

נייר עמדה – אוקטובר 2008

הצעות לתיקון נוסחת הקצאת התקציבים לקופות החולים ("נוסחת

הקפיטציה") – התמודדות עם פערים בבריאות

תקציר

האגודה לזכויות האזרח מגישה את נייר העמדה הנוכחי לצוות הבין-משרדי אשר בוחן בימים אלה את נוסחת הקצאת המקורות לקופות החולים, היא נוסחת הקפיטציה. נוסחת הקפיטציה היא הנוסחה על פיה מקבלת כל קופה תקציב ציבורי המיועד לכסות את צרכי הבריאות של מבוטחיה בהתאם לתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בנייר זה אנו טוענים כי יש לראות בנוסחת הקפיטציה כלי להגשמת מדיניות המקדמת מימוש של זכות האדם לבריאות. זכות זו, אין לה קיום ללא שוויון מהותי. כך מחייבים חוק ביטוח בריאות ממלכתי והאמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות חברתיות ותרבותיות. ואולם בישראל, נכון להיום, הפערים הקיימים בבריאות הולכים ומעמיקים. משמעות הדבר היא כרסום מתמשך באושיות זכות האדם לבריאות בישראל.

אנו טוענים כי אין להתייחס אל נוסחת הקפיטציה כאל כלי טכני בלבד. יש צורך לבחון ולקחת בחשבון כיצד משפיעה וכיצד יכולה להשפיע נוסחת הקפיטציה, כלומר חלוקת הכספים לקופות החולים, על הפערים ועל השוויון המהותי בבריאות.

אנו מעלים בנייר זה מספר הצעות למשתנים. המשותף לכל הצעותינו הוא הקביעות הבאות:

- **על נוסחת הקפיטציה לא רק לתמחר את העלויות בפועל של מבוטחים (צריכה) אלא לתמחר את עלויות הצרכים של מבוטחים.**
- **צמצום פערים וצמצום מכשולי נגישות הם חלק מהצרכים של ציבור המבוטחים.**
- **צרכים אלה, במידה שהם ניתנים למדידה מהימנה, יש להכלילם בנוסחת הקפיטציה.**

אנו מציעים להכליל את המשתנים הבאים בנוסחת הקפיטציה: משתנה המבוסס על מצב בריאות ומצב חברתי יישובי/איזורי, משתנה המבוסס על מקבלי קצבאות ביטוח לאומי, משתנה המבוסס על מקבלי נכות כללית, משתנה המבוסס על חולים כרוניים, משתנה המבוסס על מבחני תוצאה בפעילות קופות החולים לצמצום פערים ושיפור האיכות.

לא באנו להחליף את הצוות המקצועי ואיננו מקילים ראש במורכבות החלטותיו.

זו קריאה כנה ודחופה מהציבור ישירות אל קובעי המדיניות להשתמש בכלים שבידיהם כדי לצמצם את הפערים בבריאות.

**הצעות לתיקון נוסחת הקצאת התקציבים לקופות החולים ("נוסחת
הקפיטציה") – התמודדות עם פערים בבריאות**

תוכן עניינים

3	.....	מבוא
5	.....	פרק א' - הזכות לבריאות
7	.....	פרק ב' – דיון בנוסחת הקפיטציה ככלי להשגת שוויון מהותי
7	.....	מניעת הדרת מבוטחים
8	.....	צרכים ולא צריכה
9	.....	ריחוק ממרכזי אוכלוסיה – משתנה גיאוגרפי המודד צרכים
10	.....	דיון מסכם במשתני הנוסחה הנוכחית
11	.....	פרק ג' - המלצות למשתנים שיש להכניס לנוסחת הקפיטציה
14	.....	נספח א' – הפערים במימוש הזכות לבריאות ברפואה הקהילתית
14	.....	א. פערים על פי פטור של ביטוח לאומי והכנסת הפרט
16	.....	ב. פערים על פי איזור וישוב
21	.....	נספח ב' – מכתב הבקשה לנתונים מקופות החולים

מחברי המסמך : צוות האגודה לזכויות האזרח יחד עם רועי בן-משה – כלכלן בריאות, יועץ מטעם פרויקט העמיתים של 'שתיל'.

מבוא

קיומם של פערים בבריאות, בשירותי הבריאות ובתוצאות הבריאות (תחלואה ותמותה), על בסיס גיאוגרפי, חברתי-כלכלי ואתני, הוא כבר בבחינת "חדשה" ישנה. נדמה שהכל מדברים על הפערים בבריאות, אך איש אינו עושה דבר. וליתר דיוק, נעשה מעט מדי. בנספח המצורף לנייר זה הבאנו מספר דוגמאות, הידועות היטב לציבור בעלי המקצוע וקובעי המדיניות, ואשר התפרסמו ברבים, לפערים אשר ניתן וראוי לדעתנו לצמצם באמצעות נוסחת הקפיטציה.

הצעות רבות הועלו ומועלות חדשות לבקרים בתחום זה, ואף הצעתנו זו איננה מקורית ברובה הגדול. בכל זאת, אנו סבורים שיש מקום להביא את קולו של הציבור הרחב ושל החברה האזרחית וארגוני זכויות האדם בפני קובעי המדיניות. אין אנו עושים זאת מנקודת מבט של יודעי כל, נהפוך הוא. מידע רב איננו בידנו, ואיננו שקוף לעין הציבור וגם זו אחת ממטרות הנייר (על כך בהמשך).

מטרתנו העיקרית היא להמחיש בפני קובעי המדיניות את הדחיפות לפעול נוכח הפערים הגדלים בבריאות בחברה הישראלית.

אנו מביאים מספר הצעות למשתנים שונים שיש להכניס לנוסחת הקפיטציה בפני הצוות הבין-משרדי שתפקידו להמליץ על תיקון תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות החולים), תשנ"ה-1995. מראש נאמר שייתכנו משתנים נוספים. יתר על כן, הקפיטציה היא אך דרך אחת – בוודאי שאיננה היחידה – לצמצם פערים ומכשולי נגישות כדי לממש את עקרונות השוויון והסולידריות החברתית העומדים בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי וזכות האדם לבריאות.

זו הפעם השנייה, מאז חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בה נדונה באופן מסודר השאלה האם יש צורך להכניס משתנים נוספים לתוך נוסחת הקצאת המקורות. עבודתו המעמיקה של הצוות הקודם הסתיימה בשנת 2005 מבלי שתושג פריצת הדרך המקווה. הצוות הקודם רק עדכן את משתנה הגיל, הוא המשתנה היחיד לפיו מחושבת הקפיטציה, בנוסף לתיקצוב מיוחד לפי מספר החולים במספר מצומצם של מחלות קשות ויקרות.

בנייר העמדה אנו מביעים ביקורת על עבודת הצוות הקודם. אין זו ביקורת על הצד המקצועי של הצוות - אנו משתמשים בדיוני הצוות הקודם ובמסקנותיו בבחינת אסמכתא מקצועית לעילא. הביקורת מופנה כלפי מהלכי הטיעונים של הצוות הקודם ובעיקר כלפי התוצאה הסופית.

אחד הנימוקים המקוממים בעינינו שהעלה הצוות הקודם היה היעדר נתונים. הדבר מקומם באותם המקומות ועניינים בהם היו הנתונים קיימים וניתנים להשגה, לאמור, נתונים המוחזקים על ידי קופות החולים אשר צריכים היו להיות מועברים לידי הציבור או לידי הריבון, שנציגו הוא משרד הבריאות.

גם אנו ניסינו לבקש נתונים מקופות החולים. בחודשים האחרונים שלחה האגודה לזכויות האזרח מכתבים לכל קופות החולים וביקשה נתונים אשר למיטב ידיעתנו מצויים בידי הקופות, כדי לנסח בעזרתם נייר עמדה טוב ומפורט ככל האפשר. ואולם, הקופות נמנעו מהעברת הנתונים לידי האגודה. מכתב הבקשה לנתונים מצורף כנספח ב' לנייר העמדה.

אנו מקווים בכל ליבנו ששנה חדשה ותקופה חדשה עומדות בפתח - תקופה בה הממשלה תממש את מחויבותה לשוויון מהותי ולזכות לבריאות של תושבי ישראל, ובד ובבד, באופן הכרחי, תעלה את רמת השקיפות של מערכת הבריאות הציבורית.

פרק א' - הזכות לבריאות

הזכות לבריאות, כפי שהיא מעוגנת במשפט הבינלאומי וכפי שהוכרה במשפט הישראלי, כוללת אלמנטים רבים ומטילה מגוון חובות על המדינה. במסמך זה נתייחס אך ורק לאלמנטים הרלוונטיים לאופן בו נוסחת הקפיטציה מחלקת את המימון בין קופות החולים השונות.

הזכות לבריאות במשפט הבינלאומי: הזכות לבריאות מעוגנת במשפט הבינלאומי בסעיף 12 לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות. הערה כללית מספר 14 של ועדת האו"ם לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות מפרשת סעיף זה, ומעניקה תוכן מפורט וממוקד לזכות לבריאות.¹ בין היתר, ההערה קובעת **איסור הפלייה בנגישות לשירותי בריאות,**² **איסור כללי על הפלייה במימוש הזכות לבריאות, ואיסור ספציפי על הפלייה על בסיס מצב סוציו-אקונומי.**

ההערה מציינת במפורש, שאף מדינות הסובלות ממחסור במשאבים כפופות לחובה להגן על קבוצות ופרטים חלשים בחברה. כמו כן, הוועדה מצביעה על כך שהקצאה לא נכונה של משאבים יכולה להוביל להפלייה לא מכוונת. ההערה מפרטת את משמעות החובה למנוע הפלייה וקובעת שהגשמת הזכות לבריאות על פי האמנה, מחייבת את המדינה לוודא שמתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות יהיו נגישים לכל, ובמיוחד לאוכלוסיות הפגיעות או השוליות ביותר באוכלוסייה, ללא הפלייה:

"עליהם להיות בהישג ידם הכלכלי של כולם. התשלום בעבור שירותי בריאות... צריך להיות מבוסס על עקרון הצדק (equity) ולהבטיח ששירותים אלה, בין שהם ניתנים באופן פרטי ובין באופן ציבורי, יהיו בהישג ידם של כולם, ובמיוחד של קבוצות חלשות מבחינה חברתית. הצדק דורש שלא יוטל נטל לא מידתי בקשר עם הוצאות הבריאות על משקי בית עניים לעומת משקי בית עשירים יותר... דגש מיוחד מושם בשוויון בנגישות לטיפול רפואי ולשירותים רפואיים: על המדינה מוטלת חובה מיוחדת לדאוג למי שאין להם די אמצעים לביטוח הבריאות הדרוש ולגישה ומתקני הבריאות הדרושים, ולמנוע הפליה אסורה."³

הזכות לבריאות והזכות לשוויון מהותי הולכות יד ביד. על המדינה לא רק לאפשר באופן פורמאלי נגישות לשירותי בריאות, אלא לפעול באופן אקטיבי על מנת לאפשר לכל רובדי האוכלוסייה נגישות שווה לשירותי בריאות הולמים, תוך צמצום מחסומים גיאוגרפיים, לשוניים, תרבותיים וכלכליים.

¹ General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C12/2000/4, CESCR) (11 August 2000).

² סעיף 12 (b) להערה הפרשנית.

³ אייל גרוס "בריאות בישראל: בין זכות למצדד" בתוך יורם רבין ויובל שני (עורכים) זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל (2004) 437, 453-455.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

החיקוק המרכזי שקובע את אופן מתן שירותי הבריאות בישראל הוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי. סעיף 1 לחוק קובע את עקרונות היסוד של החוק "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".

סעיף 3 לחוק מתייחס לשלושה גורמים מרכזיים:

- כלל התושבים – כלל התושבים מבוטחים לפי החוק וזכאים לשירותי בריאות על פי החוק.
- המדינה – אחראית למימון מערכת הבריאות. עיקר תקציב קופות החולים מחולק על בסיס נוסחת הקפיטציה.
- קופות החולים – האחראיות לספק את שירותי הבריאות.

למעשה, הסעיף מחלק את האחריות על שירותי הבריאות בין המדינה לקופות החולים: המדינה אחראית למימון שירותי הבריאות וקופות החולים אחראיות לספק אותם. אחריות קופות החולים מוגבלת ומעוצבת על ידי מקורות המימון המוקצבים להן. ולפיכך, לנוסחת הקפיטציה יש השפעה משמעותית על האופן בו קופות החולים מספקות שירותים למבוטחים.

פרק ב' – דיון בנוסחת הקפיטציה ככלי להשגת שוויון מהותי

מניעת הדרת מבוטחים

דו"ח הצוות הבין-משרדי משנת 2005, שבחן את תיקון נוסחת הקפיטציה, פירש את מטרת הנוסחה כמתן פיצוי הוגן לקופה כך שיתאפשר מימוש החוק באופן שוויוני.⁴ מניעת סלקציה בין מבוטחים, במיוחד על בסיס כלכלי, היא מטרה שהצוות הבין-משרדי גזר מתכלית זו:

"תנאי מוקדם ליישום עקרונות החוק הוא, על כן, הקצאה של המקורות בין קופות החולים בהתאם לצרכים היחסיים של המבוטחים בקופות השונות. הקצאה נכונה של המקורות מקדמת את עקרון השוויון שבבסיס החוק, שכן, היא מעמידה בידי הקופה את האמצעים הנדרשים לתת את השירותים הנדרשים לכל חבר בה, בהתאם למאפייניו. **הקצאה זו גם מצמצמת את התמריץ של הקופה לדחות את מי שבעדו הקופה אינה מתוגמלת כראוי, או למשוך אליה דווקא מי שבעדו היא מקבלת מעבר לנדרש.**

מבחינת יעילות ההקצאה, הרי ככל שההקצאה קרובה יותר לצרכים האמיתיים של המבוטחים בכל קופה הרי שהיא צודקת יותר וגם יעילה יותר, ומעודדת את קופות החולים לתת לכלל התושבים את השירותים הטובים ביותר האפשריים במסגרת המקורות הנתונים להן.

נוסחת ההקצאה מגסה, על כן, להשיג בקירוב האפשרי, הקצאה שהיא גם צודקת וגם יעילה. אף שברמה התיאורטית נראה הדבר פשוט, הרי שביישום אין הדבר פשוט כלל ועיקר. " (דגשים שלנו)⁵

אכן, הדברים אינם פשוטים כלל וכלל. ואולם, הצוות הבין-משרדי הקודם, אחרי שקבע קביעות נורמטיביות אלה, חזר במידה רבה לנוסחה אותה הוקיע בעצמו, היא הנוסחה לפיה "צרכים=צריכה". ההצדקה לנסיגה זו חסתה תחת השיקולים הבאים:

"נוסחת ההקצאה והפרמטרים שבבסיסה צריכים להיות ישימים, מדידים ובלתי ניתנים למניפולציה. על כן, פרמטרים העשויים להיות אומדן סטטיסטי טוב להיקף שירותי הבריאות להם יזדקק מבוטח אינם תמיד יכולים לשמש אותנו בבניית נוסחת הקצאה, לאור קשיי הניהול והתפעול של נוסחה מעין זו והחשש ממניפולציות והשפעה על התנהגות קופות החולים."⁶

⁴ המלצות הצוות הבין-משרדי לעניין נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות החולים, אפריל 2005.

⁵ שם, עמ' 7.

⁶ שם, עמ' 9.

מבלי שנכפור כלל בהצדקת השיקולים הללו, ובלי שנזלזל במקצועיות הצוות הקודם, אנו חוזרים וטוענים כי אין לזנוח את השאיפה להגיע למדידת הצרכים האמיתיים. אלה אינם שווים ל"צריכה". **יתר על כן, ה"צריכה" עצמה מסתירה בחובה דפוסים של סלקציה, שכן סלקציה איננה רק דפוס פעולה ישיר של הפלייה בוטה בין מבוטחים. הסלקציה - דרכים רבות לה, והיא קשורה בטבורה לפערים הגדולים הקיימים בנגישות ובשירותי בריאות.** אם מנגנון הקפיטציה לא מצליח "לתמחר" בצורה נכונה את הפער בעלות (למשל בין מבוטח בריא צעיר למבוגר וחולה), אזי יש להניח כי לקופות החולים לא יהיה תמריץ להשקיע ולעודד הצטרפות של אדם "יקר" יותר – הנה גם זו צורה של סלקציה אשר יש מקום לשער שהיא מתקיימת נכון להיום ואותה יש למנוע.⁷

צרכים ולא צריכה

כאמור לעיל, על מנת להגשים את מטרות נוסחת הקפיטציה ישנה חשיבות רבה לקריטריונים המשקפים את הצרכים של המבוטח בשירותי בריאות, הן מניעתיים והן טיפוליים – כך קבע הצוות הבין-משרדי הקודם (ראה ציטוט בסעיף הקודם). הצוות הוסיף ופירט את העיוות שבמדידה על בסיס צריכה:

- צריכה גבוהה לעיתים מבוססת על מודעות גבוהה לבריאות של אוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה.
- צריכה גבוהה מושפעת מאופן בו קופות חולים משקיעות משאבים – השקעה ברפואה מונעת מקטינה את הצריכה.
- ההיצע יוצר ביקוש – עצם זה שיש היצע של שירות רפואי מסוים יוצר לו ביקוש ללא תלות בצרכים הרפואיים בפועל.⁸

ישנה סיבה נוספת לכך שיש לבחון צרכים ולא צריכה:

- בהעדר תשתית ראויה ומספקת של שירותי בריאות, צרכים רפואיים של חולים מסוימים יוותרו ללא מענה. כאשר בוחנים את הצריכה באזור בו ישנה כמות מועטה יחסית של שירותי בריאות, עולה החשש שצרכים בריאותיים לא יהיו ניתנים לטיפול פשוט כי אין מספיק תשתיות. במצב כזה יהיה זה לא הגיוני למדוד את הצריכה שכן ישנם צרכים שלא יבואו לידי ביטוי בנתונים על הצריכה.

הקצאה על פי הוצאה ולא על פי צרכים יכולה להביא לשני כשלים עיקריים שיכולים ליצור או יוצרים דפוסים שליליים:

- א. מכיוון שההוצאה בגין קבוצות אוכלוסייה בעלות נגישות גבוהה לשירותי בריאות, גדולה לעומת קבוצות אוכלוסייה הסובלות מחסמים למימוש זכויות הבריאות שלהם, ההקצאה על פי הוצאה "מפצה" את קופות החולים בגין קבוצות האוכלוסייה בעלות נגישות גבוהה, יוצרת עידוד להגדלת הנגישות לאוכלוסייה זו, וחוזר חלילה.

⁷ ד' צרניחובסקי, השינויים הרצויים במנגנון הקפיטציה, מרכז המחקר והמידע בכנסת (2005)

⁸ המלצות הצוות הבין-משרדי לעניין נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות החולים, אפריל 2005. עמ' 16.

ב. הנוסחה הקיימת מפצה את קופות החולים על פי קבוצות גיל בלבד. קופות החולים מסוגלות לבצע "בחירה מפלה" (adverse selection) ולזהות בתוך כל קבוצת גיל אוכלוסיות פחות כדאיות לביטוח על סמך מאפיינים כללים כגון מוצא, מקום מגורים, מצב כלכלי, מאפיינים אישיים וגורמים נוספים. משמע, נוסחת הקפיטציה הנוכחית כשלעצמה יוצרת קרקע נוחה להדרת מבוטחים.

על כן אנו סבורים כי נוסחת ההקצאה צריכה לשקף משתנים של מצב בריאות ותוצאות בריאות בנוסף למשתני הוצאה.

ריחוק ממרכזי אוכלוסיה – משתנה גיאוגרפי המודד צרכים

גיאוגרפיה משפיעה על הפערים בבריאות – זו קביעה שחזרה ואושרה בישראל ובמקומות אחרים. בנספח א' מובאות מספר דוגמאות קונקרטיות "על קצה המזלג" לפערים הגדולים בבריאות האוכלוסיה ובנגישות לשירותים בין האזורים בישראל שמהווים, מניה וביה, פערים חברתיים-כלכליים, וליתר דיוק, הם בו זמנית חלק וביטוי לפערים החברתיים-כלכליים הגדולים.

סעיף 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע:

"ההקצאה לקופות החולים של הכספים ממקורות המימון המפורטים בסעיף 13(א)(1) עד (5) תיעשה בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחת מקופות החולים לבין סך כל מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות החולים; לענין זה, "מספר המבוטחים המשוקלל" - מספר המבוטחים כשלכל אחד מהם ניתן משקל לפי גילו, **ריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסיה** ולפי אמות מידה נוספות, הכל כפי שיקבע שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, לאחר ששר העבודה והרווחה אישר כי בידי המוסד הכלים לחישוב מספר המבוטחים המשוקלל, ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. " (דגשים שלנו).

הצוות הבין-משרדי הקודם בחן את הקריטריון הזה, אך ומסקנתו הייתה כי:

"לא ברור באיזו מידה שינויים בצריכה [ב]שירותי בריאות בין אזורים שונים מבטאים אכן שוני בצרכים לפי אזורים גיאוגרפיים.

גם כאן, אם כן, המשתנה המוצע אינו עונה על המבחן הבסיסי ביותר: הוא אינו אומד טוב לצרכים הרפואיים, ובוחן יותר את הרגלי הצריכה: ממילא, אין בהתאמת החלוקה לפי צריכה בפועל כדי להגביר את הצדק החלוקתי שבנוסחה או את יעילותה.

על כן, החליט הצוות שלא להמליץ על הכללת המשתנה של אזור גיאוגרפי בנוסחת ההקצאה.⁹

הנה כי כן, ביד אחת קבע הצוות הקודם שוב ושוב שצריכה איננה יכולה להיות המדד היחיד על פיו מצרפים משתנים לנוסחת הקפיטציה, שיש לאתר משתנים שיתקרבו לצרכים, ואף בחן את

⁹ שם, עמ' 25.

הקריטריון הגיאוגרפי. מאידך, בזה אחרי זה, פסל הצוות את כל ההצעות שהועלו לעניין הצרכים, כולל המשתנה הגיאוגרפי, וזאת מבלי שיציע משתנה כלשהו שייתן מענה לפערים הגיאוגרפיים-חברתיים-כלכליים.

אנו סבורים שהפערים הגיאוגרפיים-אזוריים הם עובדת קיום. משמע, חייבת להימצא הדרך למדוד באופן מדויק ככל האפשר את הצרכים הנובעים מתמונת הפערים.

דיון מסכם במשתני הנוסחה הנוכחית

נוסחת הקפיטציה הישראלית, הינה "רזה" במיוחד ומנסה למצוא דרך לפצות את קופות החולים בגין שוני בתמהיל המבוטחים על ידי התבססות על משתנה יחיד – גיל, ומשתנה נוסף - מספר החולים במספר מחלות קשות. בצורה זו, מעדיפה הנוסחה הישראלית את העקרונות של נוסחה קלה לחישוב ובלתי ניתנת למניפולציה, על פני כל עקרון אחר של הקצאה הוגנת.

במצב האידאלי, נוסחת ההקצאה צריכה ליצור מצב של "מסך בערות" בו הקופה אדישה להצטרפות מבוטח נוסף, ללא תלות בגילו, מקום מגוריו, הכנסתו, מצבו המשפחתי ואף משתנים הקשורים במצבו הרפואי (נכות למשל). המבחן בו צריכה לעמוד הנוסחה הוא לא רק הקצאה הוגנת, אלא גם תמרוץ הקופות למתן שירות שוויוני ואיכותי המקדם את בריאות המבוטחים.

אכן הצוות הבין-משרדי הקודם הציב לעצמו כיעד למצוא משתנים שהכללתם בנוסחת הקפיטציה תביא לעידוד שוויון ולשיפור תוצאות בריאות בקרב המבוטחים. הצוות קבע 5 מבחנים בהם צריכים לעמוד המשתנים על מנת שיכללו בנוסחת הקפיטציה. בין חמשת המבחנים נכללו המבחנים הבאים:

- מידת הישימות של הקריטריון מבחינת זמינות ואיכות הנתונים.
- יכולת ההשפעה או המניפולציה של קופות החולים או גופים אחרים על הקריטריון.
- האם קבוצת החולים המובחנת על ידי הקריטריון הנה קבוצה הניתנת מלכתחילה להפליה או לסינון?

משתנים שלא עמדו במבחנים אלו נפסלו מלשמש כמבחן להקצאת מקורות חוק בריאות ממלכתי בין קופות החולים. אנו סבורים כי מבחנים אלו ראויים וחשובים אולם לא ראוי לפסול על פיהם משתנים באופן גורף. כל משתנה צריך להיבחן במבחן עלות תועלת, האם התועלת שבהכנסתו גדולה מהנזק הנובע מהיותו ניתן למניפולציה או ההשקעה הנדרשת לשם מדידתו.

אין לפסול באופן גורף משתנים שיש בהם חשש למניפולציה או שיש צורך בגללם להקים בסיסי נתונים, כל עוד הכללת משתנים אלו תשפר בסוף התהליך את השוויון, רמת הבריאות והנגישות לשירותי הבריאות.

פרק ג' - המלצות למשתנים שיש להכניס לנוסחת הקפיטציה

1. משתנה ישובי / אזורי

בישראל קיים הבדל בנגישות לשירותי בריאות בין אזורי הארץ השונים.¹⁰ ככלל, באזורי הפריפריה ההיצע הנמוך יחסית פוגע ביכולת התושבים לממש את זכויותיהם בהשוואה למבוטחים במרכז הארץ (גוש דן, ירושלים, חיפה). העובדה כי הפריפריה עתירה באוכלוסייה ממעמד סוציו אקונומי נמוך מעצימה את הפגיעה באוכלוסיות הפריפריה. לא די כי היצע השירותים בפריפריה נמוך, תושבי הפריפריה גם מתקשים לעמוד על זכויותיהם לממש את זכאותם לשירותי בריאות.

בנוסף, ישנם הבדלים במבנה הגלאים בין הפריפריה למרכז. העובדה כי הנוסחה הקיימת מבוססת על משתני הוצאה וגיל בלבד, בצירוף העובדה ששיעור הילדים בפריפריה גבוה משיעורם במרכז, מביאה לעיוות בחישוב ההוצאה הנדרשת לפי קבוצות גיל **בהתחשב בצרכים האמיתיים**.

אנו סבורים כי יש להכניס לנוסחת ההקצאה משתנה אזורי/ישובי שיתקן עיוותים הנובעים מצד ההיצע.¹¹

2. משתנה המבוסס על קבלת קצבאות ביטוח לאומי

בישראל, בדומה למדינות רבות נוספות, ישנו מתאם חיובי בין מצב בריאות לבין מצב סוציו אקונומי.¹²

אנו סבורים כי הכנסת משתנה סוציו אקונומי לנוסחת ההקצאה, תעודד את קופות החולים להתחרות על מבוטחים עם דירוג סוציו אקונומי נמוך. עידוד קופות החולים לגייס מבוטחים ממעמד סוציו אקונומי נמוך, תביא לשיפור רמת הבריאות של אוכלוסיות ממעמד סוציו אקונומי נמוך הסובלות כיום מפערי בריאות ומאי-שוויון בנגישות לשירותי בריאות, כלומר במימוש הזכות לבריאות, לעומת אוכלוסיות אחרות.

בעבר התנגדה המדינה ובצדק להעביר לקופות החולים נתונים על הכנסות המבוטחים. אנו סבורים כי ניתן להשתמש בזכאות לקצבאות הביטוח הלאומי כאומדן למצב סוציו אקונומי.

שימוש בזכאות לקצבאות **השלמת הכנסה** יכול מחד לשמש כסמן למצב סוציו אקונומי נמוך ומאידך אינו יוצר סיכון לסינון מבוטחים על רקע כלכלי, ופוגע בפרטיות באופן מינימלי שכן מדובר בנתונים

¹⁰ ראו נספח לנייר זה.

¹¹ דוגמה לכלי סטטיסטי שיכול לשמש את הצוות הוא "פרופיל בריאותי-חברתי של הישובים בישראל 2002-1998" שפרסמו הלמ"ס ומשרד הבריאות בו נמדדות תוצאות בריאות כגון תחלואות ותמותה ממחלות לב ברמת היישוב (לא מדגם), תוך ציון מיקום הישוב באשכול החברתי-כלכלי ותוך מדידת חוזק הקשר שבין המיקום החברתי-כלכלי לבין תוצאות הבריאות. ראו נספח א' בנייר זה.

¹² ראו נספח א' בנייר זה, המתבסס על נתונים משני מקורות עיקריים: "פרופיל בריאותי-חברתי של הישובים בישראל 2002-1998" וכן ה"תוכנית למדדי איכות רפואת הקהילה".

על עצם הזכאות (ולא על הכנסה) וחלקם כבר מועבר לקופה לעניין תקרות תשלומים. עם זאת, הבחירה איזה משתנה מבין משתני הביטוח הלאומי הוא המתאים ביותר לזיהוי אוכלוסיות הסובלות מנגישות נמוכה ומצב בריאות נמוך, הינה החלטה של הצוות לבחינת נוסחת ההקצאה.

3. נכות כללית

ישנו קשר בין נכות קבועה, לבין מצב בריאות והזדקקות לשירותי בריאות. על מנת לעודד את קופות החולים להקצות את המשאבים לאוכלוסיות הנזקקות לשירותים אלו, אנו מציעים להכניס משתנה של זכאות לקצבת נכות כללית לנוסחת ההקצאה.

בעבר התנגדה המדינה לשימוש בזכאות לקצבת נכות בנוסחת ההקצאה מחשש כי קופות החולים יעודדו את מבוטחיהן לממש את זכויותיהם.

אנו סבורים שיש להכניס משתנה של קצבת נכות לנוסחת ההקצאה לקופות החולים משני הטעמים הבאים: הראשון, עידוד קופות החולים להתחרות על החולים בעלי צרכי הבריאות הגבוהים יותר. והשני, מניעת מחסומים המונעים מזכאים לקצבת נכות לממש את זכויותיהם על פי חוק.

4. מחלות כרוניות

בהתאם לסעיף 19 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קבע שר הבריאות רשימה של מחלות קשות, כולן מחלות כרוניות שעלות הטיפול בהם גבוהה במיוחד והעלות המצטברת לאורך שנות חיי החולה מצדיקה פיצוי נוסף על נוסחת הקפיטציה.

רשימת המחלות מונה חמש מחלות בלבד ומספר החולים הכולל במחלות אלו הינו מספר אלפים בודדים. רובם הגדול חולים במחלה אחת – מחלת כליות המחייבת דיאליזה.

אולם חולים כרוניים במחלות שכיחות ונפוצות כגון סכרת, יתר לחץ דם ועוד אינם מקבלים ביטוי בנוסחת ההקצאה. בשונה ממחלות אחרות, ככל שהדברים אמורים בחולים כרוניים, יודעת הקופה בוודאות גבוהה שהעלות הצפויה בגינם גבוהה מהתקבול הנוכחי על פי קבוצת גיל. על כן קיים החשש כי קופות החולים ינקטו או נוקטות בצעדים שהופכים את הקופה לפחות אטרקטיבית עבור חולים אלה, במיוחד חולים במצב סוציו-אקונומי נמוך אשר הנתונים מצביעים על פערים ברמת האיזון שלהם (ראו נספח א' לנייר זה). **אנו סבורים כי מצב רפואי כרוני צריך לקבל ביטוי בנוסחת ההקצאה, ועדיף בנוסף למשתנה סוציו-אקונומי או איזורי, במטרה לעודד את הקופות להקצות את מקורות המימון של החוק לחולים הזקוקים ביותר לשירות הרפואי.**

5. מבחני תוצאה

על מנת להבטיח כי מקורות המימון של החוק מוקצים בצורה יעילה לשיפור מצב הבריאות של תושבי ישראל, אנו מציעים להוסיף לנוסחת ההקצאה משתנים אשר ימדדו את תוצאות שירותי הבריאות הניתנים על ידי קופות החולים ולתגמל את קופות החולים אשר יצליחו לשפר את מצב הבריאות של מבוטחיהם. אנו סבורים כי ניתן להשתמש ב"תכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה"

המבוצע על ידי משרד הבריאות בכדי לתגמל את קופות החולים בהתאם לשיפור במצב הבריאות הנמדד בכל קופה. יש לציין שהתכנית כבר הדגימה את יכולתה להשפיע על פעילות הקופות, וזאת עוד טרם נקבעו מנגנוני תמרוץ פיננסיים. הפרסום האחרון של "תכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה" מצביע על שיפור במדדי הביצוע של קופות החולים ביחס למספר מחלות כרוניות. ייתכן כי יש להוסיף ולחדד את מדדי הביצוע ולהתאימם טוב יותר לאיתור מכשולי הנגישות הקיימים. בהקשר זה, ראוי לציין כי המדינה מקצה כספים לקופות החולים בהתאם לביצועים הכלכליים והכספיים של הקופה. **לדעתנו הקצאת כספים בהתאם לתוצאות בריאות צריכה להיות קודמת להקצאת כספים לפי תוצאות כספיות.** יתר על כן, העובדה כי המדינה מקצה כיום כספים לקופות החולים בהתאם לתוצאות כלכליות עלולה לפגוע בשירות הרפואי ועל מנת לאזן את מערכת התמריצים הקיימת יש להוסיף משתנים המודדים את איכות ותוצאות שירותי הבריאות, במיוחד בקרב פריפריה ואוכלוסיות חלשות.

נציין כי ככל הנראה, קופת החולים 'כללית' כבר מחילה חלק מהמשתנים דלעיל בשימוש הפנימי שהיא עושה בהקצאה בין מחוזות: מקבלי פטור ביטוח לאומי ומחלות כרוניות כגון סוכרת ולחץ דם.¹³

לסיכום נבקש להבהיר, כי כל המשתנים המפורטים לעיל הינם משתנים שיש להוסיפם על משתני גיל, מין או כל משתנה רוחבי אחר שימצא הצוות לנכון. אין המשתנים מוציאים אלה את אלה, אלא יכולים להתווסף זה על גבי זה. משתנים אלו לא נועדו להחליף את המשתנים הקיימים אלא להוסיף הבחנה נוספת על זו הקיימת בנוסחת ההקצאה הנוכחית.

¹³ נוסחת הקפיטציה של שירותי בריאות כללית. מצגת מאת עיריית זמורה, אורי אליאל, נועז בר ניר, יעקב וינר, צבי מאור, מיכאל שרף. תאריך לא ידוע.

נספח א' – הפערים במימוש הזכות לבריאות ברפואה הקהילתית

בשנים האחרונות, התפרסמו נתונים רבים המעידים על פערים גדולים בנגישות ובזמינות לשירותי בריאות, ואף בתחלואה ובתמותה. פערים אלה מהווים פגיעה בזכות לבריאות אשר גלומה בה, מניה וביה, הזכות לשוויון.

להלן בחרנו נתונים המדגימים את הפערים הקיימים וממחישים את הצרכים בשירותי בריאות ברמה הקהילתית. אין ספק שקיים קשר חזק בין פערים ברפואה הקהילתית לבין פערים בין בתי החולים (למשל ובעיקר הפער האזורי), אך אנו התרכזנו בשירותים הניתנים ישירות על ידי הקופות ובנתונים המתייחסים למשתנים שאנו מציעים להכניס לנוסחת הקצאת המקורות:

- פערי הכנסה הנמדדים כפערים בין חמישוני הכנסה או פערים בין מקבלי קצבאות ביטוח לאומי הזכאים לפטור מאגרת שירותי בריאות לבין מי שאינם מקבלים את הפטור.
- פערים בין אזורים ומחוזות ופערים בין ישובים הנמדדים על פי רמתם החברתית-כלכלית.

הנתונים שיובאו להלן לקוחים ברובם מפרסומים רשמיים של מדינת ישראל או כאלה שהמדינה מעורבת בהפקתם.

א. פערים על פי פטור של ביטוח לאומי והכנסת הפרט

הפרסום האחרון של "תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה" ערך נתונים מהשנים 2004-2006.¹⁴ קבוצת מקבלי קצבאות ביטוח לאומי הזכאים לפטור חלקי או מלא מאגרת שירותי בריאות מנתה כעשירית מאוכלוסיית המבוטחים, שהיא כ-700,000 נפש.¹⁵ נציין שקבוצה זו מיוצגת באופן ניכר בקרב תושבי הדרום וכן בקרב תושבי ישובים ערבים וישובים אחרים שמדורגים באשכול חברתי-כלכלי נמוך. עם זאת, קבלת קצבאות ביטוח לאומי המזכה בפטור מאגרת שירותי בריאות היא רק מדד אחד אפשרי למצב סוציו-אקונומי. מדד זה איננו משקף במלואו את תופעת העוני, אבל הוא מהווה אינדיקציה מדידה, הוא מבוסס על רישום ממשלתי ומאפשר איתור תופעות בעזרת נתוני אמת שאינם מבוססים על מדגם.

תחלואת לב, אסתמה וסוכרת (חולים כרוניים על פי הצעתנו דלעיל)

בקרב מקבלי פטור נמצא שיעור של 2.23% חולי אסתמה מתמשכת לעומת 0.92% בלבד בקרב שאר המבוטחים.¹⁶ שיעור חולי הסוכרת בעלי פטור גבוה פי 5 (!) לעומת מי שאינם מקבלים פטור: 14%

¹⁴ "תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה", אבי פורת, גדי רבינוביץ', ענת רסקין סגל. אוניברסיטת בן-גוריון. אפריל 2007.

¹⁵ שם, עמ' 15.

¹⁶ שם, עמ' 19.

לעומת 2.89%. עיקר הפערים נרשמו בקרב מבוטחים המבוגרים מגיל 18 וצעירים מגיל 65. למשל, בקרב בני 35-44, הפערים הם 5.44% מבין מקבלי הפטור לעומת 1.45% אצל השאר.¹⁷

המחקר האמור בדק במספר מדדים את מידת האיזון של חולי הסוכרת. ממוצע הפערים בין מקבלי הפטור המאוזנים לבין שאר החולים נע בין 1% ל-3%, אך בגילאי העבודה 18-64 ניתן לזהות פערים גדולים יותר. הפער בין מקבלי פטור לאחרים בקרב המאוזנים היטב מבחינת רמת ההמוגלובין (מתחת ל-7% HbA1c), בגילאים 18-64, הולך ועולה עם הגיל מפער של 4.88% ל-6.22%.

פער דומה בשיעור המאוזנים נמצא בקרב חולי לב בעלי וחסרי פטור. בקרב בני 35+ אחרי ניתוח מעקפים בחמש השנים האחרונות, נבדק יעד איזון של רמת כולסטרול (LDL מתחת ל-100 צ"ג/ד"ל) ונמצא כי הפער הוא בערך חמישה אחוזים: 60.3% מבין בעלי הפטור הגיעו ליעד האיזון לעומת 65.4% מבין חסרי הפטור.

איתור מוקדם של סרטן

ב-2006, 54.09% ממקבלות הפטור, בנות 52-74, עברו בדיקת ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד, לעומת 60.89% משאר המבוטחות, כלומר הפער הוא 6.8%.¹⁸

בקרב בני 70-74, אחוז מקבלי הפטור שעשו בדיקה לגילוי דם סמוי בצואה (קולונוסקופיה) היה 15.19% לעומת 21.15% בני אותו גיל שאינם מקבלים פטור. יש לציין שהפער קטן יותר כאשר בודקים את כל שכבת הגיל 50-75.¹⁹

חיסונים

40% מבוטחים בעלי פטור בני 65 ומעלה חוסנו נגד שפעת בשנת 2006 לעומת 50% בקרב שאר המבוטחים בני אותו גיל.²⁰

נגישות לשירות רפואי לפי הכנסה

לכמתצית החולים מחמישון ההכנסה התחתון אין רופא המרכז את הטיפול בהם, לעומת כרבע מהחולים בחמישון העליון.

סוגיית התשלום מכבידה במיוחד על בעלי ההכנסה הנמוכה: בשנת 2005, 29% מקרב בעלי ההכנסה הנמוכה (חמישון תחתון) ויתרו על שירות רפואי בשל התשלום.

רק 19% מקבוצת ההכנסה התחתונה ידעו על פטורים ותקרות תשלום ובקרב הערבים, רק 5% ידעו על כך. 35% מהחולים הכרוניים ו-33% ממשתכרי חמישון הכנסה תחתון – דיווחו כי תשלומי ההשתתפות מכבידים עליהם במידה רבה.²¹

¹⁷ שם, עמ' 37.

¹⁸ שם, עמ' 26.

¹⁹ שם, עמ' 30.

²⁰ שם, עמ' 33.

הנגישות הבלתי-שווה לשירותים באה לידי ביטוי בנתון ממחקר אחר לפיו לאדם בעל הכנסה לנפש בחמישון התחתון יש סיכוי של פי 2 לחכות יותר משבועיים לרופא מומחה.²²

ב. פערים על פי איזור וישוב

תוחלת חיים בלידה

על פי נתוני הלמ"ס ומשרד הבריאות, הפער בתוחלת החיים בלידה בין מחוז מרכזי (ירושלים) לבין מחוז פריפריאלי (דרום) עמד בשנת 2002 על 3.1 שנים לגברים ו-2.3 שנים לנשים. בבדיקה לפי נפות, נמצא פער גדול יותר, 4.8 שנים, בין הגברים במחוז יהודה ושומרון לעומת באר שבע. בבדיקה לפי ישובים המונים מעל 50,000 נפש, נמצא פער של 8 שנים (!) בין רעננה לבין נצרת. הקשר בין תוחלת החיים לבין מצב חברתי-כלכלי של הישוב נבדק ב-30 ישובים המונים מעל 50 אלף איש ונמצא שהוא קיים בעוצמה גבוהה יחסית כאשר 0.55 מהשונות מוסברת על ידי המדד החברתי-כלכלי.²³

שיעור תמותת תינוקות

לפי הפרופיל הבריאותי-יישובי של הלמ"ס ומשרד הבריאות, אחוז גבוה יחסית - 0.45 - של השונות בין הישובים בתמותת תינוקות מוסבר על ידי המדד החברתי-כלכלי. המתאם אף גבוה יותר אם בודקים שונות בין ישובים ערבים ליהודים שכן השונות החברתית-כלכלית קטנה יחסית בתוך הישובים הערבים וגדולה יחסית בתוך הישובים היהודים.²⁴

אפשריין וחורב מביאים את הנתונים הבאים מתוך פרסומים רשמיים :

תמותת תינוקות ערבים בדרום היא 15.5 לאלף לידות חי, לעומת 5.5 בירושלים ו-6.6 בשאר המחוזות.

שיעור התמותה בעקבות מומים מולדים הקשורים לנישואי קרובים הוא מדד חשוב שקשור באופן הדוק לאזור ולמוצא, ובמיוחד ערבים-מוסלמים בדרום. שיעור תמותת תינוקות על רקע מומים מולדים בקרב ערבים במחוז הדרום הוא 6.0 לאלף לידות חי. שיעור זה הוא יותר מפי 2 משיעור התמותה המקביל אצל ערבים בשאר אזורי הארץ.

²¹ "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי", רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג, רונית מצליח. מאיירס-גיוינט-ברוקדייל, מארס 2007.

²² "נוסחת הקפיטציה במבחן המציאות", מצגת בעריכת פרופ. קובי גלזר ודויד מסיקה. לפי סקר "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשוואה לשנים קודמות". מאיירס-גיוינט-ברוקדייל.

²³ "פרופיל בריאותי-חברתי של הישובים בישראל 1998-2002", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. פרסום מס' 1270, 2006.

²⁴ "פרופיל בריאותי-חברתי של הישובים בישראל 1998-2002", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. פרסום מס' 1270, 2006.

אפשטיין וחורב טוענים כי שיעור זה מסביר כמחצית מהפער הקיים בין ערבים ליהודים בתמותת תינוקות ששיעורו (נכון ל-2005) כ-4.7 לאלף לידות חי.²⁵

נתונים והערכות אלה מובילים למסקנות הבאות:

- יש להשקיע יותר בתכניות הסברה מותאמות-תרבותית הקשורות לנישואי קרובים ואבחון מומים מולדים.
- יש צורך לחזק באופן מיוחד את מערכת השירותים הקהילתיים (לא רק בבתי החולים) שסביב היריון ולידה, וזאת במיוחד בדרום הארץ בקרב אוכלוסייה ערבית.

תמותה ממחלות לב

קיים פער גדול בנתוני התמותה ממחלות לב בין ישובים חלשים וחזקים מבחינה חברתית-כלכלית ובמיוחד בין ישובים ערבים ליהודים. שיעור התמותה המתוקן ממחלות לב מעל גיל 40 בשנים 1998-2002 היה בגני תקווה כ-240 איש, לעומת כ-680 בריינה או בנצרת. כ-30% מהשונות מתמותה ממחלות לב מוסברת על פי הפרופיל החברתי-כלכלי של הישוב. השונות בקרב הישובים הערבים נמוכה לעומת השונות בקרב הישובים היהודים, כלומר, הפער בין יהודים לערבים בתמותה ממחלות לב הוא אף גבוה יותר.²⁶

דו"ח המרכז הלאומי לבקרת מחלות, *מצב הבריאות של ערבים בישראל 2004*, מביא את הנתונים הבאים:

ב-1999, שיעור התמותה של גברים ערביים ממחלות לב (מתוקן לגיל) (168.3 ל-100,000) היה גבוה ב-28.4% מזה של גברים יהודיים (131.1 ל-100,000); ושיעורן של נשים ערביות (149 ל-100,000) היה גבוה ב-66.5% מזה של נשים יהודיות (89.5 ל-100,000).²⁷

נגישות לשירות רפואי לפי ישוב

לפי סקר משנת 2005, בקרב הגרים בישובים המסווגים כבעלי רמה חברתית-כלכלית נמוכה (לפי הלמ"ס), 25% ויתרו על שירות רפואי בגלל המרחק, לעומת 4% הגרים בישוב בעל רמה חברתית-כלכלית גבוהה. ככלל, 14% מהעונים ויתרו על שירות רפואי בגלל מרחק. כמחצית מהם ויתרו על ביקור אצל רופא מקצועי וכשליש על בדיקות וטיפולים בבתי חולים ובמכונים.²⁸

לפי אחד המחקרים, לתושב הדרום יש סיכוי של פי 1.76 לחכות יותר משבועיים לרופא מומחה

²⁵ "אי שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות", ליאון אפשטיין, טוביה חורב. מרכז טאוב. ספטמבר, 2007. עמודים 11-13.

²⁶ "פרופיל בריאותי-חברתי של הישובים בישראל 1998-2002", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. פרסום מס' 1270, 2006.

²⁷ מצב בריאות האוכלוסייה הערבית 2004. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 226, יולי 2005.

²⁸ "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי", רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג, רונית מצליח. מאיירס-גיוינט-ברוקדייל, מארס 2007.

לעומת תושבי ירושלים והצפון.²⁹

נגישות וזמינות שירות רפואי לפי אזור – נתוני קופות

עמותת 'רופאים לזכויות אדם' וקבוצת פעילות מהדרום נאלצו להגיש עתירות לבית המשפט כדי לחייב שלוש קופות חולים להמציא נתונים שאמורים להיות שקופים לציבור הרחב.³⁰ כך סיכמו פעילות 'רופאים לזכויות אדם' את נגישות תושבי הדרום לרפואת מומחים קהילתית³¹:

קופ"ח מכבי

הנתונים שנתקבלו מלמדים בבירור על הפלייה לרעת תושבי הדרום. ב-10 מבין 11 ההתמחויות שלגביהן נתבקש מידע, מספר הרופאים המומחים לנפש במחוז הנגב היה נמוך מן הממוצע הארצי (ביחס לאורולוגיה השיעור הנגב היה זהה לממוצע הארצי). כך, למשל, אם הממוצע הארצי ב"מכבי" עומד על 2.6 רופאי נשים ל-10,000 מבוטחים, הרי שבמחוז הנגב עומד השיעור על 1.6 (זאת לעומת שיעור של 3.8 במחוז ירושלים ו-3.2 במחוז המרכז). באופן דומה, בעוד שהממוצע הארצי ביחס לרפואת דרכי הנשימה והריאה עומד על 1.3 רופאים ל-10,000 מבוטחים, הרי שבדרום השיעור עומד על 0.1 רופאים – ואילו במחוז ירושלים המספר גדול פי שש. בכל מחוז הנגב אין ולו גסטרואנטרולוג אחד.

קופ"ח כללית

נמצאו פערים בין המחוזות ביחס לזמן המתנה ממוצע לרופא מומחה. ביחס לחלק מן ההתמחויות (לא כולן) – הפערים שנמצאו היו לרעת הדרום. כך, למשל, זמן ההמתנה הממוצע לרופא עיניים במחוז תל-אביב עומד על 11.9 יום, ואילו במחוז הדרום – 28.01 יום (ממוצע ארצי: 16.58 ימי המתנה). זמן המתנה ממוצע למומחה לרפואת ריאות בתל-אביב עומד על 17.11 יום, ואילו בדרום על 26.92 יום (ממוצע ארצי – 16.73 יום).

קופ"ח מאוחדת

כאמור, החלוקה למחוזות בקופת-חולים מאוחדת אינה מאפשרת להסיק מסקנות ברורות, שכן מחוז

²⁹ "נוסחת הקפיטציה במבחן המציאות", מצגת שערכו פרופ. קובי גלור ודויד מסיקה. 2003. החישוב נעשה על פי נתונים לפי "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003, והשוואה לשנים קודמות", רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג, רונית מצליח. מאיירס-גיוינט-ברוקדייל, 2003.

³⁰ לאומית, כללית ומאוחדת. מכבי נענתה לבקשה ללא צורך בעתירה. ראו גם הערתנו בנייר זה בעניין נתונים של קופות החולים.

³¹ מכתב של חברות קבוצת "באר שבע – שוויון בבריאות" ועמותת 'רופאים לזכויות אדם' לחברי וועדת העבודה, הרווחה והבריאות לקראת דיון הוועדה בנושא שירותי בריאות בדרום שהתקיים בתאריך 8/4/2008.

"דרום ויהודה" כולל שטח של כמחצית ממדינת ישראל (מחולק ועד אילת). חרף זאת, מהנתונים שנמסרו לקבוצה (שאינם כוללים, עדיין, מספר ימי המתנה ממוצע לרופא מומחה, בחלוקה גיאוגרפית) עולה שמספר הרופאים לנפש נמוך, ביחס לכל אחת ואחת מ-11 ההתמחויות שביקשנו מידע ביחס אליהן, במחוז דרום ויהודה בהשוואה למחוז המרכז. ב-10 מתוך 11 ההתמחויות הנ"ל, מספר המטופלים הממוצע של רופא בדרום היה גדול יותר (לעיתים בעשרות אחוזים) ממספר המטופלים הממוצע של רופא במרכז. לדוגמה, מומחה לרפואת ריאות במרכז מטפל ב-298 מטופלים בממוצע, ואילו במחוז הדרום רופא בהתמחות זו מטפל ב-649 מטופלים בממוצע.

קופ"ח לאומית

כאמור, קופ"ח לאומית סירבה להעביר לקבוצה את הנתונים שנתבקשו. בגין הסירוב הוגשה עתירה מנהלית, והתיק ממתין לדיון בבית-המשפט המחוזי בתל-אביב.

פערים אזוריים בכח אדם

מרכז המחקר והמידע של הכנסת (להלן מ.מ.מ.) הוציא לאחרונה דו"ח מיוחד על נושא שירותי הרפואה בדרום ופערים בין המחוזות.³²

המ.מ.מ. מצטט מחקר שערך האגף לכלכלת בריאות במשרד הבריאות בנושא הרופא בקהילה ובו נמסר כי, "עולים פערים ברמת השירות באזורים גיאוגרפיים שונים ופערים בנגישות לשירותי הבריאות בקהילה לקבוצות אוכלוסייה שונות".³³

במקום אחר במחקר מוסיפים הכותבים כי ממחקרים שנערכו במהלך השנים עולה כי "הפערים בין אזורים מרכזיים לבין הפריפריה נשארו בעינם (לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי) אף שבמהלך השנים נעשו ניסיונות לעודד עבודה בפריפריה באמצעות הטבות שכר. באופן פרדוקסלי, ההיצע הנמוך של הרופאים מתקיים דווקא באזורים שבהם שיעורי התחלואה והתמותה גבוהים יותר. דבר זה נוגע גם לאזורים גיאוגרפיים כגון צפון ודרום וגם לקבוצות אוכלוסייה המזוהות עם 'פריפריה' חברתית, כגון אוכלוסיית עולים, האוכלוסייה הערבית או אוכלוסיות אחרות המאופיינות ברמה סוציו-אקונומית נמוכה". (דגשים שלנו)³⁴

בבדיקת שיעור הרופאים הראשוניים ל-10 אלף נפש, לא נמצאו פערים בין מחוז הדרום והצפון לבין המרכז. אולם בבדיקת שיעור הרופאים הלא-ראשוניים, כלומר, הרופאים המומחים, קיימים פערים

³² "היקף שירותי הבריאות במחוז הדרום לעומת איזורים אחרים בישראל", שלי לוי. מרכז המחקר והמידע של הכנסת. מארס, 2008. עמודים 39-41.

³³ משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה, הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, צוות המחקר: ענת שמש, אמה סמטניקוב, מיכאל דור, מיקי שרף, ורדה שלו, יוסי רוזנבלום וערן מץ, אוגוסט 2007. עמ' 13.

³⁴ שם, עמ' 19.

משמעותיים בין הפריפריה למרכז: במחוזות דרום וצפון יש בממוצע 5 ו-4.2 רופאים מומחים ל-10 אלף נפש, ואילו במחוזות האחרים, למשל, ת"א וחיפה ומחוז מרכז, יש 9, 8.9 ו-8.3 בהתאמה. 72% מהרופאים במחוז מרכז הם מומחים לעומת 58% בלבד במחוז דרום ו-57% במחוז צפון.

המ.מ.מ. מדווח כי, מתשובות קופות-החולים וגורמים נוספים עולה כי במחוז דרום (כפי שהוא מוגדר בידי משרד הבריאות) יש מחסור ברופאים ברפואת ילדים בתחומים האלה: אנדוקרינולוגיה, ראומטולוגיה, נירולוגיה, ריאות, גסטרואנטרולוגיה והתפתחות הילד.

ברפואת מבוגרים יש מחסור ברופאים בתחומים האלה: אנדוקרינולוגיה, ראומטולוגיה, גריאטריה, ריאות, אימונולוגיה, אלרגולוגיה, נפרולוגיה, רדיולוגיה, גנטיקה, אורתופדיה ואורתופדיה של כף הרגל. נוסף על כך, מורגש מחסור בתחום הסיעוד. קופות-החולים טענו כי בחלק מהמקצועות מדובר במחסור הקיים בכל רחבי הארץ ובמקצועות אחרים המחסור נובע מהקושי לגייס רופאים בפריפריה.

המ.מ.מ. מצוין כי, "שירותי בריאות כללית" לא השיבה על השאלה באילו תחומים חסרים רופאים במחוז דרום, אולם מנתונים שמסרה לנו על רופאים ראשוניים עולה כי מתוך 4,667 רופאים ראשוניים (שכירים ועצמאים) שהיא מעסיקה ברחבי הארץ, רק 535 מועסקים בדרום ובאילת, כלומר כ-11.5% מכלל הרופאים של הקופה ברחבי הארץ – אף-על-פי שבמחוז זה מתגוררים 15.9% ממבוטחי "שירותי בריאות כללית".³⁵

³⁵ על פי מכתב של מר אלי דפס, סמנכ"ל וראש שירותי קהילה ב"שירותי בריאות כללית". בתוך, "היקף שירותי הבריאות במחוז הדרום לעומת איזורים אחרים בישראל", שלי לוי. מרכז המחקר והמידע של הכנסת. מארס, 2008.

נספח ב' – מכתב הבקשה לנתונים מקופות החולים

יום רביעי, 16 ביולי 2008

לכבוד

א.נ.,

הנדון: בקשה לקבלת נתונים

האגודה לזכויות האזרח מבקשת לפעול להכנסת משתנים נוספים, סוציו-אקונומיים וגיאוגרפיים, לנוסחת הקפיטציה. לשם כך אבקש את עזרתך בקבלת נתונים (לא מזוהים) על עלות השירותים הניתנים על פי חוק בריאות ממלכתי למבוטחי הקופה, ועל מצב בריאות של מבוטחי הקופה לפי חתכים סוציו אקונומיים וגיאוגרפיים.

אנו מבקשים לקבל את הנתונים הבאים:

1. ההוצאה של הקופה לנפש מתוקננת בחלוקה לזכאי "פטורי בטל"א" ולאילו שאינם זכאים ל"פטורי בטל"א".
2. מצב בריאות, הכולל תוחלת חיים, תמותת תינוקות, שכירות של מחלות כרוניות, ובהם, יתר ל.ד., סוכרת, דיאליזה, מחלות סרטניות או מחלות נוספות לגביהם יש נתונים, על פי זכאות ל"פטורי בטל"א".
3. הוצאה של הקופה לנפש מתוקננת לפי מחוז מגורים.
4. מצב בריאות של מבוטחי הקופה, כמפורט בסעיף 2, לפי מחוז מגורים.
5. בעלות על שב"ן לפי "פטור בטל"א" ולפי מחוז מגורים.
6. הכנסות מהשתתפויות עצמיות לפי זכאות ל"פטורי בטל"א" ולפי מחוז מגורים.

בכבוד רב,

רמי אדוט

רכז פרויקט 'הזכות לבריאות'

האגודה לזכויות האזרח

העתק:

מר רועי בן-משה, עמית באגודה לזכויות האזרח במסגרת תכנית שתי"ל