



חוק ההסדרים לשנת 2008: פרק הבריאות

ברברה סבירסקי, מנהלת מרכז אדוה

- בתחום הבריאות, הצעת חוק ההסדרים לשנת 2008 מבשרת על המשך המגמות של:
1. תת-מימון של מערכת הבריאות הציבורית;
 2. עידוד קופות החולים ובתי החולים הציבוריים להתנהג כמוסדות למטרות רווח;
 3. ניסיון להכפיף את קופות החולים לא רק לנורמות עסקיות אלא גם לגחמות של הזירה הפוליטית.

בהצעת חוק ההסדרים לשנת 2008 יש בשורה אחת שיש בה פוטנציאל חיובי להגדלת השוויון בשירותי הבריאות: נסיגת משרד הבריאות מהאישור שניתן ל"מכבי" ול"כללית", לכלול ברובד החדש של ביטוחים משלימים תרופות מצילות ומאריכות חיים - וגם בחירת מנתח ללא השתתפות עצמית. תרופות מצילות חיים ותרופות מאריכות חיים מקומן בסל הבסיסי, הנגיש יותר לכל החולים ולא רק לאלה הרוכשים ביטוחים משלימים מ"מכבי" או מקופת חולים אחרת. אולם, המהלך להגברת הנגישות השווה לשירותי בריאות לא הושלם, שכן התרופות שנאסר על הכללתן בביטוחים המשלימים נותרו מחוץ לסל הבריאות הבסיסי וציבור החולים הזקוק לתרופות מצילות חיים נשאר ללא פתרון. **אנו דורשים שתרופות אלה יוכנסו לסל הבסיסי מיד עם הוצאתן מהסלים המשלימים.**

1. **תת-מימון של מערכת הבריאות הציבורית:** חוק ההסדרים לשנת 2008 משקף הסכם שנחתם בין שרי הבריאות והאוצר ביום 6.8.2007, הקובע את עלות הסל, את התוספת בגין חידושים טכנולוגיים ואת העדכון עבור שינויים דמוגרפיים. בנוסף על כך, הצעת החוק מבשרת על שינוי במשקל של מקורות המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: חלקן של קופות החולים יגדל וזה של הממשלה יפחת. החל ב-2008, חלקן של קופות החולים יגדל מ-5.38% מעלות הסל ל-6.45% (תוספת של כ-268 מיליון ₪).

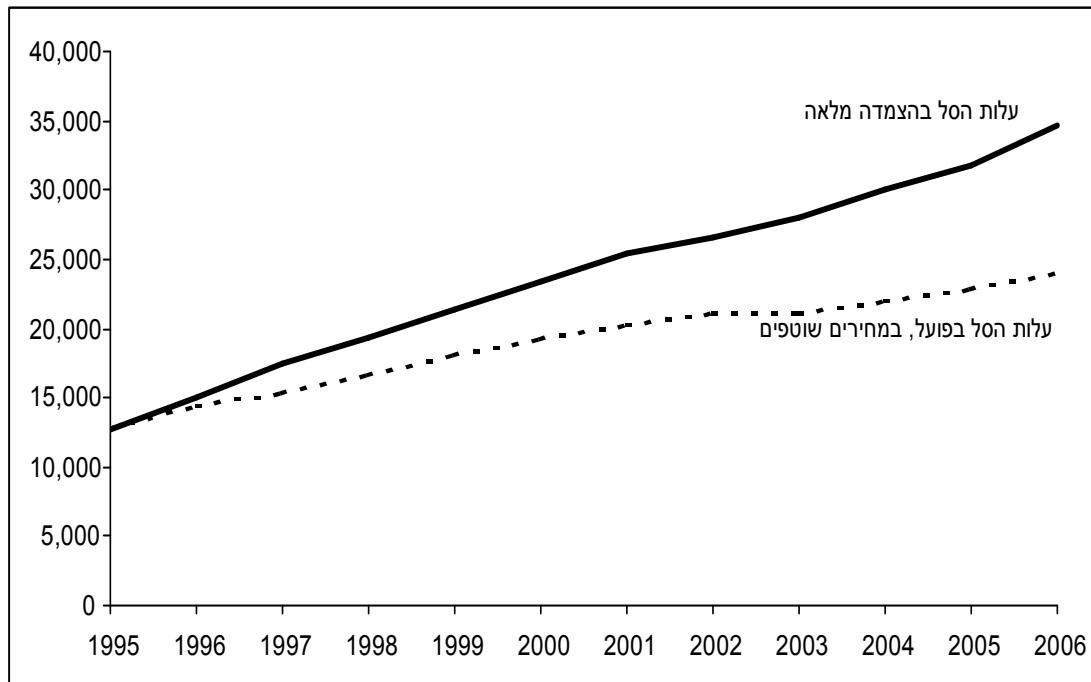
עלות הסל נקבעה על כ-25 מיליארד ₪, במונחי יוקר הבריאות הממוצע לשנת 2006. עלות הסל כוללת 300 מיליון ₪ תוספת לתרופות ופרוצדורות חדשות וסכום נוסף של כ-147 מיליון ₪ לשינויים דמוגרפיים.

התוספת הדמוגרפית שוות-ערך ל-0.6% מעלות הסל בשנת 2007. זהו סכום קטן מזה שנקבע בהסכם הקודם (מ-2004) בין שרי האוצר והבריאות, שקבע תוספת של 1.13% לכל אחת מהשנים 2005, 2006 ו-2007. חוק ההסדרים לשנת 2008 קובע שהתוספת הדמוגרפית תהיה 0.6% בשנת 2008, 1.2% ב-2009 ו-0.9% ב-2010 (הממוצע לשלוש שנים: 0.9%).

במלים אחרות, לא רק שאין לנו מנגנון עדכון לחידושים טכנולוגיים ולשינויים דמוגרפיים, אלא שהעדכונים שנקבעו הם נמוכים. העדכון הדמוגרפי קטן מהעדכון הקודם, ואילו העדכון הטכנולוגי הוא מעט יותר מאחוז אחד מעלות הסל בשנה שעברה, כאשר התוספת המקובלת היא 2%.

התרשים והלוח שבעמוד הבא מראים את השינוי שחל בפועל בעלות הסל, מאז 1995, בגין שינויים דמוגרפיים וטכנולוגיים. אל מול שינוי זה אנו מציבים את עלות הסל כפי שהיתה יכולה להיות אילו התוספות השנתיות שיקפו את מלוא השינויים הדמוגרפיים ועוד 2% לתרופות ופרוצדורות חדשות. כפי שניתן לראות, עד 2006 נשחקה עלות סל שירותי הבריאות של קופות החולים בכ-44%. כמו כן אנו מציגים את עלות הסל לנפש מתוקננת (מתוקננת = לוקחת בחשבון את הרכב הגילאים).

עלות סל הבריאות בפועל ובהצמדה מלאה, 1995 – 2006 במיליוני ש"ח



עלות סל הבריאות, 1995 – 2006

שנה	עלות סל הבריאות בפועל במחירים שוטפים (במיליוני ש"ח)	עלות סל הבריאות בהצמדה מלאה (במיליוני ש"ח)	עלות סל הבריאות לנפש מתוקנת בפועל במחירים שוטפים (בש"ח)	עלות סל הבריאות לנפש מתוקנת בהצמדה מלאה (בש"ח)
1995	12,741	12,741	2,447	2,447
1996	14,439	15,062	2,769	2,655
1997	15,358	17,451	3,093	2,722
1998	16,614	19,364	3,334	2,860
1999	18,008	21,431	3,583	3,010
2000	19,269	23,454	3,807	3,127
2001	20,268	25,376	4,004	3,198
2002	21,118	26,642	4,106	3,255
2003	21,135	27,968	4,215	3,185
2004	22,008	30,016	4,436	3,253
2005	22,768	31,783	4,610	3,302
2006	24,041	34,588	4,904	3,409

הערות:

1. עלות סל הבריאות בהצמדה מלאה – נתוני סל הבריאות חושבו על פי שלושה מדדים: שינוי דמוגרפי, שינוי טכנולוגי (2% לשנה) ושינוי במדד יוקר הבריאות. עבור כל אחד מהמדדים נבדק השינוי בו משנה לשנה.
2. נפשות מתוקנות-ממוצע הנפשות המתוקנות התקבל ממשד הבריאות ולוקח בחשבון את השינוי בנוסחת הקפיטציה משנת 2005. התקנון רגיש לשינויים בגודל האוכלוסייה משנה לשנה.
3. בסל הבריאות קיימים גם התאמות מלבד אלו שנלקחו בחשבון כאן.
4. הנתון של עלות הסל בהצמדה מלאה מראה לנו כמה אמור היה להיות בסל הבריאות (בס"ה ולנפש) בהשוואה לסל שנקבע בשנת 1995. כלומר, מה היה השינוי הכספי הדרוש בכדי לשמור על הרמה שנקבעה בשנת 1995.
5. יש להשוות את עלות הסל בהצמדה מלאה לעלות הסל בפועל, במחירים שוטפים, בצורה זו אפשר לראות את הפער בין הנתון השוטף לבין מה שאמור היה להיות אילו היו מבוצעים השינויים שנסקרו לעיל.

מקורות: גבי בן-נון וגור עופר (עורכים), עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 1995-2005; נתונים שהתקבלו מאגף כלכלה ומחקר, משרד הבריאות.

2. עידוד קופות החולים ובתי החולים הציבוריים להתנהג כמוסדות למטרות רווח.

- חוק ההסדרים קובע הקמת קופת חולים חמישית. הקופה החדשה אמורה לפעול "על פי עקרונות חוק ביטוח בריאות", דהיינו, כחברה ללא מטרות רווח. אולם ללא הוראות מחייבות מצד משרד הבריאות, היא עשויה להפוך לקופה המשרתת אך ורק את תושבי המרכז – זאת אומרת, קופה לצעירים ולבעלי הכנסות גבוהות.

אין זה סוד כי הגוף שביקש להקים קופת חולים חדשה הוא לא אחר מאשר בית חולים שיבא. הבקשה הועלתה בעקבות בקשתה של קופת חולים "כללית" להקים בית חולים פרטי, ועל רקע העובדה שלקופ"ח "כללית" יש בתי חולים ציבוריים משלה ול"מכבי" יש בתי חולים פרטיים משלה. נוצר מצב, שכל מוסד – קופת חולים או בית חולים – מנסה להגדיל את יתרונו מול המוסדות האחרים. מאחורי הבקשה להקים קופת חולים עומד, כנראה, ניסיון של בית חולים שיבא ליצור לעצמו מאגר של חולים שיופנו לאשפוז אצלו ולא בבתי החולים של "מכבי" או "כללית".

משרד האוצר רואה את הקמתה של קופת חולים נוספת כפעולה שתגביר את התחרות, כשהוא מפרש את העובדה שרק 1.3% מהמבוטחים עברו ב-2006 מקופה לקופה כעדות להעדר תחרות. אולם אם מסתכלים על התנועה בין הקופות בין השנים 1995 ו-2006, רואים תמונה אחרת:

האוכלוסייה המבוטחת לפי קופת חולים, 1995, 2000, 2006, באחוזים

שנה	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
1995	62.1	19.6	9.1	9.2
2000	56.3	23.1	10.7	9.9
2006	53.6	24.2	12.5	9.7

מקור: ז'ק בנדלק, 2007, חברים בקופות החולים 2005-2006, לוח 1, ע' 35, המוסד לביטוח לאומי, יוני.

הלוח מעלה כי בין השנים 1995 ו-2006, חלקה של "כללית" ירד בהדרגה וחלקן של "מכבי" ו"מאוחדת" עלה. רק חלקה של "לאומית" לא השתנה.

מנקודת המבט של מערכת הבריאות הציבורית בכללותה, ספק אם קופת חולים אחת נוספת תגביר את היעילות - בהתחשב בעובדה שמדובר באוכלוסיית מבוטחים העומדת בסך הכל על כ-7 מיליון נפשות.

אם מתירים לבית חולים שיבא – או לכל גורם אחר – לפתוח קופת חולים נוספת, חובה על משרד הבריאות לנקוט בצעדים הבאים:

א. לחייב את הקופה החדשה לא רק לפרוש את מרפאותיה בכל רחבי הארץ אלא גם להקים מרפאות ביישובים בעלי מדד כלכלי-חברתי נמוך;

ב. לשנות את נוסחת הקפיטציה (הקובעת את אופן חלוקת הכספים שמקורם במס בריאות ובקופת המדינה) כך שקופות החולים תקבלנה פיצוי מלא על תמהיל מבוטחיהן – כלומר, לכלול בנוסחה הזאת לא רק את מספר המבוטחים ואת גילם, אלא גם את מרחק מקום המגורים שלהם ממרכז הארץ, את המדד הכלכלי-חברתי של היישוב ואת מספר החולים הכרוניים בכל קופה.

- סעיף נוסף נוגע לתיאגוד בתי החולים הממשלתיים. החלטות הממשלה מיום 12.8.2007 מורות על הקמת צוות המורכב מעובדי משרדי הבריאות והאוצר והיועץ המשפטי לממשלה, שיפעל לגיבוש חקיקה שתסדיר את העברת בתי החולים הממשלתיים לחברות מנהלות. אמנם החברות אמורות להיות ציבוריות וללא מטרת רווח, אולם עד כה, בכל פעם ששירות ממשלתי הפך לחברה ציבורית, היה זה צעד ראשון בהליך של הפיכתו לחברה עסקית.

הניסיון האנגלי והאמריקאי מלמד על התוצאות האפשריות של תיאגוד בתי החולים הממשלתיים: העלאה תלולה של שכר המנכ"ל, פיטורי עובדים והרעת תנאי העבודה שלהם, שיתוף גורמים עסקיים בפיתוח שירותים חדשים, סגירת שירותים שאינם רווחיים והזנחה של חניכה, מחקר ופיתוח.

3. ניסיון להכפיף את קופות החולים לא רק לנורמות עסקיות אלא גם לגחמות של הפוליטיקה המפלגתית.

בהמשך להחלטות שנתקבלו בשנים 2003 ו-2006, הצעת חוק ההסדרים לשנת 2008 מציעה להסדיר את מבנה הנהלת קופות החולים. עצם ההסדרה אינה שלילית, אולם קיים חשש מאופן ההסדרה: 75% מחברי מועצת קופת חולים אמורים להיבחר על-ידי ועדה ציבורית שתמונה על-ידי שר הבריאות (יתר ה-25% - על-ידי הקופה).

כיוון שיש חשש כי שיקולים לא ענייניים הם אלה שיופעלו בעת בחירת חברי הוועדה הציבורית, אנו ממליצים לקבוע בחוק שעל חברי הוועדה הציבורית להיות אנשי בריאות ונציגי ציבור. רצוי שהאחרונים יכללו חברים בארגונים לא-ממשלתיים העוסקים בבריאות.