

ביטוח סוציאלי

כתב עת בנושאי רווחה וביטחון סוציאלי

- מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי
- ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימונו במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי
- סל השירותים הבסיסי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: טכנוקרטיה לעומת פוליטיקה
- "הסרת השמנתי" בקופת חולים מכבי לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי והקשישים: נגישות לשירותים, איכותם ושביעות רצון
- הביטוח הסיעודי בישראל לאן?
- כוח-אדם סיעודי בתקופה של עלייה ושל רפורמות במערכת הבריאות
- תיאגוד בתי-החולים - לאן?
- השינויים האסטרטגיים בבתי-החולים הציבוריים בעקבות הרפורמה במערכת הבריאות בישראל
- רופאים ראשוניים בישראל 1997: מאפיינים ותמורות בעידן של רפורמה

ביטחון סוציאלי

כתב-עת בנושאי רווחה וביטחון סוציאלי

**סוגיות במדיניות הבריאות בישראל
ארבע שנים לאחר החלת
חוק ביטוח בריאות ממלכתי**

**יוצא לאור מטעם
המוסד לביטוח לאומי**

**ירושלים • אדר תשנ"ט • פברואר 1999
חוברת 54**

דברי תודה

חוברת מיוחדת זו של ביטחון סוציאלי היא השנייה המוקדשת לחקר מערכת הבריאות בישראל. קדמה לה חוברת מס' 47, שהופיעה בדצמבר 1996 ואשר הוקדשה לבדיקת היבטים שונים של מערכת הבריאות כפי שנראו אז. בינתיים חלפו ארבע שנים מאז הפעלתו לראשונה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והגיעה אפוא העת לבחון ולהעריך את השינויים שהיו מאז.

העורכים-אורחים של חוברת מיוחדת זו מבקשים להודות לכל הסוקרים שהשתתפו בתהליך שיפוטם של המאמרים שהיו מועמדים לפרסום בחוברת המיוחדת. אנו מודים להם על הזמן והמאמץ שהקדישו לקריאת המאמרים ולהערכתם. אנו מודים גם על תרומתם הרבה בהערכה יסודית ומעמיקה של העבודות, שללא ספק תרמה להעלאת איכות המאמרים שפורסמו.

על כך נתונה תודתנו למר טל אבידן, פרופ' אורי אבירם, ד"ר מאיר אורן, גב' אופירה אליאב, מר גבי בן-נון, גב' ג'ני ברודסקי, ד"ר יעקב גלזר, פרופ' חיים דורון, מר גל הרשקוביץ, פרופ' מיכאל ויינגרטן, פרופ' ג'ק חביב, ד"ר דוד חניניץ, גב' אורית יעקובסון, פרופ' יעל ישי, פרופ' שרה כרמל, ד"ר יעקב לרנר, גב' דינה פלדמן, גב' תרי שביט, פרופ' פסח שוורצמן, ד"ר עמיר שמואלי, פרופ' מרדכי שני.

אנו מודים גם לגב' דורית גנות-לוינגר, שסייעה בצד המינהלי של הסקת החוברת, לגב' עירא כהנמן, על עצותיה המקצועיות, ולמר רפאל יוליוס, על עריכת המאמרים והבאתם לדפוס.

רויטל גרוס, ברוך רוזן, אריה שירום

★

"ביטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה, בחורף ובקיץ. מאמרים יש להגיש בשלושה עותקים, מודפסים ברווח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף תמצית של המאמר באנגלית, וכן את שם המחבר ואת שם המאמר באנגלית. המאמרים מועברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע.

מען המערכת: "ביטחון סוציאלי", מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות וייצמן 13, ירושלים 91909.

הדעות וההערכות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

חמערכת:

גב' עירא כהנמן (יו"ר)

לאה אחדות

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יעל ישי

שלמה כחן

פרופ' יוחנן שטסמן

פרופ' אריה שירום

פרופ' משה סקרן

העורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334-231X

"ארי" מבשרת ציון

ודפוס אחוה, ירושלים

תוכן העניינים

		דבר העורכים-אורחים
5	רויטל גרוס, ברוך רוזן, אריה שירום	
11	רויטל גרוס, ברוך רוזן, אריה שירום	מאמר מערכת: מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי
35	גבי בן-נון	ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימונו במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי
53	דוד חייניץ	סל השירותים הבסיסי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: טכנוקרטיה לעומת פוליטיקה
69	פרנסיס ווד	"הסרת השמנת" בקופת חולים מכבי לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי
76	נטע בנטור, רויטל גרוס, דוד חייניץ	חוק ביטוח בריאות ממלכתי והקשישים: נגישות לשירותים, איכותם ושביעות רצון
92	רחל קיי	הביטוח הסיעודי בישראל לאן?
110	נורית ניראל, מרים פריאנטה	כוח-אדם סיעודי בתקופה של עלייה ושל רפורמות במערכת הבריאות
130	שאול מי שאשא	תיאגוד בתי-החולים - לאן?
152	נירה שלום, מיכאל הריסון	השינויים האסטרטגיים בבתי-החולים הציבוריים בעקבות הרפורמה במערכת הבריאות בישראל
169	רויטל גרוס, חוה טבנקין, מרים גרינשטיין, שולי ברמלי-גרינברג, מיכאל הריסון	רופאים ראשוניים בישראל 1997: מאפיינים ותמורות בעידן של רפורמה
191		רשימת מחברי המאמרים המתפרסמים בחוברת
v-xv		Summaries of the Main Articles

דבר העורכים

מטרת החוברת, שהיא השנייה המוקדשת לחקר מערכת הבריאות בישראל. היא להאיר ולהעריך היבטים הקשורים לרפורמות שבוצעו במערכת הבריאות בעקבות המלצות ועדת החקירה הממלכתית מ-1990, ובפרט החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותאגוד בתי-החולים.

הקדשת חוברת מיוחדת למערכת הבריאות היא הזדמנות לעשיית חשבון נפש ולבחינת פניה של מערכת הבריאות בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השתדלנו לכלול בחוברת נקודות מבט רבות ומגוונות על הסוגיות העיקריות שאתן מערכת הבריאות מתמודדת היום, ארבע שנים לאחר החלת חוק ביטוח הבריאות. לצורך זה הפצנו בחודש מארס 1998 "קול קורא" לחוקרים במוסדות אקדמיים ובמכוני מחקר, וגם לאנשי מעשה העוסקים יום יום בקביעת מדיניות הבריאות בארץ, כדי שיתרמו מפרי עטם לחוברת מיוחדת לנושאים האמורים. בתשובה קיבלנו כעשרים מאמרים. כל מאמר ומאמר הועבר לשיפוט של שני מעריכים הבקיאים בנושא שנדון בו. השופטים העריכו את טיב המאמר, המליצו על פרסום או דחייה, ובמקרים אחדים דרשו להכניס בו שינויים שישפרו את איכותו המדעית. על סמך הערכות השופטים נבחרו המאמרים שנכללו בחוברת המיוחדת.

בסקירה שתוכא להלן נציג בקצרה את תוכנו של כל אחד מן המאמרים הכלולים בחוברת מיוחדת זו ונבהיר את הקשר שבינו ובין הרפורמות שהופעלו במערכת הבריאות בשנים האחרונות, ובמיוחד עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הקו המשותף למאמרים הכלולים בחוברת המיוחדת הוא, שהם בוחנים סוגיות העומדות על סדר-היום הציבורי והמעסיקות היום את קובעי המדיניות במערכת הבריאות: מימון המערכת, סל השירותים, ביטוח סיעוד, השירות הניתן לאוכלוסיות חלשות, תכנון כוח-אדם, התנהגות בתי-החולים וכוח-האדם ברפואה הראשונית.

המאמרים לא רק מנתחים את הבעיות, אלא גם בוחנים כיוונים אפשריים לפתרון ומציעים כיוונים למחקרים שיוכלו להוסיף בהמשך מידע הנחוץ לקביעת מדיניות מושכלת. לפיכך החוברת בכללותה עשויה לתרום לדיון הציבורי ולתהליכי קבלת ההחלטות בהגדרת הבעיות, בכלי הניתוח ובנתוני המחקר.

המאמר הפותח את החוברת הוא מאמר המערכת, שבו מוצג הרקע לחקיקת החוק ומטרותיו. המאמר מנתח את סעיפי החוק וסוקר את ההתפתחויות בחקיקה מאז 1995. במאמר נבחנו גם השפעות החוק על משתנים מרכזיים: הוצאות והכנסות של קופות החולים, רמת השירות בקופות החולים ושביעות רצון המבוטחים ומגמות מעבר בין קופות החולים. לבסוף נדונה השאלה באיזו מידה החוק השיג את מטרותיו.

אחת הבעיות העיקריות שמערכת הבריאות מתמודדת אתן היום היא היציבות הפיננסית. לנוכח הגירעון המתמשך שיצר הפער בין הכנסות להוצאות, סוגיה מרכזית נוגעת למימון עלות סל השירותים. המאמר של גבי בן-גורן עוסק בסוגיה זו ומציג את ההתפתחויות בשיטת החישוב והעדכון של עלות הסל ובהקצאת המקורות למימונו, ועומד על נקודות המחלוקת בנושאים אלה. לדבריו, החל משנת 1996 נצברו גירעונות שוטפים הנובעים ממספר מקורות:

ליקויים במנגנון עדכון סל השירותים, הוצאות עודפות של קופות החולים בעקבות התמריצים לתחרות שניתנו להן בחוק ביטוח בריאות, וגם בשל העדר מנגנוני פיקוח ובקרה על הוצאות הקופות. לדעת המחבר, קיימת מחלוקת בין קובעי המדיניות על הסיבות להיווצרות הגירעון כמו גם על דרכי הפתרון. המחלוקת היא בין גישה הגורסת, שעל המדינה להבטיח מקורות ייעודיים להספקת שירותי בריאות תוך שמירת רמת הרווחה, ובין גישה הגורסת, שיש להכפיף את רמת הרווחה לסדר העדיפויות של תקציב המדינה. לאופן שבו תיושב המחלוקת יהיו השלכות על הסדרת כללי מימון יציבים למערכת הבריאות ועל עתידו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. נראה, שבעיות היסוד שעליהן מצביע מאמרו של גבי בן נון עדיין שרירות וקיימות גם לאחר ההסכמים המיוחדים שנחתמו בין משרדי האוצר והבריאות ובין כל אחת מקופות החולים בסוף שנת 1998, הסכמים שנחתמו לאחר שהושלם המאמר. מימון קופות החולים יישאר במצב גירעוני גם בשנת 1999. לפיכך, בעיית היציבות הפיננסית של הקופות והבעיה הקשורה לכך של כיסוי עלותו הריאלית של סל שירותי הבריאות באמצעות מקורות המימון לא מצאו את פתרון בהסכמים אלה.

סוגיה מרכזית נוספת נוגעת לקביעת תוכן סל השירותים שהאזרחים זכאים לקבל לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. המאמר של דוד חניניץ בוחן את התהליכים שהתרחשו במערכת מאז 1995 הנוגעים לפירוט השירותים שבסל הבריאות ועדכונו. במאמר נסקר התהליך שהוביל להחלטה לקבוע סל שירותים מפורש ומפורט במסגרת חוק ביטוח בריאות וגם פעולות של פיקודי ממשל, קבוצות אינטרסים וגורמים פוליטיים לשינוי הסל. המחבר משווה את התהליך בישראל לתהליכים דומים של קביעת סדרי עדיפויות וקיצוב במדינות אחרות: אוֹרְגוֹן בארצות-הברית, בריטניה, הולנד, שוודיה ונירזילנד. המתבר עומד על כך, שההגדרה והעדכון של סל השירותים בישראל, כמו במדינות אחרות, כרוך בגישה טכנוקרטית לצד דיון ציבורי וקבלת החלטות בידי קובעי מדיניות בעלי אחריות פוליטית.

אחת ממטרותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה למנוע תופעה של ברירת מבוטחים בידי קופות החולים ולאפשר לאזרחים חופש מעבר בין קופות. המאמר של פרנסיס ווד בוחן האם חל שינוי במאפייני המבוטחים שהצטרפו לקופת חולים מכבי לפני חוק ביטוח בריאות, ולאחר הפעלתו. ממצאי המחקר מלמדים, שלפני החוק, העלות לנפש של מצטרפים מעל גיל 40 היתה נמוכה יותר מאשר העלות לנפש של מצטרפים בגילים אלה בשנת 1996. מכאן עולה, שאחרי החוק הצטרפו למכבי אנשים שמצב בריאותם קשה יותר והם צורכים יותר שירותי בריאות. כמרכזן, שיעור המצטרפים בני 60+ היה נמוך יותר לפני החוק. ממצאי המחקר מלמדים על כך, שהפעלת החוק אכן תרמה לקידום היעד של הגברת חופש הבחירה בקופה וחופש המעבר בין קופות.

הסוגיה המועלית במאמר של נטע בנטור, רויטל גרוס ודוד חניניץ קשורה בהשפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים - הקשישים. מתכנני החוק רצו לתת לקופות החולים תמריץ לבטח קשישים, שצורכי הבריאות שלהם רבים ושיעורי השימוש שלהם בשירותים גבוהים יחסית. לפיכך נקבעו לקשישים משקלות גבוהים בגוססת הקפיטציה (בערך 3.7 עבור בני 75+ ו-2.9 עבור בני 65-74). במאמר מוצגים נתונים על השינויים בשביעות הרצון ובאיכות השירות שניתן לקשישים בשנים 1995-1997, המצביעים על כך, שהיתה עלייה בשביעות רצונם של הקשישים מקופות החולים שלהם והיא אף גדולה מן העלייה בשביעות הרצון בקרב הצעירים. גם במדרים לנגישות השירותים נמצא שהיה שיפור לפי

דיווחי הקשישים, אך עדיין קשישים מדווחים על זמני המתנה ארוכים יותר במרפאת רופא המשפחה, על תור ארוך יותר למומחים ועל שיעור נמוך יותר של ביצוע בדיקות ממוגרפיה בשנתיים האחרונות. יחד עם זאת, המחברים מדגישים שהסקרים מתייחסים בעיקר לשירותי הרפואה הראשונית, ולא לשירותים העונים על צורכיהם הייחודיים של הקשישים, כגון טיפול ממושך, אשפוז פוסט-אקוטי ושיקום. משום כך יש מקום להמשיך ולעקוב אחר השפעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי על אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, תוך בחינת המידה שבה צרכים אלה נענים.

המאמר של רחל קיי עוסק אף הוא בשירותי בריאות לקשיש, והוא משלים את התמונה בתחום האשפוז הסיעודי. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע, שבתום תקופת הביניים יועברו האחריות והתקציבים לאשפוז סיעודי ממשרד הבריאות לקופות החולים, אולם, עד כה הנושא טרם הוסדר. המאמר של רחל קיי תורם לדיון בסוגיה זו בכך שהוא מנסה ללמוד באופן שיטתי מן הגיסיון של מדינות אחרות. במאמר מוצגים מודלים שונים להתמודדות של מדינות אחרות עם מימון הטיפול בחולים סיעודיים, ונבחנות חלופות לפתרון הבעיה בישראל. מן המחקר עולה, שלמרות שהסדרים בהולנד, בדנמרק ובגרמניה שונים, העקרונות המנחים את ארגון השירותים דומים. בשלוש המדינות קיים שילוב בין המערכות המטפלות במחלה ובין המערכות המטפלות במצב סיעודי. לחולה יש כתובת אחת, כדי למנוע פרגמנטציה; המערכות משלבות את הטיפול המוסדי עם הטיפול בקהילה, כדי לאפשר חלופיות ולתת עדיפות לקהילה; כמו-כן מוגדר מקור מימון ייעודי לטיפול הסיעודי, כדי להבטיח את כמות המשאבים לנושא. לאור הניתוח של הנעשה במדינות אחרות, המחברת מציעה קריטריונים לבחינת חלופות אפשריות להסדרת ביטוח הסיעוד בישראל ומגיעה למסקנה, שהחלופה העדיפה היא הנהגת ביטוח סוציאלי נוסף עם מימון ייעודי להספקת שירותים סיעודיים באחריות קופות החולים, בדומה למצב הקיים בגרמניה.

המאמר של גורית ניראל ומרים פריאנטה דן בתכנון כוח-אדם רפואי תוך התמקדות במגזר האחיות. הצורך בתכנון כוח-אדם עולה ביתר שאת לנוכח הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מצד אחד, החוק קבע סל שירותים מחייב ועודד תחרות על איכות השירותים, ומגמות אלה עשויות להוביל לגידול בהיקף כוח-האדם המועסק וברמתו. מצד אחר, החוק קבע מסגרת תקציב קשיחה ודרש מקופות החולים להתייעל, בין השאר, באמצעות הפחתת עלות כוח-האדם. עוד צפוי, שגם שינויים שהיו במערכת האשפוז (תוספת מיטות אשפוז, מתן יתר אוטונומיה לבתי-החולים, קביעת מכסה להכנסות בתי-החולים, קיצור משך השהייה בהם והגדלת החלק היחסי של ניתוחי יום), ישפיעו על הביקוש לכוח-אדם סיעודי. לאור זאת, המאמר בוחן את השינויים בהיצע כוח-האדם הסיעודי בעשור האחרון ומצביע על הגידול שהיה בו ביחס לגידול באוכלוסייה. הגידול היה בעיקר בקרב אחיות מעשיות והמחברות מסבירות זאת בקליטת אחיות עולות מברית-המועצות לשעבר. מממצאי המחקר עולה, שהאחיות העולות נקלטו בעיקר במערכת הטיפולית המשיקה למערכת הבריאות - בבתי אבות, במוסדות, בחברות הפועלות במסגרת חוק ביטוח סיעוד ובשירותי בריאות לתלמיד. המחברות עומדות על כך, שהעלייה בשיעור האחיות המעשיות אמנם מוזילה את עלות ההעסקה, אך אינה עולה בקנה אחד עם המטרה של העלאת רמת כוח-האדם הסיעודי, והעברת פונקציות טיפוליות רבות יותר לקהילה. המחברות מציינות, שיש צורך בהפעלת מודל חשיבה דומה למגזרים אחרים במערכת ובכלל זה הרופאים. כמו-כן, הן עומדות על הקושי בתכנון כוח-אדם לנוכח העדר מידע על ההיצע והביקוש, ולנוכח העובדה שמדינת ישראל היא מדינה קולטת עלייה.

שני מאמרים בחוברת עוסקים במערכת האשפוז שהיתה מושא לרפורמה נפרדת - הניסיון לתאגוד בתי-החולים, שהושלם רק באופן חלקי, והשינויים בשיטות המימון והתקצוב של בתי-החולים. שני המאמרים משלימים זה את זה. המאמר של שאול שאשא מתמקד בתהליך התאגוד עצמו ובקשיים הכרוכים ביישומו; המאמר של נירה שלום ומיכאל הריסון עוסק בהשפעות הרפורמה על התנהגות בתי-החולים.

המאמר של שאול שאשא דן באופן ביקורתי בתאגוד בתי-החולים. המחבר סוקר את רעיון התאגוד מאז פרסום המלצות ועדת נתניהו ועומד על כך, שלמרות שקובעי מדיניות ואנשי אקדמיה תומכים ברעיון, היישום נתקל בקשיים מרובים ואינו מגיע לידי מימוש. המחבר מצביע על כך, שקיים ספק האם תאגוד בתי-החולים יוביל להשגת המטרות שהציבו מתכנני הרפורמה: שחרור משרד הבריאות והנהלת קופת חולים כללית מניהול בתי-החולים, מתן תמריץ להתייעלות במערכת האשפוז, שיפור ביחסי עבודה בבתי-החולים, קיצור תורים ושיפור שירות הניתן לאזרחים, צמצום כפילויות, והגברת השילוב של בתי-החולים עם השירותים בקהילה. אשר ליישום תוכנית התאגוד, המחבר עומד על כך, שאחד הקשיים העיקריים הוא התנגדות של בעלי עניין ובעלי השפעה, בהם עובדים וארגוני העובדים, הנהלות בתי-החולים, קופות החולים, איגודים של צרכני בריאות, אנשי מקצוע ופוליטיקאים. במאמר מוצעת גישה לניהול תהליך התאגוד, המתבססת על שיטת ניהול סיכונים וקבלת החלטות בתנאים של אי-ודאות, ועיקרה "תאגוד מדורג". לפי שיטה זו, הביצוע יהיה בשלבים אטיים, החל מהפעלת בית-חולים כיחידת-סמך (מצב הקיים כבר היום בבתי-החולים הממשלתיים) ועד הפעלתו כתאגיד ציבורי (מלכ"ר) או אולי אף כתאגיד פרטי. בשיטה זו השינוי הוא הדרגתי ומאפשר לכל המשתתפים בו הסתגלות אטית והטמעת המהלכים. למתכנני השינוי התהליך מאפשר בחינה מתמדת של התוצאות וביצוע מהלכי תיקון ככל שיידרש.

המאמר של נירה שלום ומיכאל הריסון מנתח את השינויים האסטרטגיים שהתרחשו בבתי-החולים לנוכח הרפורמה בשנים 1990-1995, שכללה הפיכת בתי-החולים הממשלתיים לגופים בעלי אוטונומיה ניהולית והפעלת שיטת תגמול פרוספקטיבית בחלק מן הפעילות הרפואית. המדיניות החדשה חוללה שינוי בסביבה הלאומית ובסביבה המקומית של בתי-החולים וחייבה אותם להסתגלות אסטרטגית. המחברים מראים, שבעקבות כך היו שינויים בפעילות בתי-החולים, ובמיוחד בבתי-החולים הממשלתיים, שרמת האוטונומיה שלהם היתה גדולה מזו של בתי-החולים של קופת חולים. השינויים האסטרטגיים העיקריים היו: הגדלת רמת הפעילות בתחומים רפואיים דווחיים ומכירת שירותים פרטיים; בנייה והרחבה של תשתיות פיזיות וטכנולוגיות; התייעלות וחסכון; שיפור איכות הטיפול הרפואי וקשירת הסכמים עם קופות חולים שפעלו באזור. המחברים עומדים על כך, שבבתי-החולים מושם דגש על הגדלת הרווחים ועל הפחתת הוצאות ופחות על שיפור איכות הטיפול. לפיכך הם מציעים להגדיר מראש לבתי-החולים מטרות המשלבות שמירה על איכות הטיפול וקידומה עם חיסכון והתייעלות.

לבסוף, המאמר של רויטל גרוס, חוה טבנקין, מרים גרינשטיין, שולי ברמלי ומיכאל הריסון מתמקד במערכת הרפואה הראשונית, לנוכח המדיניות המוצהרת להביא לחיזוקה ולנוכח השינויים שחולל חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במאמר מוצגים נתונים על מאפיינים אישיים, ארגוניים ותפקודיים של הרופאים הראשוניים. כמרבן מוצגות תמורות שהיו בעבודתם מאז 1993. ממצאי המחקר מראים, שרק 40% בערך מן הרופאים הם בעלי מומחיות; ששיעור המומחים ברפואת המשפחה לא עלה מאז 1993; ולעומת זאת מסתמנת

מגמת ירידה בשיעור המתמחים. במחקר נמצא עוד, ששיעור הרופאים הצעירים לא עלה מאז 1993. אשר להשפעת חוק ביטוח בריאות על עבודת הרופאים, המחברים עומדים על כך, שהרופאים צרים, יותר מבעבר, לשיקולי תקציב ולצורך בקיום יחסים טובים עם המבוטחים. יחד עם זאת, חלק מן הרופאים מרגישים עומס רב יותר של עבודה קלינית ומנהלית, הגבלה מצד ההנהלה על שיקול הדעת הרפואי ועל האוטונומיה שלהם בטיפול בחולים, וירידה בפעילות האקדמית והמחקרית. כמרכזן נצפתה מגמת ירידה בשביעות הרצון מן העבודה. המחברים מסכמים, שבאמצעות משיכת רופאים צעירים לרפואה הראשונית, העלאת רמת ההכשרה של הרופאים והעמדת הרופאים הראשוניים כגורם מרכזי בטיפול בחולה תוכל מערכת הבריאות להתמודד טוב יותר עם האתגר של מתן שירות רפואי באיכות גבוהה במסגרת תקציב מוגבל. בחינת החוברת בכללותה מלמדת, שהמחברים המשתתפים בה סקרו במאמריהם היבטים חשובים של הרפורמות שנעשו במערכת הבריאות. חוברת זו מסכמת אפוא במידה רבה את המאמץ הממושך של קהילת המחקר להעריך את תוצאות החוק והשפעותיו. מידע מחקרי הוא תשומה חשובה בתהליכי קביעת מדיניות בכלל וכיישום תהליכי רפורמה בפרט. המידע הוא הבסיס האמפירי לבחינת המידה שבה השיגה רפורמה את מטרותיה ולעריכת שינויים בתוכנית הרפורמה או בדרך יישומה. מידע מחקרי עשוי גם להצביע על היבטים שהוזנחו או שלא נכללו מלכתחילה בתוכנית הרפורמה ושיש לתת עליהם את הדעת בעתיד. אנו מקווים, שבשנים הקרובות תהיה התייחסות לסוגיות המדיניות החשובות הנדונות בחוברת זו, כדי להמשיך ולשפר את מערכת הבריאות בישראל.

רויטל גרוס, ברוך רוזן, אריה שירום

מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מאת רויטל גרוס, ברוך רוזן, אריה שירוס*

1994, נכנס לתוקפו בינואר 1995, לאור המלצותיה של ועדת חקירה ממלכתית ש- הוקמה עוד בשנת 1988. ועדת החקירה מונתה כדי לבדוק את תפקודה ואת יעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת החקירה הממלכתית, 1990). בדין-וחשבון שהגישה לממשלה בשנת 1990, המליצה הוועדה, בין היתר, על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חילוקי הדעות שנתגלעו בוועדה על מהות החוק המוצע ועל תוכנו (ראה שם, כרך א', עמ' 78-83, וכרך ב', עמ' 38-64) מצאו ביטוי לאחר מכן ביוזמות חקיקה בכנסת, הן של שר הבריאות דאז, אהוד אולמרט, בשנת 1992, והן של שר הבריאות שכהן בשנת 1994, חיים רמון, יוזמות שעלו יפה והיו לחוק.

ועדת החקירה הממלכתית מונתה לתפקידה על רקע משברים כלכליים ומשברים בתחום יחסי העבודה במערכת הבריאות שהיו בשנים שקדמו למינויה. למשברים אלה ניתנו כמה הסברים. לפי הסבר אחד, מדיניות התקצוב הממשלתי של שירותי הרווחה הביאה להקטנה נמשכת וגדולה למדי של

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא ציר- המפתח של רוב המאמרים המתפרסמים בחוברת זו. לפיכך, מטרת מאמר המערכת להציג את ההקשר הרחב - פְּנִיָה של מערכת הבריאות בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. תחילה נציג את הרקע לחקיקת החוק ואת מטרותיו ונפרט את סעיפיו העיקריים. בהמשך נסקור את השינויים שנעשו בחוק מאז שנת 1995, ונבחן את השפעתו על הכנסות קופות החולים ועל הוצאותיהן, על רמת השירות, על שביעות הרצון של המבוטחים ועל מגמות המעבר של מבוטחים בין קופות החולים. לבסוף, נדון בשאלה, האם השיג החוק מטרות מרכזיות שעמדו לנגד עיני מתכנניו.

הרקע לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק בשנת

* ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

** הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב.

חלק מן המידע המוצג במאמר זה נאסף במסגרת עבודת מחקר של רויטל גרוס לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה בהנחיית פרופ' מיכאל הריסון, המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בראילן, רמת-גן.

1992, למשל, ההוצאה לנפש מתוקנת בקר-
פת חולים מכבי היתה גבוהה ב-30% מן
ההוצאה לנפש מתוקנת בקופת חולים כללית
(רוזן ונבו, 1996).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס
לתוקף כאמור בינואר 1995, נועד לטפל
במשברים הכלכליים במערכת הבריאות, כמו
גם בבעיות נוספות שאוכחנו במערכת. בין
הבעיות העיקריות ניתן למנות: כיסוי ביטוחי
חלקי, חוסר בהירות לגבי הזכאות לשירותים,
חלוקת משאבים בין הקופות שאינה תואמת
צורכי בריאות, חוסר שביעות רצון של אזרי-
חים מרמת השירות, הגבלות על מעבר
וחופש בחירה בקופה וחוסר שוויון בשירות-
תים בין אזורים ואוכלוסיות (רוזן, גרוס וברג,
1996).

יחד עם זאת, יישום החוק לווה בחששות,
שמטרותיו לא יושגו או שאולי יהיו לו תוצ-
אות לוואי לא רצויות, כגון הידרדרות
בשירות עקב בעיות כספיות בחלק מקופות
החולים, גידול בהוצאה הלאומית על בריאות
והכבדת נטל ההוצאות הכספיות על הציבור.
החוק מגדיר מקורות ברורים למימון סל
שירותי הבריאות וקובע מחויבות של המדינה
לספק לכל התושבים שירותים מקיפים הכלר-
לים בסל שירותי בריאות, המפורט בחוק.
מלבד זאת, החוק מבטיח כיסוי ביטוחי
אוניברסלי לכל תושב; זכאות לסל שירותים
ללא קשר ליכולת כלכלית; עזרה הדדית
כתשלום דמי הבריאות; הקצאת המקורות
בין קופות החולים, בהתאם לגיל המבוטחים,
המשמש אומדן (proxy) לצורכי הבריאות.
עוד קובע החוק, שקופת חולים חייבת לקבל
כל תושב ללא הגבלות ותנאים ובכך מתאפ-
שר חופש בחירה למבוטח. עיקרון נוסף הוא
ניתוק הזיקה הכספית שבין קופת חולים
כללית להסתדרות העובדים הכללית ובין
קופת חולים לאומית להסתדרות העובדים
הלאומית (מדינת ישראל, 1994).

מימון מערכת הבריאות הציבורית מתקציב
הממשלה, יחסית למקורות המימון האחרים,
לאורך אותה תקופה (ועדת החקירה
הממלכתית, 1990, כרך ב', עמ' 118-140;
דורון, 1994). משקי-הבית מימנו חלק גדל
והולך מן ההוצאה הלאומית לבריאות
באמצעות תשלום דמי חבר לקופות החולים
ובתשלום ישיר לספקי שירותי בריאות
פרטיים. היתה ירידה בחלקה של הממשלה
במימון מערכת הבריאות ובמקביל נצפתה
עלייה בחלקו של המגזר הפרטי בהספקת
שירותי בריאות. כמו-כן נמצאה עלייה
בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות
מתוך התוצר המקומי הגולמי (קופ, 1996).
במאמץ להקטין שיעורי גידול אלה של
ההוצאה הלאומית לבריאות המשיכה הממ-
שלה לקצץ בהקצאה לשירותי בריאות מתוך
התקציב הממשלתי.

הסבר נוסף תלה את המשברים במערכת
הבריאות בהסתת כספי דמי חבר, במיוחד
בקופת חולים כללית, לתכליות שאינן קשו-
רות לבריאות. הסטה זו קשורה לצורת
התשלום של המס האחיד, שכלל גם את
דמי החבר בקופת חולים כללית ושולם
להסתדרות הכללית (ועדת החקירה הממ-
לכתית, 1990, כרך א'). הסבר אחר קשר את
המשברים להקצאת המשאבים בין קופות
החולים. גובה דמי החבר נקבע על-פי הכנסת
המבוטחים, דבר שיצר תמריץ לברירת
מבוטחים בעלי הכנסה גבוהה. משאביה של
קופת חולים כללית היו דלים משל קופות
החולים האחרות, שחבריהן היו בעלי הכנסות
גבוהות יחסית. אולם, אחוז החולים הכרו-
ניים, הקשישים והעניים בקרב מבוטחי קופת
חולים כללית היה גבוה יותר מאשר בקרב
מבוטחי קופות החולים האחרות. כלומר,
מצד אחד צורכי הבריאות של מבוטחי קופת
חולים כללית היו רבים יותר ומצד אחר,
הכנסות הקופה היו נמוכות יותר. בשנת

קביעת מדיניות ממשלתית, בעיקר בידי משרד הבריאות, אך גם בידי משרד האוצר (שירום ואחרים, 1997).

החוק גם אינו עוסק כמעט בתחום של בריאות השן, המופקד בידי מנגנון השוק הפרטי. בסל השירותים נכללות רק בדיקות שיניים מונעות לילדים. לעומת זאת, במרבית מדינות אירופה סל השירותים כולל שירותי מניעה, שימור וטיפול שגרתי (ברנע ואמדר-גרונדשטיין, 1992). לפי חורב (1996), למרות ההשקעה הלאומית הגבוהה בישראל, הנגישות לטיפול מעטה וישראל תופסת את אחד המקומות הנמוכים בין מדינות המערב כמעט על-פי כל מדד של בריאות השן. לפיכך, נראה שיעילות הניצול של המשאבים הלאומיים המושקעים בתחום זה נמוכה.¹

בחינת השינויים שיצר חוק ביטוח בריאות ממלכתי במערכת הבריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי חולל תמורות גדולות בכללי המימון של מערכת הבריאות, בהקצאת המשאבים בין קופות החולים ובכללי מתן השירותים, לעומת המצב שהיה לפני החלתו. להלן נעמוד על ההבדלים בין שתי התקופות - עד שנת 1995 - טרם החלת החוק והחל מינואר 1995 - תקופת יישומו.

1. מימון השירותים

לפני החלת החוק, ביטוח הבריאות היה וולונטרי. עם יישומו הוטלה חובת תשלום מס בריאות על כל תושב. גם בגובה המס

החוק חולל שינוי מהותי בעקרונות הפעולה של מערכת הבריאות. בעבר התבססה המערכת על ביטוח וולונטרי בידי קופות חולים, שהתחרו ביניהן על מחיר הפרמיה והרכב סל השירותים. במערכת כזאת מנגנון התחרות צפוי להביא למאמצי שיפור בשירות וריסון הוצאות. יחד עם זאת, קיים תמריץ לברירת מבוטחים ("הסרת השמנת", cream skimming) וגם הזדמנויות לבצע זאת באמצעות מחיר הפרמיה והרכב הסל. בעקבות החוק מערכת הבריאות מתבססת על עקרונות של תחרות מנוהלת, שבה האזרחים משלמים פרמיות אחידות לכל קופה, והקופות חייבות לספק סל שירותים אחיד ונתונות לפיקוח ממשלתי. במערכת כזו הקופות אינן מתחרות על מחיר הפרמיה והרכב הסל ופוחתת האפשרות ל"הסרת השמנת".

החוק מבטא ניסיון לפשרה בין היעדים המתחרים של רמת שירות ושוויון, לעומת ריסון הוצאות והתייעלות. הקצאת המשאבים לפי גוסחת הקפיטציה יוצרת תמריץ להתחרות על רמת השירות ולמשוך גם קבוצות אוכלוסייה חלשות. גם ההוראות הנוגעות לחופש המעבר בין קופות החולים וקביעת סל עשויות לקדם את יעדי השוויון ורמת השירות. היעדים של ריסון הוצאות והתייעלות אמורים להיות מושגים באמצעות הוראות החוק, הקובעות מסגרת תקציבית למערכת הבריאות, כך שסך-כל המקורות למערכת מוגבל ונתון לשליטה ממשלתית.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו עוסק בבתי-החולים, אלא כבדרך אגב. הרפורמה בבתי-החולים בישראל נעשתה ונעשית בלי שנחקק לצורך זה חוק חדש, אלא באמצעות

1. בישראל שיעור גבוה של המשאבים הלאומיים (בערך 12%) מוזרם לרפואת השן, לעומת השיעורים הנהוגים במדינות אירופה (בערך 7%). הזרמת כספים גדולה זו מוצאת ביטוי, בין היתר, במספר רב של רופאי שיניים יחסית לאוכלוסייה, ובעלות גבוהה יחסית של ריפוי שיניים בישראל, לעומת מדינות מפותחות אחרות.

2. הקצאת המשאבים בין קופות החולים

מאחר שבעבר, כאמור, גבו קופות החולים את מסי הבריאות בעצמן, גובה הכנסותיהן היה תלוי במעמדם הכלכלי של מבוטחיהן. חוק ביטוח בריאות שינה את כללי ההקצאה וקבע, שמס הבריאות שהמוסד לביטוח לאומי גובה יוקצה בין קופות החולים לפי מספר הנפשות המבוטחות בכל קופה ולפי גילן. בנוסף לכך, הקופות זכאיות להחזר הוצאות הטיפול במבוטחים החולים באחת מן המחלות הקשות שהוגדרו בחוק: אי-ספיקת כליות כרונית, גושה, תלסמיה (מייג'ור או אינטרמדיה) והמופיליה.³ שינוי נוסף שתוכנן, אך טרם בוצע, נוגע להקצאת כספים למתן שירותי מניעה, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום. בעבר מומנו שירותים אלה בידי משרד הבריאות ובמסגרת תקציב ייעודי נפרד. לפי החוק, בתום תקופת ביניים של שלוש שנים, האחריות למתן השירותים היתה אמורה לעבור מן המדינה לקופות החולים. בחוק נקבע עוד, שהמימון יועבר לקופות החולים במסגרת המימון הכללי, ולא כמימון ייעודי לנושאים אלה. בהמשך נקבע, ששירותי רפואה מונעת יישארו באחריות המדינה. עד עתה החוק לא הופעל גם לגבי העברת האחריות לשירותים האחרים.

3. כללי מתן השירותים

החוק קבע סל שירותים אחיד המחייב את כל קופות החולים, בעוד שבעבר כל קופה קבעה בעצמה את הרכב סל השירותים. החוק קבע,

הוכנס שינוי ולאחר התלת החוק גדלה מידת הפרוגרסיביות במס הבריאות (Achdut, 1998). נטל המס על השכבות החלשות נמוך מבעבר ונטל המס על שכבות מבוססות, נשים נשואות וקבוצות מאורגנות (שזכו בעבר להנחות), הוכבד. בעבר גבו קופות החולים (או ההסתדרות הכללית במקרה של קופת חולים כללית) את דמי החבר בעצמן. עם יישום החוק נגבה מס בריאות על-ידי המוסד לביטוח לאומי, ומקופות החולים ניטלה הסמכות לקבוע את גובה המס, להעניק הנחות ולקבוע את שיעורי ההשתתפות העצמית. החוק קבע עוד, שכספי מס הבריאות מיועדים רק למתן שירותי בריאות ואין אפשרות לממן באמצעותם פעילויות אחרות, כבעבר. בכך נותקה הזיקה ההיסטורית בין קופת חולים כללית להסתדרות העובדים ובין קופת חולים לאומית להסתדרות העובדים הלאומית.

שינוי נוסף הנוגע למימון המערכת הוא הקביעה, שהמדינה אחראית להעביר מתקציבה כספים להשלמת מימון עלות מתן השירותים שנקבעו בחוק, לפי תחשיב של "עלות הסל" המפורט בחוק, אשר יתעדכן בין היתר על-פי מדד יוקר הבריאות שתפרסם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. כמו-כן נקבע בחוק, ששרי הבריאות והאוצר רשאים לשנות, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, את הרכב מדד יוקר הבריאות ולעדכן את עלות הסל גם בשל פרמטרים נוספים לפי שיקול דעתם, ובמיוחד לאור שינויים דמוגרפיים.²

2. בחוק מוזכרים פרמטרים דמוגרפיים הקשורים בגידול האוכלוסייה, והזדקנותה. בוועדת מומחים הומלץ לעדכן את עלות הסל גם לפי התקדמות הטכנולוגיה. משרד האוצר דורש להתחשב גם בפרמטר של התייעלות הנדרשת מקופות החולים כמו מכל גוף ציבורי.

3. בשנת 1998 הוכרה גם מחלת האיידס כמחלה קשה.

ההתפתחויות בחקיקה מאז ינואר 1995 ומשמעותן

בארבע שנותיו הראשונות של החוק, 1995-1998, נעשו בו שינויים מהותיים בתוקף יוזמות חקיקה ממשלתיות. יוזמות אלה נכללו בחוקי ההסדרים שליוו כל אחד מחוקי התקציב שנחקקו מאז 1997 (מדינת ישראל, 1997, 1998, 1999). להלן נסקור בקצרה שינויים אלה ונדון במשמעותם.

1. חוק ההסדרים, התשנ"ז-1997

בסוף שנת 1996, עקב הגירעון במערכת הבריאות, נקבעו הסדרים, כדי "למתן את קצב הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות ולהבטיח כי כספי מקורות המימון הציבוריים משמשים למטרות להם יועדו" (מדינת ישראל, 1997, פרק ה'). במסגרת החוק הוגבר פיקוחה של הממשלה על פעילות קופות החולים וגדלה תלותן של קופות החולים בממשלה. שר הבריאות ושר האוצר הוסמכו למנות חשב מלווה לקופה שתיקלע לגירעון ולהגביל את תקציבי הפיתוח ואת קליטת החברים. עוד נקבע, שהמס המקביל ששילמו המעסיקים למוסד לביטוח לאומי, ואשר היה מס ייעודי למימון מערכת הבריאות, יוחלף בתמיכה ממשלתית ישירה.

במסגרת הוראות חוק ההסדרים הוגבלה עצמאותן של קופות החולים בניהול הפנימי, כדי לייעל את פעילותן ולמנוע גירעונות. החוק הגביל את שליטתן בתאגידים והסמיך את שר הבריאות לקבוע תקנות לגבי אפיקי ההשקעה של נכסי קופות החולים שאינם קשורים לבריאות. כמו־כן נכללו בחוק הוראות המגבילות את היקף ההוצאה

שבתום תקופת הביניים (של שלוש שנים), שר הבריאות רשאי לקבוע תקנות המפרטות את סל השירותים וגם סטנדרטים לגבי איכות השירותים (למשל, זמני המתנה לשירותים, מרחק מקום הספקת השירות מבית המבוטח, הסדרי בחירה בין ספקים).⁴ בעבר ניתן לקופות החולים שיקול דעת בקביעת סטנדרטים אלה. החוק מתיר לקופות החולים להציע שירותים נוספים, שאינם כלולים בסל השירותים הבסיסי, במסגרת תוכניות ביטוח משלים. יחד עם זאת, התוכניות נתונות לפיקוח משרד הבריאות בכל הנוגע לתוכן ולמחיר.

שינוי נוסף נוגע לכללי המעבר בין הקופות. החוק מחייב את קופות החולים לקבל כל פונה, לעומת העבר, שבו יכלו הקופות לדחות את הפונים אליהן או להגביל את זכויותיהם בגין מצב בריאות או בשל סיבה אחרת.

שינוי נוסף הוא חיזוק מעמדו של משרד הבריאות כלפי קופות החולים. החוק קובע, שהמשרד יפקח על איכות הטיפול בקופות החולים. כמו־כן הוא מחייב אותן למסור למשרד כל מידע שיבקש. החוק גם מקנה לשר הבריאות סמכות לאשר את תקציב הפיתוח של הקופות.

לבסוף, החוק מגביר את הפיקוח הציבורי על מערכת הבריאות בכך, שהוא קובע מעורבות של ועדת העבודה והרווחה של הכנסת בהחלטות הנוגעות למערכת הבריאות ומורה על הקמת מועצת בריאות שבה יהיו חברים נציגי ציבור ונציגי גופים שונים במערכת. תפקידה של מועצת הבריאות לייעץ לשר הבריאות. כמו־כן נקבע בחוק, שקופות החולים ומועצת הבריאות ימנו נציב קבילות ציבור.

4. ועדת מומחים במשרד הבריאות המליצה בשנת 1998 שלא לפרט את סל השירותים או לקבוע פרמטרים של איכות.

את בתי-החולים לרסן את היצע השירותים שלהם, מצד אחר.

2. חוק ההסדרים, התשנ"ח-1998

בסוף שנת 1997, עקב הגירעון המתמשך בתקציבי קופות החולים והתחרות הגוברת ביניהן, שהתבטאה בפרסום ראוותני ובאמצעי שיווק אגרסיביים, שבחלקם אף עברו על החוק, הוגבלו פעילויות אלה. נקבע, שרישום לקופה ייעשה בסניפי הדואר, ולא בסניפי הקופה או באמצעות אנשי מכירות כבעבר. כמו-כן נקבעו הגבלות חמורות על תקציבי הפרסום של קופות החולים, כדי להגביל את היקף השימוש בכספי החוק למטרה זו. במטרה לחסוך בהוצאות הנובעות מכפל שירותים, הוגבלה פעילות קופות החולים ביישובים קטנים. נקבע, שביישוב שגרים בו עד 5,000 נפש תפעל קופה אחת וביישוב שגרים בו עד 10,000 נפש יפעלו לכל היותר שתי קופות חולים. כדי להבטיח את איכות השירות ביישובים אלה נקבע, שהקופה תיבחר במכרז על-פי מחיר השירות ועל-פי איכות השירות. למרות הגבלות אלה על התחרות בין קופות החולים, ניתנה להן אפשרות להגדיל את התחרות ביניהן על סל השירותים, שכן נקבע, שהן יוכלו להוסיף שירותים לסל, באישור שר הבריאות.

אשר לצד ההכנסות, קבע חוק ההסדרים, שקופות החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית לביקור רופא, כדי להגדיל את מקורות הכנסתן, בכפוף לאישור שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת. קופות החולים רשאיות להתחרות ביניהן ולקבוע את גובה ההיטל. יחד עם זאת, עליהן לעמוד בקריטריונים שנקבעו בחוק, כדי להבטיח שהתשלומים הנוספים לא יפגעו באוכלוסיות חלשות ולא ישמשו כלי לברירת מבוטחים. גובה ההיטל חייב להיות אחיד ולא קשור לרמת הכנסתם. כמו-כן נקבע, שיינתנו

השנתית של קופות החולים לצורכי פיתוח, פרסום, שיווק ומכירות. החוק קבע עוד, שיש להחיל עליהן את חובות חוק המכרזים בהתקשרויות עם ספקים. כמו-כן נקבע, שעל שר הבריאות לאשר את תקנוני הקופות. בנוסף לכך נקבע, שכדי למנוע הוצאות מיותרות הנובעות מכפל שירותים של קופות החולים, שר הבריאות ושר האוצר רשאים להגביל הקמת תשתיות של הקופות (למשל פתיחת מרפאות) ולקבוע הסדרים מחייבים לרכישת שירותים ביניהן, לרבות תעריפים.

נקבע, ששיעורי הקצאות הכספים לקופות החולים יתעדכנו מדי רבעון, ולא מדי חצי שנה כבעבר, כדי לשפר את ההתאמה בין מספר החברים בקופה ובין המקורות המוקצים לה באופן שוטף.

בגלל טענות בתי-החולים על עיכוב תזרים המזומנים וגם בגלל טענותיהן של חלק מקופות החולים על הנטל הכספי הכרוך בתשלום עבור אשפוז יולדות, נקבע, שהתשלום למימון אשפוז יולדות יועבר ישירות מן המוסד לביטוח לאומי לבתי-החולים, כפי שהיה ערב החלת החוק, ולא באמצעות קופות החולים. נוסף על כך, לנוכח טענותיהם של בתי-החולים על צריכת יתר של שירותי אשפוז בידי קופות החולים, נקבע שינוי בהסדר "תקרות ההוצאה" (capping) לבתי-החולים. לפי ההסדר המקורי, היקף התשלומים לבתי-החולים לא יגדל ביותר מ-2% מעבר לעליית מחיר יום אשפוז. לפי ההסדר החדש נקבעה לכל קופה תקרה לתשלום לכל בית-החולים. מחיר תפוקות נוספות שמעל תקרת ההכנסה נקבע למחצית התעריף הרגיל. עוד נקבע, שבתי-החולים יקבלו מימון, אמנם מופחת, לפעולות שמעבר לתקרה, ולא יידרשו לבצע אותן ללא כל תשלום כבעבר. מטרת השינוי היתה לתמרץ את קופות החולים לרסן את הביקוש לשירותי בתי-החולים מצד אחד, ולתמרץ

לתקן את הליקויים, ניתנה למנכ"ל הסמכות למנות ועדה לבדיקת הנושא ובה ישותף נציג היועץ המשפטי לממשלה. לשר הבריאות ניתנה סמכות לנקוט צעדים נגד קופה שלא פעלה לתיקון הליקויים שמצאה ועדת הבדיקה. שר הבריאות רשאי להורות לפר"ס את ממצאי הוועדה, ולהורות לקופה שלא להוציא כספים לצורכי פרסום, שיווק וקידום מכירות לתקופה שיקבע. כמו-כן, בסמכותו לעכב את כספי המקדמות הכספיות המגיעות לקופה (עד להיקף של 2.5% מן התשלום החודשי). הוראה אחרת מאפשרת לשר הבריאות, באמצעות היועץ המשפטי לממשלה, לתבוע חבר דירקטוריון או נושא משרה אחר בקופה, בשל נזק שנגרם לקופה.

לשר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, ניתנה סמכות להעביר כספים ישירות למגן דוד אדום, בשל הפעלת ניידות טיפול נמרץ. הסכומים יועברו ממקורות המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ויקוזזו מן התשלום מים לקופות החולים. את הסכום שיועבר למגן דוד אדום יקבעו שרי הבריאות והאוצר.

סעיפים אחרים בחוק באים לסייע בריסון הוצאות באמצעות הגדלת התחרות בשוק התרופות, שצפויה להוביל לירידה גדולה במחירים ולחיסכון רב במערכת הבריאות. החוק מאפשר יבוא מקביל של תרופות ובכך הוא פותח אפשרות לכניסה לשוק של יבואנים נוספים, וגם של קופות החולים. בנוסף לכך, החוק מטיל פיקוח על מחירי התרופות, כך שמחיר המקסימום ייקבע כממוצע של המחיר במספר מדינות. גם הוראה זו צפויה להחיל את המחירים. בנוסף לכך, ניתנה לרוקחים סמכות לספק תרופה גנרית גם אם היא נרשמה בשמה המסחרי, אלא אם קבע הרופא במפורש אחרת. שינוי זה עשוי להחיל את ההוצאות על תרופות בקופות החולים וגם לעודד יצרני יבואני

פטורים והנחות לחולים, לקשישים, לעולים, לילדי משפחות גדולות ולמקבלי הבטחת הכנסה.

הוראות נוספות נוגעות למתן שירותי הביטוח המשלים (שנקרא עתה "שירותי בריאות נוספים" ובקיצור - שב"ן) בידי קופות החולים. נקבע, שהקופות רשאיות להציע שירותים נוספים שאינם נכללים בסל השירותים הבסיסי, בתמורה לפרמיה נפרדת לכיסוי עלות מתן השירותים. בחוק ההסדרים נקבעו תקנות להפעלת השב"ן. נקבע, שהשירות ינתן על-ידי הקופה עצמה או חברת בת שבשליטתה המלאה, שינוהלו באיזון תקציבי כמשק סגור. השב"ן יכלול רק מתן שירותים בפועל בידי הקופה, ולא יכלול פיצוי כספי. שירותי אשפוז סיעודי לא יכללו במסגרת השב"ן.

במסגרת חוק ההסדרים פורטו קריטריונים לתוכניות שב"ן הכוללים: קבלת כל פונה ללא הגבלה הקשורה למצב הבריאות שלו או למצבו הכלכלי. הקופה לא תפלה בין עמיתי התוכנית והמחיר יהיה אחיד לכל קבוצת גיל. בנוסף לכך, לשר הבריאות ניתנו סמכויות פיקוח ובקרה על התוכנית והוא רשאי לקבוע כללים בכל הקשור להפעלתן. עוד נקבע בחוק ההסדרים, שעל הקופות לפרסם מידע לציבור בנוגע לסל השירותים, לסל התשלומים הנוספים ולשירותי הבריאות הנוספים. מתן מידע מלא, כך נאמר, לאזרחים הכרחי להסדרת תחרות הוגנת בין הקופות.

3. חוק ההסדרים, התשנ"ט-1999

בסוף שנת 1998 נכללו בחוק ההסדרים הוראות נוספות המגדילות את מעורבות הממשלה בניהול הפנימי של קופות החולים. החוק קובע, שבסמכות מנכ"ל משרד הבריאות להתריע בפני דירקטוריון של קופה על ליקויים בתפקודה. אם הקופה לא פעלה

ליתר פיקוח וליתר יכולת ויסות מצד הממשלה של תהליכי הניהול ותהליכי קבלת ההחלטות בקופות החולים. מגמה זו לוותה במנגנוני בקרה ופיקוח שהוקמו במסגרת משרד הבריאות, כולל מערכת בקרה פיננסית על הוצאות הקופות. מערכת בקרה זו כוללת גם בקרה על אימוץ שינויים טכנולוגיים והפעלת הביטוחים המשלימים בידי הקופות.

מדיניות הגברת הפיקוח על הקופות מכוונת ככל הנראה להשגת ריסון הוצאות מערכת הבריאות לנוכח הגירעון המתמשך. מאז החלת החוק חשש משרד האוצר שכלי המדיניות של קביעת מסגרת תקציב מוגבלת אינו מספיק על-מנת להשיג את היעד של ריסון הוצאות ומגיעת גירעונות. כמו-כן, החוק אינו מפרט את האמצעים לאכיפת אחריות הקופות לבל יחרגו מן התקציב. לפיכך, בחוקי ההסדרים נקבעו הוראות נוספות להשגת יעד זה. לצד הוראות המגבילות את קופות החולים, נקבעו גם הוראות הנוגעות לחיסכון כלל-מערכתי, למשל, באמצעות ביטול שירותים כפולים או עידוד התחרות בתחום יבוא התרופות. לעומת זאת, בחוקי ההסדרים נכללות גם הוראות הפוגעות ביכולתן של קופות החולים לבקר הוצאות של ספקים. דוגמה לכך הן ההוראות המאפשרות למשרד הבריאות לקבוע את גובה התשלום למגן דוד אדום ולקזוז ישירות מכספי החוק, בגלל עיכובים בהעברת התשלומים.

ההוראות שבחוקי ההסדרים כוללות גם שינויים המכוונים להשיג התייעלות בקופות באמצעות מנגנון של תחרות. דוגמה לכך הן ההוראות המאפשרות תחרות על היקף סל השירותים, תחרות על גובה השתתפויות עצמיות ותחרות על ההיקף והמחיר של שירותי הביטוח המשלים (שכ"ן).

בחינת ההוראות שבחוקי ההסדרים לנוכח

תרופות לייצר ולייבא תרופות גנריות שהן זולות יותר.

סעיפים אחרים מסייעים בריסון הוצאות באמצעות הגבלת זכויות של תושב ששהה מחוץ לישראל במשך שתי שנות היעדרות רצופות לקבלת שירותים רפואיים. החוק קובע תקופת אכשרה של חודשיים בגין כל שנת היעדרות. ההוראה אינה חלה על עולים, על חיילים במשך 24 חודש מסיום השירות, על קטינים, ועל מי ששילם מס בריאות למוסד לביטוח לאומי בתקופה שנעדר מן הארץ. החוק קובע גם מנגנון לפדיון תקופת האכשרה באמצעות תשלום מוגדל. בהקשר זה, בחוק ההסדרים נקבעו כללים לקביעת תושבות ולקבלת זכויות רטרואקטיביות של תושב.

בחוק ההסדרים נכללות הקלות בתשלומי ההשתתפות העצמית, שהוכנסו בחוק ההסדרים 1998. נקבע, שאברך המקבל הבטחת הכנסה ממשרד הדתות יהיה זכאי להנחות הניתנות למקבלי הבטחת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי. כמו-כן נקבע, שתקרת התשלום בגין השתתפות עצמית לחולים כרוניים תחול לא רק על תרופות, אלא גם על ציוד מתכלה. ואחרון אחרון, בחוק ההסדרים נקבע, שגם בשנים 1999-2000 תמשיך שיטת ההתחשבנות עם בתי-החולים להתבסס על תקרה (capping), שנקבעה לכל קופה לגבי בית חולים. עבור שירותים שיינתנו מעבר לתקרה, הקופה תשלם 50% מן התעריף. נקבע עוד, שהתקרה תעודכן בכל שנה ב-1.25% מעבר לעדכון השוטף של מחירי יום האשפוז (זוהי הפחתה לעומת שנים קודמות, שבהן היה העדכון בגובה של 2%).

4. משמעות השינויים בחקיקה

השינויים שנעשו בחוק ביטוח בריאות בשנים 1996-1998 מכטאים מגמה ברורה של מעורבות הממשלה ביישום החוק: להביא

היטל על ביקור רופא נתפס לעתים כדרך למנוע ביקורים מיותרים ובמטרה להוזיל בדרך זו את הוצאות קופות החולים בלי לפגוע באיכות הטיפול. יחד עם זאת, יש לזכור שבעשרים השנים האחרונות יש עדויות על ירידת־מה בשיעורי הביקורים אצל רופא והתקרבות לשיעורים הקיימים בארצות אירופה (משרד הבריאות, 1998, עמ' 135-142). אולם, חסרים נתונים המאפשרים השוואה מדויקת בין מדינות. ממחקרים שנערכו בארצות־הברית בקרב אוכלוסיות מן המעמד הבינוני עולה, שהיטל ביקור רופא הוריד את מספר הביקורים, ולא השפיע לרעה על בריאות האוכלוסייה (Newhouse et al., 1982; Keeler et al., 1987; Manning et al., 1988).

הוראות אחרות בחוקי ההסדרים עלולות לפגוע באיכות השירותים של הקופות, למשל ביישובים קטנים שבהם אין ביניהן תחרות. הגבלת תקציבי הפיתוח יכולה גם היא לפגוע ברמת השירות, בעיקר בטווח הארוך. כמו־כן, מתן אפשרות למכירת שב"ן עשויה להפחית את התמריץ של הקופות להעלות את רמת השירותים בסל הבסיסי ולהפנות את התחרות לתחום שירותי הבריאות הנוספים.

מאחר שהאחריות למתן שירותי רפואה מונעת הוחזרה למשרד הבריאות והאחריות למתן שירותי פסיכיאטריה וגריאטריה טרם הועברה לקופות החולים, למרות שתקופת הביניים הסתיימה בדצמבר 1998, לא הושג באופן מלא היעד של שחרור משרד הבריאות מהספקת שירותים שוטפים. במהלך התקופה מתקיים דיון ציבורי לגבי היתרונות והחס-

מטרות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מלמדת, שהשגת היעד של ריסון תקציבי עלולה לפגוע בחלק ממטרות החוק. תשלומי ההש־תתפות העצמית עלולים לפגוע בעיקרון של אחריות הממשלה למימון עלות סל השירותים, שכן הם מעבירים חלק גדול יותר מנטל המימון לציבור.⁵ מתן אפשרות לקופות חולים להתחרות על גובה ההשתת־פות וגובה התקרות עלול לשמש לברירת מבוטחים. כמו־כן, גידול רב בתשלומי ההשתתפות העצמית ללא מתן הקלות מספקות לאוכלוסיות חסרות אמצעים עלול לפגוע בעקרון השוויון בין אוכלוסיות בנוגע לנגישות לשירותי בריאות (Saltman and Figueras, 1997).

בחוק נקבע, שיינתן פטור משהתתפות עצמית למקבלי גמלת הבטחת הכנסה, למקבלי גמלה לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי ולזכאים להבטחת תשלום מזונות. כמו־כן נקבעה תקרת תשלום רבעונית למשפחה,⁶ כאשר משפחה שיש בה קשיש תשלם רק עד מחצית מן התקרה. עדיין אין מידע אמפירי על כך באיזו מידה הקלות אלה עונות על הבעיה ובאיזו מידה צרכני בריאות עניים נרתעים מלקיים ביקורים נחוצים. ההיטל חל על ביקור אצל רופא שניוני ועל ביקור במרפאות חוץ ובמכונים. לקופת חולים מכבי ניתן היתר מיוחד להמשיך לגבות היטל גם עבור ביקור אצל רופא ראשוני. ההיטל אינו פרוגרסיבי לפי הכנסה ואינו מבחין בין ביקורים שיוזמים הרופא או החולה. כמו־כן נגבה תשלום עבור ביקורים לצורכי רפואה מונעת, דבר שעלול למנוע ביקורים נחוצים.

5. נקבע, שתשלומי ההשתתפות לא יהיו מרכיב במימון עלות הסל ולפיכך לא יקוזזו מהשלמת הממשלה לעלות הסל. יחד עם זאת, בטווח הארוך, קיום מקור הכנסה זה יכול להשפיע על קביעת היקף עלות הסל בידי הממשלה ולפיכך לפגוע בהיקף השתתפותה במימון המערכת.

6. בקופת חולים מכבי התקרה היא 80 ש"ח; בקופת חולים כללית 120 ש"ח; בקופת חולים מאוחדת ובקופת חולים לאומית 140 ש"ח.

רונות של העברת שירותים אלה מן הממשלה לאחריות הקופות.

היתרון העיקרי של העברת שירותי פסיכיאטרייה וגריאטרייה לקופות החולים היה טמון בחיזוק המשכיות הטיפול, בשיפור התיאום בין הגורמים השונים ובעיגון זכותם של האזרחים בחוק. מאז חודש יוני 1995 נעשות פעולות ליישום החוק בתחום שירותי בריאות הנפש ומתקיימים דיונים במטרה להסדיר את חילוקי הדעות הקשורים בתקציב, בשירותי שיקום ובטיפול בחולים כרוניים. לעומת זאת, טרם הוחל בהסדרת נושא האשפוז הסיעודי. יש הטוענים, שארגון שונה של תחום האשפוז הסיעודי יכול להביא לחיסכון, בין היתר מאחר שהוא יאפשר תחלופה בין מיסוד ובין טיפול בקהילה (מיכאלי, 1997). אחרים חוששים, שמתן זכאות בחוק עלול להוביל לגידול רב בביקוש ובכך להגדיל מאוד את ההוצאות.

בישראל יש היום בערך 80,000 חולים מוגבלים, שאינם מסוגלים לבצע בעצמם חלק גדול מן הפעולות היומיומיות. רובם הגדול מטופלים בקהילה (77% בערך) וחלקם הגדול זכאים לגמלת סיעוד מטעם המוסד לביטוח לאומי בתוקף חוק הסיעוד שנחקק בשנת 1988. עשרים ושלושה אחוזים מן החולים הסיעודיים מטופלים במוסדות לטיפול ממושך (באר, 1999). מימון האשפוז בא מן המאושפזים ובני ביתם בהתאם ליכולתם הכספית, ואת ההפרש בין השתתפות המשפחה ובין עלות האשפוז בפועל מכסה משרד הבריאות במסגרת התקציב המוקצה לכך בכל שנה. עלות האשפוז מהווה מעמסה כבדה על מרבית המשפחות שלא הוכרו בידי משרד הבריאות כראויות לסבסוד לפי מבחן האמצעים הקיים (אקשטיין, 1998). נכון לסוף שנת 1998, היו ברשימת ההמתנה בערך 1,900 חולים

קשישים שמשרד הבריאות הכיר בהם כסיעודיים. מהם המתונו בערך 600 לאשפוז והשאר נמצאו בתהליכי אישור זכאות (האגף לגריאטריה, משרד הבריאות, 1998). בתקופת ההמתנה רובם מטופלים בקהילה וחוק ביטוח סיעוד, תשמ"ח-1988, מכסה חלק מעלות הטיפול, אך גם המשפחות נושאות בחלק ממימון העלות. במקרים אחרים, קופות החולים נושאות בעול מימון הטיפול, אף-על-פי שאינן מקבלות על כך פיצוי במסגרת מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מן הניסיון במדינות אחרות עולה, שיש מספר חלופות להסדרת הנושא והן נסקרו בהרחבה במאמר של רחל קיי (1999) המופיע בחוברת זו.

עד כאן בחנו את מרכיבי חוק ביטוח בריאות והתפתחויות בחקיקה ודנו בסוגיות הקשורות לאופן יישומו. להלן נציג ממצאים לגבי השפעות החוק על שלושה תחומים מרכזיים: המצב הכספי של קופות החולים, רמת השירות בקופות וחופש המעבר בין קופות. לגבי רוב הנושאים יוצגו נתונים מן התקופה שעד 1997, אבל יש לשים לב לכך, שייתכן שהיו מאז התפתחויות חשובות.

הכנסות קופות החולים והוצאותיהן

חוק ביטוח בריאות ממלכתי והתפתחויות נוספות השפיעו על כמות המשאבים העומדת לרשות מערכת הבריאות, וגם שינו את הקצאת המשאבים בין הקופות. בפרק זה יוצגו הממצאים העיקריים מניתוח הנתונים מן הדוחות הכספיים של קופות חולים (ויטקובסקי ונבו, 1998; רוזן ואחרים, 1998; איבנקובסקי ואחרים, עומד להתפרסם). הניתוח הוא במונחים ריאליים, לפי מדד המחירים לצרכן.⁷ הניתוח מתייחס רק להכ-

7. הניתוח נעשה על בסיס מצטבר, כלומר, הכנסות והוצאות הקשורות לפעילות בשנה אחת יוחסו לאותה שנה, גם אם הכספים עצמם הועברו בשנה אחרת.

מן הגידול במספר הנפשות המתוקננות המבוטחות בקופות. לפיכך סך-כל ההכנסות לנפש מתוקננת כמעט ולא השתנה. לצד יציבות זו בסך-הכל של ההכנסות לנפש מתוקננת היה שינוי דרמטי בהרכב ההכנסות (ראה לוח מס' 1). "הכנסות לפי חוק", כלומר הכספים שהעבירה הממשלה לקופות על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בגין "עלות הסל"¹⁰, היו גבוהות בהרבה מן הכספים שקיבלו הקופות ממסי חבר וממס מקביל ערב החלת החוק. אבל עלייה זו קווצה כמעט במלואה עקב ירידה גדולה בהיקף אותן סובסידיות שהממשלה וההסתדרות העבירו לקופות על-פי שיקול דעת ובהתאם להסכמי הבראה (ולא מכורח חוק זה או אחר).

כצפוי, דפוסי השינוי היו שונים מקופה לקופה, במיוחד כאשר מתייחסים לטעיפי הכנסה ספציפיים. חשוב מאוד להדגיש את השינויים שהיו בסעיף "הכנסות לפי חוק", שהוא המרכיב הגדול ביותר בהכנסות הקופות. בעקבות הגידול בסך-כל המקורות בסעיף זה, ובעקבות המעבר לשיטת הקפיטציה, היתה עלייה של כמעט 15% ב"הכנסות לפי חוק" לנפש בקופת חולים כללית, ואילו בקופת חולים מכבי היתה ירידה של כמעט 10% בסעיף זה. בקופת

נסות והוצאות שוטפות הקשורות לשירותים הנמצאים בסל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. יש להדגיש, שהניתוח אינו כולל הכנסות והוצאות הקשורות למימון ולפיתוח.

לפני שנסקור את השינויים במצבן הכספי של קופות החולים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בתחילת 1995, עלינו לציין שני אירועים חשובים מאוד שהתרחשו בשנת 1994. ראשית, רופאים, אחיות ועובדי בריאות אחרים זכו לתוספות שכר נכבדות, לעומת מגזרים אחרים במשק. שנית, במסגרת הסכם הבראה שנחתם בין הממשלה ובין קופת חולים כללית הוענקה לקופת חולים כללית תמיכה גדולה מאוד (כצורת סוב-סידיה) לכיסוי הגירעון השוטף (בנוסף לסיוע הממשלתי לכיסוי גירעונות העבר). אירועים אלה גרמו לכך, שבשנת הבסיס, 1994, רמת ההכנסות וההוצאות היתה גבוהה בהרבה מזו של השנים הקודמות.⁸

1. תמורות בשנה הראשונה של החוק (1995) לעומת (1994)

בשנה הראשונה להפעלת החוק עלה סך-כל ההכנסות של כלל קופות החולים ב-8% כמעט.⁹ שיעור גידול זה היה גבוה רק כמעט

8. קיימים חילוקי דעות לגבי המידה שבה שני אירועים אלה קשורים למאמץ של הממשלה "להעביר" את חוק ביטוח בריאות בכנסת וליצור תנאים להצלחתו. כלומר, לא ברור האם ובאיזו מידה יש לכלול את עלויות השכר של 1994 והסובסידיות שניתנו לקופת חולים באותה שנה בחישוב של "השפעות החוק".

9. יש לציין, שנתון זה של גידול של כמעט 8% בסך-כל הכנסות הקופות כולל גם את ההכנסות בגין חודש ינואר 1995 - "החודש החסר" - שהגיעו לקופות רק בתחילת 1997. הכנסות אלה נרשמו בחישוב שלנו בשנת 1995, מפני שהם ניתנו כנגד פעילות שהתקיימה בשנת 1995 והבריקה שלנו נעשתה על בסיס מצטבר. ללא הכנסות בגין "החודש החסר", הגידול בסך-כל הכנסות הקופות בשנת 1995 היה רק 5% בערך, כלומר, בערך 2.5% מתחת לגידול במספר הנפשות המזדקנות.

10. על-פי חוק, "עלות הסל" נקבעת מדי שנה בידי שר הבריאות ושר האוצר. לגבי השנה הראשונה של החוק (1995) היה צורך לקבל גם את אישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. "עלות הסל" היא הקצבה לקופות החולים להספקת השירות בסל הבריאות הבסיסי שבחוק. לשנת 1995 התבססה ההחלטה על גובה עלות הסל במידה רבה על עבודת מטה שניתחה את הוצאות הקופות לנפש מתוקננת בשנת 1993, ובנתה אומדנים לגבי הגידול בהוצאות, שעשויים לנבוע מעליות צפויות במחירי התשומות, מהרחבת מעגל המבוטחים ומשינויים נוספים. בחוק נקבע, שעלות הסל תתעדכן מדי שנה לפי מדד יוקר הבריאות ושרי האוצר והבריאות רשאים לעדכן לפי פרמטרים נוספים, כגון גידול האוכלוסייה והזדקנות.

לוח מס' 1. הכנסות לנפש מתוקננת בשנים 1994-1997 בכלל משק הקופות, במחירי דצמבר 1996 (בש"ח)

1997	1996	1995	1994	
2,280	2,319	2,364	2,179	הכנסה לפי חוק
153	135	129	121	השתתפות עצמית
75	96	100	90	הכנסות אחרות
2,508	2,550	2,594	2,389	סך-הכל ללא סובסידיות
3	39	91	277	סובסידיות
2,511	2,589	2,685	2,665	סך-הכל

ציים שונים לריסון הוצאות, וההוצאה לנפש מתוקננת בשנת 1995 ירדה ב-3% כמעט, ובחלק מן הקופות הקטנות היתה ירידה הרבה יותר תלולה. ירידה זו מרשימה במיוחד חד לאור העובדה, שבשנת 1995 עלה מחיר יום האשפוז ב-10% מעבר לעלייה במדד המחירים לצרכן. בין הפעולות שנקטו, אשר תרמו לריסון ההוצאות (במיוחד בקופות הקטנות), אפשר למנות: קיצוצים בשכר בחלק מן הקופות, לחץ על ספקי תרופות להוריד מחירים והגברת המאמצים לעסוק בבקרת אשפוז ולחסוך בשירותי בתי-חולים. התקרות שנקבעו להכנסות בתי-חולים גם הן סייעו לקופות להוריד את רמת הוצאותיהן.

בעקבות הירידה בהוצאות לנפש מתוקננת והיציבות בהכנסות לנפש מתוקננת בכלל משק הקופות, התאפיינה שנת 1995 באיזון בין ההכנסות השוטפות ובין ההוצאות השוטפות, וללא גירעון גדול (בין-נון, 1999).

2. תמורות בשנים 1995-1997

בשונה משנת 1995, בשנת 1996 הגיע הגירעון בכלל משק הקופות לממדים גדולים והיקפו אף גדל בשנת 1997 (בין-נון, 1999). האם נבעו גירעונות אלה מעלייה בהוצאה לנפש מתוקננת בקופות החולים, או

חולים כללית תוספת ההכנסות מ"הכנסות לפי חוק" קווצה עקב ירידה דרמטית בהיקף הסובסידיות. מצד שני, בחלק מן הקופות הקטנות הירידה הדרמטית ב"הכנסות לפי חוק" קווצה חלקית בעזרת סובסידיות שנתנה הממשלה עבור הפעילות של שנת 1995, כדי לסייע במעבר לכללי המשחק החדשים. בעקבות קיצוצים אלה, שיעורי השינוי בסך-כל ההכנסה לנפש מתוקננת בקופות השונות היו הרבה יותר דומים משיעורי השינוי ב"הכנסות לפי חוק"; מדובר בעלייה של 2% בערך בקופת חולים לאומית, עלייה של 1% בערך בקופת חולים כללית, ירידה של 1% בערך בקופת חולים מאוחדת, וירידה של 2% בערך בקופת חולים מכבי.

שנת 1995 התאפיינה גם בבעיות בתזרים המזומנים במשק הקופות (בעיות אלה אינן מקבלות ביטוי במספרים דלעיל, שחושבו על בסיס מצטבר). משרד האוצר העביר כספים למימון הפעילות בינואר 1995 (המכונה "החודש החסר") רק בתחילת שנת 1997, דבר שהשפיע על תזרים המזומנים בשנת 1995 בכל הקופות. נוסף על כך, בשנת 1995 נפגע תזרים המזומנים של חלק מן הקופות הקטנות מעיכובים בהעברת הסיוע הממשלתי לתקופת המעבר.

קופות החולים הגיבו על התפתחויות אלה בהיקף ההכנסות ובתזרים המזומנים במאמץ

במחירי התשומות של שירותי הבריאות.¹² המדד מביא בחשבון את השכר במגזר הבריאות, השכר במגזר הציבורי בכללותו, מחירי התרופות ומחירי תשומות הבנייה. מדד זה אינו נותן ביטוי ישיר ואוטומטי לעלויות במחיר יום האשפוז ונותן רק ביטוי חלקי¹³ לעלויות בשכר העובדים בתחום הבריאות.¹⁴ עקב כך נטען, שמדד יוקר הבריאות אינו נותן ביטוי נכון ומלא לשינויים במחירי תשומות הקופות ובכך הוא פוגע בכוח הקנייה של הקופות ובמידת-מה עוד יותר ממה שמשקף בלוח מס' 1, המציג את הנתונים במונחים של מדד המחירים לצרכן. הירידה בהכנסות לנפש מתוקנת הושפעה עת, כפי הנראה, בין היתר מהתפתחויות כלכליות שהשפיעו על שיקולי המדיניות. ראשית, ייתכן שהמיתון, שאיפיון את המשק הישראלי בשנים 1996 ו-1997, השפיע על היקף ההכנסות של המדינה בכללותה, דבר שהגביל את יכולת המדינה להשקיע בבריאות כמו גם בתחומי עשייה אחרים. שנית, במשך רד האוצר קיימת מדיניות לנסות להקטין את חלקה של הממשלה בתל"ג, כדי לפנות משאבים למגזר העסקי ובכך לעודד צמיחה. שלישית, משרד האוצר טען, שניתן היה להוריד את ההכנסות לנפש מתוקנת בלי לפגוע ברמת השירות בדרך של התייעלות

מירידה בהכנסה לנפש מתוקנת? כנראה שהם נבעו משני המקורות גם יחד, אף-על-פי שתרומתה של הירידה בהכנסה לנפש מתוקנת היתה יותר גדולה בשנים 1995-1997. בתקופה זו ירד סך-כל ההכנסה לנפש מתוקנת ב-6% בערך וסך-כל ההוצאה לנפש מתוקנת עלה ב-2% בקירוב. בפסקאות שלהלן נדון בשינויים בהכנסות ולאחר מכן נדון בשינויים בהוצאות.

כפי שעולה מלוח מס' 1, מקור מרכזי לירידה בסך-כל ההכנסות לנפש מתוקנת בין 1995 ל-1997 היתה הירידה בהיקף הסוב-סידיות;¹¹ לירידה זו בסובסידיות לנפש מתוקנת היתה השפעה חזקה במיוחד על הקופות הקטנות. נוסף על כך, היתה גם ירידה גדולה בסעיף ה"הכנסות לפי חוק" לנפש מתוקנת, דבר שהשפיע על כל הקופות. גם בסעיף זה יש ביטוי למדיניות, שהרי לגבי "עלות הסל" הכנסת מחליטה בכל שנה כיצד לתת ביטוי כספי לגידול באוכלוסייה, להזדקנות, להתקדמות הטכנולוגיה הרפואית, להתייעלות ולשינויים נוספים.

בהקשר זה חשוב להזכיר גם את הוויכוח המתמשך סביב "מדד יוקר הבריאות", שהוא מדד מיוחד שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כדי לתת ביטוי אוטומטי לשינויים

11. חלק נכבד מן הסובסידיות שניתנו לקופות בשנת 1995 הוגדרו מראש כזמניות וכמיועדות לסייע במעבר לכללי המשק החדשים. משרד האוצר טען, שהירידה בהיקפן לשנת 1996 היתה במידה רבה צפויה ומתוכננת. משרד הבריאות טען, שהסובסידיות האלה היו אמורות להתפרס על-פני כל שלוש שנות המעבר.
12. בשנת 1996 עלה "מדד יוקר הבריאות" ב-10.9%, לעומת עלייה של 11.3% במדד המחירים לצרכן, עלייה של 12.4% במחיר יום אשפוז, עלייה של 12.9% בשכר למשרת שכיר במשק בכללותו ועלייה של 10.4% בשכר למשרת שכיר בשירותי הבריאות, הרווחה והסעד. בשנת 1997 עלה "מדד יוקר הבריאות" ב-8.7%, לעומת עלייה של 9.0% במדד המחירים לצרכן, עלייה של 9.0% במחיר יום אשפוז, עלייה של 11.8% בשכר למשרת שכיר במשק בכללותו ועלייה של 8.8% בשכר למשרת שכיר בשירותי הבריאות, הרווחה והסעד.
13. הכנסת קבעה את הנוסחה של "מדד יוקר הבריאות" על סמך המלצות ועדת מומחים של כלכלני בריאות. חברי הוועדה סברו, שאם הקופות יקבלו פיצוי מלא על כל עלייה בשכר בתחום הבריאות ועל כל עלות במחיר יום האשפוז, הן לא יתגייסו לניסיונות לרסן את השכר ואת מחיר יום האשפוז.
14. קופות החולים ניסו להביא לשינוי בנוסחה הקובעת את "מדד יוקר הבריאות", אך ללא הצלחה. גם כאן ניתן לדבר על השפעה של מדיניות, ולא רק של אילוצים טכניים.

נעצרה הירידה בהכנסות השוטפות לנפש מתוקננת, ואפשר שהיתה אפילו עלייה לעור-מת שנת 1997. יש גם עדויות לכך, שהיתה ירידה גדולה בהוצאה לנפש מתוקננת, אבל הנתונים הרשמיים הדרושים כדי לכמת את כל התמורות שהיו בהכנסות ובהוצאות בשנת 1998 לא היו זמינים במועד כתיבת המאמר. בשלב זה ניתן לומר, שבשנת 1998 הזרימה הממשלה למערכת סכומים גדולים בגין "רשת ביטחון" ו"התפתחויות טכנולוגיות" (ויטקובסקי ונבו, 1999). בסוף שנת 1998 היתה כנראה גם עלייה בהכנסות מהשתתפות עצמית, בעקבות החלת הסעיף על היטלים חדשים מכוח חוק ההסדרים. שנת 1998 התאפיינה גם במאמצים רציניים לרסן הוצאת בקופות ובירידה ריאלית (של 1% בערך) במחיר יום האשפה. היקף הגירעון בשנת 1998 היה נמוך בהרבה מהיקף הגירעון בשנת 1997.

4. הגידול ברכוש הקופות והגידול במספר המבוטחים

הניתוח שהוצג לעיל התייחס רק להכנסות והוצאות שוטפות, ולא כלל התייחסות למגמות בהוצאות הפיתוח. נושא זה מורכב במיוחד ובעתיד יש מקום לבדיקה מעמיקה שלו. בשלב זה נאמר רק זאת, שמדין-וחשבון שהכין לאחרונה משרד הבריאות (נבו, 1998) עולה, שבשנים 1994-1997 היה שיעור הגידול בשווי הרכוש, בשלוש הקופות הקטנות, קטן בהרבה משיעור הגידול במספר החברים, ואילו בקופת חולים כללית עלה שיעור הגידול בשווי הרכוש על שיעור הגידול במספר החברים.

רמת השירות ושביעות הרצון של המבוטחים מן הקופות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה אמור

הקופות, במיוחד לאור הגידול במספר המבוטחים וההזדמנויות לממש יתרונות לגודל. רביעית, ייתכן שהכנסות מערכת הבריאות הושפעו גם משינויים בסדרי העדיפויות של הממשלה, שהתבטאו בהעברת משאבים מבריאות לחינוך, לרווחה ולתשת"ל לומי העברה (וינבלט ואחרים, 1998), ואולי גם לתחומי עשייה נוספים. אין בידינו המידע הדרוש כדי לאמוד את תרומתו של כל אחד מן הגורמים שהוזכרו לירידה בהכנסה לנפש מתוקננת במערכת הבריאות.

חשוב לציין, שהיתה שונות רבה בין הקופות בהיקף הירידה בסך ההכנסות לנפש מתוקננת בשנים 1995-1997. בקופת חולים כללית מדובר בירידה של 4% בערך, ואילו ביתר הקופות מדובר בירידה של 10% בערך (עקב ביטול הסובסידיות).

כפי שצוין לעיל, ההוצאה לנפש מתוקננת בכלל משק הקופות עלתה ב-2% בערך בשנים 1995-1997. הגידול בהוצאה לנפש מתוקננת היה בעיקר בקופת חולים כללית. גידול זה עולה בחלקו בקנה אחד עם אחת המטרות של חוק ביטוח בריאות - לשנות את הקצאת המשאבים בין הקופות ולהגדיל את ההקצאה לקופת חולים כללית, שלמבוטחיה היו צורכי בריאות רבים יותר. כפי שכבר נאמר לעיל, בשנת 1992 היתה ההוצאה לנפש מתוקננת במכבי גבוהה ב-30% בערך מזו של קופת חולים כללית, ובשנת 1996 הפער ביניהם כמעט נעלם.

אם מתייחסים לכל התקופה של 1994-1997 מתברר, שסך-כל ההוצאה לנפש מתוקננת בכלל משק הקופות ירדה באחוז אחד בערך; בקופת חולים כללית היתה עלייה של 3% בערך, ואילו בקופות האחרות היו ירידות שנעו בין 4%-13%.

3. מידע ראשוני על שנת 1998

יש עדויות ראשוניות לכך, שבשנת 1998

ועל שביעות הרצון של המבוטחים (גרוס ואחרים, 1998). ממצאי הסקרים מלמדים, שבסתיו 1995 דיווחו בערך 18% מן המבוטחים על שיפור בשירות לעומת השנה הקודמת; 4% דיווחו על הרעה והשאר לא חשו בשינוי (ברג ואחרים, 1997). שיעור החשים בשיפור היה גבוה במיוחד בקופת חולים כללית (23%). בקופת החולים האחרות הרוב המכריע לא חשו בשינוי, 7%-11% חשו בשיפור, ו-4%-13% חשו בהרעה.

בהמשך, בין השנים 1995-1997, חשו שיעורים גבוהים יותר בשיפור, בכל קופות החולים. בערך 40% מן המרואיינים ציינו, שחשו בשיפור בשירותי הקופה לעומת השנה שעברה ורק 9% דיווחו שחשו בהרעה. בשנים אלה ניכרה עלייה מובהקת מבחינה סטטיסטית¹⁵ גם בשיעור המדווחים על שביעות רצון רבה ורבה מאוד מן הקופה (מ-83% ל-91%). העלייה ניכרה במיוחד בקופת חולים כללית, אולם עדיין שביעות הרצון בקופה זו נמוכה יותר מאשר בקופות האחרות. נמצאה עלייה גם בשביעות הרצון מתחומי שירות: הרמה המקצועית של רופאי המשפחה, הרמה המקצועית של הרופאים המקצועיים, יחס האחיות, מבחר התרופות, שירותי מעבדה, ניקיון וטיפול מתקנים.

ממצאי המחקר מלמדים עוד, שבעקבות החוק היה שיפור מובהק מבחינה סטטיסטית גם במדדים נוספים של איכות השירותים: נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על קיום רופא משפחה קבוע, קיצור משך ההמתנה במרפאה לרופא משפחה, קיצור משך ההמתנה לקביעת תור לרופא מקצועי, עלייה בשיעור ביצוע פעולות רפואה מונעת (מדידת לחץ דם וממוגרפיה לנשים בגיל 50 ומעלה).

להשפיע על רמת השירות הניתן בקופות החולים ועל שביעות הרצון של המבוטחים, אולם לא היתה ודאות כאשר לכיוון ההשפעה. ניתוח התמריצים הגלומים בחוק מלמד, שמצד אחד רמת השירות היתה עשויה לעלות מאחר שהקצאת המשאבים בין הקופות נעשית לפי מספר החברים וגילם, ולפיכך הקופות ימשיכו במאמצים לשפר את השירותים כדי לגייס חברים חדשים. יתרה מזו, מאחר שהחוק קובע סל שירותים אחיד ופרמיה אחידה, מוקד התחרות בין הקופות יכול להיות רק איכות השירותים ונגישותם, ולפיכך צפוי שיפור ברמת השירות ובשביעות הרצון. החוק גם קובע כאמור חופש מעבר בין הקופות שעשוי להגביר את התחרות ביניהן.

אולם, בכמה תחומים הסל האחיד שנקבע, התואם את הסל שנתנה קופת חולים כללית ערב החלת החוק, מצומצם יותר מאשר הסל שניתן בקופות החולים האחרות לפני החלת החוק (גרוס וברמלי, 1996). משום כך, החלת החוק עשויה לפגוע בהיקף השירות בתחומים שצומצמו. בקופות אלה גם היקף ההכנסה לנפש ממקורות החוק נמוך מבעבר (רוזן ואחרים, 1998), והמחסור במשאבים עשוי גם הוא לפגוע ברמת השירות. כמו-כן, עקב הגבלת אפשרות התחרות על התוכן והמחיר של הסל הבסיסי, קיים חשש, שקופות החולים ימקרו את פיתוח השירותים והתחרות ביניהן בשירותי סל הבריאות המשלים, ועקב כך לא ישקיעו בהעלאת איכות השירותים בסל הבסיסי.

ממצאים מסקרי מבוטחים שנערכו במכון ברוקדייל בשנים 1995 ו-1997 מלמדים על ההשפעות בפועל שהיו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי על רמת השירות בקופות החולים

15. מעתה ואילך יצוינו רק שינויים שהם מובהקים מבחינה סטטיסטית.

הקשישים מקופות החולים שלהם, והיא גדר-לה יותר מן העלייה בשביעות הרצון של הצעירים. שיפור היה גם במדדים של נגישות וזמינות שירותים וכיצוע פעולות רפואה מונעת. יחד עם זאת, עדיין קיים פער לעומת הצעירים בזמני המתנה לרופא משפחה ולקבלת תור לרופא מקצועי כמו גם כבי-צוע בדיקות ממוגרפיה (בנטור ואחרים, 1999).

ממצאי מחקר על האוכלוסייה הערבית (Farfel and Yuval, 1998) מלמדים, שבשנים 1995-1997 הצטמצמו חלק מן הפערים באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית. צומצם הפער במצב הבריאות לפי דיווח עצמי, בזמני המתנה לרופא משפחה, באורך התור למומחים ובנוחות שעות העבודה של מומחים. בשנת 1997 דיווחו שיעורים גבוהים מאוד בקרב הערבים (70%), לעומת היהודים (34%), על שיפור ברמת השירותים בהשוואה לשנה הקודמת. יחד עם זאת, השינוי ברמת שביעות הרצון בשנים 1995-1997 בקרב הערבים היה נמוך יותר מאשר בקרב היהודים. ממצאי המחקר מלמדים עוד, שעדיין קיימים פערים בתחומי שירות אחרים. בקרב הערבים נמצאו שיעורי שימוש נמוכים יותר בשירותי רפואה דחופה בקהילה, בשירותי בריאות הנפש ובשירותי רופאים מקצועיים. שיעור הביצוע של פעולות רפואה מונעת גם הוא עדיין נמוך יותר מאשר בקרב היהודים, ונמוך גם שיעור הרכישה של ביטוח משלים. יותר ערבים דיווחו על ויתור על קבלת שירות עקב מרחק. במחקר נמצאו עדויות נוספות לכך, שהשירותים אינם עונים באותה מידה על צורכי האוכלוסייה הערבית: שיעור גבוה יותר של ערבים מאשר יהודים דיווחו, שזמני הנסיעה לרופאים וזמני המתנה לתור לרופאים מומחים אינם סבירים.

ממצאי מחקר אחר שנערך על האוכל-

כמורכן נמצאה עלייה בשיעורם של אלה המעריכים את מצב בריאותם כ"טוב מאוד" או "טוב".

אחת ממטרותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה להגביר את השוויון בין קבוצות אוכלוסייה ובין אזורים בארץ. היה צפוי, שבעקבות הקצאת מקורות החוק לפי נוסחת הקפיטציה יועברו כספים רבים יותר לקופות חולים כללית, שבה יש ריכוז גבוה של אוכלוסיות חלשות, ושדבר זה יאפשר לה לשפר את השירותים הניתנים להן כמו גם לאוכלוסיות אחרות. כמורכן היה צפוי, שבעקבות שיטת ההקצאה החדשה ייווצר תמריץ לכל קופות החולים להתחרות גם על האוכלוסיות החלשות. הנוסחה נותנת תמריץ למשיכת אוכלוסיית הקשישים, שכן התגמול עבורם גבוה כמעט פי 4 מאשר לצעירים. הנוסחה נותנת תמריץ גם לביטוח עניים וערבים, מאחר שהכנסות הקופות בגין הסל הבסיסי אינן קשורות עוד להכנסות המבוטחים ומאחר שהן תלויות במספר הנפשות (ולא במספר משפחות כבעבר); וכידוע, באוכלוסיות אלה המשפחות גדולות בדרך כלל. לפיכך, היה צפוי שיפור יחסי ברמת השירות ובשביעות הרצון של קבוצות אוכלוסייה אלה. אבל עדיין יכול להיות, שקופות החולים יעדיפו אוכלוסיות של צעירים, הצורכים פחות שירותים, ואוכלוסיות מבוססות, מאחר שמקורות המימון של קופות החולים כוללים גם הכנסות מביטוחי בריאות משלימים ומתשלומי השתתפות עצמית וההכנסה הצפויה מאוכלוסיות בעלות הכנסות נמוכות נמוכה יותר.

כדי ללמוד על השינויים ברמת השירות ובשביעות הרצון בקרב האוכלוסיות החלשות, נערך ניתוח מיוחד של ממצאים שהעלו סקרי מכון ברוקדייל. הממצאים על אוכלוסיית הקשישים מלמדים, שבין השנים 1995 ל-1997 היתה עלייה בשביעות הרצון של

לקבוע קשר סיבתי חד-משמעי ליישום החוק, משום שאין אפשרות לדעת מה היו המגמות ללא יושם. יש עדויות לכך, שמאמצי השיפור בקופות החולים החלו עוד בתחילת שנות ה-90, לפני החלת החוק, והם היו קשורים להתגברות התחרות בין הקופות באותה עת. אפשר שמגמה זו היתה מתמידה גם ללא החלת החוק, אבל יש בסיס חזק יותר לקשר בין החוק ובין השיפור שנצפה בקרב האוכלוסיות החלשות, עקב השינויים שחולל בשיטת המימון של הקופות ובמערכת התמריצים.

ממצאי סקרי המבוטחים שהוצגו לעיל עולה, שבניגוד לחששות שהובעו ולמרות קשיי התקציב בקופות, עד שנת 1997 לא היתה ירידה ברמת השירות בעקבות החוק וניכרה מגמה של שיפור בשביעות הרצון של המבוטחים משירותיהן. יש מאפיינים הקשורים לחוק שעשויים להסביר מגמות אלה. ראשית, ככל הנראה הגבלת התחרות על תוכן הסל והפרמיה אכן מביאה להתמקדות התחרות ברמת השירותים: נגישות וזמינות, יחס וטיפול מתקנים. גם חופש הבחירה בקופה עשוי להגביר את התחרות בתחומים אלה. שנית, ייתכן שפעולות הפרסום ומאמצי השיווק של הקופות, המתאמצות למשוך אליהן חברים (Shvartz et al., 1998), משפיעים גם על המבוטחים שכבר רשומים בקופה ומעלים את שביעות רצונם. לבסוף, חופש המעבר שהתקן קובע מאפשר לאלה שאינם שבעי רצון לעזוב את הקופה והנשארים מעריכים מחדש את שביעות רצונם לנוכח החלטתם להישאר בקופה.

למרות השיפור שנצפה ברמת השירות, חשוב לעקוב אחר איכות הטיפול הקלינית בקופות החולים - נושא שלא נבדק עד כה. כמו-כן, בנוסף למעקב אחר שביעות הרצון בקרב האוכלוסייה הכללית, יש מקום לבחון לעומק את רמת השירות הניתנת למבוטחים

לוסייה הערבית (Adler and Lotan, 1998) מציג ממצאים דומים. מצד אחד נמצאו שיי פורים במתקני הקופות, בהיצע הרופאים ובמכוני האבחון, ביחס הצוות הרפואי ובקיי צור זמני ההמתנה למומחים. מצד שני הצביעו החוקרים על צרכים לא מסופקים, הבאים לידי ביטוי בשביעות רצון נמוכה מן השירותים ובשימוש רב בשירותי רפואה פרטיים, המעיד על העדר שירותים מספקים במסגרת הציבורית. נמצא גם שימוש מועט בשירותי רפואה מונעת (בדיקות לחץ דם, ממוגרפיות, בדיקות שמיעה), וגם מודעות מועטה, לדעת חברי הצוות במרפאות, למתן שירות והיענות לצורכי החולים. מחקר נוסף מצביע על בעיה באוכלוסיית הבודדים בר-רום: הם אינם ערים לזכויותיהם לפי 'חוק ביטוח בריאות ממלכתי' (Shvartz et al., 1998).

ממצאי מחקר, שניתח את סקרי מכוני ברוקדייל תוך התמקדות באוכלוסייה הענייה (Berg et al., 1998), מראים, שלפי דיווחי מבוטחים, השייכים לחמישון התחתון, היו בשנים 1995-1997 שיפורים במדדים אחדים של איכות השירות: רופא קבוע, זמני המתנה במרפאת הרופא הראשוני, אורך התור למומחים ונוחות שעות העבודה של המשרד והמעבדה. היה גם שיפור בשביעות רצונם של בעלי ההכנסות הנמוכות, ושיעור הדיוור חים על שיפור בשירותים היה גבוה יותר (49%) מאשר בקרב בעלי הכנסות גבוהות יותר (35%). יחד עם זאת, ממצאי הסקר מלמדים, שבתחומים אחדים עדיין נותרו פערים גדולים למדי בין בעלי ההכנסות הנמוכות לאחרים: זמן ההגעה לרופא ראשוני, שביעות הרצון משירותי הקופות ונגישות לביטוחי בריאות משלימים.

אף-על-פי שממצאי המחקרים מלמדים, שבאופן כללי היתה עלייה ברמת השירות של קופות החולים בעקבות החלת החוק, לא ניתן

קופה זו (רוזן ואחרים, 1995; רוזן ושטיינר, 1996).

התקופה שקדמה לחוק (1991-1994) אופיינה בירידה גדולה בפלח השוק של קופת חולים כללית. בין דצמבר 1991 לדצמבר 1994 ירד שיעור המבוטחים בקופת חולים כללית מ-73% ל-63% (רוזן ושטיינר, 1996). יתרה מזו, בקרב העוזבים היו הרבה מאוד צעירים בריאים ובעלי הכנסות גבוהות. נמצא גם, שהנטייה להצטרף לקופת חולים כללית ולהישאר בה קטנה בהרבה בקרב העולים החדשים לעומת הוותיקים. חשוב גם לציין, שבשנים 1993-1994 עברו מדי שנה בערך 4% מכלל המבוטחים לקופה אחרת.

היה צפוי, שהקצאת המשאבים בין הקופות באמצעות נוסחת קפיטציה תגביר את כוח משיכתם של העניים והקשישים. מלכתחילה לא היה ברור האם השינוי בתמריצים יהיה חזק דיו כדי להביא לשינוי במדיניות/גיוס מבוטחים של קופות החולים. נוסף על כך, לא היה ברור מלכתחילה האם הרפורמה תשפיע על פלח השוק של קופת חולים כללית. היו חוקרים שחשבו, שקופת חולים כללית תאבד מכוחה, מאחר שהחוק הקל את המעבר בין קופות החולים, כך שמספר לא מבוטל של קשישים, חולים וחברי הסתדרות ינצלו שינוי זה ויעברו לקופה אחרת. אחרים טענו, ששינוי הקצאת המשאבים והגדלת חלקה של קופת חולים כללית יאפשרו לה לשפר את השירותים ולשפר את מעמדה.

על המגמות שהתרחשו בפועל ניתן ללמוד מגיחוח נחוני המוסד לביטוח לאומי (כהן, 1993-98; בנדלק, 1998). בשנים 1995-1997 - לפני החלת חוק ההסדרים בתחילת שנת 1998, שהגביל את פעולות השיווק של קופות החולים - התחרו כל קופות החולים במרץ על גיוס חברים חדשים (Shvarts et

בעת מחלה קשה, ובמיוחד לחולים שהטיפול בהם יקר. התמריצים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי אינם מעודדים קופות חולים לספק שירותים לחולים במחלות שעלות הטיפול בהן גבוהה, מאחר שפרט למחלות אחדות הטיפול בהן אינו מתוגמל. לפיכך, אפשר שלצורכיהם של חולים אלה אין מענה הולם. ממחקר של רובין ואחרים (Rubin et al., 1998) עולה, שעל-פי דיווחם, בעיות הנגישות של חולים קשים גדולות יותר משל מבוטחים בריאים, וייתכן שהדבר מעיד על בעיה גדולה יותר.

חשוב גם להמשיך ולעקוב בעתיד אחר רמת השירות המסופק לאוכלוסייה הכללית; שכן, לנוכח הקשיים הכספיים המתמשכים של מערכת הבריאות, והוראות חוק ההסדרים, ייתכן צמצום ברמת השירותים לאזרחים או ירידה בנגישותם.

מגמות מעבר בין קופות חולים והרכב המבוטחים בקופות

אחת ממטרותיו העיקריות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה להבטיח חופש בחירה בקופה ולהפחית את התמריצים לקופות חולים לעסוק בברירת מבוטחים. לפני החוק הקשו חלק מן הקופות על קשישים ועל חולים כרוניים להצטרף לשורותיהן ומאמצי השיווק שלהן התמקדו בצעירים, בריאים ובעלי הכנסה גבוהה מן הממוצע. בשל מגמות אלה התרכזו קשישים, חולים ובעלי הכנסה נמוכה בעיקר בקופת חולים כללית וגם בקופת חולים לאומית. מלבד זאת, מספר גדול למדי של חברי קופת חולים כללית השתייכו לקופה זו בשל לחצים של מעבידים שהיו קשורים להסתדרות הכללית, או מפני שגרו באזורים שבהם פעלה רק

האוכלוסייה הקשישה נוטה פחות לעבור מקופה לקופה. לשם הדגמה, בשנת 1997 עברו בערך 8% מן המבוטחים בני 15-25 לקופה אחרת, לעומת אחוז אחד בלבד של מבוטחים בני 65-75 (בנדלק, 1998). אין נתונים המאפשרים לבדוק האם, לאחר החלת החוק, האוכלוסייה הקשישה עוברת מקופה לקופה יותר מבעבר, אבל ניתוח שיעורי הגידול של הקשישים לפי קופה מלמד, שהיה שינוי לעומת העבר. נתוני המוסד לביטוח לאומי (כהן, 1993-98) מלמדים, שלאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת שיעור הגידול של הקשישים גבוה משיעור הגידול בקרב הלא-קשישים. למשל, בקופת חולים מכבי גדל מספר הקשישים בשנים 1994-1997 ב-47% ומספר החברים בסך-הכל גדל ב-30%. מגמה זו מנוגדת למה שהתרחש לפני החלת החוק; בשנים 1991-1994 גדל מספר הקשישים ב-31% ומספר החברים בסך-הכל גדל ב-58%. תפנית דומה היתה גם בקופת חולים מאוחדת.¹⁷ הסבר אפשרי לכך הוא, שבעקבות החוק נעשתה אוכלוסיית הקשישים אטרקטיבית יותר בעיני קופות החולים מאשר בעבר. יחד עם זאת, מניתוח מאמצי השיווק של קופות החולים ומראיונות עם מנהלי קופות אלה עולה, שכל קופות החולים עדיין מעדיפות אוכלוסייה צעירה.

המעבר למימון באמצעות קפיטציה לא הגדיל את כוח המשיכה של חולים כרוניים, בהשוואה לאנשים בריאים באותו גיל. יתרה מזו, מראיונות בקופות החולים עלה, שעקב חופש המעבר המלא שקבע החוק, קיימת

(al., 1998). יחד עם זאת, עד סוף 1997, נשאר שיעור המעברים בין קופות בהיקף של 4% לשנה, כפי שהיה בתקופה שקדמה לחוק.¹⁶ פלח השוק של קופת חולים כללית המשיך להצטמצם, מ-62% בערך בסוף 1995 ל-58.6% בערך בסוף 1997 (בנדלק, 1998), אולם קצב הירידה הואט לעומת השנים שקדמו לחוק. בשנים 1994-1997 ירד חלקה של קופת חולים כללית ב-5 נקודות האחוז לעומת ירידה של 10 נקודות האחוז בשנים 1991-1994.

ממצאי סקרי אוכלוסייה של מכון ברוק-דייל מלמדים על ירידה גדולה למדי בשיעור המבוטחים בקופת חולים כללית, הסבורים שיוכלו לקבל שירותים טובים יותר בקופה אחרת (מ-37% ב-1993 ל-15% ב-1997). יחד עם זאת, גם ב-1997 שיעור החושבים כך בקרב מבוטחי קופת חולים כללית גבוה יותר מאשר בקרב חברי קופות החולים האחרות. ממצאי הסקרים עולה עוד, שהיה גידול רב בשיעור התושבים המרגישים שבאיזור מגוריהם פועלת יותר מקופה אחת, כך שקיימת אפשרות בחירה (רוזן ואחרים, 1996; Rosen and Shamai, 1998).

האוכלוסייה הערבית התגלתה כיעד שיווק לקופות החולים, הן בגלל השינוי בשיטת המימון של הקופות (שאינה קשורה עוד להכנסת המשפחה, אלא למספר הנפשות וגילן) והן משום שהם צורכים פחות שירותים מאשר האוכלוסייה היהודית. שיעורי המעבר בין הקופות בקרב האוכלוסייה הדוברת ערבית גבוהים במידה רבה לעומת השיעור בקרב האוכלוסייה הדוברת עברית (12% לעומת 5%).

16. קצב המעברים ירד בצורה דרמטית בשנת 1998, כנראה בעיקר עקב השינויים בתהליכי רישום ומעבר וההגבלות על פרסומת, שהונהגו על-פי חוק ההסדרים, תשנ"ח-1998.

17. מאידך גיסא, בקופת חולים כללית גדל בשנים 1991-1994 מספר הקשישים ב-10% ומספר החברים בסך-הכל לא השתנה; בשנים 1994-1997 גדל מספר הקשישים ב-9% ומספר החברים בסך-הכל גדל ב-6%.

פערים. ייתכן שעל-מנת לסגור את הפערים נחוצים כלי מדיניות נוספים.

אשר להיבט הכלכלי, החשש שהחוק יביא לעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות לא התאמת. בשנות ההפעלה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מן התמ"ג ירד מ-8.8% ב-1994 ל-8.4% בשנים 1996-1997 (משרד הבריאות, 1998, עמ' 177). בעקבות החוק ירדה ההוצאה השוטפת לנפש מתוקנת בקופת חולים מכבי, בקופת חולים מאוחדת ובקופת חולים לאומית, בלי שהאוכלוסייה דיווחה על ירידה בשביעות הרצון וברמת השירות (לפחות עד 1997). מגמה זו יכולה להעיד על התייעלות. בקופת חולים כללית התמונה שונה; שכן, אחת ממטרות החוק היתה להגדיל את ההכנסה לנפש ולהשוותה לזו של קופות אחרות. בהתאם לכך, במקביל לדיווחי המבוטחים על עלייה בשביעות הרצון וברמת השירות היתה גם עלייה קלה בהוצאה לנפש.

יחד עם זאת, הממצאים מצביעים על כך שלמרות החלת החוק, עדיין אין במערכת יציבות פיננסית והיא פועלת תוך קיום גירעון מתמשך. כמו-כן, קיים ויכוח על רמת המימון של המערכת ותהליכי העדכון משאירים מקום רב לשיקול דעת של הממשלה, כבעבר. הוראות חוקי ההסדרים שנחקקו מאז 1996 אף מתזקקות את מעמדה של הממשלה ואת תלותן של קופות החולים בהחלטותיה, במיוחד לגבי היקף המשאבים.

אחת ממטרות החוק היתה לשחרר את משרד הבריאות מהספקת שירותים ולחזק את תפקודו כמיניסטרו. אולם נראה, שמטרה זו עדיין לא הושגה במלואה. המשרד עדיין אחראי להספקת שירותי מגיעה, פסיכיאטריה וגריאטריה, והוא אף מעורב בני-הול בתיה-חולים הממשלתיים, עקב קשיים במימוש מדיניות התיאגוד ועקב מחשבות

היום נטייה להימנע מפיתוח שירותים משו-פרים לחולים, כדי לא למשוך אותם לעבור לקופה. מאחר שאין אפשרות להגביל הצטרפות של חולים כבעבר, היו מנהלים שטענו שפיתוח שירותים אלה צומצם לעומת העבר (גרוס, עומד להופיע). בהתאם לכך, מעניין שנתונים ראשוניים מסקר שימוש בשירותי בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנערך ב-1997, מראים שיש פיזור שווה יותר של בעלי מחלות כרוניות בין קופות החולים בהשוואה לממצאי סקר דומה שנערך ב-1993. דבר זה נשאר נכון גם לאחר שמנטרלים את ההשפעה של צמצום הפערים במבנה הגילי (רוזן, 1998ב).

ייתכן, שעיגון הזכות לחופש מעבר בין קופות בחוק סלל את הדרך למעבר חולים כרוניים רבים מקופת חולים כללית לקופות החולים האחרות, אף-על-פי שלקופות החולים אין תמריץ כלכלי יחסי לנסות למשוך אוכלוסייה זו.

סיכום ודיון

כיצד נראית מערכת הבריאות לאחר החוק? האם הושגו מטרותיו? האם התקיימו החששות? באופן כללי, נתונים על תפקוד מערכת הבריאות בעקבות החוק מלמדים, שהחוק השיג חלק נכבד מן המטרות שלשמן נחקק: כיסוי ביטוחי לכלל האוכלוסייה, חופש מעבר בין קופות החולים, שינוי בהקצאת המקורות בין קופות החולים והשוואת ההכנסה לנפש ביניהן. התמריצים הגלומים בחוק עודדו את קופות החולים לשפר את רמת השירות למכוטח הממוצע, וגם לפתח שירותים באזורי הפריפריה ולחלק מן האוכלוסיות החלשות. בסך-הכל, ניתן להעריך, שהחוק קידם את השוויון בין אוכלוסיות ואזורים אף-על-פי שעדיין נותרו

טות מושכלות. למשל, בידי האזרחים אין מידע על איכות הטיפול בקופות החולים ובבתי-החולים.

הרפורמה שהציעה ועדת החקירה הממלכתית, ושחלק ממנה יושם עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, היתה צעד ראשון לפתרון בעיות מערכת הבריאות בישראל. אולם, גם היום, ארבע שנים לאחר החלת חוק ביטוח הבריאות, קובעי המדיניות מתמודדים עם סוגיות מדיניות כבדות משקל ובעלות השפעה גדולה - הן על ההיבט הכלכלי והן על הטיפול הניתן לאזרחים. המאמרים המופיעים בחוברת הנוכחית עוסקים בחלק מסוגיות אלה: מימון המערכת, מנגנון קביעת סל השירותים ועדכונו, הסדרת הטיפול בחולים סיעודיים, רמת השירות ואיכות הטיפול הניתן לקשישים, שהם צרכני השירותים העיקריים, תכנון כוח-אדם, המבנה הארגוני של מערכת האשפוז וארגון שירותי הרפואה הראשונית.

כפי שידוע מניסיון של ארצות אחרות, יישום רפורמות במערכת הבריאות הוא תהליך ממושך ודינמי, שבמהלכו נעשים שינויים מתמידים ולעתים אף מרחיקי-לכת. אחד המרכיבים החשובים בתהליך הוא מידע ערכני שיסייע לקובעי המדיניות במעקב אחר תהליך יישום הרפורמה ותוצאותיה. המידע יכול לזהות בעיות ביישום, כמו גם תוצאות לוואי לא רצויות. על סמך המידע ניתן לשפר את תוכניות הרפורמה ולתקן רכיבים שנמצאו בעייתיים. אחד ההיבטים הייחודיים של הרפורמה בישראל הוא, שהחוק כולל הוראה לפיה 0.1% מתקציב הבריאות מיועד למחקרים על השפעות החוק, סכום המוקצה באמצעות המכון הלאומי למדיניות בריאות וחקר שירותי בריאות. ממצאי מחקר הם אחד

שניות לגבי העברת שירותים אלה לקופות. דבר זה ממשיך להשפיע על היכולת שלו להתמקד בקביעת מדיניות, קביעת סדרי עדיפות, בקרה ופיקוח.¹⁸

משרד בריאות הממלא תפקידים אלה ופועל כמיניסטרו, הוא הכרחי ליישום אפקטיבי של הרפורמה במערכת הבריאות, כפי שאבחנה עוד ועדת החקירה הממלכתית (1990, כרך א' וכרך ב'). בשנים האחרונות היו תמורות מהותיות בתפקוד המשרד והן כוללות התמחות מקצועית של העובדים ושינויים ארגוניים במבנה שלו. במסגרת זו הוקמו, למשל, יחידות לבקרה על קופות החולים, לבקרת איכות הטיפול, להערכת טכנולוגיות, לתכנון, ואיסוף מידע על בריאות האוכלוסייה. יחד עם זאת, משרד הבריאות עדיין לא השתחרר מתפקידים הקשורים בהספקת שירותים, ובפרט שירותי אשפוז. כפל התפקידים מקשה על מיקוד פעילות המשרד במילוי תפקידי מיניסטרו, ואף מעורר שאלות לגבי ניגוד אינטרסים בקבלת החלטות על תפעול מערכת הבריאות.

יש מספר תחומים שבהם נחוצה במיוחד קביעת מדיניות ובקרה בידי משרד הבריאות, ביניהם פיקוח אפקטיבי על קופות החולים ואכיפת כללים שנקבעו. תחום אחר נוגע לקביעת כללי התנהגות וחוקי משחק הולמים במגזר האשפוז, כדי למנוע, למשל, ביצוע יתר של ניתוחים ופיתוח מיותר של מחלקות. כמו-כן, חשוב לקבוע עקרונות להפעלת שירותי רפואה שניוניים במערכת הבריאות, כדי למנוע בזבוז משאבים הנובע מכפל שירותים בין מרפאות בקהילה ומרפאות חוץ ובין ספקי שירותים שונים באותו איזור. לבסוף, נחוצה התערבות המשרד בהפצת מידע לאזרחים, שהוא הכרחי לקבלת החל-

18. חשוב לזכור, שיש הבדל במידה שהספקת שירותים שונים בידי משרד הבריאות מפריעה ליכולתו להתפקד כמיניסטרו. למשל, מעורבות בניהול בתי-חולים פוגעת יותר מאשר אחריות לשירותים אם וילד.

הקשר עם קובעי המדיניות, על-מנת שייעשה שימוש מירבי בממצאי המחקרים בתהליכי קבלת ההחלטות.

המקורות שבכוחם לתרום למאמצים לשפר את מערכת הבריאות. לפיכך, חשוב להמשיך את המאמץ של קהיליית החוקרים להתמקד בסוגיות מדיניות עדכניות, וגם להדק את

ביבליוגרפיה

- איבנקובסקי, מ', רוזן, ב', נבו, י' (עומד להתפרסם), תמורות במשק הקופות 1996 לעומת 1995, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- אקשטיין, ג' (1998), סיעוד הורים בישראל, תל-אביב: חברת "הכוון", שירותים כלכליים בע"מ.
- באר, ש' (1999), הקשישים בישראל: עובדות ומספרים, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- בנטור, נ', גרוס, ר', חניניץ, ד' (1999), "חוק ביטוח בריאות והקשישים: נגישות לשירותים, איכותם, ושביעות רצון", ביטחון סוציאלי, 54 (חוברת זו).
- בן נון, ג' (1999), "ההסתחחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימון במהלך ארבע שנים של הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי", ביטחון סוציאלי, 54 (חוברת זו).
- בנדלק, ז' (1996), "שכר ממוצע תעסוקה, חברות בקופת חולים ומעמד בעבודה לפי ישוב 1993-1995", סקרים תקופתיים, מס' 140, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- בנדלק, ז' (1998), "חברות בקופת חולים", סקרים תקופתיים, מס' 150, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- ברג, א', גרוס, ר', רוזן, ב', חניניץ, ד' (1997), מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית, ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, ירושלים, דמ-284-97.
- ברנע, ח', אמדו-גרונדשטיין, ר' (1992), סלי שירותי בריאות באירופה - סקירת ספרות, מסמך שהוכן לוועדה להגדרת סל שירותים במסגרת המכון הלאומי למדיניות בריאות, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- גרוס, ר', ברמלי, ש' (1996), ביטוחי בריאות בישראל, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- גרוס, ר', גרינשטיין, מ', דובני, א', ברג, א', יובל, ד' רוזן, ב' (1998), דמת השירות בקופות החולים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר מבוטחים 1997 והשוואה לסקר 1995, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- גרוס, ר' (עומד להופיע), ההיערכות הארגונית של קופות החולים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- דורון, א' (1994), בזכות האוניברסליות: האתגרים של המדיניות החברתית בישראל, ירושלים: מאגנס.
- האגף לגריאטריה משרד הבריאות (1998), רשימת ממתנים לחודש דצמבר 1998, חל-אביב.
- ויטקובסקי, י', נבו, י' (1998), דוח על פעילות קופות החולים לשנת 1997, תל-אביב.
- וינבלט, ג', קטן, י', בלנקט, י', בלס, נ', נחשון-שרון, ד', קופ, י' (1998), "השירותים החברתיים והתפתחותם", בתוך: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1998, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 89-108.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דירוחשבון, כרך ראשון: דעת הרוב, כרך שני: דעת המיעוט, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- חורב, ט' (1996), "הקשר בין תחלואה וצרכים ובין המדיניות הננקטת בתחום בריאות השן", ביטחון סוציאלי, 47: 104-112.
- כהן, ש' (1993-98), סדרת תזכירים בנושא השיעור לחלוקת כספי המס המקביל, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- מדינת ישראל, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים, התשנ"ד, חוק 1469, י"ז בתמוז התשנ"ד, 1994.
- מדינת ישראל, חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1997.

מדינת ישראל, חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998. מדינת ישראל, חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1999. מיכאלי, ר' (1997), מצע לדיון בנושאי בריאות בוועדת המשנה לשירותים חברתיים, תל-אביב: מועצת קופת חולים כללית.

משרד הבריאות (1998), בריאות בישראל, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים.

נבו, י' (1998), סיכום תוצאות הפעילות בקופות החולים בשנים 57-1995, ירושלים: משרד הבריאות. קופ, י' (1996), "ריפוי בבלימה", התמודדות עם התייקרות שירותי הבריאות לפני הפעלת חוק הבריאות - השוואה בין ישראל ובין ארצות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD), ביטחון סוציאלי, 47: 132-146.

קיי, ר' (1999), "ביטוח סיעודי בישראל לאן?", ביטחון סוציאלי, 54 (חוברת זו).

רוזן, ב', כהן, מ', ברג, א', נבו, י' (1995), התנהגות הצרכן בשוק קופות-החולים, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 237-95.

רוזן, ב', גרוס, ר', ברג, א' (1996), "חוק ביטוח בריאות ממלכתי - ארבעה עשר חודש להפעלתו", הדעה הרווחת, 2-1: 14.

רוזן, ב', נבו, י' (1996), הכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש של קופות החולים: ניתוח השוואתי, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 276-96.

רוזן, ב', שטיינר, ר' (1996), החברות בקופות-החולים ומעברים ביניהן: מגמות ותמורות, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 275-96.

רוזן, ב', איבנקובסקי, מ', נבו, י' (1998), תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 317-98.

שטיינר, ר' (1995), "שכר ממוצע, העסוקה, חברות בקופת חולים ומעמד בעבודה לפי ישוב 1993-1995", סקרים תקופתיים, 130, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

שירום, א', אגוז, נ', בן-נון, ג', דורון, ח', מיכאלי, ד', מישל, ז', צ'רניחובסקי, ד' (1997), תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות והלופות למדיניות, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

Achdut, L. (1998), "Progressivity in the finance of the national health expenditure in Israel", *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*, Tel-Hashomer.

Adler, V. and Lotan, M. (1998), "The impact of the National Health Insurance Bill (1995) on the Arab sector in Israel", *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*, Tel-Hashomer.

Berg, A., Rosen, B., Morgenstein, B. (1998), "The poor and Israel's health care system under national health insurance", *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*, Tel-Hashomer.

Farfel, M. and Yuval, D. (1998), "Arabs' and Jews' perceptions and use of the health system 2.5 years following implementation of the National Health Insurance Law", *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*, Tel-Hashomer.

Keeler, E.B., Sloss, E.M., Brook, R.H., Operskalski, B.H., Goldberg, G.A. and Newhouse, J.P. (1987), *Effects of Cost Sharing on Physiological Health, Health Practices and Worry*, RAND N-2699-HHS.

Manning, W.G., Newhouse, J.P., Duan, N., Keeler, E.B., Benjamin, B., Leibowitz, A.A., Marquis, M. and Zwanziger, J. (1988), *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment*, RAND R-3476-HHS.

Newhouse, J.P., Manning, W.G., Morris, C.N., Orr, L.L., Duan, N., Keeler, E.B., Leibowitz, A., Marquis, K.H., Marquis, M.S., Phelps, C.E. and Brook, R.h. (1982), *Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance*, RAND R-2847-HHS.

Rosen, B. (1998), *Workshop on Capitation - Executive Summary*, Tel-Hashomer: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

- Rosen, B. and Shamai, N. (1998), Financing and Resource Allocation in Israeli Health Care, published on the Brookdale Institute web site at: www.jdc.org.il/brookdale/health/findings_health_overview.htm.
- Rubin, H., R., Olmer, L., Friedman, L. and Mozes, B. (1998), "Comparative consumer evaluations of different Israeli health plans (Kupot Holim): The importance of surveying ill respondents and measuring health status", *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*, Tel-Hashomer.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Shvarts, S., Reuveni, H., Meyer, J. and Greenberg D. (1998). "HMO newspaper advertising in a new, competitive Israeli health care market", *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*, Tel-Hashomer.

ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימונו במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מאת גבי בן-נון*

מבוא

אחת הדרכים להערכת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לאחר יותר משלוש שנים להפעלתו, יכולה להיות הצגת השאלה כיצד היתה מערכת הבריאות נראית היום אילמלא נחקק החוק. 300 אלף לא-מבוטחים, זכאות מעורפלת לסל שירותים, סינון מבוטחים שכתוצאה ממנו קופת חולים אחת נתונה בגירעון כרוני ובמשברים כספיים המתרחשים בתדירות גבוהה, עמדה נחותה של הצרכן מול הקופות, מנגנוני גבייה לא יעילים, מידה גדולה של עירוב שיקולים פוליטיים במערכת ועוד.

החוק שינה מציאות זו וקבע כיסוי ביטוחי אוניברסלי, העניק למבוטח חופש בחירה לאיזו קופה להצטרף, הגדיר סל שירותים מעוגן בחקיקה וקבע דרכי הקצאה המבו-ססים על קריטריונים אוכייקטיביים שעל-פיהם המשאבים מחולקים בין הקופות.

אחת המטרות החשובות והידועות פחות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה הגדלת הוודאות והיציבות הפיננסית של המערכת

והסדרת כללי מימון ברורים ויציבים לאורך זמן. מטרה זו אימץ המחוקק, בין השאר, בעקבות ממצאי "ועדת נתניהו", שאפיינה את דרכי המימון במערכת הבריאות תחת הכותרת "כללי מימון ותקצוב מעורפלים" (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990, פרק 3, עמ' 30). כאמצעי להשגת מטרה זו של יציבות פיננסית במערכת הוגדרה בחוק "עלות סל", נקבעו מקורות למימונו של סל זה והוחלט על הקמת מנגנון להבטחת האיזון בין שניהם (בהשלמת תקציב המדינה). אולם, בניגוד למטרות אחרות שהושגו עם יישומו של החוק, ללא זעזועים קשים, טרם הושגה המטרה של הגדלת הוודאות והיציבות הפיננסית של המערכת.

במאמר זה ייעשה ניסיון לנתח ולתאר את הסביבה הפיננסית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. יוצגו בו האומדנים הכלכליים שעמדו מאחורי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותיבחן תקפותם של אומדנים אלה בשנים הראשונות של הפעלת החוק. בצד

* משרד הבריאות, ירושלים.

שעלות הסל שתיקבע לא תפחת מהוצאות הקופות בתקציבן הרגיל בשנת 1993 על הספקת שירותי הבריאות שבסל.

"עלות הסל" היא מספר נורמטיבי המגדיר את מסגרת ההוצאה המוכרת לקופת החולים להבטחת הספקתו של סל שירותים מוגדר.¹ תקציב המדינה (סעיף 13(א)(3) לחוק) צריך להבטיח את השלמת המקורות למימון עלות סל זו.

באימון רמת ההוצאה של קופות החולים בשנה נתונה, כבסיס לקביעת "עלות הסל", בא לידי ביטוי אחד העקרונות שהנחו את מעצבי החוק לאורך כל תהליך החקיקה והוא - הבטחה שרמת הרווחה, המבוטאת בסל השירותים המוכר, לא תפחת מזו שהיתה קיימת ערב הפעלת החוק. כתוצאה מעיקרון מנחה זה אומץ סל השירותים שסופקו לתושבי המדינה בידי קופת החולים הכל-לית, שביטחה בערך 75% מן האוכלוסייה (סל זה לא היה שונה באופן מהותי מסל השירותים של הקופות האחרות הפועלות בארץ). במקביל אומצה מסגרת ההוצאה של כל קופות החולים להספקת סל זה הן בהספקה ישירה של שירותים והן בקניית שירותים.

כשנת בסיס לחישוב "עלות הסל" נבחרה שנת 1994, למרות שלא היו מצויים כל הנתונים הכספיים של שנה זו, על-מנת להצמיד במידת האפשר את מועד החישוב של עלות הסל למועד הפעלתו של החוק. במאמר הנוכחי, ההתייחסות לעלות ולמקורות סל השירותים שבחוק היא לסל של קופות החולים בלבד. בשל מורכבותה של מערכת הבריאות

"עלות הסל", ייבדקו ההתפתחויות שהיו בעלות הסל, מנגנוני ההצמדה של עלות הסל, היקפי התריגות ועיקרי המחלוקות לגבי דרכי עדכונו. בצד מקורות המימון לעלות הסל נעקוב אחר השינויים שהתרחשו במקורות המימון של החוק, ובמשמעות של שינויים אלה על משק הקופות.

בין שני נושאים מרכזיים אלה יהיו שזורים נושאים שונים שעלו במהלך השנים הנדונות ואשר היתה להם השפעה על עלות ומקורות הסל, כגון מימון החודש החסר, מדד יוקר הבריאות, קרן איזון, ביטול המס המקביל, חוק ההסדרים ועוד.

נושא הערכת היציבות הפיננסית של החוק, והערכת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בכלל, הוא נושא מורכב וטעון והכתיבה עליו באופן אובייקטיבי היא משימה כמעט בלתי אפשרית. למרות הרצון להיצמד לעובדות ולהימנע משיפוט ערכי, אין ספק, שעמדות אישיות חילחלו ומצאו את ביטויין בין השורות ובתוך השורות של מאמר זה. אין ספק, שהצגת זוויות הראייה של כותבים אחרים תשקף עמדות אחרות ותתרום לאיזון הראוי. בכל מקרה, הדברים שלהלן משקפים את דעת מחברם בלבד.

עלויות ומקורות הסל ערב הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

בסעיף 9א לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נאמר, שעל שר הבריאות ושר האוצר לקבוע את עלות סל שירותי הבריאות באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. כמובן נאמר,

1. בנוסח החוק המקורי נכללה בעלות סל זו גם עלות מחן שירותי הבריאות לפרט מטעם המדינה (רפואה מונעת, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום). בחוק ההסדרים לשנת 1997 פוצלה עלות הסל הזאת לעלות הסל לקופות החולים - 12,741 מיליון ש"ח ולשירותים שבאחריות המדינה - 1,336 מיליון ש"ח. סך-כל עלות הסל היתה 14,077 מיליון ש"ח (במחירי 1995). במאמר זה ההתייחסות לעלות ולמקורות של סל השירותים שבחוק היא לסל קופות החולים בלבד.

ההערכה, שהגידול בהוצאות כתוצאה מהרחבת מעגל המבוטחים, עשוי להיות קטן.²

2. השלכות החוק על מקורות המימון

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הנציח את רוב מקורות המימון של המערכת שהתקיימו ערב הפעלת החוק (מס מקביל, תשלומים עצמיים והשתתפות המדינה). השינוי העיקרי שהכניס החוק במקורות המימון היה בהמרתם של מסי החבר (המס האחיד) שגבו קופות החולים (או ההסתדרות הקשורה אליה) בדמי ביטוח בריאות, שגבייתם הועברה למוסד לביטוח לאומי. לשינוי זה היתה חשיבות רבה להשגת מטרות שונות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

(א) העברת הגבייה למוסד לביטוח לאומי ניתקה את הקשר שבין חברות בארגון העובדים, לחברות בקופת חולים. מלבד זאת נותק הקשר בין תשלום המס לקבלת השירות.

(ב) בהעברת הגבייה למוסד לביטוח לאומי נותק הקשר שבין הכנסת המבוטחים להכנסת הקופות והעברה זו אפשרה אחר-כך את השינוי בהקצאת מקורות על בסיס נפשות מתוקננות לפי גיל. שינוי זה גם חיזק את האופי החברתי של תשלום מסי החבר ועשה אותם הרבה יותר פרוגרסיביים.³

אולם, מעבר לשינויים עקרוניים אלה, להעברת הגבייה למוסד לביטוח לאומי היתה השפעה רבה על נפח המקורות המתוכנן, שכן הן עמלת הגבייה והן עומק הגבייה במוסד לביטוח לאומי, היו יעילים לאין ערוך יותר ממנגנוני הגבייה הקודמים, עובדה

ומערכי ההתחשבנות הכפולים שבין מרכיבי השונים, היה צורך לבצע תיקונים והתאמות רבים בחישוב עלות הסל. הנתונים שעל-פיהם חושבה עלות סל זו התבססו על דוחות ביצוע, תוך ניכוי הוצאות שונות עבור שירותים שאינם כלולים בסל (כגון רפואת שיניים), קיזוז ההוצאות לקניית שירותים בין קופה לקופה (כדי למנוע כפל רישום) וזקיפת הוצאות שונות במקומות שבהם הרישום החשבונאי לא ביטא נאמנה את ההוצאה. על בסיס אומדנים אלה נבחנה השאלה כיצד חוק ביטוח בריאות ממלכתי עשוי להשפיע על עלות הסל ומקורות מימונה.

1. השלכות החוק על "עלות הסל"

מפרט השירותים שבחוק היה דומה במהותו למפרט השירותים שסופקו לתושבי המדינה ערב הפעלת החוק, אולם עיגון הזכאות בחוק והחלתם על כלל תושבי המדינה היו עשויים לשנות את כמות צריכת השירותים ועלותם. החלת הזכאות האוניברסלית הרחיבה את מספר המבוטחים בהיקף שבין 250 ל-300 אלף נפש (בערך 5% מן האוכלוסייה).

הגידול הצפוי בעלות הסל הוערך בסכום קטן יותר מחלקם היחסי של הלא-מבוטחים, בשל העובדה שחלק גדול משירותי הבריאות לאוכלוסייה בישראל ניתן לפני החוק גם בהעדר כיסוי ביטוחי. זאת ועוד, הנחת העבודה היתה, שתוספת ההוצאה של אוכלוסייה זו נמוכה יותר מן ההוצאה הממוצעת למבוטח. העובדה, שאחוז נכבד מן האוכלוסייה שאינה מבוטחת היה של אוכלוסייה צעירה, חיזקה גם היא את

2. סקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על השימוש בשירותי בריאות, אשפוזים וביטוח בריאות בשנת 1993 מצא, ש-10% מבני 0-19 היו ללא ביטוח בריאות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1995).

3. ראוי לציין, שבהעברת מערכת הגבייה מלשכות המס למוסד לביטוח לאומי לא היה שינוי באחוז המס הנגבה, אשר היווה את ממוצע המס האחיד שניגבה בארבע קופות החולים.

הגדילו את עלויות השכר במשק בכלל ובמגזר הבריאות בפרט. בנקודה זו חשוב להבהיר, שלנוכח הגידול בהוצאות, הנובע מעלייה בשכר במערכת הבריאות, קיים גם גידול במקורות המערכת, שכן דמי ביטוח הבריאות של העובד ותשלומי המס המקביל של המעביד נגבים כאחוז מן השכר וכאשר השכר עולה, גם המקורות עולים. איזון זה בין עלויות למקורות כתוצאה מעלייה בהוצאות השכר נכון רק בתנאי ששכר עובדי מגזר הבריאות עולה באותו שיעור כמו כל השכר הציבורי במשק. בהסכמי השכר שנחתמו לשנת 1994/59, שכר עובדי מגזר הבריאות עלה פי שלושה ויותר מן השכר בכלל המשק (לוח מס' 2) ובמאזן תוספת ההכנסה לעומת תוספת ההוצאה של מערכת הבריאות כתוצאה מהסכמי שכר אלה, יצאה מערכת הבריאות נפסדת.

לוח מס' 2. השינוי בשכר הממוצע במשק באחוזים - כל שנה לעומת קודמתה

	1994	1993 לעומת 1994	1995	1994 לעומת 1995
כלל המשק	12.2		14.7	
המגזר הציבורי	13.4		23.6	
מגזר הבריאות	15.8		43.3	

מקור: היחידה לשכר, נציבות שירות המדינה.

חתימת הסכמי השכר עם העובדים במערכת הבריאות שחקה אפוא את עודף המקורות המתוכנן ב-700 מיליון ש"ח בערך (במחירי 1994) והיה צורך לשוב ולעדכן את העלויות והמקורות של הסל ולהתאימם להסכמי השכר החדשים.

עלות הסל המתוקנת לשנת 1995 ביטאה

שהתבטאה בתוספת מקורות של 700 מיליון ש"ח בערך, במחירי 1994.

אומדני העלות ומקורות הסל לשנת 1994, שהיו אמורים להיות התשתית לתוכנית הכלכלית של שנת ההפעלה הראשונה של החוק, הראו את התמונה הבאה (לוח מס' 1):

לוח מס' 1. אומדני עלויות ומקורות החוק (במחירי 1994)

עלות הסל:	10,900 מיליון ש"ח
מקורות הסל: ⁴	11,600 מיליון ש"ח
עודף:	700 מיליון ש"ח

תמונת עלות ומקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה אפוא ורודה. ההיקף הגדול של עודף מקורות היווה "רשת ביטחון" חזקה דיה הן לכיסוי הוצאות הלא-מבוטחים והן לכיסוי מרכיבים לא צפויים נוספים.

ערב כניסת החוק לתוקפו נחתם גם הסכם הבראה והסדר נושים עם קופת חולים כללית, שפתר את בעיית החוב המצטבר שצברה קופה זו במהלך השנים (בערך 4 מיליארד ש"ח). עובדה זו תרמה גם היא לתחושה הכללית שחוק ביטוח בריאות ממלכתי עשוי רק לשפר את היציבות הפיננסית של מערכת הבריאות.⁵

איש לא חזה מראש באותה תקופה את הפריצה הגדולה בהסכמי השכר במגזר הבריאות, שבעטיה נשחק עודף חזוי זה.

שנת ההפעלה הראשונה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

במהלך שנת 1994 נחתמו עם המגזר הציבורי הסכמי השכר לשנים 1994/95, הסכמים אשר

4. מקורות הסל כוללים את אומדני הגבייה של דמי ביטוח והמס המקביל שנעשו במוסד לביטוח לאומי, את הכנסות קופות החולים מתשלומים עבור שירותים ואת ההיקף של תמיכת תקציב המדינה.

5. "עלות הסל" מהווה 73% מן ההוצאה הציבורית לבריאות ולפיכך כל הסדרה של מקורות הסל מקרינה על היציבות הכלכלית של כלל מערכת הבריאות הציבורית.

המעבר לשיטת הקצאת על בסיס נפשות מתוקננות.

בתוכנית העבודה לשנת 1995 שהגישה הממשלה לוועדת העבודה והרווחה של הכנסת הובא נושא זה בחשבון ובאישורה של הוועדה סוכם לסייע לקופות החולים הקטנות, בתקופת מעבר של שלוש שנים, בתמיכה שנתית מיוחדת בהיקף של 255 מיליון ש"ח.

ההוצאה בפועל בשנת 1995

בחינת רמת ההוצאה השוטפת של קופות החולים בשנת 1995 מצביעה על כך, שבשנה זו עמדו הקופות במסגרת ההוצאה המוכרת של עלות הסל (הנתונים הפיננסיים של 1995 יוצגו בהמשך). יש הרואים בעמידה זו ברמת ההוצאה שקבע המחוקק סיפור הצלחה, שהרי "עלות הסל" היתה אמורה להיות גם חסם עליון ("capping") לרמת סך-הכל הוצאות של קופות החולים.

אלה המפחיתים מערכה של הצלחה זו טענו, שהקופות טרם הפנימו בשנה זו את כללי המשחק של חוק ביטוח בריאות ושהיה זה הישג זמני בלבד.⁸

עיקר הבעיות בשנת 1995 היו בצד המקורות. לכל אורך השנה התמודדה המערכת עם מצוקת מזומנים שהקרינה על

את השלכות הסכמי השכר החדשים, כמו גם שינויים נוספים שהיו במערכת, כגון הפחתת עלות העבודה כתוצאה מהורדת תשלומי המעסיקים למס המקביל (ינואר 1995), הסדר ההתחשבות הגלובלי בין קופות החולים לבתי-החולים ועוד. אולם, שחיקתה של "רשת הביטחון" (עודף המקורות בהיקף של 700 מיליון ש"ח) לא הותירה בידי הקופות תוספת מקורות לכיסוי הוצאות הנובעות מהרחבת מעגל המבוטחים והוצאה זו ספגה, בסופו של דבר, המערכת.⁶ תמונת המצב של עלויות ומקורות החוק לשנת 1995 לאחר כל השינויים הנדונים נראתה כדלהלן (לוח מס' 3).

לוח מס' 3. תחזית העלויות והמקורות של סל השירותים - 1995

עלות הסל:	12,740 מיליון ש"ח ⁷
מקורות הסל:	12,740 מיליון ש"ח
עודף:	-

חשוב לציין, שהאיזון ברמת סך-כל הקופות אינו חייב להתבטא בהכרח באיזון ברמה של כל קופה וקופה. ניתוח התחזית הכספית של כל קופה בנפרד הצביע על עודף בקופת חולים כללית ועל גירעונות בקופות החולים הקטנות יותר בשל רמת ההוצאה הגבוהה יותר יחסית של הקופות הקטנות ערב כניסת החוק לתוקפו וגם כתוצאה מן

6. עלות הסל לשנת 1995 הוגדלה כתוצאה מהרחבת מעגל המבוטחים ב-250 מיליון ש"ח. אולם, תוספת זו קוזזה בקיצוץ שנדרשו קופות החולים לבצע ערב כניסת החוק לתוקפו, בסך 320 מיליון ש"ח.

7. על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סעיף 9א) היה על שרי הבריאות והאוצר לאשר עלות סל זו ולהעבירה לאישורה של ועדת העבודה והרווחה של הכנסת בתחילת שנת 1995. בפועל לא הגיעו משרדי הממשלה להסכמה על היקף עלות הסל והאישור של ועדת העבודה והרווחה ניתן רק בדצמבר 1995 כשל מחלוקת עקרונית לגבי מספר נושאים שאחייס אליהם בהמשך המאמר.

8. נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות בשנה זו מצביעים גם הם על ירידה יחסית בהוצאה הלאומית לבריאות מ-8.9% מן התמ"ג בשנת 1994 ל-8.7% מן התמ"ג בשנת 1995. עלות הסל מהווה בערך 54% מן ההוצאה הלאומית לבריאות ולפיכך ניתן לומר, שלעמידה במסגרת עלות סל זו היתה תרומה לירידה בחלקה היחסי של ההוצאה הלאומית לבריאות בתמ"ג. אומדנים מוקדמים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על ההוצאה הלאומית לבריאות לשנים 1996 ו-1997 מצביעים גם הם על אותה מגמה (ירידה בהוצאה הלאומית לבריאות ל-8.4% מן התמ"ג).

הוא חשבונאי בלבד ושעל קופות החולים להתגבר עליו באמצעות הלוואות גישור.

(ג) פיגור בהזרמת תמיכת תקציב המדינה להלמת עלות הסל, ודחיית חלק גדול מהשלמה זו עד סוף שנת 1995 וראשית שנת 1996.

המחלוקות לגבי נושאים אלה ליוו את המערכת לאורך כל השנה ומשמעותם המצטברת היתה מצוקת מזומנים שפגעה בתפעולה התקין של כל מערכת הבריאות. מצוקת מזומנים זו הוחרפה עוד יותר כתוצאה מעיצומים במוסד לביטוח לאומי בראשית שנת 1995, שמנעו את הליכי הגבייה מקבוצות שונות באוכלוסייה.¹⁰

שנת 1995 היתה שנת המבחן הראשונה של כללי המשחק החדשים שנקבעו בחוק ביטוח בריאות, אשר כללו הגדרה של עלות סל כתקרת הוצאה ואחריות המדינה להשלמת מימונו. בניגוד לחששות של גורמים שונים במערכת מפריצת ההוצאה הלאומית לבריאות ולחריגות בהוצאות הקופות, עמדו קופות החולים במסגרת ההוצאה המוכרת של "עלות הסל".

צד המקורות לעומת זאת היה בעייתי כבר מתחילת השנה והמבחן הראשון של יישום העיקרון של אחריות תקציב המדינה להשלמת עלות הסל נתקל בקשיים רבים ולאחר שהנזקים בני-המגיעה כבר התרחשו.¹¹

תפקודם של כל שחקני המערכת המרכזיים - קופות החולים, בתי-החולים, ספקי תרופות ועוד. מצוקת המזומנים במערכת נבעה משילוב של שלושה גורמים עיקריים:

(א) אי-מימוש התמיכה המיוחדת בקופות החולים הקטנות בהיקף של 255 מיליון ש"ח לעומת התפיסה, שראתה בתמיכה זו אמצעי סיוע והסתגלות הדרגתית של הקופות הקטנות לכללי ההקצאה החדשים בחוק, בתקופת מעבר של שלוש שנים, עמדה התפיסה שתמיכה זו היא חד-פעמית (לשנת 1995 בלבד), שיש להתנותה בתוכניות הבראה ושיש להפחיתה מעלות הסל. בשל מחלוקת זו לא הוזרמה התמיכה המיוחדת לקופות הקטנות בשנת 1995.

(ב) בעיית "החודש החסר" (ינואר 1995). - על-פי החוק, החל המוסד לביטוח לאומי לגבות את דמי ביטוח בריאות בינואר 1995. ההכנסות מתשלום בגין חודש ינואר התקבלו רק בפברואר 1995. כלומר, בתוכנית העבודה של קופות החולים היו 12 חודשי הוצאה לעומת 11 חודשי הכנסה של דמי ביטוח בריאות (הפרש של 500 מיליון ש"ח בערך).⁹ גם בנושא זה נחלקו הדעות לגבי דרכי הפתרון: לעומת העמדה שהניחה שעל תקציב המדינה להשלים את ההכנסות של חודש חסר זה, עמדה התפיסה שמחסור זה

9. בקופות חולים כללית ולאומית התקבלו חלק מהכנסות חודש דצמבר 1994 בתחילת שנת 1995, עובדה שקיזזה במידת-מה את חוסר המקורות של "החודש החסר".

10. אפשר שבשנת 1995 היו הכנסות הביטוח הלאומי נמוכות מן התחזיות. בין השאר, גם בגלל יישום הרפורמה במערך הגבייה של המוסד לביטוח לאומי. רפורמה זו כללה שיעורים מופחתים של תשלומי ביטוח לאומי לבעלי הכנסה שהיא נמוכה ממחצית השכר הממוצע במשק. הפסד ההכנסות מצעד זה היה אמור להתקזז בתוספת הכנסה כתוצאה מהעלאת תקרת השכר החייבת במס (משלוח פעמים לארבע פעמים השכר הממוצע) וגם מהרחבת בסיס השכר החייב המס (כגון, הוצאות נסיעה וטלפון). נפת הגבייה מצעדים אלה ירד כנראה, למרות שהוא לא היה אמור להשתנות.

11. בסופו של דבר הוזרמו מתקציב המדינה כל המחויבויות על-פי החוק, אבל כאמור בפיגור זמנים רב: הזרמת השתתפות תקציב המדינה הנגזרת מן החוק הושלמה בפברואר 1996. התמיכה המיוחדת לקופות החולים הקטנות ניתנה רק בשנת 1996 במסגרת תוכניות הבראה. ההכנסות בגין החודש החסר שולמו באמצע 1997 בחוספת הצמדה.

והאוצר רשאים לעדכן את עלות סל השירותים עקב שינויים דמוגרפיים (גידול אוכלוסייה והזדקנותה). קביעות אלה בחוק הסתמכו על המלצות צוות מיוחד (הצוות לבחינת מדד מחירי הבריאות) שהקימה הוועדה המשותפת לחוק ביטוח בריאות (ועדת והרווחה וועדת הכספים של הכנסת). צוות זה, שכלל נציגי ממשלה ואקדמיה, המליץ בעבודתו "להשתמש במדד מחירים, שיתאר את השינויים בעלות הסל הממוצעת לנפש הנובעים משינויי מחירים, ולא במדד שיתבסס על שינויים בעלות עצמה, כדי להימנע ממצב של החזר הוצאה." (הצוות לבחינת מדד הבריאות, 1993, עמ' 2).

הצוות גם המליץ על עדכון נפרד של עלות הסל כתוצאה מגידול האוכלוסייה ושינוי במבנה הגילאים של האוכלוסייה, או התפתחות בצורכי הבריאות. כמרכיב המליץ הצוות על "איסוף נתונים וביצוע סקרים מדגמיים במשך שנה מיום הנהגת החוק, אחר המחירים במגזר הבריאות. על בסיס ממצאיו ובהתבסס על סקירת הנעשה בארצות אחרות בתחום זה, יגבש צוות המעקב מדד בריאות משופר ומדויק יותר. כמרכיב יגבש הצוות הצעה משופרת לעדכון עלויות בתחום ההשקעות בהון פיזי ואנושי ברפואה (התפתחויות טכנולוגיות)".

בעוד שהמלצות הצוות לגבי המרכיב הטכני של עדכון מחירים יושמו במלואם, יתר המלצות הוועדה לא יושמו.

סוגיית מנגנון הערכות של עלות סל השירותים שבחוק נותרה כאמור שרויה במחלוקת עד היום ועל בסיס התפיסות השונות לגבי דרכי העדכון ניתן גם ללמוד על המחלוקות העקרוניות בעניין היתרונות והחסרונות של חוק ביטוח בריאות ומידת האפקטיביות של הכלים המובנים בו להת-ייעלות המערכת. המחלוקות לגבי עדכון עלות הסל נגעו בשני נושאים מרכזיים:

המעבר לשנת 1996 ומדד יוקר הבריאות

גם בשנה השנייה להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא נחסכו הבעיות הפיננסיות שאפיינו את המערכת בשנת 1995, אולם מקורן של הבעיות בשנה זו היה שונה. בעוד שהבעיות העיקריות בשנת 1995 נבעו מצד מקורות החוק ובעיקר מקצב ההזרמה של מקורות החוק, בשנת 1996 הבעיה העיקרית היתה בצד עלות סל השירותים.

בתחזית המקורות של המוסד לביטוח לאומי לשנת 1996 ניתן היה להסתמך על ניסיון השנה הקודמת. ואכן, ההכנסות בפועל מדמי ביטוח בריאות והמס המקביל היו גבוהות מן התחזיות. הבעיה היתה בצד העלויות: כיצד עוברים מעלות סל מוסכמת בשנה הראשונה להפעלתו של החוק לעלות סל מוסכמת בשנים הבאות? מהו מנגנון העדכון של עלות הסל במעבר משנה לשנה? האם מנגנון זה צריך להיות אוטומטי או נושא למשאומתן מתחדש בכל שנה?

לתשובות לסוגיות אלה יש חשיבות רבה, שכן מהן נגזרות רמת ההוצאה המוכרת של קופות החולים, רמת התמיכה של תקציב המדינה בעלות הסל, מידת היציבות הפיננסית של הקופות ומידת החלוקה של מקורות מערכת הבריאות בסדרי העדיפויות המשתנים של תקציב המדינה.

החוק מתייחס לסוגיה זו של מנגנון העדכון של עלות הסל בשני סעיפים:

(א) בתוספת החמישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מוגדר מדד יוקר בריאות שעל פיו יש לקדם באופן אוטומטי את עלות הסל. מדד יוקר הבריאות קובע את מרכיבי המדד והמשקל היחסי של כל מרכיב ומרכיב.

(ב) בסעיף 9 לחוק נקבע, ששרי הבריאות

במדד אינו מבטא את ההחלפה המתמדת של תרופות ישנות בחדשות.¹²

למול הטענה בדבר הצורך בעדכון מחירים, המבטא את תשומות קופות החולים, הועלתה הטענה שהכללת מקדמי מחירים המבטאים את תשומות המערכת (מחיר יום אשפוז, שכר במגזר הבריאות), תותיר את המערכת אדישה להעלאות מחירים וסופה שתביא לסחרור בהוצאה. חוזקה של טענה זו תלוי כמובן במידת ההשפעה שיש לקופות החולים על עלויות תשומות הבריאות. בפועל תנאי זה אינו מתקיים, שכן הן מחיר יום אשפוז והן השכר במגזר הבריאות אינם נקבעים בידי קופות החולים.

(2) מקדם דמוגרפי: סעיף זה אמור לבטא את גידול ההוצאה כתוצאה מגידול האוכלוסייה והזדקנותה. המחלוקת לגבי המקדם הדמוגרפי שיש לכלול בקידום עלות הסל התייחסה הן להיקף (באחוזים) של מקדם זה והן לאופיו של העדכון (עדכון אוטומטי לעומת עדכון הנתון למשאומתן המתחדש בכל שנה).

לעומת הדרישה למתן ביטוי מלא ובחוק למקדם הדמוגרפי, תוך שמירה על הערך הריאלי של עלות הסל לנפש מתוקנת, עמדה הדרישה שהמקדם הדמוגרפי יבטא רק את התוספת השולית של העלויות הנגזרות מן השינוי הדמוגרפי ושתוספת זו תיקבע במסגרת דיוני התקציב השוטפים עם מערכת הבריאות.

(3) מקדם טכנולוגי: בתהליך הטיפול והאבחנה יש כל הזמן שיפורים טכנולוגיים המאפשרים גילוי מוקדם יותר של מחלות,

מה הם מקדמי המחירים שיש לכלול במדד יוקר הבריאות ומהו היקף העדכון (באחוזים) כתוצאה משינויים דמוגרפים ושיפורים טכנולוגיים.

מהו אופן העדכון - עדכון "סגור" (מוגדר מראש ומעוגן בחקיקה) לעומת עדכון "פתוח"? לעומת התפיסה האומרת, שלא ניתן להגדיל באופן אוטומטי שום שירות, יהיה חיוני ככל שיהיה, ללא התייעלות ובמסגרת סדרי העדיפויות הכלליים של המדינה, עמדה התפיסה, שיש לקבוע ולהבטיח בחוק מקורות מימון ודאיים ולאורך זמן למערכת הבריאות, ולא להיכנס למשאומתן מתחדש בכל שנה על היקף מקורות המערכת. נוסחת עדכון אוטומטי (על-פי תפיסה זו) כבר אומצה בחוק והיא אינה סותרת את הדרישה להתייעלות שניתן לשקף אותה גם במנגנון עדכון אוטומטי. ביתר פירוט, בוטאו מחלוקות אלה באופן הבא:

(1) מקדמי המחירים הכלולים במדד: מקדמי המחירים שעל פיהם עלות הסל מעודכנת בצורה אוטומטית בכל שנה, מפורטים בתוספת החמישית לחוק (מדד יוקר הבריאות). הטענה לגבי מדד יוקר הבריאות היתה, שמשקלות המדד אינם מבטאים נכונה את העלייה במחירי התשומות של קופות החולים. כך, למשל, מדד יוקר הבריאות אינו כולל את העלייה של מחיר יום האשפוז, המהווה בערך 50 אחוזים מהוצאות קופות החולים. מרכיב השכר במדד (שילוב של שכר ציבורי ושכר מגזר הבריאות) אינם מבטאים את השינויים הריאליים בעלות השכר בקופות החולים ומרכיב התרופות

12. שחיקת המחירים בשנים 1996 ו-1997, שנבעה מן הפער בין עליית מדד יוקר הבריאות למדד תשומות קופות החולים, הסתכמה ב-1.6% שחיקה - יותר מ-200 מיליון ש"ח. בשנת 1998 עשוי פעור זה להיות הפוך (מדד תשומות קופות החולים יעלה פחות ממדד יוקר הבריאות). תופעה זו ממתישה שוב, עד כמה חשוב להסדיר את מערך המחירים במערכת הבריאות.

לוח מס' 4. הפערים במנגנון העדכון - 1996, 1997

מנגנון העדכון הנוכחי	מנגנון העדכון החלופי	
1996: 10.9%	11.8%	עדכון מחירים (לפי החוק)
1997: 8.8%	9.3%	
1996: 2.0%	3.9%	שינוי דמוגרפי (על-פי משא-ומתן)
1997: 2.0%	3.2%	
1996: 0%	1.0%	טכנולוגיה
1997: 0%	1.0%	
25.4%	33.6%	סך הכל עדכון מצטבר

כמובן השפעה ישירה על עלות סל השירותים ומקורות מימונו. בשנים 1996 ו-1997 עודכנה עלות הסל על-פי מנגנון העדכון השוטף שבחוק (מדד יוקר הבריאות), בתור ספת 2% בכל שנה, אשר ביטאו את המקדם הדמוגרפי. חשוב לציין שתוספת זו של המקדם הדמוגרפי ניתנה לא על-פי חוק, אלא כחלק מן הקביעה המתחדשת אחת לשנה של תקציב המדינה.

לוח מס' 4 מציג את ההפרש באחוזים בין המנגנון שעל-פיו עודכנה עלות הסל בשנים 1996 ו-1997 ובין מנגנון עדכון המבוסס על מחירי תשומות קופות החולים, גידול בפועל בנפשות המשוקללות ותוספת של מקדם טכנולוגי (להסברים על הנתונים ראה בנספח שבסוף המאמר).

הפער בין העדכון בפועל לעדכון החלופי הסתכם בשנתיים אלה ב-6.5%, שנבעו משחיקת מחירים, ביטוי חלקי למקדם דמוגרפי והעדרו של מקדם טכנולוגי. שחיקה זו מהווה שחיקה של מיליארד ש"ח בערך בעלות הסל. חשוב לציין, שפער זה אינו חד-

אסטרטגיות חדשות לריפוי מחלות ושיפור איכות החיים של החולים. לנוכח ההתנגדות לשיפוי אוטומטי בגין המקדם הטכנולוגי נטען, שבניגוד למערכות כלכליות אחרות שבהן שיפורים טכנולוגיים מוזילים את תהליך הייצור, בענף הבריאות שיפורים אלה מייקרים בדרך כלל את תהליך הטיפול והאבחנה ואי-מתן פיצוי בגינם שוחק את הסל. קשה לבצע הערכה כמותית של היקף הגידול בהוצאות מערכת הבריאות כתוצאה מקידום טכנולוגי זה והערכות בנושא (בהתבסס, בין השאר, על הניסיון הביני-לאומי) נעות בין 1% ל-2%. בכל מקרה, בשנים 1996 ו-1997 לא נוסף לעלות סל השירותים מרכיב של קידום טכנולוגי.¹³

הניסיונות לשינוי מנגנון העדכון של עלות הסל החלו מיד עם הפעלת חוק ביטוח בריאות. בינואר 1995, בישיבתה הראשונה של מועצת הבריאות,¹⁴ הוצג הנושא בפני המועצה והתקבלה המלצה על שינוי מנגנון עדכון עלות הסל. אולם, ההצעה טרם יושמה.

לפערים העקרוניים במנגנון העדכון היתה

13. הסערה הציבורית שפרצה בסוף שנת 1997 סביב מתן הטיפול התרופתי לחולי סרטן ואיידס, ביטאה באופן מוחשי את הבעייתיות שבמנגנון עדכון הסל. רק לאחר מאבק ציבורי, מלווה בכיסוי רחב בתקשורת, הוספו בשנת 1998 לעלות הסל מקורות ייעודיים בהיקף של 150 מיליון ש"ח למימון שורה של תרופות חדשות.

14. על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוקמה מועצת בריאות, שכה 46 חברים ואשר תפקידה לייעץ לשר הבריאות בנושאים שונים הקשורים לחוק.

לוח מס' 5. עלות הסל לנפש מתוקנת במחירים קבועים (מחירי 1995)*

1997	1996	1995	
12,583	12,380	12,201	עלות הסל (במיליוני ש"ח) במחירי 1995
6,005	5,820	5,600	אוכלוסייה מתוקנת (במיליונים)
2,096	2,127	2,179	עלות הסל לנפש

* פירוט חישוב הנתונים מצוי בנספח שבסוף המאמר.

ההוצאות בפועל של קופות החולים בשנים 1995-1997

"עלות הסל" בשנת ההפעלה הראשונה של החוק היתה קרובה מאוד להוצאות בפועל של קופות החולים בגין הספקת שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים שבחוק. שנה זו (1995) הסתיימה ללא גירעונות שוטפים בקופות החולים. סך כל הגירעונות של קופות החולים בשנה זו עמדו על 200 מיליון ש"ח בערך והם נבעו כולם מחריגה בהוצאות הפיתוח.

החל משנת 1996 נתוני הביצוע של קופות החולים מראים גירעונות שוטפים בכל שנה וגירעונות מצטברים ההולכים וגדלים. בשנת 1996 עמד הגירעון השנתי על 900 מיליון ש"ח בערך ובשנת 1997 עמד הגירעון השנתי על 1.4 מיליארד ש"ח. סך כל הגירעון המצטבר של קופות החולים מתחילת הפעלתו של החוק ועד סוף שנת 1997 עמד על 2.5 מיליארד ש"ח בערך (נכו, 1998). חלק גדול מגירעונות אלה ניתן להסביר כתוצאה מן הליקויים במנגנון עדכון הסל שהוצגו בעמודים הקודמים. אולם, נתוני הגירעון בשנים 1996 ו-1997 חורגים מן המתחייב מהסבר זה.

פעמי ובמידה שהוא לא מתוקן, הוא גדל והולך עם השנים.¹⁵

ניתן לבטא את השחיקה של עלות הסל גם באמצעות הצגת עלות הסל המתוקנת לנפש בשנים הנדרונות (לוח מס' 5).

ניתוח מקורות החוק, והשינוי בחלקם היחסי במימון עלות הסל במהלך השנים, מסביר גם הוא את מידת הבעייתיות שבכללי העדכון הקיימים: מהגדרת מקורות המימון של עלות הסל משתמע, שעבור היקף נתון של עלות הסל, ככל שההכנסות מביטוח לאומי גדלות (כפי שאכן קרה), כך קטנה השתתפות תקציב המדינה. מלבד זאת, ככל שעלות הסל נמוכה יותר, כך קטנה תמיכת תקציב המדינה בהשלמת עלות הסל.

ניתוח מקורות המימון בשנים אלה מבטא מגמה זו: במעבר משנת 1995 לשנת 1997 עלו הכנסות הביטוח הלאומי מדמי ביטוח בריאות (נומינלית) ב-16% בערך בכל שנה, בעוד שהשתתפות המדינה, כולל ההכנסות ממס מקביל, עלתה (נומינלית) רק ב-8% בכל שנה. חישוב שונה שלא מייחס את הכנסות המס המקביל להשתתפות תקציב המדינה, מצביע על ירידה (נומינלית) בהשתתפות תקציב המדינה של 17% בערך בכל שנה.

15. יש חוסר איזון באי-ההכרה במנגנון העדכון החלופי: גידול האוכלוסייה, זחילת השכר, הגידול במספר המועסקים והצמיחה הכלכלית במשק בכלל, כל אלה באים לידי ביטוי בגידול במקורות החוק מתשלומי התושבים לביטוח לאומי. בצד ההוצאה (עלות הסל), לעומת זאת, אין ביטוי מלא לתוספת ההוצאה הנגזרת מכך ולפיכך כל תוספת ההכנסה כתוצאה מן הגידול באוכלוסייה והצמיחה במשק מקוזזת בירידה בתמיכה של תקציב המדינה בחוק ביטוח בריאות.

- גוסתה ברורה של מנגנון עדכון עלות הסל וכללי משחק הוגנים (היכולים לכלול מקדם התייעלות) הם תנאי הכרחי לתפקודה הכספי התקין של המערכת.

- יש להבטיח למערכת הבריאות מקורות יציבים וודאיים ולאורך זמן (לא מדובר בתוספת מקורות, אלא בשמירה על ערכם הריאלי של המקורות הקיימים).

- להעדרה של הסכמה בנושא כל כך מרכזי יש מחיר. הערמת קשיי מימון אינה חוסכת הוצאה ואולי להפך.

- השינויים המוצעים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (יותר תחרות, סל גמיש, תשלומים גמישים ועוד) מעקרים עקרונות יסוד של החוק (ובעיקר את עקרון הסולידריות החברתית) וכמוהם כביטולו והחזרת המערכת לעידן של טרום-חוק.

- גישה הרואה במערכת הבריאות "חבית ללא תחתית" מזמינה התנהגות של בור ללא תחתית. גישה כזאת עשויה אולי לחסוך לתקציב המדינה כטוות הקצר, אולם בטווח הארוך היא תעלה למשק יותר, גם בשל תחושת האנרכיה, אובדן שליטה והרמת ידיים בפני כל יוזמה לחיסכון והתייעלות וגם בשל הצורך לממן בסופו של דבר בטווח הארוך את הגירעונות בתוספת הוצאות ריבית והצמדה.

המחלוקות העקרוניות, שעיקריהם הוצגו כאן, טרם נפתרו. אולם ההכרה, שלהעדרה של הסכמה בנושא יש מחיר, הלכה וחלחלה בקרב מקבלי ההחלטות. בין השנים 1996-1998 הסתמנו שני מסלולים של טיפול בבעיות הפיננסיות ובפער המתרחב בין מקורות החוק ובין ההוצאות בפועל של קופות החולים. המסלול האחד כלל תיקוני חקיקה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות חוק ההסדרים. המסלול השני

יש הטוענים, שהתמריצים המוכנים בחוק כדי לעודד תחרות על מבוטחים גררו את הקופות להוצאות עודפות בתחומי פיתוח שירותים קהילתיים, הוצאות פרסום ושיווק ועוד. טענה אחרת מייחסת עודפי הוצאות אלה להעדרם של מנגנוני פיקוח ובקרה על הוצאות הקופות. טענה נוספת מייחסת עודפי הוצאה זו לשחיקת הסל ולהעדרם של כללי משחק הוגנים במערכת הבריאות שהעיקרי בהם הוא מנגנון העדכון. ההסבר האמיתי לגירעונות הקופות היה מורכב כנראה משילוב של כל שלוש הסיבות הנדונות.

ממחלוקות עיקריות אלה, המתייחסות לסיבות להיווצרותו של גירעון זה, נגזרות אחר-כך גם המחלוקות לגבי דרכי פתרון. עיקרי התפיסות השונות לגבי הסיבות לגירעון ודרכי פתרון מוצגים להלן:

- מערכת הבריאות היא "חבית ללא תחתית", בעלת תיאבון בלתי מוגבל לתוספת מקורות ומשום כך יש להחזיקה במצב קבוע של גירעונות כדרך העיקרית לריסון ההוצאה.

- לקופות החולים אין תמריצים לתחרות ולהתייעלות ואין תמריץ לעמוד במסגרת התקציב.

- כל מענה לתוספת מקורות מזמין בקשה לתוספת מקורות נוספים.

- לחוק ביטוח בריאות ממלכתי יש מספר יתרונות, אולם תיבים לשנותו במספר נושאים עקרוניים (סל שירותים, תשלומים, מחויבות תקציב המדינה), כך שתתאפשר יותר תחרות וגמישות ניהולית.

- לא ניתן לכבול את ידי המדינה בקביעת סדרי עדיפויות אוטומטיים ולפיכך אסור לעגן בחקיקה את מנגנון ההצמדה של עלות הסל גם אם הטיעונים לכך מוצדקים.

עיקרי הטענות נגד עמדות אלה היו:

1. ביטול המס המקביל

בשנת 1997 בוטל המס המקביל כמקור מימון מרכזי של חוק ביטוח בריאות. חשוב להבהיר, שצעד זה לא נועד להשגת יעד מקרו כלכלי של הורדת עלות העבודה: עלות המעביד נותרה כשהיתה, אולם ייעודם של תשלומי המעבידים למס המקביל משתנה - ממס מיועד לבריאות, תשלום המעבידים הופך להיות תשלום כללי לביטוח לאומי.¹⁶ את חלקו של המס המקביל במימון עלות הסל מחליף תקציב המדינה.

ניתן לראות בביטולו של המס המקביל והחלפתו במימון מתקציב המדינה צעד טכני חסר חשיבות (שהרי סך כל מקורות החוק לא השתנה). לעומת זאת ניתן לראות בצעד זה שיחלוף של מקור מימון ייעודי המסומן לבריאות, צמוד לקצב הצמיחה של המשק, עם רמת ודאות גבוהה ולטווח ארוך, במקור תקציבי עם כל מה שנגזר מכך. צעד זה גם הפך את מדינת ישראל למדינה היחידה בעולם המערבי שיש בה מערכי ביטוח רפואי ותשלום דמי ביטוח שאינו נחלק בין העובד למעביד.

ביטול המס המקביל הביא להנצחת תלותם של מקורות החוק בתמיכת תקציב המדינה: מכיוון שהן דמי ביטוח בריאות והן המס המקביל הם זרמי מקורות המיועדים למערכת והצמודים כאמור לקצב הצמיחה של המשק (בעוד שעלות הסל אינה צמודה), בטווח הארוך היו מקורות אלה עשויים להיות גדולים מהיקף עלות סל השירותים (איזון זה היה עשוי לקרות בשנת 2000).

לאישושה של טענה זו (הנצחת תלותה של המערכת בתקציב המדינה) ניתן להביא את הצעת ההחלטה לקראת תקציב 1996 להקמתה של "קרן איזון". בהצעה להקמתה

כלל ניסיונות להגיע להסכמים ולהסכמות עם קופות החולים במסגרת "תוכניות הבראה" או "עסקת חבילה" שיידונו בפרק הבא.

חוקי ההסדרים

השימוש בחוק ההסדרים במשק המדינה החל באמצע שנות ה-80 (שנים שאופיינו בשיעורי אינפלציה גבוהים מאוד), כאמצעי חקיקה מזורז לשעת חירום, המוגש לכנסת בכל שנה יחד עם חוק התקציב. במהלך השנים התרחב והלך השימוש בכלי זה למימוש יעדי תקציב שונים והחל משנת 1996 פרק הבריאות תופס חלק גדול והולך בחוק זה. בשנת התקציב 1997 כלל חוק ההסדרים הצעות לביטול המס המקביל, העברת האחריות לטיפול ביולדות חזרה לאחריות המוסד לביטוח לאומי, פיצול עלות סל השירותים לסל קופות החולים וסל השירותים באחריות המדינה (ראה הערה בפרק 2), דרישה להגשת תקנות הקופה לאישור, החלת חובת מכרזים, מינוי חשב מלווה, קביעת דפוס התחשבות בין בתי-החולים והקופות (capping) ועוד.

לקראת שנת התקציב 1998 כללה הצעת חוק ההסדרים נושאים כגון סל בריאות "גמיש", הגבלת תקציבי הפיתוח והפרסום, הקמת קופות חולים למטרות רווח, הסדרת נוהלי שירותי בריאות נוספים, הטלת תשלומים על ציבור המבוטחים (תשלום עבור שירותים ותשלום חודשי קבוע) ועוד. בפרק זה תוצג התייחסות לעיקרי הנושאים בחוקי ההסדרים אשר היתה להם או היתה עשויה להיות להם השפעה ממשית על עלות הסל ומקורות מימון.

16. לביטול המס המקביל היו גם סיבות הקשורות לשיפוי המדינה את המעסיקים בגין פטור חלקי מתשלום דמי ביטוח לאומי (שאינן זה המקום להרחיב עליו את הדיבור כאן).

לוח מס' 6. חלקם היחסי של המקורות למימון עלות הסל (באחוזים)

לפני ביטול המס המקביל	אחרי ביטול המס המקביל	
45%	45%	דמי ביטוח בריאות
-	40%	מס מקביל
5%	5%	תשלומים
50%	10%	השתתפות תקציב
		המדינה
100%	100%	סך הכל

נדחה בסופו של דבר והושמט מחוק ההסדרים של שנת 1997. אולם, העיקרון של הרחבת היקף התשלומים העצמיים שב ועלה בהצעת חוק ההסדרים לשנת 1998, אם גם באופן שונה מן ההצעה המקורית:

- עיקר הדגש בהצעת חוק ההסדרים לשנת 1998 מושם על הגדלת המקורות העומדים לרשות המערכת. בהצעה נקבע, שתוספת המקורות הצפויה מהטלת התשלומים לא תקוזז בהקטנת השתתפות תקציב המדינה, אלא תישאר בידי הקופות כמקור הכנסה נוסף לכיסוי הגירעון.

- בהצעה משנת 1998 אין קביעה של סוג השירות שעליו יוטל התשלום וכל קופה רשאית להציע תוכנית תשלומים משלה (מותנה באישור שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת).

- בהצעה משנת 1998 הקופות רשאיות לגבות תשלום חודשי קבוע (תשלום עתי) שאינו תלוי בהכנסת המבוטח או בכמות צריכת השירותים. המצדדים בהטלת תשלומים עבור שירותי בריאות הצדיקו עמדה זו בשיקולים כלכליים של יעילות - צמצום ביקושים עודפים והגדלת טווח התחרות של הקופות. מלבד זאת היה בצעד זה משום יצירת מקורות הכנסה נוספים לקופות החולים שמצבן הכספי היה כאמור גירעוני. המתנגדים לצעד זה טענו, שהשפעת הטלת תשלומים היא לטווח הקצר בלבד,

של "קרן איזון" נאמר: "להטיל על שרי הבריאות והאוצר לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי כך שבשנים שבהן יעלו מקורות המימון של החוק על עלות סל השירותים שבחוק, יישמרו העודפים בביטוח הלאומי במסגרת קרן ייעודית אשר תשמש לאיזון המערכת בשנים שבהן יהיו מקורות המימון נמוכים מעלות הסל...". בהצעה מובנית ההנחה, שזרם המקורות של הביטוח הלאומי, הצמוד לקצב הצמיחה של המשק, עשוי לגדול בשלב כלשהו מעבר לעלות הסל (ש-אינה צמודה כאמור לצמיחה במשק). כדי להימנע ממצב זה באה ההצעה להקמת "קרן האיזון". הצעה זו לא יושמה בסופו של דבר ועם ביטולו של המס המקביל היא נעשתה לא רלוונטית.

2. הגדלת ההשתתפות העצמית

בהצעת חוק ההסדרים לשנת 1997 הועלתה ההצעה להטיל אגרת ביקור אצל רופא. חשוב להבהיר, שבהצעה זו לא דובר על הגדלת המקורות למימון עלות הסל, אלא על החלפתם של מקורות ציבוריים (תקציב המדינה) במקור מימון פרטי (השתתפות צרכני השירות): חלקו של תקציב המדינה במימון עלות הסל (לו היתה ההצעה מתקבלת) היה יורד מ-50% ל-46%, בעוד שחלקם של התשלומים כמקור למימון המערכת היה עולה מ-5% ל-9% (לוח מס' 6).

הרעיון להטיל אגרת ביקור אצל רופא

הקופות להשתמש בסל הגמיש ככלי לסינון מבוטחים כדאיים.

התומכים בהצעה לאפשר סל גמיש ותש-לומים גמישים בחוק ההסדרים לשנת 1998 הציגו הצעות אלה כמסלול של התכנסות המערכת לאיזון פיננסי, שבו, מצד אחד, ניתן לצמצם את סל השירותים ולחסוך בהוצאות ומצד שני, ניתן לגבות תשלומים ולהגדיל הכנסות ולפתור בדרך זו, אחת ולתמיד, את הבעיה של גירעונות המערכת.

המתנגדים להצעות אלה ראו בהן משום שינוי מהותי ביסודות חוק ביטוח בריאות ממלכתי והחזרת מערכת הבריאות למצבה ערב החוק.

בכל מקרה, דחייתן של הצעות אלה ואי-קבלתן של הצעות חלופיות הותירה את הבעיות הפיננסיות של מערכת הבריאות ללא פתרון.

תוכניות ההבראה עם קופות החולים

במהלך שנת 1996 נחתמו עם קופות החולים לאומית, מכבי ומאוחדת תוכניות ההבראה אשר נועדו לצמצם באופן הדרגתי של גירעונות קופות החולים הנדונות כדי שיפ-עלו, החל משנת 1998, באיזון מלא של תקציבן השוטף. במסגרת תוכניות אלה הוצג תוואי התכנסות של קופות החולים למסלול של איזון תקציבי בשנת 1998 באמצעות צמצום הוצאות (הוצאות שכר, קיצוץ בתקנים, חיסכון בתרופות ועוד) והגדלת הכנסות כתוצאה מהטלת אגרת ביקור אצל רופא וגידול במספר המבוטחים.¹⁷

שהיא פועלת בעיקר על השכבות החלשות, שהיא עשויה לפגוע גם בביקושים נחוצים ולהסיט ביקושים מתחומי שירות שעליהם מוטל תשלום לתחומי שירות אחרים הניתנים חינם. כלומר, מעבר למשמעויות שיש לצעד זה על היבט השוויוניות (על כך לא היתה מחלוקת) הועלו ספקות לגבי יעילותו של צעד זה מבחינה כלכלית.

באוגוסט 1998 אישרה ועדת הכספים את ההצעה לייקור תעריפי התרופות והטלת תשלום רבעוני עבור ביקור אצל רופא מומחה, אך דחתה את ההצעה לגבות מס עתי.

3. סל גמיש

הצעת חוק ההסדרים לשנת 1998 אפשרה לכל קופת חולים לקבוע את סל השירותים שלה. המצדדים בהצעה טענו, שמתן גמישות לקופות החולים בקביעת סל השירותים תעורר דד תחרות בין קופות החולים על הסל ותצמצם את הלחצים להגדלת השתתפות תקציב המדינה, שכן קופות חולים בגירעון תוכלנה לאזן את עצמן, בין השאר, בדרך של צמצום הסל (צמצום הסל לא חייב להתבטא בהכרח בהפסקת מתן השירות המצומצם. תי-תכן העברה של שירות זה לביטוח המשלים). המתנגדים להצעה טענו, שהצורך בהגדרה סטנדרטית של סל זכאויות אחיד אינו נובע רק ממניעים אידיאולוגיים וחברתיים (סל אחיד לשירותי בריאות, בדומה לחוק חינוך חובה, הוא זכות יסוד של כל תושב). הבטחת סל אחיד נובעת גם מן העובדה, שצרכני שירותי הבריאות מוגבלים ביכולתם לשקול את התועלת השולית משינוי הסל, לעומת העלות השולית הנדרשת משינוי זה. טענה עיקרית נוספת בנושא זה מתייחסת ליכולת

17. תוכניות ההבראה נחתמו רק עם שלוש הקופות הנדונות. הנחת העבודה, שמספר המבוטחים בקופות אלה ימשיך לגדול בצורה יחסית אכן היתה נכונה. אולם, הפן המשלים של מגמה זו היתה קופת חולים כללית, אשר מספר מבוטחיה ירד באופן יחסי, עובדה שלא זכתה להתייחסות, משום שעם קופת חולים כללית לא נחתם הסכם הבראה חדש.

המצדדים בשימת הדגש בהגדלת תמיכת תקציב המדינה טענו, שיש לחזור למסגרת התמיכה הריאלית של תקציב המדינה בחוק ערב הפעלתו (1995), ולפצות על השחיקה שחלה בתמיכה זו במהלך השנים כתוצאה מן המנגנון הלקוי של עדכון עלות הסל. לטענתם, יש גבול ליכולת ההתייעלות של הקופות ודרישות לא סבירות בנושא זה הופכות את "תוכניות ההתייעלות של היום לגירעון של מחר" וסופן לגרום ירידה ברמת השירות.

המצדדים בשימת הדגש בתוכניות להגדלת התשלומים של ציבור המבטחים טענו, שתוכנית התשלומים צריכה להיות מנגנון האיזון העיקרי של הוצאות הקופות. לטענתם, לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי יכלו קופות החולים להתאים במידת-מה את מסגרת המקורות שעמדו לרשותן בדרך של העלאת המס האחיד. מכיוון שהעלאה זו אינה בסמכותן של הקופות כיום, יש לאפשר להן מסגרת גמישה אחרת לצמצום הפער בין ההוצאות להכנסות בעזרת מתן אפשרות לגבות תשלומים נוספים.

נכון לזמן כתיבת מאמר זה (ספטמבר 1998), קיימות כבר עדויות ראשוניות לחיזוק מנגנוני הבקרה והפיקוח על הוצאות הקופות ויש גם סימנים לחיסכון במרכיבי הוצאה שונים שהעיקרי שבהם הוא הוצאות הפיתוח. שנת 1998 טרם הסתיימה, אולם ניתן כבר להצביע על מספר התפתחויות שהקלו על מצבן הפיננסי של קופות החולים בשנה זו: לראשונה מאז שנת 1995 צפוי מדד יוקר הבריאות לעלות בשנת 1998 יותר מעליית מחירי התשומות של קופות החולים, בעיקר כתוצאה מן הירידה במחיר יום אשפוח. לראשונה ניתן ביטוי בשנה זו למקדם הטכנולוגי (לעלות הסל נוספו 150 מיליון ש"ח). במסגרת תוכניות ההבראה הוגדלה התמיכה הכספית המיוחדת בקופות החולים.

במקביל התחייבה המדינה לתמוך בקופות אלה תמיכה מיוחדת אשר תצמצם את הגירעון, אבל לא תכסה אותו כליל. תמיכה זו ניתנה באופן חד-פעמי, במהלך השנים 1996 ו-1997. בדיקתם בדיעבד של נתוני הביצוע של קופות החולים הצביעה על כך, שמטרות תוכנית ההבראה הראשונה (איזון תקציבי) לא הושגו הן מפני שחלק מהנחות היסוד שעליהן היו התוכניות מבוססות לא מומשו והן משום שקופות החולים לא עמדו ביעדי ההוצאה שצוינו בתוכניות ההבראה. ראויה לציון העובדה, שבתוכניות הבראה אלה הוכרה לקופות החולים מסגרת הוצאה שהיא גדולה מ"עלות הסל". כלומר, הותר לקופות החולים לפעול בגירעון שוטף, בלי שיובטחו מקורות מלאים למימונו של גירעון זה.

כישלון תוכניות ההבראה הראשונות והמשך הצטברותם של גירעונות הביאה ליוזמות שונות שנועדו להתמודד עם הגירעונות השוטפים של המערכת ("עסקות חבילה"). הניסיונות השונים להגיע ל"עסקת חבילה" מוסכמת אפיינו את כל שנת 1997 ו-1998 והם נבעו מן ההכרה שהלכה וחלחלה, שלהעדר ההסכמות יש מחיר יקר.

כל התוכניות אופיינו בכך שהן היו מבוססות על שלושה מרכיבים השלובים זה בזה: התייעלות; הגדלת היקף ההשתתפות העצמית; הגדלת תמיכת הממשלה. ההבדלים בין התוכניות השונות התבטאו במשקלו היחסי של כל מרכיב ומרכיב בתוכנית ובשאלה הלא פתורה עדיין בנוגע למנגנון עדכון עלות הסל.

מדגישי ההתייעלות טענו, שיש למצות ככל האפשר עד תום את פוטנציאל ההתייעלות הקיים בקופות החולים ורק אחר-כך להשלים צעד זה בתוספת השתתפות עצמית של המבטחים ובהגדלה מבוקרת של השתתפות תקציב המדינה.

אחת המטרות החשובות של החוק היתה הסדרת כללי מימון יציבים למערכת הבריאות. מטרה זו טרם הושגה. לעומת התפיסה שדגלה בהבטחת מקורות ייעודיים, לטווח הארוך, להספקת רמת רווחה ריאלית נתונה של שירותי בריאות, עמדה התפיסה שיש להכפיף את רמת הרווחה של מערכת הבריאות לסדרי העדיפויות כפי שהם מתבטאים בהתדיינות מחודשת בכל שנה על תקציב המדינה. במחלוקת זו באו גם לידי ביטוי המחלוקות העקרוניות לגבי נחיצותו של חוק ביטוח בריאות בכלל וחלוקת הסמכויות והאחריות בין הגורמים השונים במערכת, בפרט.

למרות הקשיים הפיננסיים ביישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המאזן הכולל מרשים ומעודד: כל האוכלוסייה מבוטחת, קיים סל רחב ומעוגן בחקיקה המפרט את זכויות האזרח, התמריצים לביצוע סינון בקרב המבוטחים נחלשו, חופש הבחירה של המבוטחים רב יותר, נותק הקשר בין חברות בהסתדרות לחברות בקופת החולים ורמת שביעות הרצון של האזרח, עד 1997, בהחלט מרשימה, כפי שמעידים מספר סקרים שנעשו בנושא (מכון ברוקדייל, 1997).

גם אם בעיית הגירעונות המצטברים של הקופות משנים קודמות לא נפתרה, צעדים אלה עשויים לצמצם את הפער בין "עלות הסל" להוצאות הקופות בפועל ולצמצם בכך את הגירעון השוטף החזוי לשנת 1998. אולם, מניסיון העבר נראה, שללא שילוב מוסכם של צעדים אלה בתיקון מקביל של מנגנון עדכון עלות הסל, לא ניתן להצמיד את חוק ביטוח בריאות ממלכתי לקראת השגת היעד של יציבות פיננסית.

סיכום

סוגיית המחסור ומגבלת המשאבים במערכת הבריאות תמשיך להעסיק את החברה הישראליית גם בעתיד: אי אפשר לתת את כל מגוון השירותים לכולם, בנגישות, בזמינות ובאיכות הטובות ביותר האפשריות. מבין האלטרנטיבות של מתן חלק משירותי הבריאות לכל האוכלוסייה ושל מתן כל השירותים לחלק מן האוכלוסייה בחר המחוקק של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כמו במרבית מדינות המערב) לאמץ את העיקרון של מתן רוב השירותים הבסיסיים לכל האוכלוסייה.

נספח

לוח א. הגידול (באלפים) ואחוז הגידול בנפשות המבוטחות בין השנים 1995-1998*

1998	1997	1996	1995	
6,026	5,854	5,674	5,431	נפשות מבוטחות (באלפים)
6,188	6,005	5,820	5,600	נפשות מתוקננות (באלפים)
2.94%	3.17%	4.47%		אחוז השינוי בנפשות המבוטחות
3.05%	3.18%	3.93%		אחוז השינוי בנפשות המתוקננות

* קובץ נחוני הביטוח הלאומי על כלל האוכלוסייה המבוטחת בשנים 1995-1997 מצביע על אחוז גידול גבוה יותר של האוכלוסייה המבוטחת מזה המוצג בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (על-פי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה גדלה האוכלוסייה מ-1995 ל-1996 ב-2.6%, לעומת גידול של 4.4% במספר הנפשות המבוטחות). פערים אלה נובעים כנראה מן העובדה, שקובץ הביטוח הלאומי בשנת 1995 לא היה מלא, או מפני שמספר הלא-מבוטחים היה גבוה יותר ממה שהיה ידוע.

נספח (המשך)

לוח ב. עלות ומקורות הסל בשנים 1995-1998 (במיליוני ש"ח)*

1997	1996	1995	
15,370	13,840	12,200	עלות הסל על-פי החוק מקורות החוק:
7,020	6,150	5,130	מס בריאות
6,370	5,590	4,790	מס מקביל
830	750	660	תשלומים
1,150	1,350	1,620	תקציב המדינה
1,400	900	200	גירעון בפועל

* עלות הסל המוכרת לשנת 1995 עמדה על 12,741 מיליון ש"ח ולשנת 1996 14,439 מיליון ש"ח. עלות זו כללה את ההוצאה בגין הטיפול ביולדות. החל משנת 1997 הוצאה האחריות לטיפול ביולדות מידי קופות החולים והועברה לאחריות המוסד לביטוח לאומי. לצורכי השוואה בין השנים מוצגת עלות הסל בכל השנים ללא ההוצאה על יולדות.
מס בריאות לשנת 1995 כלל 11 חודשי גבייה. לצורכי השוואה חושב המס ל-12 חודשי גבייה על-ידי הכללת השתתפות המדינה למימון החודש החסר בהכנסות דמי ביטוח בריאות באותה שנה.
בשנת 1997 חושבו הכנסות המס המקביל כאילו נמשכה גבייתו לטובת מערכת הבריאות. השתתפות תקציב המדינה חושבה כדלקמן: בהינתן נתוני ההכנסות ממס מקביל, חושבה השתתפות המדינה כהפרש בין סך-כל המקורות האחרים ובין עלות הסל. הרחבה של נושא זה ניתן למצוא במאמר של רוזן, איבנקובסקי, נבו, 1998.

לוח ג. השינוי (באחוזים) בעלות הסל ומקורות מימונו
(כל שנה לעומת קודמתה)

1997	1996	
11%	13%	עלות הסל
		מקורות הסל:
14%	20%	מס בריאות
14%	17%	מס מקביל
11%	13%	תשלום עבור שירותים
-15%	-17%	תקציב המדינה
		השתתפות תקציב המדינה
8%	8%	כולל המס המקביל

ביבליוגרפיה

ברג, א', גרוס, ר', רוזן, ב', חניניץ, ד' (1997), מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי - ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1995), אשפוזים וביטוח בריאות: סקר שימוש בשירותי בריאות ינואר-מרץ, ירושלים.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1995), ההוצאה הלאומית לבריאות 1994 ואומדן מוקדם לשנת 1998, ירושלים.

- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דין־וחשבון, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים, החשנ"ד, חוק 1469, י"ז בתמוז התשנ"ד, 1994. הצוות לבחינת מדד מחירי הבריאות (1993), דין־וחשבון, ירושלים: דצמבר.
- כהן, ש', שטיינר, ר' (1995), חוק ביטוח בריאות ממלכתי, רקע עקרונות וביצוע, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- נבו, י' (1998), סיכום תוצאות הפעילות של קופות החולים בשנים 1995-1997, ירושלים: משרד הבריאות, היחידה לפיקוח על קופות החולים.
- רוזן, ב', איבנקובסקי, מ', נבו, י' (1998), תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994, ירושלים: ג'וינט־מכון ברוקדייל.

סל השירותים הבסיסי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: טכנוקרטיה לעומת פוליטיקה

מאת דוד חניניץ*

הפוליטיקה היא זירה לביטוי ערכים חברתיים, וערכים אלה מיישמים טכנוקרטים ובעלי מקצוע. משום כך, לדוגמה, הפוליטיקאים, כנבחרי העם, צריכים לקבוע מדיניות, והביורוקרטים בעלי העמדה בשרות הציבורי, המנותקים כביכול מן האינטרסים הפוליטיים, צריכים לבצע את המדיניות הלכה למעשה. חוקרים רבים בדקו אם אכן דיכטומיה זו קיימת במציאות וציינו, למשל, את ההשפעה ההדדית המתמשכת בין פוליטיקאים לביורוקרטים. קשה להפריד בין מדיניות ובין יישומה. לפוליטיקה ולטכנוקרטיה יש תפקיד בכל אחת מהן (דרי, 1996).

חוקרי המדיניות המובילים (למשל וילדבסקי) העלו את האפשרות, שהדיכטומיה הזאת אינה מועילה. לדעתם, המדיניות הציבורית היא במהותה תהליך ניהולי מתמשך במובן של איזון מתמיד של מטרות ואמצעים, שבו תהליכי היישום מעלים יעדים חדשים שבתמורה יובילו

מבוא: הדיכטומיה בין הטכנוקרטיה לפוליטיקה ומדיניות הבריאות

ספרות רחבה מוקדשת לדיכטומיה המשוערת בין הטכנוקרטיה מצד אחד ובין הפוליטיקה מן הצד האחר. הטכנוקרטיה היא צורה של תכנון הגיוני ומסמלת את השאיפה לגישה אובייקטיבית ומנוטרלת מערכים בקביעת המדיניות, שבה ערכים ומשאבים חברתיים מוקצים בהתאם לנורמות מדידות, לעתים קרובות אף מספריות, הממשות סטנדרטים שמולם מודדים הצלחה או כישלון של מדיניות חברתית (דרי, 1996). הפוליטיקה דורשת "שאיפה דמוקרטית" (Morone, 1990) יותר, שבה המדיניות נקבעת באמצעות מאבקים פוליטיים המתנהלים על-פי חוקים הנתפסים כהוגנים.

בחלק מן הספרות העוסקת בנושא, הטכנוקרטיה והפוליטיקה הן שני מרכיבים, נפרדים אך משלימים זה את זה, של תהליכי המדיניות הציבורית. לפי גירסה רווחת אחת,

* בית-הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים-הדסה, ירושלים. המחבר מודה לעורכים ולשני סוקרים אנונימיים עבור הערותיהם המועילות. האחריות לתוכן המאמר שייכת אך ורק למחבר.

התוצאות הן בדרך כלשהי "לא-פוליטיות". מדיניות צריכה להישען על הקצאת כוח והשפעה בחברה, אבל על בסיס יותר "מקצועי"; לדוגמה, תרגום כללים אתיים לחישובי עלות ומועילות (effective-ness). הנוסחאות הרציונליות יישקלו על-פי תוצאותיהן ה"אובייקטיביות", ולא לפי רצונם של פוליטיקאים, מנהלים, רופאים או אנשי מקצוע אחרים בתחום הכריאות, שרק מיישמים את המדיניות.

במאמר חשוב מתארים סטאר ואימרגוט את המחזוריות המאפיינת מערכות בריאות מערביות מבחינת "מאבק השליטה" בין טכנוקרטיה ופוליטיקה. לדבריהם, עד שנות ה-70 היתה ידה של הטכנוקרטיה, בדמות הסמכות המקצועית של מקצוע הרפואה, על העליונה. אבל, החשש מפני הוצאות הולכות וגדלות הכניסה שוב את הפוליטיקה לזירה כאשר פוליטיקאים ומנהלים ניסו למצוא דרכים לרסן את ההוצאה לבריאות (Starr and Immergut, 1987). מספר מדינות הקימו מוסדות לקביעת מדיניות בריאות, המשקפים את הניסיון לשלב, יותר מאשר להפריד, בין טכנוקרטיה לפוליטיקה. לדוגמה, בחלק מן המערכות האירופיות מזמנו של ביסמרק משתמשים במנגנוני שיתוף כדי להשיג קונצנזוס במדיניות בריאות (Schwartz and Busse, 1997). בארצות-הברית, לעומת זאת, החשדנות המסורתית כלפי הממשלה הובילה במקרה הטוב למה שבראון מכנה בשם "שיתופיות טכנוקרטית" (Technocratic corporatism), המעניקה כוח לסוכני הממשל, כמו "המינהל למימון שירותי בריאות" (Health Care Financing Administration), במסווה של טכנוקרטיה, אשר משתמשים בהם להשגת תוצאות פוליטיות מובהקות, כגון: הגדרת רמת ההכנסות והחוזרים לרופא (Brown, 1985). אבל

ליישומן של תוכניות חדשות (Wildavsky, 1979). היבט חשוב בגישה כזאת לניהול ציבורי הוא להדגיש את הקמתם של מוסדות שיתוכו בין המטרות לאמצעים בדרך שתיתפס כהוגנת במונחים של תהליך ושל ייצוג הקונצנזוס החברתי בעניין המדיניות (שטיינברג, 1989). בין היתר, מוסדות מוצגים לחים לקביעת מדיניות יחפשו אחר שילוב מוצלח בין תכנון הגיוני ובין פוליטיקה, ולא אחר הפרדה מושלמת או הפרדה הייררכית ביניהם.

היבט חשוב אחר הקשור לתהליך המדיניות הוא תפקידן של קבוצות אינטרס (Wald, 1994; Gardner, 1997). הגישה הטכנוקרטית גורסת, שקונפליקטים בעניין הקצאת משאבים צריכים לבוא לידי פתרון באמצעים טכנוקרטיים, בעוד שמתנגדיה טוענים, שדבר זה מנטרל את התפקיד הלגיטימי של קבוצות האינטרס השונות בתהליכי קביעת המדיניות. מצד שני, הגישה הפוליטית מחייבת מנגנון להקצאה מבוזרת ופלורליסטית של המשאבים, ומתנגדיה מאשימים את הדוגלים בה בכניעה לפוליטיזציה הפראית שבאמצעותה קבוצות אינטרס הקשורות למפלגות פוליטיות כובשות את מקומן. אפשרות שלישית, גישה שיש בה פיקוח או שיתוף של תפקיד הממשלה, שתעמוד על כך שקובעי המדיניות יבנו כלים מוסדיים שבכוחם לאזן אינטרסים מתחרים ולהביא לתוצאות של תהליכים פלורליסטיים פוליטיים או של תהליכי שוק, שיהיו קרובות יותר למטרותיה של המדינה.

מדיניות בריאות היא תחום שבו הדיכוטומיה מזדקרת לעין. מדיניות בריאות נתפסת כעניין של חיים ומוות, שהפוליטיקאים או הטכנוקרטים אינם נוטים לשאת באחריות כלפיה. קובעי מדיניות, מנהלים ואזרחים רוצים להרגיש, שכאשר החלטות מתקבלות, כגון קיצוב שירותי בריאות,

להתחמק מסכנת הדיכוטומיה. רבים רואים בארבעת העשורים של העיסוק בביטוח הבריאות הממלכתי חיפוש אחר "דה-פוליטיזציה" של מערכת הבריאות, המפנה את הדרך לשליטה יותר מקצועית. הציטוט שלהלן מגדיר את המאבק כפי שהוא נתפס באמצע שנות ה-60 במונחים אלה: "אחרי הבחירות שבהן רפ"י השיגה 8% מהקולות... הוקמה ועדה נוספת לתכנון ביטוח בריאות כללי, 'שיסופק על-ידי ביטוח' של קופות חולים, במילותיו של כתב המינוי. הוועדה נחלקה שוב בין הנאמנים לצורכי הממשלה ובין אלה שהרגישו שהמטרות של הפיקוח, של מניעת הכפילות, של התכנון ושל ביטוח החובה לא היו בני-השגה באמצעות השיטה המוצעת. היה שוויון כוחות בין בעלי המקצוע ובין הפוליטיקאים." (Arian, 1985).

לבסוף, ביטוח הבריאות הממלכתי התקבל בשנת 1994 והוחל בשנת 1995. אולם, נותר המתח בין הטכנוקרטיה לפוליטיקה. היו שראו ברפורמת הבריאות "הלאמה" של המערכת; אחרים ראו בה צעד בכיוון של תחרות שוק מסוכנת. שני הצדדים, שלעתים קרובות תפסו את הדברים לאור האידיאולוגיה שלהם, ולמרות ההתייחסות הזהירה בנייתוחים, כמו "דו"ח נתניהו", עדיין לא מצאו את הדרך שבה תפקח הממשלה על השירותים, תוך התבססות על סטנדרטים, ולא תפעיל ישירות את השירותים. מצד שני, השינוי שהביא ביטוח הבריאות הממלכתי לא רק העלה על הפרק נושאים אלה בדרך המיוחדת למערכת הבריאות, אלא אולי אף הגיע תהליך למידה חברתי, שבאמצעותו התעמעמה הדיכוטומיה והתפתח שילוב טוב יותר.

במאמר זה ייבחנו נושאים אלה, תוך התייחסות מיוחדת לסל השירותים הבסיסי המובטח בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

היום מדיניות הבריאות נוגעת לא רק לריסון עלויות, אלא גם נסחפת לעבר הנושא הקשה של קיצוב שירותי בריאות. אפשר שההתמודדות עם סוגיה זו מזמינה דפוסים חדשים של ניהול המאזן בין הכוחות הפוליטיים ובין הכוחות הטכנוקרטיים בתחום מדיניות הבריאות. כל מערכות הבריאות עומדות בפני האתגר לפתח מוסדות לקביעת מדיניות, אשר יוכלו להתמודד עם החלטות קשות בנוגע לקיצוב הטיפול הרפואי במסגרת המשאבים המוגבלים. כפי שנראה בהמשך, חלק ממוסדות אלה הצליחו בכך יותר מאחרים.

חוקרים ישראליים אחדים גורסים, שישראל מפגרת אחרי מדינות אחרות בפיתוח מוסדות לקביעת מדיניות, המשלבים בין טכנוקרטיה לפוליטיקה. הדברים שלהלן הם דוגמה עכשווית ליחסים בין הטכנוקרטים ובין הפוליטיקאים בקשר לתהליך בניית תקציב המדינה: "...החזון של מדינה ללא פוליטיקה, של דמוקרטיה ללא התערבותם המקלקלת של פוליטיקאים, של מדינה שבה מושל מנגנון מקצועי קטן ויעיל - חזון זה מוסיף להדהד במקומותינו גם אחרי 45 שנים של התבגרות פוליטית... אין עוד תחום שבו הניגוד הזה בולט יותר מאשר בתהליך התקצוב, ואין עוד מדינה דמוקרטית שבה אין לבירוקרטיה תפקיד מכריע בו... הזירה בה נקבעים יעדים לאומיים - פסגתו של התהליך הפוליטי - נהפכה בישראל לזירת התנהגות שאינה מר-סיפה ככוד לפוליטיקה ולפוליטיקאים; ובאותה עת - בתהליך התקצוב - מביאה הדומיננטיות של אגף התקציבים לתוצאות לא רצויות ולתת-הקצאה של משאבים לטווח הארוך. זאת, מבלי שכושרו של האגף יוכפף למטרות מדיניות וחברתיות שהוכתבו לו מכתוב." (דרי ושרון, 1994).

מדיניות הבריאות בישראל לא הצליחה

לסל שירותים בסיסי מוגדר היטב. הדבר הוצב כמטרה לאור הליקויים שהיו במערכת הקודמת; דהיינו, האופי המעורפל והשונות של סלי השירותים של קופות החולים (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, Shalev and Chinitz, 1997; 1990). למרות הספקות שהועלו (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990), הדבר הוביל להחלטה לכלול במסגרת החוק רשימה מפורשת ומפורטת של שירותי בריאות. ועדת הכנסת המיוחדת הכינה טיוטה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהביא בחשבון את יתרונות הסלים של קופות החולים השונות, ואימצה על-פי שיקולי עלות את סל הבריאות של קופת חולים כללית כפי שהיה ב-1993.²

היבט חשוב של תהליך זה היתה הופעתן של קבוצות אינטרס רבות בפני ועדה זו, כולל אלה שהיה להן עניין מיוחד בתכולתו של סל השירותים הבסיסי (Chinitz, 1995). מרבית הפעילות של קבוצות האינטרס בעבר, ובמיוחד רופאים המיוצגים על-ידי ההסתדרות הרפואית בישראל ואיגודי רופאים מגזריים שונים, התמקדה בנושאים הקשורים בשכר ובתקנות של המקצועות הרפואיים (ישי, 1990). לקבוצות אלה, ועל אחת כמה וכמה לקבוצות אינטרס אחרות, היתה השפעה מועטה בתחומים ממשיים אחרים של מדיניות הבריאות, כמו בוויכוח על ביטוח הבריאות הממלכתי. חוקרים הסבירו את חוסר היכולת היחסית להשפיע על שלטונות של ארגונים גדולים כמו ההסתדרות ומפלגות פוליטיות, אשר חסמו את הפעילות האפקטיבית של קבוצות אינטרס

תחילה גרון בנושא כפי שעלה בהקשר של חקיקתו והפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוך שימת דגש בתפקיד הטכנו-קרטיה מול הפוליטיקה. לאחר מכן נסקור את הניסיונות שנעשו במספר מדינות לקבוע סדרי עדיפויות ולקצוב את שירותי הבריאות. למרות שאף מדינה לא נתנה תשובה ברורה לבעיית העדיפויות בשירותי הבריאות, נטען שמן הניסיון שנרכש במקומות אחרים עולה אפשרות שלישית - באמצעות הדיכוטומיה שתיארנו. בחלק האחרון נציב את ישראל בהקשר הבינלאומי לאור השילוב בין הטכנו-קרטיה לפוליטיקה ונעלה מספר אפשרויות למבנה מוסדי של המדיניות לגבי הסל הבסיסי.

הניתוח המוצג כאן מבוסס על שילוב של הבאת ספרות רלוונטית, ראיונות עם אנשי-מפתח ממשרדי ממשלה, חברי כנסת, ונציגי ארגונים של צרכני בריאות, וגם על מסמכי מדיניות וכיסוי בכלי התקשורת. מדובר בניתוח אירוע, בהקשר של השוואה לנעשה במספר מדינות, כפי שתואר במאמרים ובדו"חות מאותן המדינות וגם בסקירות בינלאומיות על הנושא. המגמה במאמר היא לפתח ולנתח אופציות למדיניות. הניתוח מדגיש היבטים מדיניים שלדעת המחבר טרם זכו לתשומת לב ראויה. כוונתו להעלות נושאים לסדר-היום של מדיניות הבריאות בישראל.

סל השירותים הבסיסי¹

1. קיפאון בסל השירותים

אחת המטרות הברורות של מעצבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה להבטיח גישה

1. חלק זה מבוסס במידה רבה על המאמר של חניניץ ואחרים, Chiniz et al., 1998.
2. למרות שנציגי קופת חולים כללית טענו שוב ושוב, שמדובר במסמך אדמיניסטרטיבי פנימי, ובשום פנים ואופן לא בסל שירותים של קופת חולים (מתוך ראיונות עם אנשי מפתח במערכת הבריאות משנת 1995 ועד היום).

חדשות. נראה, שבית-המשפט מוכן שלא להיענות לדרישות מצד מבוטחים לקבל תרופות וטיפולים רק כאשר פריטים אלה אינם נכללים בסל. אך לא ברור אם בית-המשפט יסכים לאי-מתן נגישות לשירותים הנכללים בסל על בסיס שיקולים מקצועיים. למשל, ניסיונות משרד הבריאות להתוות הנחיות קליניות כדי לקבוע באופן אדמיניסטרטיבי תנאים לקבלת התרופה מעולם לא אושרו בבית-המשפט. הנחיות כאלה יכולות לבוא במקום הוראות הרופא רק אם הן כלולות במפורש ברשימת השירותים המצויה רפת לחוק ביטוח בריאות ממשלתי (Shalev and Chinitz, 1997). בינתיים, הוועדה המיוחדת שהוקמה כדי לפרט את החוק החליטה, שפירוט הסל כמונחים של זמני המתנה ומרחק נסיעה אינו ישים והפסיקה לדון בנושא. כמו-כן, למועצה הלאומית לבריאות, גוף בין-מגזרי עם ייצוג רחב של המגזרים הנוגעים לתחום הבריאות, שהוקם על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי כדי לייעץ לממשלה בעניינים כגון אלה, היתה השפעה מעטה מאוד.

במהלך תקופה זו (1995-1997), קופות החולים נצמדו לסל השירותים המוגדר, או הציעו שירותים מעבר לאלה הכלולים בסל, לכאורה כחלק מהתנהגות של התחרות. לדוגמה, חלק מן הקופות הציעו כיסוי של "קוקטייל התרופות" לטיפול באידס, לפני שזה קיבל כיסוי רשמי. אולם, בשלב מאוחר יותר קופות אלה הסירו את הכיסוי וגרמו מבוכה בקרב הציבור עד שהתעוררה את הדרישה לכלול בו גם שירותים אלה (פלד, 1997).

2. הרחבה מהירה של הזכויות

בעוד שכלי המדיניות שהוגדרו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא הביאו לעדכון הסל, למרות הלחצים להוסיף תרופות וטיפולים

(ישי, 1987; Aharoni, 1985; Arian, 1990). אולם, העברתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות דחיקתה הכמעט מלאה של ההסתדרות ממדוכת מדיניות הבריאות והרפיית הקשר בין המפלגות למדיניות הבריאות, פרצה דרך לפעילות של קבוצות אינטרס חדשות. קבוצות אינטרס נוספות, כגון "צרכני הבריאות בישראל (צבי)", ואיגודים המייצגים קבוצות מוגדרות של חולים, נטלו חלק פעיל בדיון. שתי ההשפעות המרכזיות היו לתמוך ברעיון של סל שירותים בסיסי מפורש וגם להבטיח גישה לשירותים הנחוצים לקבוצות של מחלות מיוחדות, אשר גם כיוונו את הפעילות של קבוצות האינטרס. בחלקו, כתוצאה מן הלחץ של חלק מקבוצות אינטרס אלה, מספר מחלות קיבלו ביטוי מיוחד במסגרת נוסחת הקפיטציה לחלוקת המשאבים בין קופות החולים (Shalev and Chinitz, 1995).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שרטט תהליך ספציפי לעדכון הסל הבסיסי. לפיו ניתן היה להוסיף שירותים בהמלצת משרד הבריאות ובתנאי שמשרד האוצר יאשר שיש מקור מימון הולם לשירותים החדשים. כמו-כן, ניתן היה להוריד שירותים רק באישורה של ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. נוסף על כך, החוק אפשר לשר הבריאות למנות ועדה שתפרט את הסל הבסיסי, במיוחד במונחים של תקופות המתנה ומרחקי נסיעה (Shalev and Chinitz, 1997).

התוצאה העיקרית של תנאים אלה היתה קיפאון כמעט מוחלט של סל השירותים. למרות הבקשות הרבות להוסיף שירותים חדשים לסל, במיוחד תרופות, נוספו עד דצמבר 1997 רק תרופה אחת. דבר זה נעשה כהתאם לצעדים משפטיים התקיפים שנקטה קבוצה של חולי טרשת נפוצה, שביקשה כיסוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לתרופות

הרפואית בישראל הביעה את התנגדותה במסגרת שדולה נגד ההצעות ובאמצעות שביתה חד-יומית. ההסתדרות הרפואית קיימה גם הפגנה ליד משכן הכנסת, שבה השתתפו כל ארגוני העובדים של מגזרי הבריאות הרלוונטיים. ייחודן של השביתה וההפגנה היה במעורבות של כל המגזרים במערכת הבריאות יחד עם צרכני בריאות בקואליציה אחת, ובכך שהעובדים לא העלו דרישות שכר, אלא בקשה לדחות את מדיניות משרד האוצר, במיוחד בנוגע לסל השירותים. יש לציין, שמשרד הבריאות התנגד באופן פומבי לשינויים שהוצעו בחוק ההסדרים הקשורים לסל השירותים.

במהלך אותם ימים קיבל נשיא המדינה עזר וייצמן משלחת של חולים. באירוע מתקשר היטב התחננה ילדה חולת סרטן להמשיך ולקבל תרופות, ובכלי התקשורת נוצר הרושם שמדובר בתרופות שלא היו כלולות באותה תקופה בסל השירותים (כהן, 1997). מספר ימים לאחר מכן אישרה הממשלה תוספת של 15 תרופות לסל הבסיסי בעלות של 150 מיליון ש"ח בערך, או אחוז אחד בערך מעלות הסל הבסיסי שתוקצב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (פלד וגרינשטיין, 1997).

לעומת זאת, תרופה לטיפול במחלת אלצהיימר, שביקשו לקבל משפחות של חולים, לא נכללה בחבילת התרופות שנוספה לסל. מחאת המשפחות קיבלה כיסוי בתקשורת. בסופו של דבר, ואולי בתגובה להתפתחות זו, תבע שר העבודה והרווחה להיכלל, יחד עם שרי הבריאות והאוצר, בוועדת שרים שתאשר תוספות של שירותים לסל והוצאתם ממנו. עקב כך, אולי גם בשל התחרות עם מפלגתו של שר העבודה והרווחה, תבע גם שר החוץ להיכלל בוועדה זו. כאשר נודע ברבים על הכוונה להקים ועדת שרים, התעוררה מחאה על

שוניים, הגירעונות של קופות החולים המשיכו לגדול. תקציבאי משרד הבריאות ניסו למלא את החסר בקביעת המדיניות באמצעות שינויים מבניים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בעזרת הצעת חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (הכנסת, 1997), המכונה גם "חוק ההסדרים", שליווה את התקציב השנתי. העברת חוק זה דרושה כדי להעביר את התקציב; מפלתו מאיימת על המשך כהונת הממשלה. משום כך מופעל לחץ כבד מאוד להעביר את חוק ההסדרים, אף-על-פי שהוא מציע שינויים מבניים במערכות כמו מערכת הבריאות שאולי מן הראוי שיידונו בתהליך יותר מעמיק בגוף המחוקק (Shalev and Chinitz, 1997).

בין ההצעות המבניות שהציע משרד האוצר נכללו מספר גישות לקיצוץ בסל הבסיסי או לבנייתו מחדש כדרך להפחתת הנטל על תקציב הבריאות. הצעה להוציא מן הסל הבסיסי שירותים "לא-הכרחיים" ולהעבירם לביטוח רשות נדחתה בטענה שהדבר עלול ליצור מערכת בריאות דו-רבדית. המשרד הציע להוציא מן החוק את רשימת השירותים המפורטת ולהשאיר רק את הקטגוריות הכלליות של הסל הבסיסי. מתנגדי הרעיון טענו, שהדבר יערער את העקרונות הבסיסיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המבטיחים סל שירותים בסיסי. חוק ההסדרים של 1998 הציע לאפשר לקופות החולים "גמישות" בהגדרת סל השירותים שלהן, תחת פיקוח משרד הבריאות (הכנסת, 1997).

חוק ההסדרים הפך להיות מוקד הסערה הציבורית והפעילות של קבוצות האינטרס. קואליציות של קבוצות צרכנים, קבוצות של חולים במחלות מיוחדות וארגונים לזכויות האדם דרשו לדחות את סעיף הבריאות בהצעת התקציב (שלו, 1997). ההסתדרות

צורך לומר, שהמצב רחוק מלהיות יציב. גירעונות תקציביים במגזר הבריאות ממשיכים לתפוח והלחצים להוסיף לסל שירותים חדשים אינם נחלשים, בעוד שהצרכים של האוכלוסייה הגדלה והגידול הממושך בטכנולוגיה הרפואית מעלים את הדרישות. כמובן שלא קל למצוא פתרונות. השאלה היא, האם תהליך המדיניות הנוגעת לסל הבסיסי שתואר לעיל מייצג גרסה יציבה להתמודדות עם המתח המסורתי בין הפוליטיקה לטכנוקרטיה, או שניתן להשיג הסדרים חדשים, כולל בעזרת התפקיד הגדל והולך שממלאות קבוצות האינטרס בכל הקשור למדיניות הבריאות.

זהו בעיקרו של דבר נושא הנוגע למבנה המוסדי של קביעת המדיניות. דרך אחת לבחון נושא זה היא לבחון את הניסיון שנצבר במקומות אחרים.

סדרי עדיפויות וקיצוב: תיאוריה וראייה בינלאומית

שירותי הבריאות קוצבו תמיד. המנגנון המקובל והרגיל להחלטות באשר לדרכים להקצאת שירותים לחולים ולאוכלוסיות מתבסס על החלטות הרופאים יחד עם החולים, או לעתים קרובות יותר - בשם החולים (Hall, 1997; World Health Organization, 1997). במערכות רבות הקיצוב מתבצע באמצעות יצירת תורים או הצבת מחסומים פיננסיים האמורים להחליש את הביקוש לשירותי הרפואה. במדינות אחדות היה קיצוב שקט וסמוי עקב מניעת גישה מחולים לשירותים אחדים בקטגוריות שלמות, אף כאלה שיש בהן משום הצלת חיים, כמו דיאליזה, ברמת רופא-חולה (Aaron and Shwartz, 1984).

אולם, לאחרונה הנושא של קביעת קיצוב

ה"פוליטיזציה" של הסל הבסיסי. בעקבות זאת שינה שר החוץ את דעתו ויצא בהאשמות דומות על פוליטיזציה. לאחר מכן שונו הצעות משרד האוצר, כדי לאפשר גמישות תוך שמירה על הסל הבסיסי כסטנדרט מינימום. נראה, שהגמישות היחידה המתאפשרת מכך היא הוספת שירותים, מה ששכפל למעשה את המצב הקיים שתואר לעיל.

שני תהליכים אלה, כמעט שלוש שנים של קיפאון ולאחריהן ויכוח סוער שהוביל להרחבה מהירה של הסל הבסיסי, שיקפו את השינויים שהתרחשו במדיניות הבריאות. מצד אחד, הדיכוטומיה שנתגלתה בין הגישה הריכוזית לגישה הפלורליסטית עדיין נותרה בעינה. הצעות משרד האוצר מוצגות באופן טכנוקרטי, בעוד שמשרד הבריאות מנסה לגסס הנחיות קליניות המבוססות על הערכה טכנולוגית. להצעות טכנוקרטיות אלה אין תמיכה פוליטית. כאשר ביקשו הפוליטיקאים להשתלט על ניהול הסל הבסיסי, הם נתקלו בקריאות גנאי שמדובר בפוליטיזציה. שורה ארוכה וחדשה למדי של קבוצות אינטרס, שאורגנו בידי מספר קואליציות, נעשתה בולטת יותר במאמציה להשפיע על המדיניות. כפי שמופיע בספרות, יש קושי למדוד את השפעתן של קבוצות אלה, אבל לפחות חלק מהחלטות הכנסת עולות בקנה אחד עם עמדותיהן של קבוצות אלה כלפי הסל הבסיסי.

חשוב לציין, שבעקבות אירועים אלה החליטה הממשלה להקציב סכום של 150 מיליון שקל גם לשנת 1999 לשם עדכון סל השירותים. בעת כתיבת מאמר זה יושבת על המדוכה ועדה ציבורית מקצועית, שהוקמה על-מנת להחליט איזה תרופות וטיפולים להוסיף לסל (קראוז, 1998). עדיין מוקדם מדי להעריך את הצלחתו של תהליך זה ואת התגובה הציבורית להחלטות הוועדה. אין

והנחיות לקבלת החלטות רפואיות המבוססות על מדדים אפידמיולוגיים של צרכים ועל ניתוחי עלות-מועילות או עלות-תועלת. אולם, כל-לים כאלה מבוססים על הנחות בדבר ערכים חברתיים שאותם מתורים תהליכים פוליטיים. במדינות דמוקרטיות, פוליטיקאים נבחרים וממלאי תפקידים נדרשים להדגיש את הערכים החברתיים המונחים ביסוד הקצאת משאבי הבריאות. אבל פוליטיקאים נתונים ללחץ מצד קבוצות אינטרס מאורגנות באמצעות דיווחים בכלי התקשורת על ענייני בריאות (כגון סיפורים סנסציוניים או מלודרמטיים של מקרים טרגיים פרטיים), ומשום כך התהליך הפוליטי כשהוא לעצמו לא תמיד משקף את הערכים ואת ההערפות של האוכלוסייה בנוגע לשירותי הבריאות (Hall, 1997).

שלא במפתיע, הול ואחרים הסיקו שאין נוסחת פלא להקצבת שירותי בריאות. מה שנראה חשוב יותר היא הדרך שבה מערכות בריאות מאזנות את התשומות מן המגזרים ומן הדיסציפלינות הללו ומביאות לתהליך של קיצוב יותר מאשר לקביעת כללים או הנחיות ברורים איך לעשות זאת.

לרוע המזל, לא תמיד נבחן מקור זה כאשר חוקרי מדיניות מחפשים אחר לקחים במערכות אחרות. כאשר מתברר, שאף מערכת לא מצאה את הנוסחה, מיד נוטים להניח, שהתפתחויות במקום אחר הן כישלון ואינן רלוונטיות. זוהי גישה לא נכונה. אולי הלקח העיקרי שיש ללמוד מארצות אחרות אינם הכללים הספציפיים או מהו הקיצוב, אלא יותר איך מדינות אחרות מאזנות ריכוזיות ופולריסטיות וטכנוקרטיה ופוליטיקה. כעת נפנה לסקור מספר דוגמאות בינלאומיות.

1. אוֹרְגָנוֹן

אולי הדוגמה המפורסמת ביותר של ניסיון בקיצוב מפורש היא "התוכנית הרפואית של

נעשה שקוף יותר וגלוי יותר והוצב על סדר-היום של המדיניות במספר מדינות (Ham, 1995). הסיבה המרכזית לכך היא, שמערכות הבריאות עוסקות יותר בבלימת עלויות ובצמצום טווח השירותים המסופקים. נראה, שקיים פוטנציאל להשיג מטרה זו.

הבעיה היחידה היא, שקשה לבצע קיצוב מפורש שהוא חשוף לעין הציבורית. ניסיונות לעשות זאת מותחים את חבל הקונצנזוס החברתי עד גבול היכולת. ואכן, במובן אחד ניתן לומר, שהקיצוב המפורש וקביעת סדר העדיפויות נכשלו, אם הקריטריון להצלחה הוא נוסחה המוגדרת בבירור ומיושמת בצורת החלטה מי יקבל מה. אף-על-פי כן, המאבק למצוא שיטה לקיצוב מפורש הניב מספר לקחים שימושיים למערכות בריאות.

הול מתאר היטב את תרומת הרכיבים השונים של מערכת מדיניות הבריאות לשאלת הקיצוב של שירותי בריאות. תשומות לתהליך הקיצוב התקבלו מרופאים וממערכת הטיפול הרפואי עצמה, מבירור-קרטים כמו אלה האחראים על ניהול תוכניות לביטוח בריאות פרטי או ציבורי, מוועדות מומחים וממקורות אחרים של כללים טכנו-קרטיים, של בתי-המשפט ושל תהליכים פוליטיים דמוקרטיים. לכל מגזר יש תרומה חשובה משלו, אך בצדה יש לו גם חסרונות חשובים. הרופאים הם הקרובים ביותר לחולים ומכירים במאפיינים הייחודיים החשובים של כל מצב בריאות שיש להביאו בחשבון כאשר מקצים משאבי בריאות מצומצמים. יחד עם זאת, רופאים בדרך-כלל אינם רואים את התמונה הרחבה של צורכי כלל האוכלוסייה, שאפשר שיהיו בניגוד לצרכים של החולה היחיד. ביורוקרטים יכולים לפעול בהתאם לכללים ולסטנדרטים החלים באופן אחיד על כל המקרים, אבל אלה מתעלמים מהיבטים חשובים של מקרים פרטיים. ועדות מומחים יכולות להציע כללים

שירותים וניתן היה להרחיב את ה-Medicaid.

המקרה של אורגון יצר תערובת של גישות טכנוקרטיות, המבוססות על ניתוחי עלות-תועלת ועל סקרי דעת-קהל, ועל התייעצות עם קבוצות ציבוריות, כדי להגיע ל"כלל" אשר יהיה מקובל על הציבור ויאפשר לאוכלוסייה רחבה לקבל כיסוי במסגרת התקציב המוגבל. אולם, יש לתת את הדעת על מספר דברים. ראשית תהליך הקיצוב באורגון התייחס רק לתוכנית ה-Medicaid, כלומר רק חלק מן האוכלוסייה, כנראה החלשים ביותר מבחינה פוליטית, נכלל בקי-צוב (Brown, 1991), למרות שהרשימה נשקלה כמועמדת להיות סל המינימום גם לתוכניות לביטוח בריאות פרטי באורגון.

שנית, באופן אירוני, הרשימה, שהיא ניסיון לקיצוב מפורש, מיושמת בעיקר באופן סמוי ומובלע. היות ש-Medicaid יותר ויותר מנתב את האוכלוסיות שלו לתוכניות בריאות עם טיפול משולם מראש, הרשימה היתה בשימוש יותר כדי להגדיר את רמת המימון הכולל של Medicaid וכדי לבנות תשלומי קפיטציה לתוכניות הבריאות. נראה, שקיומה של הרשימה אינו מונע מן המבטחים, כמו "ארגונים לתמיכה בבריאות" (Health Maintenance Organiza-tions), הפועלים במסגרת Medicaid, לספק שירותים הנופלים "מתחת לקו" (Wopat, 1996). פירוש הדבר, שלמעשה משאירים את ההחלטות בנוגע לקיצוב בידי המבטחים, ספקים של טיפולי בריאות והחולים. אבל החלטות אלה מתקבלות בתוך, או לפחות בגלל, סל השירותים שהוגדר במפורש.

לפיכך, בעוד שהגישה של אורגון נהפכה כמעט לדוגמה ומופת לקיצוב מפורש, המסר שלה, למעשה, יכול להיות, שתהליך מפורש יכול לשמש בסיס, ואולי אף להוביל באופן

אורגון" (Oregon Health Plan). בשנות ה-80 המאוחרות, בעיית המפתח במערכת הבריאות בארצות-הברית היתה הצורך להתמודד עם הבעיה של הלא-מבוטחים. במדינת אורגון, הפתרון שנעשה מוקד תשומת הלב של המדיניות היה הגדלת מספר האנשים המבוטחים ב-Medicaid באמצעות הפחתת טווח השירותים המובטחים בתוכנית. מדינת אורגון הקימה את "ועדת הבריאות" (State Health Commi-ssion), שכללה פקידי ממשלה, פוליטיקאים, אנשי עסקים ונציגי ציבור. הוועדה הגדירה את משימתה כהכנת רשימת שירותים לפי סדר עדיפות, על-פי חישוב של מועילות נטו. היות שלכל שירות מיוחסת עלות, ההחלטה מה לממן היתה אמורה להיות עניין פשוט: מתחילים בראש הרשימה ומממנים כל שירות עד שהתקציב שהוקצה ל-Medicaid יתרוקן. בשפת התוכנית, ייתח קו בנקודה ברשימה שבה יגמר התקציב. שירותים מתחת לקו יוצאו לאלתר מן הכיסוי (Ganiats and Kaplan, 1996).

בעת הכנת הרשימה אספה הוועדה מידע על העלויות של כל שירות ועל רמת המועילות שלו. נאסף גם מידע המבוסס על מחקרים באוכלוסייה בעניין איכות החיים במצבי בריאות שונים. לרוע המזל, המחקרים העלו מספר תוצאות בעייתיות, כגון העדיפות הגבוהה יותר שהציבור מעניק לטיפול בשן כלואה מאשר לטיפול בהיריון מחוץ לרחם (Paltiel and Stinnett, 1996). בהתבסס על מפגשים ציבוריים ועל דיונים של הוועדה עצמה, נערכו שינויים ברשימה. בנוסף על כך, כתוצאה מערעור משפטי של ה"אמריקנים עם מוגבלויות" (Americans with Disabilities), כל השירותים המיוחסים למוגבלויות הוסרו מרשימת העדיפות יות. בשנת 1997 כללה הרשימה 565

ונשאר מיוחס לרעיון של הבטחת גישה לשירותי בריאות "מקיפים". מעולם לא הוגדרה רשימת שירותים. לפני הרפורמה ראו בקיצוב מאפיין של שירותי הבריאות הממלכתי, אבל נאמר שהוא מתקיים במרומו במובן שהקיצוב התבסס על החלטות ברמת הרופא למנוע שירותים, לעתים קרובות, כמוזכר למעלה, על בסיס הגיל, במיוחד במקרה של דיאליזה.

הפרדת הקניין מן הספק והדגש על חוזים העלו בסופו של דבר את נושא הגדרת תכולת המשבצת של שירותי בריאות "מקיפים". מינהל שירותי הבריאות הממלכתי הודיע למחוזות על אחריותם כלפי הבריאות הכוללת של האוכלוסיות שלהם ועל כך שעליהם לבצע רכישות למטרת "השגת בריאות" (Salter, 1993; Morga, 1998). במספר מחוזות היו מקרים של מניעת שירותים, כמו המקרה המפורסם של Child B, שבו נמנעה השתלת מוח עצם על בסיס הקביעה של המחוז לגבי שיעור ההצלחה בהליך דיפוי הלוקמיה. המקרה עורר עניין רב בציבור והעלה את המחלוקת על המרוכה. במקרה זה ואחרים הוגשו תביעות משפטיות ובמספר מקרים תמך בית-המשפט בסמכות המחוז למנוע טיפול על בסיס שיקולי קיצוב של עלות ומועילות.

ניתן להפיק מן המקרה הבריטי שני מסרים עיקריים. הראשון הוא, שוב, שהמחוז מסתמך על תערובת של שיטות לקביעת סדר עדיפויות, כולל התייעצות עם אנשי-מפתח כגון אנשי מקצוע ציבוריים וכלליים, הסתמכות על ניתוח עלות-מועילות והערכות של צרכים המבוססות על מחקרים

לגיטימי, לעצם הרעיון של קיצוב שירותי בריאות. ייתכן שזהו תפקידה אולי אף יותר מהגדרת השירותים שיסופקו למעשה. התערבות של תשומות טכנוקרטיות, תשומות מהתייעצות עם הציבור ותשומות פוליטיות - אשר השפיעו, היא דוגמה לדרכי בניית תהליך הקיצוב. אולם יש לזכור, שתהליך זה מתמקד בראש ובראשונה באוכלוסיית Medicaid, ומשום כך עולות שאלות כגון האם יפעל היטב גם בקביעת סדר עדיפויות בהקשר של כיסוי כולל, כמו ביטוח הבריאות הממלכתי בישראל.³

2. בריטניה

משנת 1948 עד שנת 1991 פעל שירות הבריאות הממלכתי בבריטניה כמערכת משותפת של הכוונה ושליטה. השיטה המרכזית של הקצאת משאבים למחוזות הבריאות, לבתי-חולים ולרופאים התבססה על תקציב פרוספקטיבי. בשנת 1991 נעשה ניסיון להביא מנגנוני שוק לתוך השירות במטרה לדבן ליעילות. הרכיב המרכזי של רפורמה זו נודע בשם "הפרדת הקניין מן הספק" ("Purchaser/Provider Split"). במקום שרשויות הבריאות המחוזיות יפעילו באופן ישיר בתי-חולים, הן יכלו להחליט היכן לרכוש את השירותים ובתי-חולים היו צריכים להתחרות ביניהם על חוזים עם המחוזות.

רבות נכתב על רפורמה זו ועל תוצאותיה, אך נושאם אינו נכלל בתחומו של מאמר זה. כאן אנו מתמקדים בדרך שבה הרפורמה זיככה את הנושא של קביעת סדר העדיפויות והקיצוב. שירותי הבריאות הממלכתי היה

3. בהתחשב בעובדה, שהסדרי ביטוח הבריאות בארצות-הברית אינם אוניברסליים, ובגלל שלהוציא את מקרה אורגון, נושא סל השירותים לא עלה בצורה כל כך גלויה בארצות-הברית, לא נעשה כאן ניתוח מעמיק של סוגיית קביעת סל השירותים לתוכניות ה-Medicare וה-Medicaid. ייתכן שלאור המגמה לנהל תוכניות אלה במסגרות המאופיינות בהסדרי קפיטציה וטיפול מבוקר (Managed Care) יהיה רצוי לבחון בעתיד את הנושא יותר לעומק בהקשר האמריקני.

את העובדה, שממשלת בריטניה מנעה ברמה הלאומית את הקמתה של ועדה לקביעת סדר העדיפויות או כל צורה אחרת של ניהול דיון לאומי בנוגע לקביעת סדרי העדיפויות, כמו שהיה באנג'גון ובמקומות אחרים שיודגמו בהמשך (World Health Organization, 1997). נותר לנו לברר האם תפקיד הקיצוב יוטל על הרופא הכללי, ה-GP, והאם זהו מצב יציב. אם לאו - יוחזר הכדור לרמה הלאומית. אם יקרה הדבר, הגיסיון של המאמצים ברמה המחוזית, בשילוב גישות מייעצות טכניות וציבוריות יכולים להוכיח את תועלתם בדיון הפוליטי בנוגע לקיצוב ברמה הלאומית.

3. הולנד ושוודיה

מודל זה, שבו תהליך קביעת סדר העדיפויות מתמקד ברמה הלאומית, על בסיס תשומות ייעוץ, מספק תיאור הולם של התפתחויות שהיו בהולנד ובשוודיה. בהולנד מינה שר הבריאות ועדה לקביעת סדרי העדיפויות בטיפול בריאות חו פרסמה את הדיון-וחשבון שלה ב-1992. הוועדה, הידועה בשם "ועדת דונינג" (Dunning Commission), היא הגוף שהמליץ על סדרת קריטריונים לבחירה מפורשת, כולל הוצאת מספר שירותים מסל שירותי הבריאות הבסיסי. הוועדה, שהתייעצה עם יותר מ-60 ארגונים, ואשר בדיוניה צפו לפי ההערכה שליש מן האוכלוסייה, העלתה את המודעות והרצון של האוכלוסייה לשקול גם הוצאת שירותים מן הסל על-פי שיקולי עלות. הקריטריונים של הוועדה נוסחו בלשון של אפידמיולוגיה ושל עלות-יעילות: האם השירות נחוץ, מועיל ויעיל? קריטריון נוסף הוא, האם השירות הנדון קשור לאחריות אישית. הוועדה המליצה על-פי הקריטריונים, שיפואה הומיאופטית, הפריה חרץ-גופית וטיי-פול שיניים למבוגרים יישארו מחוץ לסל

אפידמיולוגיים (World Health Organization, 1997). שלא כמו אנג'גון, רשויות הבריאות לא הצליחו לפתח רשימות מפורטות של שירותים מכוסים. מספר מחוזות הוציאו או הגבילו גישה לשירותים אחרים, למשל ניתוחי מעקפים חוזרים למעשנים, או שהם קבעו תחומי שירות מועדפים, כמו שירותי רפואה כללית שלא בשעות הרגילות (Bowie, Richardson and Sykes, 1995). אבל אלה הם רק מקרים "שוליים" (World Health Organization, 1997).

למרות זאת, החלטות הקיצוב של רשויות הבריאות והשונות בין הרשויות מקבלות לעתים פרסום רב ועקב זאת משקל פוליטי לא מבוטל; אם, לדוגמה, במחוז אחד מובטחת גישה לטיפול נמרץ יילודים לתינוקות שנולדו לאחר 20 שבועות של היריון, אבל רק לאחר 25 שבועות במחוז השכן. כאשר מדווחים על הבדלים אלה בתקשורת, מופעל לחץ על רשויות הבריאות המחוזיות. במספר מקרים ביקשו רשויות הבריאות המחוזיות בבריטניה ממינהל שירות הבריאות הממלכתי לקבוע סטנדרטים אחידים, כדרך להפחית את הלחץ.

לפיכך, לקח אחד מבריטניה הוא, שקיצוב מעורב מפורש/מרומז יכול להתקיים במקום שבו הקיצוב מתייחס לכלל האוכלוסייה. אולם, אם תת-אוכלוסיות בעלות שונות גיאוגרפית בתוך מערכת נתונות לשיטות קיצוב שונות, המצב עלול להיות לא יציב והפוליטיקאים האחראים על המערכת הכוללת נקראים לאשר או לדחות החלטות קיצוב שונות. זו יכולה להיות סיבה אחת מאחורי מרבית ההצעות לרפורמות בריאות שהועלו לאחרונה בבריטניה, הקוראות לרכישת כל השירותים בידי קבוצות של רופאים כלליים. הדבר יסיר למעשה את נטל הקיצוב הן מן המחוזות, הן מן המינהל והן מפוליטיקאים ברמה הארצית. הדבר תואם

יונים כמו מועילות, ערך כספי, הוגנות וערכים קהילתיים. הוועדה עבדה עם מומי חים קליניים, עם צרכני שירותים ועם קבוצות חולים, עם חוקרים, עם קניינים ועם ספקים. אמנם לא ניתן לייחס להמלצות הוועדה ישירות החלטות בדבר מניעת שירות (ואכן, היה לפחות כישלון בניסיון אחד, שקיבל הד ציבורי, למנוע דיאליזה מאדם שלא התאים להנחיות שהתוותה הוועדה), אבל נראה, שיש לעבודתה השפעה עקיפה יותר. הופחת מספר המרשמים לטיפולים יקרים ליתר לחץ דם, בעקבות הערכת הוועדה שיחס העלות-מועילות בהם נמוך. נראה, שכאלו גברה המודעות הציבורית הכללית לצורך לקבוע גבולות וסדרי עדיפויות עקב פעילות הוועדה (Edgar, 1996; Hadron, 1997; World Health Organization, 1997).

הבסיסי. ממשלת הולנד קיבלה את ההמלצות והשתמשה בהן בתור בסיס לקיצוב שירותים נוספים, כגון הגבלת הגישה לפיזיותרפיה (World Health Organization, 1997; Eiler, 1996).

בשוודיה הוקמה בשנת 1992 ועדה פרלמנטרית לקביעת סדר עדיפות, שפרסמה את הדין-וחשבון שלה בשנת 1995. גם ועדה זו קיימה דיון ציבורי והעלתה סדרה כללית של קריטריונים לקביעת סדר העדיפות יות בין שירותי הבריאות. בעקבות זאת ניתנה עדיפות לטיפול במחלות המסכנות חיים, לטיפול פליאטיבי ושירותי מניעה, בסדר זה (World Health Organization, 1997; Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995).

4. ניו-זילנד

לסיכום חלק זה של המאמר, מספר מדינות החלו לקבוע, תוך מאמצים ציבוריים גדולים, סדרי עדיפויות ולקצוב במפורש שירותי בריאות. המאמצים כללו באופן טיפוסי שילוב של תשומות טכניות, התייעצות עם הציבור וגיבוי פוליטי. ברוב המקרים ההשפעה הספציפית על הקיצוב היתה צנועה ונראה, שההשלכה העיקרית היתה העלאה עניין קביעת סדר העדיפויות על סדר-היום הציבורי והגברת המודעות של הציבור, ואולי אף גיבוש הסכמה רחבה בציבור לכך, שהגבלת הגישה לשירותי בריאות אינה טאבו.

ניו-זילנד, כמו בריטניה, בנתה את רפורמת הבריאות שלה על בסיס החלוקה בין קניינים לספקים. רשויות בריאות אזוריות אחראיות לקניית שירותי טיפול בשם האוכלוסייה שלהן. כמו בבריטניה, המוקד היה קביעת סדרי עדיפויות שבכוחם להנחות את הקניינים. בשנת 1992 מונתה ועדת בריאות ממלכתית, כדי לייעץ לממשלה על סדר עדיפויות בבריאות. שלא כמו באנגלון, החליטו חברי הוועדה, שהם לא יוציאו מן הסל תחומים שלמים או שירותים ספציפיים, אלא יתמקדו יותר בתנאים שבהם צריכים לספק את השירותים, למשל בהתאם להנחיות קליניות.⁴ שירותים הוערכו בהתאם לקריטר-

4. יש להבחין בין קיצוב שירותי בריאות באמצעות הוצאה תחומים לחלוטין מסל השירותים ובין קיצוב באמצעות הפעלת קריטריונים למתן טיפולים, למשל (אך לא בתור פרמטר בלעדי), לפי גיל החולה, או הנחיות קליניות הנגזרות מסיכוי החולה להשתפר בעקבות הטיפול. אפשר שגופים טכנוקרטיים, כמו מועצות מקצועיות מורכבות מאנשי רפואה, ממלאים תפקיד חשוב בגיבוש הנחיות קליניות. אך הלגיטימיות של גופים כאלה, שלא לדבר על אימוץ המלצותיהם, נשענים על שילוב של תהליכים פוליטיים וטכנוקרטיים.

התפקיד של גוף כמו מועצת בריאות בהכניה ובאבטחה של תהליך הוגן לקבלת החלטות על קיצוב שירותי בריאות.⁵

האתגר העומד בפני מדיניות הבריאות בישראל, המאופיינת אולי בצורה הטובה ביותר בתהליכי מדיניות סביב סל השירותים הבסיסי, הוא להתגבר על הדיכוטומיה של הטכנוקרטיה לעומת הפוליטיקה, שעלתה בצורה חדשה עם החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ליתר ביטחון, המוקד צריך להיות הפעלת מוסדות שבכוחם לשלב בהצלחה את התשומות השונות הנדרשות - הטכניות, הציבוריות והפוליטיות. חלק ממורסדות אלה כבר קיימים. שכן, חוק ביטוח בריאות ממלכתי הביא כמה מהם לידי קיום. אולם, הם לא הצליחו לתפקד היטב בשנים הראשונות של יישום החוק. המוסד הבולט ביותר בהקשר זה היא מועצת הבריאות הלאומית, שהוקמה כדי ליעץ לממשלה בנושאים הבעייתיים שהועלו במאמר זה. המועצה יכולה לקחת על עצמה את התפקיד החשוב של הוועדות השונות שפעלו במדינות אחרות. תשומת לב מודעת ומאוזנת צריכה להינתן לפיתוח ולשילוב הפעולות השונות של סוכנויות המעורבות בהערכה טכנולוגית ובמחקרי מועילות-עלות ושל ועדות פרלמנטריות, של קבוצות אינטרס ושל רבדים מנהליים אחרים כמו הנהלות קופות החולים.

הגישה הטכנוקרטית, הנשענת על כוחן של שיטות טכניות לקבלת החלטות, שואפת לפתור דילמות ערכיות קשות בקביעת המדיניות באופן גיטרלי, במנותק מן הפוליטיקה. הגישה הפוליטית טוענת נגד הדרך קרת-הלב, שבה ערכים חברתיים חשובים, כמו שוויון, צדק חברתי ועזרה

סיכום: האפשרויות הפתוחות בפני מערכת הבריאות בישראל - תערובת של טכנוקרטיה ופוליטיקה

מן הדיון דלעיל עולות מספר נקודות שיש לתת עליהן את הדעת בקשר לקביעת סדרי עדיפויות במערכת הבריאות בישראל:

(1) מדיניות בריאות אינה יכולה להתבסס על תשומות טכניות בלבד. למרות שמספר רפורמות של דה-פוליטיזציה, כגון הפרדת מדיניות הבריאות מן האינטרס המפלגתי, או צורות מונופוליסטיות של קורפורטיזם (דהיינו, הפרדת הבריאות מן הקומפלקס של ההסתדרות ומפלגת העבודה), רצויות בהחלט, מדיניות הבריאות באופן כללי אינה יכולה להיות מנותקת מן הפוליטיקה. יש צורך באיזון בין תשומות מקצועיות לפוליטיות בתהליך הפעלת המדיניות.

(2) לפיכך, הגדרה ועדכון של סל השירותים הבסיסי אינם עניין טכני בלבד. תהליך הפעלת המדיניות יכול להביא לידי ביטוי תערובת של תשומות טכנוקרטיות, של התייעצות עם הציבור וויכוח ציבורי ושל אחריות פוליטית לתהליך ולתוצאותיו.

(3) במספר מערכות אחרות, ועדות ציבוריות שקיבלו על עצמן לגבש המלצות בעניין סדר העדיפויות בשירותי בריאות אולי לא קבעו את תוצאות המדיניות, אך נראה שיש להן השלכות חשובות על הוויכוח הציבורי, על מודעות הציבור ועל המוכנות של הציבור הרחב לקבל את הרעיון, שקביעת סדר עדיפויות בטיפולי בריאות הוא בתחום עיסוקם של קובעי המדיניות הציבורית. האנטר (Hunter, 1997) מדגיש את

5. למותר לציין, שהאנטר גם מציע, שפנייה לערכאות בענייני נגישות לשירותי רפואה צריכה להיעשות רק כבדיחה אחרונה ולעתים נדירות.

מטרות חברתיות. המנהיגים הפוליטיים המתכננים ופורסים מסגרות מוסדיות אלה צריכים גם להיות מוכנים לקחת אחריות לתוצאות. בתחום קביעת המדיניות בקשר לסל השירותים הבסיסי, קביעת סדרי העדיפויות וקיצוב, עדיין יש הרבה מה לעשות, לא כל כך להגדיר פתרונות טכניים, כמו לשפר את הדיון הציבורי-פוליטי לגבי האפשרויות. רכיבי תהליך כזה - תהליך קבלת החלטות חוקי, ועדות מייעצות מקצועיות עם גישה טכנולוגית, הגברת הפעילות של קבוצות האינטרס ותומכי החולים, סיקור בכלי התקשורת ומודעות הציבור - כולם מתפתחים במהירות בקשר למדיניות הבריאות הישראלית. בשלה העת שקובעי המדיניות יחזקו את מוסדות הציבור היכולים לשמש מסגרת לתהליך זה כמו גם לאפשר לחברה לקבל החלטות קשות בדרך הנתפסת בעיני הציבור הרחב כלגיטימית ומאופיינת בנכונות לקבל אחריות.

הדדית, כאילו נרמסים ברגליה של הגישה הטכנוקרטית. זהו למעשה התסריט שהתקיים כבר מספר פעמים מאז החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לדוגמה, ההצעות השנתיות של משרד האוצר מוצגות לכנסת בלא שנדונו בוויכוח ציבורי הממוקד במועצת הבריאות הלאומית. דבר זה מוביל לחוסר שיקול סימולטני בין אפשרויות חלופיות ולקיטוב בוויכוח הציבורי.

תהליך קבלת ההחלטות סביב סל שירותי הבריאות בישראל משלב תשומות טכניות בצד תשומות פוליטיות. השאלה היא, האם קובעי מדיניות יכולים לשפר, באמצעות מודעות עצמית בבניית התהליך, את האינטגרציה בין שני תחומים אלה ומכאן גם להעלות את רמת הוויכוח הציבורי. לדוגמה, ניתן לשאוף להבניית יתר של תרומתן של התשומות הפוליטיות למדיניות הבריאות בדרך של יצירת מסגרות ממוסדות לבניית תחרות כלכלית ופוליטית בין קבוצות אינטרס, וכך ישרת תהליך קביעת המדיניות

ביבליוגרפיה

- דרי, ד' (1996), יסודות המינהל הציבורי, תל-אביב: האוניברסיטה הפתוחה.
- דרי, ד', שרון, ע' (1994), כלכלה ופוליטיקה בתקציב המדינה, תל-אביב: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- הכנסת (1997), הצעת חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה התשנ"ח 1997), ירושלים.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דין-יחשבון, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- ישי, י' (1987), קבוצות אינטרס בישראל, תל-אביב: עם עובד.
- ישי, י' (1990), "כוחה של מומחיות: ההסתדרות הרפואית בישראל", ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- כהן, ע' (1997), "תבטיח לי שאכריא", מעריב, 10 בדצמבר.
- פלד, א' (1997), "רופאים מזהירים: הפסקת מתן התרופות תגרום למות חולים", מעריב, עמ' 10, 9 בדצמבר.
- פלד, י', גרינשטיין, י' (1997), "הממשלה החליטה: 150 מיליון ש"ח לסל הבריאות חדשות - לממן 15 תרופות", מעריב, עמ' 9, 15 בדצמבר.
- קראוז, א' (1998), "הממשלה תרון היום בהוספת תרופות ושירותים לסל שירותי הבריאות ב-115 מיליון שקל", הארץ, עמ' 6א, 10 בינואר.
- שטיינברג, ג' (1989), "מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות בישראל", ביטחון סוציאלי, 34: 61-78.
- שלו, כ' (1997), "הפקת לקחים: שלוש שנים לביטוח בריאות הממלכתי", ירושלים: האגודה לזכויות האזרח בישראל.

- Aaron, H. and Schwartz, W. (1984), *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*, Washington D.C.: Brookings Institution.
- Aharoni, Y. (1990), *The Political Economy of Israel*.
- Arian, A. (1985), *Politics in Israel: The Second Generation*, New Jersey: Chatham House.
- Bowie, C., Richardson, A. and Sykes, W. (1995), "Consulting the public about health service priorities", *British Medical Journal*, 311: 1155-1158.
- News (1998), "Mr. Rationing is unafraid to speak out", *British Medical Journal*, 316: 7125.
- Brown, L.D. (1985), "Technocratic corporatism and administrative reform in medicare", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 10(3): 579-599.
- Brown, L.D. (1991), "The national politics of Oregon's rationing plan", *Health Affairs*, Summer.
- Chinitz, D. (1995), "Israel's health policy breakthrough: The politics of reform and reforms of politics", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20: 909-932..
- Chinitz, D., Shalev, C., Galain, N. and Israeli, A. (1998), "Israel's basic basket of services: The importance of being explicitly implicit", *British Medical Journal*, 317 (7164): 1005-1007.
- Dunning, A. (1992), *Choices in Health Care: A Report by the Government Committee on Choices in Health Care*, Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Culture.
- Edgar, W. (1996), "National priority setting in New Zealand: The experience of the National Health Committee over the last five years", paper presented at the First International Conference on Health Care Priorities, Stockholm.
- Eiler, B. (1996), Comments at the First International Conference on Priority Setting in Health Care, Stockholm
- Ganiats, T. and Kaplan, R. (1996), "Priority setting: The Oregon example", in: Schwartz, F., Glennerster, H. and Saltman, R. (eds.), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Chichester: Wiley.
- Gardner (1997), *Health Policy in Australia*, Oxford: Oxford Medical Publications.
- Hadron, D. (1997), "The New Zealand Priority Criteria Project", Part 1: "Overview", *British Medical Journal*, 314: 131-141.
- Hall, M. (1997), *Making Medical Decisions*, Oxford: Oxford University Press.
- Ham, C. (1993), "Priority setting in the National Health Service: Reports from six districts", *British Medical Journal*, 305: 435-438.
- Hunter, D. (1997), *Desperately Seeking Solutions: Rationing Health Care*, London: Addison-Wesley.
- Lin, V., and Duckett, S. (1997), "Structural interests and organizational dimensions of health system reform", in: Gardner, H. (ed.), *Health Policy in Australia*, Oxford: Oxford Medical Publications.
- Morga A. (1998), "Rationing in district health authorities", paper presented at the Third Conference on Strategic Issues in Health Management, St. Andrews, Scotland.
- Morone, J. (1990), *The Democratic Wish*, Basic Books.
- Paltiel, A.D. and Stinnett, A.A. (1996), "Making health policy decisions: Is human instinct rational? Is rational choice human", *Chance*, 9 (2): 34-39.
- Salter, B. (1991), "The politics of purchasing in the national health service", *Politics and Policy*, 21: 171-184.
- Schwartz, W. and Busse, R. (1997), "Germany", in: Ham, C. (ed.), *Health Care Reform*, Buckingham, England: Open University Press.
- Shalev, C. and Chinitz, D. (1997), "In search of equity, efficiency, universality and

- comprehensiveness: Health reform and managed competition in Israel", *Dalhousie Law Journal*, Fall.
- Starr, P. and Immergut, E. (1987), "Health care and the boundaries of politics", in: Maier C. (ed.), *Changing Boundaries of the Political*, Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Swedish Parliamentary Priorities Commission (1995), *Priorities in Health Care*, Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs.
- Wald, G. (1994), *Health Policy: An Introduction to Process and Power*, London: Zed Books.
- Wopat, G. (1996), Comments at First International Conference on Priority Setting, Stockholm.
- World Health Organization (1997), *European Health Care Reform - Analysis of Current Strategies*, Copenhagen.
- Wildavsky, A. (1979), *Speaking Truth to Power*, Boston, Mass.: Little, Brown and Co.

"הסרת השמנת" בקופת חולים מכבי לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מאת פרנסיס ווד*

מחזקת את השפעתה של תופעת "הסרת השמנת".

המחקר המוצג להלן בא לבחון את הטענה, שלפני הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הצטרפו למכבי, כתוצאה ממדיניות "הסרת השמנת", בעיקר אזרחים בריאים יחסית, במידה שהיה בה כדי להשפיע על הקופה מבחינה כספית.

שיטת המחקר

אם אכן היתה מדיניות של "הסרת השמנת" לפני קבלת החוק, מדיניות שהופסקה כתוצאה מהפעלת החוק, היינו מצפים לראות הרעה במצב הבריאות של המצטרפים למכבי מאז 1995, לעומת המצטרפים הקודמים. הדרך הישירה לבדוק אם חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינה את "מצב הבריאות" הכולל של מצטרפים למכבי היא כמובן לערוך השוואה בין מצב הבריאות של אלה שהצטרפו למכבי עד כניסת החוק לתוקפו ובין "מצב הבריאות" של אלה שהצטרפו מאז החלת החוק. ניתן לעשות השוואה כזאת, למשל, על בסיס מידע על

מבוא

מרכיב מרכזי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, היה הבטחת מעבר חופשי של אזרחים מקופת חולים לקופת חולים. למרכיב זה בחוק היו שלוש מטרות: (א) להגדיל את חופש הבחירה של האזרחים; (ב) להגביר את התחרות בין הקופות; (ג) למנוע מן הקופות לבחור לעצמן את המצטרפים ועלידי כך להקטין את התמריץ לקבל כחברים רק אזרחים בריאים יחסית. הנימוק להכללת הסעיף היה, שקופות החולים, לדוגמה מכבי, מנעו מאזרחים חולים של קופות אחרות לעבור אליה ודרך זו שיפרו את מצבן הכלכלי על חשבון הקופות אחרות. זוהי דוגמה קלאסית של "הסרת השמנת" (cream skimming). מלבד זאת, קיומן של הגבלות על ההצטרפות לקופה אחת היה יכול להביא לתופעה של "בחירה שלילית הפוכה" (adverse selection): אזרחים חולים יחסית, שרצו לעבור לקופה המטילה הגבלות על הצטרפות, לא הגישו את מועמדותם להצטרף אליה מחשש שידחו אותם. "בחירה שלילית הפוכה" כזאת

* מחלקת מחקר וסטטיסטיקה, מכבי שירותי בריאות.

שההוצאות ב־1997 על המצטרפים משקפות את מצב בריאותם בשנת הצטרפותם).

נוסף על כך, מכל שנתון הופרדו העולים. מאז 1990 היתה לקופת חולים מכבי מדיניות מוצהרת לקבל כל עולה, בלי להתייחס לגילו או למצב הבריאות שלו.

כדי להעריך את קיומה והשפעתה של מדיניות ההגבלות על קבלת מבוטחים חדשים התמקדנו בשני שנתונים, של 1992 ושל 1996. ב־1993 הודיעה קופת חולים מכבי, שהיא מבטלת את רוב ההגבלות על ההצטרפות. לפיכך, 1992 היתה השנתון האחרון שלגביו צפוי שהיתה השפעה ברורה של "הסרת שמנת". הסיבה מדוע לא להת-ייחס למצטרפים בשנת 1995 היא, שחלק מן המצטרפים בשנה זו היו אזרחים שלא היו חברים באף קופה לפני כניסת החוק לתוקף והם חולקו בין הקופות לפי החלטת משרד הבריאות. ייתכן מאוד, שההוצאות על מבוטחים אלה - בגלל האופי הדמוגרפי המיוחד שלהם - אינן מייצגות את ההוצאות על מבוטחים רגילים.

מספר המבוטחים בקופת חולים מכבי שנכללו בשנתון של 1992 הסתכם ב־64,000. מספר המבוטחים שנכללו במכבי בשנתון של 1996 הסתכם ב־57,000.

ההוצאות

מספרי המצטרפים לפי קבוצות גיל, בשנת 1992 ובשנת 1996, מוצגים בלוח מס' 1. החלוקה לפי גילי נעשתה כדי לנטרל את ההשפעה של השונות בגילי המצטרפים בשתי השנים. בגיל הכוונה לגילי המצטרפים בשנת 1997, ולא בשנת ההצטרפות.

מספר החולים הכרוניים שהצטרפו.¹ אלא שבסיס המידע של מכבי איננו מאפשר ניתוח כזה, משום שאין בו מידע היסטורי אמין על מצב הבריאות של המצטרפים.

בהעדר נתונים על מצבי בריאות, מחקר זה משתמש בנתונים על הוצאות רפואיות בפועל בתור אינדיקטור למצב הבריאות. במידה שההוצאות לנפש על אלה שהצטרפו לפני החוק נמוכות מן ההוצאות על אלה שהצטרפו אחר החוק, פירוש הדבר, שהיתה כנראה "הסרת שמנת" לפני כניסת החוק לתוקף.

הנתונים

לקופת חולים מכבי יש מאגר מידע של נתונים המאפשר לה לזהות את רוב ההוצאות הרפואיות שהוצאו על המבוטחים על בסיס אישי. לפיכך ניתן לשייך בערך 75% מכלל ההוצאות של הקופה למבוטח. הוצאות ל-מינהל ולהחזקת המתקנים מהוות את עיקר ההוצאה שאינה כלולה. גם טיפולי ריפוי בעיסוק, דיבור ושמיעה, טיפול בית, שירותי העובדים הסוציאליים, קידום הבריאות ורפואה תעסוקתית, אינם נכללים במאגר.

על סמך נתונים אלה ניתן לקחת קבוצות של מבוטחים ולזהות את ההוצאות שהוצאו עליהם. כאן נבדקו ההוצאות של מבוטחים שהצטרפו למכבי לפני ואחרי כניסת החוק לתוקף. המצטרפים חולקו לשנתונים - אלה שהצטרפו ב־1992, ב־1993, ב־1994, ב־1995 וב־1996. לכל שנתון חושבו ההוצאות של אותו שנתון ב־1997 (ההנחה היתה,

1. מסקרי הבריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אפשר להפיק מידע על הימצאות מחלות כרוניות לפי קופה. הסקר של 1993 גילה, שקיימים הבדלים של ממש בשיעורי התחלואה בין הקופות. לאחר שיפורסמו הנתונים מסקר 1966, אפשר יהיה לבדוק האם הצטמצמו הפערים בין הקופות.

לוח מס' 1. מצטרפים ב־1992 וב־1996

הגיל	מספר המצטרפים ב־1992	מספר המצטרפים ב־1996
20-6	12,610 (20%)	14,587 (26%)
40-21	43,012 (67%)	29,740 (52%)
60-41	8,066 (13%)	9,641 (17%)
+ 60	423 (1%)	3,029 (5%)
סך־הכל	64,111 (100%)	56,997 (100%)

הנתונים אינם כוללים מבוטחים שהם היום מתחת לגיל 6 (ב־1997 מספר הילדים מתחת לגיל 6 שהצטרפו ב־1992 היה קטן, ומשום כך השוואת קבוצת גיל זו נעשית לבני 6-20, ולא לבני 0-20). הנתונים אינם כוללים עולים.

לוח מס' 2 מציג את השינוי בהוצאות בין מצטרפי 1996 למצטרפי 1992:

ניתן לראות, שההוצאה למבוטח עד גיל 20 אינה שונה בהרבה בין השנתונים - 2% פחות ב־1996. מגיל 20 עד 40 העלות של מבוטח שהצטרף ב־1996 היתה נמוכה ב־9%. מגיל 41 עד 60 העלות של מבוטח חדש ב־1996 היתה גבוהה ב־18% מאשר ב־1992. ההוצאות על בני 60 ומעלה שהצטרפו ב־1996 היו גבוהות ב־7% מאלה שהצטרפו ב־1992.

לכאורה ממצאים אלה מצביעים על מדיניות של "הסרת השמנת" מעל גיל 40. מתחת לגיל 40 קיימת תופעה הפוכה, ובמיוחד בקבוצת הגיל 21-40, שהיא הקבוצה בעלת המשקל הגבוה ביותר במונחים של מספר המצטרפים גם ב־1992 וגם ב־1996.

הפער לגבי בני 60 ומעלה פחות משמעותי (ומבוסס על פחות מקרים).

חשוב לציין את השוני בהתפלגות הגילאים של המצטרפים בין 1992 ל־1996. ב־1992 אחוז המצטרפים שהיו מעל גיל 60 היה נמוך מאוד לעומת המצטרפים ב־1996. אין ספק, שחלק מן השוני נובע מן המדיניות שהיתה נהוגה לפני החלת החוק - לא לעודד קבלת בני 60 ומעלה למכבי, או תוצאה של הדעה בקרב בני 60 ומעלה, שמכבי איננה מקבלת בני 60 ומעלה - "בחירה הפוכה שלילית".

ממצאים אלה מתאימים - לפחות במבט ראשון - לטענה, שהיתה למכבי ב־1992 מדיניות של "הסרת השמנת", אשר סיננה את המצטרפים מגיל 40 עד 60 ואשר מנעה הצטרפות של מבוטחים מגיל 60 ומעלה שהיו חברים בקופות אחרות. עד גיל 40 אין סימן ל"הסרת השמנת"; להפך, המצטרפים של 1992 היו יותר יקרים ב־1997, לעומת המצטרפים של 1996.

אפשר שהעלות הגבוהה יותר של מצטרפי 1992 שעד גיל 40 נובעת מהשפעת הוותק על

לוח מס' 2. עלות לנפש ב־1997: השינוי באחוזים בין מצטרפי 1996 למצטרפי 1992, לפי קבוצות גיל

השינוי	הגיל
-2%	20-6
-9%	40-21
+18%	60-41
+7%	+ 60

של אוכלוסייה זו היה שונה מהרכב האוכלוסייה שיהיה שהיתה מבוססת בקופות החולים לפני 1995: קודם כל, ייצוג המגזר הערבי היה כאן גדול יותר. אוכלוסיית הלא-מבוטחים בכלל והאוכלוסייה הערבית בפרט ידועים כקבוצות שנטו בעבר להשתמש מעט יחסית בשירותי בריאות; ייתכן שדפוסים אלה המשיכו להתקיים גם לאחר החלת החוק ומשום כך ההוצאה לנפש נמוכה יחסית בקרב מצטרפי 1995. לוח מס' 3 מציג את התפלגות המצטרפים בשנים 1992-1996 לפי גיל.

ניתן לראות בבירור את העלייה בחלקה של קבוצת הגיל 60 מאז 1992. לוח מס' 4 מפרט את ההוצאות לנפש לפי גיל של מצטרפים בשנים 1992-1996:

בשנת 1995 בולטת כשנה חריגה. ואכן, לפי ההשערות המצטרפים בשנה זו היו זולים יחסית, אם כי הפרשים קטנים, למעט קבוצת הגיל 21-40.

כאשר לוקחים את השנים 1993 ו-1994 ביחד, ניתן לראות שהמצטרפים עד גיל 40 היו יותר יקרים בהשוואה למצטרפים של 1996, ושהמצטרפים מעל גיל 41 היו יותר זולים לעומת 1996 - תוצאות מקבילות לאלה של המצטרפים של 1992. בולטת העלות הנמוכה של מצטרפים בני 60 ומעלה ב-1993. מבדיקת הנתונים עולה, שהנתון מושפע מאוד מהרכב מינים חריג ב-1993. מבין המצטרפים לקבוצה זו, יותר מ-60% היו גברים, לעומת שיעור של מעט מתחת ל-

לוח מס' 3. מצטרפים לפי גיל

השנה		השנה		השנה	
1996	1995	1994	1993	1992	גיל
14,587	21,007	19,549	29,378	12,610	20-6
29,740	44,658	47,699	69,298	43,012	40-21
9,641	18,631	14,494	23,315	8,066	60-41
3,029	7,167	2,441	1,550	423	+ 60
56,997	91,463	84,183	123,541	64,111	סך-הכל

צריכת השירותים: החברים הוותיקים יותר צורכים יותר שירותים. כאילו קיימת עקומת למידה וחברים חדשים זקוקים למספר שנים עד שהם מכירים את מערכת השירותים של מכבי ועד שהם לומדים איך לנצל אותה. יש גם טענה הפוכה, לפיה צריכת השירותים של מצטרפים חדשים דווקא גבוהה בשנים הראשונות עקב ניצול המערכת של מכבי, על-מנת לקבל שירותים שהיו חסרים להם בקופות שהם היו חברים בהן קודם. בחינת הסוגייה של הוותק דורשת נתונים על מבוטחים על-פני מספר שנים. מערכת המידע של מכבי כרגע איננה מאפשרת ניתוח מסוג כזה.

הסבר אחר לעלות הגבוהה של מצטרפים מעל גיל 40 ב-1996 מבוסס על "בחירה שלילית": ב-1996 בחרו להצטרף למכבי, מקבוצת גיל זו, אזרחים חולים יחסית.

שנתונים אחרים

הוזכר למעלה, שהשנתונים 1993, 1994 ו-1995 הם שנתונים בעייתיים לצורך מחקר זה. ב-1993 שינתה מכבי את המדינות המוצהרות שלה והתחילה לעודד הצטרפות. ב-1995 חלק גדול מן המצטרפים למכבי לא הצטרפו מרצון, אלא שויכו למכבי בעקבות החלת החוק, כחלק מן האזרחים שלא היו מבוטחים באף קופה לפני כניסת החוק לתוקף. הרכבה

לוח מס' 4. עלות ב-1997 של המצטרפים בשנים 1992-1996, לעומת עלות המצטרפים ב-1992

השנה	20-6	40-21	60-41	+ 60
1992	1.00	1.00	1.00	1.00
1993	1.04	0.96	1.08	0.76
1994	0.95	0.94	1.03	0.95
1995	0.91	0.85	1.02	0.93
1996	0.98	0.91	1.18	1.07

על-מנת לבדוק טענה זו נבדקה החלוקה של המצטרפים לפי אזורי גיאוגרפיים. האזורים הוגדרו כמחוזות של מכבי - שבעה במספר. מן הבדיקה עולה, שאכן היו שינויים בחלוקת המצטרפים לפי מחוז, אבל השינויים לא היו גדולים. כדי לבדוק את השפעת השינוי בהרכב הגיאוגרפי של המצטרפים על ההוצאה הממוצעת לנפש נעשה החישוב הבא: חושב סך-הכל של ההוצאות על המצטרפים לכל אחת מן השנים 1992-1996 לפי ההוצאה הממוצעת לנפש ב-1997 של כל מחוז בנפרד ולפי התפלגות המצטרפים לפי המחוזות בפועל בכל אחת מן השנים. נוסף על כך נעשה אותו חישוב לאותן השנים, אבל לפי ההרכב הגיאוגרפי של 1992, ולא לפי ההרכב בפועל. היחס בין החישובים בכל שנה אמור לשקף את השפעת השינויים בהרכב הגיאוגרפי של המצטרפים בשנים 1992-1996 על ההוצאה הממוצעת לנפש. התוצאות סוכמו בלוח מס' 5.

50% ביתר השנים. בקבוצה זו הגברים זולים לעומת הנשים בצורה משמעותית וההפרש בהרכב המיניים מסביר את עיקר ההפרש בין 1993 לשנים 1992-1994.

השפעת הפיזור הגיאוגרפי על ההוצאות

ההוצאות על בריאות מושפעות מן המיקום הגיאוגרפי של המצטרף. יש לכך מספר הסברים, למשל, קרבה למרכזי שירותים ואיכות החיים. אפשר ששינויים בהרכב הגיאוגרפי של המצטרפים למכבי משנה לשנה השפיעו על ההוצאות לנפש. אם תושבי תל-אביב יותר יקרים מתושבי הדרום (לאחר תיקנון לגיל), הגדלת המשקל במשך השנים של תושבי תל-אביב על חשבון תושבי הדרום בקרב המצטרפים עשויה להעלות את ההוצאה הממוצעת בלי כל קשר לשינויים אחרים שהיו.

לוח מס' 5. עלות לנפש - השפעת שינויים בהרכב הגיאוגרפי של מצטרפים (1992 = 100)

100	1992
99.6	1993
99.3	1994
99.4	1995
99.4	1996

לעומת העלות לנפש של עולים שהצטרפו באותה שנה.

ב-1992, בקבוצות הכבדות במונחים של מספר המצטרפים (עד 20 ומ-21 עד 40), עלות המצטרפים היתה מעל העלות של העולים. לגבי בני 41 ומעלה עלות המצטרפים היתה דומה מאוד לעלות העולים. נתונים אלה אינם מצביעים על "הסרת שמנת" (ייתכן, כמובן, שהעולים שהצטרפו למכבי ב-1992 היו יחסית בריאים).

ניתוח הנתונים על-פני זמן באמצעות בדיקת השנתונים האחרים מצביע על התוצאות האלה: בקבוצת הגיל של עד 20 היתה ירידה בעלות של אלה שאינם עולים, לעומת העולים. אם לפני החוק היתה "הסרת שמנת", היינו מצפים לראות מגמה הפוכה. בקבוצה של בני 21 עד 40 באמת היתה מגמה הפוכה. בקבוצת הגיל 41-60 קיימות תנודות חדות משנה לשנה. בקבוצת הגיל 60 ומעלה יש יציבות (להוציא את שנת 1993, שהיתה שנה בעייתית עקב ריבוי הגברים בקרב המצטרפים שאינם עולים). רק בקבוצת הגיל 21-40 קיימת מגמה מתאימה ל"הסרת השמנת" לפני 1995 - עלייה בעלות המצטרפים שאינם עולים, לעומת מצטרפים שהם עולים.

ניתן לראות, שהשינוי בהרכב הגיאוגרפי של המצטרפים הוריד את העלות הממוצעת של המצטרפים רק ב-1/2% בערך.

עולים חדשים

מכיוון שלעולים חדשים לא היו הגבלות בהצטרפות למכבי לפני הנהגת חוק הבריאות, יש דרך נוספת לבדוק אם היתה במכבי "הסרת שמנת". אפשר לקחת את העולים שהצטרפו בשנה מסוימת כקבוצת ביקורת ליתר המצטרפים באותה שנה. במידה שהעולים שהצטרפו משקפים את רמת הבריאות הממוצעת בארץ, ואם אכן היתה לפני הפעלת החוק "הסרת שמנת", היינו מצפים לראות אצל השנתונים שלפני החוק הוצאות נמוכות יותר בקרב המצטרפים שאינם עולים, לעומת העולים.

השימוש בעולים המצטרפים כבקבוצת ביקורת איננו נטול בעיות. אפשר שבשנים 1992-1996 היו שינויים במאפייני העולים שהשפיעו על השימוש בשירותי בריאות - במצב הבריאות, בהשכלה, בארץ המוצא. לפיכך, קיימת האפשרות שאין לנו כאן קנה-מידה יציב. לאור זה יש להתייחס לתוצאות הבדיקה בזהירות.

לוח מס' 6 מציג את העלות לנפש לפי שנת הצטרפות של המצטרפים ללא עולים,

לוח מס' 6. עלות ממוצעת למצטרף שאינו עולה לעומת עלות ממוצעת של מצטרף עולה

השנה	הגיל			
	20-6	40-12	60-41	+ 60
1992	1.06	1.05	0.98	0.99
1993	1.09	1.03	1.03	0.78
1994	0.95	1.06	0.94	0.97
1995	0.91	1.23	0.97	0.99
1996	0.93	1.13	0.87	0.98

העיקרי שהשתנה הוא לא ההתנהגות של קופת חולים מכבי (יותר נטייה מבעבר לקבל פונים חולים), אלא התנהגות של הצרכנים החולים (יותר נטייה מבעבר לנסות להצטרף למכבי).

מן הממצאים עולה גם, שעיקר המדיניות של הגבלת קבלת חברים חדשים לפני 1995 היה באי-קבלת בני 60 ומעלה - בריאים ולא בריאים גם יחד. לגבי ההשלכות הכספיות ניתן לסכם ולומר כדלקמן: אי-קבלת מבוטחים מעל גיל 60 - בריאים וחולים גם יחד - הקטינה את מספרם של בני 60 ומעלה בקופת חולים מכבי. כתוצאה מכך, קופת חולים מכבי מקבלת היום פיצוי נמוך יותר באמצעות מפתח הקפיטציה והיתרון של "הסרת השמנת" בקבוצת הגיל שמעל 60 מקוזז עקב הקטנת התקבולים באמצעות מפתח הקפיטציה. התוצאות הלא ברורות לגבי "הסרת השמנת" בגילאים שמתחת ל-60 מצביעות על הסתברות נמוכה לחיסכון בהוצאות בגילאים אלה.

סיכום

הצגנו שתי השוואות: אחת, בין מצטרפים ב-1992 למצטרפים ב-1996; השנייה, בין מצטרפים שאינם עולים ובין מצטרפים עולים. מן ההשוואה הראשונה ניתן לראות סימנים המעידים על "הסרת השמנת" רק בקרב מצטרפים שמעל גיל 40. בהשוואה עם העולים יש סימנים ל"הסרת שמנת" בקבוצת הגיל 21-41 בלבד. בסיכום, הסימנים לקיומה של "הסרת השמנת" בקופת חולים מכבי אינם ברורים.

קשה כמובן להפריד בין ההשפעה של "הסרת שמנת" לפני 1995 ובין ההשפעה של "בחירה שלילית" מאז 1995 על סמך הנתונים שהוצגו כאן. אפשר שכאשר רואים עלות נמוכה לנפש אצל מצטרפים ב-1992, לעומת המצטרפים ב-1996, הדבר נובע לא מ"הסרת שמנת" ב-1992, אלא מ"בחירה שלילית" ב-1996. כלומר, אפשר שהדבר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי והקשישים: נגישות לשירותים, איכותם ושביעות רצון

מאת נטע בנטור,* רויטל גרוס,* דוד חוניניץ**

הקשישים גם בכך שהקל את נטל ההוצאות לבריאות לחלק מהם וקבע דמי ביטוח בריאות מופחתים לכל התושבים בני 65 ומעלה.

לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ההכנסות של קופות החולים מביטוח קשישים היו נמוכות בהשוואה להכנסות מקבוצות אוכלוסייה אחרות משום שמסי החבר היו קשורים לרמת ההכנסה, שאצל רבים מן הקשישים היא נמוכה בהשוואה לזו של קבוצות אוכלוסייה אחרות. בנוסף לכך, קשישים צורכים יותר שירותים מאשר צעירים ומשום כך ההוצאות של הקופות על הספקת שירותי בריאות מקיפים לקשישים גבוהות בהשוואה להוצאותיהן על קבוצות אוכלוסייה אחרות. לפיכך, לפני החלת החוק קופות החולים לא היו מעוניינות לגייס מבוטחים קשישים. הדבר בא לידי ביטוי, בין השאר, בכך ששיעורי המעבר בקרב הקשישים היו נמוכים במידה רבה בהשוואה לצעירים (רוזן ושטיינר, 1996). יחד עם זאת, ייתכן ששיעורי המעבר הנמוכים קשורים גם לסיבות אחרות, למשל העדר נטייה אצל הקשישים עצמם לשינויים.

מבוא

אחת המטרות העיקריות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בינואר 1995, היתה להגביר את השוויוניות במערכת הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות ולשפר את השירותים לקבוצות הלשות כגון הקשישים. בין הכלים העיקריים לכך ניתן למנות הקצאה של מקורות המימון באמצעות נוסחת קפיטציה, המתחשבת במספר הנפשות הרשומות בקופה ובגיל המבוטחים, ולפיה, משקלם של בני 65 ומעלה הוא יותר מפי ארבע בהשוואה למשקלן של קבוצות גיל צעירות יותר, למעט תינוקות. כתוצאה מכך, קופות החולים מקבלות תגמול גבוה יותר עבור קשישים, מה שהגדיל את המקורות המוקצים לקופת חולים כללית, שבה יש שיעור גבוה של מבוטחים קשישים, והעשוי לאפשר מתן מענה טוב יותר לצרכים המיוחדים של קבוצת אוכלוסייה זו. החוק קבע חופש מעבר בין הקופות ובכך הבטיח גם לאוכלוסייה הקשישה חופש בחירה בקופה, בעוד שבעבר תקנוני חלק מקופות החולים הגבילו זאת. לבסוף, החוק היטיב עם

* ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

** בית-הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים-הדסה, ירושלים.

הקשישים משתמשים בשירותי בריאות רבים ובתדירות גבוהה. מבחינת חלקם בכלל האשפוזים עולה, שבשנת 1995 34% מן האשפוזים היו של בני 65 ומעלה, ו-17% מן האשפוזים היו של בני 75 ומעלה (בהשוואה להיותם פחות מ-4% מכלל האוכלוסייה) (משרד הבריאות, 1995, 1998). כמו-כן, בשנת 1996 היו הקשישים אחראים ל-22% מסך-כל הביקורים אצל רופא משפחה ול-19% מסך כל הביקורים אצל רופא מומחה. ממוצע הביקורים לנפש אצל רופא בקהילה (רופא משפחה או מומחה) בקרב הקשישים בחצי שנה היה 7.4 בהשוואה ל-3.4 בכלל האוכלוסייה. גם שיעורי השימוש בשירותי מעבדה, הדמיה ופיזיותרפיה גבוהים יותר (פי 2.5 ויותר) בקרב הקשישים בהשוואה לכלל האוכלוסייה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1996). עוד יצוין, שבשנת 1995 בערך שליש מכלל הקשישים קיבלו הטבה סוציאלית מן המוסד להביטוח לאומי, וש-22% מהם חיים מתחת לקו העוני (המוסד לביטוח לאומי, 1998). גם מאפיינים אלה עשויים להשפיע על מצב הבריאות, על הצרכים ועל השימוש בשירותי בריאות.

הערכת שירותי הבריאות והטיפול הרפואי באמצעות דיווח של צרכנים נתפסת היום בעיני קובעי מדיניות, מממנים וספקי שירותים כמקובלת, לגיטימית ורלוונטית (Ware et al., 1978; Williams, 1994; Lee and Kasper, 1998). רבים מתייחסים לשביעות רצון כאל מדד בעל חשיבות בקבלת ההחלטות על ביצוע שינויים ופעולות לשיפור השירותים בהתאם לצורכי האוכלוסייה (Owens and Batchelor, 1996). יחד עם זאת, חשוב לזכור, שמידע המבוסס על דיווח עצמי מציג הערכה סובייקטיבית של הפרט, אשר עשויה להיות מושפעת מגורמים רבים, כמו למשל ציפיותיו. לפיכך, הוא אינו יכול לשמש

התמריצים החדשים הכלולים בחוק ביטוח בריאות נועדו, בין השאר, להתמודד עם בעיה זו. למרות זאת, הועלו חששות שהחוק לא ייטיב, כפי שציפו, עם הקשישים. הדבר נובע מכך שאפשר שהתגמול שקופות החולים מקבלות עבור מבוטח קשיש נמוך לדעתן מעלות הטיפול בו וכתוצאה מכך לא יהיה להן תמריץ לדאוג לטיפול השירותים שקשישים משתמשים בהם יותר מקבוצות אוכלוסייה אחרות, כמו ביקור אצל רופאים מקצועיים, שירותי שיקום ואחרים. נוסף על כך, חופש המעבר שהחוק קובע עשוי לגרום לכך שמנהלי הקופות לא יהיו מעוניינים לפתח שירותים מיוחדים לקשישים מחשש שהם יבחרו להצטרף לקופה, בניגוד למצב שהיה לפני החוק, שבו קופות החולים יכלו להגביל הצטרפות ולפיכך לא חששו לפתח שירותים לחולים או לקשישים שכבר חברים בהן.

אחת הסיבות העיקריות להשפעה המיוחדת שעשויה להיות לחוק על הקשישים היא מאפייניהם המיוחדים, המגבירים את הצרכים שלהם ואת השימוש שהם עושים בשירותי הבריאות. בסוף שנת 1997 היו במדינת ישראל 582,962 קשישים (בני 65 ומעלה), שהם 9.9% מכלל התושבים, לעומת 4% בשנת 1950. בעוד שקצב הגידול של בני 65 ומעלה היה יציב בעשור האחרון, קצב הגידול של קשישים בני 75 ומעלה היה מהיר יותר והם היום 41% מכלל אוכלוסיית הקשישים. הגידול במספר הקשישים, ובמיוחד במספרם של בני 75 ומעלה, מלווה בשיעורי מוגבלות גבוהים. מספרם של הקשישים המוגבלים גדל בשני העשורים האחרונים במהירות והגיע בשנת 1996, לפי אומדנים, ל-75,000 נפש המוגבלים בביצוע פעולות טיפול אישי, שהם 13.7% מכלל הקשישים. מרביתם (77%) חיים בקהילה (ברודסקי ואחרים, 1998).

ובתפיסות הקשישים בשתי נקודות זמן אמורה לנטרל הטיה אפשרית לפיה גילם הגבוה של הצרכנים הוא גורם שישפיע על הדיווח לגבי שביעות הרצון. ממצאי המחקר מאפשרים לבחון באיזו מידה חוק ביטוח בריאות מקדם את המטרה של שיפור השוויוניות בין קבוצות אוכלוסייה לאחר החלת החוק.

שיטת המחקר

חוקרי ג'וינט-מכון ברוקדייל מבצעים הערכה שוטפת של חוק ביטוח בריאות ממלכתי - בסדרה מתמשכת של מחקרים ותוך שימוש בכלי מחקר שונים - במטרה לעמוד על השפעתו בתחומים שונים. כדי לבחון את השפעת החוק על רמת השירות, שביעות-הרצון של המבוטחים, מעבר בין קופות החולים, שינויים בהיקף התשלומים ובכיוון טוחים המשלימים והמסחריים, נערכו שני סקרים - בסתיו 1995 ובסתיו 1997 - בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל. אוכלוסיית הסקרים כללה את תושבי המדינה מעל גיל 22 הגרים במדינה באופן קבוע. המסגרת לדגימה היתה הרשימה הארצית הממוחשבת של מספרי הטלפון של חברת "בזק". הסקר נערך באמצעות ראיונות בטלפון. בגל הראשון של הסקר רואיינו 1,116 איש ובגל השני רואיינו 1,205 איש. שיעור ההיענות בשני הסקרים עלה על 80%. על-פי שיטת הדגימה, בכל משק-בית ששייך לאוכלוסיית המחקר נדגם בצורה אקראית אחד מבני המשפחה שגילו גבוה מ-22 והוא רואיין בטלפון. השאלונים תורגמו לערבית ולרוסית, במטרה להתאימם לאוכלוסיות העיקריות שאינן דוברות עברית. כדי לייצג את האוכלוסייה, נעשו מאמצים חוזרים במשך חודשיים להשיג את בן המשפחה שנדגם.

מרד יחיד להערכת איכות הטיפול (Ross et al., 1995).

שביעות הרצון של צרכני שירותי בריאות נבחנה בעבודות רבות לגבי קבוצות חולים בעלות מאפיינים שונים. למרות שרבים בחנו את הקשר בין גיל הצרכנים ובין שביעות הרצון, מעניין להיווכח שמעטים הם, באופן יחסי, המחקרים שעשו השוואה בין קשישים לצעירים ושהתמקדו בקשישים כקבוצת אוכלוסייה נפרדת, בעלת מאפיינים וצרכים מיוחדים (Lee and Kasper, 1998; Hall and Dornan, 1988). רוב המחקרים שבחנו את הקשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ובין שביעות רצון משירותי בריאות, ובכלל זה גיל הנבדקים, הצביעו על שביעות רצון גבוהה יותר בקרב הקשישים (Fox and Troms, 1981; Williams and Calnan, 1992; Cleary et al., 1991). אך מעטים לא מצאו קשר של ממש בין שביעות רצון ובין הגיל (Snider, 1980; Linn et al., 1984). חוקרים אחדים ניסו להסביר את ההבדלים, אבל לא נמצאו עדויות לסיבתיות.

מאז הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לפני ארבע שנים בערך, בינואר 1995, נשמעים בציבור ובתקשורת קולות התומכים בהחלתו, אך נשמעו גם קולות בגנותו. לאור השינויים שהיו במערכת הבריאות בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולאור צורכי הבריאות המיוחדים של הקשישים והשימוש התכוף שהם עושים בשירותי הבריאות, מטרתה של עבודה זו היתה לבדוק את השינויים שהיו בשביעות הרצון ובאיכות הנתפסת של שירותי הבריאות בעיני קשישים בשתי נקודות זמן - שנה ושלוש שנים - לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, להשוות בין דיווחי הקשישים לצעירים ולעמוד על שינויים בפער שבין דיווחי הקשישים לצעירים לאורך זמן. בדיקת הדיווח על שינויים בשביעות הרצון

ממצאים

1. תפיסת שינויים ברמת השירות שמספקות קופות החולים

במטרה לבחון האם הקשישים חשים כשינויים ברמת השירותים שקופות החולים שלהם מספקות, הם נשאלו האם היו שינויים בשירותי הקופה בשנה האחרונה שלפני הראיון. בשנת 1995 סברו 13% מן הקשישים שהיה שיפור ברמת השירותים של הקופה בהשוואה לשנה שקדמה לה. בשנת 1997 סברו 28% מן הקשישים שהיה שיפור במקביל, בין שני הסקרים היתה עלייה בשיעור הקשישים שסברו שהיתה הרעה ברמת השירותים (4% בשנת 1995 ו-8% בשנת 1997). ההבדלים בדיווח הקשישים בין שני הסקרים מובהקים מבחינה סטטיסטית. מגמה דומה נמצאה גם לגבי קשישים מבוטחי קופת חולים כללית בשני הסקרים: שיעור אלה הסבורים שהיה שיפור ברמת השירותים מעט יותר גבוה ושיעור הסבורים שהיתה הרעה מעט יותר נמוך (32% ו-7% בהתאמה בשנת 1997). גם כאן ההבדלים בין שני הסקרים מובהקים מבחינה סטטיסטית. שיעור הקשישים שדיווחו על שיפור בשירותי הקופה גבוה בקרב האוכלוסייה הערבית (82%), לעומת דוברי עברית (34%) ורוסית (2%). במקביל, שיעור דוברי רוסית שדיווחו על הרעה בשירותי הקופה היה גבוה (13%), לעומת דוברי עברית (6%) ואף לא אחד מדוברי ערבית. ההבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית. אותה מגמה נמצאה גם בבדיקה נפרדת של מבוטחי קופת חולים כללית. לא נמצא הבדל בתפיסת השינוי ברמת השירותים לפי הימצאות מחלה כרונית ולפי מצב הבריאות.

שיעור המרואיינים הצעירים, שסברו שחל שיפור בשירותי הקופה בהשוואה לשנה

פירוט נוסף על שיטות המחקר, שיעורי ההיענות והכלים ניתן למצוא בדו"חות המחקר (ברג ואחרים, 1996; בנטור ואחרים, 1997; גרוס ואחרים, 1998). מקרב כלל המרואיינים, 218 איש היו קשישים בסקר הראשון (בגיל 65 ומעלה) ו-198 איש היו קשישים בסקר השני.

הממצאים שיוצגו להלן מתייחסים למבוטחי ארבע קופות החולים בשני הסקרים. בגלל מספרם הקטן של הקשישים המבוטחים בשלוש הקופות הקטנות (78% בקופת חולים כללית ו-22% בשלוש הקופות אחרות), לא ניתן לערוך עיבודים לפי קופות יחד עם זאת, בתחומים שבהם נמצאו הבדלים בין קשישים המבוטחים בקופת חולים כללית ובין אלה המבוטחים בשאר הקופות, הדבר יצוין. כדי לפקח על השפעת קופה בעת ההשוואה בין קשישים לצעירים נערך גם ניתוח נפרד לבדיקת ההבדלים בין שתי הקבוצות בקרב מבוטחי קופת חולים כללית.

בערך שני-שלישים מן הקשישים שנכללו בשני הסקרים היו בגיל 65-74. השאר היו בני 75 ומעלה. הגיל הממוצע של המרואיינים הקשישים בשני הסקרים היה 73 שנים, ושל המרואיינים הצעירים (בני 22-64) - 40 שנה. 43% מן הקשישים היו גברים, למעלה ממחציתם נשואים. שליש מן הקשישים הם בעלי השכלה יסודית או פחות; שליש הם בעלי השכלה תיכונית ושליש - בעלי השכלה גבוהה יותר. שיעור העולים החדשים בסקר השני גבוה יותר מאשר בסקר הראשון (16% ו-28% בהתאמה) וההבדלים בין שני הסקרים מובהקים מבחינה סטטיסטית. בערך שני-שלישים מן הקשישים דיווחו על מצב בריאות "לא כל כך טוב", או "לא טוב", ובערך שני-שלישים מן הקשישים דיווחו על קיום מחלה כרונית, מעט יותר בסקר השני, אך ההבדל אינו מובהק מבחינה סטטיסטית.

לוח מס' 1. מאפייני הקשישים בסקר (באחוזים)

המשתנה	שנת 1995	שנת 1997
גיל		
74-65	65	63
+ 75	35	37
מין		
גברים	43	43
מצב משמחתי		
לא נשואים (רובם אלמנים)	37	42
השכלה		
לא למד + יסודי	36	32
תיכון	33	32
אוניברסיטה	31	36
שפה ¹		
עברית	78	66
ערבית	6	6
רוסית	16	28
הערכת מצב הבריאות		
טוב מאוד/טוב	36	41
לא כלכך טוב	42	42
לא טוב/גרוע	22	17
מחלה כרונית	63	67
קבלת עזרה בעבודות הבית	38	38
קופת החולים		
כללית	78	77
מכבי	7	13
לאומית	8	7
מאוחדת	7	3

1. הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שני הסקרים ברמה של 1%. הסיבה לכך עשויה להיות קשורה להתאקלמות העולים החדשים מברית-המועצות לשעבר בארץ, ובכלל זה מעבר למגורי קבע ובעלות על קו טלפון (רכשו דירות), נכונות להשתתף בסקר וסיבות אחרות.

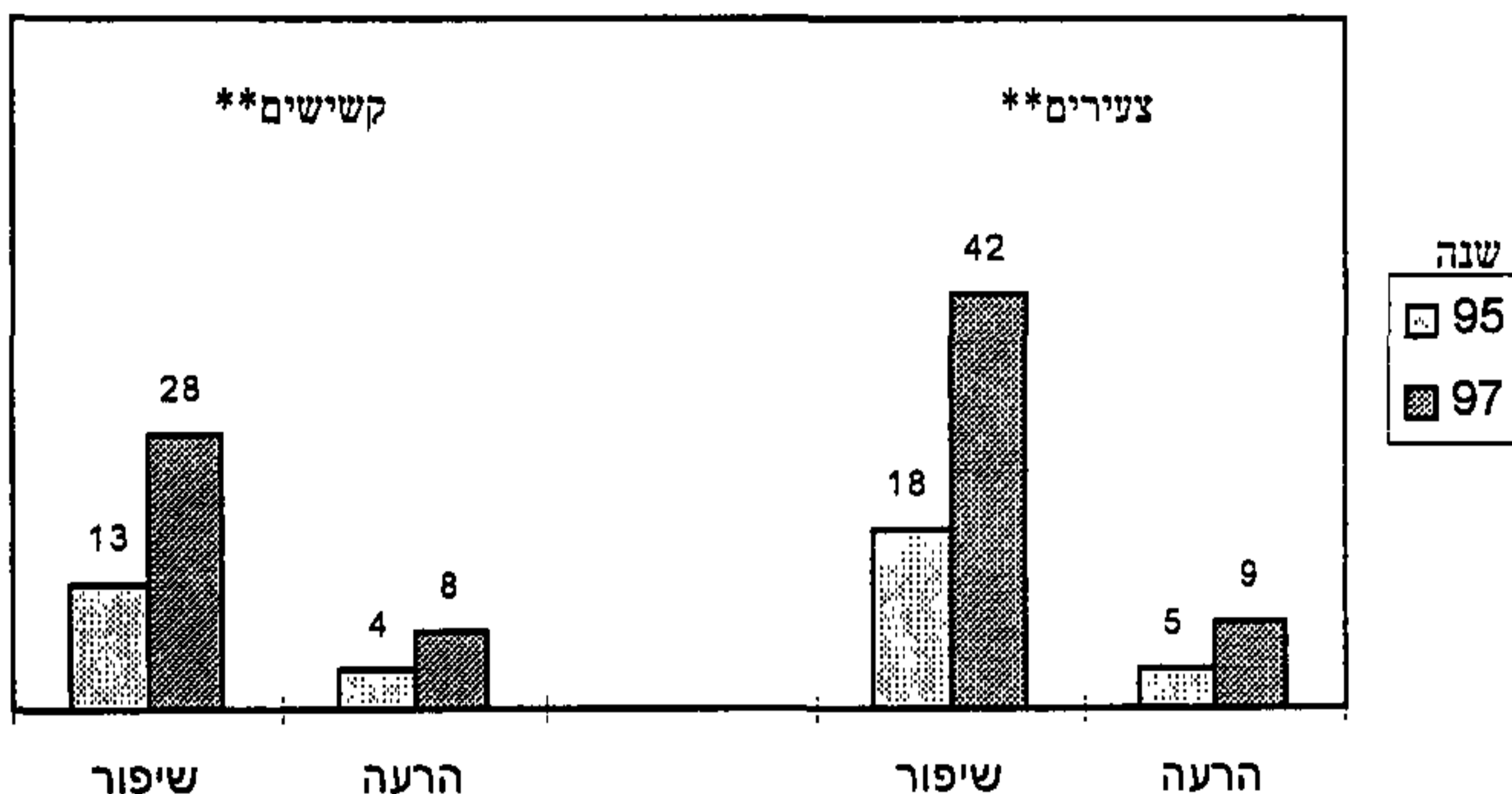
סטטיסטית. גם בבדיקה נפרדת שנערכה למרוואיינים מקופת חולים כללית נמצאה אותה מגמה כמו לגבי כלל האוכלוסייה.

2. שביעות רצון משירותי קופת החולים

רובם המכריע של הקשישים אמרו, שהם שבעי רצון מקופת החולים שהם מבוטחים

שקדמה לה, היה גבוה משיעור הקשישים ועמד על 18% בשנת 1995 ו-42% בשנת 1997. במקביל, גם שיעור הצעירים שסברו שהיתה הרעה בשירותי הקופה היה גבוה יותר משיעור הקשישים ועמד על 5% בשנת 1995 ועל 9% בשנת 1997. ההבדלים בין צעירים לקשישים בסקר הראשון אינם מובהקים; בסקר השני הם מובהקים מבחינה

תרשים מס' 1. אחוז המדווחים על שיפור השירות או על הרעה בשירות - השוואה בין שנת 1995 לשנת 1997, לפי גיל*



* הבדל מובהק בין קשישים לצעירים משנת 1997, ברמה של 5%.
** הבדל מובהק בין הסקרים, ברמה של 5%.

החולים נמצא, שרוב הקשישים שבעי רצון משירותי הקופה. ברוב התחומים נמצאה אף עלייה בין שנת 1995 לשנת 1997. כתחום מקצועיות הרופאים המומזוים היתה העלייה הגדולה ביותר בשיעור הקשישים שהיו "שבעי רצון מאוד" או "שבעי רצון" (מ-80% ל-93%, מובהק מבחינה סטטיסטית), בעוד שבתחום מבחר התרופות היתה ירידה קלה בשיעור שבעי הרצון (מ-85% ל-83%). גם בקרב המרואיינים הצעירים היתה עלייה בשביעות הרצון מרוב שירותי הקופה, אך ברוב התחומים הקשישים קצת יותר שבעי רצון מאשר הצעירים. יתר על כן, בחלק מן התחומים שביעות הרצון של הקשישים בשנת 1997 היתה גבוהה באופן מובהק מזו של הצעירים ובמיוחד בתחומים אלה: רמתו המקצועית של רופא המשפחה, הרמה המקצועית של רופאים מומחים, יחס עובדי המשרד, הקלות שבקבלת הפניות והתייבויות, שירותי מעבדה.

בה. היתה עלייה מובהקת מבחינה סטטיסטית בשביעות הרצון בין שנת 1995 לשנת 1997: 85% מהם אמרו שהם "מרוצים מאוד" או "מרוצים" בסקר הראשון, לעומת 96% שאמרו כך בסקר השני. קשישים דוברי ערבית פחות שבעי רצון מן השירותים של הקופה, לעומת קשישים דוברי עברית ורוסית. לא נמצא קשר בין הימצאות מחלה כרונית ומצב בריאות ירוד ובין שביעות רצון משירותי קופות החולים.

גם בקרב המבוטחים הצעירים היתה עלייה בין שני הסקרים בשביעות הרצון מקופות החולים שלהם, אך היא נמוכה מזו של הקשישים (מ-83% ל-90% בהתאמה). ההבדלים בשביעות הרצון משירותי הקופה בין קשישים לצעירים אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית בשני הסקרים. מגמות דומות נמצאו גם בבדיקה שנערכה למבוטחי קופת חולים כללית בנפרד.

בבחינת תחומים שונים של שירותי קופות

לוח מס' 2. שביעות הרצון של קשישים ושל צעירים מקופות התולים שלהם (אתחים)

צעירים		קשישים		תחום השירות
1997	1995	1997	1995	
				קופת חולים באופן כללי ^{4,3}
27	22	30	22	מרוצה מאוד
63	61	66	63	מרוצה
10	17	4	15	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				מקצועיות רופא המשפחה ^{4,2}
34	31	41	34	מרוצה מאוד
53	49	49	52	מרוצה
13	20	10	14	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				יחס רופא המשפחה
49	45	52	49	מרוצה מאוד
43	45	39	41	מרוצה
8	10	9	10	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				יחס האחיות ⁴
36	33	35	32	מרוצה מאוד
54	52	57	59	מרוצה
10	15	8	9	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				מקצועיות רופאים מומחים ^{4,3,2}
29	26	40	31	מרוצה מאוד
56	52	53	49	מרוצה
15	22	7	20	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				יחס עובדי המשרד ^{3,2,1}
28	24	27	23	מרוצה מאוד
54	56	64	67	מרוצה
18	20	9	10	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				מבחר התרופות ^{4,1}
20	19	25	25	מרוצה מאוד
56	51	58	60	מרוצה
24	20	17	15	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				קלות קבלת הפניות והתחייבויות ^{2,1}
29	28	28	25	מרוצה מאוד
49	49	60	62	מרוצה
22	22	12	13	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				שירותי מעבדות ^{4,2,1}
24	21	24	22	מרוצה מאוד
56	55	68	67	מרוצה
20	24	8	21	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה
				תחזוקת מתקני הקופה ^{4,2}
47	38	38	34	מרוצה מאוד
49	54	59	61	מרוצה
4	8	3	5	לא כל כך מרוצה/לא מרוצה

1. הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין קשישים לצעירים בשנת 1995 ברמה של 5%.
2. הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין קשישים לצעירים בשנת 1997 ברמה של 5%.
3. הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שני הסקרים ברמה של 5%.
4. הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שני הסקרים ברמה של 5%.

סטטיסטית משיעור הקשישים (70% ו-89% בהתאמה). בבדיקה נפרדת של מבוטחי קופת חולים כללית נמצאו ממצאים זהים.

(ב) נגישות השירותים. אחד המדדים המקובלים לבחינת איכות הטיפול ברפואה ראשונית הוא נגישות השירותים. ראשית, נבחנה נוחות שעות העבודה שבהן ניתנים שירותי הקופות, כמו רופא משפחה, רופאים מקצועיים, שירותי משרד וביצוע בדיקות מעבדה. רוב הקשישים סברו, הן בסקר הראשון והן בסקר השני, ששעות העבודה "נוחות מאוד" או "נוחות". בערך עשירית מהם סברו, שהשעות "לא כל כך נוחות" או "לא נוחות". בשני תחומים היתה עלייה מובהקת מבחינה סטטיסטית בשביעות הרצון של הקשישים מנוחות שעות העבודה בין שנת 1995 לשנת 1997 (שירותי משרד ורופאים מקצועיים). בקרב קשישים מבוטחי קופת חולים כללית נמצאו דפוסים דומים. שיעור המבוטחים הצעירים שסברו, ששעות העבודה "נוחות מאוד" או "נוחות" היה נמוך באופן מובהק מבחינה סטטיסטית מזה של הקשישים בכל ארבעת התחומים, בשני הסקרים.

שנית, הקשישים נשאלו על משך הזמן שחולף עד הגעתם לשירותי הקופה. נמצא, שרובם מגיעים לרופא משפחה תוך רבע שעה ומקצתם תוך פרקי-זמן ממושכים יותר. היתה עלייה בין שני הסקרים בשיעור הקשישים המגיעים לרופא תוך רבע שעה, אך ההבדלים אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית. גם רוב הצעירים מגיעים לרופא תוך רבע שעה, אך הפער בין הקשישים לצעירים הצטמצם. ההבדלים בין הקשישים לצעירים היו מובהקים מבחינה סטטיסטית בסקר הראשון, ואילו בסקר השני הם היו קלים ולא מובהקים מבחינה סטטיסטית (תרשים מס' 3).

לאחר הגיעם לקופת חולים, על החולים

שיעור הקשישים שדיווחו על מצב בריאות ירוד אשר היו שבעי רצון מיחס האחיות ומן הקלות שניתן לקבל הפניות נמוך משיעור הקשישים שדיווחו על מצב בריאות טוב (88% ו-97% בהתאמה, ו-83% ו-94% בהתאמה, מובהק מבחינה סטטיסטית). לעומת זאת, שיעור הקשישים שדיווחו על מצב בריאות טוב, אשר היו שבעי רצון מיחס הפקידים במשרד, היה נמוך משיעור הקשישים שדיווחו על מצב בריאות ירוד (88% ו-93%, מובהק מבחינה סטטיסטית). לא נמצא קשר בין שביעות רצון בתחומים שונים ובין קיום מחלה כרונית.

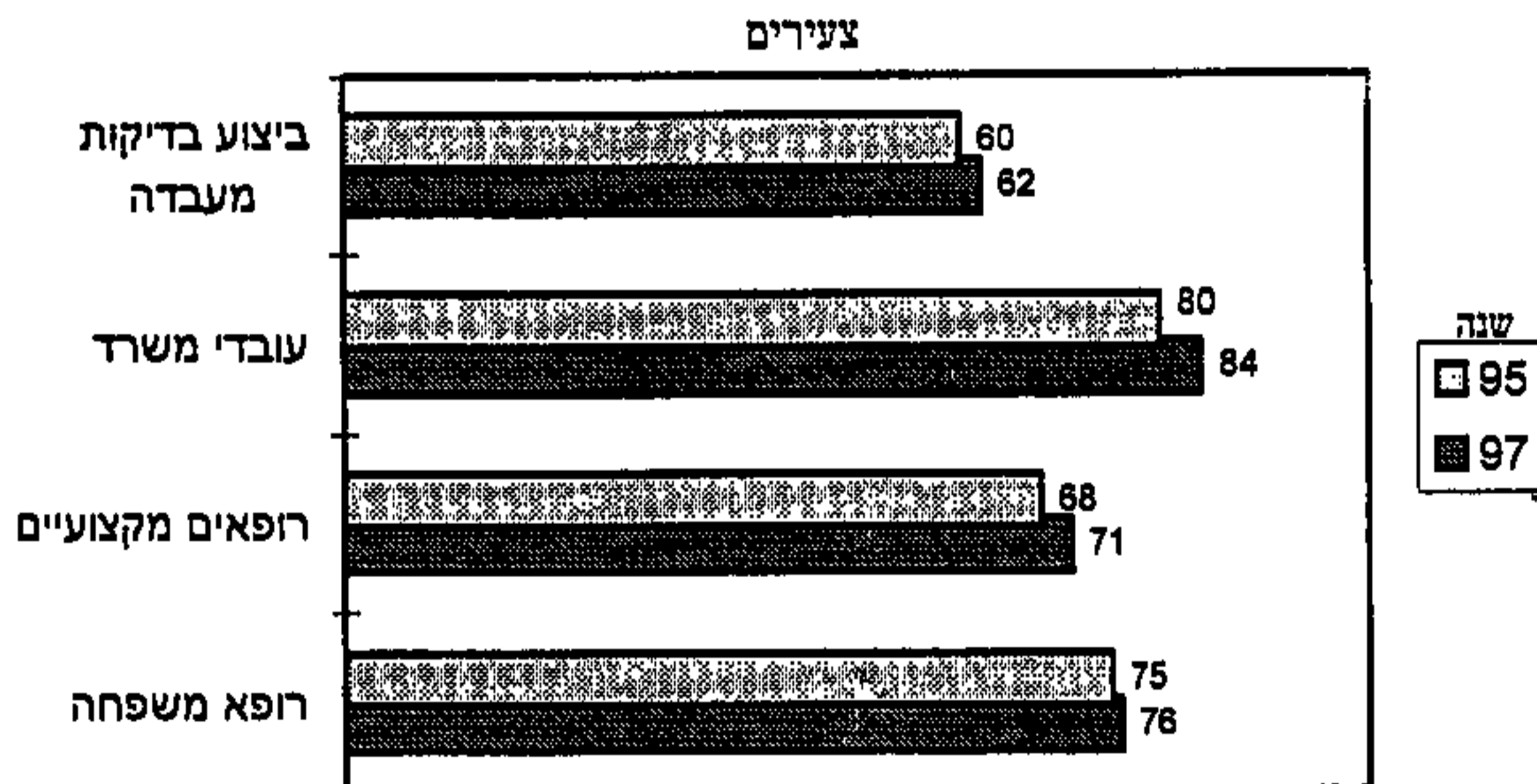
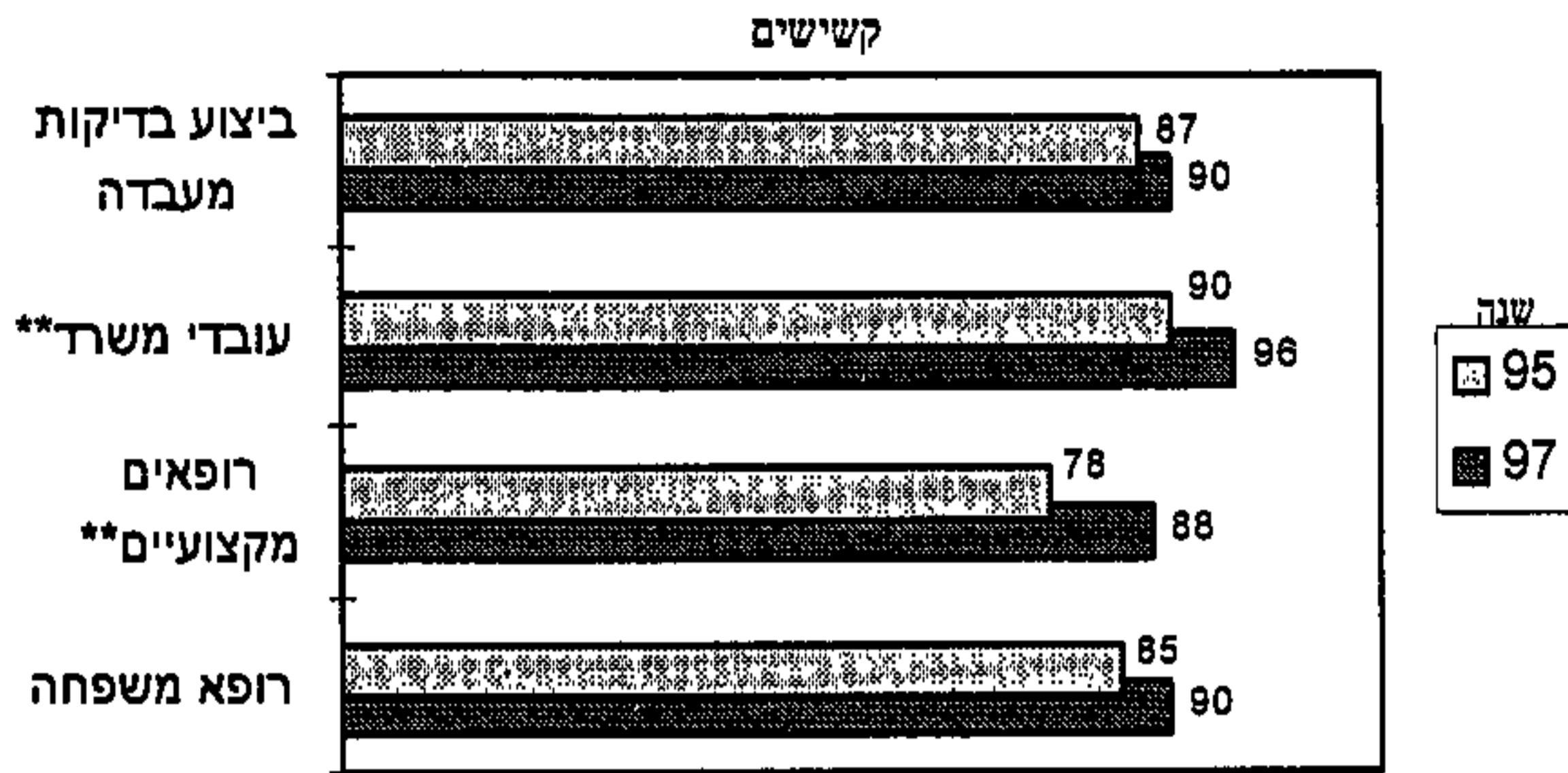
3. איכות השירותים

בסקר נבחנו מספר מדדים של איכות הטיפול, הכוללים זמינות ונגישות השירותים וביצוע בדיקות מניעה.

(א) זמינות השירותים. נמצא, שלרוב הקשישים יש רופא משפחה קבוע, ואף היתה עלייה בין 1995 ל-1997 בשיעור הקשישים שאמרו שיש להם רופא משפחה קבוע (85% ו-96% בהתאמה, מובהק מבחינה סטטיסטית). שיעור הקשישים עם מחלה כרונית בשנת 1997, שיש להם רופא משפחה קבוע, גבוה יותר משיעור הקשישים ללא מחלה כרונית (99% ו-90% בהתאמה) וההבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית (אותה תוצאה נתקבלה גם בקופת חולים כללית). שיעור הקשישים שדיווחו על מצב בריאות לא טוב בשנת 1997, שיש להם רופא משפחה קבוע, גבוה מעט יותר משיעור הקשישים במצב בריאות טוב, אך ההבדלים אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית (אותה תוצאה נתקבלה גם בקופת חולים כללית).

גם לרוב המבוטחים הצעירים יש רופא משפחה קבוע וגם שיעורם עלה במידה רבה, אך הוא נמוך באופן מובהק מבחינה

תרשים מס' 2. אחוז המדווחים על שעות עבודה נוחות מאוד או נוחות - השוואה בין שנת 1995 לשנת 1997, לפי גיל*



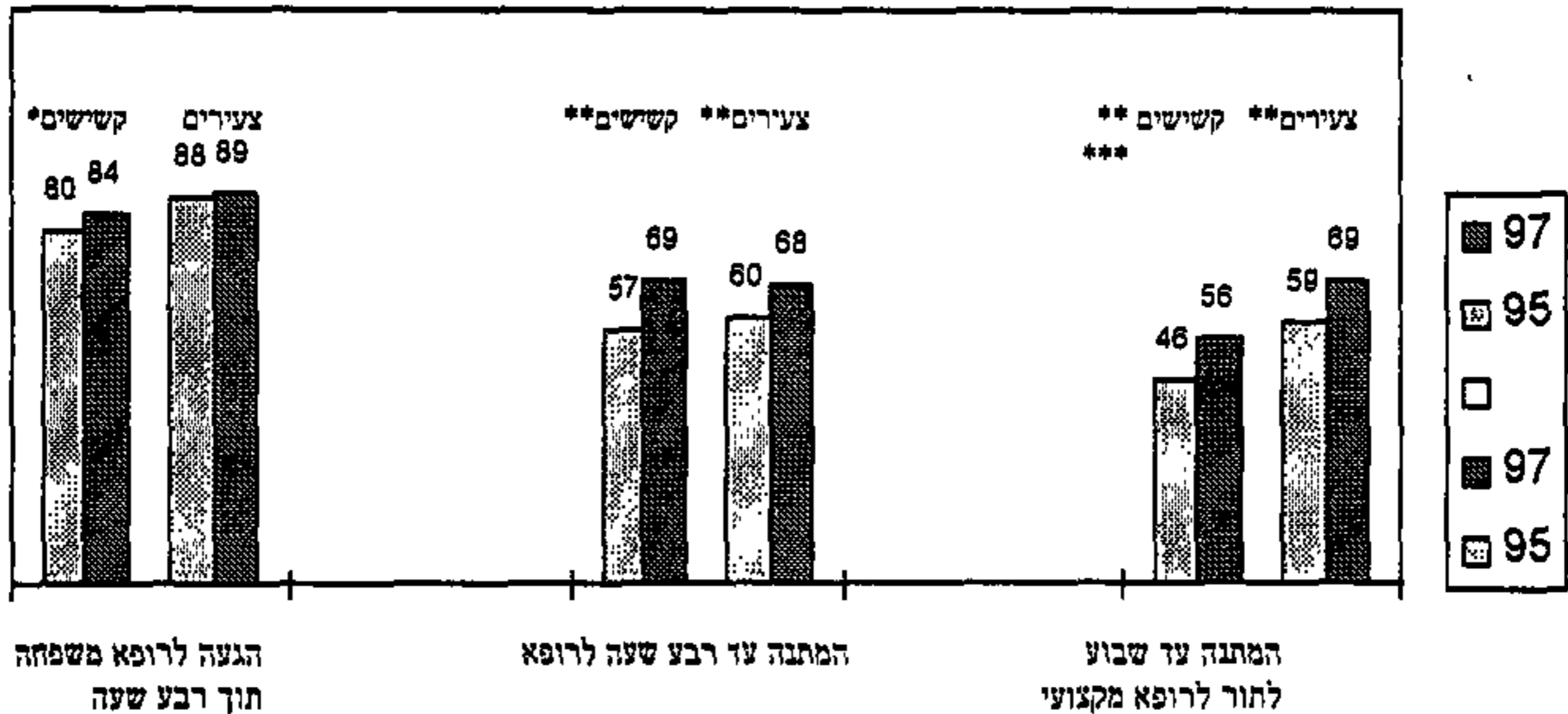
* הבדל מובהק בין קשישים לצעירים בארבעה תחומים, בשני הסקרים, ברמה של 5%.
** p-value < 0.05

מובהקים מבחינה סטטיסטית, אך אינם מובהקים בין הקשישים לצעירים.

כמו־כן נשאלו הנבדקים כמה זמן חיכו עד קבלת תור לרופא מקצועי. נמצא, שהיתה עלייה בשיעור הקשישים שקיבלו תור תוך שבוע (מ־46% בשנת 1995 ל־56% בשנת 1997) ושהיתה ירידה בשיעור הממתנים למעלה משבועיים (מ־39% ל־33%), אך ההבדלים אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית. בקרב הצעירים היתה עלייה גדולה יותר ומובהקת מבחינה סטטיסטית בקרב

להמתין בתור כדי להיכנס לרופא. נמצא, ש־69% מן הקשישים חיכו בתור עד רבע שעה ושהיתה עלייה בין שני הסקרים בשיעור הקשישים שהמתינו עד רבע שעה (מ־57% ל־69%) והיתה ירידה בשיעור הקשישים שדיווחו על המתנה של למעלה מחצי שעה (מ־15% ל־7%). ההבדלים בין שני הסקרים היו מובהקים מבחינה סטטיסטית. גם בקרב הצעירים היתה עלייה בשיעור הממתנים עד רבע שעה והיתה ירידה בשיעור הממתנים יותר מחצי שעה. ההבדלים בין שני הסקרים

תרשים מס' 3. מדדים לאיכות השירותים -
השוואה בין שנת 1995 לשנת 1997, לפי גיל (באחוזים)



* $p\text{-value} < 0.05$ בין קשישים לצעירים בשנת 1995.
 ** $p\text{-value} < 0.05$ בין שני הסקרים.
 *** $p\text{-value} < 0.05$ בין קשישים לצעירים בשני הסקרים.

מובהקים מבחינה סטטיסטית. לעומת זאת, שיעור הקשישים שדיווחו על קיום מחלה כרונית ואשר דיווחו על משך המתנה קצר יותר ועל משך הגעה קצר יותר, היה קצת יותר גבוה משיעור הקשישים שלא דיווחו על מחלה כרונית. אבל גם כאן ההבדלים אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית.

(ג) בדיקות לגילוי מוקדם. מדר נוסף לבחינת איכות הטיפול הוא ביצוע פעולות רפואה מונעת ובדיקות לגילוי מוקדם של מחלות שכיחות במסגרת הרפואה הראשונית. אחת הבדיקות השגרתיות ביותר לקשישים היא בדיקת לחץ דם תקופתית. בשני הסקרים נמצא, שלחץ הדם של שלושה-רבעים מכלל הקשישים נבדק בחצי השנה שקדמה לסקר. יחד עם זאת, 11% מן הקשישים בשני הסקרים אמרו, שלחץ הדם שלהם לא נבדק אף פעם. שיעור הצעירים שעברו בדיקות לחץ דם בחצי השנה שלפני הסקר נמוך בהרבה משיעור הצעירים. ההב-

אלה שקיבלו תור תוך פחות משבוע (מ-59% ל-69%, ההבדלים בין שני הסקרים מובהקים מבחינה סטטיסטית). ההבדלים בין קשישים לצעירים בסקר השני מובהקים מבחינה סטטיסטית. בבדיקה נפרדת של זמני המתנה, שנערכה בקרב מבוטחי קופת חולים כללית, נמצאה מגמה דומה מאוד מבחינת העלייה בשיעור הממתנים זמן קצר יותר בשלושת המדדים. גם בבחינת ההבדלים בין קשישים לצעירים המגמה דומה, אם גם מצומצמת יותר.

לא נמצא קשר בין דיווח על מצב הבריאות ועל קיום מחלה כרונית ובין משך ההגעה לרופא משפחה, משך ההמתנה לרופא משפחה וקביעת תור לרופא מקצועי. שיעור הקשישים שדיווחו על מצב בריאות "לא כל כך טוב" או "לא טוב", אשר דיווחו על משך המתנה ארוך יותר ועל משך הגעה ממושך יותר, היה קצת יותר גבוה משיעור הקשישים שדיווחו על "מצב בריאות טוב" או "טוב מאוד", אך ההבדלים אינם

לוח מס' 3. בדיקות לחץ דם בקרב קשישים ובקרב צעירים (באהוזים)¹

צעירים ²		קשישים		
1997	1995	1997	1995	
40	35	78	76	עד חצי שנה
12	15	7	7	לפני חצי שנה לשנה
12	11	3	2	לפני שנה עד שנתיים
13	13	1	3	לפני שנתיים עד חמש שנים
23	26	11	11	לא מדרו אף פעם או לא זוכר

1. הברלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין קשישים לצעירים, בשני הסקרים, ברמה של 1%.

2. הברלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בקרב צעירים, בין שני הסקרים, ברמה של 5%.

הצעירות יותר (בגיל 50-64), שעברו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים שלפני הראיון גבוה באופן מובהק מבחינה סטטיסטית משיעור הקשישות והוא אף עלה בין שני הסקרים (44% ו-54% בהתאמה). שיעור הקשישות המבוטחות בקופת חולים כללית שעברו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים שלפני הסקר השני היה גבוה יותר והגיע ל-44% מהן (לוח מס' 4).

דיון

אחת המטרות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה להגביר את השוויון בין קבוצות אוכלוסייה שונות ולתת לקופות החולים תמריץ לשפר את השירותים לקשישים. על-מנת לבחון באיזו מידה הושגה מטרה זו, נבחנו השינויים שהיו בתפיסת הקשישים את שירותי הבריאות שנה

דלים בין שתי הקבוצות מובהקים מבחינה סטטיסטית בשני הסקרים. בבדיקה נפרדת שנערכה בקרב מבוטחי קופת חולים כללית נמצא, ששיעור הקשישים והצעירים שעברו בדיקת לחץ דם בחצי השנה האחרונה שלפני הראיון בשנת 1997 גבוה משיעורם בקרב חברי הקופות האחרות (לוח מס' 3).

לשם בחינת ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות שכיחות בקרב נשים הן נשאלו האם עברו בדיקת ממוגרפיה. בסקר שנערך בשנת 1995 נמצא, שרק 28% מן הקשישות עברו את הבדיקה בשנתיים שלפני הראיון, ובסקר שלאחר שנתיים עלה שיעורן ל-36%. ההבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית. בערך שלוש שנים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בערך שני-שלישים מן הקשישות לא עברו את הבדיקה בהתאם להנחיות, דהיינו בשנתיים האחרונות, ורובן לא עברו את הבדיקה מעולם. שיעור הנשים

לוח מס' 4. בדיקות ממוגרפיה בקרב קשישות ובקרב נשים בנות 50-64 (באהוזים)¹

צעירות ²		קשישות		
1997	1995	1997	1995	
38	30	32	17	בשנה האחרונה
16	14	4	11	לפני יותר משנה עד שנתיים
				לפני שנתיים עד יותר משלוש שנים או לא
10	16	10	13	זוכרת
36	40	54	59	לא עברה

1. הברלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין קשישות לצעירות, בשני הסקרים, ברמה של 5%.

ספציפיים של השירות היתה עלייה בשביעות הרצון, ובעיקר בתחום מקצועיות הרופאים המומחים, והקשישים שבעי רצון הרבה יותר מאשר הצעירים גם בתחומים אחרים. ממצאים אלה מפריכים את החשש שתהיה הרעה ברמת השירותים שיקבלו הקשישים בעקבות החלת החוק. גם אם קופות החולים אינן מקדישות תשומת לב מיוחדת לפיתוח שירותים שקשישים זקוקים להם במיוחד, נראה שהקשישים מרוויחים מן השיפור הכללי ברמת השירותים, הקשור ככל הנראה לתחרות בין קופות החולים על מבוטחים. יחד עם זאת, בתחום מבחר התרופות היתה ירידה קלה בשביעות הרצון, אך היא עדיין גבוהה מזו של הצעירים. הממצאים בנוגע לזמינות ולנגישות השירותים ולביצוע פעולות רפואה מונעת מחזקים בחלקם את הממצאים הקודמים. על-פי תפיסת הקשישים, ובודומה לתפיסה שנמצאה בקרב המבוטחים הצעירים, בשנתיים האחרונות היה שיפור גם במרדים אחרים של איכות השירותים ברפואה הראשונית. לרובם המכריע של הקשישים יש רופא משפחה המטפל בהם באופן קבוע ושיעורם גבוה מאשר בקרב הצעירים ובמיוחד בקרב בעלי מחלה כרונית. לממצא זה יש חשיבות רבה לאור היתרון שיש לקשר מתמשך בין הרופא לחולה ולהשפעתו של קשר זה על ההיענות לטיפול ועל תוצאות הטיפול בחולים כרוניים (Franks and Clancy, 1992; Starfield, 1991, 1994). ממצא זה עולה בקנה אחד גם עם תפיסות מנהלים בקופות החולים את היתרונות הכלכליים שבתיאום הטיפול בידי איש מקצוע אחד ברפואה הראשונית.

היתה עלייה בשיעור הקשישים שאמרו שהם ממתנינים זמן קצר לרופא המשפחה, ולקבלת תור לרופא מקצועי. למרות זאת, שיעור הצעירים הממתנינים זמן קצר יותר

ושלוש שנים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונערכה השוואה כתפיסת השינויים הללו בינם ובין מבוטחים צעירים. הממצאים מלמדים, שבאופן כללי הקשישים מדווחים על עלייה ברמת השירות שהם מקבלים מקופות החולים שלהם לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כמו-כן, בהשוואה בין קשישים לצעירים נמצא, שהערכת הקשישים את השירותים אינה נופלת מזו של הצעירים ובמספר תחומים היא אף עלתה עליהם.

ממצאי המחקר מצביעים על כך, שיותר מרבע מכלל הקשישים סבורים, שמאז החלת החוק היה שיפור בשירותי הקופה שהם מבוטחים בה ושיעורם עלה בשנתיים האחרונות והוא הרבה יותר גבוה משיעור הקשישים הסבורים שהיתה הרעה. יחד עם זאת, גם שיעור הסבורים שהיתה הרעה עלה, ובמיוחד בקרב עולים חדשים, אשר שיעורם היה גבוה יותר בסקר השני מאשר בסקר הראשון. התחושה בקרב הקשישים, שהיה שיפור בקופות, עולה בקנה אחד עם המאמצים שנעשו והשינויים שהוכנסו בקופות עוד לפני החלת החוק, בתחומים כמו שיפור הציוד והתחזוקה, יחס הצוות המינהלי, האחיות והרופאים. למרות זאת, שיעור הצעירים הסבורים, שהיה שיפור וגם הרעה, גבוה משיעור הקשישים, ולפיכך ייתכן שהיה שיפור גדול יותר בשירותים שהם חשוכים יותר לצעירים ולא לקשישים. גם בראיונות עם מנהלים בקופות החולים הם דיווחו על מאמצים לפתח שירותים שימשכו אנשים צעירים (Gross and Harrison, 1998).

ממצאי המחקר מלמדים, שבין השנים 1995-1997 היתה עלייה בשביעות הרצון של הקשישים מקופות החולים שלהם והיא גדולה יותר מאשר העלייה בשביעות הרצון של המבוטחים הצעירים. לפיכך הפער בין הקשישים לצעירים גדל. גם בתחומים

זקוקים להם. יתר על כן, לא ניתן ללמוד מהם האם קשישים הסובלים ממספר מחלות, ממחלות ממושכות וממוגבלויות, אכן מקבלים את הטיפול שהם זקוקים לו והאם קופות החולים אכן נענות לצרכים המיוחדים והמרובים של חולים קשים.

היבט חשוב נוסף שלא נדון במאמר זה הוא ההיבט הכלכלי, כלומר הוצאות ישירות ועקיפות של קשישים על שירותי בריאות. נושא זה חשוב היום במיוחד משום שמאז 1998 נקבעו היטלים על ביקור אצל רופא והועלה התשלום עבור תרופות. ממצאי סקר שנערך ב-1995 הצביעו על כך, שכבר אז בערך 40% מן הקשישים אמרו, שנטל התשלומים מכביד עליהם במידה רבה או רבה מאוד.

לבסוף, השפעת החוק נבחנה באמצעות דיווח עצמי של המרואיינים ולפיכך היא הערכה סובייקטיבית שעשויה להיות קשורה למאפייני המרואיינים, ובכלל זה גילם (Fox and Troms, 1981; Williams and Calnan, 1991; Cleary et al., 1992). הבדלים אפשריים ברמת הדיווח בין הקשישים לצעירים אמנם אינם עשויים להיות מגבלה במחקר זה משום שנבחנו בו השינויים בדיווח בכל קבוצה בנפרד. הדגש הושם על השינויים בתפיסת הקשישים את השינויים שהתרחשו בשירותי הבריאות שנה ושלוש שנים לאחר החלת החוק והוא מנטרל השפעה אפשרית של הגיל על הדיווח. כלומר, נבחנה תפיסת המבוטחים הקשישים את איכות הטיפול שהם מקבלים ושביעות הרצון שלהם מן השירותים בשתי נקודות זמן, ותפיסת הצעירים את השירותים. יחד עם זאת, מתחומים שבהם נמצא, שרמת השירותים בעיני הקשישים נמוכה מזו שבעיני הצעירים, כמו למשל המתנה לתורים, ניתן ללמוד על בעייתיות אפשרית בהספקת השירותים ובאיכות הטיפול.

לרופא משפחה ולקבלת תור לרופא מקצועי עדיין גבוה משיעור הקשישים, אך קיימת מגמה של צמצום הפער ביניהם. נוסף על כך, אמנם היתה עלייה כלשהי בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות שכיחות, כמו בדיקת ממוגרפיה בקרב הקשישות, אך גם כאן שיעור הנשים הצעירות שעברו את הבדיקה גבוה יותר ולא היה שינוי בפער ביניהן. עדיין, שני-שלישים מן הקשישות לא עברו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים שקדמו לדיון.

למחקר זה יש תולשות שמן הראוי לציין. ראשית, הנושאים שנבחנו בו אינם ממוקדים בהכרח בצורכיהם המיוחדים של הקשישים ובשירותים שקשישים משתמשים בהם במיוחד. בחינת השוויוניות במערכת הבריאות היא נושא בעייתי, בין השאר בגלל הקושי להגדיר את הצרכים ולבחון האם השירותים המסופקים אכן עונים על צרכיה המיוחדים של קבוצת האוכלוסייה הנחקרת (צ'רניחובסקי ושירום, 1996; Van Doorslaer and Wagstaff, 1992). במחקר הנוכחי אמנם נכללו מרדים המתייחסים לשירותי רפואה ראשונית שבהם משתמשים רבים מן הקשישים בתדירות גבוהה, אך לא נכללו בו שירותים אחרים שקשישים משתמשים בהם יותר מאשר צעירים, כמו אשפוז וטיפול ממושך, שיקום באשפוז ובקהילה, טיפול סיעודי וטיפול-יבית. יתר על כן, קשישים שהיו מאושפזים בעת הסקר, וקשישים הנמצאים במוסדות, לא נכללו במדגם, למרות שניתן להניח שהם דווקא צרכנים "כבדים" של שירותי בריאות. אמנם, בתחומים שנבחנו לא נמצאו הבדלים בין קשישים החולים במחלות כרוניות ואלה שדיווחו על מצב בריאות "לא כל כך טוב" או "לא טוב" ובין אלה שאינם חולים כרוניים ומצב בריאותם טוב. אולם לא ניתן ללמוד מן הממצאים על מכלול השירותים שהקשישים

החולים האחריות להספקת השירותים, בשלב זה מרכיב זה של הרפורמה לא יושם.

ממצאי המחקר משקפים את התמונה לשנת 1997. אבל מאז היו שינויים במערכת הבריאות. קופות החולים נמצאות בגירעונות גדולים ומתמודדות עם לחצים הכלכליים יומיומיים, ומתעורר חשש שתהיה פגיעה ברמת השירותים שהן מספקות. בנוסף לכך, כאמור, גם נטל התשלומים על המבוטחים כבר יותר היום. מתהליכים אלה עלולות להיפגע במיוחד קבוצות אוכלוסייה המשתמשות בשירותים רבים ובתדירות גבוהה, כמו הקשישים, אשר הכנסותיהם נמוכות. לאור התהליכים המתרחשים במערכת שירותי הבריאות בישראל, ולאור ממצאי המחקר הנוכחי נראה, שיש חשיבות רבה להמשיך ולעקוב אחר דפוסי הספקת שירותי הבריאות לקשישים ואחר איכות הטיפול בהם. הדברים אמורים לגבי שירותים הכלולים בסל, ובשירותים שיתפתחו בעתיד, ושלא ברור היום האם יכללו בסל.

בשל מיעוט הקשישים המבוטחים בקופות החולים הקטנות, יש צורך להרחיב את מדגם הקשישים בסקרים הבאים, כדי שאפשר יהיה לבחון את דפוסי התנהגותן של הקופות כלפי הקשישים, וכדי להשוות בין קשישים המבוטחים בקופות שונות. כמו־כן חשוב יהיה לבחון את השפעת החוק על קבוצות פגיעות בקרב הקשישים ובמיוחד חולים כרוניים, חולים במחלות מיוחדות, נכים ומוגבלים.

במקביל לסקר הנוכחי, חשוב יהיה לבחון את דפוסי הספקת השירותים והשימוש בהם גם בסקרים אחרים, כמו סקר קשישים שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מסקר זה ניתן יהיה ללמוד על הזמינות והנגישות לשירותי בריאות. שינויים כמו אשפוז פוסט־אקוטי ושיקום, ביצוע בדיקות מגיעה לראייה ולשמיעה ודפוסי רכישת בי-

לסיכום, אחת הסוגיות המרכזיות המעסיקות את קובעי המדיניות וספקי שירותים בכל המדינות המנהיגות רפורמות בשירותי בריאות היא השפעתה על קבוצות אוכלוסייה חלשות, כגון עניים, חולים כרוניים או קשישים, בהשוואה לקבוצות אוכלוסייה אחרות, וכיצד הם מתמודדים עם מערכת שיש בה תחרות מבוקרת (Van de Ven and Rutten, 1995). המחקר הנוכחי סיפק אפשרות חלקית לבחון את השפעת הרפורמה במערכת הבריאות בישראל והפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על האוכלוסייה הקשישה וסיפק מידע על השינויים בתפיסתה את שירותי הבריאות ושביעות הרצון שלה מהם. ממצאי המחקר מצביעים על כך, שהקשישים מביעים שביעות רצון גבוהה יותר מאשר הצעירים משירותי הבריאות, ועל שיפור נמשך בשביעות רצונם. אשר לנגישות השירותים וביצוע פעולות רפואה מונעת, הממצאים אינם חד־משמעיים, אך נמצאה מגמה של שיפור בחלק מן המדדים. יחד עם זאת, יש לזכור שהמחקר התייחס בעיקר לרפואה הראשונית, ולא נבדקו שירותי אשפוז וטיפול ממושך. אחת הסוגיות החשובות שעל סדר־היום בכמה מערכות בריאות בעולם ואף בישראל היא, האם אפשר וצריך לשלב את שירותי הבריאות והטיפול הממושך לקשישים עם שירותים אחרים במסגרות טיפול מבוקרות, או שעדיף לשמור על הפרדה ביניהם (Schrijvers et al., 1997; White, 1997). מעניין היה להיווכח, שמערכת הבריאות בישראל, כמו גם במדינות אחרות, התקשתה להתמודד עם נושא זה. הניסיון הישראלי מצביע על כך, שלמרות שחוק ביטוח בריאות ממלכתי התכוון לתת מענה לשאלה זו, בדרך של העברת שירותי הטיפול הממושך לקופות

מענה ובאילו תחומים. כמו־כן חשוב לבחון את המדיניות של פיתוח השירותים שקופות החולים נוקטות היום ואת התמריצים שעשויים להיות להן כדי לפתח שירותים המותאמים לקשישים בעתיד, כדי לתת מענה מקיף ומשופר לצורכיהם המגוונים של הקשישים במסגרת שוק הבריאות בישראל.

טוחים משלימים וביטוחים מסחריים בידי הקשישים.

חשוב גם להעמיק את הבנת דפוסי ההתנהגות של קופות החולים כלפי הקשישים. במסגרת מחקרים אלה יש לבחון עד כמה מותאם סל השירותים שעל קופות החולים לספק לפי החוק לצורכיהם המיוחדים של הקשישים: האם קיימים צרכים שאין להם

ביבליוגרפיה

- בנטור, נ', ברג, א', גרוס, ר', ברודסקי, ג' (1997), מערכת הבריאות בעיני הקשישים בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים: מכון ברוקדייל, דמ"280-97.
- ברג, א', גרוס, ר', רוזן, ב', חניניץ, ד' (1996), מערכת הבריאות בישראל בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, דמ"284-96.
- ברודסקי, ג', שנור, י', באר, ש' (עורכים) (1998), קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי, 1998, שנתון קשישים, ירושלים: מכון ברוקדייל, פמ"49-98.
- גרוס, ר', גרינשטיין, מ', דובני, א', ברג, א', יובל, ד', רוזן, ב' (1998), רמת השירות בקופות החולים בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר מבוטחים 1997 בהשוואה ל-1997, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, תמ"17-98.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1996), סקר בריאות 1996/97 ממצאים ראשוניים לתקופה אפריל-ספטמבר 1996, לקט ממצאים סטטיסטיים, מס' 3, ירושלים.
- המוסד לביטוח לאומי (1998), מקבלי גימלאות לפי ישוב 1995, סקר מס' 148, ירושלים.
- משרד הבריאות (1995), נתוני 1995 מתוך "מאגר מידע מרכזי-אשפוזים" במשרד הבריאות, ירושלים: שירותי מידע ומיחשוב.
- משרד הבריאות (1998), המחלקות הפנימיות בישראל, אשפוזים חוזרים ומאפייני אשפוז, 1994-1996, ירושלים.
- צ'רניחובסקי, ד', שירום, א' (1996), "שוויוניות במערכת הבריאות בישראל", בתוך: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים-1996, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 157-182.
- רוזן, ב', שטיינר, ר' (1996), "החברות בקופות-החולים ומעברים ביניהן: מגמות ותמורות", ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, דמ"96-275.
- Cleary, P.D., Edgman-Levitan, S., McMullen, W. and Delbanco, T.L. (1992), "The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care", *Quality Review Bulletin* (February): 53-59.
- Cohen, G. (1996), "Age and health status in a patient satisfaction survey", *Social Science and Medicine*, 42: 1085-1093.
- Gross, R. and Harrison, M. (1998), "Competitive strategies in a regulated environment: The Israeli case", presented as a poster at the 15th Annual Meeting of the Association for Health Services Research, Washington.
- Franks, P., Clancy, C.M. (1992), "Gatekeeping revisited: Protecting patients from over treatment", *New England Journal of Medicine*, 327: 424-429.
- Fox, J.G. and Tromms, D.M. (1981), "A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care", *Social Science and Medicine*, 15A: 557-564.
- Hall, J.A. and Dornan, M.C. (1988), "Meta analysis of satisfaction with medical care:

- Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels", *Social Science and Medicine*, 27: 637-644.
- Lee, Y. and Kasper, J.D. (1998), "Assessment of medical care by elderly people: General satisfaction and physician quality", *Health Services Research*, 32: 741-757.
- Linn, L.S., DiMatteo, M.R., Chang, B.L. and Cope, D.W. (1984), "Consumer values and subsequent satisfaction ratings of physician behavior", *Medical Care*, 22: 804-812.
- Owens, D. and Batchelor C. (1996), "Patient satisfaction and the elderly", *Social Science and Medicine*, 42: 1483-1491.
- Ross, C.K., Steward, C.A. and Sinacore, J.M. (1995), "A comparative study of seven measures of patient satisfaction", *Medical Care*, 33: 392-406.
- Schrijvers, A., Duursma, G., Van de Weert, O. and Jorg, F. (1997), "Care for the Elderly", in: Schrijvers, A. (ed.), *Health and Health Care in the Netherlands*, Utrecht: De Tijdstroom.
- Snider, E.L. (1980), "The elderly and their doctors", *Social Science and Medicine*, 14A: 527-531.
- Starfield, B. (1991), "Primary care and health: A cross national comparison", *Journal of the American Medical Association*, 266: 268-271.
- Starfield, B. (1994), "Is primary care essential?", *Lancet*, 344: 1129-1132.
- Stump, T.E., Dexter, P.R., Tierney W.M. and Wolinsky, F.D. (1995), "Measuring patient satisfaction with physicians among older and diseased adults in a primary care municipal outpatient setting", *Medical Care*, 33: 958-972.
- Van de Ven, W. and Rutten, F. (1995), "Managed competition in the Netherlands: Lessons from five years of health care reform", *Australian Health Review*, 18: 9-27.
- Van Doorslaer, E. and Wagstaff, A. (1992), "Equity in the delivery of health care: Some international comparison", *Journal of Health Economics*, 11: 361-387.
- Verbrugge, L. and Patrick, D. (1995), "Seven chronic conditions: Their impact on US adults activity levels and use of medical services", *American Journal of Public Health*, 85: 173-182.
- Vladeck, B. (1994), "Medicare managed care: A vision for the future", *Journal of Aging and Social Policy*, 6: 13-19.
- Ware J.E., Davies-Avery A. and Stewart, A.L. (1978), "The measuring and meaning of patient satisfaction", *Health and Medical Care Services Review*, 1: 2-15.
- White, J. (1997), "Which managed care for Medicare?", *Health Affairs*, 16 (5): 73-82.
- Williams, B. (1994), "Patient satisfaction: A valid concept?", *Social Science and Medicine*, 38: 509-516.
- Williams, S.J. and Calnan, M. (1991), "Convergence and divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital practice settings", *Social Science and Medicine*, 33: 707-716.

הביטוח הסיעודי בישראל לאן?

מאת רחל קיי

הגידול הצפוי באוכלוסייה הקשישה הנזקקת לשירותים אלה.

"חיי בני אדם במדינות המתועשות ארוכים יותר היום משהיו בעבר. במאה הנוכחית בלבד, תוחלת החיים הממוצעת מלידה עלתה ביותר מ-25 שנים, ולפחות 5 שנים מתוכן נוספו לתוחלת אחרי גיל 65. ואכן, קבוצת הגיל הגדלה בקצב המהיר ביותר מורכבת מגילאי 80 ומעלה ובמדינות אחדות הגידול בגילאים מעל 100 הוא המהיר ביותר. מדינות מערביות, שבהן קיימת ירידה בשיעור הילודה, מתקרבות לנקודה המצערת שבה האוכלוסייה המבוגרת תשיג בגודלה את אוכלוסיית הילדים. המגמה חסרת התקדים של הזדקנות האוכלוסייה היא בעלת השפעה גדולה על החברה ומוסדותיה, למשל על המצב הכלכלי המדיני, על הספקה ושימוש בשירותי בריאות, על המערכות הפנסיוניות ועל חיי המשפחה, על הנושאים למחקר רפואי, החלטות לגבי סוף החיים, חלוקת משאבים פרטיים וציבוריים ועל צורות המגורים. אחת הדאגות העיקריות והקריטיות היא התפקיד המרכזי של האוכלוסייה המזדקנת בעלייה המסחררת של ההוצאה לבריאות." (Butler, 1997, p. 1082).

מבוא

מטרת מאמר זה היא לבחון את החלופות העומדות בפנינו במדינת ישראל למציאת פתרון הולם למתן שירותים סיעודיים מספיקים לאוכלוסייה הנזקקת. בתור בסיס ישמש הניסיון שהצטבר בכמה מדינות באירופה ובמיוחד במדינות שנמצאו בהן פתרונות מקיפים למדי, כגון: הולנד, דנמרק וגרמניה. המאמר יעסוק בעיקר בשירותים סיעודיים לאנשים תלויים, שאינם כלולים היום בסל השירותים שבאחריות קופות החולים על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, דהיינו:

עזרה סיעודית ביתית - שירותי עזר של מטפל אישי (לא מקצועי) העוזר למטופל בביתו בפעולות יומיומיות כגון: אכילה, הלבשה, הליכה וכדומה;

אשפוז סיעודי רגיל - שבו הדגש מושם על הטיפול בתלות, להבדיל מאשפוז סיעודי מורכב/רפואי, מאשפוז שיקומי, מאשפוז פסיכו-גריאטרי ומאשפוז לתשושי נפש. הבעיות הקיימות היום בתחום זה הן רק בתחילתן ותוחמרנה בשנים הקרובות, עם

* האגף הרפואי לתכנון ומינהל, מכבי שירותי בריאות, תל-אביב. מאמר זה מוקדש לזיכרו של רפי רוטר ז"ל, שבמסגרת עבודתו כמנכ"ל המוסד לביטוח לאומי ובהמשך דרכו כמנכ"ל קופת חולים מכבי, תרם רבות, בין היתר, לזכויות קשישי ישראל ולפיתוח שירותי תמיכה, רוחחה ושירותים רפואיים למענם.

בערך מתוך בערך 12,000 מיטות סייעודיות בארץ (משרד הבריאות, 1997).² החולים הסיעודיים ומשפחותיהם מוציאים עוד 600 מיליון ש"ח בערך (כולל חולים שאינם מקבלים כל השתתפות ממשרד הבריאות ונושאים במלוא ההוצאה בעצמם). המוסד לביטוח לאומי הוא גורם עיקרי למימון טיפול סיעודי בבית במסגרת חוק ביטוח סייעוד. בשנת 1996 שילם המוסד לביטוח לאומי 760 מיליון ש"ח עבור 32 מיליון שעות טיפול ל-66,000 חולים סייעודיים (המוסד לביטוח לאומי, 1996).³

אין בידינו הערכה של ההוצאות הממומנות ישירות בידי המשפחות עבור שעות טיפול נוספות כהשלמה לשעות הטיפול שמממן המוסד לביטוח לאומי, או עבור מלוא השירות בגלל אי זכאות להשתתפות המוסד לביטוח לאומי. על-פי הנתונים האלה, ההוצאה הלאומית היום בגין טיפול סייעודי מוסדי וביתי כבר הגיעה ל-3 מיליארד ש"ח בערך (בערך 12% מן ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות).⁴

הטיפול באוכלוסייה התלויה (שהיא על-פי רוב אוכלוסייה קשישה) מורכב ביותר. האחריות למתן טיפול בה מחולקת בין ארבע רשויות ציבוריות שונות לפחות, אבל האחריות העיקרית להסדרת הטיפול עדיין נופלת על משפחת המטופל עצמה:

על-פי כל התחזיות תגיע אוכלוסיית הקשישים בעולם, ברבע הראשון של המאה הבאה, ל-20% בערך מן האוכלוסייה. לפיכך, מערכות הבריאות תצטרכנה להתמודד עם דרישות שונות משירותי הבריאות - יהיו יותר מחלות כרוניות ובעיות זקנה. בשל כך לא יהיה מנוס מיצירת מסגרות חדשות שתיתנה מענה לבעיות ולצרכים של אוכלוסייה זו. באירופה, האוכלוסייה מעל גיל 65 כבר הגיעה לממוצע של 15% בערך מכלל האוכלוסייה. לפיכך, מעצבי מדיניות הבריאות במדינות אלה כבר מעמידים בעיות אלה במרכז דאגתם וכבר היום הם מחוללים שינויים במערכות הבריאות והרווחה על-מנת להתמודד אתן.

גם האוכלוסייה בישראל, כמו בכל העולם, מזדקנת והיא תגיע ב-25 השנים הבאות ל-12% בערך מן האוכלוסייה כולה.¹ אוכלוסייה זו צורכת משאבים בתחום שירותי הבריאות והרפואה הרבה מעבר לחלקה היחסי באוכלוסייה. צפויה אפוא צריכה גדלה והולכת במיוחד בשירותים הקשורים לטיפול במחלות זקנה, לרבות אשפוז סייעודי וטיפול סייעודי בקהילה.

היום משרד הבריאות מוציא במסגרת תקציבו רק בגין אשפוז סייעודי בערך 600 מיליון ש"ח (משרד הבריאות 1998) בהשתתפות חלקית במימון 7,500 מיטות

1. על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, היו בישראל בסוף 1996 בערך 550,000 איש בגיל 65 ומעלה, מהם בערך 40% בגיל 75 ומעלה. על-פי אומדן משרד העבודה והרווחה (בר-גורא וכרם, 1996) יגיע גודל האוכלוסייה שמעל גיל 65 ל-650,000 בערך עד שנת 2005, מהם בערך 47% בגיל 75 ומעלה.
2. על-פי דוח מבקר המדינה לשנת 1998, יש בערך 11,000 מיטות סייעודיות (לא כולל מיטות לתשרשי נפש) ובשנת 1997 אושפזו 7,145 חולים סייעודיים בהשתתפות משרד הבריאות. כמרכז, 2,772 זקנים המתינו ל"קודים" (הינו, מימון משרד הבריאות לאלה שהוכרו כזכאים).
3. על-פי נתוני מבקר המדינה, יותר מ-70,000 זקנים מקבלים שירותים בביתם לפי חוק ביטוח סייעוד (משרד מבקר המדינה, 1998). לדבריהם של האחראים לנושא זה במוסד לביטוח לאומי, ההוצאות במסגרת חוק ביטוח סייעוד הגיעו בשנת 1997 ליותר ממיליארד ש"ח.
4. אומדן ההוצאה של 3 מיליארד ש"ח כולל הערכה של ההוצאה הפרטית לעזרה סייעודית ביתית, לרבות עובדים זרים. מאחר שאין נתונים רשמיים על הוצאה זו, ייתכן מאוד שהסך-הכל הוא אומדן חסר.

מקומיות, חברות ומוסדות פרטיים וציבוריים. הזקן ובני משפחתו לא תמיד יודעים לאן ולמי לפנות ועקב כך, יש המתרוצצים בין המשרדים והארגונים בחיפושם אחר הכתובת המתאימה. (שם, עמ' 183).

מעבר לכך, כל השירותים הללו ניתנים על-פי קריטריונים שונים ונותנים פתרון חלקי ביותר לחלק קטן יחסית של האוכלוסייה הנזקקת.⁵

ניתן להסיק מכל העובדות הללו, שהכיסוי הציבורי לשירותים אלה רחוק מלהיות מספק. התוכניות הציבוריות נותנות פתרון, חלקי לפחות, לאוכלוסייה במצוקה. האוכלוסייה העשירה ממילא יכולה להרשות לעצמה לשלם הוצאות אלה מכיסה הפרטי. אבל האוכלוסייה במעמד כלכלי בינוני נשארה ללא כל פתרון בתחום זה. כמענה, בעיקר לאוכלוסייה זו, פיתחו קופות החולים בשנים האחרונות תוכניות לביטוח סיעודי במסגרת תוכניות לביטוח משלים שהן מציעות לחבריהן. ביטוחים אלה מציעים כיסוי רחב יחסית (בין 40% ל-80% מן ההוצאות הממשיות ועד 5 שנים) בפרמיות נמוכות מאוד, בעיקר הודות ליכולתן של הקופות לפזר את הסיכון על אוכלוסיית מבוטחים רחבה. חברות הביטוח המסחריות (שרובן התחילו לשווק ביטוח בריאות משלים רק לאחר כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי) משווקות גם הן ביטוח סיעודי, אך על-פי רוב עם זכויות מצומצמות יותר, תוך חיתום בעת הצטרפות ועם פרמיות גבוהות בהרבה מאלה שדורשות קופות החולים. על-פי סקר שערך מכון ברוקדייל ב-1997, בערך

- קופות החולים אחראיות לטיפול הרפואי והשיקומי, לרבות אשפוז סיעודי מורכב, אשפוז שיקומי וטיפול-בית רפואי או שיקומי או שניהם כאחד.

- משרד הבריאות אחראי למתן סיוע בעיקר למשפחות הנמצאות במצוקה כלכלית בגין אשפוז סיעודי, לרבות אשפוז סיעודי גריאטרי, אשפוז פסיכוגריאטרי ואשפוז לתשושי נפש.

- משרד העבודה והרווחה אחראי למתן סיוע למשפחות הנתונות במצוקה בגין אשפוז לתשושים (הקו המבדיל בין תשוש לסיעודי אינו ברור), עזרה ביתית לתלויים (לרבות אישור הצורך התפקודי להעסקת עובד זר, הדורש בנוסף על כך אישור של משרד הפנים) ושירותים קהילתיים אחרים, לרבות מרכזי יום קהילתיים.

- המוסד לביטוח לאומי אחראי לניהול המערכת שהוקמה במסגרת חוק ביטוח סיעוד המקנה זכות, אמנם מצומצמת (15 שעות שבועיות במקסימום), לאוכלוסייה התלויה בעזרה סיעודית ביתית.

לנזקק ואף לזכאי לשירותים קשה מאוד לדעת לאיזה גורם לפנות וכיצד לממש את זכויותיו. כפי שנאמר בדוח מבקר המדינה לשנת 1998 (משרד מבקר המדינה, 1998): "בעת הזדקקותם לטיפול או עזרה של מוסדות, ניצבים הזקנים ובני משפחותיהם מול קשת רחבה של רשויות: משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה, המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים, רשויות

5. תמונה מלאה יותר של מורכבות מערכת השירותים הגריאטריים בישראל ניתן למצוא בדו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל ("ועדת נתניהו") 1990, חלק ב': "המערכת הגריאטרית". עמ' 405-430. יש לציין, שהמצב הורע מאז כתיבת הדוח של הוועדה בעקבות הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בעוד שב-1990 השתתפו קופות החולים באופן חלקי במימון שירותים סיעודיים (אמנם לפני משורת הדין), היום, לאור מצבן הגירעוני והעובדה ששירותים אלה אינם באחריותן על-פי החוק, אפילו השתתפות זו אינה קיימת.

המוכרים לנו היום. התפוסה כבתי-חולים אלה תגדל ותחמיר את מצוקת האשפוז הקיימת כבר היום במחלקות הפנימיות.

מן התחזית לגידול אוכלוסיית הקשישים, ואף במספר הקשישים המוגבלים, שגדל פי 2.5 ויותר במשך שני העשורים האחרונים (ג'וינט-מכון ברוקדייל, 1998). ברור מאליו, שהטיפול בתלות יתפוס מקום מרכזי, גדל והולך בשנים הקרובות, הן בחלק היחסי שלו מתוך כלל שירותי הבריאות והרווחה והן בחלקו היחסי מסך כל ההוצאות של המדינה. לאור תחזית זו חשוב לנו לבחון את האופציות ולהיערך מבעוד מועד עם פתרון נותן למצוקה, שקיימת כבר היום, אך עלולה להגיע לרמה "משברית" בשנים הבאות.

מצב הטיפול הסיעודי במדינות נבחרות

בסקירה על מערכות הבריאות והרווחה באירופה נמצא, שקיימים פתרונות שונים ומגוונים לבעיות הטיפול הסיעודי. בכל מדינה הפתרון מטבע הדברים תפור למבנה הייחודי של מערכות הבריאות והרווחה שלה. ככלל, במדינות עם מערכות בריאות ממלכתי-תיות מרוכזות, הסיוע בגין הטיפול הסיעודי ניתן בצורה מרוכזת, בין באמצעות מערכת הבריאות ובין באמצעות מערכת הרווחה וממומן ממסים כלליים. במדינות עם מערכות בריאות ממלכתיות מבוצרות, הטיפול בקשישים מבוצר גם הוא והאחריות לגביו מוטלת על הרשויות המקומיות. מדינות עם ביטוח סוציאלי נוטות למצוא את הפתרון בדרך של הרחבת הביטוח הסוציאלי בצורה זו או אחרת.

בהולנד, טיפול סיעודי מוסדי וביתי ממומנים מכספי מערכת מיוחדת של ביטוח סוציאלי ממלכתי; באירלנד וכבריטניה טיפול

40% מן האוכלוסייה מבוטח בביטוח משלים, כולל ביטוח סיעודי, במסגרת קופות החולים, אבל רק ל-4% מן האוכלוסייה יש ביטוח סיעודי באמצעות חברות הביטוח (גרנס וברמלי, עומד להתפרסם).

עם חקיקת חוק ההסדרים בתחילת שנת 1998, נאסר על קופות החולים לתת ביטוח סיעודי. מצב זה מחזיר את האוכלוסייה מן המעמד הבינוני למצב של "אין אונים". יש להניח, שעם הוצאת קופות החולים מן התחרות בתחום זה, הפרמיות של הביטוח הסיעודי הפרטי תעלינה עוד יותר ונהיה עדים לגידול דרמטי בהיקף האוכלוסייה שאינה מכוסה כלל מפני סיכון זה.

שינוי זה נעשה מתוך חשש שקופות החולים, הנמצאות בגירעון גדל והולך מאז כניסת חוק ביטוח בריאות לתוקפו, לא תהיינה מסוגלות להבטיח רזרבות אקטוריות מספיקות לצורך הביטוח הסיעודי ומשום כך שוב ייפול מימון שירות זה על תקציב המדינה.

לאור העובדה, שרק 4% מן האוכלוסייה מבוטחים בביטוחים הסיעודיים של חברות ביטוח מסחריות, מתן בלעדיות לחברות הביטוח המסחריות עלול להביא למצב שאוכלוסייה גדלה והולכת לא תהיה מבוטחת נגד סיכון זה. במקרה זה ייווצר לחץ על הגורמים הציבוריים האחראיים לשירות זה - היום משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי - ולא תהיה ברירה, אלא להגדיל את תקציביהם. על-פי תסריט זה, המימון לשיירותים אלה ייפול כולו ישירות על תקציב המדינה.

עד אז, הוצאות הקופות לאשפוז אקוטי עלולות לגדול, משום שלא תהיה לקופות אפשרות תמרון בין אשפוז אקוטי לטיפול סיעודי. כתוצאה מכך, משך השהייה של האוכלוסייה הקשישה התלויה בבתי-חולים הכלליים יתארך ויגדל הרכה מעבר לשיעורים

דות הקיימים יקרים. כמו־כן, יש בעיות בכל הנוגע לכוח־אדם ורוב המוסדות הקיימים סובלים מתת־איוש.

(3) כיסוי לא מספיק לטיפול סיעודי במסגרת הביטוח הסוציאלי. רוב המערכות הציבוריות לביטוח סוציאלי במדינות אירופה אינן נותנות כיסוי מקיף לשירותים סיעודיים, כין בקהילה ובין במוסדות. משום כך, רוב הנטל הכלכלי בגין שירותים אלה נופל על כתפי המשפחה.

(4) ליקויים בתיאום השירותים הקהילתיים השונים. הפיצול בין שירותי הבריאות לשירותים הסוציאליים וחלוקת האחריות לשירותים השונים בין רשויות ממשלתיות פדרליות ורשויות מקומיות, מביאים לחוסר תיאום בין השירותים הקהילתיים השונים, כגון טיפול־בית רפואי, עזרה סיעודית אישית, עזרה בדיוור, עזרה משקית וכדומה; כל אחד מהם ניתן באמצעות גורם אחר ועל־פי קריטריונים שונים.

(5) הצורך לבזר את השירותים, כדי שניתן יהיה לשלב בהם שירותים נלווים מן הקהילה. מאחר שחלק מן הזכויות לעזרה לאוכלוסייה התלויה ניתן מטעם רשויות פדרליות מרכזיות, חלק באמצעות רשויות מקומיות ושירותים נוספים - באמצעות גופים קהילתיים פרטיים, אין כל אינטגרציה בין השירותים השונים. אף אחד אינו מנהל את הטיפול בחולה במטרה להבטיח את השילוב האופטימלי בין השירותים המרכזיים לשירותים המקומיים ובין השירותים הציבוריים לשירותים הפרטיים.

(6) בעיות של תיאום בין בתי־החולים לשירותים בקהילה. מאחר שמצבם של קשישים תלויים עלול להשתנות במהירות והוא נע בין תקופות של

זה ניתן במסגרת מערכת הבריאות הממלכתית, אך ללא תיאום מספיק עם שירותי הבריאות האחרים; גרמניה הנהיגה לאחרונה ביטוח סוציאלי נוסף בגין טיפול סיעודי; בדנמרק האחריות לטיפול סיעודי במוסדות ובבית מוטלת על העיריות.

טיפול סיעודי בתי אינו מפותח דיו בבלגיה, בגרמניה, בצרפת ובלוקסמבורג, אך תוכניות לפיתוח שירותים אלה נמצאות בתאוצה. מערך השירותים לטיפול סיעודי בתי המקיף והדינמי ביותר נמצא בדנמרק (Abel-Smith et.al., 1995, p. 45). מתן שירותי רווחה ושירותי בריאות לקשישים הוא אבן־פינה של המערכת השוודית הממשיך ליהנות מעדיפות. האחריות לשירות לקשישים מוטלת על העיריות הדואגות לדיוור, לאשפוז סיעודי ולטיפול יום עבור אוכלוסיית הקשישים וגם לשירותים בקהילה, לרבות טיפול סיעודי אישי בבית הקשיש (Hakansson and Nording, 1997, pp. 204-205).

בדיונים המתנהלים על בעיית הטיפול באוכלוסיית הקשישים בקרב מעצבי המדיניות בקהילה האירופית מתעוררות שוב ושוב שש בעיות עיקריות:

(1) העדר אינטגרציה בין שירותי בריאות ורווחה. ברוב מדינות אירופה מטפלות רשויות נפרדות בשירותי הבריאות ובשירותים הסוציאליים, כל אחת בתחומה וללא תיאום ביניהן גם כשמדובר באותו מטופל. כמו־כן, נהוגים קריטריונים שונים ולא מתואמים לקביעת הזכאות לטיפול וקבלתו.

(2) מחסור במוסדות גריאטריים מיוחדים לטיפול סיעודי מתמשך. בהרבה מדינות באירופה יש מחסור בבתי־אבות, במחלקות סיעודיות ובבתי־חולים גריאטריים. מצד שני, המוס-

בפועל. האוכלוסייה שאינה חייבת בביטוח חובה מבטחת את עצמה באופן וולונטרי בחברות ביטוח פרטיות (שהן ברובן מלכ"רים) בגין אותו סל שירותים הניתן מטעם קופות החולים. ביטוח זה, בין שהוא בגדר חובה ובין לאו, מכסה את ה"סיכונים" הרגילים: רופאים, כתי-חולים, תרופות, הש-תתפות מוגבלת ברפואת שיניים, השתתפות בהוצאות בגין טיפולים פך-רפואיים למיניהם והשתתפות במכשירים ואכזרים רפואיים ופרוטזות.

ה ר ו ב ד ה ש נ י הו א ב י ט ו ח ס ו צ י א ל י ממלכתי להוצאות רפואיות מיוחדות והוא חובה על כל האוכלוסייה ללא קשר לרמת הכנסה. גם הוא ממומן בעיקר מדמי חבר ייעודיים עם תקרה עליונה. רובד זה מנהלות קופות החולים וחברות ביטוח האחריות למתן הרובד הראשון והן אף מקבלות מימון מלא מן הממשלה לכיסוי הוצאותיהן ואינן נמצאות בסיכון פיננסי בכיסוי הוצאות אלה. הן מהוות צינור מבצע על-פי הכללים שקבעה הממשלה. רובד זה מכסה (Hermesse, 1996, pp 116-122):

- מרכזים רפואיים, דוור, מרכזי יום וטיפול יום לנכים.

- שירותי טיפול-בית.

- פסיכיאטריה, לרבות אשפוז פסיכיאטרי, אשפוז יום פסיכיאטרי, מרפאות חרץ פסיכ-יאטריות, דוור לחולי נפש, יערץ פסיכיאטרי וכדומה.

אשפוז אקוטי מעבר לשנה.

- טיפול בחרשים ועיוורים.

- טיפול במפגרים.

- אשפוז סיעודי, וטיפול סיעודי ביתי לקשישים ואחרים.

יש להדגיש, שברובד השני (להבדיל מן

החמרה לתקופות של שיפור, חולים אלה עוברים בתדירות גבוהה יחסית מביתם בקהילה לכתי-חולים כלליים או למוסדות גריאטריים ושוב חוזרים הביתה. קיים חוסר תיאום בין כל אלה. הצוות המטפל בחולה בבית-חולים אינו אותו צוות המטפל בו במוסד סיעודי והצוות המטפל בו בקהילה הוא צוות אחר לחלוטין. על-פי רוב, אין כל תקשורת בין הצוותים השונים והתוצאה היא חוסר המשכיות ותיאום בטיפול בחולה.

במאמר זה נסקור שלוש מערכות עם פתרונות מקיפים יחסית לבעיית הטיפול באוכלוסייה התלויה. נתחיל במערכות הפועלות בהולנד ובדנמרק, אחת במסגרת ביטוח בריאות סוציאלי, והשנייה במסגרת מערכת בריאות ממלכתית מבחורת. נסיים את הסקירה בבחינה של תהליך הבדיקה וההחלטות שהתקבלו בגרמניה, רק לאח-רונה, מאחר שקיים דמיון רב בין המערכת הגרמנית למערכת הישראלית וגם משום שקיים תיעוד נכבד על תהליך הבדיקה והסי-בות להחלטה הסופית שנערכו בגרמניה. מטרת הסקירה היא להפיק את הלקחים שהם רלוונטיים עבורנו, תוך התייחסות לפתרונות שיושמו במדינות אלה על-מנת להתגבר על הבעיות שפורטו לעיל.

1. הולנד

בהולנד פועלת מערכת מיוחדת לביטוח שירותי סיעוד. מבחינת המבנה פועלים שני רבדים של ביטוח בריאות ציבורי:

ה ר ו ב ד ה ר א ש ו ן הו א ב י ט ו ח ב ר י א ו ת ס ו צ י א ל י ה ר ד י ה נ י ת ן ב א מ צ ע ו ת ק ו פ ו ת ח ו ל י ם ל א ו כ ל ו ס י י ה ח ח י י ב ת ב ב י ט ו ח ח ו ב ה ע ל - פ י ר מ ת ה ב נ ס ת ה . ה ק ו פ ו ת מ מ ו מ נ ו ת ב ע י ק ר מ ד מ י ח ב ר כ א ח ח מ ה כ נ ס ו ת יו ש ל ה מ ב ו ט ח . ד מ י ח ב ר א ל ה ג ו ב ה ג ו ן מ ר כ ז י , ה מ ח ל ק א ת ה כ ס פ י ם ב י ן ה ק ו פ ו ת ב ח ל ק ו ל פ י ש י ט ת ה ק פ י ט צ י ה ו ב ח ל ק ו כ ה ח ז ר ה ו צ א ו ת י ה ן

מואץ של השירותים הקהילתיים, לרבות סוגי דיור שונים, טיפול בביתו של התלוי וכדומה.

תוכניות לביטוח בריאות משלים בהולנד מעניקות תוספות בגין טיפול-בית, אך אינן מבטחות אשפוז סיעודי.

2. דנמרק

בדנמרק, אשפוז סיעודי נחשב חלק משירותי הרווחה ואינו שייך למגזר הבריאות. ככלל, אשפוז סיעודי ושירותי-בית לאוכלוסייה הקשישה הם באחריות העיריות והקהילות המקומיות (שאחראיות גם לשירותי הבריאות). מערכות הבריאות והרווחה בדנמרק ממומנות בעיקר ממסים מקומיים ואזוריים. בשנות ה-60 וה-70 הוקמו בתי-חולים סיעודיים רבים והושקעו משאבים בפיתוח כוח-אדם לאיוש מוסדות אלה. עקב כך, היחס של כוח-אדם מוסדי הוא 63 לכל 1,000 תושבים מעל גיל 65 (Schulte, 1996, p. 152).

כתוצאה משינוי המדיניות מטיפול מוסדי לתגבור הטיפול בבית הקשיש הוחלט, בשנת 1987, להפסיק בניית מחלקות סיעודיות והמדינה העניקה סובסידיות להקמת בתי דיור מוגן לאוכלוסייה הקשישה. כמורכב, הוגבר המימון בגין אחיות ומטפלות-בית המטפלות בחולים בבתיהם. כתוצאה מכך גדל מספר האחיות המטפלות בחולים וקשישים בביתם מ-2,000 ב-1975 ל-7,000 בשנת 1992. באותה תקופה גם עלה מספר מטפלות-הבית מ-14,000 ל-32,000.

בדנמרק, שבה חיה אוכלוסייה של 5.2 מיליון נפש, 15.4% ממנה היא מעל גיל 65, דהיינו בערך 800,000 נפש. מכאן, שקיים שם יחס אחיות המטפלות בקשיש בביתו של 1:115 נפשות מעל גיל 65. היחס של מטפלות-בית לאוכלוסייה זו הוא 1:25.

בכל העיריות והקהילות המקומיות קיימים

הרובד הראשון) הכספים הנגבים מן המבוטחים אינם מחולקים בין המבטחים לפי קפיטציה, אלא המבטחים מקבלים החזר מלא בגין הוצאותיהם. יש לכך שתי סיבות:

(1) למנוע תמריץ למבטחים לעשות "quality skimping" במטרה לעודד את המבוטחים שבסיכון לא להיות מבוטחים אצלם.

(2) מאחר שאין ניסיון או נוסחאות לתשלום קפיטטיבי בגין Catastrophic Risks, בנייהם טיפול סיעודי (Van de Ven, 1994, pp.1469-1471).

מחלקות סיעודיות (Nursing Homes) ממלאות תפקיד מפתח בטיפול באוכלוסייה הקשישה. היום מספר המיטות הסיעודיות כמעט שווה למספר המיטות האקוטיות ונמצא במגמת עלייה. עקב כך, בעתיד הקרוב מספר המיטות הסיעודיות יהיה גדול ממספר המיטות האקוטיות. אותן מחלקות סיעודיות גם מעניקות טיפול יום לקשישים הממשיכים להתגורר בבתיהם. שירותי טיפול יום נמצאים בעלייה בהתאם למדיניות הממשלתית לשמור על אוכלוסייה זו ולטפל בה בקהילה ככל שניתן. הרוב המכריע של ההוצאות בגין טיפול במחלקות הסיעודיות מכוסה בביטוח להוצאות מיוחדות. החולים משתתפים בהוצאות דיור ואוכל. גובה ההשתתפות העצמית נקבע על בסיס ההכנסות של המטופל או משפחתו או שניהם גם יחד.

מערכת זו אינה מושלמת. למרות הגידול המרשים במספר המיטות הסיעודיות בדור האחרון, ההיצע טרם הרביק את הביקוש ועדיין יש תורים. לפיכך, המועמדים לאשפוז סיעודי מוערכים על-פי צורכי הבריאות והתפקוד שלהם והמקרים היותר קשים מקבלים עדיפות (Maarse, 1997, pp. 146-147). כמורכב, מושם דגש בפיתוח

עד לאחרונה היתה המדיניות של הספקת טיפול סיעודי לאוכלוסייה הקשישה בגרמניה דומה מאוד לזו הקיימת היום בישראל. כעיקרון, הטיפול בתלות נחשב סיכון פרטי. במידה שהצורך בטיפול סיעודי הכניס את המשפחה למצוקה כלכלית, היא היתה זכאית לסיוע (בהתאם למבחן הכנסות) במסגרת עזרה סוציאלית הניתנת מטעם משרדי הבריאות או הרווחה. עזרה זו כללה השתתפות כספית בעזרה סיעודית ביתית (מטפלי-בית) וביקורי אחיות בביתו של הקשיש ובהתאם להערכת תפקודו של הקשיש, השתתפות באשפוז סיעודי. קיימות הטבות מס בגין ההוצאות עבור טיפול סיעודי, כיסוי מוגדר במסגרת ביטוחים לאובדן כושר עבודה, נכות וביטוח סנסיוני (Schulte, 1996, p. 161).

למרות כל הסידורים הללו, לא היתה בגרמניה, עד שנת 1995, הגנה סוציאלית מקיפה מפני הסיכון של הצורך בטיפול סיעודי. במשך 10 שנים התקיים בגרמניה יכוח ציבורי סביב נושא זה ומעצבי המדיניות הציבורית ראו לפנייהם כאופציות שלושה מודלים חלופיים:

(1) פתרון השוק (The Market Solution), המחייב כל אזרח מעבר לגיל מסוים לבטח את עצמו ואת התלויים בו נגר סיכון זה באופן פרטי (כדומה למודל של ביטוח רכב פרטי חובה נגד תאונות דרכים).

(2) המודל של "תשלומי העברה" (The Transfer Model) נותן פיצוי בגין טיפול סיעודי הממומן ממסים כלליים (כדומה לתוכניות דומות של סיוע בדיוור או קצבות ילדים).

(3) המודל של ביטוח סוציאלי (The Social Insurance Model) מבוסס על הרעיון של מתן טיפול סיעודי תמורת דמי חבר שהמבוטח משלם. ביטוח זה יכול להינתן באמצעות מערכת מיוחדת שתיבנה לצורך

שירותי עזר לאוכלוסייה הקשישה והנכה המתגוררת בבית, לרבות מרכזי-עזר העובדים 24 שעות ביממה על-מנת לתת מענה לבעיות הקשישים על-פי קריאה. הקהילה המקומית מספקת ארוחות חמות לבית החולה. יש מרכזי-יום בכל קהילה. הורים המטפלים בילדים עם מחלות קשות, או בני משפחה המטפלים בחולים סופניים, זכאים לפיצוי בגין אובדן הכנסות. לאחרונה צורף שיקום גריאטרי למערכת בתי-החולים הציבוריים. בדגמיק לא קיימות כלל תוכניות ביטוח סיעודי משלים, משום שכל השירותים בתחום זה הם ציבוריים והמדינה מעניקה את מלוא השירות הדרוש לכל האוכלוסייה הנזקקת (Krasnick and Vallgarda, 1997, p.39).

3. גרמניה

לנעשה בגרמניה יש רלוונטיות מיוחדת עבורנו בישראל. יש דמיון רב בין מערכת הבריאות בגרמניה למערכת שלנו. מערכת הבריאות בגרמניה היא מערכת של ביטוח בריאות סוציאלי, הפועלת במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. דמי החבר לביטוח הסוציאלי הם אחוז מהכנסותיו של המבוטח והאחריות להספקת השירותים מוטלת על קופות חולים. אבל יש גם הבדלים בין מערכת הבריאות בגרמניה לזו הפועלת בישראל. למשל, בגרמניה הקופות ממשיכות לגבות דמי חבר בעצמן, גם במסגרת חוק ביטוח בריאות. המעבידים ממשיכים לשלם את חלקם בדמי החבר, לעומת המצב הקיים אצלנו. עם ביטול המס המקביל הוסרה מן המעביד בישראל כל האחריות לביטוח בריאות עובדיו. כמו-כן, בגרמניה האוכי-לוסייה ברמת הכנסה שמעל תקרה מסוימת אינה חייבת בביטוח חובה, אך רובה מצטרף לביטוח בריאות בקופות החולים באופן וולונטרי.

מחובתן לתת שירות בטענה שהאחריות מוטלת על הגוף האחר.

(2) מודל של "תשלומי העברה". מודל זה נשלל גם הוא לאור העובדה שהמערכת הסוציאלית אינה ערוכה לספק שירותים, אלא לתת פיצוי כספי בלבד. הנזקים במערכת כזאת יקבלו כסף ויאלצו לחפש שירותים לעצמם בלי הכלים הדרושים לבחינה נכונה. נוסף על כך, הם יאלצו לתאם בעצמם בין השירותים השונים שהם נזקקים להם.

(3) ביטוח סוציאלי. הביטוח הסוציאלי עונה בצורה הטובה ביותר על הדרישות למערכת הולמת של מתן שירותים לאחוז גדל והולך של אוכלוסייה הסובלת גם ממחלות רבות וגם מבעיות של תלות, מפאת אופיו. ביטוח סוציאלי מורכב משני אלמנטים חיוניים: פיזור הסיכונים, דבר המאפיין ביטוחים מכל סוג, ושוויון סוציאלי. לפיכך, דמי ביטוח סוציאליים נקבעים לא על-פי מידת הסיכון של המבוטח, אלא על-פי קריטריונים סוציאליים, בדרך כלל רמת הכנסה, המאפשרים סבסוד הדדי בקרב האוכלוסייה. התפקיד של ביטוח סוציאלי הוא להגן על המבוטח מפני מצבים של צורך אישי, כגון מחלה. מלבד זאת הוא גם מגן על המדינה מפני חובתה להעניק זכויות לאחר שהאזרח לא דאג בעצמו לפתרון נגד סיכונים. ביטוח סוציאלי מונע מצב שבו אזרחים שכן דאגו לעצמם ישאו בעומס כפול - תשלומי ביטוח עבור עצמם מצד אחד ותשלומי מסים לסיוע לאחרים שלא דאגו לעצמם מצד שני. לפיכך, ביטוח סוציאלי הוא חובה על כל האוכלוסייה, על-ימנת להקטין ככל שניתן, מימון שירותים סוציאליים בעזרת מסים כלליים. כמורכב, בעלי הכנסות גבוהות תורמים יותר מאלה המשתכרים פחות. בדרך זו, ביטוח סוציאלי חובה מבטיח

העניין, או להשתלב במערכת קיימת, כגון קופות חולים, ביטוח נכים או ביטוח סיעודי (Schulte, 1996, p. 153).

המסקנה של הדיונים שנערכו בגרמניה במהלך עשור היתה כדלקמן: "מאחר שהמעבר ממחלה אקוטית למצב של תלות הוא בדרך כלל תהליך הדרגתי הדורש אינטגרציה גמישה בין עזרה רפואית, טיפול סיעודי ושיקום ושירותים סוציאליים, רק כיסוי אינטגרטיבי של שני הסיכונים (הסיכון לתלות והסיכון להיות תלוי) תחת הגג המשותף של ביטוח בריאות (או תיאום הדוק בין ביטוח בריאות לביטוח נגד תלות) יכול להבטיח, שהמבוטח הזקוק לשניהם יקבל שירות רצוף בלי ליפול קורבן לחוסר התיאום והוויכוחים בין גופים מממנים שונים." (Schulte, 1996, p. 153).

במסגרת מסקנה זו נבחנו שלוש החלופות השונות:

(1) פתרון השוק. פתרון זה נמצא לא מתאים בשל מספר סיבות:

(א) הפרמיות בביטוח פרטי הן פרמיות אקטואריות ועל-פי רוב, הן יקרות מדי ובשל כך אין סיכוי שכל האוכלוסייה תעמוד בהן. כמורכב, קיימים קשיים רבים באכיפת הצטרפות לביטוח פרטי. נוסף על כך, ההוצאות האדמיניסטרטיביות בחלופה זו גבוהות מאוד.

(ב) מאחר שהמעבר ממחלה אקוטית למצב של תלות הוא הדרגתי, רוב האוכלוסייה תחלויה צורכת, בדרגות, שירותי רפואה ושירותים תומכים. אין היגיון ביצירת מערכת המנתקת באופן מובנה בין הגורמים המספקים את שני סוגי השירות.

(ג) אין אחריות כוללת למבוטח והוא עלול ליפול "בין הכיסאות"; דהיינו, בין קופות החולים לחברות הביטוח ששתיהן יתנערו

כל, כפי שהיו עושים אילו המשיך הנזקק להתגורר בביתו.

גובה דמי החבר הוא 1.7% מהכנסותיו של המבוטח. התוכנית החדשה מיועדת לתת פתרון הולם לרוב האוכלוסייה. האוכלוסייה הנתונה במצוקה שאינה יכולה לעמוד בהוצאות ריור ואוכל (בבית או באשפת סיעודי) ממשיכה להיות זכאית להטבה סוציאלית נוספת במסגרת שירותי הרווחה של המדינה (Schulte, 1996, pp. 161-163).

הביטוח הסוציאלי החדש בגרמניה יושם בשני שלבים. הטיפול הביתי הופעל כבר ב-1995 והשתתפות בטיפול במוסדות הופעלה ב-1996.

למרות השוני ביניהן יש לשלוש המערכות במדינות שתוארו לעיל מספר פרמטרים משותפים:

כפי שניתן לראות מן ההשוואה שכלוח מס' 1, בשלוש המדינות הנסקרות כאן פועלות מערכות המשלבות את הטיפול בחולי ואת הטיפול בתלות, וגם את הטיפול המוסדי ואת הטיפול בקהילה, תחת קורת גג אחת עם מימון ייעודי ומוגדר לשניהם. בדרך זו הצליחו מדינות אלה להתגבר על הפרגמנטציה בטיפול באוכלוסייה התלויה וגם לתגבר את השירותים הניתנים לאוכלוסייה הקשישה הגדלה והולכת.

ניתוח האופציות בישראל

על בסיס הניסיון של המדינות שהוזכרו, מהן האופציות העומדות בפנינו בישראל ומהי הדרך האופטימלית המתאימה ביותר למערכת שלנו? מסקירת הניסיון במדינות האחרות עולה, שאין פתרון אחיד ואידיאלי אחד, מאחר שהפתרון בכל מדינה חייב להיות "תפור" למצב הספציפי הקיים באותה מדינה, ובמיוחד למערכות שכבר פועלות בה.

שותפות בסיכון וסכסוד הרדי (Schulte, 1996, pp. 155-157).

לפיכך החליטה גרמניה ב-1995 להנהיג ביטוח סוציאלי נוסף, המנוהל והנמצא בשליטתן של קופות החולים. ביטוח סוציאלי זה הוא חובה על כל האוכלוסייה ללא התחשבות בגובה הכנסותיו של האזרח. אזרח שאינו חייב בביטוח בריאות חובה יכול להשתחרר מחובה זו רק אם יוכיח שהוא מבוטח בביטוח סיעודי פרטי המעניק זכויות שוות לאלה הניתנות מטעם ביטוח סוציאלי חובה.

הספקת השירותים במסגרת ביטוח סוציאלי זה נעשית בהתאם לשני עקרונות עיקריים:

(1) "מניעה ושיקום לפני טיפול סיעודי" - דהיינו, יש להשקיע כל מאמץ למנוע או להקטין את הצורך בטיפול סיעודי בעזרת שירותים מונעים ושירותי שיקום.

(2) "טיפול-ביתי עדיף על טיפול מוסדי" - לפיכך יש לחזק את השירותים בקהילה ושירותים הניתנים בביתו של הנזקק על-מנת למנוע, ככל שניתן, אשפוז סיעודי.

זכאות לשירותים במסגרת הביטוח הסוציאלי החדש נקבעת על בסיס רמת התפקוד של הנזקק בפעולות היומיומיות. הנזקקים מחולקים לשלוש קבוצות על-פי שכיחות ומידת הצורך בעזרה. הביטוח מעניק פיצוי כספי בגין טיפול סיעודי בהתאם לרמת התפקוד של הנזקק והשלמה באמצעות עזרה אישית ושירותי אחות שנותנות קופות החולים.

במידה שלא ניתן להחזיק את הנזקק בביתו, הוא זכאי להשתתפות באשפוז סיעודי של עד 2,800 מארק לחודש, ובמקרים מיוחדים עד 3,300 מארק לחודש. הנזקק או משפחתו נושאים בהוצאות הדיור והא-

לוח מס' 1. השוואה בין המערכות בהולנד, בדנמרק ובגרמניה על-פי פרמטרים נבחרים

פרמטרים	הולנד	דנמרק	גרמניה
אינטגרציה לטיפול בכעיות חולי וכעיות תלוח	קופות החולים או גופים מבטחים הנותנים את הביטוח הרפואי "הרגיל" אחראיים גם גם למתן שירותים מיוחדים, לרבות טיפול סיעודי, למבוטחיהם	העיריות אחראיות למתן שירותי בריאות ורווחה, לרבות שירותי סיעוד	קופות החולים האחראיות לביטוח בריאות, האחראיות גם לביטוח הסוציאלי לשירותי סיעוד
גישה שווה לכל האוכלוסייה הנוקטת על-פי מבחן תפקוד, ללא קשר למצבה הכלכלי	כל האוכלוסייה מבוטחת בביטוח להוצאות מיוחדות וזכאית לשירותים הנכללים בו. רק השתתפות עצמית באשפוז סיעודי נקבעת על-פי יכולת המשפחה לשלם	כל האוכלוסייה זכאית לשירותי סיעוד - הן מוסדי והן בקהילה	כל האוכלוסייה מבוטחת בביטוח סיעוד וזכאית לשירותים על-פי רמת תפקוד החולה בפעולות היומיומיות
עדיפות לשירות בקהילה	מדיניות מוצהרת ומופעלת בעזרת חיזוק ופיתוח שירותי טיפול יום	מדיניות מוצהרת וכיטוי בפועל ביחס בין מספר האחיות למטפלים בבית החולה לאוכלוסייה הקשישה וגם שירותים תומכים אחרים בקהילה	מדיניות מוצהרת והן מופעלת. מתן טיפול סיעודי ביתי נבחן תמיד כעדיפות ראשונה. כמור כן ניתנת השלמת שירותים באמצעות קופות החולים להחזקת החולה בקהילה ועל-מנת למנוע אשפוז סיעודי
תמריץ להחזקת המטופל בקהילה	כן. אותו גוף אחראי למימון השירותים המוסדיים והשירותים הקהילתיים	כן. אותו גוף אחראי למימון השירותים הן בקהילה והן במוסדות	כן. קופות החולים מממנות את כלל השירותים הן במוסדות והן בקהילה
מימון מוגדר לשירותי סיעוד	כן. במסגרת הביטוח הסוציאלי להוצאות מיוחדות. האוכלוסייה משלמת דמי ביטוח נפרדים על-פי גובה ההכנסות של האזרח או המבוטח	כן. במסגרת המסים המקומיים שהעיריות רשאיות לגבות (וגם להעלות) מכל תושביהן	כן. במסגרת הביטוח הסוציאלי לביטוח סיעוד. דמי חבר בגובה של 1.7% מהכנסות כל אזרח או מבוטח
כתובת אחת לחיאום ומימון כל השירותים	כן. קופות חולים ומבטחים פרטיים הנותנים ביטוח רפואי בסיסי	כן. העיריות	כן. קופות החולים

ביטוח מסחריות (חלופה א') וקופות החרו- לים (חלופה ב'), המציעות ביטוח זה באמצעות תאגיד נלווה או הסכמים קולקטיביים עם חברות ביטוח. תוצאות הסקר של מכון ברוקדייל מראות, שביטוח הסיעוד שקופות החולים מציעות הוא המבוקש ביותר. קרוב למחצית האוכלוסייה מבוטחת בתוכניות הקופות, לעומת 4% בלבד המבוטחות בתוכניות של חברות הביטוח. הסיבות לכך עולות מן המחקר שעשו גרוס וברמלי (1997). קופות החולים הן ארגונים ללא מטרת רווח, הן מנוסות בהספקת שירותי בריאות, אם בעצמן ואם באמצעות הסכמים עם ספקי שירותים ויש להן גישה נוחה וישירה למבוטחיהן. העלויות הריאליות שלהן נמוכות ומשום כך הן מצליחות להעניק ביטוח עם זכויות רחבות, פרמיות נמוכות, הוצאות שיווק מינימליות ומינימום הגבלות בעת הצטרפות החבר לתוכנית הביטוח. דבר זה נכון הן לגבי קופות החולים שיש להן הסכמים קולק- טיביים עם חברות הביטוח, והן לגבי קופות המציעות ביטוח זה באמצעות תאגידים נלווים. יתרון הקופות המציעות ביטוח זה באמצעות תאגידים נלווים הוא, שהביטוח ניתן לכל החיים ואינו מוגבל בשנים כמו בהסכמי ביטוח.

חברות הביטוח המסחריות הן חברות למטרות רווח, המפעילות חיתום קפדני בעת הצטרפותו של המבוטח (כגון: גיל, מצב בריאות וכו') והביטוח ניתן באמצעות "הסכם ביטוח" לתקופות קצרות יחסית. במצב הנור- כחי, ביטוח זה, הן בחברות הביטוח והן בקופות החולים, הוא וולונטרי ונרכש לפי רצונו ויכולתו של המבוטח. במידה שיוחלט לחייב את כלל האוכלוסייה לבטח עצמה בביטוח הסיעודי, קשה לראות כיצד ניתן לאכוף חובה זו בחברות הביטוח המסחריות. לעומת זאת, ביטוח סייעודי חובה בקופות

לדוגמה, הפתרון בדנמרק מתאים למערכת ממשלתית מבחורת, אך פתרון זה אינו מתאים למדינות כמו גרמניה והולנד, שבהן פועלת מערכת של ביטוח סוציאלי באמצעות קופות החולים. מה שניתן ללמוד מדנמרק הוא כיצד מיישמים החלטת מדיניות להעדיף טיפול בקהילה על-פני טיפול מוסדי. לעומת זאת, הפתרונות בהולנד ובגרמניה דומים למדי: בכל אחת מהן הוקם ביטוח סוציאלי נוסף ומיוחד לשירותי סיעוד בניהולן ובשליטתן של קופות החולים.

כפי שהוזכר כבר קודם, היום, האוכלוסייה הקשישה התלויה בארץ עשויה לקבל שירותים מארבעה גורמים שונים: שירותי בריאות (כולל רפואה קהילתית, אשפוז כללי, אשפוז סייעודי מורכב, שיקום וטיפול-בית רפואי) מקופות החולים; שירותים אישיים בבית (מטפלות-בית או עובדים זרים) מן המוסד לביטוח לאומי או ממשד העבודה והרווחה או משניהם; אשפוז סייעודי ממשד הבריאות ושירותי רווחה ואחרים בקהילה בעזרת משרד העבודה והרווחה.

מהו המודל המתאים ביותר למתן שירותים בישראל - פתרון השוק, מודל "תשלומי העברה" או המודל של ביטוח סוציאלי? ומי מבין המוסדות שכבר מעורבים במתן שירותים לאוכלוסייה הקשישה הוא המתאים ביותר לריכוז הטיפול הסייעודי?

לפי סקירה על הנעשה במדינות אחרות ובהתחשב בחלוקת התפקידים בטיפול בקשישים בין הגורמים השונים הקיימים כבר בארץ נראה, שניתן לשקול שבע חלופות שונות:

חלופות א ו-ב: פתרון השוק. בחלופות אלה תקנה האוכלוסייה ביטוח סייעודי באופן וולונטרי או מתוך חובה, כדי לכסות את הסיכון של "תלות". בעת כתיבת מאמר זה, ניתן לרכוש ביטוח סייעודי באופן וולונטרי משני גורמים עיקריים: חברות

(1) הנזק או משפחתו זוכים לקבל סכום כסף חודשי ואין דרך להבטיח שאכן ישמש לרכישת שירותים סיעודיים.

(2) במידה שאכן ישתמשו בכספים לקניית שירותי סיעוד, יהיה עליהם לבחור בעצמם בספק השירות ללא כלים מספיקים להערכת רמת השירות שלו.

(3) הטיפול הסיעודי יהיה מנותק לחלוטין מרצף השירותים הרפואיים והסוציאליים האחרים שהמטופל נזקק להם.

חלופות ד', ה', ו', ז': ביטוח סוציאלי באמצעות אחד הגופים המפורטים להלן: משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה או קופות החולים.

מהות הביטוח הסוציאלי כבר הוסבר באריכות כמאמר זה. זו הדרך שבחרה מדינת ישראל ללכת בה בתחום הבריאות הציבורית עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כמו־כך, כל ההטבות של הביטוח הלאומי ניתנות במסגרת ביטוח סוציאלי, לרבות ההטבה לטיפול סיעודי ביתי. היתרון של מתן ביטוח סיעודי כביטוח סוציאלי הוא ברור. ביטוח סיעודי, כמו ביטוח בריאות, יהפוך להיות זכות שהמדינה מבטיחה לתורשביה והוא מעוגן בחקיקה עם מקור מימון מוגדר ועם זכויות מוגדרות. ביטוח זה יכול להיות מנוהל, באופן תיאורטי, בידי כל גוף ציבורי עם זיקה לנושא - דהיינו משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה, המוסד לביטוח לאומי או קופות החולים.

נראה, שקיים קונצנזוס ציבורי שתפקידי משרדי הממשלה הם לקבוע מדיניות ולהפעיל תכנון, פיקוח ובקרה ורצוי - ולו רק כדי למנוע ניגוד אינטרסים - שלא הם יהיו ספקי השירותים ואף לא האחראים באופן ישיר להספקת השירותים באמצעות הסכמים עם

החולים ניתן לאכיפה בקלות. היתרון העיקרי לביטוח סיעודי בחברות הביטוח הוא ההסתברות שלו, בעוד שבביטוח של הקופות קיימת בעיה של רצף הביטוח במידה שהמבוטח בוחר לעבור לקופת חולים אחרת. נוסף על כך, לחברות ביטוח יש רזרבות אקטואריות איתנות יותר, למרות שבפועל, הביטוחים שהן משווקות מבוטחים כביטוח משנה. כמובן שניתן לדרוש באותה מידה גם מקופות החולים לדאוג לביטוח משנה. בעקבות הסיבות שפורטו לעיל, התפקיד המתאים ביותר לחברות הביטוח המסחריות בתחום זה הוא ביטוח מרצון שבא להשלים איזה שהוא סל ציבורי - "ביטוח לוקסוס" המיועד לאוכלוסייה האמידה. ככל שרואים בביטוח הסיעודי חובה ציבורית שחייבת להיות נגישה לכלל האוכלוסייה, כך מתאים יותר להטילו על איזה שהוא גוף ציבורי.

חלופה ג': מודל "תשלומי העברה". כמודל זה תהיה "קצבת סיעוד" ברומה לקצבות דומות אחרות היום, כגון: קצבת ילדים, קצבת זקנה וכדומה. באופן עקרוני ניתן לממן קצבה זו ממסים כלליים ולהטיל את האחריות על כל משרד ממשלתי. על-פי הנהוג היום בארץ בתחומים אחרים, טבעי יהיה להטיל תפקיד זה על המוסד לביטוח לאומי, דבר שיהיה כרוך קרוב לוודאי בהעלאת דמי הביטוח הלאומי שמשלמים האזרח העצמאי, העובדים השכירים ומעבידיהם. ניתן, כמובן, להעניק קצבה זו לכל האוכלוסייה מעל גיל ידוע, או רק לנזקקים על-פי הערכת תפקוד וניתן גם להתנות אותו במבחן כלכלי, או להעניקה לכל האוכלוסייה הנזקקת בלי להתחשב במצבה הכלכלי. הנזקק יהיה חופשי לבחור בספק השירות הסיעודי בין בקהילה בין במסגרת מוסדית.

החסרונות העיקריים של מודל זה הם:

על-פי קריטריונים נוספים שהם חשובים לקובעי המדיניות בישראל:

(1) שילוב ואיחוד כל רצף השירותים שהאוכלוסייה התלויה נזקקת לו: כפי שהוזכר כבר, המעבר בין מחלה אקוטית למצב של תלות הוא הדרגתי ואוכלוסייה זו נזקקת לעתים קרובות בור-זמנית לשירותי רפואה וטיפול בתלות. תיאום ורצף בין השירותים השונים מקל על הנזקקים ועשוי גם להבטיח קבלת שירות מתאים ברמה ההולמת את מצבם המשתנה במהלך הזמן. מאחר שקופות החולים אחראיות במדינת ישראל על הטיפול בחולי, יש להן יתרון מובהק על-פי קריטריון זה.

(2) מתן עדיפות לטיפול בקהילה: כלל זה הוא כמעט בחזקת אקסיומה בארצות המערב. בכל מדינות אירופה שנסקרו וגם בארצות-הברית ובקנדה, אין ויכוח על כך, שעדיף להחזיק את הקשיש התלוי בסביבתו הטבעית בקהילה - הן מבחינת איכות החיים והן מן הבחינה הכלכלית. לחברות ביטוח מסחריות אין שום אינטרס, ואף אין להן יכולת, לקבוע את מסגרת הטיפול. הביטוח המסחרי נותן שיפוי או פיצוי על-פי הסכם הביטוח. כמורכב, אין במודל "תשלומי העברה", הנותן קצבה סיעודית, דרך לעודד מתן טיפול במסגרת זו או אחרת. לכאורה, משרדי הממשלה והמוסד לביטוח לאומי, במסגרת ביטוח סיעודי סוציאלי, יכולים לקבוע קריטריונים למתן אשפוז סיעודי המתנים את הזכות במיצוי כל פתרון אפשרי אחר במסגרת הקהילה. קופות החולים, המנהלות באופן פעיל את הטיפול הניתן למבוטחיהן, מסוגלות לדאוג, באופן ישיר, למתן עדיפות לשירות בקהילה ואף עושות זאת כבר היום.

(3) תמריץ להבטחת מספר

ספקים אחרים. מכאן, שמתן ביטוח סוציאלי בגין שירותי סיעוד מטעם משרד הבריאות או משרד העבודה והרווחה אינו נראה פתרון מועדף. לפיכך, החלופות הרציניות ביותר במודל זה הן מתן ביטוח סיעודי סוציאלי באמצעות המוסד לביטוח לאומי, שכבר אחראי למימון ביטוח סיעודי ביתי (אמנם, על-פי מבחן כלכלי). לפי החלופה של הביטוח הלאומי, ניתן להרחיב את חוק ביטוח סיעוד הקיים כך שיכלול גם אשפוז סיעודי, להוריד את המבחן הכלכלי ולהעניק זכויות לכל האוכלוסייה הנזקקת על-פי הערכת תפקוד בלבד, תוך הגדרת רמת ההשתתפות של הביטוח על-פי רמת התפקוד. באותה מידה, ניתן להטיל אחריות זו על קופות החולים. אשפוז סיעודי כבר מופיע בתוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכוונת המחוקק היתה ממילא להעביר אחריות זו ממשרד הבריאות לקופות החולים.

ניתן בקלות יחסית להוסיף לזה את הטיפול הסיעודי הביתי ולהעביר את כספי הביטוח הלאומי בגין זכויות אלה לקופות החולים. ברור מאליו, שאם מדובר על זכאות לכלל האוכלוסייה הנזקקת (ללא מבחן כלכלי), יידרשו מקורות מימון מעבר לאלה הקיימים היום למימון אשפוז סיעודי הניתן מטעם משרד הבריאות וגם למימון הטיפול הסיעודי הביתי הניתן באמצעות המוסד לביטוח לאומי.

החלופות האלה נבדלות זו מזו הן מבחינת התפיסה החברתית של הביטוח הסיעודי והן מבחינת התמריצים השונים לפיתוח ומתן שירותים סיעודיים לאוכלוסייה הנזקקת. ניתן לבחון, בצורה שיטתית, את היתרונות והחסרונות של כל חלופה לפי קריטריונים העולים מסקירת המערכות הפועלות במדינות אחרות שבחלק הראשון של מאמר זה, וגם

לשירותים, בתוספת מרכיב רווח לחברה המבטחת. לפיכך, הגישה של קבוצות אוכלוסייה שיהיו שונות תהיה שונה. בעלי הכנסות נמוכות יתקשו לרכוש ביטוח, שכן הפרמיות יהיו גבוהות יחסית. לחלופה של ביטוח סיעוד באמצעות קופות החולים (במסגרת תוכניות לשירותים נוספים) יש יתרון בתחום זה, אך כל עוד שהביטוח הוא וולונטרי, גם פתרון זה אינו מושלם. ביטוח חובה באמצעות קופות החולים יכול להבטיח שוויון בנגישות לביטוח. מודל "תשלומי העברה", שבמסגרתו תינתן "קצבת סיעוד", יהיה שוויוני כל עוד ההקצבה אינה מותנית במבחן כלכלי, אלא במבחן תפקוד בלבד. יש להניח, שכל חלופה במסגרת המודל של הביטוח הסוציאלי תהיה, על-פי ההגדרה, שוויונית.

(6) שוויון ברמת השירות: בכל מערכת בריאות שקיימת בה אפשרות לרכוש ביטוח פרטי, קיים מצב שבו בעלי הכנסה גבוהה יכולים לקבל שירות ברמה גבוהה יותר במסגרות פרטיות. לפיכך, מתן ביטוח סיעוד באמצעות חברות ביטוח מסחריות יאפשר גישה לשירותי סיעוד ברמה גבוהה רק לאוכלוסייה שביכולתה להרשות לעצמה לרכוש את הביטוח. מתן ביטוח סיעוד "פרטי" באמצעות קופות החולים ירחיב את יכולת הרכישה בין שהקופה נותנת את הביטוח בעצמה, באמצעות תאגיד נלווה, ובין באמצעות הסכם קולקטיבי עבור חבריה עם חברת ביטוח תוך שמירה על זכויות רחבות יחסית תמורת פרמיות נמוכות. למודל "תשלומי העברה" לא תהיה השפעה על רמת השירות. כל חלופה במסגרת הביטוח הסוציאלי עשויה להביא, במידת מה, לשוויון ברמת השירות בדרך של מתן זכויות שוות לאותם שירותים על-פי מבחן אובייקטיבי, כגון מבחן תפקוד. כבר היום, למוסד לביטוח לאומי יש קריטריונים להכרה

מספיק של ספקי שירותים: כל החלופות עשויות לעודד היצע לשירותי סיעוד באמצעות הזרמת כספים נוספים לתוך המערכת. היינו עדים לתופעה זו עם הנהגת חוק ביטוח סיעוד, שבעקבותיו התפתח שוק של חברות סיעוד רבות המתחרות זו בזו במכירת שירותי מטפלים ביתיים לביטוח הלאומי.

(4) כתובת אחת לתיאום ומימון כל השירותים: על-מנת שנוקקי השירות לא יפלו קורבן לוויכוחים בין גופים מממנים שונים. נושא זה קשור במידה רבה לקריטריון הראשון - "שילוב ואיחוד כל רצף השירותים". היום, בישראל, כפי שצוין קודם, אין כתובת אחת ואכן, קשישים תלויים נשארים לעתים קרובות בבתי-חולים כלליים על חשבון קופות החולים בהמתנה ל"קודים" עבור אשפוז סיעודי ממוסד הבריאות או בעקבות תהליך לאישור זכאותם לעזרה סיעודית מטעם המוסד לביטוח לאומי. ריכוז האשפוז הסיעודי והטיפול הסיעודי במוסד לביטוח לאומי יביא ליצירת כתובת אחת לטיפול בתלות, אך הנזקקים עלולים ליפול "בין הכיסאות", בין קופות החולים ובין המוסד לביטוח לאומי במסגרת הצורך בטיפול בויזמנית במחלה אקוטית ובטיפול בתלות. לפיכך, כל עוד קופות החולים אחראיות על-פי חוק למתן שירותי בריאות ושירותים רפואיים. רק הטלת האחריות לטיפול הסיעודי עליהן יכול להבטיח כתובת אחת לתיאום ומימון השירותים הרפואיים והטיפול בתלות.

(5) שוויון בנגישות הביטוח: בחלופת השוק באמצעות חברות ביטוח מסחריות יהיה היצע הביטוחים לפי עקרונות הביטוח בלבד. לפי עקרונות אלה, גובה הפרמיה מותנה במצב הבריאות ובסיכון של כל פרט ופרט להזדקק

בחלופה של ביטוח סיעודי באמצעות חברות ביטוח והיא גם אינה קיימת באף אחת מן החלופות האחרות.

(9) אינטגרציה בין יוזמות מקומיות ותוכניות מרכזיות: היום פועלים שירותים תומכים בקהילה באחריות רשויות מקומיות ויש לקוות שמספרם יגדל ככל שתלך ותגדל האוכ-לוסייה הנזקקת. תפקיד חשוב של הגוף האחראי למתן טיפול סיעודי יהיה לתאם את שירותיו ואף לשלבם עם שירותים שכבר פועלים בקהילה ברמה המקומית. ככל שהגוף האחראי מבוזר יותר, ולרשותו של חות מקומיות פעילות בכל רחבי הארץ, כך ניתן יהיה לתגבר את השילוב והאינטגרציה של השירותים הרלוונטיים ברמה המקומית. למרות שקיימת פריסה ארצית של לשכות משרדי הבריאות והעבודה והרווחה וגם של סניפי המוסד לביטוח לאומי, פריסתן אינה דומה לפריסת הסניפים והמרפאות של קופות החולים. לפיכך, קיים יתרון, גם על-פי קריטריון זה, לקופות החולים.

10. פיקוח ציבורי: כל החלופות נמצאות תחת פיקוח ציבורי כלשהו - למרות שהפיקוח הציבורי על חברות הביטוח מוגבל להוגנות הפוליסות ויכולתן הכלכלית להבטיח את אותן פוליסות הביטוח. בשאר החלופות, הגופים הם כולם גופים ציבוריים גרידא הפועלים, על-פי ההגדרה, בפיקוח ציבורי.

בחינת שבע החלופות לפי הקריטריונים שהוצגו לעיל מראה שלכל אחת יש יתרונות ותסרוונות. היתרונות והתסרוונות היחסיים של כל חלופה מסוכמים בלוח מס' 2:

בחברת סיעוד כמוכרת וראויה לתת שירות במסגרת חוק ביטוח סיעוד. כמו-כן, קופות החולים מתנות את ההסכמים שלהן עם ספקי שירותים מכל סוג בעמידה בקריטריונים של איכות מקצועית, יעילות, זמינות ונגישות.

(7) עלות ריאלית: העלות הריאלית של כל הביטוח כולו תהיה מושפעת מיכולת האחראי על השירות לנהל את הטיפול בנזקק ולתאם את כל רצף השירותים שהוא נזקק להם, כדי שהנזקק יקבל את רמת השירות המתאימה ביותר למצבו. דהיינו, אדם הזקוק לאשפוז סיעודי לא ישהה שהייה ארוכה ולא מוצדקת בבית-חולים כללי, אם ניתן יהיה להעביר אותו ביעילות לאשפוז סיעודי. כמו-כן, אדם שיכול להשתחרר לקהילה לא יישאר באשפוז אקוטי או סיעודי, אם ניתן לארגן את השירותים התומכים בביתו בצורה יעילה. העלות ליחידת שירות, בין שמדובר בשירות מוסדי ובין בשירות קהילתי כלשהו, היא פונקציה של יכולת האחראי למתן השירות לנהל משא-ומתן כקונה גדול ולהשיג את המחירים הנוחים ביותר עבור השירות המקיף ביותר. על-פי הגדרה זו, לקופות החולים, במסגרת הביטוח הסוציאלי, יש יתרון על החלופות האחרות ובמיוחד אם הן תהיינה חייבות לתת את השירות בפועל.

(8) הגבלת המעבר מקופה לקופה: בחלופה ב' במסגרת פתרון השוק, לפיה קופות החולים רשאיות לתת ביטוח סיעודי, ובעיקר באופן וולונטרי במסגרת תוכניותיהן להספקת שירותים נוספים, תהיה בעיה של רצף הביטוח הסיעודי במידה שהחבר יבחר לעבור מקופתו לקופה אחרת. סכנה זו אינה קיימת

לוח מס' 2. היתרונות והחסרונות של שבע החלופות לפי הקריטריונים שהוצגו במאמר

פתרון השוק		תשלומי העברה		ביטוח סוציאלי	
חברות ביטוח	קופות חולים	משרד הבריאות	משרד לאומי ביטוח	משרד העבודה והרווחה	קופות החולים
-	-+	-	-	-	-+
-	+	-	-+	-+	+
+	+	+	+	+	+
-	+	-	-	-	+
-	-+	+	+	+	+
-	+	-	-+	-+	+
-	+	+	-+	-+	+
+	-	+	+	+	+
-	+	-	+	+	+
-+	+	+	+	+	+

1. שילוב ואיחוד כל רצף השירותים
2. מתן עדיפות לטיפול בקהילה
3. תמריץ לספקי שירותים
4. כתובת אחת לתיאום ומימון כל השירותים
5. שוויון בנגישות הביטוח
6. שוויון ברמת השירות
7. עלות ריאלית
8. אי הגבלת מעבר בין הקופות
9. אינטגרציה בין יוזמות מקומיות ותוכניות מרכזיות
10. פיקוח ציבורי

- השפעה שלילית בקריטריון.
+ השפעה חיובית בקריטריון.

סיכום

ניתן לסכם ולומר, שעל-פי מה שנאמר כאן, הפתרון המועדף הוא הפתרון של ביטוח סוציאלי באמצעות קופות החולים:

- קופות החולים כבר נושאות באחריות למתן שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה (לרבות האוכלוסייה הנזקקת לטיפול סיעודי) על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

- במסגרת קופות החולים תהיה לאוכלוסייה הקשישה והתלויה כתובת אחת - הן לצרכים הרפואיים ולצורכי הבריאות שלה והן לשירותי הסיעוד, אם בבית ואם במוסד לאשפוז סיעודי.

- לקופות החולים יש הניסיון הרב ביותר בניהול הסכמים עם ספקי שירותים, כך שהן יוכלו לספק את שירותי הסיעוד באמצעות ספקים מועדפים העונים על קריטריונים של איכות ויעילות.

- מאחר שהקופות תדאגנה לשירותים אלה

לכלל המבוטחים שלהן, יהיה להן יתרון לגודל בניהול משא-ומתן על המחירים בגין שירותי סיעוד, דבר שיבטיח מתן שירות איכותי בעלות נמוכה יותר.

- לקופות החולים תהיה יכולת תמרון בין אשפוז אקוטי בבתי-חולים כלליים, אשפוז סיעודי וטיפול סיעודי בבית, יכולת תמרון שתאפשר להן למצוא את הפתרון ההולם לכל נזקק ולמנוע בדרך זו אשפוזים אקוטיים לא מוצדקים.

- כל קופות החולים מבוזרות, עם סניפים מקומיים בכל הארץ. לפיכך, הן תוכלנה להביא לאינטגרציה בין שירותיהן ובין שירותים מקומיים.

היום, בהעדר ביטוח סיעודי סוציאלי מוסדר, הקופות נאלצות ממילא לתת חלק משירותי הסיעוד, גם אם אלה אינם נכללים בסל השירותים שהן מחויבות לו על-פי החוק. הקופות אינן יכולות להתנער מאחר-י-י-ותן הכוללנית כלפי חבריהן. קופת חולים לא תשליך לרחוב קשיש שאפשר לשחררו מבית-החולים בטרם קיבל "קוד" לאשפוז סיעודי

על מצוקה תקציבית של המשרד בתחום זה. הענקת בלעדיות למתן ביטוח סיעודי לחברות ביטוח מסחריות (כפי שנעשה בחוק ההסדרים 1998) מגביל ביטוח זה לאוכלוסייה העשירה. לפיכך, חובה על המדינה, כבר היום, לקיים דיון רציני ולמצוא פתרון הולם לכל האוכלוסייה, שיאפשר לקשישי ישראל לחיות את שנותיהם האחרונות במירב הכבוד ובאיכות החיים הטובה ביותר.

או אם טרם הוכר כזכאי לעזרה סיעודית בבית. ההוצאות בגין שירותים אלה תורמות היום להעמקת גירעונן של קופות החולים. על-פי התחזית של גידול האוכלוסייה הקשישה התלויה, בעיות אלה רק תחרפנה במהלך הזמן. התוכנית לעזרה סיעודית ביתית של המוסד לביטוח לאומי נמצאת בגירעון, והמתנה ל"קודים" ממשרד הבריאות לאשפוז סיעודי בכל שנה, גם היא מעידה

ביבליוגרפיה

- בר גיורא, מ', כרם, ב' (1996), שירותים חברתיים לזקנים בישראל, ירושלים: משרד העבודה והרווחה, נובמבר. גרוס, ר', ברמלי, ש' (1997), "חלופות לארגון שוק ביטוחי בריאות המשלים והמסחרי בישראל בעקבות יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי", ביטחון סוציאלי, 50: 40-58.
- גרוס, ר', ברמלי, ש' (עומד להתפרסם), המורות בביטוח הבריאות בישראל, 1998-1995, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- משרד הבריאות (1997), "הפרמטרים להכנון ואישור תוספת מיטוח גריאטריות" (מסמך פנימי), ירושלים: משרד הבריאות, משרד יועץ מנכ"ל ויו"ר הוועדה הבין-מוסדית, פברואר.
- ג'וינט מכון ברוקדייל (1998), "הקשישים בישראל: עובדות ומספרים", ירושלים.
- ועדה החקירה הממלכתית לבדיקת תסקודה ויצילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דין וחשבון, כרך א: דעת הרוב, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- משרד מבקר המדינה (1998), דו"ח מס' 48, לשנת 1998, ירושלים: משרד מבקר המדינה.
- המוסד לביטוח לאומי (1996), סקירה שנתית, 1995/6, ירושלים.
- משרד הבריאות (1998), תקציב משרד הבריאות לשנת 1998, ירושלים.
- Abel-Smith B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M. and Elias, M. (1995), *Choices in Policy. An Agenda for the European Union*, London, England:
- Butler, R., (1997), "Population aging and health", *British Medical Journal*, 315 (October): 1082- 1084.
- Haakansson, S. and Nording, S. (1997), "The health system of Sweden", in: M.W. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, PA.: University Park.
- Hermesse, J. (1994), "The Netherlands", in: *Health Finance Systems Today: Structures and Trends in 12 European Countries*, Association Internationale de la Mutualité.
- Krasnick, A. and Vallgarda, S. (1997), "The health system of Denmark", in: M.W. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pa.: University Park.
- Maarse. J. (1997), "The health system of the Netherlands", in: M.W. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pa.: University Park.
- Schulte, B., (1996), "Social protection for dependence in old age: The case of Germany", in: Eisen, R. and Sloan, F. (eds.), *Long Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*.
- Van de Van, W.P.M.M., Schut, F.T. (1994), "Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market?", *Social Science Medicine*, 39 (10): 1459-1472.

כוח-אדם סיעודי בתקופה של עלייה ושל רפורמות במערכת הבריאות

מאת נורית ניראל*, מרים פריאנטה**

מבוא

ההבראה אתן. מחד גיסא, החוק הרחיב את היקף שירותי הבריאות בהבטיחו כיסוי אוניברסלי ושוויוני ובהגדירו את משך הזמן שהשירותים צריכים להינתן בו. אך מאידך גיסא, אופן יישום העברת הכספים לקופות, המחלוקת על עדכון הסל והגירעונות שהמערכת והסכמי ההבראה של הקופות עם משרד האוצר נתונות בה יצרו לחץ על קופות החולים להתייעל תוך-כדי תחרות על מתן שירותים. ההשפעה העיקרית של כל אלה על ההיצע והביקוש לכוח-אדם בתחום הבריאות נובעת מדרישות שעלולות לעמוד בסתירה: מחד גיסא, העלאת היקף השירות, רמת השירות ורמת כוח-האדם בו, ומאידך גיסא, רישה להתייעלות ולהפחתת עלויות.

מרכיב אחר של מערכת הבריאות שהיו בו תמורות, חלקן קשורות להחלתו של חוק ביטוח בריאות ואחרות שאינן קשורות לו, הוא מערכת האשפוז. יובל וברג (1997) מצביעים, בין השאר, על הרחבה של סמ-כויות הניהול והתקציב של בתי-החולים, בעיקר בתחום הניהול העצמאי של התקציב. בתי-החולים אימצו לעצמם אסטרטגיות ניהול חדשות שנתנו משקל רב יותר

מערכת הבריאות עברה בשנים האחרונות שורה של שינויים שיש להם השפעה על ההיצע והביקוש לכוח-אדם רפואי, בכלל, ולכוח-אדם סיעודי, בפרט. הראשון ביניהם הוא חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בינואר 1995. החוק מבטיח כיסוי אוניברסלי, מגדיר סל שירותים בסיסי, מקצה את כלל המקורות בין הקופות באמצעות נוסחת קפיטציה ומחייב את קופות החולים לקבל כל פונה (ברג ואחרים, 1997). נוסף על כך, יש בחוק מרכיבים שביצועם נדחה בינתיים, כגון העברת האחריות לגריאטריה ובריאות הנפש לקופות החולים. העברה זו היתה משנה את מבנה מתן השירותים בקופות והיו עשויות להיות לה השלכות גדולות על הביקוש לכוח-אדם סיעודי בתחומים אלה.

החוק קבע מסגרת תקציב קשיחה לקופות החולים שעליהן לעמוד בה ללא יכולת להגדילה. על-מנת לעמוד בתקציב שנקבע, דרש משרד האוצר מן הקופות צעדים של התייעלות והפחתת עלויות במסגרת הסכמי

* ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

** מינהל הסיעוד, משרד הבריאות, ירושלים.

על משך האשפוז של מבוטחיהן (בעיקר עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי), והן מירידה בהתערבויות כירורגיות פחות חוד-רניות, שאפשר לבצען במסגרת אשפוז יום. גידול החלק היחסי של ניתוחי יום מחזק את המציאות שבה הניתוחים המבוצעים היום בבתי-החולים הם ניתוחים מסובכים וממושכים של חולים קשים יותר, קשישים יותר ומורכבים יותר, בין השאר, בעקבות התפתחות הרפואה והטכנולוגיה. עקב כך, החולים המאושפזים היום בבתי-החולים הם יותר מורכבים ו"יותר" חולים, מבעבר.

לכל האמור לעיל יש השלכות על היצע כוח-האדם הסיעודי בבתי-החולים ועל הכי-קוש לו, הן מבחינת גודל כוח-האדם הסיעודי הנחוץ בבתי-החולים והן מבחינת התמהיל המקצועי הנכון.

לאור השינויים המנויים לעיל עומדת על הפרק גם הגדרה מחדשת של הרמות המק-צועיות של האחיות¹ לפי סוגי חולים (אקוטיים מול כרוניים ושיקומיים), ולפי מסגרות הטיפול (כתי-חולים מול הטיפול בקהילה). להגדרת רמות התפקוד יש נגיעה למבנה כוח-האדם ולתמהיל כוח-האדם הרצוי ומידת החליפיות בין אחיות מוסמ-כות ובין אחיות מעשיות, כוח-אדם בעל הכשרה טכנולוגית וכוחות עזר (מינהל הסיעוד, 1995).

אשר לצורכי כוח-האדם הסיעודי בקהילה, יש הערכה, שבעקבות החלת חוק ביטוח בריאות יטופלו בבתי-החולים בעיקר החולים האקוטיים והקריטיים, ואילו פונקציות טיפו-ליות רבות, בעיקר בתחום המחלות הכרו-ניות, יועברו לטיפול האמבולטורי ולטיפול בבית ובקהילה. ואמנם, ממצאי סקר שנערך לאתרונה בקרב מנהלי מחלקות ואחיות

להיבטים שיווקיים ועסקיים, כולל שיפור רמת כוח-האדם הרפואי, במגמה למשוך יותר חולים ולעמוד בתחרות המתפתחת בין בתי-החולים על חולים.

בין השנים 1992-1996 היתה תוספת במיטות אשפוז, אולם, הגידול במספר מיטות האשפוז לא הותאם לגידול באוכ-לוסייה ועקב כך מספר המיטות לנפש פחת במקצת (קופ, 1997, עמ' 74). במציאות שבה מספר המיטות לנפש לא גדל בהתאם לגידול באוכלוסייה, התפוסה בבתי-החולים היתה גבוהה, ובנוסף לכך, תוספת המיטות לא לוותה בהגדלת שטח המחלקות (מבקר המדינה, 1995), נוצר לחץ מצד ארגוני הרופאים והאחיות, שאף לווה בעיצומים ובשביתות, להגדיל את מספר התקנים לרופאים ולאחיות במחלקות בתי-החולים אף מעבר לגידול במספר המיטות, על-מנת להקל את העומס המוטל על כוח-אדם זה. בר-בזמן יש לזכור, שהיו תמורות בהסדרי התשלום לבתי-החולים ובשנת 1995 הוגדרה מכסה להכנסות בתי-החולים הממשלתיים ממכירת שירותי אשפוז ושירותי מרפאות לקופות החולים (capping). הסדר זה, בנוסף לתקציב המוגבל להכנסות מתשלומים עבור חולים, למאמצים להקטין עלויות ולבעיות נזילות של מזומנים (שנבעו בשנת 1995 מגביית חסר של מקורות החוק, ובתקופה מאוחרת יותר מחובות הקופות לבתי-החולים), כל אלה יצרו לחץ כלכלי על בתי-החולים ודרישה לצמצם עלויות.

במקביל, בשנים האחרונות היו שינויים בדפוסי האשפוז ובמשך האשפוז. כך, למשל, גדל החלק היחסי של ניתוחי יום והתקצר משך השהות באשפוזים רגילים. הדבר נבע הן מן המאמצים שהשקיעו הקופות בבקרה

1. לאורך כל המאמר אנו משתמשים לחלופין בביטויים "כוח-אדם סיעודי" ו"אחיות" כששניהם מתכוונים לאותו דבר. במונח "אחיות" נכללים גם אחים.

לגל העלייה יש גם השלכות על היצע כוח-האדם בבריאות. בעקבות גלי העלייה היתה קליטה רחבת היקף של עולים רבים שהם בעלי מקצועות בתחום הסיעוד, הרפואה והמקצועות הפנהרפואיים בכוח העבודה דה בתחום הבריאות (משרד הבריאות, 1996). לקליטה זו יש השלכות על התמהיל המקצועי של מקצוע הסיעוד, על היקף העבודה של כוח העבודה הסיעודי ועל תחומי ההתמחות שבהם נקלטו האחיות העולות.

מן האמור לעיל עולה, שמגמות מנוגדות עשויות להשפיע על ההיצע והביקוש לכוח-אדם בתחום הבריאות ועל הצורך בתכנונו: מחד גיסא, יש דרישה לצמצום עלויות, ולפיכך לצמצום בכוח-אדם; מאידך גיסא, קיים צורך בכוח-אדם רב יותר ומיומן יותר הן באשפוז והן בקהילה. בעבודה זו בחנו את מצאי כוח-האדם הסיעודי הרשום והמועסק בישראל ואת מגמות השינוי בו בעשור האחרון, כצעד ראשון בלבד לצורך תכנונו לנוכח השאלות הנוגעות להיצע כוח-האדם הסיעודי לאור השינויים במערכת הבריאות: מהו היצע כוח-האדם הסיעודי הרשום והמועסק; מהו התמהיל המקצועי שלו (שיעור האחיות המוסמכות, לעומת שיעור האחיות המעשיות, ובקרב האחיות המוסמכות, שיעורן של אלה שיש להן הכשרה נוספת, לעומת אלה שאין להן הכשרה כזו); איך השפיעה העלייה על היקף כוח-האדם הסיעודי ועל התמהיל המקצועי שלו; איך נחלק כוח-האדם הסיעודי בין אשפוז לקהילה; האם יש הבדלים בין אזורים גיאוגרפיים בחלוקת כוח-האדם הסיעודי; האם היצע כוח-האדם הסיעודי ומאפייניו גוונים מענה לדרישות שהשינויים שהיו מציבים בפני מערכת הבריאות.

ראשיות במחלקות הפנימיות, הנזירולוגיות והגריאטריות-אקוטיות בבתי-החולים הכלליים בארץ בנוגע לתהליכי הקבלה, הטיפול והשחרור של חולים לאחר שבץ מוח, מצביעים על כך שהתגבר הלחץ לשחרר חולים מהר ככל האפשר, שהתגבר הקושי להפנות חולים להמשך שיקום באשפוז, ושיותר חולים מופנים לשיקום במסגרות לאשפוז בית, בתוכניות לשיקום יום ותוכניות אחרות בקהילה (בנטור ואחרים, 1998). הרחבת הטיפול הסיעודי בביתו של החולה פירושה הרחבה רבה של צורכי כוח-האדם הסיעודי בקהילה, הכשרת כוח-אדם מיומן לכך והגדרת סמכויותיו המקצועיות. מלבד זאת, ההרחבה של רפואת המומחים בקהילה והתפתחות המרפאות המקצועיות בה כחלק מהגברת התחרות בין קופות החולים בעקבות החלת החוק (שלמון ואחרים, 1996), מחייבת את ספקי השירות להכשיר אחיות קהילה שיש להן התמחות מקצועית מתאימה.

על צורכי כוח-האדם של מערכת הבריאות משפיעים גם השינויים הדמוגרפיים באוכלוסיה ישראל, כמו תהליך הזדקנות האוכי-לוסייה וקליטת גלי העלייה מברית-המועצות לשעבר ומאתיופיה (העלייה משפיעה על הצרכים לא רק בגלל הגידול המספרי באוכלוסייה, אלא גם בשל הימצאות שיעור גבוה יותר של קשישים בקרב העולים מברית-המועצות לשעבר בהשוואה לשיעורם באוכלוסייה הוותיקה; דפוסי תחלואה שונים בקרב העולים מברית-המועצות לשעבר, לעומת אלה שבקרב האוכלוסייה הוותיקה (בן-נון, 1994, 1996; ניראל ונווה, 1997; Rennert, 1994); מחלות אופייניות בקרב העולים מאתיופיה (Nahmias et al., 1993; Nudelman, 1993; Reiff, 1996). לשינויים המנויים לעיל יש השפעה הן על הרכב המאושפזים בבתי-החולים והן על גידול הצרכים בטיפול בקהילה.

ותרבותיים, נגישות השירותים, רמת השיי מוש בשירותי בריאות, זמינות מקורות כמו כוח-אדם או מספר מיטות, פרודוקטיביות וטכנולוגיה (Hall, 1978).

מחקרים שהתמקדו בניתוח ההיצע של כוח-האדם ובחזיון, למשל, קזנ'יאן ואחרים (Kazanjian et al., 1986), בדקו את דפוסי היציאה והכניסה של אחיות לשוק העבודה על סמך בסיס נתונים שכלל את היסטוריית התעסוקה של אחיות, לפי קבוצות גיל, לאורך מספר שנים. בעזרת ניתוח סטטיסטי הסתברותי חישובו החוקרים את תחזית ההיצע של אחיות לתקופת זמן של חמש שנים. בדומה לכך, מקקלין ואחרים (McClean et al., 1991) השתמשו בנתוני שכר והיסטוריית התעסוקה על-מנת לחשב את ההסתברות לעזיבת המקצוע וההסתברות לחזרה לעבודה במקצוע בקרב אחיות שעזבו לתקופות זמן שונות את העבודה בסיעוד.

אשר לבדיקת הביקוש לכוח-אדם, זו יכולה להיות בחינה נורמטיבית. למשל, קביעת מקורות כוח-האדם הנדרשים בעתיד לפי צורכי הבריאות של האוכלוסייה בידי מומחים (Kazanjian and Wood, 1993) או, באמצעות הצבת יעדים להספקת שירותי בריאות ותרגומם של יעדים אלה לכמות כוח-האדם הנדרשת. קביעה נורמטיבית של הבי-קוש לכוח-אדם אינה מביאה בחשבון מגבלות תקציב, מגבלות כוח-אדם זמין ומגבלות של מקורות מידע סטטיסטיים מהימנים על תחלואה ותמותה.

בדיקת הביקוש לכוח-אדם עשויה להתבסס על שיטות אחרות להערכת הביקוש לשירותי בריאות המבוססות על תחזיות. למשל, אומדן הביקוש לכוח-אדם על בסיס רמת שימוש בפועל (effective demand) בשירותי בריאות. מודלים כאלה מניחים, שהביקוש לשעות כוח-אדם סיעודי נגזר מן הביקוש לשירותי בריאות, מהתנהגות

גישות לתכנון כוח-אדם

תכנון כוח-אדם בתחום הבריאות אינו מנותק ממדיניות הבריאות ומן השינויים המתרחשים במערכת הבריאות. ההחלטה על גודל כוח-האדם הרצוי מותנית בסדרי העדיפויות של החברה והיקף שירותי הבריאות שהיא רוצה או מוכנה לספק, החלטה שהיא במהותה החלטה פוליטית (Birch et al., 1994; Fulop and Roemer, 1987). המודלים בספרות לתכנון כוח-אדם עושים זאת הן מצד בחינת היצע כוח-האדם והן מצד בחינת הביקוש לו. "היצע" בתחום תכנון כוח-אדם מתייחס למצאי כוח-האדם, קרי, לכמות כוח-האדם הזמין ולמאפייניו, בנקודת זמן נתונה. כאשר ניגשים לתכנון כוח-אדם מצד ההיצע, בוחנים את כוח-האדם המועסק (הפעיל) ואת זה שאינו מועסק, את המקורות העתידיים לתוספת כוח-אדם (תלמידים בבתי-הספר לסיעוד, מהגרים) ואת מי שעתידיים להיפלט ממצאי כוח-האדם עקב פרישה, מוות, הגירה ועזיבת המקצוע. תכנון כוח-אדם מצד ההיצע מבוסס על האיזון שבין התוספת החזויה לכוח-האדם המקצועי ובין הפרישה החזויה ממערך כוח-האדם המקצועי.

מודלים לתכנון כוח-אדם הניגשים לנושא מצד בחינת ה"ביקוש" או הדרישה לכוח-אדם, מתייחסים לגודל כוח-האדם הנדרש כדי לספק שירותי בריאות ברמה שנקבעה או ברמה ששואפים להגיע אליה. חיזוי הביקוש לכוח-אדם מצריך מידע סטטיסטי על הגור-מים המשפיעים עליו: מאפיינים דמוגרפיים של האוכלוסייה (גודל האוכלוסייה, פיזור גיאוגרפי, מבנה הגילים וחלוקה לפי מין), מצב הבריאות (תחלואה ותמותה), המצב הכלכלי במשק והתפתחות השכר בקבוצה המקצועית הנבחנת, גורמים חברתיים

מקורותיו של המחסור (Meltz, 1988). אולם, המידע הנאסף הוא בעייתי לעתים, למשל: משרות המציעות שכר שאינו אטרקטיבי ולפיכך הן פנויות, תקנים המוחזקים ריקים מתוך כוונה לאזן את התקציב, איחורים בהעברת תקציב שאינם מאפשרים שכירת כוח-אדם, קושי לחזות את צורכי האיוש מעבר לתקופת זמן קצרה.

במקרים רבים היחס כוח-אדם רפואי/אוכלוסייה משמש הן להערכת הביקוש והן לאפיון ההיצע של כוח-האדם. בתחזית כזאת משתמשים ביחס הרצוי כוח-אדם/אוכלוסייה לחישוב כוח-האדם הנדרש לאוכלוסייה החזויה בשנים הבאות. השיטה מאפשרת תחזיות לביקוש לכוח-אדם במסגרת תרחישי שים שונים על היצע כוח-האדם החזוי (Gamliel et al., 1995). למרות הנוחות היחסית של השימוש בשיטה זו, יש סכנה שייבחר יחס כוח-אדם/אוכלוסייה שאינו ריאלי. קיימת גם שאלה כיצד נקבע היחס הרצוי של כוח-אדם/אוכלוסייה - האם לפי דפוסי שימוש קיימים? האם לפי סטנדרטים שנקבעו בארצות אחרות, או שמא, לפי החלטות של מומחים? נראה אפוא, שההחלטה באיזו שיטה להשתמש לשם תכנון כוח-אדם בתחום הבריאות קשורה למטרות שעומדות בפני המתכננים וגם לרמת המידע העומד לרשותם.

מן הסקירה לעיל עולה, שבמקרים רבים הצעד הראשון לבחינת ההיצע הקיים של כוח-האדם המקצועי הוא בחינה ומיפוי של כוח-האדם הקיים. ללא מידע בסיסי זה לא ניתן לבצע ניתוחים מורכבים יותר. למרות שלדעת רבים מאגרי הנתונים הקיימים על כוח-אדם רפואי בישראל לוקים בחסר, יש בעבודה זו ניסיון ראשוני לנצל מאגרי מידע אלה ולבדוק באמצעותם את כוח-האדם הסיעודי מצד ההיצע, כדי לקבל תשובות לשאלות כגון אלה הנוגעות לכוח-אדם במע-

החולים, משכיחות של מחלות ומתשומות אחרות של שירותי בריאות, כגון מספר מיטות או מספר חולים (Kazanjian and Chan, 1984). על בסיס הנחה זו ניתן לבנות מערכת ממוחשבת לתכנון כוח-אדם הכוללת מודלים הקשורים אלה לאלה. חלקם מתייחסים לביקוש לשירותי בריאות: תחזיות על גידול באוכלוסייה, תחלואה, תמותה והגירה, ומודל של שימוש בשירותי הבריאות.

מודלים אחרים מתייחסים לזמינות השירותים: תחזית ההיצע של רופאים, אחיות, מקצועות רפואיים אחרים ותחזית להיצע המיטות. בנוסף לכל אלה, יש מודל של balance evaluation, שבו מחושבות אי-ההתאמות בין התחזיות לביקוש לשירותי בריאות מול התחזיות לזמינות השירותים (Danton et al., 1995).

ניתן לומר, שמודלים כמו אלה המתוארים לעיל מציגים במונחים סטטיסטיים את מה שקרה בעבר ואין להניח בביטחה שלא יהיו שינויים בדפוסי ההגירה, בתחלואה ובתמותה או בייצור כוח-אדם ותוספת מיטות לאשפוז. נוסף על כך, מודלים כאלה אינם מביאים בחשבון רפורמות או שינויים פתאומיים במערכת הבריאות או בכלל המשק (Birch et al., 1994).

רמות השימוש בשירותי בריאות של קבוצות אוכלוסייה שונות בשנה ידועה המוכפלות בשיעור הגידול החזוי של אותן קבוצות אוכלוסייה משמשות אף הן לחזוי הביקוש לכוח-אדם בתחום הבריאות. סקירה נרחבת על עבודות שנערכו לפי גישה זו אפשר למצוא בסקירת הספרות של קאזאניאן וצ'אן (Kazanjian and Chan, 1984).

דרך אחרת לבחינת הביקוש היא באמצעות בחינת שוק העבודה. מידע על שוק העבודה באמצעות סקרי מעסיקים יכול לתת אומדן טוב לחסרים או עודפים בכוח-אדם מקצועי ויכול גם לספק מידע על

מקור המידע על אחיות מועסקות היה עיבודים על נתונים מסקרי כוח-אדם בשנים 1986, 1988, 1991 ו-1994 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. זהו מקור המידע היחיד שיש בו נתונים על כלל כוח-האדם המועסק בשירותי הבריאות. בעזרת ניתוח הנתונים נבחנו המגמות בתעסוקת אחיות בעשור האחרון על-פני מספר נקודות זמן. סקר כוח-אדם הוא סקר משפחות שנתי המשמש למעקב שוטף אחר ההתפתחויות בכוח העבודה בישראל, גודלו ותכונותיו. במסגרת הסקר נחקרים מדי שנה בערך 22,000 משקי-בית. אוכלוסיית הסקר כוללת את כל האוכלוסייה הקבועה של בני 15 ומעלה.³ נזכיר, שסיווג משלחי-היד בסקר כוח-אדם נקבע לפי העבודה שביצע המרואיין במקום עבודתו כפי שדיווח עליה למראיין. כך שייתכן שבכלל האחיות המועסקות כלולות גם כאלה שאינן אחיות רשומות ושאין כלולות בהגדרה שהגדרנו לעיל לגבי אחיות רשומות (ראה הערת שוליים 2). עוד נזכיר, שהמספרים המורכבים באים בדוח הם לאחר ניפוח ממדגם לאוכלוסייה. בניצול הנתונים מסקרי כוח-אדם יש מגבלה מפני שמספר האחיות הנדגמות בכל שנה הוא קטן יחסית למספר הכולל של אחיות מועסקות. טעויות הדגימה (לאומדני אחוזים, לאומדני שכיחויות, לאומדני שעות עבודה לשבוע ולממוצע שעות עבודה בשבוע) שאפשר לחשבם כמפורט בפרסומי סקרי כוח-אדם, עלולות להיות גדולות. נוסף על כך, כפי שנאמר בפרסומי סקרי כוח-אדם, עלולות להיות

רכת הבריאות לאור השינויים המתרחשים בה.

שיטת המחקר

שאלות המחקר נברקו באמצעות ניתוח נתונים שנלקחו מקבצים קיימים המכילים נתונים על כוח-האדם הסיעודי הרשום ועל כוח-אדם סיעודי מועסק. המקור לנתונים על כוח-אדם סיעודי רשום היה קובץ רישום אחיות במשרד הבריאות. מינהל הסיעוד במשרד הבריאות אחראי על רישום ורישוי אחיות בישראל. בידי המינהל קובץ המכיל מידע על כל האחיות שעברו את תהליכי ההכשרה והרישום ואשר קיבלו רישיון לעבוד במקצוע הסיעוד בישראל. הקובץ עובר מדי שנה הקבלה לנתוני מרשם התושבים והוא כולל נתונים על אחיות שחיות וגרות בישראל.² מקובץ רישום אחיות עובדות נתונים על אחיות בשנים 1986-1995. חלק מן הנתונים הוצגו רק לגבי אחיות בגיל העבודה (עד גיל 60). קביעת גיל 60 כמועד לסיום העבודה הסתמכה על כך שעד התקופה האחרונה גיל זה היה גיל הפרישה הרשמי לנשים. עיבוד הנתונים על אוכלוסיית האחיות הרשומות בגיל העבודה איפשר קבלת נתונים על אחיות רשומות שיש סיכוי שהן פעילות בשוק העבודה. ניתוח הנתונים מקובץ רישום אחיות בחן מגמות בהכשרה וברישום של אחיות בעשור האחרון. מלבד זאת, נוצלו נתוני הקובץ להצגת נתונים דמוגרפיים עדכניים לשנת 1995 על מאפייני האחיות הרשומות בו.

2. בהגדרה של כוח-אדם סיעודי נכללו מי שקיבלו מעמד מקצועי מתוקף החקנות הרשומות בפנקס האחיות כאחיות מוסמכות וכאחיות מעשיות. לא נכללו מטפלות הרשומות בפנקס האחיות.
3. המדגם בשנים 1991 ו-1994 כלל 994 ו-932 אחיות בהתאמה. בשנת 1988 היו במדגם 670 אחיות ובשנת 1986 היו במדגם 775 אחיות. לסירוט שיטת הדגימה, עיבוד הנתונים והאמידה ראה בפרסומי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי כוח-אדם, 1986 עד 1993.

לוח מס' 1. כוח-אדם סיעודי רשום (עד גיל 60) בשנים 1986-1995¹

שנה	סה"כ אחיות	אחיות מוסמכות	אחיות מעשיות
1986	24,361 (100)	15,091 (62)	9,270 (38)
1987	25,121 (100)	15,624 (62)	9,497 (38)
1988	26,008 (100)	16,171 (62)	9,837 (38)
1989	26,839 (100)	16,619 (62)	10,220 (38)
1990	27,834 (100)	16,984 (61)	10,850 (39)
1991	30,418 (100)	17,574 (58)	12,844 (42)
1992	32,242 (100)	18,354 (57)	13,888 (43)
1993	33,682 (100)	19,187 (57)	14,495 (43)
1994	35,417 (100)	20,059 (57)	15,358 (43)
1995 ²	36,763 (100)	20,609 (56)	16,654 (44)

1. המספרים בסוגריים הם אחוזים.

2 בסוף 1995 היו בערך 1,400 אחיות שאין בידינו תאריך לידה שלהן על כן לא ניתן לחשב את גילן והן אינן כלולות בכלל האחיות בגיל העבודה בכל שנה בלוח. בממוצע הן מהוות בערך 3% מן האחיות המעשיות ובערך 4% מן האחיות המוסמכות לאורך השנים.

2. בקובץ רישום אחיות יש בערך 500 אחיות מעשיות שלגביהן אין תאריך מלא של קבלת הרישיון. כולן, בתהליך השלמה לסמכות. הוספנו אותן למספר האחיות המעשיות לשנת 1995, אף-על-פי שאפשר שחלק מהן כבר היו רשומות קודם לכן.

מקור: קובץ רישום אחיות, משרד הבריאות.

ממצאים

1. כוח-אדם סיעודי רשום בשנים 1986-1995

מן הנתונים על כלל כוח-האדם הסיעודי הרשום עולה, שהמספר הכולל של האחיות הרשומות עלה עד 42,500 בשנת 1995. לוח מס' 1, שבו מוצגים הנתונים על כוח-האדם הסיעודי הרשום בשנים 1986-1995 בגיל העבודה (עד 60 ועד בכלל), מראה שהעלייה ניכרת במיוחד במספרן של האחיות המעשיות. כתוצאה מכך, שיעור האחיות המוסמכות בגיל העבודה (עד 60) ירד במשך השנים מ-62% בשנות ה-80 ל-56% בשנת 1995⁴.

העלייה שנמצאה במספר האחיות

בסקר טעויות לא מדגמיות, כגון אלה הנובעות מאי היענות, מטעויות בתשובות ומטעויות בשלבי העיבוד.

מקור מידע נוסף הם נתונים על כוח-אדם סיעודי מועסק בשנת 1995, שהתקבלו משלוש קופות חולים: כללית, מכבי ולאומית. קופות החולים מספקות שירותים בקהילה לאוכלוסיית המבוטחים; קופת חולים כללית מספקת גם שירותי אשפוז. הנתונים על אחיות המועסקות בקופות החולים מוגבלים רק למגזר זה ואי-אפשר להסיק מהם על תעסוקת אחיות במגזרים אחרים במערכת הבריאות. יתרונם בכך, שהם נתוני אמת על כל המועסקים בשלוש הקופות ושהם מאירים היבט של תעסוקת אחיות בקופות החולים.

4. מאחר שרוב תוכניות ההכשרה לאחיות מעשיות נסגרו בשנת 1993, יש להניח שהחל משנת 1995, השנה שבה הבוגרות צפויות להתחיל לעבוד, תהיה ירידה פרוגרסיבית במספר האחיות המעשיות הרשומות שסיימו את הכשרתן בישראל. ירידה אפשרית זו עדיין אינה באה לידי ביטוי בעבודה זו.

לוח מס' 2. בוגרות בתי-ספר לסייעוד בארץ ובחוץ-לארץ הנכללות בכוח-האדם הסיעודי הרשום, לפי רמה מקצועית (עד גיל 60), בשנים 1986-1995 (באחוזים)

השנה	בוגרות בתי-ספר לסייעוד בישראל			בוגרות בתי-ספר לסייעוד בחוץ-לארץ		
	סך-הכל	מוסמכות	מעשיות	סך-הכל	מוסמכות	מעשיות
1986	100	61	39	100	67	33
1987	100	61	39	100	68	32
1988	100	61	39	100	69	31
1989	100	61	39	100	69	31
1990	100	60	40	100	65	35
1991	100	60	40	100	49	51
1992	100	60	40	100	47	53
1993	100	61	39	100	46	54
1994	100	61	39	100	45	55
1995	100	61	39	100	43	57

מקור: קובץ רישום אחיות, משרד הבריאות.

לארץ שרובן ככולן עולות. עיון בלוח מס' 2 מעלה, שהחל משנת 1991 עלה שיעור האחיות המעשיות בגיל העבודה בקרב בוגרות בתי-ספר לסייעוד בחוץ-לארץ עד 57%, בעוד ששיעור האחיות המעשיות בוגרות בתי-ספר לסייעוד בישראל באותם גילים נשאר קבוע (39%) לאורך השנים.

עיקר התרומה לעלייה בשיעור האחיות המעשיות בא מאחיות בוגרות בתי-ספר לסייעוד בחוץ-לארץ שהגיעו בגל העלייה האחרון מברית-המועצות לשעבר.⁵ מן הנתונים על אחיות רשומות עולה, ש-87% בערך (קרוב ל-8,000 אחיות) מכלל האחיות בוגרות בתי-ספר לסייעוד בחוץ-לארץ שקיבלו רישיון לעבוד בישראל משנת 1989 ואילך הן מברית-המועצות לשעבר. עוד עולה מן הנתונים, שבסוף שנת 1995 בערך 16% מכלל האחיות הרשומות היו עולות חדשות מברית-המועצות לשעבר שקיבלו רישיון לעבוד בישראל. שמונים ושניים

הרשומות שרירה וקיימת גם בהשוואה לגודל האוכלוסייה. מן הנתונים עולה, שהיה גידול ריאלי במספר האחיות הרשומות בגיל העבודה מ-563 למאה אלף נפש בשנת 1986 ל-655 למאה אלף נפש בשנת 1995. הגידול בשיעור האחיות הרשומות למאה אלף נפש היה הן בשיעור האחיות המעשיות והן בשיעור האחיות המוסמכות, אולם הוא גדול יותר בשיעור האחיות המעשיות. בעוד שבשיעור האחיות המוסמכות הרשומות היה גידול מ-354 למאה אלף נפש ל-367 למאה אלף נפש בשנת 1995, אצל האחיות המעשיות הרשומות הגידול היה גדול יותר: מ-218 למאה אלף נפש בשנת 1986 ל-296 לאלף נפש ב-1995.

2. השלכות העלייה על כוח-אדם סיעודי רשום המקורות העיקריים לכוח-אדם סיעודי בישראל הם שניים: בוגרות בתי-ספר לסייעוד בישראל ובוגרות בתי-ספר לסייעוד בחוץ-

5. אחיות עולות המעוניינות לעבוד במקצוען, הייכות להגיש תעודות ומסמכים למשרד הבריאות ולגשת לבחינת רישוי לקביעת המעמד המקצועי כאחות. אלה מהן שקיבלו מעמד מקצועי של אחות מעשית וזכאיות ללמוד בקורס השלמה לקבלת הסמכה.

לוח מס' 3. כוח-אדם סיעודי מועסק בשנים 1986-1994 - שיעורי שינוי שנתיים

השנה	סך-הכל	אחיות	
		מוסמכות	מעשיות
מספרים מוחלטים (באלפים)			
1986	25.0	16.3	8.7
1987	23.2	15.4	7.8
1988	23.0	14.7	8.3
1989	26.9	15.9	11.0
1990	30.2	17.3	12.9
1991	32.0	16.7	15.3
1992	31.6	16.0	15.6
1993	36.0	18.3	17.7
1994	38.7	18.3	20.5
שיעור שינוי שנתי בכוח-אדם סיעודי (באחוזים)			
1987	-7	-6	-10
1988	-1	-5	6
1989	17	8	33
1990	12	9	17
1991	6	-3	19
1992	-1	-4	2
1993	14	14	13
1994	8	0	15
שיעור השינוי הממוצע בתקופה	6	2	12

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי כוח-אדם 1990, ירושלים, התשנ"ב; סקרי כוח-אדם 1993, ירושלים, התשנ"ה; סקרי כוח-אדם 1994, ירושלים, התשנ"ו.

80 היתה מדי שנה ירידה בכוח-האדם הסיעודי המועסק ושיעור השינוי השנתי בו היה שלילי, החל משנת 1989 היה בו גידול ושיעורי השינוי השנתיים הם בדרך כלל חיוביים.⁶ הדבר נכון בעיקר לגבי עבודת האחיות המעשיות. שיעור העלייה הממוצע בכוח-האדם הסיעודי (עד 1994) היה 6%; בעוד ששיעור העלייה בתעסוקה של האחיות המעשיות באותה תקופה היה 12% בממוצע (ראה לוח מס' 3).

העלייה במספר האחיות המועסקות נצפתה גם בהשוואה לגידול האוכלוסייה בישראל. מספר האחיות המועסקות עלה מ-586 ל-707 למאה אלף נפש. אולם, בעוד

אחוזים מן העולות היו במעמד מקצועי של אחות מעשית. בסוף 1995 היו אפוא בערך 30% מן האחיות הרשומות כמעשיות בישראל עולות חדשות מברית-המועצות לשעבר. באותה עת היו העולות החדשות בערך 6% מכלל האחיות המוסמכות הרשומות.

כוח-אדם סיעודי מועסק בשנים 1986-1994

הנתונים על כוח-אדם סיעודי מועסק (מסקרי כוח-אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) מראים, שבעוד שבסוף שנות ה-

6. כל הנתונים המובאים להלן נוגעים לכוח-אדם סיעודי שעובד במקצועו (סיעוד).

בשלוש הקופות בשנת 1995 הן אחיות מוסמכות ו-36% הן אחיות מעשיות.

השוואה בין נתונים על כוח-אדם סיעודי רשום לנתונים על כוח-אדם סיעודי מועסק

על השאלה מהו אחוז האחיות שעובדות בסיעוד מתוך המאגר של כל כוח-האדם הסיעודי הרשום כמשרד הבריאות ניתן לקבל תשובה באמצעות השוואה בין כוח-אדם סיעודי רשום לזה המועסק. להשוואה כזו יש מגבלות, שכן מדובר בשני קבצים שונים. הנתונים מקובץ רישום אחיות כוללים את כל מי שיש בידם רישיון לעסוק בסיעוד, ואילו סקר כוח-אדם מציג את כל מי שמשלח-ידם הוא סיעוד והם עבדו או חיפשו עבודה בזמן הסקר.

נוסף על כך, כפי שצוין בפרק על שיטות המחקר, סיווג משלח-היד נעשה לפי תיאורם בידי המרואיינים. ייתכן אפוא, שבין האחיות המועסקות כלולות מטפלות שעוסקות בסיעוד אך אינן אחיות וכן כאלה העוסקות בתחומים קרובים לסיעוד ואינן אחיות רשומות. מאידך גיסא, ייתכן שחלק מן האחיות לא נכללו מסיבות כלשהן בסקר כוח-אדם, או שלא היו בכוח העבודה האזרחי ומשום כך לא נכללו בכוח-האדם המועסק. יחד עם זאת, למרות מגבלות ההשוואה, אפשר ללמוד ממנה מספר עובדות.

באופן כללי נמצא, שאחוז האחיות המוסמכות המועסקות מכלל הרשומות היה בין 80% ל-90% במשך כל השנים ובשנת 1994 הוא עומד על 81%. שיעור המועסקות בקרב האחיות המעשיות היה 75% בערך מכלל האחיות המעשיות הרשומות בשנים 1987/88. אולם, מאז 1989 עלה מאוד שיעור

שיעור האחיות המעשיות המועסקות למאה אלף נפש עלה מ-204 ל-373 בין 1986 ל-1994, ירד שיעור האחיות המוסמכות באותן שנים מ-382 ל-334 למאה אלף נפש.

המגמה, לפיה העלייה בכוח העבודה הסיעודי המועסק שינתה את מבנהו, מקבלת משנה תוקף כאשר בוחנים את היחס בין האחיות המוסמכות לאחיות המעשיות בין שנת 1986 ל-1994. בין השנים הללו השתנה היחס, לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משני-שלישים אחיות מוסמכות מועסקות ושליש אחיות מעשיות ל-47% אחיות מוסמכות לעומת 53% אחיות מעשיות.

מהי התמונה בשנת 1995? החל משנת 1995 שונה ועודכן הסיווג האחיד של משלח-היד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1994). הדבר גרר שינוי ניכר בסיווג של אחיות מעשיות, שינוי שאינו מאפשר השוואה לשנים קודמות. לדברי גורמים בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה העוסקים בנושא זה, עובדים שהיו כלולים בעבר בסיווג אחיות מעשיות, אינם כלולים בו החל משנה זו. כתוצאה מכך, נתוני האחיות המעשיות לשנת 1995 שונים מאוד מנתוני השנים הקודמות, כאשר הפער בין מספר האחיות המעשיות לשנת 1995 לפי הסיווג הישן, לעומת מספרן לפי הסיווג החדש, הוא בסדר-גודל של 10,000 מועסקות בערך. בחינת נתוני כוח-האדם הסיעודי המועסק לשנת 1995 מעלה, שבשנה זו היו מועסקות 32,100 אחיות, מתוכן 20,700 אחיות מוסמכות ורק 11,400 אחיות מעשיות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1996).

עוד יצוין, שמן הנתונים לשנת 1995 על שלוש מן הקופות (כללית, מכבי ולאומית) עולה, ש-64% מכלל האחיות העובדות

לוח מס' 4. שיעור אחיות מועסקות מתוך כלל האחיות הרשומות

השנה	אחיות מוסמכות		אחיות מועסקות מתוך כלל האחיות המוסמכות הרשומות	אחיות מעשיות		אחיות מועסקות מתוך כלל האחיות המעשיות הרשומות
	רשומות (באלפים) ¹	מועסקות (באלפים) ²		רשומות (באלפים) ¹	מועסקות (באלפים) ²	
1986	16.2	16.3	100	8.3	10.4	80
1987	16.8	15.4	92	7.8	10.7	73
1988	17.5	14.7	84	8.3	11.1	75
1989	18.1	15.9	88	11.0	11.6	95
1990	18.7	17.3	93	12.9	12.3	105
1991	19.5	16.7	86	15.3	14.5	106
1992	20.4	16.0	78	15.6	15.6	100
1993	21.5	18.3	85	17.7	16.4	108
1994	22.6	18.3	81	20.4	17.5	117

1. מקור: קובץ רישום אחיות, משרד הבריאות.

2. מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי כוח-אדם 1990, ירושלים, התשנ"ב; סקרי כוח-אדם 1993, ירושלים, התשנ"ה; סקרי כוח-אדם 1994, ירושלים, התשנ"ו.

במשרה חלקית (מתחת ל-20 שעות בשבוע) הוא נמוך קיימת בכל אחת מן השנים שנבדקו. עוד נמצא, שבערך שני-שלישים מן האחיות שעבדו בעבודה חלקית היו אחיות מעשיות.

כאשר נבחנו הנתונים על היקפי משרה בעבודת אחיות מתוך הנתונים שהתקבלו משלוש קופות החולים נמצא, ששיעור האחיות העובדות במשרה חלקית בקופות גבוה יותר מאשר בקרב כלל האחיות המועסקות במשק: בקופת חולים כללית מגיע שיעור זה ל-24% בערך ובשתי הקופות האחרות ל-40% בערך. עוד עולה מנתוני הקופות, שבניגוד לנתון על כלל האחיות המועסקות במשק, שיעור גבוה מן האחיות העובדות בהיקף של חצי משרה הן אחיות מוסמכות (בערך 40% במכבי ובלאומית ו-58% בערך בכללית).

המועסקות, והגיע ל-100% מכלל האחיות המעשיות הרשומות, ואף יותר מכך (ראה לוח מס' 4).

1. שעות עבודה בשבוע

נמצא, שממוצע שעות העבודה של אחיות בשנת 1994 היה 35 שעות בשבוע⁷ והחציון (הנקודה שער אליה מצויה מחצית מן האחיות המועסקות) היה 38 שעות עבודה בשבוע. נמצא, שבשנת 1994 עבדו שיעור נמוך של אחיות בהיקף שעות של עד חצי משרה (13%). בערך שני-שלישים מאלה שעבדו עבודה חלקית כזו היו אחיות מעשיות. עוד נמצא, שבערך 28% עבדו בין חצי משרה לשלושת-רבעי המשרה ומרבית האחיות המועסקות (כערך 60%) עבדו במשרה מלאה ואף מעבר לכך.

המגמה לפיה שיעור האחיות העובדות

7. ממוצע שעות העבודה לשבוע חושב רק לגבי מי שעבדו באותו שבוע. לא הוכאו בחשבון מועסקים שכאוחו שבוע לא היו להם שעות עבודה. נזכיר, שעל-פי הסכמי העבודה שבוע עבודה של אחיות הוא בן 40 שעות בקהילה ו-36 שעות בבתי-החולים.

לוח מס' 5. שיעור אחיות מוסמכות מועסקות ושעות עבודת אחות מוסמכת לשבוע למאה אלף נפש, לפי מחוז, 1994

מחוז	אוכלוסייה (באלפים) ¹	מספר האחיות המוסמכות (באלפים) ²	אחיות מוסמכות מועסקות למאה אלף נפש	ממוצע שעות עבודת אחות לשבוע (באלפים) ³	סך-כל שעות עבודת אחיות מוסמכות למאה אלף נפש	שעות עבודת אחות מוסמכות לשבוע נפש
סך-הכל	5,471.5	18.4 ⁵	336	36.5	672	12,274
ירושלים	646.1	2.4	371	37.0	89	13,744
צפון	926.8	2.4	259	37.8	91	9,789
חיפה	722.1	2.6	360	36.7	95	13,214
מרכז	1,173.2	4.3	367	36.5	157	13,378
תל-אביב	1,140.8	3.6	316	34.2	123	10,792
דרום	734.8	2.1	286	38.9	82	11,117
יהודה ושומרון ⁴	127.8	(0.5)	(391)	(28.1)	(14)	(10,994)

1. מקור: השנתון הסטטיסטי לישראל, 1995.

2. מקור: עיבודים על נתוני סקר כוח-אדם, 1994.

3. סך-כל האחיות המועסקות כולל גם אחיות שהמחוז בו הן עובדות לא הוגדר.

4. המספרים בסוגריים הם מספרים קטנים שאינם מאפשרים הסקת מסקנות. הם מוצגים בלוח רק לצורך שלמות הנתונים.

2. פיזור גיאוגרפי של כוח-אדם סיעודי

מועסק

כשנת 1994 עבדו 13% מכוח-האדם הסיעודי בירושלים, 13% בצפון, 16% בחיפה, 22% במרכז, 20% בתל-אביב, 13% בדרום, ו-3% ביהודה ושומרון. בחינת התפלגות כוח-האדם הסיעודי לפי המחוזות שבהם עבדו בכל אחת מן השנים 1986, 1988, ו-1991, מראה, שאין שינוי משמעותי לאורך השנים, והתפלגות כוח-האדם הסיעודי לפי מחוז בכל השנים שנבדקו דומה לזו של שנת 1994.

עד כמה תואם פיזור כוח-האדם הסיעודי את הפיזור הגיאוגרפי של האוכלוסייה בישראל? בבחינת הנתונים של סך כל האחיות נמצאו פערים גדולים בין המחוזות בשיעור כל האחיות המועסקות למאה אלף נפש. בעוד שבירושלים שיעור זה הוא 800 אחיות ומעלה למאה אלף נפש, בצפון הוא רק 500 אחיות מועסקות בערך למאה אלף נפש. גם כאשר מסתכלים על נתונים אלה רק

לגבי אחיות מוסמכות (ראה לוח מס' 5), עולים הבדלים גדולים בין המחוזות בשיעור האחיות המוסמכות המועסקות למאה אלף נפש. בעוד שבירושלים ובמרכז השיעור הוא 371 אחיות מוסמכות למאה אלף נפש, בצפון השיעור מגיע רק ל-259. הפערים במספר שעות עבודת אחות מוסמכת לשבוע למאה אלף נפש בין המחוזות הם בהתאם - 13,744 בירושלים לעומת 9,789 בצפון.

בין המחוזות נמצאו גם פערים בשיעור האחיות המועסקות בבתי-חולים למיטה. כך, למשל, בעוד ששיעור האחיות המועסקות למיטה בדרום הוא 0.95 אחיות, ובירושלים הוא עומד על 0.72 אחיות, במרכז שיעור זה עומד על 0.42 אחיות בלבד. הפער בין המ-חוזות קיים גם כשבוחנים את סך כל השעות של עבודת אחות למיטה בשבוע. פערים אלה קשורים בוודאי להתפלגות עבודת אחיות לפי סוג המיטות (כלליות, נפש, מחלות ממור-שכות) בכל מחוז.⁸

8. למשל, אם באזור המרכז יש יותר מוסדות לטיפול בחולים ממושכים, מוסדות גריאטריים ומוסדות לחולי נפש, שבהם תמהיל כוח-האדם כולל שיעור נמוך של אחיות ושיעור גבוה של עובדי-עזר סיעודיים, בסך-הכל שיעור האחיות למיטה יהיה נמוך.

במקצוען ככוח-עזר לבית, כפי הנראה, במתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד. הנתונים על כוח העבודה הסיעודי בקופת חולים כללית מספקים מידע על חלוקת כוח-האדם הסיעודי בין בתי-החולים של הקופה ובין מערכת השירותים שקופת חולים נותנת בקהילה. מן הנתונים עולה, ש-67% מן האחיות בקופת חולים הכללית מועסקות בבתי-החולים, לעומת 33% המועסקות בקהילה. עוד עולה מן הנתונים, שחלוקת כוח-האדם הסיעודי בקופת-החולים הכללית לפי רמה מקצועית דומה באשפוז ובקהילה: בשני המגזרים מעל 60% הן אחיות מוס-מכות. יחד עם זאת, בבתי-החולים יש שיעור קצת יותר גבוה של אחיות מעשיות, לעומת שיעורן בקהילה (38% לעומת 35% בהתאמה).

התמחויות בסייעוד

ל-8,300 אחיות בערך, שהן 18% מכלל האחיות הרשומות בשנת 1995 ו-35% מן האחיות המוסמכות, יש הכשרה על-בסיסית⁹ במקצוע התמחות כלשהו.¹⁰ בערך 10% מהן עברו יותר מהכשרה על-בסיסית אחת. מלוח מס' 6 עולה, שבסך-הכל היתה עלייה של 64% במספר האחיות שעברו הכשרות על-בסיסיות במשך העשור. בטיפול נמרץ פית"י (פגים, יילודים, תינוקות וילדים), בגר-יאטרייה, בסייעוד אונקולוגי ובטיפול נמרץ (כללי, לב, ומשולב) היה ב-1995 גידול ניכר במספר האחיות בעלות ההכשרה בהשוואה ל-1986. התרומה העיקרית לגידול היא במספר האחיות שעברו הכשרה בטיפול

מלבד זאת, קיים שוני בין המחוזות גם ביחס שבין אחיות מוסמכות לאחיות מעשיות. כך, למשל, היו שינויים חדים בירושלים, שבה ירד שיעור האחיות המוסמכות מ-70% בשנת 1991 ל-46% ב-1994; בדרום, שם ירד שיעור המוסמכות מ-60% ב-1988 ל-35% ב-1991 וחזר והתייצב על 43% ב-1994; ובצפון, שם שיעור האחיות המוסמכות שהיה נמוך יחסית לשאר המחוזות בשנת 1988 (39%) עלה לרמה של 51% בשנת 1994. נתונים אלה מושפעים בוודאי גם מן המידה שבה נקלטו אחיות עולות (ששיעור המעשיות ביניהן גבוה) בעבודה במחוזות.

3. התפלגות עבודת האחיות בין שירותי אשפוז ובין שירותים בקהילה

להבחנה בין התפלגות כוח-האדם הסיעודי המועסק בקהילה לעומת זה המועסק בבתי-החולים נעזרנו בנתונים על מקום עבודה לפי ענף כלכלי מתוך סקר כוח-אדם - 1994 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1994). נמצא, ש-62% מן האחיות המוסמכות עבדו בבתי-חולים ו-31% מהן עבדו במרפאות, במכוני רפואה ובשירותים רפואיים אחרים בקהילה. שלושים וארבעה אחוזים מן האחיות המעשיות מועסקות בבתי-חולים, ועוד 11% מועסקות בשירותי בריאות בקהילה. נוסף על כך, יש שיעור גבוה, יחסית, מהן המועסקות בשירותי רווחה וסעד, קרי בתי-אבות, מעונות חסות, מוסדות לטיפול ממושך וכו'. כמו-כן נמצא, ש-20% מן האחיות המעשיות מועסקות בשירותי חינוך (בריאות התלמיד), ועוד 16% מועסקות

9. הכשרה על-בסיסית כוללת לימודי התמחות בתחומים ספציפיים אשר משרד הבריאות מכיר בהם.
10. כלולות בהן 327 אחיות מעשיות שעברו הכשרה בחדר ניתוח.

לוח מס' 6. השינוי במספר האחיות בעלות הכשרה על-בסיסית (עד גיל 60) ב-1995 לעומת 1986

אחוז מהגידול הכללי ³	השינוי האבסלוטי ²	אחוז השינוי ¹	
100	2,901	64	סך-הכל
27	773	125	טיפול נמרץ (כללי, לב ומשולב)
12	335	*1861	טיפול נמרץ פית"י
6	185	61	בריאות הנפש
9	259	21	בריאות הציבור
7	207	30	מיילדות
6	184	*329	סיעוד אונקולוגי
6	167	26	חדר ניתוח מוסמכות
5	146	112	נפרולוגיה
11	323	*1900	גריאטריה
9	252	78	מינהל
3	84	35	חדר ניתוח מעשיות
1	33	33	סיעוד מחקדם
0	-2	-33	בריאות תעסוקתית
-2	-45	-33	הוראה והדרכה

1. אחוז השינוי - באיזה אחוז השתנה מספר האחיות ב-1995 לעומת 1986.

2. שינוי אבסלוטי - ההפרש במספרים מוחלטים בין מספר האחיות ב-1995 למספר האחיות ב-1986.

3. אחוז מהגידול - השינוי האבסלוטי במספר האחיות בקבוצה זו מחולק בשינוי האבסלוטי במספר כל האחיות שעברו הכשרה בסיסית.

* ההשוואה היא ביחס לשנה הראשונה שבה הוכשרו אחיות בתחום התמחות זה: בגריאטריה ובטיפול נמרץ פית"י - 1987, בסיעוד אונקולוגי - 1991. מקור: קובץ רישום אחיות, משרד הבריאות.

אחיות מוסמכות בחדר ניתוח רב אף הוא (18 שנים בממוצע). לעומתן, הוותק הממוצע בתחום ההתמחות של אלה שעברו הכשרה בגריאטריה או בטיפול נמרץ פית"י הוא מועט (3 שנים בממוצע).

נמרץ (כללי, לב ומשולב). קבוצה זו תרמה ל-27% מן הגידול במספר האחיות שהיתה להן הכשרה על-בסיסית בשנת 1995 לעומת 1986.

ניתוח נתוני רישום האחיות בשנת 1995 מעלה, שכמעט כל האחיות בעלות ההכשרה העל-בסיסית (92%) הן בוגרות בתי-ספר לסיעוד בישראל, ומעטות בלבד הן בוגרות בתי-ספר לסיעוד בחוץ-לארץ. עוד נמצא, שמשך הזמן הממוצע שעבר מאז סיום ההכשרה הוא 13 שנים. יש הבדלים בוותק במקצוע ההתמחות לפי תחומי ההכשרה העל-בסיסית: מי שעברו הכשרה בהוראה והדרכה הן בעלות 25 שנות ותק בממוצע בתחום הכשרתן. גם האחיות שעברו הכשרה בכריאות הציבור ותיקות מאוד בתחום הכשרתן - 19 שנים בממוצע. הוותק הממוצע בתחום ההכשרה של מיילדות ושל

סיכום

ממצאי המחקר מראים, שבתקופה הנבדקת היתה עלייה בכוח-האדם הסיעודי הן הרשום והן המועסק. הגידול בכוח העבודה הסיעודי היה גם ביחס לאוכלוסייה. עיקר העלייה באותה תקופה היה בקרב אחיות מעשיות. כתוצאה מכך השתנה מבנה כוח-האדם הסיעודי ושיעור האחיות המעשיות בו גבוה משהיה בסוף שנות ה-80. את עיקר השינוי אפשר לתלות בקליטה מסיבית של אחיות עולות מברית-המועצות לשעבר שעלו בגל

להתעלם מן הצורך לבחון את ההבדלים שנמצאו בשיעור כוח-האדם לפי מחוז לאור התפלגות האוכלוסייה בכל מחוז לפי גיל ומעמד סוציו-כלכלי. משתנים אלה נמצאו, גם בישראל (Anson, 1988; Ginsberg, 1992), מנבאים לתחלואה ולתמותה, ועשיריים לנבוע מהם צרכים שונים הן של מתן השירותים והן של הקצאת כוח-האדם (הן רפואי והן סיעודי) לפי מחוז. מחקר המשך למחקר זה חשוב שיבחן את ההבדלים שנמצאו בחלוקת כוח-האדם הסיעודי לפי מחוז באופן מעמיק יותר בהתחשב בנתונים הסוציו-דמוגרפיים האופייניים, במיוחד לגבי ההבדלים בין פריפריה למרכז.

אשר לחלוקתו של כוח-האדם המועסק בין הקהילה לבתי-החולים: שני-שלישים מן האחיות המוסמכות עובדות בבתי-החולים ויתרן עובדות בשירותי בריאות בקהילה. רק שליש בערך מן האחיות המעשיות עובדות בבתי-החולים, 11% בשירותי בריאות בק-הילה, ויתרן במוסדות, בבתי-אבות, במתן עזרה במסגרת חוק ביטוח סיעוד ובשירותי חינוך. עולה מכך, שאחוז גבוה מן האחיות המעשיות, שרבות מהן עולות, לא נקלטו בעבודה במסגרות שהן חלק ממערכת הבריאות, אלא במערכת הטיפולית המשיקה לה.

הנתונים על דפוסי התעסוקה של אחיות בקופות החולים מעלים, שהם שונים מנתוני כלל האחיות במשק כפי שאלה עולים מסקרי כוח-האדם. השוני בממצאים נובע, בין השאר, מכך, שנתוני הקופות הם נתוני אמת, על כל כוח-האדם הסיעודי המועסק במסגרתן, ואילו נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הם נתוני מדגם מסקר כוח-אדם. כמו-כן, שוני זה משקף בוודאי הבדלים בדפוסי התעסוקה של האחיות בקופות החולים, לעומת האחיות בכלל המשק. נוסף על כך, אפשר גם ששוני זה מצביע על כך שקופות החולים קלטו מעט אחיות עולות

העלייה האחרון, פנו למשרד הבריאות לרישום ולרישוי ונקלטו, רובן כאחיות מעשיות, בעבודה במקצוע. עוד עולה מן הנתונים, שהיקף העבודה של אחיות גבוה ממה שנהוג לחשוב ושיעור האחיות המועסקות במקצוע הסיעוד מתוך היצע כוח-האדם הסיעודי הרשום, גבוה אף הוא. נוסף על כך, נמצא גידול רב למדי במספר האחיות שעברו הכשרה מסוגים שונים

האם יחס כוח-האדם הסיעודי לאוכלוסייה דומה לזה המקובל בארצות המפותחות? קשה מאוד להשיב על שאלה זו. הנתונים על מספר האחיות לנפש במדינות ה-OECD לעתים אינם בני השוואה. במקרים רבים לא ברור האם מספר האחיות המוצג הוא מספר בעלות הרישיון או הרשומות כאחיות או מספר המועסקות. בחלק מן הארצות כולל מספר האחיות גם כוחות-עזר או מתלמדות, ואילו באחרות מדווח על מספר האחיות המוסמכות בלבד. כתוצאה מכך קיימים הבדלים ניכרים בשיעור האחיות לנפש כאשר בוחנים זאת בקובץ הנתונים על בריאות של ה-OECD (OECD Health Data, 1998). דומה, שיש להיזהר בהש-וואות בינלאומיות כאלה ושנכון יותר לבחון את שיעור האחיות לאוכלוסייה בהתאם לסדרי העדיפויות ומדיניות הבריאות בכל מדינה ומדינה.

מן הממצאים בולטת מגמה של פערים ניכרים בין אזורים גיאוגרפיים בשיעור אחיות מוסמכות לעומת מעשיות, בחלוקת כוח-האדם ביחס לאוכלוסייה ולמספר מיטות, ובשעות של עבודת אחות למיטה. יש להתייחס בזהירות לנתונים על התפלגות אחיות מועסקות מתוך סקר כוח-האדם כאשר הם מוצגים בנפרד לשנה מסוימת, בחלוקה לפי אזורים, בשל היותם מבוססים בכל שנה על מדגם קטן יחסית, שבו טעות הדגימה עלולה להיות גדולה. יחד עם זאת, אין

(al., 1993). אם אכן נדרשת עלייה ברמת כוח-האדם הסיעודי, גם לצורך התייעלות, אזי העלייה בשיעורן היחסי של האחיות המעשיות אינה עומדת בקנה אחד עם הדרישה שה לכווח-אדם מיומן יותר. השפעת החוק בכיוון של דרישה להפחתת עלויות עלולה ליצור לחץ להעסקת כוח עבודה "זול" יותר - אחיות מעשיות - כל עוד שיעור גבוה מן האחיות בכוח העבודה הן בעלות הכשרה כזו. מגמה כזו עשויה להיות נוחה בטווח הקצר, אך לעמוד בניגוד לדרישה הכוללת להעלאת רמתו של כוח-האדם הסיעודי.

2. עד כמה שיעור האחיות בעלות ההכשרה העל-בסיסית עונה על צורכי כוח-האדם בעקבות התפתחות הטכנולוגיה והשינוי בסוג המאושפזים בבתי-החולים?

הכשרה על-בסיסית מקנה ידע ומיומנויות נוספות וגם מגבה סמכויות מקצועיות בתחומי התמחות שונים, תחומים המאופיינים, בדרך כלל, בשינויים רפואיים וטכנולוגיים תמידיים. העלייה שנמצאה בשיעור מקבלות ההכשרה להתמחויות השונות משקפת, כפי הנראה, את צורכי מערכת הבריאות ואת התפתחות הטכנולוגיה בה. יחד עם זאת, הנתונים שהוצגו אינם נותנים תשובה לשאלה עד כמה סופקו צרכים אלה: האם המערכת מייצרת מספיק אחיות בעלות הכשרה גבוהה יותר להתמחויות הנדרשות? אם יש מחסור, ממה הוא נובע - האם מהיצע האחיות בעלות ההכשרה העל-בסיסית או מן הביקוש להן? כך, למשל, בסקר שנערך על אחיות בעלות הכשרה בחדר ניתוח ובקרב בעלות הכשרה בטיפול נמרץ נמצא, שאין בדפוסי העבודה ובמאפייני כוח-האדם כדי להסביר את המחסור באחיות חדר ניתוח ואפשר שהוא נובע מסיבות אחרות, למשל, עלייה בביקוש כתוצאה מהתפתחות טכנולוגית. לעומת זאת, הממצאים על אחיות

(שרובן מעשיות), יחסית לשיעור קליטתן במגזרים אחרים במערכת הבריאות, מגזרים שחלקם היחסי כמעסיקים של כוח-אדם סיעודי במערכת הבריאות גדול הרבה יותר מזה של הקופות כמו, למשל: בתי-החולים הממשלתיים, בתי-החולים הציבוריים, בתי-החולים הפרטיים, בתי-החולים הסיעודיים והמוסדות הסיעודיים למיניהם, שמרביתם אינם שייכים לקופות החולים.

נתוני המחקר מעלים מספר סוגיות הנוגעות לקשר שבין המגמות שנמצאו בהיצע כוח-האדם הסיעודי, ובין צורכי מערכת הבריאות בנוגע לכוח-אדם זה, בעקבות השינויים שהיו במערכת.

1. עד כמה ניתן יהיה לעמוד בדרישות של העלאת רמת השירות ורמת כוח-האדם בתקופה של דרישה להתייעלות ולהפחתת עלויות? כאמור, מן הנתונים עלה, שבאופן כללי היתה עלייה במספר האחיות ושיעור גבוה מהן אכן עובדות במקצוען. נראה, שקליטת אחיות עולות במקצוע ובשוק העבודה תרמה לפתרון חלקי של בעיית המחסור הכולל בכוח-אדם סיעודי, בעיקר בגומחות שבהן היה להן ביקוש כמו בתי-אבות, מוסדות גריאטריים או מוסדות לטיפול ממושך ובמערכת הטיפולית המשיקה למערכת הבריאות. יחד עם זאת, קליטת האחיות העולות במקצוע הסיעודי שינתה את תמהיל כוח-האדם הסיעודי בכך שהעלתה את שיעור האחיות המעשיות לעומת שיעור האחיות המוסמכות. מחקרים הראו, שכאשר שיעור האחיות המוסמכות והמיומנות עולה, עולה פריין העבודה, משך האשפוז יורד ושיעור התחלופה של האחיות יורד גם הוא (ראה סקירת מאמרים אצל Bernreuter and Cardona, 1997), אף-על-פי שהיו גם מחקרים שגילו חיסכון בעלויות בשימוש באחיות שאינן מוסמכות (Neidlinger et

כנמצא מידע כולל על הביקוש לשירותי כוח-אדם סיעודי בקהילה.

4. באיזו מידה קובצי המידע הקיימים הם בסיס מספק לתכנון כוח-אדם בתחום זה?

מסקירת הספרות עלה, שתכנון כוח-אדם, הן באמצעות חיזוי ההיצע והן באמצעות בחינת הביקוש, מצריך מקורות מידע על כוח-האדם המועסק ועל מאפייניו, נוסף על גורמים שעשויים להשפיע עליו, כגון האוכלוסייה, תחלואה ותמותה, נגישות השירותים וכיוצא באלה (Hall, 1978). בעבודה זו הסתמכנו בעיקר על נתונים מקובץ רישום אחיות במשרד הבריאות ועל נתונים מסקרי כוח-אדם המבוססים על מדגמים של משקי-בית, קבצים שאת מגבלותיהם הזכרנו בגוף המאמר. אין בישראל נתונים מלאים ומפורטים על מספר האחיות המועסקות (ואף לא על מספר הרופאים המועסקים או על מספר המועסקים בקרב בעלי מקצועות אחרים בתחום הבריאות), דבר שמקשה על בניית מודלים כלשהם לתכנון כוח-אדם. דומה, שלו ניתן היה להבנות נוהלי רישום מחדש (Reregistration) של בעלי מקצועות בתחום הבריאות, ניתן היה לקבל מידע מדויק יותר על תעסוקה במקצועות אלה. גם קובצי מידע אחרים לוקים בחסר. כך, למשל, הנתונים על תחלואה באוכלוסייה הם נתונים מדגמיים מסקר שימוש בשירותי בריאות שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אתח ליותר מעשר שנים. במדינה שבה האוכלוסיה סיימה משתנה בקצב מהיר, בעיקר בשל גלי עלייה מארצות שונות, מידע על נתונים אלה במרווחים כאלה אינו מספק.

5. האם ניתן לבצע תכנון כוח-אדם בתחום הבריאות בישראל?

מניתוח המגמות בכוח-אדם סיעודי עולה,

טיפול נמרץ, לפיהם נמצא שיעור השתתפות נמוך יותר בעבודה בתחום ההתמחות, שיעור נמוך, יחסית, של עבודה מלאה ואינדיקציה לתחלופה גבוהה בקרב אלה העובדות בתחום ההתמחותן, עשויים להסביר את המחסור באחיות בתחום זה (ניראל, פריאנטה ודובנר, 1997). לפיכך, על-מנת לקבל תשובה לשאלה שנשאלה לעיל, יש לבחון לעומק את היצע האחיות בעלות הכשרה על-בסיסית בתחומים ספציפיים, לעומת הביקוש לאחיות באותם תחומים.

3. האם יש במערכת הבריאות מספיק אחיות מיומנות לעבודה בקהילה?

כאמור, יש הערכות שבעקבות החלת חוק ביטוח בריאות יועברו פונקציות טיפוליות רבות לטיפול האמבולטורי ולטיפול בבית, ויש לכך אף עדויות מחקריות ראשוניות. מגמה זו תואמת גם תחזיות על התפתחות הטיפול בקהילה בארצות אחרות ועל הצורך בהכשרת אחיות לכך (Hanson, 1991; O'Malley and Cummings, 1993; Aiken and Salmon, 1994; Conway-Welch and Norman, 1995). הנתונים על התפלגות עבודת אחיות מוסמכות ומעשיות בין שירותי אשפוז לשירותים בקהילה מראים, ששיעור גבוה של האחיות המעשיות מועסקות בקהילה. אפשר שהנתונים מרמזים על תופעה של מחסור באחיות מיומנות לטיפול בחולים קשים שהועברו לטיפול בית בקהילה. יחד עם זאת, הנתונים אינם מדויקים דים כדי שניתן יהיה לקבוע זאת בוודאות. נוסף על כך, דומה שקשה לענות על השאלה דלעיל מאחר שבידי קובצי המדיניות בישראל אין מידע מסודר על היקף השירותים המסופקים היום על-ידי כל ספקי השירותים (קופות החולים, משרד הבריאות וגורמים אחרים) בקהילה. משום כך, אין

לכוח-האדם המקצועי ובין הפרישה החזויה ממערך כוח-האדם המקצועי, השוואה שקשה היה לעשותה בגלל מגבלות מאגרי המידע בנוגע לכוח-אדם מועסק ושיעורי היציאה ממנו (פרישה ותמותה).

יחד עם זאת, ניתן לראות את בחינת היצע כוח-האדם הסיעודי ומאפייניו למול השינויים במערכת הבריאות כבדיקה של "מקרה לדוגמה" לבעיות ולאתגרים שעומדים בפני מי שמנסה לבחון היצע של כוח-אדם בתחום הבריאות בתקופה של שינויים. עבודה זו מבקשת לעורר חשיבה על מורכבותו של תכנון כוח-אדם כולל במערכת הבריאות בישראל לנוכח מוגבלות מקורות הנתונים על כוח-אדם מועסק, על השימוש בשירותים ועל דפוסי תחלואה ותמותה, ולמול דינמיקה של גלי עלייה ושינויים חברתיים, כלכליים ודמוגרפיים שאין עליהם מספיק נתונים. לאור זאת, הכיוונים המוצעים לתכנון עתיד של כוח-אדם בבריאות הם התמקדות בבחינת ההיצע והביקוש לפי התמחויות ספציפיות, במיוחד אלה אשר לשינויים במערכת הבריאות עשויה להיות השפעה רבה על הביקוש להם; תכנון כוח-אדם לפי נקודות קריטיות, למשל תחומים שבהם יש מחסור בכוח-אדם, או בתכנון מקומי-אזורי, תוך בחירת הגישה המתאימה לתכנון לכל מקרה לגופו.

שהגורם בעל ההשפעה הרבה ביותר על המגמות שנמצאו בכוח-האדם הסיעודי הוא קליטתן של אלפי אחיות עולות מברית-המועצות לשעבר. קליטה זו השפיעה הן על התמהיל המקצועי של כוח-האדם הסיעודי והן על מספרן הכולל של האחיות. הנתונים על קליטת רופאים עולים במקצועם מראים תמונה דומה (משרד הבריאות 1996; ניראל ונווה, 1997; Bernstein and Shuval, 1995). לאור זאת יש השואלים האם במדינה קולטת עלייה בישראל ניתן לתכנן באופן כולל ומקיף את כמות כוח-האדם בתחום הבריאות? המסקנה העולה מבחינת שאלה זו היא, שאולי צריך להעדיף תכנון כוח-אדם בתחומים ספציפיים ומוגדרים על-פני תכנון כולל ומקיף תוך בחינה הן של הביקוש והן של ההיצע לכוח-האדם בתחומים אלה.

לסיכום, בחינת היצע כוח-האדם הסיעודי כפי שנעשתה בעבודה זו היא עבודה ראשונית. היא ראשונה מסוגה הן לגבי כוח-האדם סיעודי והן לגבי כוח-האדם רפואי אחר. חשיבותה בניסיון לנצל את מאגרי המידע הקיימים, למרות מגבלותיהם, לצורך בחינת שורה של שאלות שעלו לגבי מצאי כוח-האדם סיעודי בישראל בתקופה של שינויים במערכת הבריאות. על-מנת להיחשב עבודה שיש בה תכנון כוח-האדם מצד ההיצע, נחוץ שתכלול השוואה בין התוספת החזויה

ביבליוגרפיה

- בנטור, נ', דייויס, מ', ברודסקי, ג', מועלם, א', גינדון, י', פיקו, ד', חקלאי, קמינר, ה', רפפורט, ד', רסולי, א', שמש, ע' (1998), טיפול בחולי שבץ מוח בבתי-חולים כלליים בארץ לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל (יפורסם בקרוב).
- בן-נון, ל' (1994), "שכיחות מחלות כרוניות ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים אצל עולים חדשים מחבר העמים בשנה הראשונה לקליטתם במרפאה ראשונית", הרפואה, 127 (11): 445-441.
- בן-נון, ל' (1996), "אפיון רכיבים ושכיחות ביקור עולים חדשים מחבר העמים בשנתיים הראשונות לקליטתם במרפאה ראשונית", הרפואה, 130 (5): 310-308.

- ברג, א', גרוס, ר', רוזן, ב', חניניץ, ד' (1997), מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית, דמ-284-97, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1994), סיווג האחד של משלח-היד 1994, פרסום טכני מס' 64, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1996), סקרי כוח-אדם 1995, ירושלים.
- יובל, ד', ברג, א' (1997), השמות בבית-החולים מנקודת ראותו של המאושפז, ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995 והשוואה ל-1993, דמ-278-97, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- מבקר המדינה (1995), דוח שנתי 45, ירושלים: משרד מבקר המדינה.
- מינהל הטיעוד (1995), דוחות פנימיים: רמות תפקוד של אחיות בבתי-חולים כלליים: המלצות; רמות תפקוד בקהילה; רמות תפקוד אחיות בתי-חולים, המלצות הוועדה, ירושלים: משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (1996), פעילות משרד הבריאות בנושא עולים בעלי מקצועות בריאות בין השנים 1989-1995, נתונים לוועדת העלייה והקליטה של הכנסת, ירושלים.
- ניראל, נ', נוזה, ג' (1997), "העבודה בתור דופאים בארץ - האם היא יציבה? מאפייני הקליטה בעבודה של רופאים עולים מברית-המועצות לשעבר", ביטחון סוציאלי, 50: 105-124.
- ניראל, נ', פריאנטה, מ', דובנר, ש' (1997), "סקר תעסוקת אחיות חדר ניתוח וטיפול נמרץ", דמ-306-97, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ניראל, ר', רוזן, ב', גרוס, ר', ברג, א', יובל, ד', איבנקובסקי, מ' (1998), "עולים מברית-המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים", ביטחון סוציאלי, 51: 96-115.
- קופ, י' (עורך) (1997), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, 1997, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שלמון, ב', צפרוני, א', שירום, א' (1996), "על מיקומה של רפואת מומחים במערכת הבריאות: הערכת מודלים חלופיים", ביטחון סוציאלי, 47: 113-130.
- Anson, J. (1988), "Mortality and living conditions: Relative mortality levels and their relation to the physical quality of life in urban populations", *Social Science and Medicine*, 27(9): 901-910.
- Aiken, L.H. and Salmon, M.E. (1994), "Health care workforce priorities: What nursing should do now", *Inquiry*, 31: 318-329.
- Bernreuter, M.E. and Cardona, M.S. (1997), "Survey and critique of studies related to unlicensed assistive personnel from 1975 to 1997", Part 2, *Journal of Nursing Administration*, 27 (7/8): 49-55.
- Bernstein, J. and Shuval, J.T. (1995), "Occupational continuity and change among immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel", *International Migration*, 33: 3-29.
- Birch, S., Lavis, J., Markham, B., Woodward, C. and O'Brien-Pallas, L. (1994), *Nursing Requirements for Ontario Over the Next Twenty Years: Development and Application of Estimation Methods*, Hamilton, Ontario: McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis, Paper Series 94-13.
- Conway-Welch, E. and Norman, L. (1995), "Health care reform and managed care: Challenges for nursing education. quality", *Management in Health Care*, 4(1): 34-39.
- Danton, F.T., Gafni, A. and Spencer, B.G. (1995), "The SHARP way to plan health care services: A description of the system and some illustrative applications in nursing human resource planing", *Socio-Economic Planning Sciences*, 29 (2): 125-137.
- Fulop, T. and Roemer, M.I. (1987), *Reviewing Health Manpower Development*, Geneva: World Health Organization.
- Gamliel, S., Politzer, R.M., Rivo, M.L. and Mullan, F. (1995), "Managed care on the march: Will physicians meet the challenge?", *Health Affairs*, Summer: 131-142.
- Ginsberg, G.M. (1992), "Standardized Mortality Ratios for Israel, 1983", *Israel Journal of Medical Sciences*, 28: 868-877.
- Hall, T.L. (1978), "Demand", in: Hall, T.H. and Mejia, A. (eds.), *Health Manpower Planing*, Geneva: World Health Organization (Chapter 3)

- Hanson, C.M. (1991), "The 1990s and beyond: Determining the need for community health and primary care nurses for rural populations", *Journal of Rural Health*, 7 (1): 413-420.
- Kazanjian, A., Brothers, K. and Wong, G. (1986), "Modeling the supply of nurse labor: Life cycle activity patterns of registered nurses in one Canadian delivery system", *Medical Care*, 24 (12): 1067-1083.
- Kazanjian, A. and Wood, L. (1993), *Nursing Resources in British Columbia: Trends, Tensions, and Tentative Solutions*, Vancouver, B.C.: University of British Columbia, Health Policy Research Unit, 93: 5.
- Kazanjian, A. and Chan, S. (1984), *Nurse Requirements in British Columbia: An Analysis of the 1979-82 Trends, Part I: Methods and Preliminary Findings*, Vancouver, B.C.: University of British Columbia, Institutional Sector, Division of Health Services Research and Development, S:16.
- McCausland, M.P., Persin, R.J. and Kiley, M. (1988), "Primary nursing in a psychiatric setting", *Nursing Economy*, 6 (6): 297-301.
- McClean, S., Reid, N., Devine, O. and Thompson, K. (1991), "Using a manpower database to model nurse turnaround and return to service", *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1382-1386.
- Meltz, N. M. (1988), *Sorry No Care Available Due to Nursing Shortage: The Shortage of Registered Nurses*, an analysis in a labor market context, prepared for the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada, ISBN 0-920166-13-X.
- Nahmias, J., Greenberg, Z., Berger, S.A., Hornstein, L., Bilgury, B., Abel, B. and Kutner, S. (1993), "Health profile of Ethiopian immigrants in Israel: An overview", *Israel Journal of Medical Sciences*, 29: 338-341.
- Neidlinger, S.H., Bostrom, J., Stricker, A., Hild, J. and Zhang, J.Q. (1993), "Incorporating nursing assistive personal into a nursing professional practice model", *Journal of Nursing Administration*, 23 (3): 29-37.
- Nudellman, A. (1993) "The importance of traditional healing for Ethiopian immigrants in Israel", *Collegium Antrpologicum*, 17 (2): 233-239.
- OECD Health Data (1998), *A Comparative Analysis of 29 Countries* (OECS Data Base CD-ROM).
- O'Malley, J. and Cummings, S. (1993), "Planning and developing a professional practice model", in: Burdhart, E. and Skeggs, L. (eds.), *Nursing Leadership: Preparing for the 21st American Century*, American Organization of Nurses Executives, American Hospital Publishing, Inc., USA.
- Rennert, G. (1994), "Implications of Russian immigration on mortality patterns in Israel", *International Journal of Epidemiology*, 23 (4): 751-756.
- Reiff, M. (1996), "Sickness and medicine: Perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel", *Proceedings of 1996 Conference*, Jerusalem: Society for Ethiopian Jews.

תיאגוד בתי-החולים - לאן?

מאת שאול מ' שאשא*

מבוא

תיאגוד בתי-החולים מעורר, בין היתר, שתי שאלות מהותיות: (א) האם התאגידים, כאשר יוקמו, אכן יביאו להשגת המטרות שתלתה בהם ועדת נתניהו בהמלצותיה? (ב) אם יוחלט לממש את רעיון התיאגוד, מהי הדרך הטובה ביותר לבצע זאת?

אשר לשאלה הראשונה, יש לזכור, שחוקי-המשחק במערכת הבריאות, שאותם קובע בעיקר משרד הבריאות, חשובים יותר מאשר שאלת הבעלות על המוסדות או אופן ניהולם. ואילו לגבי השאלה השנייה, מן הראוי לכלול בתהליך התיאגוד את כל בתי-החולים הציבוריים בישראל, הן הממשלתיים והן את אלה של קופות החולים, הן את אלה, והן את המוסדות הגדיאטריים והפסיכיאטריים. המאמר מציע דרך, של "תיאגוד מדורג", שעיקרה הליכה בשלבים מוגדרים ומתוחמים היטב, עד להשגת המטרה הסופית.

שאלת מעמדם של בתי-החולים הציבוריים, ובעיקר הממשלתיים, בישראל אינה יורדת מסדר-היום של מערכת הבריאות. עוד

בשנות ה-80 המוקדמות המליצה ועדת נגן על הפרדת בתי-החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות באמצעות הקמת "רשות אשפוז" (הוועדה הציבורית-מקצועית לקביעת מדיניות והערכות ארגונית ותפקודית של מערכת הבריאות, 1988). בשלהי שנות ה-80 ובתחילת שנות ה-90, ובשל השפעה ברורה של תהליכי ההפרטה התאצ'רית בבריטניה, שהביאה ל"תיאגוד" בתי-החולים הציבוריים שם, עלתה לדיון ציבורי גם שאלת "תיאגודם" של בתי-החולים בישראל. ועדת נתניהו, שהקימה ממשלת ישראל בסוף שנות ה-80, המליצה ש"ניהול בתי-החולים של הממשלה ושל קופת חולים הכללית יהיה בידי תאגידים...", בלי להביא לשינוי בבעלות (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, 1990). ממשלת ישראל אימצה גישה זו ושר הבריאות דאז, אהוד אולמרט, החל בצעדים למימושה. חמישה בתי-חולים ממשלתיים נרשמו אצל רשם החברות כ"תאגידים", מונו בהם מועצות מנהלים, וננקטו צעדים להעברת סמכויות ניהול רחבות היקף להנהלות המוסדות בתחומים מגוונים ובעיקר בתחומי הכספים וכוח-האדם.¹ אך המהלך

* בתי-החולים לגליל המערבי, נהריה.

1. בתי-החולים נרשמו כתאגידים מתוקף החלטת הממשלה מס' 2242 מיום 29.12.1991, שקבעה, בין השאר, שבמסמכי היסוד שלהם ייכלל תנאי מפורש המונע מהם לעסוק בפעילות עסקית, אלא לאחר חתימת הסכמים בינם ובין המדינה, ובין המדינה לעובדים. הסכמים אלה לא נחתמו ולאחר תקופה קצרה שבה קוימה פעילות

מחייב אפוא חשיבה מעמיקה, יסודית, ממושכת וזהירה לפני שתיושם החלטה כלשהי על הקמת תאגידים. במאמר זה ייעשה ניסיון לדון בחלק מקשיים אלה. יובא בו מתווה שיאפשר, לדעתי, ליישם את רעיונות התיאגוד מחד גיסא, וימנע כשלים ושגיאות גסות בתהליך היישום, מאידך גיסא, תוך מיזעור ההתנגדויות הצפויות מצד בעלי עניין והשפעה על המהלך כולו (לסקירה תיאורטית מקיפה על הנושא ראה עופר ואלסטר-גראו, 1997).

שלוש שאלות

לפחות שלושה גורמים עיקריים מחייבים חשיבה זהירה לפני שמיישמים החלטה כלשהי על הקמת תאגידים:

1. גורם אי-הוודאות

הגורם הראשון שיש להביא בחשבון הוא אי-הוודאות באשר ליכולתו של התאגיד להשיג את המטרות שלמענו הוא מוצע. ועדת נתניהו, בהמליצה על הפיכת בתי-החולים הציבוריים לתאגידים קבעה, שמטרות השינוי הן:

(א) שחרור משרד הבריאות ומרכז קופת חולים מתפקיד ניהול בתי-החולים, כדי למלא ביתר יעילות את תפקידיהם.

(ב) מתן תמריץ להתייעלות של מערכת האשפוז, כתוצאה מתחרות אמיתית בין בתי-החולים, עם פיקוח ובקרה של הנהלת האזור על איכות השירותים למבוטחים.

לווה מתחילתו בהתנגדויות למכביר. ההתנגדות הקשה ביותר לרפורמה זו באה, כצפוי, מצד העובדים. הסכמה הושגה רק עם ארגון הרופאים עובדי המדינה תוך הסכמות בנושאים שונים כמו הקמת מועצת רופאים בכל בתי-החולים והתרת קיומם של שירותי רפואה פרטיים בתוכו (ישי, 1994). עם יתר העובדים (אחיות ועובדי מינהל ומשק) נוהל משא-ומתן מייגע וממושך שלא הביא לפריצת דרך. הבחירות של 1992 והחלפת הממשלה הביאו לדחייה נוספת של המהלך, שלא התממש עד היום (שירום ואחרים, 1997; עופר ואלסטר-גראו, 1997).

אך הרעיון כשלעצמו סירב לגווע, ובקרב חוקרים ומרעננים בתחום מדיניות הבריאות אף נמצא לו צידוק תיאורטי ומעשי כאחד (עופר ואלסטר-גראו, 1997). בשנה האחרונה הוא שב להדהד גם בין כותלי המערכת וקנה לו אחיזה בעיקר במשרד הבריאות. אך לא רק שם, ויש יותר מרמזים שהוא עשוי להיות מקובל גם על ארגונים אחרים המפעילים בתי-חולים ציבוריים, כגון קופת חולים כללית. במשרד הבריאות אף ננקטו מהלכים לחידוש יישומו של רעיון התיאגוד: הוחל בעבודת מטה מסודרת לגיבוש דרכים להפרדת בתי-החולים מן המשרד והפיכתם לישויות עצמאיות, ואף התקיים כנס רב משתתפים לדיון בנושא.

דא עקא, שניסיון העבר שלנו, כמו גם ניסיון של מערכות בריאות אחרות בעולם, להתמודד עם שאלות של רפורמה במבנה שלהן, מוכיח, שהתהליך אינו פשוט, אלא רצוף קשיים ומכשולים, ואינו מסתיים בהכרח בהשגת המטרות המוצהרות. הדבר

המשך הערה 1.

של התארגנות בבתי-החולים, כולל ישיבות של מועצות המנהלים, בניית תוכנית עסקית וכו', נפסקה הפעילות בהדרגה. בשלהי 1992 הודיע שר הבריאות, מר חיים רמון, בכנס של מועצות המנהלים של בתי-החולים המתואגדים, על התליית הפעילות כולה.

(פיסית ואנושית), העלאת דמת השירות הרפואי... (מטרות ב', ד' וה' דלעיל); "הגדלת... שביעות הרצון של המטופלים והעובדים" (מטרות ג' וד' דלעיל).² מכאן, שאין הבדל גדול, בכל הנוגע לתפיסת המטרות של התיאגוד, בין המלצות ועדת נתניהו ובין "המטרות הרשמיות" כפי שביטא או אותם גורמי משרד הבריאות, להוציא מטרה ו' דלעיל, העוסקת בשילוב בתי-החולים בקהילה, שאינה מוזכרת בדרך-כלל במסמכי היישום.

אין עוררין על הכוונה הטובה שבקביעת המטרות. אך מן הראוי לבחון האם תאגידיים עצמאיים, וגם בתי-חולים דוגמת "הדסה", אכן יש בכוחם להשיג מטרות אלה.

(א) מטרה א' עוד נראית ניתנת להשגה, משום שאין ספק, שהתאגידיים שינוהלו בצורה עצמאית ישתררו את משרד הבריאות ואת קופות החולים מניהול מרכזי של בתי-החולים. ואולי זה הדבר הבטוח היחיד שאפשר להשיג בעזרת המהלך הזה. אולם, דבר זה כשלעצמו לא יבטיח שהם (קרי: משרד הבריאות וקופות החולים) יעסקו בתפקידם האמיתי, לבטח לא כל עוד הם הבעלים של בתי-החולים, כפי שהציעה הוועדה. דבר זה יהיה תלוי ברפורמות במשרד ובקופה יותר מאשר במבנה הניהולי של בתי-החולים. בכלל, השפעת הרפורמה כולה תלויה, כאמור, פחות במבנה הניהולי של המוסדות ויותר בחוקי-המשחק, בכללי הארגון ובמדיניות המשרד. מעורבות לא ישירה, מעורבות "פוליטית" וכו' יכולים למלא תפקיד חשוב מאוד בהשפעת הבעלים על ניהול בתי-החולים. משום כך, להשגת המטרה של הרפורמה

(ג) שיפור יחסי העבודה בתי-החולים.

(ד) קיצור תורים לאשפוז ושיפור השירות למבוטחים.

(ה) צמצום כפילויות, אגב ניצול מלא של מתקנים וציוד.

(ו) שילוב בתי-החולים במסגרת כלל השירותים בקהילה. יהיה בכך משום תמרוץ להעברת שירותים אמבולטוריים מבית-החולים לקהילה, אגב הקפדה על רצף טיפול בחולים.

ועדת הביצוע בראשות יורם ארידור, שמינה שר הבריאות אהוד אולמרט כדי לבדוק את ישימותן של המלצות ועדת נתניהו, המליצה לתת קדימות לתיאגוד בתי-החולים ולחקיקת חוק בריאות ממלכתי. בהמליצה על יישום רעיון התיאגוד אימצה הוועדה את נימוקי ועדת נתניהו למהלך (גרוס ורוזן, 1992). במשרד הבריאות הוקם צוות יישום בראשות פרופ' מרדכי שני ונערכו דיונים ממושכים הן במשרד עצמו והן בין המשרד ונציגי בתי-החולים המיועדים לתיאגוד ובין המשרד ונציגי העובדים. מן החוזרים שהופצו אז, ממכתבי השר לגורמים שונים ומסכומי הדיונים עולה, שעיקרי תפישתה של ועדת נתניהו לגבי מטרות התיאגוד היו מקובלים על השר, על צוותי היישום ועל חלק לא מבוטל מן הפקידות הבכירה במשרד. המטרות המוצהרות כללו את הצורך "להוציא את הממשלה מניהול פיזי של בתי-החולים ולהשאיר את משרד הבריאות כמיניסטרוניון שתפקידו לקבוע מדיניות, לתכנן ולפקח על שרותי הבריאות בכללותם וביעילות" (מטרה א' דלעיל), ו"ניצול יעיל יותר של תשתית שרותי האשפוז הציבוריים

2. ראה, למשל, "תפעול (על-ידי תאגידיים ציבוריים עצמאיים)" (ש/ 4417), שחיבר צוות ההפרטה של ועדת ההיגוי ליישום המלצות ועדת נתניהו במשרד הבריאות, מרס 1991, "תמצית המלצות צוות המשנה לתיאגוד בתי-החולים הממשלתיים", מיום 31.3.1991, וגם אצל ישי, 1994.

של ההוצאה הלאומית לבריאות בשל פיתוח שירותים רווחיים שאינם בהכרח חיוניים לבריאות הציבור, מחד גיסא, והגדלה מלאכה ותית במתן שירותים וניפוח פעילויות, מאידך גיסא. אפשר, שבעקבות הביטוח הבסיסי, ועל אחת כמה וכמה המשלים, תיווצר הגזמה בשימוש בשירותים הן בשל ביקוש יתר, ומה שיותר בעייתי, בשל היצע יתר, כדי להגדיל הכנסות. צריך גם לזכור, שברפואה, בניגוד לענפי כלכלה אחרים, חלק הארי של הביקוש אינו נקבע בידי ה"צרכן", אלא לא במעט בידי ה"ספק" (Light, 1992). הוכח, גם מן הניסיון של השנים האחרונות בארץ, שהגדלת ההיצעים מעלה באותה מידה את הביקושים וממילא את ההוצאה הלאומית על בריאות.

גם התקופה המנהלתית (פיתוח כלי ניהול חדשים, יחידות כלכליות, מערך שיווק, יחסי ציבור וכו' בכל בתי-החולים) תגדל בוודאי באופן חד. הניסיון הבריטי מוכיח, שאכן זה מה שקורה. למרות שבתחילת הרפורמה בבריטניה היה נדמה שמטרת היעול מו-שגת, ההמשך היה פתוח מבטיח, אולי מפני שבהתחלה הוצאו לתיאגוד בתי-חולים מנוהלים היטב, וגם מתוספת מימון למוסדות. בהמשך התברר, שההתייעלות היתה שולית, ואילו הוצאות התקורות המינהלתיות הוכפלו והגיעו ב-1994 ל-11.6%, לעומת פחות מ-6% לפני כן (Editorial, 1995), וההנחה ש"סביבת שוק", גם אם הוא פנימי, תשפר את המערכת הועמדה בסימן שאלה (Rice, 1997). זו גם רוח הדברים העולה מן "הספר הלבן" החדש של ממשלת בריטניה בעניין שירותי הבריאות שם (Secretary of State for Health, 1997).

בארץ, מאז ניסיון התיאגוד הראשון בתחילת שנות ה-90, לא ברור כלל אם התהליכים הכמעט "תיאגודיים" שהתרחשו אכן ייעלו את המערכת, או להפך - הגדילו

במשרד הבריאות ובקופות חולים התיאגוד ממלא תפקיד קטן מאוד (עופר ואלסטר-גראו, 1997). הניסיון הבריטי מוכיח אפילו את ההפך: כדי לאזן את הגדלת חירותם של התאגידים, הפיקוח עליהם הורחב מאוד ומספרם של החוקים, התקנות וכללי הניהול גדל, דבר שהביא לכך שכוחה של הממשלה המרכזית גדל יותר (ראה, למשל, Maynard, 1994).

אמנם, מן הראוי לציין, שבעשור שחלף מאז המלצות ועדת נתניהו התרחשו שינויים גדולים מאוד במבנה ובתפקוד של משרד הבריאות, החולך ומתגבש כמיניסטרונין הקובע מדיניות ומפקח על מוסדות הרפואה בארץ, למרות שתהליכי התיאגוד "נתקעו". אבל היא הנותנת, שלא תהליכי התיאגוד הם שהביאו לשינויים במשרד הבריאות, אלא השינוי בכללי-המשחק. כללו של דבר, אף על-פי שאין ספק שהפרדת בתי-החולים ממשרד הבריאות תוריד מעליו נטל כבד מאוד של ניהולם הפיסי, אין זה תנאי מספיק, ולדעת כותב שורות אלה אף לא הכרחי, לארגונו מחדש ולהפיכתו למיניסטרונין לכל דבר.

(ב) המטרה השנייה היא הרבה יותר בעייתית. אין כל ודאות, ואין כל הוכחה לכך, שתחרות "אמיתית" בין בתי-החולים אכן קיימת, למרות שהחשש מפניה הביא את בתי-החולים להתנהגות שיווק תוקפנית. הניסיון הבריטי מראה, שלמרות שהרפורמה שם יצרה תנאים המעודדים תחרות בין בתי-החולים, בפועל תחרות זו היתה קטנה ומוגבלת ביותר (Harrison, 1997). גם כאשר נוצרת תחרות, אין ביטחון שהיא מביאה בהכרח להתייעלות, ובוודאי שאין ביטחון שיישמר הצדק שבמתן השירותים הרפואיים לציבור (Hula, 1988). יש יותר משמך של חשש, שהתנהגות "שיווקית" של בתי-החולים תביא דווקא להגדלה לא נחוצה

דומה, שזו גם דעת רבים אחרים (עופר ואלסטר-גראו, 1997).

(ד) המטרה הרביעית ששמה לעצמה ועדת נתניהו בהמליצה על התיאגוד - קיצור תורים לאשפוז ושיפור השירות למבוטחים - גם היא אינה תלויה בבעלות או בצורת הניהול של בתי-החולים, אלא בכללי-המשחק בשוק הבריאות. כך, למשל, העלאת התעריפים עבור פעילות מסוימת, כמו ניתוחי מעקפים, הביאה לעלייה בביצועם ולהקטנה של ממש בתורים לניתוחים אלה, בלי שהתחולל שינוי במעמד של בתי-החולים. העברת סמכויות תקציב לבתי-החולים הממשלתיים, והשתתות על "הכנסות" המוסדות ממכירת שירותים למבטחים השונים, הביאו לעלייה בתפוקות ולחיסול התורים. בשל הרצון של הנהלות בתי-החולים להגדיל את היקף ה"מכירות" אף התפתחה חשיכה שיווקית נמרצת, שבין יתר מרכיביה החדרת תרבות של איכות ושיפור השירותים כדי למשוך לקוחות. גם ההיתר הגורף שניתן לבתי-החולים הממשלי-תיים לבצע פעילות חוץ-תקציבית דרך "קרנות מחקר", וניצול קרנות אלה לצורך "קיצור תורים" ו"ססיות" למיניהן - הביאו לעלייה גדולה בתפוקות ולקיצור תורים רב. האמת היא, שכרוב בתי-החולים אין היום תורים של ממש. פה ושם אף היתה "הגזמה" בפעילות השיווק של בתי-החולים מחד גיסא, ובקביעת התעריפים בידי משרד הבריאות מאידך גיסא (ראה, למשל, אצל Chinitz and Rosen, 1992), דבר שתרם לא מעט לעלייה בהוצאה הכוללת לבריאות. קיצורו של דבר, גם כאן הרושם הוא, שמטרה זו נכללה בכלל המטרות של התאגיד בשל המצב ששרר בתקופת פעילותה של הוועדה. בעיה זו ניתנה לפתרון באמצעות שינוי כללי-

את הוצאותיה. ההוצאה הלאומית על בריאות כאחוז מן התל"ג לא רק שלא ירדה או התייצבה בשנות ה-90, אלא היא אף עלתה במידה רבה: מ-6.7% ב-1985 ל-8.4% ב-1997. זהו קצב עלייה גבוה מזה הקיים במערב, במיוחד על רקע שיעורי הצמיחה הגבוהים בתוצר הלאומי שלנו בתקופה זו. אמנם, בשל קו המגמה האחיד של עלייה זו מאז שנות ה-70 אי אפשר לטעון שהיא נובעת מתהליכי התיאגוד, אך ברור שת-הליכים אלה לא הביאו למיתון ההוצאה.³

(ג) המטרה השלישית, שיפור יחסי העבודה בבתי-החולים, היא ספקולטיבית ואין להניח, שתיאגוד הוא פתרון ליחסי עבודה. סביר מאוד להניח, שמטרה זו הוכנסה לכאן על רקע המשברים התכופים ביחסי העבודה שאפיינו את שלהי שנות ה-80, ואשר היו ביטוי חלקי למשבר העמוק של מערכת הבריאות שהביא אף להקמת ועדת נתניהו עצמה. כללי-המשחק והסכמי עבודה, אר-ציים וענפיים, הם ערובה טובה יותר ל"שקט תעשייתי". בתאגיד, אם יקום, יושפעו יחסי העבודה מאיתנותו הכלכלית ומיכולתו לשפר את תנאי עבודתם ושכרם של עובדיו. זעזוע כלכלי, ולו הקטן ביותר, עלול להביא דווקא להדעה ביחסי העבודה. המשבר בבית-החולים "הדסה" בירושלים, שהיה ביסודו כלכלי, הביא דווקא לסכסוכי עבודה בשל דרישת ההנהלה שהעובדים יתרמו להבראת המוסד. מכל מקום, גם כאן נראה לנו, שלא צורת הניהול של בתי-החולים היא שתקבע את טיבם של יחסי העבודה, אלא חוקי-המשחק, כללי הארגון ומדיניות הממשלה. על אמת זו, שחוקי-המשחק חשובים יותר מצורת הניהול של בתי-החולים נחזור שוב ושוב, כמעט בכל היבט של נושא התיאגוד.

3. ראה: הצעת התקציב 1998, חוברת ט"ו, משרד הבריאות, עמ' 126-127, ירושלים, 1997.

הטיפול בקהילה יהיה קשור לטיפול בבית-החולים והמשך לו. ניסיונות לשילוב כזה נעשו במהלך השנים, תוך שילוב מרפאות או רופאים מן הקהילה בבית-החולים ולהפך. אלא שניסיונות אלה היו ספורדיים ולא הולידו שילוב אמיתי של המערכות. ייתכן שלא זה המצב בקופת חולים כללית, שבה הבעלות על בית-החולים ועל המרפאות הקהילתיות זהה, מצב הדומה ל-Full Staff HMO בארצות-הברית (ראה אצל עופר ואלסטר-גראו, 1997, וגם Conrad and Shortell, 1996). דא עקא, ששוב, אין כל ביטחון שתאגיד לבד, במתכונת שהוחל בה בתחילת שנות ה-90, בלי שילווה בשינוי של כללי-המשחק, כמו חלוקה אזורית והנהלה אזורית כפי שהמליצה ועדת נתניהו, אכן ישיג מטרה זו.

קיצורו של דבר, בטרם תתקבל החלטה על יישום, הכרח לבחון שוב את המטרות ואם התיאגוד הוא אכן הדרך הטובה ביותר להשגתן.

2. דרך התחתיים היא, קשה ומפרכת

הנושא הבעייתי השני ברעיון התיאגוד הוא דרך התחתיים הקשה בביצוע הרפורמה. הקושי הגדול ביותר יהיה להתגבר על התנגדויות של גורמים שונים, מהם "בעלי עניין" ואחרים "בעלי השפעה". הוויתורים שיהיה נחרץ לעשות כדי למזער את ההתנגדויות עלולים לפגוע במטרות אשר לשמן מוקם התיאגוד ולהוליד, בסופו של התהליך, תאגיד שונה לתלוטין מזה שתוכנן.

אין כוונה לדון כאן בתופעה הכללית של התנגדויות לשינוי ארגוני. קיימת ספרות עשירה בנושא הדנה בהיבטים שונים שלו (למשל, ישי, 1994; פוקס, 1998), שניתן להיעזר בה כדי להתגבר על חלק מן ההתנגדויות העולות תוך-כדי ניהול שינוי של ממש

המשחק בלי להזדקק לשינוי בבעלות או בצורת הניהול של בתי-החולים. אילו היו בתי-החולים מתואגדים, אך משחקים בכללי-המשחק שהיו נהוגים אז, ספק אם מטרה זו הייתה מושגת.

(ה) דבר אחד בוודאי לא הושג, ואין כל ביטחון שיושג: צמצום כפילויות אגב ניצול מלא של מתקנים וציוד. לא רק ברפואה הראשונית התפתחה כפילות שירותים שאין לה כל הצדקה כלכלית או תפעולית פרט לתחרות (פרועה לעתים) על לב הלקוחות, אלא גם בבתי-החולים. מספר יחידות-העל בארץ גבוה מן הדרוש לצורכי האוכלוסייה וההחלטות להקים יחידות כאלה אינן מושפעות, או כמעט שאינן מושפעות, מן הצורך בהן. הדוגמאות הזועקות לשמים הן מספר יחידות ההשתלה והדבר נכון בוודאי לגבי יחידות להשתלת כבד. גם ההחלטה להקים בארץ שש יחידות-על לטראומה אינה נובעת מן הצרכים, שהרי די היה בארבע יחידות (בצפון, במרכז, בירושלים ובדרום), אלא מנימוקים נוספים, שהם אולי אפילו מוצדקים כשלעצמם. כללו של דבר, גם לגבי עניין זה כללי-המשחק במערכת הם החשובים, ולא הבעלות או אופי הניהול של בתי-החולים. אדרבא, ייתכן שיותר קל לאכוף מדיניות במצב הקיים מאשר במצב של תאגידים עצמאיים.

(ו) המטרה השישית - שילוב בתי-החולים במסגרת כלל השירותים בקהילה - נראית על פניה חשובה, ולא רק מן הטעם הכלכלי, אלא גם, ואולי בעיקר, מן הטעם של טובת החולה ושיפור הטיפול בו. שילוב זה נדרש קודם כל כדי לשנות את המצב הקיים, שבו הטיפול בחולה בבית-החולים הוא חוליה שאינה תלויה בטיפול שלפני ושלאחר האשפוז, למצב שבו הטיפול בבית-החולים יהיה המשך לטיפול בקהילה, ועם השחרור

רעיון התיאגוד. אם אי אפשר ליצור תנאים נאותים להבטחת קיומו של התאגיד (והחשש הגדול של העובדים הוא מתחרות פרועה ולא מבוקרת בין התאגידים שתביא להתמוטטותם הכלכלית של חלק מהם), אין שום טעם לנסות ולהציע להם לקבל את הרפורמה.

אבל יש פן נוסף להתנגדות העובדים, הנובע מחשש הארגונים לאבד את מעמדם (שהוא חזק מאוד, יש לומר, בשל מומחיותם שאין לה תחליף ויכולתם לנצלה היטב כדי להשפיע על מהלכים ארגוניים ופוליטיים. ראה ישי, 1990, 1994) כבעלי עניין לגיטימיים במערכת. ככל שמרכז הכובד ביתסי העבודה יעבור מרמה ארצית או ממשלתית לתאגיד הבודד, תוך אימוץ דרכי התקשרויות שונות בין המעסיק (הפעם זה התאגיד הבודד) ובין עובדיו, כן יילך ויפחת כוחם של הארגונים הארציים ויעלה כוחו של הוועד המקומי (ראה לעניין זה ישי, 1994, עמ' 37, 39). אין להניח, שהארגונים יוותרו על כך בקלות, ומשום כך הם יעשו הכל כדי להשפיע על כיווני התפתחותו של התאגיד תוך שימור מעמדם כצד מעוניין בכל התפתחות אפשרית. בשל כך הם לא יסתפקו בביטחונות לחסינותו מפני התמוטטות אפשרית ולהבטחת מעמדם וביטחונם הכלכלי והסוציאלי של העובדים, אלא ישאפו להיות מעורבים בצורה ממשית בניהולו (ראה, למשל, ישי, 1994) ובשל כך לייצוג הולם במוסדותיו, ואפילו להיות המכריעים בחלק מתפקודיו. ניגודי אינטרסים בין המגזרים השונים של העובדים (רופאים, אחיות, אנשי מינהל ומשק, עובדי רפואה אחרים), רק יוסיפו קשיים לתהליך.

הסכמת העובדים וארגוניהם היא תנאי הכרחי להצלחת התיאגוד. עם חלק חשוב מאוד (במעמדו אם גם לא בכמותו), היינו הרופאים, קיימת הסכמה נרחבת הן באשר למטרה האסטרטגית והן באשר לחלק גדול

במערכת. להלן נתייחס לחלק הנראה בעינינו חשוב ביותר.

(א) ההתנגדות הקשה ביותר היא של העובדים ושל ארגוניהם. להיות עובד מדי-נה פירושו ביטחון בפרנסה ובעתיד. אם בעבר השכר של העובדים ברפואה הציבורית היה נמוך ולא מספיק, ההסכמים האחרונים הולידו שכר שאין להתבייש בו. כל עוד אין ביכולת הרפורמה להבטיח שמצבם של העובדים לא רק שלא יורע, אלא אף יוטב, יתנגדו לה העובדים. חלק מהתנגדות זו נובע מחששות אמיתיים לחוסנו הכלכלי של התאגיד. בשביל העובדים, נפילתו של התאגיד משמעותה עלולה להיות איבוד מקורות תעסוקה ושכר וביטחון כלכלי. אם הדוגמה של תאגיד מסוג מלכ"ר היא, למשל, "הרסה" ירושלים, הניסיון של השנים האחרונות אינו מעודד ביותר. "הרסה" ידעה קשיים כספיים חמורים שאילצו את הנהלתה לבקש מן העובדים לוותר על אחרוים משכרם. כאשר דוגמה זו עומדת לנגד עינינו, לא קשה להבין את חששות העובדים.

לפיכך, אחד הדברים שחיוני להבטיחו הוא איתנותו הכלכלית וכושד עמידתו של התאגיד. גם כאן כללי-המשחק בשוק הבריאות יהיו בעלי חשיבות מכרעת. מאחר שאין להניח שהעובדים יסכימו להצטרף לרפורמה המוצעת בלי שיובטח עתידם הכלכלי (לפחות, משום שיש להניח שתהיינה להם דרישות, מוצדקות כשלעצמן, להבטחת מעמדם המקצועי, חופש המקצוע, התפתחות מדעית, קידום מדעי וכו', שהרי בארגון עחיר ידע ומעמד מקצועי עסקינן. אך מאחר שבסופו של דבר לסוגיות אלה יש היבט כלכלי דומיננטי, שאלת מעמדו הכלכלי של התאגיד היא שתהיה מכרעת), הרי שיש להקדים ולדון בכללי-המשחק הללו לפני שניגשים ליישום, אפילו ראשוני וניסויי, של

הזה במלוא עוצמתו. כאשר הבעלות על בית-החולים ועל השירותים הקהילתיים היא אחת, אפשר להביא למידה רבה של "שילוב אנכי" של הפעילות, תוך הבטחת חיסכון בעלויות מחד גיסא, והמשכיות טיפול מאידך גיסא (עופר ואלסטר-גראו, 1997). כאשר הבעלות והניהול שונים, הדבר קשה יותר ומחייב מידה רבה של הסכמה ועלות גבוהה הרבה יותר.

יש עוד הרבה נושאים הקשורים לתפקוד ולניהולו של התאגיד שיש למבטחים עניין בהם והשפעה עליהם: שיטת ההתחשבות, תזרים המזומנים, הפיקוח והבקרה וכו'. כבר עתה אנו עדים למצב בעייתי מאוד, כאשר המבטחים אינם משלמים לבתי-החולים הממשלתיים את חובותיהם. התוצאה היא מחסור מימון חמור מאוד בבתי-החולים, המאיים על פעילותם. סיטואציה דומה בתאגיד תאיים לא רק על פעילותו, אלא גם על עצם קיומו. משום כך צריך יהיה לקבוע מראש כללי-משחק (כן, שוב כללי-משחק) עם המבטחים. אם לא יהיו כללים שיבטיחו את שרידותו של התאגיד, לא תהיה הסכמה של העובדים לקבל את השינוי. וכאמור, בלעדיהם אין סיכוי למהלך כולו.

(ד) גם לגורמים "צרכניים" יש מה לומר בנושא. אלה יבואו לידי ביטוי בעיקר בפעילותם של איגודי צרכני הבריאות, שיפעלו הן ישירות והן כשדולה פוליטית אצל מקבלי ההחלטות (משרד הבריאות, חברי הכנסת), כדי לבטא את האינטרסים שלהם בפעולת התאגיד. גם כאן עלולה לבוא דרישה לייצוג הולם שלהם במוסדות התפעוליים של התאגיד. פעילות זו גם תעכב את המעבר לתאגידים וגם תשפיע על המבנה ועל התפקוד שלהם.

(ה) ולא הזכרנו את הפוליטיקאים, את אנשי המקצוע, האקדמיה וכו'. כל אלה עלולים

מאוד מן הצעדים הטקטיים ליישומה (ישי, 1994). אין הסכמה כזו עם יתר העובדים וחשוב מאוד להשיגה. מדובר בסופו של דבר במהפכה ובשינוי ארגוני חשוב ביותר של הארגון. אבל אין שום סיכוי לבצעם בלי תמיכתם, ואפילו התלהבותם של העובדים, במהלך.

(ב) התנגדות עלולה לבוא גם מצד ההנהלות, שאינן מוכנות דיין לשינוי בסכיבה הניהולית שלהן. חלקן, ובעיקר המנהלים הוותיקים, הורגלו במשך שנים לשיטת הניהול המרכזי, שלמרות כל חסרונותיה היא משחררת אותם מדאגה לשרידותו של ארגונם, מחשש לנפילתו ולחוסנו הכלכלי. מי שהורגל לשיטה וחי אותה מתקשה לתפוס את חשיבות השינוי; לפיכך הוא יעשה הכל כדי לא לממשו. הנהלות אלה צריכות לעבוד בעצמן שינוי גדול בתפיסת התרבות הארגונית ותרבות הניהול של ארגוניהן בטרם יוכלו להשתלב בתהליך. ייתכן שלא יהיה מנוס מהחלפת חלק מהן ובניית הנהלות תומכות, אחרת התהליך לא יחפתח במוסדותיהן.

(ג) התנגדות צפויה לבוא גם מן המבטחים, שהם בלי ספק צד מעוניין לגיטימי באשר למבנה מערכת הספקים שעמה יעבדו. ספק אם הם יאהבו, בלשון המעטה, את קיומו של יצור העלול לנגוס בפעילותם הקהילתית, וספק אם ירצו, אותם מבטחים שיש להם בתי-חולים, לוותר עליהם או על ניהולם. צריך לזכור, שיכול להיווצר ניגוד אינטרסים אמיתי בין קופות החולים ובין בתי-החולים. האחרונים ישאפו, מתוך ראייה כלכלית ומקצועית כאחת, להשאיר בבתי-החולים פעילויות רבות ככל האפשר (ניתוחים, פעילות אמבולטורית וכו'), ואילו המבטחים ישאפו להוציא פעולות רבות ככל האפשר לקהילה. אנו עדים היום לקיומו של התהליך

התנגדויות שמקורן ב"אוריינטציה להווה" לפי פוקס). מבין אלה חשוב להדגיש את הצורך להימנע מתהליך קבלת החלטות (טקטיות) העלול להחפרש ככפיית מהלכים המאיימים על חירותם או ביטחונם של המתנגדים, או הגורם להם תחושה של איבוד שליטה. פוקס (שם) ממליץ על שלוש דרכים עיקריות למניעת מאבק בין "החסידים" ל"מתנגדים": ניהול תקשורת יעילה ואפקטיבית, מתן תמיכה לגורמים השותפים לתהליך, ובעיקר לעובדים, והחשוב מכל: שיתוף העובדים בכל שלבי התהליך.

3. כללי-המשחק

הגורם השלישי נוגע, כמו שעולה מן הדיון דלעיל, בשאלת כללי-המשחק שיתהוו במערכת, שאחת ממטרותיהם צריכה להיות קיומם ושרידותם של התאגידים.

מטרות הרפורמה כפי שהציעה ועדת נתניהו הן להגיע בסופו של דבר לאיזון נכון בין תפוקות מערכת הבריאות, איכותם ועלותם. התיאגוד אינו מטרה בפני עצמה, אלא אחד האמצעים להשגת יעדים אלה, והאמצעי העיקרי למימושם בתחום האשפוז.

אנו נוטים לקבל את העמדה לפיה כללי-המשחק, הארגון הענפי, היחסים בין השחקנים השונים והתווית המדיניות הכוללת של המשרד משפיעים על מטרות-העל של איכות השירותים, שוויוניותם ויעילותם יותר מאשר המבנה המדויק של הבעלות או צורת ההתאגדות (עופר ואלסטר-גור, 1997). לפיכך, לפני שניגשים ליישם את הרעיון של תיאגוד בתי-החולים, יש לקבוע באופן חד וברור את כללי-המשחק. כללי-משחק אלה חייבים להביא למימושן של שלוש מטרות עקריות:

(א) הבטחת מתן שירותי רפואה לאזרחי

למצוא עניין בנושא ולנסות להשפיע על ההחלטות להקמת התאגידים, על תוכנם ועל תהליכי ביצועם.

אין בדברים אלה כדי לרמוז שיש לוותר על תהליך תיאגוד בתי-החולים, אלא להדגיש חזר והדגש, שבלי טיפול יעיל בהתנגדויות אין סיכוי להשלים את המהלך. תשומת לב לא מספקת לעניין זה היתה בעוברי הניסיון הקודם לשינוי מעמדם של בתי-החולים, ואולי הסיבה העיקרית לעיכוב המהלך כולו. האסטרטגיה שנקטו בזמנו "סוכני השינוי" היתה כמעט הפוכה מזו המתבקשת להובלת שינוי ארגוני ממשי, והתאפיינה יותר בניסיון כפייה מאשר בהידברות (ראה, למשל, ישי, 1994, עמ' 38). מן ההכרח לגשת, לפני נקיטת צעדים מעשיים לחידוש תהליכי התיאגוד, לבניית "אסטרטגיית טיפול בהתנגדות לשינוי" (פוקס, 1998, עמ' 251). זו חייבת לכלול אבחון של הקבוצות המתנגדות, גורמי התנגדותן, עוצמתה, שכיחותה, נקודות חוזקה וחולשותיה וכו', כדי לאפשר טיפול יעיל בהתנגדויות והפחתת עוצמתן לרמה שתאפשר התקדמות בתהליך עד להשלמתו. אסטרטגיית טיפול נבונה בהתנגדויות היא זו המייחסת להן ערך חיובי: ניצול ביטויי השלילה לבחינה חוזרת של תוכניות השינוי, תוך מאמץ לאתר סיכונים לכשלים עתידיים. בחינה כזאת יש לה ערך נוסף בכך שהיא מפחיתה את עוצמת ההתנגדות.

בתהליך הטיפול בהתנגדויות יש כמובן צורך בהפחתת חששות המתנגדים שהשינוי יביא לאברן מעמד ודפוסים שהתגבשו ונכחו במשך שנים (התנגדות שמקורה ב"אורייני-טציה לעבר" לפי החלוקה שמציע פוקס, שם). אולם, הרבה יותר חשוב בעינינו הצורך להפעיל תהליכים של הנהגת שינוי שמטרתם טיפול בתהליך השינוי עצמו (התמודדות עם

סבירים, שיביאו מצד אחד להקטנת הוצאות הקופות ומצד שני להבטחת קיומם הכלכלי של בתי-החולים. יש להניח, שכוחות כלכליים יביאו למימוש תפיסה זו בכל מקרה. אולם זה תפקידו של משרד הבריאות לכפות כללי-משחק על המערכת שימנעו בזבוזים וכפילויות מחד גיסא, בלי לפגוע באיכות השירותים מאידך גיסא.

בכלל, שאלת "חלוקת העבודה" בין בתי-החולים ובין המרפאות הקהילתיות היא נושא המחייב הסדרה ברמה המיניסטריאלית. הערפול הקיים עתה מביא ל"מלחמת גוג ומגוג" בין בתי-החולים לקופות החולים, בעוד אלה האחרונות מנסות להוציא מבית-החולים פעילויות שונות, בעיקר אלה המוגדרות כ"פעילויות יום" אל הקהילה, בטענה שעקב כך העלות לקופה יורדת. אלא שמדיניות זו של הקופות מבוססת על "הסרת השמנת", היינו הוצאת הפעילויות הזולות והשארת הפעילויות היקרות, או החולים הבעייתיים הנזקקים לטיפולים מורכבים ויקרים יותר לבתי-החולים. מאחר שהסדרי התשלום לבתי-החולים מבוססים היום על מחירים ממוצעים, התוצאה הבלתי נמנעת היא הוצאה גדולה יותר לבתי-החולים והכנסה קטנה יותר. בתי-החולים לא יוכלו לעמוד בתנאים אלה ובוודאי לא לאורך זמן. אולם, הבעיה אינה מצטמצמת להיבט הכלכלי, אלא יש לה פן מקצועי חשוב לא פחות. הוצאת פעילויות שלמות מבתי-החולים (למשל, ניתוחי ירוד, ניתוחי בקע וכו'), מפחיתה את יכולת בית-החולים לחשוף את רופאיו הצעירים (המתמחים) לשורה ארוכה של מצבים רפואיים, דבר שיפגע בהשכלתם הרפואית, בניסיונם ובהתמחותם. שאלת החלוקה הזאת בין בתי-החולים לקהילה יכולה להיפתר באופנים שונים, אם באמצעות "מיזוג אנכי" כפי שמציעים עופר ואלסטר-גראו (שם), או יצירת מערכת אזור-

המדינה באיכות, בזמינות ובנגישות המירבית כפי שעולה מחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

(ב) הגברת יעילות המערכת, מניעת בזבוזים וכפילויות שאינן משרתות את מטרה א', תוך שמירה ואף הקטנה של ההוצאה הלאומית לבריאות.

(ג) בלי לפגוע במטרות א' וב', להבטיח את קיומם של התאגידים, מבחינה כלכלית ומקצועית.

אין ספק, שקיום קופות חולים שונות, ומולן בתי-חולים עצמאיים שונים, מגדיל את התחרות הן ברפואה הקהילתית והן זו האשפוזית, ואת ההיצע לאזרחי המדינה. זו דרך טובה להשגת מטרה א' דלעיל. הניסיון הקצר שלנו בארץ בעשור האחרון אכן מוכיח זאת. גם הניסיון בבריטניה הראה, ששינוי כללי-משחק בשוק הבריאות הביא לנגישות טובה יותר, לגידול של ממש בשירות האמבולטורי, לעלייה בשיעור האשפוז וירידה בשהייה הממוצעת (Harrison, 1997). אלא שאגב כך הולכת לאיבוד המטרה השנייה והמערכת, במקום שתהיה יעילה וחסכונית יותר, נעשית מגופחת, עם כפילויות רבות ובזבוזניות. התחרות בין קופות החולים הולידה כפילות לא נחוצה מכל בחינה שהיא בהספקת השירותים השניוניים (רפואת מומחים). כך אפשר למצוא בקרבה גיאוגרפית מירבית שלושה או ארבעה מכונים (למשל, לגסטרו־אנטרולוגיה) של שלוש או ארבע קופות חולים וכולן בקרבת בית-חולים. הכל בשם התחרות על הלקוחות. צריך לזכור, בהקשר זה, שבתי-החולים חייבים להתזק יחידות מקצועיות כאלה כדי לטפל במאושפזיהם. הסדר הרבה יותר הגיוני להשגת מטרות א' וב' היה שימוש במכונים של בתי-החולים כספקי השירות הרפואי לכלל המבטחים, תוך הסדרי תשלום

מנוס מפשרה הבנויה על "תחרות מבוקרת" (Managed competition). במקרה זה מעורבותו של המיניסטרונין תהיה מכרעת להבטחת קיומם של התאגידים. דרך אחרת, שיש בה הקטנה ממשית של מעורבות מיניסטרוניאלית היא לקבוע בהסכמים ישירים בין התאגיד למבטחים, המבטיחים מחד גיסא הכנסה בטוחה לבית-החולים אם בהסכמי קפיטציה או בהסכמים גלובליים למיניהם, אך מאידך גיסא מבטיחים למבטחים פיקוח ובקרה על פעילות בתי-החולים, שיטה המכונה "טיפול מבוקר" (Managed care). אלא ששוב, הניסיון של השנים האחרונות בארץ מלמד, שאין בהסכם כזה כרי להבטיח "תזרים מזומנים" לבתי-החולים, בשל חוסר יכולתם או רצונם של המבטחים לעמוד בהסכמי התשלומים, דבר המותיר את בתי-החולים בגירעונות גדולים ומאיים על קיומם.

משום כך אין מנוס מחיפוש אחר דרך שתבטיח את תזרים המזומנים בלי תלות במבטחים. הועלו רעיונות שונים, למשל מימון ישיר של מחצית תקציבו של בתי-החולים ישירות מן המוסד לביטוח לאומי, ואילו את המחצית השנייה ישלמו קופות החולים. הוצע גם, שמאחר שיש הסכמה בין התאגיד לקופה על גובה החוזה, יועבר החוזה לביצוע התשלום ישירות למוסד לביטוח לאומי, אשר ישלם ישירות לבית-החולים בערך 95% ממנו (בחלוקה שווה ל-12 חודשים). חמשת האחוזים הנותרים ישולמו לאחר סגירת ההתחשבנות עם הקופה ויאפשרו לפיכך בירורים וקיצוצים. היתרה לתשלום תועבר לחודש הבא. בכל מקרה יש לקבוע הסדר מחייב כלשהו שיבטיח תזרים מזומנים קבוע.

שאלה נוספת, חשובה לא פחות, היא קביעת מחירי השירותים הניתנים בבתי-החולים. היום מי שקובעים קביעה זו הם משרד הבריאות ומשרד האוצר, תוך התדיי

רית, כפי שמציעה ועדת נתניהו (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990), או הסדרה מיניסטרוניאלית, למשל באמצעות קביעת חובת רישוי לכל פעילות, או חקיקת משנה בתקנות וכו'. אפשרות אחרת היא הסדרים חוזיים בין הקופות לבתי-החולים, אלא שהניסיון של השנים האחרונות בארץ אינו מבטיח, בלשון המעטה את יעילותם של הסדרים אלה.

השאלה החשובה מכל היא איך להבטיח את עמידתם הכלכלית של התאגידים. כאמור, אין כל סיכוי שהעובדים (וההנהלות) של בתי-החולים יאותו לשתף פעולה עם תהליך שאינו מבטיח את קיומם. לפיכך, יצירתם של חוקי-משחק שיבטיחו זאת הם תנאי מוקדם לכל ניסיון לעשות שינוי במעמדם של בתי-החולים.

לשאלה זו יש שני פנים: האחד, אופני התגמול ומהות "החוזים" בין בית-החולים המתואגד ובין המבטחים. והשני, הבטחת קיומם של החוזים וההסדרים, כדי למנוע מצב של פגיעה ב"תזרים המזומנים" והמימון של בתי-החולים.

המצב הנהוג היום הוא, שאופני התגמול, ואופי החוזים נקבעים בצורה מרכזית בידי משרד הבריאות, המכתיב לא רק את מחירי השירותים, אלא גם את כללי ההקצאה ודרך ההתחשבנות (קפיטציה) בין בתי-החולים (הממשלתיים) השונים. האם מצב זה ישרור גם בעידן התאגידים? ואם כן, היכן התחרות? אם המצב יימשך, הדבר יבטיח שימוש מאוזן של המקורות הכספיים בכלל המערכת. אם לא, הדבר עלול להביא ל"שוק חופשי" ולהתנהגות פרועה של בתי-החולים, שיכולה להביא לחוסר שוויון ביניהם, ולפיכך לחוסר שוויון בהספקת השירותים לאזרחים, לפחות בפריפריה, ואולי אף להתמוטטות חלק מבתי-החולים החלשים. משום כך לא יהיה

נפשו, על-פי שיקולים כלכליים, או שהדבר יהיה מכוון מבחינה מרכזית באמצעות תקנות מחמירות של משרד הבריאות? האם יורשה תאגיד ציבורי לפתח פעילות שהיא מעבר לסל הבריאות הבסיסי? והרי אז יש סכנה של היווצרות שתי רמות של שירותים: ציבורית ופרטית, ואף דלדול הפעילות של הסל הבסיסי לטובת פעילות משלימה מכניסה יותר.

העלינו מקצת מן הבעיות שהתאגיד עלול להיתקל בהן כתוצאה מחוקי-משחק שונים במערכת. חוקי-המשחק היום מעורפלים ולא ברורים וניתנים לפירושים שונים. מאחר שהצלחתו של התאגיד תלויה, כאמור, יותר בכללי-המשחק ופחות בשיטת הניהול או הבעלות, מן ההכרח לגשת קודם כל לקביעתם של כללים אלה לפני קיומו של דיון רציני בשאלת התיאגוד.

ושוב, וכדי להסיר ספק, אין בדברים שהועלו כדי לשלול את רעיון התיאגוד עצמו. אלא להצביע על קשיים ובעיות שיש להתמודד עמם כדי להבטיח את הצלחת המהלך.

איך לעשות מה, מי יעשה ומתי

א-הוודאות באשר ליכולת התאגיד למלא את הציפיות ממנו, דרך החתחתים הקשה שיש לעבור לשם השגת הסכמה כללית על עצם הקמת התאגידים, ריכוי "בעלי העניין" ו"בעלי השפעה", והבדלי הגישות ביניהם, וחוקי-משחק לא ברורים במערכת - עלולים להקשות על תהליך התיאגוד מחד גיסא, ולהוליד, בסופו של דבר, תאגיד שהוא רחוק מאוד מזה שאנו מתפללים לו. לפיכך, הן בתהליך קבלת ההחלטות והן בתהליך הביצוע, יש לנקוט גישה של "ניהול סיכונים", שמשמעותה למזער ככל האפשר נזקים אפשריים (למערכת, למוסדות, לעובדי

נות מחדש בכל פעם על עצם השינוי ועל גודלו. אין נוסחה קבועה המביאה בחשבון את עלות הטיפול, הקידום הטכנולוגי, צורכי מחקר והוראה וכו'. התוצאה היא, שההחלטה על-פי רוב אינה עניינית והיא מביאה בחשבון השלכות שונות של המחיר, למשל על יכולת התשלום של הקופות השפעתו על המדד הכללי וכו'. וכך קורה לא אחת, שלמרות התייקרות גדולה בעלות השירותים, הממשלה נמנעת מלהעלות את מחירם, ובתי-החולים מוצאים את עצמם בגירעונות הולכים וגדלים.

כדי למנוע מצב זה יש לקבוע נוסחה מדויקת למחיר השירותים, המביאה בחשבון את מכלול מרכיבי השירות ואת עלותם. נוסחה זו יחשבו גורמים מקצועיים, ולא פוליטיים, דוגמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, והיא תהיה בסיס לשינוי תקופתי במחירים.

זאת ועוד, רוב המחירים היום הם מחירים "ממוצעים" של יום אשפוז או טיפול בחדר המיון וכו'. רק פעולות מעטות זכו לתמחור דיפרנציאלי. קביעת מחיר ממוצע מניחה, שאם כלל השירותים שבתי-החולים מציע ייקנו במחיר הממוצע, הדבר יבטיח הכנסה מספקת למוסד לביצוע כלל הפעילות. השיטה גם מקלה מאוד על ההתחשבות עם המבטחים. דא עקא, שאם המבטחים "קונים" מבתי-החולים רק את השירותים היקרים ומשלמים עליהם מחיר ממוצע, ואילו את הפעולות הזולות הם מוציאים מבתי-החולים לקהילה (הסרת השמנת), אזי הכנסות בתי-החולים לא יכסו את עלות השירותים. משום כך אין מנוס מהחלטה על שינוי הגישה ואימוץ דרך של תמחור דיפרנציאלי וריאלי יותר של השירותים.

איתנותו של התאגיד תיקבע, בין היתר, גם על-פי היקפי פעילותו. האם יהיה התאגיד רשאי לפתח שירותים ותחומי פעולה כאוות

של כל אלה הנוטלים בו חלק, ובעיקר העובדים. צריך לזכור עוד, ש"התשלום" (על כל אופניו) להשתתפותם של העובדים בשל-בי ההחלטה והביצוע של השינוי לעולם יהיה קטן יותר מזה שיש לשלם להם על הסכמתם לקבל שינוי המוטל עליהם מלמעלה!

(ד) גם לאחר קבלת החלטה, עדיף שהביצוע יהיה איטי, מדורג, תוך קביעת שלבים ותת-שלבים ברורים בתהליך. לכל שלב יש לקבוע יעדים, שרק עם השגתם אפשר יהיה לעבור לשלב הבא. מכאן שיש ליצור מרחק מספיק (בזמן) בין שלב לשלב, וספק אם צריך לקבוע לו תאריכי יעד, למרות שלוח-זמנים כללי הוא מחויב המציאות שאם לא כן ייתקע התהליך. כל שלב יהיה בנוי משינוי לא גדול יחסית לעומת השלב הקודם, אבל גדול מספיק כדי להיות "קפיצת מדרגה" הן בחשיבה הניהולית והן בביצוע הפעילות. כל שלב ינוצל להכשרה נוספת של ההנהלה והעובדים לעבודה בסביבה החדשה. כמו-כן תיבדק השפעתו הכוללת של השינוי בטרם החלטה על מעבר לשלב הבא. בדיקה כזאת מחייבת בניית קריטריונים להערכת ההצלחה בהשגת יעדי השלב, וסיכויי ההצלחה במעבר לשלב הבא. בכל שלב יש ליצור "דרכי מילוט" אם ישתבש משהו בהשגת היעדים (כסוף השלב), או אם תתהוו תוצאות לא רצויות או לא צפויות (בתוך השלב). התהליך כולו יחייב ליווי צמוד ולפיכך יש לבנות מראש מנגנונים ודרכי בקרה והערכה.

(ה) אף-על-פי שהדבר אינו מומלץ, ייתכן שאי אפשר יהיה לתכנן כל שלב וכל הליך במידה מספקת מראש. כאמור, מדובר במה-

דים וכו'). מודל המשחק חייב אפוא להיות של Mini-Max.

לפיכך חשוב לבנות מתווה, הן של קבלת ההחלטות והן של דרכי ביצוע, שיתבסס על העקרונות שלהלן:

(א) לאמץ מודלים של קבלת החלטות בתנאי אי-ודאות. המודל הטוב ביותר הוא "המודל המיצרפי". היינו קביעת יעד סופי כמטרת-על, אך ביצוע בשלבים מוגדרים, כאשר כל שלב הוא יעד בפני עצמו, שיכול להיות גם יעד סופי וגם שלב בהשגת המטרה הסופית.

(ב) להשקיע הרבה זמן בתהליך קבלת ההחלטות, תוך בחינה מחודשת של כל החלופות האפשריות ושקלולן. בכלל, בהחלטות של מדיניות ציבורית עדיף שתהליך קבלת ההחלטות יהיה ארוך מספיק לבחינה מעמיקה של הנושאים, תוך-כדי דיון ציבורי, מקצועי, מינהלי, כלכלי וכו' בטרם קבלת החלטה. אסור להיחפז! ההחלטות צריכות להתקבל על בסיס מידע ונתונים, תוך התחשבות באינטרסים של כלל בעלי העניין והשתתף על בסיס אתי ומוסרי (פוקס, 1998).

(ג) יש לאפשר לכל בעלי העניין להיות שותפים בתהליך קבלת ההחלטות בכל שלבי מהלך התיאגוד העתידי.⁴ משמעות הדבר היא להקים ועדות היגוי (עליונה, מוסדית, אזורית, מקומית), שבה ייוצגו כל הגורמים (הנהלות, עובדים, מבטחים, אנשי מינהל, כלכלה ואקדמיה, נציגי המקצועות השונים וכו'). כאמור, המעבר לתאגידים הוא שינוי ממשי ביותר בארגון והדבר מחייב תמיכה

4. מן הראוי להעיר כאן, ששיתוף בעלי עניין, ובעיקר עובדים, בתהליכי קבלת ההחלטות הטקטיות של השינוי הארגוני, היינו ההחלטות המתייחסות לדרך ביצוע השינוי, תורם להקטנה של ממש של ההתנגדות, ומאפשר התקדמות חלקה יותר לקראת המטרה. מאידך גיסא, שיתוף בהחלטות האסטרטגיות, היינו ההחלטה העקרונית על ביצוע השינוי ואופיו, עלול להביא דווקא להקטנת התמיכה בו (ראה Sagie, Elizur and Koslowsky, 1990).

התהליך רק על בתי-החולים הכלליים או גם על בתי-החולים האחרים, הגריאטריים והפסיכיאטריים? אין הברל ממשי בין בתי-החולים הכלליים לאחרים המחייב שוני במבנה ובניהול, למרות השוני באוכלוסיית החולים ודרכי הטיפול. גם בתי-החולים אלה צריכים להתנהל תוך ראייה כלכלית ותוך אי-זון בין איכות הטיפול לעלותו. גם הם צריכים להיות יעילים בהגשת השירותים, אפקטיביים וגמישים בניהול היומיומי ומסוגלים לראות לטווח ארוך. לפיכך אין הברל בינם ובין בתי-החולים הכלליים, להוציא אולי את העובדה שהאחרונים, ובעיקר הממשלתיים, ופחות אלה של קופת חולים, נחשפו לשינוי בניהול יותר מן האחרים. מכאן ההמלצה השנייה: "יש להחיל את תהליכי התיאגוד על כלל בתי-החולים, גם הגריאטריים והפסיכיאטריים, ולא רק הכלליים".

(ג) השאלה השלישית היא: האם לשאוף לתהליך אחיד בכל בתי-החולים או לעשות ניסוי על מספר מצומצם של בתי-חולים? בבריטניה העדיפו ללכת בשלבים, כאשר בכל שלב נהפכו לתאגידים בתי-חולים שהגיעו לרמת ניהול והתבססות שהבטיחו את הצלחתם. לשיטה זו יש מגרעת גדולה אחת: הוצאת בתי-חולים "חזקים" מבחינה ניהולית וכלכלית אינה יכולה ללמד מאומה על הצלחת המהלך. אם, לדוגמה, יתואגדו שני בתי-חולים, למשל שיבא ונהריה, יהיו לנו עוד שתי "הדסות", ולא יותר. המשך הישארותם של בתי-החולים האחרים בניהול הבעלויות הנוכחיות עלול להביא לאותו מצב שממנו חוששת ועדת נתניהו אם לא יצורפו לתיאגוד בתי-החולים של קופת חולים. לפיכך חיוני שכלל בתי-החולים ישתלבו בתהליך התיאגוד, "שאם לא כן, עלול להיווצר מצב מעוות - בו יתקיים מעין קרטל של רשות בתי-החולים (ממשלתיים או של קופת חולים). אל מול (שני) בתי-חולים

לך שיש בו לא מעט אי-ודאויות וסיכונים, ומשום כך ייתכן שלא יהיה מגוס מדי פעם ממהלכים הבנויים על עיקרון של "ניסוי וטעייה". אין בכך כל רע, אם נשכיל לבנות מערכת שתלמד כל הזמן מניסיוננו ומניסיונם של אחרים ותוכל לבצע "פעולות מתקנות" במהירות מספקת כדי למנוע או למזער נזקים, ככל שיידרש.

מי יתואגד?

לפני שנעבור לדרך המוצעת נדון בשאלה חשובה לא פחות: את מי לתאגד?

(א) ועדת נתניהו המליצה בצורה חריגה משמעות שהתיאגוד יקיף הן את בתי-החולים הממשלתיים והן את אלה של קופת חולים (אז הכללית, היום גם אחרות), "שאם לא כן, עלול להיווצר מצב מעוות - בו יתקיים מעין קרטל של רשות בתי-החולים שבבעלות קופת חולים. אל מול בתי-חולים (ממשלתיים) בודדים המתנהלים כל אחד באופן עצמאי ונפרד... לחוסר איזון כזה יתנגדו כל עובדי בתי-החולים הממשלתיים... הוועדה משוכנעת, כי הצלחת הרפורמה דורשת שינוי לא רק בניהול, אלא גם בכללי התפעול והמימון של כל בתי-החולים" (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990). זאת ועוד, בהסכם ההבראה עם קופת חולים כללית (משנת 1994), הסכימה הקופה לביצוע רפורמה גם בבתי-החולים שלה.

נימוקיה של ועדת נתניהו בוודאי תקפים גם היום. לפיכך, ההמלצה הראשונה היא: "תהליך התיאגוד יתול במידה שווה על כלל בתי-החולים הציבוריים בארץ, בלי קשר לבעלות עליהם".

(ב) השאלה השנייה היא, האם להחיל את

סיכונים, אולי הברירה השנייה אף מוצדקת. אין משמעות הדבר שתהיה התנגדות פעילה לתיאגוד, אלא הערמת קשיים עצומים בדרך למטרה. לדוגמה, אם תנאי לתיאגוד הוא איזון כלכלי (כולל הוצאות השכר על כל מר-כיביהן), אזי לא יגיעו לאיזון הזה. משום כך, להצלחת המהלך חשוב לשלב בו את כל בתי-החולים, ומכאן המלצתנו השלישית: "יש להוציא את כלל בתי-החולים בבת אחת לתיאגוד, ללא ניסוי על מספר קטן מהם, תוך יצירת הדרגתיות בביצוע שיהיה אחיד לכולם".

התיאגוד המדורג

הדרך המוצעת היא ביצוע בשלבים, איטיים יחסית, בתהליך שעדיף לקרוא לו "התיאגוד המדורג". השלבים מתוארים בתרשים מס' 1.

בודדים המתנהלים כל אחד באופן עצמאי ונפרד...".

יתרה מזו, יש סכנה שיתהוו כללי-משחק שונים לבתי-החולים המתואגדים ולאחרים, למשל הצורך של משרד הבריאות לפעול למען בתי-החולים שלו יותר מאשר למען התאגידים, ובכך הוא פוגע מראש במטרה הראשונה אשר לשמה נועד התיאגוד.

אמנם הדרגתיות בביצוע המהלך חשובה כנאמר דלעיל, אך זו יכולה להיות מושגת לא בהוצאה הדרגתית של בתי-החולים לתיאגוד, אלא בתהליך הדרגתי, המתקיים בריזמנית בכל בתי-החולים, הוא "התיאגוד המדורג" כפי שיפורט להלן.

זאת ועוד, אם יותר לבתי-החולים לבחור בין תיאגוד על כל סכנותיו, ובין הישארות בחמת הבעלות הנוכחית, על כל חסרו-נותיה, לא בהכרח תהיה הבחירה בתיאגוד. נעז אף לומר, שמנקודת ראות של ניהול

תרשים מס' 1 תהליך התיאגוד המדורג

בית-חולים ממשלתי (או של קופת חולים)



יחידת סמך



בית-חולים עצמאי



מפעל עסקי



תיאגוד פנים-ממשלתי (או של קופת חולים)



תאגיד ציבורי (מלכ"ר)



תאגיד פרטי (הפרטה מלאה)

הדרגתית המאפשר הסתגלות של העובדים, ולמתכנני השינוי הוא מאפשר בחינה מתמדת של התוצאות ומהלכי תיקון ככל שיידרש. במקום מהלך רבולוציוני מוצע שינוי אברי-לוציוני. נפנה עתה לדון בקצרה בכל שלב מוצע.

1. בתי-החולים ביחידת סמך

כל בתי-החולים הממשלתיים נמצאים בתהליך של "תיאגוד זוחל", כהגדרתו של פרופ' שירום (שירום ואחרים, 1997). מאז שנות ה-80 קיים שינוי מתמשך בניהול בתי-החולים הממשלתיים, שבמרכזו העברה איטית והדרגתית של סמכויות החלטה ותפעול מן ההנהלה המרכזית להנהלות בתי-החולים. סמכויות אלה כוללות בעיקר חופש פעולה נרחב בכל הקשור לתפעול היומיומי (תקציב הקניות), ומספר סמכויות מוגבל בענייני עובדים. גובה התקציב, כולל גובה תקציב הפעולה והשכר ותקציבי הפיתוח וההשקעות, נותרו בידי המשרד, כמו גם ההחלטות על פתיחת שירותים חדשים וסגירתם. בענייני עובדים - הן שיאי כוח-האדם, מפתחות לכוח-אדם - דרך העסקתם והשכר נותרו בידי המרכז וכפופים להסכמים ארציים. גם ההסכמים עם המבטחים (קביעת מכסות, capping וכו') הם בידי המשרד, ותפקיד בתי-החולים בהם שולי. משום כך רוב בתי-החולים הממשלתיים עברו נעשו "יחידות סמך" עם עצמאות מוגבלת, אך מספקת כדי לחולל בהם שינוי של ממש לעומת המצב הקודם, של יחידה ממשלתית לכל דבר.

אחת המשמעותיות הבולטות של שינוי זה היא הכנסת אלמנטים של "תרבות עסקית", שמשמעותה התחלת ניהול כלכלי של הארגון (אם לא בצד ההכנסה, אז לפחות בצד ההוצאה), גמישות ואפקטיביות בניהול היומיומי, ניסיונות לתכנון אסטרטגי לטווח

היתרונות העיקריים שבגישה המודל המוצע הם:

(א) למעשה זהו התהליך המתרחש בשטח, לפחות לגבי בתי-החולים הממשלתיים, אך בצורה די אקראית, ללא תכנון, ללא קביעת מטרות ויעדים לכל שלב, ללא יצירת אמות-מבחן לקביעת הצלחה או כישלון וללא בקרה צמודה של התהליכים. כל מה שצריך לעשות כדי להפוך את ההתפתחות בשטח ל"שינוי מנוהל" הוא תכנון של המהלכים, פחות או יותר על-פי הרעיונות שהובעו רלעיל.

(ב) ביצוע רוב שלביו של המודל המוצע אינו מחייב תחיקה כלשהי. חוק יסודות התקציב מאפשר מעבר מיחידה ממשלתית ליחידת סמך, לבית-חולים עצמאי ולמפעל עסקי בלי כל תהליך חקיקתי, אלא תוך התאמות קלות יחסית, שרובן אף בוצעו בשטח. ייתכן שית-חייבו שינויים בכללי התקשי"ר והתכ"ם, אך אלה שוב אינם מחייבים חקיקה, אלא הליך בתוך השירות. משום כך קל יחסית לבצע את שלביו הראשונים של המודל.

(ג) הדרך המוצעת אינה מחייבת שינויים גדולים ביחסי העבודה, ואפילו לא הסכמים מוקדמים עם ארגוני העובדים ברוב שלבי המהלך. מאידך גיסא, היא נותנת להם אפ-שדות לבחון את התוצאות לקראת הדיונים על חמעבר החשוב ביותר לשלב התיאגוד המלב"רי.

(ד) המודל מציע שינוי הדרגתי, המאפשר לכל הנוטלים בו חלק הסתגלות איטית והטמעה של המהלכים, שאינה מלווה הרגשה של איבוד שליטה, מעין "הכשרת הלבבות" לשינוי הסופי. כפיית שינוי חד היא תהליך מהפכני של "הכל או לא כלום", דהיינו: או בית-חולים ממשלתי או בית-חולים מתואגד. מכל בחינה שהיא הדבר אינו נכון ואינו רצוי ועדיף מהלך של התפתחות

עליהם את אותם עקרונות ודפוסי פעולה של בתי-החולים הממשלתיים, כדי להביאם להתנסות של פעילות עצמאית בסביבה כמעט עסקית, אם גם עדיין תחת המטרייה של המוסד המרכזי.

2. בתי-החולים העצמאי

רוב בתי-החולים הממשלתיים עברו לשלב נוסף של "בית-חולים עצמאי". הכוונה בעיקר ל"עצמאות כלכלית". אף-על-פי שמעמדם של אלה כיחידת סמך ממשלתית אינו שונה משאר בתי-החולים, הם נבדלים בכך שתקציבם או מאוזן, או עם "יתרת זכות" שהמשרד "סופג". ספיגה זו יכולה להיחשב "עודף הכנסה", או, אם תרצו, "רווח". התפתחה שיטת התחשבות עם המשרד, הבאה לידי ביטוי בכך שחלק מעודפי ההכנסות מתוקצב לתקציב הקניות. כך נוצר אינטרס להנהלות להגדיל עודפים אלה כדי להגדיל את תקציב הקניות שלהן. דבר זה אף גבר עם הכנסת שיטת ה-capping החדשה (מאז 1997), לפיה בית-החולים מקבל הכנסה עבור פעילות מעבר ל-capping. הרצון להגדיל הכנסות הביא את בתי-החולים האלה להתנהגות "עסקית", הכוללת ניהול כלכלי גם בצד ההכנסה. פעילות שיווק שמטרתה למשוך לקוחות היא היום חלק מפעילותו של בית-החולים. לשינוי יש משמעות גם בצד הגשת השירותים, ובעיקר בהעמדת הלקוח במרכז כחלק מן התרבות הארגונית. חלק מזה (אך לא רק מזה) הן פעילויות האיכות המרשימות הנעשות בבתי-החולים, הן באיכות השירותים והן באיכות הניהול, תוך אימוץ שיטות איכות המקובלות במגזר העסקי, כמו TQM והסמכה בתקני ISO 9000 (שאשא, 1994). למעשה, בתי-החולים העצמאיים מחקים, כמעט, את התאגידיים הציבוריים המלכ"ריים דוגמת הדסה. משום

ארוך ואימוץ שיטות ניהול חדשניות כולל ניהול איכות.

שינוי חשוב ביותר בשלב זה הוא הקמתן של "קרנות המחקר" בכל בתי-החולים הכלליים. הקרנות הם גת"ב לניהול עסקי מלא של פעילות חוץ-תקציבית. למרות תקנות מחמירות, הקרן מאפשרת לבתי-החולים לבצע פעילויות שהן עסקיות לכל דבר, בסביבת שוק אמיתית. הקרנות התחרו ביניהן ועם ספקים אחרים על לקוחות ועל שירותים ובשל כך פיתחו מערכות שיווק שהגבירו ביקושים תלויי היצע, תוך היצע מגוון של פעילויות. ניהול הקרנות הוטל על גופים של בתי-החולים ובראשם מנהל בתי-החולים, שהיה צריך לפתח ידע וכישורים עסקיים. נוהלי הקרן לא רק אפשרו ניהול תקציבי מלא, אלא שבניגוד למקובל בבית-החולים עצמו הם אפשרו חיסכון לזמן ארוך ובשל כך חייבו השקעת כספים פנויים. הדבר חייב את ההנהלה להתמודד גם עם נושא זה ולפתח כלים למדיניות השקעות נכונה, תוך לימוד והתמודדות עם כדאיות השקעות וקב"ל החלטות בתנאי שוק משתנה. משום כך, הפעלת קרנות המחקר היתה שלב חשוב ביותר בהכנת ההנהלות לניהול עסקי של התאגיד.

בתי-החולים הכלליים הממשלתיים אכן נמצאים בשלב זה, כאשר לחלק מהם אין תקציב מאוזן (אולי בשל העברת פעילות לקרנות) והם עדיין נתמכים בידי משרד הבריאות. בתי-החולים האחרים (גריאטריים ופסיכיאטריים) החלו גם הם לצעוד את צעדיהם הראשונים כ"יחידות סמך".

ביזור סמכויות להנהלות המקומיות מתקיים היום גם בבתי-החולים של קופת חולים כללית, אף-על-פי שהם אינם פועלים כיחידות סמך לכל דבר כמו בתי-החולים הממשלתיים. אם אכן יש כוונה לשלב בתי-חולים אלה בתהליך התיאגוד, יש להחיל

באחת, הפיכת בתי-החולים לגוף עסקי עצמי מאי לחלוטין, אך עדיין נתון לבקרה צמודה של משרד הבריאות, המלווה אותו בשלב זה בכל תהליכי קבלת ההחלטות ויישומם.

(כ) אפשרות של העברת נתחי תקציב משנה לשנה.

(ג) העובדים יישארו בשלב זה עובדי מדינה (או קופת חולים), אך תינתנה סמכויות נרחבות בתחום ניהול כוח-האדם והפעלתו על-פי צורכי הארגון, כולל האפשרות של העסקת מקצת העובדים בתחום אישיים.

(ד) קרן המחקרים תמשיך לפעול כישות נפרדת; לא יהיה איחוד פעילויות, כדי למנוע הטלת אחריות כספית מגירעונות אפשריים של הקרן על בית-החולים.

(ה) בתקופה זו ייבנו כלי ניהול עסקיים נוספים: מערכות כלכליות ושיווקיות, בקרת פנים וחוץ, ניהול איכות והנהלות תוכשרנה לקבלת אחריות מלאה על הארגון, כולל הצורך לתכנן לזמן ארוך, בניית תוכנית עסקית אסטרטגית וכו'.

(ו) במשרד הבריאות ייבנו כלי הערכה ובקרה כדי לקבוע את יעדי השלב, השגת היעדים ומתי אפשר לעבור לשלב הבא.

הצלחת השלב הזה, הן בראייה הכלכלית והן בראייה הארגונית, היא תנאי הכרחי להמשך תהליך התיאגוד. זה השלב שבו אפשר לבחון את יכולת התפעול והשרידות של התאגיד ולהראות למתנגדים השונים, ובעיקר לעובדים, שהשינוי יביא להצלחה ושאין יסוד לחששותיהם. משום כך התהליכים בשלב זה צריכים להיות שקופים לכל בעלי העניין, ולא להישאר בתחומי ההנהלות בלבד.⁵

כך השלב הבא בתהליך התיאגוד, למרות הקשיים, הוא אפשרי.

3. מפעלים עסקיים

ניהול עסקי של בתי-חולים אינו אפשרי למעשה בסביבה תקציבית ממשלתית. הכרה באמת זו הביאה את חשב משרד הבריאות ליזום (וליישם) מעבר משיטה תקציבית על בסיס "מזומנים", לשיטה על בסיס של "צבירות". המטרה היא לשנות רישומים כך שבית-החולים, שתקציבו מבוסס על "הוצאה מותנית בהכנסה", יוכל להשתמש בתקציב גם אם לא היתה הכנסה בפועל בשנת התקציב, אלא פעילות שעבודה מתקבלת ההכנסה מאוחר יותר. הדבר אפשרי מבחינה חוקית, אם בתי-החולים עוברים מיחידת סמך תקציבית למעמד של "מפעלים עסקיים" על-פי סעיף 8 לחוק יסודות התקציב תשמ"ה (1985), בלי שיהיה שינוי בשאר סמכויות הניהול והתפעול שלהם.

מהלך זה בוצע בשנת הכספים 1998 כמהלך רישומי בלבד, ומעבר לו לא היה כל שינוי בתפקודם של בתי-החולים. כדי להתקדם בתהליך התיאגוד יש לנצל מהלך זה לביסוס בתי-החולים והנהלותיהם לקראת התיאגוד, תוך בניית כלים ותרבות עסקיים בארגון. דבר זה אפשר להשיג באמצעות:

(א) הטלת אחריות כוללת על ההנהלות לניהול כלל מרכיבי התקציב, אשר גודלו ייקבע על-פי הכנסות בתי-החולים. המשמעות היא, שגם תקציב השכר על כל מרכיביו (כולל ההפרשות הסוציאליות) יהיה באחריות בתי-החולים. תתאפשר העברה מסעיף לסעיף על-פי צורכי בתי-החולים, קביעת תקני כוח-האדם על-פי הצרכים התפעוליים וכו'.

5. השינוי הרישומי שבוצע, והמעבר לעבודה על בסיס הצבירות, נשארו בתחומי משרד הבריאות והנהלות בתי-החולים. בסקר אקראי שעשיתי בקרב מנהלי מחלקות בחמישה בתי-חולים, פחות מ-10% ידעו על המהלך, ומבין אלה איש לא ידע מה משמעותו.

4. תיאגוד ללא שינוי בעלות

זהו המהלך החשוב ביותר בתהליך התיאגוד כולו והוא מציב בפני מתכנניו אתגרים עצומים, אבל גם קשיים אדירים. אין כל אפשרות לבצעו במהלך רבולוציוני ישר מבית-חולים ממשלתי, בלי לעבור את הנתיב האבולוציוני של "התיאגוד המדרוג" המוצע כאן.

זוהי ההמלצה של ועדת נתניהו למעמד הסופי של בתי-החולים. במקרה הספציפי של בתי-החולים הממשלתיים מדובר אפוא בתיאגוד פנים-ממשלתי. המבנה שלו, סמ-כוותיו וכו' הם לב-לבו של הדיון. באופן כללי יתאפיין תאגיד כזה בפרמטרים שלהלן:

(א) הבעלות תהיה בידי המדינה (או קופת חולים לגבי בתי-החולים שלה);

(ב) העובדים נשארים בעיקרון עובדי מדינה או עובדי קופה, אך תתאפשר העברה הדרגתית ל"עובדי תאגיד", למשל בדרך של הסכמה שכל עובד חדש יהיה עובד תאגיד. הניסיון הבריטי מוכיח, שהדבר אפשרי ומתרחש במציאות, כאשר רוב העובדים שם מעדיפים כעת את הסטטוס של עובד תאגיד, על כל יתרונותיו, על-פני עובד מדינה;

(ג) מאחר שהממשלה היא הבעלים, עליה להמשיך ולקיים פיקוח על איכות הניהול והתפעול. פיקוח זה יפתח ויילך ככל שהתאגיד יהיה כשיר לקחת על עצמו את המטלות כולן, וככל שיוכח שניהולו מבטיח הן את שרידותו והן את תפקודו היומיומי ברמה שהמשרד דורש;

(ד) הממשלה ממשיכה להיות אחראית לתוכניות הפיתוח וההשקעות;

(ה) התאגיד יתנהל כמלכ"ר, עם דירקטוריון שימונה לתקופה ארוכה, שעליו מוטלת

האחריות לניהול התקין של הארגון, לתכנון העתידי והפיתוח, וקביעת מדיניות ההפעלה;

(ו) הדירקטוריון יטיל את הניהול על מנכ"ל והנהלה ממונים, שתפקידם לעסוק בניהול השוטף, והם יהיו אחראים בפני הדירקטוריון. יהיה צורך לפתור את שאלת האחריות כלפי הבעלים;

(ז) ניהול הארגון יהיה "עסקי": כל הפעילויות תאוחדנה (בית-החולים, קרן המחקרים וגופים אחרים), תהיה שקיפות של כל הפעילות העסקית, כולל בקרת פנים וחוץ (רואה-השבון חיצוני, מבקר המשרד, מבקר המדינה) ויידרש פרסום דו"חות עסקיים תקופתיים;

(ח) יש לקבוע הסדרי תפעול ברורים וכללי-משחק שיחולו על כל השחקנים במגרש הבריאות: (1) יחסי-הגומלין עם המשרד: דמי חכירה על הנכסים (כאחוז מהכנסות?), סיוע בפיתוח (על-פי מפתח אחיד); (2) יחסי-הגומלין עם המבטחים (קביעת ההסכמי-מיס, אמצעי התשלום, שותפות בהפעלת שירותים); (3) יחסי-גומלין בין תאגידים; (4) יחסים עם גופים אחרים - תיירות, שר"פ וכו'. חשוב שכללים אלה יהיו ברורים, חדים וזהים לכל התאגידים;

(ט) יש לקבוע את מעמדו הסטטוטורי של התאגיד: או כמפעל עסקי שהוצאותיו מותנות בהכנסה, או כחברה ממשלתית או בכל דרך שתאפשר לו להידמות לחברה עסקית, כולל אפשרויות של השקעה ותכנון תוכניות לזמן ארוך.

היתרונות העיקריים של תיאגוד פנים-ממשלתי, בשונה מתאגידים עצמאיים, הם: (א) התקבלות, קלה יחסית, במערכת; (ב) עלות נמוכה יחסית, של השינוי הן במונחים כספיים והן במונחים מוסדיים; (ג) סיכויי הצלחה גבוהים; (ד) מאפשר תפעול בתנאים

טוריון ואת נושאי המשרות האחרים. ניהולו של תאגיד כזה הוא עסקי לחלוטין. ההנחה המקובלת היא, שתאגיד מסוג זה, שהוא חופשי מכבלי הבעלות הממשלתית, יהיה יעיל יותר וזול יותר בהפעלה מתאגיד ממשלתי. הוא מסוגל לגייס תרומות ביתר קלות, גמיש יותר בתנאי העבודה, מספק מגוון רחב של שירותים בלי להזדקק להיתרים מיוחדים או לגופים מיוחדים כמו קרנות מחקר. הוא מתאים יותר לשילוב מימון ציבורי ופרטי מגוף ממשלתי, וחופשי יותר לשלב שירות ציבורי ופרטי. מטרתו של מלכ"ר כזה היא להגיע לשילוב מקסימלי בין איכות לתפוקות תוך איזון תקציבי מלא. התאגיד המלכ"רי מתקרב היום בהתנהגותו לפירמה עסקית (Rose-Ackerman, 1996).

אפשר שהבעלים יחזירו את הנכסים לתאגיד למשך תקופה ארוכה, אולם לא תהיה התערבות שלהם או של הממשלה, אלא במשברים חריגים, כאשר קיימת סכנת סגירה או כשל שוק. העובדים בתאגיד כזה הם עובדי תאגיד כמקובל בכל פירמה עסקית.

חסרונו הבולט של התיאגוד המלא הוא הפיכת השירות הרפואי האשפוזי לתלוי-שוק (Market dependent). אם יהיה כישלון שוק, תימצא המערכת בבעיה קשה. משום כך חיוני לקבוע מראש את כללי-המשחק, כולל אמצעים למניעת קרטליזציה מתר גיסא, והבטחת קיום לתאגידים מאידך גיסא.

6. תאגיד עסקי - הפרטה מלאה

לא אכנס כאן לדיון ממצה בנושא ההפרטה המלאה. קודם כל, מפני שאין המלצה כזאת בדו"ח ועדת נתניהו וגם מפני שאין כרגע שום גורם, כולל במשרד הבריאות, שמבקש

של סביבה עסקית מלאה, אך בתנאי "הגנה" סבירים של הבעלים; (ה) יוצר "תחרות פנימית" מבוקרת כמו בשוודיה; (ו) מהווה שלב הכנה מצוין לעצמאות מלאה של התאגיד. לפיכך, הוא שלב הכרחי בכל מקרה.

החסרונות העיקריים הם: (א) המטרה הראשונה אשר לשמה הומלץ להפעיל תאגידים בסכנה. המשרד עלול להידרש להתערבות בתי-החולים שכבעלותו; (ב) החלטות ברמה מיניסטריאלית עלולות להיות מוטות לטובת תאגידיו; (ג) המבטחים ישתמשו בתאגידים הממשלתיים כבני ערובה להשגת מטרות שונות מן המשרד. לדוגמה: התניה בתשלום לתאגיד במדיניות כלשהי של המשרד; (ד) כתאגידים ממשלתיים הם עלולים להיות מטרה להתערבויות פוליטיות.

כדי להתגבר על החסרונות אפשר להפריד את הבעלות ממשרד הבריאות. הבעלות היא בסופו של דבר בידי המדינה, ולא בידי המשרד. משום כך היא יכולה להיות בידי משרד האוצר, לדוגמה, או רשות החברות הממשלתיות או רשות סטטוטורית אחרת. אם יוחלט להשאיר את הבעלות בידי משרד הבריאות, יהיה צורך להפריד את הרשות שתטפל בתאגידים משאר רשות המשרד.

5. התאגיד כמלכ"ר ציבורי

רוב המאמרים בספרות העוסקת במבנה בתי-החולים תומכים בהפעלתם כתאגידים מלכ"ריים ציבוריים עצמאיים, ללא בעלות ממשלתית או של הגורמים המבטחים.⁶ בעיקרון הוא דומה בכל לתאגיד הפנים-ממשלתי, אבל בהכרל עקרוני אחד: הבעלות היא בידי מלכ"ר ציבורי, הממנה את הדירקט

6. ראה דיון אצל עופר ואלסטר-גראו, 1997, עמ' 6, וגם הפניות רבות לספרות העוסקת במעמד הארגוני והכלכלי של בתי-החולים.

ממוצעת של 3-5 שנים, אף-על-פי שכרור, שהשליבים הראשונים ידרשו זמן ממושך יותר וההמשך יהיה קל יותר וקצר יותר. משמעות הדבר היא, שדרושה תקופת-זמן של 15-20 שנה עד לקבלת "המוצר הסופי". והרי חלק מן הדרך כבר עשינו. יודגש שוב, שאין ביטחון שבסופו של תהליך נקבל בהכרח את המוצר שביקשנו ושאפשר אולי להשיג את המטרות שהוצבו לו, לתאגיד, בדרך של שינוי כללי-המשחק במערכת הבריאות, ולא דווקא בדרך של שינוי דפוסי הניהול או הבעלות על בתי-החולים.

ואין מתאים יותר מלסיים מאמר זה על רעיון התיאגוד של בתי-החולים מלהביא מדבריו של אחד-העם: "על יסוד האמור אין ספק, שצריכים... להקדיש ראשית פעולתנו לתחית הלבבות (הדגשה במקור). להאדיר את התשוקה להצלחתו (של הרעיון), עד אשר יתעורר הרצון והפועלים יעשו באמונה. העבודה הזאת היא אמנם קשה וארוכה מאוד, לא לשנה ולא לעשר, ונעשית לא בדבר שפתיים בלבד, כי אם בכל אותם הדרכים 'שהלבבות נקנים בהם'. נשוב נא אל הדרך אשר עמדנו עליה בתחילה, בעת לדת הרעיון, ותחת להוסיף לו עוד... נשתדל שישחרש ויתפשט הוא עצמו לרוחב ולעומק, לא בחיל ולא בכוח, כי אם ברוח, ואז יבוא יום אשר גם ידינו תעשינה תושיה. 'אראנו ולא עתה, אשורנו ולא קרובי'".⁷

להציע רעיון כזה. כזה היה התהליך גם בבריטניה, שם, למרות נטיות ההפרטה התאצ'ריאניות, לא הופרטו בתי-החולים, אלא נהפכו לתאגידים ציבוריים (Trusts). בארצות המפותחות רק חלק קטן מבתי-החולים (פחות מ-20%) הם פירמות עסקיות למטרות רווח. הסיבה לכך היא כשלי שוק וגם נושאים של צדק חברתי. אין גם עדות ברורה לכך שפירמות למטרות רווח יעילות יותר ממלכ"רים.

כאופן טבעי קיימת התפתחות מקבילה של מוסדות אשפוז פרטיים לצד המלכ"רים הציבוריים. מה יהיה חלקם בשוק הבריאות קשה לקבוע, למרות מה שנראה היום כתקופת פריחה של השירות הפרטי.

סיכום

ברור אפוא, ממה שנאמר דלעיל, שתהליך התיאגוד הוא תהליך ממושך הדורש זמן רב. יטעה מי שיחשוב שאפשר לעשותו באמצעות החלטה מיניסטריאלית. ניסיון העבר מעיד על כך כאלף עדים. כדי להגיע לשלב הסופי של תאגיד מלכ"רי, צריך להשקיע ב"הכשרת הלבבות" של העובדים, ההנהלות, בעלי האינטרסים השונים וגורמים משפיעים. צריך שהתהליך יהיה אטי דיו כדי לבחון כל שלב ושלב ולהבטיח את הצלחתו. להערכתנו, כל שלב מאלה שתוארו דלעיל דורש תקופת זמן

7. אחד-העם, "לא זה הדרך", מאמר ראשון. נדפס לראשונה ב"המליץ", י"ב אדר"ש תרמ"ט. מצוטט מתוך: כל כתבי אחד העם, תל-אביב: דביר, 1947, עמ' יג-יד.

ביבליוגרפיה

- גרוס, ר', רוזן, ב' (1992), "דו"ח ועדת נתניהו: ניתוח ההמלצות לגבי חלוקת הסמכויות במערכת הבריאות", ביטחון סוציאלי, 38: 5-25.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דין-וחשבון, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- הוועדה הציבורית-מקצועית לקביעת מדיניות והערכות ארגונית ותפקודית של מערכת הבריאות (1988), המלצות הוועדה להקמת רשות אשפוז, ירושלים.
- ישי, י' (1990), "כוחה של מומחיות. ההסתדרות הרפואית בישראל", ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל, מס' 36.
- ישי, י' (1994), "רופאים ומדינה: תיאגוד בתי-החולים בישראל", ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל, מס' 53.
- עופר, ג', אלסטר-גראו, א' (1997), "תיאגוד בתי-החולים - החוליה החסרה ברפורמה במערכת הבריאות בישראל", רבעון לכלכלה, דצמבר, עמ' 721-754.
- פוקס, ש' (1998), הפסיכולוגיה של ההתנגדות לשינוי, רמת-גן: הוצאת אוניברסיטת בר-אילן.
- שאשא, ש"מ (1994), "מתחילים לנהל באמת. בתי-החולים הציבורי העצמאי בשנת 2000", סטטוס, מאי, עמ' 15-18.
- שירום, א', אגוז, נ', בן נון, ג', דורון, ח', מיכאלי, ד', מישל, ז', צ'רניחובסקי, ד' (1997), "תיאגוד בתי-החולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות", בתוך: קופ, י' (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- Chinitz, D. and Rosen, B. (1992), "Who should decide where patients are hospitalized? An analysis of policy options", Jerusalem: Brookdale Institute.
- Conrad, A. and Shortell, S.M. (1996), "Integrated health systems: Promise and performance", *Frontiers of Health Services Management*, 13: 3-40.
- Harrison, A.J. (1997), "Hospitals in England: Impact of the 1990 National Health Service reform", *Medical Care*, 35: OS50-OS61.
- Editorial (1995), "In practice: The NHS market in the United Kingdom. Health policy network of the National Health Service Consultants' Association and the National Service Support Federation", *Journal of Public Health Policy*, 16: 452-491.
- Hula, R.C. (ed.) (1988), *Market Based Public Policy*, New York: St. Martin's Press.
- Light, D. W. (1992), "Equity and efficiency in health care", *Social Science and Medicine*, 35: 465-469.
- Maynard, A. (1994), "Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service", *Social Science and Medicine*, 39: 1438-1445.
- Sagie, A., Elizur, D. and Koslowsky, M. (1990), "Effect of participation in strategic or tactical decisions on acceptance of planned change", *Journal of Social Psychology*, 130: 459-465.
- Rice, T. (1997), "Can markets give us the health system we want?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22: 383-426.
- Rose-Ackerman, S. (1996), "Altruism, nonprofit and economic theory", *Journal of Economic Literature*, 34: 701-728.
- Secretary of State for Health (1997), *The New NHS - Modern, Dependable*, London: The Stationery Office.

השינויים האסטרטגיים בבריאות החולים הציבוריים בעקבות הרפורמה במערכת הבריאות בישראל

מאת נירה שלום, מיכאל הריסון*

מבוא

החולים היה אמור לאפשר למשרד הבריאות לפעול כמיניסטרו.

בהפיכתם של בתי-החולים לגופים אוטונומיים נומיים ביקשה הממשלה להפכם לארגונים המתנהלים על-פי שיקולים כלכליים, אך לא למטרות רווח. הממשלה הניחה, שצער כזה, יעניק לבתי-החולים גמישות ניהולית, מניע להתייעל ולנצל טוב יותר את התשתיות ובכך לשפר את האיכות והזמינות של השירותים הרפואיים (שירום, 1992). הנחה נוספת, שהיתה ביסוד האוטונומיה היא, שתחרות המנוהלת בין בתי-החולים הציבוריים הממונים על בסיס חוזים עם קופות חולים תעלה את יעילותם (שירום ואחרים, 1997). שינוי חשוב נוסף היה החלטת משרד הבריאות בשנת 1991 להפעיל כללי תגמול פרוספקטיבי על חלק מן הפעילות הרפואית. מדובר בשיטה הנקראת תשלום דיפרנציאלי. בשיטה זו, נקבעו מספר ניתוחים ופעולות נוספות, שעבור כל אחד מהם קיבל בית-חולים תשלום שונה (שירום ואחרים, 1997).

מטרתו של המחקר הנוכחי לבחון את השינויים האסטרטגיים שעשו בתי-החולים הכלליים הציבוריים בין השנים 1990-1995 בעקבות הרפורמה במערכת הבריאות בישראל. הרקע להחלטה על הרפורמה במערכת הבריאות היה שורה של אירועים שהתרחשו בשנות ה-80 ואשר הביאו לתפקוד לקוי של מערכת הבריאות בעיקר בתחום איכות השירותים הרפואיים וזמינותם (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, 1990). במסגרת הרפורמה, החליטה הממשלה על שורה של תוכניות, שגולת הכותרת שלהן היתה חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתית. אחת התוכניות המרכזיות היתה ניתוקם של בתי-החולים, שהיו בבעלותו ובניהולו הישיר של משרד הבריאות והפיכתם לגופים ציבוריים אוטונומיים. ניתוקם של בתי-

* המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
המאמר מתבסס על נתונים שנאספו במסגרת עבודת הדוקטור של נירה שלום, בהנחייתו של פרופ' מיכאל הריסון, אוניברסיטת בר-אילן.

הסיבה המוסדית-לאומית. השינויים ברמה הלאומית, שנעשו ביוזמת הממשלה, העלו את חשיבותה של הסביבה המקומית-טכנית (להלן הסביבה המקומית). כלומר, בסביבה המידית שבה פועל כל בית-חולים כמו, למשל, העובדה שקופות החולים בכל אזור הפכו להיות לקוחות מרכזיים של בתי-החולים וגורמים שיש להתחשב בהם.

במקביל לשינויים שהממשלה יוזמת היו מגמות כלליות שפעלו בסביבה לאורך שנים ומקורם בשינויים דמוגרפיים, חברתיים, כלכליים והתפתחויות בטכנולוגיה ובידע רפואיים. בין הגורמים החשובים ניתן למנות את העלייה בגידול האוכלוסייה, מודעות גוברת לבריאות ולצרכנות נבונה והתפתחויות בידע ובטכנולוגיה הרפואיים. גורמים אלה יצרו ביקושים לשירותים רפואיים (שירוס ואחרים, 1997). השתלשלות האירועים מעלה מספר שאלות מחקר:

- באיזו מידה היו בתי-החולים בישראל מסוגלים להגיב בצורה אסטרטגית על שינויים שהתחוללו בסביבה?

- מה היו האסטרטגיות שנקטו בתי-החולים בתגובה על השינויים הסביבתיים?

המחקר בחן שאלה שלישית, שדנה בגורמי הסביבה ובגורמים הפנימיים בבתי-החולים, שהשפיעו על יכולתן של ההנהלות לעשות שינויים אסטרטגיים. במסגרת המאמר הנוכחי תהיה התייחסות לממצאים הללו רק בחלקו האחרון של המאמר.

התיאוריות הדנות בהסתגלות אסטרטגיות חלוקות בשאלה, האם ארגונים מסוגלים להשתנות בעקבות שינויים בסביבה. חלק מחלוצי התיאוריה האקולוגית גורסים, שארגונים מתקשים לעשות שינויים של ממש, משום שהם נתונים לכוחות התמדה (Inertia) חזקים, המנסים לשמר מצב של סטטוס קוו (Aldrich and Pfeffer, 1976).

שיטת התגמול החדשה היתה אמורה להקטין את רשימת התורים וליצור תמריץ לבית-החולים לייעל את הטיפול הרפואי ולהגדיל את הפעילות באותם תחומים שבהם התשלום הדיפרנציאלי הוערך ככדאי.

הפעולות שיזמה הממשלה היו ביטוי למדיניות חדשה, שכללה דחף להתייעלות, ריסון עלויות, ביזור סמכויות ושימוש בתמריצים כספיים לדרכון ויצירת תחרות. כלומר, שינויים היוצרים מחד גיסא תמריצים עבור בית-החולים האוטונומי להתייעל ולהגביר את הפעילות בתחומים רווחיים ומאידך גיסא טומנים בחובם איום לאותם בתי-חולים שיתקשו להסתגל לכללי המשחק החדשים.

על רקע השינויים שהתרחשו בסביבה שפעלו בה בתי-החולים נשאלת שאלה, כיצד ניתן לאפיין אותה? חוקרים שונים ניסו להבחין ולסווג את הסביבות שבהן פועלים ארגונים. סקוט עושה הבחנה בין שתי סביבות - המוסדית והטכנית (Scott, 1992). הסביבה המוסדית מתייחסת להקשרים הפוליטיים, המאקרו-כלכליים והמקצו-עיים שבהם הארגון פועל. היא כוללת גורמות, חוקים ודרישות שהארגון חייב לאמץ לעצמו, כדי להשיג לגיטימיות ותמיכה. הסביבה הטכנית מתייחסת לגורמים מקומיים בסביבה המידית המשפיעים ישירות על תפקוד הארגון - מבנה השוק המקומי, רמת התחרות, הנגישות של המשאבים וכוח המיקוח של הקונים והמוכרים (Aldrich, 1979; Porter, 1980).

תרגום המושגים של סקוט למציאות הישראלית מלמד, שאת הסביבה המוסדית עיצבה ברמה הלאומית הממשלה (להלן הסביבה הלאומית). ההחלטה על ביצוע הרפורמה במערכת הבריאות, הפעולות שנעשו כדי לנתק את בתי-החולים מן הזיקה והניהול הישיר של משרד הבריאות והכנסת שיטת תגמול פרוספקטיבית שינו את

והתבונן בתהליכים הפנימיים שהתרחשו בתוך בתי-החולים (Maarse et al., 1993). נוסף על כך, חלק גדול מן המחקרים לא הביאו בחשבון את התהליכים, את ההתפתחויות שקדמו לשינויים ואת ההקשרים החיצוניים והפנימיים שהשפיעו על מהלך השינויים (Pettigrew et al., 1992). המחקר הנוכחי, בוחן את התהליכים בתוך בתי-החולים, תוך התייחסות לגורמי הסביבה ולגורמים פנימיים, שהיוו את ההקשר המיוחד במציאות הישראלית, שבה התרחשו השינויים. הדיון יתמקד בתיאור וניתוח התכנים, התהליכים וההקשרים, שליוו את התגובות של בתי-החולים הציבוריים בעקבות הרפורמה במערכת הבריאות.

מערך המחקר

לדעת פטיגרו, כדי שלמחקר על שינויים בארגונים תהיה משמעות תיאורטית ויישור-מית, יש להביא בחשבון את יחסי-הגומלין הקשורים לתוכן השינויים, להקשר שבו השינויים מתרחשים ולתהליך השינויים (Pettigrew et al., 1992). בהתבסס על המודל של פטיגרו הוגדרו משתנים הנוגעים לשלושת רכיבי המודל:

תכני השינוי. - אלה כוללים את מאפייני השינוי, סיווג השינויים והיקפם, האסטרטגיות שבחרו בתי-החולים וההסדרים שנעשו בין ההנהלה לקבוצות המקצועיות.

התהליך. - תיאור שלבי השינוי, ניהול השינוי, יחסי-הגומלין בין בתי-החולים לגורמים שונים בסביבה ובין ההנהלה לקבוצות המקצועיות.

ההקשר החיצוני שבו התרחשו השינויים. - הסביבה שבה פעלו בתי-

בשונה מן התיאוריה האקולוגית, גורסות תיאוריות, הרואות בארגונים מערכות פתוחות כמו תיאוריות תלות משאבים והתיאוריה המוסדית, שמונהלים מבצעים בחירות אסטרטגיות (Child, 1972) וארגונים יכולים להשתנות, כדי להתאים את עצמם לתמורת בסביבה (Katz and Khan, 1978; Pfeffer and Salancik, 1978; Meyer and Scott, 1982).

שתי התיאוריות מעוררות ציפיות שונות. על-פי התיאוריה האקולוגית יש לצפות לכך, שבתי-החולים יתקשו לעשות שינויים אסטרטגיים בזמן קצר בגלל כוחות האי-נרציה. הסביבה תבחר ותטפח מחלקות ובתי-חולים שיש להם כבר מאפיינים התואמים את דרישותיה החדשות. בניגוד לגישה זו, לפי התיאוריה של הבחירה האסטרטגית, ניתן לצפות לכך שבתי-החולים יהיו מסוגלים לעשות שינויים אסטרטגיים, כדי להתאים את עצמם לדרישות הסביבה. במסגרת שינויים אלה תהיה למנהיגים השפעה רבה (Conger, 1991; Pettigrew et al., 1992).

מחקרים שונים, שנערכו בארצות-הברית ובאירופה, בדקו את התגובות האסטרטגיות של בתי-החולים לרפורמות שהיו במדינות שונות (Shortell et al., 1990; Pettigrew et al., 1992; Harrison, 1995). מחקרים אלה מלמדים על תגובות אסטרטגיות ואף מצביעים על גורמים שונים, חוץ-ארגוניים ופנים-ארגוניים, המקדמים או בולמים תגובות אסטרטגיות. למרות המידע החדש שהולך ונצבר בתחום ההסתגלות האסטרטגית של בתי-החולים, עדיין יש מספר שאלות שהמחקר הנוכחי מנסה להתמודד עמן ואשר טרם קיבלו מענה. מרבית המחקרים שעסקו בחקירת התגובות האסטרטגיות של בתי-החולים, לא התבוננו בתהליכים הפנימיים שהתרחשו. לעומת זאת, המחקר הנוכחי פתח את "הקופסה השחורה"

בבעלות משרד הבריאות ונרשמו כשנת 1992 כתאגידים. תאגיד הוא גוף הנמצא בבעלות ציבורית, בעל ישות משפטית וארגונית נפרדת, הפועל שלא למטרות רווח ולקידום מטרה מועילה (שירום, 1992). רמת האוטונומיה של בתי-החולים הכלולים בקבוצה זו היתה בינונית.

הקבוצה השלישית - בתי-חולים הנמצאים בדרך לתאגוד: שישה בתי-חולים ממשל-תיים, שהיו אמורים לפי התכנון להיעשות תאגידים בשלב מאוחר יותר. החל משנת 1993 הם החלו לתפקד כיחידות-סמך. יחידת-סמך היא ארגון המקבל אוטונומיה וסמכויות בתחומים מוגדרים. רמת האוטו-נומיה בקבוצה זו היא חלקית.

הקבוצה הרביעית - בתי-החולים של קופת חולים כללית (שבעה במספר): כל ההחלטות מתקבלות במרכז קופת חולים. רמת האוטונומיה שלהם נמוכה.

2. השיטה

המחקר הנוכחי כלל שני שלבים: בשלב א' נערך מחקר בקרב 21 בתי-חולים ציבוריים שבבעלות משרד הבריאות (11 במספר), בבעלות ציבורית וולונטרית (3 במספר) ובבעלות קופת חולים כללית (7 בתי-חולים). בכל בתי-חולים רואינו 4 חברי הנהלה בשיטת הראיון המובנה למחצה. מטרתו של שלב זה היתה לבחון האם פיתחו הנהלות אסטרטגיות כדי להתמודד עם הרפורמה ולאפיין את האסטרטגיות האלה. ניתוח ממצאי הראיון לימד, שמדובר בתהליכים מורכבים של שינויים המחייבים התמקדות וחקירה לעומק במספר מצומצם של בתי-חולים.

משום כך נבחרו בשלב ב' 4 בתי-חולים (אחד מכל קבוצה שתוארו במדגם) ונערכו ניתוח מקרה וניתוח מקרים השוואתיים

החולים ויחסי-הגומלין בין השחקנים העיקריים בסביבה להנהלות בתי-החולים. נערכה הבחנה בין סביבה מקומית לסביבה לאומית (Scott, 1992).

ההקשר הפנימי של השינויים - גורמים בתוך בתי-החולים שהשפיעו על השינויים, ההיסטוריה של בתי-החולים, בעלות, גודל הנהלה וניהול, יחסים בין הנהלה לרופאים ותרבות ארגונית.

התוצאות - נוסף על כך נבדק כיצד השפיעו תוצאות השינויים על בתי-החולים ועל הקבוצות המקצועיות הפועלות בו.

אוכלוסיית המחקר

1. המדגם

אוכלוסיית המחקר כללה 21 בתי-חולים ציבוריים כלליים, שיש בהם בין 300 ל-1,200 מיטות, הממוקמים בשלושה אזורים גיאוגרפיים. עשרה מבתי-החולים נמצאים בתוך אזורים עירוניים גדולים והם קרובים למוקדי כוח והשפעה. חמישה בתי-חולים נמצאים סמוך למרכזים עירוניים. שישה בתי-חולים ממוקמים בפריפריה.

בתי-החולים חולקו לארבע קבוצות מחקר על-פי שני ממדים. המימד הראשון עניינו הבעלות על בתי-החולים. המימד השני התבסס על הערכת מידת האוטונומיה שבה בתי-החולים מתפקד. בפועל התברר, שקיימת חפיפה בין מימד הבעלות לרמת האוטונומיה.

הקבוצה הראשונה - בתי-חולים אוטו-נומיים: שלושה בתי-חולים השייכים לארגונים וולונטריים מתפקדים כבר שנים רבות באוטונומיה מלאה.

הקבוצה השנייה - בתי-חולים מתואגדים: חמישה בתי-חולים ממשלתיים נמצאים

זה שקבע את היקף הפעילות שלהם, אופייה והתפתחותה (ראה ועדת חקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, 1990). העובדה, שמשרד הבריאות ניהל את בתי-החולים הממשלתיים, צמצמה את מרחב התמרון והגמישות של ההנהלות. במקביל, ההנהלות גם לא נדרשו להתייחס לקופות החולים שפעלו באזור משום שכל ההסכמים נעשו בין משרד הבריאות ובין קופות החולים במרוכז (שטיינברג, 1989; ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, 1990; שאשא, 1993; שירום ואחרים, 1997). על רקע המצב הזה החלה קבוצה של בתי-חולים ממשלתיים, באמצע שנות ה-80, להיערך לתפקוד אוטונומי (גנוסר, 1991; רוזנטל, 1991; שירום ואחרים, 1997).

ב. הקמת ועדת חקירה לבדיקת תפקודה של מערכת הבריאות. על רקע המשבר שהיה בשנות ה-80 החליטה הממשלה על הקמת ועדת חקירה ממלכתית, לבדיקת תפקודה של מערכת הבריאות, שכראשה עמדה השופטת לשעבר שושנה נתניהו וחבריה היו פרופ' שמואל פנחס, פרופ' אריה שירום, פרופ' מרדכי שני וד"ר דב צ'רניחובסקי. ממכלול המלצות הוועדה בחר שר הבריאות דאז, אהוד אולמרט, להתמקד תחילה בשתיים. הראשונה, חקיקת חוק בריאות ממלכתי והשנייה, תאגוד חמישה בתי-חולים של משרד הבריאות וניתוקם מן הניהול הישיר של המשרד. ניתוק בתי-החולים מן הניהול הישיר של משרד הבריאות היה אמור לאפשר למשרד לתפקד כמו מיניסטרוניון. היה דמיון רב בין תוכנית התאגוד בישראל ובין הרפורמה בתוך שירות הבריאות הלאומי בבריטניה, שהכריז זה עליה מרגרט תאצ'ר בשנת 1988 (Harrison, 1995; Klein, 1995).

(Comparative Case Study). בשלב ב' נערכו ראיונות מובנים למחצה בכל אחד מארבעת בתי-החולים שנבחרו. הראיונות נערכו עם חברי הנהלה, רופאים ווטרים ומנהלי מחלקות, אחיות אחראיות-מחלקה ואחיות זוטרות. בסך הכל נערכו בכל בית-חולים 25 ראיונות. כדי לקבל תמונה כוללת רואיינו במשרד הבריאות מנכ"ל המשרד, הממונה על מערכת האשפוז, יושב-ראש ארגון רופאי בתי-החולים, סגן מנהל בקרת איכות במשרד הבריאות וסמנכ"ל של קופת חולים כללית.

במרבית הראיונות השתתפו שני מראיינים שרשמו הערות והישוו את ההתרשמות שלהם. על כל המפגשים נכתב פרוטוקול. בנוסף לראיונות נעשה שימוש במסמכים פנימיים של בית-החולים, פרסומים של הממשלה, של איגוד רופאי בתי-החולים, של איגוד האחיות ונסקרו מאמרים שהופיעו בעיתונות. כדי לטפל בתוקף הנתונים נערך שימוש במספר מקורות תוך הצלבת מידע, בעיקר של נושאים חדשים שהעלו המ-רואיינים.

שינויים בסביבת בתי-החולים

1. שינויים בסביבה הלאומית-ממשלתית

א. הרקע לשינויים. החלטת הממשלה להנהיג רפורמה במערכת הבריאות באה על רקע אירועים שהתרחשו בשנות ה-80. המאפיין הבולט היה חוסר שביעות רצון מתפקודה של מערכת הבריאות ובעיקר מאיכות השירותים הרפואיים ומזמינותם (ישי, 1994; ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, 1990).

בשנות ה-80 היו בתי-החולים הממשלתיים שלוחה של משרד הבריאות, והוא היה

חמריץ להגביר את הפעילות בפעולות שהיו רווחיות עבורם ולצמצם את תור הממתינים (שירום ואחרים, 1997).

התקופה השנייה היתה בין השנים 1992-1994. מפלגת העבודה הרכיבה את הממשלה. שר הבריאות היה חיים רמון ולמנכ"ל משרד הבריאות התמנה פרופ' מרדכי שני. בתקופה זו הפסיק משרד הבריאות את תהליך התיאגוד בחמשת בתי-החולים ובמקומו החליט על הענקת אוטו-נומיה בשלבים לכל בתי-החולים הממ-שלתיים. בתור צעד ראשון קיבלו כל בתי-החולים הממשלתיים הכרה כיחידות-סמך והואצלו להם תפקידים שמילא בעבר משרד הבריאות. במקביל, פעל משרד הבריאות ליישם המלצות נוספות של ועדת נתניהו כמו חוק בריאות ממלכתי ושינויים מבניים במשרד עצמו.

ב-1994 נחתמו שני הסכמים, שהשפיעו ישירות על בתי-החולים. ההסכם הראשון היה הסכם ההבראה שנחתם בין ההמשלה לקופת חולים כללית ואשר כלל את הגבלת הפעילות של בתי-החולים הממשלתיים. בנוסף להסכם ההבראה, נחתמו ב-1994 הסכמי שכר חדשים עם הרופאים והאחיות. התוספות בהסכם הגיעו ל-55% והן היו אמורות להיות משולמות מטעם הנהלות בתי-החולים.

בתקופה השלישית, החל משנת 1995, עדיין היתה מפלגת העבודה בשלטון, אבל חיים רמון התפטר מתפקיד שר הבריאות ובמקומו התמנה ד"ר אפרים סנה. פרופ' שני חזר לנהל את בתי-החולים שיבא ובמקומו התמנה למנכ"ל המשרד ד"ר מאיר אורן, שהיה מנכ"ל בית-חולים הלל יפה. בשנת 1995 פעלו בתי-החולים כיחידות-סמך עם סמכויות מוגבלות. ד"ר אורן, מנכ"ל המשרד, רש משרד האוצר תשובות ופתרונות לקי-דום המעמד העצמאי של בתי-החולים

ג. יישום המלצות ועדת החקירה הממלכתית בבתי-החולים בין השנים 1990 - 1995. ניתן לחלק את המהלכים הקשורים ליישום הרפורמה במערכת הבריאות בישראל בהתאם להמלצות הוועדה לשלוש תקופות. בכל אחת מהן השתנו המערך הפוליטי, השחקנים, התכנים והדרך שנבחרה להטמעת השינויים. בתקופה הראשונה, בין השנים 1990-1992, היתה בשלטון מפלגת הליכוד. על רקע המצב הפוליטי שהיה באותם ימים ביקש הליכוד להצביע על הישגים בזמן קצר (ישי, 1994). משרד הבריאות בחר בחמישה בתי-חולים וביקש להפוך אותם לתאגידיים בתהליך מזוהז. לחץ הזמן גרם לכך, שצוות היישום שהוקם במשרד הבריאות התמקד בעיקר בתכנים המשפטיים והפיננסיים של התיאגוד, ולא נתן את דעתו לתכנון תהליך השינוי ולצורך לשתף את הנהלות בתי-חולים בהיערכות לתיאגוד. בגלל לחץ הזמן לא יכלו בתי-החולים המתואגדים להתכונן כראוי, להכין את העובדים ולתת מידע - דבר שהביא ליצירת שמועות ומתח. המידע העיי-קרי הגיע מן הוועדים המקומיים, שמסרו מידע מגמתי ומפחיד. גם אצל בתי-החולים הממשלתיים שלא נכללו בתוכנית התיאגוד התעורר חשש שלא יהיה ביכולתם להיכנס לתהליך ולהצליח בו בעתיד. התקופה אוסיינה בהתנגדויות מצד ההסתדרות, קופת חולים כללית ואיגודי האחיות, שפנו בסופו של דבר לבית-המשפט ועצרו את תהליך התיאגוד ב-1992.

שינוי נוסף שיזמה הממשלה בתקופה זו היה הטלת תשלום דיפרנציאלי פרוספקטיבי עבור חלק מן השירותים הרפואיים. החל מ-1991 הורה המשרד לשלם עבור חלק מן הפעולות הרפואיות תשלום קבוע מראש, שהיה שונה לכל פעולה. התשלום הדיפ-רנציאלי היה אמור לתת לכל בתי-החולים

2. מגמות נוספות בסביבה שפעלו בה בתי-החולים

במקביל לשינויים שיזמה הממשלה, פעלו בסביבה גורמים נוספים עוד לפני ההחלטה על הרפורמה. גורמים אלה היו פרי התפתחות חזית לאומיות וכלל-עולמיות והיוו רקע ליוזמות של הממשלה. חלק מן הגורמים יתוארו להלן.

שינויים דמוגרפיים - בשנות ה-80 וה-90 גדלה אוכלוסיית ישראל כלי שנוספו מיטות אשפוז בבתי-החולים. כתוצאה מכך, ירד המספר הממוצע של מיטות לנפש מ-2.6 מיטות ל-1,000 נפש ב-1988 ל-2.3 מיטות ל-1,000 ב-1994. מצב זה הביא לתפוסה מלאה בבתי-החולים ולכך, שבתקופה הראשונה של הרפורמה לא היתה תחרות על חולים (שירום ואחרים, 1997)

מודעות לבריאות וצרכנות גבוהה - עם השנים נעשו החולים ערים יותר ויותר לבריאות ולטיב השירותים הרפואיים, בעיקר כבכל הנוגע ליחס המטפלים כלפיהם ולתנאים הפיזיים. הצרכנות הנבונה והביקורתית תרמה גם למודעות לאיכות הטיפול ולעלייה במספר התביעות המשפטיות, שהוגשו נגד בתי-החולים בגין רשלנות רפואית. כתוצאה מן העלייה בתביעות נגדם נדרשו בתי-החולים להקים יחידות לניהול סיכונים, שריכזו והפיקו לקחים מאירועים חריגים. מגמה זו תרמה גם ליוזמות בתחום שיפור איכות הטיפול.

ידע וטכנולוגיה רפואית חדשים - התפתחות הידע הרפואי והטכנולוגיה הרפואית היו מרכיב בעל השפעה מכרעת על עלויות מערכת הבריאות כולה ובמיוחד על בתי-החולים שהיו נושאי הדגל של הקידמה הרפואית (שני, 1993). מדובר בתהליכים שליוו את המערכת

הממשלתיים: הגדרת התחייבות הממשלה לתקציבי הפיתוח, סגירת פערים בתשתיות בבתי-החולים על-מנת להביאם לנקודת זינוק דומה, המאפשרת תחרות ופעילות בתנאי התחלה דומים, הסדרת מעמד העובדים, קיום הידברות עם העובדים ותמחור נכון של השירותים שבתי-החולים נותנים. אולם, כפי שהתבטא אחד המנהלים הבכירים במשרד הבריאות, "הכרסום המתמיד בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בידי משרד האוצר ויצירת המשבר המתמשך במערכת הבריאות, התקציבי והממוני, כל אלה הרחיקו את הסיכוי למימוש רעיון התיאגוד".

נוכל לסכם ולומר, שיישום הרפורמה והחלטת משרד הבריאות ליישם תגמול פרוספקטיבי חוללו שינויים בסביבה הלאומית והמקומית בעוצמות שונות עבור בתי-החולים שנכללו בקבוצות המחקר השונות. השינויים בעוצמה הרבה ביותר היו בקרב קבוצת בתי-החולים הממשלתיים המתואגדים. בתי-החולים השייכים לקבוצה זו נדרשו להיעשות תאגידיים בתהליך מזורז ולהסתגל לסביבה המקומית. גם בקבוצה השלישית, שכללה את שאר בתי-החולים הממשלתיים, היו שינויים רבים, אם גם בעוצמה קטנה יותר. גם הם נדרשו להיהפך לגופים אוטונומיים, אבל בתהליך הדרגתי שהחל עם הפיכתם ליחידות-סמך.

קבוצת בתי-החולים האוטונומיים הושפעה מן האווירה הכללית שנוצרה בעקבות הרפורמה ומהחלטת משרד הבריאות ליישם תשלום פרוספקטיבי. בבתי-החולים השייכים לקופת חולים כללית לא התרחשו שינויים פורמליים בסביבה, משום שהם המשיכו להיות מנוהלים בידי מרכז קופת חולים. אולם, האווירה שנוצרה והתוכניות להענקת אוטונומיה לבתי-החולים של הקופה יצרו ציפייה לשינויים בעתיד.

למשיכת חולים. בעקבות הרפורמה הפך נושא התחרות על יוקרה רפואית להיות אחד המרכיבים החשובים של כוח המיקוח של בתי-החולים מול הקופות.

האסטרטגיות שנקטו בתי-החולים כדי להסתגל לסביבה הלאומית והמקומית

שאלת המחקר הראשונה דנה ביכולתם של בתי-החולים לעשות שינויים אסטרטגיים בתגובה על לחצים שהופעלו עליהם מן הסביבה הלאומית והמקומית.

ממצאי המחקר מלמדים, שבתי-החולים אכן עשו שינויים אסטרטגיים שהיו קשורים לעוצמת השינויים בסביבה הלאומית והמקומית ולרמת האוטונומיה שפעל בה בית-החולים. השינויים האסטרטגיים הרבים ביותר היו בקבוצת בתי-החולים המתו-אגדים; אחריהם באו בתי-החולים הממ-שלתיים שפעלו כיחידות-סמך. בבתי-החולים הממשלתיים הפנימו העובדים חשיבה כלכלית, מספר החולים גדל והשהות הממוצעת של החולים ירדה (דיין וסורדי, 1995). שינויים אסטרטגיים נצפו גם בבתי-החולים האוטונומיים. האוטונומיה המלאה שהיתה להנהלות אפשרה להן לנקוט אסטרטגיות מגוונות, כדי להבטיח איזון תקציבי. בבתי-החולים של קופת תולים כללית כמעט שלא השתנתה הסביבה הלאומית. מכיוון שעמדו תחת השליטה של ההנהלה המרכזית הם לא יכלו לנקוט יחמות להרחבת הפעילות ולמכירת שירותים בלי הסכמתה. היות שהנהלות של בתי-החולים של קופת חולים כללית היו נתונות גם ללחצים של ועדי העובדים, היה קשה לנקוט פעולות חיסכון והתייעלות המחייבות שיתוף

כבר שנים רבות. הידע והטכנולוגיות החדשים ברפואה השפיעו על שורה של שינויים בתוך בתי-החולים. ביניהם היו התמקצעות גוברת ופתיחת יחידות קטנות המתמחות בתחומים ספציפיים; שינויים בדפוסי הטיפול הרפואי; יותר חולים אינ-טנסיביים בחלק האשפוזי של בתי-החולים; הגדלה של התחום האמבולטורי; ריבוי של מקצועות רפואיים ופן-הרפואיים חדשים (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפ-קודה ויעילותה של מערכת הבריאות, 1990).

3. שינויים בסביבה המקומית

בעת שהתרחשו שינויים בסביבה הלאומית של בתי-החולים, התרחשו שינויים חשובים גם בסביבה המקומית. השינוי העיקרי קשור לעובדה, שהרפורמה יצרה לבתי-החולים תמריץ לרצות להגיע להסכמים שונים עם קופות החולים שהיו הקונות העיקריות של השירותים, כדי להבטיח לעצמם נפח חולים. שכן, בעת קביעת התקציב משרד הבריאות ייחס יותר משקל מבעבר להכנסות שבית-החולים מצליח להשיג. בעבר היה זה תפקידו של משרד הבריאות. תהליך זה גרם לכך, שקופות החולים והמבוטחים הפכו להיות, יותר מבעבר, חשובים לבתי-החולים הממ-שלתיים, שהקדישו יותר תשומת לב לשביעות הרצון של הנהלות קופות החולים האזוריות ושל המבוטחים.

חלק מן השינויים החשובים בסביבה המקומית היה קשור לתחרות על יוקרה ומוניטין רפואיים. תחרות זו היתה קיימת עוד לפני הרפורמה בין בתי-החולים, שנקטו מגוון של פעולות כדי להעלות את יוקרתם המקצועית. לדוגמה, הנהלות בתי-חולים ניסו למשוך אל בתי-החולים שלהן מומחים בעלי שם, "כוכבים". רופאים אלה סייעו לבתי-החולים לפתח תחומים ייחודיים והיו מוקד

והגבירו בהן את הפעילות. התחומים העיקריים שבהם הפעילות היו ניתוחי מעקפים בלב וצינתורים.

מרבית המנהלים שרואיינו טענו, שהגברת הפעילות בתחומים האלה היתה אינטרס משותף לבתי-החולים, שביקשו להרוויח ולקופות החולים, שהצליחו לצמצם את תור הממתינים. הרחבת הפעילות הכירורגית והפולשנית, כגון צינתורים, היתה נוחה להנהלה, משום שלא חייבה שינויים מרחיקי לכת בדפוסי העבודה וניתן היה להגיע להסכמים עם הרופאים והאחיות על עבודה נוספת תמורת תוספת תשלום.

ההחלטה להגביר את הפעילות במערך הכירורגי והפולשני והלחץ הגובר של הפניות לבתי-החולים חייבו את הנהלות בתי-החולים האוטונומיים והממשלתיים לקצר את השהות הממוצעת של החולים בהם, כדי שאפשר יהיה לקבל יותר חולים ולבצע יותר פעילות. פעולה זו חייבה שיתוף פעולה עם הרופאים. הסבב המהיר של החולים במחלקות יצר עומס על הרופאים ועל האחיות והפך את המחלקות הכירורגיות ואת יחידות הצינתור למחלקות המאכלסות בעיקר חולים אינטנסיביים (דיין וסוריי, 1995). למרות שהרחבת הפעילות בתחומים רפואיים רווחיים היתה משותפת לכלל בתי-החולים, היתה שונות רבה בהיקף הפעילות בין בתי-החולים. שונות זו קשורה לבעלות על בתי-החולים, שקבעה את רמת האוטונומיה שלהם, לגודלם ולמיקומם הגיאוגרפי. הקבוצה שהגדילה את הפעילות בשיעור הגדול ביותר היתה קבוצת בתי-החולים ה"מתואגדים" של משרד הבריאות, והמובילים היו שני המרכזים הרפואיים באיזור בתל-אביב. מרכזים אלה נהנו מן העובדה, שבאיזור תל-אביב נוצרו ביקושים גדולים לניתוחים והיתה להם יוקרה מקצועית גבוהה, שהגבירה את הלחץ של המבוטחים

פעולה עמם. משום כך נקטו ההנהלות בעיקר פעולות להרחבת התשתיות הפיזיות.

נוסף על השינויים האסטרטגיים שנעשו בתגובה לרפורמה הנתונים מלמדים, שחלק מבתי-החולים הממשלתיים עשו שינויים אסטרטגיים מקדימים בציפייה לרפורמה. הם החלו להפעיל את בית-החולים על-פי שיקולים כלכליים ועסקיים, הרחיבו את הפעילות הרפואית ופיתחו שירותי רפואה פרטיים.

מרבית השינויים האסטרטגיים היו פרי יוזמות מכוונות של הנהלות בתי-החולים, אבל לא תמיד הם עוצבו בתהליך פורמלי מסודר של קבלת החלטות. דוגמה לכך היתה התבטאות של אחד המנכ"לים: "אני יודע מה אני רוצה לעשות, אבל לא נעשה תהליך מסודר של קבלת החלטות". בחלק מבתי-החולים הממשלתיים, היו יוזמות מן השטח של מנהלי מחלקות, שהציעו מכירת שירותים רפואיים פרטיים או ביצוע הסדרים של שיתוף פעולה עם קופות החולים. יוזמות אלה השתלבו במגמה הכללית, שהדגישה ניהול על-פי עקרונות כלכליים ועסקיים.

שאלת המחקר השנייה דנה באפיון האסטרטגיות שנקטו בתי-החולים השונים. להלן תיאור של האסטרטגיות המרכזיות.

1. העלאת רמת הפעילות

בתי-החולים הממשלתיים והאוטונומיים נקטו שורה של אסטרטגיות, כדי לשמור על רמת הפעילות וכדי להגדיל את הכנסותיהם. האסטרטגיה הנפוצה ביותר היתה הגברת הפעילות בתחומים רפואיים רווחיים. מרבית המנהלים שרואיינו דיווחו, שאסטרטגיה זו היתה אמורה להבטיח את המשך קיומו של בית-החולים. הם איתרו את אותן פעילויות רפואיות שיכולות להיות רווחיות לבית-החולים

לבתי-החולים לעמוד בדרישות הממשלה לפעול כגוף כלכלי ולנהל את בית-החולים ביתר יעילות כלפי השוק המקומי. במקביל נעשתה הרחבת תשתית המחשוב. תהליך המחשוב בבתי-החולים נתמך בתקציבים של משרד הבריאות, אבל מרבית בתי-החולים ניסו לקדם את נושא המחשוב בעצמם. תחום זה היה חשוב כדי לקבל מידע עדכני, שהיה דרוש לתפעול בית-החולים כמו, למשל, בנושא התשלום הדיפרנציאלי. נוסף על כך, מרבית הנהלות בתי-החולים ניסו לרכוש טכנולוגיות חדשות כמו מכשירי הדמיה, סורק ממוחשב, מכשירים לריסוק אבנים, יחידות צינתור ומאיצים קוויים לטיפול בחולי סרטן. מאמצים אלה נעשו עוד לפני הרפורמה, אבל בעקבותיה הם הפכו להיות אסטרטגיות כדי להגדיל את כוח המיקוח של בתי-החולים כלפי קופות החולים.

3. התייעלות וחיסכון

הנהלות בתי-החולים האוטונומיים והממשלתיים נקטו פעולות מכוונות להתייעלות וחיסכון. פעולות אלה התמקדו בשני תחומים. הראשון - חיסכון והתייעלות בנוגע להוצאות עקיפות שאינן קשורות ישירות לטיפול הרפואי. התחום השני עסק בחיסכון והתייעלות בנוגע להוצאות הנובעות ישירות מן הטיפול הרפואי.

כדי לחסוך בהוצאות עקיפות צמצמו בתי-החולים את כוח-האדם של אחיות ועובדי משק. ההנהלות נמנעו מלפטר עובדים, אבל דרשו להגביר תפוקות ולפתוח מחלקות חדשות ללא תוספת תקנים. נוסף על כך, בחלק גדול מבתי-החולים העבירו הנהלות עבודות לקבלנים פרטיים ובדרך זו ביקשו לחסוך בעלויות.

במרבית בתי-החולים הממשלתיים והאוטונומיים נעשו ניסיונות לחסוך בצידוד משקי

על הקופות להגיע אליהם. אחד המרכזים אף הביא חולים לניתוחים מחוץ-לארץ. שני בתי-חולים נוספים, בעלי גודל בינוני, שהיו בתוך קבוצת בתי-החולים המתואגדים של משרד הבריאות, הגבירו אף הם את הפעילות הכירורגית, אך היא היתה מתונה יותר.

הרחבת הפעילות בתחומים הרפואיים חייבה את בתי-החולים הממשלתיים והאוטונומיים להגיע למיגוון הסדרים עם קופות החולים. בחלק מבתי-החולים ההסדרים של קיצור תורים לניתוחים וצינתורים היו חלק ממערך הסדרים כולל, שהתייחס למספר תחומים, כמו, למשל, יציאת רופאים מומחים לעבודה במרפאות הקהילה או חתימת חוזים להפעלה משותפת של שירותי בריאות בקהילה.

פעולה נוספת שנקטו בתי-החולים כדי להגדיל את הרווחים שלהם היתה מכירת שירותים רפואיים פרטיים. עוד לפני קבלת המלצות ועדת נתניהו, מכרו חלק מבתי-החולים שירותים פרטיים באמצעות קרנות מחקר, אולם לאחר הרפורמה הם הגבירו את הפעילות הזאת. לדוגמה, לפי אחד האומדנים שפורסמו התברר, שמאז 1994 התרחב מאוד היקף הפעילות של קרנות המחקר של בתי-החולים הממשלתיים (שירום ואחרים, 1997).

2. בנייה והרחבה של תשתיות פיזיות וטכנולוגיות

בנייה והרחבה של תשתיות היתה מגמה שאפיינה את בתי-החולים ללא קשר לרפורמה. אולם, בעקבות הרפורמה הגבירו בתי-החולים את המשאבים שהשקיעו בקידום התשתיות. לדוגמה, במרבית בתי-החולים הממשלתיים גדלה היחידה הכלכלית ונוספו פונקציות העוסקות בתמחור, בחינת עלויות ואיסוף מידע על רמת הפעילות במערכת. פעולות אלה סייעו

הושג במספר דרכים: ישיבות משותפות עם מנהלי מחלקות, מעקב אחר רמת הצריכה של כל מחלקה ודיון עם מנהל המחלקה, איוש משרת רופא מטעם ההנהלה, שפיקח על השהות הממוצעת של החולים ורמת הצריכה של תרופות ובדיקות במחלקות.

במספר בתי-חולים ממשלתיים ואוטו-נומיים נערכה עסקת חליפין. הרופאים נענו לבקשת ההנהלה להגביר את הפעילות ולהוריד את השהות הממוצעת של החולה ובתמורה קיבלו תגמול כספי אישי או כספים לקרן המחקרים של המחלקה.

ה ת י י ע ל ו ת . נקיטת פעולות כדי לייעל תהליכים בבתי-החולים היתה פחות נפוצה בהשוואה לפעילות החיסכון. בבתי-החולים האוטונומיים והממשלתיים היו יותר ניסיונות ליזום פעילות לייעול בהשוואה לבתי-החולים של קופת חולים כללית. התוכניות לייעול תהליכים היו ממוקדות ביחידות ספציפיות, ולא בהתייעלות כוללת של בית-החולים וחלק מבתי-החולים האוטו-נומיים והממשלתיים שכרו יועצים חיצוניים למטרה זו.

4. שיפור איכות הטיפול כיעד אסטרטגי

סוגיה נוספת עוסקת בשיפור איכות הטיפול כיעד אסטרטגי. כל המרואיינים, ובעיקר הנהלות בתי-החולים, ציינו את שיפור איכות הטיפול וקידומו כיעד אסטרטגי חשוב. בבדיקה בשטח התברר, שרק מ-1992 החלו בתי-החולים לעסוק בפועל בקידום איכות השירות. הצבת איכות הטיפול כיעד אסטרטגי היתה תוצאה של שילוב שלושה גורמים:

הגורם הראשון - החלה תחרות בתחומי רפואה ספציפיים (קרדיולוגיה, מיילדות) וגם בשירותים רפואיים פרטיים. אחת הדרכים

ורפואי. הנהלות בתי-החולים הפחיתו כמויות של ציוד, בנו סטנדרטים לצריכה והצמידו את כמות הציוד לרמת הפעילות. בבתי-החולים האוטונומיים ובבתי-החולים הממשלתיים שהיו בגירעון תקציבי לפני הרפורמה, היתה השקעה בפעילות חיסכון גדולה יותר בהשוואה לבתי-החולים האחרים.

בחלק מבתי-החולים האוטונומיים והממשלתיים דיווחו המנהלים על ניסיונות למתן את רמת הצריכה באמצעות הקצאת תקציב לכל מחלקה. מדובר בציוד משקי ורפואי מתכלה, בתרופות, בבדיקות מעבדה ובאבחונים באמצעות הדמיה. ב-1993 היו 4 בתי-חולים שהפעילו תקציב מחלקתי בכל התחומים האלה. בחלק גדול מבתי-החולים הממשלתיים והאוטונומיים היה להנהלה ולמחלקה מידע מעודכן על דפוסי הצריכה של המחלקה. החומר שימש בסיס לדיונים בין הנהלות ובין מנהלי המחלקות והאחיות האחראיות. מדיווחים של מנהלי מחלקות והנהלות ניתן ללמוד על קשיים רבים ביישום התקציב המחלקתי. הקשיים נבעו מכך, שבחלק מבתי-החולים הפעילו את התקציב רק על מספר מצומצם של סעיפי צריכה, ואילו הסעיף הכבד ביותר, שהיה עלויות כוח-אדם, לא נכלל בו. נוסף על כך, לא ניתן היה לעשות המרה מסעיף לסעיף ולא הוגדרה מערכת תמריצים. קשיים נוספים נבעו מן העובדה, שלא ניתן היה להגדיר צריכה ברמת החולה הבודד. ומערכת המחשוב לא תמיד איפשרה לקבל מידע על רמת הצריכה בזמן אמיתי.

חיסכון בהוצאות הקשורות ישירות לטיפול הרפואי חייב שיתוף פעולה בין מנהלי המחלקות והרופאים ובין ההנהלה. מדובר בקיצור ימי אשפוז, בהחלפת תרופות יקרות בזולות, בהורדת מספר הבדיקות והאבחונים באמצעות הדמיה. שיתוף הפעולה עם הרופאים

לשיפור איכות הטיפול והתמנה רופא לעמוד בראשה.

נוסף על האסטרטגיות שתוארו עד כה, נקטו בתי-החולים גם אסטרטגיות שהיו מכוונות לטפל במישרין בתביעות של הסביבה המקומית. מדובר בשתי אסטרטגיות. הראשונה היתה להעלות את כוח המיקוח של בתי-החולים והשנייה היתה ליצור קשרים והסכמים עם קופות החולים השונות, כדי להבטיח נפח תולים. ניסיונות להעלות את כוח המיקוח של בית-החולים התבטאו בשלושה סוגים של פעולות. הפעולה הראשונה, כפי שהוזכרה קודם, היתה לנסות לגייס רופאים בעלי שם. הפעולה השנייה היתה פיתוח תחומים רפואיים חדשים שלא היו בעבר. הפעולה השלישית עסקה בשיפור תנאי האשפוז. מדובר בבניית מחלקות חדשות, בהשקעה בריהוט ובציוד רפואי, באפשרויות לשכור טלויזיות וטלפונים. כאמור, פעולות אלה נעשו עוד לפני הרפורמה, אבל הן נעשו יותר אינטנסיביות בעקבותיה.

כדי ליצור קשרים עם קופות החולים, ניסו בתי-החולים להגיע עם הקופות למגוון של הסדרים לשיתוף פעולה. לדוגמה, תוכניות לקיצור תורים והפעלה משותפת של שירותים רפואיים בקהילה. בחלק גדול מבתי-החולים מונה רופא מטעם ההנהלה, כדי לקיים קשר רצוף עם הקופות ולהבטיח קשרי עבודה טובים. ברוח זו הסכימו ההנהלות לאפשר לקופות להיכנס לבתי-החולים, כדי לבצע בקרה בתחומים שונים שנגעו לאשפוז מבוטחיהן.

לסיכום, האסטרטגיות שנקטו בתי-החולים הממשלתיים והאוטונומיים היו מכוונות לקבלת תמיכה מן המערכת הלא-מית והן שיקפו את דרישותיה. בתחילה נדרשו בתי-החולים לאמץ לעצמם דפוסי ניהול כלכליים ורק כשלב מאוחר יותר החלה

שבחרו בתי-החולים כדי להתמודד היתה להשקיע בשיפור איכות הטיפול.

הגורם השני היה עלייה גדולה בשיעור התביעות המשפטיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית. זו הביאה את חברות הביטוח לדרוש מבתי-החולים להקים יחידות לניהול סיכונים. יחידות אלה עסקו באיסוף אירועים חריגים מן השטח, בדיקתם ונקיטת פעולות מתקנות. הגורם השלישי היה לחץ של משרד הבריאות. המשרד הקים יחידה לבקרת איכות. היחידה אמנם לא הצליחה להפעיל בקרה בתוך בתי-החולים בגלל התנגדותה של ההסתדרות הרפואית, אולם היא העלתה את הנושא על סדר-היום. היחידה התמקדה בעיקר בפיתוח סטנדרטים לבקרת איכות ויזמה פעולות לקידום הנושא בתוך בתי-החולים.

את התשתית הארגונית לקידום איכות הטיפול בנו האחיות בבתי-החולים עוד לפני הרפורמה. האחיות תרגמו כלי לבדיקת איכות טיפול שפותח באנגליה והתאימו את הסטנדרטים למציאות הישראלית. ב-1989 ובשנות ה-90 נמדדה ביוזמת משרד הבריאות איכות הטיפול הסייעודי בכל בתי-החולים השייכים למשרד. המדידה נעשתה על-פי קריטריונים מוסכמים לאחר שנבדקה המהירות והתקפות שלהם. נקודה מעניינת היא, שהתשתית, שהקימו האחיות בתחום ניטור איכות הטיפול הסייעודי בתוך בתי-החולים, שימשה בסיס לבניית מערך בקרת איכות הטיפול במשרד הבריאות, שאותו מנהלת אחות לשעבר, שהיתה אחת ממקימות המערך הזה.

ב-1993 היו בשישה מבתי-החולים תוכניות כלל-מערכתיות לשיפור איכות הטיפול וקידומה. במרביתם היה מערך ארגוני, שהיה אמור ליישם את תכניו ולתמוך בהם. חלק מבתי-החולים שכרו יועץ כדי להטמיע את התהליך ובתשעה בתי-החולים הוקמה יחידה

היינו מצפים לכך, שהשינויים מתרחשים לאורך כל תקופת הגידול. אם נראה, שהנר הלוח בתיהחולים עשו שינויים של ממש, למשל בניצול יעיל של התשתיות רק כשנוצר לחץ מיוחד מצד הממשלה, נוכל להסיק ביתר ביטחון שהשינויים נעשו בתגובה על יוזמות שנקטה הממשלה, ולא תגובה על גידול באוכלוסייה.

דרך נוספת לכדוק את הסברה שבתיהחולים הגיבו ישירות על יוזמות ממשלתיות היא להשוות בין קבוצות של בתיהחולים ולאחר קשרים בין עוצמת השינויים המוסדיים ובין כמות השינויים האסטרטגיים. במידה שיימצא קשר כזה, נוכל שוב להסיק, שבתיהחולים הגיבו בצורה אסטרטגית על שינויים שיזמה הממשלה. למשל, אם נמצא שבבתיהחולים הממשלתיים, שבהם השתנתה הסביבה הלאומית, היו יותר שינויים אסטרטגיים בהשוואה לבתיהחולים של קופת חולים, שבהם השינויים בסביבה הלאומית כמעט לא הורגשו, נוכל שוב לייחס את השינויים בתוך בתיהחולים הממשלתיים לתגובה אסטרטגית.

ממצאי המחקר אכן מלמדים, שבתיהחולים באמת עשו שינויים אסטרטגיים בתגובה על לחצים של הסביבה הלאומית והמקומית שאותם יזמה הממשלה. נוסף על כך, נצפו גם הבדלים בין קבוצות המחקר השונות. בשלבים הראשונים של הרפורמה דרש משרד הבריאות מבתיהחולים הממשלתיים להתמקד בתחום הכלכלי ולהבטיח איזון תקציבי. ואכן, מרבית השינויים האסטרטגיים בבתיהחולים הממשלתיים בתקופה זו היו מכוונים להשגת היעדים הכלכליים. רק בשלבים מאוחרים יותר, לאחר שהעלה משרד הבריאות את הדרשה לקדם את איכות הטיפול, החל הנושא הזה להיות יעד אסטרטגי עבור בתיהחולים.

בתיהחולים הפגינו גם יכולת לעשות

דרישה של המשרד לקדם את הנושא של שימור וקידום איכות הטיפול. במקביל, כווננו אסטרטגיות למקם טוב יותר את בתיהחולים כלפי השוק המקומי ובעיקר להגדיל את כוח המיקוח שלו כלפי קופות החולים וליצור קשרי עבודה טובים עמן.

מסקנות

שאלת המחקר הראשונה עוסקת ביכולת של בתיהחולים לעשות שינויים אסטרטגיים לאור הרפורמה במערכת הבריאות. בשונה מן התיאוריות האקולוגיות, מניחות התיאוריות הרואות בארגון מערכת פתוחה - מפני שלארגון יש יכולת של בחירה אסטרטגית (Child, 1972), שתמקם אותו טוב יותר ביחס לסביבה ואפילו ליצור לעצמו סביבה חדשה.

נשאלת השאלה, באיזו מידה השינויים שהתרחשו בבתיהחולים היו תגובות אסטרטגיות לרפורמה במערכת הבריאות. כדי לענות על שאלה זו ניתן לבחון את השינויים שנעשו בתוך בתיהחולים לאורך זמן ולבדוק את מידת הקשר בינם ובין יוזמות ממשלתיות ומקומיות. אם נמצא קשר כזה, ניתן יהיה להניח, שהשינויים האסטרטגיים באו בתגובה על שינויים שיזמה הממשלה ועל שינויים שהתרחשו בסביבה המקומית. לדוגמה, שיעור האשפוזים לאלף נפש עלה בהתמדה מאז תחילת שנות ה-80 והמשמעות היא, שמספר האשפוזים גדל בקצב מהיר יותר מקצב גידול האוכלוסייה. ההסברים העיקריים לכך הם הזדקנות האוכלוסייה בישראל והתקדמות הידע והטכנולוגיה הרפואיים, המאפשרים הארכת חיים (שירום ואחרים, 1997). לאור זאת, במידה שנראה שהשינויים שהתרחשו בבתיהחולים היו תגובות ישירות על גידול בלחץ החולים,

הנכונות להשקיע בשיפור התנאים הפיזיים בתוך בתי-החולים. הבנייה והרחבת התשתיות הטכנולוגיות היו קיימות עוד לפני הרפורמה, אבל הן קיבלו חשיבות רבה יותר בעקבות הרפורמה, משום שהגדילו את כוח המיקוח של בתי-החולים.

האסטרטגיה הקשורה להתייעלות וחיסכון היתה מכוונת לשני תחומים: להוצאות עקיפות שאינן קשורות ישירות לטיפול הרפואי ולהוצאות שיש להן קשר ישיר לטיפול הרפואי. כדי להגיע לחיסכון בהוצאות העקיפות ניסו ההנהלות לחסוך בכוח-האדם של אחיות ומינהל ומשק. החיסכון לא נעשה בדרך של פיטורין, אלא באמצעות הרחבת הפעילות הרפואית והמשקית בלי להוסיף כוח-אדם. גורם זה, בשילוב גורמים שהיו קיימים, היקשה על האחיות לתת לחולים טיפול כוללני המתייחס למכלול צורכי החולה.

נושאים נוספים שהיו קשורים לניסיון לחסוך היו חיסכון בציוד ומתן תקציב מחלקתי. החיסכון בהוצאות הקשורות ישירות בטיפול הרפואי חייב את שיתוף הפעולה של הרופאים. מדובר היה בהקטנת משך השהות הממוצע של החולים, בהגדלת סבב החולים ובניסיון לחסוך בתרופות ובבדיקות. הרופאים שיתפו פעולה בעיקר משום שפעולות החיסכון היו תנאי להרחבת הפעילות הרפואית ולהשגת תגמולים כספיים עבורם.

בין ארבע קבוצות בתי-החולים היתה שונות בתגובות האסטרטגיות. הציר המרכזי לשונות היה רמת האוטונומיה שבה תפקדה כל קבוצה ועוצמת השינויים שחלו בסביבה. בקבוצת בתי-החולים שפעלו שנים רבות כגופים אוטונומיים, האסטרטגיות הכולטות היו שילוב של שמירה על רמת פעילות מלאה וחיסכון. רק ב-1992 החל אחד מבתי-החולים ליישם תוכניות לקידום איכות הטיפול.

שינויים אסטרטגיים בתגובה על דרישות שהטילה עליהם הסביבה המקומית, שהפכה להיות בעלת חשיבות. השינוי החשוב בסביבה המקומית התבטא בכך, שההנהלות האזוריות של קופות החולים היו מוסמכות לקבוע את היקף השירותים הרפואיים שיקנו מבתי-החולים. כדי להסתגל לסביבה המקומית, נקטו בתי-החולים שתי אסטרטגיות. הראשונה היתה ניסיון להגדיל את כוח המיקוח שלהן כלפי קופות החולים. השנייה היתה ניסיון ליצור עם הקופות הסכמים והסדרים לשיתוף פעולה.

שאלת המחקר השנייה דנה באסטרטגיות שנקטו בתי-החולים. האסטרטגיות שנקטו בתי-החולים בין השנים 1990-1995 שילבו ניסיון להסתגל לסביבה הלאומית והמקומית. ברקע היו מגמות כלליות ודמוגרפיות, שפעלו עוד לפני הרפורמה. האסטרטגיה הנפוצה ביותר היתה הגדלת הפעילות הרפואית בתחומים שהיו רווחיים ועבורם קיבל בית-החולים תשלום דיפרנציאלי.

כדי להרחיב את הפעילות הרפואית בתחומים הכירורגים והפולשניים, נכנסו ההנהלות למשא-ומתן עם הרופאים והאחיות והגיעו אתם להסדרי תשלום. כל בית-חולים הגיע להסדר משלו, שכלל לעתים גם חלק מן העובדים המינהליים, שנתנו גיבוי לפעילות. הרחבת הפעילות הרפואית בשילוב עם עומס החולים הקיים חייבה את המחלקות הכירורגיות להוריד את גודל השהות הממוצעת ולהגדיל את סבב החולים.

כדי להגדיל את הרווחים ולהפחית את תלותם בקופות החולים החלו הנהלות בתי-החולים להגביר את מכירת השירותים הרפואיים הפרטיים, בעיקר בתחומים שלא היו כלולים בסל הבריאות, תוך ניצול התשתיות הציבוריות. מכירת שירותים פרטיים שאינם רפואיים היתה אסטרטגיה נפוצה, ששילבה את הרצון להרוויח עם

ממקורות מקומיים ובמידת מה לנקוט צעדים לקראת שיפור איכות הטיפול.

התגובות של מנהלי בתי-החולים לרפורם מה היו שונות במידה רבה. לדוגמה, למנהלים של בתי-החולים בקופת חולים כללית לא היה חופש להגיב בצורה אפקטיבית על לחצים של הממשלה. לעומת זאת, המנהלים של בתי-החולים האוטונומיים והממשלתיים היו מסוגלים לעשות שינויים אסטרטגיים בתגובה על לחצים של הממשלה ובמקביל על לחצים שהתפתחו ברמה המקומית.

בקרב בתי-החולים הממשלתיים, לא תמיד הניבו האסטרטגיות הגיהוליות תוצאות שהיו רצויות לאדריכלי הרפורמה. בעיקר המנהלים נתקלו בקושי לשלב בין הדחף ליעילות כלכלית ובין שימור ושיפור איכות הטיפול. בדרך-כלל תוכננו הפעילויות כדי להגדיל את הרווחים ולהפחית את ההוצאות של בתי-החולים הממשלתיים עוד לפני שהחלו פעולות מכוונות להבטחת איכות הטיפול. ייתכן שכתוצאה מכך היו פעולות של היסכון שאף פגעו באיכות הטיפול. לדוגמה, כדי להגדיל את הפעילות הרפואית נוצר לחץ לקצר את השהות הממוצעת של החולים בבתי-החולים. קיצור השהות הממוצעת והגדלת נפח החולים הביאו ליצירת עומס תפקודי שהקשה על הצוות, בייחוד הצוות הסיעודי, לתת טיפול כוללני. לעתים נפגעו גם החולים. למשל, במחלקת ניתוחי חזה באחד מבתי-החולים בארץ היה לחץ לפנות מהר חולים, כדי שאפשר יהיה לקבל חולים חדשים. חולים ששכבו כמחלקה זו ושהיתה הסתבכות במצבם, הועברו למחלקות פנימיות שלא תמיד היו בהן הזמן והידע הדרושים כדי לטפל בהם. נוסף על כך, לא תמיד היתה הקהילה ערוכה לקלוט חולים שהשתחררו מוקדם מבית-החולים.

לאור הממצאים האלה ניתן להציע

בתי-החולים הממשלתיים, שהיו בתהליך של מעבר לאוטונומיה, נקטו בהתחלה אסטרטגיות כדי להבטיח איזון תקציבי. בתי-החולים אלה הרחיבו בעיקר את הפעילות הרפואית והחיסכון. הצבת איכות הטיפול כיעד אסטרטגי הופיעה רק בשלב מאוחר יותר.

בבתי-החולים של קופת חולים כללית, שבהם כמעט לא השתנתה הסביבה הלאומית ורמת האוטונומיה היתה נמוכה, עסקו ההנהלות בעיקר בהרחבת התשתיות. שאלת מחקר נוספת עסקה בגורמים שתרמו לשינויים אסטרטגיים ולשונות בין בתי-החולים. לא ניתן להרחיב את הדיון בסוגיה זו במאמר הנוכחי. יחד עם זאת, ניתן לסכם ולומר, שהגורם החשוב ביותר שתרם לשינויים אסטרטגיים ולשונות בין בתי-החולים היה רמת האוטונומיה שבה פעל בית-החולים. רמת האוטונומיה שבה פעל בית-החולים יצרה תמריץ לשינוי התנהגות והגבירה את תחושת האיום של אנשי בית-החולים. ככל שתחושת האיום היתה גבוהה יותר, כך גברה הנטייה לשיתוף פעולה של העובדים עם ההנהלות. בסביבה המקומית התחזק כוח המיקוח של בית-החולים בהשוואה לכוח המיקוח של קופות החולים. בהקשר זה גברה גם יכולתם של בתי-החולים להגיע להסכמים משותפים. נוסף על כך, שלושה מרכיבים בולטים השפיעו על היכולת של ההנהלות להגיב בצורה אסטרטגית: מנהיגות וניהול, יחסי הנהלה והקבוצות המקצועיות, בעיקר רופאים ואחיות והתרבות הארגונית.

מה ניתן ללמוד מממצאי המחקר על תהליכי יישום של מדיניות בריאות ברמה הלאומית ועל שינויים אסטרטגיים בתוך בתי-החולים? באופן כללי נמצא, שהרפורמה במדיניות הצליחה ליצור לחצים על בתי-החולים להיות יותר יעילים, לפתח משאבים

כך, לאור העובדה שיש לשינויים תוצאות לא צפויות ולא רצויות, חשוב להקים מנגנון שילווה את השינויים, יאתר תוצאות לא רצויות ויפעל לתיקונן. המלצות אלה תקפות הן לגבי משרד הבריאות והן לגבי מנהלי בתי-החולים.

ממצאי המחקר מלמדים גם, שלשינוי תוספתי יש יתרון על-פני שינוי רדיקלי. הוא מאפשר זמן להתארגנות ולתכנון, בעיקר בגלל הצורך לשלב בו שינויים בתרבות הארגונית ובערכים ובהתנהגויות של הקבוצות המקצועיות. ההשלכות לגבי גורמים ותהליכים תוך-ארגוניים מצביעים על החשיבות של הצבת מטרות וכיוון ברור מצד המנכ"ל, קשר טוב בין ההנהלה לקבוצות המקצועיות, אחיות ורופאים ותרבות ארגונית התומכת בשינוי.

הנתונים במחקר הנוכחי מצביעים על הצורך במחקרים נוספים, איכותיים וכמו-תיים, כדי שישלימו וירחיבו את הממצאים שהתקבלו. בעיקר יש חשיבות לבחון את הגורמים הסביבתיים והפנים-ארגוניים התורמים או מעכבים יישום שינויים אסטרטגיים בבתי-חולים ציבוריים.

לקובעי המדיניות ברמה הלאומית להגדיר לבתי-החולים מראש ובצורה ברורה מטרות המשלבות שמירה על איכות הטיפול וקידומה עם חיסכון והתייעלות. אי-שילוב בין השניים עלול להביא לתוצאות לא רצויות.

למרות שהמאמר הנוכחי לא דן בתהליכים שהיו קשורים ליישום הרפורמה, חשוב לציין נקודה חשובה שהודגמה במחקר. נקודה זו קשורה לדרך שפעל בה משרד הבריאות כדי ליישם את השינויים בבתי-החולים הממשלתיים. מנתוני המחקר עולה, שמשרד הבריאות לא השקיע מאמצים כדי לנהל את תהליך השינוי והתמקד בעיקר בתכנים כל-כליים, משפטיים ומבניים של השינויים. דפוס זה השתקף בדרך שפעלו בה הנהלות בתי-החולים הממשלתיים בבואן לערוך שינויים אסטרטגיים. בשתי הרמות כמעט שלא ניתן מידע לאנשים שהיו אמורים ליישם את השינויים והם לא שותפו בהיערכות לקראתם. הנתונים הללו מצביעים על הצורך לתכנן את השינוי, לנהל אותו, לשתף את העובדים ולתת מידע בשלב מוקדם, כדי למנוע שמועות ולהגביר מחויבות. נוסף על

ביבליוגרפיה

- גנוסר, א' (1991), "שבועת היפוקרטס והמזומנים", מעריב, 10.12.91.
- גרוס, ר', רוזן, ב' (1992), דו"ח ועדת נתניהו: ניתוח ההמלצות לגבי חלוקת הסמכויות במערכת הבריאות, ירושלים: הוצאת מכון ברוקדייל.
- דיין, ע', סורדי, א' (1995), "מצוקת בתי-חולים - מיטה חולה", דבר, 17.9.95.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות (1990), דין-וחשבון, כרך א': דעת הרוב, כרך ב': דעת המיעוט, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- ישי, י' (1994), רופאים ומדינה: תאגוד בתי-החולים בישראל, ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- לבנטל, א' (1993), בריאות הציבור לקראת שנות אלפיים תוך הטמעת השינויים במשרד הבריאות, הרצאה שניתנה ביום עיון על הנושא "שירותי בריאות לקראת שנות אלפיים", ביום 14.10.93.
- מבקר המדינה (1988), דין-וחשבון שנתי מס' 38 לשנת 1987, ירושלים: משרד מבקר המדינה.
- רוזנטל, ר' (1991), "בפעם הראשונה יצטרך מנהל בית-חולים להסביר למישהו מה הוא עושה", סטטוס, 5, ספטמבר.
- שאשא, ש' (1993), מצבם של בתי-החולים, הרצאה שניתנה ביום עיון על הנושא "שירותי בריאות לקראת שנות האלפיים", ביום 14.10.93.

- שטיינברג, ג' (1989), "מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות", ביטחון סוציאלי, 34: 61-78.
 שירום, א' (1992), "היבטים אירגוניים ומנהליים של תאגוד בתי-החולים" משאבי אנוש, פברואר.
 שירום, א', אגוז, נ', בן נון, ג', דורון, ח', מיכאלי, ד', מחשל, ז', צ'רניחובסקי, ד' (1997), תאגוד בתי-החולים
 ציבוריים בישראל: הערכת התפתחות וחלופות למדיניות, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית
 בישראל.
 שני, מ' (1993), טכנולוגיה ובקרת איכות, הרצאה שניתנה ביום עיון על הנושא "שירותי בריאות לקראת שנות
 האלפיים", ביום 14.10.93.
 Aldrich, H. (1979), *Organizations and Environments*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice
 Hall.
 Aldrich, H. and Pfeffer, J. (1976), "Environments of organizations", *Annual Review of
 Sociology*, 2: 79-105.
 Child, J. (1972), "Organization structure, environment and performance: The role of
 strategic choice", *Sociology*, 6: 11-22.
 Conger J.A. (1991), "Inspiring others: The language of leadership", *Academy of
 Management Executive*, 5: 31-45.
 Glaser, B. and Strauss, A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies of
 Qualitative Research*, Chicago, Ill.: Aldine.
 Harrison, M. (1995), *Implementation of Reform in the Hospital Sector: Physicians and
 Health System Reforms in Four Countries*, Tel Hashomer, Israel: Israel National
 Institute for Health Policy and Health Services Research.
 Katz, D. and Kahn, R. (1978), *The Social Psychology of Organizations*, New York:
 Wiley.
 Klein, R. (1995), *The New Politics of the NHS*, London: Longman.
 Maarse, H., Roofifakkers, D. and Duzjin, R. (1993), "Institutional responses to
 Medicare prospective payment system", *Health Policy*, 25: 255-270.
 Mintzberg, H., Quinn, J.B. and Voyer, J. (1995), *The Strategy Process*, San Francisco,
 Calif.: Jossey Bass.
 Meyer, J. and Bowan, B. (1977), "Institutionalized organizations: Formal structure as
 myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, 83: 340-343.
 Nadler, D.A. (1988), "Organizational frame bending types of change in the complex
 organization", in: Kilman, R.H. and Covin, T.J. et al. (eds.), *Corporate
 Transformation Revitalizing Organizations for Competitive World*, San Francisco,
 Calif.: Jossey Bass.
 Pettigrew, A., Ferlie, E. and Mckee, L. (1992), *Shaping Strategic Change in Large
 Organizations: The Case of the National Health Service*, London: Sage.
 Pfeffer, J. and Salanick, G. (1978), *The External Control of Organizations: A Resource
 Dependence Perspective*, New York: Harper & Row.
 Porter, E. (1980), *Competitive Strategy*, New York: Free Press.
 Scott, W.R. (1982), "Managing professional work: Three models of control for health
 organizations", *Health Services Research*, 17: 213-240.
 Scott, W.R. (1992), *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*, 3rd edition.
 Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
 Shortwell, J.M., Morrison, E.M. and Friedman, B. (1990), *Strategic Choices for
 American Hospitals*, San Francisco, Calif.: Jossey Bass.

רופאים ראשוניים בישראל 1997 : מאפיינים ותמורות בעידן של רפורמה

מאת רויטל גרוס*, חוזה טבנקין**, מרים גרינשטיין*, שולי ברמלי-גרינברג*,
מיכאל הריסון***

מבוא

לנוכח המדיניות המוצהרת לחיזוק הרפואה הראשונית, ולאור השינויים שחולל חוק ביטוח בריאות ממלכתי במערכת הבריאות בישראל, מאמר זה מבקש להציג נתונים על מאפיינים של הרופאים הראשוניים העובדים בקופות החולים היום ולבחון אילו שינויים התרחשו במאפיינים אלה בשנים האחרונות. הכרת מאפייני הרופאים העובדים במערכת הרפואה הראשונית, והתמורות שהתחוללו בעבודתם, יכולים לסייע בקבלת החלטות מדיניות בנוגע לתכנון כוח-אדם, תוכניות הכשרה, ארגון שירותי הרפואה הראשונית וניסוח עומס העבודה.

הרפואה הראשונית נחשבת הכלי המרכזי להשגת המטרות שהתווה ארגון הבריאות העולמי בתוכניתו "בריאות לכל בשנת 2000" על (World Health Organization, 1978). על מדיניות זו הכריז מחדש ארגון הבריאות

העולמי ב-1985, ולאחרונה ב-1996. גם קובעי מדיניות בארצות מערב אירופה מאמינים במדינות השונות, בין השאר מתוך הכרה בחשיבותה של הרפואה הראשונית במאמץ לרסן את ההוצאות (Boerma and Fleming, 1998). במדינות אלה גוברת ההכרה בתפקידו המרכזי של רופא המשפחה כבעל אחריות כוללנית על הטיפול הרפואי בפרט ועל הבטחת רצף הטיפול בכלל, כאחראי להערכת מכלול צורכי הבריאות של הפרט, וכמיישם רפואה ראשונית המכוונת לקהילה. מגמות עולמיות אלה קיבלו ביטוי בהמלצות ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, שהמליצה לחזק את מעמדה של הרפואה הראשונית ואת מעמדו של הרופא הראשוני כ"שומר סף" ולהעביר את מרכז הכובד של הטיפול הרפואי לקהילה, לעודד התמחות ברפואת

* גרינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

** שלוחת הצפון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.

*** אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.

המשפחה, ולהנהיג תוכניות השלמה לרופאים כלליים המועסקים בקהילה (ממשלת ישראל, 1990, פרק י"ב).

כבר באמצע שנות ה-60 הוזכר בישראל הצורך להעלות את הרמה המקצועית של הרופאים הראשוניים. הדבר קיבל ביטוי מעשי עם הקמת המחלקה לרפואת המשפחה בבית-הספר לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב בשנת 1964. בהמשך הוקמו מחלקות לרפואת המשפחה גם באוניברסיטאות ירושלים, באר-שבע וחיפה. ב-1969 הוזכרה רפואת המשפחה כתחום מומחיות נפרד וקופת חולים כללית נטלה על עצמה את המשימה של הכשרת מתמחים ושילובם במרפאות הקהילתיות (ממשלת ישראל, 1990). מאז שנת 1995 החלה גם קופת חולים מכבי בהכשרת מומחים ברפואת משפחה והיום עובדים בקופה זו בערך 80 מומחים ומתמחים בתחום זה. בסך-הכל יש בישראל בערך 150 תקנים להתמחות ברפואת המשפחה. בין השנים 1984-1995 הוקמו חמש מחלקות לרפואת המשפחה בקופת חולים כללית ומחלקה אחת בקופת חולים מכבי.

ביטוי נוסף למדיניות של חיזוק הרפואה הראשונית היתה הקמת מועצה לאומית לבריאות הקהילה ב-1995, שמתפקידה לייעץ לשר הבריאות בקידום מטרה זו. המועצה לבריאות בקהילה המליצה לשר הבריאות ולמועצת הבריאות, בין השאר, לקבוע סטנדרטים של איכות למרפאות קהילתיות, להכין תוכנית הכשרה להעלאת המיומנות המקצועית של הרופאים הראשוניים ולהנהיג "רופא אישי" לכל מבוטח, שישימש יועץ ורופא המגע הראשון למרבית הבעיות (מועצה לאומית לבריאות הקהילה, 1998).

מראיונות עם קובעי מדיניות בכירים במערכת הבריאות עלה, שמרביתם סבורים

שלרופא הראשוני צריך להיות תפקיד מרכזי במערכת במתן מענה על מירב בעיות הבריאות, וכמרכז הטיפול הכוללני בחולה וגם כגורם הדואג לענייניו של החולה מול גורמי רפואה אחרים. מן הראיונות עלה עוד, שנעשות פעולות לקידום מעמדו המרכזי של הרופא הראשוני, וביניהן: המשך, ואף הגדלה, של התמיכה בתקני התמחות ברפואת המשפחה, הפניית רופאים עולים להתמחות ברפואה ראשונית, העמקת ההכשרה של רופאים כלליים (למשל, לימודי דיפלומה ברפואת משפחה), תמיכה באקדמיזציה של רפואת המשפחה, הכשרת מנהלי מרפאות בניהול, וביזור תקציב וסמכויות למרפאות ראשוניות (טבנקין ואחרים, 1997).

נוסף על מגמות המדיניות הכלליות בתחום הרפואה הראשונית, גם ליישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולהיערכות קופות החולים בעקבותיו, צפויה השפעה על עבודת הרופא הראשוני. חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינה את כללי המימון של המערכת, הקצאת המשאבים בין קופות החולים והכללים למתן השירותים. השינויים העיקריים כוללים כיסוי ביטוחי אוניברסלי, קביעת סל שירותים אחיד לכל הקופות, העברת הגבייה מקופות החולים למוסד לביטוח לאומי, הקצאת המקורות בין הקופות באמצעות נוסחת קפיטציה לפי מספר נפשות וגיל, ללא קשר להכנסת המבוטח, וחיוב הקופות לקבל כל פונה.

ליישום מרכיבי החוק יש השלכות הן על אופי התחרות בין קופות החולים והן על הניהול הכלכלי שלהן. בשונה מן המצב שהיה לפני קבלת החוק, מושם דגש מיוחד על גיוס מספר רב של נפשות ללא קשר לרמת ההכנסה שלהן. דגש מיוחד מושם על שיפור רמת השירות (יחס, נגישות וכו'), במקום על הרכב סל השירותים וגם על-פיתוח ושיווק

רקע מדעי

מחקרים רבים עמדו על הקשר הקיים בין מאפייני הרופא הראשוני ובין איכות הטיפול הניתן לחולה. במחקרים שנעשו במדינות אחרות נמצא, שמאפייני הרופא (גיל, מין, מומחיות, תנאי העסקה, צוות המרפאה, אזור כפרי/עירוני), משפיעים על דפוסי העבודה: הזמן המוקדש לטיפול בחולים (Mechanik, 1968; Wilkin et al., 1986; Calnan, et al., 1992), אורך המפגשים, הפניה לבדיקות ורישום תרופות (Bensing et al., 1993), עומס העבודה (Groen- Fearn, 1988; Groen- wegen and Hutten, 1991) ושימוש בשי- רותי מעבדה (Anderson et al., 1991). מחקרים אחרים הראו, שמאפייני הפרקטיקה (גודל הרשימה, מספר המגעים עם חולים ביום, מספר שעות העבודה הקלינית), מש- פיעים על הזמן המוקדש לחולה (Wilkin et al., 1986; Calnan and Butler, 1988; Heaney et al., 1991). הזמן המוקדש לחולים משפיע על ביצוע פעולות רפואה מונעת (Morrel et al., 1986; Roland et al., 1986; Ridsdale et al., 1989; Wilson, 1991); שיעור מרשמים נמוך יותר, פחות ביקורים חוזרים (Hughes, 1983), ויותר חשומת-לב לבעיות פסיכוסוציאליות (Howie et al., 1989). לבסוף, נמצא שדפוסי העבודה של הרופאים משפיעים על שביעות רצונם, וזו נמצאה קשורה באיכות הטיפול ובשביעות רצונם של החולים (פלפל, Groenewegen and Hutten, 1984; 1991).

בסקר ארצי של רופאים ראשוניים שנערך בישראל ב־1993 (גרוס ואחרים, 1994) נמצא, שמאפייני רקע של רופאים ראשוניים קשורים במספר שעות העבודה, סוג הפעולות המבוצעות וכמות הזמן המוקדשת לכל חולה

של ביטוחים משלימים (Gross and Harrison, 1998). אשר לניהול הכלכלי, חוק ביטוח בריאות הציב בפני כל קופות החולים, מגבלת תקציב ומנע את האפשרות לאזן את התקציב באמצעות העלאת דמי החבר כבעבר. בעקבות שינוי כללי הקצאת המקורות, בין השנים 1994-1995, ירדה ההכנסה לנפש מתוקנת (ממקורות החוק, ללא סובסידיה) בקופות החולים מכבי ומא- חדת (15% ו־7% בהתאמה). לעומת זאת, בקופות החולים הכללית והלאומית היתה עלייה (11%, ו־7% בהתאמה). בכל הקופות נעשו פעולות לחיסכון ולריסון ההוצאות ובסך־הכל ההוצאה לנפש המתוקנת ירדה בקופות חולים מכבי (6.5%), מאוחדת (3.7%) ולאומית (3.8%). בקופת חולים כללית, לעומת זאת, ההוצאה לנפש עלתה מעט (1.3%) (רוזן ואחרים, 1998). שינויים אלה צפויים להשפיע על הניהול הפיננסי בקופות החולים ובין השאר על נושאים הנוגעים לעבודת הרופאים הראשוניים.

להלן יוצגו מאפייני הרופאים כשהם מסווגים לשלוש קבוצות:

מאפיינים אישיים של הרופאים: גיל, מין, הכשרה מקצועית;

מאפיינים ארגוניים: קופת החולים, תנאי העסקה, צוות המרפאה, אזור גיאוגרפי, גודל היישוב;

מאפיינים תפקודיים: שעות עבודה, סוג העבודה, גודל הרשימה, מספר המגעים עם חולים, ושביעות רצון מן העבודה.

התמורות בתפקיד הרופא מוצגות באמצעות השוואת הנתונים על המאפיינים האישיים, הארגוניים והתפקודיים לנתונים מסקר דומה שנערך ב־1993. כמו־כן, מוצגים שינויים נתפסים בתפקיד בשנתיים האחרונות, מאז 1995, כפי שדיווחו עליהם הרופאים ב־1997.

הצורך לרסן הוצאות מכירות בערך הכלכלי של רפואה ראשונית חזקה, אולם אינן מודעות לכך שהערך הכלכלי גובע מיחסי האמון המיוחדים הקיימים בין החולה לרופא. באופן מסורתי הרופא הראשוני ראה את עצמו כבא-כוחו של החולה הפועל לתת מענה לצרכים של החולה האינדיווידואלי. בתור שכוה, הוא משמש גם יועץ לחולה המנחה אותו במגעים עם רמות הרפואה האחרות, מתוך ראיית טובת החולה (למנוע טיפול מיותר, להפנותו למומחה המתאים וכו'). היום, עם הכנסת אלמנטים כלכליים למערכת הבריאות ושימת דגש על ריסון הוצאות, המנהלים רואים ברופא הראשוני "שומר שער" בעיקר משיקולים כלכליים. הדגשת היבט זה של התפקיד מעמיד בסכנה את האמון הבסיסי של החולה ברופא ופוגעת ביכולת הרופא לשמש בתפקיד זה. גם הבירוקרטיזציה הגוברת בארגוני בריאות גורמת לכך שרופאים נדרשים להקדיש יותר זמן למטלות מינהליות על חשבון הזמן המוקדש לטיפול יחסי רופא-חולה.

מגמה נוספת הפוגמת במעמד הרופא היא הספציאליזציה - ריבוי ההתמחויות ברפואה הנחשבות יוקרתיות, אשר לעומתן יורדת קרנו של הרופא הראשוני שיש לו הכשרה כללית רחבה. בדומה לכך, התפתחות הטכנולוגיות הרפואיות גם היא פוגעת במעמדה של הרפואה הראשונית המתבססת על הקשר רופא-חולה ועל מיעוט אמצעים טכנולוגיים לאבחון ולטיפול (Fugelli and Heath, 1996).

מגמה נוספת המחלישה את סמכותו של הרופא קשורה בשינויים בהתנהגות החולים. החולים נוטים לקחת יותר אחריות על בריאותם, ערים לאפשרויות טיפול, צוברים מידע על מחלותיהם וחלקם אף נוהגים לטפל בעצמם במצבים רפואיים שבעבר פנו בגללם לרופא (Haug, 1988).

(טרגין ואחרים, 1997). מאפייני רקע קשורים גם לטיפול בבעיות פסיכו-סוציאליות (Gross et al., 1996), מגע ראשון עם בעיות רפואיות (טבנקין ואחרים, 1995), ביצוע פעולות רפואה מונעת (Tabenkin et al., 1996), טיפול בדיכאון (Rabinowitz et al., 1998), וקשר עם בתי-חולים (גרוס וחיניץ, 1995). כמרכן, נמצא הברל בין רופאי אים בעלי מומחיות ברפואת המשפחה ובין רופאים אחרים לגבי הימצאות ציוד במרפאה, ביצוע פעולות התערבות במרפאה, וטיפול עצמאי במצבים רפואיים שונים בלי להפנות ליועצים (גרוס ואחרים, 1994).

מחקרים הצביעו על היתרונות הכלכליים של רפואה ראשונית חזקה, והצבת הרופא הראשוני כ"שומר סף" המתאם בין השירותים הרפואיים, כתובת עיקרית שהחולה פונה אליה, ואדם בעל מיומנות וכישורים ליעץ לחולה להחליט על הטיפול הנחוץ. במדינות שבהן הרופא הראשוני ממלא תפקיד זה, עלות שירותי הבריאות ושיעורם נמוכים מכלל התוצר הלאומי הגולמי, בהשוואה למדינות שבהן נהוגה גישה ישירה לשירותים אלה (Gervas et al., 1994; Wachter, 1995). אולם, הצבת הרופא הראשוני כשומר סף מותנה בהכשרת רופאי משפחה ברמה גבוהה על-מנת שיוכלו לתת טיפול איכותי לחולים ולקבל החלטות נכונות באשר לצורך להפנות את החולה לגורמים רפואיים אחרים (Stephens, 1989; Engel et al., 1989).

מצד שני, למרות ההכרה העקרונית בחשיבותה של הרפואה הראשונית, בחלק ממדינות מערב אירופה היתה בפועל שחיקה במעמדה. שחיקה זו קשורה במידה רבה לשינויים מערכתיים ובפרט החלת רפורמות בכיוון של הכנסת אלמנטים של תחרות וכלכלת שוק למערכת (McWhinney, 1998; World Health Organization, 1997). מערכות בריאות העומדות בפני

אותרו הטלפון או הכתובת שלו, שהייה בחוץ-לארץ וכדומה) - (2%).

איסוף הנתונים נערך באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי שנשלח בדואר. על-מנת להבטיח שיעורי היענות גבוהים התקיים מעקב אחר החזרת השאלונים, וטלפניות שהוכשרו לכך במיוחד שיגרו תזכורות בטלפון לרופאים שטרם החזירו את השאלון.

על-מנת שאומדני המחקר יהיו מדויקים, ניתן לכל רופא משקל המבטא את ההסתברות שהוא ידגם. בעקבות ייעוץ סטטיסטי¹ המשקל חושב על-פי יחס הדגימה בשכבה שממנה נדגם הרופא וגם על-פי מספר קופות החולים שבהן הוא עובד (Cochran, 1977).

אשר לנתונים על הרופאים הראשוניים בישראל, אלה נאספו במסגרת מחקר בינלאומי השוואתי שנערך ב-30 ארצות אירופיות בקרב רופאים ראשוניים ביוזמת המכון ההולנדי לרפואה ראשונית (Netherlands Institute of Primary Health - NIVEL) (גרס ואחרים, 1994). אוכלוסיית המחקר כללה את הרופאים הראשוניים העובדים בארבע קופות החולים. בעקבות ההגדרה של הארגון העולמי של רופאי משפחה (WONCA), הוגדרו כרופאים ראשוניים רק רופאים המטפלים במגוון מצבים וסוגי אוכלוסייה. לפיכך לא נכללו במחקר רופאי ילדים. נדגמו 1,065 רופאים מתוך רשימת כל הרופאים הראשוניים בארבע קופות החולים (2,925 איש). איסוף הנתונים נעשה באמצעות סקר דואר שנתמך בתזכורות טלפוניות. נערך מדגם שכבות לפי קופת חולים ומומחיות. מתוך 1,065 הרופאים שעלו במדגם, 872 נמצאו שייכים לאוכלוסיית המחקר; 677 רופאים מילאו את שאלון המחקר ושיעור ההיענות היה 78%. הסיבות

לנוכח מגמות אלה יש צורך בבחינה מחודשת של הרפואה הראשונית כמודל של מתן שירות, והתאמתה לדרישות ולערכים החדשים של מערכות הבריאות היום (O'Connor et al., 1998; Stange et al., 1998; McWhinney, 1998).

שיטת המחקר

הנתונים על מאפייני הרופאים הראשוניים בישראל 1997 ועל תמורות נתפסות בתפקידם נלקחו מסקר שנערך במסגרת המחקר "הרופא הראשוני כשומר שער" (טבנקין ואחרים, 1997) במימון המכון הלאומי למדיניות בריאות. הסקר נערך בחודשים אפריל-יולי 1997.

אוכלוסיית המחקר כללה את כל הרופאים הראשוניים בישראל העובדים בקופת חולים אחת או יותר. כרופאים ראשוניים הוגדרו במחקר זה כרופאים העוסקים ברפואה כללית בקהילה: רופאים כלליים, מומחים ברפואת משפחה, מומחים ברפואת ילדים, פנימאים ורופאים בעלי מומחיות אחרת.

מתוך רשימות כלל הרופאים הראשוניים העובדים בקופות החולים, נערך מדגם שכבות לפי קופה ומומחיות. נדגמו 990 רופאים, מתוכם 56 רופאים נמצאו לא שייכים לאוכלוסיית המחקר (פנסיה, פטירה, מגבר לות רפואיות, יועצים עם מומחיות אחרת). מתוך 934 הרופאים שנותרו במדגם, 800 החזירו שאלונים. שיעור ההיענות היה 86%. הסיבות לכך שרופאים השייכים למדגם לא מילאו שאלון היו: סירוב (6%), הטענה שהשאלון אמנם נשלח, אך לא הגיע לתעודתו (6%), העדר קשר עם הרופא (לא

1. את הייעוץ נתנו ד"ר רונית ניראל וגב' מלכה גורפיין, משירות הייעוץ הסטטיסטי של האוניברסיטה העברית בירושלים.

לוח מס' 1. מאפיינים אישיים של הרופאים לפי מומחיות וקופת חולים (באחוזים, n = 800)

קופות חולים אחרות או כמה קופות	רק קופת חולים כללית	ילדים	פנימי ואחר	משפחה	כללי עם דיפלומה	סה"כ		
(n = 402, 50%)	(n = 398, 50%)	(n = 172, 22%)	(n = 155, 19%)	(n = 148, 19%)	(n = 325, 41%)	(n = 800, 100%)		
*45	*41	38	26	62	46	43	44-22	גיל*
47	58	57	67	38	50	53	64-45	
8	1	6	8	0	4	4	+ 65	
38	42	47	30	43	40	40	נשים	מין*
24	25	37	39	37	5	24	ישראל	ארץ סיום הלימודים
20	20	16	15	25	22	20	מע' אירופה	
48	48	42	40	33	63	48	צפון אמריקה	
8	7	5	7	6	10	7	מזרח אירופה	
13	15	18	22	25	3	14	וברה"מ	
							אחר	
							כן	מינוי אקדמי

* p < 0.05

חים ברפואה פנימית או בעלי מומחיות אחרת.² המומחיות האחרות כוללות תת-התמחויות כמו נפרולוגיה, כירורגיה, גדיאט-רייה, פגים ויונקים, אורולוגיה, אף-אוזן-גרון.

בערך מחצית מן הרופאים מועסקים רק בקופת חולים כללית, ובערך מחציתם מועסקים בקופת חולים אחרת או בכמה קופות חולים (14% עובדים רק במכבי, 11% רק במאוחדת, 15% רק בלאומית ו-11% עובדים בכמה קופות חולים).

להלן מוצגים מאפיינים אישיים, ארגוניים ותפקודיים של הרופאים הראשוניים לפי התמחות הרופא וגם לפי קופת החולים שהוא עובד בה (ראה גם לוח מס' 1).

מאפיינים אישיים: מלוח מס' 1 עולה, שבקרוב רופאי המשפחה יש שיעור גבוה יותר של רופאים צעירים בני 22-44 ושיעור נמוך יותר של רופאים בני 55 ומעלה, בהש-

לאי החזרת השאלון היו: סירוב (9%), טענה שהשאלון אמנם נשלח חזרה, אך הוא לא הגיע לתעודתו (7%), הרופא לא אותר (3%), שונות (3.4%).

ממצאים

1. מאפייני הרופאים הראשוניים - 1997

ב-1997 עבדו בישראל בערך 3,600 רופאים ראשוניים. בתשובה לשאלה "מה המקצוע הרפואי שבו עברת מסלול התמחות עם תעודת דה?" ענו 41% מכלל הרופאים שהם רופאים כלליים ללא התמחות. בערך 20% מהם, כלומר, 8% מכלל המדגם, הם בעלי דיפלומה ברפואת המשפחה; 22% דיווחו שהם בעלי מומחיות ברפואת ילדים; 19% דיווחו שהם מומחים ברפואת המשפחה; ו-19% היו מומ-

2. בערך 5% מכין הרופאים בעלי המומחיות הם מתמחים בשלב ב' העובדים בפועל במרפאות. הם סווגו לפי ההתמחות שהם משלימים.

לוח מס' 2. מאפיינים ארגוניים לפי מומחיות וקופת חולים (באחוזים, n = 800)

קופות חולים אחרות או כמה קופות	רק קופת חולים כללית	ילדים	פנימי ואחר	משפחה	כללי עם דיפלומה	סה"כ	
(n = 402, 50%)	(n = 398, 50%)	(n = 172, 22%)	(n = 155, 19%)	(n = 148, 19%)	(n = 325, 41%)	(n = 800, 100%)	
-	-	37	34	78	51	50	קופת חולים*
-	-	17	23	10	10	14	מכבי
-	-	11	18	3	10	11	מאוחדת
-	-	14	14	3	21	15	לאומית
-	-	22	12	5	7	10	כמה קופות
*50	*63	46	45	54	68	56	תנאי העסקה*
*37	*7	34	43	12	12	22	שכיר
*13	*30	20	13	35	21	22	עצמאי
*24	*12	30	41	7	6	18	שכיר ועצמאי
*79	*87	76	74	91	87	83	עובד גם בבית-חולים*
*63	*88	64	58	85	86	76	עובד עם מזכירה*
							עובד עם אחות*
*63	*81	70	57	84	75	72	עובד עם רופאים ראשוניים*
							עובד עם רופאים מומחים*
*54	*42	43	45	47	53	48	גודל היישוב**
*57	*53	56	68	52	50	55	עיר גדולה
*8	*18	10	10	14	16	13	יישוב כפרי
*13	*8	14	12	9	10	11	איזור גיאוגרפי*
							ירושלים
*53	*44	50	60	45	44	48	תל-אביב והמרכז
*27	*35	25	22	28	39	31	חיפה והצפון
*7	*13	11	6	18	7	10	דרום

* p < 0.05
** p = 0.06

השוואה בין קופת חולים כללית לקופות החולים האחרות מלמדת, שהרופאים בקופת חולים כללית צעירים יותר. ניתוח מומחיות הרופאים לפי קופת החולים העיקרית שהם עובדים בה³ (נספח מס' 2) מראה, שבקופת חולים כללית יש שיעור גבוה יחסית של רופאי משפחה, במאוחדת יש שיעור גבוה של רופאים פנימיים ובמכבי יש שיעור גבוה של רופאי ילדים ורופאי משפחה. בלאומית בולט השיעור הגבוה של רופאים כלליים.

וואה לשיעורים המקבילים בקרב הרופאים הכלליים, רופאי הילדים והרופאים הפנימיים. שיעור הנשים נמוך בקרב הרופאים הפנימיים לעומת שיעורן בקרב הרופאים האחרים. שישים ושלושה אחוזים מן הרופאים הכלליים סיימו את לימודיהם במזרח אירופה (כולל יוצאי ברית-המועצות לשעבר), לעומת 33% מרופאי המשפחה, 40% מן הרופאים הפנימיים ו-42% מרופאי הילדים. בולט השיעור הנמוך של רופאים כלליים שיש להם מינוי אקדמי.

3. ניתוח המומחיות של כלל הרופאים העובדים בכל קופה מצביע על מגמות דומות. אבל שיעור הרופאים הכלליים בקופת חולים לאומית נמוך יותר (44%) ויחד עם זה גבוה לעומת שיעורם בקופות האחרות (40% בקופת חולים כללית, 25% במכבי, 31% במאוחדת).

(39%) עובדים באזור הצפון, בהשוואה לרופאים בעלי מומחיות כלשהי.

ניתוח המאפיינים הארגוניים לפי קופת חולים מראה, שבקרב הרופאים העובדים בקופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית, שיעור גבוה יותר הם רופאים עצמאיים (37%), שיעור גבוה יותר עובדים גם בבית-חולים (24%) ועובדים עם רופאים מומחים (54%), בהשוואה לרופאי קופת חולים כללית. לעומת זאת, בקרב רופאים העובדים בקופת חולים כללית, שיעור גבוה יותר עובדים עם מזכירה, עם אחות ועם רופאים ראשוניים אחרים. כמו-כן, שיעור גבוה יותר מקרב הרופאים המועסקים בקופת חולים כללית עובדים ביישובים קטנים ובפריפריה.

השוואה בין הרופאים העובדים גם בבית-חולים, ובין הרופאים העובדים רק בקהילה מלמדת, שהם נבדלים במשתנים אישיים, ארגוניים ותפקודיים רבים, בנוסף למומחיות וקופה (נספח מס' 1): הרופאים העובדים גם בבית-חולים הם צעירים יותר, שיעור גבוה יותר מהם סיימו את הלימודים בישראל, שיעור גבוה יותר הם גברים, ולשיעור גבוה יותר יש מינוי אקדמי. שיעור גבוה מהם מועסקים כעצמאים ושיעור גבוה יותר עובדים באזור תל-אביב והמרכז. לעומת זאת, שיעור גבוה מהם עובדים עם אחות או עם רופאים ראשוניים אחרים. הם עובדים מספר גדול יותר של שעות בשבוע, מקדישים יותר זמן להשתלמויות ומבצעים תורנויות וכוננויות. יחד עם זאת, הם נוטים להיות בעלי רשימות חולים קטנות יותר ולראות מספר קטן של חולים ביום.

מאפיינים תפקודיים: מלוח מס' 3 עולה, ששיעור גבוה יותר מקרב רופאי משפחה ורופאים כלליים הם בעלי רשימות חולים גדולות יחסית (מעל 1,500 איש), לעומת הרופאים הפנימאים ורופאי הילדים. נוסף על כך, הרופאים הפנימאים

מאפיינים ארגוניים: מלוח מס' 2 עולה, שבקרב רופאי המשפחה, שיעור גבוה יותר (78%) מרופאי המשפחה מועסקים בקופת חולים כללית, לעומת שיעור המועסקים בקופה זו מקרב הרופאים האחרים. אשר לאופן התעסוקה, שיעור גבוה של הרופאים הכלליים עובדים כשכירים, ואילו שיעור גבוה של הרופאים הפנימאים עובדים כעצמאים. שיעור גבוה מקרב הרופאים הפנימאים (41%) ורופאי הילדים (30%) עובדים גם בקהילה וגם בבית-חולים, בהשוואה לרופאים הכלליים ולרופאי המשפחה.

אשר לצוות העובד יחד עם הרופא, אצל הרופאים הפנימאים שיעור נמוך יחסית עובדים עם רופאים ראשוניים נוספים (57%), לעומת 70% מרופאי הילדים, 75% מן הרופאים הכלליים ו-84% מרופאי המשפחה. שיעור גבוה יחסית של רופאי המשפחה והרופאים הכלליים עובדים עם אחות ועם מזכירה בהשוואה לרופאים הפנימאים ולרופאי הילדים.

השוואה של מקום העבודה מלמדת, ששיעור גבוה מקרב הרופאים הפנימיים עובדים בעיר גדולה, לעומת הרופאים האחרים. אשר לאזור העבודה, התפלגות הרופאים תואמת במידה רבה את התפלגות האוכלוסייה. יחד עם זאת, 48% מן הרופאים עובדים במרכז הארץ, בהשוואה ל-42% מן האוכלוסייה הגרה שם, ורק 10% עובדים בדרום, בהשוואה ל-13% מן האוכלוסייה הגרה שם. בחינת פיזור הרופאים לפי מומחיות מלמדת, ששיעור גבוה יותר של רופאים פנימאים עובדים באזור המרכז (ירושלים, תל-אביב והמרכז), בהשוואה לרופאים הכלליים, רופאי המשפחה ורופאי הילדים. לעומת זאת, שיעור גבוה של רופאי משפחה (18%) עובדים באזור הדרום, בהשוואה לרופאים כלליים ובעלי מומחיות אחרת, ושיעור גבוה של רופאים כלליים

לוח מס' 3. מאפיינים תפקודיים לפי מומחיות וקופת החולים (באחוזים, n = 800)

קופות חולים אחרות או כמה קופות	רק קופת חולים כללית	ילדים	פנימי ואחר	משפחה	כללי עם דיפלומה	סך-הכל		
n = 402, (50%)	n = 398, (50%)	n = 172, (22%)	n = 155, (19%)	n = 148, (19%)	n = 325, (41%)	n = 800, (100%)		
53	57	47	46	69	57	55	+ 1500	גודל רשימה*
37	65	46	29	66	58	51	+ 35	מספר חולים ביום*
31	30	33	47	30	23	31	+ 46	סך שעות עבודה בשבוע*
23	20	24	30	18	18	22	כן	עוסק בתורנויות/ כונניות
26	32	26	27	32	30	29	+ 21	שעות השתלמות בשבוע
18	26	20	23	37	16	22	כן	עוסק בניהול או בהוראה*
*12.9	*22.5	17.8	25.2	12.3	16.4	17.6		שביעות רצון מן העבודה
*57.1	*54.9	56.2	53.6	54.8	57.2	55.9		במידה רבה מאוד / במידה רבה

* p < 0.05

תלמות. רובם מדווחים על 7 עד 20 שעות השתלמות בחודש.

השוואת המאפיינים התפקודיים לפי קופת חולים מלמדת, שבקרב הרופאים העובדים בקופת חולים כללית, שיעור גבוה יותר רואים יותר מ-35 חולים ביום, שיעור גבוה יותר של רופאים מקדישים יותר מ-35 שעות בחודש להשתלמות, ושיעור גבוה יותר עוסקים בניהול או בהוראה בהשוואה לקופות החולים האחרות.

אשר לשביעות רצון מן העבודה, בערך 18% מדווחים על שביעות רצון "רבה מאוד" ועוד 56% על שביעות רצון "רבה". אין הבדל מובהק בין תשובות הרופאים לפי מומחיות, אך קיים הבדל לפי קופה ושיעור גבוה יותר של רופאי קופת חולים כללית (23%) מדווחים על שביעות רצון "רבה מאוד", בהשוואה לרופאים מקופות אחרות (13%). הבדל זה נשאר גם לאחר פיקוח על משתני רקע (גיל, מין, מומחיות) בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה ליניארית.

רואים יחסית מעט חולים ביום. רק 29% מהם רואים יותר מ-35 איש ביום, לעומת 58% מן הרופאים הכלליים, 66% מרופאי המשפחה ו-46% מרופאי הילדים.

יחד עם זאת, שיעור גבוה מן הרופאים הפנימיים ורופאי הילדים עובדים יותר מ-46 שעות בשבוע, לעומת שיעורים נמוכים יותר מקרב הרופאים הכלליים ורופאי המשפחה. שעות העבודה כוללות עבודה בקהילה ועבודה בבית-חולים. כזכור, שיעור גבוה מן הרופאים הפנימיים ורופאי הילדים עובדים גם בבית-חולים. בהתאם, גם שיעור גבוה יותר של פנימיים ורופאי ילדים מבצעים גם תורנויות וכונניות, בהשוואה לרופאים כלליים ולרופאי משפחה.

אשר לפעילויות של ניהול והוראה, 37% אחוזים מרופאי המשפחה עוסקים בפעילויות של ניהול והוראה, לעומת 16% בערך מן הרופאים הכלליים ו-20% בערך מן הפנימיים ורופאי הילדים. אין הבדל בין הרופאים בעלי המומחיות השונה בהיקף שעות ההש-

לוח מס' 4. שינויים נתפסים בקופת החולים מאז 1995 (באחוזים, $n = 800$)

קופת חולים				
לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	סך-הכל
מאמצים של הקופה לחסוך בהוצאות יותר/הרבה יותר מבעבר				
91	87	90	83	86
קשיים כלכליים וגירעונות כספיים בקופה* יותר/הרבה יותר מבעבר				
63	74	81	49	60
היקף סל השירותים שהקופה נותנת* פחות/הרבה פחות מבעבר יותר/הרבה יותר מבעבר				
11	23	47	9	18
60	52	22	60	57
פעילות שיווקית של הקופה* יותר/הרבה יותר מבעבר				
78	71	67	87	80
רמת השירות בקופה באופן כללי* פחות/הרבה פחות מבעבר יותר/הרבה יותר מבעבר				
8	11	27	1	8
68	61	40	90	74

* $p < 0.05$

2. תמורות נתפסות בתפקיד מאז 1995

הרופאים הראשוניים התבקשו לענות האם הם חשו שינוי בפעילות קופת החולים בשנתיים האחרונות, מאז 1995, במספר תחומים המפורטים בלוח מס' 4. יותר מ-85% מן הרופאים מדווחים שנעשים יותר, או הרבה יותר, מאמצים לחסוך בהוצאות מאשר בעבר. יחד עם זאת, בערך 60% ענו שלקופה יש קשיים כלכליים וגירעונות יותר מאשר בעבר. שיעור הרופאים המדווחים כך גבוה במיוחד בקופות החולים מכבי ומאוחדת. אשר לסל השירותים בקופת החולים, קרוב למחצית מרופאי מכבי ובערך רבע מרופאי קופת חולים מאוחדת ענו שסל השירותים מצומצם יותר מאשר בעבר. בערך 80% מן הרופאים דיווחו שהקופה עוסקת בפעילות שיווקית יותר מאשר בעבר, כאשר בקופות חולים כללית ולאומית שיעור העונים כך גבוה יותר מאשר בקרב רופאי קופות חולים מכבי ומאוחדת. אשר לרמת השירות בקופת החולים, שיעור גבוה יחסית של רופאים העובדים בקופת חולים כללית, לעומת רופאים העובדים בקופות חולים אחרות, ענו שהיה שיפור ברמת השירות בשנתיים האחרונות לעומת

רופאים מקופות אחרות, ושיעור נמוך ענה שהיתה הרעה.

בהמשך נשאלו הרופאים על שינויים שהתרחשו בעבודתם בשנתיים האחרונות, מאז 1995. הרופאים נשאלו על נושאים הקשורים במאפייני העבודה היומיומית וכמידת הבקרה והפיקוח של ההנהלה. מלוח מס' 5 עולה, שיותר ממחצית הרופאים מרגישים שמספר החולים הקשים והכרוניים שבטיפולם עלה, כאשר רופאי קופות חולים כללית ומכבי מרגישים כך יותר מרופאי מאוחדת ולאומית. יותר מ-60% מן הרופאים מרגישים שכמות העבודה המינהלית גדלה ושעומס העבודה בקליניקה גבוה מבעבר, אבל רופאי קופת חולים כללית מדווחים על כך יותר מרופאי קופות החולים האחרות.

אשר לשינויים בקשר עם החולים, שיעור גבוה מבין רופאי קופות חולים כללית ומכבי ענו שמידת התובענות של החולים גבוהה מאשר בעבר, ושיעור גבוה בקופות חולים כללית ולאומית ענו שהמאמץ שלהם למשוך מבוטחים ולמנוע את עזיבתם גבוה מבעבר. נוסף על כך, שיעור גבוה מבין הרופאים ענו, שהיחסים עם החולים טובים מבעבר, אך

לוח מס' 5. שינויים במאפייני העבודה היומיומית מאז 1995 (באחוזים, n = 800)

קופת חולים					מספר החולים הקשים והכרוניים שחיו בטיפולך בעבר ועד היום**
לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	סך-הכל	
55	44	55	56	54	יותר/הרבה יותר מבעבר
61	56	45	74	64	כמות העבודה המינזלית** יותר/הרבה יותר מבעבר
54	60	63	67	63	עומס העבודה בקליניקה* יותר/הרבה פחות מבעבר
35	39	51	60	52	מידת התובענות של החולים שלך** יותר/הרבה יותר מבעבר
68	53	47	80	68	מאמץ למשוך מבוטחים לקופה ולמנוע את עזיבתם* יותר/הרבה יותר מבעבר
22	13	16	12	15	מידת האוטונומיה לטפל בחולים* פחות/הרבה פחות מבעבר
28	29	18	33	29	יותר/הרבה יותר מבעבר
2	4	13	4	5	יחסים טובים בין רופא לחולה* פחות/הרבה פחות מבעבר
40	32	22	49	41	יותר/הרבה יותר מבעבר
69	58	69	69	68	התחשבות בשיקולים תקציביים* יותר/הרבה יותר מבעבר
20	25	17	20	20	פעילות מחקרית ואקדמית פחות/הרבה פחות מבעבר
25	11	14	20	18	יותר/הרבה יותר מבעבר

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

דיווחו שקיים יותר, או הרבה יותר, פיקוח מאשר בעבר. שיעור המדווחים על הגברת הפיקוח גבוה במיוחד לגבי בקרה על רישום תרופות יקרות (76%) ובקרה על הפניות לגורמים חיצוניים (72%). יחד עם זאת, רק 30% דיווחו שההנהלה מגבילה את שיקול הדעת הרפואי יותר מאשר בעבר. קיימים הבדלים בין קופות החולים רק בנושא בקרה ופיקוח על השימוש בכדיקות מעבדה. בערך 65% מן הרופאים העובדים בקופת חולים לאומית דיווחו שיש פיקוח רב יותר מאשר בעבר, לעומת 40% בערך מן הרופאים בקופת החולים האחרות.

בלוח מס' 7 מוצגים מקדמי מתאם בין תשובות הרופאים על שינויים בקופת החולים ובעבודה ובין מידת שביעות הרצון שלהם מן העבודה. מן הלוח עולה, שקיים מתאם חיובי ומובהק מבחינה סטטיסטית בין שביעות רצון

בקופת חולים מכבי שיעור גבוה יחסית ענו שהיחסים עם החולים פחות טובים מבעבר. בנוגע לפעילות מחקרית ואקדמית, רוב הרופאים ענו שהם עוסקים בכך כמו בעבר, אולם 20% בערך ענו, שהם עוסקים בכך פחות מבעבר, ושיעור דומה ענו שהם עוסקים בכך יותר מבעבר.

קרוב ל-70% מן הרופאים ענו שהם מתחשבים היום יותר מבעבר בשיקולים תקציביים במהלך מתן הטיפול הרפואי. שיעור גבוה מרופאי קופת חולים לאומית ענו שהם מתחשבים בכך הרבה יותר מאשר בעבר, בהשוואה לרופאי קופת החולים האחרות.

בלוח מס' 6 מוצגות תשובות הרופאים על שאלות הנוגעות למידת הפיקוח והבקרה על עבודתם. בכל אחד מן התחומים (איכות הטיפול הרפואי, הפניות, רישום תרופות, בדיקות מעבדה) קרוב למחצית מן הרופאים

לוח מס' 6. שינויים בבקרה ובפיקוח של ההנהלה מאז 1995 (באחוזים, n=800)

קופת חולים				
לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	סך-הכל
52	38	46	49	47
74	71	70	73	72
48	33	41	43	42
79	72	69	79	76
65	44	39	44	46
35	25	24	30	29

* p < 0.05

בהשוואה לתשובות על שאלות דומות שנכללו בסקר של 1993. מאחר שבסקר של 1993 לא נכללו רופאי ילדים, ההשוואה בפרק זה כוללת רק את הרופאים הכלליים, רופאי המשפחה והפנימאים (כולל בעלי תת-התמחות אחרת). ההשוואה אינה כוללת את כל המאפיינים של הרופאים כפי שדיווחו לגבי 1997, שכן לא כל השאלות נכללו בסקר של 1993.

תמורות במאפיינים אישיים: בתקופה זו ירד הגיל הממוצע של הרופאים מ-49 שנים ל-46 שנים. מלוח מס' 8 עולה, שהירידה נובעת מכך ששיעור הרופאים הקשישים (מעל גיל 65) ירד מ-12% ב-

גבוהה מן העבודה ובין הדעה שחל שיפור ברמת השירות בקופת חולים, שקיימת יותר פעילות מחקרית ואקדמית מאשר בעבר, שיש יותר אוטונומיה לטפל בחולים מאשר בעבר, שהיחסים בין חולה לרופא טובים יותר מבעבר. לעומת זאת, ההגבלה על שיקול דעת רפואי גדולה יותר מאשר בעבר, וכמות העבודה המינהלית גם היא גדולה מבעבר ושתייהן קשורות בשביעות רצון נמוכה יותר מן העבודה.

3. תמורות במאפייני הרופאים הראשוניים - 1997 לעומת 1993

להלן יוצגו התמורות במאפיינים אישיים, ארגוניים ותפקודיים של הרופאים ב-1997,

לוח מס' 7. מקדמי מיתאם פירסון בין שינויים נתמסים בקופה ובעבודה ובין שביעות רצון מן העבודה

מקדמי המיתאם עם שביעות רצון גבוהה מהעבודה	תחומי השינוי (יותר מבעבר)
*0.06	היקף סל השירותים שהקופה גותגת
*-0.07	כמות העבודה המינהלית
**0.10	פעילות מחקרית ואקדמית
**0.10	מאמץ למשוך מבוטחים
**0.14	מידת האוטונומיה לטפל בחולים
**0.16	יחסים טובים בין רופא לחולה
*0.06	בקרה על הפניות במסגרת מתקני הקופה
*-0.07	הגבלות ההנהלה על שיקול דעת רפואי

* p < 0.05

** p < 0.06

לוח מס' 8. תמורות במאפיינים אישיים 1997-1993 (באחוזים)

1997 (n = 628)	1993 (n = 677)		
45	44	44-30	גיל*
51	44	64-45	
4	12	+ 65	
37	38		שיעור נשים
25	32		מומחה ומתמחה ברפואת משפחה*

* p < 0.05

תמורות במאפיינים ארגוניים: לוח מס' 9 מלמד, שבתקופה זו היתה ירידה בשיעור הרופאים העובדים בקופת חולים כללית וגם בשיעור העובדים בכמה קופות חולים. לעומת זאת, היתה עלייה בשיעור הרופאים העובדים בקופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית.

שינוי היה גם בדפוסי העסקת הרופאים: ירד שיעור הרופאים העובדים רק כעצמאים ועלה שיעור הרופאים המועסקים גם כשכירים וגם כעצמאים. בדיקה לפי קופת חולים

1993 ל-4% ב-1997. במקביל, עלה שיעור הרופאים בגיל הביניים (64-45) מ-29% ל-39%. לא היה שינוי בשיעור הרופאים הצעירים.

אשר למומחיות הרופאים, לא היה שינוי בשיעור בעלי מומחיות ברפואת משפחה, אולם היתה ירידה-מה בשיעור המתמחים (9% ב-1993, לעומת 5% ב-1997. כזכור, נכללו במחקר רק מתמחים שלב ב', שעבדו בפועל בקופות החולים).

לוח מס' 9. תמורות במאפיינים ארגוניים 1993-1997 (באחוזים)

1997 (n = 628)	1993 (n = 677)		
55	66	כללית	קופת-חולים*
13	8	מכבי	
11	5	מאוחדת	
14	6	לאומית	
8	14	כמה קופות	
58	60	שכיר	תנאי העסקה*
20	24	עצמאי	
22	16	שכיר ועצמאי	
15	12		עובד גם בבית-חולים
84	83		עובד עם מזכירה
78	83		עובד עם אחות*
71	62		עובד עם רופאים ראשוניים*
48	46		עובד עם רופאים מומחים
75	79		עובד ביישוב עירוני
10	13	ירושלים	אזור גיאוגרפי
49	49	תל אביב והמרכז	
18	18	חיפה	
14	11	צפון	
9	9	דרום	

* p < 0.05

לוח מס' 10. תמורות במאפיינים תסקודיים 1997-1993 (באחוזים)

1997 (n=628)	1993 (n=677)		
12	15	500-7	גודל הרשימה*
70	72	2,000-550	
18	13	+ 2,010	
38	38		ממוצע שעות עבודה רגילה או מינהלית
5	8		ממוצע שעות תורנות*
35	39		ממוצע מספר המגעים ביום (כולל ביקורי בית)*
18	49	מסכים מאוד	שביעות רצון ¹
55	40	מסכים	

* p < 0.05

1 ב-1993 "באמת נהנה מהעבודה"; ב-1997 "מידת שביעות הרצון מהעבודה".

מספר החולים שהרופא רואה ביום מ-39 ל-35.

אשר לשביעות הרצון מן העבודה, נראה, שקיימת מגמה של ירידה. ב-1993 דיווחו 89% מן הרופאים על כך שהם נהנים מן העבודה "במידה רבה מאוד" או "במידה רבה". לעומת זאת, ב-1997 רק 73% דיווחו שהם שבעי רצון מן העבודה "במידה רבה מאוד" או "במידה רבה"⁴. ירידה ניכרת קיימת בשיעור המדווחים על שביעות רצון גבוהה מאוד (49% ב-1993, לעומת 18% ב-1997). בדיקה לפי קופת חולים מלמדת, שמגמת הירידה בשיעור העונים "במידה רבה" מתקיימת בכל אחת מקופות החולים.

מראה, שבקופת חולים כללית היתה עלייה בשיעור הרופאים העובדים גם כשכירים וגם כעצמאים (מ-16% ל-30%), וירידה בשיעור הרופאים השכירים (מ-72% ל-63%) ובשיעור העצמאים (מ-12% ל-7%). המגמות בקופות החולים האחרות אינן מובהקות מבחינה סטטיסטית.

שינוי היה גם בהרכב הצוות העובד עם הרופא. שיעור הרופאים העובדים עם אחות ירד מ-83% ב-1993 ל-78% ב-1997. לעומת זאת, עלה שיעור הרופאים העובדים יחד עם רופאים ראשוניים אחרים. אין שינוי מובהק בשיעור הרופאים העובדים יחד עם רופאים מקצועיים במרפאה.

תמורות במאפיינים תסקודיים: מלוח מס' 10 ניתן לראות, שהיתה ירידה קלה בשיעור הרופאים בעלי רשימות חולים קטנות (עד 500 נפשות). במקביל היתה עלייה קלה בשיעור הרופאים בעלי רשימות גדולות (מעל 2,010 נפשות) מ-13% ל-18%. כמו-כן, היתה ירידה בממוצע שעות התורנות שהרופאים מבצעים - מ-8 שעות בשבוע ב-1993 ל-5 שעות בשבוע ב-1997, ובממוצע

דיון

הכרת מאפייני הרופאים הראשוניים העובדים היום במערכת הבריאות חשובה לקבלת החלטות הנוגעות לפיתוח וקידום הרפואה הראשונית בישראל. נתונים אלה יכולים לשמש לצורכי תכנון כוח-אדם, לאיתור צרכים ולפיתוח תוכניות הכשרה מקצועית; ולתכנון

4. השאלה שנשאלה ב-1993 לגבי שביעות רצון אינה זהה לשאלה שנשאלה ב-1996. אולם, הנוסח ב-1993 ("אני באמת נהנה מן העבודה שלי") קיצוני יותר מאשר הנוסח ב-1996 ("אני שבע רצון מן העבודה שלי"). למרות זאת, שיעור המסכימים "במידה רבה מאוד" נמות יותר ב-1996. משום כך, למרות השוני, נראה שניתן להסיק שהיתה ירידה בשביעות הרצון.

פאות קהילתיות מתפתחת גם באנגליה והולנד (Boerma and Fleming, 1998; World Health Organization, 1997).

מן המחקר הנוכחי עולות מספר סוגיות שחשוב לתת עליהן את הדעת. אחת השאלות העיקריות נוגעת להכשרה המקצועית של הרופאים הראשוניים. רק 40% בערך מן הרופאים הם מומחים, ורק 25% בערך מומחים ברפואת המשפחה. קיימים הבדלים בין שיעור המומחים בקופות החולים השונות. בקופת חולים כללית קיים שיעור גבוה של מומחים ברפואת המשפחה, ואילו בקופות החולים מכבי ומאוחדת יש שיעור גבוה של מומחים ברפואה פנימית ורפואת ילדים. בקופת חולים לאומית יש שיעור גבוה של רופאים כלליים. נתונים אלה מצביעים על הצורך בתוכניות הכשרה להעלאת הרמה המקצועית של הרופאים הראשוניים, על-מנת שיוכלו למלא תפקיד מרכזי במערכת בתור כתובת עיקרית לחולים, לשם ייעוץ והכוונה לקבלת הטיפול הנחוץ.

נתוני המחקר מלמדים עוד, ששיעור המומחים ברפואת המשפחה לא עלה מאז 1993, ואילו בשיעור המתמחים אף הסתמנה ירידה. כל זאת, למרות המדיניות המוצהרת של חיזוק הרפואה הראשונית. מחד גיסא, ייתכן שהירידה בשיעור המתמחים נובעת מירידה בביקוש להתמחות במקצוע זה. מאידך גיסא, ייתכן שמגמת הירידה נובעת מכך שהיתה הפסקה של שנה וחצי במתן תקני התמחות לרפואת המשפחה. הנתונים מצביעים על פער בין המדיניות המוצהרת ובין השקעת משאבים ומימוש המדיניות בפועל. למרות השאיפה לחיזוק הרפואה הראשונית ולהרחבת תפקידו של הרופא, אין ביטוי לכך בהשקעה בהכשרתו ובהעלאת יכולתו המקצועית. לאחרונה המליצה המועצה הלאומית לבריאות הקהילה על תוכנית הכשרה מוכרת לרופאים ראשוניים שתיקבע

שינויים הנוגעים לצוות המרפאה, שעות העבודה ועומס העבודה, על-מנת להשיג התייעלות כמו גם שיפור באיכות הטיפול.

התמורות במאפייני העבודה של הרופאים משקפות מגמות כלליות שהתרחשו במערכת בשנים האחרונות. הירידה בשיעור הרופאים העובדים בקופת חולים כללית והעלייה בשיעור העובדים בקופות האחרות תואמת את המגמה של ירידה בשיעור המבוטחים בקופת חולים כללית ועלייה בשיעור המבוטחים בקופות החולים האחרות. הירידה בשיעור הרופאים המועסקים במספר קופות משקפת מדיניות מוצהרת, בעיקר בקופת חולים כללית, של דרישת בלעדיות מן הרופאים, בעיקר לנוכח התחרות הגוברת בין הקופות. הירידה בגיל הרופאים תואמת את המגמה של עידוד פרישה לגמלאות, שבלטה במיוחד בקופת חולים לאומית עם פרישתו של מנכ"ל ותיק ושינוי במבנה ובהנהלה של הקופה. המגמה של ירידה בשיעור הרופאים העצמאים ועלייה בשיעור המועסקים במשור לב גם כשכירים וגם כעצמאים תואמת גם היא מדיניות העסקה מכוונת, בעיקר בקופת חולים כללית. מדיניות זו רואה בעבודה כרופא עצמאי דרך לתגמל רופאים שכירים טובים. הירידה בשיעור הרופאים העובדים עם אחות משקפת מדיניות של צמצום המגזר הסייעודי בקהילה, בפרט בקופת חולים כללית. ביטוי לכך היא הפסקת שיטת העבודה של "עבודת צוות", שהיתה נהוגה עד השנים האחרונות. גם המגמה של ירידה בשיעור הרופאים העובדים לבד, ללא רופאים ראשוניים נוספים, תואמת מדיניות מכוונת, בעיקר בקופת חולים מכבי, של העדפת עבודה בקבוצה של רופאים לשם העלאת זמינות הרופא ואיכות העבודה כתוצאה מן האפשרות להתייעץ עם עמיתים. מגמה דומה של מעבר מ-Solo Practice (עבודה לבד במרפאה, בלי רופאים נוספים) לעבודה במר-

בישראל, הם בעלי מינוי אקדמי ומקדישים יותר זמן להשתלמות. מצד שני, הם מקדישים פחות זמן לטיפול בחולים בקהילה ודפוסי העבודה מרמזים שאינם רואים בקהילה מקום עבודה עיקרי, אלא עבודה נוספת.

סוגייה נוספת קשורה ללימודי המשך והשתלמות של רופאים. כתוצאה מהתפתחות הידע הרפואי וחידושים טכנולוגיים, גובר הצורך בכך שהרופא הראשוני יהיה מעודכן בידע החדש על-מנת שיוכל לשמור על סטנדרטים גבוהים בטיפול הרפואי. מדינות אירופה השונות מתמודדות עם כך בדרכים שונות, ביניהן תוכניות ממורסדות של לימודי המשך, תהליכי אקרדיטציה, וגם יישום הנחיות קליניות ספציפיות המתבססות על הידע המתחדש (Boerma and Fleming, 1998). בישראל, השעות המוקדשות להשתלמות הן רבות יחסית למדינות אחרות באירופה (שוורצמן ואחרים, 1998), בין השאר, משום שהן מובטחות במסגרת הסכמי השכר של הרופאים. לימודי המשך ניתנים במסגרת בתי-הספר ללימודי המשך שליד הפקולטות לרפואה של אוניברסיטאות בן-גוריון, תל-אביב וירושלים, ובמחלקות לרפואת המשפחה של קופת חולים כללית. תוכן ההשתלמויות כולל עדכונים בנושאים קליניים, טיפול במחלות שכיחות בקהילה ובהיבטים פסיכו-סוציאליים של מחלות. יחד עם זאת, בישראל טרם נבדקו היבטים מרכזיים של לימודי המשך. למשל, המידה שבה חומר הלימודים עונה על צורכי ההכשרה של הרופאים, האפקטיביות של לימודי המשך, והמידה שבה רופאים מיישמים את מה שלמדו. כמו-כן, לא קיימת בקרה על תוכן ההשתלמויות ועל ההשתתפות הפעילה של הרופאים. לפיכך נראה, שיש מקום לבדוק את הסוגייה של לימודי המשך במחקר עתידי, על-מנת לקבל

בתיאום עם ההסתדרות הרפואית, משרד הבריאות, בתי-הספר לרפואה והאיגוד המקצועי של רופאי המשפחה. כמו-כן, המליצה המועצה, שעד תאריך היעד 2005 יעסיקו קופות החולים רק רופאים ראשוניים בעלי מומחיות, מתמחים, או בוגרי תוכנית ההכשרה (מועצה לאומית לבריאות הקהילה, 1998). עד מועד כתיבת המאמר לא אישרו מועצת הבריאות ושר הבריאות את ההמלצה.

אשר לסוג המומחיות שרצוי לקדם ברפואה הראשונית, נתוני המחקר מראים שקיימים הבדלים בדפוסי העבודה של רופאים בעלי מומחיות שונה. הרופאים הפנימיים ורופאי הילדים נוטים לעבוד גם בקהילה וגם בבית-החולים, יותר מאשר רופאים כלליים ורופאי משפחה. לכך נקשרים הבדלים נוספים בדפוסי עבודה: שיעור גבוה יותר מקרב הפנימיים ורופאי הילדים עובדים שעות רבות בשבוע, שיעור גבוה יותר עוסקים בתורנויות וכוננויות. אולם, לשיעור גבוה של רופאים אלה יש רשימות חולים קטנות. כלומר, עיקר זמנם מוקדש, ככל הנראה, לעבודה בבית-החולים. מאפיין נוסף הוא, ששיעור נמוך מהם עובדים עם מזכירה או אחות, או עם רופאים ראשוניים אחרים. הרכב הצוות עשוי להשפיע על איכות הטיפול מבחינת הכוללנות, הזמינות והנגישות וגם מבחינת האפשרות להיוועץ בעמיתים בעת הצורך.

במחקר נמצא, ש-18% מן הרופאים הראשוניים עובדים גם בבית-חולים. לנוכח ההבדלים בדפוסי העבודה בין רופאים העובדים רק בקהילה, ובין רופאים העובדים גם בבית-חולים עולה השאלה מהי המדיניות הרצויה לגבי העסקת רופאים העובדים גם בבית-חולים. מצד אחד, הם בעלי רמה מקצועית אישית גבוהה - שיעור גבוה יחסית מקרב הרופאים העובדים בבית-החולים הם מומחים, סיימו לימודים

להתחלק בעומס (Boerma and Fleming, 1998). ממצאי המחקר מראים, שבישראל היתה עלייה בשיעור הרופאים בעלי רשימות חולים גדולות וירידה בשיעור הרופאים העובדים עם אחות לעומת 1993, אך היתה עלייה בשיעור הרופאים העובדים עם רופאים נוספים במרפאה. ממצאים אלה מדגישים את הצורך לעקוב אחר עומס העבודה של הרופאים, ואחר איכות הטיפול שנותנים רופאים עמוסים, וגם את הצורך לתכנן מנגנוני תמיכה ארגוניים כך שאיכות הטיפול לא תיפגע.

סוגייה נוספת היא השפעת השינויים שהתרחשו בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על עבודת הרופאים ועל שביעות רצונם. ממצאי המחקר מלמדים, שבעקבות החוק דפוס העבודה של הרופאים השתנה בכיוון שמתכנני החוק קיוו לו: מצד אחד, הרופא ער לשיקולים תקציביים ונתון לפיקוח רב יותר של הנהלת הקופה על עבודתו, מגמה שתוביל לריסון הוצאות. מצד שני, הרופא עושה מאמץ למשוך מבוטחים ולהיות ביתסים טובים עם חולים ובכך תורם להעלאת איכות השירות בקופות החולים. יחד עם זאת, ממצאי המחקר מלמדים, שהרופאים מרגישים עומס רב יותר של עבודה קלינית ומינהלית, והתמודדות עם יותר חולים קשים. לחלק מן הרופאים יש הרגשה שההנהלה מגבילה את שיקול הדעת הרפואי (29%) ואת האוטונומיה לטפל בחרוים (15%). חלקם (20%) מרגישים, שהיתה גם ירידה בפעילות המחקרית והאקדמית. הרופאים המועסקים בקופות החולים מכבי ומאוחרת דיווחו יותר מאחרים על קשיים כלכליים וגירעונות בקופת החולים, על ירידה בהיקף סל השירותים ועל ירידה ברמת השיירות. משתנים אלה, ברובם, נמצאו מתואמים עם רמת שביעות הרצון.

מידע על המידה שבה תוכניות אלה משפרות בפועל את הרמה המקצועית של הרופאים. אשר לגיל הרופאים, בארבע השנים האחרונות ירד הגיל הממוצע של הרופאים בעיקר כתוצאה מפרישה לגמלאות של רופאים קשישים בגיל 65 ומעלה. שיעור הרופאים בגיל הביניים עלה, אך שיעור הרופאים הצעירים לא עלה. נתון זה מצביע על כך, שרופאים צעירים כנראה אינם נוטים להצטרף לעבודה ברפואה הראשונית. לפיכך, על-מנת לממש את המדיניות של חיזוק הרפואה הראשונית יש לחשוב על דרכים לגייסם ולהגדיל את כוח המשיכה של העבודה במגזר זה. בהקשר זה חשוב לציין, ששיעור הרופאים הצעירים מקרב רופאי המשפחה גבוה, לעומת השיעור בקרב הרופאים הפנימאים ורופאי הילדים. כלומר, עידוד התמחות ברפואת משפחה עשוי להוביל להצטרפות רופאים צעירים לעבודה ברפואה הראשונית.

עומס העבודה של הרופאים עשוי להשפיע על איכות הטיפול בחולים. במחקר זה נמצא, שבערך חמישית מן הרופאים רואים יותר מ-50 חולים ליום, ולפיכך יש חשש שאינם יכולים להקדיש לכל חולה את הזמן ותשומת הלב הדרושים. בהשוואה ל-1993 היה גידול בשיעור בעלי רשימות חולים גדולות, אך היתה ירידה במספר המגעים הממוצע ליום עם חולים.

הגידול בעומס העבודה של רופאים ראשוניים הוא מגמה הנצפית במדינות רבות, וקשורה בהזדקנות האוכלוסייה ובשינויים בדפוסי הטיפול בקשישים; היום קשישים חיים במשקי בית עצמאיים בקהילה, ללא תמיכה משפחתית רבה כמו בעבר. הדרכים להתמודד עם הגידול בעומס קשורים להקטנת גודל רשימות החולים, האצלת סמכויות לאחיות ולצוות הפנה-רפואי, ועבודה בקבוצה של רופאים היכולים

ממצאי המחקר מראים, שאכן, בהשוואה לשאלה דומה שנשאלה בסקר של 1993, הסתמנה ב-1997 ירידה בשביעות הרצון של הרופאים מן העבודה. נוסף על כך, נמצא שב-1997 שביעות הרצון בקרב רופאי קופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית (קופות שנפגעו יותר, באופן יחסי, מהחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי) היתה נמוכה מאשר בקרב רופאי קופת חולים כללית שהחוק היטיב עמה. לנוכח התפקיד המרכזי שקובעי המדיניות בישראל מעוניינים לתת לרופאים הראשוניים, יש מקום לתת את הדעת על התופעה של ירידה בשביעות הרצון של הרופאים בשנים האחרונות, ולבחון לעומק את הגורמים לתופעה זו.

סיכום

אתגר מרכזי העומד בפני מערכת הבריאות היום הוא מתן שירות רפואי טוב במסגרת התקציב הנתון. ניסיון של מדינות אחרות מלמד, שאחת הדרכים לכך היא פיתוח רפואה ראשונית חזקה והעמדת הרופא הראשוני כגורם המרכזי בטיפול בחולה. רופא ראשוני ברמה גבוהה יכול לתת טיפול רפואי טוב למרבית הכעיות של האוכלוסייה. באופן זה ביכולתו לחסוך משאבים למערכת באמצעות מניעת טיפולים והפניות מיותרים. יחד עם זאת, מודגש היום הצורך בבחינה מחודשת של תפקיד הרופא הראשוני והתאמתו לתמורות המתרחשות במערכות הבריאות (Fugelli and Heath, 1996; McWhinney, 1998; Boerma and Fleming, 1998; Stange et al., 1998). נתוני המחקר הנוכחי יכולים לתרום לדיון הציבורי על מעמדה של הרפואה הראשונית בישראל היום, ועל דרכים לחזק אותה בעתיד, כרובד מרכזי במערכת הבריאות.

מגמות השינוי במערכת הבריאות ובמיוחד הגבלת היקף המשאבים והגברת התחרות, דומות לנעשה במדינות אחרות. במדינות אלה נמצא, ששינויים כאלה עשויים לפגוע בשביעות הרצון של הרופאים. הצורך לרסן הוצאות ולהתחשב בשיקולים כלכליים כמה-לך הטיפול הרפואי יכול להיתפס כנוגד את האתוס הרפואי ופוגם בקשר עם החולים ולפיכך לעורר התנגדות (Taylor, 1989; Kane, 1992; Sulmasi, 1992). הבקרה המוגברת מגבילה את השליטה של הרופאים בעבודתם ואת האוטונומיה המקצועית ולפיכך צפוי שתעורר התנגדות (Harrison, 1995). מחקרים על רופאים העובדים במסגרת של managed care הראו, ששביעות הרצון של רופאים אלה אכן נמוכה יותר, בהשוואה לרופאים העובדים במסגרות עצ-מאיות ומתוגמלים לפי היקף הפעילות (fee for service), בעיקר עקב התחושה של הגבלת האוטונומיה המקצועית (Shulz et al., 1997). יחד עם זאת, חשוב להזכיר שהרופאים הראשוניים בישראל, ובמיוחד בקופת חולים כללית עבדו כל השנים במסגרות ביורוקרטיות המגבילות את חופש הפעולה ומקיימות בקרה (Harrison, 1993). כלומר, התופעה אינה חדשה, אך ככל הנראה התגברה בעקבות הפעלת חוק ביטוח בריאות, ובמיוחד בקופות החולים הקטנות שבהן היתה לרופאים בעבר אוטונומיה רבה.

גם הצורך למשוך מבוטחים לקופת החולים, להיענות לתביעותיהם ולהתייחס אליהם כאל לקוחות, עשוי להיות מקור לחור-סר שביעות רצון. שכן, יש בכך שינוי במעמדו של הרופא מיועץ פטרנליסטי לנותן שירות (Boerma and Fleming, 1998). לאור זאת, קיים חשש שגם בישראל, לנוכח השינויים שהיו בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיפגע שביעות הרצון של הרופאים.

נספח מס' 1. איפיון הרופאים העובדים גם בבית-חולים, לעומת הרופאים העובדים רק בקהילה

מאפיינים אישיים

עובד גם בבית-חולים	עובד רק בקהילה		
46.8	42.3	44-22	גיל*
45.4	36.3	54-45	
5.7	16.4	64-55	
2.1	5.0	+ 65	
100	100	סך-הכל	
48.9	18.9	ישראל	ארץ סיום הלימודים*
22.0	19.6	מערב אירופה + צפון אמריקה	
24.8	53.5	מזרח אירופה + ברה"מ לשעבר	
4.3	8.0	אחר	
100	100	סך-הכל	
25.7	43.3	שיעור נשים	מין*
37.8	9.0	כן	שיעור בעלי מינוי אקדמי

* p-value < 0.05

מאפיינים ארגוניים

עובד גם בבית-חולים	עובד רק בקהילה		
35.9	60.5	שכיר	תנאי העסקה*
49.3	16.6	עצמאי	
14.8	22.9	משולב	
100	100	סך-הכל	
56.9	79.7	כן	שיעור עובדים עם אחות*
57.6	75.1	כן	שיעור עובדים עם רופאים ראשוניים
7.9	11.4	ירושלים	אזור גיאוגרפי
59.3	46.2	תל-אביב ומרכז	
22.9	32.8	חיפה והצפון	
10.0	9.7	דרום	
100	100	סך-הכל	

* p-value < 0.05

מאפיינים תפקודיים

עובד גם בבית-חולים	עובד רק בקהילה		
38.2	58.7	שיעור בעלי רשימה מעל 1,459	גודל רשימת החולים*
31.9	10.1	עד 19	מספר חולים ביום*
38.3	34.3	34-20	
19.1	33.5	49-35	
10.6	22.1	+ 50	
100	100	סך-הכל	
22.4	79.4	45-4	שעות עבודה כוללות בשבוע*
42.0	18.7	67-46	
35.7	1.9	+ 68	
100	100	סך-הכל	
12.7	11.6	6-0	שעות בחדש המוקדשות להשתלמות*
50.0	61.2	20-7	
21.4	15.8	34-21	
15.9	11.5	+ 35	
39.6	18.3	כן	שיעור העובדים בניהול*
59.0	13.6	כן	שיעור העובדים בתורניות וכונניות

* p-value < 0.05

נספח מס' 2. מומחיות רופאים ראשוניים לפי קופת תולים עיקרית (באחוזים, n = 800)

קופת תולים					סך-הכל	
לאומית (16.0%)	מאוחדת (13.2%)	מכבי (18.3%)	כללית (52.5%)	סך-הכל		
100%	100%	100%	100%	100%	סך-הכל	
N = 571	N = 471	N = 655	N = 1,879	N = 3,576		
57.3	39.5	27.3	41.1	40.9	כללי עם דיפלומה	
				N = 1,464		
2.8	5.7	13.4	28.6	18.7	רפואת משפחה	
				N = 668		
17.9	32.5	29.5	12.8	19.3	רפואה פנימית + מומחיות אחרת	
				N = 689		
22.1	22.3	29.8	17.5	21.1	רפואת ילדים	
				N = 755		

* p < 0.05

ביבליוגרפיה

- גרוס, ר', יובל, ד', יפה, י', וינקה, ב' (1994), תפקיד הרופא הראשוני בישראל: ממצאים מוקדמים מסקר ארצי, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', חנינין, ד' (1995), "תפיסות רופאים ראשוניים את מידת השפעתם על החולים בבחירת בית-חולים ואת יכולתם להעריך את איכות שירותי האשפוז", הרפואה, 129: 90-95.
- טרגין, מ', גרוס, ר', יובל, ד' (1997), הקצאת זמן בקרב רופאים ראשונים בישראל, דמ-300-97, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- טבנקין, ח', גרוס, ר', יפה, י' (1995), "הרופא הראשוני כרופא המגע הראשון עם בעיות בריאות", הרפואה, 129: (5) 1-7.
- טבנקין, ח', גרוס, ר', ברמלי, ש', שרירא, ש' (1997), הרופא הראשוני כשומר שער: נקודת המבט של המבוטחים, הרופאים הראשוניים וקובעי המדיניות, דו"ח למכון הלאומי למדיניות בריאות, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- מועצה לאומית לבריאות הקהילה (1998), המלצות למועצת הבריאות, 12. ביוני, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ממשלת ישראל (1990), דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (דו"ח הרוב), ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- פלפל, ד' (1984), הערכת שירותי הבריאות הראשוניים של קופת-תולים מנקודת הראות של נותני השירות ומקבליו (חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע).
- רוזן, ב', איבנקובסקי, מ', נבו, י' (1998), תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994, דמ-317-98, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שוורצמן, פ', גרוס, ר', טבנקין, ח', יובל, ד', גרינשטיין, מ', בורמה, ו' (1998), "רופאים ראשוניים בישראל - השוואה לארצות אירופה", הרפואה, 134: (7) 505-510.
- Anderson, G.M., Brook, R. and Williams, A. (1991), "Board certification and practice style and analysis of office-based care", *Journal of Family Practice*, 33(4): 395-400.
- Bensing, J.M., Brink-Muinen, A. and Bakker, D.H. (1993), "Gender differences in practice style: A Dutch study of general practitioners", *Medical Care*, 31(3): 219-229.
- Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998), *The Role of General Practice in Primary Health Care*, Norwich: WHO.

- Calnan, M. and Butler, J.R. (1988), "The economy of time in general practice: An assessment of the influence of list size", *Social Science and Medicine*, 26: 435-441.
- Calnan, M., Groenewegen, P.P. and Hutten, J. (1992), "Professional reimbursement and management of time in general practice. An international comparison", *Social Science and Medicine*, 35 (2): 209-216.
- Cochran, W.G. (1977), *Sampling Techniques*, New York: Wiley and Sons.
- Engel, W., Freund, D.A., Stein, J.S., and Fletcher, R.H. (1989), "The treatment of patients with asthma by specialists and generalists", *Medical Care*, 27: 306-314.
- Fearn, R.M.G. (1988), "Norfolk general practice: A comparison of rural and urban doctors", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38: 270-273.
- Fugelli, P. and Heath, I. (1996), "The nature of general practice", *British Medical Journal*, 312: 456-457.
- Gervas, J. et al. (1994), "Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe", *Family Practice*, 11: 307-317.
- Groenewegen, P.P. and Hutten, J.B.F. (1991), "Workload and job satisfaction among general practitioners: A review of the literature", *Social Science and Medicine*, 32: 1111-1119.
- Gross, R., Rabinowitz, J., Feldman, D. and Boerman, W. (1996), "Primary care physicians' treatment of psychosocial problems: Implications for the profession of social work", *Health and Social Work*, 21(2): 89-95.
- Gross, R., and Harrison, M. (1998), "Competitive strategies in a regulated environment: The Israeli case". Presented at AHSR 15th annual meeting, Washington.
- Harrison, M. (1993), "Medical dominance or proletarianization? Evidence from Israel", *Research in the Sociology of Health Care*, 10: 73-96.
- Harrison, M. (1995), *Implementation of Reform in the Hospital Sector: Physicians and Health System Reforms in Four Countries*, a report to the Israel National Institute, Tel-Aviv.
- Haug, M. (1988), "A reexamination of the hypothesis of physician deprofessionalization", *Milbank Quarterly*, 66 (suppl. 2): 48-56.
- Haug, M.R. (1998), "A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization", *Milbank Quarterly*, 66: 48-56.
- Heaney, D.J., Howie, J.G.R. and Porter, A.M.D. (1991), "Factors influencing waiting times and consultation times in general practice", *British Journal of General Practice*, 41: 315-319.
- Howie, J.G., Porter, A.M., Heaney, D.J. and Hopton, J.L. (1991), "Long to short consultation ratio: A proxy measure of quality of care for general practice", *British Journal of General Practice*, 41 (343): 48-54.
- Hughes, D. (1983), "Consultation length and outcome in two group general practices", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33: 143-147.
- Kane, R.A. (1992), "Case management in long-term care: It can be ethical and efficacious", *Journal of Case Management*, 1(3): 76-81.
- McWhinney, I.R. (1998), "Core values in a changing world", *British Medical Journal*, 316: 1807-1809.
- Mechanic, D. (1968), "General practice in England and Wales: Results from a survey of a national sample of general practitioners", *Medical Care*, 6: 245-260.
- Morrel, D.C., Evans, M.E., Morris, R.W. and Roland, M.O. (1986), "The five minute consultation: The effect of time constraints on clinical content and patient satisfaction", *British Medical Journal*, 292: 870-873.
- O'Connor, P.J., Solberg, L.I., and Macaran, B. (1998), "The future of primary care: The enhanced primary care model", *Journal of Family Practice*, 47(1): 62-67.

- Rabinowitz, J., Feldman, D., Gross, R. and Beorma, W. (1998), "Which primary care physicians treat depression?", *Psychiatric Services*, 49: 100-102.
- Ridsdale, L., Carruthers, M., Morris, R. and Ridsdale, J. (1989), "Study of the effect of time availability on the consultation", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39: 24-25.
- Roland, M.O., Bartholomew, J. and Courtney, M.J.F. (1986), "The five minute consultation: Effect of time constraint on verbal communication", *British Medical Journal*, 292: 874-876.
- Shulz, R., Scheckler, W.E., Moberg, D.P. and Johnson, P.R. (1997), "Changing nature of physician satisfaction with health maintenance organization and fee-for-service practices", *Journal of Family Practice*, 45(4): 321-330.
- Stange, K.C., Jaen, C.R., Flocke, S.A., Miller, W.L., Crabtree, B.F. and Zyzanski, S.J. (1998), "The value of a family physician", *Journal of Family Practice*, 46(5): 363-368.
- Stephens, A.G. (1989), "Gatekeeping issues - Letter to the Editor", *Journal of Family Practitioner*, 29(5): 472-447.
- Sulmasy, D.P. (1992), "Physicians, cost control and ethics", *Annals of Internal Medicine*, 116(11): 920-926.
- Tabenkin, H., Yaphe, Y. and Gross, R. (1996), "Preventive medicine in primary care in Israel: Findings from a national survey", *Public Health Reviews*, 24: 19-35.
- Taylor, T. (1989), "Pity the poor gatekeeper: A transatlantic perspective on cost containment in clinical practice", *British Medical Journal*, 199: 1323-1325.
- Wachter, R.H. (1995), "Rationing health care: Preparing for a new era", *Southern Medical Journal*, 88(1): 25-31.
- World Health Organization (1978), *WHO Reports of the International Conference on Primary Care*, Alma-Ata USSR, Geneva.
- World Health Organization (1997), "Primary health care systems and services for the twenty first century", Statement of the Seventh Consultative Committee on Organization of Health Systems Based on Primary Health Care, Geneva.
- Wilkin, D., Hodhkin, P. and Metcalfe, D. (1986), "Factors affecting workload: Is received wisdom true?", in: Pereira-Gray, D.J. (ed.), *The Medical Annual Yearbook of General Practice*, Bristol: Wright.
- Wilson, A. (1991), "Consultation length in general practice: A review", *Journal of General Practice* 41: 119-122.

רשימת מחברי המאמרים המתפרסמים בחוברת זו

סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, ירושלים.	גבי בן-נון
חוקרת בכירה, תחום זיקנה, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.	נטע בנטור
חוקרת, תחום מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.	שולי ברמלי-גרינברג
חוקרת בכירה, תחום מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.	רויטל גרוס
חוקרת, תחום מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.	מרים גרינשטיין
פרופסור, ראש המגמה לסוציולוגיה ארגונית, המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.	מיכאל הריסון
מנהל מחלקת מחקר וסטטיסטיקה, מכבי שירותי בריאות, תל-אביב.	פרנסיס ווד
מרצה, בית-הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים-הרסה, ירושלים.	דוד חניניץ
מרצה בכירה, המחלקה לרפואת המשפחה, שלוחת הצפון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.	חווה טבנקין
חוקרת, תחום מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.	נורית ניראל
מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות, ירושלים.	מרים פריאנטה
סגנית מנהל האגף הרפואי לתכנון ומינהל, מכבי שירותי בריאות, תל-אביב.	רחל קיי
ראש תחום מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.	ברוך רוזן
מנהל כללי, בית-החולים לגליל המערבי, נהריה.	שאול מי שאשא
פרופסור, הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב.	אריה שירום
תלמידת מחקר, המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.	נירה שלום