

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

השפעת תיקוני החקיקה (חוק ההסדר וחוק הצינון) על היקף הניתוחים האלקטיביים והוצאות בתחום הבריאות

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' יוסי ווייס, מכון אסותא לחקר שירותי בריאות, אסותא מרכזים רפואיים
ד"ר רועי ברנע, מכון אסותא לחקר שירותי בריאות, אסותא מרכזים רפואיים

מילות מפתח

רפואה פרטית, מימון ציבורי, הסדרים רגולטריים, הוצאה לאומית לבריאות, אי שוויון בבריאות

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

רקע: משנת 2015 חווה מערכת הבריאות בישראל שינויים רבים שיש בהם כדי לעצב מחדש את פני מערכת הבריאות. שינויים מהותיים והסדרים חדשים שנועדו להתמודד עם תופעות שליליות במערכת הבריאות הציבורית, ובפרט עם העלייה שהתרחשה לאורך השנים בהוצאה הפרטית לבריאות. מטרות: להבין כיצד תיקוני החקיקה (מסלול ההסדרים 2015 וחוק הצינון 2016) השפיעו בפועל על: (1) מספר הניתוחים שבוצעו במערכת הבריאות הפרטית והציבורית (2) הוצאות משקי הבית בתחום הבריאות. שיטה: ניתוח נתונים אודות התפלגות מימון הפעולות הכירורגיות במערכת הרפואה הפרטית והציבורית. הנתונים נלקחו מ"אסותא מרכזים רפואיים", מהרצליה מדיקל סנטר, ממשד הבריאות, ומהלמ"ס. תוצאות: לאורך השנים 2013-2017 התפלגות מימון הפעולות הכירורגיות בין הגורמים המבטחים השונים הייתה יחסית דומה. סל: 2.8%-5.4%, שב"ן: 75%-77%, ביטוח מסחרי: 13.8%-19.7% ובין 2%-4.4% במימון פרטי. בשנת 2018 ניכרת מגמה של שינוי משמעותי באופן התפלגות הפעולות: עלייה חדה במימון פעולות מן הסל וירידה משמעותית במימון פעולות שב"ן. התפלגות מימון הפעולות בביטוחים הפרטי והמסחרי בשנת 2018 דומה לשנים קודמות. מסקנות: ממצאי המחקר מלמדים כי סך הפעולות במערכת הבריאות עלה (במימון ציבורי) וחלה ירידה מסוימת בהוצאה הפרטית לבריאות (בעיקר השתתפויות עצמיות). יחד עם זאת, לא נמצאו מדדים אשר בחנו את מידת ההצלחה של התכנית לקיצור תורים. המלצות: בעת הטמעת רפורמות במערכת הבריאות קיימת חשיבות רבה ביצירת אינדיקטורים לבחינת הצלחת הרפורמות.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

The effect of legislative amendments (the Arrangements Law and the Cooling off period Law) on the scope of elective surgeries and health expenditure.

Investigators: full name and affiliations

Yossi Weiss, Assuta Health Services Research Institute, Assuta Medical Centers Network
 Royi Barnea, Assuta Health Services Research Institute, Assuta Medical Centers Network

Key Words

Health Expenditure, Public Funding, Legislative amendments, National expenditure on health, Health inequalities.

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

Abstract

Background: The Israeli National Health Insurance Law provides permanent residents with a basket of health services through non-profit public health insurance funds, independently of the individual's ability to pay. Since 2015, several reforms and programs came into effect that were aimed at reinforcing public healthcare and redressing negative aspects of the public health system, and specifically the constant rise in private health expenditure. These include the "From Reimbursement-to-Networks Arrangement", the "Cooling-off Period" program and the program to reduce waiting times. Objectives: to identify, describe, and analyze 1) the volume of publicly and privately funded elective surgical procedures; and 2) private health expenditure on surgical procedures. Methods: We analyzed the effects of the reforms on the volume and financing sources of surgical activities in private hospitals. Findings: Our findings show an increase in the volume of publicly funded activities in the health system while private spending on health declined. Conclusions: the reforms strongly affected the distribution of health expenditure by financing source, but it is unclear if waiting times were reduced. However, it is unclear whether the reforms succeeded in lowering waiting periods. Policy implications: Health reforms must be accompanied by indicators for measuring the reform success.

חלק ה': Executive Summary- English

(1) Scientific Background;

Since 2015, Israel's health system has been the target of numerous reforms and programs that aimed to reinforce public healthcare, and whose effect has been the restructuring of the health system. These reforms have introduced fundamental changes through legislation (the Economic Arrangements Law), regulations, guidelines, regulatory directives, and new arrangements designed to redress negative aspects of the public health system, and specifically the constant rise in private health expenditure.

In view of the vast changes in the health system in recent years, it has become extremely important to track, measure, and identify the effects of the governmental reforms on the health system from their inception (e.g., increased volume of government-financed surgical procedures, mix of health expenditure financing sources, and reduced private spending on health).

(2) Objectives;

In light of the legislative changes and regulatory arrangements described above, we aimed to identify, describe, and analyze 1) the disparity between the regulatory arrangements' official aims and the programs' achievements; 2) the volume of publicly and privately funded elective surgical procedures; 3) the distribution of financing sources of surgical procedures in the health system; and 4) private health expenditure on surgical procedures.

(3) Methodology;

Data on the volume of surgical procedures performed between 2013 and 2018 in private hospitals were obtained from Herzliya Medical Center and Assuta Medical Centers (which operates a chain of private hospitals across Israel). Data

representing all hospitals in Israel (including all types of ownership structures) were obtained from the MoH.

(4) Findings;

Between 2013 and 2018 the volume of surgical activities in private hospitals increased by 6.3% (Figure 1). During this period, the distribution of financing sources of surgical procedures in private hospitals remained most stable: between 2013 and 2017 most surgical procedures (75-77%) were financed by HP-VHI plans, 13.8-19.7% were financed by C-VHI plans and the rest were financed by the NHI basic health care package, private insurance plans and medical tourism. In 2018, however, after the regulatory arrangements came into effect, there was a significant change in the distribution of financing sources: the volume of publicly funded (i.e., covered by the NHI basic benefits package) surgical procedures performed in private hospitals increased dramatically from a single-digit share in previous years to 55.7%.

Concurrently, there was a sharp decline in the volume of HP-VHI funded surgical procedures - from >70% in previous years to 25.6% in 2018 (Table 1).

Furthermore, after several years of steady increase in the volume of surgical procedures financed by C-VHI plans, this trend was reversed in 2018 and a decline was recorded .

(5) Conclusions;

The findings of this study illustrate how the components of the health system function as connecting vessels, whereby each movement affects the existing balance and influences a broad range of indicators both directly and indirectly.

The findings of this study and MoH data show that the regulatory arrangements led to an increase in the volume of publicly funded activities in the health system while private spending on health (co-pays for surgeries and other procedures) declined;

hence, these regulatory reforms, specifically, the reduced waiting times program, strengthened private hospitals' role as service providers to HPs.

(6) Policy Implications and Recommendation;

The current study points to a gap between the regulator's official aim for the plan and the targets that the plan achieved in practice actual effects of the reform. Even though publicly funded activities in the health system increased and a certain drop in private spending on health occurred, waiting times were not necessarily reduced.

(7) References (not more than 4)

1. National Health Insurance Law -5754-1994.
2. Ministry of Health Report – OECD Data for the Year 2016.
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/OECD_2016.pdf
- 3.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

הנחיות:

הדוח המדעי המלא ייכתב בעברית בצורה המקובלת של מאמר בעיתון מקצועי ולפי הסעיפים הבאים ככותרות משנה:

1. רקע מדעי – מה שכבר ידוע

משנת 2015 חווה מערכת הבריאות בישראל שינויים רבים שיש בהם כדי לעצב מחדש את פני מערכת הבריאות. תכניות ורפורמות שמטרתן המוצהרת היא חיזוק הרפואה הציבורית. שינויים מהותיים שחלקם נעשו באמצעות חקיקה (חוק ההסדרים) וחלקם באמצעות תקנות, הנחיות והוראות רגולטוריות. הסדרים חדשים שנועדו להתמודד עם תופעות שליליות במערכת הבריאות הציבורית, ובפרט עם העלייה שהתרחשה לאורך השנים בהוצאה הפרטית לבריאות.

לאורך השנים, ולמרות התחייבות המדינה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הלך ונשחק המימון הציבורי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. שחיקה שמקבלת ביטוי בנתונים השוואתיים שפרסם ארגון ה-OECD בו חברה גם ישראל. בעוד שבשנת 2017 עמד שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל (כאחוז מהתמ"ג) על 7.3% בלבד, ממוצע מדינות ה-OECD היה 8.9%. אולם, ולצד ההשקעה הלאומית הנמוכה בבריאות, הנתון המטריד שנחשף מנתוני ה-OECD הוא שיעור ההוצאה הציבורית בישראל מתוך סך ההוצאה הלאומית. כך, ולאחר שחיקה תקציבית והשקעה נמוכה הגיעה מדינת ישראל למקום 30 מתוך 35 מדינות החברות עם יחס השקעה ציבורית של 63% לעומת 74% בממוצע מדינות ה-OECD. בנוסף, ובמקביל לשחיקה במימון הציבורי, לאורך השנים תועדה עליה עקבית בהוצאה הפרטית. גידול עקבי בהוצאות על ביטוח בריאות משלימים ומסחריים. כך לדוגמה, ההוצאה של משקי הבית על ביטוחי בריאות משלימים ומסחריים זינקה מ-4.6 מיליארד ₪ בשנת 2000, ל-13.9 מיליארד בשנת 2017. לציין, בהתייחס לסוגיית ביטוחי הבריאות בישראל, קצרה היריעה מלהיכנס בעובי הקורה בכל הנוגע לדיון הציבורי-מקצועי האם הביטוח המשלים של קופות החולים מסווג כביטוח פרטי או ציבורי. עם זאת, נדמה כי נוכח המאפיינים הייחודיים של הביטוחים המשלימים (מופעל על ידי קופות חולים ציבוריות, אין חיתום או החרגה, פרמיות אחידות לפי קבוצות גיל וכיו"ב)

במידה מסוימת מדובר במקור מימון היברידי. ביטוח בריאות פרטי בעל מאפיינים ציבוריים.

בנוסף, וכבסיס לדיון חשוב להבחין בין שני ממדים שונים אך שלובים אחד בשני: מימון שירותי בריאות ו-אספקה של שירותי בריאות. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התחייבה המדינה לממן את סל השירותים הציבורי (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סעיף 3), כשאספקתם באחריות קופות החולים. אספקה שיכולה להינתן על ידי קופת החולים עצמה, או באמצעות קניית שירותים מספקי שירות חיצוניים. ספקי שירות שחלקם ציבוריים (לדוגמה בתי חולים ממשלתיים או בתי חולים בבעלות עמותות), וחלקם בבעלות פרטים (לדוגמה בתי מרקחת, מכונים, בתי חולים פרטיים).

כעת, ולאור השינויים הרבים שחווה מערכת הבריאות בשנים האחרונות ישנה חשיבות רבה לנתר, למדוד ולזהות כבר מראשית הדרך את ההשפעה של הרפורמות על מערכת הבריאות (הגדלת היקף

פעילות ניתוחים במימון ציבורי, תמהיל המימון במערכת הבריאות וצמצום ההוצאה פרטית לבריאות). כמו גם לבחון האם הרפורמות משיגות את התוצאות המצופות בהתאם למטרות המוצהרות של משרדי הבריאות והאוצר, או שיש לבצע מהלכים נוספים/אחרים על מנת לכייל את המטרות למול התוצאות בפועל. לנוחיות הקורא כמו גם הבנת התשתית החוקית בחלק זה נבקש לסקור ולהציג את 3 הרפורמות המרכזיות שהתקבלו בין השנים 2015-2018: החזר-הסדר; תקופת צינון ו- תוכנית קיצור תורים.

2. שאלות המחקר – מה בא המחקר לפתור, לחדש או להוסיף

מחקר זה מבקש לזהות, תאר ולנתח כיצד שינויי החקיקה וההסדרים הרגולטורים השפיעו בפועל על:

1. המטרה המוצהרת לעומת התוצאה המושגת של ההסדרים הרגולטורים.
2. היקף פעילות הניתוחים האלקטיביים ברפואה הפרטית והציבורית.
3. תמהיל מקורות המימון לניתוחים במערכת הבריאות.
4. ההוצאה הפרטית בתחום הבריאות (רכיב ניתוחים).

3. שיטות העבודה

איסוף מידע ממשרד הבריאות ומבתי החולים הפרטיים ('אסותא מרכזים רפואיים', הרצליה מדיקל סנטר) תוך בחינת השערות המחקר, שיקוף היקף פעילות ניתוחים אלקטיביים בשנים 2013-2018 והצגת נתונים מדידים לתמיכת המסקנות. הנתונים שביסוד התרשימים התקבלו באדיבות משרד הבריאות, והם משקפים את נתוני כלל בתי החולים בישראל (בכל סוגי הבעלויות).

4. הממצאים

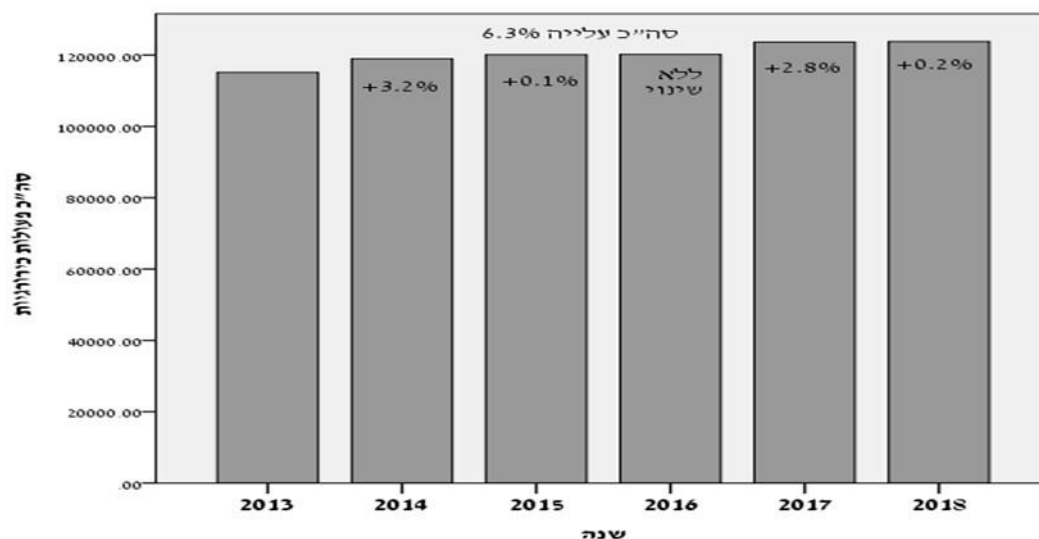
כבסיס לניתוח ממצאי המחקר האיכותני והכמותי, להלן מוצגים מאפיינים תיאוריים של הנתונים ביחס לכמות הפעולות הכירורגיות בבתי החולים הפרטיים (אסותא מרכזים רפואיים והרצליה מדיקל סנטר) בשנת פעילות ואופן ההתפלגות בין הסל, שב"ן, הביטוחים המסחרי והפרטי בין השנים 2013-2018. הנתונים המוצגים במאמר זה התקבלו ממספר מקורות: משרד הבריאות; אסותא מרכזים רפואיים (כלל ארצי) והרצליה מדיקל סנטר.

טבלה 1: אופן התפלגות מימון הפעולות הכירורגיות בבתי החולים הפרטיים בין השנים 2013-2018.

שנה	% סל	% שב"ן	% מסחרי	% תיירות / מרפא / מימון עצמי
2013	4.3	77.5	13.8	4.4
2014	5.4	75.7	15.1	3.8
2015	3.0	76.9	16.6	3.5
2016	2.8	75.3	18.8	3.1
2017	2.8	75.0	19.7	2.5
2018	55.7	25.6	16.6	2.1

כפי שניתן לראות מהנתונים לעיל, לאורך השנים 2013-2017 התפלגות מימון הפעולות הכירורגיות בין הסל, שב"ן והביטוחים המסחרי והפרטי יחסית דומה. בין 2.8%-5.4% מכלל הפעולות היו מן הסל, בין 75%-77% מכלל הפעולות היו של שב"ן, בין 13.8%-19.7% מן הפעולות היו בביטוח המסחרי ובין 2%-4.4% היו בביטוח הפרטי. לעומת זאת, בשנת 2018 ניכרת מגמה של שינוי משמעותי באופן ההתפלגות של הפעולות: עלייה חדה במימון של פעולות מן הסל עד היקף של 55.7% (בהשוואה לאחוזים בודדים בשנים קודמות) וירידה משמעותית במימון פעולות שב"ן עד היקף של 25.6% (בהשוואה ליותר מ-70% בשנים הקודמות). התפלגות מימון הפעולות בביטוחים הפרטי והמסחרי בשנת 2018 דומה לשנים קודמות. הנתונים מומחים בתרשימים להלן.

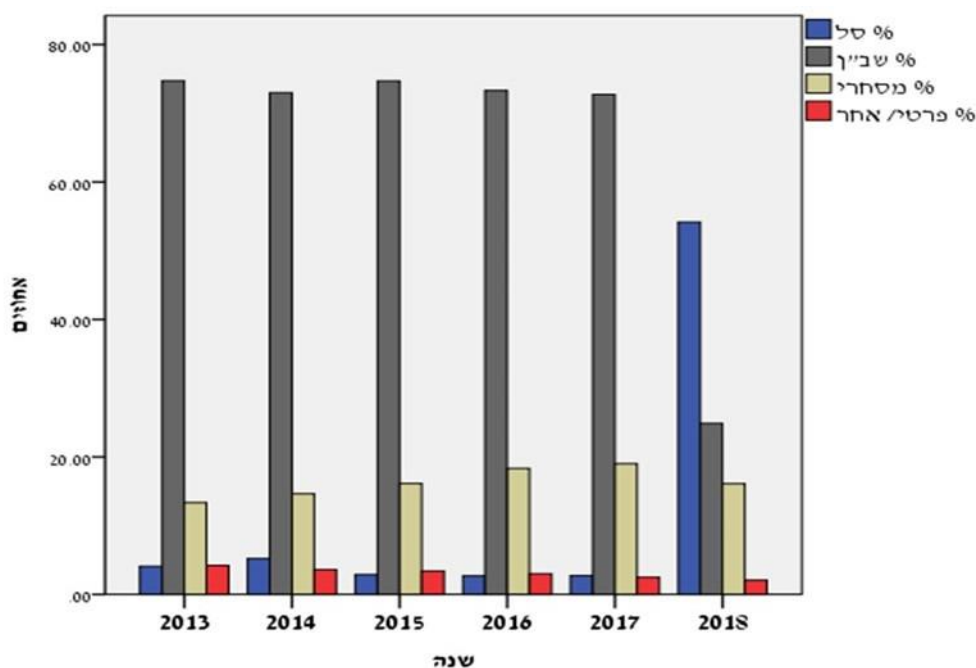
תרשים 1: ממוצעי סה"כ הפעולות הכירורגיות בבתי החולים הפרטיים בין השנים 2013-2018



*אסותא מרכזים רפואיים (כלל ארצי) והרצליה מדיקל סנטר

כעת, ובעוד שהנתונים מעידים כי הפעילות הכירורגית לאורך השנים האחרונות גדלה בשיעור יחסית נמוך (6.3%), ההשפעות המרכזיות והמשמעותיות של ההסדרים הרגולטורים התרחשו בתמהיל המימון בתוך מערכת הבריאות הפרטית.

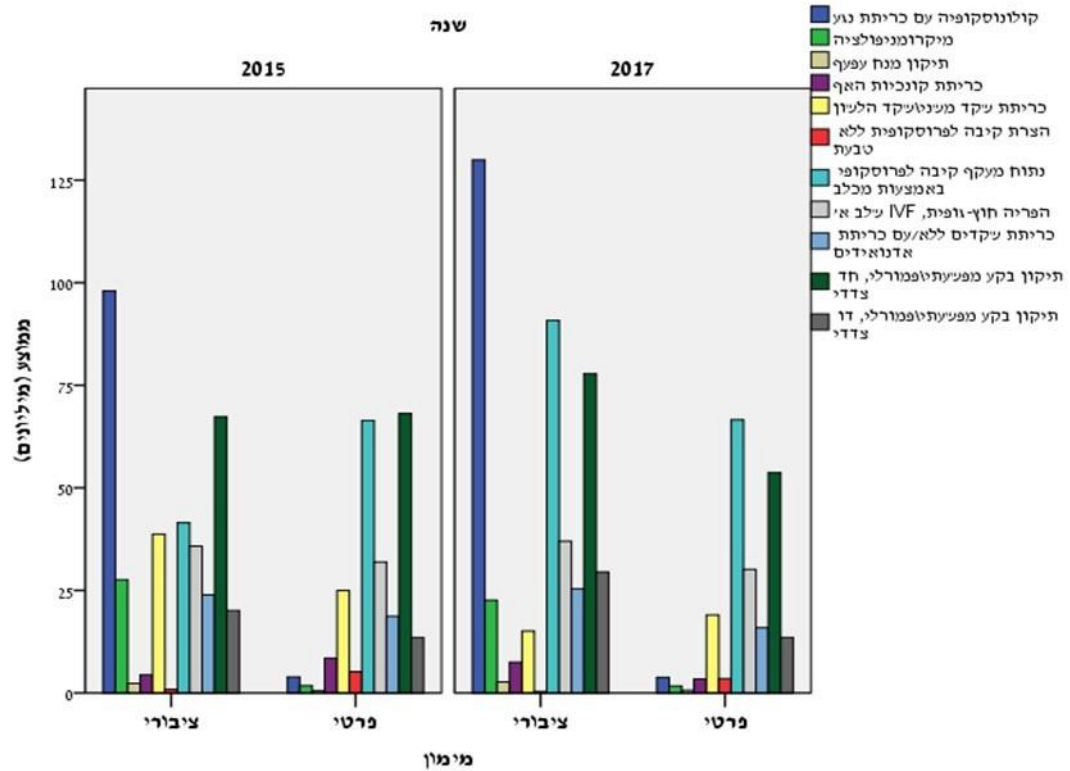
תרשים 2: התפלגות הפעולות הכירורגיות בבתי החולים הפרטיים בין השנים 2013-2018 (%)



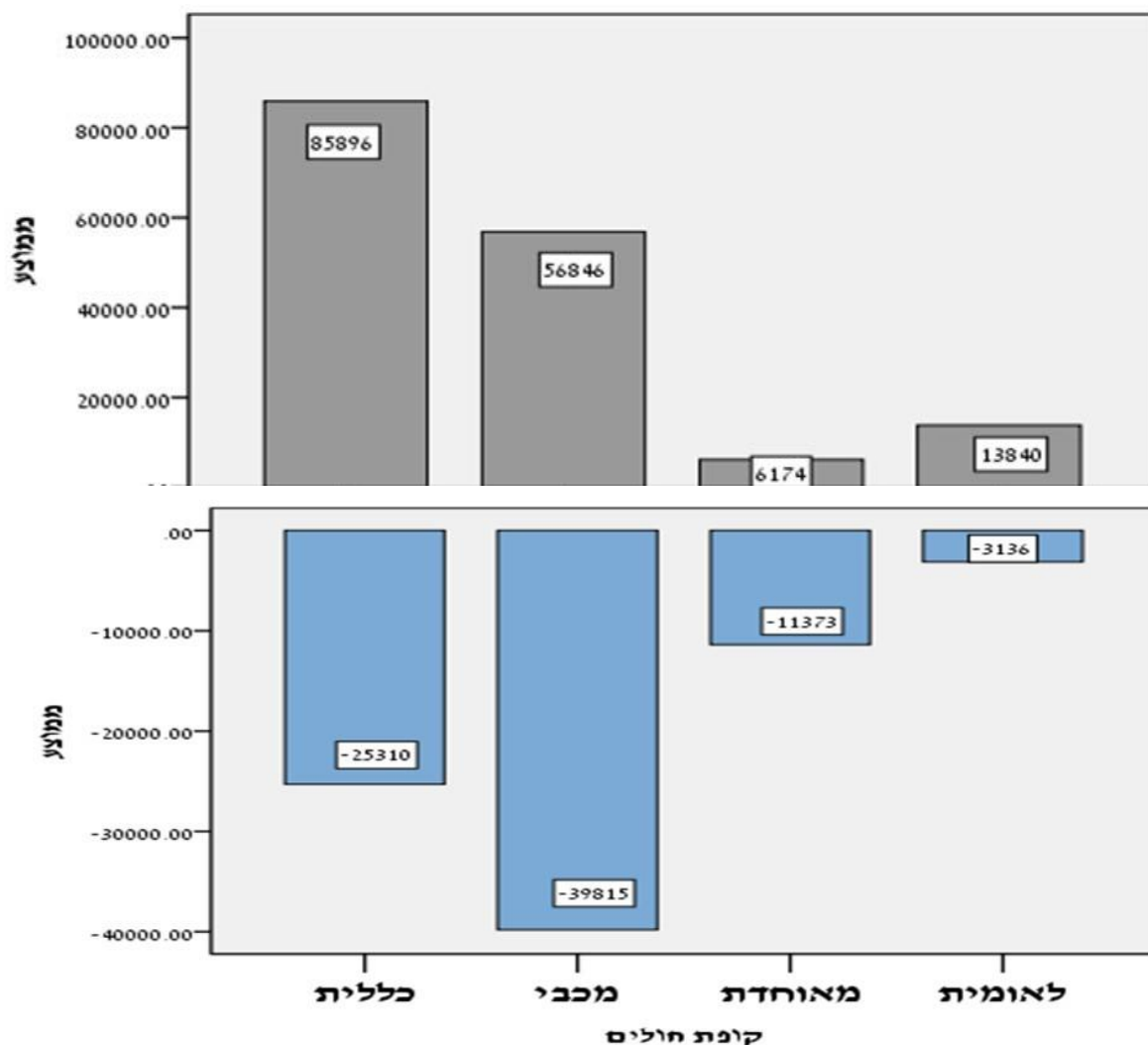
כפי שניתן ללמוד מתוך הנתונים, בעקבות ההסדרים הרגולטורים חל זינוק דרמטי בשיעור הפעולות הכירורגיות שנעשות בבתי החולים הפרטיים במימון ציבורי (סל), כשבמקביל מתועדת ירידה חדה בשיעור בפעילות הכירורגית במימון תוכנית השב"ן. כמו כן, ולאחר שנים של עליה מגמתית במספר

הפעולות הכירורגיות במימון חברות הביטוח המסחריים, לראשונה בשנת 2018 משתנה המגמה, ונרשמת ירידה.

תרשים 3: מימון ציבורי מול פרטי (במיליונים) בשנים 2015-2017 לפי סוגי פעולה (פעולות נבחרות שזוהו על ידי משרד הבריאות ככאלו שהושפעו ביותר מההסדרים החדשים)



תרשים 4: גידול בכמות הניתוחים והאשפוזים בסל מול ירידה בשב"ן (במיליוני ₪) בקופות החולים ברבעון השלישי של שנת 2018 לעומת 2015



5. דיון ומסקנות

רפורמות בתחום הבריאות אינן עומדת בפני עצמן. ממצאי מחקר זה מעידים כי כמו בחוק הכלים השלובים כל מהלך שנעשה במערכת הבריאות משנה את האיזון הקיים, ומשפיע במישרין או בעקיפין על מגוון רחב היקף של ממדים. מהלכים שלעיתים השפעתם האמיתית והמהותית צפויה להתברר ולהתבהר רק כעבור חודשים או שנים מיום תחילתם. פרק זמן שבמקרים מסוימים עשוי להנציח עיוותים קיימים, לייצר עיוותים חדשים או להקשות על היכולת לתקן השפעות שליליות שהתקבעו. מכאן קיימת חשיבות רבה לזהות את השפעות ההסדרים על מערכת הבריאות בנקודות זמן שונות, וזאת במטרה לכייל בין המטרות המבוקשות לבין היעדים המושגים בפועל.

בשונה מהשיח הציבורי הקיים ביחס לממדי הרפואה הפרטית בישראל, מממצאי המחקר עולה כי בין השנים 2013-2018 שיעור הגידול בפעילות כירורגית ברפואה פרטית עמד על 6.2% (3.1% גידול מאז תחילת הרפורמות שהוזכרו בעבודה זו). נתון שמשקף מדיניות ממושכת של הגבלה רגולטורית באישור פתיחת חדרי ניתוח חדשים. מדיניות רגולטורית שמבקשת להגביל את פונקציית הייצור במערכת הבריאות הפרטית. במקביל, ממצאי המחקר מעידים כי ההשפעה המרכזית של ההסדרים הרגולטורים בשנים 2015-2017 קיבלה ביטוי ממשי ועוצמתי בתמהיל המימון בתוך מערכת הבריאות, בעוד שספק רב האם הושגה המטרה המוצהרת (קיצור תורים). בנוסף, ממצאי המחקר מעידים כי המעבר לשיטה של רשימות הסדר נתן בידי קופות החולים יכולת ניהולית טובה יותר לשלוט בהוצאותיה בתוכניות השב"ן. שליטה בהוצאות שהובילה לחיזוק האיתנות הפיננסית של תוכניות השב"ן. בפועל, ממצאי המחקר והמסקנות מקבלים ביטוי גם בנתונים הפיננסים שמפרסם משרד הבריאות מידי שנה. דו"חות פיננסים לפיהם נוכח ההסדרים הרגולטורים ובעקבות הרפורמות שנכנסו לתוקף ב 1.7.2016, החל משנת 2016 מתועד עודף מצרפי בתוכניות השב"ן של קופות החולים (189,142 אלפי ₪). עודף שהוביל, בין היתר ביוני 2018 להחלטה על הפחתה מסוימת בפרמיה החודשית שמשלמים מבטחי השב"ן של קופות החולים.

ממצאי המחקר ונתוני משרד הבריאות תומכים בהשערת המחקר שסך הפעולות במערכת הבריאות עלה (במימון ציבורי) וחלה ירידה מסוימת בהוצאה הפרטית לבריאות (השתתפויות עצמיות לניתוחים ופרוצדורות). אולם, ממצא אחד משמעותי שנחשף מעיד שההסדרים הרגולטורים, ובעיקר 'תוכנית קיצור תורים' חיזקו את בתי החולים הפרטיים כספקי שירות של קופות החולים. להדגיש, במידה רבה, התוצאה דה-פקטו של 'תוכנית לקיצור תורים' מקבלת ביטוי בגידול בפעילות של ספקי הבריאות הפרטיים כספקי שירות ציבוריים. כפועל יוצא, חל גידול בתשתיות הייצור של פרוצדורות וניתוחים במימון ציבורי, כשבמקביל נצפתה ירידה במימוש של מימון פרוצדורות וניתוחים בתוכניות השב"ן. ירידה שקיבלה ביטוי גם בירידה בהוצאה הפרטית לבריאות. לציין, ממצאי המחקר מתחזקים נוכח נתוני משרד הבריאות, לפיהם בשנת 2018 מתוך התוספת התקציבית שהקצתה הממשלה לתוכנית 'קיצור תורים' רק 35% מהכסף הגיע לבתי החולים הציבוריים (362 מלש"ח) ו- 65% הועבר דרך קופות החולים לבתי החולים הפרטיים (686 מלש"ח). ממצאי המחקר מעידים כי בפועל אופן היישום של קופות החולים את ההסדרים הרגולטורים הוא שהוביל להפניה משמעותית של מבטחים לבתי חולים פרטים במימון ציבורי.

חשוב להדגיש כי ההנחה התיאורטית כי עליה בסך הפעולות במערכת הבריאות הציבורית היא לכשעצמה אינדיקציה לקיצור תורים לא מבוססת ולא מעוגנת במדידה ובנתונים. יתר על כן, במידה מסוימת, נוכח גידול בקבוצת הזכאים והפשרת ביקושים כבושים (עקב חסם כלכלי – השתתפות עצמית גבוהה) יכול שבחלק מהניתוחים והפרוצדורות התורים התארכו. מחקר זה מלמד כי קיים

פער בין המטרות המוצהרות של הרגולטור, ובין היעדים שההסדרים השיגו בפועל. כאמור, הגם שסך הפעולות במערכת הבריאות עלה (במימון ציבורי) וחלה ירידה מסוימת בהוצאה הפרטית לבריאות, לא בהכרח התורים התקצרו.

6. **המלצות** לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות ממצאי המחקר מאתגרים את הנחת המוצא שביסוד ההסדרים שהוביל הרגולטור בשנים 2015-2017. הנחה לפיה גידול בהיקף פעילות הניתוחים במימון ציבורי משמעותו קיצור תורים לניתוחים אלקטיביים במערכת הבריאות הציבורית. ממצאי מחקר זה מעידים כי לאור היעדר בסיס נתונים מהימן ובעיה במדידת תורים במערכת הבריאות הציבורית, לא ניתן להוכיח כי בפועל תוכנית קיצור תורים השיגה את מטרתה המוצהרת, וקיצרה את התורים. יחד עם זאת, ממצאי המחקר כן מרמזים כי רפורמות במערכת הבריאות יכולות לשמש ככלי לצמצום ההוצאה הפרטית על בריאות ולהקטנת אי שוויון בבריאות.

7. רשימת מקורות

1. דו"ח משרד הבריאות, נתוני ה-OECD לשנת 2016
2. דו"ח מרכז אדווה, תמונת מצב חברתית 2018 (מרץ 2019).
3. וועדת הכספים, כנסת ישראל (דיון מיום 8 בנובמבר 2015, כ"ו בחשון תשע"ו).
4. החלטה מס. 2201 של הממשלה מיום 12.08.2007.
5. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת 2008), התשס"ח – 2008.
6. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.