

טיוטא לא להפצה
הוכן כחומר רקע לעבודת וועדת גרמן

הניסיון הבינלאומי של שילוב פרטי / ציבורי בבתי חולים והשלכות על המערכת הציבורית

שולי ברמלי-גרינברג ורותי וויצברג

מאיירס ג'וינט-מכון ברוקדייל



מטרות

- זיהוי מודלים של שילוב מימון פרטי / ציבורי בהספקה פרטית / ציבורית; בדגש על בתי חולים
- זיהוי השלכות השילוב על מערכת הבריאות
- זיהוי כלי מדיניות אשר יושמו במדינות השונות להתמודדות עם ההשלכות הלא רצויות

שיטה

- סוכמו יותר מחמישים מאמרים תיאורטיים ואמפיריים מהארץ ומהעולם
- הבעיה: כמעט ואין ספרות אמפירית החוקרת את ההשלכות של השילוב על מערכת בריאות
- הפתרון:
 - התמקדנו במספר קטן יחסית של מדינות המיישמות שילוב פרטי / ציבורי
 - פנינו לחוקרים מרכזיים בתחום בכל אחת מהמדינות בהן התמקדנו
 - ביצענו את הניתוח בעצמנו

החוקרים אליהם פנינו

- Prof. Richard Saltman :OECD
- Prof. Sherry Glied :ארצות הברית:
- Dr. Milena Vainiery :איטליה:
- Prof. Wynand P.M.M. van de Ven:הולנד:
- Prof. Pedro Pita Barros :פורטוגל:
- Prof. Antonio Duran :ספרד:
- Prof. Carol Propper, Dr. Sarah Thompson :בריטניה:
- Dr. Juha Teperi :פינלנד:
- Dr. John Sproule, Prof. Mark Stabile :קנדה:
- ישראל: פרופ' עמיר שמואלי

ממצאים

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 לשיוויוניות

האיזון בין יעילות לשוויוניות

- **שיוויון:** נגישות וזמינות של כלל האוכלוסייה לשירותי בריאות באיכות גבוהה בזמן ומרחק סבירים וללא סלקציה מצד המבטחים או הספקים
- **יעילות:** מתן שירות רפואי בפחות משאבים ללא פגיעה בנגישות בזמינות ובאיכות של השירות הרפואי

האיזון בין יעילות לשוויוניות

- ככל ששרותי הבריאות מתייקרים ומגבלת המקורות נשמרת כך השמירה על האיזון קשה יותר
- כחלק מחיפוש אחר האיזון מדינות רבות אפשרו ואף עודדו כניסה של מימון והספקה פרטיים למערכת הציבורית

ארבעה מודלים בסיסיים לשילוב פרטי / ציבורי

מודלים בסיסיים לשילוב פרטי ציבורי

מודל 1: השתתפות עצמית

- מבוסס על סוגים שונים של השתתפות מסיבית של הפרט במימון הטיפול הרפואי.
- השלכה מרכזית: עלול לפגוע בשוויוניות ובנגישות השירותים לאוכלוסיות חלשות.
- **למשל, באוסטרליה וצרפת** המימון הציבורי מכסה את שירותי בריאות אך על הצרכן להשלים בין 10%-20% מהעלויות מהכיס או באמצעות ביטוח (וולנטרי או כזה המסובסד על ידי המדינה).
- **דוגמא נוספת הביטוח הציבורי בארה"ב** (Medicare, Medicaid)

מודלים בסיסיים לשילוב פרטי ציבורי

מודל 2: מבוסס קבוצות אוכלוסייה

- המימון הציבורי הוא לקבוצות מסוימות באוכלוסייה וקבוצות אחרות צריכות לשלם באופן פרטי.
- השלכה מרכזית: היווצרות מערכת של שתי רמות טיפול: לאלו שמקבלים מימון ציבורי ולאלו שלא. כמו כן קיימת סכנה לסלקציה של המבוטחים "היקרים".
- למשל, הולנד לפני 2006 וארה"ב בהולנד עד 2006 היה ביטוח ציבורי רק לאוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה. בארצות הברית הביטוח הציבורי ה-Medicare וה-Medicaid מכסים רק אוכלוסיות מסוימות

מודלים בסיסיים לשילוב פרטי ציבורי

מודל 3: לפי כיסוי

- המימון הפרטי הוא רק של שירותים שאינם מכוסים על ידי הביטוח הציבורי.
- השלכות מרכזיות: תורים ארוכים, התייקרות המערכת הציבורית, היווצרות שוק לשירותים "דומים" לניתן בציבורי, ויציאה של התושבים מחוץ למדינה לצורך קבלת שירותים ברמה גבוהה יותר.
- **בקנדה** מופעל מודל בו אשפוזים וביקורים אצל רופאים ממומנים רק באופן ציבורי. **בהולנד מ-2006** המימון הפרטי מכסה רק שירותים שמחוץ לסל הבריאות.

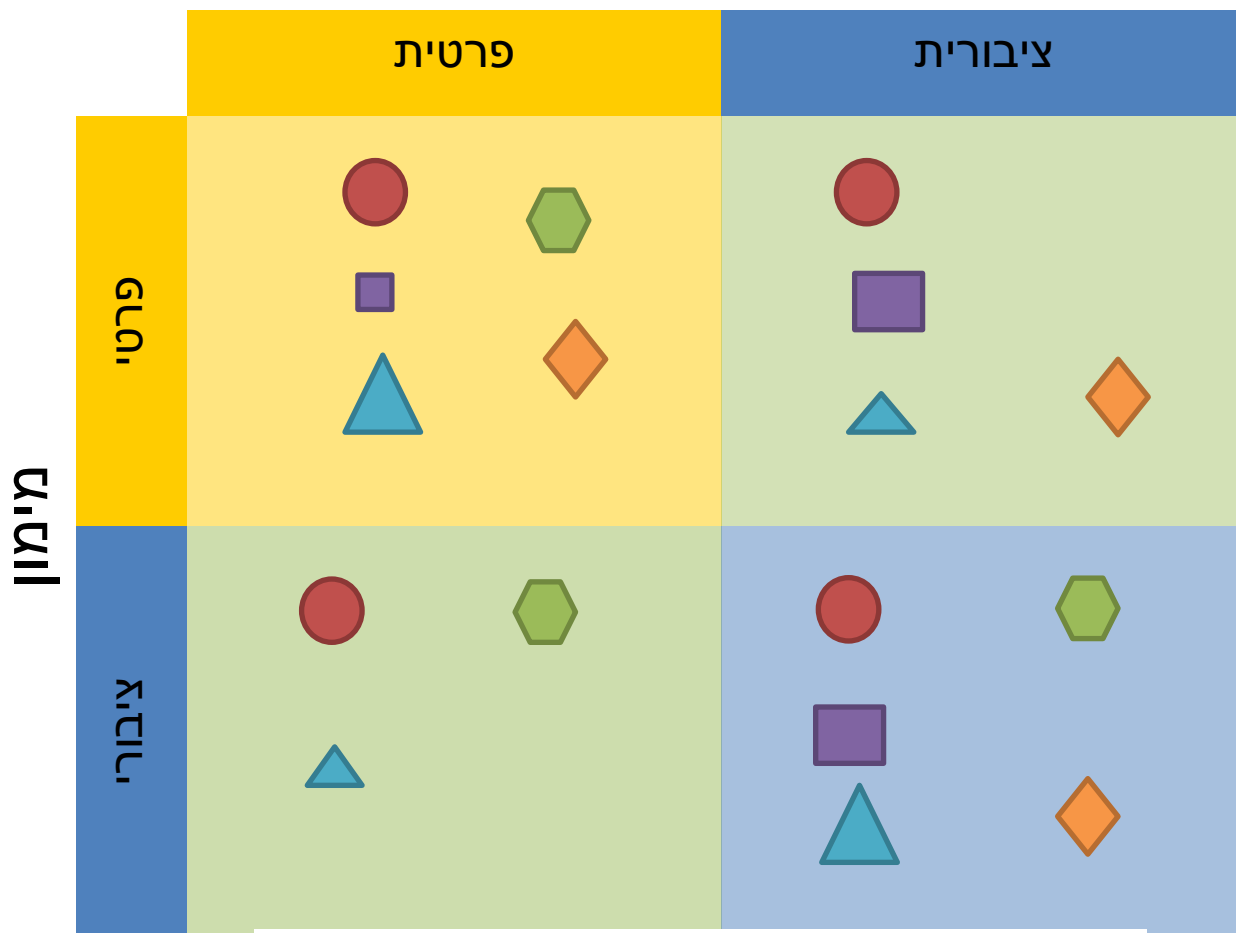
מודלים בסיסיים לשילוב פרטי ציבורי

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



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: 11.6%

שעור הוצאה ציבורית: 77.6%

שעור מבוטחים בב"פ: 96%

צרפת

- **צרפת מפעילה מודל "השתתפויות עצמיות"**
- **קיימים שני סוגי רופאים בבתי חולים ובקהילה:**
רופאים ברמה 1 ורופאים ברמה 2.
- **רופאים ברמה 2 יכולים לגבות מחיר גבוה יותר**
מהמחירון הציבורי, מטופלים הבוחרים ללכת
לרופאים אלו מקבלים החזר מהציבורי ומשלמים
את ההפרש באופן פרטי.
- **מעניין לציין: אין כנראה מגבלה על המחירים אולם**
המדינה מגבילה את מספר הרופאים ברמה 2.

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

וישראל?

- נראה כי ישראל מיישמת מרכיבים שונים של שלושה מתוך ארבעת המודלים:
- **מודל השתתפות עצמית:** בישראל מונהגים השתתפויות עצמיות על תרופות בגובה של 15%; באישפוז ארוך הטווח ההשתתפויות משמעותיות.
- **מודל לפי כיסוי:** בישראל קיימים שירותים מרכזיים אשר לא כלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אלא ניתנים באופן חלקי על ידי המדינה או כלל לא (כגון, רפואת שיניים למבוגרים, טיפול סיעודי ושירותי מניעה).

וישראל?

• מודל מערכות משולבות

- בישראל מערכת אשפוז המפרידה לכאורה בין מימון ציבורי לפרטי (פרט לבתי החולים הציבוריים בירושלים).
- אולם, גם במערכת האשפוז הציבורית ממומן חלק מהפעילות על ידי קרן מחקרים. וממומנים באופן פרטי שירותים אשר לא כלולים בסל כגון ניתוחים קוסמטיים.
- כמו כן, בבתי חולים פרטיים ניתן לקבל שירות במימון הסל הציבורי.
- בישראל קיים שילוב בין הפרטי בקהילה לבתי החולים הציבוריים (רופא בבית חולים יכול לקבל חולה בקליניקה פרטית בקהילה ולהמשיך את הטיפול בבית החולים).
- הביטוחים הפרטיים בישראל מכסים שירותים המשפרים את הניתן בסל (כגון בחירת רופא, ניתוח באופן פרטי וכדומה).

כלי מדיניות שיושמו להתמודדות

פיקוח ובקרה

- נמצא שתנאי מרכזי להצלחת כלי המדיניות הוא מידת הפיקוח והבקרה האפשריים, במיוחד בתפר שבין הפרטי לציבורי.
- מידת שקיפות המידע למפקח
- אמצעי "הענשה" העומדים לרשותו.

פיקוח ובקרה

- המדינות מתמודדות באופנים שונים עם הצורך בבקרה ופיקוח מורכבים יחסית ועם האפשרות שחוקים שחוקקו לא בהכרח מיושמים
- כלי מרכזי: מדידה סדירה ושקופה של זמני המתנה ומדדי איכות אחרים
- כלי אחר: מדידה סדירה של עד כמה המערכת הציבורית נהנית מהכסף שמגיע דרך המימון הפרטי

דוגמאות של כלי מדיניות לקידום השוויון

- מדידת איכות של המערכת הציבורית כגון זמני המתנה, איכות הטיפול, שביעות רצון ואמון במערכת
- פיקוח על מדדי איכות של שירותי הבריאות
- איסור על פי חוק בשימוש במימון פרטי לדילוג תורים במערכת הציבורית
- השתתפויות עצמיות דפרנציאליות לפי הכנסה
- קביעת זמני המתנה מקסימליים

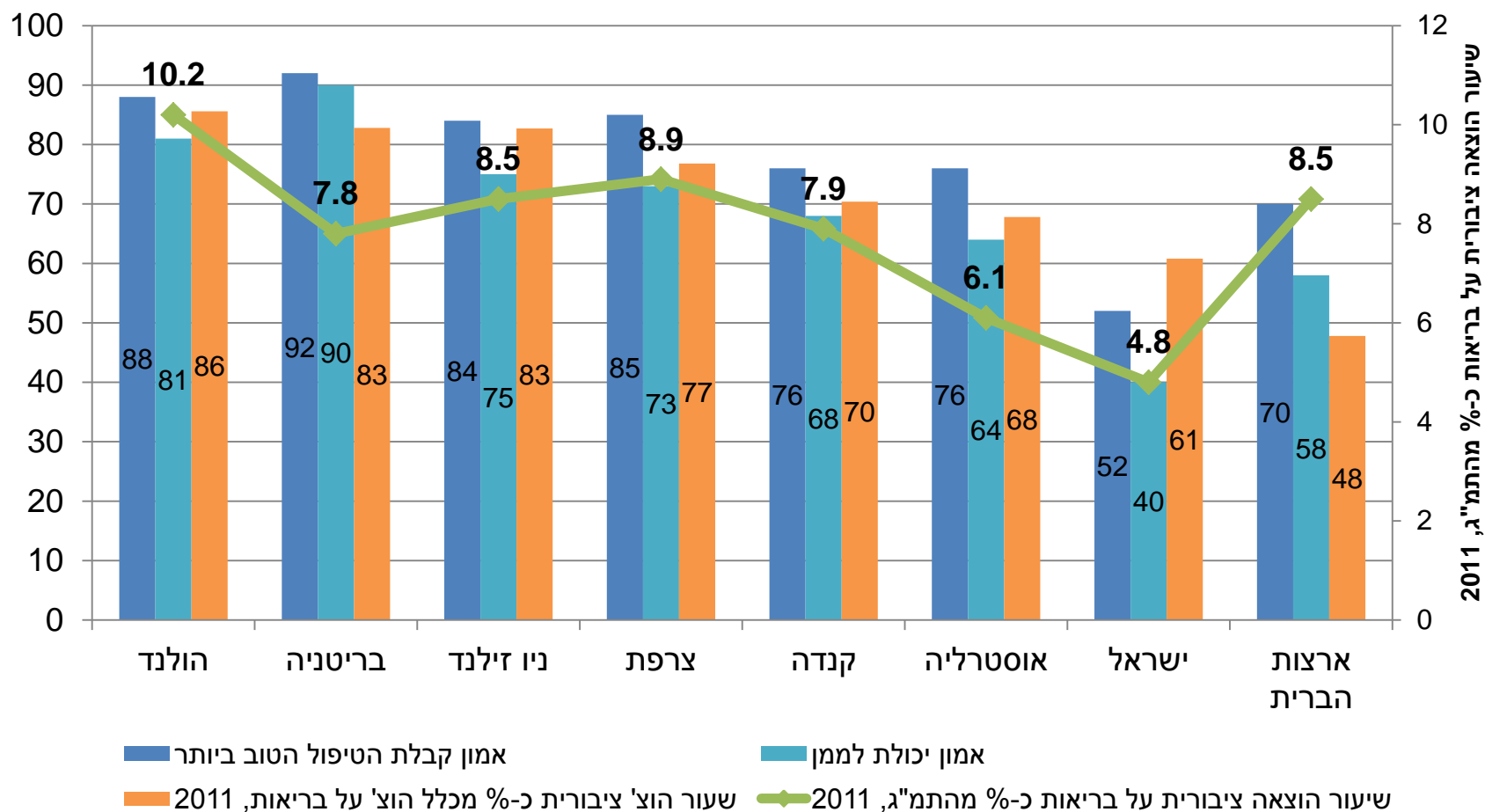
דוגמאות של כלי מדיניות לקידום יעילות

- חלוקת סיכונים מצד הביקוש (השתתפויות עצמיות)
- חלוקת סיכונים מצד ההיצע (תשלום פרוספקטיבי בשילוב עם תשלומים רטרוספקטיביים).
- מניעת סלקציה: פיצוי בתי חולים ע"פ נוסחת התאמת סיכונים מדויקת ומשופרת ככל הניתן
- איסור להשתמש במימון הפרטי לקיצור תורים בציבורי
- הבטחת תחרות בין שתי המערכות (פרטי וציבורי) למשל על ידי השוואת מחירים ותגמול לספקים בשתי המערכות
- שימוש ברופאים ראשוניים כשומרי שער ומרכזי טיפול

לסיכום

- השילוב של פרטי / ציבורי אמור לתרום לשירותי בריאות איכותיים לאוכלוסייה ולא מטרה בפני עצמה
- יכול לגרום להשלכות לא רצויות ולכשלי שוק
- תנאי מרכזי להתמודדות הוא מידת הפיקוח והבקרה האפשריים במיוחד בתפר שבין הפרטי לציבורי

נראה ששעור ההוצאה הציבורית ואמון הציבור לא קשורים לדרגת השילוב



source: **OECD Health Data 2013 - Frequently Requested Data** <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>

ברמלי-גרינברג ומדינה הרטום, 2012

טיוטא להערות לא להעתקה / לא להפצה