

## מנגנון הקפיטציה וההקצאה הציבורית

### לשירותי רפואה בישראל<sup>1</sup>

#### רקע

נוסחת הקפיטציה היא הנוסחה שעל-פיה מחולקים מקורות מימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין ארבעת קופות החולים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי ביטל את גביית דמי החבר על-ידי קופות-החולים והמירו בגבייה ממלכתית של "מס בריאות" באמצעות המוסד לביטוח לאומי. שינוי זה הוליד צורך בהפעלת מנגנון מרכזי, **מנגנון הקפיטציה**, אשר יקצה את הכספים לקופות-החולים.

מנגנון הקפיטציה מעניק לכל קופה כספים בעיקר לפי גילם של מבוטחיה ואינו מותנה בהכנסותיהם של המבוטחים וברמת הגבייה, כפי שהיה ערב החוק. כ-72 אחוז מסך ההוצאה הציבורית על שירותי רפואה בישראל, מופנים למערכת באמצעות מנגנון זה. הפעלתו כחלק מיישום החוק בשנת 1995 הביאה למהפכה בהקצאת המשאבים למערכת הבריאות. בהיבט של צדק חברתי, שופרה ההקצאה בכך שהמנגנון החיל הקצאה אוניברסלית על כל תושבי המדינה ללא תלות במקורות ההכנסה. בהיבט של יעילות מערכתית עודד המנגנון משמעת תקציבית וחסכון במערכת קופות החולים.

בהיותו אמצעי מרכזי להקצאת מקורות מימון ציבוריים למערכת הבריאות, מהווה מנגנון הקפיטציה מכשיר חשוב ליישום מדיניות. המבנה שלו ויישומו הם במידה ניכרת הביטוי הפיננסי למבנה המערכת, לאופן ניהולה, לקדימויותיה ולתפיסת הצדק החברתי שלה.

עם זאת, הפוטנציאל של מנגנון הקפיטציה מוגבל מראש, כיוון שבאמצעותו ממומש רק **חלק** מהתקציב הציבורי לבריאות. כאמור, אחד השינויים המרכזיים הנובעים מחוק בריאות ממלכתי הוא ניתוק הקשר הישיר בין התשלום של המבוטח לקופה (החלפת דמי חבר במס בריאות) לבין השירות המוענק לו מהקופה. ניתוק הקשר אינו מוחלט בשל כלי גבייה שנוספו למערכת לאחר חקיקת חוק הבריאות הממלכתי - השתתפויות בתשלום ורכישת ביטוחים משלימים. תשלומים אלו מועברים ישירות מהמבוטח לקופה ללא מעורבות של מנגנון מרכזי.

---

<sup>1</sup> כתיבה: דב צ'רניחובסקי, יועץ; שרון סופר, ראש תחום חברה; ד"ר שירלי אברמי, מנהלת מחלקת המחקר במרכז המחקר והמידע של הכנסת.

למרות תפקידו המרכזי של מנגנון הקפיטציה במערכת הבריאות, ועל אף הצטברות ידע רב בתחום זה, המנגנון לא עודכן במשך כעשור למעט בצורה מינורית בשנת 1997.

## קווים לשיפור מנגנון ההקצאה – הקפיטציה:

להלן מספר הצעות לשיפורים אפשריים במנגנון הקפיטציה על סמך ידע ונתונים חדשים העומדים לרשותנו<sup>2</sup>:

1. יש לעדכן את המנגנון הקיים לפי קבוצות גיל –

▪ מחקרים שנערכו על מערכת הבריאות בישראל מראים כי משתנה הגיל לבדו מסביר כ- 5 אחוזים מהשונות בהוצאות הרפואיות. כשליש עד כמחצית מהשונות ניתן להסביר באמצעות משתנים מקובלים בנוסחה. בארצות אחרות, המשתמשות בגיל כמרכיב בנוסחה, מוגדרות קבוצות הגיל בחמישונים ולא בעשירונים. חלוקה מפורטת יותר של קבוצות גיל, תתרום ליצירת קבוצות הומוגניות יותר ולהפחתת העדפה או אפליה לפי גיל בתוך קבוצות. יש לתקן את שקלול קבוצות הגיל בנוסחת הקפיטציה הקיימת, כך שקבוצות הגיל תהיינה בנות 5 שנים, ולהוסיף כמה קבוצות גיל מעל 75. ביחס לילדים – יש להגיע לחלוקה מפורטת אף יותר.

▪ יש לדאוג ששינויים בתקצוב הבריאות ובסל הבריאות מסיבות דמוגרפיות ("הזדקנות האוכלוסייה") וטכנולוגיות, כמו גם שינויי מחירים, יתבטאו בשינויים מתאימים שיחולו במנגנון ההקצאה לצורך מימוש היעיל והשוויוני של שינויי התקצוב והזכאות. הבעיה של ייצוג הקשישים בנוסחת הקפיטציה הוצגה על-ידי "שירותי בריאות כללית" לוועדת אמוראי. הקופה הציגה נתונים המצביעים על הבדלים בהתפלגות ההוצאות שלה בפועל לעומת המשקלות שניתנו להן בנוסחת הקפיטציה. הנתונים מצביעים על עלות גבוהה יותר בפועל מזו המוצגת בנוסחה של אוכלוסיית הקשישים, ונמוכה יותר בקבוצות הגיל הצעירות יחסית. מנתוני הקופה עולה כי נוסחת הקפיטציה אינה משקפת את הבדלי ההוצאות היחסיים בין קבוצות הגיל. הנוסחה מפצה פחות מדי עבור אוכלוסיות קשישות ויוצרת תמריץ בקרב הקופות להעדיף מבוטחים צעירים.

▪ יש לעדכן את מקדמי ההקצאה הנוכחיים בהתאם למידע על השימוש בשירותי הרפואה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כל עוד אין נתונים מהימנים על הוצאות לפי גיל מכל קופות-החולים.

2. יש לבחון מחדש את נושא מנגנון ההקצאה בגין מחלות קשות ואת רשימת המחלות הנכללות בקבוצה זו

- "מחלות קשות" הוא מושג כולל לקבוצה של חמש מחלות שהוצאו מחוץ להקצאה לפי הנוסחה: אי-ספיקת כליות כרונית (טיפול בדיאליזה), מחלת גושה, תלסמיה מיגור או אינטרמידיה, המופיליה, חולה או נשא HIV. ההעברה לקופות בגין המחלות הקשות מהווה כ-5 אחוזים מסך הכנסותיהן. התשלום עבור מחלות אלו מועבר לקופות לפי סכום קבוע לשנה לכל מבוטח החולה באחת ממחלות אלו. הקצאה לקופות לפי מספר מבוטחים משוקלל, נעשית לאחר ניכוי ההקצאה עבור מחלות אלה.

<sup>2</sup> ההמלצות לשינוי מנגנון הקפיטציה מבוססות על מחקרים של עירית זמורה, דב צ'רניחובסקי ועמיר שמואלי, מנגנון הקפיטציה וההקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, יולי 2003.

קופות החולים מפוצות בגין מחלות אלה על פי מספר החולים בכל קופה, משום שהטיפול במחלות אלה יקר וממושך ומכיוון שהתחלואה במחלות אלו אינה קשורה בהכרח לגיל המבוטח. עם זאת ההוצאה של הקופות בגין אינה גבוהה ביותר, גם לא לחולה בודד (ממוצע). לכן הסדר המחלות הקשות אינו עונה על הכשלים הטמונים במנגנון זה – הן מבחינת ברירת סיכונים סמויה והן מבחינת ההשלכות על פיחות באספקת שירותים לחולים "יקרים" אחרים, אשר אינם סובלים מה"מחלות הקשות" דווקא.

### 3. יש ליישם הקצאה אזורית על-ידי קביעת פרמטר מרכזי שיקדם שוויוניות ויעילות במערכת הבריאות.

בישראל קיימים פערים בהיצע שירותי בריאות בין אזור המרכז לפריפריות (צפון ודרום), כאשר בפריפריה יש שיעור גבוה יותר של אוכלוסיות ברמה חברתית-כלכלית נמוכה יותר, ואוכלוסיות מיעוטיות, ערבים ובדואים. בין הדרום לבין מרכז הארץ נמצאו הבדלים בשיעורי תחלואה במספר מחלות וכן בשיעורי התמותה. היצע שירותי הבריאות, זמינותם והנגישות אליהם נמוכים יותר בדרום הארץ מאשר במרכזה. שונות בזמינות השירותים ובדפוסי הטיפול עשויה להתבטא ברמות שונות של הוצאה על פרטים דומים. האזוריות היא אחד האתגרים העומדים בפני מנגנון ההקצאה הישראלי החותר להשגת שוויוניות. אין קשר סטטיסטי בין מספר הרופאים הכולל בנפה לבין שיעורי התמותה בה, אך המצב חמור ביחס לרופאים המקצועיים. כלומר, נדרש שינוי מנגנון הקפיטציה שיענה על אי השוויוניות הקיימת במערכת במטרה לסייע לצמצם את הפערים בין אזורים שונים בשיעורי התחלואה ובשיעורי התמותה.

### 4. יש לשקול את הוספת המשתנים הבאים לנוסחה: מגדר; מצב בריאות, לרבות נכות; מצב חברתי-כלכלי. אלה יפחיתו את תמריץ הקופות להפלות בין קבוצות מבוטחים ויביאו להקצאה צודקת יותר לקופות:

נשים: הכללת המגדר בנוסחת הקפיטציה לא עשויה לשנות את ההקצאה בין קופות-החולים, אך באי הכללת פרמטר זה יש משום פגיעה בנגישות נשים בגיל הפריור לשירותי רפואה.

מצב הבריאות של המבוטח: יש חשיבות בהכללת מצב הבריאות (לפי הגדרה של מצבים כרוניים) בנוסחת הקפיטציה, הן מבחינת שוני בין חולים והן מבחינת ההקצאה לקופות. מבוטח "כרוני" הינו מי שחולה באחת או יותר מחמש מחלות כרוניות (יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב איסכמית, מחלה ממאירה, אסטמה). ההוצאה השנתית על חולה כרוני גבוהה פי 2.5 בממוצע לעומת מבוטח רגיל בכל קבוצות הגיל. הפער גדול במיוחד (פי חמש) בקרב צעירים והוא יורד עם הגיל. פערי ההוצאה מהווים תמריץ שלילי לפתח שירותים לחולים כרוניים ולהצטיין בטיפול איכותי, שכן התשלום המתקבל הוא לפי הממוצע לקבוצת הגיל כולה.

מצב חברתי – כלכלי: הוספת משתנה של מצב חברתי כלכלי יכול להעשות על בסיס הקצאה אזורית כפי שהוצג לעיל

לסיכום, מנגנון הקפיטציה הינו כלי מרכזי למימוש מדיניות שוויונית בקידום מערכת הבריאות. יש לעדכן אותנו לעתים מזומנות בהתאם לעדכונים בסל הבריאות וביצועם על בסיס נתוני הוצאה של קופות-החולים. לשם כך יש למצוא דרכים באמצעותם תוכל הממשלה לקבל נתונים על ההוצאה לבריאות פר נפש ובהתאם לנתונים אלו לשקול את ההוצאה בפועל של כל קופה למבוטחיה.