

## מעקב מורחב

### חלוקת המקורות הכספיים בין קופות החולים

#### תקציר

המדינה מקצה מדי שנה בשנה כספים למימון פעולותיהן של ארבע קופות החולים<sup>1</sup> (להלן גם - הקופות), אשר להן מחזור כספי כולל של כ-39 מיליארד ש"ח בשנה, בשתי דרכים עיקריות<sup>2</sup>: 1. כספי סל שירותי הבריאות - באמצעות נוסחת הקפיטציה<sup>3</sup> (כ-27 מיליארד ש"ח) ובאמצעות מנגנון שיפוי הקופות בגין חמש מחלות קשות שבהן היו חולים בסוף שנת 2010 כ-9,300 איש (כ-1.5 מיליארד ש"ח)<sup>4</sup>; 2. כספי תמיכות - (א) באמצעות מדדי איכות - כספים לשיפור איכות פעילות הקופות, זאת בהתאם למדדי איכות שונים (כ-115 מיליון ש"ח); (ב) באמצעות הסכמי ייצוב - כספים לצורך ייצוב כלכלי של הקופות (כ-530 מיליון ש"ח); (ג) כספים נוספים כגון תמיכה בשירותי בריאות כללית (כ-140 מיליון ש"ח) ועוד.

לצד חובתן של קופות החולים לדאוג לטיפול הרפואי הטוב ביותר, הקופות הן ארגונים כלכליים הפועלים על פי תמריצים כלכליים והן חייבות בשמירה על איזון תקציבי. בשל כך פעולותיהן הרפואיות-כלכליות, כמו גם אי-פעולה במקרים מסוימים, מונעות ומושפעות, בין היתר, מתמריצים כלכליים. בהתחשב בכך - על משרד הבריאות כמאסדר (רגולטור) ליצור סדרה של תמריצים מתאימים לקופות כדי לקדם את בריאות הציבור.

משרד מבקר המדינה כבר בחן בעבר את שיטת חלוקת כספי המדינה לקופות החולים והעיר על שיטת חלוקת הכספים לקופות, על פעילות ועדות הקפיטציה<sup>5</sup> ועוד<sup>6</sup>.

#### פעולות הביקורת

בחודשים מרץ-ספטמבר 2011 בדק משרד מבקר המדינה סוגיות הנוגעות לאופן חלוקת כספי המדינה לקופות. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: התחרות בין הקופות; מתן תמיכות לקופות; נוסחת הקפיטציה; מרכיב המחלות הקשות בדיוני ועדת

- 1 שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת ולאומית שירותי בריאות.
- 2 לקופות הכנסות גם ממקורות אחרים: ממבוטחים - השתתפויות עצמיות, תרופות וציוד; משירותי בריאות נוספים (שב"ן); מתאגידים שבבעלותן ועוד.
- 3 נוסחה המכילה כמה פרמטרים, כגון גיל, מגדר ומרחק ממרכזי אוכלוסייה.
- 4 עלות "סל שירותי הבריאות" מורכבת מכספי נוסחת הקפיטציה, מכספי המחלות הקשות ומהכנסות עצמיות של הקופות. בשנת 2010 הסתכם סל הבריאות בכ-30.3 מיליארד ש"ח.
- 5 ועדות שממנים מפעם לפעם שרי הבריאות והאוצר כדי לעסוק במרכיבים השונים של נוסחת הקפיטציה, כדי לבחון את הקצאת דמי ביטוח הבריאות לקופות ולהציע תיקון עיוותים אם ישנם.
- 6 ראו מבקר המדינה, דוחות ביקורת על קופות החולים, נובמבר 2010, בפרק "ניידות בין הקופות - מעבר של מבוטחים מקופה לקופה ככלי להגברת התחרותיות", עמ' 156; דוח שנתי 58 (2008), עמ' 476; דוח שנתי 56 (2006), עמ' 514.

הקפיטציה. הביקורת נעשתה במשרדי הבריאות והאוצר ובארבע קופות החולים. מידע רב התקבל מאנשי אקדמיה וממחקרים אקדמיים. בירורים נעשו בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ובמוסד לביטוח לאומי.

## עיקרי הממצאים

הצורך בהגברת התחרות בין הקופות: כדי לשפר את איכות השירותים שמספקות הקופות ראוי שתתקיים ביניהן תחרות על המבוטחים. ואולם התחרות בין הקופות אינה יעילה ואינה מתקיימת לגבי כלל המבוטחים, אלא רק על המבוטחים הצעירים והבריאים.<sup>7</sup> לדעת כלכלני בריאות,<sup>8</sup> שיטת חלוקת המקורות הכספיים הנוכחית מהממשלה לקופות היא חסם לתחרות אמיתית ולמעברים בין הקופות המעודדים את התחרות.

הצורך בשכלול נוסחת הקפיטציה: נוסחת הקפיטציה קובעת את חלוקת כספי סל הבריאות לפי נתוני המבוטחים בנוגע לגיל, מגדר ומקום מגורים (מרחק מריכוזי אוכלוסייה). נוסחת הקפיטציה בישראל אינה כוללת מדד של "מצב הבריאות"<sup>9</sup> של המבוטחים שיאפשר הקצאה יתרה עבור חולי סרטן, סוכרת וכו', הצורכים משאבים כספיים גדולים יותר מקופות החולים. במדינות מערביות נכלל מדד זה בנוסחת הקפיטציה. על היעדר "מצב בריאות" בנוסחת הקפיטציה העיר משרד מבקר המדינה כבר בשנת 2006.<sup>10</sup>

הצורך בשכלול שיטת חלוקת המקורות הכספיים לקופות: לדעת כלכלני הבריאות, השיטה הנהוגה בישראל מאז פועלת נוסחת הקפיטציה - שלפיה רוב רובם של הכספים המועברים לקופות מחולקים מראש ולא בעקבות ביצוע יעדים וקידום מדיניות של משרד הבריאות, כמו עמידה במדדי איכות - אינה נכונה. במצב הדברים כיום רק אחוזים בודדים מהכספים המועברים לקופות החולים על ידי המדינה מוקצים לטובת תמיכות ביעדים חשובים שקובע משרד הבריאות. על התמהיל שבין מיעוט הקצאת כספים על פי עמידה ביעדים לבין כספי הקפיטציה המוקצים מראש, העיר משרד מבקר המדינה כבר בשנת 2006.<sup>11</sup>

הכללת הפריפריה בנוסחת הקפיטציה: מצבה היחסי של האוכלוסייה בפריפריה מבחינת מדדי בריאות פחות טוב ממרכז הארץ. אף שחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות או החוק), קבע שיש לכלול בנוסחה את הפרמטר של ריחוק מקום מגורים ממרכזי אוכלוסייה, רק בסוף שנת 2010, בעקבות המלצה של ועדת הקפיטציה השלישית,<sup>12</sup> נכלל בנוסחה

7 ראו ק' גלזר, ד' מסיקה, מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל: מטרות, התפתחויות והמלצות (מרץ 2005), עמ' 4.

8 פרופ' עמיר שמואלי ופרופ' יעקב גלזר. במשך שנים רבות וגם בעת הביקורת כיהן פרופ' שמואלי כמרצה בכיר באוניברסיטה העברית בירושלים וכחוקר במכון גרטנר של המשרד; פרופ' גלזר כיהן במשך שנים רבות וגם בעת הביקורת כמרצה בכיר בפקולטה לניהול באוניברסיטת תל אביב.

9 מצב הנמדד לפי אבחנות רפואיות או לפי מרשמי תרופות.

10 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 56 (2006), עמ' 514.

11 שם.

12 ממועד חקיקת החוק מוגונו שלוש ועדות קפיטציה.

הפרמטר הזה<sup>13</sup>. לדעת חלק מהקופות, ספק אם תוספת המשאבים שהוקצתה תהיה אפקטיבית. גם לא הובטח כי מלוא הכספים יגיעו לפריפריה.

מחלות יקרות ומחלות קשות: מנגנון הקצאת כספים בגין חמש המחלות הקשות<sup>14</sup> נקבע כדי למנוע נטייה של הקופות להפלות את החולים במחלות אלה. לדברי מומחים<sup>15</sup>, מחלות אלה הפכו בחלקן למחלות כרוניות "רגילות" (כגון איידס), שהטיפול בהן שגרתית. יש עוד מחלות נדירות וכרוניות שעלות הטיפול בהן לחולה גבוהה, לעתים אף יותר מחלק מהמחלות הקשות. אולם בביקורת נמצא כי הרשימה לא השתנתה משנת 1998 ועד ינואר 2012, ובכך מדינת ישראל לא שינתה ולא עדכנה את סדר העדיפות שלה בתחום זה.

סדרי פעילות ועדת הקפיטציה השלישית: ועדת הקפיטציה השלישית מונתה בשנת 2008 והגישה המלצותיה בשנת 2010. (1) אף שלפי כתב המינוי התבקשה הוועדה להתייעץ עם מומחים בתחום, ממערכת הבריאות ומחוצה לה, בתיקי הוועדה נמצא מסמך שהציג לצוות איש אקדמיה אחד בלבד - פרופ' עמיר שמואלי; (2) הוועדה הסתמכה בחלק מעבודתה על נתונים שבחלקם לא היו מעודכנים - סקר הבריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מהשנים 1999-2000, כלומר לפני כמעט עשר שנים. על בעיית איסוף הנתונים העיר משרד מבקר המדינה כבר בשנת 2006<sup>16</sup>.

מינוי ועדת קפיטציה קבועה: ועדת הקפיטציה הראשונה המליצה כבר ב-1994 להנהיג מנגנון מעקב שוטף אחר חלוקת הכספים לקופות, כלומר למנות ועדה קבועה ולא מינוי אחת לכמה שנים. גם בג"ץ הסב את תשומת לב שר הבריאות ושר האוצר בשנת 2005 לשאלה אם אין מקום להקים ועדה קבועה בעניין נוסחת הקפיטציה<sup>17</sup>; לטענת משרד הבריאות הוא עצמו מעוניין בוועדה קבועה, אך משרד האוצר מתנגד. עד דצמבר 2011 לא הונהג מנגנון כזה. על היעדר ועדת קפיטציה קבועה העיר משרד מבקר המדינה כבר בשנת 2008<sup>18</sup>.

## סיכום והמלצות

1. תגמול עבור ביצוע יעדים וקידום מדיניות: כדי לייעל את התחרות בין הקופות ולשפר את איכות השירותים הרפואיים ראוי להגדיל את חלקו של התקצוב לקופות המתבסס על עמידה ביעדי ביצוע שיקבע משרד הבריאות. משרד מבקר המדינה קורא לתיקון אופן חלוקת המקורות הכספיים לקופות, כך שייוצרו כלי מדיניות שיתמרצו את הקופות לפעילויות שונות שמשרדי הבריאות והאוצר מעוניינים לקדם וכן שיהיה להן תמריץ להשקיע יותר לטווח הארוך. ייתכן שלשם כך יידרש שינוי

13 נוסף על כך המליצה הוועדה להוסיף שינוי במגדר, לעדכן משקולות בכל קבוצות הגיל, ולהתחשב בנתוני הקופות על הוצאותיהן עבור תרופות.

14 אי-ספיקת כליות סופנית; גושה; תלסמיה מיג'ור או אינטרמידיה; המופיליה; נשאות של HIV (איידס). ארבע המחלות הראשונות נכללו ברשימה בעת כניסת החוק לתוקף ב-1995. מחלת האיידס נוספה ב-1998.

15 למשל, פרופ' גלזר, פרופ' שמואלי ועו"ד יואל ליפשיץ, הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות במשרד.

16 ראו הערה 10.

17 בג"ץ 6444/03, שירותי בריאות כללית נ' שר הבריאות ואח'. ניתנה ב-30.11.05.

18 מבקר המדינה, דוח שנתי 58 (2008), עמ' 476.

בחוק. על משרדי הבריאות והאוצר לקיים דיון ממצה בדבר התמהיל בין תגמול הקופות עבור פעילות והישגים מדידים בפועל ובין תגמול מראש בהתאם לנוסחה קבועה.

2. "מצב בריאות": כדי ליצור חלוקה צודקת יותר של המקורות הכספיים בין הקופות וכדי לתמרץ אותן להתחרות גם על מבוטחים קשישים וחולים, מן הראוי שמשרדי הבריאות והאוצר ישקלו לשלב בנוסחת הקפיטציה מדד של "מצב בריאות", ולהפעיל מנגנוני בקרה על מנת למנוע אפשרות של מניפולציה בנתונים.

3. בסיסי נתונים בנוסחת הקפיטציה: כדי שנוסחת הקפיטציה תשמש מנוף ראוי לשינוי אפשרי, מן הראוי שבסיס הנתונים שעליו מסתמכים בקביעות כה משמעותיות יהיה מקיף ומעודכן, ועל משרד הבריאות לפעול כדי לבנות בסיס נתונים כזה. משרדי הבריאות והאוצר יכולים לשקול להשתמש בבסיס המידע המסוים שיש בקופות על חולים שהטיפול התרופתי בגינם הוא יקר או לבחור מדגם של מבוטחי הקופות עם נתוני ההוצאה עליהם.

4. מחלות קשות: כיוון שחלפו שנים רבות מאז שעודכנה רשימת המחלות הקשות, יש מקום שמשרדי הבריאות והאוצר יקיימו דיון ייעודי ומעמיק בעניין הרשימה האמורה וישקלו חלופות כגון הוספת כל המחלות שעלות הטיפול בהן יקרה (מסכום שייקבע); הוספת מחלות יקרות מאוד שמספר החולים בהן מזערי; ביטול חלק מהמחלות והוספת אחרות במקומן; ביטול כל חמש המחלות הקשות; הכנסת סכומי התגמול של המחלות הקשות לנוסחת הקפיטציה תוך מתן משקלות מיוחדים למצבי בריאות.

5. ועדה קבועה לחלוקת המקורות: משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו לבחון הפעלת ועדה קבועה לחלוקת המקורות הכספיים בשיתוף אנשי מקצוע שתעסוק בבעיות המתעוררות כל העת, בין היתר בעניין נוסחת הקפיטציה.

שיטת החישוב של נוסחת הקפיטציה אכן מורכבת, ובכל זאת אל למשרדי הבריאות והאוצר לבוא לכלל מסקנה שאין טעם לשוב ולבחון אותה או לעדכן אותה דרך קבע. נהפוך הוא - ככל שחלוקת המקורות ונוסחת הקפיטציה ייטיבו לשקף את הצרכים הרפואיים ואת סדרי העדיפות הראויים, כך גדלה הסבירות שהקופות יספקו למבוטחיהן שירותים המתאימים לצורכיהם ושתפחת נטייתן להעדיף מבוטחים "רווחיים" יותר.



**מבוא**

המדינה מקצה כספים למימון פעולותיהן של ארבע קופות החולים<sup>19</sup> (להלן גם - הקופות), אשר להן מחזור כספי כולל של כ-39 מיליארד ש"ח בשנה<sup>20</sup>, בשתי דרכים עיקריות:

1. **כספי סל שירותי הבריאות:** (א) **נוסחת הקפיטציה:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן גם - החוק), קובע כי המוסד לביטוח לאומי יחלק כספים לקופות החולים בכל שנה על פי נוסחה מיוחדת (להלן - נוסחת הקפיטציה) המבוססת על משקלות יחסיים לקבוצות גיל, מרחק מריכוזי אוכלוסייה ואמות מידה נוספות. כספי נוסחת הקפיטציה נאמדים בכ-27 מיליארד ש"ח בשנה (שהם כ-89% מסכום "סל שירותי הבריאות" שהיה כ-30.3 מיליארד ש"ח בשנת 2010<sup>21</sup>).

(ב) **מנגנון "המחלות הקשות":** חלק נוסף מכספי סל שירותי הבריאות מועבר לקופות כאמור בחוק על פי הוצאתן המוערכת עבור טיפול בחולים בחמש מחלות קשות<sup>22</sup> מתמשכות (כרוניות) שהתפלגות החולים בהן בין הקופות אינה אחידה. בסוף 2010 היו מבוססים בכל הקופות כ-9,300 חולים כאלה<sup>23</sup>, וכ-1.5 מיליארד ש"ח (כ-5% מעלות הסל) הועברו בשיטה זו<sup>24</sup>.

2. **כספי תמיכות:** (א) **כספים לשיפור איכות פעילות הקופות:** על פי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 (להלן - חוק יסודות התקציב), והחלטות ממשלה, מעניקה המדינה לקופות תמיכה כספית בסך כ-115 מיליון ש"ח בשנה<sup>25</sup>. כספים אלה מוקצים, בין השאר, לפרויקט "מדדי האיכות" של קופות החולים, שבו הן מתוגמלות עבור ביצוע יעדים שקובע להם משרד הבריאות (להלן גם - המשרד), כגון מדידת מספר חולי הסוכרת תוך שאיפה להבאתם לאיזון רפואי; טיפול ראוי בחולים באי-ספיקת לב; פיתוח שירותי רפואה מונעת; קידום תכנית למונשמים בבית ועוד. כספי תמיכה נוספים מועברים לקופות, למשל, בגין מתן חיסוני שפעת לקשישים ולילדים<sup>26</sup>.

(ב) **כספים לייצוב כלכלי:** לפי חוק יסודות התקציב והחלטות ממשלה, מעניקה המדינה לקופות החולים תמיכה כספית בסך כ-530 מיליון ש"ח בשנה, שעיקר מטרתה השגת יעד

19 שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת, לאומית שירותי בריאות.  
 20 לקופות הכנסות גם ממקורות אחרים: ממבוטחים - השתתפויות עצמיות, תרופות וציוד בסל ומחוצה לו; משירותי בריאות נוספים (שב"ן), מתאגידים שבבעלותן ועוד. מדוח של משרד הבריאות מנובמבר 2011 עולה כי סך ההכנסות של הכללית בשנת 2010 היה 22.7 מיליארד ש"ח; מכבי - 8.5 מיליארד ש"ח; מאוחדת - 4.6 מיליארד ש"ח; לאומית - 3.1 מיליארד ש"ח.  
 21 עלות "סל שירותי הבריאות" מורכבת מכספי נוסחת הקפיטציה (כ-27 מיליארד ש"ח), מכספי המחלות הקשות (כ-1.4 מיליארד ש"ח) ומהכנסות עצמיות של הקופות.  
 22 אי-ספיקת כליות סופנית - כישלון סופי ובלתי הפיך בתפקוד הכליות; גושה - מחלה תורשתית הנובעת ממחסור של אנזים בגוף וגורמת להצטברות שומנים בעיקר בכבד, בטחול ובעצמות; תלסמיה מיגור - חוסר דם חמור בגוף, או אינטרמידיה - חוסר דם בינוני בגוף; המופיליה - בעיות קשות בכוסר קרישת דם בעת דימום; נשאות של HIV (איידס) - כשל המערכת החיסונית. ארבע המחלות הראשונות נכללו ברשימה בעת כניסת החוק לתוקף ב-1995. מחלת האיידס נוספה ב-1998.  
 23 כ-5,450 חולי דיאליזה, כ-2,780 חולי איידס, כ-600 חולי המופיליה, כ-260 חולי תלסמיה וכ-170 חולי גושה.  
 24 הסכום השנתי שהקופות היו זכאיות לקבל בעת הביקורת (על פי ערכון שנעשה בנובמבר 2010) בגין כל חולה היה: 207,378 ש"ח לחולה המטופל בדיאליזה; 77,328 ש"ח לחולה איידס; 129,597 ש"ח לחולה המופיליה; 78,560 ש"ח לחולה במחלת תלסמיה; ו-374,525 ש"ח לחולה במחלת גושה; זאת לעומת סכום ממוצע של כ-4,000 ש"ח לשנה שמקבלות הקופות עבור כל אחד ממבוטחיה.  
 25 למשל, החלטת ממשלה 2082 מיום 15.7.10 - 82.3 מיליון ש"ח לכל אחת מהשנים 2011-2013.  
 26 בשנת 2010 הועברו לקופות 6.1 מיליון ש"ח בגין חיסונים.

של ייצוב כלכלי לטווח ארוך<sup>27</sup>. כספים אלה כלולים ב"הסכם הייצוב" שכל קופה חותמת עליו עם משרדי הבריאות והאוצר אחת לשלוש שנים. מטרתו להביאה לאיזון תקציבי כדי להבטיח מתן שירותי בריאות למבוטחיה ברמה נאותה ובהתאם להוראות החוק. תנאי לקבלת כספי תמיכות וכספים לייצוב כלכלי הוא חתימה על אותם "הסכמי ייצוב".

(ג) **כספים נוספים**: המדינה מעניקה לשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית) תמיכה כספית שנתיית בסך כ-140 מיליון ש"ח עבור שיפור תשתיות בבתי החולים של הקופה, עבור הפעלת בית החולים יוספטל באילת ועבור הפעלת בתי ספר אקדמיים לסייעוד<sup>28</sup>.

לפי נתוני משרד הבריאות, סך הכנסות הקופות מהממשלה לשנת 2010 היו 29.2 מיליארד ש"ח, ו-793 מיליון ש"ח מתוכם הם כספי תמיכות.

לצד חובתן של קופות החולים לתת את הטיפול הרפואי הטוב ביותר, הקופות הן ארגונים כלכליים הפועלים על פי תמריצים כלכליים והן חייבות בשמירה על איזון תקציבי. בשל כך פעולותיהן הרפואיות-כלכליות, כמו גם אי-פעולה במקרים מסוימים, מונעות ומושפעות, בין היתר, מתמריצים כלכליים. בהתחשב בכך - על משרד הבריאות כמְאָקָדֵר (רגולטור) ליצור סדרה של תמריצים מתאימים לקופות כדי לקדם את בריאות הציבור.

משרד מבקר המדינה כבר בחן בעבר את שיטת חלוקת כספי המדינה לקופות החולים והעיר על שיטת חלוקת הכספים לקופות, על פעילות ועדות הקפיטציה<sup>29</sup> ועוד<sup>30</sup>.

## פעולות הביקורת

בחודשים מרץ-ספטמבר 2011 בדק משרד מבקר המדינה סוגיות הנוגעות לאופן חלוקת כספי המדינה לקופות. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: התחרות בין הקופות; מתן תמיכות לקופות; נוסחת הקפיטציה; מרכיב המחלות הקשות בדיוני ועדת הקפיטציה. הביקורת נעשתה במשרדי הבריאות והאוצר ובארבע קופות החולים: הכללית; מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי); קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת); לאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). מידע רב התקבל מאנשי אקדמיה וממחקרים אקדמיים. בירורים נעשו בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ובמוסד לביטוח לאומי.

27 החלטת ממשלה 2082 מיום 15.7.10 - 87.7 מיליון ש"ח לכל אחת מהשנים 2011-2013 ו-75 מיליון ש"ח עבור השגת עודף תקציבי בשיעור מסוים מסך הכנסות הקופות לפי החוק. כספים נוספים - 256 מיליון ש"ח בגין עמידה ביעדי הוצאות ואיזון תקציבי; צמצום הגירעון הנצבר ושיפור היעילות הפיננסית - כ-84 מיליון ש"ח; צמצום גירעון נצבר - כ-133 מיליון ש"ח; כספים בגין הפסד הכנסות - כ-143 מיליון ש"ח ועוד. דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2010, משרד הבריאות, נובמבר 2011.

28 לפי הסכם הייצוב לשנים 2008-2010 - 110 מיליון ש"ח בגין שיפור תשתיות בבתי החולים, 24.5 מיליון ש"ח בגין הפעלת בית החולים יוספטל ו-7 מיליון ש"ח בגין הפעלת בתי ספר לסייעוד.

29 ועדות שממנים שרי הבריאות והאוצר מפעם לפעם לעסוק במרכיבים השונים של נוסחת הקפיטציה, כדי לבחון את הקצאת דמי ביטוח הבריאות לקופות ולהציע תיקון עיוותים אם ישנם.

30 ראו מבקר המדינה, דוחות ביקורת על קופות החולים, נובמבר 2010, בפרק "ניידות בין הקופות - מעבר של מבוטחים מקופה לקופה ככלי להגברת התחרותיות", עמ' 156; דוח שנתי 558 (2008), עמ' 476; דוח שנתי 556 (2006), עמ' 514.

## הצורך בהגברת התחרות בין הקופות

### נוסחת הקפיטציה

החוק קובע כי על קופות החולים להבטיח את אספקתו של סל שירותים מוגדר לכל אחד מהמבוטחים הרשומים בקופה. סעיף 17 לחוק קובע כי הקצאת מקורות המימון לפי החוק לקופות החולים תיעשה בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחת מהקופות לבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות החולים. לעניין זה, קובע הסעיף, כי בקביעת "מספר המבוטחים המשוקלל" יינתן משקל לגיל המבוטח, לריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה ולאמות מידה נוספות, הכול כפי שיקבע שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, לאחר ששר העבודה והרווחה אישר כי בידי המוסד לביטוח לאומי הכלים לחישוב מספר המבוטחים המשוקלל ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

נוסחת הקפיטציה הופעלה לראשונה בשנת 1995, עם כניסתו של החוק לתוקף, וחישוב העלות היחסית של שירותי הבריאות שקופות החולים מספקות למבוטחים נעשה על פי משקלם של הנתונים שהיו זמינים באותה עת. הנוסחה מבוססת על חלוקה קפיטטיבית והיא קובעת שמאחר שצורכי כל המבוטחים בקופות אינם שווים, יש צורך לתת משקל שונה לכל קבוצת מבוטחים, המובחנים על ידי קריטריון מדיד בעל מתאם לצורכי הבריאות של חברי הקבוצה. הנוסחה עודכנה בשנים 1997, 2005 ו-2010.

לדעת כלכלני בריאות<sup>31</sup>, נוסחת הקפיטציה צריכה לבטא הוצאה רצויה על צריכת שירותי בריאות ולא רק הוצאה צפויה. בהתאם לדעתם, על הנוסחה להגדיר צרכים יחסיים של קבוצות אוכלוסייה שונות, לפי צרכיהן הרפואיים, ולמנוע תמריצים לאי-הספקה הוגנת של שירותים למבוטחים עם צרכים רפואיים שווים. כלומר, על הנוסחה לעודד צריכה ראויה של שירותי בריאות ולהגביר היצע שירותים במקומות שהם חסרים בהם ועל פי רוב גם דרושים יותר. לפיכך, מבחניו הבסיסיים של המנגנון הם באיזו מידה הוא מונע העדפות של מבוטח אחד על פני רעהו כאשר צרכיהם שווים, ובאיזו מידה הוא משפר עיוותים קיימים<sup>32</sup>.

משנת 1994 ואילך מונו שלוש ועדות שעסקו במרכיבים של נוסחת הקפיטציה והן הגישו את מסקנותיהן על קבוצות ב-1994, ב-2005 וב-2010. ליקויים בנוסחת הקפיטציה נסקרו בדוחות קודמים של מבקר המדינה ותקפים גם לביקורת הנוכחית. להלן יובאו עיקרי הדברים.

### הצורך בשכלול נוסחת הקפיטציה - תמחור מצבי בריאות

"מצבי בריאות" מתומחרים אמורים לסייע לתגמל כראוי את הקופות בגין מבוטחיהן, להגביר ביניהן את התחרות על קבוצות בסיכון בריאותי ולהפחית בצורה משמעותית את התמריץ הקיים כיום לברירת מבוטחים<sup>33</sup>.

- 
- 31 למשל, פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תכנית הבריאות במרכז טאוב וחבר המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון.
- 32 השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה, פרופ' דב צ'רניחובסקי בשיתוף מחלקת המחקר במרכז המחר והמידע של הכנסת, נובמבר 2005.
- 33 אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות, פברואר 2010.

בעקבות ה"קול קורא" שפרסמה ועדת הקפיטציה השלישית הגיש פרופ' עמיר שמואלי, כלכלן בתחום הבריאות,<sup>34</sup> ביולי 2008 מסמך לוועדה (ראו לעיל ובהמשך). הוא כתב כי נוסחת הקפיטציה צריכה לכלול, בין היתר, מצבי בריאות הניתנים למדידה באחת משתי הדרכים המקובלות בעולם - לפי דיאגנוזות באשפוז ובקהילה או לפי מרשמי תרופות.<sup>35</sup> עוד כתב כי זו צריכה להיות מערכת מתוחכמת ועתירת נתונים שתותאם למציאות הישראלית. כשלב ביניים הוא הציע לכלול בנוסחה את קבוצות המבוטחים בקופות שכבר יש עליהם נתונים, כגון חולי סוכרת, יתר לחץ דם, אסתמה ומחלות לב. מבדיקת מסמכי הוועדה במשרד עולה שהוועדה לא דנה בשלב הביניים המוצע.

לדברי פרופ' שמואלי, יש מדינות שהכינו תכנות מחשב על מצבי בריאות שונים, וניתן להזין בהן את מצב הבריאות של החולה ולדעת מה רמת הסיכון של מצבו הרפואי. לדעתו, הוספת מצבי בריאות לנוסחה תמנע עיוותים. במסגרת עבודה שעשה בנושא התברר לו שהיעדר פילוח של המבוטחים לפי מצבי בריאות גרם לקופות לא לפתוח מרפאות ייעודיות, למשל מרפאות לחולים גריאטריים בסמוך לבתי אבות. לכן הוא סבור שאם יינתן לקופות תגמול מיוחד לפי מצבי הבריאות של מבוטחיהן, המצב ישתנה.

לדעת פרופ' יעקב גלזר,<sup>36</sup> כדי להביא לתחרות אמיתית בין הקופות, על התגמול לנפש להביא בחשבון גם נתונים שונים המקובלים במדינות מערביות על מצב הבריאות - מחלות כרוניות, שימושי בריאות קודמים ומצבי נכות כמו גם את מצב התעסוקה של המבוטח.<sup>37</sup>

לדברי פרופ' גלזר, בעבודה שביצע מצא כי לפי נוסחת הקפיטציה, הכללית מפסידה על חולה סרטן 64%, מפסידה על כל בעלי הפטורים של המוסד לביטוח לאומי 42% ומרוויחה 57% על הבריאים. המצב היום הוא שאף קופה אינה רוצה שייודע בציבור שהיא מטפלת בצורה מיטבית במחלה כלשהי, שכן התוצאה תהיה שיעברו לקופה זו חולים באותה מחלה מקופה אחרת, והקופה תפסיד בגינם. נוסחת הקפיטציה הקיימת היא אפוא חסם למעברים בין הקופות כיוון שחולה חושב שגם בקופות האחרות לא יטפלו במחלתו טוב יותר, ולכן אין טעם לעבור לקופה אחרת.

**כדי שהתחרות בין הקופות תהיה יעילה לכלל המבוטחים ולא רק למבוטחים הבריאים,<sup>38</sup> אופן חלוקת הכספים צריך להביא בחשבון לא רק את מספר המבוטחים בכל קופה, אלא גם את ההוצאות הצפויות לקופה בגין אותם מבוטחים.**

ואמנם ועדת הקפיטציה השלישית העירה כי המצב הרפואי של מבוטחים הוא הפרמטר הטוב ביותר להערכת היקף שירותי הבריאות שלהם וזקוק המבוטח, ולכן לכאורה היה ראוי לכלול פרמטר זה כ"פרמטר בסיסי" בנוסחת הקפיטציה. ואולם, לדעתה, מהבחינה העיונית - הדבר מנוגד לתפיסה שהכתיב החוק<sup>39</sup>. מהבחינה המעשית - קיים קושי בהגדרת מצבי בריאות שונים ובאמידת המשקלות

34 במשך שנים רבות וגם בעת הביקורת כיהן כמרצה בכיר באוניברסיטה העברית בירושלים וכחוקר במכון גרטנר של המשרד.

35 ראו גם ע' שמואלי, צ' חקלאי, ש' גורדון, "הכללת מצב בריאות בחישובי הקצאת המשאבים לקופות החולים (נוסחת הקפיטציה)", בעזרת גישת אבחנות רפואיות - סיכום ביניים", הרפואה, כרך 144, חוב' ג' (מרץ 2005).

36 פרופ' גלזר כיהן במשך שנים רבות וגם בעת הביקורת כמרצה בכיר בפקולטה לניהול באוניברסיטת תל אביב.

37 לדברי הכללית, הדבר נהוג בהולנד, בגרמניה ובאנגליה.

38 ראו גם ק' גלזר, ד' מסיקה, מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל: מטרות, התפתחויות והמלצות, מרץ 2005, עמ' 4.

39 לדבריה, החוק קובע שני מסלולים: מסלול קפיטטיבי - שבו מעריכים את ההוצאות הרפואיות הנגזרות מהמצב הרפואי של המבוטחים, על בסיס אומדנים סטטיסטיים להערכת מצבו הבריאותי של המבוטח; מסלול מחלות קשות - מוציאים מכלל החשבון הקפיטטיבי מבוטחים שבשל מצבם הרפואי הייחודי אין אפשרות לעשות לגביהם שימוש בכלי הקפיטטיבי.



היחסים שיש לייחס להם; אין בנמצא גוף שיבחן ויגדיר את מצבו הרפואי של אדם באופן אובייקטיבי, מה גם שכל מצב בריאות שיוגדר הוא דינמי ועשוי להשתנות; אין בסיס נתונים שעליו ניתן להישען, אין סרגל אחיד להגדרות, ושימוש במבחנים חלקיים עשוי לגרום לעיוותים בחלוקה ובהתנהגות הקופות ולעודד מניפולציות. לכן החליטה הוועדה על אי-הכללת מדד של מצב בריאות בנוסחת הקפיטציה.

נמצא כי הוועדה לא דנה בנתונים על קבוצות חולים שכבר יש עליהם נתונים (ראו להלן). הסמנכ"ל לקופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, עו"ד יואל ליפשיץ (להלן - הסמנכ"ל לקופו"ח), מסר לנציגי משרד מבקר המדינה ביוני 2011 כי לדעתו יש להוסיף לנוסחת הקפיטציה מדדים נוספים כמקובל בעולם המערבי, כגון מצב רפואי, ואולם גם לדעתו הבעיה היא שבישראל אין בסיס נתונים. לדבריו, לקופות כבר יש מידע בדבר חולים שהטיפול התרופתי בגינם הוא מעל חצי מיליון ש"ח בשנה לחולה (לדוגמה, 60 חולים אונקולוגיים). לכן, לדעתו, ניתן וצריך להקים בסיס נתונים - כאשר מדדי האיכות<sup>40</sup> של קופות החולים יכולים להיות אחד הנדבכים של בסיס כזה.

יש לציין כי סמנכ"ל הכספים של הכללית מסר למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת כי בכללית, שמבטחת את רוב אוכלוסיית המדינה, נהוגה נוסחת קפיטציה פנימית - חלוקת כספי מקורות הקופה בין מחוזותיה - ובה נעשה שימוש במצבי בריאות.

בפועל, כאמור, נוסחת הקפיטציה בישראל ב-2011 אינה מבוססת על מצבי בריאות - דבר שכבר מקובל במדינות מערביות ששיטת הקצאת הכספים בהן למבטחים הרפואיים דומה לזו שבישראל<sup>41</sup>.

### הצורך בשכלול שיטת חלוקת המקורות הכספיים לקופות

משרד הבריאות מפעיל תכנית לאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה שבה משתתפות כל הקופות במטרה לעקוב אחר מגמות לאומיות של שיפור ברמת הטיפול הרפואי. במסגרת התכנית מופק דוח שנתי שמציג נתונים על טיפול בשישה תחומים מרכזיים ברפואת הקהילה: אסתמה, סוכרת, לב וכלי דם, חיסונים, בדיקות סקר לסרטן וילדים. בשנת 2008 כללה התכנית כ-30 מדדי איכות רפואיים.

40 מדדי האיכות ברפואה מבטאים באופן כמותי מאפייני טיפול רפואי בפועל של קופות החולים, כמו מניעת תחלואה ורמת הטיפול. מדדים אלו מאפשרים לקבוע יעדי שיפור. במאי 2011 פסק בית המשפט כי על משרד הבריאות לפרסם לעותרים את דוח מדדי האיכות עד חודש מרץ 2012 מאחר שפרויקט המדדים הלאומי לא הוגדר כפרויקט המתנהל במסגרת של "ועדת ביקורת איכות" לפי החוק ועל כן לא חל עליו חיסיון; ראו עת"מ (י-883/07, התנועה לחופש המידע נ' משרד הבריאות וקופות החולים (פורסם בנבו) (15.5.11)). עם זאת קיימת טענה המושמעת בדרך כלל מפי חוקרי מערכת הבריאות וכלכלני בריאות, הגורסת כי בגלל הבעייתיות במדידת האיכות ברפואה, כל תוספת מידע תהיה חלקית בלבד ולכן היא עשויה לעוות יותר ממה שהיא עשויה לשפר את מערכת התמריצים בענף, וכי במחקרים רבים נמצא כי להחלת תכניות למדידת איכות יש גם תוצאות לוואי לא רצויות, ולעתים הן מאפילות על התוצאות הרצויות. ראו ק' גלזר, ש' ברמלי-במברג, באיוז מידה מדידת האיכות ברפואה תורמת לשיפור בריאותנו? מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואוניברסיטת תל אביב, 2007, עמ' 20.

41 כגון הולנד, גרמניה, שווייץ.

כאמור, המדינה מעניקה לקופות תמיכה כספית בסך מאות מיליוני ש"ח בשנה עבור שיפור איכות פעולתן (מדדי האיכות), כדי להשיג ייצוב כלכלי וכספים נוספים ייחודיים לכללית, שכן היא מפעילה בתי חולים ובתי ספר אקדמיים לסייעוד. במצב הדברים כיום רק שיעור מזערי מוקצה לטובת תמיכות ביעדים של משרד הבריאות, לקידום הפריפריה ועוד (בשנת 2010 - 793 מיליון ש"ח).

נוסף על כך, לדעת כלכלני הבריאות פרופ' שמואלי ופרופ' גלזר השיטה הנהוגה בישראל מאז פועלת נוסחת הקפיטציה, ולפיה רוב רובם של כספים המועברים לקופות מחולקים מראש ולא על פי ביצוע בפועל של פעולות על ידי הקופות, לדוגמה ביצוע יעדים וקידום מדיניות של המשרד, אינה נכונה<sup>42</sup>, ויש לשנות את התמהיל.

יש לציין, כי ועדת הקפיטציה השלישית בחנה הצעה להחליף את מנגנון ההקצאה בגין המחלות הקשות במנגנון שישפה את הקופות על הוצאותיהן בגין חולים יקרים במיוחד. הוועדה העירה כי חלוקת כספים על בסיס הוצאה בפועל אינה אפשרית לדעתה על פי החוק הקיים. לדעתה, תפיסת החוק שלפיה התשלומים נעשים במבט פרוספקטיבי נובעת מהאחריות הכוללת שקיבלה כל אחת מהקופות לספק את שירותי הבריאות למבוטחיהן במסגרת המקורות הנתונה לה לפי החוק וביעילות. קביעה של תשלום רטרופספקטיבי תקטין את תמריץ הקופות, כאמור. הוועדה גם העירה כי הדבר יחייב קיום מערך בקרה נרחב על פעילות הקופות ועל היקף הוצאותיהן כדי לאמת את הדיווחים על עלות הטיפולים. כמו כן, אימוץ מנגנון שיפוי (החזר כספים לפי הוצאות בפועל) יפגע בתמריצי הקופות לחסוך בהוצאותיהן.

עוד יש לציין, כי בין נימוקי ועדת הקפיטציה השלישית להכללת משתנה המרחק של מקום המגורים מריכוזי אוכלוסייה בנוסחת הקפיטציה היה הנימוק שקיימים פערים בהיצע שירותי הבריאות בין המרכז לפרפריה (אזורי הצפון והדרום). חברי הוועדה ראו חשיבות בהשגת היעד של שיפור שירותי הקהילה לתושבי הפרפריה, וכדוח נאמר שהקצאת משאבים ייחודיים לאזורים אלו תאפשר לקופות להרחיב את השירותים הניתנים שם ובכך להגביר את נגישות התושבים לשירותי בריאות. הדבר גם יביא לעידוד התחרות בין הקופות באזורים אלו - תחרות שתוביל לשיפור השירות למבוטח.

כדי לשפר את איכות השירותים שמספקות קופות החולים ראוי שתתקיים ביניהן תחרות על המבוטחים. ואולם התחרות בין הקופות אינה יעילה ואינה מתקיימת לגבי כלל המבוטחים, אלא רק על המבוטחים הצעירים והבריאים<sup>43</sup>, ואין, לדוגמה, תחרות על מבוטחים קשישים או על מבוטחים חולים (למשל, חולי סרטן). במדינות מסוימות באירופה קיימת תחרות בין הקופות, למשל על אוכלוסיית הקשישים. לדעת כלכלני בריאות<sup>44</sup>, שיטת חלוקת המקורות הכספיים הנוכחית מהממשלה לקופות היא חסם לתחרות אמיתית ולמעברים ביניהן.

לדעתם של כלכלני הבריאות, יש לשלב בין שתי השיטות (חלוקה מראש ולאחר ביצוע), אך יש לתת משקל רב יותר לביצוע יעדים וקידום מדיניות של הממשלה, וכך ניתן יהיה לעודד באופן משמעותי פעולות בריאות חשובות ויקרות.

42 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 56 (2006), עמ' 517.

43 ראו גם ק' גלזר, ד' מסיקה, מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל: מטרות, התפתחויות והמלצות, מרץ 2005, עמ' 4.

44 פרופ' עמיר שמואלי ופרופ' יעקב גלזר.

## סדרי פעילות ועדת הקפיטציה השלישית

באפריל 2008 מינו שר הבריאות דאז, מר יעקב בן יזרי, ושר האוצר דאז, עו"ד רוני בר-און, צוות לבחינת החלוקה של מקורות המימון לפי החוק (להלן - ועדת הקפיטציה השלישית או הצוות). הצוות כלל ארבעה נציגים: שניים ממשרד הבריאות ושניים ממשרד האוצר. הצוות התבקש לבחון האם נוסחת הקפיטציה שהייתה בשימוש באותה עת טעונה שינוי. הצוות התבקש להתייעץ עם מומחים בתחום וכן לשמוע את עמדת כל אחת מהקופות.

הצוות התבקש להגיש את עבודתו עד 15.2.09, אך הגיש את סיכומיו באיחור של 16 חודשים - ביוני 2010.

1. התייעצות עם אנשי מקצוע: ועדת הקפיטציה השלישית התבקשה כאמור להתייעץ עם מומחים בתחום, ממערכת הבריאות ומחוצה לה.

ואולם בתיקי הוועדה נמצא מסמך שהציג לצוות איש אקדמיה אחד בלבד - פרופ' עמיר שמואלי.

2. נתונים לא עדכניים: (א) ועדת הקפיטציה השלישית קבעה חמישה "ראשי הוצאה" - קהילה, תרופות, מרפאות חוץ ואשפוז יום, מיון ואשפוז. בנוגע לקהילה - לוועדה לא היו נתונים עדכניים והיא הסתמכה בעבודתה על סקר בריאות ישן של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מהשנים 1999-2000 (כלומר, לפני כמעט 10 שנים).

משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות היה להיערך כדי שיהיו בפניו נתונים מעודכנים. יצוין שבביקורת הקודמת שהתפרסמה בשנת 2008 מסרה הכללית (בינואר 2008) למשרד מבקר המדינה, בין היתר, כי לדעתה הבעיה אז הייתה שמשרדי הממשלה כלל לא אוספים את הנתונים, ולכן, לקראת העדכון העתידי שתוכנן להיעשות ב-2009, לא יהיה בסיס לשינויים חדשים - משום שלא יהיו נתונים<sup>45</sup>. מאוחדת ציינה בתשובתה מנובמבר 2011 כי העירה על טעויות מתודולוגיות בתחשיב שעליו התבססה שיטת ההקצאה החדשה וכי איסוף הנתונים היה סלקטיבי והביא לתוצאות שגויות בחישוב ההקצאה החדשה.

(ב) צוות לבחינת תשתית הנתונים של הוצאות הקופות: באפריל 2008 מינו שרי הבריאות והאוצר צוות נוסף בן שישה חברים ממשרדי הבריאות והאוצר ומהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "לבחינת תשתית הנתונים בדבר הוצאות הקופות". בכתב המינוי נאמר שתפקיד הצוות לפעול לשיפור תשתית הנתונים בדבר הוצאות קופות החולים, כך שיתאפשר לגורמים המקצועיים להעריך את המגמות השונות במערכת הבריאות, להגדיר את מרכיבי עלות סל הבריאות באופן שיאפשר מדידה שוטפת של שינויים בעלותו וכן לבחון את הצורך בשינוי מדד יוקר הבריאות. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה התבקשה להכין סקרי עלויות של הקופות כדי להכין את מסד הנתונים.

עד דצמבר 2011 טרם סיים הצוות את עבודתו ומחודש מרץ 2009 הוא לא נפגש. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מסרה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2011 כי לא ניתן לכך תקצוב מתאים.

יוצא שבידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אין נתונים מעודכנים על הוצאות הקופות. ועדת הקפיטציה השלישית הסתמכה על נתוני הקופות רק באחד מתוך חמשת "ראשי הוצאה" כאמור לעיל - תרופות<sup>46</sup>.

(ג) עוד יש לציין, כי אחת מהמלצות ועדת הקפיטציה השנייה הייתה כי אחת לארבע שנים תיערך בחינה מחודשת של הפרמטרים המתאימים לנוסחת הקפיטציה ותעודכן תשתית הנתונים שעל בסיסם נקבעים משקלות הקצאה באופן שיתאים את נוסחת ההקצאה לצרכים היחסיים העדכניים ולשינויים באוכלוסייה.

כאמור, גם בביקורות קודמות שפרסם מבקר המדינה בשנת 2006 ובשנת 2008<sup>47</sup> עלתה הבעיה של איסוף הנתונים. עולה שבעיית איסוף נתונים עדיין נמשכת.

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי שנוסחת הקפיטציה תשמש מנוף ראוי לשינוי אפשרי, מן הראוי היה שבסיס הנתונים שעליו מסתמכים בקביעות כה משמעותיות יהיה מקיף ומעודכן, ועל משרד הבריאות לפעול כדי לבנות בסיס נתונים כזה. בהיעדר נתונים עדכניים אחרים, ניתן להיעזר - בזהירות הנדרשת - גם בנתונים של הקופות, לרבות הפעלת כלי בקרה<sup>48</sup>. ניתן גם להשתמש בנתוני הוצאה על מבוטחי הקופות מתוך מדגם ארצי של מבוטחים.

3. תיעוד דיוני ועדת הקפיטציה השלישית: עבודה מורכבת לשינוי נוסחת הקפיטציה סביר שתדרוש דיונים רבים שיהיו מתועדים, ואכן להמלצות ועדת הקפיטציה השלישית צורף מכתב לסגן שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ולשר האוצר, ד"ר יובל שטייניץ, ולפיו הצוות נפגש מספר רב של פעמים.

אולם נמצאו שני פרוטוקולים בלבד של דיוני הוועדה משנת 2008 - מיולי (2.7.08) ומאוקטובר (7.10.08), וכן פרוטוקול של שימוע שנעשה בסוף נובמבר 2008 לנציגי הקופות, האגודה לזכויות האזרח, האגודה לזכויות החולה והאיגוד ל-Cystic-Fibrosis.

## הכללת הפריפריה בנוסחת הקפיטציה

עד מינוי ועדת הקפיטציה השלישית כללה נוסחת הקפיטציה שקלול של מספר המבוטחים בכל קופה על פי הרכב הגילים בלבד ונקבע בהתאם חלקה היחסי של כל קופה בכספי עלות הסל. ועדת הקפיטציה השלישית המליצה להוסיף לנוסחה: (1) מגדר<sup>49</sup>; (2) ריחוק מקום המגורים ממרכזי אוכלוסייה תוך מתן משקל עודף ליישובים הנמצאים באשכולות מסוימים במדד הפריפריה של

46 הוועדה הסתמכה על נתוני משרד הבריאות לשנת 2007 לשלושה "ראשי הוצאה".

47 דוח שנתי 58 (2008), עמ' 476; דוח שנתי 56 (2006), עמ' 514.

48 ניתן למנות מבקר חיצוני שיבקר את איכות הנתונים. לדברי הכללית, מנגנון דומה קיים בוועדת מדרי האיכות, שאותה מרכז גוף מקצועי אקדמי, ומנגנון זה יכול להוות מודל לדוגמה.

49 זאת משום שנשים בגיל הפוריות צורכות יותר שירותי בריאות מגברים באותו גיל.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; (3) עדכון משקולות בכל קבוצות הגיל<sup>50</sup>; (4) התחשבות בנתוני הקופות על הוצאותיהן לתרופות.

יש לציין כי הפרמטר של ריחוק מקום המגורים ממרכזי אוכלוסייה קבוע בחוק שכאמור נכנס לתוקף ב-1995 ולדעת אנשי מקצוע אי-יישומו הפחית מיכולת מנגנון ההקצאה להתגבר על פערים שונים ופגם בתפקיד המרכזי של המנגנון<sup>51</sup>. יוצא שרק לאחרונה, בשנת 2010, כלומר 15 שנה לאחר כניסתו של החוק לתוקף, התווסף לנוסחה הפרמטר של ריחוק מקום מגורי המבוטח ממרכזי אוכלוסייה.

לפי נתונים שהציג משרד הבריאות לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, לאחר כל שינוי המקדמים (כולל סוגיית הפריפריה) תקבל הכללית תוספת של כ-150 מיליון ש"ח, מכבי - כ-15 מיליון ש"ח, לאומית - 8 מיליון ש"ח, ולעומתן ממאוחדת ייגרעו 22 מיליון ש"ח.

בהוספת הפרמטר של ריחוק ממרכזי אוכלוסייה לנוסחה הוסיפה הוועדה לנוסחה רכיב שמשמעותו קידום מדיניות ועידוד פעילויות. לטענת הכללית המקדם החדש הוכנס באופן שגוי שכן הוא מתמרץ אוכלוסיות צעירות ובריאות. לדבריה, הנוסחה מנציחה ואף מקצינה את העיוות הקיים בין קבוצות הגיל שכן מקדמי הגיל הוגדלו ב"גודל קבוע" ללא שניתנה העדפה והוגדל התמריץ לצעירי הפריפריה ביחס לקשישים שבה. היעדר תשתיות רפואיות מספקות בפריפריה פוגע באוכלוסיות החלשות הנזקקות ביותר לשירותים הרפואיים. לדעתה, נוצרה גם העדפת יישובים חזקים ומבוססים על פני יישובים המהווים פריפריה גאוגרפית וחברתית. הכללית סבורה שיש לבחון במהרה תיקון במקדם ההקצאה. מאוחדת מסרה בתשובתה כי לדעתה שינוי הנוסחה בגין מרכיב הפריפריה לא יביא להגדלת המשאבים בפריפריה, עקב היישובים הקטנים הרבים שם שהחוק לא מאפשר לפתוח בהם יותר ממרפאה אחת, שהיא בדרך כלל בבעלות הכללית. לכן לדעתה עדיף היה לבצע הקצאת כספים ישירה לפעולות בפריפריה.

כלכלנים סבורים כי בחירת מדד ה"מרכזיות" (ריחוק ממרכזי אוכלוסייה) כמדד ה"פריפריאליות" לוקה בחסר. המדד החברתי-כלכלי או מדד משולב, הכולל גם מרחק מאשפוז, טובים יותר בהיבטים מושגיים וענייניים. בהיעדר הקצאה על בסיס גאוגרפי, אין מנגנון שימנע את המשך המשיכה של המשאבים הכספיים למרכז<sup>52</sup>.



50 ועדת הקפיטציה השנייה המליצה כבר בשנת 2005 להוסיף שתי קבוצות גיל.  
 51 ע' זמורה, ד' צ'רניחובסקי, ע' שמואלי, מנגנון הקפיטציה הישראלי וההקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל, יולי 2003, עמ' 360.  
 52 דוח מצב המדינה - חברה, כלכלה ומדיניות 2010, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2011; ראו גם שינוי בהקצאה לקופות החולים לצמצום פערים בין מרכז ופריפריה - האמנם?, טיוטה, פרופ' דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, מאי 2011. לדברי משרד הבריאות, פרופ' צ'רניחובסקי הוא יועץ בשכר לאחת מהקופות, הגיש מטעמה נייר עמדה וייצג אותה בשימוע.

בנוסחת הקפיטציה חלו שינויים וכיום היא קובעת את חלוקת כספי הקפיטציה לפי גיל, מגדר וריחוק ממרכזי אוכלוסייה. יחד עם זאת, השינויים שנעשו עד כה הם תוספתיים ומינווריים ועדיין קיימים בה חסרונות לא מעטים. לנוכח המצב בשטח (מבחן התוצאה), אשר ממנו עולה כי קיימת תחרות בין הקופות רק על מבוטחים צעירים ובריאים<sup>53</sup> ולא על מבוטחים חולים או קשישים, נראה שהנוסחה טרם עונה על הצרכים במלואם.

המדד של מצב רפואי שעליו כבר העירה ועדת הקפיטציה השנייה בשנת 2005 ושנכלל בתחשיבה של מדינות רבות בעולם, עדיין לא נכלל בנוסחת הקפיטציה ויש מקום לשקול הכללתו בהקדם. סביר שתגמול הקופות עבור מצב בריאות המטופלים יגרום לתחרות גם על חולים או קשישים - שינוי משמעותי שיש לו גם השפעות על תדמית מערכת הבריאות. הדבר אף יביא אולי לשיפור במצבם הבריאותי של הקשישים.

## מחלות קשות, נדירות ויקרות

כאמור, חמש מהמחלות הנדירות הוגדרו בחוק כמחלות קשות. רשימת המחלות הקשות בתוקף ממועד חקיקת התקנות ב-1995 (ארבע מחלות) ומ-1998 (מחלה חמישית). שאלה מרכזית שבמשך השנים דנו בה הקופות, אנשי אקדמיה ואחרים היא האם, לאחר שנים רבות כל כך מאז נכנס החוק לתוקף, לא הגיעה העת להוסיף או לגרוע מחלות מהרשימה, שהרי יש עוד מחלות נדירות ויקרות שניתן להגדירן כמחלות קשות עקב היותן מחלות כרוניות<sup>54</sup> ועקב העלויות הגבוהות שיש לקופות בגין טיפול בחולים הלוקים בהן (במחלות מסוימות עלות הטיפול בהן לחולה אחד גבוהה אף מחלק מחמש המחלות הקשות). נושא זה נדון בוועדת הקפיטציה השלישית בשנת 2010.

כפי שעלה מהמסמכים שהגישו הקופות לוועדת הקפיטציה השלישית, אין לקופות דעה אחידה בדבר הצורך בשינוי הרשימה. הכללית סבורה שיש להרחיב את רשימת המחלות הקשות. לדבריה מדובר בעלויות מהותיות - החולים במחלות הקשות מהווים כמאית האחוז מכלל האוכלוסייה, ואילו ההוצאה עבורם מהווה כ-5% מעלות הסל; מכבי סבורה שיש לבטל את שיטת התגמול של קופות החולים עבור חמש המחלות הקשות; לאומית סבורה שיש להוסיף את "המחלות היתומות"<sup>55</sup> לרשימת המחלות הקשות; למאחדת השגות על התחשיבים שערכה ועדת הקפיטציה השלישית. הכללית הסבירה לוועדת הקפיטציה השלישית כי הנוסחה לא השתנתה זה כעשר שנים ועקב כך נגרמה אפליה בהקצאת המקורות בין הקופות, הסתמנה מגמה של סינון מבוטחים, ונפגעו איכותם וזמינותם של השירותים הרפואיים לחולים קשים ולחולים כרוניים<sup>56</sup>.

53 בעניין זה ראו מבקר המדינה, דוחות ביקורת על קופות החולים, נובמבר 2010, עמ' 157; דוח שנתי 56 (2006), עמ' 514.

54 מחלה ממושכת או תמידית שהתפתחותה אטית ושאינה ניתנת לריפוי מהיר.

55 קבוצת המחלות היתומות (כגון Pompe, Fabry, Hunter) כוללת מחלות כרוניות, רובן גנטיות/תורשתיות שאינן מוכרות לציבור הרחב. הן מאופיינות בחסר אנזים בגוף או בפגיעה במספר רב של מערכות בגוף. המחלות היתומות מצריכות טיפול ממושך, הן גורמות סבל רב לחולה ועשויות להביא למוות מוקדם. מדובר במחלות נדירות שלוקה בהן כ-1% מהאוכלוסייה. לפי הערכות לא רשמיות, כ-60,000 בני אדם בישראל סובלים ממחלות יתומות, והתפלגותם בין הקופות אינה סימטרית. לחברות התרופות אין תמריץ לפתח תרופות למחלות נדירות שמספר החולים בהן קטן.

56 הכללית לא פירטה האם עיוותים אלה נוצרו אצלה או בקופות אחרות.

איגודים העוסקים בענייני בריאות כמו ההסתדרות הרפואית בישראל, האגודה לזכויות החולה ואיגוד Cystic-Fibrosis<sup>57</sup> וכן כלכלן הבריאות, פרופ' עמיר שמואלי, בדעה שיש לשנות את הרשימה.

בסופו של דבר החליטה ועדת הקפיטציה השלישית להותיר את רשימת חמש המחלות הקשות על כנה וללא שינוי.

**יש לציין כי הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, בראשות חבר הכנסת לשעבר, מר עדי אמוראי, המליצה כבר בשנת 2002 לקיים בחינה מידית של רשימת המחלות הקשות<sup>58</sup>.**

עוד יצוין שבסיכום ההמלצות של ועדת הקפיטציה השלישית כתב נציג משרד הבריאות בוועדה, הסמנכ"ל לקופו"ח (שהיה בדעת מיעוט בוועדה), כי הוא סבור שהנושא של מחלות קשות לא מוצה ויש צורך לבחון את רשימת המחלות הקשות מחדש<sup>59</sup>. לדברי הסמנכ"ל לקופו"ח, לפי כלל אמות המידה שעל פיהן נבחרו חמש המחלות הקשות, יש מחלות נוספות שיש הצדקה להכלילן במסגרת ההגדרות של מחלות קשות, כגון מחלות גנטיות נדירות. מנגד יש מחלות שניתן לשקול את הוצאתן ממסגרת זו, כי הפכו למחלות כרוניות "רגילות" מבחינת הטיפול שהקופות מספקות עבורן, כדוגמת מחלת האיידס. לדברי פרופ' שמואלי, במצב הקיים, שבו יש רק חמש מחלות קשות, "ישראל מפגרת אחר הנעשה בעולם".

הסמנכ"ל לקופו"ח מסר לנציגי משרד מבקר המדינה ביולי 2011 שצריך לבחור אחת מכמה אפשרויות: הוספת כל המחלות שעלות הטיפול בהן יקרה (מסכום שייקבע), ביטול התגמול המיוחד למחלות קשות לחלוטין וכל קופה תישא בעלויות של כלל מבוטחיה, כולל החולים במחלות קשות, או הכנסת סך התגמול בגין המחלות הקשות לנוסחת הקפיטציה תוך מתן משקל מסוים למחלות<sup>60</sup>. לדבריו, כצעד מקדים להחלטה בעניין יש לבחון גם את רשימת המחלות היתומות ולהחליט כיצד לפעול.

### דילמות רפואיות-כלכליות בתחום המחלות הקשות והנדירות

השאלה האם לשנות את רשימת המחלות הקשות ולכלול בה מחלות נדירות (כגון המחלות היתומות) מעוררת כמה בעיות מהותיות. להלן כמה מהן:

1. מחלות יקרות שאינן ברשימת המחלות הקשות: יש מחלות שהטיפול בהן יקר שאינן ברשימה אף שניתן שהטיפול בחולים בהן עולה לקופה יותר מהטיפול בחולים במחלות הקשות שברשימה.

לדוגמה, מחלת הסרטן לסוגיה לא הוגדרה כמחלה קשה, אף שעלויות הטיפול בה גבוהות. מהבחינה הכלכלית הקופה מקבלת עבור כל מבוטח החולה במחלה במסגרת כספי הקפיטציה רק

57 האיגוד מייצג כ-560 חולים במחלת הסיסטיק פיברוזיס.  
 58 דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, התשס"ג-2002, המלצה מס' 3.  
 59 הוא הסביר בפרוטוקול כי בחירת המחלות הקשות נעשתה לראשונה ב-1994 בתנאים כגון מחלות שאבחונן והגדרתן ברורים; מחלות בעלות אופי כרוני המצריכות טיפול ממושך; מחלות שעלות טיפולן יקרה מאוד והיקף האוכלוסייה הלוקה בהן קטן יחסית. לדעתו, הרציונל שעמד לפני המחוקק בעניין זה היה כי עקב עלות הטיפול הגבוהה של מחלות אלה יחסית למחלות אחרות והתפלגותן הא-סימטרית בין הקופות, יש לתקצבן במנגנון נפרד ממנגנון הקפיטציה.  
 60 משמע, החלת "מצבי בריאות" בנוסחה.

כ-4,000 ש"ח בממוצע, בעוד שהעלויות לקופה בגין טיפול בחולה סרטן גבוהות עשרת מונים. דוגמה נוספת היא מחלת כבד, המצריכה ניתוח השתלת כבד שעלותו כ-946,000 ש"ח.

הכללית סבורה שחומרת מחלת הסרטן משתנה במשך תקופת המחלה, משך המחלה בשלביה החמורים שבהם העלויות יקרות הוא קצר יחסית, אין מידע באיכות טובה מספיק ו"חד-ערכי לקביעת החולים" ועוד. לכן אין הצדקה, לדעתה, לכלול מחלה זו בקבוצת המחלות הקשות.

**2. פגיעה באיכות הטיפול שמקבל חולה במחלה יקרה: קופה שלא מתוגמלת על הוצאות כספיות גדולות שהיו לה עקב טיפולה בחולה "יקר" עלולה שלא להשקיע את כל המשאבים הדרושים לטיפול בחולה<sup>61</sup>.**

לדוגמה, איגוד Cystic-Fibrosis הסביר בספטמבר 2008 לוועדת הקפיטציה שהטיפול בסיטיק פיברוזיס כרוך בביקורים תכופים בבתי חולים ובטיפול של צוותים "מולטידיספלינריים" (רב-מערכתיים). האיגוד מסר לוועדה שסך כל העלויות הכרוכות בטיפול במחלה (כ-270,000 ש"ח לחולה בשנה) גבוה בהרבה מהפיצוי הקפיטטיבי הניתן לקופות (שהוא כ-4,000 ש"ח בשנה). לכן יש פגיעה באיכות הטיפול לחולים אלה. נוסף על האמור לעיל זקוקים חולים אלה גם למזון תרופתי מיוחד, למכשירי אינהליציה ופיזיותרפיה ולניקוז ריאה מתוגבר באשפוז.

**3. התגמול כתמריץ שלילי: כאשר מתגמלים קופה עבור מחלה יקרה בסכום הגדול מהוצאותיה בפועל עבור הטיפול בה עלולים להיות לכך היבטים שליליים.**

כך למשל לדעת מכבי באשר לדיאליזה: הקופה סבורה כי תגמול הקופות בגין כל חולה כרוני שמשופל בדיאליזה בסכום שנתי של כ-207,000 ש"ח לשנה, עלול להחליש את הרצון של הקופות להשקיע בתכניות מניעה, אשר יכולות לסייע בהרחקת המועד שבו החולה יצטרך להתחיל בטיפולי הדיאליזה<sup>62</sup>.

### המערכת העוסקת בתגמול הקופות בגין מחלות קשות (מנגנון)

האחריות לנושא התשלומים לקופות בגין המחלות הקשות הייתה בעבר בידי מינהל רפואה שבמשרד הבריאות, וב-2005 היא הועברה למרכז הלאומי למניעת מחלות (מלמ"ב) (להלן - המרכז). חוזר מנכ"ל 15/09 משנת 2009 (להלן - החוזר מ-2009 או החוזר) קבע לראשונה קריטריונים שמגדירים את המצבים הרפואיים של החולים במחלות קשות ולפיהם נקבע מה הם המקרים שבהם נגרמות לקופות הוצאות כספיות מיוחדות שבגינן הן זכאיות לכספים.

ועדה בעניין מחלת הגושה: החוזר מ-2009 קובע שכדי לקבל תגמול בגין חולה גושה על הקופה להציג למשרד הבריאות אישור מיוחד. כל אישור ניתן על ידי ועדה שמינה המשרד ושחברים בה שלושה רופאים המאשרים כי יש להגדיר את החולה כחולה גושה (להלן - ועדת הגושה או הוועדה).

לצורך זה הרופאים המטפלים בחולה שולחים לוועדה טפסים על החולים, והוועדה מחליטה אם החולה זקוק לטיפול. יש לציין שקבלת טיפול רפואי בפועל ולא רק הגדרת החולה כחולה גושה, היא תנאי למתן התגמול לקופה.

61 המחלות הקשות מהוות שילוב של תגמול מראש (פרוספקטיבי) ותגמול לעמידה ביעדי ביצוע (רטרוספקטיבי).

62 על טיפולי דיאליזה ראו בדוח זה בפרק "דיאליזה והשתלות במערכת הבריאות", עמ' 339.



בינואר 2011 כתב יו"ר ועדת הגושה במשרד הבריאות, פרופ' יואל זלוטגורה, המשמש גם מנהל המחלקה לגנטיקה קהילתית במשרד, לראש מינהל רפואה במשרד, ד"ר חזי לוי, כי בזמנו הוקמה הוועדה כדי לקבוע אמות מידה לתחילת טיפול אנזימטי בחולים, וכי היא פעלה במשך השנים מתוך "איזון טוב עם הסכמה על כמעט כל המקרים בין הרופאים המטפלים [בחולים] לוועדה". נוכח האיזון הטוב וההסכמה האמורה הציע פרופ' זלוטגורה במכתבו לשקול מחדש את הצורך בהמשך קיום ועדת הגושה ובמיוחד את קיומה במסגרת משרד הבריאות. פרופ' זלוטגורה אף מסר ביולי 2011 לנציגי משרד מבקר המדינה כי כיום באופן מעשי אין צורך בוועדה וניתן להסתפק בהחלטת הרופא המטפל.

ביולי 2011 השיב ד"ר חזי לוי לפרופ' זלוטגורה כי ועדת הגושה היא ועדה סטטוטורית שהוקמה על פי התוספת השנייה לחוק.

נוכח עמדתו של יו"ר ועדת הגושה, מן הראוי שמשרד הבריאות יבחן את הנושא, ובין היתר ייתן דעתו למידת נחיצותה של הוועדה.



רשימת המחלות הקשות היא בתוקף ממועד החלת חוק ביטוח בריאות ב-1995 (ארבע מחלות) ומ-1998 (מחלה נוספת), והיא לא השתנתה עד ינואר 2012.

כיוון שחלפו שנים רבות מאז הותקנה רשימת המחלות הקשות, ונוכח העמדות הרבות שהוצגו לוועדת הקפיטציה השלישית ולמשרד מבקר המדינה, יש מקום שמשרדי הבריאות והאוצר יקיימו דיון ממצה ומעמיק בעניין הרשימה האמורה אשר יכלול בחינת שלל אפשרויות, כגון הוספת כל המחלות שעלות הטיפול בהן יקרה (מסכום שייקבע), הוספת מחלות יקרות מאוד שמספר החולים בהן מזערי; ביטול חלק מהמחלות והוספת אחרות במקומן; ביטול כל חמש המחלות הקשות; הכנסת סכומי התגמול של המחלות הקשות לנוסחת הקפיטציה תוך מתן משקולות מיוחדים למצבי בריאות.

### **ועדת קפיטציה קבועה או לחלופין ועדת קפיטציה המתכנסת מדי כמה שנים**

לוועדה קבועה שמורכבת מנציגי ממשלה ומומחים בתחום יש יתרונות כגון מידע מעודכן, הכרת הנושא על מורכבויותו ויכולת לדון בסוגיות שדורשות פתרון אשר מתעוררות כל העת.

כבר ב-1994 המליצה ועדת הקפיטציה הראשונה להנהיג מנגנון מעקב שוטף, בין היתר כדי לעדכן את נוסחת הקפיטציה. בביקורת הקודמת אף נאמר שבשנים 2006 ו-2007 פנה מנכ"ל הכללית דאז כמה פעמים לשר הבריאות דאז, בבקשה להקים ועדה קבועה לשינוי נוסחת הקפיטציה. הוא ציין באותה עת: "לפני 10 שנים [1996] היינו מהחלוצים בתחום באירופה. היום [2007] אנחנו נמצאים הרחק אחרי מדינות אירופה".

משרד מבקר המדינה העיר בדוח שנתי 58ב<sup>63</sup> כי כל העת מתעוררות סוגיות שיש לקבל החלטות לגביהן, ומלבד זה, קיים חשש שבהיעדר עבודת הכנה לצורך איסוף נתונים, גם אם תיבחן הנוסחה אחת לארבע שנים, לא יהיו לפני הוועדה הנתונים הדרושים לצורך קבלת החלטות המתאימות. לפיכך המליץ משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות ולמשרד האוצר לשקול למנות את הוועדה בהקדם או להמשיך באיסוף הנתונים הנדרשים כדי שב-2009 תוכל הוועדה לקבל החלטות.

יש לציין כי אחד הנושאים שעלו בישיבת עבודה שהתקיימה בלשכת שר הבריאות בינואר 2007 היה ועדת הקפיטציה. בסיכום הישיבה נכתב כי משרד הבריאות מבקש ש"תהיה ועדה מתמדת" אך משרד האוצר מתנגד.

עבודת ועדת הקפיטציה השלישית, שמונתה באפריל 2008, נמשכה עד יוני 2010 (כלומר מעל שנתיים). חברי הוועדה הסבירו כי עבודת הוועדה התארכה "מעבר לזמן שהוקצב לכך בכתב המינוי [פברואר 2009] בשל מורכבותו הרבה של הנושא".

לדעת משרד מבקר המדינה, נקודה זו מחזקת את הדרישה שעלתה גם בביקורת הקודמת בדבר הצורך למנות ועדה קבועה שתדון בבעיות שמתעוררות כל העת ותיתן מענה בזמן אמת, ככל האפשר.

גם שופטי בג"ץ שאמנם דחו את עתירת הכללית בעניין נוסחת הקפיטציה הפנו את "תשומת לב השרים [שר הבריאות ושר האוצר] לשאלה אם אין מקום להקים ועדה קבועה בעניין נוסחת הקפיטציה"<sup>64</sup>.

הכללית הישיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 שהרכב שלוש הוועדות לא כלל אנשי מקצוע, ויותר מכך לא היה זה הרכב קבוע אלא מתחדש, ולפיכך אין הוא מכיר את הנושא על כל מורכבויותיו. לטענת הכללית, באופן כזה אין אפשרות ללמוד נושא כה מורכב בתוך כמה חודשים ולספק המלצות ראויות. לדעתה, יש צורך בוועדה ציבורית קבועה בשיתוף אנשי אקדמיה בלתי תלויים שתבחן דרך קבע את מרכיבי הנוסחה.

לטענת הכללית, הקו שהנחה את עבודת כל הוועדות היה שמירה על איזון תקציבי בין הקופות ולא חתירה לקביעת נוסחה אמינה המשקפת את המצב לאשורו ומאפשרת הקצאת משאבים הוגנת על פי צורכי האוכלוסייה במדינה. בכך הסתפקו הוועדות בשינויים מינוריים במרכיבי הנוסחה בלבד והנצחת העיוות הקיים. שלוש הוועדות התעלמו מהמלצות כלכלני בריאות מובילים, כגון פרופ' גלזר ופרופ' שמואלי, הטוענים כי כבר כיום קיימים כמה מאגרי מידע, כגון של חולי סוכרת וחולי יתר לחץ דם, אשר עליהם ניתן לבסס נוסחה ראויה. גם בוועדת הקפיטציה השנייה, שבה לכאורה שונתה הנוסחה ועודכנו מקדמי הגיל, דאגה הוועדה לאזן את השינוי באמצעות שינוי תעריפי המחלות "ללא נימוק או העברת תמחיר כלשהו".

עוד טענה הכללית, כי בשני העשורים האחרונים חלה התקדמות משמעותית בדיונים מקצועיים בעולם בתחום נוסחת הקצאת משאבים. הוכנסו פרמטרים נוספים, והדיון הציבורי הוא קבוע, מקצועי ומבוסס על נתונים. כך לדוגמה, בהולנד, בגרמניה ובאנגליה קיים גוף קבוע המייצג לפרלמנט בעניין קביעת הנוסחה המתאימה והוכנסו אליה פרמטרים כגון תחלואה, מצב תעסוקתי, שיעור מוגבלות, מצב חברתי-כלכלי ועוד. אולם בישראל המצב עומד כפי שהיה לפני עשרים שנה.

63 עמ' 478.

64 בג"ץ 6444/03, שירותי בריאות כללית נ' שר הבריאות ואח'. ניתנה ב-30.11.05.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מאז החלת החוק מונו שלוש ועדות. פרק הזמן שבו פעלה ועדת הקפיטציה השלישית עד הגשת המלצותיה ב-2010 היה ממושך מאוד - יותר משנתיים. מצב שכזה, שבו לא מופעלת ועדה קבועה, גם מנוגד להמלצות רבות - הן של ועדות קפיטציה שעסקו בנושא, הן של משרד מבקר המדינה. יתרה מכך, נוכח ההתמשכות כאמור של דיוני ועדת הקפיטציה השלישית והמלצתה שהוועדה הבאה תתכנס רק לאחר ארבע שנים מפרסום מסקנותיה - יוצא שהוועדה הבאה תתכנס למעשה שש שנים אחרי שמונתה הוועדה השלישית.

משרד מבקר המדינה קורא לשר הבריאות ולשר האוצר לבחון את ההמלצה בדבר הפעלת ועדה קבועה בשילוב אנשי מקצוע שתעסוק בכעיות המתעוררות כל העת בעניין הקצאת המקורות הכספיים לקופות החולים.

דיון במועצת הבריאות או הקמת מועצה לאומית לעניין הקצאת המקורות: לפי החוק פועלת מועצה לביטוח הבריאות הממלכתי - מועצת הבריאות<sup>65</sup>. במשרד הבריאות פועלות גם 18 מועצות לאומיות המורכבות מאנשי מקצוע והן מייצעות למנכ"ל המשרד בנושאי בריאות שונים.

משרד מבקר המדינה העיר כי נוכח החשיבות הרבה של הסוגיה הכלכלית-בריאותית של חלוקת המקורות הכספיים בין הקופות, מורכבותה, דעות אנשי אקדמיה וטענות הקופות, יש מקום שההיבטים הכלכליים והשלכותיה הרפואיות של הסוגיה, בין השאר נושא המחלות הקשות, יובאו לפתחה של מועצת הבריאות או שהנהלת משרד הבריאות תשקול מינוי מועצה לאומית ייעודית לטיפול בסוגיה, זאת כל זמן שאין ועדת קפיטציה קבועה.

## סיכום

1. תגמול עבור ביצוע יעדים וקידום מדיניות: כדי לייעל את התחרות בין הקופות ולשפר את איכות השירותים הרפואיים ראוי להגדיל את חלקן של התקצוב לקופות המתבסס על עמידה ביעדי ביצוע שיקבע משרד הבריאות. משרד מבקר המדינה קורא למשרדי הבריאות והאוצר לתקן את אופן חלוקת המקורות הכספיים לקופות, כך שייוצרו כלי מדיניות שיתמרצו את הקופות לפעילויות שונות שמשרדי הבריאות והאוצר מעוניינים לקדם וכן שיהיה להן תמריץ להשקיע יותר לטווח הארוך. ייתכן שלשם כך יידרש שינוי בחוק. על משרדי הבריאות והאוצר לקיים דיון ממצה בדבר התמהיל בין תגמול הקופות עבור פעילות והישגים מדידים בפועל ובין תגמול מראש בהתאם לנוסחה קבועה.

65 תפקיד מועצת הבריאות לייעץ לשר הבריאות לעניין החוק, בין היתר בנושאי שיעור דמי ביטוח בריאות, אמות מידת להקצאת מקורות להרחבת סל הבריאות, סדרי עדיפות וקדימה בתחום הבריאות לניצול משאבים לפי צרכים שונים, מתן שירותי בריאות על בסיס אזורי או בין-אזורי ועוד. המועצה פועלת באמצעות ועדות.

2. "מצב בריאות": כדי ליצור חלוקה צודקת יותר של המקורות הכספיים בין הקופות וכדי לתמרץ אותן להתחרות גם על מבוטחים קשישים וחולים, מן הראוי שמשרדי הבריאות והאוצר ישקלו לשלב בנוסחת הקפיטציה מדד של "מצב בריאות", ולהפעיל מנגנוני בקרה על מנת למנוע אפשרות של מניפולציה בנתונים.

3. בסיסי נתונים בנוסחת הקפיטציה: כדי שנוסחת הקפיטציה תשמש מנוף ראוי לשינוי אפשרי, מן הראוי שבסיס הנתונים שעליו מסתמכים בקביעות כה משמעותיות יהיה מקיף ומעודכן, ועל משרד הבריאות לפעול כדי לבנות בסיס נתונים כזה. ניתן לשקול להשתמש בבסיס המידע המסוים שיש בקופות על חולים שהטיפול התרופתי בגינם הוא יקר או לבחור מדגם של מבוטחי הקופות עם נתוני ההוצאה עליהם.

4. מחלות קשות: כיוון שחלפו שנים רבות מאז שעודכנה רשימת המחלות הקשות, יש מקום שמשרדי הבריאות והאוצר יקיימו דיון ייעודי ומעמיק בעניין הרשימה האמורה וישקלו חלופות כגון הוספת כל המחלות שעלות הטיפול בהן יקרה (מסכום שייקבע); הוספת מחלות יקרות מאוד שמספר החולים בהן מזערי; ביטול חלק מהמחלות והוספת אחרות במקומן; ביטול כל חמש המחלות הקשות; הכנסת סכומי התגמול של המחלות הקשות לנוסחת הקפיטציה תוך מתן משקלות מיוחדים למצבי בריאות.

5. ועדה קבועה לחלוקת המקורות: משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו למשרדי הבריאות והאוצר לבחון הפעלת ועדה קבועה לחלוקת המקורות הכספיים בשיתוף אנשי מקצוע שתעסוק בבעיות המתעוררות כל העת, בין היתר בעניין נוסחת הקפיטציה.

שיטת החישוב של נוסחת הקפיטציה אכן מורכבת, ובכל זאת אל למשרדי הבריאות והאוצר לבוא לכלל מסקנה שאין טעם לשוב ולבחון אותה או לעדכן אותה דרך קבע. נהפוך הוא - ככל שחלוקת המקורות ונוסחת הקפיטציה ייטיבו לשקף את הצרכים הרפואיים ואת סדרי העדיפות הראויים, כך גדלה הסבירות שהקופות יספקו למבוטחיהן שירותים המתאימים לצורכיהם ושתפחת נטייתן להעדיף מבוטחים "רווחיים" יותר.