

בעיות במנגנון עדכון המקורות למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי והמלצות לתיקונו

גבי בן נון, קובי גלזר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הגדיר סל שירותים רחב לו זכאים כל תושבי המדינה והבטיח את המקורות למימון אספקתו של סל זה, באמצעות הגדרת "עלות סל" שערכה נקבע לראשונה במועד כניסתו של החוק לתוקף בשנת 1995. "עלות הסל" הנו מספר נורמטיבי המגדיר את היקף ההוצאה המוכרת לקופות החולים למתן סל השירותים הקבוע בחוק, מנגנון זה של קביעת "עלות הסל" נורמטיבית והבטחת מימונו על ידי המדינה נועד להשיג שתי מטרות:

1. לקבוע תקרת הוצאה נורמטיבית שעל קופות החולים לעמוד בה, שכן חריגה מרמת הוצאה זו אינה ממומנת על-ידי המדינה.
2. להבטיח בחקיקה רמת מקורות שתאפשר לקופות החולים לספק סל שירותים נתון באיכות זמינות ונגישות ראויים.

כדי לשמור על ערכן הראלי של מקורות החוק, ולהבטיח את אספקתו של סל השירותים באיכות, בזמן ומרחק סבירים, כפי שמתחייב על פי החוק, יש צורך בעדכון שנתי של "עלות הסל" בשני מרכיבים מרכזיים:

- עדכון שנתי של עלות הסל בגין שינויים **בגודל האוכלוסייה ובהרכבה הגילאי**.
- עדכון שנתי של עלות הסל בגין **שינוי מחירי התשומות של קופות החולים**.

בנוסף, כדי לשמר את רמת ואיכות סל השירותים הכלולים בחוק, יש צורך בעדכון

שנתי נוסף של "עלות הסל" **בגין שיפורים טכנולוגיים**.

החוק מתייחס למנגנון עדכון "עלות הסל" בשני סעיפים עקריים:

- בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מוגדר מדד יוקר הבריאות שעל פיו יש לקדם באופן אוטומטי את עלות הסל, כתוצאה משינויי מחירים. מדד יוקר הבריאות קובע את מרכיבי המדד והמשקל היחסי של כל מרכיב ומרכיב.

- בסעיף 9 לחוק נקבע ששרי הבריאות והאוצר רשאים לעדכן את עלות סל השירותים בשל שינויים דמוגרפיים (גידול בהיקף האוכלוסייה והזדקנותה).

לאורך כל שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היוותה סוגיית מנגנון העדכון הראוי של עלות סל השירותים מקור למחלוקות קשות אשר הגיעו גם לדיון בבג"צ.

מחלוקת זו נגעה בשני נושאים עיקריים:

מקדמי העדכון - מהו ההיקף הראוי (באחוזים) של עדכון עלות הסל כתוצאה משינויים דמוגרפיים, שינויי מחירים ושיפורים טכנולוגיים.

אופן העדכון - האם מנגנון עדכון עלות הסל צריך להיות מעוגן בחקיקה (עדכון סגור), או שמא הוא צריך להיות נתון למשא ומתן מתחדש בכל שנה במסגרת הדיונים התקציביים וסדרי העדיפויות המשתנים של המדינה (עדכון פתוח).

בהעדרה של הכרעה במחלוקת מרכזית זו, חלה לאורך השנים שחיקה במקורות חוק ביטוח בריאות בהיקף מצטבר של מיליארדי ש"ח, שחיקה אשר באה לידי ביטוי במרכיבי איכות רבים של סל השירותים, שהאחריות לאספקתו מוטלת על קופות החולים.

להלן עקרי המחלוקת, היקפם הכספי והשינויים הנדרשים לתיקון שחיקת המקורות בעתיד.

עדכון מקורות החוק בגין גידול והזדקנות האוכלוסייה

העדכון הדמוגרפי של מקורות החוק אמור לבטא את הגידול השנתי בהוצאות הקופות, לאספקת סל השירותים המוגדר בחוק, כתוצאה מגידול בהיקף האוכלוסייה והזדקנותה בכל שנה.

בחינת היקף העדכון הדימוגרפי בפועל, לאורך השנים, מלמדת שהיקף עדכון זה שיקף באופן חלקי בלבד את השינוי הדמוגרפי בפועל. בשנת 2013 גדל הפיצוי הדימוגרפי ועמד על 1.2% והוא אמור לעלות ל-1.5, 1.55 ו-1.6 אחוזים בשנים 2014, 2015 ו-2016 בהתאמה. תיקון זה אמור לצמצם את השחיקה בעדכון הדמוגרפי, אולם גם לאחר התיקון, שיעור העדכון עדיין נמוך משיעור הגידול השנתי הצפוי של מספר המבוטחים

המתקנן. מובן שתיקון זה אינו מפצה על השחיקה שנוצרה במימון הסל כתוצאה משהינויים הדמוגרפים מכניסת החוק ועד עתה (לוח מס. 1).

לוח מס. 1: הפיצוי הדמוגרפי שניתן למול השינוי הדימוגרפי בפועל

השינוי באחוזים		שנה
השינוי במספר הנפשות המתקננות	עדכון הסל	
3.3	2.00	1996
3.0	2.00	1997
3.0	2.00	1998
3.1	2.00	1999
3.1	2.00	2000
2.6	2.00	2001
2.3	1.75	2002
2.1	1.75	2003
1.9	1.75	2004
1.9	1.13	2005
2.0	1.13	2006
2.0	1.13	2007
1.9	0.9	2008
2.0	0.9	2009
2.2	0.9	2010
2.2	1.2	2011
149.9	127.6	סה"כ

מקור: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטים, משרד הבריאות, ינואר 2012

מהלוח ניתן לראות כי שחיקת המקורות המצטברת עד שנת 2011 כתוצאה מהעדכון החלקי בגין שינויים דמוגרפים עמדה על 17.5% המהווים מעל 5 מיליארד ₪ שחיקה במקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

עדכון מקורות החוק בגין שינויי מחירים

החוק קבע כללים לעדכון שנתי של "עלות הסל" בגין שינויי מחירים המפורטים בתוספת החמישית לחוק (מדד יוקר הבריאות). הבעיה העיקרית במדד יוקר הבריאות המפורט בחוק, נעוצה בכך שמקדמי המחירים, הכלולים במדד, מבטאים באופן חלקי בלבד את התייקרות התשומות הנדרשות לאספקת סל השירותים שבאחריות קופות החולים (לוח מס. 2). כך למשל, מדד מחירי שירותי האשפוז אינם כלולים במדד יוקר הבריאות למרות שכ- 40% מהוצאות קופות החולים הנם על רכש שירותי אשפוז. מדד יוקר הבריאות שונה במהלך השנים מספר פעמים - שינויים אשר צמצמו את הפער השנתי בין עליית המדד ובין ההתייקרות בפועל, אולם לא ביטלו אותם לחלוטין, גם לא לאחר פסיקת בג"צ בנושא.

לוח מס. 2: עליית מדד יוקר הבריאות למול עליית מחירי תשומות קופות החולים: 1996-2012 (אחוז השינוי במעבר משנה לשנה)

שנה	הפיצוי על פי מדד יוקר הבריאות	התפתחות המחירים בפועל ¹
1996	10.93	11.72
1997	8.67	9.30
1998	5.03	4.36
1999	5.65	6.40
2000	3.44	4.46
2001	2.13	1.99
2002	0.68	3.32
2003	1.93-	-0.93
2004	2.15	2.50

¹¹ . התפתחות המחירים בפועל הוא מדד שפותח במשרד הבריאות. מרכיבי המדד כוללים את מחיר יום אשפוז (במשקל 50%), מדד שכר במגזר הבריאות (30%) ומדד המחירים לצרכן (20%)

2005	1.52	3.54
2006	2.45	2.22
2007	1.62	1.51
2008	3.89	3.02
2009	3.13	4.91
2010	3.32	4.00
2011	4.2	5.44
עליה מצטברת	171.7	193.8

מקור: חוק ביטוח בריאות – קובץ נתונים סטטיסטי, משרד הבריאות, ינואר 2012

מהלוח ניתן ללמוד כי פער המחירים המצטבר שבין עליית מדד יוקר הבריאות ובין עליית מחירי תשומות **עמד על 12.9%**, שמשמעותו שחיקה מצטברת של כ **4 מיליארד ₪** במקורות שעמדו לרשות הקופות החולים לאספקת הסל הקבוע בחוק.

סכום היקף שחיקת מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי בגין עדכונים חלקיים של מקדמי מחירים ודימוגרפיה מלמד כי שחיקה מצטברת זו עמדה על כ 30% המהווים כ 9 מיליארד ₪ .

עדכון טכנולוגי

בתהליך הטיפול והאבחון הרפואי ישנם שיפורים טכנולוגיים שוטפים המאפשרים גילוי מוקדם יותר של מחלות וחידושים בדרכי ריפוי ואבחון. עדכון זה נחוץ הן לשמירה על רמת הרפואה הנוכחית והן לעדכונה ולקידומה.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אין מנגנון מובנה לאימוצן של טכנולוגיות ותרופות חדשות בכל שנה, וההחלטה לגבי היקף העדכון הטכנולוגי נתונה להתדיינות תקציבית שנתית. עד לשנת 1998 לא נוספו לעלות הסל מקורות למימון מרכיב זה. החל משנה זו אשרה הממשלה תוספת תקציבית באופן לא סדיר ובלי שגובה התקציב לעדכון הטכנולוגי יהיה ידוע מראש.

בשנים האחרונות עומד העדכון הטכנולוגי על כ- 300 מיליון ₪ לשנה, המהווים כאחוז אחד מעלות הסל. השוואה עם העולם המערבי מלמדת שבין השנים 1970-2008 שיעור העליה השנתי הממוצעת בהוצאות הבריאות לנפש, בערכים ריאליים, בקבוצת המדינות המפותחות (לא כולל ישראל) היה בסביבות 3.8%, כאשר התוצר לנפש באותן מדינות עלה בממוצע רק ב 2.1%. כלומר הוצאות הבריאות לנפש עלו בממוצע בשיעור של 1.7% מעבר לעלייה בתוצר לנפש. מרבית החוקרים מייחסים בסביבות כ- 50% מהעלייה הזו בהוצאות, לשינויים הטכנולוגיים. במילים אחרות, במרבית המדינות המפותחות שיעור העלייה השנתית בהוצאות הבריאות לנפש, בגין המרכיב הטכנולוגי, היה כ 2% בעוד שבישראל הפיצוי בגין המרכיב הטכנולוגי עמד על פחות מ 1%.

דיון והמלצות

הניסיונות לשינוי מנגנון עדכון המשאבים העומדים לרשות קופות החולים, לצורך הספקת הסל, החלו מיד עם החלת חוק ביטוח בריאות ונמשכו לאורך כל השנים הנסקרות. ניסיונות אלה כללו בין השאר פנייה של קופות החולים לערכאות משפטיות (בג"ץ) והקמת מספר וועדות בדיקה, אולם כל אלה רק צמצמו את היקף שחיקת מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הפגמים הנוכחיים שבמנגנון עדכון מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גרמו כאמור לשחיקה מצטברת של **כ- תשעה מיליארד ₪ במקורות החוק**. מעבר לכך, קיימת שחיקה מצטברת בשל העידכון הטכנולוגי החסר. שחיקת מקורות זו נספגה בחלקה על-ידי קופות-החולים באמצעות התייעלות, אולם אין ספק כי חלק מרכזי בשחיקה זו בא לידי ביטוי בירידה באיכות שירותי הבריאות, המסופקים על ידי קופות החולים, בנגישותם ובזמינותם.

במסגרת דיוני הוועדה הובאו בפנינו לא מעט ראיות ודוגמאות לתוצאות שנגרמו מהשחיקה ומהמחסור החמור במשאבים.

הדרישה לתיקון מנגנון עדכון מקורות החוק והגדלה נוספת של מקורות המערכת נדרשים לצורך קידום, ולו רק חלק מהמטרות ההכרחיות הבאות שעלו בעבודת הוועדה:

- **הקטנת ההשתתפויות העצמיות**, אותן משלמים הפרטים היום על השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שסכומן מגיע ליותר מ 2 מיליארד ש"ח.
- **חיזוק התשתיות והוספת כוח אדם** לצורך שיקום מערכת בריאות הנפש שהגיעה למצב מחפיר.
- **חיזוק רפואת המשפחה**, בין היתר כדי להתמודד עם הצורך (לפי מסמך שהוגש לוועדה ע"י איגוד רופאי המשפחה) בתוספת של כ 200! מתמחים חדשים מדי שנה. רוב המומחים מסכימים שחיזוק רפואת המשפחה תורם רבות לא רק לשיפור בריאות האוכלוסייה אלא גם לחיסכון בהוצאות המערכת בטווח הארוך.
- **צמצום המחסור החמור בכוח אדם** הן בחלק מהמקצועות הרפואיים והן בסיעוד.
- **חיזוק הרפואה בבריפריה**, הסובלת ממחסור חמור בכוח אדם ובטכנולוגיות ומשחיקה של התשתיות הפיסיות.
- **הגדלת מספר מיטות האישפוז** בכל בתי החולים בארץ ושיקום התשתיות הפיסיות של בתי החולים הקטנים (לא רק אלה בבריפריה – ראו מסמך נפרד).
- **קידום בריאות** - תוספת משמעותית של משאבים לטובת פרויקטים לאומיים כגון מלחמה בעישון, השמנה, סוכרת, יתר לחץ דם, אלכוהוליזם ועוד מחלות ובעיות אחרות הגורמות לתחלואה רבה והוצאות אדירות.
- **קיצור תורים** - הרחבת הפעילות של בתי החולים והשארות הרופאים הבכירים במערכת בשעות אחר הצהריים, על מנת לקצר תורים לפעולות אלקטיביות.

כל אלה צעדים חשובים שעלו במהלך עבודת הוועדה הדורשים תוספת משאבים משמעותית ולא חד פעמית!

מעבר לכל זאת עלינו לזכור שבישראל שיעור ההוצאה הפרטית, מתוך סך ההוצאה על שירותי בריאות, עמד בשנת 2012 על כ - 40%. זהו שיעור גבוהה מאד ביחס לרוב מדינות OECD שבהן עומד שיעור המימון הפרטי על כ 26%.

שיעור הוצאה פרטית גבוה מההווה לא רק בעייה בפני עצמה אלא גם סימפטום לבעיות אחרות. הוא בעייה בפני עצמה מאחר שהוא מצביע על חוסר שיויוניות הן במימון והן בהספקה של השירותים במערכת. מעבר לכך, הוא סימפטום בולט לשחיקה של מקורות הסל הציבורי. אין ספק שהגדלה של מקורות המימון הציבוריים תקטין את חוסר השיויוניות במערכת ואת הצורך בשימוש בשירותים פרטיים ובמימון פרטי.

בהקשר זה חשוב גם לציין את אשר אמר כבוד השופט ג'ובראן בהחלטתו בבג"ץ שהגישו קופות החולים נגד המדינה לעניין שיטת עדכון מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי כלהלן:

"...בשאלה הנוגעת במישרין לזכות לבריאות של כל אזרחיה של מדינת ישראל
זכות זו, אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוקנת אט אט מתוכן, נוכח
השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, עליה נדמה שאין חולק. (ראה סעיף 37
בג"צ 8730/03)

מנגנון עדכון עלות הסל המעוגן בחקיקה והמבטא באופן ריאלי את השינויים הדמוגרפיים ואת שינויי המחירים – הינו תנאי הכרחי לשמירת איכותו של סל השירותים המובטח בחוק. חשוב לציין כי מהלכים אלו נדרשים לשמירה על ערכם הריאלי של המקורות הקיימים ואין מדובר על תוספת מקורות.

בנוסף חשוב לעגן בחקיקה מנגנון עדכון טכנולוגי, שכן העדר מנגנון מובנה וקבוע של עדכון זה פוגע באיכות ויעילות תהליך אימוצן של תרופות וטכנולוגיות חדשות. העדרו של מנגנון מובנה פוגם גם ביכולתה של מערכת הבריאות לבצע תהליך תעדוף תוך חשיבה ארוכת טווח.

לאורך השנים התרחב הפער בין מקורות החוק העומדים לרשות קופות החולים לאספקתו של סל שירותים מוגדר ובין העלויות הכרוכות באספקת סל זה באיכות, נגישות וזמינות

סבירים. המנגנון שלפיו תמיכות תקציביות מחוץ לסל הבריאות מחליפות את מנגנון עדכון המקורות שבחוק, מגדיל את תלותה של מערכת הבריאות הציבורית בתקציבה המדינה המשתנה, מונע ודאות תקציבית ומקשה על ניהולה התקין של כלל מערכת הבריאות הציבורית.

כדי לשמר את העיקרון הבסיסי הטמון בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שלפיו הן סל הזכויות של תושבי המדינה מובטח בחוק והן המקורות למימונו של סל זה מובטחים בחוק, יש צורך לבצע ארבעה מהלכים מקבילים:

א. עיגון בחקיקה של **העדכון הדמוגרפי** כך שיבטא את **מלוא** השינויים הדמוגרפים (גידול האוכלוסייה והזדקנותה), כפי שהם נמדדים על ידי הנפשות המתוקננות המדווחות על ידי המוסד לביטוח לאומי.

ב. שינוי מקדמי ומשקולות **מדד יוקר הבריאות** כך שיבטאו באופן מדויק יותר את עליית מחירי תשומות קופות החולים ((שהעיקרי בהם הוא מחיר יום אשפוז).

ג. עדכון קבוע ומעוגן בחקיקה של סל הבריאות בגין **תרופות וטכנולוגיות חדשות**, בשיעור של 1% בשנה .

ד. פיצוי שנתי של 1-2% בכל אחת מחמש השנים הקרובות – פיצוי זה יהווה פיצוי חלקי על שחיקת מקורות המערכת בעבר