



10/7/2020

לכבוד : משרד האוצר, אגף התקציבים

תגובה לטיטת חוק ההסדרים לעניין תחרות בין קופות החולים

אנחנו, הארגונים החתומים מטה, העוסקים בקידום בריאות ושוויון בבריאות בפריפריה הצפונית והדרומית, וכן בפריפריה החברתית בישראל, מתכבדים לשלוח לכם את תגובתנו לטיטת התכנית הכלכלית, שפורסמה לציבור ב-2/7/2020. תגובתנו תעסוק בסעיף 7 לעניין הרחבת סל הבריאות וחיזוק האיתנות הפיננסית של קופות החולים, שבתוך פרק הבריאות בתכנית.

חלק זה בפרק הבריאות עוסק בחיזוק האיתנות הפיננסית של קופות החולים, במטרה "לחזק את מערך שירותי הבריאות הציבוריים בישראל", וכן לקדם את הרגולציה על מערך הקהילה ולייעל את הוצאות שונות במערכת הבריאות. רוב הסעיפים בנושא זה עוסקים בהגבלות על קופות החולים בשל הגירעונות התקציביים בהם הן מצויות, חלקן באופן כרוני של ממש, ובהגבלות שיחולו על הקופות עם התמשכות גירעונות אלה.

בסעיף 7 המדובר מוצע להקים צוות בין משרדי אשר יבחן את מצב התחרות בין קופות החולים וימליץ לשרי הבריאות והאוצר על הצעדים הנדרשים להגברת התחרות, תוך יצירת מבנה ענפי יציב. בדברי ההסבר לסעיף מצוין כי "התחרות בין קופות החולים הינה בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי".

להלן עמדתנו בנושא

אין אנו מתנגדים לעצם הקמתו של צוות לבחינת מצב התחרות בין קופות החולים. עם זאת יש לציין כי התחרות לא עומדת לבדה בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובטח שלא באופן שמפקיר את המבוטחים לכוחות השוק. במקרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המדובר בתחרות מנוהלת, במסגרת סל הבריאות הקיים המוגדר בחוק.

יש עקרונות נוספים, חשובים לא פחות, העומדים בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי. סעיף 1 לחוק קובע כי ביטוח הבריאות הממלכתי יושתת "על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". סעיף 3 לחוק קובע כי כל תושב זכאי לשירותי בריאות, וכי המדינה אחראית לממן את סל הבריאות. סעיף 3(ד) קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות יינתנו, על פי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח" תחת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים.

הקביעה לפיה התחרות בין הקופות הביאה ל"תוצאות מרשימות של שיפור השירות והאיכות הרפואית של קופות החולים", היא שנויה מאוד במחלוקת בכל הנוגע לפריפריה החברתית

והגאוגרפית בישראל. אמנם, בתנאי שוק של ביקוש והיצע, תחרותיות עשויה לעודד התייעלות, חדשנות והגברת הערך שממנו נהנים מקבלי השירותים. ואולם, עלינו לזכור כי שוק הבריאות שונה באופן מהותי מיתר השווקים, הן בשל העובדה כי לא ניתן לדחות שירותי בריאות, הן בשל העובדה כי עלות השירותים נקבעת מלכתחילה על ידי המדינה, והן כי ה"ביקוש" לשירותי בריאות הוא מצב כפוי שאין אף אדם הרוצה בו.

בפריפריה התחרות בין הקופות אף נושאת מטען שלילי. בכנס שערך הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל בטבריה במאי 2017 התריעו בכירים בקופות החולים מפני תחרות פרועה שפוגעת בבריאות הציבור, והזהירו מפני תחרות המקדמת "רפואה חמולתית", שבה רופא עובר מקופה לקופה כשהוא מביא איתו נדוניה של מבוטחים.¹ ועדת גרוטו, שבחנה את הרחבת שירותי הרפואה בצפון אף המליצה להעביר את מודל הקופה האחודה מזמן חירום לזמן שגרה.

הבעייתיות הכרוכה בתחרות בין קופות החולים איננה מתבטאת רק בתקציבי שיווק עצומים, המוערכים במאות מיליוני שקלים, אלא בכפילות שירותים בזבזנית מחד ומחסור חמור בשירותים מאידך בפריפריות המרוחקות. באזורים אלו לא נדרשת תחרות – אלא דווקא שיתוף פעולה על בסיס אזורי בין כל גורמי הבריאות בקהילה ובבתי החולים, באופן שייצור מקסימום רווחה לתושבים, במיוחד באזורי הפריפריה. הבעייתיות הכרוכה בתחרות בין בתי החולים צוינה במספר דו"חות ומחקרים. בין אלה ניתן לציין את מרכז המחקר והמידע של הכנסת (ראה: "השפעת הסדרי התשלום הנהוגים בין קופות-החולים לבתי-החולים הממשלתיים על ההסדרים לבחירת נותני שירותים שקופות-החולים מציעות למבוטחיהן", 2008) ודו"ח מבקר המדינה (ראה: "פעולות בלתי תקינות לשם גיוס ושימור של מבוטחים", דוח שנתי, 56 (ב), 2006).

פערי הבריאות בין הפריפריה למרכז

הפערים בבריאות בין המרכז לפריפריה באים לידי ביטוי גם במדדי בריאות, גם בתשתיות הבריאות וגם בכוח האדם המועסק במקצועות הבריאות. בתוחלת חיים ישנם פערים של שנתיים וארבע שנים בתוחלת החיים הממוצעת בין המרכז לצפון ולדרום (בהתאמה). לצד זאת, תמותת התינוקות במחוז צפון (3.6 לאלף לידות) ובדרום (5.4) גבוהה מזו שבמחוז מרכז ובמחוז תל אביב (2.0). (ראה: אמה אברבוך ושלומית אבני, "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו", משרד הבריאות, ינואר 2019). שיעור מיטות האשפוז לאלף נפש במחוזות צפון ודרום עומד על 1.5 לאלף נפש, לעומת 2.27 בירושלים ובתל אביב על 2 לאלף נפש. שיעור המיטות לאלף נפש נמוך במחוזות הצפון והדרום נמוך מיתר מחוזות הארץ גם ביתר המחלקות ובהן: אגף פנימי, שיקום, כירורגיה וילדים. בכוח האדם. במחוז תל אביב יש 5.3 רופאים ורופאות לאלף נפש, לעומת 2.1 בצפון ובדרום. אחיות ואחים – 6.2 בתל אביב, לעומת 4.5 בצפון ו-3.3 בדרום. כוח עזר רפואי במחוז תל אביב עומד על 6.8 לעומת 3.5 בצפון ו-4.3 בדרום. (ראה: כוח אדם במקצועות הבריאות 2018, יולי 2019).

פער גדול נמצא גם בחינוך לבריאות. נמצא שבעוד 96.4% מתלמידי כיתות א' בתל-אביב קיבלו שיעורי חינוך לבריאות, רק 60.9% באזור הצפון ו-39.2% מתלמידי כיתות א' בדרום קיבלו שיעורים כאלה. האפליה נמשכת גם בחטיבת הביניים: בעוד 92.4% מתלמידי כיתות ט' בחיפה קיבלו

¹ להרחבה ראו בפרשנות של רן רוניק "תחרות עלובה ולא מוסרית – ופגיעה בלתי נסלחת בציבור", ישראל היום, 3/9/2017. כמו כן ראו תחקיר ישראל היום "המירוץ למיליונים", ישראל היום, 17/8/2017.

שיעורים של חינוך לבריאות, רק 33.4% באזור הצפון ו-3.3% באזור הדרום זכו לאותם שיעורים (ראה: משרד הבריאות. "דוח סיכום שירותי בריאות לתלמיד בשנת הלימודים תשע"ח 2017-2018", "שירותי בריאות הציבור, המחלקה לסיעוד בבריאות הציבור).

הפערים גדלים עוד יותר בהיבט של הנגישות לשירות, היעדר התמריץ של הקופות לפתח שירותים, וניצול לא יעיל של שירותי הבריאות מצד תושבי הפריפריה, באופן שמעמיס על שירותי האשפוז וכפועל יוצא מכך גם על תקציב המדינה. משקי הבית באזור המרכז מחזיקים יותר בביטוחים משלימים (86% ממשקי הבית) ובביטוחים פרטיים (48%) מאשר משקי בית באזורים פריפריאליים (74% ו 37% בהתאמה)². למעשה, כאשר שירותים מסוימים לא נגישים באזור הגליל, תושבי הגליל שבבעלותם ביטוח משלים ו/או פרטי מסבסדים עבור שאר בעלי ביטוחים אלו שירותים שלא ניתנים באזור מגוריהם. בנוסף בין חמישית³ לרבע⁴ מתושבי הפריפריה הצפונית והדרומית ויתרו על שירותי בריאות עקב קשיים כלכליים ומטעמי מרחק. מנגד, בשל אוריינות בריאותית נמוכה ונגישות נמוכה לשירותים, תושבי הגליל והנגב בכלל ובחברה הערבית בפרט מנצלים פחות את שירותי הרפואה המקצועית, אבל מנצלים את שירותי האשפוז יותר באזורים אחרים בארץ.⁵

כלי מדיניות להבטחת שירות רפואי זמין, איכותי ונגיש

אחת הסיבות לפערים נעוצה בהיעדר סטנדרטים מנחים למתן שירותי בריאות על ידי הגופים האמונים על כך. אמנם, מצוין בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כי הוא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית (סעיף 1), ואולם באותה העת מוגדר כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים (תיקון מס' 50, תש"ע-2010). לאור היעדר הגדרה מחייבת לגבי מהו "מרחק סביר", "זמן סביר" ו"איכות סבירה", מתאפשר מצב של חוסר שוויון בין רמת הזמינות והאיכות של שירותים רפואיים במרחק לבין זמינותם ואיכותם בפריפריה הצפונית והדרומית. על כן, יש לקבוע סטנדרטים של זמן, מרחק ואיכות, כפי שכבר נקבעו במספר מקצועות, ולאפשר רגולציה ואכיפה של סטנדרטים אלו.

בהקשר של הבריאות בפריפריה הדרומית והצפונית בישראל, יש לציין שהמדינה משתמשת בכלי נוסף כדי לפצות את הקופות על פעילותן בפריפריה, והוא תוספת הקפיטציה המשולמת לקופות בעבור מבוטחים המתגוררים באזורים פריפריאליים. מאז 2010, נוספה לנוסחת הקפיטציה מרכיב המשקלל את מיקומו הגאוגרפי של המבוטח, אשר מפצה את הקופות המבטחות על השירות למבוטחים הפריפריאליים. המעקב של משרד הבריאות על כספים אלה, כמעט אינו קיים, ואיש אינו יודע לומר שתוספת זו השיגה את ייעודה. יש להחיל שקיפות רבה יותר בנוגע להשקעה של תקציבים אלה. אנחנו תומכים בקפיטציה המוגדלת לפריפריה, אולם יש לוודא שהכספים שמושקעים בפריפריה, יחזרו לתושבי הפריפריה בצורת שירותים זמינים, איכותיים ונגישים.

הפער בין רעיון התחרות בין קופות החולים, לבין המציאות בשטח ניתן להדגמה הטובה ביותר באמצעות הפניית זרקור לחולי הסוכרת בישראל. ביישובי הגליל ובנגב ובפרט בחברה הערבית יש

² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [פני החברה בישראל, פערים בין פריפריה למרכז](#), אוגוסט 2019.

³ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [פני החברה בישראל, פערים בין פריפריה למרכז](#), אוגוסט 2019.

⁴ על פי נתוני סקר מרכז המחקר והמידע של הכנסת, כנס "הפריפריה במרכז", דצמבר 2019.

⁵ דוח אי שוויון וההתמודדות עמו 2019, משרד הבריאות, פברואר 2020.

יותר חולי סוכרת מאשר בשאר הארץ⁶. בנוסף, מספר חולי הסוכרת הלא מאוזנים גבוה יותר ביישובים בפריפריה הצפונית והדרומית⁷.

מנגד, חולי סוכרת בצפון ובדרום סובלים מנגישות פחותה לעומת חולים המטופלים במרכז. מחקר של משרד הבריאות מצא פערים בנגישות למכוני דיאליזה, בראש ובראשונה על רקע גודל היישוב⁸. חמור מכך המחקר מצא שלא כל המטופלים מקבלים טיפול במקום הקרוב ביותר לביתם, וסמנכ"ל תנכון אסטרטגי וכלכלי לשעבר, ניר קידר, צוטט כאומר ש"קופות החולים לא תמיד מפנות את המטופלים לספק הכי קרוב, אלא לספק שהכי מתאים להן", וש"חשוב לראות איפה זה פוגע במבוטח וחשוב לצמצם את הפגיעה"⁹.

בתגובה זו לא ניכנס לסוגיית המענקים לרופאות/ים והיעדר מרכיב פריפריאלי בהסדרי הבחירה, שקשורים למצב שירותי הבריאות בפריפריה. אולם בכל דיון עתידי בנושא, גם היבטים אלה יצטרכו לעלות לדיון, גם אם אינם קשורים ישירות לתחרות בין קופות החולים.

פתרונות

כאמור השיפור במצב הבריאות בפריפריות והשגת המטרה של חיזוק מערך שירותי הבריאות הציבוריים בישראל לא יבוא מהגדלת התחרות בין קופות החולים.

במקום זאת, לאור המאפיינים החברתיים, הכלכליים, הדמוגרפיים והגאוגרפיים בפריפריה אנחנו קוראים לכם לקדם תהליכים לעידוד איגום המשאבים הקיימים בצפון ובדרום, ולהביט על הבריאות בפריפריה בראייה אזורית. הסתכלות כזאת תמצה את משאבי המערכת, ותשפר את השירות למבוטחים בזמן, במרחק ובאיכות השירות הרפואי לו הם זכאים.

זו לא המלצה חדשה או מרחיקת לכת. ועדת גרוטו, לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בצפון המליצה להעביר את מודל המרפאה האחודה מחירום לשגרה. אנחנו קוראים להרחיב את המלצה זו ולהחילה גם בנגב.

אנחנו קוראים בהזדמנות זו לקבוע סטנדרטים מוסכמים על איכות וזמינות שירותי בריאות, ובכללן סנקציות לגופים שלא יעמדו במחויבות זאת, וכן לפקח על ביעילות ובשקיפות הוצאות הקופות כך שיובטח כי תוספת מרכיב הפריפריאליות בכספי הקפיטציה אכן תושקע באזורי פריפריה.

בברכה,

האגודה לזכויות האזרח, הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל, רופאים לזכויות אדם, קואליציית ארגוני הבריאות בנגב, שתיל – הקרן החדשה לישראל.

⁶ ראו [מפת הבריאות היישובית](#) לנתונים לפי יישוב.

⁷ דוח אי שוויון וההתמודדות עמו 2019, משרד הבריאות, פברואר 2020.

⁸ ראו ניתוח מרחבי של טיפולי הדיאליזה בישראל, משרד הבריאות, ינואר 2019.

⁹ ראו [כתבה בכלכליסט](#), פברואר 2019.