

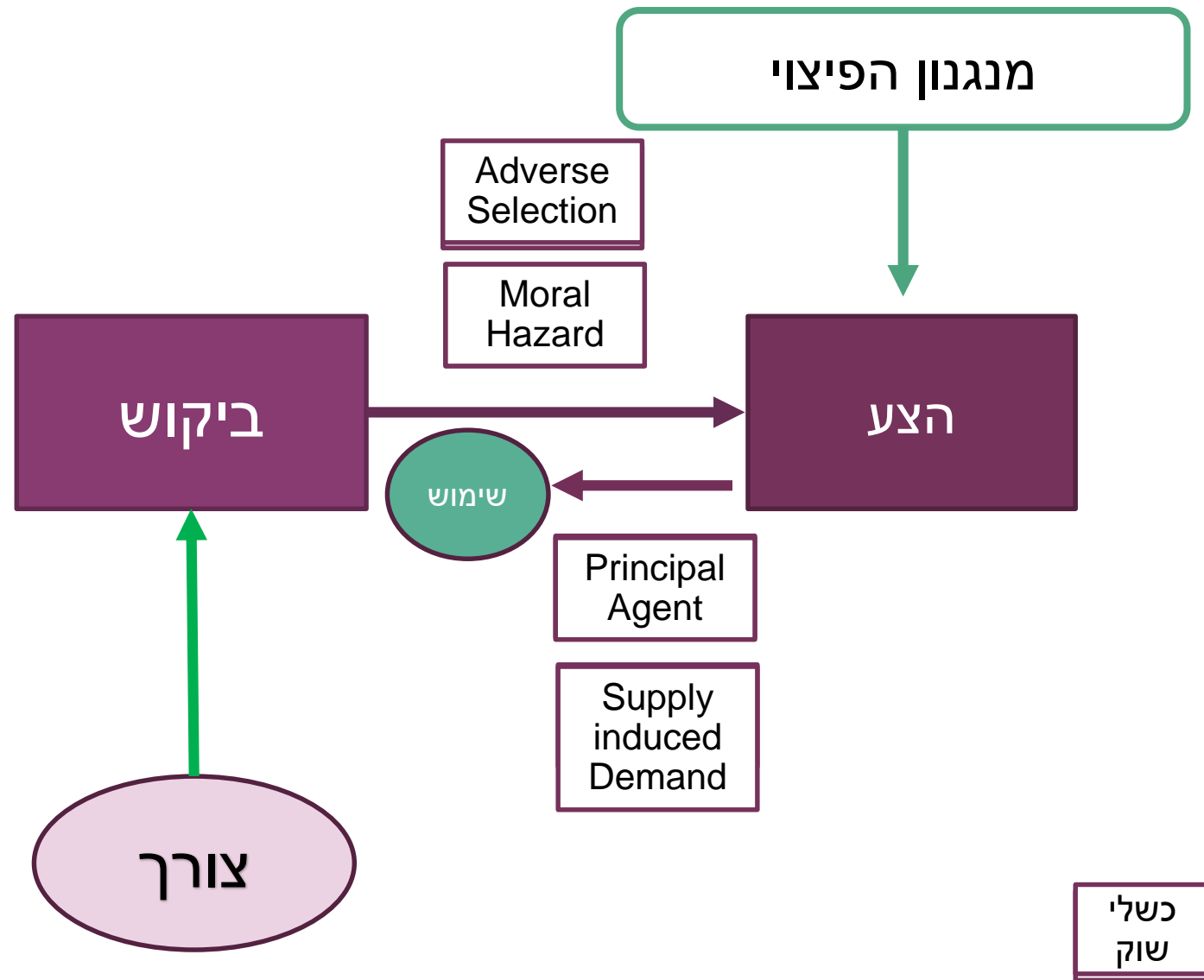
כלכלת בריאות הנפש מושגים בסיסיים למנהל

ד"ר שולי ברמלי-גרינברג

מעצבים את העתיד מאז 1925

האוניברסיטה העברית בירושלים
THE HEBREW UNIVERSITY OF JERUSALEM
الجامعة العبرية في اورشليم القدس

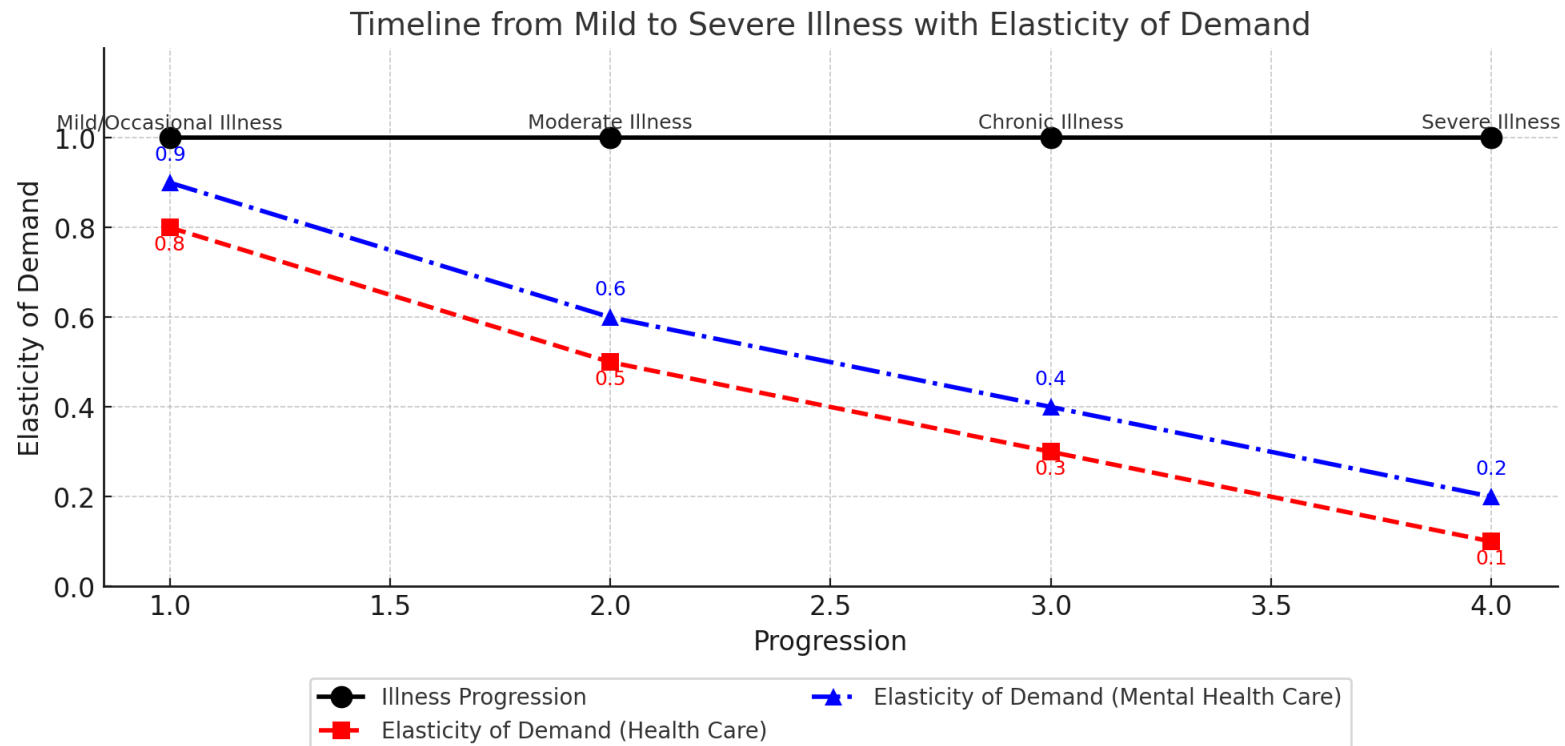




ביקוש / שימוש לבריאות הנפש



- כמו הביקוש לשירותי בריאות-פיזית את הביקוש לשירותי בריאות-הנפש אפשר לאמוד על פני ציר של חומרת המחלה
- פונקציית הביקוש לאורך הציר מתקשחת בשני הסוגים אך פונקציית הביקוש לשירותי בריאות הנפש גמישה יותר

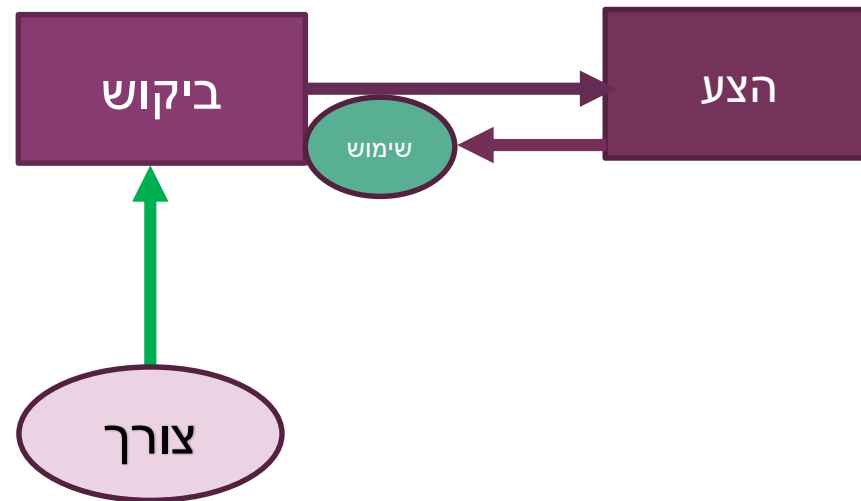


גמישות ביקוש – תגובת הביקוש למחיר עלייה ב 1 במחיר גמיש - תגובה גדולה מ 1 בביקוש קשיח – תגובה הקטנה מ 1 בביקוש



מה זה אומר?

- התגובה של אלו הצריכים שירותי בריאות הנפש למחירים חדה יותר
- מחירים = מחירים בכסף וגם מחירי צל
- מחירי צל = זמני המתנה, בירוקרטיה
- משתנים נוספים שמשפיעים על הביקוש לבה"נ: סטיגמה, מקום הטיפול, סוג המטפל ועוד



השפעה על השימוש

- עבור ביקוש גמיש יותר
- שינויים במחיר / מחירי צל מובילים לשינויים משמעותיים יותר בשימוש.
- לדוגמא: עלייה בזמני המתנה תביא לוויתור על פנייה לטיפול באופן משמעותי יותר בבה"נ מאשר בבריאות-פיזית.



מחירי צל

- הקופה מנהלת את השימוש על ידי מודל הספקת השירותים
- מחירי צל משקפים החלטות / מגבלות של הקופה באופן ההספקה של השירותים

תמונת המצב העולה מן הביקורת

זמני המתנה לבדיקה ממיינת - אבחון ("אינטייק") ולהמשך טיפול פסיכיאטרי ופסיכותרפי עלולים להיות ארוכים ביותר עד כדי המתנה של 12-16 חודשים. הדבר עלול לפגוע במטופלים, להחמיר את מצבם הנפשי, לגרום לנזקים למשפחתם ולסביבתם הקרובה ולהפחית את השפעת הטיפול.

קופות החולים לא פיתחו מענה לצורך ביקורי בית אצל מטופלים, לא הקימו צוותי משבר ואין מענה למצבי חירום דחופים. הניסיון להסדיר מענה מיידי למקרי חירום באמצעות מד"א נפשי לא קודם.

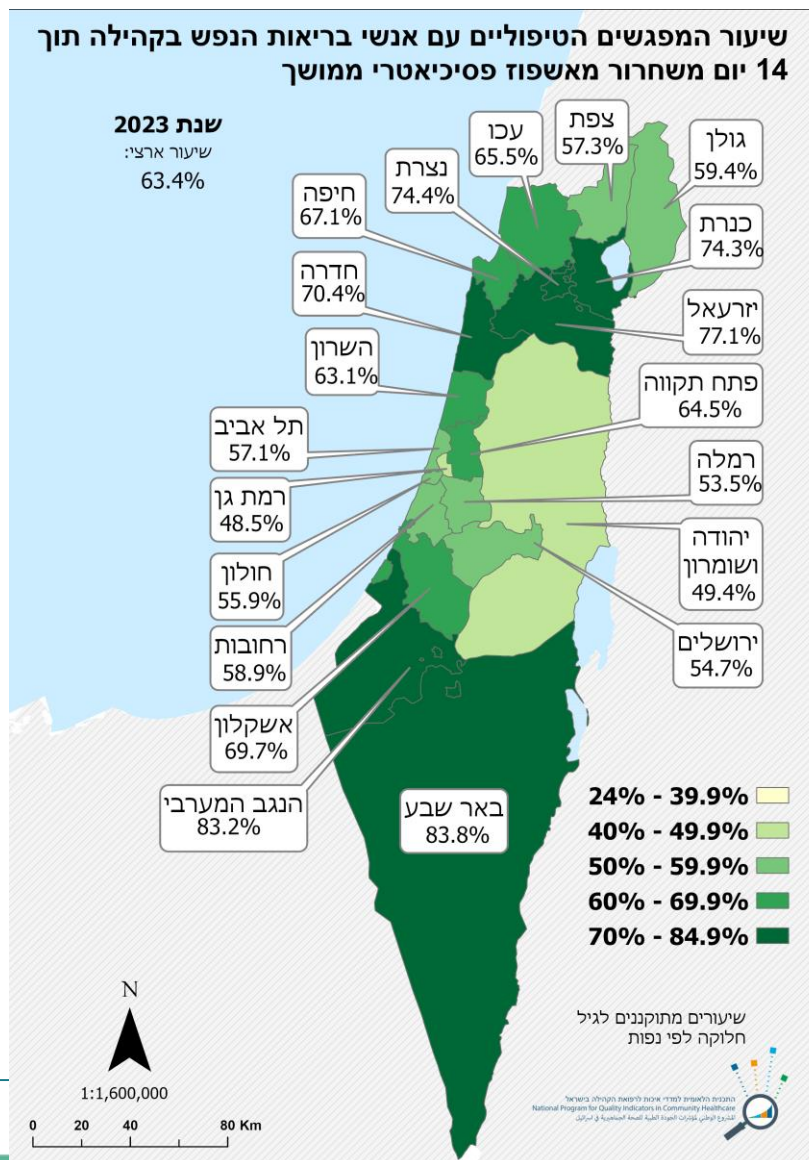
קופות החולים אינן מעסיקות פסיכותרפיסטים בהיקף מספק, דבר הגורם לזמני המתנה ארוכים במרפאות במרבית האזורים בארץ, ולכן המטופלים פונים למטפלים עצמאיים אגב תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של כ-570 ש"ח לחודש. הדבר מהווה חסם לקבלת טיפול.

מקור: דוח מבקר
המדינה 2020



התוצאה - הבדלים בשימוש בין קבוצות אוכלוסייה

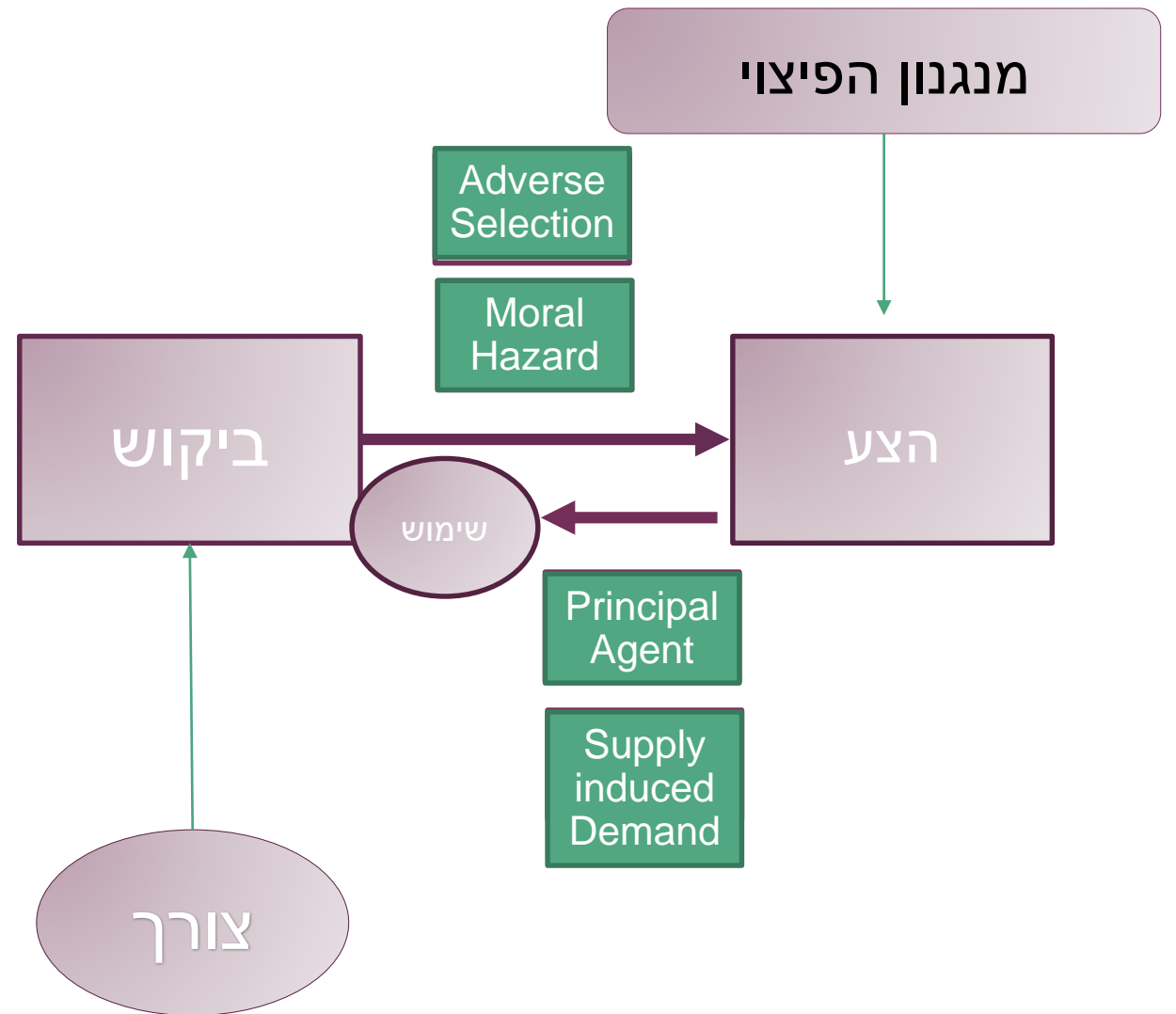
לדוגמא:
 הבדל דרמטי בין איזורים בשעור
 המפגשים הטיפוליים בקהילה תוך
 שבועיים משחרור מאשפוז פסיכיאטרי
 ממושך



מקור: תוכנית
 המדדים הלאומית



כשלי שוק



הגדרת כשל שוק

- כשל שוק מוגדר כמצב בו הקצאת המשאבים או אספקת השירותים והמוצרים אינה יעילה וקיימת למעשה אפשרות להיטיב עם פרטים בשוק במשאבים הקיימים, ללא צורך בפגיעה בפרטים אחרים.
- מצד שני כשל השוק מאיים על יציבותו של השוק
- קיומו של כשל שוק מחייב בדרך כלל התערבות רגולטורית



כשל השוק "Moral Hazard" (סיכון מוסרי)

כשל השוק MH מקורו בשינוי התנהגות של המבוטחים בתוצאה מעצם זה שיש להם ביטוח והמחיר הכספי שהם צריכים לשלם יורד (עד לחינם)

שני סוגים של כשל השוק:

Ex Ante MH •

Ex Post MH •



Ex Ante Moral Hazard

- הביטוח מוריד את המחיר הכספי למבוטחים עד לחינם ולכן משפיע על המאמצים שלהם למנוע מחלה / להקטין את הסיכון
- *Ex Ante MH*: עצם הביטוח מעלה את ההסתברות של האנשים להזדקק לשירותים המכוסים בביטוח
- העברת חלק מהסיכון למבוטח - למשל השתתפות עצמית, נחשב ככלי טוב לצמצום כשל השוק



Ex Post Moral Hazard

- *Ex Post MH*: הביטוח אשר מוריד את המחיר לצרכן מעלה את הכמות המבוקשת לשירותים המכוסים בביטוח
- גם כאן - העברת חלק מהסיכון למבוטח, למשל השתתפות עצמית, נחשב ככלי טוב לצמצום התופעה
- כמו גם הגדלת מחירי הצל



דיון

1. האם כשל השוק הזה בכלל **רלוונטי** לבריאות הנפש?
2. האם שני הסוגים מתקיימים? האם יש אחד **נפוץ** יותר מהשני?
3. מה מידת ה**לגיטימציה** שנותן החשד לקיומו של כשל השוק להגבלת השימוש באמצעות מחירים ומחירי צל (ובמיוחד השתתפויות עצמיות וזמני המתנה ובירוקרטיה)?

Ex Post Moral Hazard



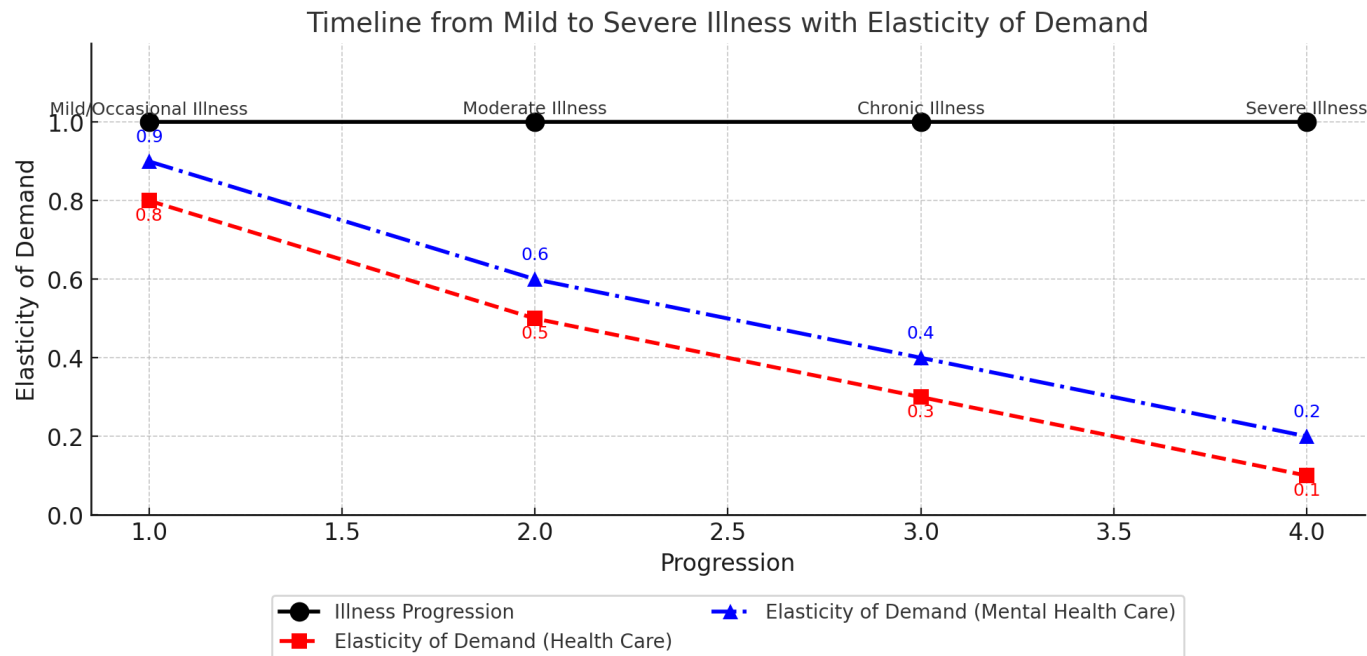
Ex Ante Moral Hazard



ברמלי-גרינברג, כלכלת בריאות הנפש

לסיכום כשל השוק Moral Hazard

- עוצמת ההשפעה של כשל השוק תלויה בגמישות הביקוש.
- ככל שהביקוש גמיש יותר הוא מגיב חזק יותר למחירים הנמוכים שמגיעים עם כיסוי ביטוחי
- גם בבריאות הנפש, כמו בבריאות פיזית, עוצמת כשל השוק הולכת ופוחתת עם חומרת המחלה



כשל השוק "Adverse Selection" (ברירה שלילית)

- כשל שוק זה הוא המקור ל"גריפת שמנת" / "סלקציה"... תכף נדבר על זה
- כשל השוק נובע מפערי המידע בין השחקנים
- המבוטח יודע יותר מקופת החולים על מצב בריאותו והתנהגותו
- קופת החולים לא יכולה לזהות את בעלי הסיכון הגבוה להשתמש בשירותים או אסור לה לגבות מהם תשלום שמתאים להוצאות שלהם והיא מחוייבת לתת להם שירות



כשל השוק "Adverse Selection" (ברירה שלילית)

- השפעתו חזקה יותר בבריאות הנפש
 - הבעיות מתחילות בגיל צעיר יחסית ונמשכות לכל החיים (מחלות כרוניות)
 - פערים בהעדפות של המטופלים לגבי הטיפול (לקופה קשה לחזות מה תהיה ההוצאה)
 - קשור גם להוצאות רפואיות אחרות (בריאות פיזית)



ברירת מבוטחים "גריפת שמנת" (Cream Skimming)

- ככל שהקופה מפסידה על חולים הנזקקים לשירותי בריאות הנפש (או שהיא לא מתוגמלת כראוי, או שאסור לה לגבות את התשלום המתאים להוצאות) היא משקיעה מאמצים לסלקציה
- מופיעים בספרות במגוון שמות:
- Cream Skimming ("גריפת שמנת")
- Service distortion
- Skimping
- Cherry picking



ברירת מבוטחים "גריפת שמנת" (Cream Skimming)

- הגדרה: קופת החולים מבצעת פעולות המתבססות על ההטרוגניות הקיימת בין המבוטחים וזאת כדי להימנע מהפסדים
- גריפת שמנת ישירה
- גריפת שמנת עקיפה



גריפת שמנת ישירה

- בעיקר בביטוחי בריאות פרטיים
- המבטחת מונעת מהאדם שהיא זיהתה כבעל סיכון גבוה להשתמש בביטוח מלהצטרף לביטוח או מחריגה אותו מכיסויים מסויימים (לאחר חיתום רפואי)
- למשל, היסטוריה במשפחה של דכאון , התאבדות, מחלת נפש יכולה להחריג על טיפולי בריאות הנפש



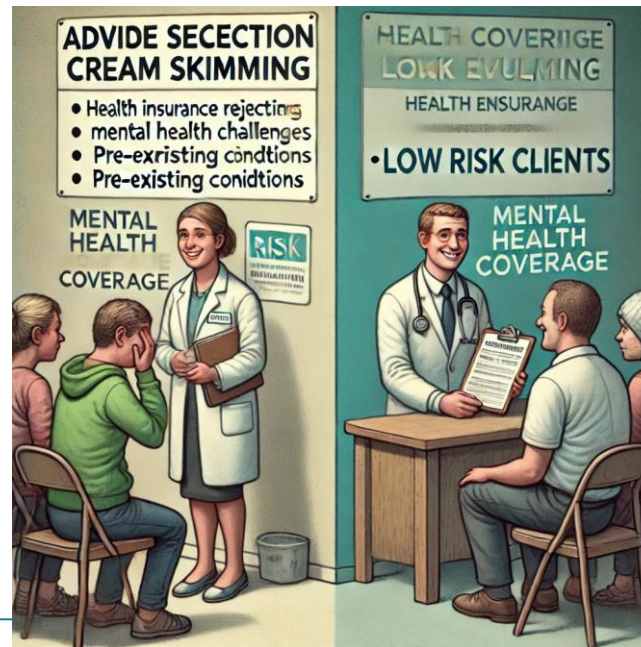
גריפת שמנת עקיפה

- כל מחירי הצל יכולים לשמש כגריפת שמנת עקיפה לפי איזורים / קבוצות אוכלוסייה וכו'
- וגם עיוות סל השירותים (service distortion / skimping)
- למשל:
- הסכמים עם נותני שירותים מסוימים / חלוקת הסיכון עם נותני השירותים
- איכות ירודה של אספקת השירותים באיזורים מסוימים לעומת איכות טובה באיזורים אחרים
- פיתוח שירותים מסוג אחד לעומת הזנחת שירותים מסוג אחר

דיון

1. האם כשל השוק הזה בכלל **רלוונטי** למערכת בריאות הנפש הישראלית?
2. האם תוכלו לתת **דוגמאות** לגריפת שמנת עקיפה בהן נתקלתם במערכת?

Adverse Selection Cream Skimming



מערכת היחסים Principal - Agent (סוכן מנהל)

- בבריאות הרופא / המטפל משמש כסוכן של המטופל
- המטופל מפקיד בידו של הרופא / המטפל את הטיפול בו
- אולם הרופא / המטפל הוא גם הסוכן של המעסיק שלו (קופת החולים, בית החולים, המדינה, הוא עצמו)



מערכת היחסים Principal - Agent (סוכן מנהל)

- קופת החולים / בית החולים מתערבים בתהליך הטיפול (הנחיות קליניות, קביעת מכסות טיפוליות, בירוקרטיה וכו')
- במצב בו יש ניגודי אינטרסים בין המטופל למעסיק נקלע הרופא / המטפל לדילמה האם לקיים את תפקידו כסוכן אופטימלי של המטופל או את תפקידו כסוכן אופטימלי של המעסיק
- הדבר מועצם כאשר קיימים פערי מידע ורוב העבודה של הרופא/ המטפל איננה ניתנת להוכחה אלא על ידי תצפית בפועל של ההתנהגות.



מערכת היחסים Principal-Agent (סוכן מנהל)

- בבריאות הנפש הדבר מתעצם אף יותר מבריאות פיזית (האפור הוא הצבע השולט)
- הדילמה "סוכן מנהל" פוגעת במטופלים וגם במטפלים (שחיקה, פגיעה בייעוד ובמוסר העבודה)
- הפתרון הוא איזון במנגנון הפיצוי לרופאים בין רכיבים פרוספקטיביים (למשל שכר קבוע) לבין רכיבים רטרוספקטיביים (למשל, תגמול עבור פעילות, תוצאות)... **ואמון**



Supply / Induced Demand (היצע יוצר ביקוש)

- ההיפותזה (בדומה לתיקון מכוניות ומוסכים): פערי המידע בין הרופא / מטפל לחולה מאפשרים לרופא (אם הוא רוצה) לשנות את הביקוש של החולה
- לא רק הרופא גם ספקים אחרים כמו בתי חולים
- כלומר, אין הכוונה במצב בו ספק השירותים פועל בצורה יעילה ולא תמיד מסכים עם החולה
- למשל, רופא הרושם תרופה של חברת תרופות מסוימת כי התועלמן שלה מעדכן אותו על תרופות – האם זה SID? או מתי זה יכול להחשב ל SID?
- למשל, מחלקה ללא מיטות פנויות ואפילו מיטות במסדרון – האם זה SID? או מתי זה יכול להחשב ל SID?



סיכום ודיון

- בבריאות הנפש התגובה של הביקוש חדה יותר לשינויים במחירים ובמחירי הצל.
- הביקוש גם תלוי בדברים אחרים כגון סטיגמה
- את התוצאה אנחנו רואים בשימוש (כשהביקוש פוגש את ההצע)
- שני כשלי שוק שהם consumer driven – סיכון מוסרי וברירה שלילית מצדיקים במידה מסוימת כלים כלכליים לריסון צד הביקוש
- שני כשלי שוק שהם supplier driven - דילמת הסוכן והצע יוצר ביקוש מצדיקים במידה מסוימת כלים כלכליים לריסון צד ההצע
- הסוגיה המרכזית היא המינן בהפעלת כלים אלו

