

"בחינת אופן חלוקת הכספים בין קופות החולים על שירותי בריאות וסיעוד והצעת מנגנונים משלימים"

שולי ברמלי-גרינברג, רות וייצברג וקובי גלזר

1. הקדמה

במערכת בריאות, כל מנגנון פיזיו יוצר תמריצים כלכליים המשפיעים על התנהגות ספק השירות. למנגנון הפיזיו שתי מטרות מרכזיות: הוגנות בחלוקת המשאבים, וקידום מדיניות. הוגנות בחלוקת המשאבים כוללת שני יסודות: *שיוויון ויעילות*. בשיוויון הכוונה מניעת התמריצים של קופות החולים לסלקציה וביעילות הכוונה לתגמול הקופות באופן שיתמרץ אותן לתת את הטפול המיטבי במסגרת המשאבים העומדים לרשותן (גלזר, 1997; Rice and Smith, 1999; Ellis and Van de Ven, 2000; Van de Ven et al, 2003). אולם, מתקיים תמיד יחס התחלופה (tradeoff) בין סלקציה (חוסר שיוויון) ליעילות (Newhouse, 2001a, 2001b; Van Barneveld et al, 1996, 2002; Schokkaert et al, 1998). כל שינוי במנגנון הפיזיו לצורך קידום מדיניות מתבטא בשינוי יחס התחלופה שבין סלקציה ליעילות. השינויים יכולים להיות (1) בזמן שנקבע התשלום לספק, כלומר תשלום באופן פרוספקטיבי (מראש) דוגמת שכר, קפיטציה, או תקציב גלובלי; או תשלום שנקבע לאחר שניתן השירות דוגמת תשלום לפי פעולה, FFS ועוד. וכן (2) הוספת מנגנונים של חלוקת סיכונים בין הספק למממן, דוגמת הוספת מתאמי סיכון לנוסחת קפיטציה, או תקנון התשלום לפי חומרת המקרה (case-mix). שילוב "מוצלח" בין שני מנגנונים אלו יכול להוביל לאפקטיביות מירבית של מנגנון הפיזיו.

במחקר זה נעשה שימוש במספר קבצי נתונים אשר כללו את קבצי סקר *SHARE wave 5 release 1.0.0*, כמו כן, ראינו במחקר מספר מומחים ובכירים במערכת. לרשימת התודות המלאה ראה נספח 1.

2. רקע מדעי

2.1 מנגנון הפיזיו של קופות החולים

בישראל, עלות סל שירותי הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי¹ מחולק בין ארבע קופות החולים באופן הבא:

- **מנגנון הקפיטציה (עם התאמת סיכונים):** מפצה 88% מסל הבריאות באופן פרוספקטיבי באמצעות נוסחת קפיטציה שמשקללת את מספר מבוטחי הקופות בהתאם לגילם, מינם ומקום מגוריהם².
- **תשלום עבור מחלות קשות:** כ-5% מתקציב סל הבריאות ניתן באופן פרוספקטיבי על המבוטחים הסובלים מלפחות אחת מהמחלות: אידס, אי ספיקת כליות, גושה, המופיליה וטלסמיה. קופות החולים מקבלות שיפוי, לפי מספר החולים ועלות שנקבעה מראש למחלה. זהו סוג של מנגנון שיתוף סיכונים (*risk sharing mechanism*) אשר כולל כ-0.07% מהאוכלוסייה.

¹ עלות סל שירותי הבריאות לשנת 2013 הסתכמה ב- 36,555 מיליון ₪

² בנובמבר 2010 עודכנה הנוסחה ונוספו בה מדדים המתייחסים למגדר, שימוש בתרופות ופריפריה. ראה קבוצות ומשקלות הקפיטציה בנספח 2

- **הכנסות עצמאיות:** כ-7% מסל הבריאות ממומנים באמצעות הכנסות ישירות נורמטיביות מהמבוטחים על צריכת שירותים בפועל דוגמת אגרת ביקור רופא, השתתפויות בעלות התרופות ועוד. (לא כולל הכנסות מתשלומים לתוכניות השב"ן או מחוץ לסל).
- קופות החולים גם מקבלות מהממשלה באופן רטרופקטיבי **תמיכה כספית**. מנגנוני התמיכה משמשים בעיקר להשגת יעד של ייצוב כלכלי אך גם לקידום מדיניות משרד הבריאות. כספי התמיכה מחולקים לקופות בהתאם למבחנים שנקבעים אחת לכמה שנים. בשנת 2013 סך כספי התמיכה עמד על כמיליארד ₪ (שהם כ-2.8% בלבד מסך הכנסות הקופות)³.

ב-2009 אחת המטרות של מנגנוני התמיכה הייתה "שיפור איכות הטיפול בקשישים ותמרוץ פיתוח פתרונות קהילתיים" כפי שנקבע בחוק ההסדרים 2009. מטרה זו קודמה למרות שקופות החולים לא אחראיות על האשפוז הסיעודי. המנגנון בו נעשה שימוש היה העברת חלק מהסיכון (*risk sharing*) במימון האשפוז הסיעודי לקופות החולים. סכום התמיכה חושב לפי מפתח חלוקה כך שמחצית מהסכום בהתאם לחסכון הכספי שנוצר על פי מספר ימי האשפוז של קשישים מבוטחי כל אחת מן הקופות. המחצית האחרת בהתאם לחלקה של כל אחת מן הקופות בהוצאה לאשפוז סיעודי באותה השנה. ב-2010 חולק רק חלק מהכסף ובסך הכל כ-27 מיליון ₪ בלבד (משרד הבריאות, 2011).

2.2 תמריצים לסלקציה ולחוסר יעילות

קופות החולים חייבות לקבל כל פונה ולספק סל שירותים אחיד מצד אחד ואינן יכולות לגבות פרמיות מותאמת סיכון מן הצד השני. במצב כזה קיים התמריץ לסלקציה עקיפה על ידי הספקה של סל שירותים באיכות בנגישות ובזמינות פחות טובים (*skimping*) לאלו בעלי הסיכון הגבוה להוצאה גדולה מבחינתה של הקופה (Newhouse et al, 1997). מנגנון פיצוי מבוסס קפיטציה עם מנגנון התאמת סיכונים חלקי לא מבטל את התמריץ לסלקציה.

אחת הדרכים להתגבר על התמריץ לסלקציה היא פיצוי רטרופקטיבי עבור ההוצאות בפועל. אולם, פיצוי רטרופקטיבי יוצר את תמריץ לחוסר יעילות מכיוון שהוא מתמרץ ל-*over treatment* (הגדלת נפח הפעילות כדי להגדיל את ההכנסות). כלומר, קיים יחס תחלופה בין יעילות וסלקציה במנגנוני הפיצוי.

2.3 שילוב של מתאמי סיכון לקפיטציה – טוב אבל לא מושלם

חלופה אחרת להתמודד עם התמריץ לסלקציה הוא שכלול נוסחת הקפיטציה על ידי שילוב של מרכיב התאמת סיכונים (*risk adjustment*) בנוסחה. היתרון המרכזי של שיטה זו בכך שהיא מצמצמת תמריץ לסלקציה ומקדמת יעילות (בן נון ואחרים, 2010; Ellis and Van de Ven, 2000).

ככל שמרכיב התאמת הסיכונים משוכלל יותר כך מנגנון הקפיטציה מתמודד טוב יותר עם התמריץ להעדיף מבוטחים בעלי סיכונים מתחת לממוצע על מנת לחסוך משאבים (Glazier et al, 2009; Popovian et al, 1999; Van de Ven et al, 2003).

³ דוגמאות למנגנוני תמיכה מקדמי מדיניות ב-2013: מתן טיפולי שיניים לילדים ללא תשלום, מתן חיסון נגד שפעת ללא תשלום לקשישים מעל גיל 65 וילדים עד גיל 5, הפעלת תכנית לצמצום אשפוזים חוזרים, מתן הנחות של 10% לתרופות לקשישים מעל גיל 70, הפעלת תוכניות לקידום בריאות ורפואה מונעת, לרבות הפעלת תחנות טיפת חלב, צמצום פערים חברתיים וגיאוגרפיים ועוד (משרד הבריאות, 2014).

אולם, ידוע מהספרות המקצועית כי יכולת ההסבר והחיזוי של ההוצאה הצפויה והשונות בצריכת שירותי הבריאות היא מוגבלת: משתנים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים מנבאים כ-10% מהשונות, והוספת משתני רקע אחרים ומצב בריאותי מעלה את רמת השונות המוסברת לכ-20% (זמורה וצ'רניחובסקי, 1999; שמואלי ואחרים, 1995; Ellis and Van de Ven, 2000). Newhouse ואחרים (1989) מציעים גם להוסיף דיאגנוזה ושימוש שירותי בריאות בעבר כמתאמי סיכון על מנת להעלות את החיזוי של השימוש העתידי.

כלומר, גם המנגנון המשוכלל ביותר של התאמת סיכונים לא יביא להסבר מלא של ההוצאה הצפויה ומכל לבטול התמריץ לסלקציה. בישראל מנגנון התאמת הסיכונים אף פשוט יחסית למדינות אחרות והנוסחה התעדכנה ארבע פעמים בלבד במהלך עשרים השנים האחרונות דבר שמחריף את הפער בין הפיצוי לעלות הקופות בפועל ומעצים את התמריץ לסלקציה עקיפה.

2.4 קביעת הנוסחה – צילום מצב קיים

החישוב של משקלות נוסחת הקפיטציה בישראל נעשה כל כמה שנים על בסיס נתוני הוצאה או שימוש קודמים באופן הבא:

$$Weight\ group\ i = \sum weight\ major\ expense * \frac{use\ distribution\ group\ i}{distribution\ group\ i} \quad (1)$$

כאשר "ראשי הוצאה" (major expense) הם: טיפול אמבולטורי, אשפוז ושימוש בתרופות; והקבוצות מוגדרות על פי הוקטור (גיל X מין X פריפריה).

נוסחה זו יוצרת מצב של מעגל קסמים בו השימוש בפועל מושפע מההיצע הקיים, ההיצע מושפע מהתשלום הממוצע המחולק באמצעות נוסחת הקפיטציה, והתשלום נקבע על בסיס השימוש בפועל. שיטת החישוב "מצלמת" תמונת מצב קיים ומנציחה אותה. כאשר המצב הקיים לא דווקא משקף את הביקוש האמיתי לשירותי בריאות של האוכלוסייה והשונות בין קבוצות אוכלוסייה בצרכים. לכן עיוותים או אי-יעילות קיימים עשויים להיות מונצחים. למשל, אם לקבוצה מסויימת, נניח נשים קשישות, יש מחסומים בנגישות לשירותים, והשימוש בפועל היא נמוכה מהצורך, נוסחת הקפיטציה משמרת את תת-השימוש זה כיוון שמתבססת על השימוש הקיים (Rice and Smith, 1999).

2.5 מנגנונים משלימים - מנגנוני חלוקת סיכונים

יש מדינות המשתמשות בנוסחת הקפיטציה ובמתאמי הסיכון לצורך קידום מדיניות בריאות ושינוי המצב הקיים. למשל, בהולנד השתמשו במתאמי הסיכון לקידום הטיפול בחולי סוכרת ולעידוד הקופות למשוך אליהן חולי סוכרת (Van de Ven et al, 2007). אולם, נראה כי שימוש בנוסחת הקפיטציה ככלי לקידום מדיניות מורכב שכן קביעת נוסחת הקפיטציה תלויה (ולכן גם מוגבלת) בזמינות של נתונים שעל בסיסם מחשבים את מתאמי הסיכון וסולמותיהם. מכאן שהנסיון הבינלאומי מצביע על כך כי השילוב של פיצוי על בסיס מנגנונים משלימים עם פיצוי על פי נוסחת הקפיטציה כמנגנון טוב יותר לצמצום התמריץ לסלקציה, הוגנות בחלוקת המקורות בין הקופות, וכן לתיקון עיוותים קיימים.

מנגנון משלים לקפיטציה מחלק את הסיכונים (risk sharing) בין השחקנים השונים. חלוקת הסיכון יכולה להיות בין המבטח למבוטח למשל השתתפויות עצמיות, או בין המדינה ולמבטח למשל שילוב קפיטציה עם תשלום רטרוספקטיבי. חלוקת הסיכון בין המדינה למבטח נקראת לעיתים בספרות כ- reinsurance (Newhouse et al, 1997).

קיימות צורות שונות של מרכיבי חלוקת סיכונים בין המדינה למבטח שהעיקריות שבהן:

1. תשלום הוצאות בדיעבד על מבטחים מסוימים אשר נבחרים על פי קריטריונים ידועים וקבועים מראש (למשל, על פי מחלה קשה, או גיל מבוגר);
2. בחירה של סוג טיפול עבורו משלמים את כל או חלק מההוצאות עבור כל או חלק מהמבטחים - הרגולטור קובע את הטיפול עליו הוא משלם בדיעבד ולעיתים אף על המחיר של הטיפול;
3. תשלום בדיעבד עבור שיעור המבטחים היקרים ביותר;
4. קופות החולים יכולות לבחור שיעור מהמבטחים שלהם שעבורם יקבלו את ההוצאות בפועל; 5.
5. קביעת רמת הוצאות נורמטיביות אשר מעבר לה משלם המממן בדיעבד;
5. מימון מרכיב חלוקת הסיכון באופן חיצוני למנגנון הפיצוי.

עד כה עיקר המחקר בישראל בנושא מנגנון הפיצוי לקופות עסק בשיפור נוסחת הקפיטציה ושיכלול מנגנון התאמת הסיכונים. המחקר מרחיב את הדיון על אופן חלוקת הכספים בין קופות החולים לחלוקת סיכונים ובוחן מנגנונים משלימים לנוסחת הקפיטציה המשפרים את הוגנות חלוקת המשאבים בין הקופות ובין קבוצות האוכלוסייה על מנת לתקן עיוותים בשימושים.

חלק נוסף של המחקר קשור למנגנון הפיצוי של הקופות בגין העברת האחריות של הטיפול הסיעודי אליהן.

2.6 העברת האחריות על הטיפול הסיעודי לקופות החולים – הרפורמה הסיעודית

בשנים האחרונות מקדם משרד הבריאות רפורמה אשר בעיקרה מבקשת להכליל את הטיפול הסיעודי בסל הבסיסי. על פי הרפורמה המוצעת, קופות החולים יהוו את הגורם המרכזי המטפל בקשיש הסיעודי. לשם כך תועבר אליהן (בשלבים) האחריות הביטוחית על כלל שירותי האשפוז הסיעודי והאחריות על הטיפול הרפואי והסיעודי בקהילה (משרד הבריאות, 2011).

הצוות אשר הכין את המתווה לרפורמה העריך את עלות הסל שתדרש להפעלת הרפורמה ב-6.5 מיליארד ש. את סל "הטיפול הסיעודי" הציע משרד הבריאות לחלק בין קופות החולים על פי מודל ההקצאה הקיים כיום, קרי, בעיקר באמצעות נוסחת הקפיטציה. מורכבות מערכת הטיפול הסיעודי, הממשק עם מערכת הבריאות ושירותי הרווחה והשינוי המשמעותי המוצע על ידי הרפורמה מחייב ליווי מחקרי מעמיק שהוא לא המוקד של המחקר הנוכחי. אולם, הדיון ברפורמה מעלה את השאלה באם תועבר האחריות הביטוחית על הטיפול הסיעודי לקופות מהי נוסחת הקפיטציה המתאימה לטיפול סיעודי ומהם המנגנונים המשלימים לנוסחה אשר יקדמו מטרות מדיניות נוספות (כגון, עידוד הטיפול הסיעודי בקהילה, תאום בין נותני שירות וכדומה). במחקר זה ניסנו לענות גם על שאלות אלו.

3. מטרות המחקר

מטרת המחקר לבחון את מנגנון חלוקת הכספים הקיים ולהציע מנגנונים משלימים לצורך השגת הוגנות בחלוקת הכספים, צמצום כשלי השוק וקידום מדיניות.

מטרות ספציפיות

1. חישוב התפלגות השימוש כיום בבריאות ובסיעוד לפי ראשי הוצאה מרכזיים
2. חישוב הקשר בין ראשי הוצאה מרכזיים בטיפול סיעודי למאפיינים דמוגרפיים, תפקודיים ואחרים.

3. זיהוי מנגנונים משלימים אפשריים לחלוקת הכספים בין קופות החולים אשר יתרמו להשגת אפקטיביות מירבית.

4. בחינת ההוצאה על טיפול סיעודי (בקהילה ובמוסד) כמקרה פרטי של יישום מנגנונים אלו

4. שיטות המחקר

המחקר הוא כלכלי ובשלב הראשון משלב כלים תיאורטיים וכמותיים, המתבסס על שיטות אקונומטריות מתקדמות לניתוח קבצי נתונים. השלב הראשון השתמש במודל דו שלבי לשם ניבוי השימושים בשירותי בריאות וזיהוי המשתנים המשפיעים על שימושים אלו. כמו כן, בשלב השני של המחקר, שולבו שיטות איכותניות של ראיונות עומק וסקירת ספרות על מנת לזהות מנגנונים משלימים את הקפיטציה לחלוקת הכספים לקופות החולים לשם השגת האפקטיביות המירבית בשיוויון ויעילות.

להרחבה על שיטות המחקר וכלי המחקר ראה נספח 3 בפרק הנספחים לדוח זה.

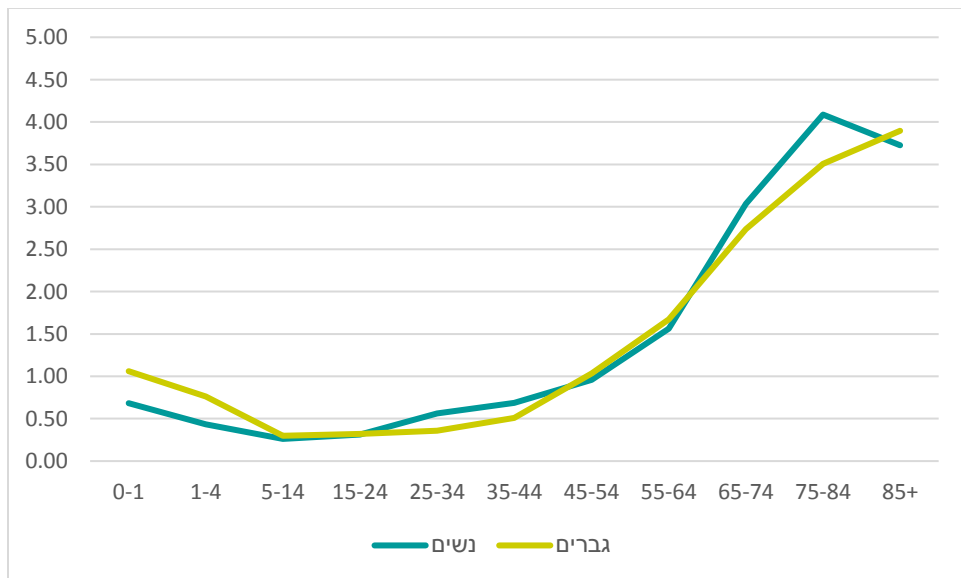
5. ממצאים על השימוש בשירותי בריאות

5.1 תמונת מצב: השימוש בפועל בשירותי בריאות

השימוש בפועל בשירותי בריאות חושב על בסיס סקר בריאות 2009 של הלמ"ס. ראה נספח 4 להתפלגות השימוש בכל ראש הוצאה לפי סקר הבריאות.

משקלות הקפיטציה של השימוש בפועל בשירותי בריאות לפי גיל ומין חושבו על פי נוסחת הקפיטציה הנוכחית (ראה פרק 2.4 לעי"ל). מגרף 1 עולה כי קיימים הבדלים בין נשים לגברים כך שמשקלות השימוש בפועל עד גיל 14 גבוהים עבור ילדים לעומת ילדות, לעומת זאת, מגיל 55 ועד 85 משקלות הנשים גבוהות יותר מאלו של הגברים.

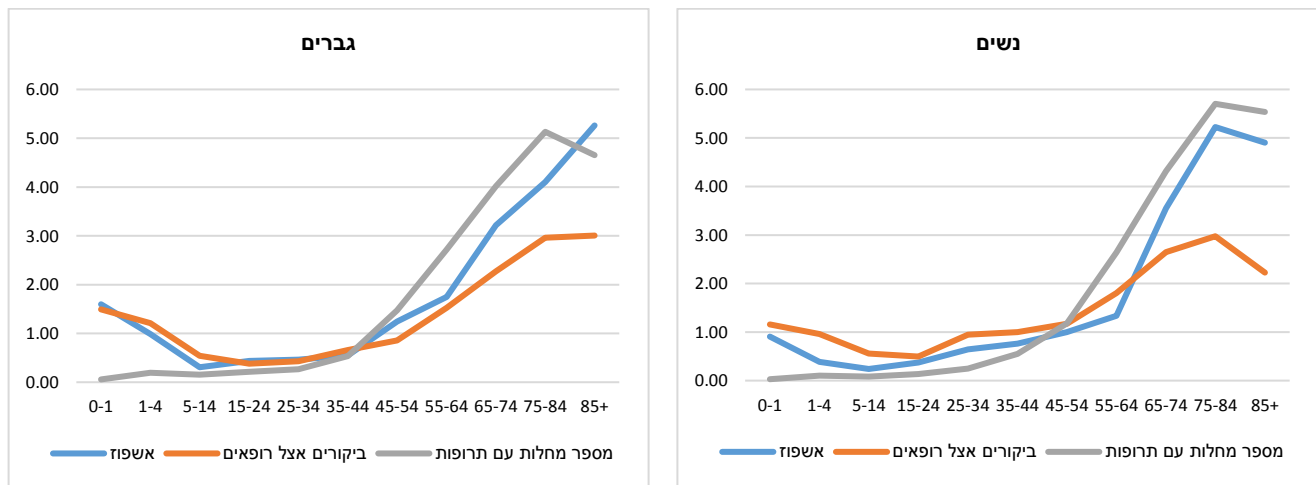
גרף 1: משקלות השימוש בפועל של שירותי בריאות, לפי מין



חושבו משקלות השימוש בפועל עבור כל אחד מראשי ההוצאה: מס' ביקורים לרופא כלשהו בשנה האחרונה, מס' אשפוזים בשנה האחרונה, מספר המחלות עבורן לקח תרופות מרשם בשנה האחרונה, ומספר ביקורים במקצועות עזר או בדיקות דימות.

בגרף 2 מוצגים משקלות השימוש בפועל לפי ראש הוצאה, גיל ומין. רואים כי משקל ראש הוצאה "ביקור אצל רופאים" של נשים גדול מזה אצל מגברים בכל קבוצות הגיל, פרט לגיל 85 ומעלה. כלומר, מספר הביקורים של נשים אצל רופאים יותר מגברים עד גיל 85. ראש ההוצאה של אשפוז היה "מספר ימי האשפוז באשפוז האחרון". כאן קיימים הבדלים בין נשים וגברים לפי גיל כך שהמשקל של האשפוזים אצל גברים מגילאי 0-5 וגילאי 45-64 גדול מזה אצל נשים, אך עבור נשים בקבוצות גיל 25-44 ו-65-84 המשקל גבוה יותר. בגרף גם ניתן לראות שמקבוצת הגיל 55-64 קיימת עלייה חדה במשקל של האשפוזים הן אצל גברים והן אצל נשים. לגבי תרופות נראית עלייה חדה במשקלות השימוש מקבוצת גיל 35-44 אצל גברים ו-45-54 אצל נשים.

גרף 2: משקלות השימוש בפועל לפי ראש הוצאה, גיל ומין



5.2 משתנים המשפיעים על השימוש בשירותי הבריאות

המודל החזוי הוא המודל בו הכללנו מתאמי סיכון רבים כדי להתקרב לנוסחת קפיטציה מיטבית. לצורך בניית המודל החזוי נבדקו ביחד עם מתאמי הסיכון מין וגיל מתאמי סיכון נוספים היכולים להסביר את השימוש כגון מצב בריאות, מוגבלות, משתני רקע וחברתיים-כלכליים והתנהגות בריאות.

המשתנה התלוי במודל החזוי כלל את כל השימוש של הפרט כולל אלו במערכת הציבורית ואלו בפרטית. נכללו גם שימושים בשירותי בריאות אחרים מעבר לאלו הכלולים בשלושת ראשי ההוצאה בחישוב סולם הקפיטציה.

הניסיון היה לבנות מודל חזוי של שימוש בשירותי בריאות אשר יכלול את כל השימושים בכל המערכת. מכיוון שהמחקר מבקש להציע מנגנוני משלימים לפיצוי קופות החולים מעבר לקפיטציה, אשר ייתנו מענה לכל הביקושים כולל אלו שלא מגיעים למערכת הציבורית, וגם יהיו הוגנים ויקדמו מדיניות. להרחבה על המודל החזוי ראה נספח 3.

את אמידת המודל החזוי עשינו במודל דו-שלבי. בשלב הראשון בוצע ניתוח רב משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית ובה זיהנו את המשתנים המשפיעים באופן עצמאי על הסיכוי להשתמש בשירות מסויים. בשלב השני בוצע ניתוח רב משתני מסוג רגרסיה GLM ובה זיהנו את המשתנים המשפיעים על כמות השימושים בכל שירות, בהינתן שהיה שימוש. להרחבה על המודל הדו-שלבי ממנו נבנה המודל החזוי ראה נספח 3, לתוצאות המלאות של שני שלבי הניתוח הרב-משתני ראה נספחים 5 ו-6.

מהניתוח הרב משתני עולה כי למשתנה "פריפריה" לא נמצאה השפעה עצמאית מובהקת על הסיכוי להשתמש באף אחד מראשי ההוצאה שנבדקו. המשתנה "פריפריה" הוכנס לנוסחת הקפיטציה כדי לעודד את הקופות לבצע פעולות לחיזוק שירותי הרפואה בפריפריה. המשתנים בעלי ההשפעה העצמאית החזקה ביותר גם על הסיכוי להשתמש וגם על סך הכמות המבוקשת הם מחלה כרונית ומוגבלות פיזית. קיום המחלות סרטן ודיכאון משפיע באופן מובהק על הסיכוי להשתמש בשירותי הבריאות. מבין משתנים של נבדקו שני משתנים הקשורים להתנהגות בריאות: פעילות גופנית ועישון. נמצא שפעילות גופנית משפיעה באופן שלילי על הסיכוי להתאשפז ולהשתמש בתרופות ובאופן חיובי על הסיכוי לבקר אצל רופא ולבקר אצל מקצועות עזר או בדיקות דימות. פעילות גופנית משפיעה באופן שלילי על מספר האשפוזים בשנה. נמצא שעישון משפיע רק על הסיכוי להתאשפז. עוד נמצא כי לערבים סיכוי גבוה יותר להתאשפז ולהשתמש בתרופות, ולאנשים הגרים באשכול חברתי-כלכלי נמוך סיכוי נמוך להשתמש בשירותים.

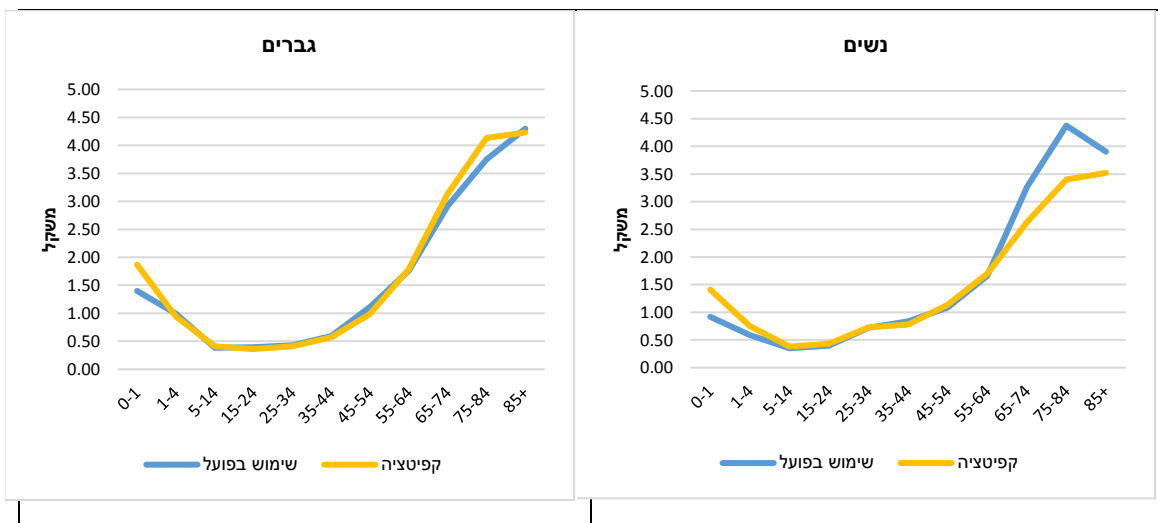
5.3 מדדים לזיהוי תמריצים לסלקציה: רווח / הפסד למבוטח בקבוצה

כדי לזהות באלו מהקבוצות יש לקופות תמריץ לסלקציה לא ישירה (*skimping*), השווינו את המשקלות של השימוש בפועל לעומת אלו של המודל הנורמטיבי. המודל הנורמטיבי במחקר הנוכחי מוגדר כמשקולות הקפיטציה הנוכחית (להרחבה ראה נספח 3). מההשוואה למדנו עבור אלו מקבוצות הקפיטציה (על פי גיל ומין) יש לקופות רווח / הפסד בשיטת הפיצוי הקיימת.

מגרף 3 אפשר לראות כי אצל ילדות בנות 0-14 וילדים בני 0-4 וגברים בני 55 ומעלה משקלות הקפיטציה גבוהים ממשקלות הקפיטציה של השימוש בפועל. פער זה מעיד על כך שנוסחת הקפיטציה מפצה יותר מהשימוש בפועל על מבוטחים בקבוצות אלו ומכאן על פוטנציאל רווח שיש לקופות על מבוטחים בקבוצות אלו. המצב הפוך עבור קבות הנשים בנות 55 ומעלה. כאן משקלות השימוש בפועל גדולים יותר ממשקלות הקפיטציה. ממצא זה מעיד שעבור קבוצות אלו הקופות מפוצות פחות מהשימוש בפועל ומכאן שיש עליהן פוטנציאל להפסד.

מהמצב הנ"ל ניתן להסיק כי קיימים תמריצים לסלקציה חיובית של קבוצות הילדים והגברים המבוגרים. לעומת זאת, קיימים תמריצים לסלקציה שלילית של הנשים המבוגרות. מכיוון שקופות החולים לא יכולות לדחות מבוטחים *ex-ante*, לקופה קיים תמריץ לסלקציה *ex-post* בעת קבלת הטיפול ולפתח פחות שירותים לנשים מבוגרות (*skimping*).

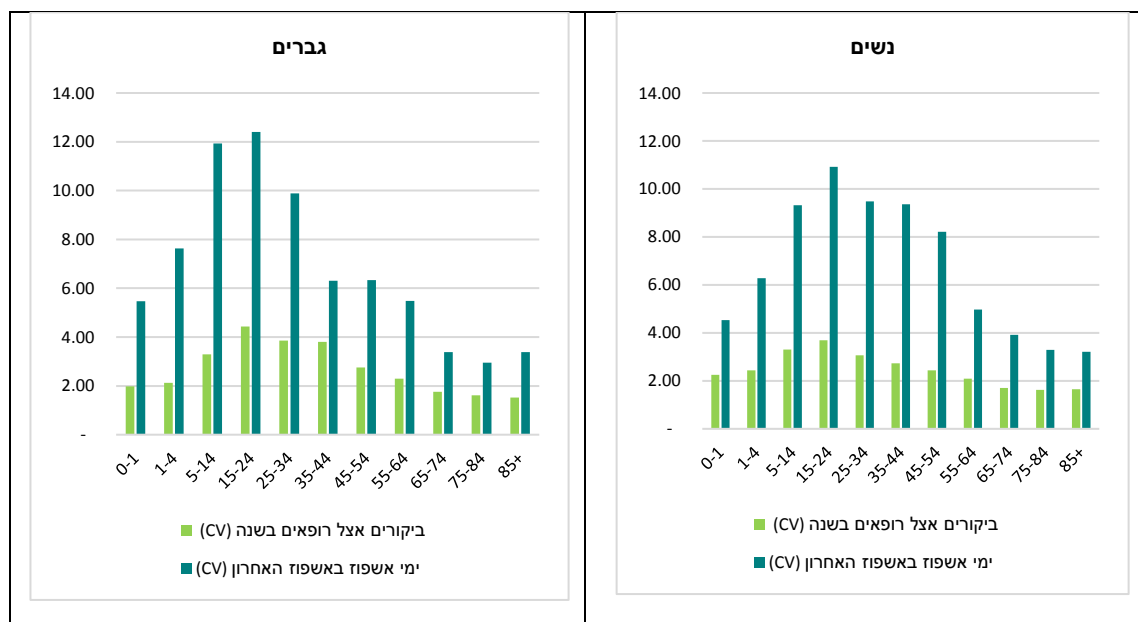
גרף 3: משקלות הקפיטציה הנוכחית לעומת משקלות השימוש בפועל לפי גיל ומין



5.4 מדדים לזיהוי תמריצים לסלקציה: שונות בתוך כל קבוצה

מדד נוסף המשמש לזיהוי תמריצים לסלקציה הוא השונות בתוך כל קבוצה. ככל שהשונות בכל קבוצת קפיטציה גדולה יותר, כך גוברים התמריצים לסלקציה של מבוטחים בעלי סיכון נמוך בתוך הקבוצה. בממד הקודם בדקנו אלו קבוצות עדיפות לקופה לעומת קבוצות אחרות, אולם, עדיין בתוך כל קבוצת קפיטציה יכולים להיות מבוטחים עדיפים לקופה לעומת מבוטחים אחרים (למשל, בריאים לעומת חולים). הממד אותו בחרנו לבדוק תמריץ לסלקציה בתוך כל קבוצה הוא מדד ה- CV (Coefficient of variation) אשר מלמד על של פיזור ההתפלגות ומחושב על ידי חלוקת סטיית התקן במוצע. בגלל התקנון לממוצע הממד מאפשר השוואה בין קבוצות ובין משתנים. גרף 4 מציג את ה-CV בתוך כל קבוצת קפיטציה של השימוש בפועל בשירותי בריאות בקהילה ובאשפוז. מהגרף עולה כי השונות הגדולה ביותר נמצאת בקרב קבוצת הצעירים. מדד זה מעיד על תמריץ לסלקציה של בעלי סיכון נמוך גם בתוך קבוצות הגיל הצעירות.

גרף 4: מדד השונות (CV) של השימוש בפועל של שירותי בריאות בקהילה ואשפוז לפי גיל ומין



5.5 השוואת משקלות הקפיטציה הנוכחית (המודל הנורמטיבי) למשקלות המודל החזוי

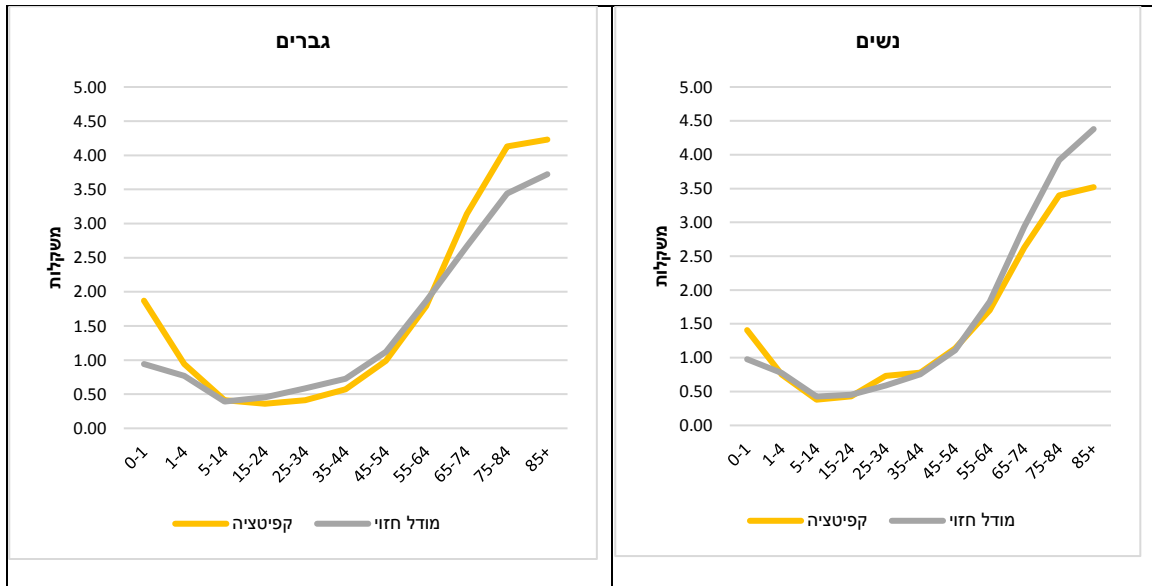
נוסחת הקפיטציה הנוכחית מגדירה עבורנו את המודל הנורמטיבי. משקלות נוסחת הקפיטציה הנוכחיים כוללים כאמור שלושה מתאמי סיכון: גיל, מין ומקום מגורים. המודל החזוי שהוצג בפרק הקודם⁴ כולל מתאמי סיכון רבים המשפיעים על שימוש בשירותי בריאות. על בסיס הנוסחה לחישוב משקלות קפיטציה (ראה פרק 2.4 לעי"ל) בנינו משקלות של המודל החזוי. השוואה בין המשקלות של שני המודלים מראה את מידת ההתאמה בין רמת הפיצוי הנוכחי לפיצוי על-פי מודל החוזה טוב יותר מהמודל הנורמטיבי את השימוש בשירותי בריאות (ומסביר חלק גדול יותר של השונות).

מההשוואה (גרף 5) עולה כי קיימים הבדלים במשקלות של שני המודלים. נמצא כי משקלות הקפיטציה הנוכחית גבוהים יותר מאלו של המודל החזוי עבור ילדים וילדות עד גיל 4. בקבוצת הגיל 5 עד 55 המודלים דומים יחסית. הבדל נוסף נמצא בקרב מבוגרים מגיל 55, עבור גברים משקלות הקפיטציה הנוכחית גבוהים יותר ממשקלות המודל החזוי. לעומת זאת, עבור נשים מבוגרות מגיל 55 משקלות המודל החזוי גבוהים יותר ממשקלות הקפיטציה הנוכחית. כלומר, עבור נשים הקפיטציה הנוכחית מפצה פחות מהמודל החזוי.

ממצאים אלו מלמדים שיש מקום לשיפור נוסחת הקפיטציה הנוכחית. אולם יש לזכור כי גם המודל החזוי שלכאורה מציג נוסחת קפיטציה מיטבית עדיין לא מסביר את כל השונות בין הקבוצות ובתוך והקבוצות. כלומר, גם עם נוסחה מיטבית עדיין נשארים מוקדי אי-יעילות ונשמרים התמריצים לסלקציה, ולכן יש מקום לשלב מנגנונים משלימים עם הקפיטציה – תהיה טובה ככל הניתן.

גרף 5: משקלות המודל הנורמטיבי לעומת משקלות המודל החזוי לפי גיל ומין

⁴ להרחבה על המודל הדו-שלבי ממנו נבנה המודל החזוי ראה נספח 3, לתוצאות המלאות של שני שלבי הניתוח הרב-משתני ומכאן תוצאות המודל החזוי, ראה נספחים 5 ו-6.



6. ממצאים על הטיפול והאישפוז הסיעודי

6.1 תמונת מצב: השימוש בפועל טיפול הסיעודי

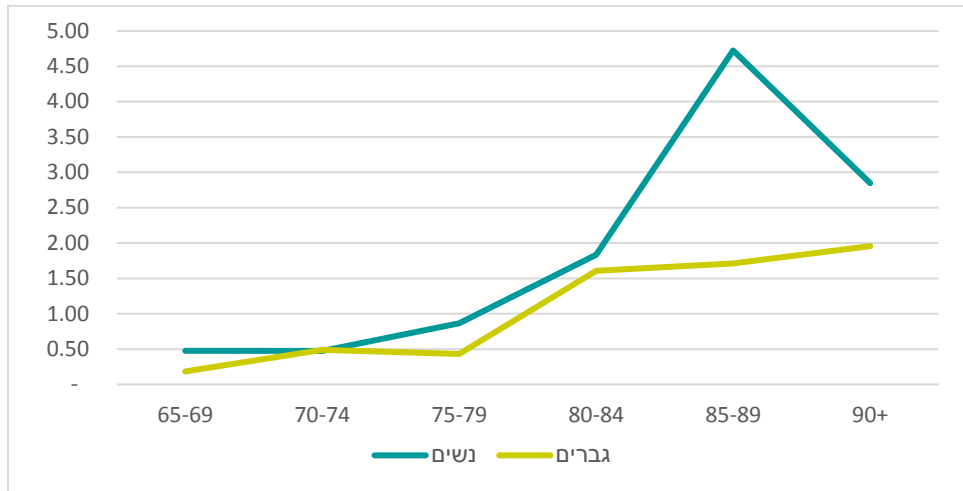
כל הממצאים על הטיפול הסיעודי בוצעו על בסיס שני קבצי נתונים: סקרי SHARE ונתוני משרד הבריאות על מאושפזים סיעודיים. להרחבה על קבצי הנתונים ושיטות המחקר ראה נספח 3.

בטיפול הסיעודי הגדרנו שני ראשי הוצאה: (1) טיפול סיעודי בקהילה ו-(2) אשפוז סיעודי. בהתאם לקבוצות אשר הוצעו במסמך הרפורמה הסיעודית של משרד הבריאות הוגדרו 12 קבוצות של (גיל * מין) לבני 65 ומעלה, וחושבו משקלות קפיטציה-סיעודי על פי נוסחת הקפיטציה לחישוב משקלות הקפיטציה לשירותי בריאות (ראה פרק 2.4 לעיל).

משקל ראש ההוצאה "טיפול סיעודי בקהילה" הוא 75% והמשקל של ראש הוצאה "אשפוז סיעודי" הוא 25%. בנספח 7 מוצג החישוב של המשקלות של ראשי ההוצאה. נספח 8 מציג את משקלות הקפיטציה-סיעודי הבסיסית לפי שתי החלופות (ציבורי וציבורי-פרטי).

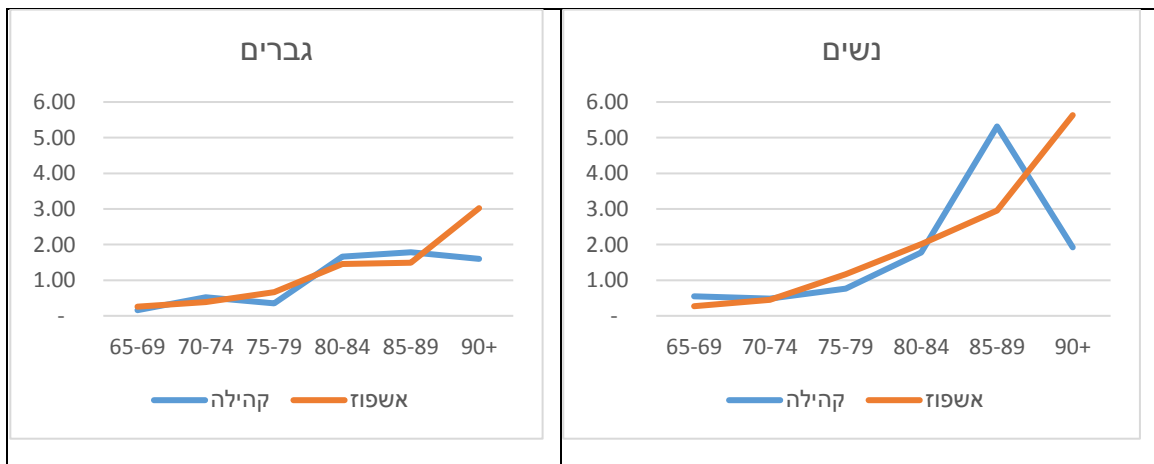
משקלות קפיטציה-סיעודי של השימוש בפועל מוצגים בגרף 6. מהגרף עולה כי המשקלות של השימוש בפועל בטיפול סיעודי גדולים אצל נשים ביחס לגברים לאורך כל קבוצות הגיל, ופער זה גדל באופן משמעותי מקבוצות הגיל 80-84. כלומר, נשים משתמשות יותר בטיפול סיעודי מגברים, בעיקר בגילאים המבוגרים. ממצא זה איננו מפתיע כיוון שידוע בספרות כי תוחלת החיים של נשים ארוכה מזו של גברים, וכי לרוב נשים מטפלות בבני זוגם באופן לא פורמאלי (ללא מימון ציבורי או פרטי) ולכן השימוש בשירותים פורמאליים של גברים נמוך יחסית. בעוד שנשים, בעת הצורך לטיפול סיעודי, זקוקות יותר לטיפול פורמאלי, בעיקר מגיל 80.

גרף 6: משקלות השימוש בפועל בטיפול סיעודי לפי גיל ומין



בגרף 7 מוצגים משקלות השימוש בפועל לפי ראש הוצאה, גיל ומין. מהגרף עולה כי בקרב נשים מגיל 80 קיימים הבדלים ניכרים בין משקלות ראש הוצאה קהילה לעומת ראש הוצאה אשפוז. לעומת זאת, אצל הגברים קיים דמיון במשקלות עד גיל 85 ומגיל זה יש עלייה במשקלות ראש הוצאה אשפוז סיעודי. עבור שני המינים החל מגיל 85 השימושים בקהילה יורדים בעוד שהאשפוז עולה.

גרף 7: משקלות השימוש בפועל בטיפול סיעודי לפי ראש הוצאה, גיל, ומגדר



6.2 משתנים המשפיעים על טיפול הסיעודי בקהילה

על בסיס נתוני סקר SHARE גל 2 בקרב מדגם מייצג של בני 65 ומעלה אמדנו באמצעות ניתוח רב משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית את המשתנים המשפיעים על הסיכוי להשתמש בטיפול סיעודי בקהילה. בנינו שני מודלים: מודל בסיסי (נורמטיבי) ומודל אופטימלי (חזוי). לפירוט ממצאי הרגרסיות ראה נספח 9.

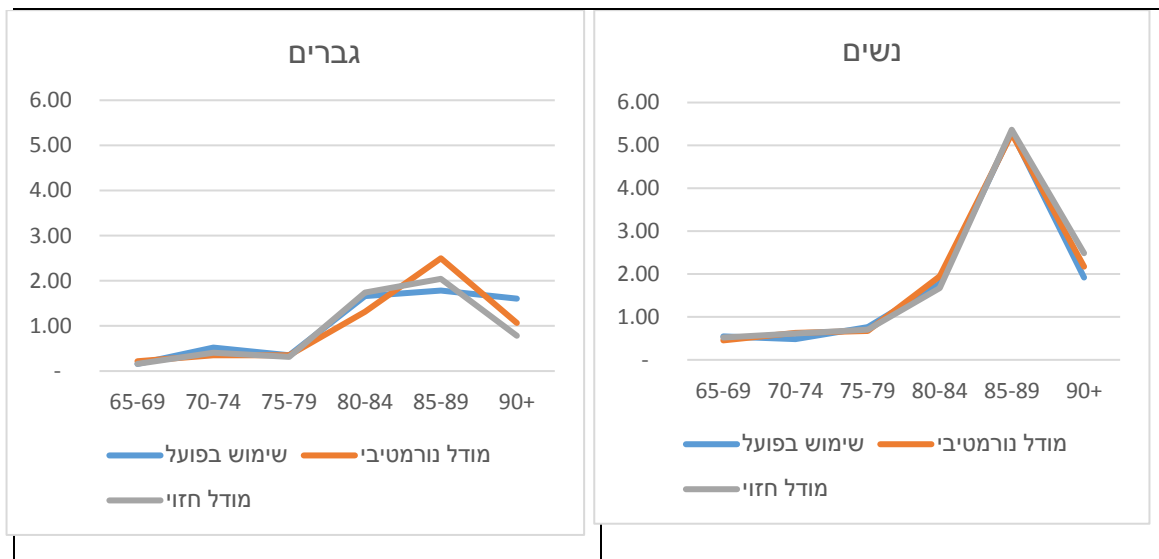
לבניית המודל הנורמטיבי השתמשנו בשני משתנים בלבד: גיל ומין.

לבניית המודל החזוי התבססנו על הספרות המקצועית הרלוונטית לבחירת המשתנים המסבירים ובצענו תהליך robustness עד שהגענו למודל בו שיעור השיפור היה הגבוה ביותר, ולמבחן ה-Hosmer & Lemeshow

הטוב ביותר. המודל הסופי כולל את המשתנים הבאים: גיל (לפי קבוצות המוצעות ברפורמה הסייעודית), מין, חי עם בן/בת זוג, יש לפחות מוגבלות ADL אחת, אובחן ע"י רופא במחלות: התקף לב, לחץ דם גבוה, סרטן, דמנציה.

על בסיס כל אחד מהמודלים (נורמטיבי וחזוי) נבנו משקלות קפיטציה. גרף 8 מציג את המשקלות של המודלים בהשוואה למשקלות - השימוש בפועל. שלושת המודלים יכולים גם להוות שלוש חלופות של משקלות לנוסחת קפיטציה לפי ציפייה עבר טיפול סיעודי בקהילה במידה ויעבירו לקופות החולים את האחריות להספקת שירות זה.

גרף 8: משקלות של המודלים של שימוש בטיפול סיעודי בקהילה לפי קבוצות גיל



בהשוואה בין המודלים ניתן לראות כי עבור נשים המשקלות לטיפול סיעודי בקהילה דומים בכל המודלים. אפשר לומר כי הוספת מתאמי סיכון למודל החזוי מעבר לגיל ומין לא שינתה באופן משמעותי את המשקלות. התמונה שונה עבור גברים. אצל גברים המודל הנורמטיבי (מבוסס גיל ומין) שונה ממשקלות השימוש בפועל מגיל 80 ומעלה. נראה שעבור גברים יותר קשה לחזות את השימוש בטיפול סיעודי בקהילה גם על ידי מודל הכולל משתנים מסבירים נוספים מעבר לגיל ומין.

6.2.1 מדדים לזיהוי תמריצים לסלקציה טיפול סיעודי בקהילה: רווח/ הפסד למבוטח בקבוצה

מגרף 8 עולה כי עבור שני המינים (נשים וגברים) משקלות הקפיטציה של כל שלושת המודלים עד גיל 80 נמוכים מאחד. אולם בעוד אצל הגברים גם לאחר גיל זה המשקלות קרובים לאחד אצל נשים המשקלות של קבוצות הגיל מעל גיל 80 גבוהות בהרבה מאחד. מה שמצביע שעבור נשים בחירת נוסחת קפיטציה הכוללת לפחות גיל ומין היא משמעותית כדי להפחית תמריצים לסלקציה.

עוד ממצא מעניין שעולה מגרף 8 שמשקלות הקפיטציה של נשים בגילאים 85-89 גבוהים מכל המשקלות של הקבוצות האחרות (נשים וגברים). ממצא זה רומז שנשים בקבוצת גיל זו הן המשתמשות העיקריות של טיפול סיעודי בקהילה, ומכאן הקבוצה בעלת סיכון גבוה לסלקציה על ידי הקופות במידה של אי פיצוי הולם. קבוצה זו נמצאת גם בטווח הגילאים בסיכון לפוטנציאל להפסד לקופות ומכאן לסלקציה עבור שירותי בריאות

(ראה פרק 5.3 לעיל). שני ממצאים אלו מצביעים על כך ששעבור קבוצה זו כדאי לשקול מנגנון משלים לפיצוי הקופות כפי שיתואר בהמשך.

6.3 משתנים המשפיעים על אשפוז סיעודי

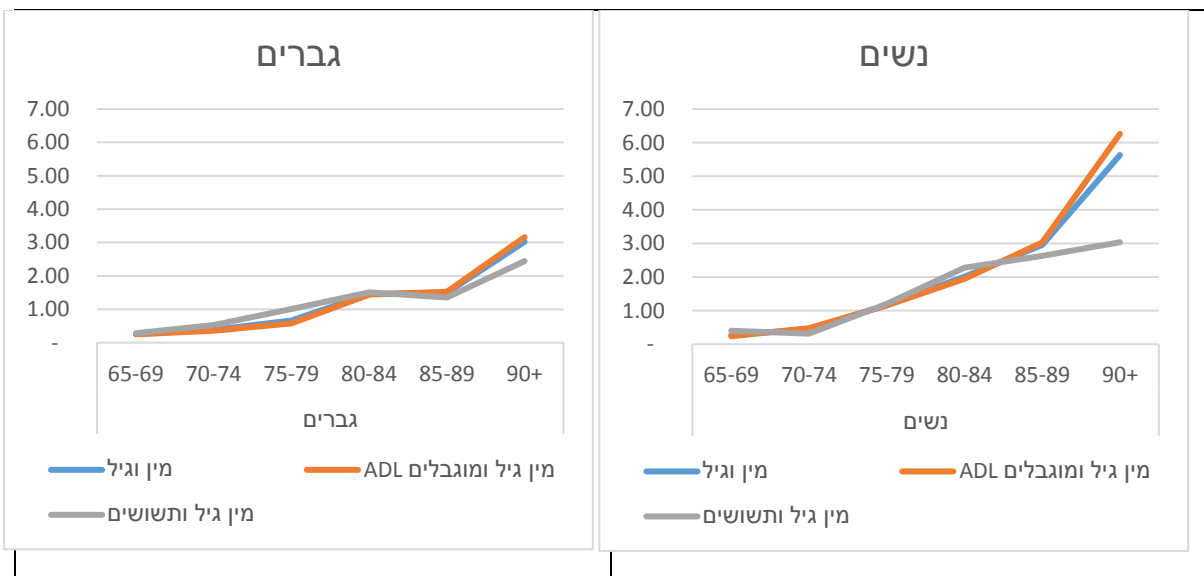
על בסיס נתוני קובץ מאושפזים מקבלי קודים של משרד הבריאות אמדנו את ההשפעה של משתנים שונים על השימוש בפועל של אשפוז סיעודי. מכיוון שכל האנשים בקובץ היו אנשים מאושפזים הניתוח הוא דו משתני לפי משתנים שונים כגון, מצב בריאות, סוג מוגבלות (ADL או תשישות נפש), וניידות.

על בסיס החלק של השימוש היחסי בנוסחת הקפיטציה⁵ בנינו משקלות יחסיים לשימוש בפועל של ראש הוצאה "אשפוז" לפי שלושה מודלים של מתאמי סיכון⁶:

1. מודל בסיסי: מין וגיל
2. מודל מוגבלות: מין, גיל ומוגבלות בפעולות ADL
3. מודל תשישות נפש: מין, גיל ותשישות נפש

בגרף 9 מוצגים המשקלות של שלושת המודלים.

גרף 9: משקלות השימוש בפועל באשפוז סיעודי לפי מודלים של מתאמי סיכון



מגרף 9 ניתן לראות כי משקלות מודל "מוגבלות" דומים למשקלות המודל הבסיסי גם לנשים וגם לגברים. לעומת זאת, משקלות מודל "תשישות נפש" נמוכים יותר ממשקלות המודלים האחרים מקבוצת הגיל 85-89. כלומר, נראה כי דפוס השימוש באשפוז סיעודי שונה בקרב תשושי נפש והם מתאשפזים פחות.

$\frac{use\ distribution\ group\ i}{distribution\ group\ i}$

⁶ בנספח 10 מוצג מודל נוסף המציג את שימוש בפועל באשפוז לפי מדד פריפריאליות.

ממוגבלים ב-ADL או בהליכה. הבדל זה משמעותי יותר בקרב נשים, בהן הפער בין המשקלות של תשושות נפש לעומת האחרות גדול ביחס לפער אצל גברים.

6.3.1 מדדים לזיהוי תמריצים לסלקציה אשפוז סיעודי: רווח/ הפסד למבוטח בקבוצה

בדומה לניתוח לגבי טיפול סיעודי (גרף 8) גם כאן (גרף 9) עולה כי עבור שני המינים (נשים וגברים) משקלות הקפיטציה של כל שלושת המודלים עד גיל 80 נמוכים מאחד. אולם בעוד אצל הגברים גם לאחר גיל זה המשקלות קרובים לאחד אצל נשים המשקלות של קבוצות הגיל מעל גיל 80 גבוהות מאחד. מה שמצביע שעבור נשים בחירת נוסחת קפיטציה הכוללת לפחות גיל ומין היא משמעותית כדי להפחית תמריצים לסלקציה גם בראש הוצאה "אשפוז סיעודי".

7. זיהוי מנגנונים משלימים אפשריים לחלוקת הכספים בין קופות החולים אשר יתרמו להשגת אפקטיביות מירבית.

בפרק זה נציג את ממצאי המחקר לגבי מנגנונים משלימים לקפיטציה כאמצעי לחלוקת סיכונים (risk sharing) בין המדינה לקופות. הממצאים מבוססים על החלק הראשון של המחקר שהוצג בפרקים הקודמים, על סקירת ספרות מקיפה ועל ראיונות עומק עם אנשים בכירים במערכת ובאקדמיה בארץ ובחו"ל. לרשימה המלאה ראה נספח 1.

את המנגנונים המשלימים סווגנו לקבוצות בעלות אופי דומה כדי להקל על ההבנה ולהציג את האופן בו כל חלופה יכולה לבוא לידי ביטוי במערכת הישראלית. סיווג זה אינו חד-חד-ערכי ולחלופות בקבוצות השונות עשויים להיות מאפיינים דומים. כל המנגנונים משלימים את מנגנון הקפיטציה ולא אמורים להחליפו.

7.1 מנגנונים לפי סוג פעילות

מסלול הצע נפרד (Carve Out)

שירות מסויים מסופק על ידי חברת ביטוח / קופה המתמחה בהספקתו בלבד והיא לא מספקת את שאר השירותים בסל הבריאות. לדוגמה בארה"ב חברות המתמחות בשירותי בריאות הנפש מספקות שירותים אלו וחברות אחרות מספקות את שירותי הבריאות האחרים. מנגנון זה מתאים לשירותים בהם כשלי השוק שונים זה מזה, או לשירותים בעלי ביקוש ומבנה הוצאות בעלי אופי שונה (Van de Ven and Ellis, 2000).

ההקשר הישראלי - המרואיינים הציעו את המנגנון לפיו קופות החולים יקבלו פיצוי נפרד עבור הספקת שירותי בריאות הנפש לפי נוסחת קפיטציה משנית עם מתאמי סיכון אחרים או בעלת משקלות שונים ממשקלות הקפיטציה לשירותי בריאות פיזיים.

תשלום על שינויי מצב / סטטוס בריאות של המבוטחים לאורך זמן (Bonus adjustments based on change of health status over time)

תשלום המבוסס על מעקב אחר מדדי מצב הבריאות של המבוטחים. מצב הבריאות יכול להיות מדד כללי או מדד לסטטוס בריאות ספציפי (למשל מחלה מסויימת).

מנגנון זה מאפשר לרגולטור לקדם מדיניות רצויה לטיפול במחלה מסוימת או שהוא מזהה הוצאה משמעותית על הטיפול במחלה שאי אפשר להוסיף אותה כמקדם סיכון בנוסחת הקפיטציה (למשל, סרטן או דיכאון).

ההקשר הישראלי – הוצע לפצות את הקופות עבור הפעלת תוכניות לצמצום מחלות ספציפיות כגון סכרת או עבור ירידה במספר המבוטחים בקופה החולים במחלה הספציפית (במקרה של הסכרת הוצע גם לפצות עבור שעור החולים המאוזנים מתוך סך חולי הסכרת). עוד הוצע לפצות את הקופות עבור פעולות מתועדות של מטפלים. למשל, כאשר רופאים או אחיות מציעים קבוצות דיאטה או פעילות גופנית.

תשלום על הפעלת תוכניות מניעה לאורך זמן (Earmarked payments for effective prevention programs) המנגנון כאן מרחיב על המנגנון הקודם ומציע לפצות את הקופות עבור מניעה אפקטיבית של מחלות ספציפיות.

תשלום רטרופקטיבי ייעודי ("כסף צבוע")

ההקשר הישראלי – מרואיינים רבים הציעו להשתמש במנגנון רטרופקטיבי ייעודי לקדם מדיניות של משרד הבריאות. היתרון של תשלום ייעודי ("כסף צבוע") בכך שהוא מופנה לקידום מדיניות ספציפית של המשרד ומבטיח שהכסף יושקע בקידום מדיניות זו. החסרון שהוא מצמצם את הגמישות הניהולית של קופות החולים. כמו כן, מנגנון זה דורש מידע לצורך בחינה ומעקב אחר ביצוע יעדי המדיניות בגינם הקופות מפוצות. המרואיינים ציינו שמנגנון זה אפקטיבי במקרים בהם קיים חשש שהקופות תשתמשנה בתשלום עבור קידום שירותים אחרים ולא דווקא אלו שעבורם הוקצו הכספים. בין ההצעות שעלו כאפקטיביים למנגנון זה היו קידום בריאות ורפואה מונעת והגדלת הצע השירותים בפריפריה.

7.2 מנגנונים לפי חלוקת סיכונים יחסית (Proportional risk sharing)

במנגנון זה השילוב של התשלום הרטרופקטיבי במנגנון הפיזיו מהווה רכיב בו המדינה (המממן) לוקחת הסיכון הפיננסי עבורו. הרגולטור קובע את גודל התשלום הרטרופקטיבי וגם אופן החלוקה בין הקופות. בעולם קיים מנגנון כזה כאשר התשלום הרטרופקטיבי נמצא ב"קרן" משותפת לכל הקופות (Pool risk of insurance), ובסוף השנה תקציב זה מחולק בין הקופות לפי החלק היחסי של כל קופה בהוצאות בפועל.

דוגמאות למנגנונים לחלוקת סיכונים יחסית:

- חלוקת סיכונים עבור מבוטחים בעלי הוצאות חריגות (Outlier risk sharing) - פיזיו רטרופקטיבי עבור מבוטחים עליהם הוציאה הקופה הוצאה חריגה (גובה ההוצאה החריגה נקבע מראש).
- חלוקת סיכונים עבור מבוטחים בעלי הוצאה גבוהה (Risk sharing for high costs) – פיזיו רטרופקטיבי עבור שעור מבוטחים (מתוך כלל המבוטחים) בעלי הוצאה גבוהה מעל סף הוצאה מסוים שנקבע מראש.
- חלוקת סיכונים עבור מבוטחים בעלי סיכון גבוה (Risk sharing for high risks) - פיזיו רטרופקטיבי עבור מבוטחים שנבחרו מראש כבעלי סיכון גבוה. הפיזיו יכול להיות גם פרוספקטיבי כהוצאה החזויה על מבוטחים אלו.

פיזיו נפרד לפי סוג טיפול

במנגנון זה המדינה (המממן) לוקחת את הסיכון הפיננסי עבור טיפולים יקרים באופן חריג או כאלו שהיא רוצה לעודד את הקופות לבצע. המנגנון הרטרופקטיבי יכול להיות לפי כמות המטופלים שטופלו או לפי כמות שימושים (כלומר, מספר הפעמים שבוצע הטיפול). מהספרות עולה, כי החיסרון של תשלום עבור

טיפול יכול לעודד כשל השוק Moral Hazard או מתן טיפול לא מתאים כדי לקבל את הפיצוי (Supply induced demand).

המרואיינים העלו את האפשרות ליישום מנגנון זה בישראל בעיקר עבור דיאליזה ותרופות יקרות. אך גם העלו את החשש כי פיצוי ספציפי עבור טיפול, למשל דיאליזה, מעודד את הקופות לא לטפל בשלבים קלים יותר של מחלת הסכרת.

פיצוי נפרד עבור חולים במחלות אשר הטיפול בהן יקר (Condition-/Risk-sharing based on diagnosis) (specific risk sharing)

במנגנון זה המדינה לוקחת את האחריות הפיננסית לטיפול בחולים במחלות אשר נקבעו מראש והטיפול בהן יקר. פרט לרשימת המחלות הקבוע מראש גובה התשלום עבור כל חולה במחלה גם נקבע בדרך כלל מראש. למרות שיש מדיניות כמו קולומביה, אשר מפצות עבור כל ההוצאות של הקופות על החולים האלו. היתרון של מנגנון זה שקופות בעלות הוצאות גבוהות המתמחות בטיפול במחלות יקרות מפוצות כראוי. החשש הוא ל-up-coding של חולים ולשינוי התנהגות של הקופות באופן מתן הטיפול כדי לקבל פיצוי גבוה יותר.

המרואיינים הציעו את המנגנון הנ"ל כשכלול של המנגנון הקיים כיום לפיצוי הקופות למחלות קשות. המרואיינים הציעו לשנות את המחלות או להרחיב את רשימת המחלות. בין המחלות היקרות שהוזכרו שכיום הקופות לא מפוצות עליהן בנפרד היו: סרטן בשלב אקוטי ודיכאון (מכיוון שהאוכלוסייה נמצאת בתת אבחון כרגע). עוד הוצע להרחיב את הרשימה למחלות יקרות שאינן קשורות להתנהגות, דוגמת מחלות גנטיות.

שכלול נוסף שהוצע במנגנון זה הוא לפצות עבור שיעור מהעלות בפועל על המחלה. החששות שהועלו היו קשורים ליצירת תמריץ לקופות לאי מניעה וטיפול מוקדם של המחלה. גם כאן הוזכר הטיפול בדיאליזה בחולים עם אי ספיקת כליות. פתרון אפשרי שהוצע על ידי המרואיינים היה הקמת גוף פיצוי שיגדיר וירשום את המחלות דוגמת רשם לאומי של המחלות אשר יאפשר גם בקרה על הקופות.

7.3 מגננים אחרים

שילוב פשוט של תשלום רטרוספקטיבי עם קפיטציה

חלק מההוצאה על מתן השירות מועבר כתשלום רטרוספקטיבי בסוף השנה לקופה. המרואיינים בישראל הציעו את מנגנון זה עבור כיוסי ההוצאות הקבועות של הקופות. נאמר על ידי המרואיינים כי שיעור גבוה מההוצאה של הקופות הוא עבור הוצאות קבועות וכי קפיטציה איננה שיטה המתאימה לפיצוי עבור סוג הוצאות כזה.

מנגנון Cap (תשלום מוגבל מעבר לתקרה)

מנגנון זה מציע לקבוע תקרת הוצאה (למבוטח או לשנה) מעבר לו הפיצוי לקופות יהיה חלקי. למשל, בשנת 2008 גרמניה פיצתה את הקופות רק על 60% מההוצאות מעל Cap שנקבע לנפש.

מנגנון קפיטציה עם גביית פרמיות אישיות ישירות מהמבוטחים.

במסגרת אובמה-קר מבטחי הביטוח הבסיסי (exchanges) מקבלים סובסידיה מהממשלה אך גם גובים פרמיה מהמבוטחים על בסיס סיכון אישי. הרגולטור מחלק את התקציב שברשותו לכלל הסובסידיות על פי נוסחת קפיטציה עם מתאמי סיכון בסיסיים. הפרמיות שחברות הביטוח גובות מחושבות לפי סיכון בהתאם למתאמי הסיכון: גיל, מין, עישון, ומיקום גיאוגרפי.

8. מסקנות והמלצות לקובעי מדיניות

ממצא מרכזי שעלה גם אם לא נבדק ישירות במחקר הוא כי בישראל יש מקום לשיפור ושכלול נוסחת הקפיטציה. ממצא זה עלה גם מהחלק הכמותני של המחקר וגם מראיונות העומק. נראה שיש מקום להוסיף מתאמי סיכון לשיפור כושר הניבוי של הנוסחה, להגדיל את מספר קבוצות הגיל כדי לצמצם את השונות בתוך קבוצה ולהוסיף ראשי הוצאה לנוסחה (למשל, בריאות הנפש).

התאמת מנגנון הפיצוי למשתנים הקשורים לסיכון היא חשובה כדי לצמצם תמריצים לסלקציה ולתקן עיוותים קיימים. ממצאנו כי משתנים הקשורים לסיכון כגון: מחלה כרונית וסרטן, מוגבלות ודיכאון מנבאים את ההוצאה על בריאות ומגדילים את השונות המוסברת על ידי המודל. אולם, מכיוון שאת משתנים אלו קשה להוסיף כמתאמי סיכון לנוסחה הם יכולים להוות בסיס למנגנוני הפיצוי משלימים לנוסחת הקפיטציה.

כפי שפורט לעיל, במחקר זה כמה מנגנונים מרכזיים שזוהו כאפשריים ליישום בישראל. את רוב המנגנונים שהוצע כולל מנגנוני חלוקת הסיכונים ומנגנונים לפי סוג פעילות, אפשר ליישם בישראל בקלות יחסית על-ידי שכלול והרחבת התשלומים המועברים לקופות באמצעות מבחני התמיכה.

בנוסף, מנגנונים כגון פיצוי הקופות עבור הוצאות הגבוהות מסף מסויים קבוע מראש לכל מבטח אפשר ליישם על ידי מנגנונים רטרופקטיביים אחרים. אחת הקבוצות המתאימות לפיצוי במנגנון מהסוג הזה ואותרו על ידי המחקר כקבוצה המועדת לסלקציה של הקופה היא קבוצת הנשים הקשישות. מנגנון זה יכול להיות מיושם עבור קבוצה זו. מנגנון זה אפשרי גם עבור קבוצות אחרות המתמודדות עם קשיי נגישות כגון תושבי פריפריה גאוגרפית ופריפריה חברתית.

לגבי הטיפול הסיעודי, ממצאי המחקר מצביעים על כך שכדאי לבנות נוסחת קפיטציה לטיפול סיעודי נפרדת מהנוסחה הכללית. הנוסחה הסיעודית צריכה לכלול מתאמי סיכון מין וגיל לפי קבוצות רלוונטיות לסיכון להפוך להיות סיעודי. כמו כן, מומלץ במידת האפשר לכלול במתאמי הסיכון גם מוגבלות ADL, נייודות, ואבחון במחלות התקף לב, לחץ דם גבוה, סרטן, ודמנציה.

גם בפיצוי הקופות עבור טיפול סיעודי כדאי לשלב מנגנונים משלימים ביחד עם מנגנון הקפיטציה. למשל, מהמחקר עלה כי מנגנון משלים יכול להתאים בפיצוי הקופות עבור מתן שירות לקבוצת הנשים בנות 85-89 כיוון שזו קבוצה בעלת סיכון גבוה להשתמש בטיפול סיעודי באופן חריג. מנגנונים משלימים נוספים בהקשר של הטיפול הסיעודי כדאי להפעיל כדי לקדם טיפול סיעודי בקהילה. לדוגמה ניתן לפצות את הקופות עבור פיתוח שירותים בקהילה ועל הצלחה במניעת אשפוז.

9. רשימת מקורות

- SHARE (2011) "Release Guide 2.5.0, waves 1 and 2". Available at: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide.pdf, accessed 16.9.2015.
- Beck, K., Trottman, M., & Zweifel, P. (2010). Risk adjustment in health insurance and its long-term effectiveness. *Journal of Health Economics*, 29(4), 489-498.
- Deb, P., & Burgess, J. F. (2003). A quasi-experimental comparison of econometric models for health care expenditures. *Hunter College Department of Economics Working Papers*, 212. Available at: <http://econ.hunter.cuny.edu/wp-content/uploads/sites/6/RePEc/papers/HunterEconWP212.pdf> (accessed 16.12.14).
- Dhanani, N., O'Leary, J. F., Keeler, E., Bamezai, A., & Melnick, G. (2004). The effect of HMOs on the inpatient utilization of Medicare beneficiaries. *Health services research*, 39(5), 1607-1628. Available at: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2004/RAND_WR138.pdf (accessed 10.12.14)
- Diehr, P., Yanez, D., Ash, A., Hornbrook, M., & Lin, D. Y. (1999). Methods for analyzing health care utilization and costs. *Annual review of public health*, 20(1), 125-144. Available at: <http://www.biostat.jhsph.edu/project/seermed/paper/pap033104.pdf> (accessed 10.12.14)
- Duan, N., Manning, W. G., Morris, C. N., & Newhouse, J. P. (1983). A comparison of alternative models for the demand for medical care. *Journal of business & economic statistics*, 1(2), 115-126. Available at: <http://m.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2006/R2754.pdf> (accessed 10.12.14)
- Duarte, J., & Guerrero, R. (2014). Propuesta de mecanismos de pagos ex post para reducir la selección de riesgos en el Sistema de Salud colombiano. Available at: http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/11445/714/1/Co_Eco_Junio_2014_Duarte_y_Guerrero.pdf, accessed 29.4.2015.
- Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of health economics*, 17(5), 537-555.
- García-Lacalle, J., & Martín, E. (2013). Efficiency improvements of public hospitals under a capitation payment scheme. *Health Economics, Policy and Law*, 8(03), 335-364.
- Glazer, J., & McGuire, T. G. (2000). Optimal risk adjustment in markets with adverse selection: an application to managed care. *American Economic Review*, 1055-1071. Available at: <http://www.tau.ac.il/~glazer/PDF/publication/18.pdf> (accessed 30.7.15).
- Griswold, M., Parmigiani, G., Potosky, A., & Lipscomb, J. (2004). Analyzing health care costs: a comparison of statistical methods motivated by medicare colorectal cancer charges. *Biostatistics*, 1(1), 1-23. Available at: <http://www.biostat.jhsph.edu/project/seermed/paper/pap033104.pdf> (accessed 14.12.14).
- Kifmann, M., & Lorenz, N. (2011). Optimal cost reimbursement of health insurers to reduce risk selection. *Health economics*, 20(5), 532-552.

McGuire, T. G., Glazer, J., Newhouse, J. P., Normand, S. L., Shi, J., Sinaiko, A. D., & Zuvekas, S. H. (2013). Integrating risk adjustment and enrollee premiums in health plan payment. *Journal of health economics*, 32(6), 1263-1277.

Newhouse, J. P. (1996). Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of economic literature*, 1236-1263.

Newhouse, J. P., Buntin, M. B., & Chapman, J. D. (1997). Risk adjustment and Medicare: taking a closer look. *Health Affairs*, 16(5), 26-43. Available at: <http://content.healthaffairs.org/content/16/5/26.full.pdf> (accessed 4.8.2015)

Newhouse, J. P., Manning, W. G., Keeler, E. B., & Sloss, E. M. (1989). Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization. *Health Care Financing Review*, 10, 41_54. Available at: <http://search.proquest.com/docview/196939686?pq-origsite=gscholar>, accessed 30.7.15

Stam, P. J., van Vliet, R. C., & van de Ven, W. P. (2010). Diagnostic, pharmacy-based, and self-reported health measures in risk equalization models. *Medical care*, 48(5), 448-457.

Van Barneveld, E. M., Lamers, L. M., Van Vliet, R. C., & van de Ven, W. P. (1998). Mandatory pooling as a supplement to risk-adjusted capitation payments in a competitive health insurance market. *Social Science & Medicine*, 47(2), 223-232.

Van de Ven, W. P. (2011). Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done?. *Health Economics, Policy and Law*, 6(01), 147-156. Available at: http://www.m-publichealth.med.uni-muenchen.de/download/mph/mph_sommersemester_2012/gesundheitsforschung/gesundheitsstemforschung/literatur/van_de_ven.pdf (accessed 6.8.2015).

Van de Ven, W. P., & Van Vliet, R. C. (1992). How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?. In *Health economics worldwide* (pp. 23-46). Springer Netherlands.

Van Vliet, R. C. J. A., & Van de Ven, W. P. M. M. (1993). Capitation payments based on prior hospitalizations. *Health Economics*, 2(2), 177-188.

ברמלי-גרינברג, ש., רוזן, ב. וווד, פ. (2003) "משקי בית, קופות החולים והוצאות על תרופות" דמ-03-406 מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

משרד הבריאות (2014א) דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2013.

כניסה אחרונה ב-27.5.2015, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/dochHashvaatui2013.pdf>

משרד הבריאות (2014ב) "מעברים בין קופות החולים - שנתיים לאפשרות המעבר באמצעות האינטרנט וסיכום שנת 2013"

אחרונה 4.8.2015 http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/documents/20032014_a.pdf כניסה

משרד הבריאות (2011) **ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מתווה לרפורמה**, ירושלים. נמצא ב: <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/aa040811.pdf> כניסה אחרונה 2.8.2015

