

# המטה הציבורי לשוויון בבריאות

אגודת הגליל – האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות \* אג'יק מכון הנגב \* אחוזת נגב-תושבים עושים למען עצמם \* בזכות-המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות \* האגודה לזכויות האזרח בישראל \* האגודה לצדק סביבתי בישראל \* טנא בריאות \* ידיד-מרכזי זכויות בקהילה \* יסמין אל נגב - עמותה לבריאות האשה והמשפחה \* נשים לגופן \* פורום בריאות דרום \* פורום צפת לביו-אתיקה (המכללה האקדמית צפת) \* קבוצת ב"ש – שוויון בבריאות \* קול הזכויות \* רופאים לזכויות אדם \* רשת ערים בריאות בישראל \* שתי"ל – שירותי תמיכה וייעוץ לקידום שינוי חברתי

## נייר עמדה

### הקצאת המקורות לקופות החולים ככלי לצמצום פערים בבריאות

ארגוני המטה הציבורי לשוויון בבריאות מתכבדים להגיש בפני הוועדה את נייר עמדה זה. אנו מבקשים להופיע בפני הוועדה כדי להסביר בהרחבה את עמדתנו.

בשנת 2008 התכנסה הוועדה האחרונה שדנה בנוסחת הקצאת המקורות ובכלל זה דנה בדרכים לצמצם את פערי הבריאות תוך שימוש בהקצאת המקורות לקופות החולים. האגודה לזכויות האזרח הגישה [נייר עמדה](#) לוועדה זו ואף השתתפה בשימוע, ולשמחתנו, רוח הצעותינו התקבלה במסגרת המלצות הוועדה שיצאו ב-2010. אנו שבים ומברכים על הצעד החשוב שנעשה, שעה שתוקנה נוסחת הקפיטציה כך שתכלול תוספת עבור מבוטחים החיים ביישוב פריפריאלי. אנו מקווים שהוועדה הנוכחית תאזין בתשומת לב לביקורת שברצוננו להביא בפניה ושתרחיב ותשפר באופן משמעותי את השימוש בכלי זה לצורך צמצום פערי בריאות.

### מבוא

מזה שני עשורים מפרסם משרד הבריאות נתונים המעידים על פערים גדולים בתחום הבריאות, הן בשירותים והן במצב הבריאות, בין הפריפריה לבין המרכז. חלק מהנתונים נוגעים לפריפריה גיאוגרפית, אשר לא רק סובלת משיעורים נמוכים משמעותית של משאבים אל מול המרכז אלא גם כוללת בתוכה ריכוזי אוכלוסיות חלשות יותר. נתונים אחרים מצביעים על פריפריה חברתית שאיננה מצויה בהכרח במרחק רב מריכוזי אוכלוסין, אשר סובלת מתוצאי בריאות נמוכים משמעותית וחסמים בנגישות לשירותי בריאות.

תוצאי הבריאות בפריפריה הדרומית והצפונית גרועים באופן ניכר בהשוואה למרכז. כך למשל תוחלת החיים קצרה יותר ותמותת התינוקות גבוהה משמעותית במחוזות דרום וצפון בהשוואה למחוזות תל אביב והמרכז. כמו כן ישנם פערים בשירותי הבריאות: **שיעור הרופאים המועסקים** הכללי ל-1,000 נפש (2006-8) **במחוז דרום** הוא 2.1 ובצפון 1.6, לעומת 5.5 במרכז; **שיעור האחיות המועסקות** ל-1,000 נפש (2006-8) הוא בדרום 3.74 ובצפון 3.83 לעומת תל אביב 6.34; **אחוז המומחים מתוך סך הרופאים הראשוניים** הגבוה ביותר נמצא במחוז ת"א (70%) **והנמוך ביותר נמצא במחוז דרום** – 43% **וצפון** – 41%; **מכשור רפואי מתקדם** אף הוא זמין פחות בדרום ובצפון בהשוואה ליתר חלקי הארץ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> כך למשל מספר מכשירי הצינתור הגבוה ביותר (2008) ל-500,000 נפש נמצא במחוז חיפה (2.89) וירושלים (2.87) והנמוך ביותר במחוז דרום (1.47) וצפון (1.66).

# המטה הציבורי לשוויון בבריאות

על פי נתוני הלמ"ס ומשרד הבריאות במסגרת 'פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל בשנים 2005-2009', העומדים להתפרסם במלואם בקרוב, ישנם הבדלים משמעותיים בתוחלת חיים בין המחוזות הנפות וערים גדולות. הבדלים אלה משקפים את הרכב האוכלוסייה, הבדלים חברתיים כלכליים ונגישות וזמינות של שרותי בריאות ורווחה. הפער בין היישוב עם תוחלת החיים הגבוהה ביותר מבין כל היישובים בהם מעל 50,000 תושבים (רעננה – 85.5) לבין היישוב עם תוחלת החיים הנמוכה ביותר (רהט – 77.1) עמד על 8.4 שנים.

ברור לכל שעל מנת להיאבק בפערים ולשפר את מצב הבריאות של תושבי הפריפריה יש להשקיע בצמצום פערים חברתיים בנושאים כמו חינוך, דיור, תעסוקה ועוד (social determinants of health), ובתוך מערכת הבריאות להקצות תקציבים ייעודיים מחוץ לנוסחת הקפיטציה. אנו סבורים כי הדרך היחידה להתמודד באופן אפקטיבי עם הפערים אשר ממשיכים להתרחב בשל העמקת הפערים החברתיים-כלכליים בחברה הישראלית, היא באמצעות תכנית ממשלתית אשר תכלול יעדים כמותיים המוגדרים גם בזמן לצמצום פערי בריאות, מנהלת בין-משרדית שעתידה לממשם, תוך דגש על שיתוף עם מנהיגות מקומית, וכמובן תקציב מתאים לצורך המימוש.

יחד עם זאת, גם אופן הקצאת מקורות המימון לקופות החולים יכול להוות כלי לצמצום הפערים בין תושבי הפריפריה והמרכז. על-פי סעיף 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הכספים שמקורם בדמי ביטוח הבריאות הנגבים בידי המוסד לביטוח לאומי ובתקציב המדינה, יוקצו בין קופות החולים בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחת מקופות החולים לבין סך כל מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות החולים. לעניין זה "מספר המבוטחים המשוקלל" הוא מספר המבוטחים כשלכל אחד מהם צריך להינתן משקל לפי גילו, ריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה ולפי אמות מידה נוספות [כך לשון החוק]. הצוות הבין-משרדי לעדכון נוסחת חלוקת מקורות המימון, שהגיש את המלצותיו בשנת 2010, דן בצורך לכלול משתנים נוספים, כגון מצב חברתי-כלכלי, מצב רפואי וכן התייחסות לזכאי קצבת נכות, אולם לבסוף החליט שלא לכלול משתנים אלה בנוסחה. עם זאת, הצוות הקודם הכניס שינויים בנוסחה באמצעות הגדלת משקולת עבור נשים בגיל הפוריות, וכן, משתנה הקובע תוספת על בסיס מגורים ביישוב פריפריאלי.

הנוסחה המתוקנת זכתה למספר ביקורות, חלקן בידי נציגים ופעילים בארגונים המגישים נייר זה, ובתוכן, ביקורת על אופן החישוב של יישוב פריפריאלי שנוגע לגיאוגרפיה בלבד ולא למצב חברתי-כלכלי, חוסר במדדי ביצוע ועוד. לא נעמיק בפרטי הביקורת, שכן רכיבי הביקורת המקובלים עלינו נכללו בסעיפי ההמלצה בפרק הבא.

## המלצות לשינוי נוסחת הקצאת המקורות

א. הכנסת משתנה המגדר בשנת 2010 (העלאת המשקל היחסי של נשים לעומת גברים בגילאים 15-55 בלבד) נראתה כפעולה שתביא לפיצוי הולם של הקופה על השקעתה, אבל לא בהכרח תחולל תמריץ שיגרום לקופות לפתח שירותים עבור נשים. לדוגמה, דווקא נשים בגילאים המתקדמים יותר (מעל 55) נוטות יותר מגברים למחלות כרוניות ופחות למצבים אקוטיים, בעוד משקלן של הנשים בגילאים מבוגרים בנוסחה קטן מזה של הגברים. הדעת נותנת כי יש לתמרץ את הקופות לפתח שירותים המותאמים לצרכי נשים בכלל ונשים מבוגרות בפרט. ייתכן שאין זה הכלי הטוב ביותר לתמרוץ הקופות להשקעה בשירותים המותאמים לנשים, אך אם נעשה בו שימוש, יש לתקנו ברוח הנאמר ואף להגדילו. גם במקרה זה, יש לחייב את הקופות בדיווח על פעולותיהן בתחום.

# המטה הציבורי לשוויון בבריאות

ב. ההגדרה של תושב פריפריה לצורך "פיצוי" קופות החולים ועידוד השקעתן בפריפריה לוקה בחסר. ההגדרה של מגורים רחוק ממרכז אוכלוסיה נקבעת על-פי פרטי מקום מגורים כפי שהם מופיעים במרשם האוכלוסין – ברשות מקומית המסווגת תחת אחד מארבעת האשכולות התחתונים של "מדד פריפריאליות של רשויות מקומיות" 2004, שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2008 (להלן – תושב פריפריה).

מתוך 95 הרשויות שתושביהן מוגדרים תושבי פריפריה לצורך נוסחת הקפיטציה, 70 רשויות ממוקמות במחוז צפון, 21 רשויות במחוז דרום וארבע רשויות באזור הגדה המערבית. כלומר כ-22% מהרשויות המקומיות הכלולות בנוסחה הן במחוז דרום. מתוך 21 הרשויות במחוז דרום 9 רשויות מוגדרות "פריפריאליות מאד"<sup>2</sup>, והן כ-30% מהרשויות המוגדרות כך במדד; 12 רשויות מוגדרות "פריפריאליות", והן כ-18% מהרשויות המוגדרות כך במדד.<sup>3</sup>

כאמור, במחוז דרום יש 38 רשויות מקומיות, ורק 21 מהן מוגדרות יישובי פריפריה על-פי הנוסחה החדשה, כלומר רק כ-55% מהרשויות המקומיות במחוז דרום מוגדרות יישובי פריפריה על-פי הנוסחה. מעבר לקריטריונים המגדירים כיום יישובים פריפריאליים ברור כי מדד הריחוק הגיאוגרפי אינו מאפשר ניבוי מספק של צורכי הבריאות באזורי הפריפריה, בצפון ובדרום. במצב הקיים כיום נוצרו עיוותים המביאים לכך שלמשל הישוב עומר מוגדר כזכאי לתוספת, בעוד יישובים כמו רהט אינם זכאים. התיקון לבעיה זו יובא במסגרת הסעיף הבא הן בפריפריה חברתית.

ג. עיוות דומה לזה שתואר למעלה בהתייחס לעיר כמו רהט, קיים כשבוחנים את מצבה של רשות מקומית כמו גיסר א-זרקא או אפילו העיר לוד – יישובים שנחשבים קרובים למרכז הארץ אך ללא ספק נמצאים בפריפריה החברתית.

יש לזכור שהמונח "פריפריה" מורכב מאד וכולל מעבר לרכיב הגיאוגרפי גם רכיב חברתי-כלכלי (מה שמכונה: "פריפריה חברתית"). לפיכך בנוסחת החלוקה המתוקנת יש להתייחס לרמה החברתית והכלכלית. ניתן לעשות זאת על ידי הצלבת המדד הפריפריאלי של משרד הפנים עם המצב החברתי-כלכלי של היישוב שנמדד באמצעות אשכולות הלמ"ס, כך שיווצר מצב בו יישוב שנמצא מתחת לאשכול 4 (המוצלב משני המדדים), ייכלל ללא ספק במדד הפריפריה החדש (הגיאוגרפי-חברתי-כלכלי) ואילו לגבי אחרים, יתבצע חישוב מחדש של רמת הפריפריאליות שלהם, תוך לקיחה בחשבון של שני המשתנים – ריחוק גיאוגרפי ומצב חברתי-כלכלי, עם עדיפות למשתנה האחרון.

אפשרות נוספת להכניס מדד חברתי-כלכלי הוא מצבו האישי של כל מבוטח. ניתן לעשות זאת על ידי התייחסות לכתובת המגורים הספציפית או רמת ההכנסה כפי שהיא משתקפת בתשלום מס הבריאות מוסד לביטוח לאומי.

ד. בהמשך לסעיף הקודם, יש להתייחס לבעיית הכפרים הבדואים הלא מוכרים בפריפריה הדרומית, שמהווים את אחת האוכלוסיות המוחלשות והנזקקות ביותר. כיוון שהיישובים שלהם לא נכללים כלל בחישובים, שכן הם אינם מופיעים במפתח היישובים של משרד הפנים, קופות החולים לא מקבלות שום תוספת על הטיפול באוכלוסיה זו. יש להכניס למדד את היישובים האלה.

ה. קופות החולים מקבלות תוספת תקציב עבור מטופלים החולים במחלות קשות במסגרת מימון סל שירותי הבריאות. תוספת תקציב זו לא מחושבת במסגרת נוסחת הקפיטציה. רשימת המחלות, הכוללת אי ספיקת כליות כרונית (טיפול בדיאליזה), גושה, המופיליה, טלסמיה ואיידס, מצומצמת

<sup>2</sup> הרשויות הן: אילת, חבל אילות, הערבה התיכונה, מצפה-רמון, תמר, ירוחם, רמת נגב, דימונה ועוד.  
<sup>3</sup> הרשויות הן: ערעה בנגב, כסיפה, אשכול, שגב-שולם, מיתר, חורה, לקיה, תל-שבע, אופקים, עומר, מרחבים ולהבים.

# המטה הציבורי לשוויון בבריאות

מאד לעומת רשימת המחלות המוגדרות ככרוניות על-ידי משרד הבריאות. מחלות כרוניות נפוצות כגון סוכרת ומחלות כלי דם ולב מהוות ביטוי בולט וכואב לפערים בבריאות. האוכלוסיות המוחלשות בישראל, שרובן מרוכזות בפריפריה הדרומית והצפונית, סובלות מתחלואת-יתר ומתת-איזון, וזאת על-פי פרמטרים חברתיים-כלכליים וכן על-פי מוצא אתני ולאומי – ערבים, יוצאי ברה"מ לשעבר ויוצאי אתיופיה. לפיכך, אנו מציעים לשקול תוספת קפיטציה על פי מצב מבוטח – חולה כרוני או חולה באחת מהמחלות ה"מעמדיות" כגון סוכרת ומחלות קרדיו-וסקולריות.

## **מדדי ביצוע כתנאי להעברת המקורות**

החל משנת 2011 מקבלות הקופות תוספת של כ-200 מיליון שקלים עבור מבוטחיהן החיים בשוב פריפריאלי לפי מפתח משרד הפנים. **בחישוב גס ניתן לומר כי עבור כל תושב פריפריה מקבלת קופת החולים המספקת לו שירותי בריאות כ-200-160 שקלים.** מדובר בסכומים נכבדים, אך נכון להיום קופות החולים אינן מעבירות נתונים על אופן חלוקת התקציב וההשקעה שלהן בפריפריה, כך שלא ניתן להעריך האם השינוי בנוסחת הקפיטציה והכנסת משתנה המרחק ממרכז אוכלוסיה אכן מצליח לצמצם פערים ולשפר את מצב בריאותם של תושבי הפריפריה.

לפיכך, נוסף לתיקונים בנוסחת ההקצאה שהובאו למעלה כהצעות, הכרחי לתקן את העיוות הבולט ביותר בשיטה הקיימת, והוא העובדה שהקופות אינן נדרשות להראות כל שינוי במדיניותן בעקבות התקצוב לפי הנוסחה. אפילו לפי הנוסחה הקיימת כיום, הכרחי לוודא כי הכספים שהיו מיועדים לפריפריה במובן הגיאוגרפי והחברתי אכן יגיעו ליעדם.

לאור הנתונים בשטח (הפערים ביחס למרכז הן במדדי בריאות והן בתשומות המושקעות בכח אדם ומיטות), מתקבל הרושם כי כספים אלה אינם מושקעים באופן מספק בפריפריה, כנדרש. פערים אלו במדד הבריאות ובהשקעה בתשומות (כח אדם, מיטות, הדמיה) פוגעים באמון הציבור בקופות ובמערכת הציבורית כולה. לפיכך, נחוצים כלי בדיקה ממשלתיים אשר יאפשרו מעקב גלוי וברור אחרי תוצאות שינוי הנוסחה ובדיקת הביצועים של קופות החולים בתחום צמצום הפערים.

יש לקבוע את מדדי הביצוע **כתנאי לתשלום** וזאת באופן רטרואקטיבי. במילים אחרות, אנו מציעים לסמן את מלוא התקציב אשר אמור להיות מועבר לקופות בעקבות הפרמטרים שנוגעים לצמצום פערי בריאות, ולא להעבירם, אלא בסוף שנת התקציב, לאחר שהתקבלו דוחות של הקופות על כלל השקעותיהן בפריפריה החברתית והגיאוגרפית ולאחר שנבדקו הדיווחים גם באמצעות בדיקה חיצונית.

מדדי הביצוע צריכים להיות מנוסחים מחדש. ברצוננו להציע שלושה כיוונים אפשריים שאינם מוציאים זה את זה לניסוח מדדי הביצוע:

א. ניסוח מדדי הביצוע ברוח **מבחני התמיכה להשקעה בפריפריה** אשר משרד הבריאות כבר פועל על פיהם במסגרת תקציבית של כ-20 מיליון ₪. ניתן לאמץ ככלי למדידה את שיטת הניקוד כפי שנוסחה במבחני התמיכה. כפי שמופיע במבחני התמיכה, יש לחלק את הדיווח לקטגוריות – השקעה בתשתית, הנגשה לאוכלוסיות מסוימות, שיתוף פעולה בין קופות וכו'.<sup>4</sup>

ב. ניתן לאמץ חלק **ממדדי האיכות לרפואת הקהילה** אשר הקופות כבר מיישמות בפעילותן לצמצום פערים, למשל, הצבת השינוי הרצוי בשיעור חולי הסוכרת המאוזנים באיזור מסוים כיעד ביצוע.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> "מבחני תמיכה בקופות החולים לצורך צמצום פערים חברתיים וגיאוגרפיים בתחום הבריאות". מסמך פנימי, משרד הבריאות, משרד האוצר.

<sup>5</sup> "התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל", המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות, מועצת הבריאות, משרד הבריאות.

# המטה הציבורי לשוויון בבריאות

ג. במקומות בהם אותרו מצוקות שנוגעות לזמני המתנה וזמינות רופאים ובדיקות, ניתן להוסיף אותם כמדד ביצוע נקודתי. לשם כך, ניתן להיעזר בממצאי המחקר המתמשך על זמני המתנה שנערך לאחרונה בברוקדייל בשיתוף פעולה עם משרד הבריאות.<sup>6</sup>

ד. **דיאלוג עם מנהיגות מקומית** – אנו מציעים להוסיף למדדים אלה נדבך נוסף, חדש לחלוטין אך לטעמנו חשוב מאין כמותו כשמדובר בשינוי מצב הבריאות ברשות מוחלשת, והוא הידברות והיועצות עם הרשות המקומית והחברה האזרחית בתוכה. הרשויות המקומיות לא הפכו מעולם לשחקן חשוב בתחום הבריאות, ואולם חלקן חשות היטב, על בשרן ועל בשר תושביהן, את משמעות פערי הבריאות. לכן אנו מציעים להוסיף למדדי הביצוע קיום דיאלוג עם מנהיגות מקומית, כולל אפשרות של הקמת ועדת היגוי שתפקידה לווסת את השקעות הכספים וכך לאפשר לתושבים, באמצעות נציגיהם וארגונים חברתיים הפועלים בתוך הרשות, להשפיע על המדיניות של הקופה ולהביא את מצוקתם בפניה.

ניתן להחליט כי קופה נבחרת בסוף השנה על ביצועיה בשני חלקים, המקבילים לשני חצאים של הסכום שהיא עתידה לקבל: החלק האחד, פעולה איזורית/ארצית של הקופה שמכוון לאיזורים ולאוכלוסיות נרחבות, בנפות שלמות או אף במחוזות. החלק השני, הפעולה ברמת היישוב או הרשות המקומית ובו נבחנת השקעת הקופה על בסיס מבחני התמיכה והדיאלוג עם הרשות המקומית.

למרות שהדבר כבר נאמר בנייר עמדה, חשוב לנו לחזור ולהדגיש ששינויים בחישוב נוסחת הקצאת המקורות לקופות החולים, למרות היותם נחוצים, מהווים רק את אחד הכלים לצמצום הפערים בבריאות בין אוכלוסיות שונות בישראל. צמצום פערים אמיתי מחייב השקעה ישירה בתשתית, מקצועית וטכנולוגית, שלא במסגרת החלוקה הקפיטטיבית.

נייר זה נכתב על ידי האגודה לזכויות האזרח ורופאים לזכויות אדם:

פרופ. דני פילק, פרופ. נדב דוידוביץ', ענת ליטוין, רמי אדוט

<sup>6</sup> זמני המתנה לרפואה יועצת ובדיקות אבחון והדמיה בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח, ש. ברמלי-גרינברג, ד. גוברמן. ברוקדייל, 2013 (לא פורסם במלואו אלא בצורת מצגת)