

סדרת ניירות מדיניות

מעכת הבריאות

דב צ'רניחובסקי

נייר מדיניות מס' 2010.08

* * *

דב צ'רניחובסקי הוא ראש התכנית למדיניות בריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל ופרופסור למדיניות וכלכלת בריאות במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון. כל הטעויות הן של המחבר הדעות המובאות להלן הן של המחבר ואינן בהכרח משקפות את דעות מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

מותר לצטט קטעי טקסט קצרים – שאינם עולים על שתי פסקאות – ללא הסכמה מפורשת, ובלבד שיינתן אזכור מלא למקור הציטוט.

המרכז נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סונגר, הנרי טאוב, וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על-ידי קרן הנרי ומרילין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף, וארגון הג'וינט האמריקאי. למדע נוסף ראו taubcenter.org.il או בדוא"ל info@taubcenter.org.il.

POLICY PAPER SERIES

THE HEALTHCARE SYSTEM

Dov Chernichovsky

Policy Paper No. 2010.08

Abstract

The key characteristics of Israel's health care system are the continued increase in the share of private funding in the overall funding of healthcare and provision of care. Private funding currently represents about 43 percent of the overall funding, the highest beyond the United States among the developed countries, and the highest among countries in which universal health insurance is legally guaranteed for all residents via National Health Insurance.

The "Americanization" of the Israeli healthcare system is reflected at this stage in growing gaps in access to care and loss of income protection as well as efficiency, which can be measured by the developing inflation in the system. This reality is not reflected as yet in public health indicators. The growing gaps between the United States and the 22 high income OECD countries in favor of the latter may be signaling what can be expected in Israel in terms of its achievements in the health of its population. Against this backdrop, the efforts by the large health care service providers to deepen their focused activities in closing the gaps stand out.

* * *

Dov Chernichovsky is the Chair of the Health Policy Program at the Taub Center for Social Policy Studies in Israel and a Professor of health economics and policy at Ben-Gurion University. All errors are the author's own. The views expressed herein are those of the author and do not necessarily reflect the views of the Taub Center for Social Policy Studies in Israel.

Short sections of text, not to exceed two paragraphs, may be quoted without explicit permission provided that full credit is given to the source.

מערכת הבריאות

דב צ'רניחובסקי*

המגמות המאפיינות את מערכת שירותי הרפואה בישראל זה כעשור – ירידה בחלקו של המימון הציבורי, ויציבות בחלקה של ההוצאה לשירותי רפואה בתוצר הגולמי המקומי – נמשכות. מגמות אלה נבחנות בפרק תוך השוואה מעמיקה וארוכת טווח לעומת ההתפתחויות שחלו במדינות המפותחות החברות ב-OECD¹. ניתוח ההתפתחויות מצביע על מגמות מרכזיות בביצועי המערכת, בהיבטים של יעילות ושוויוניות, ועל מגמות בבריאות האוכלוסייה. להשוואה ארוכת הטווח עם OECD יש משמעות מיוחדת גם לאור הכוונה לצרף את ישראל כחברה בארגון ולאור בחינת אי-השוויון בישראל כחלק מהתהליך המקדים להצטרפותה.

בריאות האוכלוסייה בישראל, כמתבטא במודדים של תמותת תינוקות ושל תוחלת חיים, מוצגת בסעיף הראשון של הפרק תוך הדגשת הפערים המתמשכים, אם כי הם מצטמצמים, בעיקר בין האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה היהודית. השינויים החלים במימון המערכת מעמיקים עוד יותר את האתגר בצמצום פערים אלה ואחרים, והם נידונים במרכזו של הסעיף השני של הפרק. בכל רמת מימון ובכל צורת הקצאה תישאר "פריפריה חברתית-כלכלית", הדורשת טיפול ממוקד באוכלוסיות חלשות יחסית. נושא זה מוצג בסעיף השלישי של הפרק, בהציגו את ההשקעה בפריפריה החברתית-כלכלית, בעיקר של קופות-החולים

* תודה מיוחדת לקיריל שרברמן ממרכז טאוב על הסיוע בעיבוד הנתונים ובהכנת ההצגה הגרפית לפרק.

¹ ההשוואה נעשתה לרוב לעומת מדינות OECD ללא ארה"ב; ולעומת ארה"ב – בנפרד. המדינות שנכללו בהשוואה הן: אוסטרליה, אוסטריה, בלגיה, קנדה, דנמרק, פינלנד, צרפת, גרמניה, יוון, איסלנד, אירלנד, איטליה, יפן, קוריאה (הדרומית), לוקסמבורג, הולנד, ניו-זילנד, נורבגיה, ספרד, שבדיה, הממלכה המאוחדת, וארה"ב, כאמור. בהשוואה לא נכללו המדינות הבאות – תורכיה, מקסיקו, צ'כיה, סלובקיה, הונגריה ופולין – אשר אינן נחשבות בנות השוואה לישראל מבחינת הטכנולוגיה הרפואית.

הגדולות, אך גם של משרד הבריאות. קופות החולים הגדולות עסקו רבות בגיבוש מדיניות ואסטרטגיה לפעולה, ונקטו פעולות ממוקדות, במטרה לקדם את צמצום הפערים. סעיף זה בפרק מבוסס על סקירות שהוכנו בקופות-החולים, שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות, על הפעולות שלהן בתחום זה, בעיקר בכל הנוגע לסל הבסיסי. בנוסף, כללנו גם סקירה קצרה על פעולה מיוחדת של מחוז הדרום במשרד הבריאות בתחום שירותי המניעה המיועדים לאוכלוסייה הבדואית בנגב.

1. מגמות בתוחלת חיים ובתמותת תינוקות²

תוחלת החיים בישראל עלתה מאז 1980 בהשוואה לממוצע ה-OECD³ (לא כולל ארה"ב) ובהשוואה לארה"ב. בעוד שב-1980 הפער בין ישראל (73.9), ארה"ב (73.7) ו"ממוצע OECD" ללא ארה"ב (74.0) היה זניח, הפער בין ישראל לארה"ב הלך והתרחב, וב-2006 מדובר ב-80.3 בישראל לעומת 79.9 ב"ממוצע OECD" ללא ארה"ב, ולעומת 77.8 בלבד בארה"ב⁴. מקומה של ישראל גבוה בטבלת המדינות וכאמור העלייה בתוחלת החיים נמשכה ברציפות בשנים האחרונות, אך בכל השנים תוחלת החיים של היהודים בישראל גבוהה מתוחלת החיים של הערבים⁵ – מדובר היום בפער הנמוך מעט מארבע שנים בין יהודים (81.6) לערבים בישראל (77.8)⁶ (הלמ"ס, 2009: נתונים לשנת 2008) – ההבחנה נראית בתרשים 1 המצביע על גודלם של הפערים.

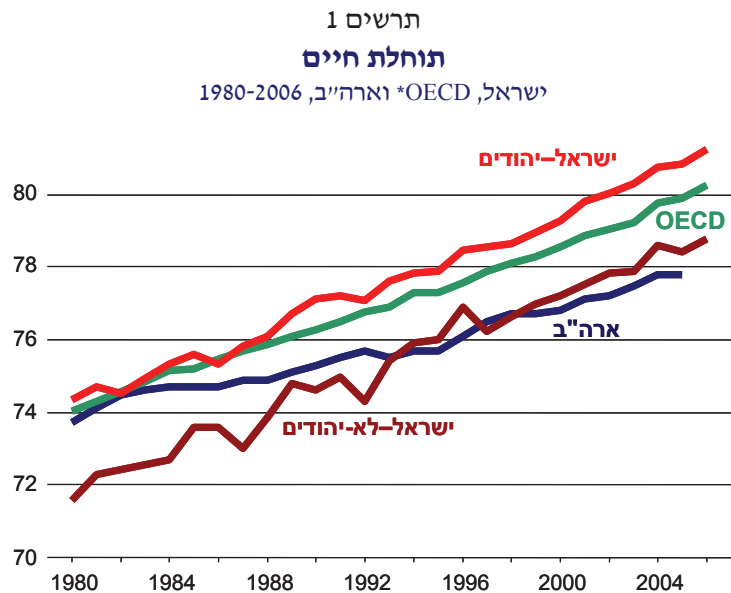
² הסעיף נכתב בשיתוף עם **נדב דוידוביץ** מאוניברסיטת בן-גוריון ו**קיריל שרברמן** ממרכז טאוב.

³ ראה הערה 1.

⁴ נתונים אלה לגבי ישראל מציגים את הממוצע הכללי.

⁵ האוכלוסייה הלא-יהודית בישראל כוללת רוב גדול של ערבים מוסלמים, ובנוסף לו ערבים נוצרים, דרוזים, בדואים, צ'רקסים ומספר מצומצם מאוד של אנשים שדתם איננה מוגדרת. המונח ערבים או האוכלוסייה הערבית מאפשר הגדרה כוללתית בפרק, כפי שנעשה גם בפרקים בתחומים אחרים בספר זה, והימנעות ממונח המגדיר ציבור שלם בדרך השלילית, כלא-יהודים. במקרים מסוימים ישנה התייחסות לקבוצות בתוך האוכלוסייה הערבית, כמו במקרה של הבדואים בנגב, ועוד.

⁶ הנתונים על תוחלת החיים מתפרסמים בדרך-כלל בנפרד לגברים ולנשים. נתונים מעודכנים (הלמ"ס, 2009 – נתונים לשנת 2008) מציגים היום פערים של ארבע שנים בין גברים יהודיים (79.9) לגברים ערביים (75.9) ופערים קטנים יותר, של פחות מארבע שנים, בין נשים יהודיות (83.3) לנשים ערביות (79.7).



* ממוצע OECD ללא ארה"ב.

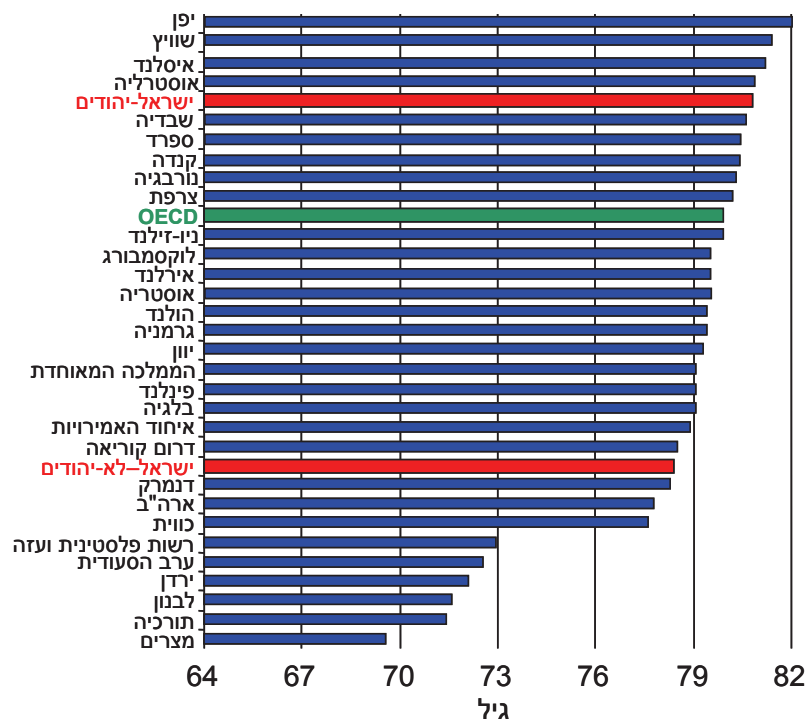
מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

המגמה בישראל לא הייתה אחידה לאורך השנים ובעוד שמשנת 1993 ואילך תוחלת החיים בישראל גבוהה מממוצע ה-OECD (ומארה"ב כמובן), הרי בראשית שנות השמונים, ב-1982-1983, היא הייתה נמוכה לעומת מדינות אלה – גם לעומת ארה"ב וגם לעומת ממוצע OECD (74.1 ב-1982 ו-74.5 ב-1983). בנוסף לכך, בשנים 1986 (75.1) ו-1992 (76.6) חלה ירידה בתוחלת החיים בישראל לעומת השנים הקודמות. משנת 1999 ואילך תוחלת החיים בישראל גבוהה באופן ניכר מממוצע ה-OECD. יתרה מכך, תוחלת החיים של היהודים בלבד מעמידה את ישראל בקבוצת המדינות עם תוחלת החיים הגבוהה ביותר ומיקומם של הלא-יהודים בישראל גבוה בהשוואה למדינות הערביות באזור (מלבד איחוד האמירויות) ואף גבוה לעומת ארה"ב (נתונים השוואתיים לשנת 2005 – ראה תרשים 2).

לרוב, עלייה בתוחלת חיים משקפת את יכולת ההתמודדות של מערכת עם פערים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה. מגמות ההתפתחות הללו בתוחלת החיים – בפרט נחיתותה ההולכת וגדלה יחסית של ארה"ב – מהוות רקע לדיון בהמשך

הפרק, העוסק ב"אמריקניזציה" של מימון מערכת הבריאות בישראל. ההתפתחות עליה מצביעים הנתונים בתחום המימון עלולה להעמיד במבחן את המשך המגמה החיובית בישראל, המתבטאת בעלייה הרצופה בתוחלת החיים לעומת אימוץ "מגמה אמריקאית", המבטאת חוסר יכולת להתמודד עם פערים.

תרשים 2
תוחלת חיים – 2005

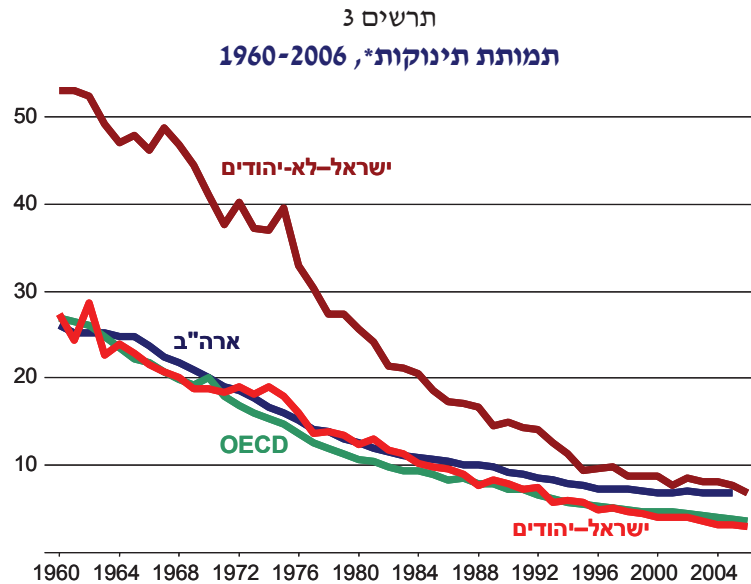


* ממוצע OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

הפערים בין קבוצות אוכלוסייה בישראל במודדים של בריאות האוכלוסייה מתגלים במיוחד בהשוואה בין יהודים וערבים והם בולטים במיוחד במודד של תמותת תינוקות. בהשוואה למדינות ה-OECD, תמותת תינוקות בישראל ב-2005 הייתה

גבוהה יחסית (4.4 לאלף לידות חי), לעומת הממוצע ב-OECD באותה שנה, של 3.9 לאלף לידות חי. 14 מדינות מראות שיעורי תמותה נמוכים יותר מישראל בשנה זו וביניהן: אוסטריה (4.2), אירלנד (4.0) וגרמניה (3.9).



* תמותת תינוקות עד גיל שנה לאלף לידות חי; ממוצע OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

ההבחנה בין יהודים וערבים מגלה, כי שיעור תמותת תינוקות של האוכלוסייה היהודית בישראל (3.1 לאלף לידות חי ב-2005) הוא מהנמוכים במדינות אירופה וה-OECD. שיעור זה דומה לשיעור במדינות כמו נורבגיה (3.1), פינלנד (3.0) ויפן (2.8), ואף נמוך מהממוצע ב-OECD (3.9).

לעומת זאת, שיעור תמותת תינוקות של האוכלוסייה הערבית בישראל (8.0 ב-2005) גבוה משמעותית מכל מדינות אירופה וה-OECD. היחידה מבין מדינות ה-OECD, בה נמצא שיעור הקרוב לזה היא ארה"ב (6.9), אשר מרבית נתוני הבריאות שלה נמוכים באופן עקבי לעומת מדינות ה-OECD המפותחות וישראל.

שיעור תמותת תינוקות דומה לזה של האוכלוסייה הערבית בישראל נמצא גם במדינות אחרות במזרח התיכון: איחוד האמירויות הערביות (7.8) וכווית (9.7). הסתכלות על מגמת ההתפתחות מ-1960 עד 2007 מלמדת, כי שיעור תמותת תינוקות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל הוא בירידה מתמשכת ומשמעותית. כפי שצינו, הוא קרוב היום לשיעור תמותת תינוקות בארה"ב (6.9 ב-2007). בעבר, ב-1960, שיעור תמותת תינוקות באוכלוסייה הערבית בישראל היה יותר מפי שניים מהשיעור האמריקאי: 52.9 לאלף לידות חי בישראל לעומת 26.0 לאלף בארה"ב. בהשוואה למדינות המזרח התיכון שיעור תמותת התינוקות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל נמוך.

מדיניות מתאימה לצמצום הפערים הקיימים בתחום זה מחייבת להתחשב בכך, שהאוכלוסייה הערבית בישראל איננה הומוגנית וקיימים פערים משמעותיים בין קבוצות שונות בתוכה. כך למשל, בשנת 2003, כשתמותת תינוקות באוכלוסייה הערבית כולה, בממוצע, הייתה 8.2 לאלף לידות חי נמצאו ההבדלים הבאים: בקרב המוסלמים תמותת תינוקות הייתה 8.6 לאלף, בקרב הנוצרים – 3.2 לאלף ובקרב הדרוזים – 7.1 לאלף. זאת, כאמור, לעומת 3.6 לאלף באוכלוסייה היהודית (משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2005).

בין השנים 1970-2003 ירד שיעור תמותת תינוקות באופן מואץ בכל המגזרים: בקרב המוסלמים השיעור ירד ב-78.6 אחוז, בקרב הנוצרים – ב-89.2 אחוז ובקרב הדרוזים ב-79 אחוז. בו בזמן נמשכה הירידה גם באוכלוסייה היהודית ב-80.7 אחוז.

הסיבות העיקריות לתמותת תינוקות באוכלוסייה הערבית הן מומים מולדים (34.6 אחוז מכלל הפטירות) ופגות (31.4 אחוז). שיעור תמותת תינוקות ממומים מולדים בשנת 2003 היה גבוה פי 2.9 בקרב האוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. בשנים 2004-2006 נגרמו 42.7 אחוז מהפטירות בקרב תינוקות בדואים עקב מומים מולדים ומחלות תורשתיות ו-22 אחוז עקב פגות. משנת 2004 נצפתה ירידה בשיעורי תמותת תינוקות בדואים עקב שתי הסיבות הללו.⁷

⁷ אוכלוסיית הבדואים בנגב היא אוכלוסייה ייחודית בהקשר של תמותת תינוקות. בשנים 2001-2006 נצפתה מגמת ירידה בשיעור הילודה הגולמי בקרב אוכלוסייה זו, מ-56.4 לאלף בשנת 2001 ל-44.5 לאלף בשנת 2006. יש לציין, כי באותה תקופה נצפתה ירידה בשיעור הילודה הגולמי בכלל אוכלוסיית המוסלמים בישראל (מ-36.8 ל-29.7), כאשר בכלל אוכלוסיית המדינה השיעורים היו יציבים.

בשנת 2006 שיעור תמותת תינוקות בדואים בנגב היה 11.9 לאלף לידות חי לעומת 7.3 בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל ו-4.0 בכלל האוכלוסייה בישראל. השיעור היה גבוה פי 1.6 בהשוואה לכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל, ופי 3.0 בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל (הלמ"ס, 2009 – שנתון מס' 60). בין השנים 2001 ו-2007 הצטמצמה תמותת תינוקות בקרב הבדואים בנגב, אך הפער בינם לבין האוכלוסייה המוסלמית בשאר חלקי הארץ ולעומת האוכלוסייה היהודית עדיין גבוה. לא נמצא הבדל עקבי בשיעורי תמותת התינוקות בין יישובי הקבע והכפרים הבלתי מוכרים.

2. מימון מערכת הבריאות⁸

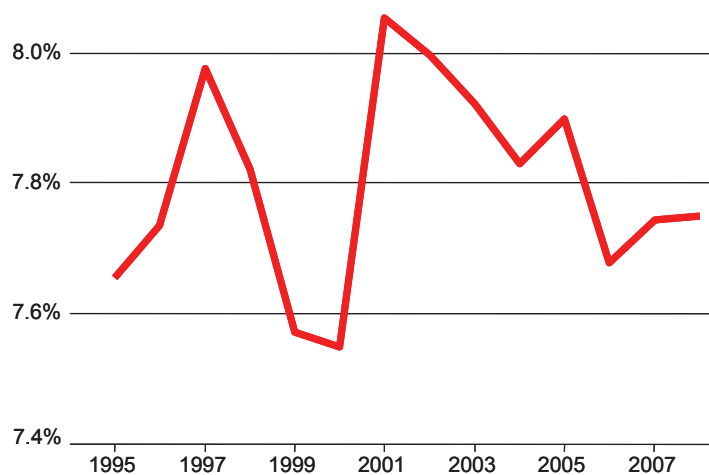
בשנים האחרונות נכתב רבות על הירידה בחלקו של המימון הציבורי מכלל המימון של מערכת הבריאות (צ'רניחובסקי, 2007; 2008; בן-נון, 2008). ירידה זו מתבטאת באופן מיידי בפגיעה בנגישות לשירותים ובהפחתת ההגנה על תקציב משקי הבית מפני הוצאה בלתי צפויה, הכרחית לרוב, על שירותי רפואה. הגם שמדובר בהתפתחות על פני עשור, אין לצפות שתוצאותיה כבר יבואו לידי ביטוי משמעותי במודדים של בריאות האוכלוסייה, כמו תמותת תינוקות ותוחלת חיים. בהיעדר אירועים מיוחדים, השינויים במודדים אלה, כתוצאה מירידה בנגישות לשירות ומהפגיעה בתקציב משקי הבית, הם איטיים ומגיעים לידי ביטוי לאחר תקופה ארוכה. לעומת זאת, אפשר לזהות התפתחות מודדים, הנוגעים ליעילות המערכת ולשווינותה אשר יגיעו לידי ביטוי בשיעורי תמותה ובתוחלת חיים, כפי שמתגלה בדפוס האמריקאי לעומת הדפוס במדינות מפותחות אחרות, לרבות ישראל. בהקשר זה, השוואת ישראל לעומת המדינות המפותחות, החברות ב-OECD (ללא ארה"ב) מצד אחד, ולעומת ארה"ב מצד שני, עשויה להיות חשובה, בפרט לנוכח ביצועיה הנחותים של המערכת האמריקאית ביחס למדינות האחרות בכל מדד (Davis et al., 2007; Schoen et al., 2006; 2007). זאת, למרות עליונותה של המערכת האמריקאית מבחינה טכנולוגית ומבחינת רמת המשאבים שהיא משקיעה במערכת הבריאות.

⁸ סעיף זה נכתב עם גיא נבון, מבנק ישראל וד"ר רוני גמזו, מהמרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי.

2.א. הוצאה לאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה בישראל ב-2008 עמדה על 7.7 אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) – ערך סך המוצרים והשירותים שהמשק מייצר – המשמש כמדד מקובל לרמת החיים (תרשים 4). ככלל, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שיעור זה מההוצאה קבוע יחסית, במגמה ארוכת טווח. ה"שיא" של 2001 מבטא, ככל הנראה, ירידה בתוצר באותה תקופה, אשר לא התבטאה באופן מיידי בירידה מקבילה בהוצאה הלאומית לשירותי רפואה.

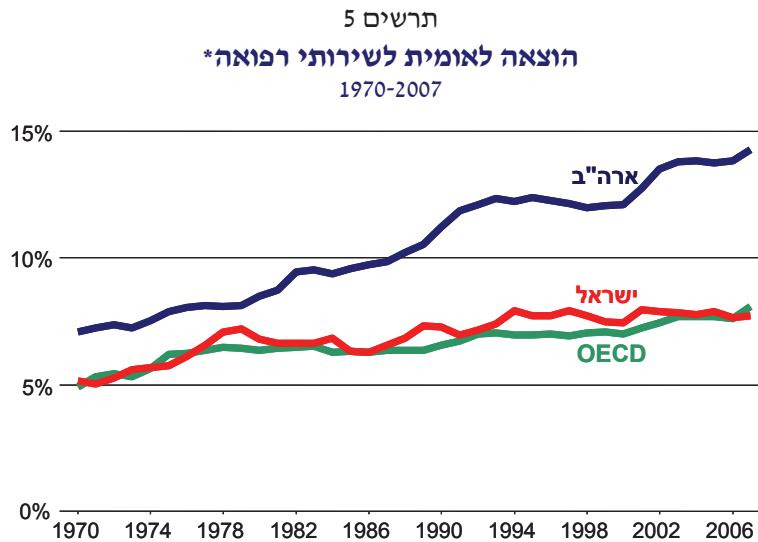
תרשים 4
הוצאה לאומית לבריאות
אחוז מתמ"ג, 1995-2008



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

מתברר, כי לאורך למעלה מ-40 שנה ישראל שומרת על צמידות יחסית של חלק ההוצאה שלה לבריאות מתוך התוצר, הן ביחס ל-22 המדינות המפותחות החברות ב-OECD (ללא ארה"ב), והן ביחס לארה"ב (בנפרד). ממצאים אלה מבוססים על תיקון של הסדרות לנפשות מתוקנות לפי נוסחת הקפיטציה הישראלית (משנת 2006), או על תיקון בהתאם להרכב הגיל של האוכלוסיות במדינות השונות (תרשים 5). במרבית התקופה האחוז בישראל אף גבוה מהמוצע למדינות ה-OECD (ללא

ארה"ב), והאחוז בישראל וב-OECD נמוכים בהשוואה לארה"ב. בולטת במיוחד מגמת הגידול בפרק, החל בשנות ה-80 בין ארה"ב ובין שאר המדינות המפותחות, לרבות ישראל⁹.



* הוצאה לשירותי רפואה לנפש סטנדרטית כאחוז מהתוצר לנפש.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

האחוז הישראלי גבוה מממוצע ה-OECD (ללא ארה"ב) במיוחד לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והוא מתכנס לממוצע של OECD בשנת 2007, עם סימן ראשוני, אשר איננו מצביע בהכרח על שינוי מגמה, לירידה מתחת לממוצע ה-OECD בשנה זו.

⁹ בהתייחס להוצאה הגבוהה יחסית של ארה"ב על שירותי רפואה, הפרדתה מהסדרה המלאה של ה-OECD וההתמקדות במדינות בהן ישנה זכאות אוניברסלית לשירותי בריאות (לרבות ישראל, למעשה, גם בטרם הוחל חוק ביטוח הבריאות הממלכתי), משפרת את מעמדה היחסי של ישראל בהשוואה.

לאורך זמן המשק הישראלי מקדיש, אפוא, לשירותי רפואה – כחלק מהתוצר – בדומה לממוצע של מדינות מפותחות אחרות, המעניקות ביטוח בריאות ממלכתי.

2.2. הוצאה לאומית לבריאות בממוצע לנפש

ללא התחשבות באינפלציה במחירי שירותי הרפואה, קיימת הלימה, לפחות החל בשנת 1995, בין השינויים בתוצר לנפש בישראל ובין השינויים בהוצאה לאומית לשירותי רפואה לנפש רגילה ואף לנפש סטנדרטית¹⁰, במחירי התוצר (קווים עליונים בתרשים 6). ממצא זה תואם להשוואה הבינלאומית לעיל, לפיה ישראל שומרת באופן יחסי על חלק ההוצאה על שירותי רפואה בתוצר, כמו מדינות ה-OECD המפותחות, להוציא ארה"ב. היינו, ההוצאה לשירותי רפואה, גם לנפש מתוקנת, עולה, ככלל בקצב גידול התוצר לנפש.

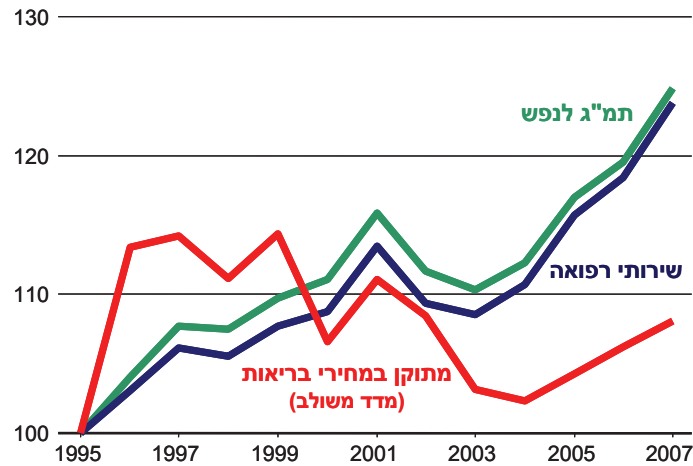
אולם, החל בשנת 2001 השפעתה של האינפלציה היחסית במחירי שירותי הרפואה לעומת מחירי התוצר מתגברת (ראה הסבר להלן). אינפלציה זו מבטלת את הגידול בהוצאה הריאלית (מתוקנת מחירים) לנפש סטנדרטית ומבטאת בעיקר אובדן יעילות וגידול בעלויות עבודה במגזר עתיר עבודה¹¹. התיקון לאינפלציה יחסית מצביע על כך, שההוצאה הריאלית לנפש מתוקנת היא אפילו במגמת ירידה החל בשנת 1999 (ראה נייר עבודה בהכנה במרכז טאוב: צ'רניחובסקי, נבון, 2010).

¹⁰ המונח נפש סטנדרטית מייחס משקל שונה לנפש באוכלוסייה לפי גיל, בהקשר לצריכת שירותי רפואה והוא בונה סולם מתאים לפי הרכב הגיל של האוכלוסייה. כך למשל האוכלוסייה המבוגרת, בני 65+ והאוכלוסייה הצעירה מאוד, בני ה-0-4, מקבלים משקל יתר, המשקף את צורכיהם הגבוהים יותר לשירותים הרפואיים. גם נוסחת הקפיטציה המשמשת להקצאת המשאבים מהמדינה לנותני השירותים מבוססת על חישוב המותאם להרכב הגיל של מקבלי השירותים.

¹¹ סביר להניח, שמחירים גבוהים יותר משקפים גם איכויות טיפול ושירות שונות, לרבות חיסכון בזמן המתנה. אולם אין סיבה להניח שהאינפלציה היחסית מבטאת את אלה מאחר שאין סיבה להניח, כי השינויים הטכנולוגיים ברפואה גבוהים מאשר בתחומי חיים אחרים והשפעתם דומיננטית במגזר עתיר עבודה.

תרשים 6

הוצאה על שירותי רפואה*, 1995-2007
 מחירים קבועים, שנת הבסיס 1995=100



* מתוקן לנפשות סטנדרטיות.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
 נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

אינפלציה יחסית

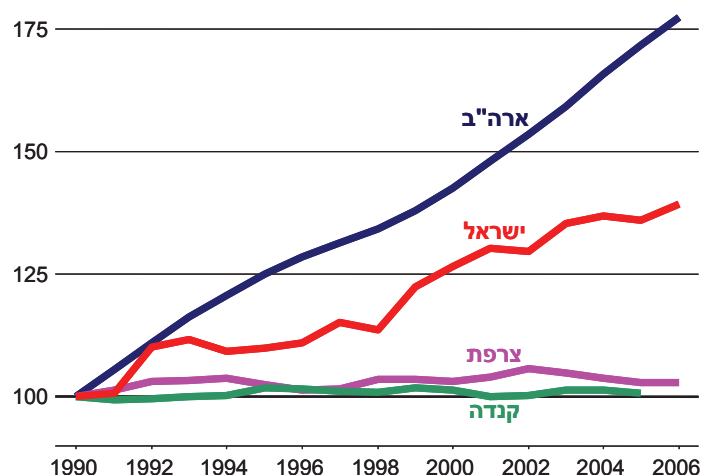
אינפלציה היא תהליך עליית מחירים ליחידת מוצר סטנדרטית, במונחי איכות. עליית מחירים עשויה לבטא שינוי באיכות אולם היא עלולה להתרחש ללא שינוי באיכות. במקרה כזה היא מצביעה על אובדן יעילות, בהיותה מבטאת עלות ייצור גבוהה יותר לאותו דבר ויכולת קנייה מצומצמת יותר בהכנסה נתונה. כמו כן, אינפלציה תורמת לצמצום בשוויוניות בהיותה "מס" אשר אינו מפלה בין קבוצות הכנסה.

שינוי מחירים יחסי מבטא שינוי מחירים של מוצר או סל מוצרים ביחס לשינוי מחירים של מוצר או סל מוצרים שונים, או ביחס להכנסה. במקרה של אינפלציה או עליית מחירים יחסיים, יכולים לקנות פחות מהמוצר או הסל שמחירו היחסי עלה, אלא אם הקונה מסיט הכנסה מצריכה אחרת לטובת קנייה של אותה כמות ממוצר או סל זה.

ניתן להבחין בארבע תקופות המאפיינות את התפתחות ההוצאה הריאלית על שירותי רפואה לנפש סטנדרטית בישראל: 1995-1997 – חל "זינוק" עם החלת החוק, 1997-1999 – שנות יציבות יחסית, 1999-2004 – החלה מגמת ירידה, 2004-2007 – עלייה מתונה. בהסתכלות כוללת העשור האחרון מאופיין במגמת ירידה בהוצאה הריאלית על שירותי רפואה או בכמות מוצרי ושירותי הרפואה לנפש מתוקנת בשל האינפלציה היחסית במחירי השירות.

אין נתונים מסודרים ובני השוואה על עליית המחירים היחסית של שירותי הרפואה במדינות OECD הרלוונטיות, להוציא את צרפת וקנדה, אשר אינן בהכרח מייצגות (ראה תרשים 7). יחד עם זאת, קשה להתעלם מההבדל הבולט בין צרפת וקנדה לבין ישראל ומה"אמריקניזציה" שהתפתחה, בעיקר בעשור האחרון, במגמת המחירים של שירותי הרפואה בישראל. התפתחות זו אינה תורמת להוצאה הריאלית לנפש ולמצבה היחסי של ישראל בקרב האומות המפותחות המעניקות ביטוח בריאות ממלכתי.

תרשים 7
מחירים של שירותי רפואה
מדדים יחסיים, 1990-2006



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

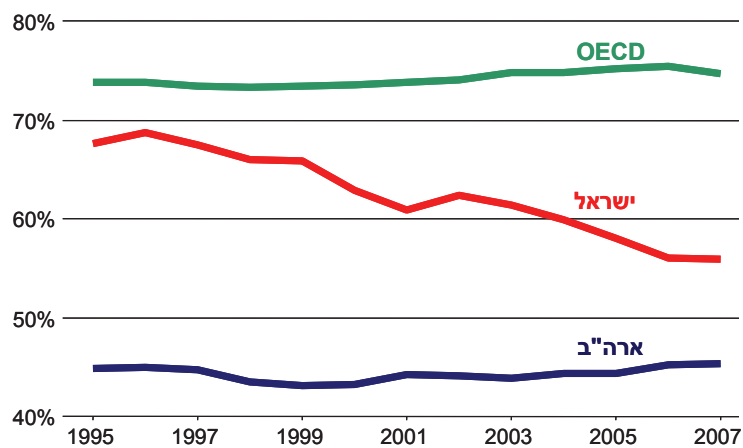
2.g. מקורות המימון וחלוקת נטל המימון

בחינת מקורות המימון וחלוקת נטל המימון נוגעת לתמהיל הציבורי-פרטי, להרכב המימון הציבורי, ולהרכב המימון הפרטי.

1) **התמהיל הציבורי-פרטי.** המימון הפרטי בישראל כולל ביטוחים משלימים (שירותי בריאות נוספים – שב"ן) אשר יש להם אופי "ציבורי". קיימת חובה של הקופה לקבל לביטוח המשלים כל פונה, ללא תקופת אכשרה, הפרמיה היא קבוצתית והשירותים ניתנים בעין (צ'רניחובסקי, 2008). אף על פי כן, הביטוחים המשלימים נחשבים בדיון זה כהוצאה פרטית.

לפי הסדרה החדשה של הלמ"ס (2009), חלקו של המימון הציבורי ירד מ-68.7 אחוז מסך ההוצאה לשירותי רפואה בשיאו, ל-55.8 אחוז בשנת 2008 (ראה תרשים 8). למרות שאין בסדרה החדשה כדי לשנות את המגמה של העלייה בחלקו של המימון הפרטי, הסדרה מעמידה את ישראל, אגב השוואה נכונה יותר, במקום נחות יותר ביחס למדינות ה-OECD מאשר הסדרה הקודמת.

תרשים 8
הוצאה ציבורית על שירותי רפואה
כאחוז מהוצאה לאומית, 1995-2007

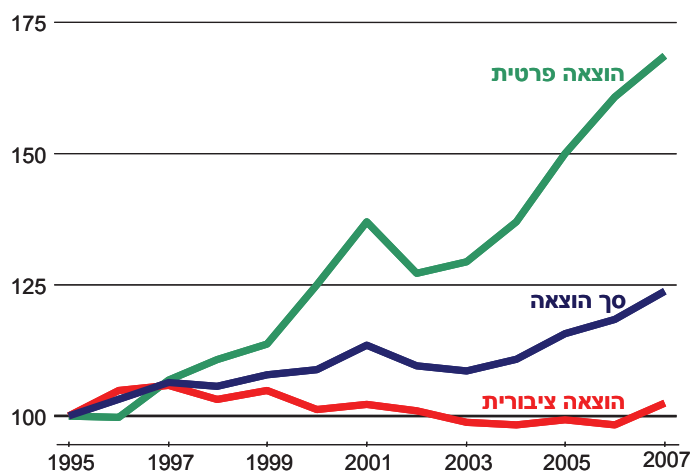


מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

אמנם אחוז המימון הציבורי במערכת היה נמוך מהמוצע של ה-OECD (ללא ארה"ב) לאורך התקופה 1995-2007, והפער הצטמצם בשנים 1995-1996, כאשר ישראל, לאחר החלת החוק, הצטרפה למדינות המפותחות בהבטחת זכויות אוניברסליות. אולם מאז ישראל מתרחקת בקצב הולך וגדל מהדפוס של ממוצע (OECD ללא ארה"ב) ומתקרבת לתמהיל הציבורי-פרטי של ארה"ב במימון מערכת הבריאות.

במונחים של ההוצאה לנפש, הגידול בהוצאה היה כולו במימון הפרטי (והחצי-פרטי) והעלייה בהוצאה לנפש, במונחי מחירי תוצר, מומנה מאז 1997 על-ידי גידול בהוצאה הפרטית, בעוד שההוצאה הציבורית לנפש נשארה קבועה במחירי התוצר (תרשים 9).

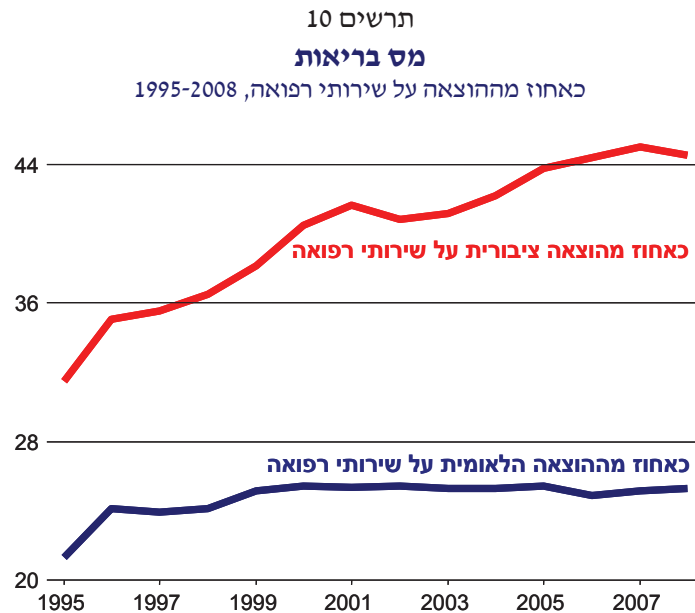
תרשים 9
הוצאה לשירותי רפואה לנפש סטנדרטית
מחירים קבועים, שנת הבסיס 1995=100



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

2) **הרכב המימון הציבורי.** המימון הציבורי מורכב מהקצאה מתקציב המדינה ומ"מס הבריאות" הנגבה באמצעות המוסד לביטוח לאומי. לאורך השנים חלה עלייה בחלקו של "מס הבריאות" (תרשים 10) מכלל ההוצאה הציבורית, מ-31.5

אחוז מסך המימון הציבורי בשנת 1995 (עת הוחל חוק ביטוח הבריאות הממלכתי), ל-44.6 אחוז בשנת 2008.



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
 נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

3) **הרכב המימון הפרטי.** ההוצאה הפרטית של משקי הבית על שירותי בריאות עלתה נומינלית בתקופה 1997-2007 ב-103 אחוז (7.6 אחוזים במוצע שנתי), בעוד ההוצאה לתצרוכת עלתה באותה תקופה ב-43 אחוז (3.6 אחוזים במוצע שנתי) (הלמ"ס, סקרי הוצאות משקי הבית לשנים 1997-2007). הגידול היחסי בהוצאה על שירותי בריאות הביא לעלייה בחלקה של ההוצאה הפרטית על בריאות כאחוז מכלל ההוצאה לתצרוכת – מ-3.8 אחוזים בשנת 1997 ל-5.3 אחוזים ב-2007. הגידול בהוצאה הנומינלית הפרטית על שירותי בריאות לא היה אחיד בתקופה הנסקרת. לוח 1 מציג את השינוי בהוצאה הפרטית לשירותי רפואה וברכיבי ההוצאה בשנת 2007 בהשוואה ל-1997. בתקופה הנסקרת התרחב מאוד הכיסוי שמציעים ביטוחי הבריאות וגדל שיעור המבוטחים. תופעות אלו באו לידי ביטוי

בגידול ממוצע של 16.4 אחוז בשנה בהוצאה על ביטוחי בריאות ובשנת 2007 ההוצאה עליהם הגיעה ל 26 אחוז מסך ההוצאה הפרטית של משקי הבית לשירותי בריאות. זאת לצד גידול מתון יותר בשירותי הבריאות הפרטיים האחרים, הכוללים בעיקר הוצאה על תרופות.

לוח 1. השינוי בהוצאה הפרטית לבריאות ובריכייה לנפש מתוקנת לפי נוסחת הקפיטציה, 2007 לעומת 1997, ממוצע גיאומטרי שנתי (אחוזים)

הוצאות אחרות לבריאות**	שירותי רפואה*	רפואת השן	ביטוחי בריאות	סך-כל שירותי הבריאות	
33.0	13.0	28.0	26.0	100.0	המשקל ב-2007
34.0	17.0	38.0	11.0	100.0	המשקל ב-1997
6.8	4.6	4.1	16.4	7.1	השינוי הכולל (כמות * מחיר)***
3.3	0.6	0.4	11.2	3.0	הגידול בכמות
3.4	4.0	3.7	4.7	4.0	הגידול במחירים
1.1	1.7	1.4	2.4	1.8	הגידול היחסי במחירים

* מדובר בעיקר בהוצאות על ניתוחים, טיפולים פסיכולוגיים ופסיכיאטריים וטיפולים להתפתחות הילד.

** מדובר בעיקר בהוצאות על תרופות (המינוח הוא של הלמ"ס).

*** השינוי הכולל הוא מכפלה של השינוי במחירים בשינוי של הכמויות.

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי הוצאות משק הבית, שנים שונות (השינוי במחירים חושב על בסיס מדד מחירי הבריאות ומדדי מחירים לכל תחום הוצאה בסקרים).

אולם הגידול בהוצאה הפרטית לשירותי בריאות במהלך העשור 1997-2007 משקף בעיקר עליית מחירים. בתקופה הנסקרת נרשמה עלייה כמותית של 3.2 אחוזים¹² ועליית מחירים של 4 אחוזים, בממוצע שנתי (במונחי מדד מחירי הבריאות של הלמ"ס, המתייחסים להוצאה פרטית). הגידול במחירי שירותי הרפואה בתקופה הנסקרת היה גבוה מהגידול במדד המחירים לצרכן, שעלה ב-2.3 אחוזים, בממוצע

¹² השינויים בכמות, במחיר ובסך ההוצאה מחושבים על בסיס ממוצע גיאומטרי רב שנתי לשנים 1997-2007.

שנתי. הגידול החד בהוצאה על ביטוחי בריאות, למשל, משקף בעיקר גידול של 11.2 אחוז בכמויות לצד גידול של 4.7 אחוזים במחירים. גידול זה עולה רק במקצת על עליית המחירים הכוללת בבריאות (4 אחוזים בממוצע).

אין ספק, שעלייה במחירים מייצגת גם שינויים טכנולוגיים או שינויים באיכות הטיפול. בהקשר זה, יש להדגיש, ששינויי המחירים הם ביחס למדד מחירי הצרכן. כלומר, בהנחה ששינויים טכנולוגיים ואיכותיים שווים בממוצע לכל המגזרים, המוצרים והשירותים, ניתן להניח, ששינויי המחירים היחסיים בסעיפי ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה מבטאים גם אובדן יעילות בשירותי רפואה.

נתוני ההוצאה הפרטית מאששים ומחזקים את נתוני ההוצאה הלאומית בדבר התפתחות אינפלציה יחסית בשירותי הרפואה בכל סעיפי ההוצאה הפרטית.

4) **סך-כל השינויים בהרכב המימון.** סיכום השינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות בישראל בתקופה 1997-2008 מוצג בלוח 2. לנוכח הירידה היחסית במקורות הציבוריים במימון, ובעיקר בחלקו של התקציב הכללי, יש עלייה במימון של משקי בית, בעיקר באמצעות ביטוחים משלימים או מימון בעל גוון חצי-ציבורי.

לוח 2. שינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות בישראל, 1997 ו-2008 (אחוזים)

2008	1997	
100.0	100.0	סך-הכל
29.6	38.1	תקציב המדינה
25.9	26.2	מס בריאות
42.2	33.1	הוצאות משקי בית
2.3	2.6	תרומות

מקור: הלמ"ס, 2009: שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 60, לוח 6.3.

2.4. השפעת השינויים בהרכב המימון על תחומי הרפואה

נוכח הכלכלה הפוליטית של מערכת הבריאות – הקשר בין מקורות וסוגי המימון לבין המבנה המוסדי של המערכת – השינויים במקורות המימון משפיעים גם על ההוצאות על סעיפי רפואה שונים.

1) **"סל משרד הבריאות" לעומת "סל הקופות"**. מהדיון עד כה עולה, שביטוחים מרצון המירו מימון ציבורי בגידול בהוצאה לבריאות, ובזה האחרון יש עלייה

יחסית במימון באמצעות מס הבריאות המיועד לסל הבסיס. ביטוחי השב"ן, כמו גם מס הבריאות, נוגעים בעיקר לסל הבסיסי הניתן באמצעות קופות-החולים. לעומתו, "הסל" שבאחריות משרד הבריאות (רפואה מונעת, רפואת נפש וטיפול ממושך) הוא מהתקציב הכללי בלבד. לפיכך, חשוב לבדוק את ההשערה שהסל האחרון חשוף יותר מהראשון לפגיעה מהירידה בחלקו של התקציב הכללי במימון המערכת, לפחות במונחים יחסיים.

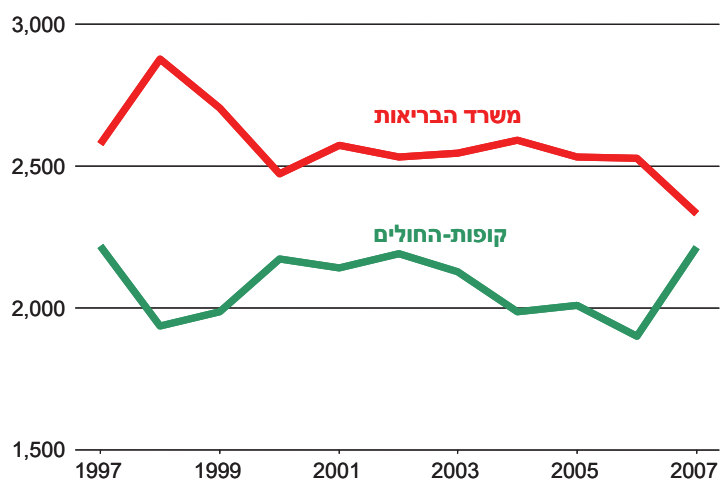
החל בשנת 1998, לאחר חוק ההסדרים הראשון, אשר האיץ את הביטוחים מרצון, ניכרת עלייה עד השנים 2002-2000, בהוצאה ל"סל הקופות" תוך ירידה בהוצאה ל"סל משרד הבריאות" (ראה תרשים 11)¹³. לאחר מכן חלה התייצבות בהוצאה ל"סל משרד הבריאות", תוך מגמת ירידה בהוצאה ל"סל הקופות" עד לשנת 2006. החל ב-2006 מסתמנת האצה במגמת הירידה ב"סל משרד הבריאות" לעומת שינוי מגמה חיובי ב"סל הקופות". מאחר שמדובר בהוצאה ריאלית בתחומים עתירי תשומת עבודה, פירוש הירידה היחסית בהוצאה לנפש בסעיפי משרד הבריאות היא אי-צמיחה בהשקעה ברפואה מונעת וברפואת הנפש, תוך פגיעה בתשתיות המערכת כולה.

2) **רפואת השן ורפואה פרטית אחרת.** על אף הגידול החד בתקופה 1997-2007 בחלקם של ביטוחי בריאות מרצון בהוצאה של משקי הבית על רפואה במימון פרטי, ההוצאה לבריאות השן היא עדיין הסעיף המרכזי בהוצאה זו (לוח 3). בהיותה ממומנת כמעט באופן מוחלט על-ידי הוצאה פרטית, בריאות השן היא החשופה ביותר לשינויים בהוצאה פרטית לטובת סעיפי הוצאה אחרים בה.

¹³ הירידה במימון המדינה לנפש סטנדרטית בסל הבסיסי של הקופות לעומת הקביעות ברמת המימון לנפש סטנדרטית לסל משרד הבריאות מתאפשרת, קרוב לודאי, באמצעות צמצום או סבסוד המדינה באשפוז כללי, לרבות הורדת ההשקעה בתשתיות.

תרשים 11

הוצאה ציבורית לנפש מתוקננת
 מחירי תשומות בריאות 2007, 1995-2007



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
 נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות.

לוח 3. ההוצאה לנפש, מתוקננת קפיטציה, לפי רכיבים
 כאחוז מההוצאה לשירותי בריאות, 1997 ו-2007 (אחוזים)

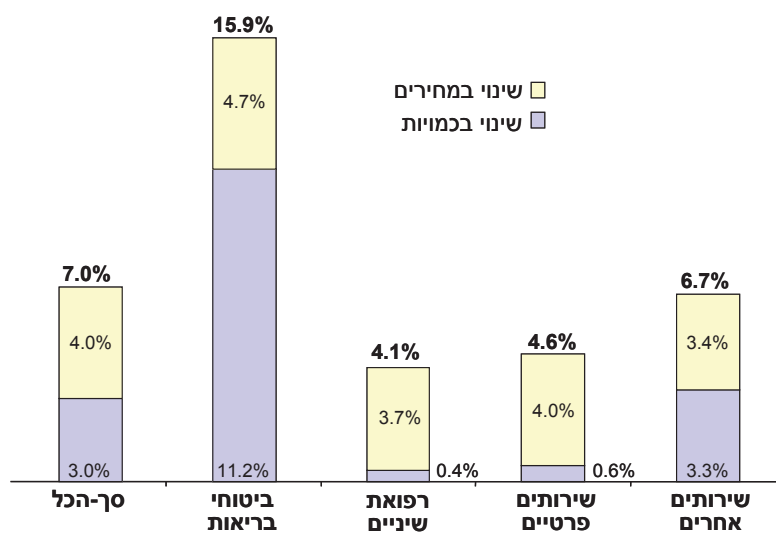
שירותים אחרים (מזה תרופות)	שירותי בריאות פרטיים	שירותי בריאות השן	ביטוחי בריאות	
31 (16)	15	35	10	1997
33 (20)	13	28	26	2007

מקור: עיבוד מתוך הלמ"ס, סקרי הוצאות המשפחה, 1997-2007, עמ' 19.

מהנתונים עולה, כי קרוב לוודאי שחלק מהגידול היחסי בביטוחים המשלימים היה על חשבון הגידול בהוצאה על רפואת השן, אשר חלקה בהוצאה ירד מ-35 ל-28 אחוז. על הפרק עומדת, אפוא, שאלת הפגיעה הפוטנציאלית של השינויים בהרכב המימון על מרכיבי בריאות, שמצבו בישראל נחות מלכתחילה (חורב ומן, 2007). בהקשר זה חשובות שתי עובדות: הראשונה, ביטוחי רפואת שיניים מדווחים רק על-ידי 6.9 אחוזים מסך משקי הבית בשנת 2007 (על-פי סקרי הוצאות משפחה). השנייה, ההוצאה הבסיסית בתחום השב"ן (לפחות בביטוחים מרצון) הם בנושאים של "בחירת רופא" ו"תרופות" (משרד הבריאות, 2007). היינו, הנתונים תומכים בהשערה, כי הגידול היחסי בביטוחים מרצון עלול לפגוע בגידול היחסי בבריאות השן. באם יילקחו בחשבון נתוני האינפלציה ברפואת השיניים (לוח 1 ותרשים 12) יקבלו הנתונים התומכים בהשערה חזוק יתר.

תרשים 12

שינויים בהוצאה הפרטית לשירותי רפואה*
לפי מרכיבים, 2007 לעומת 1997



* לנפש סטנדרטית.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר ההוצאות.

2.ה. סיכום: שחיקה ביעילות ובשוויוניות ופגיעה אפשרית בבריאות הציבור

למרות שההוצאה על שירותי רפואה לתושב (סטנדרטי) בישראל גדלה בעשור האחרון, התושב אינו מקבל בהכרח יותר שירותים מלבד אלה המגולמים בשיפורים טכנולוגיים. אובדן היעילות והרווחה בהוצאה גבוהה יותר על אותה רמת שירות ריאלית, ואולי אף פחות ממנה, ברור. בנוסף, נפגעים – כמו בכל אינפלציה – מרכיבים נוספים של יעילות, כמו גם שוויוניות וצמיחה כלכלית.

שוויוניות. בנושא המימון או השוויוניות האנכית, אינפלציה היא מס גרסיבי, באשר היא מכה בכל השכבות ללא הבחנה. להשפעה שלילית זו מתווספים הגידול בגרסיביות במימון המערכת עם עליית חלקו של המימון הפרטי בסך המימון. השפעות גרסיביות אלה מוקהות במידת מה על-ידי עליית חלקם של הביטוחים המשלימים אשר יש להם אופי חצי ציבורי. אולם אין באלה – אשר המירו מימון ציבורי – כדי לצמצם משמעותית את הגידול בגרסיביות במימון המערכת. מימון מערכת הבריאות בישראל בעשור האחרון מחמיר את התפלגות ההכנסות והצריכה במשק, ללא תוספת ריאלית משמעותית, אם בכלל, בשירותים לנפש. יתרה מזו, ההוצאה הפרטית על שירות רפואה, לרבות ביטוחים מרצון, תורמת להצטרפות משקי בית למעגל העוני (צ'רניחובסקי, 2008).

בנושא הנגישות לשירות או השוויוניות האופקית, האינפלציה היחסית במחירי שירותי רפואה, בפרט הפרטיים, גורמת לירידה בנגישות לשירותים אשר נפגעת מלכתחילה מעליית חלקו של המימון הפרטי.

יעילות. כאמור האינפלציה בשירותי הרפואה מבטאת בראש ובראשונה אובדן יעילות ב"ייצור שירותי רפואה". לשינויים במימון גם השפעות פוטנציאליות שליליות על יעילות "ייצור בריאות". הוצאה על שירותי רפואה גורמת למשקי בית, במיוחד לקשישים ולמשפחות מעוטות יכולת, לוותר על צריכה אשר גם היא מקדמת בריאות, כגון צריכת מזון, למשל. העלייה בחלקו של המימון הפרטי והירידה בפרוגרסיביות המימון הציבורי מלוות, אפוא, באובדן יכולות לשוויוניות במערכת תוך פגיעות אפשריות בבריאות האוכלוסייה.

נוכח המבנה המוסדי של המימון, לשינויים בהרכב מקורות המימון השפעה שלילית פוטנציאלית על התשתיות של המערכת, על רפואה מונעת, כמו גם על רפואת הנפש ורפואת השן.

3. השקעה בפריפריה החברתית-כלכלית לצמצום פערים בתחום הבריאות¹⁴

המונח "פריפריה כלכלית-חברתית" הוא הגדרה רב-ממדית, המתבססת על מספר מאפייני אוכלוסייה: נגישות נמוכה לשירותים (כולל שירותי בריאות); ריחוק ממוקדי פעילות כלכלית; ריחוק ממקורות כוח והשפעה פוליטיים; עומס תחלואה גבוה ודפוסי תחלואה ייחודיים; מצב חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה לאוכלוסייה הכללית או לאזור; ורמת לכידות חברתית-קהילתית נמוכה, המתבטאת במיעוט רשתות תמיכה קהילתיות ובהיעדר מנהיגות קהילתית. תיתכן חפיפה בין הגדרות פריפריה גיאוגרפית ופריפריה חברתית.

קופות-החולים הגדולות מקיימות מדידה שוטפת של מאפייני אוכלוסיית החברים המבוטחים אצלן, וממצאי המדידות שימשו לגיבוש ולהפעלה של אסטרטגיה לצמצום הפערים בבריאות.

(א) **בשירותי בריאות כללית** פעלו במסגרת תכנית לצמצום פערים, שתחילתה באיתור מוקדים להתערבות ברחבי הקופה, המשכה בהגדרת היעדים לצמצום הפערים וגיבוש האסטרטגיה ברמות השונות של ניהול הקופה במהלך 2007. האסטרטגיה גובשה על בסיס התשתית הקיימת של מאגר המידע של הקופה, צוותי קידום הבריאות במרפאות הראשוניות בקהילה, מצד אחד, ומצד שני – מערכת נרחבת של מדדי איכות. במהלך 2009 הוחל ביישומה של התכנית אשר תוצג להלן בסעיף א'.

(ב) **מכבי שירותי בריאות** החלה לבצע בשנת 2008 מדידה וניתוח שוטפים, במספר תחומים, של הקשרים בין מאפייני המבוטחים בקופה לבין הביצועים הקליניים. תמונת המצב הוצגה לראשונה כדו"ח על השוויון בבריאות (יוני 2008), אשר שימש את הקופה כבסיס לגיבוש אסטרטגיה לצמצום פערים בבריאות בקרב אוכלוסיית חברי הקופה (ראה להלן סעיף ב').

¹⁴ סעיף זה מבוסס על ניירות שהוכנו בשתי קופות-החולים הגדולות, "שירותי בריאות כללית" ו"מכבי שירותי בריאות" – ראה להלן. במונח "פריפריה חברתית" נעשה שימוש במסמכיה של "מכבי שירותי בריאות".

3.א. שירותי בריאות כללית¹⁵

בשנת 2007 קיבלה שירותי בריאות כללית החלטה, ליישם תכנית אסטרטגית רב-שנתית לצמצום פערים בבריאות, כדי להמשיך ולספק מענה לצרכים הייחודיים של קבוצות האוכלוסייה השונות, וכדי לספק מענה כוללני וכלל-ארגוני לבעיית הפערים בבריאות. התכנית מתבססת על היתרונות של התשתית הקיימת, הכוללת מאגר מידע ייחודי, צוותי קידום בריאות הפועלים במרפאות הראשוניות בקהילה, ומערכת נרחבת של מדדי איכות, המבוססת על מערכת ממוחשבת לניהול תיקים רפואיים. אסטרטגיה זו לצמצום פערים מדגישה את חשיבות הרפואה הראשונית בהפחתת פערי בריאות כפי שמתועד בספרות המקצועית (Shi, Starfield, Politzer, & Regan, 2002).

האסטרטגיה כוללת מספר שלבים: זיהוי וכימות הפערים – תהליך שהתבצע במהלך שנת 2007, הקמת ועדת היגוי ארגונית, הצפת הפערים ויצירת מודעות בכל דרגי הארגון לקיומם, קביעת מדדים לפערים והצבת יעדים ברורים לצמצומם, פעילות משותפת בין המטה להנהלות והצוותים בקהילה לקביעת תכנית עבודה פרטנית ברמת המרפאה, הקניית כלים לצמצום פערים, מדידה מתמדת ומתן תמריצים, וכל זאת תוך מעורבות דרגי ההנהלה לרבות מעורבות אישית מתמדת של המנכ"ל.

1) קווים בולטים באפיון החברתי-כלכלי של חברי שירותי בריאות כללית

בקרב המבוטחים ב"שירותי בריאות כללית" ייצוג גבוה במיוחד לאוכלוסיות חלשות מבחינה חברתית-כלכלית, בהן האוכלוסייה הערבית בישראל, אוכלוסיית הבדואים, תושבי פריפריה, קשישים ונכים (חורב וקופ (עורכים), 2009). אוכלוסיות אלה סובלות לרעה מפערים במצבן הבריאותי, כנובע מהרקע הכלכלי והחברתי הכללי, מחוץ להשפעת שירותי הרפואה. עם זאת, במשך השנים, נצבר ב"כללית" ניסיון רב במהלכים לשיפור המצב הבריאותי של אוכלוסיות חלשות אלו, כולל שיפור בנגישות לשירות, בחינוך לבריאות, בקידום בריאות וביוזמות ממוקדות בקרב אוכלוסיות מיוחדות (Maislos, Weisman, & Sherf, 2002).

¹⁵ הנייר הוכן על-ידי ד"ר רן בליצר, מנהל מחלקת תכנון מדיניות בריאות, וד"ר אורית יעקובסון, סמנכ"ל וראש חטיבת הקהילה משירותי בריאות כללית. הכותבים מודים לד"ר אפרת שדמי על עזרתה בהכנת הסיכום, לצוות אגף התכנון ולאגפי הרפואה והסיעוד בחטיבת הקהילה על עזרתם בתכנון וביישום התכנית, ולצוותים במחוזות הכללית על עבודת הקודש אשר עשו בצמצום הפערים בבריאות במסגרת התכנית.

2) החלטות ארגוניות לקידום השוויון – תהליכי התכנון והיישום

רקע – איתור הפערים במדדי הבריאות: מתוך כ-70 מדדי איכות בקהילה הנהוגים בקופה נבחרו מדדים בהם נמצא הבדל בין מרפאות המשרתות אוכלוסיות שדירוגן החברתי-כלכלי נמוך לבין אוכלוסיות שדירוגן גבוה, שהתאימו לקריטריוני ההכללה הבאים: (1) מייצגים טיפול רפואי משמעותי מבוסס ראיות; (2) רלוונטיות לקבוצות אוכלוסייה גדולות בגילאים שונים; (3) מיקוד על מניעה (ראשונית ושניונית); ו-(4) ייצוג תהליכים ותוצאי הטיפול.

המדדים שנבחרו: שבעה מדדים נבחרו בתהליך זה, ובהם מדדי איזון: סוכרת, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם, מניעת אנמיה בתינוקות, ומדדי ביצוע: ביצוע חיסוני שפעת, בדיקות ממוגרפיה, ובדיקות צואה לדם סמוי. המדדים קבלו משקל יחסי שהתבסס על חשיבותם לשיפור האיכות ברמה הארגונית, ונבנה מדד מסכם, המשקף את ההישגים במדדים הנבחרים ומהווה ציון משוקלל לדירוג לצורך מיקוד בתכנית לצמצום פערים, כאשר דירוג גבוה יותר מצביע על רמת הישגים גבוהה יותר בטיפול, הקשורה למצב חברתי-כלכלי טוב יותר.

הגדרת מוקדי ההתערבות: מרפאות ראשוניות, בינוניות וגדולות, בשמונת מחוזות הכללית, שקבלו ציון נמוך במדד הפערים נבחרו כמרפאות מיקוד להתערבות. לאחר בחירת המרפאות, נציגי המחוזות אשררו את רשימת המרפאות. בתהליך זה נבחרו למיקוד 55 מרפאות, המספקות שירות לכ-10 אחוזים מכלל מבוטחי הקופה (כ-400,000 איש).

יעדי צמצום הפערים: היעדים נבחרו כך שישקפו שיפור לאורך זמן בהשוואה לשיפור המתמיד הכללי וזאת על מנת להבטיח, כי צמצום הפערים איננו משפיע על השגת יעדי שיפור מתמיד כלליים בשאר המרפאות שאינן במיקוד. היעד נקבע כך שישקף צמצום מלא (100 אחוז) של הפער במדד המסכם בין מרפאות המיקוד לבין היעד הצפוי לכל שאר המרפאות במחוז תוך שנתיים.

האמצעים לשיפור האיכות במרפאות המיקוד וצמצום הפער בינן לבין הממוצע המחוזי בכל מחוז נקבעו באמצעות גישה משולבת bottom-up ו-top-down. לפי הראיות בספרות, להנהלה המקומית יש תפקיד חשוב בכל הקשור לשיפור האיכות (Mills & Weeks, 2004). על כן הושם דגש על בנייה ותמיכה של יוזמות מקומיות, על מנת לעודד מרפאות בעלות ביצועים נמוכים להשיג שינויים משמעותיים.

התכנון מהמטה למחוזות ולמרפאות: תהליך התכנון התחיל בכנס פתיחה למנהלי מחוזות הכללית בו הוצגו התכנית ויעדיה. ההנהלה של כל מחוז קבלה דו"ח אודות הפערים במחוז, יעדים לשנתיים הקרובות, הדרכה מבוססת ראיות על צמצום פערי הבריאות ודוגמאות ליישום מוצלח של תכניות מעין אלו. לאחר הכנס, כל מחוז יזם תהליך תכנון פנימי ועסק בתכנון ההתערבות בהתאם למאפייני האוכלוסייה המקומית. בהמשך, נדונו התכניות לכל מרפאה באופן פרטני בהנהלת הקופה לשם סקירתן, להצעת כלים נוספים לביצוע השינוי, וביצוע תהליכי למידה רוחביים. כל העת, המשיכה ועסקה ועדת היגוי עליונה בקידום תכניות חדשות וחוצות קופה לצמצום פערים בבריאות.

הפעלת ההתערבות בשטח: כמה סוגי התערבות עיקריים הופעלו במחוזות השונים בשנת 2009: (1) שיפור מיומנויות מנהל ומנהיגות; (2) התערבויות לשיפור הנגישות, לרבות שיפור הנגישות לרפואה מונעת; (3) יוזמות שיחור פרואקטיביות לזיהוי וזימון מטופלים הזקוקים לרפואה מונעת ומעקב; ו- (4) הדרכה מכוונת לשיפור כשירות תרבותית ומעורבות קהילתית, לרבות שימוש במתורגמנים ובמגשרים, מעורבות מנהיגים דתיים ואנשי קהילה לצורך התאמה ושיווק של תכניות קידום בריאות לאוכלוסיות ספציפיות. במטרה להגביר יכולות למידה בין עמיתים בתוך הארגון, אותרו מרפאות בעלות ביצועים גבוהים המטפלות באוכלוסיות חלשות אשר חלקן את הצלחותיהם עם מרפאות בעלות ביצועים נמוכים.

סיכום: מאז השקת הפרויקט בראשית 2009 נצפתה מגמה ברורה ומתמשכת של צמצום פערים בנוסף לשיפור כולל במדדי האיכות. קצב השיפור במרפאות במיקוד, שהיו בעלות ביצועים נמוכים, היה כמעט כפול ברבעון השני והשלישי של 2009 בהשוואה לתקופה זהה בשנה הקודמת, בעוד קצב השיפור בשאר המרפאות שאינן במיקוד נשאר אחיד. בעוד שהתכנון המקורי כלל יעד של צמצום 25 אחוז מהפער, תוך שישה חודשים (להשגת צמצום כל הפער תוך 24 חודש), במהלך ששת החודשים הראשונים של הפרויקט צומצם הפער בין כלל 55 המרפאות שבמיקוד לבין שאר המרפאות הבינונית-הגדולות של הקופה ב-30 אחוז (טווח 18-80 אחוז בכל מחוז). שינוי זה (צמצום הפער מעבר ליעדים המקוריים) הושג ללא פגיעה בהשגת היעדים של שיפור מתמיד בציון האיכות בכלל המרפאות שאינן במיקוד.

גם מדדים שאינם נכללים במדד המסכם בפרויקט זה אינם נדחקים לשוליים, ותכנית ההערכה המלווה את הפרויקט מצביעה על שיפור רב ממדי במרפאות המיקוד. כך, בחינת השינוי בסך-כל מדדי האיכות (כ-70 מדדים), המשמשים להערכת ושיפור איכות מתמיד בקהילה) מראה כי מגמת השיפור בכלל המרפאות

נמשכה, אולם השיפור בסך-כל מדדי האיכות במרפאות המיקוד כפול מהשיפור בכל שאר המרפאות. בנוסף, הערכת שביעות הרצון בקרב מטופלים מהשירות ומהטיפול במרפאה הראשונית הראתה, כי נכון לדצמבר 2009, במחוזות המשרתים את הפריפריה, בהם חלה סגירת פערים מרבית, חל במקביל שיפור משמעותי בציוני שביעות הרצון במרפאות ההתערבות בהשוואה לכלל המרפאות.

3.ב. מכבי שירותי בריאות¹⁶

בשנת 2008 החליטה הנהלת מכבי לגבש תכנית ארגונית כוללת ורב-שנתית לקידום השוויון בשירותי הבריאות שהיא מספקת לחבריה ובתוצאות הבריאות שהם משיגים. בשלב הראשון נבחנו קשרים בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של חברי "מכבי" לבין תוצאי הבריאות שלהם, במטרה לאתר את הפערים, לאפיין את האוכלוסיות בסיכון לאי-שוויון ולהמליץ על כיווני פעולה.

נתוני מערכות המידע של מכבי שירותי בריאות, המעודכנים לסוף 2008 וכוללים את כל אוכלוסיית החברים הבוגרים במכבי שירותי בריאות, היוו את הבסיס למיפוי הפערים. אוכלוסיית החברים אופיינה ודורגה חברתית-כלכלית, בהתבסס על מפקד האוכלוסין משנת 1995, אשר דירג את האזור הגיאוגרפי הסטטיסטי של מגורי החבר בסולם מ-1 עד 20. מדדי הבריאות שנבחנו משקפים את התחלואה הכרונית ואת איכות הטיפול¹⁷.

1) קווים בולטים באפיון החברתי-כלכלי של חברי מכבי שירותי בריאות

מתוך חמשת המחוזות במכבי, מחוזות הצפון והדרום – האזורים הפריפריים של המדינה – בולטים עם שיעור גבוה יחסית של חברים, השייכים לאשכולות החברתיים-כלכליים הנמוכים ועם שיעור גבוה יותר של עולים מחבר העמים לשעבר (שהגיעו משנת 1989 ואילך). בדומה למדינה, מחוז הצפון מתאפיין בשיעור הגבוה ביותר של אוכלוסייה ערבית ומחוז הדרום מתאפיין בשיעור גבוה של אוכלוסייה החיה בעוני: רבע מחברי מחוז הדרום נמנו על האשכול החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ורק 7 אחוזים מחברי מחוז הדרום נמנים על האשכול החברתי-כלכלי הגבוה.

¹⁶ הנייר הוכן על-ידי רחל ווילף-מירון, עינת יערי, אירנה לוינהוף, אנה וינר, מלכה אביצור ואורנה שם טוב משירותי בריאות מכבי. הנייר מבוסס על דו"ח מכבי (2009): שוויון בבריאות, דו"ח מס' 1. פערים בבריאות – תמונת מצב וכיווני פעולה, שהוכן על-ידן.

¹⁷ בהעדר נתוני לאום, האוכלוסייה הערבית אופיינה בעזרת אלגוריתם שזיהה את מרבית החברים הערבים. לגבי העולים – הגדרת עולה חדש איתרה את החברים שהגיעו מחבר העמים משנת 1989 ואילך.

באופן כללי, 13 אחוז מחברי מכבי אינם מבוטחים בשירותי בריאות נוספים ("חסרי שב"י"); 15 אחוז עולים חדשים; 9 אחוזים שייכים לאשכול החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (5-1) ו-26 אחוז – לאשכול הגבוה ביותר (16-20). רוב חברי מכבי מרוכזים בשתי רמות הביניים של דירוג האשכולות. האוכלוסייה הערבית מנתה כ-40,000 איש והיא צעירה יחסית, כמעט כולה (95 אחוז) בעשרת האשכולות הנמוכים, ושיעור גבוה יחסית אינם בעלי ביטוח משלים.

2) פערים במדדי הבריאות בקרב מבוטחי הקופה

מאפייני האוכלוסייה נבחנו ונמצאו קשורים למקצת או לרוב תוצאי הבריאות¹⁸:

דירוג חברתי-כלכלי. שכיחות גבוהה יותר של מחלות כרוניות (סוכרת ומחלות לב וכלי דם) וביצועים פחות טובים באיזון של סוכרת ובאיתור מוקדם של סרטן המעי הגס נמצאו בקרב חברי הקופה שדירוגם החברתי-כלכלי נמוך (5-1) בהשוואה לחברים בדירוג הגבוה (16-20). פערים דומים – גם אם פחותים בעוצמתם – הודגמו באיזון טוב של סוכרת ובאיתור מוקדם של סרטן השד. כך למשל, הימצאות סוכרת בשכבות הנמוכות גבוהה פי 1.4 בגברים ופי 2.1 בנשים בהשוואה לשכבות הגבוהות; שכיחות מחלות לב בשכבות הנמוכות גבוהה פי 1.2 בגברים ו-1.6 בנשים. איזון גרוע של סוכרת שכיח אצל נשים מהשכבות החלשות פי שניים מנשים בשכבות החזקות. שיעור ביצוע בדיקות לאיתור מוקדם של סרטן המעי הגס בגברים מהשכבות הנמוכות הוא כמעט מחצית (57 אחוז) מזה של גברים בשכבות הגבוהות. אצל נשים הפער קטן יותר. שיעור ביצוע ממוגרפיה לאיתור מוקדם של סרטן השד בשכבות החלשות הוא 88 אחוז מזה של נשים בשכבות החזקות. בכמחצית ממדדי הבריאות שנבחנו (כמו בדיקות מעקב או איזון כולסטרול) לא נמצאו פערים לרעת חברים מדירוג נמוך. בשלושה מדדי תהליך (ביצוע בדיקות) אף נמצא יתרון לקבוצות הדירוג הנמוך (ראה לוח 4).

¹⁸ חשוב לציין את מגבלות הדו"ח הנוכחי, שמספק תמונת מצב חלקית וראשונית. נדרש ניתוח עומק של ממדים נוספים שלא באים לידי ביטוי בדו"ח זה, כמו פערים בתשומות או דפוסי שימוש של אוכלוסיות שונות בשירותים קיימים; הוא אינו מכיל (למעט ממוגרפיה) הערכה של מצב הפערים לאורך זמן; אין בו ייצוג לאוכלוסיית הילדים המוכרת כאוכלוסייה בסיכון לאי-שוויון, והוא חסר נתונים חשובים על מגוון משתנים סוציו-דמוגרפיים ברמת הפרט, כמו השכלה, הכנסה, דתיות ומידע ישיר ומלא אודות לאום, שאינם זמינים במערכות המידע של מכבי.

לוח 4. יחס בין קבוצות בדירוג חברתי-כלכלי נמוך לגבוה
מדדי ביצוע קליניים בתחום המניעה והטיפול הכרוני, לפי מין, מתוקננים לגיל

תחום	גברים	נשים
הימצאות סוכרת	1.40	2.10
מעקב מלא לסוכרתיים*	1.03	1.15
איזון סוכרת – המוגלובין מסוכרר > 7	0.90	0.90
איזון סוכרת – המוגלובין מסוכרר < 9	1.70	2.00
LDL > 100 לסוכרתיים	0.97	1.02
הימצאות מחלות לב	1.20	1.60
מעקב** חולי לב	1.15	1.20
LDL > 100 לחולי לב	1.11	0.89
חיסון פניאמומוקס	0.95	0.93
איתור סרטן המעי הגס	0.57	0.69
בדיקות ממוגרפיה	0.88	0.88

* סוכרתיים שביצעו בשנה האחרונה בדיקות המוגלובין מסוכר, כולסטרול, לחץ-דם, משקל וגובה, בדיקת שתן לחלבון, בדיקת עיניים וכף רגל.

** חולי לב שביצעו בשנה האחרונה בדיקת לחץ-דם, משקל וגובה וכולסטרול.

לאום. פערים ניכרים התגלו לרעת האוכלוסייה הערבית בהימצאות סוכרת ומחלות לב ובתוצאי בריאות, בעיקר אלו הקשורים לאיזון הסוכרת (איזון טוב ואיזון גרוע); כך למשל, שיעור הימצאות סוכרת בגברים ערבים גבוה פי 1.5 בהשוואה לגברים יהודים; שיעור הנשים הערביות, שאיזון הסוכרת שלהם גרוע, גבוה פי 2.2 לעומת נשים יהודיות. שיעור עודף משקל או השמנה בנשים ערביות גבוה פי 1.5 מזה שבנשים יהודיות. פערים אלו הצטמצמו אך נותרו משמעותיים גם כאשר נוטרלה השפעת הדירוג החברתי-כלכלי. כך לדוגמא שיעור הנשים הערביות בקבוצות הדירוג הנמוכות, שאיזון הסוכרת שלהם גרוע, היה גבוה פי 1.5 בהשוואה לנשים יהודיות מאותן קבוצות דירוג. ממצאים אלו דומים לדיווחים מהעולם ומישראל, לפיהם פערים לרעת מיעוטים אתניים או מיעוטי גזע נותרים בעינם גם לאחר נטרול מאפיינים חברתיים-כלכליים. במספר מדדי תהליך, כמו ביצוע בדיקות המוגלובין מסוכר או בדיקות שומני הדם, לא נמצאו הבדלים בין האוכלוסייה הערבית

והיהודית (ראה לוח 5). הפערים לרעת האוכלוסייה הערבית במכבי, בעיקר אלו שאינם מוסברים על רקע מצב חברתי-כלכלי, ראויים לבחינה מעמיקה.

לוח 5. **יחס השיעורים בין אוכלוסייה ערבית ואוכלוסייה יהודית***
מדדי ביצוע קליניים בתחום המניעה והטיפול הכרוני, לפי מין ודירוג חברתי כלכלי, מתוקן לגיל

בעלי SES 1-8		כל האוכלוסייה		
נשים	גברים	נשים	גברים	
1.27	1.20	1.79	1.52	הימצאות סוכרת
1.11	1.47	1.37	1.16	הימצאות מחלת לב
סוכרת				
0.83	0.80	0.93	0.90	מעקב מלא לסוכרתיים
0.78	0.81	0.75	0.74	איזון הולם של סוכרת – המוגלובין מסוכרר > 7
1.49	1.37	2.22	1.79	איזון גרוע של סוכרת – המוגלובין מסוכרר < 9
0.73	0.87	1.02	0.85	LDL < 100
רפואה מונעת ואיתור מוקדם				
1.00	0.98	0.98	0.94	בדיקת LDL בבריאים
0.99	0.99	1.06	1.01	ביצוע BMI
1.19	1.08	1.54	1.14	BMI > 25
0.94	0.83	0.78	0.64	מעיי גס
0.93		0.88		ממוגרפיה

* כיוון שלמעלה מ-90 אחוז מחברי מכבי הערבים משתייכים לקבוצות הדירוג החברתי-כלכלי הנמוכות יותר, מדדי הבריאות של אוכלוסייה זו מוצגים הן בהשוואה של כלל אוכלוסיית הדו"ח הערבית ליהודית והן בהשוואה של שתי האוכלוסיות המשתייכות לדירוג חברתי-כלכלי 1-8 (91.8 אחוז מהאוכלוסייה הערבית ו-19.1 אחוז מהאוכלוסייה היהודית משתייכים לדירוג זה).

ותק בארץ. לא נמצאו פערים לרעת עולים מברית המועצות לשעבר כאשר מאפיין ההגירה נבחן בנטרול מאפיינים חברתיים-כלכליים וגיאוגרפיים. חשוב להדגיש כי עולים יוצאי אתיופיה או עולים מארצות מוצא אחרות לא נכללו בניתוח.

בעלות על ביטוח משלים. שיעור חסרי שב"ן גבוה למעלה מפי חמישה בקרב קבוצת הדירוג החברתי-כלכלי הנמוך בהשוואה לדירוג הגבוה, וגבוה באופן ניכר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית וגבוה יותר במחוזות הצפון והדרום בהשוואה לכלל "מכבי". הבעלות על ביטוח משלים נמצאה קשורה, במרבית מדדי הבריאות, לפערים גדולים יחסית לרעת חסרי ביטוח משלים, לאחר תקנון כל המשתנים הרלבנטיים. ניתן להניח כי, רכישת ביטוח משלים היא סמן (marker) למגוון מאפייני אוכלוסייה הקשורים להשגת תוצאי בריאות טובים יותר ולא נבחנו בדוח הנוכחי. כך למשל, ביצוע ממוגרפיה גבוה פי 2.2 בנשים בעלות שב"ן, בהשוואה לחסרות שב"ן, למרות שמדובר בבדיקה פשוטה יחסית לנבדקת, שיש לבצע אחת לשנתיים ומוצעת חינם לכל הנשים בקבוצת היעד¹⁹.

3) החלטות ארגוניות לקידום השוויון

פעילות מתמשכת להערכת שוויון: הקופה החליטה להטמיע בשגרת העבודה הארגונית הערכה מתמשכת של ממד השוויון, על פי מספר היבטים: (1) המשך השקעה בפיתוח תפיסה ומתודולוגיה להערכת שוויון בשירותי בריאות, תוך התייחסות משולבת לממדים: צרכים, תשומות, שימושים ותוצאי בריאות, וניתוח קשרים בין ממדים אלו; (2) הרחבת החקירה של אוכלוסיות שאותרו בדו"ח הראשון כנמצאות בסיכון לאי-שוויון ותחקור אוכלוסיות נוספות המוכרות בספרות כסובלות מאי-שוויון בבריאות, כמו נשים, ילדים או אנשים עם מוגבלויות; (3) הערכת המשמעויות הכלכליות של החלטה לעסוק בקידום שוויון בבריאות, לאור העובדה שהחלטה זו אינה מגובה עדיין בהשקעת משאבים ממשלתית; (4) שיפור תשתית הנתונים לאיתור אוכלוסיות בסיכון כך שתאפשר לזהות בצורה מדויקת יותר אוכלוסיות בסיכון ברמת הפרט, בעזרת נתונים על השכלה, ותק בארץ, או דתיות. ראוי לקדם מהלך לאומי שיאפשר להעביר מידע על לאום לקופות.

התאמה תרבותית במוקדי ההתערבות: מרכיב מרכזי בקידום השוויון הוא התאמה תרבותית (cultural competency) של שירותי הבריאות. הקופה קיבלה החלטה לספק שירותי בריאות מותאמים לצרכים ולמאפיינים החברתיים, האתניים והתרבותיים השונים של חבריה. החלטה זו התבססה, בין היתר, על סיפורי הצלחה מקומיים, שתרמו להבנה, כי לאנשי השטח עשויה להיות תרומה משמעותית לצמצום פערים,

¹⁹ ממצאים אלו מצריכים חקירה והבנה של מאפייני חברי מכבי חסרי השב"ן על הצרכים ועל דפוסי השימוש הייחודיים שלהם.

מתוך היכרותם את החסמים המקומיים ואת הפתרונות, אשר עשויים להקטין חסמים אלה. הלמידה מן השטח סייעה רבות בגיבוש האסטרטגיה. כך לדוגמא נלמד רבות מסיפור ההצלחה המקומי בקופה בשנים 2004-2005, בתחום העלאת שיעורי ביצוע בדיקות ממוגרפיה לאיתור מוקדם של סרטן השד בקרב נשים ערביות, חברות הקופה, בסניפי המשולש (ראה להלן במסגרת).

במסגרת ההחלטה לחזק את ההתאמה התרבותית הוחלט לנקוט כמה צעדים:

א) יובטח ייצוג הולם של מטפלים ומנהלים מקרב אוכלוסיות אתניות-תרבותיות, כדוגמת האוכלוסייה הערבית או יוצאי אתיופיה, במטרה להגביר את המודעות הארגונית לצרכים ולמאפיינים הייחודיים של קבוצות אלו ובכך לשפר את תכנון השירותים המיועדים להן. איתור וגיוס מטפלים מאוכלוסיות אלו כבר מתבצע כיום;

ב) יוכשרו מטפלים, מנהלים ועובדים בנושא הלימה תרבותית: מכבי התנסתה בשנת 2008 בתהליך מוצלח, בשיתוף עם אוניברסיטת בן-גוריון, של הכשרת מטפלים ועובדים למתן שירות בהלימה תרבותית לאוכלוסייה הבדואית בנגב. התקבלה החלטה כי, עד סוף 2012 יעברו כל עובדי מכבי הכשרה בהלימה תרבותית;

ג) תורחב פעילות קיימת להנגשה לשונית ותרבותית של החומרים החינוכיים והמסרים ההסברתיים שלה לציבור החברים (מרכז טלפוני למתורגמות רפואית פועל החל בנובמבר 2009 כתכנית חלוץ במספר סניפים במחוז הצפון. מרכז זה נועד לשפר את התקשורת בין מטפלים למטופלים הדוברים שפות שונות). כבר כיום נעשה שימוש במגשרים תרבותיים באזורים שונים כדי לייצר תשתית מסייעת למטפלים, לעובדים ולמטופלים, ויש כוונה להרחיב פעילות זו. כמו כן, יושקעו משאבים בפיתוח מנהיגות מטפלים ומנהלים, המייצגים אוכלוסיות בסיכון לאי-שוויון, כדי לקדם את ייצוג צורכי האוכלוסייה ואת השפעת נציגיה על השיח הארגוני; יורחבו הפעולות לעיצוב התנהגויות מקדמות בריאות בקרב אוכלוסיות בסיכון ותיפתח שותפות עם ציבור חברי הקופה בעיצוב מדיניות לקידום שוויון, כדי לחזק את השותפות עם הקהילה.

זרקור: העלאת שיעור ביצוע בדיקות ממוגרפיה לאיתור מוקדם של סרטן השד בקרב נשים ערביות

העלאת שיעור ביצוע בדיקות ממוגרפיה לאיתור מוקדם של סרטן השד בקרב נשים ערביות היא דוגמא לסיפור הצלחה בקופה. שיעור ביצוע בדיקות הממוגרפיה בקרב נשים ערביות ב"מכבי" (2004) היה נמוך מאד בהשוואה לביצוע בקרב נשים יהודיות. צוות מקומי בסניפי המשולש (טירה, טייבה וקלאנסואה) חקר את התופעה של ביצוע נמוך של בדיקה הניתנת ללא תשלום. בין הסיבות – אי-ידיעת השפה העברית, בה נכתבה ההזמנה לביצוע הבדיקה; קושי בדיוור הזימון מפני שנשים באותו יישוב נושאות לעתים שמות זהים; מרחק פיזי (מכון הממוגרפיה נמצא במרחק 30 ק"מ מהמשולש, ללא קווי תחבורה נוחים); קושי לצאת מהיישוב עם בן משפחה מלווה בשעות בהן הגברים עובדים; העדר ערכים של טיפול עצמי בקבוצת גיל זו; דעות קדומות וסטיגמה חברתית ודתית הקשורות לביצוע הבדיקה, והסתייגות מבדיקה על-ידי כירורג גבר.

אנשי השטח גיבשו "חבילת פתרונות" שהותאמה לחסמים שאותרו. בין השאר פנתה אחות בת המקום למנהיגים הדתיים המקומיים וגייסה את תמיכתם לבדיקה כדי להקטין תיוג ודעות קדומות; גייס הנשים נעשה על-ידי אחות, שעברה מבית לבית וזימנה את הנשים למפגש בו הסבירה את חשיבות הבדיקה. הנשים נבדקו על-ידי כירורג בנוכחות האחות ואם בכל זאת האישה הסתייגה גם מכך – הצוות ויתר על בדיקת הכירורג; צוות הסניף קבע תור למכון הממוגרפיה למספר נשים יחד, כך שמלווה אחד יאפשר למספר נשים להיבדק תוך צמצום אובדן ימי עבודה של הגברים. תוך 15 חדשים עלה שיעור הביצוע בכל שלושת הסניפים באופן ניכר. כך, למשל, בסניף קלאנסואה עלה השיעור מ-35 ל-60 אחוז. הלקחים יושמו לכלל הסניפים האחרים המשרתים אוכלוסייה ערבית, ותרמו לעלייה ניכרת בשיעור הביצוע באותם סניפים בין השנים 2004-2005 – שיפור יחסי של 73 אחוז (מ-27 ל-46 אחוז ביצוע בדיקה), בהשוואה לשיפור של 29 אחוז בקרב כלל חברות מכבי בתקופה המקבילה.

4 הפעלת ההתערבות בשטח

הנגשת שירותים לפריפריה החברתית: הקופה אימצה מדיניות של העדפת האוכלוסיות שאותרו כשייכות לפריפריה החברתית ונמצאות בסיכון לאי-שוויון, במיוחד ערבים, עולים חדשים ואוכלוסיות הנתונות בעוני. העדפה כלפיהם מתבטאת במשאבים ובתשומת לב ארגונית. כל יחידות הקופה הונחו לכלול בתכניות העבודה השנתיות שלהן תכניות לקידום השוויון; ובשנת 2010 הוקצו 10 מיליון ש"ח, כסכום ייעודי להתנעה של יוזמות ותכניות חדשות ומקיפות לקידום השוויון בפריפריה החברתית של כל אחד מהמחוזות.

הנגשת שירותים איכותיים לפריפריה הגיאוגרפית: משנת 2009 הוחל בהרחבת שירותי הרפואה מרחוק לתחומים חדשים, כמו חיבור מרפאות מרוחקות בתקשורת וידאו בזמן אמת למוקדי מומחיות, כדי לאפשר התייעצות של הרופא המטפל והמטופל, היושבים ביישוב מרוחק, עם רופא בכיר ביישוב אחר. כמו כן מתבצע ניווד של מכשור מתקדם לקיצור המרחקים בין המרכז לפריפריה. בנוסף, ניתן תמריץ לרופאים בכירים לפתוח מרפאות מומחים במקומות רחוקים במטרה לשפר את איכות הטיפול בפריפריה.

הקטנת חסמים כלכליים להשגת תוצאי בריאות מיטביים: הקופה בוחנת, בדיאלוג עם משרד הבריאות, דרכים להקטנת השתתפות עצמית ותשלום עבור תרופות לחולים כרוניים המקבלים הבטחת הכנסה ולאוכלוסיות עם צרכים מיוחדים, כמו בעלי מוגבלויות. הקופה נוקטת פעולות שונות להבטחת מיצוי זכויות של אוכלוסיות זכאיות לתמיכה, כמו פרסום זכויות בשפות שונות ובאמצעי תקשורת שונים, הזמנה יזומה של חולים לעובדת סוציאלית לצורך סיוע במימוש זכויות או יצירה של תהליך יזום אוטומטי לאישור וסימון קוד מחלה כרונית, כדי להנגיש זכויות וזכאויות לחולים כרוניים.

זרקור: תכנית התערבות לחיסון ילדים בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב*

דירוגם החברתי-כלכלי של הבדואים בנגב הוא הנמוך ביותר במדינה והם מאופיינים בדומה לאוכלוסיית העולם השלישי. כמחצית מהם מתגוררים מחוץ ליישובי קבע, בכפרים הבלתי מוכרים. לילודה מקום חשוב בתרבותם והפריור גבוה במיוחד. בנוסף לכך, שיעור הנישואין של קרובי משפחה מדרגה ראשונה גבוה (40 אחוז) ואף קיימת פוליגמיה. למאפיינים אלה השפעה רבה על בריאות האוכלוסייה. בחורף 91-1990 התפרצה בישראל מגיפת חצבת, עם שיעורי חולי של 415.6 ל-100,000 ושיעור אשפוז בבת-חולים של 50.9 אחוז בקרב הבדואים. באותה שנה מתו 7 ילדים בדואים כתוצאה מסיבוכים ישירים של המחלה. בעת ההיא לכ-40 אחוז מהבדואים לא היה כל ביטוח רפואי והם קיבלו טיפול רפואי על בסיס תשלום עבור השירות במרפאות מקומיות, אצל רופאים פרטיים ובמרכז רפואי אקדמאי, ששירת את האזור. רק 76 אחוז מהילדים הבדואים ביקרו במרפאות לאם ולילד ("טיפות חלב") לפחות פעם אחת, ורק 53 אחוז מהילדים, שנולדו ב-1988, והיו בני שנתיים ב-1990 כשהתפרצה המגפה, היו מחוסנים (נתוני משרד הבריאות).

בעקבות המצב הוקמה ועדה לאומית, שהמליצה על תכנית התערבות. רוב המלצותיה של הוועדה נכלל ביישומה של התכנית: מראינת ערבייה דיברה אישית עם כל אם, בעודה מאושפזת בבית-החולים, על החשיבות של רישום מוקדם של היילוד בתחנת "טיפות חלב". הוקמו שני צוותי חיסון ניידים והוקם מאגר מידע ממוחשב למעקב אחר חיסון הילדים. התארגנות זו אפשרה לקיים ביקורי בית של הניידות, על מנת לחסן בביתם ילדים בדואים שלא חוסנו במועד. במקביל הופעלה תכנית חינוך קהילתית להעלאת המודעות של האוכלוסייה הבדואית לחשיבות של קבלת חיסונים במועד. בנוסף לכך הוקמו מאז 1997 שבע תחנות "טיפות חלב" בכפרים הבלתי מוכרים ותחנה אחת ניידת. המחלקה לסייעוד במשרד הבריאות פיתחה תכנית מיוחדת להכשרת נשים בדואיות כאחיות מוסמכות.

שתי המלצות של הוועדה לא יושמו: לא מומנה תוספת תקנים לרופאים ואחיות למתן השירות המונע בתחנות "טיפות חלב", ולא ניתנו תמריצים לאחיות בריאות הציבור, כדי שיבואו לעבוד עם האוכלוסייה הבדואית.

היישום של תכנית ההתערבות הביא לעלייה בכיסוי החיסוני, מ-53 אחוז בקרב בני שנתיים ילידי 1988, ל-90 אחוז בקרב בני שנתיים ילידי 2001. באותה עת נרשמה ירידה מרשימה במחלות מדבקות, הניתנות למניעה באמצעות חיסון, פרט לשעלת. בין השנים 1990-2003 לא דווח על מקרי תחלואה באסכרה, פלצת, אדמת מולדת ושיתוק ילדים בקרב ילדים בדואים בנגב מתחת לגיל 5. מאז מגיפת החצבת ב-1991-1990 דווח על 13 מקרי חצבת בלבד בקרב ילדים בדואים בנגב. לאחר הכנסת החיסונים – נגד המופילוס אינפלואנזה b בשנת 1994, והחיסון נגד צהבת נגיפית A בשנת 1999 – אובחנו מקרים בודדים של מחלות אלה בקרב ילדים בדואים בנגב, שגילם מתחת ל-5 שנים.

* הזרקור מבוסס על מאמר מקיף של Belmaker ואחרים ב: The Lancet.

נספח: מדדי מחירים

במערכת שלושה מדדי מחירים כלהלן.

מדד מחירי שירותי הבריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מתייחס להוצאה הפרטית ומורכב בעיקר ממחירי שירותים רפואיים, שירותי רפואת שיניים ומחירי תרופות (ראה פרק 4 בדו"ח). מדד זה מפורסם בפרק "מחירים" בשנתונים הסטטיסטיים של הלמ"ס לשנים 1995-2007 (הלמ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות).

מדד יוקר הבריאות משמש לעדכון הסל והרכבו הינו כלהלן:

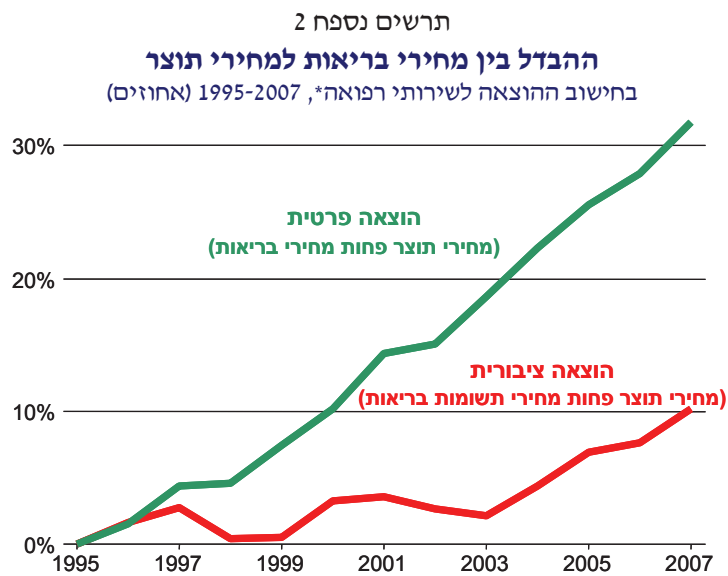
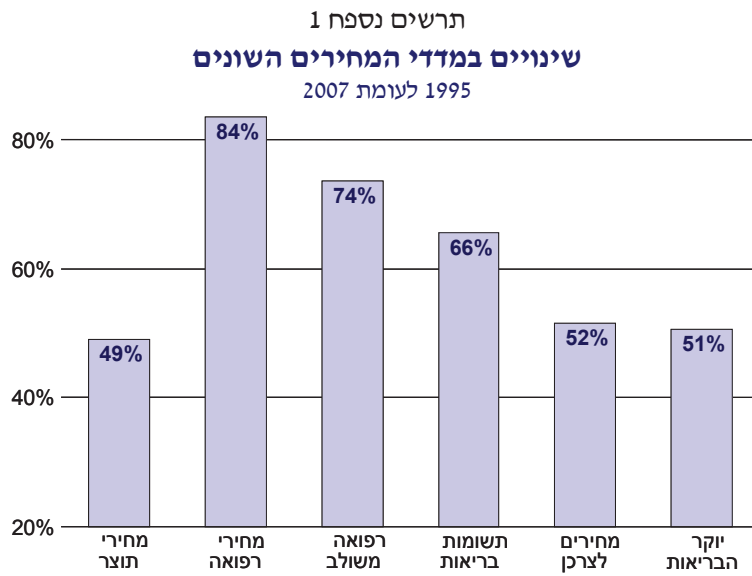
מרכיב	עד 2004	מינואר 2005
	משקל (באחוזים)	
מדד המחירים לצרכן	23.00	40.00
מדד סיטונאי של מחירי תרופות	17.00	-
מדד תשומות הבנייה	2.00	2.00
מדד שכר במגזר הציבורי	22.04	22.04
מדד שכר במגזר הבריאות	35.96	35.69
סך-הכל	100.00	100.00

מקור: בן-נון וקידר (2007).

מדד תשומות הבריאות מורכב ממחיר יום אשפוז (50 אחוז), מדד שכר במגזר הבריאות (30 אחוז) ומדד מחירים לצרכן (20 אחוז). מדד זה מתייחס בעיקר לסל השירותים של קופות-החולים. שני המדדים קרובים זה לזה. למעשה, השני מוכל בשלישי נוכח מרכיב האשפוז באחרון. לפיכך, שני המדדים אף צמודים בהתנהגותם לאורך זמן.

בעבודה זו המדד של הלמ"ס משמש לתיקון ההוצאה הפרטית בעוד שמדד התשומות משמש לתיקון ההוצאה הציבורית. בהתאם לכך, **המדד המשולב** משמש לתיקון ההוצאה הלאומית והוא מתקן הוצאה זו לפי שני המדדים, בהתייחס לחלקם היחסי בהוצאה. שלושת המדדים בצירוף המדד המשולב מוצגים בתרשים 1.1. התרשים השני, תרשים 2.2, מציג את פגיעתה החמורה יותר של האינפלציה ברפואה במימון פרטי מאשר בזו במימון ציבורי.

מציאות זו מדגישה את אחת הסיבות היסודיות להתערבות המדינה במימון מערכת הבריאות ובהסדרת מרבית הביקושים בה. בכוחה המונופסוני של המדינה היא מקזזת את כוחם המונופולי של ספקי שירות להפלות מחירים. לפיכך, על פני זמן שקל אחד בהוצאה ציבורית קונה יותר מאשר בהוצאה פרטית.



* הוצאה לשירותי רפואה לנפש סטנדרטית.

מקור לתרשימים 1, 2: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות.

מקורות

- בן-נון, ג' (2008). חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות. ירושלים: משרד הבריאות.
- בן-נון, ג' וקידר, נ' (2007). חוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2007. ירושלים: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) (2009א). שנתון סטטיסטי לישראל, מסי' 60. ירושלים: הלמ"ס (ספטמבר).
- שנתון סטטיסטי לישראל. שנים שונות. ירושלים: הלמ"ס.
- (2009ב). הודעה לעיתונות מיום 31.5.2009.
- (2009ג). פרסום מיוחד "חשבונות לאומיים – 1995-2007". ירושלים: הלמ"ס.
- סקרי הוצאות המשפחה 1997-2007. ירושלים: הלמ"ס.
- חורב, ט' ומן, י' (2007). רפואת הפה והשיניים: אחריות המדינה לתושביה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (יולי).
- חורב, ט' וקופ, י' (עורכים) (2009). הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2008. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (פברואר).
- משרד הבריאות (2007). דו"ח ציבורי מסכם על פעילות קופות-החולים לשנת 2005. ירושלים: משרד הבריאות.
- המרכז הלאומי לבקרת מחלות (2005). מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל 2004. פרסום 226. ירושלים: משרד הבריאות.
- צ'רניחובסקי, ד' (2008). שינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות והשפעתם על התפלגות הכנסות וצריכה 1995-2005/6. סדרת ניירות עבודה, המחלקה לניהול מערכות בריאות. באר-שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- (2007). מימון מערכת הבריאות בישראל 1995-2005: היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (דצמבר).
- צ'רניחובסקי, ד' ונבון, ג' (2010). ההוצאה הלאומית על שירותי רפואה בישראל – גידול ממאיר בעלויות השירות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (בהכנה).

- Belmaker, I., Dukhan, L., Elgrici, M., Yosef, Y., Shahar-Rotberg, L. (2006). "Reduction of vaccine-preventable communicable diseases in a Bedouin population: summary of a community-based intervention programme", in *The Lancet* 367:987-991, (March).
- Davis, K., Schoen, C., Schoenbaum, S. C., Doty, M. M., Holmgren, A. L., Kriss, J. L., and Shea, K. K. (2007). *Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*. W.P. No. 1027. New-York: Commonwealth Fund.
- Maislos, M., Weisman, D., and Sherf, M. (2002). "Western Negev Mobile Diabetes Care Program: A Model for Interdisciplinary Diabetes Care in a Semi-Rural Setting". *Acta Diabetologica*, 39(1): 49-53.
- Mills, P. D., and Weeks, W. B. (2004). "Characteristics of Successful Quality Improvement Teams: Lessons from Five Collaborative Projects in the VHA". *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(3): 152-162.
- Schoen, C., Davis, K., How, S. K., and Schoenbaum, S. C. (2006). "U.S. Health System Performance: A National Scorecard". *Health Affairs* (Project Hope), 25(6): 457-475. doi:10.1377/hlthaff.25.w457.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J., and Murukutla, N. (2007). "Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, 2007". *Health Affairs* 26(6): 717-734. doi:10.1377/hlthaff.26.6.w717.
- Shi, L., Starfield, B., Politzer, R., and Regan, J. (2002). "Primary Care, Self-Rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health". *Health Services Research*, 37(3): 529-550.