

ארצות הברית

ביוני 2012 אושרה סופית רפורמת הבריאות של הנשיא אובמה. הרפורמה מחייבת כל אזרח להיות מבטוח, הרפורמה מעניקה סובסידיות פדרליות ליחידים ולעסקים קטנים ומחייבת את חברת הביטוח לקבל כל מועמד ללא אפליה לסל ביטוח מינימלי. בסקירה שבהמשך לא התייחסנו לרפורמה כי מוקדם מידי לנתח את השלכותיה.

היקרה בעולם – ההוצאה הלאומית לבריאות בארצות הברית עומדת על כ-17% מהתמ"ג, מעל ומעבר להוצאה במדינות מערביות אחרות (10%-7%). בניגוד לדעה הרווחת, ממשלת ארצות הברית מממנת את הוצאות הבריאות של כמחצית מהאוכלוסייה: קשישים מגיל 65 ומעלה, מיעוטי הכנסה, כוחות הביטחון, גמלאי הצבא. לכ-40 מיליון אמריקאים אין כלל ביטוח רפואי. רוב האמריקאים מבטחים על ידי מקום העבודה שבוחר עבורם את חברת הביטוח ואת "סל הבריאות". הוצאה הזוכה לפטור מלא ממס הכנסה למעסיק. יתר האזרחים מבטחים עצמם בחברות פרטיות, על אחריותם וללא סיוע ממשלתי כלשהו.

הבלתי מבטחים – המספר הגבוה של הבלתי מבטחים מטעה שכן מחציתם יבטחו עצמם תוך 6 חודשים, ולמעשה רק כ-1/3 מהם (כ-12 מיליון אמריקאים) נחשבים לחסרי ביטוח בריאות "כרוניים" (כ-4 אחוזים מהאוכלוסייה). חלקם לא מבטחים מתוך בחירה ומעדיפים לשלם מכיסם את הוצאותיהם הרפואיות.

אחת מהסיבות התורמות לריבוי הבלתי-מבטחים היא התייקרות שירותי הרפואה וביטוחי הבריאות העצמאיים כתוצאה מהענקת "שירותי חינוך" לחלק מהאוכלוסייה. מספרים הולכים וגדלים של אזרחים לא מצליחים לעמוד בהוצאה. ב-30 השנים האחרונות עלה מדד עלות שירותי הבריאות בכ-7% מידי שנה בממוצע.

"מישהו אחר" משלם – המימון הממשלתי לשירותי הבריאות לקשישים ולמיעוטי יכולת מהווה כבר כ-40% מההוצאה הלאומית לבריאות. שירותי החינוך הגבירו את הביקוש ותרמו לעליית מחירים מסתחררת של שירותי הבריאות. ההכרה של שלטונות מס ההכנסה, בהוצאה של המעסיקים לביטוחי בריאות העובדים, תמרצה מקומות עבודה להעניק ביטוח בריאות כהטבה זולה לשכר (יש השגות רבות על איכות חבילות הביטוח דרך מקום העבודה). באופן זה, רוב רובם של שירותי הרפואה לאזרח אינם משולמים ישירות מכיסו של החולה, אלא על ידי "מישהו אחר". גם הרופאים אינם מודאגים כאשר הם מחייבים את החולה בסכומים דמיוניים – חברות הביטוח או הממשלה נושאים בנטל. בניגוד לכל שירות אחר שהוא רוכש, הצרכן אינו נדרש להתנהגות צרכנית נבונה. "חבילת הביטוח" מוכתבת לו בהסכם קיבוצי. מנגד, חברות הביטוח לא יכולות למלא את מקומו של הצרכן-הקניין, הדואג למחיר ולאיכות. הדרך היחידה העומדת בפני חברות הביטוח להגבלת ההוצאות הנוספות היא ניסיונות מתמשכים להטלת מגבלות על חופש הבחירה של הצרכן. גם הממשל נמצא באותה סירה: רשויות המדיק-קר החלו כבר בשנות ה-80 בצמצום השירות בהגדירם "סלי טיפול" לקשישים. בשנים אלו יזמו חברות הביטוח מעין קופות חולים – HMO (Health Maintenance Organizations), שמטרתן העיקרית היא מתן שירות תוך סינון – מי זכאי ולאיזה טיפול.

גורמי היוקר –

- **ביטוח על ידי המעסיקים –** לחברה שמעסיקה עשרות או מאות אלפי עובדים יש כוח התמקחות אדיר מול חברות הביטוח הרפואי. המעסיקים מצליחים לזכות בהנחות קבוצתיות ניכרות בפרמיית הביטוח. כתוצאה מכך נאלצות חברות הביטוח לאזן את הכנסותיהן באמצעות ייקור הפרמיות לכל יתר המבטחים שאינם מבטחים דרך

מקום העבודה. שיטת הביטוח הקולקטיבית, על ידי המעסיק, תורמת לאינפלציה של מחירי הרפואה. השכיר האמריקאי יודע כי "הרפואה חינם" ואילו הרופא העצמאי שולח את החשבון לחברת הביטוח – לשני הצדדים אין תמריץ לחסוך... קונה השירות הרפואי ומוכר השירות לא מתעניינים בעלויות ובהוצאות...

- **מערכת המשפט – תרומה נוספת לעלויות הגבוהות היא באדיבות מערכת המשפט האמריקאית, הפוסקת פיצוי עתק במקרה של רשלנות רפואית. כתוצאה מכך, עלויות הביטוח לרשלנות מקצועית של רופאים, מרקיעות לשחקים. עלות פוליסת ביטוח של רופא מנתח, בפלורידה לדוגמה, עלולה להגיע גם ל- \$ 175,000 לשנה. פרמיית הביטוח שמשלם הרופא מייקרת את ההוצאה לבריאות של משפחה בת 4 נפשות בכ- \$ 350 בשנה. אך כאן לא נגמר הסיפור... רופאים נהנים מהנחת העדר תביעות בעת חידוש הפוליסה וכדי "לשמור על התחת" מאלצים את הפציינטים לבצע סדרות של בדיקות רפואיות מיותרות, ולעיתים גם טיפולים מיותרים, שמטרתם היחידה – הגנה על הרופא מתביעות רשלנות מקצועית – רפואה להגנת הרופא (Defensive Medicine). ההערכה המקובלת לעלות היקף הטיפולים המיותרים במסגרת זו עומדת על למעלה מ- \$ 1,200 לשנה למשפחה!**

- **תרומת שירותי רפואה חינם – רופאים ובתי החולים מחויבים להעניק שירותים במחירי עלות, ואולי אף הפסד, לאוכלוסייה הזכאית ל"בריאות חינם". חברות הביטוח נאלצות לייקר את הפרמיות לעשרות מיליוני האמריקאים המבוטחים באופן פרטי כדי "לאזן" את החינם...**

- **אישור תרופות – הליך אישור תרופה לשימוש בארה"ב הוא היקר, הממושך והמייגע בעולם. עלות הכנסת תרופה חדשה לשוק (אחרי שכבר פותחה) מגיע למאות מיליוני דולרים ועלול להמשיך עד 10 שנים. כתוצאה מכך מתייקרות התרופות וכלל לא ברור ממה נפגעים יותר – מהדחייה שבהעדר התרופה בשוק, או מנזק פוטנציאלי משימוש בתרופה שלא נבדקה באופן המחמיר ביותר. ראוי לציין שרשות התרופות האמריקאית (FDA), עובדת למעשה עבור כל העולם – החלטתה מקובלת למעשה על כל המדינות...**

- **הגבלת מספר הרופאים – לארגון הרופאים האמריקאים AMA, לובי פוליטי חזק ביותר. הארגון מעניק רשיונות עיסוק ברפואה ולבתי חולים, ומחליט איזו אוניברסיטה זכאית ללמד רפואה. כוחו של הארגון מנוצל למעשה להגבלת מספר העוסקים ברפואה ולהקטנת התחרות בין רופאים. בעבר הרחוק הצליח הארגון למנוע מנשים ושחורים ללמוד רפואה. הארגון נלחם בעבר קשות בכל סוגי הרפואה האלטרנטיבית והצליח לצמצם את מספר בתי הספר לרפואה ביותר מחצי בין השנים 1910 – 1932.**

- **הגבלת תחרות בין רופאים – ארגון הרופאים אוסר עליהם לפרסם את עסקם. האיסור מעניק יתרון משמעותי לרופאים ותיקים ובעלי מוניטין ומקפח את האחרים. כך נמנע מידע חיוני מהצרכן בבואו לבחור רופא. בנוסף, אוסרים חוקי ההגבלים העסקיים התקשורת הדדית והתאגדות של רופאים עצמאיים, כדי להציע תוכניות טיפול רפואי מתחרות למעסיקים גדולים המבטחים את עובדיהם. במסגרת האיסור על "תיאום מחירים" נמנעת מרופאים רבים ההזדמנות להתחרות בחברות הביטוח...**

קפיטליזם ברפואה – עבר ללא הווה – הרפואה בארצות הברית אינה "קפיטליסטית" וסובלת ממעורבות ממשלתית עמוקה – מקור העיוות העיקרי. גם בארצות הברית הרפואה מתייקרת בשם "העזרה לחלשים" ומקשה דווקא על צעירים ועניים מלזכות בטיפול רפואי הולם. הציבור האמריקאי, בהשפעת פוליטיקאים פופוליסטים, דורש כפתרון את הגברת

המעורבות הממשלתית והמצב אך מורע. בשני העשורים האחרונים הונהגו מעין "קופות חולים" (HMO), בפקוק ובסבסוד ממשלתיים – במסגרות אלה ניכרים כבר סימני המחלה הישראלית – מגבלות של "סל תרופות", ו- "סל טיפולים". עשרות סוכנויות ממשלתיות (פדרליות ושל המדינות) מנסות לשווא להחליף את כוחות השוק ולקבוע קריטריונים סטטיסטיים ל"צרכים רפואיים". רפורמה רודפת רפורמה.

מערכת הרפואה הקפיטליסטית שהייתה נהוגה בארצות הברית מסוף המאה ה-19 ועד לתחילת המאה ה-20 יצרה את המערכת הרפואית המתקדמת בעולם, את גופי המחקר הרפואי האקדמי הפוריים בתבל ואת חברות התרופות היצרניות ביותר. רק תחת משטר של חופש מוחלט יכלו שני אחים רופאים לנדוד אל עבר הערבות המושלגות הנידחות של מדינת מיניסוטה, ולהקים בשום-מקום את המרכז הרפואי הגדול בעולם מיו-קליניק (Mayo Clinic). קשה לתאר באיזה פיגור רפואי היה נמצא העולם כולו, אלמלא הרפואה הקפיטליסטית האמריקאית. אך מזה מספר עשורים, מוחלפת המערכת היוזמת והחופשית בארה"ב במערכת ממשלתית ביורוקרטית מוקרת.

התפתחות המעורבות הממשלתית והשלכותיה – העיוותים במערכת הבריאות האמריקאית החלו כבר בשנות ה-40, שנות מלחמת העולם השנייה. המלחמה גרמה למחסור בכוח אדם בכל ענפי המשק וכדי למנוע עליית מחירים ושכר, הקפיא צו ממשלתי את השכר והמחירים בארצות הברית. חברות עסקיות שחיפשו עובדים, לא יכלו להציע שכר גבוה יותר ואז "נתגלתה" הפרצה (או, מדויק יותר, נוצרה בעקבות פשרה פוליטית) – העסקים יכלו להעניק הטבה משמעותית לעובדיהם באמצעות מימון הביטוח הרפואי. ההוצאה הוכרה במלואה לצורך ניכוי ממס הכנסה לעובד ולמעסיק. עצמאיים ועובדים אחרים, שלא זכו להטבה זו, המשיכו לשלם מכיסם את פוליסות ביטוח הבריאות ב"כסף יקר" – מהנטו לאחר מס (מאוחר יותר ניתנו זיכויים חלקיים). בתי החולים והרופאים אהבו הסדר זה הואיל ולראשונה, נהנו מתשלום מובטח מראש עבור שירותיהם...

המעורבות הממשלתית הועמקה בשנות ה-60, עם הנהגת תוכנית הבריאות חנם למיעוטי יכולת (Medicaid) ותוכנית הבריאות חנם לקשישים מעל גיל 65 (Medicare). עשרות מיליוני אמריקאים קיבלו בשמחה את בשורת הבריאות חנם. התוצאה המיידית הייתה עלייה חדה בביקוש וכמובן בעלויות. לחולים ולרופאים כאחד לא היה כל תמריץ לחסוך.

התעריפים המשולמים על ידי המדינה, לבתי החולים ולרופאים, עבור טיפולים במסגרת זו – קבועים מראש; התעריפים במקרים רבים נמוכים ממחירי העלות; רופאים ובתי חולים מפסידים לעיתים תכופות על טיפול בקשישים ובמיעוטי יכולת. איכות השירות הניתן ירודה יחסית. רופאים נאלצים להקדיש זמן קצר ככל האפשר לאוכלוסייה זו, או להתחמק ממנת שירות וקליטת לקוחות חדשים.

להטבה זו, שמקבלים חנם, יש ערך כספי רק אם מנצלים אותה. ואכן, השכבה שמקבלת את השירות הרפואי "חנם" מנצלת היטב את השירות – הביקוש לשירותי בריאות גדל מידי שנה; כך גם עלויות הביטוח למעסיקים. שיטת הגשת החשבון לצד שלישי לצורך תשלום, יצרה מערכת ביורוקרטית ענפה ויקרה. הצורך לפיקוח ובקרה למניעת "קומבינות" בין מטופלים לרופאים – הגשת דרישות לתשלומי סרק מחברות הביטוח הרפואי ומהממשלה.

לאחר מספר שנים לא-רב, של התייקרויות מתמידות "בבריאות חנם", נאלצה הממשלה למצוא דרך להגביל את הביקוש לשירותי רפואה חנם ולאץ רופאים ובתי חולים לקצץ בהכנסותיהם במסגרת שתי תוכניות החינם הממשלתיות.

ב-1973 הוקמו מעין קופות חולים (HMO) המסובסדות מכספי משלם המיסים. מוסדות אלה, בדומה לקופות החולים בישראל משלמים לרופאים

עצמאיים ולבתי החולים תשלום קבוע וידוע מראש לכל חולה מטופל, ללא קשר לסוג הטיפול הרפואי הניתן. בשיטת תשלום זו אין לרופא כל תמריץ לתת לחולה את הטיפול האופטימלי למחלתו, אלא לצמצם את היקף הטיפול. הכנסתו של הרופא אינה נובעת מהשירות המוענק, אלא מהשירות שהוא מונע מהחולה... בדרך זו הרופא יכול להספיק לטפל בחולים רבים יותר... קופות חולים אלה מעסיקות ביורוקרטיה מנהלתית נרחבת, שבניגוד לשוק הפרטי, אינה ממהרת לאמץ חידושים בתחום הרפואה הואיל והם "יקרים מדי".

בניסיון לצמצם את הביקושים הגואים לשירותי חינוך ואת השחיתות, הונהגה השתתפות עצמית של החולים. החולה משתתף בכ- 20% מהעלויות (אם אפשר לגבות ממנו...). מסתבר שהסכום המשולם כיום כהשתתפות עצמית גבוה מסך כל עלות שירותי הבריאות (מתואם לאינפלציה) בתקופה של טרם הנהגת ה"רפואה חינוך". כלומר, 20% כיום יקרים מתשלום 100% בראשית שנות ה-60.

בחודש דצמבר 2003 התקבל חוק למימון ממשלתי של התרופות לקשישים, מבוסס המדיק-קר. מבקריו של החוק מגדירים אותו כחקיקה פופוליסטית מסיבות פוליטיות מובהקות. ממשל בוש הבן, נמצא אז בעיצומה של מערכת בחירות קשה, וזקוק היה לשיפור הדימוי הניצי לכיוון "רחום", כדי להגדיל את כוחו בקרב הגמלאים שנוטים להשתתפות ערה בבחירות ומצביעים מסורתית לדמוקרטים. סקר ממשלתי, שנערך בקרב מוטבי המדיק-קר, ופורסם בירחון ניוז-וויק, העלה כי 95.8% העידו כי לא הייתה להם בעיה בהשגת תרופות המרשם להם נזקקו. רק ל- 4.2% הייתה "בעיה גדולה". על רקע תוצאות הסקר בולטת המטרה הפוליטית של החוק, אשר הטיל עלויות כבדות והולכות, על משלם המיסים האמריקאי.

לרצונותיו של החולה במערכת הציבורית אין משקל. הוא אינו הצרכן במובן הכלכלי. לא קיים קשר שבין קונה שירות לבין מוכר שירות. אין קשר כלכלי בין החולה לרופא האופייניים לשוק חופשי. לא קיימת תחרות. המעורבות הממשלתית שיבשה את הקשר שיוצר השוק החופשי בין איכות השירות והמוצר לבין רווחים. ברפואה האמריקאית הקשר הרוב הפוך ומבוסס על ניגוד אינטרסים – הרווח עולה ככל שאיכות השירות יורדת...

מארג היחסים האנושי בין חולה לרופא במערך הביטוח הפרטי האמריקאי מאופיין בהקדשת תשומת לב אישית ברמה גבוהה ואדיבה. לעומת זאת, תחת מטריית הסיוע לקשישים ולעניים היחסים הופכים לעיתים קרובות לעוינים. רופאים אינם יכולים להתפרנס מקבלת "חולים ממשלתיים" ומשתדלים "להפטר" מהם. אין להתפלא שעל רקע זה מתרבים מעשי רמייה תוך שיתוף פעולה בין חולים "ממשלתיים" לבין רופאים כדי להגדיל את ההכנסות על חשבון המדינה.