



האוניברסיטה העברית
בית הספר למדיניות ציבורית

צמצום אי השוויון באספקת שירותי בריאות

מוגש במסגרת הקורס סדנה מתקדמת לניתוח מדיניות

מגישה: חמוטל עבודי 038747580

מספר מילים: 4,999

7.7.10

תוכן עניינים

3	תקציר מנהלים
3	תיאור הלקוח
4	1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומנגנון התקצוב
6	2. הפיזור הגיאוגרפי של שירותי הבריאות
6	2.1. תשומות כ"א רפואי
8	2.2. שיעור מיטת אשפוז
8	2.3. טיפולים רפואיים ומכשור רפואי
9	2.4. שב"ן – שירותי בריאות נוספים
10	2.5. ויתורים על שירותי בריאות
10	3. השלכות אפשריות של אי שוויון במערכת הבריאות
11	4. התמודדות עם אי שוויון בעולם- פתרונות אפשריים
11	5. המדיניות הנדרשת מצד משרד הבריאות
13	6. החלופות המוצעות
13	חלופה 1 – הגדרת יעדים לשיפור השירות
14	חלופה 2- מתן משקל שונה למבוטחים בפריפריה בנוסחת הקפיטציה
15	חלופה 3- תקצוב המבוטחים מהפריפריה
16	7. ניתוח החלופות
18	8. המדיניות המומלצת
19	9. מארז מדיניות
21	10. תכנית אסטרטגית
24	11. מיפוי שחקנים
28	רשימת מקורות
30	נספחים

תקציר מנהלים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שירותי הבריאות יסופקו בצורה שיויונית ושמנגנון הקצאת המשאבים יכלול שיקולים אזוריים. בפועל, קיימים פערים באספקת השירותים לרעת אזורים פריפריאליים אשר באים לידי ביטוי במרכבים שונים של שירותי הבריאות כמו כוח אדם רפואי, מיטות אשפוז, טיפולים מיוחדים, מכשור רפואי ועוד. מנגנון התקצוב הנוכחי אינו מחייב את הקופות לפרוס את משאביהן באופן שוויוני. על כן, יש ליצור תמריצים כלכליים לקופות החולים על מנת שישקיעו בפריפריה. המדיניות המומלצת כוללת הגדלת תקציב הבריאות ב- 300 מלש"ח והקצאתו לקופות לפי מספר מבטחים מהפריפריה. תקציב זה, הניתן בגין מבטחים מהפריפריה, מחויב לחזור להשקעה בפריפריה.

תיאור הלקוח

לקוח הנייר הינו ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות. הלקוח הינו הסמכות המקצועית הבכירה במשרד ובמסגרת סמכותו קבלת החלטות בנושא המדיניות של המשרד. קודמו בתפקיד מינה ועדה שדנה בנושא אי-שוויון בשירותי בריאות אך טרם התקבלה החלטה לגבי המלצותיה. ככל הנראה הלקוח יידרש לקבל החלטה בנושא בתקופת כהונתו. הנייר יציג המלצה למדיניות ותכנית ליישומה.

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומנגנון התקצוב

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בהמשך חוק הבריאות) נחקק ב- 1994. החוק קובע את אופן מתן שירותי הבריאות תוך מתן ביטוי לתפיסה של צדק חברתי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" (סעיף 1 לחוק).

החוק מתייחס לשלושה גורמים מרכזיים במערך שירותי הבריאות (סעיף 3 לחוק):

1. הלקוחות- כלל התושבים, ללא אפליה, זכאים לשירותי בריאות.

2. המדינה אחראית למימון מערכת הבריאות (לפי המנגנון שאפרט בהמשך).

3. קופות החולים אחראיות לספק את שירותי הבריאות.

החוק מחלק את האחריות על אספקת השירותים בין המדינה וקופות החולים. אך הוא מחזק את מעמדו של משרד הבריאות מול קופות החולים, הוא קובע כי המשרד יפקח על איכות הטיפול בקופות והוא מחייב אותן למסור למשרד כל מידע שיבקש. בנוסף, החוק מקנה לשר הבריאות סמכות לאשר את תקציב הקופות (גרוס ואחרים, 1999). מקורות מימון אלה המוקצבים לקופות יכולים להשפיע על מידת האחריות ואופי אספקת השירותים (האגודה לזכויות האזרח, 2008).

החוק מגדיר את "סל שירותי הבריאות" וקובע כי יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח" (חוק הבריאות, 1994). עניין המגורים חוזר על עצמו גם כשיקול במנגנון התקצוב שקובע החוק. הקצאת מקורות המימון לקופות מתבססת על "מספר מבוטחים משוקלל" שהוא לפי החוק: "מספר המבוטחים כשלכל אחד מהם ניתן משקל לפי גילו, ריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה ולפי אמות מידה נוספות, הכל כפי שיקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר" (חוק הבריאות, 1994).

בפועל, מבין המשתתפים שהחוק קבע להקצאת המימון רק משתנה אחד יושם וזה הגיל (צ'רניחובסקי, 2005, זמורה ואחרים, 2003). המדד הקשור לאזוריות (ריחוק מקום המגורים) אינו מיושם במנגנון ההקצאה.

מנגנון התקצוב

מנגנון התקצוב מקצה כ- 80% מהתקציב הציבורי של מערכת הבריאות לקופות החולים. המנגנון אינו קובע את גובה התקציב אלא רק את אופן חלוקתו (גובה התקציב משתנה בהתאם לתקציב המשרד בשנה מסוימת). מנגנון זה מורכב מארבעה מרכיבים (צ'רניחובסקי, 2005):

1. נוסחת הקפיטציה – קובעת את התשלום לקופות לפי מספר משוקלל של מבוטחים (מספר המבוטחים עם משקל שונה לכל קבוצת גיל)¹. זהו המכשיר העיקרי להקצאת המקורות, התקציב העובר דרך הנוסחה מהווה כ- 72% מסך ההוצאה הציבורית על שירותי בריאות (זמורה ואחרים, 2003).
 2. "מחלות קשות" – תשלום לקופות החולים בעבור מבוטחים החולים במחלות שהוגדרו קשות ומצריכות טיפולים יקרים יותר.
 3. "רשת ביטחון" – הקצאה תקציבית נוספת שהממשלה מעבירה לקופות החולים בדיעבד לפי חריגה מההוצאות.
 4. הסדרות אדמיניסטרטיביות- הסדרה של כל הקשור ברישום מבוטחים לקופות החולים דרך סניפי הדואר. מרכיב זה נועד למנוע מהקופות לדחות מבוטחים הפונים אליהן ולהקשות על הקופות לברור את המבוטחים².
- מנגנון ההקצאה הוא מכשיר ליישום מדינות. בעזרתו משרד הבריאות קובע סדרי עדיפויות ומתמרץ את הקופות לפעול בהתאם. לפי רוח החוק, מנגנון התקצוב נועד להעמיד לרשות מבוטחים בעלי נתוני בריאות דומים, הזדמנויות שוות לקבלת שירות רפואי.
- מאחר ויכולת צריכת השירותים תלויה במידת זמינותם ובמצב הסוציו-אקונומי של המבוטח, קיימים הבדלים ברמת ניצול השירותים גם כשקיימים צרכים זהים למבוטחים. צריכה גבוהה של שירותים קיימת בקרב אוכלוסייה אמידה ושנמצאים בה ריכוזים גבוהים יותר של שירותים ושל רופאים. לפיכך מבחן המדיניות והקצאת המשאבים צריך להיות: באיזו מידה נמנעת העדפה של מבוטח אחד על פני אחר עם צרכים זהים ובאיזו מידה נמנעים או לפחות משתפרים עיוותים בהקצאת השירותים (צ'רניחובסקי, 2005).

¹ ראה נספח 1- טבלת המשקולות

² המבוטחים נרשמים לקופות בסניף דואר, זה מקל על המבוטחים לעבור מקופה לקופה ומונע מהקופה "לראות" את המבוטח ולמנוע את הרשמתו לקופה אם היא צופה שהוא "עולה" לה הרבה (אם הוא צעיר או קשיש, חולה וכו') (צ'רניחובסקי, 2005).

2. הפיזור הגיאוגרפי של שירותי הבריאות

אי-שוויון בין אזורי הוא עניין מרכזי איתו צריכה להתמודד מדיניות הבריאות. למרות הציפייה לשוויוניות שיוצר החוק, ניתן עדיין למצוא פערים בין המרכז והפריפריה באספקת שירותי בריאות. פערים אלה נוגעים לתשומות כוח אדם רפואי וסיעודי, שיעור מיטות אשפוז ביחס לאוכלוסייה וזמני המתנה לרופאים מומחים טיפולים מורכבים (נירל ואחרים, 2001). להלן פירוט הפערים בנושאים שונים:

2.1 תשומות כ"א רפואי

אחד המדדים להיקף שירותי הבריאות באזור מסוים הוא היחס בין מספר הרופאים לאוכלוסייה. ממחקרים בנושא ניתן לראות כי קיים היצע נמוך של רופאים דווקא באזורים בהם מצופה שיתקיים ביקוש גבוה יותר, אזורים בהם שיעורי התחלואה והתמותה גבוהים יותר (שמש ואחרים, 2007). פערים אלה קיימים בנוגע לאזורים הגיאוגרפיים עצמם (פריפריה מול מרכז) וגם בנוגע לקבוצות אוכלוסייה המזוהות עם 'פריפריה' חברתית והמאופיינות ברמה סוציו-אקונומית נמוכה, כגון: אוכלוסיית עולים או מיעוטים (לוי, 2008).

שיעור רופאים ראשוניים ולא ראשוניים ל-10,000 מבוטחים, 2003 (שמש ואחרים, 2007):

מחוז	שיעור רופאים ראשוניים ל-10,000 מבוטחים	שיעור רופאים מומחים ל-10,000 מבוטחים
תל-אביב	5.9	9
חיפה	7.1	8.9
מרכז	7.6	8.3
ירושלים	7.4	7.5
דרום	7.2	5
צפון	6.5	4.2

ניתן לראות ששיעור הרופאים הראשוניים ל-10,000 מבוטחים במחוזות דרום וצפון הם מהנמוכים ביחס לכלל המחוזות (המחוזות היותר נמוכים הם אלה ששיעור הרופאים המקצועיים בהם גבוה מאוד) ואילו שיעור הרופאים המומחים במחוזות אלה נמוך בהרבה מאזור המרכז.

התפלגות הרופאים לפי מומחיות, 2003 (שמש ואחרים, 2007) :

מחוז	שיעור הרופאים הלא מומחים מכלל הרופאים במחוז	שיעור הרופאים המומחים
תל-אביב	18%	82%
מרכז	28%	72%
חיפה	31%	70%
ירושלים	34%	66%
דרום	42%	58%
צפון	43%	57%

ניתן לראות כי שיעור הרופאים שאינם מומחים במחוזות דרום וצפון הוא הגבוה ביותר בישראל. פריסת הרופאים בתוך הקופות, גם היא אינה שוויונית. ב"שירותי בריאות כללית", למשל, מתוך 4,667 רופאים ראשוניים (שכירים ועצמאים) שהקופה מעסיקה ברחבי הארץ, רק 535 מועסקים בדרום ובאילת, כלומר כ-11.5% מכלל הרופאים של הקופה ברחבי הארץ. זאת, למרות שבמחוז זה מתגוררים 15.9% ממבוטחי "שירותי בריאות כללית" וזוהי הקופה הגדולה ביותר מבחינת מספר מבוטחים במחוז הדרום. לשם השוואה, במחוז חיפה, בו מתגוררים 13.6% מהמבוטחים בקופה זו, יש 945 רופאים ראשוניים, שהם כ-20% מרופאי הקופה ברחבי הארץ (לוי, 2008). כלומר, השיקול לפיזור הרופאים אינו גודל האוכלוסייה אשר מבטא את הביקוש לשירותים, אלא העלויות הגבוהות יותר של אספקת שירותים במקומות מרוחקים. דבר זה מבטא עיוות בהקצאת השירותים (ההיצע אינו תואם את הביקוש).

2.2. שיעור מיטת אשפוז

במחוז דרום מספר מיטות האשפוז הכללי הוא הנמוך ביותר מבין המחוזות – כ-10% מכלל מיטות האשפוז הכללי בישראל (לוי, 2008).

מספר מיטות האשפוז הכללי על-פי מחוזות, 2006 (לוי, 2008):

מחוז	מספר מיטות	שיעור המיטות	שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש
ארצי	14,582	100%	2.049
מרכז	3,681	כ-25%	2.176
תל-אביב	3,153	כ-22%	2.619
חיפה	2,318	כ-16%	2.681
ירושלים	2,061	כ-14%	2.368
צפון	1,868	כ-13%	1.552
דרום	1,501	כ-10%	1.470

תפוסת המיטות בפועל במוסדות האשפוז הכללי בישראל בשנת 2006 הייתה 95%. בבי"ח סורוקה בבאר שבע תפוסת המיטות באותה שנה הייתה גבוהה יותר מהשיעור הארצי 96.95% (לוי, 2008). כלומר, קיים ביקוש גבוה יחסית באזור הדרום.

2.3. טיפולים רפואיים ומכשור רפואי

צריכת הטיפולים הרפואיים מושפעת מזמינות הרופאים המומחים והמכשור הרפואי³. ניתן לראות שבשני המדדים הללו ישנם פערים משמעותיים בין המרכז והפריפריה. לשם דוגמה, נתייחס לחולי דיאליזה.

³ לטבלה המציגה את הפערים במכשור הרפואי ראה נספח מספר 2

מספר חולים לעמדת דיאליזה ומספר טיפולים לעמדת דיאליזה על-פי מחוזות, 2006 (לוי, 2008) :

מחוז	מספר חולים בטיפול לעמדת דיאליזה	מספר טיפולים לעמדת דיאליזה
ארצי	8.3	1,462
דרום	19.6	3,382
תל-אביב	9.3	1,523
ירושלים	8.1	1,477
מרכז	7.6	1,406
חיפה	6.9	1,220
צפון	6.6	1,141

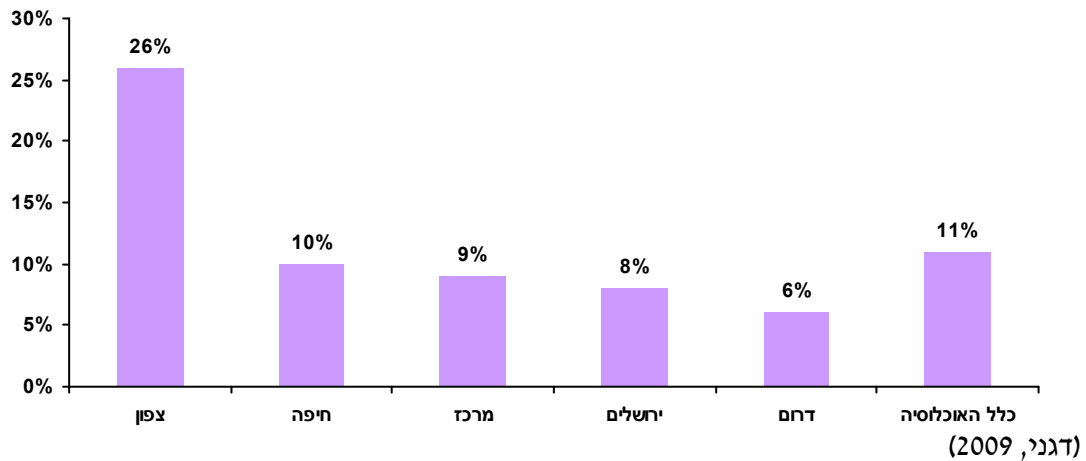
ניתן לראות כי מספר החולים לעמדת דיאליזה ומספר הטיפולים לעמדת דיאליזה במחוז דרום הם הגבוהים ביותר בישראל, גבוהים ביותר מפי 2 משאר המחוזות. לשם המחשה נוספת של הפער בין הביקוש להיצע: בשנת 2006 היו במחוז ירושלים 622 חולי דיאליזה, ולרשותם עמדו 77 עמדות דיאליזה. במחוז דרום באותה שנה היו 627 חולים ולרשותם עמדו 32 עמדות דיאליזה. כלומר, למרות שמספר החולים במחוז דרום היה זהה למספר החולים במחוז ירושלים, היו בו פחות מחצי מהעמדות שבמחוז ירושלים (לוי, 2008).

2.4. שב"ן – שירותי בריאות נוספים

קיים מקור מימון נוסף לקופות והוא סל שירותי השב"ן. הקופות יכולות לכלול שירותים נוספים (כמו טיפולים מיוחדים, תרופות הנחשבות למצילות חיים אך אינן כלולות בסל הבסיסי ועוד) לסל הנרכש במסגרת ההשתתפות העצמית של המבוטחים ועבורו משלמים המבוטחים פרמיה חודשית נוספת. אוכלוסיות חלשות לא יכולות לרכוש שב"ן וזה עלול להוביל לסלקציה של מבוטחים (אפשטיין וחורב, 2007). כיום 30% מהאוכלוסייה אינם בעלי ביטוחים משלימים מסוג זה, כשחלקם הגדול הם קשישים ומיעוטי הכנסה שצורך שלהם בשירותים דווקא גדול יותר (בן נון, 2009). בקרב תושבי הצפון נמצא האחוז הגבוה ביותר מבין האזורים בארץ של המבוטחים המחזיקים בסל הבסיסי בלבד (דגני, 2009).

2.5. ויתורים על שירותי בריאות

בסקרים שנערכו בקרב מבוטחים ובדקו ויתורים על טיפול רפואי נמצא כי בצפון אחד מכל ארבע מבוטחים מוותר על שירות רפואי בשל העלות הגבוהה לעומת אחד מכל עשרה מכלל האוכלוסייה.



המשמעות של הויתורים היא הרעה במצב, סיבוכים מיותרים ולעיתים אף אשפוזים (דגני, 2009). לאשפוזים יש עלויות למטופל, בני משפחתו ולמערכת הבריאות, שניתן היה לחסוך.

3. השלכות אפשריות של אי-שוויון במערכת הבריאות

חשוב לציין שבאי-שוויון הכוונה לאי-שוויון מהותי ולא פורמאלי. כלומר, לא מדובר בהשוואת מספר הרופאים במרכז לרופאים בדרום אלא למספר הרופאים בהתאם לגודל האוכלוסייה, כלומר בהתאם לצרכים.

בסקר שנערך בקרב מקבלי החלטות ואנשי מקצוע במערכת הבריאות בישראל, נמצא כי הם מודעים לקיום אי-השוויון הזה בשירותי הבריאות, אך חולקים בדעותיהם בנוגע לממדיו. המרואיינים העלו שלוש תוצאות חברתיות אפשריות לאי-שוויון במערכת הבריאות (אפשטיין ואחרים, 2006):

- 0 אי-השוויון בבריאות מהווה איום חמור על היציבות החברתית במדינה.
- 0 לבריאות לקויה יש השלכות כלכליות חשובות על החברה ככלל (כגון אובדן ימי עבודה)
- 0 לאי-שוויון בבריאות יכול להיות מחיר גבוה למערכת הבריאות, לכלל החברה, לפרטים

להבדלים בפיזור השירותים משמעות נוספת והיא גידול בעלויות. מחקרים מראים שמרפאות שקיימת בהן רמת ביצוע גבוהה במדדי האיכות ברפואת הקהילה, מתאפיינות בעלויות נמוכות וחיסכון במשאבים נוספים, בפרט שירותי אשפוז. כלומר, נגישות לשירותים רפואיים ופיזורם בהתאם לצרכי האוכלוסייה יכולים לחסוך בעלויות כתוצאה מסיבוכים ואשפוזים מיותרים (כהן ואחרים, 2010).

4. התמודדות עם אי-שוויון בעולם- פתרונות אפשריים

נושא אי-שוויון בשירותי בריאות אינו ייחודי לישראל. מדינות רבות מתמודדות עם הבעיה ומשתמשות באמצעים שונים (חורב, 2008). ניתן לחלק את הפתרונות בעולם לשלוש קבוצות עיקריות:

1. חקיקה המחייבת השקעה בבריאות
 2. תוכניות התערבות לפי מחלות
 3. תוכניות של תמריצים והשקעה כלכלית בבריאות
- קופות חולים כמו מכבי והכללית מפעילות תוכניות התערבות או תוכניות למעקב אחרי איכות הטיפול לפי מחלות אך זהו נושא רחב שלא בהכרח תלוי בפיזור הגיאוגרפי של השירותים ונייר זה לא יעסוק בו. ברוב המדינות מונהגת מדיניות המשלבת אמצעים משלושת הקבוצות. הצורך בשילוב נובע מכך שהחקיקה אינה מספיקה ולרוב יש לחזק אותה עם תמריצים מתאימים. נייר זה ממליץ לשלב תמריצים כלכליים עם החקיקה הקיימת.

5. המדיניות הנדרשת מצד משרד הבריאות

במנגנון הקיים היום, אין תמריץ לקופות החולים להשקיע בבריאות. בנוסף, הקופות אינן מחויבות לפזר את שירותיהן בצורה שוויונית וכך הן יכולות להשקיע יותר במרכז שנחשב רווחי יותר. עלויות השירותים בבריאות גבוהות יותר (נירל ואחרים, 2001) ושיעורי הרכישה הגבוהים יותר של שב"ן⁴ באזור המרכז גורמים להעדפת מבוטחים מאזור המרכז ולפיזור לא שוויוני של שירותי רפואה (בן נון, 2009).

⁴ שירותי בריאות נוספים, לדוגמה: כללית מושלם פלטינום וכדומה. הרחבת הביטוח לשירותים נוספים שאינם נכללים בסל הבסיסי ועולים יותר.

כפי שתואר לעיל, עניין התקצוב בהתאם לריחוק הגיאוגרפי מוזכר בחוק אך עדיין לא יושם בשל קשיים טכניים. לא נמצאה דרך להגדיר באופן אחיד את עניין הריחוק או במילים אחרות, איך מגדירים מה ייחשב כפריפריה? מעבר לכך, ישנם שיטענו כי הנושא אינו שייך לתחום סמכותו של משרד הבריאות.

בשנים האחרונות חלו שתי התפתחויות משמעותיות בעניין זה. הראשונה היא פרסום מדד פריפריאליות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס, 2008). המדד קובע לכל יישוב את רמת הפריפריאליות שלו אשר נמדדת לפי משתנים שונים בין השאר ריחוק ממרכזי אוכלוסייה ומהמרכז.

ההתפתחות השנייה נובעת מהראשונה והיא החלטת ממשלה בדבר אזורי עדיפות לאומית מדצמבר 2009. ההחלטה מבוססת על חוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה לשנים 2009-2010 התשס"ט)⁵ ונדרשת להגדיר מה נחשב כפריפריה, כלשון ההחלטה: "בבסיס ההחלטה עומדת התפיסה, לפיה, פריפריאליות היא שאלה של נגישות לשירותים, למוקדי בריאות, השכלה, תרבות, תעסוקה, מסחר וכו' והיכולת של התושבים לנצלם באופן אפקטיבי" (החלטת ממשלה 1060). ההחלטה משלבת שני מדדים: מדד הפריפריאליות והמדד החברתי-כלכלי של הלמ"ס⁶. ההחלטה קובעת באילו אזורים נדרשת השקעה נוספת בשל הריחוק הגאוגרפי, מעמד סוציו-אקונומי של התושבים וסיבות נוספות, אך משאירה לכל משרד לקבוע את האופן בו הוא יבצע את ההחלטה. על פי ההחלטה, הפריפריה מוגדרת לפי נפות שקיבלו ציון 21 ומטה. סך האוכלוסייה ביישובים העונים להגדרה זו הינו 1,754,600 תושבים, המהווים 25% מכלל האוכלוסייה⁷.

נייר זה רואה בהחלטת הממשלה חלון הזדמנויות ליישום המדיניות שכדאי לנצל. ההחלטה יוצרת אחידות בין המשרדים בהחלטות הנוגעות לפריפריה וביכולתה ליצור אחידות בין החלטות שונות בתוך המשרד. המשרד נדרש ליישם שני חוקים נפרדים: חוק הבריאות וחוק אזורי עדיפות לאומית. במקרה זה, במקום ליצור שני מדדים נפרדים, ניתן להשתמש בשני החוקים במדד המשולב של אזורי עדיפות לאומית. מדד זה הינו מתאים ביותר גם לחוק הבריאות מכיוון שהוא מכיל את המהות של ההבדלים בנגישות שהם אינם גיאוגרפיים גרידא, אלא תלויים גם ביכולות כלכליות של המבוטחים כפי שהוצג קודם. מעבר לסיבות אלה, שימוש במדד המשולב יוכל לסחוף תמיכה רחבה יותר במדיניות המשרד ובעיקר את תמיכתם של אנשי מפתח לצורך יישום המדיניות כפי שאציג בהמשך.

⁵ החוק הפך לחוק ההסדרים לשנים 2009-2010. ההחלטה מבוססת על פרק כו בחוק.

⁶ להסבר על החלטת הממשלה ואופן חישוב המדדים ראה נספח 3.

⁷ לחישוב האוכלוסייה ראה נספח 3.

6. החלופות המוצעות

כל החלופות מתייחסות ליעד אוכלוסייה כפי שנקבע בהחלטת הממשלה. כמו כן, כל החלופות מציעות תמריץ כלכלי לקופות החולים בדמות תוספת תקציב. מה שמבחין בין החלופות הוא האופן שבו התמריץ יינתן לקופות ועל סמך מה.

חלופה 1 – הגדרת יעדים לשיפור השירות

חלופה זו מציעה לחייב את קופות החולים לעמוד ביעדים של שירות על מנת להשוות את השירותים הניתנים בפריפריה לאלו הניתנים במרכז. הקופות יתוגמלו בהתאם לעמידה ביעדים ובאופן יחסי לגודל הקופה.

מכיוון שלא ניתן להשוות את השירותים באופן מיידי מוצע יישום הדרגתי, כך שבכל שלב יוגדר יעד שיקדם את השוואת השירותים וכל שלב יוסיף על השלב הקודם מבחינת כמות כ"א ותשתיות. לדוגמה: כיעד ראשון מספר הרופאים 10,000 מבוטחים יגדל בשני רופאים, היעד השני יגדיר שני רופאים נוספים וכן הלאה עד שנגיע למספר שווה של רופאים לפי גודל האוכלוסייה. אותו הדבר יתקיים לגבי שאר הצוות הרפואי והשירותים השונים.

מכיוון שאין בנמצא מספיק רופאים על מנת לחסות על הפערים האזוריים, היישום ההדרגתי יאפשר תכנון כ"א לטווח ארוך. בנוסף, החלופה לא מחייבת בהכרח גיוס כ"א חדש. קיימות בפני הקופות מספר אפשרויות להרחבת השירותים אותן הן יכולות לממן בעזרת התקציב הנוסף:

- הסטת משאבים קיימים, למשל רופאים מומחים באזור המרכז יכולים לעבוד יום בשבוע בפריפריה וכדומה.

- קניית שירותים מגורמים אחרים- למשל הן יכולות לקנות "שעות רופא" של רופאים פרטיים או שירותים רפואיים אחרים מגופים פרטיים, בתי חולים או ממד"א.

- קניית שירותים מקופה אחרת המספקת כמות גדולה יותר של שירותים בפריפריה.

- איגום משאבים ויצירת מרכזי שירות למספר קופות- במקום שיהיו באזור מסוים מספר מרכזים הקופות יכולות להקים מרכז משותף שיוזיל את העלויות לכל קופה.

הרציונאל של החלופה הינו הגדרת יעד מראש ולאפשר לקופות להגיע אליו בעזרת מימון נוסף. כך החלופה תטפל באופן ישיר בצמצום הפערים בין הפריפריה למרכז. על מנת שהרחבת השירותים תהיה יעילה ואכן תענה על הצרכים של התושבים, משרד הבריאות יבצע פיקוח ויגדיר את הצרכים להם הקופות צריכות לספק מענה. היישום ההדרגתי יעזור בכך שיאפשר זמן ללמידת

חלופה 2- מתן משקל שונה למבוטחים בפריפריה בנוסחת הקפיטציה

חלופה זו מציעה ליישם את החוק הקיים ולהעניק משקל שונה למבוטחים מהפריפריה בנוסחת הקפיטציה. מטרת התקציב הנוסף לכסות את עלויות ההשקעה בפריפריה וכך לתמרץ את הקופות להשקיע יותר. הנושא נמצא בדיון במשרד הבריאות וכבר הועלתה הצעה בנושא אך טרם התקבלה החלטה.

לחלופה זו שני חלקים :

1. מתן משקל תקציבי שונה למבוטחים בפריפריה (שיוגדרו בהתאם לחוק אזורי עדיפות

לאומית). ההצעה הקיימת היום במשרד הינה להגדיר את המבוטחים לפי מדד

הפריפריאליות (עד רמה 4 במדד). אזורי עדיפות לאומית מוגדרים לפי מדד משולב כאשר

מדד הפריפריאליות של היישובים שנכללים בחוק מגיע עד רמה 4.7⁸ כך שההבדל בין

ההצעות אינו גדול. המשמעות מבחינת מספר תושבים היא תוספת של 719,955⁹ תושבים.

2. במצב הקיים תקציבי הקופות אינם "צבועים", כסף המגיע ממבוטחים בפריפריה יכול

לשמש למימון תשתיות במרכז. החלופה מחייבת שהתקציבים שמגיעים מהפריפריה

יחזרו להשקעה בפריפריה.

ההבדל בין שתי החלופות הראשונות הוא שבראשונה מוגדר לקופות כיצד עליהן להשקיע ובחלופה

השנייה התקציב מועבר בהתאם למספר המבוטחים בפריפריה אך האופן שבו יושקע בפריפריה

נתון להחלטת הקופות. מצד אחד זה יחייב פחות פיקוח ויוכל להשיג תמיכה גדולה יותר מהקופות

אך מצד שני לא תהיה הכוונה מלמעלה ליעדים של המשרד. הדרך לעקוף את הבעיה תהיה לשתף

את הקופות בצרכים של התושבים וביעדי המשרד.

⁸ החישוב נעשה על פי ממוצע בכל נפה.

⁹ סה"כ תושבים ביישובים המדורגים עד רמה 4 באשכול פריפריאליות 1,034,645

חלופה 3- תקצוב המבוטחים מהפריפריה

חלופה זו מציעה להעביר את התקציב הנוסף לקופות לא באופן ישיר אלא דרך המבוטחים ולתמרץ את הקופות להשקיע בפריפריה באמצעות הגברת הביקושים. החלופה תחזק את הכוח של המבוטחים "כצרכנים" אל מול הקופה. לחלופה שני חלקים:

1. מימון נסיעות למבוטחים על מנת לקבל שירות. מימון זה יוכל להגדיל את מספר המבוטחים שירצו לקבל שירות ויקטין את מספר המבוטחים שמוותרים של שירות רפואי בשל מגבלות כלכליות או של ריחוק השירותים מביתם. כיום ההחזר הכספי ניתן על ידי הקופות רק לחולים אונקולוגים או לחולי אי ספיקת כליות כרונית¹⁰. החלופה מציעה להרחיב את מעגל הזכאים למבוטחים הנדרשים לעבור טיפולים מיוחדים (טיפול הדורש רופא מומחה ואינו ניתן במרפאה קהילתית) ולכל מי הזקוק לטיפול אשר זמן ההמתנה עבורו בפריפריה עולה על שבועיים.

2. מימון קניית שירותי שב"ן. תושבים בפריפריה יקבלו מימון של עד 50% לטובת קניית שירותי ביטוח נוספים על פי הבחנה חברתית-כלכלית (המוגדרים באשכול כלכלי חברתי עד אשכול 6). מימון זה יגדיל את מספר המבוטחים בעלי ביטוח משודרג, יעלה את כוח הקנייה של המבוטחים בפריפריה ויגביר את התחרות בין הקופות. הרחבת הביקושים בפריפריה תתמרץ את הקופות להגביר את אספקת השירותים. יחד עם זאת, הקטנת העלויות עלולה ליצור או לחזק כשל שוק (Moral Hazard) כתוצאה מעלות שולית השואפת לאפס בצריכת השירותים, תופעה המוכרת כתוצאה משעורי שימוש גבוהים בשב"ן (ברמלי- גרינברג וגרוס, 2003). לכן נדרשת מידה של השתתפות עצמית בעלת ערך למבוטח אשר באה לידי ביטוי בחלופה זו בהבחנה הסוציו-אקונומית ובמימון החלקי.

מנגנון מימון המבוטחים יסייע למשרד לקיים מעקב על ההחזרים. כל החזר כזה משמעו מבוטח שלא קיבל את השירות הנדרש קרוב למקום מגוריו (כפי הנדרש בחוק). כמות החזרי הנסיעות להן תיגדל הקופה תעיד על העדר שירותים נדרשים בפריפריה ועל זמני המתנה ארוכים מידי. לאחר תקופת מעקב מסוימת המשרד יקבל תמונה מפורטת על כמות השירותים הנדרשים. בשלב זה המשרד יחייב את הקופות להוסיף שירותים. באמצעות הפיקוח המשרד ינחה מהם השירותים הנדרשים על מנת שהשירות יהיה כמה שיותר מותאם לצרכים של האוכלוסייה. הרחבת השירותים תפחית את הצורך של המבוטחים לנסוע למרכז על מנת לקבל שירות רפואי. במקרה

¹⁰ לזכויות החולים <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=73&catid=654&pageid=3618> (תאריך כניסה 2.7.10)

7. ניתוח החלופות

ניתוח החלופות יעשה בהתאם לקריטריונים הבאים : עלות, שיפור איכות השירותים והשווינויות, ישימות, תמיכה פוליטית, רווחת התושבים והשפעות חיצוניות.

עלות¹¹

חלופה 1- הגדרת יעדים לשיפור השירות	חלופה 2- מתן משקל שונה למבטחים מהפריפריה	חלופה 3- תקצוב מבטחים מהפריפריה	
מספר תושבים	1,754,600	1,555,446 שב"ן 1,754,600 נסיעות	1,754,600
סה"כ עלות	227 מלש"ח	339 מלש"ח	588 מלש"ח

העלות המחושבת הינה לשנה אחת. בחלופה הראשונה העלות מחושבת לפי יעד ראשוני של שלושה רופאים מומחים, רופא אחד ל 10,000 איש ושני מכשירי MRI או CT. העלות של החלופה השלישית מורכבת מעלות נסיעה ממוצעת בתחבורה ציבורית לאזור המרכז המוכפלת במספר התושבים ועלות מימון של 50% מעלות השב"ן רק לתושבים מאשכול חברתי כלכלי 6 ומטה.

שיפור איכות השירותים והשווינויות

קריטריון זה בעצם בוחן האם החלופה משיגה את המטרה. החלופה הראשונה תקבל את הציון הגבוה ביותר על פי קריטריון זה שכן היא מחייבת את הקופות לעמוד ביעדים. לגבי החלופות האחרות השגת היעדים תלויה בקופות ולכן הן יקבלו ציון נמוך.

¹¹ לחישוב מפורט של העלויות ראה נספח 5.

ישימות

החלופה הישימה ביותר הינה החלופה השנייה. החלופה מתבססת על תשתית קיימת ויש כבר המלצה של ועדה בנושא כולל הסכמה של האוצר. החלופה הראשונה דורשת השלמת כוח אדם וציוד רפואי שיכולים להקשות על יישום החלופה באופן מלא. לכן היא תקבל את הציון נמוך. החלופה השלישית מצריכה הרחבה של מנגנון ההחזרים לחולים ופיקוח רב מצד המשרד ולכן גם היא תקבל ציון נמוך.

תמיכה פוליטית

גיוס תמיכה לחלופה השנייה יהיה הפשוט יותר מבין השלוש. יש עליה הסכמה והיא תקבל את החיזוק המשפטי מכוח החוק. החלופה השלישית יכולה להיתקל בהתנגדויות מאזורים אחרים שיטענו לאפליה. החלופה הראשונה יכולה להיתקל בהתנגדות מצד הקופות שלא ירצו שיהיה עליהם פיקוח מבחינת הסדרת השירותים.

רווחת התושבים

החלופה הראשונה תעלה את רווחת התושבים בצורה המשמעותית ביותר מבין השלוש. לגבי החלופה השנייה והשלישית לא בטוח עד כמה יהיה שינוי מכיוון שהן משאירות את ההחלטות לקופות. אך בכל זאת, החלופה השלישית תקשה יותר על התושבים שכן בשלב הראשון היא מחזקת מצב קיים בו התושבים צריכים לנסוע כדי לקבל שירותים. לכן חלופה זו תקבל את הציון הנמוך ביותר.

השפעות חיצוניות

קריטריון זה בוחן מה יהיו "תופעות הלוואי" של החלופה. החלופה השלישית עשויה לגרום להגדלת מחירי הביטוחים כתוצאה מהגדלת הביקושים. הקופות יכולות לנצל את ההזדמנות ולמכור ביטוחים נוספים יקרים יותר על מנת לשמור על סלקטיביות (מתוך מחשבה ששב"ן לא אמור להיות מיועד לכולם). אם יש צורך בכך אולי המקום הנכון לעשות זאת הוא דרך הרחבת סל הבריאות. לגבי החלופה הראשונה יש חשש שהיא תוריד את האיכות כתוצאה מפיזור יתר של שירותים. לנפח של מידת השימוש בשירותים יש השפעה על מיומנות הרופאים ואיכות השירות. אם נפזר את השירותים ונקטין את הנפח יש חשש שתהיה לכך השפעה על האיכות בטווח הארוך. לכן שתי החלופות יקבלו ציון נמוך.

סיכום ניתוח החלופות

מבטחים מהפריפריה	משקל שונה למבטחים מהפריפריה	יעדים לשיפור השירות	משקל	
1	2	3	20%	עלות
1	1	3	20%	שיפור איכות ושוויון
3	3	1	30%	קשה ליישום
3	3	2	10%	תמיכה פוליטית
1	2	3	10%	רווחת התושבים
1	3	1	10%	השפעות חיצוניות
60	77	70		ציון סופי

• ציון 3 הוא הציון הגבוה.

8. המדיניות המומלצת

מניתוח החלופות עולה כי המדיניות המומלצת היא מתן תקציבים לקופות לפי מספר מבטחים מהפריפריה. חלופה זו קלה יחסית ליישום, עלותה בינונית וצפויה לזכות בתמיכה פוליטית רחבה. בהמשך יוצג מארז המדיניות הנדרש ותכנית אסטרטגית מומלצת ליישום המדיניות.

9. מארז מדיניות

אי-שוויון בשירותי בריאות בפריפריה הינו מורכב ודורש עשייה במספר תחומים, בג"צ קבע שהזכות לבריאות כוללת: "...היבטים נוספים המשפיעים על בריאות האדם, כגון- הסברה וגישה למידע בנושאי בריאות, גישה למזון ולמים ראויים לשתייה בתנאי תברואה הולמים, איכות סביבה שאינה פוגעת בבריאות האדם ועוד" (בג"צ לוזון 3071/05). על כן, לצד החלופה המומלצת ישנם מספר צעדים משלימים שיש לנקוט: פרסום מידע על קופות החולים, הנגשת מידע לשפות שונות ושיפור תשתיות מקדמות בריאות.

פרסום מידע לתועלת המבוטחים על קופות החולים

משרד הבריאות יפרסם מידע כמו: מספר רופאים, זמני המתנה, היכן הקופה מפעילה את השירותים העיקריים וכל מה שיכול לעזור למבוטחים לעשות בחירה מושכלת בין קופות החולים. המטרה היא להגביר את כוחם של המבוטחים כצרכנים. הם יכולים לבחור את הקופה והם יכולים לבחור לעבור קופה אם השירות לא מספק אותם. פרסום המידע יתמרץ את הקופות להשקיע בפריפריה משני טעמים (Medpac, 2009):

א. הגברת התחרות שתגרום לקופות להעלות את איכות השירות.

ב. האיום באיבוד רווחים אם מבוטחים יעברו לקופה אחרת יתמרץ את הקופות להשקיע יותר.

בנוסף, מחקרים מראים כי חלק מבעיית התמריצים להשקעה הוא חוסר תחושת האחריות של הקופות (Medpac, 2009). לכן על מנת להשלים את מערכת התמריצים ולשתף את הקופות באחריות לשירות איכותי וזמין, הכסף שיחסך כתוצאה מצמצום ימי האשפוז (בעקבות שירות איכותי) יחזור לקופות.

הנגשת מידע לשפות שונות

על משרד הבריאות לפעול על מנת לקדם את הנגישות למידע על שירותי בריאות כולל נגישות תרבותית ושפה. תפיסה תרבותית שונה משפיעה גם בתחום הבריאות. התפיסה התרבותית משפיעה על ההבנה ועל אופן צריכת שירותי הבריאות, למשל: היענות לקבלת חיסונים, אבחון מוקדם כמו בדיקת ממוגרפיה, והיענות לטיפול כמו במקרים של איזון סכרת ולחץ דם. מחקרים מראים כי יש פער בקבלת שירותי רפואה בין יוצאי אתיופיה וותיקים למשל אחוז נמוך של יוצאות אתיופיה מבקרות באופן קבוע אצל רופא נשים או מבצעות בדיקות ממוגרפיה, אותן תופעות קיימות גם בקרב נשים ערביות (אפשטיין, 2009, הר"י, 2008). מחקרים נוספים מראים

על כן, יש להנחות את המחלקה לחינוך לבריאות במשרד הבריאות לנקוט בצעדים הבאים בתחום הנגשת המידע:

1. לפרסם מידע בנושא זכויות, רפואה מונעת וטיפול במחלות בשפות שונות (ערבית, אמהרית ורוסית). כמו כן יש להתאים את המידע עד כמה שניתן לשוני התרבותי.
 2. יש להקים מערך שירותי תרגום, מתורגמנים לשפות שונות שיהיו נוכחים בקופות החולים באזורים עם ריכוז של דוברי השפה ויתרגמו את הוראות הרופא למטופלים.
 3. יש להכין ערכת הסברה לצוות הרפואי על מנת לקדם את המודעות לשוני התרבותי וכיצד ניתן להגביר את איכות התקשורת בין הצוות המטפל למטופל.
 4. פרסום נתונים על הפערים התרבותיים בנגישות לשירותי בריאות וקידום המודעות לכך גם בקרב מקבלי ההחלטות בתחום הבריאות.
- המחלקה יכולה להיעזר בגורמים שונים כמו גורמים מקצועיים מהקופות, מהאקדמיה וממשרד הקליטה לצורך ריכוז המידע, תרגומו והתאמתו לתרבויות שונות. המידע למבוטחים יופץ באמצעות האינטרנט ודרך הקופות בצורת עלוני מידע. המידע למקבלי החלטות יופץ בצורת ניירות עמדה שיכללו הקדמה של ראש הממשלה ושר הבריאות על מנת שיוכלו להשיג תמיכה רחבה.

שיפור תשתיות מקדמות בריאות

שיפור תנאים סביבתיים מקדמי בריאות (מים נקיים, חשמל, תשתיות וכו') אינם תחת סמכותו של המשרד אך יכולים להשפיע בצורה ניכרת על רמת הבריאות של התושבים. בעיית התשתיות הינה בעיה ידועה ומשפיעה על רמת התחלואה ועל האפשרות להקים מרפאות ושירותים אחרים. לקידום מהלך זה המשרד יידרש לשיתופי פעולה עם משרדים שונים. אחת מהמסגרות לפעולות מסוג זה היא המועצה הארצית לתכנון ובנייה שבה יושבים נציגי המשרדים השונים כולל נציג של שר הבריאות. יש להכין נייר עבודה המתאר את הצרכים בשטח והיכן הפערים הדחופים ביותר. יש להנחות את הנציג מטעם שר הבריאות היושב בוועדה לקדם את הנושא במועצה וליצור שיתופי פעולה עם משרדים נוספים כמו משרד התשתיות, משרד השיכון וכו'. יש לזהות את האינטרס של המשרדים האחרים בקידום עניין התשתיות וליצור שיתופי פעולה בנושא. בנוסף, יש נציג של

10. תכנית אסטרטגית

המדיניות המומלצת מורכבת משני חלקים, תקצוב קופות החולים לפי מבוטחים מהפריפריה ונקיטת צעדים משלימים לצמצום אי השוויון בבריאות. חלק זה יציע תכנית אופרטיבית ולאחריו יוצג מיפוי השחקנים.

שלב ראשון- יצירת קואליציה ליישום המדיניות

תקצוב קופות החולים לפי מבוטחים מהפריפריה תלוי בהגדלת תקציב הבריאות ב- 300 מלש"ח. לכן יש לגייס שחקני מפתח שיתמכו ביישום המדיניות וליצור קואליציה של הגורמים המעורבים ביישום. שחקני המפתח החשובים:

בנימין נתניהו- ראש הממשלה ושר הבריאות

בעל משאבים רבים והשפעה על המערכת הפוליטית בכלל. יזם את החוק לאזורי עדיפות לאומית. גיוס תמיכתו תיצור מחויבות גדולה יותר מצד משרד ראש הממשלה שאחראי על יישום חוק אזורי עדיפות לאומית וייצור עוד לחץ על משרד האוצר.

אסטרטגיה מומלצת

יש להציג את המדיניות כצעד ביישום חוק אזורי עדיפות לאומית בנוסף ליישום חוק הבריאות. מעבר לכך שהוא לקח על עצמו את תיק הבריאות וזה יהיה באחריותו אם החוק שנקבע כבר ב- 1994 ימשיך להיות לא מיושם בצורה מלאה. בנוסף, ניתן להשתמש בנימוק שתמיכתו תציג אותו כמי שתומך בצמצום אי-שוויון ותשפר את תדמיתו בקרב הציבור שחושב שנתניהו "רע לחלשים".

אודי ניסן- ראש אגף התקציבים במשרד האוצר

שחקן מפתח חשוב שכן הוא שולט על התקציבים. האינטרס שלו הוא שמירה על יעדי התקציב וצמצום ההוצאה הציבורית. יחד עם זאת, יש לציין שכבר התקיימו דיונים בנושא עם משרד האוצר לגבי התכנית המצומצמת שהוזכרה קודם.

אסטרטגיה מומלצת

בדיון מול משרד האוצר יש לעסוק רק בהרחבת התקציב ל 100 מלש"ח נוספים ולהדגיש כי כבר יש הסכמה על 200 מלש"ח. הרחבת התכנית תוצג כמהלך להגדלת היעילות התקציבית: במקום

תמיכה של שני הגורמים הללו שהם בעלי השפעה על כל המערכת הפוליטית תהווה מנוף להשגת תמיכה רחבה יותר.

קופות החולים - כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת

שותפות ביישום המדיניות לכן שיתוף הפעולה שלהן הינו הכרחי. הן מספקות את השירותים בפועל והמשרד אחראי על חלוקת התקציב המגיע להן. יחד עם זאת הן מוכרות שב"ן למבוטחים שמהווה חלק נכבד מהכנסותיהן ולכן הן יושפעו מעמדת המבוטחים. לקופות הגדולות מכבי וכללית משתמשים במדדים לשיפור איכות השירותים אך לא לגבי פריסת השירותים. הקופות כן מציגות עמדה שתומכת בצמצום אי-השוויון בשירותים.

אסטרטגיה מומלצת

יש לשלב אותן בדיונים בנושא כבר מההתחלה. ההתנגדות של הקופות יכולה להתייחס לשתי נקודות: קופות קטנות עם מספר קטן של מבוטחים בפריפריה (כמו מאוחדת) ובנושא חיוב השקעת התקציב בפריפריה שילווה בפיקוח מסוים מצד המשרד. לגבי נקודת ההתנגדות הראשונה יש להציג את המדיניות כפועלת גם לטובתן של הקופות הקטנות, התקצוב הוא יחסי לגודל והגברת התחרות יכולה לפעול גם לטובת הקופות הקטנות שיש להן הזדמנות למשוך אליהן יותר מבוטחים מהפריפריה אם יספקו שירות נגיש יותר מהקופות האחרות. לגבי נקודת ההתנגדות השנייה יש להשתמש בתמיכה העקרונית של הקופות לצמצום אי השוויון, יש להציג זאת כצעד שיצמצם את אי השוויון ושב לקופות יש השפעה מכרעת. במידה והן מתנגדות יש להציג זאת כחוסר נכונות לצמצם את אי השוויון. הקופות לא יוכלו להרשות לעצמן מבחינה חברתית ומקצועית להיות מוצגות ככאלה.

תושבים ורשויות המקומיות באזור המרכז

התושבים והרשויות המקומיות באזור המרכז יכולים לראות במדיניות פגיעה באינטרסים שלהם.

אסטרטגיה מומלצת

חשוב להציג את המדיניות כתוספת ולא ככזו שבאה על חשבון המרכז. כדי להקטין את ההשפעה שלהם יש לגייס את ראשי הרשויות המקומיות באזור הצפון והדרום. במקרה של התנגדות במרכז יש להציג כמה שיותר תמיכות מאזורי הפריפריה וכך להקטין את מידת ההשפעה שלהן על דעת הקהל.

שלב שני- פרסום בתקשורת

לתקשורת יש שני תפקידים מרכזיים ביישום, הראשון הוא הבאת המדיניות לידיעת הציבור על מנת לחזק את כוחו ולהפוך את המדיניות לאפקטיבית והתפקיד השני הוא עזרה בריכוך התנגדויות. חשוב להציג בתקשורת את המדיניות בצורה ברורה שהאזרח הפשוט יוכל להבין אותה ולדעת למה הוא זכאי. לאחר גיוס התמיכה הראשונית יש לפרסם את המדיניות בתקשורת כדי למנוע מהמתנגדים לשלוט בדעת הקהל. יש למתג את המדיניות כמצמצמת את אי השוויון ועוזרת לחלשים באמצעות תקציבים נוספים ולא על חשבון החזקים יותר או אזור המרכז. חשוב להזכיר כי מדובר ביישום מדיניות שנקבעה כבר בשני חוקים נפרדים. על מנת לשכנע יותר כדאי להציג לתקשורת נתונים ממחקרים המראים את אי השוויון הקיים ומדוע יש לנקוט במדיניות לצמצמו.

על מנת ליצור הד תקשורתי חיובי סביב המדיניות ניתן לגייס שחקנים נוספים מרשימה בנספח הבא שיתראיינו בתקשורת ויביעו תמיכה במדיניות. זה יסייע גם בריכוך התנגדויות וגיוס דעת הקהל.

שלב שלישי- קידום הצעדים המשלימים

לאחר שהמדיניות העיקרית תצא לפועל יש לפעול על מנת לקדם את הצעדים המשלימים במארג המדיניות. יש לנקוט בפעולות המפורטות במארג המדיניות: פרסום מידע על קופות החולים, הנגשת המידע וקידום תשתיות בריאות.

11. מיפוי שחקנים

נספח זה ימפה את השחקנים הקשורים באופן ישיר ליישום המדיניות וגם את אלה שעשויים להראות התעניינות מתוך אינטרס אישי גם אם לא קשורים באופן ישיר למדיניות. ניתן להשתמש בתומכים מבין השחקנים בשלב השלישי בתכנית האסטרטגית כפי שהוצג בסעיף הקודם.

שחקן	אינטרסים	עמדות	משאבים
הלקוח של הנייר			
מנכ"ל משרד הבריאות- ד"ר רוני גמזו	העלאת רמת הבריאות ושיפור רמת השירותים. מחויב ליישום חוק הבריאות וחוק אזורי עדיפות לאומית.	תומך בשוויוניות בהקצאת השירותים. מעוניין בהקטנת הפערים בין רמת השירותים בפריפריה לזו שקיימת במרכז.	סמכות קבלת החלטות מקצועיות במשרד, בעל השפעה ויכול להניע את הדרג הנבחר לפעולה בנושא.
נבחרים			
ראש הממשלה ושר הבריאות- בנימין נתניהו	קידום מעמדו הפוליטי. שינוי התדמית שנוצרה לו בעבר "כאנטי חברתי". מעוניין לקדם את נושא אזורי עדיפות לאומית ומחויב ליישום חוק ביטוח בריאות.	ניתן לגייס את תמיכתו ליישום המדיניות שתקדם את נושא אזורי עדיפות לאומית.	בעל סמכויות נרחבות ושליטה במשאבים.
סגן שר הבריאות- יעקב ליצמן	קידום מעמדו הפוליטי וקידום המגזר החרדי שממנו מגיעים בוחריו. רוב האוכלוסייה החרדית נמצאת באזור המרכז ולכן יתמוך במדיניות שמחזקת את הפריפריה אך לא על חשבון המרכז.	העלאת רמת השירותים הניתנים למגזר החרדי תוך קידום נושאים לפי האינטרסים והצרכים הייחודיים של המגזר החרדי.	בפועל משמש שר הבריאות בעל סמכויות נרחבות בכל תחומי המשרד.
קבוצות אינטרס			
הרשויות המקומיות: שלמה בוחבוט, יו"ר מרכז השלטון המקומי	דואג לפיתוח הרשויות המקומיות בייחוד בפריפריה. אך יכול להיות נתון ללחץ מצד הרשויות מאזור המרכז אם ירגישו נפגעות.	פועלים לקידום הרשויות המקומיות בייחוד בפריפריה ולכן יתמכו גם בחלוקה שוויונית יותר של שירותי רפואה.	מקדם את ענייני הרשויות המקומיות בפני גורמי הממשלה השונים ויכול אף להפעיל לחץ ולהוביל מאבקים על מנת לשפר את רמת השירות לתושבים.

שחקן	אינטרסים	עמדות	משאבים
הסתדרות הרופאים בישראל- ד"ר ליאוניד אידלמן יו"ר הר"י	קידום רפואה איכותית וחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. מחויבים גם ללקוחות ההסתדרות, הרופאים עצמם ולא יסכימו למדיניות שתפגע בתנאים ובאינטרסים שלהם.	תומכים ברפואה שוויונית לכל ושואפים להעלות את רמת שירותי הרפואה אך לא במחיר של הרעת התנאים של הרופאים.	משאבים מוגבלים אך יכולים לנהל מאבק כנגד תכניות מוצעות.
קופות החולים	מנוהלות בצורה כלכלית ומקבלות את תקציבן על פי נוסחת הקפיטציה על כן יתמכו בתוספת תקציב לפי מנגנון הקפיטציה. יחד עם זאת לא יתמכו בהגברת הפיקוח עליהן. הן מקבלות תקציב נוסף מרכישת שב"ץ על ידי המבוטחים ולכן יושפעו מאוד מעמדת המבוטחים ומאזן הכוחות הכלכליים בין הפריפריה והמרכז.	יתמכו בשינוי המנגנון התקציבי הקיים רק אם יגדיל להן את התקציב. יש חשש שקופת חולים מאוחדת שאין לה מבוטחים רבים בפריפריה לא תתמוך במדיניות המוצעת.	הזרוע הביצועית של הרפואה הקהילתית. יכול השפעה על איכות השירותים ואופן פיזורם.
רופאים לזכויות אדם- פרופ' צבי בנטואיץ - יו"ר העמותה	תומכים בקידום זכויות בתחום הרפואה בייחוד בהקצאה שוויונית של שירותים.	בעד קידום חלוקה שוויונית של שירותי רפואה, הגברת הנגישות וסיוע לאוכלוסיות חלשות.	יכולת לקדם את הנושא בתקשורת, עירוב גורמים בינלאומיים ופעילות לובי מול הח"כים והממשלה.
מכוני מחקר : ון- ליר – פרופ' גבריאל מוצקין, מרכז אדווה – פרופ' שלמה סבירסקי.	עוסקים רבות בנושא ומעוניינים לקחת חלק במחקרי מדיניות בתחומים שונים ובפרט בתחומים של אי-שוויון.	באופן כללי בעד הקצאה שוויונית של משאבים.	ביצוע מחקרים ו"שיווק" הממצאים על מנת להשפיע על מקבלי ההחלטות. קשרים עם גורמי ממשלה שונים. ערוץ תקשורת לעולם האקדמי וחברה בכלל.

שחקן	אינטרסים	עמדות	משאבים
בירוקרטים			
משרד ראש הממשלה- מנכ"ל המשרד אייל גבאי	מעוניין ב"שקט תעשייתי". בייחוד לאור המהלכים שהוביל לאחרונה עם אזורי עדיפות לאומית. מצד שני מעוניין להראות יישום והתקדמות בנושא אזורי עדיפות לאומית ולכן יתמוך בכל התקדמות בנושא.	מעוניין בחיזוק מעמדו הפוליטי של ראש הממשלה ומעוניין להימנע מלהכניס "רעשים" נוספים לעבודה.	שליטה בתקציבים יכולת להטמיע ולהכתיב שינויי מדיניות (יכול להשיג את התמיכה של הקואליציה)
משרד האוצר- ד"ר אודי ניסן, ראש אגף תקציבים	שמירה על יעדי תקציב המדינה	מתנגד לחריגה מהתקציב ולא יתמוך במדיניות שמחייבת תקציב נוסף.	שליטה בתקציב

השחקנים הבאים יכולים לגזור רווח פוליטי מיישום המדיניות למרות שאין להם נגיעה ישירה בנושא וניתן לגייס את תמיכתם.

שחקן	אינטרסים	עמדות	משאבים
השר המופקד לענייני המיעוטים- אבישי ברוורמן	כשר חדש מעוניין לבסס את מעמדו בזירה הפוליטית. קידום המשרד והרחבת סמכויותיו (בייחוד מכיוון שמדובר במשרד השוני במחלוקת). יכול להשתמש בנושא על מנת לקדם את שירותי הרפואה במגזר הערבי והבדואי שמרוכזים בפריפריה ולכן יתמוך במדיניות.	פועל לקידום זכויות המיעוטים ויתמוך במדיניות שמקדמת הקצאה שוויונית יותר של משאבים.	בעל השפעה מוגבלת בשל המעמד הלא גבוה של המשרד. יכול לסייע בהבנת הצרכים של המיעוטים השונים וביישום מארז המדיניות כפי שתואר לעיל.
השר לפיתוח הנגב והגליל- סילבן שלום	מעוניין להציג פיתוח בנגב ובגליל ולבסס את מעמד המשרד. לכן יתמוך ביישום המדיניות.	שוויון בין המרכז והפריפריה	מקורב לראש הממשלה, מצד שני מעמד המשרד נתפס כשולי.
שחקן	אינטרסים	עמדות	משאבים

חח"כ אחמד טיבי זקוק לקולות הבוחרים. פועל לקידום הזכויות של המגזר הערבי שנמצא ברובו בפריפריה. יתמוך ביישום המדיניות המחזקת את הפריפריה.	השוואת רמת השירותים והמשאבים הניתנים למגזר הערבי לאלו הניתנים למגזר היהודי.	משאבים מוגבלים. מצד אחד יכול לסחוף מגזר שלם ועם ניסיון רב ביצירת הד תקשורתי. מצד שני אם הוא יהיה שחקן מרכזי זה יכול לפגוע בקבלת תמיכה משחקנים אחרים.
חח"כ ד"ר רחל אדטו - חברת ועדת העבודה הרווחה והבריאות מעוניינת בקידום מעמדה הפוליטי. פועלת לצמצום פערים בין המרכז לפריפריה בהיצע וברמת שירותי הבריאות. תתמוך ביישום המדיניות ואולי תהייה מעוניינת לקחת חלק ולסייע ביישום.	הגישה הצעת אי אמון בממשלה על רקע הניהול הכושל של מערכת הבריאות בשנה האחרונה.	משאבים מוגבלים אך מכירה את המערכת הפוליטית ואת מערכת הבריאות מבפנים ותוכל לסייע.
חח"כ חיים כץ- יו"ר ועדת העבודה הרווחה והבריאות מעוניין בקידום מעמדו הפוליטי.	שיתוף הועדה בתהליך יכול לחזק את מעמד הועדה	משאבים מוגבלים אך יכול ליצור לחץ פוליטי

רשימת מקורות:

- אפשטיין, ליאון, גולדווג, רחל, איסמעיל, שורוק, גרינשטיין, מרים ורוזן, ברוך (2006) **צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותוכנית פעולה**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- אפשטיין, ליאון (2009) "אי שוויון בבריאות בישראל: הבעיה, הסיבות והפעילות הדרושה לצמצומן" בתוך: דורון, חיים (עורך) **"מערכת הבריאות לאן?"**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון.
- אפשטיין, ליאון וחורב, טוביה (2007) **אי שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות**, מרכז טאוב, ירושלים.
- בן נון, גבי (2009) "מחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד עידן הזהב והפלינוס" בתוך: דורון, חיים (עורך) **"מערכת הבריאות לאן?"**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון.
- ברמלי- גרינברג, שולי וגרוס, רויטל (2003), **שוק ביטוחי הראיות הפרטיים בישראל, 2001**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, רויטל, רוזן, ברוך ושירוס, אריה (1999) "מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי", **ביטחון סוציאלי** 54 עמ' 11-34
- שמש, ענת, סמטניקוב, אמה, דור, מיכאל, שרף, מיקי, שלו, ורדה, רוזנבלום, יוסי ומץ, ערן (2007) **הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים**, משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה.
- דגני, אבי ודגני, רינה (2008) **צריכת שירותי בריאות בישראל, מרכז מול פריפריה**, ההסתדרות הרפואית בישראל.
- האגודה לזכויות האזרח (2008) **הצעות לתיקון נוסחת הקצאת התקציבים לקופות החולים - התמודדות עם פערים בבריאות**, נייר עמדה.
- זמורה, עירית, צרניחובסקי, דב ושמואלי, עמיר "מנגנון הקפיטציה הישראלי וההקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל"
- חורב, טוביה (2008) **צמצום אי השוויון בבריאות הניסיון הבינלאומי ויישומו לישראל**, מרכז טאוב, ירושלים.

- כהן, ארנון, דריהר, יעקב, רגב- רוזנברג, סיגל, יעקבסון אורית, ליברמן, ניקי, גולדפרכט, מרגלית, ובליצר, רן (2010) "תכנית מדדי האיכות בשירותי בריאות כללית: העשור הראשון", **כתב עת הרפואה**, כרך 149, עמ' 209-204
- לבנת, יובל (2008) **אי שוויון בפריסת מכשירים רפואיים מיוחדים ברחבי המדינה**, רופאים לזכויות אדם.
- לוי, שלי (2008) **היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל**, מרכז המידע והמחקר בכנסת, ירושלים.
- משרד הפנים אגף בכיר למנהל מוניציפאלי המחלקה למחקר (2008) **מדד פריפריאליות של רשויות מקומיות**, ירושלים.
- ניראל, נורית, פלפל, דינה, רוזן, ברוך, זמורה, עירית, גרינשטיין מרים וזלצברג סימה (2001) "נגישות שירותי הבריאות בדרום וזמינותם: האם נסגרו פערים לרעת הדרום לעומת אזורים אחרים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי?" **ביטחון סוציאלי** 59 עמ' 76-95.
- צ'רינובסקי, דב (2005) **השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה**, מרכז המידע והמחקר בכנסת, ירושלים.
- Medpac (2009) **Measuring Regional Variation in Service Use**, Report to the Congress

חוקים ובג"צים:

- בג"צ מספר 3071/05 גילה לוזון ואח' נגד ממשלת ישראל ואח'
- החלטת ממשלה מספר 1060 מיום 13.12.2009 בדבר "הגדרת ישובים ואזורים כבעלי עדיפות לאומית"
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1994.
- חוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה לשנים 2009-2010 התשס"ט), פרק כו לחוק ההתייעלות הכלכלית.

אתרי אינטרנט :

- משרד הבריאות **שירותים לאזרח** (תאריך כניסה 2.7.10)

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=73&catid=654&pageid=3618>

- קופת חולים כללית **תעריפון ביטוח מושלם**

[/http://www.clalit.co.il/HE-IL/Mushlam/miztarfim/cost](http://www.clalit.co.il/HE-IL/Mushlam/miztarfim/cost)

- קופת חולים לאומית – **שב"ן כמה זה עולה לי?**

http://www.leumit.co.il/insure_complete.asp?catid=493&pgid=11875

נספחים

נספח 1- טבלת משקולות הקפיטציה

טבלת משקולות הקפיטציה לאחר עדכון בעקבות ועדת אמוראי 2005 :

חלוקת קבוצות גיל ומקדמי קפיטציה

מקדמי קפיטציה		קבוצות גיל	
חדשים	ישנים	חלוקה חדשה	חלוקה מקורית
1.55	1.26	0-1	0-4
0.96		1-4	
0.47	0.48	5-14	5-14
0.40	0.42	15-24	15-24
0.57	0.58	25-34	25-34
0.68	0.74	35-44	35-44
1.07	1.21	45-54	45-54
1.69	1.86	55-64	55-64
2.86	2.90	65-74	65-74
3.56	3.64	75-84	+75
4.06		+85	

נספח 2 - פערים במכשור רפואי

להלן הנתונים אודות מספר המכשירים בכל אחד מהמחוזות (בסוגריים – מספר המכשירים ל- 500,000 נפש):

דרום	ירושלים	מרכז	תל-אביב	חיפה	צפון	
1,021,200	870,400	1,691,300	1,203,900	864,500	1,203,700	סה"כ תושבים
0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.41)	0 (0)	0 (0)	MRI I 0.5 טסלה ומעלה
0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.83)	0 (0)	0 (0)	MRI I פחות מ- 0.5 טסלה
1 (0.49)	1 (0.57)	1 (0.29)	4 (1.66)	1 (0.58)	0 (0)	MRI
0 (0)	1 (0.57)	1 (0.29)	2 (0.83)	0 (0)	0 (0)	MRI מחקרי
1 (0.49)	1 (0.57)	1 (0.29)	1 (0.41)	1 (0.58)	1 (0.41)	MRI נייד
2 (0.98)	3 (1.72)	3 (0.89)	7 (2.91)	2 (1.16)	1 (0.41)	סה"כ MRI (נייד + נייד + מחקרי)
7 (3.42)	7 (4.02)	10 (2.95)	11 (4.56)	7 (4.05)	10 (4.15)	C.T
0 (0)	1 (0.57)	1 (0.29)	1 (0.41)	0 (0)	0 (0)	C.T מחקרי

דרום	ירושלים	מרכז	תל-אביב	חיפה	צפון	
0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.83)	1 (0.58)	0 (0)	C.T BETA SITE
1 (0.49)	1 (0.57)	2 (0.59)	2 (0.83)	1 (0.58)	0 (0)	C.T סימולטור
8 (3.91)	9 (5.17)	13 (3.84)	16 (6.64)	9 (5.20)	10 (4.20)	סה"כ C.T "ירגיל" + בטא + מחקרי + (סימולטור)
0 (0)	1 (0.57)	1 (0.29)	3 (1.24)	1 (0.58)	0 (0)	PET C.T
0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.58)	0 (0)	SPECT C.T מצלמת גמא משולבת C.T
8 (3.91)	9 (5.17)	15 (4.42)	20 (8.3)	13 (7.51)	6 (2.49)	G.CA
0 (0)	1 (0.57)	2 (0.59)	3 (1.24)	2 (1.16)	0 (0)	G.CA ייעודית
3 (1.47)	5 (2.87)	7 (2.07)	7 (2.90)	5 (2.89)	4 (1.66)	צינתורים
2 (0.98)	3 (1.72)	6 (1.77)	5 (2.07)	4 (2.31)	3 (1.24)	אנגיוגרפיה
3 (1.47)	5 (2.87)	4 (1.18)	9 (3.73)	3 (1.73)	0 (0)	מאיץ קווי
2 (0.98)	0 (0)	1 (0.29)	0 (0)	3 (1.73)	0 (0)	תא לחץ היפרברי
0 (0)	1 (0.57)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	מע' סטראוסקטית במקטעים רבים – S.R.M.F.S
0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.41)	0 (0)	0 (0)	מע' סטראוסקטית לרדיוכירורגיה – S.R.S
0 (0)	0 (0)	1 (0.29)	1 (0.41)	0 (0)	1 (0.41)	מע' חמצון חוץ גופי - ECMO
0 (0)	1 (0.57)	0 (0)	2 (0.83)	1 (0.58)	0 (0)	ליטורטיפטר
0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.58)	0 (0)	קובלט
0 (0)	1 (0.57)	1 (0.29)	1 (0.41)	1 (0.58)	0 (0)	מע' רנטגנית לצילום וצינתור ראש

מקור: לבנת, יובל (2008) "אי שוויון בפריסת מכשירים רפואיים מיוחדים ברחבי המדינה",
רופאים לזכויות אדם.

נספח 3- החלטת ממשלה 1060 אזורי עדיפות לאומית ואופן חישוב המדדים

על מנת ליצור מדד משולב המבוסס על שילוב של שני מדדים: מדד הפריפריאליות והמדד

החברתי כלכלי, בוצע עיבוד של נתוני הלמ"ס עבור כל אחת מהנפות כפי שמופיע בטבלה הבאה:

נפה	ממוצע משוקלל של האשכולות החברתיים-כלכליים (2006)	ממוצע פשוט של אשכולות הפריפריאליות (2004)	אוכלוסייה ביישובים בנפה 2007	שיעור מצטבר מהאוכלוסייה האם נכלל במפה	האם נכלל במפה
-----	-----	-----	-----	-----	-----
גולן	4.2	2.3	9.6	40.6	0.6% כן
צפת	4.4	2.9	12.8	103.0	2.1% כן
באר שבע	4.2	3.7	15.4	534.6	9.8% כן
עכו	3.9	4.0	15.5	542.3	17.6% כן
כנרת	4.8	4.0	19.3	93.0	19.0% כן
יזרעאל	4.3	4.7	20.6	441.1	25.3% כן
חדרה	4.7	5.8	27.2	344.2	30.3% לא
ירושלים	4.1	6.7	27.3	889.2	43.2% לא
אשקלון	4.9	5.8	28.7	461.0	49.8% לא
חיפה	6.5	5.5	36.1	526.2	57.4% לא

השרון	5.8	6.9	39.5	381.3	4356.5	62.9%	לא
רמלה	5.5	7.6	42.2	267.4	4623.9	66.8%	לא
רחובות	6.5	7.2	47.2	480.8	5104.7	73.8%	לא
פתח תקווה	6.5	7.8	50.5	601.4	5706.1	82.4%	לא
תל אביב (תת-נפת רמת-גן)	5.7	9.3	52.9	393.6	6099.7	88.1%	לא
תל אביב (תת-נפת הולון)	6.0	9.0	54.3	308.2	6407.9	92.6%	לא
תל אביב (תת-נפת תל-אביב)	8.1	8.5	68.7	513.6	6921.5	100.0%	לא

- מקור: החלטת ממשלה מספר 1060 מיום 13.12.2009 בדבר "הגדרת ישובים ואזורים כבעלי עדיפות לאומית"

נספח 4- חישוב העלויות

עלות חלופה 1- הגדרת יעדים לשיפור השירות

סה"כ תושבים בפריריה			
1,754,600	175.46	=	1,754,600:10,000=
מספר רופאים נדרש	שכר		
רופאים ראשוני X	8800	=	1544048
3 רופאים מקצועיים X	18000	=	9474840
			132,226,656
מכשור רפואי שני מכשירי CT או MRI	4,000,000		סה"כ 134,226,656

עלות חלופה 2 – מתן משקל שונה למבוטחים בפריריה בנוסחת הקפיטציה

ההצעה הנוכחית של משרד הבריאות היא תוספת תקציבית של 200 מלש"ח עבור 1,034,645 תושבים. בהתבסס על כך 1,754,600 תושבים יעלו 339 מלש"ח.

עלות חלופה 3- תקצוב המבוטחים מהפריריה

סה"כ אוכלוסייה	1754600	שימוש 20% מהאוכלוסייה =	350920	X אוכלוסייה=	28073600
אוכלוסייה לשב"ן	1555446	מימון 30 ש"ח בחודש=	360	X אוכלוסייה=	559960560
סה"כ עלות 588034160					