



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

דין וחשבון

ירושלים, התשע"ה - 2014

תוכן העניינים

4.....	כתב המינוי.....
6.....	דבר יושבת ראש הוועדה
7.....	עיקרי הדברים
10.....	עבודת הוועדה ומבנה הדוח
11.....	ריכוז המלצות הוועדה
28.....	פרק א': אספקת שירותי הבריאות
29.....	1. רפואת הקהילה
39.....	2. שיתוף הפעולה והתיאום בין הקהילה לבתי החולים
42.....	3. הרפואה הדחופה
44.....	4. מערכת האשפוז
49.....	5. זמני המתנה לשירותים רפואיים
56.....	6. הסדרי בחירה בין בתי החולים
67.....	7. כוח אדם
76.....	8. איכות ושירות במערכת
82.....	9. תמחור, המחרה ודפוסי התחשבות במערכת הבריאות
85.....	10. האסדרה של מערכת האספקה הפרטית
99.....	פרק ב': מימון שירותי הבריאות
104.....	1. מנגנוני העדכון של התקציב הציבורי למערכת הבריאות
121.....	2. שילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים (שר"פ)
151.....	פרק ג': ביטוחי הבריאות
215.....	פרק ד': תיירות רפואית
261.....	פרק ה': ניהול בתי החולים הממשלתיים והפיקוח על מערכת הבריאות
289.....	הסתייגויות ודעות מיעוט

כתב המינוי



שרת הבריאות

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מתווה עקרונות

רקע

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נכנס לתוקפו לפני כעשרים שנה ביום 1 בינואר 1995. בבסיס החוק עמדו עקרונות יסוד של שוויון, צדק ועזרה ההדדית. חקיקתו של החוק היוותה מהלך מהפכני אשר העמיד את מדינת ישראל בשורה הראשונה של המדינות המתוקנות המציעות לתושביהן מערכת רווחה מפותחת ושוויונית גם בתחום הבריאות. ההסדר הארגוני והמשפטי שבא לידי ביטוי בחוק משתלב במערכת מוסדית וארגונית רחבה של רפואה ציבורית ומקצועית, שנבנתה והתפתחה במהלך השנים וכוללת פרט לקופות החולים, גם את בתי החולים, שירותי בריאות הציבור ומוסדות להכשרה רפואית מהמובילים בישראל ובעולם. לרשות מערכת זאת עומדות תשתיות מיסיות וטכנולוגיות מתקדמות, והון אנושי יוצא דופן ברמתו, במקצועות הרפואה השונים, והיא מאופיינת באיכות גבוהה, ובחתיירה בלתי פוסקת לקידמה. מערכת זו זוכה לשבחים מפי מומחים של ארגונים בינלאומיים ומאומיות במדדים מעודדים.

עם זאת, בשנים האחרונות, מסתמנות מגמות מדאיגות שקשה לאמוד את השפעתן ארוכת הטווח על המערכת. על מנת למפות את המגמות השונות ולהבטיח את קיומן היציב לאורך זמן של עקרונות השוויון, הצדק והעזרה ההדדית, החליטה שרת הבריאות על מינוי ועדה מייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (להלן: "הוועדה") הכוללת אנשי מקצוע מובילים מתחומים שונים, אשר תבחן את הסוגיות השונות הניצבות לפתחה של מערכת הבריאות, תנחל אותן ותגבש סדרת המלצות ומתירוט לצורך חיזוק מערכת הבריאות הציבורית.

הוועדה תכלול צוות מומחים, מן הציבור ומן הממסד, ובראשה תעמוד שרת הבריאות. הוועדה תיווץ במומחים חיצוניים ותוציא קול קורא להגשת ניירות עמדה מן הציבור הרחב. לבסוף, תסכם הוועדה את עבודתה במסמך אשר יוגש לשרת הבריאות, תוך חמישה חודשים מיום כינוסה, ויכלול את המלצות הוועדה בנושאים אשר נדונו על ידה. מסקנות הוועדה יובאו לידיעת הממשלה.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מטרת הוועדה

הוועדה תבחן את מצבה של מערכת הרפואה הציבורית בישראל ותמליץ על צעדי המדיניות הרצויים, לרבות תיקוני חקיקה וצעדים אופרטיביים. בין היתר יישקלו ההיבטים הבאים:

1. בחינת היחס בין הרפואה הציבורית לבין הרפואה הפרטית, ובין ההוצאה הציבורית להוצאה הלאומית והפרטית בתחום הבריאות.
2. ביטוחים רפואיים (שב"ץ וביטוחים מסחריים).
3. תיירות מרפא.
4. מעמדו המעורב של משרד הבריאות כספק שירות, מבטח ורגולטור וסוגית "הפרדת הכובעים".

הרכב הוועדה

1. ח"כ יעל גרמן, שרת הבריאות – יו"ר הוועדה;
2. פרופ' רוני נמזו, מנכ"ל משרד הבריאות – חבר וועדה;
3. פרופ' יוגין קנדל, ראש המועצה הלאומית לכלכלה במשרד ראש הממשלה – חבר וועדה;
4. משה בר סימנטוב, סגן הממונה על התקציבים – חבר וועדה;
5. פרופ' קובי גלור – חבר וועדה;
6. פרופ' נבי בן נון – חבר וועדה;
7. עו"ד לאה ופנר – חברת וועדה;
8. עו"ד עדי ניב-לעדה – חבר וועדה;
9. ד"ר שולי ברמלי – חברת וועדה;
10. ד"ר עזיז דראושה – חבר וועדה;
11. פנינה קורן – חברת וועדה;
12. פרופ' לאה אחדות – חברת וועדה;
13. מיכל טביביאן מזרחי – חברת וועדה;
14. דורון קמפלר – מרכז הוועדה.


ח"כ יעל גרמן
שרת הבריאות

דבר יושבת ראש הוועדה

"אין דת נעלית מן השירות האנושי. האמונה הגדולה ביותר היא העשייה למען הכלל"

(אלברט שוויצ'ר)

לפני למעלה משנה וחצי נבחרתי לתפקיד שרת הבריאות ומיד לאחר מכן החלטתי על הקמתה של וועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל, כדי לנתח את הבעיות המרכזיות של המערכת והצרכים לפתרון.

חברי הוועדה שנבחרו, הביאו עימם ניסיון רב ודעות מגוונות, הן בהיבטי הבריאות והכלכלה והן בהיבט החברתי והציבורי.

בפני הוועדה הופיעו מנהלי קופות חולים, מנהלי בתי חולים, רופאים, אחיות, סטודנטים, בעלי תפקידים במערכת הבריאות הציבורית והפרטית וחברים בעמותות הפועלות למען האזרח. כמו כן, הובאו בפנינו פניות רבות מהציבור הרחב.

היה ברור שהנושאים השונים שעמדו על סדר היום שזורים זה בזה ומהווים מעגל שלם שיש לטפל בכל מרכיביו.

לכן, במקביל לעבודת הוועדה כמליאה, הקמנו שלוש וועדות משנה לצורך לימוד מעמיק בשלושה נושאים: ביטוחי הבריאות, תיירות המרפא וריבוי התפקידים של משרד הבריאות כבעלים, רגולטור וספק.

המלצותיהן של שלוש הוועדות הובאו לדיון בפני המליאה ואחת מהן אף קודמה ועברה כהחלטת ממשלה להקמת הרשות לניהול המרכזים הרפואיים הממשלתיים, במקביל לסיום דיוני המליאה.

בימים אלו פועלים במשרד הבריאות 12 צוותי יישום למסקנות הוועדה!

כאמור, יש לבחון את מכלול ההמלצות ולהבין שיש כאן רפורמה קוהרנטית הנוגעת בבעיות היסוד של מערכת הבריאות ומביאה פתרון כולל ומשולב.

אני מבקשת להודות לחברי הוועדה על ההשקעה הרבה מזמנם ומניסיונם, ועל הרצינות וההתגייסות למציאת פתרונות "מחוץ לקופסא" לבעיות אשר מלוות אותנו שנים רבות ומספר וועדות ממלכתיות כבר עסקו בהן בעבר.

הייתה זו עבודה מעשירה והזדמנות יוצאת דופן להכיר את מערכת הבריאות בישראל וכמובן להכיר ולהוקיר חבורה נפלאה של אנשים.

ח"כ יעל גרמן

שרת הבריאות

עיקרי הדברים

מצב הבריאות של אוכלוסיית ישראל (כמשתקף במדדים מקובלים) מעיד על קיומה של מערכת בריאות טובה, המצליחה לשמור על בריאות האוכלוסייה ולשפרה. ביחס למדינות ה-OECD, תוחלת החיים בישראל גבוהה ובעשור האחרון היא המשיכה לעלות בקצב מהיר; מדד מקובל נוסף להשוואה – שיעור תמותת התינוקות – נמוך בישראל מן הממוצע, והוא ירד מאוד (כלומר, השתפר) בעשור האחרון; גם מומחים מארגון ה-OECD שבחנו את המערכת בישראל, חלקו לה שבחים וקבעו כי היא מערכת הראויה לקנאה מצד מדינות אחרות. את תוצאות הבריאות הללו מצליחה ישראל להשיג תוך שמירה על הוצאה נמוכה יחסית, ובהתבסס על מערכת בריאות ציבורית חזקה ומקצועית, המספקת שירות שוויוני לכלל התושבים. בשני העשורים האחרונים, עיצב את המערכת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר יצק את עקרונות היסוד שלה: שוויון, צדק ועזרה הדדית.

אולם, בשנים האחרונות מסתמנות במערכת הבריאות בישראל מגמות מדאיגות, אשר חותרות תחת יסודות המערכת, מאיימות על ערכיה, ועלולות לערער את הקיימות של המערכת בעתיד והמשך תפקודה כמערכת איכותית, שוויונית ויעילה. מערכת הבריאות ומוביליה אינם יכולים להתעלם, ואסור שיתעלמו, ממגמות מדאיגות אלה ומהתסמינים שלהן, אשר פוגעים באוכלוסייה:

מערכת בריאות השואפת לשמור על איכותה ולשפר את בריאות האוכלוסייה, אינה יכולה להתעלם מזמני המתנה ארוכים לניתוחים, לבדיקות, ולקבלת ייעוץ רפואי, מצפיפות במחלקות האשפוז בבתי החולים ומעומס גובר על הצוותים הרפואיים.

מערכת בריאות השואפת כי שירותי הבריאות יינתנו באופן שוויוני, על פי צרכים רפואיים ולא לפי יכולת התשלום, אינה יכולה להתעלם מפערים גדלים והולכים בין השירות והזמינות במערכת האספקה הציבורית, הצמאה למשאבים, ובין השירות הניתן לתושבים שיכולים לשלם בעבור ביטוח בריאות פרטי ומסוגלים לממש אותו.

מערכת בריאות הנשענת על ערך יסוד של עזרה הדדית, אינה יכולה להתעלם מהכרסום המתמשך בשיעור המימון הציבורי של ההוצאה לבריאות, המתבסס על מיסים פרוגרסיביים, ומהעלייה המתמשכת במימון הפרטי, המתבסס על גביית פרמיות ביטוח רגריסיביות, שעלותן גבוהה יותר לזקנים ולחולים.

מערכת בריאות המבקשת לשמור על יעילותה, וכך להשיא למקסימום את שיפור הבריאות של האוכלוסייה כולה במסגרת משאביה, אינה יכולה להתעלם מעליית המחירים והשכר הכרוכים בהתרחבות המימון הפרטי במערכת.

מערכת בריאות המבקשת לשרת את תושבי המדינה, אינה יכולה להתעלם מסימנים לאובדן אמון של התושבים ביכולתה לסייע להם בעת מצוקה, וביכולתם לממן את שירותי הרפואה שיידרשו להם, אם הם או יקיריהם יחלו או ייפגעו.

הוועדה מצאה כי רבות מהמגמות המדאיגות במערכת נובעות מהיחלשותה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל, ומהתחזקותה המקבילה של מערכת הבריאות הפרטית. על כן המלצות הוועדה עוסקות במקביל בשתי המערכות, ויש להתייחס אליהן כמקשה אחת. ניסיון לרסן את המערכת הפרטית בלי לחזק את המערכת הציבורית לא יצלח או לא יעמוד במבחן הזמן, ועלול לפגוע בציבור. מנגד, חיזוק המערכת הציבורית בלי ריסון ההשפעות השליליות של המערכת הפרטית יהיה קשה יותר, ויצריך משאבים רבים יותר, אשר יגיעו בסופו של דבר מכיסם של האזרחים.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הוועדה הסכימה כי חיזוק מערכת הבריאות הציבורית תלוי בראש ובראשונה בהפניית משאבים מתאימים למערכת:

1. הוועדה הסכימה כי המימון הציבורי הקיים אינו מספיק, וכי הוא נשחק לאורך זמן ותרם לגידול בגירעונות קופות החולים, ולפגיעה בזמינות השירותים בבתי החולים. הוועדה ממליצה לתקן מצב זה ולקבוע כי יינתן למערכת הציבורית ולתקציב סל הבריאות **פיצוי מלא על גידול האוכלוסייה**, ותיבחן הצמדה מלאה יותר של התקציב לעלויות המחירים במערכת. הוועדה ממליצה גם **לקבוע את תוספת התקציב השנתית המיועדת להוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות**, כך שלא תרד מרמתה הריאלית כיום.
2. **הוועדה דחתה את ההצעה לשלב מימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים (שר"פ)**. רוב חברי הוועדה העריכו כי הנזקים למערכת הציבורית ולתושבי ישראל ממימוש הצעה כזו יעלו על התועלת ממנה. בכלל זה חששו רוב החברים כי מימוש ההצעה יפתח פתח לצמצום מתמשך של המימון הציבורי במערכת; ייקר את ביטוחי הבריאות הפרטיים ויחריף את יוקר המחיה בישראל; יוביל להרחבה של אי השוויון במערכת הבריאות; יעודד דרישות שכר גבוהות ויפגע ביעילות המערכת.
3. הוועדה החליטה **להסדיר את תחום התיירות הרפואית, כך שיהווה מקור הכנסה לטובת מטופלי מערכת הבריאות הציבורית**, בלי לפגוע בשירות הניתן להם, ותוך שמירה על זכויות התיירים המטופלים. הוועדה ממליצה להתנות פעילות של תיירות רפואית בקבלת רישיון ממשד הבריאות, אשר יגביל את היקף המשאבים המופנה לפעילות זו ויבטיח כי הפעילות הציבורית לא תיפגע. הוועדה ממליצה **לקבוע היטל בגובה של עד 15% על הכנסות מתיירות רפואית** – היטל שהכנסותיו יופנו לקיצור תורים במערכת הציבורית.
4. בעקבות עבודת הוועדה הסכימו משרדי האוצר והבריאות **להגדיל את בסיס תקציב הבריאות הציבורי ב-700 מיליון שקלים בשנה, ולהעביר 300 מיליון שקלים נוספים לבניית תשתיות** – במטרה לקצר את זמני ההמתנה במערכת הבריאות הציבורית.

הוועדה ממליצה על שורה ארוכה של צעדים לחיזוק מערכת האספקה הציבורית של שירותי בריאות, הן בקהילה (קופות החולים) והן בבתי החולים:

1. חיזוק רפואת הקהילה – הוועדה ממליצה **לחזק את מעמד הרופא הראשוני** כמנהל הטיפול במבוטח וכנציגו בהתמודדות עם המערכת. הוועדה ממליצה **על הרחבת הזמינות של הרפואה היועצת בקהילה**, בעיקר באזורי הפריפריה.
2. הוועדה ממליצה על צעדים **לשיפור רצף הטיפול בין הקהילה לבתי החולים** וממליצה להפנות משאבים לשם **חיזוק מחלקות הרפואה הדחופה (חדרי המיון)** ולקיצור זמני ההמתנה בהן.
3. במטרה להפחית את העומס בבתי החולים, הוועדה ממליצה **על תוספת מיטות אשפוז כלליות מעבר למתוכנן כיום, ועל עידוד תוכניות למניעת אשפוזים מיותרים ולהקמת תחליפי אשפוז בקהילה**. הוועדה ממליצה **לאמץ מודל העסקה חדש (פולטיימר)**, שיאפשר נוכחות מוגברת של מומחים ומנהלים, מעבר לשעות העבודה הרגילות.
4. חברי הוועדה הזדעזעו מהמצוקה במערך האשפוז הפסיכיאטרי והוועדה ממליצה למשרד הבריאות **להעניק עדיפות גבוהה לטיפול בבעיות בבתי החולים לחולי נפש**.
5. על מנת להתמודד באופן מבני עם זמני ההמתנה במערכת, ונוסף על התקציבים שיוקצו לשם כך, הוועדה ממליצה **לקבוע זמני המתנה מרביים וכללים לנגישות גיאוגרפית לשירותי הבריאות הקבועים בחוק**. הוועדה ממליצה גם להקים מרכז ארצי למעקב ומידע על תורים.
6. הוועדה ממליצה לקבוע כללים שיאפשרו **להרחיב את אפשרויות הבחירה בין בתי החולים**.
7. במטרה לשפר את רמת השירות והאיכות, הוועדה ממליצה **להמשיך ולהרחיב את האיסוף והשימוש במדדי האיכות, הזמינות ושביעות הרצון במערכת, ולפרסם בציבור**.
8. נוכח צורכי הבריאות בעתיד וכדי לענות על המחסור בכוח אדם רפואי, הוועדה ממליצה **להרחיב את מסגרות ההכשרה לרופאים בישראל** כך שיוכלו ללמד 1,000 סטודנטים בכל שנה (במקום 700 בשנים הקרובות). כמו כן יש להמשיך ולהגדיל את שיעור האחיות.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הוועדה ממליצה על צעדים לאסדרה וריסון של מערכת הבריאות הפרטית, ולהפחתת השפעותיה השליליות על המערכת הציבורית, הן בצד המימון והן בצד האספקה. כן ממליצה הוועדה על צעדים להגנה על הצרכנים של ביטוחי הבריאות הפרטיים:

1. הוועדה ממליצה **לחזק את בקרת האיכות במערכת הפרטית** באמצעות שינוי באופן הפעילות של המרכזים הרפואיים, וכן באמצעות הגברת הבקרה מטעם המבטחים ומשרד הבריאות.
2. מערכת האספקה הפרטית צומחת בקצב מהיר, הניזון מגידול בהיקף המימון הפרטי שמגיע מביטוחי הבריאות. התפתחות זו תורמת לעליית שכר במערכת, מגבירה את התחרות על כוח אדם מקצועי, פוגעת בהכשרת המתמחים, מחריפה את הקשיים הפיננסיים של בתי החולים הציבוריים (אשר מטפלים בשיעור גבוה יותר של מקרים קשים ומורכבים), ותורמת כנראה להארכת זמני ההמתנה במערכת הציבורית. הוועדה ממליצה לקבוע **מנגנונים שיאפשרו לרסן ולנהל את המערכת הפרטית**, הן באמצעות הכוונה או פיקוח על מחירי הרכש של ביטוחי הבריאות הפרטיים, והן באמצעות הטלת **היטל על גידול מהיר בהכנסות** – היטל שההכנסות ממנו יועברו למערכת הבריאות הציבורית.
3. הוועדה ממליצה **להפריד את הכיסויים בביטוחי השב"ן של קופות החולים לשלושה רכיבים נפרדים ועצמאיים**, שיאפשרו למבוטחים לבחור את הכיסויים הנחוצים להם, ולהימנע מקנייה כפויה של חבילה מאוחדת, הכוללת כיסויים יקרים, אשר יש להם גם השפעות שליליות על מערכת הבריאות הציבורית (בחירת מנתח וחוות דעת שנייה).
4. הוועדה מצאה כי תושבים רבים מחזיקים שלא לצורך בביטוחי בריאות פרטיים כפולים וחופפים. על מנת להתמודד עם תופעה זו, וכדי להקל את ההשוואה בין הביטוחים ולהפחית את העלויות למשקי הבית, הוועדה ממליצה **ליצור פוליסה אחידה של הביטוח לניתוחים וייעוצים, הן בביטוחי השב"ן והן בחברות הביטוח**. במטרה להפחית את המחיר למבוטח, תאפשר הפוליסה קבלת שירות רק מרופאים שהגיעו להסדר מוקדם עם חברת הביטוח או עם קופת החולים, ולא תכלול מסלול של החזר הוצאות למבוטח.
5. הוועדה ממליצה **לקבוע מנגנון אשר יצמצם את התמריץ המעודד את קופות החולים להגדיל את היקף השימוש של מבוטחיהן בביטוחי השב"ן** (בתחום הניתוחים והייעוצים).

המלצות הוועדה קוראות גם לחיזוק הרגולציה והמשילות במערכת הבריאות:

1. הוועדה ממליצה **להוציא את ניהול בתי החולים הממשלתיים הכלליים מידי משרד הבריאות ולהעביר אותו לרשות חדשה**. שינוי זה יסייע לניהול בתי החולים ולהפיכה של משרד הבריאות לרגולטור חסר פניות.
2. במהלך דיוני הוועדה נרשם שיתוף פעולה רב בין משרד הבריאות לפיקוח על שוק ההון – שני המפקחים של ביטוחי הבריאות הפרטיים. הוועדה ממליצה לשמור על שיתוף פעולה פורה בין שני גופי הפיקוח האלה ולהגביר אותו.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית הגיעה להמלצות המפורטות בדוח זה לאחר עבודת הכנה רחבת היקף ומאות שעות של דיונים. אף על פי כן עבודת הוועדה היא רק צעד קטן בדרך לחיזוק מערכת הבריאות בישראל. הצעדים הגדולים באמת, הנדרשים כעת, מוטלים לפתחם של האחראים למימוש המסקנות. מימוש הצעדים שעליהם המליצה הוועדה יהיה כרוך לעתים בתוספת תקציבית - עוד מעבר לתקציב שהוקצה כעת - תוספת שעליה תיאלץ המערכת להיאבק, גם מול מטרות ראויות אחרות במדינה. המימוש יצריך לעתים מאבקים נחושים עם מתנגדים ועם בעלי עניין, שינסו אולי להמשיך ולקדם צעדים שהוועדה התנגדה להם. מימוש הצעדים ידרוש ודאי מאמץ רב ממובילי מערכת הבריאות, ומהצוותים המסורים הממלאים את שורותיה ומאפשרים את הצלחתה. מימוש ההמלצות ודאי לא יהיה קל, אך הוא יאפשר לחזק את המערכת, לייצב את היסודות שעליהם היא בנויה – ערכי הצדק, השוויון והעזרה ההדדית, ויסייע לה להמשיך ולשפר את בריאותה של כל האוכלוסייה. כל מי שחָרַד אי פעם לבריאותו או לבריאות משפחתו, חבריו או יקיריו, יודע ודאי כי אין מטרה ראויה מזו.

עבודת הוועדה ומבנה הדוח

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית החלה את עבודתה ב-9 ביוני 2013 והציגה את עיקרי המלצותיה עם תום ישיבתה האחרונה ב-25 ביוני 2014, לאחר שניהלה כ-600 שעות של דיונים ושמעה יותר מ-50 עדים בעלי תפקידים במערכת הבריאות כיום ובעבר, ובכלל זה מנהלי בתי חולים ומנהלי קופות החולים. חברי הוועדה השתתפו בשלוש תת ועדות שהוקמו: ועדה לענייני ביטוחי בריאות, בראשות ד"ר שלומי פריזט, ועדה לענייני תיירות רפואית, בראשות פרופ' יוג'ין קנדל, ועדה לעניין כפל הכובעים של משרד הבריאות בראשות גב' רונית קן. מסקנות תת הוועדות הוגשו למליאת הוועדה (הכוללת את כל החברים). המלצות תת הוועדות, לאחר שעברו את אישור המליאה, הן חלק בלתי נפרד מהמלצות הוועדה כולה.

חברי הוועדה שאפו לנסח המלצות שיתקבלו בהסכמה רחבה ככל האפשר, ובפרט בהסכמה עם משרדי הממשלה הרלוונטיים, כך שהן לא יישארו אות מתה בדוח הוועדה, וכדי שיהיה אפשר ליישמן במהירות עם כמה שפחות מכשולים בדרך. שאיפה זו חייבה מדי פעם את חברי הוועדה לערוך פשרות, מתוך הבנה כי "טוב ציפור אחת ביד משתי ציפורים על העץ" (או כפי שנכתב במדרש רבה: "טבא חדא ציפרא כפותא מן מאה פרחיין", כלומר: טובה ציפור אחת כפותה מאשר מאה פרחות).

ההמלצות הסופיות של הוועדה פורסמו לציבור כמסמך נפרד ב-25 ביוני 2014 והן הטקסט המחייב את הוועדה ואת חבריה. יחד עם המלצות אלה פורסמה גם רשימה של הסתייגויות לכמה מההמלצות, מטעם כמה חברים. ההמלצות המחייבות, מתוך הטקסט המקורי, מופיעות בדוח זה ברקע כחול. שאר הדוח מתאר, באופן שאינו מחייב, את הדיונים שהתנהלו סביב החלטות הוועדה ואת הנימוקים להחלטות אלו.

הדוח ממשיך במבנה הבא: לאחר הצגת כל המלצות הוועדה, פרק א' עוסק באספקת שירותי הבריאות וכולל המלצות לשיפור מערכת האספקה הציבורית בקהילה ובבתי החולים. הפרק כולל המלצות גם בתחומי רוחב הרלוונטיים לאספקה בכלל מערכת הבריאות, כמו כוח אדם, תמחור ואיכות ושירות. לבסוף, הפרק עוסק באסדרה של מערכת האספקה הפרטית. פרק ב' עוסק במימון שירותי הבריאות הציבוריים ובכלל זה בוחן את מנגנוני העדכון של התקציב הציבורי ואת ההצעה לשלב מימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים. פרק ג' עוסק בביטוחי הבריאות הפרטיים והוא תוצר של עבודת תת הוועדה לענייני ביטוחים. פרק ד' עוסק בתיירות הרפואית – תוצר הוועדה שעסקה בנושא, ופרק ה' עוסק בניהול בתי החולים הממשלתיים והפיקוח על מערכת הבריאות – תוצר תת הוועדה לענייני כפל הכובעים של משרד הבריאות. לאחר פרקי דוח הוועדה, מופיעות דעות המיעוט המנמקות הסתייגויות של כמה מהחברים בוועדה למספר המלצות בדוח.

חברי הוועדה (לפי סדר א-ב): פרופ' לאה אחדות, פרופ' ארנון אפק (במקום רוני גמזו), פרופ' גבי בן נון, משה בר סימנטוב, ד"ר שולי ברמלי, פרופ' קובי גלזר, פרופ' רוני גמזו, ח"כ יעל גרמן, ד"ר עזיז דראושה, עו"ד לאה ופנר, מיכל טביביאן מזרחי, עו"ד עדי ניב-יגודה, פנינה קורן, פרופ' יוג'ין קנדל.

משקיפים: ערן פוליצר, טלי שטיין.

ממלאי מקום החברים ומשתתפים קבועים: יוליה איתן, שירה גרינברג, ניר קידר, אורי שמרת.

מרכז הוועדה: דורון קמפלר

פרוטוקול: מור יידוב-סגל

רב תודות למסייעים הרבים בעבודת הוועדה ובכתיבת הדוח: הדר אביבי, רו"ח יאיר אסרף, אמציה גינת, אביטל גרשון, יעל דקל, נופר ווינטר, עו"ד אסף וייס, אורלי מור, ד"ר ספי מנדולביץ', עו"ד שי סומך, רני פלוטניק, שלמה פשקוס, אייר לין, עמית שריר.

ריכוז המלצות הוועדה

פרק א': אספקת שירותי הבריאות

הרפואה הראשונית

1. **פעולות להגברת הזמינות והנגישות של הרופא הראשוני –**
 - א. באחריות משרד הבריאות, קופות החולים וההסתדרות הרפואית לפעול להגדלת מספר הרופאים הראשוניים בדגש על פריפריה חברתית וגיאוגרפית.
 - ב. יינקטו פעולות לצמצום נטל הפעולות הבירוקרטיות המוטל על הרופא הראשוני, לרבות אישורים.
2. **שיוך המבוטח לרופא ראשוני –** חובת שיוך של מבוטח לרופא ראשוני אחד, שהוא הרופא המטפל המרכז את הטיפול במבוטח. המבוטח יכול לבחור להחליף את הרופא המטפל אחת לרבעון.
3. **רופא בקהילה כמנהל הטיפול (case manager) –** רופאים ראשוניים בעלי התמחות בתחומים משפחה/ילדים/גריאטריה/נשים/פנימית וכדומה (על פי האירוע) ישמשו מנהלי הטיפול של החולים המשויכים אליהם.
4. **פנייה ישירה לרופאים יועצים או פנייה דרך הרופא המטפל –** במקרים של דחיפות רפואית, חולים שרופא המשפחה הפנה אותם לרופא מומחה, יקבלו עדיפות בקביעת התור על פני מטופלים לא דחופים אחרים.
5. **העברת מידע רפואי על המבוטח לרופא המטפל:**
 - א. במעבר מקופה לקופה חובה על קופת החולים הנעזבת להעביר את התיק הרפואי של המבוטח לקופה החדשה באופן אלקטרוני ובלי צורך בהתערבותו של המבוטח. יש לאפשר למבוטחים לבקש שלא להעביר את התיק הרפואי שלהם לקופה החדשה או להעביר את המידע באחת הדרכים המקובלות (לפי חוזר סמנכ"ל פיקוח על קופות חולים במב"ר 7/2013).
 - ב. הבניית מערכות המידע כך שריכוז כלל המידע על המטופל יהיה אצל הרופא המטפל. הן מידע על אודות האשפוזים (כולל התראה מיידיית על אשפוז של המבוטח), והן מידע על אודות פעולות אחרות שבוצעו במסגרת קופת החולים.
 - ג. העברת מידע מרופא פרטי/רופא הסדר לקופת החולים, ולהיפך, מקופת החולים אל הרופא הפרטי/רופא ההסדר, תיעשה באמצעות המבוטח, שיבקש את המידע הרפואי הדרוש לו ולפי שיקול דעתו יבקש להכניסו לתיק הרפואי.
 - ד. יש לאפשר למבוטחים להכניס פריטים לתיק הרפואי האלקטרוני שמנוהל בקופת החולים, וזאת כפוף למידע שיוגדר על ידי קופות החולים ובאישור רופא מהקופה.
6. **מתן כלים לרופאים הראשוניים בתחומים נוספים** (למשל פסיכיאטריה וגריאטריה).
7. **מציאת דרכים לחיזוק נוסף של תחום הרפואה המונעת וקידום אורח חיים בריא** (למשל: קידום חיסונים, בדיקות סקר, היעזרות בדיאטנית, סיוע להפסקת עישון, עידוד פעילות ספורטיבית והתנהגויות בריאות אחרות, ובפרט עידוד פעילות מונעת מותאמת מגזרים וקבוצות אוכלוסייה).

8. הרחבת זמינות הרפואה השניונית בקהילה :

- א. באחריות משרד הבריאות וקופות החולים להרחיב את זמינות שירותי הרפואה השניונית בקהילה, בעיקר בפריפריה.
- ב. מתן דגש על מתן שירותי ייעוץ בקהילה והקצאה מושכלת של מקצועות הייעוץ (רפואה שניונית) בין בתי החולים לקהילה.
- ג. לגבי ארגון יעיל ומקצועי של הרפואה המקצועית בקהילה ובבית החולים, יש כמה פתרונות אפשריים:
 - (1) שימוש יעיל ומשולב בתשתיות של קהילה ובית חולים.
 - (2) שילוב נציגי קופות חולים בבתי חולים.
 - (3) מתן העדפה למודל של רופא משולב "בית חולים – קהילה".

שיתוף הפעולה והתיאום בין הקהילה ובתי החולים

9. קופות החולים ובתי החולים יפעלו לבנות מודל שיאפשר שמירת קשר שוטף בין הצוות הרפואי בבית החולים לרופא המטפל בקהילה על אודות המטופל המאושפז.
 10. ההסכמים בין בתי החולים לקופות החולים יכללו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי.
 11. יוקם צוות מקשר מטעם קופות החולים בתוך בתי החולים. הצוות המקשר יהיה ממקצועות הרפואה, ויעסוק בכמה היבטים:
 - א. תיאום התהליך הרפואי המיטבי בין התחומים: האשפוז, הטיפול והשחרור הביתה או למוסד שיקום.
 - ב. ייעול תהליכים והפחתת נטל הבירוקרטיה המוטל על החולה.
 - ג. סיוע לעדכון ההדדי בין הרופא שמנהל את הטיפול בחולה ובין הצוות הרפואי בבית החולים.
- בתוך כך יש לשים לב כי שיקולים כלכליים אינם מתחזקים על חשבון שיקולים רפואיים מקצועיים.

הרפואה הדחופה

12. הוועדה מאמצת את מסקנות הוועדה לקידום הרפואה הדחופה שמינתה שרת הבריאות. קידום ההמלצות יבחן בהיבטים לוגיסטיים ותקציביים. נוסף על כך יתווסף לצוות המחלקות לרפואה דחופה גריאטר, כפוף לזמינות, שיסייע בטיפול הראוי באוכלוסייה הקשישה.

מערכת האשפוז

13. הוועדה ממליצה שהממשלה תפעל להוספת מיטות אשפוז כלליות, מעבר לתוכנית הרב שנתית שנקבעה בהחלטת הממשלה, וזאת תוך מתן ביטוי לגידול האוכלוסייה ולהזדקנותה. קביעת תוספת המיטות תתחשב גם בצורך לשמור על חוסן הקהילה, ביכולת הקהילה לתת שירותי אשפוז מחוץ לבתי חולים ולמנוע אשפוזים מיותרים, וכן בהתפתחויות טכנולוגיות המשפיעות על מספר המאושפזים בבתי החולים, לרבות באמצעות אשפוזי יום ואשפוזי בית. בגלל זמן

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ההיערכות הממושך הנדרש ליישום הנושא, מומלץ לקדם החלטות אלה בהקדם על מנת למנוע מחסור במיטות אשפוז.

14. קביעת תכניות טיפול משולבות למגוון של אוכלוסיות בסיכון: חולים כרוניים, מאושפזים חוזרים, חולים שמקבלים תרופות שלא נמצאות בסל וכו'.

15. שימוש באנשי מקצוע בעלי הכשרה רב-תחומית, על מנת לשפר את תהליכי העבודה והיעילות בבתי החולים.

16. הרחבה של מערכות תומכות קהילתיות, כולל חיזוק תשתיות הבירור והאבחון בקהילה והרחבת המערך לטיפול ואשפוז ביתי.

17. צמצום פניות מיותרות לחדרי מיון, בעזרת חיזוק היכולות של קופות החולים בנושא הרפואה הדחופה עם תשתיות וכוח אדם איכותיים. תכנון היחידות ייעשה בראייה לאומית.

18. הוועדה התרשמה עמוקות מהמצוקה באשפוז הפסיכיאטרי וממליצה למשרד הבריאות לשים את הנושא בעדיפות גבוהה.

זמני המתנה לשירותים רפואיים

19. משרדי הבריאות והאוצר יקבעו כללים, בתוך 120 יום, ויפעלו ליצירת סטנדרטים בנוגע לנגישות גיאוגרפית וזמני המתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, בהתחשב בדחיפות הפעולות. כמו כן הם יפעלו לייצר תמריצים לעמידה בכללים של קיצור זמני ההמתנה הקיימים היכן שנדרש. כללים אלה יעודכנו מעת לעת.

20. הקמת מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים – המרכז יאסוף מידע גולמי על מועדי ההפניה והתורים במערכת, ויאפשר למבוטחים שקיפות בזמן אמת (כולל בממשק אינטרנטי).

21. משרד הבריאות יפרסם מדי שנה דוח על אורכי התורים לפי פרוצדורות, בתי חולים וקופות חולים.

הסדרי בחירה בין בתי החולים

הוועדה ממליצה להרחיב את הסדרי הבחירה הקיימים כיום בין בתי החולים. לצורך כך אנו מבינים כי יהיה צורך לבחון שינוי בכללי המחירים וההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים. מומלץ לקבוע כללים מנחים נוספים, שיחייבו להעניק למבוטחי קופות החולים מרחב של אפשרויות בחירה בין בתי חולים – מרחב בחירה שלא יפחת ממינימום מחייב:

22. הסדרי הבחירה, בכל שירות, יאפשרו לכל מבוטח לקבל שירות בשלושה בתי חולים לפחות. ההסדרים יענו על הכללים האלה:

א. לפחות שניים מבתי חולים הכלולים בהסדר יהיו באזור הגיאוגרפי של המבוטח. משרדי הבריאות והאוצר (בשיתוף בתי החולים וקופות החולים) יקבעו את האזורים הגיאוגרפיים המחייבים ליישום כלל זה, בהתחשב בקרבת המגורים ובמספר בתי החולים באזור.

ב. לפחות שניים מבתי החולים הכלולים בהסדר הם בבעלות שני גורמים שונים (ממשלתי, כללית, ציבוריים אחרים).

לפחות בית חולים אחד בהסדר הוא בית חולים על (שאינו בהכרח באזור הגיאוגרפי).

23. הבחירה בין הספקים הכלולים בהסדר תהיה חופשית, בלי דירוג מחייב מצד הקופה. אולם מומלץ לעודד את רופאי המשפחה ואת הרופאים היועצים לייעץ למטופליהם על הספק המתאים ביותר.

24. קופת החולים צריכה להציע בית חולים אחד לפחות אשר זמן ההמתנה בו אינו ארוך ביחס לממוצע. אם קופת החולים אינה מציעה הסדרי בחירה שעומדים בכללים שנקבעו, יוכל המבוטח לבחור ספק שאינו כלול בהסדרי הבחירה.

25. הסדרי הבחירה יאפשרו למבוטח לשמור על רצף טיפולי באותו מוסד רפואי.

26. הסדרי הבחירה לא יחולו על חולים במחלות קשות ועל רשימת פרוצדורות שיקבע משרד הבריאות בהתייעצות עם קופות החולים, בתי החולים ומשרד האוצר. ככל שיהיו משמעויות תקציביות, ייקבע יחד עם האוצר.

27. משרד הבריאות יפעל לכך שקופות החולים יגבירו את רמת השקיפות של הסדרי הבחירה בפרסום לציבור. מומלץ כי משרד הבריאות ינקוט צעדים שיעודדו את המבוטחים לכלול גם את הסדרי הבחירה בין השיקולים המשפיעים על החלטה לעבור בין הקופות.

28. משרד הבריאות יאשר באופן אקטיבי את הסדרי הבחירה כפוף לכללים שנקבעו, ויאשר או יחייב חריגות מהכללים במקרה הצורך (למשל: בעבור מחלות ייחודיות, אזורים מבודדים וכו'). אם לאחר תקופת מעבר (של 12 חודשים), לא הגישו קופות החולים הסדרי בחירה ו/או לא אישר המשרד את הסדר הבחירה שהציעה הקופה בתחום מסוים, יוכלו מבוטחי הקופה לקבל את השירות אצל כל נותני השירותים המספקים אותו, בלי הגבלה ובמימון קופת החולים.

נוח אדם

29. מספר הרופאים – לפעול להרחבת מסגרות ההכשרה בישראל לרופאים ל-1,000 סטודנטים ישראליים בשנה בתוך חמש שנים, גם אם הצעדים כוללים הפחתת מספר הסטודנטים הזרים הלומדים רפואה בישראל (ברוח ועדת "אנדורן"). לקבוע יעד כולל של 1,400 רופאים חדשים בשנה (בוגרי ישראל וחו"ל), כך ששיעור הרופאים בישראל יעמוד על 2.9-3.0 רופאים לאלף נפש. משרד הבריאות יעדכן את היעד מעת לעת בהתאם לצרכים שיהיו במערכת ולמטלות שיוטלו על הרופאים.

30. להגדיל את תמהיל מספר הסטודנטים הלומדים בתוכניות ארבע שנתיות.

31. לפעול למיצוי החזרת רופאים ישראלים העובדים בחו"ל. הפעולות יכללו בין היתר: יצירת קשר עם הסטודנטים במהלך הלימודים, קורסי הכנה למבחן הרישוי, בחינת כללי הרישוי לרופאים שלמדו בחו"ל, בחינת אפשרות לסיום הלימודים בישראל, בחינת אפשרות לתוכניות החזרת רופאים העובדים בחו"ל בדומה לתוכניות להחזרת מדענים. פעילות הסברה וגיוס של רופאים עולים פוטנציאליים במדינות מוצא רלוונטיות.

32. לבחון עם המועצה הלאומית להשכלה גבוהה את נושא ההכשרה הקלינית במהלך הלימודים – מספר שבועות הוראה, הוראה בקהילה, סדר הלימודים ושיטות תגמול (ועדת "גלזר-ישראלי").
33. נקיטת צעדים לשימור רופאים במקצוע, כגון: אפשרות להעסקה אחרי גיל הפרישה, בחינת סיבות לפרישת רופאים מהמקצוע לפני גיל פרישה ונקיטת צעדים בנושא, בחינת סיבות מרכזיות להגירת רופאים מישראל, אפשרות לתעסוקה במשרה חלקית אחרי גיל הפרישה.
34. לנוכח המחסור והעודף ברופאים בהתמחויות מסוימות והצורך בתכנון ארוך טווח, יקבעו משרד הבריאות בשיתוף עם המועצה המדעית מדיניות להתמודדות עם הצרכים הלאומיים.
35. המועצה המדעית ומשרד הבריאות יבחנו את הצורך בשינוי מסלולי ההתמחות, לרבות נושאים כגון: התמחות בקהילה, קיצור מדעי היסוד, מסלולים ישירים ותחילת התמחות בסטאז'.
36. תמריצים – בחינת תמריצים ארוכי טווח עם מחויבות להעסקה על פני זמן וכן בחינת פיתוח מסלול קריירה למקצועות במחסור.
37. הוספת תקנים למתמחים מתוך ראייה של שיעור הרופאים המומחים הנדרשים.
38. בחינת דרכים להקל על הרופא בעבודתו (כולל אלמנטים לוגיסטיים) והעברת תפקידים לבעלי מקצועות בריאות אחרים שקיבלו הכשרה מתאימה.
39. מידע על הרופאים הפעילים בישראל – בחינת הצורך ברישום חוזר.
40. נקיטת צעדים לשיפור סביבת העבודה של הרופאים.
41. משרד הבריאות יוסיף לפעול להגדלת שיעור האחיות בישראל ויקבע יעד לשנים הבאות, בהתחשב בתמהיל האחיות הנדרשות. היעד יתעדכן מעת לעת בהתאם לצרכים שיהיו במערכת ולמטלות שיוטלו על האחיות. במסגרת זאת ימופו הצרכים והפערים במקצועות הסיעוד לסוגיהם.
42. משרד הבריאות יפעל לנקיטת צעדים לשימור האחיות במקצוע וליעול זמן העבודה של האחיות, בין היתר באמצעות בחינת המשימות שאינן דורשות מומחיות בסיעוד והרחבת השימוש בכוחות עזר רפואיים.
43. הרחבת המידע על האחיות הפעילות בישראל – רישום חוזר, והשגת מידע על מקום תעסוקה.
44. על מנת לעדכן את מנגנון התקינה, אנו ממליצים להקים צוות רב-מקצועי אשר יכלול את הגורמים הרלוונטיים, ובכללם משרדי הממשלה, איגודים מקצועיים (ההסתדרות הרפואית,

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

איגוד אחיות וכדומה), קופות חולים, בתי חולים ובכירים ברפואה הקהילתית ובבתי החולים. היישום יקבע במסגרת ההסכמים הקיבוציים.

45. "פול-טיימר":

- א. מודל הפול-טיימר הוא מודל מומלץ ואף חיוני למערכת הבריאות. לדעת הוועדה, מודל זה חשוב במיוחד ליישום בשדרה הניהולית הבכירה ובמקצועות שנדרשת בהם נוכחות מומחים מעבר לשעות העבודה השגרתיות וכן במקצועות נוספים, לרבות במקצועות שבהם יש או צפוי מחסור בכוח אדם, כפי שייקבע מעת לעת.
- ב. בעת קיום מכרזים לתפקידים בכירים יינתן, ככל האפשר, משקל למי שבחר להיות פולטיימר.
- ג. עבודה נוספת של פולטיימרים המועסקים בבתי חולים ציבוריים – רופא אשר מכהן כ"פולטיימר", מחויב לבית החולים הציבורי. עיקר זמנו של ה'פולטיימר' יוקדש לבית החולים. על מנת למנוע פגיעה בקהילה, הרופאים המכהנים כ"פולטיימר" יוכלו לעבוד ברפואה ציבורית במסגרת הקהילה. "פולטיימר" לא יוכל לעבוד במקביל בבית חולים פרטי או בקליניקה פרטית. יש להבטיח כי יהיו תנאים שיאפשרו העסקה של צוותים רפואיים תומכים לרופאים אחר הצהריים.
- ד. יוקם צוות יישום אשר יקבע את הכללים והנהלים המדויקים בנושא, בהתאם לעקרונות המפורטים לעיל.

46. הוועדה ממליצה להקים צוות מקצועי שיציע מנגנונים שיסייעו לקידום מקצועי של נשים במקצועות הבריאות. הצוות יבחן את החסמים הקיימים כיום, לרבות בחינת תהליכים להגברת שילוב נשים בתפקידי ניהול, השתלבות במודל ה"פול-טיימר" והתאמת המערכת לכך.

איכות ושירות במערכת

המלצתנו היא לאמץ את איכות השרות כיעד אסטרטגי, תוך הקצאת משאבים משמעותיים ברמה הלאומית, וכפועל יוצא גם ברמה המוסדית. הובלת תהליכים ויצירת מחויבות אמיתית של מוסדות הבריאות (כולל משרד הבריאות) לאיכות השירות, בין היתר מתוך הכרה בהשפעות החיוביות שעשויות לצמוח משיפור האיכות למטופל, הן מבחינת אופן הציבור במערכת הבריאות הציבורית, והן מבחינת שיפור בריאותו ורווחתו של הפרט. כמו כן, יש לתת דגש מיוחד על איכות השירות ביחס ל:

- א. קשר "בית חולים – קהילה" וממשקיו.
- ב. אוכלוסיות מיוחדות (חולים כרוניים, קשישים, בעלי מוגבלויות ועוד).
- ג. פריפריה גיאוגרפית.
- ד. מחלקות לרפואה דחופה.
- ה. ניתוחים.
- ו. צמצום פערים ואי-שוויון.

47. יש לערוך מדידות בתחומים האלה:

א. עריכת סקרי שביעות רצון/התנסות המטופל:

1. סקר שביעות רצון לאומי (בתי חולים וקהילה) בהובלת משרד הבריאות אחת לשנתיים.

2. סקר שביעות רצון מחלקה/מרפאה בהובלת המוסד הרפואי אחת לשנה.

3. סקר נגישות מוסדית (בעלי מוגבלויות, נגישות לשונית, קשישים ועוד) אחת לשנה.

ב. מדידה בתחום הזמינות והנגישות:

1. מדידת אורך תורים.

2. מדידת זמני מענה בטלפון.

3. מדידת זמני המתנה במרפאות חוץ (תורים + זמני המתנה לכניסה לרופא).

4. מדידת זמני המתנה לרופאים מומחים בקהילה.

5. מדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים.

6. מדידת זמני המתנה במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד).

7. מדידת ביטול תורים/ניתוחים/בדיקות באשפוז ולא באשפוז.

8. מדידת מספר מטופלים/שעה בקהילה בחתך סוג התור.

ג. טיפול בפניות ציבור – לדוגמה: משך הטיפול בפניית ציבור בחתך סוג הפנייה.

48. את הממצאים העולים מהמדידות לעיל יש להעביר להנהלות בתי החולים וקופות החולים ולפרסמם בציבור הרחב. לכל אחד מהמדידים יש להגדיר יעדים ברמה הלאומית וברמה הפרטנית. נוסף על כך, על בתי החולים להגדיר אמנת שירות שתובא לידיעת הציבור הרחב.

שיפור רמת השירות:

49. הכשרה

1. יש לפעול לשילוב נושא איכות השירות וחוויית המטופל בלימודי הליבה של הסטודנטים למקצועות בריאות (בתי ספר לרפואה, בתי ספר לסיעוד, מזכירות רפואית וכיו"ב).

2. יש לפתח תוכניות הכשרה וסדנאות למתן שירות למטופל, לעבודה בלחץ וכו', לכלל הצוותים רפואיים, הסיעודיים והאדמיניסטרטיביים (בבתי החולים ובקהילה).

50. יש למנות מנהל "התנסות המטופל" בכל בית חולים שיהיה כפוף ישירות למנכ"ל בית החולים או לסמנכ"ל רפואי. הכשרת מנהלי השירות תיעשה ברמה הלאומית.

51. צעדים ותחומים לשיפור השירות

א. שיפור רצף הטיפול וצמצום הברוקרטיה בממשק מטופל – בית חולים – קהילה.

ב. תזכור תורים בקהילה, במרפאות החוץ ולפני ניתוח/פרוצדורה.

ג. הרחבת היכולות הדיגיטליות של בתי החולים (לדוגמה מתן דוח סיכום בדיקה/טיפול אצל רופאים בקהילה. לחלופין הדפסת סיכום בדיקה/טיפול מתוך אתר האינטרנט של בית החולים/קופה).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- ד. הגבלת זימון יתר במרפאות חוץ.
- ה. הרחבת שירותים בערוצים ישירים (לדוגמה מוקד טלפוני/אינטרנט).
- ו. הרחבת הנגישות הלשונית (מוקד, אתר האינטרנט, שימוש במתורגמנים).
- ז. מתן דף מידע למטופל/מאושפז בשפה שהוא מבין.
- ח. תיעוד וניתוח תלונות/פניות הציבור.
- ט. שקיפות מוסדית (פרסום חלק מנתוני המדידה ודוח שנתי של פניות ותלונות הציבור).
- י. בקורות שנתיים השוואתיות בין בתי החולים בנושאים של מיקוד איכות השירות. הגדרת תגמול ייעודי לבתי החולים על שיפור במדדי איכות השירות (זמינות תורים נמוכה, ציוני סקר חוויית המטופל, צמצום תלונות הציבור ועוד).

תמחור, המחירה והתחשבות במערכת הבריאות

- 52. הוועדה קוראת למשרדי הבריאות והאוצר לאתר את הפרוצדורות שיש בהן תורים ארוכים ולתקן את המחירים על מנת לקצר תורים.
- 53. תוקם ועדה לבחינת המחירים ושיטת התמחור, ההמחירה והתחשבות במערכת הבריאות. הוועדה תמונה בידי שרי הבריאות והאוצר.

האסדרה של מערכת האספקה הפרטית

- 54. על משרד הבריאות לחזק את בקורות האיכות במערכת הבריאות הפרטית, לרבות מרפאות ומרכזים רפואיים ולהפנות משאבים מתאימים לנושא.
- 55. יש לקבוע כי במרכזים רפואיים פרטיים יבוצע תהליך של בקרת איכות רפואית ומעקב אחר בטיחות החולה טרם ביצוע הפרוצדורות על פי חוזרי מינהל רפואה.
- 56. המרכזים הרפואיים הפרטיים יהיו אחראים באופן מלא על המטופל ברמת הטיפול הרפואי, השירות וברמת ההתחשבות. בהתאם לכך, כל התשלומים יוסדרו ישירות מול המרכזים הרפואיים ויכללו את סך העלות שהמטופל, או מי מטעמו, משלם בגין הפעילות בבית החולים הפרטי לרבות התשלום לרופא.
- 57. לקבוע מנגנוני רגולציה לריסון וניהול המערכת הפרטית לרבות באמצעות מחירי השב"ן והביטוח המסחרי.
- 58. קביעת מנגנונים שירסנו את גידול הפעילות של בתי חולים פרטיים לרבות באמצעות היטל ייעודי שיועבר למערכת הבריאות הציבורית (לצורך קיצור תורים והגברת נוכחות של רופאים בכירים בשעות אחר הצהריים), במטרה לשמור על איזון והפנמת עלויות חיצוניות. שיעור ההיטל ייקבע כדי לרסן את התפתחות ההוצאה וייתכן שבאופן דיפרנציאלי לפי היקף הפעילות.
- 59. מרפאות כירורגיות בינוניות יידרשו לקבל אישור הקמה (CON) ממשרד הבריאות.

60. שרת הבריאות תקים (בתוך 30 יום) צוות אשר יבחן את נושא בעלות קופות החולים על בתי חולים ציבוריים ופרטיים.

פרק ב': מימון שירותי הבריאות

מנגנוני העדכון של התקציב הציבורי למערכת הבריאות

61. לעגן בהחלטת ממשלה כי הפיצוי הדמוגרפי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי יעודכן ויבטא את הגידול באוכלוסייה באופן מלא.

62. מנגנוני עדכון המחירים במערכת הבריאות ייבדקו בשנת 2017, לאחר שייבחן השינוי שנקבע בהחלטת ממשלה מיום 13 במאי 2013. אנו ממליצים לבחון הצמדה מלאה יותר של התקציב לעלויות בפועל באמצעות הפחתת שיעור הפרוקסי תוך שימור מנגנון הפרוקסי או בדרך אחרת.

63. לקבוע בחוק ו/או בהחלטת ממשלה כי התוספת הטכנולוגית השנתית לשירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא תרד מ-0.8% בשנה.

64. יש לפעול להגדיל את בסיס העלות של סל שירותי הבריאות כך שיכלול חלק ניכר מהתקציבים המועברים היום לקופות החולים באמצעות הסכמי הייצוב. בד בבד יש לפתח כלים חלופיים לחיזוק הפיקוח על ההתנהלות הפיננסית של קופות החולים.

שילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים (שר"פ)

65. הוועדה ממליצה שלא להתיר פעילות במימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים (מלבד הנהוג ומותר כיום).

66. הוועדה ממליצה למשרדי האוצר והבריאות לפעול לשינוי ההסכם בנושא בית החולים באשדוד, כך שיותאם להמלצה בנושא בסעיף 20.

פרק ג': ביטוחי הבריאות

1. **Unbundle** – פירוק רבדי השב"ן לשלושה רכיבים בלתי תלויים שלא יהיה ביניהם סבסוד צולב:

- א. ניתוחים וייעוץ אגב ניתוח, וכן ייעוצים וחוות דעת שנייה ("הרכיב הראשון");
- ב. תרופות, הריון, שיניים (משקם ומשמר), התפתחות הילד, העמקת שירותי סל (תוספת פיזיותרפיה וכדומה) ("הרכיב השני");
- ג. כל השאר ("הרכיב השלישי").

2. **הכיסוי** – יצירת תנאים אחידים לכל תכניות השב"ן של קופות החולים בנוגע לרכיב הראשון. בנוסף, יצירת תנאים אחידים לתכניות השב"ן ולחברות הביטוח בנוגע לרכיב הראשון. הגדרת הכיסוי ברכיב הראשון, לרבות כללי הגילוי הנדרשים, תיעשה במשותף על ידי נציגי אגף שוק ההון ומשרד הבריאות. המשרדים יוכלו לעדכן את הכיסוי מעת לעת, עדכון זה יחול על כלל

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

המבוטחים הקיימים. הפוליסות תהינה אחידות גם בשיעורי ההשתתפויות העצמיות בהן. יש לקבוע רצפה ותקרה להשתתפויות העצמיות כך שהמינימום יהיה נקוב בשקלים והמקסימום באחוזים ("אך לא יותר מ-X%") לכל פרוצדורה כך שמחירים גבוהים של ניתוחים לא יגולגלו על הצרכן.

3. במסגרת יצירת האחידות לגבי הרכיב הראשון יקבעו, בין היתר, העקרונות הבאים:
 - א. חברות ביטוח והשב"ן לא יהיו רשאיות למכור כיסוי לניתוחים או ייעוץ מלבד הכיסוי שיוגדר מראש ללא אישור משותף של שני הרגולטורים.
 - ב. תעריפי הביטוח בשב"ן ובביטוחים המסחריים יבדקו אחת לתקופה ויעודכנו לפי צורך.
 - ג. בסוף תקופת הביטוח יקבע נוהל להודעה על חידוש הביטוח. במקרים שיוגדרו, המבוטחים בקופה/שב"ן יצטרכו להסכים מחדש לחידוש, בין היתר, כאשר תהיה העלאה במחיר אגב החידוש.
 - ד. **קביעת פרמיה** – מבטח או קופת חולים יקבעו מחיר אחיד אשר ישתנה לפי קבוצות גיל (יקבע שיעור מקסימלי של הנחה שמהמבטח יוכל לתת על המחיר האחיד). קבוצות הגיל יקבעו מראש ובאופן אחיד לקופות ולחברות על ידי הרגולטור. הפרמיות ייקבעו לפי קבוצות גיל רחבות ויקבע מנגנון איזון סיכונים בשל חיתום, למניעת "גריפת שמנת".
 - ה. יהיה ניתן לשנות את התעריף/פרמיה במועדים שיקבעו לכלל המבוטחים בתכנית (ולא למבוטח ספציפי ולא לפי מצב רפואי של קבוצה).
 - ו. **הפרמיה תקיים אי-תלות חזקה עם שאר המוצרים** – לא יהיה מוצר שמחירו יהיה תלוי בשאלה אם מבוטח רכש או לא רכש את פוליסת הניתוחים האחידה והפרמיה לא תשתנה אם מבוטח רכש מוצר אחר.
 - ז. **השתתפויות עצמיות** – יאסר על מכירת ביטוח, מוצר לכיסוי או הפחתה של ההשתתפויות העצמיות, על מנת לשמר את ההשתתפויות העצמיות ככלי ניהול ביקושים ברכיב הראשון.
 - ח. ביצוע הניתוחים והייעוצים יהיה באמצעות רופאים שבהסדר בלבד (יאסר על החזר הוצאות בגין ניתוח אצל רופא שלא בהסדר), מלבד בחברות ביטוח בעל נתח שוק קטן (כל עוד נתח השוק שלהן קטן).
4. גורמי המקצוע יבחנו ביטול של כתבי השירות בביטוחים המסחריים שאין בהם צורך.
5. תקבע חובת שיבוב דו-צדדית בין הקופות לחברות הביטוח בפוליסות החדשות. בפוליסות הקיימות תקבע חובת שיבוב דו צדדית בכפוף לבדיקה משפטית.
6. ייאסר קשר בין חברת ביטוח לקופה בתפעול או בהסדרי רכש של השב"ן.
7. הרגולטורים יפעלו לקביעת קוד אתי בכל הקשור לפרסום ביטוחי הבריאות.
8. תקציבי השיווק והפרסום של תוכניות השב"ן יצומצמו ביחס לקיים היום. הנושא יישקל מעת לעת. תקציבי הפרסום של השב"ן לא יועמסו על הסל הבסיסי.
9. בכל מקום שיש חפיפה בין מוצרים בשב"ן ובפרטי, יבחן הצורך בקביעת הגדרות אחידות על ידי צוות משותף למשרד הבריאות ואגף שוק ההון.
10. יש לפעול לקיום בקרה של יועצי-על בלתי תלויים על ניתוחים פרטיים במערכת הפרטית (קופות וחברות ביטוח).

11. גורמי המקצוע במשרדי הבריאות והאוצר יגבשו מנגנון אשר ינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ הקיים להסטת חולים מהציבורי לפרטי, זאת מבלי שיופחת תקצוב סל הבריאות הציבורי. המנגנון אמור לנטרל את התמריץ שיש לקופה לכך שמבוטחיה יקבלו שירותים במגזר הפרטי וישלמו עליהם מהשקל הראשון (הנובע מכך שניתוחים וייעוצים אלו משולמים לקופה במסגרת הקפיטציה).
- א. כל קופה תעביר את מלוא עלות טופסי 17 ועלות הייעוצים על פי הקפיטציה לקרן ייעודית עבור כל מבוטח שלה שבחר להפעיל את הרכיב הראשון של השב"ן או את הפוליסה המקבילה של חברת הביטוח (יש לקבוע מנגנון דיווח מתאים). יש לשקול להקצות גם משאבים תוספתיים למנגנון האמור.
- ב. חלוקת תקציבי הקרן בין קופות החולים תקבע באופן שינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ הקיים להסטת חולים מהציבורי לפרטי.
12. תכולת השב"ן ברכיב השני והשלישי וההשתתפויות העצמיות יבחנו בוועדת "פיקוח-שב"ן" מייעצת, שתמליץ על פיקוח על התוספות לסלי השב"ן (שכולם רוכשים אותם כיום כי הם נמכרים בחבילה – Bundle). הוועדה תמונה על ידי משרד הבריאות. יקבע רף מינימלי ומקסימלי להשתתפות עצמית שיכולים להשתנות לפי סוג השירות. הרציונל לקביעת מינימום הוא בריסון ביקושים עודפים. הרציונל בקביעת מקסימום הוא במניעת הפיכתם של החולים למקור תקציבי לכיסוי פעילות הביטוח או השב"ן.
13. **יועמק המידע הזמין לרגולטורים ולציבור** – לגבי שימושים, עלויות, מחירים ותורים בפרטי ובציבורי בניתוחים ובבדיקות כגון MRI, ברמת קופת חולים וברמת בית חולים ברמה חודשית. כמו כן, יימסר מידע אודות הוצאות השיווק בשב"ן ובביטוחים המסחריים.
14. הסדרי בלעדיות לגבי נותני שירותים ייאסרו (מנתחים ומוסדות – בתי חולים ומכונים), במטרה למנוע תחרות על גורמי הייצור שתוצאתה תהיה העלאת מחירים תוך הקטנת היצע.
15. משרד הבריאות יפעל להקצאת משאבים ממשלתיים להבהרת המצב החדש לאוכלוסייה. יפורטו השירותים בסל הבסיסי, תכולות הכיסויים בשב"ן, יוקם אתר השוואת מחירים וייעשה מאמץ להסביר את הערך הטמון למבוטח בכל סוג פוליסה.
16. הקמת אתר אינטרנט שיאפשר למבוטחים לברר אילו פוליסות בריאות ושב"ן יש להם והשוואה של הכיסויים העיקריים (בדומה לרעיון של האתר שמאפשר מידע על תוכניות פנסיה).
17. הפיקוח על הביטוח יבחן את ה-Loss Ratio של חברות הביטוח ויתערב במידת הצורך.
18. הפיקוח על הביטוח יפעל להסרת חסמים למעבר מבוטחים מפוליסות הפרט הקיימות בביטוחים המסחריים לפוליסות החדשות שיציעו חברות הביטוח, ככל שניתן. יש לציין כי חברות הביטוח לא תוכלנה לחייב את המבוטחים לעזוב את פוליסות הפרט.
19. בחינת כלים, מצד תשלומי הפרמיה, שיטיבו עם אוכלוסיות הנמצאות באזורים שאין בהם היצע רחב של רפואה פרטית.
20. הגברת שיתוף הפעולה בין הרגולטורים השונים.

פרק ד': תיירות רפואית

הסוכנים

1. הקמת מאגר ארצי של סוכני תיירות מרפא. תנאי הסף לרישום במאגר יהיו:
 - א. העדר עבר פלילי.
 - ב. ישות משפטית המדווחת לרשויות המס בישראל.
 - ג. ביטוח מקצועי/ערבות/קו אשראי.
2. רישום וניהול המאגר יעשה על ידי משרד הבריאות או מי מטעמו.
3. סוכן תיירות מרפא לא יכול להיות עובד מערכת הבריאות. בנוסף, עובד מערכת הבריאות אינו יכול לעבוד עבור סוכן תיירות רפואית בכל דרך שהיא.
4. פעילות הסוכן מול הנהלת בית החולים תוסדר במסגרת חוזה כתוב. הנהלת המוסד תדווח למשרד הבריאות על סוכן עמו היא התקשרה כ"סוכן רשום".
5. יגובש קוד אתי להתנהלות הסוכנים על ידי משרד הבריאות בהתייעצות עם גורמים רלוונטיים. העיקרון המרכזי של הקוד יהיה התחייבות לפעול לטובת המטופל ושמירה על טובת מדינת ישראל.
6. סוכן לא יוכל להתנות קבלת שירותי בריאות באמצעותו ברכישת שירותים נוספים.
7. המאגר יפורסם בשער מידע מרכזי (אתר אינטרנט) שירכז את כל המידע הממשלתי הרשמי בתחום של תיירות רפואית.
8. סוכנים שיחרגו מהנהלים יוצאו ממאגר הסוכנים ויוסרו משער המידע הממשלתי.
9. תיאסר פניה או התקשרות ישירה, בין הסוכן או התייר הרפואי לרופא או איש צוות שאינו מטעם ההנהלה. הכלל יחול בכל בתי החולים והמרכזים רפואיים.
10. באחריות הסוכן לוודא כי התייר מבין את כל זכויותיו.
11. הסוכנים יתוגמלו על ידי הנהלת המוסד באמצעות הסדר עמלה בלבד. תיאסר פרקטיקה של סוכן מחיר, גם במוסדות הפרטיים. התייר ישלם למוסד רפואי ולא לסוכן עצמו.
12. הנהלת המוסד תהיה אחראית לאופן פעילות הסוכן בתחומה. הרישום במאגר לא יהווה פטור מאחריות המוסד הרפואי לבחינת התנהגות ותפקודו של הסוכן ועמידתו בכללים. ההנהלה תדווח על חריגות מהנהלים שביצע הסוכן ותפסיק את ההתקשרות עמו. תיאסר עבודה עם סוכנים שאינם מופיעים במאגר האמור. אין בסעיף זה בכדי להפחית מאחריותו של הסוכן עצמו.
13. המוסד הרפואי לא יחויב לעבוד באמצעות סוכן, תותר פעילות ישירה ללא מתווכים בין הנהלת המוסד לבין התייר הרפואי. במקרה זה הנהלת בית החולים תתחייב לעמוד בתנאי הקוד האתי שיגובש.

כלל בתי החולים

14. הזכות לטפל בתיירים רפואיים תהיה מותנית בקבלת רישיון ממשרד הבריאות וחידושו אחת לשלוש שנים. חידוש הרישיון יותנה בעמידה בתנאים המפורטים בהמלצות הוועדה.
15. משרד הבריאות יפעל ליצירת מערך סנקציות במקרה של אי עמידה בתנאי הרישיון.

16. בפרוצדורות בהן אורך התור לישראלים לא יעמוד בתנאים כפי שנקבע בסעיף העוסק בסטנדרטים של זמינות לחולים הישראליים לא יאושר טיפול לתיירים רפואיים.
17. יתקיים רישום חשבונאי נפרד לפעילות תיירות הרפואית הן בצד ההכנסות והן בצד ההוצאות.
18. טיפול בכל תייר רפואי יהיה רווחי עבור בית החולים. עיקרון זה יבוא לידי ביטוי כבר בשלב הצעת המחיר. הצעת המחיר לתייר תהיה מחייבת כל עוד אין שינוי מהותי באבחנה עמה פנה לקבלת השירות וזאת לאור החשש שהתייר יהפוך ללקוח שבוי לאחר שיגיע ארצה ויחל בטיפוליו.
19. מחיר הטיפול עבור תייר מרפא לא יעלה על 200% ממחירן ג' של משרד הבריאות. למען הסר ספק ההיטלים והמסים לא כלולים במחיר זה.
20. משרד הבריאות יפעל לתמחור נפרד של תשתיות לאומיות שלא ניתן לפצות עליהן בכסף. המחיר יסקף את מכלול העלויות בגין הטיפול בתיירי מרפא.
21. תיירי מרפא יחויבו בהיטל ייעודי עבור שימוש בתשתיות-על של המדינה. גובה ההיטל – עד 15% ממחיר הטיפול והוא אינו חלק ממחיר המקסימום. הכנסות ההיטל הייעודי ישמשו לטובת קיצור תורים לישראלים והתאמת התשתיות עבור פעילות זו.
22. המוסד יפיק חשבונות מפורטת לתייר רפואי עבור הטיפול בו בשפה האנגלית או שפת האם של התייר.
23. המחירים הנגבים בפועל ידווחו למשרד הבריאות. המשרד יוכל לפרסם את טווחי המחירים לטיפולים שונים בשער מידע מרכזי.
24. כל הכללים הנוגעים לאיכות הטיפול, הן במערכת הציבורית והן במערכת הפרטית, יחולו גם על תיירים רפואיים.
25. המוסד הרפואי יספק שירותי Case Manager לתייר הרפואי שיהיה אמון על ראיית מכלול הטיפול בו. Case Manager יהיה רופא בעל רישיון ישראלי.

המערכת הפרטית

26. המערכת הפרטית תישא במלוא האחריות על תייר שהגיע לטיפול בה. במקרים של סיבוכים בהם נדרש סיוע של מוסד רפואי אחר התשלום יתבצע על ידי המוסד בו החל הטיפול בתייר.
27. יבוטל פטור ממע"מ על פעילות תיירות רפואית במערכת הפרטית.
28. לא יופעלו תשתיות רפואיות פרטיות חדשות או קיימות בהן לא יינתן שירות לחולה הישראלי.

בתי החולים הציבוריים

29. היקף הפעילות בתיירי מרפא יוגבל על ידי זמינות התשתיות עבור הישראלים, זאת בהתחשב בהבדלי אופי הטיפול בישראלים ובזרים, שונות בין ביה"ח והמחלקות, היערכות לשעת חירום וכן עונתיות מסוימת. על כן, הזמנת תייר רפואי לארץ תתאפשר רק אם קיימת קיבולת מתאימה בבית החולים המאפשרת מתן טיפול ראוי בישראלים. ההגבלה תחול על מספר תיירי המרפא.

30. בית החולים המעוניינים ברישיון לעסוק בתיירות רפואית יקימו מערכת תמסורת להעברת הנתונים האמורים למשרד הבריאות, זאת תוך חצי שנה מיום פרסום ההמלצות. המערכת תכלול נתונים לגבי התפוסה בכל מחלקה, זמינות פרוצדורות וכל נתון נוסף שיידרש. הנתונים יועברו למשרד הבריאות בזמן אמת ואפיון המערכת יעשה בשיתוף גורמי תקשוב מוסמכים. יובהר כי אי קיומה של מערכת נתונים ימנע ממרכז רפואי לעסוק בפעילות תיירות רפואית בחלוף חצי שנה.
31. עד הקמת מערכת המחשוב, ההכנסות מפעילות תיירות רפואית לא תעלינה על 6% מהכנסות המרכזים הרפואיים. מרכז רפואי שהכנסותיו היום עולות על 6% תוגבל צמיחת הכנסותיו בשיעור של 10% לשנה.
32. טיפול בתיירים רפואיים יעשה אחרי שעות הפעילות הרגילות של בית החולים, פרט למקרים חריגים בהם קיים אילוץ רפואי המחייב את הטיפול, כפי שיוגדרו על ידי מינהל רפואה במשרד הבריאות.
33. למען הסר ספק, אחריות ההנהלה להבטיח קדימות אבסולוטית לחולה הישראלי בנגישות לכל תשתית בית החולים כולל מיטות אשפוז, מעבדות, מכשור, מרפאות וכ"ו.
34. האפשרות לטפל בתיירים רפואיים תותנה בעמידה של המרכז הרפואי ביעדים כפי שיוגדרו על ידי משרד הבריאות. המרכז יתחייב לפעילות נוספת לססיות אחר הצהריים. פעילות זו לא תהיה בהכרח בזיקה ישירה לתיירות רפואית ותוקדש בעיקרה לקיצורי תורים.
35. כל הרווחים מפעילות תיירות רפואית יופנו לבית החולים לטובת המטופל הישראלי.
36. תגבה תקורה ייעודית של 20% מסך ההכנסות מתיירות רפואית לטובת פעילות קיצור תורים לישראלים באותו המוסד הרפואי.
37. הנהלת בית החולים תשקיע בהתאם ל"תכנית פיתוח" שתאושר ע"י משרד הבריאות ובהתאם לצורך גם על ידי משרד האוצר. זאת על מנת להבטיח כי פעילות תיירות רפואית תורמת לחיזוק מערכת הבריאות ומשפרת את מצבם של החולים הישראלים, לצד הגברת יכולת תכנון התשתיות והתאמתן לצרכים הכוללים.
38. הנהלת בית החולים תשבץ מטפלים בהתאם לשיקולים רפואיים. עם זאת, רופא רשאי לבחור שלא לטפל בחולה מסוים מלבד במקרה חירום רפואי.
39. ההנהלה תתגמל את הרופאים. לא יתקיים קשר כספי ישיר בין רופא למטופל.
40. לא תינתן עדיפות למטופל בתיירות מרפא בתנאי אשפוז או מלונאות או בכל טיפול אחר שאינו מוגש לישראלים.

הצוותים הרפואיים

41. הוועדה מאמצת עיקרון של קדימות למטופלים ישראלים על פני תיירים רפואיים. על מנת למנוע העדפה של תיירים התגמול לצוותים הרפואיים לא יכיל תמריץ כלכלי להעדפת התיירים.
42. על התיירים הרפואיים יחולו אותם כללים החלים על החולים הישראלים בכל הנוגע לשיבוץ המטפלים.

43. הרופא לא יקבל תשלום ישיר מתייר רפואי או סוכן במסגרת טיפול במוסד רפואי עם רישיון משרד הבריאות.
44. ייאסר על צוות רפואי להעניק טיפול לאותו התייר במערכת ציבורית ופרטית בו זמנית ובתוך פרק זמן סביר.

ניהול תחום תיירות הרפואית

45. יוקם שער מידע ממשלתי (אתר אינטרנט) שירכז את כל המידע הדרוש לתייר הרפואי. שער המידע יכלול מידע על ספקי השירותים בעלי היתר לטיפול בתיירים, סוכני התיירות הרשומים, טווחי מחירים לפי טיפול, אישורים נדרשים לכניסה וטיפול בארץ, זכויות התייר הרפואי, כתובת לתלונות, הפנייה לשירותי תיירות שונים ועוד. האתר יופעל על ידי משרד הבריאות בסיוע משרד התיירות.
46. תכנון לאומי של תחום התיירות הרפואית ייתן דגש מיוחד ועדיפות לגיבוש תוכניות בפריפריה. זאת במטרה לחזק את בתי החולים ולאפשר להם להציע שירותים משופרים לחולים הישראליים, בשים לב לזמינות המשאבים.
47. לכל תייר יונפק כרטיס מזהה ע"י סוכן רשום או מרכז רפואי מטפל על מנת להבטיח מעקב אחר טיפול נאות.
48. תוקם ועדה קבועה לבחינת המדיניות בתחום ויישום ההמלצות.

פרק ה': ניהול בתי החולים הממשלתיים והפיקוח על מערכת הבריאות

1. רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים סטטוטורית תוקם מחוץ ובנפרד ממשרד הבריאות ואליה יועברו מגוון תפקידי הבעלים (פיקוח ניהולי) המצויים כיום באגפי המשרד השונים. הרשות תהא כפופה לשרת הבריאות אשר תמנה את העומד בראשה.
2. בתי"ח הממשלתיים וכל תאגידי הבריאות, קרנות המחקר, אגודות הידידים והגופים הנוספים שהוקמו לידם יהיו כפופים לרשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים.
3. משרד הבריאות יעסוק ברגולציה, יתמקד בעבודתו כמיניסטריון ורגולטור, וזאת בשים לב למסגרות תקציביות מאושרות. רגולציה על בתי"ח, שלה השלכות תקציביות משמעותיות תיעשה בהסכמה עם מנהל הרשות ובמקרה של חילוקי דעות תבדק המשמעות התקציבית על ידי הרשות והנושא יובא להכרעת השרה.
4. הקמתה של רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים וסמכויותיה ייקבעו בחקיקה ייעודית. תבחן האפשרות להקים את הרשות מכח החלטת ממשלה כצעד מהיר (וזמני).
5. במסגרת הסמכויות שיוקנו על פי חוק לרשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים יכללו סמכויות בנושאי פיקוח, בקרה, תקציב, שקיפות ומינהל; סמכות בנושאי מדיניות וניהול; סמכות לדרוש ולקבל מידע; וסמכות להטיל עיצומים בגין הפרת הוראות.
6. לצורך חיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של המרכזים הרפואיים הממשלתיים הרשות תפרסם סטנדרטים מחייבים בתחומים: שקיפות; הקמת ועדות היגוי להנהלות המרכזים; קציבת משך כהונתם של נושאי משרה בכירים; חיזוק מערך ביקורת וחשבות; וחיזוק יכולות ניהול כ"א.

הסתייגויות (הנימוקים ודעות המיעוט מופיעים החל מעמוד 289)

להמלצות פרק א' ופרק ב'

#	הסתייגות לסעיף	מסתייגים	הערות
1	4	משה בר סימן טוב, פרופ' גבי בן נון, עו"ד לאה ופנר, פרופ' לאה אחדות, פרופ' ארנון אפק	
2	8	עו"ד לאה ופנר	
3	16-17	פרופ' יוג'ין קנדל	
4	19	משה בר סימן טוב	
5	22	משה בר סימן טוב	
6	22-27	פרופ' יוג'ין קנדל, פרופ' קובי גלזר	
7	24	משה בר סימן טוב	
8	26	משה בר סימן טוב	
9	28	משה בר סימן טוב	
10	44	משה בר סימן טוב	
11	50	משה בר סימן טוב	
12	53	פרופ' יוג'ין קנדל, ד"ר שולי ברמלי, פרופ' קובי גלזר, ד"ר עזיז דראושה, עו"ד עדי ניב יגודה	
13	57	עו"ד לאה ופנר, פרופ' קובי גלזר, פנינה קורן, ופרופ' יוג'ין קנדל	
14	58	עו"ד לאה ופנר, פרופ' קובי גלזר, פנינה קורן, ופרופ' יוג'ין קנדל	
15	61	פרופ' גבי בן נון, עו"ד לאה ופנר, עו"ד עדי ניב יגודה, פרופ' יוג'ין קנדל ופרופ' קובי גלזר	להוסיף "והזדקנותה"
16	63	משה בר סימן טוב	מכלל הסעיף
17	63	לאה ופנר וקובי גלזר	לפחות 2%
18	65	עו"ד לאה ופנר, פרופ' יוג'ין קנדל, פנינה קורן וקובי גלזר	
19	66	פרופ' יוג'ין קנדל, פרופ' קובי גלזר	

להמלצות פרק ג' (ביטוחים)

#	הסתייגות לסעיף	מסתייגים	הערות
20	1	פרופ' לאה אחדות, פרופ' גבי בן נון, משה בר סימן טוב וד"ר עזיז דראושה	
21	2	פרופ' לאה אחדות, פרופ' גבי בן נון, עו"ד לאה ופנר, ד"ר עזיז דראושה ומשה בר סימן טוב	
22	3	פרופ' לאה אחדות, פרופ' גבי בן נון, ד"ר עזיז דראושה	
23	3. ד. ו- ח.	עו"ד לאה ופנר ופרופ' יוג'ין קנדל	
24	10	עו"ד לאה ופנר	
25	11	משה בר סימן טוב	
26	17	גבי בן נון	

להמלצות פרק ד' (תיירות רפואית)

#	הסתייגות לסעיף	מסתייגים	הערות
27	3	עו"ד לאה ופנר	
28	9	עו"ד לאה ופנר	מסתייגת מהמילה "פנייה"
29	38	עו"ד לאה ופנר	יש להוסיף מנהלי מחלקות

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

המרה בין מספרי ההמלצות במסמך ההמלצות מ-25 ביוני 2014 למספרי ההמלצות בדו"ח :

סעיף בדוח זה	סעיף במסמך מ-25 ביוני 2014	סעיף בדוח זה	סעיף במסמך מ-25 ביוני 2014
51	44	1	1
51	45	6	2
51	46	2	3
51	47	3	4
46	48	ב.1	א.5
29	49	4	ב.5
30	50	5	6
31	51	8	7
32	52	7	8
33	53	12	9
34	54	9	10
35	55	11	11
36	56	10	12
37	57	19	13
38	58	20	14
40	59	21	15
41	60	16	16
42	61	17	17
43	62	14	18
44	63	15	19
46	64	45	20
53	65	45	21
22	66	45	22
23	67	45	23
24	68	13	24
25	69	47	25
26	70	47	26
27	71	49	27
28	72	47	28
54	73	47	29
55	74	48	30
56	75	48	31
57	76	48	32
58	77	49	33
59	78	50	34
61	79	49	35
63	80	51	36
62	81	51	37
64	82	51	38
60	83	51	39
18	84	51	40
65	85	51	41
66	86	51	42
		51	43

פרק א':

אספקת

שירותי

הבריאות

1. רפואת הקהילה

רקע

רפואת הקהילה היא אבן הראשה של מערכת הבריאות בישראל, והצלחתה חיונית לקיומה של מערכת בריאות איכותית, המצליחה לקדם את בריאות האוכלוסייה, תוך שימוש אפקטיבי במשאבים העומדים לרשותה. רפואה ראשונית איכותית תורמת לצמצום פערים בבריאות, מאפשרת לקדם רפואה מונעת המפחיתה את העומס על כלל המערכת, ומאפשרת להתמודד טוב יותר עם המגמות המאייצות של הזדקנות האוכלוסייה וריבוי המחלות הכרוניות¹. הרפואה הראשונית שמספקות קופות החולים מלווה את תושבי ישראל באופן יומיומי, על פני כל רצף החיים. כך, 90% מהאוכלוסייה הבוגרת דיווחו כי ביקרו אצל הרופא הראשוני בקהילה לפחות פעם אחת בשנה האחרונה, וכשני שלישים מהאוכלוסייה בוטחים ביכולתו של הרופא בקהילה להעניק להם סיוע במקרה של מחלה קשה – יותר מבכל גורם אחר במערכת הבריאות². הרפואה הראשונית בקופות החולים בישראל זוכה לשבחים ממומחים בין-לאומיים³, ומבוטחי הקופות מביעים שנה אחר שנה שביעות רצון רבה מתפקודן⁴. עם זאת, קופות החולים מתמודדות עם אתגרים רבים, ובהם מחסור במשאבים כספיים (נושא שידון במלואו בפרק הבא) ומחסור בכוח אדם רפואי, אשר פוגעים בזמינות רופאי הקהילה.

כוח אדם בקהילה וזמינות השירות הרפואי

בשנת 2012 הועסקו במרפאות ראשוניות בקהילה כ-5,000 רופאי משפחה וכ-2,000 רופאי ילדים (מתוך כ-26 אלף רופאים המועסקים בישראל). 45% מהמועסקים במרפאות ראשוניות הם מומחים ברפואת המשפחה, ילדים או פנימית, 11% בעלי התמחות אחרת (כגון גניקולוגיה) והשאר (45%) אינם מומחים. הגיל הממוצע של הרופאים הראשוניים גבוה ביחס לחתך הגילים של הרופאים בבתי החולים, ושיעור הרופאות המצטרפות לתחום הולך ועולה⁵. להערכת איגוד רופאי המשפחה⁶, יידרשו בכל שנה 350 רופאי משפחה חדשים כדי לשמר את איכות השירות הניתן היום (זאת עקב הפרישה הצפויה של רופאים רבים לגמלאות, עזיבת המקצוע טרם פרישה והגידול באוכלוסייה) – מספר אשר לטענתם גבוה בהרבה ממספר המצטרפים לרפואת המשפחה בכל שנה. להערכת איגוד רופאי הילדים⁷, גם מספר רופאי הילדים שמסיימים כיום התמחות אינו מספיק כדי לעמוד בדרישה לרפואת ילדים עקב גידול האוכלוסייה.

סקר שבחן את זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה⁸ מצא כי זמן ההמתנה הממוצע עומד על 3.2 שבועות, ו-28% ממתנינים יותר מחודש מזמן קביעת התור עד מועד הפגישה עצמה. זמני ההמתנה

¹ על חשיבותה של הרפואה הראשונית להשגת מטרות אלה ראו גם: OECD, 2012; Schoen et al, 2009; Starfield et al, 2004; Baicker and Chandra, 2005; Pelone et al, 2013.

² לפי סקר מכון ברוקדייל, ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, 2013.

³ OECD (2012).

⁴ לפי סקר מכון ברוקדייל, ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום (2013).

⁵ OECD (2012); משרד הבריאות (2014).

⁶ עמדת איגוד רופאי המשפחה, כפי שהציג יו"ר האיגוד פרופ' שלמה וינקלר בישיבת הוועדה ב-25 ביולי 2013. המתודולוגיה של הערכה זו לא נבדקה. כמה חברים העריכו כי מספר זה גבוה מהנדרש.

⁷ עמדת איגוד רופאי הילדים, כפי שהציג יו"ר האיגוד פרופ' אלי סומך ומזכ"ל האיגוד צחי גרוסמן בישיבת הוועדה ב-25 ביולי 2013.

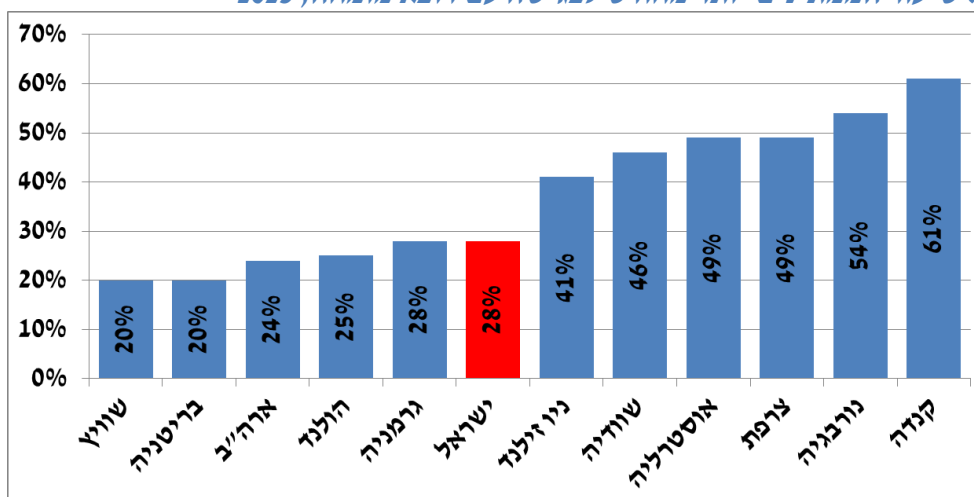
⁸ ברמלי-גרינברג, וייצברג וגוברמן (2014). המחקר מתבסס על סקר שנערך ב-2012.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לרופאים יועצים במקצועות שאינם שכיחים ארוכים יותר – 4 שבועות במוצע - ו-41% מהמבקשים לקבוע תור לרופאים אלה המתנינו יותר מחודש עד מועד הפגישה. לבדיקות אבחון (אולטרה-סאונד, CT, MRI וכו'), זמן ההמתנה הממוצע עומד על שבועיים וחצי, אולם זמן ההמתנה לבדיקות אבחון שאינן 'שכיחות'⁹ מגיע לארבעה שבועות במוצע, בזמן ש-37% מהפונים לבדיקה כזו ממתינים לה יותר מחודש. שיעור הממתינים יותר מחודש לרופא יועץ בישראל אינו חריג בהשוואה בין-לאומית¹⁰ (איור 1) ודומה לשיעור הממתינים יותר מחודש בגרמניה, בהולנד ובארה"ב.

בחלוקה גיאוגרפית, הסקר מצביע על פער בזמני ההמתנה בין יישובים במרכז הארץ ליישובים בפריפריה - בעוד שיעור הממתינים יותר מחודש לרופא במקצוע שכיח גבוה יותר במרכז הארץ (24%) מאשר בפריפריה (16%), התמונה מתהפכת בהמתנה לרופאים במקצועות שכיחים פחות. בפריפריה, 56% מהממתינים לתור לרופאים אלה נאלצים לחכות חודש ויותר, לעומת 38% מהממתינים לתור דומה במרכז הארץ. ייתכן שרפואה ראשונית חזקה בפריפריה מפצה על המחסור ברופאים במקצועות שכיחים, אך סיוע זה אינו אפשרי כאשר המטופל נדרש להתייעץ עם רופא במקצועות נדירים יותר.

איור 1: שיעור הממתינים יותר מחודש לפגישה עם רופא מומחה, 2013



מקור: מכון ברוקדייל (ישראל, 2012), The Commonwealth Fund

המחסור בכוח אדם רפואי תורם, לדברי העדים שהופיעו בפנינו¹¹, לזמני המתנה ארוכים בכמה ממקצועות הייעוץ ברפואה השניונית בקהילה, ומוביל לקיצור זמן המפגש בין הרופא למטופל. זמן מפגש קצר מדי עלול לפגוע באיכות הטיפול וברמת השירות למבוטח, ולהקשות על הרופא הראשוני למלא משימות של רפואה מונעת (למשל בהתמודדות עם בעיות של השמנת יתר

⁹ הסקר כלל בין בדיקות האבחון השכיחות את הבדיקות: אולטרסאונד, צילום רנטגן, וממוגרפיה. בדיקות לא שכיחות הן: CT, MRI, ביופסיה, ECG, EEG, EMG, בדיקות מעבדה מיוחדות, צנתור, קולונוסקופיה, אנדוסקופיה, דופלר ועוד.

¹⁰ Schoen et al (2012) וכן אתר The Commonwealth Fund (נבדק ב-16 בספטמבר 2014): <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/chart-cart/survey/2013-international-health-policy-survey/wait-times-for-specialist-appointment>

¹¹ עמדת הר"י בנושא רפואת הקהילה, כפי שהציג ד"ר משה קוסטינר, יו"ר ארגון רופאי שירותי בריאות כללית וסגן יו"ר הר"י, בישיבת הוועדה ב-25 ביולי.

באוכלוסייה). זמן קצר מדי יקשה גם להתמודד עם מקרים מורכבים, עם מטופלים המתקשים בתנועה ועם חולים הסובלים ממחלות כרוניות מרובות.

אתגרים העומדים בפני רפואת הקהילה

מספר המטופלים הסובלים בו-זמנית מכמה מחלות כרוניות צפוי לגדול עם הזדקנות האוכלוסייה ולהטיל נטל נוסף על מערכת הבריאות. אמנם כיום שיעור בני 65 ומעלה באוכלוסיית ישראל (10% בשנת 2012) נמוך לעומת מרבית מדינות ה-OECD (15.5%), אך לפי תחזיות הלמ"ס (תחזית בינונית) עד 2035 שיעור זה יגיע לכ-15% אחוזים מהאוכלוסייה. מספר האנשים בני 65 ומעלה צפוי לעמוד על כ-1.66 מיליון - כפול ממספרם היום¹². הזדקנות האוכלוסייה והתארכות תוחלת החיים מגבירות את הצורך של מערכת הבריאות להתמודד עם תחלואה כרונית מורכבת למשך שנים ארוכות, ועם ריבוי מחלות כרוניות בו-זמנית (multicomorbidity). במדינות מערביות, מחצית האוכלוסייה עד גיל 50 סובלת מלפחות מחלה כרונית אחת ושיעור זה עולה עם הגיל. שני שלישים מהאוכלוסייה בגיל 65 סובלים לפחות משתי מחלות כרוניות. מעבר לכך, תחלואה כרונית מרובה מגדילה גם את הסיכוי שהחולה יסבול, נוסף על כך, מבעיה נפשית כלשהי¹³.

מלבד האתגרים הנובעים מהזדקנות האוכלוסייה, מריבוי התחלואה הכרונית ומהמחסור הצפוי ברופאים ראשוניים, תצטרך הרפואה הראשונית להתמודד עם שינויים נוספים בסביבת הפעולה שלה, ובכלל זה: טשטוש הגבולות שבין הטיפול הרפואי ומניעת המחלות; שינוי באיזון שבין אשפוז ובין טיפול בקהילה עקב עלייה במספר תחליפי האשפוז; וכן הגברת מעורבות החולה בטיפול וזמינות המידע באינטרנט וברשתות החברתיות. נוסף על כך, התמקצעות תחומי הרפואה להתמחויות ותתי-התמחויות, אשר משאירה את החולה הבודד (והקשיש) אל מול מבוכ טיפולי המצריך מתאם ומנהל, מגבירה את הציפיות שהרופאים הראשוניים וצוותי הטיפול יהיו אחראים על הרצף הטיפולי, וישמשו גשר בין בתי החולים ובין הטיפול הקהילתי¹⁴.

הרפואה הראשונית שמה דגש על מערכת היחסים בין החולה ומשפחתו לרופא ולצוות הרפואי. בהתאם, המכון לרפואה בארה"ב¹⁵, בהגדירו את הרפואה הראשונית, קבע כי רופאים שהוכשרו לטפל במרבית צורכי הבריאות של המטופלים מספקים שירותי בריאות משולבים ונגישים, תוך יצירת שותפות עם המטופלים וביצוע הפרקטיקה הרפואית מתוך ההקשר המשפחתי והקהילתי. כדי לאפשר לרפואה הראשונית לטפל טוב יותר וביעילות רבה יותר בחולים מבוגרים הסובלים ממחלות כרוניות מרובות, הציעו חוקרים¹⁶ מודל לרפואה ראשונית המבוסס על **טיפול בצוות** הכולל רופאה, אחות וכן מטפלים ממקצועות בריאות אחרים העובדים יחד בקהילה (למשל, דיאטנית, פסיכולוגית, עובדת סוציאלית וכו'). המרכיבים בטיפול כוללים אבחון והערכה מקיפים; פיתוח של תוכנית טיפול כוללת לחולה המסוים ויישומה, תוך השגחה פרו אקטיבית על מצבו הבריאותי של החולה; **ניהול הטיפול (case management)** ותיאום בין כל שלבי הטיפול: זה הניתן בקהילה, מיועצים, במהלך אשפוז, בביקורים בחדרי מיון, וכן מנותני טיפול

¹² (למ"ס, 2013, 2012).

¹³ Barnett et al. (2012)

¹⁴ Schoen et al, (2009)

¹⁵ Institute of Medicine (1996)

¹⁶ Boulton and Wieland (2010)

אחרים (כמפורט לעיל); במקרה של שחרור מאשפוז, סיוע לחולה לחזור ולהשתלב בקהילה (ומניעת אשפוז חוזר); סיוע לחולה גם בגישה לשירותים חברתיים ואחרים שהוא מקבל בקהילה, ובפרט כאלה שיסייעו לו להישאר פעיל ויקדמו את בריאותו.

שימוש בטכנולוגיות מידע והטמעה של אמצעים דיגיטליים תומכים בהענקת טיפול טוב יותר לחולים. התיק הרפואי הממוחשב מאפשר כיום לרופאים לקבל ראייה כוללת על החולה. התיק מאפשר העברת מידע לרופא בזמן אמת (תוצאות מעבדה, בדיקות דימות ואשפוז), העברת הנחיות קליניות ומידע רפואי, וכן העצמת תהליכים מרכזיים, כגון תהליכי מניעה וקידום בריאות. התיק הממוחשב יכול גם למנוע מהרופא לתת מינון שגוי של תרופות ולתמוך בקבלת ההחלטות שלו¹⁷. התיק הרפואי הממוחשב יכול לעזור גם בקשר שבין בית החולים לרופא הראשוני וכך לשמר רצף טיפולי בחולה. אולם למרות הפוטנציאל החלה הסדרת הנושא רק השנה¹⁸, אז נקבעו הכללים לשיתוף מידע רפואי ונכנסה לפעולה המערכת המאפשרת שיתוף מידע בין קופות החולים לבתי החולים. בנושא זה נעסוק גם בפרק הבא. טכנולוגיות המידע מאפשרות ומחייבות גם שינוי בצורת עבודתו של הרופא: חלק גדול מהבעיות יכול להיפתר בלי הגעה פיזית של המטופל למרפאה, תוך שימוש בדואר אלקטרוני וכו'. המטופל יכול גם להעביר לרופאו תמונות וקטעי וידאו קצרים. מצד אחד, המטופל יכול לחסוך זמן רב ועלויות אם הביקור הפיזי הופך מיותר ומאידך, על הרופא לפנות זמן בתוך יומו העמוס ממילא כדי לטפל בתקשורת מקוונת זו.

המלצות

המחסור הצפוי ברופאים ראשוניים והעומס המוטל עליהם כיום, שמתבטא גם בזמני מפגש קצרים עם המטופלים, מחייבים פעולות להגברת הזמינות והנגישות של רופאים אלה. בכך צריכים להתחשב גם הגורמים אשר יקבעו מדיניות לתכנון ההתמחויות הרפואיות בראייה לאומית (המלצה מספר 79). כדי ליישם מטרה זו יש לבחון את התמריצים לבחירה במקצוע ולהישארות בו (בהתאם להמלצה מספר 78), ואת האפשרות להרחיב את ההכשרה בקהילה במסגרת הלימודים (המלצה מספר 80).

המלצה מספר 1: פעולות להגברת הזמינות והנגישות של הרופא הראשוני –

- א. באחריות משרד הבריאות, קופות החולים וההסתדרות הרפואית לפעול להגדלת מספר הרופאים הראשוניים בדגש על פריפריה חברתית וגיאוגרפית.
- ב. יינקטו פעולות לצמצום נטל הפעולות הבירוקרטיות המוטל על הרופא הראשוני, לרבות אישורים.

הוועדה רואה חשיבות רבה בחיזוק מעמדה של הרופאים הראשוניים בקהילה כמנהלי הטיפול במבוטח (case manager), המרכזים את המידע על הטיפול הרפואי בו מכל הגורמים, וממליצים למבוטח על דרכי הטיפול המתאימות לו (ובכלל זה על היועץ המתאים ביותר, ובמקרה הצורך על בית החולים המתאים ביותר לצרכיו, במסגרת הסדרי הבחירה). הרופאה הראשונית המנהלת את

¹⁷ ורדי ואחרים (2008); שלו (2010).

¹⁸ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 5/14.

הטיפול תשמש במערכת כנציגו של המטופל (patient's advocate) במגע עם שלל הגורמים הרפואיים המעניקים לו טיפול, הן בקהילה והן בבית החולים, תסייע לו להתמודד עם המבוכ הטיפולי וכך תשפר את איכות הטיפול והשירות למבוטח. הדגשת האחריות של הרופאה הראשונית (והצוות שעובד עמה) לניהול הטיפול במבוטח, תשפר את היכולת להתערב במניעה של מחלות בכל רמותיה - ראשונית (חינוך לקידום בריאות, חיסונים), שניונית (גילוי מוקדם), ושלישונית (שיקום)¹⁹.

צעד ראשון והכרחי לחיזוק מעמדו של הרופא הראשוני בקהילה כמנהל הטיפול במבוטח, הוא "שיוך" של המבוטח לרופא ראשוני. כיום נעשה שיוך פורמלי של רופא למבוטח בקופת חולים כללית, שיוך לסניף בקופת חולים לאומית, ואין שיוך מלא בקופות החולים מכבי ומאוחדת. אמנם גם בקופות שאין בהן שיוך רשמי, מירב המטופלים חוזרים שוב ושוב לרופא הראשוני, אך בעינינו ההליך המנהלי של שיוך עדיין נחוץ, ואף הוא אינו מספיק. שיוך במובנו הרחב הוא מעין חוזה בין הרופא למבוטח: ראשית, השיוך מקבע את האחריות הכוללת של הרופא הראשוני (וצוותו) לבריאות המבוטח שמשויך אליו (הן לצורך מניעה והן לטיפול במחלות). ושנית, השיוך מבהיר גם למבוטח מי הרופא שמרכז את הטיפול בו, ולמעשה יוצר מחויבות הדדית בין הצדדים. נדגיש כי שיוך לרופא ראשוני אין משמעותו ביטול זכות הבחירה של המבוטח ברופא. גם בקופת חולים כללית, שיש בה שיוך, המבוטח יכול לבחור ברופא ראשוני אחר שהוא רוצה להיות משויך אליו. עם זאת, מעברים תכופים של מטופלים בין רופאים ראשוניים עלולים לפגוע ברצף הטיפול וביכולת לנהל את הטיפול במבוטח. על כן אנו ממליצים לאפשר למבוטחים להחליף רופא ראשוני עד אחת לרבעון.

המלצה מספר 2: שיוך המבוטח לרופא ראשוני – חובת שיוך של מבוטח לרופא ראשוני אחד, שהוא הרופא המטפל המרכז את הטיפול במבוטח. המבוטח יכול לבחור להחליף את הרופא המטפל אחת לרבעון.

המלצה מספר 3: רופא בקהילה כמנהל הטיפול (case manager) – רופאים ראשוניים בעלי התמחות בתחומים משפחה/ילדים/גריאטריה/נשים/פנימית וכדומה (על פי האירוע) ישמשו מנהלי הטיפול של החולים המשוויכים אליהם.

הוועדה דנה בשאלה אם תפקידו של הרופא הראשוני - מנהל הטיפול במבוטח - מחייב כי כל פנייה של המבוטח לרופא יועץ תהיה באמצעות הפניה של הרופא הראשוני. כיום המבוטח יכול לפנות בפנייה ישירה לרופאים יועצים בחמישה מקצועות - נשים, עור, עיניים, אורתופדיה ואף-אוזן-גרון. עדים שהופיעו בפנינו טענו כי הבחירה במקצועות אלה דווקא בכל הקופות, נבעה כנראה משיקולים שיווקיים של תחרות בין הקופות, ולא ברור מה הם השיקולים הרפואיים, אם יש בכלל כאלה, שעומדים מאחורי רשימת המקצועות שנקבעה. הפנייה הישירה לרופא שניוני מחלישה את הרופא הראשוני כמנהל הטיפול, שכן הוא (במקרה הטוב) מתעדכן רק בדיעבד על הפנייה, ואינו יכול להפנות את המטופל לרופא המתאים לטיפול במצבו. המתנגדים לפנייה הישירה טענו כי היא גורמת לשיעור גבוה של פניות מיותרות לרופאים היועצים, ולעומס רב על

¹⁹ דוח כנס ים המלח ה-14, פרק 2: "חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים", עמ' 101

רופאים אלה, והציעו לבטלה לחלוטין. המתנגדים להצעה זו הזהירו כי ביטול הפנייה הישירה יצמצם את האפשרויות העומדות כיום בפני המבוטחים, ידרוש מהם זמן רב יותר לביקור אצל שני רופאים, ויטיל עומס רב (ובירוקרטי בחלקו) על הרופאים הראשוניים. הצעה אחרת בנושא קראה לקבוע את רשימת המקצועות המאפשרים פנייה ישירה באופן מרכזי - במשרד הבריאות - ועל פי שיקולים רפואיים, כך ששיקולי תחרות בין הקופות לא ישפיעו על הרכבה.

ההחלטה אם לצמצם (או לבטל כליל) את היקף הפנייה הישירה כרוכה בשאלות פרטניות של משאבי אנוש, שכן כל החלטה בנושא מסיטה עומסים בין רופאי המשפחה לרופאים היועצים. החלטה בעניין כרוכה גם בשאלות רפואיות הנוגעות לרשימת המקצועות המאפשרים פנייה ישירה. הוועדה החליטה כי בהתחשב בנתונים העומדים לרשותה, אין ביכולתה לגבש המלצה מפורשת בעניין. עם זאת הוועדה דנה בכמה דרכים לעודד פנייה לרופא הראשוני במקרה הצורך, והיא ממליצה לקבע את הנוהל שבמקרים של דחיפות רפואית, חולים שיקבלו הפניה מרופא המשפחה שקבע כי מדובר במקרה דחוף, יקבלו העדפה בתור על פני חולים שפנו ישירות לרופא היועץ. הוראה ברוח זו באה לידי ביטוי גם בחוזר סמנכ"לית משרד הבריאות לפיקוח על קופות החולים, אשר הופץ במהלך עבודת הוועדה ודרש מהקופות ליצור מוקד לטיפול בקביעת תורים שרופא מטפל קבע כי הם דחופים²⁰. הוועדה לא קיבלה את ההצעות לתת עדיפות אבסולוטית בקביעת התור, או הנחה בהשתתפות העצמית, לכל המבוטחים המופנים דרך הרופא הראשוני.

המלצה מספר 4: פנייה ישירה לרופאים יועצים או פנייה דרך הרופא המטפל – במקרים של דחיפות רפואית, חולים שרופא המשפחה הפנה אותם לרופא מומחה, יקבלו עדיפות בקביעת התור על פני מטופלים לא דחופים אחרים.

תפקוד הרופא הראשוני כמרכז הטיפול תלוי בקיומן של מערכות מידע תומכות, אשר יאפשרו לו להכיר את עברו הרפואי של המטופל (גם אם עבר מקופת חולים אחרת) ולהתעדכן בטיפולים שקיבל ובבדיקות שעבר, הן בקהילה והן בבית החולים. מעבר לקיומן של מערכות כאלה, יש להבטיח כי לרשות הרופא הראשוני יעמדו המשאבים הנדרשים על מנת להשתמש במערכות אלה ודי זמן לעבד את המידע הנמצא בהם.

הוועדה דנה בשאלה עד כמה יש לעדכן את הרופא הראשוני על שירותים רפואיים שקיבל המבוטח במערכת הפרטית, ומנגד עד כמה יש לאפשר לרופא הפרטי לקבל מידע על התיק הרפואי של המטופל. העברת מידע מלאה לרופא הפרטי, בדומה לנהוג עם רופאים ציבוריים, תאפשר רצף טיפולי המתרכז במטופל ומתעלם ממקור המימון של הפעילות הרפואית. העברת מידע מלאה עשויה אפוא לחסוך מהמטופל (ולמערכת) בדיקות מיותרות וטעויות טיפוליות הנובעות ממידע חסר. העברת מידע כזאת מחייבת גישה של הרופאים הפרטיים לתיק הרפואי של המטופל המגיע אליהם (כמובן, לאחר אישור של המטופל ותוך שמירה על שיקולי פרטיות), והיא דורשת מהרופא הפרטי לעדכן את פרטי הטיפול במערכת המידע. המתנגדים לגישה זו טוענים כי היא תמחק את הגבול הקיים היום בין הרפואה הציבורית לפרטית ותגרום נזק למערכת הציבורית. המתנגדים מציינים עוד כי חולה אשר פונה לרופא פרטי מומחה כדי לקבל חוות דעת שנייה, יכול להעדיף

²⁰ חוזר סמנכ"לית משרד הבריאות מיום 29 באפריל 2014 (3/2014).

שחוות הדעת תהיה עצמאית ולא תושפע מאבחנות של רופאים קודמים שנמצאות בתיק הרפואי של המטופל. נוסף על כך, המטופל עשוי לפנות לרופא פרטי על מנת להימנע מחשיפה של בעיה מסוימת בפני הצוות הרפואי המטפל בו בדרך כלל. המתנגדים לשילוב מלא של מערכות המידע קראו להסתפק בדרישה שהרופא הפרטי יספק למטופל מכתב סיכום מסודר של הטיפול. המטופל יוכל להעביר את המכתב לרופא הראשוני בקופת החולים, המרכז את הטיפול בו. בהתחשב בשיקולים אלה, הוועדה ממליצה שלא לשלב באופן מלא את הרופאים הפרטיים במערכות המידע של הקופות, ולהותיר בידי המטופל את הבחירה בהיקף המידע שיועבר אל הרופא הפרטי וממנו. המלצה זו אינה שוללת כמובן את האפשרות העומדת בפני המבוטח להתייעץ עם הרופא הראשוני המרכז את הטיפול בו, טרם פנייתו לרופא הפרטי ולאחר מכן.

המלצה מספר 5: העברת מידע רפואי על המבוטח לרופא המטפל:

- א. במעבר מקופה לקופה חובה על קופת החולים הנעזבת להעביר את התיק הרפואי של המבוטח לקופה החדשה באופן אלקטרוני ובלי צורך בהתערבותו של המבוטח. יש לאפשר למבוטחים לבקש שלא להעביר את התיק הרפואי שלהם לקופה החדשה או להעביר את המידע באחת הדרכים המקובלות (לפי חוזר סמנכ"ל פיקוח על קופות חולים במב"ר 7/2013).
- ב. הבניית מערכות המידע כך שריכוז כלל המידע על המטופל יהיה אצל הרופא המטפל. הן מידע על אודות האשפוזים (כולל התראה מיידית על אשפוז של המבוטח), והן מידע על אודות פעולות אחרות שבוצעו במסגרת קופת החולים.
- ג. העברת מידע מרופא פרטי/רופא הסדר לקופת החולים, ולהיפך, מקופת החולים אל הרופא הפרטי/רופא ההסדר, תיעשה באמצעות המבוטח, שיבקש את המידע הרפואי הדרוש לו ולפי שיקול דעתו יבקש להכניסו לתיק הרפואי.
- ד. יש לאפשר למבוטחים להכניס פריטים לתיק הרפואי האלקטרוני שמנוהל בקופת החולים, וזאת כפוף למידע שיוגדר על ידי קופת החולים ובאישור רופא מהקופה.

על רקע הזדקנות האוכלוסייה בישראל והעברת תחום בריאות הנפש לאחריות קופות החולים, הוועדה מזכירה כי חשוב לתמוך ברופאים הראשוניים ולהעניק להם כלים שיאפשרו לזהות בעיות בתחומים הקשורים להתפתחויות אלה (פסיכיאטריה²¹, גריאטריה וכו'). הוועדה ממליצה גם למצוא דרכים שיאפשרו לרופאים הראשוניים להדגיש נושאים כמו רפואה מונעת והקניה של אורח חיים בריא.

המלצה מספר 6: מתן כלים לרופאים הראשוניים בתחומים נוספים (למשל פסיכיאטריה וגריאטריה).

²¹ התערבויות ברמת הרופא הראשוני נמצאו אפקטיביות בטיפול ובמעקב אחר כמה הפרעות נפשיות קלות עד בינוניות. בעקבות זאת, ה-OECD המליץ להרחיב את הזמינות ואת האיות של הטיפול בהפרעות כאלה ברפואה הראשונית, על מנת לצמצם את פערי הטיפול בתחום זה, ולעשות זאת בדרך אשר עומדת גם במבחן עלות תועלת. (OECD, 2014).

המלצה מספר 7: מציאת דרכים לחיזוק נוסף של תחום הרפואה המונעת וקידום אורח חיים בריא (למשל: קידום חיסונים, בדיקות סקר, היעזרות בדיאטנית, סיוע להפסקת עישון, עידוד פעילות ספורטיבית והתנהגויות בריאות אחרות, ובפרט עידוד פעילות מונעת מותאמת מגזרים וקבוצות אוכלוסייה).

זמינות נמוכה של רופאים מומחים בקהילה פוגעת במטופל ומעודדת פנייה למערכת הפרטית. לפי העדויות ששמענו, לא פעם הופך הכיסוי בביטוחי השב"ן, אשר נועד לאפשר קבלה של חוות דעת שנייה, לכיסוי המממן קיצור תור גם לפגישה ראשונה עם רופא מומחה. במהלך דיוני הוועדה לא עמדו לרשותנו נתונים מנהליים על זמני ההמתנה לרופאים יועצים במערכת הציבורית (הן בקהילה והן במרפאות החוץ של בתי החולים), וזאת בניגוד לזמני המתנה לניתוחים אלקטיביים בבתי החולים. עם זאת, כאמור לעיל, הסקר שערך מכון ברוקדייל הצביע על זמני המתנה ארוכים לרופאים מקצועיים בכמה מקצועות שכיחים פחות, ובמיוחד בפריפריה. גם נתוני סקר שבחן את זמני ההמתנה במרפאות החוץ של בתי החולים הדסה ושערי צדק בירושלים הצביעו על זמני המתנה ארוכים למטופלי המערכת הציבורית שלא השתמשו בשירותי השר"פ.²²

לצורך טיפול בבעיה זו הוועדה ממליצה כי משרד הבריאות וקופות החולים ירחיבו את זמינות שירותי הרפואה השניונית בקהילה, במיוחד בפריפריה, שם זמינות הרפואה הפרטית נמוכה יותר. בהתאם למגמה העולמית להעברת מרכז הכובד של אספקת שירותים רפואיים מבתי החולים לקהילה, הוועדה ממליצה להעדיף מתן של שירותי ייעוץ בקהילה ולשם כך להקצות באופן מושכל את תקני המומחים. כדי להימנע מבזבוז ומכפל תשתיות שלא לצורך הוועדה ממליצה להשתמש באופן יעיל ומשולב בתשתיות בקהילה ובבתי החולים.

המלצה מספר 8: הרחבת זמינות הרפואה השניונית בקהילה:

- א. באחריות משרד הבריאות וקופות החולים להרחיב את זמינות שירותי הרפואה השניונית בקהילה, בעיקר בפריפריה.
- ב. מתן דגש על מתן שירותי ייעוץ בקהילה והקצאה מושכלת של מקצועות הייעוץ (רפואה שניונית) בין בתי החולים לקהילה.
- ג. לגבי ארגון יעיל ומקצועי של הרפואה המקצועית בקהילה ובבתי החולים, יש כמה פתרונות אפשריים:
 - 1) שימוש יעיל ומשולב בתשתיות של קהילה ובית חולים.
 - 2) שילוב נציגי קופות חולים בבתי חולים.
 - 3) מתן העדפה למודל של רופא משולב "בית חולים – קהילה".

²² מצגת לוועדה של פרופ' מאיר ברזיס, מהמרכז לאיכות ובטיחות קלינית, הדסה והאוניברסיטה העברית (מתאריך 8 באוגוסט 2013).

מקורות

- ברמלי גרינברג, שולי, וייצברג, רות, וגוברמן, דרור 2014 "זמני המתנה לרפואה יועצת ובדיקות אבחון והדמיה בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח" דוח מחקר דמ-678-14 מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמלי-גרינברג, ש., מדינה-הרטום, ת. 2013. "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2012 והשוואה לשנים קודמות". דוח מחקר דמ-672-14 מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ורדי, ד., קיים, ר., קיטאי, א. 2008. "רפואה בקהילה: כיצד נתמרץ את הרופאים?". *הרפואה* 147 (12): 999-1003.
- כנס ים המלח ה-14. 2013. צוות 2 "חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים" מתוך: טיוטת דוח סופי לכנס ים המלח ה-14 "האחריות לבריאות – סוגיות בלתי פתורות" המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ישראל.
- לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2012
- לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2013
- משרד הבריאות, 2014. "בריאות 2013". המרכז הלאומי לבקרת מחלות פרסום 354. אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, ירושלים.
- משרד הבריאות, (29 באפריל 2014), "חולים במלכוד 2 – טיפול בהקדמת תורים במקרים דחופים ואיסור גביית תשלום פרטי עבור הקדמת תורים", חוזר סמנכ"לית משרד הבריאות לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, 3/2014.
- שלו, ו. 2010. "העידן הדיגיטלי במערכת הבריאות הישראלית – הישגים ואתגרים". מתוך: דוח כנס ים המלח ה-11 "מערכת הבריאות בעידן הדיגיטלי" המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ישראל.
- Baicker, K., & Chandra, A. 2004. "Medicare Spending, The Physician Workforce, and Beneficiaries' Quality of Care". CCPR-026-05 California Center for Population Research On-Line Working Paper Series.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. 2012. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 370: 37-43.
- Boult, C., & Wieland, G. D. 2010. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". *JAMA*, 304(17), 1936-1943.
- Institute Of Medicine. 1996. National Research Council. "Primary Care: America's Health in a New Era. Donaldson" Editors; ; Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press, 1996.
- OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012 Raising Standards. OECD Publishing, Publication date: 19 Oct 2012.
- OECD (2014), "Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care", OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264208445-en.
- Pelone, F., Kringos, D. S., Spreeuwenberg, P., De Belvis, A. G., & Groenewegen, P. P. 2013. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *International journal for quality in health care*, 25(4), 381-393.

Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Rasmussen, P., Pierson, R., & Applebaum, S. 2012. A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Affairs*, 31(12), 2805-2816.

Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J., & Applebaum, S. 2009. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affairs*, 28(6), w1171-w1183.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. 2005. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3), 457-502.

2. שיתוף הפעולה והתיאום בין הקהילה לבתי החולים

רקע

רפואת הקהילה אמנם מספקת את רוב שירותי הרפואה הנדרשים לתושבים בשגרה, אך בשעת חירום רפואית, וכאשר המטופל נדרש לטיפול מורכב, למשל כזה הכרוך בניתוח או באשפוז, בתי החולים הם שנותנים את המענה למטופלים. שני רכיבים חיוניים אלה של מערכת הבריאות – קהילה ובתי חולים – נמצאים לרוב במיקומים נפרדים, הבעלות עליהם אינה אחידה (למעט בקופת חולים כללית), והם נבדלים בתרבות הארגונית, באופי העבודה ובמאפיינים נוספים. אולם למרות ההבדלים, מערכת בריאות ששמה את המטופל במרכז חייבת להעניק לו טיפול רצוף המתאים לצרכיו, וצריכה להתגבר על החסמים האפשריים לשיתוף פעולה בין קופות החולים לבתי החולים.

מבחינת המטופל, רצף טיפולי משמעו שהטיפול שהוא מקבל מסתמך על כלל המידע הרפואי שמסר ועל הבדיקות שכבר עשה, והוא איננו נזקק למסור שוב ושוב אותו המידע ולעשות שוב אותן הבדיקות; משמעו בחירה של המיקום המתאים ביותר לטיפול במצבו של המטופל המגיע לחדר המיון (גם מבין האפשרויות בקהילה); משמעו שחרור מתוכנן ומתואם מבית החולים, אשר אינו משאיר את המטופל בחוסר ודאות לגבי המשך הטיפול במצבו, ואינו דורש ממנו תיאומים בירוקרטיים רבים; משמעו של הרצף הטיפולי הוא קבלת טיפול מתואם אשר מונע הידרדרות מחודשת במצבו של המטופל ואשפוז חוזר שלו בבית החולים. מבחינת הצוות הרפואי והמערכת, רצף טיפולי מאפשר לחסוך זמן ומשאבים על עריכת בדיקות מיותרות ואשפוזים שניתן למנוע אותם, ומאפשר להעניק טיפול טוב יותר, המתחשב בכלל המידע על המטופל ונמנע מטעויות הנובעות מחוסר מידע.

ממדים מסוימים של רצף הטיפול כבר מקבלים היום מענה בכמה מבתי החולים. כך למשל, הולכת ונפרשת בבתי החולים מערכת ממוחשבת ("אופק"), המספקת רשומה רפואית דיגיטלית הנגישה הן בבתי החולים והן בקופות החולים, ומאפשרת שיתוף במידע רפואי על המטופל²³. כמו כן מחלקות בכמה מבתי החולים עורכות בתום האשפוז "שחרור מתוכנן", אשר כולל בין היתר קביעת תוכנית טיפול המשכי לאחר השחרור בשיתוף עם נציג הקהילה²⁴. עם זאת, מהעדויות שקיבלנו עולה כי התיאום בין הקהילה לבתי החולים, במרבית המקרים, עדיין אינו משביע רצון.

גם במדינות אחרות נושא רצף הטיפול בין הקהילה לבית החולים, המסייע במניעה של אשפוזים חוזרים, זוכה לתשומת לב רבה. ה-NHS הבריטי, למשל, מעודד תהליכים פרואקטיביים בבתי חולים לצמצום מספר האשפוזים החוזרים, ובכלל זה עיצוב מחדש של מסלול שחרור מתואם עם הקהילה.

²³ ראו חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 5/14.
²⁴ דוח כנס ים המלח ה-14 (2013), עמ' 114.

המלצות

הוועדה הסכימה כי הרופא הראשוני בקהילה צריך לרכז את הטיפול במבוטח, בין שהטיפול ניתן בקהילה ובין שבבית החולים. על כן אנו ממליצים כי קופות החולים ובתי החולים יבנו מודל שיאפשר שמירת קשר בין הרופא הראשוני לצוות המטפל בבית החולים. קשר זה חשוב במיוחד לחולים מורכבים או קשישים, לחולים שחל שינוי מהותי בטיפול בהם וכן לחולים שהמשך הטיפול בהם מצריך היערכות של הקהילה. העדים שהתייחסו לנושא הציעו כי שמירת הקשר עם רופא הקהילה תוכנס לשגרת היום של הרופא במחלקה בבית החולים וכי בתי החולים יקלו על רופאים מהקהילה, הבאים לבקר את מטופליהם (למשל, באמצעות שמירת חניות ייעודיות). גם הרחבת ההיכרות של כלל הרופאים עם העבודה בקהילה (ברוח המלצה #52) תתרום לעידוד הקשר בין שני הצדדים.

המלצה מספר 9:

קופות החולים ובתי החולים יפעלו לבנות מודל שיאפשר שמירת קשר שוטף בין הצוות הרפואי בבית החולים לרופא המטפל בקהילה על אודות המטופל המאושפז.

חיזוק הקשר בין הקהילה ובין בית החולים יחזק את מעמדו של רופא הקהילה כמרכז הטיפול במבוטח. מעבר לכך, חיזוק הקשר יסייע לממש את האחריות של קופות החולים על מתן מלוא שירותי הבריאות למבוטחיהן, הן בקהילה והן בבתי החולים – אחריות שעולה מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אחריות זו, בהקשר של שירותי בתי החולים, אינה מתבטאת בתשלום עלות השירותים בלבד, ויש לשאוף למצב שבו קופות החולים מקבלות עליהן אחריות מלאה לתת למבוטחיהן את מלוא הרצף הטיפולי. על כן הוועדה ממליצה כי ההסכמים בין קופות החולים לבתי החולים, שמתרכזים כיום ביחסים הפיננסיים בין הגופים, יעסקו גם בנושא הרצף הטיפולי בין הקהילה לבית החולים.

המלצה מספר 10:

ההסכמים בין בתי החולים לקופות החולים יכללו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי.

המלצה מספר 11:

יוקם צוות מקשר מטעם קופות החולים בתוך בתי החולים. הצוות המקשר יהיה ממקצועות הרפואה, ויעסוק בכמה היבטים:

- א. תיאום התהליך הרפואי המיטבי בין התחומים: האשפוז, הטיפול והשחרור הביתה או למוסד שיקום.
- ב. ייעול תהליכים והפחתת נטל הבירוקרטיה המוטל על החולה.
- ג. סיוע לעדכון ההדדי בין הרופא שמנהל את הטיפול בחולה ובין הצוות הרפואי בבית החולים.

בתוך כך יש לשים לב כי שיקולים כלכליים אינם מתחזקים על חשבון שיקולים רפואיים מקצועיים.

מקורות

כנס ים המלח ה-14 (2013), "צוות 2: חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים" מתוך: טיוטת דוח סופי לכנס ים המלח ה-14 "האחריות לבריאות – סוגיות בלתי פתורות" המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ישראל.

שלו, ו. 2010. "העידן הדיגיטלי במערכת הבריאות הישראלית – הישגים ואתגרים". מתוך: דוח כנס ים המלח ה-11 "מערכת הבריאות בעידן הדיגיטלי" המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ישראל.

Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J., & Applebaum, S. 2009. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affairs*, 28(6), w1171-w1183.

3. הרפואה הדחופה

רקע

המחלקות לרפואה דחופה בישראל (מלר"ד, כלומר חדרי המיון) מהוות חוליה מקשרת בין הקהילה ובין המערך האשפוזי, תוך עיסוק בכל תחומי ההתמחות הרפואית המקצועית. מחלקות אלה מטפלות בכ-3 מיליון פונים בשנה ו-45% מהאוכלוסייה הבוגרת מדווחים כי ביקרו בחדר מיון בשנה האחרונה או ליוו מישהו אחר בביקורו שם.²⁵

המחלקות לרפואה דחופה סובלות מעומס רב, הגורם לזמני המתנה ארוכים עד השחרור או האשפוז. ב-2012 היה משך השהייה הממוצעת במחלקות אלה כשלוש שעות וחצי (עלייה של 14% לעומת שלוש שנים לפני כן), ורבע מהמטופלים שהו במחלקה יותר מ-4 שעות.²⁶ בסקר ב-2007, יותר ממחצית מהמבקרים במלר"ד התלוננו על זמן ההמתנה הארוך לקבלת טיפול - יותר מבכל שאר השירותים שנסקרו. עומס המבקרים נובע מהגידול במספר הפונים למלר"דים ובמשך הזמן הנדרש לטיפול בהם, ובפרט לטיפול באוכלוסייה המתרחבת של קשישים, אשר סובלת לעתים מבעיות רפואיות מורכבות. עומס זה מוחמר עקב השהיית מאושפזים עד להעברתם בפועל למחלקות, ומקשה להעניק טיפול הולם לפונים למחלקות לרפואה דחופה.

במהלך דיוניה של ועדה זו, ועדה אחרת, בראשות ד"ר יעקב (ג'קי) אור, מנהל המחלקה לרפואה דחופה בבית החולים שיבא, בחנה את הדרכים לקידום הרפואה הדחופה בישראל והגישה את מסקנותיה לשרת הבריאות בינואר 2014. דוח הוועדה כלל שורה של המלצות פרטניות להתמודדות עם העומס במחלקות לרפואה דחופה. הדוח המליץ להגדיל את המשאבים הפיזיים והאנושיים העומדים לרשות מחלקות אלה (עמדות, רופאים ואחיות), וכלל הצעות לצמצום פניות מיותרות למלר"ד (על כך ראו גם בסעיף הבא בדוח זה), וליעול של שחרור המטופלים מהמלר"ד לקהילה או למחלקות האשפוז בתוך בית החולים.

המלצות

הוועדה החליטה לאמץ את מסקנות הוועדה לקידום הרפואה הדחופה ולהמליץ כי יקודמו, תוך בחינת היבטים לוגיסטיים ותקציביים הכרוכים ביישומן. במסגרת היערכות המלר"דים להזדקנות האוכלוסייה ועל רקע הצורך הגובר והולך בטיפול ייחודי באוכלוסייה הקשישה, הוועדה ממליצה כי בכפוף לזמינות, יתווסף לצוות המלר"ד גם רופא שהתמחה ברפואה גריאטרית.

המלצה מספר 12 :

הוועדה מאמצת את מסקנות הוועדה לקידום הרפואה הדחופה שמינתה שרת הבריאות. קידום ההמלצות ייבחן בהיבטים לוגיסטיים ותקציביים. נוסף על כך יתווסף לצוות המחלקות לרפואה דחופה גריאטר, כפוף לזמינות, שיסייע בטיפול הראוי באוכלוסייה הקשישה.

²⁵ הסקר החברתי של הלמ"ס (2007).

²⁶ משרד הבריאות (2014).

מקורות

- "ביקורים במחלקה לרפואה דחופה, מאפייני הפעילות, 2012", משרד הבריאות, 2014.
- הודעה לעיתונות: "עמדות הציבור כלפי שירותי הבריאות בישראל", מנתוני הסקר החברתי 2007, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2008.
- "הוועדה לקידום הרפואה הדחופה בישראל, דוח מסכם", ינואר 2014.

4. מערכת האשפוז

רקע

האשפוז הכללי

בישראל קיימים 45 מוסדות לאשפוז כללי, ובסוף 2012 הם הפעילו 14,972 מיטות אשפוז כלליות.²⁷ מבין המוסדות האלה, 20 מוסדות הפעילו 300 מיטות ומעלה, והשאר קטנים יותר.

מערכת האשפוז הכללי בישראל היא אחת ממערכות האשפוז הכללי העמוסות והצפופות ביותר בעולם המערבי. שיעור המיטות ביחס לאוכלוסייה הינו נמוך ושיעורי התפוסה של המיטות הם במקום הגבוה ביותר בקרב מדינות ה-OECD. דוח של ה-OECD קבע בשנה שעברה כי באופן כללי האכיפת של בתי החולים בישראל גבוהה, אך יש מקום לשיפור²⁸. בארגון מציינים כי מערכת האשפוז בארץ יעילה מאוד, אך מזהירים כי רמת העומסים בבתי החולים כבר גורמת לפגיעה במערכת. הארגון קבע בדוח כי על אף תוספת המיטות שעליה הוחלט בשנת 2011 (תוספת של כ-1,000 מיטות אשפוז), יש להמשיך ולעקוב אחר הסימנים המדאיגים העולים ממערכת האשפוז.

לוח 1 מתאר את שיעורי התפוסה הממוצעים בבתי החולים הכלליים.²⁹

לוח 1 : שיעורי התפוסה הממוצעים בבתי החולים הכלליים לפי מחלקות, 2003 עד 2013

שנה	פנימית	טיפול נמרץ	ילדים	כירורגי	יולדות	השהיה
2003	103	74	95	86	114	190
2004	104	78	93	88	101	225
2005	102	86	93	89	99	256
2006	101	87	89	89	100	283
2007	100	89	89	91	103	310
2008	98	88	90	91	106	348
2009	99	90	87	92	111	369
2010	101	91	90	93	107	386
2011	99	95	87	93	106	401
2012	101	90	84	93	103	380
2013	100	83	82	90	98	242

מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות בניהול אגף מידע.

התמונה המצטיירת מנתונים אלה היא של מערכת עמוסה, שבחלק ניכר מהזמן ובכמה מחלקות נמצאת בתפוסת יתר, שמשמעה פעמים רבות – מיטות במסדרון או הגדלה של הצפיפות בחדרים.

²⁷ משרד הבריאות (2014)

²⁸ OECD (2013).

²⁹ הנתונים הם ממוצע שנתי, כלומר בתקופות מסוימות של השנה התפוסה הייתה אף גבוהה מהנתון המופיע בלוח.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

אמנם, בתי החולים מפעילים לעתים מיטות קבועות מעבר למיטות ברישיון³⁰ (שעליהן מסתמכים חישובי התפוסה). אולם גם אם תפוסה הגבוהה מ-100% אין משמעה תמיד צפיפות פיזית קשה, יש לתת את הדעת לכך ששיעורי התפוסה הגבוהים מחייבים גם תקינה מתאימה של כוח האדם במקצועות הבריאות בבתי החולים, על מנת להתמודד עם עומס החולים.

כאשר בוחנים את מערכת האשפוז הכללי בראייה ארוכת טווח, יש לתת את הדעת לגידול ולהזדקנות האוכלוסייה בישראל. כך למשל, תוספת המיטות שניתנה בשנים 2011-2014 לא הביאה לידי גידול בשיעור המיטות ביחס לאוכלוסייה, אלא רק מיתנה את קצב הירידה של אותו השיעור. לוח 2 מציג את השינוי הצפוי בתמהיל האוכלוסייה במדינת ישראל. מן הלוח ניתן לראות כי מלבד הגידול הצפוי באוכלוסייה, שיעור האוכלוסייה המבוגרת בישראל צפוי לעלות במידה ניכרת ולהגביר את הנטל על מערכת האשפוז.

לוח 2 : הרכב הגילים באוכלוסיית ישראל, בפועל בשנת 2012 והצפוי בעתיד

קבוצת גיל	שיעור באוכלוסייה, 2012	שיעור באוכלוסייה, 2020	שיעור באוכלוסייה, 2025	שיעור באוכלוסייה, 2030	שיעור באוכלוסייה, 2035
0-14	28	28	27	26	26
15-24	15	15	16	16	15
25-34	14	13	13	13	13
35-44	13	12	12	11	11
45-54	10	11	11	11	10
55-64	9	8	8	9	9
65-74	6	7	7	7	7
75-84	3	3	4	5	5
85+	1	2	2	2	3

מקור: למ"ס

האשפוז הפסיכיאטרי

בישראל פועלים 13 מוסדות אשפוז לבריאות הנפש. מוסדות אלה, ומחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים הפעילו בסוף 2012 3,467 מיטות אשפוז פסיכיאטריות, מרביתן (81%) בבעלות ממשלתית, 9% בבעלות כללית וכ-7% בבעלות פרטית. שיעור מיטות האשפוז לבריאות הנפש נמצא במגמת ירידה מאז שנות השבעים, בהתאם למדיניות משרד הבריאות לצמצום שירותי האשפוז ופיתוח שירותים בקהילה.

הוועדה שמעה עדויות המעידות על תשתיות חסרות או מוזנחות במערך האשפוז הפסיכיאטרי, על קשיים בגיוס כוח אדם ועל שחיקה של כוח האדם העוסק בתחום זה³¹. ביקור הוועדה בבית חולים

³⁰ נתונים על מיטות כאלה, שלא ברישיון, לא הוצגו בפני הוועדה ונראה שהם לא נאספים כלל בידי שום גורם ממשלתי.

³¹ ראו עדותו של יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל, פרופ' משה קוטלר, מתאריך 25 ביולי 2013.

לבריאות הנפש³² אישש את העדויות ובמהלכו היו חברי הוועדה עדים לצפיפות קשה בחדרי האשפוז ולתנאי מחייה ירודים - תנאים אשר אינם מאפשרים פרטיות מספקת ופוגעים בכבודו של המטופל. יש לציין כי משך האשפוז במוסדות לבריאות הנפש ארוך לעומת האשפוז הכללי (בסוף 2012, שליש מהמאושפזים שהו בו מעל שנה), כך שמוסד האשפוז הופך לבית למשך חודשים או שנים עבור מטופלים רבים.

המלצות

על פי התחזיות תוסיף אוכלוסיית ישראל לגדול בשנים הבאות, אך הרכב האוכלוסייה ישתנה ושיעורם של הקשישים בה יגדל. השינויים הדמוגרפיים הללו יגרמו לשינויים בצורך במיטות אשפוז כללי בישראל. לפי עבודה שנעשתה במשרד הבריאות, במהלך השנים הבאות, 2014-2020, יש צורך בהוספה של 120-250 מיטות לשנה בממוצע, זאת בשיעורי תפוסה הגבוהים ביותר במדינות ה-OECD. תחשיב תוספת המיטות מתבסס על המבנה העכשווי של מערכת הבריאות. שינויים מבניים, כמו מעבר לטיפול בקהילה או מניעה, ישפיעו על המספרים. אך יש להתחשב בכך ששינויים כאלה דורשים השקעת משאבים ייעודיים לשם יישומם.

חשוב לציין כי הוספת מיטות, כמו גם תהליכים של שינויים במערכת, אינם מתרחשים בן-לילה. על כן יש להתחיל בהקדם האפשרי בהכנות אופרטיביות על מנת למנוע מחסור חמור בעתיד. הוועדה ממליצה שהממשלה תפעל להוספת מיטות אשפוז כלליות מעבר לתוספת של כ-1,000 מיטות בשנים 2011-2016, וזאת תוך מתן ביטוי לגידול האוכלוסייה ולהזדקנותה. קביעת תוספת המיטות תתחשב גם בצורך לשמור על חוסן הקהילה, ביכולת הקהילה לתת שירותי אשפוז מחוץ לבתי חולים ולמנוע אשפוזים מיותרים, וכן בהתפתחויות טכנולוגיות המשפיעות על מספר המאושפזים בבתי החולים, לרבות באמצעות אשפוזי יום ואשפוזי בית. בגלל זמן ההיערכות הממושך הנדרש ליישום הנושא, מומלץ לקדם החלטות אלה בהקדם על מנת למנוע מחסור במיטות אשפוז.

המלצה מספר 13 :

הוועדה ממליצה שהממשלה תפעל להוספת מיטות אשפוז כלליות, מעבר לתוכנית הרב שנתית שנקבעה בהחלטת הממשלה, וזאת תוך מתן ביטוי לגידול האוכלוסייה ולהזדקנותה. קביעת תוספת המיטות תתחשב גם בצורך לשמור על חוסן הקהילה, ביכולת הקהילה לתת שירותי אשפוז מחוץ לבתי חולים ולמנוע אשפוזים מיותרים, וכן בהתפתחויות טכנולוגיות המשפיעות על מספר המאושפזים בבתי החולים, לרבות באמצעות אשפוזי יום ואשפוזי בית. בגלל זמן ההיערכות הממושך הנדרש ליישום הנושא, מומלץ לקדם החלטות אלה בהקדם על מנת למנוע מחסור במיטות אשפוז.

יש לזכור כי למרות העומס הכבד שמוטל על בתי החולים הכלליים, בתי החולים יכולים להמשיך ולפעול לשיפור השירות ואיכות הטיפול הניתן בהם לאוכלוסיות בסיכון אשר מטילות עומס כבד

³² ביקור הוועדה בבית החולים "מזרע", בתאריך 2 בינואר 2014.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

על מערכת האשפוז. הוועדה ממליצה לקבוע תוכניות טיפול משולבות למגוון של אוכלוסיות בסיכון: חולים כרוניים, מאושפזים חוזרים, חולים שמקבלים תרופות שלא נמצאות בסל וכו'. תוכניות אלה ייתנו מענה לחולים שזקוקים לתשומת לב מיוחדת מהמערכת הרפואית ויאפשרו להקטין את נטל האשפוז בבתי החולים. נוסף על צעדים אלה הוועדה ממליצה להשתמש באנשי מקצוע בעלי הכשרה רב-תחומית, על מנת לשפר את תהליכי העבודה והיעילות בבתי החולים.

המלצה מספר 14:

קביעת תוכניות טיפול משולבות למגוון של אוכלוסיות בסיכון: חולים כרוניים, מאושפזים חוזרים, חולים שמקבלים תרופות שלא נמצאות בסל וכו'.

המלצה מספר 15:

שימוש באנשי מקצוע בעלי הכשרה רב-תחומית, על מנת לשפר את תהליכי העבודה והיעילות בבתי החולים.

בנוגע לעומס במערכת האשפוז יש לזכור כי מערכת הבריאות בישראל מתבססת על שירותי הקהילה, אשר זוכה לציונים גבוהים מאוד בעולם. ככל שמערכת הבריאות הקהילתית תחזק, יהיה ניתן להקטין את העומס על מערכת האשפוז. במהלך הדיונים התרשמה הוועדה מאוד מהיכולת של הקהילה לתת מענה מיטבי לאוכלוסייה והיא ממליצה להרחיב מערכות תומכות בקהילה, ובכלל זה תשתיות של בירור ואבחון אשר יכולות למנוע ביקורים מיותרים בחדרי המיון ועומס על בתי החולים.

המלצה מספר 16:

הרחבה של מערכות תומכות קהילתיות, כולל חיזוק תשתיות הבירור והאבחון בקהילה והרחבת המערך לטיפול ואשפוז ביתי.

המלצה מספר 17:

צמצום פניות מיותרות לחדרי מיון, בעזרת חיזוק היכולות של קופות החולים בנושא הרפואה הדחופה עם תשתיות וכוח אדם איכותיים. תכנון היחידות יעשה בראייה לאומית.

ציבור נפגעי הנפש בישראל, ובפרט המאושפזים במוסדות לבריאות הנפש, מתקשים לרוב להביע את מצוקותיהם, לדרוש טיפול רפואי נאות, תנאי אשפוז ראויים והקצאת משאבים מתאימה. ראשית, המצב הרפואי הפסיכיאטרי לעיתים מונע מאדם פגוע נפש להביע את דעתו, ומחלת הנפש מאפשרת לעיתים להטיל ספק בעצם נכונות טענותיו. שנית, החולים במחלות הפסיכיאטריות והמוסדות המיועדים לטיפול בהם סובלים מדימוי שלילי המקשים על פגועי הנפש לקבל טיפול נאות ואף להשתלב בחברה ובתעסוקה. דימוי זה, אשר לעיתים מונע מאנשים הצריכים טיפול נפשי לפנות ולבקש אותו, פוגע ביכולת לגייס תמיכה ציבורית ופוליטית במאבק על זכותם של חולי הנפש לשירותי בריאות טובים יותר.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

למרבה הצער, ולנוכח עומס הנושאים שעסקה בהם, לא הספיקה הוועדה לדון לעומקם בצעדים הנדרשים לשיפור הטיפול בחולים במחלות הנפש, ובפרט במערך האשפוז הפסיכיאטרי. נושא זה מצריך התעמקות, במיוחד על רקע הרפורמות אשר כבר מתנהלות כיום, המעודדות טיפול ושיקום של חולי הנפש בקהילה והמעבירות את האחריות לטיפול בחולי הנפש לידי קופות החולים, בדומה לכל מחלה אחרת. אולם, על רקע העדויות המצביעות על המצוקה של תחום השירותים הפסיכיאטריים ולנוכח המצב הפיזי המזעזע של כמה מתשתיות האשפוז הפסיכיאטרי, בו חזו חברי הוועדה בעצמם, ממליצה הוועדה כי משרד הבריאות יתן עדיפות גבוהה לנושא האשפוז הפסיכיאטרי בכל הקשור לפיתוח מוסדות האשפוז ודאגה לתנאי המאושפזים בהם.

המלצה מספר 18 :

הוועדה התרשמה עמוקות מהמצוקה באשפוז הפסיכיאטרי וממליצה למשרד הבריאות לשים את הנושא בעדיפות גבוהה.

מקורות

משרד הבריאות (2014), "מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2012", אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב

OECD (2013), "OECD Economic Surveys: Israel 2013", OECD Publishing
http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-isr-2013-en

5. זמני המתנה לשירותים רפואיים

רקע

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע במפורש רשימה של שירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, ורשימה זו מתעדכנת מפעם לפעם. אולם החוק הותיר גמישות בקביעת רמת הזמינות והאיכות של השירותים וקבע כי השירותים יינתנו "... באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים...". ההגדרה הגמישה יכולה לאפשר לא פעם פגיעה ברמת השירותים - פגיעה המתבטאת בתורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים וליועצים מומחים, ולעתים גם בזמינות גיאוגרפית נמוכה עקב העדפה של ספק רחוק המציע שירות זול יותר. המצוקה התקציבית של קופות החולים, מצוקה שהתגברה בשנים האחרונות, החמירה את הבעיה והפכה את הפגיעה בזמינות לשסתום שדרכו יכול "להשתחרר" הלחץ הפיננסי במערכת. נוסף על כך, בעיות מבניות במערכת הבריאות תורמות גם הן לפגיעה בזמינות. זמני המתנה ארוכים פוגעים באיכות הטיפול המוצע לתושבים, מגבירים את הסבל הכרוך בהתמשכות המצב הרפואי או את אי הוודאות הכרוכה בהיעדר אבחון, ופוגעים באמון הציבור ביכולתה של המערכת הציבורית לענות על צרכיו וציפיותיו. זמני המתנה ארוכים במערכת הציבורית היו ודאי גורם אשר עודד רכישה של ביטוחים פרטיים ושימוש בהם, ומנגד ביטוחים אלה והתרחבותם יצרו תמריצים להאריך את זמני ההמתנה עוד יותר (וראו על כך בהרחבה בפרק ביטוחי הבריאות בדוח זה)³³.

בשלב שמיעת העדויות נחשפה הוועדה לעדויות רבות שתיארו תורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים ולהתייעצות עם רופאים מומחים במערכת הציבורית. התרשמויות חוזרות ונשנות אלה קיבלו תימוכין מנתונים מפורטים על אורך התורים לניתוחים אלקטיביים, שמשרד הבריאות עמל על איסופם במהלך עבודת הוועדה (ראו לוח 3) ואשר העידו על תורים שעברו לעתים את סף (אי) הסבירות שהחוק מאפשר.

הסיבות לזמני ההמתנה הארוכים במערכת הבריאות הציבורית שלובות בבעיות היסוד של המערכת ובכלל זה: מחסור בתקציבים; תמריצים לשחקנים במערכת לפגוע בזמינות במערכת הציבורית כדי להסיט פעילות למערכת הפרטית (ובפירוט: תמריצים לרופאים המועסקים בשתי המערכות, לקופות החולים ולבתי החולים הפרטיים); הסדרי תשלום בעייתיים לבתי החולים; בעיות בתמחור שירותים רפואיים; אי יעילות בניהול התורים ובמיצוי המשאבים הפיזיים והאנושיים ועוד. רבות מבעיות אלה נסקרות בפרקים אחרים של דוח זה.

³³ תופעה זו אינה ייחודית לישראל וגם במדינות אחרות נמצא כי תורים ארוכים במערכת הציבורית מעודדים רכישה של ביטוח פרטי (OECD). עם זאת יש לציין כי גם לביטוחי הבריאות הפרטיים יש השפעה עצמאית על איכות השירות שניתן במערכת הציבורית. הן עקב התמריצים של השחקנים השונים להפנות למערכת הפרטית, הן עקב גידול בעלויות השכר ומסיבות נוספות (ראו פרק הביטוחים בדוח זה).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוח 3 : זמני המתנה ממוצעים לניתוחים אלקטיביים שנערכו ברבעון האחרון של שנת 2013, ב- 16 בתי חולים ציבוריים³⁴ (ימים)

שם הפרוצדורה	ממוצע המתנה ממוצע	חציון המתנה	ממוצע בביה"ח עם הזמן הארוך ביותר	ממוצע בביה"ח עם הזמן הקצר ביותר
החלפת מפרק הירך	59	27	149	9
החלפת מפרק הברך	81	61	366	8
החלפת מפרק למעט ירך וברך	88	78	212	6
ניתוח ראש - קרניוטומיה	45	16	104	15
ניתוח עמוד שדרה, לרבות תיקון עקמת - סקוליוזיס	61	24	131	5
כריתת בלוטת התריס	55	44	98	4
ניתוח כפתורים	53	24	160	7
יישור מחיצת האף (שלא למטרות קוסמטיות)	122	86	203	14
ניתוח שקדים/אדנואידים	70	33	185	6
ניתוח קטרקט	72	42	146	5
ניתוח הכנסת/הוצאת עדשה תוך עינית	72	48	135	5
כריתת זגוגית העין (ויטרקטומיה)	67	29	161	3
תיקון בקע - מפשעתי, פמורלי, טבורי ודופן הבטן	69	35	144	16
כריתת המעי הגס	53	32	143	3
ניתוח מעקפים - CABG	40	5	61	3
כריתת פקת מעורק התרדמה - אנדארטרקטומיה	27	12	59	3
טיפול במפרצת של האאורטה באמצעות תומך או שתל	102	42	126	3
ניתוח בריאטרי	96	62	226	6
כריתת כיס מרה	40	28	105	4
כריתת ערמונית	48	40	134	4
כריתת רחם	49	27	107	7
ארתרוסקופיה לא טיפולית	67	37	192	8
כריתת ושחזור שד לא למטרות קוסמטיות	42	21	89	3

המלצות

בפרק זה נעסוק רק בהמלצות הנוגעות ישירות לניהול התורים במערכת ולשינויים המבניים הנדרשים במערכת הבריאות בישראל כדי לקצר את זמני ההמתנה. אולם ברור כי זמני המתנה

³⁴ הממוצע והחציון הכללי המדווחים בטבלה מתבססים על 16 בתי חולים שמהם התקבלו נתונים על כמויות הניתוחים שנערכו. ממוצע בית החולים המקסימלי והמינימלי (בשתי העמודות משמאל) נקבע מבין 25 בתי החולים שדיווחו על זמני ההמתנה. הנתונים אינם כוללים ניתוחים שהתור בעבורם נקבע לפני תחילת שנת 2013, כך שלמעשה הושמטו ניתוחים שהתור אליהם שנה ויותר.

ארוכים הם לרוב סימפטום של בעיות רחבות יותר, וכי קיצור זמני ההמתנה מחייב גם הגדלה קבועה של מספר הניתוחים והבירורים שנערכים מדי שנה במערכת הבריאות הציבורית. לשם כך יש למצות טוב יותר את המשאבים הפיזיים והאנושיים במערכת, וצעדים אלה דורשים גם משאבים כספיים גדולים יותר, לאורך זמן. בפרק זה איננו עוסקים בסוגיית תקצוב מערכת הבריאות, אך אנו מוצאים לנכון להדגיש כי הניסיון הבין-לאומי³⁵ בהתמודדות עם תורים במערכות בריאות, מלמד כי מבצעים ממוקדים לטיפול בתורים, המלווים בהגדלה זמנית בלבד של תקציבים ייעודיים, נכשלו פעם אחר פעם בקיצור זמני ההמתנה. טוב יהיה ללמוד מניסיוןן של מדינות אחרות ולהימנע מצעדים כאלה.

כדי להקשיח את הגדרות הזמינות הגמישות הנהוגות כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוועדה דנה בהצעה להנהיג זמני המתנה מרביים לקבלת שירותים רפואיים במערכת הבריאות הציבורית. הוועדה דנה באופיים של הסטנדרטים המקובלים לזמני ההמתנה ובשאלה מי יקבע אותם.

ההצעה לקבוע זמני המתנה מרביים מסתמכת על צעדים דומים שנקטו מדינות רבות ב-OECD. צעדים אלה הצליחו לצמצם תורים כאשר התלוו אליהם יעדים מוגדרים לבתי חולים ולספקים של שירותי בריאות, וכן סנקציות לאכיפת היעדים וזמני ההמתנה. באנגליה, למשל, אם יותר מ-10% מהמטופלים מקבלים טיפול בזמן ארוך מהזמן המרבי, על המחלקה החורגת מוטל קנס של 5% מהכנסותיה, בכל חודש שמתרחשת החריגה. נוסף על כך מנהלים בכירים במערכת הועמדו בסכנת פיטורין כאשר בית החולים לא עמד ביעדי קיצור התורים (מדיניות שאף זכתה לכינוי "Targets and Terror"). מחקרים מצאו כי לסנקציות שהתלוו ליעדי ההמתנה היו השפעות ניכרות על קיצור זמני ההמתנה באנגליה³⁶. בפנילנד הוצבו בפני הרשויות האזוריות יעדים, שהוקשחו בהדרגה, לשיעור הממתינים יותר משישה חודשים והרגולטור שלח אזהרות ואיום בקנסות לרשויות החורגות. הניסיון הפיני מצביע על כך כי כל הקלה במשטר הרגולטורי הביאה לידי התארכות זמני ההמתנה.

המדינות שאימצו צעד מדיניות המגביל את זמני ההמתנה, נבדלות בזמן ההמתנה המרבי שנקבע (התלוי במשאבים המוקצים למערכת הבריאות הציבורית) ובפרמטרים הקובעים אותו: מצד אחד, קביעת זמני המתנה אחידים ופשוטים לכל הפרוצדורות קלה יותר לאכיפה, אך עלולה לפגוע במטופלים שמצבם הרפואי מחייב טיפול מהיר יותר. מצד אחר, מדיניות של קביעת זמני המתנה "אישיים" המתחשבים בחומרה ובדחיפות של כל מקרה, על פי סיווג הרופא המטפל, מאפשרת תעדוף מדויק יותר, אך לעתים פותחת פתח למניפולציה של המערכת ומקשה על אכיפת הכללים. על כן עד כה לא זכתה מדיניות זו להצלחה בכל המדינות שאימצו אותה (למשל, נורבגיה ואוסטרליה). לוח 4 להלן מתאר את זמני ההמתנה המרביים בכמה מדינות OECD נבחרות. רוב זמני ההמתנה המרביים שנסקרו מתייחסים לזמן ההמתנה לניתוח אלקטיבי או לטיפול אחר בבית חולים, והזמן נמדד ממועד קבלת ההפניה לניתוח ממומחה (הולנד, דנמרק), או ממועד הפנייה מרופא המשפחה למומחה עצמו (כך באנגליה, שם זמן ההמתנה המרבי כולל הן את

³⁵ לסקירה של דרכי התמודדות עם זמני המתנה במערכות בריאות במדינות ה-OECD ראו: Siciliani, Borowitz, Moran (eds.) (2013).

³⁶ Propper et al. (2008, 2010).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ההמתנה לבדיקות הנחוצות לשם אבחנה והן את ההמתנה לעריכת הניתוח). אולם בכמה מדינות נקבעו זמני המתנה מרביים ייחודיים גם לבדיקות אבחון (איטליה) ולשירותי הרפואה הראשונית (למשל בשוודיה ובפינלנד נקבע זמן המתנה מרבי לביקור אצל רופא משפחה).

לוח 4 : התחייבויות לזמני המתנה מרביים במדינות OECD נבחרות

מדינה	אופי ההתחייבות	זמן המתנה
איטליה	כל אזור חייב לקבוע יעדים לזמני המתנה ייחודיים ל-58 טיפולים: 14 סוגים של ביקור אצל מומחה, 29 בדיקות אבחון (MRI, CT ועוד), 5 טיפולי יום בבתי"ח (כימותרפיה, ניתוח בקע ועוד) ו-10 ניתוחים אלקטיביים (ניתוחים להסרת גידולים, כריתת שקדים, החלפת מפרק הירך ועוד)	
אירלנד	זמן המתנה לניתוח אלקטיבי בבית חולים	9 חודשים
אנגליה*	המתנה ממועד <u>הזמנת</u> התור למומחה עד הטיפול (כולל ההמתנה לביקור במרפאת חוץ, בדיקות, והמתנה לטיפול)	18 שבועות
דנמרק*	המתנה ממועד ההפניה לטיפול עד הטיפול	4 שבועות
הולנד	המתנה עד פגישת בירור עם מומחה במרפאת חוץ של בית חולים	4 שבועות
	המתנה מהפניית מומחה עד טיפול באשפוז יום	6 שבועות
	המתנה מהפניית מומחה עד טיפול באשפוז	7 שבועות
פורטוגל*	זמני המתנה לפי 4 רמות דחיפות רפואית – Normal/Priority/High priority/Urgent	בימים : 270/60/15/3
שבדיה	התייעצות טלפונית עם מרכז בריאות	24 שעות
	ביקור אצל רופא משפחה	7 ימים
	ביקור אצל רופא מומחה	60 יום
	המתנה מההחלטה לטפל עד הטיפול	90 יום

* במדינות אלה נהוגים זמני המתנה מרביים קצרים יותר לחולי סרטן, ו/או למקרים דחופים.

הוועדה דנה בהצעה שאת זמני ההמתנה המרביים תקבע ועדה ציבורית בדמות ועדת הסל (או ועדת הסל עצמה), והיא תוכל לתעדף את קיצור זמני ההמתנה במגבלה של משאבים נתונים. התומכים בהצעה זו, שלא התקבלה, טענו כי קביעת זמני ההמתנה המרביים, אם אינה נעשית באופן אחיד לכל הפעולות, כרוכה בהחלטות תעדוף רפואיות-תקציביות. זאת מאחר שקיצור זמן ההמתנה המרבי לטיפול מסוים (או לקבוצת טיפולים מסוימת) מצריך לרוב הפניית משאבים נוספים להגדלת מספר הטיפולים.

לבסוף החליטה הוועדה כי משרדי הבריאות והאוצר יקבעו, בתוך 120 יום, כללים בנוגע לזמני ההמתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, וכן יפעלו לייצר תמריצים לעמידה בכללים אלה.

המלצה מספר 19 :

משרדי הבריאות והאוצר יקבעו כללים, בתוך 120 יום, ויפעלו ליצירת סטנדרטים בנוגע לנגישות גיאוגרפית וזמני המתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, בהתחשב בדחיפות הפעולות. כמו כן הם יפעלו לייצר תמריצים לעמידה בכללים של קיצור זמני ההמתנה הקיימים היכן שנדרש. כללים אלה יעודכנו מעת לעת.

מרכיב חיוני בכל מדיניות לקיצור תורים הוא מידע עדכני, זמין ובר שימוש על התורים במערכת. הנתונים בשתי העמודות השמאליות של לוח 3 לעיל מצביעים על כך כי בין בתי החולים בארץ יש פערים גדולים מאוד (של חודשים רבים ואף שנה) בזמני ההמתנה לאותו סוג ניתוח. מערכת מידע שתשקף מצב זה למבוטחים תאפשר בחירה מושכלת יותר בין בתי החולים. מערכת מידע כזו תאפשר לרגולטור לטפל באופן פרטני ומהיר בזמני המתנה ארוכים ומתארכים בבית חולים מסוים או בפרוצדורה מסוימת.

אנו ממליצים להקים מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים, אשר יאסוף באופן שוטף מידע גולמי על מועדי ההפניה והתורים ויאפשר לעקוב אחרי מסלול המטופל במערכת, הן בקהילה והן בבית החולים. מערכת המידע של כל קופת חולים תיצור ממשק למרכז הארצי ותאפשר למבוטחים שקיפות בזמן אמת (כולל בפורטל אינטרנטי). המערכת המרכזית תאפשר למבוטחים ולרופאים להזמין את התור המתאים ביותר במסגרת הסדרי הבחירה של הקופות (לבחירה בין בתי חולים, נותני שירות אחרים ומומחים בקהילה), ובמסגרת אפשרויות הבחירה שיציעו בתי החולים (למשל, לבחירה בין רופאים במרפאות חוץ). בהקמת מרכז המידע הממוחשב מומלץ ללמוד מניסיון של מדינות שמרכז כזה סייע בידיהן לקצר תורים במערכת הבריאות. כך למשל, ה-OECD מציין לטובה את מערכת המידע המרכזית שהקימה פורטוגל למעקב אחר תורים (SIGIC). מערכת IT זו אוספת מידע גולמי רב על מסלול המטופל במערכת ועל מועדי ההפניה וזמני ההמתנה שלו בכל נקודה. היא פותחת פתח לניהול מרכזי ויעיל יותר של התורים, מאפשרת לאכוף את זמני ההמתנה המרביים בזמן אמת, ולהציע למטופלים הנאלצים להמתין זמן ארוך מדי לקבל את הטיפול אצל ספק אחר.

המלצה מספר 20 :

הקמת מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים – המרכז יאסוף מידע גולמי על מועדי ההפניה והתורים במערכת, ויאפשר למבוטחים שקיפות בזמן אמת (כולל בממשק אינטרנטי).

חוץ מהמידע השוטף, אנו ממליצים כי משרד הבריאות יפרסם בכל שנה דוח על זמני ההמתנה בארץ לפי פרוצדורות ובתי חולים³⁷. הנתונים יפורסמו גם לפי שיוך קופתי של המבוטחים ובראייה

³⁷ מדינות המפרסמות נתונים על זמני המתנה במערכת הבריאות שלהן כוללות נתונים על ממוצע וחציון ההמתנה, וכן נתונים על העשירון העליון של זמני ההמתנה (הזמנים הארוכים ביותר), ושיעור הפעולות שנערכו במסגרת זמני ההמתנה המקסימליים שנקבעו. מדינות רבות עוקבות לא רק אחר זמני המתנה של פעולות שהסתיימו, אלא גם אחר זמני ההמתנה של המטופלים אשר עדיין ממתנים בתור (להרחבה ראו הסקירה הבין-לאומית של איגוד הרשויות המקומיות השבדי). אנגליה מדווחת בנפרד על זמן ההמתנה מהפניית רופא המשפחה למומחה ומהמומחה לניתוח.

של הסדרי הבחירה בכל קופת חולים, במטרה לעודד תחרות בין קופות החולים גם על אורכי התורים של מבוטחיהם בבתי החולים.

המלצה מספר 21:

משרד הבריאות יפרסם מדי שנה דוח על אורכי התורים לפי פרוצדורות, בתי חולים וקופות חולים.

תחרות מוגברת בין ספקים ואפשרויות בחירה רחבות יותר מסייעות גם הן לקיצור זמני המתנה בהתאם ליעדים (וכך נעשה בפורטוגל, בהולנד ובדנמרק). על כן הרחבת הסדרי הבחירה הקיימים, בהתאם להמלצות בפרק הבא, תורמות גם היא לקיצור תורים, ובפרט כאשר תעמוד לטובת הציבור מערכת שתשקף את זמני ההמתנה בכל אחת מאפשרויות הבחירה.

למימוש הזכאות לזמני המתנה מרביים, מדינות אחדות מאפשרות בחירה חופשית למטופלים שזמן ההמתנה שלהם מתארך או צפוי להתארך מעבר לכללים שנקבעו. מטופלים אלה יכולים לבחור גם בספק מהמערכת הפרטית, המסוגל להעניק את הטיפול בזמן קצר יותר. הוועדה דנה בהצעה לאמץ מדיניות דומה גם בישראל ולקבוע כי מבוטח אשר הסדרי הבחירה בקופת החולים שלו אינם מאפשרים קביעת תור בזמן העומד במגבלות, יוכל לבחור ספק אחר שהתור אליו קצר יותר. התשלום לספק החלופי יהיה לכל היותר במחיר המחירון (ובלי אפשרות לשדרוג). התומכים בהצעה אמרו כי פתיחת הסדרי הבחירה במקרה של זמן המתנה ממושך עשויה לשמש סנקציה נגד קופות חולים שמגבלות הסדרי הבחירה שלהן מונעות מהמבוטח זמן המתנה קצר יותר. הצעה ברוח זו התקבלה בהמלצה מספר 24 בפרק הבא. נציין כי בפורטוגל, העברה של חולה מבית חולים שאינו עומד בזמני ההמתנה המרביים לבית חולים אחר גוררת עמה קנס גם על בית החולים המפנה, בגובה 10% מעלות הטיפול.

תמחור הפרוצדורות משפיע על רמת הרווחיות או ההפסד הגלומה בעריכתן, ולכן משפיע על התמריץ של בית החולים לבצע יותר או פחות פעולות מסוג מסוים. תמחור שגוי עשוי לגרום לתמריצים מעוותים, שיגרמו לתורים ארוכים בפעולות הפסדיות ולתורים קצרים במיוחד בפעולות רווחיות. על פי העדויות שקיבלה הוועדה, כך אכן קורה בכמה מהפעולות הכלולות במחירון משרד הבריאות, והמלצה מספר 52 קוראת לטפל בבעיה זו.

מקורות

Propper, C., Sutton, M., et al.(2008), "Did 'Targets and Terror' reduce waiting times in England for hospital care?", *B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, Vol.8 No.2.

Propper, C., Sutton, M., Whitnall C. and Windmeijer F. (2010), "Incentives and targets in hospital care: Evidence from a natural experiment", *Journal of Public Economics*, Vol. 94, pp. 318-335.

Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), "Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?" *OECD Health Policy Studies*, *OECD Publishing*.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Siciliani, L. and Hurst, J. (2003), "Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries", *OECD Health working papers No. 7*

"Swedish Waiting Times for Health Care in an International Perspective" (2011), *Swedish Association of Local Authorities and Regions*

6. הסדרי בחירה בין בתי החולים

רקע

מבוטחי קופות החולים מקבלים שירותי בריאות רבים מנותני שירותים מחוץ לקופה, ובפרט משתמשים בשירותיהם של בתי החולים, המספקים שירותי אשפוז וייעוץ. אמנם חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר, ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים", אך ההגדרה הגמישה בחוק של רמת הזמינות והנגישות, מובילה לעתים לפגיעה ברמת השירותים העומדת לרשות המבוטח. פגיעה זו, לעניינו של פרק זה, מתבטאת לפעמים בזמינות גיאוגרפית מוגבלת הנובעת מהעדפה של נותן שירותים מרוחק המעניק שירות במחיר נמוך יותר.

אפשרויות בחירה במערכות בריאות במדינות אחרות

מערכות בריאות בעולם נעות בטווח של אפשרויות בנוגע להיקף הבחירה שניתן למטופל בין בתי חולים. מצד אחד, בחירה רחבה בכמה מדינות מאפשרת למטופלים לממש את העדפותיהם, ובתנאים מסוימים (בפרט מחירים אחידים וגבוהים מספיק) יצרה תחרות על לב המטופלים, שהתבטאה גם בשיפור של ממש באיכות הטיפול. מצד אחר, מגבלות המשאבים שבהן נתונות מערכות בריאות התבטאו במדינות אחרות בהתרחבות השימוש ב-selective contracting, שמגביל את אפשרויות הבחירה של המטופלים לרשתות של ספקים שעמם הסתיים בהצלחה משא ומתן (בעיקר על מחיר נמוך יותר), ואשר מאפשר שימוש אפקטיבי יותר במשאבים המוגבלים.

דוגמה לרפורמה בתחום זה היא הרפורמה שנערכה במערכת הבריאות הציבורית באנגליה בעשור הקודם, אשר העניקה למטופלים אפשרויות לבחירה בין בתי חולים. הרפורמה גובשה ב-2002 ונכנסה לתוקף במלואה ב-2006, ובעקבותיה קיבלו המטופלים האנגלים הזקוקים לטיפול בבית חולים אפשרות לבחור - תחילה בין שני בתי חולים ולאחר מכן בין חמישה בתי חולים. רופאי המשפחה התבקשו ליידע את מטופליהם על האפשרויות העומדות בפניהם (ותוגמלו על כך). בעקבות הרפורמה נקבעו מחירים אחידים ומפוקחים לרוב השירותים בבתי החולים, וזאת כחלופה לקביעת מחיר באמצעות משא ומתן, וכריתת חוזים סלקטיבית. כמו כן הוקם אתר אינטרנט (<http://www.chooseandbook.nhs.uk/>), שסיפק למטופלים ולרופאי הקהילה מידע רב יותר ובר השוואה על זמני המתנה ועל האיכות הקלינית בבתי החולים. מחקרים שבחנו את תוצאות הרפורמה מצאו כי עם הרחבת הבחירה, הייתה לאיכות הרפואית של הטיפול השפעה גדולה יותר בקביעת מספר המטופלים המגיעים לכל בית החולים³⁸. כך נוצר תמריץ גדול לבתי החולים לשפר את איכות הטיפול אצלם על מנת למשוך מטופלים נוספים, ולכן הרחבת הבחירה הובילה לירידה בתמותה ולשיפור ברווחת המטופלים. השפעת המהלך על שיפור איכות הטיפול הורגשה במיוחד באזורים שבהם התחרו זה בזה בתי חולים רבים יותר והמהלך השפיע פחות על האיכות באזורים שבהם התחרות מועטה.

³⁸ האיכות הרפואית נמדדה ברוב המחקרים באמצעות שיעורי התמותה בניתוחים מסוימים, או עבור חולים במצב רפואי מסוים.

נציין כי ב-2008 הורחבה הרפורמה, ומטופלים קיבלו אפשרות בחירה מלאה בין כל בתי החולים, בלי הגבלה.³⁹

דוגמה להתפתחות בכיוון אחר מגיעה מהרחבת האפשרויות להשתמש ב-selective contracting בהולנד, לאחר הרפורמה הרחבה שנערכה באספקת שירותי הבריאות במדינה ב-2006. הרפורמה פתחה פתח בהדרגה למשא ומתן בין המבטחים והספקים על מחיר השירותים ואיכותם, ולכריתת חוזים סלקטיבית. עם זאת, הניסיון לעודד כריתת חוזים סלקטיבית עם בתי חולים השיג תוצאות מוגבלות, שנבעו בין היתר מניסיון מוגבל של המבטחים בניהול הליכי רכש, משקיפות מוגבלות בנוגע לאיכות, ומחשש של המבטחים כי הסטת חולים לבית חולים מסוים תפגע בתדמית שלהם, בפרט כשהמידע על האיכות מוגבל. מבטחים השתמשו לרוב באמצעים "רכים" להסטה של מטופלים בין בתי חולים (למשל באמצעות מסירת מידע על זמני המתנה וויתור על תשלום השתתפות עצמית), ונמנעו מהגבלה קשיחה יותר של אפשרויות הבחירה. ב-2010 הכריז מבטח גדול על הגבלת גישה לכמה בתי חולים לניתוח מסוים, אך הסיבה לכך הייתה איכות נמוכה מדי. הרחבת הסלקטיביות בבחירת ספקים, הן מסיבות של איכות והן כדי להפחית מחירים, עדיין מהווה מטרה של מדיניות הבריאות במדינה.

בארצות הברית מוצעות זה זמן רב תוכניות ביטוח מסוג managed care, אשר משתמשות בכריתת חוזים סלקטיבית עם ספקי השירותים שלהם, ובפרט בתי חולים. תוכניות אלה תרמו לריסון העלייה בעלויות בתי החולים ובהכנסות שלהם, השפעה שהייתה חזקה במיוחד באזורים שיש בהם תחרות רבה יותר בין בתי החולים.⁴⁰ החיסכון בעלויות שתוכניות ביטוח מסוג managed care משיגות, עשוי לתרום לרכישה אפקטיבית יותר של שירותי בריאות איכותיים, אך עלול גם לגרום לפגיעה באיכות השירותים, על מנת להפחית את מחיריהם. אולם מחקרים שבחנו את תוצאות הבריאות של מבוטחי managed care לעומת מבוטחים של תוכניות ביטוח רגילות, לא מצאו הבדלים מהותיים באיכות הטיפול בין סוגי התוכניות. בחינה ספציפית של תוכניות ביטוח שכללו הגבלה על רשת נותני השירותים, מצאה כי הגבלה זו, אשר לרוב מחריגה את נותני השירות היקרים ביותר, הצליחה להפחית את העלויות למבוטח, בלי עדויות לפגיעה באיכות הטיפול בבתי החולים או להרעה בתוצאות הבריאות של חולים כרוניים.⁴¹ בשנים האחרונות מתרחבת התפוצה בארה"ב של תוכניות ביטוח הנמנעות מהגבלה מפורשת של בתי החולים שאליהם המבוטח יכול לפנות, ובמקום הגבלה כזו משתמשות ברמות שונות של השתתפות עצמית כדי לעודד את המבוטחים לפנות לספקים המעניקים את התועלת הרבה ביותר ביחס למחיר שהם גובים.⁴² כך נוצרת רשת ספקים מדורגת (Tiered network), אשר עשויה גם לעודד ספקים יקרים להפחית את מחיריהם.

³⁹ אתר ה-NHS (נבדק ב-10 ביולי 2014):

<http://www.nhs.uk/Tools/Documents/The%20history%20of%20choice%20timeline%202013.htm>

⁴⁰ Chernew and Newhouse (2011).

⁴¹ Glied (2000) סוקרת מחקרים על managed care. Gruber and McKnight (2014) מצאו כי מעבר של מבוטחים לתוכנית שהגבילה את רשת הספקים הזמינים, הביאה לידי גידול בשימוש בשירותי הרפואה הראשונית, ולירידה גדולה יותר בשימוש ברופאים מומחים ובחדרי מיון.

⁴² סקר מצא כי ב-2013, ב-24% מהפירמות הגדולות בארה"ב כללה תוכנית הביטוח הגדולה ביותר רשת מדורגת של ספקים, לעומת 10% ב-2007. Kaiser/HRET (2013).

אפשרויות הבחירה של מבטחי קופות החולים בין נותני השירותים הרפואיים, ובכללם בתי חולים, מוסדרות כיום בתקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי⁴³. לפי התקנות, על קופות החולים לקבוע הסדרי בחירה שיבטאו את עקרונות החוק, ובכלל זה ישמרו על רצף טיפולי ויאפשרו קבלת טיפול במוסד בעל רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי, אם המצב הרפואי מצריך זאת. חוזר סמנכ"ל משרד הבריאות⁴⁴ קבע כללים ליישום תקנות אלה.

הסדרי הבחירה בקופת חולים כללית ייחודיים לכל מחוז וכוללים העדפה לבתי החולים שבבעלות הקופה. כך יכולה כללית למצות את היתרונות הגלומים בבעלות על בתי חולים (אינטגרציה אנכית) – יתרונות כלכליים וייתכן גם אחרים (לפחות בבית חולים אחד מבטחי הקופה נהנים מתורים קצרים יותר ממבטחי קופות אחרות, מכיוון שהקופה מממנת פעילות נוספת אחר הצהריים למבטחיה⁴⁵). קופ"ח כללית משתמשת בדירוג בתוך הסדרי הבחירה שלה ולמעשה פעמים רבות מחייבת את מבטחיה לקבל שירותים בבתי החולים שבבעלותה לפני שיוכלו לגשת לבתי חולים אחרים. מאידך, אנשי כללית מתלוננים כי יש קופות חולים שאינן מפנות מטופלים לבתי החולים שבבעלות כללית ואינן חותמות על הסכמים עם בתי חולים אלה.

קופת חולים לאומית מעניקה כיום למבטחיה חופש בחירה בין בתי החולים הממשלתיים ושלושה מבין אלה של כללית (העמק בעפולה, קפלן ברחובות וסורוקה בבאר שבע)⁴⁶. בקופת חולים מאוחדת הסדרי הבחירה אזוריים, וכוללים רק שני בתי חולים של כללית. קופת חולים מכבי מציעה למבטחיה בחירה חופשית בין כל בתי החולים הכלליים בארץ, אך האפשרות לברירת ספקים מסייעת לקופה במהלך המשא ומתן עם בתי החולים.

המלצות

המלצות הוועדה בפרק זה נועדו להרחיב את הסדרי הבחירה הקיימים, ובמיוחד לשפר את מצבם של מבטחים שאפשרויות הבחירה שלהם כיום מוגבלות בממדים גיאוגרפיים, או בממדים הנובעים ממבנה הבעלות וההסכמים של קופות החולים. הוועדה דנה בשאלה אם יש להרחיב את הסדרי הבחירה, אך עדיין להותירם מוגבלים, או יש לבטלם לחלוטין ולהתיר בחירה מלאה וחופשית בין בתי החולים.

התומכים בהרחבה מוגבלת טוענים כי לעת עתה אין מקום לחייב את קופות החולים לאפשר למבטחיהן בחירה חופשית לגמרי בין בתי החולים, על אף היתרונות הגלומים בשיטה זו, מכמה טעמים עיקריים: **ראשית**, לדעת התומכים בהצעה זו יש לחזק את אחריות קופות החולים על מתן מלוא שירותי הבריאות למבטחיהן (כפי שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי). אחריות זו, בהקשר של שירותי בתי החולים, אינה מסתכמת בתשלום עלות השירותים בלבד, ויש לשאוף למצב שבו קופות החולים מקבלות עליהן אחריות מלאה גם על איכות וזמינות השירותים בבתי

⁴³ תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005.

⁴⁴ חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, מספר 06-2011, בנושא "יישום תקנות ביטוח בריאות ממלכתי הסדרי בחירה בין נותני שירותים תשס"ה – 2005" מתאריך 09/06/2011.

⁴⁵ כך עלה מעדותו של מנכ"ל בית החולים סורוקה ד"ר אהוד דוידסון בפני הוועדה, מתאריך 17 בספטמבר 2013. דוידסון הבהיר כי הציע גם לקופות חולים אחרות לממן קיצור תורים למבטחיהן, אך לא נענה בחיוב.

⁴⁶ דוח מבקר המדינה 63 (עמ' 658).

החולים – מצב שאינו נהוג כיום. שקיפות הסדרי הבחירה וכן פרסום מידע על איכות רשת הספקים של כל קופה, יעזרו לתמרץ את קופות החולים לנהוג כך. גם הסדרה של מערכת היחסים הפיננסיים של קופות החולים עם בתי החולים צריכה להתחשב במטרה זו ובצורך להרחיב את התחרות, מעבר לנושא העלות, גם לאיכות השירות. התומכים בהצעה זו חוששים כי בחירה חופשית של המבוטחים בבתי חולים עלולה לקבע מצב שבו הקופות מגלגלות לפתחם של המבוטחים את האחריות לדרוש שירותים איכותיים יותר מבתי החולים. בהיעדר מידע מתאים והבנה מספיקה, לא ברור עד כמה תהיה הבחירה החופשית מושכלת ומונעת משיקולים רפואיים⁴⁷. כיוון שהקופות הן הגוף הרפואי המקצועי שנושא באחריות הכוללת על בריאות מבוטחיהן, התומכים בהרחבה מוגבלת ממליצים לוודא כי הן ישתמשו בידע הרב שברשותן כדי לאפשר לכל מבוטח להגיע לספק המתאים לצרכיו, גם כאשר הוא נזקק לשירותים מחוץ לקופת החולים. כן ממליצים התומכים בהצעה זו כי משרד הבריאות, שיאשר את הסדרי הבחירה, יבחן גם אם ההסדרים מתבססים על הסכמים שמממשים את אחריותה של קופת החולים לאיכות ולזמינות השירותים למבוטחיה.

עוד טוענים התומכים בהרחבה מוגבלת כי יכולתן של הקופות לברור את הגופים שיספקו שירות למבוטחיהן (selective contracting) מעניקה להן אפשרות מיקוח במשא ומתן עם הספקים (גם אם לבסוף היכולת לברור אינה ממומשת). כך ניתן לרסן את מחירי השירותים ולהגביר את היעילות של ההוצאה על בריאות בישראל. אמנם כיום כוח המיקוח מנוצל להפחתת מחירים, שמובילה גם לפגיעה בזמינות (ובאיכות) של השירותים בבתי החולים, אך התומכים בהצעה מציעים כי להפגת החשש הזה ייאכפו על בתי החולים סטנדרטים של איכות וזמינות, ובפני קופות החולים יוצבו תמריצים להבטיח את האיכות ואת רמת השירות שמבוטחיהן מקבלים.

החלופה המאפשרת בחירה חופשית בין כל בתי החולים, מחייבת קביעת מחירים אחידים לשירותיהם (שכן קופות החולים ייאלצו לשלם כל מחיר שבית החולים ידרוש), ומעבירה את נטל ההתאמה של המחירים במערכת לידי הרגולטור, הרחק מידי מנגנון השוק. המתנגדים לחלופה זו טענו כי היא איננה אפשרית בלי הרחבה וחיזוק משמעותיים של המערך הקיים לקביעת המחירים במערכת, הרחבה שתארך זמן רב. המתנגדים הזהירו כי בלי מערך חזק וערני, המסוגל לעקוב באופן שוטף אחר העלויות המשתנות ולקבוע מחירים ריאליים לכל השירותים, ולפעול בעצמאות (על אף הבעלות הממשלתית על בתי חולים), ביטול האפשרות לברירת ספקים עלול להגדיל את ההוצאה על בריאות לאורך זמן, בלי להבטיח שיפור מקביל ברמת הבריאות בישראל. עליית שיעור ההוצאה בבתי החולים עלולה גם להחליש את רפואת הקהילה, שמהווה היום רכיב יסודי ומצטיין במערכת, ותורמת לאפקטיביות ההוצאה על בריאות בישראל עוד טוענים כמה מהמתנגדים, כי אכיפת מחירים אחידים על בתי חולים שאינם אחידים במבנה העלויות שלהם ובאופן פעולתם ("פונקציית הייצור" שלהם אינה אחידה), תגרום חוסר יעילות במערכת. זאת כיוון שבתי חולים המסוגלים לפעול במחירים נמוכים יותר יקבלו תשלום "גבוה מדי", ועלולים לעשות בו שימוש לצרכים שלא ישפרו את איכות הטיפול במבחן עלות-תועלת.

התומכים בחופש בחירה מוגבל חוששים גם כי חופש בחירה מוחלט יגרום לנהירה של מטופלים לבתי החולים במרכז הארץ, או לבתי החולים הגדולים, ויפגע בבתי החולים בפריפריה ובבתי

⁴⁷ כך למשל, במחקר בארה"ב נמצא כי ההשפעה של רמת השירות והמזון בבית החולים על הביקוש לשירותיו הייתה גבוהה בהרבה מהשפעתם של מדדים לאיכות הרפואית באותו בית חולים (Goldman Romley (2008)).

חולים קטנים. שני מנהלים של בתי חולים פריפריאליים הביעו את החשש הזה בפני הוועדה והזהירו כי בהיעדר משאבים נוספים, בתי החולים בפריפריה עלולים להתקשות להתחרות עם בתי החולים במרכז, אשר ימשכו אליהם את האוכלוסייה החזקה מהפריפריה וכן יתחרו מולם על כוח אדם רפואי שיחסר בבתי החולים בפריפריה.⁴⁸

נוסף על כך הוצגה בפני הוועדה⁴⁹ עמדת מנכ"ל כללית, אלי דפס, אשר טען כי הרחבת הסדרי הבחירה תפגע ביכולתן של הקופות לתכנן את תקציביהן וביכולת לתכנן תכנון לאומי ארוך טווח של תשתיות רפואיות, שכן פיתוח התשתיות ייגזר מהמוניטין ומהתדמית של בית החולים, ולא מהצרכים הלאומיים. דפס הזהיר כי ביטול הסדרי הבחירה יגרום לסגירה של שירותים קהילתיים, מאחר שהמבוטח יוכל לבחור לקבל אותם גם בבתי החולים.

התומכים בחופש בחירה מלא בין בתי החולים טוענים כי צעד זה, בצירוף מערכת של מחירים אחידים (כפי שנעשה באנגליה), יחזק את התחרות בין בתי החולים על איכות השירות (על כל מרכיביו), במקום תחרות על מחירי השירותים, וכך תשתפר האיכות של בתי החולים בישראל. התומכים בעמדה זו הציעו כי רק במקרים מיוחדים, מנימוקים שעיקרם רפואי ושירותי, ובאישור הרגולטור, תוכל קופת חולים להגביל את יכולת הבחירה של מבוטחיה לשירות מסוים, ואו להגיע להסכם עם בתי חולים על מחיר ייחודי, אשר שונה מהמחיר המפוקח.

התומכים בחופש בחירה מוחלט של בית חולים שללו את הנימוקים להגבלת חופש זה, אשר הוצגו לעיל: הם טענו כי עד כה קופות החולים כלל לא מימשו את אחריותן על שירותי האשפוז למבוטחיהן, ולא עשו שימוש בהסדרי הבחירה המוגבלים על מנת ליצור התקשרויות מיוחדות עם בתי החולים שעמם היה להם הסדר, למשל לצורך השקעות משותפות או לצורך יצירת רצף טיפולי ושירותי בין הקהילה לבתי החולים. התומכים בחופש מלא ציינו עוד כי לקופות החולים אין כל תמריץ להשקיע משאבים בשיפור השירות הניתן למבוטחיהן בבתי החולים: ראשית, השירות בבית החולים כמעט שאינו מזוהה עם הקופה. שנית, האפשרויות לתת שירות דיפרנציאלי בבתי החולים לפי קופת החולים של המטופל מוגבלות, ולכן גם היכולת להשתמש בשירות בבית החולים כאמצעי לתחרות מוגבל. ושלישית, לקופות החולים יש תמריץ חזק להתחרות על המבוטחים הצעירים והבריאים יחסית ולא על אוכלוסיית המאושפזים, שהם בעיקרם מבוגרים יותר ובריאים ופחות.⁵⁰

התומכים בחופש בחירה מלא שוללים גם את התועלת שבקביעת המחירים במשא ומתן בין קופות החולים ובתי החולים, וסבורים כי תוצאות המיקוח, אשר נקבעות בהתאם לכוח השוק של השחקנים בכל אזור, אינן מובילות לפתרון יעיל. אמנם המיקוח השיג הנחות לקופות החולים, שאפשרו אולי להגדיל מעט את המשאבים למבוטחים המשתמשים בעיקר בשירותי הקהילה (הצעירים והבריאים), אך התוצאה הזיקה למבוטחים שנזקקו לאשפוז, והטיפול בחולים אלה נפגע משחיקת המשאבים בבתי החולים. המיקוח גרם לבתי החולים מחסור במשאבים, והביא לידי שיעור גבוה מדי, בהשוואה בין-לאומית, של השקעה ברפואת הקהילה לעומת השקעה ברפואת בתי החולים.

⁴⁸ מכתבם של ד"ר ארז און, מנהל המרכז הרפואי פוריה, וד"ר חזי לוי, מנהל המרכז הרפואי ברזילי, אשר נמסרו לוועדה בישיבה מיום 3/6/2014.

⁴⁹ בישיבה מיום 3/6/2014.

⁵⁰ התמריץ של הקופות להעדיף מטופלים צעירים ובריאים על פני מטופלים מבוגרים וחולים מצביע, על פני הדברים, על תפקוד חסר של נוסחת השוואת הסיכונים בין קופות החולים – נוסחת הקפיטציה. הוועדה לא עסקה בסוגיה זו.

התומכים בהנהגת מחירים אחידים וחופש בחירה שוללים גם את הטענה כי מחיר אחיד יתרום לחוסר יעילות בבתי החולים. הם מסבירים כי המיקוח אמנם גורם היום לבתי החולים להפחית עלויות, אך זאת באמצעות הפחתת האיכות והזמינות של הטיפול, כך שאין מדובר בהתייעלות כלל. לדעתם, דווקא תחת מחירים אחידים ייווצרו התמריצים הנכונים להתייעלות בבתי החולים – התייעלות שתאפשר לכל בית חולים לשפר את איכות וזמינות הטיפול שהוא מעניק, וכך להתמודד טוב יותר עם התחרות על לבו של המטופל.

התומכים בעמדה זו אינם מקבלים את הטענה כי יש להימנע מחופש בחירה מלא בשל החשש מפגיעה בבתי החולים הקטנים או הפריפריאליים. ראשית, כיוון שתושבי הפריפריה לא ימהרו להגיע לבתי החולים במרכז הארץ לקבל טיפול⁵¹ - הן בגלל המרחק ואי הנוחות הכרוכה בנסיעה, והן כיוון שביקוש רב לקבל טיפול בבתי החולים הגדולים ייצור שם תורים ארוכים שיעודדו מטופלים לקבל את הטיפול קרוב לבית, בזמן קצר יותר ובאיכות טובה. שנית, התומכים בעמדה זו מדגישים כי הדרך לעודד ולחזק את בתי החולים בפריפריה היא מתן סובסידיות מיוחדות מהמדינה לבתי חולים אלה, ולא באמצעות עיוות של המחירים שקופות החולים משלמות לבתי החולים.

הצעה נוספת שעלתה לדיון הייתה להרחיב את הסדרי הבחירה לפי מחלקות או מחלות מסוימות, ולא בבחינה של אזורים גיאוגרפיים. לפי הצעה זו, אם הגורמים המקצועיים יחליטו כי בבית חולים מסוים יש מרכז מצוינות לטיפול במחלה מסוימת, כל תושבי ישראל יוכלו לבחור במרכז זה במסגרת הסדרי הבחירה שלהם אם הם נזקקים לטיפול שהוא מספק.

לבסוף הסכימה הוועדה כי שתי ההצעות שהועלו בפניה מחייבות את הרחבת הסדרי הבחירה הקיימים בין בתי החולים, והחליטה לקבוע כללים שיבטיחו, כבר היום, כי אפשרויות הבחירה בין בתי החולים לא ייפלו ממינימום מחייב. הוועדה ממליצה (בהמלצה #53) לבחון שינוי בכללי ההתחשבות והמחירים הנהוגים היום, שינוי נחוץ על מנת לאפשר הרחבה נוספת של אפשרויות הבחירה.

כדי להבטיח מרחב בחירה מינימלי הוועדה ממליצה לאפשר למבוטחים הנזקקים לשירות בבתי החולים לבחור בין שלוש חלופות לפחות, אשר יעמדו בכמה כללים: ראשית, מבין בתי החולים העומדים לבחירת המבוטח, שניים לפחות יהיו באזור הגיאוגרפי שבו הוא גר. הוועדה דנה בהצעה שלפיה בית החולים הקרוב ביותר למקום מגוריו של המבוטח ייכלל בהסדרי הבחירה שלו, אך החליטה להותיר את קביעת האזורים הגיאוגרפיים המחייבים בידי הגורמים המקצועיים במשרדי הבריאות והאוצר, בשיתוף בתי החולים וקופות החולים. האזורים הגיאוגרפיים יתחשבו במרחק בין היישובים לבתי החולים הקרובים אליהם וכן במספר בתי החולים באזור, אשר עשוי להשפיע על התחרות ביניהם. שנית, הוועדה ממליצה כי בהסדרי הבחירה ייכללו בתי חולים מכמה בעלויות, כך שייאסר מצב שבו כל בתי החולים בהסדרי הבחירה הם בבעלות אחת. כלל זה יאפשר למבוטחי קופת חולים כללית לקבל שירות רפואי גם מחוץ לבתי החולים של הקופה ויאפשר למבוטחי הקופות האחרות לקבל שירותים ממגוון בתי חולים, גם מבתי החולים של כללית.

⁵¹ ד"ר מסעד ברהום, מנכ"ל המרכז הרפואי לגליל (נהריה), מסר במכתב לוועדה (בישיבתה מיום 3/6/2014) כי אינו חושש מהרחבת הסדרי הבחירה, וכי צעד כזה יאפשר למבוטחים רבים של קופות החולים, המתגוררים באזור ומופנים כיום בניגוד לרצונם לבתי חולים אחרים, לקבל שירות בבית החולים בנהריה.

לבסוף, הוועדה ממליצה כי כל מבוטח יוכל לבחור לקבל את השירות בבית חולים המוגדר "מרכז על".

הוועדה ממליצה להרחיב את הסדרי הבחירה הקיימים כיום בין בתי החולים. לצורך כך אנו מבינים כי יהיה צורך לבחון שינוי בכללי המחירים וההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים. מומלץ לקבוע כללים מנחים נוספים, שיחייבו להעניק למבוטחי קופות החולים מרחב של אפשרויות בחירה בין בתי חולים – מרחב בחירה שלא יפחת ממינימום מחייב:

המלצה מספר 22:

הסדרי הבחירה, בכל שירות, יאפשרו לכל מבוטח לקבל שירות בשלושה בתי חולים לפחות. ההסדרים יענו על הכללים האלה:

- א. לפחות שניים מבתי חולים הכלולים בהסדר יהיו באזור הגיאוגרפי של המבוטח. משרדי הבריאות והאוצר (בשיתוף בתי החולים וקופות החולים) יקבעו את האזורים הגיאוגרפיים המחייבים ליישום כלל זה, בהתחשב בקרבת המגורים ובמספר בתי החולים באזור.
- ב. לפחות שניים מבתי החולים הכלולים בהסדר הם בבעלות שני גורמים שונים (ממשלתי, כללית, ציבוריים אחרים).
- ג. לפחות בית חולים אחד בהסדר הוא בית חולים על (שאינו בהכרח באזור הגיאוגרפי).

העדויות שהוצגו בפנינו הצביעו על כך שהסדרי הבחירה הנהוגים כיום כוללים לעתים התניות המחייבות את המבוטח לקבל טיפול בבית חולים מועדף, לפני פנייה לבית חולים אחר הכלול בהסדר. כך למשל נהוג בקופת חולים כללית, שבהסדרי הבחירה המפורטים באתר האינטרנט שלה מצוין כי הפניה לבתי חולים שאינם של כללית (וכלולים בהסדר) "תינתן לאחר מיצוי מתן השירות על ידי כללית במוסדותיה..."⁵². גם הסדרי הבחירה של קופת חולים מאוחדת מציינים כי "למאוחדת בתי חולים בעדיפות ראשונה ובתי חולים שלהם שולחת מאוחדת את מבוטחיה בעדיפות שנייה. הפניה לבתי החולים בעדיפות שנייה תינתן לאחר מיצוי מתן השירות על ידי מאוחדת, מכונים בהסדר ובתי חולים בעדיפות ראשונה..."⁵³. הוועדה ממליצה לאכוף איסור על התנהלות כזו ולחייב כי הבחירה בין בתי החולים הכלולים בהסדר תהיה חופשית, בלי דירוג מחייב מטעם הקופה. עם זאת, בהמשך להמלצותינו על חיזוק מעמדו של רופא המשפחה בתפקיד מנהל הטיפול במבוטח, אנו ממליצים למצוא דרכים לעודד את רופאי המשפחה (ואת הרופאים היועצים) לייעץ למטופליהם על בית החולים המתאים ביותר לטיפול שהם זקוקים לו.

המלצה מספר 23:

הבחירה בין הספקים הכלולים בהסדר תהיה חופשית, בלי דירוג מחייב מצד הקופה. אולם מומלץ לעודד את רופאי המשפחה ואת הרופאים היועצים לייעץ למטופליהם על הספק המתאים ביותר.

⁵² אתר כללית (נבדק ב-14/7/14): http://www.clalit.co.il/he/info/about_site/Pages/hesderei_bchira.aspx

⁵³ אתר מאוחדת (נבדק ב-14/7/14):

<https://www.meuhedet.co.il/meuhedet/downloads/hesdereyBhiraHospitals.pdf>

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הוועדה ממליצה כי הסדרי הבחירה שיוצעו למבוטחים יסייעו להבטיח לא רק נגישות גיאוגרפית לטיפול, אלא גם זמינות משופרת שלו בתוך זמן קצר יחסית. לשם כך, הסדרי הבחירה צריכים לכלול בית חולים אחד לפחות שזמן ההמתנה בו אינו ארוך ביחס לממוצע באותה הפרוצדורה. כך יוכל המבוטח לבחור אם ברצונו להמתין בתור ארוך יותר לבית חולים מסוים (אולי קרוב יותר), או ליהנות מתור קצר יותר בבית חולים אחר שיוצע לו (אולי מרוחק מעט). כדי לאכוף כלל זה, שמטבע הדברים תנאיו משתנים באופן דינמי בבתי החולים, אנו ממליצים כי הסדרי בחירה שאינם עומדים בכלל זה יאפשרו למבוטח לבחור ספק שאינו כלול בהסדרי הבחירה. צעד דומה הוחל במדינות רבות שהחליטו על זמני המתנה מרביים (ראו סקירה בפרק הקודם).

הוועדה דנה בשאלה אם מטופל שהסדרי הבחירה שלו אינם מאפשרים לו לקבל שירות בזמן הנדרש יוכל לבחור לקבל את השירות גם בבתי חולים פרטיים. המתנגדים לאפשרות זו חששו כי היא תיצור תחרות לא הוגנת בתוך המערכת במימון ציבורי, וכי הצעד יפגע בבתי החולים הציבוריים, שלהם עלויות נוספות שנחסכות מבתי החולים הפרטיים (למשל החזקת חדרי מיון, הכשרת מתמחים וכו'). התומכים באפשרות זו ראו בה הזדמנות נוספת לממש את מטרת הוועדה לספק למבוטח, במערכת הציבורית, טיפולים בזמינות גבוהה יותר. התומכים בהצעה אמרו כי יש לעודד את בתי החולים הפרטיים לספק שירותים גם, ואף בעיקר, למערכת הציבורית, והציעו לטפל בנפרד בבעיות בתמחור השירותים שעלולות ליצור תחרות לא הוגנת. עוד ציינו התומכים באפשרות זו כי האפשרות של קופות החולים לרכוש שירותים מספקים פרטיים אינה מוגבלת היום ואין סיבה להגבילה כעת. בהמשך לדיון זה החליטה הוועדה שלא להתייחס בהמלצותיה להגבלה אפשרית על הבחירה בבתי חולים פרטיים במסגרת הסדרי הבחירה.

המלצה מספר 24:

קופת החולים צריכה להציע בית חולים אחד לפחות אשר זמן ההמתנה בו אינו ארוך ביחס לממוצע. אם קופת החולים אינה מציעה הסדרי בחירה שעומדים בכללים שנקבעו, יוכל המבוטח לבחור ספק שאינו כלול בהסדרי הבחירה.

מאחר שמטרת הוועדה היא לשפר את המצב הקיים בהסדרי הבחירה ולהרחיב אותם, מומלץ לשמור על הכללים הקיימים כיום ומאפשרים חריגה מהסדרי הבחירה במקרים מסוימים ועל פי שיקול דעת רפואי. אם כן, על הסדרי הבחירה לאפשר למבוטח לשמור על רצף טיפולי באותו מוסד רפואי, ולאפשר לחולים במחלות קשות או לנזקקים להליך רפואי מסובך לבחור באופן חופשי את בית החולים הרצוי והמתאים להם. מומלץ כי משרד הבריאות יקבע את רשימת התנאים המאפשרים חריגה מהסדרי הבחירה, בהתייעצות עם קופות החולים, בתי החולים ומשרד האוצר. במקרה של תנאי שמתלוות אליו משמעויות תקציביות, מומלץ כי משרדי הבריאות והאוצר יקבעו יחד את הכנסתו לרשימה.

המלצה מספר 25:

הסדרי הבחירה יאפשרו למבוטח לשמור על רצף טיפולי באותו מוסד רפואי.

המלצה מספר 26:

הסדרי הבחירה לא יחולו על חולים במחלות קשות ועל רשימת פרוצדורות שיקבע משרד הבריאות בהתייעצות עם קופות החולים, בתי החולים ומשרד האוצר. ככל שיהיו משמעויות תקציביות, ייקבע יחד עם האוצר.

התקנות הקיימות כיום מחייבות את קופות החולים לפרסם את הסדרי הבחירה שלהן למבוטחים, אך בדיקה באתרי האינטרנט של קופות החולים מעידה כי מידע זה אינו נגיש באופן קל לציבור, ולעתים אינו מופרד מאפשרויות הבחירה ברופאים מומחים במסגרת ביטוחי השב"ן של הקופות. בית המשפט מתח אף הוא ביקורת על כך שהסדרי הבחירה אינם פומביים וגלויים לכלל התושבים⁵⁴.

הוועדה ממליצה כי משרד הבריאות יאכוף את חובת השקיפות ויפעל כדי שרמת השקיפות תגבר. מומלץ כי המשרד ינקוט צעדים שיאפשרו ויעודדו את המבוטחים להתחשב גם בהסדרי הבחירה של קופות החולים (המשקפים את רשת הספקים הזמינה למבוטחים) בין השיקולים המשפיעים על בחירת הקופה שבה יהיו מבוטחים.

המלצה מספר 27:

משרד הבריאות יפעל לכך שקופות החולים יגבירו את רמת השקיפות של הסדרי הבחירה בפרסום לציבור. מומלץ כי משרד הבריאות ינקוט צעדים שיעודדו את המבוטחים לכלול גם את הסדרי הבחירה בין השיקולים המשפיעים על החלטה לעבור בין הקופות.

התקנות מחייבות את קופות החולים להביא את ההסדרים שקבעו לידיעת שרת הבריאות, אך אינן מחייבות את אישור השרה או את אישורו של כל בעל תפקיד אחר במשרד הבריאות. הוועדה ממליצה לשנות מצב זה, כך שיידרש אישור אקטיבי של משרד הבריאות טרם החלתם של הסדרי הבחירה. האישור יינתן כפוף לכללים שנקבעו, ומשרד הבריאות יוכל לאשר או לחייב חריגות מכללים אלה במקרה הצורך.

הוועדה ממליצה שאם לאחר תקופת מעבר של שנה לא יאשר המשרד את הסדרי הבחירה של קופת חולים בתחום מסוים (או שאלה לא יוגשו כלל), תהיה הבחירה בתחום זה חופשית בין כל נותני השירותים המספקים אותו.

המלצה מספר 28:

משרד הבריאות יאשר באופן אקטיבי את הסדרי הבחירה כפוף לכללים שנקבעו, ויאשר או יחייב חריגות מהכללים במקרה הצורך (למשל: בעבור מחלות ייחודיות, אזורים מבודדים וכו'). אם לאחר תקופת מעבר (של 12 חודשים), לא הגישו קופות החולים הסדרי בחירה ו/או לא אישר המשרד את הסדר הבחירה שהציעה הקופה בתחום מסוים, יוכלו מבוטחי הקופה לקבל את השירות אצל כל נותני השירותים המספקים אותו, בלי הגבלה ובמימון קופת החולים.

⁵⁴ חב"ר 8893-07-11 שושנה אסולין נ' כללית שירותי בריאות (27.4.2014)

מקורות

מבקר המדינה (2013), "דו"ח שנתי 63 לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011"

Chernew, Michael E. and Newhouse, Joseph P. (2011), "Chapter One - Health Care Spending Growth", In: Pauly, Mark V., McGuire, Thomas G. and Barros, Pedro P., Editors, *Handbook of Health Economics, Volume 2*, 1-43.

Daley, Claire, Gubb, James, Clarke, Emily and Bidgood Elliot (2013), "Healthcare systems: The Netherlands", *Civitas*.

Gaynor, M., Ho, K. and Town R. (2014), "The industrial organization of health care markets", *NBER Working Paper* 19800.

Gaynor, M., Moreno-Serra, R., and Propper, C. (2013), "Death by market power: Reform, competition and patient outcomes in the British National Health Service", *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(4):134-66.

Gaynor, M., Propper, C. and Seiler, S. (2012), "Free to choose? Reform and demand response in the English national health service", *NBER Working Paper* 18574.

Gaynor, M. and Town, R. (2011) "Competition in health care markets", In M.V. Pauly, T.G. McGuire, P.P. Barros (eds.), *Handbook of Health Economics, Volume 2*, Elsevier.

Glied, Sherry (2000), "Chapter 13: Managed care", In: Culyer, A.J. and Newhouse, J.P., Editors, *Handbook of health economics, Volume 1*, 707-753.

Goldman, Dana, and Romley, John A. (2008), "Hospitals as hotels: The role of patient amenities in hospital demand", *NBER Working Paper* 14619.

Gruber, Jonathan and McKnight, Robin (2014), "Controlling Health Care Costs Through Limited Network Insurance Plans: Evidence from Massachusetts State Employees", *NBER Working Paper* No. 20462.

Kaiser Family Foundation and the Health Research & Educational Trust (2013), "Employer Health Benefits, 2013 Annual survey".

Leu, Robert E., Rutten, Frans F.H., Brouwer, Werner, Matter, Pius, and Rutschi, Christian (2009), "The swiss and dutch health insurance systems: Universal coverage and regulated competitive insurance markets", *The Commonwealth Fund*.

Maarse, Hans (2011), "Dutch health care reform at the crossroads", *The Hastings Centre*.

Robinson, James C. (2003), " Hospital Tiers In Health Insurance: Balancing Consumer Choice With Financial Motives", *Health Affairs*, no. (2003): doi: 10.1377/hlthaff.w3.135.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. (2010), "The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition," *European Observatory on Health Systems and Policies*, 12(1):1–229.

Victoor, A., Delnoij, D. MJ, Friele, RD, Rademakers J. (2012), "*Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review*", *BMC Health Services Research* 2012, 12:272.

7. כוח אדם

רקע

עובדי מערכת הבריאות בישראל מהווים את לב לבה של המערכת, והם חיוניים להצלחתה ולחיזוק האיכות הגבוהה שלה. צוותים רפואיים, סיעודיים, פרה-רפואיים, מסייעים, מנהליים ואחרים, שזכו להכשרה מתאימה ומפגינים מקצועיות, מסירות, אנושיות ויעילות, ואשר בכל יום מצילים חיי אדם, מרפאים תחלואים ומקלים כאבים, מייעצים ומכווינים – עובדים כאלה חיוניים כדי לעמוד ביעדיה של המערכת, השואפת לשפר את בריאות האוכלוסייה ככל האפשר ולהתבסס על ערכים של צדק, שוויון ועזרה הדדית. הכשרתם של רבים מהעובדים במערכת הבריאות אורכת זמן רב, וחובתם של מובילי המערכת וקובעי המדיניות בה לתכנן את הכשרת כוח האדם כך שיוכל לענות על צורכי האוכלוסייה ויצמצם את העומס הרב שבו הצוותים המקצועיים נתונים כיום. תכנון כוח האדם במערכת צריך להתחשב בביקושים הצפויים הן במערכת הציבורית והן במערכת הפרטית, כך שתפחת התחרות על כוח אדם חיוני בין שתי המערכות.

עקרונות תכנון כוח האדם במערכת

ארגון ה-OECD בחן לאחרונה את נושא תכנון כוח האדם במערכות הבריאות במדינות החברות בארגון, וציין כי המטרה העיקרית בתכנון כוח אדם רפואי היא השגת איזון ראוי בין ההיצע והביקוש, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך, בקטגוריות השונות של המקצועות בתחום הבריאות⁵⁵. לתכנון מדויק של כוח האדם במערכת הבריאות חשיבות גדולה במיוחד, מאחר שזמן ההכשרה ממושך יותר מאשר בתחומים אחרים. תכנון כוח אדם טוב יכלול גם את ההשפעה האפשרית של ארגון מחדש של כוח האדם על מנת להתאים את המערכת טוב יותר לגורמים משתנים, כגון הזדקנות האוכלוסייה וגידול בעומס על המערכת הרפואית עקב מחלות כרוניות.

ה-OECD בדק את המאפיינים העיקריים של 26 מודלים לתכנון כוח אדם ב-18 ממדינות הארגון. הוא התמקד בעיקר במודלים של תכנון לרופאים וכלל גם כמה מודלים של תכנון לאחיות. מהממצאים עולה כי יש מגוון רחב של מודלים, החל במודלים בעלי אופי מסורתי המתמקדים בעיקר במגמות דמוגרפיות, וכלה במודלים מתוחכמים יותר, הכוללים מגוון משתנים רחב יותר שיכולים להשפיע על הצורך בכוח אדם רפואי בעתיד. כמה מהמודלים פעלו על צד ההיצע, וחלקם על צד הביקוש. הנקודות העיקריות העולות מהמודלים:

1. מודלים רבים מניחים ששוק כוח האדם במקצועות הרפואיים מצוי כיום בשיווי משקל. מדובר בהנחה חזקה מאוד שאינה בהכרח נכונה, ומשפיעה על התוצאות.
2. המשבר הכלכלי העולמי גרם לחלק מהמדינות לעבור מחששות מעודף ביקוש לכוח אדם, לחששות מעודף היצע של כוח אדם.
3. המודלים לא כוללים שכר כמשתנה שישפיע על ההיצע והביקוש לעובדי מקצועות הבריאות בעתיד.
4. המודלים במאמר מתמקדים בשימוש במידע על הצטרפות עובדים חדשים ויציאה מכוח העבודה, ומניחים ששיעור שימור העובדים הוא קבוע.

⁵⁵ OECD (2013)

5. רק מיעוט מהמודלים בוחן את הקשר בין הביקוש העתידי לעובדים במקצועות הבריאות ובין ההוצאה הלאומית לבריאות. מיעוט המודלים מדגים שההוצאה הלאומית לבריאות משפיעה על גובה התחזיות בתכנון כוח האדם.
6. יש מודלים שתוקפים את הבעיה מכיוון הצרכים, ומנסים לחזות את הביקוש לכוח אדם על פי צרכים במערכת שכיום אינם מסופקים במלואם וצרכים עתידיים שעשויים להתעורר.
7. מודלים אחדים עוסקים גם בניתוב עובדים למקצועות דומים במערכת הבריאות.
8. כמה מן המודלים מניחים עלייה בפריור לעובד בעתיד, שתגרום לירידה בלחץ בביקוש.
9. יש מודלים הנותנים את הדעת לפיזור גיאוגרפי של ספקי שירותי הבריאות במדינה ולהשפעתו על הביקוש לכוח אדם.
10. מעטים המודלים שהוערכו באופן רשמי על-ידי מקבלי ההחלטות.
11. יש שונות בין המדינות במשאבים שהוקצו במודלים לחיזוי צרכי כוח האדם.

ההמלצות העיקריות של ה-OECD בנושא תכנון כוח אדם היו :

1. מאחר שתכנון כוח אדם במערכת הבריאות אינו מדע מדויק, יש לרענן בקביעות את ההנחות שהמודלים מתבססים עליהן.
2. יש לאסוף בקביעות נתונים מפורטים על מצבת כוח האדם במערכת הבריאות.
3. מאחר שתהליך ההכשרה במקצועות הבריאות ממושך יותר מאשר במקצועות אחרים, ההחלטות לגבי כמויות העובדים להכשרה צריכות להיות מושפעות פחות ממחזורי עסקים ומאירועים כלכליים קצרי טווח.
4. יש לתת את הדעת לחשיבות הליכי הפרישה לגמלאות לא פחות מהליכי ההכשרה של עובדים חדשים, מאחר שההשפעה של הפורשים לגמלאות על מצבת כוח האדם במערכת הבריאות היא ניכרת.
5. יש לראות בתכנון כוח האדם במערכת הבריאות משימה אינטגרטיבית, המדגישה תיאום של תכנון כוח האדם בכל סוגי ההתמחויות והמקצועות.
6. בתכנון יש לתת את הדעת לצרכים השונים של אזורים גאוגרפיים שונים במדינה.

המלצות הוועדות הקודמות שעסקו בנושא⁵⁶

משנת 2000 פעלו חמש ועדות שבחנו היבטים שונים של נושא כוח האדם במערכת הבריאות בישראל. במאי 2000, מונתה על ידי הות"ת (ועדה לתכנון ותקצוב) ועדה ברשות פרופ' אמנון פזי ("ועדת פזי"), וממצאיה פורסמו לאחר שנתיים של עבודה. ועדת פזי קבעה כי במועד שבו היא פעלה (שנת 2000) היה עודף של רופאים בישראל. אולם הוועדה חזתה כי שיעור הרופאים במדינת ישראל ירד ועד שנת 2020 יגיע לכ-2.6 רופאים לאלף נפש. כדי להימנע ממצב זה המליצה ועדת פזי להגדיל את מספר הרופאים בוגרי ישראל, הנכנסים למערכת, ב-600 רופאים (וכך להגיע להיקף הכשרות של כ-900 רופאים בשנה).

⁵⁶ מבוסס על דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל. משרד הבריאות. 2010

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הוועדה השנייה של הות"ת הוקמה במאי 2006, כדי לבחון את הצורך בהקמת בית ספר נוסף לרפואה. בראש הוועדה עמד פרופ' יונתן הלוי והיא הגישה את מסקנותיה לות"ת בחודש מרס 2007. לפי תחזיות "ועדת הלוי", אם מספר הרישיונות החדשים המונפקים מדי שנה בשנה יישאר דומה למצב בעת הגשת המסקנות, ירד שיעור הרופאים בישראל בשנים שלאחר מכן ויגיע ל-2.8 רופאים לאלף נפש בשנת 2019. המלצות ועדת הלוי כללו הגדלה של מספר הבוגרים בבתי הספר לרפואה לכ-600 מדי שנה והקמת בית ספר נוסף לרפואה.

ועדה נוספת בחנה את מצב כוח האדם בתחום הסיעוד. ועדה זו בראשות ד"ר יצחק ברלוביץ מונתה בידי מנכ"ל משרד הבריאות והגישה את המלצותיה בינואר 2004. המשימה שהוטלה על חברי הוועדה הייתה לבחון את כוח אדם הסיעודי – אחיות מוסמכות, מעשיות ואת שאלת האקדמיזציה. בין היתר המליצה הוועדה להפסיק את ההכרה בתוכניות הלימודים לאחיות מעשיות, לפתח כוח עזר מיומן, להאיץ את האקדמיזציה והמליצה על מתכונת ההכרה בתארים גבוהים לאחיות.

בדצמבר 2006 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי, בראשות פרופ' גבי בן נון. ועדה זו בחנה את נושא הכשרת הרופאים והאחיות בישראל⁵⁷, ועל בסיס תחזיותיה המליצה לנקוט צעדים שעיקרם הגדלת מסגרות ההכשרה של הרופאים ושל האחיות בישראל. עוד הומלץ להגדיל את מספר הסטודנטים בבתי הספר לרפואה לכ-600 בכל שנה ושל האחיות לכ-2000 בשנה. כמו כן המליצה הוועדה על החלת חובת רישום חוזר במקצועות הבריאות המחויבים ברישוי.

ביולי 2010 פרסם משרד הבריאות דוח נוסף של הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל. הוועדה, בראשות ד"ר טוביה חורב, המליצה להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה החל בשנת 2014 לכ-800-900 בשנה, כך ששיעור הרופאים לא יירד מ-2.9 רופאים לאלף נפש. כמו כן בחנה הוועדה את נושא מקצועות הרפואה והמליצה על תוספת נדרשת לכמה מקצועות רפואה שנמצאים במצוקה. בנושא הסיעוד המליצה הוועדה להגדיל את מספר הסטודנטים לסיעוד לכ-2,300 בשנה, מספר אשר יביא את ישראל לשיעור של 5.8 אחיות (מתחת לגיל 65) לאלף נפש. עוד המליצה הוועדה על שינויי מדיניות נדרשים בנושא כוח האדם וניהולו במערכת הבריאות.

רופאים

ברוב מדינות ה-OECD מופר בשנים האחרונות האיזון בין היצע הרופאים ובין הצרכים. להפרת האיזון אחראים בראש ובראשונה גורמים מצד ההיצע ובהם: קצב הכשרות שאינו מדביק את הגידול בביקושים; גידול בשיעור הנשים ברפואה המצמצם את מספר שעות העבודה במקצוע, וירידה במספר שעות העבודה השבועיות של רופאים צעירים (עד גיל 40); גידול במספר שטחי ההתמחות; וכן עליית הגיל הממוצע של העוסקים במקצוע ושיעורי פרישה גדלים. גורמים המגדילים את הביקוש לשירותי הרופאים תורמים גם הם להפרת האיזון: הזדקנות האוכלוסייה; הגברת המודעות של צרכני שירותי הבריאות; והעלייה ברמת החיים.

⁵⁷. בכל מקום בדוח זה בו מצוינת המלה אחיות הכוונה היא גם לאחים וגם לאחיות- כנ"ל לגבי רופאים ורופאות.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

בישראל הסתכם מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה בשנת 2013 ב-33,785 רופאים, מהם 25,274 מתחת לגיל 65 - שיעור של 3.11 רופאים לאלף נפש. בשנת 2013 הונפקו 1,011 רישיונות חדשים לרופאים, עלייה לעומת 547 רישיונות בשנת 2007. בד בבד עם העלייה במספר הרישיונות שניתנו, אפשר לראות מגמת עלייה גם במספר הרישיונות לבוגרי הארץ. בשנת 2013 הונפקו 416 רישיונות, לעומת כ-250-300 בשלושת העשורים שחלפו. בעקבות הגדלת מסגרות ההכשרה לרופאים בשנים האחרונות, הצפי הוא שבתוך 4 שנים מספר מקבלי הרישיון של בוגרי הארץ יגיע לכ-700 מקבלי רישיון בשנה. יש לציין כי לפי נתוני ה-OECD בישראל שיעור מקבלי הרישיון של בוגרי אותה המדינה (ביחס לאוכלוסייה) הוא הנמוך ביותר בקרב מדינות הארגון.

השוואה בין-לאומית של שיעור הרופאים לאלף נפש מראה כי שיעור הרופאים בישראל דומה לממוצע בקרב המדינות החברות ב-OECD. עם זאת, בעוד במדינות ה-OECD שיעור הרופאים לאלף נפש עולה עם השנים, בישראל יש מגמה של ירידה בשיעור, והצפי הוא כי בתוך שנים ספורות יהיה שיעור הרופאים בישראל נמוך מזה של מדינות ה-OECD.

תחזיות שמסר משרד הבריאות לוועדה הראו, שלמרות הגידול המרשים במספר הסטודנטים לרפואה בישראל, שיעור הרופאים בישראל צפוי להמשיך ולרדת בשנים הבאות וזאת גם לאחר הבשלה מלאה של כל תכניות הלימודים שאושרו עד כה. על רקע תחזית מדאיגה זו, הוועדה ממליצה על הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל לכ-1,000 סטודנטים בשנה. הוועדה ממליצה עוד כי שיעור הרופאים לא ירד משיעור של 2.9-3.0 רופאים לאלף נפש. על מנת להימנע ממצב שמספר הסטודנטים לרפואה יוגבל עקב שדות ההוראה הקליניים, הוועדה ממליצה לבחון יחד עם המועצה להשכלה גבוהה את סוגיית ההכשרה הקלינית בלימודי הרפואה.

נתונים שהוצגו בפני הוועדה הראו כי בשנים האחרונות יש מגמה של עלייה במספר מקבלי הרישיון שלמדו מחוץ לישראל. הוועדה רואה באוכלוסייה זאת אוכלוסיית יעד להגדלת שיעור הרופאים בישראל וממליצה לנקוט פעולות למיצוי החזרת רופאים ישראלים שלמדו בחו"ל.

נוסף על הצורך בהגדלת מספר הרופאים הכללי בישראל, יש לבחון את המגמה גם בהתמחויות שונות. המלצות דוח ועדת חורב משנת 2010 בנושא זה הוצגו בפני הוועדה וכן הוצגו לוועדה הצעדים שנקטו בעקבות הסכם השכר האחרון, שפעל לתגמול דיפרנציאלי של מקצועות במצוקה. הוועדה רואה חשיבות רבה בתכנון מקצועות ההתמחות של הרופאים וממליצה שמשרד הבריאות בשיתוף עם המועצה המדעית יקבעו מדיניות שתמודד עם האתגרים בנושא. בכל הקשור למסלולי ההתמחות יבחנו המועצה המדעית בשיתוף משרד הבריאות את הצורך בשינויים.

אחיות

מספר האחיות בישראל עמד בשנת 2013 על 60,454 אחיות, מהן 47,101 צעירות מגיל 65 - שיעור של 5.79 אחיות לאלף נפש (יש לציין כי גיל הפרישה לנשים הוא 62, כך שנתון זה ביחס לגיל העבודה מוטא כלפי מעלה). בשנת 2013 הונפקו 1,387 רישיונות חדשים לאחיות, המספר הגבוה ביותר מאז תחילת שנות ה-2000. בעקבות הגדלת מסגרות ההכשרה בסיעוד בשנים האחרונות, הצפי הוא שבתוך שנתיים עד שלוש שנים יגיע מספר מקבלות הרישיון לכ-2,000 בשנה. יש לציין כי לפי נתוני ה-OECD בישראל מספר מקבלי הרישיון בוגרי אותה המדינה הוא השני הנמוך

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ביותר בקרב מדינות הארגון. הגידול הניכר במסגרות ההכשרה לסיעוד אמור לחולל שינוי במגמה בשנים הבאות ולגרום עלייה בשיעור האחיות ביחס לאוכלוסייה.

בחינה של שיעור האחיות המועסקות בישראל ביחס למדינות ה-OECD מראה כי בישראל יש 4.8 אחיות מועסקות לאלף נפש לעומת ממוצע של 8.8 במדינות ה-OECD. חשוב להדגיש כי יש שונות בהגדרות של אחיות במדינות הארגון ויש להיזהר בהשוואה בין-לאומית בנושא זה⁵⁸.

הוועדה בחנה את המלצות ועדת חורב בנושא האחיות וכן את הצעדים החשובים שנקט מאז מינהל הסיעוד במשרד הבריאות. לאור התפקיד החשוב של האחיות במערכת הבריאות והשיעור הנמוך בישראל, הוועדה ממליצה שמשרד הבריאות יוסיף לפעול להגדלת שיעור האחיות בישראל ואף יקבע יעד לשנים הבאות, בהתחשב בתמהיל האחיות הנדרשות.

בנוסף הוועדה רואה חשיבות רבה בנקיטת צעדים לשימור אחיות במקצוע, לייעול זמן העבודה של האחיות ולהעברת משימות שאינן דורשות מומחיות בסיעוד לגורמים אחרים, תוך הרחבת השימוש בכוחות עזר רפואיים.

המלצות

רופאים:

המלצה מספר 29:

מספר הרופאים – לפעול להרחבת מסגרות ההכשרה בישראל לרופאים ל-1,000 סטודנטים ישראליים בשנה בתוך חמש שנים, גם אם הצעדים כוללים הפחתת מספר הסטודנטים הזרים הלומדים רפואה בישראל (ברוח ועדת "אנדורן"). לקבוע יעד כולל של 1,400 רופאים חדשים בשנה (בוגרי ישראל וחו"ל), כך ששיעור הרופאים בישראל יעמוד על 2.9-3.0 רופאים לאלף נפש. משרד הבריאות יעדכן את היעד מעת לעת בהתאם לצרכים שיהיו במערכת ולמטלות שיוטלו על הרופאים.

המלצה מספר 30:

להגדיל את תמהיל מספר הסטודנטים הלומדים בתוכניות ארבע שנתיות.

המלצה מספר 31:

לפעול למיצוי החזרת רופאים ישראלים העובדים בחו"ל. הפעולות יכללו בין היתר: יצירת קשר עם הסטודנטים במהלך הלימודים, קורסי הכנה למבחן הרישוי, בחינת כללי הרישוי לרופאים שלמדו בחו"ל, בחינת אפשרות לסיום הלימודים בישראל, בחינת אפשרות לתוכניות החזרת רופאים העובדים בחו"ל בדומה לתוכניות להחזרת מדענים. פעילות הסברה וגיוס של רופאים עולים פוטנציאליים במדינות מוצא רלוונטיות.

⁵⁸ השונות נובעת בין היתר מהסמכויות השונות שקיימות לאחיות בכל אחת מן המדינות והשונות בין המדינות בכל הקשור לרצף התפקידים שבין כוחות עזר מיומנים ועד אחיות מומחיות. בחלק מהמדינות תפקידים שנמצאים תחת ההגדרה של 'כח עזר רפואי' נחשבים במדינות אחרות כאחיות. כמו כן, תמהיל ההגדרות והסמכויות בין אחיות מוסמכות למעשיות שונה בין המדינות ומקשה על ההשוואה.

המלצה מספר 32 :

לבחון עם המועצה הלאומית להשכלה גבוהה את נושא ההכשרה הקלינית במהלך הלימודים – מספר שבועות הוראה, הוראה בקהילה, סדר הלימודים ושיטות תגמול (ועדת "גלור-ישראל").

המלצה מספר 33 :

נקיטת צעדים לשימור רופאים במקצוע, כגון: אפשרות להעסקה אחרי גיל הפרישה, בחינת סיבות לפרישת רופאים מהמקצוע לפני גיל פרישה ונקיטת צעדים בנושא, בחינת סיבות מרכזיות להגירת רופאים מישראל, אפשרות לתעסוקה במשרה חלקית אחרי גיל הפרישה.

המלצה מספר 34 :

לנוכח המחסור והעודף ברופאים בהתמחויות מסוימות והצורך בתכנון ארוך טווח, יקבעו משרד הבריאות בשיתוף עם המועצה המדעית מדיניות להתמודדות עם הצרכים הלאומיים.

המלצה מספר 35 :

המועצה המדעית ומשרד הבריאות יבחנו את הצורך בשינוי מסלולי ההתמחות, לרבות נושאים כגון: התמחות בקהילה, קיצור מדעי היסוד, מסלולים ישירים ותחילת התמחות בסטאז'.

המלצה מספר 36 :

תמריצים – בחינת תמריצים ארוכי טווח עם מחויבות להעסקה על פני זמן וכן בחינת פיתוח מסלול קריירה למקצועות במחסור.

המלצה מספר 37 :

הוספת תקנים למתמחים מתוך ראייה של שיעור הרופאים המומחים הנדרשים.

המלצה מספר 38 :

בחינת דרכים להקל על הרופא בעבודתו (כולל אלמנטים לוגיסטיים) והעברת תפקידים לבעלי מקצועות בריאות אחרים שקיבלו הכשרה מתאימה.

המלצה מספר 39 :

מידע על הרופאים הפעילים בישראל – בחינת הצורך ברישום חוזר.

המלצה מספר 40 :

נקיטת צעדים לשיפור סביבת העבודה של הרופאים.

אחיות:

המלצה מספר 41:

משרד הבריאות יוסיף לפעול להגדלת שיעור האחיות בישראל ויקבע יעד לשנים הבאות, בהתחשב בתמהיל האחיות הנדרשות. היעד יתעדכן מעת לעת בהתאם לצרכים שיהיו במערכת ולמטלות שיוטלו על האחיות. במסגרת זאת ימופו הצרכים והפערים במקצועות הסיעוד לסוגיהם.

המלצה מספר 42:

משרד הבריאות יפעל לנקיטת צעדים לשימור האחיות במקצוע ולייעול זמן העבודה של האחיות, בין היתר באמצעות בחינת המשימות שאינן דורשות מומחיות בסיעוד והרחבת השימוש בכוחות עזר רפואיים.

המלצה מספר 43:

הרחבת המידע על האחיות הפעילות בישראל – רישום חוזר, והשגת מידע על מקום תעסוקה.

המלצה מספר 44:

על מנת לעדכן את מנגנון התקינה, אנו ממליצים להקים צוות רב-מקצועי אשר יכלול את הגורמים הרלוונטיים, ובכללם משרדי הממשלה, איגודים מקצועיים (ההסתדרות הרפואית, איגוד אחיות וכדומה), קופות חולים, בתי חולים ובכירים ברפואה הקהילתית ובבתי החולים. היישום ייקבע במסגרת ההסכמים הקיבוציים.

העדויות ששמעה הוועדה מלמדות כי ישנם רופאים רבים אשר במקביל לעבודתם במערכת הבריאות הציבורית עובדים גם בבתי החולים הפרטיים, ובכך פוגעים ביכולת של בתי החולים הציבוריים להגדיל את זמינות השירותים לחולים במערכת הציבורית. הוועדה קיימה מספר דיונים בנושא, במטרה למצוא מודל שיביא למחויבות של הרופאים לעבוד בבתי החולים הציבוריים, על מנת לחזק את מערכת הבריאות הציבורית, ומצאה כי מודל ה"פולטיימר" הוא המודל המתאים.

הרחבת שיטת ההעסקה במודל של 'פול-טיימר' עשויה לתת מענה מסוים למצוקת כוח האדם בבתי החולים הציבוריים, כמו גם לתמרץ רופאים לפנות להתמחות באותם מקצועות רפואיים אשר מצויים בחסר מתמיד. המטרה בהעסקת רופאים בשיטת ה – 'פול-טיימר' כפולה: ראשית, הגברת מחויבות הרופא לבית החולים הציבורי, ובתוך כך לחולה הציבורי. ושנית, הגדלת הזמינות והנגישות של רופאים בכירים בבתי החולים הציבוריים. יש להדגיש כי שיטת העסקה זו עולה בקנה אחד עם הרציונל שניצב בבסיס המלצות הוועדה – המטופל במרכז. הגדלת שיעור הרופאים המועסקים בשיטה זו עשוי לצמצם במידת מה את מעבר המטפלים והמטופלים מהשירות הציבורי למוסדות הרפואה הפרטיים. כאמור, שיטה זו אף מטיבה עם הרופא עצמו, בין היתר

מעצם ריכוז כלל הטיפולים הרפואיים תחת 'קורת גג אחת' – בית החולים הציבורי. בכוחה של שיטת העסקה זו ליעל את זמנו של הרופא (ייתור הצורך לעבור בין מוסדות שונים), כמו גם לצמצם חשיפה לסיכונים מקצועיים ומשפטיים.

יש לציין כי מחובתה של מערכת הבריאות לייצר סדרה של תמריצים כלכליים (שכר ראוי והולם) ותמריצים מקצועיים שיהפכו את שיטת העסקה ב – 'פול-טיימר' לאטרקטיבית. עם זאת, יש לקיים מנגנון כלכלי לפיו תוספת המשאבים תגשים את המטרה שלשמה היא ניתנת – קרי, קיצור תורים, שיפור איכות הטיפול ואיכות השירות.

לדעת הוועדה, מודל זה חשוב במיוחד ליישום בשדרה הניהולית הבכירה ובמקצועות שנדרשת בהם נוכחות מומחים מעבר לשעות העבודה השגרתיות, וכן במקצועות נוספים, לרבות במקצועות שבהם יש או צפוי מחסור בכוח אדם, כפי שייקבע מעת לעת.

המלצה מספר 45: "פול-טיימר"

- א. מודל הפול-טיימר הוא מודל מומלץ ואף חיוני למערכת הבריאות. לדעת הוועדה, מודל זה חשוב במיוחד ליישום בשדרה הניהולית הבכירה ובמקצועות שנדרשת בהם נוכחות מומחים מעבר לשעות העבודה השגרתיות וכן במקצועות נוספים, לרבות במקצועות שבהם יש או צפוי מחסור בכוח אדם, כפי שייקבע מעת לעת.
- ב. בעת קיום מכרזים לתפקידים בכירים יינתן, ככל האפשר, משקל למי שבחר להיות פולטיימר.
- ג. עבודה נוספת של פולטיימרים המועסקים בבתי חולים ציבוריים – רופא אשר מכהן כ"פולטיימר", מחויב לבית החולים הציבורי. עיקר זמנו של הפולטיימר יוקדש לבית החולים. על מנת למנוע פגיעה בקהילה, הרופאים המכהנים כ"פולטיימר" יוכלו לעבוד ברפואה ציבורית במסגרת הקהילה. "פולטיימר" לא יוכל לעבוד במקביל בבית חולים פרטי או בקליניקה פרטית. יש להבטיח כי יהיו תנאים שיאפשרו העסקה של צוותים רפואיים תומכים לרופאים אחר הצהריים.
- ד. יוקם צוות יישום אשר יקבע את הכללים והנהלים המדויקים בנושא, בהתאם לעקרונות המפורטים לעיל.

מספר הנשים הרופאות נמצא במגמת עלייה זה זמן מה, ובשנת הלימודים תשע"ג היוו נשים כ- 54% מכלל הסטודנטים הלומדים לתואר ראשון ברפואה במוסדות הלימוד המוכרים בארץ.⁵⁹ נתוני ההתמחות (משנת 2012) מלמדים כי נשים נוטות לבחור בהתמחות בגריאטריה, ברפואת משפחה, ברפואת ילדים ובאונקולוגיה, ובמקצועות אלה נשים מהוות יותר ממחצית מהמתמחות. לעומת זאת, שיעור נמוך במיוחד של נשים עוסקות במקצועות הכירורגיים, בקרדיולוגיה, בהרדמה ובטיפול נמרץ – מקצועות שהעיסוק בהם קשה פיזית, תובעני ומקשה לנהל חיי משפחה ולגדל ילדים. נשים נעדרות גם משורות ההנהלה הרפואית בבתי החולים ובקופות החולים –

⁵⁹ מכתב מאת פרופ' רבקה כרמי, יו"ר צוות המשימה לקידום מעמד הרופאות בהר"י, לשרת הבריאות (מתאריך 19 בינואר 2014).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

למשל, מבין מנהלי המחלקות בבתי החולים, רק 17 אחוזים הן נשים. נתונים אלה מצביעים על הצורך בתשומת לב מיוחדת להיבט המגדרי במערכת הבריאות.

הוועדה ממליצה להקים צוות מקצועי שיעסוק בנושא זה ויציע מנגנונים לקידום מקצועי של נשים במערכת, ובכלל זה מנגנונים שיגבירו את שיעור הנשים בקרב המנהלים במערכת הבריאות.

המלצה מספר 46:

הוועדה ממליצה להקים צוות מקצועי שיציע מנגנונים שיסייעו לקידום מקצועי של נשים במקצועות הבריאות. הצוות יבחן את החסמים הקיימים כיום, לרבות בחינת תהליכים להגברת שילוב נשים בתפקידי ניהול, השתלבות במודל ה"פול-טיימר" והתאמת המערכת לכך.

מקורות

משרד הבריאות (2010), "דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל".

Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

8. איכות ושירות במערכת

רקע

טיפול איכותי ורמת שירות גבוהה הם ממדים בלתי נפרדים מהטיפול הרפואי שלו זכאי כל מטופל במערכת הבריאות, הציבורית והפרטית גם יחד. לאורך השנים הכירו עוד ועוד מדינות בחשיבות של מדידה שיטתית של איכות הטיפול ושל רמת השירות במערכות הבריאות שלהן. הספרות המקצועית בתחום מדווחת על הטמעת מדדים לאיכות הטיפול בבתי חולים כמעט בכל מדינות אירופה, בארה"ב וביפן,⁶⁰ וממנה עולה כי במדינות המערב יש הסכמה שמדידת איכות בבתי החולים היא פעילות הכרחית. מדידת איכות זו נתפסת חיונית להתייעלות הנדרשת כיום ממערכות הבריאות, בתמורה להוצאה הציבורית הגדולה בתחום זה, ומומחים מסכימים כי בהיעדר מדידת איכות ומדידה שיטתית של תוצאות בריאות, לא יצלחו המאמצים לשפר את איכות הרפואה עצמה.⁶¹ נראה שכיום מתגבשת הסכמה כי שיפור סטנדרטים של איכות רפואית ושל רמת השירות מחייב מדידה, שיקוף מידע לציבור, ויצירת תחרות המבוססת על איכות, בטיחות ושירות.⁶² נוכח זאת, ניתן לראות כי במרבית מדינות המערב יש תכניות למדידת איכות, הן בבתי חולים והן ברפואה הראשונית בקהילה. דרישה כזו ישנה גם במדינות החברות ב-OECD.

בדומה למדינות המערב, גם בישראל האיכות והשירות הם חלק בלתי נפרד מהטיפול הרפואי. בחוק זכויות החולה משנת 1996⁶³ קבע המחוקק, כי הטיפול הרפואי הנאות נבחן הן בהיבט האיכות הרפואית והרמה המקצועית, והן בבחינת יחסי האנוש. איכות הטיפול, השירות וחווית המטופל היו בשנים האחרונות למרכיבים מרכזיים במסגרת הפעילות הרפואית, ובמוסדות הרפואיים אף הוקמו יחידות פנימיות שפועלות כל העת לשיפור איכות הטיפול ואיכות השירות ברפואה.⁶⁴ על חשיבות הנושא ניתן ללמוד בין היתר גם דרך היעדים שהציב משרד הבריאות במסגרת "עמודי האש", ובהם "ניטור מדדי איכות קליניים ומדדי איכות השירות במערכת הבריאות והצבת יעדים ברורים לעמידה במדדים".⁶⁵ בישראל פועלות שתי תוכניות: התוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה (מאז 2004) והתוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים שהחלה בינואר 2013. תוכנית המדדים הנהוגה בקהילה היא תכנית ותיקה, המוכיחה שיפור מתמיד במדדים שהיא מנטרת. בהתייחס לתוכנית המדדים בבתי החולים, הגם שמדובר בתוכנית צעירה, יש כבר עתה אינדיקציות כי בתוך זמן קצר יחסית, עצם המדידה מצליחה להביא לשיפור ניכר במרבית המדדים.⁶⁶ התוכנית הביאה לידי הפניית קשב ניהולי לתהליכי העבודה בקהילה, כדי לשפר את איכות הטיפול בהם.

יש להדגיש, ניטור מדדי האיכות בצורה המשכית ושוטפת היא זו שמאפשרת ניהול יעיל ומרכזי.⁶⁷ ניהול שבכוחו להביא לידי שיפור ממשי במדדי האיכות הקליניים במערכת הבריאות, לצד שיפור

⁶⁰ ראו למשל: Marshall et al (2003), Hendriks et al. (2009).

⁶¹ על כך הסכימו המשתתפים בשולחן עגול שכינסה בסוף שנות ה-90 האקדמיה למדעים בארה"ב, אשר עסק בשיפור

איכות הרפואה שם. ראו Chassin and Galvin (1998).

⁶² ראו: Jha et al. (2003), Hysong et al. (2012) ו-Kerr et al. (2000).

⁶³ חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996. סעיף 5.

⁶⁴ כך למשל, בבתי החולים של כללית מונו מנהלי שירות.

⁶⁵ עמודי האש במערכת הבריאות – "תנופה חדשה" (נושאים 4 ו-6).

⁶⁶ רוזן וניסנהולץ-גנות (2012).

⁶⁷ Leape et al (2006).

איכות השירות. נוסף על כך, בתוכנית העבודה לשנת 2014 החל המשרד לגבש מדדים לאיכות השירות/חוויית המטופל במערכת הבריאות, תוך התייחסות למדדים כמותיים, כגון: זמני המתנה; זמינות תורים לניתוחים, תורים במרפאות החוץ ובקהילה; משך זמן הטיפול; והטיפול בפניות הציבור. במהלך השנים 2012-2013 גובש סקר לאומי לבחינת חוויית המטופל. סקר שנערך בשנת 2014 בכל בתי החולים הכלליים.

כל האמור לעיל מבטא בין היתר מגמה של שינוי בתרבות הארגונית במערכת הבריאות בישראל, בפרט עם תחילת המדידה ושיקופה לציבור הרחב. עם זאת, עדיין יש מקום לשיפור של האיכות, הבטיחות והשירות במערכת, וקידום למרכז העשייה. לצורך כך יש להעמיק ולבסס תרבות ארגונית השמה דגש על נושאים אלה. יש לשקול כיצד לתמרץ בתי חולים המודדים איכות, הן מבחינה קלינית והן מבחינת איכות השירות, באופן שיבטיח שיפור בשני התחומים בד בבד וכך יחזק את האמון במערכת הבריאות הציבורית.

לדעת הוועדה, מנגנון אפקטיבי להבטחת רמה גבוהה של איכות ושירות הוא רכיב חיוני בדרך לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל. מנגנון כזה מודד את איכות השירות במדדים איכותיים (למשל: זמינות מידע, נגישות לשירותים, שביעות רצון, העצמת מטופלים ושיתופם ועוד), וכן במדדים כמותיים (למשל: זמני המתנה, ניהול התור במרפאות החוץ, ביטולים ודחיות של ניתוחים ותורים, תפוסה במחלקות, זיהומים, אשפוזים וניתוחים חוזרים, סיבוכים קליניים, עמידה בסטנדרטים מקצועיים, זמני המתנה במענה טלפוני, תלונות הציבור ועוד). מנגנון אפקטיבי שבכוחו לסייע בשמירה על אמון הציבור במערכת הבריאות, נבחן בחמישה ממדים עיקריים (R.A.T.E.R.)⁶⁸:

1. מהימנות (Reliability) - יכולת לספק שירות רפואי באיכות שעולה בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשמ"ד – 1994, וחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996.
2. ביטחון (Assurance) - מתן שירות רפואי שבכוחו לחזק את הביטחון בגורם המטפל, כמו גם את אמון הציבור בממסד הרפואי.
3. מוחשיות (Tangibles) - יכולת המוסד הרפואי להבטיח זמינות ונגישות למתקנים; מכשירים; ציוד; צוות רפואי וסיעודי וכו'.
4. אמפתיה (Empathy) - מתן טיפול רפואי תוך הקפדה על יחס אישי ושמירה על פרטיותו ועל כבודו של המטופל.
5. היענות (Responsiveness) - פישוט הליכים בירוקרטיים ומתן מענה מהיר, יעיל ואיכותי.

יש להדגיש כי על המוסדות הרפואיים להנהיג אמצעים ושיטות למדידה ולשיפור מתמידים של איכות הטיפול ושל רמת השירות וחוויית המטופל. כמו כן עליהם לפתח כלים לבקרה אפקטיבית בתחומים אלה (במוסד הרפואי, בממשקים בין מוסדיים ובמערכת הבריאות כולה). בקרה פרו-אקטיבית כזו פועלת בשני מישורים מקבילים:

⁶⁸ Parasuraman et al (1991), Parasuraman et al. (1994)

1. פרוספקטיבי – שיטה שצופה את נקודות התורפה (במערכת/במוסד), ומגדירה מראש את המדיניות ביחס לאיכות השירות ובטיחות הטיפול, בין היתר באמצעות הנחיות, נהלים ופרוטוקולים.
2. רטרוספקטיבי – שיטה הנסמכת על דיווח ואיסוף שיטתי של נתונים ומידע; ניתוח השוואתי מול נקודת מידוד (Benchmarking); הפקת לקחים ומסקנות וכיו"ב.

הוועדה ראתה לנכון לציין את ההתפתחות במדידת האיכות במדינת ישראל בשנים האחרונות. פרויקט מדדי האיכות בקהילה⁶⁹, אשר זכה לשבחים גם מארגון ה-OECD, הטמיע במערכת את השיח בנושא איכות ובעקבותיו חל בשנים האחרונות שיפור משמעותי בכל הקשור למדידת איכות בבתי החולים⁷⁰.

המלצות

כדי לחזק את אמון הציבור במערכת הבריאות ולשפר את איכות הרפואה בישראל, יש להפעיל מערך מדידה בר קיימא שיעקוב אחר מדדי איכות קליניים. בד בבד יש להוביל הליכים של מיפוי חסמים ולאתר פתרונות הולמים ומציאותיים לשיפור איכות הרפואה בישראל. ההוכחה לציבור הרחב כי מערכת הבריאות בישראל היא בעלת תוצאים קליניים מרשימים ביחס לסטנדרט הבין-לאומי, עשויה אף היא לחזק את האמון במערכת הבריאות הציבורית.

המלצות הוועדה מבקשות לחזק את המהלכים שהחלו ביוזמת משרד הבריאות ובהובלתו, תוך שהן מעודדות הנחלה של תרבות ארגונית המציבה את המטופל במרכז - תרבות ארגונית שמטרתה לשפר את איכות השירות הרפואי ולהציע רפואה איכותית יותר ובטיחותית יותר. תרבות ארגונית זו צריכה להיספג בכל הרמות, החל מהנהלת המוסד הרפואי, דרך המחלקות/היחידות השונות ועד אחרון העובדים (רפואי, סיעודי, אדמיניסטרטיבי או אחר). את התרבות הארגונית אפשר להנחיל, בין היתר, באמצעות הכשרות לצוותים רפואיים, כמו גם "גיוס" לשגרירים במערכת הבריאות, וכן הכשרת הדורות הבאים של העוסקים בבריאות כבר בבתי הספר לרפואה, לסיעוד ובשאר המקצועות. נוסף על כך, לצורך ביסוס, הטמעה והובלה של הנושא בארגוני הבריאות, יש למנות ממונה איכות ושירות בכלל בתי החולים ובקהילה, ולהגדירו חבר בהנהלת הארגון.

לאור כל זאת, המלצתנו היא לקבוע את שיפור האיכות הקלינית ואיכות השירות כיעד אסטרטגי, תוך הקצאת משאבים ניכרים ברמה הלאומית, וכפועל יוצא, גם ברמה המוסדית. קביעת יעד כזה תוביל תהליכים ותיצור מחויבות אמיתית של מוסדות הבריאות לאיכות השירות, בין היתר מתוך הכרה בהשפעות החיוביות שעשויות להיות לשיפור האיכות על בריאותו ועל רווחתו של המטופל. המטופל במערכת הבריאות כיום מיועד, עדכני ובוחן לא פעם את המערכת על פי אמות המידה שלפיהן הוא בוחן שירותים אחרים, ולכן שיפור השירות יוביל גם לחיזוק האמון במערכת

⁶⁹ <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Israelquality%20indicators2010-2012.pdf>

⁷⁰ ראו דוח סיכום התוכנית הלאומית למדידת איכות בבתי החולים:

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality_National_prog_3rd.pdf

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הבריאות הציבורית. הוועדה רואה חשיבות מיוחדת בהדגשת איכות השירות בנקודות הממשק בין בתי החולים לקהילה, בשירות הניתן לאוכלוסיות מיוחדות (חולים כרוניים, קשישים, בעלי מוגבלויות ועוד), במחלקות לרפואה דחופה, ולנזקים לניתוחים.

המלצתנו היא לאמץ את איכות השרות כיעד אסטרטגי, תוך הקצאת משאבים משמעותיים ברמה הלאומית, וכפועל יוצא גם ברמה המוסדית. הובלת תהליכים ויצירת מחויבות אמיתית של מוסדות הבריאות (כולל משרד הבריאות) לאיכות השירות, בין היתר מתוך הכרה בהשפעות החיוביות שעשויות לצמוח משיפור האיכות למטופל, הן מבחינת אופן הציבור במערכת הבריאות הציבורית, והן מבחינת שיפור בריאותו ורווחתו של הפרט. כמו כן, יש לתת דגש מיוחד על איכות השירות ביחס ל:

- א. קשר "בית חולים – קהילה" וממשקיו.
- ב. אוכלוסיות מיוחדות (חולים כרוניים, קשישים, בעלי מוגבלויות ועוד).
- ג. פריפריה גיאוגרפית.
- ד. מחלקות לרפואה דחופה.
- ה. ניתוחים.
- ו. צמצום פערים ואי-שוויון.

מדידה:

המלצה מספר 47:

יש לערוך מדידות בתחומים האלה:

- א. עריכת סקרי שביעות רצון/התנסות המטופל:
 - א. סקר שביעות רצון לאומי (בתי חולים וקהילה) בהובלת משרד הבריאות אחת לשנתיים.
 - ב. סקר שביעות רצון מחלקה/מרפאה בהובלת המוסד הרפואי אחת לשנה.
 - ג. סקר נגישות מוסדית (בעלי מוגבלויות, נגישות לשונית, קשישים ועוד) אחת לשנה.
- ב. מדידה בתחום הזמינות והנגישות:
 - א. מדידת אורך תורים.
 - ב. מדידת זמני מענה בטלפון.
 - ג. מדידת זמני המתנה במרפאות חוץ (תורים + זמני המתנה לכניסה לרופא).
 - ד. מדידת זמני המתנה לרופאים מומחים בקהילה.
 - ה. מדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים.
 - ו. מדידת זמני המתנה במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד).
 - ז. מדידת ביטול תורים/ניתוחים/בדיקות באשפוז ולא באשפוז.
 - ח. מדידת מספר מטופלים/שעה בקהילה בחתך סוג התור.
 - ג. טיפול בפניות ציבור – לדוגמה: משך הטיפול בפניית ציבור בחתך סוג הפנייה.

המלצה מספר 48 :

את הממצאים העולים מהמדידות לעיל יש להעביר להנהלות בתי החולים וקופות החולים ולפרסמם בציבור הרחב. לכל אחד מהמדדים יש להגדיר יעדים ברמה הלאומית וברמה הפרטנית. נוסף על כך, על בתי החולים להגדיר אמנת שירות שתובא לידיעת הציבור הרחב..

שיפור רמת השירות:

המלצה מספר 49 : הכשרה

1. יש לפעול לשילוב נושא איכות השירות וחויית המטופל בלימודי הליבה של הסטודנטים למקצועות בריאות (בתי ספר לרפואה, בתי ספר לסיעוד, מזכירות רפואית וכיו"ב).
2. יש לפתח תוכניות הכשרה וסדנאות למתן שירות למטופל, לעבודה בלחץ וכו', לכלל הצוותים רפואיים, הסיעודיים והאדמיניסטרטיביים (בבתי החולים ובקהילה).

המלצה מספר 50 :

יש למנות מנהל "התנסות המטופל" בכל בית חולים שיהיה כפוף ישירות למנכ"ל בית החולים או לסמנכ"ל רפואי. הכשרת מנהלי השירות תיעשה ברמה הלאומית.

המלצה מספר 51 : צעדים ותחומים לשיפור השירות

1. שיפור רצף הטיפול וצמצום הבירוקרטיה בממשק מטופל – בית חולים – קהילה.
2. תזכור תורים בקהילה, במרפאות החוץ ולפני ניתוח/פרוצדורה.
3. הרחבת היכולות הדיגיטליות של בתי החולים (לדוגמה מתן דוח סיכום בדיקה/טיפול אצל רופאים בקהילה. לחלופין הדפסת סיכום בדיקה/טיפול מתוך אתר האינטרנט של בית החולים/קופה).

מקורות

רוזן, ברוך וניסנהולץ-גנות, רחל (2012), "מדידת איכות ברפואה ראשונית: זווית הראייה של הרופא המטפל", מאיירס – ג'וינט – מכון ברוקדייל

Chassin, Mark R. and Galvin, Robert W. (1998) "The Urgent Need to Improve Health Care Quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality", JAMA. 1998;280(11):1000-1005.

Jha, A. K., Perlin, J. B., Kizer, K. W. and Dudley, R. A. (2003), "Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the quality of care", *New England Journal of Medicine* .2218-2227 ,(22)348 .

Hysong, S. J., Teal, C. R., Khan, M. J & ,Haidet, P. (2012), "Improving quality of care through improved audit and feedback" *Implement Sci.*1-22 ,(45)7.

Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DM (2009), "Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time" *BMC Health Services Research* 9;167 (2009).

Leape LL, Rogers G, Hanna D, et al. (2006), "Developing and implementing new safe practices: voluntary adoption through statewide collaboratives". *Qual Saf Health Care*. 2006; 15 :289–95.

Marshall MN, Shekelle PG, Davies HT, Smith PC (2003), "Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom", *Health Affairs* (Millwood). 2003 May-Jun;22(3):134-48.

Parasuraman, A; Leonard L Berry; Valarie A Zeithaml (1991), "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale," *Journal of Retailing*, 67(Winter), 4, 420-450.

Parasuraman, A; Valarie A Zeithaml; Leonard L Berry (1994), "Reassessment of Expectations As A Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research," *Journal of Marketing*, 58(Jan), 1, 111-124.

Kerr, Eve, Asch, Steven, Hamilton, Eric and McGlynn, Elizabeth eds. (2000), "Quality of care for general medical conditions", *RAND Corporation*.

9. תמחור, המחרה ודפוסי התחשבנות במערכת הבריאות

רקע

סוגיית קביעת המחירים במערכת הבריאות, והיחסים הפיננסיים בין קופות החולים, המבטחים וספקי השירותים עוברת כחוט השני בכל הנושאים שבהם עסקה הוועדה. לתגמול הניתן על שירותים רפואיים, לאופן קביעת המחירים, ולאופן ההתחשבנות השפעה מכרעת על התמריצים הכספיים העומדים בפני הגופים הפעילים במערכת, ויש להם השפעה ניכרת על התנהגותם והיקף פעילותם.

העדויות שנמסרו לוועדה העלו כמה בעיות בשיטות התמחור, ההמחרה וההתחשבנות במערכת הבריאות⁷¹, הצביעו על הנזקים הנגרמים למערכת ולמטופלים בעקבות שיטות אלה, והציעו הצעות לפתרון. בין היתר עסקה הוועדה בבעיות האלה:

ראשית, תמחור שגוי של פרוצדורות רפואיות גורם לעודף פעילות בפעולות מסוימות - יקרות מדי - ולכמות נמוכה של פעולות אחרות - בהן המחיר נמוך מדי, וגורם להתארכות זמני ההמתנה⁷². בעיה זו נוצרת גם כיוון שהמחירים במערכת אינם מתעדכנים בתדירות גבוהה ובאופן דינמי שמאפשרים לשקף את העלויות והטכנולוגיות המשתנות. שינוי חד בזמני ההמתנה עשוי לספק משוב על תמחור שגוי, אך נתונים מסודרים על זמני המתנה במערכת החלו להיאסף רק לאחרונה, והם עדיין אינם מלאים.

שנית, התמחור במערכת מסתמך לרוב על הרכב מקרים ממוצע ולא תמיד מפריד בין אבחנות שונות (אם המטופלים מאושפזים באותה המחלקה, והתשלום אחיד לפי מחירו של "יום אשפוז"), או בין רמות שונות של חומרת המקרה שבו מטופלים. תמחור כזה יוצר עיוותים ומציב תמריץ כספי לגריפת שמנת (העדפה של חולים קלים ורווחיים יותר) - תמריץ שמשפיע במיוחד על מערכת האספקה הפרטית, שהמחירים הציבוריים משמשים בעבורה נקודת מידוד (benchmark). בין הפתרונות שהוצעו לבעיות אלה: מעבר לשיטת תמחור על פי האבחנה של המטופל (DRG: Diagnosis-Related-Group)⁷³, ותמחור המתחשב בחומרת המקרה ומאפייני המטופל (אם כי גם סוג תמחור כזה פתוח למניפולציות – Upcoding).

שלישית, לבתי החולים הציבוריים נקבעת בשיטה הקיימת תקרת הכנסות שנתית (CAP), המגבילה את הגידול בהכנסות של כל בית חולים, מכל קופת חולים, בכל שנה. על שירותים הנמכרים מעבר לתקרה זו חלות הנחות אוטומטיות בשיעור משתנה ("שיטת האלפא"). שיטת התחשבנות זו מחילה למעשה מעין תקציב גלובלי להכנסות כל אחד מבתי החולים, והיכולת לחרוג ממנו מוגבלת. השיטה מאפשרת שליטה טובה יותר על ההוצאה הציבורית על בריאות

⁷¹ לסקירה על השיטה הקיימת כיום במערכת ראו את המצגת של יאיר אסרף, סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, בעדותו לוועדה (מתאריך 25 במאי 2014).

⁷² העדויות שנמסרו לוועדה הצביעו למשל על תמחור גבוה מדי בתחום הצנתורים (שבו אין כל בעיית תורים) ותמחור נמוך של ניתוחי כפתורים וניתוחי שקדים (שהתור בהם ארוך במיוחד). יש לציין כי המחירים אינם הגורם היחיד לתורים (ראו סעיף זמני ההמתנה), ובדוגמא לעיל – במשאבים מוגבלים ייתו בתי החולים לתעדף ניתוח דחוף ואקוטי על פני ניתוח דחוף פחות.

⁷³ ראו עדותו של פרופ' Reinhard Busse בפני הוועדה (מתאריך 4 במרס 2014), אשר עסקה באסטרטגיות תמחור בכלל, ובשיטת ה-DRG בפרט. וכן את Busse et al. (2011).

ונובעת מכך שהעלות השולית של בית החולים נמוכה מאוד ביחס לעלות הממוצעת (שעל פיה נקבעים המחירים). כך יש לבית החולים תמריץ כספי ניכר להגדיל את כמות השירותים שהוא מספק. כיוון שהיכולת של בית החולים לעשות זאת בפועל גדולה (למשל, להאריך את משך האשפוז ביום אחד), השיטה מנסה להחיל מחירים נמוכים על היקף פעילות גדול מדי. אולם שיטה זו גורמת אף היא לעיוות במחירים, שכן לעתים תחת מחירי ה-CAP, הפעולות (השוליות) הופכות הפסדיות בעבור בית החולים (ובפרט עריכתן אחרי הצהריים). עקב כך, בתי החולים מצמצמים את כמות הפעולות האלה, וכך גורמים להארכת זמני ההמתנה. מעבר לשיטת תמחור המסתמכת על האבחנה של החולה תסייע להתמודד חלקית גם עם בעיה זו (שכן אם האבחנה לא משתנה, יום אשפוז נוסף לא יזכה את בית החולים בפיצוי נוסף). פתרון אחר שהועלה בוועדה קרא להפריד בין התשלום על ההוצאות הקבועות של בית החולים ובין התשלום על כל פעולה, אשר ישקף את העלות השולית בלבד (העלות של כל פעולה נוספת). גם הצעה זו תצריך התמודדות עם סוגיות קשות, למשל, כיצד תיקבע העלות הקבועה הנכונה? האם היא תתחשב באופיו של כל בית חולים - ובפרט מיקומו, גודלו, תמהיל השירותים שלו ורמת יעילותו? האם קיבוע ופיצוי נפרד על העלויות הקבועות של בתי החולים לא יכשיל העברה של שירותים לקהילה ושיפור השירות למטופלים?

רביעית, התמחור במערכת הציבורית משמש כאמור נקודת מידוד (benchmark) למחירים במערכת האספקה הפרטית, אולם המחיר הציבורי כולל למעשה רכיבים שנועדו לכסות על עלויות הדרגת המתמחים במערכת הציבורית (הדרכה שמאריכה את משך הזמן של כל פעולה), עלויות החזקת חדרי מיון, עלויות הנובעות ממוכנות לשעת חירום וכו'. כך, לפי כמה מהעדויות, המחירים במערכת הפרטית (בייחוד זו המספקת שירותים לביטוחי הבריאות הפרטיים) גבוהים ביחס לעלויות בפועל, ומאפשרים רווחים עודפים ותשלומי שכר גבוהים יותר לרופאים. גם כאן, שיטת תמחור המפרידה את המחיר הציבורי לרכיב קבוע (המכסה על עלויות "לאומיות" כמו הכשרה וחירום) ולרכיב שולי – המעריך את התשומות הנחוצות לעריכת הפעולה עצמה, תסייע בפתרון הבעיה.

חמישית, המחירים שבהם קופות החולים רוכשות שירותים רפואיים מבתי החולים נקבעים במשא ומתן בין הגופים, אשר מביא בעקבותיו הנחות ניכרות על המחירים המרביים הקבועים בתעריפון משרד הבריאות. כמה מהעדים שהופיעו בפני הוועדה טענו כי הנחות אלה מצביעות כי המחירים המרביים אינם ריאליים, ו/או כי קופות החולים (הנמצאות בעצמן במצוקה פיננסית) מנצלות את כוח השוק שלהן יתר על המידה על מנת להפחית מחירים. כן נטען כי הנחות אלה תורמות להרחבת הגירעונות בכמה מבתי החולים, ואלה מקשים את ניהולם הסדיר. נוסף על כך, ההנחות לקופות החולים משתנות בין בתי החולים, ויוצרות לקופות החולים תמריצים כספיים להפנות מטופלים לבית חולים מסוים ולא לבית חולים אחר. תמריצים אלה פוגעים לעתים במבוטחי הקופות, הנאלצים לנדוד לבית חולים רחוק (וזול יותר), וממקדים את שיקולי קופת החולים בסוגיית המחיר שבית החולים מציע, ולא באיכות הטיפול והשירות שהוא מספק למבוטחים. אחד הפתרונות שהוצעו לבעיה זו: מעבר למחירים אחידים וריאליים שיקבע הרגולטור. ראו דיון בפתרון זה ובבעיות שבו בסעיף העוסק בהסדרי הבחירה.

המלצות

העדויות ששמעה הוועדה על תמחור שגוי של פרוצדורות רפואיות, אשר גורם לעיוותים בהיקף הפעילות ומאריך את זמני ההמתנה לפעולות שמחירן נמוך מדי, מצריכות תיקון מהיר של בעיה זו. הגופים האחראים כיום על תמחור הפרוצדורות – משרדי הבריאות והאוצר (באמצעות ועדת המחירים) – יכולים לתקן את התמחור השגוי במסגרת השיטה הקיימת, והוועדה קוראת למשרדים לעשות זאת בהקדם.

המלצה מספר 52 :

הוועדה קוראת למשרדי הבריאות והאוצר לאתר את הפרוצדורות שיש בהן תורים ארוכים ולתקן את המחירים על מנת לקצר תורים.

נושא התמחור, ההמחרה, ודפוסי ההתחשבות במערכת הבריאות הוא נושא סבוך, בעל השלכות רבות ועמוקות על פעילות המערכת. רוב חברי הוועדה סבורים כי גם אם הנושא עלה לדיון כמה פעמים, לא יהיה זה אחראי להמליץ על פתרון מסוים או לקבוע קווים מנחים מחייבים לפתרון כזה. ראוי כי ועדה נפרדת תתמקד בנושא מורכב זה, תחקור אותו, תתייעץ עם מומחים רבים בתחום ועם השחקנים במערכת הבריאות, תבחן לעומק את ההשלכות של כל אחת מההצעות לפתרון, ותציג את המלצותיה בנפרד. מכיוון שנושא זה מהותי להצלחתה של מערכת הבריאות, ומאחר שהוועדה מסכימה שבשיטה הנוכחית יש כשלים שיש לתקנם, מומלץ כי הוועדה החדשה תקום ותסיים את עבודתה בהקדם האפשרי.

המלצה מספר 53 :

תוקם ועדה לבחינת המחירים ושיטת התמחור, ההמחרה וההתחשבות במערכת הבריאות. הוועדה תמונה בידי שרי הבריאות והאוצר.

מקורות

Busse, Reinhard, Geissler, Alexander, Quentin, Wilm and Wiley, Miriam eds. (2011) "Diagnosis-Related Groups in Europe", *European Observatory on Health Systems and Policies Series*.

10. האסדרה של מערכת האספקה הפרטית

רקע

ספקים פרטיים של שירותי בריאות (ספקים בבעלות המגזר העסקי, הפועלים למטרות רווח) הם נדבך חשוב במערכת הבריאות בישראל. ספקים אלה נותנים שירותים רבים למבוטחי קופות החולים במסגרת סל הבריאות הציבורי, ובפעילות זו מעודדים תחרות מבורכת בתוך המערכת הציבורית ומקדמים את איכותה ואת יעילותה. הספקים הפרטיים מספקים שירותים גם באופן פרטי, ישירות למשקי הבית או באמצעות ביטוחי הבריאות של קופות החולים וחברות הביטוח. באופן זה הם מאפשרים למבוטחים בביטוחים אלה לקבוע את זהות הרופא המנתח, ולשלם תמורת תנאי אשפוז טובים יותר, זמני המתנה קצרים יותר ושירות טוב יותר – מאפיינים שלעתים ניתן ללמוד מהם בכלל המערכת.

אולם, כדי להנות מיתרונות מערכת האספקה הפרטית של שירותי בריאות, יש להשתמש בה במשורה, שכן שימוש יתר עלול לפגוע במערכת הבריאות בישראל. ספקים פרטיים ודאי אינם יכולים להחליף או לדחוק יתר על המידה את המערכת הציבורית: הם פועלים למטרות רווח, וכניסתם לתחום הינה לעיתים סלקטיבית ומתרכזת בתחומים בעלי פוטנציאל רווחי; הם אינם מחזיקים חדרי מיון המטפלים במקרי טראומה, אינם מחזיקים כיום חדרי לידה ואינם מקדמים את המחקר הרפואי כפי שנעשה במערכת הציבורית; לספקים כאלה יש תמריץ גדול יותר לבחור לטפל במקרים קלים יותר ולדחות מקרים מסובכים⁷⁴; לספקים אלה תמריץ מובנה לבצע פעולות רבות יותר ולפעמים כאלה שהצורך בהן מוטל בספק⁷⁵; הספקים הפרטיים מתחרים עם המערכת הציבורית על כוח האדם המקצועי – משאב הנמצא כיום במחסור – ותורמים לעליית השכר במערכת; הם ממעטים בהוראה ובהכשרה של כוח אדם צעיר; כמו כן, בקרת האיכות במערכת הפרטית, שהמטפלים בה עובדים פעמים רבות לבדם ולא בצוותים גדולים, נמוכה יותר. על כן ברור כי על מנת שמערכת הבריאות בישראל תשמור על עוצמתה ועל איכותה, תצליח לשפר את בריאות האוכלוסייה ככל האפשר במסגרת מגבלות המשאבים, ותהיה מבוססת על ערכים של צדק, שוויון ועזרה הדדית, חיוני לשמור בליבת המערכת על מנגנון אספקה ציבורי גדול, חזק, איכותי ויעיל, המסתמך על מימון ציבורי מתאים וראוי.

ההתפתחויות בשנים האחרונות מצביעות על מגמה מדאיגה בכיוון ההפוך: בשנת 2013, 31% מההוצאה הלאומית לבריאות הגיעו לידי ספקים בעלי כוונות רווח - עלייה ניכרת לעומת שנת 1995, אז היה חלקם של ספקים אלה רק 23% מסך ההוצאה⁷⁶. בשנים אלה עלה שיעור המימון הפרטי במערכת בסדר גודל דומה, ומימון זה – ובעיקר הגידול בהיקף הביטוחים הפרטיים – הוא שהזין את הגידול בפעילות הספקים הפרטיים של שירותי בריאות. פרק זה עוסק בעיקרו בספקים פרטיים של שירותי בריאות, המספקים שירותים במימון פרטי, ובהשפעות שיש לגידול בפעילותם על מערכת הבריאות בישראל.

⁷⁴ תופעה זו מתעצמת בשיטת תשלום של מחירים ממוצעים, שאינה מתחשבת בחומרתו של כל מקרה.

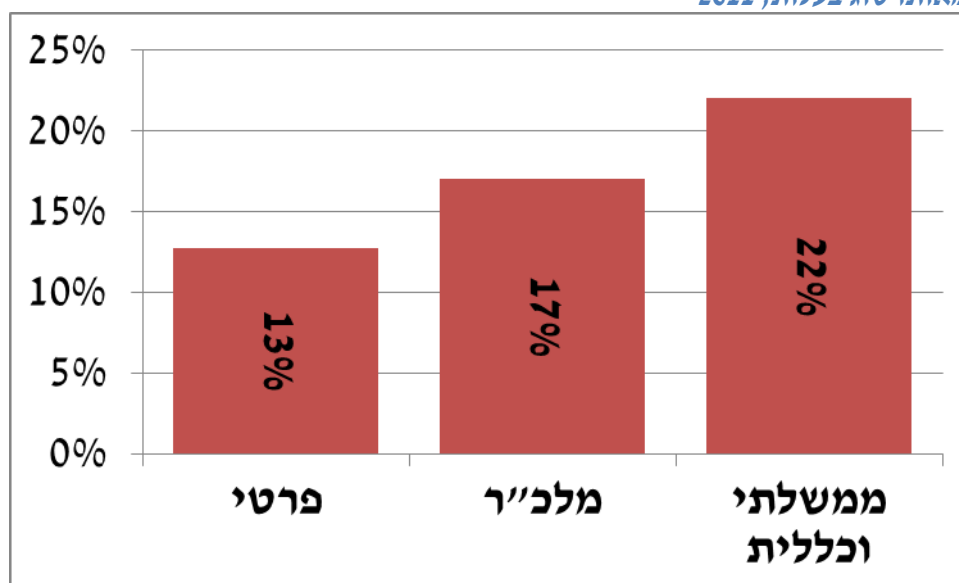
⁷⁵ שכן לרוב התשלום לספקים פרטיים אלה הוא על פי פעולה או פרוצדורה.

⁷⁶ למ"ס (2014). בהגדרת הלמ"ס, יצרנים שלהם כוונת רווח כוללים בתי חולים פרטיים, אחיות ורופאים פרטיים, וכן תרופות, חומרי רפואה ומכשירים רפואיים שמשקי הבית קנו על בסיס עסקי.

בתי החולים הפרטיים

בתי החולים הפרטיים בישראל מפעילים 468 מיטות אשפוז כלליות (3.2% מסך מיטות אלה בארץ) ו-52 חדרי ניתוח (12% מסך חדרי הניתוח)⁷⁷. חלק ניכר מהפעילות בבתי החולים הפרטיים הוא ניתוחים אלקטיביים במימון ביטוחי הבריאות הפרטיים. נתונים שהועברו לוועדה על 20 סוגי ניתוחים (המרכזים כרבע ממספר הניתוחים בישראל בשנה) הראו כי הנתח של בתי החולים הפרטיים מכלל הניתוחים האלקטיביים עמד ב-2011 על 38% – יותר מהנתח של בתי החולים הפרטיים בהיקף התשתיות⁷⁸. בהתייחס לסוגי הניתוחים שנבדקו, בשנים 2007 עד 2011 גדל מספר הניתוחים בבתי החולים הפרטיים בשיעור גבוה של 58%, זאת לעומת גידול של 19% במספר הכולל של ניתוחים אלקטיביים כאלה באותה התקופה (וגידול של 4% בלבד במספר הניתוחים מאותו הסוג בבתי חולים ממשלתיים ובבעלות קופת חולים כללית)⁷⁹. תמהיל הניתוחים בבתי החולים הפרטיים נוטה יותר לניתוחים פשוטים, ובממוצע, המנותחים בבתי חולים אלה צעירים יותר מאשר בבתי החולים הציבוריים – 22% מהמנותחים בניתוחים אלקטיביים בבתי החולים הציבוריים (ממשלתיים ושל הכללית) היו בני 75 ומעלה, ורק 13% מהמנותחים בבתי החולים הפרטיים היו בני קבוצת גיל זו (איור 2).

איור 2 : שיעור הניתוחים האלקטיביים בבני 75 ומעלה, מתוך סך הניתוחים האלקטיביים בבתי חולים מאותו סוג בעלות, 2011



מקור : משרד הבריאות ועיבודי בנק ישראל

הניתוחים בבתי החולים הפרטיים מתנהלים פעמים רבות במודל של השכרת חדר ניתוח לרופא המנתח. בשיטה זו, הרופא מקבל את התשלום תמורת הניתוח ישירות מהמטופל (או מחברת הביטוח שלו), והרופא (או חברת הביטוח) משלמים לבית החולים בנפרד תמורת השירותים שהוא

⁷⁷ הלל וחקלאי (2013). נתונים נכון ל-31/12/2012.

⁷⁸ כאשר מתחשבים גם בניתוחים לא אלקטיביים (המגיעים מחדרי מיון – הקיימים רק בבתי החולים הציבוריים), עומד שיעור הניתוחים בבתי החולים הפרטיים על 32% מסך הניתוחים.

⁷⁹ בשנת 2011 שבתו הרופאים במשך זמן ממושך, והשביתה השפיעה ככל הנראה על כמות הניתוחים בבתי החולים (הרופאים ביטלו ניתוחים בבתי החולים הציבוריים, אך המשיכו לעשות ניתוחים רבים בבתי החולים הפרטיים). אולם גם בחינה של הנתונים משנת 2007 עד שנת 2010 מעלה מגמות זהות – גידול של 48% במספר הניתוחים האלקטיביים בבתי החולים הפרטיים, לעומת גידול של 9% בבתי החולים של הממשלה וכללית. שיעור הניתוחים בבתי חולים פרטיים עמד ב-2010 על 36% מכלל הניתוחים האלקטיביים שנבדקו.

מספק⁸⁰. שיטה זו שונה משיטת התשלום בבתי החולים הציבוריים, אשר מקבלים את התשלום לניתוח מקופות החולים ומעסיקים את הרופאים במעמד שכיר. היא גם שונה מהשיטה הנהוגה בשר"פ הדסה, שבה בית החולים מטפל בגביית התשלום מהמטופל ובכל הצדדים הפיננסיים הכרוכים בכך, ומעביר את התשלום לרופא המנתח לאחר גביית תקורה לכיסוי הוצאות בית החולים.

בניגוד למודל הנהוג בבתי החולים הציבוריים, בבתי החולים הפרטיים לא נהוגה לרוב "בקרת עמיתים" על החלטות טיפוליות של הרופא המנתח. הרופא עשוי לפגוש את המטופל במרפאתו הפרטית, להחליט לבד כי עליו לעשות ניתוח, ולקבוע בעבורו תור לניתוח בבית חולים פרטי שבו שכר הרופא חדר ניתוח. במקרה זה יקבל הרופא תשלום על הניתוח, שאיש מלבדו לא בחן אם אכן יש בו צורך. בבית חולים ציבורי, לעומת זאת, החלטותיו של רופא מנתח נתונות לבקרה של עמיתיו למחלקה, אשר במקרה הצורך עשויים לערער על הצורך בניתוח או להציע טיפול אחר, שישיר טוב יותר את צורכי המטופל. העסקת הרופא כשכיר מעקרת לרוב את התמריץ הכספי לרופא בבית החולים הציבורי לערוך ניתוחים שהצורך בהם מוטל בספק.

פקודת בריאות העם והתקנות הנלוות אליה, מחייבות לקבל אישור ממוסד הבריאות על מנת לפתוח בית חולים פרטי חדש או להרחיב בית חולים קיים. בבואו לבחון את הבקשה לאישור כזה, מנכ"ל משרד הבריאות רשאי לשקול שיקולים רפואיים וכן שיקולים כלכליים – למשל, אם הקמה והפעלה של בית החולים לא תעמיס על ההוצאה הציבורית לבריאות, אם תוספת מיטות האשפוז או היחידות המקצועיות לא תגדיל את ההיצע שלהן מעבר לצורך באזור וכו'. לפי נתוני משרד הבריאות, מספר מיטות האשפוז במערכת הפרטית גדל ב-10% בין השנים 2007 ל-2012 ומספר חדרי הניתוח (עמדות ניתוח בתקן), גדל ב-24%. כאמור לעיל, בשנים אלה גדל מספר הניתוחים בבתי החולים הפרטיים (במדגם שתואר) ב-60%, ולכן נראה שהפיקוח על היקף התשתיות הצליח לרסן את הגידול בהיקף הפעילות רק באופן חלקי (גם בהשפעת מגבלת הפעילות במערכת הציבורית).

מרפאות כירורגיות

מלבד בתי החולים הפרטיים פועלות בישראל 21 מרפאות כירורגיות פרטיות, המפעילות 40 חדרי ניתוח - 27 חדרים לכירורגיה בינונית ו-13 חדרים לכירורגיה קטנה.⁸¹ על פי פקודת בריאות העם והתקנות הנלוות לה, מרפאות אלה חייבות ברישום במשרד הבריאות. התנאים לרישום זה כוללים כיום שיקולים רפואיים בלבד: עמידה של המרפאה בדרישות הפיזיות, ציוד נדרש ורמת מקצועיות מספיקה של הצוות המטפל. בעוד משרד הבריאות רשאי לדחות בקשה להקמה של בית חולים חדש, אם הקמתו תטיל תעמיס על ההוצאה הציבורית על בריאות, או תגדיל את היצע השירותים יתר על המידה באזור מסוים, התקנות אינן מאפשרות למנוע הקמה של מרפאה כירורגית פרטית בשל שיקולי מדיניות כאלה. המשרד אינו יכול אפוא לסרב לבקשה להקים

⁸⁰ למשל, ד"ר איתמר עופר, מנכ"ל הרצליה מדיקל סנטר (HMC), מסר בעדותו לוועדה (בתאריך 1 באוגוסט 2013) כי חברת הביטוח משלמת בנפרד את שכר המנתח ואת התשלום לבית החולים עבור מבוטחים שמנותחים ב-HMC.

⁸¹ ראו מצגת של מזכיר ועדת הפרויקטים במשרד הבריאות, עוזי קרן, וחברת ועדת הפרויקטים והלשכה המשפטית של משרד הבריאות, עו"ד טליה אגמון, מתאריך 3 באפריל 2014. כירורגיה קטנה כוללת פעולות פולשניות הנערכות בלי הרדמה או בהרדמה מקומית. כירורגיה בינונית כוללת פעולות בהרדמה אזורית, או בהרדמה כללית של עד 5 שעות (למעט פעולות שנאסר לערוך אותן מחוץ לבית חולים).

מרפאות כירורגיות בגלל העומס שהן עלולות ליצור על ההוצאה הפרטית על בריאות, בגלל היצע נרחב של שירותי רפואה פרטית באותו אזור, או בגלל החשש שהקמת המרפאה תפגע באיכות ובזמינות של הרפואה הציבורית ותטיל מעמסה גם על ההוצאה הציבורית על בריאות. יתר על כן, בניגוד לבתי חולים פרטיים, מרפאות פרטיות החייבות ברישום אינן חייבות להגיש את הבקשה לפתיחת המרפאה מראש (אם כי בפועל הן נוהגות כך).

על פי נתוני משרד הבריאות שהוצגו לוועדה, בשנים 2005 עד 2010 נוספו 10 חדרי ניתוח במרפאות כירורגיות קיימות וחדשות – קצב גידול כפול לעומת העשור שלפני כן. אנשי המשרד מסרו לוועדה כי בבקשות שטרם אושרו או מומשו, התבקשה הקמתם של 21 חדרי ניתוח חדשים לכירורגיה בינונית ו-7 חדרי ניתוח לכירורגיה קטנה. כמה מהמבקשים ייעדו את תוספת החדרים לתיירות רפואית ואחרים ביקשו להגדיל את היצע השירותים הפרטיים במגזר הערבי או בפריפריה הרחוקה.

בדומה לבתי החולים הפרטיים, גם במרפאות הכירורגיות לא נהוגה לרוב השיטה של "בקרת עמיתים", שלפיה החלטות רפואיות מובאות לדיון של רופאים נוספים מלבד הרופא המנתח. משרד הבריאות עורך בקורות במרפאות הקיימות, אך תדירות הבדיקה אינה גבוהה דיה.

השפעת מערכת האספקה הפרטית (במימון פרטי) על מערכת הבריאות הציבורית

בספרות המחקרית מזהים כמה השפעות שליליות אפשריות של מערכת אספקה במימון פרטי על מערכת בריאות ציבורית⁸² (להרחבה נוספת ראו פרק ביטוחי הבריאות בדוח הוועדה): ראשית, המערכת הפרטית מחלישה את הבלעדיות (המונופסון) של המערכת הציבורית ברכישת שירותי בריאות, ולכן גורמת לעליית מחירים במערכת. בפרט, המערכת הפרטית יוצרת תחרות על כוח האדם ולכן גורמת לעליית שכר של הצוות הרפואי, גם בתוך המערכת הציבורית. המחסור ברופאים ואחיות בישראל מחריף בוודאי את התופעה⁸³. כוח המשיכה של המערכת הפרטית גורם לעתים לרופאים בכירים ולצוות רפואי מנוסה לעזוב את המערכת הציבורית או להפחית את היקף התעסוקה במערכת זו, וכך עשוי לפגוע באיכות הרפואה הציבורית ובזמינות השירותים שלה לכלל התושבים. עבודה מוגברת במערכת הפרטית עלולה להוביל גם לשעות עבודה ארוכות של מנתחים, אשר בין ימי עבודה סמוכים בבית החולים הציבורי מנתחים לפעמים עד שעות מאוחרות במערכת הפרטית⁸⁴. פעילות פרטית נרחבת עלולה לפגוע גם בהכשרת המתמחים – הרופאים המומחים של המערכת בעתיד – כיוון שבמסגרתה הכשרת המתמחים כמעט שאינה מתקיימת (גם משום שהמטופל משלם בעבור בחירת המנתח הבכיר ומצפה כי הוא ינתח אותו בעצמו). שנית, השפעות שליליות נוספות של המערכת הפרטית על המערכת הציבורית עלולות לנבוע מאופי הפעילות של בתי חולים פרטיים ומרפאות פרטיות (למטרות רווח). בפני מוסדות אלה עומד כנראה תמריץ חזק יותר לטפל במקרים קלים (ורוחיים), ולהשאיר מקרים מסובכים (ורוחיים)

⁸² לסקירה, ראו את Glied (2008), וכן Barros and Siciliani (2012).

⁸³ כמה מהחברים סברו כי בטווח הארוך, הגדלה ניכרת של מספר הרופאים היא הפתרון המהותי לתחרות על כוח אדם מקצועי בין מערכת הבריאות הפרטית לזו הציבורית. הנושא נידון בסעיף כוח האדם בפרק זה.

⁸⁴ ראו מבקר המדינה (2013).

פחות) במערכת הציבורית (תופעה המכונה "גריפת שמנת")⁸⁵. מדגם הניתוחים שהועבר לוועדה העיד כי בממוצע, המנותחים בבתי החולים הפרטיים צעירים יותר (ראו איור 2) והניתוחים בהם פשוטים יותר מאשר בבתי החולים הציבוריים. מדגם זה עשוי להצביע על התנהגות של גריפת שמנת בקרב בתי החולים הפרטיים בישראל. להתנהגות כזו יכולה לתרום גם התופעה הרחבה של העסקה כפולה של רופאים בשתי המערכות⁸⁶. בספרות המחקרית בנושא מעלים חשש כי בפני רופאים אלה עומד תמריץ כספי לפגוע ברמת השירות במערכת הציבורית (ובפרט – להאריך את זמני ההמתנה), וכך להגביר את האטרקטיביות של הרפואה הפרטית, שמניבה לרופאים אלה הכנסה גדולה יותר (פר ניתוח).⁸⁷ מעבר לתמריצים כספיים, ההסכמה כי לבתי החולים הציבוריים יש יכולות נרחבות ועמוקות יותר לטפל במקרים רפואיים מורכבים, מובילה גם היא להשאת רוב המקרים האלה מחוץ למערכת הפרטית. יהיו הסיבות אשר יהיו, כיוון שלעת עתה התשלום לבתי החולים הציבוריים אינו תלוי בחומרת המקרה, מעבר שלהם לתמהיל ניתוחים מורכב יותר גורם לאובדן של מקרים רווחיים יחסית ולהפסדים פיננסיים למערכת הציבורית.⁸⁸

נוסף על השפעות שליליות אלה, יש לציין כי המערכת הציבורית משמשת גיבוי למערכת הפרטית ומקבלת אליה לעתים חולים שהטיפול בהם הסתבך. כמו כן, המערכת הציבורית היא המערכת המחנכת את הרופאים בישראל ונושאת בעלות הכשרתם. הידע והמוניטין שהרופאים צברו בתוך המערכת הציבורית, כמו גם קבלת תפקיד בכיר בה, מסייעים להם לנהל פרקטיקה פרטית מצליחה ומגבירים את האטרקטיביות של הרופא בעיני המטופל הבוחר בו.

המלצות

תחילה נדגיש, חזר והדגש, כי נותני שירותים פרטיים ממלאים תפקיד חשוב במערכת הבריאות בישראל. הוועדה, בכל המלצותיה, אינה שואפת "לחסל" את מערכת הרפואה הפרטית בישראל כלל וכלל. ספק אם מטרה כזו ניתנת להשגה, ועל כל פנים השגתה הייתה פוגעת בשיווי המשקל במערכת הבריאות, וכנראה גם ברווחת הציבור. אולם מנגד, המשך הגידול המהיר בהיקף הפעילות של המערכת הפרטית פוגע פגיעה של ממש ברווחת הציבור. ראשית, כיוון ששירותים בהיקף גדול ניתנים כיום במערכת הפרטית, שבקרת האיכות הרפואית עליה נמוכה (ביחס למערכת הציבורית). שנית, כיוון שרוב הציבור עדיין מסתמך על מערכת הרפואה הציבורית אשר כמתואר לעיל, נפגעת מהתרחבות בלתי מרוסנת של הפעילות במערכת הפרטית. מערכת הרפואה הציבורית מספקת שירותי בריאות באופן אוניברסלי ושוויוני, נותנת מענה ייחודי לתושבי ישראל במקרים מורכבים ובמקרי חירום, מכשירה את רופאי העתיד ומקדמת את המחקר הרפואי.

⁸⁵ פעילות של גריפת שמנת יכולה להתבטא בבחירת מטופלים או מקרים קלים (cherry picking) או בדחייה של מטופלים ומקרים מורכבים (skimping/dumping). לפירוט על תופעה זו ראו Ellis (1998). Duggan (2000) ו- Street et al. (2010) מביאים עדויות אמפיריות כי בתי חולים פרטיים (למטרת רווח או מלכ"רים) בארה"ב ובאנגליה נוטו לעסוק בפעילות כזאת של ברירת מטופלים רווחיים, יותר מאשר בתי חולים ציבוריים.

⁸⁶ למשל, דני אנגל, ראש אגף השיווק באסותא, מסר בעדותו לוועדה (בתאריך 29 באוגוסט 2013), כי מתוך כ-1,500 רופאים המטופלים בחולים במרכזי אסותא, 85% מועסקים במקביל גם במערכת הציבורית. 500 מתוך רופאים אלה תוארו כ"פעילים מאוד" באסותא.

⁸⁷ לסקירה ראו Soch and Bech (2011). נציין כי העדויות האמפיריות לקיומה של התנהגות כזו בפועל בקרב רופאים המועסקים בשתי המערכות אינן חד משמעיות.

⁸⁸ ראו דוגמה לכך במצגת של פרופ' ארנון אפק, אז ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות, בישיבת הוועדה מתאריך 17 באוקטובר 2013: המערכת הפרטית בישראל ערכה כ-20% מניתוחי המעקפים בקרב בני 55 עד 64, אך רק כ-5% מניתוחים אלה בקרב בני 85 ומעלה (הנחשבים לחולים מורכבים יותר). זאת כאשר עלות הטיפול בחולים מורכבים, הזקוקים לניתוח מעקפים ואו להחלפת מסתם, גבוהה ב-50% עד 90% מעלות הטיפול בחולים קלים (הבדל העשוי להסתכם ביותר מ-60 אלף שקלים למטופל), ואילו התמורה לניתוח אינה תלויה בגיל או במורכבות.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

פגיעה בזמינותה של המערכת הציבורית וביכולותיה יפגע בתושבי ישראל. שלישית, התרחבות המימון הפרטי והפעילות הפרטית במערכת הבריאות פוגעת במאפייני המערכת בישראל, אשר ביחס למערכות אחרות הצליחה עד כה לשמור על יעילות ולהשיג תוצאות בריאות טובות בהוצאה נמוכה. התרחבות הפעילות במימון פרטי, ובייחוד הסטה של פעילות ציבורית למערכת הפרטית, משמעה גידול בהוצאה הלאומית על בריאות, וזאת גם בלי להשיג שיפור ממשי בבריאות התושבים (שכן המשאבים הנוספים יממנו שכר גבוה יותר והוצאות שיווק גדולות יותר). לבסוף, מקור המימון של הפעילות הפרטית המתרחבת הוא בעיקר גידול בפרמיות הביטוחים הפרטיים, שמשמעו עלייה ביוקר המחייה של אזרחי ישראל, ומעבר למימון שוויוני פחות (ורגרסיבי יותר) של שירותי הבריאות.

שורת ההמלצות להלן באה אפוא להגביר את הפיקוח הרפואי על המערכת הפרטית, להגן על המטופל המבקש להשתמש בשירותיה ולרסן את המשך הגידול בפעילות של המערכת. נזכיר כי גם ההמלצות בפרק זה אינן עומדות בחלל ריק, ומהוות רק נדבך אחד במסקנות ועדה זו, שיד ביד עם המלצות לריסון המימון הפרטי במערכת הבריאות כוללות גם שורת צעדים לחיזוק מערכת הרפואה הציבורית. ברור לכל כי קיצור תורים והגברת האטרקטיביות של בתי החולים הציבוריים, ישמשו אמצעי עוצמתי לריסון הגידול בפעילות המערכת הפרטית. מחוסר ברירה, משמשת לעתים המערכת הפרטית כתחליף לתושבים שנאלצים להמתין זמן רב כדי לקבל שירותים ציבוריים שלהם הם זכאים. הגברת הפעילות בבתי החולים הציבוריים תאפשר גם לרופאים ליהנות מהכנסה נוספת תמורת עבודתם במערכת הציבורית, בלי שיצטרכו להרחיב את פעילותם במערכת הפרטית, על כל ההשלכות השליליות שכרוכות בכך. מנגד, הזרמת כספים למערכת הציבורית לקיצור תורים בלי ריסון של המערכת הפרטית, תפגע באפקטיביות של התקציבים הנוספים.

ראשית עסקה הוועדה בבקרת האיכות במערכת הפרטית:

היעדרה של בקרת עמיתים ממוסדת במערכת הבריאות הפרטית ועדויות ששמעה הוועדה, אשר הטילו ספק באיכות השירותים בכמה מהמרפאות הפרטיות הפועלות בישראל, מחייבות לחזק את בקרת האיכות במערכת הפרטית. משרד הבריאות עורך כבר היום ביקורות עתיות במערכת, אך בהיעדר משאבים מספיקים, תדירות הביקורות האלה כנראה אינה גבוהה דיה. על כן הוועדה ממליצה שמשד הבריאות יחזק את בקורות האיכות בכלל מערכת הבריאות הפרטית. כן ממליצה הוועדה לחייב את כל המרכזים הרפואיים הפרטיים לערוך בעצמם תהליך של בקרת איכות רפואית, גם טרם ביצוע פרוצדורות, בהתאם לחוזרי מינהל רפואה בנושא.

כל ההמלצות להלן מתייחסות לכלל הספקים במערכת הפרטית.

המלצה מספר 54 :

על משרד הבריאות לחזק את בקורות האיכות במערכת הבריאות הפרטית, לרבות מרפאות ומרכזים רפואיים ולהפנות משאבים מתאימים לנושא.

המלצה מספר 55 :

יש לקבוע כי במרכזים רפואיים פרטיים יבוצע תהליך של בקרת איכות רפואית ומעקב אחר בטיחות החולה טרם ביצוע הפרוצדורות על פי חוזרי מינהל רפואה.

על מנת לחזק את בקרת האיכות במערכת הפרטית ולהקל על המטופלים במערכת זו, הוועדה ממליצה לקבוע גורם יחיד, שיישא באחריות המלאה על המטופל הן מבחינת איכות הטיפול הרפואי והשירות והן מבחינת ההתחשבות והתשלום על הטיפול. הוועדה ממליצה כי המרכז הרפואי עצמו יישא באחריות כוללת זו לטיפול, על כל היבטיו (בדומה לבית החולים הציבורי). המרכז הרפואי הפרטי הוא שמחזיק ברישיון לפעילותו ממשד הבריאות, וביכולתו להפעיל כלים לבקרה אחידה של איכות הטיפול לכל המטופלים בין כולליו. בכך שוללת הוועדה את המודל של "חדר ניתוח להשכרה", ולפיו הרופא המנתח עוסק בעצמו בהתחשבות הפיננסית עם המטופל ושוכר חדר ניתוח מבית החולים הפרטי, או התשלום לרופא ולבית החולים מתבצעים בנפרד. מודל זה עדיין נהוג בבתי חולים פרטיים, אך מהעדויות עולה כי גם במערכת הפרטית יש רצון להחליפו במודל ריכוזי יותר⁸⁹.

נוסף על היתרונות הישירים למטופלים, הטלת האחריות הכוללת על המרכז הרפואי תקל על הרגולטור לפקח על איכות הטיפול במערכת הפרטית. התחשבות של המטופל עם בית החולים בלבד תסייע בידי המפקחים לעקוב גם אחר המחירים ברפואה הפרטית, כמו גם אחר ההתנהלות הפיננסית של הגורמים המעורבים בה. מידע זה יסייע ודאי לקביעת המדיניות במערכת הבריאות, בפרט בהתייחס להמלצות הנוספות הכלולות בפרק זה.

המלצה מספר 56 :

המרכזים הרפואיים הפרטיים יהיו אחראים באופן מלא על המטופל ברמת הטיפול הרפואי, השירות וברמת ההתחשבות. בהתאם לכך, כל התשלומים יוסדרו ישירות מול המרכזים הרפואיים ויכללו את סך העלות שהמטופל, או מי מטעמו, משלם בגין הפעילות בבית החולים הפרטי לרבות התשלום לרופא.

הוועדה בחנה כמה כלים שיאפשרו לרסן את הגידול המהיר בפעילות במערכת הפרטית ולנהל אותו, להגן על מבוטחי הביטוחים הפרטיים, ולצמצם את הפגיעה במערכת הציבורית, הנובעת מהתרחבות האספקה במימון פרטי. אחד הכלים למימוש יעדים אלה הוא הכוונה כלשהי של מחירי השירותים שעליהם משלמים הביטוחים הפרטיים (השב"ן והביטוחים של חברות הביטוח). הכוונה זו תיעשה באמצעות מחירים מומלצים או פיקוח מחירים של ממש. פיקוח כזה על מחירים במערכת הבריאות איננו כלי חדש, והוא משמש כיום במערכת הבריאות הציבורית, שבה מחירי השירותים בבתי החולים מוגבלים במחיר מרבי הנקבע בתעריפון משרד הבריאות, ומתעדכן מעת לעת. שימוש בפיקוח על מחירים מקובל גם במערכות בריאות אחרות בעולם, הן על ספקים ציבוריים והן על ספקים פרטיים.

הצורך בפיקוח מחירים כלשהו על המערכת הפרטית נובע מכמה סיבות: ראשית, מטופלים הנוקטים לטיפול רפואי בעבורם או בעבור בני משפחתם, יהיו מוכנים לשלם מחירים גבוהים מאוד עבור טיפול שהם סבורים (בצדק, או שלא בצדק) כי יהיה טוב יותר או מסוכן פחות. על כן נכונות המטופל לשלם (Willingness-to-Pay) כאשר הוא נמצא במצוקה בשל מצבו הרפואי, אינה

⁸⁹ בביקור הוועדה בבית החולים אסותא בת"א (בתאריך 26 בדצמבר 2013), מסר יו"ר אסותא, פרופ' שוקי שמר, כי באסותא שוקלים להנהיג מודל תשלום דמוי-שר"פ, שבו התשלום למנתח יעבור דרך בית החולים ואף יוגבל לתקרת שכר מסוימת. שמר הבהיר כי אסותא "כבר איננה נדלי" לצורכי רפואה" וכי בית החולים עורך בקרה על הרופאים המנתחים לפני ואחרי הניתוח, וכן מעסיק בעצמו צוותי רפואה העובדים באסותא בלבד.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

משקפת דווקא את המחיר האופטימלי וההוגן, כפי שהיה נקבע במשא ומתן רגוע וחסר לחצים. יתר על כן, הרופא הוא שמסביר למטופל את מצבו וקובע בשבילו את הצורך בפעולה רפואית כזאת או אחרת. הפער במידע בין המטופל לרופא מגביל את יכולתו של המטופל לערער על המלצות הרופא ו"להתמקח" על היקף הטיפול ומחירו; שנית, עלייה מתמשכת של המחירים ברפואה הפרטית תביא לידי עלייה של הפרמיות בביטוחי הבריאות הפרטיים. כיוון שרוב האוכלוסייה מחזיק בביטוח כזה (ואף בכמה ביטוחים כאלה, ראו פרק ביטוחי הבריאות), עליית הפרמיות תעלה את יוקר המחיה של אזרחי ישראל ועשויה לאלץ שיעור מסוים מהמבוטחים לוותר לגמרי על תוכניות הביטוח הפרטיות, אף שבכמה מהכיסויים בהן יש תועלת; שלישית, העדים שהופיעו בפנינו סברו כי עליית השכר במערכת הפרטית יוצרת לחצי שכר גם במערכת הציבורית וכך מגדילה את עלויות ההפעלה שלה, גם בלי להביא לשיפור ברמת הבריאות באוכלוסייה. נוסף על כך, שכר גבוה מאוד במערכת הפרטית מושך למערכת זו כוח אדם איכותי מתוך המערכת הציבורית, ועלול לפגוע בזמינות השירותים הרפואיים לכלל האוכלוסייה.

חברי הוועדה דנו בכמה אפשרויות לסוג המחיר המפוקח ולגוף שעליו יוטל הפיקוח. חברים רבים הסתייגו מפיקוח ישיר על שכר הרופאים במערכת הפרטית. פיקוח כזה עלול לשוב ולעודד תשלומים בלתי רשמיים ("מתחת לשולחן") בין המטופל לרופא, וכמה מהחברים חששו כי יהיה קשה לאכוף אותו (למשל, בתגובה להגבלת התשלום לניתוח יוכל הרופא לדרוש מהמטופל להגיע למספר גדול יותר של פגישות מעקב אחרי הניתוח). נוסף על כך, כמה חברים בוועדה חששו כי הגבלת שכר הרופאים עלולה להוביל את הרופאים המבוקשים ביותר (שיכולים לגבות מחיר גבוה מאוד) לערוך ניתוחים לחולים ישראלים מחוץ לישראל, על מנת לעקוף את המגבלה. על כן העדיפו חברים רבים בוועדה פיקוח המוטל על מחיר הפרוצדורה כולה ולא על שכר המנתח בנפרד. כך תישאר גמישות כלשהי בקביעת השכר בידי המרכזים הרפואיים הפרטיים או בידי הביטוחים. אפשר יהיה למשל, לשלם שכר גבוה יותר למנתחים מבוקשים מאוד ושכר נמוך יותר למנתחים מבוקשים פחות.

רבים מחברי הוועדה הסכימו כי השימוש במחירים כאמצעי לריסון ולניהול המערכת הפרטית יהיה פשוט ונכון יותר אם ייעשה במסגרת הביטוחים הפרטיים של קופות החולים וחברות הביטוח. ראשית, כיוון שיהיה פשוט יותר לאכוף מחירים מרביים אם צעד כזה יינקט, כאשר יעד הפיקוח הוא מספר מצומצם של מבטחים גדולים, לעומת אכיפת המחירים על מספר גדול של מוסדות רפואיים פרטיים או של רופאים. שנית, ועדה זו ממליצה (בסעיף אחר) כי המבטחים יידרשו להגיע *למסדר* מוקדם עם כל רופא המעניק טיפול למבוטחיהם במסגרת הביטוח, ולא יוכלו עוד לתת *החזר* למבוטח (עד תקרה מסוימת), לאחר שהוא כבר שילם את מלוא הסכום לרופא. על כן ריסון המחירים שהמבטחים משלמים ישפיע ממש על המחירים הנגבים במערכת, ולא רק יגדיל את נתח העלות שמשלמים משקי הבית ישירות מכיסם. שלישית, אכיפה של מחירים מרביים על המבטחים עדיין מאפשרת לרופאים מבוקשים מאוד להעניק שירותים בישראל, ובכך מותירה "שסתום" מסוים לשחרור לחץ הביקוש לרופאים מבוקשים ביותר ויקרים מאוד. כיוון שהתשלום לרופאים אלה לא יכוסה במסגרת הביטוחים הפרטיים, ומשקי הבית שיתעקשו לקבל מהם טיפול יאלצו לשלם עליו ישירות מכיסם, סביר כי מספר הרופאים שיבחרו באפשרות זו יהיה נמוך.

מיעוט מחברי הוועדה סבר כי את הדיון בצעדים המרסנים את הפעילות במערכת הפרטית יש לדחות עד שיירשם שיפור ניכר במערכת הציבורית, ובכלל זה שיפור של הזמינות ואפשרויות בחירת המטפל. רוב חברי הוועדה שללו את העמדה הזאת. ראשית, אמנם ברור כי צמצום הפעילות במערכת הפרטית (אם אכן יתרחש⁹⁰), בלי שיפור ביכולות המערכת הציבורית לענות על הביקושים, יפגע ברווחת הציבור. אולם המלצות אחרות של הוועדה ותקציבים נוספים שיועברו בעקבותיה למערכת הציבורית יאפשרו לה להגדיל את היקף פעילותה ולשפר את זמינות השירותים שהיא מציעה. שנית, כפי שתואר לעיל, הגידול המהיר של מערכת הבריאות במימון פרטי פוגע פגיעה של ממש ביכולות המערכת הציבורית. בהיעדר פיקוח על מחירים במערכת הפרטית, תוסיף מערכת זו למשוך כוח אדם מהמערכת הציבורית ולעודד בה לחצים לעליית שכר. התפתחויות אלה לכשעצמן יעקרו את המאמצים לחזק את המערכת הציבורית ויצמצמו את האפקטיביות של תקציבים נוספים שיוזרמו לה. הצעת המיעוט עלולה אפוא להנציח מעגל שוטים שבו ריסון המערכת הפרטית ממתין לחיזוק המערכת הציבורית, שמתקשה להתחזק כיוון שהמערכת הפרטית אינה מרוסנת. רוב חברי הוועדה סבורים כי הצעדים לריסון המערכת הפרטית המוצעים בדוח זה, לצד הצעדים והתקציבים לחיזוק המערכת הציבורית, יסייעו בהתרת הקשר הגורדי הזה. שלישית, כמתואר לעיל, פיקוח כלשהו על המחירים במערכת הפרטית נועד גם להגן על המטופלים הרבים במערכת זו, ועל המבוטחים בביטוחים הפרטיים (שהם רוב האוכלוסייה). על כן יש בפיקוח כזה טעם, גם בלי קשר להשפעתו על המערכת הציבורית.

המלצה מספר 57:

לקבוע מנגנוני רגולציה לריסון וניהול המערכת הפרטית לרבות באמצעות מחירי השב"ן והביטוח המסחרי.

מיסוי עשוי לשמש כלי חשוב להשגת היעדים של חיזוק מערכת הבריאות הציבורית וריסון הגידול בפעילות במימון פרטי. הוועדה ממליצה ליצור מנגנון מיסויי המשיית היטל על הכנסות המרכזים הרפואיים הפרטיים, אם הכנסות אלה יגדלו במהירות רבה מדי. ההיטל יקטין את הרווח הגלום בהרחבה מסיבית של היצע השירותים הרפואיים במימון פרטי, ויסייע לרסן את התמריץ להרחבה כזו. ההיטל על הפעילות הפרטית העודפת נועד לסייע לשחקנים במערכת להפנים את ההשלכות השליליות שיש להתרחבותה על המערכת הציבורית, אשר מספקת שירותים נחוצים לכלל תושבי ישראל. השלכות אלה, שנמנו לעיל, כוללות בין היתר לחץ לעליית שכר, פגיעה בזמינות השירותים, פגיעה בהכשרת רופאי העתיד ופגיעה בהכנסות בתי החולים הציבוריים אשר מטפלים בתמהיל מקרים מורכב יותר. ההיטל יאפשר למערכת הפרטית להפנים גם את העלויות הכרוכות בהכשרת כוח האדם במערכת – עלויות שמוטלות ברובן על המערכת הציבורית, כמו גם העלויות הכרוכות בתפקידים הלאומיים של המערכת הציבורית בתחום המחקר, ההיערכות לחירום, הטיפול בחדרי המיון וכו'.

⁹⁰ תופעת הביקוש המושרה (הנובעת מכך שהרופאים הם שקובעים עבור המטופלים את הצורך בביצוע פעולות מסוימות), וכן ההשערה כי לרופאים יש יעד הכנסה שאליו הם שואפים להגיע, מעלות את האפשרות כי הפחתת המחירים של שירותי הרפואה הפרטיים לאו דווקא תגרום לירידה במספר הפעולות במגזר זה. כמה מחקרים אמפיריים מצאו עדויות לכך שהפחתת מחירים הובילה לעתים לפעילות מוגברת של הרופאים, אשר ניסו לשמר את ההכנסה שהייתה להם לפני השינוי. לפירוט מחקרים כאלה ראו עמ' 415 בתוך Chandra, Cutler and Song (2012).

ההיטל על הפעילות הפרטית יחול רק על הכנסות הגבוהות מתקרה מסוימת (אשר עדיין מאפשרת גידול מתון בהכנסות), והוא דומה למעשה למנגנון אשר כבר פועל כיום בבתי החולים הציבוריים. מנגנון זה (ה-CAP) מכתוב מחירים נמוכים יותר לשירותי בתי החולים, אם הכנסתם גדלה במהירות (מעל התקרה המתחשבת בשינויים דמוגרפיים ובשינויים במחירי השירותים בבתי החולים). המנגנון מאפשר שליטה טובה יותר בהוצאה הציבורית על בריאות, מעבר לשליטה המתקבלת מקיצוב התשתיות במערכת. הטלת הגבלה על גידול ההכנסות של המרכזים הרפואיים הפרטיים (ממיון פרטי) משלימה את ההגבלה הקיימת כיום על בתי החולים הציבוריים, ולמעשה סותמת פרצה שהביאה לידי גידול מהיר בהוצאה הפרטית על בריאות, ואשר עשויה להרחיב את סך ההוצאה הלאומית לבריאות אם תישאר פתוחה (וזאת בלי להשיג שיפור ניכר בבריאות האוכלוסייה). בהקשר זה נציין כי מִנהל של אחד מבתי החולים הפרטיים הזהיר את הוועדה כי הפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים תפגע ביכולתה של שיטת ה-CAP הקיימת להגביל את ההוצאה על בריאות, כיוון שתאפשר להסיט פעילות ציבורית לפעילות פרטית שאינה מוגבלת⁹¹. חברי הוועדה סברו כי חשש זה מוצדק לא רק ביחס לפעילות פרטית המתבצעת בתוך בתי החולים הציבוריים (שר"פ), אלא לכל פעילות במיון פרטי, גם כזו הנערכת בתוך המרכזים הרפואיים הפרטיים⁹². ככל שמשקל הפעילות הפרטית גדל, כך ה-CAP על בתי החולים הציבוריים הופך אפקטיבי פחות ופחות לריסון ההוצאה הלאומית לבריאות. ההיטל שעליו הוועדה ממליצה בא לתקן מצב זה ולסתום את הפרצה, שמתרחבת והולכת, פוגעת במערכת הציבורית ומייקרת את פרמיות הביטוח לאוכלוסייה.

הוועדה ממליצה כי ההיטל יוכרז כהיטל ייעודי וצבוע, שהכנסותיו יועברו למערכת הבריאות הציבורית, מבלי לפגוע בתקציבים אחרים שמקבלת המערכת כיום. על הכנסות ההיטל לשמש למטרות שיסייעו למערכת הציבורית להתמודד עם האתגר שמציבה בפניה המערכת במיון פרטי, ולהפוך אותה לאטרקטיבית יותר באמצעות קיצור זמני המתנה לשירותים רפואיים, ובאמצעות הגברת הנוכחות של רופאים בכירים, גם מעבר לשעות העבודה הרגילות.

ברור לכל כי בקביעת תקרות ה-CAP לכלל המוסדות הרפואיים, גם לפרטיים, יש להמשיך ולהתחשב בצורכי האוכלוסייה המשתנים (הנובעים מגודל האוכלוסייה, מהזדקנותה, מההתפתחויות הטכנולוגיות ברפואה וכו'). יש לקבוע את התקרות כך שגם במסגרת ההגבלות תוכל מערכת הבריאות - הציבורית והפרטית גם יחד - לתת מענה מתאים לציבור מבלי לגרום לזמינות נמוכה של שירותי הבריאות. מעבר לכך, נדגיש שוב, כי המלצותינו לריסון הגידול במערכת הפרטית באות יד ביד עם המלצות והתקציבים לחיזוק המערכת הציבורית.

חברי ועדה מעטים הסתייגו מהמלצה זו, מהנימוקים שפורטו בהמלצה הקודמת – לטענתם אין לרסן את המערכת הפרטית לפני שיירשם שיפור ניכר במערכת הציבורית. כאמור, רוב חברי הוועדה שללו את הטענה הזאת מהנימוקים שפורטו לעיל, ובפרט כיוון שהמתנה מעין זו מובילה למעגל שוטים שיפגע במערכת הבריאות הציבורית וברוחת הציבור. לעניין המלצה זו נציין כי ההיטל על המרכזים הרפואיים הפרטיים אינו מרסן את הפעילות הפרטית המתנהלת, שכבר

⁹¹ ד"ר איתמר עופר, מנכ"ל הרצליה מדיקל סנטר, אשר העיד בפני הוועדה בתאריך 1 באוגוסט 2013.

⁹² פעילות השר"פ - הפעילות הפרטית בבתי החולים הפרטיים בבעלות מלכ"ר (הדסה ושערי צדק), כבר נכללת בתקרת ה-CAP החלה על בתי חולים אלה.

הגיעה להיקף נרחב מאוד⁹³, אלא רק את הגידול בהכנסות מפעילות זו. ההיטל ייגבה בפועל רק אם הגידול בהכנסות יהיה מהיר מדי (ביחס למדדים כמו גידול האוכלוסייה, השינוי במחירי השירותים בבתי החולים וכו'). על כן אין צורך להמתין לשיפור ניכר במערכת הציבורית על מנת להשית את ההיטל החדש. כדי לא לפגוע ברווחת הציבור, די לוודא כי המערכת הציבורית לא תידרדר ותוכל לשמור על "נתח השוק" שלה, כלומר לגדול לפחות בשיעור דומה לגידול המתון בהיקף הפעילות הפרטית. יישום המלצות הוועדה והעברת התקציבים שהובטחו ודאי יאפשרו למערכת הבריאות הציבורית לעמוד במשימה זו ואף לרשום שיפור של ממש.

המלצה מספר 58 :

קביעת מנגנונים שירסנו את גידול הפעילות של בתי חולים פרטיים לרבות באמצעות היטל ייעודי שיועבר למערכת הבריאות הציבורית (לצורך קיצור תורים והגברת נוכחות של רופאים בכירים בשעות אחר הצהריים), במטרה לשמור על איזון והפנמת עלויות חיצוניות. שיעור ההיטל ייקבע כדי לרסן את התפתחות ההוצאה וייתכן שבאופן דיפרנציאלי לפי היקף הפעילות.

הוועדה ממליצה כי גופים במגזר העסקי המבקשים להקים או להרחיב מרפאות כירורגיות בינוניות יידרשו לקבל אישור (Certificate Of Need :CON) ממשד הבריאות טרם הקמת התשתיות הנוספות. כך, רמת הבקרה הקיימת על הקמת תשתיות כירורגיות בבתי חולים פרטיים (ובמערכת הציבורית) תורחב במידה מסוימת בעבור מרפאות פרטיות. חברי הוועדה הסכימו כי גם בהענקת אישורים אלה יש לאפשר למשרד הבריאות לשקול שיקולי מדיניות, ובפרט להעריך את הצורך בתשתיות נוספות ואת השפעתן על מערכת הבריאות הציבורית ועל ההוצאה לבריאות.

הצורך בבקרה על היקף ההשקעה במערכת הבריאות, נובע מהחשש כי בהיעדר תכנון, תשתיות עודפות יגרמו לספקי השירותים הרפואיים לעודד ביקושים לשימוש בתשתיות אלה, מעבר לצרכים האמיתיים של האוכלוסייה. במסגרת תופעה זו (Supplier-Induced-Demand :SID), הרופאים, אשר מחזיקים במידע רפואי רב יותר מהמטופל ובפניהם עומד תמריץ כלכלי להגדיל את היקף הפעילות שלהם, עשויים לשכנע את המטופל לבצע פעולה רפואית מסוימת גם אם אין בה צורך ממשי. יש להודות כי היקפה של תופעה זו שנוי במחלוקת בין כלכלני בריאות, אך החשש ממנה תרם לעיצוב המדיניות כלפי הקמת תשתיות רפואיות בישראל ובמדינות רבות אחרות^{94 95}. חשש נוסף שעשוי להצדיק תכנון מרכזי של תשתיות רפואיות, הוא כי תשתיות עודפות עלולות לפגוע ביעילות ואף לגרום לעליית מחירים במערכת הבריאות. זאת כיוון שתוספת התשתיות מביאה לידי גידול בעלויות הקבועות של המוסד הרפואי, ובהיעדר ביקוש מספיק הוא יאלץ לכסות עלויות אלה באמצעות גביית מחיר גבוה יותר על הפעילות הקיימת. מנגד, המתנגדים לתכנון מרכזי המגביל את היקף התשתיות, טוענים כי הגבלת כניסתם של שחקנים חדשים (ואולי

⁹³ פרופ' שוקי שמר, יו"ר אסותא, מסר לוועדה בעת ביקורה בבית החולים אסותא בתל אביב (בתאריך 26 בדצמבר 2013), כי בית החולים עובד בהספק כמעט מלא ("fully booked", כלשונו) וכי נותרו רק 2%-3% של קיבולת פנויה להרחבת הפעילות, כך שגידול בביקוש יביא לידי הארכת התורים.

⁹⁴ 36 מהמדינות בארה"ב מנהיגות דרישות ל-CON במידה זו או אחרת, ורבים מחוקים אלו כיסו גם מרפאות כירורגיות אמבולטוריות. ראו National Conference of State Legislatures (2014) ו-Salkever (2000).

⁹⁵ יש לציין כי גם התועלת של מדיניות ה-CON, הדורשת רישיון לפני הקמת תשתיות רפואיות חדשות, שנויה במחלוקת הן בספרות המקצועית והן בקרב קובעי מדיניות בארצות שבהן היא נהוגה, ויש הטוענים כי מוטב להחליף אותה באמצעי מיסוי, או אף לבטל אותה ולאפשר תחרות על איכות השירותים.

יעילים וטובים יותר) פוגעת בתחרות במערכת הבריאות, ועלולה לגרום דווקא לעליית מחירים ולפגיעה באיכות.

ההגבלות על השקעה בתשתיות במערכת הבריאות הציבורית בישראל (המגבילות גם את תקני כוח האדם במערכת), משמשות למעשה מעין אמצעי קיצוב, המסייע לשלוט בהוצאה הציבורית (השוטפת) לבריאות - הוצאה הממומנת מתקציב הממשלה ומהמסים שהיא גובה. אולם גם הקמה של תשתיות פרטיות עשויה להשפיע על ההוצאה הציבורית, וכבר היום יכול משרד הבריאות להתחשב בשיקול זה כדי להחליט אם לאשר את הקמתם של *בתי חולים פרטיים*, החייבים ברישיון. חברי הוועדה סברו כי יש מקום לאפשר למשרד לשקול שיקולים מעין אלה גם לפני הקמתן של *מרפאות כירורגיות פרטיות* (לכירורגיה בינונית). הבקשות הרבות לרישום מרפאות כאלה והמספר הגדול של חדרי ניתוח שהן מתכוונות להקים, מצביעים על תוספת אפשרית גדולה של תשתיות, אשר אין סיבה לבחון אותה באופן שונה מהאופן שבו נבחנת הקמתו של בית חולים פרטי חדש. תוספת גדולה של תשתיות פרטיות למערכת הבריאות במימון פרטי, תחריף את התחרות על כוח אדם רפואי במערכת הבריאות בישראל – משאב אשר ממילא נמצא במחסור. תחרות זו עלולה לפגוע בזמינות השירותים במערכת הציבורית והיא תגביר את הלחץ לעליית שכר, אשר יטיל עומס על ההוצאה הציבורית לבריאות. אמנם, גם בתחומים אחרים הממשלה מתחרה עם המגזר הפרטי על כוח אדם איכותי, ועדיין אין היא מגבילה את פעילות המגזר הפרטי והשקעותיו⁹⁶. אולם חברי הוועדה סבורים כי כשלי השוק הייחודיים המאפיינים את תחום הבריאות מקשים על השוואה שלו לתחומים אחרים, וחשוב מכך, כי בריאות איננה שירות או מוצר ככל המוצרים, אלא זכות בסיסית החיונית לעצם קיומו של האדם, קיומו בכבוד ושגשוגו. על כן, על רקע מגבלות כוח האדם והמשאבים, יש לאפשר לממשלה לנקוט צעדים שיאפשרו לממש זכות זו ככל האפשר, ויאפשרו לספק שירותי בריאות ברמה סבירה לתושבי ישראל, במסגרת מגבלות התקציב.

נוסף על השיקולים הנוגעים להוצאה הציבורית לבריאות, היקף התשתיות במערכת משפיע גם על ההוצאה הפרטית לבריאות. חברי הוועדה סברו כי יש להתחשב גם ברכיב ההוצאה הפרטי בין השיקולים לקביעת היקף התשתיות הרצוי. גידול בהיקף התשתיות הזמינות לשירותי רפואה פרטיים עלול להגדיל את ההוצאה הפרטית לבריאות, להעלות את יוקר המחיה למרבית אוכלוסיית ישראל המחזיקה בביטוחי בריאות פרטיים, ולפגוע ביכולתם של תושבים מעוטי הכנסה להמשיך ולהחזיק בביטוחים שכוללים שירותים המועילים לבריאות.

המלצה מספר 59:

מרפאות כירורגיות בינוניות יידרשו לקבל אישור הקמה (CON) ממשרד הבריאות.

כמה מהעדים שהעידו בפנינו הזהירו מפני הנזק הגלום בבעלות (מלאה או חלקית) של קופות חולים על בתי חולים פרטיים⁹⁷. לטענתם, בעלות כזו מגבירה עוד יותר את התמריץ של קופות החולים להסיט פעילות ציבורית לביטוחי השב"ן, ולהפנות אותה לבית החולים הפרטי

⁹⁶ למשל: על אף המחסור במהנדסים ואנשי תוכנה בצבא, הממשלה איננה מגבילה את פתיחתן של חברות היי-טק.
⁹⁷ קופת החולים מכבי מחזיקה בבעלותה את המרכזים הרפואיים של אסותא וקופת חולים כללית ושותפה בבית החולים הפרטי הרצליה מדיקל סנטר.

שבבעלותן⁹⁸. בדיוני הוועדה עלה גם החשש כי קופות החולים אשר רוכשות שירותים לטובת סל הבריאות הציבורי מבתי החולים הפרטיים שבבעלותן, עושות זאת במחירים שייתכן שאינם ריאליים ונועדו לתמוך בחברות הבנות ולהגדיל את רווחיהן.

עוד שמעה הוועדה טענות, ולפיהן בעלות קופות החולים על בתי חולים ציבוריים (היינו, בעלות כללית על בתי החולים שלה) גורמת לעיוותים במערכת ולהעדפת מבוטחי הקופה האם בבתי חולים אלה. מנגד, עדים אחרים תמכו במודל בעלות כזה ותיארו את יתרונותיו בשיפור רצף הטיפול בין הקהילה לבתי החולים ובמניעת בזבז בשל תשתיות כפולות ובירוקרטיה מוגברת⁹⁹.

חברי הוועדה סברו כי ראוי ששתי סוגיות חשובות אלה יידונו בוועדה נפרדת, שתוכל ליחד להן זמן ותשומת לב ותוכל לקבל נתונים ולבדוק לעומקן את הטענות שנטענו. על כן הוועדה ממליצה כי שרת הבריאות תקים בתוך זמן קצר צוות אשר יבחן את נושא בעלות קופות החולים, הן על בתי חולים ציבוריים והן על בתי חולים פרטיים.

המלצה מספר 60 :

שרת הבריאות תקים (בתוך 30 יום) צוות אשר יבחן את נושא בעלות קופות החולים על בתי חולים ציבוריים ופרטיים.

⁹⁸ ראו למשל את עדותם בוועדה של מנכ"ל קופת החולים לאומית, ניסים אלון (מתאריך 11 ביולי 2013), ומנכ"ל קופת החולים מאוחדת, זאב וורמברנד (מתאריך 18 ביולי 2013).

⁹⁹ ראו שוב עדותו של זאב וורמברנד, וכן את עדותו של מנהל בית החולים בילינסון (שבבעלות כללית), ד"ר ערן הלפרין (מתאריך 18 ביולי 2013). לסקירה על סוגיית האינטגרציה האנכית בתחום הבריאות, ראו עמ' 619 ב-Gaynor and Town (2012).

מקורות

בן נון, גבי, ברלוביץ, יצחק ושני, מרדכי (2010), "התמהיל הציבורי-פרטי במערכת הבריאות בישראל", בתוך "היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל" בעריכת בן נון, גבי ומגנזי, רחל, עמודים 251-269.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2014), "ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2013".

מבקר המדינה (2013), "דו"ח שנתי 63' לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011".

Barros, Pedro and Siciliani, Luigi (2012), "Chapter Fifteen: Public and private sector interface", In Mark V. Pauly et al., editors, *Handbook of Health Economics*, volume 2, pp. 927 – 1001.

Chandrah, Amitabh, Cutler, David and Song, Ziroi (2012), "Chapter Six: Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care", In Mark V. Pauly et al., editors, *Handbook of Health Economics*, volume 2, pp. 397 – 432.

Duggan, Mark (2000), "Hospital ownership and public medical spending", *Quarterly Journal of Economics*, 115 (4), 1343 – 1373.

Ellis, Randall (1998), "Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins", *Journal of Health Economics*, 17(5), 537 – 555.

Gaynor, Martin and Town, Robert (2012), "Chapter Nine: Competition in health care markets", In Mark V. Pauly et al., editors, *Handbook of Health Economics*, volume 2, pp. 499 – 637.

Glied, Sherry (2008), "Universal public health insurance and private coverage: Externalities in health care consumption", *NBER Working Paper Series* No. 13885.

National Conference of State Legislatures (2014), "Certificate of need: State health laws and programs", Website: <http://www.ncsl.org/research/health/con-certificate-of-need-state-laws.aspx#Resources>, visited on: November 5th 2014.

Salkever, David (2000), "Chapter 28: Regulation of prices and investment in hospitals in the united states", In Culyer, Anthony and Newhouse, Joseph, editors, *Handbook of Health Economics*, volume 1, pp. 1489 – 1535.

Socha, Karolina and Bech, Mickael (2011), "Physician dual practice: A review of literature", *Health Policy*, 102(1), 1 – 7.

Street, Andrew, Sivey, Peter, Mason, Anne, Miraldo, Marisa and Siciliani, Luigi (2010), "Are English treatment centres treating less complex patients?", *Health Policy*, 94(2), 150 – 157.

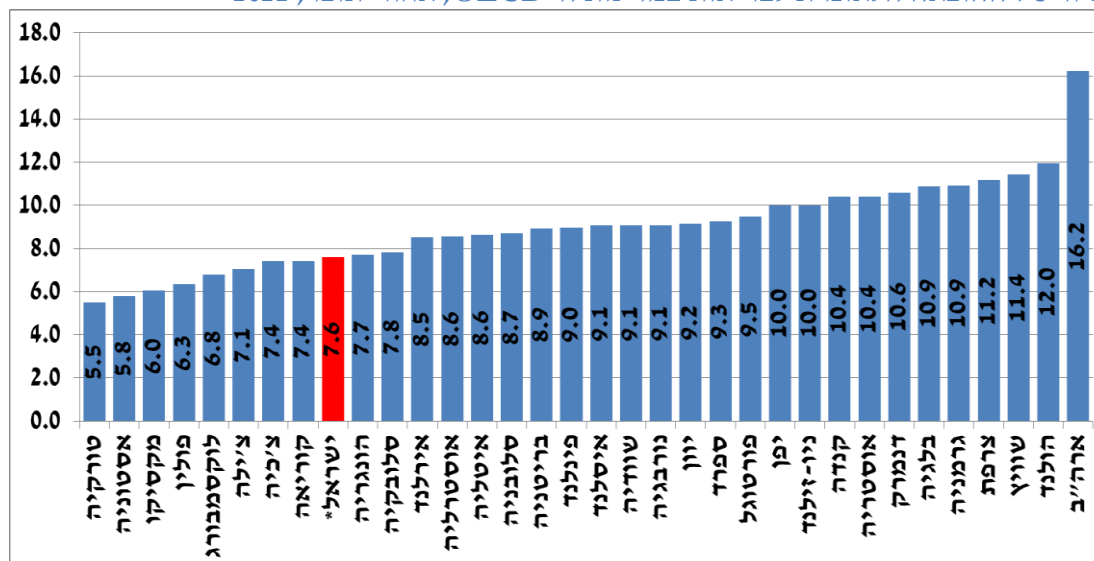
Tohoy, Carolyn, Flood, Colleen Stabile, Mark (2004) "How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3): 359-96.

פרק ב': מימון שירותי הבריאות

מבוא – ההוצאה לבריאות בישראל

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל הסתכמה בשנת 2013 ב-79.3 מיליארד שקל, סכום השקול ל-7.6% מהתוצר המקומי הגולמי של ישראל באותה שנה. שיעור זה נמוך ב-1.5 נקודות האחוז (כ-15 מיליארד שקל, במונחי התוצר בישראל), לעומת החציון של מדינות ה-OECD, אשר עמד על 9.1 אחוזי תוצר (איור 3).

איור 3 : ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות ה-OECD, אחוזי תוצר, 2012¹⁰⁰



מקור: OECD, למ"ס (*נתוני ישראל ל-2013)

אמנם צורכי הבריאות הנובעים מהרכב הגילים באוכלוסייה מצומצמים יותר בישראל - שיעור התושבים בני 65 ומעלה, שהוצאות הבריאות בגינם גבוהות יחסית בכל המדינות, עומד בישראל על 10.3%, לעומת 15.7% בממוצע במדינות ה-OECD¹⁰¹. אולם גם בניכוי ההבדלים בהרכב הגילים בין המדינות, ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל נותרת נמוכה בהשוואה בין-לאומית, אם כי הפער מצטמצם¹⁰².

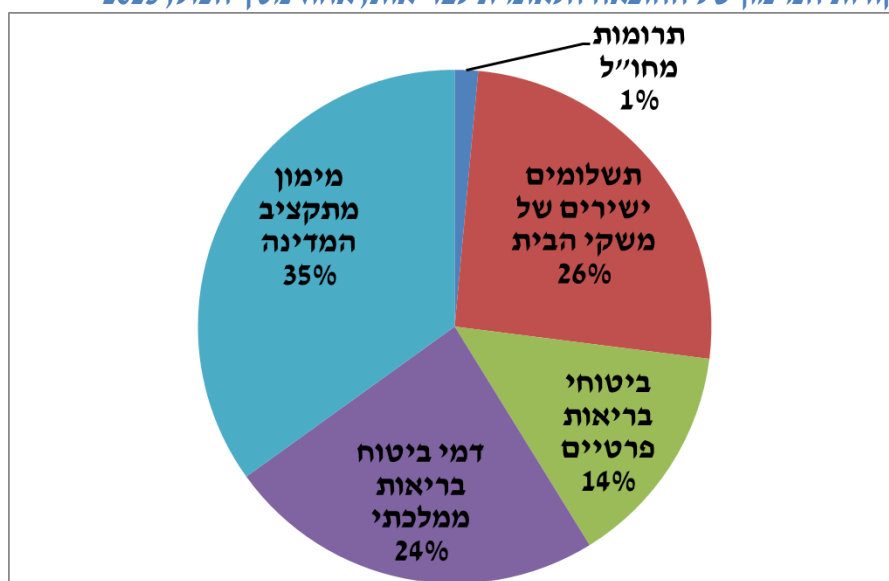
אזרחי ישראל מממנים את ההוצאה לבריאות באמצעות הוצאה פרטית (39.7%), הכוללת תשלום לביטוחי בריאות וולונטריים (כלומר, ביטוחים משלימים באמצעות קופות החולים וביטוחים מסחריים) והוצאה ישירה מהכיס. כמו כן, מתושבי ישראל נגבים דמי ביטוח בריאות ("מס בריאות") ומסים כלליים, אשר מהווים יחדיו את מקור המימון של ההוצאה הציבורית לבריאות (58.8%). נוסף על כך, שיעור קטן של ההוצאה לבריאות (1.5%) ממומן באמצעות תרומות מחו"ל. ראו איור 4.

¹⁰⁰ נתוני 2012 או השנה המאוחרת ביותר שלגביה יש נתונים לכל מדינה. הערה זו תקפה גם בגרפים אחרים מה-OECD.

¹⁰¹ משרד הבריאות (2014).

¹⁰² ראו בנק ישראל (2013) ואחדות, בן-נון ועופר (2013). האחרונים מצאו כי לאחר התקנון, ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל – במונחי תוצר - עלתה מ-81% מממוצע ה-OECD ל-93% מהממוצע. במונחי הוצאה לנפש, בשער חליפין המתחשב בהבדלים בכוח הקנייה בין המדינות (\$PPP), ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל עולה מ-63% מהממוצע לכדי 73% מהממוצע לאחר התקנון.

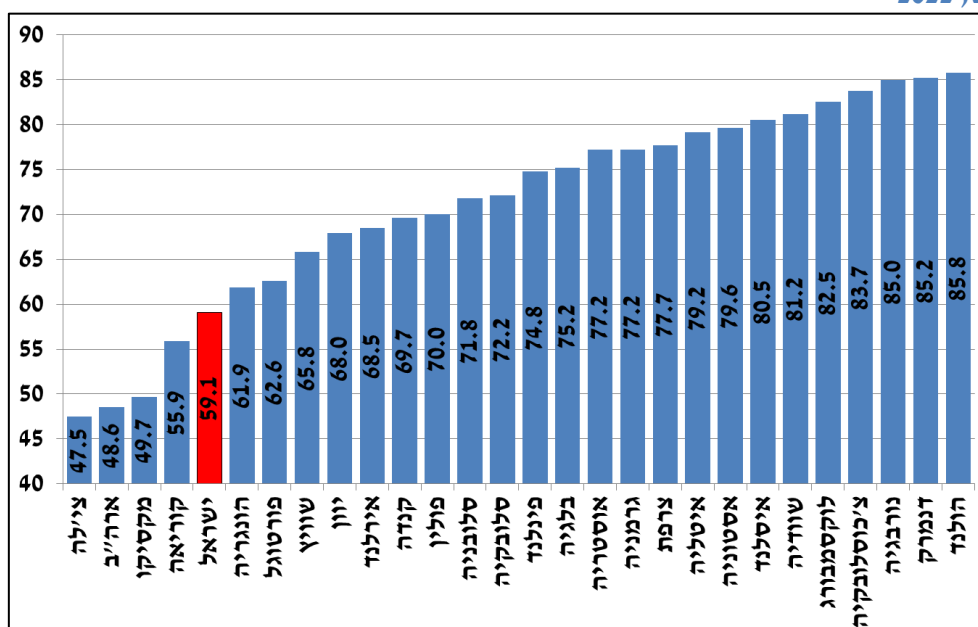
איור 4: מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות, אחוז מסך הכול, 2013



מקור: למ"ס

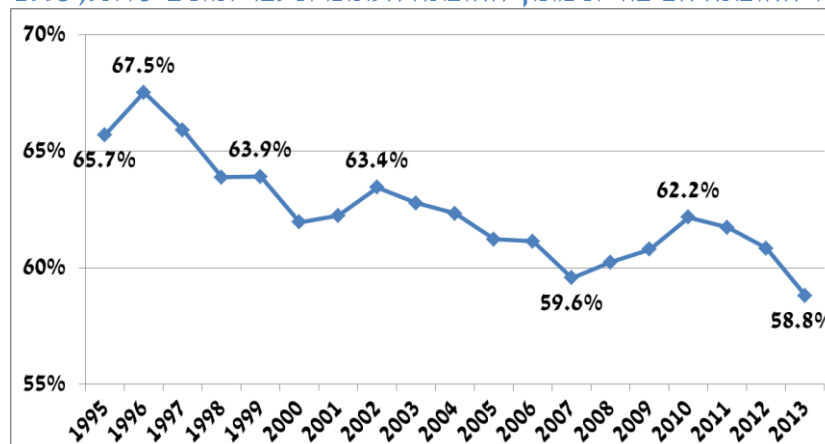
ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל נמוכה בהשוואה בין-לאומית, הן במונחי תוצר והן בשיעור היחסי מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות (איור 5). השיעור היחסי של ההוצאה הציבורית נמצא במגמת ירידה ב-20 השנים האחרונות, והוא ירד מכ-66% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 1995 (עם כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי), לכ-59% בשנת 2013 (איור 6). היקף ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל נותר נמוך בהשוואה למדינות ה-OECD גם כאשר מתחשבים בהבדלים בהרכב הגילים בין המדינות.¹⁰³

איור 5: שיעור ההוצאה הציבורית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות ה-OECD, אחוזים, 2012



¹⁰³ גם לאחר התיקון לפי הרכב הגילים, ההוצאה הציבורית לבריאות (במונחי תוצר) נמוכה בשתי נקודות אחוז מחציון המדינות שנבדקו בבנק ישראל (2013). באחדות, בן-נון, עופר (2013), העמיד התקנון את ההוצאה הציבורית (במונחי תוצר) על 79% מממוצע ה-OECD ואת ההוצאה לנפש ב-PPP\$ על 61% בלבד מממוצע ה-OECD.

איור 6 : שיעור ההוצאה הציבורית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל, 1995 - 2013



השיעור הנמוך של הוצאה ציבורית בישראל אינו משקף מיקום נמוך במיוחד של תחום הבריאות בסדר העדיפויות של הממשלה. כאשר מנכים את הוצאות הביטחון ואת תשלומי הריבית על החוב הציבורי, הגבוהים יחסית בישראל, שיעור ההוצאה הציבורית לבריאות מתוך כלל ההוצאות האזרחיות של הממשלה גבוהה במעט בישראל (16%) ביחס לשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (15.6%, ראו איור 7). נתח הוצאות הממשלה המופנה לבריאות נותר יציב יחסית מסוף שנות ה-90¹⁰⁴, אולם סך הוצאות הממשלה ביחס לתוצר ירד בשנים אלו. כך, אף על פי שסדרי העדיפויות בתוך התקציב לא השתנו לרעת תחום הבריאות, הירידה בהיקף סך ההוצאה האזרחית (במונחי תוצר) גרמה לירידה בהיקף ההוצאה הציבורית לבריאות (במונחים אלה), ותרמה לירידה בשיעור המימון הציבורי מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות. ההיקף הנמוך כיום של ההוצאה הציבורית האזרחית בישראל (בניכוי תשלומי ריבית) -31% תוצר כאן לעומת 44% במדינות ה-OECD - מביא לידי פער בהוצאה הציבורית לבריאות בהשוואה בין-לאומית, ולפערים דומים בהוצאות חברתיות אחרות.¹⁰⁵ ככל שפערים אלה מובילים לפערים ולאי-שוויון מתרחב בהכנסות, בחינוך ובתחומי רווחה אחרים, הם פוגעים גם בבריאות האוכלוסייה (במישרין או בדרכים עקיפות: דרך הבדלים בהתנהגויות בריאות ובאורח החיים, חשיפה לגורמי מחלות, שימוש חסר בשירותי בריאות וכו').¹⁰⁶

איור 8 בוחן את ההוצאה הציבורית לבריאות לנפש בישראל וב-OECD מאז 1995 (במונחי PPP \$ קבועים, כלומר במונחים אשר מנכים את ההבדלים ברמות המחירים בכל מדינה ובכוח הקנייה של כל מטבע¹⁰⁷). האיור מצביע על תנודתיות רבה יותר של ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל,

¹⁰⁴ למעט עלייה זמנית בעקבות הריסון הפיסקלי שלאחר המשבר הכלכלי בתחילת שנות ה-2000 – אז קוצצו סעיפי תקציב אחרים ולכן הנתח לבריאות מתוך סך ההוצאה גדל.

¹⁰⁵ לפירוט ראו בנק ישראל (2014). בשנים המתוארות ירדו אמנם הוצאות הביטחון וההוצאה לתשלומי ריבית ביחס לתוצר, אך החיסכון בהוצאות אלה נוצל בעיקרו להפחתות מיסים ולא להגדלת ההוצאה האזרחית. אילו היקף ההוצאה האזרחית ללא ריבית (ביחס לתוצר) היה נשאר בשנת 2013 ברמה שהיה ב-1995 (35% תוצר), הייתה ההוצאה האזרחית גדולה בשנה שעברה ב-41 מיליארד שקל לעומת רמתה בפועל (ובהתאם, היה צורך במסים גבוהים יותר למימון הוצאה זו).

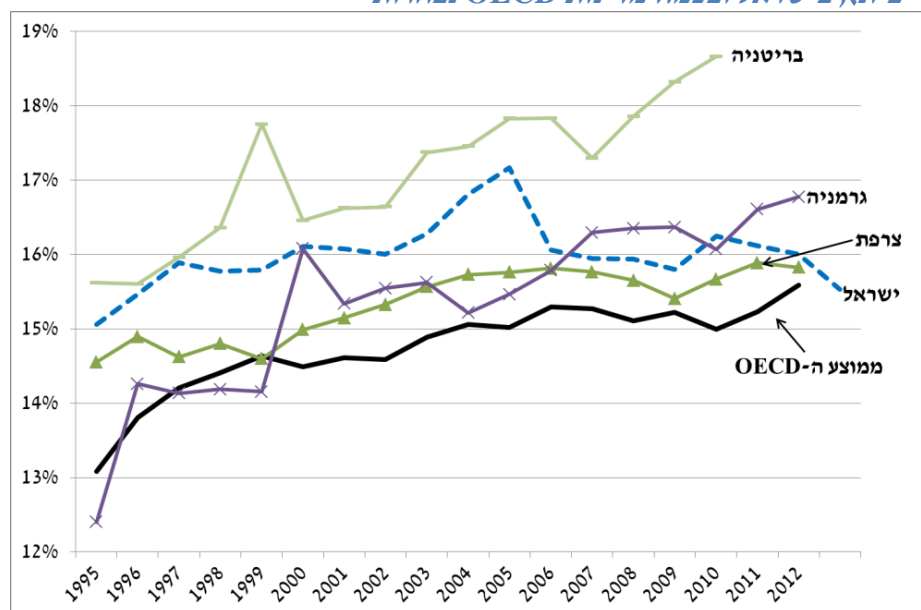
¹⁰⁶ להרחבה על השפעת גורמים חברתיים על תוצאות הבריאות, ראו למשל Commission on Social Determinants of Health (2008).

¹⁰⁷ ה-PPP שנעשה בו שימוש מנכה את ההבדלים ברמות המחירים של כל המוצרים הכלולים בתוצר, ולא רק של המוצרים והשירותים בתחום הבריאות. על כן יש להשתמש בנתונים אלה בזהירות, להשוואה בין הערך הכללי של המשאבים שהופנו לבריאות בכל מדינה, ולא לצורך הערכה ריאלית של כמות שירותי הבריאות שניתן לקנות במשאבים אלה. לבחינה ריאלית כזו בישראל, ראו איור 18.

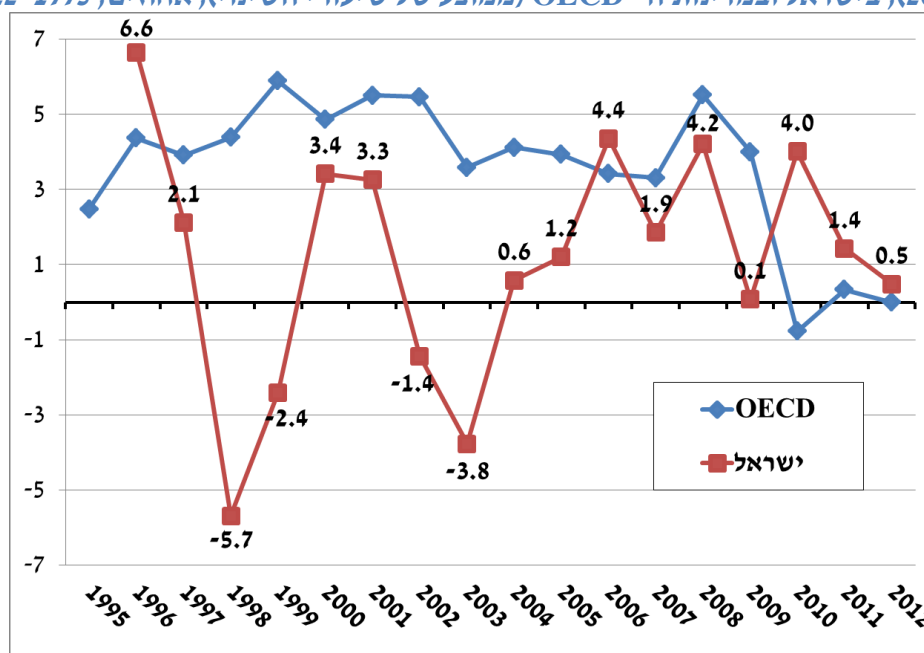
הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

עד אמצע שנות ה-2000, ביחס להוצאה זו ב-OECD. תנודתיות זו מושפעת ודאי מהתנאים המקרו-כלכליים בישראל וייתכן שגם מהמחזוריות התלת-שנתית של העברת כספי התמיכה לקופות. ניכר כי ההוצאה לבריאות בישראל נפגעה בעוצמה רבה יותר מהמשבר הכלכלי של תחילת שנות ה-2000, שהיה חריף יותר בישראל מברוב המדינות, בגלל ההרעה במצב הביטחוני כאן וערעור היציבות הפיננסית. לעומת זאת ישראל נפגעה פחות והתאוששה מהר מהמשבר העולמי האחרון, ולכן ההוצאה הציבורית לבריאות לנפש המשיכה לעלות כאן בשנים 2010–2012, בזמן שהוצאה זו קפאה על שמריה במדינות ה-OECD.

איור 7 : ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מההוצאה האזרחית של הממשלה הרחבה (בניכוי תשלומי ריבית), בישראל ובכמה מדינות OECD נבחרות



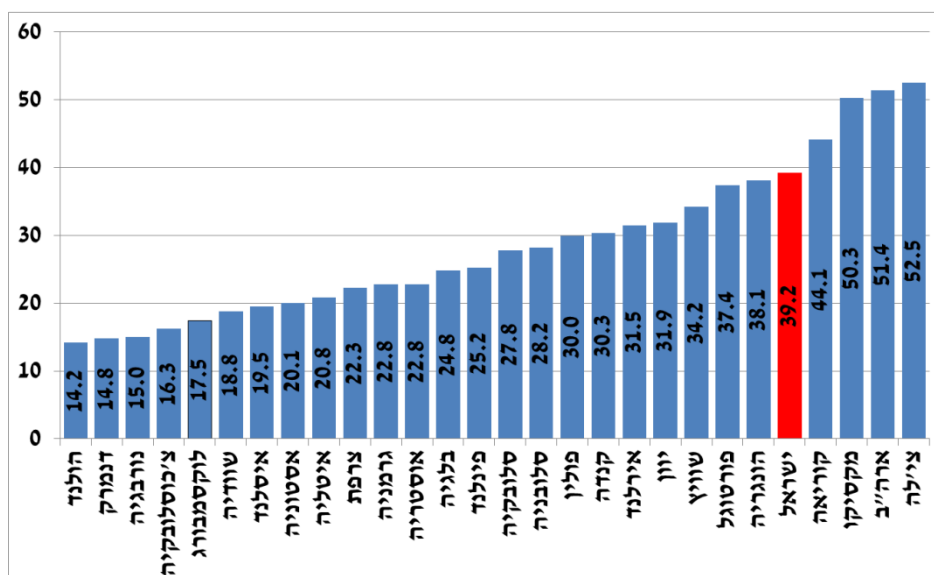
איור 8 : שיעור השינוי השנתי של ההוצאה הציבורית לבריאות לנפש במונחי PPP \$ קבועים (שנת 2005), בישראל ובמדינות ה-OECD (ממוצע של שיעורי השינוי), אחוזים, 1995–2012



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

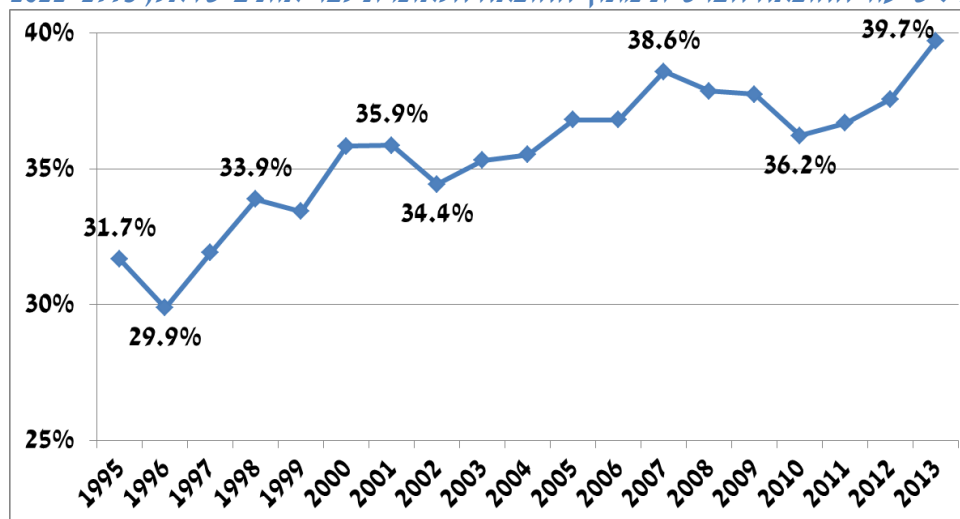
ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל, הכוללת תשלום לביטוחי בריאות והוצאות ישירות מכיס התושבים, גבוהה בהשוואה בין-לאומית (איור 9) הן במונחי תוצר והן בשיעורה מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות – כ-40% בשנת 2013.

איור 9 : שיעור ההוצאה הפרטית¹⁰⁸ מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות ה-OECD, 2012



שיעור זה גבוה במיוחד בהתחשב בכך שמערכת הבריאות הציבורית בישראל מעניקה כיסוי אוניברסלי נדיב, והוא עלה בהתמדה בשני העשורים האחרונים (איור 10).

איור 10 : שיעור ההוצאה הפרטית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל, 1995-2012



חלק הארי של הגידול בהוצאה הפרטית לבריאות בעשור האחרון, נובע מהגידול בהוצאות משקי הבית על רכישת ביטוחים פרטיים (של קופות החולים וחברות הביטוח). להרחבה בנושא זה ראו פרק ביטוחי הבריאות בדוח זה.

¹⁰⁸ לא כולל העברות מחו"ל.

1. מנגנוני העדכון של התקציב הציבורי למערכת הבריאות

רקע

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר נכנס לתוקף ב-1995, הניח את היסודות למבנה הקיים של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. החוק הגדיר סל רחב של שירותים רפואיים שקופות החולים נדרשות לספק לכל תושבי המדינה, וקבע את עלות הסל¹⁰⁹ ואת המקורות למימון האספקה של סל זה. הקביעה של עלות הסל הנורמטיבית ושל דרכי המימון הציבורי עבורו, נועדו ראשית לקבוע תקרת הוצאה נורמטיבית לקופות החולים, כך שהמדינה לא תממן חריגה מרמת הוצאה זו; ושנית, להבטיח בחקיקה רמת מקורות שתאפשר לקופות החולים לספק את השירותים שנכללים בסל באיכות, בזמינות ובנגישות סבירים, במסגרת המקורות העומדים לרשותן. **בצד הטלת האחריות לאספקת השירותים שבסל על קופות החולים, החוק מטיל על המדינה את האחריות להעביר לקופות מימון מתאים, שיאפשר להן לספק שירותי רפואה ראויים לתושבים. מעבר לנקוב בחוק (כיום), ראוי כי מדינה הדואגת לבריאות כל תושביה, תספק מימון שיאפשר לשמור על סל רחב דיו של שירותי בריאות, המתעדכן בהתאם להתפתחות הרפואה.**

שני גורמים משפיעים על הגידול (הנומינלי) בעלות הסל בפועל לאורך השנים. הראשון – גודל האוכלוסייה ומצבה הבריאותי, המושפע מאוד מהרכב הגילים באוכלוסייה, והשני – השינוי במחירי התשומות הנדרשות לקופות החולים על מנת לספק את השירותים שבסל (ובייחוד השינוי בשכר העובדים במערכת הבריאות). גורמים אלה מגדילים את העלות של סל שירותי הבריאות שקופות החולים נדרשות לספק, מבלי לשנות את הרכב הסל עצמו. נוסף על כך, הרצון לשמור על סל איכותי ורחב מצריך להוסיף לו תרופות חדשות ושירותים חדשניים אשר פותחו לאורך השנים, ותורמים תרומה מהותית לשיפור רמת הבריאות של האוכלוסייה. הבחירה להרחיב את הסל באמצעות תוספת של שיפורים טכנולוגיים חדשים כאלה, מגדילה גם היא (ריאלית) את עלות הסל.

החוק קובע מנגנון לעדכון "עלות הסל" ומגדיר תחילה את "מדד יוקר הבריאות" – מדד העוקב אחר שינויי מחירים במערכת, ושעל פיו יש לקדם אוטומטית את עלות הסל מדי שנה בשנה¹¹⁰. הרכב המדד ומשקלו היחסי של כל רכיב ורכיב נקבעו בתוספת החמישית לחוק. החוק הסמיך את שרי הבריאות והאוצר, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, לשנות בצו את הרכב המדד, ושינויים כאלה אכן נעשו לאורך השנים. החוק קובע עוד כי שרי הבריאות והאוצר רשאים, בהליך דומה, לעדכן את עלות סל השירותים בשל השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסייה. נוסף על כך החוק מתיר לשר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה, להרחיב את סל שירותי הבריאות באופן שיגדיל את עלותו.

מיום שנכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סוגיית קביעת המנגנון לעדכון ראוי של עלות הסל הייתה מקור למחלוקות קשות. המחלוקות נסבו הן על היקף העדכון הראוי – עקב שינויים דמוגרפיים, שינויי מחירים וכן התפתחויות טכנולוגיות, והן על אופן העדכון – בהתאם לנוסחה

¹⁰⁹ עלות הסל הראשונית שיקפה את ההוצאות בפועל של קופות החולים לפני כניסת החוק לתוקף.
¹¹⁰ סעיף 9 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994).

מעוגנת בחקיקה, או תוצאה של משא ומתן מתחדש, במסגרת שיקולי התקציב השנתיים וסדרי העדיפויות המשתנים של הממשלה.

בעקבות העדויות שהוצגו לוועדה והניתוחים שערכו חבריה, הסכימו רוב חברי הוועדה כי העדכון החלקי של עלות הסל (בעקבות השינויים הדמוגרפיים ועלויות המחירים במערכת), והפיצוי החלקי בלבד במשאבים נוספים מחוץ לסל, גרמו לשחיקה בתקציבים העומדים לרשות קופות החולים לצורך אספקת השירותים שבסל. שחיקה זו מקשה על הקופות לקבל מימון שיסייע להן לספק באיכות, בזמינות ובנגישות סבירים את סל שירותי הבריאות, שהמדינה עצמה קבעה את הרכבו.

עדכון עלות סל הבריאות בעקבות שינויים דמוגרפיים

גידול בהיקף האוכלוסייה המבוטחת והזכאית לשירותים שבסל הבריאות מוביל באופן טבעי לגידול בעלויות של קופות החולים. אמנם בטווח הקצר הגידול בעלויות בא לידי ביטוי בעיקר בגידול של ההוצאה המשתנה, שכן התשתית והציוד הקיימים יכולים לשרת גם מבוטחים שמתווספים בשוליים, אולם בטווח הבינוני והארוך, תוספת של מבוטחים רבים מצריכה גם תוספת של תשתיות וציוד שנועדו לשרתם. בנוסף, יש לזכור שגידול בהיקף המבוטחים מאפשר לקופות לחסוך תקציבים ולנצל יתרונות לגודל (למשל, ברכש תרופות).

גם שינוי בהרכב הגילים של האוכלוסייה משפיע על עלויות קופות החולים. מבוטחים זקנים סובלים בדרך כלל מבעיות רבות ומורכבות יותר, ולכן גידול בשיעור הזקנים באוכלוסייה מוביל לצריכה מוגברת של השירותים הרפואיים שבסל הבריאות, צריכה הכרוכה בעלויות נוספות. נוסחת הקפיטציה, שבאמצעותה המדינה מחלקת את תקציב הסל בין קופות החולים, מכירה בהבדלים בעלויות הטיפול בין קבוצות הגיל, ובעלויות הנוספות הכרוכות בטיפול במבוטחים זקנים. החלוקה בנוסחה, המבוססת על קירוב ההוצאות בפועל, מאפשרת לבנות מדד של גידול האוכלוסייה, המתוקנן לעלויות הטיפול בכל שכבת גיל¹¹¹. מדד זה - הגידול במספר הנפשות ה"מתוקננות" - משקף טוב יותר את הגידול בפועל בעלויות הטיפול הנובע מהשינויים הדמוגרפיים (גידול האוכלוסייה וגם הזדקנותה).

בחנית היקף העדכון בפועל של עלות הסל עקב שינויים דמוגרפיים, מלמדת כי העדכון היה חלקי בלבד ביחס לשינוי הדמוגרפי בפועל. בשנים 1995-2013 ניתן פיצוי תקציבי על גידול דמוגרפי של 31%, בזמן שמספר המבוטחים גדל ב-45%, ומספר הנפשות המתוקננות, המשקף טוב יותר את הגידול בעלויות, עלה ב-57% (ראו לוח 5). בחמש השנים האחרונות (עד 2013) הואץ קצב השחיקה, עקב הפיצוי החסר על הגידול הדמוגרפי.

¹¹¹ המדד מציין למעשה מהו שיעור גידול האוכלוסייה אשר היה מביא לידי גידול דומה בהוצאות, אילו עלויות הטיפול היו זהות בכל שכבות הגיל (לממוצע באוכלוסייה).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוח 5 : שיעור העדכון של עלות סל שירותי הבריאות עקב שינויים דמוגרפיים, למול שיעורי השינויים בפועל (באחוזים), 1996-2013

שנה	עדכון עלות הסל עקב שינויים דמוגרפיים	הגידול באוכלוסייה (למ"ס)	שיעור הפער בחמש השנים האחרונות	הגידול במספר הנפשות המתוקננות	שיעור הפער בחמש השנים האחרונות
1996	2.00	2.6		3.3	
1997	2.00	2.5		3.0	
1998	2.00	2.4		3.0	
1999	2.00	2.8		3.1	
2000	2.00	2.6	3.1	3.1	6.1
2001	2.00	2.2	2.6	2.6	5.3
2002	1.75	1.9	2.3	2.3	4.8
2003	1.75	1.8	1.8	2.1	4.0
2004	1.75	1.8	1.0	1.9	3.0
2005	1.13	1.8	1.1	1.9	2.6
2006	1.13	1.8	1.6	2.0	2.9
2007	1.13	1.8	2.2	2.0	3.2
2008	0.90	2.4	3.8	1.9	3.9
2009	0.90	1.8	4.6	2.0	4.9
2010	0.90	1.9	5.0	2.2	5.5
2011	1.20	1.8	5.0	2.2	5.6
2012	1.20	1.9	5.0	2.4	6.0
2013	1.20	1.9	4.1	2.5	6.3
סה"כ מצטבר	31%	45%		57%	
2014 ¹¹²	1.50	1.9		2.3	

ההפרש בין הגידול במספר הנפשות המתוקננות בפועל לשיעור הגידול שעליו ניתן פיצוי תקציבי, בשנים 1996 עד 2013, עומד על 23 נקודות האחוז. משמעות פער זה – הבדל של כ-6.5 מיליארד שקלים במקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 2013 (כ-18% מעלות הסל באותה שנה).

במאי 2013 החליטה הממשלה להעלות בהדרגה את שיעור עדכון הסל בשל הגידול הדמוגרפי¹¹³, כך שיגיע ל-1.6 אחוזים בשנת 2016. אולם, גם לאחר השינוי נשאר העדכון חלקי, והוא עדיין אינו מפצה על הפערים שנוצרו בעבר בתקצוב סל הבריאות, ואינו מעדכן את הסל בהתאם להזדקנות המואצת בישראל. תחזית הלמ"ס (תרחיש הביניים) צופה אמנם כי קצב הגידול של האוכלוסייה יאט, מ-1.9% ב-2013 ל-1.4% בעוד עשרים שנה, אך במקביל יואץ קצב הגידול של אוכלוסיית בני 65 ומעלה. חלקם של בני שכבת גיל זו באוכלוסייה יעלה מ-10% ב-2010 לכ-15% בעוד כעשרים שנה. עד אז תגדל מאוד אוכלוסיית בני ה-90 ומעלה, ושיעורם יגדל ב-220% וצפוי לעמוד על יותר מ-100 אלף איש.

¹¹² עדכון עלות הסל בשנים 2014-2016: בהתאם להחלטת הממשלה ממאי 2013. הגידול באוכלוסייה ובמספר הנפשות המתוקננות ב-2014 מתבסס על שיעור הגידול במספר המבוטחים והנפשות המתוקננות בין יולי 2014 ליולי 2013. הנתונים לשנים 2015-2016 מתבססים על תחזית האוכלוסייה של הלמ"ס (חלופה בינונית).
¹¹³ החלטת הממשלה 224, מיום 13 במאי 2013.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

עדכון עלות סל שירותי הבריאות בעקבות שינויים במחירי התשומות

שינויים במחירי התשומות משפיעים על עלות אספקת השירותים שבסל שירותי הבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הכיר בצורך לשמור על ערכו הריאלי של תקציב הסל והגדיר את מדד יוקר הבריאות, אשר אליו מוצמדת עלות הסל. מדד זה השתנה לאורך השנים, הן בהרכבו והן במשקל היחסי שניתן לרכיבים הכלולים בו (ראו לוח 6).

לוח 6 : משקלות המרכיבים של מדד יוקר הבריאות לאורך השנים (אחוזים)

רכיב / שנה	1995	2006	2014*
מדד המחירים הסיטונאיים לתרופות	17%	--	--
מדד המחירים לצרכן	23%	40%	32%
מדד מחירי תשומות הבנייה	2%	2%	3%
השכר למשרת שכיר במגזר הבריאות	35.96%	35.96%	40.3%
השכר למשרת שכיר במגזר הציבורי	22.04%	22.04%	18.2%
השכר למשרת שכיר במגזר הממשלה המרכזית	--	--	6.5%
סה"כ	100%	100%	100%

* השינוי בנוסחת מדד יוקר הבריאות ב-2014 הוחל למפרע משנת 2012

רכיביו של מדד יוקר הבריאות נועדו לעקוב בעקיפין אחר מחירי התשומות הנדרשות לקופות החולים, לשם אספקת השירותים שבסל הבריאות. אולם השוואת מדד זה למדד שלפי משרד הבריאות, עוקב ישירות אחר רכיבי ההוצאה העיקריים של קופות החולים - "מדד תשומות הבריאות" (הרכבו מפורט בלוח 7 להלן) - מראה שהעלייה במחירי התשומות של קופות החולים הייתה בפועל גבוהה יותר מהפיצוי שנבע מהעלייה במדד יוקר הבריאות (לוח 8). הפער בשיעורי הגידול של שני המדדים בין 1995 ל-2013 עמד על 20.5 נקודות האחוז, שמשמעותם שחיקה של כ-4 מיליארד שקלים במקורות שעמדו לפי החוק לרשות קופות החולים, לשם אספקת סל שירותי הבריאות. יש לציין כי לא כל חברי הוועדה הסכימו למתודולוגיה של חישוב מדד זה.

לוח 7 : המרכיבים והמשקלות של "מדד תשומות הבריאות" של משרד הבריאות

שנה / רכיב	משקל
מדד המחירים לצרכן	30%
השכר למשרת שכיר במגזר הבריאות	28%
מחיר יום אשפוז	42%
סה"כ	100%

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוח 8 : השינויים במדד יוקר הבריאות ובמדד תשומות הבריאות (אחוזים), 1996-2013

שנה	השינוי במדד יוקר הבריאות	השינוי במדד תשומות הבריאות
1996	10.9	11.6
1997	8.7	9.2
1998	5.0	4.5
1999	5.7	6.2
2000	3.4	4.0
2001	2.1	1.9
2002	0.7	3.6
2003	-1.9	-0.7
2004	2.2	2.2
2005	1.5	3.2
2006	2.5	2.2
2007	1.6	1.4
2008	3.9	3.2
2009	3.1	4.7
2010	3.3	3.8
2011	4.4	5.2
2012	4.0	4.8
2013	3.0	3.8
סה"כ מצטבר	186.6	207.1

העדים שהעידו בפנינו התייחסו במיוחד להיעדרותו של מחיר יום האשפוז בבתי החולים ממדד יוקר הבריאות. השינויים במחיר (מפוקח) זה מתואמים עם השינוי במחיריהם של כלל שירותי בתי החולים, המהווים יותר מ-40% מהוצאות קופות החולים. על כן, טענו העדים, חלק ניכר מהקשיים התקציביים של קופות החולים נבע מהעלייה המהירה יחסית של מחיר יום אשפוז, אשר למעשה הסיטה נתח גדול יותר מתקציב הסל מקופות החולים אל בתי החולים.

הנוסחה של מדד יוקר הבריאות משתמשת במדדי שכר מחוץ למערכת הבריאות ("מדדי פרוקסי"), כדי למנוע מקופות החולים ומבתי החולים לנהוג באדישות כלפי השכר שהם משלמים לעובדיהם, וכדי לעודד אותם למנוע מהשכר במערכת הבריאות להתנפח ביחס לשכר בשאר ענפי המגזר הציבורי. סיבה דומה עשויה להסביר מדוע מחיר יום אשפוז אינו כלול בנוסחה (ודאי במלואו) – על מנת למנוע אדישות של קופות החולים כלפי המחירים שהן משלמות לבתי החולים. עם זאת, הפער שנפתח בין נוסחת מדד יוקר הבריאות לעלויות בפועל, מצביע על כך כי מדדי הפרוקסי מתקשים למלא את תפקידם, ולשקף את מחירי התשומות לאספקת השירותים שבסל הבריאות. הפער התרחב במיוחד מאז 2008, עקב הסכמי שכר שהגדילו מאוד את הוצאות השכר במגזר הבריאות ואשר הפיצוי עליהם לא היה מלא.

כמה מהמשתתפים בדיונים טענו כי כיוון שמחיר יום אשפוז, ומן הצד השני - היקף ההנחות שבתי החולים מעניקים לקופות, משפיעים רק על החלוקה הפנימית של תקציב סל הבריאות, ולא על

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

היקפו הכולל, ראוי לבחון את עדכון הסל גם ביחס למחירים בכלל המערכת הציבורית. בחינה כזו של שינויי המחירים שחלו בעשור האחרון ואשר הוצגה לוועדה¹¹⁴, מצאה כי גם לאחר השינוי שנעשה במשקלות מדד יוקר הבריאות במאי 2013, הפיצוי על עליות המחירים נותר חלקי. זאת כיוון שהמשקל שניתן בנוסחה לרכיב השכר במגזר הבריאות (40%), נמוך ממשקל השכר בפועל במערכת (כ-60%), ומדדי השכר האחרים הכלולים בנוסחה (מדדי הפרוקסי: השכר במגזר הציבורי ובממשלה המרכזית) לא פיצו עד כה על החסר, והם יוצרים פער מתרחב בתקופות שבהן השכר במערכת הבריאות עולה במהירות. הבחינה מצאה כי מאז 2008, בעקבות הסכמי השכר שנחתמו עם הרופאים והאחיות (לוח 9), גדלו הוצאות קופות החולים מעבר לפיצוי החלקי על עליות השכר במערכת. על פי ההערכה, אילו בחמש השנים 2008–2012 היה ניתן פיצוי מלא על עליות השכר, היו נוספים ב-2012 כ-700 מיליון שקל ל"עלות הסל".

לוח 9 : תוספות השכר בהסכם עם הרופאים (2011) ובהסכם עם האחיות (2013)

2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	
4.7%	2.3%	3.4%	3.7%	6.1%	8.8%	9.3%	8.5%	רופאים - שיעור תוספת שכר (אוגוסט בכל שנה)
		122	199	578.5	414.5			אחיות - תוספת שקלית לשכר החודשי

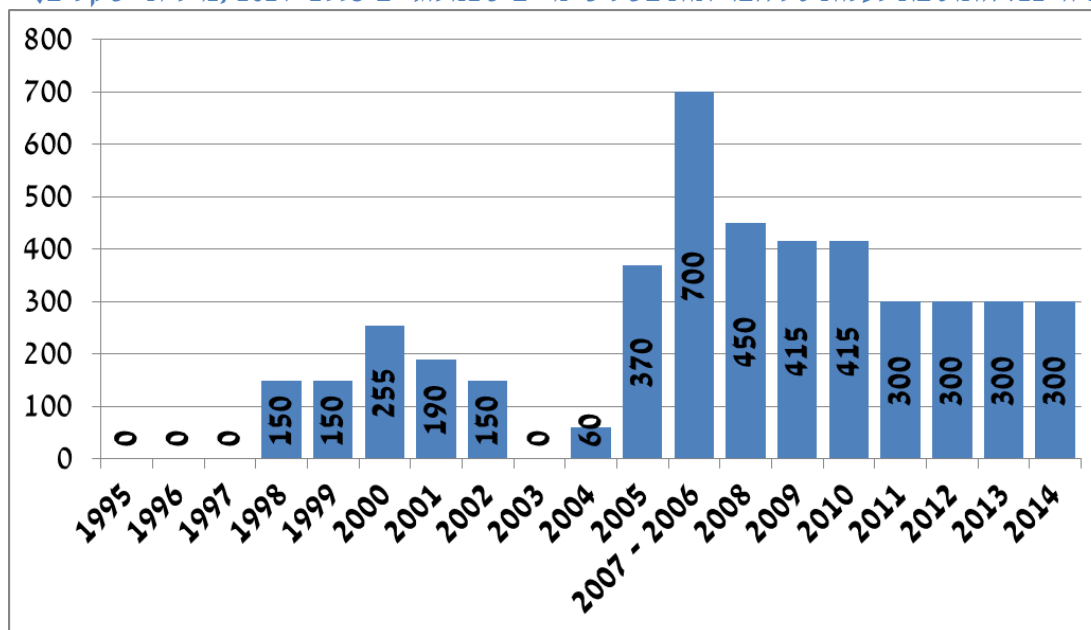
הרחבת סל שירותי הבריאות בעקבות חידושים טכנולוגיים

סל שירותי הבריאות הניתן לתושבי ישראל הינו רחב ונדיב, אך כדי לשמור על איכותו והיקפו לאורך זמן יש לעדכן מעת לעת, ולהוסיף לו תרופות חדשות ושיפורים טכנולוגיים בתהליך הטיפול והאבחון. חידושים אלה מאפשרים גילוי ומניעה מוקדמים יותר של מחלות, וטיפול מועיל יותר שמאריך את תוחלת החיים או משפר את איכותם. בעוד עדכונים של עלות הסל עקב שינויים דמוגרפיים ושינויי מחירים, נועדו לשמור על רמה קבועה (ריאלית) של התקציב לסל הבריאות, הגדלה של עלות הסל בשל הוספת חידושים טכנולוגיים כרוכה בתוספת ריאלית לתקציב זה. תוספת מעין זו תלויה בהחלטה ציבורית ופוליטית על סדרי העדיפויות בתקציב המדינה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא כלל מנגנון מובנה לאימוצן של טכנולוגיות ותרופות חדשות ועד לשנת 1998 לא נוספו לעלות הסל מקורות למימון מרכיב זה. אולם החל משנת 1998 הופנו, באישור הממשלה, תקציבים בהיקף משתנה להרחבת סל הבריאות, והוקם מנגנון שימליץ על הרכב ההרחבה. התוספת התקציבית השנתית להרחבת הסל לא הייתה בתחילה סדירה או ידועה מראש. בשנים האחרונות עמד היקף התוספת על רמה קבועה של כ-300 מיליון שקל, וסכום זה עוגן בהחלטת ממשלה עד שנת 2016 (כלומר, נקבע מראש לשלוש שנים). איור 11 מפרט את התוספת שניתנה ל"עלות הסל" בכל שנה, עקב שיפורים טכנולוגיים שהוכנסו לסל.

¹¹⁴ בנק ישראל (2013).

איור 11: התוספת לעלות סל הבריאות בשל שינויים טכנולוגיים 1995–2014 (מיליוני שקלים)



העדויות שהוצגו בפני הוועדה הראו כי במדינות המפותחות שיעור הגידול השנתי בהוצאות הבריאות (גידול ריאלי לנפש, כלומר מעבר לעלויות המחירים והגידול הדמוגרפי), עמד בממוצע ארוך טווח על 3.8% בשנה (1.7 נקודות האחוז מעל הגידול השנתי בתוצר לנפש בתקופה זו).¹¹⁵ חוקרים רבים מייחסים כמחצית מהגידול בהוצאות לאימוץ של שיפורים טכנולוגיים, כלומר גידול של כ-2% בהוצאות הבריאות לנפש בשל רכיב זה.¹¹⁶ פיתוח טכנולוגיות חדשות ואימוץ במערכות בריאות אחראים לא רק לחלק ניכר מהגידול בהוצאה לבריאות, אלא גם לחלק גדול מהארכת תוחלת החיים והשיפור בבריאות האוכלוסייה בעשורים האחרונים.¹¹⁷ עם זאת, לא כל הטכנולוגיות שוות בעלותם ובתועלת הנובעת מהן. חוקרים מצאו כי בארה"ב דווקא טכנולוגיות זולות יחסית ואפקטיביות מאוד תרמו תרומה גדולה לשיפור הבריאות, ואילו התרומה הגדולה לגידול בהוצאה לבריאות (ביחס למדינות אחרות) נבעה מאימוץ מוגבר של טכנולוגיות יקרות מאוד, שהתועלת מהן נמוכה, או שהעדויות המדעיות המצביעות על תועלת כלשהי מהן מועטות.¹¹⁸

אמנם במדינות המפותחות שיעור הגידול בהוצאה עקב אימוץ טכנולוגיות חדשות גבוה פי שניים משיעור התוספת הטכנולוגית שניתנה לתקציב סל הבריאות בישראל, אך יש לציין כי השיעור

¹¹⁵ מצגת של פרופ' גבי בן-נון ופרופ' קובי גלזר לוועדה בישיבתה בתאריך 23 בינואר 2014. יש לציין כי בשני העשורים האחרונים חלה האטה מסוימת בשיעור הגידול הריאלי של הוצאות הבריאות לנפש (בארה"ב, למשל, ירד שיעור זה מ-5.6 אחוזים בשנה בשנות ה-60, לכ-3 אחוזים בשנה מאז 1990).

¹¹⁶ טווח ההערכות מייחס בין כ-30% לשני שלישים מהגידול בהוצאה לבריאות לנפש לאימוץ שינויים טכנולוגיים. ראו (Chernew and Newhouse, 2011) לסקירת המחקרים בתחום.

¹¹⁷ ראו למשל (Newhouse, 1992) ו-(Cutler, 2004) וסקירה על נושא זה ב-(Chernew and Newhouse, 2011).

¹¹⁸ (Chandra and Skinner, 2011). החוקרים הביאו כדוגמה את קצב האימוץ של טכנולוגיית הטיפול בפרוטונים (proton beam therapy) לסרטן הערמונית. על אף היעדר עדויות מדעיות כי התוצאות של טיפול זה טובות מהטיפול המקובל, ואף על פי שהעלות לסבב טיפול (\$50,000) גבוהה פי שניים ויותר מהטיפול המקובל, עד 2013 קמו בארה"ב 15 מרכזי טיפול כאלה, ורבים נוספים בשלבי תכנון והקמה (גם בבתי חולים סמוכים גיאוגרפית). לשם השוואה, גרמניה, איטליה, ספרד, בריטניה וצרפת (שלחן, יחד, אוכלוסייה בגודל דומה לארה"ב) מפעילות 10 מרכזים כאלה. את אימוץ הטכנולוגיה מימנו חברות ביטוח וכן מערכת הבריאות הציבורית, המחויבת לממן כל טיפול שאינו מזיק, אך לאחרונה הודיעו כמה חברות ביטוח כי יפסיקו לממן טיפולים כאלה. נציין, כי ועדה מקצועית המייעצת למשרד הבריאות המליצה (ב-2010 ושוב ב-2012) שלא להקים מרכז כזה בישראל (עלות הקמתו מוערכת ב-100 מיליון דולרים) וכחלופה, להטיס לחו"ל את החולים המעטים שלהם טיפול זה כנראה מסייע (בעיקר ילדים).

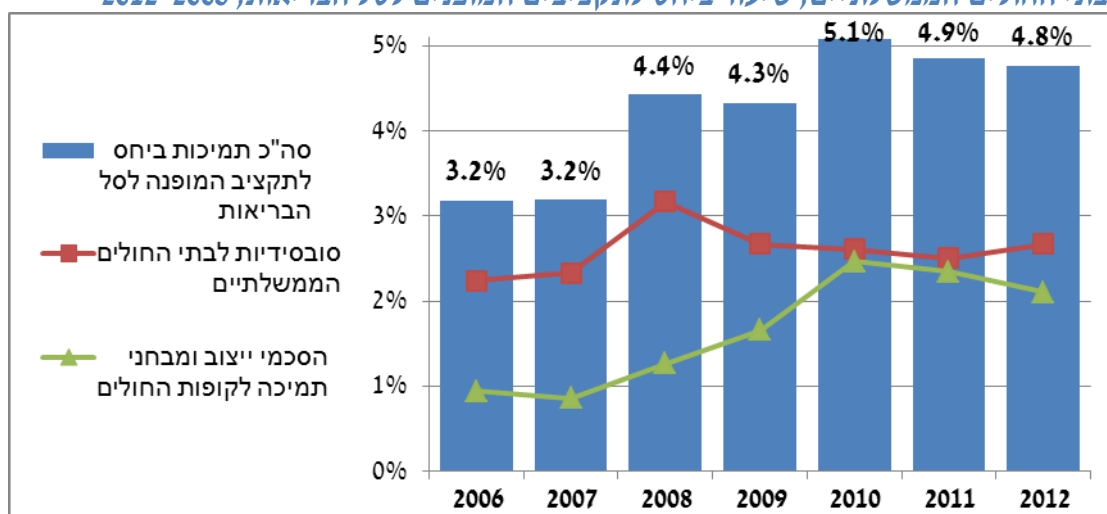
הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

בחוו"ל מתייחס לשיפורים הטכנולוגיים בכלל מערכת הבריאות. בישראל, בתי החולים מאמצים שיפורים טכנולוגיים (תרופות חדשות ואמצעי טיפול אחרים) על פי שיקול דעתם, ועלות ההטמעה הראשונית של שיפורים אלה באה עד כה לידי ביטוי גם במחירים גבוהים יותר של שירותי בתי החולים (מחיר "יום אשפוז" ותעריפי הפרוצדורות בתעריפון משרד הבריאות). על כן התוספת הטכנולוגית לסל היא למעשה תוספת לתרופות ולשירותים חדשים שעיקרם ברפואת הקהילה, ומימון השיפורים הטכנולוגיים בבתי החולים הגיע ברובו מהתוספת לסל שיוחסה לעליית מחירי התשומות, או ממקורות אחרים (תרומות, סובסידיות מהמדינה והכנסות אחרות).

תקציבים למערכת הבריאות הציבורית מחוץ למנגנון המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

בשנים האחרונות התרחבו התקציבים המוזרמים למערכת הבריאות הציבורית מחוץ למנגנון המימון המוסדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (וזאת כדי להתמודד עם השפעת השחיקה בעלות סל הבריאות על גירעונות קופות החולים). סקירה שהוצגה לוועדה¹¹⁹ מצאה כי סכום כמה מתקציבים חיצוניים אלה ובכלל זה, הכספים המועברים לקופות החולים במסגרת הסכמי ייצוב ומבחני תמיכה - גדל פי שניים בין 2007 ל-2012. בסוף התקופה עמד סכום זה על 1.55 מיליארד שקלים – כ-5% מהתקציב הציבורי המופנה לסל הבריאות (איור 12).

איור 12 : העברות תקציביות לקופות החולים במסגרת הסכמי ייצוב ומבחני תמיכה וסובסידיות לבתי החולים הממשלתיים, שיעור ביחס לתקציבים המופנים לסל הבריאות, 2006-2012



מקור: משרד הבריאות ועיבודי בנק ישראל

הסקירה קבעה כי קופות החולים ובתי החולים תלויים במידה גוברת והולכת בתקציבים תנודתיים, המועברים מחוץ לסל הבריאות. אמנם תלות זו מאפשרת לממשלה לשמר לחץ תמידי לריסון הוצאות במערכת, אולם הסקירה הזהירה מפניה וקראה לצמצמה. זאת כיוון שתלות זו מאלצת את מערכת הבריאות הציבורית להתנהל בחוסר ודאות ומקשה על תכנון וביצוע תוכניות לטווח ארוך – מצב שעלול לפגוע ביעילותה של המערכת וביכולתה לספק את השירותים הנכללים בסל הבריאות ברמה טובה ויציבה. כדי למנוע זאת, הסקירה מציעה "להלביץ" חלק מהתקציבים החיצוניים ולהעבירם אל תוך סל הבריאות הרשמי, ובד בבד להקשיח במידה ניכרת את מגבלת ההוצאות של קופות החולים ובתי החולים.

¹¹⁹ בנק ישראל (2013).

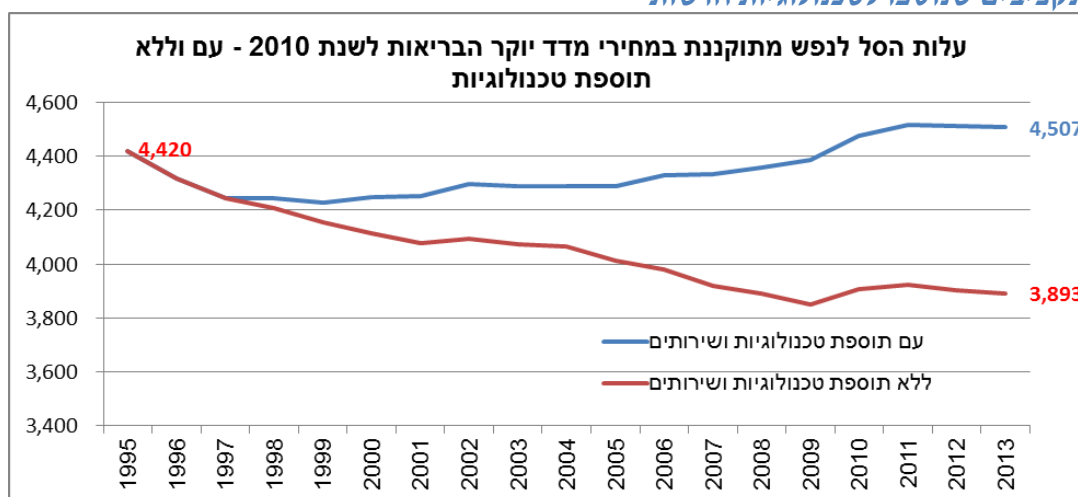
הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הצורך בפיצוי על השחיקה בעבר והתייעלות המערכת עד כה

הפיצוי החלקי לקופות החולים על גידול האוכלוסייה והזדקנותה ועל עליית מחירי התשומות, גרם לגידול בגרעונות קופות החולים. לפי כמה מהערכות שהוצגו לוועדה, הפער בין התקצוב בפועל לתרחיש של הצמדה מלאה מאז 1995, עמד (ב-2013) על 9 מיליארד שקלים. למעשה, כפי שמעיד איור 13, בשנת 2013 נותר תקציב סל הבריאות לנפש מתוקנת (כלומר, בהתחשב בשינויים בהרכב הגילים באוכלוסייה) כמעט בלי שינוי ריאלי לעומת שנת 1995. זאת בזכות התקציבים שניתנו לשם הוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות לסל הבריאות – תוספות שכרוכות כמובן בהוצאות חדשות. בניכוי התוספת הזאת היה התקציב לנפש ב-2013 נמוך ב-12% מרמתו ב-1995.

אמנם ברור כי הקופות התייעלו מאז 1995, וחלק מהתקציב החסר אינו נחוץ עוד כדי לספק רמה יציבה וטובה של השירותים הכלולים בסל הבריאות, ביחס לרמתם במועד כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אולם קשה להעריך מה היה היקף ההתייעלות. ההזדקקות הגוברת של המערכת לתקציבים חיצוניים מחוץ לסל, כמו גם בעיות הזמינות והתורים במערכת הציבורית, מעידים כי המחסור בתקציבים עלה על היקף ההתייעלות, ולכן הוא פוגע פגיעה של ממש באיכות ובזמינות השירות לתושבים.

איור 13 : עלות סל הבריאות לנפש מתוקנת, במחירי מדד יוקר הבריאות לשנת 2010, עם ובלי התקציבים שנוספו לטכנולוגיות חדשות



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

העברת נטל המימון של ניתוחים מהסל לבסיסי לביטוחי הבריאות הפרטיים

במסגרת דיוני הוועדה בנושא ביטוחי הבריאות, עלה לדיון נושא התמריצים של קופות החולים להפניית מבוטחים למערכת הבריאות הפרטית (נושא זה מפורט בהרחבה בפרק הביטוחים בדו"ח): כל קופת חולים מקבלת מן המדינה את מלוא עלות סל השירותים הקבועה בחוק. עם זאת, ככל שמבוטחי הקופה בוחרים לבצע את הניתוחים והיעוצים במסגרת הביטוחים הפרטיים, ו/או בתשלום ישיר מהכיס אזי קופת החולים לא נושאת בעלות של אותם הטיפולים. כך נוצר תמריץ כספי לקופות החולים 'לעודד' מבוטחים לקבל שירותים באופן פרטי, מכיוון שהכנסתן לא נפגעת ואילו ההוצאות שלהן יורדות. במסגרת ועדת הביטוחים הוצג אומדן של תקציבים אלו,

ולפיו בשנת 2013 נחסכה מקופות החולים הוצאה בסך של כ-900 מיליון ₪ כתוצאה מביצוע ניתוחים במסגרת מערכת המימון הפרטית.

המשמעות הכספית של עדכון מלא של תקציב סל הבריאות בעתיד

עדכון עלות סל הבריאות בהתאם לשינויים הדמוגרפיים, ותוספת של תרופות וטכנולוגיות חדשות בהיקף שנתי של 2% מסך עלות הסל, ידרשו תוספת שנתית כוללת לסל הבריאות של כ-2.5 מיליארד שקלים, במחירים קבועים, כך עלה מניתוח שערכו חברי הוועדה¹²⁰. תוספת זו גדולה מהתוספת שכבר ניתנת כיום לעלות סל הבריאות, אשר עמדה (נומינלית) ב-2013 על כ-1.8 מיליארד שקלים (ובניכוי עליית מדד המחירים לצרכן באותה שנה הסתכמה ב-1.15 מיליארד שקלים). בניתוח אחר שערכו כמה חברים בוועדה¹²¹ נמצא כי תוספת כוללת בסדר גודל דומה – 2.5 מיליארד שקלים בשנה – נדרשת על מנת להעלות את שיעור ההוצאה הציבורית לבריאות (ביחס לתוצר) מ-4.4% כיום, לרמה של 5.4% תוצר בעוד עשור¹²² (שיעור המהווה 80% מרמת ההוצאה הממוצעת כיום, ביחס תוצר, ב-OECD).

המלצות

כמה מהמשתתפים טענו כי לקופות יש יתרונות לגודל, וכי הגידול במספר המבוטחים אינו מוביל לגידול בהוצאותיהן באותו סדר גודל, ולכן אין לתת לקופות פיצוי מלא על השינויים הדמוגרפיים. יתר חברי הוועדה החזיקו בדעה כי אמנם בטווח הקצר יש לקופות יתרונות לגודל, אולם בטווח הבינוני והארוך תוספת של מבוטחים רבים, וכן של מבוטחים מבוגרים יותר בעלי צרכים גדולים יותר, מחייבת גם תוספת של תשתיות וציוד שנועדו לשרתם. על כן לדעת כמעט כל חברי הוועדה "יתרונות לגודל" אינם יכולים להצדיק עדכון חלקי, לאורך זמן, של עלות הסל ביחס לגידול האוכלוסייה. בפרט משום שמאז נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי גדלה האוכלוסייה בכ-45% (57% בתיקנון לגיל) – שיעור שאינו תוספת קטנה בשוליים כלל וכלל.

כמה מהמשתתפים התנגדו גם לעיגון הפיצוי הדמוגרפי בחקיקה, אשר לדבריהם כובלת את ידי הממשלה להוצאה תקציבית ייעודית. יתר חברי הוועדה סברו כי פיצוי על הגידול הדמוגרפי, המשמר את התקציב הריאלי לנפש (מתוקנת לגיל) ברמה קבועה, הוא תנאי לאחריותה של המדינה למימון סל הבריאות, ולכן סברו כי יש לקבע את העדכון הדמוגרפי בחוק עצמו, אשר בו מוגדר סל השירותים. משתתפים אלה שללו את העמדה הטוענת כי פיצוי זה כובל את ידי הממשלה להוצאה תקציבית מסוימת, וסברו כי הוא כובל אותה אך ורק לעמוד בהתחייבותה לממן את סל הבריאות שעליו היא החליטה, ושאותו היא דורשת מקופות החולים לספק. לטענתם, אם הממשלה רוצה להקטין את התקציבים המופנים לבריאות (צעד שגוי בפני עצמו), עליה לנקוט את "דרך המלך" ולצמצם את הסל, ולא "להרעיב" את המערכת הציבורית באמצעות תקציבים חסרים, מבלי לקבל החלטה מפורשת אילו שירותים ואילו מבוטחים יפגעו מצמצום זה. עם זאת, מתוך רצון לקבל החלטה הניתנת ליישום, ואשר לא תישאר אות מתה בדוח הוועדה, הסכימו לבסוף רוב חברי הוועדה לקבל הצעת פשרה. לפי ההצעה, סל הבריאות יעודכן מדי שנה

¹²⁰ מצגת של פרופ' גבי בן-נון ופרופ' קובי גלזר לוועדה בישיבתה בתאריך 23 בינואר 2014.

¹²¹ מצגת של פרופ' יוג'ין קנדל, יוליה איתן ופרופ' קובי גלזר לוועדה, בישיבתה בתאריך 27 במרס.

¹²² הניתוח הניח כי קצב הצמיחה של התוצר בישראל יעמוד בעשור הקרוב על 3.5% בשנה.

בשנה, החל ב-2014, בהתאם לשיעור גידול האוכלוסייה בפועל (היינו, בלי תיקון להזדקנות האוכלוסייה). ההמלצה, שתעוגן בהחלטת ממשלה, קובעת לראשונה מנגנון קבוע להצמדת תקציב סל הבריאות לגידול הדמוגרפי – מנגנון שנעדר עד היום מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. התומכים בפיצוי דמוגרפי מלא מצאו בפשרה זו שיפור ניכר לעומת המצב היום, שבו הסל מתעדכן לפי שיעור משתנה. שיעור זה עמד בשלוש השנים הקודמות על 1.2% (כ-60% מגידול האוכלוסייה בפועל) ובשנים שלפני כן על 0.9% (רק מחצית מהגידול בפועל). שיעור הפיצוי היה אמור לעלות בהדרגה בהתאם להחלטת הממשלה ממאי 2013, אך גם אז היה השיעור מגיע ב-2016 רק ל-1.6%, לעומת גידול אוכלוסייה בקצב של כ-1.9% בשנה שעברה¹²³. על אף כל זאת, התומכים בפיצוי דמוגרפי מלא הכירו בכך שיש בהמלצה זו מענה חלקי לאתגר התקציבי שהזדקנות האוכלוסייה מעמידה בפני מערכת הבריאות.

נציג משרד האוצר תמך גם הוא בהחלטה, אשר מתכתבת עם הרעיון העומד ביסוד הכלל הפיסקלי שאימצה הממשלה הנוכחית, ולפיו תקרת ההוצאה בתקציב המדינה גדלה לפחות לפי קצב גידול האוכלוסייה (בתוספת שיעור התלוי בהפחתת החוב הציבורי ל-50% מהתוצר)¹²⁴. הסכמה זו על הצעת פשרה מאפשרת ליישם את ההמלצה באופן מיידי, ולהגדיל את התוספת לתקציב סל הבריאות מדי שנה בשנה, החל בשנת 2014.

המלצה מספר 61:

לעגן בהחלטת ממשלה כי הפיצוי הדמוגרפי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי יעודכן ויבטא את הגידול באוכלוסייה באופן מלא.

רוב חברי הוועדה הסכימו שהמנגנון לעדכון עלות הסל בעקבות שינויים במחירי התשומות הכרוכות באספקתו, לא פיצה אותן על הגידול בפועל בעלויות, אשר הושפע מעלויות השכר במערכת ו/או מעליית המחירים של שירותי בתי החולים (המגולמים ב"מחיר יום אשפוז"). רוב החברים הסכימו כי יש לשקול לשנות את הגורמים הכלולים בנוסחה הקובעת את מדד יוקר הבריאות, ו/או את משקלם בנוסחה, כך שיבטאו באופן מדויק יותר את עליית מחירי התשומות של קופות החולים. חברים רבים הכירו בחשיבות שיש לשימוש ב"מדדי פרוקסי", אשר ימנעו אדישות מלאה של קופות החולים למחירי השירותים שהן רוכשות, אך הזהירו כי אין לאפשר מצב שבו לאורך שנים רבות, מדדי הפרוקסי מספקים פיצוי חסר לעומת הגידול בהוצאות בפועל. בהקשר זה הוועדה דנה גם בהצעה להתאים את תקציב הסל, כך שיינתן פיצוי מלא על כל עליית שכר הנובעת מהסכמים קיבוציים שהמדינה הייתה צד בדיונים עליהם. עוד הוצע לתת פיצוי חלקי בלבד על עליות שכר החורגות מהסכמים אלה, ועשויות לנבוע מתחרות על כוח אדם בתוך המערכת הציבורית או בין המערכת הציבורית לפרטית. כמה מהמשתתפים בדיונים התנגדו להצעה זו וטענו כי אמנם הממשלה שותפה לדיונים על הסכמי שכר קיבוציים, אך גם קופות החולים הן שחקן בדיונים אלה. יצירת אדישות לקופות החולים בנוגע לתוצאות המשא ומתן על הסכמים קיבוציים, עלולה לדברי המתנגדים לשנות את הדינמיקה במשא ומתן על הסכמים אלה, ולהביא לידי תוספות שכר גדולות יותר, שלא לצורך.

¹²³ משמעות השינוי – תוספת של כ-150 מיליון שקלים לעלות סל הבריאות ב-2014, לעומת התכנון הקיים (בהנחה כי שיעור גידול האוכלוסייה יעמוד על 1.9%). בהשוואה לתוספת הדמוגרפית בכל אחת מהשנים 2011–2013, ההחלטה מוסיפה כ-260 מיליון שקלים בכל שנה.

¹²⁴ החלטה מספר 1111 של הממשלה, מיום 29 בדצמבר 2013.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הוועדה דנה בשינוי שנעשה בנוסחת מדד יוקר הבריאות בעקבות החלטת הממשלה ממאי 2013. שינוי זה הגדיל את ההצמדה של תקציב הסל לעלויות השכר במערכת הבריאות - עלויות שתרמו גם להתייקרות שירותי בתי החולים. אולם כמה מחברי הוועדה סברו כי על רקע תוספות שכר גדולות לרופאים ולאחיות, הנוסחה החדשה עדיין מובילה לשחיקה בתקציבי הקופות. משתתפים אחרים בדיון טענו כי מוקדם לשפוט את השינוי האחרון בנוסחה. לטענתם, "מדדי הפרוקסי" הכלולים בנוסחה ומעדכנים את תקציב הסל בהתאם לשכר המגזר הציבורי או הממשלה המרכזית, אמנם פיגרו אחרי הגידול בשכר במגזר הבריאות בשנים שבהן ניתנו תוספות שכר גדולות לרופאים ולאחיות אך עם התמתנות תוספת השכר השנתית למגזרים אלה, משנת 2015 ואילך (ראו לוח 9 לעיל), הנוסחה הקיימת תעניק לקופות פיצוי הולם, וכן תייצר להן את התמריצים הנכונים לטובת מיתון ההתייקרויות במשק הבריאות למול ההתייקרויות במשק.

הוועדה הסכימה לבסוף כי יש לבחון את מנגנוני עדכון המחירים במערכת בעוד שנתיים וחצי, לאחר שיתבהרו השלכות השינוי בנוסחאות בעקבות החלטת הממשלה ממאי 2013. הוועדה ממליצה לבחון מהלך שיגדיל את ההצמדה של תקציב הסל לשינויים בעלויות בפועל, ובמסגרת זו לבחון אם יש להגדיל את ההצמדה באמצעות הפחתת משקלם של מדדי הפרוקסי והגדלת משקלם של מדדים הקשורים ישירות להוצאות קופות החולים ומערכת הבריאות הציבורית, או שמא למצוא דרך אחרת להגיע להצמדה מלאה יותר.

המלצה מספר 62:

מנגנוני עדכון המחירים במערכת הבריאות ייבדקו בשנת 2017, לאחר שייבחן השינוי שנקבע בהחלטת ממשלה מיום 13 במאי 2013. אנו ממליצים לבחון הצמדה מלאה יותר של התקציב לעלויות בפועל באמצעות הפחתת שיעור הפרוקסי תוך שימור מנגנון הפרוקסי או בדרך אחרת.

חברי הוועדה הכירו בחשיבות של הרחבה עתית של סל הבריאות על מנת לשמור על סל מעודכן ונדיב, ועל מנת להוסיף תרופות ושירותים חדשים (שיפורים טכנולוגיים), אשר הוכיחו את יעילותם הרפואית ועמדו במבחן עלות-תועלת ביחס לאפשרויות אחרות. המשתתפים בדיונים נחלקו בשאלה אם יש לייחד תוספת תקציבית קבועה למימון הרחבת סל הבריאות מדי שנה בשנה, ואם יש לקבע את התוספת הזאת – בחקיקה או בדרך אחרת.

נציג משרד האוצר בוועדה התנגד להצעה לקבוע בחקיקה או בהחלטת ממשלה את התוספת למימון הרחבת הסל. לפי עמדתו, כל תוספת ריאלית למערכת הבריאות צריכה להיבחן מול תוספות תקציביות למערכות ממשלתיות אחרות, כמו חינוך, רווחה, ביטחון וכו'. לדעתו זהו תפקידם של נבחרי הציבור לקבוע את סדרי העדיפויות בין התחומים, ואל לה לוועדה לכבול את ידי הממשלה בעניין זה. גם בתחום הבריאות – הממשלה יכולה להחליט כי צעדים אחרים, מחוץ למערכת, ישפרו יותר את רמת הבריאות של האוכלוסייה – כך למשל צמצום פער, שילוב אוכלוסיות מיעוטים בשוק העבודה, חינוך בקרב ילדים ועוד עשויים לסייע לרמת הבריאות ולמערכת הבריאות יותר מתקציבים נוספים למערכת.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

כמה מחברי הוועדה תמכו בעדכון משמעותי של סל הבריאות בשל טכנולוגיות חדשות, בשיעור אשר ידביק את הקצב של אימוץ הטכנולוגיות האלה במדינות מפותחות - 2% מההוצאה הציבורית לבריאות, או יתקרב אליו. עדכון כזה נחוץ על מנת לאפשר לתושבי ישראל ליהנות מפיתוחים רפואיים המשמשים במערכות בריאות במדינות המפותחות, ועל מנת לצמצם את הביקושים לרכישה של תרופות ושימוש בטכנולוגיות כאלה באמצעות ביטוחים פרטיים או תשלומים מכיסי המבוטחים.

כמה מחברי הוועדה הזהירו כי במקרה של עדכון גבוה מדי, האימוץ של טכנולוגיות ייעשה על מנת לחקות מערכות אחרות (באפקט שנקרא "me-too"), ובלי צורך קליני העומד במבחן עלות-תועלת אמיתי. כך יופנו משאבים גדולים מדי להוספת טכנולוגיות חדשות – משאבים שהיו אולי מועילים יותר בחלקים אחרים של מערכת הבריאות (למשל בתוספת מיטות אשפוז, כוח אדם וכו') או בחלקים אחרים של תקציב המדינה. בתגובה לחשש זה דנה הוועדה בהצעה לאפשר העברה משנה לשנה של כספים המיועדים לתוספת הטכנולוגית, בהתאם לטכנולוגיות החדשות העומדות לבחינה. התומכים בהצעה הסבירו כי היא תמנע לחץ על ועדת הסל לנצל את כל התקציב העומד לרשותה בכל שנה, גם כאשר בראייה רב-שנתית הטכנולוגיות המתווספות אינן נמצאות בראש סדר העדיפויות. כמה חברים הציעו כי בהיעדר טכנולוגיות מתאימות, תוכל ועדת הסל להעביר כספים גם למטרות אחרות של שיפור איכות בתוך מערכת הבריאות (למשל שיפור זמינות, תוספת תקנים וכו'), וציינו כי כך למעשה מומן הצעד להכנסת טיפולי השיניים לילדים לסל הבריאות.

כמה מחברי הוועדה תמכו בעמדה הקוראת לעגן בחקיקה את התוספת לעלות הסל בשל הוספת תרופות ושירותים חדשים. לטענתם, היעדרו של מנגנון קבוע לעדכון טכנולוגי פוגע באיכות וביעילות של תהליך אימוצן של תרופות וטכנולוגיות חדשות, ומקשה לתעדף את האפשרויות להרחבת הסל בראייה ארוכת טווח. רוב חברי הוועדה הסכימו לבסוף, כפשרה, להמלצה הקוראת לקבוע, בחקיקה ו/או בהחלטת ממשלה, שיעור מינימום של עדכון בשל תוספות טכנולוגיות - שיעור שאין לרדת ממנו, אך כמובן ניתן וכדאי לקבוע תוספות גבוהות ממנו, בהתאם לסדרי העדיפויות ולאלוצים התקציביים. הבטחת תוספת שנתית של שירותים ותרופות לסל תיצור ודאות שתתרום לאמון במערכת הציבורית, ותקטין את החשש המעודד רכישה של ביטוחים פרטיים. מינימום מובטח יאפשר גם לעמוד מאחורי ההתחייבות כי כל התרופות "מצילות החיים" ייכללו בסל (ולכן אין צורך להכניסן לביטוחי השב"ף).

כדי להגביר את סיכויי היישום של המלצה זו, על אף התנגדות נציג משרד האוצר, הסכימו רוב חברי הוועדה להעמיד את שיעור המינימום המומלץ על 0.8% מעלות הסל. שיעור זה מקבע **ריאלית** את התוספת שניתנה בפועל בשנים האחרונות לשם הוספת תרופות חדשות ושירותים נוספים לסל הבריאות, ולכן קבלת ההמלצה אינה מחייבת תוספת תקציבית ריאלית מעבר לכך. לדעת רוב חברי הוועדה, ירידה אל מתחת לרף נמוך זה של תוספת שנתית, או שחיקת התוספת באמצעות קביעתה בשקלים ולא באחוזים מתקציב הסל, עלולה למנוע מהציבור טכנולוגיות רפואיות חיוניות ועלולה אף לפגוע בבריאות הציבור ובאמונו במערכת הבריאות.

המלצה מספר 63:

לקבוע בחוק ו/או בהחלטת ממשלה כי התוספת הטכנולוגית השנתית לשירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא תרד מ-0.8% בשנה.

רבים מחברי הוועדה הסכימו ככלל, כי העברת תקציבים נרחבים למערכת הבריאות הציבורית מחוץ לסל הבריאות ובמקומו - העברה הנעשית לעתים באיחור רב ובדיעבד - גורמת לחוסר ודאות ולתנודתיות תקציבית. אלה מקשים על תכנון וביצוע של תוכניות לטווח ארוך, ועלולים לפגוע ביעילותה של המערכת וביכולתה לספק את השירותים הנכללים בסל הבריאות ברמה טובה ויציבה.

הוועדה הסכימה כי היקפם של הסכמי הייצוב, המעבירים כספים לקופות החולים מחוץ לתקציב הסל, הגיע לממדים גדולים מדי, אשר מכשילים את המטרה שלשמה נוצרו ההסכמים. תלות מוחלטת של הקופות בכספים המתקבלים בהסכמי הייצוב הופכת את קבלת הכספים לוודאית, ומקשה שימוש בהם כתמריץ כלשהו לריסון הוצאות ולהתייעלות.

עם זאת הכירה הוועדה בכך שבהיעדר כלים רגולטוריים רבים אחרים, נועדו הסכמי הייצוב לשמש כלי בידי הממשלה לפיקוח על ההתנהלות הפיננסית של קופות החולים. על כן, לצד העברת חלק ניכר מהתקציבים החיצוניים אל בסיס התקציב של סל הבריאות, הוועדה ממליצה לפתח כלי פיקוח ובקרה חלופיים, שיחזקו את יכולת הממשלה לפקח על ההתנהלות הפיננסית של הקופות. קופות החולים מקבלות לידיהן בכל שנה כספי ציבור בהיקפים גדולים מאוד, והן משרתות מטרה ציבורית חיונית ממעלה ראשונה, של אספקת שירותי בריאות לתושבים. מעמד זה מחייב ומצדיק פיקוח פיננסי הדוק מצד המדינה, ויש ליצור כלים שיאפשרו פיקוח כזה, ויעודדו שמירה על המשך הניהול התקין של קופות החולים, כמו גם של כלל הגופים במערכת הבריאות הציבורית.

המלצה מספר 64:

יש לפעול להגדיל את בסיס העלות של סל שירותי הבריאות כך שיכלול חלק ניכר מהתקציבים המועברים היום לקופות החולים באמצעות הסכמי הייצוב. בד בבד יש לפתח כלים חלופיים לחיזוק הפיקוח על ההתנהלות הפיננסית של קופות החולים.

הצעה לפיצוי על שחיקת העבר

הוועדה דנה בהצעה הקוראת לפצות את קופות החולים על השחיקה שחלה בתקציבן מאז נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי. התומכים בהצעה זו מכירים בכך כי קופות החולים התייעלו בעשרים השנים שחלפו מאז הופעל החוק, ובכך פיצו על חלק מהשחיקה. אולם היקפה הנרחב של השחיקה (אשר לפי כמה העדויות מסתכם בכ-9 עד 10 מיליארד שקלים משנת 1996), מחייב לדעתם פיצוי אשר ייפרס על פני השנים הבאות ויאפשר לשקם את הנזקים שנגרמו בעקבות השחיקה לזמינות ולאיכות של שירותי הבריאות בקהילה ובבתי החולים. הפיצוי הנדרש, לפי ההצעה שהוצגה לוועדה, יגדיל את עלות הסל בכל אחת מחמש השנים הבאות ב-1% עד 2% נוספים, מעבר לגידול הנובע מהגורמים שפורטו לעיל. משמעות הצעה זו, במימוש מלא, היא תוספת של כ-2 עד 4 מיליארד שקלים לבסיס עלות הסל (עבור פיצוי של 1% עד 2% בשנה, בהתאמה).

רוב חברי הוועדה החליטו שלא לכלול בהמלצות הוועדה קריאה מפורשת לפיצוי על שחיקת העבר, אך הם רשמו לפנייהם את הודעת משרדי האוצר והבריאות על תוספת מתוכננת של 700 מיליון

שקלים לבסיס תקציב סל הבריאות של קופות החולים, תוספת שתגיע להבשלה מלאה כבר בשנת 2016. תוספת זו מיועדת לקיצור תורים לניתוחים, כלומר לתיקון חלק מהנזקים שנגרמו לזמינות השירותים, ומהווה פיצוי חלקי על שחיקת העבר. נוסף על כך, מימוש המלצה מספר 108, שהתקבלה בהסכמת כל חברי הוועדה, יעביר לבסיס הסל חלק ניכר מהתקציבים הניתנים היום לקופות החולים מחוץ לסל, וכך יתוקן חלק נוסף מהשחיקה בבסיס "עלות הסל".

הצעה חלופית להצמדה של תקציב הסל לתוצר

מיעוט מחברי הוועדה תמך בהצעה הקוראת להצמיד את עלות סל הבריאות לתוצר המקומי, במתווה עולה אשר יביא בעוד עשר שנים את שיעור ההוצאה הציבורית מהתוצר ל-5.4% (80% מממוצע ההוצאה במדינות ה-OECD כיום)¹²⁵. התומכים בהצעה זו טענו כי מוטב להגדיר את תקציב הסל בהתאם למקורות העומדים לרשות המדינה (קרי התוצר, שהוא הבסיס לגביית מסים), במקום לקדם את עלות הסל הקיימת לפי גידול האוכלוסייה, קצב עליית המחירים והתוספות הטכנולוגיות הנדרשות.¹²⁶ לטענתם, מנגנון כזה יהיה עמיד יותר לשינויים בתקופות של משבר כלכלי, שכן האטה או התכווצות של התוצר תוביל גם לצמצום תקציב סל הבריאות או לצמצום הגידול בו, מבלי לפרוץ את מנגנון ההצמדה, וכך תוכל המערכת לגדול מהר יותר בתקופות של צמיחה. עוד סברו התומכים בהצעה זו כי מנגנון הצמדה כזה מתאים יותר לרוח המקורית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר קבע את מקורות המימון לחוק במסים התלויים במצב המשק – דמי ביטוח בריאות והמס המקביל (אשר ביטולו בשנת 1997 הפך את תקציב המדינה למקור מימון מהותי לסל).

רוב חברי הוועדה התנגדו להצעה זו מכמה טעמים. ראשית, הצמדת ההוצאה לתוצר מתעלמת מהצרכים האמיתיים של מערכת הבריאות, אשר תלויים בגורמים הבסיסיים – גודל האוכלוסייה והרכבה ומחירי התשומות. על כן הצמדה כזו עלולה לקבוע תקציב שיסטה באופן ניכר מהצרכים. בנוסף חששו חברי הוועדה כי קביעת תקציב הבריאות כשיעור "שרירותי" מהתוצר, תקשה לשכנע את השחקנים במערכת הפוליטית בצורך האמיתי במתווה עולה כזה. לדעתם, דווקא גידול בתקציב אשר נובע מהצרכים הבסיסיים שקל להסבירם ולהצדיקם, יהיה עמיד יותר לשינויים.

נוסף על כך, מנגנון שמביא לידי קיצוץ אוטומטי בהוצאות הבריאות בעת משבר כלכלי, עלול לחטוא לרצון הציבור לשמור דווקא בעתות מצוקה על שירות ציבורי חיוני כמו הרפואה הציבורית. דוגמה לכך עולה מההחלטות התקציביות שקיבלה בריטניה בזמן המשבר הכלכלי האחרון: על רקע ירידה של ממש בתוצר, ועל אף קיצוצים נרחבים בהוצאה הציבורית, החליטה הממשלה הבריטית כי תקציב מערכת הבריאות הציבורית (ה-NHS) אמנם כמעט שלא יגדל ריאלי, אך בניגוד לכל התחומים האחרים – לא יקוצץ כלל.¹²⁷

¹²⁵ מצגת של פרופ' יוג'ין קנדל, יוליה איתן ופרופ' קובי גלזר לוועדה, בישיבתה בתאריך 27 במרס 2014.

¹²⁶ לפי מציעי ההצעה, העלות התקציבית של הגדלת ההוצאה הציבורית לבריאות ל-5.4% תוצר בתוך עשר שנים, דומה לסכום העלות התקציבית הנדרשת לצורך הצמדת עלות הסל באופן מלא לגידול האוכלוסייה והזדקנותה ולשינויים במחירים התשומות, כמו גם לצורך תוספת של טכנולוגיות חדשות בשיעור של 2% מעלות הסל בכל שנה. חישוב זה מתבסס על הנחה כי המשק יצמח בשיעור ממוצע של 3.5% בעשור הקרוב.

¹²⁷ Roberts, Marshall and Charlesworth (2012)

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מימון תוספת המקורות הציבוריים לסל הבריאות

כמה מהצעדים שעליהם המליצה הוועדה כרוכים בעלות תקציבית נוספת (ובכלל זה ההמלצות לעדכון סל הבריאות והמלצות נוספות, כגון הגברת הזמינות במערכת הבריאות, תוספת מיטות אשפוז, העסקת רופאים בתפקיד פול-טיימרים ועוד). כדי לממן את יישומם של צעדים אלה הממשלה יכולה לשנות את סדרי העדיפויות בתוך התקציב, או להגדיל את התקציב באמצעות העלאת מסים (היום או בעתיד). הוועדה החליטה שלא להמליץ במפורש לממשלה באיזו מהאפשרויות עליה לבחור.

כמה מהמלצות הוועדה יוצרות מקור תקציבי חדש, שיאפשר להגדיל את המשאבים במערכת הבריאות הציבורית. כך המלצה מספר 102 פותחת פתח להטלת היטל ייעודי על פעילות בתי החולים הפרטיים, שהכנסותיו יועברו למערכת הבריאות הציבורית. בפרק התיירות הרפואית, המלצה מספר 21 מטילה היטל ייעודי על השימוש של תיירי המרפא בתשתיות הרפואיות בישראל – היטל שהכנסותיו ישמשו לקיצור תורים לישראלים ולהתאמת התשתיות לשם השגת מטרה זו. המלצה מספר 27 מבטלת את הפטור ממע"מ על טיפול בתיירי מרפא במערכת הפרטית, והמלצה מספר 36 מחייבת כל בית חולים ציבורי להקצות 20% מהכנסותיו מתיירות רפואית לטובת קיצור תורים לישראלים באותו המוסד הרפואי.

עם זאת ברור לכל כי אין די בהכנסות מהמקורות התקציביים שיצרה הוועדה כדי לממן את יישום כל המלצותיה או את רובן, והממשלה תתבקש להקצות משאבים נוספים לשם כך, מתוך התקציב או באמצעות הגדלתו.

רבים מחברי הוועדה חששו כי הממשלה תתקשה לעמוד באתגר זה. על רקע השיעור הנמוך ממילא של ההוצאה האזרחית של הממשלה ביחס לתוצר, היכולת המוגבלת להגדיל את תקציב המדינה תחת הכלל הפיסקלי שאימצה הממשלה, והצרכים הרבים בתחומים חברתיים אחרים, אשר משפיעים לא מעט גם על מצב הבריאות של האוכלוסייה, על רקע זה תמכו רבים מחברי הוועדה בהצעה הקוראת להגדיל את שיעור דמי ביטוח הבריאות כדי לממן תוספת תקציבית למערכת הבריאות הציבורית. ההכנסות ממס זה מנותבות ישירות למערכת הבריאות, וכל עוד תשמור הממשלה על ההקצאה מתקציבה לתחום זה, יאפשרו הכנסות אלה להגדיל ממש את המשאבים למימון המלצות הוועדה. התומכים בהצעה מאמינים כי לצעד זה, של העלאת מס שהכנסותיו צבועות לטובת מערכת הבריאות, תהיה תמיכה ציבורית. כמה מהתומכים העריכו כי התמיכה הציבורית במהלך תהיה רחבה במיוחד אם ייעשה במשולב עם הפחתת הפרמיות בביטוחי השב"ן, אשר מהווים מעין מס המוטל על רוב תושבי ישראל. עוד ציינו התומכים בצעד כזה, כי מבחינת החשבונאות הממשלתית, הוצאות הממומנות באמצעות העלאת דמי ביטוח בריאות אינן נכללות בחישוב ההוצאה לשם בחינת העמידה בכלל הפיסקלי, ולכן הכלל אינו מגביל צעד זה.

אולם כיוון שהעלאת מסים עומדת בניגוד למדיניות שמובילים כעת נבחרי הציבור בממשלה ובכנסת, ומתוך רצון לשמור על המלצות שניתן ליישמן, החליטו כאמור רוב חברי הוועדה שלא להמליץ לממשלה כיצד לממן את יישום המלצות הוועדה.

מקורות

אחדות, לאה, בן-נון, גבי ועופר, גור (2013), "התפלגות הגיל ומדדי הוצאה לאומית לבריאות: ישראל למול ארצות OECD. ממצאים ראשוניים", מצגת לכנס ירושלים החמישי למערכות בריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

בנק ישראל (2013א), "ההוצאה לבריאות בישראל – גורמים דמוגרפיים ומבנה עלויות בהשוואה בין-לאומית", בתוך סקירת ההתפתחויות הכלכליות האחרונות מס. 135.

בנק ישראל (2013ב), "סוגיה שוטפת: תקצוב מערכת הבריאות הציבורית ועדכון התקציב של סל שירותי הבריאות, בתוך סקירת ההתפתחויות הכלכליות האחרונות מס. 136.

בנק ישראל (2014), "פרק ו': המגזר הציבורי ומימונו", בתוך דין וחשבון 2013.

בג"ץ 8730/03 שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות נגד שר האוצר ושר הבריאות (מיום 21 ביוני 2012).

חוק ביטוח בריאות, קובץ נתונים סטטיסטיים, משרד הבריאות, 2012.

חורב, טוביה וקידר, ניר (2010), "אור וצל בהתפתחותו של חוק ביטוח הבריאות ממלכתי, השתקפותה של הרפורמה מחמש עשרה שנות חקיקה", משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות.

משרד הבריאות (יוני 2014), "השוואות בינלאומיות של מערכות בריאות: ארצות ה-OECD וישראל 2012", מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

Chandra, Amitabh, and Skinner, Jonathan S. (2011), "Technology growth and expenditure growth in health care", NBER Working Paper No. 16953.

Chernew, Michael and Newhouse, Joseph (2011) "Chapter one: Health care spending growth", In Mark V. Pauly et al., editors, *Handbook of Health Economics*, volume 2, pp 1-43.

Commission on Social Determinants of Health (2008), "Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report." Geneva, *World Health Organization*.

Cutler, David M. 2004. *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*. New York: Oxford University Press.

De la Maisonnette, C. and J. Oliveira Martins (2013), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections", OECD Economic Policy Papers no. 6.

Newhouse, Joseph P. 1992. "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *The Journal of Economic Perspectives*, 6(3): 3-21.

Roberts, Adam, Marshall, Louise and Charlesworth, Anita (2012), "A decade of austerity? The funding pressure facing the NHS from 2010/11 to 2021/22", *The Nuffield Trust*.

2. שילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים (שר"פ)

רקע

הוועדה דנה בהצעת להתיר לבתי החולים הציבוריים למכור ישירות למשקי הבית או לביטוחים הרפואיים הפרטיים, שירותים רפואיים שנכללים בסל הבריאות הציבורי. במסגרת הרכישה של שירותים רפואיים אלה במימון פרטי, מתאפשרת גם בחירה של הרופא המטפל.

שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים כלליים בבעלות מלכ"ר

מכירה של שירותי רפואה פרטיים נהוגה זה עשרות שנים בבתי החולים הכלליים שבבעלות עמותות ללא כוונת רווח. **בבית החולים הדסה בירושלים**, השר"פ פועל מאז שנת 1956 ומאפשר לבחור רופא מומחה לניתוח ולקבוע ביקור אצל רופא במרפאות בית החולים מעבר לשעות הפעילות הרגילות.¹²⁸ הרופאים המשתתפים בפעילות השר"פ - כ-250 רופאים מתוך 900 המועסקים בבית החולים - הם רופאים מומחים, שמועסקים במשרה מלאה ואינם יכולים לעבוד בבית חולים אחר (פרטי). במסגרת שר"פ הדסה, בית החולים קובע את מחיר הטיפול, מנהל את ההתקשרות הכספית בין המטופל לרופא, ומתוך התשלום שהוא גובה, משלם לרופאים את שכרם, המהווה 75% מהתשלום על בחירת מנתח. מתוך נתח זה נגזר תשלום גם לרופאים ממקצועות אחרים המשתתפים בניתוחים – הרדמה ופתולוגיה. מתוך נתח התשלום המיועד לפצות את בית החולים על השימוש בתשתיות (25%), בית החולים משלם גם את מס השכר על התשלום לרופא, כך שנתח ההכנסה הנותר בידי בית החולים בפועל הוערך ב-10% מן התשלום על בחירת המנתח.¹²⁹

הכללים הנהוגים בבית החולים הדסה מגבילים את פעילות השר"פ ל-25%-35% מכלל הפעילות המחלקתית ולכ-50% מכלל הפעילות של כל רופא ורופא. אולם מנהלי הדסה דיווחו בעדותם לוועדה כי הפיקוח על כללים אלה היה רופף, וכך אצל כמה רופאים הגיע שיעור הפעילות בשר"פ לכ-80% מסך פעילותם¹³⁰, וגם בכמה מחלקות (בעיקר עיניים ואורתופדיה) עלה שיעור פעילות השר"פ מעל המותר בכללים. הגידול בפעילות השר"פ ביחס לפעילות הציבורית בבית החולים, הוא ודאי אחד הגורמים להבדלים שנוצרו בזמני ההמתנה בין המסלול הציבורי לפרטי בהדסה. מנתונים שנאספו בשיטת "הלקוח הסמוי" עלה, כי זמן ההמתנה לביקור אצל רופא במרפאה ארוך במסלול הציבורי פי 13.5 מאשר בשר"פ (ראו לוח 10)¹³¹. אמנם הפרשנות של נתונים אלה שנויה במחלוקת: האם התורים הציבוריים מוארכים בגלל הרצון להסיט פעילות לשר"פ? או שמא הפעילות בשר"פ נותנת מענה לתורים ציבוריים ארוכים הנובעים מסיבות אחרות (למשל ביקוש גבוה ומחסור במשאבים)? על כל פנים, הפערים מצביעים על אי שוויון ניכר באורך התור בהדסה

¹²⁸ מצגת מנכ"ל הדסה אביגדור קפלן, ומנכ"ל בית החולים הדסה עין כרם, ד"ר יובל וייס, בישיבת הוועדה מתאריך 8 באוגוסט 2013.

¹²⁹ תשלום זה נוסף על התשלום על הניתוח עצמו ("טופס 17"), אשר עליו חלות הנחות בהתאם להסדרי ההתחשבות מול כל אחת מקופות חולים.

¹³⁰ מנכ"ל הדסה קפלן דיווח בעדותו כי 20 מרופאי השר"פ עברו את המכסה המותרת לפעילות והצהיר כי יש לתקן זאת.

¹³¹ לפירוט ראו מצגת לוועדה של פרופ' מאיר ברזיס מהמרכז לאיכות ובטיחות קלינית, הדסה והאוניברסיטה העברית (מתאריך 8 באוגוסט 2013).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

בין מטופלים במימון סל הבריאות הציבורי, למטופלים המשתמשים בביטוחים פרטיים או משלמים על הטיפול מכיסם.

פעילות השר"פ בבית החולים הדסה ספגה ביקורת רבה בדוח הצוות לבחינת המשבר הפיננסי בבית החולים, שהגיע השנה להקפאת הליכים בחסות בית המשפט. בדוח נטען כי השר"פ הוא "מערכת שהפקיעה מבית החולים חלק מפעילותו לטובת קבוצת רופאים (בעיקר הבכירים והמנהלים שבהם). המודל מסיט את תשומת לב המנהלים מניהול ענייני לניהול שלוקח בחשבון בעלי עניין אחרים." הדוח מציין כי שווי פעילות השר"פ מסתכם ב-250 מיליון שקלים בשנה (12.5% מהמחזור), ומחבריו קובעים כי פעילות זו לא נוהלה כלל, והנהלת בית החולים לא מימשה את הסמכויות הנתונות בידה לפקח עליה. הדוח מותח ביקורת על התקורה הנמוכה שבית החולים גובה מתוך הכנסות השר"פ, ומסתמך גם על דוח של חברת PWC, ולפיו פעילות השר"פ איננה רווחית עבור בית החולים: "... החלק המועבר לבית החולים כתגמול עבור השר"פ נמוך. גם לו המודל היה סביר בעינינו ... הרי שחלוקת ההכנסות בגינו לחלוטין אינה סבירה. לא יתכן שבית החולים שמספק את התשתיות, התפעול, המותג וחלק גדול מזרם הלקוחות שמגיע, מקבל בסופו של יום פחות מ-20% מההכנסות עבור פעולות השר"פ". לפי מחברי הדוח, היה על בית החולים לדרוש יותר ממחצית ההכנסות מפעילות השר"פ.

לוח 10: זמני ההמתנה לביקור אצל רופא במרפאה, בבתי החולים הדסה ושערי צדק ובממוצע של 3 בתי חולים ציבוריים במרכז הארץ (בימים), 2013

מרכז	שערי צדק		הדסה		מרפאה
	פרטי	ציבורי	פרטי	ציבורי	
27	3	14	2	85	אורולוגיה
26	6	24	2	15	אא"ג
14	6	13	7	11	אונקולוגיה
50	12	7	2	51	אורתופדיה
50	3	35	4	113	אנדוקרינולוגיה
46	5	25	5	65	גסטרואנטרולוגיה
50	12	7	2	51	נורולוגיה
63	9	132	10	29	נפרולוגיה
65	12	54	5	64	ראומטולוגיה
43	5	43	6	158	עיניים

בבית החולים שערי צדק בירושלים, פעילות השר"פ מעוגנת בהסכם קיבוצי שנחתם בין בית החולים ובין רופאיו בשנת 1976 ("הסכם השר"פ")¹³². ההסכם מאפשר לרופאים קבועים, במשרה מלאה, להשתמש בתשתיות בית החולים לצורך טיפול במטופליהם הפרטיים, תמורת תשלום תקורה לבית החולים. כרבע מרופאי בית החולים עוסק בשר"פ (173 רופאים), חלק הארי מתוכם (45%) כירורגים, אשר פעילותם מהווה מקור לרוב ההכנסות משר"פ בבית החולים (57%). מתוך התשלום על פעילות השר"פ, מקבל בית החולים תקורה בשיעור של 21.25% מההכנסה, אך מתוכה הוא משלם מס על שכר הרופאים, כך שההכנסה נטו לבית החולים הוערכה ב-15% מסך

¹³² עדות מנכ"ל בית החולים שערי צדק, פרופ' יונתן הלוי, מתאריך 12 בספטמבר 2013.

התשלום לרופא. הכנסות אלה מהוות כאחוז ממחזור הפעילות של בית החולים. נוסף על כך, ההכנסות מתשלום על הניתוח הפרטי עצמו ("טופס 17") מהוות כ-12% מסך ההכנסות מניתוחים. הסכם השר"פ בשערי-צדק אינו מעניק להנהלה כלי בקרה וסנקציות רבות, אך מנהל בית החולים העיד כי ההנהלה עוקבת אחר היקפי פעילות השר"פ מתוך פעילות כל רופא וכל מחלקה, ובמקרים של חריגה בולטת, פועלת לתיקונה. כמו כן, ההנהלה פועלת להרתיע רופאים מפני הפיכת מטופלים שהגיעו לחדר המיון למטופלי שר"פ, אף שהדבר אינו אסור בהסכם. בשנת 2012 עמד שיעור מאושפזי השר"פ על כ-23% מכלל המטופלים במחלקות כירורגיה כללית, אורולוגיה ועיניים והיה נמוך מכך במחלקות אחרות, כך שהממוצע עמד על כ-9% מכלל המאושפזים. בפעילות האמבולטורית של בית החולים עמד שיעור הביקורים במכונים ובמרפאות של מטופלי השר"פ על כ-21% לכל היותר (במחלקות גסטרואנטרולוגיה וקרדיולוגיה), ועמד בממוצע על 8%. יצוין כי מסך תקבולי השר"פ באשפוז ובשירותים האמבולטוריים למעלה מ-60% הם תשלומים במסגרת השב"ן. גם בשערי צדק יש פער ניכר בין זמני ההמתנה לביקור במרפאה בין המסלול הציבורי לשר"פ, אך נראה כי פער זה נמוך הרבה יותר מהפער בבית החולים הדסה (לוח 10).

מחקר שנערך בשנת 2001 על ניתוחי השר"פ בבתי החולים בירושלים מצא כי מחצית הניתוחים שנערכו בשר"פ היו בדרגת מורכבות נמוכה יחסית, ורק כ-10% מניתוחי השר"פ הוגדרו בדרגת מורכבות גבוהה¹³³. כמעט בכל ניתוחי השר"פ, גם הפשוטים שבהם, היו המנתחים ה"ראשונים"¹³⁴ בכירים, ועורכי המחקר תהו אם העיסוק האינטנסיבי של הרופאים המנוסים ביותר בניתוחים פשוטים יחסית מהווה שימוש נכון בזמן, על רקע הצרכים הציבוריים. עורכי המחקר הסיקו מתוצאותיו כי טיפולים רבים בשר"פ – ניתוחים פשוטים שהשפעתם על הבריאות נמוכה – אין בהם יתרונות בריאותיים מהותיים, ולכן סברו החוקרים כי גם אינו מגדיל משמעותית את אי השוויון. בנוסף, גם בניתוחים מורכבים הצורך הרפואי בשר"פ מוגבל. זאת מאחר שממילא כמעט בכל הניתוחים הציבוריים המורכבים השתתף מנתח בכיר בצוות המנתחים.

המחקר בחן גם את הנגישות הכלכלית של ניתוחי השר"פ ומצא כי התעריף הממוצע של ניתוח שר"פ עמד בשנת 2001 על כ-13 אלף שקל (במחירי 2013). חולים רבים שבבעלותם ביטוח רפואי שילמו מתוך זה השתתפות עצמית של שליש, היינו כ-4,300 שקלים – סכום אשר להערכת החוקרים נמצא בהישג ידן של רוב המשפחות במעמד הבינוני. החוקרים בחנו את השימוש בשר"פ לפי המעמד החברתי-כלכלי של שכונות ירושלים, ומצאו כי השימוש בשר"פ היה גבוה מאוד בשכונות עשירות, נמוך מאוד בשכונות העניות ביותר, וקרוב לממוצע בשכונות בדירוג הביניים. בשכונות החרדיות נרשם שימוש גבוה בשר"פ, על אף רמת ההכנסה הנמוכה.

הזמינות של פעילות השר"פ בבתי החולים בירושלים מגדילה ככל הנראה את היקף המימושים של ביטוחים פרטיים בידי תושבי העיר. כך עולה מנתונים אזוריים על ההוצאות לבחירת מנתח לטובת מבטחי השב"ן בקופות החולים (לוח 11). ההוצאה הממוצעת למבוטח במחוז ירושלים עמדה בשנת 2012 על 341 שקלים, סכום גבוה בהרבה מבשאר האזורים.

¹³³ רוזן, עופר וגרינשטיין (2004).

¹³⁴ בדרך כלל בניתוח יש יותר ממנתח אחד. המחקר בוחן את דרגת בכירותו של המנתח "הראשון" (אשר אחראי רשמית על הניתוח), וכן את בכירותו של המנתח הבכיר בצוות (אשר בפועל מכון ומדריך לפי הצורך). עורכי המחקר מצטטים מנהלים ורופאים מובילים, אשר העריכו כי דרגת בכירותו של הבכיר בצוות היא שקובעת את איכות הניתוח.

לוח 11 : מימוש ממוצע למבוטח שב"ן של הכיסוי לבחירת מנתח ב-2012, לפי מחוזות, בשקלים

מחוז	עלות ממוצעת (שקלים)	% ביחס לירושלים	% השינוי לעומת 2011
אילת	107	31%	14%
דן-פ"ת	163	48%	16%
דרום	145	43%	23%
חיפה	127	37%	20%
ירושלים	341	100%	8%
מרכז	159	47%	15%
צפון	104	30%	20%
שרון-שומרון	185	54%	9%
ת"א-יפו	175	51%	5%

מקור: משרד הבריאות (2013)

שירותי רפואה פרטיים בבתי החולים הממשלתיים (בעבר)

במחצית השנייה של שנות ה-90 החלו כמה בתי חולים ממשלתיים לספק בין כותליהם שירותי בחירת רופא בתשלום פרטי. פעילות השר"פ התקיימה בבתי החולים איכילוב, אסף הרופא ורמב"ם באמצעות חברה פרטית (מנורה שירותי בריאות – מש"ב), שהתקשרה בהסכם עם תאגיד הבריאות של בית החולים. בבית החולים שיבא בתל השומר פעל השר"פ באמצעות תאגיד הבריאות של בית החולים.

בשנת 2002 פרסם היועץ המשפטי לממשלה חוות דעת שקבעה כי בהעדר הסדרה מפורשת, בתי החולים והתאגידים השייכים להם אינם רשאים להציע שירותי רפואה פרטיים בתחומם¹³⁵, ופעילות זו הופסקה. בג"ץ דחה שתי עתירות¹³⁶ אשר ביקשו לחדש את הפעילות: בפסק דינה דחתה כב' השופטת ברלינר את טענות העותרים, ובתוך כך גם את הטענה כי למטופל בבית חולים ציבורי עומדת זכות קנויה לבחור את רופאו כחלק מעקרון האוטונומיה של הפרט. ברלינר כתבה כי "נראה כי מן הזכות לבריאות או מחוק היסוד, יקשה לגזור במסגרת העקרונות שהותוו במשפטנו החוקתי (מאז חקיקתם של חוקי היסוד), זכות לבחירת רופא מנתח. זכות לבחירת רופא אינה נמצאת בליבת שירותי ההכרח להם זקוק אדם לשם שמירה על קיום מינימאלי בכבוד". עוד הוסיפה ברלינר: "אינני מקבלת גם את הטענה "המכוננת" בראש טיעון זה לפיה בחירת רופא מנתח - היא כלי לביטוי האוטונומיה האישית המוגנת בחוק היסוד. קבלת טענה זו היתה מחייבת מתן אפשרות לכל חולה לבחור ברופא ללא כל תשלום נוסף כחלק מסל הבריאות הבסיסי, והרי לא זוהי עתירתם של העותרים. הגנה על אוטונומיה אישית אין משמעה מתן הזדמנות לבטא כל רצון שקיים לו לאזרח, רק משום שמצוי בידו הממון לשלם בעבור מימוש רצון זה. אוטונומיה אישית אינה אמורה לבוא על חשבון צרכי כלל הציבור, במיוחד כך אם בדרך למימוש אוטונומיה זו, גורם בעל הקניין להפרת השוויון בין יחידי הציבור, עליו מחויב המנהל לשמור".

¹³⁵ רובינשטיין אליקים, חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה (14.2.2002).

¹³⁶ בג"ץ 4253/02, 4325/02 בנימין קרייתי ואח' נ' היועץ המשפטי לממשלה ואח'.

על פי נתונים שהציג לוועדה מנהל בית החולים איכילוב¹³⁷, בשנת 2001 נערכו בשר"פ באיכילוב 728 ניתוחים – כ-3.5% מסך הניתוחים בבית החולים, ובמחלקת ניתוחי לב עמד שיעור זה על כ-25%. 51 מנתחים השתתפו בפעילות הפרטית באותה שנה (מהם 30 מנהלי מחלקות). סך ההכנסות לבית החולים מפעילות השר"פ ב-2001 עמד על 28.5 מיליון ש"ח (מחירי 2013) – 1.8% מסך הכנסות בית החולים, וגידול של 86% לעומת היקף ההכנסות משר"פ בשנה שלפני כן.

שילוב מימון פרטי בבתי חולים ציבוריים במדינות אחרות

חוקרי מאיירס – גיוינט – מכון ברוקדייל ערכו לטובת הוועדה סקירה מקיפה של היקף השילוב בין פרטי וציבורי באספקה ובמימון של מערכות בריאות ב-12 ממדינות ה-OECD¹³⁸. על פי הסקירה, כמה מדינות מאפשרות לבתי חולים ציבוריים למכור כמות מוגבלת של שירותים מרחיבים או משפרים למטופלים המשלמים על כך מכיסם או באמצעות ביטוח פרטי.

באנגליה ניתן לרכוש שירותים של בחירת רופא ושירותי אשפוז באמצעות מימון פרטי, בתוך בית חולים ציבורי. ה-NHS האנגלי שואף כי ככל האפשר תהיה הפרדה ברורה בין השירותים הפרטיים והציבוריים והשירות הפרטי יינתן בבניין נפרד, בחדר פרטי או במרפאה הפועלת אחרי שעות הפעילות הרגילות¹³⁹. השירות הפרטי נמכר בנפרד ואינו יכול לשדרג שירות ציבורי (למשל לממן באופן פרטי עדשה משודרגת במסגרת ניתוח קטרקט שממומן באופן ציבורי), והרווחים ממנו מיועדים לפעילות הציבורית של בית החולים. על אף כללים שנועדו למנוע זאת, המנהל הרפואי של ה-NHS אישר כי עדויות אנקדוטליות מצביעות על מאמץ של רופאים לשכנע מטופלים ציבוריים לקבל טיפול פרטי, הסטה שבצדה רווח כספי לבית החולים ולרופא¹⁴⁰. לא ברור עד כמה תופעה זו רחבה.

עד סוף 2012 הוגבל שיעור ההכנסה של בתי חולים ציבוריים (NHS Foundation) ממטופלים פרטיים, כך שלא יעלה על השיעור בפועל בשנים 2002–2003 (כ-2% ברוב בתי החולים)¹⁴¹. מסוף 2012 הוסרה מגבלה זו והוחלפה בהוראה שלפיה מידת ההכנסות של כל בית חולים יגיעו ממכירת שירותים ל-NHS הציבורי, וההכנסות מכל מקור אחר (כולל לקוחות פרטיים) יהיו נמוכות מכך¹⁴². בתי החולים חויבו לדווח על ההשלכות של מקורות ההכנסה הנוספים על אספקת השירותים למטופלי ה-NHS, וכן לדווח על כל תכנון להרחבת ההכנסה ממקורות אלה. ההחלטה על הגמשת ההגבלה על פעילות פרטית בבתי החולים הציבוריים התקבלה בצד החלטת ממשלת בריטניה על סדרה נרחבת של קיצוצי תקציב בעקבות המשבר הכלכלי, ונראה כי היא מובילה ותוביל בעתיד לגידול ניכר בהכנסות בתי החולים הציבוריים ממטופלים פרטיים¹⁴³.

¹³⁷ עדות פרופ' גבי ברבש, מנהל בית החולים איכילוב, מתאריך 29 באוגוסט 2013, ומסמך השלמות לעדות זו שפרופ' ברבש העביר לוועדה.

¹³⁸ ברמלי-גרינברג וויצברג (2014).

¹³⁹ מתוך מדריך ה-NHS למטופלים הבוחרים לרכוש שירותים פרטיים:

<http://www.nhs.uk/chq/Pages/2572.aspx?CategoryID=96> (נבדק ב-29 ביולי 2014).

¹⁴⁰ כתבה מתוך העיתון The Telegraph מתאריך 1 באפריל 2013 (נבדק ב-29 ביולי 2014).

¹⁴¹ כך עולה ממדריך ה-NHS ל-Foundation trusts (2005).

¹⁴² ראו מכתבו של יו"ר הרשות המפקחת (Monitor) למנהלי בתי החולים (מ-2 באוקטובר 2012).

¹⁴³ כתבה מתוך העיתון Financial Times מתאריך 26 בספטמבר 2013 (נבדק ב-29 ביולי 2014).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

גם באוסטרליה בעלי ביטוח פרטי יכולים לממש אותו בבית חולים ציבורי. מבטחים אלה יכולים לבחור את הרופא המטפל, לשדרג את תנאי המלונאות במשך האשפוז, וליהנות מגמישות מוגברת בבחירת מועד הטיפול. הכיסוי הציבורי (מדיקיר) מכסה 75% מהתעריף הציבורי לטיפול הרפואי במטופלים פרטיים, ואת השאר צריך לשלם המטופל בעצמו, או באמצעות הביטוח הפרטי שלו. בשנים 2010-2011 10% מכלל המטופלים בבתי חולים ציבוריים היו מטופלים פרטיים, גידול לעומת שיעור של 7.8% בשנים 2005-2006. יש הטוענים כי בתי החולים הציבוריים פועלים להסיט חולים לקבל טיפול פרטי בין כותליהם (גם חולים שהגיעו כמטופלים ציבוריים), הסטה שבצדה הכנסות גדולות יותר לבית החולים ולרופאים¹⁴⁴.

מדינות נוספות אשר על פי הסקירה מאפשרות להשתמש במימון פרטי בתוך בית חולים ציבורי על מנת לבחור רופא או להתאשפז בחדר פרטי הן אוסטרליה, איטליה, גרמניה, ניו-זילנד ושווייץ. ראוי לציין כי ברוב המדינות המאפשרות שימוש כזה במימון פרטי, שיעור ההוצאה הציבורית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות גבוה בהשוואה לישראל (59%), ושיעור המבטחים בביטוח פרטי נמוך הרבה יותר (לוח 12).

לוח 12: הוצאה לבריאות וכיסוי בביטוח פרטי במדינות המאפשרות שימוש במימון פרטי בתוך בתי חולים ציבוריים

שיעור המבטחים בביטוח פרטי	שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות, לפי מקור המימון		הוצאה לאומית לבריאות ב- % תוצר (2010)	
	פרטי	ציבורי		
45% (2004)	31%	69%	9.1%	אוסטרליה
34%	22%	78%	11%	אוסטרליה
16% (2004)	20%	80%	9.3%	איטליה
11% (2008)	16%	84%	9.6%	אנגליה
10% בביטוח חלופי 20% בביטוח משלים	27%	73%	11.5%	גרמניה
30% בביטוח המכסה חדרים פרטיים בבי"ח	35%	65%	11.4%	שווייץ

אליאס מוסיאלוס, מומחה לכלכלת בריאות שהעיד בפני הוועדה¹⁴⁵, סקר גם הוא את השילוב הנהוג במדינות אחרות של מימון פרטי בתוך בתי חולים ציבוריים. מוסיאלוס הסביר כי במדינות הסקנדינביות ניתן לממש ביטוחים פרטיים בבתי חולים פרטיים בלבד, אך במדינות רבות באירופה מבטחים פרטיים רוכשים שירותים גם בבתי חולים ציבוריים. כך, לדבריו, הרווח מפעילות זו מופנה גם למערכת הציבורית. מוסיאלוס פירט את התנאים לשילוב כזה: ראשית, קיבולת מתאימה במערכת הציבורית, המאפשרת אספקה גם ללקוחות פרטיים, ושנית, הסכמה ציבורית לשילוב זה. מוסיאלוס ציין כי הפעילות הפרטית בבתי חולים ציבוריים לרוב מוגבלת

¹⁴⁴ King (2013)

¹⁴⁵ עדותו של Elias Mossialos בפני הוועדה, מתאריך 6 במרץ 2014.

ומפוקחת. באנגליה, למשל, עבודה במערכת הפרטית או פעילות פרטית בתוך בית החולים הציבורי מותנות בעמידה של הרופא במכסות עבודה ציבוריות, וההכנסות מתחלקות שווה בשווה בין הרופא ובין בית החולים. מוסיאלוס המליץ שלא להותיר זרמים לא פורמליים בין החלקים הפרטי והציבורי של מערכת הבריאות ואמר כי מוטב למשוך את הרופאים בחזרה לרפואה הציבורית, וכך לפקח עליהם טוב יותר בתוך המערכת.

המלצות

מערכת הבריאות הציבורית בישראל זקוקה כעת ותזדקק בעתיד למשאבים נוספים ורבים, ולכן יש הרואים בחיוב אפשרות לשלב מימון פרטי כמקור מימון נוסף למערכת - במיוחד בבתי החולים הציבוריים (דוגמת השר"פ). גם התומכים בצעד כזה, הן בתוך הוועדה והן בקרב העדים שהעידו בפנינו, שואפים לחזק את מערכת הבריאות הציבורית (בעיקר בצד האספקה – לחזק את בתי החולים הציבוריים), והם אינם רוצים לראות מערכת בריאות שהמימון הפרטי זוכה בה לדומיננטיות. התומכים בשילוב מימון פרטי מאמינים כי יהיה ניתן לשלוט בסכנות הנובעות מהצעד הזה ולרסן את "תופעות הלוואי" הכרוכות בו.

אולם רוב חברי הוועדה סברו כי הנהגת שר"פ בבתי החולים הציבוריים תהיה צעד מסוכן, בעל פוטנציאל הרסני: צעד זה עלול לפתוח פתח לצמצום מתמשך של המימון הציבורי למערכת, כאשר היכולת לשלוט בהיקפה בפועל של הפעילות הפרטית תהיה מוגבלת; הוא יעלה את יוקר המחיה ואת ההוצאות של משקי הבית לרכישה ולמימוש של ביטוחי בריאות פרטיים; הצעד יחמיר את אי השוויון – הן במימון המערכת, כאשר פרמיות ביטוח גרסיביות יחליפו מיסוי פרוגרסיבי יחסית, הן בין החולים המטופלים בבתי החולים הציבוריים או ממתנינים לטיפול, והן בין הרופאים; הוא עלול להביא לידי דרישות שכר גבוהות יותר, גם בקרב הצוות הרפואי שלא ישתתף בפעילות הפרטית; יתר על כן, הנהגת שר"פ אמנם תאפשר להגדיל את היקף הפעילות בבתי החולים הציבוריים, אך ככל הנראה לא תהיה מקור הכנסה משמעותי לטובת המערכת הציבורית (ראו בהמשך פירוט של כל הסיכונים).

רוב חברי הוועדה סבורים כי **דרך המלך לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית היא באמצעות מימון ציבורי**, אשר יאפשר לזכות ביתרונות שלכאורה יש לצעד של הנהגת שר"פ, מבלי לסבול מתופעות הלוואי ההרסניות שעלולות להיות לצעד כזה. מימון ציבורי נוסף, כמו זה שעליו הוסכם במסגרת ועדה זו, יאפשר להגדיל את הפעילות בבתי החולים הציבוריים, לשמר רופאים בכירים במערכת לשעות ארוכות יותר, לקצר תורים, להפחית עומסים וכו'. הצעידה בדרך זו אינה קלה - תחום הבריאות מתחרה עם תחומים חשובים אחרים הזקוקים להוצאה ציבורית, ותחרות זו הופכת קשה יותר על רקע הקושי הציבורי והפוליטי להגדיל את מימון המערכת באמצעות מסים נוספים. הצעידה בדרך זו כרוכה במאבק מתמיד של אנשי מערכת הבריאות לקבל מקום ראוי בסולם העדיפויות של המדינה, והיא מחייבת תמיכה מתמשכת מצד המעוניינים לשמור על מערכת בריאות ציבורית, טובה ואיכותית. דרך המלך, של מימון ציבורי למערכת הבריאות הציבורית, היא דרך ארוכה, והצעידה בה לעתים מתסכלת, אולם התפתות לשימוש במימון פרטי בתוך המערכת הציבורית, תהיה קיצור דרך מסוכן. קיצור דרך כזה עלול להרחיק את המערכת הציבורית מערכה הבסיסיים ולפגוע ביכולתה לספק בריאות לתושבי ישראל תוך שמירה על ערכי הצדק, השוויון והעזרה ההדדית שעליהם המערכת מושתתת.

על כן, לאחר שרשמו בפניהם את הסיכום בין משרדי האוצר והבריאות על תוספת תקציבים למערכת הבריאות הציבורית, החליטו רוב חברי הוועדה להתנגד להרחבת המימון הפרטי בתוך המערכת הציבורית, ולהמליץ שלא להתיר פעילות במימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים.

השר¹⁴⁶ ירחיב את אי השוויון

היסודות למאפייניה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל כיום נוצקו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שקבע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". לדעת רוב חברי הוועדה, שילוב של מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים יפגע בעקרונות אלה פגיעה חמורה: הפעלת שר"פ תרחיב את אי השוויון בפועל בין בעלי ביטוחים פרטיים ובין השאר – אי שוויון שיתבטא בעיקר בפערים גדלים בזמני המתנה לרעת אוכלוסיית מחוסרי הביטוח הפרטי, ורבים חוששים כי יתבטא גם ביחס נחות לאוכלוסייה מחוסרת הביטוח בעת אשפוז בבית החולים. המעבר ממימון פרוגרסיבי, באמצעות מסים הנקבעים על פי הכנסה, למימון רגרסיבי באמצעות פרמיות ביטוח הנקבעות על פי גיל ותחלואה, יפגע גם הוא בעקרון השוויון (שכן מימון המערכת יחריף את אי השוויון הכלכלי בין משקי הבית). מעבר זה יפגע קשות גם בעקרון העזרה ההדדית הקבוע בחוק – החולים ובעלי הסיכון לתחלואה ישלמו יותר, ושיעור המימון הציבורי, שמקורו בכלל אוכלוסיית הבריאים, יצטמצם.

הדיון בשיקולי שוויון כרוך לא מעט בהעדפות אישיות ואידיאולוגיות. כך למשל, אילו הפעלת שר"פ הייתה מרחיבה את אי השוויון, אך בו בזמן משפרת את מצבם של כל המטופלים, היה ניתן לטעון כי הרחבת אי השוויון מוצדקת ואולי אף נחוצה. אולם רוב חברי הוועדה מעריכים כי הפעלת שר"פ תפגע ברבים מהמטופלים: רבים מבעלי הביטוחים הפרטיים יאלצו לשלם יותר בעבור רמת בריאות דומה לזו שקיבלו עד כה במימון ציבורי, ומחוסרי הביטוח ימשיכו לחכות בתור, שהתמריץ להאריכו יגבר על מנת להגדיל את האטרקטיביות של הטיפול הפרטי. לכאורה, ייצור שר"פ מקור הכנסה חדש לבתי החולים הציבוריים, ויאפשר לשפר את מצבם של כלל המטופלים, אך רוב הוועדה העריך כי הרווח ממקור זה לא יהיה משמעותי (ראו פירוט בהמשך). על כן לא ניתן להצדיק צעד אשר מרחיב את אי השוויון ומרע את מצבם של מטופלים ואזרחים רבים.

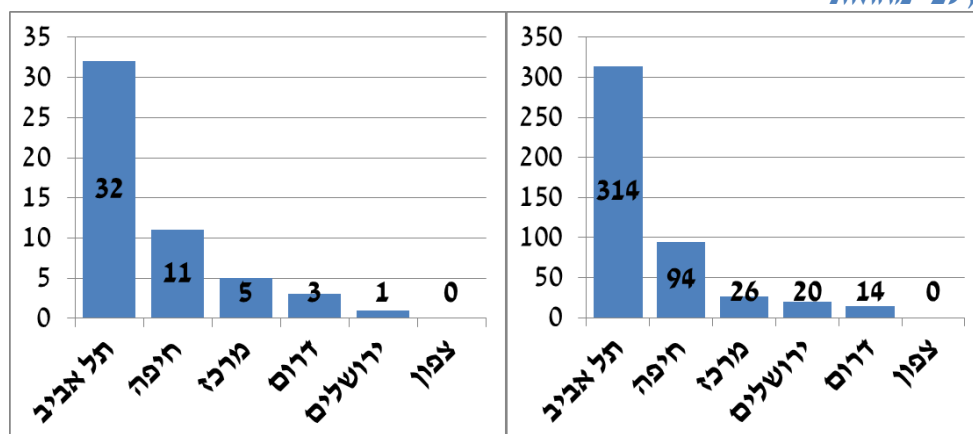
אמנם כבר היום שורר אי שוויון בקבלת שירותי בריאות, שכן מטופלים המפעילים את הביטוחים הפרטיים שלהם, מסוגלים לקבל טיפול במערכת הפרטית בתוך זמן קצר יותר ממטופלי המערכת הציבורית. אולם לדעת רוב חברי הוועדה, שילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים עלול להחריף אי שוויון זה, וליצור שני סוגי מטופלים בין כתליו של אותו מוסד רפואי ציבורי. הפערים בזמני ההמתנה בין מטופלי השר"פ לשאר המטופלים בבתי החולים הדסה ושערי צדק, מעידים על הפערים שעלולים להיפתח במקרה זה (לוח 10). המלצות אחרות של הוועדה, כמו גם התקציבים הציבוריים הנוספים שיועברו למערכת, נועדו לקצר את זמני ההמתנה במערכת הציבורית, וכך להקטין את אי השוויון בין המשתמשים במערכת הפרטית ובין כלל התושבים¹⁴⁶.

¹⁴⁶ עדויות אנקדוטליות שנמסרו לוועדה העלו כי זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים החלו להתארך גם במערכת הפרטית. התפתחות זו, אשר מושפעת ממגבלות על התשתיות בבתי החולים הפרטיים (חדרי ניתוח ומיטות), ומהביקוש הגובר באמצעות הביטוחים הפרטיים, תצמצם גם היא את אי השוויון, אך עלולה לפגוע ברווחת הציבור אם ההשקעה המובטחת בקיצור תורים במערכת הציבורית לא תתממש.

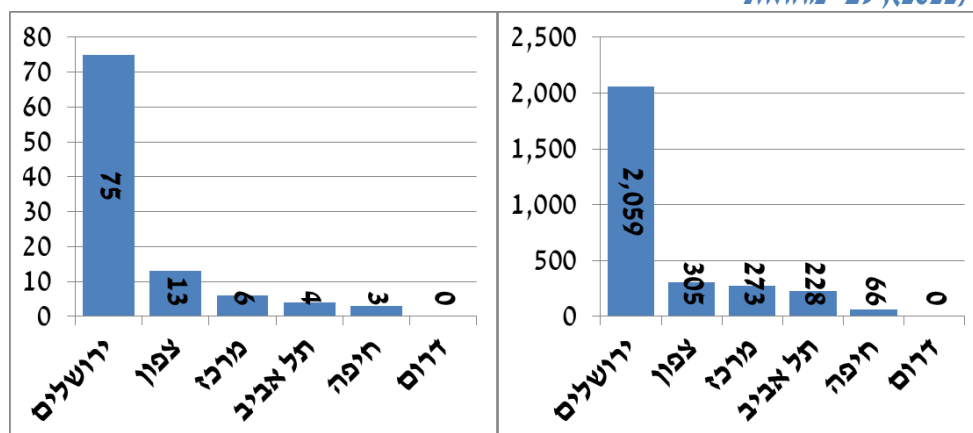
הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ממד נוסף של אי שוויון אשר שב ועלה בדיוני הוועדה עוסק באי השוויון ביכולת לממש את הביטוחים הפרטיים, בין תושבי מרכז הארץ לתושבי הפריפריה. זמינות הרפואה הפרטית נמוכה בצפון הארץ ובדרומה, במיוחד בהשוואה לזמינות הגבוהה בתל אביב ובירושלים, הן בבתי חולים פרטיים (איור 14) והן בבתי חולים המורשים להפעיל שר"פ (איור 15). זמינות נמוכה זו מקשה על תושבי הפריפריה לממש את ביטוחי הבריאות הפרטיים שלהם בכלל, ואת הכיסוי לבחירת מנתח בפרט.

איור 14 : מיטות אשפוז כלליות (מימין) וחדרי ניתוח בתקן (משמאל) בבתי חולים פרטיים¹⁴⁷, לפי מחוזות (2012),



איור 15 : מיטות אשפוז כלליות (מימין) וחדרי ניתוח בתקן (משמאל) בבתי חולים בבעלות מלכ"ר¹⁴⁷, לפי מחוזות (2012),



לכאורה, הטיפול באי שוויון במימוש מוצר פרטי, שמספק שירות שאיננו צורך חיוני (כיוון שליבת השירות – הניתוח עצמו – ניתנת גם במערכת הציבורית), אינו צריך לעמוד בראש מעייניהם של קובעי המדיניות בממשלה ובכנסת. אולם ראשית, התארכות זמני ההמתנה במערכת הבריאות הציבורית עלולה להפוך אט-אט את השימוש בביטוחים פרטיים מ"מותרות" ל"צורך", אשר מאפשר לקבל טיפול בזמן סביר. ושנית, רוב אוכלוסיית ישראל (כ-74%) מחזיקה בביטוח פרטי מטעם קופות החולים (השב"ן). הקופות הן גופים ציבוריים, המשמשים קבלני הביצוע של הממשלה למימוש חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומתוקף תפקידן זה הן זוכות לאמון הציבור.

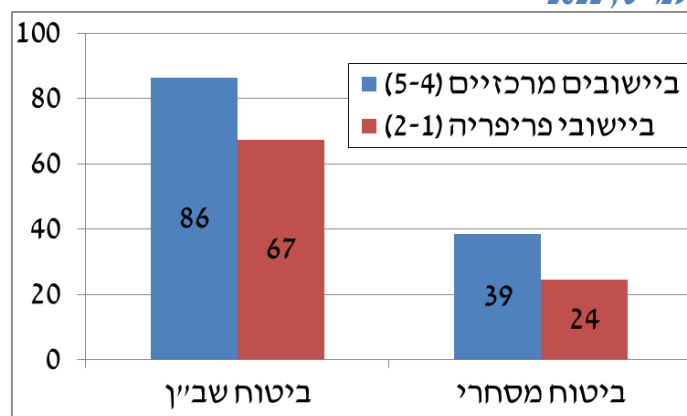
¹⁴⁷ לצערנו, לא עמדו לרשותנו נתונים על זמני ההמתנה במערכת הפרטית. הלל וחקלאי (2013).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מעמדן המיוחד של קופות החולים ודאי סייע בידן לשווק את ביטוחי הבריאות הפרטיים שלהן, והוא יוצר מראית עין כי מוצר זה הוא מוצר ציבורי. הפיקוח של משרד הבריאות על ביטוחי השב"ן, והכללים שנועדו לשמרם כביטוחים קבוצתיים לטובת הציבור, תורמים גם הם למראית עין זו, ואף מקרבים את הביטוחים האלה באופיים למוצרים ציבוריים שיש לספקם באופן שוויוני.

התומכים בהנהגת שר"פ טענו כי אין לקבל את אי השוויון הזה, וסברו כי פתיחת האפשרות למימוש ביטוחי הבריאות הפרטיים בכל בתי החולים הציבוריים, תסייע לצמצם את אי השוויון, ותשפר את מצבם של תושבי הפריפריה. אולם רוב חברי הוועדה שללו את הטענות האלו. ראשית, כיוון שאי השוויון ביכולת לממש ביטוחים פרטיים נעשה מדאיג פחות ככל שהשירות הציבורי החלופי ניתן בזמינות טובה ומספיקה. הצעדים של ועדה זו לקיצור זמני ההמתנה במערכת הציבורית, והתקציבים שהובטחו לשם כך, יצמצמו את הצורך להשתמש בביטוחי הבריאות על מנת לקבל טיפול בזמן סביר. שנית, המלצות פרק הביטוחים בדוח זה (ראו בהמשך) מאפשרות למבוטחי השב"ן אשר אינם יכולים לממש את הכיסוי לבחירת מנתח, לוותר רק על כיסוי זה ולשמור את הכיסוי לרכיבים חשובים אחרים (כמו תרופות, הריון, התפתחות הילד וכו'). היכולת להפריד בין רכישה של כיסויים (unbundling) מסייעת ללקוחות ה"שבויים" של ביטוחי השב"ן בקופות החולים לרכוש רק חלקים מהביטוח שביכולתם לממש, ומצמצמת עוד יותר את החשיבות של אי השוויון ביכולת לממש את הביטוח הפרטי. שלישית, חסם הזמינות הגיאוגרפית איננו החסם היחיד למימוש ביטוחי הבריאות. גם היכולת הכלכלית לשלם את פרמיות הביטוח מדי חודש בחודשו ולשלם את ההשתתפות העצמית הדרושה למימוש הביטוח בעת הצורך, הם בבחינת חסם לשימוש בביטוחים אלה. הנהגת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים אמנם תסיר את החסם הגיאוגרפי למימוש הביטוח, אך תגביה מאוד את החסם הכלכלי – עליית פרמיות הביטוח בעקבות הרחבת השר"פ תקשה על מבטחים בעלי הכנסה נמוכה להמשיך ולרכוש את הביטוחים האלה. הצורך בהשתתפות עצמית גבוהה שתצמצם את השימושים בביטוחים הפרטיים, תקשה עוד יותר על בעלי הכנסה נמוכה לממש את הביטוח ביום פקודה. כיוון שבפריפריה הגיאוגרפית של ישראל נמצאות גם אוכלוסיות חלשות יותר מבחינה כלכלית, הרחבת השר"פ עלולה לפגוע בפריפריה ולהפוך רבים מתושביה, אשר כבר היום אינם מסוגלים לרכוש ביטוח פרטי (איור 16), למטופלים המקבלים שירות נחות גם בתוך המערכת הציבורית.

איור 16: שיעור הפרטים (במשקי בית) המבוטחים בשב"ן ובביטוח מסחרי, לפי אזורי פריפריאליות של הלמ"ס, 2012



מקור: סקר הוצאות משקי הבית של הלמ"ס ועיבודי בנק ישראל

כמה מהעדים ששמענו טענו כי כבר היום קיימת אפליה בתוך בתי החולים הציבוריים בין כלל המטופלים למטופלים "מיוחסים", שנהנים מתנאים משופרים, מאפשרות לבחור רופא ומזמני המתנה קצרים.¹⁴⁸ העדויות שלפיהן בקבוצה זו נכללים אנשי עסקים בולטים, פוליטיקאים, פקידים בכירים ומפורסמים למיניהם זכו לתמיכה בראיון עיתונאי עם מנהל בית החולים איכילוב¹⁴⁹. כמה מתומכי השר"פ טענו כי הרחבתו תאפשר גם למעמד הביניים, אשר מחזיק בביטוחים פרטיים ויכול לממש אותם, לזכות ביחס משופר בתוך בתי החולים הממשלתיים, ולא תשמר יחס כזה רק לאלטה מצומצמת של בעלי קשרים וחשיפה תקשורתית. אולם קיומו של עוול אחד ודאי אינו מצדיק את הכשרתו של צעד שעלול לגרום לעוול אחר, גדול אף ממנו. בתופעה זו יש לטפל בכלים משמעותיים וחוקיים, ואל לה לשמש תירוץ להרחבת אי השוויון לחלקים נרחבים באוכלוסייה.

מעבר לסוגיית אי השוויון בין המטופלים, רבים מהעדים שהעידו בפני הוועדה הזהירו כי הפעלת שר"פ תגביר את אי השוויון גם בקרב הרופאים. שני מנהלים מבתי חולים שבהם פועל שר"פ הזהירו¹⁵⁰ כי השר"פ הוא נכס לקומץ רופאים בלבד, בעיקר כירורגים, הנהנים מהכיסוי הביטוחי לבחירת מנתח, והוא מותיר מאחור את שאר הרופאים. אי שוויון בין מקצועות הרפואה קיים גם בלעדי השר"פ, אך הרחבת היכולת והנוחות לקבל מימון פרטי, גם בתוך בית החולים הציבורי, עלולה להחריף את אי השוויון הזה (או לעודד תוספות שכר נרחבות במענה להתרחבותו, וראו פירוט בהמשך). ההסתדרות הרפואית הזהירה מפני אי השוויון (הכרוך בשר"פ הנהוג היום) בעמדתה לוועדה¹⁵¹: "במצב הקיים כיום, נהנים מבחירת הרופא רק הרופאים המנתחים, בעוד שעומס הטיפול נופל על כתפי כל הרופאים. מצב זה יוצר תחושת אי-צדק ומרמור היכולים להקרין על היחס לחולים." הר"י תמכה בשילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים, אך הבהירה כי "כל מנגנון המאפשר בחירת רופא, חייב לתגמל את כלל רופאי בית החולים כך שכולם ירגישו שותפים."

שר"פ עלול להרחיב את ההסטה של פעילות ציבורית לפעילות פרטית

העסקה כפולה של רופאים במערכת ציבורית ופרטית בו-זמנית, ובפרט כאשר הרופא הוא שכיר במערכת הראשונה ומקבל שכר לפי פעולה (Fee-For-Service) בשנייה, עלולה ליצור תמריץ פיננסי לרופאים להסיט מטופלים (פשוטים יותר) מהמערכת הציבורית למערכת הפרטית. הספרות התיאורטית העוסקת בנושא מזהירה כי לשם כך, הרופאים עלולים גם לנפח את זמני ההמתנה במערכת הציבורית, וכך להפוך את השימוש במערכת הפרטית לאטרקטיבי יותר.¹⁵² התופעה של העסקה כפולה נפוצה במדינות רבות, ולעתים הן מטילות עליה הגבלות, או מעודדות העסקה

¹⁴⁸ ראו למשל עדותו של מנהל יחידת הצנתורים בבית החולים שיבא, פרופ' ויקטור גויטע, מתאריך 8 באוגוסט 2013.

¹⁴⁹ "שיטת ברבש" - ראיון עם מנהל בית החולים איכילוב, פרופ' גבי ברבש, עיתון "הארץ", מתאריך 23 במאי 2014.

¹⁵⁰ ראו עדותו של פרופ' מוטי רביד, המנהל הרפואי של בית החולים מעייני הישועה (מתאריך 29 באוגוסט 2013), ועדותו של פרופ' יונתן הלוי, מנהל בית החולים שערי צדק (מתאריך 12 בספטמבר 2013).

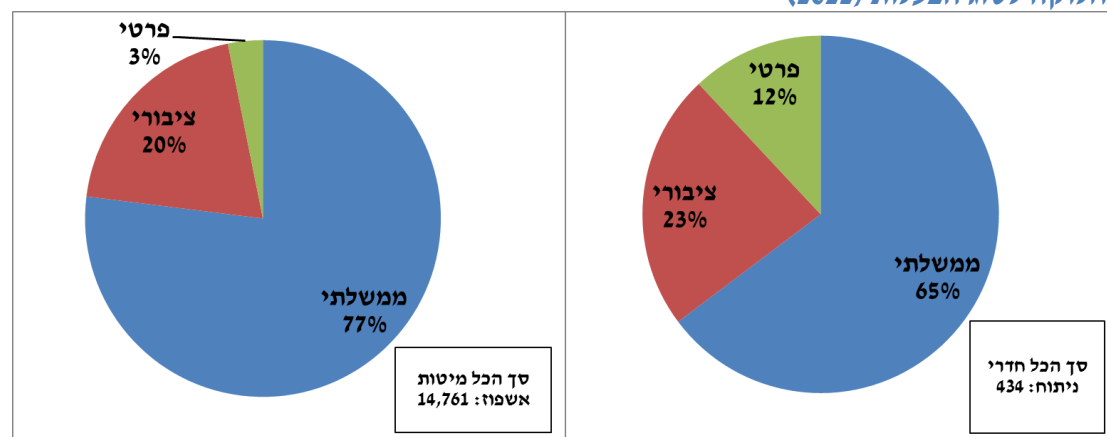
¹⁵¹ עמדת הר"י בנושא מודל לבחירת רופא בבתי החולים הציבוריים, כפי שהציג סגן יו"ר הר"י, ד"ר נמרוד רחמימוב (בתאריך 25 ביולי 2013).

¹⁵² לסקירה של הספרות בנושא ה-Dual Practice, ראו סעיף 2.3.2 ב-Barros and Siciliani (2012).

ציבורית בלבד, אך המחקרים האמפיריים על היקף ההסטה בפועל עקב מבנה ההעסקה הזה מעטים¹⁵³.

אמנם, תמריץ להסטת פעילות ציבורית למערכת הפרטית קיים בין שהפעילות הפרטית של הרופא מתבצעת מחוץ לכותלי בית החולים הציבורי שבו הוא מועסק, ובין שבית החולים הציבורי מאפשר לקיים פעילות פרטית בין כתליו (שר"פ). יתר על כן, התומכים בהרחבת השר"פ מאמינים כי השליטה בהסטה פוטנציאלית קלה יותר בתוך המערכת הציבורית מאשר במערכת הפרטית, על כל המרפאות הפרטיות ובתי החולים שכלולים בה. אולם רוב חברי הוועדה סברו כי הנהגת שר"פ תרחיב במידה ניכרת את האפשרויות להסטת פעילות ציבורית למימון פרטי. ראשית, מגוון הטיפולים המוצע בבתי חולים ציבוריים רחב יותר מבמרפאות ובבתי חולים פרטיים (למשל אין בית חולים פרטי המורשה כיום לטפל ביולדות או להפעיל מחלקה פנימית); שנית, בתי חולים ציבוריים מקבלים זרם קבוע של מטופלים חדשים, המגיעים דרך חדר המיון ועלולים להפוך יעד למאמצי הסטה לפעילות הפרטית - מעין "קהל שבוי" שתחושת הדחיפות עלולה להפוך אותו פגיע במיוחד לרמיזות על הבדלים באיכות הטיפול בין שני המסלולים; ושלישית, הפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים תגדיל מאוד את התשתיות שאליהן ניתן להסיט פעילות פרטית – מספר חדרי הניתוח (בתקן) בבתי החולים הממשלתיים ושל כללית (281) גדול פי יותר מ-5 ממספר חדרי הניתוח בבתי החולים הפרטיים (52). מספר מיטות האשפוז הכלליות גדול פי 24¹⁵⁴.

איור 17 : שיעור מיטות האשפוז הכלליות (משמאל) וחדרי הניתוח בתקן (מימין) בבתי חולים, בחלוקה לסוג הבעלות (2012)



כמה מהעדים שהופיעו בפני הוועדה דיווחו על מקרים המעידים על מאמצי הסטה של פעילות ציבורית למסלול הפרטי בתוך בתי החולים המפעילים היום שר"פ¹⁵⁵. טענות אלה התווספו לעדויות על הסכמה להפעלת שר"פ בחדר המיון או בפגייה – מקרים שהתפרסמו בעיתונות במהלך דיוני הוועדה¹⁵⁶. העדויות שהתקבלו הן אנקדוטליות, ולצערנו אין בנמצא מחקר מסודר בעניין זה. אולם די במבנה התמריצים לרופאים כדי לשכנע כי איום זה של הסטת פעילות ציבורית למסלול

¹⁵³ הרצאתו של פרופ' קובי גלור בפני הוועדה (בתאריכים 25 ביולי 2013 ו-1 באוגוסט 2013).

¹⁵⁴ נתונים נכון לסוף שנת 2012. ראו הלל וחקלאי (2013).

¹⁵⁵ למשל, מנכ"ל קופת חולים מאוחדת, זאב וורמברנד, העיד (בתאריך 18 ביולי 2013) כי בבית החולים הדסה הוצעו טיפול פרטי לילדה שהגיעה לחדר המיון עם חתך ביד, וטען כי מקרים דומים אירעו גם עם נשים בהריון (שהגיעו לחדר המיון). לדבריו: "היום אנשים נלכדים במיון בעת מצוקה ולחץ, ותחת איומים (עוברים לשר"פ)".

¹⁵⁶ למשל: "הורים שילמו למנהל פגייה בשערי צדק 20 אלף שקל תמורת השגחה מיוחדת", כתבה בעיתון TheMarker מתאריך 17 באוקטובר 2013.

הפרטי הוא איום אמיתי. השיעור הגבוה של בעלי ביטוח פרטי באוכלוסייה מגביר גם הוא את החשש כי רופאים עלולים לשדל את מטופליהם להשתמש בביטוח הפרטי שבידיהם.

על מנת להתמודד עם החשש מהסטת פעילות, נדרשת רגולציה קפדנית אשר תאכוף כללים שיאסרו לשדל חולים לעבור למסלול הפרטי, ושישמרו על היקף גבוה של פעילות ציבורית, הן של הרופא היחיד והן של המחלקה ובית החולים כולו. כללים כאלה קיימים בהסכמים, או בפועל, בבתי החולים הדסה ושערי צדק, אך לפחות בהדסה, לפי עדות מנהליה, במשך תקופה ארוכה הכללים לא נאכפו והבקרה על קיומם הייתה רופפת. רוב חברי הוועדה חששו כי הרגולציה, כיום או בכלל, תתקשה לאכוף כללים כאלה על בתי החולים הממשלתיים, ועל כך ראו בהרחבה בהמשך.

כמה מתומכי השר"פ בוועדה המליצו כי הרופאים בבתי החולים הציבוריים יועסקו בשכר גלובלי, והוא לא יושפע ממקור המימון של הפעילות שלהם, יהא זה פרטי או ציבורי. האחדות צורת התשלום בין שני המסלולים אכן מסירה רבים מהתמריצים הפיננסיים לרופא היחיד להסיט פעילות למסלול הפרטי. אולם כל עוד פעילות זו רווחית לבית החולים, עדיין יש צורך ברגולציה על היקף הפעילות הפרטית של בית החולים עצמו, ונותר החשש כי המדינה תתקשה לאכוף כללים מתאימים בעניין על בתי החולים ומנהליהם.

חשש נוסף, הנובע ביסודו משיטת תשלום המבוססת על שכר לפי פעולה, ומקיומו של "שטח אפור" בהחלטות רפואיות רבות, הוא כי רופאים עלולים להעניק טיפולים מיותרים (במודע או שלא במודע), שכן השכר שיקבלו מותנה במתן הטיפול¹⁵⁷. בבתי החולים הציבוריים (המעסיקים לרוב את הרופאים ממילא כשכירים) יש מנגנון המסייע לצמצם תופעה זו – מנגנון בקרת עמיתים, אשר באמצעותו הצוות הרפואי בוחן את הטיפול בחולה ומחווה דעתו על הצורך בפרוצדורה מסוימת. מנגנון זה אינו קיים לרוב במערכת הפרטית, שבה לעתים הרופא שנבחר מחליט לבדו על הצורך בטיפול מסוים, והוא זה שגם נותן את הטיפול במרפאה פרטית או בבית חולים פרטי. היעדרו של מנגנון בקרה העלה טענות על ניתוחים מיותרים במערכת הפרטית בישראל¹⁵⁸. הבדל זה בין המערכת הפרטית לציבורית, מעודד להגדיל את מספר הניתוחים המבוצעים בבתי חולים ציבוריים, על חשבון בתי חולים פרטיים. אמנם הפעלת שר"פ תסייע בהשגת יעד זה, אך גם העברת משאבים ציבוריים, שיאפשרו לערוך ניתוחים רבים יותר במערכת הציבורית, תשיג את אותה המטרה. הוועדה המליצה על כמה צעדים שיחזקו את בקרת האיכות במערכת הפרטית, ובכלל זה בקרה שתיערך עוד טרם ביצוע הפרוצדורה (המלצות 98, 99 ו-100).

היכולת לפקח על כללי הפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים מוגבלת

רגולציה קפדנית ויעילה יכולה לסייע להתמודד עם מקצת הבעיות הכרוכות בהנהגת שר"פ בבתי חולים ציבוריים. כך למשל הציעו תומכי השר"פ להתנות פעילות שר"פ בבתי החולים בקבלת

¹⁵⁷ לסקירה של המחקרים הבוחנים את ההשפעה של מנגנוני התשלום לרופאים על החלטותיהם, ובכלל זה על המלצותיהם למטופלים, ראו את Chandra, Cutler and Song (2012).

¹⁵⁸ דוח מבקר המדינה 63 (עמ' 630) מצטט "כירורגים בכירים" אשר התריעו כי במערכת הפרטית נעשים ניתוחים שפורום מקצועי רפואי רחב היה ממליץ לדחותם או להעדיף הליכים רפואיים חלופיים.

רישיון מתחדש, שיותנה בקיום פעילות ציבורית רחבה מספיק¹⁵⁹, או בתור ציבורי קצר דיו. עדים אחרים שתמכו בהפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים הציעו בין היתר לאכוף מכסה מרבית של שיעור הפעילות הפרטית ביחס לפעילות הציבורית בכל בית חולים ולכל רופא,¹⁶⁰ להגביל את שעות הפעילות של השר"פ, לאכוף קביעה מרכזית של תורים לניתוחים ו/או תור אחיד למסלולים הפרטי והציבורי, וכן להגביל את השירותים שבהם ניתן לקבל שר"פ (למשל, לא במצבי חירום, או: רק לניתוחים, לפעולות פולשניות ולהתייעצויות). התומכים בשר"פ טענו כי הרגולציה על כמויות (של פעילות או של הכנסות) היא פשוטה, וודאי אפשרית ברמת המחשוב הקיימת היום.

אמנם רגולציה יעילה תסייע לצמצם חלק מהחששות הנובעים מהטמעת שר"פ, אולם רוב חברי הוועדה העריכו כי הרגולציה הנוכחית על בתי החולים הממשלתיים תתקשה לאכוף עליהם כללים בתחום זה. חולשת הרגולציה כיום עולה מעדויות אנשי משרד הבריאות¹⁶¹, מדיווחים על הפרת הכללים הנוגעים לפעילות תאגידי הבריאות¹⁶² והכללים הנוגעים לתיירות רפואית¹⁶³, וכן מהחלטות שקיבלו כמה מבתי החולים בתחום הפיתוח, בלי הסכמת משרד הבריאות או יידועו¹⁶⁴. יתר על כן, חברי הוועדה היו עדים מכלי ראשון לחולשת הרגולציה כיום, עת המשרד התקשה לקבל מבתי החולים נתונים בשביל הוועדה עצמה. נושא הניהול והפיקוח של בתי החולים הממשלתיים נידון בפרק אחר של דוח זה, העוסק גם בריבוי הכובעים של משרד הבריאות. המלצת הוועדה להקים רשות נפרדת לניהול בתי החולים הממשלתיים תחזק ודאי את הפיקוח עליהם, ותחזק את מעמדו של משרד הבריאות בתפקיד רגולטור חסר פניות על מערכת הבריאות. אולם רבים מחברי הוועדה מאמינים כי יידרשו עוד זמן רב ומאבקים מוצלחים רבים עד שמבנה הרגולציה החדש יתבסס ויוכל לאכוף את החלטותיו על הגופים המפוקחים¹⁶⁵.

מעבר לכך, כאשר המימון הציבורי למערכת הבריאות חסר, גם רגולציה חזקה יותר תתקשה לאכוף כללים המגבילים את היקף המימון הפרטי בבתי החולים הציבוריים. במקרה כזה יהפוך המימון הפרטי למרכיב חיוני במימון המערכת, וכל הגדלה של רכיב מימון זה תהיה בפועל קשה לביטול. כך למשל, רגולטור שיבקש לשלול מבית חולים מסוים את רישיונו להפעלת שר"פ בגלל סטייה מהכללים הנקובים ברישיון (על פי אחת ההצעות), יידרש לספק לבית החולים מקור מימון חלופי להכנסות הנובעות מהפעילות הפרטית, או להסתכן בערעור הציבות הפיננסית של בית

¹⁵⁹ הצעת חברי הוועדה יוג'ין קנדל וקובי גלזר, מצגת מתאריך 27 במרס 2014.

¹⁶⁰ עמדת הר"י בנושא מודל לבחירת רופא בבתי החולים הציבוריים, כפי שהציג סגן יו"ר הר"י, ד"ר נמרוד רחמימוב (בתאריך 25 ביולי 2013).

¹⁶¹ מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, הזהיר גם בנאום ציבורי, בכנס ים המלח ה-14 (בתאריך 18 בדצמבר 2013), מפני היעדרה של תרבות משילות במערכת הבריאות הציבורית. בכלל זה תיאר מקרים שבהם בתי החולים הממשלתיים התעלמו מהוראות מפורשות של מנכ"ל משרד הבריאות והפעילו לחץ על הרגולטור באמצעות פנייה לגורמים פוליטיים.

¹⁶² דוח מבקר המדינה 59ב (2007).

¹⁶³ משרד האוצר (2014).

¹⁶⁴ למשל, תכניות לבניית מגדל אשפוז במימון אגודת הידידים בבית החולים רמב"ם, והקמת מה שתואר כמנחת מסוקים בבית החולים שיבא.

¹⁶⁵ עמדה דומה השמיעה החשבת הכללית במשרד האוצר, רו"ח מיכל עבאדי בויאנג'ו, אשר הזהירה כי הפעלת שר"פ בבתי החולים הממשלתיים, בעוד הרגולציה החדשה עדיין לא התבססה, תביא לפגיעה באזרחים. בויאנג'ו, אשר הייתה בעבר סמנכ"לית לפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות אמרה כי רק לאחר כ-7 שנות פעילות, האגף שבראשותה בנה מסורת רגולטורית, אשר כללה מערכת יחסים נכונה בין המפקחים למפוקחים. (עדות מתאריך 27 בפברואר 2014)

החולים. תוצאות אלה עלולות להרתיע את הרגולטור מנקיטת צעדים כלפי בית חולים סורר, ולהקשות אכיפת כללים המגבילים את היקף הפעילות הפרטית¹⁶⁶.

התומכים בהרחבת השר"פ טענו כי על אף מגבלות הרגולציה, הפיקוח על הפעילות במימון פרטי שתערך בתוך בתי החולים הציבוריים, עדיין יהיה קל, יעיל ומוצלח יותר מאשר פיקוח על הרפואה הפרטית המתבצעת מחוץ לבתי חולים אלה - במרפאות פרטיות רבות ובבתי חולים פרטיים. רוב חברי הוועדה שללו טענה זו: אמנם בתי החולים הציבוריים הם גופים גדולים, אשר ברצותם יכולים לאכוף במרכז הוראות רגולטוריות, שאחרת יש לאכוף אותן על מרפאות נפרדות ורבות, ועל בתי חולים פרטיים המשכירים את שירותיהם לרופאים רבים. אולם זוהי חרב פיפיות, שכן מיתרון זה של בתי החולים הציבוריים נובע גם סיכון גדול יותר במקרה של אי הסכמה עם הוראות הפיקוח. הגודל והחיוניות של כל אחד מבתי החולים הציבוריים מקנים להם ולמנהליהם השפעה רבה, הן על משרד הבריאות והן על גורמים במערכת הפוליטית. מאפיינים אלה, כפי שתואר לעיל, יקשו לאכוף עליהם הוראות שיעמדו בסתירה לאינטרס של בית החולים (למשל להגדיל את הכנסותיו מפעילות פרטית) ובסתירה לרצון של הנהלתו. במקרה של קונפליקט עם רשויות הפיקוח, הנזק העלול לנבוע מהפרת ההוראות בבתי החולים הציבוריים גדול לאין ערוך מהפרה של הוראות במרפאות פרטיות קטנות. כאמור, זאת כיוון שמגוון הטיפולים בבתי החולים הציבוריים רחב יותר, זרם המטופלים המגיעים אליהם מובטח ובניגוד למרפאה קטנה או בינונית, כל אחד מבתי החולים הציבוריים בישראל הינו במעמד של too-big-to-fail, אשר יקשה לאכוף עליהם כללים שעלולים לפגוע פיננסית בבית החולים. ועדה זו המליצה על שורה של צעדים להגברת הפיקוח על האיכות במערכת הפרטית, לריסון היקף פעילות בה ולריסון מקורות המימון שלה. זאת נוסף על המלצות לשיפור הזמינות של המערכת הציבורית, שיקטין את האטרקטיביות של המערכת הפרטית. רוב חברי הוועדה סבורים כי שילוב צעדים אלה יקל את הפיקוח על המערכת הפרטית, ואין צורך לשלב מימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים, ולסבול מנזקי הצעד הזה, רק על מנת לפקח היטב על הרפואה הפרטית בישראל.

שר"פ ייקר את פרמיות הביטוחים הפרטיים ויגדיל את ההוצאה הפרטית לבריאות

שילוב מימון פרטי בכל בתי החולים הציבוריים (שר"פ), צפוי להשפיע הן על היקף השימוש בביטוחי הבריאות הפרטיים והן על מחירי השירותים שנמכרים לביטוחים אלה. לדעת רוב חברי הוועדה, סך ההשפעות יביא לידי גידול ניכר בפרמיות הביטוחים הפרטיים, וכך לגידול נוסף בהוצאה הפרטית לבריאות בישראל ובשיעורה מתוך כלל ההוצאה הלאומית לבריאות.

כל הסקירות שהוצגו בפני הוועדה העריכו כי היקף המימוש של ביטוחי הבריאות הפרטיים הקיימים יגדל במידה ניכרת אם בתי החולים הציבוריים יורשו להפעיל שר"פ. ראשית, כמפורט לעיל, הפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים תגדיל מאוד את היקף התשתיות שניתן לנהל בהן פעילות פרטית – מספר חדרי הניתוח (בתקן) בבתי החולים הממשלתיים ושל כללית (281) גדול

¹⁶⁶ מקרה מבחן דומה התרחש בעת הדיונים על תכנית ההבראה לבית החולים הדסה. על אף שרופאי הדסה הציעו לבטל את השר"פ בבית החולים, ואף על פי שמשרד האוצר מתנגד באופן עקרוני לשר"פ, הצעה זו לא יצאה אל הפועל. בין היתר, כיוון שמחזור הפעילות של השר"פ מהווה נדבך בלתי זניח בפעילות בית החולים, ולכן יישום ההצעה היה דורש מהממשלה לשנות את הסכם ההבראה, ולספק לבית החולים משאבים נוספים על מנת לכסות על ההכנסות החסרות.

יותר מפי 5 ממספר חדרי הניתוח בבתי החולים הפרטיים (52) ומספר מיטות האשפוז הכלליות גדול פי 24. גם אם הפעילות הפרטית אכן תוגבל לשיעור מסוים מסך הפעילות (או ההכנסה) של בית החולים הציבורי, עדיין מדובר בתוספת ניכרת של תשתיות הזמינות למימוש ביטוחים פרטיים; שנית, תשתיות בתי החולים הציבוריים מפוזרות ברחבי הארץ, ולכן הפעלת שר"פ בבתי החולים האלה תאפשר גם לתושבי הפריפריה לממש את ביטוחי הבריאות הפרטיים שלהם קרוב למקום מגוריהם. אמנם יהיה בכך אולי מענה לביקוש כבוש מסוים (ותיקון של אי השוויון הקיים היום באפשרויות המימוש של ביטוחים אלה), אך על כל פנים ברור כי הצעד יגרום לגידול בשימושים בביטוחי הבריאות הפרטיים בפריפריה. שימושים אלה נמוכים כיום מהשימושים במחוז המרכז, ונמוכים במיוחד ביחס להיקף השימושים במחוז ירושלים, שבתי החולים שנמצאים בו מפעילים שר"פ (ראו לוח 11 לעיל); שלישית, כיוון שביצוע פעולה במימון פרטי יהיה רווחי יותר לבתי החולים (ואולי גם לרופאים), יעמוד בפניהם תמריץ פיננסי חזק למלא את המכסה המוקצית לפעילות פרטית, באמצעות הסטה של פעילות ציבורית או בדרך אחרת, ואולי אף לחרוג מעבר למכסה שתורשה. מנגד, ייתכן כי הבקרה הקפדנית יותר במערכת הציבורית על עריכת ניתוחים (באמצעות בקרת עמיתים), תמנע כמה מהניתוחים המיותרים שאולי נעשים כיום במערכת הפרטית. אולם לא ברור עד כמה התמריץ להרחבת הפעילות הפרטית בבתי החולים הציבוריים יקוזז יתרון זה.

בעוד מוסכם כי הפעלת שר"פ תגדיל את כמות הפעילות הפרטית, הכיוון ועוצמת ההשפעה על מחירי הפעילות הפרטית היו שנויים במחלוקת במהלך דיוני הוועדה. הפעלת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים תגדיל את היצע התשתיות הזמינות למימוש ביטוחים פרטיים, ולכן עשויה לעורר תחרות גוברת בין בתי החולים על הפעילות במימון ביטוחי השב"ן וחברות הביטוח. תחרות זו תפעל להפחתה של המחירים שמשלמים היום הביטוחים הפרטיים תמורת ניתוחים וחוות דעת. תרחיש זה נסמך על המסקנות העולות מן הספרות המקצועית, ולפיהן תחרות בין ספקים, אשר אינה מתנהלת מול המטופל היחיד, אלא מול מבטחים גדולים אשר מסוגלים להשתמש בכריתת חוזים סלקטיבית, מביאה לידי הפחתת מחירים¹⁶⁷. המלצה מספר 3.ח. בפרק הביטוחים, שלפיה הביטוחים הפרטיים יחויבו להשיג הסדר מוקדם עם כל רופא, ולא תתקיים תחרות של הרופא מול המטופל היחיד במסלול "החזר", תסייע למימוש תרחיש חיובי זה. נוסף על כך, כמה מתומכי השר"פ העריכו כי הרופאים יסכימו לערוך ניתוחים פרטיים בבית החולים הציבורי במחיר (שכר) נמוך יותר מהמקובל כיום, כיוון שכך ייחסכו מהם הטרחה, בזבוז הזמן והמתח הכרוכים בטיפול בחולים בשני מקומות עבודה.

לעומת זאת, משתתפים אחרים בדיונים טענו כי הפעלת שר"פ לא תביא לידי הפחתה ניכרת במחירים ועלולה אף לגרום לעליית מחירים. זאת כיוון שהרופאים בבתי החולים הציבוריים ינהלו משא ומתן על מחירי השר"פ באמצעות ועד, כפי שנהוג היום בבית החולים הדסה, ולא כרופאים בודדים. גם כללית טענה בעמדתה כי התעריפים המשולמים כיום על ניתוחים בשר"פ (בהדסה) גבוהים הרבה יותר מהתעריפים של ניתוחים אלה בבית חולים פרטי (אסותא), וכי הפעלת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים תוביל למחירים הקרובים יותר למחירי השר"פ היום מאשר למחירי בתי החולים הפרטיים, וייתכן שאף למחירים העולים על מחירי השר"פ היום.

¹⁶⁷ לסקירה של ספרות זו ראו Dranove (2012).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

טענה דומה העלה גם יו"ר אסותא¹⁶⁸, אשר הוסיף והזהיר כי הפעלת שר"פ תקטין את כוח המיקוח של קופות החולים ולכן תעלה את כלל המחירים של בתי החולים.

רוב חברי הוועדה העריכו כי גם בתרחיש של ירידה מסוימת במחירי הפרוצדורות הפרטיות, הגידול בכמות הפעילות הפרטית יהיה גדול דיו, כך שפרמיות הביטוח יעלו וסך ההוצאה הפרטית על בריאות יגדל. מסקנה זו תקפה על אחת כמה וכמה בתרחיש שבו מחירי הפרוצדורות אינם יורדים. הערכה זו מקבלת תמיכה גם מסימולציה שערך מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות¹⁶⁹: הסימולציה מסתמכת על תוצאות פעילות השר"פ הנוכחית בבית החולים שערי צדק, ובוחנת כמה תרחישים הנוגעים להפעלת שר"פ לניתוחים אלקטיביים. תרחישים אלה נבדלים ביניהם בשיעור השינוי במחירים, בהיקף הכמויות המוסטות מהמערכת הציבורית ובהיקף הכמויות החדשות המתווספות למערכת הפרטית (מעבר לתרחיש הבסיס), וכן בשיעור הסבסוד הציבורי לכל ניתוח שנערך במסגרת השב"ן של קופות החולים¹⁷⁰. לוח 13 מפרט את תוצאות הסימולציה. בתרחיש המניח כי המחירים והכמויות יוותרו בלי שינוי (תרחיש 1), תוספת העלויות לתוכניות השב"ן תעמוד על 2.3 מיליארד שקלים בשנה, והפרמיה לבני 65 ומעלה תגדל ב-87 שקלים בחודש. בתרחיש מחמיר, אשר מניח כי בעקבות הרחבת השר"פ המחירים יעלו, מספר הניתוחים יגדל וניתוחים נוספים יוסטו מהמערכת הציבורית לשר"פ (תרחיש 4), הגידול בעלויות לביטוחי השב"ן יעמוד על 3.7 מיליארד שקלים, והפרמיה החודשית לכל מבוטח מעל גיל 65 תגדל ב-142 שקלים.

לוח 13 : תרחישים להפעלת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים – תוספת עלויות והשפעה על פרמיות השב"ן לבני 65 ומעלה

תרשיש 4	תרשיש 3	תרשיש 2	תרשיש שע"צ	
5%	0%	-10%	0%	שינוי במחירים
8%	8%	3%	0%	הסטת כמויות
15%	10%	5%	0%	תוספת כמויות
0%	20%	50%	0%	העברת חלק מעלות טופס 17 לסל
4.4	3.8	2.5	1.8	תוספת עלות למערכת (מיליארדי ש"ח)
3.7	3.5	2.0	2.3	תוספת עלות לשב"ן (מיליארדי ש"ח)
1.3	1.7	0.6	1.9	"חיסכון" לסל (מיליארדי ש"ח)
142	133	75	87	תוספת פרמית שב"ן לגיל 65 (ש"ח לחודש)

סימולציה שהעבירה כללית לוועדה העריכה כי הפעלת שר"פ תגדיל את פרמיות ביטוחי השב"ן בשיעור גדול אף יותר מהערכת המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי. לפי הערכת כללית, הפרמיה לבני 65 תגדל ב-136 עד 220 שקל בחודש (גידול של 190%-310%) - תלוי בהיקף הסבסוד בין שכבות הגיל בשב"ן. הערכה זו נובעת מתרחיש הכולל כמה הנחות "מחמירות": 1. שיעור ההכנסות של בתי החולים מפעילות פרטית מוגבל ל-14% מסך ההכנסות, ובכלל זה מותרת פעילות בהיקף מוגבל של חוות דעת פרטיות בחדר המיון, במחלקה לטיפול נמרץ ובמחלקות

¹⁶⁸ עדותו של פרופ' שוקי שמר, יו"ר אסותא (מתאריך 29 באוגוסט 2013).

¹⁶⁹ עדותו של ד"ר טוביה חורב, ראש המנהל מתאריך 14 בנובמבר 2013.

¹⁷⁰ שיעור זה עומד כיום על 0%, כלומר מלוא עלות הניתוח עצמו (טופס 17) משולמת מחשבון ביטוח השב"ן.

אשפוז פנימיות וקרדיולוגיות; 2. הפעלת השר"פ תגדיל את ההוצאות על אשפוז בבתי החולים הציבוריים, בין היתר משום שמטופלים ימתינו באשפוז לקבל חוות דעת של רופאים ספציפיים¹⁷¹, וכן תגדיל את ההוצאות על טיפול בחדרי המיון; 3. הפעלת שר"פ תפחית במחצית את פעילות הניתוחים בבתי החולים הפרטיים; 4. ולבסוף, לא תתרחש ירידת מחירים, ומחיר הניתוחים בשר"פ יהיה דומה למחירים היום בביה"ח הדסה, כלומר כ-60% יותר מהמחיר במערכת הציבורית (טופס 17).

כללית מעריכה, בהמשך להנחות לעיל, כי מבוטחי השב"ן בכל הקופות יישאו בעלות נוספת של כ-2 מיליארד שקלים עקב עליית הפרמיות שתיגרם מהפעלת השר"פ, וכי עקב כך יעלה שיעור המימון הפרטי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות מ-38% (בשנת 2011) ל-43%.

הפעלת שר"פ והסטה של נתח מהביקושים במערכת הציבורית אל מסלול המימון הפרטי, תחסוך כסף לקופות החולים מתוך תקציב סל הבריאות (לפחות בשלב הראשון), שכן ניתוחים ופעולות שמומנו מתקציב הסל ימומנו כעת באמצעות ביטוחים פרטיים. אמנם כך אולי יתפנו משאבים בתוך תקציב הסל לשיפור השירות למבוטחי הקופות, אולם שיפור זה ימומן למעשה באמצעות עליית הפרמיות של ביטוחי הבריאות הפרטיים. בראייה לאומית, מימון זה נחות לעומת מימון ציבורי: ראשית, משום שיעילותו בשיפור רמת הבריאות של האוכלוסייה נמוכה יותר (כיוון שעל כל פנים רכישה של ניתוחים ופעולות בשר"פ תהיה יקרה יותר מרכישה במימון ציבורי, וכן כיוון שההוצאות האדמיניסטרטיביות בהפעלת הביטוחים גבוהות יותר). ושנית, משום שמידת הפרוגרסיביות של מימון זה קטנה יותר, שכן פרמיות הביטוח נקבעות לפי גיל (ותחלואה) ולא לפי רמת ההכנסה של המבוטח. כך הפעלת שר"פ צפויה להגדיל את סך ההוצאה לבריאות באופן בלתי שוויוני, וזאת גם מבלי שתוביל לשיפור מהותי ברמת הבריאות עצמה.

עליית פרמיות הביטוחים הפרטיים תתמוך בהמשך הגידול בשיעור המימון הפרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות – שיעור אשר נמצא כבר כיום ברמה גבוהה בהשוואה בין-לאומית. הסתמכות גוברת על מקור מימון זה, עלולה לצמצם את התמיכה במערכת הבריאות הציבורית בקרב אוכלוסיות חזקות, אשר יקבלו את מירב שירותי הבריאות שלהם במימון ביטוחים פרטיים. אוכלוסיות אלה עלולות להטיל ספק בצורך להמשיך ולממן בתשלום מסים מערכת שאינה משרתת אותם, תמיכתם בהגדלת המימון הציבורי למערכת הבריאות תפחת, וכך, במעין מעגל שוטם, עלול להתגבר עוד חוסר היעילות הכרוך במימון פרטי של מערכת הבריאות.¹⁷²

ספק אם השר"פ ייצור מקור הכנסה יציב ומשמעותי למערכת הציבורית

התומכים בשר"פ רואים בו מקור הכנסה נוסף למערכת הבריאות הציבורית בכלל, ולבתי החולים הציבוריים בפרט. לטענתם, בתי החולים הציבוריים (בבעלות הממשלה וקופת חולים כללית) יזכו באמצעות השר"פ ברווחים הנובעים מהפעילות המתבצעת במימון פרטי של ביטוחי הבריאות -

¹⁷¹ כללית מפנה לפער הקיים כיום בין השהייה הממוצעת במחלקות פנימיות בכלל הארץ ב-2011 (4.3 ימים) ובין ממוצע השהייה בבתי חולים שבהם מתקיימת פעילות שר"פ – שערי צדק (9.2 ימים) והדסה (6.1 ימים).

¹⁷² Tuhoy, Flood and Stabile (2004) מצאו כי במדינות ה-OECD, גידול בשיעור המימון הפרטי של ההוצאה לבריאות מתואם, לאחר זמן מה, עם ירידה של תחום הבריאות בסדרי העדיפויות של הממשלה (כלומר, ירידה בשיעור ההוצאה הציבורית לבריאות, מתוך סך ההוצאה הציבורית). תוצאה זו נבעה בכמה מדינות גם מהעברה של שירותים מהמגזר הציבורי לפרטי, ומהגדלה של היקף ההשתתפויות העצמיות, אך אפשר להסביר אותה גם באמצעות התיאוריה, שלפיה הביטוחים הפרטיים משנים את העדפות הציבור בכך שהם גורמים לבעלי הכנסות גבוהות להעדיף מערכת בריאות ציבורית מצומצמת יותר, הזקוקה למסים נמוכים יותר.

רווחים שמהם נהנים כיום רק בתי חולים פרטיים ובבעלות מלכ"ר. נוסף על כך, הסטה של חלק מהפעילות המתבצעת במימון סל הבריאות למסלול פרטי, תפנה משאבים מתוך תקציב הסל שיוכלו לשמש לצרכים אחרים של מבוטחי קופות החולים. בסימולציה שהציגו תומכי השר"פ בפני הוועדה¹⁷³ נטען כי שילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים יעניק להם תוספת משאבים של 500-900 מיליון שקל (בשנה).

אולם העדויות ששמעה הוועדה הצביעו על כך כי בתי החולים אשר מפעילים שר"פ כיום, אינם רואים בפעילות זו מקור הכנסה משמעותי לבית החולים. מנכ"ל בית החולים שערי צדק הבהיר בעדותו לוועדה כי פעילות השר"פ איננה נכס כלכלי לבית החולים, אלא אמצעי למשיכת רופאים¹⁷⁴. הוא הזהיר כי השר"פ בירושלים מבוסס על הסכמים שנחתמו לפני עשרות שנים, ואילו הפעלת שר"פ כיום בבתי החולים הציבוריים תהיה כרוכה בעלויות גבוהות יותר, שכן חברים אחרים בצוות הרפואי ידרשו גם הם תגמול על עמלם. המנהל הרפואי של בית החולים מעייני הישועה הבהיר כי גם הוא רואה בשר"פ אילוץ, אשר מאפשר לו לשמר רופאים בכירים בבית החולים¹⁷⁵. מנכ"ל בית החולים הדסה הסביר לוועדה כי אופן התמחור וחלוקת ההכנסות בשר"פ גרמו לכך שגידול בפעילות השר"פ בבית החולים לא רק שלא הוביל לגידול ברווחיו, אלא הפך הפסדי ממש – זאת כיוון שהכללת התשלום על הניתוח (טופס 17) בתוך תקרת ההכנסות של בית החולים (ה-CAP) ובמסגרת ההנחות לקופות החולים, צמצמה את ההכנסה מהתשלום על הניתוח עצמו. ואילו מתוך התשלום הנוסף על בחירת המנתח, בית החולים קיבל בפועל רק שיעור קטן¹⁷⁶. מנכ"ל אסותא, המפעילה בתי חולים פרטיים, הזהיר גם הוא כי שר"פ לא יוכל להוות מקור מימון משמעותי לבתי החולים הציבוריים¹⁷⁷. ראשית, כיוון שלדבריו היקף הפעילות בבתי חולים פרטיים, אשר חופף לשירותים הניתנים בבתי החולים הציבוריים, אינו גדול¹⁷⁸; ושנית, כיוון שלטענתו עלויות הטיפול גבוהות יותר בבתי חולים ציבוריים, ולכן הרווח מהפעולות הפרטיות הנוספות יהיה מצומצם ממילא בבתי חולים אלה, אלא אם כן יעלו מחירי הפרוצדורות. אמנם הנהגת שר"פ במתכונת שונה מזו הקיימת היום (למשל, לפי הצעת תומכי השר"פ בוועדה), עשויה להניב רווחים גבוהים יותר לבתי החולים שיפעילו שירותים כאלה. אולם הגדלת הרווחים מחייבת צמצום עלויות, ובפרט הפחתת התגמול לרופאים ולשאר הצוות הרפואי, ואז הגדלת ההכנסות מכל ניתוח, כלומר גביית מחירים גבוהים יחסית תמורת הפעילות הפרטית. שני צעדים אלה אינם קלים ליישום וכרוכים ב"תופעות לוואי": הפחתת התגמול לרופאים תשחק את יתרונותיו של השר"פ בתחום שימור הרופאים הבכירים במערכת הציבורית (ראו בהמשך). גביית מחירים גבוהים יותר, משמעה עליית פרמיות הביטוחים, ולמעשה הגדלה של משאבי בתי החולים באמצעות גבייה רגרסיבית של מעין מס מבעלי הביטוחים הפרטיים (שהם רוב האוכלוסייה). יתר על כן, נציין כי תוספת המשאבים מהפעלת שר"פ, שעלתה מחישובי התומכים בהרחבתו, דומה לתוספת המשאבים הציבוריים שתקבל המערכת הציבורית בעקבות ההסכמות של משרדי הבריאות והאוצר בתום עבודת הוועדה (700 מיליון שקלים בשנה לקיצור תורים בבתי החולים).

¹⁷³ מצגת של פרופ' יוג'ין קנדל, יוליה איתן ופרופ' קובי גלזר לוועדה, בישיבתה בתאריך 27 במרס.

¹⁷⁴ עדותו של מנכ"ל בית החולים שערי צדק, פרופ' יונתן הלוי (מתאריך 12 בספטמבר 2013).

¹⁷⁵ עדותו של פרופ' מוטי רביד, המנהל הרפואי של בית החולים מעייני הישועה (מתאריך 29 באוגוסט 2013).

¹⁷⁶ עדותו של אביגדור קפלן, מנכ"ל בית החולים הדסה (מתאריך 8 באוגוסט 2013).

¹⁷⁷ עדותו של פרופ' שוקי שמר, מנכ"ל אסותא (מתאריך 29 באוגוסט 2013).

¹⁷⁸ שמר נקב בסכום של 1.5 מיליארד שקלים, אולם נתונים שהועברו לוועדה מצביעים על כך שהוצאות הביטוחים הפרטיים על ניתוחים גבוהות יותר ומתקרבות ל-2 מיליארד שקלים.

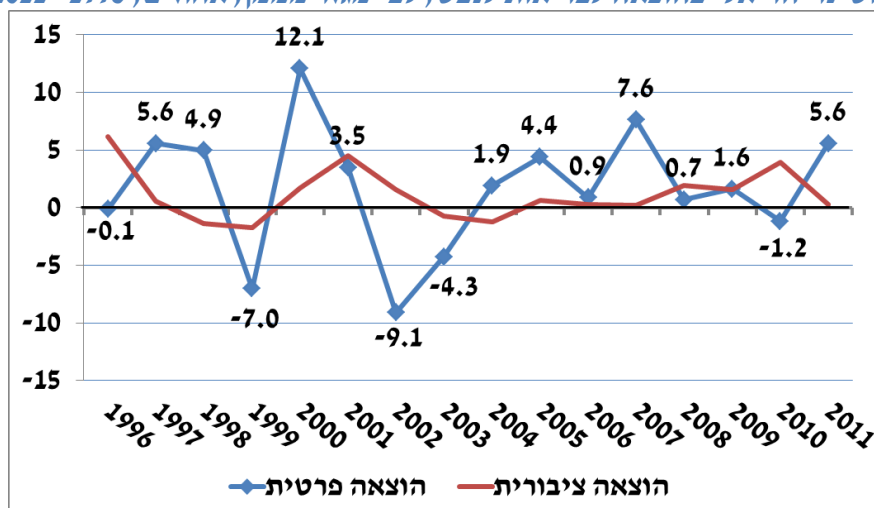
רוב חברי הוועדה העדיפו פתרון הדוחה הפעלת שר"פ, על כל נזקיו האפשריים, וסולל את הדרך לתוספת משאבים ציבוריים למערכת הבריאות הציבורית בכלל, ולבתי החולים הציבוריים בפרט.

תומכי השר"פ טענו כי הנהגתו חיונית על מנת לגוון את מקורות המימון של מערכת הבריאות הציבורית, כך שלא תהיה תלויה במימון ציבורי בלבד. לטענתם, הכנסות השר"פ יעמידו לרשות המערכת מקור מימון "עצמאי" בדמות כספי הביטוחים הפרטיים, אשר נובע ישירות מהביקוש לשירותי בריאות, ולא מהחלטה פוליטית על סדרי עדיפויות. רוב חברי הוועדה דחו גם את הטענה הזאת. ראשית, כיוון שכבר כיום קיים גיוון מסוים של מקורות ההכנסה של המערכת הציבורית. המימון הציבורי מסתמך הן על מערכת המיסוי הכללית והן על דמי ביטוח ייעודיים למערכת, קופות החולים גובות השתתפות עצמית ממבוטחיהן במסגרת מתן השירותים שבשל, בתי החולים נהנים מהכנסות מתיירות רפואית, ועל פי טענות שהועלו בפני הוועדה, קופות החולים נהנות בעקיפין מביטוחי השב"ן באמצעות גביית תשלום גבוה על הוצאות ההנהלה בביטוחים אלה. מעבר לכך, המלצות הוועדה יוצרות מקורות מימון נוספים למערכת הציבורית, בדמות היטל על גידול הפעילות במערכת הפרטית (היטל המושפע ישירות מהביקוש לרפואה פרטית), והמס על התיירות הרפואית.

שנית, "גיוון" מקורות ההכנסה באמצעות הגדלת שיעור המימון הפרטי אינו מחסן את המערכת מפני תנודות מקרו-כלכליות. בשעת משבר כלכלי, שאליו יתלווה משבר פסקלי, סביר כי גם ההכנסה הפרטית של משקי הבית תיפגע והם יקטינו את הוצאותיהם, ובכלל זה את ההוצאה לבריאות. השינויים הריאליים (לנפש) בהוצאה הפרטית לבריאות בישראל בשנים 1996-2011 (אזור 18), מעידים על תנודתיות ניכרת של הוצאה זו, בייחוד בהשוואה לתנודתיות המוגבלת של ההוצאה הציבורית לבריאות. עוד ניכר מהאיור, כי ההוצאה הפרטית רגישה לתנודות מקרו-כלכליות ואינה אדישה להן כלל. במהלך המשבר הכלכלי החרף בישראל בתחילת שנות ה-2000, נרשמו ירידות חדות בהיקף הריאלי של ההוצאה הפרטית לנפש (בשנים 2002-2003), וגם סביב המיתון האחרון (2008-2010) ניכרה האטה בקצב הגידול הריאלי של ההוצאה הפרטית לבריאות לנפש. הניסיון במדינות ה-OECD במשבר האחרון הראה גם הוא כי במקביל לעצירת הגידול בהוצאה הממשלתית לבריאות (בשנים 2010-2011), נרשמה במדינות רבות האטה ניכרת גם בהוצאה הפרטית לבריאות, שכן הכנסות משקי הבית קפאו או התכווצו¹⁷⁹.

¹⁷⁹ Morgan and Astolfi (2014). אמנם ההאטה בהוצאה הפרטית הייתה חדה פחות מההאטה בהוצאה הממשלתית, אך פער זה הושפע גם מצעדים שנקטו במדינות רבות להגדלת שיעור ההשתתפויות העצמיות.

איור 18 : השינוי הריאלי בהוצאה לבריאות לנפש, לפי מגזר מממן, אחוזים, 1996-2011¹⁸⁰



שלישית, ומעל הכול, גם אם הפעלת שר"פ (במתכונת חדשה כלשהי) אכן תיצור מקור מימון פרטי חדש, ו"עצמאי" מהחלטות של המערכת הפוליטית, הרי דבר אינו מבטיח כי היקף המימון הציבורי והחלטות הממשלה יהיו גם כן עצמאיים ובלתי תלויים בפעילות השר"פ וההכנסות ממנה. הפיתוי להסתמך על המימון הפרטי – פיתוי אשר יגבר בעתות מצוקה תקציביות – עלול להוביל בעתיד את המערכת הפוליטית לצמצם את מחויבותה לתקציב ציבורי הולם למערכת הבריאות, מהלך אשר יפגע עוד יותר בתמיכה הציבורית והפוליטית במערכת הציבורית. מרגע שנפתח הפתח לכך, הגדלת שיעור המימון הפרטי במערכת תהיה תמיד פתרון קל יותר וזמין יותר לצמצום הוצאות הממשלה¹⁸¹ (לפחות בטווח הקצר). זהו פתרון המאפשר להתחמק ממאבק ממושך על מיקומה של מערכת הבריאות בסדרי העדיפויות של הממשלה, ומהחלטות שנויות במחלוקת על גודלה של הממשלה עצמה. כך, יצירת מקור המימון הפרטי החדש עלולה להתברר כחרב פיפיות, אשר תגרום לצמצום נוסף של שיעור המימון הציבורי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות, צמצום אשר יפגע ביכולתה של המערכת הציבורית להתבסס על ערכים של צדק, שוויון ועזרה הדדית. צמצום זה יפגע גם ביעילותה של מערכת הבריאות וביכולתה לשפר את בריאות האוכלוסייה בצורה האפקטיבית ביותר, בהינתן המשאבים העומדים לרשותה.

נציין כי לחשש זה היו שותפים גם תומכי השר"פ בוועדה, אך לדעתם קביעה בחוק של מנגנוני עדכון הולמים לתקציב סל הבריאות תפחית את הסיכון, ותאפשר הפעלת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים. אולם רוב חברי הוועדה העריכו כי עוד ארוכה הדרך למימוש מלא של מנגנונים כאלה, אשר יגדילו את השיעור של המימון הציבורי בהוצאה לבריאות, וישיבו אותו לרמתו הגבוהה בעבר. נוסף על כך, ברור כי קביעת מנגנון העדכון בחוק אינה מחסנת אותו משינויים. בעתות משבר, הפיתוי להפחית את המימון הציבורי ולהגדיל את המימון הפרטי עלול להתממש, גם אם יהיה כרוך בשינוי חוק של הכנסת. אישור של פעילות שר"פ מצומצמת כיום יקל לנקוט צעד כזה בשעת משבר, שכן הגדלת שיעור ההכנסות מפעילות שר"פ קיימת היא צעד פשוט וקל יותר ליישום

¹⁸⁰ מקור: למ"ס. ההוצאה הפרטית הותאמה למחירים קבועים באמצעות מדד הבריאות שבתוך מדד המחירים לצרכן. ההוצאה הציבורית הותאמה באמצעות "מדד יוקר הבריאות".

¹⁸¹ וראו למשל את ההחלטה של הרשויות בבריטניה ב-2012, בלחצים תקציביים קשים, להתיר פעילות פרטית בסדר גודל של עד 50% מהכנסות בתי החולים הציבוריים. פעילות זו הוגבלה עד אז לסדר גודל של 2%-3%.

(למשל באמצעות העלמת עין של הרגולטור), מאשר צעד אשר יבקש להתיר וליצור, יש מאין, פעילות שר"פ חדשה בבתי החולים הממשלתיים.

מימון ציבורי יאפשר גם הוא לשמור רופאים בכירים במערכת הציבורית ולהגביר את הפעילות

קיומה של מערכת פרטית מחוץ לכותלי בית החולים הציבורי מציב אתגר בפני בתי חולים אלה בתחום כוח האדם. פוטנציאל התשלום הגבוה לרופאים בכירים ולצוות רפואי מומחה במערכת הפרטית, ושיטת התשלום התלויה בכמות הפעילות, מושכים רופאים ואחיות לעבוד בבתי החולים הפרטיים ובקליניקות פרטיות, מעבר לשעות עבודתם במגזר הציבורי ולעתים אף במקומן. העומס במערכת הציבורית ומצוקת המשאבים, שמגבילה את היקף הפעילות של בתי החולים מעבר לשעות העבודה הרגילות, תורמים עוד יותר להגדלת הביקוש לרפואה פרטית ולחיזוק כוח המשיכה שלה עבור הצוות הרפואי.

לצערנו, עד תום עבודת הוועדה לא הצלחנו לקבל נתונים מלאים על שיעור הרופאים שנטשו את המערכת הציבורית לטובת עבודה במערכת הפרטית או הפחיתו את שיעור משרתם לשם כך. היקף תופעה זו אינו ברור עד תומו, אולם, העדויות שנמסרו לוועדה מצביעות על קיומה, בפרט באזורים שבהם היצע הרפואה הפרטית רחב יותר¹⁸². מנהלי בתי חולים ציבוריים שהעידו בפני הוועדה תיארו מציאות שבה אחר הצהריים (כלומר, מעבר לשעות הפעילות הבסיסיות של הרופאים) בתי החולים מתרוקנים מרוב הרופאים הבכירים, ורבים ממשאביהם הפיזיים (ובעיקר חדרי הניתוח) עומדים בלתי מנוצלים.

נבהיר ראשית, כי אין מקום לתאר את בתי החולים אחר הצהריים כמעין "גן סגור" אשר עומד שומם וריק. ההכנסות הגבוהות של תאגידי הבריאות שליד בתי החולים הממשלתיים, אשר במסגרתם נערכת פעילות אלקטיבית אחר הצהריים¹⁸³, מצביעות על היקף פעילות נרחב בשעות אלה¹⁸⁴ (לפחות בבתי החולים הגדולים). אולם ברור כי שיעור הניצול של תשתיות בתי החולים אחר הצהריים נמוך משיעור הניצול בשעות העבודה העיקריות בבוקר¹⁸⁵. הסיבה לכך היא בעיקר מחסור במשאבים כספיים, כאלה שיאפשרו לשכור את הצוות הרפואי להפעלת התשתיות לשעות נוספות. המחסור נובע מהיעדר יכולת פיננסית של קופות החולים לשלם בעבור פעולות כאלה, מתשלום נמוך בפועל תמורת פעולות אלה בגלל שיטת התשלום לבתי החולים (ובעיקר מנגנון ה-CAP), וכן מעלויות שכר גבוהות יותר, בפרט אחר הצהריים (אשר ייתכן שמושפעות מהחלופות הקיימות במערכת הפרטית). על היכולת לערוך פעולות נוספות אחר הצהריים משפיעים לעתים גם

¹⁸² מנהל בית החולים איכילוב, פרופ' גבי ברבש, דיווח לוועדה (במכתב שנשלח לאחר עדותו בתאריך 29 באוגוסט 2013), כי בין השנים 2011 ו-2013 עזבו את בית החולים לטובת המערכת הפרטית 10 רופאים (בכירים), ו-31 אחיות חדר ניתוח. מנהל בית החולים רמב"ם, פרופ' רפי ביאר, הזהיר מפני "זליגה הרסנית של רופאים ועובדי בריאות למגזר הפרטי", בעדותו במהלך ביקור הוועדה בבית החולים (בתאריך 2 בינואר 2014).

¹⁸³ למשל ניתוחים המתבצעים מעבר לשעות העבודה הבסיסיות, במימון ציבורי (הנקראים "ססיות" בבתי החולים הממשלתיים או פעילות "קצ"ת" – קיצור תורים – בבתי החולים של כללית).

¹⁸⁴ ב-2012 הסתכמו ההכנסות של תאגידי הבריאות משירותים רפואיים בכ-1.9 מיליארד שקל (רובם הגדול בבתי החולים שיבא, איכילוב ורמב"ם). סכום זה שקול לכ-21 אחוזים מסך ההכנסות משירותים רפואיים בבתי החולים עצמם.

¹⁸⁵ למשל, מנהל ביה"ח רמב"ם העיד כי בעוד חדרי הניתוח הם מצרך במחסור בשעות הבוקר, רק 6 מתוך 17 חדרי ניתוח מופעלים בבית החולים אחר הצהריים. לצערנו, לא קיבלנו נתונים מלאים על ניצולת חדרי הניתוח בכלל המערכת.

הגבלות על פעילות תאגידי הבריאות (ובפרט תקרת ההכנסות של התאגידים) וכן מחסור בכוח אדם רפואי (למשל מחסור במרדמים ובאחיות חדר ניתוח).

התרת שר"פ בבתי החולים הציבוריים יכולה לספק מקור מימון להפעלת בתי החולים אחר הצהריים ולשימור רופאים בכירים, לשעות ארוכות יותר, בתוך בתי חולים אלה. כך ינוצלו באופן יעיל יותר תשתיות בית החולים (ויצומצם הצורך בתשתיות כפולות במגזר הפרטי). לדעת תומכי השר"פ, מכך ייהנו לא רק המטופלים הפרטיים, אלא ישתפר גם מצבם של המטופלים הציבוריים בבית החולים, אשר במקרי חירום ייהנו מזמינות רבה יותר של רופאים מומחים. השר"פ יגביר את האטרקטיביות של המעסיק הציבורי בעיני הרופאים, ויאפשר להעניק להם תנאי עבודה טובים יותר: השר"פ יגדיל את הכנסות הרופאים, יחסוך מהם בזבז זמן על נסיעה בין מקומות עבודה (שגם ברמה הלאומית היא בזבז), וכן יקל עליהם את עול הדאגה למטופלים בשני מוסדות מרוחקים. היכולת לזכות בהכנסה נוספת בתוך בית החולים הציבורי, תאפשר למנוע מצבים שבהם סך שעות העבודה של הרופאים מתארך יתר על המידה ואף עלול לסכן את המטופלים¹⁸⁶. גם מנהלים בבתי חולים שבהם פועל כיום שר"פ מסרו לוועדה כי המנגנון, אשר מעניק אפשרויות השתכרות נוספות לרופאים, מאפשר לשמר רופאים בכירים בבית החולים, ויש אף הרואים בכך את מטרתו העיקרית.

אולם רבים מהיתרונות הכרוכים בהפעלת שר"פ בתחום שימור הרופאים בבית החולים וניצול התשתיות שלו ביעילות רבה יותר, למשך שעות רבות יותר, ניתנים להשגה גם באמצעות מימון ציבורי גדול יותר. מימון ציבורי יאפשר להגדיל את סך הפעולות האלקטיביות של בית החולים וכך יספק הכנסה נוספת לרופאים, יגביר את נוכחותם לטובת המטופלים הציבוריים (בלבד) ויאפשר לממן מודל של רופאים המועסקים באופן בלעדי במערכת הציבורית ("פול-טיימרים", בהתאם להמלצה מספר 90). רופאים אלה יוכלו להימנע מנסיעות בין כמה מקומות עבודה ולהתרכז במטופלים במוסד אחד בלבד. אמנם שימוש במימון ציבורי יטיל, בצדק, הגבלות כבדות יותר על השתכרות הרופאים לעומת האפשרויות במערכת הפרטית, אך ההגבלות יהיו אפקטיביות בעיקר למספר מצומצם של רופאים מבוקשים במיוחד, שיתקשו לוותר על הכנסה גבוהה מאוד שאלה התרגלו במערכת הפרטית. כמו כן "בעיות" כאלה עלולות להתעורר גם במודל החלופי שהציגו תומכי השר"פ בוועדה, מודל שהציע כי הרופאים ישתכרו באופן גלובלי (עם בונוס לפי סך הפעולות שיבצעו – הן ציבוריות והן פרטיות). צורת תשלום זו תצמצם את השכר לרופאים ותאפשר רווח גדול יותר לבית החולים מהפעילות הפרטית. אולם ככל שיוגבל גובה התשלום לרופאים מבוקשים מאוד, כך תשוב ותגדל בעיניהם האטרקטיביות של עבודה במערכת הפרטית, אשר תוכל לספק להם הכנסה גבוהה יותר לכל ניתוח נוסף.

אם כן, משילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים אכן עשויה לצמוח תועלת ביכולת לשמר רופאים מומחים במערכת הציבורית, ובהגברה מסוימת של זמינות רופאים אלה למטופלים ציבוריים במשך שעות ארוכות יותר. אולם רוב חברי הוועדה העריכו כי הסיכונים הטמונים בהפעלת שר"פ והחסרונות הכרוכים בו, ומפורטים בשאר הסעיפים בפרק זה, אינם מצדיקים

¹⁸⁶ בדיקת מבקר המדינה (בדוח 63) מצאה מקרים שבהם רופאים עבדו משעות הבוקר עד הערב בבית החולים הממשלתי, ואחר כך ניתחו שוב בבית חולים פרטי עד שעות הלילה המאוחרות (בין 22:30 ל-01:40), כאשר למחרת מצפה להם יום עבודה נוסף.

שימוש במקור מימון זה, גם בהינתן המחסור הקיים בתקציבים ציבוריים (ויש שיאמרו: על אחת כמה וכמה בגלל המחסור בתקציבים ציבוריים). רוב חברי הוועדה העדיפו לדרוש הגדלה של מקורות המימון הציבוריים, אשר שימוש בהם עדיף על מנת לשמר רופאים ולהגדיל את ניצולת התשתיות במערכת הציבורית. הוועדה רואה בצעדים שעליהם המליצה בתחום הביטוחים ובתחום האסדרה של מערכת האספקה הפרטית צעדים משלימים, שיסייעו להגביר את האטרקטיביות של העבודה בבתי החולים הציבוריים ביחס למרפאות ולבתי חולים פרטיים. נוסף על כך, הסיכום התקציבי בין משרדי הבריאות והאוצר, אשר דווח לוועדה לקראת תום דיוניה, ואשר יעביר 700 מיליון שקלים בשנה לבסיס התקציב לצורך קיצור תורים במערכת הבריאות בכלל ובבתי החולים הציבוריים בפרט, יסייע גם הוא להגביר את הפעילות בבתי החולים אחר הצהריים. באמצעות פעילות זו והתשלום עליה, יהיה אפשר להאריך את שעות השהייה של רופאים מומחים בבית החולים ולשמר אותם במערכת הציבורית.

הרחבת השר"פ עלולה לעורר דרישות שכר של כלל הרופאים והצוות הרפואי

צמיחתם המהירה של מערכת הרפואה הפרטית ושל היקף המימון הפרטי, הגדילו את פוטנציאל ההכנסות של רופאים רבים העוסקים בתחומים שיש בהם ביקוש וכיסוי ביטוחי מתאים בביטוחי הבריאות הפרטיים. לדברי אנשי משרד האוצר ומשרד הבריאות, פוטנציאל ההשתכרות הגבוה במערכת הפרטית השפיע רבות על ציפיות השכר של הרופאים במערכת הציבורית (גם אם רבים מהרופאים אינם יכולים לממש בפועל את הפוטנציאל הזה), ואף על דרישות השכר שהועלו במשא ומתן על ההסכם הקיבוצי האחרון שנחתם עם הרופאים (ב-2011). מנכ"ל משרד הבריאות הזהיר כי התרחבות הביטוחים הפרטיים מובילה את המערכת לסחרור שכר ולתרבות של כוכבים, וכי רמות השכר הגבוהות במערכת הפרטית מחלחלות לתוך המערכת הציבורית, בקהילה ובבתי החולים.¹⁸⁷

המערכת הפרטית מרחיבה את אי השוויון בהשתכרות בין רופאים ובין מקצועות הרפואה, ותופעה זו מתרחשת כבר כיום, גם כאשר הרפואה הפרטית מתנהלת מחוץ לבתי החולים הציבוריים. אולם רוב חברי הוועדה שותפים לחשש הכבד כי שילוב מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים, אשר ירחיב את השימושים בביטוחי הבריאות הפרטיים ויגדיל את שיעור המימון הפרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות, יגרום ללחצים מוגברים לעליות שכר במערכת הבריאות הציבורית בעבור כלל הרופאים והצוות הרפואי. כל הסכם קיבוצי שיתלווה להפעלת שר"פ יאלץ כנראה להתחשב בלחצים אלה.

רמזים עבים לכך עלו מהעמדות שהציגו בפני הוועדה ארגוני הרופאים. ההסתדרות הרפואית לישראל (הר"י) הבהירה בעמדתה בנוגע למודל להפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים, כי "כל מנגנון המאפשר בחירת רופא, חייב לתגמל את כלל רופאי בית החולים כך שכולם ירגישו שותפים".¹⁸⁸ איגוד הרופאים המרדימים בישראל קרא לוועדה שלא להסתפק בכיסוי הקיים

¹⁸⁷ מנאמו של מנכ"ל משרד הבריאות, רוני גמזו, בכנס ים המלח ה-13 (TheMarker 18 בדצמבר 2013).

¹⁸⁸ עמדת הר"י בנושא מודל לבחירת רופא בבתי החולים הציבוריים, בתוך ההסתדרות הרפואית לישראל (2013). ד"ר נמרוד רחמימוב, סגן יו"ר הר"י, הציג עמדה זו בפני הוועדה (בתאריך 25 ביולי 2013). כדי לממש הצעה זו, הר"י הציעה להפחית את התשלום למנתחים, ולהעביר את הסכום לשאר הרופאים. אולם כיוון שהשר"פ יעמוד בתחרות עם השכר שהמנתחים יכולים לקבל במערכת הפרטית, לא ברור עד כמה ניתן לממש הצעה זו מבלי להעלות את מחיר הניתוח.

ל"בחירת מנתח" בביטוחים הפרטיים ודרש להכליל בהם גם כיסוי חדש לבחירת רופא מרדים. המרדימים העלו את הבקשה כבר עכשיו, אך הבהירו כי אם יופעל שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים, אין זה סביר כי יהיה אפשר לבחור כירורג בלבד, והוסיפו כי "מובן מאליו שתכנית זו תצטרך לכלול בחירת מרדים ואנו נקפיד על כך"¹⁸⁹. יו"ר ארגון הרופאים של שירותי בריאות כללית (בקהילה) הזהיר את הוועדה מפני הקושי לגייס רופאים למרפאות הקהילה, ומפני התחרות הנובעת מפוטנציאל ההכנסה של הפעילות הפרטית והשר"פ. הוא ביקש כי קופות החולים ירשו לביטוחי השב"ן להפנות מטופלים גם לרופאי הקהילה (ולא רק לרופאי בתי החולים) והסביר: "יש כאן תחושת אפליה ... לרופאי הקהילה יש פחות אפשרויות לעשות מאשר רופאים בסקטורים האחרים. אני חושב שמן ההגינות שלא תהיה אפליה כזאת."¹⁹⁰

המלצות אחרות של הוועדה - המנסות להעצים את המטופל במערכת הפרטית, להסדיר את המחירים הנהוגים בה, לבלום את הגידול בשיעור המימון הפרטי ולרסן את הגידול בהיקף הפעילות במערכת זו - יסייעו ודאי גם הן להרגיע את "סחרור השכר" שהמערכת הפרטית עלולה ליצור. גם תוספת של משאבים למערכת הציבורית, שיפחיתו את זמני ההמתנה, יסייעו לצמצם את הביקוש לרפואה פרטית, וכך להקטין את פער ההשתכרות בינה ובין המערכת הציבורית. הכנסת שר"פ לבתי החולים הציבוריים עלולה לפגוע בצעדים אלה ולהכשיר לחצי שכר בקרב רופאים, אחיות וחברי צוות אחרים. ככל שלחצים אלה יובילו לעליות שכר של ממש, הם עלולים לפגוע באפקטיביות של מערכת הבריאות הציבורית וביכולתה להעניק טיפול ראוי ולשפר ככל הניתן את בריאות האוכלוסייה, במשאבים המוגבלים העומדים לרשותה.

בחירת רופא אפשרית ברפואה הפרטית ואין חובה לאפשר אותה במערכת הציבורית

כמה מתומכי השר"פ טוענים כי יישומו בבתי החולים הציבוריים יאפשר לציבור רחב יותר לממש את "זכותו" לבחירת מנתח. רוב חברי הוועדה אמנם הכירו בחשיבות שמטופלים רבים מקנים לזכות המטופלים בהם, אך הם אינם רואים בבחירת המנתח "זכות", וודאי שאיננה זכות כה בסיסית עד כדי כך שעל המדינה מוטלת חובה להקל את מימושה בתוך המערכת הציבורית, או לוודא נגישות שוויונית אליה. זאת בעיקר משום שבאפשרות לבחירת מנתח אין "צורך" רפואי של ממש, שכן השירות הרפואי עצמו (הניתוח) כבר ניתן כיום במערכת הרפואה הציבורית, ומאפשר לממש את הזכות לבריאות. העדים שהופיעו בפני הוועדה הסבירו שוב ושוב כי את הניתוחים בבתי החולים הציבוריים מבצעים אך ורק רופאים שהוכשרו לערוך את הניתוח והם מתאימים לבצעו. גם המחקר שנערך על הניתוחים בבתי החולים בירושלים הראה כי אכן כך הדבר, וכי גם במסלול הציבורי, רופאים בכירים הם שמפקחים על ניתוחים מסובכים¹⁹¹. יתר על כן, כמה מהעדים שהופיעו בפנינו הזהירו כי הרצון לבחור תמיד במנתח הבכיר ביותר אינו מוצדק רפואית, ובניתוחים פשוטים, לעתים הרופאים המתמחים דווקא הם בעלי הניסיון הרב והעדכני ביותר¹⁹².

¹⁸⁹ עמדת איגוד הרופאים המרדימים בישראל, בתוך ההסתדרות הרפואית לישראל (2013), עמ' 55. יו"ר האיגוד, פרופ' בנימין דרגר הציג עמדה זו בפני הוועדה (בתאריך 25 ביולי 2013).

¹⁹⁰ עדותו של ד"ר משה קוסטינר, יו"ר ארגון רופאי שירותי בריאות כללית וסגן יו"ר הר"י (מתאריך 25 ביולי 2013).

¹⁹¹ רוזן, עופר וגרינשטיין (2004).

¹⁹² ראו למשל עדותו של פרופ' מוטי רביד, המנהל הרפואי של בית החולים מעייני הישועה, מתאריך 29 באוגוסט 2013. רביד סיפר כך: "מגיע חולה עם אפנדיציט והמשפחה רצה למומחה. בא המומחה אלי ואומר לי "אתה יודע מתי עשיתי אפנדיציט לאחרונה? לפני 20 שנה, תעזבו אותי!"

הפסיקה בישראל הכירה אף היא בכך שבחירת רופא איננה זכות הנגזרת מהזכות לבריאות ואיננה נמצאת בגרעין זכויות היסוד שניתן לגזור מהזכות לכבוד. בג"ץ דחה גם את הטענה כי בחירת רופא מנתח היא כלי לביטוי האוטונומיה האישית המוגנת בחוק היסוד¹⁹³, וקבע כי "הגנה על אוטונומיה אישית אין משמעה מתן הזדמנות לבטא כל רצון שקיים לו לאזרח, רק משום שמצוי בידו הממון לשלם בעבור מימוש רצון זה. אוטונומיה אישית אינה אמורה לבוא על חשבון צורכי כלל הציבור, במיוחד כך אם בדרך למימוש אוטונומיה זו, גורם בעל הקניין להפרת השוויון בין יחיד הציבור, עליו מחויב המנהל לשמור". יתר על כן, גם הפסיקה העלתה את התהייה: אילו האפשרות לבחירת המנתח אכן הייתה זכות שיש חובה לאפשר את מימושה, כפי שטוענים כמה מתומכי השר"פ¹⁹⁴, מדוע מימוש זכות זו מותנה בתשלום? האם "זכות" זו מוגבלת רק לבעלי הכנסה מתאימה, היכולים, ראשית, לרכוש את הביטוח המתאים, ושנית, לעמוד בתשלום ההשתתפות העצמית הכרוכה במימושו?

חברי הוועדה אינם אדישים לרצון הציבור לקבל אפשרויות בחירה במהלך הטיפול הרפואי. אולם יש להדגיש כי בחירת הרופא המנתח היא רק ממד אחד שבו בחירה זו יכולה לבוא לידי ביטוי, ובפועל ניתן לפרוס את אפשרויות הבחירה על פני ספקטרום רחב¹⁹⁵. בחינה כזו מראה כי משתמשי מערכת הבריאות הציבורית נהנים כבר כיום מאפשרויות רבות להשפיע על מקום הטיפול ועל זהות המטפלים: עומדת לרשותם האפשרות לבחור את קופת החולים שבה הם יהיו מבוטחים; בתוך הקופה ניתן לבחור את רופא המשפחה ואת הרופאים היועצים; הקופות נותנות אפשרויות בחירה בין בתי החולים, והמלצות ועדה זו ירחיבו את מספר האפשרויות האלה; יתר על כן, במהלך עבודת הוועדה שמעו חבריה על כמה יוזמות מבורכות, המאפשרות בחירה של רופא מטפל בתוך בתי החולים הציבוריים, בלי תשלום נוסף של המטופל או קופת החולים¹⁹⁶. על כן הפער באפשרויות הבחירה בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית אינו כה גדול, והמלצות ועדה זו (בדבר הסדרי הבחירה בין בתי החולים) יאפשרו לצמצם אותו עוד יותר.

כמה מן העדים טענו כי בתי החולים הציבוריים צריכים לשנות את דרך התנהלותם ולאפשר בחירה חופשית (בחינם) בין רופאים, בדומה לקופות החולים¹⁹⁷. הוועדה עצמה דנה בהצעה לחייב את בתי החולים הציבוריים לאפשר בחירה של "מנהל הניתוח" בניתוחים שנקבע כי הם ניתוחים מורכבים (בהם ממילא נוכח מומחה) - כלומר, לאפשר בחירה של הרופא הבכיר המפקח על הניתוח, אך לאו דווקא מבצע אותו בידיו שלו¹⁹⁸. אולם רוב חברי הוועדה סברו כי הקִתְבָּה של אפשרויות בחירה רחבות בחינם בכל בתי החולים, עלולה לשאת בחובה עלויות נוספות לקופת המדינה (למשל, עקב דרישות שכר מצד הרופאים שייבחרו, או בגלל קשיים במיצוי משאבי כוח

¹⁹³ בג"ץ 4253/02 קריתי נ' אליקים רובינשטיין - היועץ המשפטי לממשלה.

¹⁹⁴ למשל, ההסתדרות הרפואית קבעה בעמדתה לוועדה כי "העיקרון שלכל מטופל יש זכות לבחירת רופא הינו עיקרון מקודש" (ובד בבד הבהירה כי את מימושו "ניתן להבטיח רק יחד עם תגמול נוסף לרופא שיבחר"). ראו: "עמדת הר"י בנושאי הוועדה – מבט על", בתוך ההסתדרות הרפואית בישראל (2013).

¹⁹⁵ ניב-יגודה (2014).

¹⁹⁶ העדויות ששמענו לימדו על יוזמות כאלה בבית החולים איכילוב (ראו עדותו של פרופ' גבי ברבש, מנהל בית החולים, מתאריך 29 באוגוסט 2013, ועדותו של פרופ' שמואל בנאי, מנהל היחידה לקרדיולוגיה התערבותית, מתאריך 17 בספטמבר 2013), וכן בבית החולים רמב"ם (עדותו של פרופ' גיל זיו, מנהל מחלקת א"ג, ניתוחי ראש וצוואר בבית החולים, במהלך ביקור הוועדה בתאריך 2 בינואר 2014).

¹⁹⁷ ראו עדותו של ניסים אלון, מנכ"ל קופת החולים לאומית, מתאריך 11 ביולי 2013.

¹⁹⁸ גרמים רפואיים קבעו כי בכירתו של מנהל הניתוח היא שמשפיעה על תוצאותיו, ולא זהות המנתח "המחזיק את הסכין". ראו רוזן, עופר וגרינשטיין (2004).

האדם). לכן, בהינתן מגבלת המשאבים של המערכת, הרחבת אפשרויות הבחירה בין רופאים בבתי החולים איננה נמצאת בראש סדר העדיפויות.

הרחבת השר"פ עלולה לפגוע בלימוד המתמחים – דור העתיד של הרופאים

הרפואה היא מקצוע שולייתי, אשר נלמד לא רק מצפייה ברופאים אחרים, אלא גם מביצוע הפעולות עצמן, בהדרכת רופאים בכירים יותר. כמה מהעדויות ששמענו הזהירו כי הנהגת שר"פ בבתי החולים הציבוריים תפגע ביכולת להכשיר מתמחים¹⁹⁹. כיוון שהמטופלים ישלמו עבור בחירת הרופא המנתח, ובאופן טבעי ידרשו כי הרופא הנבחר הוא שינתח אותם, ברור כי יקשה על המתמחים לצבור ניסיון מעשי מספיק.

מודל שר"פ חלופי

מיעוט מחברי הוועדה הציעו להפעיל שר"פ בבתי החולים הציבוריים במסגרת 'מודל משולב' אשר לטענתם יאפשר להתגבר על חסרונות השר"פ ולהשיא את יתרונותיו גם למען המערכת הציבורית. לדעת מרבית חברי הוועדה, מודל זה אינו פותר את הבעיות והסכנות שיוצר השר"פ. חסרונות השר"פ תוארו לעיל ומרביתם רלוונטים גם אם ייושם מודל השר"פ המשולב. יישום מודל זה יביא להגדלת הפרמיות בתוכניות השב"ן והביטוחים המסחריים, לעליית יוקר המחיה וההוצאה הפרטית. מודל השר"פ המשולב לא יפתור את בעיית התמריצים של הרופאים מכיוון שלפי מודל זה, למרות התשלום הגלובלי, ניתן יהיה לתת בונוסים לרופאים שיגדילו את הכנסות בתי החולים באמצעות הרפואה הפרטית. בונוסים אלו יעודדו את הרופאים להגדיל את הפעילות הפרטית שהם מבצעים בבית החולים ויעצימו את כשל השוק 'היצע יוצר ביקוש' המוכר מתחום כלכלת הבריאות.

ההנחה העומדת בבסיס מודל השר"פ המשולב כי לא יהיה קשר כלכלי בין החולה לרופא נראית לרוב חברי הוועדה כהנחה תמימה שאינה עומדת בקנה אחד עם המציאות המוכרת במערכת הבריאות בישראל. ב'מודל המשולב' מניחים שהרופא לא יידע אילו חולים שילמו באופן פרטי עבור הטיפול ואילו חולים מקבלים אותו במסגרת הציבורית. אולם קשה להניח שהחולה או בני משפחתו ישמרו גם הם על שתיקה ולא יצינו או ירמזו לרופא כי הם שילמו באופן פרטי על מנת שהוא יבצע את הטיפול.

נוסף על כך, מרבית חברי הוועדה אינם מסכימים כי מודל השר"פ המשולב, אשר בבסיסו הגברת הקשר בין היכולת הכלכלית של הפרט לבין הטיפול הרפואי שהוא יקבל, יביא לצמצום פערים בבריאות. כפי שצויין קודם לכן, מרבית חברי הוועדה גורסים שיש לשאוף ככל הניתן לספק את שירותי הבריאות באופן ציבורי ולנתק את הקשר בין התשלום לטיפול. ככל שגובר הקשר בין יכולת כלכלית לטיפול רפואי כך גובר אי השוויון בבריאות.

התומכים במודל השר"פ המשולב מציינים כי יישומו עדיף על פני המשך המצב הנוכחי במערכת הבריאות הפרטית בישראל. אילולא המליצה הוועדה על צעדים משמעותיים בנושא אסדרת המערכת הפרטית, אפשר היה לתת משקל לטיעון זה. אך כאמור, הוועדה ממליצה על מספר

¹⁹⁹ ראו עדותו של פרופ' מוטי רביד, אשר טען כי השר"פ מקשה על מתמחים להשלים את מכסות ההכשרה שלהם.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

צעדים רחבים ומשמעותיים שיביאו להגברת האסדרה והפיקוח, הן על בתי החולים הפרטיים והן על הביטוחים הפרטיים, ויתקנו עיוותים הקיימים היום במערכת הבריאות הפרטית. הטענה כי השר"פ הוא הכלי המרכזי לביצוע אסדרה על המערכת הפרטית, אינו מקובל על רוב חברי הוועדה אשר גורסים כי למרות הקשיים, ראוי וניתן לפקח על מערכת האספקה הפרטית.

מודל השר"פ המשולב אמור, לפי תומכיו, להגדיל את מקורות מערכת הבריאות הציבורית בכמיליארד ש"ח בשנה, אשר יגיעו ממקורות מימון פרטיים. מרבית חברי הוועדה גורסים כי התוספת של 700 מיליון שקלים לבסיס התקציב לצורך קיצור תורים, נוסף על הגדלת המקדם הדמוגרפי לקופות והעברת תקציבים מהסכמי הייצוב לבסיס הסל, יכולים להכניס למערכת הבריאות תקציבים דומים, וזאת ממקורות מימון ציבוריים. לכן, ככל הניתן, יש להעדיף מקורות מימון ציבוריים ולא להגדיל את ההוצאה הפרטית לבריאות שכבר היום הינה מן הגבוהות בעולם.

נראה כי מרבית המטרות המוזכרות במודל השר"פ המשולב (מלבד האפשרות לבחירת רופא בבית החולים) זוכות למענה בהמלצות אחרות של הוועדה. בניגוד להשלכות 'המודל המשולב' המלצות הוועדה אינן מצריכות הגדלה של ההוצאה הפרטית לבריאות, אינן מובילות להפחתת האחריות של המדינה על בריאות האוכלוסייה, אינן מחריפות את יוקר המחיייה, אינן מגבירות את אי-השוויון ואינן מעצימות את כשלי השוק הקיימים במערכת הבריאות.

כאמור, על רקע כל הטיעונים לעיל ולאחר שרשמו בפניהם את הסיכום בין משרדי האוצר והבריאות על תוספת תקציבים למערכת הבריאות הציבורית, החליטו רוב חברי הוועדה להתנגד להרחבת המימון הפרטי בתוך המערכת הציבורית, ולהמליץ שלא להתיר פעילות במימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים.

המלצה מספר 65 :

הוועדה ממליצה שלא להתיר פעילות במימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים (מלבד הנהוג ומותר כיום).

בהמשך להמלצה הקודמת, המליצו רוב חברי הוועדה כי משרדי האוצר והבריאות יפעלו לשנות את ההסכם שנחתם עם אסותא, ומאפשר לבית החולים החדש שמוקם בימים אלה באשדוד לקיים פעילות של שר"פ בתוך בית החולים, בהיקף של 25% מסך הכנסותיו. חברי הוועדה הכירו בכך כי שינוי כזה של ההסכם ייתכן שידרוש מתן פיצוי אחר, שיאפשר את הקמת בית החולים ואת הפעלתו.

המלצה מספר 66 :

הוועדה ממליצה למשרדי האוצר והבריאות לפעול לשינוי ההסכם בנושא בית החולים באשדוד, כך שיותאם להמלצה בנושא בסעיף 20.

מקורות

אחדות, לאה, ובן-נון, גבי (2011), "בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ", דיון במחלוקת במסגרת יום עיון של התוכנית לכלכלה וחברה, מכון ון ליר בירושלים.

דו"ח מבקר המדינה 59ב'.

מבקר המדינה (2013), "דו"ח שנתי 63ג' לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011".

דו"ח הצוות לבחינת משבר הדסה, אפריל 2014.

ההסתדרות הרפואית לישראל (ספטמבר 2013), "עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל לוועדת שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, לחיזוק הרפואה הציבורית."

הלל, סתית וחקלאי, ציונה (2013), "מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, 31 בדצמבר 2012", משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב.

משרד האוצר (מאי 2014), "ביקורת בנושא הכנסות מתיירות מרפא בבתי החולים: איכילוב, שיבא-תל השומר, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא", אגף החשב הכללי, יחידת הביקורת.

משרד הבריאות (2013), "דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן – של קופות החולים לשנת 2012", אגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים.

ניב-יגודה, עדי (2014 צפוי), "גבולות חופש הבחירה בתוך מערכת הבריאות הציבורית", רפואה ומשפט.

רוזן, ברוך, עופר, גור, וגרינשטיין, מרים (2004), "שר"פ בבתי-חולים בירושלים – סוגיות נבחרות", דוח מחקר, מאירס - גוינט - מכון ברוקדייל.

שירותי בריאות כללית, "הוועדה הציבורית לבחינת מערכת הבריאות בישראל, עמדת הכללית", יולי 2013.

"שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) או שר"מ (שירותי רפואה משלימים) בבתי חולים ממשלתיים", חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה, עו"ד אליקים רובינשטיין.

"A short guide to NHS Foundation Trusts" (2005), Department of Health Publications (http://www.sdhct.nhs.uk/pdf_docs/aboutus/foundationtrust/ashortguidetofoundationtrusts.pdf).

Chandra, Amitabh, Cutler, David and Song, Zirui (2012) "Chapter six: Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care" In *The Handbook of Health Economics, Volume 2*, eds. Pauly, Mark V., McGuire, Thomas G. and Barros, Pedro P.

Dranove, David (2012), "Chapter ten: Health Care Markets, Regulators, and Certifiers" In *The Handbook of Health Economics, Volume 2*, eds. Pauly, Mark V., McGuire, Thomas G. and Barros, Pedro P.

"Doctors using NHS in 'abhorrent' way to push private practice, Whitehall boss admits", *The Telegraph* (1/4/2013).

"Health and Social Care Act 2012 introduces changes to Foundation Trust obligation and to their Terms of Authorisation", A letter by Dr David Bennett, Chair and interim Chief Executive of Monitor, to all foundation trusts chairs and chief executives.

Barros, Pedro P., and Siciliani, Luigi (2012), "Chapter fifteen: Public and private sector interface", In *The Handbook of Health Economics, Volume 2*, eds. Pauly, Mark V., McGuire, Thomas G. and Barros, Pedro P.

King, David (2013), "Private patients in public hospitals", Australian Health Service Alliance and Australian Centre for Health Research.

Morgan, D. and R. Astolfi (2014), "Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 68, OECD Publishing
<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en>.

"NHS income from private patients rises sharply", *Financial Times* (26/9/2013)
<http://www.ft.com/cms/s/0/0067138c-2689-11e3-9dc0-00144feab7de.html#axzz38qsrsYW9>

Tuohy, Carolyn Hughes, Flood, Colleen M. and Stabile, Mark (2004), "How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 29, No.3, pp 359-396

פרק ג':

ביטוחי

הבריאות

תוכן העניינים

פתח דבר

א. רקע ונתונים

1. מבוא
2. השוואה בין הסל הממלכתי, שב"ן, לביטוחים מסחריים
3. ההוצאה הלאומית לבריאות – תמהיל, מגמות והשוואה בין-לאומית
4. סל שירותי הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי
5. שירותי בריאות נוספים (שב"ן)
6. ביטוחים מסחריים
7. השוואה בין-לאומית של ביטוחי בריאות פרטיים

ב. הצגת סוגיות מרכזיות

1. משקל הוצאה פרטית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות – תופעה שמזינה את עצמה
2. יצירת תמריצים (רווח כלכלי) להסטה מציבורי לפרטי -
3. השפעות חיצוניות על המערכת הציבורית
4. שב"ן - מאפיינים, השפעות מערכתיות וכשלי שוק
5. ביטוחים מסחריים – מאפיינים, השפעות מערכתיות וכשלי שוק
6. היבטים נוספים

ג. המלצות

פתח דבר

מדדי תפוקה ותשומה מקובלים מצביעים על כך שמערכת הרפואה הציבורית בישראל היא מהטובות והיעילות בעולם. אף על פי כן בוחרים האזרחים, לקוחותיה של המערכת הציבורית היעילה והטובה, לרכוש בכסףם ובהיקפים גדלים והולכים כיסוי ביטוח פרטי מחברות הביטוח, שב"ן מקופות החולים ולעתים את שניהם גם יחד. על פי נתוני ה-OECD, ישראל נמצאת היום במקום השלישי בעולם בתחום זה עם שיעור בעלות של כ-80%.

נתונים שהובאו בפני ועדת המשנה (להלן: הוועדה) מצביעים על כך שזה כמה שנים, בניגוד למדיניות משרד הבריאות, נמצאים חלקים ממערכת הבריאות (בעיקר ניתוחים מסוגים מסוימים וייעוצים) בתהליך הפרטה לא מבוקר. תהליך זה מחליש את המערכת הציבורית, תורם להעלאת יוקר המחיה, פוגע בשוויון ופוגע בנגישות לשירותי בריאות ובזמינותם במערכת הציבורית.

במהלך עבודתה זיהתה הוועדה כמה כשלים מרכזיים בענף:

- א. השפעות חיצוניות שליליות מהותיות של המערכת הפרטית על הציבורית, המתבטאות בעיקר בבחירת סוגי ניתוח קלים ובהותרת ניתוחים מורכבים ויקרים במערכת הציבורית, ביצירת תורים ובהארכתם, ביציאת רופאים בכירים מבתי החולים ומהמרפאות הציבוריות לעיסוק פרטי, בהפעלת לחץ להעלאת שכר במערכת, וביצירת תדמית שלילית למערכת הציבורית.
- ב. מערכת תמריצים כספיים לכלל הגורמים במערכת (פרט לאזרח) להסטת מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית - העובדה שקופות החולים, המקבלות תשלומים מתקציב המדינה בעבור ניתוחים וייעוצים למבוטחיהן בסל הציבורי, אינן נדרשות להשיב את התקציב במקרה שהניתוחים או הייעוצים לא בוצעו כלל במימון הסל הציבורי אלא במסגרת פרטית (שב"ן או ביטוח) יוצרת תמריץ כספי לקופות להסיט פעילות למערכת הפרטית. מטבע הדברים, שכר הרופאים והצוות הרפואי גבוה יותר במערכת הפרטית, מה שיוצר תמריץ להעדיף אותה על פני המערכת הציבורית. לבסוף, התמורה בעבור הפעולות בבתי החולים הציבוריים לעתים אינה משקפת את מבנה עלויות ביצוען, וכך לבתי החולים אין תמריץ לבצען ובוודאי שלא בהיקפים ניכרים.
- ג. כשלים בתחום הצרכנות והתחרות, המתבטאים בעיקר בריבוי המוצרים ובמורכבותם, בהיעדר מידע אצל הצרכן ובהיעדר יכולת ממשית להשוות בין מוצרים, בקיומו של כפל ביטוח בתמחור פוליסות לכל חיי המבוטח ועוד.

אבקש להתייחס כאן בפירוט רק להיבט אחד, מרכזי וחשוב, של ממצאי הדוח:

הוועדה ייחדה זמן רב לשני סוגי כיסויים מרכזיים המוצעים בשב"ן ובפוליסות הביטוח: כיסוי בחירת הרופא המנתח וכיסוי בחירת הרופא היועץ. שני כיסויים אלה מהווים את עיקר ההוצאות בשב"ן (כ-55%). יודגש כי רובם המכריע של שירותים אלה הם שירותי סל לכל דבר ועניין. כלומר, פרט לבחירת הרופא המטפל, הרוב המכריע של הניתוחים והייעוצים במערכת הפרטית מכוסים על ידי הסל הציבורי של מדינת ישראל. בשני כיסויים אלה זיהתה הוועדה את ההשפעות החיצוניות השליליות המשמעותיות ביותר על המערכת הציבורית.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ראשית, על פי אומדני הוועדה קופות החולים נהנות מתזרים עודף של כ-900 מיליון ש"ח בשנה בגין ניתוחים וייעוצים שתמורתם שולמה להן על ידי המדינה, אך הם נעשו בסופו של יום במערכת הפרטית במימון פרטי מלא. מצב זה יוצר תמריץ כספי ניכר להסתת מטופלים מהסל הציבורי למערכת הפרטית. למעשה, המצב הקיים דומה לחלוקת סך של 900 מיליון ש"ח מכספי המדינה בין קופות החולים, באופן שקופה ששיעור מבטחיה פונה יותר למערכת הפרטית תזכה בנתח גדול יותר מהעוגה. תמריצים דומים נוגעים, כאמור לעיל, לבתי החולים ולצוות הרפואי. הסטה זו מתרחשת בין היתר על ידי היווצרות תורים ארוכים לניתוחים ולייעוצים.

שנית, הוועדה סבורה שכיסוי בחירת המנתח ובחירת היועץ מספקים בעיקר פתרון של קיצור תורים תמורת כסף - כלומר מספקים פתרון לבעיה שנוצרה ונוצרת במידה רבה עקב קיומם שלהם. ככל שבחירת המנתח ו/או היועץ תופעל יותר, תחמיר הבעיה ובעקבותיה יהיה קיצור התור שווה יותר ויירכש יותר ויופעל יותר וחוזר חלילה. למצב זה השפעה שלילית מרחיקת לכת על יוקר המחיה, על השוויון, על הנגישות לשירותי רפואה באוכלוסייה ועל זמינותם.

הפרדת כיסוי בחירת המנתח ובחירת היועץ נדרשת לפיכך ולו מהסיבה שחשוב מאוד לא לכוון כיסויים בעלי השפעה שלילית על המערכת הציבורית, בכיסויים אחרים באופן שמחייב את הצרכן לרכוש את כולם יחדיו או אף לא אחד מהם (bundle). בד בבד עם הפרדה זו יש ליצור מערכת תמריצים כספית, שאינה פועלת לעודד את קופות החולים להסיט את מבטחיהן אל עבר המערכת הפרטית.

דוח הוועדה מפרט עוד את הכשלים שנמצאו ואת הדרכים המוצעות לפתרונם. הדוח מסכם שנה של עבודה מאומצת של כל חברי הוועדה. אבקש להודות לפרופ' לאה אחדות, לפרופ' גבי בן נון, לד"ר טוביה חורב, לד"ר שולי ברמלי-גרינברג, לעו"ד לאה וופנר, לעו"ד עדי ניב-יגודה, לגב' יוליה איתן, למר ערן פוליצר, למר אורי שמרת, למר שלמה פשקוס, לגב' שרונה פלדמן, לגב' רויטל טופר-חבר טוב, לגב' מיטל גראם ולמר ניר בריל, שהשקיעו מאמץ ומחשבה על פני שעות וימים רבים, באיסוף המידע ובעיבודו, בהתחבטות בסוגיות שעל הפרק ובגיבוש פתרון מסודר לאתגרים שהעמיד תחום הביטוחים בפני קובעי המדיניות. תודה מיוחדת שלוחה למר ניר קידר, שתרומו לעבודת הוועדה לא תסולא בפז, לגב' מור יידוב-סגל, שהייתה אמונה על המלאכה המייגעת של רישום הפרוטוקול, ומעל הכול למר דורון קמפלר, שריכוז בתבונה, במסירות ובאנרגיה בלתי נגמרת גם את עבודת הוועדה בנושא הביטוחים. אני תקווה שפירות עבודת הוועדה יעברו במהרה לשלב היישום ויסייעו, בצירוף מכלול המלצות הוועדה, לחיזוק מעמדה של הרפואה הציבורית במדינת ישראל לרווחת הציבור כולו.

בכבוד רב,

ד"ר שלומי פריזט

יו"ר הוועדה לנושא ביטוחי בריאות

א. רקע ונתונים

1. מבוא²⁰⁰

שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים (הנקראים לעתים גם ביטוחי בריאות וולונטריים), מאופיין בכמה מאפיינים ייחודיים: בריאות נתפסת כמוצר ציבורי בעל השפעות חיצוניות, אולם החברה מעוניינת במתן טיפול רפואי לחולים כדי שהללו יבראו, ולא רק כדי שאחרים לא ייפגעו. מעורבות גדולה יחסית של המדינה בשוק נתפסת בדרך כלל כרצויה. מידת "האחריות האישית" שהמערכת מצפה לה מהחולה בעת הצורך תלויה במידה רבה במידה שהיא רואה את תפקיד המדינה במתן הטיפול הרפואי ובמידה שההתייחסות ל"בריאות" היא כאל מוצר חברתי ולא רק ציבורי.

לשילוב של ביטוח פרטי עם הביטוח הממלכתי יש יתרונות וחסרונות אשר נידונים בהרחבה בספרות המקצועית. בין היתרונות המרכזיים: הביטוח הפרטי מאפשר להרחיב את היקף שירותי הבריאות המוצעים במסגרת הסל הציבורי ואת זמינותם, שלא על חשבון התקציב הציבורי; ותורם להגברת התחרות במערכת הבריאות, מה שעשוי לשפר את איכות השירותים ואת יעילות אספקתם. בין החסרונות המרכזיים: ביטוח בריאות פרטי עלול להפחית את השוויון בקבלת שירותים ולעודד פיתוחן של שתי רמות רפואה, האחת לבעלי אמצעים והאחרת למעוטי יכולת; ביטוחים פרטיים עלולים אף להביא לידי שימוש יתר בשירותים (moral hazard), לידי הגדלת העומס על המערכת וכן לידי הגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות. זאת ועוד, בביטוח פרטי עלולים המבטחים להגביל את גישתה של האוכלוסייה לביטוח באמצעות ברירת מבטחים בעלי סיכון נמוך לחלות (cream skimming) (להרחבה: אדר, 1993; גרוס וברמלי, 1996; כהן וברנע, 1991; Evans, 1984; Garfinkel et al., 1987; McCall et al., 1991; Glazer & McGuire, 1995; Fox et al., 1995; Glazer and McGuire, 2009; Short & Vistnes, 1992; Shmueli, 1995).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר שינוי מרחיק לכת בשוק ביטוחי הבריאות, והבטיח סל שירותים רחב שלו זכאים כל תושבי המדינה. לצדו של רובד בסיס זה התפתחו לאורך השנים שני רובדי ביטוח נוספים: שב"ן - שירותי בריאות נוספים ("ביטוח משלים") שמוכרות קופות החולים²⁰¹; ביטוח מסחרי שמוכרות חברות הביטוח²⁰². על פניו, השב"ן והביטוח המסחרי הם שני מוצרים שונים, אך הם פועלים באותו השוק ובעלי אותו התפקיד. התפקיד בשוק גם של השב"ן וגם של הביטוח המסחרי הוא להרחיב, להשלים ולשפר את הניתן בסל הבסיסי²⁰³. אולם בעוד את השב"ן מציעות ומנהלות קופות החולים, הרי את ביטוח הבריאות המסחרי מציעות חברות הביטוח והוא נרכש ישירות מחברות ביטוח מסחריות.

²⁰⁰ מבוסס על ברמלי-גרינברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע-סקירה על ישראל. מתוך כנס ים-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות).

²⁰¹ יש לציין כי חלק מקופות החולים נעזרות בחברות ביטוח, על מנת לנהל את תוכניות השב"ן.
²⁰² ביטוח בריאות הוא שם כולל לביטוח המכסה הוצאות רפואיות - כגון: ניתוחים, השתלות, תרופות, הוצאות אשפוז סיעודי, נסיעות לחו"ל ועוד.

²⁰³ שירות מרחיב-הטבה נוספת בשירות המכוסה כבר בסל הבריאות הבסיסי, למשל יותר טיפולי הפריה, או כיסוי רחב יותר לניתוחים בחול; שירות משלים – שירות שאינו מכוסה בסל הבסיסי, למשל טיפולי שיניים למבוגרים; שירות משפר – שירות שמכוסה בסל הבסיסי אך ניתן בתנאים משופרים לביטוח, למשל בחירת מנתח פרטי.

2. השוואה בין הסל הממלכתי, שב"ן, לביטוחים מסחריים

לוח 1 מציג את ההבדלים המהותיים שבין השב"ן לביטוח המסחרי. הסל הבסיסי נקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ומתעדכן מדי שנה. הסל הבסיסי מסופק ברובו ע"י קופות החולים (השירותים הנמצאים בתוספת השנייה לחוק) ובחלקו ע"י משרד הבריאות (השירותים הנמצאים בתוספת השלישית לחוק). השב"ן נתפס על ידי חלקים מהציבור כחלק מהמערכת הציבורית, שכן הוא משווק ומסופק על ידי קופות החולים האחראיות גם על אספקת שירותי הסל הבסיסי והגוף המפקח עליו הוא משרד הבריאות. לעומת זאת, הביטוח המסחרי איננו ביטוח חברתי ולא חלות עליו הגבלות החלות על הביטוח המשלים (כגון איסור החרגות וחיתום רפואי). הביטוח המסחרי נתפס כמוצר פרטי והגוף המפקח עליו הוא משרד האוצר, באמצעות אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון.

לוח 1: הסל הבסיסי, השב"ן וביטוח בריאות מסחרי, השוואה בין מאפיינים²⁰⁴

הספק	הסל הבסיסי	שב"ן	ביטוח מסחרי
	קופות החולים (מלכ"רים)	קופות החולים (מלכ"רים)	חברות למטרות רווח
הכיסוי הביטוחי	שירותים בפועל	שירותים בפועל	שיפוי או פיצוי
	כולל שירותים בתחום הסיעוד ²⁰⁵	אינו כולל ביטוח סיעודי	כולל ביטוח סיעודי ²⁰⁶
	פוליסות אחידות לכל המבוטחים	פוליסות אחידות לכל המבוטחים - לפי קופה	מגוון רחב של פוליסות ורובדי פוליסות
הגבלות על הספק	חובה לקבל כל תושב	חובה לקבל כל פונה המבוטח בקופה	אין חובה לקבל כל פונה
	אין החרגות לפי מצב בריאות	אין החרגות לפי מצב בריאות	אפשרות להחרגה ולחיתום רפואי
	אין תשלומי פרמיה. המימון באמצעות דמי ביטוח בריאות ביחס להכנסה ומתקציב המדינה	הפרמיה נקבעת לפי גיל בלבד	הפרמיה למבוטח נקבעת לפי הערכת החברה את הסיכון שלו לחלות, ובביטוח קבוצתי - לפי הסיכון הממוצע של הקבוצה
אכשרה/ המתנה	אין תקופת אכשרה	תקופות אכשרה עד 24 חודשים (אין תקופת אכשרה במקרים של מעבר בין קופות כאשר המבוטח החזיק בשב"ן בקופה הנעזבת)	אין הגבלה על משך תקופת האכשרה
	אין תקופת המתנה	תקופות המתנה עד 24 חודשים (במקרים של מעבר בין קופות קיים רצף של תקופות המתנה)	יש תקופות המתנה*
הגוף המפקח	משרד הבריאות	משרד הבריאות	המפקח על הביטוח במשרד האוצר
סוג ההסכם	חקיקה ראשית	תקנון	פוליסה (חוזה)

²⁰⁴ מבוסס על ברמלי-גריןברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע- סקירה על ישראל. מתוך כנס ים-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות).

²⁰⁵ מלבד סיעודי מורכב הניתן ע"י קופות החולים במסגרת התוספת השנייה בהשתתפות עצמית של כ-100 ₪ ליום. בנוסף, במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתן כיסוי לאשפוז סיעודי ע"י משרד הבריאות, כאשר ההשתתפות העצמית נקבעת ע"י מבחני הכנסה. טיפול סיעודי בקהילה ניתן במסגרת חוק הביטוח הלאומי, בהיקפים מוגבלים ובהתאם למבחני הכנסה.

²⁰⁶ הביטוחים הסיעודיים אינם חלק אינטגרלי מביטוחי הבריאות הפרטיים, אלא משווקים כמוצר נוסף אשר עומד בפני עצמו.

3. ההוצאה הלאומית לבריאות – תמהיל, מגמות והשוואה בין-לאומית

ההוצאה הלאומית לבריאות עמדה בשנת 2013 על כ-79 מיליארד ₪. ההוצאה הלאומית לבריאות כוללת את כלל ההוצאה לבריאות בישראל, הן את ההוצאה הציבורית (דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח לאומי ותקציבי הממשלה) והן את ההוצאה הפרטית (תשלום ישיר בעבור רכש שירותים, השתתפויות עצמיות של הציבור, הוצאות על רכישת שב"ן וביטוח מסחרי, מימון באמצעות חברות הביטוח וכו').

בשנים האחרונות אנו עדים לגידול מתמיד בהוצאה הלאומית לבריאות, במונחים של הוצאה לנפש במחירים קבועים. בשנת 2002 עמדה ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש במחירי 2010 על 7,437 ₪, ואילו בשנת 2013 היא עמדה על סך 8,732 ₪²⁰⁷. עם זאת חשוב לציין כי עיקר הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות באותן השנים היה בהוצאה הפרטית. ההוצאה הפרטית לנפש עלתה ב-907 ₪, ואילו ההוצאה הציבורית לנפש עלתה ב-417 ₪^{208,209}.

בחינה של שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל ביחס לתמ"ג (תוצר מקומי גולמי) מראה כי בשנים האחרונות לא חל שינוי בחלק ההוצאה של הבריאות מתוך התוצר הכולל והוא עומד על כ-7.6%. יש לציין כי בהשוואה בין לאומית שיעור ההוצאה בישראל כאחוז מהתוצר הוא נמוך יחסית ועומד בניגוד למגמה במדינות ה-OECD של עלייה בשיעור ההוצאה לבריאות כאחוז מהתוצר. עם זאת יש לציין כי מדינות ה-OECD כוללות תמהיל אוכלוסייה מבוגר יותר מאשר בישראל וכי מגמת ההזדקנות של האוכלוסייה במדינות אלה תתחיל להשפיע על ישראל רק בשנים הבאות.

בחינה של מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות מראה כי 39.7% מההוצאה הלאומית לבריאות ממומנת באמצעות מימון פרטי. שיעור זה הוא בין הגבוהים במדינות ה-OECD וגבוה מהשיעור שהיה לפני כעשור. עם זאת, בחמש השנים האחרונות נבלמה מגמת העלייה בשיעור המימון הפרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המפרסמת את נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות, לא מפרידה באופן ישיר את ההוצאה על ביטוחי בריאות מן ההוצאה הלאומית לבריאות. בנוסף יש בעיה בהגדרות, מכיוון שמקצת ההוצאות על נושא הסיעוד נכללות בהוצאה הלאומית לבריאות, ומקצתן לא נכללות בה. כיום, חלק מההוצאה על ביטוחי בריאות כשיעור מההוצאה הלאומית על בריאות עומד על כ-9% מסך ההוצאה (שב"ן, ביטוחי הוצאות רפואיות ושיניים), המשקפים הוצאה של כ-7 מיליארד ₪. סך ההוצאה על ביטוחי בריאות גבוהה יותר וכוללת גם ביטוחים נוספים: ביטוחי הסיעוד ומחלות קשות. יחד איתם ההוצאה בשנת 2013 הגיעה לכ-11 מיליארד ₪²¹⁰.

²⁰⁷ מקור: אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014).

²⁰⁸ שם.

²⁰⁹ ההפרש הוא 29 ₪ לנפש, ירידה בהוצאה הלאומית לנפש שמקורה בתרומות מחו"ל.

4. סל שירותי הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי²¹⁰

בראשית שנת 1995 הונהגה במדינת ישראל רפורמה במערכת הבריאות ונחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מאותו מועד ואילך, כל תושבי ישראל מבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי. המטרות העיקריות של החוק היו לספק כיסוי אוניברסלי לכל תושבי המדינה; להגדיר סל שירותים בסיסי שלו יהיה זכאי כל תושב; להגביר בקרב המבוטחים את חופש הבחירה בין קופות החולים; לנתק את הקשר בין ההכנסה של המבוטח לזכותו לשירותי בריאות; להקצות את המקורות לקופות החולים לפי נוסחה המביאה בחשבון את תמהיל המבוטחים בכל אחת מהן; להגביר את היעילות במערכת הבריאות ולשחרר את משרד הבריאות מתפקידיו כספק שירותים רפואיים, דבר שיאפשר לו להתרכז במשימותיו כרגולטור, וכגוף אשר מתכנן את מדיניות הבריאות ומפקח על יישומה. העקרונות החברתיים שעמדו בבסיס החוק היו צדק, שוויון ועזרה הדדית, כפי שצוין בסעיף הראשון לחוק.

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מימון מערכת הבריאות היה אמור להתבסס על מיסוי יחסית פרוגרסיבי, ייעודי – דמי ביטוח הבריאות (מס בריאות) וכן תשלומי המס המקביל, המשולם על ידי מעסיקים. תשלומים אלה שגובה המוסד לביטוח לאומי היו אמורים להיות מקור המימון העיקרי של מערכת הבריאות. מקורות מימון נוספים שנקבעו בחוק היו תקציבים שהועברו למשרד הבריאות למימון שירותים שסיפק המשרד ישירות למבוטחים (כגון בריאות הנפש, אשפוז סיעודי ושירותי מניעה לנשים הרות ויילודים) וכן השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות ובתרופות והשלמות מתקציב המדינה כנדרש עד גובה עלות הסל. החוק הגדיר את סל השירותים שכל מבוטח זכאי לקבל. אספקת השירות הוטלה על ארבע קופות החולים, למעט שירותי בריאות מסוימים שחובת אספקתם הושארה זמנית בידי משרד הבריאות, תוך הצהרת כוונות של המחוקק בדבר העברת שירותים אלה בעתיד לאחריות קופות החולים. עלות סל השירותים נקבעה והמדינה התחייבה להשלמת התקציב הנדרש לכיסוי מלוא עלותו. לקופות החולים הותר גם לספק שירותי בריאות נוספים, מעבר לסל השירותים הבסיסי שהוגדר בחוק, באמצעות תוכנית לביטוח משלים.

בחוברת שהפיק משרד הבריאות לאחר ובסמוך לאישורו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי פורטו עיקרי החוק. שר הבריאות דאז, דר' אפרים סנה, הצהיר כי "החוק מבטיח בין השאר את חובת המדינה לספק שירותים רפואיים, הכוללים את כל הדרוש לבריאותו של האזרח". הוא הצהיר עוד כי "חוק זה הוא נדבך נוסף במערכת השירותים שהמדינה נטלה על עצמה חובה לספקם לתושביה".

עם החלת החוק, נקבעה לקופות החולים תקופת הסתגלות ראשונית לסל השירותים האחד והמחייב ("תקופת הביניים")²¹¹. מאחר שבמהלך תקופה זו היו הקופות רשאיות לספק את סל השירותים שהיה נהוג אצלן במועד הקובע (1 בינואר 1994), בתנאים ובכללים שהיו נהוגים אצלן באותו המועד, לא יושם בשנים הראשונות לחוק העיקרון של סל שירותים אחד. תקופת ההתארגנות לסל האחד הוארכה באמצעות תיקוני חקיקה עד לארבע שנים מיום החלת החוק. ראויה לציון העובדה שבסיומה של התקופה היו הקופות ערוכות לספק את סל השירותים הנקוב

²¹⁰ הפרק מבוסס על: חורב וקידר. אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי – השתקפותה של הרפורמה מחמש עשרה שנות חקיקה. משרד הבריאות (2010).
²¹¹ סעיף 70 לחוק

בחוק. עקרון הסל האחיד והמחייב נועד בין השאר להגדיר באופן ברור את שירותי הבריאות שלהם זכאי מבוטח ומאידך למנוע מצב שקופה תתמקד בעיקר בסל שירותים שיהיה אטרקטיבי רק לפלח מסוים מבין המבוטחים, דבר שעלול להוביל בעקיפין לברירת מבוטחים. עם זאת, מדיניות ראשונית זו שחייבה סל שירותים אחיד וכללי גבייה אחידים של תשלומי השתתפות עצמית ממבוטחים, לא החזיקה מעמד זמן רב, מאחר שבשנת 1998 (עם סיומה של תקופת הביניים) נעשה עדכון לחוק, והוא אפשר לכל אחת מקופות החולים להוסיף שירותים לסל שהוגדר בחוק, וכן לשנות את גובה תשלומי ההשתתפות העצמית בגין שירותים הכלולים בו (בכפוף לקבלת האישורים המתאימים). מצד אחד הופר בכך העיקרון של סל שירותים אחיד, אולם מצד אחר נפתחה האפשרות לתחרות בין הקופות על סל השירותים ועל התשלומים בגינו. הסל הקבוע בחוק (שמפורט בתוספת השנייה לחוק) משמש מאז כ"סל בסיס" שבו מחויבת כל אחת מהקופות. פוטנציאל תחרות זה כמעט שאינו מורגש בפועל - ההבדלים בין סלי השירותים הבסיסיים של קופות החולים אינם גדולים והמידע עליהם אינו זמין.

תחום אחד בלבד הוסר במהלך התקופה הנידונה מסל השירותים הבסיסי - כשנתיים לאחר החלת החוק הוסר תחום אשפוז יולדות ויילודים מהגדרת סל השירותים שבאחריות הקופות והוחזר לאחריות המוסד לביטוח לאומי (למתכונת שהייתה מקובלת טרם ביצוע הרפורמה).

על מנת שסל השירותים שהוגדר בחוק לא יקפא על שמריו, הוקם מנגנון שיאפשר הרחבת הסל ותוספת של טכנולוגיות חדשות. זאת אף שבחוק עצמו לא עוגנה חובת עדכון, או החובה להקצות מימון למטרה זו. ההחלטה אם וכמה להקצות למטרה זו נתונה למשא ומתן בין משרדי הבריאות והאוצר, במסגרת דיוני התקציב. כל הקצאה שכזו מתווספת לבסיס עלות הסל. מאחר שהקצאה שכזו אכן החלה להינתן מאז שנת 1998, הוקמה כשלוש שנים לאחר כניסת החוק לתוקף, ועדה ציבורית, מייעצת לשר הבריאות ולממשלה²¹², והיא מתכנסת בכל שנה ומבצעת תעדוף של הטכנולוגיות והשירותים שמועמדים להתווסף לסל השירותים. הוועדה מבצעת את התעדוף על בסיס התקציב להרחבת הסל שאושר לאותה שנה (או כמה שנים, לפי העניין). ניסיונות של משרד הבריאות לשכנע את משרד האוצר בדבר הצורך בהקצאה שנתית קבועה המבוססת על שיעור מוסכם מראש מכספי הסל, לא עלו יפה עד כה. סכום קבוע המובטח מראש מאפשר תכנון רב שנתי.

החוק הטיל על שרי הבריאות והאוצר (באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת) לקבוע, עם יישומו של החוק, את עלות סל שירותי הבריאות. כלומר את התקציב שתעמיד המדינה מדי שנה בשנה לרשות מערכת הבריאות, לשם מימון השירותים והתרופות הכלולים בחוק. כן נקבע כי בכל שנה יהיה עדכון של עלות הסל לפי מדד ייעודי - מדד יוקר הבריאות, שאמור לשקף את שיעור התייקרות התשומות במערכת הבריאות (מרכיבי המדד פורטו בתוספת החמישית לחוק). נקבע כי שר הבריאות ושר האוצר רשאים באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת לשנות בצו את הרכב מדד יוקר הבריאות, או לעדכן את עלות הסל לקופות בשל שינויים דמוגרפיים שחלו באוכלוסייה²¹³. לכאורה, מדובר בצעד שמבטיח בחוק את המקור התקציבי ליישומו של החוק. עד כה שונתה התוספת החמישית לחוק פעם אחת בלבד, באמצעות צו שפורסם בשנת 2006,

²¹² הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות.

²¹³ "רשאים" - הנושא לא עוגן בחוק כחובה.

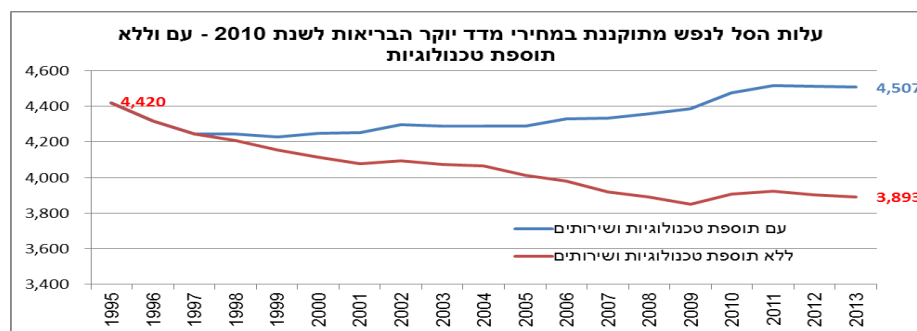
הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ובמסגרתו בוטל המרכיב של מדד המחירים הסיטונאיים לתרופות (שהיווה 17% מהמדד הכולל), והוגדל בהתאם המשקל של מדד המחירים לצרכן. שינוי זה היה משמעותי. בשנת 2013 הסכימו משרדי הבריאות והאוצר על שינוי מדד יוקר הבריאות באופן שיביא לידי הלימה טובה יותר בין המדד לגידול במחירים בפועל. כאמור, אישור השינויים במדד יוקר הבריאות תלוי באישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת. עד למועד סיום עבודת הוועדה לא אישרה וועדת העבודה, רווחה ובריאות את השינוי והוא טרם נכנס לתוקף.

אשר לסעיף בחוק המאפשר עדכון שנתי של התקציב לקופות בגין שינויים דמוגרפיים, עדכון זה מבוצע בשיעור נמוך יותר מקצב גידול האוכלוסייה והזדקנותה²¹⁴. לגרסת משרד האוצר, העדכון מועבר בהתאם לעלות השולית של כל נפש נוספת ולא בהתאם לעלות הממוצעת, ולכן אין מקום לבצע עדכון המשקף את מלוא השיעור של הגידול הדמוגרפי. טענה זו הייתה יכולה להיות הגיונית לו ההקצאה של העלות השולית הייתה מוגבלת ל"שוליים", היינו לשיעור שולי של מבוטחים. ואכן, בשנים הראשונות ליישום החוק היווה שיעור הגידול במספר המבוטחים תוספת שולית בהשוואה למסה העיקרית של המבוטחים שבגינה בוצע התחשיב של עלות הסל. אולם כיום הגידול המצטבר מאז 1995 בשיעור הנפשות המתוקננות בהשוואה למספרן במועד שבו נקבעה עלות הסל המקורית מגיע ליותר מ-57%. כיום אין מדובר בשוליים כלל וכלל. הסבר נוסף לחוסר ההתאמה בפיצוי הדמוגרפיה היום הוא שמערכת הבריאות, כמערכות אחרות, צריכה להתייעל משנה לשנה.

תרשים מס' 1 מציג את עלות סל השירותים לקופות החולים במונחים קבועים. מהתרשים ניתן לראות כי אם מביאים בחשבון את הסל הדינאמי, הצומח עקב כניסת טכנולוגיות חדשות לסל, העלות לנפש במחירים קבועים עולה בקצב מתון מאז שנת 1998 (אז החלו בהקצאה לטכנולוגיות). מצב סביר בהתחשב בעובדה שמדובר בסל שירותים שגדל והולך בעקביות במשך השנים. אולם אם ניקח את סל השירותים העיקרי כפי שאושר במקור (ב-1995) ונבדוק את ההקצאה לנפש לקופות בגין סל זה (ללא התוספות שהתווספו לו במשך השנים עקב טכנולוגיות חדשות), נראה כי התקציב העומד לרשותן לאספקת סל זה נשחק מאוד במהלך השנים.

תרשים מס' 1 – עלות הסל לנפש מתוקננת במחירי מדד יוקר הבריאות לשנת 2010 – עם וללא תוספת טכנולוגית



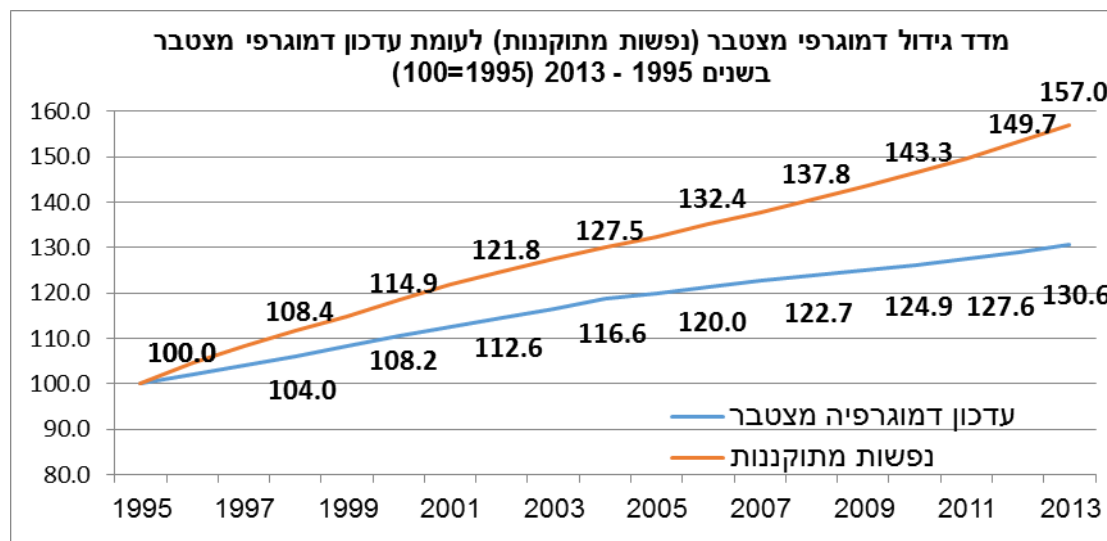
מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

²¹⁴ ראוי להבהיר כי עמדת משרד האוצר היא שהעדכון המתבצע בתקציב מפצה על התוספת השולית בעלות השירות ואין מקום לעדכן את התקציב בשיעור זהה לגידול השנתי באוכלוסייה.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

תרשימים 2-3 מציגים את הפיצוי המצטבר שקיבלו קופות החולים בשנים 1995 עד 2013 בגין הגידול הדמוגרפי והשינויים במחירים. בתרשים מס' 2 ניתן לראות כי בעוד מספר הנפשות המתוקננות בשנים 1995-2013 עלה ב-57%, הפיצוי שקיבלו הקופות בגין גידול זה עמד על 31% בלבד.

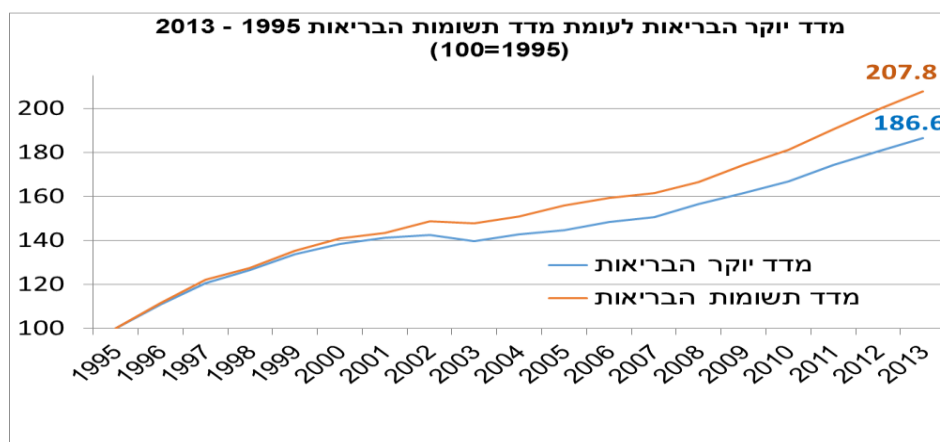
תרשים מס' 2- מדד גידול דמוגרפי מצטבר (נפשות מתוקננות) לעומת עדכון דמוגרפי מצטבר בשנים 1995-2013 (100=1995)



מקור: אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014).

תרשים מס' 3 מציג את השינוי המצטבר במדד יוקר הבריאות בשנים 1995-2013 לעומת השינוי במחירי התשומות של קופות החולים. מחירי התשומות של קופות החולים חושבו לפי המרכיבים האלה: השינוי במחיר של יום אשפוז (משקל 42%), מדד השכר במגזר הבריאות (28%) ומדד המחירים לצרכן (30%). מן התרשים ניתן לראות כי בזמן שמחירי התשומות של קופות החולים עלו ב-107% בין השנים 1995-2013, עמד הגידול המצטבר במדד יוקר הבריאות על 87% בלבד.

תרשים מס' 3 – מדד יוקר הבריאות לעומת מדד תשומות הבריאות 1995-2013 (100=1995)



מקור: אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014).

כאשר בוחנים את תוצאות הפעילות הכלכלית של קופות החולים, ניתן לראות כי את שנת 2013 הן סיימו בגירעון שוטף של 405 מיליון ₪²¹⁵ גירעון העומד על כ-1% מסך כל ההוצאות שלהן. יש לציין כי הגירעון כולל גם גירעון בתי החולים של שירותי בריאות כללית.

בשנת 2012 בחן מכון ברוקדייל את סוגיית זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה²¹⁶. מתוצאות המחקר עלה כי 48% מהביקורים התבצעו בתוך שבועיים ממועד קביעת התור. 24% מהביקורים התבצעו בין שבועיים לחודש מקביעת התור, 16% בין חודש לחודשיים מקביעת התור ו-12% למעלה מחודשיים ממועד קביעת התור. משך ההמתנה הממוצע עמד על 3.2 שבועות.

החלק הגדול ביותר בהוצאות קופות החולים במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא על שירותי אשפוז. בשנת 2013 היו הוצאות קופות החולים על שירותי אשפוז 19.8 מיליארד ₪, שהם כ-41% מסך ההוצאות שלהן²¹⁷. בחינה של שיעורי הגידול במחיר של יום אשפוז בבתי החולים לעומת מדד יוקר הבריאות מראה כי מחיר יום אשפוז גדל בקצב מהיר יותר ממדד יוקר הבריאות (בין השנים 1995-2013 -עלה מדד יוקר הבריאות בכ-87% ואילו מדד מחיר יום אשפוז עלה ב-128%)²¹⁸. בשנת 2013 הסכימו משרדי הבריאות והאוצר על שינוי אופן העדכון של מחיר יום אשפוז ויוקר הבריאות כך שתגבר ההלימה בין שני המדדים (המדד תוקן בפועל משנת 2012). יש לציין כי למרות הפער הניכר בשינוי במחירים בין שני המדדים, חלק ההוצאה היחסי של קופות החולים על אשפוז לא השתנה שינוי ממשי במהלך השנים²¹⁹.

בתי החולים הכלליים במדינת ישראל נמצאים בעיקר בבעלות הממשלה ושירותי בריאות כללית, וחלק בבעלות מוסדות פרטיים. בשנת 2012 עמד אומדן הגירעון של בתי החולים הכלליים על כ-2 מיליארד ₪.

5. שירותי בריאות נוספים (שב"ן)

א. רקע²²⁰

בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי "קופת חולים רשאית להציע לחבריה תוכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן - תוכנית לשירותים נוספים), בין בעצמה ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה; תוכנית לשירותים נוספים, וכל שינוי בה, טעונים אישור שר הבריאות". בסעיף 21 לחוק הודגש: "קופת החולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו את כל שירותי הבריאות שהוא זכאי להם לפי חוק זה, בין

²¹⁵ ברק וברזילי. דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012. אגף פיקוח ובקרה לעל קופו"ח ושב"ן, משרד הבריאות (2013).

²¹⁶ ברמלי גרינברג, וייצברג וגוברמן. מחקר זמני המתנה לרפואה יועצת ובדיקות אבחון בקהילה. מכון ברוקדייל טרם פורסם.

²¹⁷ ברק וברזילי. דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012. אגף פיקוח ובקרה לעל קופו"ח ושב"ן, משרד הבריאות (2013).

²¹⁸ אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014).

²¹⁹ שיעור ההוצאה בשנת 1999 עמד על 50.2%, בשנת 2005 על 43%, בשנת 2009 על 41% ובשנת 2012 על 42%. מקור: אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014).

²²⁰ מבוסס על ברמלי-גרינברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע-סקירה על ישראל. מתוך כנס ים-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות).

בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה, ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתוכנית לשירותים נוספים".

בחוק ההסדרים 1998 נקבעו תקנות מפורטות לגבי אופן הפעלת תכניות הביטוח המשלים. תקנות אלה קובעות כי קופות החולים ינהלו בעצמן תכניות של ביטוח משלים (שנקראות מעתה "שירותי בריאות נוספים" - שב"ן), ולא דרך חברת ביטוח²²¹.

עם זאת נקבע כי לא יינתן ביטוח סיעודי מתוקף השב"ן, אלא רק מטעם חברות ביטוח מסחריות, שכן להפעלתו נדרשות עתודות אקטואריות. הוראות החוק קבעו עוד כי תוכניות השב"ן יכסו שירותים בפועל שיינתנו באמצעות הקופה או באמצעות ספקים שהיא קשורה עמם, אך לא תהיה בו אפשרות לפיצוי כספי.

תקנות נוספות בחוק נועדו לקדם את השוויון בנגישות השב"ן לכלל האוכלוסייה. כך נקבע כי קופה המציעה תוכנית שב"ן לחבריה אינה רשאית לברור את המצטרפים לפי מצב בריאותם. כמו כן נקבע כי אין להגביל את זכויותיהם של המצטרפים (החרגה בכיסוי), למעט מתוקף תקופות אכשרה²²² סבירות, ואין להפלות בין עמיתים בתוכנית. עוד נקבע כי תשלום הפרמיה לא יותאם לסיכון האישי של המבוטח אלא רק לגילו, ועדיין נשמר הסבסוד ההדדי בין קבוצות הגיל. חשוב לציין כי לפני 1998 ביצעו כל תוכניות הביטוח המשלים חיתום רפואי לפני ההצטרפות, ובכך היו החרגות על מצב רפואי קודם. כמו כן בתקנוני הקופות עד אז נקבע כי הן בעלות שיקול דעת בקבלת מבוטחים לתוכניות הביטוח המשלים, ובפרט - כי הן רשאיות לדחות מבוטחים מפאת גילם או מצבם הרפואי.

כדי להבטיח את יציבותן הפיננסית של התוכניות נקבע בחוק ההסדרים מ-1998 כי תוכניות השב"ן ינוהלו כמשק כספי נפרד מהסל הבסיסי, וכך נאסר על קופות החולים להעביר כספים המיועדים למימון הסל הבסיסי לתוכניות אלו. עוד נקבע כי הגורם המפקח על תוכניות השב"ן לא יהיה המפקח על הביטוח במשרד האוצר כי אם משרד הבריאות, שכן התוכניות לא הוגדרו כפוליסות "ביטוח" אלא כתוכניות "שירותי בריאות נוספים" (להרחבה על חוק ההסדרים 1998 ועל הקווים המנחים שפרסם משרד הבריאות בעקבותיו, ר' ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003).

בשנת 2002 פרסם משרד הבריאות תקנות להסדרת ההתחשבות בין תוכניות השב"ן לסל הבסיסי. נקבע כי תוכניות השב"ן ישלמו לסל הבסיסי על שימוש במתקני הקופה ובצוות הרפואי והניהולי (לדוגמה, בעבור בחירת רופא/מנתח). הסדרת שיטת ההתחשבות כללה גם תיקון רטרואקטיבי בדוחות הכספיים של קופות החולים לגבי "עודפי" תוכניות הביטוח המשלים.

במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח 2007, הוכנס תיקון לסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות, ולפיו התוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לא יכללו כיסוי לתרופות מצילות חיים ולתרופות מאריכות חיים, וכן נאסר על קופות החולים להציע ניתוחים פרטיים, ללא גבייה של השתתפות עצמית. הרציונל מאחורי ההחלטה הראשונה היה כי מקומן של תרופות מצילות

²²¹ לפני 1998, שירותי בריאות כללית וקופת-חולים לאומית הפעילו את תוכניות הביטוח המשלים שלהן באמצעות חברות ביטוח. שתי הקופות האחרות הפעילו את תוכניות הביטוח המשלים שלהן בעצמן.
²²² ר' בלוח 1 להגדרת המושג.

ומאריכות חיים הוא בסל הציבורי הרחב, וכי הכללתן בתוכניות השב"ן יוביל להקטנת הלחץ לעדכון סל שירותי הבריאות ולהגדלת אי השוויון בבריאות. מן הצד השני, הועלו טענות כי ביטול האפשרות של קופות החולים לשווק תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן גרם לגידול בפנייה לרכישת שירותים אלה בביטוחים המסחריים. מטרתו של הצעד השני, גביית השתתפות עצמית בעבור ניתוחים פרטיים, היא להפחית במידת מה את תופעות הלוואי של כשל השוק "סיכון מוסרי"(צריכה עודפת), באמצעות השתתפות עצמית בניתוחים הפרטיים.

במהלך השנים חלו כמה שינויים בתוכניות השב"ן. בשנת 2007 פתחה שירותי בריאות כללית רובד חדש של השב"ן - תוכנית ה"פלטינום". תוכנית זאת מציעה למבוטחים ברובד הנמוך של השב"ן סל רחב ומקיף יותר של שירותים בתמורה לגידול בתשלומי הפרמיה. בשנת 2012 ביטלה מכבי שירותי בריאות את האפשרות להצטרף לרובד הנמוך של תוכנית השב"ן שלה "מגן כסף" והחלה לשווק רק את הרובד העליון "מגן זהב", ואילו בשנת 2013 השיקה מכבי רובד עליון חדש העונה לשם "מכבי שלי". במהלך השנים חלו שינויים נוספים בזכויות של המבוטחים ושירותים נוספים הוכללו בתוכניות השב"ן.

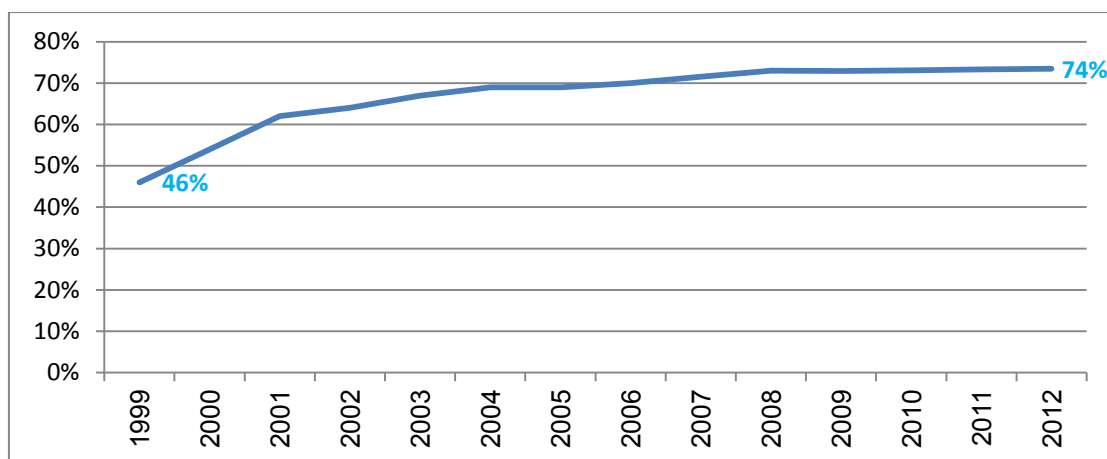
לפי הנחיות משרד הבריאות קופות החולים אינן רשאיות לקבוע בתוכניות השב"ן תקופות אכשרה ארוכות מ-24 חודשים. לאחר תקופת האכשרה זכאי המבוטח לכל השירותים הניתנים בתוכנית בלי כל החרגות או הגבלות. תקופות אלו חלות על חברים ותיקים בקופה שהחליטו להצטרף לתוכנית השב"ן של הקופה. לנוכח ההגבלות שהוטלו על תוכניות הביטוח המשלים, ובעיקר קבלת כל פונה החבר בקופה ואיסור החרגה, נועדו תקופות האכשרה למנוע מצב של הצטרפות לשב"ן רק בעת הצורך, ולהבטיח יציבות, רווחיות ופרמיה סבירה לתוכניות.

ב-2009 שונה חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונקבע כי לגבי מבוטחים חדשים לקופה אשר עברו קופה ורוצים להצטרף לתוכניות השב"ן של הקופה החדשה, לא חלות תקופות אכשרה אם היו חברים בתוכנית השב"ן של הקופה הקודמת מאותו הרובד שאליו הם רוצים להצטרף. שינוי זה נקבע כדי למנוע מצב שבו תקופות האכשרה יהוו גורם מרתיע בהחלטתם של מבוטחים לעבור בין הקופות.

ב. יחס מבוטחים סל ציבורי – יחס מבוטחים בשב"ן

תרשים מס' 4 מציג את שיעור המבוטחים בשב"ן כשיעור מהמבוטחים בסל הבסיסי בין השנים 1999-2012. ניתן לראות כי בשנים הראשונות, לאחר תיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1998, חלה עלייה ניכרת בשיעור המבוטחים בשב"ן מ-46% בשנת 1999 לכ-67% בשנת 2003. בנוסף ניתן לראות כי בשנים האחרונות חלה התייצבות בשיעור המבוטחים בשב"ן על כ-74%. שיעור זה לא השתנה משמעותית מאז שנת 2008.

תרשים מס' 4- שיעור מבוטחים בשב"ן 1999-2012



מספר החברים בתוכניות השב"ן עמד בשנת 2012 על כ-5.8 מיליון תושבים.

ג. שינויים מרכזיים בתכולת השב"ן לאורך השנים

כאמור, כיום שינויים בתוכניות השב"ן מבוצעים ביוזמת קופות החולים ובאישור של משרד הבריאות. בעבר, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הסמכות לאישור שינויים בתוכניות השב"ן הייתה של שר הבריאות, אך החל בשנת 2010 סמכות זאת הוצלה לסמנכ"ל לפיקוח ובקרה על קופו"ח ושב"ן במשרד הבריאות.

בחינה של השינויים בשב"ן לאורך השנים האחרונות, מעידה על מגמה הולכת וגדלה של שינויים בתוכניות השב"ן. בשנים האחרונות חלו שינויים משמעותיים בתוכניות השב"ן. השינויים החלו בשנת 2007 עם האישור שנתן סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח ושב"ן לרובד עליון של שב"ן לשירותי בריאות כללית (פלטינום), ואישור הכללת תרופות "מצילות" ומאריכות חיים בשב"ן של כללית ומכבי. באותה השנה החליטה הכנסת לשנות את סעיף 10 של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולאסור על קופות החולים להציע תרופות מצילות ומאריכות חיים בתוכניות השב"ן.

שינוי מרכזי נוסף שחל בשנים האחרונות כלל את הכללת טיפולי השיניים בשב"ן. ראשית הכלילו קופות החולים את שירותי בריאות השן לילדים בשב"ן ובמשך השנים הרחיבו את הכיסוי גם לטיפולי שיניים למבוגרים.

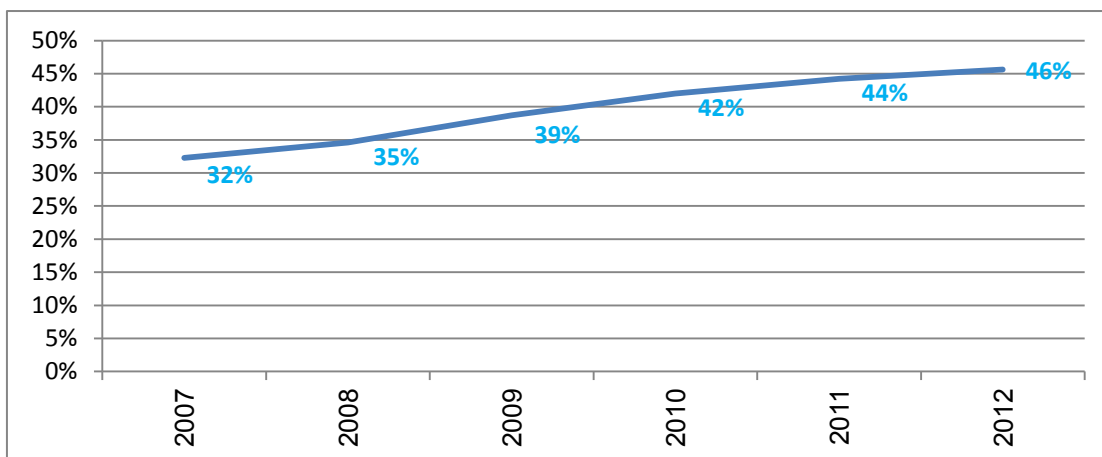
בשנת 2013 אישר הסמנכ"ל לפיקוח ובקרה על קופו"ח ושב"ן למכבי שירותי בריאות לפתוח רובד עליון חדש²²³. כמו כן הוא אישר לכללית להרחיב את התוכן של רובד הפלטינום, תוך הגדלת הפרמיות למבוטחים.

²²³ הרובד התחתון הקודם "מגן כסף" בוטל בשנת 2012 וכך הרובד העליון הקודם "מגן זהב" הפך לרובד תחתון, דבר שאפשר למכבי שירותי בריאות לבקש ממשרד הבריאות לאשר רובד עליון חדש.

ד. שיעור הבעלות לפי רבדים ולאורך זמן

כשבאים לבחון את התפלגות המבוטחים בשב"ן לפי הרבדים השונים, ניתן לראות כי בניגוד למגמה של התכנסות בשיעור המבוטחים החברים בתוכניות השב"ן, כאן חלה עלייה בשנים האחרונות בשיעור החברים ברבדים העליונים של השב"ן.²²⁴

תרשים מס' 5- שיעור מבוטחים ברובד העליון בשב"ן 2007-2012



כלומר, היקף החדירה של תוכניות השב"ן בקרב האוכלוסייה לא עלה בשנים האחרונות, אך יש מגמה של מבוטחים בתוכניות השב"ן בשנים האחרונות לרכוש, נוסף על הרובד הבסיסי, גם את הרובד העליון של השב"ן.

ה. הכנסות - לאורך זמן ולפי רבדים

תרשים מס' 6 מציג את תשלומי הפרמיה לתוכניות השב"ן בשנים 2005-2012. מן התרשים ניתן לראות כי היקפי הפרמיות של התוכניות עלו ביותר מ-100% במהלך שבע השנים האחרונות. לשם השוואה, מספר המבוטחים בתוכניות השב"ן באותה תקופה עלה בכ-20%.

ניתוח הגידול בתשלומי הפרמיות לאורך השנים לפי רבדים בין השנים 2008-2011²²⁵ מראה כי הגידול בהכנסות מפרמיות ברובד הבסיסי היה כ-20% ואילו ברובד העליון כ-63%. כלומר עיקר הגידול בתשלומי הפרמיות בשנים האחרונות נובע מעלייה בתשלומים לרבדים העליונים. השוואה של התשלום לרובד העליון לנפש מבוטחת מראה כי העלייה לא נובעת רק מהגידול במספר המבוטחים ברובד העליון, אלא גם מעלייה בתשלומי הפרמיה לנפש מבוטחת ברובד העליון. בין השנים 2008 ל-2011 עלתה הפרמיה הממוצעת לנפש ברובד העליון ב-15%.

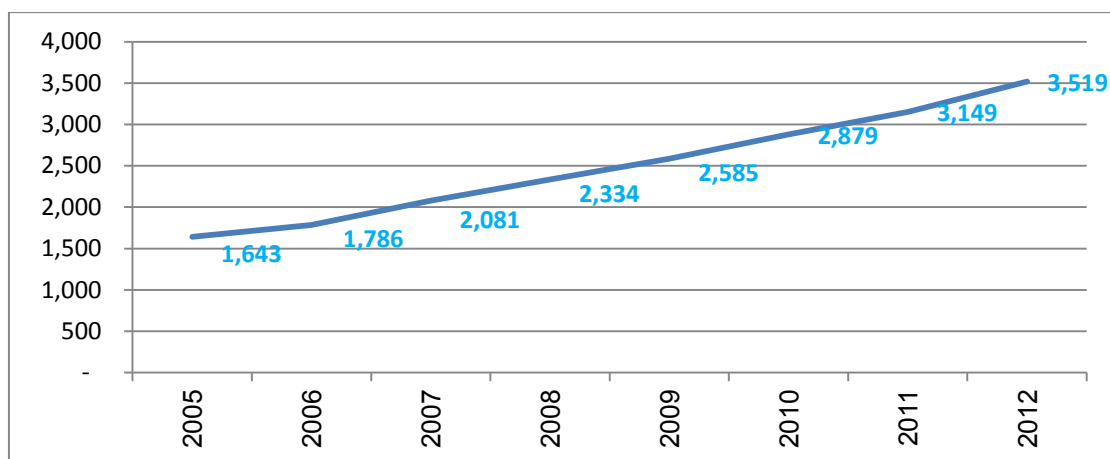
²²⁴ יש לציין כי בלאומית לא מדובר ברובד עליון ותחתון כמו בשאר הקופות. למרות זאת, לצורך ההשוואה "לאומית זהב" וחשב כאן כרובד עליון.

עד לשנת 2012 היה "מגן זהב" היה הרובד העליון של מכבי ולכן נכלל בתרשים. משנת 2013 לא יהיה ניתן לשמור על רציפות בתרשים.

²²⁵ נתוני הכנסות השב"ן לפי רבדים מפורסמים משנת 2008. בשנת 2012 חל שינוי בתוכנית "מגן כסף" אשר לא מאפשר השוואה לשנים קודמות.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

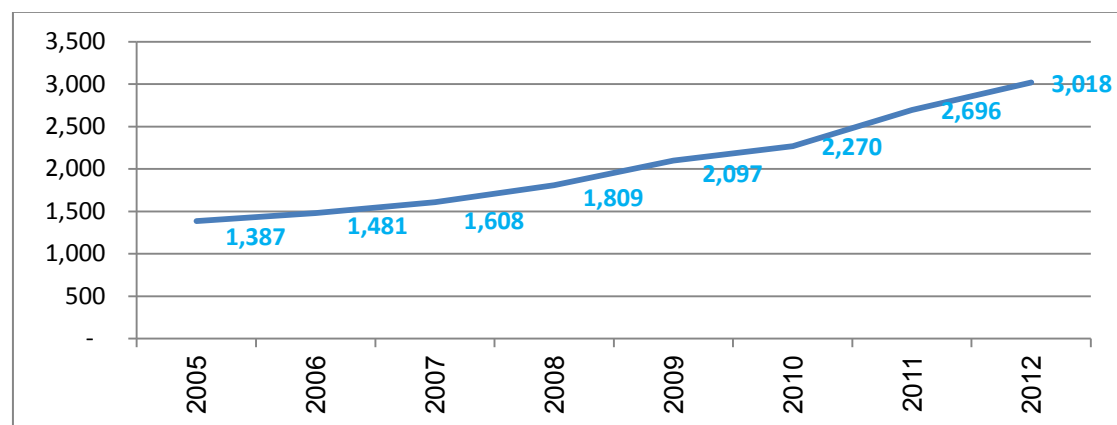
תרשים מס' 6- הכנסות תוכניות השב"ן 2005-2012 (מיליוני ש"ח)



ו. היקפי ההוצאות לאורך השנים ולפי תחומים מרכזיים

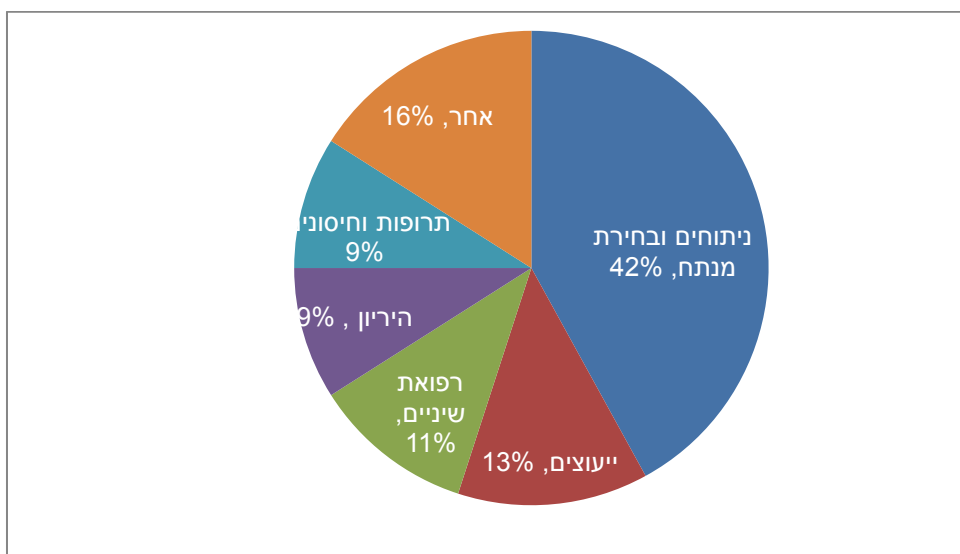
בדומה לגידול בהיקפי ההכנסות של תוכניות השב"ן חל גם גידול מקביל בהיקפי ההוצאות של תוכניות השב"ן. בשנת 2012 עמדו ההוצאות של תוכניות השב"ן על 3.0 מיליארד ₪ לעומת 1.4 בשנת 2005.

תרשים מס' 7- הוצאות תוכניות השב"ן 2005-2012 (מיליוני ש"ח)



בחינה של סעיפי ההוצאה המרכזיים של השב"ן מעידה כי סעיף ההוצאה המרכזי בתוכניות השב"ן הוא ניתוחים ובחירת מנתח, אשר עומד על 42%.

תרשים מס' 8- סעיפי ההוצאה המרכזיים בשב"ן 2012



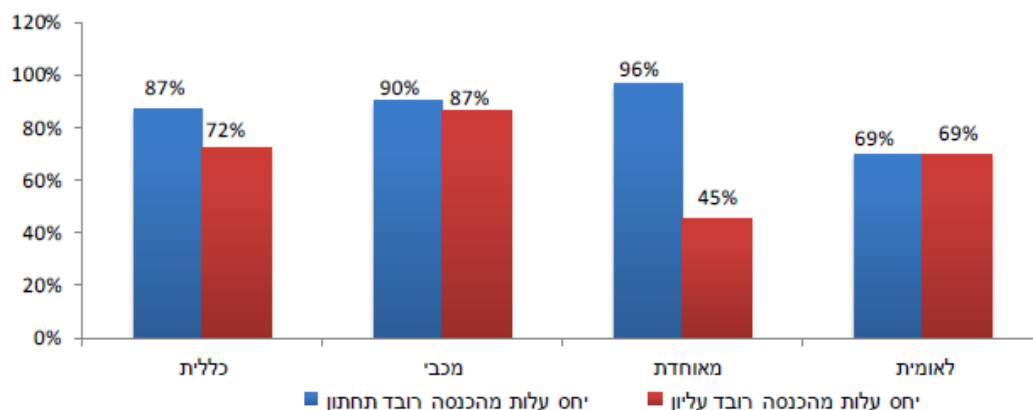
בחינה של התפתחות סעיפי ההוצאה המרכזיים לאורך השנים מראה כי בשנים האחרונות חל גידול בחלק ההוצאה המופנה לניתוחים ובחירת מנתח. בשנת 2007 עמד משקל ההוצאה של סעיף זה על 36%, לעומת 42% בשנת 2012 (עיקר הגידול היה עד לשנת 2011). סעיף התרופות והחיסונים ירד במקביל בעקבות השינויים בחקיקה הנוגעים לתרופות מצילות ומאריכות חיים.

ז. יחס תביעות בשב"ן

כאמור, לפי החוק, תוכניות השב"ן אמורות להיות מאוזנות. ככל שישנם עודפים בתוכניות יש לפעול להחזרתם למבוטחים, ואם תוכנית השב"ן נמצאת בגירעון יש לכסות אותו באמצעות הגדלת פרמיות או שינוי בזכויות המבוטחים. כאשר בוחנים את יחס התביעות בתוכניות השב"ן (העלויות הרפואיות מתוך סך תשלומי הפרמיות), יש לזכור כי בתוכניות השב"ן יש תקופות המתנה שלעיתים מגיעות עד 24 חודשים. על כן יחס העלויות המוצג מוטה כלפי מטה עקב העובדה שיש חברים בתוכניות השב"ן שמשלמים את הפרמיה החודשית, אך עדיין אינם זכאים לנצל חלק מהשירותים שניתנים בשב"ן.

האגף לפיקוח ובקרה על קופו"ח ושב"ן במשרד הבריאות מפרסם מדי שנה את יחס התביעות של קופות החולים, בנפרד לכל קופה ולכל תוכנית. מן הנתונים לשנת 2012 ניתן לראות כי יחס התביעות הממוצע בתוכניות השב"ן עומד על 82%, כאשר הטווח הוא בין 45% ל-96%.

תרשים מס' 9- יחס העלויות הרפואיות (בנטרול הכנסות מהשתתפויות עצמיות) מסך ההכנסה, לפי רבדים, בשנת 2012



מקור: אגף לפיקוח ובקרה על קופות"ח ושב"ן

ח. תקורות בשב"ן

שיעור התקורות הממוצע בתוכניות השב"ן בשנת 2012 עמד על 16%, שהם 560 מיליון ש"ח. יש לציין כי שיעור זה נמצא בירידה בשנים האחרונות (בשנת 2007 עמד השיעור על 20%).

בנוסף ניתן לראות שונות גדולה בין קופות החולים בנושא. בעוד במכבי ובכללית שיעורי התקורה הם בסביבות 13%-14%, בקופות מאוחדת ולאומית מדובר בשיעורי תקורה גבוהים במידה ניכרת. בלאומית שיעור התקורה עומד על 27%, ובמאוחדת על 21%.

ט. בעלות ושימושים לפי מגזרים (דת, אזור מגורים, קצבאות, הכנסה, גיל, תחלואה)

נתוני סקר מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל מעידים על הבדלים בשיעור הבעלות על תוכניות השב"ן לפי סוגי אוכלוסיות שונות. מן הנתונים עולה כי בקרב דוברי העברית שיעור הבעלות גבוה במידה ניכרת מקרב דוברי ערבית (91%-ו-52% בהתאמה). בעלי השכלה על תיכונית ואקדמית מחזיקים יותר בשב"ן מאשר בעלי השכלה יסודית ומטה (85%-ו-58% בהתאמה), ובעלי הכנסה גבוהה מחזיקים יותר בשב"ן מאשר אוכלוסייה חלשה (94% בחמישון העליון לעומת 69% בחמישון התחתון).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוח מס' 2 - בעלות ביטוח מסחרי לפי מאפייני רקע, 1999-2009 (באחוזים מכלל בני 22 ומעלה)²²⁶

בעלות על שב"ן							
2012	2009	2007	2005	2003	2001	1999	
83	81	80	79	73	64	51	סה"כ
85	80	73	67	61	58	34	גיל +65
91	86	89	89	84	74	60	דוברי עברית
52	63	53	47	42	40	32	דוברי ערבית
75	70	73	69	66	53	46	אזור מגורים : ירושלים
74	77	76	72	66	59	44	אזור מגורים : חיפה והצפון
90	83	85	85	75	70	59	אזור מגורים : מרכז ות"א
89	86	78	80	75	66	53	אזור מגורים : ב"ש והדרום
58	62	57	64	53	48	33	השכלה : יסודית ומטה
85	83	84	81	77	69	58	השכלה : על תיכונית ואקדמית
69	66	62	59	53	45	31	הכנסה לנפש : חמישון תחתון
94	86	92	87	84	80	72	הכנסה לנפש : חמישון עליון

י. היקף ההוצאה הממוצעת לניתוחים לפי קופות

כאשר בוחנים את ההוצאה הממוצעת של תוכניות השב"ן בסעיף בחירת המנתח, המהווה את רכיב ההוצאה הגבוה ביותר של תוכניות השב"ן, ניתן לראות שונות בין קופות החולים. במאוחדת ומכבי ההוצאה לנפש מגיעה לכ- 280 ש"ח בשנה, לעומת כללית, שם ההוצאה לנפש בסעיף זה היא כ-165 ש"ח בלבד. לאומית נמצאת בין הקופות האחרות עם הוצאה ממוצעת של כ-235 ש"ח.

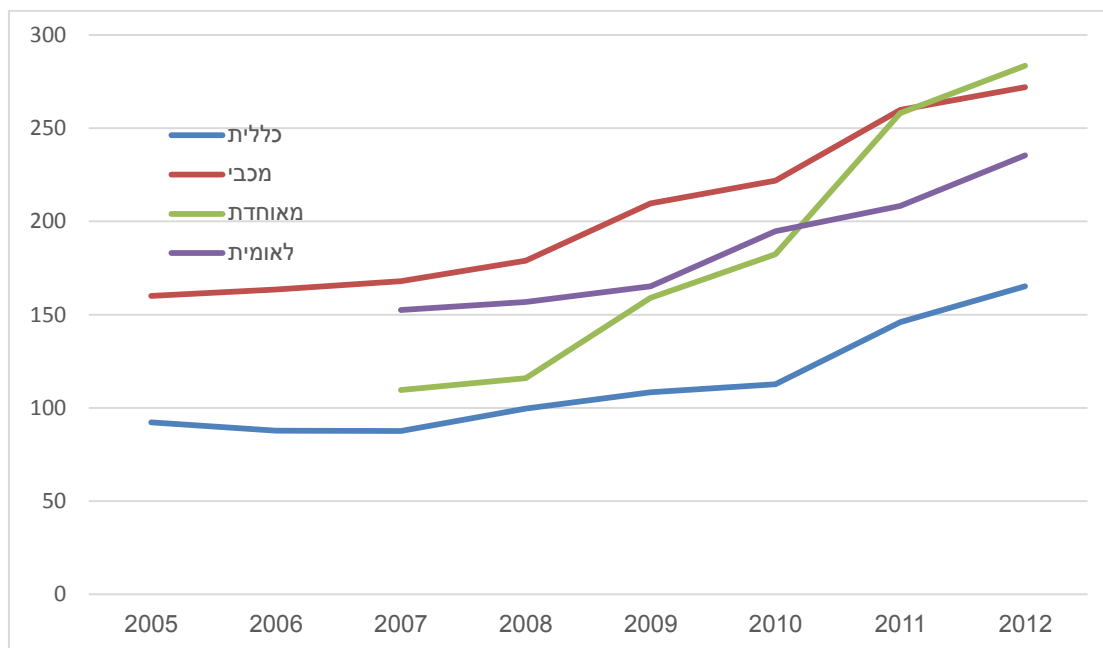
בחינה רב שנתית של המגמות בנושא ההוצאה לנפש בסעיף בחירת המנתח מלמדת אותנו על הגידול הניכר שחל בסעיף זה לאורך השנים. ההוצאה על סעיף זה עולה בעקביות לאורך השנים ובשלוש השנים האחרונות קצב הגידול השנתי הממוצע נע בין 10% במכבי ל-26% במאוחדת.

תרשים מס' 10 מראה את ההתפתחות ברכיב ההוצאה על בחירת מנתח לנפש החל בשנת 2005²²⁷.

²²⁶ ברמלי-גרינברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע- סקירה על ישראל. מתוך כנס ים-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות).

²²⁷ נתוני מאוחדת ולאומית זמינים רק משנת 2007.

תרשים מס' 10- הוצאה לנפש בשב"ן על סעיף בחירת מנתח (ש"ח לשנה)



מקור : עיבוד על נתוני משרד הבריאות

לצערנו, בסיס הנתונים הקיים במערכת לא מאפשר לבחון את מספר הניתוחים שבוצעו בפועל.

יא. הניתוחים הנפוצים ביותר בשב"ן ושיעור הניתוחים בשב"ן בקרב הניתוחים הנפוצים בסל הציבורי

מנתוני קופות החולים שנמסרו לוועדה הציבורית עולה כי יש תחומים רבים שבהם מרבית הניתוחים מבוצעים בשב"ן ולא בסל הבסיסי. לדוגמה באחת מקופות החולים יותר מ-85% מסך הניתוחים הבאים מבוצעים במסגרת השב"ן – קטרקט, הוצאת נגע בשיטת מוס, כריתת צלקת ריקמה רקה, ארתרוסקופיה לברך, כריתה של קונכה, הסרת שקדים, הכנסת כפתורים, הרניה לילדים ותיקון בקע טבורי. להלכה, אפוא, מדובר בתהליכי הפרטה מתקדמים מאוד של שירותי הסל הבסיסי הללו.

נתונים נוספים שהוצגו לוועדה עסקו בשיעור הניתוחים הנפוצים ביותר בסל ובחינה של איזה אחוז מהם בוצעו במסגרת השב"ן. מנתוני אחת הקופות שנמסרו לוועדה עולה כי ב-8 מהניתוחים הנפוצים ביותר בסל הבסיסי, יותר מ-30% מהמנותחים בחרו לעשות את הניתוח באמצעות השב"ן (בניתוחים: קטרקט, ניתוח שריוול קיבה, הכנסת עדשה תוך-עינית, ניתוח עמוד שדרה, החלפת מפרק, תיקון בקע, צנתור לב טיפולי דחוף, כריתת רחם).

לאור האמור לעיל עולה השאלה מדוע מטופלים שיכלו לעשות את הניתוח בחינם במסגרת הסל הבסיסי בחרו לשלם השתתפות עצמית על מנת לעשות את הניתוח במערכת הפרטית. הוועדה מצאה שההסבר המרכזי לכך הוא אורך התורים במערכת הציבורית בסוגי ניתוחים רבים.

הוועדה בדקה גם את היקף המימושים בשב"ן של מבוטחים שנותרו לאחר שסיימו את תקופת ההמתנה שלהם בשב"ן. כלומר, מבוטחים שיכלו לבחור היכן לעשות את הניתוח, במערכת הפרטית או במערכת הציבורית. מן הנתונים עולה כי בעבור הניתוחים השכיחים בסל, מרבית המבוטחים העדיפו לעשות את הניתוח במערכת הציבורית ולא לממש את זכותם להיות מנותחים במסגרת השב"ן עם בחירת מנתח. עם זאת בפני הוועדה לא הוצגו נתונים המלמדים האם ובאיזו מידה הייתה למבוטחים אלה נגישות למערכת הפרטית (ריחוק גיאוגרפי, עלות השתתפות עצמית) בפועל בעת קבלת ההחלטה.

יב. סקירה של ההשתתפויות העצמיות בשב"ן

עד שנת 2008 יכלו תוכניות השב"ן של קופות החולים לממן ניתוחים פרטיים ללא כל השתתפות עצמית של המבוטחים. בעקבות שינוי סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 2007, נאסר על קופות החולים להציע בחירת מנתח ללא השתתפות עצמית. החוק לא קבע את שיעור או סכום ההשתתפות העצמית שייגבה מן המבוטחים והשאיר קביעה זאת לקופות החולים.

כיום אנחנו יכולים לראות כללים שונים בין קופות החולים בכל הקשור לגביית השתתפויות עצמיות בעבור ניתוחים. מכיוון שמרבית הניתוחים בשב"ן מבוצעים בשיטת ההסדר, שבה המבוטח מקבל את הניתוח הפרטי אצל ספק שירות מוסכם העובד עם השב"ן של קופת החולים, נסקור בחלק זה רק את ההשתתפויות העצמיות בשיטת ההסדר של קופות החולים (הסדר כולל של הרופא ובית החולים).

לדוגמה, בכללית פלטינום ההשתתפות העצמית עומדת על 25% מעלות הניתוח ועד 1,500 ש"ח. במכבי לעומת זאת יש מינימום של 300 ש"ח לניתוח וההשתתפות העצמית למבוטחי "מכבי שלי" עומדת על 50% מזאת של המבוטחים רק ב"מגן זהב" (אך לא מתחת למינימום של 300 ש"ח). למבוטחי מאוחדת שיא ההשתתפות העצמית המינימלית היא 100 ש"ח והמקסימלית היא 943 ש"ח, זאת לעומת ההשתתפות עצמית מקסימלית של 5,645 ש"ל למבוטחי מאוחדת עדיף.

כפי שניתן לראות, יש הבדלים בין הקופות בנושא ההשתתפויות העצמיות הן בסכומים והן באופן החישוב. בנוסף, פעמים רבות ההשתתפות העצמית משתנה לפי בית החולים והמנתח, דבר המקשה על השוואה בין תוכניות השב"ן למיניהן.

חשוב לציין כי בהשתתפות העצמית של המבוטחים לא כלולה ההשתתפות העצמית שלהם בגין אביזרים מושתלים, וגם היא שונה בין תוכניות השב"ן.

גם בנושא הייעוצים יש שונות בין קופות החולים בכל הקשור להשתתפויות העצמיות. בכללית יש שני מסלולים – מסלול רופאים בהסדר, שם ההשתתפות העצמית עומדת על 120 ש"ח להתייעצות, ומסלול רופאי החזר, שם ניתן החזר כספי של עד 80% מההוצאה ולא יותר מ-610 ש"ח. בלאומית זהב ניתן החזר של עד 80% מהעלות ולא יותר מ-680 ש"ח. במכבי זהב עד 80% מהעלות ולא יותר מ-609 ש"ח. במאוחדת שיא ההחזר הוא עד 85% מעלות הייעוץ ולא יותר מ-626 ש"ח להתייעצות (555 ש"ח למבוטחים במאוחדת עדיף).

השתתפויות עצמיות בתוכניות השב"ן קיימות גם בתחומים נוספים וגם בהם הכללים שונים בין קופות החולים.

6. ביטוחים מסחריים²²⁸

ביטוח בריאות הוא ביטוח לצמצום הנזק הכספי הנגרם למבוטח עקב בעיה בריאותית²²⁹. במהותו הוא מהווה תוכנית לכיסוי ומימון של הוצאות רפואיות עתידיות באמצעות צד ג' (חברת הביטוח). הסיוע ניתן באמצעים כספיים או באספקה ישירה של שירותי בריאות. המבוטח משלם פרמיות חודשיות בהנחה שבעת קרות מקרה הביטוח לא יידרש לשאת בהוצאה כספית ניכרת. ביטוחי הבריאות המסחריים בישראל מהווים רובד שני ושלישי של כיסוי והם מוצעים בנוסף לכיסויים הניתנים ע"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותוכניות השב"ן (שירותי בריאות נוספים - ביטוח משלים) של קופות החולים. ביטוחי בריאות מסחריים חשיבותם בכך שהם מאפשרים לאזרח החפץ בכך לבטח את עצמו מעבר לכיסויים הקיימים, ובעיקר בהקשר של חשש מסיכוי עתידי להוצאה כספית חריגה מאוד ובלתי צפויה מראש (קטסטרופות).

ההתייחסות בעולם המערבי לסוגים שונים של ביטוח בתחום הבריאות מחלקת את סוגי הכיסוי לכמה קבוצות עיקריות. לעתים יש הבדלים בהגדרות, אך לצורך מסמך זה נאמץ את ההגדרה המקובלת באיחוד האירופי^{230,231}.

כיסוי חלופי (substitutive) - מדובר בתוכנית ביטוח שמספקת ביטוח רפואי לתושב שאינו מכוסה בביטוח הציבורי. בגרמניה, לדוגמה, אנשים ברמות הכנסה גבוהות ומועסקים עצמאים יכולים "לוותר" על הכיסוי הציבורי (ולא לשלם גם את תשלומי ביטוח הבריאות למערכת הציבורית), ובמקום זאת לרכוש שירותי ביטוח חלופיים במערכת הפרטית (סל המינימום מוכתב על ידי המדינה). עד לפני שנים אחדות היה הביטוח הפרטי חלופי גם במדינות אחרות, דוגמת הולנד, שם (עד הרפורמה ב- 2006) הוחרגו בעלי הכנסות גבוהות מחלק מהכיסויים שנכללו בסל הציבורי. בבלגיה מועסקים עצמאים לא היו מכוסים בסל הציבורי בשירותים אמבולטוריים (עד שנת 2008); באירלנד בעלי הכנסות גבוהות לא היו זכאים לשירותי אשפוז במסגרת הסל הציבורי (עד הרפורמות של 1979 ו-1991). הרפורמות שבוצעו במהלך השנים בכל המדינות הללו הרחיבו את הכיסוי הציבורי לכיסוי אוניברסאלי (המשולב עם מימון אוניברסאלי ופרוגרסיבי), דבר שהיה אמור למתן את הצורך בביטוחי הבריאות הפרטיים מהסוג החלופי. על כן במדינות אלה כיום הביטוח נוטה יותר לכיסוי מסוג מרחיב, כפי שיפורט להלן.

²²⁸ מבוסס על: חורב וקידר. סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי הבריאות הפרטיים. אגף כלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות (2012).

²²⁹ Definition of 'Health insurance': insurance against loss through illness of the insured (M. Webster-Encyclopedia Britannica Company).

²³⁰ יש לציין כי החלוקה הנ"ל המבוססת על פרסומים של ה-EU, מעט שונה בהשוואה להגדרות המקובלות ב-OECD שם מקובל לדבר על Duplicate private health insurance (PHI) (בחירת רופא פרטי וקיצור תורים של שירותים אשר כלולים בסל הציבורי); Complementary PHI (סיוע במימון עלות שירותים שכלולים בסל הציבורי אך מחייבים תשלום השתתפות עצמית); ו-Supplementary PHI (כיסוי שירותים שלא כלולים בסל הציבורי). הגדרות אלה כמו גם ההגדרה המקובלת בישראל, כפי שיפורט להלן מתעלמת מביטוח פרטי המכסה קבוצות שאינן בסל הציבורי (במדינות כגון גרמניה בהן קיימת אפשרות לצאת מהסל הציבורי).

²³¹ בישראל אין זהות מוחלטת עם ההגדרות שהוזכרו.

כיסוי מרחיב (complementary) - כאן יש שני סוגים עיקריים של כיסויים בביטוח הבריאות. האחד מתמקד, בעיקר בהרחבה של שירותים רפואיים שאינם מכוסים בסל (לדוגמה זה הנהוג במדינות כגון דנמרק והולנד); והאחר מתמקד בעיקר בכיסוי תשלומי ההשתתפות העצמית המחויבים במסגרת הסל הציבורי - בעיקר בלגיה וצרפת.

כיסוי משלים/משפר (supplementary) - ביטוח המציע בעיקר שיפור לכיסויים הקיימים בסל הציבורי. מדובר בעיקר בקיצור תורים ובהרחבה של האפשרויות העומדות בפני המבוטח לבחירת ספקי השירות. לדוגמה זה הנהוג במדינות כגון אנגליה, שוודיה, אירלנד וספרד.

הגם שקיימים במדינות השונות כיסויים שמשלבים את הנ"ל, בדרך כלל הכיסוי שם הומוגני למדי מההיבט של סוגי הכיסוי הביטוחי לפי הקבוצות הנ"ל.²³² ראוי לציין גם כי כפי שיובהר בהמשך, יש הבדלים בין המדינות בתמהיל הארגונים המספקים את ביטוחי הבריאות הפרטיים. בישראל ההגדרות של סוגי הכיסוי שונות מעט (לדוגמה בהקשר להגדרת כיסוי חלופי), אך ככלל ניתן לומר שהכיסויים בישראל הטרוגניים ומגוונים יותר לעומת מדינות אחרות.

בין המאפיינים העיקריים של שוק הביטוח הפרטי בישראל ניתן למנות את העובדה שהוא פועל על בסיס עסקי טהור, היינו למטרת השאת רווחים; אין בו מחויבות לעקרונות "חברתיים" כגון ערבות הדדית; האקטואריה היא על בסיס הסיכון הביטוחי של הפרט/הקבוצה; לרוב קיים בו הליך חיתום המאפשר לסנן מבוטחים שהם bad risk לחברת הביטוח; הרגולציה בשוק זה מבוצעת בידי הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר; יש בו חקיקה ייחודית וייעודית - באמצעות חוק הפיקוח על עסקי ביטוח וחוק חוזה הביטוח; והערכאה השיפוטית המטפלת בתביעות - היא בית משפט השלום/מחוזי. באופן מסורתי הושם בעבר דגש בשוק זה על שירותים ששכיחותם נמוכה, אך ההוצאה למבוטח בגינם עלולה להיות גבוהה.²³³ בדרך כלל יש בו העדפה למיצוי הפוטנציאל ברמות הכיסוי האחרות (סל בסיסי ושב"ן) והדגשת פעילותו כ"השלמות" לסל הבסיסי ולשב"ן.²³⁴ כמו כן ראוי להדגיש שבשוק זה יש אפשרות לכיסוי הן במתכונת של פיצוי והן של שיפוי או שירות בעין. אין בו מגבלה על מספר החברות העוסקות בתחום ובלבד שאלה יעמדו בתנאים ובקריטריונים שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח. מנתונים שהוצגו ע"י המפקח על הביטוח עולה לכאורה שיש פוטנציאל להפחתת הריכוזיות המאפיינת כיום שוק זה.

א. שחקנים מרכזיים והיקפי פעילות של השחקנים, כולל מדדי ריכוזיות

ביטוח בריאות כולל שני ענפים: ענף מחלות ואשפוז, שבו מתרכזת מרבית פעילות חברות הביטוח בתחום הבריאות, וענף תאונות אישיות. ענף מחלות ואשפוז כולל את תתי-הענפים האלה: ביטוח

²³² להרחבה ראה: Thomson & Mossialos 2009.

²³³ מצב זה של מיקוד ב"קטסטרופות" נמצא במגמת שינוי וכיום ניתן למצוא גם כיסויים שכיחים יותר מהסוג של כיסוי "משפר".

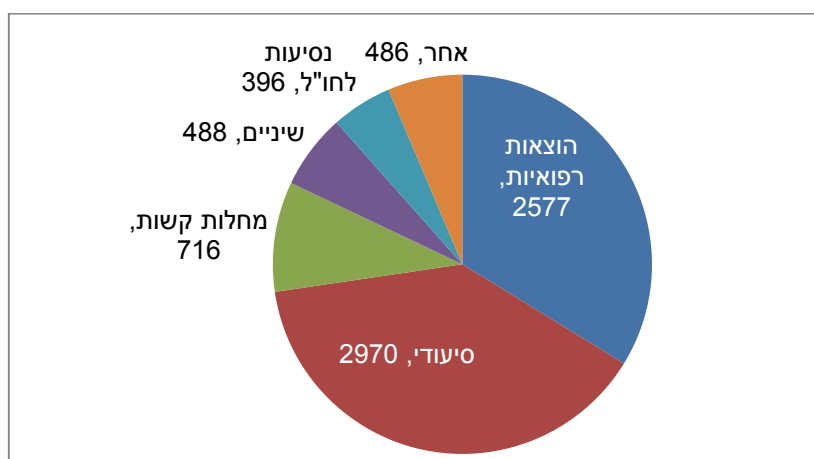
²³⁴ יש אמנם פוליסות מסוג "משלים לשב"ן", אך אלה לא חדרו משמעותית לשוק הביטוח הפרטי.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הוצאות רפואיות (דוגמת ניתוחים, תרופות והשתלות), ביטוח סיעודי, ביטוח מחלות קשות, ביטוחי שיניים, ביטוחי נכות, ביטוח נסיעות לחו"ל וביטוח בריאות לעובדים זרים.²³⁵

תרשים מס' 11 מציין את התפלגות תשלומי הפרמיות בשנת 2013 לפי סוגי הביטוח. עיקר הדיון בפרק זה יהיה בתת הענף של הוצאות רפואיות, שהוא בעל החשיבות הגדולה ביותר למערכת הבריאות. ענף זה עוסק בעיקר בניתוחים, בתרופות ובהשתלות.

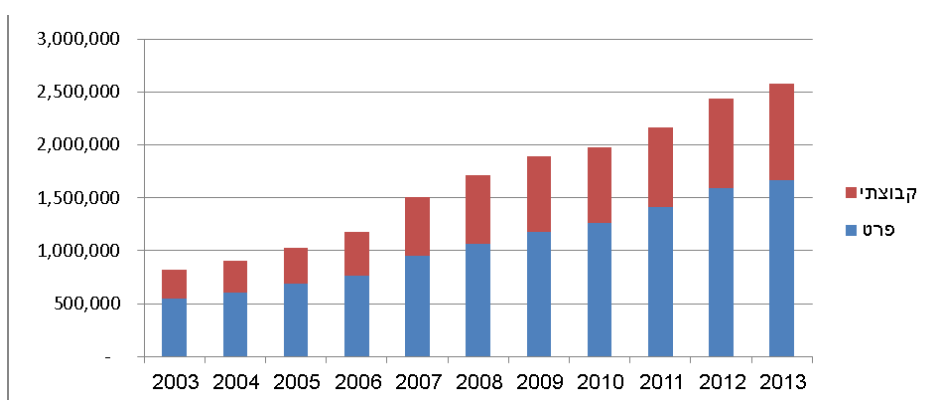
תרשים מס' 11- תשלומי פרמיות לביטוחי בריאות (מיליוני ש"ח) 2013



מקור: דוח הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון 2013

תרשים מס' 12 מציג את ההתפתחות בתשלומי דמי הביטוח בענף הוצאות רפואיות לאורך השנים. בשנת 2003 עמד סך תשלומי דמי הביטוח על 0.8 מיליארד ₪, ואילו בשנת 2013 על סך של 2.6 מיליארד ₪, גידול של 315% בתוך 10 שנים. בחינה של התפלגות דמי הביטוח לפי פוליסות פרט ופוליסות קבוצתיות, מראה כי שיעור דמי הביטוח מפוליסות קבוצתיות נשאר קבוע למדי לאורך השנים ועומד על כ-40%.

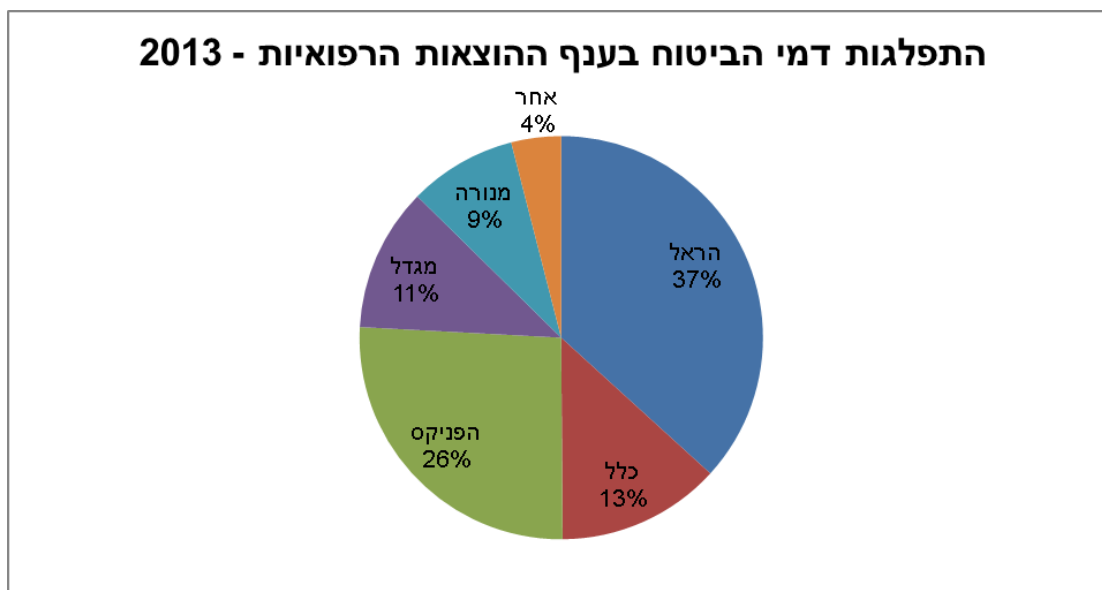
תרשים מס' 12- דמי ביטוח בענף הוצאות רפואיות



בענף הוצאות רפואיות פועלות חמש חברות מרכזיות. כפי שניתן לראות בתרשים מס' 13, שתי החברות הגדולות (הראל והפניקס) מחזיקות בשני שלישים כמעט מהשוק.

²³⁵ מקור: דוח שנתי של הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון 2012.

תרשים מס' 13 – התפלגות דמי הביטוח בענף הוצאות רפואיות - 2013



פילוח של הנתונים לפי דמי ביטוח לפוליסות פרט ולפוליסות קבוצתיות מראה כי בפוליסות הקבוצתיות הריכוזיות גבוהה אף יותר – שתי החברות הגדולות (הראל והפניקס) מחזיקות ב- 82% מנתח השוק במונחי פרמיות.

אם בוחנים את הנתונים לעומת השנים הקודמות ניתן לראות כי השוק נהיה ריכוזי יותר. בשנת 2004 החזיקו שתי החברות הגדולות נתח שוק של 54% לעומת 53% בשנת 2013. אגף שוק ההון פיקוח וחיסכון מפרסם מדי שנה כמה מדדי ריכוזיות²³⁶. מנתונים אלה עולה כי בפוליסות פרט מדד ה-CR3 עומד היום על 69% לעומת 68% בשנת 2003, ואילו מדד "הרפינדל-הירשמן" עומד על 0.20 בדומה לשנת 2003. בפוליסות קבוצתיות מדד ה-CR3 עומד היום על 92% לעומת 87% בשנת 2003, ואילו מדד "הרפינדל-הירשמן" עומד היום על 0.37 לעומת 0.32 בשנת 2003.

ב. שינויים מרכזיים ברגולציה על הביטוחים המסחריים והשינויים שחלו בשנים האחרונות²³⁷

במהלך השנים האחרונות אכן היה אפשר לראות בחוזרי המפקח על הביטוח במשרד האוצר התייחסות ממשית לנושאים שבתחום אסדרה מהותית בביטוחי הבריאות. דוגמאות לכך ניתן לראות בחוזר הקודם של "הגדרת מחלות קשות"²³⁸ והגדרת "מקרה הביטוח" בביטוח סיעודי²³⁹ (2003), ב"הוצאות רכישה נדחות" בענף ביטוח מפני מחלות ואשפוז²⁴⁰ וב"החלפת פוליסות ביטוח

²³⁶ מדד הרפינדל-הירשמן (ממד HHI) – סכום ריבועי נתח השוק של כל קבוצות או חברות הביטוח. נתח השוק של כל קבוצה או חברה מחושב כיחס שבין דמי הביטוח ברוטו שגבתה חברה ובין סך דמי הביטוח בענף. כל המדדים נעים בין 0 ל-1. יחס של 1 מבטא ריכוזיות מקסימלית – בענף פועלת חברה אחת בלבד. מדד יחס הריכוזיות CR3 (concentration ratio) – סכום נתחי השוק של שלוש הקבוצות או חברות הביטוח הגדולות בענף.

²³⁷ מקור: אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון, דוח שנתי 2012. ²³⁸ מבוסס על: חורב וקידר. סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי הבריאות הפרטיים. אגף כלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות (2012).

²³⁹ חוזר מס' 2003/16 מיום 12.03.2012. שעודכן ביום 29.8.13 ומספרו 2013-1-6.

²⁴⁰ חוזר מס' 2003/9 מיום 14.03.2003.

²⁴⁰ חוזר מס' 2004/7 מיום 3.03.04.

חיים ובריאות²⁴¹, בביטוח סיעודי קבוצתי²⁴², בהגדרה של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות²⁴³ (2004), מדריך לקונה בביטוחי סיעוד²⁴⁴ (2006), הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות²⁴⁵, חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים²⁴⁶ (2007), מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים²⁴⁷ (2008). ב-2009 יצאו חוזרים בהקשר של כיסוי ביטוחי להשתלות²⁴⁸, דיווח שנתי למבוטחים²⁴⁹, וביטוח סיעוד קבוצתי²⁵⁰, פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות²⁵¹ (2009), עריכת תכנית לביטוח סיעודי²⁵², ביטוח שיניים²⁵³. החוזרים האמורים אכן התייחסו גם לנושאים שבמהות הביטוח והם הוצאו נוסף על החוזרים שעסקו בצדדים הפיננסיים והאקטואריים של תחום זה²⁵⁴.

בשנת 2013 פרסם הממונה הוראות בדבר פיצוי בכיסוי לניתוחים פרטיים בישראל. בהוראות אלה קבע הממונה כי משנת 2014 לא תאושר תוכנית ביטוח המכסה ניתוחים פרטיים בישראל, שתאפשר למבוטח לבחור בין שיפוי עלויות ניתוח על ידי המבטח ובין פיצוי כספי לניתוח שבוצע בשב"ן או במערכת הציבורית. במכתבו מציין הממונה כי המצב הנוכחי "עלול להטות מבוטח לבחור מבצע ניתוח שלא משיקולי בריאות, שכן לעתים השיקול הכספי עלול לגבור על השיקול הבריאותי".

עד להוראות אלו לא נראה שהייתה במהלך השנים התייחסות מספקת לאסדרה שבבסיסה מניעת השפעה שלילית על המערכת הבריאות הציבורית בפרט וניתוח משמעויות בין-מערכתיות.

ג. היקפי המבוטחים בביטוחים מסחריים לפי סוג פוליסה ותתי ענפים

כיום אין בידי הממונה מידע על מספר המבוטחים בביטוחי בריאות מסחריים. לוועדה הוצגו נתונים, בלתי מבוקרים, בנוגע למספר הפוליסות שמכרו חברות הביטוח בשנים 2009-2012. מן הנתונים ניתן לראות מגמה של עלייה במספר הפוליסות שנמכרו. יש לציין כי המידע הקיים היום במשרד האוצר הינו בנוגע למספר הפוליסות ולא מספר המבוטחים, ההנחה היא שמספר המבוטחים נמוך יותר, מכיוון שיש מבוטחים שמחזיקים בכמה פוליסות נפרדות (למשל פוליסה אחת לניתוחים ופוליסה אחרת להשתלות), ואותם המבוטחים נספרים יותר מפעם אחת. בדיוני הוועדה עלה מספר פעמים נושא המחסור במידע בשוק ביטוחי הבריאות המסחריים לצורך קביעת מדיניות המושתתת על עובדות.

²⁴¹ חוזר מס' 1.4.04 מיום 2004/10

²⁴² חוזר מס' 29.4.04 מיום 2004/11

²⁴³ חוזר מס' 12.10.04 מיום 2004/20

²⁴⁴ חוזר מס' 5.10.06 מיום 2006-1-15

²⁴⁵ חוזר מס' 7.10.2007 מיום 2007-1-12

²⁴⁶ חוזר מס' 6.3.2007 מיום 2007-1-6

²⁴⁷ חוזר מס' 21.7.08 מיום 2008-1-6

²⁴⁸ חוזר מס' 14.1.09 מיום 2009-1-1

²⁴⁹ חוזר מס' 24.6.09 מיום 2009-1-9 שעדכן את החוזר הקיים משנת 2001.

²⁵⁰ חוזר מס' 28.12.09 מיום 2009-1-18

²⁵¹ חוזר מס' 29.3.2009 מיום 2009-1-4 שעדכן ביום 2.8.2011 ומספרו 2011-1-2

²⁵² חוזר מס' 19.12.2012 מיום 2012-1-7 שעדכן ביום 29.8.2013 ומספרו 2013-1-5

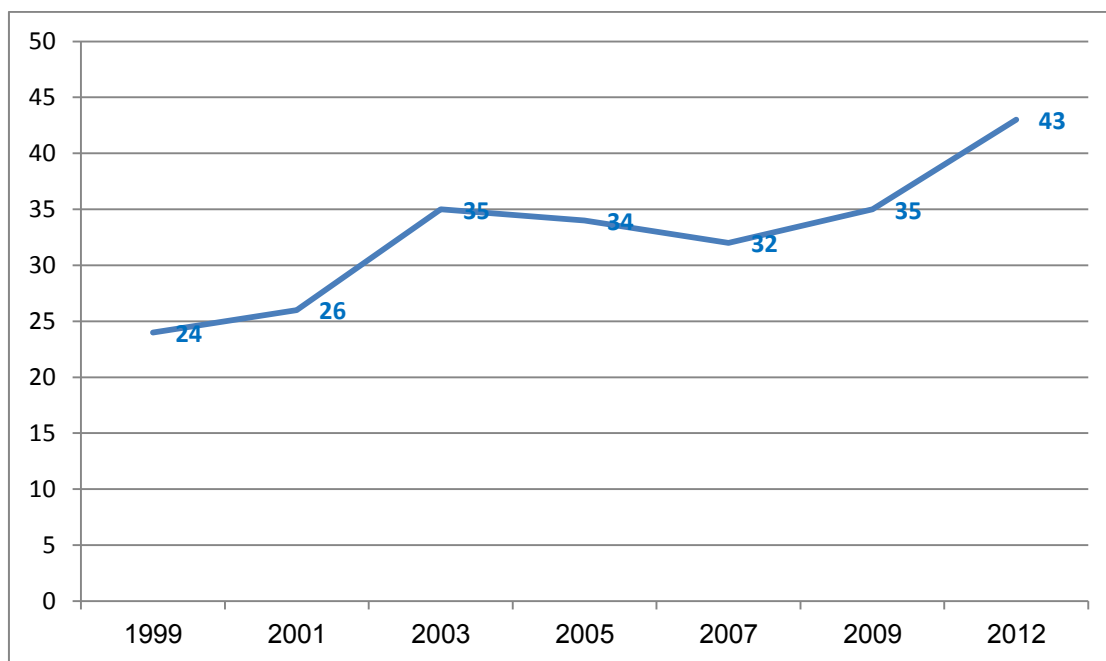
²⁵³ חוזר מס' 18.6.2012 מיום 2012-1-4

²⁵⁴ לרבות כאלה הקשורים לקשר בין מבטח לבעל פוליסה - כגון "מידע לבעל פוליסה", חוזר מס' 2009-171.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

בסקר מקיף שעורך מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל אוסף נתונים על שיעור האנשים שיש להם ביטוח בריאות מסחרי. מן הנתונים עולה כי בשנת 2012 לכ-43% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל היה ביטוח בריאות מסחרי. כ-90% מהם החזיקו גם פוליסת שב"ן. בחינה של שיעור המבוטחים המחזיקים ביטוח קבוצתי מראה כי מקרב בעלי ביטוח מסחרי, ל-52% יש ביטוח קבוצתי. משרד האוצר מעריך כי סך המבוטחים בביטוחים פרטיים מוערך בכשני מיליון איש, בחלוקה ל-45% בביטוחי פרט ו-55% בביטוחים קבוצתיים.

תרשים מס' 14 - שיעור בעלות על ביטוחי בריאות מסחריים באוכלוסייה הבוגרת



מקור: מכון ברוקדייל

מנתוני מכון ברוקדייל עולה כי פרופיל בעלי ביטוח מסחרי נשמר לאורך השנים. כך שיעור בעלי הביטוח המסחרי גבוה יותר בקרב השכבות החזקות יותר באוכלוסייה (צעירים עד גיל 65, בעלי השכלה גבוהה והכנסה גבוהה ודוברי עברית). עוד עולה כי קיימת מגמת גידול של שיעורי הבעלות על הביטוח המסחרי בעיקר בקרב השכבות החזקות.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוח מס' 3 - בעלות ביטוח מסחרי לפי מאפייני רקע, 1999-2009 (באחוזים מכלל בני 22 ומעלה)

מסחרי							
2012	2009	2007	2005	2003	2001	1999	
42	35	32	34	35	26	24	סה"כ
21	21	17	18	19	12	18	גיל +65
48	41	36	40	39	30	24	דוברי עברית
21	16	18	21	26	14	17	דוברי ערבית
34	30	24	32	33	21	26	אזור מגורים : ירושלים
38	27	26	31	37	24	21	אזור מגורים : חיפה והצפון
50	39	37	38	35	27	25	אזור מגורים : מרכז ות"א
34	40	30	33	35	29	23	אזור מגורים : ב"ש והדרום
16	7	8	13	16	9	13	השכלה : יסודית ומטה
45	39	38	41	41	31	28	השכלה : על תיכונית ואקדמית
22	17	10	15	21	12	11	הכנסה לנפש : חמישון תחתון
64	57	54	53	52	45	35	הכנסה לנפש : חמישון עליון

כאמור, לכ-90% מהמחזיקים בביטוחים מסחריים יש גם פוליסות של תוכניות השב"ן. עם זאת, בשנת 2011 רק 16% מפוליסות הניתוחים של חברות הביטוח המסחריות הן פוליסות משלימות לתוכניות השב"ן (13% בפוליסות פרט ו-18% בפוליסות קבוצתיות)²⁵⁵. יש לציין כי שיעור זה עלה משנת 2008, אז עמד על 12%.

ד. כמויות פוליסות והיקפי פרמיות לפי סוג פוליסה ותתי ענפים – לאורך זמן

לאורך השנים אנו עדים לגידול במספר פוליסות הביטוח שמוכרות חברות הביטוח מסוג הוצאות רפואיות, וזאת מעבר לגידול הטבעי באוכלוסייה. לפי נתונים לא מבוקרים שנמסרו לוועדה על ידי משרד האוצר, בשנים 2009-2011 עלה מספר הפוליסות המכסות ניתוחים פרטיים בכ-10% בממוצע בשנה כאשר העלייה במספר הפוליסות הקבוצתיות גבוהה יותר מהעלייה במספר פוליסות הפרט.

בחינה של היקף פוליסות הניתוחים מתוך סך הפוליסות של ביטוחי בריאות מראה כי בביטוחי פרט 71% מהפוליסות בתחום הוצאות רפואיות כוללות מרכיב של ניתוחים, ואילו בביטוחים הקבוצתיים השיעור עומד על 87%.

²⁵⁵ מקור: אגף שוק ההון ביטוח וחסכון.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

בנוסף, פוליסות הניתוחים נחלקות בין פוליסות "שקל ראשון", אשר נותנות את מלוא הכיסוי הביטוחי ללא קשר לביטוחים אחרים שקיימים לפרט, ובין פוליסות "משלימות שב"ן", המכסות את היתרה מעבר לכיסוי של תוכניות השב"ן ומצמצמות את תופעת הכפל הביטוחי. אף על פי שלפרט כדאי לרכוש פוליסות משלימות לשב"ן ולא פוליסות מהשקל הראשון, אנו יכולים לראות מן הנתונים כי פוליסות משלימות לשב"ן הן בהיקף חדירה נמוך יחסית. בפוליסות הקבוצתיות כ-18% הן פוליסות משלימות לשב"ן, ואילו בפוליסות מסוג פרט רק 13% מהפוליסות משלימות לשב"ן ואילו כל היתר הן מהשקל הראשון. יש לציין כי בשנים האחרונות יש מגמה אטית של עלייה בשיעורים אלה.

תשלומי הפרמיה בתחום הוצאות רפואיות היו בשנת 2013 כ-2.6 מיליארד ש"ח, זאת לעומת 0.8 מיליארד בשנת 2003. קצב הגידול השנתי הממוצע בפרמיות הוא כ-12% והוא דומה בביטוחי פרט והביטוחים הקבוצתיים. 65% מהפרמיות בהוצאות רפואיות מגיע מביטוחי הפרט, לעומת כ-50% במספר הפוליסות. נתון זה ממחיש כי פוליסות הפרט יקרות יותר מהפוליסות הקבוצתיות.

ה. תשלומי תביעות לאורך השנים לפי סוג פוליסה ותתי ענפים

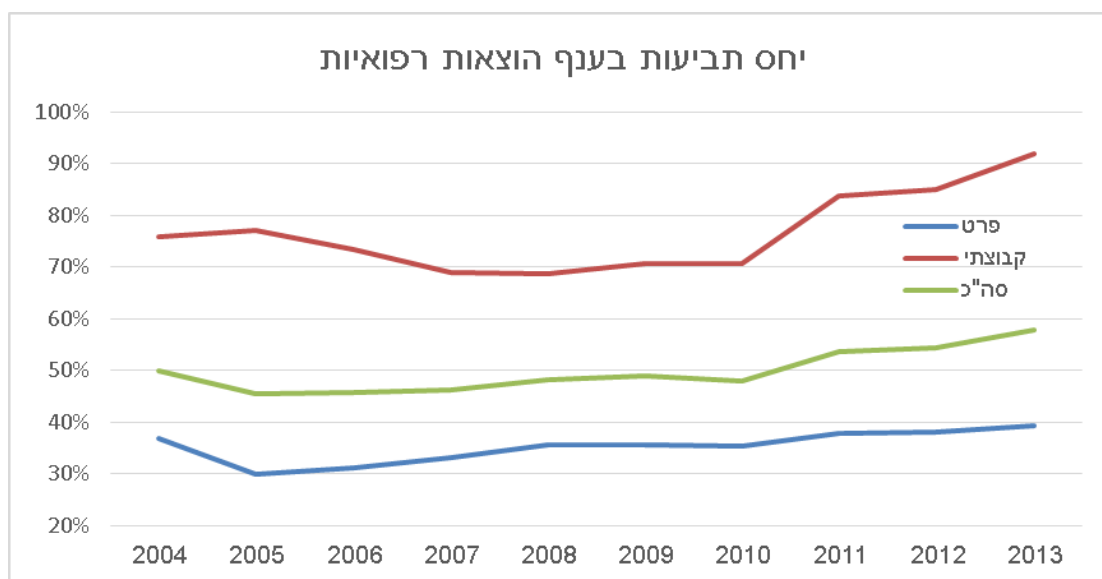
סך תשלום התביעות בענף הוצאות רפואיות עמד בשנת 2013 על 1.5 מיליארד ש"ח לעומת 0.5 מיליארד ש"ח בשנת 2004. יש הבדל משמעותי בין היחס של תשלומי הפרמיות בפוליסות פרט ובפוליסות קבוצתיות. בשנת 2013, בענף הוצאות רפואיות, עמד שיעור התביעות מתוך הפרמיות ששולמו על 58%. בפוליסות פרט הוא עמד על 39% בלבד ואילו בפוליסות קבוצתיות הוא עמד על 92%. ואולם, השוואה זו אינה בהכרח מייצגת מכיוון שביטוחי הפרט המשווקים כיום מתאפיינים בתקופת ביטוח ארוכה, כשהפרמיה מובטחת למשך כל תקופת הביטוח. במסגרת תמחור כזה, חלק מדמי הביטוח מיועד למימון התביעות השוטפות וחלק אחר נגבה גם בגין סיכונים עתידיים, ולכן לא בהכרח באים לידי ביטוי בתביעות באותה שנה. כיום, אין מידע רשמי על יחס התביעות אורך הטווח בביטוחי פרט.

תרשים מס' 15 מראה את ההבדל ביחס התביעות בין הפוליסות ואת המגמות לאורך השנים. התרשים מראה כי בשנים האחרונות יש מגמה מתונה של עלייה ביחס התביעות בביטוחים המסחריים מסוג הוצאות רפואיות.

סך תשלום התביעות בענף הוצאות רפואיות עמד בשנת 2013 על 1.5 מיליארד ש"ח לעומת 0.5 מיליארד ש"ח בשנת 2004.

נתוני ההוצאה של חברות הביטוח בעבור סעיף הניתוחים מראה כי ההוצאות של חברות הביטוח בסעיף זה עולות בקצב ממוצע של 15% בשנה, מעט יותר מאשר קצב העלייה בתשלום הפרמיות בענף הוצאות רפואיות.

תרשים מס' 15 - יחס תביעות בענף הוצאות רפואיות



ו. היקפי הוצאות בביטוחים מסחריים – תשלום לסוכנים, תקורות אחרות

ביטוחי הבריאות הפרטיים הם מוצר 'דחיפה'. המבוטחים לרוב אינם מחפשים לקנות את ביטוח הבריאות באופן אקטיבי, אלא קונים אותו לאחר שסוכן שכנע אותם או בעקבות שיווק של פוליסה קבוצתית לחברי הקבוצה. אחד המאפיינים של מוצרים נדחפים הוא העלויות הגבוהות שלהם לחברת הביטוח עקב הוצאות השיווק הגבוהות. ביטוחי הבריאות מסוג פרט הם הביטוחים עם שיעורי העמלה הגבוהים ביותר לסוכנים. בממוצע 21% מהפרמיה שמשלמים הפרטים עבור ביטוח הבריאות מועברים כעמלה לסוכני הביטוח.

מלבד ההוצאות בעבור הסוכנים יש לחברות הביטוח הוצאות נוספות הקשורות במנגנון הקיים בחברת הביטוח, פרסום ושיווק וניהול תביעות. אין נתונים עדכניים על הוצאות חברות הביטוח בנושאים אלה.

יש לציין כי בניגוד לשב"ן, שם הנתונים מפורסמים מדי שנה בשנה בפירוט לפי כל קופה ולפי כל תוכנית, בביטוחי הבריאות המסחריים נתונים אלה לרוב אינם מפורסמים כלל וגם כאשר הנתונים מפורסמים הם אינם מפורטים לפי חברות.

7. השוואה בין לאומית של ביטוחי בריאות פרטיים

במדינות ה-OECD פועל גם כן שוק ענף ומפותח של ביטוחי בריאות פרטיים. חשוב לציין כי יש שונות רבה בין מאפייני מערכות הבריאות במדינות ה-OECD לביטוחי הבריאות הפרטיים, שלהם השפעה רבה על כל השוואה בין-לאומית בנושא²⁵⁶. עם זאת, ה-OECD מפרסם כמה סדרות נתונים הנוגעים לביטוחי הבריאות הפרטיים במדינות. יש לציין כי בעת ביצוע ההשוואה

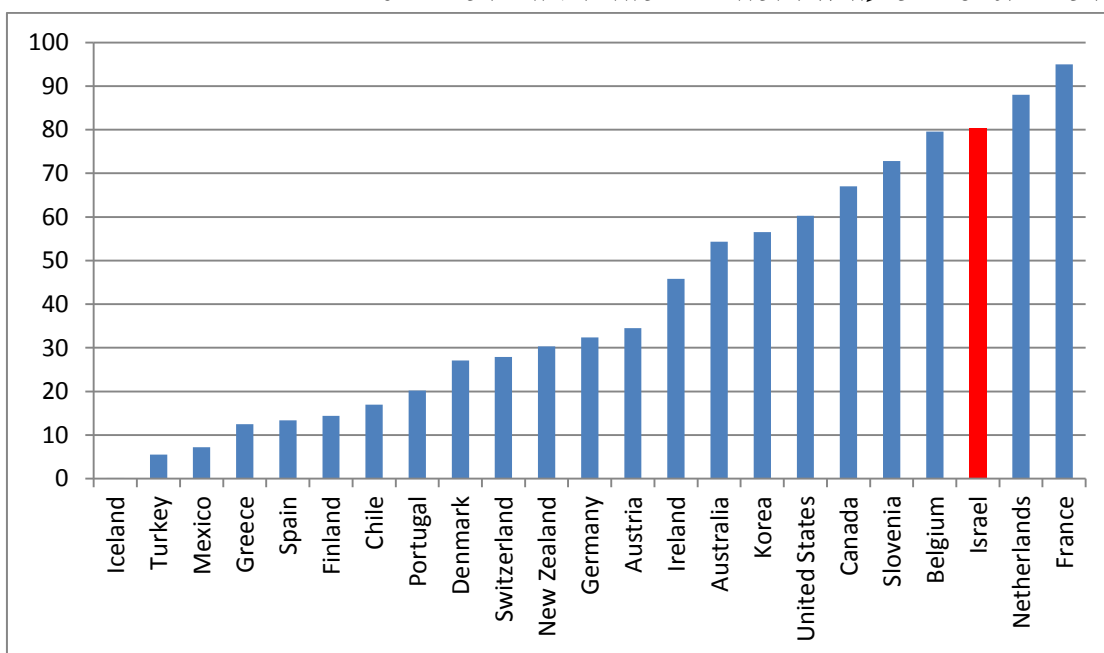
²⁵⁶ על ההבדלים העיקריים בין המדינות השונות ניתן לקרוא ב: חורב וקידר. סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי הבריאות הפרטיים. אגף כלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות (2012).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הבין-לאומית נכללים במונח "ביטוח בריאות פרטי" הן תוכניות השב"ן והן ביטוחי הבריאות בחברות הביטוח המסחריות.

תרשים מס' 16 מציג את שיעור האוכלוסייה במדינות ה-OECD אשר מחזיק בביטוח בריאות פרטי. מן התרשים ניתן לראות כי ישראל נמצאת במקום השלישי בקרב מדינות ה-OECD עם שיעור חדירה של 80.3% בביטוחי בריאות פרטיים. יש להדגיש כי הנתונים לא מתייחסים לשיעור האנשים עם כפל ביטוח בעולם, מכיוון שאין מידע זמין בנושא. משיחה עם מומחה בין-לאומי בתחום ביטוחי הבריאות בעולם עלה כי אין מידע על כפל ביטוח בהיקף משמעותי במדינות מפותחות אחרות מלבד ישראל.

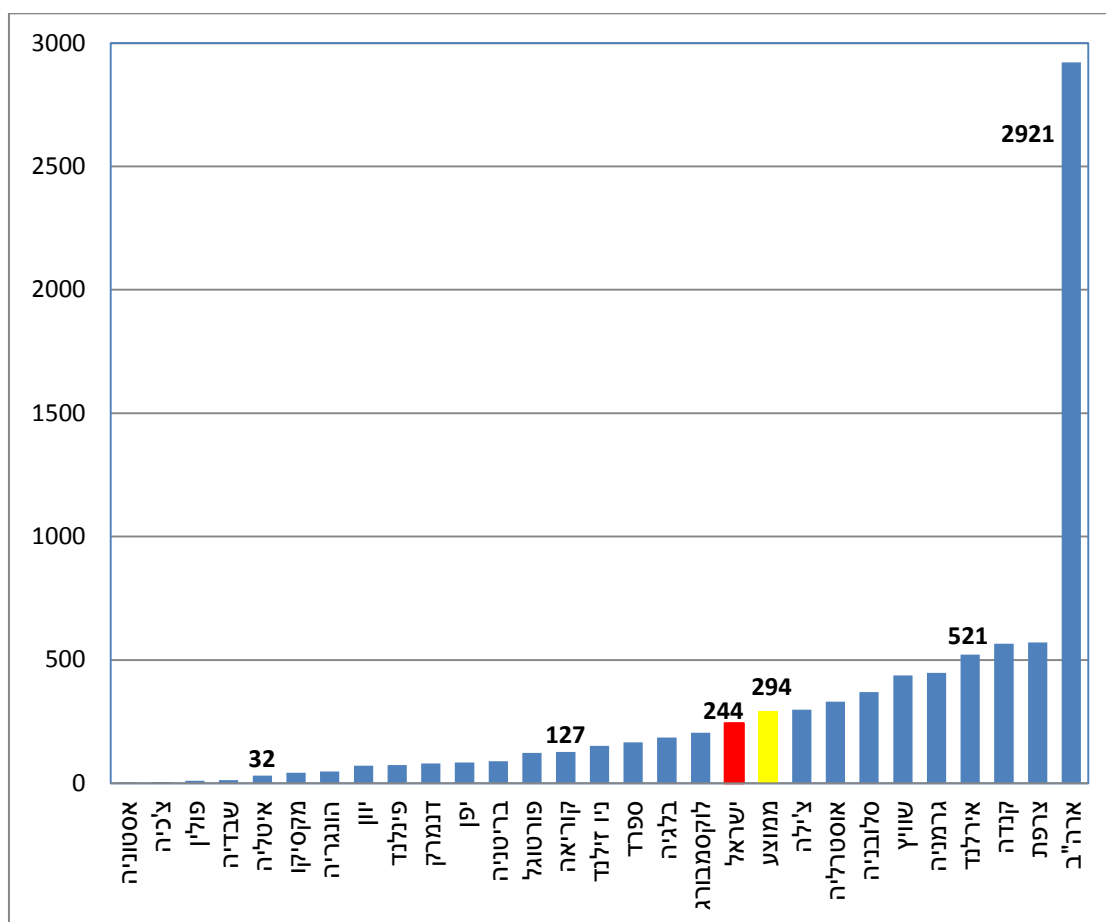
תרשים מס' 16 – שיעור המבוטחים בביטוח בריאות פרטי - 2012



מקור: OECD HEALTH DATA 2014

תרשים 18 מציג השוואה בין-לאומית של ההוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים כשיעור מסך ההוצאה על בריאות. מן התרשים ניתן לראות כי שיעור ההוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים בישראל גבוה ביחס למדינות ה-OECD. כמו כן, כאשר בוחנים את המגמה בהוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים בשנים האחרונות, רואים כי קצב הגידול בהוצאה על ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל מהיר במידה ניכרת מזה של מדינות ה-OECD. תרשים מס' 19 מציג את שיעור השינוי בהוצאה על ביטוחי בריאות לנפש בין השנים 2005-2012. מן התרשים ניתן לראות כי בישראל עלתה ההוצאה בתקופה ההיא ב-111%, וזאת לעומת 39% בלבד במדינות ה-OECD.

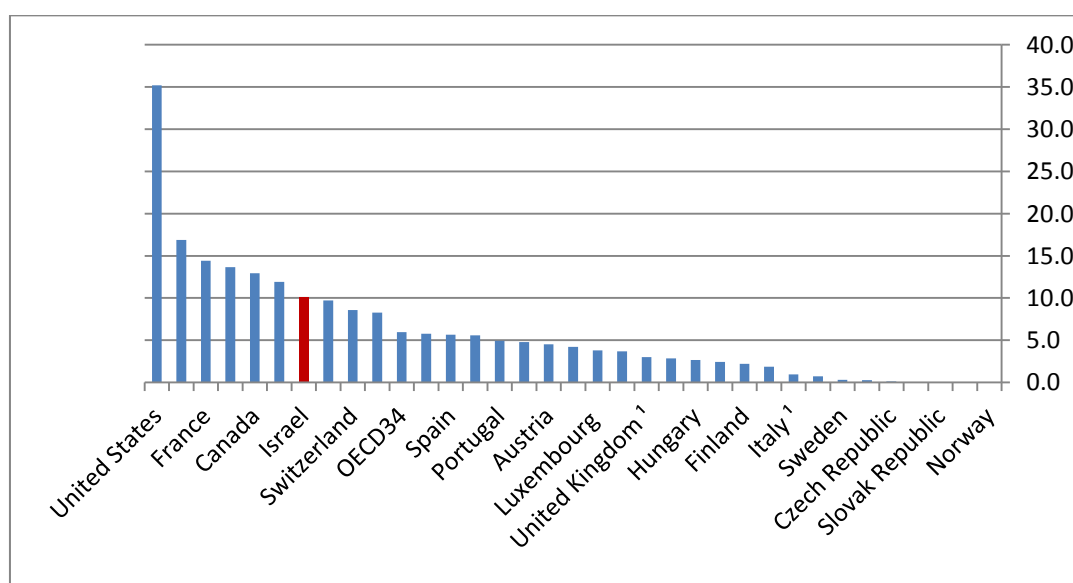
תרשים מס' 17- הוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים לנפש לשנת 2012 (דולר (PPP)



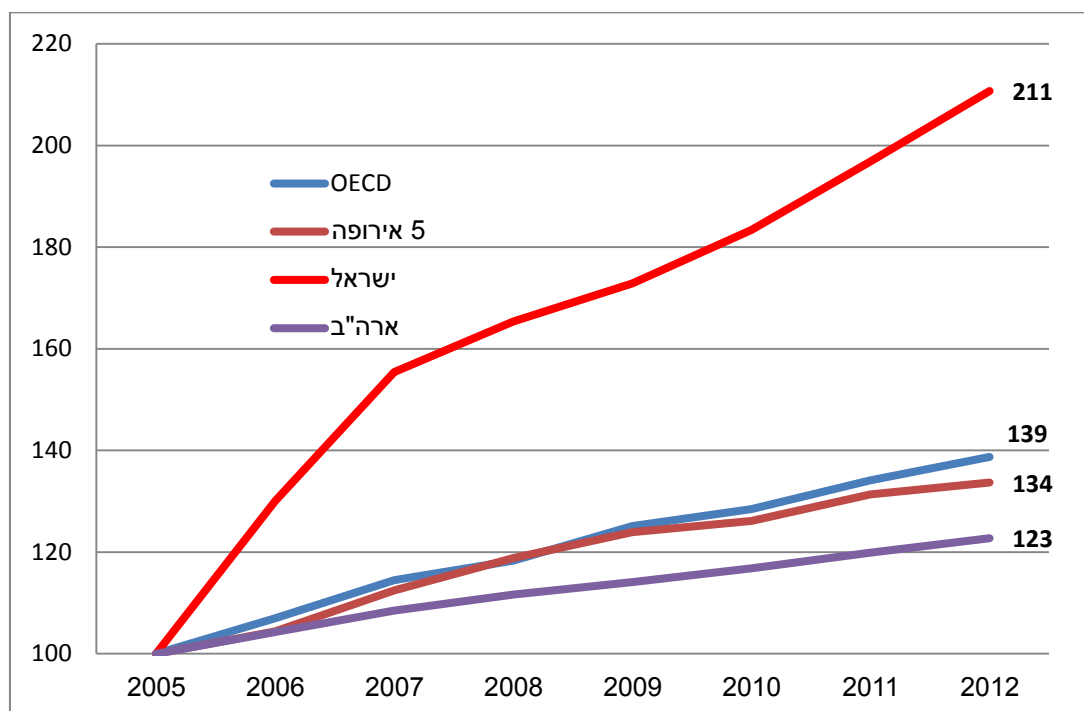
מקור : OECD HEALTH DATA 2014

תרשים מס' 18- שיעור ההוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות -

2012



תרשים מס' 19- הוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים לנפש – 2005-2012 (דולר PPP)
(100=2005)



מקור: עיבוד מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי על נתוני OECD 2014

לאור האמור לעיל עולה שוב השאלה מדוע במדינת ישראל, המתהדרת במערכת רפואה ציבורית מהיעילות והטובות בעולם, בוחרים האזרחים, לקוחותיה של המערכת הציבורית היעילה והטובה, לרכוש בכסף הפרטי ובהיקפים גדלים והולכים, כיסוי ביטוח פרטי.

סוגיה זו עמדה בראש סדר היום של הוועדה.

ב. הצגת הסוגיות המרכזיות:

1. משקל הוצאה פרטית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות – תופעה שמזינה את עצמה
א. שחיקת תקציב הקופות ויצירת שב"ן כמסגרת מימונית חלופית-תוספתית לסל

גירעונות בתי החולים וקופות החולים בשנת 2012 היו משמעותיים. כמעט כל ארגוני הבריאות הציבוריים בישראל מצאו את עצמם בשנת 2012 בגירעונות שוטפים, ברמות שונות. הגירעונות, שגדלו במידה ניכרת באותה שנה (בעיקר עקב הגידול הניכר בעלויות השכר עקב הסכמי השכר), פגעו ביכולתה של המערכת הציבורית לספק את שירותי הבריאות ברמת הנגישות והזמינות של השנים הקודמות. עם זאת, ברור שגירעונות שנת 2012 אינם יכולים להסביר תופעה ארוכת שנים כמו זו הנצפית בנתונים.

כפי שראינו בתחילת המסמך, בשנים האחרונות חלה שחיקה בתקציבי קופות החולים, שחיקה שגרמה להן לגירעונות כבדים בשנים 2012-2013. בעקבות השחיקה בתקציביהן והצורך להתייעל ולצמצם את ההוצאות בגין הסל הציבורי, נאלצו קופות החולים לחפש דרכים לצמצם את ההוצאה בסל הציבורי. כאמור, תקציב השב"ן מנוהל באמצעות קופה סגורה. אם לתוכנית השב"ן

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

יש עודפים הם נשמרים לזכות החברים בתוכנית, ואם יש גירעון בתוכנית על הקופה להתאים את זכויות המבוטחים או את תשלומי הפרמיה כדי לאזן את התוכנית. זאת לעומת הסל הציבורי, שבו אם יש גירעון לא ניתן לצמצם את סל השירותים הניתנים למבוטח ולגבות תשלומים נוספים.

חלק ניכר מבעיית התורים בבתי החולים הציבוריים נובע מכך ששיקולים תקציביים מקבלים מקום מרכזי יותר בבתי החולים הציבוריים, ובית החולים מנסה לצמצם את היקף הפעולות ההפסדיות שהוא מבצע. כאשר יש פעילויות שמתומחרות בחסר או שהתמורה האלטרנטיבית בעבורן היא נמוכה ביחס לפעולות אחרות שמתומחרות ביתר, ייתכן מאוד שבית החולים יחליט לצמצם את הזמינות של הליכים מסוימים. במקרים אלה זמני ההמתנה להליכים הללו צפויים להתארך מאוד.

נתוני משרד הבריאות בנוגע לאורכי התורים לניתוחים במערכת הציבורית חושפים במקרים רבים כי באחדים מבתי החולים לא ניתן לבצע את הניתוחים בפרק זמן סביר. לנוכח בעיית התורים במערכת הבריאות הציבורית נוצרו ביטוחי הבריאות הפרטיים ככלי לקיצור תורים. גם אם זה לא נאמר בצורה מפורשת, במקרים רבים האפשרות ל"בחירת מנתח" ו/או לניתוח פרטי היא למעשה האפשרות לקצר את התור להליך המסוים בבית החולים הציבורי.

נתונים שמסרו לוועדה קופות החולים חושפים כי מרבית הניתוחים נעשים באמצעות המערכת הפרטית במימון הביטוחים הפרטיים, ולא באמצעות קופות החולים במסגרת סל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ב. יצירת תמריצים (רווח כלכלי) להסטה מציבורי לפרטי

בשורות הבאות נתאר את התמריצים הכלכליים של הגורמים השונים במערכת הבריאות להסיט את הפעילות מהמערכת הציבורית למערכת הפרטית. חשוב לציין כי אנו מתארים את התמריצים הקיימים ואת ההשפעות השונות שיכולות להיות להם על השחקנים למיניהם, ולא קובעים כי כלל השחקנים פועלים לפי התמריצים הללו.

1. הרופא

הרופאים המועסקים בבתי החולים הציבוריים מקבלים לרוב שכר קבוע ביחס לשעות הפעילות שלהם בזמן העבודה הרגיל, ללא קשר לתפוקות. השכר אחר הצהריים משולם בהתאם לפעילות שנעשתה - תשלום לפי הליך רפואי. עם זאת, השכר האלטרנטיבי של מרבית הרופאים המומחים בבתי החולים הפרטיים גבוה מזה המשולם להם בבית החולים הציבורי. על כן יש לרופאים תמריץ כלכלי להסיט פעילות מבית החולים הציבורי לבית החולים הפרטי.

חשוב לציין כי עבודה משולבת בבית החולים הציבורי ובבית החולים הפרטי אינה האפשרות המועדפת על ידי הרופאים. עבודה משולבת מחייבת אותם לנסיעות רבות בין המרכזים הרפואיים, לא רק לצורך ביצוע הניתוחים אלא גם לצורך ביקורות וטיפול במקרים שהסתבכו. עם

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

זאת, התגמול הגבוה הניתן במערכת הפרטית גורם לרופאים רבים לעבוד במערכת הפרטית בצד המערכת הציבורית.

רופאים שעובדים במקביל בבית החולים הציבורי ובבית החולים הפרטי נהנים מהמוניטין שיש להם בבית החולים הציבורי כמנהלי מחלקה, כסגני מנהל מחלקה כראשי יחידה וכדומה, מהתואר האקדמי שנלווה לעבודתם בבית החולים, ומהיכולת להבטיח למבוטח כי אם יהיו סיבוכים הוא יוכל לקבל טיפול בבית החולים הציבורי שבו הוא עובד. באמצעות יתרונות אלה (בצד האפשרות לקיצור תור ולהבטחת זהות המנתח) הרופאים יכולים להציע מוצר טוב יותר למבוטחים בבתי החולים הפרטיים.

אלמנט נוסף שראוי גם הוא להתייחסות נוגע למתן ייעוצים פרטיים על ידי רופאים העובדים בבתי החולים הציבוריים. ענף הייעוצים הפרטיים בשב"ן ובביטוחים המסחריים מתבסס ברובו על רופאים בתפקידים בכירים שעובדים בבתי החולים הציבוריים. גם כאן יש לרופאים המספקים שירותי מרפאה במסגרת בית החולים, תמריץ כלכלי להסיט את ביקורי המרפאה למערכת הפרטית. הסטת הביקורים למרפאה הפרטית מאפשרת קבלת תגמול גבוה יחסית, לפי מספר הביקורים, בזמן שהביקורים במרפאה הציבורית הם בדרך כלל חלק מהעבודה הבסיסית של הרופא ואינה מזכה בתגמול נוסף. מלבד התמריץ הכלכלי להסטת הביקור מהמרפאה הציבורית לפרטית, ייתכן שגם שיעור ההפניות לביצוע ניתוחים על ידי אותו הרופא במערכת הפרטית יהיה גבוה יותר מהמקרים שבהם הייעוץ נעשה במסגרת בית החולים הציבורי.

יתרון כלכלי נוסף העומד לזכות הרופא בביצוע ייעוצים במערכת הפרטית הוא התחושה הניתנת למבוטחים, כי אף ששילמו לרופא רק בעבור הייעוץ, כשיגיעו לקבל את הטיפול במסגרת המערכת הציבורית, ייתכן שיקבלו שירות טוב יותר מהרופא שעובד גם שם.

2. קופת החולים

על פי הרגולציה כיום, השב"ן מממן את מלוא עלות ההליך הרפואי במערכת הפרטית ובכלל זה החלק האשפוזי, שמכוסה עקרונית במסגרת הסל הבסיסי ("טופס 17"). כלומר כספי תקציב המדינה המועברים לקופות כוללים את עלות הניתוחים שיעשו מבוטחי הקופות בכל שנה ושנה. במצב שבו מבוטח פונה למערכת הפרטית, הקופה אינה מוציאה מכיסה ולו שקל אחד בגין הניתוח האמור. יתרה מזו, במצב זה הקופה גם אינה משיבה את כספי המדינה ששולמו לה בעבור הניתוח, אלא מחזיקה אותם אצלה ועושה בהם שימוש כראות עיניה.

לאור העובדות הללו, יש לקופות החולים תמריץ כלכלי ממשי להפנות את המבוטחים מצריכת שירותים במסגרת הסל הבסיסי לצריכת שירותים במערכת הפרטית במימון השב"ן. כל מבוטח שבחר לצרוך את השירותים באמצעות השב"ן חוסך לקופה, כמבטחת מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, את מלוא עלות האשפוז שהייתה משלמת לבית החולים הציבורי. הואיל והקופה אינה מחזירה את כספי התקציב בגין ניתוחים שנעשו במערכת הפרטית, הרי נוצר לה רווח ישיר ממהלך זה.

עקב אופיו של השב"ן, המתנהל כקופה סגורה, אם מבוטחים רבים בחרו לנצל את האפשרות של ניתוח במסגרת הפרטית ותוכנית השב"ן בגירעון, ניתן להגדיל את תשלומי הפרמיה שהקופה גובה

(ראו למשל העלאת הפרמיה בשב"ן של מכבי בשנת 2012). כך למעשה קופת החולים מסיטה את המימון של הניתוח מהסל הציבורי לכיס הפרטי.

לפי הערכות הוועדה, קופות החולים חוסכות הוצאה של כ-900 מיליון ש"ח בשנה בעקבות השימוש של המבוטחים בשב"ן ובביטוחים המסחריים לביצוע ניתוחים הקיימים בסל הבסיסי. ברי וברור שמצב זה יוצר ניגוד עניינים חמור בין הקופה בכובעה כ"מבטח ציבורי" ובין הקופה בכובעה כמפעילת שב"ן. כך נוצר מצב אבסורדי: מדינת ישראל מקצה כ-900 מיליון ₪ מכספי התקציב לפי מפתח חלוקה שמעדיף מבטחים ציבוריים (קופות חולים), שחלק גדול יותר ממבוטחיהן אינו עושה שימוש בסל הציבורי, אלא פונה למערכת הפרטית דווקא. מצב של תגמול גבוה יותר לקופות החולים, שחלק ניכר יותר ממבוטחיהן מנותח במערכת הפרטית, יוצר כמובן תמריץ לקופות החולים להסיט מבוטחים רבים למערכת הפרטית (כלומר לוודא שיהיה להם ביטוח או שב"ן וליצור תנאים במערכת הציבורית שיצדיקו שימוש בו).

תמריץ נוסף של קופות החולים בהקשר למערכת הבריאות הפרטית נוגע לסוגיית הבעלות של קופות החולים על בתי חולים פרטיים, שהם הרוב המוחלט של מערכת אספקת השירותים הפרטית במדינת ישראל. מכבי שירותי בריאות מחזיקה בחברת "אסותא מרכזים רפואיים בע"מ", שמפעילה כמה בתי חולים פרטיים בישראל; כללית מחזיקה באמצעות חברת הבת "מור המכון למידע רפואי בע"מ" 40% מחברת "מדילנד בע"מ", הבעלים של חברת "הרצליה מדיקל סנטר בע"מ", שמפעילה את בית החולים הפרטי בהרצליה. יש לציין כי כללית, מלבד שיעור ההחזקה הנמוך ביחס למכבי בבית חולים פרטי, היא גם בעלים של 9 בתי חולים כלליים ציבוריים, ולכן התמריצים המצוינים חלים עליה במידה פחותה.

הבעלות של קופות החולים על בתי חולים פרטיים נותנת להם תמריץ לנסות ולפעול להגדלת ההכנסות והרווחים של בתי החולים הללו (שהדוחות הכספיים שלהם מאוחדים בדוחות של הקופות). דוגמה לתמריצים בנושא ניתן למצוא בעדות שהובאה בפני הוועדה לכך שמכבי משלמת לאסותא על ניתוחים פרטיים מחירים גבוהים יותר מהמחירים שכללית משלמת לאסותא.

3. בתי חולים ציבוריים-

בתי החולים הציבוריים הם מרכזים של מצוינות רפואית. עם זאת גם בתחום זה יש כמה כשלים הגורמים לכך שפעילות מוסטת מבתי החולים הציבוריים לפרטיים.

בחינה של הסכמי הרכש בין בתי החולים לקופות החולים מעידה על כך שעיקר הסכמי הרכש בין הצדדים עוסק בצדדים התקציביים של ההתקשרות. אף שסוגיית הממשקים הקליניים בין בתי החולים לקופות משפיעה מאוד על איכות הטיפול בחולה, ההסכמים בין הצדדים כמעט שלא מתייחסים לאיכות הטיפול הרפואי. לאור זאת, גם מבנה התשלומים של קופות החולים לבתי החולים לא כולל אלמנטים של איכות רפואית. התשלום של קופות החולים לבתי החולים מבוסס רק על היקפי הפעילות.

לדעתנו, כאשר אין מרכיבים של איכות בהסכמים בין הצדדים והם אינם באים לידי ביטוי בתשלום, הדבר יכול לפגוע באיכות השירות שבתי החולים נותנים למבוטחי קופות החולים.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

סוגיה מרכזית נוספת שגורמת להסטת פעילות מבתי החולים הציבוריים לפרטיים היא סוגיית התמחור. מערכת הבריאות בישראל נמצאת בפיגור ביחס למדינות ה-OECD בכל הקשור לתשלום לפי פרוצדורות רפואיות/אבחנות רפואיות. בישראל מרבית ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים נעשית לפי מספר ימי האשפוז. שיטה זאת גורמת לעיוותי מחירים במערכת ולכך שמצד אחד יש פרוצדורות רפואיות רווחיות מאוד ומצד אחר פרוצדורות רפואיות הפסדיות. יש לציין כי גם פרוצדורות שתומחרו בנפרד לעתים אינן מעודכנות וגם בהן יש פערים לעומת העלויות בפועל בבתי החולים.

עיוותי המחירים הללו נותנים לבתי החולים תמריץ חיובי לביצוע הפעולות הרווחיות ותמריץ שלילי לביצוע הפרוצדורות ההפסדיות. בפני הוועדה הובאו עדויות לכך שבית חולים גדול כמעט שאינו מבצע פרוצדורה פשוטה יחסית, מכיוון שהיא לא רווחית בעבורו. במקרים אלה התורים לביצוע הפרוצדורה גדלים וציבור המבוטחים נדחק למערכת הפרטית. יש לציין כי משרד הבריאות פועל בשנים האחרונות לתיקון עיוותי המחירים במערכת הבריאות. בשנה שחלפה נוספו עשרות קודים של תשלום לפי פרוצדורות והמהלכים בנושא נמשכים.

מלבד הבעיות בתמחור הפרוצדורות במערכת, גם מנגנון ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים, המבוסס על חוק שקובע את מסגרת ההתחשבות הכללית בין הצדדים, גורם לבתי החולים להפנות טיפולים למערכת הפרטית. כללים אלה נועדו להגן על קופות החולים מפני כשל השוק של "היצע יוצר ביקוש" שנוצר במקרים שבית החולים שולט על משך האשפוז ועל ההחלטה האם לאשפז מבוטחים למיון. אלא שהכללים הללו גורמים לכך שמעבר לרמה מסוימת של פעילות, קופת החולים משלמת לבית החולים תשלום חלקי בלבד בעבור אותה הפעולה (בחוק הנוכחי התשלום יכול להגיע ל-33% בלבד מערך הפעולה). שיטה זאת גורמת לכך שלבית החולים אין תמריץ בטווח הקצר להגדיל את היקף הפעילות שלו מעבר לאותה הרמה, מכיוון שהתשלום שהוא מקבל נמוך מאוד מהעלויות של ביצוע הפעולה. כמו בדוגמה הקודמת, גם במקרים אלה ייתכן שבית החולים יעדיף לצמצם את ביצוע הפעולות באמצעות יצירת תורים שבסופו של יום יגרמו לחלק מהמבוטחים לפנות לקבלת הטיפול במערכת הפרטית.

סיבה נוספת לתורים בכמה מהפרוצדורות בבתי החולים הציבוריים היא שלעתים מדובר בפרוצדורות פחות יוקרתיות למנתחים. כאשר זמן חדרי הניתוח שמקצה בית החולים מוגבל (עקב מחסור במרדימים למשל או מחסור כדאיות כלכלית), הצוות הרפואי בוחר לעתים לבצע פרוצדורות הנחשבות לבעלות יוקרה רפואית, ולבצע פחות ניתוחים פשוטים. גם במקרים אלה זמני ההמתנה לניתוחים הפשוטים יתארכו מאוד ויהיו מי שיפנו לקצר את התור באמצעות המערכת הפרטית.

תמריצים אלה של חלקים נרחבים במערכת הבריאות גורמים לכך שאיכות הטיפול במערכת הבריאות הציבורית נפגעת. האיכות נפגעת עקב המחסור בכוח אדם ועקב התארכות התורים במערכת הציבורית, ששוב מניעה את כדור השלג של ביטוחי הבריאות הפרטיים.

לצד כל אלה חשוב לחזור ולהדגיש כי מבנה המימון במערכת הבריאות אינו יוצר תמריצים לאיכות שירות גבוהה במערכת הציבורית. כפי שצינו קודם לכן, התמריצים הם הפוכים: הן ברמת קופת החולים, שיש לה אינטרס כלכלי להפנות טיפולים שהיו מיועדים להתבצע בסל

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הבסיסי לשב"ן, וזאת לפעמים באמצעות תורים ארוכים במערכת הבריאות הציבורית (לקופה יש שליטה בנושא דרך הסדרי הבחירה), והן בקרב השחקנים האחרים.

1. השפעות חיצוניות על המערכת הציבורית

למערכת הבריאות הפרטית בישראל יש מקום חשוב במבנה מערכת הבריאות. מערכת הבריאות הפרטית מגבירה את התחרות בין גורמי הייצור במערכת ואף מעודדת תחרות על איכות ושירות למבוטחים ולעתים אף מספקת את שירותי הבריאות במחיר נמוך יותר למערכת הציבורית. בבואנו לדון במערכת הפרטית יש להבחין בין אספקת שירותים פרטית ובין מימון פרטי של שירותי הבריאות. לוח מס' 4 מציג את האפשרויות השונות של מימון ואספקת שירותים במערכת הבריאות.

ברביע הראשון יש שירותים הניתנים במימון ציבורי ובמסגרת האספקה הציבורית. שירותים אלה כוללים אספקת שירותים ישירה על ידי קופות החולים, רכש שירותים של קופות החולים בבתי החולים הציבוריים וכדומה. הרביע השני כולל שירותים הממומנים על ידי המערכת הציבורית וניתנים במסגרות פרטיות. לדוגמה, קופת חולים רוכשת שירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מספקים פרטיים כגון: אסותא ומרפאות פרטיות. הרביע השלישי כולל שירותים הניתנים במימון פרטי במערכת אספקת שירותי הבריאות הציבורית. דוגמאות לכך הן שירותי השר"פ בבתי החולים בירושלים וכן תשלום מכיסם של אזרחים בעבור טיפולים אמבולטוריים ובדיקות בבתי החולים הציבוריים (לדוגמה, המכון הגנטי במרכז רפואי רבין). הרביע הרביעי כולל שירותים הניתנים במימון פרטי ואספקה פרטית. לדוגמה, ניתוח בבית חולים פרטי במימון פרטי של האזרח ו/או במימון של חברת הביטוח או השב"ן של קופת החולים.

כפי שניתן לראות, בישראל קיים עירוב של ארבע האפשרויות של מימון ואספקת שירותים על הרצף הציבורי-פרטי. מכיוון שאנו עוסקים בנושא הביטוחים הפרטיים, שמהווים מקור מימון פרטי במערכת הבריאות, פרק זה ידון בעיקר בסוגיית המימון הפרטי. נתייחס הן לנושא המימון הפרטי במערכת האספקה הציבורית, והן לנושא המימון הפרטי במערכת האספקה הפרטית (רביעים 3-4).

לוח מס' 4 – אפשרויות מימון ואספקת שירותים על הרצף הציבורי-פרטי

מימון / אספקה	מימון ציבורי	מימון פרטי
אספקה ציבורית	1	3
אספקה פרטית	2	4

בסעיפים שלהלן נבחן את ההשפעות של המימון הפרטי על כמה סוגיות: היצע כ"א ושכר, הכשרת כ"א, גריפת שמנת, בקרת עמיתים, האמון במערכת הציבורית, תורים וזמני המתנה, ההשפעה של הביטוחים על תכולת הסל ועוד.

א. היצע כ"א במערכת ושכר

שיעור הרופאים בישראל היום דומה לשיעור הרופאים במדינות ה-OECD, אך בניגוד למגמת העלייה בשיעור הרופאים במדינות ה-OECD, בישראל שיעור זה במגמת ירידה. כשבוחנים את שיעור האחיות בישראל, ניתן לראות כי הוא נמוך במידה ניכרת מהמקובל במדינות ה-OECD ועדיין נמצא במגמת ירידה. עם זאת יש לציין כי בשנים האחרונות נקט משרד הבריאות שורה של צעדים שהגדילו מאוד את היקפי ההכשרה של רופאים ואחיות. צעדים אלה יבלמו את הירידה בשיעור הרופאים ביחס לאוכלוסייה וישנו את המגמה בכל הקשור לשיעור האחיות (נושא זה הורחב בדוח הכללי של הוועדה).

מנהלי בתי החולים שהופיעו בפני הוועדה העידו כי בשנים האחרונות עזבו רופאים את בתי החולים הציבוריים לצורך עבודה במשרה מלאה או חלקית בבתי החולים הפרטיים. מכיוון שהיצע הרופאים והאחיות בישראל מוגבל, הספקים השונים מתחרים עליהם. מכיוון שתנאי השכר בבתי החולים הפרטיים אינם מפותחים בידי הממונה על השכר במשרד האוצר, ובתי החולים הפרטיים אינם כבולים להסכמים הקיבוציים ויכולים להציע חוזים אישיים, הם יכולים להציע שכר עבודה גבוה הרבה יותר מזה המוצע במערכת הציבורית. מנתונים שקיבלה הוועדה מאסותא עולה כי חלק ניכר מהרופאים שעובדים באסותא עובדים במקביל גם בבתי החולים הציבוריים.

כפי שצינו קודם לכן, בישראל יש מקום למערכת בריאות פרטית במימון פרטי. עם זאת בתי החולים הציבוריים אמונים על טיפול ללא אפליה כלכלית בכל תושבי מדינת ישראל ועליהם להיות ערוכים כל העת למצבי חירום. יש להבטיח אפוא כי התחרות בין ספקי הבריאות הציבוריים והפרטיים לא תגרום לכך שבתי החולים הציבוריים לא יבצעו את תפקידם הלאומי מכיוון שבתי החולים הפרטיים הציעו תנאי שכר טובים יותר לרופאים ולאחיות.

עדויות שהושמעו בפני הוועדה הציגו תמונה שלפיה בעקבות האפשרות לשיפור ההשתכרות, רופאים ואחיות אשר עבדו במערכת הבריאות הציבורית עברו לעבוד במערכת הפרטית, ופגעו ביכולת של בתי החולים הציבוריים להמשיך ולספק את שירותי הבריאות החיוניים לכלל תושבי ישראל באותה האיכות ובאותה הזמינות.

השפעה שלילית נוספת של התרחבות ענף האספקה הפרטית במימון הפרטי קשורה לנושא השכר במערכת הבריאות. מרכיב השכר במערכת הבריאות גבוה מאוד ועומד על כ-65% מכלל הוצאות המערכת. בשנים האחרונות, עקב הגידול בהיקפי המימון הפרטי במערכת הבריאות וההיצע המוגבל של הרופאים, חלה עלייה ניכרת בהכנסות הרופאים במערכת הפרטית.

למרות הסכם השכר האחרון של הרופאים, שהביא לידי תוספת של עשרות אחוזים בשכר, יכולת ההשתכרות החלופית של הרופאים במערכת הפרטית גבוהה במידה ניכרת. רופאים שהעידו בפני הוועדה ציינו כי בשניים-שלושה ימי עבודה במערכת הפרטית הם יכולים להשתכר יותר מהשכר החודשי בבית החולים הציבורי. יכולת ההשתכרות החלופית של הרופאים במערכת הפרטית גורמת לעזיבת רופאים (או לצמצום משרה) במערכת הציבורית וכן להגדלת לחצי השכר בקרב הרופאים שנשארים במערכת הציבורית. למרות הגידול הניכר בשכר הרופאים ושכר ממוצע הגדול

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

פי 3.5 מהשכר הממוצע במשק, מקצת הגורמים שהופיעו בפני הוועדה ציינו כי כדי למנוע מהרופאים לעזוב את המערכת הציבורית יש להציע להם שכר שיתקרב מאוד לשכר שניתן במערכת הפרטית. בהמלצות כנס ים המלח משנת 2012, אשר עסק בביטוחים הפרטיים, נקבע כי "עלויות השכר במערכת הפרטית גורמות גם הן להחלשה של המערכת הציבורית וללחץ מתמיד מצד הרופאים והאחיות לעלויות שכר" (כנס ים המלח, 2012).

כאמור, עקב עלויות השכר במערכת הבריאות, כל גידול בהוצאות השכר יחייב את המדינה להגדיל את ההוצאה לצורך מימון תוספות השכר, ולא דווקא לשיפור איכות מערכת הבריאות והרחבת סל השירותים. יש לציין כי להעלאת שכר הרופאים והאחיות במערכת הציבורית יכולה להיות השפעת רוחב על דרישות שכר של מגזרים נוספים.

ב. הכשרת המתמחים

השפעה חיצונית שלילית נוספת של התרחבות המימון הפרטי במערכת הבריאות נוגעת לאפשרות של המתמחים ללמוד בצורה המיטבית את מקצוע ההתמחות שבו בחרו. כיום, כאשר האזרח בוחר לממש את הזכות שיש לו בביטוח הפרטי לניתוח פרטי, הוא בוחר גם את המנתח. בכל המקרים שבהם נבחר המנתח נמנעת למעשה האפשרות של המתמחה לבצע את הניתוח לצד הרופא המומחה ולהתמחות בביצוע הניתוח. מקרים אלה פוגעים בהכשרה של המתמחים. פגיעה זאת אפשרית גם במקרים שהניתוחים מבוצעים בבית החולים הפרטי וגם במקרים שהמבוטח בוחר את הרופא בבית החולים הציבורי (השר"פ בבתי החולים בירושלים). חלק מהעדים שהופיעו בפני הוועדה ציינו כי יש היום ניתוחים שהמתמחים כמעט ולא מבצעים במשך התמחותם מכיוון שהרוב המוחלט של ניתוחים אלה מתבצעים במסגרת פרטית של בחירת רופא. בפני הוועדה הועלו חששות בנוגע להשפעת הבעיה על טיב ההכשרה של המתמחים.

ג. גריפת שמנת

כשל השוק של גריפת שמנת (Cherry picking ו-Cream Skimming) גם הוא שיש לבחון במסגרת ההשפעה של הביטוחים הפרטיים על מערכת הבריאות הציבורית. ההתייחסות הרגילה למונח של גריפת שמנת ביחס לביטוחי הבריאות עוסקת במצבים שהמבטח מעדיף לספק שירותים לאוכלוסיות בעלות "ערך גבוה" או דפוס נמוך של שימוש בשירותים ביחס לתגמול שהוא מקבל בעבורם. על כן ניתן לראות את המאמצים של חברות הביטוח המסחריות לבצע את תהליך החיתום בצורה המיטבית בעבורן ואת הפרסומות והשירותים הנכללים בשב"ן, ש לרוב מכוונים לאוכלוסיות צעירות יותר (שגם צורכות פחות שירותים בסל הבסיסי).

עם זאת בסעיפים הבאים נתייחס לתופעת גריפת השמנת לא מכיוון המבטחים, אלא מכיוון של ספקי השירות הפרטיים. כאמור, התמחור במערכת הבריאות בישראל מתבסס על שתי שיטות עיקריות: תשלום לפי ימי אשפוז (כאשר לכל יום אשפוז יש מחיר) ותשלום לפי פרוצדורה (כאשר לכל פרוצדורה נקבע מחיר בלי קשר למספר ימי האשפוז בפועל). בשתי השיטות (ובייחוד

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

בראשונה) נוצרים לעתים עיוותים במחירים. חלק מהפעולות הן רווחיות לבית החולים וחלקן הפסדיות. בתי החולים הציבוריים המחזיקים חדרי מיון מחויבים לספק לתושבי ישראל את כלל השירותים המוצעים בסל ואסור להם לבחור אילו שירותים לספק ואילו לא. תמהיל השירותים שבית החולים הציבורי נותן כולל גם שירותים הפסדיים וגם רווחיים. לעומת זאת, בתי החולים הפרטיים, שפועלים למטרת רווח ומטרתם העיקרית היא להשיא את הרווחים, בוחרים לבצע בעיקר את הפעולות הרווחיות ביותר לבית החולים (ניתן לטעון טענה זו גם ביחס לרופאים בבתי החולים הפרטיים). כך נוצר מצב שבתי החולים הפרטיים בוחרים לבצע בעיקר את הפעולות הרווחיות - עובדה המשנה את תמהיל הניתוחים בבתי החולים הציבוריים והופכת אותו להפסדי. מצב זה מקשה עוד יותר על בתי החולים הציבוריים לספק את שירותי הבריאות הציבוריים לכלל תושבי ישראל.

בנוסף, עיבוד נתונים מיוחד שנעשה בעבור הוועדה מראה כי בקרב 20 ניתוחים מרכזיים בישראל, תמהיל החולים בבתי החולים הפרטיים משקף אף הוא אלמנטים של גריפת שמנת. מנתונים שהציג משרד הבריאות לוועדה עולה כי בתי החולים הפרטיים בוחרים לנתח את המנותחים היחסית צעירים בעוד שאחוז המנותחים המבוגרים בבתי החולים הציבוריים הינו גבוה יותר.

בפני הוועדה הושמעו עדויות על מקרים שבתי החולים מבצעים את הניתוחים במימון פרטי, וכאשר הניתוח מסתבך או חלה הרעה במצבו של החולה הוא מועבר להמשך טיפול במערכת הציבורית. יש לציין כי לטענת אסותא מדובר במקרים בודדים ולא בתופעה.

חשוב לציין כי תמחור נכון של מערכת הבריאות היה יכול לפתור חלק ניכר של הכשל שהוצג בחלק זה.

ד. בקרת עמיתים

בפני הוועדה נשמעו עדויות ולפיהן בניתוחים רבים במערכת הפרטית המנתח שמבצע את הניתוח הוא גם הרופא שאבחן את הצורך בניתוח במסגרת התייעצות שנערכה עמו בקהילה (אם במסגרת הקופה ואם באופן פרטי). כך נוצר מצב שאין למעשה בקרה של עוד גורם על הצורך בביצוע הניתוח. מבדיקה שערכה הוועדה עלה כי ברוב הניתוחים מרבית קופות החולים וחברות הביטוח לא מבצעות בקרה אחר הצורך הרפואי בניתוחים המבוצעים בשב"ן ובביטוחים המסחריים.

כך נוצר מצב שהרופא יכול לבחון את המבוטח במרפאתו הפרטית, להפנות אותו לביצוע ניתוח בבית החולים הפרטי ולנתח אותו בלי ששום גורם נוסף בחן את הצורך בביצוע הניתוח. במקרה זה עולה החשש כי התמריצים הכלכליים המופעלים על הרופא יכולים לגרום לביצוע של ניתוחים מיותרים.

מנגד הוצגו לוועדה המנגנונים בבתי החולים הציבוריים, שמטרתם להבטיח שלא יבוצעו ניתוחים מיותרים. המרכיב המרכזי במנגנונים אלה הוא מנגנון בקרת העמיתים. בעדויות שהובאו בפני הוועדה נטען כי בבתי החולים הציבוריים פועל מנגנון של בקרת עמיתים בעבור הניתוחים המבוצעים בבית החולים, וכי רופא אינו יכול לנתח מבוטח בבית החולים בלי שהמקרה של

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

המבוטח נבדק בידי רופאים נוספים. מנגנון זה, שכמעט ואינו קיים בבתי החולים הפרטיים, מצמצם במידה ניכרת את האפשרות של ביצוע ניתוחים מיותרים.

ה. פגיעה באמון במערכת הציבורית

שיטת המכירה של ביטוחי בריאות מסחריים היא כמוצר 'דחיפה'. על חברת הביטוח והסוכן לשכנע את האזרח שיש לו צורך ממשי בביטוח הבריאות. בשנים האחרונות אנו עדים לשיטות שיווק אגרסיביות מאוד של חברות הביטוח, שמשתמשות בפרסומות כדי לפגוע באמון הציבור ביכולתה של המערכת הציבורית לספק אותו המוצר.

דוגמאות מהשנים האחרונות ניתן לראות בפרסומות שמהן אפשר להבין שאם אין לך ביטוח בריאות פרטי של חברה מסוימת אין לך ביטוח בריאות כלל (אפילו לא הביטוח של הסל הציבורי). פרסומות נוספות שמשתמשות בטכניקות של הפחדת הציבור באמצעות מידע שגוי על הסיכוי לחלות בסרטן, ובמונחים שיכולים לגרום לציבור להבין שעם אותו הביטוח הוא יוכל "לנצח את מחלת הסרטן". פרסומות אשר כביכול מוצגות על ידי עמותות שמראות את הצורך בביטוח פרטי אך בפועל ממומנות על ידי חברות הביטוח, ועוד.

בוועדה נשמעו גם עדויות על מקרים שבהם חלק מקופות החולים משווקות את השב"ן למבוטחים באמצעות אמירות המביעות חוסר אמון בכיסוי הקיים בסל הציבורי.

דוגמאות אלה, שנועדו להגדיל את מספר המבוטחים בביטוחים הפרטיים, גורמות לפגיעה באמון הציבור במערכת הציבורית ולהגדלת הביקושים לביצוע פעולות במערכת הפרטית. זאת תוך כדי פגיעה ביכולתה של המערכת הציבורית לספק את השירות המיטבי לאזרחים.

ו. יצירת תורים וזמני המתנה

כפי שניתן לראות בנתונים המפורטים בפרק העוסק בזמני המתנה לשירותים רפואיים, במערכת הציבורית יש לעתים זמני המתנה ארוכים לניתוחים ולמרפאות בבתי החולים הציבוריים. מלבד התמריץ הכלכלי שיש לרופאים להאריך באופן מלאכותי את זמני ההמתנה לביצוע פרוצדורות מסוימות בבית החולים הציבורי על מנת להסיט את המטופלים לבית החולים הפרטי, ביטוחי הבריאות הפרטיים יכולים אף לגרום להארכת תורים בדרכים נוספות.

כפי שצינו קודם לכן, היצע הרופאים והאחיות בישראל מוגבל. במצב עניינים שכזה, כשיש תחרות על היצע כ"א מוגבל, מעבר של רופאים ואחיות לבתי החולים הפרטיים יכול לגרום להארכת התורים בבתי החולים הציבוריים. לדוגמה, אם נניח שהיום אחד הגורמים לתורים הארוכים לניתוחים בבתי החולים הציבוריים הוא מחסור במרדימים, מעבר של מרדים מבית חולים ציבורי לבית חולים פרטי יגרום להארכת זמן ההמתנה לניתוחים בבית החולים הציבורי. חשוב לציין כי אותו המרדים יהיה שותף לניתוחים בבית החולים הפרטי ובכך יגדיל את זמינות הניתוחים באותו בית חולים. אך המבוטח הציבורי שמקבל את השירות בבית החולים הציבורי

לא ייהנה מכך, וזמני ההמתנה שלו יתארכו. בנוסף, כפי שצינו בחלק שעוסק בגריפת שמנת, ייתכן שהמרדים יבצע את תמהיל ניתוחים הרווחי ביותר לבית החולים הפרטי, ולא דווקא את הניתוחים הדרושים ביותר מבחינה קלינית. במקרה זה זמן ההמתנה לניתוחים הרווחיים יתקצר ואילו זמן ההמתנה לשאר הניתוחים יתארך עוד יותר.

פירוט על התורים לניתוחים במערכת הבריאות הציבורית ניתן לקרוא בפרק זמני המתנה לשירותים רפואיים המופיע בתחילת הדוח.

ז. השפעת הביטוחים על תכולת הסל הציבורי

יש ויכוח על ההשפעה של הכללת שירותים בביטוחים הפרטיים ובשב"ן בפרט על הסיכויים להכליל אותם בסל הציבורי. מצד אחד יש הטוענים כי הכללת שירותים בשב"ן משמשת גשר וזרז להכללת אותם השירותים בסל הבסיסי. כדוגמה ניתנים טיפולי השיניים לילדים, שהוכללו ראשית בתוכניות השב"ן לפני הרפורמה של סגן שר הבריאות ליצמן, שפעלה להכללתם בסל שירותי הבריאות. דוגמה נוספת היא בדיקת השקיפות העורפית שנכנסה לסל בשנת 2013 (כאשר חלק ניכר מהתמחור שלה מתבסס על כך שנשים רבות ימשיכו לעשות את הבדיקה באמצעות השב"ן אגב בחירת הגורם המבצע). היתרון העיקרי במצב זה הוא שמרבית האוכלוסייה יכולה לקבל את השירות גם אם הוא לא בסל, בהנחה שבפרק זמן מסוים כל הציבור ייהנה גם כן מהשירות באמצעות הסל הבסיסי.

מנגד יש הטוענים כי הכללת שירותים בשב"ן, שבו חברים כ-75% מהאוכלוסייה, תגרום לכך שלאורך השנים לא יהיה לחץ ציבורי להקצאת תקציבים משמעותיים להרחבת סל הבריאות, כי גם כך מרבית האוכלוסייה זכאית לקבל את השירותים באמצעות השב"ן. אם שירות חיוני מסוים ייכלל בשב"ן, לכאורה אותם 75% שיש להם שב"ן יהיו אדישים בנוגע להכללתו בסל הציבורי או להכללה של שירותים אחרים שאינם נמצאים בסל או בשב"ן. אף על פי שהחלטות הוועדה להרחבת סל שירותי הבריאות לא אמורות להיות מושפעות מהשירותים הקיימים בשב"ן, בקריאה של הפרוטוקולים של הוועדה החשופים לציבור ניתן לראות כי מדי שנה טוענים חברי הוועדה נגד הכללת שירותים מסוימים בסל הבסיסי מכיוון שהם כבר זמינים היום באמצעות השב"ן. הטיעון המרכזי הוא שחבל להוציא סכום כזה מתקציב הוועדה על מנת לתקצב מהשקל הראשון בעבור כל האוכלוסייה שירות ש"רק" 25% מהאוכלוסייה לא זכאית לו היום.

על כן חשוב מאוד ששירותים חיוניים לציבור, אשר מוסכם כי ראוי שייכללו בסל הציבורי, לא ייכללו בשב"ן, על מנת להבטיח עדכון ראוי של סל הבריאות הציבורי ולהגדיל את סיכוייהם להיכלל בסל.

בשנת 2007 השיקו קופות החולים את התוספת לשב"ן של תרופות "מצילות" ומאריכות חיים. כמה חודשים לאחר מכן, לאחר שהממשלה והכנסת אסרו עליהן להכליל שירותים אלה בשב"ן, התנהל דיון ציבורי נרחב בנושא.

1. שב"ן - מאפיינים, השפעות מערכתיות וכשלי שוק

א. רבדים וקשירת מוצרים (bundle)

מבנה השב"ן והעדר אחידות שב"נים בין קופות

כאמור בפרק הרקע, כיום בכל קופות החולים מוצעים שני רבדים זמינים לרכישה של הפרטים. כל אחד מהרבדים כולל מגוון של שירותים שנמכרים כחבילה ("באנדל"), ולא ניתן לרכוש אותם בנפרד. בכל הקופות החלוקה לרבדים בשב"ן משקפת במידה מסוימת הנגשה של רוב המבוטחים לשירותים בעלי מקדם חשיבות גבוה (שירותים כאלה נכללים ככלל ברובד הראשון), וכן מגוון של שירותים "NICE TO HAVE" שאינם רפואיים במובהק או בעלי חשיבות מהותית, כגון הנחות למכון כושר, טיפולים קוסמטיים וכן הלאה.

יש דמיון רב בין התוכניות לשירותי בריאות נוספים, ותוכניות השב"ן המוצעות בקופות כוללות בין היתר את השירותים האלה:

א. שיניים – רמות שונות של כיסוי

ב. הריון – סל בדיקות היריון, טיפולי IVF ובדיקות גנטיות

ג. בחירת מנתח

ד. ייעוצים / חוות דעת שנייה

ה. תרופות

ו. התפתחות הילד

ז. טיפולים בחו"ל

לצד הכיסויים ה"מסורתיים" שכלולים בתוכניות השב"ן השונות ומהווים למעשה כיסויי ציר שהתוכנית סובבת עליהם, יש שונות וגיוון בין השירותים הנוספים המוצעים בכל אחת מהקופות. התפיסה שעומדת מאחורי השונות בתוכניות היא שנדרשת התאמה של התוכניות למאפייני המבוטחים וצורכיהם בכל קופה וכן לצורך קידום חדשנות בשירותים למבוטחים. בפועל, כפי שיוצג בהמשך, ריבוי השירותים וההבדלים בין התוכניות של הקופות מקשים את ההבנה של השירותים הנכללים בתוכניות, את יכולת ההשוואה בין הקופות ואת התחרות בתחום.

היתרונות של יצירת חבילת שירותים מיטבית לכל רובד הם שיפור האיזון האקטוארי, איגום משאבים וסיכונים, מניעת ברירה שלילית (ADVERSE SELECTION) וכן סבסוד בין השירותים וערבות הדדית בין המבוטחים. אולם כיום החבילה המוצעת למבוטחים כוללת מספר רב של שירותים ברבדים של הקופות השונות ללא אחידות בין הקופות, ומורכבות ההבדלים בין השירותים מקשה מאוד על המבוטחים להבין את ההבדלים בין הרבדים השונים ופוגעת מהותית ביכולת ההשוואה והתחרות בתחום.

אף שמשרד הבריאות פועל רבות לקדם הצגה השוואתית באינטרנט של השירותים הזמינים וההבדלים בין הקופות, ריבוי המידע וההבדלים בין הקופות עדיין אינם מאפשרים השוואה. זאת

מאחר שגישה לריבוי מידע לאו דווקא מסייעת לתהליך קבלת ההחלטות. מחקרים מראים כי גישה לריבוי מידע ללא פישוט והנגשה מרתיעה צרכנים מקבלת החלטה²⁵⁷. כמו כן ריבוי מידע יכול להוביל לעומס קוגניטיבי של הצרכן המקשה על בחירה מושכלת.²⁵⁸ יש להדגיש כי המצב מורכב עוד יותר בביטוחים רפואיים, שלרוב כוללים סלי שירותים רחבים ומינוחים רפואיים ותנאים הנוגעים למחלות ולמצבים תפקודיים שונים. המינוח המקצועי והמורכבות של המוצרים עצמם לא מאפשרים למבוטח הממוצע להגיע לרמת ידע המאפשרת לו לקבל החלטה רציונאלית, ובמקרים רבים הוא תלוי ב"סוכן" בלתי תלוי, בעל ידע רפואי, המכיר גם את צרכיו הבריאותיים ואת העדפותיו, כדי לקבל החלטה שכזו. במקרה שכזה, אם עומד לרשותו "סוכן" שהוא גם בעל עניין, הסוכן עלול לפעול בניגוד עניינים, אם הצרכן לא עירני. בייחוד כאשר מדובר בקופת חולים, שמחזיקה בכובע אחד כאחראית על אספקת הסל הבסיסי, ובכובע אחר כמשווקת פוליסת השב"ן.

מלבד זאת, הכללת שירותים רבים באותה החבילה (BUNDLE) כוללת סיכון מהותי שכיסויים שאינם מהותיים נכללים בתוכנית ונרכשים רק מכיוון שהם מוצעים כחבילה- עם הכיסויים המהותיים. דוגמה מהותית לפערי המידע בין המבוטח לקופה והמורכבות שנובעת מריבוי שירותים בכל רובד, היא שיותר מרבע מבעלי השב"ן אינם יודעים מדוע הם מחזיקים בשב"ן. כמו כן הרוב המכריע של המבוטחים מחזיק בשב"ן בשל הנחות בתרופות וטיפול שיניים, ורק 11% החזיקו בשב"ן בשל בחירת מנתח. נתון זה מרמז על כך שבחירת המנתח (שמהווה שיעור ניכר מההוצאה בשב"ן) מסובסדת על ידי הכיסויים המהותיים שנכללים בשב"ן.

רבע לא יודעים מדוע יש להם שב"ן 27% לא השתמשו בשב"ן בשנתיים האחרונות



מקור: מכון ברוקדייל

257 Warning: Too much information can harm. London: BIS
 258 Schwartz B (2004) The Tyranny of Choice. Scientific American 290: 70-76

מבנה הרבדים והשפעות על היציבות הפיננסית והתחרות בשוק

בשיטה הקיימת (למעט בלאומית) רובדי התוכנית בנויים זה על גבי זה, כך שהצטרפות לרובד הראשון היא תנאי להצטרפות לרובד שמעליו. התפיסה שעומדת מאחורי שיטה זו היא הגדלת מספר המבוטחים שמצטרף לרובד הראשון שכולל את הכיסויים המהותיים. כך יכול רובד זה מסה קריטית של מבוטחים, שיוכלו להבטיח בסיס כלכלי מספיק לעלויות התוכנית ויכולת פיזור סבירה של העלויות על מספר רב של מבוטחים. אולם הנתונים אינם מצביעים על כך שיש צורך בהגדרת רבדים לשם יצירת בסיס מבוטחים מספק לשמירה על בסיס כלכלי מספק לעלויות התוכנית. תמיכה לכך ניתן למצוא במקרה מבחן של קופת חולים לאומית, שבה תוכניות השב"ן מקבילות ואינן כוללות רבדים המתווספים (תחתון ועליון). תוכנית השב"ן המרכזית של לאומית כללה 63% מהחברים בקופה בשנת 2012. כמו כן בקופת חולים מכבי הייתה תקופה קצרה שהיה אפשר להצטרף רק לתוכנית שב"ן - תוכנית זו כללה 85% מהחברים בקופה בשנת 2012²⁵⁹. לצד היתרונות האפשריים בשיטת הרבדים, שימור שיטה זו מגביל מאוד את חופש הבחירה של מבוטחים בהצעת הערך המיטבית עבורם.

השפעות קיום הזיקה בין חברות בקופת חולים לשב"ן על התחרות בתחום

כיום כל קופה מציעה את תוכניות השב"ן שלה למבוטחיה בלבד. הזיקה בין חברות בקופת חולים לגישה לתוכניות השב"ן מתבססת על כך שיעוד קופת החולים הוא מתן שירות למבוטחיה. ההסדר שבבסיס תוכניות השב"ן מניח שהן אינן שקולות לביטוח מסחרי רגיל, בין היתר על בסיס ההבנה כי הן נתפסות כרובד נוסף וולונטרי לרובד הבסיסי שמספקת הקופה למבוטחיה, ואינן בגדר מוצר מסחרי רגיל המוצע בשוק הפתוח לכל דורש.

תוכניות השב"ן שמוצעות כרובד נוסף לסל הבסיסי, משלימות לא רק את השירותים שבסל האוניברסאלי, אלא גם שירותים שהקופה מציעה לכלל מבוטחיה ("סל קופה"). אולם החיסרון בזיקה המהותית בין החברות בקופה לשב"ן הוא הקושי במעבר בין תוכניות השב"ן והתחרות הנמוכה בתחום, הממוקדת בעיקר במבוטחים הצעירים והרווחיים שצפויים לעבור קופה בהתאם להצעת הערך בשב"ן. מכיוון שחלק גדול מהאוכלוסייה, בעיקר הקשישים, לא צפוי לעבור קופה בשל חסמי מעבר למיניהם, ביטול הזיקה עשוי לאפשר תחרות גבוהה יותר בין הקופות על רובדי השב"ן. בייחוד אם יוגדרו תוכניות אחידות, שהתחרות בהן תתרכז במחיר ובאיכות וכך ישתפר מאוד הערך מתוכניות השב"ן לכלל האוכלוסייה. אולם ביטול הזיקה צפוי להגביר את הסיכון להגדלת הוצאות השיווק, והגידול בתחרות על השב"ן עשוי לבוא על חשבון שירותי הסל. כמו כן ביטול הזיקה עשוי לגרום להתחזקות השב"ן של הקופות הגדולות בשל יתרון לגודל תוך צמצום ניכר של תוכניות השב"ן של הקופות הקטנות. הדבר יגרום לפגיעה בשירות המשלים לסל בקופות אלו. סיכון נוסף לביטול זיקה הוא שהקופות יפלו בין מבוטחים בשב"ן שאינם מבוטחים ברובד הבסיסי, למבוטחים בשב"ן המבוטחים בקופה גם ברובד הבסיסי.

²⁵⁹ דוח ציבורי מסכם על תוכניות שב"ן של קופות החולים לשנת 2012, משרד הבריאות

מנגנון קביעת תכולת השירותים והתעריפים בשב"ן

תוכניות קופת חולים לשירותים נוספים, וכל שינוי בהן ובתעריפיהן, טעונים אישור של שר הבריאות בהתאם לסעיף 10(א) בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. במצב שבו לכ-75% מאוכלוסיית ישראל יש שב"ן, אישור להוספת שירות לרובד הוא החלטה מהותית, שמשמעותה תוספת שירותים והעלאת תעריפים לרוב אזרחי ישראל, אגב גידול בהוצאה הפרטית לבריאות, השלכות תקציביות והשלכות על מערכות מקבילות.

מנגנון קביעת השתתפויות עצמיות והשפעות על שימושים

באופן כללי, השתתפויות עצמיות לכל שירות נקבעת על ידי קופת החולים באישור משרד הבריאות, כפי שצוין בפרק הרקע. זאת אף שכיום אי אפשר להציע בחירת מנתח ללא השתתפות עצמית. בחלק מהתוכניות ומהניתוחים, בפרט ברבדים העליונים, מוצעת בחירת מנתח בהשתתפות עצמית מינימאלית. אפשרות זו נותנת למטופל תמריץ לבחור בשירות זה בלי לשקול את הערך המוסף שלו לעומת עלותו. חשוב לשמור על השתתפויות עצמיות סבירה על מנת שלא לפגוע בשימושים, אך יש גם להיזהר שלא לקבוע השתתפויות עצמיות נמוכה מדי. ברבדים העיליים בחלק מהקופות ניתן כיום השירות בהשתתפות עצמית נמוכה הרבה יותר מהרבדים הראשונים, ונראה כי לא זו בלבד שפיצול של כיסוי אחד בין שני רבדים אינו רצוי כשלעצמו, יש בכך גם פגיעה בגישה שהוצגה, ולפייה אין מקום לגבות השתתפויות עצמיות מופחתות.

2. ביטוחים מסחריים – מאפיינים, השפעות מערכתיות וכשלי שוק

תחום שירותי הבריאות וביטוחי הבריאות הוא אחד המורכבים והקשים ביותר להבנה ולהשוואה מבחינת הפרט. הציבור זקוק לרוב לתיווך של איש מקצוע לשם עיבוד המידע והצגתו באופן שמאפשר קבלת החלטות מושכלות. אולם כיום ריבוי המידע והשוני הרב במאפיינים בין פוליסות ביטוח הבריאות מקשה על הבנת ההבדלים בתכולות הביטוח בין הביטוחים המסחריים עצמם ובין השב"ן. למעשה כרבע מהמבוטחים אינם יודעים מדוע הם מחזיקים בביטוח מסחרי. יש לציין, כי הביטוחים המסחריים הינם ברובם ביטוחי 'קטסטרופות' ולכן יש להיזהר בהצגת אחוז האנשים שהשתמשו בביטוח בשנתיים האחרונות.

סיבות לאחזקה בביטוח מסחרי ושימושים בביטוח מסחרי, 2012



יותר מרבע לא יודעים למה יש להם ביטוח מסחרי
79% לא השתמשו בביטוח המסחרי בשנתיים האחרונות



מניס-לונט מכן ברוקדייל, 2012
 דעת הצבר על דעת השירות

מקור: סקר של מכן ברוקדייל משנת 2012

²⁶⁰ בתחום הוצאות רפואיות יש מגוון פוליסות שניתן לחלק אותן ל-3 רבדים מרכזיים:

1. ניתוחים בישראל – הפוליסה המרכזית שמהווה את רוב הפרמיות מסך הפרמיות בביטוח בריאות פרט.
2. שירותים אמבולטוריים (טיפולים רפואיים כגון בדיקת CT, בדיקת MRI ועוד)
3. קטסטרופות (השתלות, תרופות, טיפולים מיוחדים בחו"ל)

ריבוי המידע והשוני במרכיבי הפוליסות של חברות הביטוח למיניהן מקשה מהותית על ההשוואה בין הפוליסות (לפירוט השפעות עודף מידע על הצרכן ראה סעיף מבנה השב"ן והיעדר אחידות). ההבדלים הרבים במרכיבי הפוליסות באים לידי ביטוי ברכיב ההשתתפות העצמית, בכיסויים נוספים לפוליסה, בהחרגות שונות, וכן הלאה.²⁶¹

²⁶⁰ אתר אגף שוק ההון - <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/health2.asp>

²⁶¹ אתר פרטי להשוואה של ביטוחי בריאות - <http://www.ofekzahav.com/operisra.pdf>

הבדלים בהחרגות בין פוליסות פרט ניתוחים נכון לשנת 2012 – דוגמאות להמחשה

<p style="text-align: right;">"אופק זהב" אבי רייטן C.A., אהוד ליפשיץ</p> <p style="text-align: center;">טבלת השוואה לחרגים נוספים בפוליסה:</p>					
ספורט מסוכן	מגדל	הראל	מנורה	כלל	פניקס
רחיפה, דאיה, גלישה, אווירית, צניחה, סקי וצלילה.	גלישה, אווירית, רחיפה, צניחה, סקי וצלילה.	פעילות מסוכנת או תחביב מסוכן מכל סוג שהוא.	תחביבים מסוכנים.	גלישה, אווירית, צניחה, רחיפה, דאיה, סקי וצלילה מעבר ל 30 מ'.	
מקצועני בלבד.	מקצועני או אגודת ספורט.	מקצועני בלבד.	מקצועני או אגודת ספורט.	מקצועני ו/או אגודת ספורט.	
מכוסה, מכוסה 9 חודשים.	מכוסה.	אכשרה 9 חודשים, אלקטיבי בלבד ובתנאי שלא עברה לפני הביטוח ניתוח קיסרי.	מכוסה, אכשרה שנה.	מכוסה, אכשרה שנה.	
כוחות ביטחון לסוגיהם לרבות סדיר, קבע ומילואים.	כוחות ביטחון לסוגיהם לרבות סדיר, קבע ומילואים.	כוחות בטחון לסוגיהם לרבות סדיר, מילואים או קבע.	צבא או משטרה – אם זכאי לטיפול מגורם ממשלתי. מלחמה – כ"ל.	כוחות ביטחון לרבות משטרה, סדיר קבע ומילואים.	
חריג מחלה, תורשתית, חריג אין אונות.	חריג מחלה, תורשתית.	חריג - ניתוח בית מילה, מחלה תורשתית, אין אונות, תאונת עבודה. מכוסה - ניתוח מתקן אחרי לידה מצורך רפואי, קצור קיבה לצורך רפואי.		מכוסה ניתוח פלסטי מתקן פגם שקרה בניתוח. חריג תאונת עבודה. חריג אין אונות.	

מקור – אתר אופק זהב להשוואה בין פוליסות ביטוח בריאות

הבדלים בכיסויים בין פוליסות פרט ניתוחים נכון לשנת 2012 – דוגמאות להמחשה

<p style="text-align: right;">"אופק זהב" אבי רייטן C.A., אהוד ליפשיץ</p> <p style="text-align: center;">כיסויים נוספים בפוליסה (המשך):</p>		מנורה
<p>כתב שירות ביקור רופא, בדיקות תקופתיות בבית המבוטח, עזרה ראשונה ברפואת שיניים, "אחות בשידור חי" אחרי ניתוח.</p>	<p>ללא כתבי שרות.</p>	<p>בקשר לניתוח – כיסוי לניתוח באמצעות M.R.T. אביזר מושטל בניתוח – סכום ביטוח בפוליסה למקרה: פיצוי עקב הידבקות באידס או הפטיטיס בניתוח. התייעצות בחו"ל כולל טיסה. כיסויים נוספים – שתי התייעצויות לשנת ביטוח בכל בעיה רפואית, שתיים נוספות בגין כל מחלה קשה לפי רשימה. אשפוז ממחלה – פיצוי החל מהיום הרביעי.</p>
		<p>כלל בריאות בקשר לניתוח – חוות דעת שנייה בפתולוגיה. אביזר מושטל בניתוח – סכום ביטוח בפוליסה לשנה: פיזיותרפיה/ריפוי בעיסוק, שיקום דיבור. גמלת החלמה אחרי ניתוח לב/מוח. פיצוי עקב הידבקות באידס או הפטיטיס בניתוח.</p>
		<p>פניקס בקשר לניתוח – אביזר מושטל בניתוח – סכום ביטוח לשנת ביטוח: כיסויים נוספים – עשר פלוס: פיצוי בגין הידבקות באידס/הפטיטיס, הפריית מבחנה, חוות דעת שניה בפתולוגיה, ימי החלמה אחרי ניתוח גדול או השתלה, עקירת שן כירורגית, ניתוחי חניכיים, עזרה ראשונה שיניים, שחרור מתשלום פרמיה במקרה א.כ.ע/סיעוד/אבטלה.</p>

מקור – אתר אופק זהב להשוואה בין פוליסות ביטוח בריאות²⁶²

²⁶² אתר השוואה של ביטוחי בריאות מסחריים - [http://www.ofekzahav.com/operisra\].pdf](http://www.ofekzahav.com/operisra].pdf)

מלבד ריבוי המידע והקושי בהשוואה בין הפוליסות, תהליך החיתום עצמו מקשה על קידום תחרות בין המבטחים. תהליך החיתום בתחום ביטוחי הבריאות, בעיקר בגילים מבוגרים, מפחית במידה ניכרת את היכולת של מבוגר, אשר חלה הדרדרות במצבו הבריאותי ביחס למצבו במועד הצירוף לביטוח, לעבור לחברת ביטוח, בשל הצורך בחיתום מחודש במעבר לחברת ביטוח חדשה. זאת לצד העובדה שעם הגיל עולה מאוד הסיכוי לסבול ממחלה כרונית או ממצב בריאותי ירוד. בשל כך, במקרים אלו החלופה היחידה לתחרות מול הביטוח המסחרי העומדת בפני המבוגר היא השב"ן, אולם בשל ריבוי המידע וההבדלים בין הפוליסות לא ברור מה החפיפה בין המוצרים ואין יכולת השוואה אמיתית.

בנוסף, במקרים מסוימים חברות ביטוח כוללות בפוליסות הבריאות כתבי שירות למיניהם, המציעים שירותים שאינם בני-ביטוח (uninsurable risks) – מדובר בשירות שאינו חוזה ביטוח ואינו אמור להיות חלק מפוליסת הביטוח. הוא מוצע על ידי ספק חיצוני, ללא התחייבות של חברת הביטוח כלפי המבוטח להתמיד בו כל עוד הפוליסה בתוקף. הניסוח בפוליסה ועצם ההכללה של כתב השירות כחלק מהפוליסה, עלולים ליצור מצג כאילו מדובר בחלק בלתי נפרד מהפוליסה, בזמן שבעצם מדובר באספקת שירות שלא בהכרח תהיה מובטחת לטווח ארוך. יחד עם זאת, חשוב להדגיש שלא מדובר בפרוצדורות העיקריות בביטוח הפרטי (ניתוחים, השתלות, תרופות...) אשר מובטחים לאורך שנים.

כפל ביטוח – השפעות על המימון הפרטי ויוקר המחיה

בתחום ההוצאות הרפואיות קיימת חפיפה בין הכיסויים בשב"ן לביטוחים המסחריים, בעיקר בסעיף בחירת המנתח. כיום אין נתונים על מספר הפוליסות המסחריות שמחזיק כל מבוטח, ואפשר שמבוטח מחזיק בשלושה כיסויים חופפים ללא ידיעתו – פוליסת שב"ן, פוליסה קבוצתית ופוליסת פרט. הסיבה העיקרית לכך היא היעדר מודעות לכיסויים הקיימים בביטוחים המסחריים ובשב"ן ולחפיפה בין הפוליסות, כפי שהוסבר בסעיף הקודם וכן העדר האפשרות לוותר על רכיבים מסוימים בשב"ן. מצב זה תורם לכפל ביטוח. המשמעות של כפל הביטוח היא עלייה ביוקר המחיה ותשלום עודף של הצרכן על מוצרים שבבסיסם הם זהים. תשלום עודף זה מהווה גם מנוע להגדלת מקורות המימון של המערכת הפרטית ולהגדלת השימושים הפרטיים. עד לאחרונה גם ניצלו חברות הביטוח את כפל הביטוח לשם חיסכון בתשלומי התביעות על ידי עידוד מבוטחים לפנות לשב"ן למימון ניתוחים, זאת עד להתערבות הרגולטור במשרד האוצר (פירוט בנושא בפרק 4 סעיף ג' – התחשבות בין חברות הביטוח לשב"ן)

יחס תביעות נמוך בביטוח בריאות פרט

כפי שהוצג בפרק 6 סעיף ה', יחס התביעות (Loss-Ratio) בביטוח בריאות פרט לא השתנה מהותית בעשור האחרון ונותר נמוך (כ-39%) ביחס לביטוח הקבוצתי וכן השב"ן (כ-85%-90%). אולם ניתוח יחס תביעות של פוליסות פרט ללא התייחסות לשנת חיתום הוא בעייתי, בייחוד לנוכח הגידול במבוטחים בעשור האחרון. זאת מאחר שבשנת ההצטרפות לפוליסה וגם בשנה לאחריה, יש מעט תביעות ושיעור יחס התביעות נמוך ביחס לפוליסה שהונפקה לפני עשור. יש להדגיש כי גם בראייה ארוכת טווח בפוליסות בריאות פרט שנמכרו בשנת 2012, יחס התביעות

צפוי לעמוד על 46% בלבד לאורך שנות הפוליסה (חישוב שכולל את ה-EMBEDDED VALUE – שיעור ההוצאות והרווחים לאורך כל חיי הפוליסה).

יחס התביעות הנמוך יחסית בביטוח בריאות פרט נובע מ-2 גורמים מרכזיים:

1. עלויות שיווק וניהול גבוהות מאוד ביחס לביטוח קבוצתי, בעיקר בשל הצורך בשיווק פרטני לכל מבוטח.

2. שיעור רווח גבוה בביטוח פרט ביחס לביטוח קבוצתי, שמבטא פרמיית סיכון של חברת הביטוח בשל התחייבות ארוכת טווח להחזרים ופרמיות.

כפי שצינו, רוב העלויות בביטוח פרט נובעות מעלויות שיווק וניהול ולא מהעובדה שמדובר בהתחייבות ארוכת טווח של חברת הביטוח. נראה אפוא שפוליסות הפרט נחותות משמעותית מפוליסות קבוצתיות ומהשב"ן, כאשר רק בתרחיש קיצון של **הכפלה מיידית של עלויות הניתוחים הפרטיים** מעבר לעלויות המחירים המוגדרות בפוליסה, תינתן הגנה מסוימת למבוטחים לעומת השב"ן והביטוח הקבוצתי. יצוין כי במקרה של תרחיש קיצון בעתיד, כלל לא ברור שהמבוטחים ייהנו מהבטחת הפרמיה מפני שבמקרה זה עלולים להיות הפסדים של חברות הביטוח שיקשו עליהן לעמוד בהתחייבויותיהן, ובמצב כזה יתכן שהמפקח י שקול לאשר שינוי תעריפים. התפיסה שהפוליסה מספקת הגנה לאורך החיים נובעת גם מההנחה שמבוטחים מחזיקים פוליסת בריאות למשך כל החיים, אולם לא קיים מידע לגבי משך הזמן שבו מבוטחים נמצאים בפוליסת בריאות פרט, וייתכן שרבים מהמבוטחים מפסיקים את הביטוח כאשר העלויות מגיעות למאות ש"ח בחודש בגיל 65 ומעלה.

פוליסות עם רכיב ביטול השתתפות עצמית

כלי חשוב לוויסות הביקוש לשירות הוא ההשתתפות העצמית, כלי שבאמצעותו ניתן להבטיח את ריסון הביקוש ולהגביר את מודעות המטופל למשמעות בחירתו במסלול הרפואה הפרטית. בריאות קבוצתית ופרט, שיעור ניכר מהפוליסות בתחום הביטוח אינן כוללות השתתפות עצמית. כמו כן כפי שפורט לעיל, חברת הביטוח מפנה את המבוטח לשב"ן תמורת כיסוי ההשתתפויות העצמיות הנדרשות מהמבוטח. גם בכיסוי משלים שב"ן חברת הביטוח משלמת למבוטח את ההשתתפות עצמית ששולמה לקופה. המצב כיום, של פוליסות שלא כוללות השתתפות עצמית, עלול לייצר תמריץ יתר של מטופל לבחור בשירות זה בלא שהוא שוקל את הערך המוסף שלו לעומת עלותו.

3. היבטים נוספים

א. בעלות על בתי חולים - סוגיית כוח השוק

שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים מושפע מאוד מהיצע שירותי הבריאות הפרטיים בישראל. מספר בתי החולים הפרטיים בישראל קטן יחסית, ואסותא מרכזים רפואיים בע"מ מחזיקה בארבעה בתי חולים פרטיים וחולשת על נתח שוק גדול מאוד של מיטות פרטיות. נוסף על אסותא גם לבתי החולים הציבוריים-כלליים בירושלים, הדסה ושערי צדק, המפעילים לצד המערכת הציבורית גם

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

שירותי בחירת מנתח וייעוצים בתשלום, יש בלעדיות מכיוון שהם יכולים להציע שירותים פרטיים תוך הסתמכות על המערכת הציבורית שהם מנהלים במקביל. תופעת הריכוזיות בשירותי הבריאות הפרטיים מתעצמת במיוחד אל מול הסכמים שנחתמו בין בתי חולים פרטיים מרכזיים לחברת ביטוח גדולה, הסכמים שהבטיחו לחברת הביטוח בלעדיות בסוגים שונים של שירותים אמבולטוריים.

ב. התחשבות שב"ן מול הסל הבסיסי

מתחילת שנות ה-2000 אמורים השב"ן והסל הבסיסי להתנהל באופן כלכלי נפרד לחלוטין. עם זאת ניתן לראות כמה דוגמאות שבהן המערכת הכלכלית של השב"ן נמצאת בממשקים עם המערכת הכלכלית של הסל הבסיסי.

- דוחות כספיים – העודפים/גירעונות של תוכניות השב"ן נכללים בדוחות הכספיים של קופות החולים ומשפיעים על זכאותן לקבל תמיכה מן המדינה.
- קבלת שירותי השב"ן כחיסכון לסל - חלק מן השירותים הניתנים בשב"ן חופפים לשירותים שניתן לקבלם בסל. הדוגמה הבולטת ביותר היא סוגיית הניתוחים, כשהשב"ן חוסך את עלות הניתוח לסל הבסיסי ומוסיף את מרכיב בחירת המנתח. דוגמה נוספת היא הייעוצים - בשירותי בריאות כללית יש רופאים שעובדים במקביל כרופאים יועצים בסל הבסיסי ובשב"ן. דוגמאות נוספות הן בשירותי התפתחות הילד, שם לעתים ניתן לממש את הזכאות של השב"ן עוד לפני מיצוי הזכאות בסל הבסיסי.
- התחשבות בין הסל הבסיסי לשב"ן – תוכניות השב"ן של קופות החולים נהנות מההנחה שמקבלות הקופות בבתי החולים הציבוריים, שבהם יש אפשרות לשר"פ. התשלום בעבור האשפוז בשר"פ הוא בהתאם להסכמים בין הקופות לבתי החולים בסל הבסיסי ואף בחקיקה המתייחסת להתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים. שירותי השב"ן בבתי חולים אלה נכללים בתקרות הצריכה (קפ).

ג. התחשבות שב"ן מול חברות הביטוח

כיום, מלבד בנושא טיפולים יקרים בחו"ל, אין שיבוב בין חברות הביטוח לשב"ן. המשמעות היא שאדם המבוטח הן בשב"ן והן בחברת הביטוח, יוכל להשתמש רק בתוכנית אחת, והתוכנית האחרת לא תישא בהוצאות. חברות הביטוח מנצלות סעיף זה, ובפוליסות שנמכרו עד שנת 2014 הן אפשרו למבוטחים לתבוע את השב"ן ולקבל בתמורה פיצוי חלקי מחברת הביטוח (בעבור ההשתתפות העצמית והחזר הוצאות). כך נוצר מצב שהשב"ן נשא במלוא עלות הניתוח, חברת הביטוח שילמה סכום נמוך יחסית כתגמול למבוטח על כך שלא תבע את חברת הביטוח, והמבוטח לא שילם על הפרוצדורה ואפילו קיבל פיצוי כספי. תופעה זאת נפוצה ככל שלאנשים יש יותר כפל ביטוח.

היום כבר לא ניתן למכור פוליסות שיפוי שמבטיחות פיצוי כספי במקרה שהמבוטח תובע את השב"ן, אך כלל זה אינו חל על מלאי הפוליסות שנקנו לפני שנת 2014.

ד. היעדר נראות של משלים שב"ן

לפי הכללים שקבע הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר, חברות הביטוח מחויבות להציע למבוטחים גם ביטוחי בריאות משלימים לתוכניות השב"ן של קופות החולים שאין בהן מרכיבים של כפל ביטוח. למרות החובה של חברות הביטוח להציע מוצרים אלה, מדובר במוצר עם שיעור חדירה נמוך יחסית ועיקר הפוליסות שנמכרות היום הן פוליסות "מהשקל הראשון", שחופפות חלקים רבים מהשירותים שהמבוטחים מקבלים בתוכניות השב"ן. לוועדה הוצגו נתוני אשר הראו כי רק לחלק יחסית קטן מהמבוטחים בביטוח בריאות מסחרי יש פוליסות משלימות שב"ן.

ה. יחסי קופות חולים וחברות ביטוח בביטוחי הבריאות

השב"ן וחברות הביטוח הן מתחרות בשוק ביטוחי הבריאות הוולונטריים. עם זאת אנו עדים להתקשרות בין השב"ן של שירותי בריאות כללית ובין חברת הביטוח דקלה (שנמצאת בבעלות הראל) לנושא תפעול השב"ן ויישוב התביעות. כך נוצר מצב שהחבר בתוכנית השב"ן מתקשר ליישב תביעה בשב"ן ועונים לו נציגי חברת הביטוח שאולי יש לו גם אצלם ביטוח בריאות פרטי, ולהיפך. דוגמאות לבעייתיות של קשר זה ניתן לראות בכתבות בתקשורת שפורסמו בעת האחרונה.²⁶³

ו. מידע לאזרח (גם מי שאין לו וגם מי שיש לו)

כאמור, שוק ביטוחי הבריאות בישראל הוא שוק מורכב מאוד ובו עשרות מוצרים ובעיה של כפל ביטוח. למרות מורכבות השוק, עד היום לא פותחו כלים המאפשרים למבוטח לקבל מידע על מגוון ביטוחי הבריאות שרכש בצורה השוואתית ופשוטה. אמנם חברות הביטוח מחויבות לשלוח פעם בשנה דוח למבוטחים בחברה וליידע אותם על תוכנית הביטוח שהם מבוטחים בה, אך מחקרים שונים הראו כי לעתים האנשים כלל אינם מודעים לכך שהם מבוטחים בביטוח בריאות²⁶⁴ ושיש להם כפל ביטוח.

בנוסף, אדם שמעוניין לרכוש ביטוח בריאות לא יכול להשוות בין המוצרים השונים בשוק. ברוב המוצרים הכיסויים הם שונים, רובם נמכרים יחד ולא ניתן לקנות תוכנית ביטוח בלעדית, יש הבדלים בפרמיות בין התוכניות השונות, ועוד.

ז. מידע לרגולטור

במהלך הדיונים התברר לחברי הוועדה כי משרדי הבריאות והאוצר לא אוספים מידע שוטף שנחוץ לתהליכי קביעת מדיניות. גם כשאחד המשרדים אוסף את המידע, על פי רוב הוא אינו חשוף לרגולטור במשרד המקביל.

²⁶³ לדוגמה - <http://www.calcalist.co.il/local/articles/0,7340,L-3635050,00.html>

²⁶⁴ ראו לדוגמה את המחקר של מכון ברוקדייל בנושא ביטוחי הסיעוד

ח. שיתוף הפעולה בין הרגולטורים

משרדי הבריאות והאוצר הם הרגולטורים של שוק ביטוחי הבריאות הוולונטריים, כל אחד בתחום האחריות שלו. על מנת לאסדר את השוק בדרך מיטבית נדרש שיתוף פעולה הדוק בין שני המשרדים. עד תחילת עבודתה של הוועדה נראה כי משרדי הבריאות והאוצר לא עבדו בשיתוף פעולה בשוק ביטוחי הבריאות.

ג. המלצות בנושא ביטוחים רפואיים (שב"ן וביטוחים מסחריים)

1. **Unbundle** – פירוק רובדי השב"ן לשלושה רכיבים בלתי תלויים שלא יהיה ביניהם סבסוד צולב:

- א. ניתוחים וייעוץ אגב ניתוח, וכן ייעוצים וחוות דעת שנייה ("הרכיב הראשון");
- ב. תרופות, הריון, שיניים (משקם ומשמר), התפתחות הילד, העמקת שירותי סל (תוספת פיזיותרפיה וכדומה) ("הרכיב השני");
- ג. כל השאר ("הרכיב השלישי").

כאמור בדוח, המצב הנוכחי בשב"ן מבחינת הרבדים בעייתי מהסיבות האלה:

- כיום השב"ן כולל מספר רב של שירותים הנמצאים בשני רבדים בלבד
- חלק מהשירותים נמצאים בשני הרבדים
- אין אחידות בין קופות החולים בשירותים הנמצאים בכל רובד
- מבוטח המעוניין במרכיב אחד של הביטוח מחויב לקנות את החבילה כולה ולשלם על מוצרים רבים שהוא לא מעוניין לקנות
- רובדי השב"ן תלויים זה בזה. לא ניתן לרכוש את הרובד השני בלי לרכוש את רובד הבסיס.

ההמלצה מאפשרת חלוקה של השב"ן לשלושה רכיבים שונים. כל רכיב מכיל שירותים שלא ניתן לקבל ברכיבים אחרים. הרכיב הראשון כולל את נושא בחירת המנתח ואת הייעוצים שמהווים כ-60% מההוצאות של תוכניות השב"ן. הרכיב השני כולל שירותים שלהם פוטנציאל ערך רב למבוטחים, ואילו הרכיב השלישי כולל את כל השירותים שאינם כלולים בשני הרכיבים הקודמים.

יישום ההמלצה יאפשר למבוטחים לבחור את הרכיבים הנחוצים להם. לדוגמה, אישה שמעוניינת לרכוש כיסוי לסל היריון לא תצטרך לשלם גם בעבור ניתוחים וייעוצים שהם חלק הארי של העלות הכספית של השב"ן. דוגמה אחרת - אדם המבוטח בביטוח קבוצתי ממקום עבודתו שכולל כיסוי לבחירת מנתח, יוכל לבטל רכיב זה בשב"ן ולרכוש רק את הרכיבים שהוא מעוניין בהם.

יש לציין כי מיעוט מחברי הוועדה חששו כי פירוק רובדי השב"ן לרכיבים בלתי תלויים תפחית את מידת הערבות ההדדית והסבסוד הצולב בתוכניות השב"ן ותביא בסופו של יום, לעלייה במחירים של חלק מן הרכיבים.

בנוסף, מיעוט מחברי הוועדה סברו כי לבטל את רכיב בחירת המנתח בשב"ן ובביטוחים המסחריים ולאפשר לציבור לבחור את המנתח בסל הציבורי כחלק מהזכויות הניתנות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ללא שימוש בביטוחים פרטיים. הרחבה בנושא זה ניתן לקרוא בדעת המיעוט.

2. **הכיסוי** – יצירת תנאים אחידים לכל תוכניות השב"ן של קופות החולים בנוגע לרכיב הראשון. בנוסף, יצירת תנאים אחידים לתוכניות השב"ן ולחברות הביטוח בנוגע לרכיב הראשון. הגדרת הכיסוי ברכיב הראשון, לרבות כללי הגילוי הנדרשים, תיעשה במשותף בידי נציגי אגף שוק ההון ומשרד הבריאות. המשרדים יוכלו לעדכן את הכיסוי מעת לעת, ועדכון זה יחול על כלל המבוטחים. הפוליסות יהיו אחידות גם בשיעורי ההשתתפויות העצמיות בהן. יש לקבוע רצפה ותקרה להשתתפויות העצמיות כך שהמינימום יהיה נקוב בשקלים והמקסימום באחוזים ("אך לא יותר מ-X%") לכל פרוצדורה וכך מחירים גבוהים של ניתוחים לא יגולגלו על הצרכן.

המלצה זאת תיצור למעשה אחידות ברכיב הניתוחים בין תוכניות השב"ן לבין עצמן ובין תוכניות השב"ן לביטוחי הבריאות המסחריים. כך תיווצר פוליסה אחידה לנושא הניתוחים והייעוצים במדינת ישראל.

היתרון המרכזי של פוליסה אחידה הוא ביכולת של הצרכן להשוות בין המוצרים ולרכוש את המוצר הזול ביותר. פוליסה אחידה גם תאפשר למבוטחים לבטל את כפל הביטוח הקיים כיום ולהפחית את הוצאות משק הבית על ביטוחי בריאות.

ההמלצה קובעת כי רכיב הניתוחים והייעוצים האחיד יוגדר במשותף על ידי שני הרגולטורים בתחום ביטוחי הבריאות; משרד הבריאות בעבור השב"ן ומשרד האוצר בעבור הביטוחים המסחריים. המשרדים יוכלו לשנות את תנאי הרכיב האחיד מעת לעת והשינוי יחול על כל המבוטחים בתוכניות השב"ן, וכן על המבוטחים שרכשו את פוליסת הרכיב האחיד ועל ביטוחי בריאות קבוצתיים בעת מועד החידוש.

האחידות ברכיב הניתוחים לא תהיה רק בתחולת הפוליסה, אלא גם בהשתתפויות העצמיות של הציבור. עקרונות ההשתתפויות עצמיות יוטלו הן על השב"ן והן על הביטוחים המסחריים. ההשתתפויות העצמיות תיקבע באופן שיהיה תשלום מינימום על ניתוחים, והוא יפעל להחלשת כשל השוק "סיכון מוסרי" והאדישות של המבוטחים לביצוע ניתוחים במערכת הפרטית כאשר אינם מפנימים את עלות הניתוח ואת ההשפעות החיצוניות השליליות על מערכת הבריאות הציבורית. כמו כן על מנת להגן על המבוטחים ייקבע תשלום השתתפויות עצמיות מקסימלית בעבור ניתוחים יקרים.

3. במסגרת יצירת האחידות לגבי הרכיב הראשון ייקבעו, בין היתר, העקרונות האלה:
- א. חברות ביטוח והשב"ן לא יהיו רשאיות למכור כיסוי לניתוחים או ייעוץ, מלבד הכיסוי שיוגדר מראש, ללא אישור משותף של שני הרגולטורים.
 - ב. תעריפי הביטוח בשב"ן ובביטוחים המסחריים ייבדקו אחת לתקופה ויעודכנו לפי הצורך.
 - ג. בסוף תקופת הביטוח ייקבע נוהל להודעה על חידוש הביטוח. במקרים שיוגדרו, יצטרכו המבוטחים בקופה/שב"ן להסכים מחדש לחידוש, בין היתר כאשר תהיה העלאה במחיר אגב החידוש.
 - ד. **קביעת פרמיה** – מבטח או קופת חולים יקבעו מחיר אחיד אשר ישתנה לפי קבוצות גיל (ייקבע שיעור מרבי של הנחה שהמבטח יוכל לתת על המחיר האחיד). קבוצות הגיל ייקבעו מראש ובאופן אחיד לקופות ולחברות על ידי הרגולטור. הפרמיות ייקבעו לפי קבוצות גיל רחבות וייקבע מנגנון איזון סיכונים בשל חיתום, למניעת "גריפת שמנת".
 - ה. יהיה ניתן לשנות את התעריף/פרמיה במועדים שייקבעו לכלל המבוטחים בתוכנית (ולא למבוטח ספציפי ולא לפי מצב רפואי של קבוצה).
 - ו. **הפרמיה תקיים אי-תלות חזקה עם שאר המוצרים** – לא יהיה מוצר שמחירו יהיה תלוי בשאלה אם מבוטח רכש או לא רכש את פוליסת הניתוחים האחידה, והפרמיה לא תשתנה אם מבוטח רכש מוצר אחר.
 - ז. **השתתפות עצמית** – ייאסרו מכירת ביטוח, מוצר לכיסוי או הפחתה של ההשתתפות העצמית, על מנת לשמר את ההשתתפות העצמית ככלי ניהול ביקושים ברכיב הראשון.
 - ח. את הניתוחים והייעוצים יעשו רופאים שבהסדר בלבד (ייאסר החזר הוצאות בגין ניתוח אצל רופא שלא בהסדר), מלבד בחברות ביטוח בעלות נתח שוק קטן (כל עוד נתח השוק שלהן קטן).

על מנת להגן על הצרכן מפני מוצרים בעלי ערך שולי בתחום הניתוחים והייעוצים, אנו ממליצים כי כל השירותים החיוניים הקשורים לניתוחים ולייעוצים ייכללו ברכיב האחיד ולא יהיה אפשר למכור אותם במסגרת רכיבים אחרים. כך יהיה הצרכן מוגן מפני מכירה של מוצרים בעלי ערך שולי.

כיום, הפרמיות בתוכניות השב"ן יכולות להשתנות מדי תקופה, באישור משרד הבריאות. לעומת זאת, בחברות הביטוח בביטוחי הפרט הפרמיות מובטחות לכל החיים (אף שמבחינה חוקית יש אפשרות לשינוי פרמיות באישור הממונה). ההבטחה של חברות הביטוח לפרמיות קבועות לכל החיים גורמת לעלייה במחיר הפרמיה, עקב הסיכון שמקבלות עליהן חברות הביטוח. ברכיב האחיד אנו ממליצים כי מדי תקופה יהיה ניתן לשנות את הפרמיות הן בתוכניות השב"ן והן בביטוחים המסחריים. צעד זה יאפשר הוזלה של הפרמיות בביטוחים המסחריים וישפר את יכולתו של הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לעקוב אחר יחס התביעות ולפעול בנדון. כמו כן

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מוצע לקבוע כללים בנוגע לחובת השב"ן וחברת הביטוח לקבל אישור אקטיבי של המבוטחים במקרים של עלייה ממשית בפרמיות או שינוי משמעותי בתנאים.

כיום אין אחידות בקבוצות הגיל בין תוכניות השב"ן למיניהן ואף בין חברות הביטוח. מוצע לקבוע לנושא הפרמיה קבוצות גיל אחידות הן בשב"ן והן בחברות הביטוח, מהלך שיגדיל את יכולת ההשוואה של הציבור ויקטין את היכולת של השחקנים בזירה לבצע "גריפת שמנת". ככל שקבוצות הגיל לנושא הפרמיה יהיו רחבות יותר יהיה אפשר למנוע תמריצים שליליים למבוטחים בנוגע לגיוס מבוטחים רווחיים יותר מבחינת קבוצות הגיל. מנגד קבוצות רחבות עשויות להוביל לתופעה של התמקדות בגיוס שכבת המבוטחים "הצעירה" בכל קבוצת גיל. שינוי בפרמיות יבוצע לכל המבוטחים בקבוצת הגיל ולא למבוטחים ספציפיים. בנוסף מוצע לייצר מנגנון איזון סיכונים בין הפוליסות ברכיב האחד של תוכניות השב"ן וחברות הביטוח. מנגנון זה יפעל לאזן את היתרון המובנה הקיים לחברות הביטוח שרשאיות לבצע חיתום, לעומת תוכניות השב"ן שחייבות לקבל כל מבוטח בקופה, וכן לצמצם ככל הניתן "גריפת שמנת" על ידי המבוטחים השונים. בבחינת המנגנון יש לקחת בחשבון גם את היתרונות המובנים שקיימים לקופות החולים, דוגמת הנגישות הגדולה למבוטחים, יתרון לגודל בהסכמים עם ספקים וכו'.

על מנת להשלים באופן מלא את מהלך פירוק הרבדים, לא יהיה אפשר להתנות הצטרפות לרכיבים אחרים בהחזקה ברכיב האחד. בנוסף, המחירים של מוצרים/רכיבים נוספים שהמבוטח קנה לא יושפעו מסוגיית ההחזקה/אי החזקה שלו ברובד האחד. באמצעות צעד זה יהיה ניתן להפחית במידה ניכרת סבסוד צולב בין מוצרים ולהפחית את התמריץ לקניית רכיבי ביטוח נוספים.

למניעת תופעות שליליות של כשל השוק "סיכון מוסרי" מוצע לקבוע כי בניתוחים ובייעוצים תיגבה השתתפות עצמית וכי לא יהיה ניתן למכור רכיבים נוספים שיפחיתו את ההשתתפות העצמית שנקבעה ברכיב האחד.

כיום הן תוכניות השב"ן והן חברות הביטוח מציעות למבוטחים החזר כספי על רכישת ניתוחים וייעוצים מרופאים שאינם ברשימת רופאי ההסדר של השב"ן/ביטוח. מהלך זה גורם לכך שהמבוטח לא נהנה מיכולות ניהול המו"מ של הקופה/חברת הביטוח ונאלץ להתמודד בעצמו עם בית החולים ועם חברת הביטוח. מצד אחד, צעד זה מגביר את אפשרות הבחירה של המבוטח, אך מצד אחר הוא חושף אותו לעלויות גבוהות ואף גורם לאינפלציה בעלויות. נתונים שהוצגו בפני הוועדה הראו כי ניתוח/התייעצות בשיטת ההסדר מפחיתים מאוד את העלויות לעומת שיטת ההחזרים. כדי להעצים את כוחו של המבוטח ולהפחית את תשלומי הפרמיה שלו מוצע כי ברכיב האחד לא יהיה ניתן לתת החזרים, אלא לפעול רק בשיטת ההסדרים. כך יפחת במידה ניכרת התמריץ של רופאים מסוימים לא להיכנס לרשימות ההסדר של הקופות וחברות הביטוח, ויהיה אפשר להרחיב את רשימת המנתחים/יועצים אגב הפחתת העלויות והפרמיות למבוטחים.

4. גורמי המקצוע יבחנו ביטול של כתבי השירות בביטוחים המסחריים שאין בהם צורך.

חברות הביטוח מוכרות כיום בצמוד לפוליסות ביטוחי הבריאות שלהן כתבי שירות בתחומים שונים. לעתים קרובות כתבי השירות אינם מוצרים ביטוחיים, אלא מוצרים המקבילים לשירותים הקיימים בשב"ן ולעתים אף בסל. עיקר הבעיה עם כתבי שירות היא בערך המוסף שלהם למבוטח ובאופן בו הם משווקים, כלומר העובדה שהמבוטח משתמש במעמד המכירה על-מנת לשכנע את המבוטח לרכוש עוד מוצרים, שהוא לא היה קונה בסיטואציה אחרת (ושמלכתחילה לא הגיע על מנת לרכוש אותם).

בנוסף, במקרים מסויימים חברת הביטוח רשאית לבטל את כתבי השירות ולהמשיך את שאר רכיבי הפוליסה בלי לקבל אישור אקטיבי של המבוטח. כך מצד אחד המבוטח משלם על מוצרים שבמקרה הטוב הם בעלי ערך מוסף נמוך, ומנגד מבוטחים שרצו את כתבי השירות והם היו חלק מהשיקולים שלהם לרכישת הפוליסה יכולים למצוא את עצמם לאחר תקופה מסוימת ללא כתבי השירות, מכיוון שחברת הביטוח ביטלה אותם.

מוצע לבחון ביטול של כתבי השירות שאין בהם צורך וניתנים כיום בחברות הביטוח.

5. תיקבע חובת שיבוב דו-צדדית בין הקופות לחברות הביטוח בפוליסות החדשות.

בפוליסות הקיימות תיקבע חובת שיבוב דו-צדדית בכפוף לבדיקה משפטית.

כיום, מלבד בנושא השתלות בחו"ל, תוכניות השב"ן וחברות הביטוח אינן מבצעות שיבוב בעבור תביעות של מבוטחים המבוטחים הן בשב"ן והן בביטוחים המסחריים. מוצע לקבוע חובת שיבוב דו-צדדית ברכיב האחד למקרים שהמבוטח קנה את הרכיב האחד יותר מפעם אחת. לפי הצעה זאת, ההוצאה בגין התביעה של המבוטח תתחלק בין המבוטחים.

בנוסף, על מנת לתקן את העיוות הקיים היום בביטוחים המסחריים, שלעתים קרובות מפנות את המבוטחים לביצוע הניתוח בשב"ן וכך בעיקר השב"ן נושא בנטל התביעה של המבוטח, מוצע לקבוע חובת שיבוב גם בפוליסות הקיימות היום, כפוף לבדיקה משפטית.

6. ייאסר קשר בין חברת ביטוח לקופה בתפעול או בהסדרי רכש של השב"ן.

כאמור בדוח, העובדה שתוכניות השב"ן יכולות להשתמש בשירותי חברת ביטוח לצורך תפעול השב"ן, הסדרי רכש וניהול תביעות היא בעייתית מאוד. הדבר יכול לגרום לזליגת המידע על מבוטחי הקופה לחברת הביטוח ולשימוש של חברת הביטוח בנתונים אלה לצרכים שיווקיים. מידע זה יכול גם לאפשר לחברת הביטוח להפנות את המבוטחים שלה לתבוע את השב"ן במקום את חברות הביטוח ולתת להן מידע על מצבם הבריאותי של המבוטחים. על מנת למנוע תופעות שליליות אלה מוצע לאסור קשר בין חברת הביטוח לקופה בכל הקשור לתפעול, לניהול תביעות ולהסדרי הרכש של תוכניות השב"ן.

7. הרגולטורים יפעלו לקביעת קוד אתי בכל הקשור לפרסום ביטוחי הבריאות.

בשנים האחרונות נחשפנו למספר רב של פרסומות בתחום ביטוחי הבריאות והשב"ן, המוכרות את הפוליסות באמצעות הפחדה של הציבור, מסירת נתונים לא מדויקים וחלקיים ופגיעה במערכת הבריאות הציבורית. מוצע כי משרדי הבריאות והאוצר יפעלו לקביעת קוד אתי משותף בכל הקשור לפרסום של ביטוחי הבריאות (תוכניות השב"ן והביטוחים המסחריים).

8. תקציבי השיווק והפרסום של תוכניות השב"ן יצומצמו והנושא יישקל מעת לעת. תקציבי הפרסום של השב"ן לא יועמסו על הסל הבסיסי.

תקציבי השיווק של השב"ן מועמסים כיום על הפרמיות של המבוטחים ולעתים פוגעים באמון במערכת הציבורית בכלל ובקופות החולים בפרט. אנו ממליצים להקטין את תקציבי הפרסום של תוכניות השב"ן ולבחון את הנושא שוב בשנים הבאות. כמו כן יש להבטיח כי העלויות של תקציבי הפרסום והשיווק של השב"ן לא יועמסו על הסל הבסיסי.

9. בכל מקום שיש חפיפה בין מוצרים בשב"ן ובפרטי, ייבחן הצורך בקביעת הגדרות אחידות בידי צוות משותף למשרד הבריאות ולאגף שוק ההון.

מלבד הרובד האחד בניתוחים ובייעוצים, יוסיפו תוכניות השב"ן וחברות הביטוח למכור מוצרים נוספים דומים. כדי לשפר את יכולתו של הצרכן להשוות בין המוצרים ולקבל החלטה מושכלת מוצע כי משרדי הבריאות והאוצר יבחנו את הצורך בקביעת הגדרות אחידות לשירותים שאינם נכללים ברכיב האחד.

10. יש לפעול לניהול בקרה של יועצי-על בלתי תלויים על ניתוחים פרטיים במערכת הפרטית (קופות וחברות ביטוח).

כיום, במרבית תוכניות השב"ן ובחברות הביטוח אין בקרה רפואית של המבטח על הצורך בביצוע ניתוחים פרטיים במערכת הפרטית. העדר הבקרה יכול לגרום לביצוע ניתוחים שהצורך הרפואי בהם אינו ברור. מוצע כי תתנהל בקרה על ניתוחים פרטיים שמבוצעים במערכת הפרטית באמצעות יועצים בלתי תלויים.

11. הגורמים המקצועיים במשרדי הבריאות והאוצר יגבשו מנגנון שינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ הקיים להסטת חולים מהציבורי לפרטי, זאת בלי שיופחת תקצוב סל הבריאות הציבורי. המנגנון אמור לנטרל את התמריץ שיש לקופה שמבוטחיה יקבלו שירותים במגזר הפרטי וישלמו עליהם מהשקל הראשון (הנובע מכך שניתוחים וייעוצים אלה משולמים לקופה במסגרת הקפיטציה).

א. כל קופה תעביר את מלוא עלות טופסי 17 ועלות הייעוצים על פי הקפיטציה לקרן ייעודית לכל מבוטח שלה שבחר להפעיל את הרכיב הראשון של השב"ן או את הפוליסה המקבילה של חברת הביטוח (יש לקבוע מנגנון דיווח מתאים). יש לשקול להקצות גם משאבים תוספתיים למנגנון האמור.

ב. חלוקת תקציבי הקרן בין קופות החולים תיקבע באופן שינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ הקיים להסטת חולים מהציבורי לפרטי.

כפי שצוין בדוח, יש היום תמריץ כלכלי לקופות החולים להפנות את המבוטחים לניתוחים ולייעוצים באמצעות תוכניות השב"ן. מבוטח שמנצל את זכאותו בשב"ן חוסך למעשה את ההוצאות שהיו לקופה אם היה עושה את הניתוח בסל הבסיסי. תוכניות השב"ן מבוססות על מקור מימון פרטי ומחויבות להיות מאוזנות, כך שאם השימושים בשב"ן עולים, יידרשו המבוטחים לשלם פרמיה גבוהה יותר או לקבל זכויות מופחתות, כלומר כל הסיכון הוא על המבוטח. לעומת זאת, בסל הבסיסי מקורות המימון של הקופה ואופן חלוקתם קבוע בחוק, כך שכל שהקופה מבצעת פחות ניתוחים בסל הבסיסי, ההוצאות קטנות והיא יכולה לצמצם את הגירעון שלה.

בשביל למנוע את התמריץ של הקופות להפנות את המבוטחים לניתוח במערכת הפרטית (אם באמצעות השב"ן ואם באמצעות חברת הביטוח) מוצע לקבוע מנגנון שינטרל תמריץ זה.

12. תכולת השב"ן ברכיב השני והשלישי וההשתתפויות העצמיות ייבחנו בוועדת "פיקוח שב"ן" מייעצת, שתמליץ על התוספות לסלי השב"ן (שהכול רוכשים אותם כיום כי הם נמכרים בחבילה – Bundle). את הוועדה ימנה משרד הבריאות. ייקבע רף מינימלי ומקסימלי להשתתפות עצמית שיכול להשתנות לפי סוג השירות. הרציונל לקביעת מינימום הוא בריסון ביקושים עודפים. הרציונל בקביעת מקסימום הוא במניעת הפיכתם של החולים למקור תקציבי לכיסוי פעילות הביטוח או השב"ן.

יישום המלצות אלו יחייב שינוי ויצירת רכיבים חדשים בתוכניות השב"ן. מוצע להקים ועדה מייעצת למשרד הבריאות, שתמליץ על התוספות לרכיבי השב"ן. עוד תמליץ הוועדה על קביעת רף מינימלי ומקסימלי של השתתפויות עצמיות. באופן זה מצד אחד יימנעו ביקושים עודפים, ומצד אחר ההשתתפויות העצמיות לא יהיו גבוהות מדי וישמשו חסם לצריכת השירות שכוסה בתוכנית ומקור תקציבי חשוב בעבור תוכנית השב"ן.

13. יועמק המידע הזמין לרגולטורים ולציבור – לגבי שימושים, עלויות, מחירים ותורים בפרטי ובציבורי בניתוחים ובבדיקות כגון MRI, ברמת קופת חולים וברמת בית חולים ברמה חודשית. כמו כן יימסר מידע על הוצאות השיווק בשב"ן ובביטוחים המסחריים.

כיום המידע הזמין לרגולטורים ולציבור בנושא הביטוחים הפרטיים חלקי מאוד. בכל הקשור לתוכניות השב"ן, הנתונים על כל קופה וכל תוכנית שב"ן מפורסמים מדי שנה בשנה. לעומת זאת בביטוחים המסחריים מרבית הנתונים לא מפורסמים לציבור ובכל מקרה הם לא מפורסמים באופן שמאפשר לציבור להשוות בין חברות הביטוח. לדוגמה, נתוני יחס התביעות של חברות הביטוח ומספר המבוטחים/פוליסות אינם מפורסמים כלל.

בנוסף מצאה הוועדה כי נתונים בסיסיים הנדרשים לקבלת החלטות במשרדי הבריאות והאוצר אינם נאספים באופן שוטף, דבר הפוגע ביכולתם של הרגולטורים לתפקד ולקבל החלטות מושכלות. כמו כן רוב הנתונים שנאספים במשרדים השונים אינם חשופים לרגולטור המקביל.

על מנת לשפר את תשתיות המידע לאזרחים ולרגולטורים מוצע להעמיק במידה ניכרת את איסוף המידע ופרסומו לציבור ובין הרגולטורים.

14. ייאסרו הסדרי בלעדיות עם נותני שירותים (מנתחים ומוסדות – בתי חולים ומכונים), כדי למנוע תחרות על גורמי הייצור שתוצאתה תהיה העלאת מחירים אגב הקטנת היצע.

בפני הוועדה הובאו עדויות לכך שנעשו הסכמי בלעדיות בין שחקנים שונים במערכת הביטוחית לשחקנים במערכת אספקת השירותים. במצב שמספר השחקנים הן בשוק הביטוח והן בקרב נותני השירותים במערכת הפרטית הוא נמוך, חשוב מאוד למנוע הסכמי בלעדיות ולהבטיח כי כלל המבוטחים יוכלו לקבל את השירותים הפרטיים המוצעים. בנוסף יש לציין כי לרוב הסדרי הבלעדיות מעלים את מחיר השירות.

נושא זה מקבל משנה תוקף בעקבות המלצת הוועדה בנושא מעבר בלעדי לשיטת ההסדרים. על מנת למנוע מצב שתוכנית שב"ן/חברת ביטוח מתקשרת בהסכם בלעדיות עם מנתח מסוים ובכך מונעת את הנגישות אליו לשאר המבוטחים של תוכניות השב"ן וחברות הביטוח, מוצע למנוע הסדרי בלעדיות עם נותני שירותים.

15. משרד הבריאות יפעל להקצאת משאבים ממשלתיים להבהרת המצב החדש לאוכלוסייה. יפורטו השירותים בסל הבסיסי, תכולות הכיסויים בשב"ן, יוקם אתר השוואת מחירים וייעשה מאמץ להסביר את הערך למבוטח בכל סוג פוליסה.

שינוי כללי המשחק בתוכניות השב"ן וברכיב האחיד ידרשו פעילות הסברה לציבור. זאת כדי להסביר בצורה מיטבית את המצב החדש, למנוע פגיעה במבוטחים ולהשיא את היכולת של המבוטחים לקבל החלטות מושכלות ולחסוך בהוצאות שלהם על ביטוחי בריאות. בנוסף מומלץ

להקים אתר אינטרנט שישווה בין מחירי הפוליסות ברכיב האחד ויאפשר לצרכן להפחית את הוצאותיו על ביטוחי הבריאות. עוד יושק אתר לציבור שבו יוכלו המבוטחים להשוות את זכויותיהם בסל הבסיסי, בתוכניות השב"ן ובחברות הביטוח.

16. יוקם אתר אינטרנט שיאפשר למבוטחים לברר אילו פוליסות בריאות ושב"ן יש להם ולהשוות את הכיסויים העיקריים (בדומה לרעיון של האתר שמאפשר מידע על תוכניות פנסיה).

על מנת להפחית את תופעת הכפל הביטוחי ולאפשר יותר מידע למבוטחים על ביטוחי הבריאות שרכשו ועל הכיסויים שיש להם, מוצע להקים אתר אינטרנט שבו יוכלו המבוטחים לקבל מידע על כל תוכניות ביטוחי הבריאות שיש להם הן בשב"ן והן בחברות הביטוח המסחריות. מוצע שהאתר יאפשר גם השוואה של הכיסויים העיקריים בתוכניות הביטוח וכן אל מול הסל הבסיסי (בדומה להמלצה בסעיף הקודם).

17. הפיקוח על הביטוח יבחן את ה- Loss Ratio של חברות הביטוח ויתערב במידת הצורך.

כיום ביטוחי הפרט של חברות הביטוח מתומחרים לטווח ארוך, דבר המקשה, לפי משרד האוצר, לפרסם את יחס התביעות בביטוחי הפרט ולהשוות בין חברות הביטוח. המעבר לפוליסות עם פרמיה מתעדכנת אחת לתקופה (בדומה לביטוחים הקבוצתיים), בתוספת הגדרת כיסוי אחיד ובר השוואה לניתוחים, ויצירת מחשבון השוואה בין פוליסות, צפויים להגביר את התחרות בין חברות הביטוח, להוזיל את עלויות של ביטוחי הפרט ולהעלות את ה- Loss Ratio בביטוחי הפרט. אגף שוק ההון יבחן את ההשפעה של המהלכים הללו על יחס התביעות ויתערב במידת הצורך, על מנת להגן על המבוטחים.

18. הפיקוח על הביטוח יפעל להסרת חסמים למעבר מבוטחים מפוליסות הפרט הקיימות בביטוחים המסחריים לפוליסות החדשות שיציעו חברות הביטוח, ככל שניתן. יש לציין כי חברות הביטוח לא יוכלו לחייב את המבוטחים לעזוב את פוליסות הפרט.

הוועדה מעריכה שכ-10% מתושבי ישראל מבוטחים כיום בביטוחי בריאות מסוג פרט. על מנת לאפשר למבוטחים שרוצים בכך לעבור לפוליסה האחידה ולצמצם את הכפל הביטוחי ואת תשלומי הפרמיה, מוצע שמשרד האוצר יפעל להסרת החסמים למעבר בין פוליסות הפרט הקיימות בביטוחים המסחריים לפוליסות החדשות של חברות הביטוח. עם זאת חברות הביטוח לא יוכלו לחייב את המבוטחים בפוליסות הפרט הקיימות לעזוב את הפוליסות שרכשו.

19. בחינת כלים, מצד תשלומי הפרמיה, שייטיבו עם אוכלוסיות באזורים שאין בהם היצע רחב של רפואה פרטית.

בפני הוועדה הוצגו נתונים המראים כי תושבי הפריפריה מנצלים פחות את מערכת הבריאות הפרטית מתושבי המרכז, שם היצע השירותים הפרטיים גדול יותר. כדי למנוע מצב שתושבי הפריפריה מסבסדים את הביטוח הפרטי של תושבי המרכז מוצע לבחון כלים, מצד תשלומי הפרמיה, שייטיבו עם האוכלוסיות באזורים שאין בהם היצע מספק של רפואה פרטית.

20. הגברת שיתוף הפעולה בין הרגולטורים.

נושא שיתוף הפעולה בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא ביטוחי הבריאות עלה בעבר בכמה הזדמנויות בתקשורת, בכנסים מקצועיים (ראו כנס ים המלח ה-13) ובוועדה. הוועדה רואה חשיבות עליונה בהידוק ובחיזוק שיתוף הפעולה בין משרדי הבריאות והאוצר. בסופו של יום, הסל הבסיסי, תוכניות השב"ן וחברות הביטוח פועלים במערכת הבריאות הישראלית, שהיא מערכת מורכבת מאוד, בעלת השפעות הדדיות חזקות בין המערכת הציבורית לפרטית, ולהיפך. כדי להבטיח את חיזוק מערכת הבריאות הציבורית ואת הצרכן של ביטוחי הבריאות יש להגביר במידה ניכרת את שיתוף הפעולה בין המשרדים.

פרק ד':

תיירות

רפואית

תוכן

218	תהליך עבודת הוועדה	1.
218	מטרות העבודה ועקרונותיה	1.1.
219	מתודולוגיה	1.2.
220	תקציר ההמלצות	1.3.
221	רקע והגדרות	2.
221	מהי תיירות רפואית	2.1.
223	תיירות רפואית בעולם	2.2.
225	השפעות על מדינות יעד	2.3.
228	תיירות רפואית בישראל	3.
228	היקף פעילות	3.1.
229	התיירים הרפואיים המגיעים לישראל	3.2.
230	ספקי השירותים	3.3.
232	הפעילות בבתי חולים	3.4.
234	ממצאי סקר תיירות רפואית	3.5.
237	הכנסות והשקעות בתי חולים	3.6.
239	דיון	4.
239	בחירה בין חלופות	4.1.
243	אפשרות ליישום בפועל	4.2.
248	המלצות	5.
249	כללי אסדרה (רגולציה)	5.1.
249	סוכני תיירות רפואית	5.1.1.
251	בתי חולים	5.1.2.
254	מערכת פרטית	5.1.3.
255	בתי חולים ציבוריים	5.1.4.
257	צוותים רפואיים	5.1.5.
258	ניהול תחום תיירות רפואית	5.2.
260	מקורות	6.

רשימת האיורים

224.....	תרשים 1 – סיבה לבחירה בתיירות רפואית
228.....	תרשים 2- סך הכנסות בתי החולים מתיירות רפואית
230.....	תרשים 3 – הוצאה ממוצעת של תייר לפי סוג ביקור
233.....	תרשים 4 - שיעור אשפוזים של תיירים מכלל המטופלים בבית החולים
233.....	תרשים 5 – אשפוז תיירים רפואיים לפי מחלקה
235.....	תרשים 6 – ביקורים קודמים של תיירים בישראל
236.....	תרשים 7 - תלונות תיירים רפואיים
238.....	תרשים 8 - התפלגות הכנסות בתי החולים מתיירות רפואית, שנת 2011
238.....	תרשים 9 - שיעור הכנסות בתי החולים מתיירות רפואית, שנת 2011
244.....	תרשים 10 - רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי בית חולים
244.....	תרשים 11 - היקף משרה ציבורית של מומחים בעלי היתר עבודה פרטית
246.....	תרשים 12 - רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי מקום עבודה ורמת מומחיות

1. תהליך עבודת הוועדה

1.1. מטרות העבודה ועקרונותיה

את הוועדה לגיבוש מדיניות ממשלתית בתחום התיירות הרפואית בישראל מינתה ביום 20 ביוני 2013 שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, במסגרת פעילות הוועדה הציבורית לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל שבראשה היא עמדה.

בפני הוועדה הוצבה המטרה לבחון את פעילות ענף התיירות הרפואית בישראל, ולהמליץ לשרה על מדיניות בנושא. כלומר, הוועדה נדרשה להכריע בסוגיה האם יש מקום להסדיר פעילות זו, שמתנהלת ומתפתחת בשנים האחרונות, ולקבוע כללים להפעלתה באופן מיטבי, או יש לאסור על המשך הפעילות בגלל החשש שלא ניתן יהיה להתגבר על התופעות השליליות הנלוות לקיומה. בוועדה היו חברים נציגי משרדי הממשלה הרלוונטיים לנושא וכן מומחים בתחום הבריאות הציבורית ונציגי ציבור.

הוועדה קבעה שלושה עקרונות שהנחו אותה בתהליך בחינת נושא התיירות הרפואית בישראל. עקרונות אלו התקבלו בהתאם לתפיסת הוועדה כי למדינה יש התחייבות מוסרית להעניק טיפול רפואי בראש ובראשונה לאזרחי המדינה, ונוכח ההכרה בעובדה שתיירות רפואית יכולה לתרום למערכת הבריאות הציבורית. העקרונות שקיבלה הוועדה הם:

א. **שמירה על החולים הישראלים**: הוועדה תבחן את החלטותיה לאור השלכותיהן הצפויות על האיכות והזמינות של הטיפול הרפואי המוענק לחולים הישראלים במסגרת מערכת הבריאות הציבורית. הוועדה תפעל למנוע פגיעה בטיפול המוענק לחולים הישראלים ואף לשפרו במידת האפשר.

ב. **חיזוק מערכת הבריאות הציבורית**: הוועדה תפעל להבטיח שההכנסות מפעילות תיירות רפואית יופנו להשקעה במערכת הבריאות הציבורית: תשתיות, בטכנולוגיות חדשות, בהגדלת זמינות כוח האדם במערכת הבריאות הציבורית ובקיצור תורים לחולים הישראלים.

ג. **הבטחת טיפול מקצועי ואתי לתייר הרפואי**: יש כמה מחסומים וקשיים שהתייר הרפואי נתקל בהם אל מול ספקי השירותים השונים שהוא מתקשר איתם בארץ, הנובעים מחוסר שליטה בשפה והיעדר היכרות עם מערכת הבריאות המקומית. קשיים אלה יכולים לפגוע בתייר ובאיכות הטיפול הרפואי שהוא מקבל. לאור זאת הכירה הוועדה בצורך לקבוע כללים שיבטיחו לתייר קבלת טיפול מקצועי והגון, ויסייעו להתפתחותו של הענף לאורך זמן, אם יוחלט על הסדרת פעילות התיירות הרפואית.

עבודת הוועדה נחלקה לשלושה שלבים. תחילה למדה הוועדה על הנעשה בענף התיירות הרפואית בישראל ובעולם. משרד הבריאות ומשרד התיירות סיפקו את תמונת המצב הממשלתית הנוגעת לפעילות התיירות הרפואית בישראל. במסגרת זו נבחנו נתונים על מספר התיירים הנכנסים, על הכנסות בתי החולים הממשלתיים ועל הרכב הטיפולים שמקבלים תיירים רפואיים בישראל. בנוסף פעלה הוועדה לאסוף מידע מפורט ועדכני מכלל בתי החולים על פעילות התיירות הרפואית

בהם. נוסף על לימוד המצב בישראל למדה הוועדה מהניסיון הבין-לאומי שהצטבר בנושא. נסקרו מסמכי מדיניות, בין השאר של ארגון הבריאות העולמי וארגון מדינות ה-OECD, שמזהים דילמות שמתעוררות בעת עיצוב מדיניות ממשלתית בנושא והשלכות אפשריות של תיירות רפואית במדינה. כמו כן נבחנו צעדי מדיניות ממשלתית שבחרו לאמץ מדינות שונות להסדרה ופיתוח של פעילות התיירות הרפואית.

לאחר השלב הראשוני של ביסוס ידע בנושא, קיבלה הוועדה חוות דעת בכתב ובעל פה ממגוון גורמים בעלי ידע וניסיון בנוגע לתיירות רפואית בישראל. בין השאר הופיעו בפני הוועדה מנהלים בתי חולים ציבוריים ופרטיים, נציגי סוכני תיירות רפואית ועמותות ציבוריות הפועלות כמסגרות על החולה הציבורי בישראל. כדי להשלים את תמונת המצב הנוכחית יזמה הוועדה סקר בקרב תיירים רפואיים בישראל, שנועד ללמוד מקרוב את הנעשה בשטח מנקודת ראותו של התייר הרפואי.

לבסוף, בעזרת הידע שנרכש במהלך התהליך ולאור העקרונות שקיבלה לשמירה על החולים הישראלים וחיזוק הרפואה הציבורית בישראל, פנתה הוועדה לבחון את שאלת המדיניות הממשלתית הרצויה בתחום התיירות הרפואית. תיאור התהליך שבחרה הוועדה כדי להתמודד עם סוגיה זו מוצג בסעיף הבא.

1.2. מתודולוגיה

על אף הצעדים החלקיים שנעשו עד כה בתחום אסדרת הפעילות, טרם גובשה עד כה מדיניות ממשלתית ברורה בתחום תיירות רפואית בישראל. לאור זאת התפתח התחום בהתאם ליוזמות של בתי החולים וגורמים עסקיים שונים. לפיכך מצבו של ענף התיירות הרפואית כיום והשפעותיו על מערכת הבריאות ועל החולה הישראלי אינם מיטביים מנקודת ראות כלל מערכתית. נראה שכעת הפעילות אינה ממצה את מלוא הפוטנציאל הטמון בה בעבור מערכת הבריאות הציבורית והחולים הישראלים. למשל, נעשה מאמץ מקביל של כל בתי החולים לשווק את הפעילות לתיירים הרפואיים. העובדה שנעשים בד בבד מאמצים בבתי החולים המתחרים זה בזה, במקום מאמץ שיווקי מסונכרן, אינה תורמת לתועלת הכלכלית הכוללת שניתן להפיק מפעילות תיירות רפואית ברמת המדינה. נוסף על כך, העדר מדיניות ממשלתית ברורה וכללים לפעילות הנגזרים ממנה, שיכולים להבהיר לתיירים פוטנציאליים את אפשרויות הטיפול העומדות לפניהם במדינה ולסייע בבחירה בטיפול בישראל, פוגעים גם הם במימוש הפוטנציאל שבענף.

מסיבות אלה הוועדה סבורה כי לא ניתן לקבל החלטה בנושא פעילות תיירות רפואית בישראל על סמך בחינת המצב הקיים. במקום זאת יש לנתח ולהשוות בין ההשלכות האפשריות מפעילות תיירות רפואית מוסדרת, המתקיימת לאור העקרונות שקיבלה הוועדה, ובין ההשלכות האפשריות על מערכת הבריאות ועל החולה הישראלי בעקבות החלטה לאסור המשך פעילות זו. לשם כך פעלה הוועדה לבנות מסגרת ניהול והסדרה לפעילות התיירות הרפואית, שתפעל כדי למקסם את התועלות הרצויות מפעילות זו ותמזער את ההשפעות השליליות. לאחר מכן ניתחה הוועדה את ההשפעות של אימוץ מסגרת זו.

1.3. תקציר ההמלצות

הוועדה באה לידי מסקנה כי יש להמליץ על המשך פעילות תיירות רפואית בישראל, לפי כללי הסדרה ופיקוח שיפורטו בהמשך. לכל אחד מחברי הוועדה היה ביסוס אחר להמלצה משותפת זו. הרוב סברו כי תיירות רפואית מוסדרת, תגרום תועלת משמעותית לחולים הישראלים ולמערכת הבריאות הציבורית. תועלת זו תתבטא בהגדלת זמינות כוח האדם הרפואי לחולים הישראלים במערכת הציבורית מעבר למצב הקיים, ותאפשר לקצר את התורים ולשפר את השירות לחולים הישראלים במערכת הציבורית. הפניית מקורות התיירות הרפואית להשקעה בתשתיות ובטכנולוגיות מתקדמות בבתי החולים הציבוריים תתרום גם היא תרומה חשובה למערכת הבריאות הציבורית ולחולים הישראלים. אחרים סברו כי אין עתה אפשרות מעשית או תקציבית לבטל את התיירות הרפואית ועל כן יש חשיבות לאסדרה ולניהול של הפעילות.

הוועדה סבורה כי במסגרת האסדרה והפיקוח המוצעים יהיה אפשר למזער את ההשפעות השליליות האפשריות מקיום פעילות תיירות רפואית, ולפיכך להפיק תועלת נטו מפעילות זו. על כן בחרה הוועדה להמליץ על שורה של צעדים כדי להסדיר את פעילות התיירות הרפואית בישראל ואף לפתח את הענף. נציג כעת את עיקרי ההמלצות. ההמלצות כולן ייסקרו ביתר פירוט בהמשך המסמך.

א. הענקת רישיון לבתי החולים הציבוריים והפרטיים מטעם משרד הבריאות לעסוק בפעילות תיירות רפואית. על מנת לקבל את הרישיון ובהמשך לחדש את תוקפו, בתי החולים יידרשו לעמוד בכמה תנאים. בין התנאים העיקריים להפעלה בבתי חולים ציבוריים: הפרדה והגבלה של שעות הטיפול בתיירים רפואיים בבתי החולים ומגבלות על שימוש בתשתיות האשפוז בבית החולים לטובת תיירות רפואית. בנוסף יידרש בית החולים לעמוד בתפוקות רפואיות ציבוריות לטובת ציבור החולים הישראלי ולהפנות רווחים מפעילות תיירות רפואית להשקעה בתשתיות.

ב. קביעת כללים לפעילות סוכני תיירות רפואית בישראל והקמת מאגר של סוכנים רשומים במשרד הבריאות. כלל מרכזי הוא איסור על עבודה במתכונת של "סוכן מחיר", כלומר סוכן יוכל לקבל תשלום על שירותיו לתייר אך ורק כעמלה מספקי השירותים הרפואיים, הנגזרת בדרך כלל מסך התשלום שמעביר התייר ישירות לספק. מאגר הסוכנים יכיל את כל הסוכנים שעובדים מול בתי החולים בישראל. כדי להירשם במאגר על הסוכן להיות בלי עבר פלילי, להירשם רישום תקין מול רשויות המס ולחתום על קוד אתי שיגובש במשרד הבריאות עם הארגונים המייצגים את הסוכנים.

ג. הקמת שער מידע ממשלתי בנושא תיירות רפואית בישראל, באחריות משרדי הבריאות והתיירות. שער המידע יפנה לתיירים רפואיים וירכוז בעבורם את המידע הדרוש לקבלת החלטה על קבלת טיפול בישראל. בין השאר יכלול שער המידע רשימה של ספקי שירותים בעלי היתר ממשלתי לטיפול בתיירים, את מאגר סוכני התיירות הרפואית הרשומים במשרד הבריאות, את האישורים והמסמכים הנדרשים לכניסה לארץ ולקבלת טיפול, את זכויותיו של התייר הרפואי וכתובת לתלונות וכן הפנייה לספקי שירותים נלווים.

ד. גביית היטל מתיירים רפואיים בשיעור של עד 15% ממחיר הטיפול. ההכנסות מגביית ההיטל יופנו לקרן שתוקם במשרד הבריאות לקיצור תורים לחולים הציבוריים. בנוסף

הוועדה ממליצה לבטל את הפטור מתשלום מע"מ על הכנסות מטיפול בתיירים הניתן כיום לבתי חולים פרטיים.

ה. קביעת כללי התנהלות של בתי החולים הציבוריים והפרטיים ביחס לפעילות תיירות הרפואית, ובפרט הגבלת היקפה על בסיס הקיבולת הזמינה לצורך שירות לישראלים, וכשלב ביניים עד 10% מהיקף ההכנסות של בית החולים.

2. רקע והגדרות

2.1. מהי תיירות רפואית

המונח תיירות רפואית מתאר פעילות שבה אדם בוחר לצאת מגבולות המדינה שלו כדי לקבל טיפול רפואי במדינה אחרת. מלבד הגדרה זו, שהיא כללית למדי ומותירה מקום לספק באשר לפעילות המוגדרת בה, אין בנמצא הגדרה מדויקת יותר שיש לגביה הסכמה גורפת. הגדרה זו מעוררת כמה שאלות הנוגעות לאופי הפעילות שנכללת בתיירות רפואית ולגבי מי נחשב לתייר רפואי. האם טיפולי איכות חיים ורפואה משלימה נחשבים לפעילות תיירות רפואית? האם כל אזרח זר שמקבל טיפול רפואי במדינה נחשב לתייר רפואי?

הוועדה בחרה להתמקד בהגדרה מצומצמת של המושג, במטרה לרכז את הדיון בפעילות המתקיימת כיום בישראל ושאינה הומניטרית או תיירותית בעיקרה. ליתר פירוט בחרה הוועדה שלא לכלול את הפעילויות האלה: טיפול רפואי בתיירים במקרה חירום, מהגרי עבודה שחיים במדינה באופן זמני וצורכים בה שירותים רפואיים, טיפולי איכות - חיים ורפואה משלימה ומי שהמטרה העיקרית של נסיעתו אינה רפואית. הוועדה לא עסקה בנושא הטיפול במטופלים מהרשות הפלסטינית.

חולים מהרשות הפלסטינית בישראל

טיפול רפואי בחולים מהרשות הפלסטינית (גדה ועזה כאחד) נעוץ במחויבות מוסרית של מדינת ישראל כלפי מצבה הבריאותי של אוכלוסייה אזרחית המתגוררת בשכנות עמה. השירות ניתן במסגרת הומניטארית וממומן על ידי קיזוז מכספי המיסים שישראל גובה עבור הרש"פ בהתאם למתווה יישום הסכם אוסלו. תעריף הטיפול הוא כשל קופות החולים הישראליות.

ניתן לומר כי מאפייני השירות שניתן לחולים מהרשות הפלסטינית דומים מאוד ברובד הכלכלי לטיפול בתיירי מרפא. נכון להיום אין מכסות או הגבלות אחרות על כמות המטופלים הפלסטינאים. כמו כן יעד הטיפול בישראל נקבע על ידי הרשות עצמה תוך השוואת מחירים ואיכות הטיפול. יצוין כי קיימים מספר בתי חולים ברמה מקצועית גבוהה בתוך הרשות, כמו כן לא פעם בשל שיקולי עלות היעדים הנבחרים לקבלת הטיפול הרפואי הם ירדן ומצרים.

הוועדה בחרה שלא להמליץ המלצות פרטניות בנדון, זאת בשל המורכבות המדינית. עם זאת ראוי להשלים הליך אסדרה גם עבור קבוצת מטופלים זו ברוח העקרונות שנקבעו לתיירי המרפא.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

תיירות רפואית, בהיקפה הנוכחי ובאופייה הגלובלי, היא תופעה חדשה יחסית. עם זאת יש לתופעה הקשר היסטורי רחב. ידוע על פעילות של תיירות פנים-אירופית למרחצאות מרפא ומעיינות מינרליים כבר בעת העתיקה, וגם במהלך המאה ה-19 צברו ערי מרחצאות פופולריות בקרב עשירי אירופה. כמו כן פעילות תיירות רפואית התקיימה בהיקף מצומצם על ידי יחידים בעלי אמצעים ממדינות עניות, שביקשו לקבל טיפול רפואי במדינות מערביות שבהן הרפואה הייתה מתקדמת יותר. עד לעשורים האחרונים הוגבלה פעילות זו לפלח מצומצם של האוכלוסייה לנוכח העלויות הגבוהות שהיו כרוכות בתהליך.

בעשורים האחרונים גדל במידה ניכרת במספר הבוחרים באפשרות של תיירות רפואית, ופעילות זו נהפכה לתופעה כלל עולמית. בד בבד עם השינוי בהיקף הפעילות התחולל שינוי מהותי נוסף באופי הפעילות, ובניגוד לעבר תנועת התיירים אינה מתרכזת עוד בכיוון אחד, ממדינות עניות למדינות המערב. כיום תיירים רבים ממדינות המערב פונים לקבלת טיפול רפואי במדינות מתפתחות. תהליך זה התאפיין בהשקעה של ממש בקרב מדינות אלה בבתי חולים מודרניים ובכוח אדם איכותי, ובאימוץ סטנדרטים מקובלים של איכות הטיפול והשירות הניתן למטופל. כך ניתן לזהות כיום מדינות אחדות באזור מזרח אסיה המהוות מוקד משיכה כלל עולמי לתיירים רפואיים, וכן כמה מדינות במזרח אירופה ובמרכז אמריקה ודרומה, שהן מרכזי תיירות רפואית אזוריים, המושכים תיירים אירופים וצפון אמריקנים בהתאמה.

כמה גורמים אפשרו את הגידול הניכר בפעילות תיירות רפואית שאנו עדים לו בעשורים האחרונים:

- **זמינות מידע:** כיום מי שמתעניין בתיירות רפואית יכול לקבל מידע עדכני באינטרנט על אפשרויות הטיפול בכל מיני מדינות, להשוות מחירים בין ספקי שירות בתוך מדינה ובין המדינות ולקבל חוות דעת של מטופלים לשעבר. שפע מידע זה מאפשר לתייר ודאות גדולה יותר לגבי היבטים שונים של התהליך, וכך להקטין את הסיכון הכרוך בפעילות זו.
- **התפתחות התחבורה:** התפתחויות טכנולוגיות אפשרו לקצר מאוד את זמן הנסיעה ואת העלות הכרוכה בה לעומת העבר. עובדה זו מפחיתה את משקלו של המרחק הגיאוגרפי בשיקולי הבחירה בספק שירותי הבריאות ומרחיבה את האפשרויות הזמינות לתייר רפואי.
- **פערי איכות:** האפשרות לקבל טיפול רפואי באיכות גבוהה במדינות המפותחות הביאה לתנועה של תיירים רפואיים ממדינות מתפתחות למדינות מפותחות.
- **פערי מחיר:** הבדלים ניכרים במחירן של פרוצדורות רפואיות במדינות המערב ובפרט בארה"ב לעומת מחירן בכמה יעדי תיירות רפואית (בעיקר במזרח אסיה) הם תמריץ משמעותי לבחירה בקבלת טיפול במדינה אחרת. לדוגמה, מחירו של ניתוח החלפת מפרק ירך בתאילנד או בהודו הוא כחמישית ממחירו של טיפול זה בארה"ב (OECD, 2011). הפניה מפורטת נמצאת בחלק המקורות בסוף המסמך. מכאן שפעמים רבות סך העלות העומדת בפני התייר הרפואי, הכוללת את עלויות הנסיעה ומחיר השהייה במהלך הטיפול והתאוששות ממנו במדינת היעד, תהיה נמוכה ממחיר הטיפול במדינת המקור של התייר.

2.2. תיירות רפואית בעולם

כפי שהוזכר בסעיף הקודם, אין כיום הגדרה יחידה אחת לפעילות תיירות רפואית ואף אין אחידות באופן המדידה והדיווח של פעילות תיירות רפואית. מדינות שונות בוחרות לדווח על מספר התיירים הנכנסים למדינה לצורך טיפול רפואי, ואילו אחרות מדווחות על מספר הטיפולים שתיירים קיבלו במדינה או על מספר ימי האשפוז של תיירים בבתי החולים במדינה. בנוסף, אחדות מהמדינות סופרות גם תיירים שפנו לקבלת טיפול רפואי דחוף, ואילו אחרות סופרות רק תיירים שהפעילות שלהם כללה אשפוז בבית החולים. לכך יש להוסיף כי מדינות רבות, ובכללן מדינת ישראל, עדיין לא מנהלות רישום מסודר של פעילות התיירות הרפואית במדינה. על כן קשה לאמוד באופן אמין את היקף פעילות התיירות הרפואית ברמה הלאומית והעולמית גם יחד.

אפשר אפוא למצוא הערכות שונות ביחס להיקף התיירות הרפואית העולמית ויש להתייחס אליהן בספקנות. דוגמה לכך הם שני אומדנים של מספר התיירים הרפואיים היוצאים מארה"ב בשנה. אומדנים אלה משמשים להערכת גודלו של השוק העולמי ומהווים נקודת ייחוס במרבית הדיון בנושא. חברת דלויט העריכה את מספרם בשנת 2007 ב-750,000 (Medical Tourism: Consumers in Search of Value), ואילו חברת מקינזי סיפקה הערכה נמוכה במידה ניכרת בשנת 2008, של כ-10,000 תיירים רפואיים (Mapping the market for medical travel). עם זאת, למרות הפער הניכר באומדני החברות להיקף השוק, שנובע בחלקו מהגדרות שונות של תיירים רפואיים, יש לציין כי שתי החברות חוזות המשך גידול מואץ במספר התיירים הרפואיים בשנים הבאות.

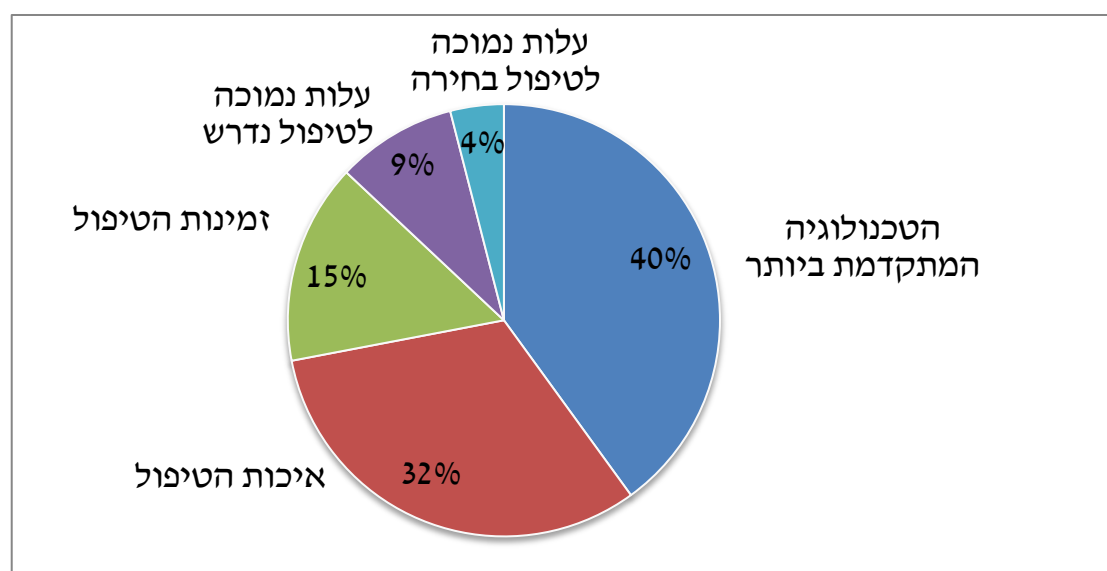
אף שאין נתונים מדויקים על היקף הפעילות העולמית, דיווחים ממדינות שונות בעולם יכולים להעיד על מגמת הצמיחה בפעילות התיירות הרפואית בעולם. תאילנד רשמה בשנים האחרונות גידול ניכר במספר התיירים הרפואיים הנכנסים למדינה: מ-630,000 בשנת 2002 ל-1,373,000 בשנת 2007 (WHO, 2010). מדינה אחרת שרשמה גידול ממשי במספר התיירים המטופלים בשטחה היא טורקיה, שמספר התיירים המטופלים בבתי החולים בה עלה מ-74,000 בשנת 2008 ל-270,000 בשנת 2012 (Turkey, Ministry of Health, 2012). נציין כי הנתונים מטורקיה כוללים תיירים שנוקדו לטיפול רפואי דחוף, אך למרות אי הדיוק שבנתונים יש בכוחם להעיד על צמיחה ניכרת בפעילות של תיירות רפואית.

כמה סיבות יכולות לגרום לחולה לבחור בתהליך של תיירות רפואית. כפי שצוין קודם נתייחס תחילה לפער במחירי פרוצדורות רפואיות שונות כפי שהן מתומחרות ביעד התיירותי לעומת מדינת המוצא של החולה. גורם חשוב שתורם לתהליך הוא הזדקנות האוכלוסייה במדינות המפותחות, שהביאה לידי עלייה בהוצאות הבריאות הנדרשות מהמדינה ולמעבר של נטל גדול יותר מההוצאה אל האזרח. סיבה נוספת חשובה לא פחות היא חוסר זמינות הטיפול בפרק זמן סביר בארץ המוצא והרצון להימנע מתורים ארוכים, שגם הם במידה מסוימת פועל יוצא של מדיניות ממשלתית, שנועדה לשלוט בהיקף ההוצאה לבריאות באמצעות הגבלה על זמינות

השירותים.²⁶⁵ על גורמים אלה נוספים הביקוש לטיפול רפואי באיכות גבוהה מזאת הקיימת במדינת המקור של התייר, הצורך במומחיות ייחודית, הרצון לקבל טיפול שאינו ניתן במדינת המוצא של התייר וקרבה תרבותית המושכת מהגרים ובני משפחותיהם לקבל טיפול במדינה ממנה היגרו בעבר.

מנתוני סקר עולמי נרחב של ספקי שירותים רפואיים ותיירים רפואיים (Mapping the market for medical travel, 2008) עולה כי מרבית התיירים הרפואיים בחרו בתיירות רפואית מסיבות הקשורות לאיכות הטיפול, לעומת מיעוט תיירים שהחלטתם הושפעה יותר משיקולי מחיר וזמינות הטיפול (ראו תרשים 1). יחד עם זאת נדגיש כי הסקר מצביע על הסיבה המרכזית לבחירה של התייר, כאשר סביר להניח כי במקרים רבים כמה סיבות הובילו לבחירה בשירותי תיירות רפואית.

תרשים 1 – סיבה לבחירה בתיירות רפואית



מקור: Mapping the market for medical travel, The McKinsey Quarterly, 2008.

בצד גורמים היכולים להביא לידי בחירה בתיירות רפואית, יש סיכונים ובעיות שמי שבחר באפשרות זו נדרש להתמודד איתם. ראשית, יש חוסר ודאות לגבי משך הטיפול הצפוי ועלותו. חוסר ודאות זה מאפיין בעיקר חולים הזקוקים לטיפולים מורכבים. חוסר הודאות נובע מכך שלא תמיד אפשר לתת לתייר אבחון רפואי מרחוק לפני הגעתו לטיפול, וגם כאשר נעשה אבחון כזה הוא לא בהכרח מדויק. כך ייתכן שהתייר יאלץ להתמודד עם שינוי הטיפול שתוכנן לו לאחר הגעתו למדינה, שינוי שיכול להיות כרוך בעלויות גבוהות ובבזבוז זמן יקר. העובדה כי למרבית התיירים אין ביטוח המכסה טיפולים בחו"ל ועליהם להוציא את הכסף מכיסם מחמירה את ההשלכות. בעיה אחרת יכולה להתעורר בעת הסתבכות הטיפול הרפואי. במצב כזה יתקשה התייר לקבל פיצוי הולם מאחר שאינו מכיר את מערכת המשפט המקומית. כמו כן ייתכן שטיפול לתיקון הסיבוב הרפואי במדינת התייר יהיה מורכב מהרגיל עקב חוסר במידע על הטיפול שקיבל התייר.

²⁶⁵ הדיון בתיירות רפואית מתנהל כחלק מדיוני הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. רבים מחברי הוועדה העלו חשש כי מצבה של המערכת במדינת ישראל יגרום ל"ייצוא" של תיירות רפואית מישראל לעמים אחרים.

סוגיה זו של טיפול המשך היא בעיה גם אם הטיפול הצליח, כי במקרים רבים נדרש מעקב רפואי לאחר הטיפול. לעתים אף יש סיכון להידבק במחלות שאינן קיימות במדינתו של התייר, לדוגמה מחלות טרופיות, שעלולות להיות מסכנות חיים.

כיום פעילות תיירות רפואית מתפרשת על פני עשרות מדינות בעולם ומאות בתי חולים. מדינות אחדות ביבשת אסיה, ובפרט באזור דרום-מזרח אסיה, מושכות מספר רב של תיירים בזכות שילוב של כמה גורמים. ביניהם ניתן למנות את המחיר התחרותי של הטיפול הרפואי, ההיצע של אתרי התיירות, המגוון הרחב של טיפולים רפואיים אפשריים וכן ההשקעה הניכרת בתשתיות מתקדמות ובכוח אדם רפואי, שמקצתו הוכשר במדינות המערב. ניתן לציין בקבוצה זו את תאילנד, סינגפור, מלזיה והודו המשמשות כמרכזי תיירות רפואית אזוריים לתושבי המדינות השכנות להן, ואף מצליחות למשוך מספר רב של תיירים ממדינות מערביות. ניתן לזהות קבוצה נוספת של מדינות, הפועלות לבסס את עצמן כספקיות שירותי תיירות רפואית בקרב המדינות בסביבתן. דוגמה לכך הן מדינות מזרח אירופיות כמו הונגריה ופולין, המשמשות כמרכזים רפואיים אזוריים בעבור מדינות אירופיות שכנות בתחומי רפואת שיניים וניתוחים פלסטיים. בנוסף, כמה מדינות פועלות לבסס לעצמן נתח משוק התיירות הרפואית העולמית על ידי פנייה לקהל יעד מוגדר. דוגמאות לכך הן מקסיקו, שפונה למהגרים בארה"ב השכנה, וירדן, שמשווקת את עצמה לתושבי מדינות ערב השכנות לה (Medical Tourism: A Survey, 2010).

2.3. השפעות על מדינות יעד

כאמור, בשנים האחרונות אנו עדים להתפתחות פעילות התיירות הרפואית בעולם. מניסיון של מדינות שונות בפעילות זו ניתן להסיק על ההשפעות שיכולות להיות לתיירות רפואית. פעילות זו משפיעה הן על מדינות המקור שמהן יוצאים התיירים, והן על מדינות היעד שבהן התיירים בוחרים לקבל טיפול רפואי. לאור העובדה שישראל היא מדינת יעד לפעילות זו, התמקדה הוועדה בהבנת חלק זה של ההשלכות האפשריות.

ניתן לציין כמה השפעות חיוביות אפשריות למדינת יעד לתיירות רפואית. ראשית, תיירות רפואית יכולה לתרום תרומה ישירה לאיכות מערכת הבריאות במדינת היעד. זאת על ידי שימוש בהכנסות המדינה ובתי החולים מטיפול בתיירים להשקעה במערכת הבריאות, וכן על ידי עידוד השקעות עסקיות של גורמים פרטיים בענף. השקעה זו יכולה לבוא לידי ביטוי בפיתוח תשתיות רפואיות, ברכישת מכשור רפואי מתקדם, בהעסקת כוח אדם נוסף ובהטמעת טכנולוגיות חדשות. פיתוח יכולות אלה מביא בהכרח לידי עלייה ברמת הרפואה במדינה, ואם תשתיות אלה זמינות לציבור המקומי, הוא תורם תרומה ישירה לבריאות האוכלוסייה המקומית. בכמה מהמדינות, תיירות רפואית סייעה להשיג שימוש יעיל יותר בתשתיות עודפות שנוצרו בעבר אך כיום אינן מתאימות או נחוצות למטופלים המקומיים. בכך נוצר נדבך נוסף של תועלות עבור מדינות אלה.

נוסף על ההשפעה החיובית על מערכת הבריאות, תיירות רפואית יכולה לתרום לגיוון הפעילות הכלכלית במדינה ולסייע לצמיחת התוצר. זאת בעקבות כניסה של תיירים רפואיים למדינה,

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

המגדילה את הכנסות מערכת הבריאות ואת פעילות ענפי התיירות והפנאי. לכך מתלווה גידול בתקבולי הממשלה ממסים שמקורם בפעילויות הללו.

בנוסף להשקעה הכספית במערכת הבריאות, לתיירות רפואית יכולות להיות השפעות חיוביות נוספות על איכות הטיפול הרפואי שהמערכת מציעה. לדוגמה, בתי חולים מקומיים המעוניינים להתחרות על התיירים הרפואיים מול מדינות אחרות בוחרים לאמץ סטנדרטים רפואיים גבוהים לביצוע הטיפול הרפואי, ומהם נהנים גם החולים המקומיים. בנוסף, זרם התיירים הרפואיים המגיע למדינה, וכולל מגוון מחלות ומצבים רפואיים שחלקם אינם שכיחים במדינת היעד, מאפשר לסגל הרפואי המטפל בהם לפתח מיומנויות חדשות. כמו כן, אם מדובר בטיפול במקרים שיש מעט חולים במדינת המקור, טיפול בתיירים מאפשר לשמור על כשירויות נדרשות. כך לדוגמה למדה הוועדה על ההתמחות בטיפול בסרטן עצמות שאינו נפוץ בישראל, אך העובדה שיש ביקוש לטיפול זה בקרב התיירים מאפשרת לקיים ולשמר יכולת רפואית זו כאן בשביל החולים המקומיים. לבסוף, אפשרויות השתכרות חדשות בעקבות פעילות התיירות הרפואית במדינה, יכולות לסייע בשימור כוח האדם הרפואי במדינה ובמשיכת חברי סגל רפואי נוספים מחו"ל במידת הצורך. כל התוצאות הללו מחזקות את מערכת הבריאות במדינה ומיטיבות עם החולה המקומי.

על מנת לאפשר מיצוי של ההשפעות החיוביות הנגזרות מפעילות תיירות רפואית יש לפעול למזעור ההשלכות השליליות האפשריות בעקבות פעילות זו. השלכות אלה יכולות לבוא לידי ביטוי בהשקעה של משאבים במערכת הבריאות שאינה מיטבית מנקודת ראותם של החולים הציבוריים, בפגיעה בזמינות כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות הציבורית, בהתגברות המערכת הפרטית על חשבון מערכת הבריאות הציבורית וכן בעליית מחירים במערכת הפרטית. בעבודתה התמודדה הוועדה עם סוגיות אלה וגיבשה מערכת להסדרת הפעילות באופן שיאפשר מתן מענה לגורמים העלולים להביא לידי השלכות שליליות אלה.

דוגמאות למדיניות ממשלתית

נסקור כעת את צעדי המדיניות שנקטו מדינות במסגרת המדיניות הממשלתית לפיתוח תיירות רפואית. ראשית, צעד חשוב מאוד הוא הכרזה על מדיניות ממשלתית לפיתוח הענף וקביעה ופרסום של כללים לטיפול בתיירים במדינה, וקבלת הבטחה ממשלתית לאכיפתם. כך המדינה מפחיתה את חוסר הוודאות של התייר ויוצרת סביבה ממשלתית תומכת, המאפשרת תכנון ארוך טווח והשקעות של המגזר העסקי במדינה. כמה מדינות נקטו גישה זו, אגב הקמת גוף ממשלתי האחראי לנושא או באמצעות מיסוד שיתוף פעולה ממשלתי-פרטי. דוגמה לכך היא ממשלת פולין, שזיהתה את תחום התיירות הרפואית כאחד מ-15 תחומים מרכזיים לצמיחה כלכלית. הוקמה שותפות ממשלתית-פרטית כדי לסייע לעוסקים בתחום לשווק את פעילותם למדינות היעד שזוהו כבעלות הפוטנציאל הגדול ביותר: גרמניה, מדינות סקנדינביה, בריטניה וארה"ב.

כמו כן מדינות אחדות תומכות בבתי החולים במדינה בתהליך השקעה ואימוץ הסטנדרטים הרפואיים המקובלים בעולם. בהודו לדוגמה נקבע מכס מופחת על יבוא ציוד רפואי לבתי החולים והמדינה אף מסבסדת את מחיר הקרקע להקמת בתי חולים ומעניקה פחת מואץ לציוד רפואי.

צעד נוסף לתמיכה בענף הוא סיוע לבתי חולים מקומיים בקבלת תו תקן רפואי, כדי לחזק את תדמית את הטיפול הרפואי במדינה. תו תקן זה יכול להיות ממשלתי - מקומי או בין-לאומי.

צעד מדיניות נוסף שנועד לסייע לפעילות תיירות רפואית במדינה הוא הקלה של כניסת תיירים רפואיים למדינה. אפשרות אחת היא קביעת אשרה ייחודית לתיירים רפואיים שמותאמת לצורכי התייר הרפואי, ומאפשרת למשל קבלת אשרת כניסה בזמן מקוצר או כניסות מרובות למדינה. באפשרות זו בחרו בין השאר קוריאה הדרומית ויפן. אפשרות נוספת היא להתמקד במתן הקלות לכניסת תיירים ממדינות שזוהו כמדינות מקור חשובות לתיירות רפואית, כפי שעשתה תאילנד בתוכנית פיילוט לכמה מדינות באזור.

מאמצים ממשלתיים נוספים נעשים בתחום פרסום ושיווק המדינה כיעד תיירות רפואית בעולם. ניתן לבצע זאת במסגרת מאמץ ממשלתי או על ידי מתן תמיכה וחסות ממשלתית ליוזמות פרטיות. דוגמה לכך היא גרמניה, שפועלת לפרסם את עצמה כיעד לתיירות רפואית וכן מעניקה מסגרת לפרסום בתי חולים ורופאים גרמנים, המספקים שירותים לתיירים במדינות שזוהו כבעלות פוטנציאל. דוגמה אחרת היא איחוד האמירויות הערביות, שם הכריזו על הקמת "עיר רפואית" בדובאי שתספק שירותים רפואיים מתקדמים לתיירים. כן נעשים מאמצי שיווק לקהלי יעד מסוימים, שבהם נתפס כי יש פוטנציאל גדול לתיירים רפואיים למדינה. ממשלת פולין לדוגמה מפרסמת את שירותי התיירות הרפואית במדינה למדינות מערב אירופה ודרום קוריאה וממקדת מאמצי שיווק במהגרים קוריאנים למדינות שבהן עלות הרפואה גבוהה יחסית, כמו ארה"ב וניו זילנד.

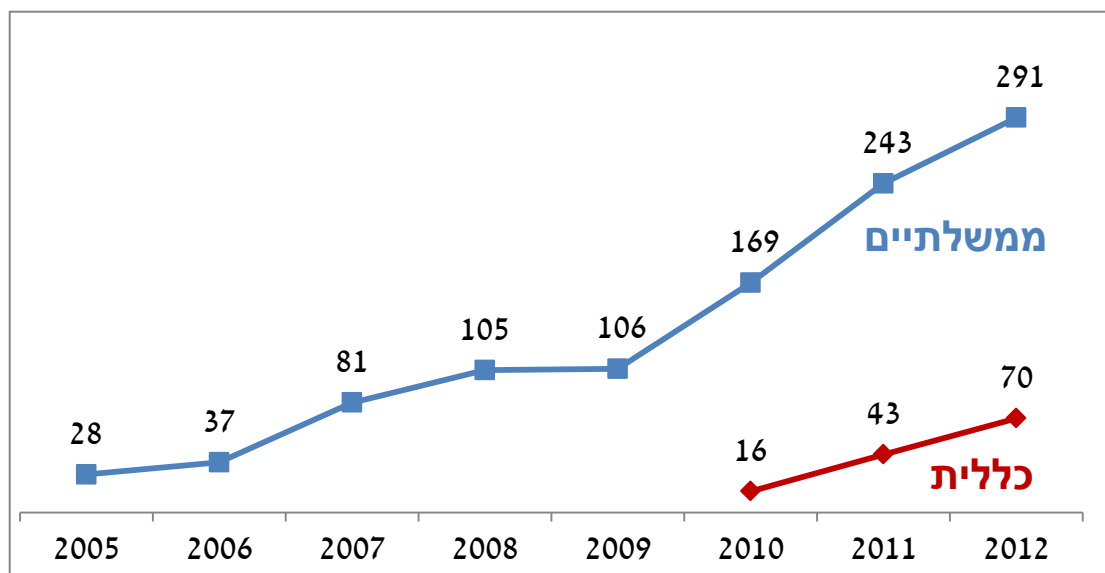
3. תיירות רפואית בישראל

3.1. היקף פעילות

כפי שהוזכר בפרק הקודם, עד היום לא התבצע רישום של מספר התיירים הרפואיים המגיעים למדינה ושל היקף הפעילות בבתי החולים. על כן אין בידי הוועדה נתון רשמי על מספרם המדויק של התיירים הרפואיים בישראל, אך יש הערכות ואומדנים של גורמים ממשלתיים וגורמים הפועלים בענף בישראל. משרד התיירות מעריך כי בשנת 2011 הגיעו לישראל כ-26,000 תיירים רפואיים. הערכה דומה התקבלה מארגונים המייצגים סוכני תיירות רפואית ישראלים, ולפיה מספר התיירים בשנה עומד על כ-30,000.

בניגוד למחסור בנתונים על מספר התיירים הרפואיים במדינה, יש נתונים על היקף ההכנסות מפעילות זו בבתי החולים הציבוריים בישראל. כפי שניתן לראות בתרשים 2, בשנים האחרונות נרשמה עלייה ניכרת בהכנסותיהם של בתי החולים מתיירות רפואית, המעידה על צמיחה בפעילות התיירות הרפואית. ניתן לראות כי הכנסות בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של קופ"ח כללית מפעילות תיירות רפואית בשנת 2012 עמדו על כ-291 מיליון ₪ ו-71 מיליון ₪ בהתאמה, לפי נתוני משרד הבריאות ודיווחי קופ"ח כללית. בעזרת אומדנים של היקף פעילות התיירות הרפואית שמבוצעת מחוץ לבתי החולים הציבוריים²⁶⁶ ניתן להעריך את ההכנסות מתיירות רפואית של כלל בתי החולים בישראל בשנת 2011 ב-500 מיליון ₪.

תרשים 2- סך הכנסות בתי החולים מתיירות רפואית



מקור: משרד הבריאות וקופ"ח כללית

²⁶⁶ לפי דוח שהוכן בעבור משרד התיירות ע"י מר ג'קי עובדיה מחברת רעיון – "קידום תיירות רפואית לישראל" (2012).

3.2. התיירים הרפואיים המגיעים לישראל

מדינות המקור העיקריות לתיירות רפואית בישראל הן רוסיה ואוקראינה, ומיעוט מהתיירים מקורו בקפריסין, מדינות מזרח אירופה ומדינות שכנות. דוגמה לכך ניתן למצוא בנתוני אחד מבתי החולים הפעילים ביותר בתחום התיירות הרפואית, שבו כ-72% מהמטופלים בשנת 2012 הגיעו מרוסיה ומאוקראינה. נציין כי חלק מבתי החולים לא ניהלו רישום של מדינת המוצא של התייר הרפואי ולכן לא יכלו לספק נתונים כמותיים לעניין זה. עם זאת כל הגורמים בענף שהעבירו לוועדה חוות דעת הסכימו כי מרבית התיירים מגיעים ממדינות אלה.

במהלך עבודתה קיבלה הוועדה כמה חוות דעת על הסיבה לאטרקטיביות של מערכת הבריאות בישראל בעיני תיירים רפואיים מרוסיה ומאוקראינה, שמביאה לידי ריבוי התיירים ממדינות אלה. במהלך הופעתם בפני הוועדה נדרשו לכך נציגי בתי החולים וארגוני סוכני התיירות הרפואית, ובנוסף סקר שיזמה הוועדה בקרב התיירים הרפואיים בישראל לבחינת חוויית הטיפול של התיירים ושביעות רצונם גם הוא שופך אור על הנושא. ראשית, איכות הרפואה בחלקים גדולים ממערכת הבריאות הציבורית במדינות אלה, ובעיקר באזורי הפריפריה, עדיין רחוקה מהסטנדרטים הנהוגים במדינות המפותחות ובישראל. בנוסף היצע כוח אדם הרפואי דובר הרוסית בישראל, המאפשר לתיירים לקבל טיפול בשפת האם שלהם, מקנה לישראל יתרון משמעותי. יתרון נוסף הוא ביטול הצורך בהוצאת אשרת כניסה ממדינות אלה לישראל בשנים האחרונות (רוסיה בשנת 2008; אוקראינה בשנת 2010). זאת בניגוד למצב בגרמניה למשל, שהיא מתחרה משמעותית על תיירים רפואיים מבריה"מ לשעבר. משמעות הדבר היא כי זמינות הטיפול בישראל גבוהה מנקודת המבט של התייר הרפואי, ובמידת הצורך ניתן לתאם טיפול בתוך פרק זמן קצר.

נציין כי מרבית היתרונות שהוזכרו לעיל של מערכת הבריאות הישראלית בעיני תיירים רפואיים פוטנציאליים מרוסיה ומאוקראינה, ובפרט איכות הרפואה העדיפה בישראל והימצאותו של סגל רפואי דובר רוסית, תקפים גם לשוק התיירות הרפואית ממדינות אחרות בבריה"מ לשעבר. ניתן אפוא להצביע על פוטנציאל ממשי לגיוון מדינות המקור של תיירים המגיעים לישראל ולהגדלה עתידית של מספר התיירים המטופלים בישראל בהתאם ליכולות מערכת הבריאות.

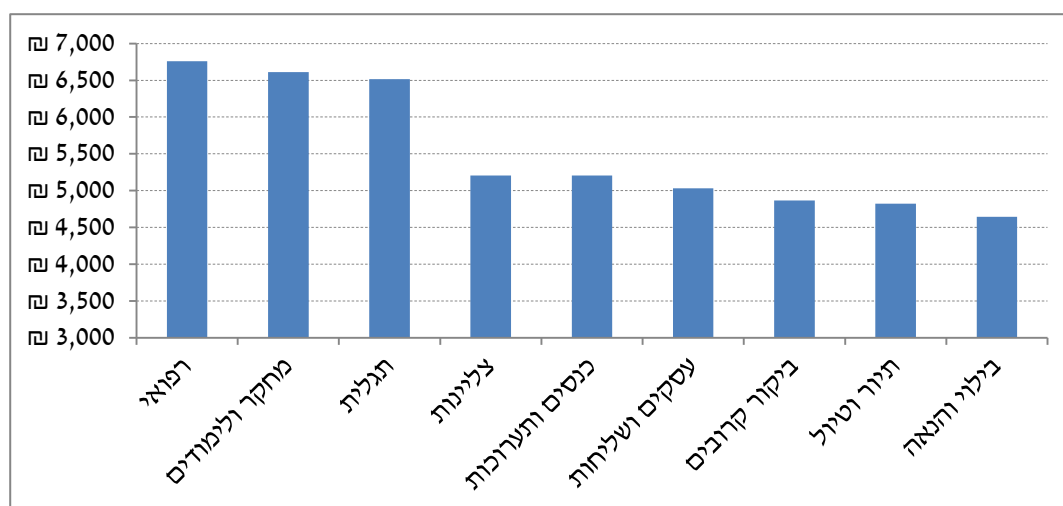
נוסף על תרומת פעילות התיירות הרפואית להכנסות בתי החולים בישראל, תיירים רפואיים המגיעים לישראל צורכים שירותי תיירות ופנאי שהם הכנסות נוספות לעסקים בתחומים אלה. כפי שניתן לראות בתרשים 3, המבוסס על נתוני סקר תיירות נכנסת בשנת 2012 שביצע משרד התיירות, ההוצאה הכספית הממוצעת של תייר רפואי על תיירות ופנאי היא הגבוהה ביותר מבין כל הקטגוריות שבהן סווגו התיירים הנכנסים לישראל. נציין כי הוצאה זו אינה כוללת כמובן את הוצאות התייר הרפואי על שירותי בריאות בישראל. ההוצאה הממוצעת של תייר רפואי על רכישת שירותי תיירות למיניהם בישראל עמדה על \$1,936 במהלך כל תקופת שהותו בישראל (כ-6,760 ₪ לפי שער החליפין הנוכחי). הוצאה זו כוללת הוצאה ממוצעת של כ-3,345 ₪ על לינה, 1,791 ₪ על קניות ובילויים, 911 ₪ על תחבורה וסיורים באתרים, 611 ₪ על מזון ומשקאות, 101 ₪ על רכישת שירותי תקשורת. מספרים אלה מתורגמים למקומות עבודה של ישראלים רבים ולתקבולי מסים.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מנתונים אלה ניתן ללמוד על התרומה הכלכלית הניכרת של תיירות רפואית לענף התיירות ולכלכלת ישראל. ניעזר בהערכה של מספר התיירים הרפואיים המגיעים לישראל בשנה, העומדת על כ- 25-30 אלף תיירים. כמו כן נניח כי בממוצע כל תייר מגיע לישראל עם מלווה, המוציא במהלך שהותו בארץ 75% בלבד מההוצאה הממוצעת של התייר הרפואי בישראל. מכאן מתקבל כי בשנה אחת תיירים ומלוויהם רוכשים שירותי תיירות בכ-100 מיליון \$. סכום זה מהווה כ-2.5% מההכנסות מתיירות בישראל בשנת 2012. כמו כן יש לזכור כי סכום זה מיתוסף להכנסה הנובעת למערכת הבריאות בישראל מפעילות תיירות רפואית. כמה מחברי הוועדה סברו כי יש מקום לכמת את ההשלכות השליליות של קיום תיירות רפואית לא מאוסדרת כפי שהיא מתרחשת כיום. עם זאת הם לא הציגו מתודולוגיה סדורה בנדון. יתר על כן כל ליקוי **נוכחי** אינו מהווה נקודת מוצא נכונה לבחינת תועלות **עתידיות** במערכת מאוסדרת כפי שעתידה להיות עם אימוץ המלצות הוועדה.

תרשים 3 – הוצאה ממוצעת של תייר לפי סוג ביקור

בלי הוצאות בתחום הבריאות



מקור: סקר תיירות נכנסת, משרד התיירות

3.3. ספקי השירותים

תייר רפואי המעוניין להגיע לישראל לקבלת טיפול יכול לעשות זאת בכמה דרכים, בהתאם למצבו הרפואי ולטיפול הנגזר ממנו וכן בהתאם להעדפותיו ולמידת היכרותו עם המערכת. תייר יכול ליצור קשר ולהגיע לטיפול ישירות אצל ספק השירותים הרפואיים, אפשרות שבה בוחרים כפי הנראה תיירים מעטים. אפשרות אחרת היא להסתייע בשירותי תיווך של סוכני תיירות רפואית, שיקשרו בין התייר לבית החולים או למרפאה בישראל. במקרה זה אפשר שהתייר יטופל אצל גוף יחיד, או שיעבור בין כמה ספקים, פרטיים וציבוריים. כן ייתכן שהתייר ישתמש בשירותים של ספקי שירותים רפואיים משלימים, כמו אמבולנס רפואי או אחות פרטית. לבסוף יש תיירים רפואיים הבוחרים לשלב בביקורם בישראל גם מרכיב תיירותי של פנאי ונופש. בהתאם לכך הם יסתייעו בשירותיהם של סוכני נסיעות, בתי מלון, מדריכים וספקי שירותי תיירות נוספים. בחלק זה נציג את ספקי השירותים למיניהם הפועלים בשוק זה בישראל.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ראשית, יש גורמים שמספקים את הטיפול הרפואי לתיירים. בקבוצה זו נכללים בתי חולים ציבוריים ופרטיים ומרפאות פרטיות. בבתי חולים אחדים יש מחלקת תיירות רפואית, שתפקידה לרכז ולארגן את עבודת בית החולים אל מול התייר. בתי החולים הציבוריים מציעים מכלול שלם של טיפולים לתיירים רפואיים, החל באבחון ובדיקות רפואיות, דרך ביצוע טיפולים אלקטיביים פשוטים וכלה לפרוצדורות מורכבות. לעומת זאת, בבתי חולים פרטיים מבוצעות בד"כ פרוצדורות פשוטות שאינן מצריכות אשפוז ממושך. נוסף על בתי החולים פועלות מרפאות פרטיות, המציעות לתיירים שירותי ייעוץ רפואי ושירותי דיאגנוסטיקה וכן פרוצדורות רפואיות פשוטות. לבסוף יש מרפאות המתמחות בשירותים ייחודיים, כמו פסיכיאטריה, טיפולי עיניים ועוד.

בבחינת פעילות ספקי השירותים הרפואיים לתיירים בישראל התמקדה הוועדה בפעילות בבתי החולים הציבוריים והפרטיים. זאת לאור הערכות כי עיקר הפעילות מתרכזת בבתי החולים ולנוכח מחסור בנתונים אמין לגבי פעילות התיירות הרפואית של יתר הגורמים, שהם גופים פרטיים. כיום כל בית חולים פועל עצמאית כדי לפרסם את עצמו ולשווק את אפשרויות הטיפול בו לתיירים בחו"ל. מאמץ זה כולל השתתפות בכנסים בחו"ל, התקשרות מול חברות פרטיות לפרסום בית החולים באינטרנט ועוד.

נציג כעת את פעילות סוכני התיירות הרפואית בישראל, המקשרים בין התיירים הרפואיים לספקי השירותים הרפואיים. תפקידו העיקרי של הסוכן הוא לקשר בין התייר הרפואי לגורם מטפל בישראל, בהתאם למידע הרפואי שהוא מקבל מהתייר. לאחר שהתייר מגיע לישראל הסוכן מלווה את החולה בתהליך הטיפול ומסייע לו בהתנהלות מול בית החולים. בנוסף, הסוכן יכול לספק לתייר שירותים נלווים לטיפול, כמו מלונאות, שירותי ליווי רפואי ותרגום ושירותי תיירות. יש שונות גדולה במאפייני הסוכנים בישראל ומכאן באופי פעילותם. סוכן יכול להיות אדם פרטי, לעתים בלי רקע רפואי, הפועל באופן עצמאי. מצד אחר ניתן למצוא חברות תיירות רפואיות המעסיקות עשרות עובדים, ובהם גם רופאים שתפקידם לנהל את תהליך הטיפול בחולה. בהתאם לכך גם היקף הפעילות העסקית והשירותים שהסוכן מציע משתנים בין סוכנים גדולים לקטנים. תחילת ההתקשרות עם הסוכן יכולה להיות במדינת המוצא של התייר או לאחר הנחיתה בישראל.

יש שני מודלים להתקשרות בין הסוכן לתייר הרפואי - עמלה ומחיר. שכרו של סוכן עמלה נגזר ממחיר הטיפול שבית החולים גובה מהתייר, ומועבר ישירות מספק השירות הרפואי לסוכן. לעומת זאת, סוכן מחיר גובה כסף מהתייר בעבור הטיפול הרפואי ומשלם לבית החולים על הטיפולים שהתייר מקבל, והכסף הנותר הוא שכרו, בדרך כלל בלי שום דיווח לתייר. קל לראות כי עבודה בשיטת עמלה מאפשרת לתייר הרפואי הבנה טובה יותר של עלות הטיפול הרפואי הניתן לו.

אין בנמצא נתונים רשמיים על מספר הסוכנים שעוסקים בתחום. עם זאת לפי הערכות שהציגו בפני הוועדה נציגי בתי החולים והארגונים המייצגים את סוכני התיירות הרפואית בישראל, יש בין 200 ל-300 סוכנים הפועלים במדינה. מרבית הסוכנים פועלים באופן עצמאי ומטפלים לכל היותר בעשרות תיירים בשנה. נוסף עליהם פועלות כמה חברות גדולות המעסיקות עובדים ומטפלות במספר רב של תיירים בשנה.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

כדי לסייע בקבלת תמונה ברורה של פעילות התיירות הרפואית בישראל וקשרי הגומלין בין התייר לגורמים שאיתם הוא בא במגע במהלך שהותו בישראל, נסקור כעת את מסלול הטיפול האופייני לתייר רפואי בישראל.

- א. בעת שמתעורר הצורך בטיפול רפואי מחוץ לגבולות המדינה שלו, ייחשף החולה לאפשרות לקבלת טיפול בישראל דרך אחד או יותר מהמתווכים האלה: פרסומת של ספק השירותים הרפואי באינטרנט, המלצה של הרופא המטפל או מכרים שביקרו בישראל במסגרת תיירות רפואית.
- ב. החולה יוצר קשר עם סוכן תיירות רפואית או ישירות עם בית חולים ומעביר את המסמכים הרפואיים שלו על מנת לבדוק היתכנות לקבלת טיפול בישראל. לעתים מתקיימת פנייה לכמה בתי חולים בו-זמנית.
- ג. מחלקת תיירות רפואית בבית החולים בישראל מעריכה את אפשרויות הטיפול ואת העלות המשוערת ומעבירה הצעה להמשך טיפול והערכת מחיר לחולה.
- ד. אם החולה מסכים להצעה יקבע בית החולים לחולה תור לטיפול בארץ. במקרים מסוימים ישלם התייר בשלב זה מקדמה המבוססת על הערכת עלות הטיפול.
- ה. התייר מגיע לישראל סמוך למועד תחילת הטיפול שנקבע לו. במידת הצורך נעשה אבחון נוסף לקביעת מצבו הרפואי והמשך הטיפול בו.
- ו. התייר מתאכסן בבית מלון או בדירה בקרבת בית החולים ומקבל סדרת בדיקות וטיפולים. ייתכן כי התייר יקבל טיפול מכמה ספקי שירותים רפואיים במהלך התקופה, כאשר סוכן התיירות הרפואית יבחר להפנותו לכל מיני ספקים בהתאם לשיקולי זמינות הטיפול ועלותו. משתנה הזמן הוא המרכזי בעבור התייר כאשר הוא כבר נמצא בארץ.
- ז. בגמר הטיפול בישראל התייר חוזר לארץ המוצא שלו. במידת הצורך הרופא המטפל ייצור קשר מרחוק עם התייר על מנת להנחותו ולייעץ לו בהמשך הטיפול או בתהליך ההתאוששות בחו"ל.

3.4. הפעילות בבתי החולים

את התיירים הרפואיים המגיעים לישראל ניתן לחלק לשתי קבוצות: תיירים שמתאשפזים בבתי החולים, ומטופלים המגיעים לצורך בדיקות וטיפולים שאינם מצריכים אשפוז. הבחנה זו חשובה מכיוון שתייר שאינו מתאשפז משתמש בפחות מתשתיות בית החולים, ובמקרים רבים הטיפול בו פחות דחוף ולכן ניתן לתאם את מועד הגעתו לישראל יותר בקלות. באופן הזה ניתן להתאים טוב יותר את זרם התיירים הרפואיים המגיע לישראל לקיבולת הפנויה של בתי החולים.

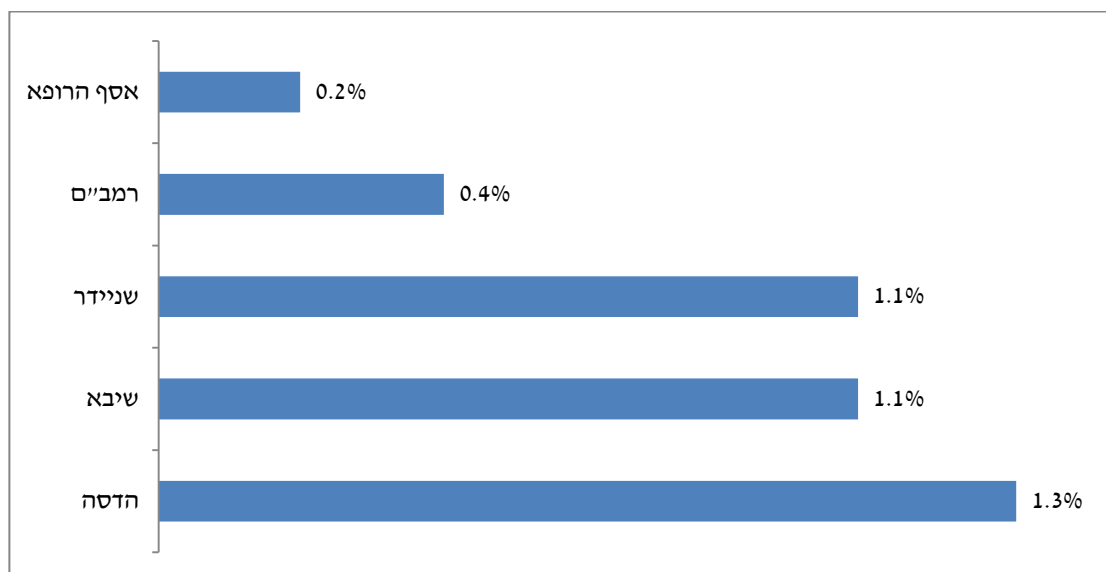
לפי נתוני הפעילות בבתי החולים רמב"ם, איכילוב ושיבא, שבהם מתנהלים יותר מ-90% מפעילות בתי החולים הממשלתיים בתחום התיירות הרפואית, רוב מוחלט של התיירים הרפואיים המגיעים לטיפול בבית החולים אינו זקוק לאשפוז. בשנים האחרונות שיעור התיירים הרפואיים שהתאשפזו בבתי חולים אלו עמד על 7%-20% מסך התיירים שטופלו בבית החולים באותה שנה.

כדי להעריך את השפעתם של התיירים שמתאשפזים בבתי החולים, שכאמור הם מיעוט מקרב כלל התיירים, בחנה הוועדה את נתוני תפוסת מחלקות האשפוז בכמה בתי חולים. ראשית, מנתוני

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

התפוסה ברמת בית החולים כולו ניתן לראות כי שיעור ימי האשפוז של תיירים רפואיים נמוך מאוד, ולא עולה על 1.3% מכלל האשפוזים בבית החולים (ראה תרשים 4).

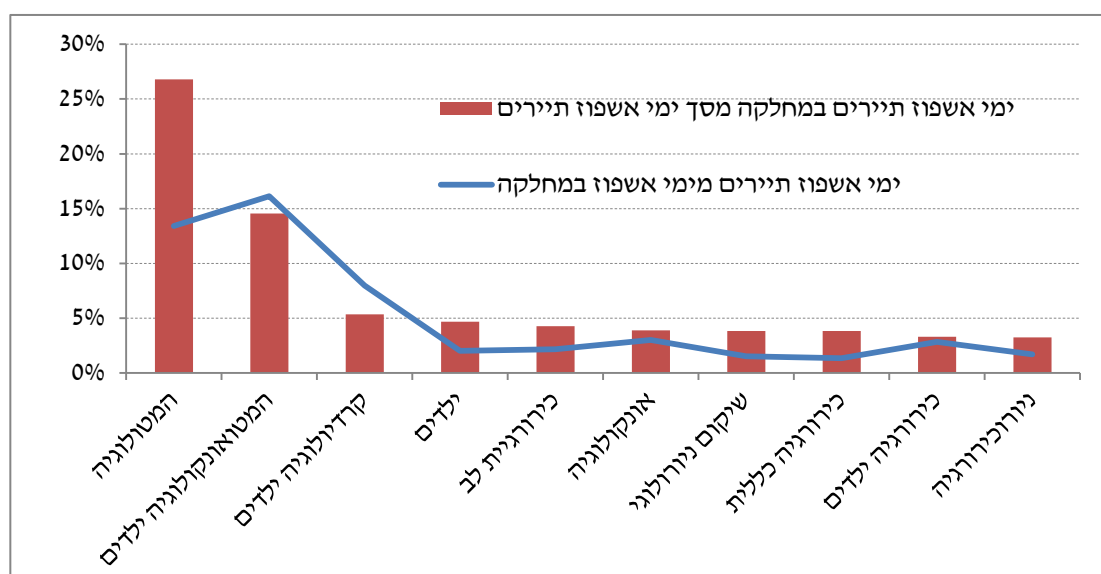
תרשים 4 - שיעור אשפוזים של תיירים מכלל המטופלים בבית החולים



מקור: דיווחי בתי החולים

בחלוקה לפי מחלקות נמצאה שונות גדולה במספר התיירים במחלקות השונות ובשיעורם מסך המאושפזים במחלקה. בתרשים 5 מוצגים נתונים הנוגעים לימי האשפוז של תיירים במחלקות אחד מבתי החולים הפעילים ביותר בתחום התיירות הרפואית בישראל. בתרשים מוצגים נתוני שנת 2012 של ימי אשפוז התיירים במחלקה מסך ימי אשפוז התיירים בבית החולים, וכן ימי אשפוז תיירים במחלקה מסך ימי האשפוז במחלקה, בעשר מחלקות שבהן התאשפוז הכי הרבה תיירים בשנה זו.

תרשים 5 – אשפוז תיירים רפואיים לפי מחלקה



מקור: דיווחי בתי החולים

ניתן לראות כי רבים מימי האשפוז של התיירים מتركזים במחלקת ההמטולוגיה והמטואונקולוגיה ילדים ובנוסף כי ימי אשפוז של תיירים במחלקות הילדים מהווים חלק ניכר בסך ימי האשפוז. כמו כן ניתן לראות שבמרבית המחלקות תפוסת התיירים ביחס לסך האשפוזים במחלקה על פני השנה נמוכה יחסית, בשיעור של כ-2%. יש לציין כי בתרשים מוצגות המחלקות שבהן התאשפזו מרבית התיירים באותה שנה, ולכן מתקבלת תמונה מוטת כלפי מעלה של העומס הנוצר. יש עוד עשרות מחלקות אשפוז בבית החולים, מהן יותר מ-20 מחלקות שבהן ימי אשפוז תיירים היוו פחות מ-1% מסך ימי האשפוז במחלקה.

3.5. ממצאי סקר תיירות רפואית

במסגרת עבודתה החליטה הוועדה ליזום סקר בקרב תיירים רפואיים המגיעים לישראל, כדי לקבל את נקודת מבטם של התיירים הרפואיים על הפעילות בישראל. נקודת מבט זו תצטרף לחוות הדעת ולעמדות שהתקבלו מספקי השירותים ומגורמים המושפעים מפעילות זו, על מנת לקבל תמונה מקיפה יותר על הנעשה בענף. הצורך ליזום פנייה לתיירים באמצעות הסקר עלה לאור מיעוט התלונות והפניות העצמאיות של תיירים רפואיים למשרד הבריאות או לגורמים ממשלתיים אחרים. עובדה זו מקשה לתת מענה על שאלות הנוגעות לקהל היעד של תיירות רפואית בישראל, שעשויות להיות בעלות משקל בעיצוב המדיניות הממשלתית בתחום.

עם הנושאים שבהם עסק הסקר נמנים סיבת הבחירה בישראל, שביעות הרצון מהטיפול הרפואי בבית החולים ומהשירות בו באופן כללי, ואופן ההתקשרות של התייר עם בית החולים ועם הסוכן. הסקר נערך בשישה בתי חולים במשך כחודשיים ובמסגרתו רואיינו 53 תיירים רפואיים, מהם 27 נשים ו-26 גברים. הגיל הממוצע של המטופלים עומד על 42 שנים, המטופל המבוגר ביותר היה בן 76 והצעיר ביותר בן שנה. מתוך 53 התיירים הגיעו 38 תיירים מלויים בקרוב משפחה אחד לפחות.

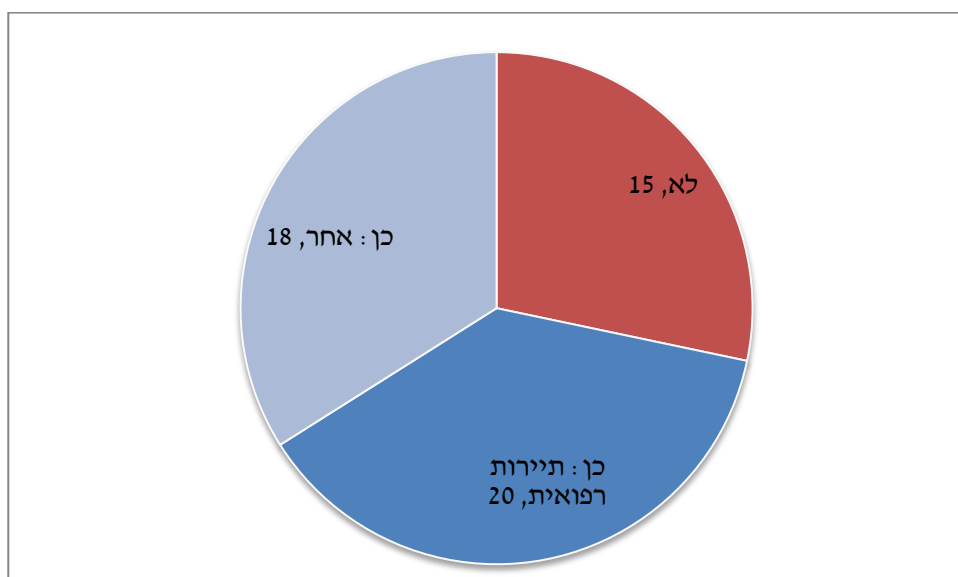
נסקור כעת את הממצאים העיקריים של הסקר. הגורם העיקרי שדרכו נחשפו התיירים לאפשרות לקבל טיפול רפואי בישראל הוא המלצה מקרובי משפחה או מחברים (36 מהתיירים). במקום השני נמצא האינטרנט (18) ואחריו המלצת רופא מקומי (3). יעד התיירות הרפואית המוביל שבחנו התיירים לפני שבחרו להגיע לישראל הוא גרמניה, ו-24 מהתיירים השיבו כי בדקו אפשרות זו. הסיבות שצינו המשיבים שגרמו להם לוותר על טיפול בגרמניה משלימות את היתרונות של ישראל בעיני התיירים הרפואיים – הסיבוך הברוקרטי הכרוך בהוצאת אשרת כניסה (שכאמור לא קיים בעבור תיירים מרוסיה ומאוקראינה) ומחיר הטיפול בגרמניה היקר ביחס לישראל. גרמניה היא המתחרה הבולטת והרחק מאחוריה נמצאות ארה"ב, שווייץ, צ'כיה וקוריאה.

מרבית התיירים מימנו את הטיפול בישראל בכסף האישי, ומקצתם אף ציינו כי מכרו דירות ולקחו הלוואות כדי לממן את הטיפול. רבים מהתיירים ציינו כי גייסו תרומות או נעזרו בקרובי משפחה, ורק שני תיירים נעזרו בביטוח ממקום העבודה. בשום מקרה לא נעשה שימוש בכספי ביטוח פרטי כדי לממן את הטיפול. סך המשתמשים במקורות המימון השונים גדול ממספר המרואיינים בסקר, מכיוון שלמרואייני ניתנה אפשרות לציין כמה מקורות שבהם השתמש למימון הטיפול.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

נושא נוסף שנבדק הוא האם התיירים ביקרו בעבר בישראל במסגרת טיפול או מסיבה אחרת. כפי שניתן לראות בתרשים 6, מרבית התיירים שהשתתפו בסקר ביקרו בעבר בישראל, וכמחצית מהם עשו זאת למטרת תיירות רפואית. שאר התיירים שביקרו בעבר בישראל עשו זאת למטרות של תיירות, ביקורי משפחה ונסיעות עסקים. יש לציין כי מקצת התיירים חזרו וביקרו בישראל למטרת טיפול רפואי פעמים רבות, ויש מהם שקיבלו יותר מעשרה טיפולים בישראל לאורך השנים.

תרשים 6 – ביקורים קודמים של תיירים בישראל



מקור: סקר תיירים רפואיים שערכה הוועדה, 2014

פחות מחצי מהתיירים ידעו להעריך את משך הזמן שהם צפויים לשהות בישראל (18 מתוך 53 המשתתפים). מתוך קבוצה זו העריכו עשרה תיירים כי ישהו תקופה קצרה בישראל של עד חודש ימים, ואילו יתר חברי הקבוצה העריכו כי ישהו בישראל יותר מחודש. ההערכות למשך זמן שהייה בישראל בקבוצה זו היו בטווח של מחודשיים וחצי ועד שנה וחצי.

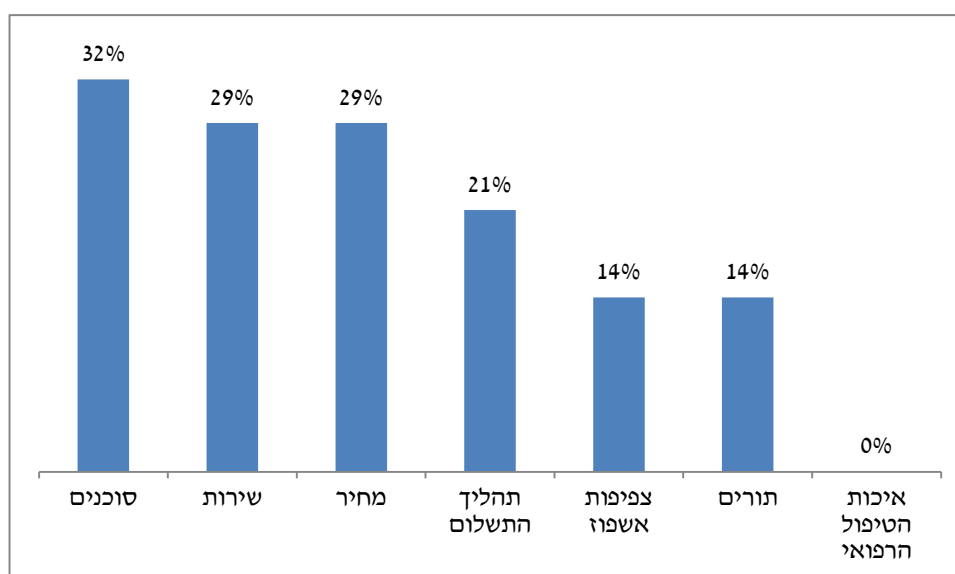
כל התיירים כמעט דיווחו על שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד מאיכות הטיפול הרפואי שניתן להם וכן אמרו שימליצו בעתיד על טיפול בישראל. כשנתבקשו לדרג את מידת שביעות רצונם מהטיפול הרפואי, מיחס בית החולים ואת שביעות הרצון הכללית שלהם, יותר מ-98% מהמשיבים דיווחו על שביעות רצון גבוהה בכל אחת מהקטגוריות (4 או 5, בסולם של 1 עד 5), מבין המשיבים שענו כי השאלה רלוונטית להם. תייר אחד בלבד השיב כי לא ימליץ למכריו על טיפול בארץ.

לאחר שענו על הסקר במלואו קיבלו התיירים הזדמנות להתייחס באופן חופשי לבעיות ולקשיים שנתקלו בהם וכן להציע שיפורים הדרושים במערכת. במהלך שיחה זו התקבלו תובנות רבות לגבי הדברים המפריעים למשתתפי הסקר, ובניגוד לרושם המתקבל מתוצאות הסקר ולפיהן שביעות הרצון של התיירים מהתהליך גבוהה מאוד, ניתן לראות כי נושאים מסוימים מפריעים לרבים מהמשיבים. כפי שניתן לראות בתרשים 7, מרבית טענות התיירים התרכזו בהתנהלות הסוכנים ובחלקים שונים של השירות שקיבלו מבית החולים, מתלוננים מעטים התייחסו לגורמים שונים

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הקשורים לטיפול עצמו בבית החולים, ושום תייר לא ציין לרעה את איכות הטיפול הרפואי. תלונות ביחס להתנהלות הסוכנים היו השכיחות ביותר, וכשליש מהתיירים שבחרו באפשרות ההתייחסות חופשית, התייחסו לנושא זה. בנוגע לסוכנים, מרבית התיירים הצביעו על הצורך להקל את יצירת הקשר עם בית החולים באופן ישיר ללא צורך להסתייעות בסוכנים. תלונות בנושא השירות הניתן לתיירים בבית החולים נגעו בקשיים הבירוקרטיים ובקשיי השפה שבהם נתקלו התיירים. בנוגע למחיר הטיפול התלוננו התיירים על המחיר הגבוה של הטיפול שהם נדרשים לשלם.

**תרשים 7 - תלונות תיירים רפואיים
שיעור התיירים בסקר שבחרו להתייחס לנושא**



מקור: סקר תיירים רפואיים שנערך על ידי הוועדה, 2014

במהלך הסקר עלו כמה נושאים הדורשים התייחסות במסגרת מאמץ ההסדרה והפיקוח על פעילות התיירות הרפואית. נמצא כי כמה מבתי החולים שהשתתפו בסקר לא מתייחסים לטיפול בתיירים כאל פעילות הדורשת קשב ניהולי של בית החולים מעבר להתקשרות וגביית התשלום, דבר המתבטא בחוסר הידע של בית החולים לגבי מספר התיירים הרפואיים המטופלים בו בכל עת, למצבם הרפואי ולהשלכות של פעילות זו על תשתיות בית החולים. בעיה זו נוכחת בעיקר בבתי חולים שבהם מחלקות התיירות הרפואית מטפלות במספר רב של תיירים, וכשיש מטופלים רבים שאינם מאושפדים בבית החולים, אלא מגיעים לטיפולים אמבולטוריים שונים לאורך תקופת הטיפול. מצב זה יכול לפגוע בתיירים הרפואיים, שנמצאים במדינה בלי המסגרת התומכת שיש לחולים המקומיים של קופת חולים ורופא משפחה. עובדה זו בצד חוסר שליטה בשפה יכולים לגרום לתיירים אלה ליפול בין הכיסאות ולפגוע באיכות הטיפול שהם מקבלים. מלבד זאת, חוסר במידע מדויק של בית החולים על התיירים המטופלים בו עלול לגרום לניצול לא מיטבי של תשתיות בית החולים ויכולותיו, דבר שיפגע בסופו של דבר בחולה הישראלי. מכאן עולה הצורך לסייע לבתי החולים להקים מנגנוני פיקוח ובקרה מתאימים, שיאפשרו התייעלות של העבודה.

צורת ההתחשבות הכספית בין בתי החולים לתיירים היא נקודה נוספת הדורשת התייחסות. כיום, במהלך הטיפול התייר שרוי בחוסר ודאות גדול לגבי העלות הסופית של הטיפול. בנוסף הוא

נאלץ לשלם בעבור כל טיפול, הליך רפואי ובדיקה בנפרד. במסגרת הסקר הביעו כמה תיירים רפואיים את חוסר שביעות רצונם משיטת התחשבות זו. שיטה זו בעייתית גם לבית החולים עצמו, מאחר שהוא נאלץ להתמודד עם הסיכון שהמקורות העומדים לרשות התייר למימון הטיפול יאזלו לפני גמר הטיפול והוא לא יוכל לשלם את מלוא הסכום. סיכון זה גבוה מכיוון שכפי שעולה מהסקר, הרוב המוחלט של התיירים אינו מחזיק בביטוח רפואי מתאים ולכן נאלץ לממן את הטיפול מכיסו. לפיכך נראה כי צריך לקבוע מנגנון התחשבות חדש, שיעניק לשני הצדדים מידה גדולה יותר של ודאות בתהליך ההתקשרות ביניהם.

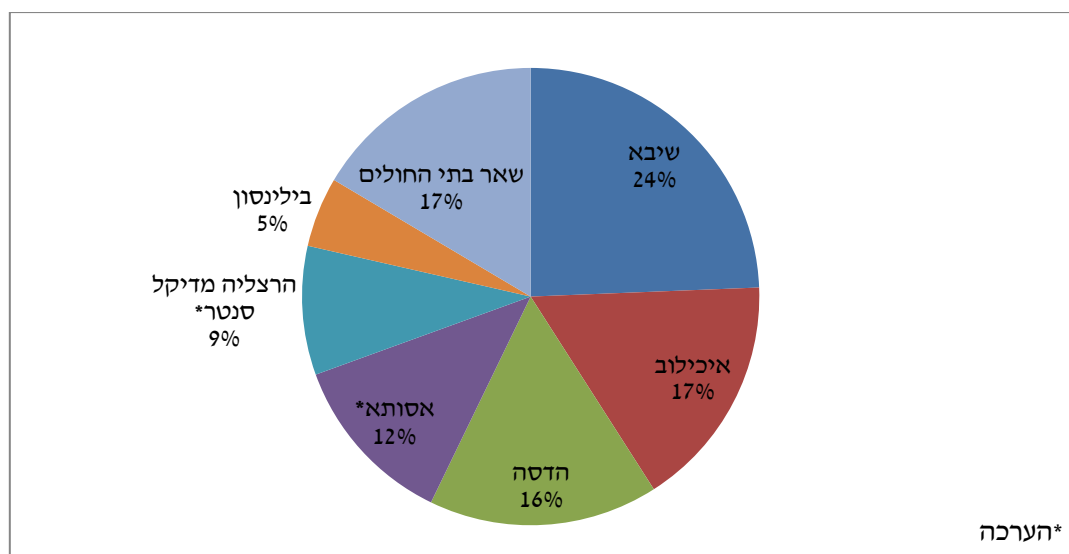
היבט מהותי הדורש את התייחסות הוועדה הוא הקשר בין התיירים הרפואיים לסוכנים. נראה כי יש חוסר שביעות רצון מצד חלק מהתיירים מפעילות הסוכנים בהם נתקלו בעבר ואף מאופן התנהלות הסוכנים שהתקשרו איתם באותה עת. חוסר שביעות רצון זה נובע מהתרשמותם כי סוכנים אחדים מנסים לנצל את מצבם כדי להגדיל את הכנסותיהם. בנוסף התיירים מרגישים שהם כבולים לסוכן וחוששים להתלונן או להפסיק את ההתקשרות איתו מחשש לפגיעה בטיפול הרפואי המתוכנן להם. מכאן מתעורר הצורך להבהיר לתיירים הרפואיים את זכויותיהם בתהליך הטיפול ואת תפקידו ומעמדו של הסוכן בתהליך הרפואי. לפי דעתנו לסוכנים יש תפקיד חשוב במערכת ומרביתם עושים את מלאכתם לטובת התיירים הרפואיים. יש צורך בפקוח שיבטיח שעשבים שוטים אחדים לא יגרמו לפגיעה באמון בכלל המערכת.

לבסוף, נראה כי במקרים רבים לתיירים לא ברור מי מייצג את בית החולים. כפי הנראה יש סוכנים ומרפאות פרטיות שמשתמשים בשמות דומים לבתי חולים ואף מציגים עצמם כנציגי בית החולים, כדי ליהנות מהמוניטין של בתי החולים ולזכות באמונו של החולה. יש לקבוע כללים ברורים לאופן הפרסום המותר ולחייב את סוכן התיירות הרפואית להזדהות ככזה מול התייר.

3.6. הכנסות והשקעות בתי החולים

מנתוני הכנסות בתי החולים עולה כי פעילות התיירות הרפואית מרוכזת במספר מצומצם של בתי חולים, שרובם פועלים במרכז הארץ. כפי שניתן לראות בתרשים 8, יותר מ-69% מהכנסות בתי החולים מתיירות רפואית בשנת 2011 התרכזו בארבעה בתי חולים בלבד: תל-השומר (שיבא), איכילוב, הדסה ואסותא. מיעוט מההכנסות מגיעות לבתי החולים בחיפה (כ-7% מכלל ההכנסות), ובפריפריה (פחות מ-1% מההכנסות).

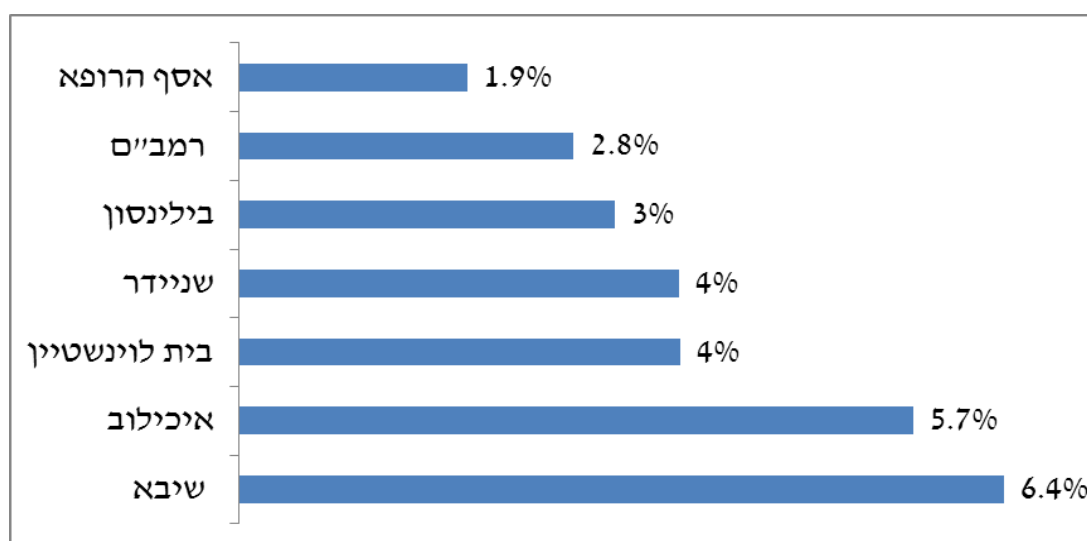
תרשים 8 - התפלגות הכנסות בתי החולים מתיירות רפואית, שנת 2011



מקור: משרד הבריאות, קופת חולים כללית ודוח משרד התיירות, 2012

מסקנה נוספת העולה מהנתונים שאספה הוועדה היא כי בעבור אחדים מבתי החולים הכנסות הנובעות מפעילות תיירות רפואית מהוות חלק ניכר מהכנסות בית החולים. בתרשים 9 מוצגות ההכנסות של בית החולים מפעילות תיירות רפואית כשיעור מסך הכנסות בית החולים בשנת 2011. בתרשים מופיעים בתי החולים הממשלתיים ושל קופת חולים כללית שבהם נתון זה היה הגבוה ביותר. כפי שניתן לראות, שיעור זה היה גבוה במיוחד בבתי החולים תל השומר שיבא ואיכילוב, שני בתי חולים שהובילו גם בהיקף ההכנסות מתיירות באותה שנה. בנוסף ניתן ללמוד מהתרשים כי גם בתי החולים שנראה כי חלקם בפעילות התיירות הרפואית בישראל שולי, לפחות מבחינת היקף ההכנסות הכולל הם מרוויחים חלק ניכר מהכנסתם מתיירות רפואית. דוגמה לכך היא בתי החולים שניידר ובית לוינשטיין, שמהווים כל אחד כ-1% בלבד מסך ההכנסות מתיירות רפואית בבתי החולים בישראל אך 4% מהכנסות בית החולים מקורן תיירות רפואית.

תרשים 9 - שיעור הכנסות בתי החולים מתיירות רפואית, שנת 2011



מקור: משרד הבריאות וקופת חולים כללית

הכנסות כמה מבתי החולים מפעילות תיירות רפואית גדלו במידה ניכרת בשנים האחרונות. גידול זה בהכנסות אפשר לבתי החולים להפנות מקורות נוספים לטובת שיפור הטיפול הרפואי המוענק לכלל המטופלים בבית החולים. מקורות אלה הופנו בין השאר להגדלת שעות פעילות הצוות הרפואי, לרכישה והטמעה של טכנולוגיות חדשות ולפיתוח תשתיות בית החולים. לדוגמה, אחד מבתי החולים השקיע בשנת 2012 כ-13 מיליון ₪ מרווחי פעילות תיירות רפואית בתשתיות ובכוח האדם הרפואי בבית החולים. מתוך סכום זה 9 מיליון ₪ הושקעו ברכישת ציוד קבוע לבית החולים ועוד 4 מיליון ₪ במימון כוח אדם רפואי מעבר לתקן בית החולים. השקעות אלה התאפשרו הודות למקורות שנוספו למערכת הבריאות מעבר למימון הציבורי הקיים. זאת נוסף על התקורה שמעביר התאגיד לבית החולים.

במהלך עבודת הוועדה פרסמה החשבת הכללית דו"ח ביקורת על פעילות התיירות הרפואית בבתי החולים הציבוריים. הדו"ח איננו יוזמה של הוועדה, אולם הוועדה למדה ממנו אודות ליקויים הקיימים **כיום** במערכת הציבורית, לדעת החשבת. במקרים בהם סברה הוועדה כי ישנו בסיס הולם לכך, התיקונים הנדרשים הוטמעו כחלק מהמלצות הוועדה.

4. דיון

4.1. בחירה בין חלופות

חלק זה של המסמך מורכב מדיון באפשרויות השונות למדיניות ממשלתית בנושא תיירות רפואית בישראל. בדיון נציג את הרציונל שעומד בבסיס כל חלופה, את ההשלכות הצפויות מהוצאה אל הפועל של החלופה ולבסוף את המסקנות של חברי הוועדה שהובילו לבחירה בחלופה אחת על פני החלופות האחרות. בדיוני הוועדה נשקלו שלוש חלופות מרכזיות:

1. איסור כולל על ביצוע פעילות תיירות רפואית בישראל, בכל מסגרת רפואית.
2. מתן היתר לפעילות תיירות רפואית במערכת הבריאות הפרטית בלבד.
3. הסדרת פעילות תיירות רפואית במערכת הבריאות הציבורית והפרטית לטובת מערכת הבריאות כולה.

אפשרות אחת שנבחנה בדיוני הוועדה היא לאסור על כל פעילות תיירות רפואית בישראל במסגרת ספקי שירותי הבריאות הציבוריים והפרטיים כאחד. הצעה זו נובעת מתפיסה כי פעילות תיירות רפואית, בכל מסגרת הסדרה אפשרית, תגרום בהכרח להשפעות שליליות על מערכת הבריאות בישראל ועל החולים הישראלים, והשפעות אלה יגברו על כל תועלת חיובית האפשרית מפעילות זו. מכאן כי אין מקום לאפשר כל פעילות תיירות רפואית בכל מסגרת שהיא.

שתי מסקנות עיקריות, שלהן שותפים הרוב המוחלט של חברי הוועדה, הובילו להחלטה להוריד מן הפרק את האפשרות לאסור על פעילות תיירות רפואית. ראשית יש הסכמה כי תיירות רפואית יכולה להשפיע השפעות חיוביות על מערכת הבריאות בישראל. בפרט, פעילות זו יכולה להוסיף הכנסה משמעותית למערכת, לתרום ליכולת הטיפול הקיימות במערכת לטובת החולים

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הישראלים ולהרחיב את זמינות השירותים הרפואיים מעבר לשעות הפעילות הקיימות ולחולים בפריפריה. לדעת רוב חברי הוועדה, ניתן לנצל את היתרונות הללו על ידי הסדרת הפעילות שתמזער את ההשפעות השליליות האפשריות מפעילות זו. שנית, תיירות רפואית מכניסה מאות מיליוני שקלים למערכת הבריאות הציבורית בישראל, במישרין ובעקיפין. לכן כאשר אנו שוקלים לאסור פעילות זו יש לבחון אם יש מקורות הכנסה אחרים שמהם ניתן להשלים את אובדן ההכנסות הללו. לנוכח טענותיהם של גורמים במערכת הבריאות הציבורית לתקצוב בחסר של המערכת לאורך השנים, שיצר פער ניכר בין הצרכים התקציביים של המערכת למקורות התקציביים העומדים לרשותה כיום, נראה כי המערכת תתקשה לספוג מחסור נוסף במשאבים עקב ביטול פעילות תיירות רפואית. מכאן כי איסור תיירות רפואית ואובדן ההכנסות הנובע ממנה עלולים לפגוע בשירותים הרפואיים שמקבלים החולים הישראלים במערכת הבריאות הציבורית. מכאן אנו מסיקים שאין לקבל חלופה זו מכיוון שהמחיר של איסור פעילות תיירות רפואית גבוה מדי למערכת הבריאות הציבורית ולחולים הישראלים, אף שהחלופה תבטל השפעות שליליות וחוביות האפשריות מתיירות רפואית על ידי ביטול הפעילות כליל.

חלופה נוספת שנבחנה היא להתיר פעילות תיירות רפואית בבתי החולים הפרטיים והמרפאות הפרטיות בישראל ולאסור פעילות זו בבתי החולים הציבוריים. בבסיס חלופה זו עומד הרעיון כי הפרדה בין החולים הציבוריים הישראלים לתיירים הרפואיים תמנע פגיעה אפשרית בחולים הישראלים, שתתבטא בהתארכות התורים במערכת הציבורית או במתן העדפה לתייר על פני ישראלי במסגרת טיפול רפואי.

בחינה של החלופה חושפת כמה בעיות דומות. ראשית, אפשרות זו תביא בהכרח לידי התחזקות מערכת הבריאות הפרטית לעומת המערכת הציבורית, כאשר מרבית מתהליך זה יבוא על חשבון המערכת הציבורית. העובדה שההכנסות מתיירות רפואית יוסטו למערכת הפרטית בלבד תעמיד לטובת המערכת הפרטית מקור להשקעה בטכנולוגיות ושירותים חדשים שלא יהיו זמינים למערכת הציבורית. שיפורים אלה יסייעו למערכת הפרטית להתחרות גם על החולים הישראלים מול המערכת הציבורית. כמו כן העובדה שהטיפול בתיירים יוגבל למערכת הפרטית בלבד, בצד האפשרות להגדיל את שכרם של הרופאים במסגרת זו, יגרמו למעבר של רופאים מהמערכת הציבורית לעבודה במערכת הפרטית בלבד. זאת מאחר שאפשרויות ההשתכרות במערכת הפרטית יהיו טובות יותר בעבור רופאים בכירים ובעלי שם ולכן סביר שבעיקר רופאים אלה יעברו בפועל, דבר שיפגע באמון הציבור במערכת הציבורית ויסייע למערכת הפרטית למתג את עצמה כאיכותית יותר ועדיפה בפני החולה הישראלי. לבסוף, שני תהליכים אלה יחד, של הסטת התיירים הרפואיים ועלייה במעמדה של המערכת הפרטית, יגרמו לעליית מחירים במערכת הפרטית. שינוי זה יפגע בזמינות הטיפול במערכת הפרטית לישראלים רבים. בסופו של התהליך, בלא תוספת ניכרת של מקורות ציבוריים, עלולות להיווצר בפועל שתי מערכות בריאות נפרדות בישראל: מערכת ציבורית, שתטפל במרבית החולים הישראלים ותציע איכות טיפול פחותה מזאת שבמערכת הפרטית, או לפחות כזאת הנתפסת כפחותה בעיני הציבור; ומערכת פרטית, שתטפל בתיירים רפואיים ובחולים ישראלים שיוכלו לממן זאת.

מכאן ברור שהטענה כי חלופה המגבילה את התיירות הרפואית למערכת הפרטית בלבד, ושומרת על המערכת הציבורית מהשפעות שליליות מפעילות זו ולכן רצויה, תיצור בפועל שיווי משקל חדש

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

במערכת הבריאות בישראל, שבו מערכת הבריאות הציבורית וכן החולים הישראלים ייפגעו. מכאן, לאור עקרונות הוועדה ששמו במרכז את מערכת הבריאות הציבורית ואת החולים הישראלים הציבוריים, ניתן לקבוע כי חלופה זו אינה רצויה.

אל מול החסרונות הנובעים משתי החלופות שנסקרו לעיל, החליטה הוועדה להמשיך בבחינת החלופה השלישית. הוועדה פעלה לנסות ולגבש מסגרת להסדרה ממשלתית של פעילות תיירות רפואית בכל מערכת הבריאות בישראל, שתעלה בקנה אחד עם העקרונות שקבעה בתחילת עבודתה ונועדו לסייע בתהליך קביעת המדיניות הרצויה בתחום התיירות הרפואית בישראל. **העקרונות הם: מניעת פגיעה בחולה הישראלי, חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והבטחת טיפול אתי ומקצועי לתייר.**

4.2. החלופה השלישית, שהומלצה על ידי חברי הוועדה, היא לאפשר פעילות תיירות רפואית בכל מערכת הבריאות בישראל, במסגרת כללים שיסדירו את הפעילות. הרציונל העומד בבסיס החלופה הנ"ל הוא כי כיום הפעילות מתנהלת בלא הנחיות ממשלתיות מספקות ובלא מסגרת פיקוח והסדרה מתאימה, ולכן הופעתן של השפעות שליליות על המערכת ועל החולים הישראלים אינה מחויבת המציאות. כמו כן ניתן לגבש מסגרת הסדרה שתצמצם עד מאוד את ההשפעות השליליות מפעילות זו, תוך כדי מקסום התועלות הרפואיות והכלכליות הנובעות מתיירות רפואית כיום.

צורך באסדרה במסגרת החלופה השלישית

בהתאם לכך פעלה הוועדה כדי לבנות מסגרת הסדרה שתביא עמה תועלות חיוביות למערכת הבריאות הציבורית, לחולה הישראלי הציבורי ולתיירים הרפואיים הבאים לישראל. נוסף על כך, הוועדה סבורה כי התועלות מפעילות זו עולות על הנזקים האפשריים ממנה ולכן בחירה באפשרות ההסדרה תשפר את מצבה הכולל של המערכת. לאחר בחינת מכלול התועלות מפעילות תיירות רפואית ולאור האפשרות לצמצם את התופעות שאינן רצויות, הוועדה סבורה כי מצב זה עדיף מאיסור פעילות זו. בחלק זה של המסמך נציג את הבחינה שערכה הוועדה ואת המסקנות שעלו ממנה, והפרק הבא במסמך יפרט את ההמלצות שגיבשה הוועדה לאור המסקנות לאסדרה ממשלתית של פעילות התיירות הרפואית בישראל.

נתמקד תחילה בסוגיה של מניעת פגיעה בחולים הישראלים. לשם כך יש להגדיר כיצד פעילות תיירות רפואית יכולה לגרום לפגיעה בחולים אלה. חשש מרכזי הוא כי אם פעילות התיירות הרפואית תתרכז בשעות הפעילות הציבורית של בתי החולים, כניסת תיירים רפואיים לבתי החולים הציבוריים תפגע בזמינות הטיפול לישראלים. פגיעה זו יכולה להתבטא בהתארכות התורים לחולים ציבוריים לביצוע הליכים רפואיים ובדיקות למיניהן וכן בחוסר זמינות של רופאים לטובת הישראלים מכיוון שיטפלו בתיירים. היבט נוסף שבו יכולה להתרחש פגיעה בחולים הישראלים הוא הגדלת התפוסה במחלקות האשפוז, שתמנע אשפוז ישראלים במידת הצורך, או שתזרע את תנאי האשפוז שלהם. חשש נוסף הוא כי האפשרות שתעמוד בפני הרופאים לטפל בתיירים במערכת הפרטית ולהגדיל כך את הכנסתם תגרום לעזיבה של רופאים את

המערכת הציבורית. מכיוון שהתמריץ לעשות זאת יהיה גדול מאוד בעבור הרופאים הידועים ביותר, שלהם אפשרויות ההשתכרות הגבוהות ביותר במערכת הפרטית, החשש הוא כי הדבר יגרום לירידה ברמת הטיפול הרפואי ובאמון במערכת הציבורית. לבסוף עלה החשש כי פעילות זו תפגע במערכת היחסים רופא-מטופל. העובדה שלתהליך הטיפול בתיירים מתלווים שיקולים כספיים, של המערכת ושל הרופא גם יחד, עלולה לשנות את התפיסה כי במרכז עבודתו של הרופא עומדת שליחות מוסרית להענקת טיפול רפואי לחולים ומעבר לתפיסה של הרופא כספק שירותים.

הוועדה סבורה כי לכל הבעיות שהוזכרו לעיל ניתן לתת מענה באופן שיאפשר להפחית את ההשפעה השלילית האפשרית מפעילות זו. זאת באמצעות כללי אסדרה שיבטיחו ניתוק בין זמן הטיפול בתיירים ושעות פעילות המערכת הציבורית, הגבלה על השימוש בתשתיות לטובת תיירות רפואית וכן חיוב בתי החולים המעוניינים לטפל בתיירים לעמוד בסטנדרטים של תפוקות רפואיות לטובת החולים הציבוריים. כללים המבוססים על עקרונות אלה יאפשרו להבטיח כי זמינות ואיכות הטיפול הרפואי לטובת החולה במערכת הבריאות הציבורית לא תיפגע.

כדי לשמור על יחסי רופא-מטופל הקיימים כיום, הוועדה סבורה כי יש למנוע אפשרות להתקשרות כספית ישירה בין רופא לתייר במערכת הציבורית. משמעות הדבר היא כי בית חולים שמקבל תייר לטיפול רפואי יהיה אחראי לשיבוץ הרופאים לטיפול בתייר בהתבסס על שיקולים רפואיים, והרופא לא יוכל לבחור בתייר שהוא מעוניין לטפל בו. מכאן נובע כי גם התייר לא יוכל לבחור את הרופא המטפל כל עוד אין בחירה זו מתאפשרת לחולה הישראלי. נוסף על כך יש לנתק את התגמול הכספי הישיר לרופא מהתייר וכך להבטיח כי הרופא יראה בתייר חולה ככל חולה.

מטרה נוספת שהציבה הוועדה לפעילות תיירות רפואית היא חיזוק מערכת הבריאות הציבורית. כאמור, ניתן להשתמש בהכנסות הנובעות מפעילות תיירות רפואית להשקעה בתשתיות, בכוח אדם ובטכנולוגיה רפואית במערכת הציבורית לשיפור השירותים הרפואיים שמקבלים חולים ישראלים. תפקידה של האסדרה של פעילות התיירות הרפואית היא אפוא להבטיח שמקורות הנובעים מפעילות זו אכן יופנו ליעדם הרצוי. זאת באמצעות כללים שיבטיחו כי חלק ניכר של ההכנסות יגיעו לבתי החולים ויקדמו שקיפות בהתנהלות הכספית של בית החולים.

העיקרון השלישי שהוועדה מעוניינת להבטיח בקביעת מדיניות לתיירות רפואית היא הבטחת טיפול אתי ומקצועי לתיירים הרפואיים המגיעים לישראל. הוועדה זיהתה כמה גורמים לכך שהתיירים הרפואיים עלולים להימצא בסיכון לפגיעה כספית או בריאותית בתהליך הטיפול. ראשית, התיירים אינם דוברים את שפת המקום, ולכן בלא עזרה מתאימה ייתקלו בקשיים בהבנת תהליך הטיפול והאפשרויות העומדות לרשותם. שנית, הם אינם מכירים את מערכות הבריאות והחוק במדינה ולכן אינם מודעים לזכויותיהם. עובדה זו מקשה עליהם להגיש תלונה לגורמים המתאימים ולכן מקשה על המערכת לזהות ולטפל במקרים חריגים. ושלישית, חלק מהתיירים מגיע לקבל טיפול מציל חיים לאחר שטיפולים אחרים נכשלו במדינת המוצא שלהם. כך הם עלולים להיות פגיעים להתפתות להבטחות שווא. בלי סיוע לתיירים להתגבר על הבעיות הללו יש חשש כי פעילות תיירות רפואית תפגע פגיעה רפואית וכלכלית בתיירים.

הוועדה סבורה כי ניתן להתמודד עם בעיות אלה באמצעות כללים שיסדירו את פעילותם של ספקי השירותים לתייר וכן על ידי הגדלת נגישות התיירים למידע, שיעזור להם להכיר את מערכת

הבריאות הישראלית ואת זכויותיהם. הוועדה רואה לנכון להמליץ על כמה כללים, ובהם קביעת גורם מרכזי בכל בית חולים שמטפל בתיירים ואחראי לניהול פעילות זו ולקשר עם התייר, הסדרת פעילותם של סוכני תיירות רפואית, וכן קידום השימוש ברופא המתפקד כמנהל התיק הרפואי של התייר ואחראי לתיאום התהליך הטיפולי שהוא מקבל. כמו כן על מנת שהתייר יידע את זכויותיו הוועדה סבורה כי יש לפרסם מידע ממשלתי הנוגע לספקי שירותי תיירות רפואית בישראל וכן למחירים ולזכויות החולה.

4.3. אפשרות ליישום בפועל

לאחר שהוועדה גיבשה הצעת הסדרה שתאפשר פעילות תיירות רפואית תוך כדי השגת היעדים שנקבעו, יש לבדוק אם ניתן ליישם את ההצעה. עלתה טענה כי בגלל מחסור במשאבים במערכת הבריאות הציבורית אי אפשר להוסיף למערכת פעילות של תיירות רפואית. הוועדה אינה סבורה שאפשר לשלול על הסף את הטענה לחוסר תקצוב של המערכת אל מול הצרכים הקיימים. עם זאת לא ניתן לקבל את המסקנה הנגזרת מטענה זו, כפי שהוצגה לעיל. נציג כעת ניתוח המבוסס על נתוני פעילות מערכת הבריאות כיום, שיציג את הגורמים שזיהתה הוועדה המאפשרים לטעמה להגדיל את התפוקות במערכת ולטפל בתיירים.

תחילה יש לזהות מהם המשאבים הדרושים לטיפול בתיירים הרפואיים, ולבודד מתוכם את הגורמים שעלולים להיות במחסור. לשם כך נבחנו נתוני פעילות התיירות הרפואית בבתי החולים בישראל, ומהם ניתן לאפיין את הטיפולים השכיחים בתיירים. כמו כן פעלה הוועדה לקבל תמונת מצב של התשתיות הקיימות במערכת, בדגש על מיטות אשפוז וזמינות הרופאים בבתי החולים הציבוריים.

כפי שהוזכר בסעיף 3.4, מרבית התיירים המגיעים לישראל לטיפול בבתי החולים הציבוריים אינם זקוקים לאשפוז. תיירים אלה מגיעים לבדיקות שונות ולביצוע הליכים רפואיים שלא מצריכים אשפוז. לכך יש השלכות על התשומות הנדרשות מהמערכת לביצוע הפעילות. ראשית, רוב התיירים שבאים לטיפולים אלקטיביים אינם זקוקים לטיפול רפואי דחוף, ולכן ניתן לתזמן את הגעתם. עובדה זו מאפשרת גמישות בפעילות והתאמה של זרם התיירים ליכולות הטיפול הקיימות במערכת בכל עת. שנית, לצורך טיפול בתיירים אלה נדרשים בעיקר זמן רופא וצוות רפואי, זמינות מכשור רפואי וכן תרופות וחומרים מתכלים אחרים. אנו טוענים שאת ההיצע של כל הגורמים הללו, ובכללם זמן הרופאים במערכת, ניתן להגדיל מיידית ובלא דיחוי. העובדה שניתן לממן תוספת של מכשור רפואי ותרופות באמצעות הכנסות מפעילות תיירות רפואית ברורה, ולכן נתמקד בטענה כי גם את זמן הרופאים במערכת ניתן להגדיל כיום.

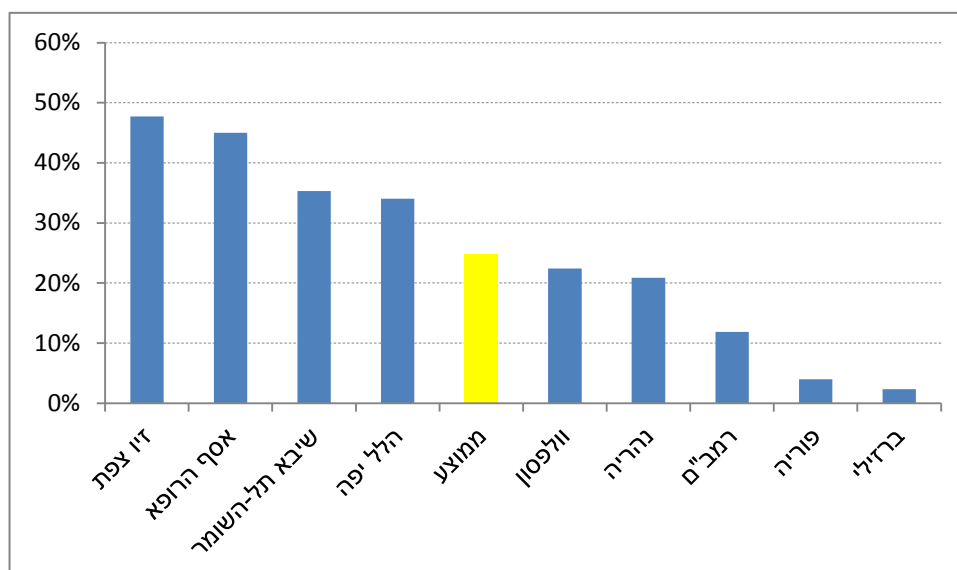
הוועדה סבורה כי האתגר המרכזי שיש להתמודד איתו כדי להגדיל את שעות פעילות הרופאים במערכת הוא כספי, ולכן פתרון אפשרי הוא מימון תוספת השכר הנדרשת על ידי ההכנסות מפעילות תיירות רפואית. חיזוק לטענה זו ניתן למצוא בנתונים שנציג בהמשך הפרק, המצביעים על מספר לא מבוטל של רופאים שעובדים מחוץ לבתי החולים הציבוריים בהיקף נרחב. כפי הנראה רופאים אלה מעוניינים בהיקף עבודה רחב יותר מההיקף המתאפשר כיום במערכת הציבורית, ולכן אפשר להגדיל את היקף עבודתם בעתיד. בנוסף, עמדת הר"י כפי שהוצגה לוועדה היא כי ניתן להגדיל את היקף העבודה במערכת הציבורית לרופאים שיהיו מעוניינים בכך. כמו כן

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

כמה מנהלי בתי חולים שהופיעו בפני הוועדה טענו כי יהיה אפשר להרחיב את שעות פעילות הרופאים בבתי החולים אם יהיה רצון כזה. יש לציין כי על פי כללי האסדרה המוצעים פעילות לתיירים תותנה בפעילות ציבורית לישראלים. על כן השארות במערכת ציבורית בשעות אחר הצהרים במקום במערכת הפרטית תגדיל את סך הזמינות של השירות הרפואי עבור החולה הציבורי.

לשם בחינת סוגיה זו בחנה הוועדה את נתוני משרד הבריאות על היקף הרופאים בבתי החולים הממשלתיים שהם בעלי היתר לעבודה פרטית. היתר זה מאפשר לרופא לעבוד במקום עבודה אחר בצד עבודתו בבית החולים הציבורי. עבודה זו יכולה להתבצע במרפאה פרטית, בבית חולים פרטי, בקופות החולים, בלימוד ומחקר באוניברסיטאות ובמשרדי הממשלה למיניהם. כפי שניתן לראות בתרשים 10, כרבע מהרופאים בבתי החולים הממשלתיים עובדים בעבודה פרטית בצד עבודתם בבית החולים.

תרשים 10 - רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי בית חולים
שיעור הרופאים בבית חולים, בתי חולים ממשלתיים, שנת 2014



מקור: נתוני משרד הבריאות

נוסף על ההיקף הרחב של רופאים בעלי היתר עבודה פרטית, מצאה הוועדה שיש מספר לא מבוטל של רופאים שהיקף העבודה הציבורית שלהם קטן במידה ניכרת ממשרה מלאה. דוגמה לכך ניתן לראות בתרשים 11, המציג חלוקה של הרופאים המומחים בבתי החולים הממשלתיים בעלי היתר עבודה פרטית לפי היקף המשרה הציבורית שלהם. כפי שניתן לראות, כ-27% מהרופאים המומחים בעלי היתר פרטי מועסקים בפחות מחצי משרה בבית החולים הממשלתי שבו הם עובדים.

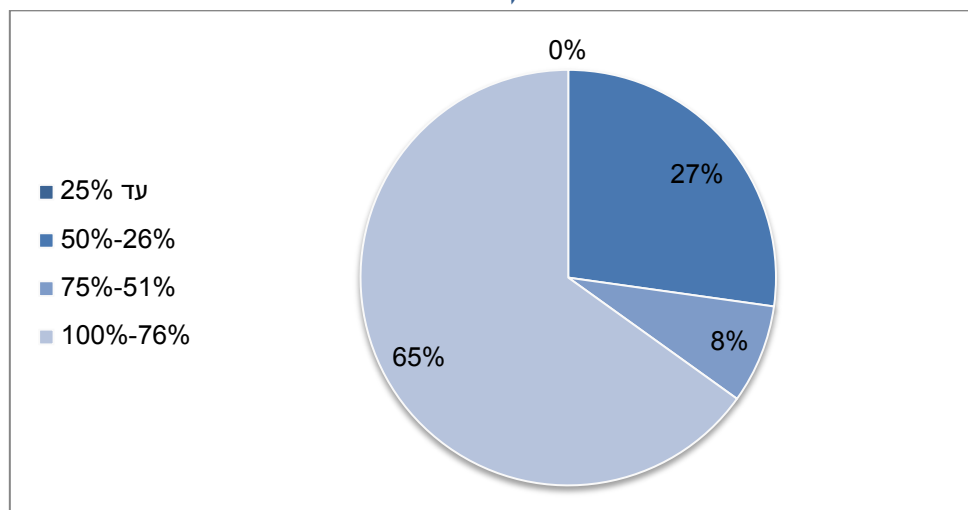
מכאן, כי לאפשרות להשאיר רופאים אלה בבתי החולים בשעות אחר הצהריים, באמצעות תגמול בעבור פעילות ציבורית נוספת ופעילות תיירות רפואית, יש כמה השפעות חיוביות. ראשית, הרחבת שעות הפעילות של רופאים אלה תאפשר טיפול ביותר חולים ישראלים ציבוריים. שנית, הרחבת השעות של רופאים מומחים בבתי החולים הציבוריים תגדיל את ההזדמנויות לחניכה של רופאים מתמחים וכך תשפיע לחיוב על איכות הכשרת המתמחים במערכת. השפעה חיובית נוספת

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

היא הגדלת הזמינות של רופאים מומחים אלה לטיפול במקרי חירום רפואיים שמתרחשים לאחר שעות הבוקר. לבסוף, העובדה כי רופא מומחה יהיה זמין בבית החולים שעות רבות יותר במהלך כל יום תגביר את תחושת האמון של הציבור במערכת הבריאות הציבורית.

אם אפוא יהיה אפשר להשאיר רופאים אלה במערכת הציבורית בלבד באמצעות תגמול על פעילות נוספת אחר הצהריים, ייתכן רווח כפול למערכת שיתבטא בהרחבת שעות הפעילות אחר הצהריים ובהגדלת היקף המשרה של הרופאים במהלך היום.

**תרשים 11 - היקף משרה ציבורית של מומחים בעלי היתר עבודה פרטית
רופאים מומחים המועסקים בבתי חולים ממשלתיים**



מקור: נתוני משרד הבריאות

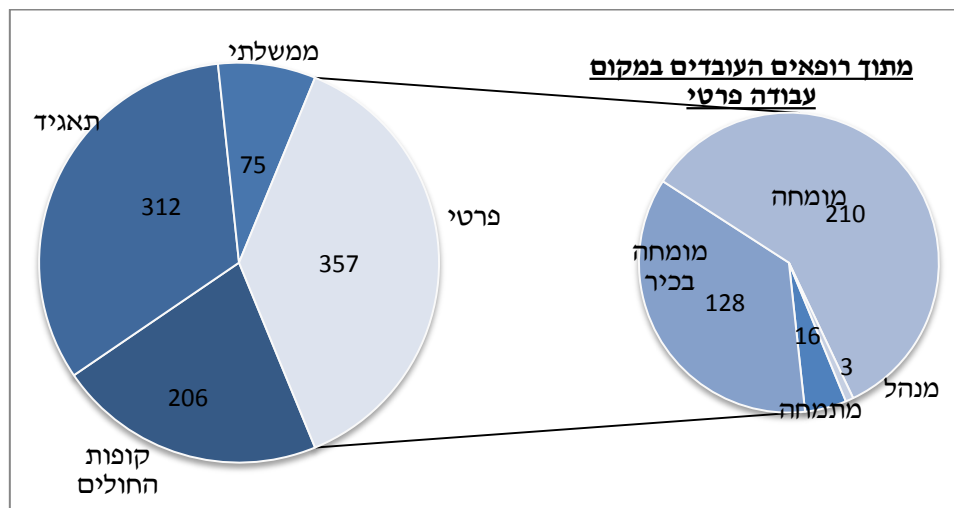
ממצא נוסף שעולה מהנתונים הוא כי רופאים רבים עובדים במסגרת פרטית לחלוטין. רופאים אלה עובדים בצד עבודתם במסגרת פרטית של ייעוץ או טיפול במרפאות או בתי חולים פרטיים. כפי שניתן לראות בתרשים 12, זהו תחום העבודה הנפוץ ביותר במסגרת עבודה נוספת, ו-357 רופאים (כ-38%) מהרופאים בבתי החולים הממשלתיים בעלי היתר עבודה פרטית בחרו לעבוד במסגרת פרטית. מכאן, כי אם יהיה אפשר להשאיר את הרופאים הללו במערכת הציבורית לטובת טיפול בתיירים ובחולים ישראלים לאחר שעות הפעילות של בית החולים, הדבר לא יבוא על חשבון קופות החולים ומערכת הטיפול בקהילה. בנוסף ניתן לראות כי הרוב המוחלט של הרופאים שעובדים במקום עבודה פרטי הם רופאים מומחים ומומחים בכירים. מכאן כי להשארם של רופאים אלה במערכת הציבורית יש השלכות נוספות הנוגעות לאיכות הטיפול במערכת ולאיכות ההכשרה של רופאים מתמחים.

חשוב לזכור כי התגמול עבור עבודה נוספת עם תייר המרפא צריך לבטא את רמת המורכבות של קבוצת חולים זו. חלק ניכר מהם מגיעים לישראל לאחר כישלון של טיפולים רפואיים קודמים, לכולם אין מערכת תמיכה ואבחון של קופות החולים והזמן המושקע בתקשורת בין הרופא למטופל גדלה בשל חסמי השפה. לכך יש להוסיף עדויות בפני הוועדה כי רופאים ישראלים חשים מחויבות גדולה יותר למטופל הישראלי על פני התיירים ועל כן הטיפול בתייר נתפס לא פעם כפעילות המטיבה עם הנהלת בית החולים ולא עם הרופא במערכת הציבורית. לעיתים קרובות הרופאים מעדיפים לטפל בתייר המרפא במערכת הפרטית, בה חלק גדול יותר של התשלום מגיע

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לרופא עצמו והפעילות אינה כרוכה במגבלות רגולטוריות באותה מידה כמו במערכת הציבורית. מכאן נובע שנכון להיום על מנת לגרום לפעילות של תיירות רפואית להתרחש במערכת הציבורית ישנו צורך בתגמול דיפרנציאלי לצוות הרפואי. עם זאת חשוב להיזהר מיצירת העדפה פסולה של תיירים על חשבון ישראלים ולשם כך הוועדה מערכת אסדרה כוללת.

תרשים 12 - רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי מקום עבודה ורמת מומחיות



מקור: נתוני משרד הבריאות

מנתונים שהוצגו לעיל הסיקה הוועדה שיש שעות רופא רבות שניתן להוסיף מיידית למערכת לטובת טיפול בתיירים לאחר שעות הפעילות הציבורית. כלומר, לא ניתן לקבל את הטענה כי מגבלת כוח אדם מונעת קיום פעילות תיירות רפואית כיום.

הדיון במצב הרופאים במערכת הבריאות הציבורית נועד לבדוק האם ניתן לקיים פעילות תיירות רפואית המתמקדת בטיפולים אלקטיביים. את הפעילות הזאת משלים טיפול בתיירים הזקוקים לאשפוז. נעסוק כעת בשאלה אם יש מגבלה על מספר התיירים שניתן לקבל לאשפוז בבתי החולים. לשם כך בחנה הוועדה את נתוני תפוסות מחלקות האשפוז בבתי החולים בישראל בשנים האחרונות. הוועדה הגיעה לשתי תובנות עיקריות. ראשית, יש שונות משמעותית בתפוסת מיטות האשפוז בין המחלקות השונות בבתי החולים בנקודת זמן אחת וכן בתפוסת המיטות של כל מחלקה על פני זמן. מכאן כי ניהול חכם של מערכי האשפוז, תוך כדי שימוש במידע על תפוסת במערכת, יאפשר לנצל תופעות אלה כדי לאפשר פעילות תיירות רפואית בלי לפגוע בזמינות מיטות האשפוז לחולה הישראלי. כלומר, ניתן לזהות זמנים שבהם התפוסה במחלקה נמוכה מהתפוסה המרבית האפשרית במחלקה ולקלוט בנקודה זו תיירים רפואיים, כך שזמינות התשתיות לטובת החולה הציבורי לא תיפגע. שנית, צריך להבחין בין המחלקות לפי מידת הדחיפות שבהן יידרשו מיטות האשפוז בעת הצורך לחולה ישראלי. לפי מידת הדחיפות ייגזרו מגבלות לקליטת התיירים, שנועדו גם הן להבטיח זמינות לחולה הציבורי.

כדי לבחון את השינוי בתפוסת מחלקות על פני זמן נעזרה הוועדה במדד "קיבולת אשפוז עודפת"²⁶⁷. מדד זה מבטא את היחס בין התפוסה בחודש מסוים ליכולת האשפוז המרבית של המחלקה באותה השנה. יכולת האשפוז המרבית מוגדרת מספר המיטות המאוכלסות בממוצע במחלקה בשלושת החודשים העמוסים ביותר בשנה. פערים גדולים בתפוסה בין יכולת האשפוז המרבית לשאר חודשי השנה מצביעים על קיומן של תשתיות אשפוז שאינן מנוצלות במלואן לאורך השנה. הסבר אפשרי לפערים אלה יכול להיות עונתיות בהתפרצות מחלות מסוימות במדינה, שמשפיעה על פיזור הצורך בטיפול הרפואי במהלך השנה.

בעזרת מדד קיבולת אשפוז עודפת ניתן לזהות באילו מחלקות ובתי חולים ניתן לקלוט תיירים. לדוגמה, ניתן להגדיר ערך מרבי למדד שהוא תנאי לקבלת תיירים למחלקה. כך, רק כאשר התפוסה במחלקה רחוקה מספיק מהתפוסה המרבית האפשרית במחלקה ניתן לקלוט תיירים לאשפוז. באופן זה ניתן להבטיח שתישאר זמינות למטופלים הישראלים. על מנת לקבוע את הערך המרבי בכל מחלקה יש להביא בחשבון את אומדן מיטות האשפוז שיידרשו לטיפול בישראלים במקרה חירום ומצד שני את בזבוז המשאבים הכרוך בהחזרת מיטות פנויות במחלקה. מדד זה מותאם אפוא למאפייני המחלקה, בית החולים והאזור שבו הם פועלים.

לצורך בחינת ההשלכות של שימוש זה במדד נסקור כעת את מחלקות האשפוז בבתי חולים שונים ביחס לערך מרבי אחיד של 90%. בלוח 1 מוצגים מספר החודשים בשנת 2012 שבהם היה אפשר לקלוט תיירים על פי מדד זה. כפי שניתן ללמוד מהטבלה, יש שונות משמעותית בתפוסות בין בתי החולים, בין המחלקות ובתוך המחלקה על פני השנה.

מכיוון שהמערכת לא מורגלת להסתמך על נתונים בעבודה השוטפת, נראה כי נדרש תהליך הסתגלות שבסופו יהיה ניתן לבסס את החלטות הקליטה ואשפוז של תיירים על זמינות הקיימת בבית החולים ועל נתונים סטטיסטיים של שינוי התפוסות על פני זמן ומשך האשפוז לפי מחלקה. בשלב הראשון מוצע שייקבעו מגבלות קשיחות לגבי ספי התפוסה המחלקתיים המאפשרים קבלת תיירים לאשפוז. מגבלות אלה ייקבעו על ידי משרד הבריאות בהתאם למאפייני כל מחלקה. כלומר, תוך התייחסות לדחיפות הצורך במיטות אשפוז במחלקה או לייחודיות השירות שהמחלקה מעניקה. המגבלות יהיו פרטניות לכל בית חולים ומחלקה. בית חולים שיהיה מעוניין לקלוט תייר רפואי נוסף לטיפול המצריך אשפוז, יהיה מחויב בשיעור תפוסה במחלקה באותה עת הנמוך משיעור הסף שנקבע על ידי המשרד.

²⁶⁷ מבוסס על מדד מקובל של spare capacity.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוח 1- מספר החודשים שבהם ניתן לקלוט תיירים במחלקה

חודשים שבהם מדד התפוסה נמוך מ-90% מהתפוסה המרבית במחלקה באותה שנה,

שנת 2012

בית								חולים/מחלקה
ממוצע	קרדיולוגיה	נייר-כירורגיה	כללית	ילדים	אורתופדיה	אורולוגיה	אונקולוגיה	
7	-	10	2	9	3	5	10	א'
3	4	1	1	8	0	4	0	ב'
5	-	-	2	8	3	3	11	ג'
3	-	-	2	4	3	3	-	ד'
5	-	-	2	8	7	2	-	ה'
4	0	-	4	8	3	6	-	ו'
3	-	0	1	9	3	0	2	ז'
3	1	6	1	6	5	4	0	ח'
4		1	3	8	4	7	2	ט'
6	5	-	0	8	7	9	-	י'
4	-	-	3	4	4	6	-	יא'
4	-	7	2	5	5	6	0	יב'
2	0	3	2	3	4	1	0	יג'
2	1	3	0	8	1	3	0	יד'
4	2	4	2	7	4	4	3	ממוצע

מקור: עיבודי הוועדה לנתוני משרד הבריאות

5. המלצות

הוועדה בחרה להמליץ לשרת הבריאות על הסדרת פעילות התיירות הרפואית במערכת הבריאות בישראל. לאחר ניתוח האפשרות להסדרת הפעילות על כל המשמעויות הנגזרות מכך, הוועדה סבורה כי אפשרות ההסדרה תתרום תרומה משמעותית למערכת הבריאות ולחולה הישראלי וכי אפשרות זו עדיפה מאוד מהחלטה לאסור פעילות תיירות רפואית בישראל.

הוועדה ממליצה על מדיניות ממשלתית כוללת בתחום התיירות הרפואית. במסגרת מדיניות זו נמצאים כללי אסדרה (רגולציה) של פעילות הגורמים השונים בענף, המלצות לאופן הפיקוח על הפעילות ועל כללי אכיפת האסדרה בפועל, צעדים לקביעת מדיניות ממשלתית לניהול ארוך טווח של תחום התיירות הרפואית והמלצות להסברה ולהנגשת מידע על מדיניות התיירות הרפואית הממשלתית לתיירים עצמם.

5.1. כללי אסדרה (רגולציה)

הוועדה גיבשה סדרה של כללים להסדרת פעילותם של הגורמים השונים שעוסקים בפעילות תיירות רפואית, שלדעתה ייתנו מענה מיטבי לאתגרים ולהזדמנויות הקיימים מפעילות זו. נציג כעת את הכללים בחלוקה לגורמים השונים בענף ש אליהם נוגעת ההסדרה. נתחיל בסוכני תיירות רפואית, שבמרבית המקרים הם הגורם הראשון שבא במגע עם התייר בתהליך קבלת הטיפול בישראל. לאחר מכן יוצגו הכללים הנוגעים לכל הגורמים המעניקים טיפול רפואי לתייר. כללים אלה מתייחסים לכלל בתי החולים בישראל וכן באופן פרטני לבתי החולים הציבוריים ולספקי שירותי הבריאות הפרטיים. לבסוף יוצגו הנחיות הנוגעות לפעילותם של הצוותים הרפואיים השותפים לטיפול בתיירים הרפואיים.

5.1.1. סוכני התיירות הרפואית

סוכני תיירות רפואית הם גורם עסקי המקשר בין חולים מחו"ל לבתי חולים ולמרפאות בישראל. היזמות שסוכני התיירות הרפואית מביאים לענף תורמת לפיתוחו ולהבטחת זרם של תיירים רפואיים והמשך פעילות התיירות הרפואית בישראל. עם זאת יש כמה היבטים בפעילות הסוכנים שעלולים להשפיע השפעה שלילית על מערכת הבריאות בישראל ומחייבים התייחסות והסדרה. הוועדה ראתה לנכון לעסוק בכמה שאלות ובהן מי ראשי להיות סוכן ומה נדרש ממנו לשם כך מנקודת ראות ממשלתית, מהו אופן התקשרות הראוי בין סוכנים לספקי השירותים הרפואיים בישראל, ומהי מסגרת ההסדרה הנדרשת ליחסי סוכן-תייר רפואי.

במצב הקיים כיום כל אדם המעוניין בכך יכול לפרסם את עצמו כסוכן תיירות רפואית ולנסות להתקשר מול ספקי השירותים הרפואיים בישראל. מצב זה אינו רצוי לאור ההשלכות שעלולות להיות למחדלים של סוכן תיירות רפואית בעבודתו. זאת מכיוון שסוכני תיירות רפואית נותנים שירות לאזרחים זרים, הזקוקים פעמים רבות לטיפול רפואי מורכב ומקבלים את הטיפול בבתי החולים בצמוד ותוך חיכוך עם חולים מקומיים. לעבודת הסוכן הרפואי יכולות להיות אפוא השלכות על מצבו הבריאותי של התייר, על התשומות הנדרשות ממערכת הבריאות המקומית וכן על היחסים הבין-לאומיים של מדינת ישראל. כלומר, פעילות של סוכן יחיד יכולה בהחלט להשפיע לרעה על כל פעילות התיירות הרפואית בישראל. לפיכך יש מקום להסדרה ופיקוח ממשלתי על פעילותם של סוכני תיירות רפואית.

כצעד ראשון להסדרת הפעילות הוועדה ממליצה להקים מאגר לרישום סוכני תיירות רפואית. מאגר זה יאפשר למדינה לזהות את מי שפועלים בתור סוכני תיירות רפואית, לוודא כי הסוכנים עומדים בתנאי סף הנדרשים לעיסוק במקצוע ולהפסיק את פעילותם של סוכנים שפועלים בניגוד להנחיות משרד הבריאות בנושא. הוועדה ממליצה לקבוע תנאי סף לרישום סוכן במאגר, כפי שיפורטו בהמשך הפרק. בנוסף, כדי למנוע ניגוד עניינים ומתן עדיפות לתיירים בבתי החולים, לא יתאפשר רישום של עובדי בית חולים בתור סוכני תיירות רפואית בצד לעבודתם.

צעד נוסף שהוועדה סבורה כי יסייע להסדרת פעילות הסוכנים הוא קביעת קוד אתי להתנהלות סוכני תיירות רפואית. הקוד נועד לחייב את הסוכנים להכיר בחובתם לשמור על האינטרסים של התיירים הרפואיים וכן לייצר התחייבות של הסוכנים הרפואיים לכללי התנהלות מוסכמים

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

שיקבע משרד הבריאות. מוצע כי את הקוד יגבש משרד הבריאות בשיתוף עם הארגונים המייצגים את סוכני התיירות הרפואית בישראל. קביעת הקוד בשיתוף עם הסוכנים, ובהמשך אימוץ הכללים על ידם, יעניקו לארגונים המייצגים את הסוכנים ולמשרד הבריאות את הלגיטימציה לפעול נגד סוכנים שפועלים לא כשורה ולהפסיק את פעילותם במערכת. כאמור, הנושא המרכזי בקוד האתי יהיה התחייבות לפעול על פי נוהלי משרד הבריאות לטובתו של התייר הרפואי ושמירה על זכויותיו, איסור התניית קבלת שירות הליווי הרפואי מהסוכן בקבלת שירותים נוספים, כמו שירותי תיירות ופנאי, והתחייבות לעבוד מול מחלקות תיירות רפואית בבתי החולים בלבד. בנוסף יכלול הקוד התייחסות לחובת הסוכן להזדהות כסוכן תיירות רפואי ואיסור זיהוי כעובד בית חולים או משרד הבריאות. סוכן שיימצא כי פעל בניגוד להנחיות ולכללים של משרד הבריאות יוצא מהמאגר, ולא יוכל לעבוד בבתי החולים בישראל. משרד הבריאות יפרסם את שמות הסוכנים הרשומים במאגר בשער מידע ממשלתי בנושא תיירות רפואית, שיהיה נגיש בכמה שפות לתיירים, כדי ליידע אותם ולהבטיח שיוכלו להימנע בקלות מלפעול מול סוכן שאינו רשום. נדגיש כי לספקי השירותים יתאפשר לטפל בתיירים ישירות גם בלי תיווך של סוכנים.

היבט נוסף בעבודת הסוכנים שדורש התייחסות הוא עבודתם מול התיירים עצמם. יש להביא בחשבון את העובדה שסוכני תיירות רפואית עובדים מול אזרחים זרים, שאינם מתמצאים במבנה מערכת הבריאות בישראל ובאפשרויות העומדות לרשותם לקבלת טיפול. כמו כן במקרים רבים התיירים סובלים ממחלות קשות ומגיעים לישראל כמוצא רפואי אחרון ולאחר שטיפולים אחרים נכשלו. במקרים מסוג זה החולה יהיה מוכן לשלם כמעט כל מחיר בשביל הסיכוי להחלים. מצב זה של חוסר איזון ביחסי הכוחות בין הסוכן לתייר מעלה חשש לפעילות שאינה עולה בקנה אחד עם האינטרסים של התייר הרפואי, שעלולה לפגוע כלכלית ואף בריאותית בחולה. על כן מוצע כי דרך התשלום היחידה שתאפשר לסוכן בעבור שירותים רפואיים תהיה עמלה. הנחיה זו, עם כללים הנוגעים לפעילות בתי החולים, תאפשר לתייר לקבל תמונה ברורה של עלות הטיפול הרפואי. גובה העמלה יהיה נתון למשא ומתן בין ספק השירותים לסוכן, במסגרת גבולות סבירים לגובה העמלה כפי שיקבע משרד הבריאות. עמלה זו לא תושט על החולה.

הוועדה סבורה כי יש מקום להסדיר את אופן ההתקשרות של הסוכנים מול בתי החולים. זאת על מנת להבטיח כי בית החולים מסוגל לנהל ביעילות את פעילות התיירות הרפואית בשטחו, ולספק מענה רפואי ראוי לתייר הרפואי במגבלות המגנות על החולים הישראלים. לצורך זה יש להבטיח כי סוכנים פועלים מול הגורם האחראי לפעילות תיירות רפואית בבית החולים בלבד. בית החולים צריך לווסת את התיירים המגיעים לבית החולים ולנהל את הטיפול הרפואי בהם באופן מקצועי, על ידי מינוי רופאים מטפלים מתאימים. בחירת רופא לא תתאפשר בבתי חולים שאין בהם אפשרות כזאת לישראלים.

לבסוף, על מנת להקטין את הסיכון הכספי לספקי השירותים והתיירים עקב רשלנות של הסוכן שאיתו הם התקשרו, מוצע כי סוכני תיירות רפואית יהיו מחויבים לרכוש ביטוח רשלנות מקצועית. ביטוח זה נועד לפצות את ספק השירותים או את התייר במקרים שבהם פעולות הסוכן גרמו נזק תדמיתי או כספי לספק השירותים או לפגיעה בריאותית בתייר המטופל. ביטוח זה יכול להירכש מחברת ביטוח או לחלופין להתבטא בערבות כספית שהסוכן מפקיד מול ספק השירותים או קו אשראי שבנק מעמיד לטובתו.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

להלן המלצות הוועדה בנוגע לפעילות סוכני תיירות רפואית:

1. הקמת מאגר ארצי של סוכני תיירות מרפא. תנאי הסף לרישום במאגר יהיו:
 - א. העדר עבר פלילי.
 - ב. יישות משפטית המדווחת לרשויות המס בישראל.
 - ג. ביטוח מקצועי/ערבות/קו אשראי.
2. רישום וניהול המאגר ייעשה ע"י משרד הבריאות או מי מטעמו.
3. סוכן תיירות מרפא לא יכול להיות עובד מערכת הבריאות. בנוסף, עובד מערכת הבריאות אינו יכול לעבוד בשביל סוכן תיירות רפואית בכל דרך שהיא.
4. פעילות הסוכן מול הנהלת בית החולים תוסדר בחוזה כתוב. הנהלת המוסד תדווח למשרד הבריאות על סוכן שעמו היא התקשרה כ"סוכן רשום".
5. משרד הבריאות יגבש קוד אתי להתנהלות הסוכנים בהתייעצות עם גורמים רלוונטיים. העיקרון המרכזי של הקוד יהיה התחייבות לפעול לטובת המטופל ולשמור על טובת מדינת ישראל.
6. סוכן לא יוכל להתנות קבלת שירותי בריאות באמצעותו ברכישת שירותים נוספים.
7. המאגר יפורסם בשער מידע מרכזי (אתר אינטרנט) שירכז את כל המידע הממשלתי הרשמי בתחום של תיירות רפואית.
8. סוכנים שיחרגו מהנהלים יוצאו ממאגר הסוכנים ויוסרו משער המידע הממשלתי.
9. ייאסרו פנייה או התקשרות ישירה בין הסוכן או התייר הרפואי לרופא או לאיש צוות שאינו מטעם ההנהלה. הכלל יחול על כל בתי החולים והמרכזים רפואיים.
10. באחריות הסוכן לוודא כי התייר מבין את כל זכויותיו.
11. הנהלת המוסד תתגמל את הסוכנים באמצעות הסדר עמלה בלבד. תיאסר פרקטיקה של סוכן מחיר, גם במוסדות הפרטיים. התייר ישלם למוסד רפואי ולא לסוכן עצמו.
12. הנהלת המוסד תהיה אחראית לאופן פעילות הסוכן בתחומה. הרישום במאגר לא יהווה פטור מאחריות המוסד הרפואי לבחינת התנהגותו ותפקודו של הסוכן ועמידתו בכללים. ההנהלה תדווח על חריגות מהנהלים שביצע הסוכן ותפסיק את ההתקשרות עמו. תיאסר עבודה עם סוכנים שאינם מופיעים במאגר האמור. אין בסעיף זה כדי להפחית מאחריותו של הסוכן עצמו.
13. המוסד הרפואי לא יחויב לעבוד באמצעות סוכן. תותר פעילות ישירה בלא מתווכים בין הנהלת המוסד לתייר הרפואי. במקרה זה תתחייב הנהלת בית החולים לעמוד בתנאי הקוד האתי שיגובש.

5.1.2. בתי החולים

הוועדה סבורה כי יש לשנות את המצב הקיים כיום, שפעילות תיירות רפואית נתפסת כזכות שלה זכאים כל בתי החולים. זאת מכיוון שפעילות זו אינה תורמת ישירות לבתי החולים במטרת העיקרית שהיא טיפול בחולים ישראלים, ובלא פיקוח מתאים של הנהלת בית החולים יכולה אף לגרום לפגיעה בהם. על כן אנו ממליצים לעבור למודל שבו בתי חולים המעוניינים לטפל בתיירים

רפואיים יידרשו לעמוד בכמה כללים שיקנו לבית החולים רישיון מטעם משרד הבריאות לביצוע פעילות זו. על מנת לאפשר פיקוח והסדרה אפקטיביים של הפעילות השוטפת נקבע כי הרישיון זמני ונדרש לחדשו אחת לשלוש שנים, וכן כי משרד הבריאות יוכל להפעיל סנקציות שונות כנגד בתי חולים שאינם עומדים בתנאי הרישיון, זאת בהתאם לחומרת החריגה מהכללים.

בתי החולים יידרשו לעמוד בכללים הנוגעים לאופן ביצוע פעילות התיירות הרפואית, זאת נוסף על התנאים לקבלת הרישיון וחידושו. כללים אלה נועדו להשיג כמה מטרות. מטרה אחת היא כי פעילות התיירות הרפואית לא תפגע באיכות הטיפול הרפואי הניתן לחולים הישראלים. על מנת להבטיח זאת הוועדה ממליצה להגביל את בתי החולים בקליטת תיירים אם הדבר עלול לפגוע בזמינות הטיפול לחולים הישראלים, זאת בהתבסס על נתוני התורים לביצוע ההליכים הרפואיים למיניהם בבתי החולים ועל זמינות התשתיות. מכאן נובעת הדרישה כי בית חולים המעוניין לקיים פעילות תיירות רפואית יידרש להקים תשתית מתאימה להעברת נתונים למשרד הבריאות.

מטרה נוספת היא כי ההכנסות שמקורן בפעילות זו יופנו לטובת מערכת הבריאות הציבורית והחולים הישראלים. לשם כך אנו ממליצים על צעדים שיגבירו את השקיפות של הפעילות הכלכלית בבית החולים שמקורה בתיירות רפואית, וכך יאפשרו מעקב אחר הכנסות בית החולים מפעילות זו ואופן השימוש בהן. בנוסף מומלץ לקבוע הנחיות להיקף ולאופי ההשקעה הנדרשת מבית החולים מתוך הכנסות שמקורן בתיירות רפואית.

על מנת להבטיח כי התייר הרפואי יקבל טיפול המתאים למצבו הרפואי, במסגרת תהליך טיפול הברור לו ובתנאים הוגנים, גיבשה הוועדה כמה המלצות. ראשית, בית החולים יידרש לספק לתייר רופא מלווה (case manager). תפקידו של הרופא המלווה לסייע לתייר להבין את התהליך הרפואי ובפרט לספק לתייר חלק מהשירותים שהחולה המקומי מקבל מקופות החולים ומרופא המשפחה.

במסגרת זו נכללות המלצות שנועדו להבטיח לתייר תשלום ידוע מראש אם הטיפול הנדרש אינו משתנה, כי התייר יבין בעבור מה הוא שילם על ידי חיוב בהנפקת חשבונית מפורטת שיקבל בגמר הטיפול. כמו כן בית החולים יתחייב להימנע מלקבל תיירים שמצבם הרפואי אינו מאפשר שיפור.

נוסף על מעבר לתשלום בצורת עמלה בלבד לסוכנים, קבעה הוועדה מגבלות וכללים על העמלה. מוצע להגביל את שיעור העמלה ממחיר הטיפול שבתי החולים רשאים לשלם לסוכנים. תתאפשר הגדלת המגבלה על העמלה לפעילויות שהמדינה מעוניינת לעודד, כמו פעילות בבתי חולים בפריפריה. הוועדה סבורה כי בעבור כמה הליכים רפואיים יש לאפשר תשלום עמלה בסכום קבוע, שאינו תלוי במגבלה על העמלה ובמחיר הפעולה. זאת כדי למנוע מצב של חוסר כדאיות כלכלית לסוכנים לטפל בחולים שאינם דורשים טיפול רפואי מסובך ויקר. דוגמה לכך היא שירותי בדיקה רפואית כללית-תקופתית (check up), שלפי הבנת הוועדה מקצת התיירים מבצעים כיום בישראל. שירותים אלה אינם מוסיפים עומס על תשתיות אשפוז ואינן משתמשים בציוד רפואי שנמצא במחסור, ולכן בעיקר תורמים תרומה כלכלית חיובית למערכת.

הצעות המחיר של בית החולים והמחיר הסופי שנגבה מהתייר בפועל לא יעלו על המחיר המרבי שבית החולים רשאי לגבות מהתייר. כמו כן הדרישה שכל פעילות תיירות רפואית שמבצע בית

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

החולים תהיה רווחית תקבע בפועל את המחיר המינימלי שבית החולים יכול להציע. כך לא יתאפשר לבתי החולים סבסוד צולב של פעילויות כדי להגדיל את נתח השוק שלהם. באופן זה תוגבל האפשרות של בתי החולים להתחרות על מחיר הטיפול כדי למשוך תיירים, תחרות שגורמת להפסד כספי ברמה כלל מערכתית. בבניית המחיר יובאו בחשבון עלויות חיצוניות מעבר לעלות הפעולה לבית החולים, למשל שימוש במנות דם. צעדים אלה, בצד קביעתה של תקרה לעמלה המשולמת לסוכני תיירות רפואית, יסייעו להבטיח שהפעילות תייצר לבית החולים הכנסות שיופנו לטובת החולה הישראלי.

להלן ההמלצות הנוגעות לכלל בתי החולים בעלי רישיון משרד הבריאות:

14. הזכות לטפל בתיירים רפואיים תותנה בקבלת רישיון ממשרד הבריאות ובחידושו אחת לשלוש שנים. חידוש הרישיון יותנה בעמידה בתנאים המפורטים בהמלצות הוועדה.
15. משרד הבריאות יפעל ליצירת מערך סנקציות במקרה של אי עמידה בתנאי הרישיון.
16. בהליכים רפואיים שבהם אורך התור לישראלים לא יעמוד בתנאים שנקבעו בסעיף העוסק בסטנדרטים של זמינות לחולים הישראלים, לא יאושר טיפול לתיירים רפואיים.
17. יתנהל רישום חשבונאי נפרד לפעילות התיירות הרפואית הן בצד ההכנסות והן בצד ההוצאות.
18. טיפול בכל תייר רפואי יהיה רווחי לבית החולים. עיקרון זה יבוא לידי ביטוי כבר בשלב הצעת המחיר. הצעת המחיר לתייר תהיה מחייבת כל עוד אין שינוי מהותי באבחנה שעמה פנה לקבלת השירות, וזאת לנוכח החשש שהתייר יהפוך ללקוח שבוי לאחר שיגיע ארצה ויחל בטיפוליו.
19. מחיר הטיפול לתייר מרפא לא יעלה על 200% ממחירון תייר של משרד הבריאות. למען הסר ספק ההיטלים והמסים לא כלולים במחיר זה.
20. משרד הבריאות יפעל לתמחור נפרד של תשתיות לאומיות שלא ניתן לפצות עליהן בכסף. המחיר ישקף את מכלול העלויות בגין הטיפול בתיירי מרפא.
21. תיירי מרפא יחויבו בהיטל ייעודי בעבור שימוש בתשתיות-על של המדינה. גובה ההיטל עד 15% ממחיר הטיפול והוא אינו חלק מהמחיר המרבי. הכנסות ההיטל הייעודי ישמשו לקיצור תורים לישראלים ולהתאמת התשתיות לפעילות זו.
22. המוסד יפיק חשבונת מפורטת לתייר רפואי בעבור הטיפול בו בשפה האנגלית או בשפת האם של התייר.
23. המחירים הנגבים בפועל ידווחו למשרד הבריאות. המשרד יוכל לפרסם את טווחי המחירים לטיפולים שונים בשער מידע מרכזי.
24. כל הכללים הנוגעים לאיכות הטיפול, הן במערכת הציבורית והן במערכת הפרטית, יחולו גם על תיירים רפואיים.
25. המוסד הרפואי יספק שירותי Case manager לתייר הרפואי שיהיה אמון על ראיית מכלול הטיפול בו. Case manager יהיה רופא בעל רישיון ישראלי.

5.1.3. המערכת הפרטית

הוועדה רואה לנכון להמליץ על כמה הנחיות הנוגעות לפעילות התיירות הרפואית של ספקי השירותים הרפואיים הפרטיים בישראל. בקבוצה זו נמצאים בתי החולים הפרטיים והמרפאות הפרטיות למיניהן. הוועדה רואה צורך להתערב בפעילות המערכת הפרטית ראשית, כיוון שפעילות של תיירים רפואיים עלולה לפגוע בזמינות הרפואה הפרטית עבור ישראלים, ושנית, כיוון שלפעילות התיירות הרפואית הפרטית, אף שהיא נעשית במתקנים שאינם בבעלות ממשלתית, יש השלכות ישירות על מערכת הבריאות הציבורית. דוגמה לכך ניתן למצוא במקרים שהטיפול בתייר במערכת הפרטית הסתבך וצריך להעביר את המטופל להמשך טיפול במערכת הציבורית. צורך זה עולה מאחר שבמערכת הפרטית אין תשתיות מתאימות לטיפול במקרי חירום. מקרים אלה מוסיפים מקרי חירום לבתי החולים הציבוריים ומכבידים על תשתיות המערכת הציבורית. קושי נוסף שבת החולים הציבורי נאלץ להתמודד איתו במקרים אלה הוא גביית עלויות טיפול החירום מהתייר. מכיוון שעלויות אלה לא צפויות בשביל התייר ונוספות לעלויות השהייה והטיפול הרפואי של המטופל עד לנקודה זו, במקרים רבים התייר אינו מסוגל לעמוד בעלות זו ובית החולים נאלץ להתמודד עם הפסד כספי. לתופעה זו יש השפעה שלילית נוספת על המערכת הציבורית, באמצעות השפעה על מחירי הטיפול לתיירים בשתי המערכות. העובדה כי ספקי שירותי בריאות פרטיים אינם צריכים לתמחר את עלות הטיפול בתייר במקרה חירום, מסייעת להם להציע מחיר נמוך מהמחיר במערכת הציבורית. מסיבות אלה הוועדה ממליצה לקבוע כללים ברורים לפיצוי בתי חולים הציבוריים לקבלת תיירים רפואיים מספקי השירותים הפרטיים.

נוסף על להסדרת הפיצוי הכספי בעת העברת תייר מהמערכת הפרטית לציבורית נתנה הוועדה את הדעת לנושא מיסוי הפעילות התיירות הרפואית הפרטית. הוועדה לא רואה לנכון להמשיך את הטבת מע"מ בשיעור אפס בעבור טיפול רפואי באזרחים זרים בבתי החולים הפרטיים. זאת מאחר שאין צורך בהטבת מס זו כדי לעודד את המשך פעילות התיירות הרפואית בישראל שהתפתחה בשנים האחרונות.

המלצה נוספת בנוגע לפעילות במערכת הפרטית נוגעת לחשש מיצירת מערכת בריאות מקבילה לתיירים. על כן הוועדה רואה לנכון להנחות שלא תתאפשר פעילות של מוסדות רפואיים בעלי רישיון משרד הבריאות שאינם מעניקים טיפול לתושבי ישראל.

המלצות הוועדה הנוגעות לפעילות תיירות רפואית במערכת הפרטית :

26. המערכת הפרטית תישא במלוא האחריות על תייר שהגיע לטיפול בה. במקרים של סיבוכים שבהם נדרש סיוע של מוסד רפואי אחר, יתבצע התשלום על ידי המוסד שבו החל הטיפול בתייר.

27. יבוטל פטור ממע"מ על פעילות תיירות רפואית במערכת הפרטית.

28. לא יופעלו תשתיות רפואיות פרטיות חדשות או קיימות שבהן לא יינתן שירות לחולה הישראלי.

5.1.4. בתי החולים הציבוריים

אחד החששות מתיירות רפואית בבתי חולים ציבוריים שהיא באה על חשבון המטופלים הישראלים. על מנת למנוע מצב זה ואף לשפר את מצב החולים הישראלים בבית החולים, אנו ממליצים על כמה תנאים נוספים שבהם יידרשו בתי חולים ציבוריים לעמוד כדי לקבל רישיון לפעילות תיירות רפואית. קודם כל כדי לקבל רישיון לפעילות תיירות רפואית יידרש בית החולים להציג תוכנית פיתוח שתביא בחשבון את ההיקף והאופי של פעילות התיירות הרפואית שבת החולים מעוניין לנהל ותפרט כיצד יפתח בית החולים תשתיות ושירותים כדי לעמוד בכך ולתרום למערכת הציבורית. התוכנית תהיה תוספתית על הקאפ הציבורי. תנאי זה נועד להבטיח שבת החולים יעשה תהליך של בדיקה והערכה של יכולותיו לטפל בתיירים ובד בבד לספק טיפול רפואי נאות לחולים ישראלים.

נוסף על תוכנית הפיתוח שמבטיחה שבת החולים ייערך לאורך זמן לפעילות של תיירות רפואית, אנו ממליצים על תנאים שיבטיחו מענה הולם לחולה הישראלי בבתי החולים הציבוריים בכל עת. תנאים אלה כוללים מגבלות על היקף הפעילות שבת החולים רשאי לבצע, קשירת פעילות זו בביצוע פעילות ציבורית נוספת לקיצור תורים, ואיסור על אפליה של חולים ישראלים לעומת תיירים בתנאי הטיפול בבית החולים. כמו כן מומלץ כי לניתוחים ופעילות אמבולטורית לתיירים יוקצה זמן בשעות אחר הצהריים, בנפרד מפעילות בית החולים. הפרדת השעות נועדה להבטיח כי פעילות זו לא תדחק את הפעילות הציבורית הנעשית בבית החולים משיקולים שונים.

על מנת להבטיח כי כל פעילות תיירות רפואית תגרום שיפור ישיר במצבם של החולים הישראלים, אנו ממליצים לחייב את בתי החולים לייחד חלק נפרד משעות הפעילות הנוספות אחר הצהריים לביצוע פעילות ציבורית נוספת, כדי לקצר את התורים לחולה הציבורי. היקף הפעילות הנדרשת לקיצור תורים ייקבע על פי הנחיות משרד הבריאות. שעות פעילות קיצור התורים ייתוספו לשעות הפעילות הרגילות של בית החולים כיום. אם מגבלות רפואיות יחייבו טיפול רפואי בתייר בשעות שמעבר למסגרת זמן זו, יידרש בית החולים להגביר את פעילות קיצור התורים בהתאם.

לבסוף, עוד צעד שנועד להגן על זכות החולה הישראלי לקבל שירות רפואי הולם בבתי החולים הציבוריים הוא הקביעה כי לא תינתן עדיפות לתיירים בתנאי האשפוז או המלונאות בבתי החולים. כך מובטח כי כל התשתיות החדשות שייבנו באמצעות שימוש בהכנסות מתיירות רפואית יהיו נגישות בראש ובראשונה לחולה הישראלי.

בשביל להבטיח כי פעילות התיירות הרפואית תתנהל לפי הכללים וההנחיות של משרד הבריאות, יש לחייב את בתי החולים לאסוף את כל הנתונים הנדרשים לפיקוח על פעילות זו ולהעבירם למשרד הבריאות באופן שוטף. משרד הבריאות אחראי לפיקוח על כלל פעילות התיירות הרפואית במערכת הבריאות, מההיבט הרפואי והפיננסי כאחד. מכיוון שבתי החולים אינם ערוכים כיום למלא הוראה זו ונראה שנדרש זמן התאמה לקיומה, הוחלט לתת זמן היערכות של חצי שנה, ולאחריו לא תתאפשר פעילות תיירות רפואית ללא דיווח שוטף של נתונים. הנתונים שיידרשו מבתי החולים יכללו את הסעיפים האלה:

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

א. מספר מטופלים, מאושפזים, מיטות פעילות. אחוזי תפוסת מיטות אשפוז ברמת המחלקה, שימוש בחדרי ניתוח, אורך תורים לפרוצדורות השונות ולמרפאות ותפוסה של תשתיות חיוניות.

ב. נתונים מפורטים ברמת המטופל: שעת הפעילות לכל טיפול, צוות רפואי מטפל, גורם מפנה לבית החולים.

ג. מקור מימון המטופל: קופת חולים, תיירות רפואית, וכל הסדר אחר שיאושר בעתיד.

ד. הכנסות והוצאות פעילות תיירות רפואית בבית החולים, הכוללות פירוט העלויות הכרוכות בפעילות ושימוש בהכנסות בדגש על השקעה ושכר צוות רפואי.

על מנת לייעל את פעולת הפיקוח והשימוש בנתוני הפעילות הוועדה ממליצה להשתמש במערכת של "דגלים אדומים", שיתריעו על חריגות אפשריות מכללי משרד הבריאות בהתבסס על הנתונים המדווחים. אמצעים אלה יוגדרו על ידי משרד הבריאות עם רשות האשפוז וקופות החולים. במקרה של דגל אדום יהיו רשות האשפוז או קופת החולים מחויבות לבדוק את מקור הבעיה ולדווח למשרד הבריאות בתוך פרק זמן קצוב, כפי שיוגדר בהמשך על ידי משרד הבריאות. מנגנון זה יאפשר מתן מענה מהיר לבעיות נקודתיות.

המלצות הוועדה הנוגעות לפעילות תיירות רפואית בבתי החולים הציבוריים:

29. היקף הפעילות בתיירי מרפא יוגבל על ידי זמינות התשתיות עבור הישראלים, זאת בהתחשב בהבדלי אופי הטיפול בישראלים ובזרים, שונות בין בתי החולים והמחלקות, היערכות לשעת חירום וכן עונתיות מסוימת. על כן הזמנת תייר רפואי לארץ תתאפשר רק אם יש קיבולת מתאימה בבית החולים המאפשרת מתן טיפול ראוי בישראלים. ההגבלה תחול על מספר תיירי המרפא.

30. בתי החולים המעוניינים ברישיון לעסוק בתיירות רפואית יקימו מערכת תמסורת להעברת הנתונים האמורים למשרד הבריאות, זאת בתוך חצי שנה מיום פרסום ההמלצות. המערכת תכלול נתונים לגבי התפוסה בכל מחלקה, זמינות הליכים רפואיים וכל נתון נוסף שידרש. הנתונים יועברו למשרד הבריאות בזמן אמת ואפיון המערכת ייעשה בשיתוף גורמי תקשוב מוסמכים. יובהר כי אם לא תהיה מערכת נתונים יימנע ממרכז רפואי לעסוק בפעילות תיירות רפואית בחלוף חצי שנה.

31. עד הקמת מערכת המחשוב, ההכנסות מפעילות תיירות רפואית לא יעלו על 10% מהכנסות המרכזים הרפואיים. מרכז רפואי שהכנסותיו היום עולות על 6% - תוגבל צמיחת הכנסותיו בשיעור של 10% לשנה.

32. טיפול בתיירים רפואיים ייעשה אחרי שעות פעילות הרגילות של בית החולים, פרט למקרים חריגים של אילוף רפואי המחייב את הטיפול, כפי שיגדיר מינהל רפואה במשרד הבריאות.

33. למען הסר ספק ההנהלה אחראית להבטיח קדימות אבסולוטית לחולה הישראלי בנגישות לכל תשתיות בית החולים לרבות מיטות אשפוז, מעבדות, מכשור, מרפאות וכיוצא באלה.

34. האפשרות לטפל בתיירים רפואיים תותנה בעמידה של המרכז הרפואי ביעדים כפי שיגדיר משרד הבריאות. המרכז יתחייב לפעילות נוספת לססיות אחר הצהריים. לפעילות זו לא תהיה בהכרח זיקה ישירה לתיירות רפואית והיא תיוחד בעיקרה לקיצורי תורים.

35. כל הרווחים מפעילות תיירות רפואית יופנו לבית החולים לטובת המטופל הישראלי.
36. תיגבה תקורה ייעודית של 20% מסך הכנסות מתיירות רפואית לטובת פעילות קיצור תורים לישראלים במוסד הרפואי המדובר.
37. הנהלת בית החולים תשקיע בהתאם ל"תוכנית פיתוח" שתאושר על ידי משרד הבריאות ולפי הצורך גם על ידי משרד האוצר. זאת על מנת להבטיח כי פעילות תיירות רפואית תורמת לחיזוק מערכת הבריאות ומשפרת את מצבם של החולים הישראלים, לצד הגברת תכנון התשתיות והתאמתן לצרכים כוללים.
38. הנהלת בית החולים תשבץ מטפלים בהתאם לשיקולים רפואיים. עם זאת רופא רשאי לבחור שלא לטפל בחולה מסוים מלבד במקרה חירום רפואי.
39. ההנהלה תתגמל את הרופאים, ולא יתקיים קשר כספי ישיר בין רופא למטופל.
40. לא תינתן עדיפות למטופל בתיירות מרפא בתנאי אשפוז או מלונאות או בכל טיפול אחר שאינו מוגש לישראלים.

5.1.5 הצוותים הרפואיים

ראשית, בכל בתי החולים הציבוריים לא יוכל רופא לבחור בתייר שהוא מעוניין לטפל בו והשיבוץ של רופא מטפל לתייר, כמו לכל חולה אחר, ייעשה על ידי הנהלת בית החולים. הוועדה רואה צורך בהמלצה זו משני טעמים. ראשית, הוועדה אינה רואה מקום להתיר אפשרות של בחירת רופא על ידי התייר שאינו אפשרי לחולה הישראלי. שנית, צריך להפריד בין הבחירה של רופא לעסוק בתיירות רפואית ולטפל בתיירים לאחר שעות הפעילות הרגילות של בית החולים, ובין ההחלטה שלו באיזה תייר לטפל באופן פרטני. זאת כדי להבטיח לתייר את הטיפול המתאים ביותר לפי שיקולים מקצועיים בלבד ולמנוע כל אפשרות לקשרים פסולים בין התייר לצוות הרפואי. הנהלת בית החולים תפעל כדי להבטיח שהשיבוצים ייעשו משיקולים רפואיים מקצועיים ויבטיחו את זמינות הרופאים לחולה הישראלי. עם זאת, לרופא עומדת הזכות לבחור שלא לטפל בתייר רפואי לפי צו מצפוני, כפי שמתאפשר לרופא כאשר מדובר בכל חולה אחר, כל עוד לא מדובר במקרה חירום.

מוצע כי רופא שעובד במערכת הציבורית והפרטית במקביל לא יוכל לטפל באותו תייר רפואי בשתי המערכות. כלומר, רופא שטיפל בתייר בכל מסגרת רפואית מחוץ לבית החולים הציבורי לא יוכל לטפל בתייר זה בבית החולים הציבורי שהוא עובד בו, ולהיפך. הגבלה זו נועדה למנוע מצב שבו תייר משתמש בשירותיו של הרופא באופן פרטי כדי להבטיח שהוא ינתח אותו בבית החולים הציבורי. תופעה זו תפגע בהכרח בזמינות של רופאים לחולים ישראלים.

המלצות הוועדה הנוגעות לצוותים הרפואיים המטפלים בתיירים הרפואיים :

41. הוועדה מאמצת עיקרון של קדימות למטופלים ישראלים על פני תיירים רפואיים. על מנת למנוע העדפה של תיירים התגמול לצוותים הרפואיים לא יכיל תמריץ כלכלי להעדפת התיירים.

42. על התיירים הרפואיים יחולו הכללים החלים על החולים הישראלים בכל הנוגע לשיבוץ המטפלים.

43. הרופא לא יקבל תשלום ישיר מתייר רפואי או מסוכן במסגרת טיפול במוסד רפואי עם רישיון משרד הבריאות.
44. ייאסר על צוות רפואי להעניק טיפול לאותו התייר במערכת ציבורית ופרטית בו זמנית ובתוך פרק זמן סביר.

5.2. ניהול תחום התיירות הרפואית

הוועדה בחרה להמליץ על כמה צעדים ממשלתיים במטרה לייצר סביבה ממשלתית תומכת לפעילות התיירות הרפואית, שתאפשר לנהל את הפעילות לאורך זמן בהסתכלות ארוכת טווח, ולהגדיל את התועלת מפעילות זו לטובת הציבור הישראלי.

הוועדה סבורה שיש לפתח את שיתוף הפעולה בין בתי החולים במרכז ובפריפריה בפעילות תיירות רפואית. על ידי הפניית תיירים רפואיים לבתי חולים בפריפריה, יחד עם צוות רפואי מתאים לטיפול בהם, יהיה ניתן להביא לחולים בפריפריה רופאים מומחים שעובדים כיום בבתי החולים במרכז הארץ בלבד. טיפול זה ימומן על ידי ההכנסות מפעילות תיירות רפואית ויאפשר טיפול בתיירים ובחולים הציבוריים. ניתן לעודד שיתופי פעולה על ידי מתן הקלות על מגבלות הפעילות המותרת לבתי חולים שיפנו תיירים ומומחים לפריפריה. בנוסף ניתן לעודד את הסוכנים עצמם להפנות תיירים לבתי החולים בפריפריה, באמצעות תוספת לעמלה המותרת לסוכנים בבתי חולים אלה. הוועדה ממליצה לבחון הצעות אלה ודרכים נוספות למיסוד שיתופי פעולה בנושא במסגרת הגוף הממשלתי האחראי לענף כשיוקם.

נוסף על צעדים אסטרטגיים לניהול פעילות התיירות הרפואית בטווח הארוך, יש צורך לנקוט צעדים ממשלתיים להסברה של פעילות התיירות הרפואית בישראל ולתיירים פוטנציאליים. לשם כך מומלץ להקים שער מידע ממשלתי בנושא תיירות רפואית באחריות משרדי הבריאות והתיירות. שער המידע נועד להעביר לתיירים מידע הנוגע למערכת הבריאות הישראלית ולחווית הטיפול הרפואי בישראל, כדי לסייע להם לקבל החלטה מושכלת בעניין. מטרה נוספת של שער המידע היא לשמש ערוץ תקשורת ישיר בין התיירים הרפואיים למשרד הבריאות ולגופים הנוספים האחראים לפעילות זו. שער המידע יכלול בין היתר את הנתונים האלה:

- א. מידע על מערכת הבריאות הישראלית ויתרונותיה.
- ב. הפניה לספקי השירותים הרפואיים בישראל שהם בעלי רישיון לפעילות הנ"ל.
- ג. רשימת סוכני התיירות הרפואית הרשומים במאגר משרד הבריאות.
- ד. טווחי מחירים עדכניים להליכים רפואיים נפוצים בכל בית חולים.
- ה. הסבר על המסמכים הדרושים לכניסה לישראל ולקבלת טיפול.
- ו. זכויות התייר הרפואי בישראל לרבות קבלת חשבונית מפורטת וברורה מספק השירותים ושירותי מתורגמן.
- ז. מוקד לקבלת תלונות התיירים.
- ח. הפניה לשירותי תיירות בישראל שישלימו את חוויית הטיפול הרפואי.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

על מנת לפקח על זרם התיירים הרפואיים הנכנס למדינה ולאפשר זיהוי וניתוח של דפוסי הפעילות, הוועדה ממליצה ליצור מאגר של תיירים רפואיים בישראל. כל תייר רפואי יקבל מספר זיהוי ממשרד הבריאות, באמצעות הסוכן הרפואי או ספק השירותים שמטפל בתייר, וייקלט למאגר התיירים הרפואיים בישראל. מספר זיהוי זה ישמש את ספקי השירותים הרפואיים בעת דיווח הפעילות למשרד הבריאות ויאפשר לזהות את כל הטיפולים שקיבל התייר גם אם הטיפולים נעשו על ידי ספקי שירותים אחדים.

הוועדה ממליצה להקים מסגרת ארגונית בשיתוף משרד הבריאות, משרד התיירות, משרד הכלכלה ומשרד האוצר, שיהיה אחראי לפיתוח הענף ולשיח עם הגורמים הרלוונטיים. גוף זה יהיה אחראי להציג אסטרטגיה ממשלתית לפיתוח וניהול פעילות התיירות הרפואית בישראל, בהתבסס על ניתוח מצב הענף כיום ומגמות עתידיות על מנת לזהות הזדמנויות להשקעה ופיתוח. בפרט נדרשת התייחסות לתחומים שבהם יש למערכת הבריאות הישראלית יתרון תחרותי והמלצות על צעדים שנועדו לנצל באופן מיטבי יתרונות אלה. כמו כן יש צורך לזהות מדינות שהן בעלות הפוטנציאל הגדול ביותר לפעילות תיירות רפואית משמעותית בישראל ולתת המלצות למיקוד מאמצי שיווק.

כדי שכללי ההסדרה שהוגדרו לעיל והמשאבים המושקעים בביקוח על הפעילות יתורגמו למערכת הפועלת בהתאם לכללים הרצויים, יש להשלים את המסגרת הממשלתית עם כלי אכיפה אפקטיביים שיפעלו לעמידה בכללים לאורך זמן. על מנת להבטיח כי כלי האכיפה ישיגו את ההרתעה הנדרשת מצד הגורמים המפוקחים ומצד אחר ייושמו בפועל, כלומר לא יהיו בעלי השלכות חמורות שיביאו לידי כך שלא יופעלו, אנו מציעים כמה כלים שיופעלו בהתאם לחומרת החרیגה מכללי הפעילות.

- א. אם מדובר בחריגה ראשונה של ספק השירותים (בית חולים, מרפאה, רופא או סוכן תיירות רפואית) מכללי ההסדרה ואם מדובר בחריגה שאיננה חמורה, תינתן אזהרה בלבד.
 - ב. אם ספק השירותים חורג מהכללים באופן חוזר ונשנה, יטיל עליו משרד הבריאות קנסות כספיים לפחות בגובה ההכנסה הכספית לספק שנבעה מהפעילות שגרמה לחריגה מהכללים.
 - ג. במקרים שמדובר בחריגה חמורה תיאסר על ספק השירותים המשך פעילות תיירות רפואית לתקופה נתונה, על פי החלטת משרד הבריאות. אם מדובר בחריגה הנובעת מהתנהלות מחלקה מסוימת בבית חולים, יוכל משרד הבריאות להטיל את האיסור על המחלקה בלבד ולא על המשך פעילות בית החולים.
 - ד. במקרים של אי עמידה חוזרת בכללי משרד הבריאות יבוטל רישיון התיירות רפואית של ספק השירותים. בית חולים שיהיה מעוניין לקבל מחדש רישיון לתיירות רפואית לאחר ביטולו יידרש להציג תוכנית למניעת חריגות בעתיד ולשיפור בתחומים שנמצאו בעייתיים.
- המלצות הוועדה הרלוונטיות לניהול פעילות התיירות הרפואית בישראל:

45. יוקם שער מידע ממשלתי (אתר אינטרנט) שירכו את כל המידע הדרוש לתייר הרפואי. שער המידע יכלול מידע על ספקי השירותים בעלי היתר לטיפול בתיירים, סוכני התיירות הרשומים, טווחי מחירים לפי טיפול, אישורים נדרשים לכניסה וטיפול בארץ, זכויות התייר

הרפואי, כתובת לתלונות, הפניה לשירותי תיירות למיניהם ועוד. האתר יופעל על ידי משרד הבריאות בסיוע משרדי התיירות.

46. תכנון לאומי של תחום התיירות הרפואית ייתן דגש מיוחד ועדיפות לגיבוש תוכניות בפריפריה. זאת במטרה לחזק את בתי החולים ולאפשר להם להציע שירותים משופרים לחולים הישראליים, בשים לב לזמינות המשאבים.

47. לכל תייר יונפק כרטיס מזהה ע"י סוכן רשום או מרכז רפואי מטפל, על מנת להבטיח מעקב אחר טיפול נאות.

48. תוקם ועדה קבועה לבחינת המדיניות בתחום וליישום ההמלצות.

6. מקורות

Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review. / Lunt, Neil; Smith, Richard D; Exworthy, Mark; Green, Stephen T ; Horsfall, Daniel Gary; Mannion, Russell. OECD, 2011. 55 p.

The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health. / Helble, Matthias. Bulletin of the World Health Organization 2011.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612/en>

Mapping the market for medical travel / Ehrbeck, Tilman; Guevara, Ceani; Mango, Paul D. The Mckinsey Quarterly, Health care, May 2008.

Mediac Tourism: A Survey / Paffhausen, Anna Luisa; Peguero, Carolina; Roche-Villarreal, Laura. United Nations ECLAC Washington, D.C., March 2010.
<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/39397/P39397.xml&xsl=/washington/tpl-i/p9f.xsl&base=/washington/tpl-i/top-bottom.xsl>

Evaluation report on medical tourism in turkey 2012; Ministry of Health, Turkey
<http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-79232/h/eng-medikal-turizm.pdf>

Medical Tourism: Consumers in Search of Value / Deloitte Center for Health Solutions, 2008.
http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Slovenia/Local%20Assets/Documents/si_Medical_tourism.pdf

פרק ה':

ניהול בתי החולים

הממשלתיים

והפיקוח על מערכת

הבריאות

לכבוד

ח"כ יעל גרמן

שרת הבריאות

גבירתי הנכבדה,

אני מתכבדת להגיש לך את טיוטת דו"ח ועדת המשנה לבחינת סוגיית ריבוי התפקידים של משרד הבריאות כרגולטור של מערך האשפוז ובעלים של בתי חולים ממשלתיים בישראל.

הועדה קיימה דיונים רבים ושמעה עמדות מפי גורמים מגוונים ובכלל זה מנציגי מערכת הבריאות, משרדי הממשלה, איגודים מקצועיים ואקדמיה. מומלץ לפרסם את טיוטת דו"ח זה להערות הציבור במסגרת פרסום דו"ח הועדה הראשית.

הדו"ח המוגש כולל המלצות עקרוניות ביחס לסוגיית כפל התפקידים של משרד הבריאות, וכן לגבי חיזוק מנגנוני הפיקוח והמשילות של המדינה על בתי החולים הממשלתיים ושיפור מנגנוני הניהול והבקרה בתוך בתי החולים עצמם. מסקנות ועדת המשנה כוללות בין השאר המלצה להקים בחקיקה רשות סטטוטורית שתעסוק בניהול ופיקוח על מערך בתי החולים הממשלתיים, בכפיפות לשרת הבריאות אך בנפרד ממשרד הבריאות. ועדת המשנה ממליצה לעגן כללים ועקרונות מתחום הממשל התאגידי שיבטיחו התנהלות תקינה של בתי החולים הממשלתיים תוך שקיפות מירבית. יש לציין כי המלצות הוועדה משקפות את המתווה הכללי לפתרון בעיית כפל התפקידים והסוגיות הנלוות לה ואינן יורדות לפרטי סעיפי החקיקה שתידרש, מתוך הכרה בכך שאימוץ המתווה המוצע יצריך עבודת המשך של צוותי עבודה ייעודיים בעלי מומחיות מתאימה. אני מבקשת להודות בשמי ובשם חברי וועדת המשנה לכל אלה שהגישו לה חומר והופיעו בפניה, וכן לדורון קמפלר, אילן שטיינר ומור סגל על תרומתם המקצועית לכל אורך עבודת הועדה.

בכבוד רב,

רונית קן

יו"ר הוועדה

תוכן עניינים

1. הקדמה

חלק ראשון – עיקר ממצאי הוועדה

2. הגדרת הנושאים שעמדו על סדר יומה של וועדת המשנה

3. עקרונות מנחים

4. חלופות שהוצגו בפני הוועדה ונבחנו על ידה

חלק שני - מסקנות והמלצות

5. המלצה לפתרון סוגיית ריבוי התפקידים

6. המלצה לחיזוק מנגנוני משילות ובקרה של המדינה על בתי החולים שבבעלותה

7. המלצה לחיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של בתי החולים הממשלתיים

8. סיכום ואבני דרך ליישום ההמלצות

1. הקדמה

1.1 מינוי ועדת המשנה לבחינת מעמדו המעורב של משרד הבריאות בתחום בתי החולים

הממשלתיים

ביום 20 ביוני 2013 מינתה שרת הבריאות, ח"כ יעל גרמן, וועדה מייעצת לחיזוק מערכת הרפואה הציבורית (להלן: "הוועדה"). על הוועדה הוטל לבחון את הסוגיות השונות הניצבות לפתחה של מערכת הבריאות, לנתח ולגבש סדרת המלצות ופתרונות לצורך חיזוק מערכת הבריאות הציבורית. במסגרת הוועדה הוקמו שלוש ועדות משנה, השנייה מתוכן, "ועדת המשנה לבחינת מעמדו המעורב של משרד הבריאות כספק שרות, מבטח, רגולטור, לרבות נושא תיאגוד בתי החולים הממשלתיים" (להלן – ועדת המשנה), המתכבדת להגיש בזאת את ממצאיה והמלצותיה לשרת הבריאות.

1.2 הרקע לדיוני ועדת המשנה

במסגרת המנדט המפורט בכתב המינוי, דיוני ועדת המשנה התקיימו על רקע ממצאים ומסקנות קודמים בתחום ובכלל זה:

דו"ח מבקר המדינה 63 קובע כי מערכת הבריאות בארץ סובלת מריכוזיות וניגוד עניינים מוסדי שטרם הוסדרו, בין השאר נוכח ריבוי התפקידים של משרד הבריאות הן כבעלים של בתי חולים ממשלתיים והן כמפקח עליהם²⁶⁸:

"מבנה מערכת הבריאות בארץ - ריכוזיות וניגוד עניינים מוסדי"

משרד הבריאות - ניגוד עניינים מוסדי: משרד מבקר המדינה העיר כי מאחר שמערכת הבריאות אינה מתנהלת כשוק משוכלל, חשוב שמשרד הבריאות יפקח עליה²⁶⁹. ואולם, הואיל ומשרד הבריאות הוא הבעלים של בתי החולים הממשלתיים ואף מפקח עליהם, ספק אם ביכולתו למלא את תפקידיו כמפקח כנדרש²⁷⁰. יש בתפקידיו אלה של המשרד כדי לעורר חשש לניגוד עניינים²⁷¹. נוכח כל החסרונות האמורים לעיל, מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים עסקו כמה ועדות ממלכתיות בהפרדה בין המשרד לבתי החולים שהוא מפעיל ובמודל הרצוי של אופן ההתאגדות המשפטית של בתי החולים. נוסף על כך קיבלה הממשלה בשנים 1997-2007 החלטות שונות בנושא מעמד בתי החולים הכלליים. אולם בדצמבר 2012 הנושא עדיין לא הוסדר.

סוגיית מעמדו המעורב של משרד הבריאות בתחום בתי החולים הממשלתיים נבחנה על ידי ועדות קודמות לבחינת מערכת הבריאות ובפרט, דו"ח ועדת נתניהו (1990), דו"ח ועדת אמוראי (2002), ודו"ח ועדת ליאון (2004).

268 דוח מבקר המדינה 63 עמ' 607

269 למשל על הסכמי רכש של שירותים רפואיים שנחתמים בין קופות החולים לבתי החולים.

270 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54 ב (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 468.
271 עוד על תפקידיו של המשרד ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 ב (2009), בפרק "תאגידי הבריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399; דוח שנתי 54 ב (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 463; דוח שנתי 53 ב, בפרק "עבודת המטה במשרדי הממשלה", עמ' 78; דוח שנתי 50 ב (2000), בפרק "הסדרי התחשבות בין קופות החולים לבין בתי חולים ממשלתיים", עמ' 122.

ועדת נתניהו קבעה כי "אחת הבעיות המהותיות במשרד הבריאות בישראל הינה כפל תפקידיו: מחד גיסא, מופקד המשרד על התוויית מדיניות, תיאום, פיקוח ובקרה על מערכת הבריאות בארץ, ומאידך מפעיל המשרד עצמו – במקביל – כמחצית מכלל מיטות האשפוז בבתי החולים ואת עיקר שירותי המניעה האישיים [...]. המשרד אמור להיות גורם נייטרלי בין ספקים שונים של שירותי בריאות כגון קופת חולים כללית ומלכ"רים אחרים – ואילו הממשלה, כבעלת בתי חולים, מעמידה עצמה במצב של ניגוד אינטרסים בינה לבינם. מצב זה, המנוגד לסדרי מינהל תקינים, יוצר בעיות רבות".

דו"ח ועדת אמוראי קובע כי כפל התפקידים של משרד הבריאות כבעלים ומפקח על בתי החולים יוצר עיוותים משמעותיים במערכת הבאים לידי ביטוי בשחיקת יכולותיו המיניסטריאליות של משרד הבריאות מחד, ויצירת חשש לניגוד עניינים מוסדי בין משרד הבריאות לקופות החולים וגורמים נוספים במערכת²⁷²:

יכפל תפקידים זה של משרד הבריאות מעלה שתי סוגיות מרכזיות:

1. המשרד טרוד באספקת שירותי בריאות לפרט, בעיקר באמצעות בתי החולים שהוא מנהל, בנוסף לתפקידיו האחרים. הטיפול בצרכים הדחופים והיומיומיים דוחק הצדה את העיסוק בפיתרון סוגיות לטווח ארוך ואת תפקידי המנהיגות במערכת הבריאות.
2. הניהול הישיר של בתי החולים ומתן שירותי בריאות לפרט בד בבד עם קביעת מדיניות לאומית, המחייבת את כלל מערכת הבריאות, יוצר מצב של ניגוד עניינים. נוצר מצב של ניגוד אינטרסים מול קופות החולים, למשל, והמצב אינו עולה בקנה אחד עם מנהל תקין. משרד הבריאות, המפעיל בתי חולים, מפקח בה בשעה על בתי חולים שמנהלים גורמים אחרים, והוא המחליט על מתן רישיונות לפתיחת בתי חולים, למיטות אשפוז, לרכישת ציוד, לתמיכות וכו'. יש הגורסים כי המשרד פועל כמונופול רב מפעלי.

בנוסף, קביעה זו באה לידי ביטוי הן בכתב המינוי של ועדת ליאון והן במסקנות הוועדה:

"ההפעלה והבעלות של בתי החולים הממשלתיים על ידי משרד הבריאות מהווה ניגוד עניינים המחייב פיתרון במסגרתו ייצא משרד הבריאות מתפקידו כבעלים של בתי חולים ויוכל להתרכז בתפקידו כמיניסטריאלי ללא ניגוד עניינים²⁷³".

"ניהול בתי החולים על ידי הממשלה"

משרד הבריאות עוסק מתוקף תפקידו במשימות מיניסטריאליות רבות הכוללות תכנון, פיקוח, רישוי, שעת חירום ועוד. מעבר לתפקידיו אלה מפעיל משרד הבריאות באופן ישיר רשת של בתי חולים. כפל תפקידים זה גורם לכך שהמשרד עוסק רבות בכיבוי שרפות ובניהול שוטף של בתי החולים, ואינו מתפנה לביצוע התפקידים המיניסטריאליים. בנוסף, כפל תפקידים זה יוצר ניגוד אינטרסים מובנה בתוך משרד הבריאות²⁷⁴.

²⁷² דו"ח ועדת אמוראי עמ' 189-190

²⁷³ כתב מינוי ועדת ליאון מיום 27 מאי 2003

²⁷⁴ דו"ח ועדת לאון עמ' 9

דו"ח ארגון המדינות המפותחות לשיתוף פעולה כלכלי (OECD) אודות מצב מערכת הבריאות בישראל אשר פורסם בדצמבר 2013 (להלן דוח ה OECD) קובע כי הפרדת ניהול בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות יוביל לשיפור במערכת הבריאות בישראל²⁷⁵:

"The health-care system would be improved if the government-run hospitals were not managed directly by the Ministry of Health, for instance by changing them to hospital trusts... the government-run hospitals are a hugely important component of provision, accounting for about half of all acute-care beds. However, their status as public-sector entities means there is a fundamental weakness in the governance of hospital care: the Ministry of Health is both a provider and regulator. This conflict of interest can potentially lead to a number of difficulties, such as a tendency to focus on the hospital sector in policymaking and the potential for internal tensions within the Ministry when there are reforms that run counter to the interests of government-run hospitals. Furthermore, as government-owned and government-run entities, these hospitals are subject to civil-service regulations and procurement procedures, which in some cases are not suitable in the context of health care."

בדיוני ועדת המשנה ומהחומרים שהוגשו לה מצטיירת מציאות בעייתית שבה נוכח כפל התפקידים שתואר לעיל, למשרד הבריאות אין את הכלים והיכולת למלא בצורה נאותה דיה הן את תפקידיו כמיניסטרו, והן את תפקידיו כבעלים של בתי חולים ממשלתיים. חרף מאמציו של משרד הבריאות למלא את תפקידיו השונים על הצד הטוב ביותר, התוצאות אינן משביעות רצון.

המתווים שהוצעו בעבר לפתרון בעיית ריבוי התפקידים של משרד הבריאות על ידי הוועדות הקודמות התבססו על עקרון התיאגוד²⁷⁶. כך להמחשה, ועדת נתניהו המליצה על ניהול בתי החולים (הממשלתיים ושל קופות החולים) בידי גופים משפטיים עצמאיים שאינם למטרת חלוקת רווח. ועדת אמורי המליצה להעביר את בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית למעמד של תאגידים עצמאיים שלא למטרות רווח. ועדת ליאון המליצה אף היא על הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית לבתי חולים ציבוריים הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח.

ועדת המשנה הסתמכה בדיוניה על ממצאים עובדתיים שבבסיס הדוחות הקודמים, אולם בחרה שלא לאמץ כלשון את המסקנות וההמלצות ביחס לסוגיות שנבחנו בעבר. זאת, בעיקר בשל העובדה שחלק משמעותי מהמלצות ומסקנות הדוחות הקודמים, בפרט ביחס לתיאגוד בתי חולים

²⁷⁵ ראו דוח OECD 2013 p. 95

²⁷⁶ לסקירה רחבה בנושא תיאגוד בתי חולים ציבוריים בישראל כולל התייחסות לרקע ההיסטורי של התפתחות תיאגוד בתי חולים באנגליה ובישראל ראו "תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות", מכון טאוב, הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1997 עמ' 20 http://taubcenter.org.il/tauborgilwp/wp-content/uploads/H1997_Incorporation_of_Hospitals.pdf

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ממשלתיים, לא יושמו בפועל למרות שאומצו בחמש החלטות ממשלה שונות מזה למעלה מעשרים שנים²⁷⁷:

1991	החלטה מס' 1930	לרשום 5 בתי"ח ממשלתיים כחברות לתועלת הציבור
1997	החלטה מס' 2641	לבצע תיאגוד של בתי"ח הממשלתיים
1999	החלטה מס' 172	לבצע תיאגוד של בתי"ח הממשלתיים
2003	החלטה מס' 130	העברת בתי"ח הממשלתיים לחברות מנהלות
2004	החלטה מס' 2460	העברת בתי"ח הממשלתיים לחברות מנהלות

יודגש כי כבר בשלב מוקדם בדיוני ועדת המשנה הוחלט להתמקד בסוגיית מעמדו המעורב של משרד הבריאות ביחס לבתי החולים הכלליים הממשלתיים, בהתאם לנוסח כתב המינוי. מבלי להידרש לסוגיית בתי החולים הסיעודיים (גריאטריים) ובתי החולים לבריאות הנפש (פסיכיאטריים). החלטה זו נשענה על ההכרה כי תחום בריאות הנפש כולו מצוי בשלבים מתקדמים של רפורמה מקיפה עליה החליט משרד הבריאות. בנוסף, מאפייניהם הייחודיים של בתי החולים הגריאטריים ובתי החולים לבריאות הנפש מאובחנים ממאפייניהם של בתי החולים הממשלתיים הכלליים. לפיכך, נמצא כי התמודדות עם סוגיית מעמדו של משרד הבריאות ביחס לבתי חולים שאינם כלליים, היא נושא בפני עצמו הדורש לימוד נפרד של הבעיות והחלופות לפתרון. נוכח השונות במאפייני המערכות יש להניח כי הפתרונות למערך בתי החולים הגריאטריים ובתי החולים לבריאות הנפש אינם תואמים בהכרח לאלו של מערכת בתי החולים הכלליים. משכך, ועדת המשנה בחנה את השאלות שהוצבו לפתחה ביחס לבתי חולים ממשלתיים כלליים בלבד.

1.3 עבודת ועדת המשנה

1.3.1 הרכב ועדת המשנה

להלן רשימת חברי ועדת המשנה כפי שהוגדרו בכתב המינוי:

- רונית קן – יו"ר;
- משה בר סימן טוב – חבר ועדה;
- פרופ' ארנון אפק – חבר ועדה;
- ד"ר מיכל טביביאן מזרחי – חברת ועדה;
- עו"ד לאה וופנר – חברת ועדה;
- יוני דוקן – חבר ועדה.

²⁷⁷ לפירוט ראו נספח מצגת ד"ר ברלוביץ' עמ' 11

1.3.2 סדרי עבודת ועדת המשנה

ועדת המשנה התכנסה לחמישה עשר דיונים בתקופה שבין 16.10.2013 עד 17.2.2014, במקביל לדיוני המליאה ולדיוני ועדות המשנה המקבילות, לעניין תיירות מרפא וביטוחי בריאות. יו"ר ועדת המשנה עדכנה את חברי ועדת המשנה בדבר ההתקדמות בדיונים שנערכו במקביל וכן עדכנה את המליאה ואת שרת הבריאות בדבר ההתקדמות בדיוני ועדת המשנה.

בדיוני ועדת המשנה השתתפו מזכיר הוועדה, מר דורון קמפלר; המשקיפים ד"ר אמנון בן משה, מנהל אדמיניסטרטיבי במרכז הרפואי הלל יפה, מר רועי משולם, משרד הבריאות; וכן גב' שירה גרינברג אגף תקציבים באוצר; מר שלמה פשקוס אגף תקציבים באוצר. גב' שירה ארנון, מר איתי פרידברגר ומר ברק גורדון ממשרד הבריאות לקחו חלק בדיונים על פי בקשת פרופ' ארנון אפק. עו"ד אילן שטיינר, השתתף בדיונים מטעם יו"ר ועדת המשנה.

הדיונים תועדו בפרוטוקול על ידי גב' מור סגל, רשמת הוועדה.

במסגרת עבודתה, ועדת המשנה הסתייעה במומחים חיצוניים שהוזמנו להביא את עמדתם.

בפני ועדת המשנה השמיעו את עמדתם הגורמים המומחים הבאים²⁷⁸:

- מר משה דיין, נציב שירות המדינה
- גב' מיכל עבאדי בויאנג'ו, החשבת הכללית, משרד האוצר
- מר קובי אמסלם, הממונה על השכר, משרד האוצר
- מר ניסים סלמן, סגן מנהל רשות החברות הממשלתיות
- עו"ד אביטל בירגר, סגנית יועמ"ש רשות החברות הממשלתיות
- מר גדי פרנק, מ"מ מנכ"ל המועצה להשכלה גבוהה
- עו"ד יעל טור כספא, יועמ"ש המועצה להשכלה גבוהה
- ד"ר מיקי שרף ומר אלי כהן, שירותי בריאות כללית
- מר זאב וורמברנד, מנכ"ל מאוחדת שירותי בריאות
- ד"ר יצחק ברלוביץ', מנכ"ל המרכז הרפואי וולפסון
- עו"ד רוני טלמור, יעוץ וחקיקה משרד המשפטים
- עו"ד לימור תוסיה-כהן, יעוץ וחקיקה משרד המשפטים
- עו"ד מני נאמן, שותף, הרצוג פוקס נאמן
- ד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י
- ברוך לוי, הר"י
- פרופ' קובי גלזר
- עו"ד נתן סמוך, יועמ"ש, משרד הבריאות

278 ועדת המשנה הזמינה את נציגי קופ"ח מכבי, נציגי הסתדרות העובדים ונציגי הסתדרות האחיות להופיע בפניה, אולם אלו בחרו שלא להופיע.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- גב' רויטל טופר חבר טוב, סמנכ"ל קופו"ח משרד הבריאות
- בנוסף, ועדת המשנה קיבלה לידיה ניירות עמדה וחומרים כתובים מהגורמים הבאים:
 - פרופ' מאיר אורן, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה (מכתב מיום 23.12.2013, מצגת מיום 4.7.2013)
 - עו"ד מני נאמן, שותף, הרצוג פוקס נאמן (מצגת מיום 5.11.2013 בנושא אפשרויות לתיאגוד בתי חולים ממשלתיים בפרספקטיבת חיזוק הממשל התאגידי בבתי החולים)
 - ד"ר ענת אנגל, סגנית מנהל המרכז הרפואי אסף הרופא (מכתב מיום 27.10.2013)
 - מר חיים פרננדס, סמנכ"ל כספים, לאומית שירותי בריאות (מכתב מיום 7.11.2013)
 - מר זאב וורמברנד, מנכ"ל מאוחדת שירותי בריאות (מכתב מיום 30.10.2013)
 - מר אלי דפס, מנכ"ל שירותי בריאות כללית (מכתב מיום 24.11.2013)
 - עו"ד חיים קליר, (מכתב מיום 20.11.2013)
 - פרופ' יאיר שפירא, דיקן ביה"ס למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל, נובמבר 2013
 - מכבי שירותי בריאות – מצגת
 - מר גדעון בן ישראל, יו"ר הסתדרות הגמלאים, אוקטובר 2013
 - פרופ' רפי ביאר, מנכ"ל המרכז הרפואי רמב"ם, 17.12.2014

חלק ראשון – עיקר ממצאי הוועדה

2. הגדרת הנושאים שעמדו על סדר יומה של ועדת המשנה

בהתאם למנדט שהוענק ע"י שרת הבריאות בכתב המינוי, ועדת המשנה הגדירה שלושה נושאים מרכזיים הדורשים מתן מענה.

הנושא הראשון הוא **מעמדו המעורב של משרד הבריאות בתחום בתי החולים הממשלתיים**. היותו של משרד הבריאות קובע ואוכף רגולציה על מערכת הבריאות בכלל ובתי החולים בפרט תוך היותו בעלים של בתי החולים הממשלתיים, יוצר מציאות של "ריבוי כובעים" של משרד הבריאות. מצב זה הינו בעייתי ביותר מסיבות שיפורטו להלן, ודורש התערבות ותיקון.

בהקשר זה יוער כי למרות שלעיתים כפל התפקידים או "ריבוי הכובעים" של משרד הבריאות מכונה "ניגוד עניינים", ועדת המשנה סבורה כי המונח ניגוד עניינים אינו מתאים לתיאור המצב שכן, מדובר במונח משפטי שיש בו כדי להטיל דופי ביושרה המקצועית של משרד הבריאות והנהלת המשרד. אין חולק על כך שמשרד הבריאות נדרש למלא תפקידים שונים שאינם צריכים לדור בכפיפה אחת, אולם מצב זה הוא תוצר ישיר של רגולציה מוסדית ומבנה מערכתי וארגוני שאינם תואמים לצרכים בפועל. יובהר כי משרד הבריאות בבואו לקבל החלטות כרגולטור עלול לשקול שיקולים כבעלים ומצד שני משרד הבריאות בבואו לקבל החלטות כבעלים עלול לשקול שיקולים כרגולטור.

הנושא השני הוא **חיזוק מנגנוני משילות ובקרה של משרד הבריאות על בתי החולים בכלל לרבות בתי חולים שבבעלות המדינה**. עמדות המומחים שהובאו בפני הוועדה, לצד ממצאי דוחות קודמים, מצביעים על חסר משמעותי במנגנוני משילות ובקרה של משרד הבריאות על בתי החולים הממשלתיים. האופן שבו בנויה המערכת הרגולטורית, המכפיפה את בתי החולים הממשלתיים למשרד הבריאות, הן כבעלים והן כמיניסטריון, אינה מאפשרת הלכה למעשה ניהול ובקרה אפקטיביים על ידי משרד הבריאות. מציאות נמשכת זו מצדיקה התערבות שתביא להגברת יכולת המשילות והבקרה של המדינה על המרכזים הרפואיים הממשלתיים. ועדת המשנה תציע מספר מודלים כחלופות לפתרון.

הנושא השלישי הוא **חיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של בתי החולים הממשלתיים עצמם והגברת השקיפות**. בתי החולים הממשלתיים, הם ארגונים מורכבים ביותר בעלי היקפי פעילות כלכלית משמעותית הפועלים בסביבה עסקית ורגולטורית דינמית וסבוכה. בפני ועדת המשנה נטען בין היתר, שבתי החולים הממשלתיים אינם ערוכים מבחינה ארגונית לנהל את הפעילות שבאחריותם בצורה מיטבית, בין השאר בשל חוסר גמישות ניהולית, העדר תמריצים להתייעלות, מבנה ארגוני לוקה בחסר מבחינת מנגנוני ניהול ובקרה אפקטיביים וחלוקת תפקידים בעייתית בין בתי החולים הממשלתיים ותאגידי הבריאות במסגרת המרכזים הרפואיים. ועדת המשנה נדרשה לנושאים אלו במסגרת דיוניה והגיעה לכלל מסקנה, ששיפור המצב הקיים אינו מחייב בהכרח תיאגוד של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, על כל המשתמע מכך, וניתן לחזק את עקרונות הממשל התאגידי גם במרכזים רפואיים שאינם מתואגדים, והכל כפי שיפורט בהמשך.

3. עקרונות מנחים

במסגרת דיוניה וגיבוש ההמלצות ביחס לנושאים שתוארו לעיל, ועדת המשנה פעלה לאורם של עקרונות מנחים הנגזרים מהמנדט שניתן לה על ידי שרת הבריאות.

ראשית, העמדת **טובת המטופל כמטרת על** בגיבוש ההמלצות.

שנית, הבטחת איכותה ואיתנותה של מערכת הבריאות לאורך זמן, תוך שמירה על שקיפות, מנהל תקין ויעילות כלכלית שיביאו לחיזוקה לאורך זמן.

שלישית, **חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל** ואחריות המדינה לספק שירותי רפואה לתושביה ברוח עקרונות היסוד העומדים בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לפיהם כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר, והמדינה היא האחראית למימון סל שירותי הבריאות²⁷⁹. סוגיית תיאגוד בתי החולים הממשלתיים נבחנה בין היתר גם בהקשר זה, כפי שיורחב בהמשך.

רביעית, ועדת המשנה נתנה משקל משמעותי ביותר לעקרון **הישימות** של הפתרונות המוצעים, בין השאר, לאור הניסיון שנצבר במהלך שלושת העשורים האחרונים לפיו החלטות ממשלה והמלצות

²⁷⁹ חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד 1994, סעי' 3

של ועדות קודמות בדבר רפורמה בתחום מערכת הבריאות לא יושמו²⁸⁰. ועדת המשנה שמה לה למטרה להימנע מהצעת חלופות ופתרונות בלתי ישימים בטווח הקצר, מתוך הכרה בחשיבות הרבה שיש לקידום פתרונות מערכתיים ישימים בטווח זמן סביר.

חמישית, ועדת המשנה הכירה בצורך להמליץ על חלופות לרפורמה שיאפשרו שמירה על **גמישות** עתידית תוך אפשרות מתן מענה לצרכים משתנים של המערכת. עקרון הגמישות, ביחד עם עקרון הישימות נועדו להעניק למדינה מצד אחד מרחב פעולה ליישום צעדים מערכתיים להתמודדות עם הסוגיות המערכתיות בטווח זמן סביר, ומצד שני לאפשר הכנסת שינויים ושיפורים באופן אינקרמנטלי ככל שיידרש בעתיד. עקרון זה נסמך בין השאר על לקחים מרפורמות מבניות במערכות בריאות בחו"ל, אשר הוצגו לוועדת המשנה במסגרת סקירה משווה בינ"ל. על פי הסקירה, מערכות בריאות בעולם עוברות רפורמות מבניות באופן תדיר, על מנת להתאימן לצרכים המשתנים עם הזמן. רפורמות מבניות כאמור מצריכות ברוב המקרים התאמות מערכתיות נוספות בשלבי היישום, כאשר רק חלקן ניתן לחיזוי מראש. על כן בתנאים של מציאות משתנה וצרכים משתנים, חיוני להבטיח מראש דרגה מספקת של גמישות לצורך ביצוע התאמות ex post והפקת לקחים תוך כדי יישום רפורמה.

4. חלופות שהוצגו בפני הוועדה ונבחנו על ידה

להלן מספר חלופות מרכזיות שהוצגו בפני הוועדה במסגרת דיוניה, תוך התייחסות למתווה של כל חלופה ודיון לגופה:

4.1 שימור המבנה הקיים

על פי חלופה זו, אין מקום בנסיבות הנוכחיות לנקוט בצעדים מבניים לפתרון סוגיית כפל התפקידים של משרד הבריאות עקב אחזקתו במרכזי רפואיים ממשלתיים ופיקוחו עליהם. עמדה זו נתמכה על ידי הממונה על השכר והחשבת הכללית במשרד האוצר אשר התבטאו בפני ועדת המשנה נגד ההשלכות של ניתוק המרכזים הרפואיים הממשלתיים ממשרד הבריאות ובעד שמירה על הסטטוס קוו הקיים מבחינת מבנה המערכת²⁸¹.

שינוי מבני כאמור, צפוי לרופף את יכולת המשילות של המדינה עוד יותר, ועלול להוביל למצב שבו המדינה תאלץ בעתיד לחלצם במחיר כלכלי גבוה במידה שייקלעו למשבר. חלף זאת, על פי חלופה זו מומלץ להתמקד בטיפול נקודתי בכשלים בתחום השליטה והבקרה, תוך הידוק רמת הפיקוח על המרכזים הרפואיים הממשלתיים, על ידי משרדי הבריאות והאוצר וחיזוק מנגנוני המשילות.

עמדה זו נסמכת על שלושה שיקולים מרכזיים הכרוכים זה בזה:

4.1.1 בקרה ושליטה

סוגיית המשילות של המדינה בכלל ומשרד הבריאות בפרט על המרכזים הרפואיים הממשלתיים הינה אחד הנושאים המרכזיים הטעונים שיפור. התפישה הרווחת במשרדי

²⁸⁰ לפירוט, ראו עמ' 11 למצגת ד"ר ברלוביץ' מיום 1.10.2013.

²⁸¹ ראו פרוטוקול דיון מיום 24.11.2013 בהשתתפות מר קובי אמסלם ; פרוטוקול דיון מיום 22.12.2013 בהשתתפות גב' מיכל עבאדי בויאנג'ו.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

הבריאות והאוצר, היא שנכון להיום, יכולת המשילות של המדינה בניהול, בקרה ושליטה על המרכזים הרפואיים הממשלתיים שבבעלותה, אינה משביעת רצון ויש לחזקה. על פי החלופה הראשונה, הוצאת הניהול של המרכזים הרפואיים הממשלתיים מידי משרד הבריאות, באמצעות שינוי מבני כגון, תיאגוד עלולה להחליש עוד יותר את יכולת המשילות של המדינה על המרכזים הרפואיים הממשלתיים ללא בניה של מנגנוני שליטה ובקרה מתאימים. כך למשל, בעוד שכיום משרד הבריאות מוסמך לפקח על פעילותם של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, במקביל לפיקוח מצד נציבות שירות המדינה, הממונה על השכר והחשבת הכללית, ולהטיל סנקציות לפי הצורך, הוצאתם של המרכזים הרפואיים הממשלתיים ממשרד הבריאות, וצמצום עד כדי ביטול כפיפותם לכללים הנהוגים בשירות המדינה, תאיין את יכולתה של המדינה לפקח ולשלוט בנעשה באותם מרכזים רפואיים בהיבט הכלכלי.

4.1.2 יחסי עבודה

במסגרת המבנה הנוכחי, עיקר שכרם ותנאיהם של עובדי בתי החולים הממשלתיים נקבע בכפוף להסכמים הקיבוציים ובהתאם לאמות המידה של משרד הבריאות והנחיות הממונה על השכר באוצר (למעט השכר המשולם במסגרת התאגידים המוגבל על ידי תקנות ההתאגדות). שינוי הסטטוס קוו עלול להוביל לתוצאות בעייתיות מבחינתה של המדינה: עובדי בתי החולים הממשלתיים עשויים להתנגד למהלך שבו מעמדם כעובדי מדינה, על כל המשתמע מכך, נפגע בעקבות שינוי מבנה הבעלות בבתי החולים הממשלתיים. צעד כאמור, עלול להיות כרוך בעלויות כספיות גבוהות למדינה ועלול להביא לנקיטת עיצומים וצעדים אחרים בתחום יחסי העבודה שצפויים להקשות על יישום המהלך ואף לסכלו (כפי שכבר ארע בעבר), תוך פגיעה במערכת הבריאות והציבור.

4.1.3 תרחיש קריסה כלכלית של בית חולים (Default)

נוכח חיוניות השירותים שמספקים המרכזים הרפואיים הממשלתיים לציבור, המדינה לא תוכל הלכה למעשה להשלים עם מצב שבו מרכז רפואי יפסיק לספק שירותים, גם אם יגיע למצב של פשיטת רגל או קריסה כלכלית (default). המדינה, כך על פי גורמים ממשלתיים שהופיעו בפני וועדת המשנה, תאלץ נוכח מחויבותה לספק שירותי בריאות לציבור, להתערב ולחלץ את בית החולים המצוי במשבר ולשלם את העלויות הכרוכות בכך. לפיכך, על פי החלופה הראשונה, יש לשמר את הבעלות, השליטה והניהול של המרכזים הרפואיים הממשלתיים בידי משרד הבריאות, שכן העברתם לגורם אחר עלולה בסופו של דבר להביא למצב שבו בתי החולים ייכנסו לקשיים כלכליים והמדינה תאלץ לחלצם במחיר גבוה.

לקריסתו הכלכלית של בית חולים הדסה יהיו השפעות רוחב והשלכות ארוכות טווח הן מבחינת הבנתה של הממשלה את המשמעות של קריסה כזו והן מבחינת הכלים העומדים לרשותה כדי להתמודד עם אירועים מסוג זה. תהליך קריסתה הכלכלית של הדסה הואץ במהלך תקופת עבודת הוועדה ובא לידי ביטוי בדיוניה. חברי וועדת המשנה מודעים לכך שמדובר באירוע משמעותי מבחינת מערכת הבריאות כולה, ויש להסיק ממנו את הלקחים הנדרשים, הן מבחינת תיאגוד והן מבחינת חיזוק כללי הממשל התאגידי.

4.2 רפורמה מבנית לפיצול התפקידים של משרד הבריאות כבעלים ורגולטור

החלופה השנייה מציעה שינוי מבני במטרה להפריד בין תפקידי המיניסטריון (פיקוח רגולטורי מקצועי) על בתי החולים הממשלתיים לבין תפקידי הבעלים (ניהול שוטף) על המרכזים הרפואיים הממשלתיים מצד המדינה. חלופה זו נועדה לתת מענה לבעיית הליבה של "כפל התפקידים" של משרד הבריאות, מבלי להוציא את המרכזים הרפואיים הממשלתיים מידי המדינה, על ידי תיאגוד או הפרטה. בפני ועדת המשנה הוצגה על ידי משרד הבריאות עבודת מיפוי של תפקידי המיניסטריון ותפקידי הבעלים של משרד הבריאות (על אגפיו השונים) המופיע כנספח לדו"ח זה. חלופה זו משקפת את עמדתם של גורמים מומחים אשר הופיעו בפני ועדת המשנה וביניהם, פרופ' קובי גלזר וד"ר יצחק ברלוביץ'.²⁸²

חלופה זו כוללת לפחות שלוש אפשרויות מבניות להתמודדות עם בעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות:

4.2.1 שינוי ארגוני פנים משרדי

כיום, הנהלת משרד הבריאות מופקדת הן על ביצוע רובם המכריע של תפקידי המיניסטריון והן על תפקידי הבעלים מול המרכזים הרפואיים הממשלתיים.²⁸³ האפשרות הראשונה והצרה ביותר, היא להקים מנהל נוסף תחת מנכ"ל משרד הבריאות, אליו יועברו כל תפקידי הבעלים, ואילו במנהל רפואה וביתר האגפים יוותרו רק תפקידי המיניסטריון. הפרדה כאמור, באמצעות שינוי ארגוני פנים משרדי שאינו דורש חקיקה, תאפשר חלוקה נכונה יותר של תפקידים בתוך משרד הבריאות, תפריד מבחינה פרסונלית בין יחידות המיניסטריון ליחידות הבעלים, אולם תשאיר בסופו של דבר את כל התפקידים בתוך המשרד ובכפיפות למנכ"ל.²⁸⁴

4.2.2 הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים הכפופה לשרת הבריאות

האפשרות השנייה כוללת הקמת רשות ממשלתית למרכזים הרפואיים הממשלתיים, בחקיקה, מחוץ למשרד הבריאות אליה יועברו תפקידי הבעלים (פיקוח ניהולי), ואילו באגפים השונים במשרד הבריאות יוותרו רק תפקידי המיניסטריון (רגולציה). רשות זו תהא חיצונית למשרד הבריאות וכפופה לשרת הבריאות אך לא למנכ"ל משרד הבריאות, וזאת על מנת לעגן את ההפרדה בין משרד הבריאות המשמש מיניסטריון לבין רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים, המשמשת כבעלים של מערך המרכזים הרפואיים הממשלתיים. כפיפות לשרת הבריאות תאפשר קביעת סדרי עדיפויות ואיזונים בין משרד

²⁸² ראו פרוטוקול דיון מיום 6.1.2014 בהשתתפות פרופ' קובי גלזר ; פרוטוקול דיון מיום 8.12.2-13 בהשתתפות ד"ר ברלוביץ'

²⁸³ במשרד הבריאות קיימים אגפים נוספים להם סמכויות פיקוח על בתי החולים הממשלתיים, ובכלל זה מנהל טכנולוגיות רפואיות ותשתיות, אגף מנהל ומשאבי אנוש, מנהל מידע ומחשוב, מנהל תכנון ובינוי, הלשכה המשפטית, אגף תכנון תמחור ותקצוב, מנהל הסיעוד.

²⁸⁴ על פי דוח מבקר המדינה בינואר 2013 הבהיר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הוחלט להקים מסגרת נפרדת במשרד הבריאות לניהול בתי החולים כך שיימנע ערבוב התפקידים, וכי בתקופה הקרובה ייפתח מכרז לבחירת סמנכ"ל למסגרת זו. ראו דוח המבקר 63, עמ' 652.

הבריאות לבין רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים, לפי מערכת השיקולים של שרת הבריאות.

4.2.3 הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים עצמאית

האפשרות השלישית כוללת הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים, סטטוטורית עצמאית, מחוץ למשרד הבריאות, אליה יועברו תפקידי הבעלים, ואילו במשרד הבריאות יוותרו רק תפקידי המיניסטריון. רשות זו תהא חיצונית למשרד הבריאות ללא כפיפות לשרת הבריאות, וזאת על מנת לעגן את ההפרדה בין פונקציית הבעלים לפונקציית המיניסטריון ולהבטיח את עצמאות רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים. חלופה זו נשענת על מודלים כגון רשות ניירות ערך ורשות ההגבלים העסקיים. ראש הרשות ממונה על ידי הממשלה בהמלצת השר, אולם מעבר לכך, הוא פועל באופן עצמאי במסגרת התחקיתית ובהתאם לסמכויות הקבועות בחוק, וללא פיקוח מצד השר.

4.3 תיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים

החלופה של תיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים הוצעה בעבר על ידי ועדות קודמות והחלטות ממשלה אף אימצו מסקנות אלו. עם זאת, החלטות הממשלה בנושא תיאגוד בתי חולים ממשלתיים לא יושמו מסיבות שונות. יודגש, כי תיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים

אינו מטרה בפני עצמה אלא אמצעי להשגת מטרות אחרות ביחס למערכת הבריאות בישראל. ועדת המשנה דנה בהרחבה בסוגיית תיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים ושמעה עמדות מפי מומחים בתחום. בין השאר, ועדת המשנה שמעה סקירה מפורטת מנציגות משרד המשפטים (ייעוץ וחקיקה) אודות המסגרות המשפטיות לתיאגוד בתי חולים²⁸⁵ ומנציגי רשות החברות הממשלתיות²⁸⁶. בפני ועדת המשנה הוצגו החלופות המרכזיות לתיאגוד על מאפייניהם השונים²⁸⁷.

על פי נציגי רשות החברות הממשלתיות, על סמך ניסיונם הרב בתהליכי תיאגוד, מהלך כולל של תיאגוד כלל המרכזים הרפואיים הממשלתיים צפוי להמשך שנים רבות. עד כה טרם בוצע תיאגוד בהיקף כה נרחב על ידי המדינה, ולדעת נציגי רשות החברות הממשלתיות אין טעם ליזום מהלך כאמור רק לשם חיזוק הממשל התאגידי על ובתוך המרכזים הרפואיים הממשלתיים, בין השאר כיוון שמדובר במהלך בלתי הפיך מבחינת המדינה הטומן בחובו השקעה וסיכונים לא מבוטלים. במסגרת תיאגוד יש להתמודד עם שתי סוגיות יסוד מהותיות הנוגעות להיבט העובדים הקיימים מצד אחד ולהיבט הנכסים וההתחייבויות של המרכזים הרפואיים הממשלתיים מצד שני:

העברת העובדים הקיימים למודל תאגידי – במרכזים הרפואיים הממשלתיים (הכלליים) מועסקים כעשרים אלף עובדים תחת הסכמים קיבוציים. המשמעות של תיאגוד המרכזים הרפואיים תחייב הסדר מול האיגודים המקצועיים ומתן ערבויות מצד המדינה לשמירה על

²⁸⁵ ראו מצגת מיום 5.11.2013 עו"ד רוני טלמור.

²⁸⁶ ראו פרוטוקול מיום 6.1.2014 בהשתתפות מר ניסים סלמן.

²⁸⁷ ראו מצגת מיום 5.11.2013 עו"ד מני נאמן ומצגת מיום 5.11.2013 עו"ד רוני טלמור.

מעמדם וזכויותיהם של העובדים הקיימים, בין אם במסגרת הסכם השאלת עובדים מהמדינה לתאגיד או במסגרת אחרת שתשקף את הזכויות התעסוקתיות והאקטואריות של העובדים. מעבר לעובדה שכלל לא ניתן לחזות מה הסיכויים להגיע להסדר מול האיגודים המקצועיים, צריך לקחת בחשבון את העלויות הכספיות המשמעותיות הכרוכות בשינוי הסטטוס של העובדים²⁸⁸.

מיפוי ואיזון חשבונאי של נכסים והתחייבויות טרם תיאגוד – לצורך ביצוע תיאגוד נדרש מבחינה משפטית וחשבונאית לבצע סקר מקיף של כל נכסי והתחייבויות המרכזים הרפואיים הממשלתיים, החל במקרקעין וכלה בזכויות קניין רוחני, תוך הפרדתם מהנכסים וההתחייבויות של תאגידי הבריאות. הדבר נחוץ לשם איזון סך הנכסים וההתחייבויות של בתי החולים הממשלתיים ערב תיאגודם, הואיל ולאחר התיאגוד נפסקים באחת יחסי הגומלין התקציביים שבין המדינה לבתי החולים. כיום, כך נמסר לוועדת המשנה על ידי נציג משרד הבריאות, מר רועי משולם, אין בידי המדינה נתונים עדכניים אודות הנכסים וההתחייבויות של כלל בתי החולים הממשלתיים, למרות שהמדינה מבטחת את נכסיה, לרבות נכסי בתי החולים הממשלתיים באמצעות חברת ענבל. לבקשת שרת הבריאות, רועי משולם יעביר את הנתונים אודות נכסי בתי החולים הממשלתיים למטה השרה ולידיעת וועדת המשנה. על מנת שתהליך התיאגוד יצלח בסופו של דבר יש להבטיח מראש שמערך בתי החולים המתואגד יהיה מאוזן תקציבית לאורך זמן, תוך מתן וודאות תזרימית שתאפשר חתימה על דוחות כספיים בידי התאגיד. מבחינה חשבונאית, מרגע התיאגוד, לא ניתן עוד להתערב בענייניו של התאגיד מול המדינה או מול צדדים שלישיים, ועל כן נדרש להסדיר מראש את מערכת יחסי הגומלין שבין המרכז הרפואי הממשלתי למדינה על כל השלכותיה. מהלך כאמור, עלול להיות כרוך בהוצאה כספית משמעותית מצד המדינה ערב התיאגוד הואיל ולא נעשתה עד כה בדיקה עדכנית לגבי היקפי ההתחייבויות של המרכזים הרפואיים הממשלתיים וייתכן שישנם היבטים חשבונאיים משמעותיים, לרבות היבטי פחת על נכסים, שהמדינה תצטרך להתמודד איתם, כמו גם להבטיח איזון תזרימי בעתיד. כמו כן, תיאגוד המרכזים הרפואיים מעורר חשש לגבי יכולת התחרות של המרכזים הרפואיים הקטנים במידה שיצטרכו להתמודד בשוק באופן עצמאי. התמודדות עם סוגיה זו תחייב התייחסות מוקדמת מצד משרד האוצר ומשרד הבריאות.

ככלל, ועדת המשנה סבורה כי מבין שלל האפשרויות לתיאגוד, ישנם שני מתווים ראשיים לתיאגוד מרכזים רפואיים ממשלתיים, העשויים להיות רלבנטיים ובה בעת שונים מהותית זה מזה.

המתווה הראשון כולל תיאגוד של המרכזים הרפואיים הממשלתיים והפיכתם לחברות ממשלתיות בבעלות המדינה. האפשרות האחרת כוללת תיאגוד של המרכזים הרפואיים הממשלתיים (באופן פרטני או מקובץ) ומכירתם לקופות החולים:

²⁸⁸ ראו דוח ועדת ליאון עמ' 6.

4.3.1 תיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים לחברות ממשלתיות והותרת

השליטה בידי המדינה

הרציונל העומד בבסיס אפשרות זו הוא שהפיכתם של מרכזים רפואיים לחברות ממשלתיות, תפתור באופן מלא את בעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות. בנוסף, מרכזים רפואיים שיפעלו כחברות ממשלתיות הפועלות כיחידות רווח עם ממשל תאגידי הולם, צפויה להגביר את יעילותם. רשות החברות הממשלתיות ביצעה תיאגוד של מספר יחידות ממשלתיות לחברות ממשלתיות אחרות, לדוגמה, חברת הדואר, חברת נמלי ישראל וחברות נמלים. בנוסף, הפיכתם של מרכזים רפואיים לחברות ממשלתיות צפויה לצמצם את תלותם במשרד הבריאות ובמשרדי ממשלה אחרים, ולהרחיב משמעותית את הגמישות הניהולית של מנהלי המרכזים הרפואיים. עם זאת, יש לקחת בחשבון שהפיכתם של המרכזים הרפואיים הממשלתיים לחברות ממשלתיות כרוכה במורכבות רבה, נוכח מאפייניהם הייחודיים של בתי חולים והאתגרים הכרוכים בניהולם, כפי שציינה ועדת ליאון²⁸⁹:

"לבתי החולים מאפיינים ייחודיים אשר לא קיימים בחברות ממשלתיות אחרות כגון: עיסוק יום יומי בדיני נפשות; הצורך לרשיון את תחומי פעילותם, את הציוד והתרופות שבשימושם ואת היקפי פעילותם בכל אחד מתחומי ההתמחות; הצורך לקבוע תקנים ושיטות לטיפול רפואי ולפקח עליהם; הצורך להיערך לשעת חירום ולהשתלב במערך החירום של המדינה; הצורך להפעיל במשך כל שעות היממה ובכל ימי השבוע; הצורך לקיים שירותים רפואיים אחידים בכל בתי החולים במדינה; ההיקף הכספי הגדול הכרוך בהפעלת בתי החולים והמספר הגדול של המועסקים בהם; הצורך לקיים מערכת יחסי עבודה ייחודית ולפעול מול איגודי עובדים ארציים; הרגישות הציבורית הרבה לנעשה בבתי החולים והחשיפה התקשורתית הנובעת מכך."

לשם השלמת התמונה, יש לציין כי כיום, לצד בתי החולים הממשלתיים הכלליים קיימים תאגידי בריאות, ובחלק מהמקרים מדובר בתאגידים עם היקפי פעילות משמעותיים ביותר, היכולים להגיע לעשרות אחוזים מהפעילות הכלכלית של בית החולים הממשלתי. פעילות זו, מהווה לדעת חברי וועדת המשנה וגורמים שהופיעו בפני הוועדה, מעין "תאגוד זוחל" של מערך בתי החולים הממשלתיים.

4.3.2 תיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים והעברת השליטה בהם לידי

קופות חולים

תיאגוד של מרכזים רפואיים ממשלתיים פותח אפשרות להעביר את השליטה לקופות החולים ועל ידי כך לייצר אינטגרציה אנכית במערכת הבריאות ולשנות את מבנה המערכת כולה.

אינטגרציה אנכית בין קופות חולים לבין בתי חולים כבר קיימת בשירותי בריאות כללית וכן בין קופת חולים מכבי לבין בי"ח אסותא שבבעלותה. חלופה זו זוכה לתמיכה מצד נציגי קופות החולים וגם ע"י סמנכ"לית קופות חולים במשרד הבריאות, שהופיעו בפני

²⁸⁹ דו"ח ועדת ליאון עמ' 5.

וועדת המשנה וטענו לקיומם של יתרונות משמעותיים לאינטגרציה אנכית, מעבר לטענה שקופות החולים יוכלו לנהל את המרכז הרפואי בצורה יעילה והדוקה יותר. היתרונות שהוצגו בפני וועדת המשנה מתבטאים במספר מישורים:

ראשית, ניידות של דרגי ניהול, רופאים ובעלי מקצוע אחרים, בין מערך הטיפול בקהילה למערך בתי החולים תורמת לגמישות בניהול כ"א. מבחינה ניהולית, רופאים נהנים ממגוון הזדמנויות מקצועיות ותעסוקתיות באותה קופה, אשר תורמות להכשרתם ולפיתוחם המקצועי. כיום, קיימים הסכמים בין תאגידי בריאות בבתי חולים ממשלתיים לקופות חולים, המאפשרים ניידות רופאים, עובדי התאגיד, בין בית החולים לקהילה.

שנית, בנוסף, סינרגיה בין מערך הטיפול בקהילה למערך בתי"ח באה לידי ביטוי ביעילות תפעולית. קופה שבבעלותה בתי חולים יכולה לחסוך באופן משמעותי בעלויות התפעול וכוח האדם על ידי ניצול מיטבי של התשתיות הרפואיות שברשותה ומניעת כפל תשתיות. קופות החולים יהיו ווסת לפיתוח שירותים שאינם נדרשים, ויגביר את האמון בין בתי החולים לקופות החולים. הדבר ימנע בין היתר הקמת תשתיות כפולות בקהילה ויאפשר לקופות החולים להשתמש בבתי החולים כמוקד טיפול מרכזי לרפואה שניונית.

שלישית, המידע שנצבר במערכת מאפשר רצף טיפולי בעל ערך רב למטופל, וכן השבחה של תהליכים ושיפורה. באשר להיבט זרימת המידע, משרד הבריאות אימץ מערכת מידע להעברת מידע בין בית החולים למערך הטיפול בקהילה ("אופק"), המוטמעת בכלל בתי החולים בימים אלה.

אולם, בפני ועדת המשנה הוצגו גם חסרונות למודל האינטגרציה האנכית.²⁹⁰ מבחינה תחרותית, צפוי להיווצר שוק ריכוזי וממועט שחקנים הן בשוק קופות החולים והן בשוק בתי החולים. היותו של מרבית כושר הייצור במתן שירותי אישפוז בידי קופות חולים ייצר להן כח משמעותי אל מול הממשלה ומקבלי ההחלטות מחד, מייצר יכולת לקופות החולים להפלות בין בתי חולים בהפניית מטופלים ולפגוע אנושות בבתי חולים שאינם בבעלות קופת חולים. צמצום מספר השחקנים בשוק עלול לגרום לכך שמטופלים לא יוכלו לבחור בין בתי חולים שבהם יקבלו טיפול, הואיל ולקופה שבה הם מבוטחים יהיה אינטרס להפנות את מבוטחיה אך ורק לבתי החולים שבבעלותה. בכך יפגע חופש הבחירה של המטופל ותפגע אחת מהנחות היסוד של הוועדה בכלל וועדת המשנה בפרט- הצבת טובת המטופל כמטרת על. חשש זה נבחן על ידי רשויות תחרות ברחבי העולם ואושש על ידי כלכלני בריאות (2012) Gaynor & Town²⁹¹:

"In an industry with uncertainty and with differentiated products, like health care, integration can be inefficient without being anticompetitive, simply by reducing choice."

²⁹⁰ פרוטוקול ד"ר ברלוביץ' מצגת עמ' 31; פרוטוקול פרופ' קובי גלזר עמ' 14-15
²⁹¹ Handbook of Health Economics, Volume 2 (2012), p. 620-621

יכולת הקופה להדיר את מבוטחיה מבתי החולים של מתחריה תתעצם, ויש בכך פוטנציאל לפגיעה במטופלים, מחד גיסא וחשש לפגיעה משמעותית בבתי חולים שלא נמצאים בבעלות של קופות חולים מאידך גיסא, כפי שמסבירים Gaynor & Town (2012)²⁹²:

"The traditional concern with vertical integration, however, is that it can serve to enhance or extend market power. An integrated insurer hospital firm may find it profitable to exclude rival insurers from access to the hospital, or charge them prices higher than the internal transfer price of the integrated firm (raising rivals' costs) (see Ma, 1997). The same could be true for excluding rival hospitals from access to the insurer in the integrated firm".

חלק שני – מסקנות והמלצות

5. המלצות לפתרון סוגיית ריבוי התפקידים

5.1 הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים סטטוטורית, הכפופה לשרת הבריאות
ועדת המשנה הגיעה בדיוניה למסקנה כי לעת הזו הפתרון הישים והנכון ביותר לבעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות הוא להקים על פי חוק את רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים שתהא כפופה לשרת הבריאות. רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים סטטוטורית תוקם מחוץ ובנפרד ממשרד הבריאות ואליה יועברו מגוון תפקידי הבעלים (פיקוח ניהולי) המצויים כיום באגפי המשרד השונים, על פי המיפוי שהוכן על ידי משרד הבריאות ומצורף כנספח.

בתי"ח הממשלתיים וכל תאגידי הבריאות, קרנות המחקר, אגודות הידידים והגופים הנוספים שהוקמו לידם (להלן מרכזים רפואיים ממשלתיים) יהיו כפופים לרשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים בנושאים שיתוארו להלן. משרד הבריאות יעסוק ברגולציה, יתמקד בעבודתו כמיניסטריון ורגולטור, וזאת בשים לב למסגרות תקציביות מאושרות. רגולציה על בתי"ח, שלה השלכות תקציביות משמעותיות תיעשה בהסכמה עם מנהל הרשות ובמקרה של חילוקי דעות תבדק המשמעות התקציבית על ידי הרשות והנושא יובא להכרעת השרה. הרשות תהא כפופה לשרת הבריאות אשר תמנה את העומד בראשה. אין חובה כי בראש הרשות יעמוד מי שהוא בעל רישיון לעסוק ברפואה ויעמוד בראשה מי שהוא בעל ניסיון והשכלה בתחומי ניהול כלכלי, פיקוח ובקרה. כהונתו של ראש הרשות תהיה קצובה.

מנכ"ל משרד הבריאות לא יהיה אחראי או בעל סמכות ביחס לרשות המרכזים הרפואיים וזאת על מנת לוודא קיומה של הפרדה אפקטיבית ומהותית.

²⁹² ראו הערה 25 לעיל

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לרשות יקבע תקציב עצמאי וזה ינוהל בחשבות נפרדת ממערך משרד הבריאות. הקמתה של רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים וסמכויותיה ייקבעו בחקיקה ייעודית. תבחן האפשרות להקים את הרשות מכח החלטת ממשלה כצעד מהיר (וזמני). הוועדה מדגישה את הצורך בעיגון מטרותיה, משימותיה וסמכויותיה של הרשות בחוק.

הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים הכפופה לשרת הבריאות נותנת מענה הולם לבעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות ומביאה לצמצום משמעותי במוטת השליטה של המשרד. יתירה מזו, מדובר במהלך הניתן ליישום בפרק זמן סביר הואיל והוא מצומצם יחסית בהיקפו ובמשכו, ואין בו כדי לשנות סדרי עולם במערכת הבריאות, בפרט מבחינת יחסי עבודה. המשמעות היא שרמת ההתנגדויות למהלך כאמור מצד איגודים מקצועיים אינה צפויה להיות גבוהה, אם בכלל.

הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים סטטוטורית מותרת, הלכה למעשה את השליטה בתהליך ארוך הטווח בידי שרת הבריאות שתוכל לקבוע את סדרי העדיפויות והאיזונים הנדרשים בשלבי התכנון והיישום. לממשלה תהיה שליטה והשפעה על התנהלות המערכת בהיבטי תקציב וכ"א. כמו כן, הקמת רשות סטטוטורית כאמור, אינה כרוכה בעלויות פרוהיביטיביות שיכבידו על הממשלה, או יחשקו את מקבלי ההחלטות. הואיל ומדובר במהלך שהוא בהגדרה אינו בלתי הפיך, תעמוד בפני שרת הבריאות והממשלה אפשרות לבחון בעתיד היתכנות של רפורמות נוספות, כגון תיאגוד, או במקרה שהניסיון לא יצלח, השבת המצב לקדמותו.

לסיכום, ועדת המשנה סבורה כי מדובר בחלופה מידתית, ישימה וגמישה, הנותנת מענה סביר לבעיית כפל הכובעים של משרד הבריאות ומניחה תשתית לחיזוק הפיקוח והבקרה על המרכזים הרפואיים הממשלתיים ושיפור הניהול, השקיפות והיעילות בתוך המרכזים הרפואיים הממשלתיים.

המלצה זו אומצה על ידי ועדת המשנה לאחר שהוסכם כי חלופת הרפורמה המבנית עדיפה על פני שתי החלופות האחרות, קרי, חלופת שמירת הסטאטוס קוו וחלופת התיאגוד, לאור העקרונות המנחים שתוארו לעיל, ובפרט לאור עקרון הישימות.

5.1.1 חסרונות חלופת שימור המצב הקיים

למרות הטענות כבדות המשקל שהובאו בפני הוועדה ביחס לחשש מפני שינוי מבני במערך הפיקוח על מערכת הבריאות שיוביל להתרופפות המשילות, ועדת המשנה סבורה כי שימור המצב הקיים אינו עולה בקנה אחד עם מנדט הוועדה וממילא אינו יכול לספק פתרון הולם לבעיית ריבוי התפקידים של משרד הבריאות. יתירה מזו, שימור הסטטוס קוו, מהווה התעלמות הלכה למעשה מדו"ח מבקר המדינה, דו"ח ה OECD ומסקנות ועדות קודמות בנושא מערכת הבריאות שטענו כולן כי יש לפעול לשינוי המצב, ועמדות שהוצגו בפני הוועדה בדבר הבעייתיות הרבה במצב הנוכחי. לפיכך, אי פעולה, גם נוכח חששות מוצדקים, אינה יכולה להיות תחליף לפתרון.

5.1.2 חסרונות חלופת התיאגוד

ועדת המשנה בחנה לעומקה את סוגיית התיאגוד, על היבטיה והשלכותיה השונים, הן בהקשר של אינטגרציה אנכית עם קופות חולים והן בהקשר של תיאגוד עצמאי.

עמדת רשות החברות הממשלתיות היא שלא ניתן להעביר בתי חולים לקופות חולים ללא תיאגוד²⁹³. עמדת החשבת הכללית היא שתיאגוד אינו נותן פתרון לבעיות של מערכת הבריאות וכן שהניסיון מעיד על בעיות שונות בתיאגוד במקרים קודמים וכי המדינה מתקשה בניהולן היעיל של חברות ממשלתיות²⁹⁴. בחינת חלופת התיאגוד אל מול העקרונות המנחים של ועדת המשנה הכריעה בסופו של דבר את הכף נגד תיאגוד בתי החולים הממשלתיים. מבחינת **טובת המטופל כמטרת על** בגיבוש ההמלצות, ועדת המשנה לא השתכנעה שחלופת התיאגוד מביאה עימה בהכרח בשורה של ממש למטופל בישראל. הוועדה ביקשה לברר איזו תועלת תצמח למטופלים כתוצאה מתיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים, ומצאה כי מנקודת מבטו של המטופל, בתי חולים מתואגדים, בין אם בבעלות קופות החולים ובין אם בבעלות אחרת, עלולים לעורר חששות משמעותיים. בפרט, אינטגרציה של בתי חולים ממשלתיים עם קופות חולים עלולה להפחית באופן משמעותי את חופש הבחירה של המטופלים, לפגוע בבתי חולים שאינם בבעלות הקופות ולייצר שוק ריכוזי ביותר שאת השלכותיו לא ניתן יהיה לרפא בנקל. נדמה אפוא כי ספק רב אם העיקרון השני של הבטחת איכותה ואיתנותה של מערכת הבריאות לאורך זמן נשמר בחלופת התיאגוד. כך גם ביחס לעקרון הקורא לחיזוק **מעמד הרפואה הציבורית בישראל** ואחריות המדינה לספק שירותי רפואה לתושביה. נדמה כי אימוץ חלופת תיאגוד המרכזים הרפואיים הממשלתיים אינו מתיישב עם חיזוק מעמד הרפואה הציבורית אלא ההפך. הציבור מצפה מהמדינה לספק שירותי בריאות הולמים, ולפיכך העברת האחריות לאספקתם לצדדים שלישיים, גם אם לא לצרכי הפרטה, בין אם לקופות חולים או לגורמים אחרים, אינה מחזקת בהכרח ואולי אף מחלישה את מעמדה של הרפואה הציבורית ובוודאי שלא את מעמדה הציבורי של הרפואה²⁹⁵. אם לא די באלו, הרי שפתרון התיאגוד אינו עולה בקנה אחד עם עקרונות הישימות והגמישות. הניסיון המצטבר של למעלה משני עשורים הוכיח מעבר לכל ספק שהמלצות בדבר תיאגוד אינן ישימות וסופן להישאר בגדר המלצות על הנייר. הסיבה לכך אינה אזלת יד של הממשלה אלא מציאות מורכבת עד מאד של אילוצים תקציביים ומשפטיים בעיקר בתחום יחסי העבודה אשר הופכים את החלופה של תיאגוד לבלתי מציאותית בפועל. ועדת המשנה עמדה מקרוב על המשמעות וההשלכות של תיאגוד מרכזים רפואיים ממשלתיים ושמעה דעות מומחים אשר לא הותירו ספק באשר לחוסר הישימות של חלופה זו בטווח זמן סביר. יתירה מזו, חלופת התיאגוד אינה מאפשרת דרגה סבירה של גמישות עתידית למקבלי ההחלטות הואיל וברגע המרכזים הרפואיים הממשלתיים יתואגדו, אין הלכה למעשה דרך חזרה, כפי שעולה מניסיונה של רשות החברות הממשלתיות בעשורים האחרונים. אשר על כן, מבלי לגרוע ממסקנותיהן והמלצותיהן

²⁹³ ראו פרוטוקול מיום 6.1.2014.

²⁹⁴ ראו פרוטוקול מיום 22.12.2013.

²⁹⁵ ראו דו"ח מרכז אדוה "ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה" ברברה סבירסקי יולי 2007 (עמ' 4-5): "התיאגוד הוא ביטוי נוסף של ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית. התופעה משתקפת לאו דווקא בעצמאות הניתנת למנהלי בתי החולים אלא בדרישה שבתי החולים יפעלו בסביבה עסקית שמטרותיה אינן קשורות לבריאות הציבור או לטובת החולים, אלא להשגת יעדים עסקיים. קיימת סתירה גלויה בין הדרישה לפעול כעסק לבין הדרישה לפעול לטובת החולים – כל החולים. בספרות המקצועית הדנה בנושא התיאגוד בישראל לא נמצא וולו יעד אחד הקשור לבריאות, כדוגמת הגברת מידת השוויון בהזדמנויות בריאות בין קבוצות שונות, או שיפור איכות הטיפול".

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

של ועדות קודמות, ועדת המשנה סבורה כי לאור הישימות הנמוכה של חלופת התיאגוד והקשיים הנוספים שהיא מעוררת, יש להורידה בשלב זה מהפרק. חברי הוועדה הסתייגו מאפשרות תיאגוד בתי החולים הממשלתיים והעברתם לידי קופות חולים וזאת מהטעמים שפורטו בסעיף 4.3.2.

בנושא זה, אין תמימות דעים בין חברי ועדת המשנה. עמדת חבר הוועדה משה בר סימן-טוב היא כי העברת בתי"ח ממשלתיים לידי קופות חולים טומנת בחובה יתרונות העולים באופן ניכר על החסרונות. והינה החלופה הנותנת מענה בצורה המיטבית ביותר לצרכי המערכת.

ראשית, יישום הפתרון יביא לפתרון מלא של סוגיית ריבוי הכובעים של משרד הבריאות שעומדת לפתחה של הוועדה.

שנית, נידות של רופאים בין טיפול בקהילה לעבודה בבית חולים תורמת לגמישות בניהול כ"א. באמצעות נידוד של רופאים ובעלי מקצוע בין מערך האשפוז למערך הטיפול בקהילה, קופות החולים מכשירות רופאים טובים ומנוסים המכירים את המערכת מנקודת מבט רחבה יותר התורמת למקצועיותם. מבחינה ניהולית, רופאים נהנים ממגוון הזדמנויות מקצועיות ותעסוקתיות באותה קופה, אשר תורמות להכשרתם ולפיתוחם המקצועי.

שלישית, סינרגיה בין מערך הטיפול בקהילה למערך בתי"ח באה לידי ביטוי ביעילות תפעוליות. קופה שבבעלותה בתי חולים יכולה לחסוך באופן משמעותי בעלויות התפעול וכוח האדם על ידי ניצול מיטבי של התשתיות הרפואיות העומדות לרשותה ומניעת כפל תשתיות. קופות החולים יהיו בלם לפיתוח שירותים שאינם נדרשים בבתי החולים ואילו האמון שיוצר בין בתי החולים לקופות ימנע הקמת תשתיות כפולות בקהילה ויאפשר שימוש מיטבי בבתי החולים כמוקד טיפול מרכזי לרפואה שניונית.

רביעית, זרימה מלאה של המידע שנצבר בקופה בין הקהילה לבית החולים מאפשר רצף טיפולי בעל ערך רב למטופל, דבר אשר אינו קיים כיום.

חמישית, מצב בו מרבית בתי החולים בישראל מתואגדים תחת קופות חולים יביא להכלה מושלמת של עלות מערכת הבריאות אל מסגרת עלות סל שירותי הבריאות, כתוצאה מכך ימנעו המתחים הכלכליים בין קופות החולים לבתי החולים, לקופות החולים לא יהיה אינטרס לשחוק את התשלום לספקי מערכת האשפוז ואילו לבתי החולים לא יהיה אינטרס לנפח את עלויות האשפוז.

לאור האמור לעיל לדעת מר בר סימן-טוב יש לתאגד את בתי החולים, כאשר את חלקם להעביר לבעלות קופות החולים וחלקם לתאגד כישויות עצמאיות תוך בניית מנגנונים לפיקוח ובקרה עליהם. אולם, לאור הקשיים שהוצגו לוועדת המשנה באשר ליישום תהליך תיאגוד בתי"ח ממשלתיים ולאור הזמן הדרוש לביצוע מהלך זה, תומך מר בר סימן-טוב בהקמת רשות לניהול בתי החולים הממשלתיים. לאחר שרשות זו תבסס את מערכת הפיקוח על בתי"ח, תידרש לבחינה של מהלך תיאגוד בתי"ח ממשלתיים והעברתם לידי קופות חולים.

5.1.3 חסרונות חלופת השינוי הארגוני במשרד הבריאות

ועדת המשנה סבורה כי הקמת אגף חדש בתוך משרד הבריאות שירכז את תפקידי הבעלים של המשרד מול בתי החולים הממשלתיים אינה יכולה לפתור בצורה אפקטיבית את בעיית ריבוי התפקידים של המשרד. הפרדה ארגונית תוך משרדית עשויה לסייע נקודתית כשלב ביניים עד להפרדה מלאה, אולם אין בה כדי לתת מענה אמיתי לבעיה המהותית, שכן לא זו בלבד שהלכה למעשה מנכ"ל משרד הבריאות ימשיך להיות מצוי באותו מצב של כפל תפקידים, הרי שגם כלפי חוץ, משרד הבריאות ימשיך להיתפש כפי שהוא נתפש היום, כרגולטור ובעלים של בתי חולים.

5.1.4 חסרונות חלופת הרשות העצמאית

ועדת המשנה סבורה כי רשות המרכזים הרפואיים צריכה להיות נפרדת ממשרד הבריאות אולם בה בעת לדור בכפיפה אחת לצד משרד הבריאות תחת אחריותה וסמכותה של שרת הבריאות ותחת כנפיה של הממשלה. מערך המרכזים הרפואיים הממשלתיים, המהווה נכס ראשון במעלה של המדינה, ראוי שישאר תחת פיקוחה הישיר של שרת הבריאות ובמסגרת פיקוח ממשלתי כולל. מבלי לגרוע מחשיבות של עצמאות הרשות, הרי שבשונה מרשויות רגולטוריות עצמאיות כגון רשות הגבלים עסקיים או רשות ניירות ערך, רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים היא בראש ובראשונה גורם מנהל ומפקח על נכסים בבעלות המדינה, המסובסדים על ידה ומספקים מוצר ציבורי רב חשיבות, בעוד שהדוגמאות האחרות הן רשויות אכיפה עם סמכויות מעין שיפוטיות. לפיכך, בנסיבות דנן, ולאור ההיקפים המשמעותיים של הנכסים המנוהלים וחשיבותם הציבורית העליונה, ועדת המשנה מצאה לנכון להמליץ על מודל משולב של רשות מרכזים רפואיים ממשלתית נפרדת ממשרד הבריאות הכפופה לשרת הבריאות. יובהר כי המלצה האמורה בסעיף זה נוגעת אך ורק לבתי החולים הממשלתיים, הוועדה נמנעה מלהתייחס לבתי חולים ציבוריים עצמאיים אשר מתואגדים כבר היום.

המלצה זו עולה בקנה אחד עם המלצתה של ועדת ליאון להקים רשות בתי חולים, נוכח מאפייניהם של בתי החולים והצורך לפתור את בעיית כפל התפקידים²⁹⁶: יש לציין כי על פי ועדת ליאון הרשות תפקח על כלל בתי"ח שיהיו מתואגדים, בעוד ועדת משנה זו ממליצה על הקמתה של רשות לפיקוח על המרכזים הרפואיים הממשלתיים בלבד.

"המאפיינים הנ"ל, יחד עם הצורך לבטל את ניגוד העניינים הקיים במשרד הבריאות, מצדיקים הקמת רשות מיוחדת (להלן: "רשות בתי חולים") אשר תפקידה יוגדרו ב"חוק בתי החולים בישראל" ויהיו דומים לאלה של רשות החברות הממשלתיות תוך התאמתם למאפיינים הייחודיים של בתי החולים. מבנה הרשות וסמכויותיה יקבעו בחוק. מנהל הרשות ובעלי התפקידים המרכזיים ברשות יתמנו על ידי שר הבריאות. תפקידה של רשות בתי החולים יהיו בייעוץ, פיקוח ובקרה פיננסית וכלכלית. במסגרת זו, תרכז הרשות נושאים בהם נדרשת ראייה מערכתית רוחבית, לצורך ייעול כלל המערכת. תפקידיו של

²⁹⁶ דו"ח ועדת ליאון עמ' 5.

משרד הבריאות יהיו בקביעת מדיניות מערכת הבריאות בתחום הרפואי, בקביעת כללי המשחק המקרו כלכלית, פיקוח ואבטחת איכות, ניהול הרגולציה בכלל מערכת הבריאות וקביעת מחירים.

6. המלצה לחיזוק מנגנוני משילות ובקרה של המדינה על המרכזים הרפואיים שבבעלותה

קיימת הסכמה רחבה בקרב גורמים במשרד הבריאות, בממשלה ובמערכת הבריאות כי יש צורך בחיזוק מנגנוני המשילות והבקרה של המדינה על המרכזים הרפואיים שבבעלותה והגברת השקיפות במערכת המרכזים הרפואיים הממשלתיים²⁹⁷. הפרדת תפקידי המיניסטריון ותפקידי הבעלים על ידי הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים הינה צעד ראשון חיוני בדרך להגשמת מטרה זו, אולם לא די בכך. בנוסף, וועדת המשנה ממליצה על אימוץ המנגנונים הבאים במסגרת הסמכויות שיוקנו על פי חוק לרשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים על מנת שזו תוכל לבצע את תפקידה באופן אפקטיבי:

• סמכויות בנושאי פיקוח, בקרה, תקציב, שקיפות ומינהל;

רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים תהיה אמונה על הגדרתם של סטנדרטים מנהליים להתנהלותם של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, הטמעתם ואכיפתם על פי חוק. הרשות תפעל בסמכות להבטיח את התנהלותם היעילה של המרכזים הרפואיים הממשלתיים תוך הקפדה על עמידה בסטנדרטים שנקבעו על ידיה ובדגש על שקיפות מירבית הן כלפי המטופלים בהיבטים של זמינות תורים, אמנת שירות וכו' והן כלפי המדינה בהיבטים של אישור תכניות עבודה, וידוא עמידה במסגרות התקציב, בקרה תקציבית וחשבונאית, פרסום דוחות כספיים, הפעלת מערך ביקורת פנים, ציות לכללי מנהל תקין ולעקרונות ממשל תאגידי וכו'. ועדת המשנה סבורה כי שקיפות היא תנאי הכרחי לחיזוק מעמדה של הרפואה הציבורית בישראל וזכייה מחודשת של אמון הציבור בה. כפי שטען שופט ביהמ"ש העליון בארה"ב לואי ברנדייס, "אור השמש הוא המחטא הטוב ביותר", והדברים נכונים גם לענייננו.

• סמכות בנושאי מדיניות וניהול

רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים לא תעסוק בניהול השוטף של המרכז הרפואי, אלא תהווה גוף מטה בנושאי ניהול לרבות: רפורמות מבניות, הון אנושי, תקציב, כספים, מערכות מידע, רכש ולוגיסטיקה.

• סמכות לדרוש ולקבל מידע מהמרכזים הרפואיים הממשלתיים הדרוש

לצורך ביצוע החוק;

תנאי חיוני לביצוע ופיקוח יעיל הוא גישה למידע המצוי אצל הגורמים המפוקחים. לפיכך, מוצע לקבוע כי המרכזים הרפואיים הממשלתיים ונושאי

²⁹⁷ ראו פרוטוקול דיון משה דיין, מיכל עבאדי בויאנג'ו, קובי אמסלם

משרה בהם יהיו מחויבים, לפי דרישת הרשות, או מי שהוסמך לכך על ידה, למסור כל מידע שלדעת הרשות יש בהם כדי להבטיח או להקל את ביצועו של חוק בתי החולים הממשלתיים. אי עמידה בדרישה להעביר מידע מלא במועד תהווה הפרה של הוראות החוק ובגינה ניתן יהיה להטיל עיצומים.

• **סמכות להטיל עיצומים בגין הפרת הוראות;**

מוצע לקבוע כי לרשות המרכזים הרפואיים תהא סמכות על פי חוק להטיל עיצומים בגין הפרה של הוראות או לפי נסיבות העניין לנקוט בהליכים משמעתיים כנגד נושאי משרה בגין הפרת הוראות, והכל בכפוף לשימוע ולזכות ערר על החלטות הרשות. ועדת המשנה סבורה כי על מנת לעגן את מעמדה של רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים כרשות פיקוח בעלת סמכויות אכיפה, נדרש להגדיר בחוק סמכויות להטיל עיצומים הן על המרכזים הרפואיים הממשלתיים והן על נושאי משרה בהם, במקרה של אי ציות להוראות הרשות או הפרה אחרת.

7. המלצה לחיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של המרכזים הרפואיים הממשלתיים

שיפור תפקודם של המרכזים הרפואיים הממשלתיים מחייב, בנוסף להידוק הרגולציה עליהם, גם חיזוק של מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים, ובלשון אחר, החלת עקרונות של ממשל תאגידי על המרכזים הרפואיים. ככלל, עקרונות הממשל התאגידי מהווים אוסף של עקרונות וכללים המגדירים כיצד ראוי שחברות ציבוריות תתנהלנה בהיבטי בקרה ופיקוח. עקרונות אלו, בשינויים המחויבים, משמשים ארגונים שונים ולא רק חברות ציבוריות.²⁹⁸ רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים תפרסם סטנדרטים ועקרונות ממשל תאגידי שיחייבו את המרכזים הרפואיים הממשלתיים ותהא אמונה על אכיפתם. בין השאר, לרשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים תינתן סמכות בחוק להגדיר כללים מבניים והתנהגותיים שיחולו על בתי החולים ולפרסם הנחיות תקופתיות והוראות נקודתיות בחוזרים לפי הצורך.

ועדת המשנה ממליצה לקבוע סטנדרטים בתחומים הבאים:

א. שקיפות

שקיפות היא עקרון יסוד במנהל ציבורי ותנאי לאמון הציבור במערכת. על כן, ועדת המשנה ממליצה לעגן נורמות של שקיפות בכל היבטי הפעילות של המרכזים הרפואיים הממשלתיים. כפי שצוין לעיל, הנהלות המרכזים הרפואיים הממשלתיים תהיינה אחראיות לפעול בשקיפות מירבית כלפי הציבור – גם כבועו כבעלים (באמצעות המדינה) של המרכזים הרפואיים הממשלתיים וגם כבועו כציבור מטופלים שנוזק לשירותי בית החולים. כללי השקיפות יחולו

²⁹⁸ יום עיון בנושא ממשל תאגידי בבתי חולים התקיים במסגרת המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות בשנת 2011 <http://www.israelhpr.org.il/1060/473.htm>

ביחס לכל היבטי הפעילות של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, כולל לדוגמה פרסום דוחות כספיים, דוחות ביקורת, פרוטוקולים והחלטות הנהלה, כפי שיוגדרו על ידי הרשות.

ב. הקמת ועדות היגוי להנהלות המרכזים הרפואיים הממשלתיים

מבלי לגרוע מסמכותן ואחריותן של ההנהלות לניהול השוטף של המרכזים הרפואיים, ועדת המשנה ממליצה שבכל מרכז רפואי ממשלתי תמונה ועדת היגוי שתשמש מעין מועצת מנהלים (דירקטוריון). ועדת ההיגוי תתווה את מדיניות המרכז הרפואי הממשלתי בהתאם להוראות חוק בתי חולים ממשלתיים, תפקח על פעילותו ועל ביצוע תפקידי המנהל הכללי ופעולותיו, ובכלל זה: תקבע את המדיניות הכללית של המרכז הרפואי ואת פעולותיו הפיננסיות; תפקח מדי שנה על תקציבו השנתי של המרכז הרפואי והשימוש במקורות העומדים לרשותו; תקבע את תכנית הפעולה של המרכז הרפואי לאותה שנה ותכניותיו לטווח ארוך; תקבע את אופן השימוש בתקציבי העסקה במרכזים הרפואיים; תעקוב ברציפות אחרי יישום המדיניות, התכניות והתקציבים של המרכז הרפואי; שרת הבריאות תקבע את אופן בחירת חברי ועדת ההיגוי ואת תנאי כשירותם.

ג. קציבת משך כהונתם של נושאי משרה בכירים במרכזים רפואיים

ממשלתיים

ועדת המשנה ממליצה לקצוב משך כהונה למנהלי המרכזים הרפואיים הממשלתיים, למנהלי מחלקות ולנושאי משרה בכירים נוספים במערכת הבריאות הממשלתית בכפוף להדברות עם נציגי העובדים מהנימוקים הבאים: שיפור יכולת ההערכה של התפקוד המקצועי וההתאמה של נושאי המשרה הבכירים לכהונותיהם; פתיחת מסלולי קידום במערכת המרכזים הרפואיים הממשלתיים תוך הגדלת סיכוייהם של מועמדים נוספים לאיש משרות בכירות וקידום עקרון שוויון ההזדמנויות; עידוד חדשנות ומניעת שחיקה הנובעת ממילוי תפקיד במשך תקופת זמן ארוכה; צמצום יחסי תלות בין הגורם הממנה לנושא המשרה הבכיר ובין נושא המשרה הבכיר לכפיפו; הגדלת עצמאותו של נושא המשרה הבכיר לצד מניעת צבירה וריכוז של כוח רב בידי נושא משרה בכיר לתקופה ממושכת. לנושא זה נדרש צוות מטעם משרד הבריאות ונציבות שירות המדינה וועדת המשנה מציעה לבחון יישום מתווה המלצותיו במסגרת עבודת הרשות

ד. חיזוק מערך ביקורת וחשבות

בנוסף למבקר הפנימי של המרכז הרפואי הממשלתי, ועדת המשנה ממליצה על מינוי ועדת ביקורת בידי ועדת ההיגוי והגדרת תפקידיה וסמכויותיה בחוק בתי חולים ממשלתיים כדלקמן: לדווח לוועדת ההיגוי על ממצאי פעולות הביקורת; לעמוד על ליקויים בניהול המרכז הרפואי הממשלתי, בין השאר תוך התייעצות עם המבקר הפנימי של המרכז הרפואי או עם רואה החשבון המבקר, ולהציע

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוועדת ההיגוי דרכים לתיקונים ; לבחון את מערך הביקורת הפנימית של המרכז הרפואי ואת תפקודו של המבקר הפנימי וכן אם עומדים לרשותו המשאבים והכלים הנחוצים לו לצורך מילוי תפקידו, בשים לב, בין השאר, לצרכיו המיוחדים של המרכז הרפואי ולגודלו ; לדון בדוחות של מבקר הפנים, דוחות מבקר המדינה ודוחות ביקורת אחרים. נוכח החשיבות הרבה בביקורת חשבונות על ניהול התקציב ותהליכי רכש במרכזים הרפואיים הממשלתיים, ועדת המשנה ממליצה על בחינה של מערך החשבונות על ידי משרד הבריאות ואגף החשכ"ל באוצר. מוצע כי בראש מערך הכספים של המרכזים הרפואיים יעמוד מי שהוא בעל ידע וניסיון המתאימים לניהול כספי של יחידה בעלת היקפים כספיים דומים. יש לחזק את מעמדם של האמונים על מערך הכספים.

ה. חיזוק יכולות ניהול כ"א במרכזים רפואיים

בכל הנוגע לניהול ההון האנושי, המרכזים הרפואיים הממשלתיים כפופים למדיניות נציבות שירות המדינה וספר התקציב. הואיל ובתי חולים הינם יחידות תפעוליות עתירות הון, המספקות שירותי רפואה השונים במהותם ובאופיים מהשירותים שמספקים משרדי הממשלה (מיניסטריונים) נדרשת לגביהם התייחסות שונה בכל הקשור לניהול ההון האנושי בכפוף לחוק התקציב.

שיפור הניהול במרכזים רפואיים ממשלתיים מצדיק מתן סמכויות רחבות יותר וגמישות רבה יותר למנהליהם בכל הקשור לניהול הון אנושי על מנת להתמודד עם התחרות על משאב זה. לאורך השנים נעשו התאמות שונות כדי להעניק למרכזים הרפואיים הן את העצמאות והן את הגמישות בניהול כוח האדם שלהם, אולם עדיין נדרשת הרחבה של הסמכויות והגמישות. ועדת המשנה ממליצה לבחון הרחבה נוספת של סמכויות ניהול כ"א המואצלות מנציבות שירות המדינה וממשרד הבריאות לרשות המרכזים הרפואיים, ללא חריגה ממסגרת התקציב המאושרת, תוך יצירת תשתיות מקצועיות וניהוליות מתאימות והענקת הכשרה וליווי מקצועי לאורך זמן.

סיכום ואבני דרך ליישום ההמלצות

בעיית כפל תפקידיו של משרד הבריאות כרגולטור של מערך האשפוז מחד ובעלים של מרכזים רפואיים ממשלתיים מאידך, מחלישה באופן משמעותי את מעמדו של המשרד ופוגעת במערכת הבריאות בישראל. על מנת להתמודד עם בעיה נמשכת זו, נדרש לבצע מהלכים מבניים משמעותיים שיתנו מענה הולם לכשלים במערכת. מתוך הכרה עמוקה בחשיבות הנושא והשלכותיו מרחיקות הלכת, לא רק על הממשלה ומערכת הבריאות, אלא על הציבור בכללותו, קבעה וועדת המשנה עקרונות מנחים לגיבוש עמדתה. עקרונות אלו, שפורטו בדו"ח, נשענים בראש ובראשונה על העמדת טובת המטופל בראש סדר העדיפויות, הבטחת איכותה ואיתנותה של מערכת הבריאות, חיזוק

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מעמד הרפואה הציבורית. בנוסף, ועדת המשנה ביקשה להימנע ממצב שבו המלצותיה לא ייושמו או יקשיחו ויחשקו את הממשלה בעתיד.

ועדת המשנה בחנה את החלופות השונות שעמדו בפניה לאורם של עקרונות אלו, והגיעה לכלל מסקנה, כי חלופת התיאגוד כרוכה בחסרונות, הן מבחינת המדינה והן מבחינת הציבור וממילא חלופה זו אינה ישימה בטווח הנראה לעין. מנגד, ועדת המשנה סבורה כי שימור המבנה הקיים כמו גם חלופת השינוי הארגוני בתוך משרד הבריאות אינם נותנים מענה הולם לבעיית כפל התפקידים.

ועדת המשנה ממליצה על הקמתה של רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים במסגרת חקיקה ייעודית. רשות זו, שתהא כפופה לשרת הבריאות ולממשלה אך נפרדת ממשרד הבריאות, תאפשר למשרד הבריאות להתמקד בביצוע תפקידי המיניסטריון בעוד שהיא תתמקד בביצוע תפקידי הבעלים. מהלך שכזה יניח את התשתית לחיזוק מנגנוני המשילות והבקרה של המדינה על המרכזים הרפואיים שבבעלותה וכן לשיפור הניהול והבקרה בבתי החולים עצמם, תוך הגברת השקיפות. בכך, המערכת כולה תתחזק, והציבור יצא אף הוא נשכר שכן משרד הבריאות צפוי לשפר את תפקודו כמיניסטריון והמרכזים הרפואיים יתנהלו לפי אמות מידה מתקדמות של ניהול ושקיפות כמצופה מארגונים בעלי חשיבות כה מכרעת.

ועדת המשנה מודעת למשאבים הניהוליים והמקצועיים הכרוכים ביישום המלצותיה. המלצות הוועדה מבטאות את המתווה הכללי לפתרון בעיית כפל התפקידים והסוגיות הנלוות לה ואינן יורדות לפרטי סעיפי החקיקה שתידרש, מתוך הכרה בכך שאימוץ המתווה המוצע יצריך עבודת המשך של צוותי עבודה ייעודיים בעלי מומחיות מתאימה. אין ספק כי ללא הקמתם של צוותים בעלי מומחיות נדרשת, שיוכלו להשקיע את מרבית זמנם ומרצם בקידום ההמלצות, הסבירות ליישום הפתרונות בטווח זמן סביר היא נמוכה. על כן יש חשיבות רבה להקמת צוותי עבודה ליישום המלצות ועדת המשנה בהתאם לאבני הדרך הבאות:

א. מינוי צוות לניסוח תזכיר חוק רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים בראשות משרדי הבריאות, המשפטים והאוצר ובהשתתפות נציבות שירות המדינה וגורמי ממשלה רלבנטיים. על פי החלטת שרת הבריאות, ניתן לכלול פרק ייעודי בנושא רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים במסגרת תזכיר חוק בתי חולים שיחול על כלל בתי החולים בישראל, ויסדיר את פעילותם. במסגרת אחת מהאפשרויות לעיל יוגדרו מטרות רשות המרכזים הרפואיים הממשלתיים, כפיפות הרשות לשרת הבריאות, יחסי הגומלין בין הרשות למשרד הבריאות, מבנה הרשות וסמכויותיה, כמפורט בסעי' 6 לעיל וכן כללים לניהול מו"מ מסחרי למתן שירותי אשפוז לקופות החולים מתוך מניעת הוצרות כח שוק.

ב. מינוי צוות הקמה של רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים בראשות משרד הבריאות ובהשתתפות נציבות שירות המדינה, אגף תקציבים, משרד המשפטים (ייעוץ וחקיקה) ומשרד ראש הממשלה. תפקידו של צוות ההקמה יהיה להניח את התשתית הארגונית והמנהלית להקמתה של הרשות לצורך מילוי תפקידיה על פי חוק ובכלל זה:

- הגדרת המבנה הארגוני של הרשות

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- קביעת קריטריונים לתפקיד מנהל הרשות ונושאי משרה בכירים ברשות
- הגדרת תקינה ומסגרת תקציבית
- התקנת נהלי עבודה מול משרד הבריאות
- הגדרת לוחות זמנים להקמת הרשות
- ניסוח עקרונות ממשל תאגידי מרכזים רפואיים ממשלתיים בשיתוף מומחים ממערכת הבריאות ומהאקדמיה

הסתייגויות

ודעות

מינוט

לפרקים א' ו-ב':

- לסעיפים 16 – 17 (הרחבת מערכות בקהילה):

פרופ' יוג'ין קנדל: תלוי בבדיקת כדאיות המהלכים על מנת לא לגרום ליצירת תשתיות עודפות.

- לסעיפים 22 – 27 (הסדרי בחירה בין בתי החולים):

פרופ' יוג'ין קנדל ופרופ' קובי גלזר: מומלץ שהבחירה תהיה חופשית ולא תלויה בתמריצים כלכליים. כל הגבלה תהיה מנומקת ומאושרת על ידי משרד הבריאות כאשר טובת הטיפול הרפואי יהיה השיקול המנחה היחיד לעניין זה. על מנת למנוע פגיעה בקופות החולים עקב כך מומלץ לעבור למחירים אחידים בין בתי החולים וקופות החולים בכלל המערכת, תוך מתן תמריצים להתייעלות.

- לעניין סעיף 45 ("פול-טיימר"):

פרופ' לאה אחדות ופרופ' גבי בן נון: ממליצים שרופאים במערכת הציבורית שעיקר זמנם במערכת הציבורית, גם אם הם אינם "פולטיימר" – לא יכלו לעבור במערכת הפרטית או שיחולו עליהם מגבלות ההעסקה שיש על כל עובד ציבורי שרוצה לעסוק בעבודה פרטית.

ד"ר שולי ברמלי, ד"ר עזיז דראושה, ד"ר מיכל טביביאן: לגבי רופאים שאינם "פולטיימר" ממליצים שהם יועסקו במערכת הציבורית בהיקף משרה מינימלי שיקבע. הם יוכלו לעבוד מחוץ למערכת הציבורית תחת מגבלות על הפעילות שיקבעו מראש, באישור הנהלת בית החולים.

עו"ד עדי ניב יגודה – ראה עמדת מיעוט

- לסעיף 53 (ועדה לבחינת התמחור וההמחרה):

פרופ' יוג'ין קנדל, פרופ' קובי גלזר, ד"ר שולי ברמלי, ד"ר עזיז דראושה: בעניין התמחור וההתחשבות – נדרש שינוי דרסטי בשיטת התמחור וההתחשבות בין קופות חולים ובתי חולים, על מנת לשפר תמריצים שכיום מעוותים הפוגעים במערכת הבריאות והחולים הנזקקים לשירותי האשפוז. אנו ממליצים לבטל את "שיטת האלפות", לשנות את "קביעת הקאפ" ולעבור לתמחור אחיד המכניס יציבות וודאות למערכת הבריאות ומאפשר תכנון ארוך טווח.

מומלץ לשקול בכובד ראש הקמת מנגנון מקצועי ועצמאי ללא ניגודי עניינים ושיקולים זרים, אשר יפעל לתכנון ארוך טווח, תמחור והתחשבות בתוך מערכת הבריאות ברמת המיקרו (בדומה לרשויות עצמאיות אחרות בממשלה המאסדרות פעילות בתחומים שונים כגון ות"ת, מפקח על הבנקים, רשות חשמל, רשות המים, ועוד). המצב היום מאופיין כשוק לא יעיל עם כוחות מונופוליסטיים ללא יכולות רגולטוריות הולמות.

עו"ד עדי ניב יגודה: ראה עמדת מיעוט

- לסעיפים 57 – 58 (הגבלות על מערכת האספקה הפרטית):

עו"ד לאה ופנר, פרופ' קובי גזלר, פרופ' יוג'ין קנדל ופנינה קורן: יש לאסדר את המערכת הפרטית מבחינה רפואית, ואנו גם בעד נקיטת צעדים לייעול המערכת הפרטית. אין מקום, בשלב זה, ל"ריסון" גורף ולצמצום הפעילות ללא מתן פתרונות הולמים עבור הרוב המכריע של אזרחי ישראל שכיום בוחרים בשירותי המערכת הפרטית, בעיקר לאור העובדה, המוסכמת על רוב חברי הוועדה, שהמערכת הציבורית סובלת מתורים ומחסור במשאבים ותשתיות ומהיעדר אפשרויות בחירת המטפל. מומלץ לדון בנושא זה רק לאחר שיפור ניכר במערכת הציבורית. הדרך לצמצם את השימוש במערכת הפרטית היא על ידי מודל מימון מאוזן ומפוקח, המאפשר בחירת רופא במערכת הציבורית תוך פיקוח הולם, הגדלת משאבים ונוכחות צוותים רפואיים בה.

אנו ממליצים לשרת הבריאות לשקול בכובד ראש מודל מאוזן ומפוקח של שימוש במימון פרטי במערכת הציבורית על מנת לאפשר בחירה בגורם המטפל ולמנוע התרחבות הפערים, תוך מתן תשומת לב להמלצות של ועדות קודמות בנושא ולהמלצות המומחים הבינלאומיים שהופיעו בפני הוועדה. זאת כיוון שקיים מחסור חמור במשאבים במערכת הבריאות הציבורית.

מומלץ להתחיל באופן מיידי בפילוט של מודל מימון פרטי, מפוקח ומאוזן ב-3 בתי חולים ממשלתיים או בבעלות הקופה על מנת לבחון את ישימות המודל, תרומתו, ובמקביל להדק את יכולת רגולציה של משרד הבריאות.

• לסעיף 61 (הצמדת עלות הסל לגידול באוכלוסייה):

פרופ' גבי בן נון: העדכון הדמוגרפי של מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי נועד לשמר את היקף המקורות הריאליים העומדים לרשות קופות החולים לאספקת סל שירותים נתון. השגתו של יעד זה מחייבת מתן ביטוי הן לגידול השנתי באוכלוסייה והן להזדקנותה, שכן צריכת שירותי בריאות עולה עם הזדקנות האוכלוסייה.

בחינת היקף העדכון הדמוגרפי בפועל לאורך השנים, מלמדת שהיקף עדכון זה שיקף באופן חלקי בלבד את השינוי הדמוגרפי ועקב כך חלה שחיקה במקורות העומדים לרשות קופות החולים לאספקת סל שירותים מוגדר בהיקף מצטבר של 20%, המהווים שחיקה של כ-7 מיליארד ש"ח.

הוועדה המליצה "לעגן בהחלטת ממשלה כי הפיצוי הדמוגרפי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי יעודכן ויביא לידי ביטוי באופן מלא את גידול האוכלוסייה" (סעיף 105 בהמלצות הוועדה). תיקון זה מצמצם את השחיקה במקורות בגין העדכון הדמוגרפי, אולם הוא עדיין חלקי ואינו מבטא את הזדקנות האוכלוסייה.

כפי שניתן לראות בלוח 14, גם לאחר התיקון המוצע שיעור העדכון המתוקן נמוך משיעור הגידול השנתי במספר המבוטחים המתוקן (תקנון המבטא כאמור את הזדקנות האוכלוסייה). הלוח המצורף מציג את הפער (באחוזים) שבין מנגנון העדכון הנוכחי, מנגנון העדכון המוצע על ידי הוועדה (סעיף 105), והמנגנון הנדרש אשר מכיל גם את רכיב הזדקנות האוכלוסייה.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

לוח 14 : הפיצוי הדמוגרפי שניתן למול השינוי הדמוגרפי בפועל

השינוי באחוזים			שנה
השינוי הדמוגרפי (גידול אוכלוסייה והזדקנותה) כפי שהם מבוטאים בגידול השנתי השינוי במספר הנפשות המתקנות	הגידול השנתי באוכלוסייה (עפ"י למ"ס)	עדכון בפועל של מקורות קופות החולים	
4.8		2.00	1996
3.7	2.6	2.00	1997
3.0	2.5	2.00	1998
3.0	2.4	2.00	1999
3.0	2.8	2.00	2000
2.9	2.6	2.00	2001
2.4	2.2	1.75	2002
2.3	1.9	1.75	2003
2.0	1.8	1.75	2004
1.9	1.8	1.13	2005
2.1	1.8	1.13	2006
2.0	1.8	1.13	2007
1.9	1.8	0.9	2008
2.0	1.8	0.9	2009
2.2	1.9	0.9	2010
2.2	1.8	1.2	2011
2.2	1.9	1.2	2012
2.4	1.9	1.2	2013

מקור: לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים)

מהלוח ניתן לראות כי המלצות הוועדה אכן מצמצמות את היקף שחיקת המקורות בגין שינויים דמוגרפיים, אולם עדיין נותר פער בין היקף העדכון הנדרש ובין היקף העדכון המומלץ על ידי הוועדה - פער שהסתכם בשנים האחרונות בכ- 0.4%, המהווים שחיקה של כ-150 מיליון ש"ח.

כדי למנוע שחיקה זו בעתיד, מומלץ כי עדכון המקורות הציבוריים יתבסס על מלוא הגידול של האוכלוסייה והזדקנותה – כפי שהדבר בא לידי ביטוי בשיעור הגידול השנתי במספר הנפשות המתוקן (על בסיס הנתונים המתפרסמים על ידי המוסד לביטוח לאומי).

עו"ד עדי ניב-יגודה וד"ר שולי ברמלי-גרינברג: נוכח התחזיות על הגידול הדרמטי באוכלוסיית המבוגרים מעל גיל 65, יש להיערך להשלכות של הגידול הצפוי במספר הקשישים על תחום הבריאות. לפיכך, לפיצוי הדמוגרפי שעליו המליצה הוועדה יש להוסיף "והזדקנות האוכלוסייה". התוספת תאפשר למערכת הבריאות להיערך ולהתאים את עצמה לצרכים המתפתחים, ובכלל זאת נקיטת פעולות להגדלת מספר המומחים ברפואת משפחה, רפואה פנימית וגריאטריה; פיתוח תשתיות מתאימות (בקהילה ובבתי החולים).

- לסעיף 66 (שינוי הסכם אסותא אשדוד):

פרופ' יוגין קנדל ופרופ' קובי גלזר: ממליצים להקים צוות מקצועי לבחינת סוגיית שירותי הרפואה הפרטית באשדוד שימליץ לשרי הבריאות והאוצר בנושא, תוך התייחסות לכיבוד ההסכמים.

- בחירה ללא תשלום ברופאים בתוך בתי החולים הציבוריים

ד"ר שולי ברמלי, פרופ' גבי בן נון, ד"ר עזיז דראושה ופרופ' לאה אחדות:

1. בניתוחים/פעולות פולשניות בבתי החולים:

- א. בחירת הרופא הבכיר הנוכח בניתוח היא ללא תשלום של המבוטח או כל גורם מטעמו.
- ב. משרד הבריאות והאיגודים המקצועיים יקבעו רשימה של ניתוחים/פעולות פולשניות בהן נוכחות רופא מומחה בחדר תהיה חובה.
- ג. לכל ניתוח/פעולה פולשנית לא דחופים שמבוצעים בבית החולים ונמצאים ברשימה שנקבעה בסעיף 2 תיקבע רשימה של לפחות שני רופאים מומחים אשר ניתן לבחור מביניהם ומתאימים לביצוע הפרוצדורה. אין התחייבות שהרופא שנבחר הוא המנתח אלא שהוא נוכח בניתוח. במקרים בהם יש רק רופא מומחה אחד בבית החולים אשר מבצע את הפרוצדורה לא חייבים לתת אפשרות בחירה.
- ד. מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר הזמין. למבוטח המעוניין לבחור את הרופא הבכיר בניתוח יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.
- ה. כאמור בסעיף העוסק בהסדרי הבחירה, במידה וזמני ההמתנה חורגים מהכללים שנקבעו, זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים ויש להציג בפניו את האפשרויות השונות.

2. רפואה יועצת בבתי החולים

- א. אין בחירה של רופא יועץ במהלך אשפוז.
- ב. לכל שירות אמבולטורי שאינו במהלך אשפוז, תקבע רשימה של רופאים מומחים אשר נותנים מענה לנושא הנדרש.
- ג. למבוטח תינתן אפשרות לבחור מתוך הרשימה (במידה וקיים יותר מרופא אחד ברשימה).
- ד. במידה והמבוטח מעוניין לבחור רופא מהרשימה יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.
- ה. מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר הזמין.
- ו. כאמור בסעיף העוסק בהסדרי הבחירה, במידה וזמני ההמתנה חורגים מהכללים שנקבעו, זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים.

עו"ד עדי ניב-יגודה: ראה עמדת מיעוט

• קדנציות ורוטציות

פרופ' לאה אחדות ופרופ' גבי בן נון: ממליצים לאמץ קדנציות ורוטציות בתפקידי ניהול של מחלקות בבתי החולים.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

עו"ד עדי ניב יגודה : ראו עמדת מיעוט

- הסתייגויות כלליות :

משה בר סימן טוב : המלצות הוועדה כפופות למגבלות תקציביות ומגבלות כח אדם כפי שהם מאושרים ע"י הכנסת בחוק התקציב השנתי.

לפרק ג'

- לסעיף 2 (פוליסה האחידה) :

משה בר סימן טוב : פרמיות תוכניות השב"ן יקבעו בשיתוף עם משרד האוצר.

- לסעיף 3 (עקרונות הפוליסה האחידה) :

פרופ' יוג'ין קנדל : בסעיף 3ד', קביעת פרמיה – מומלץ לקבוע מנגנון מדורג שפרמיה עולה עם גיל ההצטרפות לרובד ראשון של פוליסת ביטוח בריאות (שב"ן או מסחרי) לשם מניעת נטישת צעירים וייקור הפרמיות למבוגרים. בסעיף 3ח', הסדר בלבד – תינתן אפשרות למתן החזר לא רק בביטוח פרטי אלא גם בשב"ן בפריפריה או בעבודה עם ספקים שנותנים שירות ייחודי.

- הצעות חלופיות :

פרופ' לאה אחדות וד"ר עזיז דרוואשה :

1. באופן עקרוני יש לבטל את רכיב בחירת המנתח בשב"ן. במקביל, לייקר את מחירו בביטוח המסחרי באמצעות מס/היטל שישקף את השפעותיו החיצוניות השליליות על המערכת הציבורית.
2. הפרמיה בשב"ן תותאם לביטול בחירת המנתח ובמקביל יועלה באופן פרוגרסיבי שיעור דמי ביטוח בריאות.
3. ביטולו של רכיב בחירת המנתח יידחה לפרק זמן של שנתיים-שלוש, עד ליישומן של מרבית המלצותיה המרכזיות של הוועדה לחיזוק המערכת הציבורית. עד אז, לא תיושמה ההמלצות שבמודל הביטוחים בנוגע לפירוק השב"ן לרבדים בלתי תלויים.
4. יחד עם זאת, תיושמה ההמלצות הקשורות לצמצום התמריצים להסטה של מבוטחים לפרטי על ידי הקופות, לקביעת ועדת "סל-שב"ן", לקביעת שיבוב בין השב"ן לביטוח המסחרי ולביטול כתבי השירות.

פרופ' גבי בן נון :

בחירת רופא מנתח או או קבלת חוות דעת של רופא מומחה (יעוץ), אפשרית כיום רק בקרב ספקי שירותי בריאות פרטיים ובבתי החולים הציבוריים בירושלים. בחירה זו כרוכה בתשלום הממומן ברובו הגדול על ידי מערכי הביטוחי הפרטיים (ביטוחי השב"ן של קופות החולים וביטוחים מסחריים), ובחלקה הקטן במימון ישיר של המטופל.

ניתוח ענף ביטוחי הבריאות בישראל מלמד שענף זה עבר בעשור האחרון מהפכה: חלקם של המבוטחים בשב"ן גדל מכ-60% מהאוכלוסייה בשנת 2000 ל 74% בשנת 2012 וביטוח המסחרי

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ההערכה היא ששיעור בעלי פוליסה מסחרים (פוליסת פרט או ביטוח קבוצתי) עלה מ 25% בשנת 2000 לכ 41% מהאוכלוסייה בשנת 2012.

במקביל לגידול במספר המבוטחים, חל גם גידול במחזורם הכספי של תוכניות הביטוח: משנת 2015 ועד 2012 גדלו הכנסות תוכניות השב"ן מתשלומי פרמיה פי חמש ובתוכניות הביטוח המסחרי גדל מחזור זה פי שלוש והיקפם הכספי של תוכניות אלה עמד בשנת 2012 על 6.6 מיליארד ש"ח.

ישראל הופכת בעשור האחרון לשיאנית בביטוחי בריאות פרטיים ולמגמת התפתחות יחודית זו היו השפעות חיצוניות רבות על יעילות מערכי אספקת שירותי הבריאות, כמו גם על מידת הפרוגרסיביות במימון שירותי הבריאות- בעיות אשר עמדו בליבת הדיון של וועדת גרמן לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל.

לאורך דיוני וועדת גרמן מופו סדרה ארוכה של בעיות כתוצאה מהתפתחויות בהיקפם של מספר המבוטחים בביטוחים הפרטיים ובמחזורם הכספי. להלן יפורטו בעיקר בעיות הקשורות למרכיב "הבחירה" שבביטוח הפרטי ולהשפעות החיצוניות השליליות הכרוכות בה, בעיות הנובעות בין השאר מהעובדה שמימוש "הבחירה" מוגבל רק למערכת הפרטית ולבתי החולים בירושלים המהווים כחמישית מכלל מיטות האשפוז הכלליות בישראל.

בעיות ברמת המבוטח:

- בחירת מנתח ויעוץ במימון הביטוחים הפרטיים מהווים במקרים רבים מנגנון לקיצור תור. ולכן ככל שמשך התור במערכת הציבורית ארוך יותר – עולה הביקוש למערכי הביטוח הפרטי (שב"ן + מסחרי). כלומר למבנה ענף הביטוח הרפואי הפרטי בישראל תרומה מרכזית (אך לא יחידה) לקיום של משכי המתנה ארוכים של החולה הציבורי לסדרה ארוכה של טיפולים רפואיים.
- השפעה על יחסי רופא חולה (העדפת הרופא החולה הפרטי על החולה הציבורי)
- עודף ביטוח, כפלי ביטוח ולתשלומים עודפים של מבוטחים בין השאר כתוצאה ממצגי שווא של קשר בין איכות הסל הבסיסי וקיומו של כיסוי ביטוחי בשב"ן, ושיווק אגרסיבי שלילי של חברות הביטוח הפרטי.
- אופי התחשבויות של חברות הביטוח בעת מימוש הבחירה (ראה בהמשך), יוצר תמריץ להסטת מטופלים על ידי הקופות לספקי שירותים פרטיים, ומחליש את התמריץ לשיפור זמינות השירות במערכת הציבורית לחולה הציבורי.

תמריצים להעדפת ספקי שירותים פרטיים:

- מימון בחירת מנתח ויעוץ הנערכים במסגרת בתי החולים הפרטיים או בבתי החולים בירושלים, מכיל הן את עלות הבחירה (התשלום לרופא) והן את הוצאות האשפוז הכלולים בסל השירותים שבאחריות קופות החולים. כלומר מימוש בחירת רופא ויעוץ שבמימון הביטוחים הפרטיים מביא לחסכון בהוצאות קופות החולים (כמיליארד ש"ח) ברכש שירותי אשפוז, ויוצר תמריץ כלכלי חזק להסטת ביקושים

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

מהמגזר הציבורי למגזר הפרטי. התמריצים להסטה קיימים הן ברמת קופות החולים והן ברמת הרופא המטפל.

• הסטה זו יוצרת תחרות לא הוגנת בין המגזר הפרטי לציבורי באספקה שירותי בריאות ולהשפעות חיצוניות שליליות רבות על המגזר הציבורי באספקה ובהן:

- הארכת תורים במערכת הציבורית
- פגיעה בהכשרת רופאים מתמחים
- הקטנת נוכחות הרופאים הבכירים במערכות הציבורית
- אינפלציית מחירים ושכר
- העמקת הגירעונות של בתי החולים הציבוריים
- נטישה של תשתיות בתי חולים
- סינון מבוטחים, סינון מטופלים במגזר הפרטי

בעיות שוויוניות:

- היקף ההוצאה על פרמיות ביטוח בישראל הוא מהגבוהים בעולם המערבי – מימון זה הוא מימון רגרסיבי (בביטוח המסחרי מבוססת הפרמיה על סיכון רפואי ובשב"ן – על קבוצת גיל).
- הכיסוי בביטוח השב"ן מלווה בהשתתפויות עצמיות (כך למשל ההשתתפות העצמית בתרופות בשב"ן היא מעל 70% מהוצאות השב"ן על רכש תרופות). השתתפויות עצמיות מהוות כידוע את הדרך הרגרסיבית ביותר למימון מערכות בריאות.
- יכולת המימוש של מרכיב הבחירה בפוליסת הביטוח מוגבל למבוטחים בפריפריה, זאת בשל העדרם של ספקי שירותי בריאות פרטיים באיזורים פריפריאליים שרק במ ניתן לממש את אפשרות הבחירה.
- הוצאות משקי הבית על ביטוחי בריאות בישראל מהווים את מנוע הצמיחה המרכזי בעליית מדד יוקר המחיה שממנו נפגעים בעיקר העשירונים הנמוכים.

הטיפול בבעיות אלה מחייב הסדרה אינטגרטיבית הן של מערך אספקת שירותי הבריאות והן של ענף ביטוחי הבריאות ותכליתה של הסדרה זו הנה לשפר את יעילות המערכת ואת ממד הסולידריות המובנה בה. המלצות הוועדה בפרק הנדון בסעיפים 1-3 (מודל הרובדים), לא נותנים לדעתי מענה מספק לבעיות אלה, והדרך לטיפול בהם מחייבת טיפול שורש בליבת הבעיה באמצעות ביטול הדסרי הבחירה בביטוחים הפרטיים והכללתם בסל השירותים הבסיסי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מודל **הרחבת אפשרות בחירת רופא בסל הציבורי** שיתואר בהמשך, יוצא מההנחה שסידרה ארוכה של צעדים בצד האספקה של המערכת כבר הוסכמו בוועת גרמן ובהם מעבר להעסקה של רופאים בכירים למודל העסקה בפול טיימר, מגבלות על העסקה כפולה (בציבורי ובפרטי), פרויקט לאומי לקיצור תורים, הרחבת טווח הבחירה בבתי חולים ועוד.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

אנו מניחים כי צעדים אלו, בשילוב מודל הבחירה חינוך, יקטינו את הביקוש לביטוח מסחרי, יצמצמו את התמריצים להסטה למערכת הפרטית יתרמו לשיקום האמון של הציבור באיכות וזמינות השירותים במערכת הציבורית.

להלן עקרי ההמלצות המוצעות:

- 1. ביטול הכיסוי לבחירת מנתח ויעוץ הכלול כיום בביטוחי השב"ן וביטול מקביל של כיסוי זה בביטוחים המסחריים למצטרפים חדשים.**
- 2. הרחבת טווח הבחירה ברופא בבתי החולים הציבוריים, שלא במימון החולה או גורם ביטוחי פרטי אחר.**
- 3. הפחתת פרמיות הביטוח הפרטי בהתאם לשווי החיסכון בהוצאות תוכניות הביטוח הפרטי (שווי ההפחתה בשב"ן מוערך בכ 40% מרמת הפרמיות הנוכחיות).**
- 4. העלאה של שיעור דמי ביטוח הבריאות ("מס בריאות") ב-0.5 נקודות אחוז - ביטול בחירת המנתח בשב"ן עשוי לחסוך כ 40% מההוצאות הרפואיות של ביטוחים אלה, ויוביל להפחתת הפרמיות בכ-1.6 מיליארד שקל בשנה (2012) המשולמים כיום באופן רגרסיבי על ידי המבוטחים (תשלום הפרמיה עולה עם הגיל). העלאת מס הבריאות ב-0.5 נקודות אחוז, תגדיל את ההכנסות ממקור מימון ציבורי פרוגרסיבה במעל 2 מיליארד שקלים.**

יעדים מושגים מישום מודל הרחבת אפשרות בחירת רופא בסל הציבורי:

- שילובם של המהלכים להעלאת המס והפחתת תשלומי הפרמיה בשב"ן (ובשלב מאוחר יותר גם בביטוח המסחרי), משפר את יחס המימון הציבורי/ פרטי של מערכת הבריאות הישראלית ואת האופי הפרוגרסיבי המובנה בה. המהלך המשולב מיטיב במיוחד עם משקי בית של בני 65 ומעלה, המשלמים היום פרמיות גבוהות בשב"ן (וחסומים אפקטיבית מלהצטרף לביטוחים פרטיים), וכן עם מבוטחים בעשרוני הכנסה נמוכים, שמשלמים היום שיעור בלתי מבוטל מהכנסותיהם לתשלומי הפרמיות. מהלך משולב זה גם מותיר מקורות נוספים למערכת ליישומם של מהלכים נוספים המומלצים על ידי וועדת גרמן (כגון קיצור תורים ופול טיימר).
- הפחתה מיידית במרכיב הוצאות משקי הבית על ביטוחים פרטיים – מרכיב המהווה כיום מנוע צמיחה מרכזי ביוקר המחיה בישראל.
- ביטול מיידית של התמריץ הכלכלי להסטת פעילות רפואית על ידי קופות החולים והרופא למערכת אספקת השירותים הפרטית – תמריץ הסטה זה מהווה את אחת הבעיות הכואבות ביותר כיום במערכת, וביטולו מהווה השג מרכזי של המודל המוצע.
- קיצור תורים לכלל הציבור וניהול הוגן יותר של קדימות טיפול רפואי על בסיס הצורך הרפואי ולא על בסיס היכולת לשלם.
- ניצול תשתיות המערכת הציבורית אחר הצהריים - תוך מתן פיצוי הוגן לפעילות זו הן לבית החולים והן לרופא.
- ביטול ההעדפה של החולה הפרטי על החולה הציבורי.

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- הקטנת לחצי השכר והמחירים על ידי הקטנת הביקושים לשירות הפרטי וצעדים משלימים נוספים של בקרת מחירים
- הרחבת טווח הבחירה במערכת הציבורית ושיפור אפשרות מימוש הבחירה בפריפריה - הרחבת טווח בחירה זה תבוא לידי ביטוי הן ברמת הרופא והן ברמת בית החולים.
- שימור הרופאים הטובים במערכת (מודל הפולטיימר).
- הגדלת מקורות המימון הפרוגרסיביים של מערכת הבריאות וצמצום המימון הפרטי.

לסיכום

במסגרת המודל לרחבת אפשרות בחירת רופא בסל הציבורי לא מבטלים בחירה, אלא מרחיבים ומאפשרים את מימושה באופן הוגן וצודק יותר מזה המתבצע כיום

במסגרת המודל לא מעלים מיסים אלא משחלפים מקור מימון פרטי בציבורי.

המודל נותן מענה אינטגרטיבי לסידרה ארוכה של בעיות ברמת יעילות המערכת והסולידריות המובנת בה ובכך משרתת נאמנה את המטרה אותה הציגה וועדת גרמן – **חיזוק הרפואה הציבורית.**

עו"ד עדי ניב-יגודה – דעת מיעוט

הערה כללית: בראשית הדברים אבקש להבהיר כי אני מצטרף לכלל המלצות הוועדה (ר' דו"ח הוועדה – דעת רוב), למעט מספר הסתייגויות אשר מפורטות בדעת מיעוט { (1) הרחבת אפשרויות הבחירה במערכת הבריאות הציבורית ללא תשלום מהמבוטח או כל גורם מטעמו (2) העסקת רופאים שאינם פולטיימרים בהיקף משרה מינימאלי שיקבע (3) תמחור והתחשבוניות (4) קדנציות ורוטציות (5) הכרה בהזדקנות האוכלוסייה }.

הרחבת אפשרויות הבחירה במערכת הבריאות הציבורית ללא תשלום מצד המבוטח או כל גורם מטעמו

היחס הראוי בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית, כמו גם הדיון בסוגיית אפשרויות הבחירה של מטופל בתוך בתי החולים הציבוריים, מעסיקים את מערכת הבריאות הישראלית כבר שנים רבות. סוגיה שהדיון בה מושפע, בין היתר מעמדות, דעות ותפיסות שונות. סוגיה אשר כל הכרעה בעניינה צפויה להיות בעלת השלכות מהותיות על מערכת הבריאות, החברה הישראלית בכללותה, וזכויות הפרט. אולם, ובניגוד לשיח שלעיתים נוטה להיות דיכוטומי, סוגיית הבחירה בתחום הבריאות אינה מתמצה בשאלה נקודתית אחת בדמות – שר"פ, כן או לא. את נושא הבחירה בתוך מערכת הבריאות ניתן לפרוס על פני ספקטרום רחב של אפשרויות שונות ומגוונות. החל מבחירת בית חולים, דרך בחירת זהות הרופא הבכיר שנכח בחדר ניתוח ועד בחירת מנתח בתשלום בבית החולים הציבורי. מכאן, ולאור העובדה שלכל אחת מהאפשרויות יש יתרונות וחסרונות – מחובתנו למצוא את נקודת האיזון. נקודה שבה התועלת לפרט ולציבור עולה על הנזק. נקודה שבה אנו מחזקים את הרפואה הציבורית, מעצימים את המטופל ופועלים לאור עקרונות של צדק, שוויון וערבות הדדית. לאחר למידה מעמיקה של כל העדויות והנתונים הגעתי למסקנה כי מצד אחד החסרונות של בחירת רופא מנתח בתשלום במערכת הבריאות הציבורית (שר"פ) עולים על היתרונות – אך מהצד השני שניתן להרחיב את מידת הבחירה בתוך המערכת הציבורית.

א. אוטונומיה, חירות ושוויון בראי מערכת הבריאות

אוטונומיה, חירות ושוויון שואבות את עוצמתן מאותו המקור – חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. יתר על כן, עקרונות אלו אף נתפסים כרכיבים מהותיים ויסודיים. רכיבים הניצבים בליבת החברה, ומהווים את עקרונות היסוד של השיטה הדמוקרטית. עם זאת, במקרים רבים על מנת להגן ולקדם ערכים חברתיים שהציבה המדינה, נדרשים אנו לאזן בין הזכויות השונות, ובמקרים מסוימים אף להגבילן. איזון אשר חשיבותו מתעצמת נוכח העובדה שלעיתים מדובר ב"זכויות מתחרות", כשבענייננו למול עקרון האוטונומיה וה"חירות" ניצב עקרון השוויון. לא זו אף זו, אלא במקרים מסוימים מימוש עקרון האוטונומיה והחירות הם שמדגישים את אי-השוויון, שלא לומר יוצרים אותו. על כן, במקרים אלו יש לבצע איזון ראוי בין זכויות הפרט מצד אחד, ובין טובת הציבור מצד שני. איזון שמטרתו, בין היתר היא ליצור שוויון בשימוש ובמימוש משאבים ציבוריים. לעניין זה יפים דבריה של כב' השופטת ברלינר בבג"ץ 4253/02 קריתי נ' אליקים רובינשטיין - היועץ המשפטי לממשלה (להלן – 'פרשת קריתי'), "ככלל, זכאי כל חולה המגיע לבית

חולים ממשלתי שהוא רכוש מדינת ישראל, לקבל את הטיפול הטוב ביותר שבית החולים יכול להציע לו, כאשר טיפול זה אינו מוכתב על ידי שיקולים שאינם רפואיים. לכל החולים דין אחד, והם זכאים ליחס שוויוני. את המשאב הלאומי הגלום הן במתקני בתי החולים והן בכוח האדם המאייש אותם - יש לחלק כך, שכולם יהנו ממנו באופן שווה.²⁹⁹

כעת, וכבסיס למודל שמכיר בהרחבת אפשרויות הבחירה (יפורט להלן), אבקש להתייחס לעקרון האוטונומיה של הפרט במערכת הבריאות. לאורך השנים הלך והתבסס עקרון האוטונומיה במשפט הרפואי בישראל. הכרה שהובילה לכך שבשנת 1996, עת נחקק חוק זכויות החולה, עוגן עקרון האוטונומיה של הפרט בצורה ברורה ומפורשת. עקרון אשר מכוחו הוכרה זכותו של האדם לקבל את ההחלטות שנוגעות לטיפול הרפואי בהתאם להשקפותיו ותפיסותיו, גם אם לעיתים החלטות אלו נראות לרופא המטפל בלתי הגיוניות. עקרון המבקש לאזן את "הכוחות" ופערי המידע המובנים במסגרת יחסי מטפל-מטופל. בנוסף, העדנה המשפטית לה זוכה עקרון האוטונומיה של הפרט, נובע בין היתר, מהיותו נגזרת של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. חוק שבשלו ניתן לראות בזכות לאוטונומיה כזכות יסוד חוקתית. מכאן, שעקרון האוטונומיה של הפרט הדגיש ועיצב את זכויותיו הבסיסיות של כל אדם המטופל במערכת הבריאות בישראל. עקרון ממנו נגזרו, בין היתר, זכות המטופל לקבל מידע על הטיפול הרפואי, כמו גם הזכות לקבל מידע בדבר זהותו ותפקידו של כל אדם המטפל בו.

עקרון האוטונומיה של הפרט מעגן את זכותו של המטופל לקבל את החלטותיו בצורה עצמאית ומושכלת, וזאת תוך ניסיון לצמצם מניפולציות או השפעות לא הוגנות למינימום. עקרון מכוחו נגזרת גם החובה לקבל את הסכמתו המודעת של המטופל טרם מתן טיפול רפואי. חשיבות ההכרה בעקרון האוטונומיה של הפרט התחדדה לאור הגישה הפטרנליסטית ששררה בעולם הרפואי לאורך שנים ארוכות. גישה שבמקרים מסוימים הובילה למציאות לפיה הרופא הוא שבחר את הטיפול בעבור מטופליו – לעיתים אף מבלי להתייעץ עם המטופל עצמו. להדגיש, זכותו של המטופל לפעול בהתאם לטובתו, כפי שהוא עצמו תופס אותה, נגזרת בין היתר מהעובדה שהמטופל הוא שבסופו נושא בתוצאות הטיפול ובהשלכותיו. האוטונומיה לבחור ו/או להחליט היא שנותנת לכל אדם את האפשרות לרקום ולכתוב את סיפור חייו בהתאם לרצונותיו והשקפותיו, וזאת תוך הגבלת התערבותו של האחר בהחלטה. עקרון האוטונומיה הוא שיוצר את 'מרחב ההגנה' על המטופל מפני השפעותיה השליליות של התפיסה הפטרנליסטית. כאן המקום להדגיש, הנחת יסוד היא שגם במקרים שבהם נפגעת האוטונומיה של המטופל ומתקיים פטרנליזם רפואי, המטפל אינו מבקש להרע. במרבית המקרים הרופא מבקש לפעול לטובתו של המטופל כפי שהוא (המטפל) תופס אותה – אלא שהחלטה/בחירה זו לא תמיד עולה בקנה אחד עם טובת המטופל, כפי שהמטופל עצמו תופס אותה. כעת, ולצורך הדגשת ההבדל שבין בחירת רופא בתשלום במערכת הציבורית (שר"פ), ובין המודל המוצע (בחירה של הרופא הבכיר שיהיה נוכח בחדר הניתוח ללא תשלום) אבקש לבחון האם מכוח עקרון האוטונומיה כפי שהוצג לעיל נדרשת המדינה להכיר בזכותו של מטופל לבחור את רופאו במסגרת טיפול רפואי אותו הוא מקבל בבית חולים ציבורי.

²⁹⁹ בבג"ץ 4253/02 קריתי נ' אליקים רובינשטיין - היועץ המשפטי לממשלה, פסקה 43 לפסק דינה של השופטת ברלינר.

ככל שמדובר במימוש האוטונומיה והחירות באמצעות בחירת רופא בבית חולים ציבורי, קבעה הפסיקה הישראלית כי בחירת רופא אינה בליבת שירותי ההכרח שאדם זקוק להם – וכי הזכות לבחור רופא איננה מצויה בגרעין זכויות היסוד שניתן לגזור מהזכות ל-"כבוד". בפרשת קיריית מצינת השופטת ברלינר "נראה כי מן הזכות לבריאות או מחוק היסוד, יקשה לגזור במסגרת העקרונות שהותוו במשפטנו החוקתי (מאז חקיקתם של חוקי היסוד), זכות לבחירת רופא מנתח. זכות לבחירת רופא אינה נמצאת בליבת שירותי ההכרח להם זקוק אדם לשם שמירה על קיום מינימאלי בכבוד". עוד קבעה השופטת ברלינר בפסק דינה כי "אינני מקבלת גם את הטענה "המכוננת" בראש טיעון זה לפיה בחירת רופא מנתח - היא כלי לביטוי האוטונומיה האישית המוגנת בחוק היסוד. קבלת טענה זו היתה מחייבת מתן אפשרות לכל חולה לבחור ברופא ללא כל תשלום נוסף כחלק מסל הבריאות הבסיסי, והרי לא זוהי עתירתם של העותרים. הגנה על אוטונומיה אישית אין משמעה מתן הזדמנות לבטא כל רצון שקיים לו לאזרח, רק משום שמצוי בידו הממון לשלם בעבור מימוש רצון זה. אוטונומיה אישית אינה אמורה לבוא על חשבון צרכי כלל הציבור, במיוחד כך אם בדרך למימוש אוטונומיה זו, גורם בעל הקניין להפרת השוויון בין יחיד הציבור, עליו מחויב המנהל לשמור".

לאור כל האמור, כל הסדר עתידי המציע לשנות את המצב הקיים, ולאפשר שירות רפואי פרטי בתשלום, בבית חולים ממשלתי או ציבורי, ראוי לבוא לעולם בדרך של **חקיקה ראשית**. שהרי, חקיקת משנה או החלטת ממשלה אינן יכולות לפגוע או לשנות חקיקה ראשית – על אחת כמה וכמה בסוגיה כה מהותית מבחינה ציבורית.

ב. גביית תשלום בגין שירות רפואי פרטי בבית חולים ממשלתי או ציבורי – הסדר ראשוני

כידוע, התפיסה המונחת בבסיסו של חוק בריאות ממלכתי היא מחויבות לעקרונות של "צדק, שוויון ועזרה הדדית" כאמור בסעיף 1 לחוק. חוק אשר מבקש, בין היתר לנתק קשר אפשרי בין קבלת טיפול רפואי (שבסל הבריאות) לבין היכולת לשלם בעדו. מכאן, שכל פגיעה או שינוי ראוי שיבחנו בקפידה ובהתאם לכללי המשפט הציבורי.

אחד מכללי הבסיס במשפט הציבורי בישראל קובע כי "הסדרים ראשוניים" הקובעים את המדיניות הכללית ואת העקרונות המנחים – צריכים להיקבע בחוק של הכנסת, ואילו התקנות או הוראות המינהל צריכות לקבוע אך "הסדרים משניים". כלל ההסדרים הראשוניים מעוגן מזה שנים רבות בשיטתנו וטומן בחובו את עיקרון הפרדת הרשויות שלטון העם וזכויות אדם³⁰⁰. כאמור, המחוקק הוא אשר נדרש לסמן את האינטנסיביות של קביעת היסודות המרכיבים את ההגבלה על הזכות בחוק עצמו ולא בחקיקת המשנה. זאת משום שלא ניתן להגביל זכות אדם חוקתית תוך שיסודות הגבלה זו יקבעו בחקיקת משנה. קביעה כזו לא מקיימת את יסוד החוקתיות שבפסקת ההגבלה³⁰¹. כפועל יוצא, הדרישה להסמכה בחוק או מכוחו היא ביטוי חוקתי לעיגון חוקתיות המנהל³⁰². עוד יצוין כי הדרישה לכלל ההסדרים הראשוניים היתה קיימת

³⁰⁰ בג"ץ 3267/97 רובינשטיין נ' שר הביטחון (פ"ד נב(5) 481, (להלן: **פרשת רובינשטיין**)).

³⁰¹ אהרן ברק **מידתיות במשפט – הפגיעה בזכות החוקתית והגבלותיה** 147–148 (2010).

³⁰² דפנה ברק ארז **הסמכות המנהלית** כרך א 99 (2010).

במשפט הישראלי בטרם קבלתם של חוקי היסוד משנת 1992 והיא אינה תלויה בשאלה האם נפגעות זכויות³⁰³. זאת, מין הטעם שהכלל בדבר הסדרים ראשוניים נגזר ישירות מעיקרון חוקתיות המנהל לפיו "תחולתו של עיקרון חוקיות המנהל אינה מוגבלת למצבים שבהם הפעולה המנהלית פוגעת בזכות"³⁰⁴. אכן, ההבחנה בין הסדר ראשוני לבין הסדר משני אינה תמיד קלה. בפרשת ועדת המעקב העליונה³⁰⁵, עמד השופט חשין על אמות המידה לאבחנה בין הסדר ראשוני להסדר משני. עם זאת, נראה כי אמות המידה הברורות מבהירות כי על כל הסדר עתידי המתיר הכנסת שירותי רפואה פרטית לבתי חולים ממשלתיים וציבוריים להיות מעוגן בהסדר ראשוני כפי שיובהר להלן.

ראשית, נקבע כי ככל שתכלית הפעולה שנויה במחלוקת וההסכמה החברתית לגביה פחותה, ניטה לומר כי אנו זקוקים להסדר ראשוני³⁰⁶. **שנית**, מידת ההשפעה של ההסדר על החברה הישראלית³⁰⁷. **שלישית**, מידת הפגיעה בזכויות הפרט³⁰⁸, הרגישות החוקתית הנעוצה בחוקי היסוד מעידה על חשיבותן הרבה של זכויות אלו, על מעמדן הרחב ועל אפשרות הפגיעה הקטנה בהן. לכן, גם אם הוראות חיקוק פוגעות בזכויות מנויות והן עומדות בדרישות המידתיות ובדרישות התכלית הראויה עדיין יהיה עליהן לעמוד בדרישת ההסדר הראשוני. כך קיבל הנשיא ברק בפרשת רובינשטיין את דעת הנשיא שמגר בפסק דין מיטרני "הבדיקה של חקיקת המשנה על-פי הגבולות, שהותוו לה בחקיקה הראשית, היא, כמובן, קפידה במיוחד, כאשר מדובר בהגבלתה של זכות יסוד". **רביעית**, עלותה של הפעולה³⁰⁹ - אמת מידה זו מתמקדת "בזירה הכלכלית" של הפעולה. **חמישית**, מידת מעורבות המחוקק בהליך³¹⁰. אכן, הפסיקה, בסדרה של פסקי דין השאירה את שאלת מעמדו הנורמטיבי של הכלל בדבר הסדרים ראשוניים בצריך עיון³¹¹. אולם בסוגיה זו נראה כי מעמדו של הכלל כפרשני מספק כדי לקבוע דרישה להסדרת הסוגיה בחקיקה ראשית דווקא³¹².

כאמור, מיישום אמות המידה שנקבעו בפסיקה לעניין ההבחנה בין הסדר ראשוני לבין הסדר משני (לעיל), נראה כי כל הסדר המציע לשלב בעתיד שירותי רפואה פרטי בתשלום בבית חולים ממשלתי או ציבורי, צריך להיות מעוגן בחקיקה ראשית. **ראשית**, לא ניתן להתעלם מהעובדה שתכלית הפעולה (שירותי רפואה פרטיים בבית חולים ממשלתיים או ציבוריים – להלן "שר"פ") שנויה במחלוקת הן מבחינה חברתית/ציבורית והן מבחינה מקצועית. מחלוקת מהותית אשר מזמנת את המסקנה כי כל רצון לשנות את המצב הקיים דורש שהדבר יעשה בהסדר ראשוני³¹³. לציין, נראה

³⁰³ בג"ץ 122/54 אקסל נ' ראש חברי המועצה ובני העיר של איזור נתניה פ"ד ח 1254 (1954) (להלן: עניין אקסל); בג"ץ 200/57 ברנשטיין נ המועצה המקומית בית שמש פ"ד יב 264 (1957) (להלן: ברנשטיין).

³⁰⁴ דפנה ברק ארז הסמכות המנהלית כרך א 106 (2010).
³⁰⁵ בג"ץ 11163/03 ועדת המעקב העליונה נ' ראש ממשלת ישראל בפסקה (פורסם בנבו ב- 27.2.2006) (להלן: פרשת ועדת המעקב).

³⁰⁶ פרשת ועדת המעקב, פס' 38 לפסק דינו של השופט חשין.
³⁰⁷ פרשת ועדת המעקב, פס' 38 לפסק דינו של השופט חשין.
³⁰⁸ פרשת ועדת המעקב, פס' 37 לפסק דינו של השופט חשין.
³⁰⁹ פרשת ועדת המעקב, פס' 38 לפסק דינו של השופט חשין.
³¹⁰ בג"ץ 8600/04 שמעוני נ' ראש הממשלה (פורסם בנבו ב- 16.1.2005), פס' 4 לפסק דינו של השופט חשין. (להלן: עניין שמעוני).

³¹¹ פרשת רובינשטיין, בעמ' 522; בג"ץ 3939/99 קיבוץ שדה נחום נ' מינהל מקרקעי ישראל, פ"ד נו(6) 25, 58 (2002); בג"ץ 6061/08 ישראלי נ' משרד החקלאות, פס' 16 לפסק דינה של השופטת ארבל (פורסם בנבו ב- 19.08.2009).

³¹² יואב דותן "הסדרים ראשוניים ועקרון החוקיות החדש" משפטים מב 379 (תשע"ב).
³¹³ פרשת ועדת המעקב, פס' 38 לפסק דינו של השופט חשין.

כי אף מצדדי העמדה לפיה יש לאפשר שר"פ אינם יכולים לטעון כי מדובר בסוגיה שנמצאת בקונצנזוס. לעניין זה יפים דבריה של כב' השופטת ברלינר בפרשת קריתי: "קיומו של השר"פ בבתי חולים ממשלתיים הוא נושא מהותי בעל השלכות בכיוונים רבים. בפן המעשי יש לו השפעה על אופי הרפואה הציבורית בישראל. אין ספק שמתן אפשרות לבחירת רופא מכתובה התנהלות שונה הן של ציבור הרופאים והן של ציבור החולים. אין מדובר בהסדר מצומצם ונקודתי אלא בהסדר שכל אחד מיחיד הציבור יכול להיתקל בו בשלב מסוים של חייו. בפן הערכי מדובר בנושא הראוי להגדרה כנושא ליבה: בחירה בין סוציאליזם כעקרון כלכלי-חברתי ראוי, אל מול העדפת כוחות השוק, הפרטה והתערבות מינימאלית של הרגולטור. לכל אחד מן המחנות נימוקים טובים ערכיים והגיוניים שעל כן ההכרעה צריכה להיעשות על ידי המחוקק (שישקף את רצון הבוחר). על המחוקק להכריע האם הגיעה העת לשלב בתחום הבריאות בישראל, אשר היה עד היום קרוב לצידו הסוציאלי של המתרס, גם פנים ליברליות יותר, שיאפשרו תחרות גדולה יותר בשוק הרפואה בהתאם לביקוש"³¹⁴. עמדה דומה הביע בשנת 2002 גם היועץ המשפטי לממשלה דאז, מר אליקים רובינשטיין, בחוות דעתו בנושא הפעלת שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ממשלתיים (ר' פירוט בדו"ח הוועדה). **שנית**, די להבחין בשיח הציבורי לאורך השנים סביב סוגיית השר"פ על מנת להסיר כל ספק באשר למידת ההשפעה של הסוגיה על החברה הישראלית³¹⁵. ביטוי חשיבות לעניין זה ניתן למצוא, בין היתר בקביעתה של כב' השופטת ברלינר כי מדובר ב"שינוי מהותי בצביונה הציבורי המובהק של מערכת שירותי הבריאות בישראל"³¹⁶. **שלישית**, מידת הפגיעה בזכויות הפרט³¹⁷ שהינה ממשית. כאמור לעיל, מודל המאפשר מתן שירות רפואי פרטי בבתי החולים הממשלתיים או הציבוריים עשוי לפגוע בזכות לשוויון, ובתוך כך בנגישות שוויונית לשירות רפואי³¹⁸. בנקודה זו אבקש להתייחס לשאלת מעמדה של הזכות לבריאות, וזאת כפי שנדונה בהרחבה בפרשת לוזון³¹⁹. בפסק דינה עומדת כב' השופטת ביניש על הבעייתיות בקביעת היקפה של הזכות לבריאות וקבעה כי "היקפה הפנימי של הזכות לבריאות קשה להגדרה שכן לכאורה היא משתרעת על תחום רחב ביותר. ככלל, ניתן לומר כי הזכות לבריאות מהווה שם כולל לאגד של זכויות הקשורות לבריאות האדם, אשר חלקן נהנות ממעמד חוקתי בשיטתנו המשפטית"³²⁰. בין הזכויות האלו מנתה השופטת ביניש את **הזכות להעדר הפליה בגישה לטיפול רפואי**³²¹. עוד קבעה השופטת ביניש כי "[...] בהתחשב בהיבטים הרבים הנכללים בזכות לבריאות, דומה כי אין מקום לבחון את מעמדה החוקתי של הזכות האמורה כמכלול אחד, אלא יש להתייחס לטעמים המונחים בבסיס הזכויות והאינטרסים השונים המוגנים במסגרתה, בהתאם לחשיבותם החברתית היחסית ובהתחשב בעוצמת זיקתם לזכויות החוקתיות המנויות בחוק

³¹⁴ פרשת קריתי, פס' 48 לפסק דינה של השופטת ברלינר.

³¹⁵ פרשת ועדת המעקב, פס' 38 לפסק דינו של השופט חשין.

³¹⁶ פרשת קריתי, פס' 50 לפסק דינה של השופטת ברלינר.

³¹⁷ פרשת ועדת המעקב, פס' 37 לפסק דינו של השופט חשין.

³¹⁸ לאה אחדות וגבי בן נון **בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ** (2012) www.vanleer.org.il/sites/files/product-pdf/dispute3_0.pdf (נבדק לאחרונה ב- 24.7.2013); דו"ח ה- OECD Francesca Colombo and Nicole Tapay Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems (2004) www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf (נבדק לאחרונה ב- 24.7.2013).

³¹⁹ בג"ץ 3071/05 **לוזון נ' ממשלת ישראל** (פורסם בנבו ב- 28.7.2008), (להלן: **פרשת לוזון**). במסגרת פסק הדין נדון בהרחבה מעמדה של הזכות לבריאות בהקשר לסל התרופות.

³²⁰ פרשת לוזון, פס' 9 לפסק דינה של הנשיאה ביניש.

³²¹ פרשת לוזון, פס' 9 לפסק דינה של הנשיאה ביניש.

יסוד: כבוד האדם וחירותו³²². בסיכום דבריה בסוגיה זו קבעה השופטת ביניש כי "הגדרת היקפה החוקתי של הזכות לשירותי בריאות ציבוריים, היקף ההגנה החוקתית עליה ומתן סעדים לאכיפתה הינן סוגיות מורכבות, ולפיכך התייחסותנו הפסיקתית לזכות הנדונה מחייבת הליכה זהירה ומתונה"³²³. כאמור, הגם שבפרשנותו נקט בית המשפט גישה זהירה ביחס לזכות לבריאות, שהרי מהפסיקה משתקפת עמדה לפיה ניתן להכיר בזכות לשירותי בריאות ציבוריים כזכות חוקית³²⁴. לעניין זה קובעת כב' השופטת ביניש בפרשת לוזון כי "הזכות לשירותי בריאות ציבוריים עומדת על רגליה שלה כזכות חוקית, קרי- זכות הנובעת מדברי חקיקה של הכנסת כפי שפורשו בהלכה הפסוקה וברוח ההתחייבויות שהמדינה נטלה על עצמה במישור הבינלאומי ההסכמי; זאת, בלא זיקה הכרחית בין הזכות החוקית האמורה לבין הזכויות החוקתיות המנויות בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו"³²⁵. נראה כי בעקבות דבריה של השופטת ביניש לעיל, מתעורר חשש ממשי לפגיעה בזכות הגישה לטיפול רפואי, וכפועל יוצא פגיעה בזכות חוקתית. מכאן, שגם אם הוראות חיקוק פוגעות בזכויות חוקתיות והן עומדות בדרישות התכלית הראויה והמידתיות עדיין יהיה עליהן לעמוד בדרישת ההסדר הראשוני.

נוסף על האמור לעיל, ישנו חשש ממשי כי חיזוק הקשר בין טיפול רפואי ובין יכולת כלכלית אף יפגע בזכות לכבוד במובנה הרחב, תוך הפיכת החולים לאמצעי באמצעותו ניתן לצמצם גירעונות או להשיא רווחים. חיזוק לעמדה זו ניתן למצוא, בין היתר בפרשת ההפרטה³²⁶ שם נקבע כי תיקון 28 לפקודת בתי הסוהר בטל בשל היותו פוגע בכבוד האדם. זאת, מין הטעם כי מאסרם הופך, לאמצעי להפקת רווח על ידי תאגיד פרטי. עוד נקבע בפרשה זו כי נוכח עוצמת הפגיעה בזכויות החוקתיות, הנגרמת כתוצאה מעצם העברת סמכויות הכליאה והסמכויות הפוגעניות הכרוכות בהן לידי תאגיד פרטי, אין די במנגנוני הפיקוח וההגבלות השונות על היקף סמכויותיו של הזכיון, כפי שנקבעו במסגרת תיקון 28 כדי להסיר את הפגיעה ואת הנזק הכרוך בה. מכאן שיכול וניתן להקיש מהאמור לעיל גם לעניינו. להדגיש, נדמה כי המוטיבציה המרכזית להפעלת מודל המכיר בשירות רפואי פרטי בתשלום בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים נובעת בעיקרה מאינטרס כלכלי, ומהרצון להתמודד עם המצוקה התקציבית אליה נקלעו בתי החולים. זאת ובפרט לאור קביעתו של בית המשפט כי בחירת רופא אינה בליבת שירותי ההכרח שאדם זקוק להם – וכי הזכות לבחור רופא איננה מצויה בגרעין זכויות היסוד שניתן לגזור מהזכות לאוטונומיה או לכבוד (ר' דיון לעיל). בנוסף, וככל שמודל זה או אחר קושר את הסוגיה של בחירת רופא למוטיבציה כלכלית בדמות צמצום גירעונות בתי החולים והצורך להתמודד עם שחיקה תקציבית ארוכת שנים, כך מתעצם פוטנציאל הפגיעה בכבוד האדם, כמו גם ביתר זכויותיו הבסיסיות של המטופל. למותר לציין, אין זה ראוי להפוך את המטופל בשעתו הקשה ביותר (בשעת חולי ובזמן שהוא צריך לעבור פרוצדורה ניתוחית או פולשנית) למקור תקציבי ולאמצעי זמין ונגיש לצמצום הגירעונות של בית החולים. גם במציאות של משאבים מוגבלים או אילוצים כלכליים, מחובתה של מערכת הבריאות להגן על זכויותיו הבסיסיות של המטופל כאדם, בין היתר – כבוד ושוויון. כאמור, עצם הפיכת

³²² פרשת לוזון, פס' 9 לפסק דינה של הנשיאה ביניש.

³²³ פרשת לוזון, פס' 11 לפסק דינה של הנשיאה ביניש.

³²⁴ פרשת לוזון, פס' 13 לפסק דינה של הנשיאה ביניש.

³²⁵ שם.

³²⁶ בג"ץ 2605/05 המרכז האקדמי למשפט ועסקים (ע"ר) 2-58-026630-2 נ' שר האוצר (פורסם בנבו 19.11.2009) (להלן: פרשת ההפרטה).

המטופל ל-'אמצעי' או 'כלי' להתמודדות עם מצוקה תקציבית איננה ראויה היא, ויש בה כדי פגיעה אנושה בזכויות בסיסיות אלו, כמו גם סטייה מהותית מעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

כאמור, הרגישות החוקתית הנעוצה בחוקי היסוד מעידה על חשיבותן הרבה של זכויות אלו, על מעמדן הרחב ועל אפשרות הפגיעה הקטנה בהן. לכן, גם אם הוראות חיקוק פוגעות בזכויות מנויות והן עומדות בדרישות המידתיות ובדרישות התכלית הראויה עדיין יהיה עליהן לעמוד בדרישת ההסדר הראשוני. כך לדוגמא קיבל הנשיא ברק בפרשת רובינשטיין את דעת הנשיא שמגר בפסק דין מיטירני "הבדיקה של חקיקת המשנה על-פי הגבולות, שהותוו לה בחקיקה הראשית, היא, כמובן, קפידה במיוחד, כאשר מדובר בהגבלתה של זכות יסוד". עוד יודגש כי גם אם יטען כי הסדר השר"פ אינו גורם לפגיעה בזכויות חוקתיות הרי שהדרישה לכלל ההסדרים הראשוניים הייתה קיימת במשפט הישראלי בטרם קבלתם של חוקי היסוד משנת 1992 והיא אינה תלויה בשאלה האם נפגעות זכויות זאת, מין הטעם שהכלל בדבר הסדרים ראשוניים נגזר ישירות מעיקרון חוקתיות המנהל לפיו "תחולתו של עיקרון חוקיות המנהל אינה מוגבלת למצבים שבהם הפעולה המנהלית פוגעת בזכות"³²⁷. **רביעית**, עלותה של הפעולה - אמת מידה זו מתמקדת "בזירה הכלכלית" של הפעולה. חשש ממשי הוא כי הכנסת שירות רפואי פרטי בתשלום לבתי החולים הממשלתיים והציבורית תוביל לעליה מתמשכת בהוצאת הלאומית והפרטית לבריאות. עליה שלמעט מימוש אפשרות בחירה, אין בצידה "תוספת בריאות" לציבור. יתר על כן, חשש ממשי הוא הכנסת שירות רפואי פרטי בתשלום יביא לגידול משמעותי בתשלומי השב"ן וביטוחי הבריאות הפרטיים עובדה אשר תפגע בנגישות לביטוחים אלו ותעמיק עוד יותר את הפערים בנגישות לבריאות. ביטוי לעמדה זו ניתן למצוא במגוון עמדות, נתונים ומודלים כלכליים אשר הוצגו בפני חברי הוועדה. **חמישית**, מידת מעורבות המחוקק בהליך. בפרשת שמעוני מציין השופט חשין כי מידת המעורבות של המחוקק בסוגיה שנדונה – הן מעורבותה של ועדת הכספים של הכנסת באישור התשלומים והן העובדה שאמור היה להיחקק חוק שיקבע אמות מידה ברורות לתשלום – הובילו אותו לקבוע כי הסדרת הסוגיה באופן שהובא בפני בית המשפט עולה בקנה אחד עם שלטון החוק³²⁸. זאת, אף על פי שלגישתו של השופט חשין, תשלום מקדמות כאמור היה קרוב מאד להסדר ראשוני המחייב חקיקה ראשית. משמעות הדבר היא שגם במקרה שבו מעורבת ועדה של הכנסת וגם אם ועדה זו נצפית על ידי בית המשפט כ"כנסת זוטא", אין זה מספק את הכלל בדבר הסדרים ראשוניים ורק תוספת של הצעת חוק אשר נמצאת במסע אל ספר החוקים יכריע את הכף.

לאור כל האמור, נראה שהמסקנה המתבקשת היא כי בשל רוחב ההשלכות של הכנסת שירותי רפואה פרטיים בתשלום, לבתי חולים ממשלתיים או ציבוריים, על מערכת הבריאות בפרט ועל החברה הישראלית בכלל, נדרשת מעורבותו של המחוקק בהיבט הסדרת הסוגיה בחקיקה ראשית. כאמור, המדובר בהסדרה של סוגיה ערכית במהותה הנובעת, בין היתר מעמדות ותפיסות פוליטיות וכלכליות. להדגיש, כי אין בדברים האמורים בעמדתי כפי שמוצגת בדעת המיעוט כדי לטעון כי יש להגביל את כוחו של השלטון בבואו לנקוט שינויים המתבטאים במסחור של אספקת

³²⁷ דפנה ברק ארז **הסמכות המנהלית** כרך א 106 (2010).

³²⁸ פרשת שמעוני, פס' 4 לפסק דינו של השופט חשין.

שירותים. לעניין זה יפים דבריו של פרופ' ברק "החוקה אינה מניפסט פוליטי. היא איננה תוכנית פעולה מדינית קונקרטית. הלאמה והפרטה יכולות להתקיים במסגרתה [...] כלכלת שוק או ניהול מרוכז של המשק עשויים למצוא בה מרחב מחיה [...] מחוקק סוציאליסטי ומחוקק קפיטליסטי יוכלו להגשים את המצע שלהם בלי שאופיו של המצע החברתי כשלעצמו יעמוד להם לרועץ".³²⁹ עם זאת, שינוי כה מהותי במבנה מערכת הבריאות והשלכותיו הנרחבות ראוי כי ייעשו תוך דיון ציבורי שיאפשר השתתפות של הציבור. כאמור, רק הסדרת הסוגיה בחקיקה ראשית עשויה לאפשר דיון ציבורי כגון זה. "הדרישה להסדרת מדיניות של הפרטה בחקיקה ראשית יכולה לתרום לקיום שיח ציבורי באופן המדמה הימצאות "מאחורי מסך של בערות", עיגון מדיניות של הפרטה בחקיקה עשוי לשמש גם להגברת הלגיטימיות הציבורית של ההחלטה".³³⁰

ג. הרחבת אפשרות הבחירה - נוכחות רופא בכיר בניתוח ללא תשלום מצד המבוטח או כל גורם מטעמו

לאור ההכרה במציאות המתפתחת, ועל מנת להגשים את נקודת האיזון בין חירות, שוויון ואוטונומיה נראה שניתן להכיר במודל המאפשר בחירה מוגבלת ומושכלת בתוך מערכת הבריאות הציבורית. מודל שמצד אחד מרחיב את אפשרויות הבחירה הקיימות, ומצד שני אינו סובל ממרבית תופעות הלוואי שמלוות את ההכרה באפשרות לבחור רופא מנתח בתשלום בתוך המערכת הציבורית (שר"פ). תופעות לוואי כגון: צמצום אחריות המדינה בתחום הבריאות והחלפת מימון ציבורי במימון פרטי (מקור כספי פרטי עשוי לשרת עמדה עתידית לפיה ניתן להקטין את תקציב המדינה לבריאות); פגיעה קשה בעקרון השוויון – יצירת שני "סוגים" של מטופלים בתוך מערכת הבריאות הציבורית והעדפת מטופלים משיקולים כלכליים; הידוק הקשר בין טיפול רפואי ליכולת כלכלית, תוך מעבר מתפיסה של בריאות כ – "זכות" ל – "מצרך"; הגדלת ההוצאה הפרטית לבריאות; יצירת תמריץ כלכלי לביצוע פרוצדורות מיותרות; פגיעה בהכשרת מתמחים (בחירת מנתח עשויה למנוע ביצוע פרוצדורות וניתוחים על ידי מתמחים); ירידה במוטיבציה לפנות להתמחות בתחומים שאין בהם אפשרות להשתכר באופן פרטי; הגדלת שימושים שתוביל לאינפלציה בפרמיות של הביטוחים המשלימים והמסחריים ועוד.

מכאן, דעתי היא שלצד הרחבת אפשרויות הבחירה בבתי החולים (ר' המלצת הוועדה), יש לאפשר למטופל לבחור את זהות הרופא הבכיר אשר יהיה נוכח בניתוח/פעולה פולשנית לא דחופים שמבוצעים בבית החולים, וזאת ללא תשלום של המבוטח או כל גורם אחר מטעמו. זאת ובלבד שישנה תשתית המאפשרת בחירה (ישנם תחומים ברפואה בהם מיעוט מומחים אינו מאפשר בחירה), ומתוך הכרה במגבלת המשאבים (כוח אדם, ניסיון וזמינות וכיו"ב). מקום שבו הפרקטיקה המקובלת והסטנדרט הרפואי הסביר אינם דורשים שהניתוח/הפרוצדורה יעשו בלוי רופא בכיר, אין לחייב את בית החולים להציע את האפשרות לבחור. להדגיש, מודל ההכרה בבחירת זהות הרופא הבכיר שיהיה נוכח בניתוח/פרוצדורה נשען, בין היתר על המשאבים הקיימים והפרקטיקה הנוהגת כיום (למעט אפשרות הבחירה). פרקטיקה לפיה גם היום בניתוחים

³²⁹ אהרן ברק "החוקה הכלכלית של ישראל" רבעון לכלכלה 45 (תשנ"ח).

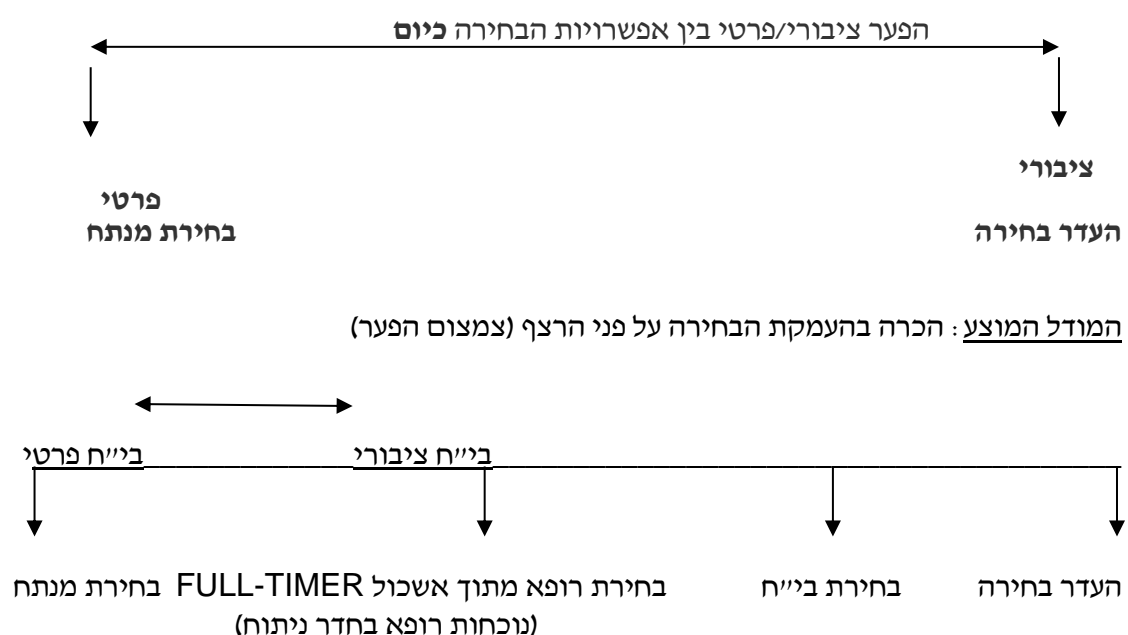
³³⁰ יואב דותן וברק מדינה, דותן, יואב וברק מדינה, "חוקיות ההפרטה של אספקת שירותים ציבוריים", משפטים 333, 287, (2) 37 (2007).

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

משמעותיים ואחרים את עבודת המתמחה מלווה רופא בכיר, בעוד שפרוצדורות/ניתוחים אחרים מבוצעים ברובם על ידי מתמחים. מודל זה אינו מבקש לסטנדרט חדש לפיו בכל ניתוח/פרוצדורה באשר הם חייב להיות רופא בכיר, אלא להכיר באפשרויות הבחירה מקום בו התנאים מאפשרים. לציין, ולהבדיל מההשלכות השליליות של בחירת זהות הרופא המנתח, עצם ההכרה באפשרות לבחור את זהות הרופא הבכיר שיהיה נוכח בחדר הניתוח אינה פוגעת בהכשרת המתמחים שהם דור העתיד של הרפואה בישראל. כמו כן, ולאור האיסור על גביית תשלום מהמבוטח או מי מטעמו, מצטמצם התמריץ הכלכלי שעשוי להשפיע על כלל השחקנים במערכת. בנוסף, וכחלק מהתנאים להפעלת מודל זה יש לוודא: (1) מטופל אשר אינו בוחר, יש להציע לו את התור המוקדם ביותר (הזמין). (2) מטופל המבקש לבחור את זהות הרופא הבכיר שיהיה נוכח בניתוח/פרוצדורה, יש להציג בפניו את זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים. (3) במעמד קביעת התור, וכחלק מהליך ההסכמה מדעת יש להבהיר למטופל אשר מבקש לבחור את זהות הרופא מה עשויות להיות כל המשמעות הרפואיות של ההמתנה על מצבו הבריאותי. להדגיש, אין ליצור מצג או להבטיח למטופל שהרופא הבכיר הוא שבהכרח ינתח אותו. בנוסף, ולנוכח המאפיינים הייחודיים של טיפול במסגרת אישפוזית, אין לאפשר בחירה של רופא יועץ במהלך אשפוז.

מודל זה מבקש לתת ביטוי להשתנות הדור, להכרה הגוברת באוטונומיה של הפרט (בתחום הבריאות, אך לא רק) ולרצון לחזק את תחושת הוודאות של המטופל, והכל תוך הכרה במגבלת המשאבים הקיימים וצמצום פוטנציאל הסיכון (לעיל). בכוחו של מודל זה לצמצם את הפער בין המערכת הציבורית ובין המערכת הפרטית. פער שמצטמצם בין היתר בשל העמקת אפשרויות הבחירה בתוך מערכת הבריאות הציבורית (אפשרות בחירת נוכחות רופא בחדר ניתוח) ושימור הקיים במערכת הפרטית (בחירת רופא מנתח). צמצום פער שעשוי לחזק את הביטחון של המטופל, ובתוך כך גם את אמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית. ביטחון ואמון שבסופו עשויים להקטין את הצורך לפנות למערכת הפרטית.

ציר עומק הבחירה במערכת הבריאות (ציבורי ופרטי)



העסקת רופאים שאינם פוליטימרים בהיקף משרה מינימאלי שיקבע –

זמן הינו משאב יקר במיוחד. כל שכן, כשמדובר במערכת ציבורית שמשאביה מוגבלים, ושמשכורות עובדיה משולמות מקופת המדינה (כסף ציבורי). מכאן, נוכח מגבלת המשאבים הקיימת, כמו גם הצורך להסדיר את חובותיהם וזכויותיהם של העובדים במגזר הציבורי נקבע תקנון שירות המדינה (להלן – התקשי"ר). תקנון אשר קובע, בין היתר כי "עובד המדינה הממלא תפקיד מטעם המדינה ומקבל את שכרו מאוצר המדינה, חייב להקדיש את כל תשומת לבו למילוי התפקיד שנתמנה לו. לכן, אין עובד רשאי לעסוק בכל עבודה פרטית מחוץ לתפקידו, אלא אם קיבל היתר לכך, כמפורט להלן בפרק משנה זה". עם זאת, ומתוך הכרה בשיקולים ציבוריים, חברתיים וכלכליים הכירה המדינה באפשרות לתת במקרים מסוימים היתר מיוחד לעבודה פרטית. היתר אשר יינתן אם מתקיימים מספר תנאים ובהם: העבודה הפרטית אינה קשורה במישרין או בעקיפין בתפקידו של העובד; העבודה הפרטית לא תפגע ביכולתו של העובד לבצע את תפקידו ובטיב ביצועו; העבודה הפרטית לא תפגע באינטרס של שירות המדינה או באינטרס של הציבור הרחב ועוד. כמו כן, נקבעו גם הגבלות לבעלי מקצוע מסוימים, לדוגמא: "עובד השירות המשפטי ועובד בעל רישיון לעריכת דין שאינו נמנה על עובדי השירות המשפטי, אינו רשאי לעסוק בעבודה פרטית בכל תחום מתחומי עיסוקו של עורך דין פרטי בעריכת דין" {סעיף 42.415(ה)}, ו-"לא יינתן היתר לעבודה פרטית לרופא וטרינר שהוא בעל סמכויות סטטוטוריות, לעסוק ברפואה וטרינרית פרטית בתחום מקצועו, בין אם הוא מועסק במשרה מלאה או חלקית" {סעיף 42.415 (יג)} ועוד.

כעת, וככול שמדובר ברופאים העובדים בשירות הציבורי נקבע הסדר מיוחד. הסדר אשר מותאם למאפיינים הייחודיים של המקצוע, ושפוטר את הרופא מחלק מהמגבלות החלות על כלל עובדי מדינה ביחס לעבודה פרטית. הסדר אשר מתנה את עבודת הרופא מחוץ לבית החולים הציבורי בקבלת אישור מהגורם המוסמך. בנוסף, בפרק 42 לתקשי"ר נקבעו סייגים אשר קובעים שרופא אינו רשאי לעסוק בפרקטיקה פרטית: אם יש בפרקטיקה הפרטית משום התנגשות אינטרסים עם תפקידו או עם עבודתו בשירות, או אם עלול להיווצר מצב כזה; אם הפרקטיקה הפרטית היא במסגרת שעות עבודה הנהוגות במקום עבודתו של העובד. כמו כן, רופא לא יורשה להשתמש לשם ביצוע פרקטיקה פרטית הן בשכר והן שלא בשכר, בציד או ברכוש שהועמדו לרשותו מטעם המדינה לשם מילוי תפקידו (כגון: חדר עבודה, ציוד, טלפון, משלוח דואר, רכב ממשלתי וכיוצא בזה). לציין, וכפי שנקבע בתקשי"ר אישור לפרקטיקה פרטית אינו מהווה אישור לעבודה פרטית (לדוגמא: השתתפות בועדות רפואיות). רופא שאושר לו פרקטיקה פרטית הרוצה לעבוד גם בעבודה פרטית חייב להגיש בקשה כמקובל.

אינטרס ציבורי הוא שמעבר לעבודתו בבית החולים ישתלב הרופא גם בשירות שניתן לציבור במסגרת הקהילה. לכן, וכחלק מחיזוק הקשר בין בתי החולים לקהילה, יש לעודד השתלבות רופאים שעובדים בבתי החולים הציבוריים (עובדי מדינה) להתקשר עם קופות החולים, וזאת במטרה להעשיר את מגוון נותני השירותים שמציעות קופות החולים ביחס לטיפולים שכלולים בסל הבריאות. ברם, וככל שמתקיים חשש שיש בעבודה או בפרקטיקה הפרטית של הרופא משום התנגשות אינטרסים עם תפקידו או עבודתו בבית החולים הציבורי, יש לאכוף את הכללים

הקיימים ואף לקבוע כללים נוספים חדשים. שהרי, ככל שפוטנציאל ההשתכרות של הרופא ברפואה הפרטית גבוה משמעותית משכרו בבית החולים הציבורי, כך גובר החשש לניגוד עניינים והתנגשות אינטרסים. ניגודים והתנגשויות שבאים לידי ביטוי "בתחרות" שמתפתחת בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית על זמן הרופא. תחרות אשר פוגעת בשירות שמקבל המטופל הציבורי, ושעדות לקיומה ניתן למצוא בין היתר גם בדו"ח מבקר המדינה (58ב'), שם נקבע: "עולה כי תופעת ההיעדרות של רופאים מעבודתם בבתי חולים בשעות העבודה הנהוגות בהם, לא פסקה במהלך השנים וחלק משעות העבודה של רופאים בבתי החולים שעוסקים בעבודה פרטית או בפרקטיקה פרטית בקופות החולים חופפות לשעות העבודה הנהוגות בבתי החולים. הדבר אינו עולה בקנה עם סדרי מינהל תקין ועם הוראות התקשי"ר בעניין זה ועלול לפגוע הן בשירות הניתן למאושפזים בבתי החולים וכן בשירות הניתן למי שפונים למרפאות החוץ של בתי החולים." נוכח האמור לעיל, וכחלק מהרצון להתמודד עם תופעת ההיעדרות, כמו גם לאפשר ניהול נכון של המשאבים העומדים לרשות המערכת, נקבע כלי בקרה בדמות החתמת שיעון נוכחות (כמקובל בענפים שונים במשק). כלי בקרה שלצד יתרונותיו הרבים, חשף והדגיש את המוטיב הכלכלי שבבסיס התחרות. שהרי, לאור העובדה ששעת עבודה ברפואה הפרטית הינה רווחית הרבה יותר מאותה שעת עבודה ברפואה הציבורית, ההסדר של החתמת השיעון הדגיש את התמריץ (שלא לומר יצר במקרים מסוימים את הלגיטימציה) לצמצם את השעות הציבוריות (גם במחיר ירידה מסוימת בשכר הציבורי), ולהגדיל את השעות בפרקטיקה הפרטית.

לאור האמור לעיל, מתעצמת החובה למצוא את נקודת האיזון הראויה בין זכויותיו של הרופא, כמו גם רצונו הלגיטימי לממש את פוטנציאל ההשתכרות בתחומו, ובין הצורך להגן על המשאבים המוגבלים ועל אינטרס הציבור לרפואה ציבורית זמינה, יציבה וחזקה. נקודת איזון שמטרתה לוודא שאין בעבודה ו/או בפרקטיקה הפרטית של הרופא משום תחרות בלתי הוגנת לבית החולים הציבורי, ואין בה בכדי להשפיע לרעה על תפקודו בבית החולים הציבורי (מצבים בהם רופא מגיע לבית החולים הציבורי עייף לאחר עבודה ממושכת בפרקטיקה הפרטית). גישתי היא שאין מקום לקבוע איסור גורף לכלל הרופאים בשירות הציבורי מלפתח ולעסוק בפרקטיקה הפרטית. זאת ובפרט שאיסור מעין זה אינו מידתי, ואינו תואם את המציאות המתפתחת, כמו גם את פוטנציאל הסיכון והנזק שטמונים בהגבלה דרקונית מעין זו (שינוי תנאי עבודה, ירידה במוטיבציה, העדפת רופאים את השירות הפרטי וכיו"ב). איסור גורף מעין זה עשוי בסופו לפגוע ברפואה הציבורית, ובתוך כך בציבור כולו. **עם זאת**, לאור היות זמן הרופא משאב יקר, ולצד חשש ממשי שרופא בשירות הציבורי יעדיף את הפעילות הפרטית באופן שבהכרח יבוא על חשבון פעילותו בבית החולים הציבורי (חשש אשר מצא אחיזה בעדויות ובנתונים שנאספו בתקופת פעילותה של הוועדה) – יש לעבות את "רשתות ההגנה" הקיימות. כיוון שהעדפת הרופא שעשויה לבוא לידי ביטוי בעיקר בצמצום שעות העבודה בבית החולים הציבורי (אך לא רק), יש לקבוע מנגנון מידתי וסביר שישמור (עד כמה שניתן) על האינטרס הציבורי ועל המשאבים החיוניים לקיום מערכת בריאות ציבורית חזקה. מנגנון שמקיים יחס ראוי בין ההגבלות המוטלות על רופא בשירות ציבורי, לבין התועלת הציבורית שצומחת מהן, כמו גם הגשמת אותה תכלית ראויה של חיזוק הרפואה הציבורית. לגישתי, ראוי שבנוסף לאותן "רשתות ההגנה" שכבר קיימות בתקשי"ר, יצטרף כלל המגדיר היקף משרה מינימאלי של רופאים בבית חולים ציבוריים, ושאינם מוגדרים כ-

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

"פולטימרים". רף מינימום שייקבע בהתאם לצרכים של מערכת הבריאות הציבורית והמשאבים הקיימים, והכל תוך ראייה לאומית. כלל אשר מחד גיסא יאפשר להנהלות בתי החולים את הגמישות לקבוע את אחוז המשרה הנדרש ביחס לרופא מסוים (מתוך הכרה ביתרונות שיש בהעסקת רופא בחלקי משרה), ומאידך גיסא יגדיר רף מינימאלי שיצמצם את פוטנציאל הסיכון של ניצול משאבים ציבוריים (כגון: "רכיבה" על ביטוח אחריות מקצועית, צמצום שעות עבודה ציבוריות, חסרונות שטמונים בהעסקת רופא בחלקי משרה ועוד).

תמחור והתחשבנויות

מהנתונים והעדויות שנאספו לאורך עבודת הוועדה הצטיירה בעיני תמונה לפיה מנגנון התמחור וההתחשבנות הנוכחי מלווה בעיוותים משמעותיים ובכשלי שוק מהותיים ביחסים שבין קופות החולים ובתי החולים. עיוותים וכשלים שבסופו מתורגמים לפגיעה בהיקף ובאיכות השירותים הניתנים למטופלים. נדמה כי עם השנים מחירון משרד הבריאות (שירותים אמבולטוריים ושירותי אשפוז) הפך יותר ויותר לנקודת פתיחה במשא ומתן פיננסי, ופחות כמחירון שמבטא את המחירים הריאליים במערכת הבריאות. לצערי, נדמה שאת התחרות על איכות השירות הלכה והחליפה התחרות על גובה ההנחה שמקבלת קופת החולים מבתי החולים. הנחות שבהכרח מערערות את האיתנות הפיננסית של בתי החולים, וכנגזרת מכך גם את איכות השירות למטופל בבית החולים הציבורי. למען הסר ספק, ומתוך הכרה במצוקתן הכלכלית של קופות החולים, אין לטעות ולחשוב שההנחות שמשיגות קופות החולים מהוה מעין מנגנון להפקת רווחים, אם כי דרך לצמצם במידת מה את הגירעונות הקיימים. מכאן, שהמלצתי היא לבחון האם שיטת התמחור וההתחשבנות הנוכחית עדיין תואמת צורכי המערכת, כמו גם את האתגרים שמציבה המציאות המתפתחת. יש לשאוף לקיים במערכת הבריאות מודל תמחור והתחשבנות שמתמודד עם כל כשלי השוק הקיימים, ושנותן מענה הולם לתמריצים שעשויים להתפתח במערכת שצמאה למשאבים. מודל שמאפשר תכנון ארוך טווח, כזה שיקנה יציבות פיננסית וודאות תקציבית.

קדנציות ורוטציות

בהמשך להחלטת ממשלה בנושא יישום הרפורמה בניהול ההון האנושי בשירות המדינה וכחלק מהיערכות למימוש מודל הקדנציות והרוטציות בניהול הסגל הבכיר (חוזר 6/2014), המלצתי היא שמשרד הבריאות יפעל לקביעת עקרונות וכללים לקציבת קדנציות ורוטציות בתפקידי ניהול במערכת הבריאות הציבורית. יודגש, הדרך להחלת חוזר זה גם על מערכת הבריאות כבר נסללה במסגרת הנחיות נציבות שירות המדינה שם נאמר, בין היתר כי בהתייחס לבתי החולים בשלב זה יש לפרסם את ההערה בכל מכרז לתפקיד מנהל בית חולים. בנקודה זו אבקש לציין, כי לגישתי החשיבות ליישם מודל של קדנציות ורוטציות הינה בראש ובראשונה בתפקידי הניהול ברמת חטיבות, אגפים ומחלקות. בהתבסס על עדויות ושיחות עם גורמים שונים במערכת הבריאות הציבורית, התרשמתי שחסרונות המצב הנוכחי עולים על יתרונותיו. מצב בו לעיתים חוסר היכולת להתקדם בתפקידי ניהול בתוך חטיבה/אגף/מחלקה (מעין "תקרת זכוכית"), עשוי להשפיע על המוטיבציה של רופאים בכירים, ובמקרים מסוימים אף להגביל חדשנות והתפתחות שהם כה חיוניים לתחום הרפואה. בנוסף, ועל מנת לסייע לשימוט מודל זה במערכת הבריאות, יש לוודא כי במסגרת הפעלת מודל של קדנציות ורוטציות לא תיפגע רמת השתכרותו של מסיים

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

התפקיד (בין היתר באמצעות העסקת מנהלים במודל של 'פולטיימרים') ותאפשר התפתחות מקצועית 'רוחבית'.

הכרה בהזדקנות האוכלוסייה

נוכח התחזיות על הגידול הדרמטי באוכלוסיית המבוגרים מעל גיל 65, יש להיערך להשלכות של הגידול הצפוי במספר הקשישים על תחום הבריאות. לפיכך, ובנוסף לפיצוי הדמוגרפי עליו המליצה הוועדה יש להוסיף "והזדקנות האוכלוסייה". תוספת שתאפשר למערכת הבריאות להיערך ולהתאים עצמה לצרכים המתפתחים ובכלל זאת, נקיטת פעולות להגדלת מספר המומחים ברפואת משפחה, רפואה פנימית וגריאטריה; פיתוח תשתיות מתאימות (בקהילה ובבתי החולים).



הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית **ועדת גרמן**

דו"ח עמדת מיעוט



חברי הוועדה ועורכים ראשיים:
פרופ' קובי גלזר, פרופ' יוג'ין קנדל

כתיבה והכנת דו"ח עמדת המיעוט:
גב' יוליה איתן

ברצוננו להודות למר יובל דגן ומר ניר בריל מהמועצה הלאומית לכלכלה, במשרד ראש הממשלה, אשר תמכו בעבודת הוועדה ותרמו רבות להכנת מסמך זה.
פרופ' גלזר מעוניין להודות גם למר אורי כץ על הסיוע במחקר ובכתיבה במהלך עבודת הוועדה.
כמו כן, אנו מודים לכל מי שסייע בגיבוש העמדה ובאיסוף המידע התומך.



תוכן העניינים

4	דברי גב' פנינה קורן - נציגת ציבור בוועדה
5	מבוא
6	המחלוקת
8	תקציר מנהלים
11	עמדת המיעוט
12	1. מחסור מתמשך במשאבים, ההולך ומחמיר עם השנים
25	2. מבנה תמריצים לקוי של מערכת הבריאות
29	3. כשלים רגולטורים
36	4. שחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית
41	עתיד מערכת הבריאות הציבורית: תחזית לאור המלצות הוועדה
43	המודל המשולב
43	א. הבעיות המרכזיות עימם המודל מבקש לה תמודד
43	ב. רכיבי המודל המשולב
46	ג. דיון בהסתייגויות מהכנסת שירותים בתשלום למערכת הבריאות הציבורית
54	ד. סיכום
55	ריכוז הסתייגויות להמלצות פרטניות של "ועדת גרמן"



דברי גב' פנינה קורן - נציגת ציבור בוועדה

כנציגת ציבור הנני מצטרפת ל"דעת המיעוט בוועדת גרמן" ולנימוקיה, בעד שילוב הרפואה הפרטית במסגרת מתקני ואחריות בתי החולים הציבוריים, לאור הנימוקים שפורטו שם.

מבלי לחוות דעה על הדרכים והאמצעים להשגתו והפעלתו של המודל המוצע (כפי שפורטו בדעת המיעוט של חברי) - לענין זה אני מפנה לציטוט דעת המיעוט בפרוטוקול האחרון של ועדת גרמן מתאריך 25.6, כפי שיובא בהמשך.

אני מאמינה בדמוקרטיה שמאפשרת לתושב לבחור אצל מי הוא רוצה להיות מטופל, הן ברמת המוסד והן במת המטפל. כל זאת, תחת המגבלות הרגולטיביות, ותחת גבולות ואסדרה שימנעו פגיעה בסביבה בה היא מתקיימת.

אני מצטרפת לדעת המיעוט הרואה הכרח וערך, הן במתן אפשרות לבחירת גורם מטפל במערכת הבריאות, והן בעצם קיומה של רפואה פרטית בישראל.

לאור כל האמור לעיל, ולאור כל הנימוקים שהועלו ב"דעת המיעוט", כולל הנימוק האומר שכל התושבים יצאו נשכרים בעקיפין מהחלתו של המודל המשולב (גם אלו שאינם בוחרים את הרופא המטפל), אני תומכת במודל זה ובמטרותיו, כפי שהוצעו שם.

לגבי אופן ודרכי החלתו, אני חוזרת, כאמור, לציטוט דעת המיעוט, כפי שהועלה בפרוטוקול הוועדה (פרוטוקול מסכם מתאריך 25.6, סעיפים 76-77) בו בין השאר מומלץ "...לשקול בכובד ראש מודל מאוזן ומפוקח על שימוש המימון הפרטי, תוך מתן תשומת לב להמלצות של וועדות קודמות בנושא, ולהמלצת המומחים הבינלאומיים שהעלו בוועדה. מומלץ להתחיל באופן מיידי בפיילוט של מודל מימון פרטי, מפוקח ומאוזן ב-3 בתי חולים ממשלתיים או בבעלות קופה, על מנת לבחון ישימות המודל, תרומתו, ובמקביל להדק את הרגולציה של משרד הבריאות".

אני מצטרפת לכל דברי הברכה והתודה כפי שהועלו ברישא של "עמדת המיעוט", ומאחלת הצלחה ליישומם של המלצות הוועדה.



מבוא

ברצוננו להודות לשותפינו וחברינו בוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, או בשמה השגור "ועדת גרמן", על הדיונים המעמיקים, שהתפרסו על פני תקופה של כמעט שנה, ועל המאמץ הרב שהשקיעו, בהתנדבות, ומתוך תחושת שליחות עמוקה, על מנת ללמוד, לבחון ולשקול את הצעדים הדרושים לטובת המטופל הישראלי. שרת הבריאות, חה"כ יעל גרמן, בחרה לעמוד בראש הוועדה ולהנהיגה באופן אישי, דבר שהעניק לדיוני הוועדה לא רק משנה חשיבות, עומק, ותרבות דיון אלא גם מימד אישי של חמימות ומשפחתיות. הכבוד שבו נהגה בכל אדם באשר הוא אדם עורר השראה והערכה בלב כל. דיוני הוועדה היו רציניים ונגועו בהיבטים רבים מאוד של מערכת הבריאות בישראל. המלצות הוועדה מקיפות וללא ספק חלקן ראויות לציון. בכלל זה:

- הקמת רשות אישפוז ממשלתית,
- אסדרת תחום התיירות הרפואית,
- הרפורמה המוצעת בביטוחי הבריאות,
- הצבת היעדים בתחום כוח האדם הרפואי.

המלצות אלה, אם תיושמה, תקדמנה מאוד את מערכת הבריאות במדינת ישראל.

כמו כן ראוי לציון הוא החלת מתווה לעדכון תקציב סל הבריאות, שהגם שהוא רחוק מן הרצוי והאפשרי לדעתנו (ועל כך נדון בהרחבה בהמשך), הוא מהווה שיפור מסוים לעומת המצב הקיים.

אולם, ברוח הכנות שאפיינה את דיוני הוועדה ראוי גם לברר את המחלוקות ולא לטאטאן מתחת לשטיח. על כן אנו נאלצים, בתום דיונים של שנה, להעלות על הכתב את עמדתנו, כפי שהוצגה במהלך הדיונים אך לא מצאה מקום בהחלטות הרוב של הוועדה.

לצערנו, אין אנו יכולים לומר שהמלצות הוועדה מציעות נוסחה מתאימה לטיפול בבעיות היסוד של המערכת, נוסחה שתמנע הישנות הצורך בהקמת ועדה נוספת תוך כמה שנים. לדידנו, לצד המאמץ האדיר והמחויבות העמוקה לאיבחון המצב הקיים, הוועדה לא הצליחה במציאת מודל קוהרנטי ארוך טווח שיבטיח את איכותה וחוסנה של מערכת הבריאות הציבורית. יתר על כן, מקונן בליבנו חשש עמוק כי חלק מהמלצות הוועדה לא תצאנה מהכוח אל הפועל, בעיקר בשל מחסור חריף במשאבים, שלמיטב הבנתנו המלצות הרוב בוועדה אינן מתמודדות אתו כראוי.

במסמך זה נפרט את ההשגות העיקריות שלנו מעמדת הרוב ואת המודל המשולב המוצע על ידינו להתמודדות עם בעיות היסוד של המערכת. אנו מקווים שקוראי שורות אלה ימצאו במסמך זה ניתוח מקצועי של תחלואי המערכת ושל השינויים הנדרשים בה, ואף יפעלו, כמיטב יכולתם, ליישומם של שינויים אלה בעתיד הקרוב.

המחלוקת

"אין זה די שאנחנו עושים כמיטב יכולתנו, לפעמים עלינו לעשות את מה שנדרש" (וינסטון צ'רצ'יל)

לדעת כל חברי הוועדה הרפורמה החשובה ביותר במערכת הבריאות בישראל התרחשה בשנת 1995 עת נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החקיקה היוותה מהלך מהפכני, אשר העמיד את מדינת ישראל בשורה הראשונה של המדינות המתקונות, המציעות לתושביהן מערכת בריאות מפותחת ושוויונית. חוק זה הפך דוגמה ומושא להערכה בקרב רבים מהמומחים ומקבלי ההחלטות בתחום הבריאות בעולם. על אף ההסכמה הגורפת סביבו היום, חקיקתו בזמנו, לוותה ביצרים, בהפחדות, במחלוקות ובהתנגדויות רבות, גם מצד אלה המצדדים בו היום. החוק הוא תוצאה ישירה של המלצות ועדה בראשות השופטת שושנה נתניהו, אשר יושמו, למרות ההתנגדויות, על ידי ממשלת ישראל בראשותו של יצחק רבין ז"ל. אנו, מחברי דעת המיעוט, קיוונו שגם להמלצות "הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית", או בשמה השגור "ועדת גרמן", תהיה השפעה מכריעה על מערכת הבריאות בישראל. הוועדה היוותה הזדמנות נדירה לביצוע שינוי יסודי ומתבקש במבנה מערכת הבריאות הציבורית בישראל, כך שהיא תוכל לעמוד באתגר המרכזי העומד בפניה שהוא לספק לתושבי ישראל רפואה שיוויונית, יעילה ואיכותית בעשורים הקרובים. לצערנו, אנו חשים כי הוועדה החמיצה את ההזדמנות הנדירה הזאת.

כבר בחזון הוועדה, הודגשו תמרורי האזהרה לגבי המצב הקשה בו נמצאת המערכת ולגבי העתיד להתרחש אם לא יתבצעו השינויים הנדרשים: "...עם זאת, בשנים האחרונות, מסתמנות מגמות מדאיגות שקשה לאמוד את השפעתן ארוכת הטווח על המערכת. על מנת למפות את המגמות השונות ולהבטיח את קיומן היציב לאורך זמן של עקרונות השוויון, הצדק והעזרה ההדדית, החליטה שרת הבריאות על מינוי ועדה מייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית."

ואכן, במהלך הדיונים, נתגלעו לנגד עינינו פערים וכשלים רבים, הנוגעים כמעט לכל היבט של המבנה והתפקוד של המערכת. בין היתר, אפשר למנות את פערי האיכות בין קופות החולים ומערך האשפוז, תורים ארוכים, קשיי משילות של משרד הבריאות כרגולטור, שחיקה של צוותים מטפלים בהווה ומחסור צפוי בעתיד, מבנה תמריצים לקוי המביא לפגיעה אמיתית באיכות השירות, מידה לא מספקת של פרוגרסיביות במימון השירותים ועוד. לכשלים הללו ביטוי מוחשי בשחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות ובעליה דרמטית בביקושים לביטוחים ושירותים פרטיים. יותר מכל ניכר כי המחסור המתמשך במשאבים מרוקן, למעשה, מתוכן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר נועד להבטיח סל שירותי בריאות שוויוני, איכותי, זמין ונגיש לכלל התושבים.

אולם, לצערנו, כאמור, אין אנו סבורים שעמדת הרוב בוועדה מציעה מענה מספק להתמודדות עם מכלול הכשלים הללו. אנו סבורים גם, שעל אף תהליך הלמידה הרחב בנושאים רבים וחשובים, בחרו רוב חברי הוועדה, לא להפיק את כל שניתן וצריך היה להפיק מהניסיון הבינלאומי, כפי שנפרס בפנינו על ידי מומחים מובילים וגורמי מחקר ישראלים. קיומה של רפואה פרטית בישראל הוא מציאות שעלינו להשלים אתה ובמידה מסוימת אף לברך עליה, כפי שקורה כמעט בכל המדינות המפותחות. השאלות המרכזיות הן כיצד להפיק את המיטב מההשפעות החיצוניות החיוביות של המערכת הפרטית, כיצד להקטין ככל האפשר את ההשפעות החיצוניות השליליות שלה וכיצד להביא לכך, שהמערכת הציבורית תהיה הנהיגה העיקרית מהרווחים הניכרים של הפעילות הפרטית. במילים אחרות, השאלה המרכזית היא לא אם תהיה או לא תהיה בישראל רפואה פרטית, אלא מהו המודל הנכון לשילוב בין שתי המערכות הללו.

סקירות בינלאומיות רבות שהוצגו בפני הוועדה, כולל זו שהוכנה על ידי מכון "ברוקדייל", מצביעות על דרכים מגוונות לשלב בין המערכת הפרטית והציבורית על מנת לחזק את המערכת הציבורית. לדעתנו, הוועדה טעתה כאשר התעלמה מהנעשה ברוב העולם ובחרה שלא להמליץ על שילוב מסוים של שתי המערכות, ובכך ויתרה, למעשה, לא רק על התועלות הרבות שהמערכת הציבורית יכולה להפיק מזו הפרטית, אלא גם על היכולת לפקח בצורה יעילה על המערכת הפרטית. יש הסבורים שהפרדה מוחלטת בין המערכת הפרטית והציבורית מטיבה עם המטופל במערכת הציבורית ומעלה את רמת השוויוניות בחברה. **אנו**



קובעים באופן נחרץ, כי הרחקת הרפואה הפרטית "מעבר לגדר" לא רק שלא פותרת את הבעיות היסודיות במערכת הבריאות, אלא שהיא אף מעצימה אותן. ככל שמטופלים "חזקים" ייאלצו לחפש מענה רפואי מחוץ למערכת הבריאות הציבורית כך תקטן המחויבות שלהם כלפיה וכך גם יפחת הלחץ מצדם לשיפורה. הסכנה היא שהמערכת הציבורית תהפוך עבורם למערכת המספקת "שירותי רווחה בתחום הבריאות" כפי שקרה בעבר באנגליה. לכך מיתווספות תופעות ידועות ברפואה של "גריפות שמנת" וסוגיות של יתרונות לגודל, שיובילו אף הן להחרפת המצוקה ולהרחבת בעיית אי השוויון וחוסר הסולידריות בחברה הישראלית.

חברי ועדת השופטת נתניהו, שהמליצו על חוק בריאות ממלכתי שוויוני ומתקדם, התייחסו בפירוש גם לנושא זה: "... עדיפה רפואה פרטית במסגרת בית-החולים הציבורי, על פני פרקטיקה פרטית בשעות העבודה, מחוץ לכתליו, או קיום "שחורה" בתוכו במחתרת, המביאה לפגיעה ברפואה הציבורית. על החברה להבטיח רמה גבוהה של רפואה ציבורית וחיזוקה, במקום לעודד בריחה של כוחות טובים למגזר העסקים" (עמודים 324-325 לדעת הרוב). ועדות נוספות שישבו על המדוכה תמכו אף הן בגישה זו.

יהיו כאלה שיסברו כי עמדת המיעוט המוצגת כאן היא, בראש ובראשונה, תוצאה של חוסר שביעות הרצון של מחבריה מעמדת הרוב בוועדה בנושא השר"פ. חשוב לנו להבהיר כי על אף שאנו אכן תומכים בשילובה של בחירת רופא בתשלום בבתי החולים הציבוריים (על פי מודל שנציג בהמשך), הרי שכפי שהבהרנו לעיל וכפי שעוד יובהר בהמשך, עמדתנו נגזרת מהסתכלות רחבה הרבה יותר על המערכת ומתבססת על ניתוח המגמות והכשלים הרבים שלא טופלו דיים במסגרת המלצות הרוב.

זאת ועוד, אנו סבורים שהדין הציבורי שהתנהל, הן בתקשורת והן בפורומים רבים אחרים, במהלך דוני הוועדה, והתמקד רובו ככולו בשאלת השר"פ, סייע, במודע או שלא במודע, בידי אלה שהיו מעוניינים להסיט את הדיון מהשאלות החשובות באמת, לשאלה שהיא אך משנית בחשיבותה. כפי שנדון בהרחבה במסמך זה, מערכת הבריאות הציבורית בישראל נמצאת היום במשבר חמור כתוצאה ממספר כשלים מרכזיים, ביניהם: מחסור חמור במשאבים, היעדר רגולציה, כללי משחק לא מוסדרים, בין בתי החולים וקופות חולים, ושחיקה באמון הציבור במערכת. שילוב הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית הוא אמצעי אפשרי אחד מני רבים להתמודדות עם כשלים אלה והוא בפרוש איננו המרכזי שבהם. אין ספק בלבנו שהסטת הדיון הציבורי ממוקדי החולי העקריים של המערכת, לדיון צר בנושא השר"פ, סייעה רבות בידי אלה שהיו מעוניינים שהשאלות החשובות באמת לא תעלינה על המדוכה. צר לנו גם שהתקשורת, שהייתה פעילה מאוד במהלך הדיונים של הוועדה, לא הבחינה בתפקיד השלילי שהיא מילאה בהקשר זה.

לסיום, אם נחזור למילותיו של צ'רצ'יל: אנו משוכנעים שהוועדה עשתה כמיטב יכולתה במסגרת המגבלות בהן היא פעלה. אולם לדעתנו מערכת הבריאות הציבורית זקוקה להרבה יותר מכך, ומקווים שאימוץ המלצותינו יעניק לה את מה שדרוש לה באמת.

תקציר מנהלים¹

מתמונת המצב שהתגלתה בפנינו במהלך עבודת הוועדה ומהיכרותנו את מערכת הבריאות בישראל, אנו משוכנעים שמערכת הבריאות הציבורית נמצאת במשבר חמור. לצערנו, אין אנו סבורים שהמלצות הרוב בוועדת גרמן מתוות את מפת הדרכים המתאימה שבאמצעותה תצליח המערכת להיחלץ ממצב זה.

אנו מזהים ארבע בעיות מרכזיות במערכת הבריאות הציבורית בישראל, אשר הביאו למצב הקשה שבו היא שרויה היום, ואשר לא קיבלו מענה ראוי בהמלצות הוועדה:

1. מחסור במשאבים, ההולך ומחמיר עם השנים;
 2. שחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית;
 3. כשלים רגולטוריים במערכת הבריאות הציבורית והפרטית;
 4. מבנה תמריצים מעוות, המחזק את הכשלים.
- אנו משוכנעים שללא התמודדות נחושה עם כשלים אלה תימשך ההידרדרות באיכות השירותים במערכת הציבורית ויגדל אי-השוויון באספקה ובמימון של השירותים הרפואיים בישראל.
- אנו רואים הכרח וערך הן במתן האפשרות לבחירת גורם מטפל במערכת הבריאות והן בעצם קיומה של רפואה פרטית בישראל. אנו משוכנעים כי הרחקתה של הרפואה הפרטית אל "מעבר לגדר", כפי שהיא מתבצעת כיום וכפי שהיא תמשיך להתבצע, אם תתקבלנה המלצות הרוב בוועדה, לא רק שלא תפתור את בעיות היסוד במערכת, אלא אף תמשיך ותעצים אותן.
- אנו מאמינים ש"המודל המשולב", המוצע על-ידינו בנייר עמדה זה, הוא מודל מתאים יותר להשבתה של המערכת לדרך המלך ולהבטחת עתידה בשנים הבאות.
- להלן נציג את עיקרי "המודל המשולב".

המטרות המרכזיות ש"המודל המשולב" נועד להשיג:

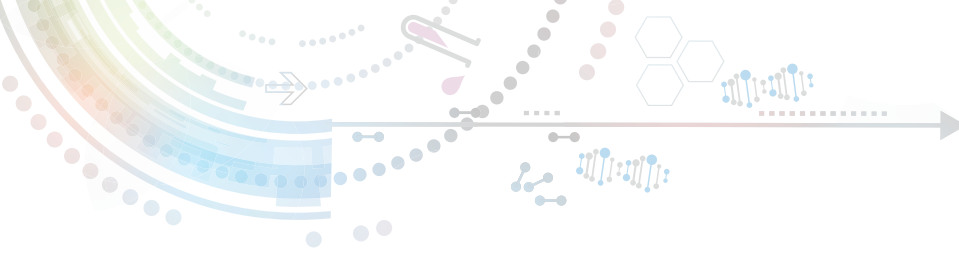
- א. חיזוק ושיפור הרגולציה על מערכת הבריאות בכללותה, הן זו הציבורית והן זו הפרטית.
 - ב. שיפור התמריצים במערכת.
 - ג. הבטחה, לאורך שנים, של משאבים ראויים לטובת המערכת הציבורית.
 - ד. שיקום האמון במערכת הציבורית ומניעת שחיקתו בעתיד.
- ה. מתן אפשרות בחירה בתשלום בגורם מטפל, בתוך המערכת האישפוז הציבורית והפניית חלק משמעותי מן המשאבים המתקבלים מפעילות זו לטובת המטופל הציבורי.

לצורך השגת המטרות לעיל אנו ממליצים על:

1. חיזוק ושיפור הרגולציה במערכת על-ידי:

- א. הקמת גוף רגולטורי עצמאי ובלתי תלוי לצורך אסדרה של כלל הנושאים הכלכליים במערכת הבריאות, במסגרת התקציב הכולל של מערכת הבריאות הציבורית ובמסגרת היעדים הכלכליים האחרים של המערכת. הגוף יפעל בדומה לרשויות אחרות ויקבע כללי תמחור והתחשבנות בין הגופים השונים במערכת הבריאות (ובפרט בין קופות-החולים ובתי-החולים) על בסיס עקרונות כלכליים וחברתיים ברורים ושקופים. הגוף יונחה על ידי שר הבריאות ויצור אסדרה בנושאים כספיים ותפעוליים, כולל יעדים כמותיים. הגוף הרגולטורי יקים מערכת בקרה ממוחשבת שתעקוב ותפקח, בין היתר, על היקפי הפעילות, על ההכנסות, על ההוצאות ועל אורכי התורים במערכת. המערכת הממוחשבת תתריע על חריגות (בדומה לקיים בחלק מקופות

¹ תקציר מנהלים אינו מהווה תחליף למסמך המלא של עמדת המיעוט. אנו ממליצים לקרוא לעיין גם בנימוקים לקביעותינו והמלצותינו כפי שמופעים בתוכן המסמך.



החולים כבר היום) ותחזק את הבקרה בשטח. הגוף הרגולטורי יפקח גם על תיירות המרפא ועל השירותים בתשלום במערכת הציבורית, אם יהיו כאלה.

ב. הקטנת המעורבות של אגף התקציבים באוצר בכל הקשור לפיקוח על מערכת הבריאות בישראל ולניהולה, בעיקר ברמת המיקרו.

ג. אנו ממליצים להתחיל בתהליך הקמה מיידית של הגוף הרגולטורי ולבצע פיילוט מול מספר בתי-חולים.

2. איגום משאבים ציבוריים ופרטיים לטובת המטופל הציבורי

א. הבטחת משאבים ציבוריים למערכת הבריאות, לאורך זמן, כך שבשנת 2030 יעמוד אחוז ההוצאה הציבורית על בריאות על 5.5% מהתוצר. ההתאמה תיעשה ליניארית על-פני שנים.

1. על-מנת לממן את התוכנית מוצעת העלאת מס בריאות ב-0.5% על-פני 3 השנים הקרובות.

2. את ההפרש לצורך עמידה ביעד הוצאה של 5.5% מהתוצר יש להשלים מתקציב המדינה.

3. הפניה של הכנסות מתיירות רפואית לטובת המערכת הציבורית כפי שהומלץ בדו"ח הוועדה לתיירות רפואית.

4. תוספת משאבים של כמיליארד ש"ח בשנה על-ידי התרת השימוש בכספי ביטוחים משלימים ומסחריים בתוך מערכת הבריאות הציבורית.

ב. שימוש בכספי השב"ן והביטוח המסחרי במערכת הציבורית יתבצע באופן **שלא יתקיים קשר כספי ישיר כלשהו בין הצוות הרפואי ובין הפרט המטופל על-ידו/או בני משפחתו**, על פי המודל הבא:

1. משרד הבריאות יעניק רישיון להכנסת בחירת רופא בתשלום לבית-החולים. אישור זה יהיה מוגבל בזמן ומותנה בעמידתו של בית-החולים בכללי הרגולציה.

2. הנהלת בית-החולים תהיה הגורם היוזם והאחראי לפעילות זו. הנהלת בית-החולים היא זו שתנהל את המשא ומתן מול נציגי השב"ן והמבטחים המסחריים, לצורך קביעת התעריפים ושאר תנאי ההתקשרות ביניהם, לשם ביצוע הפעילות הפרטית במסגרת בית-החולים.

3. פעילות על בסיס מימון פרטי תתבצע רק בשעות אחר הצהריים ותוגבל כמוותית, תוך פיקוח.

4. פעילות על בסיס מימון פרטי תתבצע אך ורק בפרוצדורות אלקטיביות ולא ברפואה דחופה.

5. הנהלת בית-החולים תתחייב לפעילות ציבורית תוספתית בשעות אחר הצהריים כתנאי לקבלת הרישיון, וגם על כך יתקיים פיקוח.

6. על כל רופא, כל מחלקה וכל בית-חולים תחול מגבלה ברורה של היקף הפעילות הפרטית ושל היחס בין הפעילות הציבורית וזו הפרטית המותרת לו.

7. צוותים רפואיים יקבלו תגמול עבור פעילות אחר הצהריים ללא קשר ישיר לזהות המטופלים ובדגש על שכר גלובאלי ובונוסים על ביצועים כוללים.

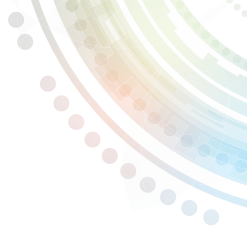
8. לא תהיה כל אינטראקציה כלכלית בין הרופא המטפל ובין המטופל ומשפחתו בכל הקשור לטיפול בבית-החולים. המטופל יפנה ישירות לבית החולים לצורך קביעת התור, ובית-החולים הוא שיגבה את התשלום בגין הטיפול.

3. שיפור תמריצים במערכת על-ידי:

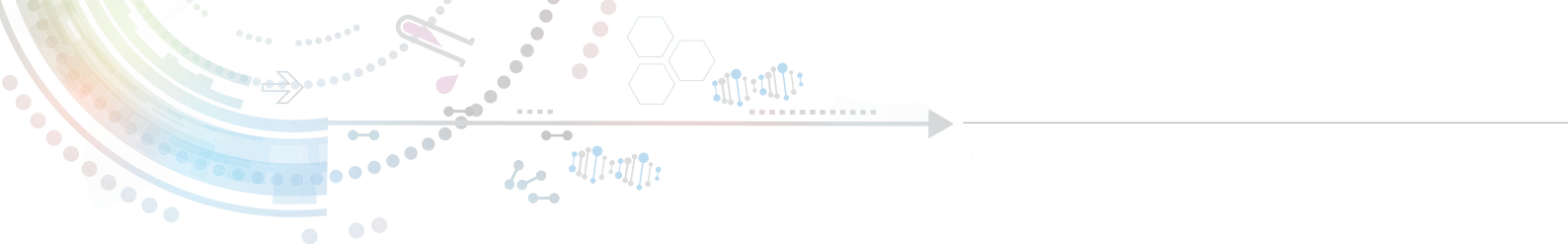
א. שינוי המנגנון של קביעת המחירים שמשלמות הקופות לבתי-החולים:

1) לא יתקיים משא ומתן בין בתי-החולים ובין קופות-החולים על המחירים אותם משלמות קופות החולים לבתי החולים בגין הפעילות הרפואית המתבצעת על ידי בתי החולים. המחירים יהיו אחידים לכולם ויקבעו על ידי הגוף הרגולטורי שהוצג לעיל.

2) מעבר מהיר לשיטת ה-DRG (Diagnosis Related Group) בכלל מערכת האשפוז.



- (3) המחירים אותם תשלמנה קופות החולים לבתי החולים ייקבעו בהתאם לעקרונות כלכליים ברורים ושקופים.
 - (4) המחירים ייקבעו על בסיס העלויות השוליות של הפרוצדורות, תוך העמסה של אותו החלק מהעלויות הקבועות אשר לא ימומן ישירות על-ידי משרד הבריאות.
 - (5) יתאפשר לקופת-חולים להגיע להסכם התקשרות שונה, מזה המוצע לעיל, עם בית-חולים, לגבי פרוצדורה מסוימת או לגבי קבוצת חולים מסוימת, לאחר שיובאו בפני הרגולטור הנימוקים הראויים ולאחר אישורו.
- ב. שינוי המנגנון על פיו יתוגמלו בתי החולים- פעילויות שונות של בתי-חולים ימומנו בנפרד:
- (1) חלק ניכר מהעלויות הקבועות של בית-החולים (כגון חדר מיון, אחזקת בניין, ICU ועוד) ימומנו על-ידי משרד הבריאות תוך העברה ישירה של תקציבים לבית-החולים, לא דרך קופת-החולים.
 - (2) רכישת ציוד והשקעות על ידי בתי החולים ימומנו מתקציב פיתוח מיוחד ישירות ממשרד הבריאות.
 - (3) פעילות רפואית שוטפת תמומן על-ידי מכירת השירותים לקופת-חולים ולגופים נוספים כפי שנעשה היום (אך במחירים נמוכים משמעותית לאור העובדה שהתשלום יהיה בעיקר בגין ההוצאה השולית).
 - (4) פעילות מחקר והוראה תמומן בנפרד מתקציבי הוות"ת ומתקציבי מחקר אחרים, בדומה למימון פעילות זו באוניברסיטאות.
 - (5) משרד הבריאות יקבל תקציב נוסף על-מנת לעודד ביצוע פרויקטים מיוחדים בבתי-חולים ו/או לחזק בתי-חולים חלשים לפי קריטריונים קבועים מראש.
- ג. תינתן למבוטחי קופות החולים אפשרות בחירה רחבה של בתי-חולים (עם מגבלות מינימליות) על מנת לעודד תחרות על איכות בין בתי החולים.
- בהמשכו של מסמך זה נציג תחילה את הניתוח שלנו לכל אחד מארבעת הכשלים העיקריים במערכת ונסביר מדוע לדעתנו המלצות הרוב בוועדה אינן מתמודדות כראוי עם כשלים אלה. לאחר מכן נרחיב בתיאור העקרונות של המודל המשולב המוצע על ידינו וננמק מדוע לדעתנו הוא מתמודד טוב יותר עם הכשלים לעיל. חשוב לציין כי על אף שאנו דנים בכל אחד מן הכשלים הללו בנפרד, איננו שוכחים שמערכת הבריאות פועלת למעשה כמערכת של כלים שלובים ולפתרון של בעיה אחת עשויות להיות השלכות על בעיות אחרות ועל פתרון. המודל המשולב, שאנו מציעים, מנסה להסתכל על המערכת כמכלול ולשלב בין הפתרונות השונים לבעיות השונות. אנו מאמינים שהמודל שאנו מציעים עשוי להחזיר את המערכת לדרך המלך ולהבטיח את איכותה ואת חוסנה גם בשנים הבאות.



עמדת המיעוט

1 מחסור מתמשך במשאבים, ההולך ומחמיר עם השנים

1. מימון מערכת הבריאות - אתגר כלל עולמי
2. מחסור ושחיקת המשאבים של מערכת הבריאות הציבורית בישראל - תמונת מצב
 - (i) עדכון לא מספק של סל הבריאות
 - (ii) שחיקת המקורות הציבוריים בישראל בהשוואה בינלאומית
3. השלכות השחיקה של המקורות הציבוריים
 - (i) גרעון מבני ותקצוב בדיעבד
 - (ii) גרסיביות של מימון המערכת
 - (iii) המצוקה במערך האשפוז
 - (iv) יחס הוצאה ציבורית פרטית
4. המלצות תוספתיות של הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית - כיצד ימומנו?
5. סיכום

1. מימון מערכת הבריאות - אתגר כלל עולמי

עולם הידע והיכולות הרפואיות מתפתח זה כמה עשורים בקצב מהיר מאוד, כשהוא נישא על גבי גל אדיר של חידושים מדעיים וטכנולוגיים, ההולך ומתעצם עם השנים. אנו עדים לפיתוחם של תרופות חדשות, מכשירים חדשים, טכניקות אבחוניות וטיפוליות חדשות, התמחויות חדשות ועוד. חידושים אלה תורמים רבות לא רק להארכת חיינו, אלא גם לשיפור רב באיכותם ובמה שביכולתנו להפיק מהם. ספרות ענפה מראה שחידושים אלה הפכו את ההשקעה בשירותי בריאות לאחת מהכדאיות ביותר, בהשוואה להשקעות ציבוריות או פרטיות אחרות.² ואולם, כדי ליהנות מהפירות של החידושים האדירים הללו נדרשים לא מעט משאבים. בשונה מתחומים אחרים, החידושים ברפואה לא רק שאינם מורידים עלויות, הם בדרך כלל מעלים אותן. על פי רוב התחזיות, הפריחה המדעית-טכנולוגית בתחום הרפואה, שחווינו בעשורים האחרונים, והעלייה בהוצאות הנלוות אליה, לא רק שלא תיעצר, אלא אף תתעצם בשנים הקרובות.

לא רק השיפורים הטכנולוגיים מביאים אתם עלייה בהוצאות הבריאות. התייקרות המשאב האנושי ברפואה, הנמצא במחסור עולמי (לפי קביעת ארגון הבריאות העולמי), העלייה בבקושים לשירותים ולטיפולים פרסונליים, מודעות גוברת לבריאות, ונגישות לביטוחים הרפואיים, מעלים גם הם את הוצאות הבריאות בכל העולם ובכלל זה ישראל.

הזדקנות האוכלוסייה מהווה אף היא אחד המנועים המרכזיים לגידול בהוצאה על בריאות. עד כה הייתה ישראל בין המדינות המפותחות הצעירות ביותר, דבר שהקנה לה יתרון ברור בתחום ההוצאה על בריאות. כעת מבנה העלויות של מערכת הבריאות בישראל נהנה מיתרון זה; אך לא לעולם חוסן, גם מדינת ישראל ניצבת בפני אתגר אסטרטגי, הנובע מההזדקנות מואצת של אוכלוסייתה. לפי תחזיות הלמ"ס, עד שנת 2030 צפויה האוכלוסייה מעל גיל 65 כמעט להכפיל את עצמה ל-1,366,600 איש, ושיעורה מכלל האוכלוסייה אמור לגדול מ-9.8% ל-13.7%. ההוצאה הצפויה על בריאות תעלה, בין היתר, גם מאחר שמספר האנשים עם ריבוי מחלות כרוניות מורכבות יגדל.³

אתגרי מערכת הבריאות מציבים דילמה בפני רוב הממשלות במדינות המפותחות: כיצד להבטיח למערכת הבריאות תוספת המשאבים הנדרשת מדי שנה כדי לספק רפואה מתקדמת, איכותית ושוויונית, בלי להביא לאובדן שליטה ולסחרור בהוצאות. לא

2 Cutler and McClellan 2001

3 להזדקנות האוכלוסייה השלכות רחבות שאינן מסתכמות בהתאמת הצד המימוני. גם היבטי האספקה של מערכת הבריאות טעונים התאמות שטרם בוצעו.



רק מדינת ישראל מתקשה לגייס משאבים מספקים על מנת לתת מענה לצרכים ממשיים בתחום הבריאות. גם מדינות מפותחות אחרות, עם הוצאה ציבורית על בריאות גבוהה יחסית לישראל, מתקשות לתת מענה הולם רק באמצעות הקופה הציבורית.

הטבלה להלן ממחישה את התופעה. כפי שאפשר לראות, בין השנים 1970-2008 היה שיעור העלייה השנתי הממוצע בהוצאות הבריאות לנפש, בערכים ריאליים בעשרים ואחת מדינות, בסביבות 3.8%. התוצר לנפש באותן מדינות עלה באותה תקופה רק ב-2.1% לשנה, בממוצע. כלומר הוצאות הבריאות לנפש עלו בממוצע בשיעור של 1.7% לשנה מעבר לעלייה בתוצר לנפש.

שיעור גידול שנתי בהוצאות בריאות לנפש **שיעור גידול שנתי בהוצאות בריאות לנפש, מעבר לגידול בתוצר לנפש**

מדינה		במונחים ריאליים, 1970-2008	
דנמרק	2.4%	1.6%	
שוודיה	2.6%	1.9%	
שווייץ	2.8%	2.7%	
ניו זילנד	2.9%	1.1%	
קנדה	3.0%	0.6%	
הולנד	3.0%	1.0%	
גרמניה	3.0%	1.9%	
אוסטרליה	3.3%	1.4%	
פינלנד	3.6%	1.5%	
יוון	3.7%	1.7%	
צרפת	3.8%	1.3%	
יפן	3.8%	1.6%	
בריטניה	3.8%	1.0%	
ארה"ב	4.1%	1.7%	
אוסטריה	4.2%	1.7%	
איסלנד	4.4%	3.9%	
נורווגיה	4.5%	2.4%	
ספרד	4.8%	0.8%	
בלגיה	4.9%	1.8%	
אירלנד	5.3%	1.7%	
פורטוגל	6.4%	2.1%	

מקור: Handbook of Health Economics⁴

אין תימה אפוא, שנתחם ההוצאה על בריאות מסך התוצר עלה באופן משמעותי בכל אותן המדינות. מרבית החוקרים מייחסים, כ-50% מהעלייה הזאת בהוצאות לשינויים הטכנולוגיים⁵.

⁴ Handbook of Health Economics: Edited by: V. G. P. 5

⁵ מערכת הבריאות ייחודית בהקשר להשפעת כניסתה של טכנולוגיה לתחומיה. ברוב ענפי המשק הטכנולוגיה גורמת להוזלת עלויות לאורך זמן ואילו במערכת הבריאות בדומה למערכת הבטחון התפתחות טכנולוגית מייקרת את פונקציית היצור.

2. שחיקת המשאבים של מערכת הבריאות בישראל - תמונת מצב

הדילמה מהיכן יגיעו מקורות המימון של מערכת הבריאות עמדה גם לנגד עיני חברי ועדת גרמן. במהלך העבודה למדנו לא רק על מגמות עתידיות מדאגות, אלא גם על המחסור במשאבים במערכת הבריאות הישראלית כבר היום ועל ההשלכות הישירות של מצב זה על השירותים שמקבלים המטופלים. כידוע, מערכת הבריאות הישראלית התברכה בכישרונות רבים, במוטיבציה ובנכסים ייחודיים, בין היתר בדמות גל עלייה גדול של רופאים בשנות ה-90 של המאה הקודמת, אך אין די בכל אלה. על הרוח לפגוש את החומר. אי אפשר לצייד את בתי החולים במכשור מתקדם, לתחזק תשתיות אשפוז, לשלם לרופאים על עבודה נוספת, לחזק את רפואת הקהילה ואף לקיים מערכת תשלום פרוגרסיבית בלא משאבים פיננסים ראויים.

ברור לכול, שהתוספת שהובטחה למערכת הבריאות הציבורית על ידי משרד האוצר במסגרת סיכומי הדיונים בוועדת גרמן, אינה הולמת את תמונת המציאות כפי שהצטיירה בפני חברי הוועדה. התוספת המובטחת היא של 300 מלש"ח במענק חד פעמי שאינו לבסיס התקציב ועוד 700 מלש"ח לבסיס התקציב שיתפרסו בין השנים 2015-2017. כמו כן ניתנה הסכמה לעדכן באופן נכון יותר את רכיב הדמוגרפיה המחויב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לאור תמונת המצב של המערכת היום, כפי שתוצג להלן, אנו משוכנעים שאין די במשאבים שהובטחו כדי לשקם את מערכת הבריאות ולהבטיח כי תוכל למלא את יעודה, על פי החוק, גם בעתיד.

(i) עדכון לא נכון של סל הבריאות

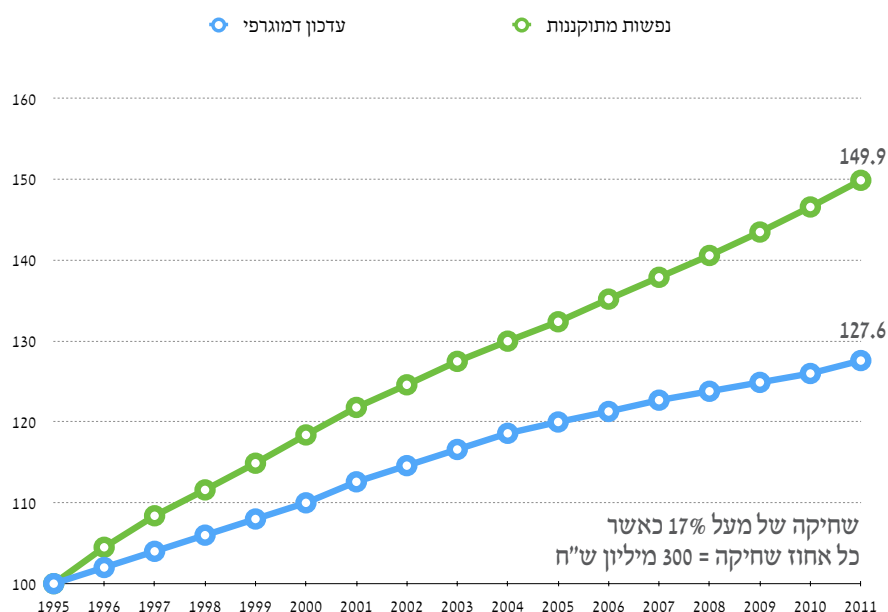
חוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב את הממשלה לספק לתושבי ישראל סל שירותי בריאות באיכות סבירה ובזמן ומרחק סבירים. החוק אף מתייחס במפורש לצורך לעדכן את תקציב הסל במעבר משנה לשנה בשלושה ממדים מקבילים. הראשון הוא דמוגרפיה, כלומר גידול האוכלוסייה והזדקנותה. השני הוא טכנולוגיה, כלומר שיפורים באמצעי האבחון והטיפול הרפואי. השלישי הוא מדד מחירים, שישקף את שינוי העלויות במערכת הבריאות. אף על פי כן, מאז כניסת החוק יש פער בין גובה העדכון הנדרש וזה המתקיים בפועל, וזאת כתוצאה מהעדפות הממשלה, משיקולים פוליטיים ומאילוצי המקורות, המתבטאים בקביעה שרירותית של אחוזי העדכון וקביועם בחוק ההסדרים מדי שנה מחדש. התנהלות בעייתית זו אף הובאה לפתחו של בית המשפט העליון בשבתו כבג"ץ, שם נקבע כי קיימת אבחנה בדין הישראלי בין חובות המוטלות על המדינה מכוח חוק או חוזה, שבהן התקציב הולך אחרי החובה ועל המדינה מוטלת החובה לגייס את התקציב הראוי למימון ההוצאה, ובין חלוקות תקציביות אחרות, שבהן הרשות המבצעת יכולה להפעיל שיקול דעת באשר לעצם ההוצאה.

(1) **דמוגרפיה** - בחינת היקף העדכון הדמוגרפי בפועל, לאורך השנים, מלמדת שהיקף עדכון זה שיקף באופן חלקי בלבד (כ-60% בממוצע) את השינוי הדמוגרפי בפועל. כך, לדוגמה, בשנת 2008 היה העדכון 0.6% בלבד (בעוד שהגידול הדמוגרפי בפועל באותה שנה היה 1.8% וזאת עוד לפני תקנון בגין הזדקנות האוכלוסייה) ואילו בשנת 2013 גדל הפיצוי הדמוגרפי ועמד על 1.2% (לעומת 1.9% של גידול דמוגרפי בפועל). מהעבודה של בן נון גלזר עולה כי השחיקה המצטברת של סל הבריאות בגין הרכיב הדמוגרפי היא כ-5 מיליארד ש"ח.



תרשים 1: העדכון הדמוגרפי לסל הבריאות ומספר הנפשות המתקננות בפועל, 1995-2011

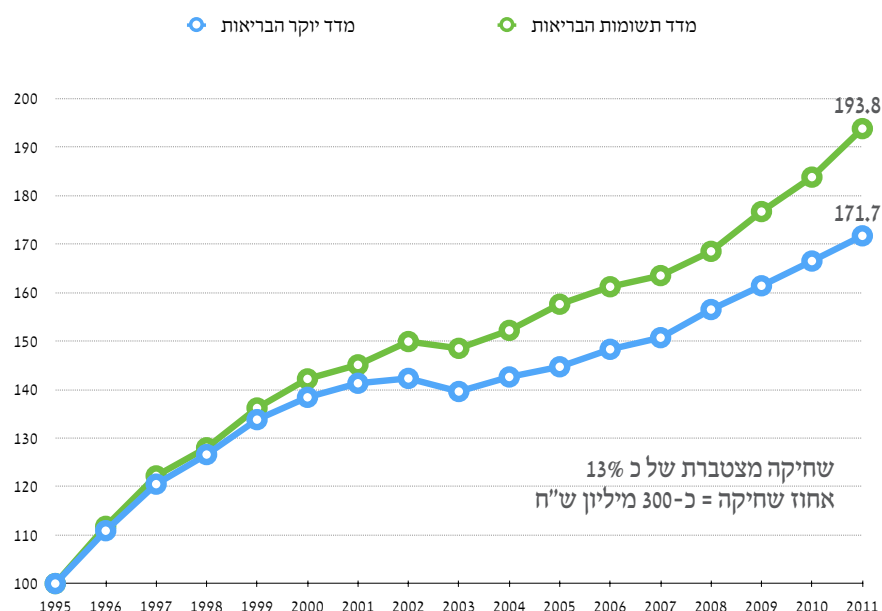
שנת 1995=100



מקור: הצגה של פרופ' בן נון ופרופ' גלזר לוועדה, נתוני משרד הבריאות.

(2) **מחירים**-בתוספת החמישית לחוק מוגדר מדד יוקר הבריאות שעל פיו יש לקדם באופן אוטומטי את עלות הסל, כתוצאה משינויי מחירים. מדד יוקר הבריאות קובע את מרכיבי המדד והמשקל היחסי של כל מרכיב. מקדמי המחירים הכלולים במדד כפי שנקבע ב-1995 מבטאים באופן חלקי בלבד את התיקרות התשומות הנדרשות לאספקת סל השירותים שבאחריות קופות החולים. כך למשל, מדד המחירים של שירותי האשפוז אינם כלולים במדד יוקר הבריאות למרות שכ-40% מהוצאות קופות החולים הנם על רכש שירותי אשפוז. מדד יוקר הבריאות שונה במהלך השנים כמה פעמים - שינויים אלה צמצמו חלקית בלבד את הפער השנתי בין עליית המדד ובין ההתייקרות בפועל, זאת על אף המלצותיה של ועדת חקירה פרלמנטרית ולאחר פסיקת בג"צ מפורשת בנושא. אומדן השחיקה של סל הבריאות כתוצאה מסעיף זה הוא 3.9 מיליארד ש"ח.

תרשים 2: העדכון הדמוגרפי לסל הבריאות ומספר הנפשות המתקננות בפועל, 1995-2011 שנת 1995=100

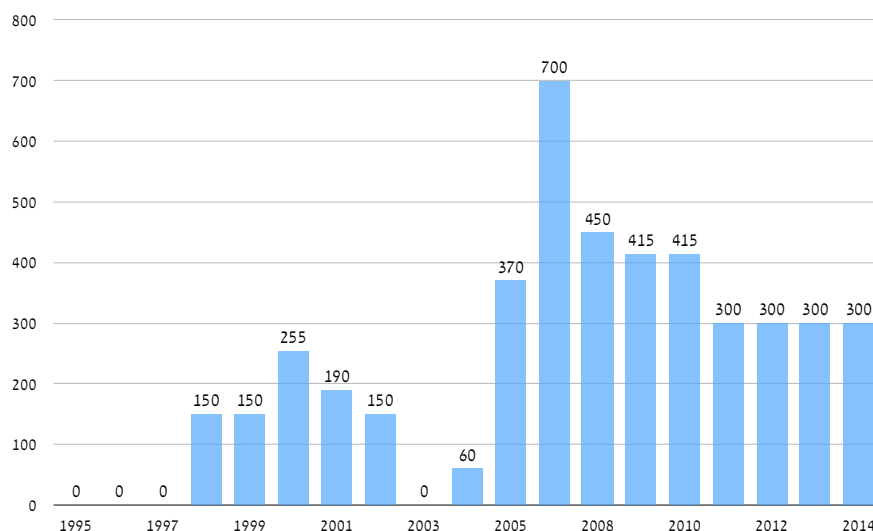


מקור: הצגה של פרופ' בן נון ופרופ' גלזר לוועדה, נתוני משרד הבריאות.

(3) **טכנולוגיה** - כאמור המימד השלישי לעדכון הסל הוא רכיב הטכנולוגיה, שהוא המימד המתחדש והמרכזי בעלייה בהוצאות הבריאות בעולם. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אין מנגנון מובנה לאימוצן של טכנולוגיות ותרופות חדשות בכל שנה. ההחלטה לגבי היקף העדכון הטכנולוגי נתונה להתדיינות תקציבית תלת שנתית. עד לשנת 1998 לא נוספו לעלות הסל מקורות למימון מרכיב זה. החל משנה זו אשרה הממשלה תוספת תקציבית באופן לא סדיר ובלי שגובה התקציב לעדכון הטכנולוגי יהיה ידוע מראש. בשנים האחרונות תקציב העדכון הטכנולוגי עומד על כ-300 מיליון ש"ח (פחות מ-1% מעלות הסל). במרבית המדינות המתפתחות עמד שיעור העלייה השנתית בהוצאות הבריאות לנפש, בגין המרכיב הטכנולוגי, על כ-2%, בעוד שבישראל הפיצוי בגין המרכיב הטכנולוגי עמד על פחות מ-1%, כאמור.



תרשים 3: תוספת עדכון טכנולוגי לסל הבריאות, 1995-2014 מיליוני ש"ח, מחירים שוטפים



מקור: משרד הבריאות

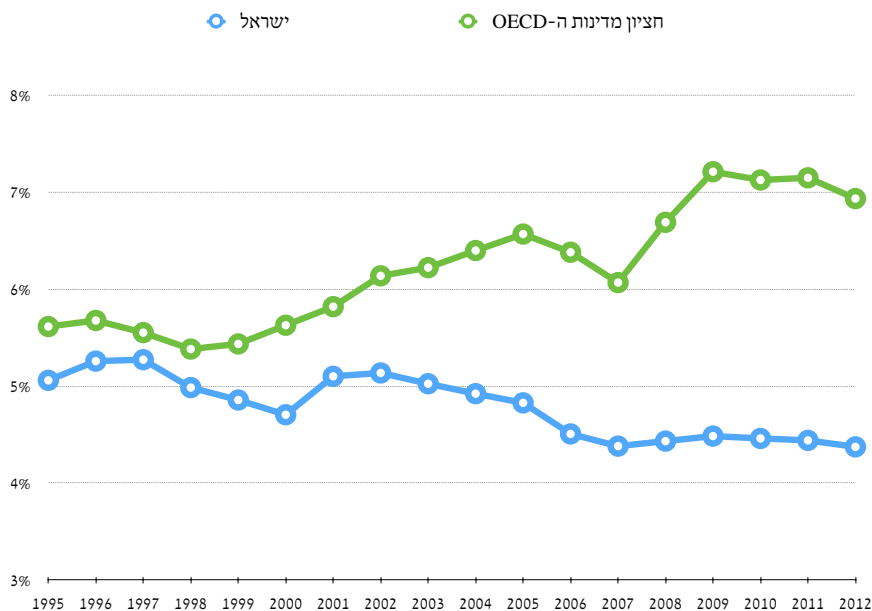
כפי שאפשר ללמוד מהגרף לעיל, היו אף שנים שבהן כלל לא ניתנה תוספת עבור טכנולוגיות. לטענת גורמי מקצוע במשרדי הבריאות והאוצר, ההחלטה להוציא תרופות מציילות חיים מתוך הביטוחים המשלימים מחייבת את הממשלה, למעשה, להבטיח רמה מינימלית של תקצוב רכיב הטכנולוגיות. עם זאת, הדבר לא מעוגן בשום הסדר חוקי. העדר ודאות בהקשר זה והחששות המובנים של הציבור הרחב היו לאחד ממנועי הצמיחה המרכזיים של השב"ן והביטוחים המסחריים והביאו לעליית ההוצאה הפרטית על בריאות, כפי שהעידו רבים בפני הוועדה.

לסיכום, על פי הערכות שונות, הסתכמה השחיקה המצטברת שנגרמה למקורות החוק בגין עדכוני דמוגרפיה ומחירים חלקיים בכ-9 מיליארדי ש"ח, ללא עדכוני טכנולוגיה; עמם הסכום מגיע לכ-13 מיליארדים. שחיקת מקורות זו נספגה בחלקה על-ידי התייעלות המערכת, אולם אין ספק כי חלק ניכר ממנה בא לידי ביטוי בגירעונות המצטברים של קופות החולים ובתי החולים ובפגיעה באיכות שירותי הבריאות, המסופקים על ידי קופות החולים ומערכת האשפוז, בנגישותם ובזמינותם. כבוד השופט ג'וראן תיאר כך את המצב: "...בשאלה הנוגעת במישרין לזכות לבריאות של כל אזרחיה של מדינת ישראל. .. זכות זו, אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוקנת אט אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, עליה נדמה שאין חולק..."

(ii) שחיקת המקורות הציבוריים בישראל בהשוואה בינלאומית

פן אחר של השחיקה המצטברת במשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות הציבורית בישראל מתגלה מהשוואות בינלאומיות. ניתוח מאקרו כלכלי פשוט מצביע על פער משמעותי (של כ-2% תוצר ישראלי, שמשמעותם כ-20 מיליארד ש"ח) ובין ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל ובין מדינות ה-OECD.

תרשים 4: שיעור ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל ובמדינות ה-OECD כאחוז מהתמ"ג



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ו-OECD.

הסבר חלקי לפער זה הוא העובדה כי בישראל אוכלוסייה צעירה יותר וכי המערכת שלנו יעילה יותר. חלק אחר נובע מצמיחה גבוהה יותר של התוצר בישראל בשנים האחרונות. עם זאת בהשוואה בין-לאומית כבר היום, ההוצאה הלאומית והציבורית לבריאות בישראל נמוכה ביחס לתוצר, גם כאשר מנכים את השפעת הגיל הצעיר של האוכלוסייה.⁶ יתר על כן, כאמור, אוכלוסיית ישראל צפויה להזדקן בשנים הקרובות, והרכבה הדמוגרפי לעניין זה יהיה דומה למצבן של רוב המדינות המפותחות כיום. הווה אומר שעל מנת להמשיך לקיים מערכת בריאות ברמה המשתווה לזו של המדינות המפותחות, תצטרך ישראל להעלות את ההוצאה הציבורית על בריאות, כאחוז מהתוצר, לפחות בנקודת אחוז אם לא יותר, בעשור הקרוב. **במגבלת המשאבים הכוללת של מדינת ישראל, עלייה בסדר גודל כזה אינה ראלית.**

הוועדה בחרה להמליץ על עדכון דמוגרפיה אוטומטי על פי קצב גידול האוכלוסייה בלבד, בלי לשקלל את רכיב ההזדקנות, וזאת על אף ההסכמה הכמעט גורפת שיש צורך בהכללת רכיב זה, סביב שולחן הדיונים. הפער בין עדכון דמוגרפי כפי שאושר ובין המודד הנכון (כלומר, מדד הכוללת את רכיב ההזדקנות) הוא כ-0.5% לשנה (עדכון שנתי של כ-1.9% לעומת 2.4%). הפער בעדכון הדמוגרפי יגרע מסל הבריאות 183 מיליוני ש"ח בשנת 2014. בשנים הבאות הפער יגדל בקצב גובר, וכפונקציה של העלייה בעלות סל הבריאות.

המשמעות הפרקטית היא, שההוצאה לנפש המתוקנת המובטחת לציבור תלך ותקטן והביטוי לכך הוא מאות מיליוני שקלים בכל שנה שייגרעו מתקציב קופות החולים ובתי החולים. גם בכל הקשור לעדכון בגין השיפורים הטכנולוגיים, הוועדה הסתפקה בעדכון חסר (0.8% לעומת כ-1.5%-2% שהיה הגידול בפועל בעולם המערבי בעשורים האחרונים). לעניין יצירת מדד מחירים מדויק יותר הסתפקה הוועדה בהמלצה לבחינה מחודשת בשנת 2017.

סך המלצות הוועדה, בכל הקשור להיקף המשאבים המובטחים למערכת ולאופן עדכונם, אמנם עשויות לשפר את מצב המערכת לעומת המצב היום, אך מנציחות את המשך שחיקת המשאבים בעתיד. אנחנו משוכנעים שבמסגרת היקף המשאבים אותם תקבל המערכת על פי המלצות הוועדה, ובהעדר תקציבים משלימים, או החלטה מפורשת על צמצום סל הבריאות, המחסור במשאבים למימון הסל הציבורי ימשיך להתרחב, והשחיקה באיכות ובכמות השירותים שמקבלים הפרטים במסגרת המערכת

6 "ההוצאה לבריאות בישראל - קבוצות גיל ומבנה עלויות בהשוואה בין-לאומית" - ערן פוליצר בנק ישראל



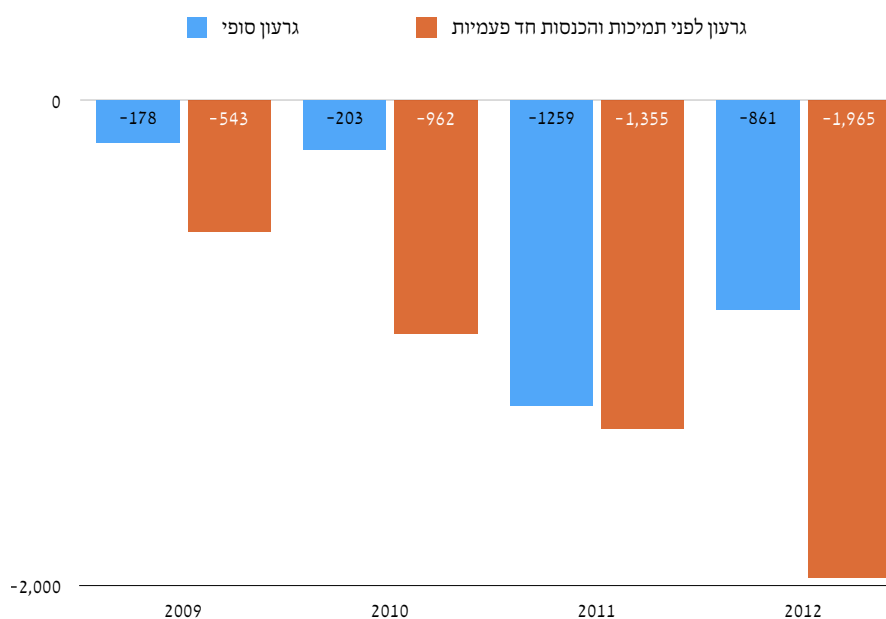
הציבורית תימשך ואף תחמיר. הפערים בהוצאה הציבורית לבריאות (בעיקר במערכת האישפוז) בין ישראל ובין מדינות ה-OECD כנראה יתרחבו.

3. השלכות - השחיקה של המקורות הציבוריים

(i) גרעון מבני ותקצוב בדיעבד

קופות החולים הן ספינות הדגל של מערכת הבריאות, שבאמצעותן ביקש המחוקק להקצות את המשאבים לטובת האזרחים. הן הוסמכו לפעול לטובת המבוטחים שלהן ולספק להם סל בריאות שאת תכולתו לא הן קובעות. תקצוב קופות החולים הוא גירעוני ביסודו יחסית לצרכים, כפי שפורט לעיל, אך לא פחות חשוב מכך הוא האופן הלקוי שבו מועבר התקציב לקופות החולים. חלק הארי מהסכומים משולמים בדיעבד במסגרת הסכמי ייצוב של קופות החולים. כלומר הקופות נדרשות לבצע את המוטל עליהן מתוקף חוק, אך התקצוב לכך מגיע באיחור ובחסר. מצב זה הוא דוגמה מובהקת לכשל נפוץ שבו האחריות מנותקת מהסמכות. הסכומים המוקצים לטובת ביצוע המשימה פחותים משמעותית מהנדרש על פי כל פרמטר אובייקטיבי. אם לא די בכך, הכסף מגיע מאוחר בשנה ובכך מצטמצמת יכולת התכנון והניהול במערכת הבריאות. יש הטוענים, כי הסיבה לגירעונות של הקופות נעוצה בכשלי ניהול בלבד. אנו חולקים על טענה זו. לדידנו מדובר בשיטת תקצוב הפוגעת בבריאות הציבור מאחר שהיא מפקיעה מהקופות ומבתי החולים כלי ניהול בסיסי ביותר של כל ארגון, והוא יכולת התכנון.

תרשים 6: גירעון קופות-החולים (מיליוני ש"ח, מחירים שוטפים)



מקור: דו"ח מסכם של קופות-החולים לשנת 2012, חשב משרד הבריאות.

כפי שעולה מסקירה של בנק ישראל מדצמבר 2013: "... בחומש האחרון, התרחב מאוד פער התקצוב ותרם לגידול ניכר בגירעונות של קופות החולים ובתי החולים (קופות החולים היו קרובות לאיזון בראשית התקופה, ולפי נתונים שהתפרסמו לאחרונה, ב-2012 הסתכמו גירעונותיהן ב-860 מיליון ש"ח)".

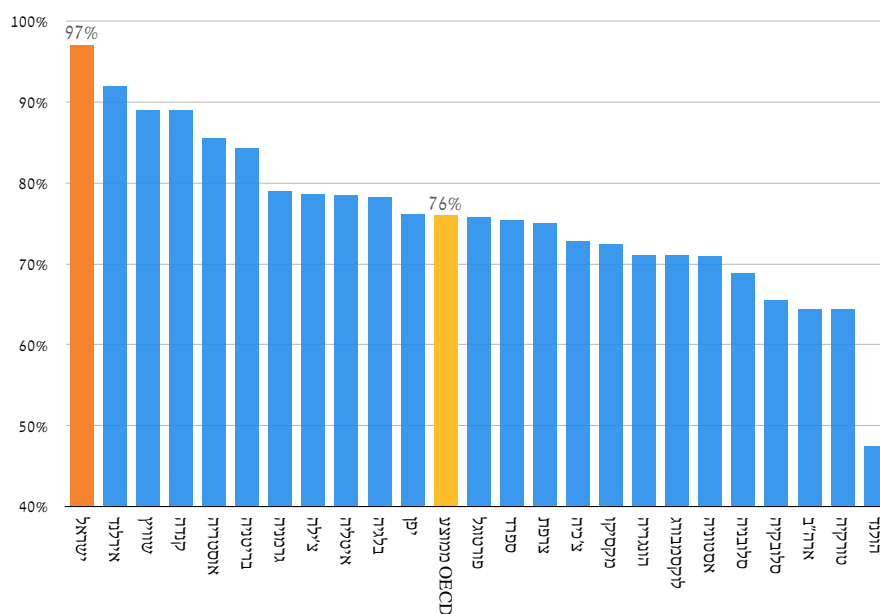
(ii) רגרסיביות המימון

מידת הרגרסיביות של מימון מערכת הבריאות, כפי שהוצגה בפני הוועדה על ידי מספר מומחים, אף היא אינה מקבלת מענה בהמלצות הוועדה. בפרט לא ניתן מענה לסוגיית ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית, שהגיעו לממדים גדולים. חלקים באוכלוסייה מתקשים לנצל את הזכות המגיעה להם במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בשל ההשתתפויות העצמיות הגבוהה. להשתתפויות עצמיות תפקיד חשוב בריסון צריכה מיותרת. עם זאת נדמה כי במצב הנוכחי עולה הנזק על התועלת בייחוד במקרים של השתתפויות עצמיות על תרופות, המקשה על חולים כרוניים. השתתפויות עצמיות זו גם אינה יעילה בכך שהיא מתמרצת את המבוטחים לא לצרוך שירותים ותרופות האמורים למנוע החמרה במצבם. נכון להיום, ההשתתפויות העצמיות ממנות בסביבות 6%-7% (כ- 2.5 מיליארד ש"ח) מתקציב סל הבריאות הממלכתי. אנו סבורים כי זהו שיעור גבוה משמעותית מן הראוי.

(iii) המצוקה במערך האישפוז

הוועדה התרשמה שקיימת מצוקה של מערכת האשפוז הכללית והפסיכיאטרית, בייחוד בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית. עדויות מהשטח לצד מבט מאקרו על מערך האשפוז שכנעו אותנו, כי קיים מחסור של מיטות אשפוז מתוקננות בישראל (ראה תרשים 7). נציין, כי לצד הגדלת מספר מיטות האישפוז חשוב לפעול באפיקים מקבילים ליצירת חלופות אשפוז והטמעה של אמצעים טכנולוגיים לטיפול בבית המטופל. זאת לצד הקצאה יעילה יותר של המיטות בין המחלקות, תוך בחינת התקן.

תרשים 7: שיעור תפוסת מיטות אשפוז בביה"ח



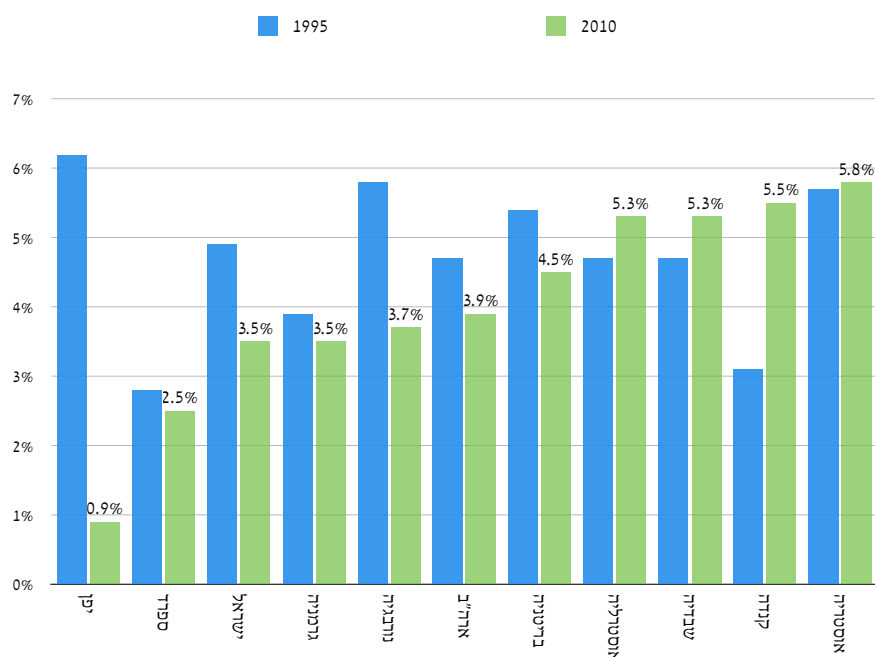
מקור: נתוני ה-OECD.

השחיקה התקציבית מקבלת ביטוי ממשי הן בשחיקת התשתיות והן במצבם הנפשי והפיסי של הצוותים המטפלים. התנאים הפיסיים במערך האשפוז של ביה"ח אינם מספקים ואף עשויים לתרום להתפשטות הזיהומים הגורמים לסבל ואף למוות כפי שנכתב בהרחבה בדו"ח מבקר המדינה שעסק בנושא. על פי הדו"ח, 4,000-6,000 ישראלים לפחות מתים מזיהומים מחידקים עמידים שנדבקו בהם בבתי החולים מדי שנה. דו"ח מבקר המדינה לשנת 2013 טוען שמתוכם כ-10,000 אפשר היה למנוע "...עקב הצפיפות הרבה בחדרי האשפוז, במסדרונות המחלקות ובחדרי האוכל המחלקתיים, והעומס על הצוות הסייעודי, גוברת סכנת ההידבקות של החולים בין השאר גם בחידקים עמידים".



מתרשים מספר 8 אפשר ללמוד, שרכיב ההשקעה בפיתוח תשתיות פיסיים בישראל קטן כאחוז תוצר באופן חד ביותר בהשוואה הבינלאומית, להוציא את יפן ונורבגיה.⁷ במקביל, ככל הידוע, עלה חלקן של תרומות לטובת נושא זה. כידוע מידת ההצלחה בגיוס תרומות של מוסד רפואי אינה משקפת בהכרח חשיבות רפואית או יעד לאומי אלא פועל יוצא של משאלת לב של הנדבן וכישורי גיוס תרומות של הנהלת בית החולים. במצב בו הממשלה מצמצמת מאוד את מידת האחריות לפיתוח התשתיות אין זה פלא שהפער בין המרכז לפריפריה הגיאוגרפית והחברתית כאחד הולך ומחמיר. יתר על כן הצורך להסתמך על פילנתרופיה עשוי לפגום בנורמות ניהוליות ולהוביל ליחס מועדף על חשבון של חולים אחרים. מעגלי ההשפעה של התלות בתרומות, מתרחבים גם על יחסי הציבור והשיווק של בתי החולים. הדבר מעודד את ההנהלות החפצות בתרומות להעניק הטבות לידוענים ולפוליטיקאים, דבר המסיט את הקשב מהעיקר שהוא הטיפול בחולים. המתנגדים לשימוש בכסף פרטי במערכת הציבורית, גם במודל מפקוח ומאוזן, בוודאי צריכים להסתייג מהמצב המתואר לעיל. אם לא כן, עשויה להיווצר מראית עין כי יש מקום לכסף פרטי, לא מנוהל ולא מפקוח במערכת הבריאות הציבורית, רק בתנאי שמקור הכסף עשיר במיוחד. לאכזבתנו, המלצות הוועדה נותנות מענה חלקי ביותר למצוקה זו, אם בכלל.

תרשים 8: השקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל ומדינות OECD נבחרות כאחוז מסך ההוצאה הלאומית לבריאות



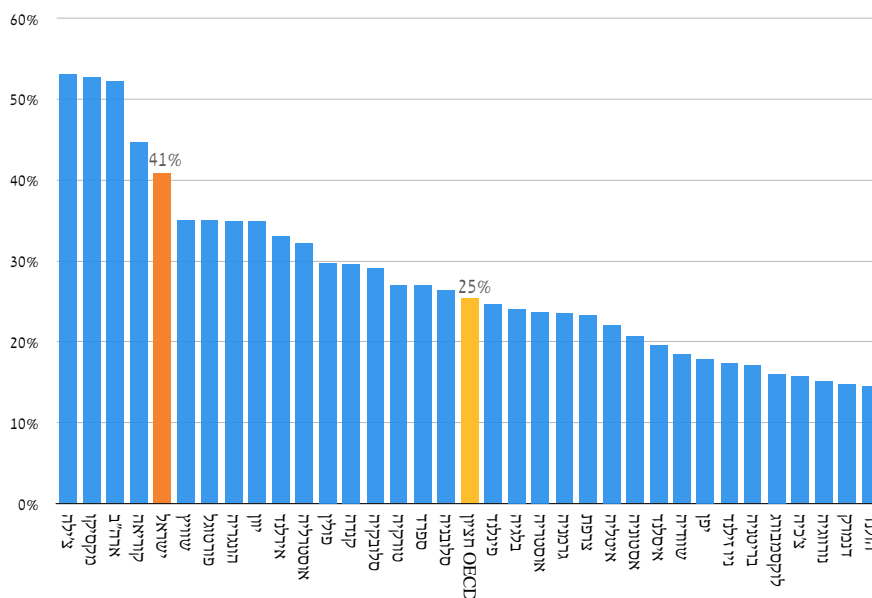
מקור: נתוני ה-OECD עיבוד בנק ישראל

(iv) תמהיל מימון של ציבורי פרטי

קיימת תמימות דעים בין חברי הוועדה על כך שעדיף לבסס את מרבית מימון מערכת הבריאות על משאבים ציבוריים. ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2012 הייתה 73.8 מיליארד ש"ח מתוכה 59.1% היו הוצאה ציבורית ו-40.9% פרטית.

7 ישראל חוותה בשנים האמורות צמיחה בתוצר זאת בשונה מיפן המצויה במיתון כלכלי עמוק.

תרשים 9: שיעור הוצאה פרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות



נתוני OECD 2013

יחס הוצאה ציבורי-פרטי זה הוא חריג בין המדינות המפותחות פרט לארה"ב וקוריאה, ויש מקום לצמצמו בעיקר באמצעות תוספת משאבים ציבוריים לטובת המערכת הציבורית. שיעור הוצאה פרטית גבוה כל כך יכול להוות בעיה בפני עצמה והוא מהווה סימפטום לבעיות אחרות. שיעור הוצאה פרטית גבוה הוא בראש ובראשונה סימפטום לכך שהרוב המכריע של האוכלוסיה, כולל משפחות מעוטות יכולת, מרגיש צורך להשתמש בגורמים שמחוץ למערכת הציבורית, עד כדי כך שהוא מוכן להוציא על זה את מיטב כספו. ממכלול הנתונים שהוצגו בפני הוועדה אפשר לראות שזו בהחלט אחת הבעיות במערכת הישראלית. המשפחות בחמישון התחתון של ההכנסה מוציאות חלק משמעותי מהכנסתן על רכישת שירותי וביטוחי בריאות.

כמות המשאבים שהובטחה על ידי משרד האוצר, יחד עם הרפורמות האחרות שאולי תתבצעה מתוך המלצות הוועדה, לא ישנו באופן משמעותי את היחס האמור. כך לדוגמה, המיסוי המתוכנן של המערכת הפרטית ותוספת של 750 מיליון ש"ח לבסיס התקציב, בהתאם לסיכום, יעמידו את היחס של ציבורי פרטי על 60.5%-39.5% בהתאמה. לכל מי ששואף לשנות באופן מהותי את היחס בין ההוצאה הציבורית לפרטית ברור כי נדרשים מהלכים שאפתנים הרבה יותר.

בנוסף, הדיון לגבי ההוצאה הפרטית על בריאות משמית פרט חשוב, והוא העובדה שכיום מידת המימון הפרטי בתוך מערכת האשפוז הציבורית היא מזערית. כלומר הרוב המוחלט של המקורות הפרטיים מופנים כיום לתוך מערכת הבריאות הפרטית, שהיא חיצונית לחלוטין למערכת הציבורית. יש המכנים את התופעה "הר הכסף" שעליו המערכת הציבורית יכולה רק להשקיף היום אך אין לה האפשרות לעשות בו שימוש. דבר זה מצמצם את עמידות המערכת הציבורית לזעזועים מאקרו כלכליים ומחזק את תלותה בתקציב המדינה. ההשלכות של תלות זו מתעצמות בעתות משבר.⁸

בהקשר זה חשוב גם לציין את העובדה שלא בהכרח כל מערכת בריאות בה 40% מהוצאות הן במימון פרטי ו-60% מההוצאות הן במימון ציבורי, היא לא שיוויונית ולא יעילה. הרבה תלוי במי הם אלה שמכיסים יוצא המימון הפרטי ומי הם אלה הנהנים מהתשלומים. אם, לדוגמה, חלק ניכר מהתשלומים הפרטיים יוצאים מכיסם של בעלי ההכנסות הגבוהות, אך תשלומים אלה מממנים את שירותי הבריאות עבור מיעוטי היכולת, הרי שמדובר במערכת שיוויונית הרבה יותר ממערכת בה אותם 40% של ההוצאה הפרטית יוצאים בחלקם הגדול מכיסם של מיעוטי היכולת.

8 Working Paper No. 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis feb 2014



הצורך ליצור מערכת מימון עם תלות מוגבלת בתהליכי תקצוב משתנים ובלתי צפויים הוא גם עיקרון מנחה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק שאף להבטיח מקורות בלתי תלויים למימושו, כלומר מס בריאות, שנגבה מהאזרחים, והמס המקביל שהושת על המעסיקים. בשנת 1997 ביטל משרד האוצר את המס המקביל תוך התחייבות להשלים את החסר מתקציב המדינה. בפועל, מהלך זה הוביל אף הוא לכרסום ביסודות החוק ולשחיקה במקורות הציבוריים לאורך זמן. ביטול המס המקביל שמוט, ללא מתן אלטרנטיבה, את אחד היסודות החשובים שניסה חוק ביטוח בריאות ממלכתי להנחיל והוא מוגנות יחסית של משאבים המוקצים לתחום הבריאות.

4. המלצות תוספתיות של הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית - כיצד ימומנו?

כזכור הוועדה קבעה כי סוגיית אורך התורים בבתי החולים פוגעת באמון הציבור ובאיכות הטיפול הרפואי. לדעתנו המענה המוצע על ידי הוועדה אינו מטפל בבעיית התמריצים הגורמים להיווצרות התורים ובמקרה הטוב ייתן מענה נקודתי וזמני. לדעתנו אי אפשר לטפל בבעיה יסודית זו של אורך התורים ללא שינוי של שיטת התמחור וההתחשבנות, כפי שנרחיב בהמשך. בנוסף, יש לזכור שלפי המלצת הוועדה יופנה חלק ניכר מתוספת תקציב המובטחת לתוכנית לקיצור תורים. הדבר מעלה חשש, כי לא יתבצע טיפול בצרכים אחרים, חשובים לא פחות במערכת הבריאות, שעבורם "לא נצבע" כסף ייעודי.

אחת ההמלצות המרכזיות של הוועדה היא מודל העסקה של רופאים כ"פולטיימרים", כלומר עבודה במערכת הבריאות הציבורית בלבד י גם בשעות אחר הצהריים, וללא אפשרות לעבודה נוספת במערכת הפרטית. מטרת המהלך המבוחר הזה היא להרחיב את הפעילות בשעות אחר הצהריים, לקצר תורים וליצור מחויבות גדולה יותר של רופאים בכירים לבית החולים. בנוסף, הצעד אמור להבטיח אטרקטיביות של תחומים ברפואה שבהם אין פרקטיקה פרטית, אך הם חיוניים לחוסנה של מערכת הבריאות הציבורית - כמו פגיות, חדרי מיון ועוד. על מנת להשיג את האפקט המיוחל, יש לתת את הדעת על ההיקף הכמותי של המועסקים במודל זה והעלויות הכרוכות בכך. הרי ברור כי הסבה של עשרות בודדות של רופאים למעמד של פולטיימרים לא ייצור את השינוי המיוחל. החלת המודל בצורה מאסיבית תחייב משאבים משמעותיים לפיצוי הרופאים על עבודה נוספת. לצד תוספת שכר משמעותית יש להקצות משאבים נדרשים לקיום פעילות ממשית בשעות העבודה הנוספות, כולל מימון הצוותים הרפואיים והלוגיסטיים, ציוד מתכלה ועוד. למיטב ידיעתנו, הערכות כלכליות מבוססות של עלות מודל הפולטיימר לא הוצגו לוועדה.

המלצות הוועדה בתחום כוח האדם הן אחת הבשורות החשובות בראייה ארוכת הטווח. כוח אדם איכותי ובהיקפים מספיקים הם תנאים הכרחיים למצינויות ולאנושיות של מערכת הבריאות. על כן חשוב לנהל את המשאב האנושי מתוך ראייה כוללת. יש לפעול על מנת למנוע שחיקה של הצוותים, להיערך לגל הפרישה הצפוי של עולי שנות ה-90' ולנתב את בחירת מקצועות ההתמחות של הרופאים הצעירים בהתאם לצרכים לאומיים. אנו מעריכים כי במידה שימומשו ההמלצות, ומספר הרופאים והאחיות אכן יגדל, יתרום הדבר אף לצמצום לחצי השכר העתידיים. עם זאת, גם מימוש המלצות אלה מותנה בתקצוב משמעותי נוסף.

5. סיכום

כל פתרון לשלמים של מערכת הבריאות הציבורית בישראל חייב להתחיל בהתמודדות עם המחסור החמור במשאבים המופנים למימון מערכת זו.

קצרה היריעה מלפרט את כלל הצרכים של מערכת הבריאות כפי שהוצגו במהלך שנת עבודתה של הוועדה. עם זאת, גם בהמחשות הקצרות לעיל נראה, כי ההימנעות מהצבת תג מחיר להמלצות גרע מיכולת חברי הוועדה להעריך נכונה את העלויות האמיתיות הכרוכות ביישומן ואת התהום שנפערה בין הרצוי למצוי. אנו סבורים שאחת המטלות המרכזיות של הוועדה, מטלה שהייתה ידועה וברורה לכל חבריה, היא להציע מקורות מימון, כאלה או אחרים, שיבטיחו שיהיו בידי מערכת הבריאות המשאבים הנדרשים לצורך יישום ההמלצות ושיקום המערכת.

כאמור, התוספת המובטחת היא של 300 מלש"ח במענק חד פעמי שאינו לבסיס התקציב ועוד 700 מלש"ח לבסיס התקציב שיתפרסו בין השנים 2015-2017. כמו כן, ניתנה הסכמה לעדכן באופן נכון יותר את רכיב הדמוגרפיה המחויב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ואולם, לאור תמונת המצב של המערכת היום, כפי שבחלקה לפחות הוצגה לעיל, אנו משוכנעים שאין במשאבים שהובטחו די כדי להחזיר את מערכת הבריאות לדרך המלך ולהבטיח כי תוכל למלא את יעודה, על פי החוק, גם בעתיד.



בטבלה להלן מוצג ריכוז חלקי בהסתמך על נתונים שהוצגו בפני הוועדה. חשוב לציין שחלק גדול מהסעיפים לא תומחרו במהלך עבודת הוועדה.

עלויות	רשימה חלקית של הצרכים הנוספים
500 מלש"ח לפחות (על פי תת צוות של הוועדה)	פולטיימרים
מאות מיליוני ש"ח	פסיכיאטריה
מאות מיליוני ש"ח	קיצור תורים
עשרות מיליונים	הכשרת כוח אדם
לא ידוע	בינוי-השקעה בנכסים קבועים
מאות מיליוני ש"ח	תוספת מיטות אשפוז
כ-2.5 מיליארד ש"ח	גירעונות קופות החולים
מאות מיליוני ש"ח	צמצום השתתפויות עצמיות
מאות מיליוני ש"ח	החזרת החולים חזרה לתוך מערכת ציבורית

ועוד...

ההחלטה על הקצאת משאבים שמורה לממשלה באישור הכנסת. היא אמורה להתקבל בתום דיון מעמיק בו הוצגו בפני קובעי המדיניות החלופות הרלוונטיות והמשמעויות הכלכליות שלהן. בפועל ויתרה הוועדה על המלצה נחרצת להקצאת משאבים ראוייה שעה שהסכימה להסתפק בהצעה של תוספת המשאבים, המצומצמת מאוד, שהובאה בפניה על ידי משרד האוצר. זאת בלי שהמליצה על מקורות מימון משלמים ומספקים לטובת המערכת הציבורית.

אנו משוכנעים שהפתרון לבעיית המחסור החמור והמתרחב במשאבים העומדים לרשות המערכת הציבורית צריך להיות נחרץ הרבה יותר מזה שהוצע על ידי הוועדה. על הפתרון המוצע על ידינו נרחיב בפרק "המודל המשולב".

(2) מבנה תמריצים לקוי של מערכת הבריאות

- א. מערכת דו קוטבית - תמונת מצב
- ב. אופן זרימת הכסף במערכת הבריאות הציבורית
- ג. אופן הקביעה של גובה המחירים
- ד. מבנהו של מנגנון התגמול של בתי החולים
- ה. סיכום

א. מערכת דו-קוטבית - תמונת מצב

מערכת הבריאות בישראל היא במידה רבה דו קוטבית: מצד אחד מערכת רפואה קהילתית מהמובילות ומהמפוארות בעולם, ומצד שני מערכת אשפוז מידרדרת. מצב זה אינו מפתיע, והוא תוצאה ישירה של מחסור במשאבים מחד גיסא ומערכת תמריצים לקויה, הנובעת משיטת הקצאת המשאבים וההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים, מאידך גיסא? יש שיטענו כי הטענה לעיל עומדת בסתירה לכל הנתונים והמדדים המתפרסמים מדי פעם והמחמיאים מאוד למערכת הבריאות הישראלית. אנו סבורים שחלק גדול מהדיון הציבורי המחמיא כל כך למערכת הבריאות בישראל הוא מוטה ולא מדויק, מאחר שהוא מתבסס בעיקר על מדדים המתארים את מצב הבריאות של כלל האוכלוסייה, שהיא בריאה יחסית, ולרוב מטופלת במסגרת הרפואה הראשונית והשניונית בלבד.

החולים המגיעים לשערי בתי החולים באופן קבוע הם החולים היותר קשים או הכרוניים והם המיעוט באוכלוסייה. היתר פוקדים את בתי החולים בכמה מקרים נדירים יחסית, שדווקא בהם מפלס הכאב, הסבל והחרדה גבוהים במיוחד. לא פעם מדובר בסכנת חיים ממשית. במקרים אלא בדיוק איכות המערכת היא הרת גורל ומהווה נקודת בוחן חשובה למערכת הבריאות ומידת האמון שהתושבים נותנים בה. מהעדויות במהלך עבודת הוועדה, ומניתוח תמריצים במערכת נראה שקיימת שחיקה ממשית במערכת האשפוז בישראל, אשר אינה מוצאת את ביטוייה במדדים המקובלים. במילים אחרות, חלק גדול מהמדדים המוכרים המחמיאים כל כך למערכת הבריאות הישראלית מודדים למעשה את מצב הבריאות של אזרחי ישאל ולא את מצב מערכת הבריאות.

ב. על מה בעצם מתחרות הקופות?

לצורך אבחנת איכות השירות הרפואי וקידומו פועלים במערכת הבריאות שני מנגנונים במקביל. המנגנון הראשון הוא הפיקוח והבקרה על איכות הטיפול (שהוא לא פשוט לישום), והמנגנון השני הוא התחרות בין קופות החולים ובין בתי החולים. הפיקוח והבקרה מכונים בעיקר לאותם רכיבים של השירות הרפואי שעליהם אפשר לפקח באופן ישיר, כמו, לדוגמה, תכולת הסל, גובה ההשתתפויות העצמיות ורכיבים מסוימים של נגישות השירותים וזמינותם. אולם, רכיבים רבים וחשובים מאוד של השירות הרפואי אינם ניתנים למדידה בקלות, אם בכלל, ועל כן גם הפיקוח הישיר עליהם מוגבל. בין הרכיבים הללו אפשר לציין בעיקר את האיכות הקלינית של השירות הרפואי ורכיבים מסוימים של זמינות ונגישות. כאן בדיוק הוא מקומה של התחרות. התחרות בין קופות החולים אמורה לתמרץ את הקופות להשקיע בשיפור איכות השירות, בעיקר באותם הרכיבים שפיקוח ישיר עליהם הוא בלתי אפשרי. הציפייה היא שהתחרות בין הקופות תתקיים בכל הרכיבים של הטיפול הרפואי, הנמצאים תחת אחריותן, החל בטיפול הראשוני אצל רופא המשפחה ורופא הילדים, עבור בטיפול השניוני אצל הרופאים המומחים, ולטיפול השלישוני בבתי החולים, וכלה בשירותים האחרים המוענקים על ידי הקופות כמו מתן תרופות, בדיקות וכד'. מסתבר כי בפועל אין הדבר כך. מנגנוני התגמול הפועלים היום במערכת הבריאות וצורת ההתחשבות המעוותת בין בתי החולים וקופות החולים, ממקדים את הקופות בשיפור איכות השירותים והטיפולים במסגרת הרפואה הקהילתית ולא נותנים תמריץ לשיפור איכות הטיפולים במסגרת מערכת האשפוז, על אף שגם שירותים אלה נמצאים, לכאורה, באחריות הקופות.

9. הוועדה נמנעה מלדון במבנה הבעלויות במערכת הבריאות בישראל - לדינו עבודה מעמיקה ומקיפה בנושא זה הייתה יכולה לשפוך אור נוסף על המתרחש ואף להוביל לשינוי אם נדרש כזה בין השחקנים השונים במערכת הבריאות. נקווה כי בחינה מסוג זה תגיע בהקדם האפשרי.



על פי החוק, הקופות מקבלות את כלל המשאבים המופנים למימון סל הבריאות, והן משתמשות במשאבים אלה למילוי כל צורכי המבוטחים שלהן, בכלל זה האשפוז בבתי החולים. הוצאות הרכש של שירותי האשפוז הן ההוצאה המרכזית של קופות החולים והם גם עיקר ההכנסות של בתי החולים. הקופות חותמות על הסכמי רכש מול בתי החולים השונים עבור המבוטחים שלהן ובכך קובעות היכן יאושפזו המבוטחים וכמה הן תשלמנה עבור אשפוז זה. **כלומר, ההחלטות לגבי החלק הארי של היקף המשאבים אשר יופנו למערך האשפוז מתוך כספי הציבור הן בידי קופות החולים**¹⁰.



אולם, בתנאי התחרות הקיימים היום, לקופות החולים יש תמריץ חלש מאוד, אם בכלל, להשקיע באיכות הטיפול אותו הן מממנות עבור מבוטחיהן בבתי החולים, שברובם הם אינם בבעלותן ואינם תחת אחריותן, והמטפלים גם בחולים של קופות אחרות. עיקר התחרות בין קופות החולים מתמקד היום בשירותי הקהילה ובשירותים האחרים שהקופות מספקות באופן ישיר (רפואה מקצועית, בדיקות, שירותי מעבדה, מכונים ובתי מרקחת) וכמעט אין כל תחרות בין הקופות על איכות הטיפול או השירות שמבוטחי הקופות מקבלים בבתי החולים. כאשר חולה מגיע היום לבית חולים, אזי לפחות מנקודת ראותו, האחראי לטיפול בו הוא בית החולים ולא הקופה (הדבר נכון במידה רבה גם כאשר בית החולים הוא בבעלות הקופה). בעיני רבים מהמבוטחים יש הפרדה מוחלטת: את איכות השירות והטיפול שהם מקבלים במתקני הקופה ועל ידי רופאי הקופה, הם מייחסים לקופה, ואת איכות השירות והטיפול אותו הם מקבלים בבית החולים, הם מייחסים לבית החולים. לדוגמה: מעטים מייחסים את אורך התורים בבתי החולים להסכמי ההתקשרויות בין הקופות ובתי החולים.

אין חולק כי הגברת התהליך של המעבר מהאשפוז לקהילה הוא תהליך מבורך שישראל חלוצה בו. אין לנו כוונה לשלול מגמה זו כל עוד משמעותה טיוב המערכת ושיפור השירות לחולה. אולם, אין, מצד שני, משמעות הדבר שכל השקעה במערכת האישפוז היא מיותרת או מזיקה.

ג. מנגנון קביעת המחירים

התוצאה הישירה של האמור לעיל היא, שעיקר התחרות הנאכפת היום על בתי החולים על ידי הקופות אינה על איכות הטיפול והשירות שבתי החולים מספקים, אלא על ההנחות שאותן הם נותנים לקופות החולים. הגדלה בהנחות, הגם שהיא מביאה לפגיעה באיכות השירות בבתי החולים, משאירה יותר משאבים בידי הקופות, דבר המאפשר להן להתחרות בצורה טובה יותר מול הקופות האחרות באותן הרכיבים של השירות על פיהן, הן נשפוטות על ידי המבוטחים.

המשמעות של האמור לעיל היא, שכיום לא רק שכמות המשאבים המועברת לקופות היא קטנה מדי (ראו הדיון בפרק הקודם), אלא גם שמתוך כמות זו, כמות המשאבים המועברת לבתי החולים היא קטנה מדי. אין אנו רואים כיום, פרט לחריגים, את הקופות משקיעות בבתי החולים שאינם בשליטתן, למרות שאלה מטפלים בחולים שלהן.

מצב זה משליך לא מעט על מערכת היחסים בין הקופות ובתי החולים, ובסופו של דבר גם על איכות הטיפול שמקבלים המאושפזים. למעשה קופות החולים, אינן נדרשות כיום להבטיח שלבתי החולים יהיו המשאבים והכלים הנדרשים כדי לספק את השירותים באיכות ובזמינות סבירים. במידה רבה המצב הוא הפוך: קופות החולים רואות זאת כחלק מתפקידן לנצל את התחרות לצורך קבלת הנחות מבתי החולים, הנחות הפוגעות בסופו של דבר באיכות וזמינות השירות שחברי הקופות מקבלים. המצב לא רק שאינו נראה חריג אלא עומד במרכז מדיניות מכוונת של משרד האוצר לריסון הוצאות הבריאות. העובדה שבתי החולים מספקים שירותים לכל הקופות רק מחמירה את המצב.¹¹ לדידנו נדרש שינוי מהותי של השיטה, כפי שנציע בפרק המודל המשולב.

10 בהתבסס על שיטת הקאפינג- עיקרה של שיטת הקפינג הוא קביעת תקרת צריכה שנתית לכל קופת-חולים בכל בית-חולים כללי ציבורי. תקרה זו, המכונה "תקרת צריכה פרטנית במחיר מלא", משמעותה כי בגין שירותים שקופת-החולים רוכשת מבית-החולים עד תקרה זו היא תשלם לו על-פי תעריף התשלום המרבי שנקבע להם, ובגין שירותים שהיא רוכשת מעל לתקרה זו היא תשלם לבית-החולים על-פי תעריף מוזל. סך התקרות של כל קופות-החולים בכל בתי-החולים מכונה "תקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא"

11 למען הסר ספק, אין באמור כדי לתמוך באינטגרציה אנכית בין הקופה לבתי-החולים. אינטגרציה אנכית איננה יוצרת את התמריצים הנכונים אצל הקופות להשקיע בבתי-החולים ואצל בתי-החולים להשקיע באיכות השירות. אינטגרציה כזו עלולה אף להחמיר את הפגיעה בשירות למטופל כיוון

ד. מבנהו של מנגנון התגמול של בתי החולים

מעבר לשאלת אופן הקביעה של גובה התגמול שמקבלים בתי החולים בגין השירותים שהם מספקים, קיימת שאלה לא פחות חשובה, והיא מבנה התגמול. מנגנון תגמול יעיל חייב לעשות הבחנה בין הוצאות קבועות, שבית החולים מחויב להן בכל מקרה, לבין הוצאות משתנות. יתירה מכך, כדי ליצור אצל קופות החולים ובתי החולים תמריצים להקצאת משאבים יעילה ביניהם, המחיר שמשלמת קופה בגין כל שירות שהיא מקבלת מבית חולים צריך להיות קרוב ככל האפשר להוצאה השולית של בית החולים בגין הספקת אותו שירות. אם קופה משלמת מחיר שהוא גבוה משמעותית מההוצאה השולית, הרי יש לה תמריץ לא להפנות חולים לקבלת שירות זה, גם כאשר הוא נדרש. מעבר לכך, ישנו תמריץ חזק לקופה לייצר תשתיות עצמאיות למתן שירות זה, או להתקשר חוזית עם גופים חיצוניים להספקתו - שניהם מייצרים תשתיות מיותרות ומייקרים את מערכת הבריאות כולה. בעולם הרפואה, שבו יש למטופלים רק מידע חלקי (אם בכלל) לגבי הטיפול האופטימלי עבורם, התנהלות הספקים והמבטחים המבוססת על תמחור לא נכון היא בהחלט מטרידה מאוד. המצב במערכת הבריאות בישראל כיום הוא כזה, שכמעט אין כל הלימה בין ההוצאות השוליות של בתי החולים ובין התגמול שהם מקבלים. בחלק מהמקרים התגמול גבוה מדי ובחלק אחר הוא נמוך מדי, ביחס להוצאה השולית.

במערכת הבריאות קיימים היום כמה סוגי מחירים בגין השירותים הניתנים בבתי החולים: מחירי יום אשפוז, מחירי פעולות הנקראים גם מחירים דיפרנציאליים, ומחירים לשירותים אמבולטוריים חוץ אשפוזיים. עיקר התגמול במערכת האשפוז מתבסס על מחיר יום אשפוז, המתעדכן מדי פעם. מחיר יום אשפוז כיום, כמו גם המחירים הדיפרנציאליים, משקפים עלות ממוצעת, הכוללת בתוכה גם רכיבים של ההוצאות הקבועות. כלומר על העלות השולית של הפרוצדורות "מעמיסים" חלק ניכר מההוצאות הקבועות דוגמת כוח אדם, מיון חירום, שימוש בתשתיות ועוד. אדריכלי השיטה הנהוגה היום לא התעלמו מהעיוותים שהיא יוצרת, ועל כן הנהיגו שימוש ב-CAP וב-a בנוסחת ההתחשבות שתפקידה לדמות כמה שיותר את המחירים הממוצעים למחירים השוליים החל מהיקף פעילות מסויים. אין זה המקום להרחיב בנושא זה, אולם נציין רק שמודל ה-a מייצר עיוותים רבים וחמורים במערכת ומביא להתנהגות לא יעילה בהכרח הן מצד של בתי החולים והן מצדן של קופות החולים.

יש לציין, ששיטת התמחור והתחשבות הנהוגה בישראל היא די חריגה בין המדינות המפותחות המתמודדות עם סוגיות דומות. רוב המדינות המפותחות מאמצות שיטה של תמחור שבה המחיר אותו מקבל בית החולים בגין כל מטופל נקבע באופן אחיד עבור כלל המערכת. שיטת ה (DRG - Diagnosis Related Group) היא הנפוצה ביותר ומיושמת באופנים מגוונים במדינות שונות. הועדה קיימה כמה מפגשים עם מומחים בינלאומיים¹², אשר הציעו לוועדה לאמץ את השיטה הנהוגה בצרפת, בגרמניה ובאנגליה. למיטב ידיעתנו ומתוך מה שהוצג בוועדה, גם גורמי המקצוע בארץ מעוניינים להרחיב את התמחור הדיפרנציאלי, על מנת להגביר את היעילות ואת השקיפות במערכת. עם זאת, התהליך הנו אטי ותוצריו אינם מיטביים. זאת, הן בגלל מחלוקות על אופן תמחור נכון של רכיבים מסוימים כגון כוח אדם וחומרים מתכלים והן מסיבות טכניות ומהותיות נוספות. המחלוקות לגבי מחירים פוגעות במטופל הקצה שמוצא את עצמו שבו במאבק בין הקופות ובין בתי החולים בלי הכרעה מצד הרגולטור.

עיוות נוסף במערכת התמחור הוא ההתניה כי כל שינוי בתמחור יתבצע בכללים של "סכום אפס". כלומר כאשר מתעדכן מחיר של פרוצדורה אחת כלפי מעלה חייבים להוזיל מחיר של פרוצדורה אחרת, כך שסך ההוצאה על הבריאות לא תשתנה. הבעיה היא, שאם התמחור הנכון הוא לייקר שלוש פרוצדורות ולהוזיל אחת - אין באפשרות תת ועדת המחירים שעוסקת בכך לעשות כן. ישנן דוגמאות למכביר של פעולות שכניסתן למערכת הבריאות מתעכבת בעקבות מחלוקות מקצועיות על אופן התמחור הנכון שלהן, כמו גם תמחור לא נכון של פרוצדורות כתוצאה מאילוצים תקציביים, דבר הפוגם ביעילות המערכת וגורם להסטת פעילות גם למערכת הפרטית. כך, לדוגמה, כאשר פרוצדורה מתומחרת נמוך מדי בתי החולים נמנעים מהקצאות חדרי ניתוח לטובת ביצועה. דוגמה מוחשית לכך היא ניתוח כפתורים ושקדים בילדים, שתמחורו הנמוך הביא ליצירת תורים ציבוריים ארוכים מאוד ולהעברת רוב הפעילות לבתי החולים הפרטיים, תוך פגיעה מוחשית בחולים שידם אינה משגת לרכוש ביטוח בריאות. מנגד, תמחור ביתר של פרוצדורות אחרות, לדוגמה צינתורים, גרם לעיוות בהקצאה של כוח אדם ומשאבים ארגוניים לטובתה תוך הזנחה אפשרית של פעולות אחרות.

שהוא הופך ללקוח שבוי.

¹² Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH Department of Health Care Management Berlin University of Technology/ (WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) European Observatory on Health Systems and Policies and Elias Mossialos Professor of Health Policy, LSE Health

הנחיה שהשינויים יהי ב"סכום אפס", על אף שהיא תורמת לשליטה של אגף התקציבים בהוצאה הציבורית על הבריאות, מעוותת לחלוטין את מבנה התמריצים במערכת והיא אינה עולה בקנה אחד עם מטרות מדיניות אחרות כגון יעילות, שקיפות, שירות איכותי השקעה ופיתוח של שירותים חדשים ועוד.

ה. סיכום

הניסיון הבינלאומי מלמד על היכולת לחולל שינויים משמעותיים במערכות בריאות על ידי שינוי התמריצים הכלכליים של השחקנים השונים, בהתבסס על נתונים מהימנים המתעדכנים באופן שוטף. אנו סבורים שיש צורך לעשות שינוי מהותי במנגנון קביעת המחירים והתיגמול של בתי החולים בישראל, כפי שיידון בהרחבה בפרק המודל המשולב.



3) כשלים רגולטורים

א. טיב הרגולציה של מערכת הבריאות:

1. ריבוי התפקידים של משרד הבריאות

2. שליטה חריגה של אגף התקציבים במשרד האוצר על מערכת הבריאות

3. כלי רגולציה מוגבלים בידי משרד הבריאות

ב. רגולציה של המערכת הפרטית

1. הכלה לעומת הרחקה

2. רגולציה כמותית לעומת רגולציה איכותית

3. שר"פ כמקרה בוחן?

ג. סיכום

א. טיב הרגולציה של מערכת הבריאות

מדינת ישראל נטלה על עצמה אחריות להבטיח לכל תושבי ישראל את הזכות לקבל רמה מסוימת של שירותי בריאות, באופן שוויוני ויעיל. לאחריות זו נדבק מהותי והוא רגולציה של הממשלה על מערכת הבריאות בכלל ועל המערכת הציבורית בפרט. בדומה לתחומי מדיניות נוספים, כמו ניהול משק החשמל והמים, ההשכלה הגבוהה, מדיניות הקצבאות של הביטוח הלאומי ועוד, הסוגיה של רגולציה איכותית וחכמה של מערכת הבריאות, היא אתגר חוצה תחומים וממשלות בארץ ובעולם.

קיימת תמימות דעים בקרב חברי הוועדה, כי הרגולציה הנוכחית של המערכת מהווה אחד מעקבי אכילס שלה. בתחומים רבים הפיקוח הוא מינימלי, ובתחומים רבים הפיקוח אינו יעיל. לגבי חלק מחברי הוועדה, עובדה זו הייתה מכרעת ביחס לאי-נכונותם לתמוך בצעדי מדיניות אשר יאתגרו את היכולות הרגולטוריות. מדובר במקרה קלאסי של שאלת "הביצה והתרנגולת": האם טיב הרגולציה הוא תנאי הכרחי לכל רפורמה או שרק אם יוצב אתגר ממשי של רפורמה לא יהיה מנוס מיצירתו של רגולטור חזק?

שאלה מכרעת בכל דיון כזה היא מי הוא הרגולטור של המערכת ומה היא פונקציית המטרה שלו. במהלך דיוני הוועדה נוכחנו לדעת שוב ושוב, שבמקרים רבים למשרד הבריאות אין יכולת רגולטורית אמיתית. יש מספר גורמים עיקריים המשפיעים על כך, ונדון בקצרה בכל אחד מהם:

(1) ריבוי התפקידים של משרד הבריאות כרגולטור וכבעלים כאחד

עובדה היסטורית היא ש-11 בתי-חולים הם בבעלות הממשלה וגם נתונים לרגולציה של הממשלה, לצד גופים ציבוריים ופרטיים אחרים. מצב זה מעלה תהיות בדבר האובייקטיביות של הרגולטור בנושאים כספיים בעיקר. נושא מורכב זה נדון בהרחבה במסגרת תת ועדה בראשות גב' רונית קן, אשר המליצה על הקמת רשות אשפוז ממשלתית, שאמורה לשמש כבעלים של בתי-החולים הממשלתיים. מדובר בפתרון ישים ומטבי בנסיבות הקיימות, ועל כן אנחנו תומכים בו, אך זהו פתרון חלקי בלבד. בתי-החולים ימשיכו להיות מוחזקים בבעלות המדינה, ולכן לא פוטר את הבעיה הזאת. יש לזכור, כי במקרים רבים לרגולציה יש השפעה על איתנותם של בתי-חולים ומאחר שהבעלות על בתי-החולים היא בידי המדינה כמכלול ולא רק של משרד הבריאות, הרי שנוצרים קשיים הנוגעים לא רק לתפקוד משרד הבריאות כרגולטור, אלא גם לתפקוד של משרדים אחרים הנוגעים בעניין, כולל משרד האוצר.

(2) שליטה חריגה של אגף התקציבים במשרד האוצר על מערכת הבריאות

מרכזיותו של אגף התקציבים במשרד האוצר, בהתווית מדיניות הממשלה, נדונה בהרחבה במגוון הזדמנויות, בהקשר של מקומה של פקידות ביחס לנבחרי ציבור, בכל הקשור לקביעת סדרי עדיפויות של המדיניות. מדובר בדיון חשוב וראוי, אך ברצוננו

להאיר זווית אחרת, הנוגעת לאיכותה של עבודת הממשלה כתוצאה מכוח חריג של צוות בריאות באגף התקציבים במשרד האוצר.

אגף התקציבים הוא יחידה מקצועית במשרד האוצר, שתפקידה המרכזי הוא ניהול פיסקאלי אחראי של תקציב המדינה ברמת המאקרו ובקרה וסיוע בניצול התקציב ברמת המיקרו. הוא מעורב בכל תחומי העשייה הממשלתית מתוקף תפקידו, ומבנה הארגוני מותאם לכך. נושאי מדיניות שונים מתחלקים בין ששת סגני הממונה על התקציבים. על תחום הבריאות אחראי סגן הממונה לתחומים חברתיים. תחתיו פועל צוות כלכלנים מקצועי אך מצומצם מאוד (כ-4). צוות זה קובע, נכון להיום, היבטים רבים מאוד של אופן הניהול של מערכת הבריאות בישראל, הן ברמת המאקרו והן ברמת המיקרו. רזולוציות ההתערבות והשליטה בכל הנעשה במערכת הבריאות חריגות בכל קנה מידה ובהשוואה לפעילות בכל תחום מדיניות אחר ביחס לסקטור הציבורי כולו, גם בארץ וגם בעולם. אחת המטרות המרכזיות המוצהרות של צוות הבריאות היא שליטה על גודל ההוצאה הלאומית על הבריאות בכלל, ולא רק על תקציב מערכת הבריאות הציבורית. מטרה זו לא קיימת בתחומים אחרים של פעילות האגף: צוות חינוך לא מנסה להגביל את ההוצאות של הציבור למורים פרטיים, ולמכונים להכנה לפסיכומטרי; צוות תעסוקה לא מגביל את התשלומים למכוני הכשרה פרטיים.

כחלק של המדיניות, הצליח הצוות להוריד את שיעור ההוצאה הציבורית על הבריאות מ-5.2% מהתוצר ב-1995 (בדומה לממוצע ה-OECD) ל-4.4% היום (לעומת עלייה ל-6.6% ב-OECD). המחסור במשאבים במערכת נובע מכך.

השאיפה לריסון ההוצאה הציבורית חייבת להיות מאוזנת על-ידי גורם רגולטורי משמעותי בעל יכולת להציב בראש סדרי העדיפות את הערכים הרפואיים של איכות השירות, זמינותו והנגישות אליו, עבור המטופלים. מלאכת עיצוב המדיניות מחייבת ראייה כוללת של המטרות, ועל כן חשוב להבטיח, כי האילוף הפיסקאלי יאוזן כנגד ההישגים הרצויים בתחום הבריאות. רגולטורים חזקים בתחום המאקרו של תקצוב המערכת, יחד עם משרד הבריאות כרגולטור על איכות השירות הבריאותי, חיוניים לטיוב המערכת וליצירת איזונים נכונים יותר.

מתוך היכרות רבת שנים עם המערכת, ומתוך ניסיונו בוועדה בשנה האחרונה, השתכנענו שנכון להיום, הרגולטור העיקרי של מערכת הבריאות הוא צוות הבריאות באגף התקציבים במשרד האוצר, ואילו משרד הבריאות הוא לרוב הגורם המייעץ. את המצב התמוה אפשר להמחיש בכך, שמנכ"ל משרד הבריאות תלוי באישור של רכז באגף התקציבים, בהקצאת מיטת אשפוז בודדת או בהעברה של תקן כוח אדם בבית-חולים ממשלתי. גם שינוי בתמחור פרוצדורה בודדת מחייב אישור של אגף התקציבים. להערכתנו, לא יהיה שינוי מהותי במערכת כל עוד לא יעשה תהליך בחינה מקצועי ובלתי תלוי, שיאפיין גבולות גזרה ורמות התערבות של אגף התקציבים במשרד האוצר, בעבודת משרד הבריאות.

דפוס העבודה של אגף התקציבים, הכולל התערבות בכל היבט מיקרו, ניכר גם במהלך דיוני הוועדה. הנציגים בוועדה דרשו להיות חברים בכל צוות שקם במהלכה ואחריה, כולל צוות שיגדיר רשימת פרוצדורות מצילות חיים, צוות שידון באורכי תור נורמטיביים ועוד. זאת תוך אמירה מפורשת, שכל דבר שעשוי להשפיע על התקציב מחייב את אישורם, ושצוות שבו לא ישולבו לא יהיה רלוונטי. לא אחת במהלך הדיונים, הביעו חברי הוועדה תמיהה מדוע לאגף התקציבים דריסת רגל כה גדולה בעשייה מובהקת של משרד הבריאות.

מדוע המצב בעייתי?

שליטתו של אגף התקציבים באוצר בניהול השוטף של המערכת ובכל החלטה יומיומית היא בעייתית בכמה ממדים. ראשית, אי-אפשר לצפות ממספר כה קטן של אנשים, מוכשרים ונחושים ככל שיהיו, לשלוט על מערכת ענקית ומבוזרת כפי שתוארה לעיל. אין זה הגיוני בתחומי האנרגיה, התחבורה, התשתיות, ההשכלה הגבוהה, וגם לא בתחום הבריאות. בכל התחומים הללו אגף התקציבים מהווה גורם חשוב ומשפיע ברמת המאקרו, אך המדיניות נקבעת במשרד הרלוונטי והתמחור נעשה על-ידי הרשות המתאימה, תוך בקרה מתחומי מדיניות אחרים, בהם מתקיים שיח מגוון יחסית ויש כמה שחקנים שמעצבים את המדיניות, בתחום הבריאות יש מונוליטיות באופן קבלת ההחלטות. מצב זה מנטרל שיח מקצועי, מגביר השפעה של מנופי לחץ אחרים ומזמין דפוסי עבודה משבריים וכוחניים. הדבר גורר חשדנות וחוסר אמון בין השחקנים השונים ומצד הציבור ומונע תהליכים חיוניים לטובת מערכת הבריאות והמטופל.

שנית, לשליטה המרכזית של אגף התקציבים השלכות מיידיות על איכות המערכת ועל "צווארי הבקבוק" במלאכה השוטפת. להערכתנו, חלק ניכר מהחלטות חשובות מעוכבות על שולחן הרכז, שמנסה כמיטב יכולתו לתת את דעתו להיבטים רבים



ומגוונים שבהם עוסק משרד הבריאות. העובדה שצוות הבריאות הוא בעל יכולת להטיל כיום וטו על כל צעד וצעד מצמצמת את מרחב היוזמה של משרד הבריאות והופכת כל תהליך ניהולי לתהליך של משא ומתן, שבו החלטות מקצועיות מעוככות לא פעם כ"בנות ערובה" לטובת כפייה של החלטות אחרות שדורשים אנשי האגף. מיותר לציין, כי מעמדו של משרד הבריאות כרגולטור הוא חלש כתוצאה מן הצמצום של מרחב העצמאות בקבלת החלטות מדיניות.

שלישית, השליטה של אגף התקציבים במערכת הבריאות פוגעת ביכולותיו של משרד הבריאות למלא את יעדיו: מצד אחד משרד האוצר מנטרל את משרד הבריאות בתהליך קבלת ההחלטות בנושאים מקצועיים, ומצד שני הוא משתמש בנימוק של חולשת משרד הבריאות כרגולטור כדי להמשיך ולהחליש אותו מול בתי-החולים וקופות-החולים. גורמי השטח הפנימי את המסר ופיתחו ערוצי עבודה ישירים מול אגף התקציבים באוצר, ולא פעם עוקפים את משרד הבריאות. הם מנהלים משא ומתן תקציבי ומקצועי מול צוות הבריאות באוצר כדבר שבשגרה, ולא אחת מיידעים את משרד הבריאות בהחלטות שהתקבלו, או משלבים אותו לקראת סוף הדיונים, כאשר יכולת ההשפעה של המשרד על המתרחש מוגבלת. דוגמה בולטת לכך היא הסכמי הייצוב מול קופות-החולים שבהם מועברים מיליארדי ש"ח לתקצוב של הבריאות בהסכם בדיעבד במסגרת משא ומתן בין אגף התקציבים ובין קופות-החולים תוך הצבת יעדים איכותיים לקופות. מדובר במצב אבסורדי, המעמיק את חוסר יכולתו של משרד הבריאות לאסדר ולפקח על המערכת.

חשוב לציין, כי מדיניות הדלת הפתוחה עבור קופות-החולים במשרד האוצר נוצרה בין היתר לאור החשש של משרד האוצר, כי האינטרסים של הקופות עשויים להיפגע כתוצאה מריבוי הכובעים של משרד הבריאות. גם אם חשש זה היה מוצדק בעבר, הרי עכשיו, עם הקמת רשות אשפוז ממשלתית, יש מקום לבחון מחדש את ההשלכות של התנהלות זו על יכולת האסדרה והפיקוח של מערכת הבריאות מצד משרד הבריאות. יתר על כן, נראה שלא פעם אגף התקציבים מאמץ לעצמו עמדה המגוננת על אינטרסים של קופות-החולים, דבר ההופך אותו לרגולטור שבוי ביחס לרפורמות נדרשות, בפרט בתחום הביטוח ותמחור פרוצדורות. במלים אחרות, למשרד האוצר יש ריבוי כובעים לא פחות בעיית, ואולי אף יותר, מאשר למשרד הבריאות. חשוב להימנע ממצבים כאלה, מאחר שהאחריות המרכזית המוטלת על כתפי הרגולטור היא דאגה לבריאות הציבור כולו ולא למעמדו של ארגון זה או אחר. כפי שמשרד הבריאות פועל לצמצום המעורבות בניהול בתי-החולים הממשלתיים, ראוי שגם אגף תקציבים באוצר יעשה מהלך דומה ביחס לקופות-החולים.

לסיכום, הניסיון של צוות בריאות באגף התקציבים לנהל את מערכת הבריאות באופן מרכזי הן ברמת המאקרו והן ברמת המיקרו נועד מראש לכישלון. בליט ברירה עיקר הדגש של הצוות הוא על ריסון ההשקעות בציוד ובכוח אדם, מחשש שאלה עלולים להוביל לגידול בהוצאה הציבורית, גם אם הם יעלו את רמת הבריאות של המטופל הציבורי. האמונה כי אפשר להכתוב התנהלות רצויה למערכת הבריאות, במקום להבנות תמריצים נכונים ולפקח בצורה נבונה, פוגעת בסופו של יום בחולים. הירידה לפרטים והמעורבות הכמעט יומיומית בהחלטות שוטפות, פוגעת ביכולתו של הצוות להיות גורם יוזם ומוביל של רפורמות משמעותיות, המשפיעות ברמות המאקרו. במקום זה, הצוות בעצם שומר על הסטטוס קוו כפי שהדבר בא לידי ביטוי גם בדיוני הוועדה. כך קרה גם בכמה הזדמנויות במהלך 20 השנים האחרונות, כאשר אנשי הצוות לא אבחנו נכון את המגמות. רפורמות משמעותיות עם פוטנציאל גדול נתקלו בסירוב ובניסיונות סיכול מצד אחד, ואילו מנגד, קודמו במלוא המרץ מהלכים הטומנים בחובם סיכונים רבים (שאכן התממשו). אגף התקציבים היה בין המתנגדים הבולטים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכיום האגף רואה בו אבן היסוד החשובה ביותר במערכת הבריאות הישראלית. אגף התקציבים תמך בהקמתו של בית-החולים "אסותא" והרחבתו, זאת מתוך אמונה כי יצליח לשלוט בהיקף פעילותו באמצעות קציבת מיטות אשפוז, אך היום רואה בו אחת הבעיות הגדולות של המערכת (אנו איננו שותפים לעמדה זו). התעקשותו המסורתית (עד לא מזמן) של האגף על הגבלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל, תוך התעלמות מהמלצות ועדת פזי, הייתה מבוססת על תפיסה, שכל רופא נוסף מעלה את ההוצאה על בריאות. היום הצוות באגף מודה, כי המחסור ברופאים הוא אחת הסיבות לעליית ההוצאה על בריאות.

למרבה הצער, על אף הטעויות בעבר, לא נעשתה הפקת לקחים וההנחות הבסיסיות של הצוות ודפוס עבודתו לא השתנו. לא זיהינו במסגרת הוועדה נכונות לסטות מ"האמות המוחלטות" של היום (לפי הניסיון עד עתה, סביר שחלקן יתבררו כלא נכונות), שעל בסיסן הצוות פועל.

(3) כלי רגולציה מוגבלים בידי משרד הבריאות

הממשלה הכירה בכך שעל-מנת לבצע רגולציה על מערכות כלכליות מורכבות יש צורך בהקמת גוף מקצועי ובלתי תלוי. כך קרה בתחומים כמו ההשכלה הגבוהה (הוועדה לתכנון ותקצוב), משק החשמל (רשות החשמל), משק המים (רשות המים) מערכת הבנקאות (הפיקוח על הבנקים), רשות ההגבלים, רשות ניירות ערך ועוד. במערכת הבריאות, על אף המורכבות הכלכלית שלה, לא הוקם גוף רגולטורי מקצועי, עצמאי וחזק דומה. כתוצאה מכך יש מחסור בכלי פיקוח, ובשל כך איכות הרגולציה נפגעת, ויש קושי ביישום רפורמות דרושות. יתר על כן, בחלק מהמקרים שצוינו לעיל, היה זה אגף התקציבים שיזם את הקמת הגופים האמורים, תמך בהם בשלבי ההקמה ועמד איתן מול לחצים כנגד. הצורך בהקמת גוף כזה מתחזקת נוכח העובדה, שהנימוק המרכזי לשליטה ההדוקה ברמת המיקרו מצד אגף התקציבים במשרד האוצר במערכת הבריאות כפי שהוצגה לעיל הוא חולשת הרגולציה. בכל המקרים שצוינו קודם, שאבו הגופים הרגולטוריים העצמאיים את הסמכויות מתוך משרדי הממשלה. במקרה של מערכת הבריאות, הסמכויות מרוכזות בפועל במשרד האוצר.

על אף האמור לעיל, לא יהיה זה נכון לפטור באופן מלא את משרד הבריאות מאחריותו על ניהול המערכת. במהלך העדויות בפני הוועדה נטען, כי חלק מחוזי המנכ"ל ששוגרו בעבר לשטח אינם ישימים או לא מגובים באמצעים לביצועם, ולכן הופכים לאות מתה ואף פוגעים במעמד המנכ"ל כגורם מנחה מחייב. כמו כן, נחשפנו לעובדה כי מידע הנוחץ הן לרגולציה והן לפיקוח אינו זמין למשרד הבריאות, וגם לא מועבר אליו למרות הנחיותיו ובקשותיו. מדובר בבעיה ניהולית של המשרד, לצד תפיסה שגויה של בתי-החולים והקופות ביחס למבנה שלטוני נכון. קשה להעלות על הדעת סיבות המצדיקות התעלמות מהנחיות הרגולטור. אחד ההסברים החלקיים שניתנו הוא ארגז כלים משפטי מצומצם העומד לרשות המשרד: כלים כמו סגירת בית-חולים לא ישימים, וכלים הדרגתיים יותר קשים ליישום. אנו ממליצים למשרד הבריאות ולמשרד המשפטים לפעול להתאמת הכלים אם באמצעות חוק בתי-חולים ואם באמצעים נוספים כפי שיידרשו. זאת במקביל להפעלת הכלים הניהוליים והארגוניים הקיימים כבר היום. המודל שנציע בהמשך מספק כלים נוספים.

בעידן הטכנולוגי שבו אנו חיים אין סיבה שלא כל המידע הרלוונטי לבקרה ולקבלת החלטות יהיה ממוחשב וזמין. חשוב לבצע בהקדם האפשרי מהלך לסנכרון מערכות המחשב השונות ויצירת לוח "מפקד" במשרד הבריאות, עם המידע הנוחץ עבורו כרגולטור חכם. האינטרס הוא של כולם, ומידע אמין וזמין הוא רכיב חשוב בהבניית יחסי אמון וכתשתית ליכולת תכנון מערכת טובה יותר. אחת הטענות שהושמעו כנגד הרחבת האפשרויות לביצוע ניתוחים פרטיים במתקני המערכת הציבורית הייתה חוסר היכולת לפקח על היקף הניתוחים במערכת הציבורית, שיבוצעו אחר הצהריים. לטעמנו, מדובר בנימוק חסר בסיס מאחר שבימינו, עם מערכות המידע הבסיסיות ביותר, לרגולטור לא צריך להיות כל קושי לעקוב אחר היקפי הפעולות השונות בבתי-החולים. חשוב לציין כי אותם אלה הטוענים כי לא ניתן לעשות בקרה במערכת הציבורית משוכנעים כי יוכלו לעשות כן במערכת הפרטית, וגם על כך נרחיב בהמשך.

ב. רגולציה של המערכת הפרטית

1. הכלה לעומת הרחקה

הנחת העבודה של כל חברי הוועדה היא, שמערכת הבריאות הפרטית תמשיך להתקיים בישראל לצד המערכת הציבורית. השאלה העיקרית הנשאלת, אם כן, היא מה יהיו היקפיה של הרפואה הפרטית ומה יהיו קשרי הגומלין בינה ובין המערכת הציבורית. מאחר שבמערכת הבריאות קיימות השפעות חיצוניות חזקות מאוד (הן שליליות והן חיוביות) בין המערכת הפרטית והמערכת הציבורית, הרי שגבולות הרגולציה במערכת לא יכולות להיעצר במערכת הציבורית, וחייבת להיות רגולציה משמעותית גם על ממדים מסוימים של המערכת הפרטית. לפי הבנתנו, המלצת הרוב בוועדת גרמן מתמודדת באופן מאוד לא מספק עם השאלה מהי הדרך הטובה ביותר לפיקוח על המערכת הפרטית. המצב הנוכחי, שלפי דעתנו לא ישתנה לטובה בעקבות המלצות הרוב, הוא מסוכן למערכת הבריאות הציבורית, ביחוד לאור הדינמיקה שהוא מייצר. אנו סבורים שברוב הממדים של השירות הרפואי, הדרך הטובה ביותר לפקח על המערכת הפרטית היא באמצעות שילובה במתקני המערכת הציבורית, תוך הפעלה של מנגנוני מעקב ובקרה הדוקים.

מבחינות מסוימות, נקודת ההסתכלות שלנו היא הפוכה מזו של הרוב. חלק גדול מאלה המתנגדים לשילובם של רכיבים מסוימים מהמערכת הפרטית במתקני המערכת הציבורית (לדוגמה, בחירת מנתח במימון פרטי), מנמקים התנגדות זו בקשיי רגולציה. אנו טוענים, שהקשיים ברגולציה הם אחת הסיבות העיקריות לשילוב חלקים מסוימים של מערכת הבריאות הפרטית במסגרת המיתקנים והניהול של המערכת הציבורית. אנו סבורים שקל יהיה הרבה יותר לפקח על המערכת הפרטית אם זו תהיה תחת



הניהול והאחריות של המערכת הציבורית (כלומר בתי-החולים וקופות-החולים) מאשר כאשר היא מתבצעת לחלוטין בנפרד מהמערכת הציבורית.

אחת הטענות העולות לפרקים בהקשר של שילוב המערכת הפרטית והציבורית היא, ש"על מערכת הבריאות אי אפשר לפקח". באמירה זו יש, לטעמנו, לא מעט הגזמה, חוסר הבנה ודמגוגיה. ראשית, עלינו לזכור שכל אמירה מסוג זה צריכה להיבחן לעומת האלטרנטיבות. אם אנו סבורים שהאלטרנטיבה לשילוב מסוים של רפואה פרטית במערכת הציבורית, היא קיומן של שתי מערכות נפרדות, האחת פרטית והשנייה ציבורית, הרי השאלה הרלוונטית היא באיזה משני המודלים הפיקוח על הרפואה הפרטית יהיה יעיל יותר. דעתנו החד משמעית היא, כי במערכת משולבת, יהיה הפיקוח על הרפואה הפרטית יעיל הרבה יותר מאשר אם היא פועלת במערכת נפרדת.

האלטרנטיבה שבה בחרו רוב חברי ועדת גרמן היא הפרדת התשתיות (הציבורית והפרטית) והטלת מגבלות על זמינותה של המערכת הפרטית. זאת על-ידי הפעלת מגבלות הן על הביקושים לרפואה פרטית (בעיקר באמצעות מגבלות שונות על הביטוחים הפרטיים) והן על ההיצע של רפואה כזו (בעיקר באמצעות מיגבלות שונות על רופאים העובדים במערכת הפרטית ועל בתי-החולים הפרטיים). אנו סבורים שזו אלטרנטיבה בעייתית מאוד. ראשית, כפי שההיסטוריה הכלכלית הוכיחה שוב ושוב, ובייחוד כאשר מדובר בשירותי בריאות, קשה מאוד לנטרל את כוחות השוק, הן מצד הביקוש והן מצד ההיצע, רק באמצעים רגולטוריים של קיצוב, ובדרך כלל נדרשים אמצעים אחרים. האם זה פשוט כל כך למנוע מתושב ישראל לרכוש ביטוח בריאות מחברת ביטוח זרה עבור טיפולים שאותם הוא יקבל בארץ? כבר היום ישנן לא מעט חברות ביטוח בינלאומיות, המאפשרות למבוטחיהן לקבל טיפולים במדינות שונות. האם פשוט כל כך למנוע מקבוצת רופאים ישראלים לפתוח מרפאה פרטית לחלוטין ולממן חלק מהפעילות שלה מתיירות מרפא? האם זה פשוט כל כך למנוע מקבוצת רופאים ישראלים לפתוח מרפאה פרטית או להתחבר לבית-חולים בקפריסין או במדינה קרובה אחרת, ולבצע שם ניתוחים, בין היתר גם על מטופלים ישראלים, כמה ימים בשבוע או בחודש? עלינו לזכור שבמצב של מצוקה בריאותית אנשים מוכנים לשלם מחיר גבוה מאוד כדי לקבל את הטיפול שהם סבורים שהוא הטוב ביותר בשבילם. יש לא מעט סיבות לחשוש שניסיונות להגביל במידה ניכרת את הביקושים וההיצעים של הרפואה הפרטית יהפכו את ישראל מיצואנית של תיירות מרפא ליצואנית של מטופלים! מעבר לכל אלה, אם אכן אפשר להקטין, בעזרת כלים רגולטוריים שונים, את הביקושים וההיצעים של הרפואה הפרטית, אזי על אחת כמה וכמה קל ויעיל יותר לעשות זאת כאשר הרפואה הפרטית המצומצמת פועלת במסגרת המערכת הציבורית ולא מחוצה לה. ראשית, מעקב ופיקוח יעיל יותר על היקף הרפואה הפרטית אפשרי, כאשר זו מתבצעת במערכת הציבורית. שנית, המערכת הציבורית תינהג מכל התרומות שהרפואה הפרטית יכולה להעניק לה, בלי חשש שהיא תיפגע מהמערכת הפרטית, שהיקפה יהיה מוגבל.

2. רגולציה על כמויות לעומת רגולציה על איכות

כאשר אנו מדברים על פיקוח של מערכת רפואית חשוב מאוד לעשות הפרדה בין פיקוח על המרכיבים ה"כמותיים" ובין פיקוח על המרכיבים ה"רפואיים" של השירות. כאשר מדובר על פיקוח על המרכיבים הכמותיים של השירות, הרי אין כל הבדל בין פיקוח על מערכת רפואית ובין פיקוח על כל גוף או ארגון או מערכת כלכלית אחרת. הדרישה שבית-חולים לא יבצע יותר מאחוז מסוים מהניתוחים שלו במסגרת הביטוחים הפרטיים או תיירות המרפא קלה הרבה יותר לפיקוח מאשר הדרישה שמפעל רהיטים ישלם 26.5% מס על רווחיו, או מהדרישה שמפעל יפלוט לא יותר מכמות מסוימת של מזהמים לאוויר. אף אחד לא טוען שלא ניתן לפקח על אלו ולכן יש להגביל את פעילותם. כל גוף כלכלי, אם זהו בנק, חברת מזון או בית-חולים, אינו שמח להיות מופקד ויעשה כל שאפשר להתחמק מההשלכות של הפיקוח. אם הוא יעשה זאת בדרך לא חוקית (לדוגמה, על-ידי העלמת הכנסות), הפרט לוקח את הסיכון שהוא ייתפס וייענש. אם הוא עושה זאת בדרך חוקית (לדוגמה על-ידי "תכנון" מס), הרי תפקידו של המפקח לפרש את גבולות המותר. אותו הדין ניתן להפעיל לגבי מערכת הבריאות. אם המנהלים או הרופאים יפרו את המגבלות הכמותיות על הרפואה הפרטית, בדרך שאיננה חוקית, הם מסתכנים בעונשים בשל עבירה על החוק, ואם הם יעשו זאת בדרך חוקית, אזי יהיה על המפקח לפרש ולהתאים את הכללים.

בעוד שאין בעינינו כל קושי בפיקוח על המימדים הכמותיים של השירות הרפואי (הציבורי או הפרטי), בייחוד כאשר זה מתבצע במסגרת המערכת הציבורית, הרי שאין ספק כי קיים קושי רב בפיקוח על האיכות של הטיפול הרפואי. קושי זה נדון בהרחבה בספרות, והוא מתמקד בעיקר בהיבט הקליני של השירות. כדאי לשים לב שכמה ממדים של איכות השירות, כמו זמינות, נגישות ואפילו שביעות רצון מטופלים, למרות שהם לכאורה מרכיבים של איכות הטיפול, הם במובנים רבים משתנים "כמותיים", שיחסית קל למדוד אותם ולפקח עליהם. המימד העיקרי שעליו קשה לפקח הוא המימד של האיכות ה"קלינית" של הטיפול הרפואי. כאן בדיוק מתעוררת השאלה של האלטרנטיבה. באיזו מסגרת יהיה הפיקוח על איכות הרפואה הפרטית, ועל השלכותיה

על הרפואה הציבורית, יעיל יותר? האם קל יותר לפקח על איכות הטיפולים הפרטיים כאשר הם מבוצעים במסגרת המערכת הציבורית, או כאשר הם מבוצעים במסגרת נפרדת? בספרות הכלכלית נעשית הבחנה בין איכות שהיא verifiable (כלומר ניתנת לכימות ואימות) ואיכות שהיא observable (כלומר ניתן "לראות" אותה, אך היא אינה ניתנת לכימות לאימות). במידה רבה, איכות הטיפול היא observable אך לא verifiable, ובמקרה כזה הדרך הטובה ביותר לפקח על האיכות היא באמצעות בקרת עמיתים ומנהלים. לנו (כמו לרבים מהמומחים שהופיעו בפני הוועדה) אין ספק, שהפיקוח על איכות הרפואה הפרטית יהיה יעיל וזול יותר אם הרפואה הפרטית תתבצע תחת הניהול והבקרה של המערכת הציבורית מאשר אם היא תתבצע במערכת נפרדת שבמידה רבה, היא "נסתרת" מן העין.

אם אכן תהיה מגבלה על סוג השירותים וכמותם שהרופא, המחלקה ובית-החולים יוכלו לבצע במסגרת הפרטית בבית-החולים הציבורי, ואם תהיה הקפדה על מגבלה זו (דבר שכאמור בעינינו הוא בר ביצוע), אזי החשש בנוגע להסטת חולים מהמערכת הציבורית אל המערכת הפרטית כמעט שאינו קיים. אם, לדוגמה, יאסר על רופאים לבצע רפואה דחופה במסגרת הרפואה הפרטית שמתבצעת בבית החולים הציבורי, אזי לא יהיה מצב שבו בית-החולים או הרופא ינסו לשכנע חולים שהגיעו למיון, לבצע את הפרוצדורה במסגרת השר"פ, אלא אם הם עבריינים ומוכנים להסתכן בענישה. הוא הדין לגבי מגבלת הכמויות שתוטל על המערכת. אם לא יתאפשר לרופא לבצע יותר מ-15%, לדוגמה, מפעילותו במסגרת הפרטית, הרי, סביר שהרופאים יצליחו להגיע למכסה הזאת גם בלא הסטה של חולים מהמערכת הציבורית לפרטית. גם כאן, רופא או בית-חולים שיחרגו ממגבלה זו מסתכנים בעבירה על החוק ובענישה. לסיכום נקודה חשובה זו, אנו מאמינים שמגבלה על סוג הרפואה הפרטית במערכת הציבורית והיקפה עשויה לפתור חלק גדול מן הבעיות העולות בהקשר של הכלת הרפואה הפרטית במסגרת מתקני המערכת הציבורית.

3. שר"פ קיים כמקרה בוחן - האומנם?

אחת ה"הוכחות" שמוצגות לעיתים לחוסר היכולת לפקח על מערכות רפואיות היא העובדה, שבמערכת הבריאות בישראל יש לא מעט דוגמאות שבהן "הפיקוח נכשל": לדוגמה, הפיקוח על השר"פ בהדסה. זוהי אמירה שגויה ומטעה. כל שהדוגמה של הדסה מוכיחה הוא את הטענה שכולנו מסכימים לגביה שהפיקוח כיום הוא רופף ולא יעיל. בעצם, אף גורם לא ניסה לפקח ברצינות על הצד הכלכלי של הדסה בטענה, שהיתה נוחה למדינה לאורך שנים, שזהו בית-חולים פרטי ולכן אפשר להתעלם מגרענותיו. כולנו יודעים איך זה נגמר. ואם הטענה היא שלא ניתן לפקח על הדסה, שהיא רובה במימון ציבורי, אז איך נפקח על אסותא? כמובן ששתי הטענות לא "מחזיקות מים".

מעבר לכך, ישנן, למיטב הבנתנו, דוגמאות במערכת הבריאות בהן הפיקוח מצליח מאוד. לדוגמה: קופת חולים כללית היא בעלת 14 בתי-חולים ומאות סניפים. הקופה פיתחה מערכת פיקוח יעילה המבוססת על נתונים זמניים ועדכניים, המאפשרים להנהלה להוביל את הארגון הענק הזה. הדבר נוצר בשני העשורים האחרונים על בסיס מערכת לא יעילה ומסורבלת המלאה בתמריצים גרועים. אין שום סיבה שהמדינה לא יכולה ללמוד מכך, ואף להעתיק מהכללית.

דוגמאות נוספות הן הפיקוח על היקף "הססיות" המבוצעות על-ידי תאגידי הבריאות בבתי-החולים, שזו דוגמה קלאסית של פיקוח על כמויות, או הפיקוח על הטכנולוגיות שבת-החולים רשאים לרכוש. "הקושי לפקח" על כמויות נראה כמו תירוץ לא משכנע.

במסגרת המאבק בשר"פ שמענו לא מעט תיאורים, חלקם קשים מאוד, על המתחולל במסגרת השר"פ בבתי-החולים בירושלים. אפשר להתייחס באריכות לנושא זה, אולם נאמר כאן רק כמה דברים: ראשית, ללא פיקוח של המדינה (וכנראה של ההנהלה), יש לצפות למקרים חריגים וגם להיווצרות נורמות בעיתיות. אך כדי לעשות השוואות אמיתיות, וללמוד על יתרונות של כל שיטה, יש צורך להחיל מתודולוגיה שלוקחת בחשבון בין היתר את: אורך התורים בבתי-החולים השונים כולל הפרטיים, היקף פרוצדורות מיותרות המתבצעות, היקף תופעת הפרוטקציה, הרפואה השחורה, אם ישנה ועוד. הסקת מסכנות מהסתכלות שטחית על בית חולים בקשיים לא יכולה להוות בסיס לדין רציני.

כאשר בוחנים את השר"פ בירושלים חשוב לבחון גם את אשר הוא נתן למערכת כמו, למשל, הכנסות נוספות שאפשרו רכישת טכנולוגיות מתקדמות, הישארות הצוות הרפואי בבית החולים עד השעות המאוחרות שאפשרה טיפול גם בחולים קשים שהגיעו לבית-החולים בשעות אלה והדרכה של סטודנטים במשך כל שעות היום. אין זה נכון לבחון רק את ה"מחיר" שהשר"פ אולי גבה. מעבר לכך, כאשר אנו בוחנים את השלכות השר"פ בירושלים, חשוב לעשות זאת בפרספקטיבה רבת שנים (השר"פ בירושלים פועל כבר כמה עשורים) ולא רק בפרספקטיבה של השנים האחרונות.



ג. סיכום

כשלים רגולטוריים הם שורש הבעיה של מערכת הבריאות וללא מערכת רגולטורית חזקה, מקצועית ועצמאית לא ניתן יהיה ליישם פתרונות אחרים. כל פתרון לכשלים במערכת הבריאות הציבורית בישראל חייב להתחיל מהתמודדות עם כשלי הרגולציה הקיימים היום במערכת. למשרד הבריאות יש את כח האדם המקצועי כדי לבצע את המשימה, אך יש צורך בתגבור ובמתן אפשרות למשרד למלא את ייעודו על ידי תוספת כלים והרחקת אגף התקציבים מניהול המיקרו של המערכת. המלצות הרוב בוועדת גרמן לא מציעות פתרון מספק לכשל זה, ולכן לא יכולות להוות בסיס לטיפול אמיתי בבעיות המרכזיות במערכת. אנו סבורים שהתמודדות נכונה עם כשלי הרגולציה צריכה לתת מענה כולל כפי שנציע בפרק המודל המשולב.

4) שחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית

א. תמונת מצב נוכחית

ב. גורמים עיקריים לרמת האמון הנמוכה היום:

1. היעדר זמינות סבירה של השירותים במערכת הציבורית.
2. היעדר אפשרות לבחור גורם מטפל במערכת האישפוז הציבורית.
- ג. האם נכון לאפשר בחירת רופא חינוך?
- ד. סיכום

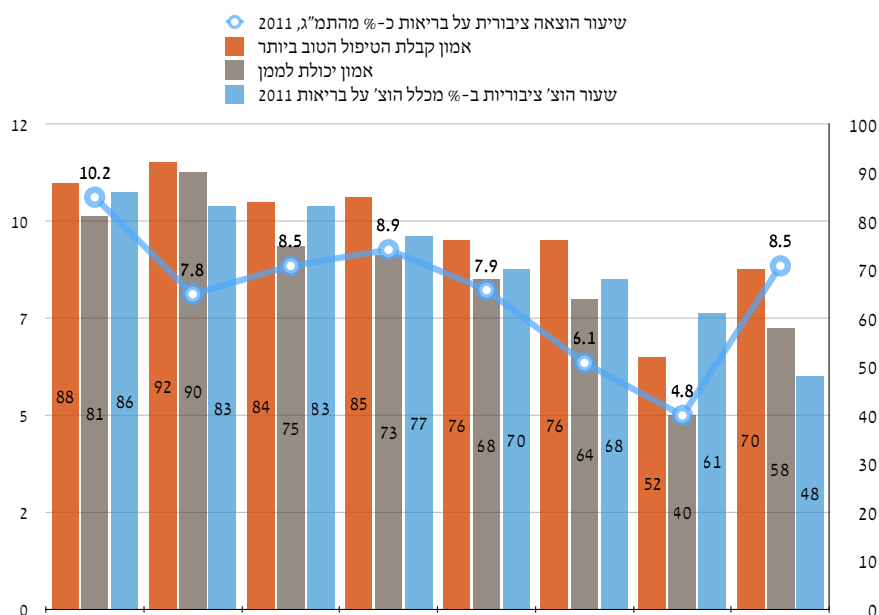
א. תמונת מצב נוכחית

הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית הציבה לעצמה כיעד לראות את המטופל במרכז העשייה של מערכת זו. בבסיס תפיסה זו נעוצה ההבנה כי מטרתה של כל מערכת ציבורית היא המטופל אותו היא משרתת. אחד ממבחיני ההצלחה החשובים של המערכת הציבורית הוא מידת האמון של הציבור בה, כלומר עד כמה הוא סומך עליה שהיא תבוא לעזרתו ברגעים קשים של חולי וכאב.

חשוב לזכור כי הצורך של המטופלים למצוא מענה מיטבי לבעיה בריאותית בזמן הופעתה הוא מאוד חזק. הדבר נכון בכל העולם ומהווה ערך עליון בתרבות הישראלית. ככל שרמת האמון של הציבור תהיה גבוהה יותר כך גוברים הסיכויים שהשימוש בשירותיה של המערכת הציבורית יעשה מתוך בחירה ורצון חופשיים שיאותתו על חוזקה ולא מתוך העדר חלופות. מה עוד שעבור חלק ניכר באוכלוסייה קיימת האפשרות לקבל מענה רפואי במערכת הפרטית.

תרשים 9 מסכם את התמונה העגומה: אמון הציבור במערכת הבריאות במדינת ישראל הוא נמוך יחסית למדינות המפותחות. כמו כן אנו רואים מתאם בין שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות לבין רמת האמון שהציבור נותן במערכת הבריאות.

תרשים 9: הוצאה ציבורית על בריאות ואמון במערכת

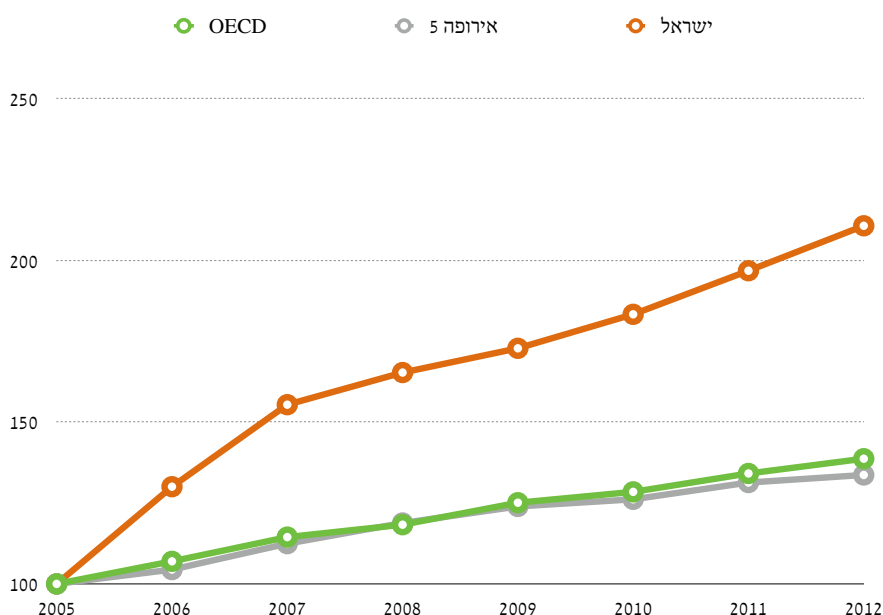


מקור: ברמלי-גרינברג ומדינה הרטום, 2012
OECD Health Data 2013 - Frequently Requested Data



על אף שאמון הינו מימד מורכב לכימות ומדידה ניתן למצוא לכך עוגנים בשיח הציבורי, בסקרי דעת הקהל¹³ ובהיקף רכישת ביטוחי בריאות משלימים ומסחריים ובניצולם כפי שניתן לראות בגרף הבא:

שיעור השינוי בהוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים לנפש ב-OECD 2005-2012 (2005=100)



מקור: עיבוד משרד הבריאות על נתוני OECD 2014

תוך 7 שנים עלתה ההוצאה על ביטוחי בריאות בישראל ב-110% לעומת 40% ב-OECD. הישראלים מוכנים לשלם סכומים ניכרים עבור ביטוח בריאות פרטי, לעיתים תוך רכישת ביטוחים כפולים. לכך השלכות ברורות על יוקר המחיה. תת-הוועדה לנושאי ביטוחים בראשות ד"ר שלומי פריזט גיבשה מתווה, שעיקרו פישוט המערכת ושיפור התמריצים ואנו תומכים בהמלצותיה. עם זאת, הסיבות העיקריות לחוסר האמון במערכת הציבורית, שהוא המניע המרכזי של הציבור לחיפוש אחר מטריית הגנה בדמות הביטוחים הפרטיים, זכו לטעמנו להתייחסות חלקית ולא מספקת בהמלצות הוועדה כולה.

אין ספק ששיווק אגרסיבי של חברות הביטוח והשב"נים העצים וממשיך להעצים את החששות של הציבור יתר על המידה. אך אל לנו לפתור את עצמנו, החשש מבטא חוסר אמון של הציבור כי ביכולתה של המערכת הציבורית לספק מענה הולם למטופליה, חשש שאינו משולל יסוד, במיוחד בהינתן מחסור הולך וגדל במשאבים. אנו משוכנעים שאם לא יינתן מענה ראוי לחשש זה, המגמה רק תמשיך להתרחב.¹⁴

הצמיחה המהירה של מערכת הבריאות הפרטית בעשור האחרון מהווה סמן ברור לחולשתה של המערכת הציבורית בעיני הציבור. ניסיון "לחנוק" את הרפואה הפרטית בישראל, רעיון שעלה יותר מפעם אחת הן בקרב חברי הוועדה והן מחוצה לה, ללא מתן חלופה הולמת במערכת הציבורית, לא יביא לחיזוק הרפואה הציבורית ובוודאי לא לחיזוק האמון בה. יתר על כן, יתכן שמטופלים בה רבים ייפגעו.

13 אחת הדוגמאות היא סקר שביעות רצון של מכון ברוקדייל. מעניין לראות כי גם כאן ניכר המבנה הדו קוטבי של המערכת. כאשר קופות החולים זוכות לצינים גבוהים משמעותית מבתי החולים.

14 שווקים של ביטוחי בריאות פרטיים הם תופעה קיימת בכל העולם. לא כאן המקום לנתח את המבנה והתמריצים הפועלים בשוק זה.

ניתוב המטופלים בכוח לעבר המערכת הציבורית באמצעות צמצום האפשרויות מחוצה לה אמנם ישפר במקצת את הסטטיסטיקה של תמהיל ההוצאה הלאומית, אך הדבר יחזק חשדנות של המטופלים החפצים באפשרויות בחירה, ויגביר את חוסר שביעות רצון ואף עזיבה לתוך מערכות פרטיות בתוך ומחוץ לגבולות מדינת ישראל. יש ערך לכך שהציבור יבחר את המערכת הציבורית מתוך ראית היתרונות שבה ולא מתוך כפייה.

ב. גורמים עיקריים לרמת האמון הנמוכה היום

הסיבה העיקרית להידרדרות האמון במערכת הבריאות הציבורית הוא השחיקה המתמשכת באיכות שירותיה ובזמינותם, הנגזרת מהשחיקה בהיקף המשאבים העומדים לרשותה, כפי שהובהר לוועדה. התורים הארוכים, מצב בעייתי של התשתיות הפיזיות במיוחד בפרפריה, תנאי מלונאות ירודים, רמת השירות למטופל ובני משפחתו במהלך האשפוז בכל בתי החולים בארץ ועוד, מהווים כר פורה להידרדרות האמון במערכת. יתרה מכך, המחסור במשאבים יוצר מעגל קסמים בעל השלכות שליליות מאוד: העדר המשאבים מביא לשחיקת האיכות של המערכת, וזו גורמת לנטישה של חלק מהמטופלים את המערכת הציבורית לטובת המערכת הפרטית. נטישה זו מקטינה את הלחץ לתוספת משאבים למערכת הציבורית, מה שגורר הקטנה נוספת של המשאבים, וזו שוב גורמת לשחיקה נוספת באיכות, וחוזר חלילה. דרושה רפורמה משמעותית כדי לעצור את ההידרדרות.

מעבר למחסור במשאבים, ישנן עוד מספר סיבות לשחיקת האמון של התושבים במערכת הבריאות הציבורית בישראל. להלן נתמקד בשתיים מהן:

1. היעדר זמינות סבירה של השירותים במערכת הציבורית

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מספק רובד ביטוח אוניברסלי לכלל האוכלוסייה. המחוקק הדגיש כי הטיפול יינתן ב"זמינות ונגישות סבירה": למרות עמימותו, מצביע המושג על כוונה ברורה. במרוצת השנים סוגיית זמינות השירותים הופכת למהותית יותר ויותר, ולדעת רבים מהווה אחד הסימפטומים המרכזיים להיחלשותה של מערכת הבריאות הציבורית. עצם קיומו של שירות רפואי כלשהו בתוך סל הבריאות הציבורי אינו מהווה ערובה לכך שהמטופל יקבלו בעת הצורך. התורים הארוכים במערכת מהווים חסם אמיתי למימוש הזכויות ובפועל מעלימים את שכבת ההגנה הבסיסית שהחוק שאף להעניק.

אין די בעובדה שרופא מומחה מהמעלה הראשונה מועסק על ידי המערכת אם המטופל נאלץ להמתין לביקור אצלו במשך חודשים ארוכים ולעתים אף יותר משנה. הדבר מערער את אמון הציבור במערכת הציבורית. כך גם בנוגע לפרוצדורות ואבחונים - עצם קיומו של מכשיר מתקדם או שירות אינו מהווה ערובה למימוש הזכות לשירות זה. במהלך דיוני הוועדה ניכר שהמחסור במשאבים מונע ממערכת הבריאות הציבורית לספק את סל השירותים ברמה נאותה של זמינות, נגישות ואיכות. בקופות-החולים הסיבה המרכזית לכך היא, כאמור, תקצוב בחסר, המונע הרחבת השירות.

בבתי-החולים המצב מורכב יותר. קיים ניצול חלקי בלבד של התשתיות כתוצאה ממחסור במשאבים ומעיוותים בתמריצים כפי שמפורט בפרק על תמחור והתחשבנות. המערכת סובלת מאבטלה מבנית בשעות אחר הצהריים. חדרי הניתוח המתקדמים ומכשור יקר ערך עומדים כאבן שאין לה הופכין. חלק ניכר מהרופאים הבכירים אינם נמצאים בין כותלי בית החולים אחר הצהריים, משום שהם פועלים במערכת הפרטית בשעות האלה. אנו עדים לפרדוקס עצוב שבו קיימים תורים ארוכים לצד תשתיות ריקות ולא מנוצלות באותה מערכת ציבורית. הציבור משלם על כך פעמיים: פעם אחת על ידי מימון של תשתיות שאינן מנוצלות כראוי. ובפעם השנייה בזמן ההמתנה הארוך לקבלת טיפול על בסיס התשתיות הללו. אחד ממנהלי בתי החולים במרכז הארץ דימה את מצבה של מערכת האשפוז למטוס F15 שאינו מופעל עקב מחסור בדלק: הוא גם עולה הרבה וגם לא מספק הגנה.

ועדת גרמן קבעה, כי אורכי התור במערכת הציבורית מהווים אחד המכרסמים הגדולים של אמון הציבור במערכת. אנו מסכימים עם הקביעה, אך משוכנעים כי המענה שניתן לה על ידי הוועדה, בדמות הזרמה חד-פעמית של כספים ציבוריים, אינה מספקת ולא תטפל בשורש הבעיה לאור התמריצים הפועלים במערכת הבריאות כפי שמפורט בפרקים הקודמים.

לא רק אורכי תור משפיעים על האמון הנמוך במערכת, גם אי-הוודאות באשר לשאלה האם ימצאו בבתי החולים הצוותים המתאימים לטפל בחולה במקרה הצורך. העובדה שבשעות אחר הצהריים והערב רופאים בכירים רבים אינם נמצאים אינה תורמת לתחושת הביטחון של המטופלים המאושפזים בבתי החולים הציבוריים (באותה מידה, המאושפזים בבתי-חולים פרטיים מרגישים פחות בטוחים בשעות הבוקר).



2. היעדר אפשרות לבחור גורם מטפל במערכת האישפוז הציבורית

גורם נוסף המשפיע על שחיקת האמון והוא אי היכולת לממש במערכת האישפוז הציבורית את הרצון, לפחות של חלק מהמטופלים, להשפיע על ההליך הרפואי ותוצאותיו, בעיקר באמצעות בחירת הגורם המטפל, לרוב הרופא המנתח.

חברה מערבית ליברלית מושתתת על עקרונות הבחירה החופשית. גם מדינת ישראל צעדה כבדת דרך מאז ימי הקמתה, כאשר חופש הבחירה של הפרט לא היה ערך חשוב כפי שהוא היום. החברה הישראלית עוברת תהליכים סוציולוגיים מורכבים, המובילים לתופעה בולטת של שינוי ב"טעמי הציבור". חלק גדול מהציבור אינו מוכן עוד להפקיד את גורלו באופן בלעדי בידי מערכות גדולות, שמחליטות עבורו בשאלות בריאותו. המודעות לאוטונומיה על הגוף קיימת בכל שכבות האוכלוסייה ובולטת במיוחד בקרב קבוצות משכילות, אמידות כלכלית או מאורגנות, לדוגמה המגזר החרדי. אנשים רוצים להיות שותפים להליך הטיפולי ולקבל החלטות העשויות להשפיע על בריאותם, בייחוד בצומתי החלטות קריטיים. הדגש הוא על בחירת הגורם המטפל הן ברמת המוסד והן ברמת הרופא. האמון שהמטופל רוחש לגורם המטפל משפיע לא פעם על סיכויי ההצלחה של הליך הריפוי. כלומר הבחירה יכולה לשפר גם את המימד הסובייקטיבי וגם את המימד האובייקטיבי.

ברמת קופות-החולים, אף עוגנה אפשרות הבחירה בחקיקה בשל חשיבותה: כל פרט חופשי לבחור את הקופה שבה הוא מטופל, אך לא כך במערך המומחים והאשפוז. דווקא כאשר הפרט נמצא במצב הקשה ביותר, חופש הבחירה שלו מוגבל: במקרים רבים הוא איננו יכול לבחור את בית-החולים שבו יטופל, ובכל מקרה הוא אינו יכול לבחור את הרופא המטפל. כיום אין אפשרות רשמית לבחור רופא מומחה בבתי-החולים הציבוריים, להוציא גופים כמו "הדסה", "שערי צדק" ו"מעייני הישועה". לדעת רבים, כולל מחברי עמדת מיעוט זו, לעובדה שהרצון לבחור רופא מטפל אינו מקבל מענה במערכת הציבורית יש השלכות על רמת האמון שרוכש הציבור במערכת הציבורית, והוא מהווה גורם מכריע במשיכתו למערכת הפרטית. לא פלא שגידול ברפואה הפרטית החל מייד עם האיסור על שר"פ בשנת 2002.

לא פעם עולה הטענה, כי הבחירה מצד המטופלים אינה מועילה מאחר שאין לפרטים הבנה בנושאים רפואיים מורכבים. טענה זו עומדת בסתירה מסוימת לעובדה הפשוטה, שהמדינה מחייבת את האזרחים לבחור את קופת החולים שלהם. לבחירת הקופה השלכות גורליות על איכות הטיפול הרפואי שזוכה לו כל המשפחה, והבחירה נעשית על ידי אותם "לא מומחים" כביכול. אם בחירה של רופא היא בעייתית, אזי בחירת הקופה היא בעייתית הרבה יותר עקב מורכבות ההחלטה. מעבר לכך, העדר מומחיות של הצרכנים קיים לא רק בתחום הבריאות אלא גם בתחומים רבים אחרים. העובדה שאדם אינו מומחה למשהו אינה צריכה למנוע ממנו לקבל החלטות בנושא, להוציא מקרים שבהם שבחירתו הוא גורם נזק ממשי לעצמו ולסביבתו. כדי לעזור לפרט לקבל החלטות נכונות, קמות מערכות, פרטיות ו/או ציבוריות, שמפשטות את התהליך ותומכות בהחלטות.

המתנגדים להעניק אפשרות בחירה טוענים, כי לבחירת גורם מטפל יש היבטים של חוסר יעילות כלכלית. טענה זו נכונה במובן צר של המושג, אך לא המסקנה הם גוזרים ממנה: איסור הבחירה. לכל זכות בחירה באשר היא, יש מחיר במושגים של עלות כלכלית. כל ענף כלכלי המבוסס על מוצר הומוגני הוא זול יותר, ממערכת עם מגוון מוצרים. אך עלות היא לא הגורם היחיד במידת היעילות: יש להתחשב בערך הבחירה עבור הבוחר. אי לכך איננו ממחרים לאמץ משטר כלכלי הנוטל את אפשרויות הבחירה מאזרחים. בהערכה שמרנית, אפשר להוזיל אחזקת מכוניות בארץ בכ-30%-40% אם נצמצם את הבחירה באופן משמעותי - האם הציבור יסכים לכך? מדינות טוטאליטריות דגלו ביעילות הכלכלית במהלך המאה הקודמת והכתיבו לאזרחיהן באיזה רכב מותר להם לנסוע, אם בכלל. כך גם בנוגע למוצרי אלקטרוניקה, לשירותי עריכת דין, לבגדים ועוד. לאף אזרח במדינת ישראל בשנת 2014 הדבר אינו נראה הגיוני. מדוע אם כן, שיהיה כך בבריאות, היכן שלבחירה ברגע הצורך יש ערך עצום בעיני החולה?

עם זאת ברור כי לבחירה יש גבולות והיא חייבת להיות מאוסדרת ומאורגנת על מנת למנוע פגיעה בסביבה בה היא מתקיימת ובבוחרים. אחריות הרגולטור היא לשפר את תהליך הבחירה ולא למנוע אותו. חשוב להנגיש מידע רלוונטי ולפתח כלי סיוע לבחירה מושכלת, עד כמה שאפשר, גם אם בעיית חוסר ההבנה והמומחיות של המטופלים לא תיפתר במלואה. הרצון והאפשרות לבחור על אף חוסר היעילות המסוימת שבה, מקדמת ערכים נוספים אחרים חשובים.

הרצון הבסיסי להשפיע על הטיפול כדי למצוא מזור לבעיה רפואית, מובילים לכדי נכונות לשלם כסף רב עבור הבחירה, או להפעיל קשרים ופרוטקציה במידת האפשר. לרבים ממקבלי ההחלטות בתחום הבריאות, לנבחרי ציבור, לידוענים, לתורמים ולעיתונאים, יש קשרים ענפים במערכת הבריאות הציבורית, המאפשרים בפועל בחירת המטפל. אין פלא, שמספר הטלפון של מנהל בית החולים ציבורי גדול הוא כנראה אחד המבוקשים ביותר במדינה. מדובר במנגנון לא שקוף, לא שוויוני ולא הוגן במהותו.

חמור מכך, לעתים הוא אף מטשטש עבור מקבלי ההחלטות ומובילי דעה את עומק הבעיה הקיימת אצל "האנשים הרגילים". רבים אינם רואים דחיפות במתן מענה לרצון המובהק של הציבור לבחור רופא כיוון שהם אינם חשים על בשרם את התסכול שבאי-היכולת לעשות זאת.

תופעת הפרוטקציה היא לאו דווקא התופעה המסוכנת ביותר הנובעת מחסימת אפיק רשמי לבחירת רופא בפני המטופלים: תופעה מסוכנת לא פחות היא הרפואה השחורה. תופעה זו מובילה לשחיקת נורמות חברתיות ולפגיעה בתדמית הרופאים ככלל. לפי הערכות, התופעה הזאת כמעט ולא קיימת בבתי חולים בירושלים, ומאז פתיחתה של רשת "אסותא" בה ניתן לבחור רופא, היקף הרפואה השחורה בבתי חולים במרכז הצטמצם כי ישנה אפשרות של תשלום חוקי עבור הבחירה ולקבל החזר ממבטח.¹⁵ צימצום של זכות הבחירה בהכרח יביא להגברת התופעה, הרחבת הבחירה תצמצמה.

ג. האם נכון לאפשר בחירת רופא חינם?

בעוד שאנו משוכנעים כי יש לאפשר ואף להרחיב באופן משמעותי את האפשרויות לבחירת מנתח, במערכת הבריאות הישראלית, אנו סבורים שלא נכון יהיה לאפשר זאת ללא תשלום מצד המטופל, באמצעות הביטוחים המשלימים או המסחריים. הסיבה לכך היא פרקטית בעיקרה ומתקשרת לדיונים בפרקים הקודמים, בדבר המחסור במשאבים במערכת. ללא תוספת תקציבים משמעותית מאוד למערכת, האפשרות לבחירת רופא תייצר תורים ארוכים עוד יותר מאלה הקיימים היום. הקצאת תקציבים בסדר הגודל הנדרש לצורך מימוש זכות הבחירה באופן סביר, לא נראית אפשרית במצב המשק הנוכחי ובהתחשב בצרכים אחרים של המערכת. לפי חישוב גס שלנו, תוספת המשאבים הדרושה לכך היא באופן משמעותי גדולה יותר מתוספת התקציב שניתנה למערכת לכלל צרכיה. נקודה זו היא חשובה מאוד מאחר שמעת לעת עולה ההצעה למתן אפשרות לבחירת מנתח במסגרת הסל הציבורי (הצעה זו עלתה במהלך דיוני הוועדה גם על ידי חלק מחברי הוועדה). הצעה זו לא עומדת בבחינה של המציאות בה פועלת מערכת הבריאות הציבורית בישראל. אנו משוכנעים שעלות מתן אפשרות בחירה תבוא על חשבון שירותים אחרים חשובים לא פחות. בעוד שאנו משוכנעים שיש לאפשר בחירת מנתח במסגרת המערכת הציבורית, אנו מתנגדים לכך ששירות זה יבוא על חשבון שירותים חשובים אחרים! המטרה היא לחזק את המערכת ולא להחלישה.

הדרך שאנו מציעים לפשר בין רצון המטופלים לבחירת מנתח והאילוצים הכלכליים שבהם פועלת המערכת הוא על ידי מתן אפשרות בחירה, אך בתשלום. את המודל המדויק אותו אנו מציעים נציג בהמשך.

ד. סיכום

אין ספק שקיימת שחיקה משמעותית במידת האמון שהציבור מעניק למערכת הבריאות הציבורית בארץ. השחיקה באמון חדלה ממזמן מלהיות רק סימפטום לחולשת המערכת והפכה לבעיה בפני עצמה.

מספר צעדים חייבים להינקט במקביל על מנת להחזיר את האמון במערכת הבריאות הציבורית בישראל. הצעד הראשון והחשוב מכל הוא שיקום איכותה של המערכת על ידי נקיטת כל הצעדים שנדונו בהרחבה בעמדת מיעוט זו, בנוסף לאותן המלצות של ועדת גרמן שאנו עומדים מאחוריהן. מעבר לכך, מערכת הבריאות הציבורית זקוקה לאפשר בחירה של רופאים מטפלים גם בבתי החולים הציבוריים, ונכון וראוי יהיה שאפשרות בחירה זו תמומן על ידי הביטוחים המשלמים והמסחריים ולא מתוך תקציבי הסל הציבורי.

¹⁵ ישנה שונות בהגדרות של מה היא "רפואה שחורה" הנעה בין תשלום ישיר באמצעות כסף מזומן לרופא עבור בהענקת מתנות וכלה בשימוש בקשרים חברתיים לצורך קידום טיפול רפואי שלא על בסיס דחיפות אובייקטיבית.



עתיד מערכת הבריאות הציבורית: תחזית לאור המלצות הוועדה

לפני קצת יותר מעשור, לאחר שהוחלט לאסור את השר"פ בבתי החולים הציבוריים, פרט לירושלים, היו כאלה שסברו כי צעד זה יעצור או לפחות יחליש את צמיחת הרפואה הפרטית בישראל. בבסיס החשיבה הזאת הייתה האמונה, המנחה את מתנגדי הכנסת אפשרות בחירת מנתח בתשלום לבתי החולים הציבוריים גם היום, שהגבלת ההיצע והקטנת התחרות בין הספקים הפרטיים תביא לצמצום הרפואה הפרטית. חשיבה כזו לא מתישבת עם התאוריה הכלכלית, לא עם הממצאים האמפיריים מהעולם, וכמובן לא עם המציאות בישראל בעשור האחרון. תוך מספר שנים, מאז אותה החלטה, הרפואה הפרטית בישראל התפשטה בקצב מסחרר בכיוונים שונים, חלקם, לפחות, לא רצויים ואף מזיקים. אין מדובר רק בצמיחה חסרת התקדים של בתי החולים הפרטיים, אלא גם במאות המרפאות הפרטיות שנפתחו בארץ מאז. כמעט ליד כל בית חולים ציבורי גדול מתקיימת היום פעילות ענפה של רפואה פרטית, וכך גם באזורים אטרקטיביים אחרים, כמו לדוגמה קניון רמת אביב או מרכז חורב בחיפה. ההסבר לכך הוא פשוט: **ישנם כוחות כלכליים שאי אפשר לחסום אותם לחלוטין וקשה מאוד לפקח עליהם. במקרים רבים הדרך הטובה ביותר בה המדינה יכולה לפקח על כוחות אלה או לרסן אותם היא על ידי כך שהיא בעצמה "תנהל" אותם.** ברגע שהמדינה החליטה להוציא את הרפואה הפרטית מבתי החולים הציבוריים היא בעצם ויתרה על הפיקוח - כלכלי ורפואי - עליהם והשאירה אותו לכוחות השוק, שכיכודו בתחום הבריאות אינם פועלים בהכרח באופן יעיל ובוודאי שלא שיויוני.

ועכשיו לתחזית. אם לא נדאג:

1. להקים גוף פיקוח כלכלי חזק, מקצועי, ובלתי תלוי שיקבע ויפקח על תנאי ההתקשרות בין השחקנים השונים במערכת ועל הרכיבים הכמותיים האחרים שלה.
2. לשנות את שיטת התימחור והתחשבנות, בין בתי חולים וקופות חולים, ולהרחיב את אפשרויות הבחירה של מטופלים בבתי חולים, באופן שייצר תמריצים טובים יותר במערכת.
3. להביא למערכת הציבורית את המשאבים להם היא נדרשת.
4. לשלב את הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית בצורה מפקחת ואחראית.
5. לאפשר בחירת רופא בתשלום בבתי החולים הציבוריים.

אזי התופעות השליליות שחווינו בשנים האחרונות יתרחבו ויגיעו למימדים גדולים בהרבה מאלה שאנו עדים להם היום. למעשה, בהמלצתה להשאיר את ההפרדה הקיימת היום בין שתי המערכות, הפרטית והציבורית, הנציחה עמדת הרוב של ועדת גרמן את המצב הקיים היום והחלישה מאוד את יכולת הפיקוח של המדינה על המערכת הפרטית, דבר שיביא להמשך ההתפתחות של מערכת פרטית לא יעילה, בדומה לזו האמריקנית. לדעתנו זוהי רק שאלה של זמן עד שתופעה זו תגיע גם לפריפריה. אנו משוכנעים שלא ירחק היום (ברגע שהיצע השירותים הפרטיים במרכז הארץ ימצה את עצמו ויתחיל להיות צפוף מאוד) שבו תתחלנה לקום מרפאות פרטיות מחוץ לכותלי בית החולים גם באזור הפריפריה. וכמו במרכז, זו תהיה רפואה פחות מפקחת פחות מנוהלת ופחות יעילה. האם מישו מעלה על הדעת שהמדינה תוכל לאסור פעילות זו באזור הפריפריה בעוד שהיא מתאפשרת ופורחת במרכז הארץ?

לדידנו, ברגע שהוועדה החליטה ליצור הפרדה מוחלטת בין מתקני הרפואה הפרטית ומתקני הרפואה הציבורית היא למעשה הצביעה נגד מודל של רפואה פרטית מרוסנת מנוהלת ובעד שר"פ לא פורמלי, לא מנוהל ולא מרוסן שהוא הגרוע מכל הבחינות.

יתר על כן, המלצות הרוב של הוועדה מביאות להעמקת התלות המוחלטת של המערכת במצב ובהחלטות משרד האוצר. נקודה זו מתחזקת מאוד לאור העובדה, שכמעט כל התחזיות המאקרו כלכליות לשנים הבאות, שאנו מכירים, מנבאות לחצים תקציביים אדירים. קשה להאמין שהמדינה תמצא את המקורות הציבוריים הנדרשים לממן את המערכת הציבורית ברמה הנדרשת, בייחוד לאור ההתפתחויות הטכנולוגיות הרבות הצפויות ולאור והזדקנות האוכלוסייה.

ייחודה של מערכת הבריאות הציבורית, וזאת ובניגוד למערכות ציבוריות רבות אחרות, שהיא יכולה לנצל את מעמדה המיוחד ואת יתרונותיה הרבים כדי לגייס משאבים לצורך מימון פעילותה, לא רק דרך המקורות הציבוריים. האם אין אנו עושים עוול לחולים במערכת הציבורית, הנזקקים לטיפול ומקווים לקבל את הטוב ביותר, כאשר אנו מוותרים על אפשרויות מימון אלה?

לסיכום:

מחסור גובר במשאבים בשילוב עם תמריצים מעוותים והיעדר רגולציה נאותה, יגדילו עוד יותר את שחיקת האמון במערכת ויביאו לנטישתה בעיקר על ידי בעלי היכולת. הדבר יחמיר עוד יותר את חוסר היעילות וחוסר השיויוניות של מערכת הבריאות בישראל, הנגלים לעין כבר היום: מצד אחד רפואה פרטית יקרה ולא יעילה ומצד שני רפואה ציבורית באיכות הולכת ומידרדרת. ככל שההגבלות על הרפואה הפרטית תגברנה, ללא מתן מענה הולם במסגרת המערכת הציבורית, כך תעלה הסבירות להתפתחותו של "שוק שחור" ועזיבה הן של רופאים והן של מטופלים את המערכת הציבורית.



המודל המשולב

א. הבעיות המרכזיות עמן המודל מבקש להתמודד

ב. רכיבי המודל המשולב

1. חיזוק הרגולציה על מערכת הבריאות בכללותה, הן זו הציבורית והן זו הפרטית
 2. שיפור התמריצים במערכת הבריאות
 3. איגום משאבים לטובת המטופל הציבורי
- ג. דיון בהסתייגויות מהכנסת שירותים בתשלום למערכת הבריאות הציבורית
1. הסתייגויות עקב פגיעה בשוויון
 2. הסתייגויות אידיולוגיות
 3. הסתייגויות כלכליות
- ד. סיכום

א. הבעיות המרכזיות עמן המודל מבקש להתמודד:

1. כשלים רגולטורים במערכת הבריאות בכלל ובדגש על המערכת הפרטית.
2. מחסור במשאבים המיועדים למימון המערכת הציבורית.
3. ניתוב כלל כספי הביטוחים המשלימים והפרטיים אל מחוץ למערכת הציבורית המביא להתעצמותה של המערכת הפרטית והפיכתה לאטרקטיבית יותר, לעיתים על חשבון המערכת הציבורית.
4. זמינות נמוכה של רופאים ושירותים לצד אבטלה מבנית בשעות אחר הצהריים במערכת האשפוז הציבורית, כתוצאה ממחסור במשאבים.
5. העדר אפשרות בחירה בגורם המטפל במערכת האשפוז הציבורית.
6. אי שוויון הולך וגדל בנגישות לשירותי הבריאות בישראל כתוצאה מן הכשלים לעיל.
7. מערכת תמריצים מעוותת, בעיקר בכל הקשור לכללי ההתקשרות בין בתי חולים וקופות חולים, כתוצאה ממבנה המחירים במערכת.
8. היווצרות של ריכוזיות יתר בשוק הרפואה הפרטית אשר עלול להביא לעליית מחירים.
9. העדר כל עצמאות תקציבית של המערכת הציבורית.

ב. רכיבי המודל המשולב

1. חיזוק הרגולציה על מערכת הבריאות בכללותה

מערכת הבריאות בכללותה סובלת מחולשת רגולציה שניתן לתגברה משמעותית על ידי הקמת הרשות האחראית על המימדים הכמותיים/ כלכליים של הפעילות הרפואית (משרד הבריאות ימשיך לפקח על איכות הטיפול). כאמור, אנו סבורים שדווקא שילוב הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית תהפוך את הפיקוח על המערכת הפרטית לפשוטה וקלה הרבה יותר לעומת מצב בו המערכת הפרטית פועלת במנותק והרחק מן העין הציבורית.

אנו רואים צורך דחוף בהקמת גוף רגולטורי עצמאי, מקצועי ואובייקטיבי שאליו יועברו כל סמכות ההסדרה של הפן הכלכלי של מערכת הבריאות, ביחוד בכל הקשור במערכת ההתקשרויות בין בתי החולים ובין המבטחים השונים (פרטיים וציבוריים), זאת ללא התערבות ממוקדת של הדרג הפוליטי אך בהנחייתו ברמת המקרו. הנחיצות בהקמת גוף כזה באה לידי ביטוי גם בהמלצות

של גורמים בינלאומיים ומתוך הדיון על תמחור נכון במערכת על ידי גורם מקצועי ובלתי תלוי. למרות שלצערנו, לאור מאזן הכוחות הקיים היום במערכת, אנו רואים היתכנות נמוכה להקמת גוף כזה, אנו רוצים להדגיש את ההמלצה הזו כעומדת בבסיס רפורמה משמעותית במערכת, שראוי שתבחן בעתיד.

2. שיפור התמריצים במערכת הבריאות

על מנת ליצור תמריצים נכונים לשחקנים השונים במערכת הבריאות, אנו ממליצים לשנות לחלוטין את מנגנון קביעת המחירים אותם משלמות הקופות לבתי-החולים. במקום משא ומתן בין בתי-החולים ובין הקופות, אנו מציעים שהמחירים יקבעו על בסיס עקרונות כלכליים ברורים, על ידי גוף רגולטורי מקצועי ועצמאי, ויהיו **אחידים** לכל המערכת (במקום מחיר מקסימום היום). במקרים שבהם קופת-חולים מסוימת תהיה מעוניינת להגיע להסכם התקשרות שונה עם בית-חולים מסוים לגבי פרוצדורה מסוימת או לגבי קבוצת חולים מסוימת, היא תצטרך לנמק זאת בפנייה לרגולטור ולקבל את אישורו.

חשוב לציין גם שכל עוד תהליך התמחור יתבצע על ידי גורם שאיננו מקצועי ועצמאי הדבר לא יביא לפתרון הרצוי. דוגמה מוחשית לכך היא ניתוח כפתורים ושקדים בילדים שתמחור הנמוך הביא ליצירת תורים ציבוריים ארוכים מאוד והעברת רוב הפעילות לבתי-החולים הפרטיים, תוך פגיעה מוחשית בחולים ללא ביטוח.

כדי שהמנגנון המוצע לעיל אכן יביא לתחרות על האיכות בין בתי-החולים, יש לאפשר למבוטחים חופש בחירה נרחב בין בתי-החולים. לאור זאת אנו מציעים שכלל, לפרטים יהיה חופש בחירה מוחלט בין כל בתי-החולים. במקרים חריגים כלומר בפרוצדורות מסוימות או עבור קבוצת חולים מסוימת בהן קופת-חולים תרצה להגיע להסדר מיוחד עם בית-חולים פלוני (או קבוצת בתי חולים), ולהגביל את הבחירה בהתאם, היא תצטרך לנמק זאת בפני הרגולטור ולקבל את אישורו מראש. הנימוקים בעד הסדר כזה צריכים להיות קודם כל רפואיים או שירותיים אך הם יכולים להיות גם כלכליים.

במהלך דיוני הוועדה הועלו מספר טיעונים נגד קביעת מחירים מדויקים (ולא מחירי מקסימום) על ידי גוף חיצוני, במקום במשא ומתן בין בתי-החולים לקופות. ברצוננו לדון בשניים מהטיעונים הללו ולנמק מדוע לדעתנו הן אינן משכנעות.

טענה 1: כאשר המחירים נקבעים במשא ומתן, לבתי-החולים יש תמריץ חזק להתייעל, שכן על-ידי כך הם יכולים להעניק הנחות משמעותיות לקופות.

זו טענה שגויה ואף מסוכנת מאחר שהיא מנציחה את הבלבול הקיים (שחוזר על עצמו לעיתים קרובות בדיונים שונים הקשורים למערכת הבריאות) בין שני מושגים שונים מאוד: "התייעלות" ו"הורדת עלויות". חשוב מאוד להבהיר: לא כל הורדת עלויות משמעותה התייעלות. במקרים רבים קל יחסית להוריד עלויות על-ידי פגיעה ברמת המוצר או השירות, אך הורדת עלויות כזו היא בפירוש לא התייעלות. ישנן עדויות רבות לכך שתחרות המחירים בין בתי-החולים, על הזכות להיכלל בהסדרי הבחירה של קופות-החולים, לא הביאה להתייעלות אלא לפגיעה באיכות השירות שהמבוטחים חווים. מה שהגביר עוד יותר את השחיקה באיכות היא העובדה שהיום מטופלים אינם מסוגלים "להצביע ברגליים" ולעבור בין בתי החולים, במקרה של שירות או איכות טיפול ירודים. אפשרויות הבחירה שלהם מוגבלות על ידי ההסדרים של קופות החולים. לעומת זאת, אם המחירים שיקבלו בתי-החולים יהיו קבועים מראש, ויתבססו על תחשיב כלכלי נכון, ולמבוטחים תהיה אפשרות לבחור מתוך קבוצה רחבה של בתי-חולים, אזי באמת יהיה לבתי-החולים תמריץ להתייעל, לא מתוך כוונה להעניק הנחות לקופות-החולים, אלא מתוך כוונה **לשפר** את השירות שהם נותנים למטופלים, כדי שאלה יבחרו בהם.

במצב היום, אין כל סיבה לחשוב שהמחירים, הנקבעים במשא ומתן, מביאים להתייעלות. הסכמי הרכש הקיימים בין הקופות ובתי-החולים הם מורכבים מאוד ומשקפים בעיקר את כוח המיקוח של כל אחד מהשחקנים (לעיתים לפי האזור בו הם נמצאים) ולא את התועלת האמתית למטופלים או העלויות האמתיות של בתי-החולים. המיקוח האמור מצמצם את עומק הגירעון של הקופות, אבל מעמיק את זה של בתי החולים. ברור כי בראיה לאומית כוללת אין כאן מרוויחים. המפסידים הם החולים, המשלמים את המחיר של המאבק על "השמיכה הקצרה" שלא תורם להתייעלות המערכת.¹⁶

טענה 2: אם המחירים יהיו אחידים הרי שבתי-חולים חלשים יותר (לדוגמה בפריפריה) עלולים להיפגע הן בגלל החסרונות לגודל, והן מפתחת אפשרויות הבחירה למבוטחיהם, אשר יעדיפו רק בתי את החולים "היקרתיים".

אנו בהחלט סבורים שיש לסייע לבתי-חולים "חלשים" (אם "חולשה" נובעת מסיבות אובייקטיביות מוצדקות שלא ניתן לשנותן על ידי שיפור בניהול), אך סיוע זה צריך להיות באמצעות סובסידיות ייעודיות (לדוגמה, רכישת ציוד, או תוספת שכר)

16 למי שמנסה להתחקות אחר שורשי המשבר בבית החולים הדסה בירושלים כדי לזכור גם את הנקודה הזו.



ולא באמצעות המחירים שקופות-החולים משלמות. מנגנון הסובסידיות (או המסים במקרים מסויימים) **חייב** להיות מנותק ממנגנון המחירים, כפי שנעשה בתחומים אחרים. יתר על כן, ראוי לתמוך בבתי-חולים "חלשים" גם באמצעות הפניית כוח אדם איכותי ורישוי טכנולוגיות מתקדמות ובכך למשוך מטופלים לשעריהם. מהלך של מחירים אחידים עשוי לקדם גם יצירה של מרכזי התמחות ומצינויות דווקא בבתי חולים שהם היום "חלשים" יחסית, דבר שיצור יתרונות לגודל ויגרום להתייעלות כלל מערכתית, מטרה רצויה בפני עצמה.

אנו סבורים כי (למעט מקרים חריגים) המחיר משלמת קופה לבית-החולים, בגין כל טיפול, צריך להיות קרוב להוצאה השולית של בית-החולים בגין אותו טיפול, כאשר הטיפול מתבצע בצורה יעילה, ובתוספת פרמיה לכיסוי חלק מהוצאות הקבועות הלא מכוסות ישירות על ידי משרד הבריאות (ראה להלן). המחיר אותו משלמות הקופות אינו צריך להכיל פיצוי בגין רוב ההוצאות הקבועות של בית-החולים.

מובן שבמקרה כזה, יש להפעיל מנגנוני תגמול נוספים, שיפצו את בית-החולים בגין ההוצאות הקבועות שלו ובגין כל אותן פעילויות שהוא מבצע מעבר לפרוצדורות שהוא מספק ישירות לקופות-החולים (כמו לדוגמה, מחקר והוראה). במסגרת זו ראוי לחשוב על שני מקורות הכנסה נוספים לבתי-החולים, מעבר לתגמול שאותו הם יקבלו ישירות מקופות-החולים:

תגמול מהמדינה: המדינה תתגמל את בתי-החולים לצורך כיסוי חלק ניכר של ההוצאות הקבועות.

- התשלום על ההוצאות הקבועות יכול להתבצע בדרכים שונות, למשל על ידי תוספת תשלום מהמשרד על כל פרוצדורה עד שבית-החולים מגיע לנקודה שבה הוא מפוצה בגין מלוא ההוצאות הקבועות.
- המדינה תשלם לבית-החולים עבור פרויקטים ושירותים שהיא רוצה לעודד (לדוגמה תשלום סובסידיה לבית-חולים בפריפריה).
- כמו כן מדינה תשלם ישירות עבור פיתוח וחדוש תשתיות בית-החולים. במסגרת זו אפשר לשקול גם תגמול נוסף על-פי מדדי איכות מסויימים. מנגנון תגמול זה מגדיל אמנם בהווה את התלות של בתי-החולים במנגנון הממשלתי המסובא והלא תמיד מונע משיקולים מקצועיים, אך הוא עדיין עדיף על המנגנון הקיים היום. בעתיד, אנו מציעים שמנגנון התגמול לעיל יתבצע על ידי הגוף הרגולטורי לעיל, ויעשה באופן שקוף ובמידה רבה "אוטומטי" בדומה למנגנון הקפיטציה.

תגמול ישיר מהות"ת בגין ההוראה והמחקר המתבצעים בבתי-החולים: בתי-החולים צריכים להיות מתוגמלים בנפרד בגין העבודה האקדמית המתבצעת במסגרתם ועל-ידי אנשי הסגל המועסקים אצלם (הוראה ומחקר). בעניין זה ראה דו"ח גלזר-ישראלי.

המודל המוצע לעיל מצריך שינוי מסוים בהקצאת הכספים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במקום שכל התקציב יועבר לקופות-החולים במסגרת מנגנון הקפיטציה, אנו סבורים שחלק מהסכום צריך לעבור לרשות משרד הבריאות ולהיות מחולק בין בתי-החולים, בהתאם למנגנון שהוצג לעיל, לפי קריטריונים ברורים וקבועים מראש. מעבר לצורך להגיע לתמחור נכון ומוסכם יש חשיבות בצמצום התלות של בתי-החולים בקופות כמקור הכנסה כמעט יחיד, והמודל המוצע לעיל הוא צעד בכיוון זה. בנוסף, אנו סבורים שיש מקום להוסיף מקור מימון חיצוני למערכת הציבורית והוא ביטוחים משלימים ומסחריים. על כך נרחיב בהמשך.

3. איגום משאבים ציבוריים ופרטיים לטובת המטופל הציבורי

קיים פער גדול בין הצרכים של המערכת הציבורית ובין המקורות העומדים לרשותה. לדעתנו, נכון לפעול במספר ערוצים שביחד מאפשרים גיוס משאבים מספיקים עבור החולה הציבורי, תוך הקפדה על תמהיל מימון ציבורי-פרטי שישמר את אופייה השוויוני של מערכת הבריאות בישראל. בכך אנו דוחים את הדרישה, של חלק מחברי הוועדה, שהמימון של מערכת הבריאות הציבורית יהיה כולו ציבורי, **ברמת העיקרון**. דרישה כזו היא, בעינינו, מיותרת וחסרת אחריות. אנו רואים את עיקר אחריותנו, כחברי הוועדה, בהבטחת משאבים הולמים לצורך קיומה של מערכת בריאות ציבורית איכותית ויעילה, תוך הקפדה על סולידריות ושוויון במימון המערכת ובנגישותה.

בכל תוספת משאבים למערכת הציבורית שמקורה אינו תקציב המדינה קיים חשש שילווה בהקטנת המימון דרך תקציב המדינה. על כן, על-מנת להבטיח סך מקורות במערכת יש לעגן ולקבע את היחס בין התקציב הציבורי למקורות הנוספים. נציין כי ההמלצה לגיון את מקורות המשאבים עבור החולים הציבוריים נעוצה, בין היתר, בתפיסת ניהול סיכונים, המעוניינת להעניק רמת ודאות גבוהה יותר למערכת שמושפעת מהמצב המאקרו-כלכלי של המשק ומשינוי מדיניות פסקאלית, ומודגשת בהמלצות ה-OECD. גודל המימון הפרטי מתואם במידה רבה עם הצרכים של המערכת ומהווה מקור משלים ולא תחליפי למקורות

מימון ציבוריים. על כן אנו ממליצים להיצמד לתוצר כמדד של יכולת של המקורות הציבוריים לשאת את העלויות של הרפואה הציבורית.

כדי לעמוד ביעד של הוצאה ציבורית נאותה (בהתאם להמלצות שלנו) לטובת המערכת הציבורית, אנו ממליצים על הסטה מסוימת של תקציבים ציבוריים נוספים לטובת מערכת הבריאות. תקציב המדינה מהווה אספקלריה לסדרי העדיפויות של הממשלה. מערכות רבות מתחרות על נתח בתוך סך העוגה התקציבית שנקבעת על-ידי הכללים הפיסקאליים. לפי המלצות מומחים בינלאומיים ופרקטיקה במדינות רבות, מערכת הבריאות אמורה ליהנות ממעמד מיוחד בתהליך הקצאת משאבים זה. המחוקק עיגן עיקרון זה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995. הגנה דומה מוענקת רק לתחום של קצבאות הביטוח הלאומי, שמשולמות אף הן על-פי חוק. אנו ממליצים להצמיד את ההוצאה הציבורית לבריאות לתוצר. היום ההוצאה היא כ-4.4% תוצר בישראל, לעומת 6.6% ב-OECD. בעוד עשור תהיה האוכלוסייה הישראלית דומה בהרכבה לאוכלוסייה של ה-OECD היום. ראוי לקבוע יעד נורמטיבי להוצאה ציבורית ב-2030, שהוא בהכרח גבוה מהנהוג היום.

לסיכום:

עמדתנו היא שמימון המערכת חייב להתבסס על שני מקורות מקבילים: הציבורי והפרטי שיופעלו לטובת המערכת הציבורית. לצורך אבטחת המשאבים הציבוריים יש להפעיל מנגנון שלא יאפשר שחיקה עתידית במשאבים, כפי שקרה בעשור האחרון. ישנם שני מנגנונים אפשריים שנדונו בוועדה. האחד הוא מנגנון BOTTOM UP המניח עידכון אוטומטי של המימון הציבורי לצרכי המערכת. במסגרת דיוני הוועדה עלתה הצעה לשנות את מנגנון עידכון עלות הסל באופן שיקח בחשבון את השינויים במחירי התשומות, השינויים הדמוגרפיים, ושינויי הטכנולוגיה עליהם דברנו בהרחבה בתחילת הדו"ח. כל זאת בנוסף לתוספת חד פעמית הדרושה למערכת בשנים הקרובות כדי להחזירה לדרך המלך. מתוך היכרות קרובה עם מערכת התיקצוב הממשלתית, אין אנו רואים התכנות גבוהה לתיקון המנגנון הקיים היום, בהתאם למודל שהוצע, כאשר זה נעשה במסגרת הכנת תקציב שנתית. לאור זאת, אנו מציעים לשקול מנגנון עדכון חילופי בגישת ה TOP DOWN כפי שנעשה בעבר עם תקציב הביטחון.

כפי שהוצג קודם לכן, בעת כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1997 עמדה ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל על חציון ההוצאה של מדינות OECD - קרי 5.5%. מאז, ההוצאה בישראל הצטמצמה לכדי 4.4%, שעה שמדינות ה-OECD הגדילו את חציון ההוצאה הציבורית לכ-7%. לכך מספר הסברים, כפי שנדונו בפרקים הקודמים, ביניהם: אוכלוסייה צעירה יחסית, מיעוט זקנים, רפואה קהילתית מצוינת, בתי חולים יעילים ועוד, אך אלו מסבירים רק חלק מהתמונה. השאר הוא תוצאה של צימצום מכון של המערכת.

ראוי לזכור גם שתהליך ההתייעלות הוא לא אינסופי ולא ניתן לצפות ממערכת להתייעל לעד. יתר על כן ההרכב הדמוגרפי של ישראל בשנת 2030 יהיה דומה להרכב מדינות אירופה דהיום. לכן ברור שיש צורך להעלות את ההוצאה הציבורית על בריאות. לפי גישת ה TOP DOWN מוצע לצמצם את הפער שנוצר לאורך זמן בין ישראל לבין יתר מדינות OECD.

אנו ממליצים להגדיל את ההוצאה הציבורית על בריאות, בשיעור קבוע מדי שנה, כך שבשנת 2030 היא תעמוד על 5.5% מהתמ"ג. אנו משוכנעים שזהו יעד סביר ואפשרי המשיב את ישראל לאותו שיעור הוצאה ציבורית מן התמ"ג כפי שהיה בשנת 1997, לפני שהחלה שחיקה המשאבים הציבוריים לטובת המערכת. משמעות היעד לעיל היא שההוצאה הציבורית על בריאות תגדל מדי שנה בשיעור של 0.06% מן התוצר, כלומר תוספת שנתית של כ-800 מיליון ש"ח, זאת מעבר לתוספת השנתית הנגזרת מעצם הגידול בתוצר.

כאמור, אנו מאמינים כי מדובר ביעד ראוי. עם זאת ברור לנו כי מגבלות פיסקאליות בשנים הקרובות לא יאפשרו לממן תוספת זו ממקורות תקציביים בלבד. על כן אנו ממליצים על תמהיל של העלאת מס בריאות באופן הדרגתי על פני שלוש שנים ואיתור מקורות הכנסה פרטיים. העלאת מס בריאות מרמה של 3.1% ל-3.6% לבעלי הכנסה של עד 5,450 ש"ח ול-5.5% לבעלי הכנסה מעל 5,450 ש"ח, תוסיף למערכת 2.05 מיליארד ש"ח בשנה, בהבשלה מלאה.

לצורך מימון מערכת הציבורית אנו ממליצים גם על הישענות על מקורות פרטיים. לדידנו בהערכת תפקודה של המערכת הציבורית (הן בהיבט של היעילות והן בהיבט של השיוויוניות) חשוב יותר לבחון את האופן בו נעשה השימוש במקורות, ולא זהות המקור המימוני. אין פסול במימון פרטי כל עוד הוא נעשה באופן שוויוני ונועד לחזק את המערכת הציבורית.



המנגנון המשלים המוצע על ידינו מקובל מאד ופועל, בצורות כאלה ואחרות, במספר רב של מדינות מפותחות בעולם.¹⁷ התעלמות מהמציאות והאילוצים, בה פועלת הממשלה, והישענות רק על מקורות ציבוריים (בלי קשר להיקפם), לצורך מימון סל הבריאות הציבורי, תמשיך את תהליך השחיקה בסל השירותים, אותו אנו חווים כבר היום, ותביא לפגיעה קשה עוד יותר באיכות הטיפולם אותם מקבלים אלה הנזקקים למערכת הציבורית.

ג. דיון בהסתייגויות מהכנסת שירותים בתשלום למערכת הציבורית

המלצה לאפשר בחירת רופא תוך שימוש בכספי ביטוחים משלימים ומסחריים בתוך מערכת הבריאות הציבורית טומנת בחובה מטען אמוציונלי כבד מצד המתנגדים. המודל המוכר ביותר בישראל הוא מודל השר"פ המופעל בבתי-החולים הירושלמים. חשוב לציין כי גם בין בית-חולים הדסה לבין בית-חולים שערי צדק קיימים הבדלים במאפייני השר"פ. בכל מקרה בשניהם הוא מתבצע ללא פיקוח חיצוני משמעותי. המלצתנו מבוססת על עדויות רבות וניתוח נקודות תורפה ונקודות חוזק של המודלים השונים בארץ ובעולם, והיא שונה, וטובה הרבה יותר, מהמודלים של השר"פ הפועלים כיום בישראל. בטרם נדון בהם לעומק חשוב לזכור כי חלקן מהן, לפחות, הוא פועל יוצא של עצם קיומה של מערכת רפואה פרטית ולא דווקא ממיקומה או מההשתייכות הארגונית שלה.

1. הסתייגות עקב פגיעה בשוויון

הנימוק המוכר ביותר לשלילת האפשרות לבחור בתשלום גורם מטפל במערכת הציבורית, היא הפגיעה ההכרחית, לטענת השוללים, בעיקרון השוויון. בחינה מעמיקה של טיעון זה מעלה כי מדובר **בטעות נפוצה**, שמקורה בהתייחסות צרה מדי למושג ה"שוויון". ברור שיש להתייחס לשוויון בין האזרחים בהסתכלות כוללת של נגישות לשירותי הבריאות שלהם, ולא לצמצם את שאלת השוויון רק בתוך המערכת הציבורית. אחרי הכל גוף או נפש האדם, המקבלים טיפול רפואי לא מושפעים מאופי מקור המימון.

נזכיר שעל פי הנחיית היועץ המשפטי לממשלה, המקום היחיד בו נאסר על בחירת רופא, בתשלום, עד לקביעת מדיניות מפורשת בנדון, הם בתי החולים הממשלתיים. קופת חולים כללית יישמה גם היא את המגבלה על בתי החולים שבבעלותה, מרצונה. בחירה בתשלום בשאר בתי חולים מותרת ואכן קיימת (יש לציין שכמעט ללא שום רגולציה). בבעלותם של כ-80% מאזרחי ישראל יש שב"ן ו/או ביטוח פרטי, כך שעקרונית למרבית האוכלוסיה ישנה אפשרות לשלם על הבחירה. ישנן שלוש קבוצות אוכלוסיה שהמקום היחיד בו ביכולתן לקבל שירותי אשפוז הם בתי החולים הממשלתיים או של כללית ולכן ומהן נמנעת הבחירה. ננתח האם מניעת בחירה בתשלום מעלה את השוויון עבורם:

1. מתוך כל תושבי המרכז שברשותם ביטוח בריאות ישנם חולים קשים, שהמערכת הפרטית, לא מעוניינת או לא יכולה לספק להם מענה. שלילת אפשרות הבחירה במערכת הציבורית לא יכולה להיחשב כמטיבה עמם. זאת אוכלוסיה במצב קשה שביחס אליה מתן אפשרות בחירה מוריד את אי השוויון הקיים.

2. תושבי הפריפריה שברשותם שב"ן או פוליסת ביטוח, מופלים לרעה גם כן. זאת משום שבפריפריה ישנם רק בתי-חולים ממשלתיים או של קופ"ח כללית אשר לא מאפשרים בחירה. אין סיבה להניח שתושבי הפריפריה שונים מהותית מתושבי המרכז ברצון שלהם לבחירה, עם זאת כיום אין ביכולתם לממש את הביטוח באיזור הגיאוגרפי בו הם ובני משפחותיהם, החשובים לתהליך הליווי והתמיכה, מתגוררים. ברור שאין לגביהם שוויון בנגישות לבחירה יחסית לתושבי המרכז, דבר המעמיק עוד יותר את הפערים בין הפריפריה למרכז. אם לא די בכך עובדה זו גוררת, על פי נתוני משרד הבריאות, סבסוד צולב בביטוח מצד תושבי הפריפריה את תושבי המרכז!¹⁸ בפועל הנהנים משירות נחפץ על ידי כול הם "ברי המזל"¹⁹ המסוגלים לממש את הביטוח שבידיהם. ברור שאפשרות בחירת רופא בתשלום במערכת הציבורית היתה מעלה שוויון בין המרכז (כולל ירושלים) ובין הפריפריה.

3. הקבוצה השלישית הם האזרחים בכל הארץ שאין ביכולתם לממן את בחירת הרופא גם אם זו תוצע במערכת הציבורית. ברצוננו להראות שגם עבור הקבוצה הזאת האפשרות לבחירת רופא בתשלום מורידה את אי השוויון במקום להעלותו כפי

17 סקירה מקיפה מאד של המודלים השונים המשלבים רפואה ומימון פרטיים וציבוריים במדינות השונות, מופיעה בעבודתה של שולי ברמלי גרינברג ו שהוצגה בפני הוועדה.

18 הנושא נדון בהרחבה בוועדת משנה לנושא הביטוחים בראשותו של ד"ר שלומי פריזט. אימוץ מודל הביטוחים שהוצע על ידי תת הוועדה אמור להתמודד עם סוגיית הסבסוד הצולב עבור אלה שלא מעוניינים בשירות בחירת רופא. עם זאת סוגיית הפער בנגישות לשירותים וזמינותו עבור הפריפריה לא מקבל מענה בהמלצות אלו.

19 התפתחותה של הרפואה הפרטית בישראל, כולל פריסה גיאוגרפית הוא לא בהכרח פועל יוצא של מדיניות מכוונת.

שנהוג לטעון. על מנת להמחיש כיצד רמת השיוויוניות של כלל המערכת משתפרת כתוצאה ממתן אפשרות של בחירת רופא בתשלום נציג את הדוגמא הבאה:

השוו את מצבן של משפחת כהן ומשפחת לוי החיות במרכז הארץ. במשפחת כהן שני ההורים עובדים בשכר יחסית גבוה ולכל בני המשפחה יש שב"ן וביטוח בריאות פרטי ממקום עבודתם. למשפחת כהן ישנה נגישות מלאה למערכת הציבורית אך במידת הצורך ואם תרצה בכך היא תמיד יכולה להשתמש בשרותי המערכת הפרטית. זה מה שמבדיל אותה ממשפחת לוי, אשר לא יכולה להרשות לעצמה את הנגישות למערכת הפרטית כי אין ברשותה שב"ן והיא לא יכולה לעמוד בתשלום נוסף. היא חייבת להסתפק בשרותי המערכת הציבורית. למרות ששתי המשפחות נהנות מ"שוויון" מלא בנגישות למערכת הציבורית, ברור לכל שקיים אי שוויון משמעותי בנגישות לשרותי הבריאות באופן כללי בין שתי המשפחות. אי שוויון זה, הקובע את ההבדלים במצב הבריאותי, נמדד על ידי הערך העודף של הנגישות לרפואה הפרטית (אחרי תשלום הפרמיה) עבור משפחת כהן מעבר לערך עבורה של המערכת הציבורית. **לכן, ככל שהיתרון של הרפואה הפרטית מעבר הרפואה הציבורית גדל, כך גדל גם אי השוויון** - וזאת התמונה של ההתפתחות של העשור האחרון לאחר ביטול הבחירה במערכת הציבורית. מחסור גדל והולך במשאבים במערכת הציבורית ואובדן האמון בה גרמו להגדלת אי השוויון, בו בזמן ששיפור במערכת הציבורית יכול להקטין אותו.

אפשרות בחירת רופא מטפל בתשלום במערכת הציבורית טומנת בחובה כמה יתרונות משמעותיים **עבור משפחת לוי:**

- התמורה עבור השימוש בציוד ובחדרי הניתוח של המערכת הציבורית במסגרת הביטוחים הפרטיים תאפשר לבתי חולים לשפר את השרות ולקצר את התורים עבור המטופלים הציבוריים.
- נוכחותם של יותר מומחים אחר הצהריים, בבתי-החולים הציבוריים, תשפר את איכות הטיפול במקרי חרום של כלל החולים ובמיוחד החולים קשים.
- הרווח מהפעילות בתשלום תאפשר לבתי החולים להפנות יותר זמן ורופאים לחולים הציבוריים.
- שיתוף פעולה של הצוותים הרפואיים העובדים ביחד במשך כל שעות היום (והלילה) מעלה את היעילות הטיפול ומשפרת את התוצאות עבור כלל החולים.

מצד שני, החזרה של רופאים בכירים למערכת הציבורית תהפוך את המערכת הפרטית לפחות אטרקטיבית.

השיפור במערכת הציבורית ביחד עם הפחתת היתרון של המערכת הפרטית יקטינו את הערך העודף של הנגישות לרפואה הפרטית עבור משפחת כהן, כפי שקרה באנגליה בעקבות הרפורמה. על כן, הכנסת בחירת רופא בתשלום למערכת הציבורית בצורה מושכלת ותחת פיקוח, לא רק שלא תעלה, אלא כנראה תוריד (אולי אף משמעותית) את אי השוויון הקיים היום בין משפחת כהן ומשפחת לוי.

מהניתוח ברור שמתן האפשרות למטופלים במערכת הבריאות הציבורית ליהנות מבחירה בתשלום תוריד את אי השוויון עבור חולים קשים, תושבי הפריפריה, ואלו שידם אינה משגת לרכוש ביטוחים פרטיים.

2. הסתייגויות אידאולוגיות

הבהרנו בסעיף הקודם שימוש במקורות פרטיים במערכת הציבורית איננו אמור להוריד ואף יעלה את רמת השוויוניות המהותית במערכת הבריאות בישראל. זאת עבור כל סוגי האוכלוסיות הצורכות שירותים במערכת. יתר על כן הוא מעניק אפשרות לממש ערך של אוטונומיה על גוף האדם ובחירה חופשית של הפרט. בנוסף תוספת המשאבים ומתן אפשרות בחירה במערכת הציבורית מקדם ערך חשוב של חיזוק אמון הציבור המתבטא בבריאות טובה יותר של המטופלים.

עם זאת, ישנם חברי ועדה, כמו גם וחלק ניכר מהציבור הישראלי, המחזיקים באידאולוגיה לפיה עצם השימוש בכסף פרטי בתוך מערכת ציבורית מהווה פגיעה ערכית ומוסרית במערכת הבריאות. אנו סבורים שגם אם יש פגיעה ערכית מסויימת, יש לבחון אותה מול מטרות אחרות שבעינינו הן חשובות לא פחות כמו, לדוגמה, בריאות המטופלים במערכת הציבורית. להלן פירוט הטענות ותגובתנו.



חברים בוועדה העלו את הטענה שעל אף השיפור במצבם של כל המטופלים במערכת הציבורית, בזכות המשאבים הפרטיים המממנים מערכת זו, העובדה ששיעור השיפור של חלק מהם הוא גדול יותר מהווה בעיה ערכית (יש לזכור שעל פי המודל המוצע על ידנו, מדובר רק בפרוצדורות אלקטיביות וכל פרוצדורה דחופה תתבצע לפי הצורך הרפואי בלבד). כלומר, גם אם אורך התור יתקצר לכולם, אך לאלה המשלמים עבור בחירת המנתח הקיצור יהיה משמעותי יותר, יש לראות זאת כפגיעה בערך השוויון. מעבר לטיעון אותו הצגנו לעיל, על פיו הסתכלות על שיוויון רק במערכת ציבורית, במנותק מכלל המערכת, הוא בעייתי, לדעתנו מצב בו כל המטופלים נפגעים באותה מידה, ללא מימון פרטי, הוא כשל ערכי גדול יותר. נציין כי פרופ' אסא כשר בהופעתו בפני חברי הוועדה נשאל באופן ישיר לגבי נושא זה ותשובתו הייתה כי למיטב שיפוטו אין בעיה אתית כאשר מצבם של כולם משתפר אך לא באותה המידה. עם זאת פער גדול מדי הוא אכן בעייתי אך אין קושי לקבוע פער מירבי המותר ברמת השירות בין בעלי ביטוח פרטי לבין אלה שאין בידם ביטוח.

טיעון נוסף הוא שעלולה להיווצר אפליה לטובת המטופל הפרטי ביחס האישי מצד רופא שהוא בחר בו. חשש זה מוצדק מאחר שאחת הסיבות לכך שמטופלים מעוניינים לשלם עבור הבחירה הוא כדי להבטיח יחס אישי ותשומת לב מצד הרופא המטפל. לא ניתן למנוע תופעה זו לחלוטין. היא קיימת כבר היום ביחס למטופלים שהגיעו לרופא מסוים דרך מנגנון לא שקוף של פרוטקציה ודרכים לא כשרות אחרות. אולם, בהתאם למודל המוצע על ידנו, הרופא לא יקבל כסף ישירות מהחולים, והתיגמול הנוסף אותו יקבל, מעבר למשכורת, יהיה תלוי, בין היתר, בשביעות הרצון של כלל החולים, ולא רק הפרטיים. במסגרת מודל כזה, התמריץ להעדפה ייחלש, אם כי לא יעלם לחלוטין. ניתן אולי לצמצמו עוד יותר את התמריץ להעדפת חולים פרטיים באמצעות הגבלת הבחירה ברופא לביצוע פרוצדורות בלבד, ולא לניהול המקרה הרפואי כולו, במידה והגבלה כזו אינה פוגעת בטיפול עצמו.

לסיכום, דיון על-אודות ערכים הוא דיון ראוי, אך אין בו בהכרח צודקים או טועים. לא בכדי בחר המחוקק לתבוע כי המערכת תתנהל לפי עקרונות של "צדק, שוויון וערבות הדדית", ולא לפי עיקרון אחד בודד. לדעתנו, האפשרות לבחירת רופא בתוספת המשאבים הנוצרים כתוצאה מכך, והעומדים לטובת המערכת הציבורית, מקדמים בו זמנית את שלושת הערכים לעיל. ההחלטה בזמנו למנוע מתושבי ישראל את האפשרות לבחירת מנתח במסגרת המערכת הציבורית, פגעה בהם, לא מנעה את הדילמות הערכית וסביד שאף העצימה אותן.

3. הסתייגויות כלכליות

המתנגדים להצעתנו מעלים כמה טיעונים בכל הקשור להשפעה הכלכלית של הכנסת כספי הביטוחים הפרטיים לתוך המערכת הציבורית. גם אם אנו מסכימים עם חלק מהטיעונים שלהם, אנו לחלוטין לא מסכימים עמם לגבי המסקנות הנגזרות מהם.

הטיעונים הם אלה:

- א. שילוב המערכת הפרטית והציבורית יביא לאובדן משאבים למערכת הציבורית ולא לתוספת משאבים כפי שאנו טוענים.
- ב. שילוב המערכת הפרטית והציבורית יביא לעליית שכר ולגידול בהוצאה הלאומית לבריאות.

התייחסות לטענות לעיל:

א. אובדן משאבים פוטנציאלי, האומנם?

יש הטוענים כי שימוש בכספים פרטיים במערכת הבריאות הציבורית יגזול משאבים ולא יתרום לגידול בהכנסות. כלומר, המערכת הפרטית תנצל את הציבורית ואת משאביה.

אנו חולקים על טענה זו. פעילות רפואה פרטית היא רווחית, ולכן עדויות רבות הן לפי מספר היזמים בתחום והן לפי הרצון להתרחב. נדרשת הנחת אי יעילות קיצונית של המערכת הציבורית על מנת להצדיק טענה כי דווקא כאשר הפעילות הפרטית תגיע לשעריה היא תהפוך להפסדית. אנו משוכנעים שהמצב הוא הפוך. המערכת הציבורית נהנית מיתרונות ברורים לגודל. לפי כל הגיון כלכלי ישנו יתרון לבית חולים גדול בעל צוות עבודה אורגני העובד ביחד תקופה ארוכה. מספר מחקרים הראו כי יש יעילות מובהקת בהמשך עבודה תוך התמחות בביצוע פעולות בצוות אורגני. כבר כיום התשתיות הציבוריות סובלות מאבטלה מבנית כפי שתואר בפרק הדן בתמריצים הלקויים במערכת. קשה לחשוב כיצד מערכת ציבורית שמנצלת את התשתית הקיימת שלה ובכך מונעת כפל תשתיות ברמה הלאומית תוביל להפסד הכנסות. עם זאת, נכון הוא שיעילות ניצול התשתיות במערכת הפרטית גבוהה יותר מזו הציבורית, ולמערכת הציבורית בהחלט יכולת להשתפר בשיטות העבודה שלה, תוך שיפור השירות למטופל.

בתחשיבים שנעשו על ידנו, הכנסת הרפואה הפרטית למתקני המערכת הציבורית, בהתאם למודל המוצע על ידנו, יוסיפו מקורות למערכת בשיעורים של מאות מיליוני ש"ח בשנה, אם לא יותר מכך. נבהיר גם כי המודל המוצע על ידנו, שעל-פיו יתאפשר שימוש בכספים פרטיים במערכת הציבורית, יביא להסטה של חלק מהפעילות מתוך המערכת הפרטית חזרה למערכת הציבורית.

ב. גידול בהוצאה הלאומית לבריאות ואינפלציית שכר-האומנם?

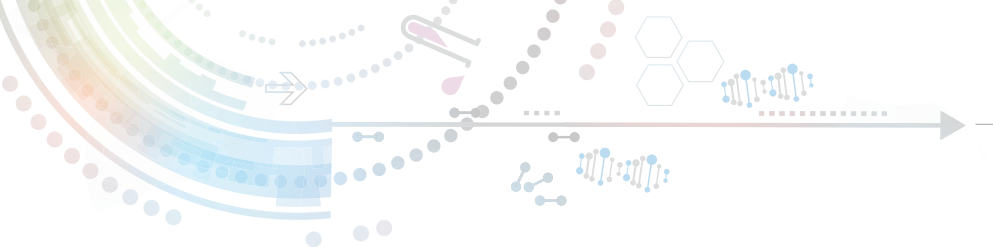
קיים חשש כי שימוש במקורות פרטיים במערכת הציבורית יגרום לעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות, זאת כתוצאה מתופעת ההיצע יוצר ביקוש (SID) שבשונה מכל שוק אחר מתקיימת לעיתים בענף הרפואה. על-פי טענה זו, הגדלת ההיצע של בתי-חולים ורופאים המבצעים רפואה פרטית תביא לעלייה בהיקף הטיפולים המיותרים במערכת. בנוסף לכך, העלייה בביקושם לרופאים טובים המבצעים רפואה פרטית תביא לעלייה בשכרם ובשכר גורמי היצור האחרים, דבר שיגרום לעליית ההוצאה הכוללת לבריאות בישראל.

i. היצע מביא ביקוש

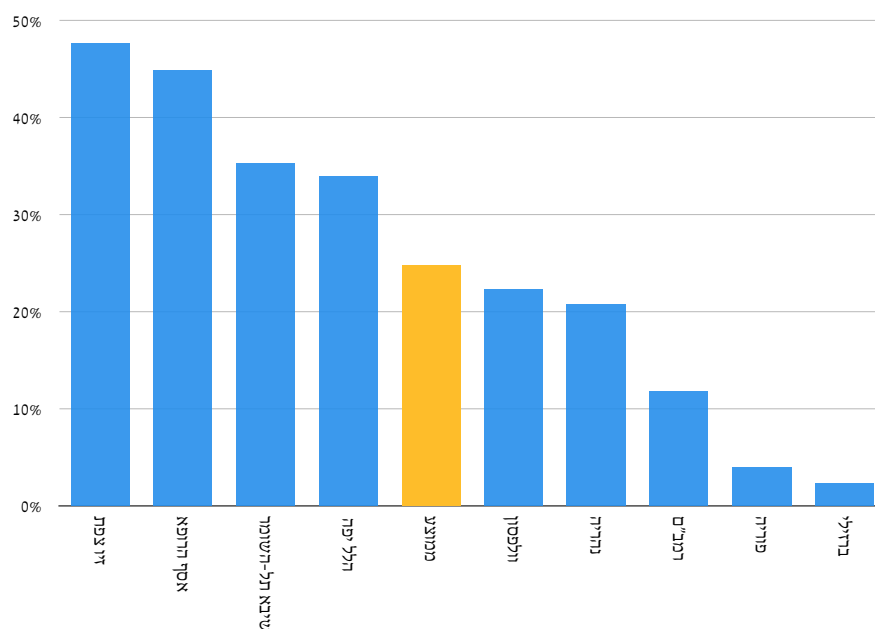
הטענה שההיצע יוצר ביקוש - SID, מוכרת ונכונה במקרים מסויימים. עם זאת, יש לזכור, כי הצעתנו מהווה - שיפור מהותי ביחס למצב הנוכחי שבו הפיקוח על המערכת הפרטית כמעט שלא קיים, כפי שתואר לעיל. יתרה מכך, מערכת הבריאות הציבורית סובלת כיום מתופעת "גריפת שמנת" מצד המערכת הפרטית, כלומר ברירת מטופלים ובחירה במקרים קלים יותר, תוך הטלת המקרים הקשים על המערכת הציבורית (כולל סיבוכים של ניתוחים המתבצעים במערכת הפרטית). מנגנון התמחור כיום אינו יודע להתמודד עם שונות זו. על פי הצעתנו הפעילות הרפואית תעבור חלקית מהמערכת הפרטית, שבה מערכת הבקרה חלשה, לתוך המערכת הציבורית שבה יש בקרה חזקה יותר כבר היום, וכמובן יש לחזקה עוד יותר. בנוסף לכך, ואולי חשוב מכל, במסגרת המודל המוצע על ידנו יופעל מנגנון של Selective Contracting על-ידי המבוטחים. כלומר, המבוטחים הם אלה שיפעלו בשם המטופלים ליצירת התקשרויות ובקרת איכות מול המוסדות שיספקו את השירות, בשונה מהקיים היום בחלק מהמקרים. מחקרים רבים שנעשו בתחום זה בעולם הראו שמנגנון של Selective Contracting מביא להוזלת עלויות ואף לשיפור האיכות בשירותי הבריאות.

ii. חשש מאינפלציית שכר

אנו חולקים על מצג השווא, על-פי מספר הרופאים המתאימים להיבחר על ידי המבוטחים הוא קטן והם מהווים צוואר בקבוק מרכזי. הטענה הפשטנית היא שמאחר שכולם יבחרו באותו המומחה (או קבוצה קטנה של רופאים - ה"כוכבים"), אזי שכרו יעלה. ראשית, בחלק גדול מהתחומים ישנו מספר רב של רופאים מצוינים, שלו הייתה ניתנת להם ההזדמנות לעבוד במשרה מלאה במסגרת בית-חולים ציבורי, הם היו שמחים לעשות תוך ירידה משמעותית ברמת ההשתכרות שלהם ביחס להשתכרותם במערכת הפרטית כיום. לשם בחינת סוגיה זו בדקה הוועדה את נתוני משרד הבריאות לגבי היקף הרופאים בבתי החולים הממשלתיים שהם בעלי היתר לעבודה פרטית. היתר זה מאפשר לרופא לעבוד במקום עבודה אחר במקביל לעבודתו בבית החולים הציבורי. עבודה זו יכולה להתבצע במרפאה פרטית, בבית חולים פרטי, בקופות החולים, בלימוד ומחקר באוניברסיטאות ובמשרדי הממשלה השונים. כפי שניתן לראות בתרשים 11 כרבע מהרופאים בבתי החולים הממשלתיים עובדים בעבודה פרטית במקביל לעבודתם בבית החולים. כמובן שבמקצועות הרלוונטיים האחוז גבוה בהרבה.



תרשים 11: רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי בית-חולים (% מהרופאים בבתי-החולים הממשלתיים, שנת 2014)

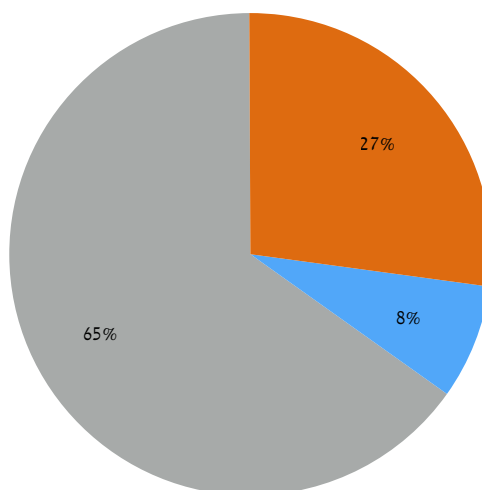


מקור: נתוני משרד הבריאות

נוסף על ההיקף המשמעותי של רופאים בעלי היתר עבודה פרטית, יש מספר לא מבוטל של רופאים שהיקף העבודה הציבורית שלהם קטן משמעותית ממשרה מלאה. דוגמה לכך אפשר לראות בתרשים 12, המציג חלוקה של הרופאים המומחים בבתי החולים הממשלתיים בעלי היתר עבודה פרטית לפי היקף המשרה הציבורית שלהם. כפי שאפשר לראות כ- 27% מהרופאים המומחים בעלי היתר פרטי מועסקים בפחות מחצי משרה במסגרת בית החולים הממשלתי שבו הם עובדים.

תרשים 12: היקף משרה ציבורית של מומחים בעלי היתר עבודה פרטית (רופאים מומחים המועסקים בבתי-חולים ממשלתיים)

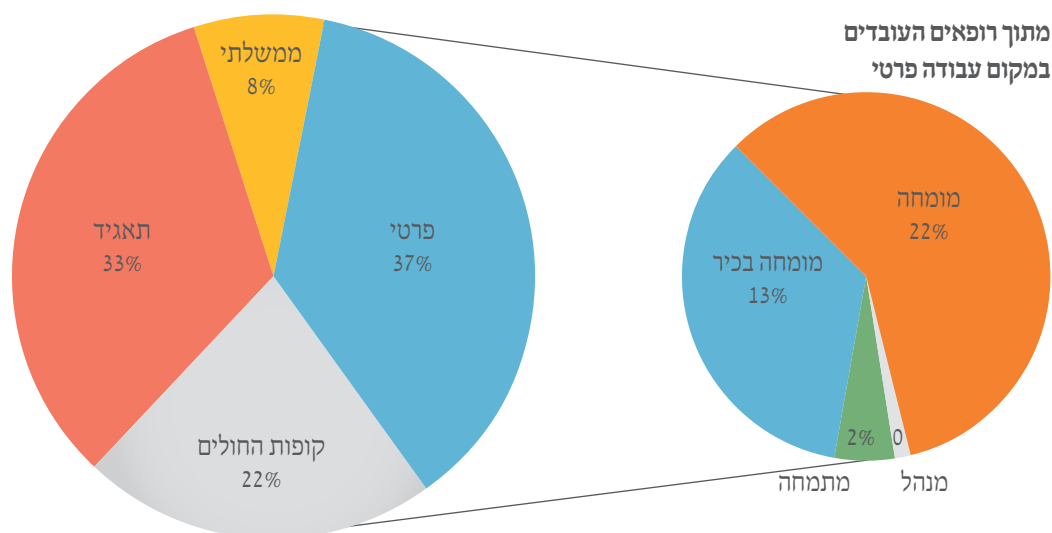
26%-50% 51%-75% 76%-100%



מקור: נתוני משרד הבריאות

ממצא נוסף שעולה מהנתונים הוא כי יש היקף משמעותי של שעובדים במקביל לעבודתם במסגרת פרטית של ייעוץ או טיפול גם במרפאות או בתי חולים פרטיים. כפי שאפשר לראות בתרשים 13, זהו תחום העבודה הנפוץ ביותר במסגרת עבודה נוספת, כאשר 38% מהרופאים בבתי-החולים הממשלתיים שהם בעלי היתר עבודה פרטית בחרו לעבוד במסגרת פרטית. מכאן, כי אם יהיה אפשר להשאיר רופאים אלו במערכת הציבורית לאחר שעות הפעילות הרגילות של בית-החולים, הדבר לא יבוא על חשבון קופות-החולים ומערכת הטיפול בקהילה. בנוסף, אפשר לראות גם, כי הרוב המוחלט של הרופאים שעובדים במקום עבודה פרטי הם רופאים מומחים ומומחים בכירים. מכאן נובע, שלהשאתם של רופאים אלו במערכת הציבורית יש השלכות נוספות, הנוגעות לאיכות הטיפול במערכת ולאיכות ההכשרה של רופאים מתמחים.

תרשים 13 - רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי מקום עבודה ורמת מומחיות



מקור: נתוני משרד הבריאות

ניכר כי יש מספר משמעותי של שעות רופא שאפשר להוסיף באופן מיידי למערכת לטובת פעילות בשעות אחר הצהריים. כמו כן, הזמן האפקטיבי של הרופא יגדל כתוצאה מניצול היתרונות לגודל וההתמקצעות, כפי שצינו לעיל, אך בעיקר בשל מניעת בזבז זמן רופא במעבר בין המערכות השונות. כיום, הרופא מבזבז את זמנו הן על הנסיעה למקום עבודה אחר והן על התנעה של עבודה עם צוות אחר במקום אחר. כמו כן ייעול של עבודת הרופא במערכת הציבורית, למשל דרך הוספת מזכירות רפואיות, יכול לשחרר שעות רופא רבות.

כאמור, לדעתנו אין מחסור שעות רופא פוטנציאליות נכון להיום²⁰ והמחסור בשעות רופא נובע, בעיקר, מאילוצים מבניים הנוגעים לאופן העסקתם. מעבר לכך, יש לזכור, כי מתן אפשרות לבחירת רופא במערכת הציבורית בתשלום תיצור תחרות עם בתי חולים המועטים בהם יש פעילות פרטית כבר היום. התחרות (בעיקר מול המבטחים) תביא להוזלתו של המוצר שהוא הטיפול הרפואי (ולא הרופא!).

כלל, היקף ההוצאה הוא מכפלה של תעריף במספר השימושים. על מנת לאמוד את ההשפעות על ההוצאה הפרטית יש להבחין בין אזורי המימוש של הביטוח:

²⁰ אין זה אומר שאין צורך לפתור כבר היום את הבעיה שתיווצר בעתיד על כן המלצות הרוב בתחום כוח האדם כה חשובות בעינינו



1. אזור המרכז ותל אביב - בעקבות מתן בחירת רופא בתשלום במספר רב של בתי-החולים, תגבר יכולת המיקוח של השב"נים וחברות הביטוח מול ספקי השירות (הרופאים ובתי-החולים), וכתוצאה מכך הם יקבלו מחירים נוחים יותר, שיוזילו את הפרמיות שמשלם הציבור. זאת יחסית למצב היום, שבו יש ספק דומיננטי אחד. קשה לחזות מה יקרה - להיקף המימושים במרכז: מצד אחד יותר מתושבי המרכז יקבלו מחיר נמוך לשרותים פרטיים ויגדילו את השימוש, ומנגד השיפור במערכת הציבורית יקטין את הצורך או רצון של חלק לשלם על מה שהם יכולים לקבל חינם.²¹ בנוסף יקטן מספר הפונים מהפריפריה שכיום נאלצים להגיע עד מרכז הארץ כדי לבחור רופא.
 2. בפריפריה - מיצוי הביטוחים בבתי-חולים בפריפריה יגדל, ולמרות שהתעריפים יהיו נמוכים יותר, סך ההוצאה הפרטית בפריפריה תגדל. נציין, כי משמעות הדבר היא הגדלת ה- loss ratio עבור תושבי הפריפריה: **הם סוף - סוף יקבלו שירות עליו הם משלמים כבר מזמן. הדבר ישפר גם את השוויון בין המרכז לפריפריה.**
 3. אזור ירושלים - הצטרפות ספקים נוספים לתחרות תגרוור ככל הנראה הוזלת התעריף ותקטין את הביקוש בירושלים מצד תושבי הדרום בעיקר. סך ההוצאה הפרטית כנראה תקטן.
- לסיכום, סביר שההוצאה הפרטית תקטן עקב ירידת המחירים, אך תגדל עקב הגדלת הנגישות והגדלת הכמויות בטווח קצר (האוכלוסייה תקבל יותר בחירה שבה היא חפצה ועליה היא מוכנה לשלם). התוצאה הסופית היא כנראה העלאה של ההוצאה הפרטית, בטווח הקצר, אך שלא כמו היום, רוב המשאבים הללו יופנו לחיזוק המערכת הציבורית. בטווח הארוך, עקב שיפור המערכת הציבורית יקטנו ההוצאות הפרטיות כאחוז מסך ההוצאה.

21 נזכיר שמכלול הצעדים אותם אנו ממליצים לנקוט יגדיל משמעותית את איכות השירות במערכת הציבורית ואת האמון בה, דבר שיביא לעצירת הנהירה לעבר המערכת הפרטית, המתחוללת היום, ולירידה בביקושים לרפואה פרטית.

אתגר	מחסור במשאבים במערכת הציבורית	גיוון מקורות ממון של המערכת הציבורית	מערכת פרטית: חוסר בפיקוח והאמרת מחירים	חולשת הרגולציה במערכת הבריאות	אמון הציבור במערכת הציבורית	אי שוויון מהותי במערכת הבריאות	מערכת ציבורית דו-קוטבית	שימור של ושיפור במצב הצוותים המטפלים במערכת הציבורית
הצעה לפעולה								
העלאת מס בריאות	V							V
הסטות תקציביות	V				V			V
בחירת גורם מטפל בתשלום במערכת ציבורית	V	V	V	V	V	V	V	V
שינוי באופן קביעת המחירים וההתחשבנות	V	V		V	V		V	
בחירה חופשית של בתי החולים הציבוריים			V		V	V	V	
הקמת גוף רגולטורי כלכלי עצמאי			V	V			V	
הגברת פיקוח על כלל המערכת בדגש על המימד הכמותי			V	V	V		V	
הנגשת שירותי רפואה פרטית לפריפריה			V			V		V

4. סיכום

המודל המשולב, המוצע על ידינו בנייד עמדה זה, מציג מערכת של כלים שלובים הנותן, כך אנו מאמינים, מענה ראוי לאתגרים הרבים בפניהם ניצבת מערכת הבריאות הציבורית כיום ושעומם היא צפויה להתמודד גם בעתיד הקרוב.

ריכוז הסתייגויות להמלצות פרטניות של ועדת גרמן

מעבר לעמדה מהותית כולל הצעות לפעולה שהוצגו במסמך זה נתייחס באופן פרטני להמלצות עמדת הרוב:

ס' 16-17 - יש להתנות את ההמלצות בבדיקת כדאיות המהלכים על-מנת לא לגרום ליצירת תשתיות עודפות.

ס' 65 - נדרש שינוי דרסטי בשיטת התמחור וההתחשבנות בין קופות-החולים ובתי-החולים על-מנת לשפר תמריצים שכיום מעוותים, הפוגעים במערכת הבריאות ובחולים הנזקקים לשירותי האשפוז. אנו ממליצים לבטל את שיטת האלפות (Q-ות), לשנות את קביעת הקאפ ולעבור לתמחור אחיד, המכניס יציבות וודאות למערכת הבריאות ומאפשר תכנון ארוך טווח. יש להקים את הוועדה באופן מיידי.

ס' 66-72 - הסדרי בחירה: מומלץ שהבחירה תהיה חופשית ולא תלויה בתמריצים כלכליים. כל הגבלה תהיה מנומקת ומאושרת על-ידי משרד הבריאות, כאשר טובת הטיפול הרפואי תהיה השיקול המנחה היחיד לעניין זה. על-מנת למנוע פגיעה בקופות-החולים עקב כך, מומלץ לעבור למחירים אחידים בין בתי-החולים וקופות-החולים בכלל המערכת, תוך מתן תמריצים להתיעלות.

ס' 76-77 - הסדרת המערכת הפרטית: יש לאסדר את המערכת הפרטית מבחינה רפואית, ואנו גם בעד נקיטת צעדים לייעול המערכת הפרטית. אין מקום, בשלב זה, ל"ריסון" גורף ולצמצום הפעילות ללא מתן פתרונות הולמים עבור הרוב המכריע של אזרחי ישראל, שכיום בוחרים בשירותי המערכת הפרטית, בעיקר לאור העובדה, המוסכמת על רוב חברי הוועדה, שהמערכת הציבורית סובלת מתורים וממחסור במשאבים ותשתיות ומהעדר אפשרויות בחירת המטפל. מומלץ לדון בנושא זה רק לאחר שיפור ניכר במערכת הציבורית. הדרך לצמצם את השימוש במערכת הפרטית היא על-ידי המודל המשולב המוצע, המאפשר בחירת רופא במערכת הציבורית תוך פיקוח הולם, הגדלת משאבים ונוכחות צוותים רפואיים בה.

ס' 79 - יש להוסיף ביטוי להזדקנות האוכלוסייה.

ס' 80 - עדכון טכנולוגי של 1.5%-2%.

ס' 85 - כפי שהוסכם על רוב חברי הוועדה, קיים מחסור חמור במשאבים במערכת הבריאות הציבורית. תוספת המשאבים שהובטחה לא קרובה לתת מענה לצרכים של היום (ולתוספות בשימושים המוצעים על-ידי הוועדה), והפערים ילכו ויתעצמו. אנו מסתייגים מכך שהוועדה לא המליצה על הכנסת מודל מאוזן ומפוקח של שימוש בכספים פרטיים במערכת ציבורית בעת הזאת, ועל-ידי כך מנעה מהמערכת הציבורית תוספת הכנסה, וכך היא מעצימה את הנטייה של הציבור להשתמש במערכת הפרטית שהפיקוח בה מוגבל. אנו ממליצים לשרת הבריאות לחזור ולשקול את הסוגיה בכובד ראש בעתיד הקרוב, תוך מתן תשומת לב להמלצות של ועדות קודמות בנושא ולהמלצות המומחים הבינלאומיים שהופיעו בפני הוועדה.

מומלץ להתחיל באופן מיידי בפילוט של המודל המשולב ב-3 בתי-חולים ממשלתיים או בבעלות הקופה, על-מנת לבחון את ישימות המודל ואת תרומתו, ובמקביל להדק את יכולת הרגולציה של משרד הבריאות.

ס' 86 - אנו ממליצים להקים צוות מקצועי לבחינת הסוגיה של שירותי הרפואה הפרטית באשדוד, שימליץ לשרי הבריאות והאוצר בנושא, תוך התייחסות לכיבוד הסכמים.



המלצות ועדת משנה בנושא "כפל כובעים" של משרד הבריאות

מומלץ לשקול בכובד ראש הקמת מנגנון מקצועי ועצמאי, ללא ניגודי עניינים ושיקולים זרים, אשר יפעל לתכנון ארוך טווח של תמחור והתחשבנות בתוך מערכת הבריאות ברמת המיקרו (בדומה לרשויות עצמאיות אחרות בממשלה, המאסדרות פעילות בתחומים שונים, כגון ות"ת, המפקח על הבנקים, רשות החשמל, רשות המים, ועוד). המצב היום מאופיין כשוק לא יעיל עם כוחות מונופוליסטיים וללא יכולות רגולטוריות הולמות.

המלצות ועדת המשנה בנושא ביטוח

ס' 3ד - קביעת פרמיה: מומלץ לקבוע מנגנון מדורג שבו הפרמיה עולה עם גיל ההצטרפות לרובד ראשון של פוליסת ביטוח בריאות (שב"ן או מסחרי) לשם מניעת נטישת צעירים וייקור הפרמיות למבוגרים.

ס' 3 ח' - הסדר בלבד: תינתן אפשרות למתן החזר לא רק בביטוח פרטי, אלא גם בשב"ן בפריפריה או בעבודה עם ספקים שנותנים שירות ייחודי.

3.12.14

לכבוד

חברי ועדת גרמן (הוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית)

חבריי לוועדה,

למעלה משנה ישבנו על המדוכה, שמענו עשרות ארגונים ומוסדות שונים, קיבלנו מאות עמודים של חומר, מצגות, סקרים וספרות מקצועית. ניהלנו דיונים חשובים, מאתגרים ולעתים סוערים ביותר.

במהלך שבועות מספר אני מיטלטלת בין הרצון העז לחבור לאחת העמדות שהתגבשה: לדעת הרוב, אשר גיבשה שורה ארוכה של המלצות חשובות לשיפור להן אני הצטרפתי, או לדעת המיעוט אשר היטיבה לבטא את שורש הבעיה במערכת הבריאות הציבורית והוא המחסור המשוע למשאבים, כאשר בכל ניסיון לשינוי או לרפורמה ללא השקעה מהותית במערכת הבריאות הציבורית, ייצא שכרנו בהפסדנו.

בסופו של יום, סברתי כי נכון יהיה לכתוב עמדת יחיד אשר תיטיב לבטא את עמדתי כפי שהתגבשה במהלך השנה וחצי האחרונות, ועל רקע ניסיוני ארוך השנים במערכת הבריאות. ואולם, לנוכח אי הוודאות בדבר הקצאת כספים כלשהי, הגעתי למסקנה שיהיה זה חסר אחריות מצדי להוסיף שורה של המלצות נדרשות אשר בהכרח מצריכות תקציב בצידן, אך ספק כבד אם ייתכן מימושן בזמן הקרוב. מצב שכזה עלול לחזק את חוסר האמון שיש לציבור במערכת.

ובכל זאת, פטור בלא כלום- אי אפשר. אנצל מכתב זה לומר מספר מלים לגופם של דברים.

בשנת 1995 קיבלה מדינת ישראל החלטה על מיסוד מערכת בריאות ציבורית שתפקידה להעניק לתושביה מערכת בריאות איכותית, נגישה, זמינה המבוססת על מימון ציבורי שוויוני.

אני בטוחה שכולנו בוועדה הרגשנו כי מערכת הבריאות הציבורית רחוקה מהחזון המגולם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כאשר מידי יום אנשים נלחמים כל אחד בשקט את מלחמתו האישית בתורים ארוכים בצורה בלתי סבירה, לבדיקה, לטיפול ולשיקום. לא ניתן היה להישאר אדישים לנוכח המחסור החמור בתשתיות ובמיטות (נתון שפרסם בנק ישראל לפני כשבוע). הדוגמא הבולטת ביותר לתנאים פיזיים קשים והעדר בינוי ופיתוח היא המערכת הפסיכיאטרית. נדמה כי כולנו הרגשנו אי נוחות קיצונית ללמוד שפיתוח מערכת הבריאות הציבורית נשענת ברובה על תרומות ונדבנים המזכירים תרבות של ימים עברו ואינה הולמת תרבות של מדינה.

לגבי תובנה אחת הייתה הסכמה מקיר לקיר: ישנו צורך מיידי בהשקעה משמעותית במערכת הבריאות. עמדת הרוב נמנעה מלדרוש בהמלצתה את מילוי מלוא החוסר התקציבי. ניתן להבין עמדה זו לנוכח המיליארדים הרבים החסרים, שהם תוצאה של

חוסר השקעה מספקת לאורך שנים ושל התייקרות שרותי הרפואה בעקבות אפשרויות ודרכי טיפול וריפוי חדשים ויקרים, גידול והזדקנות האוכלוסייה.

הרפואה היא קורבן של הצלחתה- ככל שהיא מצליחה יותר היא גם יקרה יותר, ככל שיש אמצעים טכנולוגיים חדשים ישנו צורך במשאבים רבים יותר, וככל שאנו מצליחים להציל חיים ההוצאות גדלות. האם לא כולנו שואפים ליותר ויותר הצלת חיים! דעת הרוב בוועדה הסתפקה בקביעה צנועה של עדכון מדד סל הבריאות לפי גידול האוכלוסייה, אך לא לפי הזדקנות האוכלוסייה ולא לפי שינויים טכנולוגיים. כמו כן, היא הסתפקה בתוספת חד-פעמית לקיצור תורים.

לא ניתן שלא להתייחס לחלק מהמלצות דעת הרוב בוועדה שנועד לצמצם ולהגביל את המערכת הפרטית במטרה לחזק את המערכת הציבורית. אני סבורה שיש לחזק את המערכת הציבורית ולהתמקד בחיזוק זה באופן עצמאי ובלתי תלוי במערכת הפרטית. מערכת הבריאות הפרטית מהווה מראה למערכת הבריאות הציבורית, מצביעה על חולשתה ומתמרצת אותה קדימה. היא זו שדוחפת את הציבור לדרוש תנאים פיזיים טובים יותר ולדרוש זמינות. ככל שהמערכת הפרטית גדלה מעבר לרצוי, הרי שמדובר בסימפטומים של חולשת המערכת הציבורית. לכן אנו חייבים לטפל בחיזוקה של המערכת הציבורית וכל יום שעובר משמעותו עוד חולה שממתין בתור ועוד חולה שלא מקבל מזון, אותו מזון שהמערכת כן יכלה לספק לו אם רק היו לה את המשאבים.

באשר לתוספות התקציביות שהמליצה עליהן הוועדה, אבקש לומר שאין להקל ראש בכל תוספת למערכת, אולם עלינו להביט ביושר בעיני הציבור ולהודות שתוספת זו לכשעצמה לא תביא לשינוי המיוחל!

דעת המיעוט ציינה בהרחבה את החסרים התקציביים וההשפעות השליליות הנגרמות מכך ואף הציעו מודל לפתרון. אולם, גם כאן, סברתי כי המודל אינו נקי מבעיות. הוא אמנם נשען על הגדלת תקציב ציבורי אך עדיין לא מטיל די על המדינה, ונשען יתר על המידה על מימון פרטי. כמו-כן, המודל מדבר על הקמת רשות עצמאית חיצונית למשרד הבריאות אשר תפקח על המערכת. גישה זו לא התקבלה בתת הוועדה שדנה בסוגיית ריבוי הכובעים של משרד הבריאות. במצב זה, אני רואה קושי בהמלצות להגברת הרגולציה.

נקודה נוספת שהיתה מוסכמת על כל חברי הוועדה היא כי אורכי התורים בישראל למתן טיפול רפואי הם בלתי סבירים, וכי יש צורך מיידי להזרמת כספים צבועים למטרה זו. אולם, תוספת חלקית חד פעמית לא תפתור את הבעיה לאורך זמן. אין ספק בלבי שאילו כל תושב היה נדרש להוסיף עוד 125 ₪ בשנה לצורך קיצור תורים במערכת- הוא היה מוכן לכך ברצון, בדיוק כשם שאילו הציבור היה נשאל האם ראוי שמדינת ישראל תשקיע מיליארדים בביטחון, חינוך ותשתיות ולא בבריאותו תשובתו הייתה שלילית.

אני סבורה כי יש לתת משקל נכבד למימד האנושי בתוך המערכת. בסופו של היום, אין אנו עוסקים רק בכספים, תמריצים, גרפים וסקרים. מורשתנו ותרבותנו מבוססות על **קדושת החיים**. במאבק על החיים ושמירת הבריאות שותפים המטופל והרופא (והמטפלים האחרים). עלינו לזכור כי המערכת קיימת עבור המטופל. עלינו לכבד את רצונותיו ובחירותיו, להעצים אותו ע"י מתן מידע נגיש ופשוט ולסייע לו, ככל שיידרש, להאמין ביכולתו לקבל את ההחלטות הנכונות על חייו ובריאותו. עלינו לשאוף ליצור מערכת, שבנוסף להיותה מקצועית ושוויונית, היא גם אנושית.

במקביל, עלינו לטפח ולשמר את המשאב האנושי במערכת- הרופאים ושאר המטפלים, בהיותם לב ליבה של המערכת. הם הנושאים אותה על כתפיהם, הם הבאים במגע עם המטופלים, ומקצועיותם מכתובה את איכות הטיפול הניתן במערכת.

יישום כל אחת מההמלצות המפורטות בדו"ח מצריך הוספה של מאות מיליוני שקלים למערכת, בין אם מדובר ביישום מקביל או יישום הדרגתי, בהתאם לטבעה ובשלותה של כל המלצה והמלצה. ללא כן, לא זו בלבד שההמלצות תישארנה כאות מתה, אלא שיהיה בכך להזיק על-ידי הוצאת המערכת משווי משקלה הנוכחי וטלטול המערכת שסופו מי יישורנו. לפיכך, אני בוחרת לפרסם את המלצותיי לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בשלב מאוחר יותר, קרוב ככל הניתן לנקודת זמן שבה יישומן יהיה אפשרי מבחינה ציבורית ותקציבית.

אני תקווה שלאחר הבחירות לכנסת ה-20 תתקבל החלטה להעלות את מערכת הבריאות לראש סולם העדיפויות הלאומי (אם לא במקום הראשון, אז לפחות במקום השני לאחר צורכי הביטחון של המדינה), כדי שתושבי המדינה יקבלו מערכת בריאות מתקדמת ואיכותית המסוגלת לספק לכל התושבים שירותי רפואה מתקדמים ואיכותיים בצורה נגישה וזמינה. על המדינה לקבוע כי היא מוכנה להשקיע את הסכומים הנדרשים.

ברצוני לסיים בתודה מיוחדת לכל חברי הוועדה על דיונים מרתקים ועל רצונם לתרום למערכת הבריאות, למר דורון קמפלר על ריכוז מקצועי ויעיל של עבודת הוועדה ולגב' מור סגל על כתיבת הפרוטוקולים.

תודה מיוחדת לשרה היוצאת יעל גרמן אשר החליטה על הקמת הוועדה ובחרה לעמוד בראשה תוך שהיא משקיעה שעות וימים רבים בעבודה המאומצת, והשכילה לאפשר דיונים פוריים ברוח נעימה ומאתגרת.

אני בטוחה שהדברים שהובאו בפני הוועדה במהלך דיוניה, הדו"ח וההמלצות ישמשו את מערכת הבריאות בעתיד.

אשמח להמשיך לסייע בכל דרך שאוכל לחיזוק המערכת הציבורית.

אני מאחלת בריאות טובה ושלמה לכל החברים ולכל תושבי המדינה.

אבקש שמכתבי זה יהווה חלק מן הדו"ח שמתפרסם.

לאה ופנר