

**ביה"ס ע"ש פדרמן
למדיניות ציבורית וממשל
האוניברסיטה העברית בירושלים**

**נייר מדיניות בנושא: "השתתפויות עצמיות
במערכת הבריאות"**

מאת: ניר קידר

אוגוסט 2007

תקציר מנהלים

למעלה ממיליון אזרחים במדינת ישראל נאלצו לוותר בשנת 2005 על צריכת שירותי בריאות חיוניים (תרופות מרשם או ביקור אצל רופא) עקב בעיות כלכליות. תופעה זאת, לא רק שפוגעת בבריאותם של האזרחים אלא גם מנוגדת לעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר חרט על דגלו את עקרונות השוויון והצדק. במקביל לגידול בשיעור הויתור על שירותים רפואיים, הכנסותיהן של קופות החולים מגבייה של השתתפויות עצמיות מציבור המבוטחים גדלו ב-350% תוך 10 שנים.

בנייר המדיניות מוצעת חלופת מדיניות אשר עיקרה הוא תוכנית לצמצום תשלומי ההשתתפות העצמית בקרב אוכלוסיות חלשות (קשישים, חולים כרוניים ועניים) אשר הן אלו הסובלות ביותר הן מאי-שוויון במצב בריאותן והן מקושי כלכלי לצרוך שירותי בריאות חיוניים. אומדן העלות של התוכנית הינו 270 מיליון ₪ והוא מתחלק בין הגורמים השונים במערכת הבריאות.

בסופו של הנייר מצורף נספח אסטרטגי אשר מציע קווים מנחים וחבילות מדיניות ליישום התוכנית.

רקע

*"ביטוח בריאות ממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית"
(מדינת ישראל, חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994, סעיף 1)*

מטרתה של מערכת הבריאות בישראל הינה להבטיח את בריאות תושביה תוך עקרונות של צדק ושוויון. נייר זה בוחן האם עקרונות אלו באים לידי ביטוי במערך ההשתתפויות העצמיות הקיים כיום במערכת הבריאות וכיצד ניתן להבטיח כי ההשתתפויות אלו יונהגו לפי עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן: חב"מ).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר נכנס לתוקפו בשנת 1995 מהווה מהפכה במערכת הבריאות בישראל בכלל ובזכויותיו של החולה בפרט. עד לכינונו של חב"מ, לא הייתה חובה בישראל להיות מבוטח באחת מן קופות החולים והמדינה לא הייתה חייבת לספק לאזרח שירותי בריאות (מלבד מספר תחומים אשר נשארו באחריות המדינה גם בעת החלתו של החוק). האזרחים אשר בחרו להיות מבוטחים התחלקו בין הקופות אשר היו משויכות לאיגודים המקצועיים (כללית ולאומית) ולקופות החולים הפרטיות (מכבי ומאוחדת) אשר קיימו סלקציה בקבלת אזרחים לקופה והפלו בין אזרחים על-פי הכנסתם ומצבם הרפואי. ההבדלים בין הקופות יצרו אי-שוויון במערכת הבריאות וקושי רב במימונה. חב"מ ניתק את הקשר של הקופות לאיגודים המקצועיים והעביר את הגבייה של תשלומי הביטוח וחלוקתם מידי הקופות לידי מוסדות המדינה. בנוסף, הבטיח החוק לכל מבוטח סל מחייב של שירותים רפואיים, אותם יקבל המבוטח ללא תנאי. דבר זה הביא למהפכה ביחסים בין הקופה למבוטח (אשר היה חופשי לעבור מקופה לקופה).

סל השירותים אשר נקבע בשנת 1994 עבר מאז ועד היום שינויים רבים, אך בעיקרו הוא כולל את התחומים הבאים: אבחון רפואי וטיפול מרפאתי, רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות, אשפוז, תרופות ומכשירי עזר, טיפולים במחלות קשות, טיפולי פוריות ועוד. זכויות אלו הינן זכויות שוות לכל אזרחי המדינה ללא קשר למינם, מוצאם, הכנסתם או הקופה אליה הם משתייכים.

עם השנים, בעקבות המשבר הכספי של קופות החולים הותר להן לגבות תשלומי השתתפות עצמית עבור חלק מן השירותים. דבר זה נעשה הן על-מנת לשפר את מצבן הפיננסי של הקופות והן על-מנת לצמצם עודפי ביקוש אשר נבעו מעלותו האפסית של הטיפול עבור המבוטחים. ההשתתפות העצמית של המבוטחים הפכה למעשה להוות תנאי סף לקבלת הזכויות אשר קודם לכן ניתנו בחינם (חשוב לציין כי ההשתתפות העצמית עדיין הינה נמוכה ביחס לעלות הטיפול). מבוטח אשר קודם להחלטה על ההשתתפויות העצמיות יכול היה לקבל טיפול רפואי (הקיים בסל השירותים) ללא תשלום, נאלץ אחרי ההחלטה, לשלם מכיסו טרם יהיה זכאי לקבל את הטיפול.

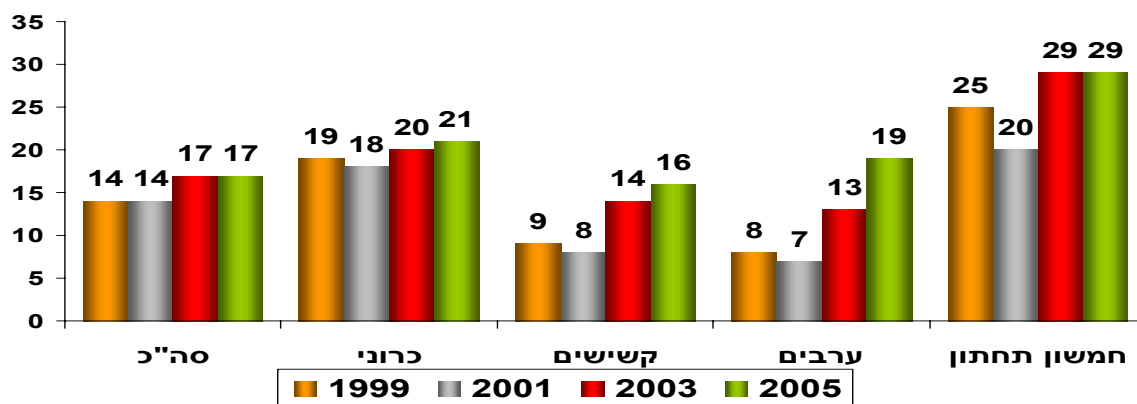
קיים קונצנזוס בקרב אנשי הבריאות בעולם כי חייבת להיות מידה מסוימת של השתתפות עצמית במספר שירותים אשר יש בהם עודפי ביקוש. יחד עם זאת, עולה השאלה מהי מידת ההשתתפות העצמית ובאיזה אופן יש להחיל אותה על כלל האוכלוסייה. השתתפות עצמית גבוהה מדי יכולה לגרום לכך שרק האזרחים אשר ידם משגת לשלם את ההשתתפות העצמית יקבלו מן הקופה את

התרופה (ולמעשה את הזכות לקנות תרופה במחיר מסובסד) וייהנו מן הזכויות אשר מוקנות להם בחוק.

במחקרים שונים אשר נערכו בשנים האחרונות מתברר כי תופעה זאת קיימת ומתרחבת בחברה הישראלית. סקר של מכון ברוקדייל (מכון ברוקדייל, 2007) מצא כי 29% מן האזרחים בחמישון התחתון ויתרו בשנת 2005 על תרופות מרשם חיוניות או טיפול חיוני וכי 21% מן החולים הכרוניים אשר נזקקים לתרופות רבות ומעקב רפואי שוטף נאלצו גם הם לוותר על צריכת שירותי בריאות חיוניים (ראה גרף 1). בקרב כלל האוכלוסייה, הסקר מצא כי **למעלה מ-1,100,000 מאזרחי מדינת ישראל ויתרו בשנת 2005 על צריכת שירותי בריאות חיוניים עקב מגבלות כספיות.**

הסקר החברתי של מרכז טאוב (מרכז טאוב, 2005) מצא כי בשנים 2002-2005 20% מאזרחי המדינה נאלצו לוותר על שירות רפואי נחוץ (כולל ביקורים אצל רופאים ושירותים אחרים)¹. בסקר נמצא כי, תופעה זאת שכיחה בעיקר בקרב בעלי הכנסה והשכלה נמוכה (96% ממקבלי ההכנסה הגבוהה לא נאלצו אף פעם לוותר על שירות רפואי נחוץ). **מכאן אנו למדים כי עיקר הויתור על צריכת שירותי בריאות חיוניים הינו על-ידי האוכלוסיות החלשות במדינת ישראל.**

גרף 1 - ויתור על טיפול רפואי בקופה או על תרופות מרשם בגלל תשלום בשנה האחרונה (באחוזים)



מקור: דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות, מכון ברוקדייל 2007

נושא אי-צריכת שירותי בריאות חיוניים עקב דרישת תשלום בקרב האוכלוסיות החלשות בחברה הישראלית הינו אחד הנושאים החשובים העומדים היום בפתחו של משרד הבריאות. בניגוד לפערים, אי-השוויון וחוסר מיצוי זכויות בתחומים אחרים בחברה הישראלית, במקרה זה אנו מדברים על חיים ומוות. הקטנת שיעור המוותרים על צריכת שירותי בריאות חיוניים תוביל (מלבד חיסכון תקציבי למדינה) לשיפור מצב בריאותן של האוכלוסיות המוותרות ולצמצום אי-השוויון בבריאות. בסקר אשר נערך בשנים 1998-2002 עי"י משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2006) ניתן לראות פערים הולכים וגדלים בתוחלת החיים, תמותת תינוקות ותחלואה באזורים

¹ הסקר של מרכז טאוב בחן נגישות כללית לשירותי רפואה ולא רק כלכלית. לדוגמא, נגישות פיזית ותרבותית.

שונים במדינה. הבטחת יכולתם של כלל אזרחי מדינת ישראל לצרוך שירותי בריאות חיוניים הינו אחד הנושאים החשובים והדחופים ביותר הדורשים טיפול במערכת הבריאות.

מהם הגורמים לתופעה?

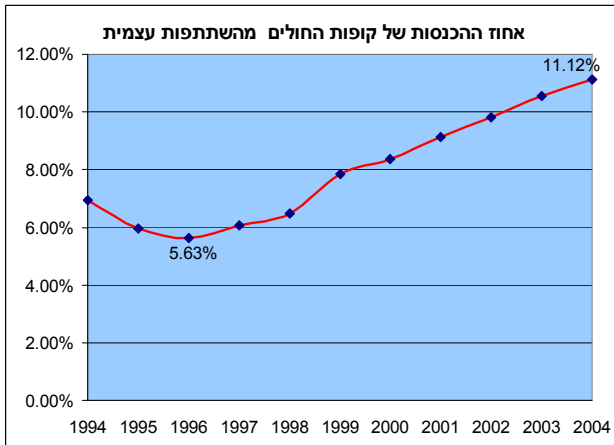
בבואנו למפות את הגורמים לתופעת אי צריכת שירותי בריאות חיוניים בקרב אזרחי מדינת ישראל עקב בעיות כלכליות והתופעות הבריאותיות הנלוות לכך, חשוב להגדיר את טווח הפעולה הקיים למשרד הבריאות. מחקרים שונים מראים כי למערכות בריאות יש השפעה יחסית שולית על מצב בריאות האוכלוסייה. עיקר המשתנים המשפיעים על בריאות האוכלוסייה והפערים הבריאותיים בה נובעים מהבדלים כלכליים, דמוגרפים והבדלים ברמת ההשכלה. יחד עם זאת, למרות שחלקה של מערכת הבריאות בתופעה אינו הגדול ביותר, יש לה תפקיד חשוב בצמצומה הן עקב היותה האחראית המיניסטריאלית לבריאות אזרחי ישראל והן עקב האחריות המוסרית לעקרונות חבב"מ.

עם חקיקת חבב"מ בשנת 1995 ההכנסות של קופות החולים עבור שירותי הבריאות הניתנים בסל נבעו משני מקורות עיקריים: מיסים (מס בריאות, מס מקביל ובמידת הצורך השלמה נוספת מתקציב המדינה) וגביית השתתפויות עצמיות מן המבוטחים בקופה. במסגרת חבב"מ נקבע כי מדי שנה 5.38% מעלות סל שירותי הבריאות ימומנו על-ידי הקופות. באותה התקופה שיעור זה היה דומה לשיעור הגבייה בפועל של הקופות בגין השתתפויות עצמיות.

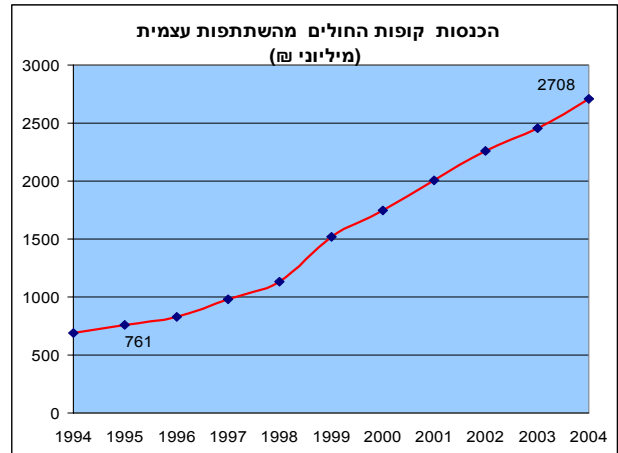
עם השנים (וכפי שניתן לראות בגרפים 2-3), גדל בצורה משמעותית היקף הכנסות קופות החולים מהשתתפויות עצמיות. בין השנים 1995 לשנת 2004 עלו ההכנסות הנומינליות של קופות החולים מהשתתפויות עצמיות בלמעלה מ-35%. בחינה של ההכנסות מההשתתפויות העצמיות של קופות החולים כאחוז מעלות סל שירותי הבריאות² מראה כי אחוז ההכנסות של קופות החולים מהשתתפויות עצמיות עלה בכמעט פי 2 בעשור האחרון. זאת כאשר, היקף המימון של הקופות את עלות הסל נשאר קבוע מאז 1995 ועדיין עומד על 5.38%.

² בשיטה זאת אנו מקבעים את הגידול הדמוגרפי, עליות המחירים והתוספות הטכנולוגיות.

**גרף 3 - אחוז ההכנסות של קופות
מהשתתפויות עצמיות מעלות הסל**



**גרף 2 - הכנסות קופות החולים
החולים מהשתתפויות עצמיות**



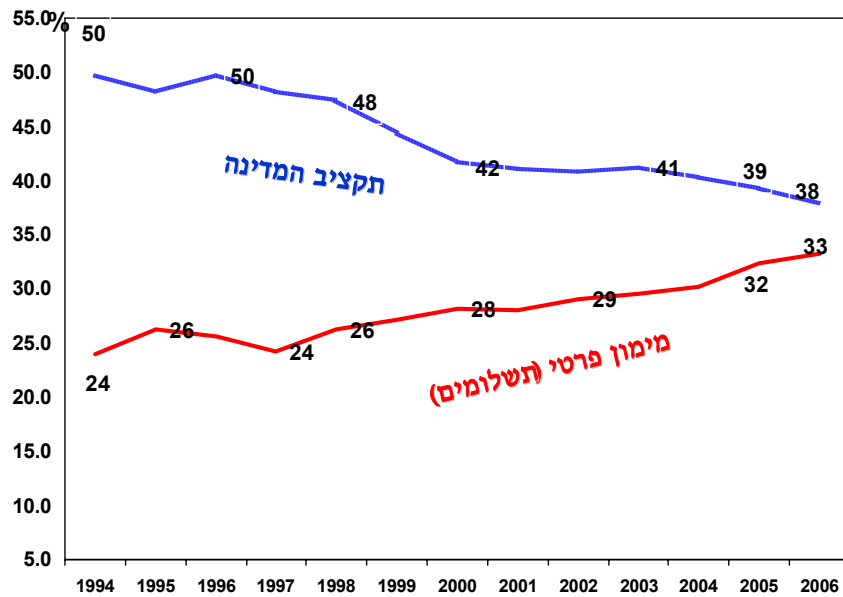
מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

אנו יכולים לראות כי לקופות החולים ישנו תמריץ ברור להגדיל את היקף הכנסותיהן מהשתתפויות עצמיות. ככל שהן יגדילו את הכנסותיהן מהשתתפויות עצמיות כך יגדל הרווח שלהן מכיוון שמקור הכנסות זה אינו צמוד לשיעור ההשתתפות שלהן בעלות סל שירותי הבריאות.

בעיה נוספת הינה הרגרסיביות במימון ההשתתפות העצמית בקרב הציבור הרחב. הרוב המוחלט של תשלומי ההשתתפות העצמית הינם אחידים ואינם מבחינים בין מצב כלכלי, גיל, חולי ומשתנים אחרים. לדוגמא: אגרת ביקור אצל רופא ותקרת ההשתתפות למשפחה בגין אגרות שירותים (כמו גם התשלום עבור תרופות) הינה זהה למשפחה בת חמש נפשות מהעשירון התחתון ולמשפחה בת שלוש נפשות מהעשירון העליון. יחד עם זאת, ישנם מספר תשלומים אשר מבדילים בין האוכלוסיות השונות כגון: תקרת רבעונית לתשלום עבור תרופות לחולים כרוניים, תקרת השתתפות נמוכה ב-50% לקשישים עבור שירותים אמבולטוריים ועוד מספר מועט של דוגמאות.

שינוי מהותי נוסף שחל בעשור האחרון ומשפיע בצורה ישירה על ההוצאה של משקי הבית לבריאות, הינו השינוי בתמהיל ההוצאה הלאומית לבריאות. כפי שניתן לראות בגרף מספר 4, מאז חקיקת חב"מ ישנה מגמה עקבית של ירידה במימון הממשלתי של ההוצאה הלאומית לבריאות המלווה בגידול מקביל בחלקו של המימון הפרטי. משמעות הדבר היא שהנטל במימון ההוצאה הלאומית לבריאות עובר בהדרגה מאחריות המדינה לאחריות אזרחיה. כמו שצויין קודם לכן, משמעות הדבר הינה הגדלת הרגרסיביות במימון מערכת הבריאות וגידול בשיעור האזרחים אשר ידם אינה משגת לצרוך שירותי בריאות חיוניים.

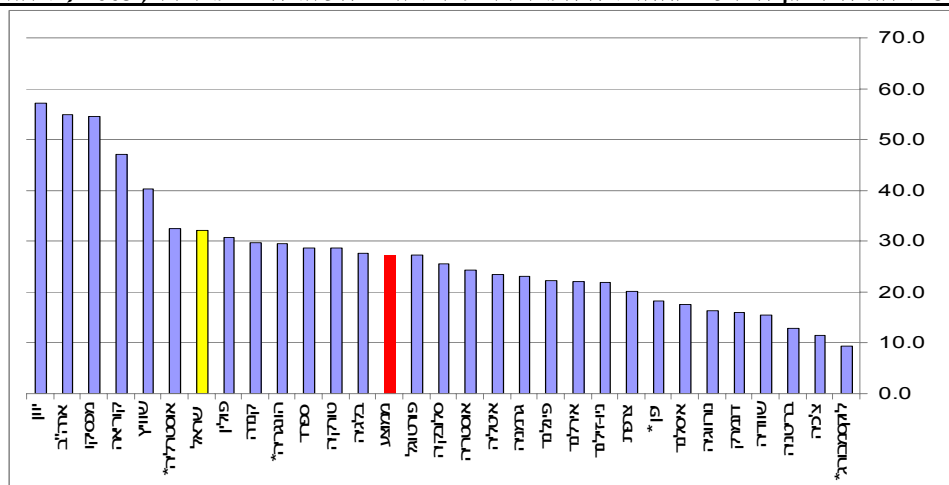
גרף 4 – מגמות במימון ההוצאה הלאומית לבריאות: 1994-2006 (באחוזים)



מקור: עיבוד מנתוני הלמ"ס

השוואה בין-לאומית של היקפי המימון הפרטי בקרב מדינות ה-OECD (גרף 5) מגלה לנו כי מדינת ישראל נמצאת בחלק העליון של הרשימה³. לקראת בחינה של חלופות מדיניות, על קברניטי המערכת לשאול האם דפוס מימון זה משקף את אופיה הרצוי של מערכת הבריאות הציבורית. האם הכוונה שמאחורי חב"מ הייתה ליצור מערכת בריאות שבה הנטל על האזרח הולך וגבר (כפי שקורה היום) וחלק מן האזרחים נשארים מאחור, או מערכת בריאות ציבורית בעלת מאפיינים של שוויוניות והוגנות?

גרף 5- אחוז המימון הפרטי מההוצאה הלאומית לבריאות – השוואה בינלאומית, 2005 (באחוזים)



מקור: OECD health file

³ חשוב להדגיש כי חייבים לנקוט במידת זהירות בכל הקשור להשוואות בינלאומיות עקב השוני הרב באפייני מערכות הבריאות ובשיטות המחקר בין המדינות השונות.

חלופות מדיניות

הצעות לשיפור ותיקון המצב הנוכחי שבו למעלה ממיליון אזרחי מדינת ישראל אינם צורכים שירותי בריאות נחוצים כתוצאה מקשיים כלכליים חייבות לבוא מהכיוון של הקלת נטל תשלומי ההשתתפות העצמית לאוכלוסיות מיוחדות. בשנים האחרונות, בעקבות המגמה של שינוי בנטל התשלומים של ההוצאה הלאומית לבריאות, "עבר" סכום של 3 מיליארד ₪ בשנה ממימון המדינה למימון האזרחים. חלופות המדיניות שיוצגו להלן אינן באות בדרישה להגדיל את תקציב מערכת הבריאות בשלושה מיליארד ₪ ולהחזיר את תמונת המימון שנים לאחור. כפי שנראה, חלקן דורשות מקורות מימון מתקציב המדינה, אך הסכומים שיוצגו קטנים לאין שיעור מהתמורות שעברה מערכת הבריאות בשנים האחרונות.

החלופות יוצגו לפי הקריטריונים הבאים:

- רציונל החלופה
- עיקרי התוכנית
- עלותה הכספית של החלופה
- מידת הפחתת תופעת הויתור על הימנעות מצריכת שירותי בריאות חיוניים – לגבי כל חלופה יצויין מהי מידת תרומתה לצמצום התופעה בה למעלה ממיליון אזרחים במדינת ישראל נאלצים לוותר על צריכת שירותי בריאות, תוך התייחסות לאוכלוסיות הקשישים, החולים והעניים אשר הם אלו שבעיקר סובלים מהתופעה.
- ישימות פוליטית – בקריטריון זה ילקחו בחשבון עמדתם של השחקנים הראשיים בחלופות השונות (לרוב, משרד האוצר וקופות החולים).
- הגברת אחריות המדינה לאזרחיה – לאור השינוי במגמת המימון של מערכת הבריאות בשנים האחרונות, ישנה חשיבות רבה לכך שהבריאות בישראל תהיה זכות ולא מצרך. חלופות אשר יעצימו את הזכויות הקיימות לציבור יקבלו עדיפות בקריטריון זה.
- פיתרון לטווח ארוך – כפי שראינו, בשנים האחרונות מתחולל שינוי במערכת הבריאות הן במקורות המימון והן באפשרות של האזרח הקטן לצרוך שירותי בריאות. חלופות יקבלו הערכה גבוהה בקריטריון זה כאשר הן יציעו פיתרון שימנע חזרה עתידית למצב הקיים כיום.

חלופה א' - קביעת תקרת תשלומים לאוכלוסיות מיוחדות

רציונל

הפחתת תשלומי ההשתתפות העצמית לאוכלוסיות מיוחדות: חולים כרוניים, קשישים ומקבלי הבטחת הכנסה. כפי שראינו בחלק הראשון של הנייר, אוכלוסיות אלו הינן הסובלות ביותר מקשיים בצריכת שירותי בריאות חיוניים. הפחתת נטל ההשתתפות העצמית מאוכלוסיות אלו תפחית את אחוז הויתור על רכישת שירותי בריאות נחוצים כתוצאה מבעיות כלכליות.

עיקרי התוכנית

- חולים כרוניים – קביעת התקרה תהיה למשפחה ולא ליחיד.
כפי שראינו בחלק הראשון, 21% מן החולים הכרוניים נמנעו בשנת 2005 מצריכת שירותי רפואה נחוצים עקב קשיים כלכליים. עיקר ההוצאות של החולים הכרוניים הינן על תרופות, כיום קיימת לחולים כרוניים תקרת התשלום עבור תרופות. התקרה הקיימת הינה ליחיד ועומדת על סך של 750 ₪ ברבעון. משפחות רבות הינן בעלות יותר מחולה כרוני אחד, עבור משפחות אלו התקרה הינה 1500-3000 ₪ ברבעון (תלוי במספר החולים הכרוניים במשפחה).
מוצע לקבוע תקרה משפחתית לחולים כרוניים בגובה של 1000 ₪ ברבעון.
- **קשישים – תקבע הנחה בתרופות מרשם בשיעור של 20%.**
לפי המחקר של מכון ברוקדייל, 16% מן הקשישים נאלצו לוותר על רכישת תרופות מרשם, עקב מחירה. לפי הצעה זאת, כל קשיש יקבל הנחה אוטומטית של 20% בעת רכישת תרופות מרשם הכלולות בסל הבריאות.
- **קשישים מקבלי הבטחת הכנסה – פטור מלא מתשלום עבור תרופות מרשם.**
כיום מקבלים קשישים מקבלי הבטחת הכנסה, הנחה של 50% ברכישת תרופות מרשם. מוצע כי קשישים אלו יקבלו פטור מלא עבור רכישת תרופות מרשם הכלולות בסל הבריאות.
- **מקבלי הבטחת הכנסה – תקרת השתתפות לשירותים אמבולטוריים תופחת בחצי.**
כיום בכל הקופות קיימת תקרה לסכום התשלומים של משפחה בגין שירותים אמבולטוריים. עולים חדשים וקשישים זכאים לתקרה מופחתת בגובה של 50%. מוצע להחיל כלל זה גם על משפחות המקבלות הבטחת הכנסה, ולהוריד את תקרת ההשתתפות ל-50%.
- **פטור מתשלום השתתפות עצמית באשפוז סיעודי מורכב.**
חולה הזקוק לאשפוז סיעודי מורכב, נדרש לשלם השתתפות עצמית של כ-93 ₪ ליום אשפוז. עלות האשפוז לשלושה חודשים מגיעה לכדי למעלה מ-8000 ₪. מוצע לבטל את ההשתתפות העצמית בסעיף זה⁴.

עלות כספית –

- תקרה משפחתית לחולים כרוניים – 75 מיליון ₪ בשנה.
 - הנחה בתרופות לקשישים – 80 מיליון ₪ בשנה.
 - פטור מתשלום עבור תרופות מרשם לקשישים מקבלי הבטחת הכנסה – 60 מיליון ₪ בשנה.
 - מקבלי הבטחת הכנסה – תקרת השתתפות מופחתת למקבלי הבטחת הכנסה - 30 מיליון ₪ בשנה.
 - פטור מתשלום השתתפות עצמית באשפוז סיעודי מורכב – 25 מיליון ₪ בשנה.
- סה"כ – 270 מיליון ₪ בשנה.**

מידת הפחתת התופעה-

⁴ מלבד האפקט השוויוני שטמון במהלך יש לו גם השלכות רחבות בתחום היעילות עקב החלשת התמריץ השלילי של הקופות לפיתוח אלטרנטיבות בקהילה.

היעד הישיר של חלופה זאת הינו האוכלוסיות אשר סובלות ביותר מיותר על צריכת שירותי בריאות חיוניים כתוצאה מקשיים כלכליים. כל עלות התוכנית מופנית למען אוכלוסיות אלו.

ישימות פוליטית -

ישימות פוליטית בינונית, עקב הצורך בהקצאת משאבים נוספים למערכת הן מצד משרד האוצר והן מצד קופות החולים.

הגברת אחריות המדינה לאזרחיה -

בחלופה זאת, חלק ממקורות המימון יגיעו מקופת המדינה. הכרת המדינה בצורך לשפר את מצבן הבריאותי של האוכלוסיות המוותרות על שירותי בריאות כתוצאה מקשיים כלכליים והקצאת המשאבים הדרושים לכך מגבירה את מידת אחריות המדינה לאזרחיה.

פיתרון לטווח ארוך -

הפיתרון המוצע אינו חד-פעמי לתקופה מוגבלת. לאחר אישור החלופה היא תעוגן במסגרת תקנות חב"מ והמקורות התקציביים לכך יעודכנו במסגרת מנגנוני העדכון של סל שירותי הבריאות. יחד עם זאת, אין בחלופה זאת מענה בטווח הארוך למגמה בה קופות החולים מגדילות את היקף הכנסתן מהשתתפויות עצמיות.

חלופה ב' - הצמדת שיעורי השתתפות קופ"ח בעלות הסל למצב בפועל

רציונל

חב"מ קבע כי קופות החולים יממנו 5.38% מעלות סל שירותי הבריאות. שיעור זה נקבע לפי המצב בפועל בעת חקיקת חב"מ. מאז, הכנסות קופות החולים מהשתתפויות עצמיות עלו בצורה משמעותית ונכון לשנת 2004 מהוות למעלה מ-11% (הפרש ריאלי של מיליארד וחצי ₪). במצב הקיים כיום, לקופות החולים אין אף תמריץ להפחית את תשלומי ההשתתפויות העצמיות כאשר כל שקל נוסף מהשתתפות עצמית מגדיל את הרווחים של הקופה. הרציונל מאחורי ההצעה הינו ליצור לקופות תמריץ שלילי להגדלת היקפי ההשתתפויות העצמיות, ובכך לפעול להפחתתם.

עיקרי התוכנית

- הגדלת שיעור ההשתתפות של קופות החולים בעלות הסל ל-6%.
- על הכנסה מהשתתפות של מעל 9% ישלמו הקופות חצי מן ההפרש. לדוגמא: הכנסה של 12% - ישלמו 7.5%

עלות כספית -

אין בתוכנית זאת עלות כספית למדינה. העלות הכספית הינה אך ורק לקופות החולים עקב עליית שיעור ההשתתפות שלהן בעלות הסל. אומדן העלות לקופות בהנחה כי שיעור ההכנסות מהשתתפויות עצמיות כאחוז מעלות הסל ירד ל-10% כתוצאה מהחלופה הינו 300 מיליון ₪ בשנה. ככל שאחוז ההכנסות יעלה כך גם תעלה העלות לקופות.

מידת הפחתת התופעה-

החלופה אינה נוגעת ישירות לאוכלוסיות אשר סובלות ביותר מקושי כלכלי בצריכת שירותי בריאות חיוניים אלא מיועדת לרסן את העלייה החדה בהכנסות הקופות מהשתתפויות עצמיות. מתן התמריץ השלילי לקופות יעודד אותן להפחית את מגמת העלייה בהשתתפויות העצמיות. צעד זה ישפיע על כלל האוכלוסייה, כולל האוכלוסיות המיוחדות.

ישימות פוליטית –

ישימות פוליטית בינונית. מצד אחד, אין מדובר בעלות תקציבית לקופת המדינה, אך מן הצד השני מדובר על הטלת נטל כלכלי כבד על הקופות אשר צפויות להתנגד למהלך בצורה חריפה.

הגברת אחריות המדינה לאזרחיה –

חלופה זאת אינה מגבירה את אחריות המדינה לאזרחיה. מדובר בשינוי טכני אשר אינו מחייב את המדינה בהרחבת השירותים וההנחות הניתנות לאזרחים.

פיתרון לטווח ארוך –

חלופה זאת מציעה פיתרון לטווח הארוך. קבלת חלופה זאת תפחית את תמריצי הקופות להגדלת שיעור ההכנסות מהשתתפויות עצמיות, תגרום להפחתה בשיעור ההכנסות הקיים כיום ותשנה את המגמה בה שיעור ההכנסות עולה בצורה חדה מדי שנה. שינוי המגמה יוביל להקטנת נטל ההשתתפויות המוטל על האזרחים.

חלופה ג' – הרחבת השתתפות המדינה בעלות סל שירותי הבריאות

רציונל

כפי שניתן לראות בגרף מספר 4, בעשור האחרון קיימת תחלופה במקורות המימון של מערכת הבריאות. מימון מערכת הבריאות הופך להיות יותר ויותר פרטי וזאת על-חשבון המימון הממשלתי שאפיין אותו לפני כעשור. חלופה זאת מציעה להגדיל את הזכאויות הניתנות לאזרחים בסל שירותי הבריאות באמצעות הגדלת המימון הממשלתי. הרחבת הזכאויות תעשה בתחומים בהם קיימת כיום השתתפות עצמית ולא תופנה להכנסת שירותים חדשים לסל.

עיקרי התוכנית

- יוקטנו בצורה משמעותית שיעורי ההשתתפות העצמית המותרים כיום לכלל האזרחים.
- מימון הקטנה זאת ופיצוי קופות החולים על אובדן ההכנסה יעשה על-חשבון הרחבת השתתפות המדינה בעלות הסל בצורת תוספת חד-פעמית לבסיס הסל.

עלות כספית

300 מיליון ₪ כתוספת חד-פעמית לבסיס סל שירותי הבריאות. לאחר התוספת לבסיס הסל, סכום זה יעודכן באופן אוטומטי לפי מנגנוני העדכון של הסל.

מידת הפחתת התופעה-

כמו בחלופה הקודמת, גם חלופה זאת אינה נוגעת ישירות לאוכלוסיות אשר סובלות ביותר מקושי כלכלי בצריכת שירותי בריאות חיוניים. ההטבות שינתנו יהיו בעלות אופי אוניברסלי, לכלל האזרחים. ככאלה, ההטבות ישפיעו גם, אך לא רק, על האוכלוסיות שבנדון.

ישימות פוליטית -

עקב העלות הגבוהה לקופת המדינה, צפויה התנגדות תקיפה של משרד האוצר ליישום התוכנית.

הגברת אחריות המדינה לאזרחיה -

חלופה זאת מגבירה בצורה משמעותית את אחריות המדינה לאזרחיה. על-ידי מימון הטבות אוניברסליות בתחום הבריאות, המדינה משדרת מסר כי הבריאות בישראל היא זכות ולא מצרך.

פיתרון לטווח ארוך -

בטווח הארוך הזכויות שיוקנו כתוצאה מן ההתערבות ישמרו ולא יפגעו. יחד עם זאת, אין בחלופה זאת בכדי למנוע עלייה עתידית בהכנסות הקופות מהשתתפויות עצמיות. יתכן כי בטווח הארוך ימצאו הקופות דרכים להגדיל השתתפויות עצמיות בסעיפים אחרים ובכך להמשיך את מגמת העלייה בשיעור ההכנסות מהשתתפות עצמית כאחוז מעלות הסל.

השוואת החלופות

בחלק זה ישווה החלופות לפי הקריטריונים שהוצגו בחלק הקודם. לאחר בחינת החלופות תיבחר החלופה המומלצת. ריכוז הנתונים מוצג בטבלה מספר 1.

טבלה מספר 1 – השוואת חלופות המדיניות

קריטריון / חלופה	חלופה א' – הפחתת תשלומים לאוכלוסיות מיוחדות	חלופה ב' – הצמדת שיעור השתתפות	חלופה ג' – הרחבת השתתפות המדינה
עלות כספית מוסדית	270 מיליון ₪	300 מיליון ₪	300 מיליון ₪
מידת הפחתת התופעה	++	-	+
ישימות פוליטית	+	+	-
הגברת אחריות המדינה לאזרחיה	+	=	+
פתרון טווח ארוך	+	++	+

עלות כספית –

טווח העלות של החלופות השונות הינו בסביבות ה-300 מיליון ש"ח בשנה. כפי שניתן לראות בטבלה 2, ההבדל העיקרי בעלויות הינו לראות בהתחלקות העלות בין הגורמים השונים במשק.

טבלה 2- התחלקות מקורות המימון בין הגורמים השונים

גורם מממן / חלופה	חלופה א'	חלופה ב'	חלופה ג'
משרד האוצר/ מדינת ישראל	190 מיליון ש"ח	-	300 מיליון ש"ח
קופות החולים	80 מיליון ש"ח	300 מיליון ש"ח	-
סה"כ	270 מיליון ש"ח	300 מיליון ש"ח	300 מיליון ש"ח

מידת הפחתת התופעה –

חלופה א', בניגוד לשתי החלופות האחרות, מכוונת ישירות להפחתת התופעה בקרב האוכלוסיות העיקריות אשר סובלות ממנה. שתי החלופות האחרות הינן אוניברסליות בעיקרן וישפרו את המצב של כלל האוכלוסייה, כולל אוכלוסייה שאינה סובלת היום מן הבעיה.

ישימות פוליטית –

בחלופות השונות, שני השחקנים העיקריים (מלבד משרד הבריאות) הינם משרד האוצר אשר אמון על הקופה הציבורית וקופות החולים, אשר מספקות את שירותי הבריאות לאזרחים ומושפעות מבחינה כלכלית מן החלופות השונות. ניתוח כוחם של השחקנים⁵ מראה כי בתמונת המצב הנוכחית מידת הכוח הגבוהה ביותר נמצאת בידי משרד האוצר. לפי קריטריון זה אני מעריך כי מידת הישימות של החלופה השלישית הינה הנמוכה ביותר, עקב הצורך בהקצאה של 300 מיליון ש"ח מתקציב המדינה לנושא זה. שתי החלופות הראשונות דומות במידת יישומן, הראשונה תגרוור התנגדות בינונית הן של האוצר והן של הקופות ואילו השנייה תגרוור לקופות החולים להתנגד לה בחריפות רבה.

הגברת אחריות המדינה לאזרחיה –

החלופות הראשונה והשלישית מרחיבות את "זכויות הבריאות" המוקנות לאזרח הישראלי בעוד החלופה השנייה אינה משנה את המצב הקיים.

פיתרון לטווח ארוך-

שלושת החלופות מיועדות להשפיע גם בטווח הארוך. החלופה השנייה בולטת בקריטריון זה מכיוון שהיא נותנת תמריץ שלילי לקופות להגדלת היקפי ההשתתפות העצמית שלהן. החלופות הראשונה והשלישית לא מונעות מן הקופות להמשיך במגמה של הגדלת היקפי ההשתתפות העצמית.

⁵ יותר בנושא זה ניתן לקרוא בנספח האסטרטגי ליישום החלופה המוגש במצורף לנייר זה.

בחירת חלופת המדיניות המומלצת

לאור בחינת החלופות לפי הקריטריונים השונים אני ממליץ על בחירתה של חלופה א' – הפחתת תשלומים לאוכלוסיות מיוחדות כחלופה המומלצת ביותר.

שלושת החלופות אשר הוצגו בנייר פועלות להקטנת התופעה שבה למעלה ממיליון אזרחי ישראל נאלצים לוותר על צריכת שירותי בריאות חיוניים כתוצאה ממחירם. החלופה הראשונה הינה בעלת העלות הכספית הנמוכה ביותר, ההבדל בסכום הוא אמנם זניח אך ההבדל בהתחלקות המימון הוא המהותי. בעוד שבחלופות האחרות כל המימון נופל על גורם אחד, בחלופה הראשונה העלות מתחלקת בין המדינה לקופות החולים ומפחיתה את מידת ההתנגדות שלהן לחלופה ובכך גם מגדילה את הסיכויים לישומה. בנוסף, החלופה הראשונה היא החלופה היחידה אשר מכוונת כולה לאוכלוסיות המיוחדות שחלק ניכר מהן נאלצו לוותר על צריכת שירותי בריאות חיוניים. אוכלוסיות אלו אינן נמצאות בתחתית הסולם רק בבריאות אלא גם בתחומים אחרים. שיפור מצבם בתחום הבריאות יכול להוות גורם מקדם לקידומן גם בתחומים אחרים.

חלופת המדיניות המוצעת תגדיל באופן משמעותי את הזכאות של אוכלוסיות מיוחדות למנגנון של הנחות ופטורים בצריכת שירותי בריאות, תשפר את מצב בריאותם ובעתיד גם תביא לחיסכון במערכת הבריאות. לאור כל אלו, אני ממליץ על בחירתה של חלופה א' - הפחתת תשלומים לאוכלוסיות מיוחדות. מצורף לנייר זה נספח אסטרטגי אשר מציע דרכים ליישום החלופה.

נספח אסטרטגי

כיצד להביא את

החלופה הנבחרת לכדי יישום

אוגוסט 2007

בהמשך לנייר המדיניות, מצורף בזאת נספח אסטרטגי. מטרתו של הנספח הינו לעזור בהוצאת החלופה מן הנייר אל הפועל ויישומה המוצלח בטווח זמן נראה לעין. כידוע לך, מרבית התוכניות אשר מועלות חדשות לבקרים במערכת הבריאות מוצאות את דרכן, בסופו של יום, בעומקה של המגירה. נספח זה יתרום להגברת מידת יישומה של החלופה ולהגברת הנגישות הכלכלית של מערכת הבריאות בישראל לאזרחיה.

הנספח יחולק לשבעה חלקים :

- סקירה קצרה אודות החלופה.
- מיפוי השחקנים המרכזיים במערכת.
- אפשרויות מימון התוכנית וקווים אדומים.
- אסטרטגיית פעולה מול השחקנים המרכזיים וחבילות מדיניות.
- לוח זמנים לפעולה ותרמישים שונים.
- מעורבות התקשורת ומכוני מחקר.
- סיכום ההמלצות.

א. החלופה הנבחרת

הפחתת תשלומי ההשתתפות העצמית לאוכלוסיות מיוחדות: חולים כרוניים, קשישים ומקבלי הבטחת הכנסה. כפי שראינו בנייר המדיניות, אוכלוסיות אלו הינן הסובלות ביותר מקשיים בצריכת שירותי בריאות חיוניים. הפחתת נטל ההשתתפות העצמית מאוכלוסיות אלו תפחית את אחוז הויתור על רכישת שירותי בריאות נחוצים כתוצאה מבעיות כלכליות.

עיקרי התוכנית

- חולים כרוניים – קביעת התקרה תהיה למשפחה ולא ליחיד.
- קשישים – תקבע הנחה בתרופות מרשם בשיעור של 20%.
- קשישים מקבלי הבטחת הכנסה – פטור מלא מתשלום עבור תרופות מרשם.
- מקבלי הבטחת הכנסה – תקרת השתתפות לשירותים אמבולטוריים תופחת בחצי.
- פטור מתשלום השתתפות עצמית באשפוז סיעודי מורכב.

ב. מיפוי השחקנים המרכזיים במערכת

ניתן לחלק את השחקנים המרכזיים בנושא זה לארבעה חלקים מרכזיים: משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות החולים וגופים נוספים. לכל אחד מן השחקנים מערכת אחרת של אמונות ואינטרסים, בשורות הבאות אפרט מעט על השחקנים המרכזיים במערכת תוך כדי מתן דגש על נקודת הזמן בהווה בו הם נמצאים. לאחר מכן, כאשר אציע אסטרטגיה לפעולה, ארחיב יותר על כל אחד מן השחקנים המרכזיים והדרכים בהן ניתן לגשת אליהם על-מנת להביא ליישום התוכנית.

משרד הבריאות-

כפל התפקידים המאפיין את משרד הבריאות הינו מכשלה בניסיון להעביר רפורמות משמעותיות במערכת הבריאות. מן הצד האחד, תפקידו של המיניסטריון הינו לנהל את מערכת הבריאות, מן הצד השני, משרד הבריאות כיום הוא ספק שירותי הבריאות השני בגודלו במדינה. כפל תפקידים זה גורם לכך שהאגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד אינו פועל תמיד מתוך ראיית מאקרו של מערכת הבריאות. לעיתים רבות, האגף פועל על-מנת לשפר את מצבם של בתי החולים הממשלתיים, אפילו אם הדבר כרוך בפגיעה בקופות החולים. **ריכוז המשא ומתן עם האוצר והקופות בנושא יישום החלופה צריך להתנהל דרך האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ו/או האגף לכלכלה וביטוח בריאות ולא דרך האגף לתכנון, תקצוב ותמחור אשר נושא ההשתתפויות העצמיות אינו עומד בראש סדר העדיפות שלו.**

המדיניות של שר הבריאות, ח"כ יעקב בן יזרי, מאז כניסתו לתפקיד הינה לנסות לבלום את "מהלומות האוצר" ולנסות ולקדם מדיניות "פרה אחרי פרה". הרפורמה בבריאות הנפש שעברה בקריאה ראשונה לפני כשבועיים, מרכזת את עיקר עניינו של השר כרגע (מלבד דיוני התקציב כמובן). מול השר דרושה מדיניות שכנוע אשר מטרתה לעלות את הנושא לראש סדר העדיפות שלו. דרכי הפעולה הינם באמצעות הדגשת ההטבות הניתנות לקשישים והקופון הפוליטי שהוא יוכל לגזור מהצלחת התוכנית.

משרד האוצר –

אגף התקציבים במשרד האוצר הוא הגוף הרלוונטי כיום לניהול משא ומתן על יישום התוכנית. צוות הבריאות באגף כולל שלושה אנשים: רפרנט, רכז וסגן הממונה על התקציבים. אגף התקציבים נמצא בימים אלו בגיבוש הצעת התקציב לשנת 2008 וחוק ההסדרים הנלווה אליו. באגף ישנו לחץ חזק המופעל על-ידי ראש האגף, קובי הבר, לשמור על מסגרת בתקציב כפי שנקבעה בחוק. דו"ח ועדת ברודט בנושא מערכת הביטחון והרפורמה במערכת החינוך "לקחון" את רוב הרזרבה התקציבית לשנת 2008, כך שמבחינת אגף התקציבים הקצאת משאבים נוספת למערכת הבריאות אינה בראש סדר העדיפויות.

מלבד הצורך בתקצוב החלופה, נדרש משרד האוצר לעדכן את מסגרת סל הבריאות בשנת 2008 ביותר מ-750 מיליון ש"ח ואת מסגרות האשפוז הגריאטרי ובריאות הנפש בכמה עשרות מיליונים נוספים. לטענת משרד האוצר, תקציבו הכולל של משרד הבריאות יגדל בשנת 2008 ביותר מ-3%, בעוד הגידול הכללי בתקציב המדינה יהיה 1.7% בלבד. לכן, עמדתו הצפויה של האוצר תהיה כי אין עוד מקום להקצאת משאבים למערכת הבריאות וכי מימון הרפורמה יהיה ממקורותיו הפנימיים של משרד הבריאות ו/או קופות החולים.

יחד עם זאת, בשבועות האחרונים, מופעלים על משרד האוצר לחצים מלשכת ראש הממשלה לצמצם את הקיצוצים המתוכננים בתקציב 2008 ולהציג גם כמה הישגים חברתיים, יתכן ומימוש התוכנית לצמצום ההשתתפויות העצמיות תענה על צורך זה.

קופות החולים –

כל ארבע קופות החולים יושפעו מן החלופה של צמצום ההשתתפויות העצמיות במערכת הבריאות, הן מכיוון שהן נדרשות לקחת חלק במימון החלופה והן עקב הצורך ביישום הטכני של החלופה. בשורות הבאות ארחיב מעט על קופת חולים כללית, הן עקב היותה קופת החולים הגדולה ביותר עם יותר מ-53% מסך אזרחי מדינת ישראל והן מכיוון שבקרבה נמצאים רוב האזרחים אשר ייהנו מן התוכנית. קופת חולים כללית עברה שינוי דרמטי בשנים האחרונות, כאשר לאחר שנים רבות של גירעון תקציבי היא הצליחה בשנת 2004 להגיע לאיזון תקציבי. הקופה עוברת בשנים האחרונות תהליכי התייעלות רבים אשר מנסים לחסוך בהוצאות יחד עם שיפור השירות ללקוח.

כוחה של קופת חולים כללית במערכת הבריאות הוא רב. למנכ"ל הקופה, זאב וורמברנד ישנה השפעה רבה על במשרד הבריאות. קופת חולים כללית תתנגד לחלופה כפי שהיא תוצע על-ידך, שבה היא תידרש להפנות מתקציבה למעלה מ-60 מיליון ש"ח למימון התוכנית. בנוסף, מכיוון שאחוז האוכלוסייה הקשישה, החולה והענייה בקופה הינו גבוה משיעור כלל האזרחים הנמצאים בקופה, התנגדותה של כללית תהיה חזקה יותר⁶. קופת חולים כללית, נמצאת היום בתהליך של חילופי מנכ"ל, ועדת האיתור כבר הוקמה ובשבועות הקרובים ימונה מנכ"ל חדש. יתכן ועובדה זאת תעזור למימוש התוכנית. לאור גורמים אלו, כל ניסיון יישום של התוכנית מחייב משא ומתן עם קופת חולים כללית וניסיון להגיע להסכמה בנושא.

גופים נוספים –

בנוסף פועלים במערכת הבריאות גם מספר גופים נוספים אשר יכולים להיות בעלי השפעה על יישום התוכנית כגון: ועדת העבודה, הרווחה והבריאות – בראשות ח"כ שרוני ממפלגת הגמלאים וארגון צב"י (צרכני בריאות ישראל). לאור פעילותם בשנה האחרונה אני מעריך את יכולת השפעתם של גופים אלו על יישום התוכנית כמועטים, ולכן לא ארחיב כאן אודותם.

ג. אפשרויות מימון התוכנית וקווים אדומים

עלותה של התוכנית הינה 270 מיליון ש"ח בשנה. במסגרת הצעת התוכנית למשרד האוצר וקופות החולים מוצע להציע כי מקורות המימון יתחלקו באופן הבא –
משרד האוצר - 70% (190 מיליון ש"ח)
קופות החולים - 30% (80 מיליון ש"ח)

אופן חלוקה זה מביא לידי ביטוי הן את אחריות המדינה לצמצום אי-השוויון בבריאות על-ידי הקצאת משאבים לצמצום התופעה של ויתור על צריכת שירותי בריאות חיוניים עקב קשיים כלכליים והן את השתתפות הקופות במימון התוכנית לאחר שנים רבות בהן הכנסותיהן מהשתתפות עצמית עלו בצורה חדה (ראה גרף 2). יחד עם זאת, סביר להניח כי גם משרד האוצר וגם הקופות יתנגדו לאופי חלוקה זה. לכן, ניתן להציע הצעת פשרה שתשפר את מצבם ותגדיל את הסיכויים ליישום הרפורמה. טבלה מספר 3 מציגה את אפשרויות הפשרה השונות. אפשרויות

⁶ זאת מכיוון שחלוקת המקורות תעשה לפי שיעור הנפשות המתוקנן ולא לפי אחוז המבוטחים הזכאים לתוכנית.

הפשרה כוללות שני מקורות מימון נוספים, הראשון הינו תקציב משרד הבריאות והשני הינו התוספת השנתית לסל שירותי הבריאות בגין טכנולוגיות חדשות.

טבלה 3 - מקורות המימון לתוכנית, מיליוני ש"ח (בסוגריים, אחוז המימון)

קו אדום	פשרה	הצעת התחלתית	גורם מממן
135 (50%)	160 (60%)	190 (70%)	משרד האוצר
55 (20%)	68 (25%)	80 (30%)	קופות החולים
25 (10%)	-	-	משרד הבריאות
55 (20%)	42 (15%)	-	תוספת טכנולוגית לשנת 2008
270 (100%)	270 (100%)	270 (100%)	סה"כ

הטור השמאלי, מציין את הקו האדום מבחינת מימון התוכנית. קו זה הינו קשיח בעיקר מבחינת מקורות המימון של משרד הבריאות והתוספת הטכנולוגית. במידה ומשרד הבריאות ידרש לקצץ בתקציבו יותר מ-25 מיליון ש"ח על-מנת להביא ליישומה של התוכנית, זהו קו אדום אשר, לעניות דעתי, בלתי אפשרי לחצות אותו. בנוגע לתוספת הטכנולוגית, סכום העדכון הצפוי לשנת 2008 עומד על 300 מיליון ש"ח, מתוך סכום זה לא ניתן יהיה להקצות יותר מ-50-60 מיליון ש"ח לצורך מימוש התוכנית.⁷

בנוסף, יש לסרב להצעה שיתכן שתגיע ממשרד האוצר אשר עיקרה יהיה להעלות את אחוז ההשתתפות של קופות החולים במימון התוכנית. בשנת 2004, לראשונה מאז חקיקת חב"מ, סיימו הקופות את השנה עם עודפים תקציביים בסך 94 מיליון ש"ח. ההערכות הראשונות הינן כי בשנים 2005-2006 הן יסיימו באיזון ללא עודפים משמעותיים. הטלת נטל כספי על קופות החולים בגודל של מעל ל-100 מיליון ש"ח יכול להביא לערעור היציבות הכספית בקופות, לגירעונות ולתגובת שרשרת של צמצום שירותים למבוטחים והגדלת רשת הביטחון של המדינה.

מקור מימון אפשרי נוסף, הינו משרד הרווחה והשירותים החברתיים. בשנת 2006 שיתפו פעולה משרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים במימון פרויקט בתחום בריאות השן לאוכלוסיות קשישות. מכיוון שקהל היעד של התוכנית המוצעת הינו אותן אוכלוסיות שמשרד הרווחה דואג לרווחתן יתכן והוא יקצה משאבים לקידום התוכנית, בדומה לפרוייקט המשותף בתחום בריאות השן. יחד עם זאת, עקב מקורות התקציב המצומצמים של משרד הרווחה והקיצוץ המתגבש בתקציבו, סבירות שיתוף הפעולה התקציבי בין שני המשרדים הינו נמוך.

⁷ בתקופת כהונתו של ניסים דהן כשר הבריאות, כבר היה תקדים של העברת משאבים מן התוספת הטכנולוגית לתוספת השלישית, במקרה זה ההסטה הינה לתוספת השנייה.

ד. אסטרטגיית פעולה מול השחקנים המרכזים וחבילות מדיניות

מניתוח השחקנים בחלק ב' של נספח זה עולה כי שני השחקנים המרכזיים (מלבד משרד הבריאות) לנושא יישום התוכנית הינם "שירותי בריאות כללית" ואגף התקציבים במשרד האוצר. בשורות הבאות אציע כיצד לפעול מבחינה אסטרטגית מול שחקנים אלו ואילו חבילות מדיניות ניתן להציע להם (בנוסף לאפשרויות הפשרה בנושא המימון).

שירותי בריאות כללית –

כפי שראינו בחלק ב' של הנספח, קופ"ח כללית שונה משאר הקופות במספר מאפיינים⁸ אשר הופכים אותה למרכזית בניהול משא ומתן על יישום התוכנית. יש לקבוע פגישה אישית עם מנכ"ל כללית ולהציג בפניו את התוכנית. במסגרת דיוני התקציב לקראת שנת 2008 קופ"ח כללית מציגה עמדה שעיקרה הוא "אדישות לפגיעה במקורות הקופה כל עוד היא נפגעת פחות מקופות אחרות", רצוי כי אופי הפעולה מול הקופה ישקף עמדה זאת. הדגשים המרכזיים שצריכים לעלות בפגישה הינם:

- תוספת מקורות למערכת הבריאות בסך של כ-150 מיליון ₪.
- התוכנית תטיב בעיקר עם ציבור המבוטחים של כללית –
 - 73% מבני 75 ומעלה במדינה חברים בקופה לעומת 53% מקרב כלל האוכלוסייה.
 - 56% ממקבלי הבטחת הכנסה במדינה חברים בקופה.
 - שיעור החולים הכרוניים בכללית גבוה מחלקה באוכלוסייה.
- במידה וכללית תשתף פעולה היא תזכה להיות מוצגת כאחת מיוזמי התוכנית.
- אם כאשר התוכנית תקודם ותצא אל הפועל, עדיף לכללית להצטרף לעגלה שמתחילה לנוע, ולקבל הטבות מסוימות מאשר שהתוכנית תצא לפועל ללא כל הטבות לכללית.

על מנת לרכז את התנגדותו של מנכ"ל כללית מומלץ להציע לו שורה של הטבות בתמורה לתמיכה בתוכנית. הטבות אלו יקראו "חבילת מדיניות". כמובן שמבחינת המשרד, העדיפות הראשונה הינה כי התוכנית תיושם ללא כל צורך בויתורים על אופי התוכנית, מקורות מימון וויתורים בתחומים אחרים. יחד עם זאת, כנראה ומספר ויתורים יאלצו לעשות, על מנת לרתום את הקופה ליישום התוכנית. חבילת המדיניות מוצגת מן המחיר הקל עבור המשרד אל הכבד, כאשר העדיפות היא כי לא נאלץ להשתמש בכל מרכיבי חבילת המדיניות.

⁸ אחוז המבוטחים, אחוז נפשות מתוקננות, שיעור הקשישים, חולים ועניים, השפעתה במשרד הבריאות ועוד.

חבילת המדיניות:

1. מתן רשת ביטחון עבור הוצאות שחורגות מן התחזית בגין התוכנית בשלוש השנים הראשונות להפעלתה.
2. מתן מענק חד-פעמי בסך 2 מיליון ₪ לקופות החולים בגין הצורך בשיפור מערך המחשוב עקב יישום התוכנית.
3. יישום התוכנית בהדרגה במהלך שנתיים.
4. תמיכה בעמדת כללית בנושא הפחתת עלות בסל בעקבות הפחתת מס מעסיקים והעברת "הצעת המחליטים" בנושא.
5. בניגוד להכנסת טכנולוגיות לסל הבריאות, בתוכנית זאת יבוצע מעקב אחר ההוצאות בפועל. במידה והוצאות הקופות יהיו גבוהות בסיס תקצוב התוכנית ישונה. במידה וההוצאות יהיו קטנות מן התחזית, לא יבוצע שינוי בסיס. הבדיקה תעשה כעבור שנתיים מיישום התוכנית.
6. האצת המשא ומתן להקמת ביי"ח פרטי בבעלות הקופה.
7. חלוקת מקורות התוכנית תתבצע לפי השיעור המשוקלל של הקשישים, מקבלי הבטחת הכנסה והחולים הכרוניים בקופות ולא לפי מפתח הקפיטציה.

אגף תקציבים – משרד האוצר

שיתוף הפעולה של אגף התקציבים במשרד האוצר הינו הכרחי על-מנת להוציא את התוכנית אל הפועל. על-פי הערכות המימון השונות, הנטל התקציבי שייפול על כתפי המדינה נע בין 135 ל-190 מיליון ₪. כפי שראינו בחלק ב' של הנספח, על צוות הבריאות באגף התקציבים מופעלים לחצים כבדים על מנת לצמצם ככל הניתן את הגידול הצפוי במימון מערכת הבריאות בשנת 2008. על-מנת שבמשרד האוצר ירצו לממן את התוכנית יש להראות להם כי יישום התוכנית משתלם להם הן בטווח הקצר והן בארוך:

• טווח קצר -

- "גזר" חברתי לקראת הגזרות הצפויות בתקציב 2008.
- חלק ניכר ממקורות המימון הינו מן הקופות. האוכלוסייה מקבלת בזכות הסכמת האוצר הטבה בשווי 270 מיליון ₪ בעוד שלקופת המדינה תוספת העלות היא בסביבות ה-50% משווי התוכנית בלבד.
- שיפור מצב הבריאות של אזרחי ישראל.

• טווח ארוך –

- חיסכון עתידי בימי אשפוז בעקבות הגברת הנגישות לרפואה מונעת.

בניגוד למצב עם קופ"ח כללית, שיתוף הפעולה מצד משרד האוצר הינו הכרחי על-מנת להוציא את התוכנית אל הפועל. בשורות הבאות אציע מספר אפשרויות לחבילת מדיניות אשר תאפשר למשרד האוצר לתמוך בתוכנית על-אף העלות הכספית הטמונה בחובה.

חבילת המדיניות

1. יישום התוכנית בהדרגה במהלך שנתיים.
2. משרד הבריאות לא יתנגד להצעת ה"מחליטים" בנושא הפחתת עלות הסל בגין מס מעסיקים.
3. הוצאת מרכיב האשפוז הסייעודי המורכב מן התוכנית וזקיפת מלוא החיסכון בגין מרכיב זה להשתתפות האוצר במימון התוכנית.
4. שילוב התוכנית בהסכם התלת-שנתי בין משרדי האוצר והבריאות. המשמעות עבור האוצר הינה כי עד סוף 2010 משרד הבריאות לא יעלה דרישות תקציביות בנושא השתתפויות עצמיות ויתמוך בעמדת האוצר במסגרות השונות.

ה. לוח זמנים לפעולה ותרמישים שונים

ביום ראשון הקרוב 12.8.2007 צפויה הממשלה לאשר את חוק ההסדרים לשנת 2008. חוק ההסדרים מכיל פרק בריאות נרחב אשר כולל (מלבד רפורמות משמעותיות) הסדרים רב שנתיים בנושא תוספת טכנולוגית לסל הבריאות, גידול דמוגרפי, השתתפות נורמטיבית ועוד סעיפים רבים. ההד התקשורתית שילווה במהלך חודש אוגוסט להצעת ה"מחליטים" הינה הזדמנות מצוינת לקדם את התוכנית לצמצום ההשתתפויות העצמיות. זאת מכיוון שהצעות המחליטים אינן סופיות ויש עוד מקום למשא ומתן, והן מכיוון שהתוכנית לצמצום ההשתתפויות העצמיות יכולה להוות "תוכנית חברתית" שתוצג מול הגזרות הצפויות בהצעת התקציב ל-2008.

בשלב הראשון, בטווח הזמן המייד, יש לקבוע פגישות נפרדות הן עם מנכ"ל קופ"ח כללית והן עם סגן הממונה על התקציבים באוצר. בפגישות אלו יש להציג בפניהם את התוכנית, לקבל את חוות דעתם הראשונית, ולבחון בהתאם לתגובתם את צעדי המדיניות הנדרשים (חבילות המדיניות) על-מנת לקבל את הסכמתם. טבלה 4 מסכמת בקצרה את הצעדים הנדרשים לאחר הפגישות, בהתאם לתמיכה/התנגדות של השחקנים.

טבלה 4 – צעדי המדיניות לאחר הפגישות עם השחקנים

משרד האוצר		שחקן / עמדה	
מתנגד	תומך	תומכת	קופת חולים כללית
הצגת התוכנית באופן חד-צדדי, מסגור משרד האוצר כמתנגד לתוכנית. בדרך עקיפה לפעול ליצירת מודעות ציבורית והפעלת לחץ ציבורי על האוצר.	יציאה משותפת עם השחקנים לתקשורת. העברת התוכנית לאישור מהיר בוועדת העבודה, רווחה ובריאות.		
בחינה מחודשת של הקווים האדומים והכדאיות והמחיר של קידום התוכנית	הכנסת התוכנית להצעת המחליטים לשנת 2008	מתנגדת	

כעיקרון, העדיפות הראשונה היא להגיע לסיכום עם נציגי האוצר וכללית. במידה ובמשרד האוצר יש התנגדות עיקשת לתוכנית, המלצתי היא להציג את התוכנית באופן חד-צדדי בפני הציבור, למסגר את משרד האוצר כמתנגדים לתוכנית (תוך הדגשת היתרונות הכלכליים הטמונים

בתוכנית) ולפעול למען יצירת מודעות ציבורית לבעיה והדרך לפיתרון (עוד על דרכי הפנייה לתקשורת, בחלק הבא).

במידה וההתנגדות לתוכנית מגיעה מכיוון קופ"ח כללית, אשר מתנגדת למרות חבילת המדיניות המוצעת, אני ממליץ לפעול על-מנת להעביר את התוכנית באמצעות חוק ההסדרים במשק לשנת 2008. אין ספק כי עדיף היה שכללית תתמוך בתוכנית, אך יחד עם זאת (וכפי שראינו בעבר) ניתן יהיה להעביר את התוכנית גם בלעדית (הן מבחינת ישימות טכנית והן עקב הרוב החברתי הקיים בועדת העבודה, הרווחה והבריאות).

במידה ושני הגופים מתנגדים להצעה, קשה לי להאמין כי יהיה ניתן להעבירה. במקרה זה יש לשקול בשנית את הקווים האדומים שצויינו בחלק ג' של הנספח, ולבחון האם המחיר הנדרש על-ידי השחקנים מצדיק את היתרונות הנובעים מיישום התוכנית.

1. מעורבות התקשורת ומכוני מחקר

כפי שציינתי בחלק הקודם, יתכן מצב שבו יהיה אילוץ לערב את כלי התקשורת ודעת הציבור על-מנת לגייס את האוצר לתמיכה בתוכנית. כידוע לך, ישנה בעייתיות רבה בשימוש באמצעי התקשורת להשגת מטרות ציבוריות, במיוחד כשמדובר במערכת הבריאות. על-מנת לשכנע את דעת הקהל בקיומה של הבעיה, יש להכיר בכך שמערכת הבריאות בישראל לא מצליחה למלא את תפקידה נאמנה (במקרה זה הדבר דומה יותר ליריקה לבאר שבבעלותך מאשר יריקה לבאר ששתיים ממנה).

האסטרטגיה המוצעת במקרה זה הינה:

- יצירת קשר עם מכון ברוקדייל ומרכז טאוב⁹ והזמנת מחקר מהיר ועדכני בנושא השתתפויות עצמיות והשפעתן על בריאות האוכלוסייה בישראל.
- פנייה בערוצים לא פורמליים לכתבי הבריאות בעיתונים הגדולים ושיתופם בנתונים אודות תמונת ההשתתפויות העצמיות בישראל, תוכנית הפעולה וסירוב האוצר לשתף פעולה.
- יצירת קשר (באמצעות צד שלישי) עם ארגוני חולים ורתימתם לנושא.
- פרסום מאמרים ע"י אנשי המשרד, הר"י והאקדמיה בעיתונים מקצועיים בתחום אשר יתמכו בצורך ברפורמה בתחום ההשתתפויות העצמיות.

אני חוזר ומדגיש את הבעייתיות הרבה ביציאה אל כלי התקשורת במטרה לגייס את דעת הקהל ובאמצעותה את האוצר. יש להיזהר ממצב בו גם נפגע בתדמיתה של מערכת הבריאות וגם ניסיון השכנוע לא יצליח. אני ממליץ לשקול להשתמש בדרך זאת, רק כאשר כלו כל הקיצין במשא ומתן מול האוצר.

⁹ מכוני אלו מקובלים מאוד על משרד ראש הממשלה ומשרד האוצר.

1. סיכום ההמלצות

1. השחקנים המרכזיים לנושא יישום התוכנית הינם: משרד האוצר ושירותי בריאות כללית.
2. ניהול המשא והמתן במשרד הבריאות מול השחקנים השונים יתבצע ע"י האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ואו האגף לכלכלת בריאות.
3. מימון התוכנית (מיליוני ₪):

קו אדום	פשרה	הצעת התחלתית	גורם מממן
135	160	190	משרד האוצר
55	68	80	קופות החולים
25	-	-	משרד הבריאות
55	42	-	תוספת טכנולוגית לשנת 2008
270	270	270	סה"כ

4. חבילות מדיניות:
 - a. שירותי בריאות כללית – רשת ביטחון, מענק מחשוב, יישום הדרגתי, תמיכה בסוגיית מס מעסיקים, מעקב אחר השימושים, האצת מו"מ להקמת ביי"ח פרטי, חלוקת המקורות לפי שיעור הזכאים בפועל.
 - b. משרד האוצר – יישום הדרגתי, תמיכה בסוגיית מס מעסיקים, הוצאת מרכיב האשפוז הסייעודי המורכב מן התוכנית, שקט תעשייתי בנושא ההשתתפויות העצמיות.
5. לוח זמנים לפעולה:
 - a. אמצע אוגוסט 2007 – הצגת התוכנית בפני משרד האוצר ושירותי בריאות כללית.
 - b. סוף אוגוסט 2007 – הצגת התוכנית בפני התקשורת.
6. עמידה מול התקשורת:
 - a. זהירות בכל הנוגע להפצת מידע העלול לפגוע במשרד.
 - b. שימוש מושכל במכוני המחקר החברתיים.
 - c. פרסום מאמרים בעיתונים המקצועיים בתחום הרפואה.

רשימת מקורות

- אפשטיין, ל. ; גולדווג, ר. ; איסמעיל, ש. ; גרינשטיין, מ. ; רוזן, ב. ; 2006. **צמצום אי-השוויון ואי הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותוכנית פעולה דוח מסכם**. מאיירס- גוינט – מכון ברוקדייל, ירושלים.
- בן נון, ג. ; קידר, נ. ; 2007 (טרם פורסם). **שנים עשר שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. קובץ נתונים סטטיסטיים 1994-2007**. משרד הבריאות.
- בן נון, ג. ; עופר, ג. ; (עורכים). **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995 – 2005**. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות. תל אביב
- בן נון, ג. ; 2007. **היקף המימון הפרטי בישראל, השלכותיו ודרכים לצמצומו**. משרד הבריאות
- בנדלק, ז. ; (2007). **חברות בקופות חולים 2005-2006**. המוסד לביטוח לאומי. ירושלים
- גרוס, ר. ; ברמלי-גרינברג, ש. ; מצליח, ר. 2007. **זעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. מאיירס- גוינט – מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמלי גרינברג, ש. ; רוזן, ב. ; גרוס, ר. ; 2006. **תשלומי אגרת ביקור מהו גודל הנטל ומי נושא אותו? מאיירס- גוינט – מכון ברוקדייל, ירושלים**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2006. **שנתון סטטיסטי 57**. ירושלים.
- **זוחות הבקרה על פעילות קופות החולים לשנים 1995-2004**. משרד הבריאות ירושלים.
- קופ, י. (עורך). 2006. **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2006**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. ירושלים
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2006. **ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2005**. ירושלים.
- **OECD health files 2007**

