

השירות הרפואי לחיילים בקופות החולים - דברים שרואים מכאן לא רואים משם

תקציר:

חיל הרפואה מספק חלק ניכר משירותי הרפואה באמצעיו, וחלק אחר באמצעות קניית שירותים מספקים אזרחיים שונים, ובכלל זה בתי החולים הציבוריים וספקים פרטיים. בעוד שצה"ל קונה שירותי אשפוז מאז שנותיה הראשונות של המדינה, נעשו לאורך השנים מספר ניסיונות לרכוש שירותי רפואה ראשונית ורפואה שניונית עבור חיילים ביחידות עורפיות.

מאמר זה עוסק במיקור חוץ של הטיפול הרפואי בחיילי העורף לקופות החולים (פרויקט "אביב"), אשר יצא לפועל בין השנים 2010-2014. ניתוח הפרויקט מוצג משתי זוויות ראייה, הצבאית והאזרחית, וזאת על בסיס ניסיונו האישי של הכותב, שהוביל את יישום הפרויקט במסגרת תפקידו בחיל הרפואה וחווה אותו מזווית ראייה אחרת בתפקידים שמילא במכבי שירותי בריאות. הפרויקט מנותח בחתך של איכות הטיפול הרפואי, איכות השירות, סל השירותים, ההיבט התעסוקתי של החיילים וההיבט הכלכלי של הפרויקט.

על אף הבדלי התפישות בין חיל הרפואה לקופות החולים בנוגע לטיפול בחיילים, כפי שמתואר במאמר, מסיק הכותב כי יש מקום לנצל את התשתיות האזרחיות בישראל כדי להעניק לחיילים שירות רפואי טוב יותר. מומלץ כי בפרויקטים בעתיד יובאו בחשבון הלקחים מפרויקט "אביב" ויבוצעו התאמות לדרישות של חיל הרפואה מקופות החולים, כך שהשירות הרפואי יינתן לחיילים בדומה, ככל האפשר, לאופן שבו הן מטפלות באזרחים. בין השאר, ממליץ הכותב על גביית השתתפות עצמית מהחיילים ועל התאמת סל השירותים שהם מקבלים לסל הבסיסי בתוספת שירותי בריאות נוספים (שב"ן).

נחמן אש

מכבי שירותי בריאות ואוניברסיטת אריאל

מילות מפתח: שירותי רפואה לחיילים; מיקור חוץ; חיל הרפואה; קופות החולים; השתתפות עצמית.
KEY WORDS: Healthcare services for soldiers; Outsourcing; Medical Corps; Healthcare funds; Copayment

הקדמה

בשנת 2010 הועברו חלק מחיילי יחידות העורף לקבלת טיפול רפואי בקופות החולים (פרויקט "אביב" - מיקור חוץ של שירותי הרפואה לחיילי העורף). הייתה לי הזכות להוביל את המהלך בהיותי קצין הרפואה הראשי ולראות את תוצאותיו גם במסגרת תפקידיי כראש מחוז ומנהל חטיבת הבריאות במכבי שירותי בריאות. במאמר זה אנתח את הפרויקט משתי זוויות ראייה אלה.

במהלך השנים בחר צה"ל להתחיל לקנות שירותים שמסורתית היו מסופקים על ידו, כגון שירותי הסעדה, תחזוקת כלי רכב ואף שירותי הדרכה של מפקדות וכוחות לוחמים, וזאת מתוך הבנה שהשירות עשוי להינתן באופן יעיל יותר על ידי גורם שמתמחה באספקתו [1].

ההחלטה על מיקור חוץ בתחום מסוים תלויה במספר מאפיינים של התחום: הוא אינו בליבת העשייה של הארגון, יש קושי באספקת שירותים איכותיים על ידי הארגון בתחום זה, יש גופים מתמחים בתחום, השירות שהם נותנים איכותי ועלותו היחסית אינו גבוהה - פעמים רבות מאחר שהספק יכול לספוג את תוספת הפעילות בעלויות נמוכות יחסית בזכות תשתית קיימת.

סעיף 55 של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 מחריג חיילים בשירות סדיר מתחולת החוק וקובע כי הם זכאים לקבל שירותי בריאות מחיל הרפואה (חר"פ) של צה"ל [2,3]. חר"פ מספק שירותי רפואה בעצמו, אך מאז ומתמיד הוא קונה חלק מהשירותים ממערכת הרפואה האזרחית. בראש ובראשונה רוכש חר"פ, בהסכמים שונים, שירותים מבתי החולים - אשפוז, פעולות כירורגיות, ביקורים במרפאות ועוד. חר"פ אינו מפעיל כיום שירותי אשפוז כלל ותלוי באופן מוחלט בשירותים של בתי החולים במערכת האזרחית. תלות זו מעולם לא היוותה מגבלה ואף להיפך - היא תורמת רבות לשני הצדדים.

דוגמה טרייה יותר למיקור חוץ של שירותי רפואה בצה"ל היא העברת שירותי הרפואה הדחופה הניתנים מעבר לשעות הפעילות לספק שירותים אזרחי. הוותיקים מבין הקוראים זוכרים בוודאי את השירות המושמץ של מרפאות "קצין העיר". בשנת 2008 הוחלף שירות זה על ידי רשת מרפאות של ספק פרטי בפריסה רחבה יותר, בזמינות גבוהה יותר ובשירותים רבים יותר (בדיקות דימות, בדיקות מעבדה ובדיקת רופא שניוני מומחה בתחומים מסוימים).

באופן מסורתי מספק צה"ל לחייליו שירותים בתחומי ליבה באמצעות חיל הרפואה, ובכלל זה רפואה ראשונית, רפואה

כן. במקביל, מיקור החוץ יאפשר לחיל הרפואה להתמקד במשימות מרכזיות, כגון הערכות למצבי חירום. לאחר עבודת מטה ממושכת בתוך הצבא, במשרד הביטחון ומול משרדי הבריאות והאוצר, יצא לדרך פרויקט "אביב", מיקור החוץ של הטיפול הרפואי בחיילים של בסיס תל השומר והקריה. לפי דרישת משרד הבריאות, תחילה השתתפו בפרויקט שתי קופות חולים, ולאחר כשנה הצטרפו שתי הקופות האחרות, והחיילים יכלו לבחור להיות מטופלים בכל אחת מארבע קופות החולים. חיל הרפואה קנה מקופות החולים שירותי רפואה ראשונית, שניונית ושלישונית והשאיר באחריותו את הרפואה התעסוקתית, בריאות הנפש, רפואת השיניים והרפואה המונעת (הפעילות ההסברתית לחיילים ותחקור תחלואה חריגה). הפרויקט נמשך כארבע שנים, שלאחריהן לא הגיעו משרדי הביטחון והבריאות להסכמות על המשך הפרויקט והחיילים שבו להיות מטופלים במרפאות הצבאיות.

תוצאות מיקור החוץ - מבט מפה ומסמ

אציג את ניתוח הפרויקט משתי זוויות מבט, זו של חיל הרפואה וזו של קופות החולים. הניתוח בוצע על פי מספר קריטריונים: איכות הטיפול הרפואי, השירות, סל השירותים, השלכות תעסוקתיות והיבטים כלכליים של הפרויקט. תמצית הממצאים מסוכמת בטבלה 1. בשנת 2012 שויכו כ-7,500 חיילים למכבי שירותי בריאות במסגרת הפרויקט, ולאורך כל השנה טופלו במכבי בסך הכול כ-11,500 חיילים. מרביתם היו חיילים בשירות חובה (71%) והשאר אנשי קבע. שיעור של 80% מהחיילים טופלו במרפאות של מחוזות מרכז הארץ.

איכות הטיפול הרפואי – אף שאין בנמצא תוצאות של מדדים שיעידו על רמת האיכות הרפואית בטיפול בקופות החולים לעומת השירות בצבא, ניתן להעריך שמיקור החוץ לא פגע באיכות הטיפול הרפואי ואף היטיב אתו. החיילים טופלו על ידי רופאי קופות החולים, חלקם הגדול מומחים ברפואת המשפחה, בפנימית ובמקצועות השונים של הרפואה השניונית. זאת לעומת המצב טרום השינוי בו טופלו חיילי החובה על ידי רופאים הצבאיים, שחלקם הגדול לפני התמחות (אנשי הקבע טופלו במרפאות הקבע שאוישו על ידי רופאים מומחים בדרך כלל).

היבט מיוחד של איכות הטיפול הרפואי הוא היכולת של חר"פ לממש את האחריות המלאה שלו על בריאות החייל. חיל הרפואה פעל כך לאורך השנים באמצעות הטמעה של תהליכים שונים, כגון מעקב אחר סגירת מעגל במימוש המלצות, בדגש על הפניה לרופא מומחה. תהליכים אלו נועדו למנוע מצבים בהם החיילים נופלים בין הכיסאות עקב משימות צבאיות, החלטות של מפקדים, חוסר הענות לטיפול או כל גורם אחר שלא מאפשר להם להשלים את הבריור הרפואי. מבחינה זו יצר מיקור החוץ אתגר, שכן סגירת המעגל לא הייתה בשליטת חיל הרפואה. על אף שלקופת החולים יש אחריות מלאה על הטיפול הרפואי של חברי הקופה, אין היא אחראית על בריאותם באופן מוחלט כתפיסת חיל הרפואה, ולנוכח זאת גם לא מתקיימים כל התהליכים המבוצעים בצה"ל בהקשר זה. על מנת לצמצם, ולו במידה קלה, את הפער הזה, הונחו קופות החולים לדווח

טבלה 1: מאפייני הפרויקט מנקודות המבט השונות - הצבאית והאזרחית		
קריטריון	הזווית הצבאית	הזווית של קופת החולים
איכות הטיפול הרפואי	• רופאים מומחים בקופות החולים • קושי במימוש אחריות מלאה על הבריאות	• ללא פעילות מיוחדת
איכות השירות	• זמינות גבוהה של השירות הרפואי בקופות	• ללא פעילות מיוחדת • עומס על מרפאות מסוימות
סל השירותים	• צורך בסל שזיוני הן למטופלים במיקור חוץ והן למטופלים בתוך הצבא	• קושי בניהול סל שירותים שונה לחיילים
היבטים תעסוקתיים	• זמינות גבוהה כגורם לביקורים רבים במרפאות • ריבוי ימי "ג"	• העדר מודעות לצרכים הצבאיים • חוסר רצון להתמודד עם החיילים
המודל הכלכלי	• התבססות על המודל הקפיטציוני	• מודל גרעוני על רקע צריכת יתר של שירותים

תעסוקתית, מיון רפואי, שירותי בריאות הנפש ורפואה מונעת ("בריאות הצבא"). גם חלק מהשירותים בתחום הרפואה השניונית נחשבים כשירותי ליבה (אורתופדיה, לדוגמה) וחר"פ מספק את מרביתם במרפאותיו. לאורך השנים ביצע חר"פ מספר ניסיונות לקנות שירותי רפואה ראשונית ממערכת הרפואה האזרחית: בסוף שנות התשעים סופקו שירותי הרפואה לאנשי הקבע בבסיס הקריה על ידי קופת חולים לאומית, ולאחר מכן על ידי המרכז הרפואי סוראסקי [4,5], ובמהלך שנים רבות סופקו שירותי הרפואה באזור נהריה על ידי שירותי בריאות כללית [6]. ניסיונות אלו הסתיימו מסיבות שונות לאחר שנים ספורות וחר"פ חזר לספק את שירותי הבריאות הללו באמצעיו שלו.

השיקולים למיקור חוץ של הטיפול הרפואי בחיילים

ההחלטה להעביר את חיילי העורף לטיפול בקופות החולים התבססה על מספר שיקולים. בראש ובראשונה היה זה חוסר שביעות הרצון שלנו, כמפקדי חיל הרפואה, מהשירות הרפואי בחלק מהבסיסים העורפיים. סברנו שאין מנוס משיפור משמעותי בשירות הניתן לחיילים העורפיים, אך הנחנו שנדרשת לכך הוצאה גבוהה ושנתקשה לשכנע את הקברניטים לתקצב אותה. כמו כן סברנו שיהיה קושי רב לגייס כוח אדם מטפל ובעיקר רופאים, שכן התחרות על המטופלים תגדל במהלך השנים בגלל המחסור בהם.

למדנו מניתוח מערכת הבריאות בישראל, כי השירות הרפואי בקופות החולים נתפס כמצוין, מסופק על ידי רופאים מומחים בחלקו הגדול וזמינותו טובה. לכן, סברנו שאיכות הטיפול הרפואי שיקבלו החיילים בקופת החולים תהיה טובה. הערכנו כי קופות החולים תקלוטנה את החיילים בקלות, מאחר שמספרם קטן יחסית למספר המטופלים בקופות החולים. הנחנו כי הקופות לא יידרשו לפיתוח מיוחד של תשתיות והוצאתן על תוספת הטיפול בחיילים תהיה שולית. סברנו כי חיילי העורף משרתים בתנאים המאפשרים להם לקבל טיפול רפואי במרפאות אזרחיות, וכי מיקור החוץ יוכל לאפשר לנו להסיט כוח אדם מטפל ליחידות השדה ובכך לשפר את השירות הרפואי ביחידות אלה גם

הרפואי הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך יותר. החלטותיו של הרופא הצבאי מבוססות על ההערכה הרפואית של החייל ועל היכרות עם המסגרת הצבאית והתפקידים השונים שבה. לפיכך, עוד בשלב החשיבה על הפרויקט עלתה השאלה לגבי יכולתו של הרופא בקופת החולים לבצע הערכה זו ולהימנע ממתן "גימלים" ו"פטורים" מיותרים. ההנחה בחר"פ הייתה, שהרופא בקופת חולים אכן יהיה מחויב פחות לצרכים הצבאיים, אך המפקדים יפעלו לצמצום ניצול לרעה של השירות הרפואי בקופות החולים. מעבר לכך, הוערך כי ניתן יהיה לספוג מידה מסוימת של היעדרות חיילים ביחידות העורפיות, אם זה המחיר הנדרש לשיפור השירות הצפוי.

על מנת לצמצם את הסיכון בנושא, הוגבלו מספר ימי חופשת המחלה וסוגי הפטורים שרופא קופת החולים יכול לתת לחייל, עובה מערך הרפואה התעסוקתית בצבא שעסק גם בבקרה וטיפול בחיילים שנדרשו להקלות ממושכות יותר והוחל בהסברה של עקרונות הצבא בנושא לרופאי קופות החולים. לאורך שנות קיומו של הפרויקט חלה עלייה משמעותית בשיעור ימי ה"גימל" שקיבלו החיילים, ומפקדים רבים חוו קושי ניכר להתמודד מול חייליהם ולמלא את משימותיהם השונות. הזמינות הגבוהה של שירותי הרפואה בקופות החולים הקשתה על המפקדים עוד יותר. לעיתים, היה צריך המפקד להתמודד עם מצבים בהם משימת ההגנה על הבסיס התחרתה עם הביקור בקופת החולים.

מזווית הראייה של קופות החולים, כל העיסוק ב"פטורים" ו"גימלים" היה זר ובעייתי. הקופות אינן עוקבות אחר מתן חופשות המחלה ומעניקות למטפלים עצמאות מלאה בהחלטותיהם. ההגבלות הצבאיות נתפסו, במידה מסוימת, כפגיעה באוטונומיה של הרופא לקבל החלטות הנוגעות להשלכות ארוכות טווח של המחלה ("פטורים" או "גימלים" ממושכים), והצורך להביא בחשבון את הצרכים הצבאיים היה נטל על מרבית הרופאים. בפועל, הנהלות הקופות לא עסקו בתמיכה ממשית של הצרכים הצבאיים, הן מבחינת ההסברה וההטמעה של דרישות הצבא והן מבחינת הבקרה על פעילות הרופאים.

בהיעדר השתתפות עצמית לא הייתה לחיילים מגבלה בצריכת השירותים. הדבר התבטא בביקורים רבים שייצרו עומס בחלק מהמרפאות. בשיחות אישיות ניתן היה לשמוע כי רופא שהרבה במתן הקלות זכה בתמורה בביקורים רבים של חיילים שייצרו עומס במרפאתו.

ההיבט הכלכלי – התגמול של משרד הביטחון לקופות החולים התבסס על עיקרון הקפיטציה, כך שהתשלום ניתן על כל חייל שהועבר לטיפול בקופת החולים בהתאם למספר הימים שהיה בטיפול הקופה. גובה התשלום נקבע לאחר משא ומתן בין משרד הביטחון למשרד הבריאות וקופות החולים והיה מבוסס על נוסחת הקפיטציה כך שגובהו הושפע בעיקר מגילם הצעיר של המטופלים. תשלום נוסף ניתן עבור הרחבת סל השירותים והשוואתו לסל הצבאי ועבור העדר ההשתתפות העצמית בקבלת שירותים ותרופות. שיטה זו של תגמול עבור השירות הייתה נוחה לחר"פ שכן ההוצאה הייתה מגודרת ונשלטת בהתאם למספר החיילים שהועברו לטיפול בקופות החולים.

לעומת זאת, מזווית הראייה של קופות החולים נוצר מצב של תגמול חסר עבור השירות, שכן צריכת השירותים של החיילים, בדגש על חיילי החובה, הייתה גבוהה מהמצופה

לחיל הרפואה על מטופלים עם אבחנות מסוימות, כגון כל מחלה ממארת. גוף המעקב והבקרה אחר הטיפול בחיילים בפרויקט זה ניהל את סגירת המעגל בהתאם לצורך.

מזווית הראייה של קופת החולים לא ניתנה לאיכות הטיפול הרפואי בחיילים תשומת לב מיוחדת. בעוד שקופות החולים עוסקות באופן אינטנסיבי במדדי האיכות כחלק מהתוכנית הלאומית למדדי איכות, המדדים האלה אינם רלבנטיים למרבית האוכלוסייה הצעירה של החיילים [7]. אי לכך, ובהיעדר התייחסות לנושא בהסכם בין משרד הביטחון לקופות, לא היה כל עיסוק מיוחד של קופות החולים באיכות הטיפול הרפואי בחיילים.

איכות השירות – מזווית הראייה הצבאית זהו הקריטריון המשמעותי ביותר, שכן, כצפוי, השירות הרפואי לחייל השתפר באופן משמעותי עם המעבר לטיפול בקופות החולים. השינוי הבולט ביותר היה מבחינת זמינות השירות. בעוד שבעידן המרפאות הצבאיות היה החייל צריך לעיתים להמתין כשבועיים לבדיקת רופא במרפאת היחידה, הזמינות בקופות החולים הייתה של יום-יומיים. השירות היה זמין הן בשעות הפעילות של החיילים בבסיס והן מעבר לכך והם יכולים היו לבחור להגיע למרפאה בקרבת הבסיס וגם למרפאה קרובה לביתם. שביעות הרצון הגבוהה של החיילים מאיכות השירות באה לידי ביטוי בסקרים שבוצעו בקרב החיילים שטופלו בפרויקט – שביעות הרצון הייתה גבוהה באופן בולט מזו שהייתה בזמן הטיפול במרפאות הצבאיות.

מזווית הראייה של קופת החולים, ניתן השירות לחיילים בסטנדרטים המקובלים של הקופה. יחד עם זאת, השיפור בזמינות והיעדר השתתפות עצמית של החיילים בקבלת השירותים העמיסו על המרפאות שבהן היה שיעור גבוה של חיילים. ידוע כי בהיעדר גורם מרסן על צריכת השירותים, עלול להיווצר עומס יתר על השירות, וכך קרה גם בפרויקט זה, אלא שההשפעה הייתה על חלק מהמרפאות [8].

סל השירותים – חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא חל על חיל הרפואה ומכאן שהוא לא מחויב לסל השירותים הבסיסי של מדינת ישראל. למרות זאת אימץ חיל הרפואה את הסל הבסיסי במלואו, ולאורך השנים הרחיבו בהתאם לצרכים של אוכלוסיית המשרתים בצה"ל ובהתאם ליכולות התקציביות של החייל [4]. בהעברת החיילים לטיפול בקופות החולים סוכם על מתן הסל הצבאי המלא, כלומר הסל הבסיסי וההרחבה של חיל הרפואה, וזאת על מנת שלא ליצור הבדל ואפליה בין החיילים שמוטופלים בקופות החולים לאלה שנשארו בטיפול חר"פ. מכאן שהחיילים לא היו זכאים לסל המורחב של שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן). כפי שצוין קודם, סוכם שהחיילים לא ישלמו השתתפות עצמית עבור שירותים ותרופות.

מזווית הראייה של קופות החולים, יצר הסל המיוחד קושי שחייב התאמה של מערכות המידע לצרכים המיוחדים של חר"פ. הוא חייב גם הטמעה בקרב המטפלים, אשר היו צריכים להתמודד עם מצבים בהם היה הבדל בין סל התרופות הצבאי לאזרחי.

ההיבט התעסוקתי – עוד בשלב תכנון הפרויקט ובחינת היתכנותו היה הנושא התעסוקתי במרכז הדיונים בצה"ל. לרפואה הצבאית יש תפקיד חשוב בהשפעה על מיצוי מיטבי של המשרתים מבחינה רפואית. הרופא צריך, בין השאר, לקבוע את כשירותו של המטופל לתפקד בהתאם למצבו

מחשוביים אותם יש לפתח במשותף. בהיבט השירות, יש להתמודד עם ניצול היתר של שירותי הרפואה על ידי החיילים כאשר הם מטופלים במערכת האזרחית. הדרך הנכונה לעשות זאת, לטעמי, היא לשקול את האפשרות לגבות מהחיילים דמי השתתפות עצמית על צריכת השירותים בקופת החולים. זהו שינוי מהותי, אך חשיבותו להצלחת פרויקט עתידי של מיקור חוץ גבוהה. צה"ל יכול למצוא מנגנונים לשיפוי החיילים על הוצאה זו בדרך אחרת, אך יש למצוא כזו שלא תפחית את ההשפעה על ריסון צריכת השירותים הרפואיים.

בכל פרויקט עתידי יש לשקול את האפשרות לספק לחיילים את סל הקופה הרגיל בתוספת שירותי השב"ן במקום ההגדרה הייחודית של סל צבאי. הדבר יקל מאד על הקופות ויאפשר לאנשי הצבא להפיק תועלת מסל רחב.

הסוגיה התעסוקתית היא האתגר המרכזי בפרויקט מיקור חוץ. אין לכך פתרון פשוט, אלא שהתמודדות עם סוגיה זו מהותית להצלחת מהלך עתידי, בעיקר אם מעורבים בו חיילי חובה. אין זה המקום לפרט את הדרכים האפשריות להתמודדות, אך חשוב לציין כי גם קופות החולים צריכות לרתום את הרופאים ולפעול לצמצום ימי ה"ג" וה"פטורים", עם כל הקושי שיש בדבר.

באשר לסוגיה התקציבית, שיטת הקפיטציה נראית נכונה, אך יש לעשות בה התאמות על מנת למנוע מצב של סבסוד צולב מכספי סל הבריאות. אין לי ספק שניתן להגיע להסכמות בנושא זה. היה וייצא פרויקט דומה לדרך, יש מקום להסכם רב שנים (עשר ומעלה) על מנת להצדיק את ההשקעה בתשתיות למיסודו.

לסיכום

בראייה כוללת של מערכת הבריאות במדינת ישראל, השימוש בתשתית הקופות למתן שירותי רפואה לחיילי צה"ל הוא כורח המציאות על מנת לשפר את השירות הרפואי הניתן לחיילים. ●

מחבר מכתב: נחמן אש

טלפון: 03-5143781, פקס: 03-5143721

דוא"ל: Nachman_a@mac.org.il

ובלתי מרוסנת. כך ניתן לציין כי מניתוח של מכבי שירותי בריאות הייתה ההוצאה על חיילים עד גיל 25 שנים גבוהה בכ-30% ממקביליהם במערכת האזרחית. השירות הגרעוני יצר מצב לא רצוי של "סבסוד צולב" של הפרויקט על ידי כספי סל הבריאות. ההיבט הכלכלי היה מרכיב מרכזי בהחלטה על הפסקת הפרויקט, וגם כיום הוא הסיבה העיקרית לכך שמשדר הביטחון ומשרד הבריאות אינם מגיעים להסכם למימוש היוזמה החדשה של חיל הרפואה להעביר את אנשי הקבע לטיפול רפואי בקופות החולים.

דיון

פרויקט מיקור החוץ של שירותי הרפואה לחיילי העורף באמצעות קופות החולים היה פרויקט ייחודי שנמשך כארבע שנים עד לסיומו על רקע חילוקי דעות בין משרד הביטחון לקופות החולים על התנאים להמשכו. הפרויקט יצא לדרך על מנת לשפר את השירות הרפואי לחיילים בבסיסי העורף, ואכן המטרה הזו הושגה אם לשפוט על פי שביעות רצונם של המשרתים שעברו לטיפול בקופות (והן על רקע הביקורת עם הפסקתו של הפרויקט). ההתמודדות העיקרית של צה"ל הייתה עם ההשלכות התעסוקתיות של הטיפול הרפואי האזרחי, בדגש על ריבוי חופשות המחלה (ימי "ג") שקיבלו חיילי החובה. היבט נוסף שהיווה מכשלה להמשכו של הפרויקט ולחידושו במתכונת אותה חר"פ רוצה כיום הוא ההיבט הכלכלי.

כמי שהיה מעורב בפרויקט משני צדי המתרחס, וכמי שדחף ליישומו, גם כיום אני סבור שמיקור חוץ של שירותי הרפואה בחר"פ לחיילי העורף ואנשי הקבע באמצעות קופות החולים הוא דרך נכונה לספק בעיילות שירותי רפואה איכותיים לאוכלוסיות אלו. כך יכול חיל הרפואה לשמר את אחריותו הכוללת לבריאות החייל ולספק לחיילים שירותים איכותיים בתשתית המצוינת של קופות החולים. עם זאת, בניית הפרויקט הבא יש לשקול לבצע מספר שינויים כלקח של הניסיון הקודם, המבוסס על הניתוח לעיל.

בהיבט של איכות הטיפול מומלץ להציב לקופות החולים יעדי איכות שיקבעו במשותף ויבטאו את הסוגיות הרפואיות הרלבנטיות לאוכלוסייה זו של מטופלים. סגירת המעגל הטיפולי ומעורבות חר"פ בכך כביטוי לאחריותו הכוללת על בריאות החייל, יכולה להתבצע כיום בכלים

ביבליוגרפיה

- Keinan R, Outsourcing in the IDF: long-term efficiency or ad-hoc solutions. *Maarachot*, 2018;476:38-45.
- The National Health Insurance law, 1994.
- Caspi H, Moritz T & Tavori T, The right of IDF soldiers to health-services package according to the national health insurance law 1994. *JIMM*, 2006; 1: 33-41.
- Magnezi R, Dankner R, Kedem R & Reuveni H, Outsourcing primary medical care in Israeli defense forces: decision-makers' versus clients' perspectives. *Health Policy*, 2006;78:1-7.
- Magnezi R, Dankner R, Kedem R & Reuveni H, Various contract settings and their impact on the cost of medical services. *J R Army Med Corps*, 2007;153:22-5.
- Afek A, Zimlichman E, Fire G & al, Outsourcing of primary health care for Israel Defense Force personnel in the Western Galilee. *JIMM*, 2004;1:14-17.
- Jaffe DH, Shmueli A, Ben-Yehuda A & al, Community healthcare in Israel: quality indicators 2007-2009. *Isr J Health Policy Res*, 2012;1(1):3.
- Kiil A & Houlberg K, How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *Eur J Health Econ*, 2014;15:813-28.