



1000 PDF PDF



מאירס ג'וינט  
ברקדייל

# מניעת מחלות ומנגנון הפיצוי לקופות החולים - האם מדובר בפרדוקס?

שולי ברמלי-גרינברג    ינאי גורליק

עריכת לשון: רונית כהן בן-נון  
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

המחקר הוזמן על ידי היחידה לכלכלת בריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, במשרד הבריאות  
ומומן בסיועה.

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | טבת תשפ"ו | דצמבר 2025

## רקע

הוצאות קופות החולים על מבטחיהן מושפעות ממגוון גורמים, ובהם מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, התנהגות בריאות ורמת תחלואה, לרבות מחלות הניתנות למניעה. מנגד, מנגנון הפיצוי הממשלתי מבוסס כמעט במלואו על נוסחת קפיטציה מתוקנת לסיכון עם שלושה משתנים בלבד: גיל, מין ומגורים בכפריה. בדומה למדינות אחרות גם בישראל נוצר לעיתים פער בין ההוצאות בפועל על מבטחים ובין הפיצוי שקופות החולים מקבלות עבורם, אשר עלול ליצור תמריץ ל"גריפת שמנת" של מבטחים בריאים יחסית ולהימנעות מקבלה של מבטחים שהטיפול בהם כרוך בהוצאה גבוהה או בהימנעות ממתן שירות מיטבי להם. עם זאת מצב הפוך, שבו הפיצוי משקף במלואו את ההוצאה הצפויה, עלול לצמצם את התמריץ של קופות החולים להשקיע במניעת מחלות, משום שהפחתת ההוצאה בעקבות שיפור הבריאות אינה מניבה רווח. מצב זה, המכונה "פרדוקס המניעה" (prevention paradox), מחליש את התמריץ להשקיע בקידום בריאות.

מחקר זה בחן את ההבדלים בין השימוש בפועל בשירותי בריאות לשימוש הנורמטיבי, לפי קבוצות באוכלוסייה. השימוש הנורמטיבי הוא אומדן לשימוש, כפי שהוא מחושב על פי נוסחת הקפיטציה. ההבדל בין השימוש בפועל ובין השימוש הנורמטיבי מאפשר לבחון את יעילות מנגנון הקפיטציה בהקשר של הוגנות בחלוקת הכספים וצמצום התמריץ לסלקציה.

המחקר מתמקד בשימוש (בפועל ונורמטיבי) לפי פעילות של מניעה ראשונית: פעילות גופנית והימנעות מעישון; ולפי שתי מחלות הניתנות למניעה: התקפי לב ו/או שבץ וסוכרת.

המחקר הוזמן על ידי היחידה לכלכלת בריאות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, בניהולה של ד"ר איילת גרינבאום, ולווה על ידי ד"ר חני שרודר, רייצ'ל ברנר-שולם ואלכסיי בלינסקי.

## מטרות

1. זיהוי משתנים אשר יוכלו לשמש בהמשך להסבר הבדלים בין שימוש בפועל בשירותי בריאות לשימוש נורמטיבי ויסייעו בזיהוי מוקדי התערבות לשיפור מנגנון הפיצוי הנוכחי.
2. בדיקת קיומו של פרדוקס המניעה במנגנון הפיצוי הישראלי, ובפרט השוואה בין השימוש בפועל של קבוצות באוכלוסייה בשירותי בריאות ובין השימוש הנורמטיבי לפי העיסוק במניעה ראשונית, והשוואה בין השימוש בפועל של קבוצות באוכלוסייה בשירותי בריאות ובין השימוש הנורמטיבי לפי מספר החולים בכל אחת מן המחלות הניתנות למניעה.
3. שימוש בממצאים כדי להציע שיפורים למנגנון הפיצוי, לרבות זיהוי מוקדי התערבות במנגנון להגברת התמריצים לקופות החולים לשם קידום התנהגות בריאות ומניעת מחלות.

## שיטה

הניתוח התבסס על נתוני סקר הבריאות הלאומי שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות בשנים 2013–2015 (4,511 משיבים; 3,604 מהם תושבי מרכז הארץ) ועל נתוני סקר SHARE (סקר הבריאות, ההזדקנות והפרישה באירופה ובישראל) בשנים 2019–2020 (גל 8; טרום מגפת הקורונה) 2021–2022 (גל 9) (1,252 משיבים בני 55+; ללא כפילויות). לכל משיב חושבו שני מדדים: שימוש בפועל בשירותי בריאות ושימוש נורמטיבי לפי נוסחת הקפיטציה הקיימת; הפער ביניהם שימש להערכת רווחיות או הפסד לקופות החולים לפי התנהגות בריאות (עישון, פעילות גופנית), מחלות הניתנות למניעה (התקף לב ו/או שבץ, סוכרת), הכנסה והשכלה.

## ממצאים עיקריים

הממצאים מעידים על דפוס עקבי: אנשים בעלי השכלה גבוהה ו/או הכנסה גבוהה רווחיים לקופות החולים ואילו בעלי השכלה נמוכה ו/או הכנסה נמוכה גורמים להפסדים (להלן: הפסדיים) לקופות החולים. פערים אלו קיימים גם ללא קשר לעישון, לפעילות גופנית או למחלה. לעומת זאת מבוטחים מעשנים, מי שאינם עושים פעילות גופנית ומי שחולים הם הפסדיים לקופות החולים לעומת האחרים. ניתוח הנתונים מעלה שמבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה רווחיים יותר לקופות בעת התנהגות בריאות טובה ולפני מחלה, אך הפסדיים בעת מחלה, בדומה לאחרים או אף יותר.

## סיכום והמלצות

מומלץ לשקול שילוב מקדמי סיכון חברתיים-כלכליים, כגון קצבת הבטחת הכנסה או קצבת נכות, כדי לצמצם את התמריץ לסלקציה; להימנע מהכללת מחלות ספציפיות בנוסחה, מחשש להחלשת התמריץ לטיפול בהן, אך אפשר לשקול מדדי תחלואה משוקללים; ולהוסיף רכיבים רטרוספקטיביים המעודדים מניעת מחלות, בעיקר בקרב מבוגרים, שבהם ניכרת תועלת בטווח קצר. נוסף על כך מומלץ לחזק את הפיקוח על מנגנונים לעידוד מניעה כדי למנוע שימוש בהם ל"גריפת שמנת".

## רקע

למנגנון הפיצוי למבטחות / קופות החולים<sup>1</sup> שתי מטרות מרכזיות: הוגנות בחלוקת הכספים תוך כדי צמצום התמריץ לסלקציה (selection) וקידום היבטים נוספים של מדיניות. בישראל, רוב רובו של תקציב סל הבריאות מועבר לקופות החולים דרך נוסחת קפיטציה מתוקנת לסיכון (risk adjustment). בשנת 2024 נשק תקציב סל הבריאות ל-80 מיליארד ש"ח – עובדה המדגישה את חשיבותו של המנגנון לקובעי המדיניות. בדוח זה נרחיב את הדיון על מנגנון חלוקת הכספים המיועדים לממשרדרימון סל הבריאות הציבורי בין קופות החולים, ובפרט נדגיש את תפקידו של המנגנון בעידוד מניעת מחלות.

בישראל, חלק משירותי הרפואה המונעת (חיסוני ילדות וחינוך לבריאות) נמצא באחריותו הישירה של משרד הבריאות ([חוק ביטוח בריאות ממלכתי](#), התשנ"ד-1994). שירותי רפואה מונעת שניוניית, כגון בדיקות סקר, ושלישונית, למניעת הידרדרות מחלה, הם באחריות קופות החולים. אולם רוב הפעילות לעידוד מניעה של מחלות על ידי קופות החולים מבוצעת מתוך רצון לשמור על בריאות המבוטחים ובתגובה למבחני תמיכה ומדדי איכות הממוקדים בעידוד הקופות לפעולות מניעה.

בדוח תוכנית החומש למניעת תחלואה כרונית וקידום אורח חיים בריא של משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2023א) מצוין כי אומדן העלויות הלאומיות בשל חוסר פעילות גופנית, עישון ותזונה לקויה מגיע למיליארדי ש"ח. עוד מצוין בדוח כי שיעור ההוצאה על בריאות מונעת מתוך ההוצאה הציבורית על בריאות, וההוצאה פר נפש על רפואה מונעת, נמוכות מן הממוצע במדינות ה-OECD.

בעולם, מחקרים מעטים בדקו את הקשר בין תשלומי קפיטציה לטיפול מניעה. מחקר שפורסם בשנת 2023 בהקשר של פיצוי רופאי משפחה בקהילה הראה שתשלום מבוסס קפיטציה לרופאי משפחה משפר את טיפולי המניעה שמספקים רופאים אלו (Morenz et al., 2023). לעומת זאת התאוריה הכלכלית מצביעה על כך שתשלום למבטחות באמצעות נוסחת קפיטציה מתוקנת לסיכון (risk adjustment capitation formula) אינו מתגמל ואף יכול להעניש מבטחות אשר מבצעות מאמצי מניעה המשפרים את בריאות האוכלוסייה (Eggleston et al., 2012). ממצא זה עלה גם ממחקרים על מערכת הבריאות ההולנדית, שבה נוסחת קפיטציה מתוקנת לסיכון מן המתקדמות בעולם. נמצא שככל שמצמצמים את הפער שבין ההוצאה בפועל לתשלום הקפיטטיבי למבטחת מצטמצם התמריץ לסלקציה ולברירת מבוטחים, אך בה בעת יורד התמריץ של המבטחת לשמור על הבריאות של מבוטחיה, זהו פרדוקס המניעה (Kanters et al., 2013).

בישראל יש שיעור גבוה של מבוטחים המדווחים על התנהגויות בריאות בסיכון (20% מעשנים, 70% לא עושים פעילות גופנית כמומלץ ו-75% לא מתחסנים לשפעת. נוסף על כך בשנת 2020 עמד שיעור התקפי הלב על 4.3% ושיעור מקרי השבץ על 1.5% בכלל האוכלוסייה (משרד הבריאות, 2017, 2022).

<sup>1</sup> במערכות המבוססות על חוק ביטוח בריאות ממלכתי/סוציאלי המבטחות הן או חברות ביטוח או קופות חולים. בהקשר של מנגנון הפיצוי, קופות החולים משמשות מבטחות המפוצות על ידי המדינה על הספקת שירותי הבריאות. אנו נשתמש במונח "מבטחות" בעת הסקירה הבין-לאומית בלשון הכללה, ובמונח "קופות חולים" בעת הצגת המערכת הישראלית שבה אין חברות ביטוח האחראיות להספקת הסל הציבורי.

מחקר זה בחן את ההבדלים בין השימוש בפועל בשירותי בריאות לשימוש הנורמטיבי, לפי קבוצות באוכלוסייה. השימוש הנורמטיבי הוא אומדן לשימוש, כפי שהוא מחושב על פי נוסחת הקפיטציה. ההבדל בין השימוש בפועל ובין השימוש הנורמטיבי מאפשר לבחון את יעילות מנגנון הקפיטציה בהקשר של הוגנות בחלוקת הכספים וצמצום התמריץ לסלקציה.

המחקר מתמקד בשימוש (בפועל ונורמטיבי) לפי פעילות של מניעה ראשונית: פעילות גופנית וגמילה מעישון או הימנעות מעישון; ולפי שתי מחלות הניתנות למניעה<sup>2</sup>: התקפי לב ו/או שבץ מוחי וסוכרת.

המחקר הוזמן על ידי היחידה לכלכלת בריאות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, בנייהולה של ד"ר איילת גרינבאום, ולווה על ידי ד"ר חני שרודה, רייצ'ל ברנר-שלום ואלכסיי בלינסקי.

## מטרות

1. זיהוי משתנים אשר יוכלו לשמש בהמשך להסבר הבדלים בין שימוש בפועל בשירותי בריאות לשימוש נורמטיבי ויסייעו בזיהוי מוקדי התערבות לשיפור מנגנון הפיצוי הנוכחי.
2. בדיקת קיומו של פרדוקס המניעה במנגנון הפיצוי הישראלי, ובפרט השוואה בין השימוש בפועל של קבוצות באוכלוסייה בשירותי בריאות ובין השימוש הנורמטיבי לפי העיסוק במניעה ראשונית, והשוואה בין השימוש בפועל של קבוצות באוכלוסייה בשירותי בריאות ובין השימוש הנורמטיבי לפי מספר החולים בכל אחת מן המחלות הניתנות למניעה.
3. שימוש בממצאים כדי להציע שיפורים למנגנון הפיצוי, לרבות זיהוי מוקדי התערבות במנגנון להגברת התמריצים לקופות החולים לשם קידום התנהגות בריאות ומניעת מחלות.

## שיטה

### אסטרטגיה לניתוח אמפירי

במחקר זה הוגדרו שני משתני שימוש מרכזיים: **שימוש בפועל בשירותי בריאות ושימוש נורמטיבי**.

### שימוש בפועל בשירותי בריאות לפי קבוצות ראשי הוצאה הכלולים בנוסחת הקפיטציה

חישוב השימוש בפועל נעשה על ידי שימוש במתודולוגיה שפיתחו ברמלי-גרינברג ואח' (Brammli-Greenberg et al., 2019). החוקרים בחנו את מנגנון חלוקת הכספים לקופות החולים עבור שירותי בריאות וטיפול סיעודי והציעו מנגנונים משלימים לצורך השגת הוגנות בחלוקת הכספים, צמצום כשלי השוק וקידום מדיניות.

---

<sup>2</sup> בדוח זה ייעשה שימוש במונח 'מחלות' גם לתיאור של המצבים הרפואיים התקף לב ושבץ.

המתודולוגיה מקצה **משקל** לכל פרט לפי השימוש בפועל שלו בקבוצת שירותי בריאות מרכזיים (אשפוז, מרפאות חוץ, קהילה, ביקורים במיון ותרופות). המשקל מחושב באופן שבו מחושבת נוסחת הקפיטציה הנוכחית (משוואה 1) ומחשב משקל ( $W_a$ ) לכל אדם.

$$w_a = \sum_q W_q * \frac{\text{Use of service } q \text{ by individual } i}{\text{Average use of service } q \text{ in the population}} \quad (1) \text{ משוואה}$$

בראש הוצאה ( $q$ ) הכוונה לקבוצת שירותים המהווים הוצאה ניכרת לקופות החולים. המשקל של כל ראש הוצאה ( $W_q$ ) מחושב על פי החלק היחסי של ההוצאה על קבוצת השירותים, מתוך סך ההוצאה של קופות החולים (**לוח 1**).

#### לוח 1: משקלות ראשי ההוצאה בנוסחת הקפיטציה הנוכחית (באחוזים)

ראש הוצאה	משקל נוכחי
קהילה	39.88
אשפוז	37.53
מרפאות חוץ	9.31
תרופות	10.21
ביקורים במיון	3.06

מקור הנתונים: נתונים שהתקבלו ממשרד הבריאות, אוקטובר 2019

#### שימוש נורמטיבי בשירותי בריאות לפי קבוצות ראשי ההוצאה הכלולים בנוסחת הקפיטציה

משתנה השימוש הנורמטיבי יחשב משקל לכל פרט לפי נוסחת הקפיטציה הנוכחית (משוואה 2).

$$w_c = \sum_j \sum_q W_q * \frac{\text{Average of use of service } q \text{ in group } j}{\text{Average use of service } q \text{ in the population}} \quad (2) \text{ משוואה}$$

משתנה זה מקצה לכל פרט משקל ( $W_c$ ) אשר יהווה את המשקל של הקבוצה שלו  $j$  (לפי גיל, מין ופריפריה) לפי נתוני הסקר.

לסיכום, לכל אחד מן המשיבים בכל אחד מן הסקרים נבנו שני משתנים ייחודיים למחקר זה:

$W_c$	משקלות שימוש נורמטיבי
$W_a$	משקלות שימוש בפועל

## הפרש בין השימוש בפועל לשימוש הנורמטיבי

ההפרש בין השימוש הנורמטיבי לשימוש בפועל הגדיר האם המבוטח הוא רווחי או הפסדי לקופת החולים.

- שימוש נורמטיבי < שימוש בפועל ( $wc - wa > 0$ ) – יש רווח של הקופה על הקבוצה
- שימוש נורמטיבי > שימוש בפועל ( $wc - wa < 0$ ) – יש הפסד של הקופה על הקבוצה

## חישוב הפרש המשקלות בהינתן הכנסה והוצאה לנפש מתוקנת

כדי לתת ביטוי להפסד ולרווח של קופות החולים על המבוטחים השונים חושב הפרש המשקלות בש"ח. מתוך הדוח המסכם את פעילות קופות החולים לשנת 2023 של משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2023) חושבה הוצאה לנפש מתוקנת במגזר הקהילה (= 7,201 ש"ח) והכנסה לנפש מתוקנת (= 7,215 ש"ח). סכומים אלו הוכפלו בהתאם ב-wa וב-wc. ההפרש הוכפל בגודל הקבוצה באוכלוסייה. הקבוצות הוגדרו על פי משתני המחקר (תלויים ובלתי תלויים) ולפי 11 קבוצות גיל. התוצאה היא הרווח או ההפסד של הקבוצה לקופת החולים בש"ח לכל קבוצה וכן הסך הכול לכל חברי הקבוצה (משוואה 3).

$$\text{משוואה (3)} \quad Total \text{ Weighted Monetary Difference (TWMD)}_j = \{(wc * 7215) - (wa * 7201)\} * n_j$$

## קובצי נתונים

המחקר מבוסס על סקר הבריאות הלאומי שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות הכולל 4,511 משיבים שמייצגים את האוכלוסייה הבוגרת (+21) בישראל. הנתונים נאספו בשנים 2013–2015, והם הנתונים העדכניים ביותר לשימוש ציבורי אשר נמצאו בישראל בעת ביצוע המחקר. הנתונים כללו מידע על מאפייני רקע, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ראשונית ומחלות ניתנות למניעה (ממצאים דומים המבוססים על סקר Survey of Health, Aging and Retirement in Europe – SHARE מובאים בנספח).

מבין משיבי הסקר, מוצגים בדוח נתוני תושבי המרכז בלבד ( $n = 3,604$ ), זאת עקב מספרם הנמוך של משיבים המתגוררים בכריפריה, מספר שלא מאפשר ניתוח מתאים למטרות המחקר. נוסף על כך לא היו נתונים על שימוש במרפאות חוץ, ולכן את החלק היחסי של ראש הוצאה זה (9.3%) שייכנו לרפואה בקהילה.

עבור כל משיב בסקר חושב שימוש בפועל, ועבור כל קבוצה באוכלוסייה חושב שימוש נורמטיבי לפי נוסחת הקפיטציה (22 קבוצות של גיל ומין). כפי שפורט לעיל (אסטרטגיה לניתוח אמפירי), שימוש בפועל חושב לפי השימוש של כל משיב לסקר בשירותי בריאות יחסית לממוצע באוכלוסייה, ושימוש נורמטיבי חושב לפי השימוש של כל קבוצה בשירותי הבריאות יחסית לממוצע באוכלוסייה.

משתנים תלויים: לאחר חישוב השימוש בפועל והשימוש הנורמטיבי, בנינו שני משתני התנהגות בריאות ושני משתני מחלות הניתנות למניעה. עבור כל משיב חושב משתנה בינארי של פעילות גופנית (יותר מ-150 דקות של פעילות אינטנסיבית בשבוע, לפי המלצת ארגון הבריאות הלאומי (WHO)); משתנה בינארי של עישון (מעשנים כיום בכל כמות או מי שהפסיקו לעשן ב-15 השנים האחרונות; שנות קופסה  $\leq 20$ ); ונבנו משתנים בינאריים של אירוע בעבר של התקף לב ו/או שבץ וחולים בסוכרת.

המשתנים הבלתי תלויים: גיל, מין, רמת הכנסה ורמת השכלה.

<sup>3</sup> שנות קופסה: מספר קופסאות סיגריות ליום במשך שנה חלקי מספר השנים. למשל, קופסה ביום במשך שנה = שנת קופסה אחת. שתי קופסאות במשך שנתיים = 4 שנות קופסה.

## ממצאים עיקריים<sup>4</sup>

**השכלה והכנסה:** הפרש משקולות בין שימוש נורמטיבי לשימוש בפועל לפי מאפייני רקע העלה כי בעלי השכלה גבוהה רווחיים בדרך כלל לקופות החולים, ובעלי השכלה נמוכה הפסדיים. בדומה, בעלי הכנסה גבוהה רווחיים בדרך כלל לקופות החולים ובעלי הכנסה נמוכה הפסדיים.

**עישון פעיל:** מעשנים עולים לקופה פי 1.6 מן הלא מעשנים, אך הפיצוי המתקבל עבורם גבוה רק פי 1.1, ועל כן מעשנים הם קבוצה הפסדית לקופת החולים. בקרב הלא מעשנים: בעלי השכלה גבוהה רווחיים הרבה יותר מבעלי השכלה נמוכה. בקרב המעשנים, בעלי הכנסה גבוהה הפסדיים פחות מבעלי הכנסה נמוכה.

**פעילות גופנית:** מי שאינם מבצעים פעילות גופנית עולים לקופה פי 1.5 מן הפעילים. אין הבדל של ממש בפיצוי הנורמטיבי בין פעילים למי שאינם פעילים, ולפיכך אי-ביצוע פעילות גופנית הופך את המבוטח להפסדי לקופת החולים. גם כאן בעלי השכלה גבוהה ו/או הכנסה גבוהה העוסקים בפעילות גופנית רווחיים במיוחד לקופת החולים.

**התקף לב ו/או שבץ:** מי שלקו בשבץ או בהתקף לב עולים לקופת החולים פי 4.6 ממי שלא לקו בשבץ או בהתקף לב, אך הפיצוי המתקבל עבורם גבוה רק פי 1.7. הפרש זה מגדיר את מי שלקו בשבץ או בהתקף לב כקבוצה הפסדית מאוד לקופת החולים. אין כמעט הבדל לפי רמת ההכנסה ולפי רמת ההשכלה בקרב החולים. הקבוצה הרווחית ביותר היא המשכילים הבריאים.

**סוכרת:** חולים בסוכרת עולים לקופת החולים פי 3.7 ממי שאינם חולים בסוכרת, אך הפיצוי גבוה רק פי 1.6. לכן גם החולים בסוכרת הם קבוצה הפסדית לקופת החולים. גם כאן הקבוצה הרווחית ביותר היא המשכילים הבריאים. לעומתם הקבוצה ההפסדית ביותר היא המשכילים החולים בסוכרת.

**קבוצת הגיל המבוגר:** ניתוח נתוני בני 55+ בסקר ה-SHARE (ראו [נספח](#)) מוסיף נדבך ייחודי למחקר בכך שמציג בחינה מעמיקה של ההשוואה בין השימוש הנורמטיבי לשימוש בפועל של קבוצת מבוטחים זו. ממצאי ה-SHARE דומים לממצאי סקר הבריאות הלאומי בדפוסי השימוש ובשונות הגבוהה לפי גיל ומצב בריאות, במשקולות בפועל ובפער שבינן ובין המשקולות הנורמטיביות. הממצאים מחדדים את עומק הפערים בין קבוצות הגיל המבוגר, בעיקר בתחומים פעילות גופנית, סוכרת והתקף לב ו/או שבץ. בכך הם מספקים נקודת מבט משלימה לסקר הבריאות הלאומי, המדגישה את חשיבות ההתאמה של מודל הקפיטציה לצרכים המשתנים של אוכלוסייה מזדקנת.

---

<sup>4</sup> לכלל הממצאים ראו את [מצגת ממצאי המחקר](#)

## מגבלות המחקר

1. המחקר מבוסס על סקרי אוכלוסייה ולא על נתוני אמת. כדאי בעתיד לתקף את ממצאי המחקר על פי נתוני שימוש בפועל של קופות החולים.
2. לא כל ראשי ההוצאה נכללו בסקרים באופן פרטני, וצוות המחקר נאלץ לחבר בין ראשי הוצאה.
3. המחקר לא מביא בחשבון גורמים נוספים, חשובים לא פחות, שלהם השפעה על מערך התמריצים של קופות החולים. למשל גרעונות קופות החולים ומבחני התמיכה לא נכללו בנייתוח. לכן מומלץ לבצע את המחקר על בסיס נתוני שימוש לאומיים עדכניים.

## סיכום והמלצות

### סיכום

1. יש דפוס עקבי: מבוטחים בעלי השכלה גבוהה ו/או הכנסה גבוהה רווחיים לקופות החולים ואילו מבוטחים בעלי השכלה נמוכה ו/או הכנסה נמוכה הפסדיים. פערים אלו ניכרים גם ללא קשר לעישון, לפעילות גופנית או למחלה.
  2. לעומת זאת מבוטחים מעשנים, מי שאינם עושים פעילות גופנית וחולים הפסדיים לקופות החולים יותר מן האחרים.
  3. ניתוח מעמיק מעלה שמבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה רווחיים יותר לקופות החולים בעת התנהגות בריאות טובה ולפני מחלה אך הפסדיים בעת מחלה, בדומה לאחרים או אף יותר.
- לסיכום, המנגנון הקיים משיג את שתי מטרותיו העיקריות רק באופן חלקי: הוא אינו מבטל את התמריץ לסלקציה, וגם אינו מעודד באופן מספק מניעה וקידום בריאות. התאמות נוספות בנוסחה, בשילוב תמריצים משלימים, נדרשים כדי לקדם חלוקת משאבים הגנת ולתרום לבריאות הציבור.

### המלצות למדיניות

1. נראה שנוסחת הקפיטציה הנוכחית מעודדת "גריפת שמנת" של מבוטחים בריאים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה, ולכן כדאי לקדם הכללת מקדמי סיכון נוספים.
2. בין מקדמי הסיכון הזמינים למקבלי ההחלטות ושאינם תלויים בדיווחי קופות החולים כלולים מקבלי גמלת הבטחת הכנסה ומקבלי גמלת נכות. הכללת אחד ממשתנים אלו או שניהם יכולה לצמצם את התמריץ ל"גריפת שמנת".
3. אשר למחלות הניתנות למניעה, אנו לא ממליצים להכליל מחלה ספציפית בנוסחת הקפיטציה כמקדם סיכון, וזאת משום שהדבר עלול להוביל לצמצום התמריץ לטפל בחולים אלו. אם תישקל הכללת מקדם הקשור למצב הבריאות של המבוטח, כדאי להשתמש במקדמים המשקללים כמה מחלות (בדומה לנעשה בגרמניה ובהולנד).
4. המערכת היא מערכת של כלים שלובים, ולכן יש לשלב במנגנון הפיזיו בתוך תקציב הסל גם רכיבים רטרוספקטיביים ייעודיים לעידוד מניעה.
5. מבוטחים מבוגרים העושים פעילות גופנית רווחיים יותר לקופות החולים, ללא קשר להשכלה. לכן מומלץ ברכיב הרטרוספקטיבי להתמקד באוכלוסייה המבוגרת, שאצלה פעולות מניעה יכולות להראות תוצאות בטווח הקצר.
6. במצב הנוכחי יש פוטנציאל לפעולות מעודדות מניעה לשמש כלי ל"גריפת שמנת", על כן כדאי להוסיף פיקוח ובקרה על פעולות אלו.

## מקורות

משרד הבריאות. (2017). סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-3. נדלה בתאריך 3 ביוני 2024. <https://www.gov.il/he/pages/inhis-3>.

משרד הבריאות. (2022). מאגר ידע בנושא אי שוויון בבריאות משרד הבריאות. נדלה בתאריך 7 ביולי 2024. <https://www.gov.il/he/pages/equality-health-info?chapterIndex=4>.

משרד הבריאות. (2023א). מניעת תחלואה ואורח חיים בריא. נדלה בתאריך 7 באוגוסט 2024. [https://www.gov.il/he/pages/disease-prevention\\_healthy-lifestyle](https://www.gov.il/he/pages/disease-prevention_healthy-lifestyle).

משרד הבריאות. (2023ב). דוח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2023. נדלה בתאריך 11 בנובמבר 2025. <https://www.gov.il/he/pages/dochhashvaatui2023>.

Brammli-Greenberg, S., Glazer, J., & Waitzberg, R. (2019). Modest risk-sharing significantly reduces health plans' incentives for service distortion. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 20(9), 1359–1374. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01102-w>

Eggleston, K., Ellis, R. P., & Lu, M. (2012). Risk adjustment and prevention. *Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne d'économie*, 45(4), 1586–1607. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5982.2012.01747.x>

Kanters, T. A., Brouwer, W. B. F., Van Vliet, R. C. J. A., Van Baal, P. H. M., & Polder, J. J. (2013). A new prevention paradox: The trade-off between reducing incentives for risk selection and increasing the incentives for prevention for health insurers. *Social Science & Medicine*, 76, 150–158. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.019>

Morenz, A. M., Zhou, L., Wong, E. S., & Liao, J. M. (2023). Association Between Capitated Payments and Preventive Care Among U.S. Adults. *AJPM Focus*, 2(3), 100116. <https://doi.org/10.1016/j.focus.2023.100116>