

יישום "אג"ח השפעה חברתית"
(Social Impact Bonds)
למימון פרויקטים לקידום הבריאות בישראל

רעות מרציאנו
עמיתת מכון מילקן

תודות

ברצוני להודות לאנשים אשר סייעו בכתיבת מחקר זה. ראשית למנחה שלי, עו"ד דידי לחמן-מסר, על סבלנותה הרבה בהנחיה ועל הערותיה המחכימות והמועילות. תודה רבה לצוות המחלקה לקידום בריאות בשירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות - רות ווינשטיין וינאי קרנצלר, ולידידי באגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, בועז אריכא, על רעיונותיהם, הדרכתם ועזרתם. מחויבותם לבריאות ולשירות הציבור מעוררת הערצה וממלאת תקווה. תודה שלוחה גם לצוות מכון מילקן-המרכז לישראל: פרופ' גלן יאגו, סטיבן זכר, ובמיוחד לאורלי מובשוביץ-לנדסקרוגר, על הנחיה ותמיכה מקצועית ואישית מהמעולות שבמעולות לאורך כל השנה החולפת. תודה אחרונה לבן זוגי איתי שטיינברג, על התמיכה והאמונה הבלתי נגמרות.

על אודות תוכנית עמיתי מכון מילקן

תוכנית עמיתי מכון מילקן מקדמת את הצמיחה הכלכלית בישראל באמצעות התמקדות בפתרונות חדשניים, מבוססי שוק, לבעיות מותמשכות בתחומים חברתיים, כלכליים וסביבתיים. התוכנית מתמקדת באיתור פתרונות גלובליים והתאמתם למציאות הישראלית ובבניית ממשקים חיוניים המחברים בין משאבים ממשלתיים, פילנתרופיים ועסקיים, לטובת צמיחה ופיתוח לאומי בר-קיימא.

התוכנית מעניקה מלגות שנתיות לישראלים מצטיינים, בוגרי מוסדות להשכלה גבוהה בארץ ובעולם, המתמחים במוקדי קבלת ההחלטות הלאומיים ומסייעים בפיתוח פתרונות באמצעות מחקר והתמחות. היקף הפעילות של עמיתי התוכנית הוא מקסימלי – התמחות, הכשרה ומחקר במשך חמישה ימים בשבוע.

במשך שנת התמחותם עוסקים עמיתי מכון מילקן במחקר המדיניות במשרדי הממשלה וברשויות שלטוניות אחרות, ומסייעים למקבלי ההחלטות ולמעצבי המדיניות בחקר ההיבטים השונים של סוגיות כלכליות, סביבתיות וחברתיות.

בנוסף עורכים העמיתים מחקר מדיניות עצמאי, שמטרתו לזהות חסמים לתעסוקה ולצמיחה בישראל ולאתר פתרונות אפשריים. מחקרי העמיתים מתבצעים בהדרכת צוות אקדמאי ומקצועי מנוסה ותומכים במחוקקים וברגולטורים, המעצבים את המציאות הכלכלית, חברתית והסביבתית בישראל.

במהלך השנה מוענקת לעמיתים הכשרה אינטנסיבית במדיניות כלכלית, ממשל ושיטות מחקר. במסגרת מפגשי ההכשרה השבועיים, העמיתים רוכשים כלים מקצועיים לכתיבת תזכירים, מצגות וניירות מדיניות, וכן כלי ניהול, שיווק ותקשורת. בנוסף, נפגשים העמיתים עם בכירים במשק ובממשל ועם אנשי אקדמיה מהשורה הראשונה בישראל ובעולם. בסמסטר הראשון, העמיתים משתתפים בקורס המתמקד בחידושים פיננסיים, במסגרת בית הספר למנהל עסקים באוניברסיטה העברית בירושלים. הקורס מקנה 3 נקודות זכות אקדמיות, ומלמד אותן פרופ' גלן יאגו, מנהל בכיר, ומייסד, המעבדות לחידושים פיננסיים[™] במכון מילקן.

את בוגרי התוכנית ניתן למצוא במגוון תפקידים בכירים במגזר הפרטי, כמרצים באקדמיה, במגזר הציבורי וכיועצים לשרים ולמשרדי הממשלה. ישנם בוגרים שנקלטו במשרדי הממשלה, ואחרים המשיכו ללימודים גבוהים באוניברסיטאות מובילות בישראל, ארצות הברית ובריטניה.

תוכנית עמיתי מכון מילקן היא לא פוליטית ובלתי מפלגתית, ואינה מקדמת קו פוליטי או אידאולוגי. התוכנית ממומנת על ידי קרנות פילנתרופיות מובילות בארצות הברית ובישראל ומנוהלת על ידי מכון מילקן.

למידע נוסף על אודות התוכנית: www.mifellows.org



**יישום "אג"ח השפעה חברתית"
(Social Impact Bonds)
למימון פרויקטים לקידום הבריאות בישראל**

**רעות מרציאנו
עמיתת מכון מילקן**



תוכן עניינים

7	תקציר מנהלים
9	מבוא
10	פרק א' - קידום הבריאות בישראל ומצוקת המימון של הארגונים בתחום
10	תפיסת קידום הבריאות
11	קידום הבריאות ורפואה מונעת
12	ארגונים חברתיים כמרכיב בקידום הבריאות
13	פרק ב' - אג"ח חברתי ובחינת יישומו בישראל
13	אג"ח השפעה חברתית - מודל למימון מיזמי התערבות ומניעה
16	קריטריונים לבחירת תחומים ליישום מודל האג"ח בתחום בריאות הציבור בישראל
19	מבנה המימון של מערכת הבריאות ואיתור גופים רלוונטיים למודל האג"ח
24	פרק ג' - הצעה להערכת החיסכון למדינה מהפעלת תכנית מניעה הממומנת באמצעות האג"ח החברתי...
25	איתור בסיס החיסכון לחישוב ההחזר למשקיעים
32	פרק ד' - הערכת סיכונים והזדמנויות ביישום מודל האג"ח החברתי בתחום קידום הבריאות
32	סיכונים אפשריים
34	תועלות פוטנציאליות
35	סיכום
36	ביבליוגרפיה

תקציר מנהלים

המחקר בוחן ומנתח את האפשרות ליישם את מודל האג"ח החברתי (social impact bond) לשם מימון פרויקטים בתחום קידום הבריאות בישראל, באופן המביא בחשבון את מבנה מערכת הבריאות בישראל ואת מאפייני התחום המקומיים. כמו כן, המחקר מעריך את התועלות האפשריות ואת פוטנציאל הסיכון ביישום מודל זה בתחום קידום בריאות בישראל.

רקע

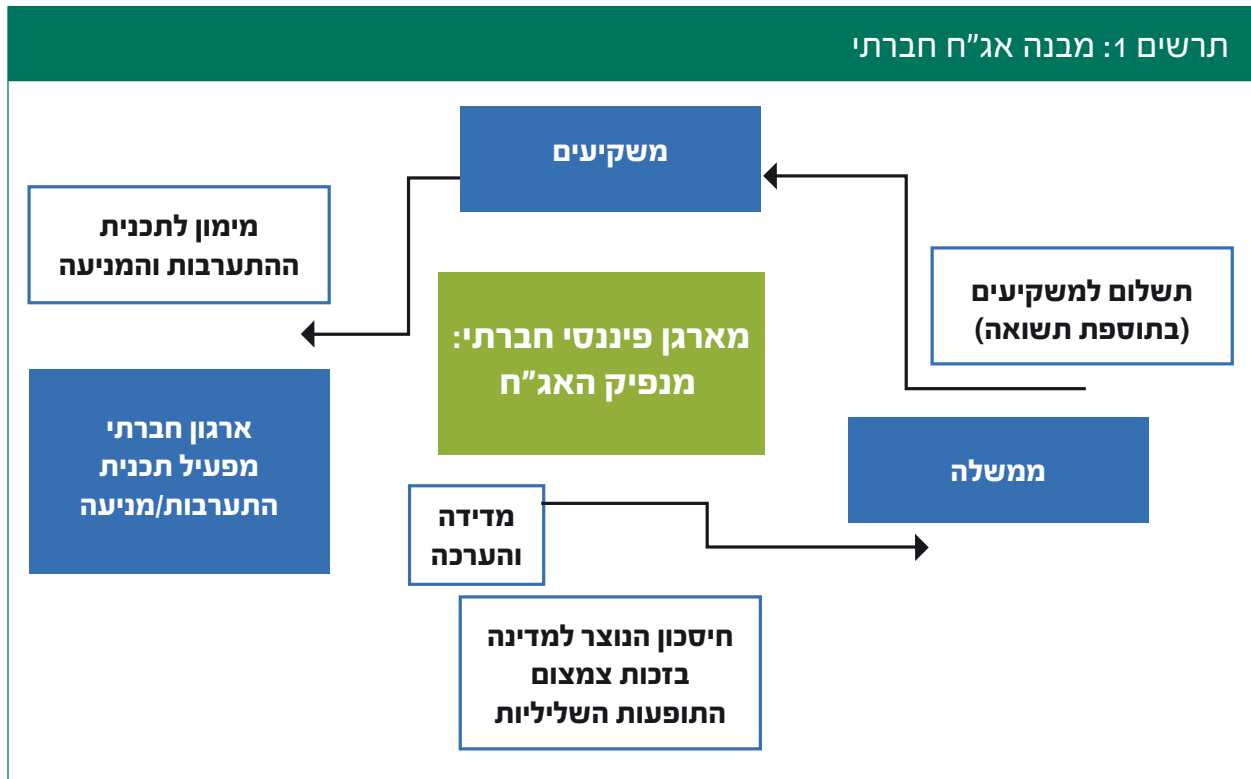
תחום קידום הבריאות מבקש לשנות את הגורמים הסביבתיים, החברתיים וההתנהגותיים המשפיעים על בריאותו של הפרט, באופן שיאפשר לו לשלוט על בריאותו ולנהל אורח חיים בריא ומונע תחלואה. למרכיבים אלו השפעה רבה על בריאות האוכלוסייה. ואולם, בישראל, כמו במדינות מפותחות אחרות, התקציב לקידום הבריאות, בריאות הציבור והרפואה המונעת נמוך בהשוואה לתקציב הרגיל למערכת הבריאות, ואינו מעודכן עם הגידול באוכלוסייה. את התפקיד החשוב של מניעת תחלואה וקידום הבריאות בקהילה ממלאים לעתים קרובות ארגונים חברתיים,¹ והדבר נכון בפרט לאוכלוסיות מיעוטיות ולאוכלוסיות המובחנות מבחינה תרבותית. יתרונם הגדול של ארגונים אלו הוא במגע ישיר עם אוכלוסיית היעד, בהתגברות על חסמים תרבותיים וחסמי שפה ועוד. ארגונים אלו סובלים ממצוקת מימון תמידית ונסמכים בעיקר על תרומות, פילנתרופיה ותקציבים ממשלתיים מצומצמים.

אג"ח השפעה חברתית

בשנים האחרונות מתפתח בעולם כלי חדשני למימון לפרויקטים חברתיים, אשר הצלחתם מייצרת חיסכון תקציבי עבור המדינה: "אג"ח השפעה חברתית" (להלן, "אג"ח חברתי"). במסגרת המודל, המשקיעים מממנים – דרך מארגן פיננסי-חברתי² – הפעלת תכנית מניעה והתערבות בארגון חברתי, אשר הישגיה צפויים לחסוך הוצאות למדינה. לאחר יישומה, הישגיה של תכנית זו נמדדים והחיסכון שהצלחתה הניבה עבור המדינה מחושב. על בסיס חיסכון זה, למשקיעים מוחזר סכום השקעתם הראשוני בתוספת תשואה על השקעתם. יתרת החיסכון שנוצר בזכות התכנית נותרת בידי המדינה.

¹ בהם אפשר למנות, למשל, את ארגון טנא בריאות, העוסק בקידום הבריאות באוכלוסייה האתיופית, ואת אגודת הגליל למחקר ושירותי בריאות אשר עובדת עם האוכלוסייה הערבית בישראל.

² במודל, המארגן הפיננסי-החברתי אחראי הן על גיוס הכסף לטובת הפעלת תכנית ההתערבות והן על בניית מתווה התכנית בשיתוף המלכר"ים המפעילים אותה.



מקור: מכון מילקן, 2013.

האפשרות ליישם שיטת מימון חדשה זו לפרויקטים חברתיים במגוון תחומים, כגון הגדלת ההשתתפות בכוח העבודה והקטנת שיעור הפשיעה החוזרת של אסירים משוחררים, מעוררת עניין רב. במסגרת מחקר זה נבחנה האפשרות להתאים כלי זה למימון פרויקטים לקידום בריאות הציבור ולרפואה מונעת, מתוך הנחה שמניעת תחלואה מייצרת חיסכון תקציבי ברור למדינה. בין היתר נותח המודל כדי לאתר קריטריונים לבחירת תחומים ותכניות בריאות המתאימים ליישום אג"ח חברתי. הקריטריונים שאותרו מצביעים בין היתר על הצורך לבחור תחומים אשר לגביהם קיים בסיס נתונים וידע רחב ויסודי המאפשרים לייצר תכנית הערכה ומדידה מקיפה; תחומים שבהם לשינוי גורמי סיכון התנהגותיים וסביבתיים יש השפעה ממשית על התחלואה; תחומים שבהם אפשר למדוד הצלחה באופן מוסכם יחסית. במסגרת המחקר אותרו כמה קריטריונים נוספים.

נוסף על כך, במחקר נעשה ניתוח של מבנה המימון של מערכת הבריאות הישראלית, והוצגו שני מודלים אפשריים ליישום מקומי של כלי האג"ח החברתי. במודל הראשון מוצעת התקשרות מול המדינה, תוך הסתמכות על מנגנון התקצוב של המדינה לקופות החולים. המודל השני בוחן את האפשרות ליצור התקשרות ישירה מול קופות החולים, כאשר למדינה תפקיד מארגן ומפקח.

מרכיבים נוסף שנבחנו במחקר הם אופן חישוב החיסכון במסגרת הפעלת תכנית מניעה הממומנת באמצעות האג"ח החברתי, ואופן יצירת תכנית התשלומים למשקיעים. הוצע כי קביעת התשלומים למשקיעים במסגרת מודל זה תתבסס על

שני מרכיבים עיקריים – האחד, בחינת אי-היארעות המחלה בקרב משתתפי תכנית ההתערבות, בהשוואה לקבוצת ביקורת; והאחר – בחינת הירידה בסיכויי היארעות המחלה לנוכח השיפור במצבם של גורמי הסיכון עקב הפעלת תכנית ההתערבות. לסיום, במחקר נדונו היתרונות והחסרונות האפשריים למדינה ולבריאות הציבור ביישום אג"ח חברתי בישראל בתחום קידום הבריאות. בין השאר הודגש הצורך לאתר תחומים שבהם הקופות ומערכת הבריאות הממסדית עדיין אינן פועלות, ואשר לארגונים חברתיים יתרון בהפעלתם על פני מערכת הבריאות הממסדית. זאת כדי לנתב כלי זה למימון פרויקטים חברתיים, ולא לצמצום השירותים הניתנים על-ידי המדינה. כמו כן המחקר מציג את החשיבות של יצירת מומחיות והבנה בתחום המימון החברתי בתוך שירות המדינה. זאת כדי לאפשר למדינה לנהל משא ומתן מושכל עם הגופים השונים ביצירת הא"ח, תוך שמירה על אינטרס הציבור במסגרת הפעלתו.

מבוא

תחום קידום הבריאות בישראל, אשר עושה שימוש גם בארגונים לקידום הבריאות בקהילה, נמצא במצוקת משאבים תמידית וממוקם נמוך בסדר העדיפויות של תקצוב מערכות בריאות בהשוואה לשירותי בריאות רגילים – הן בישראל והן בעולם. במסגרת מחקר זה תיבחן האפשרות להשתמש בכלי האג"ח החברתי בתור בסיס למימון ארגונים חברתיים העוסקים בקידום הבריאות בישראל. המסמך מאורגן באופן הבא:

בחלקו הראשון של המסמך מוצג בקצרה תחום קידום הבריאות בישראל, ומוצגת פעילותן של עמותות לקידום הבריאות בישראל ומצוקת המימון שלהן. בחלקו השני של המסמך מוצג ומנותח מודל האג"ח החברתי והאפשרות למימון הפעילות של קידום הבריאות העולה ממנו. בהמשך, על רקע ניתוח בסיסי של מבנה מערכת הבריאות בישראל, מוצעים מודלים אפשריים ליישום מקומי של מודל האג"ח החברתי. כמו כן נעשה בחלק זה ניתוח של הקריטריונים לבחירת התחומים ליישום האג"ח החברתי.

בחלקו השלישי של המסמך מוצעות מתודולוגיה ודרך פעולה מועדפת לאיתור החיסכון הצפוי למדינה ממודל האג"ח. אחר כך מוצעת סקיצה בסיסית למודל חישוב ההחזרים עבור המשקיעים באג"ח, לנוכח חישוב החיסכון. בחלקו הרביעי והאחרון של המסמך מוצגים הסיכונים וההזדמנויות למדינה מיישום מודל האג"ח החברתי בתחום הבריאות. בחלק זה נעשה ניתוח של הסיכונים ומוצעות דרכים למזער את הסיכונים הצפויים למדינה בכניסה להתקשרות זו.

פרק א' – קידום הבריאות בישראל ומצוקת המימון של הארגונים בתחום

תפיסת קידום הבריאות

במרוצת המאה ה-20 הורחב המושג "בריאות", והוא החל לכלול לא רק היעדרן של מחלות, אלא גם רווחה גופנית, חברתית ונפשית של הפרט. בהמשך חלחלו בהדרגה תפיסות המייחסות גם לגורמים אחרים – מעבר לגורמים ביולוגיים ורפואיים – השפעה על בריאותו של הפרט (ברון-אפל ואחרות, 2002). בריאות הציבור מושפעת אפוא במידה רבה מגורמים שמקורם מחוץ למערכת הבריאות הממסדית. ניהול אורח חיים בריא, הקפדה על תזונה נכונה ומאוזנת, הימנעות מחשיפה לגורמי סיכון, פעילות גופנית תדירה, נגישות למידע בנושאים רפואיים, עריכת בדיקות לגילוי מוקדם של מצבים רפואיים מסכנים ועוד – לכל אלה חשיבות עליונה במניעת מחלות בקרב האוכלוסייה, ובטווח הארוך – בצמצום העומס על מערכת הבריאות ובצמצום ההוצאות הלאומיות על בריאות (ברון-אפל ואחרות, 2002). יכולתו של הפרט לממש התנהגות תומכת בריאות ונגישותו לשירותי בריאות קשורות קשר הדוק לגורמים חברתיים שונים בעלי השפעה מכרעת על מצב בריאות האוכלוסייה. בין השאר הגורמים, נמצא שאיכות הדיור הזמין לאוכלוסייה, הנגישות להשכלה, רמת ההכנסה והנגישות לתעסוקה בטוחה ומשמעותית קשורים ישירות למצב הבריאות ולתוחלת החיים באוכלוסייה (Marmot, 2005; WHO, 1986; Berslow, 1999).

אם כן, תחום קידום הבריאות נוסד מתוך ההכרה בצורך במדיניות המחזקת גורמים חברתיים תומכי בריאות ויוצרת סביבה התומכת באורח חיים בריא ובנגישות לבריאות. ראשיתו של התחום באמנת אוטווה (1986), אשר הניחה את הבסיס לתפיסת קידום הבריאות וליצירת דרכים למימוש העקרונות של "בריאות לכול". אמנה זו מגדירה את המושג "קידום הבריאות" כ"תהליך המאפשר לאנשים להגדיל את השליטה על בריאותם ולשפרה". במסגרת האמנה הותוו חמש אסטרטגיות לקידום בריאות, אשר מהוות את הבסיס הרעיוני לפעילות בנושא (אמנת אוטווה, 1986):

1. **בניית מדיניות ציבורית בריאה** – קידום חקיקה תומכת בריאות, הקצאת תקציבים מתאימים, יצירת מנגנונים המקדמים נגישות לבריאות לכול ועוד.
2. **יצירת סביבות תומכות בריאות** – במרחבים הציבוריים, במקומות העבודה והלימודים, בהגנה על בריאות הסביבה וכו'.
3. **חיזוק פעילות הקהילה** – העצמת הקהילות והקניית ידע ואפשרות לשליטה על בריאותן.
4. **פיתוח מיומנות אישית לבריאות אצל הפרט** – אספקת מידע לפרטים והעלאת המודעות באמצעות חינוך, העברת ידע בסביבות שבהן הפרט נוכח תוך שימוש במוסדות ובארגונים בקהילה.
5. **הכוונה מחדש של שירותי הבריאות** – יצירת מערכת שירותי בריאות המביאה לידי הגברת הביקוש לשירותי הבריאות, המסייעת בהקניית ידע למשתמשים בשירותי הבריאות ומיישמת רגישות תרבותית בגישה לחולים.

קידום הבריאות ורפואה מונעת

בישראל, מחלות שאינן מידבקות (non communicable diseases - NCD) כגון מחלות לב וכלי דם, סרטן וסוכרת סוג 2, אחראיות לפי הערכות שונות לכ-60% ממקרי המוות (זקס, 2007). שכיחותן של מחלות אלו עולה עם הזמן, גם בשל התארכות חיי האוכלוסייה, וזאת למרות אורח החיים המודרני המאופיין במיעוט פעילות גופנית ובעלייה בצריכה של מזון מעובד. לפי עמדת ארגון הבריאות העולמי, כ-80 אחוז ממחלות הלב וממקרי הסוכרת סוג 2, וכ-40 אחוז ממקרי הסרטן, ניתנים למניעה באמצעות קיום אורח חיים בריא ופעיל, הקפדה על תזונה נכונה ועל פעילות גופנית והימנעות מעישון (Health Organization, 2005 World).

השקעה במניעת מחלות עשויה להיות אפקטיבית יותר מהטיפול בהן. למשל, השקעה בחינוך אפקטיבי להתנהגות מינית אחראית עשויה להביא לידי ירידה בשיעורי ההידבקות במחלות מין, ועמה לצמצום הנטל על מערכות הבריאות בטיפול במחלות אלו (Schaalma, 1996); הקפדה על היגיינת הידיים בקרב צוותים רפואיים בבתי חולים חשובה למניעת העברה של מחלות זיהומיות בבתי חולים ולמניעת העלות הכרוכה בהן (Pittet, 2000). גם ההשקעה בחינוך והדרכת האוכלוסייה לשמירה על אורח חיים בריא, על קיום פעילות גופנית ועל תזונה נכונה, תורמות למניעת תחלואה עתידית בסוכרת, במחלות לב ובמחלות נוספות הקשורות לאורח החיים של הפרט.

עם זאת, הפעילות לחינוך ולהקניית ידע בתחומים אלו, באופן שתביא לידי מניעה אפקטיבית שאף מייצרת חיסכון בהוצאות על בריאות, עשויה להיות יקרה מאוד. חינוך האוכלוסייה לאימוץ אורח חיים בריא דורש פעולה משולבת במישורים שונים – חינוך והפצת ידע, קידום חקיקה, פעילות בתוך מוסדות ציבור, הכוונה ומיקוד מחדש של חלק משירותי הבריאות בקופות החולים, הדרכת הצוותים הרפואיים ועוד.

על אף ההסכמה הרחבה על החיסכון העתידי הטמון בהשקעה בקידום אורח חיים פעיל ובריא, ברפואה מונעת ובצמצום גורמי הסיכון לתחלואה, אופי התקצוב של מערכות בריאות ציבוריות, ובפרט הצורך לממן את הבעיות הדחופות, גורמים לכך שמרב המשאבים מופנים למרכיבים הטיפוליים ולא לפעילות מניעה. מקורות דלים בלבד מופנים לפעילויות של קידום הבריאות ומניעת תחלואה עתידית. נוסף על כך, התקציבים המוקדשים לבריאות הציבור נשחקים עם הזמן. שלא כמו שירותי הבריאות הרגילים, אשר הרכבם והתקציבים המוקדשים להם מעודכנים מדי שנה עם עדכון סל הבריאות, הסכומים המוקדשים לבריאות הציבור אינם מוגדרים ואינם מעודכנים מדי שנה (זקס, 2007; ההסתדרות הרפואית בישראל, 2010).

עקרונות קידום הבריאות מיושמים אפוא בישראל באופן חלקי, ועם זאת המדינה יוצרת ומממנת תכניות לקידום הבריאות במערכת החינוך ובמוסדות ציבוריים, מעודדת הכשרת מקדמי בריאות בקהילה, ופועלת להפצת מידע לציבור. בשנת 2011 הושקה בישראל "התכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא", שמטרתה להיאבק בעלייה בתחלואה במחלות הכרוניות ולצמצם את תופעת השמנת היתר. שלוש אסטרטגיות מרכזיות הנחו את פעילות התכנית – קידום המודעות והידע בציבור; קידום סביבה מקדמת בריאות; ותמרוץ ארגונים ורשויות מקומיות לקחת חלק בפעילויות מקדמות בריאות (Kranzler et al. 2013). במסגרת התכנית מקודמת חקיקה תומכת אורח חיים בריא; נוצרו ומומנו תכניות מקומיות המקדמות אורח חיים בריא; קודמו תכניות הפועלות ליצירת סביבה עירונית בריאה וכו'.

לצד פעולות אלו, המדינה מתמרצת את קופות החולים לפעול לקידום הבריאות וליישם תכניות לרפואה מונעת, וזאת באמצעות "מבחני התמיכה" המוגדרים בחוק. באמצעות כלי זה המדינה מעבירה לקופות החולים כספי תמיכות, על-פי מידת עמידתן בשורה של דרישות להשקיע בקידום בריאות (מבחני תמיכה לקופות חולים, ילקוט הפרסומים 2012). לפי מבחנים אלו, הקופות נדרשות להציב בסניפיהם עובדים ייעודים לקידום בריאות;³ להפעיל קבוצות לקידום אורח חיים פעיל ובריא, ולקיים הדרכות לילדים ובני נוער הסובלים מהשמנת יתר ולהוריהם. כמו כן, קופות החולים מונחות ליישם תכניות המסייעות לחולי סוכרת. במסגרתן, על הקופות להפעיל סדנאות הדרכה לחולי סוכרת לשם הקניית מידע ומיומנויות להתמודדות יומיומית עם המחלה.

הסכום המוקדש מתקציב המדינה לקופות חולים, בעבור עמידה במבחני תמיכה אלו, הוא כ-20 מיליון שקלים בשנה. המדינה מעבירה את הסכומים לקופות החולים על בסיס הקצאת תשומות להפעלת התכניות, כלומר, אם הקופות מראות שהפעילו את הקבוצות והעסיקו את מקדמי הבריאות כנדרש. עם זאת, מנגנון העברת התמיכות מצד המדינה אינו מתחשב בשיעורי הצלחה של התכניות ובהשפעתן בפועל על בריאותם של המטופלים, אלא מתגמל את קופות החולים לפי התשומות שהן מקדישות להפעלתן של תכניות אלו (מבחני תמיכה לקופות חולים, ילקוט הפרסומים, 2012).

ארגונים חברתיים כמרכיב בקידום הבריאות

חלק מהאסטרטגיה המוצעת לקידום הבריאות מתייחסת כאמור לכוחה של הקהילה הסובבת את הפרט ולהשפעתה על אורח חייו. למדיניות המחזקת את הנגישות לבריאות בקהילה ואת הידע לגביה יש חשיבות רבה בכל הנוגע לשינוי אורח החיים ולהשפעה על בריאות הפרט.

לצד העשייה מצד המדינה לקידום בריאות ורפואה מונעת, פועלים ארגונים מן המגזר השלישי אשר הוקמו לשם כך. חלק מהארגונים הוקמו על-ידי חולים, ומטרתם לסייע לחולים בהתמודדות עם מחלות כרוניות שונות ובהעלאת המודעות למחלה, בצמצום הנזקים והסיבוכים הקשורים בה וכו'. למשל, בישראל פועלות עמותות העוסקות בהעלאת המודעות לסרטן השד ולסרטן העור; עמותות הפועלות לקידום האינטרסים של חולי סוכרת נעורים מול מערכת הבריאות, כמו האגודה לסוכרת נעורים; עמותות המיועדות לתמיכה בחולות סרטן השד, כמו עמותת "אחת מתשע" ועוד (ברון-אפל ואחרות, 2002).

בישראל (כמו בשאר המדינות המפותחות), אוכלוסיות מיעוטים ואוכלוסיות הנמצאות במצב סוציו-אקונומי נמוך נמצאות בסיכון גבוה יותר לפתח תחלואה כרונית כגון סוכרת, סרטן, מחלות לב וכו'. אוכלוסיות אלו אף נוטות לעשן בשיעורים גבוהים יותר ולעסוק פחות בפעילות גופנית. פערים אלו קשורים בנגישות למערכת הבריאות, בפערי איכות השירותים בין המרכז לפרפריה, בפערי ההכנסה המשפיעים על יכולתן של האוכלוסיות לרכוש שירותי בריאות נוספים, ועוד (שמש, 2011; מרכז אדווה, 2010; אבני, 2008).

לנוכח גורמים אלו, בין היתר, הקימו קהילות שונות בישראל ארגונים לקידום הבריאות ושיפור הנגישות לבריאות. חלקם הוקמו במטרה לצמצם תחלואה ספציפית בקרב אוכלוסיות מסוימות, אחרים הוקמו במטרה להעלות את המודעות לאורח חיים בריא ולשפר את הנגישות לשירותי בריאות. ארגונים אלו מסייעים בהנגשת מערכת הבריאות לקהילות שונות,

³ ביחס של עובד אחד לכל 150,000 מבטחים (משרד הבריאות, 2012).

⁴ הדרישות במבחני התמיכה הן להשתתפות של 0.25% ממבטחי הקופה בתכניות לקידום אורח חיים פעיל ובריא (שם).

לתרגום והתאמה של תוכני חינוך לבריאות ועוד. הם פועלים מתוך האוכלוסייה, וכפי שהתברר, אסטרטגיות לקידום הבריאות המבוססות על שיתוף פעולה עם האוכלוסייה המקומית אכן מסוגלות לרתום באופן יעיל יותר את אוכלוסיית היעד לתכניות השונות של קידום הבריאות (Butterfoss et al, 1996).

בישראל פועלות כמה עמותות שמטרתן קידום הבריאות בקהילה, ועמותות נוספות אשר עוסקות במגוון נושאים ופועלות בין היתר בתחום קידום הבריאות. ארגונים אלו פעילים במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה האתיופית, אשר סובלות משיעורי תחלואה גבוהים יחסית במחלות כרוניות מסוימות (כגון סוכרת) ואשר נתקלות בקשיים בהתמודדות עם מערכת הבריאות – קשיי שפה ונגישות, פערים תרבותיים, חסמים כלכליים, גאוגרפיים ואחרים (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2008; מרכז אדוה ואחרים, 2010; למ"ס, 2009). ארגונים כמו מכון הנגב לאסטרטגיות של שלום ("אג'יק"), למשל, מבקשים לטפל בתמותת תינוקות בקרב האוכלוסייה הבודאית – תופעה הנפוצה באוכלוסייה זו יותר מבאוכלוסיות אחרות – על-ידי הדרכת הורים צעירים בטיפול, שיפור נגישותם לשירותי הבריאות הרלוונטיים ועוד (וייסבלאי, 2006).

חלק מהתכניות שמפעילים ארגוני המגזר השלישי מקבלות מימון ישיר מהמדינה – בפעילות במיזמים משותפים או בהקצאות מיוחדות אחרות ממשרד הבריאות וממשרד הקליטה. תמיכה זו היא לרוב רק שיעור קטן ממקורות המימון של ארגונים אלו, היא מצומצמת ומסתמכת לרוב על תקציבי המחלקה לקידום הבריאות במשרד הבריאות, ואינה מובטחת לאורך זמן – דבר הפוגע ביכולתן של העמותות לגבש תכניות לטווח הארוך. היעדר מנגנון מימון מסודר מצד המדינה מקשה אפוא על הארגונים לקיים פעילות רצופה ומתפתחת.

לצד המימון המועבר לעמותות מהמדינה, מקור מימון מרכזי נוסף הוא תרומות ומענקים של קרנות פילנתרופיות ותורמים אחרים. ארגון טנא בריאות, למשל, אשר עוסק בקידום בריאות באוכלוסייה האתיופית ובמיוחד במניעת סוכרת וסיבוכיה בקהילה, נתמך על-ידי קרנות פילנתרופיות מקומיות וזרות.

ארגונים אלו – בדומה לארגונים חברתיים בתחומים אחרים – סובלים ממצוקת מימון קבועה, והם מקדישים חלק ניכר ממשאביהם לגיוס כספי פילנתרופיה, איגום מקורות מהממשלה ומהרשויות המקומיות והתמודדות עם פערים קבועים בין הכנסותיהם להוצאותיהם. גם הכרסום הניכר במשאביהם של מלכ"רים בישראל על רקע המשבר הכלכלי האחרון משפיע עליהם.

פרק ב' – אג"ח חברתי ובחינת יישומו בישראל

אג"ח השפעה חברתית - מודל למימון מיזמי התערבות ומניעה

בפרק הקודם הוצג הצורך לשלב ארגונים חברתיים במאמצי קידום הבריאות והרפואה המונעת, והוצגה מצוקת המימון שארגונים אלו סובלים ממנה. בפרק זה יוצג וינותח כלי האג"ח החברתי ככלי אפשרי ליצירת מימון לפעילותם של ארגונים אלו, ויוצע מודל אפשרי ליישומו בישראל.

אג"ח השפעה חברתית (להלן: אג"ח חברתי) פותח בשנים האחרונות בתור כלי מימון חדש, במטרה לגייס מימון לפרויקטים חברתיים העוסקים בהתערבות ובמניעת תופעות בעלות השפעות כלכליות שליליות בחברה. המודל העומד בבסיס האג"ח מתבסס על ההנחה שפרויקטים העוסקים במניעה של נזקים ותופעות חברתיות בלתי רצויות, מניבים תועלות כלכליות וחברתיות הניתנות לכימות, אשר מתבטאות בטווח הבינוני והארוך בחיסכון בתקציבים ציבוריים (Social

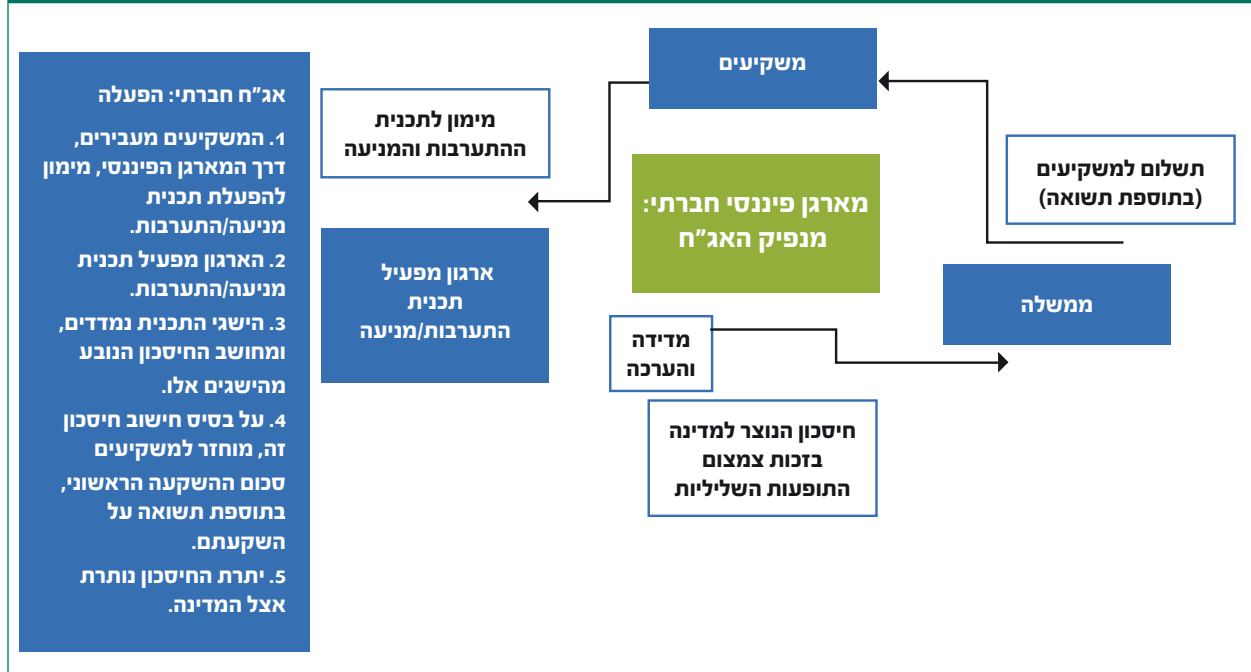
(Finance, 2012; לחמן-מסר וכץ, 2011). עם זאת, ועל אף התועלות שבהם, המדינה לעתים קרובות אינה מעוניינת להשקיע בפרויקטים המניבים חיסכון כזה. זאת גם בשל קושי לזהות את היקף החיסכון העתידי הטמון בפרויקטים אלו ובשל הסיכוי שייכשלו. העדפת ההווה החזקה של הממשלה, ונטייתה לטפל באירועים שכבר קרו (בשל דחיפותם הרבה) מביאה לידי כך שההשקעה במניעת אירועים עתידיים בעלי השפעות חברתיות וכלכליות שליליות – נמוכה יותר (זקס, 2007).

במודל המוצע, גוף מארגן חברתי-פיננסי מתכנן ומנפיק אג"ח חברתי הנושא תשואה חברתית ופיננסית עבור המשקיעים (בין השאר קרנות פילנתרופיות). הכספים המושקעים באג"ח משמשים למימון ארגונים המפעילים באמצעותם תכניות התערבות שנועדו לצמצם תופעות בעלות השפעות חברתיות שליליות. אחר כך, באמצעות גופי מדידה בלתי-תלויים, נמדדת ההשפעה של התכניות שהופעלו באמצעות המלכ"רים, ונמדד החיסכון שנוצר למדינה בזכות הפעלת הפרויקטים.

חיסכון זה הוא הבסיס לתשלום שישולם למשקיעים: המדינה, בסיוע הגופים המודדים, מחשבת את הסכום שנחסך ומחזירה חלק ממנו למשקיעים באופן שמפצה אותם על השקעתם. נוסף על החזר ההשקעה הראשונית, המדינה מוסיפה להחזיר תשואה מסוימת, אשר גובהה נקבע מראש בהסכם ההתקשרות שבבסיס האג"ח, ולפי מידת ההצלחה הנמדדת בתום הפרויקט (ראו תרשים 2). עם זאת, במקרה של כישלון התכנית, כלומר במקרה שהתכנית לא הניבה חיסכון מספק למדינה, המשקיעים לא מקבלים החזר מלא על השקעתם (אולם הארגון שהפעיל את התכנית אינו מחזיר את הכסף שכבר הועבר לו לשם הפעלתה) (Social Finance, 2012).

למודל זה יש משמעות לעניין חלוקת הסיכויים בהשקעה בפרויקטים חברתיים, בין השאר בפרויקטים חברתיים חדשניים. במסגרת המודל, המשקיעים מממנים תכנית התערבות ומניעה המופעלת ככלל על-ידי מלכ"רים, תוך שהם נוטלים על עצמם את הסיכון של כישלון הפרויקט ואובדן ההשקעה הראשונית. כאמור, במקרה של כישלון הם אינם מקבלים בחזרה את מלוא הסכום שהשקיעו. המדינה, מצדה, נדרשת לשלם רק על פרויקטים מוצלחים היוצרים חיסכון תקציבי מדיד. התשואה האפשרית למשקיעים נובעת מכך שבמקרה של הצלחת תכנית המניעה, חלק מהחיסכון התקציבי הנובע מההצלחה ישולם למשקיעים על-ידי המדינה כתשואה על השקעתם. עבור הממשלה, החיסכון הצפוי מהפעלת הפרויקטים החברתיים, לטווח הבינוני והארוך, צפוי להיות, במקרה של הצלחת התכנית, גדול מההוצאה התקציבית שתידרש להתמודדות עם תוצאות אי-המניעה. במקרה שהתכנית אינה עומדת ביעדים שהוצבו לה, המדינה אינה מחזירה את עלותה הראשונית, והמשקיעים סופגים את הפסד ההשקעה (Social Finance, 2012). עבור המלכ"רים המפעילים את תכניות ההתערבות והמניעה, מודל המימון בבסיס האג"ח מאפשר להם לקבל מימון שוטף להפעלת פרויקטים, משחרר את הארגון מהצורך לגייס כספים, ומאפשר לו למקד את מאמציו בקידום התיקון לבעיה החברתית שהוא מבקש לפתור ואשר לשם פתרונה נוסד. לנוכח קשייהם של ארגונים חברתיים בישראל העוסקים בתכניות מניעה והתערבות, ולענייננו, ארגוני קהילה העוסקים בקידום בריאות, מודל זה אכן יכול לסייע להם להשתחרר מהצורך התמידי לאתר מקורות למימון פעילותם.

תרשים 2: אג"ח השפעה חברתית - הצגה ויזואלית של פעילות המודל



מקור: מכון מילקן, 2013

התכנית הראשונה שנוסחה על בסיס מודל זה הייתה תכנית לשיקום אסירים בבריטניה, והפעלתה החלה בשנת 2009 (Disley et al. 2011). במסגרת התכנית מימנו משקיעים תכניות למניעת פשיעה חוזרת (רצידיביזם) של אסירים, תכניות שהתמקדו בליווי, בשיקום, בהדרכה ובהשמה של האסירים המשוחררים. ממשלת בריטניה החזירה למשקיעים את השקעתם בתכנית, בתוספת שיעור ריבית מסוים שנקבע מראש. שיעור הריבית של ההחזרים למשקיעים עשוי להיות גבוה אף יותר בהמשך, אם התוצאות יעברו סף מסוים אשר נקבע מראש בהתקשרות (Liebman, 2011).

התכנית הראשונה בתחום בריאות הציבור שנוסחה על בסיס מודל זה נמצאת בשלביה הראשונים בימים אלו בעיר פרזנו, בקליפורניה. מדובר בתכנית התערבות המיועדת למניעת החמרה במחלת האסתמה (Pauly and Swanson, 2013). בעיר חיים כ-200 אלף חולי אסתמה בדרגות חומרה שונות. המספר הגבוה של חולי האסתמה בעיר מתבטא בכ-6,000 ביקורים בחדר מיון ובכ-1,100 אשפוזים מדי שנה, ואלה יוצרים עומס כלכלי כבד על מערכת הבריאות בעיר. תכנית ההתערבות, שנועדה להפחית את אירועי החירום הנובעים מהמחלה, התמקדה בסדנאות הסברה ובחינוך לניהול אורח חיים מתאים למניעת התקפי אסתמה חמורים. התכנית ממומנת באמצעות אג"ח חברתי, והחיסכון הצפוי מהירידה בכמות האשפוזים עקב התכנית צפוי להוות את התשואה למשקיעים על השקעתם בתכנית – באופן דומה למודל שהוצג (Hernandez et al, 2012).

קריטריונים לבחירת תחומים ליישום מודל האג"ח בתחום בריאות הציבור בישראל

מאפייני תחום קידום הבריאות, כפי שהוצגו בפרק הרקע, ובעיקר החיסכון המשמעותי הצפוי ממניעת תחלואה בזכות השקעה בתכניות מניעה וקידום בריאות, לצד מצוקת המשאבים שעמותות העוסקות בתחום קידום הבריאות סובלות ממנה, הופכות את תחום בריאות הציבור לרלוונטי במיוחד עבור מודל השקעה ותשואה של אג"ח חברתי. עם זאת, כפי שמתואר ברקע, בניית מודל מוצלח להפעלת אג"ח חברתי רצוי שתתבסס על כמה קריטריונים יסודיים בתחום שבו מופעל האג"ח. זאת כדי להבטיח שהחיסכון לתקציב המדינה או לתקציבי הגוף המפעיל יהיה משמעותי, ויהיה בו כדי לכסות על ההשקעה הראשונית וליצור הן תשואה למשקיעים והן חיסכון לתקציב המדינה. כמו כן, מורכבות המודל והצורך ביצירת מערך מדידה תקף ומהימן, דורשים כמה מרכיבי יסוד בתחומים ובתכניות שבהם אפשר להפעיל אג"ח חברתי.

להלן יוצגו כמה קריטריונים לאיתור ולבחירה של תחומים רלוונטיים להפעלת אג"ח בתחום בריאות הציבור. "תחום" פירושו מחלה או קבוצת מחלות מסוימת שאפשר למנוע - מחלות המועברות באמצעות יחסי מין, מחלות זיהומיות, מחלות לב, ועוד. הקריטריונים מתייחסים גם לסוג התכניות שהאג"ח צפוי לממן, למשל תכניות חינוך והעלאת מודעות, עידוד בדיקות סקר תכופות וכיו"ב.

הקריטריונים המוצגים כאן מתבססים על ניתוח תיאורטי של המודל שהוצג כאן - בהתאמה למאפייני תחום קידום בריאות. כמו כן, בניתוח הלהן משולבות תובנות שעלו גם בניתוח הפרקים הבאים, והן מתייחסות לאיתור החיסכון הנובע מפעילות תכניות ההתערבות. בנוגע לכל קריטריון מוצג הרציונל לשימוש בו והסבר ממצה שלו.

1. תחומים שבהם קיימת אפשרות ברורה למניעת הארעות מחלה, או הארעות סיבוכים במחלה קיימת,

באמצעות שינוי התנהגות הפרטים. מודל המימון שהוצג לעיל מיועד למימון תכניות התערבות בקהילה אשר מבקשות להשפיע על אורח החיים ומיומנויות הפרט של המשתתפים בהן - בהנחה ששינוי זה ישפר את בריאותם ויקטין את הסיכוי לפתח תחלואה. בשל כך, יש צורך לאתר תחום שבו שינוי התנהגות הפרטים עשוי להשפיע באופן ברור על הארעות המחלה. כלומר, יש לאתר מחלות אשר ההארעות שלהן מושפעת באופן מובהק מהתנהגות החולים הפוטנציאליים, ואשר קיים בסיס ידע רחב הקושר באופן ברור בין התנהגות הפרטים לבין הארעות המחלה. מחלות גנטיות שונות, למשל, אשר עיקר הגורמים להתפתחותן נעוץ במטען הגנטי של הפרט, אינן רלוונטיות להפעלת תכניות התערבות, שכן לשינוי התנהגות לרוב אין קשר חזק למניעתן. לעומת זאת, מחלות שהתפתחותן או התפתחותן המוקדמות מושפעות באופן ישיר מהתנהגות הפרטים, עשויות להיות רלוונטיות למודל המדובר בשל העובדה שאפשר ליצור תכניות התערבות שישפיעו על התנהגויות אלו. מחלות רלוונטיות אפשריות הן, למשל, סוכרת מסוג 2, אשר התפתחותה מושפעת בין השאר מהיעדר פעילות גופנית ומרכב דיאטה; מחלות המועברות ביחסי מין, אשר הארעותן מושפעת מהתנהגות המינית של הפרטים; מחלות הנוצרות עקב עישון מאסיבי, ועוד. גם מניעת החמרה במצבי תחלואה קיימים, התלויה בהתנהגות הפרטים, עשויה להיות רלוונטית, למשל שינוי ההתנהגות ותנאי הסביבה לשם מניעת התקפי אסתמה תכופים; סיוע בשמירה על איזון סוכרתי וכיו"ב.

2. תחומים שקיים בהם בסיס ידע רחב ומאושש מדעית (ככל האפשר) בדבר הקשר בין הימצאות גורמי הסיכון

לבין סיכויי התפתחות המחלה. חלק ניכר מהמדידה של הצלחת תכנית המניעה הממומנת באמצעות האג"ח, ובעקבותיה מדידת החיסכון והתשלומים למשקיעים, יתבסס על השפעתה של התכנית על גורמי הסיכון

- להתפתחות המחלה. על בסיס מדידה זו יחושב החיסכון המשוער למערכת הבריאות, חיסכון המהווה את הבסיס לחישוב ההחזרים למשקיעים. בשל כך יש צורך בבסיס ידע הקושר באופן הדוק את גורמי הסיכון הניתנים לצמצום אל התפתחות התחלואה הרלוונטית, כדי שיהיה אפשר לייחס את החיסכון המוערך להצלחת תכנית ההתערבות.
- 3. תחומים/מחלות אשר קיימים לגביהם בסיסי ידע ובסיסי נתונים מקומיים רחבים, מקיפים ומפורטים.** בשל הקושי להעריך את העלות והסיכויים של פיתוח תחלואה, וכן בשל הקושי למדוד את החיסכון, קיים צורך במידע רחב ומקיף ככל האפשר על המחלה הנבחרת, על נתוני שכיחותה והיארעותה באוכלוסיות שונות, לפי גילאים ומגדר, ועל מאפייניה המקומיים. סוגי מאגרי המידע הרלוונטיים הם מגוונים. למשל, מחלות אשר קיימים עבורם רישומים בקופות החולים, מחלות אשר שכיחותן נבדקת בסקרי הלמ"ס ובסקרי הבריאות הלאומיים, מחלות אשר נתוני הביטוח הלאומי על שכיחותן רחבים מספיק – כל אלה יהיו מתאימות יותר להפעלת תכניות התערבות על בסיס המודל שהוצג כאן.
- 4. תכניות אשר קיים קשר ברור בין הצלחתן ובין חיסכון ישיר בתקציב המדינה.** כדי להעריך את החיסכון הצפוי למדינה, שעל בסיסו אמורה המדינה להחזיר כסף למשקיעים במקרה של הצלחה, יש צורך להצביע על חיסכון מוגדר, ברור וקל לזיהוי. חיסכון כזה הוא לדוגמה ירידה במספר אשפוזים (Hernandez, Syme, and Brush, 2012), או ירידה בהוצאות על ניתוחי חירום (Social Finance, 2012). תוצאות כאלה, שינבעו מתכנית מניעה, יוצרות חיסכון ברור, מדיד וקל לזיהוי. מובן שלתכניות עשויות להיות השפעות של חיסכון עקיף למשק – כמו שיפור באיכות החיים של החולים, שיפור ביכולתם להשתתף בשוק העבודה, צמצום קצבאות התמיכה מהביטוח הלאומי ועוד – אולם כדי ליישם את מודל האג"ח החברתי שלהלן יש צורך בתוצאות שאפשר להצמיד להן חיסכון כספי ישיר וברור ככל האפשר.
- 5. תחומים שאפשר לאתר בהם בבירור את הגוף או הגופים אשר יחסכו את עלות הטיפול בזכות מניעת התחלואה.** בשל ריבוי הגופים העוסקים בבריאות, ובשל מורכבות המימון של מערכת הבריאות בישראל – כפי שהוצגה ברקע, ברור שגופים רבים עשויים לחסוך עלויות בזכות צמצום מספר החולים במחלה מסוימת והצלחת תכנית ההתערבות הממומנת. כדי ליישם מודל של אג"ח חברתי, יש צורך לאתר תכניות שבהן אפשר לסמן בבירור את הגופים אשר צפויים לצמצם את הוצאותיהם בזכות הצלחת התכנית ובזכות צמצום התחלואה הצפויה ממנה.
- 6. תכניות מניעה אשר תוצאותיהן מייצרות חיסכון ישיר ומדיד בטווח הזמן הקצר והבינוני (של כמה שנים).** סביר שהמשקיעים באג"ח החברתי יבקשו לראות תמורה להשקעתם בעתיד הנראה לעין. על כן, לכלי מימוני מסוג זה יתאימו תכניות אשר פעילותן, מדידת הצלחתן ותהליך החזר ההשקעה בהן יכולים להתחם בטווח זמן של 5-10 שנים. תכניות אשר עיקר החיסכון הישיר מהן יתגלה בטווח הזמן הארוך או הארוך מאוד, מתאימות פחות לשימוש בכלי המימון של אג"ח. למשל, תכניות הממוקדות בצמצום החשיפה לשמש, אשר צפויה למנוע בעתיד הרחוק התפתחות סרטן העור, רלוונטיות פחות ליישום בתכנית הממומנת במודל המוצע. תכניות הצפויות למנוע הידרדרות קרובה במצב רפואי קיים - למשל צמצום התקפי אסתמה חמורים בקרב חולי אסתמה על-ידי שינוי אורח החיים והסביבה, מתאימות לתכנית בשל היכולת לייצר חיסכון בטווח הקצר והבינוני (Hernandez et al, 2012). קריטריון זה רלוונטי גם לאופן בחירת המשתתפים לתכניות המופעלות. בשל הצורך לייצר חיסכון בטווח הזמן הקצר והבינוני, משתתפים מתאימים לתכנית יהיו מי שנמצאים בסיכון לפתח תחלואה בטווח הזמן הקרוב,

כלומר פרטים בעלי גורמי סיכון גבוהים לתחלואה הרלוונטית או מי שכבר נמצאים במצב שאפשר למנוע את הידרדרותו לתחלואה חמורה יותר. אנשים בריאים לחלוטין יהיו, בשל קריטריון זה, רלוונטיים פחות להשתתפות בתכניות התערבות.

7. **תכניות שאפשר למדוד את הצלחתן באופן מוסכם.** מרכיב יסודי באג"ח חברתי הוא התחייבות הממשלה (או גוף ציבורי אחר), להחזיר למשקיעים תמורה על הצלחתם. חלק מרכזי בבניית ההתקשרות סביב האג"ח הוא יצירת מדדי הצלחה ברורים, אשר מוסכמים מראש על כל הצדדים השותפים בחוזה (Social Finance, 2010). עד כמה שאפשר, רצוי שיהיו אלו מדדים מוכרים שכבר נוסו ונבדקו בעבר בעולם, או שקיימת לגביהם הסכמה במחקר.
8. **תכניות אשר סביר שהחיסכון שיניבו גדול מעלות הפעלתן.** תכניות מניעה והתערבות רבות עשויות לייצר חיסכון למשק, אולם במקרים רבים הפער בין החיסכון להשקעה אינו מצדיק (מבחינה כלכלית בלבד) תכנית התערבות. לעומת זאת, בתחומים רבים עלות המניעה עשויה להיות נמוכה יחסית (למשל, תכנית המקדמת שטיפת ידיים סדורה של הצוות הרפואי בבתי"ח), ולייצר חיסכון תקציבי (ואנושי) בהיקפים גדולים מאוד (מניעת הידבקות במחלות זיהומיות בבתי חולים). כדי שהמדינה תראה בתכנית מסוימת תכנית המצדיקה הפעלת מודל אג"ח חברתי למימונה, החיסכון הכולל למדינה צריך להיות גדול יותר מהעלויות הכוללות של הפעלת התכנית במודל זה. כלומר, המדינה צריכה לראות מולה חיסכון כולל, המצדיק מימון התערבות באמצעות מודל זה. מדידת חיסכון זו שונה מאופן המדידה של החיסכון לחישוב ההחזרים למשקיעים (המוצג בפירוט בפרק ג'), והיא מורכבת מכמה גורמים.

עלויות עבור המדינה בהתקשרות במודל אג"ח חברתי למימון תכניות מניעה בתחום הבריאות

ראשית, על המדינה להעריך את העלות הכוללת של כניסה להתקשרות של אג"ח חברתי. במסגרת עלות זאת קיימים כמה מרכיבים עקרוניים, הצפויים להיות חלק מכל עסקה בתחום זה:

1. **עלות ההפעלה תכנית המניעה:** לפי מודל המימון שהוצג לעיל, המדינה צפויה להחזיר למשקיעים (לכל הפחות) את הסכומים שהשקיעו במימון התכנית המופעלת על-ידי הארגון החברתי. על כן, מרכיב זה הוא חלק עיקרי מעלות ההתקשרות עבור המדינה.
2. **עלות ההתקשרות ויצירת העסקה:** כפי שהוצג בעמודים האחרונים וכפי שינותח בהמשך בפרק הבא, כניסה להתקשרות מסוג זה דורשת עבודת איסוף מידע לשם ניתוח ויצירת מדדים שיאפשרו מדידה מדויקת של תכנית ההתערבות וחישוב החיסכון. נוסף על כך, דרוש גם יעוץ וליווי מדעי לבניית התכנית. מדידת עלותן של תשומות אלו רלוונטית להבנת העלות הכוללת עבור המדינה.
3. **עלות המדידה:** חישוב ההחזרים והחיסכון יתבסס כאמור על מדידה של הצלחת תכנית ההתערבות. עלות המדידה עשויה להתחלק בין הגוף המארגן הפיננסי לבין המדינה, אולם העלות צריכה להילקח בחשבון בעת חישוב העלויות עבור המדינה.
4. **עלות הפיקוח:** מרכיב חשוב נוסף בחישוב עלויות המדינה הוא עלויות הפיקוח על הפעלת התכנית.

מנגד, כדי לשקול את הכדאיות של הפעלת מודל האג"ח בתחום מסוים, על המדינה לשקול את החיסכון הכולל הצפוי לנבוע מהפעלת תכנית התערבות:

מרכיבי החיסכון למדינה

את החיסכון הנוצר למדינה ממניעת תחלואה אפשר לחלק לחיסכון ישיר ולחיסכון עקיף.

חיסכון ישיר:⁵

1. **עלויות הטיפול בחולים:** חלק מרכזי בעלויות הנחסכות למדינה בשל הפעלת התכנית הוא צמצום עלויות הטיפול בתחלואה העתידית, עלויות הנחסכות בזכות תכנית ההתערבות.

2. **עלות קצבאות המשלמות לחולים:** עלות הקצבאות המשולמות לחולים במחלה הרלוונטית נחסכת בשל הצלחת תכנית ההתערבות.

חיסכון עקיף:

3. **נוסף על ההוצאות הישירות צפוי למדינה חיסכון נוסף:** חיסכון בימי מחלה ובתמותה מוקדמת, וכן מניעה של אובדן בתוצר.

כדי להצדיק עבור המדינה (מבחינת כלכלית) התערבות מניעתית במודל המוצע כאן, החיסכון הצפוי למדינה מהפעלת התכנית צריך להיות גדול מעלות הפעלתה הכוללת, כפי שפורט כאן (Hernandez et al, 2012).

יש להדגיש שהמדינה עשויה לבחור לממן באמצעות מודל זה גם תכניות אשר החיסכון בהן אינו גדול בהרבה מעלות הפעלה, ואז תישא בעצמה בחלק מהסכומים שיעברו למשקיעים (כלומר, מעבר לסכום שמקורו בחיסכון הצפוי). המדינה עשויה לנהוג כך כדי להפיק תועלת חיצונית כלכלית שאינה יכולה לאתר במדויק או לשייך לגוף מסוים, או תועלות אחרות שאינן דווקא כלכליות.⁶

מבנה המימון של מערכת הבריאות ואיתור גופים רלוונטיים למודל האג"ח

כדי לבחון את האפשרות להפעיל אג"ח חברתי לטובת קידום הבריאות בישראל, יש לבדוק גם את התאמתו של המודל למבנה הייחודי המקומי של מערכת הבריאות הישראלית. בפרק זה יוצג בקיצור מבנה המימון של שירותי הבריאות בישראל – בדגש על קופות החולים, שהן הגורם המרכזי בטיפול בחולים. בהמשך תוצג הצעה למודל יישום של אג"ח חברתי בישראל, תוך התחשבות בניתוח שיוצע כאן, במודל האג"ח כפי שהוצג עד כה ובמאפייני תחום קידום הבריאות בישראל.

איתור הוצאות הבריאות – קופות החולים

כאמור, החיסכון הנוצר מתכניות ההתערבות והמניעה המופעלות באמצעות האג"ח הוא הבסיס לחישוב ההחזרים העתידיים וליצירת המודל. בשל כך, חלק מרכזי בהתאמת המודל לישראל הוא איתור הגופים אשר ייהנו מהחיסכון הצפוי מתכניות מניעה. היות שעיקר החיסכון נובע מצמצום עלות הטיפול בחולים בשל מניעת התחלואה, קופות החולים, כגוף המרכזי האחראי על-פי החוק לטיפול במבוטחיהן, הן הגוף המרכזי האחראי למימון הטיפול בחולים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד) מטיל על קופות החולים את מלוא האחריות למתן שירותי הבריאות שמבוטחיהן זכאים להם על-פי החוק, והוא מפרט את תוכנם של שירותים אלו. כמו כן, החוק קובע כי השירותים יינתנו תוך שמירה

⁵ לפירוט נוסף בעניין מדידת החיסכון הישיר, ראו פרק ג'

⁶ ראו בעניין זה גם בפרק ד' (סיכונים והזדמנויות למדינה בהפעלת אג"ח חברתי), לפירוט תועלות אפשריות ביישום התכנית.

על איזון תקציבי של הקופות (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד; ברמלי-גרינברג וגרוס, 2011). מקורות המימון של קופות החולים נקבעו גם הם בחוק, ובהם מס הבריאות, תשלומים מהמדינה להשלמת עלות סל הבריאות, סכומים בתקציב משרד הבריאות למתן שירותי בריאות לפרט, ומקורות מצומצמים נוספים (חורב, 2010).

מימון מצד המדינה

מקור המימון העיקרי של קופות החולים הוא התקציבים המועברים להם מהמדינה, ואלו מתבססים על כמה מרכיבים עיקריים: כספי סל שירותי הבריאות. כספים אלו מיועדים לאפשר לקופות לספק למבוטחיהן את השירותים הנמצאים בסל הבריאות – שירותים המתעדכנים מדי שנה. הסכומים שהועברו לקופות על בסיס שירותי סל הבריאות בשנת 2011 עומדים על 30.5 מיליארד שקלים (ברזיל וברק, 2012; משרד הבריאות, 2012).

1. הכספים מועברים לקופות על-פי כמה קריטריונים:

- חישוב המתבסס על נוסחת הקפיטציה שמגדירה "משקולות" למבוטחי הקופות לפי פרמטרים שונים – גיל, מגדר, ריחוק ממרכזי אוכלוסייה ועוד (משרד הבריאות, 2012).
- כספי שיפוי על בסיס חמש מחלות קשות שבהם חולים מבוטחי הקופה, ואשר התשומות המוקדשות לטיפול בחולים בהם גבוהות במיוחד (איידס, אי-ספיקת כליות, גושה, המופיליה וטליסימיה). כספי השיפוי מועברים על-פי כמות המבוטחים החולים במחלה. בשנת 2011 עמדו כספים אלו על כמיליארד וחצי שקלים (משרד הבריאות, 2012).
- כספים המועברים על בסיס מבחני התמיכה, אשר נועדו לתמרץ את הקופות לפעול בתחומים שונים: קידום הבריאות, צמצום פערים ואי-שוויון גאוגרפי בבריאות, עריכת בדיקות סקר לגילוי מוקדם של מחלות ועוד (מבקר המדינה, 2011; ילקוט הפרסומים, 2012).
- כספים המועברים במסגרת הסכמי ייצוב, המיועדים לסייע לקופות החולים לשמור על איזון תקציבי (איזון אשר הן מחויבות לו על-פי החוק). בפועל, מדי שנה מצויות הקופות בגירעונות תקציביים, והסכמי הייצוב מיועדים לאזן פערים אלו. סכום הכספים שהועברו בשנת 2010 עומד על כ-530 מיליון שקלים (מבקר המדינה, 2012). בסוף שנת 2012 הועברו לקופות החולים כללית ולאומית כ-650 מיליון ש"ח במסגרת הסכמי ייצוב (משרד הבריאות, 2012). הסכמי הייצוב נחתמים בין הקופות למדינה מדי שלוש שנים, וגובה הסכומים המועברים לקופות במסגרתם נקבע בתום דיונים ארוכים בין המדינה והקופות.

הכנסות עצמיות

לצד הכספים שמעבירה המדינה, יש לקופות החולים הכנסות עצמיות. אלו מתבססות על כמה מרכיבים. ראשית, על-פי החוק רשאיות קופות החולים לגבות ממבוטחיהן תשלומי השתתפות עצמית – לפי הגבלות שונות – עבור ביקור אצל רופא מומחה, השתתפות בטיפולים וכיו"ב. הכנסות נוספות של הקופות מקורן בתשלומים עבור הביטוחים המשלימים המוצעים למבוטחי הקופה, ואשר מספקים למבוטחים מגוון טיפולים רחב יותר מזה המוצע להם בחוק הבריאות הממלכתי. ההכנסות העצמיות של קופות החולים כולן עמדו בשנת 2011 על כ-2.1 מיליארד שקלים (ברזילי וברק, 2012).

קופות החולים כגורם המרכזי במימון הטיפול בחולים

חלק ניכר מהטיפול בחולים נעשה במסגרת הקופות, בטיפול בקהילה. בפועל, לאחר שהתגלה מצב רפואי המחייב טיפול או מעקב – לרוב במסגרת בדיקות בקופות – עיקר ההוצאה על המשך האבחנה והטיפול בחולה (ביקורי רופא מומחה, תרופות, טיפולים שונים) – מקורה בתקציבי קופות החולים. זאת לצד ההשתתפות העצמית של המבוטח ברכישת תרופות ובתשלום על ביקורי רופא (סידס-כהן 2008). כאשר מדובר בחולים במחלות כרוניות, ההוצאה על הטיפול בחולה במסגרת הקופה היא הוצאה מתמשכת לאורך זמן. חלק מהמחלות הכרוניות הן מחלות פרוגרסיביות – כלומר, השפעתן השלילית על מצבו של החולה מחמירה עם הזמן. גם העלויות המושטות על הקופות בגין טיפול בחולים אלו מאמירות עם התקדמות המחלה.

בתי החולים – מימון על-ידי הקופות

נוסף על הטיפול בקהילה, טיפול בחולים נעשה גם בבתי החולים הכלליים בישראל.⁷ גם טיפול זה מממנות קופות החולים. כך, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הקופות אחראיות לספק אשפוז ושירותים רפואיים חוץ-אשפוזיים (אמבולטוריים) למבוטחיהן – באופן ישיר ובאמצעות קניית שירותים מבתי חולים כלליים (ממשלתיים, ציבוריים ובתי חולים שבבעלות הקופות) (חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994).

חלק ניכר מהכנסות בתי החולים מקורן בתשלומי קופות החולים על השירותים למבוטחיהן. כך, 82% מהכנסותיהם של בתי החולים הממשלתיים ממתן שירותים רפואיים מקורם בתשלומים מארבע קופות החולים (משרד הבריאות, 2010).⁸ תעריפי השירותים הרפואיים בבתי החולים, המשולמים על-ידי הקופות, נקבעים ומפוקחים על-ידי המדינה (לוי 2008).⁹

יישום מודל האג"ח החברתי בישראל – הצעות

ארבע קופות החולים בישראל הן אפוא הגורם העיקרי האחראי והמממן לטיפול בחולים. בשל כך, הצלחה של תכנית מניעה המביאות לידי ירידה במספר החולים במחלה מסוימת, פירושה ירידה ישירה בהוצאותיהן של הקופות בטיפול בחולים. בעקיפין, בשל מבנה המימון של קופות החולים, אשר נשען בפועל על תקציב מהמדינה, ירידה בהוצאות הקופות משמעו גם ירידה בסכומים המועברים לקופות על-ידי המדינה. חלק מהסכומים, כפי שאפשר לראות מהסקירה להלן, מועברים לקופות מראש, על-פי הסכמי הקפיטציה ותכולת סל הבריאות. סכומים אחרים, כגון הסכמי ייצוב ומבחני תמיכה, מועברים לאחר בחינה והערכה של נתונים או ביצועים מסוימים – עמידתן של הקופות בדרישות מבחני התמיכה

⁷ הבעלות על בתי החולים הכלליים בישראל משתנה ממוסד למוסד. 11 מהם בבעלות ממשלתית או ממשלתית עירונית, 9 בבעלות קופות החולים, 14 בבעלות ציבורית (הדסה, מיסיון או בעלות ציבורית אחרת) ועוד 10 פרטיים (לוי, 2008). במחקר זה איננו דנים באופי השונה במקצת של תקצוב בתי החולים בכל אחד מסוגי הבעלות השונים.

⁸ יתרת ההכנסות ממתן שירותים רפואיים מקורן בהכנסות ממשרד הביטחון, מצה"ל, מהביטוח הלאומי וממקורות נוספים.

⁹ שני הסדרי תשלום נהוגים כיום בין בתי החולים לקופות החולים. הסדר הקאפינג (Capping) נועד לווסת את כמויות האשפוזים והטיפולים בבתי החולים באמצעות יצירת תמריצים לקופות ולבתי החולים שלא לעשות שימוש יתר או שימוש חסר בשירותי בתי החולים. כך, לכמות השירותים שרוכשת הקופה מבית החולים יש תקרה, ומעבר לה, השירותים נמכרים במחיר נמוך מהתעריף הרגיל. זאת כדי למנוע מבתי החולים להאריך את משך האשפוזים או את מספרם יתר על המידה במטרה להגדיל את הכנסותיהם. כדי למנוע מהקופות להפנות חולים לבתי החולים שבהם כבר עברה את התקרה – על מנת ליהנות מהתעריף המוזל – מעבר לתקרה שהוזכרה כאן, קיימת תקרה נוספת, אשר מעליה משלמת הקופה תעריף גבוה יותר (לוי, 2008). הסדר נוסף הוא ההסכמים הגלובליים, הנחתמים בין קופות החולים לבתי חולים ספציפיים, ובהם הקופה מתחייבת לרכוש מבתי החולים שירותים בהיקף מסוים, ותמורת התחייבות זו מסופקים השירותים בתעריפים מוזלים.

למשל, או מצבן הפיננסי בתום מספר שנים. המרכיבים האחרונים עשויים לשמש כדרכים שבהן המדינה יכולה להפחית את הסכום המועבר לקופות, ובכך לגלם את החיסכון הנוצר מהמניעה המדוברת.

עם זאת, היות שמדובר במניעה, כלומר בהקטנת הסיכוי שפרטים מסוימים שהשתתפו בתכניות ההתערבות יפתחו מחלה מסוימת או יפתחו הידרדרות במחלה זו, יש להדגיש שאיתור הכספים הנחסכים מתבסס במידה רבה על תחזית, תוך ניתוח עלויות דומות בעבר (ראו פרק ג' – איתור החיסכון).

מודלים אפשריים

ראינו אפוא שהקופות, ודרכן המדינה, הן המממנות העיקריות של שירותי הבריאות שהחולים מקבלים. מבנה האג"ח המוצע אמור להיבנות תוך התחשבות במודל מימון זה. כעת נציג שני מודלים אפשריים ליישום המודל, שהמרכיב המרכזי שנבחן בהם הוא זהות הגוף האחראי על התשלום למארגן הפיננסי, ודרכו למשקיעים.

מודל א'

הסכם ההתקשרות של האג"ח החברתי נחתם בין המדינה למארגן הפיננסי

במודל המוצג בתרשים 3, הסכם ההתקשרות, ובמסגרתו המרכיבים המסדירים את אופן העברת הסכומים למשקיעים, נחתם בין המדינה למארגן הפיננסי, בשיתוף קופות החולים.

במסגרת מודל זה, המארגן הפיננסי מגייס מימון ממשקיעים לטובת תכנית חברתית. הארגון מעביר את המימון להפעלת התכנית אל הגופים החברתיים המפעילים אותה. התכנית עשויה להיות מופעלת על-ידי ארגון חברתי אחד או כמה ארגונים חברתיים המפעילים מרכיבים שונים בה. הארגון המפעיל את תכנית המניעה עשוי להסתייע בקופות החולים לשם איתור החולים הרלוונטיים לתכנית. בסוף התכנית, כאמור, נמדדת הצלחתה על-ידי גוף חיצוני. גם גוף זה עשוי להסתייע בנתוני קופות החולים לשם חישוב התחלואה (ראו פרק ג' – חישוב החיסכון).

במודל זה, הגוף המתחייב לפצות את המשקיעים על המימון שהעבירו הוא המדינה (באמצעות משרד האוצר ומשרד הבריאות). על בסיס מדידת סכום החיסכון, המדינה מעבירה למשקיעים החזר על המימון, בתוספת תשואה מסוימת על השקעתם. חלק מסכום זה עשוי להיות מופחת מהסכומים המועברים לקופות – למשל מהסכמי הייצוב, או להיות מועבר לתשומות אחרות במסגרת תקציב הבריאות. יתרת החיסכון, הנותרת לאחר ההחזרים למשקיעים, תתחלק בין המדינה לבין קופות החולים המשתתפות בתהליך. יש להדגיש שבפועל, הצלחת התכנית עלולה להביא ליד הפחתת המימון לקופות (הפחתה בסכומים המועברים להם מהמדינה), והדבר עלול להוות תמריץ שלילי לקופות להשתתפות בתכנית. על כן, הסכם המסדיר חלוקה בכסף הנחסך בין המדינה לקופות עשוי להיות משמעותי ברתימת הקופות לתהליך.

מודל ב'

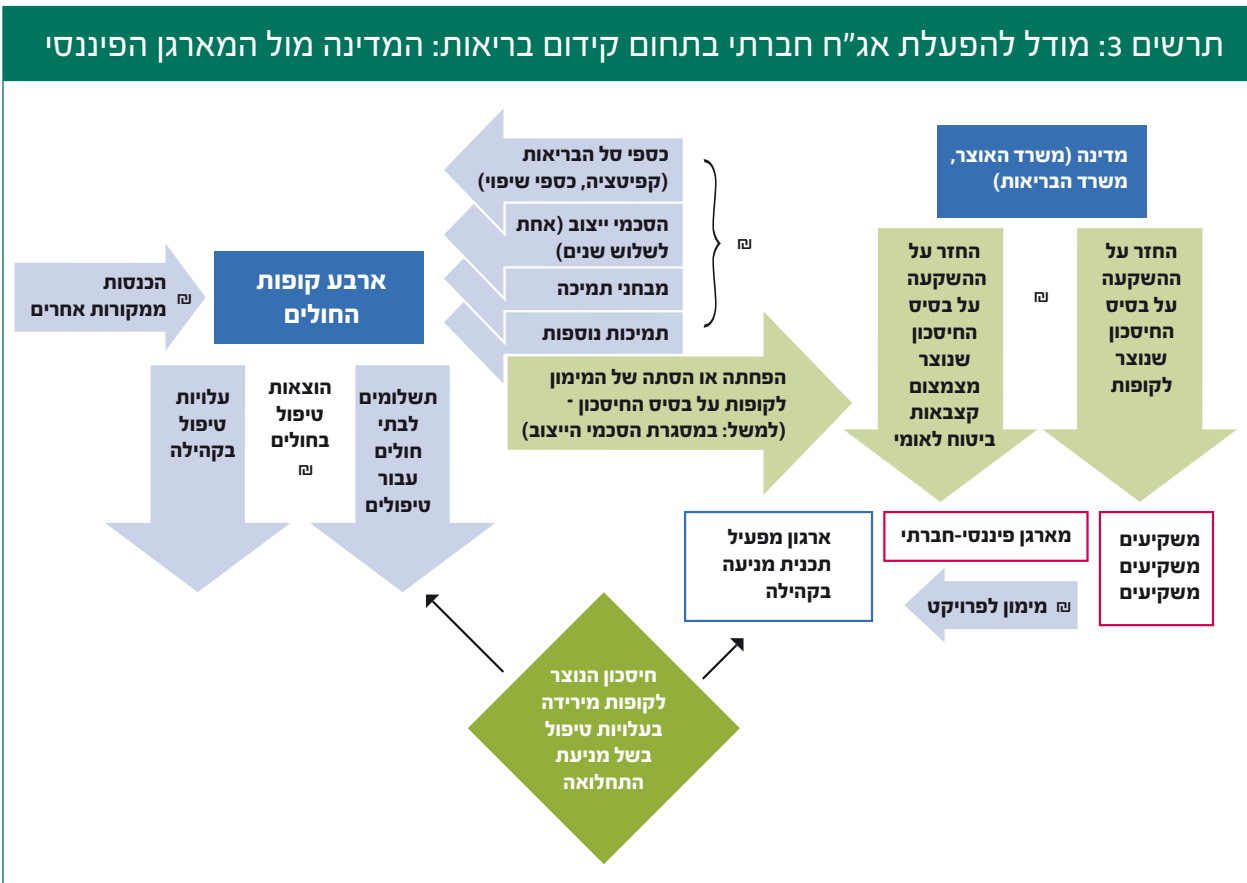
הסכם ההתקשרות ליישום האג"ח החברתי נחתם בין קופות החולים למארגן הפיננסי

מודל מסוג זה עשוי להיות רלוונטי במיוחד במדינות שבהן ביטוח הבריאות אינו ממומן באופן מלא על-ידי המדינה – למשל בארה"ב, שבה חברות הביטוח הרפואי הפרטיות הן הגורם המרכזי המממן את הטיפול בחולים, לצד המעסיקים, אשר במידה רבה נושאים בנטל ביטוחי הבריאות של עובדיהם. במקרים אלו, בשל היעדר הגיבוי הפיננסי מהמדינה,

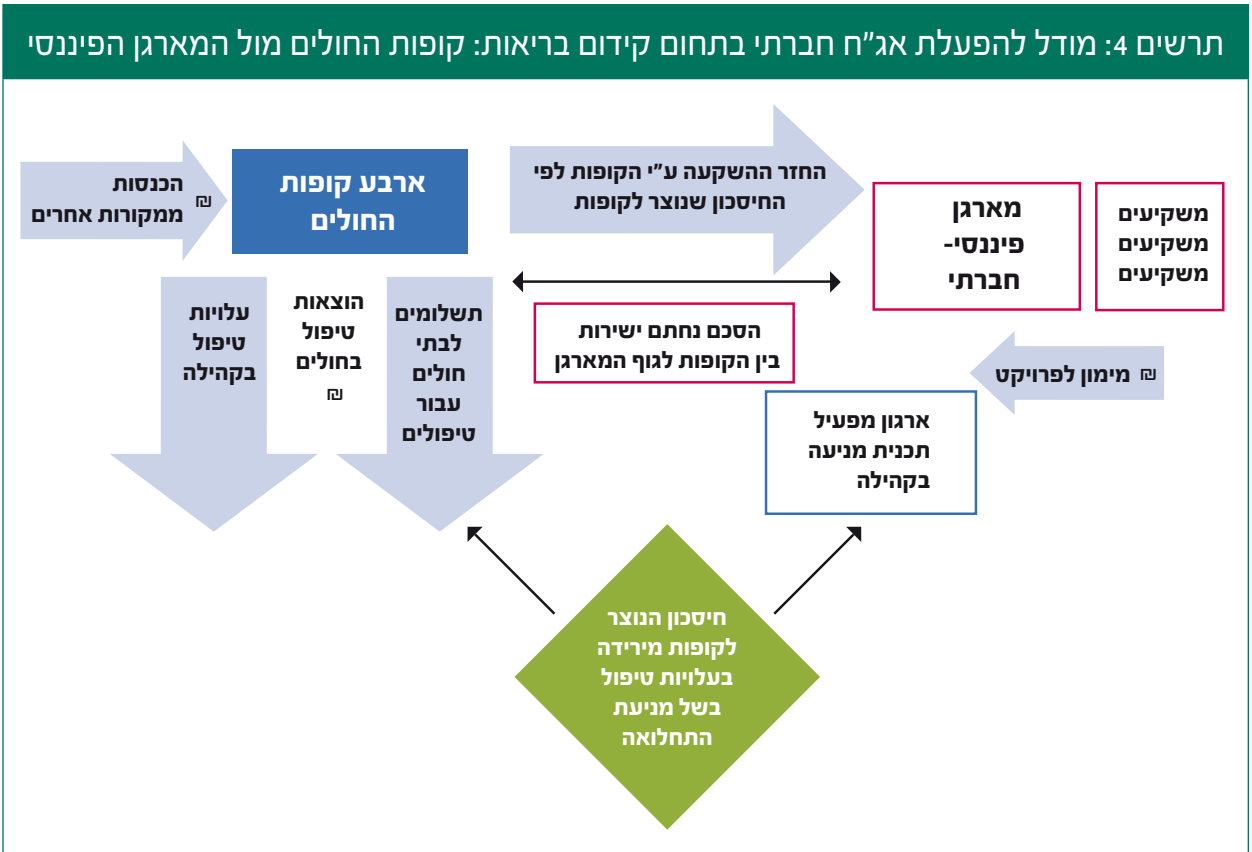
האינטרס של הגוף המבטח לדאוג למניעה ובכך להימנע מעלויות הטיפול, גדול אף יותר. מחקרים הבוחנים את האפשרות ליישם אג"ח חברתי בתחום הבריאות בארה"ב מציעים בין השאר הישענות על מודל מסוג זה (Liebman, 2011).

מודל זה נסמך על ההנחה שקופות החולים עצמן מזהות את הנטל העתידי של אי-מניעת תחלואה או אי-מניעת הידרדרות במצבי תחלואה קיימים. ההתקשרות במודל האג"ח עשויה לאפשר להן לקדם מניעת תחלואה באוכלוסיות יעד שבקרבתן הן מתקשות לפעול בעצמן. יש לציין שבעבר כבר נערכו שיתופי פעולה בין קופות החולים לארגוני קידום בריאות בקהילה, בזכות נגישותם של ארגונים אלו לאוכלוסיות מובחנות ובשל יכולתם להתגבר על חסמים תרבותיים ואחרים אשר מקשים על קופות החולים. למשל, קופות החולים נעזרות לעתים בארגוני קידום בריאות בקהילה כדי לסייע באיזון חולים סוכרתיים, כאשר מאמציה של הקופה בתחום זה אינם מספקים.

במודל מסוג זה ייחתם האג"ח ישירות בין הקופות לגוף פיננסי המארגן. הקופות יזהו באופן עצמאי את החיסכון הנוצר עבורן בשל פעילותן למניעת התחלואה או למניעת ההידרדרות במצב החולים – חיסכון הקשור בצמצום עלויות הטיפול בחולים אלו בעתיד. מתוך הסכום הנחסך יחזירו הקופות עצמן את הסכומים למשקיעים. עם זאת, בשל מעורבותה האינטנסיבית של המדינה במימון ובפיקוח על מערכת הבריאות ועל פעילות הקופות, גם במודל כזה עשוי להיות למשרדי הבריאות והאוצר תפקיד מפקח ומארגן בהנעת התהליך, ברתימת הגורמים השונים ליצירת האג"ח, ובסיוע והכוונה בפעילות מדידה.



מקור: מוכן מילקן, 2013.



מקור: מכון מילקן, 2013.

פרק ג' – הצעה להערכת החיסכון למדינה מהפעלת תכנית מניעה הממומנת באמצעות האג"ח החברתי

מרכיב יסודי בהפעלת האג"ח ככלי למימון תכניות חברתיות, הוא איתור החיסכון הנובע מהפעלת תכנית ההתערבות הממומנת באמצעותו. גודל חיסכון זה הוא הבסיס לחישוב התועלת מהפעלת התכנית, ובהמשך – לחישוב התשלומים למשקיעים המממנים את פעילותה.

החיסכון הצפוי למדינה ממניעת תחלואה מורכב מכמה מרכיבים עיקריים – בהם עלויות ישירות ועקיפות של טיפול רפואי, עלות קצבאות המשולמות לחולים בחלק מהמקרים, וההשפעה על אובדן התוצר בשל אובדן כושר עבודה. עם זאת, בסיס החיסכון אשר על-פיו יחושבו החוזרים למשקיעים הוא בעיקרו החיסכון הישיר למדינה ולקופות החולים בזכות מניעת התחלואה. איתור גודלו של חיסכון זה הוא מרכיב חשוב ביותר ביצירת התקשרות בתחום האג"ח – ביצירת המחירים לאג"ח ובזיהוי גובה התשלומים שעל המדינה לשלם בהמשך למשקיעים, במידה שהתכנית מצליחה.

מטרת פרק זה להציע בקצרה דרך אפשרית לבדיקת גודלו של חיסכון זה, תוך התייחסות לנתונים הקיימים במערכת הבריאות הישראלית. יש להדגיש כי בשל השונות הגדולה באופיים של מצבים רפואיים ומחלות שונות, וכן באיכות בסיסי הנתונים הקיימים לגביהם, דרך המדידה עשויה להשתנות, ויש להתאימה בכל מקרה לאופיו הספציפי של התחום שנבחר ליישום האג"ח. ברור שככל שבסיס הידע הקיים במערכות השונות בנוגע למחלה כלשהי מגוון ומפורט יותר, כך היכולת לתמחר את החיסכון הצפוי גבוהה יותר, ובשל כך גם היכולת לחשב במדויק את ההחזרים הצפויים למשקיעים.

החיסכון הישיר למדינה הוא החיסכון בכספים היוצאים מקופת המדינה – או מקופת מערכת הבריאות – לטיפול בחולים ולתמיכה בהם. סכום זה מורכב בשל כך בעיקר משני גורמים:

1. העלויות הישירות לקופות החולים עבור הטיפול בחולים, הן בקהילה והן בבתי החולים

2. עלויות התשלומים של קצבאות ביטוח לאומי לחולים

על אף שלכאורה עלויות הטיפול הישירות מושתות על הקופות, הרי בפועל, בשל מבנה המימון של מערכת הבריאות, עלויות אלו מוטלות בעיקרן בסופו של דבר למדינה: בכספי סל הבריאות המועברים לקופות, בהסדרי הייצוב הנערכים בין המדינה לקופות מדי כמה שנים וכיו"ב.

איתור בסיס החיסכון לחישוב ההחזר למשקיעים

כדי להעריך את החיסכון הישיר הנובע ממניעת היארעותה של מחלה כלשהי, יש להעריך כמה מוציאה המדינה עבור הטיפול בחולה ממוצע במחלה זו. בהנחה שתכנית ההתערבות מצליחה לצמצם את הסיכוי לפתח תחלואה עתידית, הרי שעלות זו נחסכת מהמדינה. כפי שהוצג בפרק שהוקדש לניתוח מערכת הבריאות, הקופות הן הנושאות העיקריות בעלויות הישירות של הטיפול בחולים – הן בעלויות הטיפול בקהילה והן בעלויות הטיפול בבתי החולים. בשל כך, בירור העלות הישירה פירושו בירור עלות הטיפול בחולים לקופות, בהשוואה למבוטחים "רגילים" של הקופה. ההשוואה לעלותם של מבוטחים רגילים תסייע להעריך את העלות השולית הנוצרת בגלל המחלה.

איתור העלות הישירה: הצעה

שלב א – יצירת תחזית עלות המבוססת על הערכת הטיפול במחלה והעלויות הכרוכות בו

השלב הראשון במיפוי העלות הוא יצירת מיפוי של טיפול סטנדרטי במחלה, והערכת העלות הכרוכה בטיפול זה. יצירת המיפוי תיעשה בליווי ובהנחיית רופאים מומחים בתחום הטיפול במחלה. הערכת היארעות הסיכונים עשויה להתבצע על בסיס מחקרים קיימים בתחום המתעדים סיבוכים באוכלוסייה הישראלית. ככל שהידע הקיים על המחלה עדכני ומקומי יותר, כלומר משקף יותר את המצב ואת נתוני המחלה בישראל, היכולת לבצע שלב זה באופן מעמיק ומפורט גבוהה יותר.

דרך אפשרית למיפוי הליכי הטיפול היא להשתמש תחילה במיפוי "מהלך המחלה" הסטנדרטי, שבו מאורגנים רכיבי הטיפול הרגיל בחולים במחלה – בדיקות רגילות, תרופות קבועות וכיו"ב. במקביל יש למפות את הסיבוכים הקשורים למחלה ואת סיכויי היארעות של הסיבוכים השונים. מכיוון שלא כל החולים במחלה מסוימת סובלים מכל הסיבוכים הקשורים בה, מיפוי סיכויי היארעות הוא שלב קריטי במיפוי העלות, והוא מאפשר לייצר תמונה אמינה יותר של העלות המשוערת של הטיפול במחלה.

יצירת מיפוי מפורט של סיכויי היארעות, לפי גילאים, מגדר ושנות מחלה, שיוך אתני וכיו"ב, יאפשר לייצר הערכת עלות מדויקת יותר למשתתפים השונים בתכנית.

לאחר יצירת המיפוי הבסיסי הכולל בדיקות, טיפולים, תרופות וסיכויי היארעות, יש לבצע התאמה של העלויות השונות לכל טיפול, מתוך מחירוני משרד הבריאות ונתוניו.

לצד הצגת המחירים והפרוצדורות יש להתחשב במידת האפשר, ולפי איכות הנתונים הקיימים, באחוזי ההנחה השונים המוענקים לקופות (הסכמי קאפינג, הנחות כמות, הסכמים בין בתי החולים השייכים לקופה ובין הקופה עצמה, שיעורי השתתפות של הקופה במחירי תרופות לפי הימצאותן בסל הבריאות וכו').

שקלול סיכויי ההיארעות של סיבוכים שונים והטיפוליים הכרוכים בהם, עם עלותם השנתית לקופה, תייצר הערכה של תוחלת העלות בתחלואה בהם.

ייצור תחזית עלות: דוגמה

בתור דוגמה לתכנית למניעת מחלות במסגרת המודל, אפשר לקחת תכנית למניעת מחלת הסוכרת. אחד הסיבוכים של מחלת הסוכרת הוא כריתת גפיים. נניח כי בשיעור מסוים מחולי הסוכרת מדי שנה מתבצעות כריתות גפיים. עלותו של ניתוח כזה לקופה, לפי מחירוני משרד הבריאות, עומדת על כ-69,500 שקלים (משרד הבריאות, 2012). שיעור ההנחה הממוצע לקופות עבור טיפולים אמבולטוריים הוא כ-18%, לפי נתוני משרד הבריאות. חישוב תוחלת העלות הנובע מנתונים אלו מפורט בטבלה 1 להלן:

טבלה 1: דוגמה – הערכת תוחלת עלות				
פרוצדורה נדרשת (בדיקה, טיפול, ניתוח)	סיכויי היארעות לחולה סוכרת	מחיר הפרוצדורה (בש"ח)	שיעור הנחה משוער לקופה (נתוני משרד הבריאות)	תוחלת עלות (בש"ח)
כריתת גפיים	X	69,500	18%	X*12,500

מקור: מכון מילקן, 2013.

ככל שיהיה אפשר לפרט את סיכויי ההיארעות המשוערים המוצגים בטבלה זו לפי גיל, מגדר, מוצא אתני ושנות מחלה עבור כל הסיבוכים, הטיפולים והעלויות המשויכות למחלה שהתכנית מבקשת למנוע, כך היכולת לחשב במדויק את ההחזרים באג"ח תהיה גבוהה יותר. למשל, נתונים מדויקים על היארעות הסיבוך שהוזכר כאן בקרב גברים בני 40-45, תאפשר לייצר "תמחור" מדויק יותר של החיסכון הנובע ממניעת המחלה עבור גברים באותו גיל בתכניות המניעה.

בשל כך, איכות בסיסי הידע הקיימים על שכיחויות והיארעות המחלה בארץ, והידע הקיים עליה בספרות ובפרקטיקה בישראל יהיו גורם מכריע בהשפעה על רמת הדיוק של התמחור ואיכותו.

שלב ב'

בהמשך, אפשר לאמת את הנתונים על עלות המחלה העולים מהמיפוי שנעשה בשלב א', מול "נתוני אמת" העולים מרישומיהן של קופות החולים.

שימוש ב"נתוני אמת" מהקופות

לצד הערכה של עלות המחלה, המתבססת על ניתוח תאורטי של הטיפול בה והעלויות המשויכות לטיפולים, כפי שהוצע להלן, אפשר לבחון את עלויות המחלה על בסיס נתוני אמת מקופות החולים. אצל הקופות מצוי מידע על הטיפולים הניתנים לכל חולה, וכן עלויות הטיפולים האלה. כאשר מדובר במחלות שיש להן אבחון ברור ומוסכם בקופה, לרוב אפשר לשלון את נתוני העלויות. היכולת לקבל נתוני אמת מהקופות תלויה כמובן באיכות הנתונים שמחזיקה הקופה בנוגע לאותה מחלה.

החיסכון הישיר למדינה שאינו נובע מעלויות הטיפול

קצבאות הביטוח הלאומי

לצד החיסכון מעלויות טיפול ישירות בחולים, מניעת תחלואה מייצרת למדינה חיסכון ישיר נוסף. חולים רבים במחלת הסוכרת ובמחלות נוספות מאבדים את כושר העבודה שלהם או את ניידותם ונעשים בשל כך זכאים לקבל קצבאות נכות בסכומים שונים מהביטוח הלאומי. מניעת תחלואה בסוכרת עשויה לחסוך את עלותן של קצבאות אלו למדינה. גם במקרה זה, כדי להעריך את העלות הנחסכת למדינה, יש צורך בשימוש בנתוני אמת – במקרה זה של הביטוח הלאומי. יש לאתר את שיעור הזכאים לקצבה מתוך מספר החולים במחלה הרלוונטית במדינה, ואת גובה הקצבה הממוצעת המועברת לחולים. איתור מידע זה באופן מפורט – לפי שנות מחלה, גיל, מגדר, וכיו"ב – יאפשר לייצר הערכת חיסכון מדויקת ואמינה יותר. חלק מנתונים אלו קיימים במאגרי המידע של הביטוח הלאומי.

כיוונים ליצירת כלי מדידה ליווי אג"ח חברתי

מרכיב יסודי נוסף ביצירת האג"ח הוא יצירת מערך מדידה להצלחת התכנית, נוסף על מערך המדידה הרגיל המלווה תכניות התערבות בתחומים שונים. מערך המדידה נועד למדוד את ההצלחה ולהצביע על מקומות לשיפור התכנית בהמשך. עבור יישום אג"ח בתחומי קידום הבריאות דרושה מדידה נוספת, שתוצאותיה יוכלו להצביע על גודל החיסכון הצפוי למדינה ולקופות החולים מהפעלת התכניות (ראו פרק ב', מודל האג"ח).

מוקד הפעילות של התכנית הממומנת במסגרת האג"ח החברתי הוא מניעה. הקושי למדוד מניעה מקורו בשתי סיבות: האחת היא שהמשתנה הנמדד הוא אי-היארעות, והאחרת היא הצורך לשייך את הסיבה לאי-היארעות לתכנית שהופעלה.

מדידת מרכיבי החיסכון, כפי שיוצגו להלן, תיעשה בהשוואה לקבוצת ביקורת, כדי לייחס את השינוי שחל בקבוצת ההתערבות ובחיסכון שנוצר לתכנית ההתערבות שיושמה. אפשר ליצור קבוצת ביקורת ממשית – כלומר קבוצה דומה שהשינוי בגורמי הסיכון וההיארעות ייבדקו בה במקביל לתכנית ההתערבות. אפשרות נוספת היא לבדוק את נתוני קבוצת ההתערבות בהשוואה לנתונים קיימים בנוגע להיארעות המחלה באוכלוסיות דומות. גם במקרה זה, איכות מסדי הנתונים המקומיים בנוגע למחלה היא מרכיב קריטי ביכולת לייצר מדידה אפקטיבית של השינוי הנוצר עקב התכנית.

במדידת החיסכון הנובע מהמניעה, קיימים לפחות שני מרכיבים עיקריים לזיהוי החיסכון הישיר הנוצר עבור כל משתתף בתכנית:

1. החיסכון הניתן לזיהוי בשל אי-היארעות המחלה בקרב משתתפי תכנית המניעה, בשנים שעברו מתחילת התכנית ועד תומה. למשל, אם המשתתפים בתכנית המניעה היו צפויים, לפי גורמי הסיכון השונים, לפתח סוכרת במהלך השנים שבהן התקיימה התכנית, אפשר בתום כמה שנים מסיום תכנית למדוד את מספר השנים שבהן לא התפתחה המחלה. לפי העלות המשוערת של שנת טיפול בחולה סוכרת, אפשר להעריך את הסכומים שנחסכו למערכת מאי-

היארעות המחלה. המדידה תיעשה בהשוואה לקבוצת ביקורת ממשית או לנתונים קיימים על היארעות המחלה באוכלוסיות דומות.

2. החיסכון הכרוך באי-היארעות המחלה בעתיד – כלומר, בהקטנת הסיכוי של המשתתפים לפתח תחלואה בעתיד, ובכך, בהקטנת הנטל הפוטנציאלי של החולים על המערכת בעתיד. ההנחה היא ששינוי גורמי הסיכון בהשפעת תכנית ההתערבות ואימוץ אורח חיים בריא על ידי המשתתפים בתכנית, מונעים תחלואה גם בטווח הארוך (ראו גם פרק א' בעניין זה). מניעת התחלואה העתידית, או למצער העיכוב בהיארעות המחלה, מצמצמים את הנטל הכלכלי העתידי על מערכת הבריאות. אפשר להעריך מרכיב זה באמצעות מדידת השינוי בסיכוי לפתח בעתיד את המחלה, סיכוי הקשור להימצאותם ולשינוי במצבם של גורמי סיכון התנהגותיים בקרב המשתתפים בתכנית.

אם כן, מרכיב מרכזי ביישום המודל הוא פיתוח כלי מדידה מוסכם ומותאם לאוכלוסייה המקומית. המדידה עשויה להתבסס הן על בדיקת גורמים התנהגותיים, המעידים על הצלחת התכנית בהקניית הרגלי אורח חיים בריאים, והן על בדיקות רפואיות, המעידות על שיפור במצבו של הפרט ובירידה בסיכוי שיפתח תחלואה בעתיד. כלי המדידה עשויים להתבסס על כלים קיימים בעולם, במידה שיותאמו לאוכלוסייה ולמאפיינים התחלואה המקומיים.

דוגמה:

מדידת השינוי בסיכוי להיארעות המחלה בעתיד

כאמור, הסתמכות על בסיס נתונים אשר יכולים לקשור באופן חזק בין גורמי סיכון לבין הסיכוי לפתח את המחלה, היא מרכיב משמעותי ביכולת למדוד את השינוי שנוצר מתכנית ההתערבות, ואת החיסכון הנובע ממנה. יצירת בסיס למדידה המאפשרת הערכת סיכונים דורשת עבודה מקצועית שעיקרה ריכוז ומיצוי ידע של גורמים מטפלים וגורמי רפואה מונעת, וכן איסוף מידע מניסיון בינלאומי בתחום. בתור דוגמה אפשר להתייחס לשאלון להערכת סיכונים לפתח סוכרת, המוכר כ"שאלון הפיני" (IDF, 2013). במסגרת השאלון מוערכים הסיכויים של הנבדק לפתח סוכרת על-פי שמונה גורמי סיכון גנטיים והתנהגותיים. התאמת שאלון מסוג זה למאפייני האוכלוסייה המקומית עשוי להוות בסיס ליצירת מדדים לשינוי בסיכוי לפתח תחלואה.

מדידה של הסיכוי עבור כל משתתף בתכנית לפי שאלון זה, בתחילת התכנית ומדי תקופה בה, עשויה לייצר הערכה של מידת השינוי והשיפור בתכנית, ומתוך כך – מדידה של החיסכון הנובע ממנה.

דוגמה:

להלן מוצגת אפשרות לבדיקת שינוי בגורמי סיכון התנהגותיים של משתתף בתכנית התערבות. נניח שמדובר בתכנית המבקשת למנוע התפתחות של סוכרת או החמרה במצב קיים של סוכרת. בהנחה שקיים בסיס ידע חזק הקושר בין הימצאות גורמי הסיכון השונים לבין סיכויי התפתחות המחלה בעתיד, אפשר לבדוק בשעה שהפרט מתחיל את התכנית, ובמהלכה, את הימצאותם והשתנותם של גורמי סיכון אלו. למשל, נניח שבעת כניסת משתתף לתכנית נמדדים לגבי הנתונים הבאים, ונמצא כי:¹⁰

¹⁰ מדדים אלו נמדדים לצד מאפיינים גנטיים וקבועים אחרים כגון גיל, היסטוריה רפואית משפחתית וכו'. המדדים המובאים כאן הם מדדי התלויים בהתנהגות הפרט, ועליהם אפשר להשפיע באמצעות תכנית התערבות.

טבלה 2: בדיקת מדדי סיכון התנהגותיים בכניסה לתכנית:

סיכוי לפתח את המחלה בטווח של 10 שנים ¹¹		גורם סיכון ד': איכות תזונה	גורם סיכון ג': פעילות גופנית	גורם סיכון ב': היקף מותניים	"גורם סיכון א': BMI
		הרכב דיאטה לא מאוזן	לא מבצע לפחות חצי שעה של פעילות גופנית ביום	היקף <102 ס"מ	BMI <30
	סה"כ	ציון	ציון	ציון	ציון
50%	10	1	2	4	3

מקור: מכון מילקן, 2013.

לפי מדדי הסיכון הנבנים לתכנית, מחושב "ציון הסיכון" של הפרט בתכנית ועל בסיסו הסיכוי שהפרט יפתח סוכרת בעתיד. בהמשך, ומדי תקופה בתכנית, נמדדים מחדש נתונים אלו עבור כל פרט המשתתף בה. זאת כדי לבדוק את השיפור במצבם של גורמי סיכון אלו, ומתוך כך – את השפעתה של התכנית על מצבו. נניח שהתכנית הייתה אפקטיבית והתנהגותו של הפרט בתכנית השתנתה עד כדי כך שמצבם של גורמי הסיכון שנמדדו בתום תכנית ההתערבות היו אלו:

טבלה 3: מצב ב' – שנה לאחר הכניסה לתכנית

סיכוי לפתח את המחלה בטווח של 10 שנים ¹²		גורם סיכון ד': איכות תזונה	גורם סיכון ג': פעילות גופנית	גורם סיכון ב': היקף מותניים	"גורם סיכון א': BMI
		הרכב דיאטה מאוזן	מבצע לפחות חצי שעה של פעילות גופנית ביום	102 < היקף <94	25 < BMI < 30
	סה"כ	ציון	ציון	ציון	ציון
33%	15	1	0	3	1

מקור: מכון מילקן, 2013.

¹¹ מתבסס על אינדקס הסיכון ב TYPE 2 DIABETES RISK ASSESSMENT FORM, בהנחה של גורמי סיכון גנטיים קבועים ברמה גבוהה (שלי, 2011).

¹² מתבסס על אינדקס הסיכון ב TYPE 2 DIABETES RISK ASSESSMENT FORM, בהנחה של גורמי סיכון גנטיים קבועים ברמה גבוהה.

אם אכן אפשר להסיק באופן מפורט את השינוי ברמת הסיכון, אפשר לשער כי סיכויי לפתח את המחלה בטווח של עשור ירדו בכ-20%. נוסף על החיסכון שנבע מכך שפרט זה לא פיתח את המחלה בתום התכנית (בהשוואה לקבוצת הביקורת), אפשר לאתר חיסכון עתידי נוסף, אשר נובע מהירידה בסיכוי לפתח את המחלה בעתיד.

אם כן, אפשר להעריך שהשינוי בתוחלת העלות העתידית של אותו משתתף, על פני שנה, היא:

X הוא העלות הישירה הממוצעת של חולה סוכרת למדינה, כפי שחושבה במסגרת הערכת העלות, כמוזכר בעמודים הקודמים.

באופן דומה אפשר לחשב שינוי זה עבור כל הפרטים בקבוצת ההתערבות, וכך להעריך את החיסכון המצרפי מהפעלת התכנית. יש להדגיש שגם אם אין אפשרות לחשב את השינוי בסיכוי התחלואה באופן כה מדויק, הרי שבהינתן בסיסי ידע רחבים ומקיפים מספיק, אפשר להעריך באופן כללי יותר את הירידה בסיכוי לפתח תחלואה בטווח הארוך, ולחשב את התשלומים למשקיעים לפי הערכה זו – באופן שנקבע מראש בחוזה ההתקשרות להפעלת התכנית.

הצעה למערך חישוב החזרים למשקיעים

על בסיס המדידות לאורך התכנית ובתומה, ובהתאם לנתונים על עלות המחלה, יחושב בסיס החיסכון שממנו ייגזרו התשלומים למשקיעים. להלן מוצגת הצעה להערכה של החיסכון האפשרי למשקיעים וליצירת מערך תשלומים לפיה. לפי הצעה זו, התשלומים למשקיעים ייגזרו מסכום החיסכון הישיר לקופות ולמדינה, אשר נוצר בשל מניעת התחלואה, כפי שהוצג כאן. מרכיבי החיסכון הם כאמור מניעת תחלואה הנמדדת בדיעבד, והירידה בסיכון לפתח תחלואה. בטבלה מוצג מהלך המדידה שילווה את התכנית, ועבור כל שלב במדידה – התשלום שמגיע בעקבותיו למשקיעים, אם ישנו. יש להדגיש שגובה התשלום הממשי ואופן החלוקה של הסכומים בין המדינה, הקופות והמשקיעים, ייקבעו במשא ומתן בין הצדדים השונים להסכם.

טבלה 4: חישוב החיסכון שיהווה את בסיס החישוב להחזר:

שלב	פרק זמן מתחילת התכנית	מדידה	חישוב על בסיס מדידה	תשלום למשקיעים	הערות
1	עם תחילת התכנית	גורמי סיכון הקשורים להתנהגות והניתנים לשינוי, ¹³ אינדיקטורים נוספים להימצאות המחלה	חישוב תוחלת העלות העתידית של המשתתפים בתכנית על בסיס סיכויי התחלואה	----	יצירת בסיס להשוואה לבדיקת השינוי במדידות עתידיות
2	מדי כמה חודשים במהלך התכנית	גורמי סיכון הקשורים להתנהגות והניתנים לשינוי (modifiable risk factors).	חישוב השינוי בתוחלת העלות עבור משתתפי התכנית לאורך התכנית	----	תיעוד שינוי במצב המשתתפים לאורך התכנית
3	בתום 4 שנים ממועד תחילת התכנית	בדיקת (אי-) היארעות המחלה והשוואה לקבוצת ביקורת ממשית או לספרות	חישוב החיסכון הנובע מאי-היארעות המחלה בשנים שחלפו (לעומת קבוצת ביקורת)	תשלום למשקיעים על בסיס חישוב החיסכון (בהתאם להסכם ההתקשרות)	
4	בתום 6 שנים נוספות ממועד סיום התכנית	בדיקת (אי-) היארעות המחלה והשוואה לקבוצת ביקורת ממשית או לספרות	חישוב החיסכון הנובע מאי-היארעות המחלה בשנים שחלפו לעומת קבוצת ביקורת	תשלום למשקיעים על בסיס חישוב החיסכון (בהתאם להסכם ההתקשרות)	

מקור: מכון מילקן, 2013.

¹³ גורם סיכון הניתן לשינוי modifiable risk factors – משתנה המשפיע על היארעות המחלה, וניתן לשינוי על ידי התערבות המשפיעה על התנהגות ותנאים סביבתיים (Burt, 2001).

פרק ד' - הערכת סיכונים והזדמנויות ביישום מודל האג"ח החברתי בתחום קידום הבריאות

ליישום אג"ח חברתי בישראל בתור כלי למימון פרויקטים בתחום קידום הבריאות והרפואה המונעת עשויים להתלוות, לצד פוטנציאל לתועלת רבה, גם אתגרים וסיכונים מסוימים. בפרק זה יוצגו בקצרה סיכונים אפשריים שהמדינה עלולה להיאסף להתמודד עמם ביישום אג"ח, וכן דרכים עקרוניות להתמודד. כמו כן יוצגו תועלות שעשויות לנבוע מיישום האג"ח, ועקרונות למקסום תועלות אלו.¹⁴

סיכונים אפשריים

השימוש באג"ח השפעה חברתית כמכשיר נוסף של הפרטת שירותים חברתיים

כפי שתואר, תכניות ההתערבות החברתיות הממומנות באמצעות האג"ח מיושמות בפועל על-ידי מפעיל פרטי – מלכ"ר או חברה. בשל כך, חלק מהביקורת שסופג רעיון האג"ח החברתי נוגעת לדמיון שלו לחוזה "תשלום עבור הצלחה" (pay for performance), המתגמלים ספקי שירות לפי הצלחתם (Pauly, 2013) ומיושמים בין השאר ככלי להעברת שירותים חברתיים מידיים ציבוריות לידי מפעילים פרטיים.

מערכת הבריאות הישראלית ידעה בעשורים האחרונים תהליכי הפרטה שונים, המתבטאים בין השאר בגידול בהוצאה הפרטית על שירותי בריאות, בהגדלת חלקם של ביטוחי הבריאות הפרטיים בהכנסות קופות החולים, בגידול בשימוש בשירותי בריאות פרטיים (שר"פ) בבתי החולים, ועוד (סבירסקי 2007). ביקורת רבה נמתחת על תהליכים אלו, גם בשל תרומתם לאי-השוויון בקבלת שירותי הבריאות ולפגיעה בזכויות החולים. כמו כן, על מגמות ההפרטה נמתחת לא פעם ביקורת שהן המאיימות על מעמדם ואיכותם של שירותי הבריאות הציבוריים ושל מערכת הבריאות בכללותה (סבירסקי, 2007; ההסתדרות הרפואית בישראל, 2007).

על רקע מגמה זו, ובשל הדמיון בין אג"ח חברתי למודלים קודמים ששימשו להפרטת שירותים, החשש משימוש בכלי מימון זה לתהליכי הפרטה נוספים – מוצדק. לנוכח זאת יש להדגיש שהמודל המוצג במסמך זה מבקש לייצר מימון לפרויקטים של קידום בריאות שיופעלו על-ידי ארגונים בקהילה. תחום קידום הבריאות, כפי שהוצג במסמך זה, נשען בין השאר על התארגנויות קהילתיות מקומיות, ועל הגישה הבלתי-אמצעית שיש להתארגנויות אלו לאוכלוסייה. משאבים אלו, הקיימים אצל הארגונים החברתיים, מאפשרים להם להגיע לאוכלוסיות היעד השונות באופן שמערכת הבריאות הממסדית – הקופות ובתי החולים – מתקשה לעשות. במובן זה, ובשונה מארגונים חברתיים הפועלים בתחומים אחרים, פעילותם של ארגונים לקידום הבריאות בקהילה אינה מחליף את פעילותה של המדינה, אלא מהווה נדבך נוסף וחשוב ביכולתה לקדם את הבריאות באוכלוסיות מובחנות, נוסף על מערכת הבריאות הרגילה. הכלי המוצג כאן הוא למעשה אפשרות לייצר מימון לפעילותם של ארגונים אלו, המתבצעת לצד פעילות מערכת הבריאות הממוסדת ולעתים בשיתוף פעולה עימה – ולא כלי המבקש להחליף את הפעילות הרגילה הניתנת במסגרת מערכת הבריאות.

במקביל, יש לציין שתחום קידום הבריאות והרפואה המונעת, כפי שהוצג ברקע למחקר זה, מצוי במצוקת משאבים תמידית, ומתועדף לרוב מתחת לתשומות אחרות במערכת הבריאות. בפועל, משמעות הדבר היא ששירותים רבים בתחום

¹⁴ תודה מיוחדת לרותי ויינשטיין ולינאי קרנצ'ר מהמחלקה לקידום הבריאות על החשיבה המשותפת שהובילה ליצירת פרק זה.

זה כלל אינם ניתנים או ניתנים באופן חלקי בלבד. השימוש בכלי זה למימון שירותים אלו מאפשר לספק שירותים שבאופן רגיל כלל אינם ניתנים לציבור, ובמיוחד לא לאוכלוסיות מוחלשות.

מענה אפשרי:

- שימוש בארגוני קהילה קיימים כספקי שירות, אשר זקוקים למימון לשם יישום פרויקטים לקידום הבריאות: שימוש בארגוני קידום בריאות הקיימים בקהילה והעדפתם בתור ספקי השירות על פני ספקי שירות פרטיים או כאלו שהוקמו במיוחד לצורך הפרויקט, יחזקו את השימוש במנגנון המימון ככלי לסיוע ולחיזוק ארגוני קידום בריאות הפועלים בקהילה.
- מימון פרויקטים חדשים לקידום הבריאות, שאינם קיימים במערכת הבריאות הממסדית: שימוש באג"ח החברתי ליצירת מימון לפרויקטים חדשים של קידום בריאות ורפואה מונעת, שאינם מופעלים בקופות החולים או בלשכות הבריאות, יחזק את הסיכוי שהכלי ישמש לפיתוח תחום קידום הבריאות, ולא להחלשת השירותים הקיימים.
- יצירת שיתוף פעולה עם הקופות לשם איתור תחומים שבהם הקופות מתקשות לקדם את הבריאות והרפואה המונעת באוכלוסייה: שיתוף הקופות בתהליך לאיתור תחומים שבהם הקופות עצמן אינן מצליחות בתהליכי מניעה (למשל, איזון סוכרתיים), יסייע להפנות את השימוש באג"ח לפרויקטים חדשים.

היעדר מומחיות של הממשלה בתהליך, לעומת הגורמים האחרים המעורבים בו

מבחינת המדינה, התקשרות וחתימה על עסקה להפעלת אג"ח חברתי פירושו כניסה להתקשרות מורכבת מול כמה גורמים שונים, אשר בחלק מהמקרים הם בעלי מומחיות גדולה יותר ממנה בנוגע לעולמות התוכן השונים בעסקה. תחום המימון החברתי בכלל ותחום האג"ח החברתי בפרט הם עולמות תוכן חדשים, שהמומחיות בהם נמצאת בעיקרה בידי גופים בודדים מחוץ לשירות המדינה. ניהול המשא והמתן על תנאי העסקה דורש מומחיות בתחום המימון החברתי ומידת תחכום מסוימת מצדה של המדינה, כדי לשמור על האינטרסים הכלכליים שלה מול המארגנים הפיננסיים שמולם היא פועלת ומול גופים נוספים (Liebman, 2011).

הסוכנות הרלוונטית של המדינה תצטרך לדון על אופן חלוקת החיסכון העתידי, יצירת מבנה תמריצים למלכ"ר המפעיל את התכניות, גיבוש מערך מדידה אפקטיבי ומוסכם, הערכת גובה החיסכון והקשר שלו להצלחת התכנית, ועוד. התמודדות עם אתגרים אלו דורשת יצירת מומחיות מצד המדינה או השקעת משאבים לרכישת שירותים של מומחי תוכן בתחומים אלו.

מענה אפשרי:

- יצירת מומחי ידע בתחום בשירות המדינה
- שימוש ביועצים חיצוניים קבועים בעלי היכרות של התחומים השונים
- הקמת ועדת היגוי מלווה אשר תורכב מיועצים רלוונטיים מעולמות התוכן השונים ואשר תלווה את יצירת האג"ח החברתי
- יצירת שיתוף פעולה בינמשרדי, בין סוכנויות וגופים שניהלו בעבר מגעים ליישום אג"ח חברתי או כלי מימון חברתי בתחומים אחרים

תועלות פוטנציאליות

יצירת מימון לפרויקטים בתחום קידום הבריאות לארגונים בקהילה

התועלת הראשונה והמרכזית ביישום אג"ח חברתי הוא יצירת מימון לפרויקטים בתחום בריאות הציבור והרפואה המונעת, פרויקטים שאינם זוכים למימון כיום. כפי שכבר הוזכר, תחום קידום הבריאות אינו מקבל די מימון ונמצא במקום נמוך בסדר העדיפויות בהשוואה למרכיבים הטיפוליים של מערכת הבריאות, על אף חשיבותו הגדולה במניעת תחלואה. בפרט, הוא מאפשר לגייס מימון לפרויקטים המופעלים על-ידי ארגונים חברתיים המתקשים לגייס מימון לפעילויות בתחום זה.

כמו כן, היעדר המימון בארגונים אלו וההסתמכות על כספי פילנתרופיה, שאינם מובטחים, מקשה עליהם לתכנן פרויקטים רציפים ומורכבים לטווח הארוך. השימוש באג"ח חברתי למימון פרויקטים בתחום זה מבטיח לארגון החברתי מימון לפרק זמן קבוע מראש של כמה שנים, ובכך מאפשר לארגון ליזום פרויקטים מורכבים וארוכי טווח להפנות משאבי כוח אדם לניהולם – ולא לעיסוק בגיוס מימון נוסף, כפי שנעשה כעת.

שיפור היכולת בקרב הארגונים החברתיים המפעילים את התכניות

ארגוני המגזר השלישי הפועלים בשדה החברתי מבקשים להביא לצמצום תופעות חברתיות שליליות ולקדם את רווחתן של אוכלוסיות היעד שלהם. עם זאת, ביקורת רבה נמתחת על ארגוני המגזר השלישי. ביקורת זו נוגעת לקושי להתנהל ביעילות ולהשיג את המטרות שהם מציבים לעצמם, וכן להתמודדות החלקית בלבד עם אתגר המדידה וההערכה של פעולותיהם (עמית וקריינדלר, 2010).

המטרות שארגונים חברתיים פועלים למען לרוב קשות למדידה, ומורכבות מתועלת חברתית מגוונת. השקעה במדידה אפקטיבית דורשת לעתים משאבים שמעבר ליכולתם של הארגונים, הנמצאים לרוב ממילא במצוקת משאבים. (טברסקי ואחרים, 2010) בשל כך, בין השאר, ארגונים חברתיים מתקשים למדוד, להעריך ולזהות פרויקטים מוצלחים ולהתמיד בהם, ולוותר על פרויקטים כושלים. הקושי להשקיע במדידה ובהערכה של פרויקטים מעכב גם תהליכי למידה והתפתחות בארגונים החברתיים – דבר הפוגע באפקטיביות של פעילותם לאורך זמן וביכולתם להשתפר (עמית וקריינדלר, 2010; Sowa, 2004).

יישום מודל האג"ח החברתי למימון פרויקטים בארגונים חברתיים, פירושו בין השאר יצירת מערך מדידה והערכה מקיף של הפרויקטים המופעלים במימונו. למדידה זו עשויה להיות השפעה חיובית מגוונת על הארגונים – הן בזיהוי פרויקטים מוצלחים והן בשיפור ובלמידה של תהליכי עבודה שיאומצו לפעילויות אחרות של הארגון. זאת ועוד, מדידה ממוקדת עשויה להקל על הארגונים בגיוס כספים ממקורות נוספים בהמשך – בשל היכולת להציג ולתעד הצלחה של פעילות הארגון. דרכים להעצמת יתרון זה:

- שילוב בין מדדי תהליך למדדי תוצאה במערך המדידה של תכנית ההתערבות
- שיתוף הארגון החברתי ביצירת מערך המדידה
- קיום מדידה לאורך חיי הפרויקט ושיתוף הארגון בתוצאות הנמדדות

שיפור מערכי הידע הקיימים בתחום שבו מופעל האג"ח החברתי

יצירת מערך מדידה אפקטיבי הדרוש לשם יישום האג"ח החברתי, דורש איסוף ועיבוד של ידע מגוון על המחלה הרלוונטית שמבקשים למנוע (סוכרת, איידס וכיו"ב). איגום נתונים וידע ממקורות שונים (ספרות, בתי חולים וקופות חולים, ביטוח לאומי) ועיבודם, משפר את מערך הידע הקיים במערכת הבריאות. שיפור מערך הידע וחשיפתו עשויים לסייע בהמשך לתהליכים אחרים הקשורים להתמודדות עם המחלה הרלוונטית, וכן להנעה ולחשיפה של פתרונות אחרים לסוגיות הקשורות למחלה.

דרכים להעצמת יתרון זה:

- יצירת מערך ידע בשיתוף פעולה עם המשרדים הרלוונטיים (משרד האוצר, הבריאות, הרווחה ועוד)
- שיתוף נתונים בין הגוף המודד ובין המדינה
- יצירת ידע נגיש מתוך התהליך (בפרסומי המדינה, בפרסומי הגוף המארגן וכיו"ב)

סיכום

במחקר זה נבדקה האפשרות להתאמת מודל של אג"ח חברתי ככלי למימון פרויקטים בתחום קידום הבריאות בישראל. מודל האג"ח החברתי עושה משתמש בכספי משקיעים פרטיים כדי לממן תכניות חברתיות המייצרות חיסכון למדינה. עם מדידת הצלחת התכניות והחיסכון הנובע מהן למדינה, המשקיעים מקבלים בחזרה את הכסף שהשקיעו, בתוספת תשואה. במחקר נבחנו והוצעו שני מודלים אפשריים ליישום האג"ח בישראל. האחד מציע התקשרות ישירה של המדינה עם הגוף המארגן הפיננסי ליצירת האג"ח. האחר מייעד למדינה תפקיד מארגן ומפקח בהתקשרות ישירה של קופות החולים עם הגוף המארגן הפיננסי.

נוסף על כך נבחנו והוצעו במחקר קריטריונים לבחירה של תכניות ותחומים בקידום הבריאות ליישום מבנה מימון של אג"ח חברתי. בין השאר נמצא שיש לבחור תחומי תחלואה שעליהם יש בסיס ידע מקומי רחב ומגובש, וזאת כדי להתמודד היטב עם בניית תכניות מדידה מורכבות; תחומים שאפשר היטב את הקשר בין שינוי גורמי הסיכון לגביהם ובין היארעות המחלה – וזאת כדי לקשר בין הצלחת התכנית לבין החיסכון העתידי; תכניות אשר את השפעתן החיובית על צמצום היארעות התחלואה אפשר לזהות בטווח זמן של כמה שנים – וזאת כדי ליצור תשואה בטווח זמן סביר למשקיעים.

במחקר הוצע גם כיוון לבדיקת החיסכון הנוצר מיישום תכניות התערבות בתחום קידום הבריאות ומניעת התחלואה. זאת ראשית באמצעות בדיקת העלות הממוצעת של חולה במחלה הרלוונטית למדינה. אחר כך הוצע ליצור כלי מדידה הבודקים את הקשר בין השינוי בגורמי הסיכון לתחלואה, שינוי הנוצר בזכות תכנית ההתערבות, לבין הירידה בסיכויים לפתח מחלה. על בסיס כלים אלו הוצגה תכנית תשלומים למשקיעים, המתחשבת בהשפעת תכנית ההתערבות על המשתתפים בה.

בחלקו האחרון של המחקר נבחנו התועלות והסיכונים למדינה בכניסה להתקשרות של אג"ח חברתי בתחום קידום הבריאות. בין השאר הודגש הצורך לאתר תחומים שבהם לארגונים חברתיים יש יתרון על פני מערכת הבריאות הממסדית (בשל יתרונות של שפה ונגישות תרבותית). זאת כדי למנוע שימוש בכלי זה ככלי להפרטה נוספת, וליישמו למטרה שלשמה נועד – גיוס מימון לפרויקטים במגזר השלישי. כמו כן הוצע להשקיע ביצירת הבנה ומומחיות בתחומי המימון החברתי בקרב הסוכנויות הרלוונטיות בשירות המדינה, וזאת כדי לאפשר למדינה לזהות ולקדם אינטרסים ציבוריים בהתקשרות המורכבת מול הגורמים השונים ביצירת אג"ח חברתי.

ביבליוגרפיה

- אבני, ש'. 2008. "רפואה שנייונית בקהילה – היקף, פריסה, וזמני המתנה לתור, מבט משווה בין קופות חולים ומחוזות גיאוגרפיים שונים". בתוך אי-שיויון בבריאות ובשירותי בריאות בישראל, קובץ ניירות עמדה ומחקרים, רופאים לזכויות אדם: 3-22.
- אפל ברון, א', פלג, ח', וויינשטיין, ר'. 2002. קידום בריאות בישראל, משרד הבריאות.
- ברזילי, ד' וברק, ל'. 2012. דו"ח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2011, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות.
- ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס ר'. 2011. ההתפתחויות בסלי השירותים של הביטוחים המשלימים - עשור לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות; הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- ההסתדרות הרפואית בישראל. 2008. אי-שיויון בבריאות בישראל.
- ההסתדרות הרפואית בישראל. 2010. נייר עמדה - עתיד מערכת בריאות הציבור בישראל.
- וויסבלאי, א'. 2006. ילדים במגזר הבדואי בנגב - תמונת מצב, ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- זקס, ד. 2007. קידום הבריאות: מניעה וטיפול מוקדם במחלות הכרוניות השכיחות בישראל, ירושלים: מכון מילקן.
- חורב, ט' וקידר, נ'. 2010. אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: השתקפותה של הרפורמה מחמש עשרה שנות חקיקה, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות.
- טברסקי, פ', ברסט, פ', ברוקס, מ' וג'ביץ, ק'. 2010. מדידה והערכה במגזר השלישי בישראל, דוח שהוכן ע"י ועדה מייעצת בינלאומית, יד הנדיב.
- לוי, ש'. 2008, השפעת הסדרי התשלום הנהוגים בין קופות-החולים לבתי-החולים הממשלתיים על ההסדרים לבחירת נותני שירותים שקופות-החולים מציעות למבוטחיהן, ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- לוי, ש'. 2011. תכניות לאומיות למניעת סוכרת מסוג 2, ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- לחמן-מסר, ד' וכץ, א'. 2011. שוק הון חברתי לישראל, צוות החשיבה להשקעות חברתיות, יד הנדיב.
- מבקר המדינה. 2012. דו"ח ביקורת שנתי 62 לשנת 2011 ולחשבונות שנת הכספים 2010, ירושלים.
- משרד הבריאות. 2013. מיפוי עמותות לקידום בריאות בישראל, מסמך פנימי.
- משרד הבריאות. 2012. מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטריים ולשירותי אשפוז. מתוך: אתר משרד הבריאות (<http://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Taarifon/Pages/PriceList.aspx>). (אוחזר לאחרונה ב-17 באוקטובר 2013).
- סבירסקי, ב'. 2007. הפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה, תל אביב: מרכז אדוה.
- סידס-כהן, ד'. 2008. תקרת דמי השתתפות עצמית עבור טיפולים רפואיים ותרופות לחולים כרוניים בקופות-החולים, ירושלים: הכנסת מרכז המחקר והמידע.

- עמית, ר' וקריינדלר, מ'. 2010. "ניהול המשפיע על שיפור הביצועים במגזר השלישי: מה ניתן ללמוד ממנהלים מצליחים במגזר העסקי". *חברה אזרחית ומגזר שלישי בישראל* ג: 1: 33-65.
- שמש, ע', נקמולי לוי, ד', הורוביץ, פ' ואברבוך, א'. 2011. *פערים בבריאות ופריפריה חברתית, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות*.
- רשומות: ילקוט הפרסומים. 2012. מבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים המפעילות תכנית לקידום בריאות ורפואה מונעת. <http://www.justice.gov.il/NR/rdonlyres/01449F38-8840-4AF2-9ABC-55BF24CFFAA7/35264/6412.pdf>. אוחר לאחרונה ב7 באוקטובר 2013.
- Breslow, L. .1999. "From Disease Prevention to Health Promotion". *JAMA: the journal of the American Medical Association* 281 (11): 1030-1033.
- Burt, B. A. 2001. "Definitions of Risk". *Journal of Dental Education* 65 (10): 1007-1008.
- Butterfoss, F. D., Goodman R. M., and Wandersman A. 1996. "Community Coalitions for Prevention and Health Promotion: Factors Predicting Satisfaction, Participation, and Planning". *Health Education & Behavior* 23, (1): 65-79.
- Corrigan P. 2011. "Social Impact Bonds - A New Way to Invest in Better Healthcare", *Social Finance UK*.
- Disley, E., Rubin J., Scraggs E., Burrowes. and Culley D. 2001, "Lessons learned from the planning and early implementation of the Social Impact Bond at HMP Peterborough", *Research Series* 5 (11).
- Disley, E., Rubin, J., Scraggs, E., Burrowes, N., Culley, D., & Europe, R. A. N. D. 2011. Lessons learned from the planning and early implementation of the Social Impact Bond at HMP Peterborough. *Research Series*, 5(11).
- Heinrich, C. J. and Choi. Y. 2007. "Performance-Based Contracting in Social Welfare Programs", *The American Review of Public Administration* 37(4): 409-435.
- Hernandez, M., S. Len Syme, and Rick Brush. 2012. "A Market for Health: Shifting the Paradigm for Investing in Health". *The California Endowment UC Berkeley School of Public Health, Collective Health LLC*.
- Kranzler, Y., Davidovich N., Fleischman Y., Grotto I., Moran D. S. and Weinstein R. 2013, "A Health in All Policies Approach to Promote Active, Healthy Lifestyle in Israel". *Israel journal of health policy research* 2 (1): 1-14.
- Liebman, J. B. 2011. "Social Impact Bonds: A Promising New Financing Model to Accelerate Social Innovation and Improve Government Performance". In *Doing What Works Center for American Progress*.
- Marmot, M. (2005) "Social determinants of health inequalities". *The Lancet* 365(9464): 1099-1104.
- Pauly, M., and Swanson A. 2013. "Social Impact Bonds in Nonprofit Health Care: New Product or New Package?" In *NBER Working Paper Series, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts*.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S. and Perneger, T. V. 2000,

"Effectiveness of a Hospital-Wide Programme to Improve Compliance with Hand Hygiene." *The Lancet* 356 (9238): 1307-1312.

Schaalma, H. P., Kok, G., Bosker, R. J., Parcel, G. S., Peters, L., Poelman, J. and Reinders, J. 1996. "Planned Development and Evaluation of AIDS/STD Education for Secondary School Students in the Netherlands: Short-Term Effects." *Health Education & Behavior* 23 (4): 469-487.

Sowa, J. E., Selden, S. C., and Sandfort, J. R. 2004, "No Longer Unmeasurable? A Multidimensional Integrated Model of Nonprofit Organizational Effectiveness." *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 33(4): 711-728.

World Health Organization. 1986. "The Ottawa Charter for Health Promotion".

World Health Organization, 2005. Preventing Chronic Diseases-a Vital Investment: WHO Global Report Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200.

"Delivering Better Health Outcomes through Social Impact Bonds: Sib Conference Workshop." Social Finance, http://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/health_1.pdf.

International Diabetes Federation "Diabetes Questionnaire". <http://www.idf.org/diabetes-prevention/questionnaire>.

FELLOWS | MILKEN
PROGRAM | INSTITUTE

תוכנית עמיתי מכון מילקן
רחוב ושינגטון 4
ירושלים, 9418704

info@mifellows.org
www.mifellows.org