



נובמבר 2017

נייר עמדה בנושא

הצורך בשקיפות ובפיקוח על הקצאת רכיב הפריפריה בנוסחת הקפיטציה

א. רקע

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 ("החוק"), חלוקת המשאבים הציבוריים שהמדינה מעמידה לרשות קופות החולים לשם מימון סל שירותי הבריאות שהן מחויבות לספק על פי החוק, תיעשה על פי מאפייני מבוטחיהן המפורטים בחוק¹ – גיל, ריחוק מקום המגורים ממרכזי אוכלוסייה ואמות מידה נוספות, כפי שיקבע שר הבריאות.

על פי המנגנון שהותווה בחוק, המשאבים יוקצו לקופות החולים בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחת מהקופות לבין סך כל מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות החולים, כאשר מספר המבוטחים המשוקלל מחושב על ידי נוסחת הקפיטציה, אשר אמורה להתבסס על המאפיינים האמורים של המבוטחים. עם זאת, בעת חקיקת החוק הנוסחה לא כללה את המשתנה הגיאוגרפי שנקבע כאמור בחוק, ורק בסוף שנת 2010, למעלה מ-15 שנים לאחר חקיקת החוק, הומלץ על ידי צוות בין-משרדי שהוקם לבחינת עדכון הנוסחה להוסיפו לנוסחה.

על פי התקנות אשר תוקנו בהמשך להמלצות, בחישוב מספר המבוטחים המשוקלל על פי החוק, יינתן משקל מיוחד למבוטח המתגורר ברשות מקומית המסווגת תחת אחד מארבעת האשכולות התחתונים של "מדד פריפריאליות של רשויות מקומיות 2004"². המדובר במדד שפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה העוסק בריחוק גיאוגרפי של יישובים ממרכזי אוכלוסייה, כאשר בארבעת האשכולות התחתונים של המדד נכללות 95 רשויות מקומיות (42 מהן ערביות), 70 מהן במחוז הצפון.

ב. תוספת הפריפריה אינה ייעודית או 'צבועה'

הוספת מרכיב הפריפריה בנוסחת הקפיטציה נועדה לתמרץ את קופות החולים לפעול לשיפור שירותי הבריאות עבור תושבי/ות הפריפריה. עם זאת, המלאכה לא הושלמה ולמרכיב הפריפריה לא הוסף כל מנגנון פיקוח ביחס לשימוש בפועל בכספים המועברים בגינו לקופות החולים; בהיעדר מנגנוני פיקוח כאלו הוספת מרכיב הפריפריה עלולה להסתכם למעשה בתוספת משאבים לקופות החולים מבלי שיעשה בה שימוש למטרה לשמה נועדה.

¹ סעיף 17 (א) לחוק.

² http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/24_08_160b.pdf



מרכז המחקר והמידע בכנסת התייחס לכך מפורשות:³

”עם זאת, הבעיה המרכזית בכלילת המשתנה הגיאוגרפי בנוסחת הקפיטציה לשם שיפור שירותי הבריאות בפריפריה, היא שאין בשיטה זו שום מנגנון שיבטיח שתוספת התקציב שניתנה לקופות החולים בגין הפריפריה אכן תשמש את הקופה להשקעה באזור זה... לכן תוספת פריפריה שניתנת במסגרת הקפיטציה לא בהכרח תושקע בפיתוח שירותים בפריפריה, אלא הקופה עשויה להשתמש בה לתחומים אחרים.”

כך, קופות החולים אינן נדרשות להראות כל שינוי במדיניותן בעקבות הכללת מרכיב הפריפריה בנוסחה, להראות תוצאות השקעותיהן בפריפריה או לכל הפחות להראות כל השקעה שהיא בפריפריה, ולמעשה – על פי השיטה הקיימת – ביכולתן לעשות בתוספת זו כאוות רצונן, ובכלל זה השקעה באזורים אחרים בארץ וכיסוי גירעונות. ועוד במצב דברים זה גם אין לדעת מהו היקפו הכולל של מרכיב הפריפריה, כמה מתוכו מושקע בחזרה בפועל בתושבי הפריפריה וכיצד.

החשיבות הרבה בפיקוח על שימוש בכספי מרכיב הפריפריה המועבר לקופות החולים הומחשה לאחרונה עת התפרסמו בתקשורת חוזי עתק שנחתמו עם רופאי משפחה בקהילה במסגרת “מרוץ החימוש” שנערך בין הקופות על מעבר רופאים במטרה כי עימם יעברו גם מטופליהם, והכל ללא ייצור ערך עבור המטופלים.⁴ יש להבטיח שקופות החולים עושות שימוש ראוי בכספים אלה לשיפור שירותי הרפואה הניתנים לתושבי הפריפריה ולא להגדלת מספר מבוטחייהם או כל מטרה אחרת.

ג. הצורך בהשקעה בבריאות תושבי הפריפריה

ככלל, הרמה חברתית-כלכלית של אוכלוסייה מהווה גורם מרכזי המשפיע על רמת הבריאות שלה. מאחר והפריפריה הגיאוגרפית מאופיינת גם ברמה חברתית כלכלית נמוכה יותר בהשוואה לאזורי המרכז, צרכי הבריאות של אוכלוסיית הפריפריה למעשה גבוהים יותר. עם זאת, באופן פרדוכסלי ועגום כאחד, היצע שירותי הבריאות באזור הצפון נמוך באופן משמעותי מאשר באזור המרכז.

כך לדוגמה, שיעור הרופאים המועסקים במחוז הצפון הוא הנמוך ביותר בכל אזורי הארץ, שיעור האחיות המועסקות ושיעור המועסקים בכוחות עזר רפואי, נמוכים באופן משמעותי מהנתונים המקבילים באזור המרכז ותל-אביב; שיעור המיטות לאשפוז נמוך גם כן באופן משמעותי מהנתונים המקבילים בשאר המחוזות, וכך גם לגבי שיעור המיטות באגף ילדים, באגף פנימי ואגף טיפול נמרץ ועמדות רפואה דחופה.⁵

³ המשתנה הגיאוגרפי בנוסחת הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב, מרכז המחקר והמידע, הכנסת, 19 דצמבר 2011. <https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02996.pdf>

⁴ מה הקשר בין תפוציפס לבריאות? רוני לינדר-גנץ, 22 באוגוסט 2017 <https://www.themarket.com/consumer/health/1.4377276>.

המירוץ למיליונים, רן רוניק, 17 באוגוסט 2017

<http://www.israelhayom.co.il/article/498177>

⁵ לנתונים מדויקים של כל אחד מהפערים נא ראו אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2016, משרד הבריאות.



הפערים במצב בריאות התושבים בין הפריפריה למרכז באים לידי ביטוי בשורה ארוכה של מדדי בריאות: תוחלת החיים בצפון נמוכה בשנתיים מתוחלת החיים במרכז; ארבע מתוך חמש הנפות בהן שיעורי התמותה הגבוהים ביותר בארץ הן במחוז הצפון; שיעורים גבוהים של תמותת תינוקות; עודף תחלואה ברור בסכרת וסיכון יתר מובהק לתחלואה בסרטן במחוז הצפון. חשוב לציין שמצבה של האוכלוסייה הערבית, ששיעורה כ-53% מאוכלוסיית הצפון קשה במיוחד.

כידוע, החוק מושתת על מספר עקרונות היסוד המפורטים בסעיפו הראשון - צדק, שוויון ועזרה הדדית, כאשר עוד נקבע בחוק כי שירותי הבריאות יינתנו "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". ואולם, החוק אינו קובע כיצד מוגדרת אותה סבירות של איכות שירותי הבריאות, סבירות זמן מתן השירות או סבירות מרחק מתן השירות ממגורי המבוטח, ובכך מתאפשרים הלכה למעשה התקיימותם של אותם פערים עצומים בשירותי הבריאות. בנסיבות אלו חיוני עוד יותר הפיקוח על השקעת כספי מרכיב הפריפריה בחזרה בפריפריה.

ד. היקף התוספת בגין מרכיב הפריפריה בנוסחה

נכון ל-1 בספטמבר 2017 היו בישראל 8,487,006 מבוטחים, מתוכם 1,249,491 בפריפריה. יישום נוסחת הקפיטציה מעלה בכ-5.2% את מספר המבוטחים המשוקלל ל-8,933,729, תוך שמספר המבוטחים של שירותי בריאות כללית⁶ עולה בכ-10.2% עם יישום הנוסחה - לאור משקלם הרב של תושבי הפריפריה בקרב מבוטחי ולאור היותה מאופיינת במבוטחים מבוגרים יותר - ומספר המבוטחים של קופות חולים לאומית, מכבי ומאוחדת משתנה בשיעורים נמוכים יותר עם יישומה.⁷

כאמור, היקפו הכולל של מרכיב הפריפריה בנוסחת הקפיטציה אינו מפורסם לציבור. עם זאת, על גובה הסכום המוקצה למרכיב זה אפשר ללמוד מהחלטת ממשלה מס' 2262⁸ בנושא "פיתוח כלכלי של מחוז הצפון וצעדים משלימים לעיר חיפה". על פי החלטת הממשלה האמורה, מרכיב זה עומד על סך של 185 מיליון ש"ח בשנה.

ה. המלצות למנגנוני פיקוח ושקיפות לשימוש בתוספת הפריפריה

החלת מנגנוני פיקוח ושקיפות על העברת כספי התוספת לקופות החולים הינה הכרחית בהינתן המטרה לשמה הוסף מרכיב הפריפריה לנוסחת הקפיטציה, לאור פערי הבריאות הקיימים בין תושבי הצפון ואזור המרכז המעידים על כך שהתוספת המתקבלת כתוצאה מכך אינה מושקעת בחזרה בפריפריה, ובהיעדר סטנדרטים למתן שירותי בריאות בזמן, איכות ומרחק סבירים המאפשרים את קיומם של אותם פערים.

⁶ נכון ל-1 בספטמבר 2017 קופת חולים כללית ביטחה כ-52.3% מתושבי המדינה ו-68.5% מתושבי הפריפריה.

⁷ כל הנתונים מתוך חברות בקופת חולים, סקרים תקופתיים, המוסד לביטוח לאומי.

⁸ מיום 8 בינואר 2017.



הוספת מנגנוני פיקוח מתחייבת גם כתוצאה מהכללת התוספת בגין מרכיב הפריפריה כחלק מהשקעה רב-שנתית בבריאות במחוז הצפון על פי החלטת הממשלה.⁹ על מנת שניתן יהא לראות בתוספת זו בגדר השקעה בשירותי הבריאות בצפון על פי החלטת הממשלה האמורה, יש להבטיח רגולטורית שימושה המלא והבלעדי למטרה זו.

יודגש, יש צורך במנגנוני פיקוח אשר יחולו במיוחד על השקעת כספי מרכיב הפריפריה בנוסחת הקפיטציה, ולא ניתן להסתפק במנגנוני פיקוח אחרים דוגמת אלו הקיימים במבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות ("מבחני תמיכה"). כספי הקפיטציה מתקבלים מידי שנה בשנה, מסתכמים בסך כולל של כ-185 מיליון ש"ח בשנה ומיועדים להשקעה למען תושבי הפריפריה, בעוד שכספי תמיכה מתקבלים באופן חד פעמי בגין עמידה בתנאים שנקבעו לתמרוץ קופות החולים בנושא מסוים שמשרד הבריאות מבקש לקדם ומסתכמים בסכומים נמוכים בהרבה.

לעמדתנו, הוספת מרכיב הפריפריה בנוסחת הקפיטציה נועדה להוות **תמריץ** לקופות החולים לפעול לשיפור שירותי הבריאות עבור תושבי/ות הפריפריה, ולא לפצותן על כך שחלק ממבוטחיהן הינו תושבי/ות הפריפריה, וכך גם נראה הדבר בפרסומי משרד הבריאות.¹⁰

לאור האמור לעיל, כאשר ברור כי הוספת מרכיב הפריפריה לנוסחת הקפיטציה לא הביא לשיפור במצב הבריאות של תושבי הפריפריה, על משרד הבריאות:

- ❖ לסמן את מלוא כספי התוספת בגין מרכיב הפריפריה;
- ❖ להחיל על קופות החולים חובת דיווח מלאה על השימוש בכספים אלו לשיפור שירותי הבריאות בפריפריה;
- ❖ לקבוע סנקציות בגין שימוש לקוי במרכיב הפריפריה ולשקול מתן תמריצים לקופות אשר ישפרו את מדדי הבריאות של מבוטחיהן ואת מדדי התשתית של השירותים שלהן באזורים אלו; וכן
- ❖ להחיל מנגנון שקיפות על דיווחי קופות החולים למשרד הבריאות על השקעותיהן לשיפור שירותי הבריאות בפריפריה.

⁹ החלטת ממשלה מס' 2262 מיום 8 בינואר 2017 בנושא "פיתוח כלכלי של מחוז הצפון וצעדים משלימים לעיר חיפה".

¹⁰ לדוגמה עמודי האש מערכת הבריאות, "תנופה חדשה" (עמ' 14).
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/amud_esh2012.pdf