



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (עד)  
THE ISRAEL NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH POLICY AND HEALTH SERVICES RESEARCH

## כנס ים המלח הרביעי

15-14 מאי, 2003

### פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים

◀ ההוצאה הציבורית

◀ הביטוח המשלים

◀ ההוצאה הפרטית

דוח סופי

---

יולי 2003

## כנס ים המלח הרביעי

### פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים

#### תוכן העניינים:

4 רשימת המשתתפים

5 סיכום והמלצות עיקריות

#### חומר רקע:

9 ליאון אפשטיין

21 נבי בן נון

39 צבי אדר

#### דוחות הצוותים:

45 ההוצאה הציבורית

81 הביטוח המשלים

129 ההוצאה הפרטית

עריכה: חיה קול-אל אייכנרננד  
הוצאה לאור: אופסט קולור בע"מ

## סיכום והמלצות עיקריות

מטרת כנס ים המלח הרביעי הייתה לבחון את רמת האי-שוויון במערכת הבריאות הישראלית, מתוך התייחסות למצב בריאותה של האוכלוסייה, לרמות השימוש בשירותי הבריאות, ובעיקר בממד הסוציו-כלכלי. כמו-כן נבחן הקשר בין האי-שוויון לבין מרכיבי ההקצאה הכלכליים הנוהגים במערכת הבריאות בארץ ומערכי המימון של המערכת. על בסיס בחינה זו עסק הכנס באפשרויות שינוי כללי ההקצאה, צמצום פערים והגדלת ההוגנות והצדק באספקת השירותים. נקודת מוצא חשובה בכנס הייתה שאין כיום אפשרות מעשית להגדלה ניכרת במימון הציבורי למערכת הבריאות.

שלוש קבוצות הדיון (על שירותי הסל הציבורי, על הביטוח המשלים ועל ההוצאה הפרטית) התמודדו, כל אחת בדרכה, עם היבטים שונים של שאלות אלו. השוויוניות בבריאות מושפעת אמנם גם מהתנהגותם של מגזרים אחרים במשק ובחברה, אך הכנס התמקד בתפקוד מערכת הבריאות בלבד:

1. קיימים במדינת ישראל פערים ניכרים במצב בריאותה של האוכלוסייה בין קבוצות במצב סוציו-כלכלי שונה<sup>1</sup>. הפערים הסוציו-כלכליים הגדלים במדינה בשילוב מדיניות הרווחה העכשווית יש בהם כדי להביא להעמקה נוספת של הפערים במצב הבריאות וכן ביכולת השימוש בשירותי הבריאות.
2. הפערים במצב הבריאות בחתכים סוציו-כלכליים קיימים אף שיש ניצול רב יותר של שירותי בריאות ראשוניים ושל אשפוז בידי השכבות החלשות<sup>2</sup>. גם כאן וכן בשירותים אחרים השימוש אינו שוויוני (על פי הצרכים) ובמקרים רבים אינו הוגן ואינו צודק.
3. בשלוש הקבוצות הודגש החסר במידע זמין גם לקובעי מדיניות לאומית וגם לצורכי מחקר. חלק מהמידע החסר נמצא בידי המוסדות השונים, אך אינו עומד לרשות החוקרים וקובעי המדיניות. עם זאת, כדי לבחון לעומקה את סוגיית האי-שוויוניות וסיבותיה יש צורך בעידוד המחקר בתחום ובהקצאת משאבים. מאמץ כזה מקבל ביטוי ב"קול קורא" למחקרים של המכון הלאומי שיצא בימים אלה.
4. חלק מהאי-שוויון בשימוש נכון בשירותי הבריאות וכן בהתנהגות בריאותית נכונה, ולכן גם במצב הבריאות, נובע מיכולת מעטה יותר של אוכלוסיות חלשות לנצל מידע

<sup>1</sup> בכנס נדונו גם היבטים אחרים של אי-שוויון, כגון חתכי גיל ואזור, אך עיקר הסיכום ייחד להיבט החברתי-כלכלי.

<sup>2</sup> השימוש הרב יותר בשירותים בידי השכבות החלשות משקף ככל הנראה גם מצב בריאות נמוך יותר, ולכן ספק אם הוא עונה על הצרכים.

## רשימת המשתתפים

<b>צוות היבטי:</b>	ליאון אפשטיין - יו"ר, אליק אבירם, צבי אדר, לאה אחדות, נבי בן-נון, יעקב בלור, רויטל גרוס, חיים דורון, זיה ליטבק, נור עופר, יעקב קופ, ברוך רוזן, עמיר שמואל
<b>מרכז:</b>	דוד מסיקה

## קבוצות הדיון

יו"ר:	ההוצאה הציבורית	הביטוח המשלים	ההוצאה הפרטית
<b>מרכז צוות:</b>	עמיר שמואל לאה אחדות	צבי אדר רויטל גרוס	נור עופר ברוך רוזן
<b>צוותי ההכנה:</b>	רפאלה כהן	שולי ברמל-גרינברג	אורן שביט
<b>משתתפים:</b>	מירי אנדבלד רועי בן משה יורם בלשר זיק בנדלק יעקב בלור ערן הלפרן פרנסיס ווד עירית זמורה שלמה מור-יוסף אורלי מנור ארי פלתיאל נעמה רותם	גלית אבישי דניאל אלקיים נבי בן-נון יצחק גבור שרון דונסקי איציק הרסן חניאלה וילנר צבי חבושה סוביה חורב גיל חיימוביץ יהודה כהנא דורון כרמי עדינה מרקס גיא נכון מיכל עבאדי-בואנניו ידין ענתבי מרדי רוזנפלד קובי שוקרי צביקה שטרן	רחל אדסו-לי מלי אהרנפלד מאיר אורן עדי אמוראי שוניא בלשה יהודה ברוך דורית וייס אהרון כהן רביב סובול משה סיקון דב פאסט רחל קיי יהודה רון שושנה ריבא שפרה שוורץ נורי שרר
	זאב אהרונוסון אליס בארי יאיר בירנבאום שמואל בן-יעקב נחלה בשארה רוני גמזו מנפרד גרין רמי דיציאן טוני היימן יעקב הרט זאב וורמברנד חווה טבנקין אבי ישראל אליס לבנסול צבי מאור מיה מוהליבר דן מיכאל דורית ניצן-קלוסקי עוזי סלנט אהוד קוקיה אורי רבינוביץ דן רוניק שמואל רייס יוסי שטראוס יהושע שמר עדה שפיצר מיקי שרף		

בתחומים אלה. כל הקבוצות הדגישו את חשיבות הבאתו של מידע רב וזמין יותר על שירותים, על זכויות ועל התנהגות כאמצעי יעיל וזול להשגת המטרה. הייתה בהחלט התחלה בכיוון זה בפרסום החוברת "דע את זכויותיך" בשנה זו מטעם משרד הבריאות. כמו-כן הומלץ להגדיל ככל שניתן את הענקת השירותים והזכויות הכספיות הנלוות אליהם (לדוגמה, זיכויים בעבור שירותים ותרופות עם חציית התקרה) באופן חד-צדדי על ידי הספקים (הקופות) באמצעות המערכות הממוחשבות שלהן.

5. למרות האמור לעיל, חלק מן ההמלצות כרוך בהוצאה ציבורית נוספת, לרוב לא גדולה, בעיקר, אך לא רק בעבור שירותי הקופות. תוספת המימון תוכל לבוא חלקית ממרכיב התייעלותן של הקופות, חלק אחר יכול לבוא מהוצאת שירותים פחות חיוניים מן הסל וחלק נוסף מתוספות תקציביות צנועות. רוב המשתתפים היו מוכנים לשקול גם המרת חלק מן ההשתתפויות העצמיות בהעלאה צנועה של מס הבריאות. ההמלצות הכרוכות בתוספת משאבים דחופות לביצוע בהקדם האפשרי.

על סמך מסקנות עיקריות אלה, ניירות העמדה שהוכנו לקראת הכנס והדיונים בו, מובאות להלן ההמלצות העיקריות למדיניות (בתחום הכלכלי) צמצום הפערים במצב הבריאות, בשימוש בשירותים לפי הצורך הרפואי ובמימון שירותי הבריאות. בשל הבדלים מסוימים בעמדות ובהדגשים של כל קבוצה, ההמלצות שלהלן עובדו בידי ועדת ההיגוי של הכנס במטרה ליישב סתירות (מעטות) שהיו. כאמור, ההמלצות שלהלן מתרכזות בעניינים העיקריים שנידונו, ואינן כוללות המלצות ורעיונות נוספים שהועלו. מוצע למעוניין בהעמקה לעיין גם בדוחות הקבוצות וצוותי ההכנה, המרחיבים במידה רבה את הבסיס העובדתי, הניתוח, המסקנות וההמלצות.

### הסל הציבורי

עיקר תשומת הלב לצמצום האי-שוויון צריך להתרכז בתחום הסל הציבורי<sup>3</sup>. יש לדאוג עד כמה שניתן שהסל יכלול את מרב השירותים החשובים לבריאות שעלותם סבירה, וששירותי הסל יוענקו עד כמה שניתן על פי צרכי הבריאות של התושבים. רק באין ברירה ובמקרים חריגים יש לקבל (זמנית) הענקת שירותים חיוניים כאלה לחלק החלש באוכלוסייה ולהטיל תשלום על כל האחרים (לדוגמה באמצעות הביטוח המשלים). נוסחת הקפיטציה הנוכחית מבוססת כיום רק על התפלגות הגיל של המבוטחים.

<sup>3</sup> בניגוד לאמור כאן, צוות הביטוח המשלים המליץ לחפש דרכים לסיוע לחסרי אמצעים לרכוש ביטוח משלים, למרות ההכרה שביטוח זה אינו כולל שירותים חיוניים.

מומלץ ראשית, לבחון אם משקלות הגיל הקיימים משקפים נכונה את צרכי האוכלוסייה הקשישה. הבדיקה תיעשה בידי משרד הבריאות (או מוסד או צוות מסעמו) על בסיס מידע מוגדר שיספקו הקופות. על סמך ממצאי הבדיקה ישונו משקלות הנוסחה. שנית, יש לשקול בכובד ראש את כדאיות הכללתו של רכיב סוציו-כלכלי בנוסחת הקפיטציה, וזאת כתמריץ לקופות לספק שירותים בהתאם. הגדרת המרכיב המתאים לישראל תסתמך גם על הניסיון במדינות אחרות. שינוי זה (וכך גם שינויים במשקלות קבוצות הגיל) עשוי להיות כרוך בהקצאה אחרת לקופות השונות, אך אינו כרוך בשינוי גודל הסל כולו<sup>4</sup>.

### ההוצאה הפרטית

על פי העיקרון שלעיל, המתייחס לסל הציבורי, הגדיר הצוות שני תחומים הנכללים כיום בהוצאה הפרטית של התושבים, אך יש לשקול את הכללתם במימון הציבורי: ההשתתפויות העצמיות בעבור שירותי הסל הציבורי ורפואת השיניים. שני אלה נבחרו מכיוון שנמצא כי הם מטילים את הנטל הכבד ביותר על השכבות החלשות. לגבי כל שאר השירותים הנכללים ב"סל הפרטי" (כולל הביטוח המשלים), משתתפי הכנס הסכימו ברובם כי מרב ההוצאה הפרטית האחרת כוללת שירותים פחות חשובים (ויותר יקרים) ולכן פחות "מדאיגים" לגבי האי-שוויון.

המלצות הצוות בתחום ההשתתפות העצמית מבוססות על ההנחה כי עיקר ההצדקה להשתתפות זו היא למניעת שימוש יתר, ולפיכך יש להיטיב וללמוד היכן יש שימוש כזה ולהשתדל לצמצם את שימוש היתר (ו/או את שיעורו) באמצעות כלים אחרים. בהתחשב בעובדה שההשתתפות העצמית משמשת גם מקור הכנסה, מוצע להתחיל בהורדת ההשתתפות בכל שירותי הרפואה המונעת (כגון התחנות לבריאות המשפחה. אגרה זו יש לבטל מיד). יש צורך להבטיח כיסוי מלא של אוכלוסיית הילדים בתוכנית החיסונים הקיימת, וזאת בלי תלות ביכולת המשפחה לשלם. לגבי ההשתתפויות שיישארו יש לשקול הנהגת פרוגרסיביות בגבייה, וזאת הן משיקולי שוויון (של הנטל הכספי) ויעילות (מניעת שימוש יתר בקרב בעלי האמצעים והימנעות משימוש בשירותים חיוניים בידי מעוטי היכולת). ולבסוף, הכנס שולל כל תוכנית להעלאה נוספת בדמי ההשתתפות.

<sup>4</sup> הכנס לא דן ישירות בשאלה באיזו מידה מעניקות הקופות שירותים לקבוצות השונות על פי נוסחת הקפיטציה. בין משתתפי הכנס היו חילוקי דעות באיזו מידה יש לפקח על הקופות בתחום זה או להניח לתחרות בין הקופות לדאוג לכך.

לגבי רפואת שניים מוסכם: בתחום זה, שבחלקו כולל שירותים חיוניים הראויים להיכלל בסל הציבורי, ננקטה גישה של התקדמות הדרגתית מתוך הענקת קדימות לשירותי מניעה והתנהגות נכונה, וכן, בלית ברירה, להקדים שירותים לשכבות חלשות ולקבוצות נזקקות. בתחום שירותי המניעה, הומלץ להשלים את הפלרת מי השתייה לכלל האוכלוסייה ולהרחיב את טיפולי המנע (והטיפול הראשוני) לכלל אוכלוסיית הילדים במוסדות החינוך במימון ציבורי.

### הביטוח משלים

פרמיית הביטוח המשלים שייכת להוצאה הפרטית, אך השירות עצמו ניתן, מנוהל ומפוקח במערכת הציבורית. על כן מסקנות והמלצות שתי הקבוצות האחרות ישומות בחלקן גם כאן. המלצה ראשונית ועיקרית היא להעביר שירותים חיוניים מהביטוח המשלים לסל החובה. זה שימוש עדיף במקורות מאשר סיוע לחלשים לרכוש ביטוח משלים, אופציה שנידונה בצוות ואף זכתה למידה של תמיכה. למרות זאת הייתה תמיכה בשני צוותים לעודד רכישת ביטוחי שניים במסגרת הביטוח המשלים. הכנס ממליץ לבחון באיזו מידה מאפשר הביטוח המשלים, כפי שהוא מאורגן כיום (באמצעות קופות החולים), להפלות לטובה חברי קופות בעלי ביטוח משלים בקבלת שירותי הסל הציבורי ו/או בנגישות אליהם. אם אכן קיימת הפליה כזו, יש לחפש דרכים לצמצמה במידת האפשר בעזרת תקנות מתאימות.

### לסיכום

צמצום האי-שוויון והגדלת ההוגנות והצדק באספקת שירותי הבריאות אינם חלים רק על האמצעים הכלכליים שבהם התרכזו הדיונים בכנס. הם דורשים שינויים מהותיים גם בדרך התפקוד היום-יומי ובתרבות אספקת השירותים בשטח בידי כל המערכות ובנכונות לקבלת אחריות בעניין בידי משרד הבריאות (וכן בידי משרדי ממשלה אחרים) ושאר העוסקים בתחום. יש צורך להעלות את נושא האי-שוויון והאי-צדק למישורים הציבוריים והמקצועיים. על משרד הבריאות ליזום ליבון ופעולה בסוגיה זו עם שאר משרדי הממשלה.

  
ליאון אפשטיין

  
גור עופר

## פערים ואי-שוויון בבריאות

### ליאון אפשטיין

לנושא הכנס השנה – פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות בישראל – קיימים היבטים עובדתיים ותיאורטיים, אבל בראש ובראשונה מתייחס הנושא למצב שכבר ב-1978 הוגדר בידי הארגון העולמי "לא מקובל בריאותית, חברתית ופוליטית" [1]. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) בישראל הכיר בבעיה כבר במשפט הפותח בחוק: "ביטוח בריאות ממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון, ועזרה הדדית" [2]. בזמן שבכנס נתייחס למרכיבים הכלכליים הקשורים לאי-שוויוניות בשירותי בריאות, חשוב שנבין את משמעות האי-שוויוניות במצב בריאותה של אוכלוסיית המדינה.

כדי לבחון את מהות נושא האי-שוויון יש להבדיל בין שני מונחים שגם הם מופיעים במשפט הפותח הנ"ל של החוק.

1. אי-שוויון (Inequality) – מונח המתייחס להבדלים במצב הבריאות בין בני אדם או בין קבוצות אוכלוסייה, הבדלים שאינם ניתנים לשינוי. לדוגמה: הבדלים בין צעירים לקשישים או תוחלת חיים ארוכה יותר של נשים לעומת גברים.
2. אי-צדק, חוסר הוגנות (Inequity) – מונח המתייחס למשמעות שמעבר להבדל הכמותי שנמדד. Whitehead [3] ב-1990 הגדירה Inequity:

"Inequity has a moral and an ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust."

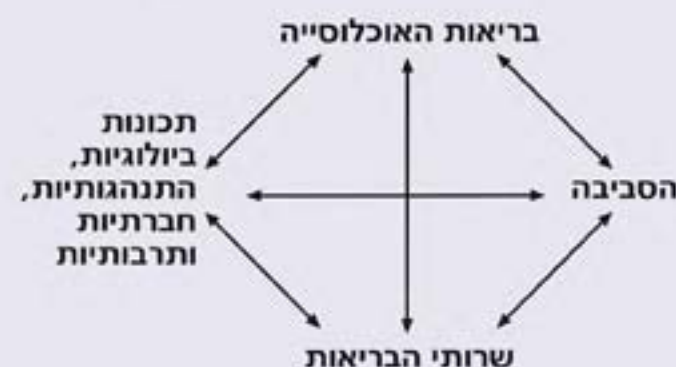
בהתייחסות זאת, מעבר להבדל האבסולוטי, נוסף ההיבט שלפיו ההבדלים ניתנים למניעה, ולפיכך אינם הכרחיים ולכן יש בהם משום חוסר צדק. על בסיס הבנה זאת של Inequity ממשיכה Whitehead להגדיר את מטרת המדיניות הדרושה לטיפול בנושא בתחום מערכות שירותי הבריאות.

"...is not to eliminate all health differences so that everyone has the same level and quality of health, but rather to reduce or eliminate those which result from factors which are considered to be both avoidable and unfair."

המסר שלנו בכנס זה הוא ברור. המטרה אינה לחסל כל הבדל במצב הבריאות בקרב אוכלוסיית המדינה, שכן בני אדם הם שונים ושוויון מלא ביניהם אינו הגיוני ואינו אפשרי

כמטרה. המשימה היא להקטין או אם אפשר לחסל את ההבדלים הניתנים למניעה ושאינם צודקים. בבואנו לנתח את הגורמים לחוסר שוויון ולא-י-צדק במצב בריאותן של אוכלוסיות יש לזכור שהמרכיב הכלכלי הוא אמנם מרכזי אך אין הוא היחיד. בהכללה, הגורמים המשפיעים על מצב בריאות האוכלוסייה הם (תרשים 1):

תרשים 1: הגורמים המשפיעים על מצב בריאות האוכלוסייה



1. **תכונותיה של הקבוצה:** מבחינה ביולוגית (דוגמת מין וגנטיקה), התנהגותית (דוגמת עישון, פעילות גופנית, צריכת מזון והרגלי נהיגה), חברתית (דוגמת רמת השכלה, צפיפות דיור והכנסה) וכן הרקע התרבותי שכל אדם מביא עמו מהבית או רוכש עם השנים. צריך להיות ברור שלא רק שירותי הבריאות משפיעים על תכונות אלו (ועל כן על מצב הבריאות) אלא גם מערכות אחרות כגון חינוך, רווחה ודת.
2. **הסביבה שאנו חיים בה:** כל אדם חשוף לסביבתו האנושית (משפחה, עבודה, קהילה); לסביבתו הביולוגית (חיידקים, נגיפים, בעלי חיים); וכן לסביבתו הפיזית (זיהום אוויר, קרינה, חומרים מסרטנים). השאלה המרכזית לענייננו היא באיזו מידה חוסר שוויון בחשיפה ניתן למניעה ואינו צודק.
3. **המרכיב השלישי** במודל זה הוא **שירותי הבריאות**, ובמרכיב זה נתרכז בכנס השנה. השירותים הניתנים לאוכלוסיית המדינה נועדו לשפר את מצב בריאותנו, אבל גם להשפיע על מצב זה על ידי פעילות מתוכננת ומכוונת לגבי תכונות האוכלוסייה, לדוגמה התנהגות, וכן לגבי סיכוני הסביבה, דוגמת חיסונים וסיכונים במקומות העבודה.

מטרתנו בכנס היא לבחון באיזו מידה המשאבים המשמשים לשירותי הבריאות בכללותם מונעים Inequity, אם על ידי טיפול רפואי ישירות באוכלוסייה או אם על ידי התערבות למניעת תוצאות בריאותיות שליליות של תכונותינו או סביבתנו. זאת התמונה הרחבה של האתגרים העומדים בפני קובעי מדיניות שירותי הבריאות וכן לגבי ניצול המשאבים העומדים לרשותם.

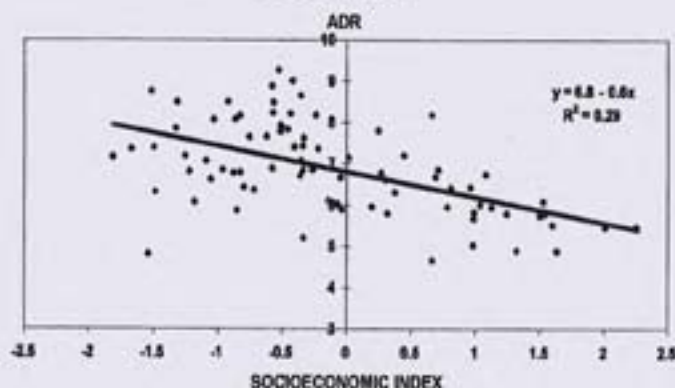
נושא האי-שוויוניות אינו ייחודי למדינת ישראל. כבר באמצע המאה ה-19 Farr and Chadwick תיארו בלונדון את ההבדלים בתמותה ובתוחלת החיים לפי המעמד החברתי [4]. מנכ"לית הארגון הבריאות העולמי, ד"ר גרו ברונטלנד (Gro Bruntland) הגדירה בשנים האחרונות את העוני כסיכון העיקרי לבריאות אוכלוסיית העולם. אין מדינה שאינה נאלצת להתמודד עם האי-שוויון בבריאות, במיוחד מההיבט של Equity.

**אי-שוויוניות בבריאות בישראל**

כדי לבחון את משמעותה של מדיניות כלכלת הבריאות בישראל יש לאמוד את מידת האי-שוויוניות מתוך נתונים מחקריים ואחרים הקיימים במדינה. 1. אי-שוויוניות בשיעורי התמותה: מנתוני משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עולים הבדלים בשיעורי התמותה המתוקננים לגיל בין יישובים בארץ בהתאם לדירוג של מדד סוציו-אקונומי (תרשים 2).

תרשים 2: שיעורי תמותה מתוקננים לגיל לפי מדד סוציו-אקונומי של יישובים בישראל

ADR by SOCIOECONOMIC INDEX of LOCALITIES



הגברים במדינות האחרות ושל הנשים הישראליות - גבוהה יחסית. ניתוח הסיבות האפשריות למצבים אלו הוא נושא לדיון אחר, אבל צריך להעלות את השאלות לפני קובעי המדיניות בכלל ומדיניות הקצאת משאבים בפרט.

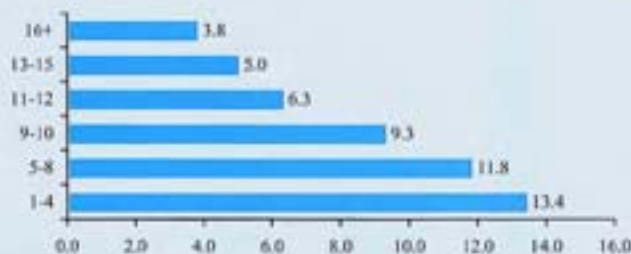
**א. תמותת תינוקות:** שיעורי תמותת התינוקות הם אחד המדדים החשובים הן של מצב בריאותן של תתי-אוכלוסיות והן של איכות שירותי הבריאות. בישראל הירידה בתמותת תינוקות מאז קום המדינה היא מרשימה, וזאת בייחוד באוכלוסייה הלא-יהודית. אם כי מעניין לציין שהירידה האבסולוטית אמנם גדולה, אך היחס בין האוכלוסיות נותר פחות או יותר דומה ועומד כיום על 2 וזאת במשך כ-20 שנה [9]. מעבר להבדלים בין שתי קבוצות האוכלוסייה יש שוני גם בתוך כל קבוצה במחוזות השונים בארץ. במחוז הדרום (באר שבע) התמותה גבוהה מאשר בשאר האזורים. ממצא חשוב בקשר ל-Inequity מתייחס להבדלים בתמותת תינוקות לפי השכלת האם (תרשים 4).

#### תרשים 4: שיעורי תמותת תינוקות לפי השכלת האם

Infant mortality  
Rate per 1,000 live births

Average 1993-1996

by mother's years of schooling



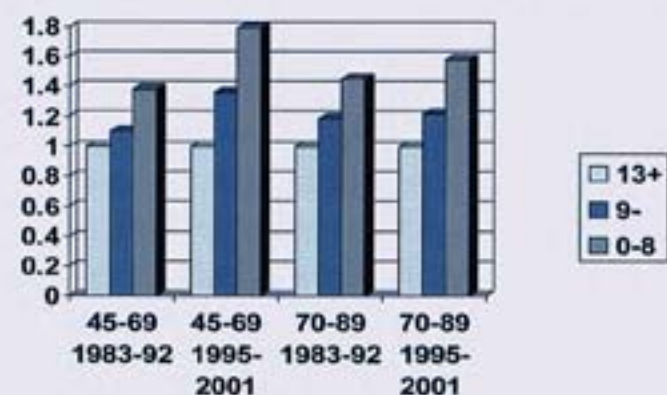
תמותת תינוקות  
שיעור ל-1,000 לידות חי

לפי מספר שנות לימוד האם

בקרב תינוקות שנולדו לאימהות בעלות 4 שנות לימוד או פחות התמותה בשנת החיים הראשונה גבוהה פי 4 מאשר בקרב תינוקות שנולדו לאימהות בעלות 16 שנות לימוד ויותר. אפשר בוודאי לייחס ממצא זה לאוכלוסיות מוגדרות, אך על שירותי הבריאות להתמודד עם השאלה המתעוררת לנוכח ממצא זה. כשאישה הרה או אם לאחר לידה מגיעות לקבל שירות רפואי, מאוחר מדי להעלות את רמת השכלתן הפורמלית, אך האם אין מקום להכיר בסיכון חברתי, לאתרו ולהתערב למניעת התוצאה החמורה?

השוואות אלו הן אמנם אקולוגיות ואינן על בסיס נתונים פרטניים, אבל התמונה ברורה. יש הבדלים בתמותה לפי הממד הכולל וכן לפי השכלה, הכנסה ממוצעת והיקף האבטלה ביישובים בישראל. בהתחשב במצב הכלכלי המעורער בישראל בשנים האחרונות וכן לנוכח הגדלת הפער הסוציו-אקונומי עולה השאלה באיזו מידה גדלים פערי התמותה במשך הזמן. ד"ר אורלי מנור וחי' בחנו את התמותה בשתי תקופות. הראשונה במחקר אורך שהתבסס על נתוני מפקד 1983 של הלמ"ס. ניתוח התמותה הגיע עד 1992 [5,6] והשנייה (במחקר המצוי בשלבי העיבוד הראשוני ועדיין לא פורסם) במחקר שהחל בנתוני מפקד 1995 ובחן את התמותה עד 2001 [7].

#### תרשים 3: יחס סיכוי לתמותה מתוקן לגיל של נשים לפי רמת השכלה ותקופה



Manor et al

התכונה שנבדקה במחקר הייתה שנות השכלה. הן בנשים והן בגברים היחס סיכוי (Ratio) לתמותה לפי השכלה (מתוקן לגיל) גדל בתקופה השנייה. החוקרים עדיין לא בחנו את כל ההבדלים באוכלוסייה בין שתי התקופות, אבל כבר כעת ברור שהממצא צריך לעורר התייחסות מעמיקה למשמעות השינויים עם הזמן (תרשים 3).

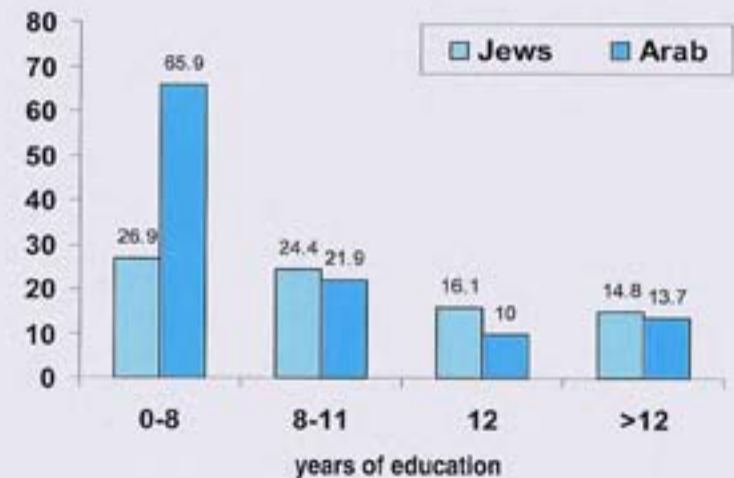
חשוב ללבן את הנתונים בישראל ואף לבחון את מצבנו בהשוואה למצב במדינות אחרות. ההבדל בתוחלת החיים בין גברים לנשים הוא ממצא חשוב כשלעצמו, ובהקשר זה יש לבחון את מקומה של ישראל ביחס למדינות מתועשות אחרות. מקום הגברים הישראלים הוא גבוה מאוד יחסית, ואילו נשות ישראל מדורגות במקום הרבה יותר נמוך בדירוג תוחלת החיים [8]. מצב זה משתקף גם בסיבות המוות העיקריות, כלומר מחלות לב איסכמיות וממאירויות. בשתינת תמותת הגברים הישראלים נמוכה יחסית לתמותת

אין זו שאלה של משאבים אלא של הכרה בקיום בעיה (סיכון חברתי) וקבלת אחריות לפעולה.

**ב. תחלואה ונכות:** אף שהנתונים בתחום זה הם פחות נרחבים לעומת תמותה אפשר להצביע על כמה ממצאים חשובים. מנתוני מב"ת (סקר בריאות ותזונה לאומי 1999-2000) להימצאות סוכרת כפי שדיווחו הנגדמים יש קשר לרמת ההשכלה הן ביהודים והן בערבים, בנשים ובגברים כאחד [10]. מעניין יותר הוא הקשר בין רמת איזון הסוכרת (שנמדדה על ידי רמת HgbA1c) לבין הדירוג הסוציו-אקונומי של היישוב שבו נמצאת המרפאה הקהילתית, זאת גם לגבי ערכים גבוהים (אי-איזון) ונמוכים (איזון) [11]. גם במקרה זה, האם המערכת מביאה בחשבון את הסיכון החברתי של רמת ההשכלה ביחס לרמת האיזון של מחלה הנמצאת בעלייה בישראל?  
על פי נתוני מב"ת נמצא קשר גם בין השמנה ( $BMI \geq 30$ ) לבין רמת השכלה בערבים וביהודים ובייחוד בקרב נשים [10] (תרשים 5).

**תרשים 5:** הימצאות השמנה בנשים ערביות ויהודיות לפי רמת השכלה (%)

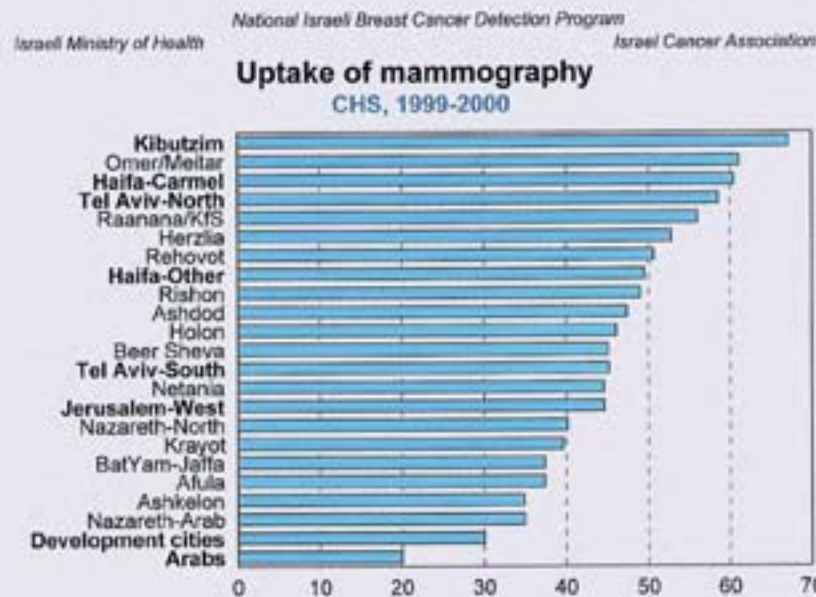
Obesity ( $BMI > 30$ ) among females by population and years of education (%) (MABAT) 1999-2000



מתוך נתוני סקר הבריאות של הלמ"ס, הנעשה כחלק מסקר הוצאות המשפחה, עולים הבדלים בהימצאות מדווחת של יתר לחץ דם, סוכרת ואסתמה לפי שנות לימוד. סרטן השד הוא אחד מסיבות המוות העיקריות בנשות ישראל, ובייחוד היהודיות. בעבודת

תזה למוסמך בבריאות הציבור בירושלים תיעדה דורית איזק את הפרוגנוזה הגרועה יותר של נשים חרדיות לעומת נשים חילוניות [12]. ממצא זה הוסבר בחלקו הגדול בשלב של המחלה בעת האבחנה ובאי-ביצוע פעולות לאבחון מוקדם. ממצא זה צריך להיבחן על רקע היקף הביצוע של ממוגרפיה ביישובים השונים בארץ במסגרת התוכנית הלאומית לאיתור סרטן השד. קיים הפרש של עד פי 3 בביצוע ממוגרפיה בין היישובים השונים [11] (תרשים 6). זאת בוודאי דוגמה ל-inequality.

**תרשים 6:** ביצוע ממוגרפיה לפי אזור מגורים וקבוצת אוכלוסייה (%)



עששת שניים היא המחלה הכרונית השכיחה ביותר באוכלוסייה, ובייחוד בקרב ילדים. בעבודות מחקר בישראל ובחול' הודגם הקשר בין עששת לבין המצב הסוציו-אקונומי בגלל (קרוב לוודאי) הרגלי אכילה וכן חוסר טיפול מנע [13]. במניעת העששת גם מרכיב סביבתי חשוב על ידי הפלרת מי השתייה.

מרכיבים אלה הם רק מקצת הידוע כיום בנוגע להבדלים בתחלואה. פחות יחסית ידוע על הנכות, אבל מתוך נתונים של הג'וינט, מכון ברוקדייל ואשל מתברר שהיקף הנכות המגבילה בפעולות היום-יום (להתקלח, לאכול, להתלבש) שונה בקבוצות מוצא שונות. בקרב יוצאי אסיה ואפריקה היקף הנכות המגבילה בפעילות היום-יום גדול כמעט פי 2 מאשר בקרב יוצאי אירופה-אמריקה, ובאוכלוסייה הערבית הפרש הוא מעל פי 3 [14].



ג. **תאונות ופגיעות:** בכל הגילאים ובכל קבוצות האוכלוסייה תאונות ופגיעות הן גורם חשוב בתמותה, בתחלואה ובנכות, אבל ההיקף שונה בקבוצות אוכלוסייה שונות. ממחקר של ד"ר רוזה גופין מהאוניברסיטה העברית בירושלים עולה כי שיעור תמותת הילדים (בני 0-17) גבוה פי 3 באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית [15] (תרשים 7).

תרשים 7: תמותה מפגיעות בילדים בני 0-17 בישראל\*

תמותה מפגיעות
יהודים 4.1
ערבים 13.1
יחס יהודים/ערבים 0.31

\* בעיקר מתאונות דרכים (שיעור ל-100,000 לשנה)

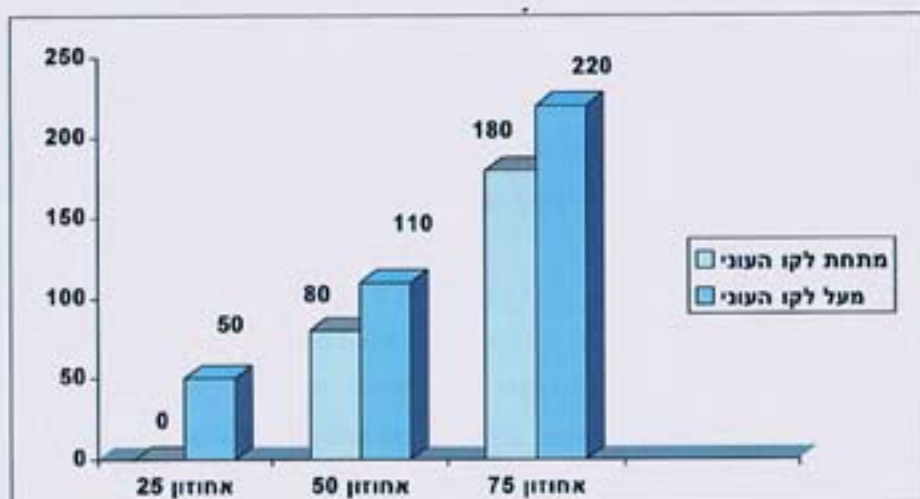
אחוז הביקורים בחדרי מיון עקב פגיעות גבוה ב-50% בקרב יהודים, אבל היקף האשפוז הוא כמחצית מאשר בקרב הערבים. נראה שהיקף הפגיעות בילדים יהודים גדול יותר, אבל חומרת הפגיעה בילדים ערבים גדולה יותר.

משלימים את התמונה הממצאים מהמרכז לחקר טראומה ורפואה דחופה במכון גרטנר. שיעור האשפוז של ילדים מיישובים ערביים עקב כוויות ונפילות גבוה בהרבה מאשר השיעור ביישובים יהודיים. כמו-כן ראוי לציון היחס ההפוך שנמצא ביהודים לאחר גיל 65 בין היקף היפגעותם לבין מצבם הסוציו-אקונומי של יישוב מגוריהם [16].

ד. **התנהגות מסכנת בריאות:** התנהגות היא ממדדי הסיכון העיקריים לבריאות האוכלוסייה. לדוגמה, במבוגרים בישראל אחוז גבוה יותר של מעשנים מצוי בקרב בעלי רמות ההשכלה הנמוכות; נתון זה נמצא גם בקרב חיילי החובה בצה"ל [8]. מצב דומה נמצא גם לגבי שתיית אלכוהול, קיום יחסי מין לא מוגנים ועוד.

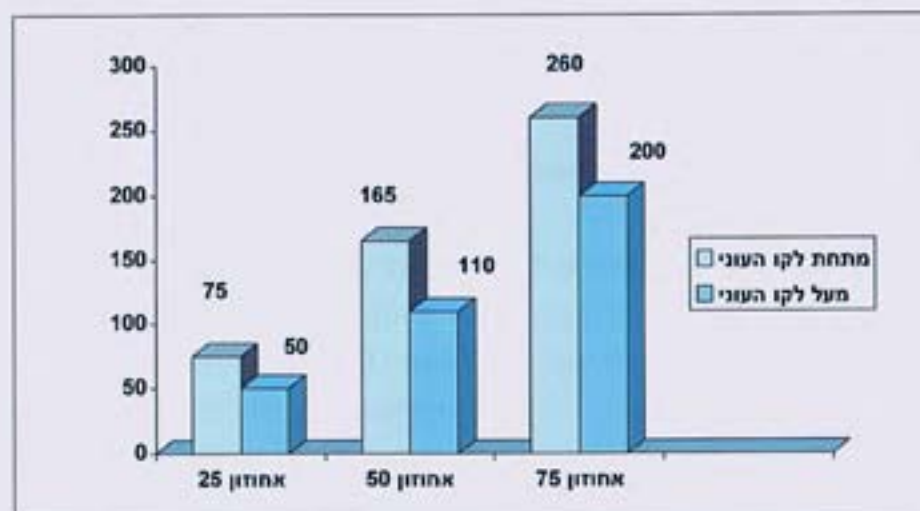
המזון שאנו צורכים הוא בבחינת גורם סיכון של ממש לבריאות הפרט והאוכלוסייה, הן בכמותו וגם באיכותו. ממצאי סקר מבי"ח 1949-2000 הם חשובים ומעניינים בהקשר זה. הצריכה היומית (בגרמים) של בשר, עוף ודגים גבוהה באורח ניכר באוכלוסייה המצויה מעל קו העוני מאשר בזו המצויה מתחתיו (תרשים 8).

תרשים 8: צריכה יומית של בשר, עוף ודגים לפי קו העוני (מלב"ם 1999-2001)



לעומת זאת, צריכת לחם ודגנים מצביעה על יחס הפוך: הצריכה גבוהה יותר מתחת לקו העוני (תרשים 9). הקשר האפשרי המעניין להימצאות סוכרת מחייב בירור.

תרשים 9: צריכה יומית (בגרמים) של לחם ודגנים, לפי קו העוני (מלב"ם 1999-2001)



**סיכום**

יש להתייחס לנקודות אלה:

1. קיום אי-שוויוניות (Inequality) במצב בריאות האוכלוסייה הוא ברור ובולט, ואולי אף מתרחב.
  2. קיום Inequity ניתן לשיקול דעת, אבל למחבר נייר זה התשובה החיובית ברורה. מצב זה הוא בבחינת אתגר ראשון במעלה בפני קובעי מדיניות בישראל – הן הכלכלית והן הבריאותית.
  3. בקו המקשר בין מצבי הבריאות לבין הרקע חברתי (מצב כלכלי, השכלה, מקום מגורים, דתיות ועוד) קיימת שאלה מרכזית, והיא: האם מוסדות המדינה ובראש ובראשונה משרד הבריאות מוכנים להכיר בסיכון חברתי כגורם לאי-שוויון בבריאות באותה מידה כמו סיכון ביולוגי (יתר לחץ דם, היפרכולסטרולמיה, השמנה) וסיכון התנהגותי וסביבתי. אם כן, זה מוביל למסקנה אחת – מה על שירותי הבריאות (לבד או עם אחרים) לעשות?
  4. עלינו להכיר שבכנסים המלח השנה אנו פותחים צוהר לסוגיית האי-שוויוניות שהחלה לעלות אולי גם בכנס בשנה שעברה. קיים רצף של מרכיבים הנוגעים לתחום השוויוניות בבריאות:
    1. מדיניות לאומית הגורסת ש-Inequity אינו מקובל וכי יש להפחיתו.
    2. הקצאת משאבים בהמשך לסעיף 1 עד כמה שניתן מאלה הקיימים.
    3. הכרה של משרד הבריאות בקיומה של הבעיה וקבלת אחריות עליה; חוק ביטוח בריאות ממלכתי מספק מסגרת המאפשרת פעולה.
    4. תכנון וניצול משאבים על ידי ספקי שירות לצמצום פערים.
    5. קבלת אחריות מקצועית לנושא בידי רופאים / אחיות ואחרים וביצוע פעולות בהתאם.
    6. הכללת האוכלוסייה ברצף המתואר גם לגבי קבלת אחריות וגם בממשק שבינה לבין המטפלים.
- ייתכן שנעדר כאן מרכיב זה או אחר בפסיפס הכולל של Inequity במצבי בריאות בישראל, אבל יש חשיבות בהכרת סך כל התהליך העומד בפנינו בניסיון להתמודד עם אי-שוויון בריאותי אצלנו. התחלנו בכנסים המלח השנה בדרך שהפוטנציאל שלה גדול מאוד לצמצום פערים בבריאות אוכלוסיית המדינה.

**רשימת מקורות**

1. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, September 1978. World Health Organization, Geneva, (Health for All Series, No 1), 1978.
2. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד, 1994.
3. Whitehead, M. The Concepts and Principles of Equity and Health. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990.
4. Chadwick, E. (1842) The Sanitary Conditions of the Labouring Populations of Great Britain. Republished (1965 ed. by Flinn, MW) by Edinburgh University Press, Edinburgh.
5. Manor, O., Eisenbach, Z., Peritz, E., Friedlander, Y. (1999) Mortality Differentials in among Israeli Men. Amer. J. Public Health 89:1807-1813.
6. Manor, O., Eisenbach, Z., Israeli, A., Friedlander, Y. (2000) Mortality Differences among Women: The Israel Longitudinal Mortality Study. Soc. Sci. Med. 51:1175-1188.
7. Manor, O., et al. Unpublished Data.
8. Health Status in Israel 1999. Israel Center for Disease Control, Publication No. 209, 1999.
9. Health in Israel 200, Ministry of Health, Jerusalem 2001.
10. First National Health and Nutrition Survey (MABAT), 1999-2000. Israel Center for Disease Control, Ministry of Health.
11. Gad Rennert, unpublished data.
12. איק"ד. פרונטזה של סרטן השד בנשים בירושלים. עבודת תזה לתואר MPH, בבית הספר לבריאות הציבור, ירושלים, 1998.
13. ברג, זוסמן, שפ, חורב, ג. (2001) היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת השיניים בישראל באיך של ביטוח בריאות ממלכתי. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
14. Central Bureau of Statistics, Mashav-Planning for the Elderly: A National Data Base. JDC-Brookdale Institute and ESHEL, Jerusalem.
15. Gofin, R., Avitzour, M., Haklai, Z., Jellin, N. (2002). Injury Inequalities: Morbidity and Mortality of 0-17 year olds in Israel. Int. J. Epidemiol. 31:593-599.
16. מלד, י. מרכז לחקר הטראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר, נתונים עדיין לא פורסמו.

## פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות היבטים כלכליים

גבי בן נון

### רקע

היקף המעורבות הממשלתית הנחוצה לצמצום פערים ואי-שוויון בשירותי הרווחה בכלל ובבריאות בפרט, היא שאלה שנויה במחלוקת הן מבחינה כלכלית (כשלון מנגנון השוק) והן מבחינה אידיאולוגית.

טווח המחלוקת נע כיום בין שני מודלים כלכליים מרכזיים:

- א. **הגישה הכלכלית הליברלית למדיניות רווחה ובריאות** – גישה הדוגלת במתן סיכוי והזדמנות שווה לכל פרט לממש את כישוריו ולהשתמש ברכושו בדרך הטובה ביותר בעיניו. על פי תפיסה זו, על המדינה לצמצם את מעורבותה בתחומי רווחה שונים למינימום הכרחי ולהתערב רק כרשת ביטחון אחרונה להגנה על פרטים שאינם יכולים להשיג מינימום הכרחי זה בכוחות עצמם. גישה זו שוללת עקרונית זכאות אוניברסלית לשירותי בריאות ומעדיפה גישה סלקטיבית של תמיכה בחלשים.
- ב. **הגישה הסוציאל-דמוקרטית למדיניות רווחה ובריאות** – גישה הדוגלת בהתערבות פעילה של המדינה כאמצעי להבטיח ביטחון חברתי וכלכלי לכלל החברה בתחומים כגון חינוך, בריאות, דיור, תעסוקה והכנסה. גישה זו מדגישה לא רק את השוויון בהזדמנויות אלא גם את השוויון בתוצאות ולכן מנסה להבטיח זכאות אוניברסלית לשירותי בריאות וצמצום חסמים גיאוגרפיים וכלכליים בפני השימוש בהם.

יישום הגישה הכלכלית הליברלית במערכת הבריאות באה לידי ביטוי באופן הבולט ביותר בארה"ב, שבה אין זכאות אוניברסלית לשירותי בריאות, והמדינה מספקת כיסוי ביטוחי רק לאוכלוסיות חלשות (ביטוח בריאות לעניים ולקשישים). שיעור המימון הפרטי במערכת הבריאות בארה"ב הוא מהגבוהים במערב ומשקלו הדומיננטי מלווה גם בדומיננטיות של מנגנון השוק בהסדרת פעילותה של המערכת. והתוצאה: רמת ההוצאה הלאומית לבריאות בארה"ב היא הגבוהה ביותר בעולם (יותר מ-13% מהתמ"ג), לשיעור ניכר מהאוכלוסייה (15%) אין ביטוח רפואי ולחלק אחר יש ביטוח רפואי חלקי, ורמת הבריאות של האוכלוסייה (רמה הנמדדת במדדים כגון תוחלת חיים ותמותת תינוקות) - נמוכה מממוצע המדינות החברות בארגון לשיתוף כלכלי ופיתוח (OECD).

הדוגמה האמריקנית ממחישה שתי בעיות מרכזיות המאפיינות את יישומה של מדיניות כלכלית ליברלית בתחום שירותי הבריאות:

- א. **בעיית כשלי השוק** - דומיננטיות מנגנון השוק בענף הבריאות כרוכה בכשלי שוק רבים הגורמים בין השאר לרמה גבוהה של הוצאה לאומית לבריאות.
- ב. **בעיית השוויוניות** - שירותי בריאות המאורגנים על בסיס גישה כלכלית ליברלית יוצרים אי-שוויון ותלות חזקה בין קבלת השירות לבין היכולת לשלם בעבורו. הניסיון האמריקני מראה ששוויון בהזדמנויות אינו מבטיח בהכרח שוויון בתוצאות. בשונה מארה"ב, רוב מדינות הרווחה במערב אימצו את הגישה הסוציאל-דמוקרטית בהתייחסותן לענף הבריאות. התפיסה השכיחה זה שנים במדינות אירופה היא ששירותי הבריאות צריכים להינתן על בסיס הצורך ולא על בסיס היכולת או הנכונות לשלם. באימוץ גישה זו באה לידי ביטוי עמדה אידיאולוגית התופסת את הערך "בריאות" כזכות יסוד של הפרט, שיש להבטיח באופן שוויוני לכלל האוכלוסייה. ביטוי בולט לגישה זו לבריאות נמצא בדוח ארגון הבריאות העולמי משנת 2001. בדוח שבו הוערכה רמת מערכות הבריאות ב-191 מדינות בעולם היוו מדדי השוויון בתוצאות הבריאות (התפלגות דפוסי התחלואה והתמותה - Equality; והוגנות מערכת המימון - Equity) שני מדדים מרכזיים בקביעת מיקומה היחסי של כל מדינה. עובדה זו מסבירה את מיקומה הנמוך יחסית של ארה"ב (33), לא הרחק ממיקומה של ישראל (28) בדירוג זה של מערכות בריאות בעולם.

### ממדים שונים לשוויוניות בבריאות

"תשלום לפי היכולת - קבלת שירותים לפי צרכים" וכן "סולידריות בתשלומים - אוניברסליות בזכאות" הם שני משפטים נפוצים שכל אחד מהם מבטא שני ממדים מרכזיים של שוויוניות בבריאות<sup>1</sup>:

- א. **הוגנות (Equity)** - הרצון לשוויון בהקשר זה מתבטא בהסדרת מערכי המימון והתשלום בעבור שירותי בריאות באופן הוגן, כלומר מערכי תשלום פרוגרסיביים הנקבעים לפי יכולת התשלום הנמדדת בהתאם להכנסה. לממד זה בשוויוניות בבריאות ייחוד רוב המאמר.

<sup>1</sup> מושג השוויוניות לממדיו השונים זוכה להתייחסות רבה בקרב אנשי אקדמיה מתחומי הפילוסופיה, הכלכלה ומדעי החברה האחרים. בסקירה זו מוצגים שלושה ממדים עיקריים של שוויוניות והתייחסות אליהם תהיה ברמה לאומית ולא רק ברמת המערכת הציבורית. ניתן כמובן למצוא הגדרות נוספות, בעלות דגשים אחרים, ובהן שוויוניות אופקית (יחס שווה לשווים) ושוויוניות אנכית (יחס שונה לשונים).

- ב. **נגישות** - הרצון לשוויון בהקשר זה מתבטא בהבטחת זכאות אוניברסלית לסל רחב של שירותי בריאות איכותיים שתועלתם מוכחת. על פי תפיסה זו צורכי הבריאות של האוכלוסייה צריכים להנחות את קבלת השירותים: זכאות לסל שירותים רחב, שאספקתו אינה תלויה בתשלום, פיזור גיאוגרפי שווה של השירותים (כוח אדם, מיטות אשפוז), שיאפשר הגעה קלה יחסית לכלל האוכלוסייה ומשך המתנה קצר יחסית - כל אלה הם תנאים הכרחיים להשגה ולמימוש ממד זה של שוויוניות בבריאות.

שני ממדים אלה של שוויוניות הם תנאים הכרחיים, אך אינם מספיקים, להשגת ממד נוסף של שוויונות והוא:

- ג. **מצב בריאות (Equality)** - צמצום פערים במצבי בריאות הניתנים למניעה. השאיפה לשוויון בהקשר זה מתבטאת ביחס שונה לשונים - בהתערבות נקודתית לצמצום פערים במצב הבריאות הניתנים למניעה (שיעורי תמותה ותחלואה), בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה, וזאת על בסיס דמוגרפי (גיל, מגדר), חברתי (הכנסה, השכלה), אזורי גיאוגרפיים (צפון, דרום) או דת (יהודים / ערבים ועוד). נושא זה הוצג במאמרו של פרופ' ליאון אפשטיין בראשית חוברת זו.

מידת ההתערבות של המדינה להשגת שלושה ממדים אלו של שוויוניות תלויה כאמור במידת החשיבות שמייחסת המדינה לערך שוויוניות בבריאות: ייחוס חשיבות לערך זה מחייב פיתוח שירותים באזורים מרוחקים, העדפה מתקנת לאוכלוסיות מיוחדות (חולים הלוקים בהפרעות כרוניות, בעלי הפרעות נפשיות); הפעלת תוכניות התערבות מיוחדות לצמצום פערי בריאות בקרב קבוצות מצוקה, הגבלת כמות שירותי הבריאות שקבלתם מותנית בתשלום ומימון ציבורי נרחב של המערכת. בהמשך תתייחס הסקירה בעיקרה לשני כלים אחרונים אלו של התערבות המדינה לצמצום האי-שוויון בבריאות בישראל.

### הוגנות המימון של מערכת הבריאות בישראל

מימון של מערכות בריאות נעשה במגוון רב של דרכים, שנהוג לקבץ לשתי קבוצות מרכזיות:

- א. **מימון ציבורי** - באופן כללי מיוחסת לו תכונה של פרוגרסיביות והוגנות.
- ב. **מימון פרטי** - שמיוחסת לו רגרסיביות וחוסר הוגנות.

ניתן לבצע פילוח נוסף של קבוצות אלו לתתי-קבוצות הקיימות במערכת הבריאות הישראלית (ולא רק בה), מתוך ניסיון לאפיין את מקומה היחסי של כל תת-קבוצה בציר פרוגרסיבי / רגרסיבי (ראה לוח 1).

#### א. מקורות מימון ציבוריים:

- **מימון מתקציב המדינה** - מקור מימון זה נחשב פרוגרסיבי, שכן הוא מבוסס על הכנסות המדינה ממיסוי פרוגרסיבי על השכר. עוצמתה של תכונת הפרוגרסיביות המאפיינת מקור מימון זה תלויה כמובן במשקלו של המיסוי הישיר למול המיסוי העקיף, בדרגות המס השולי, עומק הגבייה, תשלומי המס על הכנסות שאינן שכר ועוד. בכל מקרה בציר פרוגרסיבי / רגרסיבי ממוקם מקור מימון זה בצד שמאל של הציר (לוח 1). מקור זה מממן כ-43% ממקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל.
- **תשלומי דמי ביטוח בריאות לביטוח הלאומי** - ההכנסות מדמי ביטוח בריאות משקפות 25% מסך כל מקורות המימון של מערכת הבריאות בישראל. מקור זה נגבה אף הוא ברובו כאחוז מהשכר, אם כי מידת הפרוגרסיביות שלו נמוכה ממקור המימון של תקציב המדינה וזאת מכמה סיבות: (א) קיומה של תקרת שכר שמעבר לה לא נגבה המס; (ב) שתי רמות מס (3.1%-4.8%) לעומת חמש רמות מס שולי במס הכנסה; (ג) קיומם של תשלומי דמי ביטוח בריאות לאוכלוסיות מיוחדות, כגון פנסיונרים ומקבלי קצבאות שונות המשלמים סכום קבוע של דמי ביטוח בריאות<sup>2</sup>.

#### ב. מקורות מימון פרטיים:

- **ביטוח משלים בקופות החולים** - פרמיית הביטוח המשלים נגבית בעיקר ביחס לגיל ובלי קשר להכנסה, ולכן תכונת הפרוגרסיביות של מקור מימון זה נחלשת. מקור מימון זה משקף כ-3.6% מסך כל מקורות המימון של המערכת.
- **ביטוח משלים מסחרי** - פרמיית הביטוח המסחרי נקבעת על בסיס סיכון (גיל ומצב בריאות). מקור מימון זה משקף כ-2.4% מסך כל מקורות המימון של המערכת והוא

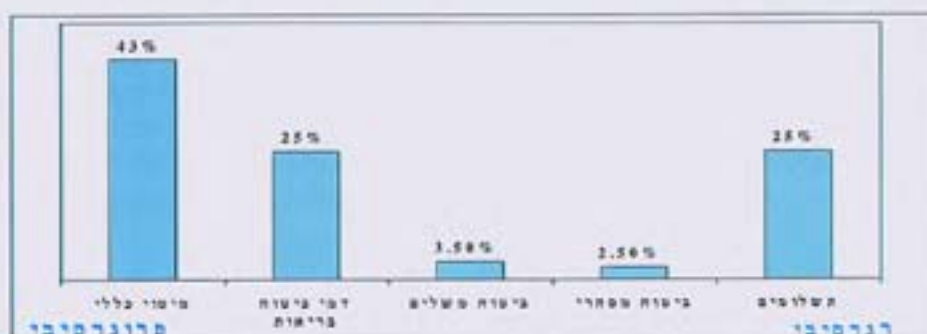
<sup>2</sup> מקבל קצבת זקנה עם השלמת הכנסה, שהכנסתו הכוללת היא כ-1,900 שקל בחודש, משלם דמי ביטוח בריאות 84 שקל - השיעור היחסי הגבוה ביותר של דמי ביטוח בריאות. תיקוני החקיקה החדשים (מאי 2003), המחייבים מיסוי עקרות בית בדמי ביטוח בריאות והחזרת תקרת הכנסה החייבת במס, חיצוק את תכונת הרגרסיביות במקור המימון של דמי ביטוח בריאות.

מצוי בקבוצה הרגרסיבית של מקורות המימון.

- **תשלומים בעבור שירותים** - מקור המימון הרגרסיבי ביותר במערכת, שכן הוא משולם על בסיס היקף הצריכה. בקבוצה זו של מקורות מימון ניתן להבחין במינון שונה של מידת הרגרסיביות, התלויה בין השאר בקיומם של מערכי פטורים הנחות ותקרות. מקור מימון זה משקף כ-26% ממקורות המימון של מערכת הבריאות.

לוח 1 מרכז את מקורות המימון של מערכת הבריאות הישראלית בשנת 2001, תוך דירוגם היחסי בציר פרוגרסיבי / רגרסיבי.

לוח 1: תכונת הפרוגרסיביות היחסית במקורות המימון של המערכת הישראלית

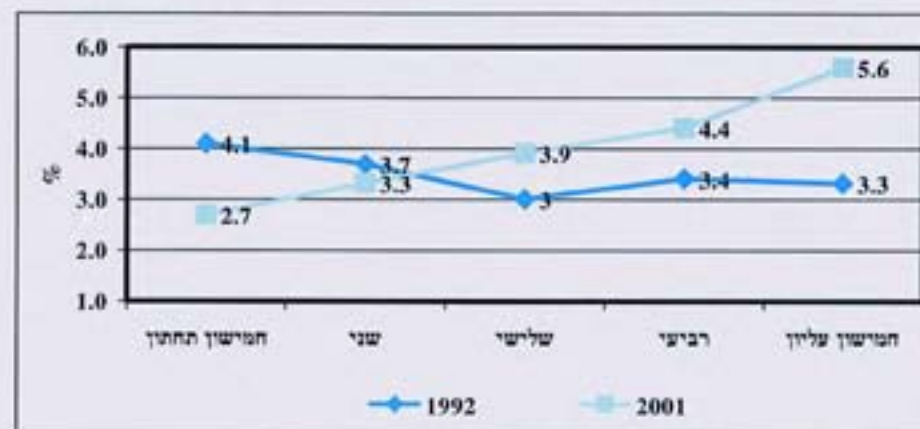


#### התפתחויות העיקריות במימון מערכת הבריאות הישראלית

אופייה הציבורי והסולידרי של מערכת הבריאות הישראלית נטבע עוד בטרם הקמת המדינה: פריסתם הגיאוגרפית של שירותי הבריאות בחלקיה השונים של הארץ הייתה ועודנה טובה יחסית (למעט אזור הנגב בתחומי הרפואה המקצועית והאשפוזית) ומערכי התשלום בעבור ביטוח רפואי הוסדרו על בסיס עזרה הדדית וכיסו עוד בטרם חקיקת חוק ביטוח בריאות כ-96% מהאוכלוסייה.

אופי זה של מערכת הבריאות הישראלית מצא את ביטויו החקיקתי ואף התחזק בשנת 1995, עם כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק הקנה זכאות אוניברסלית לסל מוגדר (שהיא תנאי הכרחי, אם כי - כאמור - לא מספיק, לשוויוניות אופקית) וקבע את עקרון הסולידריות בתשלום דמי ביטוח בריאות על פי רמת הכנסה (שוויוניות אנכית), תוך שיפור הפרוגרסיביות שבגביית המס (לוח 2).

לוח 2: אחוז תשלום דמי ביטוח בריאות מסך ההוצאה לתצרוכת-לפני החוק ולאחריו



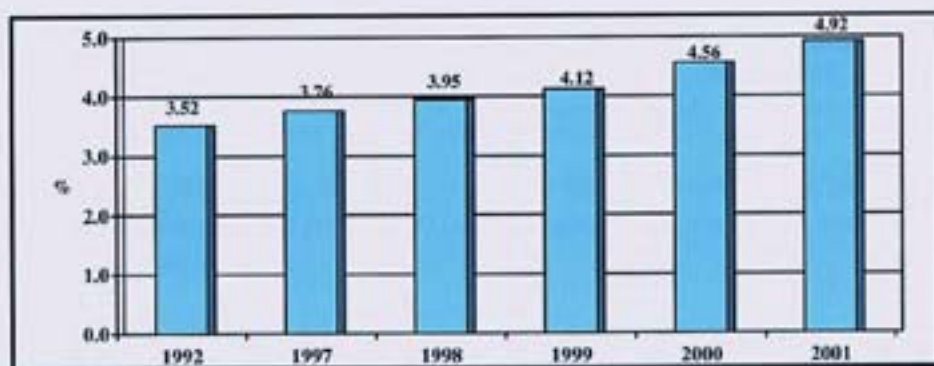
מקור: סקרי הוצאות משקי הבית, למ"ס 1992, 2001.

לוח זה מראה כי לפני החלת חוק ביטוח בריאות, תשלום דמי ביטוח בריאות כאחוז מהתצרוכת הלך ופחת עם העלייה בהכנסה, ואילו לאחר החלת החוק, אחוז מס הבריאות שמשלמים משקי הבית בחמישון העליון גבוה יותר מאחוז המס שמשלם העשירון התחתון (שוויונות אנכית). ערב הפעלת החוק, עמד היקף התשלומים הפרטיים על כרבע מסך כל מקורות המימון של מערכת הבריאות.

החוק אף תרם לשוויוניות האופקית (כל אדם לפי צרכיו) באמצעות הגדרת סל שירותים רחב ושינוי מנגנון ההקצאה ממנגנון המבוסס על הכנסה (לפני חקיקת החוק - קופה שמבוססת על עשירים הייתה גם קופה עשירה ויכלה להעניק שירות מועדף למבוטחיה) למנגנון המבוסס על מספר הנפשות המתוקן לפי גיל. עם זאת, מנגנון ההקצאה הקיים כיום בחוק אינו משקף את משתני האזוריות, משתנה התחלואה או משתנים חברתיים-כלכליים אחרים. העובדה ששירותי הבריאות בישראל אינם מושתתים על בסיס אזורי, וכן העובדה שהקצאה שונה לצרכים שונים אינה מחייבת בהכרח הגעתם של המקורות לנזקק, כל אלה מקשים על השימוש בנוסחת ההקצאה לצמצום האי-שוויון. קבוצה אחת בכנס יום המלח בחנה מגבלות אלה, וכן אפשרויות נוספות הגלומות בשינוי דרכי ההקצאה כאמצעי לשיפור השוויוניות האופקית. בכל מקרה, שינויים אלו ואחרים בחוק ביטוח בריאות תרמו הן לשיפור הוגנות מערכי המימון של המערכת והן לנגישות טובה יותר לשירותי הבריאות. אלא שתרומתו זו של החוק לשוויוניות בבריאות על ממדיה השונים הלכה ונשחקה עם צמצום היקף המימון הציבורי של המערכת והרחבת היקפם של התשלומים הפרטיים.

התרחבות מגמה זו פגעה הן בשוויון האופקי (פגיעה בנגישות של מעוטי היכולת) והן בשוויון האנכי (תשלום לפי צריכה ולא לפי יכולת כלכלית): שיעור המימון הפרטי בישראל מצוי זה שנים במגמת עלייה המשתקפת הן בנתונים מסקרי הוצאות משקי הבית (לוח 3) והן בנתוני החשבונאות הלאומית (לוח 4).

לוח 3: הוצאות משקי הבית על בריאות כאחוז מההוצאה לתצרוכת: 2001-1992

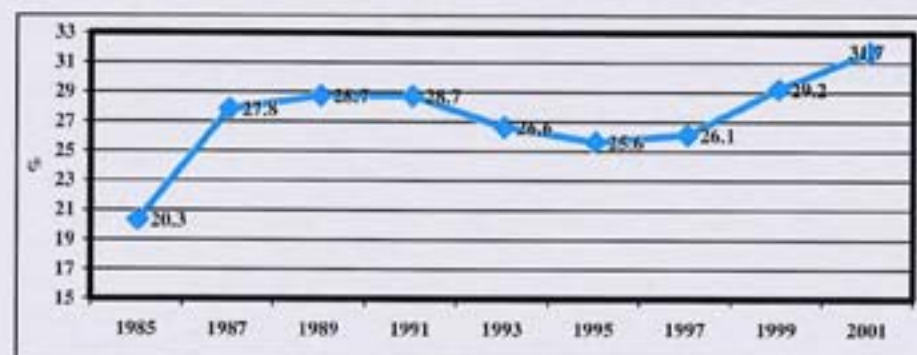


מקור: סקרי הוצאות משקי הבית של הל"מ 1992-2001.

לוח 3 מראה כי אחוז ההוצאה על בריאות מסך כל ההוצאות לתצרוכת הולך ועולה מ-3.52% בשנת 1992 ל-4.92% בשנת 2001. עיקר העלייה התבטאה בסעיפי ההוצאה על ביטוח משלים ועל תרופות. העלייה ברכיב ההוצאה לבריאות בסל התצרוכת הייתה הגבוהה ביותר מכל רכיבי סל הצריכה של משקי הבית.

לוח 4 מציג אותה מגמה מזווית שונה. הלוח מציג את מגמת העלייה בחלקם של התשלומים הפרטיים במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, משנת 1998 - שנת הסלחה של אגרת ביקור אצל רופא מקצועי והתייקרותם של התשלומים בעבור מרשמי תרופות.

**לוח 4: אחוז התשלומים הפרטיים במימון הוצאה הלאומית לבריאות: 2001-1987**

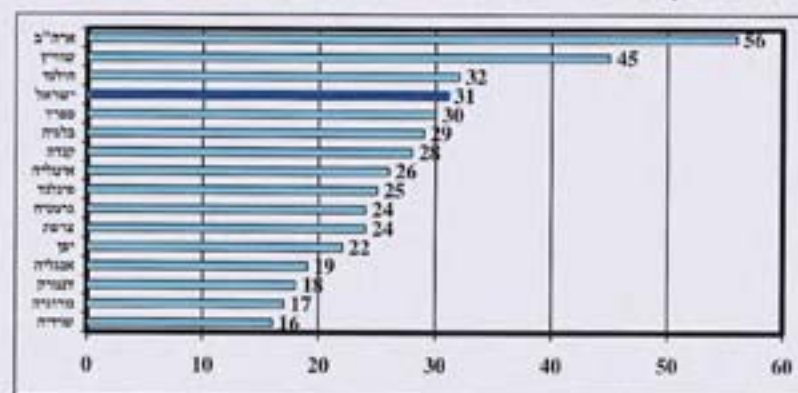


מקור: פרסומי הוצאה הלאומית לבריאות של הלמ"ס 1977-2001

לוח 4 מראה כי מגמת העלייה במימון הפרטי החלה עשור לפני הפעלת החוק. לקראת אמצע שנות התשעים (תקופת כניסתו של החוק לתוקף) ניכרה התייצבות במגמה, ומשנת 1998 עולה בהדרגה שוב שיעור המימון הפרטי.

ההשתתפות העצמית כמקור מימון של מערכות בריאות הוא אחד המדדים הנפוצים לבחינת השוויוניות האנכית בכל מדינה: מובן שאין מדינה שכל שירותי הבריאות בה ניתנים חינם, אבל ההבדלים בין המדינות במשקלו של המימון הפרטי הם בבחינת מדד אחד למידת האי-שוויון האנכי בהן:

**לוח 5: אחוז המימון הפרטי מהוצאה הלאומית לבריאות: מדינות OECD וישראל - 2000**



מקור: Health File 2001 OECD

מהשוואת אחוז המימון הפרטי בהוצאה הלאומית לבריאות במדינות OECD (לוח 5) נראה כי בארה"ב שיעור המימון הפרטי הוא הגבוה בעולם ומרכיב הסולידריות החברתית במערכת הבריאות בה הוא מהנמוכים ביותר.

גם בפרספקטיבה בין-לאומית, נתוני המימון הפרטי בישראל אינם מחמיאים: שיעור המימון הפרטי בישראל הוא הרביעי בגודלו מקרב מדינות OECD.

שני הנתונים שהוצגו לגבי ישראל - המימון הפרטי כמקור מימון המערכת ואחוז הוצאות משקי הבית על בריאות - מצביעים אפוא על אותה מגמה: נטל התשלומים הפרטיים לבריאות של משקי הבית הולך וגדל ועמו גדלה השחיקה בעקרון הסולידריות החברתית שאפיין את שירותי הבריאות בישראל במשך שנים.

למרות היות המימון הפרטי שיטה רגרסיבית לגיוס מקורות ולא בהכרח יעילה מבחינת בקרת שימושים (ראה בהמשך), נעשה השימוש בשיטה זו שכיח ומועדף במערכת הבריאות בישראל, הן כאמצעי לפתרון משברים פיננסיים במערכת בטווח הקצר (מדוע להתייעל אם ניתן לגבות עוד כסף?) והן כאמצעי לשיפור השתכרות (שר"פ).

לקראת סוף האלף השני, ככל שפחתו מקורות המימון הציבורי של המערכת, הלך וגבר הפיתוי לגבות את המקורות החסרים מכיסו של האזרח. בסולם הערכים של המערכת קיבלה "השורה התחתונה במאזן" דירוג מועדף, בלי שהשגתו של ערך זה תיבחן אל מול פגיעה בערכים אחרים ובהם - ערך השוויוניות בבריאות.

בין שנת 1997 לשנת 2001 מומנו 92% מהגידול בהוצאה הלאומית לבריאות לנפש על ידי גידול במימון התשלומים פרטיים (לוח 6).

**לוח 6: השינויים במקורות מימון הוצאה הלאומית לבריאות לנפש 2001-1997 (בשקלים, במחירים קבועים)**

שנה	הוצאה לאומית לבריאות לנפש	הוצאה פרטית לבריאות לנפש
1997	5,978	1,554
2001	6,570	2,102
הפרש	592	548

מקור: נתוני הלמ"ס על הוצאה הלאומית לבריאות לשנים הנדונות.

הפרקים הבאים יתחו מגמה זו לעומקה.

**ניתוח מרכיבי המימון הפרטי בישראל**

בשנת 2001 הייתה הוצאה הלאומית לבריאות 42 מיליארד שקל (ללא בלאי). מסכום זה כ-13 מיליארד (31.7%) מומנו במימון פרטי ו-68.3% במימון ציבורי.

כפי שכבר צוין, קיימת מגמה כללית של התרחבות בהיקף התשלומים הפרטיים בישראל וכבר הוצג הקשר שבין מגמה זו לבין אי-שוויון. עם זאת יש חשיבות לניתוח

עמוק יותר של מרכיבי מקורות המימון הפרטי, מתוך אבחנה בין תשלומים פרטיים במערכת הציבורית (שרובם הגדול מתבצע בעבור שירותים הכלולים בסל הציבורי) לבין תשלומים בעבור שירותים במערכת הפרטית (שרובם הגדול מתבצע בעבור שירותים שאינם כלולים בסל הציבורי).

לוח 7: מרכיבי המימון הפרטי - 2001 (במיליוני שקלים)

א. תשלומים במערכת הציבורית	3,000	23%
ב. תשלומים במערכת הפרטית	10,200	77%
סה"כ תשלומים	13,200	100%

**א. תשלומים פרטיים במערכת הציבורית**

תשלומי ההשתתפות העצמית במערכת הציבורית כוללים תשלומים (מעבר למס בריאות), שהמטופל נדרש לשלם בעת קבלת שירות רפואי הכלול בסל השירותים הציבורי. תשלומים אלו משולמים בדרך כלל ביחס ישר לכמות השירות הנצרך ובלי קשר להכנסתו של המטופל, אם כי יש מערכת של הנחות ופטורים לאוכלוסיות מיוחדות. להטלת תשלומים על שירותים הכלולים בסל הציבורי שתי מטרות עיקריות: **צמצום ביקושים עודפים** - צמצום תופעת "הסיכון מוסרי" - השימוש העודף בשירות לנוכח אספקתו חינם.

**הגדלת הכנסות** - הגדלת הכנסות מערכת הבריאות. הגדלת הכנסות המאפשרת הגדלת הוצאות של המערכת או צמצום חלקו של המימון הציבורי במערכת.<sup>3</sup> הסל הציבורי מקיף את כל סל השירותים הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הן אלה המצויים באחריות קופות החולים והן אלה המצויים באחריות משרד הבריאות.

**(א) תשלומים בעבור הסל שבאחריות משרד הבריאות** - כוללים אגרת בריאות לתלמיד, אגרת טיפול בתחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב), תשלומי המשפחות לאשפוז סיעודי ועוד.

היקף ההכנסות מתשלומים בסל השירותים שבאחריות משרד הבריאות לא השתנה באורח ניכר לאורך זמן. מסך כל התשלומים הללו, תשלומי המשפחות בעבור אשפוז סיעודי הם המרכיב המרכזי בתשלומים פרטיים לשירותים שבאחריות משרד הבריאות

<sup>3</sup> יש המוסיפים מטרה שלישית להטלת תשלומים, והיא עידוד התחרות בקרב הספקים או חברות הביטוח על גובה התשלומים. הניסיון להרחיב את התשלומים לקופות החולים בשנת 1998 אינו מאשש מטרה זו (ראה בהמשך).

- במוצע כ-30% ממקורות המימון של שירות זה בסל הציבורי משולמים על ידי המשפחות. גובה התשלומים נקבע על פי מפתח הכנסת המשפחה וגודלה, והשתתפות המשפחות מתנה את קבלת השירות.

ניתוח התשלומים בעבור שירותים המצויים בסל שבאחריות משרד הבריאות מראה כי תשלומים אלו נועדו בעיקר ליצירת מקור הכנסות למשרד ולא לצמצום ביקושים עודפים.<sup>4</sup> נוסף על כך נועדו התשלומים לצמצם (או להסיט) ביקושים נחוצים, שמגבלת המקורות של המשרד לא אפשרה את מימונם המלא (אשפוז סיעודי).

**(ב) תשלומים בעבור שירותים בסל שבאחריות קופות החולים** - כוללים השתתפות בעבור תרופות, אגרות ביקור אצל רופא מקצועי, טיפולים פארה-רפואיים, ביקורים בחדר מיון, תשלום בעבור אישורים רפואיים ועוד. בכל קופות החולים קיים מערך של פטורים, הנחות והחזרים לאוכלוסיות חלשות.

התשלומים בעבור תרופות הם מקור ההכנסה העיקרי של קופות החולים מתשלומים - תשלומי השתתפות בתרופות משקפים כ-33% מהוצאות הקופות על תרופות.

היקף תשלומי ההשתתפות בסל שבאחריות קופות החולים מצוי במגמת עלייה: בשנת 1995 היוו ההכנסות מהשתתפות עצמית 5.7% מסך כל ההוצאות של קופות החולים, ואילו בשנת 2001 משקף סכום זה כ-8.8%. עיקר העלייה התרחשה בסוף שנת 1998, כשבאישור הכנסת התיקרה ההשתתפות העצמית בגין תרופות בכל הקופות והוטלה אגרה רבעונית לביקור אצל רופא מקצועי. אנו נשתמש בתוכנית תשלומים אלו לבחינת היבטים ומטרות שונות של הטלת תשלומים על שירותי בריאות:

**צמצום ביקושים עודפים:** האם צמצום ביקושים עודפים היה הסיבה להטלת תשלומים אלו? (או רק תירוץ להגדלת הכנסות?) ההחלטה על תוכנית התשלומים שאושרה בשנת 1998 לא התבססה על תשתיות נתונים שהצביעו על צריכה עודפת של תרופות או על עודף ביקורים אצל רופא מקצועי, וכן אין כיום עדויות שהטלת התשלומים אכן צמצמה ביקושים עודפים בתחומים אלו.<sup>5</sup>

לעומת זאת יש עדויות שהטלת התשלומים צמצמה ביקושים נחוצים, בעיקר בקרב האוכלוסייה ממעמדות חברתיים-כלכליים נמוכים.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> תשלום האגרה בתחנות אם וילד הוא חגמה מאלפת לזומינגטיות המניע של הטלת תשלומים כאמצעי להגדלת ההכנסות: מדובר בתשלום בעבור שירות מניעתי שלהברה יש עניין לעודד את השימוש בו, ולכן הוא צריך להיות מסופק חינם לכול.

<sup>5</sup> מהשוואת סקרי הלמ"ס על שימוש משקי הבית בשירותי בריאות עולה ששיעור הביקורים אצל רופאים מקצועיים עלה בין 1997 ל-2001 למרות החלת החובה לתשלום בעבור רופא מקצועי בשנת 1998.

<sup>6</sup> מחקר מכון ברקדייל (גרוס וברמלי-גרינברג 2000 ו-2003), ראובני (2001), שרף (2003).



גם אם נניח שהטלת תשלומים בשנת 1998 נועדה לצמצום ביקושים עודפים, נשאלת השאלה מדוע לא להשיג מטרה זו בדרכים אחרות (הטלת האחריות על הרופא המטפל והידוק מנגנוני הפיקוח המנהלי עליו כפי שחלק מהקופות אכן נקטו, שימוש בכלי חינוך והסברה לצמצום שימוש עודף ועוד). יתרום של כלים אלו בצמצום ביקושים עודפים הוא בכך שהם מעבירים את האחריות לצריכה העודפת מהצרכנים ליצרנים וכך נמנעת הפגיעה בשוויוניות הכרוכה בהטלת התשלומים.<sup>7</sup>

**הגדלת הכנסות:** הגדלת היקף התשלומים בשנת 1998 נעשתה באישור הכנסת, כחלק מתוכנית כוללת לצמצום גירעונות קופות החולים - תוכנית שכללה הגדלת השתתפות המדינה, הגדלת ההכנסות מתשלומים (כ-350 מיליון שקל) והתייעלות. כלומר, המטרה המרכזית (אם לא היחידה) של תשלומים אלו הייתה הגדלת מקורות הקופה (בין השאר כתחליף למקורות ציבוריים).

**תחרות:** תוכניות התשלומים שהגישו קופות החולים לאישור הכנסת ב-1998 אפשרו לכאורה לכל אחת מהן להציע תוכניות תשלומים משלה, וכך להוסיף ממד של תחרות בין הקופות. בפועל היו התוכניות שאושרו זהות בתחומי השירות שעליהם הוטל התשלום ודומות מאוד בתעריפיהן. כלומר, אף שהטלת התשלומים הוצגה בידי חלקים שונים במערכת ככלי לעידוד תחרות, בפועל מטרה זו לא הושגה.

פן נוסף של ניתוח הקשר בין תשלומים לשוויוניות יכול להיעשות על ידי ניתוח ספציפי של מנגנוני הפטורים וההנחות ושל השיטה לקביעת ההשתתפות העצמית. כפי שצוין, תוכנית התשלומים מלווה במערך של פטורים, תקרות והנחות לקבוצות שונות - מערך שנועד להחליש את השפעת התשלומים על הפגיעה בשוויוניות, אלא שהוא מלווה בתופעות לוואי: מימוש הזכות לקבלת הפטורים וההנחות הוא בעייתי (מבוטחים אינם יודעים עליו), קיומו של מנגנון הגבייה מייקר עלויות, ולבסוף מאגרי המידע על אוכלוסיות הפטורים הם בבחינת אמצעי נוסף לזיהוי אוכלוסייה שאינה אטרקטיבית לביטוח (כאמצעי סינון).

השיטה לקביעת ההשתתפות העצמית בתרופות היא דוגמה לרגרסיביות התשלומים: תשלום קבוע של כ-12 שקל בעבור תרופות במחיר הנמוך מ-80-90 שקל יכול להסתכם לעתים בהשתתפות של 100% מעלות התרופה. מעבר לתקרה זו, התשלום מבוסס על אחוז ממחיר התרופה (בין 10%-15%), כלומר שיעור התשלום נמצא ביחס ישר לכמות

<sup>7</sup> לו אכן הייתה מטרת תוכנית התשלומים לצמצום ביקושים עודפים, ניתן היה להפחית את הגידול בהכנסות קופות החולים שהיה כרוך בהטלתם מ"עלות הסל" המאושרת בחוק.

הצריכה ומחירה, והוא עלול להגיע למאות שקלים בחודש - מס רגרסיבי לחולים ועניים. סיכום ניתוח הסוגים השונים של תשלומים הנהוגים במערכת הבריאות הציבורית בישראל מראה כי הם נועדו בעיקר להגדלת הכנסות המערכת הציבורית או לחלופין להחלפת מקורות המימון ציבוריים (תקציב מדינה) במקורות מימון פרטיים.

מהניסיון שנצבר על הקשר שבין תשלומים על שירותי בריאות לבין כמות צריכתם אנו למדים שהתשלומים משפיעים בעיקר על אוכלוסיות ברמות הכנסה נמוכות והשפעתם מוגבלת בעיקר לטווח הקצר. הטלת התשלומים מצמצמת ביקושים נחוצים ויש בה כדי להסיט ביקושים מתחומי שירות שעליהם מוטל התשלום לתחומי שירות אחרים הממשיכים להינתן בחינם.

האם ניתן להפוך את מנגנון התשלומים בסל הציבורי הוגן יותר וגם יעיל יותר? - זו סוגיה נוספת שדנו בה קבוצות העבודה בכנס ים המלח.

### ב. תשלומים פרטיים במערכת הפרטית

תשלומים אלו כוללים תשלום בעבור שירותים שאינם כלולים בסל הציבורי כגון תרופות, רפואת שיניים, ביטוח משלים (שלושת המרכיבים הללו משקפים את עיקר ההוצאה על תשלומים פרטיים במערכת הפרטית). מלבדם כלולים בקטגוריה זו ביקורים אצל רופא פרטי, אשפוז בבתי חולים פרטיים ועוד שירותים שחלקם מצויים בסל הציבורי, אך מסיבות שונות נקנים באופן פרטי.

יש הרואים במרכיב התשלומים הפרטיים (10.2 מיליארד שקל) תחום שבו מבטא הציבור את העדפותיו ומערכת טעמיו, וכן גם את זכותו להוציא את כספו כרצונו ולכן אין נדרשת בו התערבות המדינה לצמצום פערים ולהשגת שוויוניות<sup>8</sup>.

ניתן לעומת זאת לטעון ש"הקלות הבלתי נסבלת" של גביית כסף מהציבור בעבור שירותי בריאות אינה מבטאת בהכרח רצון וולונטרי של הציבור לממש העדפות, אלא נובעת בחלקה הגדול מפערי מידע ומהשפעת ההיצע על הביקוש, ולכן היקף התשלומים הפרטיים בסל הפרטי של שירותי הבריאות מחייב התערבות של המדינה מסיבות כלכליות של כשלון מנגנון השוק<sup>9</sup>.

אלא שטענה זו (תשלומים פרטיים בסל הפרטי כביטוי לרצון וולונטרי של הציבור לממש העדפות) עדיין מחייבת בירור במישור השוויוניות. בירור זה יתבצע מתוך התייחסות

<sup>8</sup> אמירה זו מבטאת את העמדה שהדיון בערך השוויוניות בבריאות צריך להיות מוגבל למערכת הציבורית בלבד.

<sup>9</sup> טיעון זה מחייב מאמר נפרד, ולא יורחב הדיון בו בסקירה זו.

פרטנית מעט יותר למרכיבים הכלולים בנתח זה של ההוצאה הפרטית ואבחנה בין שתי קבוצות של תשלומים: תשלומים פרטים בעבור שירותים הכלולים בסל הציבורי אך באיכות משופרת ותשלומים פרטיים בעבור שירותים שעל פי החוק אינם מצויים בסל הציבורי (רפואת שיניים).

**תשלומים פרטיים בעבור שירותים ציבוריים באיכות משופרת** - בקטגוריה זו כלולים תשלומים שנועדו לשפר איכות או לקצר משך המתנה לשירותים הכלולים בסל הציבורי (תשלום בעבור בחירת רופא, ביקור אצל רופא פרטי, תשלום בעבור אשפוז סיעודי). נוסף על אלה כלולים בקטגוריה זו שירותים כגון טיפולים פארה-רפואיים שכמות צריכתם בסל הציבורי מוגבלת (בדיקות פיזיותרפיה ספורות, קלינאי תקשורת ועוד).

יש הרואים בנתח זה של ההוצאה הפרטית ביטוי להעדפות הצרכנים. ניתן לעומת זאת להתייחס לתשלומים אלו כמדד לאיכות הסל הציבורי ולזמינותו - ככל שאיכות נתינתו של הסל הציבורי נפגעת או ככל שזמן ההמתנה לקבלתו של הסל הציבורי עולה - יצביעו יותר חולים "ברגליים", ויקנו שירותים הכלולים בסל הציבורי באופן פרטי (אם מהמערכת הפרטית ואם מהמערכת הציבורית, באופן מוסדר או "מתחת לשולחן"). קנייה זו מתבצעת על ידי תשלום רגרסיבי לשירות נחוץ, ולפיכך יש בקטגוריה זו של תשלומים פרטיים בעיה של שווינויות אופקית.

**תשלומים פרטיים בעבור שירותים שאינם כלולים בסל הציבורי** - נניח מצב היפותטי שבו קיים סל ציבורי של שירותי בריאות הניתן לכלל האוכלוסייה חנם. האם מתיאור זה אפשר לעמוד על תכונות השווינויות האופקית והאנכית של המערכת? לא בהכרח. מידע חשוב נוסף להשלמת התמונה מתייחס לתכולת הסל הציבורי, שכן לתכולתו השפעה חשובה לא-פחות על ממדי השווינויות, מתכונות האוניברסליות והסולידריות שתוארו במצב ההיפותטי זה<sup>10</sup>.

כדי לבחון את רלוונטיות סוגיית השווינויות לגבי סל השירותים הפרטי יש לבחון אם השירותים הנקנים בסל זה מבטאים העדפות סובייקטיביות של פרטים (Nice to have), ואינם בהכרח חיוניים מבחינה רפואית, או שמא מדובר בשירותים חיוניים בעלי תועלת רפואית מוכחת ובעלות סבירה, שהעדרם מהסל הציבורי נובע בעיקר ממגבלות המערכת הציבורית לממנם.

נבחן סוגיה זו באמצעות פילוח המרכיבים השונים הכלולים בסל השירותים הפרטי (לוח 8).

<sup>10</sup> להמחשת מצב היפותטי זה נניח סל ציבורי הניתן לכלל האוכלוסייה חנם, אך סל ציבורי זה כולל כדור אקמול בלבד.

#### לוח 8: ההוצאה הפרטית לבריאות על שירותים שמחוץ לסל הציבורי - 2001

שירותים בסל הפרטי	הוצאה במיליוני שקלים
רפואת שיניים	4,200
תרופות	1,500
ביטוח משלים	2,500
משקפיים	1,000
אחר	1,000
<b>סה"כ</b>	<b>10,200</b>

מקור: שילוב של נתוני סקר הוצאות המשפחה ונתוני ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2001, הלמ"ס 2002

מהטבלה נראה כי המרכיב מרכזי (41%) בתשלומים הפרטיים בעבור שירותים שמחוץ לסל הציבורי הוא על רפואת שיניים.

הקשר בין תחלואת שיניים למעמד כלכלי הוא קשר מוכח, שתואר ונחקר במאמרים רבים: האם יש להתעלם מקשר זה בטיעון שהשירות אינו חיוני? או שמא מדובר בשירות חיוני שפערי השוויון בו מחייבים התערבות? מהו הקו המפריד בין הסל הציבורי שבו צמצום פערי שוויון הוא חיוני לבין הסל הפרטי שבו שאלת השווינויות פחות ברורה? האם יש צורך בהגדרה מחודשת של סל השירותים הציבורי במדינת ישראל? גם נושא זה נדון בהרחבה בכנסים המלח.

מרכיב מרכזי נוסף במימון הפרטי, המצוי בשנים האחרונות במגמת עלייה תלולה, הוא ההוצאה הפרטית על ביטוחים משלימים (ביטוחים רפואיים פרטיים בחברות מסחריות וביטוחים משלימים בקופות החולים). האם מדובר ברובד נוסף של שירותים, שהסל הציבורי אינו צריך לממן ולכן סוגיית השווינויות בו פחות רלוונטית? או שמא כלולים בתוכניות הביטוח המשלים שירותים חיוניים (ביטוח סיעודי)? נקודה זו מחייבת דיון וליבון, כמו גם חיבורים נוספים של הביטוחים המשלימים לבעיית השווינויות (מתן העדפה לשירותים בסל הציבורי כגון בחירת רופא, התניית שירות בסיסי ברכישת הביטוח המשלים או יצירת תחושת ההתניה). נושאים אלו ואחרים פותחו אף הם בכנס.

#### פערים חברתיים-כלכליים והשפעתם על הבריאות

רמת הבריאות של האוכלוסייה והתפלגותה מושפעות מגורמים רבים, ובהם משתנים ביולוגיים-גנטיים (שיכולת ההשפעה עליהם מוגבלת), גורמים סביבתיים (ביוב, מי שתייה, זיהום אוויר), סגנון חיים (עישון, פעילות גופנית תזונה). גורמים אלה, רק חלקם מצוי בתחום האחריות הישיר של מערכת הבריאות.

רמת הבריאות מושפעת כמובן גם מהרמה הקלינית של מערכת הבריאות וכן מדרכי ארגונה ומימונה. וכבר נותח לעיל הקשר בין דרכי המימון של המערכת לבין השווינויות בבריאות. קבוצת משתנים נוספת המשפיעה על בריאות האוכלוסייה היא קבוצת המשתנים חברתיים-כלכליים (תעסוקה, הכנסה והשכלה).

הקשר בין מצב כלכלי (עוני) לבין מצב בריאות הוכח באנגליה כבר במאה ה-19, עת נמצאו בפערים במדדי בריאות כגון תוחלת חיים (עניים חיים פחות) ותמותת תינוקות (גבוה בקרב מעמדות נמוכים).

מחקרים רבים בעולם הצביעו על מתאם גבוה בין הכנסה, השכלה ומשלח יד לבין בריאות. על פי ממצאים אלה, מסביר מרכזי לשונות בדפוסי תמותה ותחלואה הוא משתנים חברתיים-כלכליים. עוד נמצא כי באוכלוסיות שבהן התחלקות ההכנסה שוויונית יותר, גם התקיים יותר שוויוניות בבריאות<sup>11</sup>. כלומר, פערים חברתיים-כלכליים (ולא רק רמתם המוחלטת) הם מסבירים מרכזיים לאי-שוויון בבריאות.

הפערים בבריאות מושפעים מפערים כלכליים-חברתיים וגם מחזקים פערים אלה - חסכים חברתיים גורמים לליקויי בריאות ולהפך: יש בעיות בריאות הקשורות לחיים בעוני ויש בעיות בריאות הגורמות מצבי עוני.

אי-שוויון חברתי-כלכלי מקשה בעיקר על בעלי הכנסות נמוכות לממש הזדמנויות שוות לשיפור מצב בריאותם ולכן כפי שצוין, שוויון בהזדמנויות הוא תנאי הכרחי אך לא מספיק לשוויון בבריאות.

הקשר בין אי-שוויון חברתי-כלכלי לבריאות הופך אפוא את הפערים החברתיים לגורם סיכון בריאותי חשוב לא-פחות מלחץ דם או מרמת כולסטרול.

בהינתן הקשר שבין בריאות לאי-שוויון כלכלי, הופכות ההתפתחויות בכלכלה הישראלית בעשור האחרון לא רק סוגיה כלכלית או אידיאולוגית, אלא גם בעיה בריאותית:

בעשור האחרון ניכרת מגמה מתמשכת של הרחבת הפערים הכלכליים בישראל, כפי שהם באים לידי ביטוי בכמה מדדים כלכליים<sup>12</sup>. אין ספק שמגמה זו משתקפת גם בהתפלגות מדדי בריאות בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה הישראלית.

התרחבות הפערים הכלכליים-חברתיים בישראל רק מעצימה את השפעת הגידול במימון הפרטי (שתוארה לעיל) על הרחבת הפערים והאי-שוויון בבריאות.

<sup>11</sup> במספר רב של מחקרים שנעשו בקנדה ובארצות הברית שבהם הושוּו דפוסי תמותה מתוקננים לגיל ביחס למעמדות כלכליים נמצא כי בחברה שבה הפערים הכלכליים קטנים יותר שיעורי התמותה המתוקננים גבוהים יותר בקרב אותם מעמדות. ממצא דומה נמצא בין מדינות בתוך ארה"ב.

<sup>12</sup> פער ההכנסות בין העשירון התחתון לעשירון העליון הולך ומתרחב, תוחלת העוני (על פי הגדרת המוסד לביטוח לאומי, וגם לאחר תשלומי העברה) הולכת ועולה, ומדד ג'ני לאי-שוויון הוא מהגבוהים בעולם (0.35).

## סיכום

רוב מדינות המערב עוסקות בסוגיית האי-שוויון במערכות בריאות. רמת ההתערבות של המדינות לצמצום מבטאת את מידת החשיבות שהמדינה מייחסת לערך זה בבריאות.

ניתוח הוגנות מקורות המימון של מערכת הבריאות הישראלית שנעשה במאמר זה מצביע על נקודות אחדות:

- המימון הפרטי הוא דרך רגרסיבית למימון מערכות בריאות. הרחבתו פוגעת באופייה השווינוני של המערכת. ניתוח מקורות המימון של מערכת הבריאות הישראלית ברצף של זמן מראה כי משקלו של המימון הפרטי בישראל הולך וגדל, ובהשוואות בין-לאומיות נתוני ישראל לגבי שיעור המימון הפרטי הם מהגבוהים במערב (מקום רביעי). עלייה זו בהיקף התשלומים מתרחשת הן במערכת הציבורית והן במערכת הפרטית.

- העלייה בהיקף המימון הפרטי במערכת הציבורית נועדה בעיקרה להגדיל את מקורות המערכת הציבורית או לשחלק מקורות ציבוריים פרוגרסיביים (ממסוי) במקורות מימון פרטיים. למגמה זו השפעה על הרחבת פערי השווינויות האנכית והאופקית.

- אופיים הרגרסיבי של התשלומים במערכת הציבורית נובע לא רק מהיקפם, אלא גם משיטת הגבייה ומסוגי השירותים שעליהם מוסל תשלום. הניסיון הבין-לאומי של שימוש בתשלומים בעבור שירותי בריאות מראה כי השפעת התשלומים שונה בעבור שירותי בריאות שונים, בעבור אוכלוסיות בעלות רמות הכנסה שונות ובעבור טווחי זמן שונים. בחינה מחודשת של מדיניות התשלומים בסל הציבורי בישראל עשויה לצמצם את פגיעתה בערך השוויון, בלי לפגוע בתפקידם של תשלומים אלה במניעת צריכה עודפת.

- ההנחה שהתשלומים בעבור שירותי בריאות במערכת הפרטית מבטאים את העדפות הציבור ומערכת טעמיו, ולכן אינם מחייבים התערבות מדינה, היא הנחה בעייתית בכמה מישורים:

א. ניתוח פרטני של התשלומים במערכת הפרטית מורה שכוללים גם תשלומים בעבור קניית איכות משופרת וקבלת העדפה לשירותים בסל הציבורי (זמן, כמות או חופש בחירה). העדפות אלה מושגות בחלקן על חשבון הקופה הציבורית ובחלקן על חשבון ירידה במרכיב האיכות לאלה שאינם משלמים. לפיכך גם נתח זה של תשלומים מצדיק התערבות של המדינה לצמצום האי-שוויון.

ב. שירותי הבריאות במערכת הפרטית כוללים גם שירותי בריאות חיוניים (רפואת שיניים), שהסיבה העיקרית להימצאותם מחוץ לסל הציבורי היא מגבלות המקורות הציבוריים, ולכן גם להם השפעה על השוויוניות האנכית והאופקית.

ג. התערבות המדינה בסוגיית היקף התשלומים הפרטיים שמחוץ לסל הציבורי מתחייבת גם מסיבות כלכליות של כשלון מנגנון השוק בבריאות (השפעת ההיצע על הביקוש).

- להתפתחויות המאקרו-כלכליות במשק הישראלי בעשור האחרון יש השפעה על התרחבות האי-שוויון על ממדיו השונים במערכת הבריאות. על רקע התפתחויות אלו, השיעור הגבוה של המימון הפרטי במערכת הבריאות נעשה לא רק דגל חברתי אלא גם דגל בריאותי.

השוויון בבריאות הוא ערך שאנו שואפים אליו, אם כי מידה מסוימת של חוסר שוויוניות בבריאות תתקיים תמיד, הן לנוכח פערי בריאות שאינם ניתנים למניעה והן משום שבמדינה דמוקרטית שבה קיים חופש לפרט לחיות את חייו כרצונו יהיו תמיד פערים ביכולות ובנכונות של קבוצות שונות באוכלוסייה להשקיע בבריאותן. השאלה היא האם, באיזה מחיר ועד כמה, נחוצה התערבות המדינה, לצמצום ממדיו השונים של האי-שוויון בבריאות הניתנים למניעה.

## שוויון במערכת הבריאות - מסגרת מושגית

צבי אדר

### 1. מקורות

שוויון ושוויוניות בכלל, ובשירותי הבריאות בפרט, הם מושגים מורכבים. חוקרים רבים מאסכולות פילוסופיות חברתיות שונות ומדיסציפלינות שונות עוסקים בשאלות ההגדרה והמידה של שוויוניות וממדיה. בחלק גדול מאלה מגוון הדעות והאי-הסכמות עדיין רב. המתעניינים בתחום יוכלו למצוא תיאורים עדכניים של מגוון ההגדרות בשני מאמרי סקירה וסיכום שנכללו ב:

- A.J. Culyer and J.P. Newhouse Handbook of Health Economics vol 1A (Elsevier 2000)
- 1) A. Wagstaff and E. van Doorslaer, Equity in Healthcare Finance and Delivery (ibid, Ch. 34, pp 1803-1862).
  - 2) Alan Williams and Richard Cookson, Equity in Health (ibid Ch. 35, pp. 1863-1910).

יתרונם של מאמרים אלה (במיוחד הראשון), פרט לעדכניותם ולרוחב היריעה התיאורטית הנפרשת בהם, הוא בשימושם בהגדרות אופרטיביות של שוויוניות, כפי שנאמדה בפועל בידי חוקרים רבים במערכות בריאות שונות.

### 2. ממדי השוויוניות בשירותי הבריאות

האבחנה הראשונה, המקובלת לרוב בספרות, היא בין שוויוניות במימון שירותים לבין שוויוניות באספקתם. כך גם במעט העבודות שעסקו בשוויוניות בבריאות בישראל. הבחנה מקובלת שנייה לגבי המושג שוויוניות (הן במימון והן בשירות) היא בין "שוויוניות אופקית" - "יחס שווה לשווים" - לבין "שוויוניות אנכית" - "יחס שונה לשונים".

### 3. שוויוניות במימון

בצד המימון, שוויון אופקי מתייחס שיעור מס אחיד לכל התושבים ברמת הכנסה נתונה, אם משכר, ואם מרכוש, מעסק או מכל מקור אחר. שוויון אנכי, בהקשר זה, מתורגם בדרך כלל לעיקרון "מכל אדם לפי יכולתו" - העשיר משלם יותר מהעני, והדגש הוא על

שיעור התשלום מההכנסה (כשהוא עולה, המס נקרא פרוגרסיבי, ולהפך). בניסוח כמותי כזה, השוויון האנכי בנטל הוא מושג ספציפי הרבה יותר ומוגדר מ"העדפה מתקנת" גרדא. עוד בהקשר זה כדאי לציין כי בספרות הכלכלית וגם מחוצה לה יש המאחדים שוויון אופקי ושוויון אנכי במימון: משום שהתועלת השולית של ההכנסה פוחתת עם הגידול בה, שוויון אופקי בנטל (במונחי תועלת או רווחה) מחייב דיפרנציאציה בשיעורי המס החל על הכנסה, כלומר יחס שונה לשונים בהכנסתם. עוד כדאי להעיר, כי אף שמרבית הדיון הוא בשוויוניות ביחס להכנסה או לעושר, יש ממדי שוויוניות נוספים בצד המימון. הגדרת "שווים" או "שונים" יכולה לכלול גם משתנים כגון אזור מגורים, צורת התיישבות, שיוך ארגוני ופוליטי (זכרו את המס ה"אחיד" הדיפרנציאלי שחל ב"כללית" על חברי ארגונים מסוימים, קיבוצים), גיל ומשתנים דמוגרפיים אחרים. אם "שונים" מוגדר ספציפית כשונים בהכנסה בלבד, ממילא נאסרת הפליה בצד המימון לפי כל קריטריון אחר.

נשים לב, עם זאת, כי גם בהגדרה חדה לכאורה זו של שוויוניות במימון שירותי הבריאות, ייתכנו הבדלים מפליגים בין בסיס המס של "הכנסה למפרנס" לבין בסיס המס של "הכנסה לנפש" (התלויה בגודל המשפחה).

#### 4. שוויוניות באספקת (Provision) שירותי הבריאות

ההבחנה בין שוויון אופקי לאנכי קיימת גם בצד השימושים, אלא שכאן השאלה מהם "שווים" ומה השוני ב"שונים" היא שאלה כבדת משקל הרבה יותר. ברמה העקרונית-תיאורטית, וגם בכמה עבודות אמפיריות, הדגש הוא על תוצאת ההתערבות הרפואית. רוב החוקרים מסכימים כי מטרת העל היא הגדלת השוויון בבריאות, אף אם מצב הבריאות של הפרט נקבע ומושפע רק חלקית משירותי הבריאות שהוא מקבל. כדי לחתור להקטנת האי-שוויון הקיים בבריאות, נדרשת התערבות דיפרנציאלית לפי הצורך (need) השונה של פרטים שונים, ובהינתן הצורך, מתחייב שוויון בנגישות של פרטים לשירותי הבריאות (access) עם צורך זהה. בשני ממדים שונים אלו של שוויוניות, במצב המוצא (need) ובתהליך (access), נדרשת מדידה כמותית, מתוך ייחוס חשיבות מיוחדת לכימות במונחים כספיים, כך שיתאפשרו השוואה ואגרזציה של השוויוניות במימון ושל השוויוניות בהקצאה.

שתי הגדרות אפשריות שהוצעו הן:

א. "צורך" נמדד על ידי כמות המשאבים המינימלית הנדרשת כדי להביא את החולה למצבו יכולתו להפיק תועלת מהשירות הרפואי. הגדרה זו, על פניה, כוללת ב"צורך"

הן את מידת חוליו של הפרט, הן את המידה שהרפואה יכולה להיטיב את מצבו, והן את העלות הנדרשת למיצוי יכולת זו ביעילות המרבית.

ב. "נגישות" נאמדה במחקרים רבים על ידי כמות וערך השירותים שהתקבלו בפועל, על ידי הפרט, אף כי חולשתה של הגדרה זו ברורה: מידת השימוש בפועל מושפעת לא רק מהנגישות. ההצדקה ל"שימוש" כאומדן ל"נגישות" נשענת כולה על העדר נתונים.

במחקרים אחרים הוגדרה נגישות במונחי (ערך) הזמן המיוחד לקבלת טיפול רפואי וההוצאות הנוספות שבקבלתו (נסיעות, תשלומים ישירים ועקיפים).

בהגדרה משלבת, "נגישות" היא רמת הצריכה המרבית האפשרית של שירותי הבריאות, בהינתן הכנסת הפרט, מחירי השירות ועלות הזמן שלו.

חשוב לציין עוד כי ממד אפשרי נוסף של האי-שוויוניות בקבלת השירותים נעדר כמעט לחלוטין מהספרות התיאורטית והאמפירית. "הנכונות לשלם" של הפרט, התלויה בהכנסה (מחיר הביקוש), אינה קריטריון. בולטת בהעדרה הפליה מתקנת של מעוטי יכולת כלכלית מבחינת זכאותם לשירותים, וכנראה לא בכדי (ר' להלן).

ג. אימוץ הגדרות אלה ל"צורך" ול"נגישות" שולל כמובן הפליה בצד אספקת השירות בין קבוצות אוכלוסייה לפי מקום מגוריהן (מרכז ופריפריה), שיוכן הלאומי, הארגוני ועוד.

יש המרחיבים את מושג השוויוניות במערכת הבריאות אל מעבר לשוויוניות במימון ושוויוניות בשירות, אופקית ואנכית. בדיון עד כאן, הטיעון הגלום היה "עוני גורם חוליו", וכך נפגעת מטרת העל של שוויוניות בבריאות. המרחיבים עוסקים גם בכיוון ההשפעה ההפוך, "חולי גורם עוני". לפי אלה, מטרת העל היא שוויוניות כוללת בחלוקת הרווחה בחברה, ועל כן העדפה אנכית של השכבות החלשות (הן במימון והן בשירות) היא מכשיר, אחד מרבים, להשגת יתר שוויוניות כוללת. ברור כי פירוש כזה של "שוויוניות בבריאות" חורג ממסגרת דיונו, אף כי יש לו מקום במסגרת עיצוב מדיניות הרווחה הכוללת של מדינה (לצד ביטוח נכות ציבורי, ביטוח אבטלה, מרכיבים במדיניות החינוך ועוד).

לסיום סקירה זו חשוב לציין שניתן כי ויכוחים רבים לא הוכרעו עדיין, ולכן עבודות רבות משתמשות בקריטריונים שונים לשוויוניות במידה שאינה מאפשרת השוואה בין תוצאותיהן. עם זאת, מוסכם על הכול, כי יש ערך למדידת שוויוניות, גם בהגדרה חסרה או חלקית כדי לאפשר לפחות השוואות עתיות של שינויים במידת השוויוניות במערכת נתונה, לצד יכולת פחותה להשוואות חתך בין מערכות.

**5. שוויוניות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי**

העיקרון "מכל אדם לפי יכולתו, לכל אדם לפי צרכיו" מודגם היטב בחוק, הקובע מחד גיסא את כללי הגבייה של מס הבריאות לפי הכנסת המפרנס, ומאידך גיסא זכאות אוניברסלית לסל השירותים הציבוריים בלי כל קשר להכנסה או למס ששולם. ממד השוויוניות האנכית יחד בחוק לצד המימון, ובו הנטל אמור היה להתחלק פרופורציונית להכנסה. ממד השוויוניות האופקית, יחס שווה לשווים, התבטא בעיקר בקביעת הסל האחיד, כך שפרטים דומים במידת חוליים ובסוג החולי יקבלו שירותים זהים, ברמת נגישות זהה. הפרדת הזכאות לשירותים מהיכולת הכלכלית אמורה הייתה להיות מושגת על ידי מנגנוני הגבייה וההוצאה: מסוי ישיר מטעם המוסד לביטוח הלאומי, השלמת תקציב ההוצאה הציבורית מהתקציב הרגיל, חלוקת המקורות שנאספו בין קופות החולים לפי נוסחת הקפיטציה וחיוב הקופות לקיים סל שירותים אחיד לכל חבריהן בלי קשר להכנסתם או למס ששולם, בלא התניות.

בפועל, סעיפים מסוימים שנכללו בחוק, ביוזמת בעלי עניין, שינויים בחקיקה ראשית ומשנית מאז כניסת החוק לתוקף ו"עובדות בשטח" פגמו בהבחנה נקייה זו בין שוויון אנכי במימון לבין שוויון אופקי בשירותים. דיוני כנסים המלח הרביעי, בשלושת הצוותים, עוסקים בהפרות וחריגות אלו מעקרון השוויוניות הבסיסי של החוק. כך, צוות אחד דן בהשפעות על השוויוניות של מרכיב ההוצאה הפרטית לבריאות מכלל ההוצאה הלאומית, ובייחוד הותרת רפואת השיניים מחוץ לסל הציבורי, הגידול המתמשך בשיעור ההוצאה הפרטית בכלל, ובמיוחד הגידול בהשתתפויות במימון תרופות וביקורי רופא. כך הועתק חלק מנטל המימון של המערכת ממימון לפי יכולת התשלום למימון לפי הצורך, כשהנזקק יותר משלם יותר או מקבל פחות. הצוות הדין בשוויוניות בצד ההוצאה הציבורית עוסק אף הוא בשוני שנצפה בין קבוצות אוכלוסייה שונות הן בהתערבויות והן בתוצאים, בניגוד לצפוי, לו הייתה ההקצאה לפי הצורך בלבד. הצוות השלישי דן בהשפעה על השוויוניות, לממדיה, של סעיף 10 בחוק, זה המתיר לקופות החולים לקיים שירותים משלימים לחבריהן, בצד סל החובה הציבורי, וביישומו.

**6. חשיבות הפרדה (הבעת עמדה)**

בניגוד לסעיפים הקודמים, הנשענים על הספרות, ההערה שלהלן היא בגדר השערה או סברה. היא מובאת בסעיף זה בשל סמיכותה לדיון הכללי בשוויוניות. נשאלת השאלה, מה כל כך חשוב וחיוני בהפרדת אנכי מאופקי, דהיינו בניתוק הזכאות לשירותים מהיכולת הכלכלית של הפרט? יטען כלכלן כי במדינת ישראל הגענו, אולי, לגבול הפרוגרסיביות

האפשרית במסוי (ראיה אחת היא כשלון המהלך לבטל את התקרה על תשלום הביטוח הלאומי ומס הבריאות), ומכל מקום יש להתחשב בהשפעות השליליות של מערכת המסוי בכלל ושל הגדלת מסים בפרט, על יעילות הקצאת המקורות במשק. מדוע אפוא שלא להפעיל העדפה מתקנת לשכבות החלשות (סוציו-כלכלית), נוסף על העדפתן באמצעות מיסוי פרוגרסיבי בצד המימון, גם על ידי העדפה בקבלת שירותים והקלות בהוצאות ההשתתפות העצמית? בפועל, מגמה זו כבר קיימת: "מבחני הכנסה" הם תנאי לקבלת שירותים גריאטריים ואחרים במסגרת סל התוספת השלישית לחוק, ויש העדפה של שכבות המצוקה, להגדרותיהן, בתשלומי חובה ואגרות בגין תרופות ושירותים, שמשלמים שאר המבוטחים מתוך שוויון אופקי מלא. טכנית, המוסד לביטוח לאומי מעביר בפועל לקופות החולים רשימות שמיות של מעוטי הכנסה, לשם כיסוי ההוצאות שהם פטורים מהן.

לפי הסברה המובעת כאן, במערכת בריאות ציבורית ממשלתית מאוחדת, דוגמת ה-NHS, קשה למצוא פגם ביישום העדפה מתקנת לפי המצב הכלכלי גם בצד השירותים. לפי טענה זו, ההתנגדות לערבוב התחומים בין השוויון האופקי בשירותים לבין השוויון האנכי במימון מוצדקת כשהרפואה הציבורית פועלת באמצעות סוכנים, (agents), שהם גופים כמו-עסקיים. מהספרות הענפה על התנהגות בחירת הסיכונים ו"הסרת השמנת" במערכות בריאות כאלה אפשר להסיק במידה רבה של ביטחון כי מידע, ישיר או עקיף, על מצבו הכלכלי של אדם, כשהקופות מאולצות לכלול מבוטחים בניגוד לשיקול העסקי (לדוגמה, כשקיים קשר אמיץ בין חולי לעוני), עלול להוביל לפגיעה הן בשוויוניות והן ביעילות השימוש במקורות. כאמור, טענה זו מבטאת סברה אישית, ואין היא חלק מנושא הצגת השוויוניות בכללותו.

## סל הבריאות הציבורי

### סיכום והמלצות

הדיון בפערים ובאי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות במסגרת הסל הציבורי התמקד בארבע סוגיות מרכזיות:

1. הגדרת תחום הדיון, מושגי הוגנות ואי-שוויון בבריאות (תחלואה ותמותה) ובשימוש בשירותי בריאות לסוגיהם (ביקורים אצל רופאים, אשפוז וביקורת) בין קבוצות אוכלוסייה השונות זו מזו במאפייניהן הדמוגרפיים, הבריאותיים, הסוציו-כלכליים והגיאוגרפיים.
2. המדיניות לצמצום הפערים והאי-שוויון בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות באמצעות נוסחת הקפיטציה.
3. מעקב אחר מיטור המשאבים והצורך בהקמת מאגרי מידע.
4. אמצעי מדיניות נוספים לצמצום האי-שוויון בבריאות.

#### **(1) הגדרת תחום הדיון, מושגי הוגנות ואי-שוויון בבריאות וממצאים**

בדיון הוצגו ממצאים המעידים על פערים בבריאות (תחלואה ותמותה) ובשימוש בשירותי בריאות (ביקורים אצל רופאי משפחה ומומחים, אשפוז וביקורת שונות) בין קבוצות שונות באוכלוסייה. ניתוח הפערים התייחס למאפיינים דמוגרפיים, בריאותיים וסוציו-כלכליים של האוכלוסייה, כפי שתוארו בדוח המפורט של הצוות. התייחסות המשתתפים בדיון נגעה בשלוש נקודות:

1. הצורך בהעמקת המחקר להבנת הסיבות לקיומם של פערים בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות, ובעיקר לביסוס ההשערות בדבר הקשר הסיבתי בין פערים אלה לבין משתנים כלכליים וחברתיים. מעבר לתיעוד הפערים יש להתמקד בגורמים להם, כנהוג במדינות אחרות.
2. ניתוח הפערים לפי מאפיינים שונים של האוכלוסייה לא הדגיש בצורה מספקת את הבדלי התחלואה לפי מגדר ולפי פירוט רחב יותר של אזורים גיאוגרפיים (כגון פריפריה לעומת מרכז) ולא התייחס כלל לאוכלוסיות ספציפיות הסובלות משכיחות גבוהה של מחלה מסוימת (כגון סרטן השד אצל חרדיות) או הדורשות טיפול באוכלוסייה ממוקדת (כגון ערבים, קשישים בודדים). דוברים רבים בדיון התייחסו גם לאוכלוסיית העובדים הזרים בישראל.

3. **בניתוח האי-שוויון בשימוש בשירותי בריאות יש להבחין בין הממדים הבאים:** נגישות, זמינות, תאימות השירותים לאוכלוסייה ואיכות השירות. הודגש במיוחד הצורך בפיתוח מדדי איכות השירות הרפואי. עם זאת, ברור שהבעיה בעיקרה אינה בהבחנה במישור המושגי אלא במישור האמפירי. בדיקה אמפירית של אי-שוויון לפי ממדים אלה וייחוס האי-שוויון בשימוש בשירותי בריאות לנגישות או לזמינות אינם מלאכה קלה ולעתים אף אינם אפשריים מבחינה מתודולוגית.

4. **העמקת הפערים בהכנסה בחברה בישראל הצפויה בעתיד - המשבר הכלכלי ומדיניות הרווחה של הממשלה - יובילו להעמקת הפערים בשימוש בשירותי בריאות ובבריאות עצמה (בתחלואה ובתמותה). "מחיר" התגברותה של המצוקה הכלכלית והפערים בין עניים לעשירים יבוא לידי ביטוי גם במערכת הבריאות. "מחיר" הבריאות, כמו "מחירים" אחרים, אינו זוכה למקום הראוי לו במניין השיקולים המנחים את מדיניותה הכלכלית של הממשלה. העדויות האמפיריות לקשר שבין אי-שוויון בהכנסות לבין אי-שוויון בבריאות הן מוצקות ומתועדות במחקר הבין-לאומי.**

## (2) צמצום הפערים והאי-שוויון בבריאות ושימוש בשירותי בריאות באמצעות נוסחת הקפיטציה

הדיון התמקד במדיניות להשגת צמצום פערים בבריאות ושימוש בשירותי בריאות באמצעות הקצאה שונה של המשאבים העומדים למימון של הבריאות בין קופות החולים. באופן פרטני יותר נדונה סוגיית תמרוץ קופות החולים להשגת צמצום פערים באמצעות שינויים במנגנון הקפיטציה. מהתייחסות הדוברים לסוגיה זו עולות שתי גישות מרכזיות:

1. **לכלול בנוסחת הקפיטציה משתנים המשקפים את רמת ההוצאה של קופות החולים, כגון גיל ותחלואה (הקובעים את כמות השירותים לסוגיהם, וכן את עלות השירותים לקופות, שכן מחיר אספקת השירותים (דוגמת אשפוז ותרופות) אינו זהה לכל הקופות. הדוברים שביטאו גישה זו אינם מערערים על הקשר שבין תחלואה ושימוש בשירותי בריאות לבין מאפיינים סוציו-כלכליים ואזוריים של המבוטחים, אך לגרסתם אין להעמיס על מערכת הבריאות את הטיפול באוכלוסיות החלשות. קופות החולים יוכלו לקבל עליהן תפקידים נוספים, רק אם יוחלט להקצות לשם כך תוספת משאבים.**

דוברים אחדים הצביעו גם על הצורך להתייחס למשתני שביעות רצון של לקוחות ולאיכות השירות במנגנון הקצאת הכספים למימון הסל בין הקופות. מנגד, הדגישו

דוברים אחרים את הצורך להגדיל את משקל הקשישים בנוסחה הנוכחית ובעדכון המשקלות לפי גיל מפעם לפעם.

2. **לכלול בנוסחת הקפיטציה משתנים סוציו-כלכליים, גם בשלב שהנוסחה מתייחסת לגיל בלבד ובמסגרת המשאבים הקיימים. המצב הסוציו-אקונומי מסביר (בשילוב המשתנה מין) כ-10% מהפערים בבריאות. במערכות מערביות הדומות לזו שבישראל מנגנון הקצאת המשאבים כולל משתנים סוציו-אקונומיים: בנוסחת הקפיטציה בבליה נכללים משתנים כגון מידת עיור, רמת הכנסה ומצב תעסוקה. בגרמניה - רמת הכנסה; בהולנד - מידת עיור; בשווייץ - אזור מגורים; ובבריטניה - שיעור אבטלה. התגמול הפרוספקטיבי של המדיקר בארה"ב "מפצה" בעבור השימוש בשירותי בריאות של מקבלי תמיכות סעד. בישראל ניתן לאתר אוכלוסיות נתמכות באמצעות המוסד לביטוח לאומי (דוגמת מקבלי הבטחת הכנסה). מהכללת משתנים סוציו-אקונומיים במגבלת המשאבים הנוכחית יהיו מרוויחים ומפסידים (מקרב הקופות), אך קיים פוטנציאל של קידום היעד הלאומי לצמצום הפערים.**

במסגרת הדיון על נוסחת הקפיטציה, הציגו נציגי שירותי בריאות כללית מצגת על מעין קפיטציה פנימית שהונהגה בקרב כ-80% מסניפי הקופה. הקריטריונים לחלוקה: גיל (11 קבוצות גיל, יותר מהקפיטציה), מחלות כרוניות - 5 אבחנות מדורגות על פי דרגות חומרה, מצב סוציו-כלכלי - מקבלי קצבת ביטוח לאומי, חולים קשים, חולים יקרים. המרפאה מתוגמלת בהתאם להערכה. המרפאה נדרשת להערכה בציון של 75 לפחות (מרכיבי ההערכה הם עמידה ביעדים, איכות טיפול, איכות שירות, הערכת מנהל המחוז והמנהלת). כל הפרויקט נתמך במערכות מידע מתקדמות.

השאלה הנשאלת היא האם דגם זה ניתן להפעלה ברמה הארצית, לגבי כל מבוטחי קופות החולים?

## (3) מעקב אחר מיטור המשאבים והצורך בהקמת מאגרי מידע

חלק נכבד מהדיון שנסב סביב הקצאת המקורות בין קופות החולים יוחד לצורך לעקוב אחר תוצאות מיטור המשאבים, בעיקר אם תורחב רשימת המאפיינים בנוסחת הקפיטציה. מיטור המשאבים מצריך בניית מדדים ומעקב שוטף על פי מדדים אלה. בדיון צוינו שלושה מדדים:

- מדדי איכות וביצוע (שיפור בריאות)
- מדדי איכות השירות
- מדדי נגישות



- לצורך בניית המדדים והמעקב אחריהם, יש להקים מאגרי מידע על פי סטנדרטים ארציים (טכנולוגיים ורפואיים). בתכנון מאגר המידע שיוקם, יש להתייחס למדדים הבאים:
- האם המידע יקיף את כלל האוכלוסייה או מדגם שלה.
  - סוגי המידע שייכללו במאגר
  - משתנים לנוסחת הקפיטציה
  - מדדי ביצוע, איכות שירות ונגישות.
- ברור שבלי שיתוף פעולה של הקופות כולן אין אפשרות לבנות מאגר מידע שיאפשר תכנון מדיניות או הערכה של שינויים אפשריים. רוב המשתתפים הסכימו כי האחריות לאיסוף המידע ולעיבודו צריכה להיות מוטלת על משרד הבריאות, מכוח אחריותו על מדיניות הבריאות.

#### (4) אמצעי מדיניות נוספים לצמצום האי-שוויון בבריאות

- חלקו האחרון של הדיון עסק באמצעי מדיניות נוספים לצמצום האי-שוויון בבריאות. ההתייחסות בדיון הייתה לשלוש סוגיות עיקריות:
1. זיהוי קבוצות סיכון והתערבויות בנושאים ממוקדים. קבוצות סיכון ידועות שנדרשת בהן התערבות ממוקדת הן נשים ערביות, נשים חרדיות, עובדים זרים וקשישים בודדים.
  - הטיפול באוכלוסיות סיכון ידועות יכול להיעשות בשלוש אפשרויות: (א) לפי המצב הקיים שבו הטיפול נתון להחלטת קופות החולים ומתקציביהן; (ב) עידוד קופות החולים דרך נוסחת הקפיטציה; (ג) הקצאת תקציב מיוחד.
  - בדיון רווחה הסכמה כי מדיניות דפוס ההתערבות צריכה להיקבע בידי משרד הבריאות וכי המדיניות תבוצע בידי קופות החולים. כמו-כן דרוש שיתוף פעולה עם מערכות אחרות כגון מערכת החינוך.
  2. הגברת המודעות להתנהגות בריאותית ולרפואה מונעת בקהילה.
  3. העלאת הסוגיות בדבר הפערים והאי-שוויון בשירותי הבריאות לסדר היום ה' הגברת המודעות הלאומית לקיומם של הפערים והקמת תשתית מחקרית למערכות השלטון השונות בטיפול בסוגיות אלה.

## סל הבריאות הציבורי

### הקדמה

לאחר תקופה ארוכה של עיסוק בעילות הקצאת המשאבים הבריאותיים ובדרכים למקסם את בריאות האוכלוסייה, שאלת "התחלקות הבריאות" וסוגיות האי-שוויון (Inequality) וההוגנות (Equity) במערכת הבריאות הולכות ותופסות מקום נכבד בסדר היום הציבורי והמחקרי (בארגון הבריאות העולמי, בפרלמנט האירופי, באיחוד האירופי ובפרלמנטים ובממשלות של מדינות רבות). בישראל שנת 2003 עניין זה חשוב שבעתים, על רקע המגמות במשתנים אלה על פני זמן מצד אחד, ובהקשרו לתמורות בכלכלה ובמדיניות הרווחה העומדות בפתח והשלכותיהן על התחלקות ההכנסות, ממדי העוני והאי-שוויון הכלכלי, מצד אחר.

בעוד ששני הצוותים האחרים עוסקים בפערים ובאי-שוויון בתחום ההוצאה הפרטית על בריאות והבעלות על ביטוחים משלימים, הצוות הנוכחי מתמקד בשאלות החשובות הללו במסגרת הסל הציבורי של שירותי הבריאות. יתר על כן, הדיונים בפגישות הצוות התמקדו בסל השירותים המסופק על ידי קופות החולים ושירותי מניעה, ולא בסל השירותים כולו המסופק ישירות על ידי הממשלה.

הדיון הכלכלי-פילוסופי בסוגיות השוויוניות וההוגנות מבחין בין הוגנות אופקית להוגנות אנכית. הוגנות אופקית עניינה ביחס שווה לשווים. הוגנות אנכית מבטיחה יחס שונה לשונים. בתחום מערכת הבריאות, מקובל להבחין בין שיקולי הוגנות בצד התשלומים או המימון ובצד השימושים בשירותי בריאות.

הצוות התמקד בדיוניו בצד השימושים ולא בסוגיית המימון. מבחינה זו, הסוגיות מתנקזות לשאלות הבאות:

1. האם שני מבטחים הנהנים מרמת בריאות דומה או בעלי צרכים בריאותיים דומים משתמשים ברמה דומה של שירותי בריאות של קופות החולים, או שמא יש מאפיינים נוספים כגון רמת השכלה, מקום מגורים או הכנסה שיש בהם כדי לגרום הבדלים באינטנסיביות השימוש בשירותים?
2. האם מבטח החולה יותר ממבטח אחר משתמש אמנם ביותר שירותי בריאות, או שמא יש משתנים נוספים כגון רמת השכלה, מקום מגורים או הכנסה שיש בהם כדי לגרום לאזרח הבריא יותר להשתמש יותר בשירותים אלה?

יש לציין ששוויון מלא בין המבוטחים בשימוש בשירותי בריאות יבטיח אמנם את התשובה החיובית לחלק הראשון של השאלה הראשונה (שוויוניות אופקית), אך לא יקיים שוויוניות אנכית. מערכת השואפת לשוויוניות ולהוגנות בשימוש בשירותים צריכה לפיכך להבטיח את שני הממדים.

בצד המימון, שאלת ההוגנות והשוויוניות מתמקדת בבחינת מידת הפרוגרסיביות של המימון. תשלומי ההשתתפות העצמית הנעשים במסגרת השימוש בסל הציבורי ויש בהם כדי להשפיע על השימוש בשירותי בריאות – בעיקר בקרב העניים – הם בעלי עניין מיוחד מבחינה זו ונדונים במסגרת הצוות הדין בהוצאה מהכיס על בריאות. בדיוני הצוות יחד מאמץ ניכר לזהות אמפירית את סדרת המשתנים (המאפיינים) המשפיעים, מעבר למצב בריאות ולצרכים בריאותיים, על השימוש בשירותי בריאות ופוגעים, במובן זה, בשוויוניות. משתנים אלה כללו מאפיינים סוציו-כלכליים (הכנסה, השכלה), אזור מגורים (מחוז, נפה), דת (ערבים, יהודים) וקבוצת מוצא (ישראל, אירופה-אמריקה, אסיה-אפריקה ועולים חדשים מברית המועצות לשעבר). בחנו השפעות אלו בנתוני פרטים ובנתוני יישובים / מחוזות / נפות. שירותי הבריאות שנכללו היו שירותים אקוטיים בקהילה ובבתי חולים ושירותי מניעה. למעשה, הצוות ראה את עיקר תפקידו באיסוף ובריכוז אינדיקציות אמפיריות רבות ככל האפשר על האי-שוויון בחברה הישראלית ובהתווית המסגרת לדיון בהתערבויות ציבוריות להקטנת הפערים והאי-שוויון.

המודל הכללי שהנחה את הדיונים מוצג בתרשים 1. המודל כולל שני מרכיבים עיקריים:

א. האופן שבו מושפע מצב הבריאות (תחלואה ותמותה) ממאפיינים סוציו-כלכליים (הכנסה, השכלה, מוצא, דת, אזור מגורים ועוד), בניכוי השפעות גיל ומין. מרכיב זה מתמקד למעשה באי-שוויון הניתן למניעה בבריאות, אי-שוויון המוביל כשלעצמו לאי-שוויון בשימוש בשירותי בריאות, אך גם נובע מהאי-שוויון בשימוש בשירותי בריאות.

ב. המרכיב השני מתמקד באופן שבו מושפע השימוש בשירותי בריאות מהמאפיינים הסוציו-כלכליים, בניכוי השפעת הגיל, המין ומצב הבריאות, כלומר, מאפיין את האי-שוויון הניתן למניעה בשימוש בשירותי בריאות. אי-שוויון זה הוא מוקד הדיונים בצוות זה.

סדר הפרקים בדוח מתאים לשני המרכיבים שזה עתה הוזכרו. פרק 1 עוסק בתיאור ובניתוח האי-שוויון בתחלואה ובתמותה, מתוך ריכוז ניתוחים סטטיסטיים ממקורות

בריאות, שוב מתוך ריכוז ממצאים ממספר גדול של ניתוחים שונים. פרק 3 מפרט קווים כלליים לדיון בהתערבויות ציבוריות להקטנת הפערים והאי-שוויון בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות.

## פרק 1: פערים ואי-שוויון בתחלואה ובתמותה בישראל

### א. פערים חברתיים בבריאות

- בעשורים האחרונים נערכו מחקרי אורך במרבית המדינות המתועשות, המחקרים הראו כי המגורים החלשים יותר בחברה הסובלים משיעורים גבוהים של תמותה ותחלואה (בין המדינות: בריטניה, ארצות סקנדינביה, ארצות מרכז אירופה ודרומה, ארה"ב, קנדה, יפן, אוסטרליה, ניו זילנד וישראל). ממצאים אלה נתקבלו בהתייחס למדדים שונים למעמד חברתי-כלכלי ולמדדי בריאות מגוונים.
- היחס ההפוך בין מצב חברתי-כלכלי ובריאות הוא מובהק באופן משמעותי: לא רק בעלי מעמד נמוך הם הסובלים משיעורי תמותה ומשכיחות תחלואה גבוהים, אלא כל עלייה במעמד משפרת את מצב הבריאות (למשל WHITEHALL STUDY).
- מחקרים שבדקו מגמות על פני זמן לא הצביעו על הקטנה בפערים.
- מחקרים רבים הצביעו על סיבות גנטיות, סלקציה חברתית, נגישות לשירותי בריאות, התנהגויות בריאותיות, רמת חיים חומרית ועוד גורמים המסבירים את הפערים בבריאות (ראה תרשים 1). כיום מסכימים החוקרים כי סיבות גנטיות, סלקציה חברתית ונגישות לשירותי בריאות אין בהן כדי לספק את ההסבר העיקרי לפערים. נמצא כי אי-שוויון בהכנסה, בגורמי דחק, בהון אנושי וחברתי ובגורמים סביבתיים תורמים עיקריים ליצירת הפערים בבריאות.

### ב. פערים בתחלואה

סקר בריאות 1999-2000 של הלמ"ס כולל מידע פרטני (המתייחס לכל אחד מבני משק הבית) על מחלות כרוניות ומוגבלות בתפקוד – בביצוע פעולות יום-יום (ADL)<sup>1</sup>. כדי לאמוד את השפעתם של מאפיינים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים על ההסתברות להיות

<sup>1</sup> סקר בריאות הוא נספח לסקר כוח אדם. איסוף הנתונים בסקר נעשה דרך שיחות טלפוניות. כשמראיין בוגר אחד מטשק הבית השיב על השאלות לגבי כל בני הבית. לפיכך הנתונים בסקר הם סובייקטיביים. כפי שמסרו המראיינים. המדגם כלל כ-30,000 תושבים המייצגים את האוכלוסייה המתגוררת במשקי בית בישראל. העיבורים המוצגים בדוח זה מתייחסים לאוכלוסייה הבוגרת בלבד (גילאי 18 ומעלה) ומקיפים כ-19,000 נדגמים.

לאמוד את השפעתם של מאפיינים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים על ההסתברות "להיות חולה", הוגדרו 7 משתני תחלואה: (1) חולה במחלה כרונית אחת לפחות (משתנה דיכוטומי); (2) מספר מחלות כרוניות שהפרט סובל מהן (0, 1, 2...); (3) חולה ביתר לחץ דם; (4) לקה בהתקף לב או במחלת לב אחרת; (5) חולה באסתמה או במחלת ריאות אחרת; (6) חולה בסוכרת; (7) מוגבל בביצוע פעולות יום-יום.

ההסתברות להיות חולה נאמדה באמצעות מודל רגרסיה לוגיסטית רבת משתנים ביחס לכל משתני התחלואה, למעט "מספר מחלות כרוניות". ההסתברות לחלות במספר מחלות כרוניות נאמדה באמצעות מודל רגרסיה פואסונית. כמשתנים המסבירים תחלואה שימשו מאפייני הפרט הבאים: מין, גיל, ארץ לידה ומוצא האב, השכלה, דפוס מגורים (לבד או עם בני בית אחרים), מקום מגורים (מחוז גאוגרפי), מעמד בכוח העבודה (מועסק, מובטל, לא משתתף) ודירוג יישוב המגורים בסולם המדד החברתי-כלכלי של הלמ"ס.

תוצאות אמידת המודלים הלוגיסטיים בעבור כל אחד מששת משתני התחלואה באמצעות יחסי הסיכויים (Odds Ratio) מוצגות בלוח 1, ואילו תוצאות אמידת מודל הרגרסיה הפואסונית ל"מספר מחלות כרוניות" מתייחסות למקדמי הרגרסיה וליחס התוחלות והן מוצגות בלוח 2.

מהתוצאות ניתן לראות כי הגיל, כצפוי, הוא המשתנה המשפיע בצורה המובהקת ביותר על תחלואה של פרטים וכי יחסי הסיכויים הולכים וגדלים עם עליית גיל הפרט. העלייה ביחס הסיכויים עם הגיל בולטת במיוחד במחלות יתר לחץ דם ולב. בכמה ממשתני התחלואה (האם חולה במחלה כרונית, חולה במחלת לב וחולה בסוכרת) גם משתני המין מובהקים: סיכויי של גבר להיות חולה גבוהים מסיכוייה של אישה. הסיכוי של גברים להיות חולים במחלת לב כפול מזה של נשים.

בניכוי השפעות גיל ומין מתקבלות התוצאות הבאות:

**מוצא:** הסיכוי של עולים להיות חולים במחלה כרונית (כלשהי) גבוה באופן מובהק בכ-28% מזה של קבוצת הבסיס (ילידי ישראל, אב יליד ישראל) והסיכוי להיות חולה ביתר לחץ דם כמעט כפול מזה של קבוצת הבסיס. גם סיכויי של יוצא אירופה אמריקה או יליד ישראל ממוצא זה להיות חולה ביתר לחץ דם גבוה באופן מובהק בכ-65% מהסיכוי של פרט מקבוצת הבסיס. לגבי מחלת האסתמה או מחלות נשימה אחרות נמצא כי סיכוייהם של ערבים להיות חולים במחלות אלה נמוך בכמחצית מבני קבוצת הבסיס וכך גם סיכוייהם להיות מוגבלים בתפקוד. יצוין שוב שהסקר מתבסס על דיווחים סובייקטיביים, ולפיכך ייתכן שפרטים מאוכלוסיות שונות נתפסים בעיני עצמם ובעיני

סביבתם כמוגבלים או לא, באורח שונה. הממצאים שהובאו לעיל לגבי הבדלים בין קבוצות מוצא שונות הם אלה שנמצאו מובהקים לעומת קבוצת ההשוואה. בבדיקה נוספת (ראה לוח 3), שבה בוצע מבחן  $\chi^2$  לבדיקת הבדלים בתחלואה בין מוצא אסיה-אפריקה לעומת מוצא אירופה-אמריקה התברר כי סיכוייהם של יוצאי אירופה אמריקה וילדיהם להיות חולים במחלה כרונית אחת לפחות, או ביתר לחץ דם, או בהתקף לב/מחלת לב – גבוהים באופן מובהק מסיכוייהם של יוצאי אסיה-אפריקה וילדיהם.

**השכלה:** באופן כללי ההסתברות לתחלואה בקרב בעלי השכלה נמוכה יותר גבוהה מההסתברות בקרב בעלי השכלה גבוהה יותר. הדבר מתבטא בבירור במחלת הסוכרת ובהגבלה בתפקוד, אך גם במחלות אחרות. מגמה זו של תחלואה העומדת ביחס הפוך לרמת ההשכלה מתבטאת גם בלוח 3 המראה תוצאות של מבחן  $\chi^2$  שנעשה לגבי קבוצת ההשכלה 0-8 שנות לימוד לעומת 9-12 שנות לימוד.

המשתנה המסביר הנוסף, "מתגורר לבד", נמצא מובהק בחמישה מששת משתני התחלואה שנאמדו במודל הלוגיסטי. גם בניכוי השפעת הגיל, סיכויי של אדם המתגורר לבד להיות חולה במחלה כרונית גדולים ב-30%-100% (משתנה בין סוגי המחלות) מסיכויי של אדם המתגורר עם בני אדם נוספים במשק הבית.

**מחוז גאוגרפי:** התחלואה במחוז ירושלים נמוכה מזו שבמחוז המרכז (קבוצת ההשוואה). בשלושה משישה משתנים מגמה זו מובהקת: מחלה כרונית, מחלת לב ומחלת ריאות. במחוז הצפון לעומת זאת התחלואה בדרך כלל גבוהה מזו שבמחוז המרכז (ובאופן מובהק הסיכוי להיות חולה במחלה כרונית או הסיכוי להיות חולה במחלת לב). כמו-כן נמצא סיכוי גבוה יותר להיות חולה במחלה כרונית גם במחוז תל אביב לעומת קבוצת ההשוואה. בבדיקה נוספת שבה הושווה מחוז הדרום למחוז ירושלים (ראה לוח 3) נמצא כי הסיכוי של תושב מחוז הדרום להיות חולה במחלה כרונית, ביתר לחץ דם או במחלת לב גבוה באופן מובהק מסיכויי של תושב מחוז ירושלים.

לגבי המעמד בעבודה נמצא שהסיכוי לתחלואה בקרב בלתי מועסקים (שחיפשו עבודה בארבעת השבועות האחרונים) גבוה באופן ניכר מזה של המועסקים (קבוצת ההשוואה). לגבי ארבעת משתני התחלואה הראשונים הממצאים הם מובהקים. מגמות דומות, בעוצמה גבוהה בהרבה, נמצאו כצפוי בהשוואה בין לא-שייכים לכוח העבודה לבין מועסקים.

המשתנה המסביר "אשכול כלכלי-חברתי" בדרך כלל לא הניב תוצאות מובהקות, למעט במחלת הסוכרת, שלגביה נמצא כי התחלואה באשכולים הנמוכים גבוהה יותר, באופן מובהק, מזו שבשני האשכולים העליונים.

תוך שימוש ברגרסיה פואסונית ועם אותם משתנים מסבירים. יחס התוחלות שהתקבל ברגרסיה זו היה מובהק במשתני גיל ומין (מספר גבוה יותר לגברים ולמבוגרים) ומלבד זאת נמצא כי לעולים חדשים (בהשוואה לבני מוצא ישראלי), לתושבי מחוז צפון ותל אביב (לעומת מחוז המרכז) ולשתי הקבוצות הלא-עובדות (לעומת המועסקים) צפוי מספר מחלות גבוה יותר. לעומת זאת מספר מחלות נמוך יותר התגלה במחוז ירושלים (לעומת מחוז המרכז) ואצל אדם המתגורר בגפו (כנראה שכאן פועלת סלקציה שלפיה החולים במחלות רבות אינם יכולים להתגורר לבדם ועוברים לגור עם אחרים או במוסדות).

### ג. פערים בתמותה

שיעורי התמותה בישראל, המבוססים על סך כל הפטירות, תוקננו לפי גיל אוכלוסיית ישראל, בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ובמשרד הבריאות. נתונים אלה משמשים להצגה ולהסבר של הבדלים בתמותה בין אזורים גאוגרפיים שונים ובקבוצות אוכלוסייה בישראל. תרשים 2 מציג שיעורי תמותה מתוקננים לפי מחוזות, מין וקבוצות אוכלוסייה, בממוצע לשנים 1999-2001. באופן כללי ההבדלים בין המחוזות אינם גדולים. שיעורי התמותה הנמוכים ביותר הם במחוז ירושלים והמרכז והגבוהים ביותר במחוז צפון ודרום. בכל המחוזות שיעורי התמותה המתוקננים של הערבים גבוהים משל היהודים. תוצאות של מחקר אורך<sup>2</sup> על האוכלוסייה היהודית בגיל 45-89 בשנים 1983-1992 מורות על פערים בתמותה בין קבוצות אוכלוסייה שונות. במחקר זה נאמדה באמצעות מודל לוגיסטי רב-משתני ההסתברות למות כפונקציה של מוצא, השכלה ואינדיקטורים כלכליים: תעסוקה, מספר חדרים בדירה ובעלות על מכונית. יחסי הסיכויים לתמותה המתוקנים לגיל (לוח 4) מלמדים שההסתברות למות עולה עם ירידת רמת ההשכלה. ממצא זה בולט במיוחד בקרב גברים: הסיכוי למות בקרב גברים בגיל 45-69 בעלי השכלה נמוכה גבוה בכ-35% מסיכוייהם של גברים בעלי השכלה גבוהה (13 שנות לימוד ויותר). הפער בקרב נשים הוא 22%.

מחקר אורך<sup>3</sup> נוסף, המצוי בשלביו הראשונים, בדק את פערי התמותה בקרב בני 45-69 בשנים 1995-2001 לפי השכלה ומוצא בלבד. ממצאי הבדיקה (לוח 5) מורים על אותן מגמות, אם כי בעוצמה שונה, שנתקבלו במודל מקביל לשנים 1983-1992.

<sup>2</sup> The Israel Longitudinal Mortality Study - 1

פערים חברתיים בתמותה בישראל - תוצאות מחקר אורך (אורלי מנור).

<sup>3</sup> The Israel Longitudinal Mortality Study (אורלי מנור).

השוואת הממצאים המוצגת בתרשים 3 מלמדת על התרחבות הפערים לפי השכלה; כך לדוגמה, הסיכוי למוות בקרב גברים בעלי השכלה נמוכה כפול מזה שבקרב בעלי השכלה גבוהה במחקר המתייחס לשנים 1995-2001, לעומת פער של 60% בשנים 1983-1992. ממצא דומה התקבל ביחס לנשים. לעומת זאת, הפערים לפי מוצא (בניכוי השפעת ההשכלה בלבד) מצטמצמים. הסיכוי למות בקרב יוצאי אסיה ואפריקה, בהשוואה ליוצאי אירופה-אמריקה, יורד בשנים 1995-2001. סביר להניח שהשפעת המוצא בין שתי התקופות תפחת במודל מורחב הכולל גם מאפיינים סוציו-כלכליים כמשתנים המסבירים תמותה.

הסיכוי למות נמוך באופן מובהק בקרב יוצאי אסיה מאשר בקרב יוצאי אירופה, ואילו הסיכוי למות בקרב יוצאי אפריקה אינו שונה באופן מובהק מזה של יוצאי אירופה. יש להדגיש שכל עודף התמותה בקרב יוצאי אפריקה שמתקבל מאמידת מודל הקושר את התמותה למוצא בלבד נעלם במודל הכולל משתני השכלה ומשתנים כלכליים.

סיכוייהם של פרטים שאינם עובדים (לרבות מסיבות של נכות ומחלה) למות גבוהים מאלה של פרטים מועסקים, ובייחוד בקרב גברים. הסיכוי למות יורד עם העלייה במספר החדרים בדירת המגורים, וכן בקרב אלה שבבעלותם רכב.

מחקר שנעשה במשרד הבריאות<sup>4</sup> הסתמך על נתוני "הפרופיל הדמוגרפי בריאותי של היישובים בישראל 1990-1994" שהוכן בידי הלמ"ס בשיתוף משרד הבריאות. במחקר חושבו שיעורי תמותה בני השוואה ליישובים בישראל ונמצא ששליש מההבדלים בשיעורי התמותה המתוקננים מוסברים בהבדלים במצב החברתי-כלכלי של האוכלוסיות ביישובים. מקרב מרכיבי המדד הכלכלי-חברתי, מרכיב ההשכלה הוא התורם העיקרי להסבר של הבדלים בתמותה.

## פרק 2: פערים ואי-שוויון בשימוש בשירותי בריאות

### א. פערים בשימושים בשירותי בריאות

סקר הבריאות של הלמ"ס מספק מידע לא רק על תחלואה אלא גם על שימוש בשירותי בריאות. לצורך ניתוח השפעתם של מאפיינים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים ומשתני תחלואה על שימוש בשירותי בריאות, הוגדרו 7 שימושים בשירותי בריאות:

<sup>4</sup> מדדים חברתיים ושיעורי תמותה מתוקננים ביישובים: השלכות למדיניות של צמצום פערים, ענת שמש, תחום תכנון סקרים והערכה, האגף לכלכלת בריאות ודירי יהודית אלקנה, המחלקה לאפידמיולוגיה שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.

ומשתני תחלואה על שימוש בשירותי בריאות, הוגדרו 7 שימושים בשירותי בריאות: (1) אשפוז בשנה האחרונה; (2) ביצוע בדיקה CT או MRI בשנה האחרונה; (3) ביצוע בדיקה ממוגרפית בשנה האחרונה (לנשים); (4) קבלת חיסון נגד שפעת; (5) ביקור אצל רופא מומחה (משתנה דיכוסומי); (6) ביקור אצל רופא כללי (משתנה דיכוסומי); (7) מספר הביקורים אצל רופא כללי בשבועיים האחרונים.

כמשתנים מסבירים נכללו נוסף על אלה שצוינו במודל התחלואה גם המשתנים הבאים: תחלואה ביתר לחץ דם, בסוכרת, במחלת לב ובמחלת ריאות, חברות בקופת חולים (מאוחדת, מכבי, לאומית וקבוצת הלא-מבוטחים – כולם בהשוואה לשירותי בריאות כללית), עישון (האם מעשן כיום), מוגבלות בתפקוד ומוגבלות בהליכה. ההסתברות להשתמש בשירותי בריאות נאמדה במודל לוגיסטי רב-משתני בעבור ששת השימושים הראשונים, ובמודל רגרסיה פואסונית בעבור המשתנה "מספר הביקורים אצל רופא כללי".

תוצאות אמידת המודלים מוצגות בלוחות 6-7. כצפוי, משתני הגיל והתחלואה מובהקים ברוב המקרים: ככל שהגיל עולה, השימוש בשירותי בריאות רב יותר, והסיכוי להשתמש עולה עם קיומן של מחלה כרונית או מוגבלות בתפקוד או בהליכה. ההסתברות של נשים לבצע בדיקת ממוגרפיה בגילאי 50-69 גדולה פי 3 מההסתברות לבצע בדיקה זו בגילאי 40-49 (אך נשים בנות 70 ויותר עושות בדיקת ממוגרפיה רק בכ-40% יותר מנשים בגיל 40-49).

בהינתן השפעות הגיל, המין והתחלואה, הממצאים לגבי מוצא מראים, כי למרות התחלואה הגבוהה יותר בקרב יוצאי אירופה-אמריקה, הרי השימוש בחלק מהשירותים, ובאופן מובהק בשירותי אשפוז וביקור אצל רופא כללי, נמוכים יותר מאלה של קבוצת ההשוואה (ילידי ישראל אב יליד ישראל). עולים חדשים משתמשים בשירותי בריאות פחות משאר האוכלוסייה, כמעט לגבי כל השימושים שנבחנו, ובייחוד בדיקת ממוגרפיה וביקור אצל רופא מומחה. ערבים משתמשים בשירותי בריאות בדרך כלל פחות מאשר שאר הקבוצות, ובאופן מובהק נשים ערביות מבצעות פחות בדיקות ממוגרפיה בכמחצית. ערבים בכלל מבקרים פחות אצל רופא מומחה, למעט מקרה של ביקור אצל רופא כללי, ששם יחס הסיכויים של ערבים גבוה בכ-15% מקבוצת ההשוואה. גם ההסתברות של עולות חדשות לבצע בדיקת ממוגרפיה נמוכה בכמחצית מנשים ממוצא ישראלי.

בבדיקת ההבדלים בין יוצאי אסיה-אפריקה ליוצאי אירופה-אמריקה לגבי שימוש בשירותים נמצא, כי יוצאי אסיה-אפריקה משתמשים יותר, באופן מובהק, בשירותי

אשפוז וביקור אצל רופא כללי. לעומתם יוצאי אירופה-אמריקה משתמשים יותר בשירותי מניעה כגון בדיקת ממוגרפיה וביצוע חיסון נגד שפעת.

פרט לאשפוז, בדרך כלל בעלי השכלה נמוכה יותר משתמשים פחות בשירותי בריאות מאשר בעלי השכלה גבוהה יותר. ואולם הסיכוי להתאשפז בקרב בעלי השכלה של 0-8 שנות לימוד גבוה ב-35% ובקרב בעלי השכלה תיכונית גבוה ב-23% מאשר בעלי השכלה גבוהה.

המתגוררים בגפם נוטים להשתמש באופן מובהק יותר בשירותי בריאות לעומת המתגוררים עם בני בית נוספים.

במחוז ירושלים משתמשים בדרך כלל פחות בשירותי בריאות (פרט לחיסון נגד שפעת), בהשוואה למחוז המרכז, ובמחוז הצפון בדרך כלל יותר. במחוז תל אביב מבקרים בכ-50% יותר אצל רופא מומחה בהשוואה למחוז המרכז, אך מבקרים פחות אצל רופא כללי. גם במחוז הדרום מבקרים פחות באופן מובהק אצל רופא כללי. ייתכן שהסיבה לכך נעוצה בבעיות של נגישות. במחוז הדרום מבצעים בדיקות ממוגרפיה יותר מאשר בכל מחוז אחר ובשליש יותר מאשר במחוז המרכז ששימש קבוצת הבסיס. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המחוזות בהסתברות לאשפוז.

בעוד שממצאי התחלואה לגבי מאפייני עבודה נמצאו כמעט כולם מובהקים, בשימוש בשירותים נמצא כי רק במשתנה התלוי "ביקור אצל רופא כללי" הממצא מובהק (הבלתי מועסקים מבקרים יותר מהמועסקים בכ-50%). לעומת זאת, מי שאינם שייכים לכוח העבודה משתמשים יותר כמעט בכל השירותים שנבחנו.

האשכול החברתי-כלכלי אינו תורם להסבר הפערים בשימוש בשירותי בריאות. מעשנים מבצעים בדיקות (CT או MRI) יותר מאשר לא-מעשנים, אך שלא כצפוי נשים מעשנות מבצעות פחות (בכמחצית) בדיקת ממוגרפיה מנשים לא-מעשנות.

שימוש בשירותים כפונקציה של חברות בקופת חולים מראה שלאחר ניכוי גורמי גיל, השכלה, תחלואה ועוד, אין הבדלים משמעותיים בין הקופות בשימוש בשירותים. הממצאים היחידים המובהקים הם שלחברי מכבי שירותי בריאות יש יותר ביקורים אצל רופא מומחה ויותר ביצוע CT או MRI מאשר בשירותי בריאות כללית, ובקופת חולים מאוחדת פחות קיבלו חיסון נגד שפעת מאשר בשירותי בריאות כללית.

כאמור, נבדקו גם השימושים "כמות הביקורים אצל רופא כללי בשבועיים האחרונים" ו"כמות הביקורים אצל רופא מומחה בשנה האחרונה", תוך שימוש ברגרסיה פואסונית. הממצאים דומים במגמות לתוצאות הרגרסיה הלוגיסטית לגבי ביקור אצל רופא כללי ומומחה. בין השאר נמצא כי ערבים מבקרים אצל רופא כללי מספר רב יותר של פעמים

העבודה). בעלי השכלה נמוכה יחסית מבקרים מספר רב יותר של פעמים אצל רופא כללי. לעומת זאת, עולים חדשים מבקרים פחות פעמים אצל רופא כללי מאשר שאר קבוצות המוצא וגברים פחות מנשים (ההבדלים הם מובהקים). חברי קופת חולים לאומית מבקרים מספר רב יותר של פעמים אצל רופא כללי מאשר חברי שירותי בריאות כללית, אך חברי קופת החולים מאוחדת ומכבי שירותי בריאות אינם שונים במספר הביקורים מחברי שירותי בריאות כללית.

### ב. אשפוזים (1993, הלמ"ס)

ניתוח קובץ האשפוזים 1993 של הלמ"ס עמד על הקשר בין ההסתברות להתאשפז (מספר האשפוזים) לבין רמת ההשכלה של פרטים, בניכוי השפעות גיל, מין ומוצא. הממצאים מראים בבירור (תרשים 4) כי בעלי השכלה נמוכה יותר מתאשפוזים יותר. קשר זה יציב בכל קבוצות המוצא, הגיל (אם כי בקרב בני +75 ההבדלים קטנים יותר), בקרב גברים ונשים ובקרב רוב סיבות האשפוז (אבחנה ראשונה). לדוגמה, בקרב גברים בני 35-44, בעלי השכלה 0-8 שנות לימוד משקפים 21% מכלל האשפוזים, אך רק 15% מהאוכלוסייה הנדונה (יחס התפלגויות 1.43). בקרב בני 55-64, יחס ההתפלגויות הוא 1.25. בקרב גברים בני 35-44, בעלי השכלה גבוהה (+13 שנות לימוד) משקפים 28% מכלל האשפוזים אך 38% מהאוכלוסייה (יחס התפלגויות 0.75). בקרב בני 55-64 בעלי השכלה גבוהה, יחס ההתפלגויות הוא 0.72. אצל נשים יחסי ההתפלגויות הם 1.26, 1.32, 0.86, 0.62 בהתאמה. כזכור, תוצאה דומה התקבלה מניתוח ההסתברות להתאשפז בסקר הבריאות של הלמ"ס 1999/2000 שנדון לעיל.

אף שאין בידינו נתונים על מספר ימי אשפוז לפי השכלה, אנחנו צופים שהקשר שנמצא לעיל נותר תקף, כלומר, חולים בעלי השכלה נמוכה (ולצורך העניין – ממעמד סוציו-כלכלי נמוך והכנסה נמוכה) ישארו יותר ימים בבית החולים ומשך אשפוזם יהיה ארוך יותר (ולכן עלותם למבטח תהיה גבוהה יותר). זאת הן משום היותם חולים יותר והן משום ששחרורם עלול להתעכב בגלל תנאי חיים ומגורים גרועים.

### ג. הוצאות המבטח (מכבי שירותי בריאות)

במכבי שירותי בריאות חישובו בעבור דיוני הצוות את הקשר בין הוצאות הקופה לבין מעמד סוציו-כלכלי. לשם כך, חושבה העלות לנפש (ביחס לממוצע הקופה) ביישובים השונים, ועלות זאת קושרה לציון המדד החברתי-כלכלי של היישוב כפי שחושב ופורסם מטעם הלמ"ס (תרשים 5). הממצאים מראים כי כלל הוצאות והוצאות על רופאים

אינן מושפעות מציון המדד החברתי-כלכלי. ואולם ההוצאות על אשפוז פוחתות באופן מובהק עם עליית המעמד החברתי-כלכלי, וההוצאות על תרופות עולות עם עליית המעמד החברתי-כלכלי. שירותי בריאות כללית לא יכלו לספק נתונים מפורטים בשלב זה, ואולם מחישוביהם עולה תמונה דומה. כמו-כן נמצא אצלם קשר חיובי בין הוצאות על רפואה מקצועית וציון סוציו-כלכלי של היישוב. סקר הבריאות של הלמ"ס 1999/2000 הראה, כזכור, כי בעלי השכלה נמוכה נוטים ב-25% פחות מבעלי השכלה גבוהה לבקר אצל רופא מומחה, וערבים – ב-43% פחות מיהודים, בניכוי השפעות של משתנים אחרים, לרבות תחלואה.

יש בכך חיזוק למסקנה שאזרחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך משתמשים יותר מאזרחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה בשירותי אשפוז, שירות המשקף יותר ממחצית ההוצאות של קופות החולים. לעומת זאת, הם משתמשים פחות ברופאים מומחים ובתרופות. סיבה אפשרית לכך היא גמישות מחיר הגבוהה יותר אצל המעמד החברתי-כלכלי הנמוך, הגורמת להם להקטין – יותר מאשר בני המעמד הגבוה – את השימוש בשירותי בריאות לנוכח הסלת השתתפות עצמית (זאת ניתן יהיה לבדוק על פי נתוני השנים שקדמו לשנת 1998). סיבה אפשרית נוספת היא שימוש "מושכל" יותר במערכת הבריאות ונגישות גבוהה יותר לרפואת מומחים (לדוגמה, בשל ניידות גבוהה) בקרב בעלי ההשכלה הגבוהה.

### ד. הפריסה הגאוגרפית של שירותי הבריאות (משרד הבריאות)

ראינו לעיל כי יש הבדלים בין המחוזות ברמת התחלואה והתמותה ובמידת השימוש בשירותים, בייחוד בביקורים אצל רופאי משפחה ואצל רופאים מומחים. סיבה אפשרית להבדלים אלה היא פערים בהיצע השירותים ובזמינותם. לשם כך חושבו שיעורי המיטות הכלליות ושיעורי רופאים לנפש מתוקנת לגיל באזורים השונים.

תרשים 6 מציג את שיעורי המיטות לאשפוז כללי במחוזות השונים. נמצאו הבדלים ניכרים בין המחוזות הפריפריאליים (צפון ודרום) לבין שאר המחוזות. התקנון לגיל מגדיל במעט את הפערים (על ידי הגדלת השיעורים במחוזות חיפה, תל אביב ומרכז), אך לא באופן משמעותי. עם זאת יש לזכור, כי בסקר הבריאות של הלמ"ס 1999/2000 לא נמצאו הבדלים בין פרטים ממחוזות שונים בהסתברות לאשפוז בשנה שקדמה לריאיון. כמו-כן לא נמצאו שיעורי תפוסה או סבב מיטות גבוהים יותר במחוזות הפריפריאליים מאשר במחוזות האחרים.

תרשים 7 מציג את התפלגות הרופאים כלליים ומומחים בין המחוזות (הנתונים

מתייחסים למקום מגורים ולא למקום עבודה, ואולם ברמה מחוזית נצפה להבדלים קטנים). הממצאים דומים לאלה שהוצגו לעיל לגבי אשפוז כללי, כלומר תושבי מחוזות הצפון והדרום נהנים מזמינות רופאים קטנה יותר מאשר בשאר המחוזות (התמונה לא משתנה עם התקנון לגיל).

סקר בריאות 1999/2000 של הלמ"ס הראה לעיל כי תושבי מחוז הצפון מבקרים יותר אצל רופא מומחה מאשר תושבי שאר המחוזות (אך פחות מתושבי מחוז תל אביב) ומבקרים פחות אצל רופא משפחה מאשר תושבי מחוז המרכז (אך בדומה לתושבי שאר המחוזות). תושבי מחוז הדרום מבקרים אצל רופאים מומחים פחות מאשר תושבי מחוז תל אביב, אך אינם שונים מתושבי מחוז המרכז, חיפה או ירושלים, ומבקרים אצל רופא משפחה פחות מתושבי מחוז המרכז, אך אינם שונים מתושבי שאר המחוזות (כל זאת בניכוי שאר המאפיינים ובפרט תחלואה). עולה מכך כי כמו באשפוז, זמינות השירותים היחסית אינה מתואמת עם מידת השימוש היחסית. עם זאת, אין בנמצא נתונים על זמן המתנה לתור, זמן המתנה במרפאה או זמן נסיעה לרופא, וייתכן שאלה גבוהים יותר במחוזות שזמינות הרופאים בהם קטנה יותר.

### ה. הבדלים במעמד החברתי-כלכלי של חברי קופות החולים (המוסד לביטוח לאומי)

לוח 8 מראה כי יש הבדלים ניכרים בין אוכלוסיות החברים בקופות החולים השונות בכמה מהאינדיקטורים החברתיים-כלכליים. באופן כללי, חברי כללית ולאומית נהנים מרמות הכנסה נמוכות יותר מאשר חברי מכבי ומאוחדת. בעוד שחלקה של מכבי בקרב האוכלוסייה היהודית העירונית גבוה ב-21% מאשר חלקה באוכלוסייה הכללית, חלקה בקרב האוכלוסייה הערבית העירונית עומד על 29% מחלקה בסך האוכלוסייה. לכללית, לעומת זאת, עודף ייצוג ניכר בקרב האוכלוסייה הערבית והבדויות (1.35 ו-1.64 בהתאמה). גם בריכוזיות הגאוגרפית ניכרים הבדלים: מאוחדת ולאומית מتركזות יחסית במחוז ירושלים, כללית ולאומית במחוז הצפון, כללית – במחוז חיפה, מכבי מتركזת יחסית במחוזות המרכז ותל אביב, ומאוחדת נמנעת יחסית מלפעול במחוז הדרום, הצפון ותל אביב.

הבדלים אלה מעידים שאם אמנם יש הבדלים בהוצאות על בריאות ואי-שוויון בשימושים המתוקננים לגיל על פני קבוצות אוכלוסייה ממעמד חברתי-כלכלי שונה, אזי הקופות השונות נהנות / סובלות באופן שונה מרווחים / הפסדים עקב התגמולים הנקבעים לפי נוסחת הקפיטציה המבוססת על גיל בלבד.

נוסחת הקפיטציה המבוססת על גיל בלבד.

### פרק 3: קווים מנחים למדיניות להקטנת פערים ואי-שוויון בסל הציבורי

הדיון בפרקים הקודמים מעיד על קיומם של פערים ואי-שוויון בצרכים הבריאותיים בהינתן גיל ומין, ובשימוש בשירותי בריאות – בהינתן הצרכים הבריאותיים, גיל ומין, בין קבוצות אוכלוסייה המוגדרות לפי השכלה (כמייצג מעמד חברתי-כלכלי), דת ואזור גאוגרפי. פערים אלה נמצאו הן בניחות המבוסס על נתוני פרטים והן בניחותים המבוססים על נתונים מצרפיים ברמת היישוב, הנפה או המחוז.

פערים ואי-שוויון אלה ניתנים למניעה על ידי שיפור מצבם של האזרחים השייכים לקבוצות החלשות. החלק האחרון של הדיונים בצוות המכין יוחד לניסוח קווים כלליים ומנחים לדיונים שהתקיימו בכנס ים המלח עצמו בעניין המדיניות שתעשה זאת. הדיונים בכנס התבצעו במסגרת ארבע ישיבות. להלן פירוט השאלות לדיון בכל אחת מהישיבות.

#### דיון א': תיחום הדיון, הגדרות וממצאים

הישיבה הראשונה יחדה ליצירת בסיס משותף לחברי הצוות המכין ולחברי הצוות בדיונים.

#### שאלות לדיון:

1. הגדרות אופרטיביות של שוויון ואי-שוויון במערכת הבריאות הציבורית: בנגישות, בשימושים או בבריאות?
2. מהם השירותים שהדיון יתרכז בהם?
3. מהם צירי האי-שוויון המעניינים?
4. מה ניתן ללמוד מהממצאים האמפיריים שהוצגו לעיל?
5. פרספקטיבה: האם שוויוניות והוגנות מעניינות/צריכות לעניין את קופות החולים?

#### דיון ב': התערבות באמצעות נוסחת הקפיטציה לתגמול קופות החולים

הדיון השני התמקד באפשרות להתערבות בתחום האי-שוויון וההוגנות באספקת שירותי הסל דרך מנגנון הקצאת המשאבים הבריאותיים לקופות החולים (מנגנון הקפיטציה).

הרעיון הוא לתמרץ את קופות החולים להשיג יעדי שוויון על ידי השפעה מתאימה על

קביעת הכנסותיהן באמצעות מנגנון הקפיטציה. הבעיה המרכזית היא כמובן מידת השליטה המועטה על מיטור (Targeting) המשאבים לצרכים המיועדים ולאוכלוסיות היעד.

#### שאלות לדיון:

1. באיזו מידה הוספה לנוסחת הקפיטציה (הכוללת בהווה גיל בלבד) של משתנים המודדים ישירות צרכים בריאותיים (לדוגמה באמצעות אבחנות רפואיות או מקבלי קצבת נכות של הביטוח הלאומי) תפעל בעקיפין גם להקטנת הפערים החברתיים-כלכליים?
2. האם להוסיף לנוסחת הקפיטציה מאפיינים חברתיים-כלכליים אישיים, כגון קבלת קצבת הבטחת הכנסה, רמת הכנסה, שנת עלייה או דת? יש לציין שהוספה זו לא באה למנוע ברירת סיכונים, שכן באופן כללי אין איום בידי הקופות המתאפשר על ידי פילוח לפי סוג השירותים הנצרכים (כפי שקיים למשל בין חולים השונים באבחנותיהם הרפואיות, לדוגמה טיפול אונקולוגי). ההוספה תפקידה להבטיח תגמול הוגן לקופות על צריכת שירותים גבוהה יותר של השכבות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ולעודדן לפעול לשיפור מצב בריאותן של שכבות אלה.
3. האם להוסיף לנוסחת הקפיטציה מאפיינים חברתיים-כלכליים אזוריים, כגון מידת עיור, מחוז או נפה או מדד כלכלי-חברתי של היישוב? גם כאן הכוונה היא לעודד את הקופות לפעול לשיפור השירותים ומצב הבריאות באזורים וביישובים מסוימים. הקושי לפקח על השימוש הנאות במשאבים קיים גם כאן. כמו-כן קיימת בעיה של השתנות בהיצע השירותים ושל ההיצע היוצר לעצמו את הביקוש וקובע את מידת השימוש.

נמכר כי הממצאים שלעיל העידו כי ההבדלים בתשתיות הבריאות (מיטות באשפוז כללי ורופאים) בין המחוזות אינם מתבטאים בפערים בשימוש בשירותים (אשפוזים וביקורים אצל רופאים, בניכוי השפעותיהם של מאפיינים אישיים אחרים). יש בכך כדי לרמוז כי ייתכן שמקור הפערים הבין-אזוריים אינו נעוץ בהבדלי התשתיות אלא במאפיינים החברתיים-כלכליים (כולל דת) של התושבים. בכל מקרה, סוגיה זו זקוקה לחקירה נוספת ומעמיקה יותר.

הכללת מצב חברתי-כלכלי במנגנוני תגמול מבטחים וספקים היא נוהג נפוץ. התגמול הפרוספקטיבי של המדיקר האמריקני בעבור פעולות באשפוז מכיר בהבדל בתוחלת ההוצאות לפי מדד זה וקובע תעריפים שונים למקבלי הבטחת הכנסה (Welfare

(recipients). בבליגיה, מנגנון ההתאמה לסיכון (נוסחת הקפיטציה) כולל את המשתנים מידת עיור (אורבניזציה) של יישוב המגורים, רמת הכנסה, מצב תעסוקה ו-SMR אזוריים. בגרמניה, המנגנון כולל את רמת ההכנסה. בהולנד, מנגנון הקפיטציה כולל את מידת העיור, ובשווייץ, מנגנון הקפיטציה משתנה לפי אזורים. בבריטניה, הקצאת המקורות בין האזורים מתחשבת בשיעורי האבטלה ובשיעור הקשישים והחולים הכרוניים המתגוררים בגפם ובתמותה "מוקדמת" (לפני גיל 75).

#### דיון ג': התערבויות ממוקדות ואחרות

כפי שנטען לעיל, התערבות דרך נוסחת הקפיטציה היא עקיפה ואינה ממוטרת. מטרת דיון זה היא להעלות דרכים נוספות ואחרות שיתרמו להקטנת הפערים והאי-שוויון בהוצאה הציבורית לבריאות, בטווח הקצר ובטווח הארוך.

#### שאלות לדיון:

1. אילו דרכים – נוסף על נוסחת הקפיטציה – יש לנקוט להגברת השוויוניות וההוגנות שבשימוש בשירותי קופות החולים?
2. איך ניתן להגביר את מודעותן של קבוצות אוכלוסייה חלשות להתנהגות בריאותית נכונה, להפיץ חינוך לבריאות וקידום בריאות, מרכיבים שידועים כתורמים העיקריים לצמצום התמותה והתחלואה הניתנות למניעה או לדחייה?
3. איך ובאחריות מי להפעיל פרויקטים לאומיים, ייעודיים ונקודתיים להשגת מטרות אלה?

#### דיון ד': העלאת נושא הפערים והאי-שוויון בבריאות ובהוצאה הציבורית על בריאות לסדר היום הציבורי

בעוד שסוגיית העוני והאי-שוויון בהתחלקות ההכנסות תופסת מקום נכבד בדיון הציבורי על החברה הישראלית בכלל ובהשלכות של שינויים במדיניות הרווחה בפרט, סוגיית השוויוניות וההוגנות בהוצאה הציבורית לבריאות לא זכתה עדיין לתשומת לב רבה ולא עלתה לסדר היום הציבורי בישראל. אחת הסיבות לכך היא פעילותו המחקרית וההסברתית האינטנסיבית של המוסד לביטוח לאומי. הדיון הרביעי והאחרון יתמקד בשאלה כיצד להביא נושאים חשובים אלה למסגרת הדיון הציבורי.

#### שאלות לדיון:

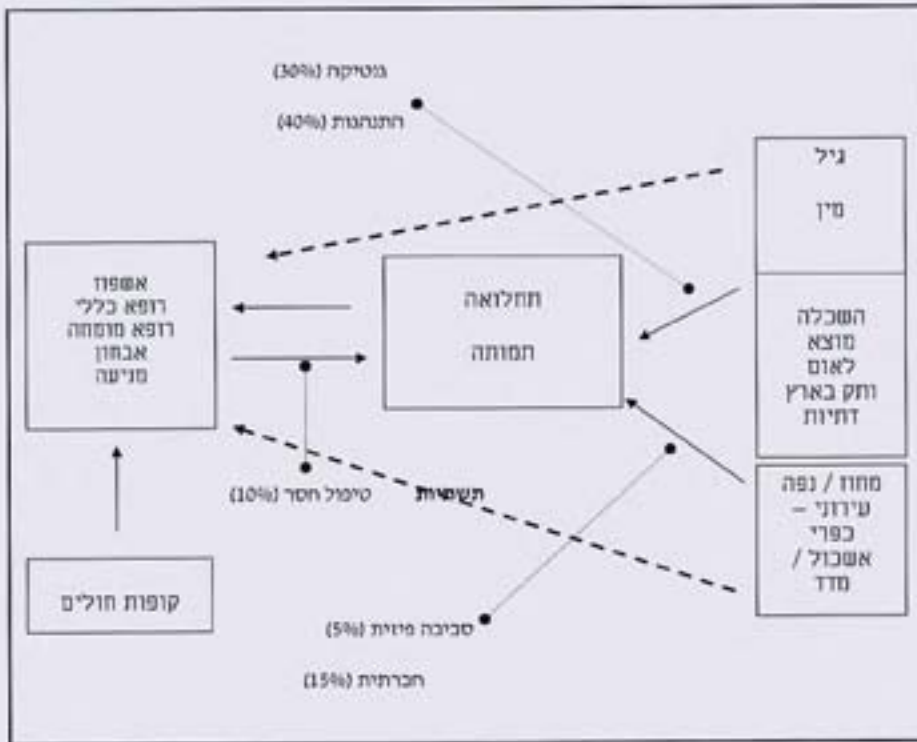
1. איך להגביר את המודעות הלאומית לקיומם של פערים ואי-שוויון אלה במערכת הבריאות הציבורית בישראל?
2. איך להעמיד סוגיות אלה בצד סוגיות מקבילות וידועות בתחום ההכנסות ומערכת



## תרשימים ולוחות

### תרשים 1:

המודל הכללי לדיון בהשפעת מאפיינים חברתיים-כלכליים במערכת הבריאות הציבורית

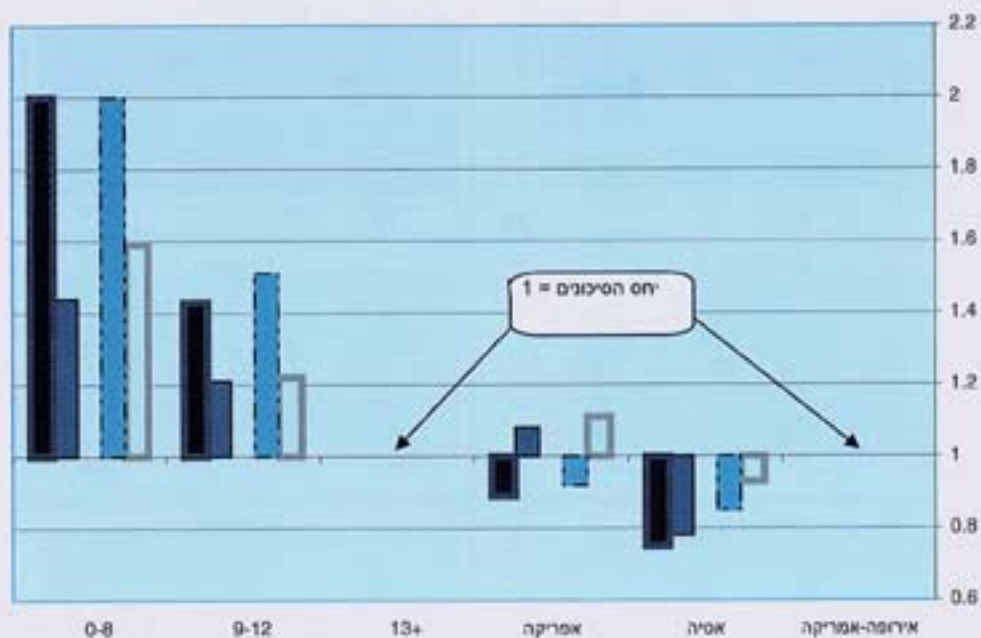


האחוזים שבסוגריים מתייחסים לתרומה היחסית של הגורם המצוין לתמותה הניתנת למינע, ראה McGinnis, J.M., Williams, P., Knickman, J.R. The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs, 2002;21(2):78-93

### החינוך?

3. קביעת יעדים לאומיים מדויקים הניתנים לבקרה ולוח זמנים להגשמתם בתחום האי-שוויון בבריאות.
4. קביעת סדר יום מחקר ללימוד המכניזמים העומדים ביסודו של הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לבין בריאות והשימוש בשירותי בריאות, אבטחת מקורות מימון לאומיים לכך ונוהלי הפצת ופרסום המחקרים.
5. איזה מוסד / גוף צריך להיות אחראי על כך? משרד הבריאות, המכון הלאומי, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, אחר?

תרשים מס' 3: ערכי יחס הסיכויים במודל המסביר הבדלים בשעורי תמותה לפי מוצא והשכלה גילאי 69-45

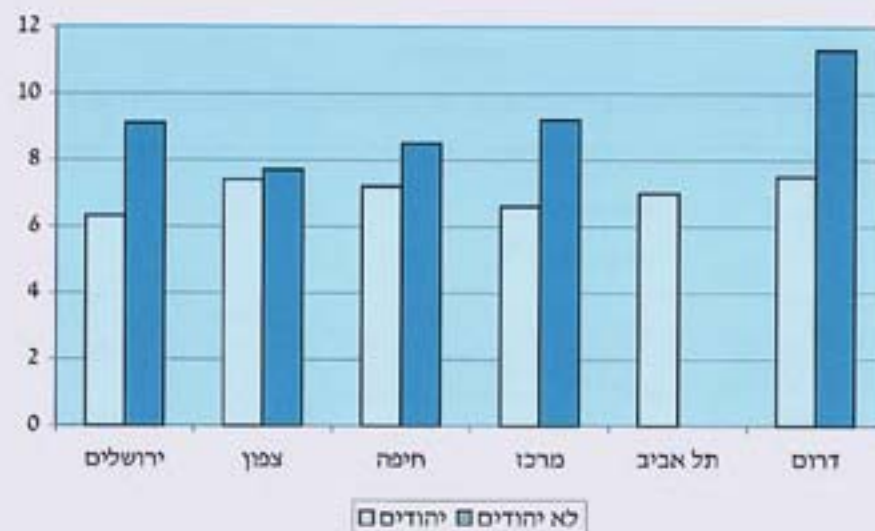


■ 1992 זכרים ■ 2001 זכרים ■ 1992 נקבות ■ 2001 נקבות

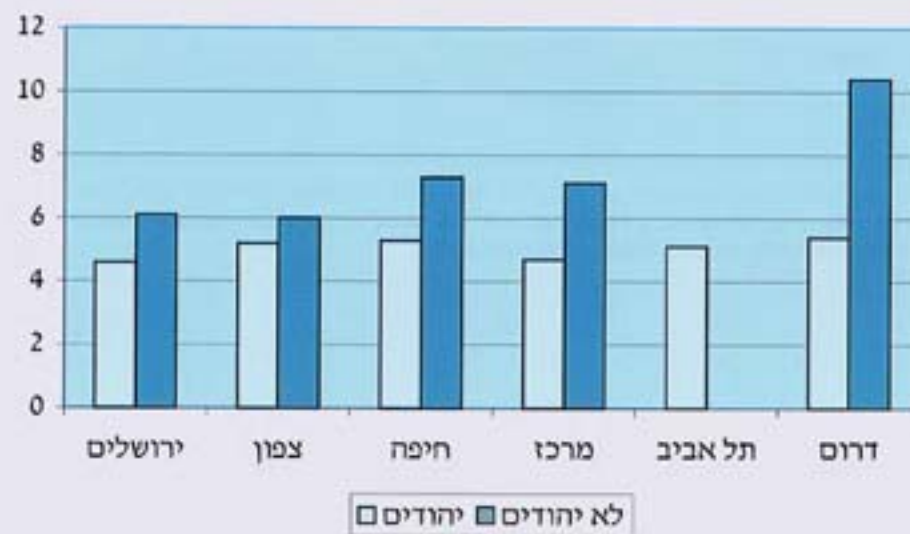
מקור: פתחם חברתיים בתמותה בישראל - תוצאות מחקר אורן. אורן מנר וצביקה איזנברג, האגף העברית, קרול כהן, נעמה רותם וארי פלתיאל, ל.מ.ס

תרשים 2:

שיעורי תמותה מתוקננים - זכרים

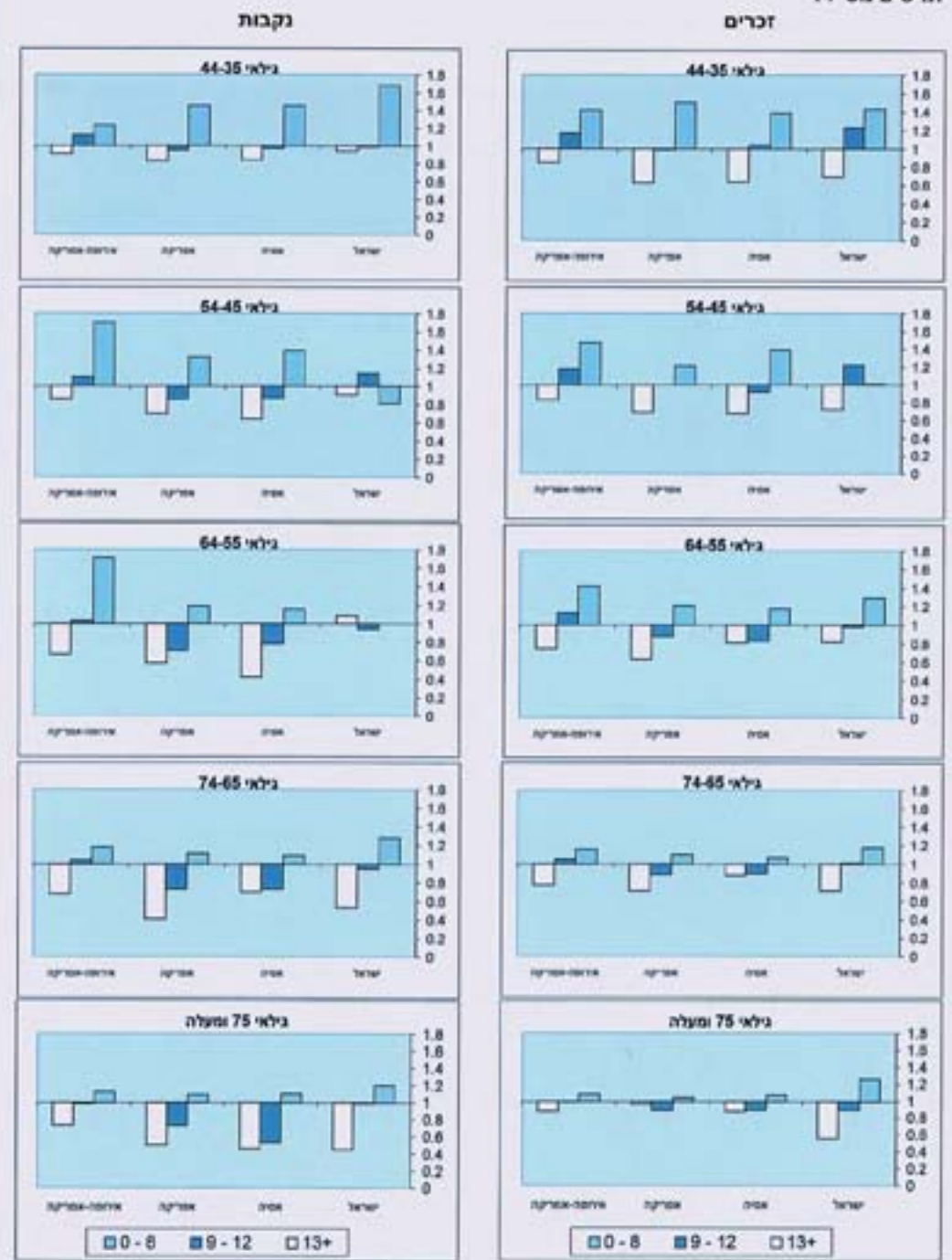


שיעורי תמותה מתוקננים - נקבות



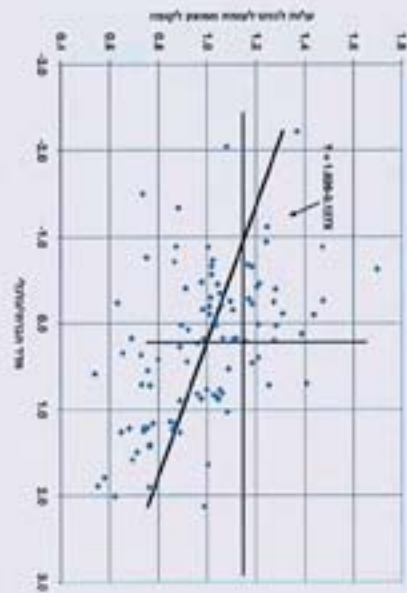
מקור: גף בריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (נעמה רותם)

תרשים מס' 4:

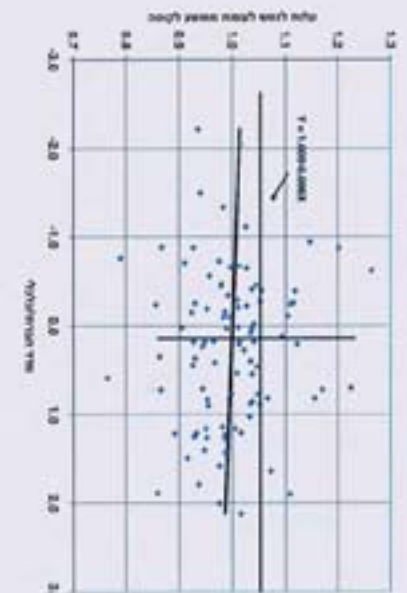


יחס התפלגויות גדול מ-1 פירושו שקבוצת השכלה זו נמנה יותר בקבוצת המאושפדים ומחזק בקרב האוכלוסייה הכללית

מקור: קובץ אשפוזים 1993, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (מסמך רחמן)

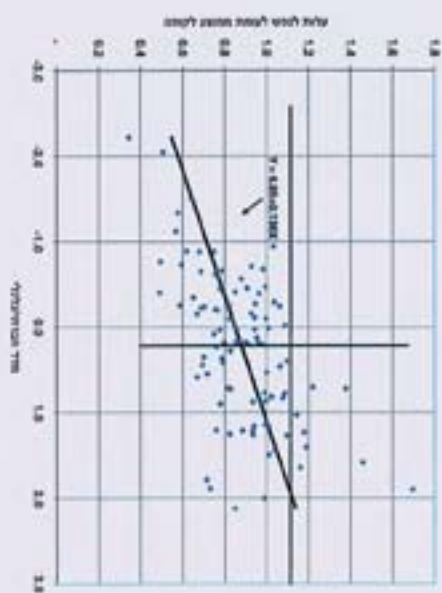


אשפוזים - ימים/חודשים - תוצאת ליקוי פורמט/ליקוי - אשפוזים

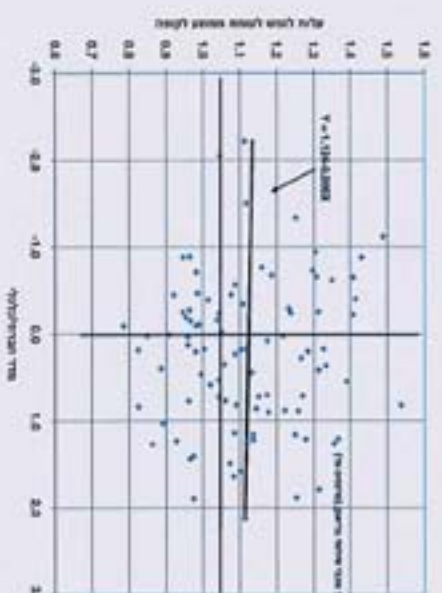


אשפוזים - ימים - ימים/חודשים - תוצאת ליקוי פורמט/ליקוי - אשפוזים

5, מסמך מס' 100



אשפוזים - ימים/חודשים - תוצאת ליקוי פורמט/ליקוי - אשפוזים



אשפוזים - ימים - ימים/חודשים - תוצאת ליקוי פורמט/ליקוי - אשפוזים

100 מסמך מס' 100

לוח מס' 1:  
אומדן יחס הסיכויים במודל רגרסיה לוגיסטית להסתברות לתחלואה

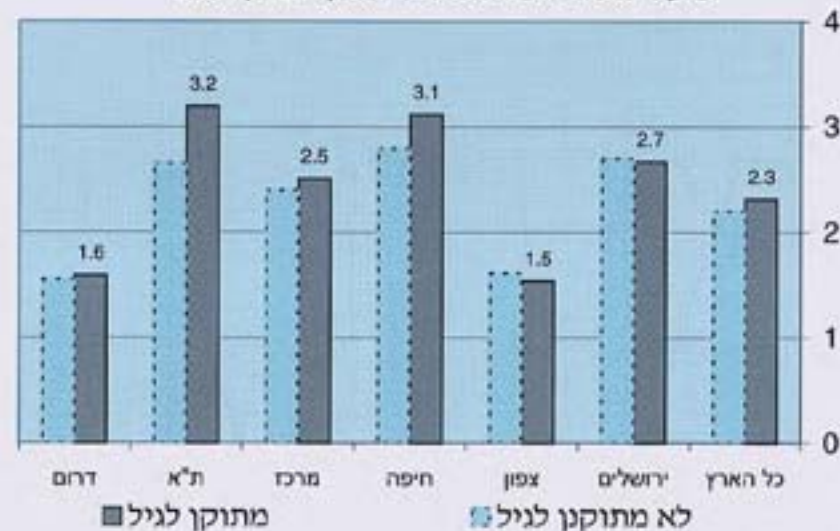
משתנים תלויים:

משתנים מסבירים	חולה במחלה כרונית אחת לפחות	חולה בלחץ דם	חולה בהתקף לב או מחלת לב אחרת
מין: גברים (קבוצת השוואה: נשים)	1.104	0.932	1.946
גיל (קבוצת השוואה: גיל 18-29)			
גיל 30-39	1.623	3.525	1.829
גיל 40-49	4.653	11.370	6.821
גיל 50-59	10.905	29.000	14.669
גיל 60-69	18.744	48.798	31.477
גיל 70 ומעלה	21.992	56.589	43.028
ארץ לידה ומוצא האב (קבוצת השוואה: ילידי ישראל אב ילידי ישראל)			
מוצא אסיה-אפריקה	0.887	1.134	0.759
מוצא אירופה אמריקה	1.205	1.648	1.043
ערבים	0.793	1.109	1.113
עולים (מ-1990 ואילך)	1.283	1.974	1.329
השכלה (קבוצת השוואה: השכלה על-תיכונית)			
מסי שנות לימוד: 0-8	1.225	1.015	1.007
מסי שנות לימוד: 9-12	1.004	0.981	0.978
מסי שנות לימוד לא ידוע	0.725	0.616	0.757
מתגורר לבד בבית	1.360	1.313	1.411
מחוז גיאוגרפי (קבוצת השוואה: מחוז מרכז)			
מחוז ירושלים	0.827	0.851	0.722
מחוז צפון	1.182	1.076	1.312
מחוז חיפה	1.078	0.959	1.054
מחוז תל אביב	1.145	1.052	1.189
מחוז דרום	1.132	1.097	1.130
מחוז יריש תזה	1.149	1.346	1.440
עבודה (קבוצת השוואה: מועסקים)			
בלתי מועסקים	1.260	1.333	1.624
לא שייכים לכוח העבודה	1.568	1.466	1.898
אשכול חברתי-כלכלי (קבוצת השוואה: שני אשכולים עליונים)			
שני אשכולים תחתונים	1.201	1.115	1.223
אשכול 3	1.079	1.019	1.496
אשכול 4	1.273	1.222	1.452
אשכול 5	1.349	1.264	1.728
אשכול 6	1.230	1.216	1.444
אשכול 7	1.413	1.371	1.647
אשכול 8	1.173	1.228	1.403

מסתובב ברמת של עד 0.05

תרשים 6:

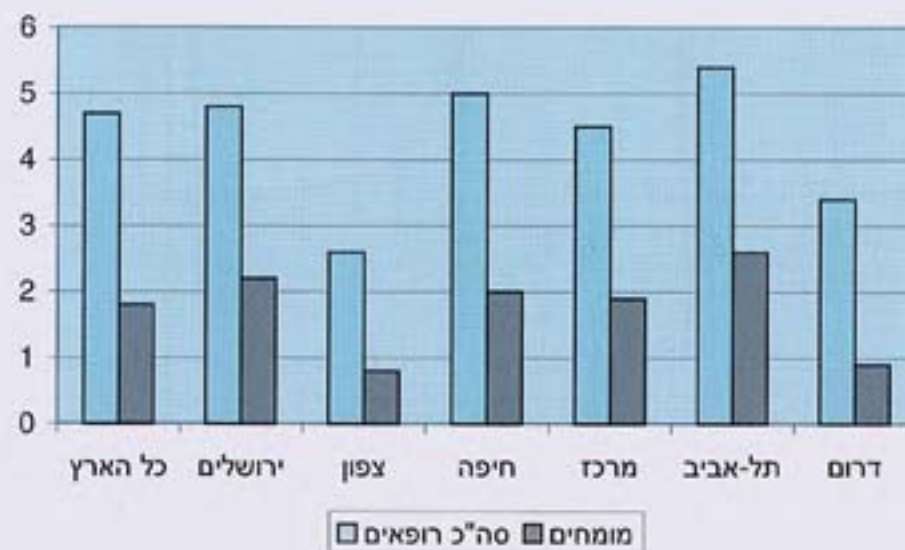
שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש, 2001



מקור: סקר תשתיות, משרד הבריאות

תרשים 7:

רופאים ל-1,000 נפש במחוזות, 1996



לוח מס' 1 (המשך)

אומדן יחס הסיכויים במודל רגרסיה לוגיסטית להסתברות לתחלואה

משתנים תלויים:

משתנים מסבירים	חולה באסטמה או מחלת ריאות	חולה בסוכרת	מוגבל בתפקוד מובהק
מין: גברים (קבוצת השוואה: נשים)	0.873	* 1.155	0.938
גיל (קבוצת השוואה: גיל 18-29)			
גיל 30-39	0.863	* 3.676	* 2.451
גיל 40-49	1.029	* 18.214	* 3.427
גיל 50-59	* 1.352	* 43.951	* 5.164
גיל 60-69	* 1.446	* 67.753	* 4.565
גיל 70 ומעלה	* 1.496	* 65.198	* 13.602
ארץ לידה ומוצא האב (קבוצת השוואה: ילידי ישראל אב ילידי ישראל)			
מוצא אסיה-אמריקה	0.873	1.104	1.011
מוצא אירופה אמריקה	0.879	1.010	1.057
ערבים	* 0.491	1.568	* 0.424
שולים (מ-1990 ואילך)	1.200	0.967	1.219
השכלה (קבוצת השוואה: השכלה על-תיכונית)			
מס' שנות לימוד: 0-8	* 1.613	* 1.628	* 2.161
מס' שנות לימוד: 9-12	1.017	* 1.256	* 1.388
מס' שנות לימוד לא ידוע	1.309	1.454	* 2.612
מתגורר לבד בבית	* 1.962	1.137	* 2.045
מחוז גיאוגרפי (קבוצת השוואה: מחוז מרכז)			
מחוז ירושלים	* 0.721	0.790	0.860
מחוז צפון	1.072	1.141	1.246
מחוז חיפה	1.069	0.943	1.034
מחוז תל אביב	1.128	1.079	1.118
מחוז דרום	0.937	1.047	1.140
מחוז יו"ש ועזה	0.581	1.008	0.443
עבודה (קבוצת השוואה: מועסקים)			
בלתי מועסקים	* 1.484	1.386	0.660
לא שייכים לכוח העבודה	* 1.409	* 1.625	* 7.572
אשכול חברתי-כלכלי (קבוצת השוואה: שני אשכולים עליונים)			
שני אשכולים התחתונים	0.599	* 2.597	2.042
אשכול 3	0.596	2.140	2.378
אשכול 4	0.757	* 2.200	2.368
אשכול 5	0.760	* 2.155	2.215
אשכול 6	0.749	* 2.188	2.128
אשכול 7	0.753	1.846	2.087
אשכול 8	0.664	1.701	1.991

המקור: ביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון (מירי אנדלר)  
\* מובהק ברמה של 0.05  
ציורים מתוך: סקר בריאות 1996/2000, ל.מ.ס.

לוח מס' 2:

תוצאות רגרסיה פואסונית למשתנה

המוסבר: "כמות מחלות כרוניות"

משתנים מסבירים	אומדן	רמת מובהקות	יחס התוחלות
מין: גברים (קבוצת השוואה: נשים)	0.122	*	1.130
גיל (קבוצת השוואה: גיל 18-29)			
גיל 30-39	0.507	*	1.659
גיל 40-49	1.392	*	4.021
גיל 50-59	2.062	*	7.859
גיל 60-69	2.431	*	11.371
גיל 70 ומעלה	2.541	*	12.692
ארץ לידה ומוצא האב (קבוצת השוואה: ילידי ישראל אב ילידי ישראל)			
מוצא אסיה-אמריקה	-0.054		0.947
מוצא אירופה אמריקה	0.106		1.112
ערבים	-0.039		0.962
שולים (מ-1990 ואילך)	0.228	*	1.256
השכלה (קבוצת השוואה: השכלה על-תיכונית)			
מס' שנות לימוד: 0-8	0.146	*	1.157
מס' שנות לימוד: 9-12	0.017		1.017
מס' שנות לימוד לא ידוע	-0.102		0.903
מתגורר לבד בבית	-0.285	*	0.752
מחוז גיאוגרפי (קבוצת השוואה: מחוז מרכז)			
מחוז ירושלים	-0.120	*	0.887
מחוז צפון	0.124	*	1.132
מחוז חיפה	0.040		1.041
מחוז תל אביב	0.105	*	1.111
מחוז דרום	0.065		1.068
מחוז יו"ש ועזה	0.172		1.188
עבודה (קבוצת השוואה: מועסקים)			
בלתי מועסקים	0.319	*	1.375
לא שייכים לכוח העבודה	0.382	*	1.464
אשכול חברתי-כלכלי (קבוצת השוואה: שני אשכולים עליונים)			
שני אשכולים התחתונים	0.145		1.156
אשכול 3	0.109		1.115
אשכול 4	0.185		1.203
אשכול 5	0.219	*	1.245
אשכול 6	0.177		1.194
אשכול 7	0.214	*	1.238
אשכול 8	0.128		1.137

המקור: ביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון (מירי אנדלר)  
\* מובהק ברמה של 0.05  
ציורים מתוך: סקר בריאות 1996/2000, ל.מ.ס.



לוח מס' 6 :

**אומדן יחס הסיכויים במודל רגרסיה לניסטיית להסתברות לשימושים בשרותי בריאות**

משתנים תלויים:			משתנים מסבירים
ביצוע תמונת רפואה האחרונה** מובנה	ביצוע CT או MRI מובנה	אופשר בשנה האחרונה מובנה	
	0.963	* 1.141	מין: גברים (קבוצת השוואה : נשים)
	* 1.897	* 1.604	גיל (קבוצת השוואה: גיל 20-29)
	* 2.815	* 1.932	גיל 30-39
	* 4.215	* 2.607	גיל 40-49
* 2.712	* 4.192	* 2.723	גיל 50-59
* 3.006	* 4.171	* 3.668	גיל 60-69
* 1.436			גיל 70 ומעלה
			ארץ לידה ושנת האב (קבוצת השוואה: ילידי ישראל אב ילידי ישראל)
0.874	0.926	0.865	מחוז אשדוד-אמריקה
1.123	0.908	* 0.711	מחוז ארזשט-אמריקה
* 0.540	1.097	0.961	ערבים
* 0.543	0.786	* 0.748	שולים 08-1990 (אילך)
			השכלה (קבוצת השוואה: השכלה על-תיכונית)
* 0.532	0.973	* 1.352	מס' שנות לימוד: 0-8
* 0.790	1.087	* 1.232	מס' שנות לימוד: 9-12
0.344	* 0.311	0.731	מס' שנות לימוד לא ידוע
1.116	1.182	* 1.269	מתגורר לבד בבית
			מחוז גיאורגי (קבוצת השוואה: מחוז מרכז)
* 0.742	* 0.737	0.922	מחוז ירושלים
1.143	0.992	1.048	מחוז בנין
0.968	1.115	0.910	מחוז חיפה
1.058	1.051	0.960	מחוז תל אביב
* 1.331	0.939	1.000	מחוז דרום
0.739	1.377	1.040	מחוז יריש וקה
			אשכול חברתי-כלכלי (קבוצת השוואה: שני אשכולים עליונים)
1.124	1.497	0.827	שני אשכולים תחתונים
1.124	1.328	0.920	אשכול 3
0.965	1.444	0.974	אשכול 4
1.004	1.274	0.857	אשכול 5
1.101	1.257	0.905	אשכול 6
1.268	1.214	0.829	אשכול 7
1.382	1.325	0.894	אשכול 8
			עבודה (קבוצת השוואה: מועסקים)
1.211	1.129	1.216	בלתי מועסקים
0.924	* 1.259	* 1.472	לא שייכים לכוח העבודה
* 1.402	* 1.603	* 2.194	מוגבל בתפקוד
0.513	* 1.586	* 1.518	מוגבל בחליכה
			חברות בקופת חולים (קבוצת השוואה: קופת חולים הכללית)
0.985	0.904	0.935	מאגדות
0.793	1.114	0.955	ליסנות
1.038	* 1.209	0.994	מכבי
* 0.258	0.905	1.439	לא מבוטח
* 1.222	* 1.368	* 1.379	חולה בלחץ דם
0.949	* 1.559	* 3.381	חולה בחתוק לב או מחלת לב אחרת
0.953	* 1.454	* 1.698	חולה באסטמה או דלקת ריאות
0.958	1.103	* 1.476	חולה בשוכרות
* 0.804	* 1.158	1.061	מעט

\*\* בעמוד זה נשמר לשימוש גיל 40 בלבד. קבוצת השוואה בוחנת על היה "גיל 40-49"

לוח מס' 6 (המשך)

**אומדן יחס הסיכויים במודל רגרסיה לניסטיית להסתברות לשימושים בשרותי בריאות**

משתנים תלויים:			משתנים מסבירים
ביקר אצל רופא כללי מובנה	ביקר אצל רופא תומחה מובנה	קיבל חיסון לשכיפת מובנה	
* 0.764	* 0.614	1.020	מין: גברים (קבוצת השוואה : נשים)
* 1.251	* 1.420	* 1.735	גיל (קבוצת השוואה: גיל 20-29)
* 1.636	* 1.358	* 2.188	גיל 30-39
* 2.340	* 1.527	* 4.410	גיל 40-49
* 2.952	* 1.673	* 14.169	גיל 50-59
* 3.538	* 1.582	* 27.997	גיל 60-69
			גיל 70 ומעלה
			ארץ לידה ושנת האב (קבוצת השוואה: ילידי ישראל אב ילידי ישראל)
1.067	0.890	0.926	מחוז אשדוד-אמריקה
0.858	1.025	1.098	מחוז ארזשט-אמריקה
1.142	* 0.573	0.824	ערבים
* 0.808	0.819	* 0.343	שולים 08-1990 (אילך)
			השכלה (קבוצת השוואה: השכלה על-תיכונית)
1.024	* 0.737	0.870	מס' שנות לימוד: 0-8
1.043	0.907	0.962	מס' שנות לימוד: 9-12
0.920	0.882	0.702	מס' שנות לימוד לא ידוע
* 1.302	* 1.458	* 0.845	מתגורר לבד בבית
			מחוז גיאורגי (קבוצת השוואה: מחוז מרכז)
* 0.720	0.908	1.161	מחוז ירושלים
* 0.810	* 1.286	* 1.623	מחוז בנין
0.885	1.112	0.981	מחוז חיפה
* 0.842	* 1.408	0.914	מחוז תל אביב
* 0.799	1.084	1.185	מחוז דרום
1.026	0.985	1.145	מחוז יריש וקה
			אשכול חברתי-כלכלי (קבוצת השוואה: שני אשכולים עליונים)
1.268	0.818	* 0.571	שני אשכולים תחתונים
1.138	1.143	0.714	אשכול 3
1.438	1.499	0.931	אשכול 4
1.404	1.372	1.042	אשכול 5
* 1.523	1.065	0.970	אשכול 6
1.139	1.302	1.198	אשכול 7
1.341	1.324	1.193	אשכול 8
			עבודה (קבוצת השוואה: מועסקים)
* 1.504	1.120	0.839	בלתי מועסקים
* 1.204	1.092	0.985	לא שייכים לכוח העבודה
0.924	1.104	0.963	מוגבל בתפקוד
1.362	1.381	1.203	מוגבל בחליכה
			חברות בקופת חולים (קבוצת השוואה: קופת חולים הכללית)
1.046	1.131	* 0.787	מאגדות
1.114	1.226	0.864	ליסנות
1.058	* 1.227	0.992	מכבי
* 0.545	0.540	* 0.505	לא מבוטח
* 1.772	1.177	* 1.494	חולה בלחץ דם
* 1.860	* 1.682	* 1.525	חולה בחתוק לב או מחלת לב אחרת
* 2.101	* 1.520	* 1.932	חולה באסטמה או דלקת ריאות
* 1.666	1.240	* 1.562	חולה בשוכרות
0.964	0.961	0.890	מעט

א.מ.ר. : אומדן יחס הסיכויים במודל רגרסיה לניסטיית להסתברות לשימושים בשרותי בריאות  
\* בעמוד זה נשמר לשימוש גיל 40 בלבד. קבוצת השוואה בוחנת על היה "גיל 40-49"

לוח מס' 8: מאפיינים חברתיים-כלכליים של חברי קופות החולים השונות

יחס השכיחות \* של מאפיינים חברתיים-כלכליים לפי קופות החולים (2001-2)

מאחדת	מכבי	לאומית	כללית	סה"כ	
0.78	0.89	1.17	1.06	1.00	מקבלי הבטחת הכנסה
0.96	1.21	1.03	0.91	1.00	מקבלי גמלת אבטלה
0.95	0.91	0.94	1.06	1.00	ילידי הארץ ועולים עד 1989
0.93	1.21	1.03	0.92	1.00	בישבים עירוניים: יהודים
0.69	0.29	1.06	1.35	1.00	לא יהודים
0.09	0.22	0.25	1.64	1.00	אוכלוסייה מחוץ ליישובים
2.61	0.44	1.38	0.85	1.00	מחוז: ירושלים
0.53	0.48	1.23	1.27	1.00	הצפון
0.81	0.97	0.68	1.11	1.00	חיפה
1.00	1.15	0.76	0.98	1.00	מרכז
0.61	1.79	0.83	0.77	1.00	תל אביב
0.67	0.97	0.99	1.08	1.00	דרום

אחוז חברים עם שכר/הכנסה (2000)

מאחדת	מכבי	לאומית	כללית	סה"כ	
40.30	35.90	45.50	48.40	44.40	עד שכר מינימום
49.00	44.40	55.80	58.50	54.00	עד מחצית שכר ממוצע
75.60	72.00	83.20	81.40	78.80	עד שכר ממוצע
90.90	89.40	95.30	93.60	92.60	עד 2 X השכר הממוצע
2.00	2.40	0.80	1.20	1.50	מעל 4 X השכר הממוצע

\* אחוז מסך בעלי המאפיין הנדון המבוטחים בקופה חלקי האחוז בסך האוכלוסייה המבוטחים בקופה

המקור: ביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון (ז'ק בגדוק)

לוח מס' 7:

תוכנית רגישות ממוסמכת  
לכמות ביקורים אצל רופא כללי

השתנים מסבירים	כמות ביקורים אצל רופא כללי		
	אמצע	רמת מובהקות	יחס התחלות
סין: נברים (קבוצת השוואה: נשים)	-0.204	*	0.815
גיל (קבוצת השוואה: גיל 20-18)	0.305	*	0.000
גיל 30-39	0.569	*	1.356
גיל 40-49	0.813	*	1.766
גיל 50-59	0.973	*	2.255
גיל 60-69	1.029	*	2.647
גיל 70 ומעלה			2.797
ארץ לידה ומדינת האב (קבוצת השוואה: ילידי ישראל אב ילידי ישראל)	0.061		1.064
מדינת אסיה-אמריקה	-0.137		0.872
מדינת אירופה אמריקה	0.228	*	1.256
ערבים	-0.213	*	0.808
עולים 1990-1995 (החלק)			
השכלה (קבוצת השוואה: השכלה על-תיכונית)	0.131	*	1.139
ספי שנות לימוד: 0-8	0.086	*	1.089
ספי שנות לימוד: 9-12	0.045		1.046
ספי שנות לימוד לא ידוע	-0.138	*	0.872
מסגרת לגר בבית			
מחוז (מאגריף (קבוצת השוואה: מחוז מרכז)	-0.249	*	0.780
מחוז ירושלים	-0.166	*	0.847
מחוז צפון	-0.151	*	0.860
מחוז חיפה	-0.119	*	0.888
מחוז תל אביב	-0.183	*	0.832
מחוז דרום	0.061		1.063
מחוז יריש המה			
קבוצה (קבוצת השוואה: מוסקיים)	0.431	*	1.538
כלפי מוסקיים	0.206	*	1.229
לא שייכים לכת המגידה	0.058		1.060
מוגבל בתפקוד	0.177		1.193
מוגבל בחליטה			
הגרות בקופת חולים (קבוצת השוואה: קופת חולים הכללית)	0.016		1.016
מאחוזת	0.162	*	1.175
למשותף	-0.035		0.968
מכבי	-0.531	*	0.588
לא מבוטח	0.455	*	1.577
חולה בלחץ דם	0.385	*	1.469
חולה בהתקף לב או מוחלה לב אחרת	0.584	*	1.793
חולה באסטמה או דלקת ריאות	0.324	*	1.383
חולה בשוגרת	-0.029		0.971
סנימן			
אוסטרל הנדסי-כלכלי (קבוצת השוואה: עמי אוסטרלים על-תיים)	0.192		1.212
עמי אוסטרלים החתומים	0.037		1.037
אוסטרל 3	0.227		1.255
אוסטרל 4	0.220		1.246
אוסטרל 5	0.259		1.296
אוסטרל 6	0.032		1.033
אוסטרל 7	0.161		1.174
אוסטרל 8			

המקור: ביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון (מרי אמברד)  
 מרחק בלוח אל עד 0.05  
 עיבודים מתוך: סקר בריאות 1999/2000, ל.א.ר.



## הביטוח המשלים

### סיכום והמלצות

צוות הביטוח המשלים קיים ארבעה דיונים ארוכים במסגרת הכנס. מסמך זה מתאר בקצרה את תחומי הדיון ואת המסקנות שהגענו אליהן. כצפוי, בשאלות רבות לא הושגה הסכמה בין המשתתפים. עם זאת, הסיכום מביא בצד המסקנות שהוסכמו גם את נקודות המחלוקת העיקריות. הסיכום הוא תמציתי ולפיכך מומלץ מאוד לקרוא רק לאחר עיון בגוף הפרק.

הסיכום מחולק לארבעה תתי-פרקים, חלוקה התואמת את סדר הדיונים בכנס:

- (1) דיון כללי פותח, שעיקרו מטרת הדיון ומתכונתו, הגדרת "שוויוניות" לצורך הדיון, פירוס הנושאים ומסגרת ההתייחסות.
- (2) השוויוניות במימון הביטוח המשלים.
- (3) השוויוניות בשירותי הביטוח המשלים.
- (4) דיון כללי מסכם, המציין את המסקנות שרצוי וניתן להתחיל ביישומן מיד, וכן את הנושאים הדחופים ביותר למחקר מכוון-מדיניות.

### (א) דיון כללי פותח

#### 1. מסגרת הדיון ותכולתו:

הוסכם: דיונינו יוגבלו רק לשאלות השוויוניות של הביטוח המשלים ויימנעו הרחבות לשאלות-מדיניות נוספות הקשורות בשאלות אלה (כפי שיתברר להלן), הדיונים עמדו במגבלה זו רק באופן חלקי). לצורך הדיון יאומצו הגדרות השוויוניות שהובאו בראש חוברת הכנס.

חברים אחרים בקבוצה חלקו על אי-הכללת הביטוח הסיעודי בדיון ועל העדר התייחסות למרכיבים כגון שיקום חולי לב.

הוסכם: הביטוח הסיעודי לא נכלל בשל מאפייניו האקטואריים השונים ומשום שהוא נמכר (לפחות לכאורה) באמצעות חברות מסחריות. עם זאת נדון בממשק שבין הביטוח המשלים לביטוח הסיעודי. אשר למרכיבים חסרים אחרים, הם יעלו במסגרת הדיון בתכולת סלי הבריאות השונים.

#### 2. הצדקת הדיון בביטוח המשלים ובשוויוניות:

היו שטענו נגד עצם הדיון בביטוח המשלים בהקשר לשוויוניות. לפי גישתם, הביטוח

המשלים אינו שוויוני הגדרתית, בהפלותו בין קבוצות מבוטחים שונות וביניהן לאלה שאינם מבוטחים. יתרה מכך, היו שטענו כי מלכתחילה נועד הביטוח המשלים ליצור אי-שוויון.

הוסכם: צידוק הדין מותנה בהגדרת האלטרנטיבה למצב הקיים. אם המשלים נדון לגופו, אכן אין טעם רב לדין (פרט לאפשרויות להגדלת השוויוניות בתוך המסגרות הקיימות). לעומת זאת אם משווים את הביטוח המשלים לביטוחים המסחריים (במידה שהם משמשים תחליף) או לשירותי רפואה נוספים בתשלום (FFS), ממד השוויוניות אינו טריביאלי ויש מקום לדין. כמו-כן, מאחר שהביטוח המשלים ניתן על ידי קופות חולים שהן גופים ציבוריים יש עניין בדין בדרכים להגברת השוויון בהקשר זה, וניתן לדרוש מהן תנאים מקדמי שוויון, כגון תנאים שווים לחולים ולבריאים (כפי שקיים כיום).

### 3. התשתית העובדתית לדין:

הוסכם: אף שנאסף והוצג חומר עובדתי רב, מוגבל הדין בשאלות חשובות ביותר בשל העדר ידע עובדתי מספק, בין משום שזה קיים ברשות הקופות וגורמים אחרים ואינו פתוח לעיון, ובין משום שאינו קיים ומחייב מחקר נוסף. במיוחד הועלה הצורך לקבל מידע מפורט על דפוסי השימוש בשירותים ספציפיים לפי מאפייני המשתמשים, הצורך בניתוח אקטוארי של התוכניות השונות, הצורך במחקר הביקוש לביטוח המשלים, ובייחוד איתור הסיבות השונות לאי-רכישתו בידי האוכלוסייה שאינה מחזיקה בכל ביטוח נוסף לסל, והסיבות לתופעת כפל הביטוח באוכלוסייה המחזיקה הן בביטוח משלים והן בביטוח מסחרי. כמו-כן נדרש מחקר נוסף בעל מאפיינים רחבים יותר, כגון בשאלה אם קיים קשר בין האפשרות לבחירת רופא/מנתח (ויישומה) לבין תוצאות הטיפול הרפואי.

### 4. הביטוח המשלים, הביטוח העיקרי ומגבלת המקורות:

שאלה זו תועלה להלן, במסגרת הדין בתכולת הביטוח המשלים. עם זאת, הוסכם: בשל החמרת מגבלת המקורות, יש סכנה שהביטוח המשלים (במיוחד כאשר רוב מכריע של האוכלוסייה רוכש אותו) ישמש "שסתום פורק לחץ" ממסגרת מימון סל הבריאות. לפיכך, רוב הקבוצה דוחה את אפשרות השימוש במשלים כשלב ביניים לפני הכללת שירות רפואי בסל הכללי "לכשירווח". אפשרות כזו עלולה לפגוע מאוד בשוויוניות הכוללת. שוויוניות אינה מותרות, דווקא בתקופות של הידוק חגורה, ויש לחתור לשימור ממד השוויוניות בשירותים הציבוריים. עם זאת, חלק מהמשתתפים טענו כי עקב מגבלות התקציב הציבורי, עשויה הכללת שירותים רפואיים חדשים

בביטוח המשלים להגדיל את השוויוניות בנגישות לעומת החלופות האחרות (רכישתם באופן פרטי או באמצעות ביטוח מסחרי).

### שוויוניות במימון הביטוח המשלים

1. הוסכם: הביטוח המשלים מטעם הקופות הוא רגרסיבי (שיעור המס/הפרמיה מכלל ההכנסה יורד עם גידול ההכנסה) בשל העובדה שהתשלום אינו תלוי בהכנסת המבוטח אלא בגילו בלבד. זאת, בניגוד למימון סל הבריאות הכללי, שהוא פרוגרסיבי בחלקו ויחסי בחלקו האחר. מבחינה זו אין הבדל בין הביטוח המשלים לבין ביטוחי הבריאות הפרטיים שגם בהם הפרמיה אינה תלויה בהכנסת המבוטח (אך תלויה בסיכון שלו לחלות).

2. עלתה הצעה לסבסוד צולב במימון הביטוח המשלים כדי לאפשר נגישות אליו גם לאוכלוסיות חלשות במיוחד.

הוסכם: הקבוצה שוללת סבסוד צולב כזה, בין השאר משום החשש ליציבות התוכניות - אם יגדל התשלום החל על "עשירים", יש חשש כי יפרשו ממסגרת הביטוח המשלים אל עבר הביטוחים המסחריים. סיבה חשובה נוספת להתנגדות לסבסוד צולב היא שהדבר יחייב מבחן אמצעים על ידי הקופות ויחמיר מאוד את הסכנה הקיימת ל"הסרת שמנת" - הפליה לטובה של האוכלוסיות החזקות בצד השירותים.

עם זאת, מטעמי רגישות חברתית לפערים, סברה רוב הקבוצה כי אם ימצא מנגנון שבאמצעותו יוכל המוסד לביטוח הלאומי (או הממשלה) לסבסד את הביטוח המשלים למעוטי הכנסה בשיטה שתהיה אטומה לקופות, וזאת במסגרת המדיניות הכוללת של חלוקת ההכנסה והרווחה במשק, אין ספק שתגדל השוויוניות האנכית במימון הביטוח המשלים, ולפיכך רוב הקבוצה ממליצה על בחינת אפשרות זו.

3. נדונה האפשרות להגדיל את השוויוניות האנכית בין צעירים לזקנים במימון הביטוח המשלים.

הוסכם: הקבוצה תומכת בסבסוד צולב מוגבל (בשיעור נמוך, בשל חשש לפרישת צעירים) למען אזרחים ותיקים, מטעמי הוגנות חברתית. ציון שאיזון פנימי של כל קבוצת גיל בנפרד עשוי להוזיל כשלעצמו את התשלום הנדרש כיום מזקנים.

4. ועוד בעניין הקשר שבין פרמיית הביטוח המשלים לגיל המבוטחים. התשלום השולי בגין ילדים מכוסים הוא נמוך או אפס (הבדלים בין הקופות), ולפיכך גלומה בביטוח המשלים הפליה לטובה של משפחות מרובות ילדים. כלומר, אם מבחן הפרוגרסיביות במימון הוא שיעור הפרמיה הממוצעת לנפש מכלל ההכנסה, הביטוח המשלים הוא פרוגרסיבי, לפחות מהילד השני ואילך.

### השווינויות בשירותי הביטוח המשלים

1. **הגישה הכללית לביטוח משלים:** ממדי השווינויות האופקית והאנכית בקבלת שירותי הביטוח המשלים (נגישות, התאמה לצורך הרפואי, שווינויות בבריאות) היו החלק הגדול ביותר בדיוני הקבוצה ואופיינו במספר רב של מחלוקות ואי-הסכמות. בשני קצוות קשת הדעות שנפרסה בדיון עמדו שתי תפיסות מנוגדות אשר להגדרה, למטרה ולרצינות של הביטוח המשלים מטעם קופות החולים. בקצה האחד, ה"חברתי", שלטה הדעה שלפיה המטרות הלאומיות בתחום הבריאות (יעילות ושווינויות) צריכות לחול גם על השירותים הממומנים, במלואם או חלקית, בידי הפרט. לפי גישה זו, המדיניות כלפי הביטוח המשלים היא חלק ממדיניות הבריאות החברתית, ועל כן יש להחיל עליה מבחנים הן בתחום יעילות הקצאת המקורות הלאומיים לבריאות, הן בתחום קידום הצדק החברתי. ערכים כגון סולידריות חברתית וצדק חלוקתי מחד גיסא ומטרת העל של השאת התשואה החברתית משירותי בריאות באמצעות הקצאת משאבים מושכלת (יעילות) מאידך גיסא, רלוונטיים כאן כמו בתחום שירותי הסל.

לפי הגישה הנגדית, ה"עסקית", מעולם לא הייתה כוונה להחיל על הביטוח המשלים שיקולים ואילוצים "חברתיים". הביטוח המשלים הוא עסק כלכלי וצריך להיות מנוהל ולהיבחן ככזה. ככל עסק המוכר שירותים, ושירותי ביטוח בכללם, ניהול עסקי מחייב רגישות להעדפות הלקוח, גם אם אין הן תואמות את התפיסה ה"חברתית". הוסכם: על דעת רוב המשתתפים, כי לגישות השונות השפעה מכרעת על השאלות שידונו להלן.

2. **הקשר בין הביטוח המשלים לסל הציבורי:** שאלה טרומית נוספת היא שאלת הסבסוד הצולב בין תקציב הביטוח המשלים לתקציב שירותי הסל הציבורי. אף שלפי החוק הקיים אמור הביטוח המשלים להיות "משק סגור", ייתכן כי עדיין קיימות השפעות גומלין חיוביות בייצור שירותי הסל העיקרי והסל המשלים (יתרונות לגודל ולשילוב ביניהם וסינרגיות אחרות), וכי למצער הביטוח המשלים מסבסד את ביטוח החובה בכך שהוא משתתף בנטל המימון של הוצאות קבועות ומשותפות לשניהם.

הוסכם: שאלת קיומו של סבסוד צולב היא שאלת מדיניות חשובה. הפרדה נכונה, כלכלית וחשבונאית, בין הסל הציבורי למשלים, אינה עניין פשוט. תנאי הפרדה כזו הוא שקיפות בנתוני ההוצאות המשתנות, הקבועות והמשותפות של הקופות ועיבוד תמחירי-אקטוארי שלהם בידי גורם מקצועי. אין במסקנה זו כדי להמעיט בחשיבות ובתרומת האגף הממונה במשרד הבריאות, והדוחות החשבונאיים ההשוואתיים הנערכים

ביוזמת הממשלה קידמו במידה רבה את שקיפות המערכת לעומת המצב בשנים עברו. מרבית המשתתפים תמכו בעקרון השקיפות במגזר הציבורי והמליצו להרחיב ולהעמיק את המידע הפומבי שמוסרים הקופות וספקי שירותי הבריאות הציבוריים (כלכלי, חשבונאי, סטטיסטי). זאת נוסף על מידע המועבר לרשויות הפיקוח.

3. **תכולת הסל המשלים, יעילות ושווינויות:** מהו העיקרון שיש ליישם בקביעת תכולת הסל המשלים? בהינתן מגבלת תקציב (כלשהי), לפי איזה קריטריון חשיבות יש לקבוע את סדר ההעדפה במימון שירותים שונים? האם מימון מלא לשירותים ספורים או מרכיב גבוה של השתתפות עצמית והגדלת מספר השירותים המכוסים? האם סל הביטוח המשלים הקיים כיום בקופות הוא יעיל? האם הוא צודק ותורם לשווינויות?

הוסכם: קשה לדון בשאלות אלה בלי להציב תחילה בהקשר לסל הבסיסי. למיטב הידיעה, תשובות מלאות לשאלות אלה בהקשר לסל הבסיסי אינן בנמצא. לפיכך נדונה שאלת התכולה בהנחה שהסל הבסיסי הוא הסל הנוכחי, כמפורט בתוספת השנייה ובתוספת השלישית לחוק ובהוראות הקיימות האחרות, כפי שהן מיושמות בפועל כיום.

סל הוא "יעיל" אם מקורותיו מוקצים (allocation) לשימושים השונים כך שתושג תמורה מרבית להם. סל הוא צודק, לפי ההגדרות שאימצנו בראשית הדיון, אם הוא מקיים שווינויות אנכית בחלוקה (distribution), כלומר נותן לפרטים יותר ככל שצורכיהם הרפואיים גדולים יותר וככל שהשירות יכול לתרום יותר למצב בריאותם.

לגישות המנוגדות שהוצגו בראש פרק זה השפעה מיידית על התכולה הרצויה בסל. לפי הגישה ה"חברתית" יש לכלול בסל המשלים את השירותים בעלי התרומה הגבוהה ביותר לבריאות, כלומר את אלה שהיינו רוצים לראותם בסל הציבורי לו היה תקציבו גבוה יותר. משיקולי שווינויות יש להעדיף את השירותים שתרומתם לחולים-מאוד גבוהה במיוחד (ובכלל זה שירותים ותרופות מצילי חיים). לפי הגישה ה"עסקית", יש לכלול בסל המשלים את השירותים הכדאיים ביותר למבטח, הכוללים את אלה שנכונות הציבור לשלם בעבורם גבוהה ביחס לעלותם. אחדים בצוות הגדירו את תכולת הסל לפי גישה זו "מותרות". ואולם חשוב לזכור כי שירותים בעלי תרומה גבוהה לבריאות יכולים אף הם להיות אטרקטיביים לציבור וגם כדאיים למבטח, ולפיכך ייתכן שגם לפי "הגישה העסקית" יכללו בסל המשלים.

לפי הגדרות השווינויות שלנו, יש להעדיף את הגישה ה"חברתית" שבה התכולה מותאמת לצורך. ראינו לעיל כי גישה זו עדיפה גם משיקולי יעילות. מה יכולה אפוא להיות ההצדקה לגישה הנגדית?

אחדים מהמשתתפים טענו כי הגישה ה"עסקית" עדיפה משום שהיא מאפשרת ביטוי להעדפותיו האישיות של הצרכן וכך היא מממשת את ערך חופש הבחירה. ערך זה אינו מתלכד ועלול לשתור את ערך השוויוניות, שכן בביקוש הכולל של הצרכנים לתכונות המוצר הנרכש, משקלם של צרכנים שונים עולה עם הכנסתם (לכל צרכן מספר "קולות" כמספר השקלים שהוא מוכן להוציא, ולא בהתאם לעלות סיפוק צרכיו הרפואיים). סיבה נוספת שהועלתה בעד הכללת שירותי "מותרות" ונגד הכללת שירותים חיוניים (שמקומם הנכון בסל הבריאות אך התקציב לא הספיק למימונם) היא החשש כי במציאות הפוליטית / כלכלית הנוכחית גישה "חברתית" לסל המשלים תספק פתרון "נוח" לבעיית הגירעון התקציבי בסל. במקום להכליל שירות חדש חשוב בסל או אף כדי לתרץ צמצום של הסל הציבורי, יבחר המתקצב הלאומי בפתרון הפשוט של הכללה בסל המשלים. לכן המליצו חברי הקבוצה לעגן בחקיקה את התקציב לעדכון הסל הבסיסי.

בדיונים הועלו הצעות לגישור הפער בעניין התכולה. בין השאר הוצעו חלופות לסל אחיד הכולל מרכיבים חשובים רפואית, וכן כמה שירותי מותרות, בחינת "קח מזה וגם מזה אל תנח ידיך". אחרים הצביעו על כך שכל סל אחיד, תהא תכולתו אשר תהיה, אינו מאפשר מימוש חופש הבחירה, פרט לברירת המחדל, ואשר לחופש שלא לבחור (לא לרכוש ביטוח משלים כלל), אפשרות זו הולכת ונעלמת במציאות, שבה רוב גדל והולך של האוכלוסייה מבוטח בביטוח המשלים.

**4. מבנה הסל:** הצעה נוספת שהועלתה ונדונה היא bundling - בניית סל מודולרי שבו כמה קבוצות מרכיבים (בדומה ל"חבילות הצפייה" בטלוויזיה הרב-ערוצית). כך לכאורה אפשר לממש חלקית את ערך הבחירה. אנשי הביטוח בקבוצה פסלו הצעה זו הן משיקולי יעילות (moral hazard) והן משיקולי שוויוניות (החולים מסבסדים את הבריאים). הצעה שהתקבלה בידי חלק גדול מהמשתתפים היא לאפשר "רבדים של ביטוח משלים": רובד בסיסי של שירותים חשובים לבריאות, אחיד (בכל קופה), שתכולתו ומחירו המרבי בפיקוח הממשלה, ורבדים נוספים מעליו, אף הם אחידים בתוך כל קופה, לבחירת הצרכן. סדר הבחירה יהיה נתון: לא ניתן לרכוש רובד ב' בלי הרובד הבסיסי, לא ניתן לרכוש רובד ג' בלי רובד ב' וכדומה. בקרב התומכים בערך הבחירה ובגישה העסקית לביטוח המשלים רווחה הסכמה על הרחבת "מודל מכבי" הדו-שכבתי הקיים. למרות הבדלי הגישות שנתרו, הוסכם: יש להגדיל את השקיפות בנתוני הקופות כדי למנוע אפשרות של סבסוד צולב.

**5. קביעת הרכב הסל:** שאלה נוספת שנדונה הייתה מי יחליט על תחומי הכיסוי שבמשלים: הממשלה? הקופות? או הפרטים עצמם? הייתה הסכמה כי יש מקום לפיקוח ממשלתי על מחירן ועל תכולתן של התוכניות משיקולי מניעת בחירה מפלה. בהקשר זה הוצע לקבוע תקרה אחידה לתשלום בכל הקופות כדי למנוע בחירה מפלה. עם זאת, הוסכם כי מדיניות הממשלה צריכה לאפשר חופש לקופות להתאים את התכולה להעדפות הפרטים.

**6. הסל המשלים, הסל הבסיסי והסל המסחרי:** ברמת מדיניות הבריאות, נדרש עיון מחדש בעקרונות הקובעים את תכולת סל הבריאות הבסיסי. לכשיובררו אלה, יקל להגיע להסכמה רחבה על התכולה הרצויה בסל המשלים. תכולת הסל המשלים משפיעה על שוק הביטוח המסחרי, ואולי גם מושפעת על ידו. לשני סוגי הביטוחים מאפיינים של תחליפים זה לזה, אך גם של משלימים זה את זה. יתרונו הגדול של המשלים במישור השוויוניות הוא מרכיב הסולידריות שבו. עם זאת, הביטוחים המסחריים מאפשרים מגוון בחירה גדול יותר. כששני סוגי הביטוחים חופפים במידה רבה (הם תחליפיים זה לזה), החזקה בשניהם היא "כפל ביטוח", תופעה לא-רצויה. כשתחומי הכיסוי של שניהם שונים, רכישת שני המוצרים במקביל אינה כפל ביטוח. נדרש מחקר באוכלוסיית המחזיקים הן בביטוח המשלים והן במסחרי שבו ניתן יהיה לבחון השערות על הסיבות לתופעת כפל הביטוח.

**7. מאפייני שירותים שאין לכלול בסל המשלים ומאפיינים שיש לכלול בו:** חברים שונים בקבוצה הקשו על אי-הכללת הביטוח הסיעודי, רפואת השן כולה, מרכיבי רפואה מונעת, שירותי שיקום ועוד בדיון על תכולת הסל המשלים. אחרים תמכו בהותרת תחומים חשובים אלה מחוץ לסל המשלים, משיקולי יעילות (אך לא שוויוניות) והיתכנות מעשית. אחד החברים הציע הגדרה גורפת לשירותים שאין להכליל בסל המשלים של הקופות. ההצעה התקבלה.

הוסכם: אין לכלול בביטוח המשלים שירותים המחייבים ניהול עתודות ביטוחיות לאורך זמן (ביטוח סיעודי). אין לכלול מרכיבי ביטוח המחייבים חיתום (שירותים מצילי חיים, שירותים בעלי מרכיב moral hazard גבוה שתקופות המתנה סבירות אינן עונות עליה).

הצעה נוספת שהתקבלה הייתה למאפייני השירותים המתאימים לסל המשלים. הוסכם: כדי לשמור על אופיו העממי ונפוצותו של הביטוח המשלים הפרמיה הבסיסית

בו צריכה להיות מוגבלת (להלן הצענו מחיר מרבי מפוקח), ועל כן הסיכונים שניתן לכסותם הם מוגבלים. בשל האופי הסולידרי של הביטוח (העדר חיתום) יש להתרכז בשירותים שאינם מושפעים קיצונית מההיסטוריה הרפואית של המבוטח. כך גם יובטח בידול רצוי בין תכולת הסל העיקרי לבין הסל המשלים.

**8. השפעת הביטוח המשלים על השווינויות בקבלת שירותי הסל:** מעבר לאי-שווינויות הגלומה בו עצמו, נדונה גם טענה כי הבעלות על הביטוח המשלים עלולה גם לתרום להעדפה של המבוטח בקבלת שירותי הקופה הרגילים, אם פורמלית וגלויה ואם סמויה. אין מידע מספיק לביסוס טענה זו. נראה כי הסכנה הגדולה היא בקביעת תורים ובבחירת מנתח ובית חולים. גם בתקופה שאין תורים במערכת (בממוצע), הגדרתית יש תמיד תור לרופאים / מנתחים המבוקשים (מפורסמים, נתפסים כעדיפים, בצדק או שלא בצדק). בחירת רופא כזה במסגרת הביטוח המשלים היא הקדמת תור אליו. מובן שככל ששיעור גדול יותר באוכלוסייה נהנה מעדיפות, ערך עדיפות זו יורד (עד לאפס כשההשתתפות בביטוח המשלים תהיה מלאה).

הדיון בבחירת מנתח / מומחה גלש, כצפוי, לשאלת השר"פ בבתי החולים הציבוריים. אם ניתן לפתור את בעיית ההפליה בסל הבסיסי על ידי עבודה לאחר שעות העבודה התקניות של הסגל הרפואי המבוקש, כפי שהציעו אחדים, מה פשר ההתנגדות הנחרצת לשר"פ של קופת החולים הגדולה? ומדוע היא מאפשרת ניתוחים לבעלי ביטוח משלים רק בבתי חולים פרטיים?

הוסכם: להיצמד להחלטה שלא לכלול את השר"פ בדיונו כאן. יש צורך לבחון את סוגיות השר"פ והביטוח המשלים במשולב. יש לבחון גם אם יש העדפה של מבוטחי המשלים בתשלומים בעבור תרופות וטיפולים הנכללים בסל (הנחה ברכיב ההשתתפות העצמית).

**9. הביטוח המשלים ו"הסרת שמנת":** טענה מרחיקת לכת יותר על פגיעת הביטוח המשלים בשווינויות (וביעילות) מערכת הבריאות ייחסה לקופות התנהגות אפשרית של "הסרת שמנת" (cream skimming). לפי חשד זה, יעדיפו הקופות לגייס חברים "כדאיים", כאלה התורמים ערך מוסף לקופה. משום שעליהן לקבל כל פונה, בלא קשר לבריאותן, להכנסתן ולגילו, הסרת השמנת אפשרית על ידי העדפה סמויה, כגון על ידי הכללת שירותים מסוימים (הן בסל הכללי, הן בסל המשלים, הן ואולי בעיקר בפרסום התדמיתי). אפשרות אחרת למשיכת מבוטחים רצויים היא על ידי מדיניות פיתוח דיפרנציאלית,

הימנעות מפיתוח שירותים באזורי מצוקה. יצוין כי אין מידע המאשש חשד זה וכן שנציגי הקופות שהתבטאו בעניין הכחישו מכל וכול קיום בחירה מפלה והעדפות בסל הציבורי של קבוצות מבוטחים, ובהם מבוטחי המשלים.

**10. הביטוח העיקרי, הביטוח המשלים, הביטוח הסיעודי – תחרות ושווינויות:** אחד מיסודות הרפורמה במערכת הבריאות היה קיומה ועידודה של תחרות בין הקופות. בין השאר, חופש המעבר בין קופה לקופה אחת לשישה חודשים וקלות ופשטות ההליך היו אמורים לתרום לתחרות. בפועל נצפה מספר לא-גדול של מעברים ברוב השנים מאז 1995.

תקופות המתנה והכשרה בביטוח המשלים עשויות להיות גורם מרתיע ממעבר לקופה אחרת. תקופות כאלה והחרגות בזכאות בביטוח הסיעודי עשויות להרתיע אף יותר. כשלרוב אוכלוסיית ישראל ביטוחים משלימים, ולרוב בעלי ביטוח זה גם ביטוח סיעודי (במיוחד כשאלה נמכרו במשולב), יש סכנה של ממש לפגיעה בתחרות (השפעת הקטנת התחרות על השווינויות אינה ברורה. מחד גיסא קטנה יכולתם של מופלים לרעה "להצביע ברגליים". מאידך גיסא, אם יש בחירה מפלה, ייתכן שמקור ההפליה בשירות הוא ניסיון הקופה "לייצא" את חבריה לקופה המתחרה. מעניין יהיה לבחון את מאפייני אוכלוסיית העוברים). למרות האי-בהירות שהוצגה לעיל ומשיקולי יעילות והגנת הצרכן, הוסכם: להמליץ על אכיפת התקנה של אי-התניית ביטוח משלים ברכישת ביטוח סיעודי ולהפך. אשר לתקופות המתנה, הייתה הכרה בנחיצותן של תקופות המתנה סבירות כדי להבטיח את יציבות התוכנית. זאת, מאחר שמאז 1998 נקבע כי על קופות החולים לצרף לתוכניות כל פונה (גם חולים) בלא הגבלה או חריגה. עם זאת הומלץ לבחון שוב את סבירות תקופות המתנה הקיימות.

**11. הביטוח המשלים, עמימות המידע והשווינויות:** הקשרים בין המדדים השכלה, ארץ מוצא, שיוך למיעוט לאומי, ותק בארץ, הכנסה, שימוש בשירותי בריאות ובריאות נדונו בישיבות הקבוצות האחרות בכנס זה. בסוגיית הביטוח המשלים, נציגי צרכנים וחולים בקבוצה התריעו על מידה של אי-בהירות בתקנוני הביטוחים המשלימים. במידה שאכן קיימת עמימות, סביר להניח כי האוכלוסיות הנפגעות ביותר מכך הן האוכלוסיות החלשות (צוין גם שחוזי ביטוח, כמו חוזי שירות אחרים, הם מורכבים משפטית, כך שבלי להמעיט מערך הבעיה בתקנוני הביטוח המשלים, היא אינה ייחודית לתחום זה). הוסכם: להמליץ על הגברת האכיפה של משרד הבריאות בתחום בהירות תקנוני

הביטוחים המשלימים והטמעתם בציבור (בהדגשת האוכלוסיות החלשות) וללוות את התערבותו במחקר ומעקב מתאימים.

**12. נגישות לשירותי בריאות:** הדיון האחרון בקבוצה עסק בנגישות לשירותי בריאות, שהוא התנאי לשוויון אופקי בשירותים בין בעלי הביטוח המשלים. קבוצה אחרת בכנס עסקה בעניין בהרחבה, ועל כן לא נכנסנו אנו לעומקו. יש נתונים המצביעים על העדר שוויוניות אופקית בשל קשיי נגישות גיאוגרפיים. ידועים גם הקשיים לספק שירותים ברמה גבוהה בפריפריה. מחסום נוסף הוא תשלומי ההשתתפות העצמית הנדרשים בעבור שירותים בביטוח המשלים.

### דיון כללי מסכם והצעות לפעולה

סיכום הדיון בכנס יוחד בעיקר לגיבוש המסקנות שפורטו לעיל ומובאות בקצרה להלן. כמו-כן מובאות הצעות לפעולה לקובעי מדיניות שלא נדונו בכנס עצמו.

### א. סיכום המסקנות העיקריות מדיוני הקבוצה

#### כללי

1. הביטוח המשלים תורם לאי-שוויון במערכת הציבורית. עם זאת הוא מגביר את השוויון בנגישות לשירותי הבריאות הכוללים (בהשוואה לחלופות של תשלום לפי שירות וביטוח מסחרי).

#### שוויוניות במימון

2. שיטת המימון של הביטוח המשלים היא רגרסיבית. לאור הרגישות החברתית הייתה נטייה להסכים לסייע לעניים ברכישת ביטוח משלים (קידום השוויון האנכי). נדונו חלופות אחדות ולא הגענו להכרעה, אם כי הנטייה הייתה לממן זאת באמצעות העלאת תשלום מס הבריאות.

3. הייתה הסכמה רחבה כי לפני יישום מדיניות יש צורך במחקר על הסיבות שבעטיין עניים אינם רוכשים ביטוח משלים ולוודא שהמחיר הוא מחסום מרכזי.

4. משיקולים של הוגנות חברתית הייתה נטייה לתמוך גם בהגדלת השוויון בין קבוצות גיל, כלומר סבסוד קשישים על ידי צעירים.

#### שוויוניות בשירות

5. הוסכם כי יש מקום לפיקוח על מחיר התוכניות והתכולה כדי למנוע בחירה מפלה (כולל קביעת תקרה אחידה לתשלום).

### שוויוניות במימון

4. שיטת המימון של הביטוח המשלים היא רגרסיבית. לאור הרגישות החברתית לעוני, הייתה נטייה להסכים לסייע לבעלי הכנסה נמוכה ברכישת ביטוח משלים (קידום השוויון האנכי). נדונו מספר חלופות ולא הגענו להכרעה, אם כי הנטייה הייתה לממן זאת באמצעות העלאת תשלום מס הבריאות.

5. הייתה הסכמה רחבה כי לפני יישום מדיניות יש צורך במחקר על הסיבות בגללן עניים אינם רוכשים ביטוח משלים, ולוודא שהמחיר הוא מחסום מרכזי

6. משיקולים של הוגנות חברתית הייתה נטייה לתמוך גם בהגדלת השוויון בין קבוצות גיל כלומר סבסוד צולב מוגבל (בשיעור נמוך בשל חשש לפרישת צעירים) לטובת אזרחים ותיקים.

### שוויוניות בשירות

7. הוסכם כי יש מקום לפיקוח על מחיר התכניות והתכולה כדי למנוע בחירה מפלה (כולל קביעת תקרה אחידה לתשלום בהתאם לתכולת הסל). עם זאת מדיניות הממשלה צריכה להשאיר די חופש לקופות להתאים את התכולה להעדפות הפרטים.

8. הייתה הסכמה רחבה כי יש מקום לברר מדוע אנשים קונים ביטוח משלים כדי לבחון האם אחת הסיבות היא חשש מאפליה בשירותי הסל הבסיסי?

9. הייתה נטייה להסכים כי על מנת לתת ביטוי להעדפות צרכנים יש מקום למבנה של סל משלים אחיד (בכל קופה) ועליו כל פרט יכול להוסיף רבדים (גם הם אחדים בתוך כל קופה) לפי העדפה אישית.

10. באשר לתוכן הסל המשלים: הייתה הסכמה כי אין להכניס לסל המשלים כסויים לגביהם יש צורך בעתודות אקטואריות (משיקול של יציבות התכניות); וכסויים המחייבים חיתום (כדי שיהיה תמריץ לרכוש ביטוח לפני הארעות מחלה).

11. לא הייתה הסכמה לגבי סוג השירותים שיש להכניס לסל המשלים, ובפרט האם לאפשר לכלול גם כסויים העונים לצורך רפואי (שאינם נכללים בסל הבסיסי). זאת, עקב הפגיעה בשוויוניות בבריאות בין בעלי משלים לחסרי משלים והחשש שהדבר ייצור תמריץ שלא לעדכן את הסל הבסיסי. אולם, עקב תכולתו הרחבה של הביטוח המשלים וההכרה במגבלות התקציב הציבורי הוצגה הצעת פשרה לפיה בסל המשלים יש לכלול גם כסויים העונים לצורך רפואי (טכנולוגיות ותרופות חדשות) וגם כסויים העונים להעדפות אישיות ("מותרות"). עם זאת, כדי למנוע

השפעות שליליות על עדכון סל הבריאות הוצע לעגן בחקיקה את חובת עדכון הסל הבסיסי.

12. על מנת לעודד את התחרות בין הקופות ולמנוע מחסומים במעבר בין קופות, הומלץ להנהיג המשכיות בזכויות השב"ן במעבר בין קופות, וכן לאכוף את התקנה של אי-התניית ביטוח משלים ברכישת ביטוח סיעודי ולהפך.

## הביטוח המשלים

### כללי

במסגרת הנושא הרחב של כנס ים המלח "פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות" נכלל דיון בהשפעת הביטוח המשלים של קופות החולים (כפי שמופעל כיום ונקרא גם שב"ן) על השוויוניות במערכת הבריאות בישראל, במטרה לבחון אפשרויות לשיפורה.

מסמך זה מסכם את עבודת הצוות שהכין את הנושא לדיון בכנס. נעשה בו ניסיון לשקף את מגוון הדעות שהובעו, לאתר שאלות שהסתמנה בהן הסכמה כללית ולחדד את הבדלי הגישות והדעות בשאלות העיקריות שבמחלוקת.

דיוני הצוות נערכו לאחר פרסום דוח ועדת אמוראי, שהתייחס בין השאר לשאלת הביטוח המשלים. המלצות הוועדה השתקפו בחלק מהדיונים, ובוודאי במידה שיש בהן השלכות לשוויוניות.

בדיוני הצוות המכין בלט הצורך במסגרת מושגית מוסכמת ובתשתית עובדתית שאין לגביה מחלוקת. שני מרכיבים אלה הוכנו על ידי מרכזי הצוות לאור הדיונים שהיו והמידע הרב שהתקבל מחברי הצוות ואחרים, והם מופיעים בראשית המסמך ובנספחים. יתר המסמך כולל פירוט שאלות המשנה לדיון בממשקים השונים שבין הביטוח המשלים לשוויוניות במערכת הבריאות ומצע לשייכות המתוכננת בכנס.

כמה מחברי הצוות המכין הגישו גם ניירות עמדה מטעמם או מטעם הארגון שייצגו. ניירות אלה נדונו חלקית בלבד ועל כן הם מופצים כלשונם בנפרד למשתתפים במושב הביטוח המשלים בלבד.

### שוויון במערכת הבריאות - מושגי יסוד

שוויון ושוויוניות בכלל ובשירותי הבריאות בפרט, הם מושגים מורכבים. חוקרים רבים מאסכולות פילוסופיות חברתיות שונות ומדיסציפלינות שונות עסקו ועוסקים בשאלות ההגדרה של שוויוניות ומדדיה. בחלק גדול משאלות אלה מגוון הדעות והאי-הסכמות עדיין רב. דיון נרחב בסוגיית השוויון ומדידתו מובא במבוא לחוברת הכנס.

לצורך הדיון המשותף בכנס נתייחס להגדרות ולמונחים הנפוצים<sup>1</sup>, המבחינים בין שוויוניות במימון שירותי הבריאות לשוויוניות באספקת שירותי הבריאות, כשלכל אחד מהם שני ממדים של שוויון:

שוויון אופקי – "יחס שווה לשווים".

שוויון אנכי – "יחס שונה לשונים".

כמו-כן מוצע להבחין בין שוויוניות בתוך המערכת הציבורית, כלומר בשירותים הממומנים מכספי מס הבריאות ותקציב המדינה, לבין שוויוניות בשירותי הבריאות בכלל, הכוללים גם שירותים שממומנים ממקורות פרטיים, ולבין שוויוניות כוללת ברמה הלאומית, בראייה כוללת של חלוקת הרווחה במשק.

לבסוף, בדיון על ביטוח משלים ושוויון חשוב להיות מודעים כי שוויון אינו ערך יחיד במערכת. המדיניות הציבורית שואפת בין המטרות השונות להשיג גם יעילות בהקצאת המקורות לבריאות ולמימוש ערך חופש הבחירה של הפרט.

### מבנה מערכת ביטוחי הבריאות בישראל

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995 מתקיימים בישראל שלושה סוגים של ביטוחי בריאות: **ביטוח בריאות ממלכתי**, המכסה על פי חוק את כל תושבי המדינה ומבטיח סל שירותים בסיסי המוגדר בחוק ומסופק על ידי קופות החולים. החוק ממומן בחלקו ממס ייעודי ישיר ויחסי שגובה המוסד לביטוח לאומי, ובחלקו מהתקציב הרגיל.

**ביטוח בריאות מסחרי**: נרכש ישירות מחברות ביטוח מסחריות ומציע כיסוי למצבים שאינם כלולים בסל הבסיסי (שיניים, סיעוד), מרחיב את השירות שבסל הבסיסי (יותר כסף להשתלות, יותר תרופות) ו/או משפר את תנאי קבלתו (מנתח פרטי, בית חולים פרטי). כל פרט בוחר את תחומי הכיסוי שהוא מעוניין בהם והפרמיות נקבעות לפי תחומי הכיסוי ורמת הסיכון האישי (חישוב אקטוארי). כמו-כן יש פוליסות לקולקטיבים שהתעריף בהן הוא אחיד לכל חברי הקולקטיב, אך החיתום נעשה על פי הצהרת המצטרף ונבחן בעת הגשת התביעה.

<sup>1</sup> מאמרי סקירה ערכיים כוללים את:

A.D. Culyer and J.P. Newhouse Handbook of Health Economics vol 1A (Elsevier 2000)  
A. Wagstaff and E. van Doorslaer, Equity in Healthcare Finance and Delivery (Ch. 34, pp 1803-1862).

Alan Williams and Richard Cookson, Equity in Health (ibid Ch. 35, pp. 1883-1910)

Folland S., Goodman AC, Stano M. The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall 2001 pp. 419-444.

Sen A. 2002. Why Health Equity? Health Economics 11:659-666

Macinko JA and Starfield B. 2002. Annotated Bibliography on Equity in Health. International Journal for Equity in Health 1(1): 1-20.

**ביטוח בריאות משלים**: בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע: "קופת חולים רשאית להציע לחברה ביטוח למימון שירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל שירותי הבריאות" (סעיף 10א). הביטוח המשלים מציע כיסוי לסל קבוע של שירותים (בדומה לשירותים המוצעים בביטוח המסחרי). הפרמיה נקבעת לפי קבוצת גיל.

לאחר דיון ציבורי בחלופות השונות נקבעו ב-1998 תקנות המסדירות את הפעלת תוכניות הביטוח המשלים (חוק ההסדרים במשק המדינה, התשנ"ח-1998). התוכניות הוגדרו כשירותי בריאות נוספים (שב"ן) ונקבע בתקנות כי חובה על קופה לקבל כל פונה. נאסרו הגבלות או החרגות בכיסוי ונקבע כי הפרמיה תיקבע רק לפי קבוצות גיל ולפיכך לא תשקף את שאר מרכיבי הסיכון האישי לחלות (community rating). עיקרון מרכזי נוסף שנקבע הוא אי-התניה של שירותי הסל הבסיסי בשב"ן.

התקנות קבעו עוד כי במסגרת השב"ן לא ייכלל ביטוח סיעודי שהוא ביטוח ארוך טווח הדורש ניהול סיכונים ועתודות אקטואריות. נקבע כי ביטוח זה יינתן רק באמצעות חברות ביטוח. עוד נקבע בתקנות כי במסגרת השב"ן יינתנו שירותים בפועל ולא פיצוי כספי וכי התוכניות ינהלו כמשק כספי נפרד ותיאסר העברת כספים מהסל הבסיסי למשלים. עוד נקבע כי הגורם המפקח על התוכניות יהיה משרד הבריאות, ולשר הבריאות ניתנה הסמכות לאשר את תוכניות השב"ן ולפקח על הפעלתן (שיעורי הפרמיה, תוכן הסל ואיזון התוכנית). לבסוף, נקבעה גם חובת דיווח מלאה למשרד הבריאות.

לוח 1 מסכם את מאפייניהם של שלושת סוגי הביטוח בישראל וההבדלים ביניהם.



לוח 1:  
סיכום ההבדלים בין מאפייני הביטוח הבסיסי, המשלים (שב"ן) והביטוח המסחרי

ספק	ביטוח מסחרי	ביטוח משלים (שב"ן)	ביטוח מפלכתי
ספק	חברות למטרות רוח	קופות החולים - מלכירים	קופות החולים - מלכירים
כיסוי הביטוח <sup>2</sup>	שימו או פיצוי, מגוון רב של פוליסות ורובדי פוליסות.	שירותים נוספים בפועל, חלקם הגדול עם השתתפות עצמית, פוליסה אחידה לכל המבוטחים (בחלק מהקופות יש שתי שכבות ביטוח).	שירותי חסל, חלקם עם השתתפות עצמית.
ביטוח סיעדי	נמכר בנפרד או ביחד.	נפרד - נמכר על ידי חברות ביטוח מסחריות, והקופה היא בעל הפוליסה. בכל התוכניות אפשר לקנות שב"ן בלי ביטוח סיעדי, האולם בחלק מהקופות אין אפשרות לקנות סיעדי בלי שב"ן.	נכלל בתוספת השלישית (סל הממשלה).
מהות ההתקשרות	פוליסות (חוזות) שונות.	תקנון אחיד לכל המבוטחים בקופה (אך שונה בין הקופות).	החוק
נגישות והחרגות	לא חייבים לקבל כל מנה, אפשרות להחריג ולחיתום רמאי.	כל חבר קופה לפי בחירתו, אין החרגות לפי מצב בריאות, יש תקופות הסתנה.	כל תושב בכל קופה לפי בחירתו בלא תמא ובלא החרגות.
פרטיות	הפרטיה נקבעת על פי הסיכון של הפרט לחלות ולקולקטיב על פי הסיכון הממוצע של הקבוצה.	הפרטיה נקבעת לכל מבוטח לפי גילו ומספר ילדיו המבוטחים עמו (במידה שיש). יש תוכניות הקובעות פרמיה ממוצעת למשפחה.	מס בריאות יחסי להכנסה <sup>3</sup> , נגבה על ידי המוסד לביטוח לאומי.
נבייה ואחריות מתמשכת	הפרמיה צמודה למודד ההתחייבות היא חוזית לתקופה מוגבלת עם אפשרות לחידוש. כל שינוי בפרמיה או אישור של המפקחת על קופות בחיקף הכיסוי טען אישור של המפקח על הביטוח.	הפרמיה נבנית על ידי קופת החולים וצמודה למודד. כל שינוי בפרמיה או בחיקף הכיסוי טען אישור של המפקחת על קופות החולים ושב"ן במשרד הבריאות.	מס בריאות, תשלומי השתתפות לקופה, אין התחייבות על גובה מס הבריאות ועל תשלומי ההשתתפות ניתן להרחיב או לצמצם את הסל
הגוף המפקח	המפקח על הביטוח	משרד הבריאות	

<sup>2</sup> יש סעיפים מקבילים בשני סוגי הביטוחים, ובין הביטוחים קיים היאום הטבות, לפיכך קיימת תופעת כפל ביטוח, כאשר מבוטח בביטוח משלים וגם בביטוח מסחרי.  
<sup>3</sup> המס פרוגרסיבי בתחום ההכנסות הנמוכות ורגרסיבי מעבר לתקרה (כשזו קיימת).

היקף הבעלות על ביטוח בריאות פרטי

מאפייניהם של בעלי הביטוח בשנים 1995-2001

על היקף הבעלות על ביטוח בריאות פרטי ועל מאפייני בעלי הביטוח בשנים 1995-2001 אפשר ללמוד מנתונים מתוך מחקרי ג'זינט-מכון ברוקדייל על שוק הביטוח הפרטי בישראל. מתרשים 1 המבוסס על נתונים אלה עולה כי שיעור בעלי הביטוח המשלים גדל מאוד לאורך הזמן ועמד בשנת 2001 על 64% לעומת 51% בשנת 1999 (גידול פי 1.25).

תרשים 1: בעלות על ביטוח בריאות נוסף בשנים 1995-2001 (באחוזים)



מקור: ברמלי-גרנברג, ש' וגרוס ר' 2003. "ביטוחי בריאות פרטיים בישראל", ג'זינט-מכון ברוקדייל.

ב-2001, שיעור בעלי הביטוח המשלים בקרב מבוטחי מכבי שירותי בריאות היה 78%, בקופת חולים מאוחדת - 64%, בשירותי בריאות כללית - 61% ובקופת חולים לאומית - 53%. הגידול הרב ביותר בשיעורי הבעלות בין השנים 1995-2001 היה בקרב מבוטחי לאומית (פי 1.5) וכללית (פי 1.4).

לעומת זאת, שיעור בעלי הביטוח המסחרי גדל בצורה חדה בשנים 1997-1999, אך קצב הגידול הואט בשנתיים האחרונות, וב-2001 ל-26% יש ביטוח מסחרי כלשהו. ואולם על פי הראיונות עם גורמים בכירים במערכת ייתכן מאוד ששיעור זה גבוה יותר, שכן שיעור לא מבוטל של בעלי ביטוח מסחרי אינם מודעים לכך שיש ברשותם ביטוח כזה. מדובר בעיקר בפוליסות ביטוח הנמכרות בשיווק טלפוני או שתחומי הכיסוי שלהן מצומצמים מאוד.

<sup>4</sup> הנתונים נסמכים על דיווח עצמי של המרחיבים לגבי בעלות על ביטוח, ולכן השיעור המוצג הוא שיעור אלה היוודעים כי יש להם ביטוח פרטי ומרחיבים על כך.

**תרשים 1א: בעלות על ביטוח בריאות נוסף בשנים 1995-2001 (באחוזים) - המשך**



מקור: ברמלי-גרינברג ש', גרוס ר', 2003. "ביטוחי בריאות פרטיים בישראל", ג'וינט-מכון ברוקדייל.

מתרשים 1א עולה כי שיעורם של אלה שאין להם כל ביטוח נוסף ירד בשנים האחרונות. ב-1995 וב-1997 היה השיעור 55% וב-2001 - ל-30%. תופעה בולטת נוספת היא העלייה בשיעורם של בעלי ביטוח משלמים ומסחרי. ב-1995 היה שיעור בעלי הביטוח המשלמים והמסחרי 5% בלבד וב-2001 הגיע שיעורם ל-20%. מעניין הוא של-80% מקרב בעלי הביטוח המסחרי יש גם ביטוח משלמים, אף שתוכניות הביטוח המשלמים והמסחרי מכסות תחומי כיסוי דומים, ממצא המעיד על התרחבות תופעת כפל הביטוח בשוק ביטוחי הבריאות בישראל.

**שיעור המבוטחים בביטוח המשלמים - תמונה עדכנית**

מספר המבוטחים בשב"ן בכל קופה (באלפים) יולי 02	מספר המבוטחים בכל קופה (באלפים) יולי 02	אחוז המבוטחים בשב"ן מכלל המבוטחים בקופה, יולי 02
2,016	3,626	58%
1,251	1,522	82%
375	651	58%
502	709	71%
4,144	6,507	64%

מקור: המפקח על קופות חולים ושב"ן, משרד הבריאות

**אחוז המבוטחים בשב"ן, לפי קבוצות גיל (0-21, 22-64, +65), דצמבר 2002**

גיל (באחוזים)			
65+	64-22	21-0	
47	59	60	כללית
75	79	82	מכבי
53	53	58	לאומית
70	70	73	מאוחדת

מקור: קופות החולים

**מאפייניהם של בעלי הביטוח המשלמים והמסחרי ב-2001 בהשוואה לשנים קודמות**

לגבי מאפייניהם של בעלי הביטוחים, בין 1997 ל-1999 גדלו שיעורי הבעלות על ביטוח משלמים בקרב דוברי ערבית ורוסית, הגרים בפריפריה, בעלי השכלה יסודית ומטה ובקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון. בפרט גדלו שיעורי הבעלות בקרב חולים כרוניים וקשישים שבעבר הוגבלה הצטרפותם לביטוח. גידול בשיעורי הבעלות בקבוצות אלה נצפה גם בין השנים 1999 ל-2001 (ראה לוח 1 בנספח 1).

בקרב בעלי הביטוח המסחרי נצפתה מגמה דומה לזו שבמשלמים בין השנים 1997 ל-1999 (התחזקות שיעורי הבעלות בקרב קבוצות האוכלוסייה שפורטו לעיל), אך בין השנים 1999 ל-2001 נצפתה מגמה הפוכה (ראה לוח 2 נספח 1).

ניתוח רב-משתני הראה כי ב-2001 לצעירים מגיל 65, דוברי עברית, בעלי השכלה גבוהה ובעלי הכנסה גבוהה נטייה גבוהה יותר לרכוש ביטוח בריאות פרטי (משלמים או מסחרי) לעומת האחרים. עם זאת, חשוב לציין שלמשתנים מחלה כרונית ומין לא נמצאה השפעה עצמאית על בעלות על ביטוח משלמים, כצפוי, למשתנים אלה נמצאה השפעה עצמאית שלילית על בעלות על ביטוח מסחרי: גברים ובריאים נוטים להיות בעלי ביטוח מסחרי יותר מאשר נשים וחולים כרוניים. ממצא הנובע ממרכיב החיתום בביטוח המסחרי.

**תחומי הכיסוי העיקריים בתוכניות הביטוח המשלמים**

תוכניות הביטוח המשלמים מציעות שירותים משלושה סוגים: שירות נוסף - שירותים שאינם ניתנים במסגרת הסל הבסיסי. לדוגמה, רפואה משלימה, תרופות וחיסונים שאינם ניתנים במסגרת הסל הבסיסי, הבראה לאחר אשפוז ועוד.

**שירות מרחיב** – הטבה נוספת בתחום המכוסה כבר בסל הבריאות. לדוגמה, יותר טיפולי הפריה, בדיקות גנטיות ובדיקות במהלך ההיריון, טיפולים בהתפתחות הילד ועוד.

**שירות משופר** – שירות שנכלל בסל הבסיסי, אך ניתן בתנאים משופרים. לדוגמה, אשפוז לניתוחים ו/או לביצוע פעולות כירורגיות בבית חולים פרטי שבהסכם עם הקופה, בחירת מנתח פרטי, התייעצות אצל מומחים ועוד.

יש הבדלים בין התוכניות גם בסוגים של תחומי הכיסוי, ברוחב הכיסוי בכל תחום וגם בתקופות ההמתנה לשירותים השונים. נספח 2 מרכז את ההשוואה בתחומי הכיסוי של תוכניות השב"ן לפי קופה.

המועצה לצרכנות העבירה נתונים מפורטים על תקופות אכשרה ותקופות המתנה בתוכניות השב"ן השונות ובמספר מצומצם של פוליסות בביטוח מסחרי. נתונים אלה והתייחסות של חברי צוות אחרים אליהם ייכללו בחומר שיישלח בנפרד למשתתפי הקבוצה בכנס.

הבדלים בין התוכניות קיימים גם בגובה הפרמיות הנגבות מהמבוטחים. תעריפי התוכניות (שב"ן וסיעודי) לפי נתוני פברואר 2003, כפי שנמסרו מנציגי קופות החולים מפורטים בנספח 3.

### הבדלים בקבלת שירותי הסל הבסיסי בין בעלי ביטוח משלים לאחרים

"בהתאם לסעיף 21 (א) לחוק נאסר על קופת חולים להתנות מתן שירותים הכלולים בסל השירותים הבסיסי בהצטרפות או בחברות בתוכנית השב"ן. אין לבצע כל העדפה של עמיתים החברים בתוכנית השב"ן בכל הקשור לשירותים לפי הסל הבסיסי ואין לפגוע ברמת השירותים הניתנת למבוטחים בהתאם לסל הבסיסי ובאמות המידה המנויות בסעיף 3 לחוק".

גם נציגי קופות החולים טענו, כי אין קשר בין קבלת שירות בסל הבסיסי לבעלות על השב"ן.

### שיעורי השימוש בביטוח המשלים

מתוך נתוני סקר ג'וינט-מכון ברוקדייל עולה כי 51% מהמרוואיינים שהם בעלי ביטוח משלים השתמשו בשנת 2001 בשירות אחד לפחות של הביטוח בשנתיים הקודמות. ניתוח שיעורי השימוש (של פעם אחת לפחות) לפי קופה מלמד על הבדלים ניכרים בין

\* מקור: המפקחת על קופות החולים ושב"ן במשרד הבריאות.

קופות החולים: 64% מבעלי הביטוח המשלים בקופת חולים מאוחדת, 53% - במכבי שירותי בריאות, 49% - בקופת חולים לאומית ו-47% בשירותי בריאות כללית. השימוש בכיסויים של תוכניות הביטוח המשלים: 30% השתמשו בהנחות הניתנות על תרופות, 16% השתמשו בהנחות הניתנות לטיפול שיניים במרפאות הקופה, 15% השתמשו באפשרות להתייעץ עם רופא פרטי, 5% בחרו לעבור ניתוח בבית חולים פרטי ו-5% השתמשו בשירותי הרפואה האלטרנטיבית. כ-10% השתמשו בשירותים אחרים המכוסים בתוכניות השב"ן, כגון אבזרים ומכשירים רפואיים, טיפולי פיזיותרפיה, בדיקות היריון, טיפולי הפריה והבראה לאחר ניתוח.

בניתוח רב-משטני מסוג רגרסיה לוגיסטית (לוח 3 בנספח 1) עלה, כי למשתתפים "להיות מבוטח של מאוחדת" לעומת "להיות מבוטח של כללית ולאומית", "חולה במחלה כרונית", "להיות אישה", "דובר עברית" ו"בעל השכלה אקדמית" יש השפעה עצמאית חיובית מובהקת על שימוש בשירותי הביטוח המשלים. למשתתפי "שביעות רצון מהקופה" יש השפעה עצמאית שלילית על שימוש בשירותים. למשתתפים "להיות מבוטח של מכבי" ו"להיות בקבוצת גיל 45-64" יש השפעה על גבול המובהקות.

### הקשר בין חברות בשב"ן לביטוח סיעודי

מנתוני קופות החולים: במכבי 77% מהמבוטחים בקופה מבוטחים בביטוח הסיעודי. ניתן להצטרף לשב"ן או לביטוח הסיעודי, או לבטל כל אחד מהם בלי קשר בין זה לזה. בכללית 50% מהמבוטחים בקופה מבוטחים בביטוח הסיעודי. ניתן להצטרף לשב"ן בלי להצטרף לביטוח הסיעודי, אך אין אפשרות להצטרף לביטוח הסיעודי בלי להצטרף לשב"ן. כמו-כן אין אפשרות לבטל את השב"ן בלי לבטל את הביטוח הסיעודי.

במאוחדת 55% מהמבוטחים בקופה מבוטחים בביטוח הסיעודי. ניתן להצטרף לשב"ן או לביטוח הסיעודי, או לבטל כל אחד מהם בלי קשר בין זה לזה.

בלאומית 20.5% מהמבוטחים בקופה מבוטחים בביטוח הסיעודי. ניתן להצטרף לשב"ן בלי להצטרף לביטוח הסיעודי, אך אין אפשרות להצטרף לביטוח הסיעודי בלי להצטרף לשב"ן. כמו-כן אין אפשרות לבטל את השב"ן בלי לבטל את הביטוח הסיעודי.

### דיון א': תיחום הדיון בסוגיית הביטוח המשלים והשוויון

בדיוני הצוות המכין הייתה הסכמה רחבה בשלוש שאלות הנוגעות לתיחום הדיון:

1. לסוגיית הביטוחים המשלימים שמציעות קופות החולים יש היבטים רבים וקשרי גומלין עם מרכיבי מדיניות אחרים (לדוגמה, האם להתיר שר"פ בבתי חולים

- ממשלתיים), ובהם לא נדון. דיוגנו יעסוק רק בשאלת השפעת קיומו של הביטוח המשלים במתכונתו על השווינויות במערכת הבריאות. הצוות לא דן בביטוח הסיעודי כשלעצמו (כפי שמשווקות קופות החולים כבעל הפוליסה), אלא רק בהשלכות לשווינויות של הקשר בין הביטוח המשלים לביטוח הסיעודי.
2. לית מאן דפליג כי מתן אפשרות לקופות החולים המספקות את סל השירותים הבסיסי להציע גם ביטוח משלים במתכונת שתוארה לעיל יוצר אי-שוויון אופקי בתוך המערכת הציבורית, שכן ציבור המבוססים בקופה נחלק לשני "מעמדות": אלו שיש להם משלים, ולכן יש להם נגישות למגוון רב יותר של שירותים מהקופה שלהם, ולא לה שאין להם משלים ולפיכך אין להם נגישות לשירותים נוספים אלה. הביטוח המשלים פוגע גם בשווינויות האנכית של התשלומים לרפואה הציבורית, שכן התשלום לשב"ן קשור רק בגיל ולא ברמת ההכנסה של בעליו.
- חלק מחברי הצוות טענו כי מעולם לא הייתה לשב"ן מטרה של שווינויות, כי השב"ן נועד מראש להיות בעל מאפיין עסקי ומרכיב תחרותי בין הקופות. על כן אין מקום לדון אותו באמת מידה של שווינויות.
3. סוגיה נוספת היא השפעת השב"ן במתכונתו הנוכחית על השווינויות האופקית של מערכת הבריאות בכללותה (ציבורית ופרטית). אם רואים בשב"ן תחליף להוצאה פרטית אחרת (תשלום לפי שירות או ביטוח מסחרי), אספקת שירותי השב"ן על ידי הקופות מגדילה את הנגישות לשירותים אלה לרוב התושבים, וכך גדלה השווינויות בשירות במערכת הבריאות בכללותה.

- בדיון זה ובדיונים הבאים נסתמך על הגדרות השווינויות וממדיה, כפי שסוכמו בפרק "שוויון במערכת הבריאות – מסגרת מושגית" במבוא לחוברת. נבחין בין שווינויות במימון לשווינויות בשירות ובין שווינויות אנכית לשווינויות אופקית. מבחינת השירות, מערכת היא שווינוית יותר כשהיא מתאימה את כמות השירות ואיכותו לצורך הרפואי (יחס שונה לשונים) ומשווה את הנגישות של פרטים שונים בעלי צורך זהה (יחס שווה לשווים). נוסף על כך, יש לזכור כי פרט לשווינויות בין קבוצות הכנסה שונות יש להבחין גם בשווינויות לפי מקום מגורים ולפי מאפיינים דמוגרפיים נוספים.
- לאור הבחנה זו, הדיונים הבאים יתמקדו בשתי השאלות הבאות:
- א. באיזו מידה פוגע קיומו של השב"ן בשווינויות האופקית של שירותי הרפואה הציבורית, והאם ניתן להגדיל את השווינויות בתוך המערכת?
- ב. מהן ההשפעות השליליות והחיוביות של קיום שכבת ביטוח משלים על השווינויות

במערכת הבריאות כולה, ומהן האפשרויות להגדלת השווינויות במערכת כולה. לגבי כל שאלה, נתמקד בממשקים שאותרו בדיוני הצוות בין קיום השב"ן במתכונתו הנוכחית לשווינויות.

#### שאלות לדיון:

1. האם ניסוח מטרות השווינויות מקובל על חברי הצוות?
2. האם קיימים שיקולים נוספים שיש לכלול בדיון הצוות?

#### דיון ב': הביטוחים המשלימים והשווינויות במימון

מס הבריאות חל על משתכרים, והוא מס יחסי (בהעדד תקרה), פרוגרסיבי בתחום שבו נתמכי סעד פטורים, רגרסיבי מעבר לתקרה (כשזו קיימת). שאר המקורות התקציביים תלויים במידת הפרוגרסיביות של מקורות הכנסות המדינה (מסים ישירים ועקיפים). גודל המשפחה (מספר התלויים במשלם המס) אינו משפיע על מס הבריאות ותורם לפרוגרסיביות הנטל של מס הכנסה (קצבת ילדים, ניכויים וזיכויים). לעומת זאת, בביטוח המשלים המס יחסי לפי גיל (בלי קשר לרמת ההכנסה), ונגבית תוספת בעבור הנפשות התלויות (ילדים ואחרים), לפחות בחלק מהקופות. אם מבחן השוויון האנכי הוא הכנסה לנפש (ולא הכנסה כוללת), יש בכך מרכיב רגרסיבי, במידה שיש מתאם באוכלוסיות מסוימות בין גודל המשפחה להכנסה הכוללת.

הועלתה טענה כי יתרון הביטוחים המשלימים על המסחריים מבחינת המימון הוא באפשרם גם ללא-עשירים שכבת ביטוח נוספת, גם אם לא זהה, וזה במחיר שווה לכל נפש ("זול"). בכך יש שיפור בשוויון האנכי במימון, לעומת החלופה שבה מי שאינו רוכש ביטוח נוסף וזקוק לשירות נוסף, יאלץ לשלם מכיסו תשלומי FFS או "רפואה שחורה". טענה זו נתמכת בנתוני הקופות ובממצאי המחקרים שהצביעו על קשר בין שיעורי הבעלות על ביטוחים נוספים לבין משתני הכנסה שונים.

מאחר שמימון הביטוח המשלים הוא פרוגרסיבי פחות מתשלומי מס הבריאות, עלתה בדיוני הצוות הצעה לפטור מעוטי הכנסה מתשלום פרמיית הביטוח המשלים, באופן חלקי או מלא. בהנחה שהביטוח המשלים הוא בבחינת משק סגור, משמעות ההצעה היא לאפשר סבסוד צולב בין קבוצות הכנסה שונות בביטוח המשלים.

#### שאלות לדיון:

1. לממשלה מדיניות מסוי וחלוקת הכנסות כוללת. האם יש הצדקה לכלול במדיניות הבריאות מרכיב של הגדלת הפרוגרסיביות במסוי (במימון שירותי הבריאות בכלל והביטוח המשלים בפרט)?

2. האם יש הצדקה לסבסוד צולב במסגרת מימון הביטוח המשלים? מדוע לעשות זאת דווקא בביטוח המשלים? קיימים שירותים אחרים בסל הבסיסי שלגביהם סבסוד צולב אולי חשוב יותר?
3. אם כן, מהי הדרך הצודקת והיעילה לעשות זאת? (ראה בהקשר זה גם הדיון על סינון מבוסחים בידי הקופות, להלן).

### דיון ג': הביטוחים המשלימים והשווינויות בשירות

השווינויות בתחום אספקת השירותים (delivery) תלויה מאוד בקשרי הגומלין שבין שירותי הסל העיקרי לשירותי הסל המשלים. לעומת השווינויות במימון, הקלה יחסית לחקירה, שכן הסכומים והשיעורים ידועים, חלק גדול מהטיעונים שהועלו בתחום השווינויות בשירות מחייבים עדיין ביסוס אמפירי. לדעת הצוות, נדרש עדיין מחקר רב בתחום זה.

את הדיון בעניין זה נחלק לשלושה חלקים:

#### 1. הביטוח המשלים והקצאת המשאבים הלאומית לבריאות

הקצאה יעילה של ההוצאה הציבורית לבריאות מחייבת השוואת התועלת השולית של השקל האחרון שהוצא על השירותים השונים. טענה מרכזית שהועלתה בהקשר זה היא, כי משום שכיום לחלק הארי של האוכלוסייה יש גם ביטוחים משלימים, אפשר לראות בביטוח המשלים מרכיב "מעין ציבורי" בהוצאה הלאומית. בהינתן מגבלת המקורות, נשאלת אפוא השאלה, האם תכולת הביטוחים המשלימים (השירותים שניתנים למבוסחים) היא זו שהיינו בוחרים לו היו מקורות אלו נוספים לתקציב הסל הציבורי. חלק מחברי הצוות טענו כי התשובה לשאלה זו היא שלילית: שירותי הביטוח המשלים, לפחות בחלקם, אינם אלו שתרומתם לבריאות (בהגדרתה הצרה כהעדר חולי) היא הגבוהה ביותר. במילים אחרות, אם רואים בתקבולי הביטוח המשלים הנגבים מרוב האוכלוסייה מקור "מעין ציבורי" ואם מתייחסים לבריאות במובן הצר, הרי שהקצאת סך המקורות לרפואה הציבורית אינה יעילה. לטיעון יעילות זה יש השלכה גם על השווינויות בבריאות שניתן להשיג באמצעות הסל הציבורי המורחב (הכולל את השירותים הניתנים במסגרת השב"ן). מנקודת ראות שווינויות, הסל צריך לשקף שיקולי צורך (need) ונגישות (access) כדי להתקרב במידת האפשר לשווינויות בבריאות. במקום זה, הסל המורחב הנוכחי מוכתב גם על ידי שיקולי הנכונות לשלם (willingness to pay) של רוכשי הביטוח המשלים. ומכיוון שהנכונות לשלם תלויה בהכנסה, יוצא אפוא שהרכב הסל המורחב

מוטה לכיוון העדפותיהם של בעלי ההכנסות הגבוהות יותר. ואולם יש לזכור כי גם מקרב בעלי הכנסה נמוכה לכ-40% יש ביטוח משלים, ומכאן שהסל המורחב משקף כנראה גם את העדפותיהם.

הגישה הנגדית בעניין זה כופרת בטענה כי תקבולי הביטוח המשלים הם מקור מימון "מעין ציבורי", שכן למרות תכולתם הרחבה הם נתונים לבחירה חופשית של הפרט לפי שיקולי התועלת הנתפסת בעיניו לקידום בריאותו או רווחתו. לפיכך, הטענה היא שאין מקום להכללת שירותי הביטוח המשלים בסל אחד עם השירותים העיקריים, ויש להשאיר את הבחירה בשירותים אלה בידי הפרט. לפי עמדה זו, תכולת הביטוח המשלים נועדה מלכתחילה לספק "שירותי מותרות" למעוניינים בכך (כלומר שירותים שאינם הכרחיים לבריאות בהגדרתה הצרה כהעדר חולי) ולא התיימרה לשפר את הקצאת המקורות הלאומיים.

דיון נוסף בתחומי הכיסוי שבשב"ן במתכונתו הנוכחית ובהשפעתם על השווינויות מפורט בסעיף הבא.

טיעון אחר הקשור ליעילות מצביע על כך שהתחרות בין קופות החולים, שאמורה הייתה לתרום לשיפור שירותי הרפואה הציבורית ולהגדלת נגישותם, הועתקה בחלקה ל"מגרש" של הביטוח המשלים. ראייה אחת לכך היא שקופה אחת לפחות קיימה באחרונה מערכת פרסום הקוראת לפרטים להצטרף אליה בשל יתרונות הביטוח המשלים שהיא מציעה לחבריה. אם אכן מרכז הכובד של קידום המכירות הועתק לתחום הביטוח המשלים, יש לכך השפעה על השווינויות בנגישות ובהתאמה לצורך של כלל שירותי הבריאות. שכן אם בלי הביטוח המשלים כל חבר בקופה "מצביע" על כמות ואיכות השירותים שיתקבלו בתנאי תחרות בין הקופות לפי משקלו בנוסחת הקפיטציה ובהוצאה על שירותי הסל, במצב של תחרות הממוקדת בשירותי הביטוח המשלים הדגש עובר לכמותם ולאיותם של השירותים הנוספים, כשהנכונות לשלם בעבורם תלויה בהכנסה ובגודל המשפחה ולא בהתאמה לצורך של כלל שירותי הבריאות.

המתנגדים לטיעון זה טוענים כי אין נתונים על היקף התחרות ועל עלות הפרסום של שירותי הביטוח המשלים בהשוואה להיקף התחרות ועלות הפרסום של שירותי הסל הבסיסי, ולפיכך אין להסיק כי עיקר התחרות מתמקדת בביטוח המשלים, ומכאן שאין לטיעון זה תוקף. יתרה מכך, קיום תחרות על שירותי הביטוח המשלים אינו עומד בסתירה לקיום תחרות גם על שיפור איכות שירותי הסל הבסיסי. עדויות לקיום תחרות על שירותי הסל הבסיסי ניתן למצוא בסקרי אוכלוסייה של מכון ברוקדייל המצביעים בין השאר על מגמות של שיפור הן בשביעות הרצון והן במדדי הנגישות לשירותי הסל הבסיסי<sup>5</sup>.

**שאלות לדיון:**

1. האם יש להתייחס לביטוח המשלים כאל מקור מימון "מעין ציבורי", או כאל מקור מימון פרטי שנקבע לפי שיקול דעת הפרט ותפיסת התועלת שלו?
2. אם העדפות הפרט ונכונותו לשלם הן הקובעות, מהן ההשלכות על השוויוניות בבריאות?
3. האם קיום הביטוח המשלים מסיט את התחרות ואת השיפור משירותי הסל הבסיסי לשירותי הסל המשלים?

**2. תחומי הכיסוי שבשב"ן והשפעתם על השוויון**

קיים חשש שהביטוח המשלים יוצר פערים (אי-שוויון) בבריאות, במידה שתחומי הכיסוי של הביטוח המשלים תורמים לבריאות. נשאלה השאלה האם שירותי השב"ן תורמים לבריאות? כדי לדון בשאלה זו יש צורך להגדיר מהי בריאות, ולאור הגדרה זו להעריך את תחומי הכיסוי הנוספים שניתנים בביטוח המשלים.

בהגדרה מצמצמת של בריאות כהעדר חולי, רק מרכיבים מעטים של הביטוח המשלים תורמים ישירות לצמצום תחלואה (לדוגמה, תרופות מצילות חיים, השתלות או טיפולים מצילי חיים בחולי) ומרכיבים מעטים נוספים תורמים לכך בעקיפין (לדוגמה חיסונים נוספים שאינם כלולים בסל).

לעומת זאת, לפי ההגדרה הרחבה של בריאות (כמצב של רווחה פיזית, נפשית וחברתית ולא רק העדר חולי), ניתן להניח שאם פרט רכש ביטוח משלים, הרי שהוא רואה בכך תועלת לקידום בריאותו לפי העדפותיו האישיות. לפי גישה זו, הכיסויים שבסל הביטוח המשלים תורמים לבריאות האוכלוסייה גם אם אינם תורמים ישירות לריפוי מחלה ספציפית, שכן הם מעלים את רווחת הפרט ומשפרים את איכות החיים של אלה המעוניינים בכיסויים השונים (לדוגמה, טיפולים לבעיות הרטבה ולהתפתחות הילד, פסיכולוג, טיפולי שיניים והבראה לאחר ניתוח).

רווחת הפרט עשויה להיות מושפעת גם על ידי עצם רכישת הביטוח המשלים, כמעט בלי קשר לתכולתו הספציפית. מידת תרומה זו לרווחת הפרט תלויה במידת הרתיעה שלו מסיכון (Risk Aversion) והחשש שלו מחרטה (Regret). מרכיבים אלו שונים בין פרטים שונים.

הנכונות לשלם (willingness to pay) הן תמורת מרכיבים שונים בסל המשלים והן תמורת

<sup>5</sup> גרוס ר', ברמל-גרינברג ש'. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2001: סיכום ממציאים עיקריים והשוואה לסקר 1999. ג'זנט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

הקטנת הסיכון או חרטה אפשרית ידועה כתלויה הכנסה, לכן יכולת הבחירה החופשית של פרטים שונים בביטוח המשלים ובמרכיביו פוגעת בשוויוניות האופקית. עם זאת, במידה שהביטוח המשלים זול ונגיש יותר מחלופת הביטוח המסחרי, אפשר לטעון כי הפגיעה בשוויוניות האופקית היא נמוכה מזו שהייתה נובעת מביטוח הביטוח המשלים או מהחלפתו בביטוח מסחרי.

שאלה אחרת בהקשר זה היא, האם יש מקום להתערבות ממשלתית בתחומי הכיסוי שבשב"ן כדי לקדם את השוויון בבריאות? לדוגמה, להבטיח שייכללו תחומים המצויים בקדימות לאומית גבוהה (לרבות הביטוח הסיעודי) ואין אפשרות להכלילם בסל הבסיסי?

שאלה מעניינת נוספת היא האם, במידה ששירותי השב"ן צריכים לאפשר בחירה לפי העדפה אישית, יש לבטל את אחידות השב"ן ולאפשר בחירה חופשית בין מרכיבים שונים בתוכנית, כל אחד לפי מחירו.

**שאלות לדיון**

1. האם יש מקום להתערבות ממשלתית בתחומי הכיסוי של השב"ן? בין השאר, האם יש מקום לשנות את ההפרדה הפורמלית הקיימת בין תוכניות השב"ן לביטוח הסיעודי המשווק באמצעות הקופות?
2. אם מרכיבים של הביטוח המשלים (חלקם או כולם) מקדמים את הבריאות, כיצד לבנות את הביטוח המשלים כדי לקדם את השוויון בהיבט הזה? (יש כמה חלופות ובהן: להרחיב את הנגישות של כלל המבוטחים לביטוח המשלים, כדי שיוכלו, אם ירצו, לרכוש את הביטוח וליהנות מהמרכיבים שהם תופסים כמשפרי בריאות במובן זה או אחר; לכלול את כיסוי הביטוח המשלים בסל הבסיסי כדי שלכל האוכלוסייה תהיה נגישות אליהם); לאפשר בחירה בתוך סל השב"ן.
3. על סמך מה נעדיף חלופה אחת על פני האחרת (מה השיקולים הנוספים בהחלטה? לדוגמה, מגבלת תקציב, סדרי עדיפויות לאומיים, ערך חופש הבחירה)?

**3. השפעת הביטוח המשלים על האפשרות לבחירה מפלה ("הסרת השמנת")**

בדיוני הצוות המכין הועלה החשש שהביטוח המשלים משמש מכשיר ליישום בחירה מפלה (הסרת שמנת) בידי הקופות. כך, יש חשש שבעלי הביטוח המשלים זוכים לשירות מועדף (קיצור תורים, קלות קבלת טיפול רפואי, יחס נותני השירות) גם בסל הבסיסי או שקיימת התניית שירות של הסל הבסיסי בקיום ביטוח משלים. לפי סקרי מכון ברוקדייל,

קיים קשר שאינו חד-משמעי בין בעלות על ביטוח משלים לבין שביעות רצון המבוטחים בחלק מהקופות. חשוב לזכור כי אין להסיק מנתונים אלה על קשרים סיבתיים, שכן ייתכן שבעלות על ביטוח משלים מביאה עמה עלייה בשביעות הרצון משירותי הקופה, ואולם ייתכן גם כי אלה המרוצים משירותי הקופה הם גם אלה שבוחרים לרכוש את הביטוח המשלים שלה.

חלק מחברי הצוות המכין טענו, כי לפי (מעט) הנתונים הקיימים יש קשר בין הכנסה לבין רכישת ביטוח משלים. קופות החולים כגופים המנוהלים עסקית שואפות לצרף לשורותיהן מבוטחים "כדאיים" (בהינתן נוסחת הקפיטציה הקיימת), שכן קיים קשר בין הצורך הרפואי ("עשירים חולים פחות") והנגישות ("עשירים משתמשים יותר ברפואה פרטית") לבין ההכנסה, הן יתאימו את איכויות שירותי הסל העיקרי לצורכיהם של אלה הנוטים לרכוש גם ביטוחים משלימים, ואולי ימקדו את מאמצי הפיתוח שלהן באזורים שיש סיכוי רב יותר להכנסות נוספות. בגרסה הקיצונית של טענה זו, יש לפיכך לאסור לחלוטין כל קשר כספי-כלכלי בין הקופות לחבריהן.

המתנגדים לטיעון זה הצביעו על העדר ביסוס אמפירי לבחירה מפלה והסרת שמנת בידי הקופות בתשתית הנתונים הקיימת. עוד נטען כי בפועל אין לקופות החולים יכולת מעשית לבחירה מפלה ועל כן הניתוח כולו עומד על כרעי תרנגולת. טענה נוספת היא כי התמריץ לקופות למשוך מבוטחים בריאים ועשירים נובע מכללי ההקצאה של מקורות הסל הבסיסי (נוסחת הקפיטציה), וכי קיום השב"ן אינו משפיע על כך באורח ניכר. כמו-כן נטען כי גם בהנחה שלקופות יש תמריץ למשוך מבוטחים בריאים בעלי יכולת, השב"ן אינו מוסיף מידע של ממש, שכן גם בלי שב"ן יש בידי הקופות מידע שיכול לסייע בסינון כזה (לדוגמה לפי מקום מגורים או התיק הרפואי). לפיכך גם אם הניתוח שלעיל בדבר התמריצים לקופות נכון, הרי שהמסקנה המתבקשת אינה בהכרח ביטול השב"ן או הגבלתו.

בכל מקרה, כלל חברי הצוות המכין הסכימו שיש צורך ממשי בהעמקת המחקר בתחום זה.

#### שאלות לדיון:

1. האם יש נתונים ברשות הציבור שיש בהם כדי להצביע על קיום הפליה בין בעלי שב"ן לאחרים בשירותי הסל הבסיסי?
2. לנוכח החשש הקשור במערכת התמריצים שיוצר הביטוח המשלים, כיצד אפשר לשנות את כלליו כך שיוקטן האי-שוויון הנובע מכך? (חלופות שונות: החל מפיקוח

על הקופות והעברת הגבייה לידי גוף ממלכתי וכלה באיסור על הקופות להציע ביטוח משלים או אף איסור כל קשר כלכלי בתשלום בין מבוטח לבין הקופה הציבורית שהוא חבר בה.

3. על סמך מה נעדיף חלופה אחת על פני האחרת? (מה השיקולים הנוספים בהחלטה?)

#### 4. המידע הניתן למבוטחים בביטוח המשלים והשפעתו על יכולתם לנצל את שירותי הביטוח המשלים:

הועלתה הטענה כי מורכבות תחום הביטוח המשלים ואופי המידע לגבי הזכויות הניתנות בתוכניות הביטוח המשלים (עמימות וכדומה) עלולים להיות בבחינת חסם בפני בעלי ביטוח משלים במימוש זכויותיהם. בפרט קיים חשש שמבוטחים משכבות סוציו-אקונומיות נמוכות יתקשו בהבנת המידע ובמיצוי זכויותיהם. במצב כזה קיימת פגיעה בשוויון בקרב בעלי הביטוח הנובעת מהיכולת השונה של ציבור המבוטחים לנצל את השירותים. חשוב לזכור שבעיה זו קיימת גם לגבי מיצוי הזכויות שבסל השירותים הבסיסי.

התייחסות של המועצה לצרכנות והאגודה לזכויות האזרח לבעיה זו, הכוללת גם ניתוח התקנונים השונים של תוכניות השב"ן, מופיעה בנספח 4. ואולם מאחר שחסרים כלים אובייקטיביים למדוד עמימות מידע, סקירת התחום מבטאת עמדה סובייקטיבית של גורמים אלה. לפיכך, בנספח 5 מופיעות התייחסויות של חברי צוות נוספים לעניין טיב המידע ולניתוח המוצג בנספח 4.

הצוות המכין החליט כי הטענה לגבי עמימות המידע היא כשלעצמה לא תידון במסגרת הכנס שדן בשוויוניות. יש מקום להעלותה רק אם מניחים קשר בין הכנסה, השכלה, ותק בארץ ושפת אם לבין היכולת להפיק תועלת מהביטוח המשלים. סקרי מכון ברוקדייל והסקרים שעורך משרד הבריאות בקשר לתרומת החוברת "דע את זכויותיך" עשויים לבסס קשר כזה. גם בתחום זה נדרש מחקר נוסף.

### רשימת נספחים

- נספח 1:** מקבץ נתונים מתוך ברמלי-גרינברג ש. וגרוס ר. 2003 שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל 2001, ג'זינט-מכון ברוקדייל, ירושלים
- נספח 2:** השוואת הזכויות בתוכניות השב"ן, ערכה וסיכמה חניאלה וילנר, מכבי מגן
- נספח 3:** תעריפי הפרמיות בתוכניות השב"ן והביטוח הסייעודי, לפי נתוני פברואר 2003, כפי שנמסרו מנציגי קופות החולים
- נספח 4:** גילוי נאות בתקנוני הביטוח המשלים: השלכות לשוויוניות במערכת הבריאות. נכתב בידי המועצה הישראלית לצרכנות והאגודה לזכויות החולה
- נספחים 5-16:** נשלחים בנפרד למשתתפי הקבוצה בכנס ולא נכללו בחוברת זו.
- נספח 5:** התייחסויות של חברי הצוות לעניין עמימות במידע ולניתוח המועצה הישראלית לצרכנות והאגודה לזכויות החולה בסוגיה זו.
- נספח 6:** ביטוחים משלמים במדינות בעלות ביטוח חברתי באמצעות קופות חולים, סיכום מתוך קי"ר ורוטר ר', 2001 "ביטוחי בריאות נוספים במדינות אירופה והמערב: דילמות וכיוונים", ג'זינט-מכון ברוקדייל, ירושלים
- נספח 7:** חלופה א': אופן תפקוד השב"ן במתכונתו הנוכחית והשפעתו על השוויוניות
- נספח 8:** חלופה ב': בחינת חלופות לשב"ן במתכונתו הנוכחית
- נספח 9:** חלופה ג': ביטול הביטוח המשלים האלקטיבי מטעם קופות החולים
- נספח 10:** שמואל בן יעקב, האגודה לזכויות החולה, התייחסות לחלופה א': אופן תפקוד השב"ן והשפעתו על השוויוניות בקבלת שירותי בריאות
- נספח 11:** גיא נבון, בנק ישראל, הערות לחלופה ב': בחינת חלופות לשב"ן במתכונתו הנוכחית
- נספח 12:** ידן ענתבי, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, התייחסות לחלופה ג': ביטול הביטוח המשלים מטעם קופות החולים
- נספח 13:** ד"ר יצחק הרמן, שלוח-הראל, התייחסות לחלופה ג': ביטול הביטוח המשלים מטעם קופות החולים
- נספח 14:** המועצה לצרכנות, תקופות אכשרה ותקופות המתנה - סקירה ראשונית וחלקית
- נספח 15:** ד"ר דורון כרמי, מנהל כללית מושלם, הערות לנקודות לדיון בהתייחסות למסמך תקופות אכשרה ותקופות המתנה - סקירה ראשונית וחלקית של המועצה לצרכנות
- נספח 16:** ד"ר טוביה חורב, קופת חולים מאוחדת, התייחסות למסמך תקופות אכשרה ותקופות המתנה - סקירה ראשונית וחלקית של המועצה לצרכנות

### נספח 1: מקבץ נתונים על הביטוחים המשלמים בישראל

לוח 1: מאפייניהם של בעלי הביטוח המשלים בשנים 1997-2001 (באחוזים)

בעלות על ביטוח משלים			
2001	1999	1997	
65	51	37.5	סה"כ
*	*	*	קופת חולים S #
61	44	22	שירותי בריאות כללית
78	72	74	מכבי שירותי בריאות
64	63	59	קופת חולים מאוחדת
53	35	33	קופת חולים לאומית
*	*	*	גיל S #
64	54	38	22-44
67	57	42	45-64
58	34	26.5	65+
			מין S #
62	50	35	גברים
66	53	40	נשים
*	*	*	שפה S #
74	59	46.5	עברית
40	32	11.5	ערבית
38	27	22	רוסית
*	*	*	אזור מגורים #
59	44	25	חיפה והצפון
53	47	39	ירושלים
71	57	47	תל-אביב המרכז
62	52	30	באר שבע והדרום
*	*	*	השכלה S #
48	33	14.5	יסודית ומטה
65	52	37	תיכנית
69	58	46	על תיכנית / אקדמית
*	*	*	הכנסה לנפש סטנדרטית S #
45	32	18	המישור תחתון
49	41	27	המישור שני
63	46	38	המישור שלישי
80	64	41	המישור רביעי
80	72	62	המישור עליון
*	*	*	השירות מצב הבריאות S #
54	41	24	לא טוב / גרוע
68	56	42	טוב / טוב מאוד
			מחלה כרונית S #
63	46	30	יש
65	54	41	אין

\* p < 0.01; # p > 0.01; S > 0.01; p > 0.01

מקור: ברמלי-גרינברג ש. וגרוס ר. 2003 שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל 2001, ג'זינט-מכון ברוקדייל



לוח 2: מאפייניהם של בעלי הביטוח המסחרי בשנים 1997-2001 (באחוזים)

	בעלות על ביטוח מסחרי		
	2001	1999	1997
סה"כ	26	24	17
<b>קופת חולים S</b>			
שירותי בריאות כללית	26	23	16
מכבי שירותי בריאות	25	23	18
קופת חולים מאוחדת	26	25	18
קופת חולים לאומית	26	24	14
<b>גיל S #</b>			
22-44	*	*	*
45-64	30	24	16
65+	28	27	23
65+	12	18	6
<b>מין S #</b>			
גברים	*	*	*
נשים	29	25	19
<b>שפה S #</b>			
עברית	23	22	14
ערבית	*	*	*
רוסית	30	23	20
<b>אזור מגורים S #</b>			
חיפה והצפון	14	17	8
ירושלים	19	33	11
תל-אביב והמרכז	*	*	*
באר-שבע והדרום	24	21	15
<b>השכלה S #</b>			
יסודית ומטה	21	28	23
תיכונית	28	25	18
על-תיכונית / אקדמית	27	20	10
<b>הכנסה לנפש סטנדרטית S #</b>			
חמישון תחתון	*	*	*
חמישון שני	9	13	7
חמישון שלישי	27	23	15
חמישון רביעי	31	28	21
חמישון עליון	*	*	*
<b>הערכת מצב בריאות S #</b>			
לא טוב / גרוע	12	11	6
טוב / טוב מאוד	15	15	8
<b>מחלה כרונית S #</b>			
יש	22	26	20
אין	37	32	20
	45	35	33
	*	*	*
	16	22	12
	30	24	18
	*	*	*
	20	24	15
	29	24	17

\* p < 0.01, # p < 0.01, S p < 0.01

מקור: ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003

לוח 3: שימוש בשירותי הביטוח המשלים בקרב בעלי ביטוח משלים, לפי משתני רקע, 2001 (רגרסיה לוגיסטית)

המשתנה התלוי: השתמש לפחות בשירות אחד			
מקדם B	Odds Ratio	דירוג עוצמת ההשפעה <sup>1</sup>	
*0.8	2.23	1	להיות חבר במאוחדת
*0.7	1.96	2	חולה כרוני
*0.4	1.51	3	מין אישה
*0.4	1.48	4	דוברי עברית
*-0.37	0.69	5	שכיחות רצון גבוהה מהקופה
*0.3	1.37	6	השכלה על-תיכונית / אקדמית
0.3	1.35	7	להיות חבר במכבי
-0.28	0.75	8	קבוצת גיל 45-64
-0.18	0.83	9	קבוצת גיל +65
-0.04	0.96	10	לגור במרכז

\* p < 0.05, Nagelkerke R Square=0.071, Cox&Snell R Square=0.054, p < 0.05, מדד טיב החתאמה=4%

<sup>1</sup> דירוג עוצמת ההשפעה נעשה על פי דירוג ערכי ה-Odds Ratio כאשר עבור משתנים בעלי השפעה עצמאית שלילית חושב ערך ה-1/Odds Ratio.

מקור: ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003



הכיסוי	מבטיח	כללית	לאומית	מאוחדת	
<b>I.V.F</b>	2 ילדים ראשונים בית חולים מרטי שמוכסם - השתלמות בהשתלמות עצמית מגן סמי - תחור 11% מהשתלמות ועד לזקנה מגן חב - 82% מהשתלמות ועד לזקנה. כלא הבטלה מספר ימים תרומת בנות - תחור 6,700 שקל מקופה ולא מנובל לחברי שביץ ילד 3 ואילך בית חולים מרטי שמוכסם השתלמות מגן חב ב- 50% מהשתלמות העצמית, עד 7 ימים לכל ילד. השתלמות IVF אחד בחיל למו חסידי ציבור	2 ילדים ראשונים - רק מסל 2 ילדים ראשונים 12 ימי תחור בהשתלמות עצמית 1,430 שקל לשיכון או 500 שקל לתחור שניים מוקדמים. תרומת בנות - 80% ועד 6,400 שקל עד 2 תרומות. עלאתיות לכל - 6 ימי תחור. מגן תאי ארז - המדול x 4,000 השתלמות עצמית 750 שקל 2 ימים לכל בנות ילד שלישי ואילך 75% מהחובות ועד 5,743 שקל לכל ילד 6 ימים לכל ילד	2 ילדים ראשונים 12 ימי תחור בהשתלמות עצמית 1,430 שקל לשיכון או 500 שקל לתחור שניים מוקדמים. תרומת בנות - 80% ועד 6,400 שקל עד 2 תרומות. עלאתיות לכל - 6 ימי תחור. מגן תאי ארז - המדול x 4,000 השתלמות עצמית 750 שקל 2 ימים לכל בנות ילד שלישי ואילך 75% מהחובות ועד 5,743 שקל לכל ילד 6 ימים לכל ילד	2 ילדים ראשונים - בית חולים מרטי - 15% השתלמות עצמית עד 1,400 שקל לכל ילד. 8 ימי תחור לכל ילד.	מסגרת 24 חודשים
<b>טיסה עליה</b>	אין תחור	אין תחור	אין תחור	אין תחור	
<b>שיקום עורפית</b>	תחור עד 210 שקל בהירוי מרובה עורפים כלבו	רק במסגרת חסוד, השתלמות עצמית - שקל 180-200	תחור 75% ולא יותר מ-350 שקל	אין תחור	
	הסתנה - 4 חודשים	הסתנה - 4 חודשים	הסתנה - 8 חודשים	הסתנה - 8 חודשים	
<b>לידה בריאה</b>	אין תחור	אין תחור	אין תחור	אין תחור	
הבטחת לידה לידה: קיים בכל הקופות. ילד הרביעי ואילך - 3 ימים בלבד. לידה קיסרית - 5 ימים					
<b>מניסוי עוברי</b>	השתלמות עצמית 50 שקל לשבוע בסכך במסגרת - 6 חודשים	השתלמות עצמית 110 שקל חודשי - 3 חודשים	השתלמות עצמית 47 שקל לשבוע - 3 חודשים	בשבוע 24-30 - 45 שקל לחודש - 3 חודשים	
<b>בדיקת מנייה/ סכר</b>	מגן - 35 ילד 14-35 אחת ל-3 שבועות אינדיקציה רגועה - מגן 43- שקל	רק למו חסד הבטיח בדיקת סקר תקופתית - אחת לשנתיים מעל 18 שקל במסגרת חסוד בהשתלמות עצמית 228 שקל	מגן - 54 ילד 13-35 לאחר 24 שקל השתלמות עצמית 24 שקל לשנתיים. במסגרת חסוד	מגן - 54 ילד 13-35 לאחר 24 שקל השתלמות עצמית 24 שקל לשנתיים. במסגרת חסוד	
	מסגרת 12 חודשים	מסגרת 12 חודשים	מסגרת 12 חודשים	מסגרת 12 חודשים	
<b>אויזיים</b>	20-30 אבזיים בהשתלמות בנות אחת לשנה ברבות. מספר, מדורים ואופטומטריה במסגרת חסוד.	מסגרת 12 חודשים	מסגרת 12 חודשים	מסגרת 12 חודשים	
<b>רשתה משלימה</b>	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	

הכיסוי	מבטיח	כללית	לאומית	מאוחדת	
<b>ילדים- טיפולים בהתפתחות הילד</b>	מגן 1000 שקל 2 ילדים ראשונים בית חולים מרטי - 15% השתלמות עצמית עד 1,400 שקל לכל ילד. 8 ימי תחור לכל ילד.	2 ילדים ראשונים 12 ימי תחור בהשתלמות עצמית 1,430 שקל לשיכון או 500 שקל לתחור שניים מוקדמים. תרומת בנות - 80% ועד 6,400 שקל עד 2 תרומות. עלאתיות לכל - 6 ימי תחור. מגן תאי ארז - המדול x 4,000 השתלמות עצמית 750 שקל 2 ימים לכל בנות ילד שלישי ואילך 75% מהחובות ועד 5,743 שקל לכל ילד 6 ימים לכל ילד	2 ילדים ראשונים - בית חולים מרטי - 15% השתלמות עצמית עד 1,400 שקל לכל ילד. 8 ימי תחור לכל ילד.	2 ילדים ראשונים בית חולים מרטי שמוכסם - השתלמות בהשתלמות עצמית מגן סמי - תחור 11% מהשתלמות ועד לזקנה מגן חב - 82% מהשתלמות ועד לזקנה. כלא הבטלה מספר ימים תרומת בנות - תחור 6,700 שקל מקופה ולא מנובל לחברי שביץ ילד 3 ואילך בית חולים מרטי שמוכסם השתלמות מגן חב ב- 50% מהשתלמות העצמית, עד 7 ימים לכל ילד. השתלמות IVF אחד בחיל למו חסידי ציבור	מסגרת 24 חודשים
<b>טיסה עליה</b>	אין תחור	אין תחור	אין תחור	אין תחור	
<b>שיקום עורפית</b>	תחור עד 210 שקל בהירוי מרובה עורפים כלבו	רק במסגרת חסוד, השתלמות עצמית - שקל 180-200	תחור 75% ולא יותר מ-350 שקל	אין תחור	
	הסתנה - 4 חודשים	הסתנה - 4 חודשים	הסתנה - 8 חודשים	הסתנה - 8 חודשים	
<b>לידה בריאה</b>	אין תחור	אין תחור	אין תחור	אין תחור	
הבטחת לידה לידה: קיים בכל הקופות. ילד הרביעי ואילך - 3 ימים בלבד. לידה קיסרית - 5 ימים					
<b>מניסוי עוברי</b>	השתלמות עצמית 50 שקל לשבוע בסכך במסגרת - 6 חודשים	השתלמות עצמית 110 שקל חודשי - 3 חודשים	השתלמות עצמית 47 שקל לשבוע - 3 חודשים	בשבוע 24-30 - 45 שקל לחודש - 3 חודשים	
<b>בדיקת מנייה/ סכר</b>	מגן - 35 ילד 14-35 אחת ל-3 שבועות אינדיקציה רגועה - מגן 43- שקל	רק למו חסד הבטיח בדיקת סקר תקופתית - אחת לשנתיים מעל 18 שקל במסגרת חסוד בהשתלמות עצמית 228 שקל	מגן - 54 ילד 13-35 לאחר 24 שקל השתלמות עצמית 24 שקל לשנתיים. במסגרת חסוד	מגן - 54 ילד 13-35 לאחר 24 שקל השתלמות עצמית 24 שקל לשנתיים. במסגרת חסוד	
<b>אויזיים</b>	20-30 אבזיים בהשתלמות בנות אחת לשנה ברבות. מספר, מדורים ואופטומטריה במסגרת חסוד.	מסגרת 12 חודשים	מסגרת 12 חודשים	מסגרת 12 חודשים	
<b>רשתה משלימה</b>	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	16 ימים בנות חסוד בנות עד 35 שקל במסגרת מבטיח טמני.	

ביצועים אחרים

- 4 **השקעה ביעודי מוצר** - רק במאחדות, מאר מרהשתנות עמית במשך 60 הימים הראשונים לאסוף (מקופת המנוח של 12 חודשים).
- 4 **הרצפות שממזר לאל** - בכל הקופות, כלי המנוח בלאסות, מכבי - 3 חודשים, בכללית ובמאחדות - 6 חודשים.
- 4 **הישגים למשפחה** - קיים בכל הקופות.
- 4 **ליזר למינוח ראיון** - קיים במכבי, בכללית ובלאסות. לא קיים במאחדות.
- 4 **היטה למשגב אילת למכלת שירות רפואי במרכז הארץ** - קיים בכל הקופות. במאחדות שירות זה ניתן לכל המבוטחים בלי קשר לשכין.
- 4 **אסטרטגיה** - קיים בכל הקופות, במסגרת הנחה במכבי הסכם.
- 4 **בדיקות קמריץ** - קיים בכל הקופות.
- 4 **הפסול בייפידבק לעלימה בעלמנחות השנה** - במכבי ובמאחדות.
- 4 **טיפול שיטתי ויבור** - מנכר ליתר בחוק, קיים בכללית, בלאסיה ובמאחדות. במאחדות - גם טיפול במסגרת עד גיל 18 בהשתתפות 750 שקל לקורס.
- 4 **טיפול במטריאליז** - קיים במכבי ובלאסות. במאחדות ניתן לכל חברי הקופה בלי קשר לשכין.
- 4 **היעד של מסיבותונים מריון** - קיים במאחדות.
- 4 **רב בלאסות** - טיפולים בתפוקת לב, טיפול בגלי הלם לריסוק התמידות במפרקים, טיפול בתהליכי הורקנות, טיפול באשורים ובסיסורה, טיפולים בתרופות בתפקוד מני, טיפול בבעיות נחירת ואף סתום במכונים, השתתפות במימון תחליף מוח, טיפול הרזיה רחוקה, טיקום מניסות מסודר.

**נספח 3: רשימת התעריפים של התוכניות**  
(כמי שמסרר נציגי קופות החולים, מעודכן לפברואר 2003)

**כללית**

גיל	כללית מושלם (ללא ביטוח סיעודי) בשקלים	תוספת לפרמיה לביטוח סיעודי
0-17	1	--
18	10.73	--
19-30	24.51	--
31-39	34.09	2.38
40-49	38.68	2.38
50-59	40.25	11.87
60-64	42.96	28.5
65-69	46.85	34.42
+70	48.17	51.05

\* שלושה ילדים ראשונים משלמים אם אחד מההורים מבוטח בתוכנית. מהולד הרביעי ואילך חינם. בעבור ילד שהוריו אינם מבוטחים יהיה החיוב  $10^{21}$  שקל.

**מכבי**

גיל	מגן זהב (ללא ביטוח סיעודי) בשקלים	תוספת לפרמיה לביטוח סיעודי (מגן זהב)
0-17	9.34	0.1
18-24	24.92	4.22
25-29	33.76	12.95
30-45	47.56	25.65
46-60	51.16	40.89
70-61	62.41	49.05
+71	71.52	55.33

\* שלושה ילדים ראשונים משלמים אם אחד מההורים מבוטח בתוכנית. ילד רביעי ואילך חינם.

**מאחדות**

גיל	מאחדות עדיף (בלי ביטוח סיעודי) בשקלים	מאחדות זהב בשקלים
		גיל
יחיד עד גיל 24	27	יחיד עד גיל 35
יחיד גילאים 24-30	33	35-40
יחיד גילאים 30-55	44	40-45
יחיד גיל +56	53	45-50
משפחה	70	50-55
משפחה (כשראש המשפחה מעל גיל 55)	76	55-60
		60-65
		65-70
		70-75
		75 ומעלה
		100

\* במאחדות עדיף החיוב בעבור ילד שהוריו אינם מבוטחים יהיה 27 שקל, \*\* התעריפים הנ"ל הם למשלמים בחוראת קבע ובגבייה מרוכות. למשלמים בקופת חסניף או באמצעות שוברי תשלום (בנק הדואר) יש תוספת של 5%.

לאומית

גיל	לאומית ועוד (בלי ביטוח סיעודי) בשקלים
0-17	11.69
18-24	25
25-29	54.44
30-34	64.3
35-39	71.13
40-44	83.62
45-50	90.6
51	100.8
52	103.64
53	107.03
54-64	108.05
65-69	108.07
70-99	108.05

גיל	לאומית פרטיית ביטוח סיעודי (מלאה) בשקלים
58	54.1
59	60.08
60	64.38
61	66.27
62	68.66
63	72.23
64	76.46
65	81.28
66	85.96
67	91.88
68	99.05
69	107.92
70	118.56
71	131.51
72	147.27
73	165.27
74	186.27
75	211.99
76	243.27
77	282.27
78	330.27
79	389.27
80-99	463.13

גיל	לאומית פרטיית ביטוח סיעודי (מלאה) בשקלים
0-18	2.37
19-24	2.38
25-29	2.59
30	2.72
31	2.83
32	2.88
33	3.06
34	3.32
35	3.6
36	3.97
37	4.49
38	5.15
39	6.09
40	7.03
41	8.11
42	9.19
43	10.31
44	11.55
45	13.06
46	14.93
47	17.02
48	19.48
49	22.52
50	27.28
51	33.07
52	40.04
53	48.66
54	59.85
55	74.62
56	93.98
57	119.16

נספח 4: חשיבות הגילוי הנאות למימוש שוויוניות במערכת הבריאות

נייר עמדה של המועצה הישראלית לצרכנות והאגודה לזכויות החולה

תנאי הכרחי לבחירה מושכלת של הצרכן בין חלופות שונות ולמימוש הולם של זכויותיו הוא שקיפות המידע על זכויותיו. שקיפות מידע בתחומים שהמידע בהם מעצם טיבו הוא מורכב ורב מחייב רמת גילוי באופן שיאפשר הכרות מיטבית של הצרכן את הזכויות.

תחום שירותי הבריאות מעצם טיבו מאופיין במורכבות ובריכוז מידע לצרכן. חוק ביטוח ממלכתי מעניק מגוון רחב של שירותים שמרבית הציבור אינו מודע לקיומם. קומת החולים משמשת כספקיות השירותים לחוק, ונוסף על כך הן משווקות "ביטוח משלים" המתיימר להוסיף על הזכויות המוענקות בחוק, באופן שהציבור שגם כך אינו מצוי בזכויותיו בתחום נדרש לתוספת תשלום בגין שירותים שהמידע לגביהם עמום ומשורבל.

אם נוסף לכך את העובדה שההחלטות שמקבל צרכן בתחום הבריאות מונעת לרוב משיקולים רגשיים הרורגים מהחלטה רציונלית מושכלת - קשה יהיה להימנע מהגדרת שוק הבריאות כמאופיין בכשל שוק מובנה שחסר בו מידע לצרכנים לצורך בחירה מושכלת בין השירותים המוצעים להם. יתר על כן, אפשר שלו היה ציבור מבוטחי השביץ יודע מה טיב השירותים המוצעים לו לאשרם, רבים לא היו מצטרפים.

יודגש כי יש קשר ברור בין העמימות לגבי שירותי הבריאות לשוויון בנגישות לשירותים ובמימוש הזכויות בתחום - אוכלוסיות חזקות מבחינה כלכלית מאופיינות בין היתר בנגישות גבוהה למידע, ומנגד אוכלוסיות חלשות מאופיינות לרוב בנגישות נמוכה למידע. ברור שמי שאינו יודע על זכויותיו אינו יכול לממשן ומכאן נובע, שמצב של עמימות מגדיל את חוסר השוויון בפועל, מכיוון שבעלי אמצעים מממשים את זכויותיהם בשיעורים גבוהים יותר מחסרי אמצעים. מן האמור עולה כי בדיון על שוויוניות במערכת הבריאות יש ליחס מקום מרכזי ואף מכריע למידת הגילוי הנחוגה לגבי הזכויות בתחום, באופן שקיפות ובחירות נאותה של המידע על זכויות הבריאות יהיו התשתית למימוש שוויוניות כמתן שירותי בריאות לציבור.

רקע

ניגוד עניינים במערכת קומת החולים

בישראל קיימים שלושה רבדים של ביטוחי בריאות:

1. רובד ממלכתי, על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי: תוכנו נקבע בידי המדינה, הגבייה בנינו מבוצעת באמצעות המוסד לביטוח לאומי והשירותים מסופקים מטעם קומת החולים.
2. רובד "משלים" מסחרי (השביץ), הניתן בהתאם סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, על פי תקנוני השביץ של הקומות: קביעת היקף הביטוח ותנאיו, גביית התשלום ואספקת השירותים כולם על ידי קומת החולים, ככמוף לאישור משרד הבריאות.
3. רובד פרטי מסחרי, הניתן בהתאם לתנאי הפוליסה שנרכשה: קביעת התנאים, הגבייה ושימוי המבוטח בסכומים שנקבעו כולם בידי חברות הביטוח.

בעבור שירותי הסל הממלכתי מקבלות קופות החולים את המימון מחמדינה, ואילו בעבור השב"ץ והשירותים הניתנים במסגרתו משלמים המבוטחים סכומים נוספים. מטבע הדברים, לקופות יש עניין מחד גיסא בהגדלת מספר המבוטחים הרוכשים מרן שב"ץ ומאידך גיסא בהספקת שירותים למבוטחים בעיקר על פי הסל הממלכתי, באופן שישיא את הכנסותיהן מן השב"ץ.

על פי דוח מבקר המדינה, בדיונים שקדמו להחלטה לאפשר לקופות לספק שב"ץ התנגד אגף שוק ההון להפקדת השב"ץ בידי הקופות ודרש שאלו יהיו נתונות לפיקוחו, בין היתר בנימוק שהקופות עלולות לסבסד את ביטוחי הבריאות המשלימים, על חשבון המשאבים האמורים לשמש להספקת שירותי הסל, וכן שיהיה קשה מאוד לפקח על מניעת סבסוד כזה, וכי יש חשש שהקופות יפלו לרעה חברים שלא ירכשו את הביטוח המשלים שיציעו. כמו-כן ציין האגף, כי פעילות חברות הביטוח מוסדרת בחוק הפיקוח ובחוק הרווח הביטוח, התשמ"א-1981, הכוללים הוראות בדבר הגנה על ענייניהם של המבוטחים כלפי המבטחים.

מבקר המדינה מציין בדוח 252: "בחוק לא נקבע איזה שימוש תהיה קופה חייבת או רשאית לעשות בעדפי הכנסות על הוצאות בתוכנית שב"ץ, כפי שאכן נוצרו בשנים האחרונות...". בעניין זה השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה בינואר 2001: "עדיין אין כוונת משרד הבריאות להורות על שימוש בעדפים להוספת שירותים או להזולת התעריכים". לא ידוע למועצה על שינוי שחל בעמדת משרד הבריאות בעניין זה.

על פי האמור לעיל, לקופות יש עניין בטשטוש התפר שבין רובד הביטוח הממלכתי לבין הרובד הנוסף, באופן שיאפשר להן ליצור מצג שלפיו השב"ץ מרחיב במידה ניכרת את היצע השירותים למבוטח וכי הרחבה זו הכרחית, דבר שיגדיל את מספר המצטרפים. בד בבד, יש לקופות עניין בערפול תנאי השב"ץ, באופן שיאפשר להציגו כרחב היקף כאמור, אך יותר אותן מחויבות למספר שירותים מוגבל ככל האפשר.

האמצעי העיקרי העומד לרשות הצרכנים להתמודד עם שאיפת העוסקים בענף מסוים להשיא רווחיהם על חשבון הצרכן היא לבחור באופן מושכל במוצר הכדאי ביותר בעבורם, באופן שיעודד תחרות בין העוסקים על אספקת מוצרים כדאיים יותר. כפי שימרט להלן, המורכבות התריעה של הזכויות בתחום הבריאות מקשה על הצרכנים לבחור את שירותי הבריאות שלהם באופן מושכל ולשמש גורם מאזן לאינטרס המובנה של הקופות.

יצוין, כי גם מרופי ד" ציריניחובסקי, חבר בוועדת אמוראי - ועדה ציבורית שכוננה ממשלת ישראל לביחית מצב הרפואה בארץ - קובע בהמלצותיו לגבי השב"ץ: "... ספק של סל בסיסי (שירותי בריאות) אינו יכול לספק סל מועדף...". כפי שימרט בהמשך, ועדת אמוראי ממליצה להכניף את השב"ץ לפיקוח על הביטוח באגף שוק ההון.

#### הבעייתיות של זכויות הבריאות בעבור ציבור הצרכנים

זכויות המבוטח בתחום הבריאות מאופיינות במורכבות רבה במיוחד:

1. זכויות אלה נועדו מעצם טיבן לכסות טווח נרחב של מצבים רפואיים, שבכל רגע נתון רובם המכריע אינו רלוונטי למבוטח (למעט הידיעה הכללית שהוא מבוטח מפני האפשרות שמצבים רפואיים שונים יחמכו רלוונטיים בעבורו). רוחב היריעה כשלעצמו מקשה על ידיעת הזכויות והבנתן.

2. שירותי הבריאות ניתנים בכמה רובדי ביטוח. התפר בין הרובדים אינו אחיד: יש שירותים הניתנים במלואם במסגרת הביטוח הממלכתי, אחרים ניתנים בחלוקה בין הממלכתי לרובדים אחרים, או ניתנים רק במסגרת רובד ביטוח מסחרי.

3. קביעת זכאותו של מבוטח לשירותים שונים תלויה במשתנים רפואיים ואישיים המשתנים משירות אחד למשנהו: גיל, מצב רפואי, היסטוריה של טיפולים, מצב כלכלי ועוד.

4. נוסף על כך יש לזכור, שכלל אין בידי המבוטח הידע הדרוש לקביעת מצבו הרפואי או סוגי השירותים והטיפולים הדרושים לו, דבר המקשה כשלעצמו על מימוש מושכל של זכויותיו ומחזק את התחושה שהזכויות מורכבות ביותר ואף מעורפלות.

נוסף על מורכבות הזכויות, מקשות על המבוטחים הנסיבות שהם מגיעים נרן לברר אותן: מכיוון שברוב המקרים אין למבוטח אפשרות לצפות אילו זכויות בריאות יהיו רלוונטיות בעבורו בעתיד ולערך בדיקה ממוקדת לגבי זכויותיו במצבים שיהיו רלוונטיים (לדוגמה, מתוך השוואה בין ההיצע מספקים שונים). השילוב בין מרחב האפשרויות העצום לבין חוסר יכולתו של המבוטח לדעת מראש מה רלוונטי בעבורו, גורם לכך שצרכנים אינם בודקים את כל זכויותיהם מראש, גם בעת רכישה של ביטוח משלים או פרטי, וניגשים לברר את זכויות שהמכו רלוונטיות בעבורם, בעיקר כשמצבם הורע והם מצויים במצוקה רפואית.

#### תפיסת ביטוח הבריאות המסחרי כ"כורח"

בעת הבחירה בביטוח בריאות מונעים צרכנים רבים משיקולים רגשיים ולא-רציונליים - בעיקר מחשש מפני אפשרות להידרדרות במצבם הרפואי, ובמיוחד מהידרדרות בלא מענה ביטוחי. תופעה זו בולטת יותר בתחום הבריאות מאשר בתחומים אחרים כגון חינוך, או בהיערכות לעת זקנה. במקרים רבים הצרכנים הרוכשים ביטוחי בריאות נוסף על הביטוח הממלכתי אינם בוחרים בביטוח המסחרי באופן מושכל אלא רואים בו "הכרח".

רבים מהצרכנים אינם בודקים את היצע השירותים שהם משלמים בעבורו ביחס לזכויותיהם מתוקף חוק ביטוח ממלכתי או בהשוואה לחלופות ביטוחיות אחרות, דבר הגורע מיכולתם לבחור את המוצר הכדאי ביותר בעבורם ולהמריץ באמצעות בחירתם את המבוטחים לספק מוצרים ראויים וכדאיים יותר.

יצוין כי תופעה זו מחריפה במיוחד על רקע הערפול הקיים בנוגע לסל השירותים הממלכתי, שבמקרים רבים לצרכן אין יכולת לדעת ולהבין באילו תנאים הוא זכאי לקבל את השירותים הכלולים בו ולכן גם קשה לו לבדוק את מידת הנחיצות של ביטוח מסחרי להרחבת זכאותו לאותו שירות, להוספת שירות חלופי או להוספת שירות אחר.

#### המצב הקיים

##### עמימות זכויות המבוטח בשב"ץ

המחלקה המשפטית של המועצה לצרכנות בשיתוף מומחים שונים בחנה את תקנוני השב"ץ. הצוות השקיע בבחינתם פרק זמן ניכר, דבר שיש בו משום אינדיקציה לקושי ולפרק הזמן שעל צרכן שאינו מיומן להשקיע בבחינת זכויותיו ועל המשימה הכמעט בלתי אפשרית שיעמוד בפניה הצרכן אם ירצה לבחון את מכלול התקנונים לשם השוואתם, וזאת כדי לבחור את השירות

המתאים לו. יצוין כי גם נציבת קבילות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מדגישה בדוחות השנתיים שבירור קבילות מבוטחים הנוגעות לקבלת החורים כספיים מהקופות ולגובה התחורים מצביע על "העדר הבנה בסיסית של המבוטחים את תנאי השב"י". הנציבה אף מתייחסת לתופעה של מבוטחים מאוכזבים, המרגישים מרומים ומציינת את הצורך בחיזוק אופן הציבור בתוכניות השב"י.

מהניתוח השיטתי של תקנוני השב"י של קופות החולים, שערכה המועצה לצרכנות עולות הבעיות המשותפות (בכלליות) הבאות:

**ענימות במינוח -** שימוש בהגדרות שאינן מוחלטות, הניתנות לפרשנות או לזיכוח.

#### דוגמאות:

1. "הניתוח מחייב אשפוז של למעלה מ- 10 ימים" - האם הניתוח מחייב, תוצאת הניתוח מחייבות, או מצב המבוטח לאחר הניתוח מחייב אשפוז כאמור? ("החלטה לאחר אשפוז ואירוע לב" - מאוחדת).
2. "חור"ד מוטחה בכיר מוכר וידוע בתחום המבוקש" (חור"ד יועץ חו"ל - קופ"ח מאוחדת).
3. "...טיפול רפואי ו/או השתלה הנדרשים מחוץ לישראל מחמת תור של ממתנים, לא יחשב כטיפול רפואי ו/או השתלה שאינם ניתנים לביצוע בישראל למעט מקרה שלא ניתן להשיג בישראל איבר מתאים להשתלה" - לא ברור כמה זמן על המבוטח להמתין לפני שייקבע כי ילא ניתן להשיג איבר מתאים בארץ" (השתלה בחו"ל - קופ"ח לאומית).

**התניית שירות באישור מנהלי של הקופה -** במקרים רבים מתנות הקופות את מתן השירות

המבוקש באישור גורם פנימי של הקופה. למותר לציין שבפני גורם זה עומדים גם שיקולים כלכליים ומערכתיים של הקופה, העלולים לעמוד בסתירה מול שיקולי טובת העמית. בעבר כבר פסק בג"ץ: "אין צורך להוכיח, או להמתין עד שיוכח, כי אמנם מצב של ניגוד עניינים הוביל לניצול המצב לרעה. הכלל בדבר ניגוד עניינים נועד מראש למנוע אפשרות של ניצול כזה... עקרון יסוד הוא כי מי שמעל למען אינטרס של אחר, חייב להימנע מניגוד בין אותו אינטרס לבין אינטרס שלו עצמו או אינטרס אחר כלשהו".

**התקנונים לוקים במבנה משפטי מורכב -** נוסח התקנונים כולל הפניות שונות להגדרות, להחרגות ולסעיפים אחרים, באופן המקשה מאוד על קורא שאינו מיומן בקריאת טקסטים משפטיים להבין לאשורם את תנאי התקנון. אף נציבת קבילות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מצביעה בדוחות על הצורך בבצוע הסברה והפשטה של נוסח תוכניות השב"י.

#### דוגמה:

תקנון קופת החולים מכבי מורכב מתקנון חלק כללי, אחריו תקנון מגן הכסף, אחריו תוספת למבוטחי מגן זהב ובסעיף 35 החרגות. אדם המבקש לתהות על זכויותיו כמבוטח "מגן זהב", לשם הדוגמה, עלול למצוא את עצמו מעיין בתקנון מגן זהב המוסיף

זכויות על המצוי בתקנון מגן כסף (דבר המחייב פנייה לחלק אחר בתקנון) ולבסוף למנות לסעיף 35 לשם בדיקה האם זכותו אינה נופלת בנדר סעיף החרגות.

**הפניה לחוקים, למסמכים ולרשימות שמחוץ לתקנון -** במקרים רבים ממנים התקנונים

את העמית המבקש לברר את זכאותו לסעיפי חוק, בין השאר חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תקנות המוסד לביטוח הלאומי (קביעת דרגות נכות לפנעי תאונות עבודה). מידע זה אינו זמין בידי העמית הממוצע. זאת ועוד, סיבוך השימוש בתקנון מגיע לידי כך שלפעמים נאלץ העמית למנות לסניף הקופה כדי לקבל רשימה זו או אחרת והשלים בכוחות עצמו את המידע שראוי היה לספק לו עם התקנון.

#### דוגמה:

השתתפות בנייתורים להצלה מפני נכות - הבנת תנאי הזכאות מחייבת פנייה לתקנות הביטוח הלאומי בעניין קביעת אחוזי נכות. יצוין כי מורכבות הנספח לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנות הביטוח הלאומי האמורות ידועות ל"עוסקים במלאכה" ובודאי אין מדובר בחוסר קריא בעבור אדם מן השורה.

**הטעיה על דרך הסתרת מידע בנוגע לשירותי של הבריאות -** מעמים מודיעה קופה על

מתן שירות בלי לציין כי שירות דומה או זהה ניתן חינם על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

#### דוגמה:

קופת חולים לאומית מציעה שירותי הפריה לילד ראשון ושני בבית חולים פרטי שבהסכם ובהשתתפות עצמית, בה בשעה ששירות הפריה לילד הראשון והשני קיים בסל הבריאות וניתן לכול במסגרתו, שבדה שאינה מפורטת בתקנון. הימנעות מציון שבדה כה מחותית זו יש בה כדי להטעות צרכנים לחשוב שהשירות כלל אינו כלול בסל הקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

**קביעת תנאים שרירותיים -** שירותים מסוימים ניתנים בעבור סקרי קיצוני בלבד, כשרוב

המקרים אינם נכנסים בגדרי התנאים שנקבעו לקבלת השירות למרות חיוניותו. גילוי נאות דורש פירוט של כל אותם מקרים המורים שבהם לא יבוצע ניתוח.

#### דוגמאות:

סיוע לניתוח מציל ראייה ושמיעה - רק כשקיים חשש לאובדן מוחלט של החושים כאמור.

השתתפות בניתוח למניעת נכות, רק כשהחשש שלה כדי נכות של 75% ויותר.

**סרבול וביורוקרטיה לא-סבירה -** שירותים רבים דורשים כפל אישורים מגורמים שונים, דבר המסרבול ועל מניו נראה מיותר ו"מטרטרי" את המבוטח.

#### דוגמה:

לטיפול מריות (בקופת חולים לאומית) נדרשים האישורים:

1. הטיפול על פי הפניית רופא מומחה.

2. אישור מקופת החולים.
3. אישור קופת החולים לאחר שהעמיתה נמצאה זכאית על פי החלטת ועדת הפניות של קופת החולים.

### עמימות לגבי הערך הכלכלי של השב"ן בעבור המבוטח

- א. **אי-גילוי בדבר אופן עדכון הסכומים - הסכומים בתקנונים מעדכנים במגנטי עדכון הצמודים למדד או בשיטות חישוב המפורטים בתקנונים.** חלקם מציינים לגבי סכומים מסוימים עובדה זו ומשמטים פרט חשוב זה מאחרים. צרכן הבוחן את השירות המוצע לו אינו ערוך מיידית לבצע את החישובים והעדכונים, כך שהסכומים אינם משקפים נכונה את המחירים ליום העיון, דבר העלול להיות מנוצל לרעה בעת שהצרכן דורש את זכאותו. בהדבק זה יצוין, כי אף נציבת קבילות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ממליצה לקבוע נוהל ליידוע מבוטחים בטרם קבלת שירות על גובה ההחזר הכספי שיהיו זכאים לו.
- ב. **קביעת החזר קבוע מהקופה -** בתקנות נקבע לעתים החזר סכום קבוע (לא באחוזים). קביעת סכום יש בה כדי להטעת, שכן המבוטח אינו יכול להעריך מראש את עלות השירות מול ההטבה שבשירות ולבחון את כדאיות השירות. גילוי טעות מינימלי מחייב לציין בכל מקרה את גובה השימוי באחוזים מן השירות ולאפשר לצרכנים גישה למידע מתעדכן על מחיר השירותים. יצוין כי גם נציבת קבילות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מדגישה את הצורך בקביעת השתתפות הקופות בדרך של אחוזי השתתפות מהתשלום הנדרש. עד יוסף, כי סכום קבוע לתשלום יכול לשמש תמריץ לקופה להפוך את השירות ליקר ללקוח או אפילו לא כדאי מכיוון שאין להן תמריץ לצמצם את עלות השירות להן עצמן.
- ג. **קביעת גובה שימוי כאחוז ממחיר השירות עד תקרת נקובה -** מתלונות צרכנים ומבדיקות המועצה שלה, כי לעתים מחיר השירות בפועל גבוה במידה ניכרת מה"תקרה". במקרה כזה במסוק החזר מובטח של 80%, לדוגמה, החזר שניתן בפועל נמוך מ-50% מהמחיר שנדרש המבוטח לשלם.

### התניות בעייתיות נוספות בשב"ן

- א. התניות החורגות מהוראות החוק - הכלל בחוק כי קופה "לא תגביל את הצטרפותו או את זכויותיו בעת הצטרפותו בתנאי כלשהו למעט תקופות אכשרה סבירות" (סעיף 10א(3)). בפועל יש תניות הדורשות בכל הקופות ויתור על סודיות רפואית, אם כי בחלק מהקופות יש אפשרות דחיייה לביצוע התנאי למועד קרות האירוע הביטוחי.
- ב. תקופות "אכשרה" ממושכות - אף שסעיף 10א(3), כמו גם תקנוני הקופות, מתייחסים לתקופות אכשרה, בפועל לאור החובה המוטלת על הקופות להימנע מאפליית מבוטחים גם על רקע רפואי, הקופות קובעות לשירותים השונים תקופות המתנה שבהן המבוטח משלם את מלוא התשלום שנקבע לפני גילו, אך אינו זכאי לשירות הנקוב. במקרים רבים קובעות הקופות תקופות המתנה ממושכות של שנה או

- שנתיים, המשררות ביקורת בקרב המבוטחים, כפי שצינה אף נציבת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בדוחות השנתיים. המועצה בוחנת כיום את הבסיס הכלכלי ואת מידת הסבירות של תקופות אלו לשירותים שלהם נקבע.
- ג. תנאים מקפחים - תקנוני השב"ן קובעים במקרה של כפל ביטוח קיזוז עם סכום השימוי מהביטוח האחר, מהסכום המגיע מהשב"ן.

### כיוונים אפשריים למענה על הבעיות בתחום:

#### פרסום מלא של זכויות מבוטחים על פי החוק באופן המאפשר בירור פרטני וכללי כאחד

פרסום של מלוא הזכויות הקיימות לצרכנים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוך פירוט התנאים המזכים המלאים בעבור כל שירות, טיפול או תרופה הכלולים בסל, הוא תשתית הכרחית למימוש הזכויות הקיימות על פי החוק בידי הציבור. פרסום זה יאפשר לצרכנים לדעת על זכויותיהם, לבחור לממש אותן ולעמוד על הזכויות במידה שספקי השירותים מגסים להימנע ממתן השירותים. הפרסום גם יאפשר לצרכנים להעריך נכונה את הכדאיות של ביטוחים משלימים שונים המוצעים להם בידי הקופות או חברות הביטוח. במקביל, חייב פרסום זכויות כאמור לאפשר לצרכן לקבל רק את המידע הרלוונטי לו, על פי האופנים שלו, כך שתימנע הצפתו במידע. בהדבק זה יצוין, כי בחוברת שפרסמה מועצת הבריאות אין כל מענה על הצורך של ציבור הצרכנים של שירותי בריאות בישראל במידע על היצע השירותים והטיפוליים שהם זכאים להם על פי החוק. יתרה מזאת, למראה החוברת ולאור ההשתתפות של שנים בפרסום חוברת זכויות כללית כל כך, יש חשש ממשי שמשרד הבריאות יראה בחוברת יציאה ידי חובתו ליידוע הציבור. רק הקמת מערך המאפשר יידוע צרכנים על זכויות שקיימות על פי חוק ויכולות להיות רלוונטיות להם תוך ציון כל התנאים המזכים היא בבחינת גילוי טעות של שירותי סל הבריאות.

#### הסדרת חובות גילוי מתאימות לשירותי השב"ן

לנוכח המורכבות הרבה של שירותי הבריאות, שצוינה לעיל, צריך, לצד יצירת שקיפות בשירותי סל הבריאות הממלכתי, לקבוע חובות גילוי מפורשות ומחמירות יותר על ספקי השב"ן, בדומה להוראות הרגולציה שקבע אגף שוק החון לעניין ביטוחי בריאות פרטיים.

יצוין כי גם ועדת אמוראי קובעת בהמלצותיה לגבי השב"ן, כי יש צורך שפוליסות ביטוח בריאות משלים יתוקנו וינטחו כך שיהיו מובנות לציבור הרחב. הוועדה אף קובעת, כי על פוליסות ביטוח בריאות משלים להיות נתונות למיקוח המפקח על הביטוח במשרד האוצר - ויש להתאימן לדרישות המיקוח באופן שיאפשר להחיל עליהן את חוק המיקוח על עסקי ביטוח (וחוזרי הביטוח ובהם החוזר בעניין גילוי טעות לגבי ביטוח בריאות). הוועדה ממליצה כי התוכן, השיטויים (הפחתות ותוספות) וגובה הפרמיות יותנו באישור המפקח על הביטוח במשרד האוצר ושכל שינוי או עדכון בתנאי הפוליסה יובא אחת לשנה לידיעת המבוטחים. נוסף על כך קובעת הוועדה, כי על פוליסות הביטוח המשלים לכלול מיטון זכות לבחירת רופא בכל בתי החולים הציבוריים.



**חובת נאמנות מוגברת ללקוח**

יש מערכות שגוה המספקות שירותים מורכבים, ובהם המערים בין מקבל השירות לספק בתמורתו ובידע לגבי השירות המסופק גדולים במיוחד. דוגמה בולטת היא מערכת היחסים בין בנק לבין לקוחותיו, המאופיינת ביהרון בולט של הבנק הן בחבנה של השירותים הנקראים על מורכבותם ותנאיהם, והן במידע על מצבו של הלקוח.

שירותי הבריאות וביטוחי הבריאות הם בלי ספק שירותים מורכבים וחיוניים לא-פחות משירותי בנקאות. יתרה מזאת, בדומה ללקוח בנק שנדרש ברוב המקרים לידע ולהתמחות של נציגי הבנק כדי לבחור בשירותים הנקראים המתאימים לו, גם המבוטח נדרש לאבחון רפואי ולהכוונה לטיפול המסופקים בידי רופאים שמעסיקה הקופה. כשם שקיים סיכון שעובדי הבנק יבחרו לזות ייעוץ ומידע שישא את רווחי הבנק ולא ייטיב עם הלקוח, כך יש גם חשש לניגוד עניינים אצל הרופאים שמעסיקה הקופה ונדרשת לממן את עלות הטיפול.

לנוכח פני הידע האמור, ולאור הרגישות הגבוהה של השירותים שמדובר בהם, נהוג לקבוע במערכות מסוג זה, לצד הגנות ערפוט לנרכן, חובת נאמנות מוגברת של ספק השירותים כלפי הלקוח. כך לדוגמה, לכנסים וקבעה חובת הנאמנות המוגברת כלפי לקוחותיהם, שבמסגרתה הם מחויבים למעל לטובת הלקוח.

**הערכת השירותים**

ראוי לציין, כי סקרים המתארים "שביעות רצון נבונה" יחסית מביטוחי הבריאות אינם בהכרח משקפים כדאיות נבונה של הביטוח שנרכש. שביעות רצון של מבוטחי ביטוח בריאות מסחרי יכולה לבצע לא רק מהיטויור בפועל בשירותי הבריאות שהם מקבלים, אלא גם טן הסגן שקיבלו, שלטו הוצע השירותים שיש להם אמורות לקבל ורחב. לא בהכרח מצג זה יישאר בעינו אם ייקרו בדרכם הנסיבות שיחייבו מיפוש האפשרויות - במענה למרכות התקבלו חלטות שונות שמקן עולה כי צרכנים רבים חושבים שהם זכאים לשירותים שונים, מכוח הרחיק או הביטוח המשלים, אך בבואם לבצע את השירות הם מגלים שקבעו התניות על השירות המוגשות מהם לקבלו. כדי לגבש הערכה מאשעותית יותר לגבי שביעות רצון המבוטחים מן הביטוח, יש לבצע את סקר שביעות הרצון בקרב מבוטחים שביקשו כיסוי מן הקופה לשונים שונים של שירותים, לרבות שירותים יקרים.

עמדת המועצה היא שיש צורך בבדיקה של מידת הבחנתו של המימור בין השירותים הניתנים לו במסגרת הסל המסלכתי לבין אלו הניתנים במסגרת השבין. המועצה מערכת לביצוע בדיקה כאמור, אך לטכט מורכבותה וקוצר הזמן, ייססרו מסגאי הבדיקה במעד אחר.

# ההוצאה הפרטית של משקי הבית בישראל

## סיכום והמלצות

### כללי

1. שירותי בריאות חיוניים שעלותם סבירה צריכים להיכלל בסל הבריאות. יש להבטיח שוויוניות בנגישות אליהם, לכל חולה לפי צרכיו. שירותי הבריאות האחרים יירכשו באופן פרטי לפי העדפות משקי הבית וניתן לסבול אי-שוויוניות ביחס אליהם.
2. תיעודף שירותי הבריאות באמצעות הערכת תרומתם לבריאות ולעלותם צריך להיות המשכי. יש להוציא מהסל שירותים שתועלתם פחותה (תחתית רשימת התיעודף) כדי לאפשר הכנסת שירותים אחרים שתועלתם גדולה יותר. הוצאת שירותים מהסל עשויה להיות כרוכה בהתנגדות בעלי עניין, ואולם היא חיונית הן לשיפור בריאותה של כלל האוכלוסייה והן לצמצום פערי שוויוניות בין השכבות הסוציו-אקונומיות השונות.
3. יש להרחיב את כמותו ואיכותו של המידע הנמסר לציבור בנוגע לזכויותיו, וכן להסדר הענקת המגיע (כספית או שירותים) עד כמה שניתן באורח חד-צדדי על ידי הקופות, וזאת כדי לצמצם פערי שוויוניות הנובעים מפערי מידע. פעולות אלה ייסיבו יותר עם בני השכבות החלשות שלהן קשיים גדולים יותר לדעת מהם זכויותיהם ולעמוד על קבלתן.
4. בחינת ההוצאה הפרטית של השכבות מעוטות היכולת על שירותי בריאות לימדה שההשתתפות העצמית (בעיקר בקניית תרופות) וההוצאה הפרטית בתחום בריאות השן הן בעיה עיקרית ומהותית בנגישות שוויונית אל שירותי בריאות חיוניים. לכן כחר צוות העבודה להתמקד בשני תחומים אלו.

### השתתפות עצמית

5. מערכת הבריאות צריכה להימנע מהגדלה נוספת של השימוש בתשלומי ההשתתפות העצמית כמקור הכנסה. יתר על כן, יש לחפש דרכים להקטנת השימוש בהשתתפות העצמית כמקור מימון במהלך השנים הקרובות.
6. יש לגבות השתתפות עצמית רק בעבור אותם שירותים שלגביהם ההשתתפות

- לא תביא לידי צמצום יתר של השימוש (שירותים שלגביהם יוכח קיומו של "סיכון מוסרי"), ובאופן שלא תיצור מחסום מפני שירותי בריאות חיוניים. יש לנקוט צעדים לביטול ההשתתפות העצמית על שירותי רפואה מונעת.
7. יש לשקול קביעת תעריפים שונים של השתתפות עצמית לפי מידת תרומתו של השירות / התרופה לבריאות.
8. יש לשקול ברצינות קביעת פרורגטיביות בגביית ההשתתפות העצמית. תשלום גבוה יותר מעשירים ונמוך יותר מעניים יגדיל את השוויוניות בנטל התשלום על פני השכבות הסוציו-אקונומיות השונות. גישה זו גם תגדיל את יעילות השימוש בהשתתפות העצמית ככלי למניעת בזבז, כיוון שגם שכבות אמידות ישקלו את ההוצאה הכרוכה בשירותי בריאות שתועלתו לא ברורה או שולית ביחס למצבם הקליני.
9. יש לבחון שתי גישות לפרורגטיביות של ההשתתפות העצמית: פרורגטיביות בתעריף ההשתתפות העצמית ופרורגטיביות בערך "תקרת" התשלומים.
10. יש לדאוג לפיצוי קופות החולים בגין אובדן ההכנסות עקב הנהגת פטורים מתשלומי ההשתתפות העצמית לקבוצות אוכלוסייה חלשות, כך שלא ימצאו את עצמן "נקנסות" בגין הצעת שירותים לאוכלוסיות מעוטות יכולת.
11. ההכנסות הצפויות מתשלומי ההשתתפות העצמית צריכות להיכלל במסגרת תקצוב הסל של קופות החולים (והקפיטציה). כך ייגרעו הכנסות עודפות מתשלום הקפיטציה לקופות.
12. על קופות החולים לקבל עליהן את האחריות לניהול תשלומי ההשתתפות העצמית בשקיפות שתבטיח מניעת גביית יתר ממבוטחיהן. למבוטחים תישמר כמובן זכות הערעור.

### רפואת שיניים

13. יש להמשיך בהתקדמות הפלרת מי השתייה, שכן זו אחת הדרכים המציגות את התועלת הגדולה ביותר ביחס לעלות בשיפור בריאות השיניים והיא חשובה במיוחד בשכבות מעוטות היכולת.
14. יש להרחיב את תוכנית טיפולי המנע לילדי בתי הספר היסודיים בכל המדינה (בשונה מהמצב הנוכחי שבו רק כשליש מילדי בתי הספר נהנים משירות זה). כדי לקדם מטרה זו, על משרד הבריאות לקבל עליו בהדרגה את האחריות למימון התוכנית (בשונה מהמצב כיום שבו התוכנית תלויה בנכונות הרשות המקומית לשאת

בנטל ניכר מהמימון). שינוי הדרגתי זה במימון צריך להתחיל מרשויות שחלק ניכר מהאוכלוסייה בהן מורכב משכבות מעוטות יכולת.

15. יש למנות קבוצת עבודה לבחינת מגוון האפשרויות לשיפור הנגישות לרפואת שיניים, בדגש על השכבות מעוטות היכולת. יש לבחון את הדרכים להכנסה הדרגתית של שירותי בריאות השיניים לסל השירותים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

### סיכום הדיונים בכנס

במסגרת הכנס בים המלח נדונו שלוש השאלות שהעלתה קבוצת העבודה: (1) השאלה הכללית - עקרונות חלוקת ההוצאה לבריאות בין המרכיב הציבורי לפרטי - כיצד ניתן להתוות את הקו המפריד בין שירותי בריאות שחובה לספקם במסגרת הסל הציבורי לבין שירותי בריאות שניתן להותירם מחוץ לסל זה? (2) תחום ההשתתפות העצמית - השפעת ההשתתפות העצמית על מאפייני צריכת שירותי בריאות של שכבות סוציו-אקונומיות נמוכות: מה מצדיק גביית השתתפות, מה הרמה הרצויה, מהי שיטת הגבייה הנאותה ומהן דרכי הפעולה האפשריות לצמצום האי-שוויון? (3) תחום רפואת השיניים: תחום בריאות שחלק הארי של מרכיביו לא נכלל בסל השירותים הציבורי: כיצד משפיע מצב זה על מאפייני הידע, הגישה וההתנהגות בקרב השכבות החלשות? כיצד משפיעים גורמים אלו על מאפייני השימוש של קבוצת אוכלוסייה זו בשירותים הניתנים בתחום רפואת השיניים? מה מצב בריאות השיניים בקרב אוכלוסייה זו? כיצד ניתן לשפר את המצב בתחום זה ובעיקר ביחס לאי-שוויון? שני התחומים הספציפיים של השתתפות עצמית ושל רפואת שיניים נבחרו בעקבות בחינת מאפייני ההוצאה הפרטית של השכבות מעוטות היכולת והשוואתם למאפייני ההוצאה הפרטית של שאר השכבות הסוציו-אקונומיות באוכלוסייה. בחינה זו לימדה שההשתתפות העצמית (בעיקר בקניית תרופות) וההוצאה הפרטית בתחום בריאות השן הן בבחינת בעיה עיקרית ומהותית בנגישות שוויונית לשירותי בריאות חיוניים של בעלי ההכנסות הנמוכות. לכן בחר צוות העבודה להתמקד בשני תחומים אלו.

ארבעת הדיונים במסגרת הכנס חולקו כך שבראשון נידונה השאלה הכללית, בשני ובשלישי נידונה ההשתתפות העצמית ובפגישה האחרונה נדון תחום בריאות השיניים.

במסגרת הדיון בשאלה הכללית הודגשה המשמעות הכלכלית של השגת שוויון בנגישות לשירותי בריאות, מעבר לערך המוסרי של השגתו. הודגש כי חוסר שוויוניות הוא במקרים רבים ביטוי לחוסר יעילות, ולכן סומן בחובו עלות כלכלית, שהיא כשלעצמה מצדיקה

נקיטת צעדים להקטנתה. כיוון שהנחת היסוד היא שאין להתייחס לשירותי בריאות כאל מוצר צריכה רגיל, עסק הדיון גם בשאלה היכן יש להעביר את הקו המפריד בין שירותי בריאות, שמתוקף היותם שירותי ציבורי חלה על המדינה חובת מימון (בדומה לחינוך ולביטחון), לבין שירותי בריאות שניתן להתייחס אליהם כאל מוצר צריכה רגיל ויש להותיר את רכישתם לפי העדפותיהם ויכולותיהם של משקי הבית? לגבי האחרונים, אין זה מן הראוי ששירותים אלה ימומנו מכספי משלם המסים, בלי קשר ליכולת המערכת הציבורית לממן. בעקבות זאת נדונה גם השאלה, אם במקרים מסוימים יש להעדיף לעתים, כשאין בנמצא מימון ציבורי, הוצאה פרטית על שירותים חיוניים (מתקדמים), וזאת אף שהיא מגדילה את האי-שוויון אך מאפשרת הגדלת רמת הבריאות לכלל האוכלוסייה?

השקפת צוות העבודה, כפי שבאה לידי ביטוי מפורט להלן, היא שדירוג שירותי הבריאות לפי מידת תרומתם לבריאות ולפי עלותם יאפשר חלוקה מושכלת של שירותים שיינתנו במימון ציבורי (עם השתתפות עצמית או בלעדית) לבין שירותים שייזונו לרכישה פרטית בהתאם להעדפות משקי הבית. מטבע הדברים, אזור קו ההפרדה יכלול שירותים שחיוניותם תהיה נתונה לוויכוח. עם זאת, המקום המדויק של קו ההפרדה, כל עוד הוא באזור "אפור" זה, אינו כה קריטי. ייתכן גם שמדינות שונות, או מדינה אחת בתקופות שונות, יקבעו את הקו במקומות שונים. בכל מקרה, חלוקה כזו תאפשר שילוב של "ציבורי" עם "פרטי" בדרך שתגדיל הן את השוויוניות והן את היעילות במערכת הבריאות, לנוכח אילוצי המימון הקיימים.

סוגיה שלא עוררה כל מחלוקת היא שחלק מבעיית השוויוניות נובע מחוסר מידע של הציבור בכלל ושל השכבות מעוטות היכולת בפרט. הוסכם שיש להמשיך בצעדים להגברה ניכרת של המידע הנמסר לציבור בנוגע לזכויותיו, הן לגבי שירותי הבריאות שהוא זכאי להם והן לגבי אופן השתתפותו במימון, וכן להעניק במידת האפשר לחולים את זכויותיהם (הכספיות והאחרות) באורח חד-צדדי על ידי ספקי השירותים (הקופות, בתי החולים ועוד).

הדיון בסוגיית ההשתתפות העצמית היה הסעון ומעורר המחלוקת מקרב הדיונים. המחלוקת נגעו לשאלות: האם מוצדק לגבות השתתפות עצמית? אם כן, אזי לאילו שירותים? איך ייקבע תעריף ההשתתפות? האם יש לקבוע את דמי ההשתתפות ו/או את תקרת התשלומים פרוגרסיבית? ואיך תתבצע גביית דמי ההשתתפות? המצדדים בהשתתפות עצמית העלו שתי טענות עיקריות: האחת שההשתתפות

העצמית באה כדי למנוע שימוש יתר בתרופות ושירותים הנובע מאספקתם חנים; והאחרת, שבמציאות הקיימת, כדי לאפשר סל ציבורי גדול יותר, אין מנוס משימוש בהשתתפות העצמית ככלי למימון שירותים. המתנגדים להשתתפות העצמית טענו ששירותים שהוחלט לכלול במסגרת הסל הציבורי הם בחזקת מוצר ציבורי. לכן עם תשלום מס הבריאות קנה האזרח "שובר", המקנה לו שימוש בשירותים אלו לפי צרכיו הבריאותיים ואין זה מוצדק לגבות תשלום נוסף. הטענה, לדברי המתנגדים, שההשתתפות העצמית באה למניעת בזבז בעקבות תופעת ה"סיכון המוסרי", אינה תקפה שכן מי שקובע את הביקוש הוא למעשה הרופא שרושם את ההפניה / המרשם ולא החולה. טענתם כנגד ביקוש עקיף שיוצר החולה באמצעות הפעלת לחץ על הרופא הייתה, שהלחץ המופעל על ידי קופות החולים על הרופאים להימנע ממתן שירותים מיותרים (תרופות ו/או בדיקות וטיפולים) שווה לפחות ללחץ שמפעיל עליו החולה. קבוצת העבודה המליצה לבחון את שירותי הבריאות בהיבט "הסיכון המוסרי" ולפעול לגביית השתתפות עצמית רק בעבור שירותים שלגביהם הוכח קיומה של תופעה זו. גישה זו תחייב בחינה של מצב שבו לא תיגבה השתתפות עצמית גם אם הוכח קיומו של סיכון מוסרי, כגון בעבור אשפוזים. יש לבחון את הצורך בנקיטת צעדים למניעת "סיכון מוסרי" מבחינת ההיצע, מעבר לצעדים שנוקטות כיום קופות החולים, כפי שיפורט להלן. בכל מקרה, הוסכם על דעת כל חברי הקבוצה שמצב ההשתתפות העצמית כפי שהוא כיום הוא בבחינת גבול עליון שאסור לחצותו. כמו-כן הוסכם שיש לפעול לביטול תשלומי ההשתתפות העצמית בעבור שירותי "רפואה מונעת" כגון חיסונים וכי יש להבטיח שההשתתפות העצמית לא תהיה חסם בפני שירותי בריאות חיוניים.

אשר לשיעור ההשתתפות הוצעו האפשרויות הבאות: (1) התעריף צריך להיקבע כאחוז ממחיר השירות / התרופה; (2) כמחיר אחיד בלא קשר לשירות / לתרופה; (3) בתלות בתועלת השירות / התרופה, כך שתיגבה השתתפות עצמית נמוכה יותר בעבור שירות / תרופה חיוניים יותר והשתתפות גבוהה יותר בעבור שירות / תרופה חיוניים פחות. באותה מידה הוצע שתיגבה השתתפות עצמית נמוכה יותר בעבור שירות שהחולה הופנה אליו בידי רופא לעומת גביית השתתפות עצמית גבוהה יותר אם החולה הוא שים את השירות (כמו במקרה של פנייה לחדר מיון).

דיון ער התקיים בשאלת הפרוגרסיביות של ההשתתפות העצמית. השאלות נסובו סביב השאלה העקרונית: האם נכון ומוצדק להחיל פרוגרסיביות על ההשתתפות העצמית? וסביב השאלות המעשיות בדבר דרכי ביצוע אפשריות והאם יש להחיל את הפרוגרסיביות על ההשתתפות עצמה, על תקרת התשלומים או על שתיהן? מצדדי הפרוגרסיביות

טענו שכך ניתן יהיה להגביר הן את יעילות המערכת והן את השווינויות שבה. השתתפות עצמית גבוהה יותר לעשיר ונמוכה יותר לעני תיצור למעשה נטל שווה של השתתפות ביחס להכנסה וכך תגדיל את השווינויות. כמו-כן היא תהיה יעילה יותר גם למניעת בזבז, כיוון שדמי ההשתתפות יהפכו נכבדים גם בעבור עשירים. המתנגדים לפרוגרסיביות גרסו שיהיה מסוכן לקשור בין רמת ההכנסה לגובה ההשתתפות העצמית, הן בשל סיכון צנעת הפרט והן בשל העובדה שייוצר מעין מס נוסף על עבודה שעלול להתברר כתמריץ שלילי לעבודה. אחרים הביעו ספקנות אשר ליכולת הטכנית של ביצוע התשלום הפרוגרסיבי. בסוף דיון זה נערכה הצבעה בשאלה העקרונית על החלת פרוגרסיביות על ההשתתפות, בתנאי שהדבר יעשה כך שלא תיגרם הלבנת פני החולה הזכאי להנחות / לפטורים. תוצאות ההצבעה לימדו שרוב משתתפי הדיון תמכו בגישה הפרוגרסיבית להשתתפות העצמית. נותרה שאלת הדרך המעשית להחלת הפרוגרסיביות: האם לקבוע פרוגרסיביות בעבור ההשתתפות העצמית בלבד או גם בעבור תקרת התשלומים? איך ליצור קטגוריות וכמה? האם להחיל את הפרוגרסיביות בגבייה (ביטוח לאומי) או בתשלום (בנקודות השירות של קופות החולים)? היתרונות והחסרונות של השיטות מפורטים להלן. נציין עם זאת, כי ניתן, להערכתנו, ליצור קשר ישיר בין גובה מס הבריאות שמשלם האזרח לבין ההשתתפות העצמית בלי לסכן את צנעת הפרט בחשיפה גדולה מזו הקיימת כיום. ניתן באמצעות כרטיס החבר המגנטי לקבוע בדרך בלתי נראית את קטגוריית ההשתתפות של המבוטח, כך שנותן השירות לא יידע מה מהות הקשר בין הסכום לתשלום לבין מצבו הסוציו-אקונומי של החולה. כך תהיה אפשרות גם להימנע מגביית יתר ומהסרבול הכרוך בדרישת החוזרים על ידי המבוטחים וכן להתגבר על בעיית חוסר המידע של הציבור ביחס להחזרים.

הוסכם שההכנסות הצפויות מתשלומי ההשתתפות העצמית צריכות להיכלל במסגרת תקצוב הסל של קופות החולים (והקפיטציה). כך ייגרעו הכנסות עודפות מתשלום הקפיטציה לקופות.

במסגרת הדיון הוצגה עמדת הציבור כפי שהיא באה לידי ביטוי ב"פרויקט הציבורי". מעניין לציין שעל פי נתוני הסקר, הציבור חש שתקרת התשלומים גבוהה מדי ומביע התמרמרות על מקרים שההשתתפות העצמית גבוהה ממחיר השירות / התרופה. הציבור תומך בגישה שמי שמשתמש בשירותים צריך גם לשלם בעבורם, ולו בשל העיקרון שמי שמשתמש בשירות צריך לשלם יותר ממי שאינו משתמש.

הדיון בבריאות השן התכנס במידה רבה להסכמה על המפורט בנייר העבודה. הוסכם כי המצב הקיים, שבו חלק הארי של שירותי בריאות השן כרוכים בהוצאה פרטית, אינו ראוי

וכי נדרשת פעולה לאלתר להכנסת חלק ממרכיבי בריאות השן לסל הציבורי. הוסכם על בסיס ממצאים מדעיים שהשירותים הראשונים שיש לכלול בסל הציבורי צריכים להיות מושתתים על צעדי מנע, כדוגמת הרחבת הפלרתם של מי השתייה, והעיקר - הרחבת התוכנית למניעה ולטיפול ראשוני לכלל אוכלוסיית תלמידי בתי הספר. מעבר לכך הוסכם שבשלב ראשון יש להעניק שירותי בריאות שן חיוניים לקבוצות של בני השכבות מעוטות היכולת (כולל הנחות ופטורים). זאת מתוך הכרה כי יכולת התקציב להרחיב שירותים אלה על בסיס אוניברסלי לכלל האוכלוסייה בעתיד הקרוב היא מוגבלת.

## הוצאה הפרטית של משקי הבית בישראל

**בחינת השפעתם של מרכיבי הוצאה הפרטית על נגישות לשירותי בריאות חיוניים - תיאור המצב והצעת דרכים לשיפור מתוך התמקדות בתחומי ההשתתפות העצמית ובריאות השן**

### א. עיקרי הדברים

1. חלקה של הוצאה הפרטית על שירותי הבריאות בישראל עומד על יותר מ-30% מסך הוצאה הלאומית לבריאות, שיעור גבוה במידה מסוימת מהממוצע במדינות המפותחות, אך נמוך מזה שבארה"ב. מכיוון שהוצאה פרטית אינה שוויונית במהותה נשאלת השאלה, באיזו מידה היא גורמת לפגיעה בנגישותם של בני השכבות מעוטות היכולת לשירותי בריאות חיוניים. נוסף על כך, חלק מההוצאה הפרטית – ההשתתפות בתשלום בעבור תרופות, ביקורי רופא ושירותים אחרים הכלולים בסל הבריאות – הפכה למקור מימון במערכת הבריאות וכך ניטשטש התפקיד העיקרי של השתתפויות אלה כחסם מפני בזבוז בצריכת התרופות והשירותים. הקבוצה מקבלת את העיקרון שאספקת שירותי הבריאות במסגרת הסל חייבת להיעשות על פי צרכי החולה ובשוויון מלא ככל האפשר. הקבוצה אף סבורה כי כל שירותי הבריאות "החיוניים", המשפרים את הבריאות וזכוכים בעלות סבירה, חייבים להיכלל בסל. במסגרת זו יש להתחשב כמובן גם במסגרת התקציב, אך לשאוף תמיד להשגת מטרה זו במלואה.
2. קבוצת העבודה ממליצה לאמץ עקרון חלוקה שיאפשר הגדרת שירותים שיינתנו במסגרת סל ציבורי, מתוך הבטחת שוויון נגישות לכול ושירותים שיינתנו במימון פרטי. עקרון החלוקה יתבסס על דירוג שירותי הבריאות לפי מידת תרומתם לבריאות האוכלוסייה ביחס לעלותם<sup>1</sup>. שירות שיוגדר חיוני בתרומתו לבריאות ושעלותו סבירה יוכלל בסל הציבורי, מתוך פיקוח על קיום שוויוניות בנגישות

<sup>1</sup> הקבוצה מכירה בקושי שבהגדרת מידת התרומה לבריאות של שירות נתון ונכך שקיים חילוקי דעות לגבי מידת התרומה לבריאות של חלק מהשירותים הקיימים. עם זאת, הקבוצה מחזיקה בדעה שלמרות הכניעויות, ניתן לזהות שירותי בריאות שאינם כלולים כיום בסל הבריאות ושצריכים להיות בו, ולהפך.

אליו לכל שכבות האוכלוסייה. שירותי הבריאות האחרים יירכשו באופן פרטי לפי שיקוליהם והעדפותיהם של משקי הבית. כך יותווה קו מפריד בין שירותי בריאות שחובה לספקם במסגרת הציבורית לבין שירותי בריאות שניתן להותירם להחלטתם ולמימנם של משקי הבית.

3. מיון השירותים במדרג החיוניות ייעשה בידי מוסד המורכב מאנשי מקצוע בתחומי הרפואה והאתיקה הרפואית והציבורית. מוסד זה (אם מוסד קיים ואם מוסד שיוקם לצורך העניין) יסתמך על מחקרים קיימים ועל מחקרים ובדיקות שייזום. מערכת "פרלמנטים ציבוריים" עשויה לסייע בתרומת מרכיב דמוקרטי לתהליך ובייצוג של העדפת הצרכנים. הקבוצה הסתפקה בקביעת העיקרון כדי שתוכל לפנות לסדר היום שהוטל עליה, לסקור את הרכב הוצאה הפרטית על שירותי בריאות, לשקול אילו מהרכיבים ראויים להיכלל בסל הבריאות ולחפש דרכים מתאימות לעשות זאת.
4. על בסיס סקירת מרכיבי הוצאה הפרטית על בריאות, בחרה הקבוצה להתמקד בשני תחומים: ההשתתפות העצמית בשירותי הסל (בדגש על תרופות) ורפואת השיניים. שני תחומים אלו נבחרו משלוש סיבות: (1) הוצאה הפרטית על שירותים אלה בקרב בעלי ההכנסה הנמוכה היא הגבוהה ביותר מקרב מרכיבי הוצאה הפרטית של קבוצה זו על שירותי בריאות; (2) הוצאה של בעלי ההכנסה הנמוכה על שני תחומים אלה מבטאת שיעור גבוה יותר מהכנסתם מהשיעור המקביל בקרב בעלי הכנסות גבוהות יותר. שני הנתונים מלמדים שבעיני העשירונים הנמוכים, אלה התחומים המהווים את עיקר הנטל (ראו לוח "נתוני הוצאה למשקי בית על שירותי בריאות" בנספח). בעבור השכבות מעוטות היכולת מהווים שני תחומים אלה את החסם העיקרי בנגישות לשירותי בריאות שהם תופסים כחיוניים; (3) חברי הקבוצה התרשמו שמדובר בתחומים שלגביהם שיטת המימון גרמה פגיעה בבריאות, בייחוד בקרב השכבות החלשות.
5. רוב חברי הקבוצה מסכימים שהשימוש בהשתתפות העצמית לשירותי הסל מוצדק אך ורק ככלי לצמצום שימוש יתר, ולכן יש לממש זאת אך ורק לגבי תרופות ושירותים שהנהגת ההשתתפות לגביהם היא הכלי היעיל לצמצום זה. עם זאת, חברי הקבוצה מכירים בעובדה שבפעול משמשת ההשתתפות העצמית גם כמקור הכנסות למערכת הבריאות. לדעת חברי הקבוצה, השתתפות עצמית כמכשיר למימון המערכת אינה רצויה, אינה יעילה ובוודאי אינה הוגנת (ראו להלן).
6. בקרב חברי הקבוצה התגלעו חילוקי דעות לגבי מידת קיומו של "הסיכון המוסרי"

(moral hazard) בצריכת השירותים, ומקצת חברי הקבוצה אף הסתייגו מעצם השימוש במונח זה. טענתם היא שמרב השירותים ניתנים על ידי הרופא, אינם משפיעים על החולה ולכן אין חשש משימוש יתר בידי החולה. מנגד עלתה הטענה שלחולים יש השפעה, גם אם עקיפה, על החלטות הרופא, תופעה שניתן למתנה באמצעות גביית השתתפות עצמית. לכן ממליצה הקבוצה לבחון את שירותי הבריאות בהיבט "הסיכון המוסרי" ולקבוע תשלומי השתתפות עצמית רק בעבור אותם שירותי הסל הציבורי שלגביהם יש שימוש יתר המותנה בהתנהגות הצרכן, אם ישירות ואם בעקיפין, ולקבוע את שיעור ההשתתפות כך שתתרום (ככל האפשר) אך ורק למניעת שימוש יתר ושתפגע מעט ככל האפשר בשימוש חיוני. בקבוצה הייתה תמימות דעים לגבי ביטול כל ההשתתפויות הקשורות ברפואה מונעת, כגון חיסונים שיעילותם מוכחת, שכן מדובר בשירותים חיוניים שלגביהם אין חשש לביקוש יתר.

7. השיטה לגביית תשלום הנהוגה כיום, ולפיה עניים ועשירים משלמים אותו מחיר, אינה יעילה להשגת המטרה הנ"ל ואף אינה שוויונית. היא אינה שוויונית כי היא מטילה עול כבד יותר על בעלי הכנסות נמוכות (גם אם אינם חולים יותר). השיטה הנוכחית אף אינה יעילה, שכן בהטילה נטל שונה על מבוטחים שונים סביר להניח כי בעבור בעלי הכנסות הגבוהות ההשתתפויות נמוכות מכדי למנוע בזבז ובעבור בעלי הכנסות הנמוכות הן גבוהות מדי וגורמות פגיעה בבריאות. עבודות אמפיריות בישראל מצאו שיעורים ניכרים של מטופלים, גבוהים יותר בקרב העניים, שוויתרו על תרופות ועל שירותים בגלל ההשתתפויות העצמיות. גם בהנחה שעצם הוויתור על שירותים לא-נחוצים הוא מטרת ההשתתפות, הרי שוויתור גדול יותר בקרב האוכלוסייה מעוטת היכולת אינו רצוי.

8. קביעת שיעורי ההשתתפות העצמית ותקרות התשלומים לשירותים שבעבורם תיגבה השתתפות, על בסיס פרוגרסיבי (כפי שיוסבר להלן), תהיה שוויונית ויעילה כאחת. אין עדיין הסכמה בקבוצה על הדרך הטובה ביותר לעשות זאת. דרך אפשרית אחת היא קביעה וגבייה של ההשתתפויות וה"תקרות" על פי שיעור מס הבריאות שמשלם כל חולה וחולה, שיעודכנו בעזרת כרטיס החבר המגנטי בעת קניית התרופה או השירות. כך תתאפשר שמירה על מימון פרוגרסיבי של שירותי הבריאות מתוך הגברת השוויוניות בנגישות לשירותים אלו. שיטה זו גם תגביר את היעילות בגביית התשלומים. קיימת בקרב כמה מחברי הקבוצה התנגדות עקרונית ל"מבחני האמצעים" העומדים בשורש ההצעה, וכן יש חשש מן הסרבול

הביורוקרטי הכרוך בה (על דרך הגבייה הנמנעת ממבחני אמצעים ראו להלן). הצעות נוספות שעלו במסגרת דיוני הקבוצה לגבי ההשתתפות העצמית כללו קביעת כללי השתתפות אחידים לכל קופות החולים, חזרה לשיטת ה"מנות" של שירותי בריאות כללית ויצירת זיקה בין שיעור ההשתתפות לבין מידת התרומה של השירות הנדון לבריאות החולה.

9. חלק ניכר מחברי הקבוצה גורסים שיש להקטין את משקל ההשתתפות העצמית במימון מערכת הבריאות עד כדי שימוש בה אך ורק למניעת בזבז. עם זאת, הקבוצה מכירה בקושי הכרוך בהעמסת הוצאות נוספות על הסל בתקופה זו של משבר תקציבי. בקבוצה הובעה תמיכה עקרונית בהפחתה מסוימת של סכום ההשתתפויות תמורת העלאה מתונה של מס הבריאות. משייקבע סכום ההשתתפויות, השינוי בדרך גביית ההשתתפות יעשה כך שהסכום הנ"ל יישאר קבוע: הגבייה הנוספת מהשכבות החזקות תפצה על אובדן ההכנסה שייגרם מהקטנת ההשתתפות העצמית של השכבות החלשות. מכיוון ששיטת השתתפות זו גם יעילה יותר בנוגע לשימוש בתרופות, הקופות לא יפסידו מהשינוי ואולי אף ירוויחו.

10. התוכנית הכלכלית של הממשלה, שנדונה בימים אלו, קובעת סייגים חדשים ומחמירים יותר לפטורים מתשלום ההשתתפות העצמית. לדעת חברי הקבוצה, יש לוודא שלא תחול פגיעה בנגישותה של האוכלוסייה מעוטת היכולת לשירותי בריאות חיוניים. שיטת הגבייה הפרוגרסיבית שמציעים חלק מחברי הקבוצה תאפשר לבעלי הפטורים לשלם מחיר נמוך מאוד, אם בכלל, וכך תצמצם הפגיעה בהם.

11. עם זאת, במידה ששיטת הפטורים על ההשתתפויות לקבוצות נבחרות תישאר בעינה, יש לפצות את קופות החולים על הפטורים. ולא, ייווצר אי-שוויון בלתי מוצדק בין הקופות וכן תמריץ ל"גריפת שמנת" על ידן. פיצוי דומה יש להעניק לקופות בגין הפעלת התקרות.

12. על השירותים האחרים בסל הציבורי ששימוש היתר בהם אינו תלוי בחולה אין לגבות השתתפות עצמית. כאן יש לפעול מכיוון ההיצע למניעת בזבז, כגון בעזרת הטמעת כללי יסוד (guidelines) לטיפול נאות ופיקוח מנהלתי מתאים.

13. הקבוצה מסכימה שיש לייעל את מערכת גביית ההשתתפות העצמית, כך שלא תהיה גביית יתר (מעבר ל"תקרה"). לשם כך מציעה הקבוצה למכן את מערכת הגבייה, לשפר את מודעות הציבור לזכויותיו בתחום זה ולהחיל את האחריות לגבייה שיטתית על קופות החולים באמצעות המערכת הממוחשבת שלהן. כדי לאכוף את

אחריות הקופות, הקבוצה מציעה שבכל מקרה של גביית יתר בידי קופת החולים, יוטל עליה "קנס". כמו-כן יש להדריך את הציבור ואת נותני השירותים לגבי זכויות הציבור בכל הנוגע להשתתפות העצמית.

14. רפואת השיניים בישראל היא דוגמה לשירות בריאות חיוני, שאינו כלול בסל ציבורי ושעלות קנייתו יש בה משום נטל של ממש על משקי הבית בשכבות מעוטות היכולת. התוצאה היא תת-שימוש בשירותים אלה בשכבות החלשות מתוך פגיעה במצב בריאות השיניים. עבודות אמפיריות בישראל מצאו הבדלים ניכרים בין עניים לעשירים בכל הקשור לרפואת שיניים ולבריאות הפה, ובכלל זה ידע, עמדות, הנטייה לקיים ביקורים מניעתיים, הנטייה שלא להשלים תוכניות טיפול בגלל מחיר ומספר השיניים הנגועות. עם זאת, נמצא כי השכבות החלשות מוציאות על שירותי רפואת השיניים סכומים גבוהים ביחס להכנסתן, בהשוואה לבעלי ההכנסות הגבוהות יותר. התנהגות זו מוכיחה את חיוניות השירות מבחינתן.

15. בהשוואה למצב במדינות אירופה, מרכיב בריאות השן אינו בא לידי ביטוי במידה נאותה בחוק המגדיר את השירותים שיזכו למימון ציבורי, ויחסית למצב בארה"ב, שיעור הנהנים מביטוח דנטלי מסחרי הוא קטן והתמיכה בבני השכבות מעוטות היכולת היא מוגבלת בלבד.

16. הקבוצה מסכימה שראוי כי חלק משירותי רפואת השיניים יכללו בסל הציבורי, על פי העקרונות שנקבעו לעיל וכפי שנהוג במדינות מפותחות רבות. ההוצאה הלאומית על רפואת שיניים גבוהה מ-5 מיליארד שקל בשנה, כמעט כולה פרטית. גם אם ראוי שחלק ניכר מהוצאה זו ייוותר הוצאה פרטית, קשה לראות כיצד ניתן להוסיף בעתיד הנראה לעין חלק ניכר וראוי משירותי בריאות השן לסל הציבורי. מצב זה מכתוב מחשבה בשני כיוונים: האחד, מיון קפדני של השירותים ודירוגם על פי תרומתם לבריאות (השן והאדם), וזאת על מנת לבחור את היעילים ביותר כבעלי קדימות גבוהה להכללה בסל. האחר, לשקול אפשרות של התחלה בהענקת מקצת שירותים אלה רק לקבוצות חלשות ופגיעות במיוחד. דרך זו פוגעת אמנם בעקרון האוניברסליות העומד ביסוד החוק לביטוח בריאות ממלכתי, ויש בה את כל החסרונות (והיתרונות) של שירות מיועד, אך היא עשויה להקדים הענקת שירותים חשובים לזקוקים להם ביותר.

17. הקבוצה לא דנה בפירוט שירותי בריאות השיניים שיש לכלול בסל הציבורי, אלא בעיקרון המנחה. כאן הקבוצה ממליצה להעניק לשירותי המניעה עדיפות ראשונה להכללה בסל. על פי מרב המחקרים פעילות מנע בתחום זה היא יעילה במיוחד.

פעילות מנע יעילה ביותר, הכנסת פלואוריד למי השתייה, כבר מעוגנת בחקיקה ומיושמת גם באמצעות הפלרה של מי המוביל הארצי. הקבוצה ממליצה להשלים תהליך כדאי זה גם בנקודות היישוב הניזונות ממקורות מים עצמאיים. על בסיס מחקרים המראים שטיפול מנע מוצלח בגיל הצעיר מבטיח סיכוי טוב יותר לשיניים בריאות יותר גם בגילאים מתקדמים, הקבוצה ממליצה לכלול טיפולי מנע לכלל הילדים במימון ציבורי.

18. פעילות המנע הקיימת כיום בישראל בתחום זה היא טיפול ייעודי בילדי כיתות א' עד ט' באמצעות שותפות בין משרד הבריאות, הרשויות המקומיות וההורים. כיום, רק מיעוט מקרב הרשויות המקומיות מפעיל שירות זה, וזאת בעיקר בגלל הנטל הכספי הכרוך בו. הצוות רואה עדיפות עליונה בהרחבת השירות הזה לכלל אוכלוסיית הילדים והכללתו בסל החובה. הצוות לא הגיע למסקנה לגבי הדרך הטובה ביותר לעשות זאת: אם באמצעות משרד הבריאות (ב"תוספת השלישית"), באמצעות הקופות, באמצעות ספק נבחר באחריות משרד הבריאות או באחריות הרשויות המקומיות.

19. יש לפעול להגברת המודעות לחשיבות טיפולי השיניים המניעתיים, אם בתוכניות הלימודים בבתי הספר ואם באמצעי פרסום והדרכה לציבור המבוגר ולקשישים.

20. שאר הטיפולים יסווגו לפי מידת תרומתם לבריאות השן ביחס לעלותם. הטיפולים שעלותם סבירה יכללו בסל הציבורי מתוך קביעת השתתפות עצמית בהתאם לקריטריונים שהוזכרו לעיל. חלק מחברי הקבוצה מחזיק בדעה שיש להוסיף שירותים אלו לסל גם במחיר הוצאת שירותים אחרים ממנו, אך בהינתן המגבלה התקציבית נראה לצוות שבשלב זה יש לבדוק דרכים למיקוד שירותי רפואת שיניים נוספים לאוכלוסיות חלשות ולאוכלוסיות פגיעות אחרות. זאת באמצעות הענקת "שוברים" לטיפול, עידוד וסבסוד רכישת ביטוחים בסיסיים, הקמת מרפאות בשכונות מתאימות, טיפול ממוקד בקבוצות של קשישים ועוד.

21. בנקודות רבות לא הגיעה הקבוצה לכדי תמימות דעים וכן קיימים פערי מידע רבים. מוצע להמשיך ולדון בנקודות אלה במהלך הכנס.

### השאלה הכללית:

1. מה המשמעות הכלכלית למשק ולחברה הישראלית הנובעת מקיום אי-שוויוניות או משימוש מועט מדי בשירותים בקרב השכבות החלשות?
2. האם אפשר לתרגם סכום זה לסכום שניתן להשקיע בפתרון בעיית האי-שוויון?

3. עד כמה תרומות השפעות החינוך ותרבות המוצא לבעיית הנגישות לשירותי בריאות ועד כמה תתרום הדרכה נאותה לפתרון בעיה זו?
  4. ניתוח השוואתי של מרכיבי ההוצאה הפרטית במדינות אחרות.
- ההשתתפות העצמית:**
5. לגבי אילו שירותים / הוצאות קיים "הסיכון המוסרי"?
  6. מהי השפעת ההשתתפות בתשלום על צריכת שירותי הבריאות?
- בריאות השן:**
7. אילו שירותים חשוב לכלול כבר בשלב הראשון במסגרת הסל הציבורי?
  8. מהן דרכי המימון הכדאיות להכנסת שירותי בריאות השן לסל הציבורי?

## ב. דיון מפורט

### העקרונות הכלליים

אי-שוויון קיים בכל מערכת חברתית [1]. השאלה היא מהי מידת האי-שוויון האופטימלית לחברה, מידה שתאזן בין היעילות בהקצאת המשאבים לבין מידת הפגיעה ברווחה החברתית. נדגיש עם זאת, כי לא תמיד יש סתירה בין השתיים וכי במקרים רבים מידה גדולה יותר של שוויון מגדילה את מידת היעילות ומערכת יעילה מגדילה את מידת השוויון. דוגמה לכך נמצא בעניין ההשתתפויות בתשלום בעבור תרופות ושירותים. אפשר לסווג את שירותי הבריאות העומדים לרשות הציבור בישראל לאלו הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משנת 1995 חנים או בהשתתפות עצמית (לפי חוק ההסדרים משנת 1998), לאלו הניתנים במסגרת הביטוחים המשלימים והפרטיים, ולאלו הנקנים באופן פרטי. על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [8] ההוצאה הלאומית לבריאות הסתכמה בשנת 2001 ב-43 מיליארד שקל, שהם 8.8% מהתמ"ג ומייצגים עלייה של 5% במחירים קבועים לעומת השנה הקודמת. על פי נתונים אלו, חלקם של משקי הבית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, כהוצאה ישירה על שירותים, היה 32%, 25% מההוצאה מומנו באמצעות מס הבריאות ו-43% הנותרים מומנו מתקציב המדינה הכללי.

ההוצאה הציבורית על שירותי בריאות, כאחוז מהתמ"ג, ויחס ההוצאה הציבורית על שירותי בריאות מסך ההוצאה על שירותים אלו בישראל דומים לממוצע במדינות המפותחות (OECD) כפי שמוצג בטבלה שבנספח 1. נתוני שנת 1999 מלמדים [8] שההוצאות על שירותי רופאים פרטיים שיקפו כ-4.5% וההוצאות לרפואת שיניים ייצגו

- כ-8.5% מההוצאה השוטפת על בריאות. חלקן של הוצאות משקי הבית על תרופות ועל ציוד רפואי היה 6% מההוצאה זו.
- החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 הביאה עמה צמצום ניכר באי-שוויון בין השכבות הסוציו-אקונומיות השונות, הן במימון השירותים הן בשימוש בשירותי הסל ובנגישות אליהם, לרבות זמני המתנה לרופאים מומחים ולשעות קבלת הקהל [9]. השימוש בשירותי הסל בידי בני השכבות החלשות גבוה מאשר בשאר האוכלוסייה, הן בביקורי רופא ראשוני והן באשפוזים, דבר שיש בו כדי לשקף גם את מצב בריאותם הירוד יותר. עם זאת, יש פערים הפוכים, גדולים יחסית, בתחום רכישת ביטוחים משלימים ופרטיים, בשימוש בשירותי רפואה פרטית, בקניית תרופות ובשימוש בשירותי רפואת השיניים [9]. הפער אף גדל לאחר התקבלות חוק ההסדרים ב-1998 שהנהיג השתתפות עצמית בעבור ביקורי רופא מומחה ושירותים מקצועיים והגדיל את תשלומי ההשתתפות בעבור תרופות. כך הקטין החוק את נגישות השכבות החלשות לשירותים אלו [9].
- ההוצאה החודשית הממוצעת לתצרוכת למשק בית בשכבות החלשות הסתכמה ב-1999 ב-5,928 שקל ושיקפה 56% מההוצאה הממוצעת לתצרוכת למשק בית בכלל האוכלוסייה [9]. ההוצאה הממוצעת על שירותי בריאות (לרבות מס הבריאות) הייתה 407 שקל למשק בית בשכבות החלשות לעומת 890 שקל למשק בית בכלל האוכלוסייה [9]. ההוצאה הגדולה ביותר של השכבות החלשות הייתה על רפואת שיניים (21% מכלל ההוצאה על שירותי בריאות) ולאחר מכן תרופות (14%) ביטוח משלים / פרטי (5%) ושירותי בריאות פרטיים (2%). עלות ההוצאה על רפואת שיניים הייתה אף גבוהה יותר מכל הוצאה אחרת על בריאות מאז 1992 [9]. ההוצאה על רפואת שיניים ועל תרופות, כאחוז מהתצרוכת, גבוהה בקרב בני השכבות החלשות מאשר בשאר האוכלוסייה.
- הנתונים שהוצגו לעיל מלמדים על המשקל הגבוה שיש להוצאה הפרטית על שירותי בריאות בקרב בני השכבות מעוטות היכולת, ובייחוד בתחומי רפואת השיניים וקניית תרופות, לרבות ההשתתפות העצמית הכרוכה בקניית תרופות ושירותי בריאות. נתונים אלה מצביעים בעת ובעונה אחת על חיוניות שירותים אלה בעיני האוכלוסייה ובכללה השכבות החלשות, וכן על אפשרות של הימנעות מטיפולים בקרב קבוצה זו. לפיכך החליטה קבוצת העבודה לדון בשלוש שאלות:
1. **השאלה הכללית:** עקרונות חלוקת ההוצאה לבריאות בין המרכיב הציבורי לפרטי - כיצד אפשר להתוות את הקו המפריד בין שירותי בריאות שחובה לספקם במסגרת הסל הציבורי לבין שירותי בריאות שניתן להותירם מחוץ לסל זה?
  2. **תחום ההשתתפות העצמית:** השפעת ההשתתפות העצמית על מאפייני



צריכת שירותי הבריאות בקרב שכבות סוציו-אקונומיות נמוכות: מה מצדיק גביית השתתפות, מה הרמה הרצויה, מהי שיטת הגבייה הנאותה ומהן דרכי הפעולה האפשריות לצמצום האי-שוויון?

3. **תחום רפואת השיניים:** תחום בריאות שחלק הארי של מרכיביו לא נכלל בסל השירותים הציבורי: כיצד משפיע מצב זה על מאפייני הידע, על הגישה ועל ההתנהגות של בני השכבות החלשות? כיצד משפיעים גורמים אלו על מאפייני השימוש של קבוצת אוכלוסייה זו בשירותים הניתנים בתחום רפואת השיניים? מה מצב בריאות השיניים בקרב השכבות החלשות? כיצד אפשר לשפר את המצב בתחום זה ובעיקר ביחס לאי-שוויון?

### 1. השאלה הכללית: עקרונות לחלוקת ההוצאה לבריאות בין המרכיב הציבורי לפרטי

אי-שוויוניות בנגישות לשירותי הבריאות משקפת במקרים רבים ליקויי יעילות, ולפיכך סומנת בחובה עלות כלכלית. כך לדוגמה הימנעות מטיפול בקרב שכבות מעוטות יכולת עלולה לגרום עלות חברתית גבוהה, בשל הצורך בטיפול בסיבוכי המחלה (כגון מימון דיאליזה לחולים סוכרתיים שלא אוזנו כהלכה בתחילת תהליך המחלה) ובהתפשטותה אל כל שכבות האוכלוסייה (כגון התפשטות חצבת בעקבות העדר חיסון לחלק מהאוכלוסייה). לכן פתרון מושכל של בעיות שוויון, מלבד היותו "צודק" מהפן הערכי, פועל גם להגדלת יעילות המערכת ולהקטנת העלויות של מערכת הבריאות. הקבוצה מציעה כי עקרון החלוקה בין מחויבות ציבורית לבין חופש בחירה פרטי יהיה על פי התרומה לבריאות ובהתאם לעלות השירות הרפואי. נניח שאפשר לדרג את כל ההוצאות על בריאות לפי חשיבותן, כשבראש הסולם מצויים שירותים המפיקים את מרב הבריאות בעבור כל שקל הוצאה ובתחתיתו שירותים (או הוצאות) בעלי ערך בריאותי המתקרב לאפס או אף בעלי ערך שלילי (ויש כאלה). את המדרג כולו אפשר לחלק לשניים: הסל הציבורי יכלול את השירותים שבחלק העליון של המדרג: שירותים שיימצאו בעלי התועלת הבריאותית הגבוהה יותר ושעלותם סבירה. עקרון העלות הסבירה בא להצדיק הוצאה ציבורית על בריאות במקום על צורך ציבורי חשוב אחר או גבייה של תוספת מסים. שירותים אלו יסופקו לכל התושבים על פי צורכיהם (כמה מהם בהשתתפות עצמית, ראו להלן). החלק השני של המדרג יכלול אותם שירותים שיעלותם הרפואית האובייקטיבית פחותה ו/או שעלותם גבוהה, ושקיים לפיכך ספק רב אם יש למננם מכספי משלם המסים. שירותים אלו יסופקו לצרכנים בדרך כלל על פי בחירתם והעדפתם החופשית (מערכת

הטעמים שלהם) ועל פי יכולתם הכספית מתוך עקרון בחירת (סוברניות) הצרכן שמחייב לכבד את חופש הבחירה שלו לשימוש שיעשה בכספו.<sup>2</sup>

בדרך זו תושג תוספת מרבית של בריאות בעבור כל תקציב נתון ושוויון בין כלל המבוטחים לגבי כלל השירותים הכלולים בסל הציבורי. עקרון זה עומד בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כדי שהשוויון יתקיים למעשה, הרי שעל נוסחת הקפיטציה, המשקפת את הסיכון (הצורך) הבריאותי של קבוצות האוכלוסייה, להיות "נכונה" ועל הקופות להעניק שירותים בהתאם לה. עקרון חלוקה זה מביא גם למרב התועלת (הרווחה) החברתית, בהנחה שרמת התועלת של כל פרט מרמת בריאות נתונה (או ממחלה נתונה) היא זהה. עקרון חלוקה זה מתיישב אף עם עקרון המימון הציבורי הגורס כי השירותים צריכים להתחלק על פי הצרכים (שווים לכולם) ושאת הפרוגרסיביות יש להשיג באמצעות המימון (המסוי).

עקרון החלוקה המוצע לעיל מתיישב גם עם הטענה הגורסת כי חשוב יותר ומעשי יותר להביא למצב שכל אזרח (גם בעל הכנסה נמוכה) יזכה למלוא השירותים הרפואיים המביאים תועלת רפואית מוכחת בעלות סבירה, מאשר לשאוף לשוויון מוחלט של כל שירותי הבריאות. בדרך זו הדגש הוא רב יותר על שיפור מצבם של בני השכבות החלשות מאשר על הבטחת שוויון, שכן ערך הסל הציבורי מבטיח שירותי בריאות ראויים לבעלי ההכנסות הנמוכות (ואם הם זקוקים ליותר שירותים, כפי שמראים הנתונים, הרי שיקבלו יותר) בלי קשר לאי-שוויון בשירותים חיוניים פחות, ושבראייה חברתית כוללת ניתן לקבלו. התרכזות במטרה זו מאפשרת גם הקצאה נדיבה יותר של משאבים לשירותים ציבוריים מהכנסה נתונה של מסים, לעומת מצב שחלק מההוצאה הציבורית ייוחד לשירותים ראויים פחות או שאינם ראויים כלל. נציין כי האי-שוויון הנובע משיטה זו בבריאות בין עשירים לעניים קטן בהרבה מהאי-שוויון בהוצאה על בריאות בין הקבוצות. עקרון החלוקה המוצע אף מגדיר שתי טריטוריות: הסל הציבורי שבו קיימת שאיפה לשוויון מוחלט ושאר שירותי הבריאות שבהם נסבלת רמה של אי-שוויון.

עקרונות החלוקה המוצעים הם גם "יעילים", כל אחד בדרכו (או בחלק שהוא מופקד עליו): השירותים הציבוריים מבטיחים את מרב הבריאות בעבור תקציב נתון<sup>3</sup>, ואילו החלק הפרטי מבטיח שימוש במקורות לפי רצונם וטעמם של האזרחים (במגבלת

<sup>2</sup> עיקרון זה עקבי עם הבאת התועלת החברתית למקסימום כאשר לכל פרט מערכת העדפות שונה מזו של האחרים. במצב כזה מרב התועלת (הרווחה) החברתית מושג ע"י כך שכל צרכן רוכש מוצרים ושירותים עד שהתועלת הנובעת מן השקל "האחרון" שהוא מוציא משתווה על פני כל הוצאותיו, ובמערכת שוק שהמחירים בה שווים לכולם מושגות גם התועלת בשוליים בין כל הצרכנים.

<sup>3</sup> בפועל אנו יודעים שבגביית השתתפויות נעדה גם כדי להגדיל את הכנסות מערכת הבריאות.

האמצעים שברשותם). ההקצאה המיטבית של המקורות הציבוריים צריכה להביא למצב שבו אם תיעשה העברה של שקל אחד מחולה לחולה, תיגרם הקטנה של רמת הבריאות. הקצאה מיטבית של ההוצאה הפרטית מבטיחה שהעברת יחידת שירות רפואי מאדם לאדם תביא לידי הקטנת התועלת החברתית (תוספת התועלת למקבל תהיה קטנה מירידת התועלת מזה שגרעו ממנו).

הבעיה העיקרית שנותרה היא כיצד להוציא את העיקרון מן הכוח אל הפועל, כלומר מי יקבע וכיצד, מהו שירות המשפר בריאות במחיר סביר ושיחלק את כל שירותי הבריאות בין הסל ה"ציבורי" לזה ה"פרטי"? לשם כך הקבוצה ממליצה להקים מוסד של אנשי מקצוע בתחומי הרפואה והאתיקה הרפואית והציבורית, או להשתמש במוסד קיים, כגון ועדת סל השירותים. מוסד כזה יסתמך על מחקרים קיימים ועל מחקרים ובדיקות שייזום. צירוף של מערכת "פרלמנטים ציבוריים" עשוי אף הוא לסייע בהבאה לשיקול הדעת גם את העדפות הציבור. חילוקי דעות ישררו תמיד, ומטבע הדברים במתחם קו ההפרדה יכללו שירותים שחיוניותם שנויה במחלוקת. עם זאת, מיקומו המדויק של קו ההפרדה, כל עוד הוא באזור "אפור" זה, אינו כה קריטי. ייתכן גם שמדינות שונות, או מדינה אחת בתקופות שונות, יקבעו את הקו במקומות שונים.

שיטת הסל הנהוגה בישראל משמשת עקרונות מסגרת הפעולה הנכונה לטיפול בחלק הציבורי של שירותי הבריאות. השאלה היא אם המנגנון הקיים מתאים (ועל כך לא נדון כאן). שאלה אחרת היא אם התקציב המיועד לסל מספיק למימון החלק הראוי של שירותי הבריאות. שאלה זו שנויה במחלוקת, ואין ספק שיהיו בה חילוקי דעות. חילוקי דעות צפויים בפרט על הקריטריונים המקצועיים כפי שעלו גם בין חברי הצוות, כגון לגבי הסוגיה באיזו מידה צריכות העדפות הציבור לשמש קריטריון חשוב? החידוש העיקרי בטיעון הכללי, פרט לביסוס מושגי של עקרון החלוקה בין שני הסלים, הוא, לכן, בהמלצה לרכז את המימון הציבורי בחלק העליון של המדרג בלבד, ולקבל את האי-שוויון הנובע משימושים פרטיים, בלי מעורבות חברתית. ייתכן כמובן מצב שבו אין די תקציב למימון הסל הראוי כולו. בתחום הלא-מכוסה על ידי הסל ממליץ הצוות להעניק קדימות לשכבות החלשות באספקת השירותים החיוניים.

יש לציין גישה שלפיה, במקרים מסוימים, השקעה פרטית בטכנולוגיה רפואית מתקדמת, אף שהיא מגדילה את פערי השוויוניות, בה בעת היא מאפשרת להגדיל את התועלת לבריאותה של כלל האוכלוסייה. ומכאן שפער שוויוניות אינו מעיד בהכרח על הרעת מצב הבריאות של השכבות מעוטות היכולת.

שילוב שתי הגישות (הגישה שלפיה אין לסבול חוסר שוויוניות לגבי שירותי בריאות

שתרומתם לבריאות מוכחת והגישה שיש לאפשר רכישה אי-שוויוניות כזו במקרים שהיא עשויה לקדם את בריאות הכלל) עולה בקנה אחד גם עם ההתייחסות לשיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה על שירותי בריאות. האם ניתן להתייחס לערך המספרי (32% בישראל) כמייצג את רמת השוויוניות והיעילות של המערכת או שבלא חלוקה למרכיביו (אלו שראוי שיירכשו במימון פרטי ואלו שראוי כי יסופקו במימון ציבורי) לא ניתן להתייחס אליו כמייצג? לכן, גם ההשוואה הבין-לאומית לערך המספרי של ההוצאה הפרטית עשויה להיות בעייתית כל עוד אין פורטים ומשווים את מרכיביה.

יש להדגיש כי הדיון לעיל עוסק כולו בדרכים לקביעת החלוקה בין שירותים שעל המדינה לממן לבין אלו שניתן להותיר את רכישתם לפרטים על חשבונם. אין כאן כל קביעה של המגזר הראוי לספק את השירותים הללו. לדוגמה, ניתן להחליט שבחירת רופא תישאר בתחום הפרטי, אך השירותים עצמם יסופקו במסגרת המגזר הציבורי (שר"פ) ולהפך.

עד כאן על שירותי הסל כפי שהם צריכים להיות. חלוקת השירותים בין ציבוריים לפרטיים היא בעיה קלה יותר לניסוח מאשר להכרעה, אך ההסכמה על העיקרון היא כשלעצמה בעלת חשיבות רבה.

## 2. ההשתתפות העצמית

הרעיון המקורי העומד בבסיסה של השתתפות בתשלום בעבור שירותי בריאות הוא יצירת מחסום מפני בזבז בשימוש בשירותים הניתנים חינם (במחיר אפס)<sup>4</sup>. תופעה זו מכונה "סיכון מוסרי". אדם הזכאי לקבל שירותים חינם, במסגרת הסל הציבורי, ייטה להשתמש בשירותים אלו כך שהתועלת (הבריאותית) הנובעת מן היחידה האחרונה של השירות שצרך תשתווה לאפס במחיר ששילם בעבורו. עם זאת, מגבלה משמעותית של ההשתתפות העצמית מתבטאת בעול שהיא מטילה על תקציב משק הבית, עד כדי הימנעות מצריכת שירותים חיוניים. לפי סקר שערך מכון ברוקדייל, 21% מבני החמישון התחתון נמנעו ב"שנה שחלפה" מקניית תרופה אחת לפחות בגין עלותה לעומת 9% בשאר האוכלוסייה [9]. בשנת 2001, 11% מבני החמישון התחתון ויתרו על לפחות טיפול אחד שהוצע להם במסגרת קופת החולים. רק 10% מהוותורים היו על טיפולים שניתנים מחוץ לסל הציבורי [13]. כשליש מהנשאלים שוויתרו על הטיפול המוצע

<sup>4</sup> לדוגמה: הרוקח שינפק תרופה לחולה לא ידע מה מצבו הכלכלי. הוא רק יראה על צג המחשב אם יש סכום לתשלום או שהסכום הוא 0 (ולא הבדל בין חולה אמיד במחלה כרונית לבין חולה עני במחלה קלה).

קיבלו טיפול חלופי, ואולם כ-40% מהמוותרים חשו שהוויתור השפיע לרעה על מצבם הרפואי [13]. 35% מהמרוויינים בקרב החמישון התחתון בשנת 2001 ענו שתשלומי המשפחה לבריאות הם נטל כבד בעבורם לעומת 28% בקרב כלל המשיבים [13]. מעניין לציין שכ-50% מקרב החמישון התחתון השיבו בסקר זה ששיעור תשלומי ההשתתפות העצמית הוא סביר [13]. בהתייחסות של נציב הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הובעה הדעה שמציאת דרכים להקטנת דמי ההשתתפות לאוכלוסיות שהן מעוטות יכולת אינה נופלת בחשיבותה מתוספת תרופות לסל, שכן אוכלוסיות אלו נמנעות מקניית תרופות מכיוון שידן אינה משגת לממן את דמי ההשתתפות בעבורן [15].

ביטול מוחלט של דמי ההשתתפות העצמית לשכבות מעוטות היכולת עלול לטמון בחובו סיכון להיווצרות שוק משני ("מכירת" זכויות), שיפגע ביעילותה של המערכת [13] ואף מעלה חשש לצריכת יתר בידי שכבות אלו עצמן. לכן יש למצוא איזון בין מנגנונים לבלמת שימוש היתר והבזבוז בשירותי הבריאות לבין הבטחת נגישות מלאה לשירותי בריאות חיוניים. יש לזהות את שירותי הבריאות שלגביהם ההשתתפות העצמית אכן נחוצה למניעת בזבוז, ולגבי אותם שירותים, לוודא שההשתתפות גבוהה דיה למנוע בזבוז, אך לא גבוהה מכדי למנוע שירותים חיוניים מאוכלוסייה מעוטת יכולת. אשר לשירותים ש"הסיכון המוסרי" לגביהם קטן או לא קיים (כגון חיסונים), אין כל הצדקה לגבות בעבורם השתתפות עצמית. יש לבטלה, ואם אין אפשרות למימון חלופי, לפטור ממנה לחלוטין לפחות את בני השכבות מעוטות היכולת. הקבוצה הסכימה שיש לבצע מחקר לזיהוי שירותי הבריאות שיש לגביהם "סיכון מוסרי" לעומת אלו שאין לגביהם סיכון כזה.

אחת הטענות המועלות נגד גביית השתתפות עצמית (בעבור תרופות, בדיקות, רופאים מקצועיים) היא שההחלטות לגבי הטיפולים מתקבלות ברובן בידי הרופא הראשוני, ולפיכך אין לחולה כמעט כל השפעה עליהן. לכן אין יעילות בגביית השתתפות עצמית מהחולה כאמצעי למניעת שימוש יתר בשירותים, ואם יש לנקוט אמצעים למניעת בזבוז, הרי אלה צריכים להיות מכוונים כלפי הרופא הראשוני. מנגד הועלתה הטענה שגם אם הרופא הוא המפנה לשירות המסוים או רושם תרופה, הרי שלהשתתפות העצמית של החולה עשויה להיות השפעה עקיפה. במחקר של מכון RAND האמריקני נמצא, כי השתתפות בתשלום בעבור ביקור אצל רופא ראשוני (בצירוף תקרות) היא גורם יעיל ביותר לחיסכון בשירותי בריאות, לרבות אשפוז ושימוש בתרופות. מחקר זה אף הראה כי החיסכון שהושג בשימוש בשירותים לא פגע בבריאות האוכלוסייה הרלוונטית. כמו-כן נמצא כי להשתתפות בתשלום בעבור תרופות יש השפעה שולית, אם בכלל. עם

זאת, סייג לממצאים אלו הוא העובדה שנמצאה ירידה גם בצריכת שירותים חיוניים וכן שאוכלוסיית מעוטי היכולת לא יוצגה בו כראוי.

על כך יש להוסיף שתי הערות: (א) במקרים רבים גם אם הרופא הוא המחליט, הוא עשוי להיות מושפע מדרישות החולים<sup>5</sup>; (ב) לפחות בחלק מהמקרים יש פניות ישירות של חולים לרופאים מקצועיים (הרושמים תרופות ובדיקות ואף מפנים לאשפוז) ולבתי חולים. לכן יש לשקול הנהגת שיעורי השתתפות נמוכים כשההפניה לקבלת השירות מגיעה מרופא ראשוני וגבוהים יותר אם החולה פונה ישירות. כלומר, יש לבחון את "הסיכון המוסרי" לא רק מבחינת הביקוש (של המבוטח/החולה) אלא גם מבחינת ההיצע, וזאת בשל יתרון המידע של הרופא, הקובע במידה רבה גם את הביקוש (השימוש) (supply induces demand). כאן יש להפעיל מערכת תמריצים ואמצעי פיקוח על הרופאים, כתחליף או כהשלמה להשתתפות העצמית. לגבי כל אותם שירותים שיוחלט לגביהם שיש צורך בהשתתפות עצמית, נותרת עדיין השאלה, איך לגבות אותה כך שתהיה יעילה וגם צודקת (שוויונית). ההשתתפות העצמית נגבית כיום ברוב הקופות כאחוז מסוים ממחיר התרופה לצרכן (בכללית קיימת שיטת המנות). נוסף על כך הנהיגו כל קופות החולים תקרות תשלום מרביות לכל רבעון לכל אחד מסוגי ההשתתפויות. תקרות אלה הן בגובה נתון לכל החולים. משפחה שהוצאותיה ברבעון היו גבוהות מתקרת התשלומים, תגיש בתום הרבעון את הקבלות בעבור התשלומים לשירותים (למעט תרופות) בסניף הקופה ותזוכה בהפרש (הכספים ששולמו מעבר לתקרה). קיימת תקרה מופחתת של 50% מתקרת התשלומים הכללית (הנחה) למשפחות שאחד מבני הזוג בהן בן 65 שנה ואילך או עולה חדש בשנתו הראשונה בישראל. כיום זכאים לפטור מלא מתשלום תמורת אגרת ביקור מקבלי הבטחת הכנסה, קצבת נכות כללית וקצבת מזונות של הביטוח הלאומי; מקבלי קצבת זקנה שקיבלו קודם לכן קצבת נכות כללית; קטינים שטרם מלאו להם 18 שנה ושלושה חודשים הזכאים לגמלת נידות; אברך והתלויים בו המקבלים הבטחת הכנסה ממשד הדתות. הפטורים מתשלומי אגרת הביקור אינם פטורים מתשלום בעבור תרופות ומתשלומי השתתפות עצמית אחרים. חוק ההסדרים משנת 1998 קבע ארבעה מקרים המזכים בהנחה או בפטור מדמי השתתפות בעבור תרופות והם: חולים כרוניים, חולים במחלות קשות, אזרחים ותיקים וותיקי מלחמת העולם השנייה (לפירוט ראו הנספח הנוגע להשתתפות העצמית).

<sup>5</sup> עפ"י מחקרים רבים (ראה לחגמה המחקר על ניו-יילנד), ככל שמצב השניים ההתחלתי של הילד טוב יותר (פחות שניים נגועות), כך התפתחות ההחלאה מתונה ואיטית יותר, ולהפך.

רמות ההשתתפות והתקרות האחידות לכל שכבות האוכלוסייה אינן צודקות, מכיוון שהן מטילות עול יחסי שונה על בעלי הכנסות שונות: הנטל כבד יותר ככל שההכנסה נמוכה יותר. נטל ההשתתפות מעיק בעיקר על מעוטי ההכנסה שאינם זכאים לפטורים. ההשתתפות בתשלום והתקרות אף אינן יעילות: בהטילן נטל כבד יותר על מעוטי ההכנסה, הן גורמות להם לצמצם את צריכת השירותים, מעבר לנדרש על בסיס "הסיכון המוסרי", וכך לפגוע בבריאותם ואף לגרום להגדלת ההוצאה הציבורית. לעומת זאת, הנטל על בעלי ההכנסות הגבוהות הוא קל מדי, ולכן אינו מעודד אותם לחסוך במידה הנחוצה. נובע מכך שהיטלי השתתפות ותקרות בשיעורים יחסיים להכנסה (או אף פרוגרסיביים) גם מיטיבים לשקף את המטרה למנוע בזבז ואף עשויים להקטין את האי-שוויון בבריאות בין מעוטי היכולת לבעלי ההכנסות הגבוהות.

שיטה שעשויה לשפר את השוויון והיעילות של ההשתתפות העצמית היא לקבוע את שיעורה ביחס ישר לשיעור תשלומי ביטוח הבריאות של המבוטח. כך, מי שהכנסתו נמוכה ומשלם פחות ביטוח בריאות, יזכה לשיעורי השתתפות נמוכים יותר ו/או לתקרה נמוכה יותר. סטטוס התשלום של החולה יוטבע (בדרך בלתי נראית) על כרטיס החבר, או שיוצפן בנתוני החולה במחשב הקופה, כדי להימנע ממצב של "הלבנת פנים". השיטה לגביית השתתפות זו אינה דורשת מבחן אמצעים בדרכים המשפילות הישנות או דיווח כללי למס ההכנסה, ואף שסטטוס החולה ידוע לפקידים מסוימים, הוא אינו פומבי<sup>6</sup>. לשיטה שני היבטים שליליים: האחד הוא שהמידע על הכנסת החולה (קטגוריית ההכנסה ולא ההכנסה המדויקת) עומד לרשות הקופה ומציב סכנה של שימוש לרעה ל"גריפת שמנת". האחר, שככל התערבות פרוגרסיבית, שיטת התשלום כמוה כהעלאת שיעור המס השולי הכרוכה בהשפעות שליליות נלוות על תמריצי העבודה. אפשר אולי להתנחם בכך שבמקרה זה התשלום מוסווה ואינו בולט לעין כמס ישיר.

יתרון נוסף של השיטה הוא שניתן בנקל להטיל על הקופות את ניהול החישובים הדרושים לצורך הזיכויים המגיעים לחולה והפסקת הגבייה משהתשלום מגיע לתקרה. בדרך זו זוכה החולה לקבלת מלוא זכויותיו ונמנע המצב השכיח כל כך של אי-מימוש זכויות של זכאים עקב חוסר מודעות, תופעה השכיחה במיוחד בקרב בעלי הכנסה נמוכה. כמו-כן תימנע במידה רבה התופעה והאפשרות לגביית יתר של תשלומים שונים בלי הרשאה על ידי הקופות. נוסף על כך נחסכות הוצאות אדמיניסטרטיביות רבות, זמן רב ומפחי נפש.

<sup>6</sup> שולי ברמל-גרנברג חוקרת ביחידה למדיניות בריאות בביצעט מכון ברוקדייל.

המתנגדים לשיטה מקרב חברי הקבוצה טענו שיש לשמור את הפרוגרסיביות אך ורק בצד המימון הישיר (מס הבריאות) ושהרחבתה לתחום ההשתתפות העצמית תגרוור פגיעה חברתית. לטענתם, תשלום המסים מקנה לאזרח "שובר" לשימוש בשירותי הבריאות, ואין ליצור סוגים שונים של "שוברים". את ההגנה לשכבות מעוטות היכולת יש לספק, לדבריהם, בצורת פטורים.

לגבי הנהגת תקרה יש חשש שמי שיודע מראש כי סביר שיגיע לתקרת התשלומים, ינהג בזבז, כמי שאינו חייב בהשתתפות על כל תרופה. עם זאת, מכיוון שמדובר בעיקר בחולים כרוניים, יש לשקול סיכון זה כנגד הגבלת הנגישות לשירותי בריאות חיוניים בפני חולים אלה, ובעיקר בני השכבות החלשות שבהם.

הועלתה גם הצעה לניהול החוזים בגין גביית יתר של השתתפות עצמית (מעבר לתקרה) בידי המוסד לביטוח לאומי, ישירות או באמצעות גביית מס הבריאות. בשיטה זו תימנע העברת נתוני הכנסה של הפרטים לקופות החולים, אך סידור זה כרוך במחיר כספי ומנהלי גבוה.

התוכנית הכלכלית של הממשלה שנדונה בימים אלו קובעת סייגים חדשים ומחמירים יותר לפטורים מתשלום ההשתתפות העצמית. לדעת חברי הקבוצה, יש לוודא שלא תחול פגיעה בנגישותם של מעוטי היכולת לשירותי בריאות חיוניים. חברי הקבוצה המצדדים ברעיון השיטה הפרוגרסיבית בגביית השתתפות העצמית גורסים כי מימוש השיטה יביא לידי כך שהקבוצות החלשות יידרשו ממילא לשלם מחיר נמוך מאוד, אם בכלל, וכך תצטמצם הפגיעה בהן.

הצוות דן גם בשאלת הענקת פטורים מהשתתפות בתשלום לקבוצות חלשות מוגדרות, כגון מקבלי הבטחת הכנסה, חולים כרוניים או משפחות שבהן יותר מחולה כרוני אחד. בדיון עלו שיקולים אחדים ובהם: הענקת פטורים לקבוצות הנתמכות בידי המוסד לביטוח לאומי שמפלה לרעה בעלי הכנסה דומה שאינם נזקקים. כמו-כן נדונה השאלה באיזו מידה פטורים מלאים מחזקים את התמריץ השלילי לצאת ממעגל התמיכה להשתתפות בכוח העבודה. שינוי כזה כרוך כיום במעבר חד מאי-תשלום השתתפות לתשלום בשיעור מלא. הוזכרה גם הטרחה המנהלית הכרוכה בקיום מספר רב של פטורים.

לנוכח כל אלה הוסכם כי שיטה זו דורשת לימוד נוסף והוחלט ליזום הקמת קבוצת עבודה שתעסוק בכך.

**היבטי תקציב:** המצוקה התקציבית הנוכחית מחייבת זהירות רבה בהטלת נטל נוסף על התקציב. מוצע על כן לשקול עקרונות אלה: (א) המרה של חלק מההשתתפויות בתוספת קטנה למס הבריאות; (ב) אם תתקבל אחת ההצעות לשינוי אופי ההשתתפות

והתקרות למערכת פרוגרסיבית יותר, יש להבטיח כי סך התשלומים לא יקטן (הקטנת התשלומים לבעלי ההכנסות הנמוכות תפוצה בהגדלתם לבעלי ההכנסות הגבוהות); (ג) הקופות יפוצו על כל פטור מתשלום לקבוצה כלשהי. דבר שיש בו מן הצדק והוא גם יסייע למנוע "גריפת שמנת"; (ד) סך תשלומי ההשתתפות לקופות יעוגן בתקציבן. קופות שיגבו יותר, יקוּז העודף מתשלומי הקפיטציה שלהן; (ה) שיעורי ההשתתפות והתקרות הנהוגים כיום שונים בין קופות החולים. היתרון שבמצב זה הוא בתדמית (ואולי לא רק תדמית) של תחרות בין הקופות. החיסרון הוא בסרבול המערכת, ביצירת פערים ובקשיי פיקוח.

בשונה מהגישה הרווחת בצוות, יש גישה שלפיה בעת מצוקה תקציבית יש לשקול השתתפות של החולים למטרות הגדלת ההכנסות ולא רק כאמצעי המגביל שימושים, וזאת כשהחלופה היא הקטנת היקף השירותים בסל. לפי גישה זו, היתרון לכלל האוכלוסייה שיושג דרך המימון הנוסף חשוב יותר מהפגיעה שתיגרם לאוכלוסיות החלשות.

### לסיכום

לנוכח המצב שתואר לעיל, הקבוצה מציעה שהפעולות הראשונות שיינקטו יהיו אלו שייסדירו את המצב הקיים, כלומר מאבק בתופעה של גביית תשלומים לא-מוסדרים, מיכון מערכת גביית התשלומים למניעת גביית יתר, הגברת מודעות הציבור לזכויותיו הנוגעות לתשלומים אלו והטלת האחריות לניהול ראוי של גביית ההשתתפות העצמית והתקרות על קופות החולים. ניתן לעשות זאת אם באמצעות פנייה ישירה (פרסומת בנקודות השירות ובאמצעי התקשורת) ואם דרך העשרת הידע של מספקי השירותים עצמם (הדרכות לעובדי קופות החולים). צעד שני יהיה מיזן ההשתתפויות וצמצומן, ראשית משירותי הרפואה המונעת. לבסוף יש לדון בשינוי דרך הסלת ההשתתפויות, כמוצע לעיל.

יש לזהות את השירותים הכרוכים ב"סיכון מוסרי" בצד הביקוש. לגבי שירותים אלו יש לגבות השתתפות עצמית, אך מתוך הקפדה על שמירת זכויות האוכלוסייה מעוטת היכולת והגברת המודעות של אוכלוסייה זו לזכויותיה.

קביעת שיעורי השתתפות ותקרות הקשורות ברמה החברתית-כלכלית תגדיל את השוויון בנטל ההשתתפות וגם את היעילות של מניעת שימוש מיותר.

### 3. רפואת שיניים

רפואת השיניים בישראל היא דוגמה טובה לשירות בריאות חיוני, שאינו כלול בסל ציבורי ושבעלות רכישתו יש משום נטל של ממש על משקי הבית בשכבות מעוטות היכולת. התוצאה היא תת-שימוש בו בשכבות אלו ופגיעה במצב בריאות השיניים. בניגוד למצב במדינות אירופה ואף בארה"ב, בישראל לא נכלל כמעט אף רכיב של בריאות השן בחוק המגדיר את השירותים שיזכו למימון ציבורי. יחסית למצב בארה"ב, שיעור הנהנים מביטוח דנטלי משלים או מסחרי הוא קטן (רק 3% מבני החמישון התחתון ו-20% מבני החמישונים האחרים, זאת לעומת כ-80% מהאוכלוסייה בישראל המבוטחת מביטוח בריאות משלים/פרטי), ויש תמיכה מוגבלת בלבד בבני השכבות מעוטות היכולת (לפירוט, ראו הנספח הדן בתחום רפואת השיניים).

בעבודה שערכו ארגון הבריאות העולמי והפדרציה העולמית של רפואת השיניים, נמצא שהפערים בבריאות השיניים (בכל הקשור למדדים כגון תחלואה, ביקורי מנע וצחצוח שיניים) בין שכבות סוציו-אקונומיות שונות בגרמניה, בניו-זילנד ובמדינות אחרות קטנים יחסית לפערים בארה"ב (כמודל לרכישה פרטית של שירותי בריאות השן). עם זאת, בארה"ב יש מנגנוני תמיכה בשכבות חלשות באמצעות Medicaid וכן תמריצים ניכרים לביטוח שיניים מסחרי. העדר שני מרכיבים אלה יוצר מצב של קשיי נגישות חריפים בקרב השכבות מעוטות היכולת לשירותי רפואת שיניים בארץ.

תוצאות סקר ארצי שנערך באחרונה [17] הראו שביישובים שסווגו במקום נמוך יחסית מבחינת ההרכב הסוציו-אקונומי של התושבים, מספר השיניים הפגומות הממוצע לבוגר (מגיל 22 שנים ואילך) גבוה בהשוואה למצב ביישובים שסווגו במקום גבוה יותר (2.3 עד 3.8 שיניים פגומות לעומת 1.0 עד 1.6 בהתאמה). בסקר אחר שנערך בישראל נמצא כי בהשוואה לבעלי הכנסות גבוהות יותר חלק ניכר מבני החמישון התחתון דיווחו על בריאות שיניים לקויה (9% לעומת 25% בהתאמה). נראה כי אחד הגורמים העיקריים שתורמים לפער זה טמון בהעדר טיפול מנע בבני השכבות מעוטות היכולת, כפי שעולה גם מתוצאות הסקר: רק 14% מבני החמישון התחתון ציינו כי הם נוהגים לפנות לבדיקות מנע (לעומת 36% מבני השכבות החזקות), 43% ציינו שלדעתם אין כל צורך בבדיקות מעין אלו (לעומת 38% מבני השכבות החזקות) ו-21% מבני שכבות אלו דיווחו כי אינם נוהגים לצחצח את שיניהם (לעומת 5% מבני השכבות החזקות). 58% מהמראיינים בחמישון התחתון דיווחו שהסיבה העיקרית שבעטיה אינם מגיעים לטיפול שיניים היא המחיר (לעומת 19% בשכבות ההכנסה הגבוהות יותר). בקרב מבוטחים שאכן ביקרו אצל רופא השיניים ואשר נמנים עם החמישון התחתון, 63%

לא השלימו את הטיפול שרופא השיניים המליץ עליו בגלל מחירו (לעומת 41% בשאר האוכלוסייה).

העיוות בתפיסת שירותי בריאות השן, כנפרדים מכלל שירותי הבריאות, והעדר כל סיוע ממשי לשכבות החלשות, מביאים לידי פערים גדולים בין השכבות הסוציו-אקונומיות. אמנם לקבוצות אוכלוסייה קטנות ומוגדרות (כגון נפגעי נפש המטופלים בבתי החולים הפסיכיאטריים ונזקקים שמקבלים טיפול בסיוע הרשויות המקומיות) קיימת תמיכה בשירותי בריאות השן, ואולם חלק הארי של האוכלוסייה נדרש לשלם את מלוא עלות השירות. בשעתה, המליצה ועדת נתניהו להכליל את רפואת השיניים בסל הציבורי, אלא שמלבד חזרה על הטענה, לא ננקט עד כה כל צעד מעשי בכיוון.

ההוצאה הלאומית על רפואת שיניים הסתכמה באחרונה בכ-5 מיליארד שקל. קשה לראות כיצד ניתן לכלול סכום כזה בסל הציבורי בעתיד הנראה לעין. מצב זה מכתוב מחשבה בשני כיוונים: האחד, מיון קפדני של השירותים ודירוגם לפי תרומתם לבריאות (השן והאדם), וזאת על מנת לבחור את השירותים היעילים ביותר כבעלי קדימות גבוהה להכללה בסל. האחר, לשקול אפשרות של התחלה בהענקת מקצת שירותים אלה רק לקבוצות חלשות ופגיעות במיוחד. דרך זו פוגעת אמנם בעקרון האוניברסליות העומד ביסוד חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ויש בה את כל המגרעות (והיתרונות) של שירות מיועד, אך היא עשויה להקדים הענקת שירותים חשובים לזקוקים להם ביותר.

מחקרים רבים מצביעים על היעילות הרבה שבשירותי מניעה בתחום בריאות השן, בייחוד (אך לא רק) בקרב ילדים<sup>7</sup>. לשירותים אלה, שהם זולים יחסית, ניכרת גם השפעה חיובית סגולית על רמת השוויוניות, שכן בני השכבות החלשות חשופים פחות למידע על חשיבות הטיפול המונע והשימור בתחום בריאות השן. לכן החליט הצוות להעניק לשירותי המנע עדיפות ראשונה להכללה בסל. פעילות מנע יעילה ביותר, הוספת פלואוריד למי השתייה, מעוגנת בחוק (שאינו מיושם עדיין במלואו), כחובה בכל היישובים המונים יותר מ-5,000 תושבים ומיושמת גם באמצעות הפלרה של מי המוביל הארצי. פעילות מנע נוספת הקיימת כיום בישראל היא טיפול ייעודי בילדי כיתות א' עד ט'. במסגרת זאת משתתפים משרד הבריאות והרשות המקומית במימון סל מניעה בסיסי או סל מקיף יותר, שבמימונו משתתף גם משק הבית (באגרה קבועה בסך 30 שקל לילד). עד כה משתתפות במיזם זה רק כ-60 רשויות מקומיות (כ-20% מאוכלוסיית היעד). הצוות רואה בהרחבת שירות זה לכלל אוכלוסיית הילדים ובהכללתו בסל החובה עדיפות

<sup>7</sup> הוצגו מן החישוב יישוב בדו"ח עני משום שהנתונים בו היו שונים מאוד בהשוואה לנתוני היישובים העניים האחרים בדרום.

עליונה. הצוות לא הגיע למסקנה בדבר הדרך הטובה ביותר לעשות זאת: באמצעות משרד הבריאות (ב"תוספת השלישית"), באמצעות הקופות, באמצעות ספק נבחר באחריות משרד הבריאות או שבאחריות הרשות המקומית.

לגבי שאר השירותים גורס הצוות כי בשלב זה יש לבדוק דרכים למיקוד שירותי רפואת שיניים נוספים ולאוכלוסיות אחרות על בסיס של קדימות לקבוצות חלשות: הענקת "שוגרים" לטיפול, עידוד וסבסוד רכישת ביטוחים בסיסיים, הקמת מרפאות בשכונות מתאימות, טיפול ממוקד בקבוצות של קשישים ועוד.

### פערי מידע

הקבוצה העלתה פערי מידע אחדים שיש להשלים כדי להקטין את האי-ודאות הנוגעת לדרכים הכדאיות ביותר שיש לנקוט להקטנת האי-שוויוניות שתוארה. פערי המידע העיקריים נוגעים לשאלות הבאות:

### השאלה הכללית:

1. מה המשמעות הכלכלית למשק ולחברה הישראלית של קיום אי-שוויוניות או של שימוש מועט מדי בשירותים בקרב השכבות החלשות?
2. האם אפשר לתרגם זאת לסכום שניתן להשקיע בפתרון בעיית האי-שוויון?
3. עד כמה תורמות השפעות החינוך ותרבות המוצא לבעיית הנגישות לשירותי בריאות ועד כמה תתרום הדרכה נאותה לפתרון בעיה זו?
4. ניתוח השוואתי של מרכיבי ההוצאה הפרטית במדינות אחרות.

### ההשתתפות העצמית:

5. לגבי אילו שירותים / הוצאות קיים "הסיכון המוסרי"?
6. מהי השפעת ההשתתפות בתשלום על צריכת שירותי הבריאות?

### בריאות השן:

7. אילו שירותים חשוב לכלול כבר בשלב הראשון במסגרת הסל הציבורי?
8. מהן דרכי המימון הכדאיות להכללת שירותי בריאות השן בסל הציבורי?

### סיכום

על המערכת הציבורית לספק את מלוא סל שירותי הבריאות שיעילותם הוכחה ושעלותם סבירה לכלל האוכלוסייה באופן שוויוני. כדי להגדיר את השירותים שעל המערכת הציבורית לספק, הקבוצה ממליצה שגוף מקצועי בלתי תלוי שיגובה ב"פרלמנטים" ציבוריים ידרג את שירותי הבריאות לפי מידת תרומתם לבריאות הציבור. שירותים

שיעמדו בראש הסולם ושמהרים סביר יכללו בסל הציבורי. לגבי שירותים אלו יש להבטיח שוויון מלא בנגישות לכלל האוכלוסייה. שירותי הבריאות האחרים ייוותרו לרכישה פרטית בהתאם לשיקולי משקי הבית, העדפותיהם ומגבלות התקציב שלהם.

מבחינת הוצאה הפרטית על שירותי בריאות בישראל של בני השכבות החלשות ניכר כי הוצאות גבוהות על השתתפות בתשלום בעבור שירותים ותרופות (גם במרשם) ועל שירותי רפואת שיניים. הצוות החליט להתמקד בבחינת שתי סוגיות אלה.

ההצדקה העיקרית לגביית השתתפויות עצמיות בקניית תרופות ובקבלת שירותי סל אחרים מקופות החולים היא החשש מפני שימוש יתר, "הסיכון המוסרי" מצד החולים. בפועל נראה עם זאת כי ההשתתפויות הונהגו גם על מנת להגדיל את הכנסות הקופות. רוב חברי הצוות שוללים את מוטיבציית ההכנסה ומציעים להעביר הכנסות כאלה למס הבריאות, ובכל מקרה לא להרחיב את הגבייה בדרך זו, אלא אם כן מוכחת מניעת בזבז. קופות שיגבו יותר ייקנסו. דרך גבייתה של ההשתתפויות אינה שוויונית ואינה יעילה. גבייה בכל דרך שהיא לפי רמת ההכנסה של התושבים תשפר הן את השוויון והן את יעילות המניעה של שימוש היתר. הצוות דן בדרכים לגביית ההשתתפויות ולקביעת תקרות הוצאה להשגת מטרות אלה. כאן ניכרה אי-הסכמה אם להשתמש בסטטוס מס הבריאות של התושבים כקריטריון הכנסה או שיש להסתפק בסיוע בתחום זה לקבוצות מוגדרות כחלשות בידי המוסד לביטוח לאומי. יש לפצות את הקופות על פטורים הנכפים עליהן. הצוות הדגיש את הצורך להגביר את המידע והמודעות של השכבות החלשות לזכויותיהן בתחום זה ואף הציע דרכים להרחבה של מיצוי הזכויות ולשקיפות יתר שלהן, בין השאר באמצעות שימוש במחשבי הקופות.

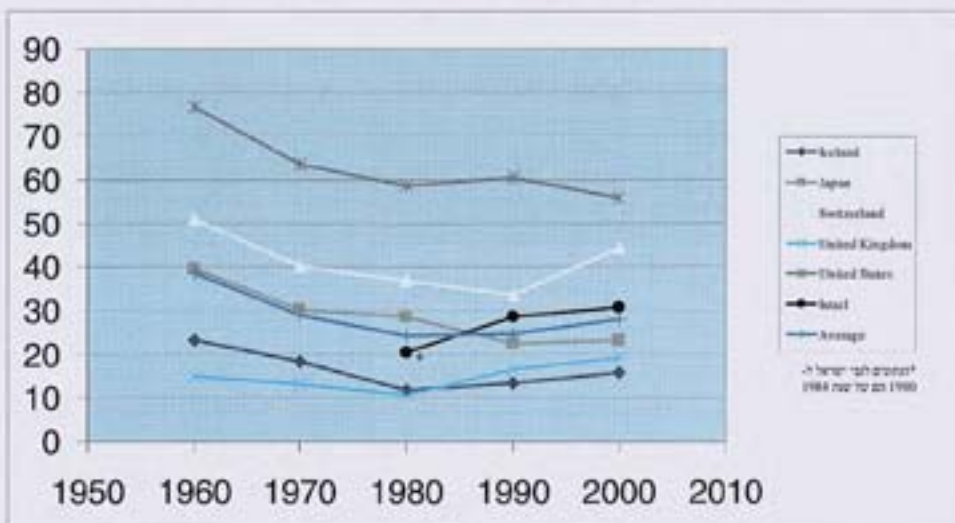
תחום "מוזנח" במערכת הבריאות הוא רפואת השיניים. הוצאה עליו מוסלת רובה ככולה על הציבור, והעול כבד במיוחד על השכבות החלשות. חלק ניכר משירותים אלה (היקפם הכולל הוא כ-5 מיליארד שקל בשנה) ראויים להיכלל בסל הבריאות, על פי הקריטריונים שפורטו לעיל, אך בתנאי מגבלת התקציב הנוכחית זו משימה בלתי אפשרית.

שירותי המניעה בתחום רפואת השיניים הם יעילים במיוחד, ולכן הצוות החליט להמליץ על עדיפות ראשונה להכללתם בסל, ראשית הפלרת מי השתייה (הנמצאת בשלב מתקדם), ולהרחיב לכלל אוכלוסיית הילדים את תוכנית המניעה, השימור והטיפול הקיימת במקצת הרשויות המקומיות. בתחומים אחרים יש להתקדם בהדרגה ובתוך כך להעניק שירותי מניעה וטיפול בסיסי קודם כול לקבוצות אוכלוסייה חלשות, לרבות קשישים, מתוך עידוד (וסבסוד) רכישה של ביטוח בסיסי.

Public expenditure on health - % Total expenditure on health

	1960	1970	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Australia	50.4		63	71.4	67.1	66.9	66.6	66.2	66.3	67.1	66.6	68.5	69.8	71.1	72.4
Austria	60.4	63	68.8	70.1	73.5	73.4	73.5	74.2	74.4	71.8	70.6	70.9	71.4	70	69.7
Belgium										90.6	71.8	70.5	70.6	71.1	71.2
Canada	42.0	69.9	75.6	75.6	74.6	74.6	74.1	72.7	72.1	71.4	70.8	70.2	70.8	70.8	72
Czech Republic		95.6	96.6	92.2	96.2	96.7	95.4	94.8	93.9	92.7	92.5	91.7	91.9	91.5	91.4
Denmark		87.6	85.6	82.7	82.7	83.5	83.2	82.7	82.2	82.5	82.4	82.3	81.9	82.2	82.1
Estonia	54.1	73.8	79	78.6	80.9	81.1	79.6	76.1	75.5	75.5	75.8	76.1	76.3	75.4	75.1
France															
Germany	68.1	72.8	78.7	77.4	76.2	75.9	76.4	76.4	75.9	76.1	76.1	76.2	76	76.1	76
Greece		42.6	55.6		62.7	61.1	56.1	57.3	57.9	54.5	55.2	55.3	54.4	54.3	55.5
Hungary						69.1	68	67.4	67.3	62.8	62.9	62.8	61.3	70.6	75.7
Iceland	76.7	81.7	86.2	87	86.6	86.9	85.1	83.8	84	84.5	83.9	83.7	83.9	84.8	84.4
Ireland	76	81.7	81.6	76.7	73.1	74.1	72.6	74.2	72.9	73.8	73.3	76	76.2	76.3	75.8
Italy															
Japan	60.4	69.8	71.3	70.7	77.6	79.2	77.1	76.7	74.9	72.2	71.8	72.2	72	72.3	73.7
Korea				28.6	38.6	33.3	33.6	33.4	33.5	36.5	38.8	41	46.2	43.1	44.4
Luxembourg		88.9	92.8	89.2	93.1	93	92.6	92.9	91.7	92.4	92.8	90.5	92.4	92.9	94.4
Mexico					40.8	45.3	46.3	41	38.9	41.5	42.5	43.3	48	47.3	46.4
Netherlands			89.4	71	67.1	69	72.8	73.6	72.9	71	66.2	67.8	67.8	66.5	67.5
New Zealand		80.3	80	87	82.4	82.2	79	79.6	77.5	77.2	76.7	77.3	77	77.5	78
Norway	77.8	91.6	86.1	85.8	82.6	84.5	84.8	84.6	84.6	84.2	84.2	84.3	84.7	85.2	85.2
Poland					91.7	75.6	76.4	73.6	72.8	72.9	73.4	72	69.4	71.1	71.2
Portugal		59	64.3	54.6	65.5	62.8	59.6	63	63.4	61.7	64.7	64.8	67.6	70.7	71.2
Slovak Republic															
Spain	58.7	65.4	79.9	81.1	78.7	77.5	77.4	76.6	75.5	70.9	71.1	91.7	91.6	89.4	89.6
Sweden	72.6	86	82.5	90.4	89.9	88.2	87.2	85.7	85.2	85.2	84.8	84.3	83.8	83.8	80.9
Switzerland	49.2	59.9	63.1	64.1	66.4	66.5	68	69.6	69.8	53.8	54.7	55.2	54.9	55.3	55.6
Turkey		37.3	27.3	50.2	61	62.9	67	60.4	60.9	70.3	69.2	71.6	71.9	80.1	81
United Kingdom	85.2	87	89.4	85.8	83.6	83.3	84.6	85.1	83.9	83.9	82.9	79.9	79.9	80.1	81
United States	23.3	36.4	41.5	30.9	38.6	41.2	42.4	43.1	44.8	45.3	45.5	45.2	44.5	44.3	44.3
Average non public averag	61.80714	70.72105	74.53182	73.45455	73.56667	73.55266	73.46429	73.00357	72.525	71.63103	71.62069	72.36333	72.43667	72.16071	71.53462
	38.30286	29.27895	25.46818	26.54545	26.43333	26.44074	26.53571	26.99643	27.475	28.36897	28.37931	27.61667	27.56333	27.83929	28.46538

### ההוצאה הפרטית כאחוז מסך ההוצאה על בריאות



### השפעת מצב השיניים בגיל הצעיר על בריאותן בעתיד

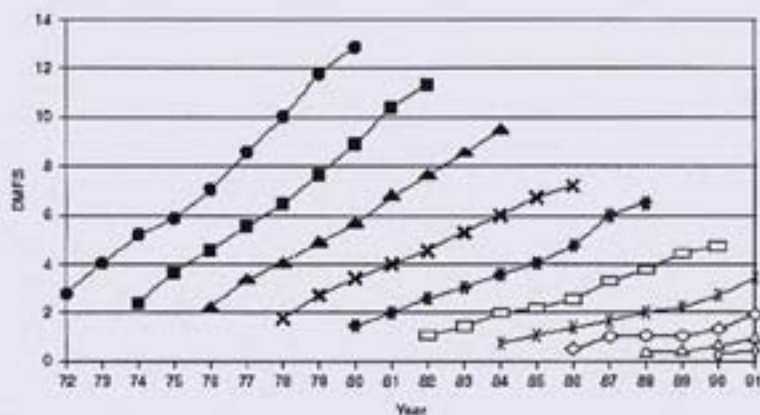


Figure 21.2 Trend lines for dental caries in Danish children from grade 1 to 9 showing that the trend in caries varies by level in grade 1. (National Board Health Data, from Schwarz et al., 1994.)

### Non-Public expenditure on health - % Total expenditure on health

	1960	1970	1980	1990	2000
Australia	49.6		37	32.9	27.6
Austria	30.6	37	31.2	26.5	30.3
Belgium					28.8
Canada	57.4	30.1	24.4	25.4	28
Czech Republic		3.4	3.2	3.8	8.6
Denmark			12.2	17.3	17.9
Finland	45.9	26.2	21	19.1	24.9
France				23.4	24
Germany	33.9	27.2	21.3	23.8	24.9
Greece		57.4	44.4	37.3	44.5
Hungary					24.3
Iceland	23.3	18.3	11.8	13.4	15.6
Ireland	24	18.3	18.4	26.9	24.2
Italy				20.7	26.3
Japan	39.6	30.2	28.7	22.4	23.3
Korea				63.4	55.6
Luxembourg		11.1	7.2	6.9	
Mexico				59.2	53.6
Netherlands			30.6	32.9	32.5
New Zealand		19.7	12	17.6	22
Norway	22.2	8.4	14.9	17.2	14.8
Poland				8.3	
Portugal		41	35.7	34.5	28.8
Slovak Republic					10.4
Spain	41.3	34.6	20.1	21.3	30.1
Sweden	27.4	14	7.5	10.1	
Switzerland	50.8	40.1	36.9	33.6	44.4
Turkey		62.7	72.7	39	
United Kingdom	14.8	13	10.6	16.4	19
United States	76.7	63.6	58.5	60.4	55.7
Average	38.39286	29.27895	25.46818	26.43333	28.46538



**נתוני ההוצאה של משקי הבית על שירותי בריאות לפי רמה סוציו-אקונומית, 1999 [9]**

יחס בין קבוצה מעוטת יכולת לשאר	קבוצה סוציו-אקונומית "משלימה"	קבוצה סוציו-אקונומית נמוכה	סה"כ	
0.25	4,494	1,125	5,619	מספר בתי אב
0.25	80%	20%	100%	
1.67	33%	55%		השכלת ראש משק הבית
0.48	31%	15%		8-0 שנים +13 שנים
0.56	10,536 שקל	5,928 שקל	9,614 שקל	ההוצאה החודשית הממוצעת על מוצרי צריכה
0.46	890 שקל	407 שקל	793 שקל	ההוצאה החודשית הממוצעת על שירותי בריאות
0.27	74 שקל	20 שקל	63 שקל	ההוצאה החודשית הממוצעת על ביטוח משלים/פרטי
0.26	68 שקל	18 שקל	58 שקל	ההוצאה החודשית הממוצעת על ביקורי רופא פרטי, ניתוחים, שירותים פסיכיאטריים ואשפוז סיעודי
0.64	91 שקל	58 שקל	85 שקל	ההוצאה החודשית הממוצעת על תרופות
0.64	135 שקל	86 שקל	126 שקל	ההוצאה החודשית הממוצעת על רפואת שיניים
	+8%	(-10%)		השינוי בהוצאה החודשית הממוצעת על ביקורי רופא פרטי, ניתוחים, שירותים פסיכיאטריים ואשפוז סיעודי משנת 1992 לשנת 1999
	+89%	+52%		השינוי בהוצאה החודשית הממוצעת על תרופות משנת 1992 לשנת 1999
	(-5%)	+40%		השינוי בהוצאה החודשית הממוצעת על רפואת שיניים משנת 1992 לשנת 1999

השתתפות עצמית בעבור שירותים שבאחריות קופות החולים;  
ג'ר רפא

שולי ברמלי-גרינברג<sup>8</sup>

ג'וינט-מכון ברוקדייל

**האם השירותים ניתנים על ידי קופות החולים ניתנים חינם?**

בעבור שירותים רבים הכלולים בסל הבסיסי, ניתן על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות קופות החולים, יש לשלם השתתפות עצמית.

המבוטאים צריכים לשלם השתתפות עצמית בביקורים אצל רופאים, במרפאות חוץ ובמכונים. השתתפות עצמית גובה גם בעבור תרופות במרשם הכלולות בסל הבסיסי.

יש שירותים נוספים הכלולים בסל וניתנים בהשתתפות עצמית של המבוטא. שירותים אלו כוללים שירותי חדר מיון, שירותי הסעות באמבולנס, שירותי חירום, אשפוז סיעודי מורכב, בדיקת חלבון עוברי, טיפולים בהתפתחות הילד, פיזיותרפיה ורפואי בדיבור במכונים שמחוץ לקופת החולים, טיפולי שיניים לתולים אנקולוגיים, שימוש באבריים, מכשירים מיוחד רפואי, ביקור בית של רופא וטיפול פרוזות.

**האם יש השתתפות עצמית גם בעבור שירותי הבריאות שאינם כלולים בסל הבסיסי ומצויים באחריות משרד הבריאות?**

כן! משרד הבריאות גובה השתתפות עצמית בעבור רוב השירותים הניתנים באחריות:

1. רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות: בדיקות שגרה, מעקב והדרכה לאישה ההרה, חיסונים, בדיקות התפתחות לתנוק ולילד, בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות זמזמים מולדים ושירות מנע לקשיש. שירותים אלו כרוכים בתשלום אגרה והם ניתנים בין השאר בתחנות לבריאות המשפחה (ניפות חלב).
2. שירותי אשפוז סיעודי: שירות זה כולל אשפוז של חולים סיעודיים גריאטריים, אשפוז של תושבי נפש, אשפוז של נכים סיעודיים וצעירים ואשפוז של חולים פסיכו-גריאטריים. מימון שירותי אשפוז אלו הוא באחריות הממשלה ובני משפחתו. משרד הבריאות עוזר במימון לפי מבחני הכנסה וסליל כלכלית. לשם עזרה במימון ניתן לפנות ללשכת הבריאות העירונית.
- השוב לזכור כי האשפוז הסיעודי המורכב מצוי באחריות קופת החולים, אך גם הוא כרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית.
3. שירותי בריאות הנפש: סל שירותי בריאות הנפש וכן סל שירותים לגמילה, באחריות משרד הבריאות. שירותים אלה אינם כרוכים בתשלום דמי השתתפות עצמית.
4. מכשירי שיקום: סל השירותים מונה רשימה של מכשירי שיקום ומכשירי עזר אחרים, הניתנים במימון של החולה ובמידת הצורך בהשתתפות משרד הבריאות. המכשירים כוללים: תותבי גפיים, גרבי גדם, מכשירי הליכה, נעליים רפואיות מיוחדות, כיסאות גלגלים, כיסאות שירותים, הליכונים, מוטרים השמליים לפעני לחץ, מכשירי שמיעה לילדים ונוער ועוד.

**מי החליט על איזה שירות רשאיות קופות החולים לגבות השתתפות עצמית וכמה לגבות?**

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995 נקבעה רשימת השירותים שבעבורם רשאיות קופות החולים לגבות דמי השתתפות עצמית וכן נקבע שיעור ההשתתפות העצמית.

במסגרת חוק ההסדרים, 1998 אישרה הכנסת לקופות החולים לגבות אגרה בעבור ביקורים אצל רופא, במכונים ובמרפאות חוץ וליקר את דמי ההשתתפות העצמית של חבריהן בגין תרופות.

<sup>8</sup> שולי ברמלי-גרינברג חוקרת ביחידה למדיניות בריאות בניווס מכון ברוקדייל.

בשנת 1998 הגישו הקופות לאישורם של משרד הבריאות ועדת הכספים של הכנסת תוכנית גבייה ובה הציעות לשינויים בגביית התשלומים שאושרו לבסוף בידי ועדת הכספים באוגוסט 1998.

בחוק נקבע כי בכל שנה באפריל יעודכנו כל התשלומים הנגבים וכן תקרת התשלומים לפי מדד יוקר הבריאות של השנה הקודמת. מעבר לכך כל שינוי בתוכנית הגבייה נעשה באישור הסמנכ"ל לקופות חולים ושכ"ן במשרד הבריאות.

**מהן מטרות גביית ההשתתפות העצמית?**

- ♦ להגדיל את המקורות הכספיים של קופות החולים;
- ♦ להקטין ביקושי יתר לשירותי בריאות;
- ♦ להגביר את הגמישות והסמכות של קופות החולים;
- ♦ ליצור מערכת של תחרות על מחיר בין קופות החולים, לצד מערכת של תחרות על איכות השירות.

**מהם החישות מהנהגת תשלומי השתתפות עצמית?**

הנהגת תשלומי השתתפות עצמית במערכת ציבורית מלווה תמיד בחששות שהתשלומים יכבידו במידה רבה על העניים, על החולים ועל הקשישים וירתיעו קבוצות חלשות אלה מפנייה לקבלת טיפול נדרש.

מחקרים רבים בעולם הראו, כי השפעת תשלומי ההשתתפות העצמית גדולה יותר על חולים ועניים, ולפיכך הם מפחיתים את השימוש בשירותי בריאות. גם בישראל נמצא כי תשלומי ההשתתפות העצמית משקפים שיעור לא מבוטל מהכנסת המשפחה העניה; ובוודאי כך, שיעור גבוה מהחולים והעניים מזוהרים על השירות בגלל התשלום.

הפעלת ההשתתפות העצמית בגין ביקור אצל רופא היא אחת ההתפתחויות המשמעותיות והשנויות במחלוקת במערכת הבריאות בשנים האחרונות.

**אילו תשלומים ראשית קופת החולים לגבות?**

**א. התשלומים תמורת ביקור אצל רופא, במכונים ובמרפאות חוץ:**

להלן התעריפים הרבעוניים (בשקלים) שגובה כל קופת תמורת ביקור אצל רופא, במכונים ובמרפאות חוץ (מקור: חוברת זכויות המבוטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות 2002):

סוג השירות	תעריפי קופת החולים לביקור בכל רבעון*			
	מכבי	מאוחדת	לאומית	כללית
ביקור אצל רופא ראשוני (רופא משפחה, ילדים, נשים ופנימאי)	6	--	--	--
ביקור אצל רופא מקצועי (אורתופד, עיניים, א"ג ועד)	18	18	18	12
ביקור במרפאת חוץ הפועלת במסגרת בתי החולים הכלליים	23	23	23	23
ביקור במכון* מחוץ למסגרת בתי החולים הכלליים	23	23	23	23
תקרת התשלומים למשפחה לרבעון**	94	100	140	140

# **תשלום רבעוני:** כלומר, אם אדם חוזר לאותו הרופא / השירות במשך הרבעון, לא נגבה ממנו תשלום נוסף.

\* **מכוני דימות:** MRI, רנטגן, אולטראסאונד, רפואה גרעינית, CT, אקורדיוגרפיה; **מכוני אבחון:** EEG, EMG, אודיומטריה, ארגומטריה; **מכונים אחרים:** גסטרואנטרולוגיה, אבחון הפרעות בשנה

\*\* **תקרת התשלומים לביקורים:** משמחה שהוצאוה ברבעון היו גבוהות מתקרת התשלומים, תגיש בתום הרבעון את הקבלות בעבור התשלומים לשירותים (למעט תרופות) בסניף הקופה ותזכה בהפרש (הכספים ששולמו מעבר לתקרה). קיימת תקרה מופחתת של 50% מתקרת התשלומים הכללית (הנחה) למשפחות שאחד מבני הוגג בהן הוא בן 65 שנה ואיל או עולה חדש בשנתו הראשונה בישראל.

**מי פטור מתשלומי אגרת הביקור?**

זכאים לפטור מלא מתשלום תמורת אגרת ביקור: מקבלי הבטחת הכנסה, קצבת נכות כללית וקצבת מוגנת מטעם המוסד לביטוח לאומי; מקבלי קצבת זקנה שקיבלו קודם לכן קצבת נכות כללית; קטינים שטרם מלאו להם 18 שנה ושלושה חודשים המקבלים גמלת ניידות; אברך והתלויים בו המקבלים הבטחת הכנסה ממשרד הרווחה.

הפטורים מתשלומי אגרת הביקור אינם פוטרים מתשלום בעבור תרופות ומתשלומי השתתפות עצמית אחרים.

**ב. התשלומים תמורת תרופות במרשם הכלולות בסל**

שיטות גביית ההשתתפות העצמית בגין תרופות לפי קופה (מקור: חוברת זכויות המבוטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות 2002):

שיטת גביית ההשתתפות העצמית בגין תרופות בכל קופה

שירותי בריאות כללית	שיטת המנות
שיטת <b>מכבי שירותי בריאות</b>	הגובה לתרופות שנכנסו לסל עד 11/8/1998. כללית מעדכנת בכל שנה את מחיר הבול בהתאם למדד יוקר הבריאות, ולפי רצונה. לפי נתוני הקופה, מחיר בול (מנת תרופה) שווה ל-11 שקל. בעבור תרופות חדשות שנכנסו לסל החל מתאריך זה (חוץ מ-6 תרופות), כללית גובה בשיטה האחוזית, כך ששיעור ההשתתפות שווה ל-10% ממחיר המחירון או 11 שקל, לפי הגבוה מהשניים.
שיטת <b>קופת-חולים לאומית</b>	הגובה <b>השיטה האחוזית</b> . 15% ממחירה המרבי של התרופה לצרכן, אך לא פחות מ-12 שקל.
שיטת <b>קופת-חולים מאוחדת</b>	הגובה <b>השיטה האחוזית</b> . בעבור תרופה שהמחיר המרבי שלה לצרכן הנו עד 88.9 שקל, גובים 12 שקל או את מחיר התרופה, לפי הגבוה מבין השניים; בעבור תרופה שהמחיר המרבי לצרכן הנו מעל 88.9 שקל, שיעור ההשתתפות הוא 13.5% מהמחיר המרבי לצרכן.

**למי יש הנחה או פטור מהשתתפות עצמית בעבור תרופות?**

חוק ההסדרים, 1998 קבע ארבעה מקרים המקנים **הנחה או פטור** מדמי ההשתתפות בעבור תרופות: **1. תקרת ההשתתפות בעבור תרופות לחולים כרוניים** מחושבת בעבור כל סוגי התרופות שרחולה צורך (לרבות תרופות שאינן חלק מהטיפול במחלתו הכרונית). התקרה רוא לכל מבטח ולא תקרה משפחתית. בכללית התקרה שווה ל-660 שקל לרבעון (220 שקל לחודש) ובמכבי, מאוחדת ולאומית התקרה שווה ל-220 שקל בחודש. חישוב התקרה החודשית נעשה לפי ממוצע של שישה חודשים לממוצע;

**2. לחולים במחלות קשות** (מחלת כליות סופנית, סרטן, איידס, סיסטיק פיברוזיס, גושה, תלסמיה, המופיליה או שחפת) יש פטור מתשלום בעבור התרופות הייעודיות לטיפול במחלתם בלבד. אולם יש הבדלים בין הסדרי הגבייה שאושרו לקופות החולים בקביעת קבוצות החולים הזכאות לפטור מתשלום. כך, בכללית ובמכבי אין ניתן לחולים קשים פטור מתשלום בעבור תרופות ייעודיות למחלתם בלבד. במכבי ובמאוחדת החולים הקשים זכאים לפטור מלא מתשלום בעבור כל טיפול תרופתי;

**3. אזרחים ותיקים** (לפי ההגדרה לאורח ותיק בחוק האזרחים הוותיקים), הזכאים להבטחת הכנסה, מקבלים 50% הנחה ברכישת תרופות;

**4. ותיקי מלחמת העולם השנייה** (לפי ההגדרה בחוק ותיקי מלחמת העולם השנייה) שחזרו כוויקי מלחמת העולם השנייה מטעם משרד הביטחון ומקבלים קצבת הבטחת הכנסה, זכאים ל-75% הנחה מדמי ההשתתפות בעבור תרופות הכלולות בסל.

**האם יש פטורים והנחות בעבור שירותים נוספים הכלולים בסל וזכוכים בתשלום?**

כן ייחבנו מקרים שהמבוטח יזכה זכאי לפטורים ולהנחות בתשלום דמי נסיעות והסעות באמבולנס ובתשלום אגרת ביקור בחדר מיון.

זכאים להחזר דמי נסיעות והסעות באמבולנס: חולה אנקולוגי או חולה דיאליזה הנוסעים בתחבורה היעבירית לטיפול במחלתם בבית החולים (50% החזר אם נסעו במונית או באמבולנס); מבטח המוסע לבית החולים בניידת טיפול נמרץ במקרה שאושפז (50% החזר במקרה שלא אושפז); מבטח המוסע לבית החולים באמבולנס של מד"א ואושפז.

זכאים לפטור מתשלום בחדר מיון: מבטח שפנה לחדר המיון עם מכתב רפואי ו/או עם נוסף 17 גם אם לא אושפז; מבטח שפנה לחדר המיון ואושפז, גם אם לא היה בידו מכתב רפואי ו/או נוסף 17; נפגע עבודה עם אישור ממעבידו (נוסף בל/50) על פגיעה בעבודה; נפגע תאונת דרכים, שימציא אישור מהמשטרה על התאונה; חלמיד שנפגע בבית הספר או בטיול של בית הספר עם אישור מבית הספר.

מבטח שפנה לחדר מיון במקרים הבאים זכאי אף הוא לפטור מתשלום: כל שבר חדש; פריקה חריפה של הכתף או המרפק; פגיעה החורשת אחי בתפירה או באמצעי אחי אחר; שאיפת גוף יז לרדכי הנשימה; חודרת גוף יז לעין; טיפול במחלות סרטן, והמופיליה וסיסטיק פיברוזיס; אישה שנתקפה צירי לידה; אדם

המפנה לבית החולים באמבולנס של מד"א באירוע פתאומי; תינוקות עד גיל חודשיים עם חום הגבוה מ-38.5 מ"צ וחולי דיאלזה.

**האם מבטחים מודעים לזכויותיהם?**

חוק ההסדרים, 1998 קבע כללים לפטורים, להנחות ולתקרות כדי להגן על האוכלוסיות החלשות. ואולם רוב הציבור אינו מודע לקיומן של תקרות לתשלומי אגרת ביקור, ובייחוד בקרב השכבות הסוציו-אקונומיות החלשות. נדוּש כי ידע לקוי על קיום תקרה לתשלום עלול למנוע ביקורים בכלל, ואצל בעלי הכנסות נמוכות בפרט.

נמצא גם כי הידע בקרב הציבור לגבי האפשרות לקבל החורים הוא נמוך. כמו-כן, אלו שביקשו החורים נתקלו בקשיים בתהליך קבלתם. נשים לב, כי קשיים בקבלת החורים עלולים להיות מחסום נוסף בקבלת טיפול רפואי, בעיקר בקרב האוכלוסיות החלשות.

יש לציין כי בסוף 2002 הפיץ משרד הבריאות בשיתוף מועצת הבריאות חוברת למבוטח ובה מפורטות זכויות המבוטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובכלל זה פירוט השיחות שיש לשלם בעבור השתתפות עצמית, רשימת הפטורים התקרות והחורים. ייחזק שפרסומה של חוברת זאת תביא עלייה ברמת הידע של הציבור בתחום זה.

**מיהן קבוצות האוכלוסייה המתקשות לשלם את דמי ההשתתפות העצמית?**

כצפוי, ככל שראש המשפחה מבוגר יותר וככל שהכנסת המשפחה נמוכה יותר, המשפחה מתקשה יותר בתשלומי ההשתתפות העצמית. גם משפחות צעירות עם ילדים מרגישות בהכבדת התשלומים על הכנסות.

**מה היו הכנסות הקופות מתשלומי השתתפות עצמית של המבוטחים ב-2001?**

בסך הכול, הכנסות הקופות מהשתתפויות עצמית של מבוטחיהן בעבור שירותים היו ב-2001 כ-323 מיליון שקל; סך ההכנסות מהשתתפויות עצמית בעבור תרופות היה 1,077 מיליון שקל. יש הבדלים בין הקופות בסך ההכנסות, בממוצע ההכנסות לנפש מתוקנת ובשיעור שההכנסות משקפות מתוך סך הכנסות הקופות:

סך הכנסות מהשתתפויות בשירותים	הכנסות מהשתתפויות בתרופות במרשם הכלולות בסל <sup>1</sup>			סך הכנסות מהשתתפויות בשירותים	סך הכנסות מהשתתפויות בתרופות במרשם הכלולות בסל <sup>1</sup>
	סך (במיליון שקלים)	שיעור מההשתתפויות מתוך סך הכנסות (%)	סך (במיליון שקלים)		
סה"כ	323	1.5	1,077	48	5
כללית	150	1.1	689	37	5.2
מכבי	94	2.1	181	66	4.2
מאוחדת	33	1.7	116	52	6.1
לאומית	46	2.3	91	74	4.7

<sup>1</sup> ההכנסות ממבוטחים בגין תרופות אינן כוללות הכנסות מתרופות הנמכרות בבתי המרקחת של הקופות בלי מרשם.

**מחקרים בישראל על תשלומי ההשתתפות העצמית**

הניסיון של מכבי שירותי בריאות שהפעילה השתתפות עצמית בביקור אצל רופאים כבר בתחילת שנות ה-80 הוגה בפעם הראשונה בידי **תמיר רוטר (1996)**. העבודה הראתה כי חלה ירידה ממוצעת מובהקת במספר הביקורים הראשוניים לרבעון אצל רופאים כלליים בעקבות הנהגת ההיטל ב-1983 של 12.6% ו-17.2% בטווח של שנה ועד 12.3% ו-19.5% לאחר ארבע שנים. רוטר מצא שגם לאחר ההעלאה בתשלום אגרת ביקור לרופא מקצועי ב-1994 נצפתה ירידה בביקורים. אמנם הביקוש החל לטפס בהדרגה שוב, אך לא שב לרמתו הקודמת.

מחקר ג'וינט-מכון בחוקדייל על הערכת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנים 1999 ו-2001 (**גרוס וברמלי-גרינברג 2000 ו-2003**) בדקו ריבטים הקשורים לתשלומי ההשתתפות העצמית הנהוגים במערכת הציבורית וכן נבחנו מדדי נגישות הקשורים לתשלום (כלומר, נבחנה מידת הויתור על שירות או על תרופה בגלל התשלום).

מתוך הממצאים מסקר 2001 עלה כי עדיין לציבור מידע לקוי בעניין ההשתתפות העצמית: 76% מהמראיינים לא ידעו על קיומן של תקרות (לעומת 80% ב-1999). שיעור היודעים גבוה במקצת בקרב אלה הצורכים שירותים רבים: קשישים המבקרים אצל מומחים וחולים כרוניים המבקרים אצל מומחים. נציין כי ידע לקוי על קיום תקרה לתשלום עלול למנוע ביקורים נחוצים. כמו-כן, במקצת קופות החולים ידע לקוי מונע מימוש של הזכות להחזר, הפחיתה בהצגת קבלות.

הממצאים הראו כי יש מחסומים כספיים לקבלת שירותי בריאות. 5% מהמבוטחים ענו כי ויתרו בשנה שחלפה על טיפול כלשהו בגלל התשלום, 11% דיווחו כי ויתרו בשנה שחלפה על קניית תרופה שהרופא רשם בגלל המחיר הגדוש. בסך הכול 14% מהמראיינים דיווחו על מחסומים כספיים שבעטיים ויתרו על קבלת טיפול, על קניית תרופה או על שניהם.

השערים גבוהים יותר בקרב החולים הכרוניים ובקרב בעלי ההכנסה הנמוכה. נראה כי בעיות נגישות, הקשורות לתשלומים בקרב קבוצות אלו, חמורות יותר מאשר בקרב כלל הציבור. אחד מכל תמישה מבוטחים מהתחומן התחתון ואחד מכל שישה חולים כרוניים ויתרו על תרופה או על טיפול בשנה שחלפה בגלל התשלום. ממצא מדאיג נוסף הוא השיעור הגבוה של נשים (17%) שויתרו בשנה האחרונה על תרופה או על טיפול בגלל התשלום.

בקרב ערבים וקשישים, אף שמדובר באוכלוסיות חלשות מבחינה כלכלית, נמצא שהמצב דווקא הפוך: שיעור נמוך יחסית דיווחו על בעיות נגישות הקשורות לתשלומים. בהמשך חשוב לנסות ולהבין ממצא זה לעומק.

ב-2001 נמצא גם כי מבוטחים מוותרים על טיפול רפואי ועל תרופות שרופא המליץ. מדובר בטיפולים ובתרופות שהשיבותם רבה ורק חלקם מקבלים טיפול חלופי. שיעור ניכר מרגישים שהויתור פוגע בבריאותם.

נוסף על סקרי המעקב על חוק ביטוח בריאות ממלכתי ערך ג'וינט מכון בחוקדייל שני מחקרים נוספים הקשורים לדמי ההשתתפות העצמית.

המחקר הראשון בחן את התצאה משקי הבית וקופות החולים על תרופות (**שולי ברמלי-גרינברג, ברוך רזון ופרנסיס ווד, 2003**). ממצאי המחקר התייחסו לשלוש סוגיות מדיניות עיקריות: האם להקל את נטל ההשתתפות העצמית מעל מעוטי ההכנסה והקשישים? האם יש לשכלל את טוחנת הקפיטציה כדי שתשקף יותר את התוצאות על תרופות? ואם כן, כיצד יש לשכללה? האם יש לסייע לקופות הקטנות בהתקשרויותיהן עם ספקים?

**ממצאים נבחרים:**

- ❖ ב-1999 הייתה הוצאת משקי הבית על תרופות 21% מסך הוצאותיהם על בריאות (לא כולל מס בריאות).
- ❖ מ-1987 ועד 1999 עלתה ההוצאה הראלית ב-118%, שיעור הגבוה בדירבה מהעלייה בהוצאה הכללית לבריאות.
- ❖ ב-1999 הייתה ההוצאה הממוצעת של משק בית על תרופות 80 שקל בחדש.
- ❖ העניים מוציאים פחות מאחרים על תרופות. למרות זאת, נטל ההוצאה עליהם גבוה מהנטל על משקי בית בעלי הכנסה גבוהה יותר; אחת מכל שש משפחות (17%) בעשירון התחתון מוציאה יותר מ-5% מהכנסתה על תרופות, שיעור הגבוה ביותר מפי שניים מהשיעור באוכלוסייה הכללית.

כמו-כן המליצה הוועדה לפעול מיד לייזוע האיבור על זכותו למטורים, להנחות ולתקרות; וכך שקופות החולים ידאגו להתקין מערכות מחשוב שיאפשרו עדכון האיבור בזמן אמת על סך כל התשלומים ששלמה כל המשפחה.

**איזה מידע חסר במערכת לגבי ההשתתפות העצמית?**

במסגרת הדיון לגבי רמות ההשתתפות העצמית על אגרת ביקור ותרופות, העלו טיעונים סותרים לגבי המידה שרהשתתפות העצמית החדשה השפיעה על התנהגות הצרכנים בכל הנוגע לפניה לקבלת טיפול, להוצאות משקי בית ולשיעור השימוש בשירותים, בעיקר בקרב השכבות החלשות. הדיון נערך במצב שאין נתונים שיטתיים ומעודכנים לגבי ישראל שעליהם אפשר להסתמך. הטענים ניסו להשתמש בניסיון שנצבר בארה"ב ובאירופה, אך קיימות מגבלות רציניות לגבי המידה שאפשר לפרש ממצאים מהעולם כך שיתאימו לישראל.

גם כיום יש עדיין צורך במידע על הוצאות המבוטחים על השתתפות עצמית שעשוי לסייע במאמצים לעקוב אחר המדיניות הנוגעת לכך. חוסר המידע נוגע בפרט לשינויים בהוצאות המבוטחים לאורך זמן; על הנטל על משקי הבית בגין התשלומים; ועל המידה שבה קופות החולים מפעילות פטורים בעבור אוכלוסיות חלשות.

- ♦ הנתונים הצביעו על הקשר ההדוק שבין הוצאה על תרופות לבין גיל: ההסתברות להוציא על תרופות וגובה ההוצאה, הן של המבוטחים והן של קופות החולים, עולים יחד עם גיל המבוטחים.
- ♦ קצב העלייה בהוצאות הקופה לנפש בגין תרופות עם הגיל מוריד מקצב העלייה בסך הוצאות הקופה לנפש, ומקצב העלייה של הוצאות המבוטחים על תרופות עם הגיל.
- ♦ בין השנים 1997 ל-2000 נרשמה עלייה חדה בהכנסות הקופות מתשלומים עצמיים של מבוטחים על תרופות בקופות החולים כללית ומאוחדות (90%) ובמכבי (30%). בלאומית כמעט שלא ניכר עלייה בהכנסות מהתשלומים העצמיים בשנים אלו.
- ♦ ניתוח הנתונים למד, כי לכירויות בריאות כללית וחרון יחסי בהשוואה לקופות האחרות בהוצאות על תרופות: הוצאותיה לנפש מתוקנת בשנת 2000 היו 539 שקל, לעומת 624 שקל למאוחדות, 642 שקל ללאומית ו-732 שקל למכבי, וחרון יחסי בהכנסות מתשלומים עצמיים בעבור תרופות: הכנסותיה לנפש מתוקנת היו 235 שקל, 220 של מכבי, 195 שקל של מאוחדות ו-159 שקל של לאומית.
- ♦ שיעור מינון ההוצאות של הקופות על תרופות על ידי המבוטחים גבוה מאוד ושונה לכ-40% (44% בכללית, 30% במכבי ובמאוחדות ו-25% בלאומית).
- ♦ סקירה הסדרי ההשתתפות העצמית הקיימים כיום לשכבות החלשות, לרבות מנגוני התקרות, הפטורים והנחות, למדה על המחסומים של שכבות אלו לקבל את הטיפול הנדרש.
- ♦ המחקר השני הנמצא כעת בעיצומו עוסק בבחינת השאלה מי נושא בנטל אגרת הביקור אצל רופא **שווי ברמלי-גרינברג, ברוך רוזן ורויטל גרוס**.
- ♦ בשנה א' של המחקר נטח עד התשלומים של תשלומי אגרת הביקור לרופא. להלן הממצאים העיקריים:
  - ♦ ב-1999 רוב האיבור לא ידע על קיום תקרות. נמצא כי שיעור היודעים נמוך יותר בקרב העניים;
  - ♦ גם הידע בקרב הציבור לגבי האפשרות לקבלת החזרים היה נמוך. כמו כן, עבור אלו שביקשו החזרים התגלעו קשיים בתהליך קבלת החזרים;
  - ♦ כ-5% בקרב בעלי הכנסה בעשירון החתון שאינם זכאים לפטורים בגין הבטחת הכנסה או גמלת נכות מצריכים יותר מ-1% מהכנסתם על אגרת ביקור;
  - ♦ נטל ההוצאה על השתתפות עצמית בגין ביקור אצל רופאים, במסגרים ובמרפאות חוץ הולך וגדל עם גיל ראש משק הבית, ואולם גם משפחות צעירות עם ילדים נושאות בנטל התשלומים;
  - ♦ ההכנסה הממוצעת של הקופות לנפש מתוקנת ב-1999 הייתה 41 שקל - לכללית הייתה ההכנסה הממוצעת הנמוכה ביותר (30 שקל), בהשוואה למכבי (66 שקל), ללאומית (57 שקל) ולמאוחדות (53 שקל).
- ♦ בשנה ב' של המחקר יילמד השינוי בשימוש בשירותים לאחר תחילת ההשתתפות העצמית בגין ביקור אצל רופאים, עם דגש על אוכלוסיות חלשות.
- ♦ **Reuveni et al. (2001)** שבדקו את השפעת ההשתתפות העצמית על קניית תרופות בעבור ילדים עם זיהום חרוני, מצאו כי 30% מקרב רווי הילדים שקיבלו מרשם לאנטיביוטיקה לטיפול בזיהום לא קנו את כל מנת האנטיביוטיקה שנרשמה, בגלל המחיר. קבוצה זו אופיינה בחיחה בעלת מעמד חברתי-כלכלי נמוך, שרף ואחרים (2002) מצא כי אגרת ביקור בטיפות חלב היא אחת המחסומים העיקריים בקרב הציבור בפניה לקבלת השירות בטיפות חלב.
- ♦ **שרף ואחרים (2002)** בחנו את השפעת מדיניות משרד הבריאות על רמת השימוש בשירותי טיפת חלב שבמחוז אשקלון. הם מצאו כי 40% מאוכלוסיית המחקר לא שילמה את אגרת הביקור לטיפות חלב. בקרב כלל האוכלוסייה שיעור גבוה סבורים שאגרת הביקור היא המחסום העיקרי בפני שימוש סדיר בשירותי טיפת חלב. גם רוב אחות בריאות הציבור שמשרתות את אוכלוסיית המחקר סבורות שלקוחותיהן מתקשות לעמוד בתשלומים וזי התשלומים הם המחסום העיקרי המקשה על השימוש בשירותי החוקרים ממליצים לבטל את אגרת השימוש בשירותי טיפת חלב כדי ליצור תמריץ שיגביר את השימוש בשירותי פרט למחקרים שפורטו לעיל נכתבו יחידת עמדה, הכוללים שבהם הם של רחל קיי מסבכי שירותי בריאות (2003); אפי אריכל מאגף החקיקים משרד האוצר (1998).
- ♦ גם הוועדה הציבורית לבחינת מעמדו של הרופא בישראל (ועדת אמוראי, 2002) התייחסה לענין ההשתתפות העצמית והמליצה כי יבטלו דמי ההשתתפות העצמית בעבור ביקור אצל רופא, במסגרים ובמרפאות חוץ. הביטול יהיה הדרגתי לאורך 4 שנים. כמו-כן המליצה הוועדה לבטל בהדרגה לאורך 3 שנים את אגרת הביקור בתחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב). הוועדה המליצה להוסיף בעינה את ההשתתפות העצמית הקיימת כיום בשירותים האחרים.

**אי-שוויון בבריאות השן בישראל- מסמך רקע**

נורית ניראל, טוביה חורב, שלמה זוסמן, ברוך רזן

במסמך רקע זה נבחן באיזו מידה קיימים פערי שוויון במצב בריאות השן בין שכבות חברתיות-כלכליות, האם קיימים פערי שוויון בקבלה ובשימוש בשירותי בריאות השן, ומה נדרש להיעשות כדי לטפל בקבוצות חלשות ולצמצם את האי-שוויון במצב בריאות הפה, בגישות לשירותים ובשימוש בשירותים בישראל ובעולם. כמו-כן נציג המלצה שחכול יעדים ודרכים לצמצום האי-שוויון.

רקע

שירותי בריאות השן בישראל אינם כלולים בסל הבריאות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לכן תחום בריאות הפה הוא דוגמה מובהקת לשירות רפואי שרובו ככולו ממומן מההוצאה הפרטית של תושבי ישראל. המצב בישראל שונה מהמצב בכמה ממדינות אירופה, שבהן כלולים שירותי בריאות השן במסגרת המדינית הכוללת בתחום הבריאות. כך לדוגמה במדינות סקנדינביה כולל ביטוח הבריאות הממלכתי טיפולי שיניים חינם לילדים עד גיל 18, בגרמניה יש ביטוח חובה הכולל גם טיפולי שיניים ובבריטניה טיפולי השיניים כלולים בסל שירותי הבריאות וכרוכים בהשתתפות עצמית של המבוטח בתשלום בעבור הטיפול.

**1. ההוצאות על רפואת שיניים**

ההוצאה השנתית על רפואת שיניים בישראל נאמדת ב-5 מיליארד שקל בשנה. סכום זה משקף כ-10% מההוצאה הלאומית לבריאות ומייצג 1% מהתל"ג.

ההוצאה השנתית הממוצעת של משק בית על רפואת שיניים נאמדת ביותר מ-1,500 שקל. זאת ועוד, מכיוון שרפואת שיניים אינה כלולה בסל השירותים שאמורות הקופות לספק במסגרת החוק, הרי שמשקי הבית מימנו בשנת 2001 כ-95% מההוצאה השנתית על רפואת שיניים. מדובר בהוצאה ישירה "מן הכיס", שכן רק לחלק קטן מאוד מהאוכלוסייה (8%) בישראל יש תוכנית ביטוח לשיניים.

עוד אנו למדים מנתונים כי חלקו של המימון הציבורי לרפואת שיניים בישראל נמוך: קצת יותר מ-5% על פי נתוני משרד הבריאות. זאת, בדומה לחלקו של המימון הציבורי בארצות הברית (4.5%) ובקנדה (7.8%), אבל נמוך הרבה יותר בהשוואה לאירופה ולסין. כך לדוגמה, חלקו של המימון הציבורי לרפואת שיניים בדנמרק הוא 19%, בהולנד 26%, בצרפת 34%, במיילנד 38%, בגרמניה כ-60% ובלוקסמבורג ופן יותר מ-80% (OECD health data 2000).

**2. מצב בריאות הפה**

**2.1. אי-שוויון במצב בריאות הפה בין שכבות חברתיות-כלכליות**

בסקר ארצי שערכו באחרונה זוסמן ואח' (Zusman et al, 2002) נעשו בדיקות שיניים קלינית בקרב מדרג מייצג של בני 12. בניתוח נתוני הסקר נמצא קשר בין הרמה החברתית-כלכלית של היישוב (לפי סיווג הרמות החברתיות-כלכליות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) לבין מספר השיניים הפגועות (DMFT). כך לדוגמה, ביישובים שסווגו במקום נמוך יחסית (רמות 3 ו-4) המספר הממוצע של שיניים פגועות הוא 2.3 עד 3.8, לעומת 1 עד 1.6 בילדים מיישובים שסווגו כבעלי רמה חברתית-כלכלית גבוהה יחסית (רמות 7 עד 9). ממוצע מספר השיניים הפגועות בקרב בני 12 מיישובים בעלי רמה חברתית-כלכלית נמוכה גבוה אפוא (פי 2 עד 3) בהשוואה לבני גילם מיישובים בעלי רמה חברתית-כלכלית גבוהה.

בסקר ארצי שערכו בשנת 1998 ברג, זוסמן וחורב (2001) במדגם אקראי של תושבי ישראל בני 22 ואילך הציבו המראיינים על שאלות הנוגעות להערכת מצב בריאות שיניהם והתניכיים שלהם: שאלות על מצב הבריאות מנקדת מבטו של הכשאל ושאלות אחרות על מצב עובדתי (כפי שהמראיין מדווח עליו). במרבית התחומים שנבדקו נמצאו פערים לפי רמות הכנסה. לדוגמה, בנוגע **למצב בריאותו של המראיין כפי שהוא נתפס בעיניו**, 25% מהמראיינים בחמישון התחתון דיווחו שמצב בריאות השיניים שלהם לא טוב לעומת 9% שדיווחו כך בשכבות הכנסה גבוהות יותר. החוקרים מצאו שכלל שהמעמד החברתי-כלכלי גבוה יותר מצב בריאות הפה המדווח טוב יותר.

הבדלים נמצאו גם בתשובות על **מצב עובדתי** (לפי דוחו החוקרים). 85% מן המראיינים בחמישון התחתון דיווחו שאיבדו לפחות שן אחת, לעומת 76% בלבד בקרב נחקרים משכבות הכנסה גבוהות יותר. הממצאים לגבי החמישון התחתון הם 10 שיניים חסרות בממוצע לנפש לעומת 8 בחמישונים האחרים. גם מבחינת תחלואת התיכיים נמצאו הבדלים. בחמישון ההכנסה התחתון רבים יותר (19%) התלוננו על מצב תיכיים לא טוב לעומת 8% בקרב שכבות ההכנסה האחרות. זאת ועוד, בחמישון ההכנסה התחתון דיווחו כ-16% שיש להם שיניים מתנדנדות (אינדיקציה לבעיה חמורה בתיכיים), לעומת 10% בשכבות ההכנסה הגבוהות יותר.

עוד מצאו החוקרים כי חלקם של בעלי השיניים התשובות גבוה יותר בקרב החמישון התחתון (27%) מאשר בקרב שכבות ההכנסה הגבוהות יותר (21%). ההבדל מובהק, אם כי אינו גדול. בקרב נשאלים מהחמישון התחתון נמצא גם שיעור גבוה יחסית של חלטות על תותבות שאינן מתאימות (לא נוחות, נורמות כאבים ופצעים, מפריעות באכילה ולא יפות).

**2.2. התנהגות, ידע ועמדות**

פערים ניכרים התגלו גם בהתנהגות בריאותית (כגון ביקורים לעורך ביקורת תקופתית). רק 14% מהמראיינים מהחמישון התחתון ציינו כי הם נוהגים לפנות לבדיקות מנע במרפאת השיניים לעומת 36% בשכבות ההכנסה הגבוהות יותר. ייתכן שאחת הסיבות להבדלים בין החמישונים בשערך הפונים לביקורת תקופתית במרפאת השיניים לעורך מניעה היא חוסר מודעות של מראיינים הנמנים בחמישון התחתון לעורך בבדיקות מנע, שכן 43% מהנשאלים בחמישון זה ציינו שלדעתם אין צורך בבדיקות אלה (לעומת 38% בשאר החמישונים). 21% מהחמישון התחתון דיווחו שאינם מתעניינים כלל את שיניהם לעומת 5% אצל האחרים. הבדלים דומים בין מראיינים מהחמישון התחתון לבין מראיינים משכבות הכנסה גבוהות יותר נסתמו לגבי אכילה ממתקים.

פערים נתגלו גם לגבי **ידע ועמדות בנושא בריאות השיניים**. רק 56% בחמישון התחתון סבורים שממתקים פוגעים בשיניים במידה רבה לעומת 67% בשאר החמישונים. 65% מהמראיינים הנמנים עם החמישון התחתון סבורים שלהכרשת השיניים השפעה מונעת במידה רבה, לעומת 77% בשאר החמישונים. פערים דומים נמצאו לגבי שימוש בחוט דנטלי ואף בתחומי הידע והעמדות כלפי טיפולי שיניים. אוכלוסייה נוספת שנמצאו פגיעות בתחומים אלו, מלבד משוטי ההכנסה, היו דוברי ערבית ודוברי רוסית.

**3. אי-שוויון בשימוש בבריאות השן ובהוצאות המשמחה על רפואת שיניים**

**3.1. השימוש בשירותים דנטליים**

ממצאי הסקר הארצי שערכו ברג, זוסמן וחורב (2001) הראו ששיעור המבקרים אצל רופא השיניים בשנה האחרונה היה נמוך בחמישון התחתון (47%) מאשר בשכבות הכנסה גבוהות יותר (59%), אחוז המדווחים כי מעד הביקור האחרון אצל רופא השיניים היה לפני יותר משנתיים גבוה בחמישון התחתון (34%) מאשר בשאר האוכלוסייה (20%), וגם מספר הביקורים לנפש נמצא נמוך יותר בחמישון זה (1.6 לנפש לשנה לעומת 2.2 בשכבות ההכנסה הגבוהות יותר).

58% מהמראיינים בחמישון התחתון דיווחו שהסיבה העיקרית שבעטיה לא הגיעו לטיפול שיניים הייתה מחיר (לעומת 19% בשכבות ההכנסה הגבוהות יותר). בקרב מבוטחים שאכן ביקרו אצל רופא השיניים נמנים עם החמישון התחתון, 63% לא השלימו את הטיפול שהמליץ עליו רופא השיניים בגלל מחיר.

(לעומת 41% בעאר החמישנים). החוקרים הסיקו מכך שעלות הטיפול היא חסם לקבלת הטיפול למעט ההכנסה.

ההבדלים לפי מעמד חברתי-כלכלי עמדו בעינם גם בניתוחים רב משתנים. כך למשל, כשהחוקרים פיקחו סטטיסטית על משתנים דמוגרפיים, על ידי עמדות, על היצע רפאי השניים ביטוח ומחירים, ואף על מצב נתפס של בריאות הפה, נמצא באופן מובהק כי הסיכוי שאדם יבקש אצל רופא השניים עולה פי 1.2 ככל שהאדם משתייך לחישוב גבוה יותר. בדומה, כשהחוקרים פיקחו סטטיסטית על אותם משתנים בלתי תלויים כמקדם, נמצא באופן מובהק כי הסיכוי שאדם לא השלים טיפול שיניים גבוה ככל שאוהדים בקבוצת ההכנסה. לפי דברי החוקרים, השימוש הנמוך יכול לרמז על צרכים לא מסופקים של החמישון התחתון שכן מצב שיניהם פחות טוב.

אופן כי ההבדלים בשימוש בשירותי בריאות השן כפי שנמצאו בסקר זה דומים מאד להבדלים שנמצאו לפי סקר שנערכה שובל עוד בשנות ה-70. בסקר של שובל 22% מן השאלים הנמנים על שכבות חברתיות-כלכליות נמוכות ציינו שדרו ביקור אצל רופא שיניים מסיבות כספיות. זאת, בהשוואה ל-13% בקרב השאלים משכבות הברות-כלכליות ביטניות ו-9% מקרב שכבות הברות-כלכליות גבוהות (Shuwel, 1971).

3.2. בבחינת הוצאות משקי הבית על רפואת שיניים על סמך סקרי הוצאות משפחה שבוצעו על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנים 1986/87 ו-1992/93 נמצא כי נתני הסקרים הצביעו על פער ניכר בין בעלי אמצעים כלכליים למעטני אמצעים, הן בהוצאה לפיש (פי חמישה) והן באחוז משקי הבית שהוצאו הוצאה כלשהי על רפואת שיניים (ברג ואח, 1996). עם זאת, מחקרים של ברג ואח מראה כי אף עברשה עליה ריאלית בהוצאה על רפואת שיניים בין שתי התקופות שנבדקו ניכרה בד בבד ירידה במשקל ההוצאה על רפואת שיניים בסל הבריאות של משפחה. זאת ועוד, היקף השימוש גבוה ההוצאה גדלו יותר בקרב שכבות ההכנסה הנמוכה, דבר שהיה בו כדי לסייע במסקת בסגירת הפער בין עשירי הכנסה. כפי הנראה, נבע הדבר מהעלייה בהוצע רופאי השיניים (עקב קליטה נרחבת של רופאי שיניים עולים מחבר העמים), שהייתה לה השפעה מתנת על מחירי השירות הדנטלי, בייחוד בקרב השכבות החלשות. שיעור רופאי השיניים ל-1,000 נפש היה 1.29 בשנת 1996 (מועד ביצוע המחקר) ו-1.34 בשנת 2000 (משרד הבריאות 2000). שיעורים אלו גבוהים בהשוואה ל-0.4 רופאי שיניים ל-1,000 נפש בספרד, 0.5 ל-1,000 נפש באיטליה, באירלנד ובקנדה, ו-0.8 רופאי שיניים ל-1,000 נפש בנורבגיה, בגרמניה ובדנמרק (OECD health data 2000). ואולם החוקרים מדגישים כי יש עדיין פערים גדולים בין העשירונים וגבוהות שירותי רפואת השיניים למשפחות הנמוכות עם שכבות ההכנסה הנמוכות עדיין נמוכה יחסית, כפי שנוכל ללמוד גם מהנתונים המובאים להלן על השימוש בשירותים דנטליים. עם פרסום ממצאיו של מחקר נוסף שבחן פערים בשימוש ובגישות לשירותי בריאות השן עשירי הכנסה (ברג וגולדמן, 2003), נוכל להציג נתונים עדכניים יותר.

3.3 איכות השירות

נמצאו גם הבדלים לפי רמת הכנסה בכל הנוגע למקצועיות הרופא, לסדר ולניקיון במרפאה, ליחס למוטופל, לקרבת המרפאה, למחיר ולמשך ההמתנה. כך לדוגמה, שיעור גבוה מהמרחיבים הנמנים עם החמישון התחתון, מקבלים אמצע טיפול דנטלי במרפאות שיניים פרטיות (כנראה לטבח מגוון התעריפים במגזר הפרטי), אך ממצאי הסקר מראים שמחבר בטיפול בסטנדרט שאינו גבוה - פעמים רבות במרפאה שהם טופלו בה אך טוח עוד (כגון סיעות ואגניות). הם מחכים אצבע זמן קצר ממעט קביעת הפגישה ועד לקבלת הטיפול (אולי בשל שיעור גבוה של בעיות דחופות עקב העונה), אך ממתנים במרפאה הרופא זמן ארוך יותר עד רגיע תורם. אחוז גבוה מהם אינו מקבל הסבר מרפא השניים בדבר הבעיה הרפואית ומהות הטיפול הניתן. שיעור גבוה מהם דיווח על חותבת שאינה מתאימה. כמו-כן אחוז גבוה יחסית מקבוצה זו דיווח על ריחוקה של המרפאה ממקום המגורים.

3.4 ביטוח שיניים עשוי לסייע בהגדלת הגישות לטיפול השיניים, ואולם בישראל רק כ-8% ממשיך הבית מבטוחים בביטוח מסחרי דנטלי (לעומת 58% בארצות הברית). כמו-כן מעידים ממצאי הסקר של ברג ואחרים כי בחמישון התחתון דיווחו מעטים (3%) על ביטוח דנטלי כלשהו לעומת שיעור גבוה הרבה יותר (20%) בחמישונים האחרים. ההבדל נובע בין השאר מהעובדה שהביטוחים המסחריים הם קבוצים ברובם וקשורים למקום עבודה גדול.

אופן כי צמצום הפערים בבריאות השן אינו יעד המצי אך ורק במגרשה של מערכת הבריאות. לשם סגירת פערים ברמת הידע, בעמדות הנקודות ובהתנהגות בריאותית מונעת נדרשת מעורבות של משרדי מחשלה נוספים, כגון מערכת החינוך ומערכת החוזה.

4. האם הפערים במצב בריאות הפה ובשימוש בשירותים לפי מעמד חברתי-כלכלי דומים או שונים מפערים אלו במדינות אחרות?

פערים במצב הבריאות לפי קבוצות הכנסה ואף הבדלים לפי קבוצות אתניות או הבדלים בין קבוצות מהגרים ניכרים גם במדינות אחרות. כך לדוגמה, 80% ממקרי העששת בשיניים הקבועות של ילדים מקבוצת הגיל 5 עד 17 הם בקרב 25% מהילדים בארצות הברית, מרביתם מקרב קבוצת אתניות ומקרב אוכלוסיית מעוטות הכנסה (U.S.A Department of Health & Human Services, 2000). זאת למרות חוכנית הביטוח עבור העניים כולל כיסוי חלקי לטיפול שיניים [בישראל הפער קטן מזה, כי 80% ממקרי העששת בקרב גילאי 12 קורים בקרב 30% מאוכלוסיית הילדים עד גיל 14 (שסמן ואח, 2002)].

לפי סקר של ארגון הבריאות העולמי הפערים הגדולים ביותר בין שכבות ההכנסה בכל הקשור לרמות תחלואת העששת והחניכיים הם אצל בארצות הברית. באנגליה ובשבדיה נמצאו פערים קטנים יותר במצב בריאות הפה בין שכבות הכנסה. ברג ועשתמיה למחקר מציינים כי בסקר השוואתי בין מדינות שנערך בחמת ארגון הבריאות העולמי, נמצא שבמדינות שנהוגה בהן חוכנית ממלכתית לאספקת שירותי מניעה ורפואת שיניים משמרת לתלמידים בגיל בית הספר חוסלו פערים בין שכבות חברתיות-כלכליות בכל הקשור לנגישות לשירותים הדנטליים, קרי לביקורים אצל רופא שיניים (World Health Organization, 1985). ממצא דומה התקבל גם במבוגרים בכל הנוגע לקשר שבין היקף הביקורים אצל רופא שיניים לבין מדיניות המעמדה לרשות האזרח מערך גניש של שירותי בריאות השן. ממצאים אלו חזוקו במחקר השוואתי דומה שנערך בשנות ה-90 (World Health Organization, 1997).

5. מדיניות לסגירת פערים

בפרק זה נציג את הפעולות שנעשות בישראל לצמצום פערים בין קבוצות באוכלוסייה ולטיפול באוכלוסיות החלשות. אחר כך נציג את הנעשה בעולם בכל הנוגע לסגירת פערים בין קבוצות אוכלוסייה.

5.1 פעולות שנעשות בישראל לצמצום פערים בין קבוצות ולטיפול באוכלוסיות חלשות

משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה מקיימים שורה של שירותים בבריאות השן, מהם אוניברסליים, לכלל האוכלוסייה או לכלל אוכלוסיית יעד (לדוגמה כלל תלמידי בתי הספר) ואחרים המיועדים לאוכלוסיות חלשות.

5.1.1 שירותי מניעה אוניברסליים

הפלטת מי השתייה לכלל האוכלוסייה - פעילות מנע התורמת באורח ניכר למניעת עששת השיניים. הפלטת מי השתייה מקטינה פערי בריאות אף שאינה דורשת מודעות או פעולה מצד האוכלוסייה, שכן אלה הסובלים יותר ממחלה דנטלית, נהנים מההפלטה יותר. לפי ספר העצת התקציב של משרד הבריאות לשנת 2003 כמתוצאת מחושבי המדינה שוחים מים מופלרים. תקנה המחייבת את מסקי המים להפלרים ביישובים המונים יותר מ-5,000 תושבים פורסמה ב-31.11.98 וניתנה לה ארכה עד סוף מאי 2002. ישנם התקנה לוח בקשיים ובעתירה לבג"ץ, שעיקבה את תהליך ההפלטה עד לתום הברור המשפטי (השנה) (משרד הבריאות, 2002). מתכן הפלטה של המוביל הארצי הופעל בפברואר השנה, דבר שאפשר עליה במספר התושבים הנרגים ממים עם פלואוריד ברמה מיטבית ל-5 מיליון נפש. בחג את התפלגות הרשויות המקומיות שלפי נתוני ינואר 2001 סיפקו מים מופלרים לתושביהן, לפי אשכולות של רמה חברתית-כלכלית (בהתאם לשיעור הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה), ומצאנו מגמה שלפיה אחוז הרשויות המקומיות המסוגלות ברמה הברותית-כלכלית גבוהה ושמוקרות המים שלהן מופלרים (30% גבוה במקצת מאחוז זה בקרב רשויות מקומיות המסוגלות ברמה הברותית-כלכלית נמוכה (22%). ייתכן שהדבר קשור במספר התושבים ביישוב, שכן מצאנו כי אחוז הרשויות המקומיות הגדולות שממירן מופלרים (67%) גדול מאוד בהשוואה לאחוז זה ברשויות מקומיות קטנות (כ-9%).

אופן כי גם לאחר ישום התקפת תרזה עדיין בעיה בחלק מהיישובים הקטנים (המונים פחות מ-5,000 נפש) שהם גם ספקי מים עצמאיים. ביישובים המונים פחות מ-5,000 נפש והצורכים מי שתייה מצורת שעוברת ביישובים אחרים ייהגו ממים מופלרים, בהמשך נבדוק כמה מן היישובים הקטנים לא ייהגו ממים מופלרים, מהם המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של תושבי היישובים הללו, וכיצד רצוי להתמודד עם בעיות בבריאות השן ביישובים בהעדר מים מופלרים.

שירותי בריאות השן לתלמידים - שירות מנע בעיקרו, שמשרד הבריאות שותף במימנו. השירות מופעל מתוקף חזר מנכ"ל משרד החינוך והוראות מקצועיות של האגף לבריאות השן במשרד הבריאות. שירותי בריאות השן לתלמידים מצויים באחריות הרשות המקומית שהחליטה להפעילם. משרד הבריאות מעביר לרשות המקומית שמפעילה את השירות הקצבה רבענית על פי שעות פעילות במפעל ומספר

התלמידים המטופלים. המימון הממשלתי לשירותי בריאות השן לתלמידים עומד נאמד בשנת 2003 ב-10 מיליון שקל (לעומת כ-3 מיליון שקל בעבר). הפעלת השירות לבריאות השן מותנית בהסכמת ועד ההורים של הרשות המקומית. לפי האגף לבריאות השן (משרד הבריאות, האגף לבריאות השן, 2003) שנתפז למפעל זה כ-60 רשויות מקומיות מכ-270. בחנו את התפלגות 60 הרשויות המקומיות המספקות שירותי בריאות השן לתלמיד, לפי אשכולות של רמה חברתית-כלכלית (בהתאם לשיעור הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). מאונט כי 66% מתן הן יישובים המסווגים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה (רמות 1 עד 4), 22% מהרשויות הן יישובים המסווגים ברמה חברתית-כלכלית בינונית (רמות 5 עד 7) ורק כ-7% מסונת ברמה חברתית-כלכלית גבוהה (רמות 8 עד 10). מן הקשר שנמצא בין הרמה החברתית-כלכלית של הרשות המקומית לבין הפעלת שירותי בריאות השן בה עולה כי אף שאין מימון ייעודי לרשויות חלשות, הן שכתשתפות משרד הבריאות במימון השירות היותה אולי העדפה מסוימת ליישובים הלשים, או שרשויות בעלות אוכלוסייה חלשה העדיפו להעניק שירות זה מתוך הבנת חשיבות המניעה לתושביהן, שרבים מהם אין בכוחם לממן טיפול שניים. למרות זאת, בכ-66% מהרשויות המקומיות החלשות אין שירותי בריאות השן לתלמיד.

שירותי בריאות השן לתלמיד מופעלים בשתי רמות: (1) של מניעה בסיס, הכולל בדיקה שנתי של כל התלמידים מגן חובה ועד כיתה ט' בידי רופא והדעה בכתיב להורים על מצב שיני ילדיהם; 3 שעות הדרכת התלמידים בחינוך לבריאות השן; חלוקת מברשת ומשחת שיניים לכל ילד. עד שנת 2002 שילמו ההורים בעבור סל זה אגרה של 27 שקל. מ-2002 אין משלמים עוד אגרה בעבור הטיפול הבסיסי בשל הגדלת המימון הממשלתי לצורך זה. כשני-שלישים ממימון סל המניעה הבסיסי הוא של משרד הבריאות והשאר של הרשות המקומית; (2) של מניעה מנייה, הכולל את הסל הבסיסי, ונוסף על כך טיפולים משמרים מדרגים לכיתות הנמוכות. קרי, עזרה ראשונה לשיכון כאבים לתלמידי כל הכיתות; טיפול יום בתחילת כל שנת לימודים לתלמידי כיתות א', לאחר מכן לתלמידי כיתות ב' וכן הלאה. הטיפול כולל ניקוי שיניים, איטום חריצים, סתימות, קטוע מוך השן ועקריות. המימון לסל המניעה המקיף חולק כך: כ-58% ממשרד הבריאות, כ-23% מימון הרשות המקומית והיתרה מימון ההורים באמצעות אגרה (30 שקל לילד) (משרד הבריאות, אתר האינטרנט). אין בידינו לעת עתה מידע אשר לאחוז מ-60 הרשויות שיש בהן שירותי בריאות השן לתלמיד והן מפעילות אותם בשתי רמות סל המניעה.

יוצן כי בישראל ההוצאה על מניעה משקפת פחות מ-5% מההוצאה הלאומית על רפואת שיניים. אם מניחים מכך את ההוצאות על הפלרת מים, האחוז מן ההוצאה הלאומית על רפואת שיניים המיוחד למניעה הוא 1%. זאת הוכח בעולם במחקרים רבים שההשקעה במניעה ברפואת שיניים כדאית מאוד לכלל האוכלוסייה ובייחוד לאוכלוסיית החלשות.

**5.1.2 שירותים לאוכלוסיות חלשות (נוקיים וקשישים):**

טיפול דנטלי לקשישים – לבריאות הפה של קשישים (שרבים מהם סובלים מבעיות שיניים המשפיעות על מצבם הרפואי, התזונתי והאסתטי) דואגים משרד הרווחה, משרד הבריאות ואש"ל. הטיפול ניתן במרפאות ציבוריות וקהילתיות, בבעלות עמותות ומרפאות שהוקמו במרכזי יום לקשיש. העדיפות נקבעת על פי מצבו הכלכלי של הקשיש ועל פי הנחות התנ"ל. במקומות שאין מרפאה מוסדה הקשיש לטיפול במרפאה פרטית, והסיוע הבסיסי שניתן לו נהחמלקה לשירותים חברתיים הוא על פי זכאותו. לפי נתוני האגף לבריאות השן במשרד הבריאות, נאמלו בשנת 2002 במרפאות אלו כ-2,000 קשישים. בשנת 2002 התקבל תקציב חד-פעמי מיוחד, של 6 מיליון שקל, ובעזרתו יום האגף לבריאות השן שירותי ניד לטיפול בקשישים המרותקים למיטה או למוסד. לפי החכנון, טיפול באמצעות השירות הניד עוד כ-2,000 קשישים. יש לזכור שבנישארל יותר מ-600 אלף קשישים, כ-22% מהם חיים מתחת לקו העוני. ברור שהתוכנית המכרות לעיל מספקות מענה רק לחלק קטן מאוד מקשישים אלו. בשלב זה, לא ברור אם משום שאין ביקוש בקרב הקשישים, אם משום שאין די הוצע על שירותים זמינים או אם משום שהמימון אינו מספיק לכך.

טיפול דנטלי לנוקיים – משנת 1973 מפעילים שירותי הרווחה שירות דנטלי לטיפול בנוקיים. לשם כך משמשים המתקנים הקיימים ברשויות המקומיות. הזכאים לשירות הם כלל המטופלים שבאחריות המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית. הטיפול ניתן במרפאות קהילתיות או ציבוריות ובמקום שאין מרפאה מוסדית הנוקיים למרפאות פרטיות ומקבלים סיוע במימון הטיפול בהתאם לזכאותם. הבסיס לתשלום הוא לפי התעריפים שבמחירון לנוקיים (משרד הבריאות, אתר האינטרנט). לפי האגף לבריאות השן נמנע שירות זה מכך שאין לו תקציב "מסומן" במסגרת תקציב משרד הרווחה והרפואה. הרשות המקומית מיעדת את התקציבים המועברים אליה ממשרד זה לפי קדימויותה ולא דווקא לטיפול דנטלי.

טיפול דנטלי לחולי נפש זכאי סל שיקום ולחולי נפש כרוניים – בשנת 2002 ניתנו טיפולים לחולי נפש בכ-6 מרפאות שיניים טוחנות שירותים בבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים ובעוד 14 מרפאות נטו שירות דנטלי לחולי נפש זכאי סל שיקום בקהילה. עלות הטיפול ל-590 מטופלים ב-14 המרפאות

הקהילות בשנת 2002 הסוכמה בכ-2 מיליון שקל. הנמוצע למוטפל יחיד הוא כ-3,700 ש"ח (משרד הבריאות, האגף לבריאות השן, 2003).

לפי דוח פעילות מרפאות שיניים קהילתיות (משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה, 2002) פעלו בשנת 2001 44 מרפאות קהילתיות שיבוריות ברשויות המקומיות (39 מרפאות קהילתיות ו-5 מרפאות ציבוריות) ומספר המטופלים שהופנו אליהן הגיע לכ-20 אלף. 75% מכלל הנוקיים היו משפחות ו-25% מהם קשישים. האגף לבריאות השן מפקח על פעולת המרפאות הקהילתיות ברשויות המקומיות. החומרים למרפאה נרכשים באיזור האגף, ועבודת המעבדה אריוכות אף הן את אישור. העלות הממוצעת לטיפול שניים למוטפל היא 337 שקל, כשבסל הטיפולים כלול גם טיפול פרוחתי שעלותו יקרה.

**5.2 מניעה בעולם למגירת פערים במצב בריאות הפה בין קבוצות באוכלוסייה**

מסקירת ספרות בתחום עלה כי הדרכים השונות להתערבויות לשפור בריאות הפה של האוכלוסייה ולסגירת פערים בין קבוצות אוכלוסייה נחלקות לכמה קטגוריות:

**5.2.1 מניעה**

- הפלרת מים ברשויות מקומיות - לעתים נעשה הדבר מתוך מתן עדיפות למקורות מים ביישובים או באזורים שמתגוררים בהם אוכלוסיות מעוטות אמצעים או מהגרים. מחקרים רבים הוכיחו את כדאיות הפלרת מים ואת היתרה התערבות בעלת עלות-מועילות גבוהה מאוד.
- תוכניות מניעה כגון איטום חריצים וחירויים לתלמידי בתי הספר - גם כאן לעתים קרובות מתמקדות התוכניות בבתי ספר המאופיינים באוכלוסייה חלשה, קרי מיטנים, שחורים או אוכלוסיות של מהגרים. מחקרים בארה"ב, בגרמניה ובסין שהעריכו תוכניות כאלו הראו שבשנתן בבתי ספר בעלי אוכלוסיות של תלמידים בסיוע סוגרים פערים בין תלמידים משכבות חברתיות שונות בכל הנוגע לבריאות השן (MMWR, 2000; Zimmer et al, 2002; Ohara et al, 2000). הערכת תוכניות מניעה ביפן הראו ששילוב של תוכניות לקידום בריאות השן, בדיקות, חינוך לבריאות ושטיפת הפה במי פה מכילי פלואור הן יעילות מאוד במניעת עששת (Ohara et al, 2000).

**5.2.2 שיפור הידע על בריאות הפה**

- תוכניות לימוד בבתי הספר ובגני ילדים - לרוב מדובר בתוכניות אוניברסליות לכלל הילדים בגילאים מסוימים. היתרון שבתוכניות ייעודיות לאוכלוסייה ספציפית הוא ביכולת להתאים התאמה תרבותית לקבוצה לשנית או למיעוט אתני. חסרונן של התוכניות הייעודיות הוא בכך שעם גמר התקציב להפעלתן, בדרך כלל אין ממששים אותן.
- מסעי פרסום והסברה להגברת תשומת לבן של כלל האוכלוסייה או של אוכלוסיות יעד, כגון תלמידי תיכון (Nordblad et al, 1995).
- הדרכה במקומות עבודה; בנוגע לכך מצינים החוקרים היפנים שבדקו התערבות זו, כי עדיין לא ברור עד כמה הדרכה במקום העבודה אכן יעילה.

**5.2.3 הגברת הנגישות לטיפול שיניים**

- הכללת רפואת שיניים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי
- הכללת רפואת שיניים ב-medicaid
- הרחבת תוכניות ביטוח שיניים ועידודן, ובייחוד הרחבת תוכניות ביטוח השיניים לשכבות החלשות. הטענה היא שכיסוי ביטוחי יספור את בריאות הפה בקרב אלה שמצב בריאות פיהם רעוע ביותר, והם גם אלה שבמצב הנחות ביותר בכל הנוגע לניעה לשירותי בריאות השן. כך יאמצמו פערים בין כלל האוכלוסייה לבין קבוצות של מעוני הכנסה וקבוצות מהגרים חלשות (Care Without Coverage, 2002).
- העלאת התנמול לספקי שירות (רפאי שיניים וכח עזר) המטופלים באוכלוסיות בסיכון (Albert, 2000).
- מתן הלוואות לרופאי שיניים או לשגניות הנותנים שירות לאוכלוסיות בסיכון. שיעור ההלוואה מותנה במספר המטופלים מקבוצות מעוטות הכנסה המטופלים בחודש בידי הרופא או השיגנית (Andrulis, 1999).



- הרחבת תפקידם של כוחות העזר (שינויות, סיועות) בנושאים כמו מניעה, הסברה, ואף טיפולים מוגנים (הדבר חשוב במיוחד באזורים בהם יש מחסור ברופאי שיניים).
- מתן שירותי שיניים במרפאות ניידות, שירות זה הוכח כיעיל למדי, מסווג העיקרי הוא טיפול מוגבל ללא אפשרות להמשכיות הטיפול, בנוסף, לעיתים קרובות נשמעו טענות על הצנחה של הניידות ואף הפרעה לסדר היום של בית הספר/מקום העבודה.

כל אחת מן ההתערבויות המתוארות לעיל יש מדינת שברון היא מבצעת באופן אופטימלי לכלל האוכלוסייה (למשל הפלרת מים לכלל האוכלוסייה וביצוע תוכנית מניעה וטיפול לכל ילדי בית ספר) יש מדינות שבהן היא מבצעת לאוכלוסייה במיניון (למשל, טיפול מונע ומשמר והסברה בבתי ספר שיש בהם שיעור גבוה של ילדים מאוכלוסיות בסיכון)

**סיכום**

ממצאי המחקרים שהובאו לעיל מדגימים את העובדה שבמערך בריאות השן, המבוסס בעיקרו על מימון פרטי ושאינו בו כמעט מעורבות ממשלתית, נמצאו פערים של ממש בין שכבות הכנסה בכל התחומים שנבדקו: ידע ומודעות, התנהגות בריאותית ומצב בריאות הפה (כפי שהוא נחפש בעיני המרחיק). ממצאי הסקרים מחזקים גם את הטענה בדבר העלות הגבוהה כחסם לנגישות טובה לשירותי בריאות וכיצור פערים בין שכבות ההכנסה השונות. עם זאת, לא כל הפערים אכן מעידים על מידה רבה של אי-שוויון בשימוש בשירותים ובנגישות אליהם. על כן, בעת העגת ההמלצות לסגירת הפערים בשירותי בריאות השן בין שכבות הכנסה יש למקד את המאמצים לאותם תחומים שנמצאו בהם הפערים הגדולים ביותר לרעת האוכלוסייה הענייה בהשוואה לאוכלוסיות אחרות. בחשיבה על צעדים להגדלת השוויון בקבלת שירותי רפואת שיניים עומדות על הפרק 4 סוגיות:

- האם להתמקד במניעה או באספקת טיפולים משקמים ומשמרים.
- מתי הפעולות הספציפיות (כלומר, במסגרת המניעה ובמסגרת הטיפול) שיהיו היעילות ביותר לצמצום הפערים ולשיפור בריאות הפה בקרב אוכלוסיות חלשות.
- האם להעדיף התערבויות אוניברסליות או התערבויות המתמקדות באוכלוסיות חלשות.
- בין שמדובר במתן שירותים אוניברסליים ובין שהמוקד הוא עזרה לקבוצות חלשות, השאלה היא אם הדרך היא הכללת בריאות השן (במלואה או בחלקה) במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (והעברת האחריות לקופות החולים) או החרת שירותים אלה מרוץ לסל.

**מקורות מידע**

ברג, א.; חוק, ב.; סגן-כהן, ה.; חורב, ט. (1996) **הוצאות משקי הבית על רפואת שיניים**. ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ - 255 - 96.

ברג, א.; זוסמן, ש.פ.; חורב, ט. (2001) **חיבטים חברתיים וכלכליים של רפואת השיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי**. ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ - 359 - 01.

משרד הבריאות (2001), **כוח אדם במקצועות הבריאות 2000**, ירושלים.

משרד הבריאות (2002), **הצעת תקציב לשנת הכספים 2003 ודברי הסבר מוגשים לכנסת החמש-עשרה**. ירושלים.

משרד הבריאות, האגף לבריאות השן (2003) **ד"ח טיפול שיניים לחולי נפש - זכאי סל שיקום ולחולים כרוניים בבתי חולים לשנת 2002**. ירושלים.

משרד הבריאות, האגף לבריאות השן (2003) **מכתב ובו פירוט הרשויות שהפעילו שירות בשנת 2002 וזיהול השירות**.

משרד הבריאות, האגף לבריאות השן, משרד העבודה והרווחה, השירות לחונת הפרט והמשפחה (2002), **ד"ח פעילות מרפאות שיניים קהילתיות מיום 1 בינואר 2001 עד 31 בדצמבר 2001**. ירושלים.

Albert, A. (1999) "Assessing the Impact of Increased Dental Medicaid Reimbursement Rates in the Utilization and Access of Dental Services in South Carolina", **NY State Dental Journal**, 65(2):30-33.

Andrulis, D.P.; Bauer, T.A.; Hopkins, S. (1999) "Strategies to Increase Enrollment in Children's Health Insurance Programs: A Report of the New York Academy of Medicine", **Journal of Urban Health**, 76(2): 247-279.

Berg-Warman, A.; Goldwag, R. **Lower Income Population and the Israeli Health System in an Era of National Health Care Reforms**, Joint-Brookdale (to be published soon).

**Care With Out Coverage, Too Little, Too Late**, (2002), IOM, National Academy of Sciences.

Impact of Targeted, school-based Dental Sealant Programs in Reducing Racial and economic disparities in Sealant among Schoolchildren-Ohio, 1998-1999, (2001) **MMWR Morb Morta Wkly Rep**, 50(34):735-8.

Nordblad, A.; Suominen-Taipale, L.; Murtomaa, H.; Vartiainen, E. Koskela, K. (1995) "Smart Habit Xylitol Campaign, a New Approach in Oral Health Promotion". **Community Dental Health**, 12(4):230-34.

OECD health data 2000 data base.

Ohara, S.; Kawaguchi, Y. Shinada, K.; Sasaki, Y. (2000) "Evaluation of School-based Dental Health Activities Including Fluoride Mouth-rinsing in Hiraizumi, Japan" **Journal of Medical and Dental Science**, 47(2): 133-41.

Shuval, J.T. 1971, "Social and Psychological Factors in Dental Care in Israel" **Milbank Memorial Fund Quarterly** 49:95-131.

U.S.A Department of Health and Human Services (2000). **Oral Health in America: A Report of the Surgeon General**. Rockville, MD: NHS, National Institute of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research.

World Health Organization (1985), **Oral Health Systems**, An International Collaborative Study, Coordinated by the World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1997), **Comparing Oral Health care Systems**, A Second International Collaborative Study, Coordinated by the World Health Organization, Geneva.

Zusman, S.P.; Ramon, T.; Napatov, L.; Koooby, E. (2002) "Dental Health of 12-Year-Old Children in Israel", **Community Dental Health**, (submitted for publication).



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ניד)  
THE ISRAEL NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH POLICY AND HEALTH SERVICES RESEARCH

בניין סוכן גרסטר - המרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-הפונר 52621  
טל. 7/5303516-03 לקט. 03-5303250 אתר: [www.israelhpr.org.il](http://www.israelhpr.org.il)