב ביותר המשפיע על בריאות טובה או גרועה ועל תוחלת חיים. דוח של ה-WHO, קבע בשנת 2008 כי "התנאים בהם אדם נולד, חי ועובד הם הגורם המרכזי המשפיע על בריאותו". (Chan, 2008).

1. בעולם כיום, כל מערכות הבריאות סובלות מרמה שונה של מחסור במשאבים, ולכן הדברים נכונים לכל מערכת בריאות.

מעמדה זו נובע, שהתביעה לקדם אורח חיים בריא, למשל בעזרת דיאטה נכונה ועיסוק בספורט במכוני כושר, אינה אפשרית עבור אנשים רבים. כך גם תנאי הסביבה כמו תנאים המייצרים לעיתים סביבה "מקדמת" תאונות או חשיפה לזיהום אוויר לרוב אינם בשליטת היחיד. במילים אחרות: הסביבה, שאינה נמצאת בשליטת היחיד קובעת את בריאותו באורח חד משמעי. מכאן שהגישה המחמירה ה"מענישה" אינה מוצדקת, אינה יעילה ואף עלולה להחמיר את המצב.

גישות אלה עשויות להשפיע על רמת האחריות שמטילה החברה על הפרט.

מידת התערבותה של המדינה

למדינה כוח לכפות התנהגות מסוימת על פרטים. בנושא התנהגות בריאות יש לבחון, בשלב הראשון, האם למדינה יש זכות להתערב בחייו של הפרט. במידה שהתשובה לשאלה זו תהיה חיובית, נוכל להתקדם ולבדוק מהן הדרכים בהן המדינה יכולה לפעול על מנת לעודד התנהגות בריאותית.

הזכות להתערב בחייו של הפרט

המדינה מתערבת בחלקים שונים מחיינו. גם מדינות דמוקרטיות וליברליות קובעות מסגרות שמאפשרות חיים מסודרים ומקדמות עקרונות שהחברה רואה בהם ערך. יכולתה המוסרית של המדינה להתערב בחייו של הפרט נובעת הן מזכותה להתערב והן מאחריותה להתערב:

1. הזכות להתערב בחייו של הפרט, דהיינו: לכפות עליו להתנהג באופן התורם לבריאותו או, לחילופין, למנוע ממנו לפעול בדרך המזיקה לבריאותו נובעת, בין היתר, מהעובדה שהמדינה מממנת את שירותי הבריאות. בישראל, בה קיים ביטוח בריאות ממלכתי², המדינה משלמת עבור השירותים מהם נהנים תושבי המדינה, יש לה הזכות הלגיטימית³ להחליט באילו מקרים אין מקום לממן שירותים לפרט זה או אחר.

2. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

3. זכותה של המדינה צריכה לעמוד, כמובן, במבחנים של צדק, שוויון וכדומה.

2. אחריותה של המדינה מהווה את צדו השני של המטבע. כמממנת שירותי הבריאות, על המדינה לחלק את השירותים לכולם וכיוון שאנו מצויים במצב של מחסור יש לוודא שהתקציב מתחלק בצורה הוגנת בין כולם. במסגרת אחריות זו יכולה המדינה לטעון כלפי מי שאינו טורח לחיות חיים בריאים כי אין זה הוגן שבחירותיו המזיקות, יסיטו כלפיו משאבים, שיכלו להינתן לפרטים אחרים, המשקיעים יותר בבריאותם או כאלה שהחולי שלהם לא תלוי בהם באופן בלעדי.

זה המקום לציין כי מדינות, גם הליברליות ביותר, מתערבות בחייהם של פרטים בכלל ובנושאי בריאות בפרט. כך למשל, המדינה קובעת באילו תנאים יכולה אישה לבצע הפלה⁴, למרות שבעצם הצורך לקבל אישור להפלה ישנה פגיעה באוטונומיה שלה. גם בכל הקשור לקבלת תרומת זרע ממת, המדינה מתערבת, קובעת כללים ולא מאפשרת תמיד שימוש בזרעו של אדם שנפטר. זאת ועוד, סל הבריאות, קובע אילו טכנולוגיות יכנסו לסל, כאשר ברור שישנן טכנולוגיות שאינן נכנסות. בכך, המדינה קובעת באילו מחלות היא "משקיעה" יותר ואילו מחלות "קיבלו" עדיפות משנית.

ניתן לומר, אם כן, שהמדינה מתערבת, בפועל, בחייהם של תושביה בתחומים הקשורים לבריאות וכי זכותה לעשות כן, כמממנת של חלק ניכר מהשירותים וכאחראית על חלוקת המשאבים בצורה הוגנת וצודקת.

מכאן נעבור לבחון את הדרכים בהן יכולה המדינה להשפיע על בריאותו של הפרט.

דרכים להשפעה על בריאות הפרט

הדרכים בהן המדינה יכולה להשפיע על התנהגויות בריאות של הפרט מגוונות. בספרות מוזכרות תדיר, שלוש הדרכים הבאות:

1. **ענישה** - המדינה יכולה לפעול בדרך של ענישה כלפי מי שבוחר שלא לנהוג בדרך שתורמת לבריאותו או בוחר לנהוג בדרך שפוגעת בבריאותו. הענישה יכולה להיות באמצעות קנס, למשל מיסוי גבוה, כפי שקיים ביחס לסיגריות, באמצעות עיכוב של תורים או מניעת טיפול, למשל מניעת השתלת כבד מאדם השותה אלכוהול (Licina, 2012; Schmidt, 2009).

4. ראה תקנות העונשין (הפסקת הריון), תשל"ח-1978.

2. **תמרוץ** - המדינה יכולה לתמרץ את אלו הפועלים בדרך התורמת לבריאותם ובכך לעודד התנהגות בריאותית. למשל, להפחית תשלומי פרמיה ביטוחית למי ששומר על משקל תקין, לתמרץ, באמצעים כלכליים - מעבידים, הפועלים במסגרת ארגון, לשמירה על בריאות עובדיהם. התומכים בתמרוץ טוענים כי תמרוץ מעודד אנשים לנהוג באחריות לבריאותם ולבחור בחירות נבונות יותר. (Voigt, 2013; Florida Agency for Health Care Administration, 2005).

3. **חינוך** - המדינה יכולה להפעיל קמפיינים ולהשתמש במדיה לקדם את המסרים התומכים בהתנהגות אחראית ובריאה. כך, לדוגמה, התבצע לאחרונה קמפיין גדול, שהוביל משרד הבריאות, המעודד הורים לחסן את ילדיהם נגד מחלת הפוליו. חינוך יכול להתבצע גם דרך מוסדות הלימוד, כמו גנים ובתי ספר. כך למשל, ישנן תכניות בריאות המלמדות את הילדים, כבר מגיל הגן, להישמר בשמש, לצחצח שיניים כיאות ועוד (Licina, 2012).

דוגמה להתערבות המדינה ניתן לראות בהתייחסותה של ארה"ב לנושא השמנת יתר. תופעת ההשמנה תופסת ממדים משמעותיים בעולם כולו ובארה"ב בפרט (Yang and Nichols, 2011). השמנה אינה רק בעיה אסתטית וכבר היום ידוע כי היא אחת הסיבות המרכזיות לתחלואה כמו סכרת, יתר לחץ דם ועוד. בנוסף היא האחראית ל-27% מהעלייה בהוצאות הבריאות של האוכלוסייה העובדת (Thorpe et. Al. 2004) ועלותה בארה"ב קרובה ל-150 מיליארד דולר בשנה (Finkelstein, 2009). ארה"ב מנסה להתמודד עם הבעיה התופחת (תרתי משמע) בקרבה. אין זה המקום לבחון את הדרך בה נוקטת ארה"ב היא יעילה או לאו, אך אין ספק כי דרכי ההתמודדות שלה מגוונות.

הפעילות נגד תופעת ההשמנה בארה"ב באה לביטוי באיסורים וענישה - כך למשל החובה לסמן את מוצרי המזון ואת הקלוריות שהם מכילים (PPACA, at § 4205), כמו גם האיסור שהחילה עיריית ניו יורק על מכירת שתיה ממותקת (קולה, משקאות אנרגיה, מיץ ממותק, תה קר) ("New York City bans supersize sodas".BBC. September 13, 2012) וכן האיסור של ה-FDA על השימוש בשומן טרנס במזון, העומד להיכנס לתוקף בתקופה הקרובה (<http://edition.cnn.com/2013/11/07/health/fda-trans-fats/>). במקביל לכך, ישנה פעילות ענפה בארה"ב לתמרוץ מעסיקים המקדישים משאבים לבריאות עובדיהם, כך למשל מעבידים יכולים להפחית את הפרמיה לביטוח בריאות ב-30% עבור עובד שמשותף בתכנית מניעה

או עובד שעומד ביעדי הבריאות שהציבו לו (PPACA, at § 1201). גם בתחום החינוך ישנה פעילות של קמפיינים בהובלתה של הגברת הראשונה של ארה"ב, מישל אובמה.

המצב בעולם

גרמניה

בגרמניה פועלת מערכת בריאות ציבורית, במסגרתה מבוטחים מרבית אזרחי המדינה. החקיקה בתחום הבריאות (Sozialgesetzbuch (SGB V)) מתייחסת, בין היתר, לסולידריות ואחריות של הפרט בתחום הבריאות. האחריות, לפי התפיסה הגרמנית, היא הדדית. מחד, לחברה אחריות לבריאותו של הפרט ומכאן נובע כי הפרט יכול לבקש סיוע מהחברה במימון או בטיפול בבעייתו. בנוסף, תפקידן של קופות החולים לתת מידע, עצה, עידוד וטיפול לפרטים המבוטחים באמצעותן.

מאידך, לפרט ישנה אחריות (co-responsibility) לבריאותו⁵ והוא נתפס כ"יצרן בריאות". התפיסה הגרמנית רואה כלגיטימית, את דרישות החברה מהפרט, לפעול באופן אקטיבי לשיפור ושימור בריאותו, באמצעות אימוץ אורח חיים בריא, הקפדה על בדיקות שגרתיות והיענות לטיפולים.

אחת השאלות העולות מתפיסה זו הינה מה הם גבולות האחריות האישית של הפרט ובאילו מקרים ניתן לסרב לטפל בפרט זה או אחר. מערכת הבריאות הגרמנית לא מונעת טיפול רפואי, גם מאדם שאינו עומד באחריותו החברתית לשמור על בריאותו אך קובעת כי במקרה שאדם נזקק לשירותי בריאות עקב מחלה או פגיעה שמקורה בפעילות פלילית, עליו לשלם עבור אותו טיפול, שכן, התנהגותו (הפלילית) מהווה פגיעה בסולידריות החברתית.

בנוסף, החוק הגרמני מטיל תשלום בגובה 1%-2% לחולים במחלות כרוניות שונות, בהתאם להיענותם לטיפולים המוענקים להם. ומנגד, החקיקה הגרמנית מאפשרת הענקת תמריצים למי שמשותף בתכניות בריאות, מבצע בדיקות באופן שגרת

5. אחריותו של הפרט לבריאותו היא אחריות כלפי החברה, לשמור על המשאבים ולהימנע (במידת האפשר) מחולי.

וכדומה. התמריצים יכולים להיות באמצעות הפחתת השתתפויות עצמיות, מתן כסף או הטבות שונות. קופות החולים מעניקות תמריצים, כמו צעצועים או כלי מטבח למבוטחים המשתתפים בבדיקות סקר ומעקב בריאות שגרתיות (Schmidt et al. 2009).

בריטניה

מערכת הבריאות בבריטניה אף היא ציבורית. ה-NHS (השרות הרפואי הלאומי הבריטי), פרסם בשנת 2009 את העקרונות לפיהם הוא פועל וביניהם פרק המוקדש לאחריות של הפרט והציבור (פרק b3). בפרק מעודדים את הפרט לקחת אחריות על בריאותו באופן כללי וכן פונים לפרט בנושאים ספציפיים כמו להיענות לטיפול שניתן, להשתתף בתכניות מקדמות בריאות, להתנהג בכבוד למטפל ועוד.

העקרונות של ה-NHS אינם מחייבים⁶ ואינם גוררים קנס במקרה בו הפרט לא עומד בהם וכן אין התייחסות לתמרוץ במקרה בו מטופל פועל, באופן אקטיבי, לשיפור מצב בריאותו. זאת, על אף שבסקר שנערך ב-2010 השיבו 35% מהנחקרים כי יש להעלות את המיסים על אלכוהול, סיגריות ומזון לא בריא (Licina, 2012).

ארה"ב

בארה"ב מערכת בריאות פרטית ברובה, המשלבת גם רפואה ציבורית. מרבית התושבים מבוטחים באמצעות מקומות העבודה. מאחר שישנם ספקי שירותי בריאות רבים, לא קיימות הוראות אחידות המגדירות את אחריותו של הפרט ביחס לבריאותו, אך יש הנחיות המאפשרות לתכניות בריאות להעניק תמריצים לשמירה על הבריאות (Schmidt, 2009).

במסגרת תכנית Medicaid, תכנית ציבורית המיועדת לאנשים במצב סוציו-אקונומי נמוך, בוירג'יניה המערבית, (Schmidt, 2009; Hermer, 2008) יצרו שתי שכבות של ביטוח. האחת, מיועדת לכל מי שמצטרף לתכנית. השנייה כוללת גישה רחבה יותר לשירותי בריאות, מיועדת למי שמוכן לקבל את תנאיה של התכנית. בין התנאים על המבוטח להתחייב לשמור על בריאותו; להגיע לבדיקות שגרתיות; לקרוא חומרים

6. ניתן לראות שגם הפניה אל הציבור מתחילה ב-Please... ולא בצורה מחייבת כלשהי.

שנשלחים בנושאי בריאות; להגיע בזמן לרופא ועוד. מבוטח שלא עמד בתנאי התכנית יועבר לתכנית הבסיסית ויוכל לבקש להתקבל מחדש לאחר שנה.

בנוסף, בארה"ב מעבידים יכולים להפחית את תשלומי הפרמיה של העובדים אם הם משתתפים בתכניות לירידה במשקל או להפסקת עישון (Schmidt et. al., 2010).

סקר שנערך בשנת 2006 העלה ש-53% מהאמריקאים סבורים כי ראוי שאנשים שאורח חייהם אינו בריא ישלמו פרמיה ביטוחית גבוהה יותר (Licina, 2012). עובדה המצביעה על תפיסה חברתית הרואה בפרט אחראי למצב בריאותו ומצפה ממנו לפעול, באופן אקטיבי, לשמור עליה.

אי שוויון וההשפעה על אחריות הפרט

התפיסה שבסיס הסולידריות החברתית וההדדיות מבוססת על הנחה כללית כי היכולת של אנשים לקחת החלטות או לבצע פעילויות התומכות בבריאותם - שווה ולכן יש הצדקה לסנקציות או לתמריצים. עם זאת, המציאות מוכיחה כי במקרים רבים קיים פער בין היכולת של אדם לנהוג בצורה בריאותית או לא. יכולות כלכליות, נפשיות ומוגבלויות פיזיות משפיעות על יכולתו של אדם להשתתף בפעילות מקדמת בריאות, להתחסן כלפי מחלות או להיענות לטיפול מסוים. במסגרת הדיון שלנו, נתרכז באוכלוסייה שיכולותיה להשפיע על אורח חייה ועל בריאותה - שווה. ככל שמדובר בפרטים שלהם יכולות שונות באופן דרמטי, יש לבחון אפשרות שבה אוכלוסייה חלשה יותר תקבל סיוע נרחב יותר מהמדינה.

על מנת שהדיון שנערך כבר לא אחת, ושמרכיביו העיקריים מוכרים, יהיה קונקרטי ויספק תובנות ייחודיות לסוגיות שהחברה בארץ ובעולם מתחבטת בהן, בחרנו להתרכז בשלוש סוגיות רפואיות פרטניות:

1. תחום הפריזון
2. תחום הבדיקות הגנטיות
3. תחום החיסונים

בכל אחד מהתחומים בחנו באיזו מידה יש להטיל על הפרט את האחריות לבריאותו ועד כמה צריכה המדינה לספק שירותים לפרט שאינו פועל בצורה "בריאותית". השתדלנו לבחון את הדברים הן מנקודת מבטו של הפרט והן מנקודת מבטה של החברה.

הצוות גיבש מספר תובנות כלליות. ראשית, כחברה דמוקרטית, עלינו לכבד את האוטונומיה של הפרט. נקודת ההנחה שלנו היא שלפרט ישנה אוטונומיה לקבל החלטות ביחס לעצמו, גם אם אינן עולות בקנה אחד עם החלטות הריבון. חברי הצוות סברו כי יש לשאוף לשמור על זכותו של הפרט לקבל החלטות עבור עצמו, תוך שיקול מגוון שיקולים אישיים. כך למשל, ביחס להחלטה אם לבצע או לא לבצע בדיקת סקר המוצעת על ידי המדינה.

שנית, חברי הצוות סברו כי גם במקרה בו המדינה מעוניינת שהפרט יפעל בצורה מסוימת, מבחינת התנהגות בריאות, עליה להימנע מהפעלת סנקציות. השימוש בסנקציה, ובייחוד בכזו העלולה למנוע טיפול רפואי מאדם, אינה רלוונטית למדינת ישראל בעת הזו. עם זאת, ראוי לשקול תמריצים חיוביים, במקרים רלוונטיים, על מנת לעודד התנהגות בריאותית.

שלישית, במסגרת קבלת החלטות הנוגעות לבריאות בכלל ולנושאים שנדונו בצוות בפרט, ראוי לבחון את הביסוס המדעי ולהסתמך עליו (Evidence Based Medicine), כך למשל, החלטה על ביצוע חיסון לכלל האוכלוסייה צריכה להיות מבוססת על מחקרים המצביעים על יתרונות ברורים של החיסון. בנוסף, החלטה על קריטריונים בתחום תהליכי הפיריון או שינוי בהם, חייבת להיות מבוססת על מידע מדעי רלוונטי.

פיריון

”נושא הפיריון וההולדה בישראל הוא בעל חשיבות חברתית ותרבותית עצומה. הביטוי הברור ביותר לכך הוא שישראל היא המדינה המובילה בעולם בשיעור טיפולי ההפריה הנפש.

קיימים מספר גורמים תרבותיים ודתיים המשפיעים על יחס מדינת ישראל, כתומכת וכמממנת בשיעור חסר תקדים טיפולי פיריון ועל היות נושא הפוריות אחד מהערכים המרכזיים בחברתנו. אין ספק כי לרקע התרבותי, למסורת ולדת, היהודית והמוסלמית כאחד, השפעה ניכרת על יחס החברה הישראלית לנושא. על פי התפיסה היהודית, מצוות פריה ורביה היא מצווה חשובה ומרכזית. חשיבותה מתבטאת, בין השאר, בהיותה הראשונה בתרי”ג מצוות התורה, ומוזכרת בה פעמים אחדות. טעמה ומטרתה של המצווה היא שיהיה העולם מיושב ויתקיים המין האנושי. מעיקר דין תורה מתקיימת מצוות פריה ורביה בהבאת שני ילדים - בן אחד ובת אחת, אך מדברי

סופרים מצווה על כל אחד שלא יחדל מלפרות ולרבות כל זמן שיש בו כוח, מכאן שפוריות היא ברכה.

אמנם, על פי ההלכה איש או אישה שאינם יכולים לפרות ולרבות בגין בעיות רפואיות, פטורים ממצווה זו, אך בגלל האתוס היהודי החזק של הרצון והצורך הנפשי להביא ילדים לעולם, זוגות ואף יחידים עושים מאמצים גדולים - בריאותיים-רפואיים וכלכליים - על מנת לזכות ולהביא ילדים לעולם, ההלכה היהודית, בשונה מחלק מהדתות האחרות, מתירה שימוש בטכנולוגיות רבות לקידום הפוריות, ואף זו סיבה להיותה של ישראל שיאנית בשימוש בטכנולוגיות מתקדמות ומתחדשות אלה.

גם בחברות מוסלמיות, אחת המטרות העיקריות של הנישואין הייתה, ועודנה - הולדת ילדים, שהיא חובה דתית מחייבת. לידתו של ילד אינה נחשבת רק לברכה, אלא נתפסת כמחזקת את קשר הנישואין וכמרחיבה את קהל המאמינים. בית שבו לא נולדו ילדים נתפס בדת האסלאם כבית שלא שורה בו ברכת האל". (מתוך המבוא של דוח הוועדה הציבורית לבחינת נושא הפרייון וההולדה, 2012).

פרק ראשון

טיפול פריון

חוסר פוריות הינו מצב שאמנם אינו פוגע בבריאות הפיזית של בני הזוג, אך בהרבה מקרים גורם למתחים נפשיים, פגיעה באיכות החיים ואף לגירושין ולסטיגמה חברתית. הערכות עולמיות מדברות על שיעורי חוסר פוריות בנשים בגיל הפריון שנעים בין 8-12%, כאשר בכ-20-30% מקור הבעיה הוא בפוריות הגבר.

המדע והשיטות להפריה חוץ גופית השתפרו לאין ערוך ב-25 השנים האחרונות. טיפולי הפוריות הניתנים כיום מגבירים באחוזים משמעותיים את הסיכוי להרות. אך למרות זאת, טיפולים אלה עדיין כרוכים בסכנות בריאותיות ועלותם גבוהה, מה שמוביל לשאלות בדבר הזכאות לטיפול פריון ושימור פריון; גבולות האחריות של החברה ומערכת הבריאות באישור ובמימון טיפולים אלה.

"טיפול פוריות" הוא שם כולל למגוון רחב של פרוצדורות וטכנולוגיות רפואיות. רוב הטיפולים ניתנים למטופל עצמו, בדרך כלל לאישה, גם כאשר בעיית הפוריות הינה של הגבר. חלק מהטיפולים מערבים צד שלישי בהליך, החל מקבלת תרומת זרע או תרומת ביצית מאישה אחת עבור אחרת או שימוש בפונדקאית לצורך הבאת ילדים לעולם. על אף שמדובר בהליכים רפואיים, לבעיית אי הפוריות ולטיפולים יש משמעות חברתית, משפטית ודתית רחבה. לאור זאת החליט מנכ"ל משרד הבריאות ביוני 2010 למנות ועדה ציבורית בראשותו של פרופ' שלמה מור-יוסף, שבחנה באופן מקיף את ההסדרים הקיימים בתחום הפריון וההולדה בישראל. המלצות הועדה פורסמו במאי 2012, ולנוכח אי הסכמה בקרב חבריה בחלק מהסוגיות המובילות, הוצגו בדוח המסכם גם דעות מיעוט.

הסוגיות העיקריות שאליהן הועדה התייחסה היו:

- א. "טובת הילד" שטרם נולד בהקשר של טיפולי פוריות
- ב. השפעת המעמד האישי של המטופלים על הנגישות לטיפול פריון
- ג. מגבלות גיל במסגרת טיפולי פוריות
- ד. תרומת חומר גנטי (תרומת זרע, תרומת ביצים מופרות, תרומת חלקי ביצית)
- ה. שימוש בחומר גנטי לאחר המוות
- ו. פונדקאות

בהמלצות הוועדה הובהר במפורש כי הוועדה לא עסקה בסוגיית מימון הטיפולים ולא בסוגיית היקפם.

טיפול IVF יקרים מאד לפרט. לולא הוכללו בסל הבריאות, חיוב במימון עצמי של הטיפולים היה גורם ליצירת חסם לרבים מתושבי מדינת ישראל הנזקקים להם וליצירת אי שוויון בנגישות לטיפולים אלה. היות וחוסר הפוריות כשלעצמו אינו כרוך בתחלואה או בתמותה, יש הטוענים שטיפולי פוריות אינם צריכים לזכות לאותה עדיפות למימון ציבורי כמו מצבי מחלה המגבילים את החולה מבחינה פיזית או מאיימים על חייו.

טיפול הפוריות השונים כולל הפריה חוץ-גופית (IVF) ניתנו על ידי כל קופות החולים עוד טרם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עם החלת החוק, נקבע כי המימון הציבורי יינתן לטיפול פוריות עד להולדת שני ילדים לזוגות שלא הביאו ילדים עם בן הזוג הנוכחי, זאת ללא תלות במספר הילדים של האישה או של בן זוגה, מזוגיות קודמת. כמו כן הטיפולים ניתנים במסגרת הסל גם עבור נשים שאינן נשואות המעוניינות להקים משפחה חד-הורית. החוק איננו קובע גבול למספר הטיפולים הניתנים במימון ציבורי וכן אינו מגביל את גיל האישה הזכאית לטיפולים אלה, עד להולדת שני ילדים.

להלן נוסח החוק הזכאות לטיפול פריון:

סעיף 6 לתוספת השנייה לחוק: "פעולות אבחון וטיפול נוספות:"

"(ד) אבחון וטיפול בעקרות כגון-

◆ תבחינים לצורך ברור עקרות ולצורך הפריה מלאכותית

◆ טיפול בעקרות

◆ הפריה מלאכותית - כולל טיפולים להשבחת זרע וטיפול הורמונלי

טיפול הפריה חוץ גופית - ניתנים לצורך הולדת ילד ראשון ושני, לבני זוג שלהם אין ילדים בנישואיהם הנוכחיים וכן, לאישה ללא ילדים המעוניינת להקים משפחה חד הורית."

כלל השירותים הרפואיים הכלולים בסל השירותים, ניתנו מעת החלת החוק למבוטחי קופות החולים על פי הפרקטיקה הרפואית המקובלת באותה עת. בשל חוסר אחידות בין קופות החולים בהתוויות למתן או להפסקת טיפולי הפריון, מונתה על ידי שר הבריאות בשנת 1998 ועדת מומחים בתחום הפריון שגיבשה קווים מנחים

למתן טיפולי הפריה חוץ-גופית וקריטריונים להפסקת הטיפולים (ראה בנספח א'). יש לציין שקווים מנחים אלו לא פורסמו בחוזרי משרד הבריאות.

בפברואר 2013 פרסם ה-NICE באנגליה הנחיות קליניות עדכניות לטיפול פרוין על כל שלביהם. כחלק מהקווים המנחים נוסחו התוויות לביצוע טיפולי הפריה חוץ גופית על פי התוויה לטיפול, גיל האישה, מספר מחזורי טיפול קודמים וחישובי עלות-תועלת. (ראה נספח ב').

ישראל עומדת במקום הראשון בעולם במספר טיפולי הפריה חוץ גופית לנפש ובוצעו בה על פי נתונים שנאספו כבר בשנת 2002 פי שניים טיפולים מהשיעורים שדווחו עבור איסלנד והולנד הנמצאות אחריה ברשימה. (Nachtigall, 2006; Collins, 2002).

להיקף טיפולי הפוריות בישראל, אין אח ורע במדינות אחרות (טבלה 1). בישראל פועלות כיום 24 יחידות להפריה חוץ גופית, כאשר ידוע ששיעור צריכת ה-IVF בישראל ומספר סבבי הטיפול הניתן לנשים הוא הגבוה בעולם (טבלה 2, תרשים 1) וממשיך לעלות בכל שנה (תרשים 2). מצב זה מעורר שאלה בקשר לשימוש בטכנולוגיות בתחום הפריון. יש הסוברים כי הצירוף של הרצון להורות, אווירה לאומית פרונטליסטית, האפשרות לקבלת הטיפולים במימון ציבורי ויתכן שאף הרווח הכספי למטפלים - עלולים להוביל לעיתים לשימוש שאינו מושכל בטכנולוגיה תוך פוטנציאל של סיכון האישה במחזורים חוזרים של הפריה חוץ גופית.

במאמרם של ד"ר טל סלע וחב' "טיפול הפריה חוץ גופית במכבי שירותי בריאות 2007-2010 תמונת מצב" (2013) מתואר כי במשך 4 השנים שנבחנו, גיל המטופלות ומספר מחזורי הטיפול עלה, בעוד ששיעור הטיפולים המוצלחים (שהסתיימו בלידות חי) ירד מ-18.8% ל-14.8%. מעבר לגיל 43 שיעורי ההצלחה היו אחוזים בודדים. המחברים מסכמים שעל אף ההובלה הכמותית בביצוע טיפולי הפריה חוץ גופית, התוצאות הקליניות בישראל אינן טובות יחסית למקובל בעולם ואף נמצאות במגמת ירידה. לדעת המחברים, הסיבה העיקרית לכך היא ביצוע מספר גבוה של טיפולים שמראש הסיכוי להצלחתם קטן מאד.

הסיבה העיקרית לשיעור גבוה זה היא המדיניות הישראלית הליברלית המכלילה טיפולי הח"ג בסל השירותים הבסיסי המוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי-התשנ"ד. לפי חוק זה "טיפול הפריה חוץ גופית ניתנים לצורך הולדת ילד ראשון ושני,

לבני זוג שלהם אין ילדים בנישואיהם הנוכחיים וכן, לאישה ללא ילדים המעוניינת להקים משפחה חד הורית" בשנת 1998 בעקבות המלצותיה של ועדה מקצועית, הוגדרו מספר הוריות נגד, אך לא הושמה הגבלה על מספר ניסיונות להשגת לידה. השתתפות נמוכה בעלויות הטיפול מצד המטופל וזמינות גבוהה של יחידות טיפול, שריכוזן באוכלוסייה הוא מהגבוהים בעולם, תרמו אף הן לפופולאריות של ה"ח"ג בישראל (סלע וחב', 2013).

המידע המדווח על טיפולי הפריה חוץ גופית בישראל הוא חלקי בלבד. איסוף הנתונים הוא רטרוספקטיבי וכולל מספר מחזורי טיפול ותוצאותיהם המתפרסמים על ידי משרד הבריאות כסיכום ארצי. בהיעדר נתונים המאפשרים פילוח על פי מאפייני המטופלות ופרטי הטיפולים יש קושי לנתח את הטיפולים על פי התרופות, גילים, מספר המחזורים לאישה ופרמטרים חיוניים נוספים. לאחרונה הוחל במיסוד רשם ארצי שיאפשר בעתיד קבלת החלטות מושכלות על פי נתוני הטיפולים.

בהיעדר בסיס נתונים ארצי ניתן ללמוד מהדיווח של מכבי שירותי בריאות על מחזורי הטיפול בהפריה חוץ גופית שאושרו על ידי הקופה (סלע ואח', הרפואה 2013).

בטבלה שלהלן ניתן לראות כי חלה ירידה באחוז ההצלחה של מחזורי הטיפול הבא לידי ביטוי במספר לידות מתוך מספר מחזורי הטיפול. הירידה בהצלחה היא עקבית לאורך השנים שנבדקו ושיעור ההצלחה של 18.8% בשנת 2007 ירד ל-14.8% בשנת 2010. ירידה זו היא למרות השיפור הטכנולוגי שחל במהלך השנים.

מספר הטיפולים ה"טריים" ומספר הלידות שהושגו בעקבותיהם בתקופה הנסקרת (CI - רווח סמך)

שנה	מספר טיפולים	מספר לידות	% הצלחה	CI 95%
2007	6,369	1,199	18.8%	17.9% - 19.8%
2008	7,471	1,357	18.2%	17.3% - 19.0%
2009	8,748	1,418	16.2%	15.4% - 17.0%
2010	9,525	1,412	14.8%	14.1% - 15.5%
סה"כ	32,113	5,386	16.8%	16.4% - 17.2%

בטבלה הבאה מודגמת ירידה משמעותית גם בשיעורי ההצלחה במחזורי טיפול עם עוברים מוקפאים שהופשרו.

שנה	מספר טיפולים	מספר לידות	% הצלחה	CI 95%			% שלב ג משלב ב
					-		
2007	2,228	374	16.8%	15.2%	-	18.3%	35.0%
2008	2,361	371	15.7%	14.2%	-	17.2%	31.6%
2009	2,620	432	16.5%	15.1%	-	17.9%	29.9%
2010	2,890	388	13.4%	12.2%	-	14.7%	30.3%
סה"כ	10,099	1,565	15.5%	14.8%	-	16.2%	31.4%

בטבלה הבאה מוצגים הנתונים לגבי קבוצת הגיל של נשים מעל גיל 40 ושיעורי ההצלחה (לידות) בגילאים אלו. מתוך הטבלה ניתן לראות כי ככול שגיל האישה עולה שיעורי ההצלחה יורדים כאשר בגיל 44 סיכויי ההצלחה הם כ-2% בלבד.

ממצאים אלו מעידים כי היקף המחזורים הגדול המבוצע מעל גיל 40 של האישה (כרבע ממחזורי הטיפול) מניב כ-6% הצלחה בממוצע.

**מספר הטיפולים והצלחות (לידת חי) לאחר מחזורים טריים לפי גיל המטופלת
בין גיל 40-45 שנה (CI - רווח סמך)**

גיל	מספר טיפולים	מספר לידות	% הצלחה	CI 95%		
					-	
סה"כ	9,583	577	6.0%	5.5%	-	6.5%
41-40	1,968	209	10.6%	9.3%	-	12.0%
42-41	2,084	160	7.7%	6.5%	-	8.8%
43-42	2,071	117	5.6%	4.7%	-	6.6%
44-43	1,893	58	3.1%	2.3%	-	3.8%
45-44	1,567	33	2.1%	1.4%	-	2.8%

2007-
2010

מנתוני משרד הבריאות עולה כי מגמה זו של עליה במספר מחזורי הפריה חוץ גופית המבוצעים בכל שנה, נמשכת. בשנת 2011 עלה שיעור ביצוע מחזורי הטיפול ב-11% לעומת השנה הקודמת (38,284 מחזורים לעומת 34,538 בשנת 2010), עם ירידה מקבילה בכל המדדים להצלחה: מחזורים עם החזרת עוברים, הריונות ולידות חי.

לאחרונה המליצה המועצה הלאומית לרפואת נשים, ניאונטולוגיה וגנטיקה על שינוי במדיניות המימון הציבורי של הפריה חוץ גופית (ראה נספח ג'), אך טרם התקבלה החלטה ליישם שינויים אלה בפועל.

למרות שטיפולי IVF מהווים כבר עניין שבשגרה, הם אינם משוללי סיכונים. הסיבוך הנפוץ ביותר הינו גירוי יתר שחלתי המתרחש ב-3%-5% מהנשים המטופלות. אמנם בדרך כלל סיבוך זה יתבטא באי נוחות בטנית חולפת, אך מצב זה עלול להיות גם מסכן חיים. במהלך ההיריון, שיעור הנשים הסובלות מיתר לחץ דם הריוני גבוה לאין שיעור בנשים שהרו בסיוע IVF, מאשר בהריון רגיל (21% מול 4%). כמו-כן, השיעור הגבוה של הריונות מרובי עוברים במטופלות IVF, כורך בחובו את הסכנות של לידה מוקדמת, תינוקות במשקל נמוך ושיעור מוגבר של פגות. ישנו גם חשש, שטרם הוכח, שהחשיפה הגבוהה להורמונים במהלך הטיפולים, במיוחד בנשים העוברות מספר רב של מחזורי טיפול, עלולה להגביר את הסכנה להתפתחות סרטן שד (Birenbaum-Carmeli and Dirnfeld, 2008; Simonstein and Mashiach- Eizenberg, 2012).

הידע של הנשים אודות הסיכויים והסיכונים שבפרוצדורות אלו לוקה לעיתים בחסר. במחקר (Birenbaum-Carmeli and Dirnfeld, 2008) שנעשה ב-137 נשים שעברו טיפולי IVF ב-5 מרכזים רפואיים באזור חיפה נמצא שרק 46% מהנשים ידעו להעריך בצורה ריאלית את סיכויי ההצלחה ממחזור טיפולי (15%-35%). 22% מהמטופלות סברו ששיעורי ההצלחה עומדים על 40%-50% למחזור טיפולי, ו-13% מהמטופלות העריכו את הסיכויים כ-70%-100%. גם הידע לגבי בטיחות הטיפולים ותופעות לוואי נמצא חסר. פחות מ-30% מהמטופלות ידעו למנות את הסכנות העיקריות שבטיפולי, וזאת למרות ש-61% מהנשים דיווחו שהן חוו באופן אישי שינויים במצב בריאותן בעקבות הטיפולים, שהן ייחסו לתרופות, להורמונים, לתהליך הטיפולי ולחרדות. מרבית הנשים (71%) לא דיווחו על תופעות אלו לרופא המטפל. לעמדתן של עורכות המחקר, הנשים העדיפו לשמור על אופטימיות בזמן הטיפולים המיועדים להגשמת הרצון האישי העז לילד. האופטימיות של הנשים, מסייעת להן כנראה לסבול את

הטיפולים הארוכים והאינטנסיביים, אשר גם עלולים לחשוף אותן לסכנות שהן אינן מודעות אליהן.

המלצות בנושא טיפולי פריון

- ◆ הצוות מסכים כי קיימת בעיה בריבוי טיפולי IVF, המעמידים בסימן שאלה את משוואת הסיכוי-סיכון הרצויה. ריבוי הטיפולים, שלהם השלכות בריאותיות ונפשיות (בעיקר לאישה) וכלכליות (לאישה, למשפחה ולחברה), מחייבים בחינה על ידי הריבון.
- ◆ על מנת לקבל החלטות מושכלות יש לבחון את המידע הקיים ולכן, הצוות מברך על תחילת איסופו של מידע בנושא. בקבלת החלטות בתחום הפריון יש להתבסס גם על הנתונים הנאספים במסגרת זו.
- ◆ ניתוח הנתונים צריך להיעשות לפי גיל הנשים המטופלות ובחלוקה לפי מספר מחזורי טיפול והיחידה המטפלת כך שניתן יהיה לבחון את שאלת ההצדקה לביצוע טיפולים מעבר לגיל מסוים של האישה ומעבר למספר מחזורי טיפול, וכן לבחון את הצורך להגדיר, עבור היחידות, היקף פעילות ושיעורי הצלחה מקובלים.
- ◆ יש להפריד בין זכותה של אישה לבצע טיפולי פריון לבין שאלת המימון הציבורי של הטיפולים. לכל אישה זכות לבצע טיפולי פריון, על מנת לממש את זכותה להורות. האוטונומיה, במקרה זה, שייכת לאישה והמדינה לא יכולה להחליט עבורה האם לבצע טיפולים אלה אם לאו. עם זאת, הצוות ממליץ כי הגבלה של המימון לטיפולי פריון על ידי המדינה, בין אם על מתבסס על גילה של האישה ובין אם מתבסס על מספר הטיפולים, צריך להיות על סמך נתונים מדעיים.
- ◆ במסגרת השיקולים לביצוע תהליכי פריון, יש לתת לאישה (לזוג) את המידע המדעי העדכני, לרבות הסיכויים והסיכונים בתהליך. חובה זו מחייבת את הצוות הרפואי להיות מעודכנים ולהנגיש את המידע בצורה ברורה לאישה, תוך התייחסות למצבה הספציפי (שהרי לא דומה מצבה של אישה בת 26 לאחר טיפול אחד למצבה של אישה בת 44 לאחר חמישה עשר טיפולים). חובה זו הנה חובה חוקית ומוסרית גם יחד.

◆ הצוות סבור כי על הריבון לשקול מתן תמריצים, חיוביים או שליליים ליחידה המבצעת בהתאם למדדי תוצאה משוקללים. על הריבון לקבוע את המדדים, שייקחו בחשבון, בין היתר, הן את מספר הטיפולים הנערכים ביחידה והן את הצלחות הטיפולים בה, וכן לשקלל את התוצאות ביחס לגיל הנשים המטופלות, האבחנה לטיפול ומספר מחזורים קודם, במטרה למנוע Cream skimming של מטופלות ולהפעיל מדדים אלו ביחס לכלל היחידות המטפלות.

טבלה 1

מדיניות רגולטוריות ומימון טיפולי IVF במדינות מערביות שונות

(מתוך Simonstein F, 2010)

	Regulation	Policy	Funding
UK	No federal government reimbursement	NICE recommends: to offer three cycles funded by NHS Local decision for funding and eligibility criteria	Most treatments funded by patients
USA	No federal government reimbursement	Fifteen states have mandates to either cover or offer coverage for fertility treatment	Treatment is primarily offered through private clinics and funded directly by patients or through finance companies
Canada	No federal government reimbursement	Ontario Health Insurance Plan pays for three IVF cycles (excluding drugs) in the case of complete bilateral blocked fallopian tubes	Treatment is primarily offered through private clinics and funded directly by patients
Australia	Federal funding for procedures and medications	Unlimited number of ART cycles deemed 'clinically relevant' and in line with state and territory legislation	Copayments are required but insurance through third-party payers is available
Belgium	Federal funding for procedures and medications	Up to six IVF/ intracytoplasmic sperm injection (ICSI) cycles for patients under the Belgian health insurance	Other medical costs are covered by the standard system of third-party reimbursement through the health insurance companies
Denmark	Federal funding for procedures and medications	Free of charge treatment at public clinics within the National Health System IVF is generally only offered to couples without a child A maximum of three fresh embryo transfers are allowed	The waiting time from referred to treatment is short at around 3 months
Israel	National funding for procedures and medications	Unlimited number of ART cycles (up to two children) to all Israeli women regardless of marital status	Treatment is provided by all four health trusts in Israel and is reimbursed by the NHI

טבלה 2

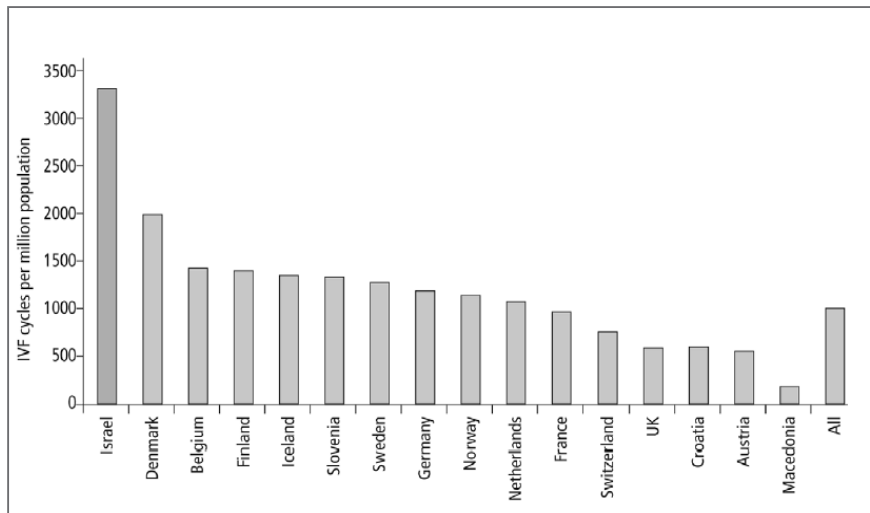
מספר טיפולי IVF בשנה באירופה ב- 2002 (מתוך Simonstein F, 2010)

	Number of treatments	Number of treatments per 1 million population
Bulgaria	600	75
The Netherlands	9,800	650
Sweden	6,012	680
United Kingdom	29,185	500
Czech Republic	7,000	660
Hungary	2,800	280
Slovenia	1,331	675
Israel	15,000	2,500

תרשים 1

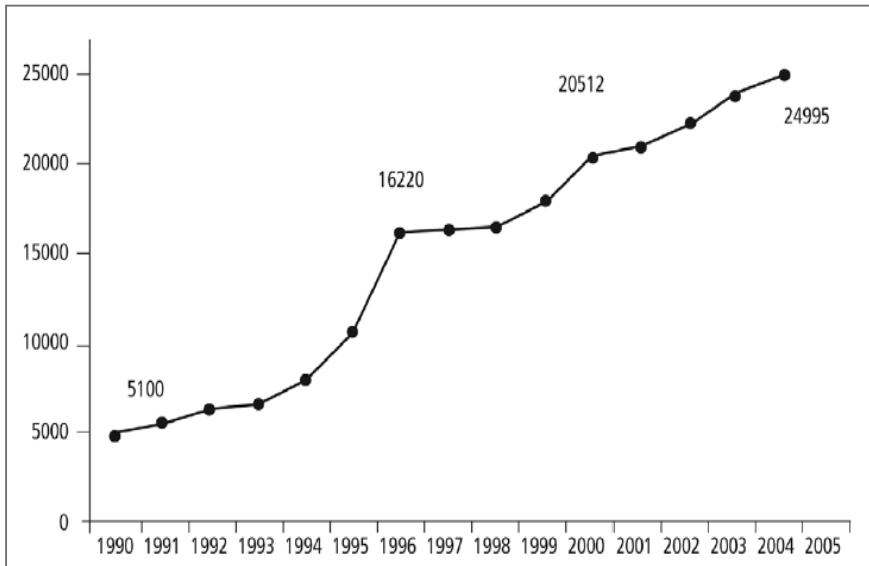
מספר מחזורי IVF בשנה למיליון נפשות, בשנת 2003

(מתוך Birenbaum-Carmeli B & Dirnfeld M, 2003)



תרשים 2

מספר מחזורי IVF בישראל בשנים 1990-2005
 (מתוך Birenbaum-Carmeli B & Dirnfeld M, 2003)



טיפולים לשימור פוריות

מבוא

במסגרת תהליך הרחבת סל שירותי הבריאות המתקיים בכל שנה, הוחלט בעדכון הסל לשנת 2011, לאשר מימון ציבורי עבור תהליכי שימור פריין לנשים, נערות וילדות חולות בסרטן העומדות לפני טיפולים כימותרפיים או הקרנות.

בשנה שלאחר מכן התקבלה בקשה להכליל בסל שימור פריין גם לנשים המעוניינות בכך מסיבה חברתית, במטרה להאריך את משך תקופת החיים של האישה בה תוכל להרות וללדת ולאפשר לה לדחות את גיל ההולדה ללא השפעת "השעון הביולוגי". במקרה זה הבקשה נועדה להציע פתרון לנשים המבקשות לממש עצמן מבחינה מקצועית טרם הולדת ילדים או שטרם מצאו בן זוג ואינן מעוניינות להיות אימהות חד הוריות. שימור הפריין בהתוויה זו לא הומלץ על ידי "ועדת הסל" ולא הוכלל בסל שירותי הבריאות.

טיפולים לשימור פוריות מסיבות רפואיות (לפני התחלת טיפולים כימותרפיים או קרינתיים לסרטן)

שיפור ההישרדות מסרטן מוביל לכך שרבים מהמחלימים יהיו מעוניינים בשלב כלשהו ללדת ילדים.

הפגיעה בפריין בהקשר למחלת הסרטן, נובעת מהופעת מחלת הסרטן עצמה בגיל הילדות, טרום ההתבגרות או במהלך שנות הפריין וכן עקב הטיפולים במחלה העלולים להיות הרסניים לרקמות הגוף בכלל ולתאי הרבייה בפרט, כך שהפוריות נפגעת לעיתים באופן בלתי הפיך. הפוריות עלולה להינזק הן מהמחלה עצמה והן מהטיפולים שניתנו במיוחד הכימותרפיה, טיפולי הקרינה (רדיותרפיה) והשתלות מח העצם (Wallace et. Al. 2005).

הפגיעה בפוריות עלולה להיות זמנית או קבועה. קווים מנחים שהוצעו על ידי מספר רב של ארגונים שעוסקים בקביעת מדיניות בריאות כגון: ה-NICE, ASCO, The British Fertility Society ממליצים כי יש צורך ביעוץ לצעירים לגבי השפעות האבחנה והטיפול על הפוריות בעתיד. יחד עם זאת, קיימת שונות רבה במתן ייעוץ מעיין זה (Wallace et. Al. 2005; Tschudin and Bitzer, 2009).

קיימים מחקרים המדגימים שיעור גבוה של מחלימים מסרטן שאינם זוכרים כי קיבלו מידע כלשהו על ההשפעה האפשרית של הטיפולים או המחלה על הפוריות העתידית. ישנם מטופלים שדיווחו כי למרות שלא קיבלו ייעוץ לגבי שימור הפוריות, הדחיסות בצורך לקבל טיפול בסרטן שיכול להציל את חייהם, גברה על פני אפשרות הבחירה בטיפול לשימור הפוריות הכרוכה בדחיית הטיפול. מבחינתם הצלת החיים הייתה חשובה יותר והם לא רצו לעסוק בשימור הפוריות (Barbour et.al. 2013).

ישנו פער מובנה ביכולת לשמר פריון של גברים צעירים באמצעות הקפאת זרע, פעולה שאינה נחשבת פולשנית או ניסיונית ואינה מעכבת, בדרך כלל, את התחלת הטיפול נגד סרטן, לעומת הטיפולים המוצעים לשימור פוריות בנשים צעירות הכוללים פעולות פולשניות של שאיבת ביציות או הסרת רקמת שחלה בכדי להקפיאן, פעולות שמעבר לכך שהן פולשניות הן גם ניסיוניות וכרוכות בהשקעת זמן שעלולה לדחות את התחלת הטיפולים לסרטן (Woodruff, 2010).

מבין החלופות הקיימות, הפריה חוץ-גופית והקפאת העוברים היא השיטה הוותיקה יותר לשימור פוריות, ולכן נחשבת כ-"gold standard". השיטה אינה מתאימה לנערות צעירות או לנשים ללא בן זוג אשר אינן מוכנות לשקול תרומת זרע, שכן בדרך זו נדרשת הפריית הביציות. באוכלוסיות אלו קיימת העדפה לשימור פוריות באמצעות הקפאת ביציות. למרות ששיעורי ההצלחה בהקפאת ביציות עד לשנים האחרונות היו נמוכים יותר, בעקבות הטכנולוגיה המתקדמת של זיגוג (Vitrification), יש שיפור ברמת ההצלחה בהקפאת ביציות, בשל שמירת איכותן בתהליך הקפאה והפשרה מהירים המפחיתים את הנזק לביצית. עד לשנת 2009 דווח בעולם על יותר מ-900 לידות כתוצאה מהפריה חוץ-גופית עם ביציות שהוקפאו, מבלי ששיעור מומי לידה בילודים אלה היה מוגבר (Noyes at. Al. 2009), כך שהקפאת ביציות הופכת למעשה להיות פרקטיקה רפואית מקובלת לצורך שימור פריון בנשים.

רוב הגברים הצעירים, חולי סרטן, אמנם יכולים להקפיא זרע בבנק הזרע אך למרות זאת מעטים מבצעים זאת בפועל לפני התחלת הטיפולים לסרטן. פער זה יכול לשקף היעדר מודעות של המטפלים או החולים או שהוא קשור לחוסר נגישות למעבדות המתאימות בטווח הזמן הקצר טרם התחלת הטיפולים לסרטן.

בנשים שאובחן אצלן גידול סרטני, טווח הזמן בו מתרחש האבחון והאפשרות להפניה לשימור הפריון קצר ביותר. אבחון הסרטן, הינו אירוע שבדרך כלל הוא פתאומי ובתוך

טווח זמן של ימים ספורים מקבלת הבשורה, יש לתכנן אסטרטגיות טיפול במחלה, להיערך לכך ברמה המעשית, המשפחתית, החברתית והנפשית. במקביל, על הצוות הרפואי לשקול את האפשרות לשימור הפריון ולהציע זאת למטופלים או להוריהם. מדובר באתגר משמעותי לאנשי מקצוע שלעיתים קרובות הם נטולי הכשרה בתחום הליווי הנפשי.

טיפול לשימור פוריות מסיבות חברתיות

בעוד שקיים כיום מימון ציבורי במסגרת סל שירותי הבריאות לשימור פוריות למטופלת בסיכון לנזק שחלתי בשל כימותרפיה או הקרנות, הרי שהמצב אינו כך לאישה המבקשת לשמור את פוטנציאל הפוריות שלה בשל גיל.

פוריות האישה מתחילה לרדת כבר במחצית העשור הרביעי לחיים ויורדת ירידה תלולה בתחילת העשור החמישי. ירידה זו נובעת מירידה בכמות הביציות ואיכותן, אך יחד עם זאת יכולת הרחם לקלוט את הביצית אינה משתנה. לאחר הכנה הורמונלית מלאכותית הושגו הריונות בנשים גם בעשור השישי לחייהן.

לפי שקדי-רפיד והשילוני-דולב (2011), ישראל היא בין המדינות הראשונות בעולם שהסדירו את נושא שאיבת והקפאת הביציות מסיבות שאינן רפואיות. עוד מציינות החוקרות כי בעוד הגופים העיקריים האחראים על ההסדרה בתחומי הרפואה בארה"ב ובאירופה מגדירים את טכניקת ההקפאה (Vitrification - זיגוג) כ"ניסיונית", בישראל היא מוגדרת כסטנדרטית. במחקר נוסף בו השילוני-דולב הייתה שותפה, עלה כי קיימת בורות רבה בקרב צעירות לגבי שימור הפריון, מודעות נמוכה להשפעות הגיל על הפריון ושכיחות גבוהה של עמדות המצדדות בדחיית גיל הילודה. זאת מתוך מחשבה כי הטכנולוגיה מקנה כביכול "ביטוח פוריות". לדברי החוקרת גישה זו עלולה להוביל לחיזוק מגמת המדיקליזציה של הפריון ולחוסר יכולת להביא ילדים לעולם בקרב חלק מסוים מן האוכלוסייה.

לאפשרות הקיימת כיום לדחות הולדה עשויות להיות השלכות על האישה עצמה, על הילד העתיד להיוולד וגם על החברה בכללותה. העובדה שקיימת אפשרות טכנולוגית, אין משמעותה שהיישום שלה יהיה לטובת האדם והחברה או שהשינוי רצוי ומקובל. נימוק עיקרי המושמע כנגד האפשרות שנים תוכלנה להקפיא ביציות ללא התוויה רפואית הוא ההשפעה השלילית שעלולה להיות על פני החברה: נשים תימנענה מנישואין במחשבה שתוכלנה ללדת בעתיד ללא הגבלת זמן. נימוק נוסף הוא טובת הילד, כלומר, לילד עדיף שאישה שתלד אותו תהיה צעירה.

רב וחבריו במאמרם (2011) ניסו להפריך נימוקים אלה בטענה כי נשים נכנסות בעל כורכך לקבוצת אלו שנזקקות לטיפול פוריות אם אינן נישאות מוקדם ובכך קטנים סיכוייה של האישה להרות והעלויות הכספיות לחברה כתוצאה מכך, גבוהות. לדבריו, ככול שנשים שאינן נישאות בגיל צעיר תקפאנה יותר ביציות הרי שסיכוייהן להצליח יגדלו. לגבי גיל האם בעת הלידה, טוען רבל כי הטיעון שעדיף לילד לא להיוולד על פני הולדתו לאם מבוגרת אינו סביר. בחברה דמוקרטית יש לאדם זכויות רבות ואין למנוע ממנו מימוש אפשרויות ללא נימוק מכריע וברור. היות והחברה מצפה ומעודדת נשים להשתלב בשוק העבודה, הרי שבאופן טבעי לחלק מהנשים יש עניין לדחות את שלב ההולדה. חלקן מגיעות לצורך בתרומת ביצית עקב כך והקפאת הביציות עשויה לאפשר להן "לתרום" ביציות עבור עצמן, בעתיד. אם אישה יולדת בגיל 42 מביציות שהקפיאה בגיל 25, מבחינה כרומוזמלית יש לכך יתרון.

יש הטוענים גם כי מדובר בטכנולוגיה שתסייע להשיג שוויון הזדמנויות לנשים, בעוד שגברים פוריים עד גיל מבוגר מאוד, שיא הפוריות של הנשים נמשך כעשור בלבד ומתרחש בדיוק בתקופה בה הפוטנציאל המשמעותי ביותר להשיג השכלה וקידום מקצועי. דחיית גיל ההולדה עד לאחר שהשיגה מקצוע והכנסה קבועה, תשפר את רמת החיים של האישה וילדיה. תוספת הזמן שתושג לנשים עם הקפאת הביציות, עשויה לשמש גם הגנה לאלה שתחלנה בעתיד במחלה שתפגע בפוריותן (שם).

במסגרת הכנס ים-המלח, נדונו שתי סוגיות מרכזיות. האחת ביחס לשימור פוריות בילדות צעירות חולות בסרטן, טרם גיל ההתבגרות, והשנייה ביחס לשימור פוריות מסיבות חברתיות, עבור נשים, שבחרו לדחות את גיל ההולדה, שלא מסיבות רפואיות מבקשות להגשים את ערך ההורות באמצעות טכנולוגיות לשימור פוריות.

השאלות שנדונו בכנס:

1. האם יש להציע שימור פרוין לילדות חולות בסרטן, מתחת לגיל הבגרות המינית? למי הזכות להחליט על ביצוע טיפולים אלה? האם על המדינה לממן תהליך זה?
2. האם על המדינה לממן שימור פוריות לנשים מסיבות חברתיות? במידה שהתשובה חיובית עד איזה גיל ראוי לעשות זאת?

המלצות בנושא פרייון

הצוות סבר כי המצב הקיים היום משביע רצון. עם זאת, הצוות ראה לנכון להדגיש מספר נקודות רלוונטיות:

שימור פרייון לפני מתן טיפול כימותרפי או קרינתי:

- ◆ הצוות תומך, באופן גורף, במאמץ לשמר פוריות אצל קטינות ובגירות חולות, שיש חשש שמחלתן או הטיפול בהן יפגע בפוריותן. יש לפעול להסברה בנושא, ולביצוע הפרוצדורות הנדרשות בצורה מהירה וללא פגיעה בטיפול הנדרש מחמת המחלה, ככל שניתן.
- ◆ ההחלטה על ביצוע הטיפול הינה של ההורים תוך שיתוף המטופלות בהתאם לגילן.
- ◆ יש להכשיר את הצוותים המטפלים למתן הייעוץ לשימור פרייון.

שימור פרייון מסיבות שאינן רפואיות:

- ◆ הצוות סבור כי לכל אישה הזכות לשמר פרייון מטעמים חברתיים, ואין למנוע זכות זאת ממנה. עם זאת המדינה אינה צריכה לממן את הטיפולים והפעולות הכרוכים בשימור פרייון מסיבות אלה. לדעת הצוות, מצב זה מבטא איזון ראוי בין האוטונומיה של האישה להחליט שאינה רוצה או אינה יכולה מטעמים חברתיים בשלב מוקדם של חייה להביא ילדים לעולם לבין החובה של המדינה להשקיע משאבים בצורה מושכלת.
- ◆ הצוות ממליץ על מתן מידע לציבור הנשים לגבי גיל הפרייון, העיתוי האופטימאלי מבחינה רפואית להרות, ללדת או לשמר פרייון, כך שנשים תקבלנה מידע אמין בשלב בו הן תוכלנה לקבל החלטה מושכלת לגבי בניית משפחה.

פרק שני

בדיקות סקר

הקדמה

בעידן הרפואה הגנומית, ניתנת לרופאים הזדמנות לעבור מרפואה אינטנסיבית, מוכוונת טיפול במצבי משבר (curative care) לרפואה מנבאת (predictive medicine) (Khoury, McCabe, & McCabe, 2003).

במהלך העשורים הקרובים נראה שיהיה ניתן לבצע בדיקות סקר (screening) לאוכלוסייה כולה או לתתי קבוצות באוכלוסייה לזיהוי מידע גנטי ספציפי כדי למקד התערבויות בחולה הבודד למניעת מחלות ולשיפור הטיפול. עד לאחרונה התמקדו בדיקות הסקר לאוכלוסייה בזיהוי פרטים עם תופעות מנדליאניות לפני הופעת הסימפטומים, וכתוצאה מכך - מניעת מחלה. אבחון זה כולל בדיקה של אוכלוסייה ספציפית לנשאות, או זיהוי הגנים ומניעת לידה של תינוקות פגועים. סוג זה של התערבות קיים, למשל, בסקר ילודים ל-PKU, שבעקבותיו ניתן לתת ליילוד טיפול מתאים שימנע את ביטוי המחלה, או בדיקות נשאות למחלות גנטיות (כדוגמת טיי-זאקס ומחלות נוספות) הנעשות לקראת ההיריון או במהלכו במטרה לתת להורים מידע אם ללדת או להימנע מהולדת ילדים עם מחלות אלו.

בעתיד הקרוב, נראה כי תתחזק מגמה של התערבות לצורך זיהוי תת קבוצות להחלטה על רגישות (susceptibility) למחלות שכיחות כמו מחלות לב, או סוכרת, כפי שנעשה כיום לגבי סוגים שונים של סרטן, בעיקר סרטן שד וסרטן מעי גס. בדיקות כאלה יזהו אוכלוסיות בסיכון כדי לנקוט בפעולות של מניעה ראשונית (ייעוץ לתזונה, פעילות גופנית או ניתוחים פרופילקטיים), או מניעה שניונית כמו זיהוי מוקדם ומתן טיפול תרופתי מתאים. במצב זה יהיה מיקוד על אוכלוסיות ספציפיות, שכיום מזהות באופן כוללני יותר על בסיס מדיניות המבוססת על סיכון ממוצע של אוכלוסייה לחלות במחלה מסוימת (כגון באוכלוסייה מעל גיל 50 לסרטן המעי הגס). במקביל, הולך ומתפתח השימוש בטכנולוגיה של הריצוף הגנומי (Whole Genome Sequencing). זוהי בדיקה בלתי-מכוונת, שאינה בודקת גנים מסוימים אלא את כל הגנום (Offit, 2011). בדיקה זו מאפשרת יצירת פרופיל גנטי שמצביע על הסיכונים של הנבדק למספר רב של מחלות (Bunnik, Schermer, & Janssens, 2011; <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/12/11>).

קביעת מדיניות סקר

לאור הגידול הניכר בבדיקות סקר גנטיות, ולאור הפוטנציאל הגדול לנזק, קביעת המדיניות בנושא זה חייבת להיעשות בזהירות, בשל הצורך להראות יתרונות בולטים המצדיקים את ההוצאות הנלוות לפעילות זו (Andermann, Grosse et al., 2010; Blancquaert, Beauchamp, & Dery, 2008). על פניו נראה כי עריכת בדיקות גנטיות צפויה לחסוך סבל וסיכונים לפרט ומשאבים למערכת הבריאות. אולם, הנחה זו טעונה הוכחה. הפער בין זיהוי פגמים גנטיים המלמדים על נטייה או סיכון יתר למחלה מסוימת לבין התממשות הסיכון בפועל הוא גדול, ותלוי בהרבה גורמים נוספים. לכן, יש חשיבות להתייחסות לכל מחלה לגופה, ובחינת היתרונות והחסרונות בכל בדיקה.

מועצת הבריאות של הולנד טוענת כי בבדיקות גנטיות יכולות להפיק מידע על נטייה (predisposition) לתכונות, שאינן מהוות כשלעצמן מחלה או מגבלה גופנית או נפשית; גם נטיות מסוג זה יכול שכלל לא תבואנה לידי ביטוי. מאידך, הידיעה על קיום הפגמים הגנטיים עלולה לגרום לנבדק לחרדה ולצורך לערוך לו בדיקות רבות לאורך שנים. יתרה מכך, כדי למנוע או לדחות את התפרצות המחלה, על הפרט לאמץ אורח חיים בהתאם, שעלול להיות כרוך במגבלות שקשה לעמוד בהן (Health Council of the Netherlands, 2008). בבדיקות סקר שונות, קיימות עדויות משותפות הנוגעות למידע על המחלה, לנושאים כלכליים ואתיים וקריטריונים לפעילות. כך הדבר בבדיקות סקר למחלות מורכבות כמו סרטן שד, סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן צוואר הרחם כשהמשותף לכולם גנוטיפים ספציפיים (Andermann et al., 2008). עם זאת, חסרות ראיות מבוססות ממחקרים כפולי סמיות, בהקשר של התועלת בבדיקות סקר למחלות גנטיות באופן כללי.

קיימות מספר אפשרויות לביצוע בדיקות סקר

1. ביצוע בדיקות סקר לאוכלוסייה כללית תוך שימוש בשיטות מולקולריות וביזכימיות. אלו שיטות המתאימות לביצוע לאוכלוסיות בעלות מאפיינים דמוגרפיים ספציפיים ביוזמת המדינה, ולא דורשות מהפרטים ליזום את הבדיקה. עם זאת, גם במצבים בהם הבדיקה מומלצת על ידי גופים רשמיים, כגון משרד הבריאות כל אדם אוטונומי להחליט אם הוא מעוניין לבצע את הבדיקה (המועצה הלאומית לביואתיקה, 2013).

2. סידרת בדיקות הנעשית לקרובי משפחה של חולים המאובחנים עם תסמונת גנטית. בדיקות אלו נעשות על פי בקשה של הנבדק (היפרכולסטרולמיה משפחתית). סוג בדיקות זה נעשה בהולנד משנת 1994 (Homsma, Huijgen, Middeldorp, Sijbrands, & Kastelein, 2008 National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). בארץ נעשות בדיקות מסוג זה לסרטן שד-שחלה, מעי גס ועוד.

3. בדיקות סקר לילדים כחודש לאחר הלידה בעיקר למחלות שניתנות לטיפול או לריפוי.

4. בדיקות טרום לידתיות, במהלך ההיריון או לפניו. כמעט בכל הארצות עם מאפייני הכנסה גבוהים מבצעים בדיקות של כלל היילודים לפנילקטונוריה (PKU) והיפותירוואידיזם מולד ובמדינות אחרות מוסיפים בדיקות כמו ומחלות הקשורות בפתולוגיות של המוגלובין.

עקרונות ביצוע בדיקות סקר גנטי לאוכלוסייה

מאז פרסמו (Wilson & Jungner, 1968) את הקריטריונים לסקר גנטי של אוכלוסייה על ידי ה-WHO, פורסמו עוד עשרות רשימות של קריטריונים (Andermann et al., 2008); (Health Council of the Netherlands, 2008).

Jungner & Wilson (1968) ביססו את העקרונות על:

- ◆ חשיבות הבדיקות לבריאות האוכלוסייה
- ◆ קיומה של בדיקת סקר אפקטיבית
- ◆ קיומו של טיפול למניעת מחלה בשלב הלטנטי שלה
- ◆ עלויות

Wald הדגיש שלושה אלמנטים לבדיקות סקר:

- ◆ זיהוי פרטים המצויים בסיכון גבוה לפיתוח מחלה כך שהמשך בדיקה תאפשר התערבת מניעתית
- ◆ הגעה לאוכלוסייה שעד עתה לא ניתן מיקוד מספק למצבה הרפואי
- ◆ התערבות ומעקב לאוכלוסייה שתהנה מן הזיהוי המוקדם

הקריטריונים הנפוצים ביותר לבדיקות סקר כוללים את (Grosse et al., 2010):

- ◆ הערכת גודל הבעיה הרפואית
- ◆ קיומם של טיפולים יעילים לבעיה אשר ישנו מהותית את מצב הבריאות
- ◆ היתרונות והחסרונות הצפויים מההתערבות בשלב הלטנטי
- ◆ תקפות וזמינות הבדיקות
- ◆ עלויות - קריטריון זה מוזכר לעיתים קרובות, אך אין הסכמה באשר לגובה העלות
- ◆ ייתרונות הבריאות המצופים מן ההתערבות
- ◆ איכות תוכנית הסקר והתוצאים (outcomes) שלה - קריטריון המועלה לאחרונה

Table 2. Principles of Population Screening as Applied to Genetic Susceptibility to Disease.*

Public health assessment

The disease or condition should be an important public health burden to the target population in terms of illness, disability, and death.
 The prevalence of the genetic trait in the target population and the burden of disease attributable to it should be known.
 The natural history of the condition, from susceptibility to latent disease to overt disease, should be adequately understood.

Evaluation of tests and interventions

Data should be available on the positive and negative predictive values of the test with respect to a disease or condition in the target population.
 The safety and effectiveness of the test and accompanying interventions should be established.

Policy development and screening implementation

Consensus regarding the appropriateness of screening and interventions for people with positive and negative test results should be based on scientific evidence.
 Screening should be acceptable to the target population.
 Facilities should be available for adequate surveillance, prevention, treatment, education, counseling, and social support.
 Screening should be a continual process, including pilot programs, evaluation of laboratory quality and health services, evaluation of the effect of screening, and provisions for changes on the basis of new evidence.
 The cost effectiveness of screening should be established.
 Screening and interventions should be accessible to the target population.
 There should be safeguards to ensure that informed consent is obtained and the privacy of those tested is respected, that there is no coercion or manipulation, and that those tested are protected against stigmatization and discrimination.

* Principles are based on Wilson and Jungner,³ Goel,⁴⁶ Houry et al.,⁴⁷ and Burke et al.⁴⁸

הוועדה הלאומית לסקר גנטי בבריטניה משתמשת בסט קריטריונים המבוססים על הקריטריונים הראשוניים של ה-WHO אך ממקדת ביתר פירוט את הצורך בעדויות מבוססות מחקר (בעיקר כפול סמיות) על שיפור האפקטיביות, ו/או השלכות הנגד על הבריאות (National Screening Committee, 1998).

נייר עמדה של המועצה הלאומית לביואתיקה בישראל שפורסם באוקטובר 2013 מסכם אף הוא את הקריטריונים העיקריים לביצוע בדיקות סקר גנטיות (המועצה הלאומית לביואתיקה, 2013):

1. **חומרת המחלה** - מחלה חמורה שאין לה מרפא או מחלה שהגילוי המוקדם שלה עשוי להוביל למניעתה או לטיפול.
2. **שכיחות המחלה** - בישראל מקובל לבדוק נשאות למחלות המופיעות בגיל הילדות ששכיחותן 1 ל-50 או יותר.
3. **קיום בדיקת מעבדה מדויקת** (רגישות - sensitivity, סגוליות - specificity וכושר ניבוי חיובי - positive predictive value גבוהים) ושאינה יקרה.

ניתן לסכם את כלל הקריטריונים בצורך בבדיקה בטוחה, מדויקת ומקובלת אשר יכולה לזהות סיכון למחלה ושהמחלה ניתנת למניעה ו/או שהטיפול בה ישתפר עקב הגילוי המוקדם. מכך נובעים שלושה אלמנטים הקשורים האחד בשני:

1. צורך בראיות מדעיות הקשורות לשיפור בתוצאי בריאות כולל יתרונות רפואיים ונזק פוטנציאלי.
2. איזון בין עלויות לתוצאים (outcomes).
3. נושאים אתיים הכוללים סיכון של נזק פסיכולוגי, הצורך בתקשורת ישירה ומובנת לגבי הסיכונים, בחירה מודעת ושוויון בקבלת התוכנית.

על בסיס העקרונות הללו, פיתחו מספר קבוצות מדיניות לבדיקות גנטיות.

בדיקות סקר ליילודים

בדיקות סקר ליילודים מופעלות בארה"ב מאז 1960 וניתן להתייחס אליהן להבנת כלל התהליך. כל מדינה בארה"ב קובעת את רשימת המחלות והשיטות לסקר היילודים. הבדיקות היחידות אותן מבצעים בכל המדינות הן למחלות PKU והיפותירואידים. תוספת של בדיקת סקר נוספת תלויה במאמצי הוועדה המייעצת לסקר יילודים, לובי פוליטי וחקיקה, ובנוסף, מאמצים של צוותי מעבדה לתוספת בדיקת סקר.

לרוב, קיים מחסור בראיות מבוססות מחקר על יעילות בדיקות הסקר גם לפני וגם אחרי הוספת הבדיקה לסל שירותים (תוכנית בריאות). השיטות הטכנולוגיות נעות

בין שיטות פשוטות שהומצאו בשנות ה-50 לשיטות הכוללות אנליזת DNA. למרות שישנן מחלות בהן משתמשים במספר בדיקות לאיתור המחלה (לדוגמה - היפותירואידיזם קונגניטאלי), יש צורך באבחון קליני ובהמשך בירור כתוספת לבדיקות.

בשנת 1999 הקימו האקדמיה האמריקאית לפדיאטריה והרשות למשאבי בריאות כוח משימה ליצירת הסכמה לבדיקות סקר לילודים כולל הסכמה על המחלות, שיטות הסקר והבדיקות שיש להשתמש בהן. כוח המשימה המליץ כי בכל מדינה יבחרו מחלות לתוכנית סקר בקונצנזוס, ולהן תהיה תוכנית מפורטת לביצוע הבדיקות. אחת המחלות שנבחרו למחקר בין מדינת הייתה CF, כולל השוואה של יעילות בדיקות הסקר בין המדינות ועלותן. בסוף 2008, כבר אומצו על ידי 50 המדינות, בדיקות סקר, ל-21 מתוך 29 המחלות שהוצעו על ידי המומחים (למרות שלא היו נתונים מבוססים מדעית). (Grosse et al., 2010).

סקר נשאים מבוגרים למחלה של גן אחד ספציפי

נשאות לטיי-זאקס

בדיקת נשאות לטיי-זאקס היא הדוגמא הבולטת לבדיקת סקר למבוגרים כאשר בקנדה במשך למעלה מ-30 שנה, אותרו 51,000 נשאים, מהם 1,400 זוגות (Khury et al., 2003). גישה אחרת המיושמת במונטריאול היא גישת החינוך. לפי גישה זו מלמדים בבתי הספר תלמידים על מחלת הטיי-זאקס והתלסמיה כחלק משיעורי הביולוגיה. ילדים ממוצא אשכנזי או ים-תיכוני יכולים להיבדק. נשים שנבדקו ורצו בעתיד להרות, הביאו את השותף לבדיקה כדי לבחון האם הגן קיים גם אצלו. למודל זה הצלחה מרובה בקנדה, אך בארה"ב, בשל רגולציה ואיסור לקטינים להסכים לבדיקה רפואית, הוא אינו ניתן ליישום.

בדיקות מוטציות ב-CF

בכנס הסכמה של הרשות למשאבי בריאות בארה"ב ב-1997, הוחלט כי אוכלוסיות מסוימות יעברו בדיקות סקר למוטציות הקשורות ל-CF. בשל העובדה כי יש למעלה מ-900 מוטציות של הגן למחלה, יישום ההחלטה היה קשה. למרות זאת, האיגודים המקצועיים לגניקולוגיה וגנטיקה ניסחו קווים מנחים בהם נקבעו האוכלוסיות להן יוצעו בדיקות הסקר, ולאוכלוסיות מזהות אחרות בהן יש קושי לאתר את המוטציות יוסבר הקושי לבצע הבדיקות. לגברים אצלם תמצא מוטציה מסוג מסוים, יוצע לעבור בדיקות סקר נוספות לאזואוספרמיה אשר עלולה להיות קשורה למוטציה זו.

Table 1. Disorders Included in Newborn-Screening Programs.

Disorder	Screening Method	States Offering Test	Treatment
Phenylketonuria	Guthrie bacterial inhibition assay Fluorescence assay Amino-acid analyzer Tandem mass spectrometry	All	Diet restricting phenylalanine
Congenital hypothyroidism	Measurement of thyroxine and thyrotropin	All	Oral levothyroxine
Hemoglobinopathies	Hemoglobin electrophoresis Isoelectric focusing High-performance liquid chromatography Follow-up DNA analysis	Most	Prophylactic antibiotics Immunization against <i>Diplococcus pneumoniae</i> and <i>Haemophilus influenzae</i>
Galactosemia	Beutler test Paigen test	Limited no.	Galactose-free diet
Maple syrup urine disease	Guthrie bacterial inhibition assay	Limited no.	Diet restricting intake of branched-chain amino acids
Homocystinuria	Guthrie bacterial inhibition assay	Limited no.	Vitamin B ₁₂ Diet restricting methionine and supplementing cystine
Biotinidase deficiency	Colorimetric assay	Limited no.	Oral biotin
Congenital adrenal hyperplasia	Radioimmunoassay Enzyme immunoassay	Limited no.	Glucocorticoids Mineralocorticoids Salt
Cystic fibrosis	Immunoreactive trypsinogen assay followed by DNA testing Sweat chloride test	Limited no.	Improved nutrition Management of pulmonary symptoms

סקר אוכלוסיות בסיכון מוגבר להופעת מחלות שכיחות

אחת הבעיות היא שאיתור גורמי סיכון הינו בעייתי ביותר ולא יעיל על אף שהגורמים יכולים להיות קשורים בקשר חזק לפיתוח מחלה (היפרכולסטרולמיה, מחלת לב). מדובר על השוואת הסתברויות של המחלה בכל צד של ההתפלגות (לאלה בעלי סיכוי מאוד גבוה או מאוד נמוך לפתח מחלה). אנשים עם סיכוי בינוני לפיתוח המחלה אינם נכללים בתוכנית הסקר. מטרת תוכנית הסקר היא לאתר אנשים עם סיכוי גבוה לפתח המחלה בהשוואה לאחרים. לדוגמה, התוכנית לסקר המוכרומטוזיס נרכשת איננה יעילה, בשל חוסר הידע באשר לקבוצות סיכון, תחלואה ותמותה הקשורים למחלה זו. לגבי תוכנית סקר לפקטור V לצורך רישום גלולות למניעת הריון - הנושא במחלוקת, בשל העלויות הגבוהות וההיארעות הנדירה של אירועי קרישה ורידיים. בנוסף לעלויות, ישנן סיבות נוספות הקשורות לאיכות חיים, סיכון לתחלואה ומוות בשל הריון לא רצוי, ואפליה על רקע ביטוח של חלק מהאוכלוסייה על ידי חברות הביטוח.

בדיקות סקר מבוססות ראיות (evidence-based)

מדינות שונות אימצו מדיניות שונה לגבי בדיקות גנטיות. דבר זה מבטא שונות בזמינות המשאבים, הרצון להשקיע בטכנולוגיות חדשות והשונות באימוץ הקריטריונים לביצוע בדיקות סקר על בסיס ראיות. מועצת הבריאות בהולנד ממליצה

על ביצוע רשימת מחלות לסקר המשולמת על ידי המדינה או על ידי הצרכן. בשנת 2008, בדוח של המועצה, הומלץ על גישה המאפשרת ביצוע בדיקות על בסיס ראיות בלבד (Grosse et al., 2010). לאור זאת, תוכנית הסקר לילודים המשולמת על ידי המדינה מוגבלת ל-PKU, congenital adrenal hyperplasia והיפותירואידיזם קונגניטלי. בשנת 2005 התוכנית הורחבה ל-13 מחלות מטבוליות נוספות, המאפשרות טיפול מוקדם למניעת נזק בלתי הפיך.

לגבי מבוגרים, כוח המשימה לשירות המניעה בארה"ב מציע גישה נוקשה בכל הקשור לראיות מבוססות מחקר. בסקר מוטציות BRCA, ההמלצה היא כי הייעוץ והבדיקה הוולונטרית תוגבל לנשים עם סיפור משפחתי משמעותי. בהולנד, המחלה עליה קיימים דיונים רציניים להכלילה בכיסוי האוניברסאלי היא המוכרומוטוזיס תורשתי מטיפוס 1.

קריטריונים כלכליים לבדיקות סקר

ההערכות הכלכליות לבדיקות סקר כוללות חישובים המסתמכים על הוצאה פר מקרה, או גילוי מוטציות והערכה מלאה של שיפור בבריאות בהלימה להשקעה (Drummond et al., 2005) (Value for money). עלויות של בדיקת הסקר כוללות את הבדיקה עצמה וההתערבות, בהפחתה של עלויות הטיפול הקשורות בתוצאי טיפול משופרים. השיטה המקובלת לחישוב הערך הכלכלי והתמורה לכסף של בדיקות הסקר היא ניתוח עלות-יעילות (cost-effectiveness analysis) המחשבת את היחס בין העלויות הישירות ותוצאי טיפול כמו מספר מקרים שנתגלו, מקרי מחלה שנמנעו, מניעת תמותה או, תוספת שנות חיים (Jarrett & Mugford, 2006); (W. Rogowski, 2006). לעיתים משתמשים בשיטה של חישוב עלות לשנות חיים מתוקנת איכות (QALYs) כדי לשלב את המידע על תמותה ותחלואה (Drummond et al., 2005). בשיטה זו לא לוקחים בחשבון את הערך של המידע הגנטי שיכול להיות חשוב לאספקטים אישיים וחברתיים, או של הנזק שיכול להיגרם לנבדק מן הידיעה של מידע זה.

למרות חשיבותן של הבדיקות, רובן אינן חוסכות בעלויות, כלומר החיסכון הכספי כתוצאה ממניעת תחלואה או גילוי מוקדם אינו גדול דיו כדי לממן את העלות הכרוכה בביצוע הבדיקות. במדינות העושות שימוש בהערכה כלכלית ככלי תומך החלטה למימון ציבורי של טכנולוגיות רפואיות ובכלל זה בדיקות סקר, נהוג לקבוע סף (threshold) של עלות ל-QALY שמעליו לא מומלץ על מימון ציבורי. למרות

זאת, עקרון זה אינו מיושם לעיתים קרובות באישור או מימון ציבורי של בדיקות סקר (Gross et al., 2010). בארה"ב כמו בהולנד, אף אחת מהקבוצות שהמליצו על הכנסת בדיקה לילודים לא התבססה על הקריטריון הכלכלי (Gross, 2009). גם בבריטניה, בה הקריטריון של עלות-יעילות הינו חלק מדרישות הוועדה הלאומית לבדיקות סקר, הוא אינו מהווה שיקול מהותי בהחלטה (National Screening Committee, 1998). גם כאשר מבוצעות הערכות כלכליות, הממצאים אינם תמיד חד משמעיים. כך למשל, שתי עבודות לחישוב עלות-יעילות לסקר של CAH הגיעו לממצאים סותרים, בעיקר בשל החישוב של מספר מקרי המוות (Carroll & Downs, 2006). לגבי בדיקות סקר ל-CF, למרות שהידע באשר לאחוזי התמותה הקשורים למחלה נשאר לא מוחלט, הרושם הוא שבדיקות הסקר הינן יעילות כלכלית, ויתכן שאף חוסכות עלויות (Sims et al., 2007).

הערכת היתרונות והחסרונות של בדיקות סקר

הערכת היתרונות של בדיקות גנטיות מחולקת לשלוש (W. H. Rogowski, 2009, & Grosse, & Khoury): תקפות אנליטית (analytic validity), תקפות קלינית (clinical validity), שימוש קליני (clinical utility).

למרות שבדרך כלל התקפות האנליטית גבוהה לבדיקות גנטיות, התקפות הקלינית נמוכה יותר בשל הקושי לאתר או לאבחן את קיום המחלה. שונות באוכלוסייה והטיות יכולים לגרום להערכת יתר של המחלה. הביטוח הרפואי האמריקאי לאוכלוסיית הקשישים (Medicare) מתקצב טכנולוגיות שנחשבות "הגיוניות וחיוניות" (Reasonable and necessary). בעוד שבגרמניה הטכנולוגיות מתקצבות על בסיס הקריטריונים של "מידת השימוש, חיוניות ויעילות". בשתי התוכניות מעריכים את השימוש ברלוונטיות לחולים וביתרונות הבריאות שלהם. על אף הצורך להעריך כלכלית את הבדיקות טוענים החוקרים דלעיל כי באם האלמנט הכלכלי היה האספקט המוביל, ספק אם היו מתקצבים בדיקות סקר גנטיות בשל הקושי לבסס מידע אודותן. ולהפך, בדיקות שקיים לגביהן מידע באשר למועילות, אך אין מידע מספק על עלויות מהוות בעיה בשל עלויות הבריאות הגאות. לכן, במרבית מדינות העולם היום משלבים את הערכת העלויות כחלק מהטכנולוגיה המוצעת.

אספקטים חוקיים, אתיים וחברתיים

אחד האתגרים המרכזיים בבדיקות סקר לאוכלוסייה הוא הצורך בהסכמה מדעת, בעיקר בבדיקות סקר לתינוקות (Grosse et al., 2008). בארה"ב נדרש כי התינוקות

יעברו את מרבית הבדיקות, ואין צורך בהסכמת ההורים או אפילו ביידוע ההורים (Kemper, Fant, & Clark, 2005) בדיקות הסקר התפתחו כחובה כדי להבטיח גישה אוניברסאלית, וגישה זו קיימת ברוב המדינות בארה"ב. יחד עם זאת, ברוב המדינות, הורים יכולים שלא לבצע הבדיקות ליילוד, בעיקר בגלל אמונות דתיות.

רוב האתיקאים מעלים את ההצדקה של בדיקות חובה, אף במקרים של PKU, וקוראים להשתתפות האוכלוסייה רק אחרי הבעת הסכמה (Andrews et al., 1994).

מעט תוכניות מחוץ לארה"ב מחייבות בדיקות סקר ליילודים, למרות שברובן לא נדרשת הסכמה בכתב. בהולנד, הבדיקות הינן וולונטריות, אך כאשר הורחב סל הבדיקות במדינה זו, ניתן מידע מועט בלבד להורים, והם לא יודעו על האפשרות לסרב (Detmar et al., 2007). בצרפת, החוק מחייב להסכמה כתובה לפני לקיחת של דגימות ל-DNA לסקר ל-CF. בשנה הראשונה, לאחר חקיקת החוק, נתנו 99.8% מההורים הסכמה לדגימה זו.

הנושא של הסכמה מדעת כתובה, או הצורך במתן מידע מדויק על הבדיקות נשאר במחלוקת. לגבי מחלות בהן גילוי מוקדם יכול למנוע נזק בלתי הפיך, הורים ומומחים נוטים לתמוך בגישה שאיננה מחיבת הסכמה מדעת. הנושא לגבי קיימת הסכמה של מומחים והורים הוא יידוע של ההורים לפני הלידה על מנת שיבינו ויוכלו לקבל החלטות מושכלות (Detmar et al., 2007).

אחת מהשאלות הבווערות לבדיקות סקר ליילודים בארה"ב קשורה לשאלה האם ואיך לספק את הבדיקות באופן וולונטרי כאשר יש בדיקות שהידע לגביהן איננו מבוסס, או כאשר המידע חשוב להורים (Bailey, Skinner, Davis, Whitmarsh, & Powell, 2008).

שתי וועדות אמריקאיות של האקדמיה לפדיאטריה המליצו לבצע בדיקות סקר לילדים ובני נוער על בסיס של גנטיקה מולקולרית רק כאשר מתקיימים התנאים הבאים:

1. באם יש יתרון רפואי מייד.
 2. באם אחד מבני המשפחה יכול ליהנות מהבדיקה, ובלבד שלא תזיק לנבדק.
- בכל מקרה, מודגש כי ייעוץ גנטי חיוני לפני ואחרי הבדיקה.

הוועדה לביואתיקה ממליצה כי כל בדיקת סקר ליילודים תסתמך על ממצאי מחקר תקפים, ותלווה בהסכמה מדעת של ההורים. ועדה זו איננה תומכת בבדיקות סקר של נשאים מתחת לגיל 18, למעט נערה בהריון. כמו כן מומלץ נגד בדיקות חיזוי בגיל הבגרות לילדים מתחת לגיל 18.

באשר למידע שמתקבל מבדיקות הסקר - המדיניות בין המדינות משתנה. בהולנד נטען כי האינטרס של המשפחה גובר על האינטרס של הסודיות הרפואית של הפרט, ולכן צריך לחשוף את המידע על סיכון לנשאות אצל בני המשפחה. לעומת זאת, בארה"ב מקובל שלא לחשוף את המידע הזה, לבני המשפחה או לרופא המטפל. בארץ, על פי חוק מידע גנטי (סעיף 20) מותר למסור מידע גנטי למטפל או ליועץ גנטי לצורך טיפול בקרוב של הנבדק; אך במקרה שהנבדק הודיע על התנגדותו לכך, יש להביא את העניין בפני ועדת האתיקה, המוסמכת להתיר את מסירת המידע ככל הנדרש לשם מניעת סכנה לחייו או בריאותו של הקרוב או לשמירתה או שיפורה.

בשנת 1999 הוקמה בארה"ב "המועצה המייעצת לבדיקות גנטיות ליעוץ למשרד הבריאות לגבי נושאים רפואיים, מדעיים, אתיים, חוקיים וחברתיים העולים מבדיקות סקר גנטיות". אחד החששות הגדולים של המועצה היה לגבי אפליה בתעסוקה ובביטוח. המלצתם הייתה לגבות הנושא בחוק למניעת אפליה על בסיס מידע גנטי. ה-FDA מונה להוביל את הנושא, ושם לו למטרה ליישם "שפה גנטית" ייחודית לבדיקות גנטיות, כולל רישום של הבדיקות, מטרתן, מידע עליהן, תקפותן ומידת השימוש בהן. אחת השאלות האתיות הקריטיות עמן מתמודדים היא השאלה של בדיקות להן עלולות להיות תוצאות חיוביות כוזבות (*false positive*), הגורמות לחרדות שיצריכו בדיקות נוספות וסכנה לטיפולים מיותרים. האיזון הנכון הוא בין הרגישות והסגוליות של הבדיקה ותלוי ברווח הצפוי מגילוי המחלה (Grosse et al., 2004).

שאלה אתית נוספת עומדת באשר לביצוע לבדיקות סקר הקשורות לקבוצות אתניות שונות או קבוצות עם רגישות חברתית מוגברת. נושא זה נוגע לביצוע בדיקות מולקולריות לסקר לגילוי נשאי CF ומחלות המוגלובין; בדיקות סקר למחלות התלויות במוצא, כמו טיי-זאקס או מחלת ה-X השביר. בבריטניה, בדיקות סקר להמוגלובולינופטיה מוצעות לנשים ממוצאים ספציפיים (Dyson, 2005).

בישראל, ככל שמדובר בקטינים, הרי שעל פי חוק מידע גנטי, תשס"א-2000, עריכת בדיקת סקר גנטית לקטינים יכולה להיות מותרת רק במקרה ש"הבדיקה דרושה לשם בירור בדבר קיומו של גן נשאות של מחלה או מוגבלות שעל פי הערכה רפואית סבירה אפשר למנעה, לדחות את התפרצותה או לשפר או לקדם את מצבו של הקטין, החסוי או פסול הדין" לפיכך, תנאי מוקדם לעריכת בדיקות סקר גנטיות לילדים הוא שהן מיועדות לאיתור מחלה שקיימות דרכים למנעה או לדחות את התפרצותה, או שקיימים אמצעים טיפוליים שיכולים לשפר את מצבם של קטינים החולים בה. לגבי בדיקות טרום לידתיות - החוק לא מזכיר בצורה מפורשת עריכת בדיקה גנטית בעובר; רק בתיקון מס' 3 לחוק, משנת 2008, הוספה התייחסות לעובר בהקשר של עריכת בדיקה גנטית לקשרי משפחה, ושם השתמש המחוקק בביטוי "חסוי שהוא עובר"⁷. ניתן לטעון כי החוק אינו חל על בדיקת עוברים, אך כשמדייקים בלשון החוק נראה כי המונח "חסוי" כולל גם עובר⁸, ואם כך, המגבלות המנויות בחוק לגבי עריכת בדיקה גנטית בקטינים חלות גם על בדיקות גנטיות של עוברים. ברם, כשמתגלה נשאות או מחלה אצל עובר, ניתן למנעה על ידי הפסקת ההיריון, בנסיבות שבהן אופציה זו רלוונטית.

מסירת מידע

המדיניות משתנה באשר לדיווח על הנשאות. המועצה לבריאות בהולנד טוענת כי האינטרס של המשפחה צריך לשמש כבסיס האתי לחשיפת הנושא. בארה"ב בדיקות הנשאות חסויות ולא חשופות בפני המטפלים או המשפחה. לכן, ההשלכות של מצב הנשא אינן מדוברות או אפילו מובנות על ידי המשפחה. כתוצאה, לא ברור האם הילד יבין או ידע להשתמש בחלק מהמידע הקיים כדי לקבל ייעוץ בעתיד. לרוב המדיניות נקבעת על בסיס היכולות הטכנולוגיות, שכנוע של קבוצות עניין ודעות רפואיות ולא על בסיס מידע אובייקטיבי מבוסס ראיות.

7. סעיף 28ג. בדיקה בעובר (תיקון מס' 3) תשס"ח-2008 קובע: "בלי לגרוע מהוראות פרק זה, לא יורה בית משפט על עריכת בדיקה בחסוי שהוא עובר אלא לאחר ששקל את הצורך בעריכת הבדיקה עוד בתקופת ההיריון, והאישה הנושאת את העובר נתנה הסכמה מדעת לעריכת הבדיקה, לאחר שהוסברו לה הסיכונים שבעריכת הבדיקה, לה ולעובר"
8. ס' 2 לחוק מידע גנטי, התשס"א-2000 מגדיר "פסול-דין", "חסוי" ו"קטין" - כמשמעותם בחוק הכשרות המשפטית והאפטרופסות, תשכ"ב-1962; ההגדרה של "חסוי" בחוק הכשרות המשפטית והאפטרופסות, תשכ"ב-1962 (סעיף 80) היא: "מי שבית המשפט מינה לו אפטרופוס לפי סעיף 33, או מי שבית המשפט רשאי למנות לו אפטרופוס כאמור, והוא אף כשעדיין לא הוברר אם נתקיימו התנאים למינוי, הכל לפי העניין;" כיון שעל פי סעיף 33(א) (6) בית המשפט רשאי למנות אפטרופוס לעובר, הרי שעל פי הגדרה זו עובר הינו חסוי.

הסוגיה של מסירת מידע על ממצאי הבדיקות אינה פשוטה כלל ועיקר. על פי החוק הישראלי, כאשר הנבדק בגיר - הוא זה שקובע למי יימסרו התוצאות, ובהתאם לכך אלו יימסרו לו או למי שהורה (ס' 14 לחוק מידע גנטי). לעומת זאת, כאשר הנבדק הוא קטין, המידע יימסר לאחראי עליו רק אם התגלה שהקטין אינו נושא גן נשאות למחלה, ואם התוצאה חיובית יימסר המידע רק אם מדובר בגן למחלה "שבהערכה רפואית סבירה נראה שהתערבות או טיפול **בשלב זה** עשויה להביא למניעת המחלה, לדחיית התפרצותה או לשיפור במצב הקטין... והכל בלי לגרום נזק בריאותי או נפשי לקטין, החסוי או פסול הדין". (ס' 28 לחוק). מסעיף זה עולה כי אין למסור להורים מידע על תוצאות בדיקות גנטיות של ילדיהם, המצביעות על נשאות או נטייה למחלה שאין דרכים אופרטיביות לטפל בה או למנעה לפני הגיע הילד לגיל בגרות. כפי שהובהר לעיל (בהערת שוליים 8), הוראות סעיף זה חלות גם על מסירת מידע להורים על תוצאות בדיקות גנטיות בעובר.

נראה כי החוק הישראלי מציב בהקשר זה קושי נוסף, ביחס למסירת המידע לגורמים המטפלים. זאת נוכח האיסור הקבוע בסעיף 30(ב) לחוק, לפיו קופת חולים (ככל מבטח אחר) אינה רשאית לשאול מבוטח או מועמד לביטוח אם עבר בדיקה גנטית ולא לבקש ממבוטח תוצאות של בדיקה גנטית או לעבור בדיקה גנטית. אמנם, מסירת מידע גנטית מותרת, על פי החוק, "למטפל אחר לצורך הטיפול במטופל", אך לא ברור כלל אם ולמי יש להעביר מידע גנטי על נשאות או נטייה למחלות גנטיות, שדרוש לצורך רפואה מונעת, כאשר מידע זה נמסר למטופל עצמו והובהרה לו משמעותו.

אחריות המדינה והפרט

מן הסקירה דלעיל עולה כי הידע הרפואי והמדעי מאפשר לאסוף מידע גנטי על סיכון ונטייה למחלות. מידע מסוג זה יכול לסייע במניעה או דחייה של התפרצות מחלות אצל הפרט כמו גם בהתאמה מיטבית של הטיפול הרפואי בו (למשל: רפואה מותאמת אישית - *personalized medicine*). על פניו נראה כי עריכת בדיקות גנטיות צפויה לחסוך סבל וסיכונים לפרט ומשאבים למערכת הבריאות. אולם הנחה זו טעונה הוכחה, ולגמרי לא בטוח שאמנם כך ולגבי אילו מחלות.

במקרים בהם המידע הגנטי יכול למנוע או לדחות את ההתפרצות של מחלה, האחריות המוטלת, לכאורה, על החברה כוללת:

- א. הצעה וביצוע של הבדיקות הגנטיות
- ב. פענוח הממצאים ומסירתם לנבדקים
- ג. הדרכת הנבדקים בהתאם לממצאים
- ד. עריכת בדיקות מעקב ו/או טיפולים לפי הצורך
- ה. עדכון המידע לגבי ממצאים שמשמעותם בעת עריכת הבדיקה לא ידועה

מנגד, מניעת המחלה מותנית בגורמים הנתונים בידי הפרט, וממילא באחריות הבלעדית, ובכלל זה:

- א. לעבור את הבדיקות הגנטיות
- ב. לאמץ אורח חיים בהתאם לתוצאות
- ג. לעבור בדיקות מעקב בהתאם לצורך
- ד. להימנע מהולדת ילדים חולים

לצד התועלת הצפויה מעריכת בדיקות סקר גנטיות, יש להביא בחשבון גם את הקשיים הנלווים לכך, וכדלקמן:

מילוי הדרישות המוטלות על החברה למניעת מחלות על ידי מידע גנטי כרוך בעלויות ניכרות ודורש משאבים של כוח אדם מקצועי ומיומן בתחומים הרלוונטיים. מנגד, מילוי הדרישות הנתונות בידי הפרט עלולה להכניסו לחרדה, לגרום לו להרבות בבדיקות רפואיות, ולפגוע בתכניות חייו.

דרישה חברתית לעמוד בתנאים אלה עלולה להיתפס כפטרנליזם מצד החברה ופגיעה בחירות הפרט ובאוטונומיה שלו לנהל את חייו לפי רצונו. הדבר עלול גם ליצור סטיגמה כלפי מי שלא מתנהל בהתאם לסיכונים הגנטיים. בנוסף, הנהגת בדיקות סקר גנטיות בהיקף נרחב עלולות להביא לגנטיזציה של החברה, הרפואה והחיים.

בדיקות סקר לאיתור מוקדם של מחלה

מעבר למדיניות לגבי בדיקות סקר גנטיות, קיימות מספר בדיקות סקר שנועדו לאתר מחלות בשלב המוקדם שלהן. מטרת האיתור המוקדם היא להפחית את חומרת התחלואה מאותה מחלה, להפחית את שיעור התמותה ו/או לשפר את איכות חיי החולים. בדיקות אלה נפוצות לגילוי מוקדם של ממאירויות וכוללות, בין השאר, בדיקות ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד, בדיקות דם סמוי בצואה וקולונוסקופיה לאיתור מוקדם של סרטן המעי והחלחולת, בדיקות משטח צוואר הרחם לאיתור סרטן צוואר הרחם ובדיקות CT לאיתור מוקדם של סרטן הריאות. גם בבדיקות לאיתור מוקדם של מחלה חשוב שהבדיקה (מעבדה או הדמייה) תהיה מדויקת ככל האפשר, כלומר בעלת רגישות (sensitivity) וסגוליות (specificity) גבוהים. לעיתים, איתור מוקדם לא משפר את תוצאי הטיפול בחולה ועלול אף להביא לטיפולים מיותרים, למשל כאשר המחלה היא לטנטית ולא תהפוך לסימפטומטית במשך חיי החולה.

סיכום

לאור סקירת הסוגיות שהועלו לעיל, עולות מספר שאלות הקשורות למדיניות ביצוע בדיקות סקר. לשאלות אספקטים חברתיים, אתיים וכלכליים. למשל: האם החבות של המדינה למימון בדיקות סקר היא אך ורק לבדיקות בעלות השלכות רפואיות קשות, כלומר מחלה חמורה ושאר הבדיקות יהיו במימון פרטי של המעוניינים בכך? האם ההחלטה לביצוע בדיקות סקר (גנטיות ואיתור מוקדם של מחלות) צריכה להיות נתונה לבחירתו של הפרט, או שיש הצדקה, לאור התועלת הטמונה בכך לחברה, לחייב בביצוע הבדיקות. בנוסף, יש לשקול מה החבות של המדינה לטפל בתושב או בצאצאיו שנמנעו מביצוע הבדיקה.

המלצות בנושא בדיקות סקר ומידע גנטי

בדיקות סקר

- ◆ אין לפגוע באוטונומיה של הפרט ולכן אין לחייב ביצוע בדיקות סקר.
- ◆ במקביל לכך, יש לחזק את ההסברה ביחס לחשיבות ביצוען של בדיקות סקר. בדיקות אלו עשויות לתרום רבות לפרט ולחברה בכללותה. חשיבותן רבה ולכן יש לשאוף להגברת הנכונות לבצע בדיקות סקר בקרב האוכלוסייה, תוך מתן דגש לאוכלוסיות מיוחדות.
- ◆ הצוות רואה בחיוב רב את העובדה שהזמינות ויכולות המימון של בדיקות סקר למחלות גנטיות ולמחלות קשות הולכים וגדלים.

מידע גנטי

- ◆ מידע הוא מידע הוא מידע! (מידע גנטי הוא מידע כמו כל מידע רפואי אחר).
- ◆ המידע הגנטי שייך למטופל בלבד, גם אם הבדיקה ממומנת על ידי גורם אחר, ואין לעשות במידע זה שום שימוש למעט מה שמתיר החוק.
- ◆ הצוות סבור כי המצב הקיים ביחס לשקיפות המידע בין המטפלים למטופל אינו דורש שינוי.
- ◆ בהסתכלות עתידית, הצוות מזהה כי כבר כיום קיימת סוגיה של עדכון/ידע של צוותים מטפלים בנושא מידע גנטי והיא עלולה להתגבר בעתיד.

פרק שלישי

דילמת החיסונים

רקע כללי

סוגיית החיסונים מעסיקה את מערכות הבריאות בישראל ובעולם מזה שנים רבות. לצד ההכרה העולמית בכך שהחיסונים נתפסים כאחד מההישגים הבולטים ביותר של הרפואה במאה ה-20 בכלל, ובתחום בריאות הציבור בפרט (MMWR, 1999) הנושא מעורר שאלות רפואיות, משפטיות ואתיות רבות. האיזון בין האוטונומיה האישית והזכות לבחירה ובין ההגנה על האוכלוסייה בסיכון מציב דילמות לא פשוטות בפני מערכות הבריאות.

בפרק זה ניתן למצוא סקירה קצרה של נושא זה בעולם ובישראל, כולל נתונים לגבי שעור החיסונים - מה הסוגיות, דרכי ההתמודדות איתן ותוצאותיהם.

בסיפא של הדברים מוצעות מספר שאלות שהיו בסיס לדיון שהעלה המלצות מעשיות כיצד לעודד התחסנות תוך איזון בין אוטונומיית הפרט ובריאות הציבור.

דילמת החיסונים בעולם

במדינות דמוקרטיות ערך חירות האדם והאוטונומיה שלו בניהול חייו חשובים ועם זאת קיים ערך עליון נוסף, לעיתים מתנגש, והוא בריאות כלל החברה.

במרבית המדינות המערביות מעודדים את האוכלוסייה להתחסן - בדרך כלל כ"חובה" (לדוגמא, בכניסה לביה"ס) עם אפשרויות להימנע, כמו למשל בקנדה שם יש צורך בהצהרת הורים ובמקרה של מגפה מי שלא מחוסן יתבקש לא להגיע לביה"ס או לעבודה (Public Health Agency of Canada).

דוגמא נוספת מאוסטרליה בה ההימנעות מחיסון מחייבת הצהרת הורים אולם התניית חלק מתשלומי הרווחה בגין חיסונם של הילדים גרמה לעליה משמעותית בשיעור החיסונים.

מדינות, כגון מלזיה, מחסנות את כלל הילדים בתוך בית הספר על ידי אחיות בית הספר.

בארה"ב, במדינת מסצ'וסטס, נחקק בשנת 1809 חוק חיסון חובה נגד אבעבועות שחורות. הירידה בתחלואה הביאה, ב-1870, את מר ג'יקובסון מקיימברידג' לסרב להתחסן ומקרהו הגיע עד בית המשפט העליון שחייב אותו להתחסן ואף קנס אותו בחמישה דולר. פסיקה זו מהווה עד היום את הבסיס המשפטי לחקיקה בענייני חיסונים בארה"ב (Swendiman, 2011).

החל משנת 1980 כמעט כל המדינות בארה"ב מחייבות חיסונים כתנאי כניסה לבתי ספר. עם זאת, החוק מאפשר להימנע מחיסון מסיבות רפואיות או מ"אמונה דתית" או "פילוסופית".

במעקב אחר שעור המתחסנים בין השנים 1991-2004 עולה שבמדינות בהן נהגו בגמישות במתן פטור מהתחסנות שעור הפטור עלה מ-0.99% ל-2.54% ובמספר קהילות מקומיות הפטור הגיע עד ל-26%. פרופיל האוכלוסייה המתנגדת לחיסונים הוא ברובו אוכלוסייה לבנה וממעמד סוציאקונומי גבוה. מניעי ההתנגדות הם אי יחוס חשיבות לסיכון לחלות מחד וחשש מהנזק הפוטנציאלי בשל החיסון מאידך (Omer et al., 2009).

אוטונומיית הפרט נשמרת למעט במצב של מגפה, או חשש למגפה. במצבים אלה מדינות שונות כופות תהליכים שונים. כפי שקרה כאשר פרצה מגפת ה-SARS ומספר מדינות באסיה הטילו מגבלות דרקוניות על החולים שבדומה לאלה שנחשדו כחולים, הוכנסו למעצר תוך פגיעה קשה בחירותם האישית.

ככלל, כפיית חיסונים בכוח החוק לא צלחה. ב-1953 נחקק באנגליה חוק חיסון חובה נגד אבעבועות שחורות שכלל אפשרות להטלת קנסות כבדים נגד המתנגדים ואף להחרמת רכושם. החוק עורר רעש ציבורי שהביא להסרת אמצעי הענישה שנלוו לחוק. החובה המשפטית לחיסון באנגליה התמוססה עד לשנת 2004 בה ההסתדרות הרפואית קבעה כי מדיניות החיסונים צריכה להיות על בסיס התנדבותי והסכמה מדעת של המוחסנים. גם בריו דה ז'אנרו, בשנת 1904, החובה לחסן בגין אבעבועות שחורות עוררה התקוממות של ממש עם נזקים לאנשים ולרכוש.

ב-1974 ארגון הבריאות העולמי פרסם את המלצתו לתוכנית החיסונים המורחבת וקרא לחיזוק מערכות החיסונים הלאומיות. כפי שעולה מנתוני ה-OECD שעור ההתחסנות במדינות המדווחות עולה לאורך השנים. שעור החיסונים בישראל גבוה

עם ירידה קלה בשנים האחרונות (OECD Stat Extract, 2013). לאור השונות בשיעור החיסונים בין המדינות, ארגון הבריאות העולמי קורא לפתח אסטרטגיות רב ממדיות המותאמות לכל מדינה ומדינה.

לצד ההשפעה של התקשורת, הרופאים ועובדי מערכת הבריאות ממלאים תפקיד חשוב בעידוד ההתחסנות היות והם מהווים המקור העיקרי למידע על חיסונים (Salmon et. Al. 2005).

במחקר שבדק ידע ועמדות של רופאי משפחה לגבי חיסונים (Herzog et. Al, 2013) עולה שמרביתם תומכים בחשיבות החיסונים אולם אלה שמטפלים באוכלוסיות עם שיעור חיסונים נמוך יותר, פחות מאמינים בחיסונים (Salmon et. Al, 2008). בסקר ארצי בארה"ב נמצא שכמעט 40% אמרו שיסרבו לטפל בילדים שאינם מחוסנים (Flanagan-Klygis et. Al. 2005). הועדה האקדמית לאתיקה בארה"ב אינה תומכת בסירוב לטפל ומייעצת לרופאים שיסבירו למשפחות המסרבות את משמעות הסירוב (Diekema, 2005).

דילמת החיסונים בישראל

לאורך השנים משרד הבריאות הציג עמדה עקבית לפיה תוכנית החיסונים שגובשה בישראל, הן בשגרה (טיפות חלב ושירותי בריאות התלמיד) והן כדרך להתמודדות עם מצבי משבר, הינה אמצעי יעיל למניעת תחלואה ושמירה על בריאות הציבור. חיסונים שחשיבותם נמדדת לא רק בעצם נתינתם, אלא גם בהקפדה על מתן החיסון במועדו. חיסונים שלגישת הדרג המקצועי, יתרונותיהם עולים בעשרות מונים על הסיכונים שטמונים בהם, הן מבחינת הפרט והן מבחינת החברה בכללותה. עמדה אשר קיבלה ביטוי, בין היתר גם בפסיקותיו של בית המשפט, באומרו "הסיכון הכרוך בקבלת החיסון, אף שהוא עקרונית קיים, הינו רחוק ונדיר ביותר, בעוד שתועלתו וחיוניותו של החיסון לבריאותו של הילד אינם מוטלים בשום ספק" (ע"א 470/87). בנוסף, לגישת הדרג המקצועי במשרד הבריאות, על מנת להגיע למניעה אפקטיבית, כמו גם להגן על אלה שלא ניתן לחסנם או שלמרות קבלת החיסון לא פיתחו עמידות, יש חשיבות לאפקט "חסינות העדר", קרי הגעה לכיסוי חיסונים של 95% מכלל האוכלוסייה (בג"צ 7245/10; בג"צ 8357/10; בג"צ 908/11). עם זאת, ולמרות החשיבות שנותנת המערכת הרפואית לחיסונים, כיום בישראל לא נהוגה מדיניות המחייבת הורים לחסן את ילדיהם בניגוד לרצונם. חובה שבצידה סנקציה כלכלית, משפטית, חברתית או אחרת.

לצד מדיניות בריאות שמעודדת חיסונים (במימון ובאספקה), ונוכח העובדה שכמו כל טיפול רפואי, גם חיסונים אינם נטולי סיכונים וסכנות, נחקק בישראל **חוק ביטוח נפגעי חיסון, התש"ן - 1989**. חוק המאפשר לאדם שנפגע כתוצאה מחיסון לתבוע פיצויים מהמדינה, וזאת ללא צורך להוכיח רשלנות רפואית כלשהי. לציון, כל שהאדם נדרש להוכיח על מנת לקבל פיצוי כספי הוא קשר סיבתי בין החיסון ובין הנזק הנטען. כפי הנראה, ולגישת השופטת (בדימוס) בלהה כהנא, הרציונל שניצב בבסיס החוק הינו *".. ההכרה שהצדק וההגינות מחייבים שהכלל יישא בנטל הנופל על קרבן הפעילות שנועדה לטובת הכלל, רעיון זה של שוויון בחלוקת הנטל החברתי מבוסס על עקרון הסיכון החברתי, על פיו מוטלת על הרשות אחריות בנזיקין, או חובת פיצויים, גם אם היא פעלה בסבירות כלפי מי שנפגע כאשר הפעולה שלו נועדה לקדם אינטרס ציבורי"* (כהנא, 2008).

עם זאת, ולמרות פעולות מגוונות שנקט משרד הבריאות לאורך השנים, התופעה של התנגדות הורים לחיסון ילדיהם המשיכה להתקיים, בעוצמות משתנות ומטעמים מגוונים, ובהם נימוקים אידיאולוגיים; תיאולוגיים; חוסר אמון בממסד או חוסר אמון ביעילות החיסונים. תופעה שאינה ייחודית לישראל או לזמננו (אהרון, 2011). התנגדות אשר התגברה בעשורים האחרונים, בין היתר לאור הנגישות וזמינות המידע, כמו גם המשקל המשפטי שניתן לזכותו של הפרט לחיות את חייו בהתאם לבחירותיו, רצונותיו, אמונותיו והשקפותיו.

אוטונומיה של הפרט למול בריאות הציבור

משנת 1996, עת נחקק חוק זכויות החולה הלך והתבסס במשפט הרפואי הישראלי עקרון האוטונומיה של הפרט. עקרון לפיו *"זכותו של כל פרט להחליט על מעשיו ומאווייו בהתאם לבחירותיו, ולפעול בהתאם לבחירות אלה... מזכות זו משתמע, בין השאר, כי לכל אדם חירות מפני התערבות בגופו ללא הסכמתו... אין לבצע פרוצדורה רפואית בגופו של אדם אם לא ניתנה לכך הסכמתו המודעת..."* (ע"א 2781/93) עקרון אשר מכוחו הוכרה זכותו של האדם לקבל החלטות שנוגעות לטיפול הרפואי בהתאם להשקפותיו. גם אם לעיתים החלטות אלו נראות למטפל בלתי הגיוניות. להבדיל מהגישה הפטרנליסטית ששררה בעולם הרפואי לאורך שנים ארוכות, ולפיה המטפל הוא שבוחר את הטיפול בעבור מטופליו - לעיתים אף מבלי להתייעץ עם המטופל עצמו. עקרון האוטונומיה של הפרט הדגיש ועיצב את זכויותיו הבסיסיות של כל אדם המטופל במערכת הבריאות בישראל. עקרון ממנו נגזרו, בין היתר, זכות המטופל לקבל מידע על הטיפול הרפואי, והזכות שלא תבוצע בגופו של אדם פרוצדורה

רפואית מבלי שנתנה הסכמתו המודעת. דוקטרינת ההסכמה מדעת, כפי שבאה לידי ביטוי בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, מגלמת בתוכה שלושה רכיבים מרכזיים: **גילוי מידע רפואי; הבנת ההליך**, ולבסוף מתן **הסכמה** להליך המוצע. שלושת הרכיבים לעיל, הינם מצטברים, ומטרתם היא אחת - לאפשר למטופל לקבל החלטה מושכלת אשר נסמכת על יסודות של הבנה ובחירה חופשית (ניב יגודה, 2010). החלטה אשר מבוססת על מערכת שיקולים רחבה שמפעיל המטופל, רפואיים ושאינם רפואיים (אידיאולוגיה; תיאולוגיה; התנגדות למסד וכיו"ב), שיקולים שלעיתים אף אינם מצויים בידעתו של המטפל.

בענייננו, מעקרון האוטונומיה של הפרט נגזרת גם ההגנה על האוטונומיה של התא המשפחתי (ניב יגודה וכצנלסון 2001), ובכלל זאת זכותו של הורה לסרב לחסן את ילדיו. כעת, וכנקודת מוצא לדיון, יש להניח שכל הורה פועל בהתאם לטובת ילדיו, תוך ניסיון למנוע חשיפה לסיכונים מיותרים. טובת הילד, כפי שתופס אותה ההורה, תהא השקפתו, דעתו או אמונתו אשר תהא. מכאן, שסוגיית החיסונים מדגימה בצורה ברורה את המתח שעשוי להתקיים בין זכויות הפרט (אוטונומיה של הפרט/אוטונומיה משפחתית), ובין שמירה על טובת הציבור ובריאותו. שהרי כפיית חיסון בניגוד לרצון ההורה עשויה לעלות בכדי פגיעה קשה באוטונומיה של הפרט, ובזכות ההורים לגדל את ילדיהם בהתאם להשקפותיהם, דעותיהם ואמונתם. עם זאת, לא פעם מתעוררת השאלה מהן גבולות האוטונומיה של הפרט, מקום בו מתקיים חשש לפגיעה בבריאות הציבור. שהרי, בכל הנוגע לסוגיית החיסונים לעיתים להחלטה שמקבל האדם הפרטי יכולה להיות השפעה שלילית על כלל הציבור. כאמור, חשש מרכזי הוא שבמצבים מסוימים עשויים הפרטים לפעול בהתאם לאינטרס אישי, תוך שהם יוצרים או מגברים את הסיכון לשלום הציבור. לדוגמא, תופעת ה-free rider, לפיה הורים בוחרים שלא לחשוף את ילדיהם לסיכוני החיסון, תוך שהם "נהנים" מהיתרונות של חסינות העדר. למותר לציין, כי תופעת ה-free rider לכשעצמה מעלה שאלות אתיות רבות. בנוסף, עם השנים וככל שמחלות מסוימת הלכו ונעלמו במדינות המערב, כך הלכה וגברה התופעה של סירוב הורים לחיסוני ילדיהם. כאמור, עצם דעיכת מחלה פלונית היא שהובילה, בין היתר לפיחות בתחושת הסכנה בקרב הפרטים מחד גיסא, ולעליה במספר המתנגדים לחיסון מאידך גיסא.

מכאן, שלצד ההגנה על זכויותיו של הפרט, ניצבת חובתה של המדינה באמצעות משרד הבריאות על זרועותיו השונות, לשים לנגד עיניה את טובת הציבור בכללותו, תוך קבלת החלטות שמטרתן לדאוג לשלום הציבור ובריאותו. בשנת 1940 יצר

המחוקק במסגרת פקודת בריאות העם מעין "מנגנון הגנה", לפיו ככל שישנה סכנה של מחלה אפידמית או מחלה אחרת שיש בה סכנה לבריאות הציבור, רשאי משרד הבריאות לנקוט באמצעים שבכוחם לצמצם את התפשטות ההדבקה - בין היתר תוך שימוש בכלים עונשיים (מאסר או קנס) כלפי המסרבים להתחסן. אמצעי שמצמצם את עקרון האוטונומיה של הפרט במטרה להבטיח שמירה על בריאות הציבור.

בהמשך, ומתוך כוונה להגביר את ההיענות הציבור לחיסוני השגרה, בין היתר באמצעות סנקציות כלכליות, החליטה המדינה לנקוט בשיטה של הפחתת קצבת ילדים (עד 60%) להורים המסרבים לחסן את ילדיהם. במסגרת חוק ההתייעלות הכלכלית משנת 2009 נקבע בסעיף 61(2)(ד) לפיו המדינה מבקשת להתנות את קצבאות הילדים בהתחסנות מלאה ובמועדה, וזאת לפי תכנית החיסונים המומלצת על ידי משרד הבריאות. בתיקון מס' 113 לחוק הביטוח הלאומי נקבע כי קצבת הילדים אשר משולמת בעד ילד תופחת "אם הודיע משרד הבריאות למוסד כי חלפו ששה חודשים מהמועד שבו היה על הילד לקבל את החיסונים הנדרשים בהתאם לגילו ולמצבו הבריאותי ועל פי תכנית החיסונים שעליה הורה המנהל הכללי של משרד הבריאות".

בעקבות התיקון הנ"ל הוגשו לבג"צ מספר עתירות (בג"צ 7245/10; בג"צ 8357/10; בג"צ 908/11) בטענה כי "התניית הזכות לקצבת ילדים בעמידה בתכנית החיסונים אינה חוקתית ובטלה בהיותה (א) פוגעת פגיעה חמורה באוטונומיה של הרצון הפרטי (ב) פוגעת בזכויות וחובות ההורה להורות (ג) פוגעת פגיעה בלתי נסבלת בעיקרון השוויון בפני החוק". עוד נטען על ידי העותרים כי "לא תמיד המלצות משרד הבריאות על חיסונים תורמות לבריאות הציבור ויעילות למשק. חובה עלינו לשמר את האיזון שבין המלצותיו הגורפות לבין שיקול הדעת הפרטי של כל הורה באשר לגורל ילדיו או גורלו הוא" (חסון-מסמך מידע, 2010). להדגיש, גם העותרים עצמם לא חלקו על עצם חשיבות מתן חיסון מבחינת הגנה על המתחסן, או לתרומה שיש בחיסונים לבריאות הציבור. ברם, לדעת העותרים, מדיניות הענישה הכלכלית אותה מבקשת המדינה ליישם באמצעות הפחתת קצבאות ילדים, הינה פרקטיקה פסולה, בין היתר נוכח העובדה שלא נבדקו נתונים כגון: עלות-תועלת; חלופות לשיפור אחוז ההיענות; עוצמת הפגיעה בילדים וכיו"ב.

ביום ה-23.5.2013 התקבלה בבית המשפט הודעת המדינה כי בשלב זה, ועד אשר יושלם הליך חקיקה ראשית מסודר, התוכנית להפחתת הקצבאות לא תיושם. (הודעת מדינה 23.5.13) בהמשך, בחודש יוני 2013 דחה בג"צ את העתירות שהונחו לפניו. בפסק דינו מתייחס בית המשפט, בין היתר לעובדה שחיסונים הינם כלי יעיל ובטוח יחסית (סיכונים יחסית נמוכים), להגשמת היעד של הגנה על הפרט, כמו גם על החברה בכללותה. לגישת בית המשפט היתרונות שטמונים במדיניות חיסונים, ובכלל זאת שמירה על עקרון "חיסון העדר", הם שהופכים את הפגיעה בזכויות הפרט למינימאלית. פגיעה שבמקרה זה אינה מצדיקה התערבות של בית המשפט בעבודת המחוקק.

כאמור, ביטוי לעמדה המכירה ביכולתה החוקית של המדינה להגביל במקרים מסוימים את חירותו של הפרט ניתן למצוא גם בפסק דינה של כב' השופטת ארבל (בג"צ 7245/10; בג"צ 8357/10; בג"צ 908/11), במסגרתו כתבה כי "כאשר המדינה נוקטת עמדה פעילה בכל הנוגע לחיסון ילדים היא מתערבת בהחלטות אישיות בתחום זה. כך היא לכאורה מתערבת במרחב הפרטי. אולם, האמצעי שבו נוקטת המדינה במקרה זה נוגע להענקת קצבאות ילדים, שעצם הענקתן מבטאת את מעורבותה של המדינה במרחב המשפחתי. יתר על כן, התערבות במרחב הפרטי אינה בהכרח רעה, בעיקר כאשר היא נעשית לשם קידום זכויותיהם של היחידים החלשים ביחידה המשפחתית, אלה שקולם לא תמיד נשמע, ובמקרה זה הילדים שהוריהם לא פעלו לחסנם". עוד קבעה השופטת ארבל בפסק דינה כי "במישור העקרוני, עמדת המוצא לגבי התערבות המדינה בקידום רווחתם של ילדים אינה צריכה להיות תמיד חשדנית. בעיקרו של דבר, נקיטת עמדה פעילה בנושא חיסוני ילדים אינה ביטוי לדריסת זכויות ברגל גסה, אלא דווקא למחויבות המדינה לרווחת הילדים בישראל, מחויבות שלא ניתן להגזים בחשיבותה".

מכאן, האתגר שניצב בפני מערכת הבריאות הישראלית הוא למצוא את נוסחת האיזון בין שמירה על האוטונומיה של ההורים על ילדיהם, ובכלל זאת סירוב הורה לחסן את ילדיו, ובין שמירה על בריאות הציבור.

הצוות סבור כי חלק מהסיבות לירידה באחוזי המתחסנים בישראל הן:

- ◆ שחיקה באמון הציבור בחשיבות החיסון (העלמות מחלות)
- ◆ פיחות באמון הציבור בממסד ובמידע שמתפרסם

- ◆ נימוקים תיאולוגיים/נימוקים אידיאולוגיים / פילוסופיים
- ◆ חשש מתופעות לוואי שמקורן בחיסון
- ◆ דור ה-Y, המעוניין לקבל את כל המידע ולהחליט בעצמו ואינו מוכן להסתמך על אמירות של גופים מקצועיים שונים
- ◆ צוותים שלא מתחסנים

המלצות בנושא חיסונים:

- ◆ הצוות מצא צורך לשוב ולהדגיש את חשיבות ההתחסנות מפני מחלות הפוגעות בבריאות הפרט ובבריאות הציבור. במקביל לכך, מצא הצוות לנכון להדגיש את חשיבות השמירה על האוטונומיה של הפרט לקבל החלטות בקשר לחיסונים למעט מקרים של מגיפות ו/או מחלות מסכנות חיים (כמו אבעבועות שחורות, שחפת), שבהם מוצדקת פגיעה מידתית באוטונומיה. הצוות סבר כי באיזון בין האוטונומיה של הפרט לקבל החלטות ביחס לקבלת טיפול רפואי לבין חובת החברה והריבון להגן על בריאות הציבור, ישנה עדיפות, בשלב הנוכחי, לאוטונומיה של הפרט.

לפיכך, הצוות סבור שאין להשתמש בסנקציה כלכלית או חברתית כנגד מי שלא מתחסן.

- ◆ הצוות ראה לנכון להדגיש את הבעייתיות הקיימת בתחום חיסוני עובדי מערכת הבריאות. אי התחסנותם של עובדי מערכת הבריאות, בייחוד כאשר מדובר על צוותים מטפלים מהווה בעיה כפולה:
 - א. דוגמא אישית כלפי המטופלים
 - ב. סיכון המטופלים, המצויים, בדרך כלל, במצב פיזי רגיש

הצוות ממליץ לנצל צמתים כמו כניסה לעבודה או למוסד לימודים להגברת היענות לחיסונים של עובדי מערכת הבריאות.

- ◆ בנוסף, הצוות סבור שיש לעודד התחסנות בקרב האוכלוסייה ומציע לפעול, בין היתר, במישורים הבאים:
 - ◇ התאמת מסרים חדים, ברורים, אחידים, שקופים ומלאים
 - ◇ הנגשה של החיסונים לכל אוכלוסיית היעד
 - ◇ מימון החיסונים על ידי המדינה
 - ◇ עידוד הצוות הרפואי להתחסן

בנוסף, סבור הצוות כי יש לשקול תמריצים חיוביים לגורמים המחסנים.

- ◆ הצוות סבור כי יש להגביר את ההסברה בקשר לחשיבות החיסונים, בין היתר גם באמצעות מדיה מגוונת ותוך התאמה לציבור הרלוונטי (למשל, הסברה באמצעות הפייסבוק לצעירים ודרך פשקווילים לציבור חרדי - כפי שנעשה על ידי משרד הבריאות במבצע חיסוני הפוליו).

רשימת מקורות למבוא

1. Chan, M. (2008). Statement at press conference of the launch of the Commission on Social Determinants of Health final report: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: Palais de Nations. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html
2. Finkelstein, EA., Trogon, JC., Cohen, JW. and Dietz, W., Annual Medical Spending Attributable to Obesity: Payer- and Service-Specific Estimates, *Health Affairs* 28, no. 5 (2009): w822-w831.
3. Florida Agency for Health Care Administration. Florida Medicaid Reform Application for 1115 Research Demonstration and Waiver; 2005 Oct; available at http://ahca.myflorida.com/medicaid/medicaid_reform/waiver/pdfs/medicaid_reform_waiver_final_101905.pdf
4. Hermer, LD., Personal responsibility: A plausible social goal, but not for MEDICAID reform. *Hastings Cent Rep.* 2008;38(3): 16-19.
5. Licina, DJ., Negative Health Behavior: A Personal Responsibility or Not? (2012), *AMDJ*, oct-dec 2012, p: 14-18.
6. NHS Constitution, 2009, Patients and the public - your responsibilities. (3b). <http://www.nottinghamcity.nhs.uk/have-your-say/nhs-constitution/906-patients-and-the-public---your-responsibilities.html>
7. Schmidt, H., Personal Responsibility For Health: A Proposal For a Nuanced Approach, (2009), The Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy, Improving Health and Healthcare, Jerusalem, 2009.
8. Schmidt H, Gerber A, Stock S. What can we learn from German health incentive schemes? *British Medical Journal* 2009;339:725-8.
9. Schmidt H, Voigt K, Wikler D. Carrots, sticks, and health care reform-problems with wellness incentives. *New England Journal of Medicine* 2010;362:e3(1)-e3(3).
10. The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), Pub.L. 111-148, 124 Stat. 119, codified as amended at scattered sections of the Internal Revenue Code and in 42 U.S.C.

11. Thorpe, KE., Florence, CS., Howard, DH. and Joski, P., The Impact of Obesity on Rising Medical Spending, Health Affairs Supp. Web Exclusives (2004): W4-480-486.
12. Voigt, K., Appeals to Individual Responsibility for Health: Reconsidering the Luck Egalitarian Perspective, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2013), 22, 146-158.
13. WHO, Noncommunicable diseases: country information, World Health Organization Web site. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html, Accessed December 1, 2013.
14. Yang, YT. And Nichols, LM., Obesity and Health System Reform: Private vs. Public Responsibility, Journal of Law, Medical and Ethics, 2011, 380-387.

רשימת מקורות לפרק הראשון

15. Birenbaum-Carmeli D, Dirnfeld M. In vitro fertilization policy in Israel and women's perspectives: The more the better? Reproductive Health Matters 2008; 16: 182-91.
16. Simonstein F. IVF policies with emphasis on Israeli practices. Health Policy 2010; 97: 202-8.
17. Simonstein F, Mashiach-Eizenberg M. How long should women preserve with IVF? Journal of Health Services Research & Policy 2012; 17: 121-3.
18. Wallace WH, Anderson RA, Irvine DS. Fertility preservation for young patients with cancer: who is at risk and what can be offered? Lancet Oncol. 2005 Apr;6(4):209-18.
19. Tschudin S, Bitzer J. Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. Hum Reprod Update. 2009 Sep-Oct;15(5):587-97.
20. Barbour RS, Porter MA, Peddie VL, Bhattacharya S. Counselling in the context of fertility and cancer: some sociological insights. Hum Fertil (Camb). 2013 Mar;16(1):54-8.
21. Woodruff T.K. The Oncofertility Consortium-addressing fertility in young people with cancer. **Reviews**. Aug 2010, 7:466-475.

22. Noyes N, Porcu E, Borini A. Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies. **Reprod Biomed Online**. 2009 Jun;18(6):769-76.
23. Shkedi-Rafid, S., Hashiloni- Dolev, Y., Egg Freezing For Age-Related Fertility Decline: Preventive Medicine or a Further Medicalization of Reproduction? Analyzing the New Israeli Policy, *Fertility and Sterility*, 2011 96, (2).
24. Hashiloni-Dolev Y, Kaplan A, & Shkedi-Rafid S. "The Fertility Myth", *Human Reproduction*, 2011, 26 (11):. 3045-3053 .
25. Nachtigall RD, International disparities in access to infertility services. *Fertil Steril*, 2006;85:871-5.2.
26. Collins J, An international survey of the health economics of IVF and ICSI. *Hum Reprod Update*, 2002;8:265-77.

27. סלע ט. גורן י, גורן א' וחב'. **טיפול הפריה חוץ גופית במכבי שירותי בריאות 2010-2007**

תמונת מצב. הרפואה 2013; 11-15: 1.

28. **רבלי, א. רבלי, מ. לאופר, נ. כשר, א. (2011)**. בנק ביציות לא מופרות - אפשרויות חדשות.

הרפואה. 150 (6), 524-527.

29. טל סלע, יעקב סגל, איריס גורן, גבריאל חודיק, ורדה שלו, רוי הומברג, רחל בכר, שחר קול,

טיפול הפריה חוץ גופית במכבי שירותי בריאות תמונת מצב 2010-2007, הרפואה 152 (1)

ינואר 2013).

רשימת מקורות לפרק השני

30. Andermann, A., Blancaert, I., Beauchamp, S., & Dery, V. (2008). Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ*, 86(4), 317-319.
31. Andrews, L/B., Fullarton, J.E., Holtzman, N.A., Motulsky, A.G. (1994). *Assessing Genetic Risks: Implications for Health and Social Policy*. Washington, DC, National Academies Press.
32. Bailey, D. B., Jr., Skinner, D., Davis, A. M., Whitmarsh, I., & Powell, C. (2008). Ethical, legal, and social concerns about expanded newborn screening: fragile X syndrome as a prototype for emerging issues. *Pediatrics*, 121(3), e693-704. doi: 10.1542/peds.2007-0820.

33. Bunnik, E. M., Schermer, M. H., & Janssens, A. C. (2011). Personal genome testing: test characteristics to clarify the discourse on ethical, legal and societal issues. *BMC Med Ethics*, 12, 11. doi: 10.1186/1472-6939-12-11.
34. Carroll, A. E., & Downs, S. M. (2006). Comprehensive cost-utility analysis of newborn screening strategies. *Pediatrics*, 117(5 Pt 2), S287-295. doi: 10.1542/peds.2005-2633H.
35. Detmar, S., Hosli, E., Dijkstra, N., Nijsingh, N., Rijnders, M., & Verweij, M. (2007). Information and informed consent for neonatal screening: opinions and preferences of parents. *Birth*, 34(3), 238-244. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00176.x.
36. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*, ed 3. Oxford, Oxford University Press.
37. Dyson SM: *Ethnicity and Screening for Sickle cell/Thalassemia (2005). Lessons for Practice from the Voices of Experience*. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone.
38. Grosse, S.D (2009). Cost effectiveness as a criterion for newborn screening policy decisions: a critical review, in Baily MA, Murray TH (eds): *Ethics and Newborn Genetic Screening: New Technologies, New Challenges*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp 58-88.
39. Grosse, S. D., Boyle, C. A., Botkin, J. R., Comeau, A. M., Kharrazi, M., Rosenfeld, M., Cdc. (2004). Newborn screening for cystic fibrosis: evaluation of benefits and risks and recommendations for state newborn screening programs. *MMWR Recomm Rep*, 53(RR-13), 1-36.
40. Grosse, S. D., Rogowski, W. H., Ross, L. F., Cornel, M. C., Dondorp, W. J., & Khoury, M. J. (2010). Population screening for genetic disorders in the 21st century: evidence, economics, and ethics. *Public Health Genomics*, 13(2), 106-115. doi: 10.1159/000226594.
41. Health Council of the Netherlands (2008). *Screening: between hope and hype*. PublicationNo. 2008/05E. The Hague, Health Council of the Netherlands.

42. Homsma, S. J., Huijgen, R., Middeldorp, S., Sijbrands, E. J., & Kastelein, J. J. (2008).
43. Molecular screening for familial hypercholesterolaemia: consequences for life and disability insurance. *Eur J Hum Genet*, 16(1), 14-17. doi: 10.1038/sj.ejhg.5201940 <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/12/11>
44. Jarrett, J., & Mugford, M. (2006). Genetic health technology and economic evaluation: a critical review. *Appl Health Econ Health Policy*, 5(1), 27-35.
45. Kemper, A. R., Fant, K. E., & Clark, S. J. (2005). Informing parents about newborn screening. *Public Health Nurs*, 22(4), 332-338. doi: 10.1111/j.0737-1209.2005.220408.x.
46. Khoury, M. J., McCabe, L. L., & McCabe, E. R. (2003). Population screening in the age of genomic medicine. *N Engl J Med*, 348(1), 50-58. doi: 10.1056/NEJMra013182.
47. National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). Clinical guidelines and evidence 16 review for familial hypercholesterolaemia: the identification and management of adults and children with familial hypercholesterol- anemia, (Clinical Guideline 71.). Available at www.nice.org.uk/CG71.
48. National Screening Committee (1998.). The NSC Handbook of Population Screening Programmes - First Edition, in First Report of the National Screening Committee. Health Departments of the United Kingdom, Chapter 6.
49. Offit, K. (2011). Personalized medicine: new genomics, old lessons. *Hum Genet*, 130(1), 3-14. doi: 10.1007/s00439-011-1028-3.
50. Rogowski, W. (2006). Genetic screening by DNA technology: a systematic review of health economic evidence. *Int J Technol Assess Health Care*, 22(3), 327-337.
51. Rogowski, W. H., Grosse, S. D., & Khoury, M. J. (2009). Challenges of translating genetic tests into clinical and public health practice. *Nat Rev Genet*, 10(7), 489-495. doi: 10.1038/nrg2606.
52. Sims, E. J., Mugford, M., Clark, A., Aitken, D., McCormick, J., Mehta, G., Committee, U. K. Cystic Fibrosis Database Steering. (2007). Economic implications of newborn screening for cystic fibrosis: a cost of illness

retrospective cohort study. *Lancet*, 369(9568), 1187-1195. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60565-0.

53. Wilson, J. M., & Jungner, Y. G. (1968). [Principles and practice of mass screening for disease]. *Bol Oficina Sanit Panam*, 65(4), 281-393.

רשימת מקורות לפרק השלישי

54. Achievements In Public Health, 1900-1999; Impact Of Vaccines Universally Recommended For Children - United States, 1990-1999. *MMWR* 1999; 48(12): 143-8.
55. Diekema DS. Responding to parental refusals of immunization of children. *Pediatrics* 2005 ;115:1428-1431.
56. Flanagan-Klygis EA, Sharp L, Frader JE. Dismissing the family who refuses vaccines: a study of pediatrician attitudes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:929-934.
57. Herzog, R., Álvarez-Pasquin, J., Díaz, C., Del Barrio, JL., Estrada JM. and Gil, A. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC Public Health* 2013, 13:154.
58. Is immunization compulsory in Canada? Does my child have to be immunized? Public Health Agency of Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vs-sv/vs-faq16-eng.php> (Accessed 1.12.13).
59. OECD StatExtracts, 2013, <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=27359#>
60. Omer, SB., Salmon, DA., Orenstein, WA., deHart, MP. and Halsey, N., Vaccine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases, *N Engl J Med* 2009; 360:1981-1988. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0806477>
61. Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, Dehart MP, Stokley S, Halsey NA. Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:470-47.6
62. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/154>

63. Salmon DA, Pan WK, Omer SB, et al. Vaccine knowledge and practices of primary care providers of exempt vs. vaccinated children. *Hum Vaccin* 2008;4:286-291.
64. Swendiman, KS. **Mandatory Vaccinations: Precedent and Current Laws**, CRS Report for Congress, 7-5700, RS21414, February 24, 2011 <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/RS21414.pdf>
65. ע"א 470/87, **אלטורי נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות**, פ"ד מז(4) 146 (1993).
66. בג"צ 7245/10 עדאלה ואח' נ' משרד הרווחה ואח', בג"צ 8357/10 המועצה לשלום הילד נ' ממשלת ישראל ואח', בג"צ 908/11- **העמותה למידע על חיסונים ואח' נ' ביטוח לאומי ואח'** (4.6.2013).
67. חוק ביטוח נפגעי חיסון, התש"ן - 1989, ס"ח 1292, התש"ן (13.12.1989).
68. כהנא, "חוק ביטוח נפגעי חיסון - הלכה ואין מורים כן", רפואה ומשפט גיליון מס' 39 (יוני 2008).
69. עמית אהרון, "החלטות הורים שלא לחסן את ילדם: עבר והווה, אפיון התופעה וסיבותיה", כתב העת הישראלי לחינוך וקידום בריאות, גיליון מס' 4 (אוגוסט 2011).
70. ע"א 2781/93 **מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים כרמל**, תק-על 99(3), 574.
71. ע' ניב יגודה, החובה להציע טיפולים ובדיקות הגם שאינם כלולים במסגרת סל הבריאות *Israel Ob/Gyne Journal*, גיליון מס' 71, 25 (2010).
72. ע' ניב-יגודה, ע' כצנלסון, היבטים משפטיים ופסיכולוגיים של קבלת החלטות בנוגע לטיפול רפואי בילדים במצבי מחלוקת בין ההורים, המשפט טו(2) תשע"א 551.
73. חסון - עמותה לקידום מידע על חיסונים, מסמך מידע ועקרונות עיקריים להתנגדות לסעיף 61(2)(ד) לחוק ההתייעלות הכלכלית - הוגש לעיון חברי ועדת הכספים (22.10.2010).
74. תגובת המדינה לבג"צ 7245/10, 8357/10, 908/11 מיום 23.5.2013.

נספחים לפרק הראשון - פריון

נספח א'

העתק המלצות וועדת המומחים לקביעת קריטריונים לטיפול הפריה חוץ גופית (1998):

כללים רפואיים לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) - המלצות הועדה

הקדמה

אי פוריות מוכרת על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO) כתחלואה הדורשת טיפול רפואי והתייחסות מעמיקה.

באינדיקציות מסוימות (כגון אי פוריות על רקע חצוצרתי, או בנוכחות גורם זכרי קיצוני) ההפריה החוץ גופית מהווה אמצעי טיפול ראשוני. מאידך, באינדיקציות אחרות (כגון אי פוריות הורמונלית, אי פוריות בלתי מוסברת ואי פוריות מגורם זכרי גבולי) תבוצע ההפריה החוץ גופית רק לאחר כישלון של האמצעים הטיפולים האחרים (למשך מספר טיפולים סביר).

טיפול הפריה החוץ גופית אינם חסרי סיכון הן לגבי האישה ובמקרים מסוימים גם לגבי בן זוגה. הסיכונים העיקריים לאישה הם: גירוי יתר שחלתי (מהדרגה הקשה), סיבוכים הקשורים בהרדמה, דימום תוך בטני, זיהום אגני ופגיעה באיברים פנימיים. כמו כן הריונות מרובי עובר ופגות הנובעת מהן, והריונות חוץ רחמיים. קיימת גם דאגה (תאורטית) באשר לקשר שבין גירויים שחלתיים (הורמונליים או טראומטיים) וארעות יתר של סרטן השחלה.

במקרים של השגת תאי זרע מהאשך בטכנולוגיות המתקדמות, קיים סיכון של הרדמה, זיהום, המטומות, ובמקרים נדירים פגיעה בתפקוד האשך (מבחינה הורמונלית). גם הטכניקות החדשות אינן מבטיחות הריון בכל מקרה ולפיכך מקובל לקבוע קריטריונים רפואיים המאזנים בין רצון בני הזוג להרות, סיכויי הטיפול וסיכויי הקריטריונים להלן נקבעו על סמך שיקולים רפואיים.

קריטריונים להגבלה או הפסקה של הטיפול בהפריה חוץ גופית (וגזרותיה)

א. **גיל האישה:** הגיל הכרונולוגי לפי שנים שלמות (יום הולדת).

א.1. גיל מקסימלי לטיפול לא יעלה על גיל 45 שנה.

א.2. בגיל 40-45 לא יינתן טיפול לנשים בהן ערכי ה-FSH עולים על 19 I.U./L ביום השלישי למחזור ב-2 בדיקות עוקבות ובטווח של חודשיים (מקסימום) מהטיפול.

א.3. בגיל פחות מ-40 שלא הגיבו לגירוי שחלתי על ידי גונדוטרופינים, לא יינתן טיפול נוסף כאשר ערכי FSH מעל 30 i.u/L. (תזמון הבדיקות כמו בסעיף א.2).

ב. אי הצלחה של טיפול בהפריה חוץ גופית:

ב.1. טיפולים בגורם נקבי:

לא יינתנו טיפולי הפריה חוץ גופית נוספים, כאשר:

ב.1.1. ב-3 מחזורי טיפול עוקבים בגונדוטרופינים לשם גירוי שחלתי, לא הושגה תגובה שחלתית מספקת לשם שאיבת ביציות.

ב.1.2. ב-3 מחזורי טיפול עוקבים לא נשאבו ביציות.

ב.1.3. ב-3 מחזורי טיפול עוקבים לא היתה הפריה.

בקריטריונים בסעיפים ב.1.1., ב.1.2., ב.1.3., יש לאפשר לאישה טיפול נוסף (אחד לפחות) ביחידה אחרת להפריה חוץ גופית.

ב.2. אי פוריות הגבר:

לא ינתנו טיפולי הפריה חוץ גופית בגורם הגבר בטכניקות המתקדמות להשגת זרע כאשר:

ב.2.1. ב-3 ניסיונות לא הופק זרע.

ב.2.2. הופקו זירעונים אך לא היתה הפריה ב-3 מחזורים.

גם בקריטריונים בסעיפים ב.1.2., וב.2.2. יש לאשר לגבר לעבור ניסיון נוסף להפקת זרע, ביחידת הפריה חוץ גופית אחרת (רצוי אפילו לאחר 2 ניסיונות).

הערה: לגבי סעיפים א' וב' הכוונה לשימוש בגמטות הומוולוגיות (של האישה ובן זוגה).

באם יוסכם על תרומת זרע או ביציות (לפי המקרה) יינתנו טיפולים שיחולו עליהם הגבלות בהתאם לסעיפים א', ב'.

ג. מספר הטיפולים האופטימליים לשנה:

מכיוון שתכיפות יתר של הטיפולים עלולה להיות קשורה בסיכוני יתר, יש להגביל את מספר הטיפולים המרבי השנתי ל- 4-6. זאת בתנאי שהמרווח המינימלי בין שאיבת ביציות אחת לבאה לא יפחת מ-45 יום. הגבלה זו אינה חלה על החזרת עוברים מוקפאים.

ד. גיל מקסימלי לתרומת ביצית:

לא יינתנו טיפולי הפריה עם ביציות תורמת בגיל אישה מעל 51 (גיל הפוריות המירבי).

הערה כללית:

הקריטריונים שהוצגו בסעיפים א', ב', ג', ד', מתייחסים לרוב המקרים המטופלים בשיטה זו, אך לא לכל מקרה פרטני, לכן מתן טיפולי הפריה מעבר לקריטריונים הנ"ל, אינו מהווה סטיה מרפואה סבירה, במידה והטיפול ניתן לאחר שיקול מעמיק של יחס סיכון/תועלת ובהסכמה מלאה של המטופלת.

לצורך הערכה נכונה של היחס סיכון/תועלת נחוץ רשום ארצי של טיפולי הפריה חוץ גופית.

נספח ב'

המלצות ה-NICE, פברואר 2013

המלצות ה-NICE מהוות ריענון של המלצות הארגון משנת 2004 ומביאות בחשבון גם את ממצאי חישובי עלות-תועלת של כלל מחזורי ההפריה החוץ גופית שדווחו באנגליה במהלך השנים. להלן מובאות המלצות בנוגע לגיל התחלת וסיום טיפול, מס' מחזורי טיפול מומלצים וקריטריונים להפסקת טיפול בכל גיל, בהתאם לתוצאות טיפולים קודמים.

את ההמלצות במלואן ניתן לקרוא בקישור:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14078/62769/62769.pdf>

התחלת טיפול - מגיל 23. מגיל 40-42 יש הצדקה לטיפול IVF רק אם הגורם לעקרות הוא חסימה מוחלטת או היעדר חצוצרות (כאשר אין סיכוי להריון ספונטני). ב-unexplained, או בגורם זכרי או עם אנדומטריוזיס, אין הצדקה כלכלית לטיפול IVF.

אחרי גיל 43 של האישה - אין הצדקה לטיפול IVF.

בעבר, הוצעו 3 מחזורים לנשים בגיל 23-39 (בשנים 2004-2013).

המלצות חדשות מ-2013

לנשים מתחת לגיל 40:

אחרי שנתיים של קיום יחסי מין לא מוגנים - ללא הריון, או 12 מחזורים של הזרעה מלאכותית, כש-6 מהם הזרעה תוך רחמית, ללא הריון **יש להציע 3 מחזורים מלאים של IVF (עם או בלי ICSI).**

◆ אם האישה מגיעה לגיל 40 בתוך הטיפול, יש להשלים מחזור טיפול נוכחי, אך לא להציע מחזורים נוספים.

◆ בגיל 40-42: באותם תנאים של אי-פוריות, יש להציע מחזור אחד בלבד של IVF, בתנאי ש:

◆ לא ניתנו כל טיפולי IVF בעבר.

◆ במצב בו אין כל סיכוי להשיג הריון באופן אחר ונדרש IVF כדרך היחידה להשגת הריון - יש להפנות את האישה ליחידה להפריה חוץ גופית באופן ישיר.

- ◇ אין עדות לתפקוד שחלתי ירוד.
- ◇ נדונו עם האישה ההשלכות והסיבוכים של הריון בגיל מבוגר.
- ◇ באישה מתחת לגיל 40 יובא בחשבון כל טיפול קודם ב-IVF גם אם הטיפול היה במימון פרטי ואישי, כך שלא יינתנו יותר מ-3 מחזורים של IVF באופן כולל.

יש להביא בחשבון תוצאות טיפולי IVF קודמים במסגרת חישוב הסיכוי והסיכון, בכל גיל של האישה. לא מביאים בחשבון מחזורים שבהם לא בוצעה שאיבת ביציות.

אם לא בוצעה שאיבת ביציות בגלל תגובה שחלתית ירודה - יש להביא בחשבון את מחזור הטיפול ולשקול הצדקה לביצוע ניסיונות נוספים.

אחרי גיל 43 של האישה - אין להציע טיפול ב-IVF הפסקת טיפול:

- בכל גיל עד גיל 40 - לאחר 3 ניסיונות של מחזור מלא של IVF.
- בגיל 40-42 של האישה - לאחר ניסיון אחד של IVF.
- לא יוצע טיפול מעבר לגיל 43 של האישה.

נספח ג'

העתק המלצות המועצה הלאומית לרפואת נשים, ניאונטולוגיה וגנטיקה מיום-

23/03/2013

המלצות הועדה למספר מחזורי IVF

לאחר דיונים הוחלט שהרפואה הציבורית תכסה את עלות של טיפולי IVF בקבוצות הנשים הבאות:

1. החל מגיל 39 ניתן לבחור בהפרייה חוץ גופית כאפשרות טיפול ראשונה.
2. הגיל המרבי לטיפול הפרייה חוץ גופית הנו 44 (עד יום הולדת 44).
3. אצל נשים שמלאו להן 42 (יום הולדת 42) ועד יום הולדת 44 לאחר 3 מחזורים בהן לא הגיעה המטופלת לשלב החזרת העוברים, הטיפול יופסק.
4. בכל גיל, לאחר 6 מחזורי הפרייה חוץ גופית ללא השגת הריון קליני יערך דיון צוות בסוגיית המשך הטיפול, שיתועד בגיליון האישה.

הועדה יודעת שבטרם יופעל רישום מרכזי של כל מחזורי IVF בארץ הנתונים שיעמדו לרשותה לא יהיו מלאים. הפעלת רישום מחזורי IVF ארצי תאפשר מעקב פרוספקטיבי מדויק אחר טיפולי הפרייה חוץ גופית במדינת ישראל.

הערות:

הועדה ממליצה שהכסף שיחסך מצעדים אלה ישמש למימון טיפול תרומת ביציות בנשים שאצלן הופסקו טיפולי הפרייה חוץ גופית מהסיבות הנזכרות לעיל.

משתתפי הכנס

#	שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
1	אליק	אבירם	המכון הלאומי	aviram@israelhpr.health.gov.il
2	יצחק	אבנד	מכבי שירותי בריאות	abend_i@mac.org.il
3	ציון	אוליאל	מכבי שירותי בריאות	oliel_si@mac.org.il
4	מאיר	אורן	מרכז רפואי הילל יפה	oren@hy.health.gov.il
5	מיכאל	אורן	שירותי בריאות כללית	michaelo@clalit.org.il
6	לאוניד	אידלמן	הר"י	yochi@ima.org.il
7	ניסים	אלון	לאומית שירותי בריאות	nalon@leumit.co.il
8	ענת	אנג'ל	בית חולים אסף הרופא	anat.engel@asaf.health.gov.il
9	יאיר	אסרף	משרד הבריאות	yair.asraf@moh.health.gov.il
10	ארנון	אפק	משרד הבריאות	afek@moh.health.gov.il
11	עידו	אפרתי	הארץ	ido.efrati@haaretz.co.il
12	ליאון	אפשטיין	המכללה האקדמית לישראל ברמת-גן	leon@hadassah.org.il
13	חיים	ביטרמן	שירותי בריאות כללית	bitterman_haim@clalit.org.il
14	יאיר	בירנבאום	מכבי שירותי בריאות	ybirnbaum@mac.org.il
15	עוזי	ביתן	קופת חולים מאוחדת	uzi.b@meuhedet.co.il
16	אורנה	בלונדהיים	מרכז רפואי העמק	blondheim_o@clalit.org.il
17	גבי	בן-גון	אוניברסיטת בן-גוריון	gabibinnun@gmail.com
18	רועי	בן משה	קופת חולים מאוחדת	roei.b@meuhedet.co.il
19	יצחק	ברלוביץ	מרכז רפואי וולפסון	director@wolfson.health.gov.il
20	שולי	ברמלי-גרניברג	מכון ברוקדייל	shuli@jdc.org.il
21	ארז	ברנבוים	מרכז רפואי שיבא	erezdoc@zahav.net.il
22	ליאור	ברק	משרד הבריאות	lior.barak@moh.health.gov.il
23	בשארה	בשאראת	בית חולים נצרת אנגלי	bishara@nazhosp.com
24	אביבית	גולן	לאומית שירותי בריאות	agolanchoen@leumit.co.il
25	עופרה	גולן	עצמאית	ofragolan6@gmail.com
26	רוני	גמזו	משרד הבריאות	mankal@moh.health.gov.il
27	איתמר	גרוטו	משרד הבריאות	itamar.grotto@moh.health.gov.il
28	יונתן	גרין	משרד הבריאות	yonatan.green@moh.health.gov.il
29	איילת	גריןבאום אריזון	משרד הבריאות	ayelet.grinbaum@moh.health.gov.il
30	דן	גריןברג	אוניברסיטת בן גוריון	dangr@bgu.ac.il
31	יעל	גרמן	משרד הבריאות	yael.german@moh.health.gov.il
32	יובל	דגן	משרד ראש הממשלה	yuvald@pmo.gov.il

#	שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
33	סיגל	דדון-לוי	מכבי שירותי בריאות	dadon_s@mac.org.il
34	בני	דוידזון	בית חולים אסף הרופא	bdavidson@asaf.health.gov.il
35	חיים	דורון	המכון הלאומי	haimrdoron@gmail.com
36	אלי	דפס	שירותי בריאות כללית	defes_e@clalit.org.il
37	עזיז	דראושה	מרכז רפואי הדסה	darawsha@hadassah.org.il
38	חגי	דרור	משרד הבריאות	yael.kalk@moh.health.gov.il
39	הלל	דשן	שירותי בריאות כללית	hillelDe@clalit.org.il
40	עידו	הדרי	מכבי שירותי בריאות	hadari_i@mac.org.il
41	גיל	הירשהורן	משרד הבריאות	gil.hirschhorn@moh.health.gov.il
42	ערן	הכהן	מכבי שירותי בריאות	hacohen_e@mac.org.il
43	יונתן	הלוי	בית חולים שערי צדק	halevy@szmc.org.il
44	ערן	הלפרן	בית חולים בילינסון	eranh@clalit.org.il
45	אריאל	המרמן	שירותי בריאות כללית	arielha@clalit.org.il
46	אורלי	ווינשטיין	מרכז רפואי סורוקה	orlyw2@clalit.org.il
47	יובל	וייס	מרכז רפואי הדסה	yweiss@hadassah.org.il
48	אסף	וייס	משרד הבריאות	assaf.weiss@moh.health.gov.il
49	דורית	וייס	שירותי בריאות כללית	doritwe@clalit.org.il
50	אביטל	וינר-אומן	משרד הבריאות	avital.wiener@moh.health.gov.il
51	נועם	ויצנר	משרד הבריאות	noam.wiezner@moh.health.gov.il
52	איתן	וירטהיים	שירותי בריאות כללית	ewirtheim@clalit.org.il
53	לאה	ופנר	הר"י	lea@ima.org.il
54	דניאל	ורדי	לאומית שירותי בריאות	dvardy@leumit.co.il
55	שעיה	ז'ילונקה	מכבי שירותי בריאות	zilonka_s@mac.org.il
56	יצחק	זיידיס	מרכז רפואי שיבא	itzhak.zaidise@sheba.health.gov.il
57	ג'ק	חביב	מכון ברוקדייל	jack@jdc.org.il
58	עופר	חברוני	שירותי בריאות כללית	oferhev@clalit.org.il
59	טוביה	חורב	משרד הבריאות	tuvia.horev@moh.health.gov.il
60	רויטל	טופר-חבר טוב	משרד הבריאות	revital.topper@moh.health.gov.il
61	נעה	טריקי	מכבי שירותי בריאות	triki_n@mac.org.il
62	מיטל	יסעור בית-אור	ישראל היום	yasurm@walla.com
63	איל	יעקבסון	משרד הבריאות	eyal.jacobson@moh.health.gov.il
64	אבי	ישראלי	משרד הבריאות	avii@moh.health.gov.il
65	רפאלה	כהן	המוסד לביטוח לאומי	refaela@nioi.gov.il
66	רינת	כהן	קופת חולים מאוחדת	rinat.c1@meuhedet.co.il

#	שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
67	אלי	כהן	שירותי בריאות כללית	elico@clalit.org.il
68	סלעית	כץ-אפודי	המכון הלאומי	salit@salitpr.com
69	בעז	לב	משרד הבריאות	mmancal@moh.health.gov.il
70	ברוך	לוברט	משרד האוצר	baruchlu@mof.gov.il
71	ניקי	ליברמן	שירותי בריאות כללית	nickyli@clalit.org.il
72	זיוה	ליטבק	המכון הלאומי	zival@israelhpr.health.gov.il
73	רוני	לינדר-גנץ	TheMarker	ronnyl1977@gmail.com
74	משה	לשנו	אוניברסיטת תל-אביב	leshnom@post.tau.ac.il
75	רחלי	מגנזי	אוניברסיטת בר-אילן	magnezir@gmail.com
76	דוד	מוסינזון	קופת חולים מאוחדת	mossinson@meuhedet.co.il
77	שלמה	מור-יוסף	המכון הלאומי	moryosef@nioi.gov.il
78	ירון	מושקט	שירותי בריאות כללית	yaronmu@clalit.org.il
79	ערן	מץ	לאומית שירותי בריאות	ematz@leumit.co.il
80	ירדן	נבו	שירותי בריאות כללית	yardenne@clalit.org.il
81	שי	ניב	גלובס	nitza@globes.co.il
82	עדי	ניב-יגודה	עצמאי	adinivy@gmail.com
83	דודי	ניניו	מכבי שירותי בריאות	ninio_d@mac.org.il
84	רחלי	ניסנהולץ-גנות	מכון ברוקדייל	rachelni@jdc.org.il
85	יעקב	נפרסטק	מרכז רפואי הדסה	yakovn@cc.huji.ac.il
86	אתי	סממה	משרד הבריאות	etti.samama@moh.health.gov.il
87	רן	סער	מכבי שירותי בריאות	saar_r@mac.org.il
88	גור	עופר	האוניברסיטה העברית	msgur@huji.ac.il
89	ורד	עזרא	משרד הבריאות	vered.e@moh.health.gov.il
90	יאיר	עמיקם	משרד הבריאות	yair.amikam@moh.health.gov.il
91	ענת	עקה-זוהר	משרד הבריאות	anat.zohar@moh.health.gov.il
92	ערן	פוליצר	בנק ישראל	eran.politzer@boi.org.il
93	אבי	פורת	מכבי שירותי בריאות	porath_avi@mac.org.il
94	מנחם	פיינרו	אגודה לזכויות החולה	mfainar@post.tau.ac.il
95	אירנה	פיפר	משרד הבריאות	irena.piper@moh.health.gov.il
96	דב	פסט	משרד הבריאות	dov.fast@moh.health.gov.il
97	יוסף	פרוסט	שירותי בריאות כללית	frost@clalit.org.il
98	נורית	פרידמן	מכבי שירותי בריאות	nurit@mac.org.il
99	לילי	פרלמן	שירותי בריאות כללית	phrili@clalit.org.il

#	שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
100	ודים	פרמן	משרד הבריאות	braha.cohen@moh.health.gov.il
101	נועה	פרסטר	מרכז רפואי שיבא	noa.foerster@sheba.health.gov.il
102	שלמה	פשקוס	משרד האוצר	shlomof@mof.gov.il
103	פנחס	צרויה	בית חולים אסותא	pinhast@assuta.com
104	גלית	קאופמן	מכבי שירותי בריאות	kaufman_g@mac.org.il
105	פנינה	קורן	עמר חברה לבנין ושיכון בע"מ	pninakoren100@gmail.com
106	ניר	קידר	משרד הבריאות	nir.kaidar@moh.health.gov.il
107	כלנית	קיי	שירותי בריאות כללית	calanitke@clalit.org.il
108	אסי	קליין	משרד האוצר	asik@mof.gov.il
109	ירון	קלנר	ידיעות אחרונות	yaronkelner@gmail.com
110	דורון	קמפלר	משרד הבריאות	doronkempeler@gmail.com
111	סיגל	רגב-רחנברג	קופת חולים מאוחדת	sigal.r@meuhedet.co.il
112	ברוך	רחזן	מכון ברוקדייל	bruce@jdc.org.il
113	משה	רוח	מכבי שירותי בריאות	revach_mo@mac.org.il
114	רותי	רוטשטיין	משרד הבריאות	ruth.rotstein@moh.health.gov.il
115	יהודה	רון	משרד הבריאות	yehuda.ron@moh.health.gov.il
116	רן	רזניק	ישראל היום	ran.reznik@gmail.com
117	רות	רלב"ג	בית חולים שערי צדק	rutr@szmc.org.il
118	ציפי	שדה	שירותי בריאות כללית	zipisad@clalit.org.il
119	שוש	שהרבני	מכללה אקדמית עמק יזרעאל	shoshs@gmail.com
120	שפרה	שורץ	אוניברסיטת בן-גוריון	shvarts@bgu.ac.il
121	ורדה	שלו	מכבי שירותי בריאות	shalev_v@mac.org.il
122	ציון	שלוסברג	משרד הבריאות	tzion.schlossberg@moh.health.gov.il
123	עמיר	שמואלי	האוניברסיטה העברית	amirsh@ekmd.huji.ac.il
124	עינב	שימרון	משרד הבריאות	einav.shimron@moh.health.gov.il
125	אורי	שמרת	משרד האוצר	oris@mof.gov.il
126	חן	שפירא	מרכז רפואי כרמל	chensh2@clalit.org.il
127	אדר	שץ	משרד הבריאות	adar.shatz@gmail.com
128	מיכאל	שרף	שירותי בריאות כללית	michaelsh@clalit.org.il
129	עמית	תומר	גל"צ	amit1tomer@gmail.com
130	אורלי	תורן	מרכז רפואי הדסה	torly@hadassah.org.il
131	אריאלה	תורן אדיג'ס	משרד הבריאות	ariella.toren@moh.health.gov.il

כנסי ים-המלח

- כנס ים-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (2012)
- כנס ים-המלח ה-12: היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה (2011)
- כנס ים-המלח ה-11: מערכת הבריאות בעידן הדיגיטלי (2010)
- כנס ים-המלח העשירי: מדוע רפורמות לא מתבצעות? (2009)
- כנס ים-המלח התשיעי: משאבי אנוש במקצועות הבריאות (2008)
- כנס ים-המלח השמיני: קופות חולים: המשטר התאגידי, הגבולות וסלי השירותים (2007)
- כנס ים-המלח השביעי: התנהגות בריאותית כיעד לאומי (2006)
- כנס ים-המלח השישי: תחרות ורגולציה במערכת הבריאות (2005)
- כנס ים-המלח החמישי: בית החולים במערכת שירותי הבריאות (2004)
- כנס ים-המלח הרביעי: פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות (2003)
- כנס ים-המלח השלישי: התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (2002)
- כנס ים-המלח השני: היבטים ברפואה קהילתית (2001)
- כנס ים-המלח הראשון: מערכת הבריאות בעשור הבא: המשך הרפורמה (2000)



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

The Israel National Institute for Health Policy Research

טל': 03-5303516/7 פקס: 03-5303250

דוא"ל: nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il