



# מודל מעלה החמישה

## פרק 1

---

# הרכיבים העיקריים של המודל

■ מהי כמות המשאבים הנדרשת למימון החוק

■ מהם המקורות למימון החוק

- מימון ציבורי: 1. מהי כמות המשאבים שהמערכת הציבורית יכולה להקציב לטובת המערכת הבריאות הציבורית

2. מהו מנגנון העדכון הנכון של המשאבים

3. מהם מקורות המימון הציבורי

- מימון פרטי: 1. מהי רמת ההשתתפות העצמית הרצויה

2. מהו המודל הרצוי של שר"פ, תיירות מרפא, שב"ן

3. מהי כמות המשאבים שהמערכת הפרטית יכולה לתת/לחסוך לטובת המערכת הציבורית

# הרכיבים העיקריים של המודל- המשך

■ מהו מודל ההתקשרות הרצוי בין בתי חולים וקופות חולים

- מהם מנגנוני המימון הרצויים של בתי החולים
- מהו מנגנון ההתמחרות הרצוי
- מהם גבולות זכות הבחירה

■ מהו מודל הרגולציה הרצוי

■ התאמות במבנה ביטוחי הבריאות

■ אימוץ המלצות לעניין התאמות בכ"א

# מבנה ההצגה של היום

1. אתגרים של מערכת הבריאות
2. "השבר הכלכלי"?-תמצית עדויות בפני המליאה
3. מבט מאקרו כלכלי
4. לבטים, מחשבות וכיווני פתרון אפשריים

# הסדרי בחירה ותגמול ביה"ח

1. בחירה חופשית (כולל הסכמים פרטניים באישור משרד הבריאות)
2. תמחור אחיד לכל ביה"ח (לכיסוי ההוצאות המשתנות)
3. מקורות בידי משרד הבריאות ע"מ לסבסד, לתגמל ולתמרץ את ביה"ח מעבר להוצאות המשתנות
4. הפרדת בעליות?

# אתגרי מערכת הבריאות הציבורית בהווה ובעתיד....

1. הזדקנות האוכלוסייה - בשנת 2030 מספר כפול של זקנים!
2. טכנולוגיה - מעלה עלויות, משפרת בריאות וחוסכת סבל
3. מחסור צפוי בכוח האדם
4. תחרות על כוח אדם מיומן
5. שיקום האמון במערכת הציבורית

**האם למערכת יש מספיק משאבים להתמודד עם האתגרים  
ולממש את חוק ביטוח בריאות ממלכתי?**



## 1. מערכת הבריאות – המשבר הכלכלי

מחסור במשאבים – בתי החולים הציבוריים

- גרעון מובנה במערך האשפוז בישראל

- חלק מהמערך מסובסד

- תמחור כבסיס ועליו הנחות מובנות ( $\alpha$ , cap)

- שכר כמרכיב מרכזי בהוצאות המערכת

- שליטה מוגבלת של מנהלים (אחריותיות)

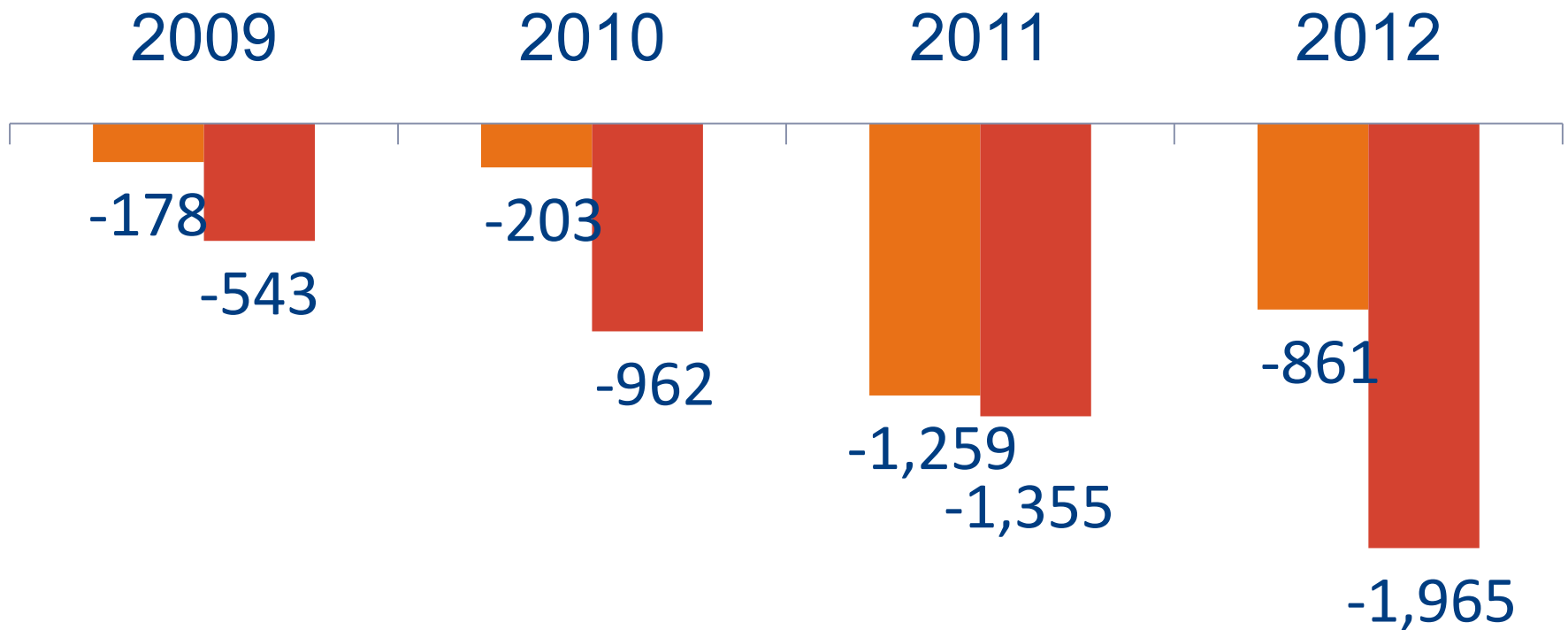
- מוסר תשלומים ירוד (חו"ז חשב 1.8 מיליארד ש"ח)

**מתוך מצגת של  
מנהל רפואה  
משרד הבריאות**

**ומה לגבי בתי חולים ציבוריים שאינם ממשלתיים או בבעלות קופת חולים?**

# התפתחות גרעון הקופות לאורך השנים (במיליארדי ₪)

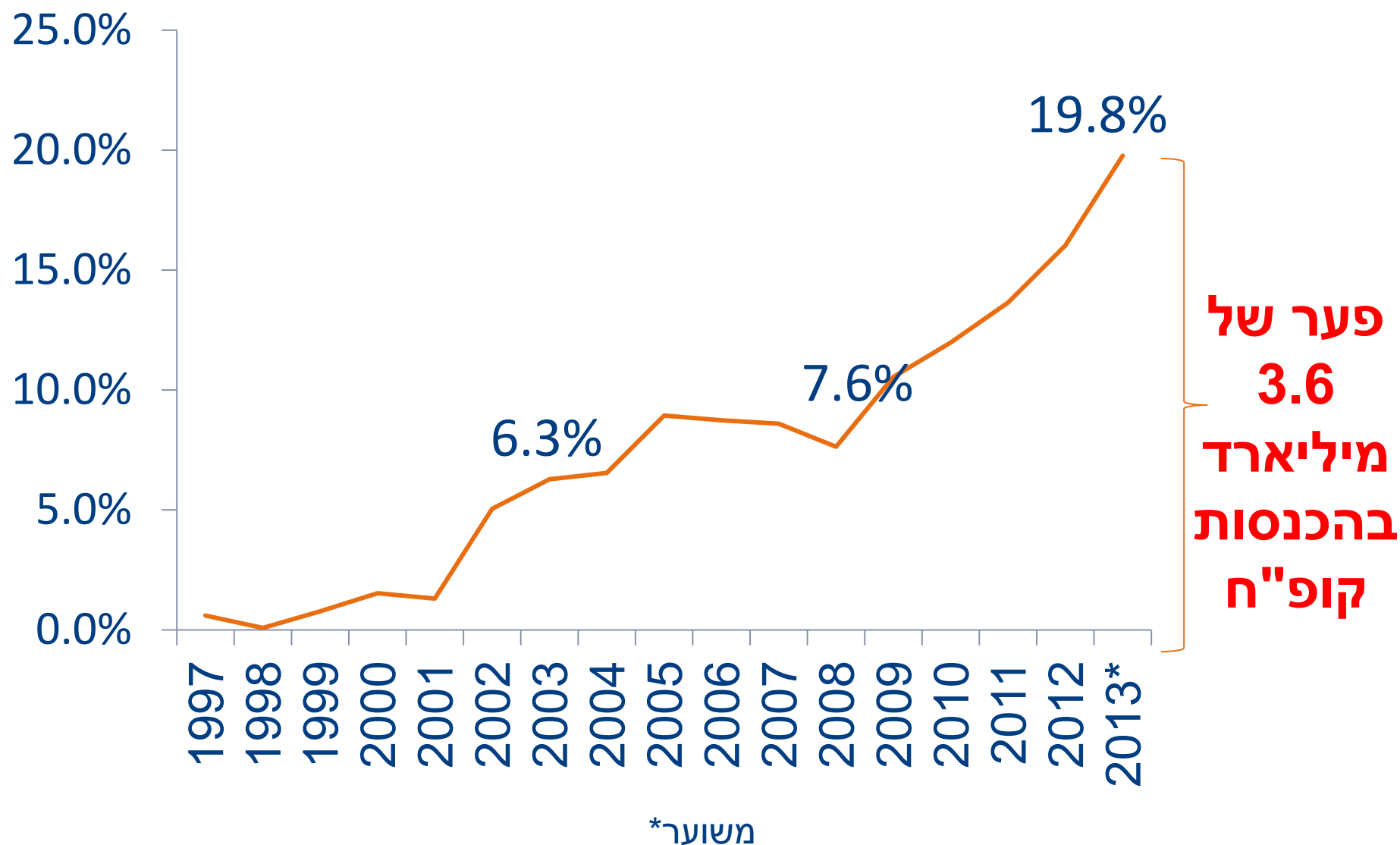
גרעון לפני תמיכות והכנסות חד פעמיות ■ גרעון סופי ■



מקור: דוח מסכם קופות חולים לשנת 2012

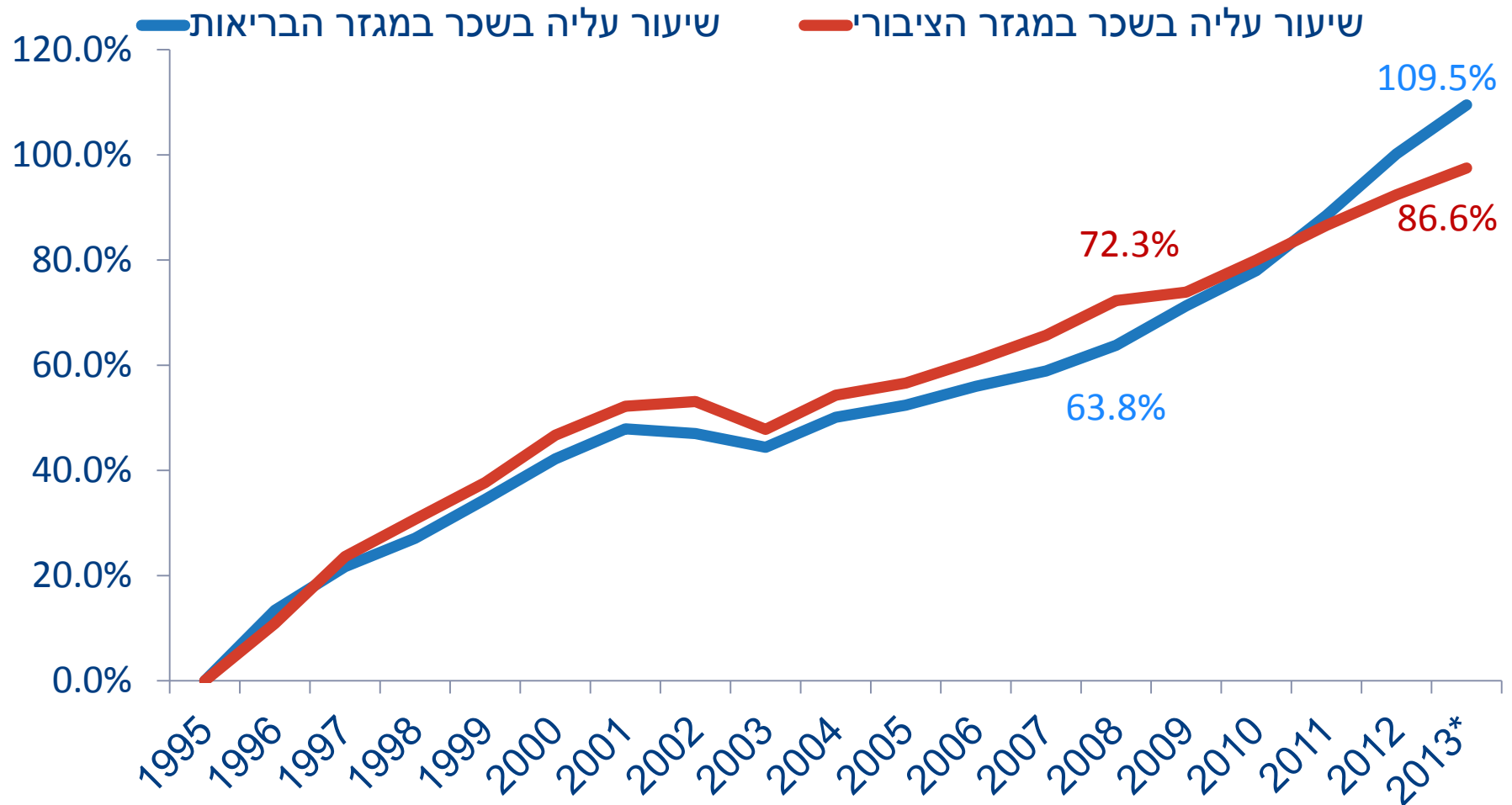


# פער בין מדד יוקר הבריאות לתשומות הבריאות



מקור: למ"ס ומשרד הבריאות 2012

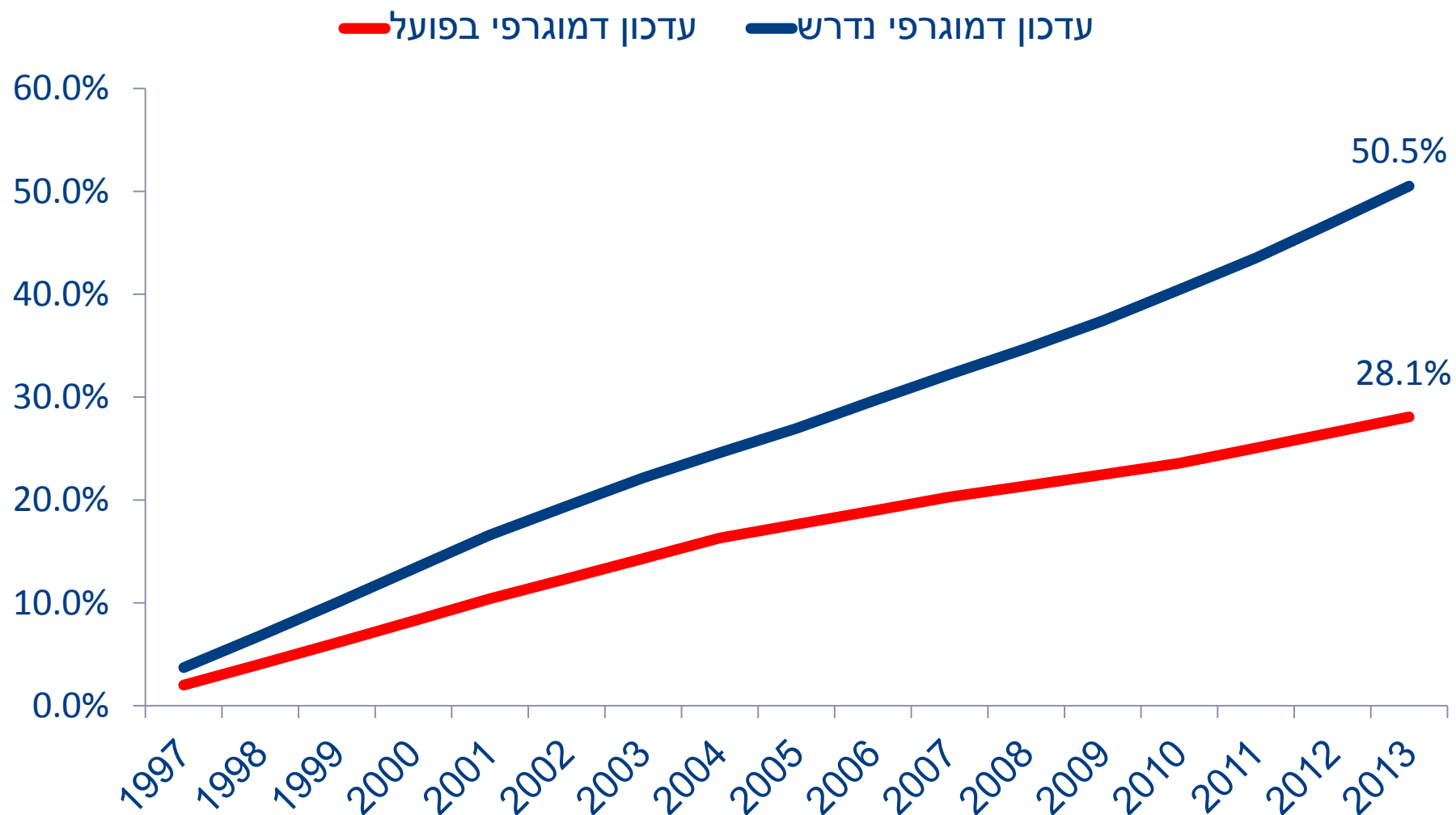
# עליה בשכר במגזר הציבורי לעומת במגזר הבריאות



משוער\*

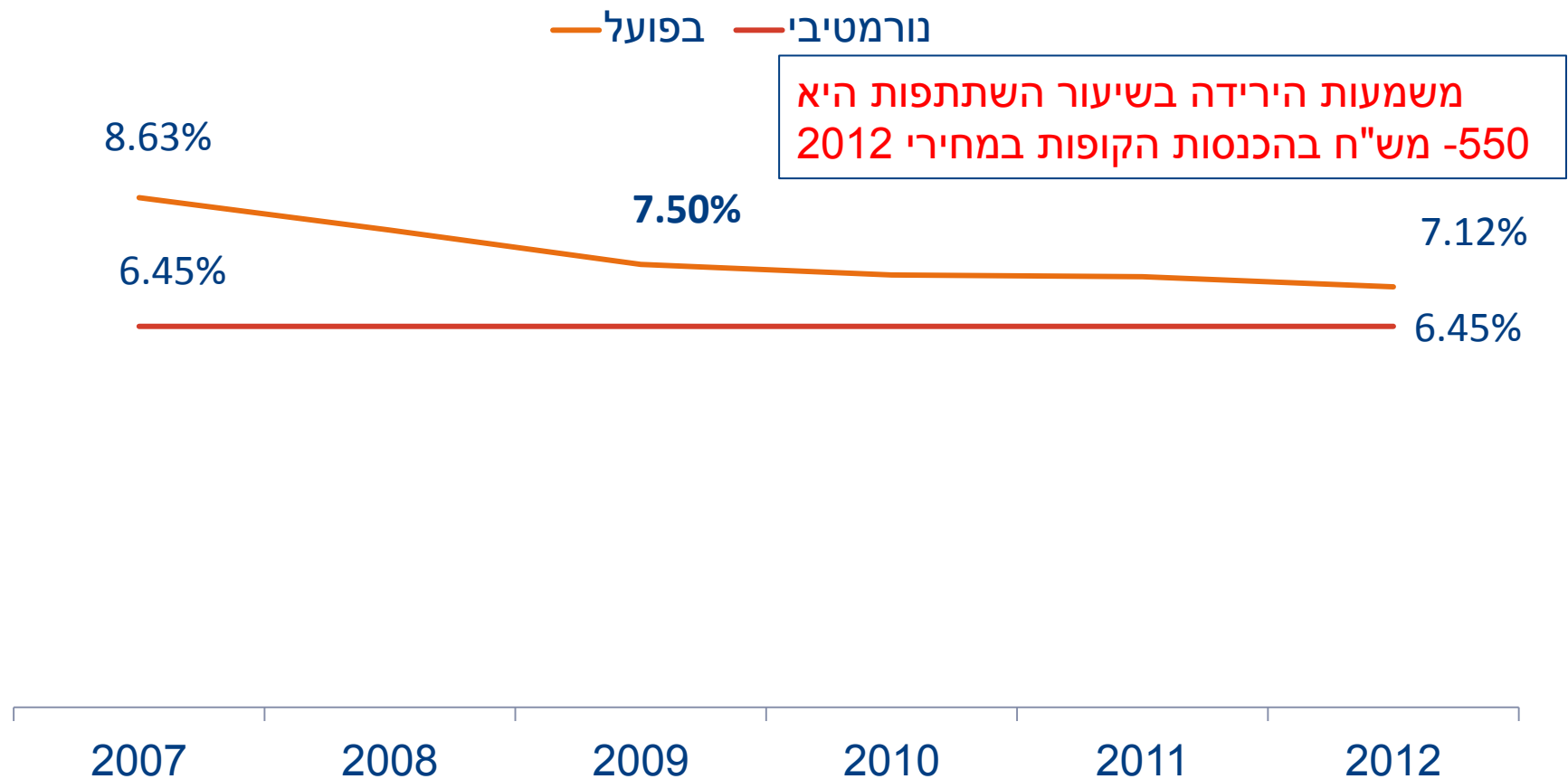
מקור: למ"ס ומשרד הבריאות 2012

# עדכון דמוגרפיה בפועל לעומת עדכון דמוגרפי נדרש



ללא תמיכות, הנחה של קידום טכנולוגי בהתאם להתפתחות הסל בפועל \*

# התפתחות שיעור השתתפות עצמית כחלק מהכנסות הקופות מהסל



מקור: דוח מסכם קופות חולים לשנת 2012

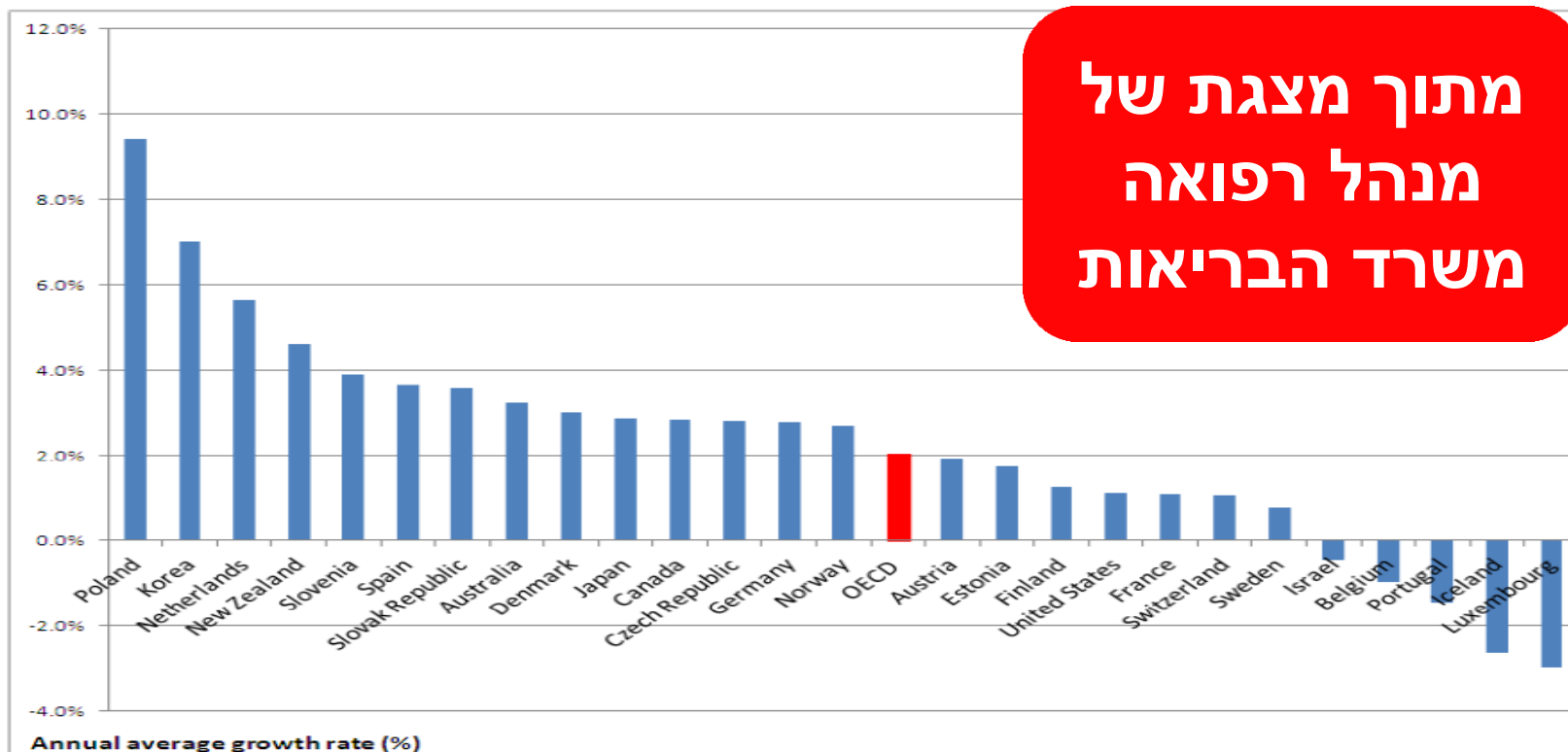


## 1. מערכת הבריאות – משבר כלכלי

המחסור התקציבי יוצר לחץ על הקופות להקטנת ההוצאה על האשפוז

ישראל בין המדינות הבודדות ב OECD בהן ההוצאה לאשפוז נמצאת במגמת ירידה

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



מתוך מצגת של  
מנהל רפואה  
משרד הבריאות



# 1. מערכת הבריאות – בתי החולים והמשבר הכלכלי

## התוצאה: בי"ח צוברים גירעונות מעבר לסבסוד המובנה

גירעונות – מרכזים רפואיים ממשלתיים

שנים 2007-2010

2007	2008	2009	2010	
(180)	(391)	(318)	(393)	גירעון לפני סבסוד
185	399	289	284	סבסוד
5	8	(29)	(109)	גירעון אחרי סבסוד

מתוך מצגת של  
מנהל רפואה  
משרד הבריאות



# 1. מערכת הבריאות – בתי החולים והמשבר הכלכלי

גירעונות בי"ח - שירותי בריאות כללית

שנים 2009-2012

מתוך מצגת של  
מנהל רפואה  
משרד הבריאות

2009	2010	2011	2012	
(230)	(283)	(220)	(254)	סורוקה
(175)	(208)	(172)	(183)	קפלן
(123)	(144)	(132)	(144)	כרמל
(277)	(303)	(252)	(266)	רבין
(128)	(176)	(145)	(180)	העמק
(149)	(163)	(138)	(126)	מאיר
(77)	(79)	(88)	(83)	שניידר
(164)	(170)	(191)	(132)	אחרים
(1,323)	(1,526)	(1,338)	(1,368)	סה"כ

# מחיר המחסור מתוך העדויות בפני הועדה

- שיעור מיטות נמוך, תפוסות גבוהות, סבב מיטות גבוה- יש להציג נתוני אמת של מיטות בפועל על מנת למנוע הטעיות!
- תורים ארוכים
- שחיקה של הצוות
- זיהומים- "... עדיין שיעורי ההיארעות ברמה הארצית גבוהים, דבר שמשקף המשך הדבקה בבתי החולים וגילוי מאוחר של נשאים חדשים..." מתוך מכתב למנהלי ביה"ח 18.3.2013
- ועוד...



# מקורות נדרשים מודל בן נון וגלזר

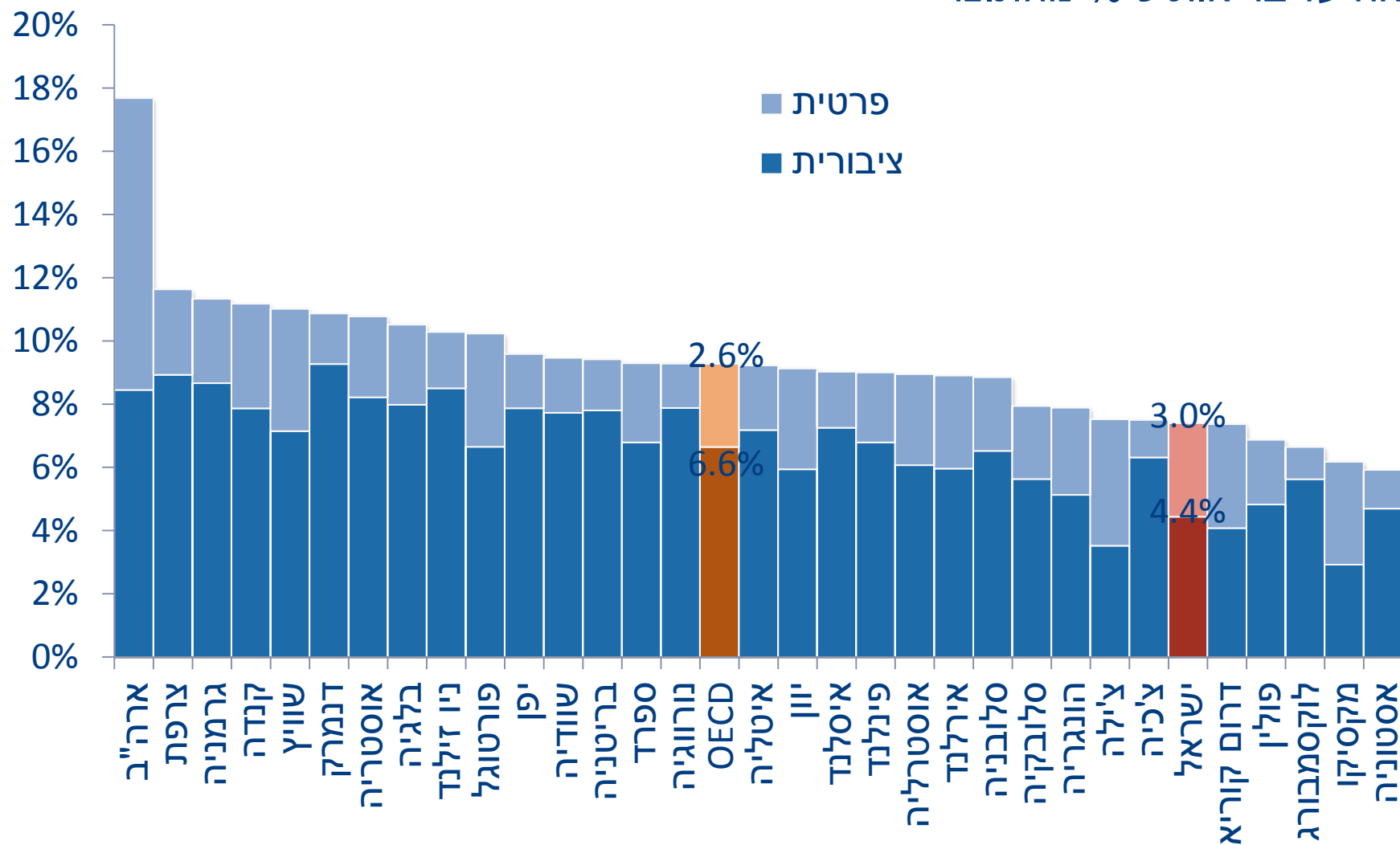
- 2% דמוגרפיה
- 2% טכנולוגיה
- 2% מחירים
- 1% פיצוי על שחיקת העבר

**סה"כ 7% כפול מקצב צמיחת התמ"ג**

**תוספת למערכת הציבורית של 2.5-3 מיליארד ₪ כל שנה**

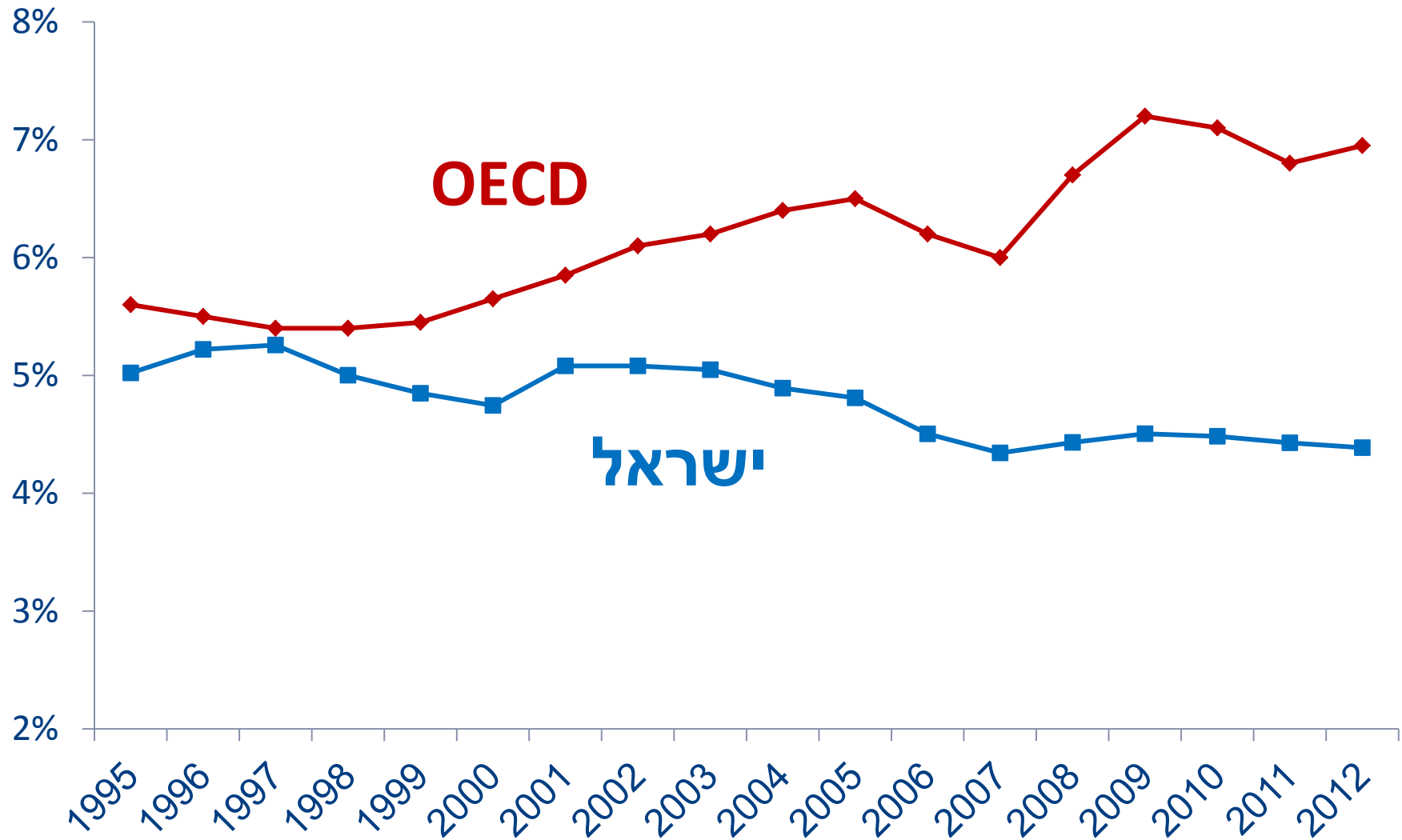
# ההוצאה על בריאות בישראל נמוכה בהשוואה בינ"ל

הוצאה על בריאות כ- % מהתוצר



מקור: OECD 2011

# הפער בהוצאה ציבורית החל לפני 15 שנה והוא הולך ומתרחב....



# אנחנו לעומת העולם

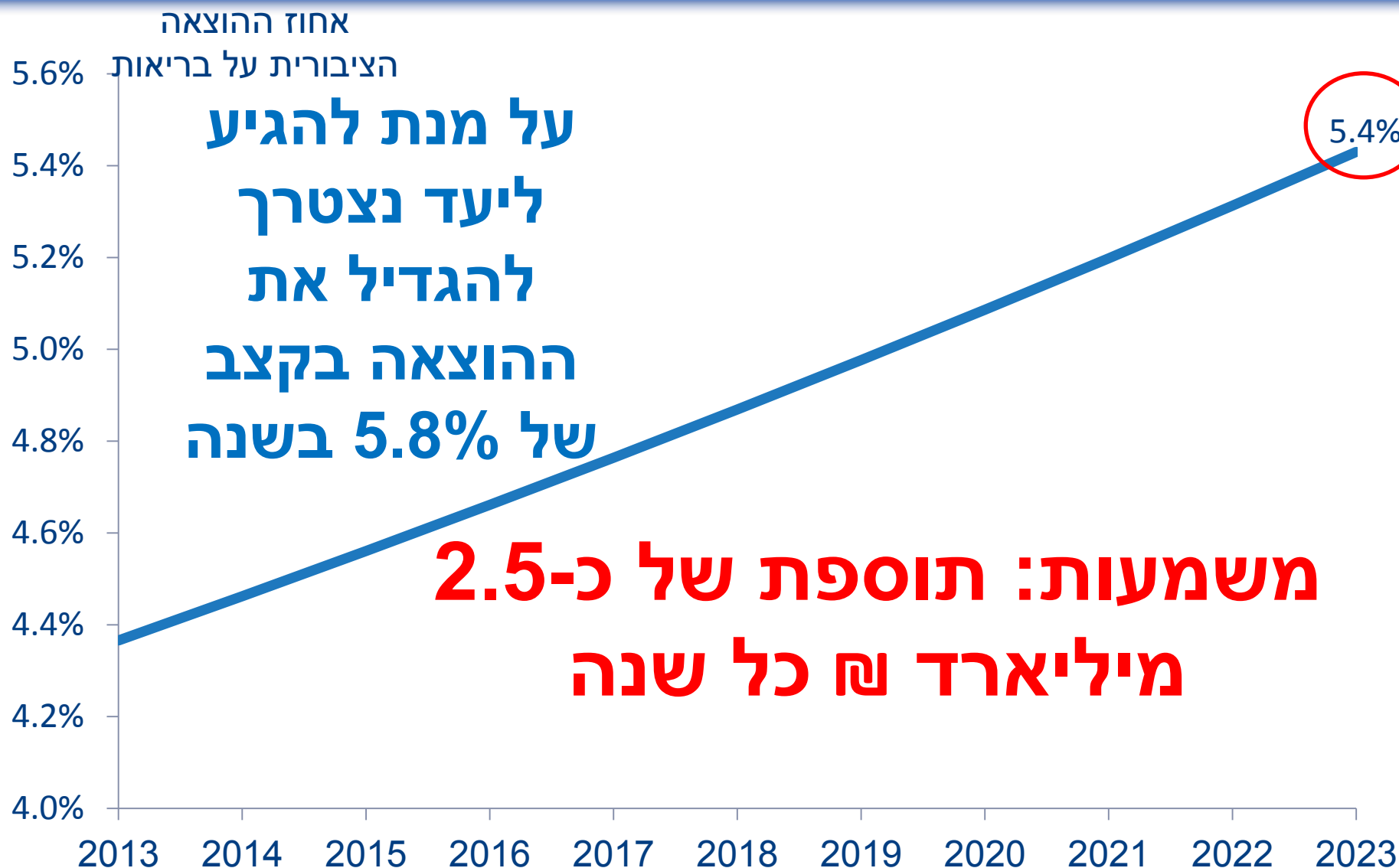
- אנחנו יותר צעירים- היום, נכון! אבל בעוד עשור מבנה הגילאים של ישראל יהיה דומה ל-OECD של היום
- אנחנו יותר יעילים- נכון!

הצעה ליעד:

בשנת 2024 אחוז ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל יהווה 80% מאחוז ההוצאה של ה-OECD ב-2014

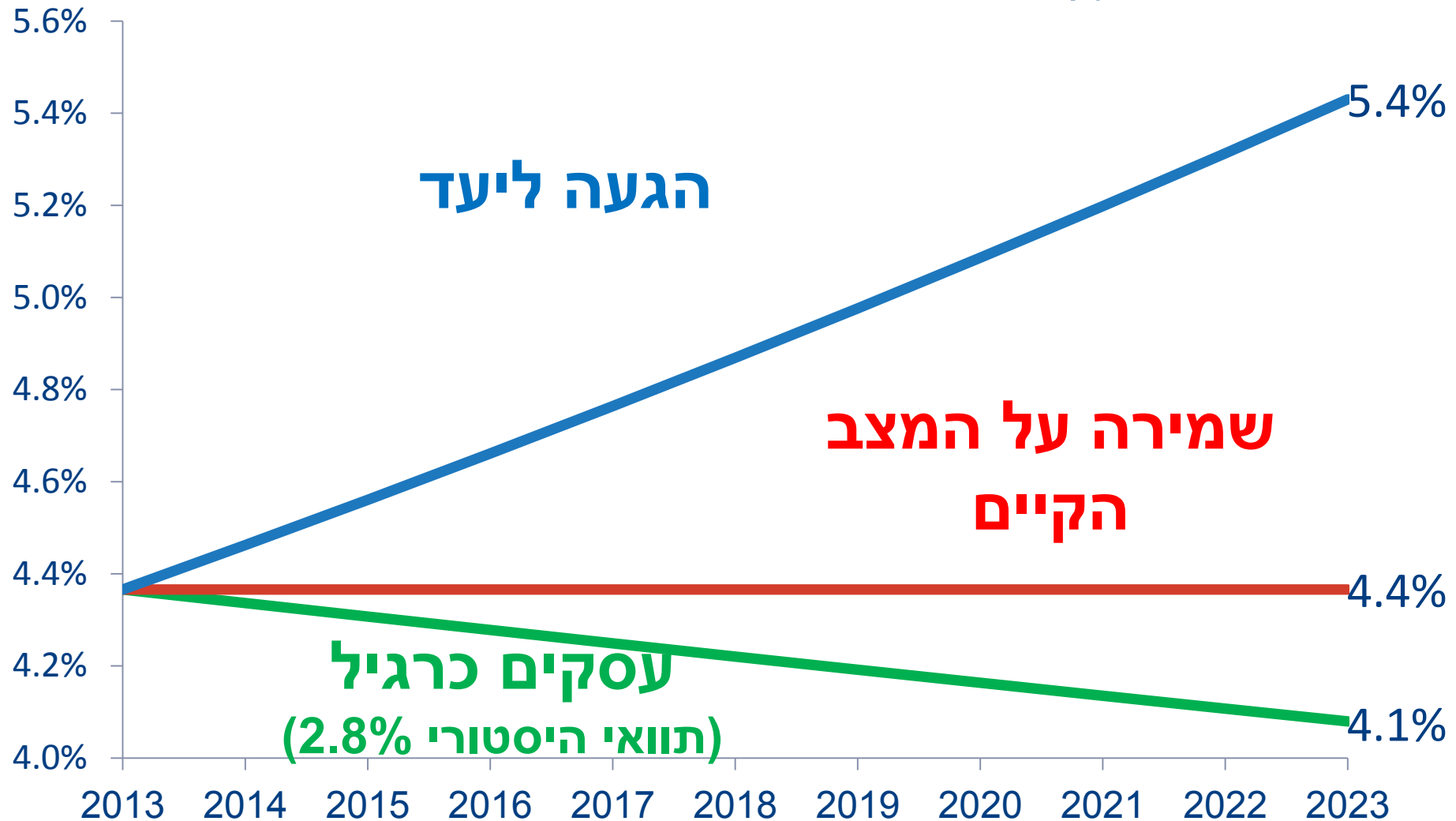
כלומר ההוצאה הציבורית בישראל תהווה 5.4% מהתמ"ג

## עמידה ביעד:



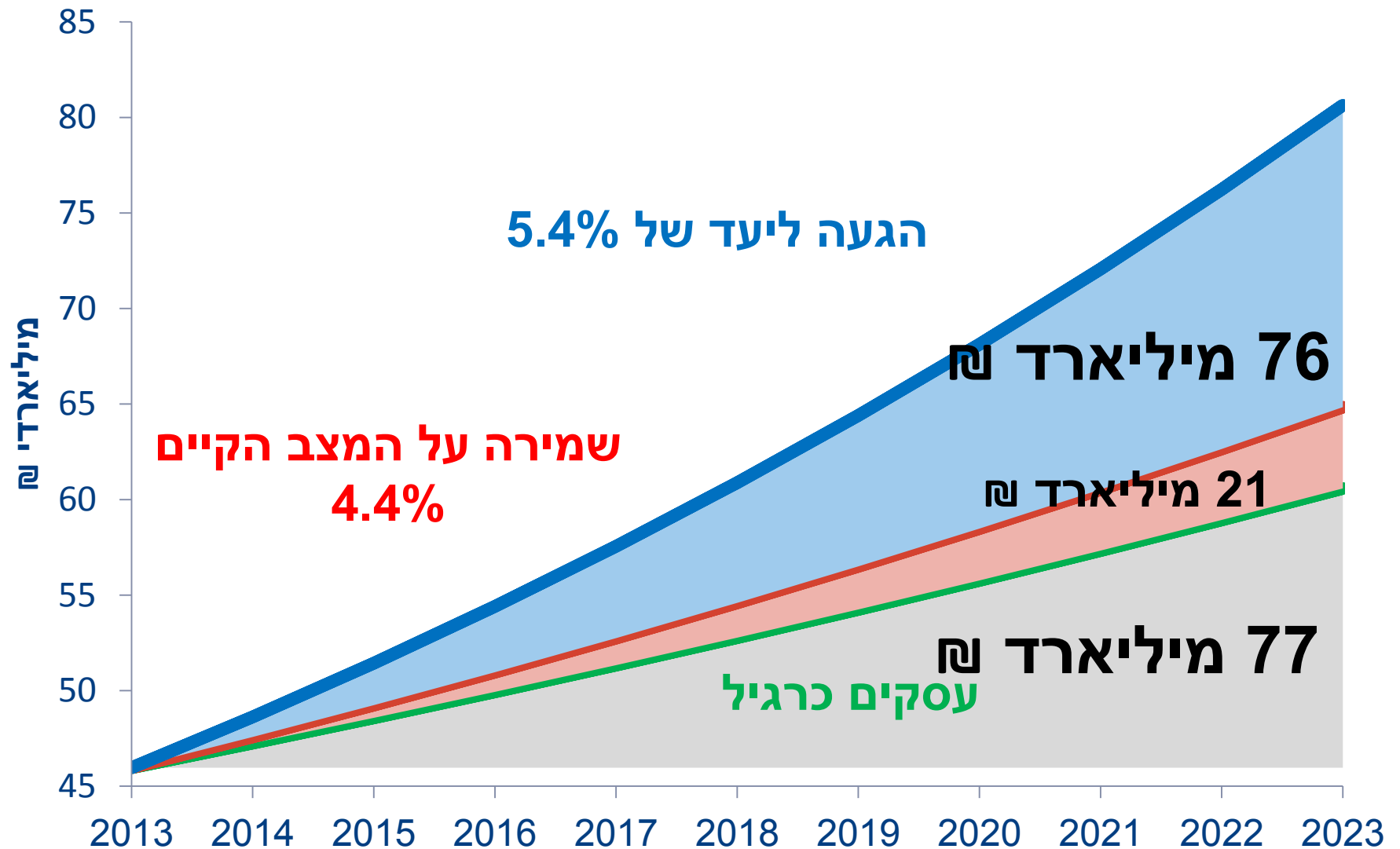
# סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות, % תוצר

הנחת צמיחה: 3.5%



# סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות

הנחת צמיחה: 3.5%



# כיווני פתרון אפשריים





# שינוי תמהיל ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל

- הוצאה לאומית לבריאות: 73.8 מיליארד ₪ בשנת 2012  
מתוכה 59.1% הוצאה ציבורית

השפעת צעדי מדיניות על תמהיל מימון המערכת, כל צעד בהיקף של 1 מיליארד ₪

פרטי	ציבורי	צעד מדיניות
39.5%	60.5%	מיסוי הפרטי והעברה לציבורי
40.4%	59.6%	הגדלת המימון הציבורי, ללא שינוי בפרטי
40.1%	59.9%	הקטנת ההוצאה הפרטית, ללא שינוי בציבורי

- החוק מאפשר גידול בהוצאה הממשלתית של 2.6% בשלוש השנים הקרובות
- כלומר ניתן להגדיל את התקציב ב-8.1 מיליארד ₪.
- חלק מהגידול משוריין לטובת קידום הסל כבר כעת (תרחיש עסקים כרגיל)
- חלקה של מערכת הבריאות בהוצאה קבוע בעשור האחרון
- נראה שבשנת 2015 הממשלה תידרש לקיצוץ לאור התחייבויות העבר

<http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000927070>



**בכל תוספת מקורות למערכת שמקורו אינו תקציב  
מדינה קיים חשש שילווה בהקטנת הסובסידיה  
מתקציב המדינה.**

**ללא עיגון היחס בין התקציב למקורות נוספים לא  
ניתן להבטיח סך מקורות במערכת.**

## שווי העלאת מס בריאות

■ תקבולי מס בריאות בשנת 2012-18.2 מיליארד ₪

■ כיום חלק ממקבלי קצבאות פטורים מתשלום המס

■ העלאה של 0.5% מס בריאות בלי ביטול ההחרגות, כלומר:

■ הכנסה עד 5.45 אלש"ח - מ 3.1% ל 3.6%

■ הכנסה מעל 5.45 אלש"ח - מ 5% ל 5.5%

**תוסיף למערכת הבריאות 2.05 מיליארד ₪**

**חד פעמית**



# מיסוי בחירת רופא מנתח וחוות דעת שניה גם בשב"ן וגם במסחרי והשאר פרמיות כפי שהן

■ היטל של כ 10%-20% על רובד בחירת רופא בביטוחים משלימים  
ומסחריים

■ מה ההצדקה במקרה הזה? בג"צ?

■ צפוי אפקט מרסן על שכר רופאים ועליה בפרמיות

■ תקבול אפשרי 220 - 440 מיליון במחירי 2013

# ביטול בחירת מנתח בשב"ן, ומתן זכות בחירה חינוך במערכת הציבורית

- עליה בפניות למערכת פרטית כתוצאה מהסטה של הקופות ורצון התושבים לקבל שירות איכותי
- הגדלת פרמיות ביטוח פרטי כתוצאה מהעברת מלוא נטל התשלום לספקים על הביטוח המסחרי
- תוספת מטופלים שיעברו ממערכת פרטית למערכת ציבורית
- התורים הציבוריים צפויים להתארך. תידרש תוספת משאבים לקיצורם.
- הקצאת זמן רופאים במערכת הציבורית תהיה פחות יעילה.
- אם לא יופנו משאבים משמעותיים לקיצורי תורים תיווצר שחיקה נוספת באימון במערכת ציבורית, תסכול וחשש ל"רפואה שחורה"

# ביטול ביטוח בחירת מנתח בשב"ן, ומתן זכות בחירה חינוך במערכת הציבורית

מס בריאות = פרמיות שב"ן	1.62
תוספת עלויות עבור הפעילות במימון ציבורי:	0.64
תוספת שכר לרופאים ופרסונל עבור הגדלת הפעילות בציבורי וקיצור תורים	0.44 - 0.74
הפסד רווחים של הקופות	0.14
סה"כ עלויות נוספות	1.22 - 1.52
תוספת מקורות למערכת הבריאות הציבורית	0.1 – 0.4
השפעה על ההוצאה הלאומית לבריאות	
פרמיית שב"ן	-
ביטוח פרטי	+
מס בריאות	+
תמהיל ציבורי פרטי	(ככל הנראה +)

# ביטול בחירת מנתח בשב"ן, ואי מתן זכות בחירה במע' ציבורית

- גידול במספר מבוטחים בביטוח פרטי ואינפלציית שכר אפשרית:

- שיווק חברות הביטוח לצד ירידת האמון במערכת הציבורית

- עליה בפרמיות ביטוח פרטי

- פגיעה באוכלוסיות בסיכון - חיתום בפרטי ללא מענה בשב"ן

- פגיעה במעמד הביניים שמאבד שירות חשוב לו ומקבל העלאת מס

- חשש ל"רפואה שחורה"

- תוספת עלויות של כ-200 מיליון שקלים.



# הקטנת סל הבריאות

- החלטות ערכיות רפואיות וציבוריות
- ניתן להקצאות סכום ולתת לקופות להחליט על התכולה רכיבים עיקריים של הסל:

- מערכת רגולציה על התפוקות של כל בית חולים שתכלול:
  - סדרת הנחיות בנושאים כספיים ותפעוליים כולל יעדים כמותיים
  - מערכת בקרה ממוחשבת על כמויות, הכנסות והוצאות ואורך התורים שתתריע בפני הרגולטור על חריגות (בדומה לכללית)
  - מערכת בקרה בשטח ואכיפה של משרד הבריאות, כולל כלי אכיפה חדשים
- כל בתי החולים הציבוריים יהיו תחת רגולציה על כל סוגי הפעילות וההכנסות שלהם, מכל מקור אפשרי

# המודל המשולב

- המטרה היא להפוך את המערכת הציבורית למוקד עיקרי של מחויבות ופעילות עבור צוותים מטפלים לטובת החולים הציבוריים
- לבית החולים תהיה נגישות לכל סוגי מקורות המימון ציבורי ופרטי כאחד אך לא יהיה כל קשר כלכלי בין המטופל לרופא-Hospitalist
- ביה"ח יתחייב לעמוד ביעדים כמותיים ציבוריים על מנת להיכלל במודל המשולב, על כן פעילות אחה"צ **תגדיל בהכרח את התפוקה הציבורית** של המרכז הרפואי

# המודל המשולב המשך

- הנהלת ביה"ח תתגמל בנפרד את הצוותים שיסכימו עבור פעילות שהם יבצעו בשעות אחר הצהרים. התגמול יהיה גלובלי כולל בonusים.
- ניהול התורים והתיקים האישיים של המטופלים יעשו באופן מרכזי ע"י הנהלה בשלב ראשון, ניתן לבחון הקמת מרכז זימון תורים ארצי
- הרופא לא יוכל ליזום כל הליך טיפולי בתוך ביה"ח שלא באמצעות המערכת המרכזית

# המודל המשולב המשך

- מבטחים יוכלו להגיע להסכם עם בית חולים במסגרתו מבטחים יוכלו לבחור מנתח בבית החולים ו/או לראות רופא לחוות דעת שנייה.
- המבטח יפרסם את רשימת הרופאים בכל פרוצדורה העומדים לרשות המבוטח בכל בית חולים אתו יש למבטח הסכם.
- תגמול נוסף יקבלו צוותים שיוותרו על פעילות רפואית מחוץ לבית החולים.
- רופא שלא יבחר בהסדר יוכל לעבוד מחוץ לבית חולים בשעות אחר הצהריים, אך לא יוכל לקבל פרטית אותם מטופלים ציבוריים שלו/ה

# המודל המשולב המשך

- מבוטחי שב"ן יתומרצו לפנות למערכת ציבורית, לדוגמה ע"י השתתפות עצמית יותר נמוכה
- המודל המשולב יופעל רק בביה"ח מורשים. הרישיון יונפק ע"י משרד הבריאות לפרק זמן מוגבל ורק בתנאי שעומדים בתנאי רגולציה.
- השינוי המבני והקמת הרשות החדשה יגביר את היכולת הניהולית במערכת ויעצים את משרד הבריאות כרגולטור
- ניצול יתרונות לגודל של ביה"ח הציבוריים (צמצום האבטלה המבנית)

# המודל המשולב- משמעויות תקציביות

- סביר שבשנים הבאות יהיו מצבים בהם הממשלה תיאלץ לקצץ תקציבים ציבוריים
- שימוש במקורות מימון חוץ ממשלתיים במערכת הציבורית עצמאות מסוימת מהאילוצים והצרכים של הממשלה.
- גודל המימון הפרטי מתואם במידה רבה עם הצרכים של המערכת הציבורית, בשונה מהמימון הממשלתי

# הנחה בסיסית של המערכות

- השילוב פרטי / ציבורי במערכות בריאות
  - אמצעי להספקת שירותי בריאות איכותיים לאוכלוסייה
  - אמצעי לחיזוק המערכת הציבורית
- לא מהווה מטרה בפני עצמה
- כדי לבדוק הצלחה של המודל בודקים האם המערכת הציבורית חזקה, האם היא עומדת ביעדי איכות ומאוזנת בין יעילות לשיוויניות





# מודלים בסיסיים לשילוב פרטי ציבורי


















## מודל 4: מערכות משולבות


- מודל זה מאפשר בחירה של הצרכן את המימון (פרטי / ציבורי) בעת קבלת השירות (פרטי / ציבורי).
- התשלום עבור שירות בריאות מסוים הוא או פרטי או ציבורי וקבלת השירות יכולה להיות אצל נותן שירות (למשל, בית חולים) פרטי או ציבורי
- רוב המדינות שנסקרו מקיימות את המודל המשלב





# סיווג מדינות המפעילות מודל "מערכות משולבות"


הספקה


		פרטית	ציבורית
מימון	פרטי	    	   
	ציבורי	  	    

אנגליה 

אוסטרליה 

ניו זילנד 

צרפת 

איטליה 



ת.ז.

הוצאה לאומית לבריאות

מהתמג: 9.6%

שעור הוצאה ציבורית: 84%

שעור מבוטחים בב"פ: 11%

# אנגליה ●

- קיימים כל סוגי השילוב של מימון והספקת שירותים: בית חולים ציבורי יכול למכור שירות פרטי במחלקות ציבוריות, שירות פרטי במחלקות פרטיות, ושירות ציבורי בבית חולים פרטי (שליד בית החולים הציבורי).
- אפשרויות התשלום כוללות חבילות "הכל כלול" של מלונאות + בחירת מנתח + טיפול רפואי ותרופות לעומת קנייה פרטית של חלק מהמרכיבים (למשל, בחירת מנתח או להבדיל חדר לבד)
- מעניין לציין: ב-2012 הוסרה מגבלת הפעילות הפרטית בציבורי



ת.ז.

הוצאה לאומית לבריאות

מהתמג: 9.1%

שעור הוצאה ציבורית: 69%

שעור מבוטחים בב"פ הולך ויורד

# אוסטרליה ♦

- באוסטרליה ניתן לממן באופן פרטי שירות בבית חולים ציבורי (למשל, על מנת לבחור מנתח או לרכוש שירותים יוקרתיים כמו חדר פרטי).
- אי אפשר לממן בכסף ציבורי אשפוז בבי"ח פרטי
- אוסטרליה אסרה על קיצור תורים בציבורי על ידי מימון פרטי.
- מעניין לציין: מאז איסור קצ"תים היקף המבוטחים בביטוח הפרטי הולך ויורד למרות פעולות אינטנסיביות של המדינה לעידוד ביטוחים פרטיים



ת.ז.

הוצאה לאומית לבריאות

מהתמג: 10.1%

שעור הוצאה ציבורית: 83%

שעור מבוטחים בב"פ: 40%

## ניו-זילנד



- **בניו זילנד ניתן לדלג על תורים בבתי חולים ציבוריים ע"י מימון פרטי.**
- **הביטוחים הפרטיים בעיקר משמשים למימון קיצור תורים במערכת הציבורית**
- **מעניין לציין: כי בניו-זילנד השוק הפרטי (מימון פרטי והספקה פרטית) מצומצם יחסית.**



ת.ז.

הוצאה לאומית לבריאות

מהתמג: 9.3%

שעור הוצאה ציבורית: 80.4%

שעור מבוטחים בב"פ: 15.6%

# איטליה

- קיימים כל סוגי השילוב אולם תחת פיקוח ורגולציה חמורים ביותר.
- דוגמאות:
  - מימון ציבורי בבתי חולים פרטיים אפשרי רק אם בתי החולים הפרטיים עברו אקרדיטציה;
  - מימון פרטי בבית חולים ציבורי אפשרי רק בשעות אחר הצהריים עם הגבלות נוספות.
  - לתפקידים ניהוליים ובכירים במערכת בוחרים רק את הרופאים שעובדים במשרה מלאה במערכת הציבורית.
- באיטליה גם קיימים מגבלות על הביטוח הפרטי כך שאינו יכול לכסות שירותים הכלולים בסל (רק שירותים משלימים או מרחיבים).
- מעניין לציין: באיטליה השנה פורסם לציבור אתר המשווה בתי חולים על פי מדדי איכות רבים. שרת הבריאות האיטלקית הגדירה את האתר כ" *trip advisor of hospitals* ".
- מעניין לציין: לאחרונה בגלל המשבר הכלכלי חל צימצום בפעילות הפרטית בבתי החולים הציבוריים



# השלכות המודל המשלב

- מדינות המיישמות מודל כזה מתמודדות עם שלוש סוגיות מרכזיות:
- תורים וזמני המתנה במערכת הציבורית
- הגברת הביקושים על ידי ההיצע (SID)
- גריפת שמנת של המערכת הפרטית



# האם סך ההוצאה על הבריאות תעלה כתוצאה מהפעלת המודל המושלב

החשש הוא עליה בהוצאה הלאומית לבריאות כתוצאה  
מ:

1. תופעת ה-SID הנלווית להגדלת ההיצע ברפואה בשונה

מכל שוק אחר

2. "ביקוש כבוש", בעיקר בבריפריה

3. ייקור גורמי היצור כלומר הרופאים



# האם סך ההוצאה על הבריאות תעלה כתוצאה מהפעלת המודל המושלב

- הפעילות תעבור ממערכת פרטית שבה מערכת הבקרה חלשה לתוך מערכת ציבורית בה מערכת בקרה חזקה יותר ← שיפור ביחס להיום
- Selective Contracting הגברת כוח המיקוח של המבטח
- רגולציה ברורה ופשוטה לעניין הכמויות ברמת מרכז רפואי, מחלקה ורופא בודד
- התחרות היא על המוצר קרי הטיפול רפואי ולא על גורם יצור כלומר הרופא. קיימת שורה של רופאים שאינם כוכבים שיוכלו לתת מענה לצורך.
- זמן אפקטיבי של רופא יגדל כתוצאה מניצול יתרונות לגודל והתמקצעות מניעת בזבז זמן רופא במעבר בין המערכות
- צמצום תופעת "גריפת שמנת" מצד המע' הפרטית ← הרווחים יגיעו לכיס הציבורי

# משמעות כספית של הפניית כספי מבוטחים

1.26	בחירת מנתח בשב"ן
0.36	פרמיית חו"ד שניה בשב"ן
0.77	בחירת רופא ביטוח פרטי (כולל קולקטיב)
0.22	חו"ד שניה ביטוח פרטי (כולל קולקטיב)
~1	השתתפויות עצמיות
0.2-0.6	שווה ערך של הגדלת זמן רופאים במערכת ציבורית
	רווחים של מוסדות פרטיים???
3.2 – 2.8	סה"כ מקורות פוטנציאליים
1	<p>תוספת עלויות עבור הפעילות במימון ציבורי :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• עלות ניתוח 45% מהמחיר ע"פ נתוני ו. ביטוחים</li> <li>• 70% מהניתוחים יתבצעו במערכת ציבורית</li> </ul>
1.3	תוספת שכר לרופאים ופרסונל עבור הגדלת הפעילות בציבורי
2.3	סה"כ עלויות נוספות
0.9 – 0.5	סה"כ תוספת מקורות למערכת ציבורית
השפעה על כיס האזרח	

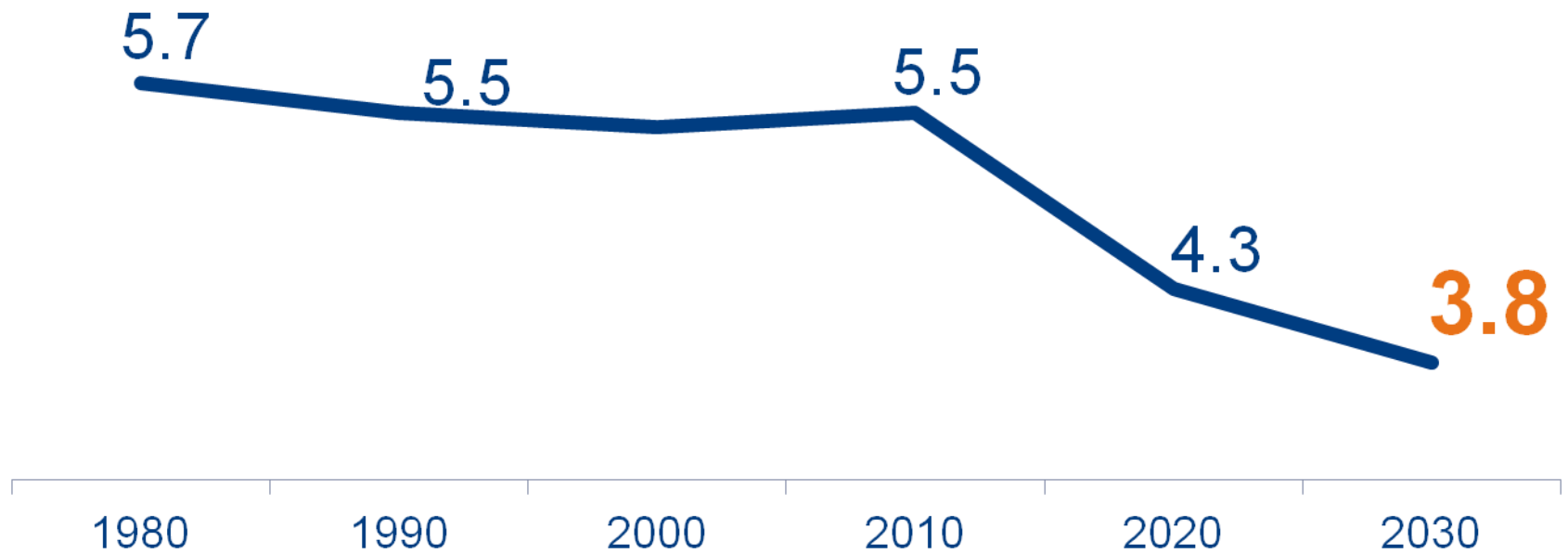


תודה רבה

---

# עומס על העובדים

היחס בין האוכלוסייה בגיל העבודה (20-64) לאוכלוסייה הקשישה (65 ומעלה)





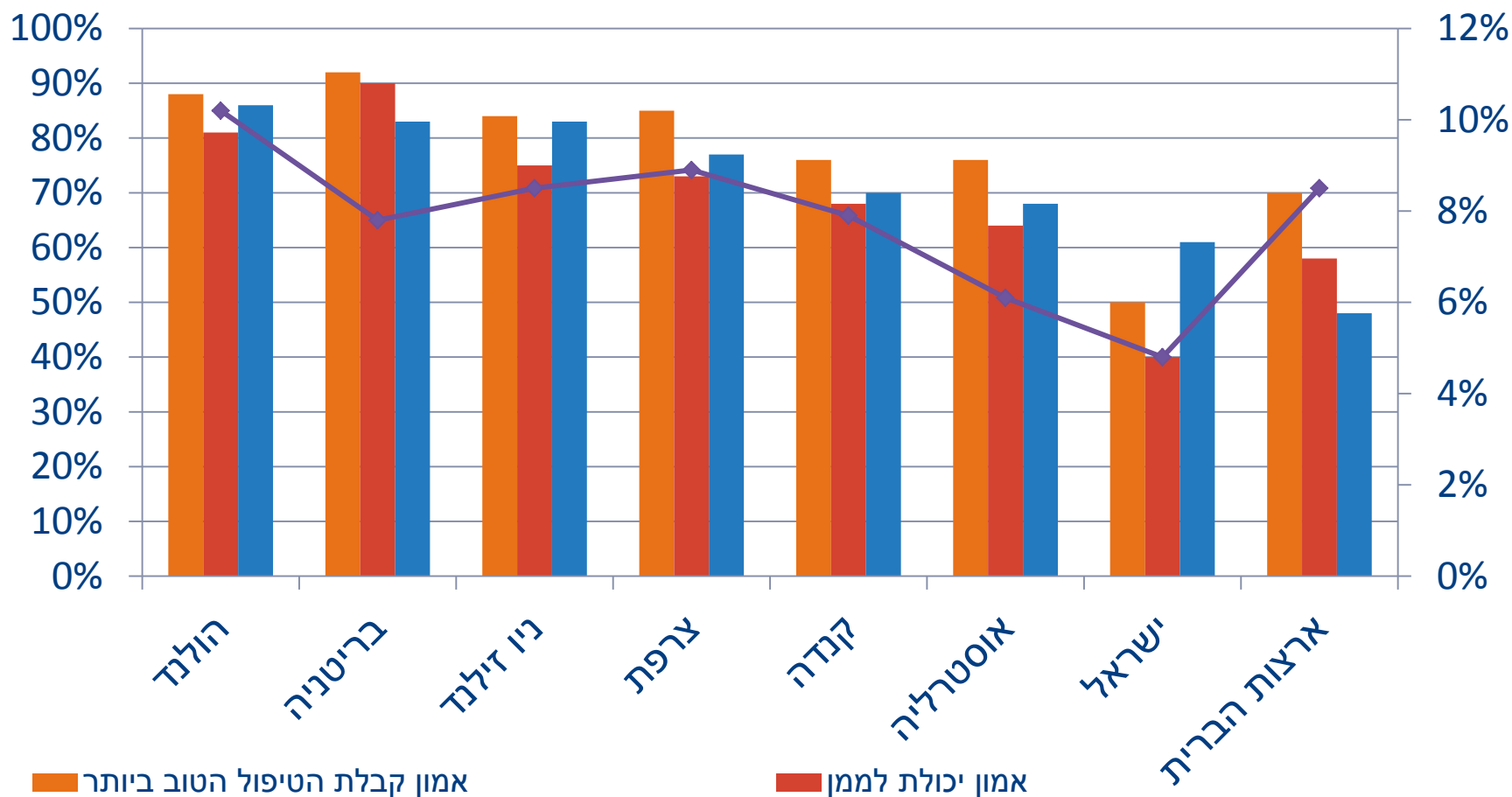
# Health Care Spending Growth

Michael E. Chernew and Joseph P. Newhouse

## Contents

1. Introduction	2
1.1. Spending Growth in the US	2
1.2. Spending Growth in Other Countries	4
2. Spending Growth vs. Spending Level	5
3. Technology and Spending Growth	7
4. Models of Spending Growth	10
4.1. Models with Exogenous Technology	10
4.1.1. <i>Managed Care and Spending Growth</i>	10
4.1.2. <i>Income Effects and Spending Growth</i>	11
4.2. Models of Endogenous Technology	12
5. Empirical Evidence	17
5.1. Causes of Spending Growth	17
5.2. Spending Growth by Insurance Type	26
5.3. Spending Growth by Disease/Health Status	34
6. Value of Spending Growth	36
7. Conclusion	37
References	38

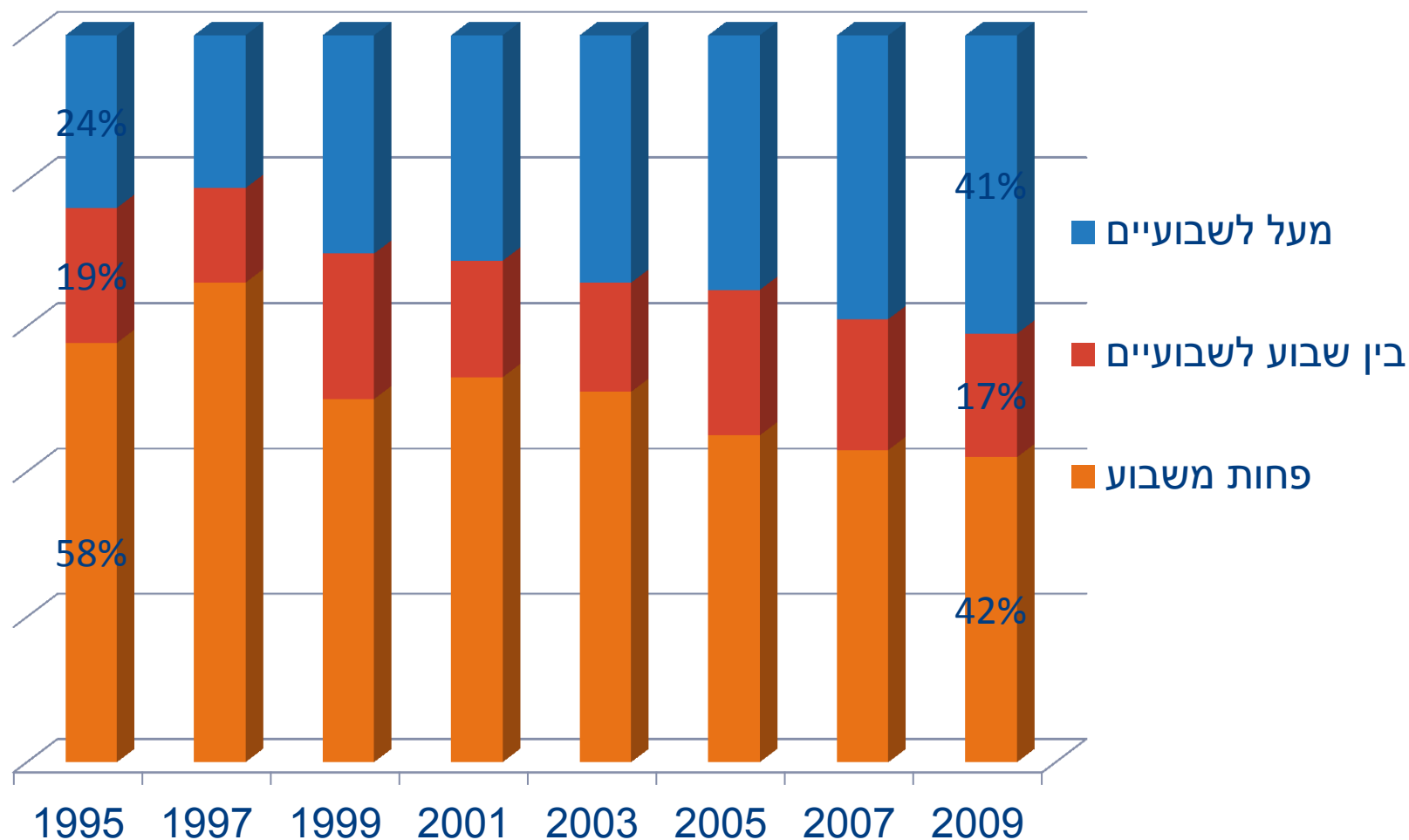
# אמון במערכת



מקור: סקרי מכון ברוקדייל

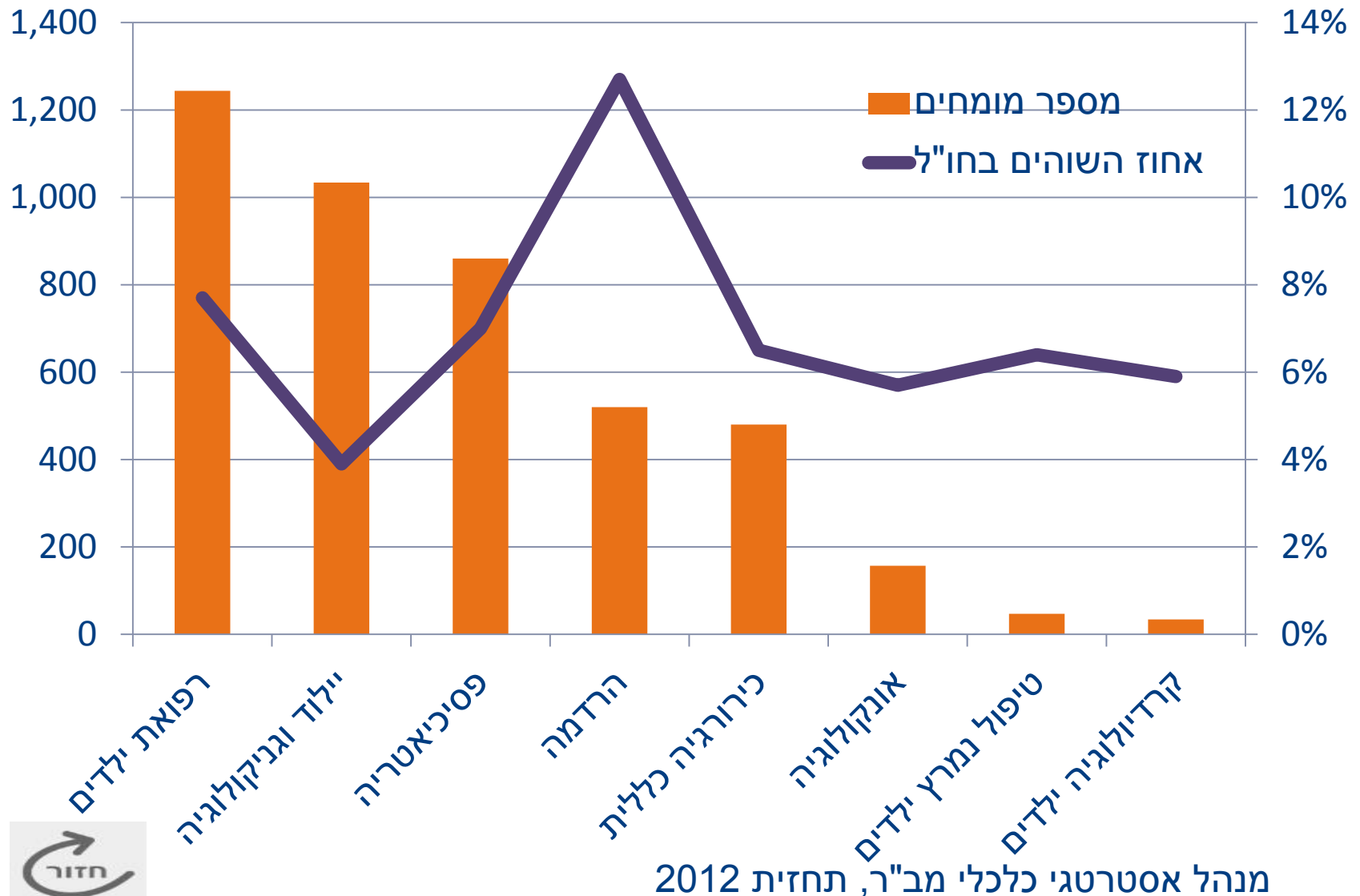


# זמני המתנה



מקור: סקרי מכון ברוקדייל

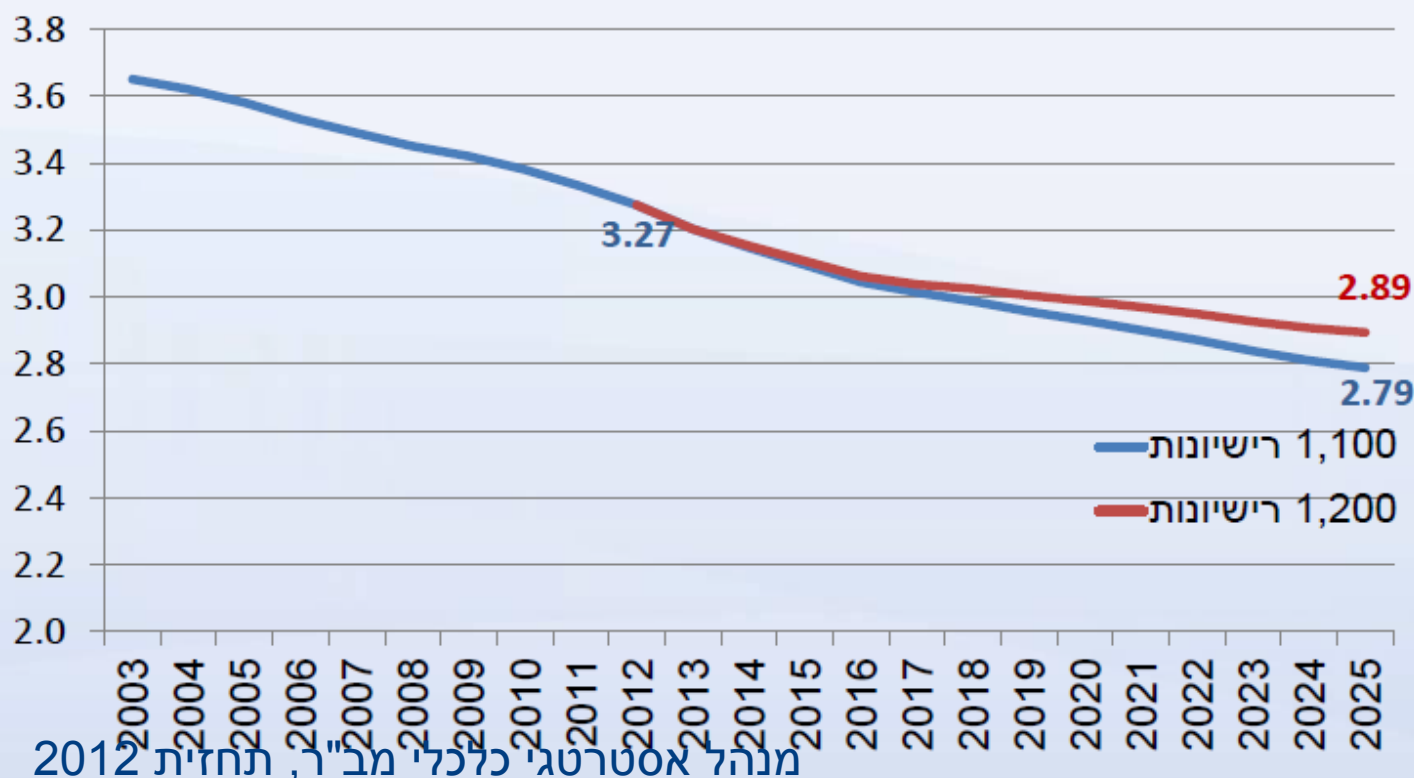
# תחרות על הרופאים





# מחסור צפוי בכ"א רפואי

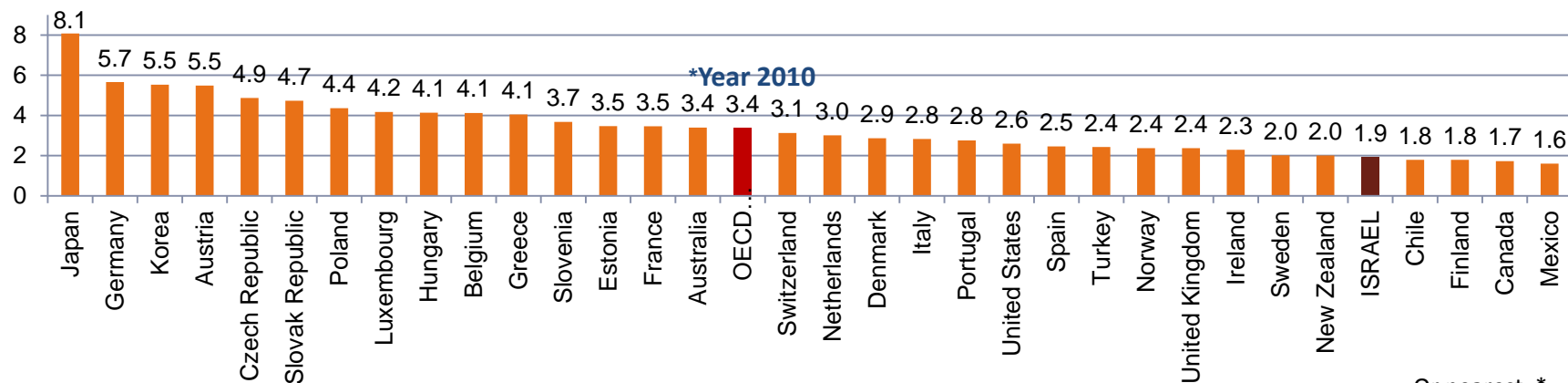
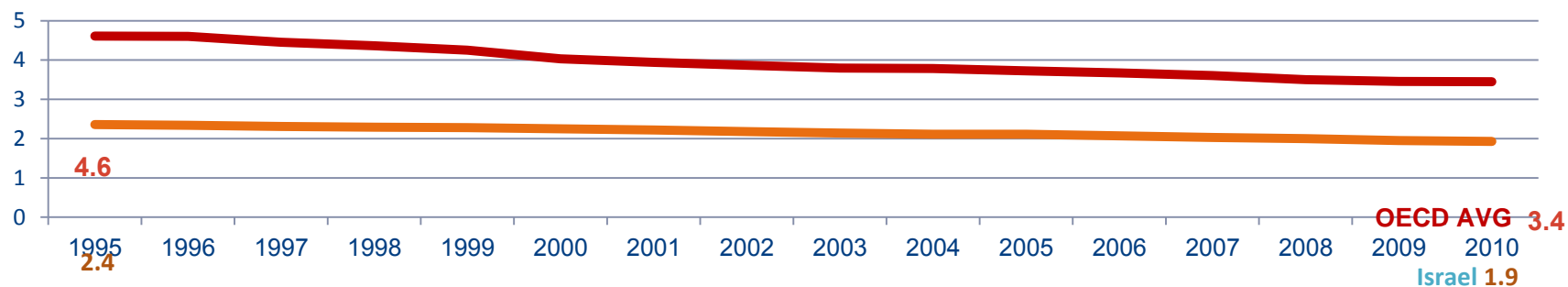
שיעור רופאים עד גיל 65 ל-1,000 נפש 2003-2012 ותחזית ל-2025



ע"פ עמדת איגוד רופאי המשפחה נדרשת תוספת של **350** רופאים מדי שנה על מנת לשמור על רמת שירות הניתן היום, זאת עקב גידול טבעי פרישה מוקדמת ויציאה לגמלאות של "גל עליה"

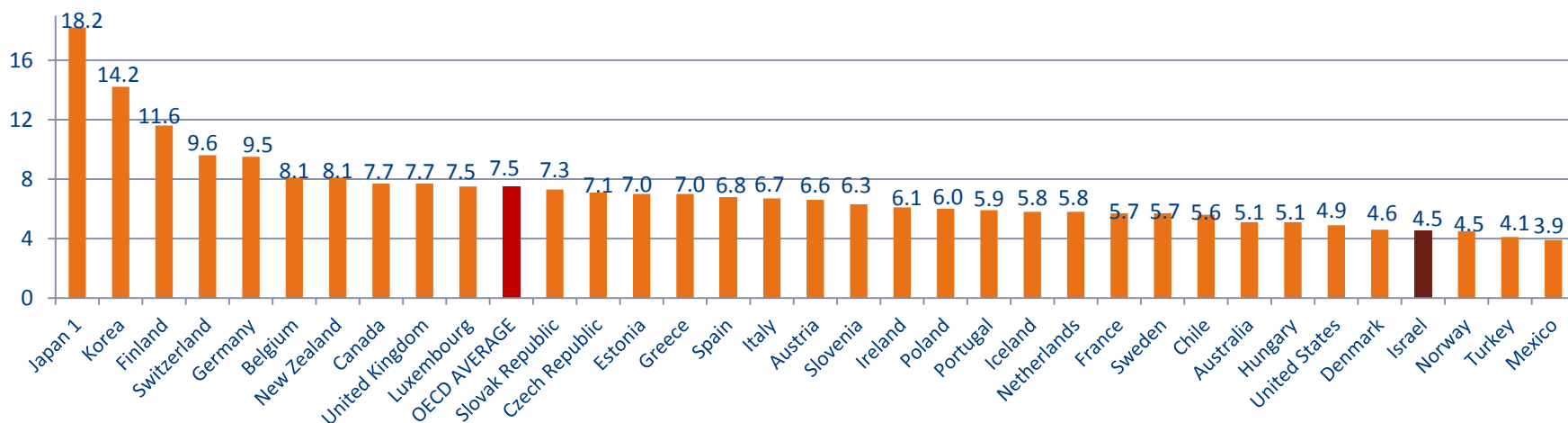
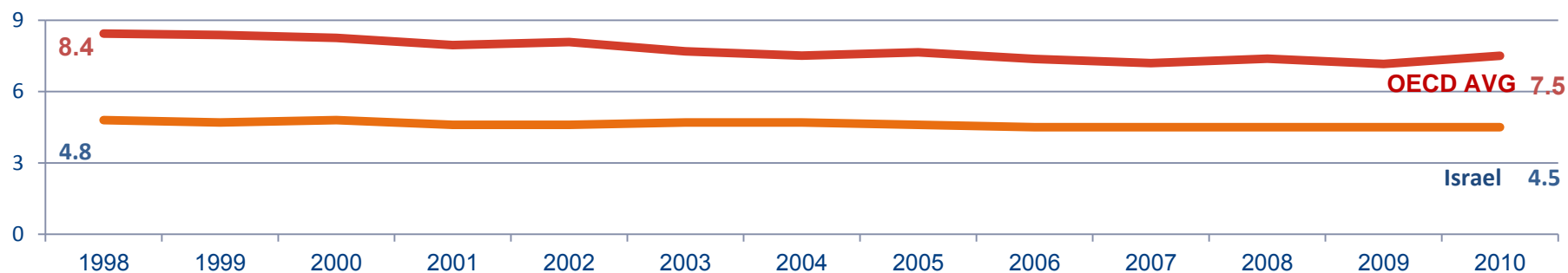


# מיטות לאלף נפש

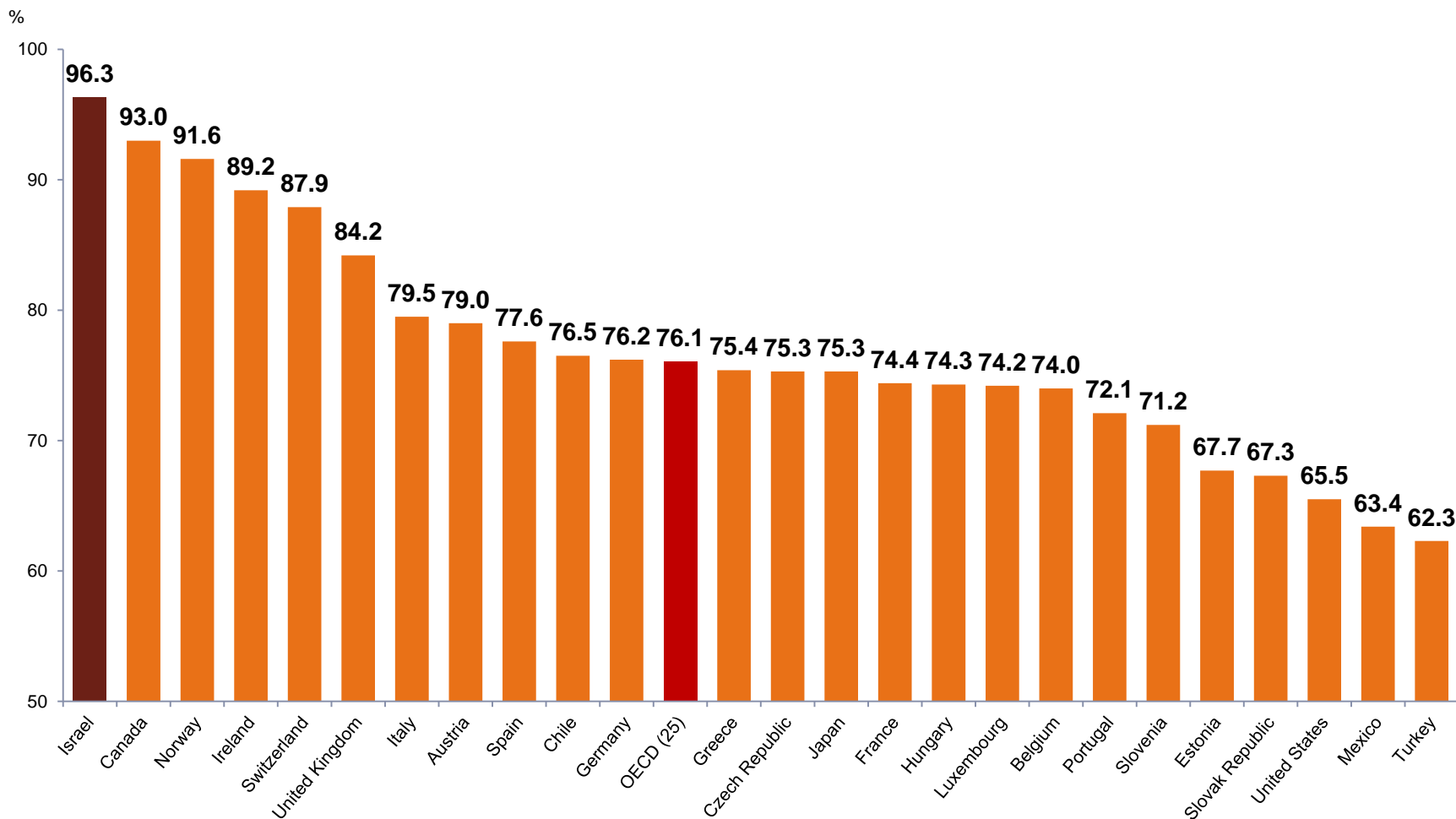


Or nearest \*

# משך שהייה ממוצעת בבתי החולים

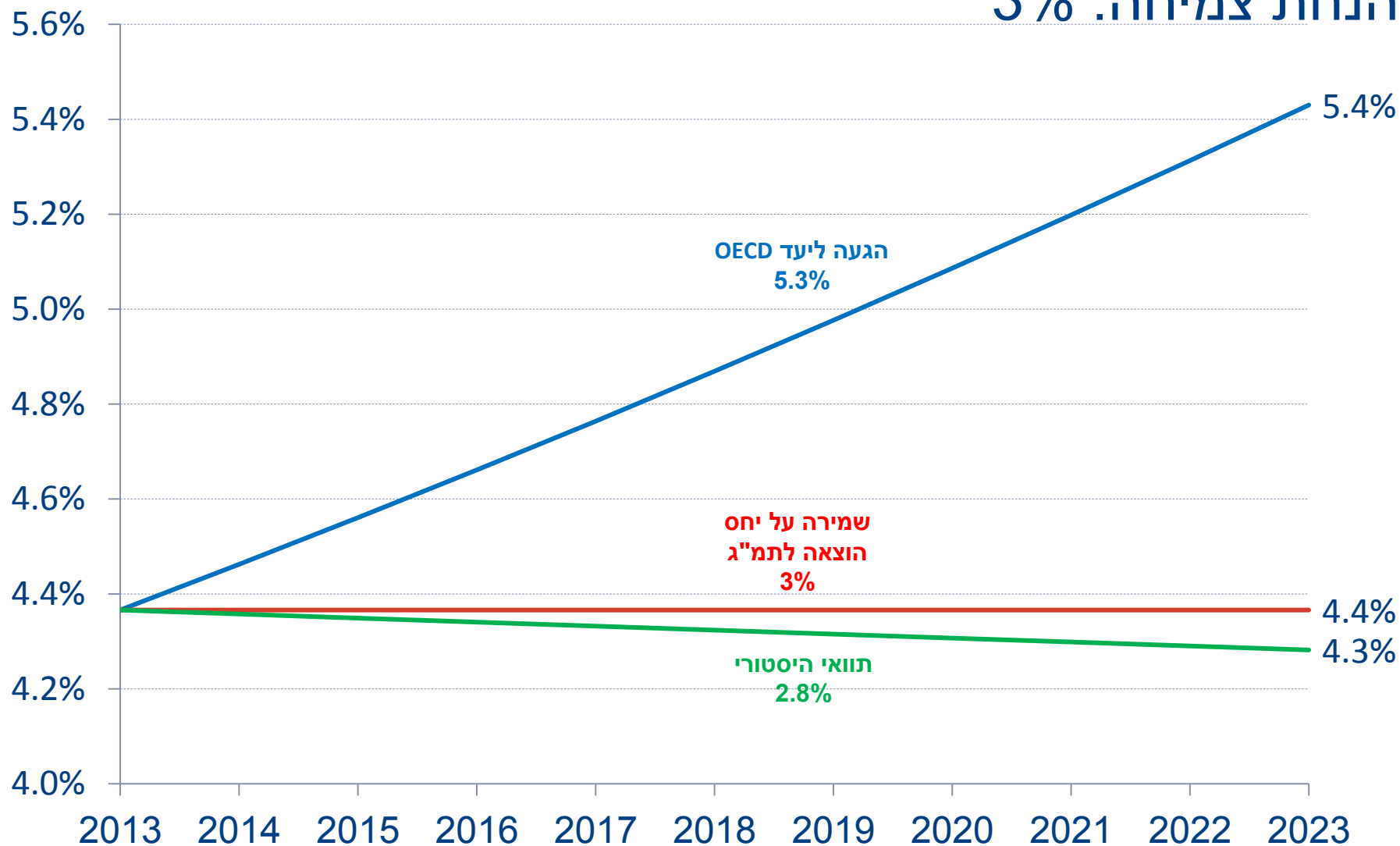


# שיעורי תפוסה 2009



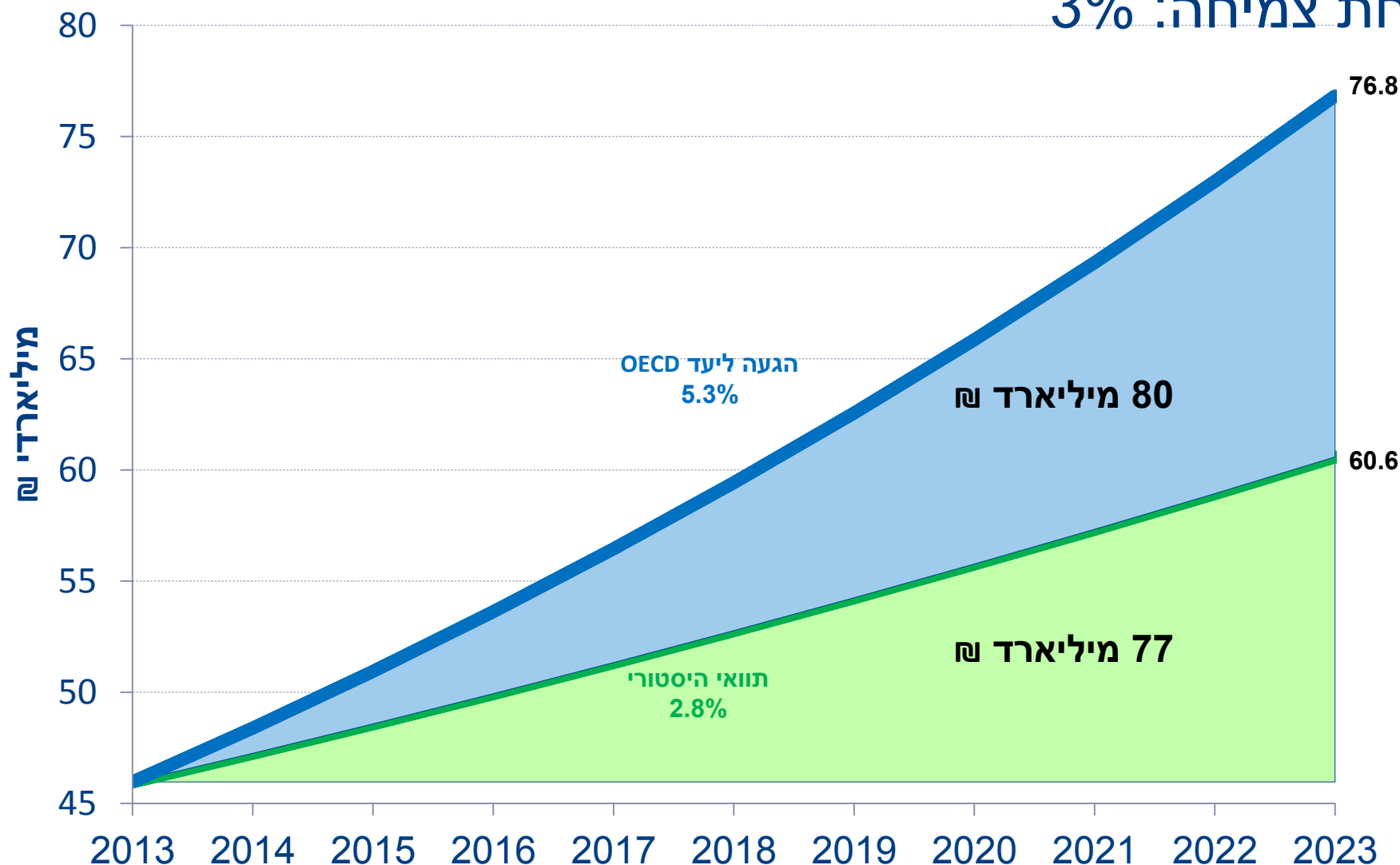
# סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות, % תוצר

הנחת צמיחה: 3%



# סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות

הנחת צמיחה: 3%



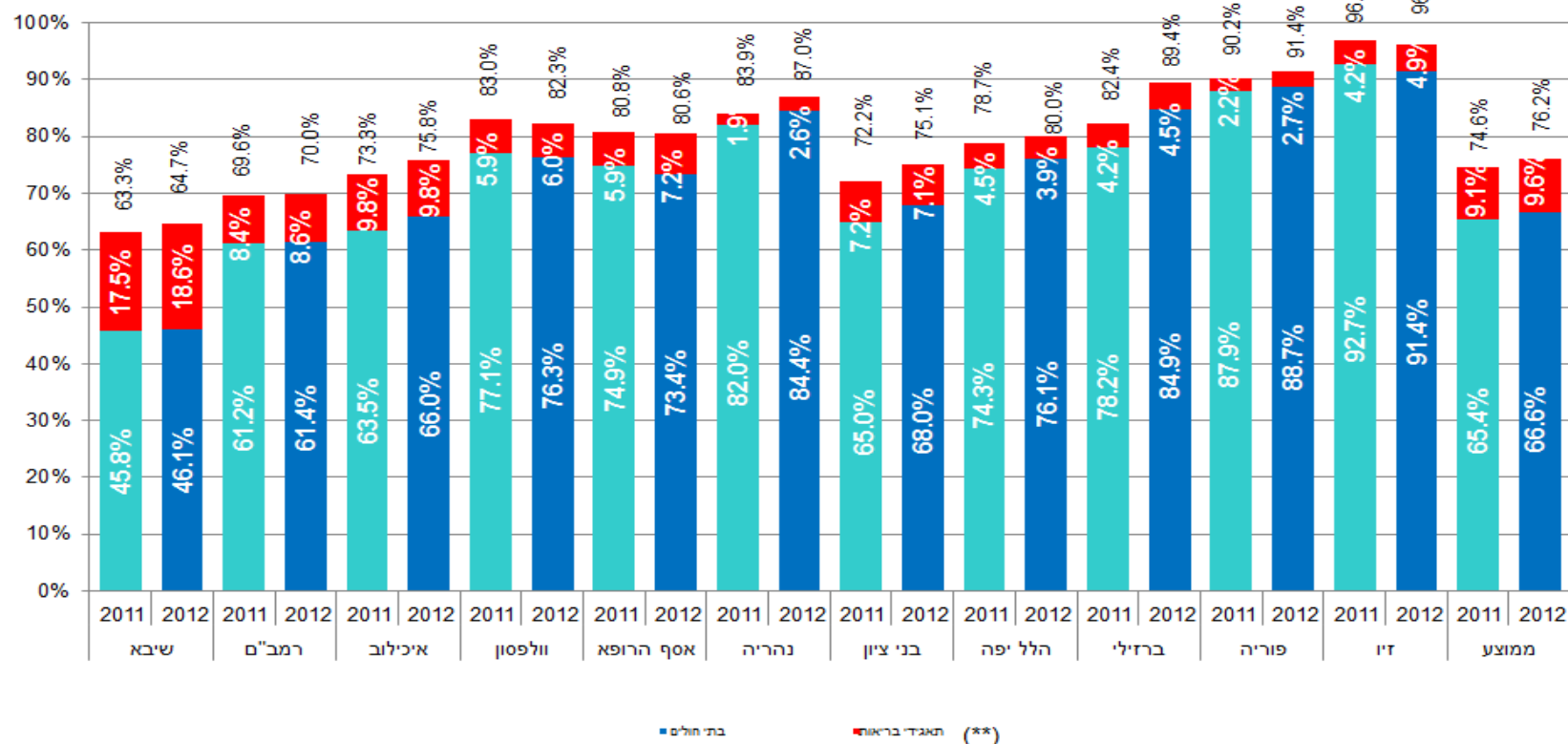
# התפלגות לקטיגוריות הוצאה מרכזיות

2012						
שיעור מסך עלות התביעות	סה"כ	לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית*	סוג הכיסוי
42%	1,219,794	102,454	178,111	464,447	474,782	ניתוחים ובחירת מנתח
9%	264,682	29,665	24,932	64,065	146,020	תרופות וחיסונים
13%	362,873	24,339	38,643	65,683	234,208	ייעוץ (חוות דעת שנייה)
9%	266,623	20,330	30,900	105,792	109,601	הריון ולידה
11%	315,802	3,900	8,125	73,661	230,116	רפואת שיניים
4%	110,489	5,908	21,369	16,320	66,892	שירותים לילד
1%	17,334	440	3,378	12,093	1,423	ניתוחים וחוות דעת בחו"ל



## 1. מערכת הבריאות – משבר כלכלי

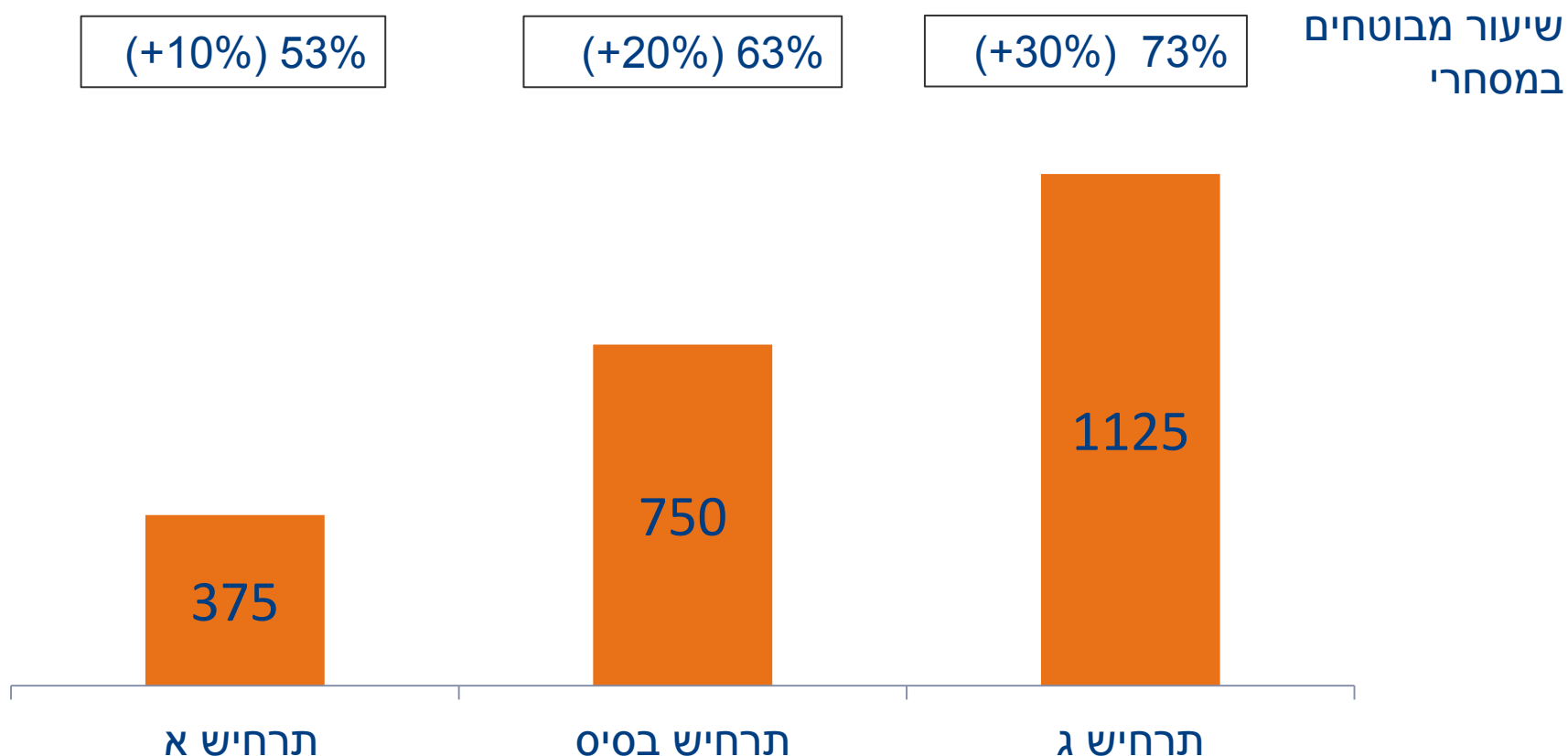
שיעור הוצאות שכר עבודה(\*) ביחס להכנסות הבסיס  
מרכזים רפואיים  
שנים 2011-2012





# השפעות ביטול בחירת מנתח – תרחישים אפשריים

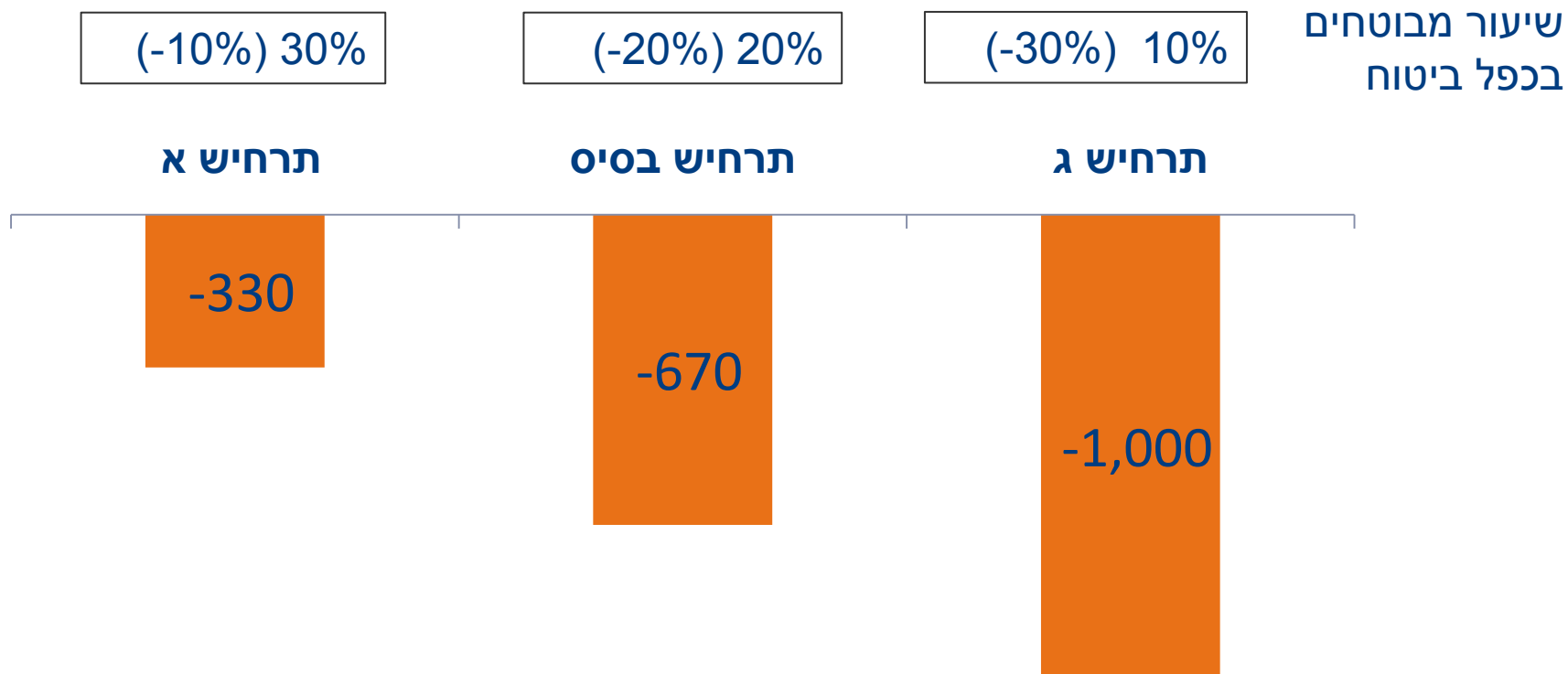
תוספת לעלות התביעות במסחרי כתלות בשיעור המבוטחים (במש"ח)



\* סך תביעות בפרטי על בחירת מנתח (כולל תוספת 600 מש"ח בשל ביטול בחירת מנתח בשב"ן) – 1.6 מיליארד ₪  
\*\* הגידול בעלויות בתביעות מחושב ע"ב שיעור הגידול במבוטחים במסחרי כפול סך עלות התביעות במסחרי  
\*\*\* ע"ב תמהיל האוכלוסייה הנוכחי, ללא התייחסות לשינויים דמוגרפיים

# השפעות פוליסה אחידה – תרחישים אפשריים

ירידה בפרמיות בחירת מנתח כתלות בירידה בשיעור מבוטחים עם כפל הביטוח (במש"ח)



\*סך פרמיות לבחירת מנתח – 3.3 מיליארד ₪

\*\*הנחה שהפסקת הביטוח תיעשה בהתאם ליחס הנוכחי בין מספר המבוטחים בביטוח פרט וקולקטיב לבין מבוטחי השב"ן

\*\*\*ע"ב תמהיל האוכלוסייה הנוכחי, ללא התייחסות לשינויים דמוגרפיים

# הוצאה מכיס האזרח בישראל

country	Health expenditure - % of GDP	Public expenditure - % of total	Out of pocket - % of total	Per capita expenditure, PPP \$ (2011)
Australia	9	68.5	19.8	3,692
Austria	10.6	75.6	16.3	4,482
Belgium	10.6	75.9	19.1	4,119
Canada	11.2	70.4	14.4	4,520
Chile	7.5	47	37.2	1,292
Czech Republic	7.4	83.5	15.1	1,923
Denmark	11.2	85.2	13.2	4,564
Estonia	6	78.9	18.6	1,334
Finland	8.9	74.8	19.2	3,332
France	11.6	76.7	7.5	4,085
Germany	11.1	75.9	12.4	4,371
Greece	10.8	61.2	36.7	2,918
Hungary	7.7	64.8	26.2	1,669
Iceland	9.1	80.4	18.2	3,264
Ireland	9.4	70.4	14.5	3,894
Israel	7.7	61.5	21.4	2,172
Italy	9.5	77.2	19.9	3,130
Japan	9.3	80	16.4	3,120
Korea, Rep.	7.2	57.3	32.9	2,181
Luxembourg	7.7	84.3	11.4	6,876
Mexico	6.2	49.4	46.5	940
Netherlands	12	85.7	5.1	5,123
New Zealand	10.1	83.2	10.5	3,033
Norway	9.1	85.6	13.6	5,674
Poland	6.7	71.2	22.9	1,423
Portugal	10.4	64.1	27.3	2,624
Slovak Republic	8.7	63.8	26.2	2,088
Slovenia	9.1	72.8	13	2,519
Spain	9.4	73.6	20.1	3,041
Sweden	9.4	80.9	16.9	3,870
Switzerland	10.9	65.4	25	5,564
Turkey	6.7	74.9	16.1	1,161
United Kingdom	9.3	82.7	9.2	3,322
United States	17.9	45.9	11.3	8,608

# HANDBOOK OF HEALTH ECONOMICS

Edited by

MARK V. PAULY  
THOMAS G. MCGUIRE  
PEDRO P. BARROS

Amsterdam • Boston • Heidelberg • London • New York • Oxford  
Paris • San Diego • San Francisco • Singapore • Sydney • Tokyo  
North Holland

## הגישה הישנה: תחרות בבריאות זה רע כי:

- תחרות מעלה את ההיצע ובבריאות עלייה בהיצע יוצרת מרוץ חימוש וטיפולים מיותרים.
- תחרות על רופאים מעלה את שכרם ומכאן את עלויות המערכת.
- התחרות היא לא בהכרח על הדברים החשובים באמת כי הפציינטים לא מבינים מה טוב להם.

## • הגישה החדשה:

- אם התחרות בין המטפלים היא לא מול המטופל הבודד אלא מול "נציגים" שלו (קרי, קופות חולים, חברות ביטוח, ארגוני רכישה) אזי תחרות מורידה מחירים במקרים מסוימים אף מעלה את האיכות.
- "נציגי" המטופלים ממלאים את תפקיד ה"מפקח" בלי חלק מהמגבלות של מפקח ממשלתי.

# Dranove: Conclusions

Early studies presented a theory of harmful competition that was the direct result of moral hazard and delegation—the Medical Arms Race. Empirical research steeped in the tradition of the structure conduct performance paradigm showed that health care costs did seem to be higher in more competitive markets, although these studies never fully addressed concerns about endogeneity bias inherent in CP regressions.

As US markets transitioned to selective contracting, and the locus of purchasing power shifted from the individual patient to the insurer, evidence showed that prices were higher in more concentrated markets and that mergers also led to higher prices. In the past decade, empirical research has become more structural; these models confirm the adverse consequences of provider market power and are integral to antitrust analyses of mergers.

The overall conclusion is that the growth of selective contracting eliminated or even reversed the perverse relationship between market performance and market concentration.

# Selective Contracting

“payer competition” (providers compete for plan contracts) instead of  
“patient competition” (providers compete for individual patients).

Cutler et al. (2000) found contracting **reduced prices** for heart attack treatments at hospitals. Ma and McGuire (1998) found **quantity reductions** when selective contracting was introduced for office-based mental health care providers. More recently, Wu (2009). Found that **size helps a health plan in bargaining with hospitals over price, but so does the ability to “channel” patients,**

Experience of contracting in California has also been studied extensively. Melnick et al. (1992) and Melnick and Zwanziger (1988) studied selective contracting for hospitals in California and large metropolitan areas, respectively, and document that **MCOs obtain discounts by selective contracting, and more competitive hospital markets allow larger discounts.**

# Selective Contracting

“payer competition” (providers compete for plan contracts) instead of “patient competition” (providers compete for individual patients).

Cutler et al. (2000) found contracting **reduced prices** for heart attack treatments at hospitals. Ma and McGuire (1998) found **quantity reductions** when selective contracting was introduced for office-based mental health care providers. More recently, Wu (2009). Found that **size helps a health plan in bargaining with hospitals over price, but so does the ability to “channel” patients,**

Experience of contracting in California has also been studied extensively. Melnick et al. (1992) and Melnick and Zwanziger (1988) studied selective contracting for hospitals in California and large metropolitan areas, respectively, and document that **MCOs obtain discounts by selective contracting, and more competitive hospital markets allow larger discounts.**



**Table 9.8** Summary of Hospital Price-Concentration Literature

Study	Primary Data Source, Services, Location and Time Period	Measures of Market Structure/Price	Empirical Approach	Results
Akosa Antwi et al. (2009)	OSHDP; Inpatient; CA; 1999–20025	County-level HHI; average net revenue per discharge	Graphical analysis of price growth trends	Prices increased 2-fold over period and growth is highest in monopoly markets; however, changes in market structure are not associated with differential price growth
Burgess et al. (2005)	AHA, OSHPD, inpatient; CA; 1994–1998	Average net private revenue per private discharge; hospital system HHI is weighted average zip code HHI	Estimate GEE to account for within-hospital correlations	Hospital system HHI is positively correlated with price
Dranove et al. (2008)	OSHDP, Florida State Center for Health Statistics; AHA; inpatient; CA and FL; 1990–2003	Hospital system HHI based on actual and predicted patient flows	OLS and IV regression of price on concentration and measure of MC intensity	The association between concentration and price increased during the 1990s and leveled off during the 2000s
Melnick and Keeler (2007)	OSHDP, AHA; inpatient; CA; 1999–2003	Average net private revenue per private discharge; hospital system HHI is weighted average zip code HHI	Linear regression of log price on concentration indexes and system indicators	System HHI is positively associated with price growth; hospitals in large systems experienced higher price growth
Moriya et al. (2010)	MedStat insurance claims, AHA data; all inpatient; US; 2001–2003	HHI calculated using AHA data, DRG-adjusted prices from claims data	Estimate the relationship between insurer/hospital concentration and price using OLS w/market FE	Insurer concentration is negatively associated with hospital prices; hospital

*(Continued)*

Table 9.8 (Continued)

Study	Primary Data Source, Services, Location and Time Period	Measures of Market Structure/Price	Empirical Approach	Results
Wu (2008)	Medicare cost reports, AHA; inpatient; MA; 1990–2002	Outcome of interest is change in private payments per admission	Examines impact of hospital closures on prices using DDD approach	price/concentration relationship is insignificant Hospitals in which a rival closed experienced a price increase relative to controls
Zwanziger et al. (2000)	OSHPD; inpatient; CA; 1980–1997	Outcome of interest is hospital revenue and expenditures, HHI is weighted average zip code HHI	Estimate the impact of hospital concentration allowing for the impact to vary by year; estimate with hospital FE	The association between market concentration and hospital revenue is monotonically increasing from 1983 to 1997
Zwanziger and Mooney (2005)	HMO annual reports, SPARCS, NY cost reports; inpatient; NY; 1995–1999	Price is HMO payments/risk-adjusted discharges; hospital/system HHI is weighted average zip code HHI	Estimate the relationship between hospital concentration and price leveraging NY deregulation of hospital pricing in 1997 w/hospital FE	The relationship between system HHI and prices became large and significant after reform

Note: Lists only those studies published after 2000.

**Table 9.9** Summary of Hospital Merger Literature

Study	Primary Data Source and Time Period	Location/Merger	Services	Price Measure	Empirical Approach	Results
Capps and Dranove (2004)	Insurer claims 1997–2001	Analysis of 12 inpatient hospitals involved in mergers	Inpatient	Inpatient prices from claims	Difference-in-difference (DID)	Nine of the 12 hospitals had price increases exceeding the median
Dafny (2009)	AHA, Medicare reports 1989–1996	Analyzes 97 hospital mergers US	Inpatient	CMI-adjusted inpatient revenue per discharge	Instrumental variables	Merging hospitals had 40 percent higher prices than non-merging hospitals
Haas–Wilson and Garmon (2011)	Insurer claims 1997–2003	Evanston, mergers of Evanston NW and Highland Park and St. Therese and Victory Memorial	Inpatient	Inpatient prices from claims	DID	Post-merger, Evanston–NW hospital had 20 percent higher prices than control group; no price effect at St. Therese–Victory
Krishnan (2001)	Ohio Dept. of Health and OSHPD 1994–1995	OH and CA analysis of 37 different hospital mergers	Inpatient	DRG prices based on charge to revenue information	DID	Merging hospitals increased price 16.5 and 11.8 percent in OH and CA, respectively
Spang et al. (2001)	AHA, Medicare cost reports 1989–1997	Analyzes 204 hospital mergers across US	Inpatient	Adjusted inpatient revenue per admission	OLS	Merging hospitals experienced a 5 percentage point lower price growth relative to rivals

*(Continued)*

Table 9.9 (Continued)

Study	Primary Data Source and Time Period	Location/Merger	Services	Price Measure	Empirical Approach	Results
Tenn (2011)	Insurer claims 1997–2002	SF Bay Area, CA Sutter/Summit merger	Inpatient	Risk-adjusted inpatient price from claims	DID	Summit prices increased 28.4 to 44.2 percent compared to control group
Thompson (2011)	Insurer claims 1997–98 and 2001–02	Wilmington, NC New Hanover-Cape Fear 1998 merger	Inpatient	Risk-adjusted inpatient price from claims	DID	Three of 4 insurers experienced a large price increase; one insurer experience a decrease in prices
Town et al. (2006)	CPS, AHA and InterStudy, 1991–2003	Entire US	Not applicable	Rate of uninsurance	DID	Aggregate merger activity increased the uninsured rate by 0.3 percentage points
Sacher and Vita (2001)	OSHDP data, 1986–1996	Santa Cruz, CA merger of Dominican and Watsonville hospitals	Inpatient	Average net revenue received per inpatient acute-care admission	DID	Average net revenue from private payers Dominican hospital prices were 22 percent higher after the merger relative to controls

Note: Lists only those studies published after 2000.

**Table 9.11 Health Care Quality and Competition Empirical Studies: Market Determined Prices**

Study	Time Period	Geographic Area	Medical Condition	Payers	Quality Measure	Competition Measure	Effect of Competition on Quality
Gowrisankaran and Town (2003)	Heart attack, 1991–1993; pneumonia, 1989–1992	Los Angeles	Heart attack, pneumonia	HMO	Mortality	HHI	Increase ( <i>mortality</i> ↓)
Sohn and Rathouz (2003)	1995	California	PTCA	All	Mortality	Competition coefficient	Increase ( <i>mortality</i> ↓)
Mukamel et al. (2002)	1982, 1989	California	All, AMI, CHF, pneumonia, stroke	All	Mortality	HHI	Decrease ( <i>mortality</i> ↑)
Encinosa and Bernard (2005)	1996–2000	Florida	All, nursing surgery	All	Patient safety event	Low hospital operating margin	Decrease ( <i>patient safety events</i> ↑)
Propper et al. (2004)	1995–1998	UK	Heart attack	NHS	Mortality	Number of competitors	Decrease ( <i>mortality</i> ↑)
Sari (2002)	1991–1997	16 states	All	All	Quality indicators	HHI	Increase ( <i>quality indicators</i> ↑)
Ho and Hamilton (2000)	1992–1995	California	Heat attack, stroke	All	Mortality readmission	Merger	No effect; mortality increase: readmission (↓)
Capps (2005)	1995–2000	New York	All	All	Quality indicators	Merger	No effect: 13 inpatient and patient safety indicators Decrease: 1 year post-merger in-hospital mortality for AMI, heart failure ( <i>mortality</i> ↑)

(Continued)

Table 9.11 (Continued)

Study	Time Period	Geographic Area	Medical Condition	Payers	Quality Measure	Competition Measure	Effect of Competition on Quality
Volpp et al. (2003)	1990–1995	New Jersey	Heart attack	All	Mortality	Price deregulation	Decrease ( <i>mortality</i> ↑)
Burgess et al. (2008)	1991–1999	UK	Heart attack	NHS	Mortality	Deregulation, number of competitors	Decrease ( <i>mortality</i> ↑)
Howard (2005)	2000–2002	US	Kidney transplant	All	Graft failure	Demand elasticity	Increase (small) ( <i>elasticity</i> ↑)
Abraham et al. (2007)	1990	US	All	All	Quantity consumed	# of hospitals	Increase ( <i>quantity</i> ↑)
Cutler et al. (2010)	1994, 1995, 2000, 2002, 2003	Pennsylvania	CABG	All	Mortality	Entrants' market share	Increase ( <i>market share of high-quality physicians</i> ↑)
Escarce et al. (2006)	1994–1999	California, New York, Wisconsin	Heart attack, hip fracture, stroke, gastrointestinal hemorrhage, congestive heart failure, diabetes	All	Mortality	HHI	Increase—CA, NY; no effect—WI ( <i>mortality</i> ↓, 0)
Rogowski et al. (2007)	1994–1999	California	Heart attack, hip fracture, stroke, gastrointestinal hemorrhage, congestive heart failure, diabetes	All	Mortality	1-HHI, 1–3 firm concentration, # of competitors	Increase (3–5 conditions), no effect ( <i>mortality</i> ↓, 0)



**Table 10.2** Summary of Empirical Studies of Competition

Authors	Dependent Variable	Methodology	Findings
Pauly and Satterthwaite (1981)	Physician prices	SCP	Prices higher when search is more difficult
Robinson and co-authors (1985, 1987)	Hospital costs and services	SCP	Costs lower in more concentrated markets
Noether (1988)	Hospital prices and costs	SCP	Costs lower in more concentrated markets. No relationship between prices and competition
Zwanziger and Melnick (1988a)	Hospital costs	SCP in repeated cross-sections	Negative relationship between cost and concentration disappears over time
Dranove et al. (1992b)	Hospital prices and costs	SCP in repeated cross-sections	Negative relationship between price/cost margins and concentration disappears over time
Connor et al. (1998)	Hospital prices	SCP in repeated cross-sections	Negative relationship between prices and concentration disappears over time
Capps et al. (2010)	Hospital prices	SCP in repeated cross-sections	Trend in which concentration leads to higher prices diminishes after 2000
Dranove et al. (1992a)	Hospital services	SCP	Failure to account for hospital location leads to biased coefficients on concentration
Lynk (1995)	Hospital prices	SCP	Negative relationship for non-profits but not for for-profits
Dranove and Ludwick (1999)	Hospital prices	SCP	Lynk results not robust to changes in key assumptions
Keeler et al. (1999)	Hospital prices	SCP in repeated cross-sections	Negative relationship for non-profits disappears over time
Gaynor and Vogt (2003)	Hospital prices	Structural	Competition leads to lower prices
Town and Vistnes (2001)	Hospital prices	Structural	Competition leads to lower prices
Capps, Dranove, and	Hospital prices	Structural	Competition leads to lower prices

(Continued)

Table 10.2 (Continued)

Authors	Dependent Variable	Methodology	Findings
Satterthwaite (2003)			
Ho (2009)	Hospital prices	Structural	“Star” hospitals and hospitals near capacity may charge high prices and end up “out of network”
Kessler and McClellan (2000)	Mortality of heart attack patients	SCP	Innovative measure of market structure; mortality is higher in more concentrated markets
Kessler and Geppart (2005)	Mortality of heart attack patients	SCP	Harmful effect of concentration greater among most severely ill patients
Gowrisankaran and Town (2003)	Mortality of heart attack patients	SCP	Harmful effect of concentration greater for Medicare patients
Propper et al. (2004)	Mortality of heart attack patients	DID	Mortality is lower in more concentrated markets after UK reforms encouraging competition
Propper et al. (2008)	Mortality and waiting times for heart attack patients	DID	Mortality is lower and waiting times higher in more concentrated markets after 1990s UK reforms encouraging competition
Gaynor et al. (2010)	Mortality for heart attack patients	DID	Mortality is higher in more concentrated markets after 2006 UK reforms encouraging competition
Cooper et al. (2010)	Mortality for heart attack patients	DID	Mortality is higher in more concentrated markets after 2006 UK reforms encouraging competition
Sari (2002)	AHRQ quality indicators	SCP	Quality is lower in more concentrated markets
Mukamel et al. (2002)	Mortality for high-risk diagnoses	DID	Mortality is higher in more concentrated markets
Mutter et al. (2008)	AHRQ quality indicators	SCP	Mixed results using a range of measures of concentration



**Table 10.5** Studies of Hospital Mergers

Authors	Dependent Variable	Methodology	Results
Mukamel et al. (2002)	Costs	Difference in differences	Increases in concentration associated with higher costs
Capps and Dranove (2004)	Actual transactions prices	DID	Increases in concentration associated with higher prices
Dafny (2009)	Prices	Instrumental variables	Instrumented mergers associated with higher prices for other hospitals in market
Krishnan (2001)	Prices	Case study	Price increases at merged hospitals positively correlated with concentration increases
Vita and Sacher (2001)	Prices	Case study	Merged hospitals raised prices
Haas-Wilson and Garmon (2011)	Prices	Case study	Merged hospitals raised prices
Thompson (2011)	Prices	Case study	Mixed results
Tenn (2011)	Prices	Case study	Merged hospitals raised prices
Ho and Hamilton (2000)	Mortality for three diagnoses	DID	Mergers have little effect
Capps (2005)	AHRQ quality measures	DID	Mergers have little effect
Romano and Balan (2011)	Clinical quality measures	Case study	Merger had little effect
Gaynor et al. (2011b)	Regulator's measure of hospital quality	DID with propensity score matching	Hospitals forced to merge by UK government and independent hospitals had similar quality