

כשל השוק המובנה במערכת היחסים בין בתי החולים וקופות החולים בישראל: הצורך באסדרה

קובי גלזר

כאשר אנו בוחנים במבט על את מערכת הבריאות בישראל, אנו רואים תמונה דו קוטבית. מצד אחד מערכת רפואה קהילתית מהמובילות והמפוארות בעולם ומצד שני מערכת אשפוז מתדרדרת. מצב זה איננו מפתיע והוא תוצאה ישירה של כשל שוק הנגזר ממערכת תמריצים לקויה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בעוד שבמסגרת החוק הקופות מקבלות את מלוא התשלום עבור הטיפול במבוטחיהן (כולל הטיפול בבתי החולים), הרי שכמעט ואין להן כל תמריץ להשקיע בטיפול אותו מקבלים מבוטחיהן בבתי החולים. התחרות העיקרית הנאכפת היום על בתי החולים, על ידי הקופות, איננה על איכות הטיפול והשירות אותם בתי החולים מספקים, אלא על ההנחות אותן הם נותנים לקופות החולים. המשמעות של האמור לעיל היא, שנכון להיום, עיקר המשאבים המועברים לקופות, במסגרת החוק, מופנים על ידן לטיפול בקהילה ונתח קטן מדי מועבר לבתי החולים. אין אנו רואים כיום, פרט אולי למקרים חריגים מאד, את הקופות משקיעות בבתי החולים שאינם בשליטתן ובאחריותן, למרות שאלה מטפלים בחולים של הקופות.

לדעתי, בכל הקשור לשירותי האשפוז בישראל אנו מתקרבים לנקודת שבר (ויש רבים שיטענו שאנו כבר שם) ונדרשת רפורמה מקיפה. הרפורמה הנדרשת אמורה להבטיח שהשירות הרפואי אותו מקבלים תושבי ישראל בבתי החולים יהיה ברמה נאותה. לצורך השגת מטרה זו נדרשים מספר שינויים משמעותיים במערכת. שינויים אלה אמורים, מצד אחד, להבטיח שלבתי החולים יהיו די תמריצים לספק שירותים רפואיים ברמה נאותה, ומצד שני להבטיח שיהיו להם די משאבים וכלים לעשות זאת.

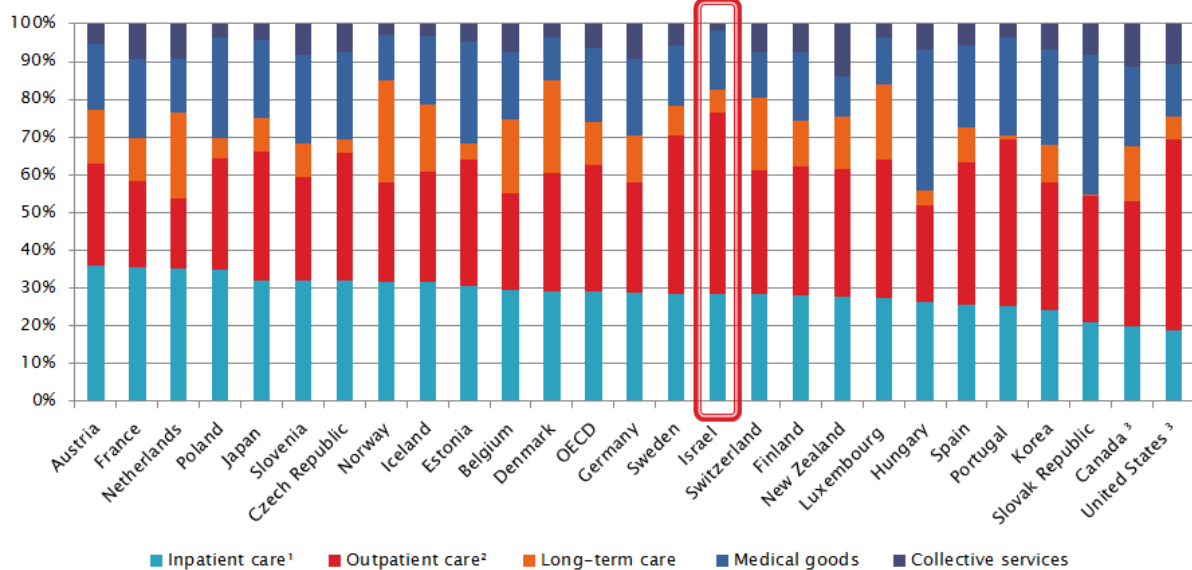
את הנקודות העיקריות של עמדתי ניתן לסכם כדלקמן:

- כיום עיקר התחרות בין הקופות מתמקדת ברפואה הקהילתית (כלומר הרפאה המתבצעת מחוץ לבתי החולים) שהקופות מספקות והיא איננה משליכה כלל על איכות הטיפול והשירות בבתי החולים.** לתופעה זו שתי סיבות עקרוניות:
 - קופות החולים כמעט ואינן "מזהות" עם הטיפול אותו מקבלים מבוטחיהן בבתי החולים.
 - לקופות תמריץ חזק מאד להתחרות על המבוטחים הצעירים והבריאים יחסית ולא על אוכלוסיית המאושפדים שהם בעיקרם מבוגרים יותר ובריאים פחות (adverse selection).
- כתוצאה מכך, קופות החולים אינן משקיעות משאבים בבתי החולים ויותר מכך, הן מנצלות את התחרות בין בתי החולים להקטין ככל שניתן את התשלומים שלהן לבתי החולים.** כתוצאה מהאמור לעיל, בתי החולים אינם מקבלים את החלק הראוי מן התקציב הכולל המוקדש למימון הסל הציבורי, השירות אותו הם מספקים נשחק ומצבם הכלכלי מתערער. שני הגרפים בעמוד האחרון של מסמך זנ מאששים את האמור לעיל. הגרף הראשון מראה שבעוד שישראל היא המדינה היחידה בה שיעור ההוצאה הכולל על outpatient - inpatient הוא גבוה משמעותית מ-70%, הרי שמתוך הוצאה זו הנתח המופנה ל- inpatient הוא מן הנמוכים ביותר. בגרף השני אנו רואים שישראל היא בין המדינות הבודדות בהן שיעור הצמיחה בהוצאות האישפוז לנפש היה שלילי.
- מיזוג אנכי או העברת בתי החולים לרשות קופות החולים רק יחמיר את הבעיה אותה אנו מנסים לפתור.** "אינטגרציה אנכית" איננה פתרון מתאים ואיננו נכון למערכת הבריאות בישראל בעיקר בשל העובדה שזו מערכת קטנה יחסית. למעשה, סביר שמהלך כזה לא רק שלא יפתור הוא אף יחמיר את בעיית היעדר התמריצים, אצל קופות החולים, להפניית משאבים לשיפור וקידום השירות בבתי החולים. גם אם תתבצע אינטגרציה אנכית בין קופות לבתי החולים, הרי ברור שבתי החולים שיהיו בשליטת קופה מסוימת יהיו מחויבים להמשיך ולתת שירותים גם לקופות האחרות. במקרה כזה ברור שאין אנו מעוניינים שמבוטח של "מכבי" המתאשפד בבית חולים של "כללית" יקבל שירות שונה ממבוטח של "כללית" המתאשפד באותו בית החולים? אם אכן כל בית החולים אמור להעניק את אותו השירות לכלל המבוטחים המאושפדים אצלו, בלי תלות בקופה אליה הם שייכים, איזה תמריץ יהיה לקופה שהיא בעלים של בית חולים להשקיע בקידום השירות בבית החולים שבבעלותה? האם אז לא יהיה לקופות תמריץ להשקיע דווקא באותם השירותים שהם בלעדיים לה (כלומר הרפואה בקהילה) על חשבון הרפואה בבתי החולים? גם היום, כאשר שירותי בריאות כללית הינה

הבעלים של מספר בתי חולים גדולים, לא נראה שהיא משתמשת בבתי החולים הללו כמנוף משיכת מבטחים מקופות אחרות.

- **התחרות בין בתי החולים, על השירותים הניתנים במסגרת הסל, צריכה להיות רק על איכות השירות (על מרכביו השונים) ולא על מחירי השירותים.** על כן מחירי השירותים צריכים להיקבע על ידי גוף מקצועי ואובייקטיבי. מחירי השירותים צריכים להיקבע באופן כזה שלקופות לא יהיה כל תמריץ להעדיף בית חולים אחד על אחר אלא מטעמים של איכות. במקביל, מחירי השירותים צריכים להיקבע באופן כזה שלבתי החולים לא יהיה כל תמריץ להעדיף חולה אחד על אחר. המחירים צריכים להיות אחדים לכל בתי החולים (מודל התמחור העדיף בעיני הוא DRG), מעבר להבדלים הניגזרים מהבדלי עלויות.
- **יש לאפשר לכל המבטחים בחירה חופשית בין כל בתי החולים בארץ.** מאחר שהמחירים בכל בתי החולים יהיו אחידים הרי אין הצדקה להגבלת זכות הבחירה. בחירה חופשית תחזק את התחרות בין בתי החולים על איכות השירות.
- **יש להקים רשות מקצועית ועצמאית, "הרשות לאסדרת מנגנוני התיגמול של בתי החולים בישראל", שתקבע את כללי ההתקשרות בין בתי החולים וקופות החולים ובין בתי החולים ומבטחים אחרים.** רשות זו גם תפקח על יישומם של הכללים אותם היא קבעה, ותפתור את הבעיות הנובעות מניגוד העניינים של משרד הבריאות כיום.
- **חלוקת התפקידים בין משרד הבריאות ובין הרשות תהיה כזו שבעוד שמשרד הבריאות יהיה אחראי לכל ההיבטים הרפואיים של הטיפול בבתי החולים, הרשות תהיה אחראית להסדרת ההיבטים הכלכליים של ההתקשרות בין בתי החולים וקופות החולים.** נפרט:
- **משרד הבריאות יהיה אחראי על:**
 - קביעת סל השירותים אותו חייבים בתי החולים לספק והסטנדרטים הרפואיים בהם הם צריכים לעמוד.
 - הגדרת חלוקת התפקידים, הסמכות והאחריות בין בתי החולים ובין הקופות החולים, בכל הקשור לטיפול במבוטח הנזקק לשירותי בתי החולים.
 - מידת המעורבות של הקופה בטיפול בבית החולים ואופן העברת המידע בין בית החולים והקופה.
 - קביעת הכללים בדבר סל השירותים אותו יכולים בתי החולים לספק מעבר לסל הציבורי (כלומר השירותים אותם בית החולים יכול לספק במסגרת השר"פ, תירות המרפא או במסגרת אחרת של הסכמים יחודיים, כמו לדוגמה עם הרשות הפלסטינית).
- **"הרשות לאסדרת מנגנוני התיגמול של בתי החולים בישראל" תהיה אחראית, בין היתר, על:**
 - קביעת מנגנון התשלומים מקופות החולים לבתי החולים. תשלומים אלה צריכים להיות על בסיס תעריפים קבועים הנקבעים על ידי גוף מיקצועי ואובייקטיבי (ולא כחלק ממשא ומתן בין הקופות ובתי החולים).
 - התעריפים צריכים להיות תואמים את עלויות בתי החולים ולהתעדכן על בסיס קבוע לפי השינויים בעלויות.
 - קביעת תעריפים על ידי גוף חיצוני כמו הרשות, תעביר את התחרות בין בתי החולים למימדים אחרים כמו איכות הטיפול והשירות. התחרות בין בתי החולים, על השירותים הניתנים במסגרת הסל, צריכה להיות רק על איכות השירות (על מרכביו השונים) ולא על מחירי השירותים. מחירי השירותים צריכים להיקבע באופן כזה שלקופות ולמבטחים לא יהיה כל תמריץ להעדיף בית חולים אחד על אחר אלא מטעמים של איכות. במקביל, מחירי השירותים צריכים להיקבע באופן כזה שלבתי החולים לא יהיה כל תמריץ להעדיף חולה אחד על אחר.
 - קביעת מנגנון תיגמול בתי החולים על ידי המדינה. המדינה תתגמל את בתי החולים מעבר לתיגמול אותו הם מקבלים מהקופות בגין פרויקטים ושירותים חדשים אותם המדינה רוצה לעודד. במסגרת זו ניתן לשקול גם תגמול מהמדינה לצורך כיסוי חלק מההוצאות הקבועות של בתי החולים (במקרה כזה התגמול אותו תשלמנה הקופות יהיה בעיקר לצורך כיסוי ההוצאות המשתנות) וכן תגמול לצורך פיתוח וחדוש תשתיות בית החולים. במסגרת זו ניתן לשיקול גם תגמול נוסף על פי מדדי איכות מסויימים.
 - תגמול מהות"ת או האוניברסיטאות בגין ההוראה והמחקר המתבצעים בבתי החולים. בתי החולים צריכים להיות מתוגמלים בגים העבודה האקדמית המתבצעת במסגרתם ועל ידי אנשי הסגל שלהם. בעניין זה ראה דו"ח גלזר-ישראלי.
 - קביעת מנגנון התיגמול של בתי החולים בגין שירותים שאינם במסגרת הסל הציבורי כמו שירותי רפואה פרטיים ותיירות מרפא.

הקצאת הוצאות הבריאות לפי סוג השירות



הגרף לעיל מראה שבעוד שישראל היא המדינה היחידה בה שיעור ההוצאה הכולל על inpatient ו- outpatient הוא גבוה משמעותית מ-70%, הרי שמתוך הוצאה זו הנתח המופנה ל- inpatient הוא מן הנמוכים ביותר.

בגרף להלן אנו רואים שישראל היא בין המדינות הבודדות בהן שיעור הצמיחה בהוצאות האישפוז לנפש היה שלילי.

Figure 1: Growth in inpatient expenditure per capita, in real terms, 2005-2010 (or nearest year)

