

כנס ים-המלח ה-19

11-12 בדצמבר 2019

25 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: אתגרים והתאמות לעשור הבא

◆ אסדרת ארגוני הבריאות

◆ אספקת שירותי הבריאות

◆ סוגיות כלכליות בחוק

יו"ר: פרופ' רוני גמזו



כנס ים-המלח ה-19

11-12 בדצמבר 2019

שנה לחוק ביטוח
בריאות ממלכתי:
25
אתגרים והתאמות לעשור הבא

◆ אסדרת ארגוני הבריאות

◆ אספקת שירותי הבריאות

◆ סוגיות כלכליות בחוק

יו"ר: פרופ' רוני גמזו

כנס ים-המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות.

הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון.

הכנס אינו גוף מחליט.

העמדות וההמלצות של משתתפי הכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים.

תוכן עניינים

4	תכנית הכנס
5	רשימת חברי הצוותים
6	רוני גמזו: דברי פתיחה
9	מבוא: חוק בטוח בריאות ממלכתי
31	מנואל טרכטנברג: מערכת הבריאות על פרשת דרכים
51	צוות 1: אסדרת ארגוני הבריאות יו"ר: עדי ניב-יגודה
105	סיכום והמלצות
109	צוות 2: אספקת שירותי הבריאות יו"ר: מוריס דורפמן
156	סיכום והמלצות
163	צוות 3: סוגיות כלכליות בחוק יו"ר: איריס גינזבורג
224	סיכום והמלצות
229	רשימת משתתפים

כנס ים-המלח ה-19
25 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי:
אתגרים והתאמות לעשור הבא

תוכנית:**יום ד' 11.12.2019:**

הרשמה וכיבוד	10:00 - 09:00
מושב פתיחה, יו"ר: גבי בן-נון	13:00 - 10:00
אורלי מנור , המכון הלאומי	
משה בר סימן טוב , מנכ"ל משרד הבריאות	
גבי בן-נון - סיפורי רקע מתהליך חקיקת החוק	
ד"ר איתי בר סימן-טוב , אוניברסיטת בר אילן	
"תיאוריות של הליך החקיקה - מדוע קשה לחוקק חוק גם כאשר הוא לטובת הציבור"	
אבי פורת - הערכת המלצות העשור השני לכנסי ים המלח	
רוני גמזו , יו"ר הכנס	

הצגת עבודת הצוותים:

- צוות 1:** אסדרת ארגוני הבריאות - עדי ניב יגודה
צוות 2: אספקת שירותי הבריאות - מוריס דורפמן
צוות 3: סוגיות כלכליות בחוק - איריס גינזבורג

<i>ארוחת צהריים</i>	14:00 - 13:00
דיונים בצוותים	16:00 - 14:00
<i>הפסקת קפה</i>	16:30 - 16:00
דיונים בצוותים	18:00 - 16:30
<i>ארוחת ערב + אירוע חברתי</i>	22:30 - 20:00

יום ה' 12.12.2019:

פרופ' מנואל טרכטנברג - "מערכת הבריאות 2020: אתגר תקציבי, הזדמנות לשינוי"	09:15 - 08:30
דיונים בצוותים	11:00 - 09:15
<i>הפסקת קפה</i>	11:30 - 11:00
דיונים בצוותים	13:00 - 11:30
<i>ארוחת צהריים</i>	14:00 - 13:00
מליאת סיכום, יו"ר: רוני גמזו	16:30 - 14:00
הצגת סיכום דיוני הצוותים	
תגובות: מנכ"ל לי הקופות, נציג משרד האוצר, מנכ"ל משרד הבריאות	
דברי סיכום: רוני גמזו	
דיון	

25 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: אתגרים והתאמות לעשור הבא

רשימת חברי הצוותים:

<p>יו"ר - רוני גמזו, שמוליק בן-יעקב, רועי בן-משה, איריס גינזבורג, קובי גלזר, מוריס דורפמן, נעה היימן, זמיר הלפרן, אורלי ויינשטיין, שלמה וינקר, יאיר זילברשטיין, אסנת לוקסנבורג, זיוה ליטבק, אורלי מנור, עדי ניב-יגודה, אילן סופר, ורד עזרא, שימי פרג', ראובן קוגן, ליאור קוטלר, ניר קידר, אורי שוורץ</p>	<p>ועדת ההיגוי</p>
<p>יואל אנג'ל</p>	<p>מזכיר</p>

צוותי הכנה:

צוות 3	צוות 2	צוות 1
<p>סוגיות כלכליות בחוק</p>	<p>אספקת שירותי הבריאות</p>	<p>אסדרת ארגוני הבריאות</p>
<p>יו"ר: איריס גינזבורג</p> <p>צוות הכנה: יואל בריס ליאור ברק קובי גלזר נעה היימן יאיר זילברשטיין נילי חיון-דיקמן אילן סופר ורד עזרא ליאור קוטלר ניר קידר</p>	<p>יו"ר: מוריס דורפמן</p> <p>צוות הכנה: הדר אלעד שמוליק בן יעקב ינון גוטגליק שלי החנוכי ג'ודי וסרמן לירון חבוט-לוי נילי חיון אסנת לוקסנבורג ליאור קוטלר</p>	<p>יו"ר: עדי ניב-יגודה</p> <p>צוות הכנה: רועי בן משה רייצ'ל ברנר-שלם אורלי ויינשטיין שלמה וינקר סיגל ליברנט-טאוב אביעד נימקובסקי שימי פרג' ליאור קוטלר רועי רייכר אורי שוורץ</p>

עשרים וחמש שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - שינויים והתאמות מוצעים

מערכות בריאות בעולם מושפעות מתרבות, אתוס המדינה, גישה חברתית, מבנה הכלכלה ועוד. יחד עם זאת, מערכות הבריאות חייבות להתאים את עצמן להשתנות המתמדת של התרבות, החברה והכלכלה - ואף יותר מכך, למגמות של צריכת שירותים, היצע המשאבים, מבנה דמוגרפי, תחלואה, תחרות, מגמות עסקיות ושינויים טכנולוגיים.

מעל המסד של מערכת הבריאות הציבורית בישראל שהוקמה עוד טרם המדינה, חוקק לפני 25 שנה חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שקיבע את חובת המדינה לספק סל שירותים בסיסי ומשלים דרך ארבע קופות החולים ובאמצעות נותני שירותים. החוק הסדיר את הזכויות הבסיסיות, את חובת הקופות ואת כלל ההסדרה הכלכלית בין המדינה, הקופות, נותני השירותים והאזרחים.

אמנם מאז חקיקתו בוצעו בו למעלה מ-100 תיקוני חקיקה, חלקם מאד משמעותיים - ועדיין, ישנם נושאים שלא הוסדרו, ונותרו עיוותים הפוגעים בתפקוד המערכת ובשירותים הניתנים לתושבי המדינה.

כנס ים המלח שהתקיים זו השנה ה-19 הפגיש בין כלל קובעי המדיניות, ואפשר החלפת דעות, השגת הסכמות וגיבוש המלצות לקובעי המדיניות. בזכות זאת, הכנס שימש כהזדמנות כבירה להציע את תיקוני החקיקה ההכרחיים בעת הזו.

שבועות ספורים לאחר כנס ים המלח פרצה מגפת נגיף הקורונה. מגפה זו הביאה עמה שינוי מציאות חד וקיצוני בכל העולם, והציבה אתגר חסר תקדים בפני מדינת ישראל - ובראש ובראשונה בפני מערכת הבריאות הלאומית.

ואכן, במבחן התוצאה - מערכת הבריאות הישראלית עמדה באתגר הנכון לה. תוך זמן קצר ביותר הוקמו מחלקות טיפול נמרץ מבודדות יש מאין, פותח מערך בדיקות נרחב ואפקטיבי, נקלטו טכנולוגיות חדשות במהירות שיא והואץ מערך הרפואה מרחוק, הוקמו שיתופי פעולה ייחודיים בתעשייה ובאקדמיה, ועוד דוגמאות רבות.

עם זאת, המגפה גם חשפה חולשות מסוימות של מערכת הבריאות במלוא היקפן: שיעורן הנמוך של מיטות אשפוז, ובפרט מיטות טיפול נמרץ, הפך לצוואר בקבוק שנראה כי היה הגורם הקובע את אסטרטגיית המדינה מתוך החרדה לקריסה נוסח איטליה; כשלי התקשורת בין משרד הבריאות לקופות החולים ובתי החולים פגעו במעבר החלק משגרה לחירום; העמימות באחריות על המוסדות הסיעודיים והגריאטריים לסוגיהם הובילה למענה חסר לאוכלוסייה השוהה במוסדות אלו; היעדר מאגר מידע אחוד ומרכזי גרם לקושי בגיבוש תמונת המצב הלאומית, ועוד כהנה וכהנה.

מלבד מסקנותיו האופרטיביות, מילא כנס ים המלח תפקיד מפתח בחיזוק הקשרים הבינאישיים בין מובילי המערכת ויצירת ערוצי תקשורת ישירים ומהירים ביניהם. בכך, הוכיח הכנס את חשיבותו לביסוס איתנותה של מערכת הבריאות לימי שגרה וחירום. כעת, עם שוך המגפה המסתמן, צפוי מיקוד של קשב ומשאבים למערכת הבריאות. דווקא בעת הזו מקבלות מסקנותיו של הכנס משנה תוקף, והן יוכלו לסייע בהכוונת משאבים אלו למקומות הנדרשים ולבעיות התשתיות במערכת - ולא רק לעבר אלו אשר "צפות על פני השטח".

נוכח האתגרים העומדים בפנינו כעת, כמו גם אלו הצפויים בשנים הקרובות, חובה עלינו להתאים את מערכת הבריאות ובפרט את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובאמצעותו להיערך נכון לעתיד.

הנושאים השונים שעלו לדיון השנה בכנס סווגו לשלושה אשכולות:

א. אסדרת ארגוני הבריאות

ב. אספקת שירותי הבריאות

ג. סוגיות כלכליות בחוק

כהכנה לכנס, דיונים רבים התבצעו במסגרת ועדת ההיגוי וצוותי העבודה השונים, על מנת להביא לדיון בכנס את האתגרים המשמעותיים ביותר העומדים בפני החוק ומערכת הבריאות כיום, ולהעלות הצעות מוחשיות וישימות להתמודדות עמם.

בכנס עצמו התקיים רב-שיח הדדי, מפרה, יצרי ומקצועי, ובסופו התאפשר להגיע למספר מסקנות ברמת הסכמה גבוהה בין המשתתפים, ובנוסף זוהו הצעות וסוגיות הדורשות דיון נוסף טרם הצגת המלצות קונקרטיות. בסיכומם של מושבי הכנס השונים, ניתן למקד את המלצות הכנס סביב עשרה שינויים עיקריים:

1. **שיפור הרגולציה מול הקופות:** שיפור תרבות ההיענות להנחיות הרגולטוריות ובחינת הפחתת עומס רגולטורי לא אפקטיבי.
2. **הכללת נותני השירותים שהם בתי חולים בחוק:** מתן מעמד רשמי לגופים אלו, מתוקף מעמדם וחשיבותם הרבה למערכת, תוך הכפפתם למערכת פיקוח ראויה.
3. **שיפור זרימת המידע בין קופות החולים, בתי החולים ומשרד הבריאות:** הגדרת אופן שיתוף המידע, לסוגי השונים, לשם שיפור האינפורמציה העומדת לרשות הרגולטור בבואו לקבל החלטות ולתכנן את המערכת, מבלי לפגוע בזכויות הקניין ובתמריצים של קופות החולים ובתי החולים.
4. **טיפול בסבירות תוך מיקוד בזמני המתנה:** התערבות בכשלי שוק המביאים

- לפגיעה באיכות השירות הרפואי הניתן למבוטחים והגדרת סטנדרטים לסעיף 3-D' בחוק.
5. **העברות מן התוספת השלישית לשנייה:** טיפול יסודי בעיוות היסטורי זה לצורך שיפור הרציפות הטיפולית, הפחתת הנטל הבירוקרטי המוטל על המבוטחים וצמצום הפעילות הישירה של משרד הבריאות באספקת שירותים.
6. **שיפור הניהול של החולה הכרוני וקידום הרפואה המונעת:** יצירת תמריצים להכללת שירותי רפואה מונעת בסל השירותים ולמתן שירותים אלו על ידי הקופות.
7. **הסדרת קידום המדדים ונוסחת ההקצאה:** לצורך הבטחת התאמתו של תקציב סל הבריאות לשינויים באוכלוסייה ובסביבה לאורך השנים, תוך צמצום השחיקה התקציבית המאפיינת את המצב כיום ויצירת ודאות תקציבית שתאפשר תכנון לטווח ארוך.
8. **מיקוד בהכלת עלויות:** מיתון העלייה בהוצאות על שכר רופאים ועל תרופות וטכנולוגיות חדשניות, מתוך הבנה שאלו עלולים לאיים על יכולתו של תקציב הסל לספק שירותי בריאות ראויים לאורך זמן.
9. **טיפול בהשפעות השליליות של מימון ואספקה פרטית:** מיתון העלייה בהוצאה הפרטית על בריאות ומניעת קניבליזציה של מערכת הבריאות הציבורית על ידי זו הפרטית.
10. **שיפור המקורות דרך העלאה של מס הבריאות:** הגדלת תקציב הבריאות על ידי שיפור הפרוגרסיביות של מס הבריאות תוך צביעת התוספת כתוספת לבריאות, ומבלי לצמצם את מידת השתתפותו של תקציב המדינה בתקציב סל הבריאות.
- כולי תקווה כי ספר זה וההמלצות הכלולות בו יקדמו כינון שינויים והתאמות ברי קיימא בחוק ונספחיו. אני מזמין את קובעי המדיניות השונים, ובראשם את משרד הבריאות על אגפיו השונים, להמשיך את העבודה החשובה שהחלה בכנס זה ולתרגמה לעשייה ממשית.
- שלמי תודה למשתתפי הכנס על תרומתם הרבה לדיונים, לחברי ועדת ההיגוי, חברי האשכולות ולצוות המכון הלאומי על ההשקעה הרבה בעבודת ההכנה ובכתיבת הטיטות לדיון.

שאו ברכה,
פרופ' רוני גמזו
 יו"ר הכנס

מבוא: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד (1994)

יואל אנג'ל, גבי בן-נון, רוני גמזו, עדי ניב-יגודה, ניר קידר

כנס ים המלח ה-19 נערך ב-11-12 לדצמבר 2019 בהובלת המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות. בכנס השתתפו בכירי מערכת הבריאות והגופים המשיקים לה, ובכלל זאת מנכ"ל משרד הבריאות, מנכ"לי ארבע קופות החולים, מנהלי בתי חולים, קצין רפואה ראשי, אנשי אקדמיה בכירים, סגן הממונה על אגף התקציבים במשרד האוצר, הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, ורבים אחרים.

ההשתתפות בכנס הייתה ערה ופעילה ובמסגרתו הביעו המשתתפים את עמדותיהם בנוגע לסוגיות השונות שעלו לדיון.

עבודת ההכנה לכנס הנוכחי ארכה כ-8 חודשים, במהלכם נערכו 12 דיוני הכנה של ועדת ההיגוי ועוד שעות רבות של דיונים בצוותים השונים ובין חבריהם. ספר זה מבוסס ברובו על חוברת הטיוטה שעמדה לרשות המשתתפים בכנס ולאורה נערכו הדיונים. הכנס הנוכחי עסק בשלושה היבטים הנוגעים לסוגיות שבלבת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוך דיון בהצעות לשינויים נדרשים בחוק או בחקיקה הנלווית לו:

אסדרת ארגוני הבריאות: בחינת השינויים הנדרשים ברגולציה המושתתת על המוסדות השונים לאור עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ובעיקר, קופות החולים ובתי החולים), תוך מטרה להביא לרגולציה אפקטיבית מחד אך כזו שאינה מטילה עול כבד מדי על הגופים המפוקחים מאידך.

אספקת שירותי הבריאות: בחינת מנגנונים להבטחת שירות רפואי איכותי, זמין ושוויוני לאוכלוסיה המבוטחת, תוך מתן אפשרות בחירה מירבית למטופלים. בכלל זאת, עיסוק בסוגיות מבחני הסבירות (סעיף 3ד' לחוק), זמינות השירותים והסדרי הבחירה בין קופות החולים ונותני השירותים, והעברת חלק מהשירותים המנויים בתוספת השלישית לחוק לאחריות הקופות.

סוגיות כלכליות בחוק: בחינת מנגנונים לתיקון של עיוותים כלכליים במערכת הבריאות בצד המקורות ובצד השימושים, ובכללם מנגנוני התקצוב וההתחשבנות העומדים בבסיס החוק והתאמתם לאתגרים הנוכחיים, מיסוד עדכון עיתי לנוסחאות והמקדמים השונים, צעדים לריסון עלויות במערכת הבריאות וטיוב יחסי הגומלין שבין המערכת הפרטית וביטוחי הרשות למערכת הציבורית.

להלן יובאו עיקרי הנתונים שעמדו בבסיס הדיונים השונים, כמו גם סיכומי הדיונים וההמלצות שעלו בעקבותיהם. אנו מזמינים את קובעי המדיניות במערכת הבריאות להתבסס על תובנות הכנס בעת קבלת החלטות עתידיות בנושאים אלו, ומקווים שספר זה יוכל לשמש לכם ככלי עזר לצורך כך.

אנו מאחלים לכם קריאה מהנה ומלמדת.

חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי - התשנ"ד (1994) מהווה נקודת מפנה במערכת הבריאות הישראלית, ומעטים המקרים אשר ניתן ליחס להם מהפכה של ממש בהתנהלות מערכת ציבורית כה גדולה. על כן, מצאנו לנכון לציין בכנס ים המלח לשנת 2019 עשרים וחמש שנה לחקיקת החוק. בעמודים הקרובים ננסה לעמוד על הרקע והמוטיבציה לחקיקה, עיקרי החוק (בדגש על ההסדרות והשינויים ביחס למצב הנתון טרם חקיקתו), השינויים המרכזיים אשר בוצעו בחוק מאז נחקק והרציונל לקיומו של החוק במתכונתו הנוכחית. מטבע הדברים, קצרה היריעה מלהתייחס בפירוט הראוי לכל אחת מן הסוגיות המובאות להלן, אשר על רובן ככולן נכתבו סקירות ומאמרים רבים. מטרתו של פרק זה, אם כן, הינה לשמש כסקירה "ממעוף הציפור", כפתיח לקראת הדיון בהצעות המובאות בחוברת זו לעדכון החוק.

"וְהָאָרֶץ הִיְתָה תְּהוֹ וְנִבְהוּ, וְחֹשֶׁךְ עַל פְּנֵי תְּהוֹם" (בראשית א', 2)

ערב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן גם: חב"מ) בשנת 1994, שרתה מערכת הבריאות הישראלית במשבר עמוק וקשה. ריבוי שביתות, מצב כלכלי רעוע של חלק מקופות החולים ובתי החולים, תורים ארוכים לטיפול וחוסר שביעות רצון של הציבור מן הטיפול הרפואי הביאו את מערכת הבריאות אל עברי פי פחת^[1]. מערכת הבריאות הישראלית לקתה אז במספר "רעות חולות" אשר הפריעו לתפקודה התקין, חתרו תחת ערך השוויון ואיימו על היציבות העתידית של המערכת.

היעדר ביטוח חובה לאוכלוסייה

הבסיס הסטטוטורי והרגולטורי למבנה ותפקוד מערכת הבריאות הישראלית בימים אלו היה "פקודת בריאות העם, 1940" לצד נהלים ומבנה ארגוני שחלקם מתוארכים עוד לימי המנדט הבריטי. למרות שהממשלה פעלה לאספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה, פעילות זו הייתה תלויה בהחלטת הרשות המבצעת וללא חובה חוקית.

ביטוח הבריאות בישראל היה על בסיס וולונטרי, ותכולתו לא הייתה מפוקחת. בהתאם, לכחמישה אחוזים מהאוכלוסייה לא היה ביטוח בריאות כלל, כאשר אחוז הלא-מבוטחים בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית היה גבוה יותר ועמד על כ-12% [2].

תקצוב ציבורי לקוי ובלתי שוויוני לקופות החולים השונות

ערב חקיקת החוק פעלו בישראל ארבע קופות חולים: "כללית", "מכבי", "מאוחדת" ו"לאומית". השתייכות לקופת חולים כללית ולאומית הייתה תלויה בחברות בארגון עובדים: חלה חובה על כל חברי ההסתדרות הכללית והלאומית להיות גם חברים בקופת החולים כללית ולאומית, בהתאמה. לא ניתן היה להיות חבר בקופת החולים ללא חברות בהסתדרות העובדים, ולהפך. ההצטרפות לקופות החולים "מכבי" ו"מאוחדת" הייתה תלויה בהסכמת הקופות. המימון לפעילות קופות החולים נבע בעיקר מדמי חבר אשר שילמו המבוטחים: בקופות חולים "מכבי" ו"מאוחדת" שולמו דמי חבר ישירות על ידי המבוטחים לקופה, ואילו בקופות החולים "כללית" ו"לאומית", הכנסות הקופה היוו חלק מדמי החבר ששולמו להסתדרות העובדים הכללית והלאומית (בהתאמה). תשלום דמי החבר היווה תנאי לקבלת שירותי בריאות, ואי תשלום דמי החבר במועדם יכול היה להביא להגבלת השירות הרפואי. מלבד לבעייתיות הכרוכה בהכנסת שיקולים פוליטיים זרים לתחום הבריאות האוניברסלי, תלות זו בארגוני עובדים הובילה גם לשונות משמעותית בפרופיל הדמוגרפי והסוציו-אקונומי של המבוטחים בין הקופות השונות ובכך גם לשונות ניכרת במצבן הכספי: חברי "מכבי" נהנו מהכנסה גבוהה בכ-19% ממוצע האוכלוסייה ואילו הכנסתם של מבוטחי "כללית" ו"לאומית" הייתה נמוכה בכ-7% מהממוצע. חברי "כללית" היו מבוגרים יותר, כאשר 13.1% ממבוטחי "כללית" היו מעל גיל 65 לעומת 4.9% ב"מכבי". כתוצאה מכך ממוצע ההכנסה מדמי החבר שנתקבל ממבוטחי כללית ולאומית היה נמוך משמעותית מזה שנתקבל ממבוטחי מאוחדת ומכבי [2]. זאת ועוד: ההכללה האוטומטית (ללא חיתום) של עובדים מאוגדים בקופות החולים הכללית והלאומית, בעוד שהקופות מכבי ומאוחדת יכלו לברור את המטופלים ה"כדאיים" ביותר (קרי, צעירים, בריאים ובעלי הכנסה גבוהה), יצרה תופעה של "גריפת שמנת" והחמירה עוד יותר את אי ההתאמה בין משאבי הקופות לבין העלויות שהושתו עליהן. בעיה זו הוקצנה סביב גלי העלייה של שנת 1990 [3].

בקום המדינה אחד ממבחני התמיכה לקופות החולים היה פיזור הסניפים בחבלי הארץ השונים, מה שהביא לריבוי סניפים קטנים ומעוטי מבוטחים בישובים קטנים ברחבי הארץ, תוך יצירת מעמסה ניכרת על הקופות, כפילויות ובזבוז משאבים. תופעות אלו בחלקן קיימות עד היום. לצד התקצוב שנבע מדמי החבר, מעת לעת

נזקקו הקופות לתמיכה כספית ממשלתית. זו הגיעה כאמור על בסיס וולונטרי ולא סטטוטורי, באופנים שונים והייתה מושפעת משיקולים לאומיים שונים, ולעתים גם משיקולים פוליטיים פסולים. תקצוב זה לא הצליח להביא את הקופות לאיזון תקציבי, והן נזקקו לתכניות הבראה חוזרות ונשנות.

משבר כלכלי עמוק בקופת חולים כללית

קופת החולים הגדולה בארץ הייתה "הכללית", אשר סיפקה שירותים לכשני שלישים מכלל המבוטחים, אך לכ-80% מהקשישים. כפי שתואר לעיל, קופה זו מלכתחילה הייתה נתונה בקשיים כלכליים ניכרים אשר נבעו בין היתר מההכנסה הנמוכה לנפש מכל אחד מהמבוטחים, מהעלויות הגבוהות לנפש אשר נבעו מהפרופיל הדמוגרפי והסוציו-אקונומי של מבוטחיה, ולתופעת "גריפת שמנת" מצד קופות מתחרות. הקופות, ובפרט קופ"ח כללית, נזקקו למענקי איזון ותכניות הבראה בתכיפות הולכת ועולה. ערב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עמד החוב של הכללית על 2.5 מיליארד ש"ח[2]. החשש לאיתנותה של הקופה הגדולה בארץ היה כה ממשי עד שב-1993 הוכנה תכנית חירום להפעלתה באמצעות מפרק, תכנית שלא הופעלה בזכות חתימה על תכנית הבראה נוספת בשנת 1993 (שהחזיקה מעמד כשנה בלבד).

מיקוד יתר של משרד הבריאות באספקת שירותי בריאות על חשבון ראייה מתכללת

ערב החוק עסק משרד הבריאות באספקת שירותי בריאות במישרין לאוכלוסייה, בהיקף אשר יצר מיקוד יתר בפעילות זו על חשבון תפקידו המיניסטריאלי כרגולטור המאסדר את מתן השירותים במבט על. זאת ועוד, פעילות זו הכניסה אותו לניגוד עניינים מול יתר קופות החולים, אותן הוא מאסדר אך בד בבד מולן הוא "מתחרה" באספקת השירותים[1,2].

"הָבו לָכֶם אֲנָשִׁים חֲכָמִים וְנְבִנִים וַיִּדְעוּם לְשִׁבְטֵיכֶם" (דברים א', 13)

לאור כל אלו, החליטה בשנת 1988 הממשלה בראשותו של יצחק שמיר על הקמת ועדת חקירה - ועדת נתניהו. ועדה זו הוגדרה כוועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות על כלל היבטיה (ובכך גם הקפיאה בפועל את פעילותן של ועדות נוספות כגון ועדת טריינין וועדת נגן שהיו פעילות באותה עת). הוועדה מנתה את שופטת בית המשפט העליון שושנה נתניהו; פרופ' שמואל פנחס ופרופ' מרדכי שני (מנהלי בתי החולים "הדסה" ו"שיבא", בהתאמה);

פרופ' דב טשרניחובסקי, כלכלן בריאות מאוניברסיטת בן גוריון; ופרופ' אריה שירום, מומחה ליחסי עבודה מאוניברסיטת תל-אביב.

לעומת מספר ועדות קודמות שעסקו במבנה מערכת הבריאות, ייחודה של ועדה זו היה בכך שחקרה את המערכת על כלל היבטיה החברתיים, הכלכליים והרפואיים, ובכך שלא עסקה רק בחקר כשלי העבר אלא גם בהמלצות על מהלכים לעתיד[2]. נוסף על כך, המלצותיה היו מבוססות על שינויים מבניים ולא לגופו של אדם. עבודת הוועדה נמשכה כשנתיים במהלכן התחלפו שתי ממשלות ושלושה שרי בריאות. חברי הוועדה שמעו כ-350 עדים ומילאו כ-11,000 עמודי פרוטוקול. מסקנתה העיקרית של ועדת נתניהו הייתה שמערכת הבריאות שרויה במשבר מתמשך הנובע מאי התאמה בסיסית של מבנה מערכת הבריאות לצורכי האוכלוסייה, ועל כן לא יהיה די בתיקונים נקודתיים אלא יהא צורך בשינויים יסודיים ומהפכניים במבנה המערכת על כלל היבטיו. בעוד שבדוח הוועדה הופיעו המלצות רבות לשינויים, ניתן לסכם כי לוועדת נתניהו היו שלוש המלצות עיקריות[4]: חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תאגוד בתי החולים, וטיפול בכפל התפקידים של משרד הבריאות. ראוי להזכיר כי בין המלצות הוועדה היו גם שתי הצעות שלא התממשו: ראשית, הוועדה המליצה על יצירת רשויות בריאות ממלכתיות (לא רשות ממשלתית), בחלוקה אזורית, שתהיינה אחראיות על קופות החולים באזורן. רעיון זה לא נתקבל כלל ועיקר בידי שרי הבריאות שמימשו את המלצות הוועדה; שנית, הוועדה המליצה על הפעלת רפואה פרטית במסגרת המערכת הציבורית (בבחינת "הרע במיעוט"), על מנת להלבין ולרתום את הרפואה השחורה שהתקיימה כבר בפועל במערכת הציבורית ולמצות את המשאבים הקיימים במערכת הציבורית עד תומם. רעיון זה עבר מספר גלגולים ואף ניסיונות מימוש שונים, אולם למרות דיון ציבורי ער בנושא, הוא עדיין שרוי במחלוקת.

בפועל, ההיתר להפעלת רפואה פרטית (שר"פ, או בהגדרתו המצומצמת - בחירת מנתח) בבתי חולים ציבוריים מתקיים כיום רק במסגרת בתי החולים הציבוריים בירושלים ואסור ביתר חלקי המערכת הציבורית. ההמלצות שהופיעו בדו"ח הוועדה מ-1990 התקבלו בתגובות מעורבות, כאשר תגובות צוננות התקבלו מצד שחקנים רבים במערכת שחששו מפגיעה בתחומי אחריותם, באוטונומיה שלהם ובכוחם הפוליטי[2]. בפרט, את ההצעה לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ליוו התנגדויות עזות (כפי שהיה גם בניסיונות חקיקה קודמים) מצד משרד האוצר וההסתדרות הכללית. הראשון חשש מההשלכות התקציביות של עיגון הזכאות לשירותי בריאות בחוק, והשנייה פחדה מפגיעה אנושה בכוחה הפוליטי. מסקנות הוועדה הוגשו לשר הבריאות החדש אולמרט, אשר מינה בתורו ועדה חוץ-משרדית ליישום ההמלצות,

אם כי אלו התעכבו בין היתר עקב תמורות אזוריות ופוליטיות. ב-1992 עם השבעת הממשלה החדשה, מיקד שר הבריאות החדש רמון את המאמץ בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ויישומו, ואכן החוק נחקק ביוני 1994 ונכנס לתוקפו בינואר 1995 תחת שר הבריאות הבא, אפרים סנה.

"חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" (סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי)

חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד נחשבת כמאורע היסטורי בדברי הימים של מערכת הבריאות בישראל. החוק הביא עמו מספר שינויים משמעותיים באופן התנהלותה של מערכת הבריאות: עדכון מנגנון התקצוב והפעילות של קופות החולים, תוך טיפול במרבית כשלי השוק אשר הובילו למשברים התקציביים החוזרים ונשנים בקופות טרם החוק (ברירת מטופלים, הבטחת בסיס תקצוב מותאם למצב דמוגרפי, סוציאקונומי ורפואי - נוסחת הקפיטציה); מנגנון עדכון תקציב אוטומטי; ולבסוף, ניתוק הזיקה בין יכולת כלכלית של המבוטח ובין קבלת טיפול (בהתאם להצדקה רפואית) מחד, והבטחת כספים ייעודיים ("צבועים") למערכת מאידך. בעוד שחלק נכבד ממרכיבי החוק היה כלול בהצעות חוק קודמות ו/או במסקנות של ועדות אשר קדמו לוועדת נתניהו, חוק ביטוח בריאות ממלכתי בלט ביכולתו לשלב את כל ההצעות הללו לרפורמה מהותית ומשולבת.

נעמוד כעת על עיקרי החוק והשינויים שהביא עמו

חובת הביטוח וניתוק הזיקה בין יכולת כלכלית ובין הזכות לקבל שירותי בריאות

בסעיף 3 א' לחוק^[5] נקבע כי "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר". בהמשך מגדיר החוק בסעיף 4א כי "תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים לפי בחירתו". למרות ניסיונות מרובים שהחלו עוד לפני קום המדינה (לרבות 15 הצעות חוק פרטיות וממשלתיות), חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד היה זה שהגדיר לראשונה בחוק כי המדינה, באמצעות קופות החולים, אחראית על אספקת שירותי הבריאות לתושביה, וכי חלה חובת ביטוח על כל תושביה. החלת החוק על תושבי המדינה ולא רק על אזרחיה טומנת בחובה משמעות ערכית רחבה ומגלמת היטב את העקרונות ההומניסטיים אשר עומדים בבסיס החוק. נוסף על כך, חב"מ הגדיר את מקורות המימון למערכת (כפי שיפורט להלן), וניתק את הזיקה בין חובת התשלום (לפי סעיף 14 לחוק) לבין הזכות לשירותי בריאות. בכך, הובטחה זכותם של כל תושבי המדינה לשירותי בריאות

ללא תלות בנתונים אישיים כגון: דמוגרפיה, מצב סוציאקונומי, השתייכות פוליטית, ארגונית או אחרת.

העברת הגבייה מקופות החולים לביטוח הלאומי

בסעיף 15 לחוק הוגדר כי את דמי ביטוח הבריאות ייגבה המוסד לביטוח לאומי במקביל לגביית דמי הביטוח הלאומי, ותיפסק הגבייה הישירה על ידי קופות החולים (למעט לעניין השתתפות עצמית ותשלומים נוספים). העברת הגבייה לידי המוסד לביטוח לאומי תרמה לניתוק הזיקה בין תשלום דמי ביטוח בריאות ובין הזכות לשירותי בריאות; הוזילה את עלויות הגבייה; העלתה את שיעור הגבייה; הפכה את מס הבריאות לפרוגרסיבי יותר והפחיתה את הפוליטיזציה של הקופות. בתחשיב שבוצע לאחר השינוי, נמצא כי כשני שלישים מהאוכלוסייה הוציאו פחות על ביטוח בריאות לעומת הסכום שהוציאו כאשר הגבייה הייתה ישירות על ידי קופות החולים [2].

ניתוק הזיקה בין קופות החולים וארגוני העובדים

בסעיף 4 ג' לחוק נכתב כי "קופת חולים תקבל כל תושב שבחר להירשם בה, לא תגביל את רישומו ולא תתנה אותו בתנאי או בתשלום כלשהו". בהמשך גם נאסר על מעסיקים להתנות את העסקתו של עובד בחברות בקופה זו או אחרת. בכך הביא החוק מהפכה של ממש, יצר ניתוק מוחלט של הבריאות מההיבט הפוליטי, והפך אותה למצרף לאומי המסופק לכל תושבי המדינה, ללא תלות בהשתייכותם או ביכולתם הכלכלית. זאת, מתוך הבנה ואמירה שבריאות הינה זכות יסוד שאינה תלויה בדבר¹, וכי מדובר בדיסציפלינה שמצריכה התייחסות מבודדת ללא שילוב עם אינטרסים לאומיים אחרים.

1 שאלת מעמדה של הזכות לבריאות נדונה בהרחבה ע"י בית המשפט בפרשת לוזון. השופטת (כתוארה אז) ביניש עמדה 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". בין הזכויות האלו מנתה השופטת ביניש את הזכות להגדר הפליה בגישה לטיפול רפואי. 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 יסוד: כבוד האדם וחירותו". 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 הפסיקית לזכות הנדונה מחייבת הליכה זהירה ומתונה".

קביעת הסבירות

בסעיף 3 ד' לחוק נכתב כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים". החוק בחר להסתפק באמירה מעורפלת זו על מנת להימנע מיצירת אילוצים תקציביים נוקשים ומחייבים, אך סעיף זה שימש כבסיס לפרשנות רחבה בידי בתי המשפט בבואם לבחון טענות קונקרטיים של מבוטחים שונים. ראוי להזכיר החוק המקורי קבע כי ועדה שתמונה סביב מועד חקיקת החוק תפרט ותגדיר מהם מרכיבי הנגישות, זמינות ואיכות דה-פקטו - ברם זו בוטלה זמן מה לאחר הקמתה מבלי שהגישה את המלצותיה. בחוק ההסדרים לשנת 1997 נסגר סופית הגולל על הניסיון להגדיר פרטנית את סף הסבירות והוחלט להותיר את הנוסח הנוכחי במקומו כאשר ההתייחסות לועדה הוסרה מנוסח החוק^[2,6]. במצב הדברים הנוכחי, אין הגדרה לסבירות, וקיימים פערים בנגישות ובזמינות שירותים שונים בין פלחי אוכלוסייה שונים ובין המרכז לפריפריה.

חופש הבחירה

בסעיף 4 לחוק שנסקר לעיל, הפך חב"מ את יחסי הכוחות, והגדיר כי למבוטחים זכות בחירה מלאה לגבי קופת החולים המבטחת (וכן הזכות לעבור ביניהן), בעוד שלקופות החולים לא ניתנה כל אפשרות לסינון מבוטחים על בסיס רפואי, ארגוני, כלכלי או אחר. עיקרון זה הביא מזור לתופעת "גריפת השמנת" שהייתה רווחת ערב חקיקת החוק. בנוסף, חופש בחירה זה אפשר תחרות פתוחה בין הקופות לגבי גיוס ושימור מבוטחים, אשר תרמה בתורה לאיכות הטיפול הרפואי והשירות למבוטחים (שכן לא מתקיימת תחרות לגבי המחיר - המוגדר כמס בריאות).

לצד הזכות לחופש בחירה בקופת חולים, החוק לא מבטיח חופש בחירה לגבי ספקי השירותים בפועל: בסעיף 23 א' לחוק מוגדר כי "חבר בקופת חולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו ועבור ילדו הרשום בה מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה", כלומר בכפוף להסדרי בחירה הנהוגים בכל קופה.

זאת בהתאמה גם להמלצות ועדת נתניהו, לפיהן מחירי השירותים ייקבעו במו"מ ישיר בין קופות החולים לבין הספקים השונים, ללא התערבות ממשלה למעט במקרים של כשלי שוק כגון שוק מונופוליסטי או מונופסוני. לגבי הסדרי

הבחירה עצמם, הוגדר בסעיף 23 ב' כי הם יובאו לידיעת שר הבריאות אך לא במפורש דורשים את אישורו. נושא זה עבר הסדרה מסוימת בהנחיות משרד הבריאות במרוצת השנים אך במהותו נותר שנוי במחלוקת עד היום.

הגדרת סל השירותים

בסעיפים 6 ו-7 לחוק, הוגדר לראשונה סל שירותי בריאות אחיד לכלל המבוטחים במדינת ישראל. בכך בוטלה השונות בהגדרת הסל הבסיסי בין הקופות והשונות בתנאים ובמנגנונים לאישור החריגים בכל קופה וקופה. כסל ראשוני נקבע סל הבריאות שהיה נהוג בקופת חולים כללית בעת חקיקת החוק[5]. בסעיף 8 מאפשר החוק לשר הבריאות לעדכן את סל שירותי הבריאות, אך זאת רק תוך הבטחת מקורות תקציביים ראויים. ראוי לציין כי חלק מן התחומים נותרו באחריות ישירה של משרד הבריאות ("התוספת השלישית" - ראה להלן), ואילו נושאים כגון רפואת השן, שירותי סיעוד, אביזרים רפואיים שונים וכיו"ב נותרו מחוץ לתכולת החוק ותלויים במימון פרטי בלבד.

הקצאת מקורות בהתאם לנוסחת הקפיטציה ותמיכה ממשלתית בעלויות סל השירותים

כאמור, החוק הגדיר לראשונה כי המדינה נושאת באחריות למימון שירותי הבריאות לתושביה. בכך הובטח מעבר מתמיכה מעת לעת על בסיס מצבן הכלכלי של הקופות השונות, המצב המאקרו-כלכלי במשק ושיקולים פוליטיים שונים - לנוסחת חלוקה מוגדרת וברורה הלוקחת בחשבון את העלויות הצפויות לכל אחת מן הקופות.

בסעיף 13 הגדיר החוק את מקורות המימון לשירותי הבריאות לרבות דמי ביטוח בריאות, תקבולי ביטוח לאומי, תקציב משרד הבריאות לעניין השירותים המנויים בתוספת השלישית (ראה להלן) ותקבולי המס המקביל כל עוד היה בתוקף. לצד זאת, בסעיף זה נכתב "סכומים נוספים מתקציב המדינה... אשר ישלימו את מימון עלות הסל לקופות". בכך נקבע במפורש כי המדינה נדרשת להשלים את הפער האינהרנטי בין תקבולי מס הבריאות והמס המקביל לבין עלויות הסל כפי שיוגדרו בחוק. נכון לשנת 2016, השלימה המדינה ממקורותיה כ-45% מעלויות הסל[7].

החוק מגדיר עוד בנוסחו המקורי כי כל הפעילות לפי החוק תהיה תחת מסגרת תקציבית סגורה: סעיף 20 לחוק קובע כי "התקבולים ממקורות המימון המפורטים

בסעיף 13 ישמשו אך ורק למטרות אלו...", כלומר המימון הייעודי (מס בריאות, המס המקביל, השתתפות המדינה בעלות הסל ותקבולים נוספים) ישמש אך ורק למטרות מימוש החוק, ולצד זאת כל שינוי בתכולת הסל מחד או במנגנוני הגבייה מאידך מחייבים שמירה על מסגרת תקציבית פנימית. למשל, בסעיף 8ה, "לא ייוסף שירות לסל שירותי הבריאות... אלא אם כן נמצא לכך מקור מימון נוסף". נוסח דומה מופיע בסעיפים שונים לאורך החוק. עיקרון זה נשמר גם ביחס לקופות החולים עצמן: לפי סעיף 32ב, "קופת החולים תיתן את שירותי הבריאות לפי חוק זה באופן שהוצאותיה בתקציב הרגיל בכל שנה לא יעלו על הכנסותיה". בנוסף לכל אלו, מגדיר החוק בסעיף 17 את העקרונות לפיהם יחולקו המקורות הכספיים בין קופות החולים השונות, ומתווה כי יש לתקן את מספר האנשים בכל קופה לפי גיל, ריחוק גיאוגרפי ואמות מידה נוספות כפי שיקבע שר הבריאות. קביעות אלו הן למעשה הבסיס החוקי לנוסחת הקפיטציה הנהוגה כיום מתוקף התקנות הנלוות לחוק. נוסחת הקפיטציה בישראל מצומצמת יחסית ומתחשבת בגיל, מין ומקום מגורים בלבד, לצד תוספת תקציבית ייעודית לפי מספר הנפשות החולות ב"מחלות קשות", ועד היום מתקיים דיון ער בשאלה האם אין מקום להכניס משתנים נוספים לתוכה כדי לשפר את יכולתה לנבא את העלויות הריאליות הצפויות לקופות. ועדה ייעודית לעדכון נוסחת הקפיטציה מתכנסת מדי מספר שנים ונמצאת גם כעת בדיונים מתקדמים[8]. הנושא נדון גם, בין היתר, בכנסים המלח השישי[9].

עדכון עלות הסל

בסעיף 9 לחוק המקורי הוגדר המונח "עלות הסל", אשר מגלם בתוכו את עלויות אספקת כל שירותי הבריאות כפי שפורטו בחוק. עוד נקבע בסעיף 9 כי עלות הסל תקודם באופן אוטומטי לפי מדד יוקר הבריאות (המפורט בתוספת החמישית לחוק) וכי שרי הבריאות והאוצר רשאים (אך לא חייבים) לעדכן את עלות הסל כתוצאה משינויים דמוגרפיים. ראוי להזכיר כי מדד יוקר הבריאות אינו מייצג באופן הולם את ההתייקרויות בעלויות במערכת - כדוגמה, מאז 1995 ועד לשנת 2016 עלה מדד יוקר הבריאות ב-97.5% בעוד מדד תשומות הבריאות עלה ב-121% ומדד מחיר יום אשפוז עלה ב-164% [7]. בפועל, בעוד העדכון לפי מדד יוקר הבריאות מתבצע באופן שנתי כפי שהתווה החוק, מבנה המדד עצמו מתעדכן בתדירות נמוכה הרבה יותר, מתוך הכרה, כך שלעיתים נוצרים פערים בין הקיים לנדרש לאורך שנים. באשר לעדכון הדמוגרפי - בהתאם להחלטת ממשלה מ-2014, נקבע כי המדד הדמוגרפי יתעדכן בהתאם לגידול האוכלוסייה בפועל, אך ללא התייחסות להזדקנות האוכלוסייה[10]. ככלל, מקדמי העדכון ותדירות העדכון נותרו סוגיות שנויות במחלוקת. נושא זה

עלה לדיון חוזר בשנת 2012 בעקבות "בג"צ הקופות"[11] אך בהמשך ירד מסדר היום הציבורי. הטענה בעד עדכון אוטומטי הינה שלהבדיל מענפים אחרים במשק, תכולת סל השירותים מוגדרת בחוק ולכן ראוי שגם בסיס התקצוב למימושה יהא מוגדר מראש (כאמור מדובר על שמירת ערכו של התקציב ולא על תוספת מקורות). טענת הנגד לעדכון אוטומטי של עלות הסל הינה ששמירת המערכת במצב חוסר תמידי הינה כלי הכרחי בריסון ההוצאות הלאומיות על בריאות, וכי לא נכון לכבול את ידי הממשלה בבואה להקצות תקציב על פי סדרי עדיפויות לאומיים. למרות מספר ניסיונות שהחלו מעת חקיקתו של חב"מ ועד היום, כולל פנייה לערכאות מצד קופות החולים והקמת מספר ועדות בדיקה, טרם הוסדר מנגנון עדכון תשומות המקובל על קופות החולים. מצב זה גם מביא ליצירת מצב גרעוני מתמשך בקופות החולים[12], גרעונות אשר מאוזנים בהסכמי ייצוב תלת שנתיים מול משרד האוצר, כאמצעי לוויסות הוצאות וקידום רפורמות בידי הממשלה. נוסף על אלו, כמעט בכל השנים מאז 1997 מתקיים הליך עדכון הסל לרכיב טכנולוגי ("ועדת הסל"), אשר מתקיים מכוח החלטת ממשלה במסגרת התקציב ולא בחקיקה ראשית מחייבת. התקציב העומד לרשות הוועדה נקבע במו"מ בין משרד האוצר למשרד הבריאות ולא נקבע באופן מובטח כסכום או כאחוז קבוע מתקציב הבריאות, ואכן מתאפיין בתנודתיות[7].

הגדרתן של קופות חולים

פרק ו' לחוק דן בקופות החולים ומתמקד בהגדרת קופת החולים, תנאי קבלת רישיון וכיו"ב. החוק הגדיר כי ארבע קופות החולים שפעלו ערב החוק יוכרו אוטומטית, והגדיר את התנאים להכרה בקופות חולים נוספות. במרוצת השנים, התבהר כי הסבירות להצטרפות קופות נוספות נמוכה עד מאד.

הפיקוח על קופות החולים

בסעיף 26 לחוק הוגדר כי כל קופה חייבת בתקנון, אשר טעון את אישור השר בעת ההכרה בקופה. באשר לקופות שהיו קיימות ערב החוק, נקבע כי עליהן לאשר את תקנוניהן תוך תקופה מוגבלת - אך אישורים אלו לא התקבלו, היות ולדידם של שרי הבריאות מאז חקיקת החוק, תקנונים אלו לא ענו על הנדרש מהם בחב"מ[2]. ההיתר לפעול ללא תקנון מאושר הוארך מעת לעת, ובפעול תקנוני 3 מן הקופות אושרו רק לאחרונה, למעט "מכבי שירותי בריאות" אשר תקנונה טרם אושר. בנוסף, הגדיר החוק בסעיפים 29-37 את הקופות כגופים מבוקרים, וקבע כי היבטים מסוימים בפעילות קופות החולים טעונים את אישור שר הבריאות. אלו כללו פעילות פיננסית,

תקציבי פיתוח ותקציבי שיווק. החוק הגדיר בסעיף 37 "ארגז כלים" לאכיפה בו יכול להשתמש השר כנגד קופה ונושאי תפקידים בכירים בה, לרבות הגבלת מספר המצטרפים לקופה, מינוי חשב מלווה, דרישה לכינוס דירקטוריון, כינוס ועדה בודקת, השעיית המנהל והבאת בעל תפקיד במקומו, הגשת תביעה כנגד נושאי תפקיד בקופה ובדירקטוריון ואף ביטול ההכרה בקופה ופיזור חברה בין הקופות האחרות. בפועל, במרבית הסמכויות הללו מעולם לא נעשה שימוש.

התוספת השנייה והשלישית

שירותי הבריאות שהאחריות לאספקתם מצויה בידי קופות החולים מנויים בתוספת השנייה לחוק ומתעדכנים מעת לעת; מטעמים היסטוריים, הוחלט כי את השירותים שסיפקה המדינה ערב חקיקת החוק, המנויים בתוספת השלישית (ובפרט: שירותי בריאות הנפש ותחלואה כפולה, אשפוז גריאטרי-סיעודי, מכשירי שיקום וניידות), ורפואה מונעת אישית, לרבות תכנית חיסוני השגרה והתחנות לבריאות האם והיילוד), תמשיך המדינה לספק בעצמה. בין היתר, המליצה ועדת נתניהו להעביר את שירותי הגריאטריה, בריאות הנפש, רפואת השיניים ובריאות הציבור לאחריותן של קופות החולים[4]. מנוסח החוק המקורי משתמע כי אכן תוכנן להעביר שירותים אלו לאחריות קופות החולים בשלב מאוחר יותר, מתוך הרצון לרכז את שירותי הבריאות לפרט בידי גורם אחד ובכך לשפר את רצף הטיפול מחד ולפטור את משרד הבריאות מהצורך לעסוק באספקת שירותי פרט מאידך. עם זאת, בשנת 1997 נחקק תיקון לחוק שזנח למעשה תכנית זו והותיר את שירותי התוספת השלישית באחריות משרד הבריאות[13], וזאת מחשש שהעברת תחומים אלו לקופות החולים עלולה לדרוש משאבים רבים. היוותרות שירותים במסגרת התוספת השלישית בעייתית ממספר טעמים: מלבד המורכבות הלוגיסטית והבירוקרטית הכרוכה בכך, התוספת השלישית נתונה לקיצוצי תקציב עיתיים ואינה כפופה לעדכון אוטומטי מדדי/דמוגרפי/טכנולוגי כמו השירותים המנויים בתוספת השנייה. בנוסף, קיים חוסר בהירות בחלוקת התחומים, למשל: בעוד שחיסוני שגרה ניתנים כחלק מהתוספת השלישית, שירותי בדיקות סקר (המהווים גם הם רפואה מונעת) מבוצעים כחלק מהתוספת השנייה. לצד כל זאת, עדיין קיימת מחלוקת האם נכון יהיה להעביר במלואם את כל שירותי הרפואה המונעת לאחריות קופות החולים. הנושא נדון, בין היתר, בכנס ים-המלח השלישי שעסק בתוספת השלישית[14]. כצעד ראשון, ב-2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בבריאות הנפש שהעבירה הלכה למעשה את תחום בריאות הנפש מן התוספת השלישית אל התוספת השנייה (קרי, לאחריות קופות החולים), בעוד

שיתר הסעיפים נותרו בתוספת השלישית ומסופקים עד היום ישירות על ידי משרד הבריאות[15,16].

מיצוי זכויות ופתרון מחלוקות

לאור הגדרתה בחוק של הזכות לבריאות כזכות בסיסית, הוגדרו בחוק גם מספר מנגנונים לבירור תובענות של התושבים בסוגיות אלו, החל מפנייה ישירה לקופות החולים, עבור בהגדרתו הסטטוטורית של נציב קבילות הציבור לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכלה בהגדרתו של בית הדין לעבודה כערכאה הרלוונטית לדון בתביעות הנוגעות לחוק זה. המציאות מראה כי לאורך השנים היקף התביעות לעניין חב"מ היה נמוך יחסית (מאות בודדות של פניות בשנה), ויש הרואים בכך משום עדות על ישימותו של החוק מחד ועל יעילותם של מדרג מנגנוני בירור המחלוקות מאידך[2].

הקמת מועצת הבריאות

בפרק י"א לחוק הוקמה לראשונה מועצת הבריאות, בראשותו של שר הבריאות. החוק גם הגדיר במפורש את מטרותיו של גוף זה, אשר עיקרן להוות גוף מקצועי ומייעץ למשרד הבריאות לעניין הסוגיות השונות הכרוכות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובפרט סוגיות ערכיות, תקציביות ומנהליות, וכן לערוך סקרים ולאסוף מידע החיוניים לצורך פעילות המשרד בהתאם לחוק זה. בהמשך, ביוני 1995, הוחלט מכוח סעיף זה ומטעם מועצת הבריאות לבחור במכון לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות כגוף המבצע של משימות אלו, והמכון הינו (בין היתר) הגוף היוזם והמארגן של כנסי ים המלח לדורותיהם[17].

תיקונים לחוק מאז חקיקתו

מאז חקיקת חב"מ ועד 2019 חוקקו 63 תיקונים לחוק[18], אשר ביצעו מספר רב של שינויים בתוכנו. חלק מן התיקונים היו תיקונים ישירים לחוק וחלקם בוצעו כחלק מחוקי ההסדרים השנתיים, כאשר פרק הבריאות הלך ותפס חלק משמעותי יותר ויותר בחוקי ההסדרים[1]. היקף השינויים הלך והצטמצם עם השנים, כאשר שני "גלי" התיקונים העיקריים היו בשנים 1997-1998 ובשנים 2007-2008 [5,6,13,19]. לעתים שינויים אלו היו טכניים בעיקרם ולעתים היוו התיקונים שינוי מהותי בחקיקה המקורית. נעמוד כעת על השינויים העיקריים לנוסח המקורי:

שינויים בהיקף הסל, התוספת השלישית ובפרט הרפורמה בבריאות הנפש

עם חקיקת החוק המקורי, נועדו כאמור השירותים המנויים בתוספת השלישית לעבור לאחריות קופות החולים תוך מספר שנים. בחוק ההסדרים לשנת 1997 הוגדר כי האחריות לאשפוז בריאות הנפש ואשפוז סיעודי יותרו בידי משרד הבריאות, ובהמשך נזנחה הכוונה להעבירם לאחריות קופות החולים[13]. כמו כן, נקבע כי האחריות למימון הטיפול ביולדות ויילודים תועבר ליד המוסד לביטוח לאומי כפי שהיה טרם החוק. לבסוף, בשנת 2015 ולאחר שנים רבות של ניסיונות, הצליחה מדינת ישראל לבצע רפורמה משמעותית במערכת בריאות הנפש, במסגרתה הועברה האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש מן המדינה אל קופות החולים (קרי, מן התוספת השלישית אל השנייה). בכך לראשונה חסה גם נושא בריאות נפש תחת סל שירותי קופות החולים המחייב, במשולב עם יתר היבטי הטיפול הרפואי, במרחק ובאיכות סבירים, ועל בסיס תקציבי ראוי. בנוסף להיבטים אלו, נועדה הרפורמה "לחבר" את שירותי בריאות הנפש ולהפכם לחלק אינטגרלי מן הטיפול הרפואי ובכך להפחית מעט מן הסטיגמה הכרוכה בקבלתם[20]. ראוי לציין כי העבודה הכרוכה ברפורמה זו טרם הסתיימה, ולמרות העלייה בהיקף הזוכים לשירותי בריאות הנפש בעקבות הרפורמה, נכון לשנת 2017 עדיין קיימים זמני המתנה ארוכים ובלתי אחידים לטיפול בבריאות הנפש[15,20]. מלבד רפורמה משמעותית זו, בוצעו עוד מספר שינויים קטנים יותר בהיקף התוספת השלישית, ועיקרן הכללת בדיקות לזיהוי נגיף ה-HIV ושינויים בספקטרום שבין אשפוז סיעודי לסיעודי-מורכב.

הרפורמה בבריאות השן

בנוסח המקורי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994, נותרו שירותי בריאות השן מחוץ לסל השירותים, כך שהטיפול הדנטלי מומן בלעדית מכיסם של התושבים אשר יכלו להרשות זאת לעצמם. בשנת 2010 נחקק תיקון מס' 50 לחוק אשר הכליל את שירותי בריאות השן בסל השירותים^[21], תחילה עבור ילדים ובהמשך, החל משנת 2019, גם עבור מבוגרים מעל גיל 75.

העברת האחריות לנפגעי תאונות עבודה ותאונות דרכים לידי קופות החולים

לאורך השנים, ובנוסף על העדכונים הטכנולוגיים של סל השירותים, הורחבה אחריותן של קופות החולים במספר תחומי שירות חדשים. כך לדוגמה, האחריות לטיפול בנפגעי תאונות עבודה ותאונות דרכים. שינויים אלו יש בהם כדי להשפיע הן על היקף עלות הסל ומגננוני ההקצאה בחוק והן על דפוסי ההתחשבות מול המממנים השונים. הלכה למעשה, נדמה כי לאורך השנים הרחבת האחריות הביטוחית של קופות החולים הובילה להכבדה כלכלית משמעותית, וזאת מבלי שניתן לכך ביטוי תקציבי הולם.

סוגיית הטיפול ביישובי הפריפריה והספר

בשנת 1998 נוסף תיקון לחוק לפיו חל איסור על הפעלת יותר ממרפאה אחת ביישוב בן פחות מ-5,000 תושבים, וכי בחירת הקופה אשר תפעיל את המרפאה תהיה בידי שר הבריאות בהליך מרכזי^[6]. תיקון זה לבסוף הוסר בחוק ההסדרים של שנת 2007 והומר לגרסתו הנוכחית, לפיה "קופת חולים המפעילה מרפאה ביישוב שאוכלוסייתו אינה עולה על 10,000 תושבים, תיתן במרפאה שירות רפואי גם לחברי קופת חולים אחרת שאינה מפעילה מרפאה באותו יישוב". הנימוק לשינוי היה כי במצב הקודם "... הוראה זו מטילה למעשה את היוזמה לפתיחת מרפאות קופ"ח ביישובים קטנים על משרד הבריאות, מטלה החורגת מתפקידיו המסורתיים של המשרד כגורם הממונה על אכיפת חב"מ"^[19,22]. כאמצעי למניעת כפילויות בין הקופות, התווסף לחוק סעיף 32, לפיו הוצאות הקופות להקמת מרפאות טעונות אישור שרי הבריאות והאוצר.

ראוי לציין כי במתכונתו הנוכחית של החוק ניתן מענה רק לסוגיית הרפואה הראשונית (רפואת משפחה, נשים וילדים), וממילא ברוב המוחלט של המקרים סעיף זה בחוק אינו ממומש, ולא ניתנים בפועל שירותי רפואה על ידי קופה אחת למבוטחי קופה אחרת. זאת, הן משיקולי הקופה "המבקשת" (שלא רוצה לחשוף מבוטחיה לספק

מתחרה ולהיתפס בעצמה כנזקקת) והן משיקולי הקופה "המעניקה" (שלא רוצה להעניק שירותי רפואה לחברי קופה אחרת על חשבון חבריה היא).

סוגיות כלכליות

בחוק ההסדרים לשנת 1997 הוכנסו מספר תיקונים לחוק ולחקיקה הנלווית לו אשר נגעו לסוגיית תקצוב הסל והליכי ההתחשבות בין הגופים השונים במערכת הבריאות: הוגדרו דפוסי ההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים (Capping ו-Alpha כהליך מנדטורי וכן מעבר מ-Hard Capping ל-Soft Capping) [2,13], כאשר בהמשך בשנת 2007 הוגדרו הוצאות מינימום בין קופות חולים לבתי חולים, כדי להבטיח את איתנותם הפיננסית של נותני השירותים. בנוסף, הוגדר הקידום האוטומטי של התשלום עבור הסל לפי מדד יוקר הבריאות (בנוסף לקביעה בחוק המקורי לפיה עלות הסל תקודם לפי מדד זה).

עוד בשנה זו בוצעה הפרדה בחוק בין "עלות הסל" ובין "עלות הסל לקופות", כך שבעוד עלות הסל לקופות מתעדכנת לפי הנוסחאות המוגדרות בחוק, עלות המרכיבים הנוספים (קרי, השירותים המנויים בתוספת השלישית) נותרו ללא מנגנון עדכון קבוע זולת תקציב המדינה.

בשנת 1998 אושרה לקופות החולים גביית דמי השתתפות עבור שירותים שונים [6] (כולל ביקור אצל רופא ראשוני), הן למטרת צמצום צריכה עודפת ("Moral Hazard") והן במטרה להגדיל את המשאבים הזמינים לקופות ולצמצם את גרעון של הקופות בעת זו, אם כי נקבעו במקביל מספר הנחות לקבוצות אוכלוסייה שונות (חלקן בוטלו בחוק ההסדרים לשנת 2002) [23]. כנגד גביית דמי השתתפות עצמית קמה טענה לפיה הדבר הופך את תשלומי הבריאות לרגסיביים, ובנוסף יותר מאשר מצמצם צריכה עודפת בקרב אוכלוסיות "חזקות" - מצמצם צריכה נחוצה בקרב אוכלוסיות "חלשות" [1].

ביטול המס המקביל

עד לשנת 1997 (ועוד טרם חקיקת חב"ב"מ) היה נהוג בארץ "המס המקביל", שהיה מס שהוטל על מעסיקים ועצמאים, והיווה מקור הכנסה ייעודי ("צבוע") לסל הבריאות, נוסף על דמי מס הבריאות. בחוק ההסדרים לשנת 1997 הוחלט לבטל מס זה [13], תוך העלאה של היקף דמי הביטוח הלאומי, והבטחה של האוצר לכסות על הפער בעלות הסל מתקציב המדינה [2]. כך, היקף התשלומים שמשלמים המעסיקים נותר קבוע אחרי ביטול המס, כמו גם היקף השתתפותה של המדינה בתקציב הבריאות.

בעוד שלכאורה היה מדובר בשינוי "קוסמטי" בלבד, בפועל שינוי זה גרם להפחתת היקף המימון הייעודי של סל הבריאות, הרחיב את התלות של תקציב סל הבריאות בתקציב המדינה (אשר כפוף לשיקולים תקציביים ולאומיים נוספים) ותרם תרומה משמעותית לשחיקת המרכיב הציבורי בהוצאה הלאומית לבריאות[12]. בכך היווה ביטול המס המקביל שינוי משמעותי ביותר באופן פעילות מערכת הבריאות בישראל, וכיום אף יש המשמיעים קולות להחזירו.

התרת שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן)

לפי סעיף 10 לחוק המקורי, הותר לקופות החולים להציע למבוטחיהן ביטוח משלים לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל הבריאות הציבורי (בחוק ההסדרים לשנת 1998 שונתה הטרמינולוגיה ל"שירותי בריאות נוספים"[6]). בכך ניסה החוק לגשר בין השאיפה לספק שירותי בריאות שוויוניים לכלל האוכלוסייה לבין מימוש עקרון אוטונומיית הפרט באמצעות רכישה של שירותי בריאות נוספים מחוץ לסל וחופש בחירה (אם כי מוגבל) בתוך המערכת הציבורית[24]. אופן הפעלת מנגנון זה נותר עמום, עד אשר בחוק ההסדרים של שנת 1998 נקבעו בחוק העקרונות להפעלתם של שירותי בריאות נוספים (שב"ן) בעלי אופי חברתי-ממלכתי בידי קופות החולים: כיסוי של שירותים שאינם כלולים בסל הראשוני; קבלה אוטומטית ללא חיתום (אך עם תקופת אכשרה סבירה) לביטוח; קביעת דמי הביטוח בשב"ן בהתבסס רק על קבוצת גיל אליה שייך המבוטח; ואיזון כלכלי פנימי של כל תכנית ממקורותיה הבלעדיים של הקופה[6]. בכך, ניסה המחוקק לשוות לשירותי הבריאות הנוספים אופי ממלכתי-ציבורי ככל הניתן, בהבטחת נגישות מקסימלית תוך צמצום של התופעות השליליות של ביטוחים פרטיים כגון "Moral Hazard", "Adverse Selection" ו"גריפת שמנת"[25]. זאת ועוד, הוגדר בחוק כי תקציב השב"ן יהיה נפרד לחלוטין מתקציב הקופה המשמש את שירותי הבריאות הציבוריים, וזאת כדי למנוע סבסוד ציבורי לשירות הפרטי. בשנת 2005 פורסמו כללים נוספים לאספקת שירותי בריאות נוספים במסגרת חוזר משרד הבריאות אשר קבע, בין היתר, כי הסרת תרופות ושירותים מן השב"ן דורשת את אישור המשרד[26]. בשנת 2007 הותר בחוק לכלול בשב"ן תרופות המוגדרות כ"מצילות חיים" אולם בשנת 2008 בוטל היתר זה. זאת, כדי להבטיח שתכליתן של תכניות אלו תהיה שיפור רמת השירות וכיסוי לשירותים בלתי חיוניים מבלי לפגוע בזכותו הבסיסית לבריאות של הציבור שאינו מבוטח[27]. בזכות המחיר הנמוך (יחסית) של ביטוחי השב"ן, נכון לשנת 2016 היו מבוטחים בתכניות השב"ן 74.4% מתוך סך המבוטחים בקופות החולים[28]. מצדדי השב"ן רואים באחוז כיסוי גבוה זה כמאפשר לשירותי הבריאות הנוספים להוות מעין "שסתום פריקת

לחץ" למערכת הציבורית ובכך להגדיל את זמינות שירותי הבריאות הציבוריים לכלל האוכלוסייה. ברם, שיעור הבעלות על ביטוח משלים בקרב אוכלוסיות חלשות נמוך יותר מאשר ביתר האוכלוסייה, דבר המהווה במידת מה פגיעה בעיקרון השוויון. זאת ועוד, השב"נים מעודדים צריכת שירותים שאינם ביטוחיים ונחיצותם ודאי פחותה משירותים רפואיים אחרים, שנכשלים להיכנס לתוספת הטכנולוגית המצומצמת. בכך, הם תורמים לגידול ההוצאה הלאומית על בריאות, ובמובנים מסוימים גם לגידול ההוצאה הציבורית. ולבסוף, יש הטוענים כי עצם הזמינות של ביטוח בריאות נוסף לפלח נרחב מהאוכלוסייה מפחיתה את הלחץ על המדינה להרחיב ולשפר את היקף שירותי הבריאות הציבוריים[25]. קצרה היריעה מלסקור בפירוט הראוי את סוגיית ביטוחי הבריאות הנוספים היות וכפי שניתן לראות, הינה בין הטענות ומעוררות המחלוקת ביותר במערכת הבריאות הציבורית. דיון נרחב יותר בנושאים אלו נערך בין היתר בכנסי ים-המלח הרביעי[9] והשלושה-עשר[29].

פעולות לצמצום עלויות תרופות

עיקר הפעילות לצמצום ההוצאה על עלויות תרופות מתקיימת בנפרד מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. יחד עם זאת, לפעולות אלו השלכות ישירות על איתנות מערכת הבריאות ויכולת המימוש בפועל של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולכן יש מקום לדיון בהם במסגרת זו.

במקביל לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק פיקוח על מצרכים ושירותים משנת 1996[30] ובהמשך גם צו הפיקוח משנת 2001[31] החילו רגולציה על מחירי התרופות. מחירים אלו נקבעו תחילה במודל cost-plus ובהמשך עברו למודל הציטוט[32] כאמצעי לריסון העלייה במחירי התרופות. בד בבד, עדכון פקודת הרוקחים בשנת 1999[33] לאישור ניפוק תכשיר גנרי בידי רוקח ובהמשך עדכונים נוספים למודל הציטוט[32] תרמו גם הם למאמץ זה. בזכות שינויים אלו, בין היתר, הצליחה ישראל לשמור על הוצאה כוללת קבועה ונמוכה יחסית על בריאות[34], כמו גם על קצב עלייה מתון יחסית של הוצאה ציבורית ופרטית על תרופות[32].

הרגולציה על הקופות

סוגיית מעמדו של משרד הבריאות כרגולטור, ומאיך מידת העצמאות הנתונה לקופות החולים והנהלותיהן, ידעה מספר תהפוכות לאורך השנים מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בשנים 1997-1998 עברו מספר תקנות שנועדו להגביל את מאמצי השיווק והתחרות האינטנסיבית ששררו בין הקופות עד לאותה עת: הגבלת רמת ההוצאה המותרת לצורך שיווק בכל קופה מחד והגבלת תקרת ההוצאה לכל קופה על הוצאות פיתוח בקהילה מאידך [13]. זאת, על רקע מאמצים אינטנסיביים (ויקרים) של הקופות בשיווק ובהרחבת הפריסה הגיאוגרפית על מנת לזכות במבוטחים חדשים, על חשבון התקציב שהופנה למבוטחים הקיימים.

בשנה זו גם עודכנו מספר סעיפים הנוגעים לרגולציה על הקופות ובכלל זה החובה לאשר את תקנוני הקופות כתנאי להכרה בהן, האפשרות למנות חשב מלווה לקופות, החובה לאשר מבעוד מועד התקשרויות פיננסיות של קופות החולים בתאגידים אחרים ועוד.

בהמשך, בשנת 2007 עלתה הצעה להגדיר את המבנה התאגידי של קופות החולים בחוק, לאור השונות (ולעתים העמימות) במבנה התאגידי של הקופות השונות. הצעה זו לא התקבלה עקב התנגדות הקופות כמו גם חוסר הסכמה לגבי המשטר התאגידי הראוי שיהא בתוקף בקופות השונות.

"ובחרת בחיים למען תחיה אתה וזרעך" (דברים ל', 18)

רבות מן הסוגיות והדילמות שהוזכרו לעיל קיימות זה שנים רבות. דיונים למכביר, ועדות ייעודיות, מחקרים ואף כנסי ים-המלח קודמים עסקו בנושאים כגון אופן עדכון עלות הסל ואופן מימונו, היקף השירותים בביטוח המשלים, העברות מן התוספת השלישית אל השנייה, היקף הרגולציה אותה מפעיל משרד הבריאות ועוד.

יחד עם זאת, בחרנו בכנס זה לנסות ולהתמקד באתגרים הבולטים ביותר ובשינויים הנדרשים ביותר, במטרה לגבש הסכמה רחבה סביב השינויים הראויים בעת הזו ולהניע את מערכת הבריאות והמובילים אותה לעברם. למרות (ואולי בזכות) המתחים הרבים סביב חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מערכת הבריאות הישראלית כיום מתהדרת בהישגים נאים ונחשבת בהיבטים רבים כמודל לחיקוי עבור מדינות אחרות בעולם. המערכת מתאפיינת בזמינות גבוהה של שירותי רפואה לאוכלוסייה, במדדי תוצאה גבוהים לצד מדדי תהליך המעידים על ניצול מקסימלי של המשאבים הקיימים תוך ריסון ההוצאה הלאומית על בריאות ועוד. אחוז ההוצאה על בריאות נותר נמוך ביחס למדינות OECD (7.3% מהתמ"ג לעומת ממוצע OECD של 8.9%)

ויציב לאורך השנים, אם כי מרכיב ההוצאה הציבורית מתוכו נמוך יחסית ועומד על 62.5% מכלל ההוצאה על בריאות (לעומת 73.6% כממוצע ה-OECD) [34].

מערכת הבריאות נדרשת לבצע איזון עדין בין שיקולי יעילות לשיקולי סולידריות, בין תחרות חופשית לבין התערבות ממשלתית, וכל זאת תחת מגבלות תקציביות נוקשות. מרכיב ניכר מהצלחתה היחסית של מערכת הבריאות הישראלית ניתן לשייך לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר הינו אחד מהחוקים החברתיים החשובים ביותר בארץ, ואשר חולל מהפכה של ממש במערכת הבריאות בישראל [12,2].

עם זאת, מצב המערכת רחוק מלהיות מיטבי: הגופים השונים במערכת הבריאות סובלים מתת תקצוב ושחיקה בתקינה ביחס לגודל האוכלוסייה [7,34]; קיימת שונות רבה במדדי תהליך ותוצאה בין מגזרים ומחוזות גיאוגרפיים שונים במדינה [35,36]; מתרבים הדיווחים על זמני המתנה ארוכים למפגש עם רופא מומחה ולפעולות אלקטיביות [37]; ואמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית נתפס כנמצא במגמת הדרדרות [38]. זאת ועוד, אין כל ערובה כי הישגי המערכת עד כה יימשכו גם בעתיד.

מספר תהליכים כגון הזדקנות האוכלוסייה ועלייה בתשומות המערכת (ובפרט עלויות השכר ועלויות הטכנולוגיות המאמירות עם התפתחות תחום הרפואה המותאמת-אישית), מהווים איום על מערכת הבריאות בישראל ומחייבים את כל העוסקים במלאכה לא לשקוט על שמריהם אלא להמשיך ולפתח את המערכת, על כלל רכיביה, להבטחת חוסנה לדורות קדימה.

מקורות:

1. בן נון, ג. עופר, ג. 'החוק, הבריאות ומערכת הבריאות: עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי'. בתוך: עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005. הוצאת המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות. 2005.
2. בן נון ג. ברלוביץ י. שני מ., "מערכת הבריאות בישראל" - מהדורה שנייה. הוצאת עם עובד, 2010.
3. Brammli-Greenberg, S. Glazer, J. Shmueli, A. Regulated Competition and Health Plan Payment Under the National Health Insurance Law in Israel-The Unfinished Story. 2018.
4. ועדת נתניהו. דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דעת הרוב. 1990.
5. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, ס"ח 1469, 26 ביוני 1994.
6. חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה) התשנ"ח-1998, ס"ח 1645, 15 בינואר 1998.
7. פלוטניק ר. קידר נ. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2016. משרד הבריאות, 2017.
8. משרד הבריאות. שימוע בנושא עדכון נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות החולים. 2019.
9. בן-נון ג., "עשור לכנסי ים המלח: דוח מסכם לשנים 2000-2009". המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות, 2009.
10. החלטת ממשלה 224, עדכון סל שירותי הבריאות לשנים 2014-2016. 13.05.2013.
11. בג"צ 8730/3 שירותי בריאות כללית נ' שר האוצר (פורסם בתקדין, 21.1.2010).
12. קידר נ. חורב ט., "אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי". משרד הבריאות, פברואר 2010.
13. חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב 1997) תשנ"ז-1996, ס"ח 1607, 7 בינואר 1997.
14. סיכום כנס ים המלח מס' 3 (1-2 במאי 2002). "שירותי הבריאות שבאחריות המדינה: התוספת השלישית". המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות, 2002.
15. אמסטר י., "הרפורמה בבריאות הנפש: שנה לרפורמה". משרד הבריאות. ינואר 2017.
16. סמואל ה. אלרועי א., "הרפורמה במערכת בריאות הנפש בישראל". מכון ברוקדייל, 2018.
17. אתר המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות. <http://www.israelhpr.org.il/About>.
18. מאגר החקיקה הלאומי: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. <https://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Laws/Pages/LawPrimary.aspx?t=lawlaws&st=lawlaws&lawitemid=2000111>
19. הצעת חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007), התשס"ז - 2006.
20. אתר משרד הבריאות. "הרפורמה בבריאות הנפש". מתוך: https://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/reform/Pages/default.aspx
21. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 50) התש"ע-2010, ס"ח 2251, 26 ביולי 2010.
22. ועדת העבודה, הרווחה והבריאות. פרוטוקול מס' 113 משיבה שהתקיימה בתאריך 11.12.2016 בנושא הצעת חוק הסדרים במשק ובמדינה התשס"ז-2006.

23. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2003), התשס"ג-2002. ס"ח 1882, 29 בדצמבר 2002.
24. ניב-יגודה ע., "גבולות חופש הבחירה בתוך מערכת הבריאות הציבורית". רפואה ומשפט, גיליון 48, עמ' 13-18. אוקטובר 2015.
25. גרוס, ר. ביטוח בריאות משלים ומסחרי בישראל: מבנה השוק וסוגיות מדיניות. בתוך 'היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל', עורכים בן-נון ג. ומגנזי ר. 2010.
26. כללים לתכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), חוזר משרד הבריאות, מרץ 2005.
27. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2008. ס"ח 2125, 1 בינואר 2008.
28. דוח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2016. משרד הבריאות, דצמבר 2017.
29. סיכום כנס ים המלח מס' 13 (19-20 בדצמבר 2012). "ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון". המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות, 2012.
30. חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996. ס"ח 1578, 21 במרץ 1996.
31. צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים שהם תכשירי מרשם), תשס"א-2001.
32. משרד הבריאות, "מודל הפיקוח על מחירי תרופות מרשם". אוקטובר 2016.
33. חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 1999), התשנ"ט-1999. ס"ח 1704, 15 בפברואר 1999.
34. קיני ד. ברוכים מ., "מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD 2018". משרד הבריאות, יולי 2018.
35. שמש, ע. רותם, נ. חקלאי, צ. ג'ורג'י, מ. חורב, ט. מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל. משרד הבריאות והלשכה הלאומית לסטטיסטיקה. נובמבר 2012.
36. רובין, ל. יוסף, ע. פישר, נ. דו"ח תמותת תינוקות ותמותה פרינטלית בישראל לשנות 2008-2011. משרד הבריאות, 2011.
37. דו"ח הועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ('ועדת גרמן'), 2014.
38. ברמלי-גרינברג, ש., יערי, ע. תמצית ממצאי הסקר השנים-עשר העוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות. ירושלים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2019.

מערכת הבריאות על פרשת דרכים*

פרופ' מנואל טרכטנברג

תקציר

מערכת הבריאות בישראל שרויה זה זמן רב במצב קשה: המחסור המחרף במיטות במחלקות הפנימיות, התורים הארוכים, העומס על הצוותים הרפואיים, הדוחק בחדרי המיון, כל אלה הינם חלק מהתסמינים המעידים על בעיות עומק, המצריכות הערכה מחדש של מדיניות הבריאות. משבר הקורונה ממחיש ביתר שאת כי תת-ההשקעה במערכת הבריאות הציבורית משך שנים פגעה במוכנות ובזמינות של צוותים, ציודים ותשתיות קריטיים. כשל זה הנו ביטוי נוסף של מדיניות ממשלתית עקבית לצמצום תקצובם של שירותים ציבוריים (יחסית לצרכים הגדלים), בתחומי החינוך, התחבורה, הדיור והבריאות. מבנה ארגוני מוצלח של מערכת הבריאות הציבורית, ומדדים בריאותיים מחמיאים כגון תוחלת חיים ארוכה ומיעוט פטירות משבץ, הפכו לאמתלה נוחה כדי לאפשר המשך השחיקה של המערכת הציבורית, בד בבד עם שגשוגה של המערכת הפרטית. נתונים השוואתיים מול ה-OECD מראים כי ישראל חריגה במשקל הנמוך של ההוצאה הציבורית על בריאות, במיעוט מספר הבוגרים ברפואה, ובגיל הממוצע הגבוה של הרופאים. מכאן שמדיניות הבריאות בישראל משכנה את העתיד, וללא שינוי מרחיק לכת המערכת תידרדר הלאה בוודאות. אנו מציעים כאן מתווה תקציבי שמציב כיעד יחס בין ההוצאה הלאומית על בריאות לתוצר של 8.8%, מה שמצריך בשלב ראשון גידול תוספתי של 2 מיליארד ₪ לשנה עד 2025; זאת מעבר לגידול התקציבי השוטף בשיעור צמיחת התוצר, ומעל למה שיידרש כדי להתמודד עם משבר הקורונה. התוספת תבוא בחלקה מהעלאת מס הבריאות, ובחלקה מתקציב המדינה. מהלך זה יצריך צעדים משלימים כדי לחזק את אמון הציבור בכך שתוספות אלו אכן יושקעו בבריאות. הגידול התקציבי צריך להיות מלווה בהצבת גבולות ברורים בין המערכת הציבורית לפרטית, בהעצמת רפואת המשפחה והרפואה המונעת, ובשימוש נרחב בנתוני עתק ובבינה מלאכותית, כחלק מאסטרטגיית בריאות כוללת לטווח הארוך.

*תודה לעמית וולצקי על סיוע בכתיבה, ולד"ר יואל אנג'ל ופרופ' קובי גלזר על ההערות לטיוטה הראשונה

1. מבוא

מערכת הבריאות נמצאת זה זמן רב במרכז תשומת הלב והשיח הציבוריים, ולא זו בלבד, דווקא לטובה: המחסור המחרף במיטות במחלקות הפנימיות, המלווה בתמונות הקשות החוזרות על עצמן של "החולה במסדרון"¹; התורים הארוכים לבידוק חיוניות, העומס הבלתי סביר על הצוותים הרפואיים, התארכות שעות המתנה בחדרי המיון העמוסים לעייפה, גילויי האלימות התכופים, כל אלה ועוד אינם אלא תסמינים בולטים המעידים על בעיות עומק המצריכות הערכה מחדש של מדיניות הבריאות בישראל בכללותה.

באופן פרדוקסלי, משבר הקורונה מהווה מעין הפוגה מהעיסוק בחוליים המבניים, שכן אלה נדחקים לקרן זווית בעת שכל המאמצים מוקדשים להתמודדות עם הנגיף. יחד עם זאת, כבר עתה עולות שאלות קשות על המוכנות של המערכת ועל הזמינות של צוותים, ציודים ותשתיות קריטיים, ויש להניח שהביקורת רק תתעצם ככל שהמגפה תגבר. בכל מקרה, בחלוף המשבר ובהסתכלות אחורה אפשר יהיה לחזור ולבחון לעומק את חולשותיה וחוזקותיה של המערכת, ואת הסוגיות המבניות שבוודאי יחודדו עוד יותר עד אז.

מאמר זה חובר בעקבות ועל סמך הרצאה תחת אותה כותרת שהעברתי בכנס ים המלח ה-19 של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות ב-12.12.2019. לא מדובר, אם כן, במאמר אקדמי או בנייר מדיניות שחובר עקב מחקר מעמיק, אלא בניסיון לבחון את משבר מערכת הבריאות בהקשר כלכלי רחב יותר, ולהציע צעדים תקציביים ראשוניים כרכיב חיוני בגיבוש אסטרטגיה כוללת וארוכת טווח. כמו כן, בכוונתנו כאן להדגיש את הצורך שהגורמים השונים המרכיבים את המערכת הציבורית והפרטית גם יחד, ישתפו פעולה על מנת לגבש מתווה מוסכם ולהציג בפני הממשלה החדשה שתקום. אחרי שנה ורבע של ממשלות מעבר וללא כנסת מתפקדת, הצטברו צרכים ולחצים גדולים בתחומים רבים אשר מחכים להקמת ממשלה כדי להתפרץ, כאשר סקטור הבריאות הנו רק אחד מהם. מכאן שיש חשיבות יתרה בעת הזאת לגבש חזית אחידה, שתשכיל להציג בפני ממשלה וכנסת חדשות משנה סדורה.

1 סמנטיקה חשובה: לא ראוי להמשיך ולהשתמש בביטוי "הזקנה במסדרון", ולו רק כיוון שיש באמירה הזאת אלמנט מגדרי צורם.

פרק 2 פורס את ההקשר הכלכלי הרחב אשר במסגרתו התהווה המשבר במערכת הבריאות, כתוצאה בלתי נמנעת ממדיניות פיסקלית מצמצמת אשר הייתה מוצדקת בשעתה, אך הלכה רחוק מדי. פרק 3 מציג תמונה תמציתית של ביצועי מערכת הבריאות על הישגיה ומגרעותיה, ומפרט את היקף ומקור המשאבים העומדים לרשותה. פרק 4 מתווה את הצעדים התקציביים שיש לנקוט. פרק 5 קושר זאת לצורך בהשגת אמון הציבור במהלכים המוצעים, הכרוכים בין היתר בהעלאת מס בריאות, ופרק 6 מביא מספר הערות לסיכום.

2. המשבר במערכת הבריאות: ההקשר הכלכלי-משקי

בעיות העומק של מערכת הבריאות הן חלק מתופעה כללית יותר, והיא "הפרדוקס הגדול של כלכלת ישראל": מחד הצלחה מאקרו-כלכלית, ומאידך כישלון חברתי. לאמור, הביצועים הכלכליים של המשק בכללותו הנם טובים מאוד ואף מצוינים כבר תקופה ארוכה, גם בהשוואה בינלאומית, אך הצלחה זאת לא משתקפת ברווחת האוכלוסייה בכללותה. בתחומים קריטיים לכל אזרח ובפרט בבריאות, חינוך, תחבורה, דיור, ויוקר המחיה, אנו מצויים בכשל מתמשך, ללא מדיניות קוהרנטית לשיפורם. חשוב לציין זאת כיוון שללא שינוי תפישתי, וללא בחינת סיבות העומק שהביאו למצב הפרדוקסלי הזה, לא נוכל להתמודד בהצלחה עם הכשל באף אחד מתחומים אלה, אלא שלכל היותר יימצאו "פתרונות" ארעיים שרק ידחו את בדק הבית הנחוץ. נציג להלן נתונים אחדים המעידים על הפרדוקס, וכמו כן נתחקה אחר הסיבות העומדות מאחוריו, כל זה בקיצור נמרץ.

ההצלחה המאקרו כלכלית של ישראל באה לידי ביטוי בשורה של מדדים כדלקמן (אלה נכונים עד למשבר הקורונה - קרוב לוודאי שהביצועים יורעו כתוצאה ממנו):

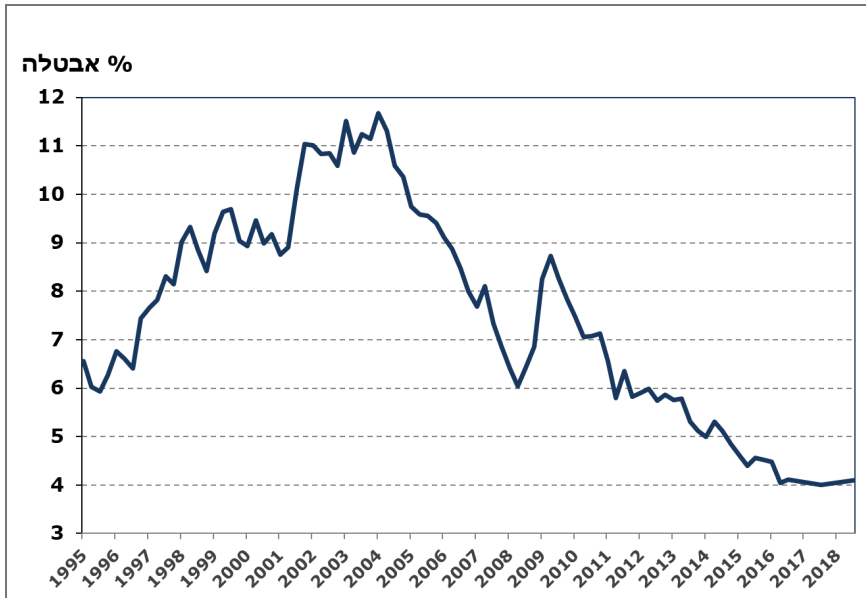
◆ **צמיחה מתמשכת:** התמ"ג (התוצר המקומי הגולמי) בישראל צמח בשיעור של 3.7% במוצע לשנה בשני העשורים האחרונים, לעומת ממוצע של 1.9% במדינות המתקדמות.

◆ **אבטלה נמוכה, שיעור השתתפות גבוה** (ראה איור 1): שיעור האבטלה ירד בצורה תלולה מאז המשבר של 2001-03, משיא של 11.4% ב-2004 לפחות מ-4% בסוף

2 נהוג להתייחס ל-"משבר" במערכת הבריאות (בה"א הידיעה) - לא ברור שמונח מחמיר זה מוצדק, אך ע"מ להקל על הדיון נשתמש בו גם כאן.

2019, הרמה הנמוכה ביותר זה עשורים רבים. בו בזמן שיעור ההשתתפות בתעסוקה עלה לשיא של כ-80%, זאת כאשר בדרך כלל גידול כזה גורר עליה מקבילה באבטלה ולא להפך, ועל כן ביצועים אלה מהווים הישג כפול ואף נדיר.

איור 1: שיעור האבטלה בישראל 1995 - 2019



◆ **עודף ייצוא:** צבירת יתרות מט"ח: מדינת ישראל סבלה מאז הקמתה מגירעון בחשבון השוטף של מאזן התשלומים, קרי, הייבוא עלה על הייצוא, והדבר גרר לעתים מחסור במטבע חוץ ופחותים. בשנים האחרונות המצב הפוך: הייצוא עולה על הייבוא, בנק ישראל צובר רזרבות מט"ח עד לרמה חסרת תקדים של כ-130 מיליארד דולר, והדאגה של השנים האחרונות הייתה דווקא משקל חזק מדי.

◆ **העדר אינפלציה:** ההיפר-אינפלציה של 1980-85 נותרה מאחור כאירוע היסטורי מכונן, ולעומת זאת אנו חווים זה מספר שנים אינפלציה אפסית ואף שלילית.

◆ **יציבות המגזר הפיננסי:** ישראל צלחה את המשבר של 2008-09 בהצלחה רבה, בין היתר כיוון שהמגזר הפיננסי הנו יציב ומתפקד היטב, וכמו כן הרגולציה עליו הנה מקצועית ומוקפדת.

אולם, הישגים אלה לא תורגמו לשיפור ברווחת אזרחי המדינה, ובפרט לא הקלו על המשפחות הצעירות - אלו מתמודדות עם כשלים מתמשכים בתחומים מרכזיים לחייהן (מעבר לתפקוד של מערכת הבריאות, עליה נתמקד בהמשך):

- ◆ **בדיור** - המחירים האמירו במהלך העשור האחרון ביותר מ-100%, והדבר גורם למשפחות הצעירות למשכן את עתידן, להתרחק מאזורי התעסוקה המרכזיים, ולהצטמצם בתחומים אחרים החשובים לא פחות.
- ◆ **בתחבורה** - הגודש בכבישים הגיע לממדים של שיתוק בעורקים ראשיים באזור המרכז, כאשר הדבר מטיל עלויות כבדות מאוד על תפקוד המשק ועל רווחת הפרט.
- ◆ **בחינוך** - הביצועים כושלים (ראה מבחני PISA), השונות בין תלמידים עצומה, המערכת לא מעניקה שוויון הזדמנויות למגזרים השונים, ובו בזמן העלויות להורים מאמירות.

מה שעומד מאחורי סתירה תמוהה זאת בין ה"מאקרו" ל"מיקרו" היא המדיניות הקיימת זה שנים רבות, הנשענת על השקפת ה-"השמן והרזה"³, אשר ללא ספק תרמה רבות להישגים המשקיים הנ"ל, כמו גם לצמצום מבורך ביחס חוב-תוצר. אולם, אלה הושגו תוך צמצום מרחיק לכת בהוצאה הציבורית ביחס לתוצר, אשר בא לידי ביטוי באספקת חסר של שירותים בסיסיים כגון חינוך, בריאות ותחבורה, כאשר המשפחות נאלצות למלא את החסר מכיסם. כפי שמראה לוח 1, ההוצאה הממשלתית בישראל ירדה מ-50% תמ"ג ב-2001 (אכן שיעור גבוה מדי אז) ל-40% לאחרונה, כל עוד שבמדינות ה-OECD השיעור הממוצע עומד על 4.43% חמור מכך, ההוצאה על שירותים חברתיים צנחה ל-16% תמ"ג, זאת כאשר ב-OECD עלתה ל-21%. כנגד הדעה הרווחת, הניזונה מזיכרון היסטורי ולא מנתונים עכשוויים, נטל המס בישראל נמוך יחסית ל-OECD, שכן לצד הצמצום בגודלה של הממשלה ירדו גם שיעורי המס.

3 קרי ממשלה גדולה מדי לכאורה היושבת על כתפיו הדלות של המגזר העסקי - זה הדימוי שנתינה הנחיל כשכיהן כשר האוצר ב-2003, ואשר התקבע במדיניות הכלכלית מאז.

4 פער של שלושה אחוזי תמ"ג פירושה בישראל של היום קרוב ל-40 מיליארד ₪.

לוח 1: הוצאה הממשלתית כאחוז מהתמ"ג, ישראל מול ה-OECD

ממוצע OECD		ישראל		
2017	2001	2017	2001	
43%	43%	40%	50%	הוצאה ממשלתית
21%	18%	16%	18%	הוצאה חברתית
34%	34%	31%	35%	נטל המס

על מנת שהצלחתה המאקרו כלכלית של ישראל תבוא לידי ביטוי ברווחת אזרחיה, יש צורך בשינוי תפישתי עמוק במדיניות הפיסקלית, אשר צריכה לחתור לאיזון בין מימון ואספקת מוצרים ציבוריים ברמה נאותה, לבין שמירה על היציבות כלכלית ועל המשמעת הפיסקלית. הדבר אפשרי, ויהיה כרוך הן בהגדלה משמעותית של התקציבים המיועדים לבריאות, חינוך, תחבורה ודיוור, והן בהרחבת בסיס המס והעמקת הגבייה - כפי שמרבים להדגיש כלכלנים, "אין ארוחות חינם".⁵

3. מערכת הבריאות בישראל: תמונת מצב**3.1 אינדיקטורים לתפקוד המערכת**

גם בהקשר של מערכת הבריאות בישראל מתגלה מעין פרדוקס: מחד מדדי בריאות חשובים מראים כי ישראל ניצבת במקום מצוין בהשוואות בינלאומיות, וזאת תוך הוצאה לאומית נמוכה יחסית, ומאידך אנו נתקלים ביומיום בכשלים שהוזכרו לעיל. שלא במקרה, החלום ושברו בהקשר של מערכת הבריאות דומים למה שתואר בהקשר של המשק כולו.

ראשית, לחדשות הטובות - כפי שמראה לוח 2, ישראל מצטיינת בתוחלת חיים ארוכה, ב-"תמותה עודפת" (Avoidable Mortality) הנמוכה ביותר ב-OECD, ובנתונים מחמיאים גם בהקשרים ספציפיים יותר כמו מיעוט פטירות משבץ. אלה אכן הישגים מרשימים בפרט לגבי תוחלת החיים, שכן זו מהווה מעין סיכום ממצה

5 טרכטנברג ופופליקר, 2019.

6 כל הנתונים בפרק זה לקוחים מ-OECD, 2019.

למצב הבריאותי של האוכלוסייה בכללותה⁷ (בדומה לשיעור הצמיחה של התוצר בהקשר הכלכלי).

לוח 2: מדדים על ביצועי מערכת הבריאות - I

דירוג*	מוצע OECD	ישראל	
**8	80.7	82.6	תוחלת חיים
1	208	134	Avoidable Mortality ל-100,000
4	63.6	36.7	פטירות משבץ ל-100,000
*מתוך 36 מדינות			
**דירוג זה יחד עם אוסטרליה וצרפת			

מהעבר השני ישנם נתונים הרבה פחות מעודדים: לוח 3 מראה כי שכיחות הסוכרת בישראל גבוהה משמעותית מהמוצע ב-OECD, ומדאיג לא פחות, אחוז המעידים על עצמם במצב בריאותי "לא טוב/מאוד לא טוב" מגיע ל-11%, הרבה יותר מהמוצע בארצות אלו. כמו כן, מספר מדדים מעידים על כך שישנם פערים גדולים במצב הבריאותי של קבוצות שונות באוכלוסייה: פער של 7 שנים בתוחלת החיים בין בעלי השכלה גבוהה לנמוכה, ופער דומה בין היישובים שבקצוות ההתפלגות. שלא במקרה, אנו רואים פערים מקבילים בהישגים החינוכיים (כמו למשל מבחני PISA), ובמדדים סוציו-כלכליים רבים המעידים על אי שוויון נרחב בחברה הישראלית - אי שוויון בבריאות הנו גם תוצאה של פערים אלה, וגם מזין אותם.

לוח 3: מדדים על ביצועי מערכת הבריאות - II

דירוג (מתוך 36)	מוצע OECD	ישראל	
22	6.4%	6.7%	שכיחות סוכרת
26	8.7%	11%	מצב בריאותי לא טוב/מאוד לא טוב (דיווח עצמי)
19 (מ-25)	6.9 שנים	7 שנים	הפער בתוחלת החיים בין בעלי השכלה גבוהה לנמוכה

7 חשוב להדגיש: תוחלת החיים כאמור משקפת את המצב הבריאותי של האוכלוסייה, המושפע מקשת רחבה של גורמים כמו תזונה, פעילות ספורטיבית, חשיפה למזהמים וכדומה, וכמובן גם מתפקודה של מערכת הבריאות.

לוחות 2 ו-3 מהווים בעקרו של דבר שיקוף לתפקודה של מערכת הבריאות בעבר, ולא תמונה עכשווית ממנה ניתן ללמוד על מה שיהיה מכאן ואילך - כך לדוגמא, תוחלת החיים כפי שנמדדת כיום הנה ביטוי לנעשה במהלך העשורים האחרונים, ולא דווקא לאיכות הטיפול שרוב האוכלוסייה זוכה לו בימים אלו. ואכן, הנתונים בלוח 4 מראים כי ההון האנושי וההון הפיזי, אשר קובעים יחדיו את איכויות מערכת הבריאות, הולכים ונשחקים בקצב מהיר, ועל כן אם לא יתרחש בקרוב היפוך מגמה, ביצועי המערכת עתידים להיפגע קשות.

באשר להון האנושי: לוח 4 מראה כי מספר הרופאים לנפש נמוך משמעותית מהממוצע ב-OECD, וחמור מכך, אוכלוסיית הרופאים בישראל הנה השנייה המבוגרת ביותר, ומספר בוגרי הרפואה (יחסית לאוכלוסייה) השני הנמוך ביותר. אם נוסיף לכך שלמדינת ישראל שיעור גידול האוכלוסייה המהיר ביותר ב-OECD ואחד הגבוהים בעולם כולו,⁸ ושתהליך ההזדקנות לא פוסח עלינו, כי אז ברור שאנו צועדים בוודאות למחסור אקוטי במספר רופאים, ושגם במקרה הטוב ייקח שנים ארוכות להפוך את המגמה.⁹

לוח 4: צוותים רפואיים ומיטות בבתי חולים

רופאים (ל-1000 נפש)	ישראל	ממוצע OECD	דירוג (מתוך 36)
3.1	3.5	24	
50%	34%	2	
6.9	13.1	35	
5.1	8.8	29	
3.0	4.7	25	

תמונה חמורה לא פחות מצטיירת גם לגבי המחסור באחיות, אם כי בהקשר זה ניתן יהיה לשפר את המצב בעלות נמוכה יותר ובפרק זמן קצר יותר (לעומת הגדלת מספר הרופאים), זאת כמובן במידה שתחול התפקחות ובעקבות כך שינוי מדיניות בהקדם. לגבי ההון הפיזי, הנתון המרכזי הנו מספר המיטות בבתי חולים יחסית לאוכלוסייה:

8 כמעט 2% בישראל, כאשר ברוב מדינות אירופה השיעור הוא אפסי או שלילי (ללא מהגרים) - שיעורים גבוהים יותר נרשמים רק בכמה מדינות באפריקה, ובמספר מדינות מוסלמיות.

9 בשל ההיערכות המורכבת והיקרה הדרושה כדי להגדיל משמעותית את מספר הלומדים רפואה, ואורך הלימודים.

ישראל מפגרת ב-1/3 לעומת ממוצע ה-OECD, ולאור העובדה שאין כרגע השקעות משמעותיות בבניית קיבולת נוספת, תחול בוודאות הרעה נוספת בממד חשוב זה.

הסיכום לא מעודד, שכן המדדים הטובים ובחלקם אף המצוינים של ביצועי מערכת הבריאות בישראל משקפים רק את העבר, ומהווים מעין מסך עשן על הבאות: תוצאות מחמיאות אלו הושגו תוך משכון העתיד, במובן של חוסרים גדולים בהכשרת דור העתיד של רופאים ואחיות, והשקעות חסר בתשתיות קריטיות.¹⁰

3.2 המשאבים העומדים לרשות המערכת

אחת הטענות השכיחות המושמעות בהקשר של מערכת הבריאות היא שישראל משיגה תוצאות מצוינות עם מיעוט משאבים, והדבר מעיד על יעילותה היוצאת דופן. כפי שמראה לוח 5, אכן ההוצאה הלאומית בישראל כאחוז מהתמ"ג נמוכה משמעותית מממוצע ה-OECD, וכך גם לגבי ההוצאה לנפש, ואף על פי כן תוחלת החיים כאמור גבוהה מאוד. אין ספק כי המערכת הנה יעילה מאוד, וכפי שכבר הודגש דלעיל, המבנה המוסדי-ארגוני בישראל הנו מן הטובים בעולם. אלא שיעילות עכשווית לחוד ומשכון העתיד לחוד, כאשר בסופו של דבר מערכת צריכה להישפט על פי יכולתה לתפקד היטב לאורך זמן, קרי על פי עקרון ה-Sustainability.

לוח 5: ההוצאה הלאומית על בריאות

דירוג (מתוך 36)	ממוצע OECD	ישראל	
25	8.8%	7.5%*	הוצאה לאומית על בריאות % מהתמ"ג
23	3,994\$	2,780\$	ההוצאה לנפש ב-\$ ppp
29	74%	64%	אחוז ההוצאה הציבורית

מקור: OECD, 2019

*לפי פרסום הלמס מה-18.8.2019 עמד על 7.6% אבל ההוצאה השוטפת על 7.4%.

10 מצער להיווכח שאותו סינדרום מתרחש גם בתחומים מרכזיים אחרים, כך בתחבורה (חוסר השקעה בתחבורה ציבורית, שתוצאתה גודש מחמיר בכבישים), בדיוור ובחינוך.

מלוח 5 עולה גם כי מערכת הבריאות בישראל הנה לא רק "חסכונית" אלא גם יוצאת דופן בכך שאחוז ההוצאה הציבורית בבריאות (מתוך ההוצאה הלאומית) נמוכה בהרבה מזו של רוב מדינות ה-OECD - עשר נקודות אחוז פחות מהמוצע. לא זו בלבד, אלא שאם נשווה את ישראל לתת-קבוצה של "מדינות ייחוס"¹¹, כי אז גם הפער בסך ההוצאה הלאומית גדול הרבה יותר (9.7% תמ"ג לעומת 7.5% בישראל), וגם הפער בחלקה של ההוצאה הציבורית: רק 64% בישראל לעומת 80% במדינות אלו.

לוח 6: הפער בהוצאה לבריאות לעומת ה-OECD

הפער	אם כמו ממוצע OECD	ישראל	
במיליארדי ₪			
17	117 (x 1,330 8.8%)	*100 (x 1,330 7.5%)	סך ההוצאה על בריאות (התמ"ג ב-2018: 1,330 מיליארד ₪)
23	87 (x 117 74%)	64 (x 100 64%)	מזה הוצאת הממשלה
* לפי פרסום הלמס מה-18.8.2019 ההוצאה הייתה 101 מיליארד ₪ ב-2018			

במונחים אבסולוטיים מדינת ישראל מוציאה כיום כ-100 מיליארד ₪ על בריאות, כך שאם היינו רוצים להשתוות למוצע ה-OECD היה צריך להוסיף 17 מיליארד ₪ לשנה (ראה לוח 6). חישוב דומה מראה כי אם ההוצאה הציבורית על בריאות הייתה מגיעה ל-74% כמו הממוצע ב-OECD, כי אז הממשלה הייתה צריכה להוסיף 10 מיליארד לתקציב הבריאות. סכומים אלה מובאים כאן לא כאמירה נורמטיבית, אלא כדי להמחיש את סדרי הגודל של הפערים. חשוב לציין בהקשר זה כי שקל של הוצאה פרטית לא שקול של הוצאה ציבורית ב"ייצור בריאות", וזאת ממספר סיבות¹²:

11 קרי, מדינות הקרובות לישראל בגודל האוכלוסייה ובתמ"ג לנפש: אוסטרליה, בלגיה, דנמרק, פינלנד ושוודיה.

12 הטענות כאן לא באות להתכחש לעובדה שהמערכת הפרטית מספקת שירותי בריאות ברמה גבוהה, ושחלקם תורמים להפחתת הלחץ על המערכת הציבורית, שהרי שתיהן קשורות זו בזו ככלים שלובים

- ◆ חלק מההוצאה הפרטית מופנה לתנאי שירות משופרים שלא תורמים ישירות לטיפול הרפואי עצמו, ועל כן לא מתורגם בהכרח לתוצאות בריאותיות טובות יותר (חלק מתנאים אלה שייכים למה שמכונה "Amenities").
- ◆ ההוצאה הפרטית מתועלת בחלקה לשכר גבוה יותר לרופאים שעובדים גם במערכת הציבורית, מה שעלול לגרוע מזמינותם שם, ולייצר לחץ על שכרם במערכת הציבורית.
- ◆ המערכת הפרטית משנה את הכדאיות של התמחויות ושירותים לטובת תחומים רווחיים יותר אבל פחות חשובים בריאותית, כמו כירורגיה פלסטית.
- ◆ המערכת הפרטית כמעט ולא מספקת טיפולי חירום, ולא מטפלת במקרים הקשים ביותר, הכרוכים הן בעלויות גדולות מאוד והן בטיפול בסוגי חולים מורכבים יותר.

מכאן שחלקה הנמוך מאוד של ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל פירושה שההוצאה הלאומית האפקטיבית אף נמוכה מ-7.5% תוצר. מעבר לכך, אין ספק כי ההתרחבות של המערכת הפרטית לעומת הציבורית תורמת להגדלת אי השוויון בישראל, גם בפן הבריאותי וגם בפן הכלכלי, שכן מצב בריאותי משליך בעוצמה על יכולת ההשתכרות של כל אדם, ולהפך. אי השוויון בבריאות בא לידי ביטוי מובהק בפערים הגדולים בגישה לשירותים רפואיים תוך פרק זמן סביר: תורים ארוכים במערכת הציבורית, לעומת גישה מהירה לאלה שיכולים להרשות לעצמם את עלויות המערכת הפרטית. כמובן, בהקשר הרפואי התזמון הנו חשוב ולעתים קרטי, כך שלא מדובר על חוסר נוחות של תורים, אלא על גישה דיפרנציאלית שיש לה השלכות ממשיות על הבריאות של חלק ניכר מהאוכלוסייה.

התמונה העולה הנה, אם כן, כדלקמן: מערכת הבריאות בישראל הנה יעילה וחسכונית, והביאה עד כה לתוצאות "מאקרו" טובות מאוד בחלקן; אולם, היא עשתה זאת תוך כדי,

- ◆ מתיחת הרפואה הציבורית עד כדי פגיעה קשה בתפקוד השוטף - "החולה במסדרון", התורים הארוכים, הדוחק והשעות הארוכות בחדרי מיון וכדומה.
- ◆ פיגור עצום בהכשרה של צוותי רפואה, כאשר יש כבר מחסור אקוטי ברופאים ואחיות, וחלק ניכר מהרופאים כיום יפרשו לגמלאות תוך שנים ספורות.

- ◆ תת השקעה בהון פיזי: בהקמת בתי חולים, במיטות בבתי חולים הקיימים, ובמרפאות לרפואה דחופה בפריפריה.
- ◆ צמצום חלקה של המערכת הציבורית אל מול הפרטית, כאשר הדבר לא מהווה שיווי משקל יציב, אלא שקיימים תמריצים מובנים להמשך ואף התגברות הזליגה מהציבורית לפרטית.
- ◆ הגברת אי השוויון בקבלת טיפול רפואי נאות, המגביר את אי השוויון הסוציו-כלכלי הגבוה שקיים בכל מקרה.

4. הקצאת משאבים תוספתיים¹³

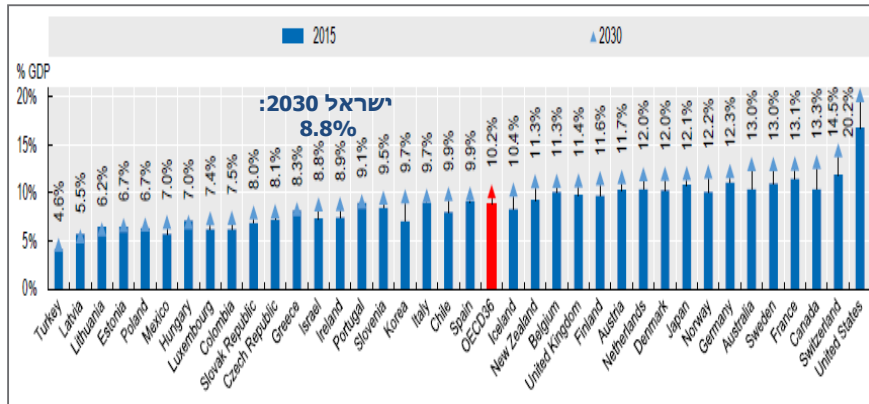
מתמונת המצב שהוצגה עולה כי יש צורך בהערכה מחדש של כל מרכיבי מדיניות הבריאות בישראל - החל מסך המשאבים המופנים אליה ובתוכם חלקן היחסי של המערכת הציבורית מול הפרטית, וכלה בכללים החלים על הממשק ביניהן. הערכה כזאת חייבת להיעשות במסגרת של התווית אסטרטגיה כוללת לטווח הארוך - אחד הכשלים הבולטים של המערכת הנו שהיא מתנהלת בעצלתיים זה שנים רבות, בעיקר תוך תגובה ללחצים מידיים, ושהיא מפוצלת לשלל גורמים ללא מנהיגות מתכללת. אנו נתמקד כאן בשאלת המשאבים תוך הדגשה שזה רק היבט אחד מתוך המכלול, ושאמנם הפניית משאבים תוספתיים הנה תנאי הכרחי להתקדמות, אבל הוא חייב להיות מלווה כאמור במעטפת רחבה של צעדים משלימים.

בכמה משאבים מדובר? ברור כי צרכי המערכת הינם גדולים מאוד, ואם ננסה ללכת על פי הגישה של "Bottom Up" נגיע לסכומי עתק שאין להם התכנות במגבלות התקציביות של ישראל כיום.¹⁴ יחד עם זאת צריך עוגן לדיון שכזה, ועל כן אנו מציעים להיעזר בחישוב שמוצג ב-OECD 2019, ובו חיוץ (Projection) לגבי כמה כל מדינה בארגון צפויה להוציא על בריאות (באחוזי תמ"ג) ב-2030, לאור המגמות הדמוגרפיות,

13 לעיקרי המתווה המוצע כאן יש הרבה מהמשותף עם ההמלצות של גלזר וקנדל (2013)
 14 ניתן ללמוד ממה שקרה במסגרת ועדת ברודט לתקציב הבטחון שקמה בעקבות מלחמת לבנון השנייה: הצבא הציג לוועדה על פני שבועות ארוכים את שלל הצרכים, שהסתכמו בסכום מופרך. על כן נאלצנו להתחיל את הדיונים מחדש בגישת Top Down, קרי, כמה סביר להקצות לבטחון על פני 5 שנים, בהינתן התמונה המאקרו כלכלית הכוללת.

הכלכליות והטכנולוגיות הקיימות (ראה איור 2). הכוונה היא שאם מדינה תוציא פחות מזה מצב הבריאות בה יורע יחסית למצבה כיום (למשל לאור הזדקנות האוכלוסייה, או התפתחויות טכנולוגיות מבטיחות אך יקרות), ולהיפך (ראה נספח). על פי חישוב זה ממוצע ההוצאה על בריאות ב-36 מדינות הארגון יעלה מ-8.8% כיום ל-10.3% ב-2030, כאשר עבור ישראל האחוז המיועד הנו 8.8%.

איור 2: ההוצאה הלאומית על בריאות ב-OECD ב-2030



מתווה ה-OECD, אם כן, מוביל אותנו לאמץ כיעד הוצאה לאומית על בריאות בישראל של 8.8% תמ"ג, לעומת 7.5% כיום. ההוצאה על בריאות עולה מדי שנה בערך בשיעור הצמיחה, שכן במהלך העשור האחרון חלקה של ההוצאה על בריאות כמעט לא השתנה, ונע בין 7.4% ל-7.6%. מכאן שאם שיעור הצמיחה של התמ"ג במהלך העשור הבא יהיה כ-3% לשנה, כי אז ההוצאה על בריאות תצטרך לגדול ב-1.7% יותר על מנת להשיג את היעד, כלומר, ב-4.7% לשנה עד 2030.¹⁵

אולם, יהיה זה לא מציאותי להתחייב למתווה תקציבי קשיח עשור קדימה, וסביר יותר לעשות כן עבור תקופה של חמש שנים, כפי שקורה בתחום הביטחון (התר"ש), תכנית רב שנתית של צה"ל), ובהשכלה הגבוהה. כמו כן, אם נניח התקדמות בקצב אחיד לקראת היעד של 8.8% ב-2030, כי אז היעד לשנת 2025 יהיה 8.2%. כפי שכבר ציינו, חלקה של ההוצאה הציבורית על בריאות קטן מאוד בישראל יחסית ל-OECD,

15 החישוב הנו כדלקמן: מצא את r הפותר את המשוואה $7.5(1+r)^{10} = 8.5$

ועל כן הגידול הנוסף של ההוצאה הלאומית חייב לבוא כולו מגידול בתקצוב המדינה לבריאות. הגעה ליעד של 8.2% ב-2025 מצריך, אם כן, תוספת של 2 מיליארד ₪ לתקציב הבריאות כל שנה על פני חמש השנים הבאות (אם נאמץ לצורך הפשטות גידול לינארי ולא מעריכי), ובסך הכול תוספת לבסיס של 10 מיליארד ₪, מעבר למתחייב על פי צמיחת התוצר.¹⁶ חשוב לציין שאם משבר הקורונה יגרום לצמיחת תוצר אפסית או אף שלילית, כי אז עדיין תקציב מערכת הבריאות צריך לגדול בבסיס לפחות ב-2% לשנה כשיעור גידול האוכלוסייה, שכן הצרכים של המערכת גדלים לפחות בשיעור זה, וזאת מבלי לקחת בחשבון את תהליך ההזדקנות.

הגירעון בתקציב המדינה עוד לפני משבר הקורונה עמד על כ-3.7%, סטייה של קרוב לאחוז תוצר מהיעד, ואין ספק שהוא יעלה בהרבה בעקבות משבר זה. יתרה מזאת, יש להניח שהמשק יכנס להאטה גם אם הנגיף ייעלם לקראת הקיץ, ושהמדינה תצטרך לתמוך תקציבית בסקטורים רבים שיספגו פגיעה קשה במיוחד. אמנם מערכת הבריאות תועלה למקום הרבה יותר גבוה ממה שהייתה עד כה בסדר העדיפויות הלאומי (שוב, בשל הקורונה), אבל המשאבים יהיו מוגבלים יותר והתחרות תהיה קשה לא פחות. מכאן שיהיה צורך להסתמך לא רק על גידול בתקציב המדינה המוקצה לבריאות, אלא גם על העלאת מס הבריאות. אנו מציעים לעשות זאת באופן פרוגרסיבי, כדלקמן:

ב-2020: העלאת מס הבריאות מ-5% כיום במדרגה השנייה ל-5.5%

ב-2021: מ-5.5% ב-2020 ל-6%

ב-2022: מ-3.1% כיום במדרגה הראשונה ל-3.5%¹⁷

לוח 7 מציג את המתווה להגדלת תקציבי הבריאות הציבורית על פני 5 שנים, כאשר חשוב לחזור ולהדגיש שסכומים אלה מתייחסים לתוספות מעבר לגידול תקציב הבריאות במקביל לשיעור הצמיחה של התוצר, ומעבר לתקציבים ייעודיים למאבק בקורונה.

16 וכמו כן מעבר למה שיוקצה למערכת כדי להתמודד עם נגיף הקורונה.

17 או העלאת התקרה, ו/או יצירת מדרגה חדשה.

לוח 7: תוספות לתקציב הבריאות (במיליארדי ₪)

2024	2023	2022	2021	2020	
העלאת המדרגה השנייה של מס הבריאות:					
				1.3	מ-5% ל-5.5%
			1.3		מ-5.5% ל-6%
העלאת המדרגה הראשונה של מס הבריאות:					
		1.1			מ-3.1% ל-3.5%
2	2	0.9	0.7	0.7	מתקציב המדינה
2	2	2	2	2	סה"כ תוספת לבסיס

לצורך חישוב התוספות מהעלאת שיעורי מס בריאות נעזרנו בנתונים בלוח 8:

לוח 8: מספר משלמים ותקבולים ממס בריאות, אומדנים (סכומים מעוגלים)

שיעור המס	תקרת שכר ₪	מס' המשלמים	תקבולים במיליארדי ₪
3.1%	עד 6,200	3.8 מיליון	9
5.0%	עד 43,700	2.1 מיליון	13
סה"כ			22

מקור: הלמס, ההוצאה הלאומית לבריאות 1962 - 2017, ספטמבר 2018.

5. מרכיב קריטי: אמון הציבור

עוד לפני משבר הקורונה הציבור בישראל היה מודע היטב לכך שמערכת הבריאות הציבורית זקוקה למשאבים תוספתיים, שכן רבים חווים על בשרם את ההשלכות של החוסרים והכשלים. הדבר בא לידי ביטוי מובהק בסקר מקיף שנעשה ע"י המכון הישראלי לדמוקרטיה,¹⁸ אשר חושף כי הציבור מציב את צרכי הבריאות בעדיפות עליונה: 85% מהנשאלים סבורים כי נדרשת הגדלה בתקציב הבריאות (יותר מאשר כל שירות ציבורי אחר), אבל מאידך כששואלים "האם תהיה מוכן לשלם יותר מס בריאות לשם כך?" רק 45% עונים בחיוב, היתר מתנגדים.¹⁹ הסיבה לסתירה זאת

18 פלוג, אבירם-ניצן וקידר, 2019.

19 יחד עם זאת יש לציין ש-45% זה לא מעט - לרוב אנשים מתנגדים להגדלת מסים כלשהי.

נעוצה בחוסר אמון נרחב: כ-70% מאלה שהשיבו שלא מוכנים לשלם יותר על מס בריאות ענו כך כיוון שהם לא מאמינים שתוספת התקבולים ממס בריאות אכן תוקצה לתקציב הבריאות.

הציבור חושש שאם יועלה מס הבריאות (אשר נגבה ע"י הביטוח הלאומי ומועבר על ידו לקופות החולים על פי נוסחת הקפיטציה), כי אז האוצר עלול לצמצם במקביל את תקציב הבריאות עליו הוא חולש - מעין כלים שלובים. אי אפשר להתעלם מחשש זה, ועל כן יש לכרוך את העלאת מס הבריאות ביחד עם קביעת מנגנון אמין שימנע צמצום כלשהו של תקציב הבריאות בתקציב המדינה. אנו מציעים לשם כך לקבוע בחוק ההסדרים שיתלווה לחוק התקציב לשנת 2020-21, שחלקו של תקציב הבריאות בתקציב המדינה לא יפחת מ-9%, כחלקו כיום. זהו צעד מרחיק לכת שמתנגש עם הגישה המקובלת (לרוב מוצדקת) הגורסת שיש להימנע מקשיחות בתקציב המדינה, שכן הצרכים משתנים ועל כן יש להשאיר מרחב תמרון נרחב לקובעי המדיניות. אולם, הציבור כיום הנו הרבה יותר מודע לנושאים אלה ופחות נכון לקבל את "הגזירות" בפאסיביות, ועל כן יש לרתום אותו ע"י נקיטת צעדים מגבירי אמון.

6. הערות לסיכום

כאמור, הפן התקציבי הנו רק נדבך אחד, אמנם הכרחי, למהלך הרבה יותר נרחב שדרוש כדי להתמודד עם המצב המשברי של מערכת הבריאות הציבורית. לא עוד כיבוי שרפות, לא עוד טלאי על טלאי, אלא שדרושה אסטרטגיה לאומית ארוכת טווח, שתכלול מלבד המרכיב התקציבי גם הצבת גבולות והגדרת ממשקים ברורים בין המערכת הציבורית לפרטית. זאת יש לעשות תוך ניצול היתרונות היחסיים של כל אחת מהן, ותוך צמצום אי השוויון בהענקת שירותי בריאות לכל מגזרי האוכלוסייה בישראל.

מעבר לכך, ראוי לציין שני נושאים הדורשים התייחסות מיוחדת במסגרת התוויית האסטרטגיה: הראשון הוא השבחת רפואת המשפחה והרחבת הרפואה המונעת, אשר יש בכוחן הן לשפר מאוד את התוצאות הבריאותיות של הציבור הרחב ולאורך זמן, והן לעשות זאת תוך חיסכון במשאבים יקרים. הנושא השני הוא השימוש הנרחב בנתוני עתק (Big Data) ובבינה מלאכותית, אשר באמצעותם ניתן לייעל בהרבה את מכלול השירותים שניתנים כיום תוך שיפור התוצאות (ראה Topol 2019). לישראל היה עד לאחרונה (ואולי עדיין יש) יתרון גדול על פני מדינות אחרות בהקשר זה, בשל

השימוש ברשומה רפואית ממוחשבת זה שנים רבות, וזאת על כמעט כל האוכלוסייה, דבר שקיים במדינות ספורות בלבד. רשומות אלו מהוות משאב עצום ורב ערך, בפרט בצירוף עם היכולות של "למידת מכונה" (Machine Learning), שכן הפעלת יכולות אלו על נתוני העתק שברשותנו עשויה להניב קשת רחבה מאוד של חיזויים, החל מדפוסי ניהול יעילים של חדרי מיון וכלה בזיהוי החולים אשר כדאי לבצע בהם בדיקות מוקדמות שונות.

אחת הבעיות המעיבות על יכולתה של המערכת לגבש מדיניות עקבית הנה היותה מפוצלת מאוד, ובעלת מגוון רחב של אינטרסים שונים ואף סותרים. משרד הבריאות הנו רק שחקן אחד בתוך אלה, ועל כן קשה לצפות שהוא בעצמו יוכל להוביל ולרתום את כל הגורמים האחרים. דרוש שיתוף פעולה נרחב, תוך הפנמת התובנה שאין זה משחק סכום אפס, שתוספת משאבים למגזר הציבורי הנה כורח המציאות עבור כל הגורמים (גם למערכת הפרטית), ושאם לא ייקבעו כללים ברורים שיסדירו את יחסי הגומלין בין המערכות, כי אז כשלי המערכת שעוד יעמיקו, יחזרו ויכו כבומרנג על כולם.

חשוב ללמוד מהניסיון בהקשרים אחרים: עליית מחירי הקוטג' באביב 2011 תרמה תרומה משמעותית להתפרצות המחאה החברתית באותו קיץ; התשלומים המופקעים שנדרשנו לשלם לחברות הסלולר הביאו לרפורמה מרחיקת הלכת של כחלון; השכר המוגזם בעליל של בכירים בתאגידים הפיננסיים הביאו לחקיקה המגבילה בכנסת. התחום הבריאותי שונה מאוד מאלה, והמשל איננו שגם בבריאות מחירי הטיפולים מופקעים, אלא שכמו במקרים האמורים, בהעדר כללים ברורים וסבירים עלולים להתפתח תהליכים שפוגעים ישירות או בעקיפין בחלקים ניכרים של הציבור. בעקבות כך התגובה שקרוב לוודאי תבוא תהיה מרחיקת לכת, ועלולה להביא לתוצאה שאיננה רצויה לכל חלקי המערכת. מוטב, אם כן, לשתף פעולה, לגבש יחדיו אסטרטגיה כוללת, ולנסות לקדמה מול הממשלה החדשה שתקום, כאשר הבקשות למשאבים תוספתיים צריכות להיות סבירות ומעוגנות בנייתן מושכל של הנתונים.

נספח

Health at a Glance, OECD 2019, Chapter 7

Projections of Health Expenditures, p. 166

Definition and comparability

The underlying model for projecting health expenditure in the future includes several country specific determinants. It is based on age-specific health expenditure curves for total health expenditure (in real terms), which are projected in the future by using population changes, mortality rates, expected costs associated with dying, and the share of survivors and non-survivors in any given year. These are further adjusted for GDP growth, productivity and wages growth, time effects, individual and collective shares of expenditure and technological change. This modelling is applied to both total and public current health expenditure (excluding capital expenditure), and a range of scenarios are constructed based on parameters gathered from the literature, regression based sensitivity analysis, and assumptions in line with specific theories in the literature (i.e. time-to-death, healthy ageing). A detailed breakdown of the theoretical framework and the methodological assumptions underlying the projections presented in this column are available in the References section.

References

Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", OECD Health Working Papers, No. 110, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>

Marino, A. et al. (2017), "Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts", OECD Health Working Papers, No. 95, OECD, Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/247995bb-en>

OECD (2015), Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>

ביבליוגרפיה

טרכטנברג ופופליקר, "לקראת מדיניות פיסקלית חדשה לישראל: האיזון הנכסף בין אחריות תקציבית לצרכים חברתיים", מוסד שמואל נאמן בטכניון, יוני 2019.

<https://www.neaman.org.il/Towards-a-New-Fiscal-Policy-for-Israel-Balancing-Budgetary-Responsibility-and-Societal-Needs>

גלזר, קובי ויוג'ין קנדל, הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, ועדת גרמן, דו"ח עמדת מיעוט, 2013.

<https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/publichealth2014.pdf>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הוצאה הלאומית לבריאות 2017-1962, ספטמבר 2018.

https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2018/briut17_1735/e_print.pdf

קרנית פלוג, דפנה אבירם-ניצן, ירדן קידר, סקר עמדות הציבור בנושאים כלכליים-חברתיים, המרכז לממשל וכלכלה, המכון הישראלי לדמוקרטיה, ספטמבר 2019.

<https://www.idi.org.il/media/13234/economic-survey.pdf>

OECD "Health at a Glance", 2019 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

Eric Topol, "Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again," 2019. <https://www.amazon.com/Deep-Medicine-Artificial-Intelligence-Healthcare/dp/1541644638>

אסדרת ארגוני הבריאות

מנגנונים ליעול וטיוב רגולציה במערכת הבריאות

יו"ר: עדי ניב-יגודה

צוות הכנה:

רועי בן משה
רייצ'ל ברנר-שלם
אורלי ויינשטיין
שלמה וינקר
סיגל ליברנט-טאוב
אביעד נימקובסקי
שימי פרג'
ליאור קוטלר
רועי רייכר
אורי שוורץ

תוכן העניינים

1. רגולציה - כללים ועקרונות
2. מידע כתנאי הכרחי לקיומה של רגולציה אפקטיבית
3. משרד הבריאות - תפקידים וסמכויות
 - א. חטיבת רפואה
 - א (1). בקרות בתי חולים
 - א (2). בקרות קהילה וקופות חולים
 - ב. חטיבת רגולציה
 - ב (1). האגף לפיקוח על קופות החולים
 - ב (2). סמכויות פיקוח, איכפה ובקרה על קופות החולים
 - ב (3). עומק הרגולציה
 - ב (4). אפקטיביות רגולטורית מוגבלת
 - ג. חטיבת מרכזים רפואיים ממשלתיים
 - ד. האגף לפיקוח כלכלי על מערך האשפוז
4. פערים ברגולציה בין בתי החולים ובין קופות החולים
5. השלכות
6. הצעות שעלו לדיון
7. שאלות מרכזיות לדיון

רגולציה - כללים ועקרונות

מערכת הבריאות בישראל, כמו גם מערכות בריאות מקבילות בעולם, הינה מערכת מורכבת בעלת מאפיינים ייחודיים. מערכות בריאות, מעצם טבען וטיבן, מוסדרות באמצעות כללי רגולציה (הסדרה, פיקוח ואכיפה) שונים ומגוונים- כללים שמטרתם המרכזית להתמודד עם 'כשלי שוק' ייחודים לתחום הבריאות. כשלי שוק משמעותיים ומהותיים (לדוגמה: ביקוש קשיח, היצע יוצר ביקוש, א-סימטריה במידע ועוד) לשעצמם מהווים הצדקה מספקת להתערבות ממשלתית ולקיומה של רגולציה (להלן - 'רגולציה' או 'הסדרה'), בוודאי כשמדובר בשירותים ציבוריים חיוניים כמו בריאות, בתנאי 'שוק' שמתאפיין בריבוי שחקנים (לרבות בתי חולים, קופות חולים, ספקי שירותים ציבוריים ופרטיים, ועוד) ובריבוי אינטרסים ותמריצים שיוצרים כשלי שוק מובנים. בנוסף, בתחום הבריאות התערבות ממשלתית מטרתה לוודא כי בין היתר מתקיימת הקצאה יעילה, שוויונית והוגנת של מקורות ומשאבים ציבוריים לכלל ציבור המבוטחים.¹

לוח 1: יעדי מדיניות חברתית וכלכלית

- *Equity and justice*: to provide equitable and needs-based access to health care for the whole population, including poor, rural, elderly, disabled and other vulnerable groups
- *Social cohesion*: to provide health care through a national health care service or to install a social health insurance system
- *Economic efficiency*: to contain aggregate health expenditures within financially sustainable boundaries
- *Health and safety*: to protect workers, to ensure water safety and to monitor food hygiene
- *Informed and educated citizens*: to educate citizens about clinical services, pharmaceuticals and healthy behaviour
- *Individual choice*: to ensure choice of provider, and in some cases insurer, as much as possible within the limits of the other objectives

1 Saltman, R. and Busse, R. (2002) Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe's Health Sector: Theory and Practice. In: Saltman, R., Busse, R. and Mossialos, E., Eds., European Observatory on Health Care Systems, Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems, Open University Press, Buckingham.

בספרות המקצועית הוכרה הרגולציה בתחום הבריאות כ:

"כללים פורמאליים ובלתי-פורמאליים שתכליתם לכוון, לווסת ולפקח על התנהגות או פעילות בעלת חשיבות ציבורית כלשהי של ספקי שירותי בריאות. כללים אלו מתעדכנים על ידי הרשויות השלטוניות בחברה ובמשל - בהתאם לשינוי ביחסי הכוחות הפוליטיים ובהתאם להתפתחויות האובייקטיביות בתחום."²

לאור העובדה שרגולציה הינה מונח המשתנה בהתאם להקשר הנבחן,³ ניתן למצוא בספרות המקצועית הגדרות מקובלות נוספות ל-'רגולציה'.^{4,5} בעולם מוכרים ומיושמים מודלים שונים של רגולציה:

רגולציה מסורתית - "קביעת כללי התנהגות במשק על ידי הרשות המבצעת ועל ידי הרשות המחוקקת. כחלק משינויים שחלו בסביבה המוסדית... כיום נוטלים חלק פעיל בתהליך קביעת הרגולציה שחקנים נוספים, המשויכים ל"רגולציה האזרחית", כגון המגזר הפרטי, ארגוני מגזר שלישי וארגונים בינלאומיים."⁶

רגולציה עצמית - "...שימוש הולך וגובר במכשירי רגולציה עצמית הנקבעים, ולעתים אף נאכפים, על ידי גורמים בתעשייה או בענף מסוים או על ידי גורם שלישי מוכר, בתיאום עם הרגולטור הרלוונטי או ללא תיאום עמו."⁷

רגולציה משותפת - "...שמה דגש על חשיבותם של כללים וחוקים המסדירים התנהגות ומכילים אלמנטים של רגולציה עצמית כך שהמדינה מאצילה ומבזרת סמכויות לידי המפוקחים באמצעות הסדרים שיצרה."⁸

2 נ. כהן (2014). רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים. מכון ון ליר, ירושלים.

3 Black, J. (2002) Critical Reflections on Regulation. CARR Discussion Papers, London.

4 "חוק או תקנה בת פועל תחיקתי המהווה כלל התנהגות מחייב במסגרת פעילות כלכלית או חברתית, ושהוא בר אכיפה על ידי רשות מנהלית מוסמכת לפי דין" החלטת ממשלה מס' 2218 (מיום 22.10.2014).

5 "הסדרת יחסי חליפין של ערכי החברה על ידי סמכות שלטונית ביצועית: שבאמצעות תקנות, הנחיות, הוראות או צווים מנהליים: דורשת, מאשרת, מונעת או אוסרת פעילות או התנהגות של הפרט ו/או של ארגונים בחברה" מחקר מדיניות 37, המכון הישראלי לדמוקרטיה, 2003.

6 כנס אלי הורביץ לכלכלה וחברה 2017.

7 כנס אלי הורביץ לכלכלה וחברה 2017.

8 כנס אלי הורביץ לכלכלה וחברה 2017.

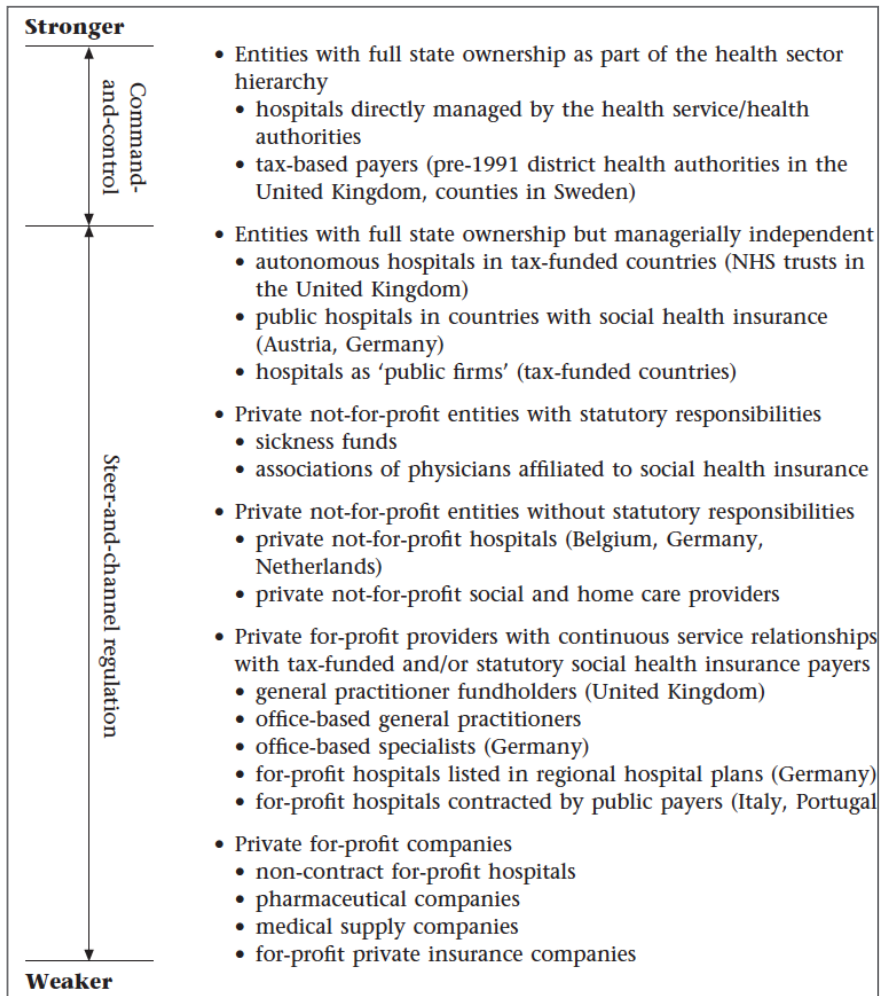
בבריאות, כמו גם בתחומים אחרים, הרגולציה במהותה היא אמצעי להשגת יעדים בריאותיים, חברתיים וכלכליים, ולא מטרה שעומדת בפני עצמה. רגולציה שהיא בבחינת התערבות חיצונית באמצעות כללים מחייבים, כאלו שיש בהם כדי להגביל במידה זו או אחרת 'תחרות חופשית' בתחום מורכב ורווי אינטרסים. הגבלה שנועדה לקדם תועלת כלכלית ו/או חברתית. עם זאת, המציאות מלמדת כי לא אחת התערבות שנועדה להסדיר כשל שוק אחד היא שיצרה בפועל כתופעת לוואי כשל שוק אחר. לכן, ובהתאם לתפיסות יסוד בנוגע ל - 'מהו תפקידה של המדינה', מדינות שונות מיישמות מודלים מגוונים של רגולציה, ובהם: מודל ריכוזי/תכנון מרכזי, מודל של תחרות מנוהלת (Managed Competition), מודל שוק (כמעט) חופשי (Free Competition) / תחרותי ועוד. אולם, ולמרות השונות המתקיימת בין המודלים השונים, נראה שיותר ויותר מדינות מערבות מאמצות כלים שנועדו להכווין, לנתב ולתעל את השחקנים השונים (אקרדיטציה, רישוי, רגולציה עצמית וכיו"ב), כשבמקביל נעשה שימוש פוחת בכלים של ציווי, שליטה והפעלה עצמית. שימוש פוחת שנובע מהחסרונות הנלווים לכללים מהסוג של ציווי ושליטה, ובהם: אנטי-תחרות, היעדר גמישות, מורכבות יישומית, אכיפה סלקטיבית וכיו"ב. מכאן, שהדרך לרגולציה אפקטיבית עוברת בבחינת השאלות הבאות:

1. מהם הנושאים והתחומים שמחייבים התערבות והסדרה?
2. מהי המטרה שמבקשים להשיג באמצעות הרגולציה?
3. מיהו הרגולטור המתאים?
4. מהו עומק ההתערבות הנדרש לשם השגת המטרה?
5. מהו הכלי המתאים ביותר להשגת המטרה?
6. מתי ואיך עושים שימוש ראוי/מידתי בכלים של התערבות והסדרה?

בשיח ארוך שנים על אופי ועומק הרגולציה במערכת הבריאות בישראל קיים אתגר משמעותי, והוא להגיע לרגולציה אפקטיבית ומדויקת ובו זמנית להימנע מעודף רגולציה ולהפחית בהתערבות בניהול העצמאי של המפוקח. עוד יש לקחת בחשבון את העובדה שספקי השירות - קופות החולים - ניזונות מתקציב ציבורי וכי הממשלה מתערבת בשוק לעתים קרובות על מנת להבטיח את יציבותן הפיננסית ובו זמנית אחראית גם ליציבות פיננסית של נותני שירותים הנמצאים בבעלותה. בעניין זה יש להבחין בין כלים ואמצעים שונים של רגולציה: **(א) הסדרה** - קביעת כללים ספציפיים ומחייבים (קונקרטיזציה של נורמה מחייבת) להכוונת התנהגות / התנהלות של

השחקנים השונים בתחום הבריאות (לדוגמה: חוזרי חטיבת הרפואה לאורכי תור ולשמירה על פרקטיקה רפואית נאותה); **(ב) פיקוח** - יישום כללים באמצעות הכפפה לדרישות פוזיטיביות (לדוגמה: רישוי מקצועות בריאות, אישור תוכניות גביה, אישור תקנון, אישור תקציב פיתוח וכיו"ב); **(ג) אכיפה** - הבטחת מימוש כללים מחייבים באמצעות: סנקציה, סמכות חיוב לבצע או להימנע מביצוע, הליכים פליליים או אזרחיים, אכיפה הסכמית ועוד. אכיפה שמטרתה לוודא הבטחת מימוש זכויות וזכויות של מבוטחים והתנהלות פיננסית תקינה.

לוח 2: רצף הסמכות והפיקוח בסקטור הבריאות



להדגיש, רצף הסמכות והפיקוח בתחום הבריאות משפיע, בין היתר, גם על היכולת לקיים משטר של רגולציה אפקטיבית: כזו שיודעת לשלב בין כלים ישירים (לדוגמה קביעת דרכי פעולה של מוסדות, קביעת הסדרים בדבר מתן חובת מתן שירות וכיו"ב) ובין כלים עקיפים (לדוגמה אקרדיטציה ורישוי, רגולציה עצמית, תמריצים כלכליים, קביעת מחירים וכיו"ב); רגולציה שיודעת לאזן בין עידוד תשתית של תחרות חיובית של השחקנים השונים במערכת הבריאות, ומצד שני לענות על הצורך בריסון, התערבות, הכוונה או הגבלה במטרה להגשים מדיניות בריאות רצויה ויעדים חברתיים; רגולציה מדויקת שהתועלת מקיומה עולה על עיוותים או כשלי השוק שנוצרים כתגובת לוואי בעקבות התערבות ממשלתית.

כאן המקום להדגיש, כי ככל שנעשה שימוש מדויק יותר בכלי הסדרה עקיפים, כך עשוי להצטמצם הצורך להפעיל אכיפה וסנקציה שמקורן בכלי הסדרה ישירים. מכאן, שרגולציה אפקטיבית שואפת לשלב בצורה אינטראקטיבית בין אמצעים וכלים ישירים ועקיפים שונים, ובהם:

- ◆ הגדרת סל השירותים
- ◆ הגדרת מוסדות בריאות, ייעודם ודרכי פעולתם
- ◆ קביעת תעריפים (לניתוחים, פרוצדורות ושירותי בריאות אחרים)
- ◆ הקצאת מקורות / חלוקת משאבים (קפיטציה, תכנית מיטות)

כאמור, אין מחלוקת בדבר היות רגולציה תנאי חיוני לתפקוד יעיל ותקין של מערכת הבריאות. רגולציה אפקטיבית היא כזו שמסייעת לממשלה ליישם את מדיניותה בתחום הבריאות, רגולציה שמבקשת להגשים את האינטרס הציבורי, ולהבטיח כי שירותי בריאות יהיו איכותיים, נגישים, זמינים ובטוחים. עקרונות ומנגנונים שמקבלים ביטוי הן בהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי והן בתקנות, בנהלים ובהנחיות המקצועיות. מכאן שאחת השאלות שמעסיקות את מערכת הבריאות נוגעת לתועלתיות של הרגולציה, יעילותה ויכולתה לעמוד במטרותיה/יעדיה. כלומר, האם הרגולציה הקיימת אפקטיבית, והאם היא מגשימה את עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותורמת לאספקת שירותי הבריאות לציבור בישראל? זאת כאשר קיימים מספר גורמים שמגבילים את האפשרות לבצע רגולציה אפקטיבית בתחום הבריאות:

1. מצוקה תקציבית מתמדת {לדעת חלק מהשחקנים בתנאים של גירעון יכולתו של הרגולטור לבצע אכיפה בדמות ענישה כספית (שאינה פרסונלית) נשחקת או לא אפקטיבית}.

2. עבודה משותפת / יחסי קרבה גבוהים בין המפקחים למפוקחים (לציין, במקרים מסוימים הכוח לא תמיד בידי המפקח).
3. מבנה תאגידי מיושן וחוסר בגמישות ניהולית של חלק מהשחקנים.
4. ריבוי תפקידים הנמצאים במתח ולעיתים בניגוד אצל השחקנים השונים, לדוגמה, משרד הבריאות הינו רגולטור, אך גם ספק ישיר של שירותי בריאות (תוספת שלישית ובעלים של בתי חולים).

נוכח האמור לעיל, במסגרת כנס ים המלח נבקש לעסוק בסוגיה של אסדרת ארגוני בריאות בישראל, כשהבסיס מושתת על היסודות הבאים:

- ◆ רגולציה אפקטיבית מהווה מפתח לתפקוד יעיל ותקין של מערכת בריאות.
- ◆ רגולציה אפקטיבית חיונית להגשמת האינטרס הציבורי ועקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (הבטחת איכות, נגישות ובטיחות שירותי הבריאות).
- ◆ רגולציה אפקטיבית מהווה מפתח להתמודד עם כשלי שוק בתחום הבריאות ולהביא לייעול ההוצאה הלאומית על בריאות (יותר שירותים בעלות נמוכה יותר).
- ◆ רגולציה אפקטיבית חיונית למיצוי הפוטנציאל של כלל השחקנים במערכת הבריאות.

להדגיש, קיימת חשיבות לבצע אבחנה בין **רגולציה עודפת** (מייצרת נטל מיותר על כתפי השחקנים, תוך יצירת השפעה שלילית) ובין **רגולציה אפקטיבית** (מאזנת בין האינטרסים, תוך טיוב יישום מדיניות בריאות בהתאם לעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי).

האתגר:

- ◆ ייעול וטיוב מנגנוני הרגולציה במערכת הבריאות.
- ◆ הגברת האפקטיביות של הרגולציה במערכת הבריאות.
- ◆ חיזוק תרבות של רגולציה במערכת הבריאות.
- ◆ עידוד רגולציה עצמית ונקיטת מהלכים רגולטוריים שאינם מבוססים על 'ציווי ושליטה' (Control and Command).

עקרונות לייעול וטיוב רגולציה בתחום הבריאות:⁹

1. שקיפות (Transparency)
2. אחריותיות (Accountability)
3. עקביות (Consistency)
4. מידתיות (Proportionality)
5. התמקדות במטרה (Targeting)

מידע מהימן וזמין כתנאי הכרחי לרגולציה אפקטיבית

מידע מלא, שלם ומדויק הוא אבן היסוד של כל רגולציה. המידע דרוש לרגולטור, בראש ובראשונה, על מנת לאפשר לו ליצור רגולציה רלבנטית ואפקטיבית, שתמודד כראוי עם הכשלים שאליהם היא מכוונת. עוד נדרש המידע כדי לאפשר היערכות מוקדמת לכשלים ובעיות שצפויים להתרחש בשוק המפוקח. מעבר לצורך במידע לרגולציה, יש הכרח במידע לתכנון והיערכות. החובה לתכנון לאומי והיערכות לשינויים היא על משרד הבריאות אך הוא לא מחזיק המידע, בוודאי שלא במידע המתאר רציפות על פני ארגוני בריאות שונים, ובטח שלא באופן סיסטמתי. כאן גם המקום לציון, כי המידע המצוי בידי מוסדות הבריאות, קופות חולים ובתי חולים כאחד, אינו נכס המצוי בבעלות, כי אם מידע אשר מוחזק בנאמנות לטובת המטופל המסוים,¹⁰ ובמקרים אחרים כמידע מותמם (לא מזוהה) לטובת האינטרס הציבורי.¹¹ כך לדוגמה נקבע כאמירה נורמטיבית ומנחה בוועדה ליישום המלצות השימושים המשניים במידע בריאות:

9 European Commission. "Better Regulation", (December 14, 2016); 5 principles of Better Regulation by Hampton.

10 "...המידע על אודות מצבו הרפואי של מטופל אין הוא רכושו הפרטי של הרופא או של המוסד (בית חולים וכיו"ב) שבו הרופא עובד. הרופא מחזיק במידע בנאמנות, ובעל הזכות העיקרי הוא החולה..." עע"מ 6219/03 פלונית נ' משרד הבריאות, נח (6) 145.

11 הערה: במהלך דיוני ההכנה לכנס הציגו קופות החולים עמדה לפיה תוצרי ה-'מידע' הינם נכס לכל דבר ועניין, כולל מידע מותמם (לא מזוהה) שהוא לטענתן בבעלות ארגון הבריאות ובראש ובראשונה לטובת עבור חברי אותו הארגון. לטענת קופות החולים חלוקת המידע עם צדדים שלישיים לא יכולה להיעשות בכפיה אלא רק בתנאים מסוימים לפי שיקול דעת אותם הארגונים.

”במערכות המידע במערכת הבריאות מצטברים נתוני בריאות רבים (רפואיים, דמוגרפיים וסטטיסטיים), אודות הפרטים בישראל. נתונים אלו, הנאספים ונאגרים בזכות התקדמות המחשוב והטכנולוגיה, הינם בעלי חשיבות רבה וטומנים בחובם אפשרויות לתרומה משמעותית לבריאות הפרט המטופל, לבריאות הציבור ולקידום הידע האנושי. לאור התועלת הרבה הצפויה משימוש בנתוני הבריאות, חובתנו כחברה וחובתן של המדינה ושל מערכות הבריאות, להפיק את המיטב מנתוני הבריאות.”¹²

ברם, במערכת יחסים רגולטורית המפוקח נהנה מיתרון מידע מובנה על הרגולטור, ואת מלאכת הרגולציה ניתן לתאר כמרוץ ”חתול ועכבר” מתמיד שמנהל המפקח אחרי המפוקח. המפוקח, שלו יתרון אינהרנטי בהבנה ובידע על השוק שבו הוא פועל, מבקש להרחיק את הרגולטור מהמידע על מנת לפגום ביכולת של הרגולטור להתמודד עם כשלי השוק הרלבנטי. בהתאם, אחד האתגרים המשמעותיים של הרגולטור, אם לא המשמעותי שבהם, הוא לשמור את פער המידע בינו לבין המפוקח ברמה נמוכה ככל שניתן. תמונת המצב האופטימלית לרגולציה אפקטיבית היא, אפוא, זרימה שוטפת, עדכנית ומדויקת של מידע מהמפוקחים לרגולטור.

ישנה לא מעט ביקורת על מסגרות שונות במשרד הבריאות בעניין הכשל התכנוני בצפי והיענות למגמות בריאות וחולי, משאבים, ביקושים ותצורות אספקה. מעבר לגילוי יוזמה ותרבות תכנונית לאומית, מתברר שחסר למשרד נגישות למידע בתצורות של Big Data, בהיקפי מידע ענקיים, חוצי ארגונים, עם עומק זמן, שונות מייצגת ואפיון אוכלוסיות. היעדר התרבות וזמינות המידע מייצר נכות מקצועית וואקום של היעדר תכנון והיערכות.

אם אלו פני הדברים באופן כללי, הרי שבתחום הבריאות ובייחוד בשוק המבטחים הציבוריים - קופות החולים - הדבר נכון ונדרש שבעתיים. ראשית, אין מדובר בגופים פרטיים אלא במה שמכונה במשפט המנהלי ”גופים דו-מהותיים”, שתפקידם הוא תפקיד בעל אופי ציבורי מובהק. תפיסת תפקיד זו עולה הן מהיחס של החוק לקופות והן מהאופן שבו רואות הקופות את עצמן, כפי שהדברים משתקפים מהתקנונים שלהן. גופים ציבוריים מחויבים באופן כללי באמות מידה מחמירות של שקיפות והוגנות, כך בפני הציבור וכך בפני הרגולטור.

12 הועדה ליישום המלצות השימושים המשניים במידע בריאות, משרד הבריאות (ינואר 2018).

שנית, קופות החולים נהנות ממימון ציבורי בהיקף עצום, ועובדת היותן מי שמנהלות כספי ציבור על מנת לשרת מטרה ציבורית רק מדגישה עד כמה הפיקוח עליהן חייב להיות קפדני ואפקטיבי.

שלישית, בניגוד לשוק כלכלי חופשי, תפקידן של קופות החולים אינו מאפשר הלכה למעשה מצב שבו אחת הקופות "תיפלט מן השוק" ותסגור את שעריה. בהתאם, התנהלות המדינה לאורך שנותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מלמדת על מחויבות עמוקה של המדינה ליציבותן הכלכלית של הקופות. יציבות זו באה לידי ביטוי, למשל, בהסכמי הייצוב הנחתמים בין המדינה לבין כל אחת מהקופות אחת לכמה שנים, ובהם "סוגרת" המדינה את הגירעון התקציבי של הקופות. בצד המחויבות ליציבות הכלכלית של הקופות מוטלת על המדינה חובה מוגברת לפקח עליהן ולוודא שהן מתנהלות באופן המשרת את תכלית ההשקעה העצומה של המדינה בהן, וביתר שאת - תוך אחריות תקציבית.

רביעית, מעמדן המרכזי של הקופות כמבטחות של כלל אוכלוסיית המדינה מביא לכך שלמידע המצוי אצלן יש ערך רב לא רק באסדרה של הקופות עצמן, אלא גם באסדרה ותכנון של כלל מערכת הבריאות.

במצב הנוכחי זרימת המידע מהקופות לרגולטור אינה אופטימלית, בלשון המעטה.

אמנם, לרשות משרד הבריאות עומדת הסמכות הקבועה בסעיף 40(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הקובע כי "קופת חולים תעביר למוסד או למשרד הבריאות, לפי דרישתם, את כל הנתונים הדרושים לשם ביצוע תפקידיו לפי חוק זה". כמו כן, סעיף 36 לחוק קובע כי "המנהל או מי שהוא הסמיכו לכך רשאי לדרוש מקופת חולים או מנותן שירותים ידיעות, מסמכים, לרבות רשומות רפואיות והסברים שברשותם בדבר פעילותה של קופת החולים על פי חוק זה; מי שנדרש לכך חייב למסור את המידע האמור".

בצד סמכויות אלו נקבעו בהקשרים שונים חובות על הקופות לספק מידע מסוים, כמו זו המעוגנת בסעיף 23(ב) לחוק בנוגע להסדרי בחירה. בנוסף, נקבעו חובות המחייבות את הקופות למסור מידע אף ללא דרישה של המשרד, כמו זו הקבועה בסעיפים 2 ו-3 לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות חולים), התשס"ו-2006.

אולם, ככלל, מסירת מידע מהקופות למשרד נעשית על פי יוזמה של המשרד ולא באופן שוטף וקבוע מראש. בנוסף, היעדר כלי אכיפה אפקטיביים מקשים על המשרד להתמודד עם מצב שבו קופה נמנעת מלהעביר את המידע שנדרשה להעביר, או שהוא מועבר באיחור ובאופן חלקי.¹³ אמנם, סעיף 40(א) קובע, לכאורה, סנקציה בדמות עיכוב כספים המגיעים לקופה מהביטוח הלאומי, אולם מדובר בסנקציה בעייתית מאד משתי סיבות לפחות: ראשית, מי שייפגע בסופו של דבר ממשבר תקציבי בקופה הם מבוטחיה; ושנית, המחויבות הממשלתית ליציבות התקציבית של הקופות מובילה לכך שפגיעה במקורות המימון של הקופה עלולה להוות "גול עצמי" מבחינת המדינה. בנוסף, הפרת סעיף 40 מהווה אמנם עבירה פלילית (לפי סעיף 47(א)(7) לחוק), אולם ספק אם ההליך הפלילי הוא המתאים להתמודד עם אי מילוי חובה רגולטורית, וקשה לתמוה על כך שבפועל לא נעשה בהקשר זה שימוש באכיפה הפלילית. סעיף 36 לעומת זאת אינו מכיל סנקציה כלשהי כלפי מי שהפר אותו.

מודל רגולטורי נכון של מידע מחייב תיקון של שני פגמים אלו. ראשית, וכעקרון מנחה, על הקופות להיות שקופות לרגולטור. מהותה הציבורית של הקופה והיקף הכסף הציבורי אותו היא מנהלת לא יכול לאפשר "חורים שחורים" כלשהם בהתנהלותה כלפי הרגולטור. בהתאם, יש להגדיר תשתית קבועה של מידע שעל הקופה לספק לרגולטור באופן שוטף וללא צורך בדרישה חוזרת ונשנית מצד הרגולטור, ולעגן את הדברים בתקנות מכוח סעיף 35(ב)(6) לחוק ובהנחיות מנהליות; שנית, וכאן מדובר כבר בפתרון לבעיה רחבה יותר שאין זה המקום להרחיב בעניינה, יש לייצר לרגולטור כלי אכיפה אפקטיביים כלפי הקופות, כאלה שירתיעו את הקופות מלהפר את הוראות החוק והרגולציה ובה בעת לא יפגעו במבוטחים ולא ייצרו עלויות תקציביות נוספות למדינה. בנוסף, יש לשקול האם ובאיזה אופן יועמד המידע לעיון הציבור.

נוכח האמור לעיל, כמו גם ההכרה במידע מהימן וזמין בידי הרגולטור כתנאי הכרחי לקביעת מדיניות הבריאות ו/או פיקוח ואכיפה, נבקש לבחון מהו המנגנון המומלץ לייעול וטיוב מידע לצורך רגולציה.

13 הערה: במסגרת דיוני ההכנה לכנס הציגו קופות החולים עמדה לפיה למשרד הבריאות כלי אכיפה אפקטיביים ומספקים, כלי אכיפה הקבועים בשלל מקורות כולל חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הסכמי הייצוב כאמור, הטלת קנסות ועוד.

משרד הבריאות - תפקידים וסמכויות

משרד הבריאות הוא הגורם האמון על יישום מדיניות הממשלה בתחום הבריאות, וקביעת סדרי העדיפויות במערכת הבריאות. מתוקף תפקידיו וסמכויותיו בחוק פועל משרד הבריאות במגוון רחב של ממדים, ובהם:

א. רגולציה ופיקוח - קביעת סטנדרטים; תכנון פריסת ופיתוח שירותי בריאות; רישוי; פיקוח ובקרה; מחקר; הכשרה ותכנון כח-אדם; הערכות לשעת חירום.

ב. אספקת שירותים - משרד הבריאות מחזיק בבעלותו כמחצית ממיטות האשפוז הכללי בישראל (בתי חולים ממשלתיים), במרבית מהמרכזים הפסיכיאטריים ובמעט מרכזים גריאטריים. כמו כן מפעיל משרד הבריאות כמחצית מהתחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב).

ג. גורם מבטח - בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבעה אחריותו של משרד הבריאות לאספקת מגוון רחב של שירותים, בארבעה תחומים: שירותי רפואה מונעת (הכוללים בדיקות שגרה לאישה ההרה ולתינוק; בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות גנטיות ומחלות מטבוליות ביילודים; חיסונים ורפואה מונעת; שירותי בריאות לתלמידי בית ספר ועוד); גריאטריה (ובכלל זה שירותי אשפוז סיעודיים); בריאות הנפש (שלאחר העברת עיקר האחריות לגביה לקופות, כוללת שירותים בתחום השיקום, התחלואה הכפולה וגמילה מהתמכרויות); ומכשירי שיקום וניידות (הכוללים אספקת מכשירים ואביזרים שונים לסיוע לנכים).

רבות נכתב לאורך השנים על ריבוי התפקידים של משרד הבריאות ו"ניגודי העניינים" הנלווים.¹⁴ ריבוי התפקידים הנמצאים במתח ביניהם קיבל ביטוי ממשי במספר רב של דו"חות וועדות ציבורית ומקצועיות, ובהן: ועדת נתניהו (1990); ועדת אמוראי (2002); ועדת ליאון (2004) וועדת גרמן (2014). גם אם יש חשש לניהול לקוי ולא מאוזן של המתח בריבוי התפקידים של משרד הבריאות אסור שהביקורת הזו תחליש או תהווה טענת נגד מקדמית בדיון למול רגולציה מוצעת. ריבוי תפקידים קיימים ומתח ביניהם במסגרת מוסדות מדינה אינם נדירים והם קרוב לוודאי כורח. יש חשיבות לנהל אותם באופן מאוזן ומתוך בקרה.

14 הערה: במהלך דיוני ההכנה לכנס הציגו קופות החולים את 'כפל הכובעים' של משרד הבריאות (רגולטור, מבטח וספק שירותים) ואת ניגודי העניינים כנושא מהותי ומשמעותי שיש בו כדי לפגוע בתפקידו של משרד הבריאות כרגולטור.

ברם, ועל מנת שלא לחזור על דיונים חשובים וראויים קודמים, חלק זה יבקש להתמקד אך ורק בממדים הקשורים ישירות לרגולציה, בקרה ופיקוח על קופות החולים ובתי החולים בישראל.

כאמור, משרד הבריאות הוא המאסדר העיקרי של קופות החולים. מנגנוני הפיקוח, הבקרה והאכיפה שלו מוסדרים באמצעות שלל מקורות נורמטיביים ובראשם חוק ביטוח בריאות ממלכתי על תקנותיו,¹⁵ חוזרי מנכ"ל וחוזרי אגפים שונים במשרד, נהלים והנחיות. בנוסף, נוהג המשרד לקיים ועדות בנושאים שונים, מוציא דו"חות, מקיים בקרות יזומות ועוד. מעבר לכך ישנם עוד מגוון חיקוקים (חוקים ותקנות) אליהם כפופות קופות החולים, אשר נאכפים על ידי המאסדר, וחלים בחלקם על הקופות כארגון מבטח וחלקם על נותני השירותים מטעם הקופות (בין פנימיים או חיצוניים), ובהם:

חקיקה ייעודית בתחום הבריאות - לדוגמה: פקודת בריאות העם על תקנותיה השונות והרבות, פקודת הרופאים, פקודת רופאי השיניים, פקודת הרוקחים, חוק זכויות החולה, חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות ועוד;

חוקים 'כלליים', שאינם ייעודיים למערכת הבריאות (חלים גם על הקופות ונותני השירותים בשל אופיים הציבורי) - לדוגמה: חוק יסודות התקציב, חוק הגנת הפרטיות, חוק חובת המכרזים, חוק חופש המידע;

חוקים 'אוניברסליים' (החלים על כלל הציבור, ללא קשר לאופי הפעילות) - לדוגמה: חוק התכנון והבניה, חוק החשמל, חוק החומרים המסוכנים ועוד.

לציון, רק ביחס לחלק מהחיקוקים הנ"ל משרד הבריאות הוא הרגולטור העיקרי, אולם הוא עוסק בהסדרה ופיקוח גם של רכיבים רלוונטיים מכוח חוקים שאינם מוכוונים מערכת הבריאות ומסייע בקביעת רגולציה המותאמת עבור מערכת זו (למשל ביחס למערכות חשמל ומיגון במוסדות רפואיים).

15 לדוגמה: תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים), תשס"ו-2006; תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פרסום, שיווק וקידום מכירות), התשנ"ח-1998 ועוד.

כעת, וכבסיס לדיון בעומק הרגולציה בתחום הבריאות, נבקש להציג בקצרה את החטיבות השונות במשרד הבריאות.

חטיבת הרפואה

חטיבת הרגולציה, למרות שמה, אינה הגוף היחיד האחראי על הרגולציה במשרד. במשרד הבריאות פועלות מספר חטיבות רגולטוריות נוספות, וכל אחת אחראית לרגולציה בתחום פעילותה, וביחס לרגולציה בתחום מוסדות רפואיים ועיקר מקצועות הבריאות - פועלת חטיבת הרפואה. חטיבת הרפואה היא גוף גדול ומרכזי במשרד הבריאות, שבאמצעות אגפיה ויחידותיה אחראית על קידום הרפואה ומקצועות הבריאות. החטיבה הנה גוף רגולטורי וקובע מדיניות, שבמסגרת פעילותה אחראית על קביעת סטנדרטים ומדיניות, תוך ניהול בקרה ופיקוח על יישומם. החטיבה מובילה תהליכים לשיפור השירות הרפואי לאזרח, איכות הטיפול וחיזוק הרפואה הציבורית. חטיבת הרפואה מהווה משאב ידע קליני רפואי, ומלווה את כלל התוכניות הרחביות הקיימות במשרד, פועלת בממשק מול כל יחידות המשרד ועם גופי חוץ של משרדי הממשלה.

תפקידי חטיבת הרפואה כוללים, בין היתר, סיוע בתכנון מערכת הבריאות, הקצאת וחלוקת משאבים למערכת הבריאות, (מיטות, חדרי ניתוח ותקנים), פעילות להרחבת פיתוח ופריסת שירותי רפואה בפריפריה וניצול מושכל של משאבי המערכת, הובלת רפורמות ופרויקטים ברמה לאומית במערכת הבריאות, קידום איכות הפעילות הרפואית בתחומי הרפואה השונים (גריאטריה והזדקנות האוכלוסייה, התפתחות הילד, חיזוק הרפואה הראשונית, שמירה על רצף הטיפול ועוד), טיפול באוכלוסיות מיוחדות (שיקום, בריאות הנפש ועוד) וכן ניהול משברים לאומיים.

חטיבת הרפואה היא הגוף הרגולטורי העיקרי האחראי על המוסדות הרפואיים המספקים באופן ישיר שירותי בריאות לציבור (בתי חולים, מרפאות, מכונים וכיו"ב), ועל מקצועות הבריאות העיקריים, בתחומי הבטחת איכות השירות הרפואי, ותכנון ופריסת השירותים.

אגפי חטיבת הרפואה אחראיים על ביצוע בקרות רפואיות ובקרות בתחום המינהל הרפואי על מוסדות רפואיים ברישיון ומוסדות מפקחים אחרים שחלקם אינם טעונים רישיון.

בקרות מבוצעות גם בקופות החולים ובמוסדות בקהילה (כלומר שאינם כוללים אשפוז). לעיתים קרובות הבקרות נעשות עם יחידות נוספות מהמשרד. חלק מהבקרות נעשות מכוח פקודת בריאות העם (כגון בתי החולים הכלליים, הסיעודיים, הפסיכיאטריים על מכלול השירותים המופעלים בהם), וחלקן מכוח חוקים ספציפיים אחרים (כגון פקודת הרוקחים, פקודת רופאי השיניים, פקודת הסמים המסוכנים, ועוד).

חלק מתחומי הבקרה מתייחסים לציוד מסוג מסוים או לתהליכים המוסדרים בחקיקה (כגון הרישוי למכשירי קרינה, פינוי פסולת רפואית, תקני חשמל וכיבוי אש וכיו"ב). קופות החולים ונותני שירותים מטעמן (נותני שירותים הם מוסדות רפואיים, כמוגדר בחוק), גם הם כפופים לפיקוח רפואי של חטיבת הרפואה. למשל, תקנות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי מסדירות חלק מבקרת ומדידת האיכות במערכת הבריאות, כולל היבטים רפואיים של פעילות קופות החולים ונותני השירותים מטעמה - כשבראש הוועדה המייעצת למדדי איכות עומד ראש חטיבת הרפואה.

כאמור, האחריות על הפיקוח ובקרת האיכות באופן כללי על שירותי הרפואה בישראל וספציפית על מוסדות ברישוי (ואכיפה ביחס למוסדות מסוג זה הטעונים רישוי ואינם מורשים), מעוגנת בפקודת בריאות העם, 1940. לפי הוראות הפקודה מוסמך המנהל הכללי (ובנושאים אחרים, השר) לקבוע תקנות ביחס לפעילות מוסדות רפואיים בכלל ובתי חולים בפרט, וכן יש הסמכה לגורמים מטעם המשרד (כגון רופא ממשלתי ומפקחים) לקבל מידע מבית חולים, ואף "להיכנס בכל עת סבירה" לשטח המוסד הרפואי לצורך ביקורת והשגחה, ולבדוק כל מכשיר, מתקן או תשתית רלוונטיים. סעיף 25 לפקודה מחייב רישוי של מוסדות מסוגים מסוימים, וסעיף 25 קובע סמכויות לסגירת מוסד רפואי או חלק ממנו, בנסיבות המנויות בו, שעיקרן הפרה של הוראות הרגולציה והעמדת המטופלים בסיכון.

עמידה בהוראות משרד הבריאות ביחס לאותו סוג מוסד, ועמידה בסטנדרטים המקצועיים שנועדו להבטיח את בריאותם ורווחתם של המטופלים - הם תמיד חלק מתנאי הרישוי של מוסדות רפואיים בעלי רישיון.

סעיף 29 לפקודה קובע סמכויות כרשות מבקרת, לבקרה שוטפת ולבדיקת תלונות, בדרך של קבלת דיווחים שוטפים ובדרך של בדיקות יזומות של יומנים ורשומות לשם בדיקה שוטפת, וכן לשם בדיקת אירועים חריגים ומידע על פגיעה אפשרית בזכויות - ומוטלת חובה על מנהל בית החולים וכל המועסקים בו לסייע בבדיקה. סעיף 30 קובע מפורשות סמכויות למנהל או לרופא ממשלתי להיכנס לבית

חולים או לבית מרפא לשם השגחה וביקורת. בנוסף לבסיס לביצוע בקרות - זהו גם הבסיס לחלק מפעילות נציב קבילות הציבור למקצועות הרפואה.

סעיף 33 מסמין לקבוע תקנות לגבי פיקוחם וניהולם של בתי חולים ובתי מרפא בשורה של נושאים, שהם למעשה חלק ניכר מנושאי הפיקוח על בתי חולים לסוגיהם (סעיף 34 עוסק באופן דומה במרפאות אך לא נעסוק בהן להלן). לכך מצטרפות הוראות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ס' 35 ו-36) הכוללות גם סמכות לבקר את איכות השירותים הניתנים באמצעות נותני שירותים ("נותן שירותים" מוגדר בחוק כמוסד רפואי כמשמעו בסעיף 24 לפקודת בריאות העם) ולקבל ידיעות ומסמכים, לרבות רשומות רפואיות, בכל הנוגע לפעילות קופת החולים על פי חוק ביטוח בריאות.

עוד יש לציין את סעיף 17(ב) לחוק הפרשנות 1981 קובע כי "הסמכה לעשות דבר או לכפות עשייתו - משמעה גם מתן סמכויות עזר הדרושות לכך במידה המתקבלת על הדעת". סמכויות עזר הן חיוניות כדי להוציא לפועל את ההוראות בנושא רישוי מוסדות רפואיים והפיקוח עליהם, ולהפעיל את הסמכות המנהלית הנתונה לגורמים המוסמכים במשרד הבריאות. כאשר יש הסמכה בפקודת בריאות העם ובחוקים נוספים לתת רישונות הפעלה, ולבצע פעולות השגחה וביקורת על מוסדות רפואיים, לבדוק את עמידת המוסדות בתנאי הרישוי ולחדש את הרישונות - הרי שסמכות עזר "מתקבלת על הדעת" היא סמכות לבצע בקרות באמצעים שונים.

בקרות בתי החולים

חטיבת הרפואה מבצעת בקרות בסוגים שונים של מוסדות רפואיים. האגף לרפואה כללית אחראי על פיקוח בקרה ורגולציה של מוסדות רפואיים בתחום הרפואה ובתחום המינהל הרפואי. האגף מבצע בקרות שוטפות ובהתאם מקבל החלטה על המלצה לרישוי או להמשך רישוי של בתי חולים כלליים (ציבוריים ופרטיים) שהם בעלי רישיון לפי פקודת בריאות העם (ההמלצה מועברת לאגף רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, שהוא חלק מחטיבת הטכנולוגיות). הבקרות מתבצעות ע"י אגף רפואה כללית ובהשתתפות גורמי מטה נוספים ומחוזות המשרד. בקרות על סוגים אחרים של בתי חולים מתבצעות בהובלת האגפים המתאימים (אגף גריאטריה, שירותי בריאות הנפש וכיו"ב).

הבקרה בבתי החולים מתבצעת ומתועדת בתוכנה ייעודית. עבור כל אחד מתחומי המבדק נבנה טופס (כלי בקרה) שכולל את הנושאים למבדק (פרקים) מחולקים

לסעיפים. הטפסים (כלי הבקרה), נשענים על חוקי המדינה, תקנות, חוזרי משרד הבריאות והסטנדרטים המקצועיים המקובלים לפעילות סבירה בכל אחד מתחומי הבקרה והם מתעדכנים מעת לעת ומתפרסמים באתר המקוון של המשרד.

הבקרות בבתי החולים כוללות כ-40 תחומי מבדק המקיפים את מכלול פעילות בתי החולים הכלליים¹⁶ והנבדקים במהלך הבקרה ע"י מומחה בתחום הנבדק. בתום המבדק מוענק לתחום ציון על פי רמת תפקודו, ולאחר מכן מועברים לבית החולים טיוטת דוח בקרה רב תחומית והנחיות לשיפור עם לוחות זמנים לביצוע. המסמך הסופי הכולל את דוח הבקרה ותגובת המוסד מתפרסם באתר משרד הבריאות לעיון הציבור (הליך הפרסום החל בשנת 2012).

על פי רמת התפקוד והציונים שהושגו מקבל אגף הרישוי המלצה על המשך תקופת הרישוי. משך הרישוי המומלץ תלוי בממצאים (טווח של 3 חודשים עד 3 שנים) ומוסדות שנמצאו בהם ליקויים חמורים נדרשים לתקן אותם מידית.

בקרות קהילה וקופות החולים

האגף לרפואה קהילתית בחטיבת הרפואה, בהשתתפות גורמי המטה הראשי ומחוזות המשרד, אחראי גם על בקרות בתחום הרפואי והניהולי על קופות החולים, בשיתוף פעולה עם האגף לפיקוח על הקופות - אנשי חטיבת הרגולציה (אגף הפיקוח על הקופות), משתתפים בבקרות על קופות החולים שמבצעת חטיבת הרפואה.

הבקרות מתקיימות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומתנהלות על פי חוזר מנהל הרפואה 10/2013: "פיקוח ובקרה בקופות החולים". מטרת הבקרות לבחון את "איכות ומקצועיות השירות, הרב מקצועי והמגוון, הניתן למטופלים ובכלל זה, תהליכי עבודה, זמינות שירותים, תשתיות, הבטחת מתן שירות מקצועי במסגרות שירות קנוי (outsourcing), הלימה בין הנחיות המשרד לפעילות בשטח ובחינת מיצוי זכויות המבוטחים".

16 מינהל בית חולים, מינהל רפואה, מינהל סיעוד, בטיחות החולה בחדר ניתוח, בטיחות החולה בהתאוששות. הרדמה, אספקה סטרילית, מיזוג אוויר, חשמל, גזים רפואיים. עבודה סוציאלית, תזונה דיאטה ושירותי מזון, ביטחון ואבטחה, מניעת אלימות, מניעת זיהומים, בריאות השן (כללי), מרפאת שיניים, טיפול שיניים בהרדמה, פסיכולוגיה, מעבדות + סילוק פסולת מעבדות, ריפוי בעיסוק, כביסה + סילוק פסולת כביסה, רוקחות, הפסקות היריון, גריאטריה, פסיכיאטריה, רישום ומידע רפואי (רשומות רפואיות), דיאליזה, גסטרו, פיזיותרפיה, בריאות הסביבה, תשתיות מים, מטבח + סילוק פסולת מטבח וכביסת מטבח, התאמת רישוי לתפוסה ולפעילות, דיווח לרישום סרטן ועוד.

האגף עוסק גם בבקרות על מוקדים לרפואה דחופה, מרפאות כירורגיות, מכוני גסטרו בקהילה, מכונים אונקולוגיים ומכוני ממוגרפיה.

נושאי הבקרה בכל תחום בקרה כוללים בין השאר את:

- א. מקצועיות ואיכות השירות והניהול.
- ב. זמינות השירותים למבוטחים.
- ג. מיצוי זכויות המבוטחים.
- ד. בחינת קיום נהלי עבודה פנימיים, התאמתם לחוקים ולנהלי המשרד, הטמעתם ומימושם.
- ה. קיום פיקוח פנימי וביצוע בקרות על כלל השירותים המוצעים למבוטחים, לרבות שירותים קנויים ושב"ן.
- ו. קיום רשומות רפואיות ומנהליות ובקרתם.
- ז. קיום רצף טיפולי בין מטפלים בקהילה ובמעבר מטופלים בין קהילה ואשפוז.

הבקרה מתקיימת ברמת מחוזות הקופות, כשמבוצעות כ-12 בקרות בשנה. בכל בקרה משתתפים כ-40 צוותי בקרה (חלק מהתחומים מבוקרים על ידי מספר צוותים), הכוללים מומחים בנושאים הבאים: בקרת הנהלה רפואית, בקרת רופאים, בקרת הסיעוד, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, תזונאות, גריאטריה, התפתחות הילד, אוטיזם, בריאות הנפש (כולל יישום הרפורמה בבר"ן), שיקום, מכשירי שיקום וניידות, מעבדות, ביטחון, פסיכולוגיה, טיפולי בית, רוקחות, בריאות השן, טיפול בכאב ומניעת התמכרויות, מניעת זיהומים, בקרת השירות מעבר לשעות הפעילות, קידום בריאות, דיווח לרשמים לאומיים, ביטחון והתמודדות עם אלימות נגד צוותים רפואיים, אבטחת מידע וסייבר, מנהל ומשק ופיקוח על תכנית הגבייה. הבקרות מתקיימות בשטח מחוז הקופה, במשרדי ההנהלות, במרפאות, במכונים, בבתי המרקחת ובבתי המטופלים לאחר קבלת מידע מקדים על הפעילות התחומית ופריסת השירותים. תוצאות הבקרות מוצגות להנהלת הקופה בסיום הבקרה ולאחר מכן במסגרת דו"ח מפורט המועבר להתייחסות ההנהלה. הדו"חות המסכמים, בצירוף התייחסויות הקופה לממצאים, מפורסמים לידיעת הציבור באתר משרד הבריאות.

כלי הבקרה המשמשים בסיס לביצועה מתעדכנים מדי שנה בהתאם לדגשי הבקרה השנתיים ומועברים לידיעת קופות החולים. כלי הבקרה הלאומיים משמשים את

קופות החולים בהתאמות הפנימיות הנדרשות לצורך בקרות הפנים - ובכך מתעצם הליך הבקרה ומסייע בהטמעת אמות המידה הנדרשות בדין ובחוזרים המנהליים.

ביצוע הבקרות משמש כלי להכוונת הפעילות הרפואית בקהילה בהתאם לסדר עדיפות לאומי (שירות בפריפריה, נגישות לנכים, איתור אלימות במשפחה), ומחזק את הקשר המקצועי בין גורמי המשרד לגורמי השטח בקופות החולים. כך, מתאפשר איתור "נקודות כשל" ו"צווארי בקבוק" במתן השירות ותשתית לתכנית עבודה עתידית.

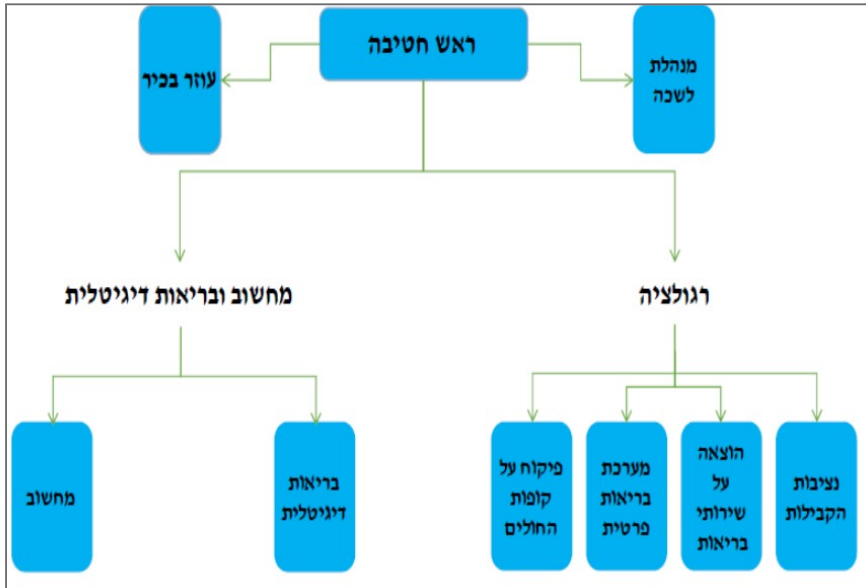
עם זאת, כפי שיפורט בהמשך, לדעת חלק מהמשתתפים ובניגוד לדעת קופות החולים, במערך הכולל של סמכויות הבקרה והפיקוח על בתי חולים וקופות חולים, מרפאות וכיו"ב, קיים חוסר מסוים במגוון הנדרש של סמכויות אכיפה והענשה או "כפיית ציות", במקרים של הפרת הוראות החוקים השונים. למשל, אפשרות להטלת עיצומים כספיים או קנסות, למתן צווים אישיים או לנקיטת פעולות אחרות שיביאו לאכיפת תיקון הליקויים, פרט לסנקציות הקיימות כיום שהן סגירה של מוסד רפואי או חלק ממנו, או פעילות בתחום הדין המשמעתי או הדין הפלילי.

חטיבת רגולציה, מחשוב ובריאות דיגיטלית

כחלק משינוי ארגוני שעבר משרד הבריאות, והמעבר למבנה של חטיבות (חטיבת בתי חולים, חטיבת הרפואה, חטיבת טכנולוגיות מחקר ומידע) הוקמה בשנת 2017 חטיבת רגולציה, מחשוב ובריאות דיגיטלית (להלן - 'חטיבת רגולציה'), חטיבה שעיקר ייעודה בתחומים הבאים:

- א. מינוף המידע במערכת הבריאות בתוך המשרד, בארגוני הבריאות ובמערכת בכלל.
- ב. האצת דיגיטציה של ארגוני הבריאות.
- ג. מיקוד התחרות בין קופות החולים בשיפור השירות למבוטח.
- ד. פיתוח תפיסת רגולציה על מערכת הבריאות הפרטית.
- ה. שיפור תקצוב מערכת הבריאות לאור הצרכים ובראייה ארוכת טווח.

להלן תרשים מבנה החטיבה, והאגפים שבאחריותה:



האגף לפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי קופות החולים בישראל אמונות על אספקת שירותי הבריאות לציבור מבוטחיהן, בצורה ישירה או באמצעות קניית שירותים מספקים חיצוניים. שירותי הבריאות ניתנים בהתאם לסל ציבורי בסיסי אחיד ומוגדר לכל קופות החולים, והכל בכפוף להקצאת המקורות והמשאבים העומדים לרשותה. קופות החולים בישראל כפופות למערכת פיקוח, בקרה ואסדרה משמעותית ורחבה מגורמי רגולציה וביקורת שונים הפועלים באופן עצמאי ונפרד ובכלל זה, משרד הבריאות על אגפיו השונים, משרד האוצר - אגף התקציבים, הממונה על השכר, הממונה על הביטוח, משרד מבקר המדינה, משרד המשפטים - הרשות להגנת הפרטיות, רשות התחרות, נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות וגורמים נוספים.

כאמור לעיל, את סמכויותיו מממש משרד הבריאות במגוון דרכים וכלים, לרבות:

- ◆ חקיקה - חקיקה ראשית בתחומים שונים - רפואיים, כלכליים וחברתיים, חוק ההסדרים, הקאפ ועוד
- ◆ תקנות
- ◆ חוזרים
- ◆ חוזרים מסוגים שונים (סטנדרט ראוי, תנאי רישוי ועוד)
- ◆ הסכמים - כגון הסכמי ייצוב
- ◆ היתר החזקה ושליטה
- ◆ מבחני תמיכה
- ◆ תקצוב - חלוקת משאבים בין הקופות לפי נוסחת הקפיטציה
- ◆ ניירות עמדה והכרעות של נציבת קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
- ◆ חוות דעת ועמדות המוגשות בהליכים משפטיים ובדיונים עקרוניים

במטרה למלא את חובותיו כרגולטור, בשנת 1998 הקים משרד הבריאות את האגף לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים (שב"ן), אגף שהוקם על מנת לרכז ולפקח באופן שוטף על ההתנהלות של ארבע קופות החולים - הן מבחינה פיננסית והן מבחינת עמידה בהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. נכון להיום, וכחלק מפעילותו השוטפת, מופקד האגף לפיקוח על קופות החולים על שני התחומים שלהלן:

א. סל השירותים הבסיסי:

1. בחינת העמידה של קופות החולים בהוראות החוק לרבות בעניין מתן שירותים למבוטחים, ולמעט עניינים הנוגעים לאיכות השירות הרפואי.
2. אישור ועמידת קופות החולים בתקציבים (תקציבים שוטפים, תקציבי פיתוח ותקציבי פרסום).
3. בקרה על הדוחות הכספיים השוטפים, דוחות תזרימי מזומנים ופיקוח אחר, איתנותן הפיננסית של קופות החולים.
4. הוצאת דוחות תקופתיים השוואתיים בין קופות החולים.
5. הסדרת הדיווח הפיננסי של קופות החולים.
6. פיקוח על תוכניות הגבייה של קופות החולים מהציבור (השתתפות עצמית של מבוטחים בביקורי רופא, מכונים ומרפאות חוץ, תרופות) והשתתפויות נוספות על פי תוספות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

7. עמידה בתוכניות ההבראה וריכוז עבודת המטה בכל הקשור לתוכניות הייצוב ומבחני התמיכה לחלוקת כספים לקופות החולים.
8. הסדרת החזקות קופות חולים בתאגידים, לפי סעיף 29 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (היתרי החזקה ושליטה).

ב. שירותי בריאות נוספים (שב"ן/ביטוחים משלימים):

1. קביעת קווי היסוד והנחיות לקופות החולים בנושא תוכניות השב"ן.
2. אישור תוכן תוכניות השב"ן ובקשות לשינויים.
3. פיקוח על דרכי הפרסום של תוכניות השב"ן ונהלי צרוף מבוטחים אליהן.
4. פיקוח כספי שוטף על תוכניות השב"ן.
5. פיקוח על תעריפי תוכניות השב"ן ואישור כל שינוי בהן.

סמכויות פיקוח, בקרה ואמצעי אכיפה על קופות חולים

בראשית ימיה של המדינה ועד אמצע שנות ה-90 התמקדה הרגולציה בתחום הבריאות רק בנושאים שנוגעים לבריאות הציבור, ולרישוי מוסדות ומקצועות הבריאות. זו רגולציה ממוקדת איכות ובטיחות, ועל קופות החולים, כמבטחות (שהיו אז גופים וולונטריים שפעלו בגבול הפרטי-ציבורי), הושתה רגולציה מצומצמת בלבד שהקנתה להן אוטונומיה נרחבת.¹⁷ לימים, בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, עוגנו סמכויותיו של משרד הבריאות כמאסדר העיקרי בתחום ביטוח הבריאות הציבורי, כשלצדו משרד האוצר כמאסדר שותף בעניינים כלכליים ספציפיים - בכך נוצר הבסיס החוקי לרגולציה ממשלתית וריכוזית על מימון ואספקת שירותי הבריאות לתושבי ישראל.¹⁸ בד בבד עם הסדרת מנגנון המימון והתקצוב הציבוריים של קופות החולים ופעילותן, והשתת חובת ביטוח על כלל התושבים - נקבע גם כי קופות החולים

17 נ. כהן (2014). רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים. מכון ון ליר, ירושלים.

18 כהן, נ' ומזרחי, ש' (2011). חמש-עשרה שנות מדיניות בריאות בישראל בראי החקיקה: ניתוח ניאו-מוסדי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשינויים שחלו בו (1994-2009). ביטחון סוציאלי, 87; חינוך, ד' וגראו, א' (2014) הפרטה במערכת הבריאות; מתוך הספר: "מדיניות ההפרטה בישראל: אחריות המדינה והגבולות בין הציבורי לפרטי". מכון ון ליר בירושלים.

הן גוף מבוקר כמשמעותו בחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב].¹⁹ לכן, הלכה למעשה עם כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף צומצמה משמעותית העצמאות הניהולית והכלכלית שהיתה לקופות החולים מיום הקמתן. בפועל חוק ביטוח בריאות ממלכתי חייב את קופות החולים (מי יותר ומי פחות) לבצע שינוי עומק בתפיסות היסוד, בתרבות הארגונית ובשיטות ההפעלה של אספקת שירותי הבריאות. בעקבות החוק הפכו קופות החולים להיות גופים המעניקים שירות ציבורי מכוח חוק, ומחויבים לפעול תחת משטר רגולטורי הדוק במגוון רחב של ממדים (ארגוני, מנהלי, כלכלי ועוד). ביטוי למציאות זו, כמו גם לקיומה של זיקה מוסדית חזקה ניתן למצוא בסדרה ארוכה של התייחסויות, ובהן:

"הפיקוח הממשלתי על פעילות [קופת החולים] הוא צמוד ביותר ורחב ביותר, ובעניינים רבים חודרים החקיקה והפיקוח הממשלתי ומתערבים בפעילות הקופה ומצרים בכך את תחומי האוטונומיה של פעילותה".²⁰

"סמכויות הפיקוח והבקרה של המדינה על קופות החולים, חולשות כמעט על כל היבט בפעילותן. מדובר בסמכויות רחבות, הכוללות פיקוח על התנהלותן הכספית, העסקית והתקציבית של קופות החולים, על המבנה התאגידי שלהן ועל איכות השירות שהן מספקות לציבור. אף אין מדובר בסמכויות פיקוח נטולות "שיניים", כי אם בסמכויות שלצדן סנקציות משמעותיות העומדות לרשות הגורמים הרלוונטיים, אותן הם רשאים להשית במקרים המתאימים הן על קופות החולים והן על נושאי המשרה בהן".²¹

במחקר שפורסם בשנת 2014, נסקרו כל השינויים שנעשו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי עד מועד ביצוע המחקר, והממצאים מעידים כי עיקר השינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (48%) התמקדו ברגולציה על קופות החולים.²²

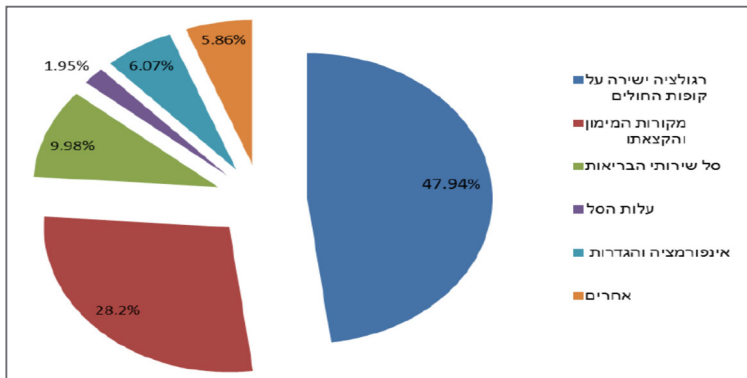
19 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. סעיף 33; חוק מבקר המדינה, תשי"ח-1958 [נוסח משולב] סעיף 9(6).

20 ה"פ (מחוזי י-ם) 278/96 העמותה לדמוקרטיה וטוהר המידות בקופת חולים "מכבי" נ' קופת חולים "מכבי", [פורסם בבנו] פ"מ התשנ"ח(ב) 448, 433 (1999).

21 רעא 4958/15 שירותי בריאות כללית נ' יריב אהרון (פורסם בבנו 23.10.2017).

22 נ. כהן (2014). רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים. מכון ון ליר, ירושלים.

להלן ממצאי המחקר:



הנושא	מספר העדכונים שבוצעו	אחוז מסך העדכונים
רגולציה ישירה של קופות החולים		47.9%
נהלי רישום החברות	73	15.8%
ניהול ענייני הקופה	75	16.3%
נקיטת אמצעים נגד הקופה	38	8.2%
שירותי בריאות נוספים	17	3.7%
עונשין ופניה לערכאות	11	2.4%
כפל שירותים	7	1.5%
מקורות המימון והקצאתו		28.2%
תשלומי חברים	61	13.2%
מס בריאות	37	8%
מקורות מימון	17	3.7%
חלוקת תקבולים	15	3.3%
סל שירותי הבריאות	46	10%
עלות הסל	9	2%
עדכונים אחרים		6.1%
מידע	9	2%
שינוי הגדרות	18	3.9%
תחולה	1	0.2%
אחרים	27	5.9%
סה"כ	461	100.0%

מקור: נ. כהן (2014). רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים. מכון ון ליר, ירושלים.

כאמור, עיקר מנגנוני הפיקוח והבקרה על קופות החולים נקבעו בהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בחלק זה נבקש להציג את המנגנונים המרכזיים:

1. הוראות פרק ו' 1 - כללים לניהול עניינה של קופות חולים שעוסק במגוון רחב של נושאים, ובהם:

א. כללים לשליטה בתאגיד אחר (סעיף 29 א);

ב. כללים שליטה בתאגיד חוץ (סעיף 29 אא);

ג. הוראות בדבר ניהול ענייניה של קופת חולים -

1. דרכי החזקה והשקעה של נכסי קופת חולים (סעיף 29 ב(1));

2. דרכי פרסום, שיווק וקידום מכירות של קופת חולים וכן היקף ההוצאה השנתית

שרשאית קופה להוציא (סעיף 29 ב(2));

3. כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות וסדרים בדבר דרכי

רכישת שירותי תשתית ושירותי בריאות בין הקופות לבין עצמן (סעיף 29 ב(ב))

;(3)

4. התקשרויות בין קופת חולים לבין נותן שירותים או לבין קופת חולים; איסור

הפליה (סעיף 30);

5. איזון תקציבי (סעיף 31) ועוד.

2. הוראות פרק ז' - בקרה ופיקוח במסגרתו עוגנו מנגנוני הבקרה והפיקוח על קופות

החולים, ובכלל זה הוראות סעיף 35 לחוק:²³

35. (א) "משרד הבריאות יפקח על פעילותן של קופות החולים לפי חוק זה ויבקר

את איכות שירותיהן; דרכי הפיקוח והבקרה ייקבעו בתקנות.

(ב) שר הבריאות יקבע בתקנות הוראות בדבר חובת הדיווח של קופות החולים

למשרד הבריאות ומועדו, ואת תקופות הדיווח בכל הנוגע לעניינים אלה:

(1) נתונים סטטיסטיים על החברים וילדיהם הרשומים בקופת החולים;

(2) דרכי הניהול הכספי של קופת החולים;

(3) שירותי הבריאות שנתנה קופת החולים בתקופת הדיווח והתנאים

שבהם ניתנו;

(4) מצב הציוד ומלאי התרופות;

(5) ההתקשרויות עם נותני שירותים ופרטיהם;

(6) מידע ניהולי, כספי או רפואי."

23 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. סעיף 35.

בתוך כך, ומתוך כוונה לאפשר למשרד הבריאות בתפקידו כרשות ממשלתית לקיים רגולציה אפקטיבית נקבע בסעיף 36 לחוק כי:²⁴

"המנהל או מי שהוא הסמיכו לכך רשאי לדרוש מקופת חולים או מנותן שירותים ידיעות, מסמכים, לרבות רשומות רפואיות והסברים שברשותם בדבר פעילותה של קופת החולים על פי חוק זה; מי שנדרש לכך חייב למסור את המידע האמור."

במקביל, ובהתאם להוראות החוק לעיל, בשנת 1995 עוגנו חלק מדרכי הבקרה והפיקוח גם במסגרת תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסיים על קופות החולים), התשנ"ו-1995.²⁵ כשבהמשך נקבעו גם תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פרסום, שיווק וקידום מכירות), התשנ"ח-1998.²⁶ בנוסף, לאורך השנים בוצעו מספר רב של תיקונים ותוספות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כך לדוגמה, אם סבר מנכ"ל משרד הבריאות כי אחת מקופות החולים אינה מתנהלת כראוי, או שעולה חשש שאין ביכולתה לספק לציבור המבוטחים את שירותי הבריאות כמתחייב, באפשרותו לשלוח התראה בכתב ולהנחות על תיקון הליקויים.²⁷ ככל שקופות החולים אינה פועלת לתיקון הליקויים, בידי משרד הבריאות מגוון כלים רגולטוריים לפיקוח ובקרה. להלן התיקונים המרכזיים שבוצעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בהתייחס לפיקוח ובקרה על קופות החולים:

1. תיקון מספר 2 משנת 1994 -

א. מינוי מנהל מורשה שיפקח או ינהל את קופת החולים במקום ההנהלה הקיימת.

ב. מינוי ועדה בודקת / מייעצת למנהל המורשה. לוועדה הבודקת יהיו הסמכויות המוקנות למבקר פנימי לפי חוק הביקורת הפנימית, תשנ"ב-1992, וכן יהיו לה סמכויות לפי סעיפים 9 עד 11 לחוק ועדות חקירה, תשכ"ט-1968.

ג. ביטול ההכרה בקופת החולים (ובלבד שהוועדה הבודקת המליצה על כך).

24 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. סעיף 36.

25 תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסיים על קופות החולים), התשנ"ו-1995.

26 תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פרסום, שיווק וקידום מכירות), התשנ"ח-1998.

27 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. סעיף 37(א).

2. תיקון מספר 5 משנת 1996 -

א. מינוי חשב מלווה (תפקידיו וסמכויותיו מוגדים בחוק) לקופת החולים בהתקיים אחד משני התנאים שלהלן:

- ◆ קופת החולים בגרעון בפועל בשנה הקודמת ובגרעון מתוכנן לשנה השוטפת בשיעור של 5% או יותר, או שלקופה גרעון בפועל בשיעור האמור במשך שתי שנות תקציב רצופות; שיעורו של הגרעון ייקבע ביחס לתקבולי הקופה ממקורות המימון המפורטים בסעיף 13, לאותה שנה.
- ◆ קופת החולים הפרה הוראה הקבועה בתקנונה.

ב. מינוי חשב מלווה לוועדה בודקת.

3. תיקון מספר 7 משנת 1998 -

מי שביודעין היה אחראי למתן שירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי זה ולא נתן את השירות למי שזכאי לו, או הפלה בין זכאים במתן שירותים - העמדה לדין פלילי (מאסר עד שנה או קנס).

4. תיקון מספר 9 משנת 1999 -

לבקשת שר הבריאות רשאי היועץ המשפטי לממשלה להגיש בשם חברי קופת החולים תביעה כנגד חבר דירקטוריון או נושא משרה אחר בשל נזק שנגרם לקופה ממעשה או ממחדל בניגוד לחובותיו כלפיה על פי דין.

”נושא משרה” - מנהל כללי, מנהל עסקים ראשי, משנה למנהל כללי, סגן מנהל כללי, כל ממלא תפקיד כאמור בחברה אף אם תוארו שונה, וכן דירקטור, או מנהל הכפוף במישורין למנהל הכללי.²⁸

28 חוק החברות, תשנ”ט-1999. סעיף 1.

5. תיקון מספר 16 משנת 2002 -

א. ככל שקופת החולים לא תיקנה את הליקויים / הדירקטוריון לא התכנס לדון במכתב ההתראה, באפשרותו של מנכ"ל משרד הבריאות להורות על כינוס הדירקטוריון של קופת החולים במקום ובמועד שיקבע. על הדירקטוריון לדון בליקויים, ולמסור למנכ"ל את החלטתו.

ב. ככל שקופת החולים לא תיקנה את הליקויים / הדירקטוריון לא התכנס לדון במכתב ההתראה, רשאי שר הבריאות למנות ועדה בודקת (בין 3-5 חברים, כשאחד מהם חייב להיות נציג היועץ המשפטי לממשלה). הוועדה הבודקת תקבע את ממצאיה, בתוך תקופה שיקבע המנהל ושלא תפחת מ-15 ימים, ולאחר שנתנה לקופת החולים הזדמנות להשמיע את טענותיה. שר הבריאות רשאי להורות על פרסום ממצאי הוועדה הבודקת לציבור.

ג. ככל שקופת החולים לא פעלה לתיקון הליקויים בהתאם להמלצות הוועדה הבודקת, רשאי שר הבריאות לנקוט באחת מהפעולות הבאות:

- ◆ להשעות נושא משרה לתקופה שיקבע.
- ◆ להורות על הגבלת כספים לצורכי פרסום, שיווק וקידום מכירות (בהסכמת שר האוצר).
- ◆ להורות על עיכוב העברת כספי מקדמות, ובלבד שהסכום המצטבר המעוכב על פי פסקה זו לא יעלה על 2.5% מן הסכום שהועבר לקופת החולים על ידי המוסד לביטוח לאומי בחודש הקלנדרי שקדם לחודש שבו ניתנה הוראת העיכוב.

כחלק מפיקוח ובקרה חודדה חובתו של האגף לפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות להצליב את המידע שנאסף על ידיו עם מקורות נוספים, תוך שקיפות המידע כלפי הגורמים הרגולטורים והציבור. חובה זו קיבלה לימים ביטוי בדמות שני דו"חות ציבוריים מרכזיים. על רקע דו"ח מבקר המדינה בדצמבר 2003 עדכן האגף לפיקוח על הקופות ושירותי בריאות נוספים כי כוונתו למסד חובת 'דיווח שנתי מסכם'. בפועל, החל משנת 2004 מפרסם משרד הבריאות דו"ח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים (שנתי), ומשנת 2006 מתפרסם גם דו"ח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות חולים, שמטרתו לספק מידע השוואתי בנושא השב"ן על מנת ש:

"מבוטחים ומבוטחים פוטנציאליים שיוכלו לקבל מידע השוואתי תמציתי לגבי תעריפים עדכניים וסוגי כיסויים רפואיים לצורך אינדיקציה נוספת בקבלת החלטות לגבי הצטרפות לתוכנית זו או אחרת; מוסדות מחקר ומשרדי ממשלה אשר יוכלו לבצע אנליזות לצורך קבלת החלטות מקרו כלכליות ולצורך פיקוח ציבורי וקופות חולים אשר הינם "השחקנים" העיקריים בשוק לצורך הגברת התחרותיות לטובת הצרכן."²⁹

בנוסף, ולאור ליקויים רבים ומשמעותיים שנחשפו על ידי מבקר המדינה בכל הנוגע לבקרה ופיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים, עודכנו בשנת 2005 תקנות הפיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים, ונכנסו לתוקף בינואר 2006.³⁰ כאמור, ועל רקע ביקורת מקצועית וציבורית על אופי הבקרה והפיקוח, לאורך השנים פרסם האגף לפיקוח על קופות החולים עשרות הנחיות וחוזרי סמנכ"ל בנושאים ובעניינים שונים ומגוונים, חוזרים שנועדו להבטיח כי שירותי הבריאות לציבור, בסל או בשב"ן יסופקו באיכות סבירה ובאורח יעיל.

להלן ריכוז עיקרי סמכויות של הרגולטור כלפי קופות החולים, לפי חוק ביטוח בריאות:

דרישת מידע	דרישת אישור מראש	הסדרה	אכיפה
סעיף 35 (ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי	סעיף 8 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - תוכניות גביה	סעיף 35 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי	סעיף 37 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - נקיטת אמצעים נגד קופת חולים המפרה הוראה
סעיף 36 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - קבלת 'ידיעות והסברים'	סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - תוכניות שב"ן	סעיף 29(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - החזקה והשקעה של נכסים	סעיף 37 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - מינוי חשב מלווה

29 דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות חולים לשנת 2006.
30 תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים), התשס"ו-2006.

אכיפה	הסדרה	דרישת אישור מראש	דרישת מידע
סעיף 40 (ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - עיכוב העברת כספים	סעיף 29 (ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - פרסום, שיווק וקידום מכירות	סעיף 26 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - תקנון קופת חולים	סעיף 23 (ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - הסדרי בחירה
סעיף 37 ה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - תביעה בשם קופו"ח	סעיף 29 (ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - עסקאות בין קופת חולים ובין תאגיד או בעל עניין	סעיף 29 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - רכישת אמצעי שליטה והתקשרויות	סעיף 40 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - קבלת מידע לשם 'ביצוע תפקידיהם'
פרק ט' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - נציבת קבילות הציבור	סעיף 30 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - התקשרויות עם נותני שירותים	סעיף 32 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - תקציב פיתוח	תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה) פיננסית על קופות החולים), התשנ"ו - 1995
פרק י' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - עונשין	סעיף 34 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - חובת ניהול רשומות		תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (דיווח קופות חולים על ניפוק תכשירים), התשנ"ט - 1998
תקנות ביטוח בריאות ממלכתי - הפחתה מתקציב פרסום, שיווק וקידום מכירות	סעיף 56 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - הסדרים לקבוצות ייחודיות		
	תקנות ביטוח בריאות ממלכתי - הפחתה מתקציב פרסום, שיווק וקידום מכירות		

עומק הרגולציה

לא אחת עמד בית המשפט על אופי ועומק הרגולציה החלה על פעילותן של קופות החולים. על מנת להמחיש את עומס ועומק הרגולציה, נצטט בהרחבה מתוך פסק הדין (רע"א 4985/15 שירותי בריאות כללית נ' אהרון, סעיפים 21-23) (פורסם בנבו, 23.10.2017):

"אופיין הציבורי של קופות החולים אינו רעיוני גרידא ... "ציבוריות" זו באה לידי ביטוי גם בקיומה של "זיקה מוסדית" לרשויות השלטון, המשתקפת משורה של הוראות חוק המסדירות אלמנטים של אישור, פיקוח ובקרה על פעילותן של קופות החולים, לרבות הוראות הנוגעות לניהול ההון של קופות החולים ומבנה האחזקות שלהן. כך, למשל, זכותה של קופת חולים לקום ולהתקיים אינה תלויה ברצונה שלה בלבד, והיא כפופה להכרה מצדו של שר הבריאות (סעיפים 24, 67 לחוק; וראו גם תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הכרה בקופת חולים), התשנ"ו-1995). על מנת לזכות בהכרה זו על קופת החולים לעמוד בשורה של תנאים, ביניהם התחייבות להשקיע את כל רווחיה לשם ביצוע מטרותיה; איסור על חלוקת רווחי הקופה; ויכולת כלכלית לספק את שירותי הבריאות ברמה נאותה (סעיף 25 לחוק). בנוסף, נאסר על קופת חולים להיות בבעלותו של "נותן שירותים" כהגדרתו בחוק (סעיף 25(ד) לחוק), ואף תקנון הקופה טעון אישור מצד שר הבריאות (סעיף 26 לחוק)..."

פירוט הוראות החוק דלעיל מלמד כי קופות החולים אינן תאגיד טיפוסים סמכויות הפיקוח והבקרה של המדינה על קופות החולים, חולשות כמעט על כל היבט בפעילותן. מדובר בסמכויות רחבות, הכוללות פיקוח על התנהלותן הכספית, העסקית והתקציבית של קופות החולים, על המבנה התאגידי שלהן ועל איכות השירות שהן מספקות לציבור. אף אין מדובר בסמכויות פיקוח נטולות "שיניים", כי אם בסמכויות שלצדן סנקציות משמעותיות העומדות לרשות הגורמים הרלוונטיים, אותן הם רשאים להשית במקרים המתאימים הן על קופות החולים והן על נושאי המשרה בהן. אכן, "הפיקוח הממשלתי על פעילות [קופת החולים] הוא צמוד ביותר ורחב ביותר, ובעניינים רבים חוזרים החקיקה והפיקוח הממשלתי ומתערבים בפעילות הקופה ומצרים בכך את תחומי האוטונומיה של פעילותה" (דברי השופטת פרוקצ'יה בה"פ (מחוזי י-ם) 278/96 העמותה לדמוקרטיה וטוהר המידות בקופת חולים "מכבי" נ' קופת חולים "מכבי", פ"מ התשנ"ח(ב) 433, 448 (1999) (להלן: עניין העמותה לדמוקרטיה); וראו גם אצל שלו בעמ' 201, המציינת כי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ביטל את העצמאות הכלכלית של קופות החולים והכפיף אותן להסדרה

מנהלית ופיננסית, כי קופות החולים איבדו את שליטתן על תוכנם והיקפם של שירותי הבריאות שעליהן לספק לפי החוק, וכי גם הביטוח המשלים שהן מספקות הוכפף להסדרה מנהלית על פי החוק).

לא "ואקום פיקוחי" יש לפנינו, כי אם הסדר פיקוח מקיף המקנה למדינה סמכויות פיקוח מרחיקות לכת, יש שיאמרו פולשניות... נוכחנו אפוא לראות כי... קופות החולים נתונות למשטר פיקוח מקיף והדוק בנוגע להיבטים רחבים הקשורים לפעילותן... עמדנו על הרגולציה הענפה לה הן נתונות מכוח הוראות החוק... די לשוב ולהפנות לסמכויות מרחיקות הלכת הנתונות למשרד הבריאות בניהול ענייניהן של קופות החולים ולחובות הדיווח השונות החלות על קופות החולים במגוון רחב של נושאים... עמדנו על מעמדן הציבורי של קופות החולים ועל הפיקוח המקיף שחוק ביטוח בריאות ממלכתי מחיל עליהן... מדובר בגוף בעל מאפיינים ציבוריים הנתון לפיקוחו הצמוד של הרגולטור".

בבג"צ 2344/98, ובהתייחס ליישום שיטת התמיכות כחלק ממדיניות אסדרה, ציינו כבוד השופטים חשין, שטרסברג-כהן ואנגלרד:³¹

"... טיעונה של המדינה ולפיו מעניקה היא לקופות החולים, מעת לעת, תמיכות כסף ניכרות, גם טיעון זה אינו אוצר כוח כדי להביא לדחיית המלצתה של מועצת הבריאות. לא זו הדרך שהחוק מורה אותנו כי נלך בה. כך היה לפני היות החוק, אך מישטר-תמיכות זה ביקש החוק להכרית. לא עוד משטר תמיכות..... בהקשר זה יש להדגיש כי משטר התמיכות הוא דוגמא קשה ובלטת לשני כשלים מרכזיים - האחד הוא כשל השימוש בכח התמיכות כאמצעי אסדרתי. השני והחמור לא פחות, הוא התעלמות המאסדר בעצמו מן החוק. כלומר רוצה המאסדר לעצמו עוד ועוד סמכויות אך את חובותיו כלפי מקור הסמכות הגבוה ביותר במשטר הישראלי - הדין, הוא אינו מקיים."

בפועל, מאז חקיקתו של חוק הבריאות נשחקו באופן שיטתי ומודע מקורות המימון של סל שירותי הבריאות, וכפועל יוצא - נשחקה הזכות לבריאות. בלשונו של בית המשפט הגבוה לצדק - הזכות לבריאות "אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוקנת אט אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, עליה נדמה שאין חולק" (בג"צ 10778/03 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר

31 בבג"צ 2344/98 מכבי שירותי בריאות נ. שר האוצר, פ"ד נד(5) 729 (2000).

(פורסם בנבו, 21.6.2012). בעניין זה היטיבו שופטי בג"צ לתאר את המציאות הבלתי אפשרית בהקשר התקציבי:

"... נתקשה לקבל כי החוק יטיל חובה נוקשה על הקופות ליתן שירותים לחבריהן, אך הממונה מטעם המלכות על ביצועו התקין של החוק, לא ידון ברצינות ובכובד-ראש בחוות-דעתה של מועצת הבריאות, חוות-דעת שלפיה אין המדינה ממלאת את חובתה - על-פי אותו חוק עצמו המחייב את הקופות - לממן את השירותים שהקופות מספקות לחבריהן. משל למה הדבר דומה, לאדם שקושרים את רגליו זו-לזו ומחייבים אותו לרוץ קדימה. לדדות אפשר יוכל אותו אדם - בקושי - אך לרוץ בוודאי שלא יוכל."

הסכמי הייצוב

שחיקה תקציבית ארוכת שנים היא שהובילה, ועודנה מובילה, את קופות החולים למצוקה תקציבית חריפה ומתמשכת, כפועל יוצא - לצורך בהסכמי הייצוב, צעד מדיניות ממשלתי, שנקבע אחת לשלוש שנים, אשר במסגרתו מזרימים לקופות תקציבים נוספים, ומנגד, מתנים תקציבים אלו בצעדים שאותם רואה הרגולטור כצעדי התייעלות. לציון, ולשיטת משרד האוצר, את גירעונות קופות החולים, יש להבין על רקע היעדר כלי אכיפה אפקטיביים של הרגולטור מול קופה החורגת מתקציבה. לעיתים, שיווי המשקל שמתקיים הוא שמייצר לקופות החולים תשתית לחרוג מהתקציב ולא להתייעל. בהתאם, הסכמי הייצוב, במסגרתם המדינה מייצבת את קופות החולים, הפכו, הלכה למעשה, לכלי המרכזי שבידי הממשלה לדרוש מקופות החולים להתייעל. עם זאת, הסכמי הייצוב זכו לביקורת במשך השנים. על הפסול שבאסדרה זו עמד גם בית המשפט הגבוה לצדק:³²

"כך היה לפני היות החוק, אך משטר-תמיכות זה ביקש החוק להכריח. לא עוד משטר תמיכות; לא עוד הושטת-יד לקבלת תרומות; לא עוד התדפקות על דלת בבקשת עזרה; מעתה ואילך, כך הורנו החוק, משטר שירותי הרפואה יבנה עצמו על זכויות וחובות, על זכויות המוקנות למדינה, לקופות ולמבוטחים ועל חובות המוטלות על כל אחד מאלה כלפי הזולת, איש-איש בעניינו. משטר התמיכות גירשנוהו מביתנו וסגרנו את הדלת אחריו, והנה מוצאים אנו אותו בינותינו כאורח לא-קרוא. למותר להוסיף ולומר כי משטר של תמיכות מְקַבֵּעַ את הפגם, שכן עלות הסל אינה מתעדכנת על-פי-

32 בג"צ 2344/98 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר, פ"ד נד(5) 729, 768.

העלייה הריאלית בהוצאות, וכבסיס לחישובי השנה העוקבת נותרת עלות הסל ללא התמיכה והמענקים. כך הופכת עלות הסל לעלות שאינה אמיתית, ומשנה לשנה גדל והולך הפער בין עלות הסל על-פי חוק ובין עלותו במציאות."

הסכם הייצוב הוא כלי רגולטורי רב עוצמה, לכפות על קופות החולים צעדים מרחיקי לכת. יש בכך יתרונות ויש בכך חסרונות. מחד, הקופות רואות בכך התערבות בוטה באופן הניהול שלהן. מנגד, נוכח העובדה כי הקופות אינן גוף פרטי, והן אינן נתונות לאיום פשיטת הרגל של השוק החופשי, הן סיגלו במהלך השנים קשיחות ניהולית מורכבת, שהסכמי הייצוב עוזרים לעיתים לפתור. חסרון נוסף של הסכמי הייצוב הוא בכך שהוא מספק רשת ביטחון ידועה מראש לקופות החולים, כך שאיום הגרעון המרחף מעליהן הוא תמיד חלקי בלבד, ולא מניע לפעולות קיצוניות, כשהן נדרשות.

הקלה ברגולציה

בשנת 2014 וכחלק ממהלך ממשלתי כולל, התקבלה החלטת ממשלה מספר 2218, שעיקרה הפחתת נטל הרגולציה בישראל. אולם, ומבחינת דוחות הפחתת הרגולציה שהציג משרד הבריאות מאז 2015 ובהתאם להחלטת הממשלה 2218, עולה כי עיקר ההפחתה הייתה בתחומי הפיקוח על המזון, בריאות הסביבה, רישוי עסקים ורישוי עוסקים במקצועות הבריאות. מספר קטן מאד של נושאים נוגע לקופות החולים.³³

אפקטיביות רגולטורית מוגבלת

חרף האמור לעיל, ולמרות שתחום הבריאות מתאפיין בשפע של רגולטורים (משרד הבריאות, משרד האוצר ועוד), ורגולציה לכאורה הדוקה וקפדנית, המציאות מלמדת כי במקרים מסוימים פועלות חלק מקופות החולים בניגוד לכללים, לנהלים ולהנחיות המאסדר, בין אם מתוך חשש למאבקים מול ועדי העובדים, ובין אם מתוך חשש להפסיד בתחרות מול קופות חולים אחרות. התנהלות זו של חלק מקופות החולים עלולה לפגוע בקופות החולים עצמן, וחשש כפועל יוצא - לפגוע גם בציבור המבוטחים. כך לדוגמה:

1. שיווק, פרסום וגיוס מבוטחים - במשך שנים ארוכות מתריע מבקר המדינה מפני התנהלות של חלק מקופות החולים בניגוד להוראות החוק ולכללי מנהל תקין בכל הנוגע לגיוס מבוטחים: "הביקורת הקודמת העלתה כי בתחרות בין הקופות על גיוס מבוטחים נעשו פעולות בלתי תקינות; ואילו ביקורת המעקב העלתה ממצאים חמורים אף יותר: מבזבזו כספי ציבור עד חשש לפגיעה בטוהר המידות."³⁴

2. ועדות חריגים - במקרים רבים הופעלה ביקורת שיפוטית קשה כלפי קופות החולים בכל הנוגע להתנהלות ועדות החריגים. כך לדוגמה: "התנהלות זו של ועדת החריגים, עומדת בניגוד לדרישה המפורשת בחוזר משרד הבריאות, לפיה בחינת המאפיינים הרפואיים הרלוונטיים של המבוטח לעומת קבוצת השוויון, תיעשה "באופן המצמצם את משמעויות הרחוב האפשריות של החלטה לאשר מימון הטיפול למבוטח". בכך נפל פגם משמעותי בהתנהלות ועדות החריגים... ממליצים אנו למחוקק, כי בנוסף להנחיות המינהליות המעוגנות כיום בחוזר משרד הבריאות, תינתן הדעת להסדרת מעמדן של ועדות החריגים בקופות החולים, סמכויותיהן ואופן פעולתן, בחקיקה או בחקיקת משנה, ככל שייראה לנכון."³⁵

במידה רבה מציאות של מצוקה תקציבית תמידית ויחסי 'קרבה' בין מפקחים למפוקחים מקשה על קיומה של רגולציה אפקטיבית. ביטוי למציאות זו מתקבל, בין היתר גם בדו"ח הוועדה לייעול מנגנוני רגולציה בישראל ולבחינת הממשקים בין הרגולטורים השונים במשק:³⁶

"בשונה מהתפישה המקובלת לפיה ביחסי הפרט-שלטון מצוי הפרט בדרגת כוח נמוכה יותר והוא אינו מהין לקרוא על המדינה תיגר, במאזן הכוחות שבין הרגולטור לגורמים המוסדרים, נוטה הכף לעתים קרובות דווקא לצד המוסדר, כאשר הרגולטור נותר לעתים ללא משאבים מספקים להתמודדות עם הגורמים הפועלים מולו בהקשר זה (בין היתר בשל תחלופה גבוהה של עובדים וחוסר גיבוי לפעולותיו).

34 מבקר המדינה. דוחות ביקורת על קופות החולים 6/2010, ירושלים, כסלו התשע"א, נובמבר 2010.

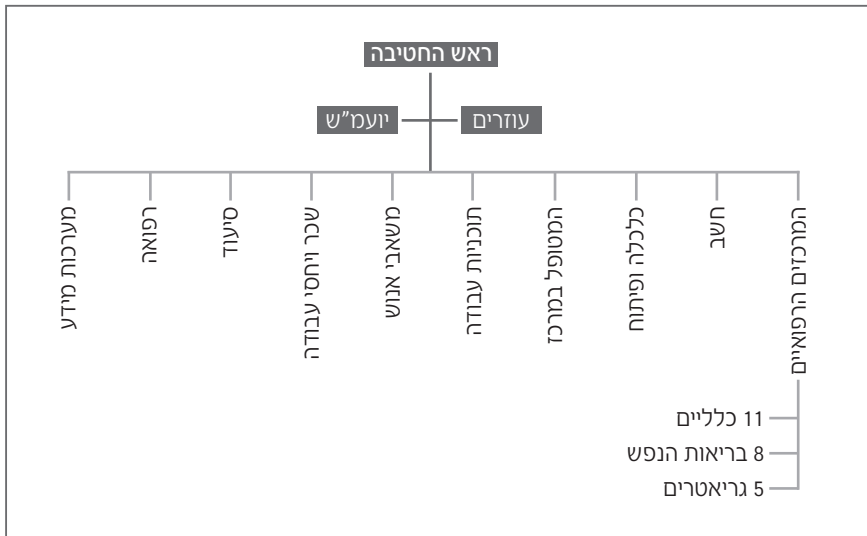
35 ע"ע (ארצ'י) 12-11-3066 מכבי שירותי בריאות - גילגור (19.3.2014).

36 דוח הוועדה לייעול מנגנוני רגולציה בישראל ולבחינת הממשקים בין הרגולטורים השונים במשק, מדינת ישראל, אפריל 2013.

כתוצאה, לעתים מוצא עצמו הרגולטור מוגבל ביכולתו לפעול אל מול הגורמים המפוקחים, שהינם לרב גופים רבי עוצמה, ופונה לעיסוק בנושאים פחות מהותיים ברמת המשק, אל מול גורמים מוסדרים "חלשים" יותר.

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

בהחלטת הממשלה מספר 1622 (מתאריך 25.5.2014) הוחלט להקים רשות עצמאית ונפרדת למרכזים הרפואיים הממשלתיים (הכלליים) וזאת בין היתר, על מנת להפריד בין הסמכויות השלטוניות של מנכ"ל משרד הבריאות לבין התפקידים והסמכויות הניהוליים שלו כלפי מוסדות אשפוז שבבעלות המדינה. בהחלטת הממשלה מספר 337 (אוגוסט 2015) בוטלה ההקמה של הרשות העצמאית למרכזים רפואיים ממשלתיים,³⁷ ובמקום זאת הוקמה חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים במשרד הבריאות.³⁸ להלן תרשים מבנה חטיבה:



37 החלטת ממשלה מספר 1622 מיום 25.5.2014.

38 החלטת ממשלה מספר 337 מיום 5.8.2015.

מבחינה ארגונית, ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים כפופה ישירות למנכ"ל משרד הבריאות. מטרת החטיבה לרכז את מכלול התפקידים והסמכויות הניהוליות ביחס לשורה ארוכה של מוסדות אשפוז בבעלות המדינה (בתי חולים כלליים, בתי חולים לבריאות הנפש ומרכזים גריאטריים, והתאגידים שלצדם). באחריות ניהולית של החטיבה מצויים 24 מרכזים רפואיים, הכוללים מעל ל-13,000 מיטות אשפוז, מתוכן מעל 8,000 מיטות כלליות, כ-2700 מיטות פסיכיאטריות וכ-1600 מיטות גריאטריות. הסדרת עבודת החטיבה נעשתה במסגרת החלטת ממשלה 1845 מאוגוסט 2016, ובמסגרת חוזר מנכ"ל מאפריל 2017. הסדרה זו כוללת את רשימת הסמכויות של החטיבה וקובעת את עקרונות העבודה ואת ממשקי העבודה שלה למול המרכזים הממשלתיים ולמול משרד הבריאות. החטיבה נושאת באחריות הכוללת לניהול המרכזים הרפואיים לרבות הגופים הקשורים אליהם, במכלול ההיבטים הרלוונטיים לפעילות המרכז הרפואי, ובכללם היבטי איכות ובטיחות הטיפול הרפואי, שירות, כלכלה ופיתוח, חשבות, תשתיות, ההון האנושי ומערכות המידע.

יובהר כבר עתה כי חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים איננה גוף רגולטורי, ואין לה סמכויות רגולציה, אלא רק סמכויות ניהול פנים-ממשלתי.

עקרונות האחריות של החטיבה: התוויית המדיניות ותורת הפעלה של המרכזים הרפואיים הממשלתיים; הנחלה של מדיניות ותורת הפעלה זו למרכזים הרפואיים הממשלתיים; גיבוש תכניות אופרטיביות לקידום מערך המרכזים הרפואיים הממשלתיים בכלל תחומי הפעילות; מיפוי תהליכים קיימים; איתור כשלים ותיקונם, באמצעות הנחיות כלליות והוראות פרטניות למרכזים הרפואיים הממשלתיים; פיקוח ובקרה פנימיים על פעולת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, מתן תמריצים והטלת סנקציות ניהוליות פנימיות.

החל מתחילת הקמתה, בינואר 2016, מיסדה החטיבה תהליכי ונהלי עבודה רבים על מנת לקיים תהליכי וסדרי ניהול סדורים ושקופים. אלה מופצים כחוזרי חטיבה וכנהלים ותהליכי עבודה חדשים ומוטמעים במערכות המידע של המרכזים הרפואיים. במסגרת זו נעשים תהליכי תכנון קצרי וארוכי טווח, מדידה אפקטיבית, תהליכי סטנדרטיזציה משמעותיים כמו למשל בניית קטלוג מרכזי אחוד, פריסת מערכות מידע אחודות מתקדמות, הקמת מנהלות אחודות לניהול פרויקטים גדולים ורוחביים, רכש אחוד, עבודה על פי מדדים ויעדים אחידים ועוד. תהליכים אלה נוגעים לכלל תחומי הניהול והם מוטמעים ומחוזקים על ידי הרחבת והסדרת מערכות

המידע של המרכזים הרפואיים, כולל מערכות BI רישתיות ואף הקמת יחידה לכריית מידע מכלל הרשת לצורך תחקור, מחקר והתייעלות.

ברשת המרכזים הרפואיים הממשלתיים מועסקים כ-45,000 עובדים, במסגרת בתי החולים והתאגידים. החטיבה אחראית על תקציב כולל בהיקף של כ-17 מיליארד שקלים, כאשר לכל בית חולים מחולקת מסגרת תכנית תקציבית שנתית. החטיבה פועלת על פי תוכנית אסטרטגית רב שנתית אשר מתוקפת מעת לעת. התכנון ארוך הטווח מתפתח גם להכנת תוכניות אב לכל בית חולים מהן תיגזר תוכנית אב חטיבתית.

החטיבה, כגוף ממשלתי, מחויבת בשיתוף פעולה עם גורמים ממשלתיים כגון משרד האוצר על אגפיו השונים, משרד הקליטה, משרד הרווחה, הביטוח הלאומי, חברת הביטוח הממשלתית "ענבל", גופי חוץ ממשלתיים כמו ארגונים אקדמיים, המגזר השלישי, הסתדרות העובדים, וכן עם גופים פרטיים כמו חברות הזנק ועוד.

יעדי החטיבה:³⁹

- ◆ הפרדה בין תפקידיו הרגולטוריים של משרד הבריאות, לבין התפקידים הנוגעים לניהול ולפיקוח (כבעלים) על המרכזים הרפואיים: המרכזים הממשלתיים הכלליים, המרכזים לבריאות הנפש והמרכזים הגריאטריים.
- ◆ לאפשר קיום של גוף ניהולי מרכזי למערך האשפוז הממשלתי, הפועל מתוך ראייה כוללת ורוחבית של צרכי בתי החולים, זאת באמצעות: קידום מרכזי של נושאים משותפים, פתרון בעיות, הסרת חסמים וניצול מיטבי של משאבים משותפים למען חיזוק מערך האשפוז הממשלתי ומתן טיפול רפואי מיטבי.
- ◆ פיקוח ובקרה על קשריהם של המרכזים הרפואיים הממשלתיים עם גופים מקבילים, לרבות תאגידי בריאות, חוגי יידיים, ועוד.

39 אתר משרד הבריאות

תפקידי החטיבה:⁴⁰

- ◆ גוף ניהולי למרכזים הרפואיים הממשלתיים.
- ◆ גוף מפקח ומבקר על פעילות המרכזים הרפואיים הממשלתיים (כבעלים שלהם).
- ◆ התווית המדיניות הכוללת למרכזים הרפואיים הממשלתיים ופיקוח על יישומה.
- ◆ גיבוש תכניות אופרטיביות לקידום של המרכזים הרפואיים הממשלתיים.
- ◆ מיפוי תהליכים קיימים של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, איתור כשלים ותיקונם.
- ◆ פיקוח ובקרה על קשריהם של המרכזים הרפואיים הממשלתיים עם גופים הפועלים במקביל אליהם.

האגף לפיקוח כלכלי על מערך האשפוז

האגף לפיקוח על מערך האשפוז הוקם בשנת 2016 מכוח החלטת ממשלה 1845 מיום 11.8.2016, כשהוא נמצא תחת סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות. באגף קיימים 2 תחומי פעילות עיקריים - תחום כלכלת אשפוז ותחום פיקוח פיננסי.

עיקר פעילויות האגף:

1. יצירת סטנדרטיזציה בדיווחים הכספיים של בתי החולים הציבוריים הכלליים, על-מנת שניתן יהיה להשוות ביניהם.
2. פרסום נתונים פיננסיים השוואתיים בין כלל בתי החולים הציבוריים הכלליים, הן בדוחות והן בממשק ממוחשב.
3. טיפול בבתי חולים ציבוריים המצויים במצוקה או בתהליכי הבראה.
4. קידום מודל תקצוב לאומי לבתי חולים.
5. תכנון כלכלי של מערכת האשפוז העתידית בהיבטי תכניות אב, פיתוח, היערכות לשינויים טכנולוגיים, התחשבות, כוח אדם והמטופל במרכז.
6. דיווח ומעקב אחר השפעות הסדרי ההתחשבות על בתי החולים ובחינת מערכת התמריצים במשק הכללי, הפסיכיאטרי והגריאטרי.

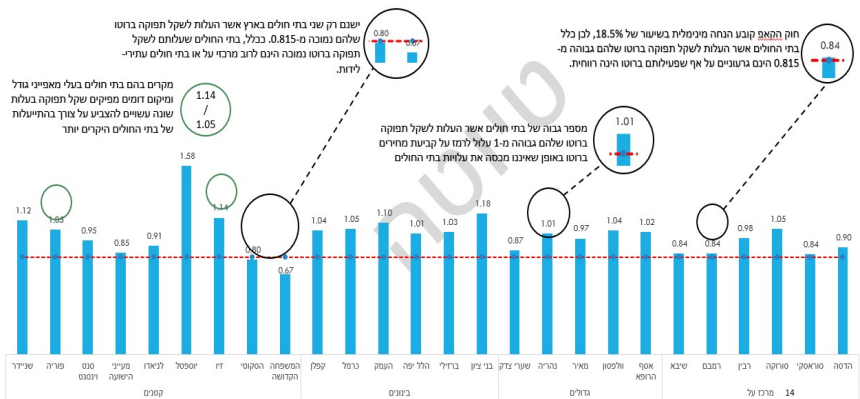
40 אתר משרד הבריאות

<https://www.health.gov.il/UnitsOffice/govHealthCenters/Pages/default.aspx>

תמצית פעילות תחום פיקוח פיננסי:

א. פרסום השוואות נתונים פיננסיים בין בתי החולים הציבוריים - עד הקמת האגף לא ניתן היה לקבל ולהשוות כראוי את הנתונים הפיננסיים של 27 בתי החולים הציבוריים הכלליים במערכת הבריאות. אמנם חשבות משרד הבריאות נהגה להוציא דו"ח השוואתי מקיף, אולם דו"ח זה כלל מידע מפורט על 11 בתי החולים הממשלתיים. עם זאת בתי החולים של כללית ובתי החולים הציבוריים-עצמאיים לא היו כלולים באף ניתוח שנעשה לאורך השנים על ידי משרד הבריאות. בעקבות האגף לפיקוח על מערך האשפוז ביולי 2019 פורסם לראשונה דו"ח שמשווה את פעילות 27 בתי החולים הציבוריים לשנת 2017, ובחלוקה ל-3 המשקים - ממשלתיים, כללית וציבוריים. בחודשים הקרובים צפוי להתפרסם דו"ח שיסכם את פעילות שנת 2018, ולהוסיף גם גישה ממוחשבת לציבור למגוון נתונים וניתוחים.

עלות לשקל תפוקה ברוטו 2017



ב. טיפול בבתי חולים ציבוריים במצוקה והתראה מוקדמת על בעיות פיננסיות בבתי חולים - תחום פיקוח פיננסי הוא התחום במשרד הבריאות שמרכז את הטיפול בבתי חולים ציבוריים במצוקה פיננסית הנזקקים לסיוע דחוף. אחת הסיבות המרכזיות להקמת האגף לפיקוח על מערך האשפוז היא המשבר הפיננסי אליו נקלע בית החולים הדסה. כחלק מתפקידיו מבצע האגף ניטור - לפחות אחת לרבעון - של המצב התזרימי של 8 בתי החולים הציבוריים על-מנת לזהות שינויים באיתנות הפיננסית שלהם.

תמצית פעילות תחום כלכלת אשפוז:

א. הגדלת היקף הניתוחים במערכת האשפוז - תמיכה בהגדלת הפעילות במסגרת התכנית לצמצום זמני המתנה, בניית מודלים להעסקת רופאים בשעות אחר הצהריים, הגדלת ניצולת חדרי הניתוח, שיפור השירות שניתן למטופלים, יישום של בחירת מנתח אחראי בבתי החולים הציבוריים.

ב. בנייה של מודל תקצוב לאומי - בשנים האחרונות חלה עלייה מתמדת בפער שבין הכנסותיהם לבין הוצאותיהם של בתי החולים הציבוריים בארץ, וכתוצאה מכך חל גידול בשיעור הסבסוד של כלל מערך האשפוז, על כלל בעלויותיו. למרות העלייה בשיעור הסבסוד של המערכת, בתי החולים הציבוריים אינם מתוקצבים על פי פרמטרים ברורים ואחידים. מצב זה גורם לחלוקת משאבים לא שוויונית, לא שקופה ולא יעילה בין בתי החולים הציבוריים על מבני הבעלות השונים שלהם, כמו גם ניהול לוקה בחסר של תשתיות לאומיות. הפער בסכומים שמועברים לבתי החולים אינו פרופורציונאלי ולא נותן ביטוי לגודל בית החולים, מיקומו, ביצועיו הרפואיים והכלכליים ועוד. לשם כך, מנסה האגף לקדם תקצוב חכם לפי מספר פרמטרים שיגרום למנהלי בתי החולים לגלות אחריותיות למצבם הכלכלי.

שינוי בתמהיל התקצוב כך שיגלם את מאפייני העלות הייחודיים



ג. תכנון מערך האשפוז - בחינה של תכניות האב של בתי החולים לעשור הקרוב וזאת כחלק מעבודת המטה של המשרד לגיבוש תכניות עבודה ותכנון השירותים הרפואיים בראיה צופה פני עתיד, כולל, בין היתר, את הנושאים הבאים: תכנון ובינוי, פיתוח והרחבת שירותים, ממשקים עם הקהילה, תכנון וניהול המשאב האנושי, תכנון כלכלי וגיוס משאבים.

ד. הקמת בתי חולים ציבוריים - בחינה ותכנון הקמה של בתי חולים ציבוריים בהתאם לצרכים במדינת ישראל. על מנת לקדם את הקמת בתי החולים באופן מיטבי שיתאים לצרכי האוכלוסייה, האגף בוחן את המאפיינים של האזור, הצרכים הרפואיים, חלופות לאופן ההקמה וההפעלה, הפקת לקחים והמלצות.

הפערים בביקוח על בתי חולים לעומת קופות חולים

בתי החולים פועלים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי כספקי משנה של קופות החולים. ככאלה, הם נתונים לרגולציה פיננסית עקיפה של משרד הבריאות, ולא לרגולציה ישירה כמו קופות החולים. לדוגמה, בעוד הרגולציה הפיננסית של קופות החולים מוסדרת הן באמצעות כללי ההקצאה של כספי הסל, המוגדרים בתקנות לתקנות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות חולים) תשנ"ה-1995}, והן באמצעות בקרה פיננסית מדוקדקת של האגף לפיקוח קופות חולים, בתי החולים נתונים לכללי התחשבות שקבע הרגולטור (הוראות לעניין התחשבות בין בתי החולים לקופות החולים, פרק ו' מתוך חוק ההתייעלות הכלכלית תשע"ז-2016), אך אינם נתונים לבקרה פיננסית מדוקדקת מצד הרגולטור. יש לציין בהקשר זה, שהממשלה מפקחת על תקציב מרבית בתי החולים בפועל, אם באמצעות הבעלים שלהם (חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, או קופת חולים כללית) ואם באמצעות חשב מלווה שמונה לחלק מבתי החולים לאחר משבר תקציבי.

עלויות תפעול גבוהות (לדוגמה כוח אדם) ומחסור תקציבי, לצד שיטות ניהול הנתונות, לפחות בחלק מבתי החולים, לתמריצים שליליים, הם שלעיתים מונעים התייעלות ואימוץ שיטות ניהול מתקדמות (לדוגמה הורדת תפוסות במחלקות). באופן זה, אנו רואים ניצול מועט של חדרי הניתוח, ובמקביל, תורים ארוכים מאוד לניתוחים. בדומה, אנו רואים ניצול לא מיטבי של כח האדם, למרות המחסור הרב שקיים בו.

השלכות

קיים מחסור בכלי אכיפה אפקטיביים שיסייעו לוודא עמידה של בית חולים בהוראות החוק ובתקנות (היבטים כלכליים ואחרים). דבר זה מביא לעיתים לאכיפה לא אפקטיבית דיה, ולצורך בשימוש בכלי אכיפה לא-פורמליים או הסתמכות על כלי אכיפה עקיפים (כגון השימוש באקרדיטציה כמנוף) או על הגולציה וולונטרית.

תוצאות הקושי באכיפה מביאות לעיתים לכשלי שוק ולפגיעה בשירות. כך לדוגמה, למול הדיון בתורים בקהילה ובצורך לקבוע מסמרות לכללי הזמינות והנגישות בחוק, אין דרישה מבעל רישיון חדר ניתוח, משאב כלכלי יקר בפני עצמו, להציע שירותים בהם יש מחסור או להפעיל את חדרי הניתוח בהתאם לצרכים המתפתחים / משתנים. נכון להיום, אחד הכלים המרכזיים להכוונת פעילות (בתי החולים / קהילה) מתבצע באמצעות מבחני תמיכות.

בעוד הפיקוח על קופות חולים נעשה מתוך מודעות לכשלי השוק הקיימים במערכות בריאות וקובע מנגנונים למניעת שימוש לרעה בכשלים אלו, פעמים רבות עמדת המדינה לגבי מערכת האשפוז היא הפוכה ומשאירה את הפתרון לכוחות השוק. נדמה כי כיום הדיון בשירותים במחסור מתמקד בעיקר בצד הביקוש (קופות החולים) ואילו את צד ההיצע (בתי חולים) הוא מותיר לכוחות השוק.

סיכום הצעות שעלו לדיון

בחלק זה יובאו הצעות מגוונות אשר עלו על ידי כלל השחקנים השונים בסוגיית הסדרת ארגוני הבריאות. **להדגיש, אין בהצעת ההצעות שלהלן כדי להביע עמדה ו/או לייצג הסכמה מצד השחקנים ו/או לקבל את מי מהן.**

קופות חולים

א. הגברת החובה האישית בחוק של נושאי משרה
 1. חתימת יו"ר דירקטוריון כי הוא מאשר שהקופה עומדת בתקציב.
 2. קביעה בחוק של חובות המוטלות על נושאי משרה בכירים בקופה (למשל - מנהל מחוז אחראי שלא יהיו חריגות שכר או שיווק, חובות העברות מידע קריטיות וכיו"ב).

ב. סנקציות אישיות על נושאי משרה בכירים

1. שימוע ו/או פיטורים לנושאי משרה אשר הפרו מגבלות רגולטוריות משמעותיות.

ג. עיצומים כספיים מוסדיים / אישיים על נושאי משרה שהפרו מחויבות רגולטורית

1. עיצומים כספיים מוסדיים בגין אי עמידה בהוראות החוק ו/או הוראות משרד הבריאות - ראה המנהל, או מי שהסמיכו לכך, כי קופת חולים לא מילאה אחר מחויבותה, בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי או בהתאם להוראות משרד הבריאות בכל הקשור במתן שירות ו/או טיפול למבוטחיה במסגרת סל הבריאות הממלכתי, רשאי יהיה להורות למוסד לביטוח לאומי לקזז לה את הסכומים המגיעים לה על פי החוק, ולאחר שנתן לקופת החולים הזדמנות להשמיע את עמדתה, או לחזור בה מהחלטתה בדבר אי מתן השירות ו/או הטיפול בתוך 60 יום ממתן התראה לקופת החולים.

הסכום שיקוזז יעמוד לטובת מבוטחי קופת החולים אשר נזקקו לשירות ו/או טיפול, ורכשו אותו באופן פרטי בשל סירובה של קופת החולים למתן שירות ו/או טיפול. מנגנון ההחזרים למבוטחים יבוצע על ידי נציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.

2. עיצומים כספיים אישים על נושאי משרה בכירים שהפרו מחויבות רגולטורית-אחד מהכלים הרגולטורים, שמקבלים בעת האחרונה יותר ויותר במה, בתחומים בהם יש ציבור מפוקחים מוגדר כמו קופות החולים ובתי החולים, לגביהם קיימים אף פחות כלי אכיפה, הוא כלי העיצומים הכספיים. כלי זה, מאפשר לגוף שמקיים את הפיקוח השוטף על התחום המוסדר, לברר האם במקרה מסוים בוצעה הפרה של ההוראות המסדירות ובמקרים בהם הוכחה לדעתו קיומה של ההפרה הוא זה שמוסמך להטיל את העיצום הכספי.

יתרונו של הכלי הוא ביעילותו הגבוהה להתמודד עם מקרים של הפרות טכניות במהותן או הפרות שפשוטות יחסית לביורו, כגון אי עמידה באחד מתנאיו של הסכם מול המדינה, חריגות מתקציב מאושר, אי העברת מידע הנדרש לפי חוק, וכיו"ב. האכיפה המהירה ופרסום תוצאותיה, מאפשרת יצירת הרתעה ומניעה של הפרות יעילות על ידי הגופים המפוקחים והאורגנים המועסקים בהם. העיצומים הכספיים יכולים להיות על בעל תפקיד בתאגיד או על התאגיד עצמו. בתחום הרפואה הציבורית יש לבחון כלי זה גם בשים לב לחשש בפגיעה בשירותים הניתנים לציבור על ידי הגוף המפר כתוצאה מתשלום העיצום. לעיתים ועל מנת למנוע כשלים ולהגביר את ההרתעה, משולבים בכלי האכיפה המנהליים, לצד העיצומים הכספיים, גם כלים אחרים כגון איסור על מפר לכהן, לתקופה מוגבלת, כנושא משרה בכירה בגוף מפוקח⁴¹ או קבלת התחייבויות שונות לתיקון הפרות שנתגלו גם ללא הטלת העיצום הכספי.

ד. אפשרות של תביעה נגזרת לחברי הקופה על הוצאות שאינן מאושרות על פי חוק (כיום האפשרות הזו קיימת רק לשר הבריאות באישור היועמ"ש).

ה. מעורבות ממשלתית במינוי מנהלי מחוזות וסמנכ"לים.

41 השוו לדוג': סעיף 52 לחוק ניירות ערך, התשכ"ח-1968, לפיו - 52נו. (א) מצא המותב כי מפר שהפר הוראה המנויה בחלק ג' של התוספת השביעית, אינו ראוי לכהן כנושא משרה בכירה בגוף מהגופים המפורטים להלן (בסעיף זה - גוף מפוקח), רשאי הוא לקבוע כי לא יהיה רשאי לכהן כנושא משרה בכירה במשך תקופה שלא תעלה על שנה אחת, ובאישור ביתה משפט - על חמש שנים, ממועד כניסתה לתוקף של ההחלטה: (1) תאגיד שהוא בעל רישיון לפי חוק הייעוץ; (2) מנהל קרן או נאמן כמשמעותם בסעיף 4 לחוק להשקעות משותפות; (3) תאגיד מדווח; (4) חתם; (5) חברה בעלת רישיון זירה כמשמעותה בפרק ז'3; (6) חברת דירוג כהגדרתה בחוק הדירוג; (7) בורסה ומסלקה. (ב) קביעה לפי סעיף זה יכול שתהיה לעניין גוף מפוקח מסוים, סוג מסוים של גוף מפוקח או כלל הגופים המפוקחים.

1. משרד הבריאות בשיתוף עם משרד האוצר, הקופות והוועדה הממלכתית, יקים צוות שמטרתו הפחתת בירוקרטיה ורגולציה והגברת היעילות ושקיפות.

בתי חולים

א. סנקציות אישיות על נושאי משרה

1. שימוע ו/או פטורים לנושאי משרה שהפרו מגבלות רגולטוריות משמעותיות/ שחרגו ממסגרת התקציב.
2. עיצומים כספיים אישים על נושאי משרה שהפרו מחויבות רגולטורית.

ב. הגדרת תפקיד 'מפקח על בתי חולים' לרבות על תאגידי הבריאות

מפקח מוגדר ומזוהה שתפקידו לוודא עמידה של בית החולים ותאגידי הבריאות בהוראות החוק ובתקנות, ולמעט עניינים הנוגעים לאיכות השירות הרפואי (האגף למנהל הרפואה במשרד הבריאות הוא הגורם המוסמך לפקח על איכות השירות הרפואי של בתי החולים). מפקח שבין תפקידיו:

קביעת מדיניות:

- ◆ תכנון ברמה הארצית: פיזור שירותים, פתיחת וסגירת יחידות, פתיחת וסגירת שירותים, תוספת מיטות
- ◆ תכנון כוח אדם
- ◆ שכר ויחסי עבודה בנושאים רוחביים
- ◆ רצף הטיפול עם הקופות
- ◆ מערכות מידע אחדות
- ◆ טכנולוגיות
- ◆ שירות - זמני המתנה וכו'
- ◆ תשתיות ופיתוח
- ◆ הסדרת הדיווח הפיננסי ואופן הדיווח, והוצאת דוחות תקופתיים השוואתיים
- ◆ הסדרת מתן תמיכות רוחביות
- ◆ הובלת תהליכי התייעלות ברמה הלאומית

סמכויות בקרה/אכיפה:

1. בקרה כלכלית:

- ◆ בקרה על הדוחות הכספיים השוטפים, דוחות תזרימי מזומנים ופיקוח אחר, איתנותן הפיננסית של הקופות
- ◆ הוצאת דוחות תקופתיים השוואתיים בין בתי החולים
- ◆ בקרה על הדיווח הפיננסי של בתי החולים
- ◆ עמידה בהוראות הבראה
- ◆ עמידה במבחני תמיכה ובתוכניות לאומיות
- ◆ אישור ההסכמים עם הקופות

2. עמידה בהוראות החוק ובהוראות והנחיות משרד הבריאות.

3. שכר ותנאי עבודה, בשיתוף עם הממונה על השכר.

ג. הצעה לתיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי

1. הכרה בבית חולים

א. שר הבריאות רשאי להכיר בבית חולים לענין חוק זה; הודעה על הכרה תפורסם ברשומות.

ב. סירב שר הבריאות להכיר בבית חולים, ימסור למבקש הודעה בכתב על כך.

2. פיקוח ובקרה

א. משרד הבריאות יפקח על פעילותם של בתי החולים לפי חוק זה ויבקר את התנהלותם; דרכי הפיקוח והבקרה ייקבעו בתקנות.

ב. שר הבריאות יקבע בתקנות הוראות בדבר חובת הדיווח של בתי החולים למשרד הבריאות ומועדו, ואת תקופות הדיווח בכל הנוגע לעניינים אלה:

- ◆ בקרה על הדוחות הכספיים השוטפים, דוחות תזרימי מזומנים ופיקוח אחר, איתנותן הפיננסית של בתי החולים
- ◆ הוצאת דוחות תקופתיים השוואתיים בין בתי החולים
- ◆ בקרה על הדיווח הפיננסי של בתי החולים
- ◆ עמידה בהוראות הבראה
- ◆ עמידה במבחני תמיכה ובתוכניות לאומיות
- ◆ עמידה בהוראות החוק ובהוראות והנחיות משרד הבריאות
- ◆ נתונים סטטיסטיים על פעילות בתי החולים

ג. שר הבריאות ימנה מפקח על בתי החולים שתפקידו לוודא עמידה של בית החולים בהוראות החוק ובתקנות, ולמעט עניינים הנוגעים לאיכות השירות הרפואי. האגף למנהל הרפואה במשרד הבריאות הוא הגורם המוסמך לפקח על איכות השירות הרפואי של בתי החולים.

ד. מבלי לפגוע באמור לעיל, כל סמכויות האסדרה, הפיקוח והאכיפה שיש למשרד הבריאות ולמפקח על קופות החולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובתקנותיו, יחולו ויוקנו בהתאמה גם ביחס לבתי חולים לרבות הוראות פרק 11 והוראות פרק ז'.

ד. השתתפות שומרי הסף (יועמ"ש) בישיבות ההנהלה במרכזים הרפואיים.

ה. חיוב ואכיפה של מינוי מבקרים פנימיים בכלל בתי החולים (הגדרת סמכות המבקר לבצע את תפקידו בנוגע לכלל תחומי הפעילות של המרכזים הרפואיים).

ו. קביעת כללים בנוגע למינוי בעלי תפקידים בתאגידי הבריאות שליד בתי החולים (כגון יו"ר ועדת הביקורת).

ז. עיצומים מוסדיים בגין אי עמידה בהוראות החוק ו/או הוראות משרד הבריאות - עיצומים באמצעות חוק הקאפ (הפחתת תקרות), או אי פתיחת מכשירים בבית חולים שאינו עומד במסגרת התקציב.

מידע

סעיף 40 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב את קופת החולים (תחת סנקציות) להעביר מידע למשרד הבריאות ו/או למוסד לביטוח לאומי. נכון להיום, משרד הבריאות יכול לבקש נתונים רבים מתוקף תפקידו כרגולטור ולצורך עבודתו (למשל לצורך החלטה על הקצאת משאבים, לצורך תמחור ועדת הסל וכיו"ב). הסמכות החוקית היא מאד רחבה, אך בפועל לא אחת הרגולטור נתקל בקושי בקבלת המידע. בקרב השחקנים השונים הייתה הסכמה כי אפיקי שיתוף המידע המתקיימים כיום (למשל, בנושא מדדי האיכות) נעשים היטב תוך שיתוף פעולה מלא ויחסי עבודה טובים - וזאת יש לשמר. יחד עם זאת, באשר למידע נוסף אותו יש להעביר (ובפרט מידע ברמת החולה הבודד), הדעות בדיון התחלקו בין "מצדדי הרגולטור" ובין "מצדדי הקופות ובתי החולים".

הודגש כי ראוי שהרגולטור ידרוש העברת מידע מהגורמים במערכת רק לטובת שיפור בריאות הציבור (בפרשנות הצרה שלו), במקרים בהם המידע דרוש כדי לבצע אופטימיזציה של המערכת בכללותה באמצעות קבלת נתונים עדכניים ומדויקים מצד כל נותני השירותים, ובפרט במקרים בהם שמירת המידע בנפרד בכל אחד מהגופים עלול להביא לניצול לא אופטימלי של המשאבים או לאיבוד ידע על מגמות. היות ובמדינת ישראל מתקיים מצב של Single payer עם ארבעה גורמים מבטחים, יש לכאורה הצדקה למתן האינפורמציה המלאה ל-Single payer זה, תוך שמירה על הפרטיות והאוטונומיה של הקופה והמבוטח. עוד הודגש כי אין מטרתו של משרד הבריאות לאסוף מידע למטרות מסחור, ויש מקום להבהיר זאת גם בתקנות הרלוונטיות.

מאידך, "מצדדי קופות החולים" הדגישו כי ישנם מספר טעמים להסתייגויות הקופות למסירת המידע: חשש לניגודי עניינים מצד משרד הבריאות; רצון לשמירה על סודות מסחריים; עומס עבודה בלתי סביר; הלאמה של נכסי מידע; יצירת מונופול מידע ממשלתי וחשש לזליגת שיטות עבודה ומידע אשר תפגע בקופת החולים. קופות החולים מבקשות לראות במידע הנאגר ברשותן נכס אשר הושקעו מאמצים וממון רב ביצירתו, בדומה לנכס פיזי כגון מבנה משרדים, ואינן מעוניינות במסירתו. בנוסף, הועלתה הטענה כי התמריץ ליצירת מערכות מחקר וניתוח נתונים של "מידע רב" יפחת ויתנון בקופות החולים. חשש נוסף שהועלה היה מפני פגיעה בכוחות השוק ויצירת מצב ריכוזי מדי.

בקרב נציגי השחקנים השונים היה קונצנזוס באשר לפרסום שנתי מחייב של מימוש חוק ביטוח בריאות ממלכתי (קרי, להטיל חובה על השר). עם זאת, הוסכם כי הפרסום צריך להתבצע בשורה של דוחות נפרדים (המחויבים בפרסום שנתי) ולא לחייב "דוח שנתי לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי", כיוון שהרצון לאחד את כל הדוחות למסמך אחד עלול לגרום לדחיות בלתי סבירות בהפצת המידע ואף לטרפד את ההפצה דה-פקטו.

להלן הצעות שעלו לדיון על ידי חלק מהשחקנים:

1. הקמת מאגרי מידע גדולים, בנושאים נבחרים מסוימים, וזאת במטרה לאפשר לרגולטור לראות תבניות, מגמות ואינטראקציות שניתן להבחין בהם רק בשיקוף של "מידע רב", לצורך קביעת מדיניות ושיפור ניהול הטיפול בכל המערכת.
2. הקמת גוף שתפקידו לתכלל מידע ברמה הלאומית ואז להעביר את המידע המסוננת לקופות החולים, גם לרווחתן (קופות החולים יידעו יותר וקופות חולים קטנות לא יפגעו מיכולתן המוגבלת ליצור מערכות של ניבוי וחיזוי באמצעות טכנולוגיות מורכבות ויקרות).
3. לחילופין, הקמת גוף המשותף לארבעת הקופות ולבתי החולים שיחזיק את המידע המשותף ויהיה בניהול משותף של כל השחקנים. מצב בו המידע נמצא בבעלות הקופות ובתי החולים, ולא משרד הבריאות, עשוי להסיר חלק מן החשדנות ההדדית.
4. יציקת תקנות המקבילות לתקנות מדדי איכות שיעסקו בהעברת מידע רב (Big data) בנושא נבחר, בליווי וועדה מקצועית ואתית תוך החזר הוצאות לקופות ולבתי החולים עבור כל בקשת מידע, ככלי לריסון בקשות בלתי נחוצות מצד הרגולטור מחד ותמרוץ הקופות לשתף פעולה מאידך.
5. בכל פתרון וכל הסדרה יש לתת את הדעת על נושא פרטיות החולים, התממת מידע וכו', תוך ליווי של ועדה אתית שתשקול את טובת המערכת מול טובת פרטיות המטופל הבודד.^{43,42}

42 זאת, כדי להימנע מהתנגדות ציבורית רחבת היקף כמו זו שנגרמה בעקבות הקמת מערכת CareDot על ידי ה-NHS.

43 לעניין זה, ראה "מסקנות הוועדה ליישום המלצות השימושים המשניים במידע במערכת הבריאות" - התייחסות לאמירה נורמטיבית בדבר השימוש במידע בריאות.

שאלות מרכזיות לדין

1. האם וכיצד ניתן לייעל ולטייב את הרגולציה הנוכחית על ארגוני הבריאות?
2. האם וכיצד ניתן לייצר תרבות של רגולציה אפקטיבית על ארגוני הבריאות?
3. מהם הכלים והעקרונות לעידוד רגולציה עצמית של ארגוני בריאות?
4. האם יש לקבוע מסגרת זמנים מוגדרת (S.L.A) לטיפול בבקשות / בעיות במערכת הבריאות (רגולטור - מפוקחים - הדדי).

שאלות ספציפיות - קופות חולים:

1. האם וכיצד ניתן לייעל ולטייב את כלי האכיפה כלפי קופות החולים?
2. האם וכיצד ניתן להגביר את שיתופי הפעולה בין המפקח למפוקח בקביעת כללי הסדרה, פיקוח ואכיפה?
3. האם להכיר באחריות אישית של נושאי משרה בכירים? במידה וכן - מהם גבולות האחריות האישית של נושאי משרה בכירים?
4. האם עיצומים / קנסות מנהליים (אישי / קופתי) מהווים כלי רגולטורי אפקטיבי שראוי לאמץ?

שאלות ספציפיות - בתי חולים:

1. האם וכיצד ניתן לייעל ולטייב את כלי האכיפה כלפי בתי החולים?
2. האם וכיצד ניתן להגביר את שיתופי הפעולה בין המפקח למפוקח בקביעת כללי הסדרה, פיקוח ואכיפה?
3. האם יש מקום להגדיר תפקיד 'מפקח על בתי חולים'? (למעט עניינים הנוגעים לאיכות השירות הרפואי - מנהל הרפואה במשרד הבריאות הוא הגורם המוסמך לפקח על איכות השירות הרפואי) במידה וכן - מהם תפקידיו וסמכויותיו?

שאלות ספציפיות - מידע:

1. האם וכיצד ניתן לייעל ולטייב את מנגנוני העברת המידע (BI) במערכת בריאות?
2. מהו המנגנון הראוי לטיוב בקשות הרגולטור למידע?
3. האם וכיצד ניתן לצמצם את הנטל הארגוני והכלכלי בעקבות בקשה לקבלת מידע?

צוות 1: אסדרת ארגוני בריאות

סיכום והמלצות

בצוות זה התרכז הדיון בנושא המנגנונים ליעול וטיוב כללי הרגולציה (הסדרה, פיקוח ואכיפה) במערכת הבריאות. בקרב כלל המשתתפים הייתה הסכמה רחבה כי רגולציה אפקטיבית ומדויקת היא מפתח לתפקוד יעיל ותקין של מערכת בריאות. רגולציה - ככלי חיוני להגשמת האינטרס הציבורי ועקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עם זאת, הוסכם על ידי מרבית המשתתפים כי קיימת חשיבות רבה לדייק את כלי הרגולציה הקיימים כיום, וזאת במטרה להימנע מעודף רגולציה, כמו גם להפחית בהתערבות בניהול העצמאי של המפוקח.

אסדרה - בתי חולים

המשתתפים הציגו את הקשיים והאתגרים שנובעים מהיעדר גורם מוגדר ומזוהה שכל תפקידו לעסוק בפיקוח ואכיפה על כלל בתי החולים בישראל, תהא הבעלות אשר תהא. כיום ישנה עמימות מסוימת בכל הנוגע לפיקוח על בתי החולים (למעט בממדים קליניים ומקצועיים שמצויים באחריות חטיבת רפואה), וכפועל יוצא גם קושי באכיפה של הכללים שמכתיב הרגולטור עצמו. הקושי נובע בחלקו ממחסור במגוון נדרש של סמכויות אכיפה והענשה או "כפיית ציות" במקרים של הפרת הוראות, הנחיות וכללים שונים. מעמדת המשתתפים עולה כי נכון להיום כלי האכיפה לא תמיד אפקטיביים, ובחלקם אף קיצוניים מדי עד הפיכתם ללא רלוונטיים (לדוגמה: ביטול רישיון וסגירת מוסד רפואי).

במסגרת הדיון התחדד הצורך לפתח ולהעמיק את מסד המידע הקיים ביחס למגוון הפעילויות שמתקיימות בבתי החולים, לרבות הפעילות שמתקיימת דרך או באמצעות תאגידי הבריאות. בנוסף, קיימת חשיבות רבה לשפר את הסנכרון בין הגורמים השונים במשרד הבריאות האמונים על בתי החולים.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

- ◆ תיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי - הכרה בבתי החולים כגוף שמספק שירותים מכוח חוק.
- ◆ תיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי - גיבוש וניסוח פרק שעניינו 'פיקוח על בתי חולים' ציבוריים ופרטיים (יש להכיר בשונות שמתקיימת בין בתי חולים לקופות חולים).
- ◆ תיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי - פרק המידע בחוק (סעיף 40) יתוקן ויכלול גם את בתי החולים.
- ◆ יצירת תשתיות מידע מהימנות ושוטפות בתחומים של תורים, מספר פרוצדורות וכיו"ב (בין היתר ככלי לקופות החולים לטיוב השירות).
- ◆ יצירת פלטפורמה לשיח משתף קבוע לצורך טיוב הרגולציה הקיימת.
- ◆ יצירת מניפה של כלי רגולציה יעילים, מדויקים ושוויוניים נוספים לצורך אכיפה, ללא הקשר בעלות (לעומת הכלים הקיימים כיום שהינם מועטים ובחלקם אף קיצוניים - לדוגמה: סגירת מחלקה או ביטול רישיון).

סוגיות נוספות הדורשות המשך דיון והעמקה:

- ◆ שיפור הממשל התאגידי (לדוגמה הקמת דירקטוריונים).
- ◆ הסדרת פעילות תאגידי הבריאות בבתי חולים ממשלתיים במטרה לייצר שקיפות ופעילות מפקחת.
- ◆ ניגודי עניינים שמקורם במבנה מערכת הבריאות (בעלות משרד הבריאות על בתי חולים).

אסדרה - קופות חולים

המשתתפים הציגו עמדות ותפיסות שונות ביחס לתפקידו של משרד הבריאות כרגולטור על קופות החולים. מצד אחד נטען כי במקרים מסוימים קופות החולים מיישמות באופן מוגבל או סלקטיבי הוראות רגולטוריות שניתנו על ידי משרד

הבריאות, התנהלות שבפועל פוגעת בכוחו של משרד הבריאות כרגולטור, וכפועל יוצא ביכולתו להתוות מדיניות בריאות ראויה ולאכופ אותה. מצד שני נטען כי נכון להיום קיימת רגולציה מכבידה או עודפת, כזו אשר פוגעת או מונעת התפתחות חיוניות ותפקוד יעיל של קופות החולים. עוד נטען כי בחלק מהמקרים הרגולציה (חוזרים ונהלים) מייצרת נטל כלכלי כבד, וזאת ללא כיסוי תקציבי. בקרב כלל המשתתפים הייתה הסכמה כי יש לבחון את האפקטיביות של הרגולציה הקיימת ולדייק את הכלים הקיימים. עוד הוסכם כי אין מקום לתרבות של 'אי ציות', וכי מחובתם של המפוקחים לעמוד בהנחיות הרגולטור ובהוראותיו. בנוסף, מרבית המשתתפים הסכימו כי עיצומים וקנסות אישיים אינם כלי רגולטורי רצוי, אך קיימת חשיבות רבה לעודד אחריות אישית של נושאי משרה בכירים כערך.

במסגרת הדיון התחדד הצורך לפתח תשתית של שיח משתף בין כלל הגורמים, שיח שמבוסס על מידע מהימן. כמו כן, הועלה הצורך לקדם תרבות של אמון והסכמה כבסיס לתפקוד יעיל ותקין של מערכת בריאות.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

- ◆ יש לשפר את השיח בין הרגולטור ובין הגוף המפוקח.
- ◆ קיימת חשיבות רבה להתייעץ ולקיים דו שיח בנפש חפצה עם הגורם המפוקח לפני פרסום חוזרים או נהלים.
- ◆ הגוף המפוקח מחויב למלא אחר הנחיות הרגולטור ולקיים את הנחיותיו.
- ◆ הנחיות רגולטוריות חייבות לעבור מעת לעת הערכה מחודשת לגבי מידת הרלוונטיות שלהן למציאות המשתנה.
- ◆ נדרשת מערכת רגולטורית יותר דינמית, כזו שמגיבה מהר יותר לצורכי המערכת ולהתפתחויות וחדשנות.

סוגיות נוספות שדורשות המשך דיון והעמקה:

- ◆ יש מקום לפתח כלי אכיפה יעילים שמטרתם הכרה באחריות אישית של נושאי משרה בכירים (לדוגמה: התראה לנושא משרה).

אסדרה - מידע

ביסוד הדיון ניצבת הסכמה רחבה כי סוגיית המידע היא אבן יסוד לקיומה של רגולציה, ותנאי הכרחי בידי של משרד הבריאות לצורך תכנון, ניהול ויישום מדיניות בריאות. עיקר המחלוקת בקרב המשתתפים נסובה סביב אופי המידע שדרוש לרגולטור, ואופן קבלת המידע. חלק מהמשתתפים טענו כי נכון להיום אין סדר וארגון של בקשות למידע על ידי הרגולטור (בקשות למידע מתקבלות מגורמים שונים במשרד הבריאות), והן מתעלמות בחלקן מהמשמעות הנגזרת מתהליך הפקת המידע, הן מבחינת זמן והן מבחינת משאבים כלכליים.

בקרב רוב המשתתפים הייתה הסכמה כי ראוי להגדיר מהו המידע הדרוש למשרד הבריאות לצורך הגשמת תפקידו כרגולטור, ולפתח בהתאם מערכת מידע סדורה ואחידה בין המפוקחים (בדומה לשיטה הנוהגת במדדי איכות). עוד הוסכם כי קיימת חשיבות לשפר את התיאום בתוך משרד הבריאות ולטייב את הליך הבקשות למידע (תכלול, ארגון ותעדוף של הבקשות למידע).

במסגרת הדיון התחדד הצורך לפתח תשתית נתונים לאומית מהימנה וזמינה, כמו גם לטייב את הליך איסוף הנתונים ולקדם סטנדרטיזציה. בנוסף התחדדה החשיבות לפתח מערכות אוטומטיות לשיקוף מידע לאומי לצורך תכנון, ניהול ויישום מדיניות בריאות: הקמה חד פעמית של מערכות מידע שיאופיינו בשיתוף הפעולה בין משרד הבריאות ובין המפוקחים, ויתוקצבו בהתאם.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

- ◆ נדרש גורם מזהה ומוגדר במשרד בריאות שייעודו תכלול, ארגון ותעדוף של בקשות המידע על ידי המשרד.
- ◆ יש להכיר בחשיבות הפחתת הנטל הארגוני והכלכלי שנלווה לבקשות למידע.
- ◆ יש להעדיף תהליכי העברת מידע שכוללים סטנדרטיזציה (לדוגמה מדדי איכות), הקמה חד פעמית ושאייבת נתונים אוטומטית לאורך זמן.

סוגיות נוספות שדורשות המשך דיון והעמקה:

גיבוש S.L.A לטיפול בבקשות / בעיות במערכת הבריאות (רגולטור - מפוקחים - הדדי).

אספקת שירותי הבריאות

מנגנונים להבטחת איכות
וזמינות בראי אתגרי העתיד

יו"ר: מוריס דורפמן

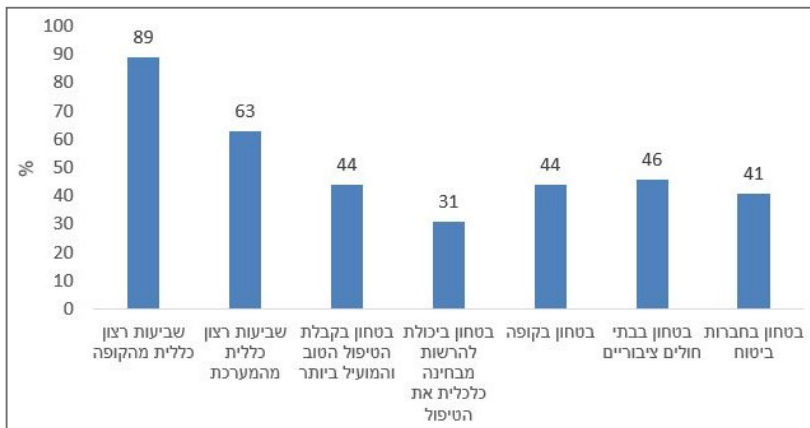
צוות הכנה:

הדר אלעד
שמוליק בן יעקב
ינון גוטגליק
שלי החנוכי
ג'ודי וסרמן
לירון חבוט-לוי
נילי חיון
אסנת לוקסנבורג
ליאור קוטלר

סבירות שירותי בריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הינו חוק רחב היקף ופירוט הקובע מפורשות רשימה של שירותים הכלולים בו. אך לצד הפירוט הרב בחר המחוקק להשאיר סעיף אחד יחסית ברמת הצהרה בלבד: סעיף 3 ד' לחוק קובע כי השירותים יינתנו "... באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים...". מיד לאחר חקיקת החוק הוקמה ועדה בינמשרדית שביקשה לפרש את האמור בסעיף זה אך לא הגיעה לכדי הסכמה בין חבריה ועל כן פוזרה. מאז ועד היום, במשך למעלה משני עשורים, פועלת מערכת הבריאות במרחב סבירות שאת גבולותיו מגדירות דה פקטו קופות החולים וזאת באמצעות פריסת השירותים שלהן הנקבעת מאילוץ תקציבי וכוח אדם, מצרכי המבוטחים ושיקולי תחרות. מצב זה אינו נטול הגיון וזאת כיוון שקופות החולים הינן היחידות שיודעות ברמת דיוק גבוהה מהם צרכי המבוטחים, מהי עלות השירותים, מהו היצע הרופאים/המטפלים הרלוונטי ומהם זמני ההמתנה לשירות כיום. בנוסף, רבים מן השירותים לציבור ניתנים באמצעות רכישת שירותים מבתי החולים. על זמינות ואיכות השירותים בבתי החולים יש לקופות השפעה חלקית בלבד. כך בכל הנוגע לתורים לניתוחים, בדיקות דימות וכיוצ"ב. יצוין כי שביעות רצון המבוטחים מקופות החולים הינה גבוהה.¹

תרשים: שביעות רצון לעומת ביטחון במערכת בעת מחלה קשה

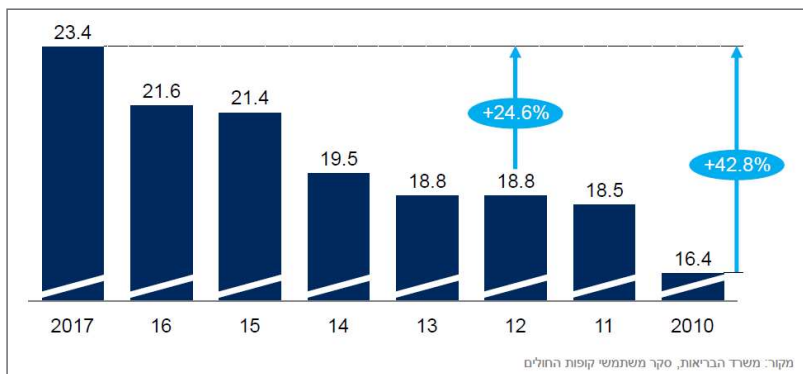


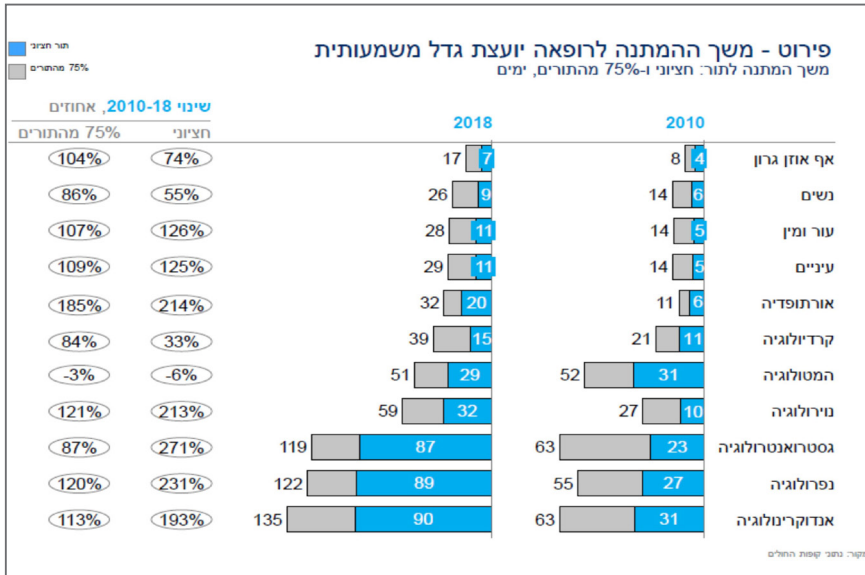
1 מתוך סקר מכון ברוקדייל 2016 - <https://brookdale.jdc.org.il/the-11th-consumer-survey-on-2016/israels-healthcare-system-summary>

אך בראייה על פני זמן, אין אחדות דעים באשר לתוצאה שנתקבלה. בו בזמן שרמת החיים בישראל עלתה ויחד איתה ציפיות המבוטחים לקבלת שירות איכותי יותר, זמין יותר ונגיש יותר - המציאות שנוצרה אינה בהכרח תואמת את ציפיות הציבור. מחד, איכות שירותי הבריאות השתפרה באופן ניכר. מאידך, זמני המתנה כמעט לכל שירותי הבריאות הולכים ומתארכים. סיבות רבות לכך, אך בעיקר המצוקה התקציבית של הקופות שנובעת מתקצוב חסר ושחיקה שהפכו את זמני המתנה ל"שסתום תקציבי" והעדר שקיפות בדבר זמני המתנה מצד קופות החולים, דבר המונע בקרה של משרד הבריאות בנושא וגם דיון ציבורי. על כן, על אף שהדירה "הסבירה" כיום, משמעותית גדולה ומרווחת מזו של 1995 או המכונה "הסבירה" יוקרתית יותר וכך הלאה, להערכתנו מרחב הסבירות באספקת שירותי בריאות התקדם בעיקר בהיבט איכות השירותים. בהיבטי זמן ומרחק, ככול הנראה, המצב כיום מהווה נסיגה אל מול 1995. חלק לא מבוטל מהבעיה נובע מירידה במספר רופאים לנפש בישראל ובמקביל מגידול ברפואה פרטית שפוגעים בזמינות השירותים במערכת הציבורית. חשוב להעיר כי המשמעות של זמני המתנה ארוכים היא בסופו של דבר אינה רק שירות רפואי פחות טוב אלא גם פגיעה באמון הציבור ביכולתה של המערכת הציבורית לענות על צרכיו וציפיותיו. המתנה ארוכה פוגעת באיכות הטיפול, מגבירה את הסבל הכרוך בהתמשכות המצב הרפואי ואת אי הוודאות הכרוכה בהיעדר אבחון. ישנו קשר ישיר בין זמני המתנה ארוכים במערכת ציבורית לגידול העקבי ברכישת ביטוחים פרטיים ושימוש בהם, דבר שמקטין את היצע השירותים במערכת הציבורית ומאריך את זמני המתנה עוד יותר.

תרשים: משך תור ממוצע לרפואה יועצת

*ימים (ממוצע משוקלל של כלל הקופות)





נקודת המוצא של הדיון, היא שהן המחוקק והן משרד הבריאות נמנעו, אם מהיעדר רצון ואם מאילוצים, במשך 25 שנים מהגדרת "הסבירות" בחוק. הנחת העבודה הייתה כי מבנה מערכת הבריאות, ובפרט התחרות בין קופות החולים, יביאו להקצאת משאבים יעילה ויבטיחו את אספקת השירותים הטובה ביותר שניתן לספק על ידי קופות החולים. אין עוררין כי תחרות הינה הדרך היעילה ביותר להבטיח ערך מקסימלי למבוטחים, אך הדבר דורש כי תתקיים תחרות על כלל המבוטחים. לצערנו, מיקוד התחרות בין קופות החולים הינו סביב קבוצות מבוטחים בריאות וצעירות. על כן, המודל התחרותי לבדו אינו מבטיח שיווי משקל אופטימאלי לציבור המבוטחים ומערכת הבריאות בכלל.

כדי לגשת ולבחון את נושא הסבירות, ראשית יש לתת את הדעת על "סבירות" כמושג ואיך מגדירים ומוודדים אותה הן בהיבט של איכות רפואית, הן בהיבט של זמני המתנה והן בהיבט של מרחקים. כלומר, ראשית עלינו להגדיר את הפרמטרים אותם נרצה למדוד על מנת לקבוע באם איכות השירות הרפואי היא סבירה. אפשרות אחת הינה להסתכל על מדדי איכות שנמדדים בקהילה ובבתי החולים ולהחליט כי כל המדדים או חלקם הינם בסיס לבחינה באם איכות השירותים הרפואיים הינה סבירה.

אבל אז עולה שאלה נוספת בהקשר זה והיא באם הבחינה צריכה להיעשות דרך "עיניים" מקצועיות על פי סטנדרטים מקצועיים בינלאומיים (guidelines המבוססים על Evidence Based Medicine) או שמא עלינו לשאול את עצמנו מהו שירות רפואי איכותי בעיני המבוטח? - כי אז ייתכן ויעלו מדדי איכות אחרים לגמרי, כמו צפיפות במחלקות, רמת השירות של הצוות הרפואי ועוד.

בחינת סבירות זמני המתנה נראית לכאורה כמשימה פשוטה יותר להגדרה אך גם בהקשר זה עולות שאלות מתודולוגיות: האם יש למדוד את משך ההמתנה לכל רופא מסוגו או לרופא הספציפי בתחום אותו אני מבקש לפגוש? שאלה זו גם משתלבת עם שאלת המרחק הסביר. לכאורה מדידת מרחקים הינה פשוטה, אך האם ואיך עלינו להתייחס לזמן שלוקח לעבור מרחק מסוים. לצערנו הרב, לא פעם במדינתנו הפקוקה מרחק בק"מ איננו אינדיקציה שאפשר להשוות על פיה מרחקים במונחי זמן נסיעה.

שאלות לדיון:

1. האם הפרמטרים הקיימים כיום למדידת איכות שירותי רפואה הינם המתאימים והרלוונטיים ביותר?
2. האם מדידת זמני המתנה צריכה להיעשות ביחס לכל רופא או לרופא אותו המטופל מבקש לפגוש?
3. איך נתמודד עם רמת השירות שתיווצר במקצועות אותם לא ניתן למדוד או שנחליט שלא למדוד?
4. איך מתמודדים עם מדידת זמני המתנה במרפאות חוץ של בתי החולים?
5. האם הפרמטר הנכון למדידה הוא מרחק ממגורי המבוטח לשירות הרפואי או דווקא זמן ההגעה?
6. אילו צעדים נלווים על המדינה לנקוט על מנת לצמצם את זמני ההמתנה במערכת?

אחרי שהגדרנו את מתודולוגיית המדידה, ניתן להיכנס ולבחון את מהות סעיף 3ד' לחוק: האם השירות שניתן כיום במערכת הבריאות הינו סביר? ובין אם כן או לא, האם נכון לקבוע "תקרה" שמפרידה בין הסביר וזה שלא? מהו המנגנון לקביעת אותם מדדים מרביים ומי נכון שיקבע אותם ואיך תתבצע האכיפה? וכמובן שעלינו לוודא שמה שיוחלט יביא בהכרח לשיפור השירות למבוטחים.

כפי שכבר צוין לעיל, ההנחה הרווחת היא שכיום רמת האיכות של השירות הרפואי עומדת במבחן הסבירות. עם זאת, ככול שנעדיף לבחון את איכות השירות הרפואי באופן בו המטופלים מסתכלים על זה, ייתכן ונידרש לחזור ולבחון את הנושא לעומק (לדוגמה, האם תא שירותים אחד ל-10 מאושפזים במחלקה פנימית עומד במבחן הסבירות?)². אך בשלב זה נבקש להתמקד בסבירות בהיבט של זמני המתנה ומרחקים.

הקושי המרכזי בהגדרת זמן המתנה סביר נובע מכך שהדבר מערב שיקולים קליניים ושירותיים, המבטאים את ציפיות מבוטחים. לדוגמה, ברמה הקלינית ייתכן ואין שום בעיה שילד עם חום יראה רופא ילדים רק אחרי 72 שעות אבל עבור מרבית ההורים בישראל, הציפייה היא לפגוש רופא ילדים אחרי פרק זמן קצר יותר. עם זאת, בהיבט הקליני, ישנו מספר לא מבוטל של תחומים בהם משרד הבריאות כבר הגדיר את זמני המתנה המרביים. הדבר קיים לדוגמה בתחומי התפתחות הילד,³

2 לעמדת מכבי שירותי בריאות לא נכון להסתכל על איכות שירותי רפואה מנקודת מבט של המטופל: "איכות שירותי הרפואה צריכה להיבחן בעיניים מקצועיות. בל נשכח כי בראש ובראשונה מערכת הבריאות צריכה לדאוג לבריאותם של אזרחי ישראל ולהבטיח טיפול רפואי מקצועי ונאות על פי סטנדרטים מקצועיים בינלאומיים (guidelines המבוססים על Evidence Based Medicine). הפרמטרים למדידת איכות שירותי הרפואה קיימים בתכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה ובתכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים ומבוססים EBM. מדדים אלו מוכיחים כי מערכת הבריאות בישראל היא מהטובות בעולם, במרבית המדדים אנו עומדים בסטנדרט גבוה מאוד ביחס למדינות אחרות. חיפוש פרמטרים אחרים למדידת איכות שירותי הרפואה יחטיא את המהות עליה מבוססת מערכת הבריאות - מתן שירות רפואי מקצועי ואיכותי. כל מדד אחר הוא מדד שבוחן את רמת השירות, המלונאות והתשתיות הקיימות במערכת - ואותם ראוי למדוד במדדי תשתית מותאמים. למשל, תקינה שלא עודכנה מאז שנות ה-70, ותשתיות רעועות במערכת שלא מותאמות לצרכים ולדרישות 2020 שהוזנחו במשך שנים בשל חוסר משאבים".

3 חוזר מינהל הרפואה מספר 19/2019 "מתן השירותים בתחום התפתחות הילד על ידי קופות החולים"

בריאות השן,⁴ רפואה תעסוקתית,⁵ ניתוחים,⁶ פיזיותרפיה,⁷ ריפוי בעיסוק,⁸ תזונה,⁹ קלינאות תקשורת,¹⁰ עבודה סוציאלית,¹¹ מוקד לשירותי רפואה דחופה בקהילה,¹² ביצוע גרידה במקרה אובדן הריון (הפלה),¹³ הקדמת תורים במקרים דחופים¹⁴ ועוד.

- 4 חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מספר 12/10: "שירותי רפואת השיניים לילדים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי - קווים מנחים לקביעת סטנדרט השירות"
https://www.health.gov.il/hozer/sbn12_2010.pdf
- 5 חוזר משרד הכלכלה, מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית, מתאריך 5/2/2015, "קביעת מועדים לבדיקות הפיקוח במרפאות התעסוקתיות ומשך הזמן המרבי לסיום הבדיקות - הנחיות מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית"
https://employment.molsa.gov.il/Employment/SafetyAndHealth/Mafar/MafarInstructions/489380_OccupationalMedicineSupervisionTiming.pdf
- 6 חוזר מנכ"ל משרד הבריאות, מספר 9/2018: "חוזר זמני המתנה לניתוחים ופרוצדורות בבת"ח"
https://www.health.gov.il/hozer/mk09_2018.pdf
- 7 חוזר מינהל הרפואה מספר 46/2009 "נוהל שירותי הפיזיותרפיה במכונים בקהילה"
https://www.health.gov.il/hozer/mr46_2009.pdf
- חוזר מינהל הרפואה 37/2013 "שירותי הפיזיותרפיה בבית המטופל"
https://www.health.gov.il/hozer/mr37_2013.pdf
- נוהל שירותי הפיזיותרפיה במכונים וביחידות להתפתחות הילד מתאריך ינואר 2012
https://www.health.gov.il/hozer/physio_child_development.pdf
- 8 חוזר מינהל הרפואה 11/2015 "נהלי עבודה השרות לריפוי בעיסוק"
https://www.health.gov.il/hozer/mr11_2015.pdf
- 9 חוזר חטיבת הרפואה 12/2019 "איתור מטופלים הנזקקים לטיפול תזונתי בקהילה ובאשפוז"
https://www.health.gov.il/hozer/mr12_2019.pdf
- 10 חוזר מינהל הרפואה מספר 11/2017 "מכשירי שמיעה לבני 18-50 ולבני 65 ומעלה במסגרת הסל הבסיסי נוהל מעודכן"
https://www.health.gov.il/hozer/mr11_2017.pdf
- חוזר חטיבת הרפואה מספר 14/2018 "נגישות וזמינות לבדיקות רישום פוטנציאליים שמיעתיים קצרי חביון"
https://www.health.gov.il/hozer/mr14_2018.pdf
- 11 החוזר בתהליך גיבוש
- 12 חוזר חטיבת הרפואה מספר 2/2019 "אמות מידה להפעלת מוקד לשירותי רפואה דחופה בקהילה"
https://www.health.gov.il/hozer/mr02_2019.pdf
- 13 חוזר חטיבת הרפואה מספר 1/2019 "הטיפול במצבי אובדן הריון"
https://www.health.gov.il/hozer/mr01_2019.pdf
- 14 חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מספר 3/2014 "חולים במלכוד 2 - טיפול בהקדמת תורים במקרים דחופים ואיסור גביית תשלום פרטי עבור הקדמת תורים"
http://www.health.gov.il/hozer/sbn03_2014.pdf

כיום, התמונה שעולה מהבקורות שמבצע משרד הבריאות בתחומים אלה היא כי קיימת עמידה חלקית בלבד בסטנדרטים שהוגדרו. מבדיקה שנערכה במשרד הבריאות, גם קופות החולים מגדירות זמני המתנה מרביים / ממוצעים או ליתר דיוק הן מגדירות יעדים פנימיים לזמני המתנה. מנתוני קופות החולים, היעדים שהן מגדירות נובעים בעיקר משיקולים תחרותיים ומתמקדים בעיקר במקצועות השכיחים כגון: רפואת משפחה, ילדים, נשים, עור ואורתופדיה. יעדים אלה כמובן אינם שקופים לציבור וגם אין למשרד הבריאות כל אינדיקציה לרמת העמידה בהם.

המחשבה לקביעת זמני המתנה מרביים מסתמכת על צעדים דומים שנקטו מדינות רבות ב-OECD (כ-13 מדינות הגדירו זמני המתנה מקסימליים). צעדים אלה התבררו כאפקטיביים כאשר נלוו אליהם סנקציות לאכיפה. כך למשל באנגליה, בית חולים שחורג מהיעדים ביותר מ-10% נקנס. המדינות שאימצו מדיניות המגבילה את זמני ההמתנה, נבדלות הן במתודולוגיה שהוגדרה (חלקן בחרו ביעדים פשוטים ומקיפים יחסית וחלקן ביעדים הרבה יותר "מדויקים" שמגדירים מקרים ספציפיים). לכל שיטה היתרונות והחסרונות שלה, כאשר הפשטות מקלה על הבקרה אך מפספסת מקרי קצה ומאיך רגולציה עם מדדים מדויקים יותר הינה קרקע פורייה למניפולציות.

אין סימוכין מחקרי למדיניות מסוימת שהינה עדיפה על פני אחרות באופן מובהק וצריך לזכור שכל מדינה מתאימה את המדיניות למבנה המערכת ומאפייניה.

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 (CT, MRI 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

זמן המתנה	אופי ההתחייבות	מדינה
18 שבועות	המתנה ממועד הזמנת התור למומחה עד הטיפול (כולל המתנה לביקור במרפאת חוץ, בדיקות והמתנה לטיפול)	אנגליה*
4 שבועות	המתנה ממועד ההפנייה לטיפול עד הטיפול	דנמרק*
4 שבועות	המתנה עד פגישת בירור עם מומחה במרפאת חוץ של בי"ח	הולנד
6 שבועות	המתנה מהפניית מומחה עד טיפול באשפוז יום	
7 שבועות	המתנה מהפניית מומחה עד טיפול באשפוז	
בימים: 270/60/15/3	זמני המתנה לפי 4 רמות דחיפות רפואית: Normal / Priority / High priority / Urgent	פורטוגל*
24 שעות	התייעצות טלפונית עם מרכז בריאות	שבדיה
7 ימים	ביקור אצל רופא משפחה	
60 יום	ביקור אצל רופא מומחה	
90 יום	המתנה מהחלטה לטפל עד הטיפול	

* במדינות אלו נהוגים זמני המתנה מרביים קצרים יותר לחולי סרטן ו/או למקרים דחופים.
מקור: OECD, 2013. Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?

אחרי שמיפינו את מה שנעשה במשרד הבריאות ובקופות החולים והן את הרגולציה המקובלת במדינות OECD, ניתן לבחון את השינויים הנדרשים. ישנן שתי שיטות מרכזיות לקבוע זמני המתנה מרביים: האחת היא קביעה רגולטורית ישירה, המחייבת את קופות החולים, והשנייה היא תמרוץ עקיף, באמצעות "כוחות השוק", כלומר לדרוש מקופות החולים לקבוע מדדים מרביים, ולשקף לציבור את המדדים ואת מידת העמידה בהם. ועדת "גרמן" המליצה ב-2014 כי משרדי הבריאות והאוצר יקבעו תוך 120 יום כללים בנוגע לזמני המתנה. המלצה זו לא יושמה עד היום.

לקביעת זמני המתנה מרביים על ידי הרגולטור יתרונות משמעותיים: השיקולים שיובאו בחשבון הינם בעיקר שיקולים קליניים; תחומים בהם קופות החולים לא מתחרות על מבוטחים, כגון בריאות הנפש, יקבלו מענה טוב יותר; וההחלטה תתבסס על ספרות רלוונטית ועל ניסיון בינלאומי. אך לשיטה זו גם חסרונות לא מבוטלים: כפי

שהוצג, המשרד כבר קבע לא מעט זמני המתנה מרביים ולא נראה ששיטה זו הינה אפקטיבית תמיד; יש הרבה מאוד תחומים בהם אין ספרות קלינית תומכת ביעד כזה או אחר באופן ברור; ושיטה זו לא תביא לידי ביטוי באופן משמעותי את העדפות הציבור. במהלך דיוני הצוות קופות החולים התנגדו לקביעה כאמור,¹⁵ בין היתר בשל החשש כי תהיינה חשופות לתביעות.

השיטה בה יש קביעת זמני המתנה מרביים על ידי קופות החולים נותנת מענה לחסרונות החלופה הראשונה: מאחר והקופות פועלות בזירה תחרותית, אזי עצם שיקוף המדדים אל מול העדפות הציבור יביא לפחות בחלק מהמקרים למדדים שמשקפים את העדפות הציבור ואת מה שנראה כסביר בעיניו, כאשר האכיפה תתבצע על ידי "כוחות השוק". החיסרון בשיטה זו, כפי שגם ניתן לראות מהמדדים הפנימיים שהגדירו הקופות, הוא שבתחומי בריאות שאינם "פופולריים" ועליהם קופות החולים אינן מתחרות, נגיע לשיווי משקל שככול הנראה יהיה פחות סביר ברמה הקלינית ומאופיין בזמני המתנה ארוכים דווקא עבור החולים הקשים והנזקקים ביותר.

יצוין כי במסגרת הדיונים עלה חשש כי קביעת זמני מקסימום, אם על ידי הרגולטור או קופות החולים, תפגע במטופלים הנדרשים לטיפול דחוף. זאת כיוון שבעוד שכיום הקופות יודעות לווסת את הביקושים ולאפשר למטופלים הדורשים טיפול דחוף תורים דחופים, במצב בו הקופות יימדדו על הממוצע, ייפגעו המטופלים הדחופים.

טענה מעניינת אחרת נגד קביעה כאמור הייתה כי יש לכך השפעה שלילית על החדשנות. נטען כי רבות מן היוזמות החדשניות שכבר הוטעמו בשטח הן תולדה של אילוצים בשילוב אומץ ניהולי והתאמה לצורכי המטופלים. צרכים אלה משתנים בקצב מהיר ואינם קופאים על השמרים. בין היתר ניתן למנות את הרפואה המקוונת אשר לא זו בלבד ששיפרה דרמטית את הזמינות והנגישות לטיפולים, אלא יש בה שוויוניות מוחלטת בין מרכז לפריפריה, בין קבוצות חלשות לחזקות ועוד.

15 כך נכתב בנייר עמדה שהגישה מכבי שירותי בריאות: "קביעת הגדרה קשיחה ומחייבת ל"סבירות" תהיה בהכרח שגויה במגוון רחב של מצבים. בנוסף, היא לא תתרום לאיכות הטיפול, לזמינותו ולנגישותו במובן הרחב שכן הקצאת משאבים לטובת עמידה ביעד תבוא בהכרח על חשבון פעולות אחרות של קופת החולים ועל כן למעשה ייגרעו בפועל שירותים מן המטופל. מעבר לכך, הגדרה כזו תפגע בעצמאותן הניהולית של הקופות ובשיקול הדעת שלהן ושל הצוותים המקצועיים, כמתחייב מהוראות החוק. ממילא קביעה של סבירות הנה תלוית נסיבות ואינה נכונה במידה שווה בכל סיטואציה."

מכאן שהתמקדות בזמינות, נגישות ואיכות של רופא במרפאתו היא בגדר רגולציה שהייתה מתאימה לפני עידן הסלולר והאינטרנט. כנגד טענה זו הוצע לבחון סבירות באספקת שירותים פיסית ודיגיטלית גם יחד.

נדברך מאוד משמעותי שיש לשלב בדיון זה, הוא האם יש ללוות את המהלך במימון או בתמיכה ייעודיים לקופות החולים. ככול שהולכים עם העמדה אותה מציג משרד האוצר - המקורות שעומדים כיום לטובת קופות החולים מאפשרים להן לספק שירות שעומד במבחן הסבירות.¹⁶ לפי עמדה זו, ניתן להסיק כי מהלך של קביעת מדדי זמני המתנה מרביים המשקפים את מצב הדברים כיום אינו נדרש בתמיכה תקציבית. קופות החולים, שרגישות לציפיות המבוטחים, טוענות כי המקורות שיש להן לא מאפשרים לתת מענה סביר בכל שירותי הבריאות ולכל מבוטח ובנוסף לכך מהלך כאמור עשוי לפגוע בזמינות השירות למקרים הדחופים, ולכן כל המהלך להסדרת נושא מדדי שירות מרביים חייב להיות מלווה במקורות נוספים. עמדת משרד הבריאות יוצרת הבחנה בין 2 רכיבי המהלך: (1) על קופות החולים חלה חובה כספק שירות להגדיר ולשקף לציבור המבוטחים שלהן את זמני המתנה המקסימליים שהן מתחייבות אליהם במסגרת מקורותיהם הקיימים; (2) המקורות שעומדים לטובת ארגוני הבריאות אינם מספיקים כדי לעמוד בסטנדרטים שמתאימים למערכת בריאות במדינת ישראל ב-2020 בשים לב למגמות הצפויות לנו. עם זאת, לעמדת המשרד, גם במסגרת המשאבים הקיימים ניתן להסיט משאבים לתחומים ה"פופולריים" פחות כדי לעמוד בסטנדרטים הכרחיים. בימים אלה פרסם משרד הבריאות טיוטת חוזר שמנחה את קופות החולים להגדיר זמני המתנה מקסימליים ולפרסמם לציבור.

16 לעמדת משרד האוצר, בעיית אורכי התורים במערכת הבריאות הציבורית, ככל שישנה, נוצרת כתוצאה ממחסור בכוח אדם, ולכן הגברת התחרות בין קופות החולים על אספקת שירותים רק תביא להגדלת הוצאות השכר במערכת הבריאות, וברמת המערכת לא תביא לגידולים בכמויות (ולשיפור השירות). בהתאם, משרד האוצר סבור, כי יש לנקוט במספר צעדים משלימים שנועדו להגדיל את מספר הרופאים המומחים העובדים במערכת הבריאות הציבורית: ראשית, יש לצנן את לחצי השכר ממערכת הבריאות הפרטית, המתחרה עם מערכת הבריאות הציבורית על אותו כוח אדם, וללא מגבלה תקציבית אמיתית. הצעדים האחרונים בתחום כוללים את רפורמת הסדר-החזר, החלת הפיקוח על מחירי ניתוחים במערכת הבריאות הפרטית, חוק הצינון וכו'. שנית, סבור משרד האוצר כי יש לערוך שינויים בהכשרת הרופאים כך שיוכשרו יותר רופאים מומחים מדי שנה, בעיקר במקצועות במצוקה.

נקודה אחרונה אך חשובה נוגעת להתייחסות לנושא של הגדרת מרחק סביר. כפי שהיה ניתן לראות מהסקירה לעיל, נושא המרחקים נעדר מהשיח הבינלאומי וגם בישראל לא בא לידי ביטוי בחוזרים או במדיניות הקופה. המקום היחיד בו נושא המרחקים מקבל את ביטויו הוא בהקשר של הסדרי בחירה, נושא אליו נתייחס בהרחבה בהמשך. על מנת להמחיש את חשיבותו בהקשר המדובר של סבירות ניתן את הדוגמה הבאה: קופת חולים מציעה למבוטח 2 חלופות לביקור אצל אנדוקרינולוג, האחת בעוד ארבעה חודשים במרפאה הסמוכה לביתו והשנייה היא בעוד שבוע במרחק של 100 ק"מ מהיישוב שלו. על כן ברור שהתמקדות בזמני המתנה סבירים, ללא הגדרת גבולות מסוימים בהקשר של מרחק סביר, עשויה להביא לכדי תוצאה מעוותת.

שאלות לדיון:

1. האם הגיעה העת למדוד את עמידת הקופות בסעיף ד'3?
2. האם משרד הבריאות צריך לקבוע מדדים למדידת סבירות שירותי בריאות או קופות חולים?
 - 2.1 האם במסגרת זו יש לקבוע מדדי איכות? ואם כן, איזה מדדים?
 - 2.2 האם במסגרת זו יש לקבוע מדדים של זמני המתנה? ואם כן, איזה מדדים?
 - 2.3 האם במסגרת זו יש לקבוע מדדי מרחק? ואם כן, איזה מדדים?
3. האם ניתן לקדם את נושא הסדרת מדדי סבירות לשירותי בריאות ללא הקצאת מקורות ייעודיים לנושא?
4. האם יש צורך בתיקוני חקיקה לצורך זה ואם כן, איזה?
5. מהו האופן המיטבי לשקף את המדדים לציבור?
6. האם יש לקבוע סנקציות על הקופה בגין אי עמידה במדדים ואם כן, איזה?
7. האם המדידה כאמור תחשוף את הקופות לתביעות רבות? ואם כן, כיצד מתמודדים עם זה?

הסדרי בחירה

סעיף 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 קובע את זכותו של מבוטח לקבל שירות רפואי הכלול בסל באמצעות נותני השירות של הקופה ובכפוף להסדרי הבחירה שקובעת קופת החולים. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), תשס"ה-2005, קובעות מתכונת להסדרי הבחירה, עריכתם ופרסומם. בין היתר, על הסדרי הבחירה לקיים מספר תנאים מרכזיים: (1) עליהם להיות גלויים, פומביים ושקופים, ויש לפרסמם ולהביאם לידיעת המבוטחים בדרך הקבועה בתקנות; (2) עליהם לעמוד בדרישות המהותיות שבסעיף 23' לחוק כמפורט לעיל. לעניין נגישות, זמינות ואיכות סבירים, בין היתר, קובעות התקנות היבטים ספציפיים המתחייבים מדרישת האיכות, לרבות שמירת רצף טיפולי, מומחיות נאותה של ספקי שירות, ריכוז שירותים אינטנסיביים במרכז רפואי אחד ועוד. על הקופה חלה החובה לוודא באופן שוטף את עמידתם של הספקים בדרישות שבסעיף 23' לחוק לעניין נגישות, זמינות ואיכות סבירים, ולעדכן את הסדרי הבחירה בהתאם ובכפוף לכלל הוראות חוזר 6/2011 "יישום תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים) תשס"ה-2005"; (3) על ההסדרים להיות שוויוניים. מטרת קביעתם ופרסומם של הסדרים הינה, בין היתר, להבטיח כי אפשרות הבחירה הנתונה לכל אחד מהמבוטחים תהיה שווה לזו הניתנת ליתר המבוטחים ותתבסס על תנאים שווים. הדבר משליך הן על תוכן המבחנים ומידת פירוטם והן על שקיפותם ופרסומם.

משמעות המונח "הסדרי בחירה" הינה בפועל "מגבלות על בחירה" כאשר הכוונה היא למגבלות שחלות על האפשרות של המטופלים לממש את העדפותיהם בבחירת נותני שירותים מחוץ לקופה ובפרט בתי החולים המספקים שירותי ייעוץ ואשפוז. הסיבה לכך הינה מתן אפשרות לקופת החולים לשאת ולתת עם בתי החולים על מחיר השירותים, כאשר מצד אחד ישנם שיקולי סבירות שפורטו לעיל בהרחבה, ומצד שני שיקולי מגבלת תקציב. נושא הסדרי בחירה או כפי שזה מכונה באנגלית "Selective Contracting", איננו ייחודי לישראל וקיים בגרסאות כאלה או אחרות בהרבה מאוד מדינות, אשר משתמשות בכלי זה כדי לרסן את ההוצאה הציבורית על בריאות באמצעות עידוד התחרות בין נותני השירותים.

בישראל ישנו שוני לא מבוטל בין הסדרי הבחירה של הקופות השונות ובין הסדרי בחירה של מבוטחים באזורים גיאוגרפיים שונים. יש לכך מגוון הסברים ובכלל זה שונות בפריסת בתי החולים ברחבי הארץ, זהות הבעלים של בתי החולים, רמת

התחרות בין הקופות במקומות השונים ועוד. לאורך כל תקופת קיום החוק וביתר שאת בעשור האחרון עולה לדיון נושא הרחבת הסדרי הבחירה ואף האפשרות לבטלם.

הטענות בדבר היתרונות בהגבלת אפשרויות הבחירה של המבוטחים הן (קרי קיום הסדרי בחירה):

1. קופות החולים הן האחראיות להבטיח כי המבוטח מקבל שירות רפואי איכותי. בחירה חופשית של המבוטח מעבירה לכאורה את האחריות למבוטח כי הוא זה שבחר את נותן השירותים ולא הקופה. אין זה אומר כמובן שקופות החולים עושות את כל הנדרש כדי לוודא שאכן המבוטח מקבל שירות איכותי מנותן השירותים.

2. היכולת של קופת החולים להחליט כי אינה מתקשרת עם נותן שירותים זה או אחר מאפשרת לה לנהל מו"מ מעמדת כוח ובאמצעות כך להבטיח מחירים נמוכים יותר וריסון ההוצאה הציבורית באופן יעיל. גם במקרה זה אין טוענים כי תמונת המצב כיום הינה אופטימלית, אך ניתן לשפרה באמצעות הבהרת סעיף 3ד' לחוק.

3. ביטול הסדרי בחירה פוגע במנגנוני השוק ש"מתקנים" את המחירים במערכת בכך שהם פוגעים ביכולת של קופות החולים לנהל מו"מ מול בתי החולים, וכפועל יוצא מכך מגביר את האחריות של הרגולטור לניהול מערכת הבריאות. כאשר לקופה אין יכולת לדרוש הנחות במחירי הפעולות השונות, גוברת החשיבות של קביעת תעריפים שמשקפים באופן המדויק ביותר את העלות האמיתית של השירותים השונים. להערכת גורמים רבים במערכת, התאמת עבודת ועדת המחירים לצרכים שיווצרו תדרוש משאבים וזמן רב.

4. הסדרי הבחירה מונעים "נהירת מבוטחים" לבתי החולים הגדולים ובאופן זה בעצם מגנים על בתי החולים הקטנים והפריפריאליים יותר. טענה זו אינה מתיישבת עם רצון המבוטחים לקבל שירות בזמן ובמרחק סבירים אך בכל מקרה מוצאת מקומה בעמדותיהם של חלק מהמנהלים במערכת.

5. בהקשר זה עולה טענה נוספת כי חופש הבחירה יסיט את תכנון התשתיות בעולם בתי החולים משיקולים של מבנה המערכת הנכון לשיקולים של העדפות

המבוטחים. לדוגמה, אם מבחינת פריסה גאוגרפית נכון להרחיב תשתית אשפוז בדרום אבל ציבור המבוטחים בדרום מעדיף לצרוך שירותי אשפוז במרכזת אזי ירחיבו את התשתיות דווקא במרכז.

הטענות בדבר היתרונות של חופש הבחירה הן:

1. חופש הבחירה בין בתי החולים, בד בבד עם תעריפים זהים, יעודד תחרות שכולה תתמקד בשביעות רצון המבוטח מאיכות השירות וזאת על חשבון תחרות על מחירים כפי שהיא מתקיימת כיום. כוחות השוק, כפי שהם מוכוונים כיום, אינם מביאים לשיווי משקל יעיל, ואינם מובילים פיתוח של התשתיות הנדרשות לטיפול בחולים בבתי החולים.

2. הגבלת חופש הבחירה לא נוצלה על ידי הקופות לשיפור השירות למבוטחים בבתי החולים ואין לקופות כל תמריץ להשקיע בכך. התחרות בין הקופות ממוקדת באוכלוסייה הצעירה והבריאה, כאשר בבתי חולים נמצאים החולים והמבוגרים יותר.

3. חופש הבחירה יביא לאופטימיזציה של זמני המתנה כיוון שלמבוטחים תהיה אפשרות חופשית לבחור בהתאם להעדפותיהם בין שיקולי זמן, מרחק ואיכות. כך שיהיו כאלה שיבחרו להמתין זמן רב יותר לקבלת שירות בבתי החולים הגדולים או זמן קצר יותר באלה שבפריפריה. באופן זה האחריות לנושא הבטחת סבירות (סעיף 3ד' לחוק) תעבור מהמבטח למבוטח.

ישנו קושי אמיתי לקבוע באם ביטול הסדרי הבחירה יביא לשיווי משקל טוב יותר במערכת הבריאות ולכן נכון יותר למקד את הדיון בשיפור מנגנון הסדרי הבחירה, כך שיצמצם ככול הניתן את החסרונות שלו מבלי לפגוע ביתרונותיו. בדומה לניתוח שבוצע בנושא סעיף 3ד', הסוגיה הראשונה שיש להידרש אליה הינה איך נכון לבחון ולמדוד הסדרי בחירה כדי לקבוע באם הם עומדים בתנאים שנקבעו להם - שקיפות, עמידה במבחן סעיף 3ד' לחוק ושוויוניות. לכאורה התשובה הינה ברורה - קופות החולים מפרסמות את הסדרי הבחירה שלהן ולכן זהו המדד הנכון. לאחרונה אף הגדיל משרד הבריאות לעשות וקבע מדד שבוחן את הסדרי הבחירה השונים ונותן להם ציון באופן שיהיה קל להבין ולהשוות.¹⁷

אך כאשר באים לבחון את הבחירה של המבוטחים בפועל (כלומר, את נתוני הביקורים בבתי החולים) אל מול הסדרי הבחירה של קופות החולים, רואים כי קיימים פערים משמעותיים בין השניים. בהקשר זה עולות טענות כי הצגת הסדרי בחירה מסוימים על ידי הקופות איננה מעידה כי בפועל מתאפשרת למבוטחים בחירה חופשית בין מוסדות אלה. הטענות הינן שהקופות עושות מאמצים לנווט את המבוטחים בהתאם לאינטרסים הכלכליים שלהן בין נותני השירותים בתוך הסדרי הבחירה ומקשות על המבוטחים לממש את חופש הבחירה שלהם במידה וזה מתנגש עם אינטרסים כלכליים אלה. לאור זאת, ישנן דעות כי המדד הנכון להסדרי הבחירה של הקופות הינו הצגת השימושים בפועל.

הנחת העבודה הינה שציבור המבוטחים מייחס חשיבות רבה לאפשרות לבחור את בית החולים בו הוא יקבל טיפול, ולכן היינו מצפים שעניין זה יהווה רכיב משמעותי בהחלטה שלו באיזה קופת חולים הוא נמצא. מבדיקות שבוצעו במשרד הבריאות, לא נמצאה עדות לכך שכיום אכן כך הדבר. גם כאשר פורסם המדד שנבנה במשרד הבריאות, לא היה לו משקל משמעותי במעבר מבוטחים. על כן עולה השאלה באם זה אכן שיקול משמעותי עבור המבוטחים ואם כן, אזי ייתכן והאופן בו העניין משוקף לציבור, אינו מאפשר לו לקבל החלטה מושכלת.

כאשר מתמקדים בהסדרי הבחירה עצמם, עולות מספר סוגיות מהותיות שיש לתת עליהן את הדעת. כיום אין כללים מפורטים באשר למהו מינימום הבחירה שנדרשת הקופה להציע למבוטח - לדוגמה, האם הסדרי הבחירה חייבים לכלול את בית החולים/מרכז-על הקרוב ביותר למקום מגוריו, האם יש מינימום בתי חולים שהקופה חייבת להציע למבוטח וכן הלאה. סוגיה נוספת שעולה הינה האם ישנם תחומים בהם נכון לבטל הסדרי בחירה. לדוגמה, כיום קופות החולים מאפשרות לחולים אונקולוגיים לבחור כל בית חולים שיחפצו בו. האם ישנם תחומים נוספים בהם נכון לבחון זאת בחיוב? מנגנון חלופי לעניין הינו חזרי משרד הבריאות הקובעים זמני המתנה מקסימאליים שאי עמידה בהם מבטלת את הסדרי הבחירה של הקופה.

ניתן לחשוב על מנגנונים אחרים, הקיימים במדינות אחרות, ומהווים תחליף להסדרי בחירה. לדוגמה, ניתן לבחון השתתפויות עצמיות שונות בין בתי החולים בהתאם להעדפות קופות החולים, קרי השתתפות עצמית נמוכה בבית חולים שלקופה הסדר טוב יותר עימו והשתתפות עצמית גבוהה יותר בבית חולים "מבוקש" יותר. אין אנו תומכים במנגנון זה שפוגע באופן משמעותי בערך השוויון, אלא מציגים מסגרת רעיונית אחרת לבחינת נושא הסדרי הבחירה.

לפני מספר שבועות פרסם משרד הבריאות הנחיות עדכניות באשר לאופן בו יש להודיע לשר הבריאות על שינוי בהסדרי בחירה של קופת החולים.¹⁸ סעיף 4 (ד') לתקנות ביטוח בריאות (הסדרי בחירה בין נותני שירותים) קובע, כי כל שינוי בהסדרי בחירה שעניינו גריעה מהיקף המוסדות הרפואיים העומדים לרשות המבוטח, לא יפורסם למבוטחי הקופה, אלא לאחר שעברו 30 ימים מן המועד שבו הובא לידיעת שר הבריאות וניתן יהיה לפעול לפיו רק 30 יום לאחר העמדתו לעיון המבוטחים. מאחר והייתה אי בהירות בדבר המידע שיש להביא לידיעת השר בעת עדכון על כל שינוי בהסדרי בחירה, הבהיר משרד הבריאות את מצב הדברים. עם זאת, הנחת העבודה הינה כי הזכות להתערב נתונה רק לשר עצמו כאשר במצב המשפטי הנוכחי הפרשנות הסבירה היא שיש להתערב רק במצב דברים לא סביר באופן מהותי. על כן ישנה סוגיה מהותית שיש לתת עליה את הדעת והיא האם יש לתקן את החוק ולקבוע מנגנון לאישור כל שינוי בהסדרי הבחירה של קופות החולים, על בסיס איזה מבחנים ומה משקלם של מבחנים אלו.

שאלות לדיון:

1. כיצד נכון למדוד הסדרי בחירה?
2. מה ואיך נכון לשקף לציבור את המידע בדבר הסדרי הבחירה?
3. אילו כללים יש לקבוע במסגרת התנאים שייקבעו לקופה לקביעת הסדרי בחירה?
4. האם ישנם מנגנונים תחליפיים להסדרי בחירה ששיגו את אותן מטרות תוך פגיעה מצומצמת יותר במבוטח?
5. על אילו תחומים נכון לבטל הסדרי בחירה?
6. האם משרד הבריאות צריך לאשר אקטיבית הסדרי בחירה ומה יש לבחון במסגרת זו?
7. האם צריך לחול הסדר רגולטורי אחר כאשר מבטלים הסדרי בחירה?

18. מכתבו של ראש חטיבת רגולציה, מחשוב ובריאות דיגיטלית "הודעה לשר הבריאות על שינוי בהסדרי בחירה של קופות החולים" מתאריך 2/11/19.

סוגיות בתחום השירות הרפואי בהיבט אתגרי העתיד: היבטים תפיסתיים והשלכתם בהיבטי האסדרה על אופן ההתמודדות עם מחלות כרוניות, פערי רצף הטיפול וקידום תחום הרפואה המונעת

הסעיף הראשון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 קובע את התשתית הערכית על בסיסה יושתת החוק לאמור: "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". מיד לאחריו בסעיף 3 נקבעו עקרונות יסוד עליהם יושתת החוק:

א. כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר.

ב. המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13.

ג. קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה.

ד. שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13.

ה. שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית.

ובסעיף 4 לחוק נאמר:

חברות בקופת חולים

א. תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים, לפי בחירתו, ולרשום בה גם את ילדו הקטין (להלן - הילד), ובלבד שלא יירשמו ביותר מקופת חולים אחת; רישום ילד בידי הורה אחד פוטר את ההורה השני.

ב. תושב שאינו רשום בקופת חולים יראו אותו כרשום בקופת חולים שקבע שר הבריאות, בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים בכל אחת מקופות החולים לבין סך כל מספר המבוטחים בכל קופות החולים.

ג. קופת חולים תקבל כל תושב שבחר להירשם בה, לא תגביל את רישומו ולא תתנה אותו בתנאי או בתשלום כלשהו.

כלומר, החוק קובע את חובתו של כל תושב להשתייך לקופת חולים ואת זכאותו לקבל טיפול רפואי בקופת חולים במסגרת השירותים הכלולים בסל וכל זאת תוך הישארות במישור ההצהרתי באשר לשאלה באיזה אופן יינתן השירות וציון הסייג כי על השירות להינתן "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר".

סעיף 6 לחוק מגדיר את תחומי הסל וסעיף 7 מגדיר את סל שירותי הבריאות הניתנים במסגרת הקופות, אולם החוק אינו מגדיר "תפיסת הפעלה לאומית" בתחום הרפואה. לא הוגדרה בחוק טיבה והיקפה של "תפיסת האחריות" אליה מחויבות המדינה וקופות החולים בבואן לספק למבוטחים את סל שירותי הבריאות וכיצד יש לספק את השירותים הרפואיים הכלולים בסל השירותים. באופן זה הותיר החוק "מרחב אי וודאות" גדול עבור המבוטחים.

כך למשל, למה אמור לצפות מבוטח בקופת חולים במסגרת תחום "הרפואה המונעת האישית והחינוך לבריאות" כתלות בגילו ובמצבו הרפואי? באיזה אופן ועל ידי מי יטופל חולה באי ספיקת לב בשלביה השונים של מחלתו ובאיזה שלב של מחלתו הסופנית זכאי המטופל לשירותי הוספיס? ובכלל מי הוא האחראי על בריאותו של מבוטח ומהו היקף אחריותה של קופת החולים ושל המטפלים מטעמה כלפיו? האם אחריות זו מוגבלת רק למקרים בהם הוא פונה לעזרה רפואית או שמא חלה על הקופה מידת אחריות כלפי מבוטחיה גם בהיעדר פנייה מעין זו?

שאלות אלו אינן מקבלות מענה כלשהו במסגרת גדרי החוק או התקנות ונותרת "לשיקול דעת רפואי" ובלבד שיינתנו "באיכות סבירה" - מושג שגם פרשנותו נותרת עמומה. במציאות הנוהגת "שיקול הדעת הרפואי" הינו לרוב שיקול דעתו של הרופא המטפל (או של מטפלים מעולמות הסיעוד ומקצועות הבריאות), "שיקול דעת" שבמרבית המקרים אינו מוגדר בהיבט המקצועי "מלמעלה" ע"י ההנהלות הרפואיות בקופות החולים, אינו מבוקר במסגרת בקרת עמיתים אלא רק מוגדר בהיבט הכלכלי במסגרת השמירה על מסגרת סל השירותים. טענות הנסמכות על תוצאות מדדי התכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה (החשובה לכשעצמה), כביטוי לאיכות הטיפול הכללית, אין בהן נפקות במצבים רפואיים מגוונים, שאינם מבוקרים במסגרת מדדי התכנית. מטבע הדברים השונות בין מטפלים הן בהיבטי מקצועיותם, כנגזרת הידע והניסיון בו הם אווזים, והן בהיבט תפיסת אחריותם כלפי מטופליהם, יוצרת

חוסר אחידות ואי שוויון מובנה ומהותי בהיבט איכות הטיפול.

לית מאן דפליג כי בראייה קצרת טווח, "שיקול דעת" הנשען על מסד ידע מקצועי צר או לחלופין על תפיסת אחריות טיפולית מצומצמת, מקל על קופות החולים מצד ההוצאה אולם בטווח הארוך לגישה טיפולית מעין זו עשוי להתגלות מחיר כבד, הנובע מעיכוב באבחון ובטיפול במחלות כרוניות ומאיתורן בשלב מתקדם בו נגרם למטופל נזק בריאותי, שההתמודדות עמו כרוכה בהשקעת משאבים גדולים פי כמה.

שאלות לדיון:

1. מהי "תפיסת האחריות הרפואית" הראויה של המדינה ושל קופות החולים כלפי המבוטחים?
2. היכן עובר הגבול בין אחריות "המבטח" לאחריותו של הפרט על בריאותו?
3. מהי המשמעות האופרטיבית של תפיסת אחריות "מרחיבה"?
4. האם יש מקום להגדיר את "תפיסת האחריות" של "המבטח" בבריאות במסגרת חקיקה?
5. האם יש להגדיר "תפיסת הפעלה" לאומית למערכת הבריאות במסגרת חקיקה?

הבעיה המרכזית העומדת בפני מערכת הבריאות בעשורים הקרובים הינה עומס התחלואה הכרונית הצפויה, שמקורה בהזדקנות האוכלוסייה ובאורח החיים המערבי.

ההתמודדות עם תחלואה כרונית תחילתה במניעה ראשונית והמשכה במניעה שניונית, שלישונית ורביעונית קרי, איתור מוקדם, טיפול בתחלואה וסיבוכיה למניעת החמרה בריאותית ומניעת אבחון יתר וטיפול יתר.

ארבעה עקרונות אמורים להוביל את מערכת הבריאות בהתמודדות עם עומס התחלואה הכרונית:

א. העצמת הפרט לצורך הנחלת תפיסת אחריותו על בריאותו ועל היותו "מנהל הטיפול"

מטופלים הנוטלים חלק פעיל בטיפול מתאפיינים באוריינות בריאותית טובה יותר, בתחושת מסוגלות, בהיענות משופרת לטיפול הרפואי וכפועל יוצא בשיפור איכות חייהם ובתוצאי בריאות משופרים.

לקופות החולים תפקיד מפתח במימוש עקרון זה:

- ◆ פיתוח ויישום מודלים להנחיית מטופלים כיצד להשתלב בניהול פעיל של מחלתם תוך שילובם בעבודת הצוותים הרפואיים בהיבטי ניטור, מניעת החמרה וטיפול.
- ◆ הנגשת המידע הרפואי האישי לצפיית המטופל ולניהול מבוקר.
- ◆ העמדת טכנולוגיות ניטור "מרחוק" לרשות המטופל באופן שיאפשר הטמעת המידע ברשומה הרפואית.
- ◆ תמיכה וליווי מקצועי וזמין של הצוות הרפואי בתהליך הניטור והטיפול העצמי.

ב. ארגון מחדש של שירותי הבריאות ובפרט של מערכי הרפואה הראשונית, בצוותים רב מקצועיים תוך אינטגרציה עם שירותים קהילתיים, נקיטת גישה טיפולית יוזמת ומונעת, המציבה את המטופל במרכז כשותף אמיתי בקבלת ההחלטות ובניהול הטיפול:

- ◆ "תפיסת הפעלה" רפואית, המתבססת על טיפול יזום ומניעת תחלואה במסגרת עבודת צוות, המבוססת על מערך הרפואה הראשונית.
- ◆ שיוך כל מבוטח לרופא אישי, שיהיה גם "מנהל הטיפול". עניין זה, ככל שהינו מהותי בעיקרו ולא טכני, מהווה יסוד מוסד בכל האמור באחריותיות וברציפות הטיפולית המתחייבים וכפועל יוצא באיכות הטיפולית המשופרת. לא זו אף זו, שיוך "אמיתי" לרופא אישי, יעילות כלכלית בצדו, שכן בשל ההיכרות המעמיקה עם המטופל, משפחתו וסביבת חייו, מתקיימות מחויבות, נאמנות הדדית והעדפת ה"רופא האישי" על פניות חוזרות ונשנות למטפלים שונים שיובילו לביצוע כפל בדיקות וייעוצים מיותרים.

- ◆ הגדרת "מטופלים מורכבים", המתאפיינים בדרך כלל במורכבות ביו פסיכוסוציאלית עקב קיום לפחות מחלה כרונית אחת הקשה לטיפול ולאזון (חולי סרטן, דמונציה, אי ספיקת לב וכו') עם או ללא בעיות פסיכוסוציאליות נלוות.
- ◆ הקמת צוותים רפואיים ושיוך "מטופלים מורכבים" לצוותים רפואיים בראשות רופא המשפחה כ"מנהל הטיפול", הכוללים לפחות את הרופא האישי, אחות ומתאם טיפול ומקצועות בריאות נוספים בהתאם לצורך: עו"ס, דיאטנית, פיזיותרפיסט, רוקח, פסיכולוג וכו'.
- ◆ בחינת הסמכויות של בעלי תפקידים (למשל: אחות, דיאטנית, רוקח) ואפשרויות להרחבתם ושילוב מקצועות בריאות חדשים (עוזרי רופא, מקדמי בריאות, יועצי פעילות גופנית), שבכפוף להכשרה תואמת ישתלבו בצוותי הטיפול ויסייעו בניהול ובמעקב אחר אוכלוסיית החולים הכרוניים, תחת אחריותו של הרופא האישי.
- ◆ שילוב המטופל ובן משפחתו, המהווה "מטפל תומך עיקרי", בעבודת הצוות.
- ◆ מיצוי יכולות שירותים קהילתיים כחלק מהטיפול בחולה הכרוני: שירותי רווחה, שירותי תעסוקה, תמיכה מגופי המגזר השלישי.
- ◆ הבניית מערכי הרפואה היועצת (השניונית) כצוותי טיפול והבניית ממשקי העבודה בין צוותי הרפואה היועצת לצוותי הרפואה הראשונית לצורך שילוב מקצועי ורציפות טיפולית בחולה הכרוני.
- ◆ "חינוך רפואי" לעבודת צוות משולבת, החל משלבי ההכשרה במסגרת בתי הספר לרפואה, לסיעוד ולמקצועות בריאות וכלה בהכשרות, בלימודי ההמשך ובהתמחויות.
- ◆ יישום מודלים לתגמול ותמרוץ טיפול בחולים מורכבים, כולל במסגרת עבודת צוות.
- ◆ פיתוח והטמעת טכנולוגיות התומכות בעבודת צוות, בשיפור הרציפות הטיפולית במעבר בין אשפוז וקהילה ובמעברי פנים קהילה (בין צוותים מטפלים, בין קופות חולים), במניעת תחלואה כרונית, בניטור מטופלים כרוניים ובשיפור הטיפול והשירות המרפאתי.
- ◆ שימת דגש על קידום תחומי הבטיחות והגהות התעסוקתית במקביל לתחום הרפואה התעסוקתית, כמקור להפחתת תחלואה כרונית הנובעת ממחלות תעסוקתיות.

- ◆ קידום מערכי טיפולי הבית ואשפוזי הבית לחולים כרוניים המרותקים לביתם וצמצום אשפוזים ברי מניעה.
- ◆ סיוע לצוותים המטפלים באמצעות מדידת תהליכים ותוצאים טיפוליים (לדוגמה באמצעות שימוש במדדי PROMs ו-PREMs).

שאלות לדיון:

1. האם ראוי להגדיר בחוק את חובתו של כל תושב "לרופא אישי" בבחינת "כל תושב ישויו לקופת חולים ובקופת החולים ישויו לרופא אישי"?
2. האם ראוי להגדיר במסגרת חקיקה (תקנות) את היקף אחריותו וחובותיו של "הרופא האישי"?
3. האם יש להגדיר בחקיקה את הצורך ב"צוות מטפל אישי" (לדוגמה: רופא ואחות) ל"מטופלים מורכבים", כפי שיפורט בתקנות, על מנת לקובע תפיסת טיפול צוותית?
4. האם יש מקום להגדיר מקצועות בריאות נוספים, לצד הקיימים, לתגבור עבודת הצוות ולנוכח העומס הצפוי לצוותים המטפלים, פרי הזדקנות האוכלוסייה וריבוי התחלואה הכרונית?
5. כיצד ניתן לקדם במסגרת חקיקה היבטי רצף טיפולי (אמות מידה למעבר בין מערכי אשפוז וקהילה ולרצף העברת המידע בין מוסדות רפואיים: אשפוז - קהילה, קהילה - קהילה)?
6. כיצד ניתן לקדם בהיבטים רגולטוריים אינטגרציה בין מערכי רפואה ראשונית ושניונית בקהילה?
7. כיצד ניתן בהיבטים רגולטוריים להגביר את מעורבות הקהילה בהכשרת סטודנטים ומתמחים במקצועות הרפואה, הסיעוד והבריאות, באופן שיאפשר לעצב את דמותם המקצועית העתידית, לעבודה בקהילה במודל אינטגרטיבי?
8. כיצד ניתן לקדם רגולטורית מערכים ייעודיים לטיפול ולאשפוזי בית?

ג. הנחלת מדיניות טיפול לאומית ברורה, אפקטיבית ומחייבת בטיפול במחלות כרוניות

- ◆ קביעת מדיניות טיפול לאומית למניעה ואיתור מוקדם בקרב אוכלוסייה "בריאה": קביעת קווים מנחים אחידים מבוססי ראיות, הטמעתם ובקרתם.
- ◆ קביעת רשימת גורמי הסיכון לתחלואה כרונית (עישון, השמנה, העדר פעילות גופנית וכו') ורשימת המחלות הכרוניות לגביהן תקבע מדיניות טיפול פרטנית מחייבת (סוכרת, מחלות לב, מחלות ריאה וכו') וקביעת מנגנון לעדכון הרשימות.
- ◆ קביעת מדיניות הטיפול הפרטנית במצבי התחלואה השונים, יישומה ובקרתה בשיתוף אירגוני הבריאות ובהתאם לקווים מנחים עדכניים, המבוססים על EBM ומותאמים אישית (בדגש על חולים קשישים, חולים "שבירים" וחולים עם קומורבידיות: קווי טיפול קליניים, הרכב הצוות המטפל הרצוי (צוות המרפאה הראשונית, צוותים ברפואה היועצת), תדירות המפגשים המומלצת ומשכם, ניטור ומעקב נדרשים.
- ◆ התאמת מסלולי הטיפול למטופלים פרטניים בהתאמה למצבם הרפואי והפסיכוסוציאלי.
- ◆ שימוש במערכות הממוחשבות ככלי תומך למסלולי הטיפול הפרטניים.

שאלות לדיון:

1. לנוכח העדר מדיניות המגדירה את אופן הטיפול הנדרש במצבים קליניים, המתאפיינים במשמעות אפידמיולוגית גדולה, כגון מחלות לב וריאה כרוניות (שאלות כגון: מה הרכב הצוות המטפל? מי "מנהל הטיפול"? האם יש צורך ב"מתאם טיפול"? מה תדירות המעקבים המתחייבת המינימלית הנדרשת?): האם קיים צורך במדיניות "לאומית" אחידה או שיש לדרוש מקופות החולים להגדיר מדיניות כזו בעבור רשימת מצבים מוגדרת?
2. האם האסדרה צריכה להיות במסגרת חקיקה?
3. מהן המשמעויות הנגזרות מאופן התערבות "קליני" מעין זה (היבטי שכר, תקינה, הכשרה...)?

4. האם יש מקום "לאמץ" בהיבט רגולטורי קווים מנחים קליניים, המתפרסמים ע"י האיגודים המקצועיים?

ד. הפעלת תכנית לאומית אינטגרטיבית למניעה ולטיפול במחלות כרוניות תוך פעילות המשתלבת עם תכניות קיימות (למשל, "אפשרי בריא") בשיתוף כלל משרדי הממשלה (אוצר, בריאות, עבודה ורווחה, חינוך, הגנת הסביבה, שוויון חברתי), ארגוני הבריאות (קופות החולים, גופי ההסתדרות הרפואית), רשויות מקומיות, מעסיקים ומגזר שלישי (עמותות שעיסוקן חינוך, בריאות ורווחה).

◆ הפעלת מתאמי בריאות קהילתית ברשויות מקומיות לקידום מיזמי בריאות למניעת תחלואה ולתאום תמיכה קהילתית פרטנית באוכלוסיית החולים הכרוניים.

◆ הפעלת מיזמי חינוך החל מגיל הגן, דרך בתי הספר וכלה באוכלוסיית הקשישים, לעידוד הטמעת אורח חיים בריא (הימנעות מעישון, תזונה, פעילות גופנית וכו') ומודעות לבריאות ולצורך באיתור מוקדם של גורמי סיכון ומצבי תחלואה כרונית.

◆ קידום מיזמי "קהילה בריאה" בהובלת רשויות מקומיות.

◆ קידום "סביבת עבודה בריאה" בהובלת המעסיקים.

◆ התייחסות מקצועית במסגרת מיזמים אלו לכלל מרכיבי הבריאות: מצב סוציו אקונומי, קשרי קהילה ותמיכה חברתית, חינוך להתנהגות בריאה ולאוריינות בריאותית, תעסוקה הולמת ובריאות תעסוקתית, התפתחות הילד, התאמה מגדרית ותרבותית.

◆ קידום תשתיות איסוף נתונים השוואתיים למדידה השוואתית של "בריאות קהילתית" וקידום תשתיות מחקר להערכת יעילות התערבויות קהילתיות לקידום בריאות, מניעת תחלואה כרונית ושיפור מצבם הבריאותי של חולים כרוניים.

שאלות לדיון:

1. מהו גבול האחריות בין המדינה לקופות החולים בכל הנוגע לתחום הרפואה המונעת ובהתאם מה אמור לעבור מהתוספת השלישית לתוספת השנייה?
2. מהם המגננונים הרגולטוריים והכלכליים שיאפשרו לקופות החולים למקד פעילות בעולם הרפואה המונעת וימנעו מתקצוב התחום "להיעלם" לטובת צרכים טיפוליים דחופים (מבחני תמיכה מובטחים לטווח ארוך? הלוואת עומדת לטווח ארוך שתהפוך למענק בהמשך, כתלות בפעילות הקופה? אג"ח חברתי שיירכש בחלקו על ידי המדינה?)
3. כיצד ניתן "לשלב זרועות" עם קהילות, רשויות מקומיות ומעסיקים לצורך קידום מניעת תחלואה? האם קיימות נגזרות רגולטוריות להצעות או שהפער תקציבי בלבד?

שירותים שבתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

במחקריו של פרופ' אבי בן בסט על המערכת הפיננסית הוא הגיע למסקנה שיישום רפורמה מבנית מצריך כ-11 שנים במוצא, והצלחתה תלויה בקונצנזוס בין כל הגורמים הרלוונטיים בממשלה אל מול רמת ההתנגדות של בעלי העניין מבחוץ. על אף שמדובר במערכות שונות לגמרי ובטרם נצלול אל הסוגיות שבהן נבקש לדון, חשוב כי מילות המפתח האלה "קונצנזוס בין כל הגורמים הרלוונטיים בממשלה" ו"רמת ההתנגדות של בעלי העניין" יהדהדו ברקע. מקובל לפתוח כל פרק בסקירת רקע על הנושא אבל במקרה הספציפי הזה, להערכתנו את התיאור המיטבי של הרקע ניתן למצוא דווקא בדבריו של פרופ' בעז לב שנכתבו בסיכום כנס ים המלח ה-3, בשנת 2002:

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי ירד לעולם כששלייתו מזינה חבל טבור המתפצל לשניים.

התאומים הסיאמיים - שנקרא להם לצורך האמת הפואטית "התוספת השנייה" ו"התוספת השלישית" הופרדו בהמשך בפרוצדורה ניתוחית מכאיבה הנקראת "חוק ההסדרים" - אבל נניח לסאגה המשפחתית הכאובה וננסה להבין מי היו היצורים הללו - במה דמו ובמה נבדלו איש מרעותו.

התוספת השנייה (להלן תש"ן) היא סל השירותים שהאחריות לאספקתו חלה על קופות החולים ועיקרו הוא שירותים "קורטיביים" שניתנו על ידי קופת חולים הכללית ב-1994. התוספת השלישית (להלן תש"ל) הם שירותי הבריאות שסיפק משרד הבריאות ערב בקיעתו של החוק ועיקרו שירותי רפואה מונעת אישית, מכשירי שיקום וניידות לנכים, שירותי בריאות הנפש - בעיקר אשפוז ושירותי אשפוז סיעודי.

כוונת המחוקק, שנטל את עיקר השראתו מוועדת נתניהו, הייתה להשאיר בידי שירותים אלה את "זכות השיבה" לסל השירותים שבאחריות הקופות, וזאת בתום תקופת ביניים של שלוש שנים שנתארכה והלכה. במהלך תקופה זו היו קופות החולים והמדינה אמורים להיערך ולשדד מערכותיהן כדי לאפשר סל כוללני המלווה את התושב מלידתו ועד מותו (FROM CRADLE TO GRAVE).

לא אמנה את המעלות והמגרעות אשר יש לכל אחת מהחלופות האפשריות להמשך אספקת השירות.

מול יתרונות של רצף טיפולי, מניעת כפילויות והתייעלות ואינטגרציה אנכית של שירותים בקופות החולים עומדים יתרונות של שירות ממלכתי בעל פריסה רחבה המהווה אלטרנטיבה של שירות לאזרח, מחויבות לשירותים שיש בהם תועלת חברתית וסביבתית והשקעה בבריאות לטווח ארוך.

יתרון בשירות קיים בעל ותק וניסיון רב שנים עם תועלות מוכחות, ויתרון בצד החוק (חיסרון מצד המטופל) לפיו המדינה נותנת כפי יכולתה - ולא בהכרח על פי צרכי המטופל. ויש גם ענין פעוט של אינרציה ושימור עצמי בהמשך קיומם של דברים בדרך שהיו בעבר - בלי הטרחה וההרס האפשריים בהעברה ובשינויי סטטוס קוו. המחוקק, מול האפשרויות, לא נשאר אדיש וב-1996 תיקן את החוק והשאיר את האחריות על נושא רפואה מונעת בידי משרד הבריאות - לעולם ועד או עד שישונה החוק.

באותה הדרך הלכו גם שירותי האשפוז הסיעודי שקיבעו את מקומם ב"קודי" המשרד.

וכדי לא להשאיר מקום לספק בוצעה הפרדת עלויות - מעלות הסל הכוללת הופרדה באיזמל "חוק ההסדרים" עלות סל תש"ל. כתוצאה מילדות כה קשה התפתחו קומפלקסים רבים שחייבו התייחסות מיוחדת והתכנסות במקום הנמוך בעולם כדי לדון בעומק הבעיות.

להלן מספר בעיות שמחייבות קביעת עמדה:

- ◆ מחויבות קופות החולים לסל שבאחריותן היא מלאה והן חייבות לספק את השירות בנגישות סבירה, זמינות סבירה ובאיכות. לא כן המדינה היוצאת ידי חובתה ב"ככל שידה משגת" ועל פי התנאים שהיו נהוגים ערב החוק. התוצאה: תורים לאשפוז סיעודי, תורים בלתי נסבלים באספקת כסאות גלגלים ואביזרי שיקום וניידות, תורים לטיפול פסיכיאטרי לילדים ונוער וכיו"ב.
- ◆ לקופות החולים או ליתר דיוק ל"עלות הסל" מנגנון עדכון - מדד הבריאות - אומנם לא מפרגן ולא נותן שיפוי מלא - אבל מבטיח התקדמות - ולא זו אף זו שכבר נתקבע מנגנון של תוספת בגין דמוגרפיה וטכנולוגיה. אבל סל התש"ל - הולך ונשחק בהעדר פיצוי לדמוגרפיה, למחירי התשומות ולעלות הטכנולוגיה. ולא זו אף זו - כל אימת שחרב הקיצוץ מתנפנת היא קוצצת בראש ובראשונה בשירותים שבאחריות המדינה. התוצאה: סל הולך ונשחק המפגר אחרי תאומו הסיאמי ומקפח את אלה הנזקקים לחסדיו
- ◆ חלומו של מיניסטריון הוא - להיות מיניסטריון. לעסוק ברגולציה, תכנון, פיתוח, פיקוח - והנה משרד הבריאות הוא גם רגולטור גם ספק שירותים גם מבטח - ואולי, רק אולי, יש כאן שמץ של ניגוד עניינים.

אבל למטבע הזו יש עוד צדדים:

- ◆ העברה כרוכה בעלויות ניכרות וצפויה הגדלת הביקושים.
- ◆ הטיפול המניעתי והטיפול באוכלוסיות החלשות אינו אטרקטיבי ועשוי להידחק לתחתית סולם העדיפויות של הקופות - בעוד שלמדינה יש מחויבות לאוכלוסיות חלשות והשקעות בריאות ארוכות טווח.
- ◆ הטיפול בתש"ל הוא בינתחומי ומערב רשויות ממשלתיות נוספות כמו ביטוח לאומי, עבודה ורווחה, חינוך ורשויות מקומיות - למשרד ממשלתי יש קשרי גומלין עם גורמים אלה.

ניתן לבחון את התוספת השלישית מנקודות הראות של בעלי האינטרסים השונים:

קופת החולים: הקופה מוכנה לספק כל שירות ובלבד שעלותו המלאה תכוסה על ידי המדינה. הקופה רואה יתרון ברצף שירותים ובאינטגרציה אנכית של כלל השירותים אבל חוששת מהמחויבות הנוצרת מהכללת השירותים של התוספת השלישית לכללי המשחק של התוספת השנייה.

המדינה: רואה יתרון בתהליכים של ביזור השירות והעברתו מבעלות ואחריות המדינה לגורם אחר הנוטל את הסיכון. מצד שני ציבור העובדים המפעילים את השירות רואה איום בשינוי רוצה לשמור על המצב הקיים למרות הירידה המתמדת בנכסי השירותים עקב עדכון לא הולם של העלויות בהיבטי הדמוגרפיה, הטכנולוגיה והמחירים. אוצר המדינה חושש מהעלות הנובעת מהעברת השירות ומוכן לתמוך בכל צעד שאין בו תוספת הוצאה. העברת השירותים לקופות יחשוף "ביקושים כבושים" ויגדיל את ההוצאה הלאומית.

ההתושב? - הוא רק רוצה לקבל את השירות המרבי, מיד, בכל מקום, ללא "טרטורים", ללא השתתפות עצמית ולכן הוא אדיש לצורת המימון ואספקת השירות כל זמן שכל מבוקשו ניתן לו ומיד.

אין ספק כי תמורות רבות התרחשו במערכת הבריאות ב-17 השנים שעברו בין כנס ים המלח ה-3 להיום. התמורה המרכזית שרלוונטית לדיון שלפנינו היא העברת האחריות הביטוחית של תחום בריאות הנפש לידי קופות חולים ביולי 2015 וזאת לאחר חתימת שר הבריאות על הצו שמורה זאת במאי 2012. מוקדם לאמוד את מידת ההצלחה של מהלך זה אך אין ספק כי היה זה מהלך נכון. בטרם נתעמק בשאלות השונות, נבקש להציג את פירוט השירותים השונים שבאחריות משרד הבריאות והערכת העלות בגינם (בגין עלות שירותים המסופקים על ידי ספקים חיצוניים בלבד, ללא עלויות האספקה הישירות של המשרד דוגמת העסקת עובדים בטיפות החלב):

תחום	האוכלוסייה שזכאית לשירות	מהות השירות	שירותים מקבילים \ חופפים בתוספת שנייה	מספר המטופלים	הערכת תקציב 2019 (משי"ח)
טיפול בריאותי מקדם לילדים אוטיסטים בגנים	ילדים להם אבחון כאוטיסטים בגילאי 0-7	מתן טיפול לילדים אוטיסטים בגני תקשורת ובמעונות יום שיקומיים	טיפול במכוני התפתחות הילד	4,250	323
מגורים טיפוליים (תחליפי אשפוז)	נכי נפש להם מחלה פעילה שאינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי אך אינם יכולים להשתלב בקהילה	טיפול תחליפי לאשפוז במסגרות בקהילה לנכי נפש	אשפוז פסיכיאטרי	1,200	106
שיקום נכי נפש	נכי נפש מעל גיל 18 בעלי הכרה במעל 40% נכות נפשית מביטוח לאומי, שעברו ועדת סל שיקום והותאם להם סל השירותים	שירותי שיקום בקהילה לנכי נפש	טיפולים במרפאות בריאות הנפש\ בבתי חולים	27,497	1,214
אשפוזיות גמילה מהתמכרויות	באשפוזיות - מכורים לסמים ולאכזהול (מבוגרים וקטינים) במרכזים לתחליפי סם - מכורים שתהליך הגמילה שלהם מסמים אופיאטיים לא צלח והם זקוקים לתחליף סם	אשפוזיות לגמילה מסמים ולאכזהול ומרכזים לתחליפי סם	מרפאות בריאות הנפש	3,960	76

תחום	האוכלוסייה שזכאית לשירות	מהות השירות	שירותים מקבילים \ חופפים בתוספת שנייה	מספר המטופלים	הערכת תקציב 2019 (מש"ח)
אשפוז גריאטרי כרוני	סיעודיים כרונים ותשושי נפש - הסובלים מבעיות רפואיות קבועות שמונעות את התפקוד בחייו היומיום, ונזקקים לסיוע ברוב הפעולות היומיומיות או מירידה קוגניטיבית הכוללת בעיות זיכרון או בעיות בהתמצאות בזמן ובמקום, אדישות והפרעות בהתנהגות	אשפוז סיעודי כרוני במוסדות גריאטריים	אשפוז בבי"ח כללי/ במחלקות גריאטריה פעילה/ טיפולים בקהילה למתגוררים בביתם	13,500	2,456 כולל מימון באמצעות השתתפויות מטופלים
מכשירי שיקום וניידות	בעלי מוגבלויות פיזיות	אספקת מכשירי שיקום וניידות, אביזרי שיקום מותאמים אישית דוגמת כסאות גלגלים ידניים וממונעים, מכשירי שמיעה לילדים, תותבות יד ורגל, ועוד	קופות החולים מפנות מטופלים לשירות, סל שירותים מקצועות הבריאות, תכניות ההתערבות במסגרת רפורמה בסיעוד	60,000	244

תחום	האוכלוסייה שזכאית לשירות	מהות השירות	שירותים מקבילים \ חופפים בתוספת שנייה	מספר המטופלים	הערכת תקציב 2019 (מ"ח)
בריאות השן לילדים במסגרות חינוך	ילדים בגילאי טרום טרום חובה-יסודי	בדיקות שיניים והדרכה לצחצוח שיניים לילדים	שירותי בריאות השן עד גיל 18		41
בריאות התלמיד	מתן חיסונים ואבחונים בבתי הספר		קופ"ח ורופא משפחה		108
גנטיקה קהילתית	זוגות טרום לידה, ילדים	בדיקות גנטיות			125
חיסונים	תינוקות, פעוטות, ילדי בתי ספר	רכש חיסונים			308
תחנות טיפת חלב	תינוקות ופעוטות עד גיל 6	רפואה מונעת, בדיקות התפתחות וחיסונים לתינוקות ופעוטות	טיפות חלב בבעלות קופות החולים		39

נושא התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הינו נושא רחב ומורכב, שכולל מספר תחומים שונים אשר כל אחד ואחד מהם יכול להוות נושא לכנס שלם. לכן, במסגרת זו, לא נרצה לקיים דיון מפורט בכל אחד מהשירותים שבתוספת השלישית אלא ננסה לייצר מסגרת רעיונית שתאפשר לתעדף את השירותים שיש להעביר לתוספת השנייה, אם בכלל.

בהקשר זה מוצע לחלק את השירותים שבתוספת השלישית ל-2 קבוצות: שירותים בהם משרד הבריאות הוא רק גורם מממן ושירותים בהם משרד הבריאות הוא גם ספק השירות במישרין (קרי לא באמצעות ספק משנה). בכל הנוגע לקבוצה בה משרד הבריאות הוא רק גורם מממן, לדעתנו יש להקדיש מחשבה ודיון נפרדים לנושא האשפוז הסיעודי, אם בגלל ההיקף התקציבי ואם בגלל חשיבותו לאור הזדקנות האוכלוסייה.

בטרם ניכנס לדיון עצמו, נבקש לסקור בקצרה את 4 השירותים הרלוונטיים המרכזיים: תחנות טיפות חלב, בריאות התלמיד ומכשירי שיקום וניידות - 3 שירותים בהם המשרד הוא גם גורם מממן וגם מפעיל, ואשפוז סיעודי - שירות בו המשרד רק גורם מממן אבל מדובר בהוצאה הגדולה ביותר של המשרד.

בנוסף ניתן לחלק לשירותים בהיקף קטן ושירותים בהיקף גדול (אשפוז סיעודי, טיפות חלב, שיקום וניידות).

טיפות חלב:

תחנות טיפת חלב מספקות שירותי רפואה מונעת בכל שנה לכמיליון תינוקות ופעוטות ולהורים, מתוקף התוספת השלישית לחב"מ. הטיפול המונע הניתן לילדים בתחנות אלה כולל חיסונים, וביצוע בדיקות סינון - בדיקת ראייה, בדיקת תקשורת, בדיקת התפתחות, מדידת גובה ומשקל ובדיקת רופא. טיפול זה נועד למנוע מתינוקות ופעוטות ללקות במחלות זיהומיות ולאחר בעיות בהתפתחותם או בבריאותם. כמו כן ניתנים בתחנות אלה הדרכה וייעוץ להורים, כולל ייעוץ לנשים הרות.

ברחבי הארץ פרוסות כ-1,000 תחנות טיפת חלב. לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות של משרד הבריאות¹⁹ מפעילות כ-40% מהתחנות. התחנות הממשלתיות פועלות במבנים של הרשויות המקומיות, ועל פי נתוני משרד הבריאות מטפלות בכ-600 אלף ילדים. עריות תל אביב-יפו וירושלים מפעילות, במבנים השייכים להן, כ-5% מהתחנות שמטפלות בכ-150 אלף ילדים וקופות החולים מפעילות, במבנים השייכים להן, כ-55% מהתחנות, בעיקר עבור מבוטחיהן. בתחנות אלה היו בטיפול בעת ביצוע הביקורת כ-250,000 ילדים; עמותות במזרח ירושלים מפעילות כ-0.5% מהתחנות, ובהן כ-5,000 ילדים. יצוין כי השירות בתחנות הממשלתיות והעירוניות ניתן לכלל האוכלוסייה, ואינו מותנה בהשתייכות לאחת מהקופות.

19 למשרד הבריאות שבע לשכות בריאות מחוזיות, וחלקן מחולקות ליחידות משנה שנקראות נפות. לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות משתייכות לשירותי בריאות הציבור שבמשרד הבריאות, ומטרתן היא ליישם את המדיניות שנקבעה בנוגע לבריאות הציבור בתחומים שונים. בכל לשכת בריאות יש גם מחלקות שאינן שייכות לתחום בריאות הציבור, ומטרתן היא לבקר כל מוסד בתחום התמחותו, וכן לתת לאזרח שירות על פי המדיניות שנקבעה במשרד הבריאות.

למצב כיום, בו יש כמה גורמים מפעילים שונים, מספר חסרונות בולטים: (1) קושי בשיתוף פעולה וקיום רצף טיפולי בגלל מערכות מידע שונות ובעיות בהעברת המידע, (2) כפל תשתיות, (3) העדר סטנדרט אחיד של שירות, בין היתר בגלל פערים ממוניים (מקדמים שונים בין הקופות למשרד), (4) העדר מסגרת מימונית ברורה, (5) קושי בהפעלת תכניות התערבות באופן יעיל בהעדר מנגנון מרכזי ומוסכם לאספקת השירות.

מאיך ניתן לציין לפחות 2 יתרונות משמעותיים: (1) ריבוי מודלי הפעלה שמעודדים חדשנות וגישות שונות, (2) מענה לפערי גודל של הקופות השונות ולקשיים בשיתוף פעולה ביניהן. לדוגמה, בהיעדר "טיפת חלב" של המשרד יידרשו הקופות הקטנות להקים תשתיות לא יעילות או לסמוך ידיהן על קבלת שירות מהקופות הגדולות.

מכשירי שיקום וניידות:

אחד הנושאים שהושארו עם חקיקת החוק במסגרת האחריות של משרד הבריאות הוא האחריות לאספקתם ולמימוןם של מכשירי שיקום וניידות לנכים מלידה ולתושבים שנעשו נכים עקב מחלות. למכשירים אלו תרומה מכרעת לאיכות חייו של הנכה ולעצמאותו, והם משפיעים גם על תוחלת חייו. בשנת 2017 טיפל משרד הבריאות באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות והלשכות הנפתיות (17 אתרים ברחבי הארץ)²⁰ בכ-47,000 פניות לאספקת מכשירי שיקום וניידות. במסגרת מכשירי שיקום וניידות נכללים מכשירי ניידות פשוטים, מכשירי ניידות מורכבים, מכשירי שיקום פשוטים ומכשירי שמיעה לילדים ומכשירי תקשורת תומכת וחלופית (תת"ח). מאז שנת 2017 הטיפול בחלק מהפניות למשרד מבוצע על ידי ספק חיצוני. לצורך מתן המכשירים עצמם המשרד מתקשר עם מספר ספקים.

לצד זאת מתקיים שירות של אספקת מכשירי שיקום בהתאמה אישית - פרוטזות, נעליים, בתי גדם, וסדים לילדים ומבוגרים. ספקי השירות הינם בתי מלאכה הרוכשים את מכשירי השיקום ומבצעים את התאמתם למטופלים. השירות מנוהל אדמיניסטרטיבית עבור משרד הבריאות באמצעות מכון לואיס.

20 למשרד הבריאות שבע לשכות בריאות מחוזיות ועשר לשכות נפתיות הפזורות בארץ, ותפקידן, בין השאר, הוא לטפל בבקשות נכים להשתתפות במימון מכשירי שיקום וניידות.

למצב כיום מספר חסרונות בולטים: (1) פיצול האחריות בין משרד הבריאות לקופות החולים. כיום משתתף המשרד במימון מכשירי שיקום וניידות ובפועל גם מספק כמה מהם. קופות החולים עוסקות בבדיקת הנכים ובאפיון הצורך שלהם במכשירי השיקום והניידות. לנכה אין כתובת אחת לפנייה לשם קבלת שירות רפואי כולל, ולקופת החולים אין אחריות כוללת לשיקום הנכה: הנכה מקבל מקופת החולים את הטיפול הרפואי במחלותיו, את ההמלצה למכשיר ואת טופס ההתחייבות לבדיקת רופא²¹ לשם התאמת מכשיר שיקום כמו תותבת או מכשיר הליכה, ואילו התאמת המכשיר ואספקתו מבוצעות בידי המשרד; (2) למשרד הבריאות יש פריסה גיאוגרפית מצומצמת, כאשר השירות ניתן ב-17 אתרים בלבד ברחבי הארץ, ואילו לקופות החולים פריסה ארצית רחבה יותר של סניפים ומוקדי שירות שיכולים לטפל בהקצאת מכשירי שיקום וניידות לנכים; (3) כמו בשירותים האחרים שבאחריות המשרד, גם בנושא זה התקציב למכשירי השיקום אינו מתעדכן על פי מנגנון מוסדר כמו של תקציב הקופות, ועדכנו מותנה בהליכים מנהלתיים הנעשים על פי חוק יסודות התקציב. העיכוב עלול לפגוע בשיקום ולגרום לנזק כספי הנובע מעלות ימי אשפוז בתקופת ההמתנה למכשיר והוא יוצר גם סכך ניהולי וסבל אנושי; (4) זמן הטיפול ומורכבות ההליך הביורוקרטי במשרד עשוי להיות ארוך לאור ההיערכות המוגבלת של לשכות הבריאות לטיפול בשירות זה.

מאידך, ישנו יתרון לא מבוטל בידע ובניסיון שנצבר במשרד הבריאות בנושאים אלה וגם ביתרון שנובע מרכזי של מכשירים אל מול החלופה שכל קופה תבצע את הרכש בעצמה.

21 בדיקת רופא מורשה לקביעת הצורך במכשור, הכנת מפרט למכשור ובדיקת התאמתו של המכשור לנכה נעשות במרפאות החוץ של בתי החולים הציבוריים. בנוהל של מכון לואיס נקבע, בין היתר, כי רופא מורשה יהיה "רופא בכיר, מומחה באורתופדיה ו/או בשיקום אורתופדי/ניורולוגי, שרכש ניסיון מעשי ועוסק בפועל בשיקום והתאמת תותבות ומכשירים לנכים קטועי גפיים".

בריאות התלמיד:

שירותי הבריאות לתלמיד מיועדים ליותר ממיליון תלמידים בכיתות א' עד ט' בכ-3,500 בתי ספר, והם כוללים בין היתר חיסונים²² ובדיקות רפואיות: בדיקות רופא, בדיקות שמיעה, בדיקות ראייה ובדיקות גדילה (משקל וגובה על פי הגיל). לפי הוראות משרד הבריאות (להלן גם: המשרד) מ-2006, שירותי הבריאות לתלמיד כוללים את הפעולות שהמשרד אמור לבצע בתחומי הבריאות ואת השירותים הרפואיים שהוא אמור לתת: חינוך לבריאות, ייעוץ לתלמידים, למורים ולהורים בנושאי בריאות ומניעת התנהגויות המסכנות את הבריאות, ייזום והכנה של תכניות קידום בריאות בשיתוף גורמים בבית הספר ובקהילה, ייעוץ להנהלת המוסד החינוכי בנושא עזרה ראשונה, פיקוח וייעוץ בנושאי תברואה וסביבה בטוחה במוסד החינוכי וכן מתן שירותי עזרה ראשונה לתלמידים.

במשך כמה שנים, עד שנת 1997, קיבלו תלמידי ישראל את שירותי הבריאות לתלמיד על ידי ספקים פרטיים שנשכרו בידי הרשויות המקומיות ואת מקצתם גם על ידי המשרד. ביולי 1997 תוקן חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ונקבע כי השירותים יינתנו בידי משרד הבריאות. מ-1997 עד אפריל 2007 נתנו את שירותי הבריאות בבתי הספר בארץ אחיות ורופאים, מרביתם עובדי העמותה "האגודה למען שירותי בריאות הציבור" (להלן: האגודה),²³ שעבדו בלשכות הבריאות המחוזיות של המשרד. על פי ההסכם בין האגודה למשרד, האגודה שימשה "קבלן כוח אדם",²⁴ והמשרד הוא שנשא באחריות לאספקת השירותים.

22 החיסון נועד להגנה מפני מחלות מידבקות העלולות לגרום סבל רב ולעתים אף סכנת חיים. אלה החיסונים שניתנו בשנת הלימודים תשס"ח: (א) MMR - חיסון משולש הכולל שילוב של חיסונים נגד חזרת, אדמת וחצבת (מחלות הנגרמות מנגיף); (ב) dTap-ipv - שילוב של חיסונים נגד אסכרה (דיפטריה), פלצת (טטנוס), שעלת ושיתוק ילדים (פוליו). אסכרה - חיידק שפוגע באיברים שונים, ובהם הלב, מערכת העצבים ומערכת הנשימה. פלצת - חיידק שעלול לחדור לגוף בעת פציעה. שעלת - חיידק שגורם שיעול טורדני ועלול לגרום דלקת ריאות; (ג) Td - שילוב של אסכרה ופלצת.

23 האגודה הוקמה ב-1972 כאגודה עות'מנית וכעבור כעשר שנים, ב-1983, נרשמה כעמותה. במשך השנים היא נוהלה בידי בכירים בהנהלת משרד הבריאות. האגודה הוקמה כדי לשמש כלי עזר לביצוע פעולותיו של המשרד, אשר ראה בה את "זרועו הארוכה" לביצוע פעולות שונות בתחום הבריאות. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 359 (2009), בפרק "ההתקשרויות עם האגודה למען שירותי בריאות הציבור", עמ' 467.

24 כמו שהיה נהוג בהתקשרויות של המשרד עם האגודה. בעת פעילות האגודה כ"קבלן כוח אדם" היא סיפקה למשרד עובדים, שהמשרד היה מעוניין בשירותיהם והמשרד הוא שהפעיל את העובדים והדריכם.

משנת 2006 נמצא משרד הבריאות בתהליך הדרגתי של צמצום אספקת השירות במישרין ומעבר לאספקת השירות באמצעות ספקים. כיום השירות מופעל על ידי 3 ספקים: במחוז תל אביב השירות מסופק על ידי חברת "פמי", במחוז ירושלים, חיפה ונתניה - חברת "נטלי" ובשאר הארץ על ידי משרד הבריאות.

נראה כי במקרה זה, היתרונות של העברת האחריות לקופות החולים קטנים יותר מאשר בדוגמאות האחרות וזאת בשל הממשק הנדרש מול משרד החינוך. לקופות החולים קושי לפעול אל מול משרדי הממשלה אחרים. זאת בנוסף לכך שהיתרונות של קופות החולים הם בפריסה הרחבה ובכך שמדובר בשירותים שאותן הקופות מספקות בסניפיהן בין כה וכה. אבל אחד היתרונות בשיטה הקיימת הוא שהשירות ניתן בתוך בתי הספר בשעות הבוקר ומבלי להידרש להגעת ההורים וזאת אל מול השירות בקופות החולים שמצריך מעורבות של הורים והגעה לסניפי הקופה.

אשפוז סיעודי:

האשפוז הסיעודי מיועד לקשישים "סיעודיים"²⁵ ו"תשושי נפש"²⁶ אשר אינם יכולים להישאר בביתם. לטיפול בקשישים אחראים גורמים שונים, בהתאם למוגבלותם הגופנית והנפשית ולהגדרת תפקודם; מצבם הרפואי; היות המוגבלות קבועה או זמנית ומקום שהות הקשיש (בקהילה או במוסד). לפיכך מצבו של הקשיש יכול להשתנות בין כמה מצבים, ובהתאם עשוי להשתנות הגורם האחראי:²⁷ כך משרד הבריאות אחראי לספק ולממן אשפוז סיעודי לקשישים סיעודיים ולקשישים תשושי נפש, בהשתתפות הנקבעת לפי קריטריונים של הכנסות הקשיש ובני משפחתו ובכפוף למגבלות תקציב של המשרד. קופות החולים אחראיות בין היתר לטיפול בקשישים המאושפזים שמצבם הוגדר "סיעודי מורכב",²⁸ לטיפול בקשישים

25 על פי הגדרת החוק - תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966 ונוהל המשרד, קשיש סיעודי הוא בין היתר חולה גריאטרי, סופני או תשוש נפש שמצבו דורש מעקב רפואי כל שעות היממה לתקופה ממושכת, והוא סובל מבעיות שונות, כגון ריתוק למיטה או לעגלת נכים או שאין לו שליטה על הסוגרים.

26 קשיש מתהלך הסובל מירידה בתפקודי המוח (ירידה קוגניטיבית, כגון בזיכרון או בשיפוט ומירידה קשה בתפקודי היום יום הבסיסיים) רחצה, הלבשה, אכילה ועוד.

27 האשפוז הסיעודי אינו כלול בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים.

28 קשיש סיעודי או תשוש נפש הסובל גם מבעיות רפואיות נוספות, כגון פצע לחץ בעור או שהוא נזקק לדיאליזה דרך קבע.

הזקוקים לשיקום, לטיפול בקשישים שמצבם הוגדר "חריף"²⁹ או "תת-חריף"³⁰; ומשרד הרווחה אחראי לפיקוח ולרישוי של מעונות שקשישים עצמאיים ותשושים חוסים בהם. לכל גורם נוהל זכאות, תהליך בירור ונהלי השתתפות מטופל שונים זה מזה.

בישראל פועלים למעלה מ-300 מוסדות עם מחלקות לסייעודיים ולתשושי נפש שבבעלות שונות אשר אינן ממשלתיות: פרטיות, חברות, ובמידה פחותה עמותות וקופות חולים. נוסף על כך קיימות 7 מחלקות במוסדות הגריאטריים הממשלתיים. רוב רובם של המאושפדים במוסדות אלה הינם באמצעות קודים³¹ של המשרד וחלקם במיטות במרכזים גריאטריים ממשלתיים. חלק קטן מהקשישים מאושפדים במימון גורמים אחרים לרבות מימון פרטי.

המצב הנוכחי בו האחריות הביטוחית הינה של המדינה מתאפיין במספר חסרונות בולטים שלא השתנו זה הרבה שנים:³² (1) פיצול האחריות המוסדית לטיפול בקשישי הסיעודי ביגופים רבים, כמפורט לעיל, פוגע ברציפות הטיפול הרפואי ומקשה על קבלתו. הגדרתו של הקשיש עשויה להשתנות כמה פעמים, ובהתאם - גם הגוף האחראי לו.

בכלל זה פעמים רבות שוררת אי-בהירות בנוגע לגוף המחויב לטפל בקשישי הסיעודי; (2) כאמור, קופות החולים אחראיות לשיקומם של קשישים הזקוקים לשיקום, אך אם חלה הרעה במצבם והם נהיים סיעודיים - האחריות לאותם קשישים, ובכללה האחריות למימון אשפוזם, עוברת למשרד. יוצא שלכאורה אין לקופות החולים תמריץ כלכלי לשקם קשישים. נוסף על כך, שיעור ניכר מעלויות הסיעוד בקהילה

29 אשפוז כללי בשל מצבים כגון דלקת ריאות או זיהום קשה.

30 כשלאחר השלב החריף של המחלה עוד יש צורך באשפוז בבית חולים.

31 "קוד" הוא הקצאת מימון לחולה אחד במוסד סיעודי. ההשתתפות הכספית המרבית של הקשיש ומשפחתו יכולה להגיע עד כ-10,350 ש"ח לחודש, בהתאם למחיר יום אשפוז שקבע המשרד למוסד בו אושפז הקשיש. הקשיש או משפחתו פונים ללשכת הבריאות המחוזית של המשרד. למשרד שבע לשכות בריאות מחוזיות ובכל לשכה פועל בין היתר צוות עובדים לקביעת זכאות הקשיש לאשפוז סיעודי באמצעות המשרד.

32 הבעיות הקיימות בענף האשפוז הסיעודי כמפורט להלן עלו בעבר בין היתר בוועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל 1990 (ועדת השופטת נתניהו); בוועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה מיוני 2000 (ועדת שטסמן); בעבודת משרד הבריאות ממאי 2007 בנושא העברת האשפוז הסיעודי לאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכת.

מוטל על כתפי הביטוח הלאומי תחת חוק הסיעוד, כך שעלות משמעותית הנגזרת מהדרדרות תפקודית אינה נופלת על כתפי קופת החולים; (3) מהאמור לעיל אף עולה כי בעקבות פיצול האחריות והגורמים המממנים, ההחלטה על אשפוז החולה עלולה להיות מושפעת לפעמים משיקולים אדמיניסטרטיביים וכלכליים ולא רפואיים; (4) השונות המשמעותית בהשתתפויות המטופלים בין השירותים השונים יוצרת מעמסה כלכלית על מטופלים ומשפחותיהם וקיים חשש שמשפחת המטופל עשויה לכוון לשירות מסוים לאור הערכת ההשתתפות שתקבע. קופת החולים גובות כ-2,800 ש"ח לחודש כ"השתתפות עצמית" של חולים "סיעודיים מורכבים". גבייה כזו, שהיא בסכום לא מבוטל, מהווה נטל משמעותי על החולים המורכבים. לעומת זאת, נוהל הזכאות של משרד הבריאות הינו נוהל פרוגרסיבי ומורכב שהשתתפות המטופלים בו עשויה לנוע בין 0 לבין מלוא עלות האשפוז וכוללת כיום גם השתתפות של ילדי המטופל.

בגלל החסרונות במצב הקיים לאורך השנים, ניסו משרדי הממשלה להסדיר את נושא האשפוז הסיעודי בדרכים שונות אך טרם מצאו את עמק השווה. בהקשר זה עולה הסוגיה באם ניתן ונכון להסדיר את נושא אחריות על האשפוז הסיעודי מבלי להידרש לנושא הביטוח הסיעודי. זאת כיוון שבינתיים נושא הזדקנות האוכלוסייה, וכפועל יוצא מכך הביטוח הסיעודי, הולך ותופס חלק גדול יותר בדיון, הן המקצועי והן הציבורי.

בשירותים בהם משרד הבריאות הינו גורם מממן בלבד, קשה להגדיר סיבות מהותיות לאי העברת האחריות לקופות החולים. סביר מאוד להניח כי קופות החולים יצליחו לבצע רכש טוב לא פחות ממשרד הבריאות אבל מעבר לזה, הן יוכלו לתת את השירות בדרכים אלטרנטיביות עם תועלות בריאותיות נוספות. על כן, נראה כי מיקוד הדיון בהקשרים אלה צריך להיות סביב הסדרת מנגנוני קידום התקציב (ככלל תחומים אלה "מתנהגים" מבחינת קצבי גידול באופן שונה משירותי בריאות שבתוספת השנייה), אפיון תקופת מעבר וקביעת מדדי תהליך ותוצאה שיבטיחו את הצלחת המהלך.

חריג לעניין זה הינו האשפוז הסיעודי. כפי שכבר פורט קיימים יתרונות משמעותיים להעברת האחריות לאשפוז הסיעודי לקופות החולים, בעיקר כי זה מאפשר לקופות החולים רצף טיפולי ומתקן עיוות בתמריצים - כל זה לטובת המטופל. הסוגיה בגינה יש להתעכב בכל הנוגע לאשפוז הסיעודי נוגעת למקורות המימון. משרד הבריאות מממן את האשפוז הסיעודי לאוכלוסייה שלא זכאית למימון בגין האשפוז, אם

מביטוח סיעודי ואם מחוק אחר. מימון האשפוז נעשה יחד עם משפחת המטופל ומותנה במבחני ההכנסה של המשפחה.

כיום בשוק ישנם 2 סוגי ביטוח סיעודי - ביטוח של קופות החולים וביטוח פרטי. בשבועות האחרונים הודיעו מספר חברות ביטוח כי הן מפסיקות לשווק ביטוח סיעודי ללקוחות חדשים והעלו על סדר היום את סוגיית בעיית הביטוח הסיעודי בעידן של הזדקנות אוכלוסייה. ככול שמגמה זו לא תשתנה, לפחות בעתיד הנראה לעין ביטוחים סיעודיים של קופות החולים יהיו החלופה המרכזית שמוצעת למבוטחים.

לפיכך, העברת האחריות הביטוחית על אשפוז סיעודי לקופות החולים מעבירה עימה סיכונים אקסוגניים רבי עוצמה. בעולם בו פחות ופחות מבוטחים רוכשים ומחזיקים ביטוחים פרטיים, אחריות על האשפוז הסיעודי יוצרת לקופת חולים 2 סיכונים משלימים: ירידה בביטוחים סיעודיים מגדילה את המימון הנדרש מהגורם המבטח את האשפוז הסיעודי ובמקביל מגדילה את הסיכון של הביטוח הסיעודי של קופות החולים. תמונת מראה של טיעונים אלה היא שהעברת האחריות לקופות החולים תגדיל את התמריץ שלהן לעודד מבוטחים לעשות ביטוח סיעודי.

על כן, השאלה הרלוונטית בהקשר של אשפוז סיעודי היא באם נכון בכלל לדון בהעברת האחריות בנושא זה לקופות החולים או שמא השאלה הנכונה לדיון היא באם נכון לקדם מנגנון של ביטוח סיעודי לאומי במתכונת זו או אחרת.

כפי שניתן לראות, בכל השירותים שנסקרו בהם משרד הבריאות איננו רק גורם מממן אלא גם ספק השירות, ישנם חסרונות בכך שהשירותים מסופקים באמצעותו. הדבר פוגע ברצף טיפולי, יוצר עיוותים בתמריצים של קופות החולים ופוגע בניטרליות של משרד הבריאות כרגולטור. מאידך, בחלק מהשירותים, אספקת השירות באמצעות המשרד מאפשרת להתגבר על החסרונות בהבדלים בגודל בין קופות החולים ובבעיות הנוצרות לאספקת שירותים אחידה ושיוויונית בכל הארץ. זהו גם המוקד של הדיון שאנחנו מבקשים לקיים - באיזה מהשירותים היתרונות משמעותית עולים על החסרונות והאם ניתן גם לצמצם את החסרונות.

בכל הנוגע לחסרונות, מעבר לקשיים הטבעיים והמשמעותיים הנוגעים להעברת אחריות ביטוחית של כל שירות, במיוחד שירות עתיר כ"א (הבטחת תקצוב הולם, העברת ידע, העברת כ"א מהמדינה לקופות החולים, תקופת מעבר ועוד), בולט במיוחד החסרון לגודל של חלק מהקופות בחלק מהמקומות הגיאוגרפיים. סוגיה זו איננה ייחודית לשירותים עליהם אחראית כיום המדינה אלא לכל שירות שמספקות

הקופות. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (שירות רפואי למבוטחי קופת חולים ביישובים קטנים), התשס"ח-2007, מסדירות את חובתה של קופה שמפעילה מרפאה ביישוב קטן (ישוב שיש בו פחות מ-10,000 מבוטחים) לספק שירותי רפואה ראשונית למבוטחי קופה אחרת שאין לה מרפאה ביישוב זה. במקרה של תחנות טיפת חלב בעיית החסרון לגודל צפויה להיות גדולה משמעותית מאשר ברפואה ראשונית וזאת כיוון שהאוכלסייה הרלוונטית קטנה משמעותית (במקום כל האוכלוסייה - רק ילדים בגילאים 0-6). בלשון אחר, הקמת שירות מצריכה "מסה קריטית" מסוימת וברור שזו לא קיימת בכל קופה בכל ישוב וישוב, בדגש על פריפריה גיאוגרפית.

לתחרות בין קופות החולים יתרונות משמעותיים שמוזכרים שוב ושוב לאורך ורוחב מסמך זה ואין וויכוח כי התחרות ברמה לאומית מביאה לשיווי משקל יעיל יותר מאשר שיתוף פעולה בין ארגוני הבריאות. אולם, בגלל פערי הגודל בין קופות החולים והפיזור הגיאוגרפי של המבוטחים, בחלק מהמקומות, בדגש על פריפריה גיאוגרפית, שיתוף הפעולה יביא לתוצאה טובה יותר עבור ציבור המבוטחים והקופות. התמריץ הבסיסי ביותר של קופת חולים להימנע מלשלוח את מבוטחיה "להתארח" במרפאה של קופה אחרת, הוא החשש שמא יעברו קופה אחר ביקור או שניים.

מאיך הקופה "המארחת" חוששת לפגיעה בשירות שהיא מספקת למבוטחיה (כי עכשיו צריך לתת שירות למבוטחים נוספים על בסיס אותן תשתיות. מאחר ומדובר במבוטחים שאינם שלה, אין לקופה תמריץ וודאות להשקיע בתשתיות נוספות) וגם חוששת שמא איכות השירות לא תהיה מיטבית (אין לקופה "המארחת" גישה לתיק הקליני של המטופל שאינו שלה). לכן, אין הרבה עדויות לשיתוף פעולה של קופות החולים ביישובים קטנים ואל מול זה ישנן עדויות רבות להקמת תשתיות מיותרות ויקרות ביישובים קטנים. יצוין, כי טענה נוספת שעלתה בהקשר זה היא כי הרבה פעמים מבוטחים ביישובים קטנים אינם מודעים כלל וכלל לכך שיש להם זכות להגיע לקופה שאינה שלהם לקבלת שירות רפואי.

על אף שקיימו דיונים בנושא וגם בעבר נבחנו רעיונות שונים ומגוונים (כגון, מכרז לקופה אחת שתספק שירות ביישוב קטן) לא הצלחנו למצא פתרון "קסם" לנושא. לכן, אחת משאלות היסוד שיש לדון עליהן בהקשר זה היא האם ואיך יוכלו קופות החולים לספק את השירותים שיועברו מהתוספת השלישית באופן שיויוני ויעיל?

כיום, כ-4 שנים לאחר העברת האחריות על מרבית תחומי בריאות הנפש לידי קופות החולים, הבשילה העת למהלך הבא. אך הפעם, במקום להתמקד בתחום זה או אחר, מוצע להגדיר Road Map להעברת כלל השירותים שניתן מהתוספת

השלישית לשנייה. על מנת לאפיין בצורה מיטבית את המהלך' אנו מציעים לדרג את כלל השירותים שבתוספת השלישית על בסיס הפרמטרים הבאים: 1) מידת הסינרגיה לפעילות הקיימת של הקופות; 2) רמת מורכבות תפעולית/לוגיסטית; 3) רמת מורכבות תקציבית (האם שיעורי הגידול בין שנה לשנה גבוהים משיעורי הגידול של תקציב קופות החולים ועוד); 4) רמת התמיכה בין גורמי הממשלה (האם יש צפי להתנגדות בתוך הממשלה); 5) רמת התמיכה מחוץ לממשלה (עמותות רלוונטיות, מובילי דעה, פוליטיקאים).

שאלות לדיון:

1. האם ואיך יוכלו קופות החולים לספק את השירותים אותם מספק המשרד כיום באופן שיווינוני ויעיל?
2. האם ניתן לבחון את העברת האשפוז הסיעודי לקופות החולים ללא אסדרת נושא הביטוח הסיעודי?
3. מהו התעדוף הנכון להעברת הנושאים שבתוספת השלישית לידי קופות החולים?

טבלה מוצעת ליצירת תעדוף

תמיכה מחוץ לממשלה	תמיכה בין גורמי הממשלה	מורכבות תקציבית	מורכבות תפעולית או לוגיסטית	מידת הסינרגיה לפעילות של קופות החולים (מלאה - 10, אין סינרגיה - 0)	השירות
(תמיכה מלאה - 10, אין תמיכה - 0)	(תמיכה מלאה - 10, אין תמיכה - 0)	(לא מורכב - 10, הכי מורכב - 0)	(לא מורכב - 10, הכי מורכב - 0)		מתן טיפול לילדים אוטיסטים בגני תקשורת ובמעונות יום שיקומיים
					טיפול תחליפי לאשפוז במסגרות בקהילה לנכי נפש
					שירותי שיקום בקהילה לנכי נפש
					אשפוזיות לגמילה מסמים ואלכוהול ומרכזים לתחליפי סם
					אשפוז סיעודי כרוני במוסדות גריאטריים
					אספקת מכשירי שיקום וניידות

					הדרכה בצחצוח שיניים לילדים
					חיסונים ואבחונים בבתי הספר
					בדיקות גנטיות
					רכש חיסונים
					תחנות טיפת חלב

קידום בריאות ורפואה מונעת:

הנושא הראשון שמופיע בתוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא נושא של רפואה מונעת, כאשר בתוספת הוגדרו פעולות להן זכאי האזרח הישראלי בתחום קידום הבריאות ומניעת התפתחות של מחלות מסוימות. כמובן שנושאים אלה פורטו ואף נדונו לעיל, אך עתה נבקש להציג זווית אלטרנטיבית וספציפית לנושא זה.

כאשר מדברים על רפואה מונעת מקובל להתחיל באחד הרופאים היהודים המפורסמים בעולם - רמב"ם ובפרשנות שלו למילה בריאות - בולם רוגזו יפחית אוכלו ויגביר תנועתו. פרשנותו של הרמב"ם רלוונטית גם כיום, למעלה מ-800 שנה אחרי מותו. קידום בריאות ורפואה מונעת הינם מבין היעדים החשובים של שירותי הבריאות. רפואה מונעת וקידום הבריאות נועדו לאפשר הארכת תוחלת חיים, שיפור איכות חיים ויצירת יותר שנים בריאות. מקובל לחלק את הרפואה המונעת ל-3 רמות:

1. מניעה ראשונית שמטרתה הפחתת החשיפה לגורמי סיכון או יצירת חסינות כלפיהם, ובכך מניעת הופעת המחלה/הנזק. המניעה הראשונית כוללת מלבד שינוי באורח החיים, גם חיסונים, טיפול תרופתי מונע כולל מתן תוספי מזון וויטמינים. במניעה ראשונית נדרשת האוכלוסייה לבצע שינוי בהרגלים/אורח החיים כגון הימנעות מעישון, הימנעות מחשיפה יתרה לשמש, תזונה נכונה, נהיגה נכונה, קבלת חיסונים מתאימים, ביצוע פעילות גופנית סדירה.

2. מניעה שניונית שמטרתה גילוי מוקדם ואיתור המחלה או גורם הסיכון וטיפול בהם בשלב מוקדם ככל האפשר על מנת לשנות את מהלך המחלה. המניעה השניונית עוסקת בגילוי מוקדם של מחלות באמצעות בדיקות שונות ובהן בדיקות דם ובדיקות סקר.

3. מניעה שלישונית נעשית על-ידי התערבות לאחר שכבר הופיעו המחלה/הנזק ומטרתה הפחתת הסיבוכים וצמצום השלכותיה של מחלה מפושטת.

הבנת חשיבותם של קידום בריאות ורפואה מונעת גדלה משמעותית בשנים האחרונות, הן בקרב גורמי הרפואה והן בקרב הציבור. אנו עדים לשיעור הולך וגדל של אוכלוסייה שמקיימת פעילות ספורטיבית ומקפידה על תזונה בריאה, מנערת מחשיפה לשמש ועוד. אל מול זה, קצב הטמעת קידום בריאות ורפואה מונעת אצל קופות החולים הינו איטי יחסית לפוטנציאל הקיים במדינה בה כל המידע הרפואי מאוחסן באופן דיגיטלי בקופות החולים. אחד ההסברים המקובלים לכך הינו התפיסה כי משרד הבריאות הוא שאמון על נושא קידום בריאות ורפואה מונעת. נכון שמשרד הבריאות אחראי למימון חיסונים ומפעיל חלק מתחנות טיפות חלב, אך מכאן ועד לאחריות על קידום בריאות ורפואה מונעת ארוכה היא הדרך. הסבר נוסף לקצב הטמעה נמוך יחסית של רפואה מונעת בקופות החולים נוגע לוועדת הסל (הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי בריאות).

"דרך המלך" להכנסת טכנולוגיות ושירותים חדשים לסל שירותי הבריאות אותו מספקות קופות החולים הינו באמצעות ועדת הסל. במסגרת ועדת הסל נבחנות, מדי שנה, טכנולוגיות רפואיות שונות שמוגשות לוועדה, שמדורגות ומתועדפות על בסיס איכות קלינית ועלות תקציבית וכל זה במסגרת תקציב מוגדר. לאורך השנים נראה כי קיים קושי לתעדף רפואה מונעת על פני טכנולוגיות טיפוליות ותרופות. הדבר נובע בראש ובראשונה מכך שמאחורי כל תרופה וטכנולוגיה יש חברה עסקית שמקדמת אותה, מממנת מחקרים שתומכים ביעילותה ופועלת בדרכים כאלה או אחרות מול קבוצות לחץ ובהן ארגוני חולים. ברוב המקרים שקשורים לרפואה מונעת (לדוגמה, סקרים), אין גורם עסקי בעל אינטרס וכפעל יוצא מכך יש פחות ספרות מחקרית שתומכת וגם לחץ קטן יותר להכנסה לסל. בנוסף לכך, קשה מאוד לחברי ועדת הסל לתעדף פעילות מנע, גם אם לקבוצה גדולה, אל מול פני הארכת חיים, אף אם לקבוצה קטנה משמעותית. לכן, המהלך המשמעותי ביותר בתחום קידום בריאות בשנים האחרונות - הכנסת טיפולי שיניים לילדים לסל - נעשה באמצעות תקציב ייעודי וצבוע מתוך תקציב ועדת הסל.

שאלות לדיון

1. האם יש לתקן את החוק ולהגדיר באופן מפורש כי קופות החולים אחראיות לקידום בריאות ורפואה מונעת?
2. האם יש להגדיר תקציב ייעודי להכנסת שירותים בתחום קידום בריאות ורפואה מונעת לסל שירותי הבריאות? האם יש לעשות זאת במסגרת ועדת הסל או במסגרת נפרדת?

צוות 2: אספקת שירותי הבריאות

סיכום והמלצות

סבירות שירותי הבריאות

בבסיס הדיון בנושא עומדת העמימות שקבע המחוקק במשפט המשמעותי ביותר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שהוא סעיף 3ד' "שירותי הבריאות ינתנו... באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים". לכאורה, ישנן סיבות טובות להשאר עמימות מכוונת זו במקומה כיוון שהגדרת הסבירות אינה משימה פשוטה וגם בשל הסיפא של המשפט - "והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים" - ייתכן וידרוש התאמות תקציביות בהתאם לסבירות שתיקבע. מאידך, כוונת המחוקק הייתה לייצר עמימות קונסטרוקטיבית שתאפשר את התפתחות מערכת הבריאות, אך נראה כי העמימות שנוצרה גוררת לאט לאט את המערכת לכיוון הדסטרוקטיבי. היטיב לתאר זאת מנכ"ל לאומית שירותי בריאות, ניסים אלון, כאשר בדברי הסיכום שלו בכנס הסביר כי ה"וסת" באמצעותו הוא מתמודד עם מחסור תקציבי הוא צמצום שירותים ברפואה שניונית. בלשון אחר, העובדה שהסטנדרטים בהם מחויבות קופות החולים לא הוגדרו בעת חקיקת החוק, מאפשרת לצמצם את התקציב הנדרש למערכת הבריאות באמצעות שחיקת רמת השירות.

לאחר דיון מעמיק בין חברי הצוות הגענו לאחדות דעים כי איכות שירותי הרפואה כיום עומדת במבחן הסבירות; נושא המרחק הסביר צפוי להפוך בעת הקרובה לפחות רלוונטי נוכח התפתחותם המואצת של השירותים הדיגיטליים השונים; לצד זה סברו כל חברי הצוות כי זמינות שירותי הבריאות איננה עומדת בקנה אחד עם המצב הרצוי במשק הישראלי. נסקרו הצעות שונות להתמודדות עם אתגר זה, הן כאלו שהועלו כחלק מעבודת ההכנה לכנס והן כאלו שהועלו על ידי משתתפי הכנס.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

1. שקיפות ומדידה: מומלץ להתמיד ואף להרחיב את המדידה (ופרסום תוצאותיה) בדבר זמינותם של השירותים שונים ככלי להגברת התחרות ולשיפור השירות. תחת זאת:

◆ יש להשקיע מחשבה רבה בתכנון הפרמטרים הנמדדים ואופן המדידה: למשל, במדידת זמינות של רופאים מומחים בשירות קופת החולים יש לשאוף לכלול גם רופאים עצמאיים, מרפאות חוץ בהסכם ושירותים דיגיטליים.

◆ יש לקחת בחשבון שעלולה להיות הסטת משאבים לטובת התחומים הנמדדים על פני אלו שלא נמדדים ולנקוט באמצעים שיבטיחו אי פגיעה בתחומים אלו.

◆ יש לבחון סגמנטציה של מבוטחים במדידה. לדוגמה, למדוד בנפרד המתנה בקרב אוכלוסיית קשישים, חולים כרוניים וילדים.

◆ יש לשקף את אורכי התורים גם בבתי החולים ולא רק בקופות החולים.

◆ מוצע לבחון באם ניתן למדוד את מסע המטופל על פני מדידת אלמנטים בדידים בו.

2. אחרי איסוף נתונים במדידה, ישנם מקרים בהם נכון להגדיר יעדים מחייבים לזמינות ולבקר את הקופות על עמידה בהם:

◆ במקרים קליניים מוגדרים (לדוגמה זמן עד צנתור).

◆ במקומות בהם תוצאות המדידה מראות זמני המתנה לא סבירים. עם זאת, במצבים אלו יש להגדיר יעדים שיהיו אחידים ושוויוניים בכל הארץ ובמקביל לשמור על יעדים אלו כדינמיים על פני הזמן.

3. במקרים נבחרים (כגון בפריפריה הרחוקה) יש לבחון איגום משאבים ככלי לשיפור זמינות - הדבר ידרוש התערבות רגולטורית אקטיבית.

4. ככל שרגולטור מחליט להתערב ולקבע זמני המתנה כיוון שהשירות המסופק איננו עומד בדרישות החוק מבחינת סבירות - יש לבחון מדוע קופות החולים לא מספקות את השירות כנדרש: האם מדובר בעניין תקציבי (במישרין או בעקיפין

באמצעות הסדרי בחירה) או שהדבר נובע מסיבות אחרות כגון היצע כח אדם, רפואה פרטית או חסמים אחרים. לאחר זיהוי הסיבות לבעיית הזמינות יש לבחון באם נדרשת תמיכת המדינה ובאיזה אופן.

הסדרי הבחירה

כפי שתואר בהרחבה בעמודים הקודמים, מצב הדברים הנוכחי מייצג כלפי ציבור המבוטחים עמימות מסוימת בדבר הסדרי הבחירה: אילו נותני שירותים נמצאים בהסכם עם הקופה? מה מקומם של נותני שירותים המדורגים נמוך ברשימת הסדרי הבחירה של הקופה אך עדיין נמצאים בה? אילו כלים עומדים לרשות הקופה כדי להכווין את ציבור מבוטחיה לנותן שירותים זה או אחר? סוגיות אלו עמדו במוקד הדיון בנושא הסדרי הבחירה.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

1. הסדרי הבחירה מהווים כלי כלכלי וניהולי הכרחי במסגרת האיזונים הכלכליים במערכת, ולא נכון לבטלם.
2. יש לשקף את כל הסדרי הבחירה בצורה מסודרת ובהירה לציבור המבוטחים. בתוך זאת, יש לשקף ולהבהיר לציבור כי בתחום האונקולוגיה בכל הקופות לא קיימים הסדרי בחירה ולמבוטח קיימת אפשרות לבחור את נותן השירותים ללא הגבלה.
3. כפי שכבר צוין לעיל, לעיתים הסדרי הבחירה הם הסיבה לבעיה בזמינות שירות רפואי כזה או אחר. על כן ככל שיש חריגה ממתחם סבירות בשירות מסוים, אזי יש לבחון פתיחת הסדרי בחירה עבור שירות זה לתקופה מוגבלת.

סוגיות נוספות שדורשות המשך דיון והעמקה:

1. האם יש מקום לחייב קופה לכלול בהסדרי הבחירה עבור מבוטח את בית החולים הקרוב ביותר אליו גיאוגרפית?
2. יש לבצע בחינת עומק של השפעת הסדרי הבחירה על התחרות בין בתי החולים.

קידום רפואה מונעת

נושא קידום הרפואה המונעת היה ונותר בקונצנזוס כתחום אשר ראוי לקידום והתייחסות, לאור תרומתו לבריאות הציבור ואף לצמצום עלויות רפואיות עתידיות. יחד עם זאת, החקיקה הקיימת מייצרת אי בהירות מסוימת בשאלה מי נושא באחריות לקידום הרפואה המונעת, ובמקרים רבים זו "נופלת בין הכיסאות" ואינה זוכה להתייחסות הראויה. זאת, בפרט עם התקדמות הטכנולוגיות לאיתור מוקדם של תחלואה. בעוד שלפי חב"מ האחריות על רפואה מונעת מונחת על כתפי משרד הבריאות (במסגרת התוספת השלישית לחוק), בעלות האינטרס המובהק ביותר לקידומה הינן דווקא קופות החולים. לצד זאת, ישנם טיעונים בעד הותרת משרד הבריאות כאחראי על תחומי רפואה מונעת מסוימים (למשל, במקרים בהם נדרש שיתוף פעולה מול משרדי ממשלה אחרים כגון נושא בריאות התלמיד, למשרד הבריאות יש יתרון על פני קופות החולים).

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

- יש מקום להיענות לבקשתן של קופות החולים להוביל את תחום הרפואה המונעת, בפרט בתחום הגילוי המוקדם של מחלות, ולעדכן את החקיקה הקיימת (בדגש על התוספת השלישית) על מנת לאפשר זאת. יצוין כי לא הגענו לאחדות דעים בנושא העברת טיפות החלב לאחריות קופות החולים.
- יש לבחון הקצאת תקציב ייעודי לטובת הכנסת טכנולוגיות חדשות בתחום הרפואה המונעת לסל הבריאות, שכן מנגנון התוספת הטכנולוגית כיום ("ועדת הסל") מוטה לטובת טיפולים למחלות קיימות על פני מניעת תחלואה עתידית. בין ההצעות שעלו - הקמת קרן ייעודית לצורך כך ו/או הקצאת אחוז או סכום מסוים מתקציב התוספת הטכנולוגית השנתית לטובת טכנולוגיות רפואה מונעת.

העברות מן התוספת השלישית לשנייה

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי נעשו מספר ניסיונות להעביר שירותים שונים מן התוספת השלישית אל השנייה. מסיבות שונות, מרביתם של ניסיונות אלו העלו חרס. בחלק מן המקרים קיימת התנגדות מצד משרד הבריאות לביצוע ההעברה, בחלק אחר התנגדות מצד קופות החולים, ובמרבית המקרים מדובר

פשוט בקושי להתגבר על נוהג ארוך שנים. המלצות הצוות שלהלן מתמקדות אפוא לא בשירותים ספציפיים כי אם בעקרונות מנחים לצורך השגתו של יעד זה בהקדם האפשרי.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

1. העיקרון המנחה הינו שיש לשמור על הרצף הטיפולי, כלומר בכל מקום בו ישנה פגיעה ברצף הטיפולי כתוצאה מפיצול שירותים בין התוספת השנייה לשלישית - יש לשאוף לאחד שירותים אלו תחת ספק שירותים אחד.

2. יש להקים צוות משותף למשרד הבריאות ולקופות החולים שיבחן כל אחד מרכיבי התוספת השלישית באופן פרטני ויגבש חוות דעת לגבי האם, איך ומתי יש להעבירו לתוספת השנייה, תוך התייחסות גם למשאבים הנדרשים ולתהליך ההעברה עצמו.

◆ לגבי שירותים בהם משרד הבריאות הינו גורם מממן בלבד (ולא ספק שירותים בפועל) ישנם פחות חסמים להעברתם לאחריות קופות החולים.

◆ כחלק מתהליך הסרת החסמים, יש לבחון אפשרויות של רכש מרכזי על ידי משרד הבריאות או גורם אחר (למשל - של חיסונים) גם אחרי העברת השירות לאחריות הקופות.

◆ בסיום עבודת הצוות יש לבנות תוכנית ארוכת טווח להוצאת השירותים מהתוספת השלישית עם לוחות זמנים מוגדרים ומדידים.

3. בנושא האשפוז הסייעודי - האתגרים העיקריים המקשים על המעבר הינם מורכבות קביעת הזכאות, מחסור בכוח אדם והתנגדות צפויה של ספקי השירות. יש לתת את הדעת על כל אחד מאלו על מנת לאפשר את ביצוע העברת הפעילות.

4. בנושא טיפות חלב - 3 קופות חולים סבורות שהן אלה שצריכות לספק שירותים בתחום טיפות החלב בעוד שקופ"ח "לאומית" סבורה כי בשל פערי הגודל בין קופות החולים כן נכון בחלק מהמקומות שיהיה צד שלישי שיספק את השירות במקום הקופות. לעמדת משרד הבריאות יש כיום מספר מודלים (שעובדים) לאספקת שירותים בתחום טיפות החלב. טיעון נוסף של המשרד הוא כי המודל

במסגרתו קופה מסוימת מספקת שירות לקופה אחרת איננו עובד טוב כיום ועל כן קופות שמספר המבוטחים שלהן בישוב מסוים מצומצם, יתקשו לספק את השירות בישובים אלה.

5. בנושא מכשירי שיקום וניידות - עקרונית הקופות לא מתנגדות להעברת השירות בכפוף לתקופת היערכות משמעותית ולימוד הנושא.

השירות הרפואי בהיבט אתגרי העתיד

הגם שרמת השירות הרפואי כיום עומדת במבחן הסבירות לדעת מרבית משתתפי הכנס, בפני מערכת הבריאות עומדים כיום גם אתגרים בתחום הטיפול, הצפויים רק להתעצם בעתיד. לאורך הדיונים בנושאים השונים עלו מספר "המלצות רחב" אשר נגעו לאופן אספקת השירותים במערכת הבריאות.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

1. יש לחדד ולהעמיק את תפיסת אחריות המבוטחים על בריאותם שלהם, תוך הבנה שהמבוטח הוא בעל האינטרס החזק ביותר וגם בעל יכולת ההשפעה הגדולה ביותר על קידום בריאותו, יותר מכל נותן שירות רפואי - מסור ככל שיהיה.
2. יש לקדם ולשפר את תחום רצף הטיפול בין קופת החולים לבית החולים, בשני הכיוונים.
3. לאור הצעות לעיגון חלק מתהליכי העבודה בחקיקה (כגון אופן הטיפול בחולה הכרוני), קיים חשש גדול בקרב המשתתפים מפני פעולות כאלו - גם במקרים בהם מדובר בעיגון תהליכים המצויים בקונצנזוס - חשש שנובע מחשיפה לתביעות.
4. בהמשך לזאת, על משרד הבריאות להעמיק ולהגדיר סטנדרטים בתחומי עבודת צוות, זיהוי קבוצות מטופלים בעלות מאפיינים ייחודיים ועוד. כאמור, המקום הראוי להגדרות שאלו הוא במסגרת הנחיות במדרג חוקתי נמוך יחסית (כגון חוזרים) ולא במסגרת חקיקה ראשית.

סוגיות כלכליות בחוק

טיוב משאבים במערכת הבריאות - מקורות ושימושים

יו"ר: אריס גינזבורג

צוות הכנה:

יואל בריס

ליאור ברק

קובי גלזר

נעה היימן

יאיר זילברשטיין

נילי חיון-דיקמן

אילן סופר

ורד עזרא

ליאור קוטלר

נר קידר

הקדמה

מערכת הבריאות בישראל מציגה באופן עקבי בכל השוואה בינלאומית מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מדדי ביצוע מרשימים, וביניהם תוחלת חיים גבוהה, תמותת תינוקות נמוכה, ותוצאי בריאות נוספים כגון שיעור נמוך של מקרי מוות הניתנים למניעה, אפקטיביות גבוהה של הטיפול במחלת הסרטן ועוד. זאת, למול שיעור הוצאה לאומית לבריאות נמוך באופן יחסי. יש המייחסים¹ את תוצאות המערכת הנוכחיות להשקעה שבוצעה בה בעבר, ומתריעים מפני ירידה עתידית שלהן, שתבטא את שחיקת המקורות המוקצים למערכת בהווה. זאת, משום שנתוני ההווה הם תוצאה של פעילות המערכת בשנים קודמות, ואילו תוצאות פעילות המערכת כיום תבאנה לידי ביטוי רק בעוד שנים ארוכות.

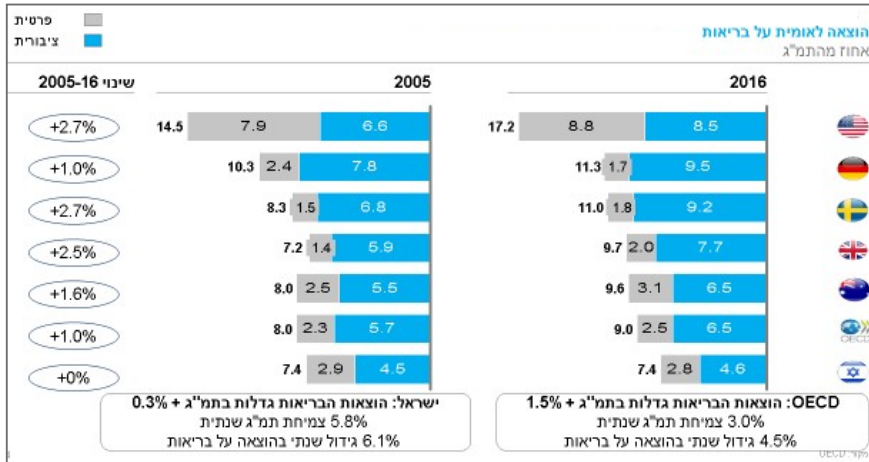
מאז שנת 1995 ועד שנת 2017 גדלה ההוצאה לבריאות לנפש פי 3 במדינות הדומות לישראל,² פי 2.5 במוצע מדינות ה-OECD, ובקושי פי 2 בישראל. זאת, חרף ההזדקנות המהירה יחסית של האוכלוסייה בישראל מצד אחד, ולמרות עליית שכר הרופאים מצד אחר.³ כך, בעוד שההוצאה הלאומית על בריאות בעולם ביחס לתמ"ג הלכה וגדלה בעשור האחרון, ההוצאה לבריאות בישראל נותרה יציבה ביחס לתמ"ג, וברמה נמוכה בהשוואה למדינות אחרות החברות בארגון ה-OECD. יחד עם זאת, ראוי לציין כי הגידול בתמ"ג בישראל בעשור האחרון היה גבוה יותר מאשר ממוצע הגידול במדינות ה-OECD.

כך, לו קצב הצמיחה בישראל היה דומה לזה של מדינות ה-OECD, מיקומה של ישראל בהשוואה הבינלאומית במונחי הוצאה לאומית לבריאות ביחס לתמ"ג היה משתפר בעשור האחרון ("צרות של עשירים"). מנגד נטען, כי לעלייה בתמ"ג יש השפעה על עליית מחירי תשומות מערכת הבריאות, ובראשן עלויות השכר, שגם אותה יש להביא בחשבון.

1 מערכת הבריאות: 'מבט על', דב צ'רניחובסקי, דוח מצב המדינה 2018, מרכז טאוב עמ' 203.

2 מדינות המפעילות ביטוח בריאות ממלכתי ומודלים מערכתיים של קופות חולים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ).

3 תמונת מצב המדינה 2019, תרשימים בנושא כלכלה וחברה בישראל, מרכז טאוב עמ' 74.



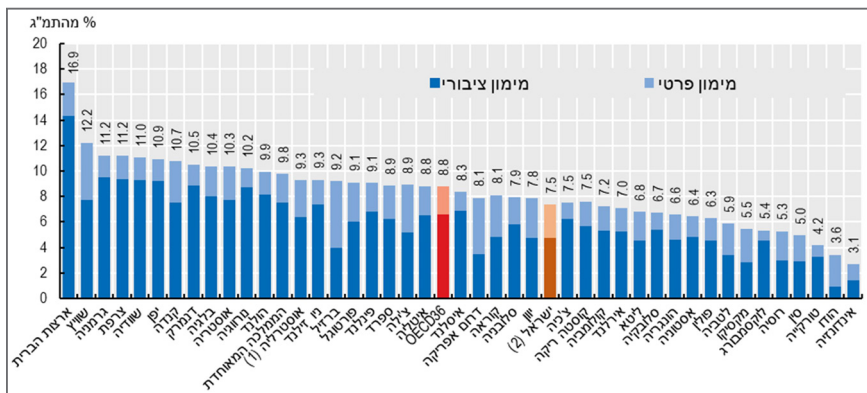
מקור: נתוני OECD, עיבוד: משרד הבריאות 2018

יש להביא בחשבון שנתוני ההשוואה הבינלאומית אינם מביאים בחשבון תקנון לגיל. כך, שיעור בני 65+ באוכלוסייה בישראל עדיין נמוך משיעורו הממוצע במדינות ה-OECD, אך קצב הגידול של אוכלוסייה זו בישראל גבוה ויש להיערך לכך בעתיד הקרוב.

לפי נתוני ארגון מדינות ה-OECD⁴, שיעור ההוצאה לבריאות במונחי תוצר עומד בישראל בשנת 2018 על 7.5% מהתמ"ג לעומת 8.8% מהתמ"ג בממוצע מדינות ה-OECD. מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל, רק 64% ממומנת באופן ציבורי וכ-36% מההוצאה ממומנת באופן פרטי. שיעור המימון הציבורי לבריאות בישראל הוא מהנמוכים בארגון, כאשר השיעור הממוצע של מימון ציבורי של ההוצאה לבריאות במדינות ה-OECD עומד על 74.5%⁵.

4 OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Database
5 OECD Health Statistics 2019

ההוצאה הפרטית עלתה בשיעור גבוה יותר מההוצאה הציבורית וגדלה בפחות משני עשורים משיעור של 3.9% מההכנסה הפנויה של משקי בית בשנת 1997 לשיעור של 5.7% בשנת 2015. חלק גדול מהשינוי נובע מהעלייה בהיקפי ובשיעורי הרכישה של ביטוחים פרטיים.⁶ בין שנת 2011 לשנת 2018 עלה מדד מחירי הבריאות בשיעור של 9%, לעומת שיעור של 4% בלבד במדד המחירים לצרכן. הסעיף המרכזי שתרם לעלייה הוא "שירותים רפואיים", הכולל השתתפות עצמית והוצאות ביטוח משלים (שב"ן), וכן תשלום בעבור ביטוחים פרטיים ורפואה פרטית. הכח המניע העיקרי מאחורי העלייה במחירים הוא העלייה בשכר הרופאים. עלייה זו מושפעת באופן משמעותי מהתשלום שהם מקבלים במערכת הפרטית - שמקורו בביטוחים המשלמים והפרטיים.⁷

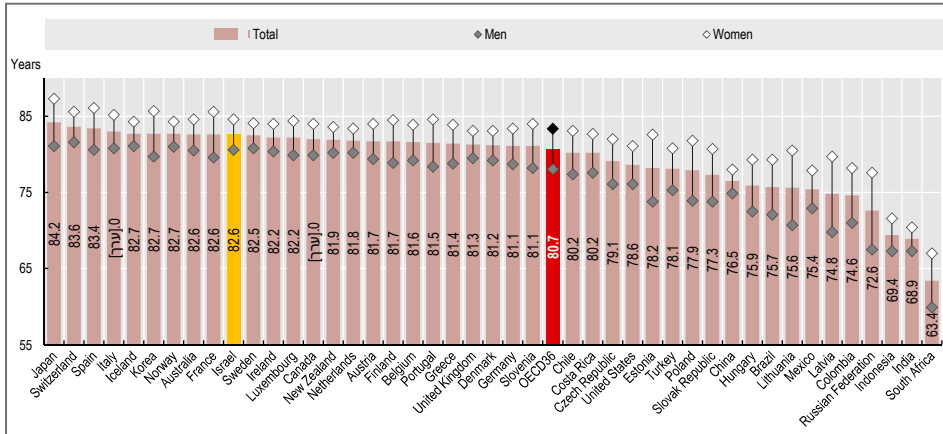


Source: OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Database

6 תמונת מצב המדינה 2017, תרשימים בנושא כלכלה וחברה בישראל, מרכז טאוב עמ' 45.

7 תמונת מצב המדינה 2019, תרשימים בנושא כלכלה וחברה בישראל, מרכז טאוב עמ' 75.

לוח: תוחלת חיים בלידה 2017



Source: OECD Health Statistics 2019

מניתוח נתוני מדינות ה-OECD עולה, כי קיים קשר חיובי בין ההוצאה לבריאות לנפש לבין תוחלת החיים. כך, מבין 36 מדינות הארגון, כ-17 מדינות המוציאות יותר מהממוצע רשמו תוחלת חיים גבוהה יותר מהממוצע ו-10 מדינות המוציאות פחות מהממוצע, רשמו תוחלת חיים נמוכה יותר בלידה מהממוצע. 9 מדינות רשמו הוצאה נמוכה מהממוצע עם תוחלת חיים גבוהה מהממוצע, וביניהן ישראל, באופן שמלמד כי הוצאה גבוהה לבריאות לבדה לא בהכרח מביאה לתוצאי בריאות טובים, ועליה גם להיות אפקטיבית. אותו ממצא לגבי מקרי מוות בטרם עת שניתן היה למנוע. כך, נמצא גם במקרה זה קשר מובהק באותו כיוון. גם במדד של הבראה מסרטן השד מדדי הביצוע בישראל הם מעל הממוצע, בעוד שמדדי ההוצאה מתחת לממוצע.

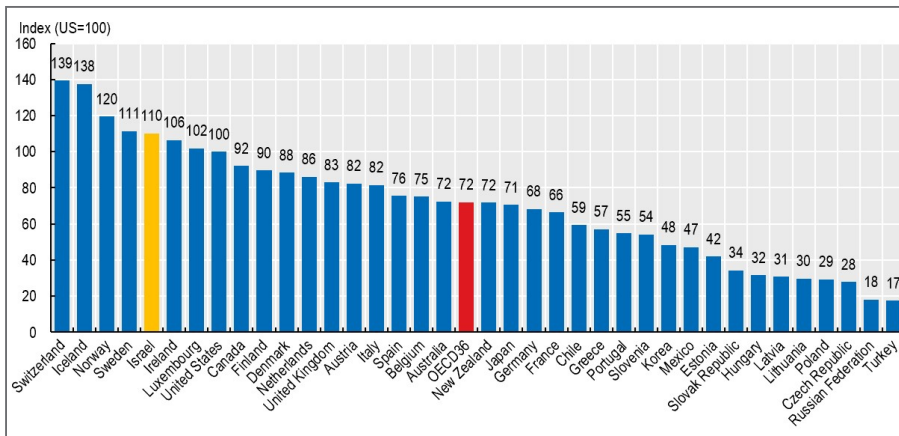
עוד עולה מההשוואה הבינלאומית, שמספר הרופאים והאחיות⁸ בישראל נמוך מהממוצע במדינות ה-OECD כאשר השכר שמרוויחים רופאים ואחיות בישראל הוא גבוה באופן יחסי. יצוין, כי בשנים האחרונות בוצעה בישראל הרחבה משמעותית של מספר הסטודנטים לסייעוד ולרפואה על מנת לתת מענה לירידה שחלה בשנים האחרונות ביחס של מספרי הרופאים והאחיות לגודל האוכלוסייה. לפי הממצאים

8 יש לציין כי בחלק ממדינות ה-OECD הגדרת אחיות כוללת גם כח עזר, דבר שאינו נכון לגבי ישראל.

בדו"ח, היחס בין השכר הממוצע של הרופאים לשכר הממוצע במשק ובין השכר הממוצע של האחיות לשכר הממוצע במשק, הוא בין הגבוהים במערב: 1.5- ו-3.8 בהתאמה.⁹

בעוד שההוצאה הלאומית והציבורית בישראל נמוכה ממוצע מדינות ה-OECD, המחירים של שירותי הבריאות בישראל יקרים יותר מרוב מדינות ארגון ה-OECD. לפי מדד מחירי הבריאות שמחשב הארגון ביחס למחירים בארה"ב, ישראל נמצאת גבוה במקום חמישי עם רמת מחירים הגבוהה בכ-52% ממוצע מדינות ה-OECD ובכ-10% מרמת המחירים בארה"ב.¹⁰

לוח: Comparative price levels for health, 2017, US=100



Source: OECD estimates (unpublished) Health at a Glance 2019 - © OECD 2019

9 אדריאן פילוט, דיווח על דוח הבריאות השנתי של ארגון ה-OECD לשנת 2019, כלכליסט, 7.11.19

כל נתוני ההשוואה הבינלאומית האמורים מובילים למסקנה, שבחלוף 25 שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נדרשים ככל הנראה תיקונים משני צידי המשוואה: הן בצד מקורות מימון מערכת הבריאות והן בצד השימושים, באמצעות ריסון חלק ממחירי התשומות ושירותי הבריאות, שלגביהם יש אינדיקציה של תמחור יתר, הן בבחינת התפתחות המחירים לאורך זמן והן בהשוואה בינלאומית.

בדיוני ההכנה במסגרת האשכול הכלכלי עלה הצורך לבחון דרכים להבטחת יציבות מקורות המימון הציבוריים של מערכת הבריאות והתאמתם לצרכים העתידיים בדגש על הזדקנות האוכלוסייה וההתפתחויות הטכנולוגיות הצפויות מחד, ומאיך לנקוט בצעדים לריסון מחירים בצד ההוצאה, במטרה למקסם את תפוקת המערכת במונחי בריאות ביחס לתקציב נתון. בתווך שבין מקורות המימון הציבוריים של מערכת הבריאות, למחירי התשומות המשולמים על ידה, מתקיימת ההשפעה של ביטוחי הבריאות הפרטיים על המערכת הציבורית, שבאה לידי ביטוי בתחרות על משאבים וגורמי יצור ותרומתה להעלאת מחיריהם, וכן בהעמסת הוצאות על המערכת הציבורית, בין היתר באמצעות גריפת שמנת והפקת רווחים פרטיים מהשקעה ציבורית.

צוות ההכנה בחר להתמקד בשלושה ראשי פרקים מרכזיים:

1. מימון סל שירותי הבריאות והקצאת המקורות

א. מקדם דמוגרפי

ב. מדד יוקר הבריאות

ג. מקדם טכנולוגי

ד. נוסחת הקפיטציה

ה. עיגון מנגנון ושיטת עבודה עקבית לעדכון מקדמי קידום עלות הסל, מדד יוקר הבריאות ונוסחת הקפיטציה

2. ריסון עלויות במערכת הבריאות

א. ריסון ההוצאה לתרופות

ב. הרחבת הפיקוח על המחירים

ג. ריסון הוצאות שכר

3. ביטוחי רשות והשפעת שוק הבריאות הפרטי על הסל הבסיסי

א. השפעות בין מערכתיות בין רובדי ביטוחי הבריאות השונים

ב. אגרת השבה לסל הציבורי

ג. פיקוח על שירותי רפואה פרטיים

ד. סמכויות שרי הבריאות והאוצר בפיקוח על ביטוחי הבריאות הפרטיים

1. מימון סל שירותי הבריאות והקצאת המקורות

הקדמה

עלות סל שירותי הבריאות נקבעה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 על בסיס עלות השירותים שניתנו עד לחקיקת החוק על ידי קופת החולים הכללית למבוטחיה. עד לחקיקת חבב"מ, מקורות המימון של קופת החולים נבעו מדמי חבר ששולמו על ידי המבוטחים וכספי המס המקביל שנגבה מהמעסיקים, שמימנו את עלות הסל גם בשנים הראשונות שלאחר כניסת החוק לתוקף. בחוק נקבעו מגוונים שונים לעדכון עלות הסל על פני השנים, בגין התייקרויות מחירים וגידול אוכלוסייה (קידום דמוגרפי).

בשנת 1997 בוטלה חובת המעסיקים לתשלום דמי ביטוח בריאות לעובדיהם, והומרה בתשלום של דמי ביטוח לאומי. את חלקו של המס המקביל במימון מערכת הבריאות החליפה השלמת המדינה מתקציבה. השינוי שיקף כוונה לפשט את הליכי הגביה דרך המוסד לביטוח לאומי, ולשפר את תזרים מקורות המימון לקופת החולים, כאשר נתח גבוה יותר מן המקורות יזרום מתקציב המדינה ולא יהיה תלוי בהשפעות עונתיות ואחרות של הגביה מהציבור. השינוי הביא לתלות מוגברת של מקורות מימון הסל בתקציב המדינה והחלטות הממשלה המתקבלות מעת לעת, ובדיעבד גם לשחיקת מקורות המימון שעמדו לרשות קופת החולים בהשוואה למצב שקדם לתיקון החוק.

סעיף 9(ב)(3) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שרי הבריאות והאוצר רשאים לעדכן את עלות הסל לקופות בשל השינויים הדמוגרפיים החלים באוכלוסייה, כאשר אופן חישוב העדכון הדמוגרפי נתון לשיקול דעת של השרים. לאורך השנים נקבע גובה העדכון הדמוגרפי בהסכמים תלת-שנתיים בין משרדי הבריאות והאוצר. כך, עד לשנת 2014 נקבע שיעור דמוגרפי שהיה נמוך משיעור גידול האוכלוסייה בישראל בפועל ומשיעור הגידול בנפשות המתוקננות. בהחלטת ממשלה מס' 2066 מיום 7/10/14 נקבע, כי שיעור עדכון הסל בשל הגידול הדמוגרפי משנת 2014 ואילך יעמוד על שיעור גידול האוכלוסייה הממוצע בשנה שקדמה לשנת עדכון הסל, ללא תקנון בגין הזדקנות האוכלוסייה (נפשות מתוקננות).

מדד יוקר הבריאות הוא מנגנון העדכון היחיד של עלות הסל הקבוע בחוק. סעיף 9(ב)(1) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע, כי עלות הסל לקופות תתעדכן מדי

שנה בשיעור עליית מדד יוקר הבריאות שתפרסם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מרכיבי המדד יהיו כפי שמפורט בתוספת החמישית. את הרכב מדד יוקר הבריאות ניתן לשנות על פי החלטה של שרי הבריאות והאוצר באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.

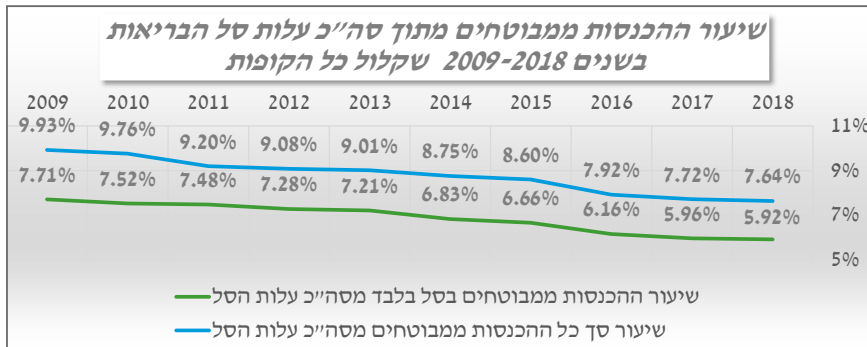
סעיף 8(ב)(1) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע, כי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה, רשאי להוסיף בצו על סל שירותי הבריאות המפורטים בתוספת השנייה והשלישית לחוק, ובאישור וועדת העבודה והרווחה של הכנסת לגרוע ממנו. הוספה או גריעה של שירותים יחולו גם על סל השירותים והתשלומים של כל קופת חולים. "העדכון הטכנולוגי" אינו קבוע בחוק, והוא נקבע בהסכמים בין משרדי הבריאות והאוצר.

אופן קידום עלות הסל בגין התייקרויות מחירים קבוע בחוק ונעשו בו מספר שינויים בשנים האחרונות, ואילו אופן הקידום הדמוגרפי נקבע מעת לעת בהסכמים בין שרי הבריאות והאוצר. בנוסף ניתנה לאורך רוב שנות קיום החוק תוספת טכנולוגית בסכומים משתנים לפי שיקול דעת הממשלה במסגרת אישור תקציב המדינה השנתית.

סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קובע, כי קופות החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית ממבוטחיהן, בהתאם לתוכניות גבייה שאושרו להן על ידי שר הבריאות וועדת הכספים. ההשתתפות העצמית של המבוטחים היא בשירותים רפואיים, בתרופות, בביקורים אצל רופאים ועוד.

מהנוסח המקורי של הסעיף השתמע כי תשלומי השתתפות העצמית של מבוטחים אמורים לשמש במלואם, כחלק ממקורות מימון של עלות הסל. בהמשך, במסגרת עדכון חקיקה שבוצע בשנת 1998 הוגדר מה שכונה בהמשך "הכנסה נורמטיבית" - סכום מתוך כלל הכנסות הקופות מהשתתפויות המבוטחים בגין שירותי בריאות שבסל, שיהווה חלק מוכר ממקורות המימון לפי סעיף 13 לחוק. בשנת 2008 עודכן בשנית הסעיף העוסק במקורות מימון הסל, וההכנסה הנורמטיבית עודכנה לשיעור של 6.45% מעלות הסל. להשתתפויות העצמיות, מעבר להיקפן, קיימת גם חשיבות במניעת שימושי יתר בשירותי בריאות. לאורך השנים נעשו שינויים ושיפורים במנגנון, אשר מטרתם למזער את המקרים בהם מבוטחים נמנעים מלצרוך שירות הכרחי בשל עלות ההשתתפות העצמית, ומנגד לשמור על שיעור המימון של הסל מתשלומי ההשתתפויות העצמיות.

בשנת 2018 הכנסות הקופות מההשתתפויות העצמיות עמדו על שיעור נמוך יותר של כ-5.92%¹¹ שנה שלישית ברציפות בה שיעור ההכנסות בפועל נמוך משיעור ההכנסה הנורמטיבי מההשתתפויות עצמיות. יש לציין כי חלק מהירידה בהכנסות מההשתתפויות מקורה בתשלום ישיר של הממשלה לקופות החולים כחלק השתתפות עצמית, בעיקר עבור ניצולי שואה.



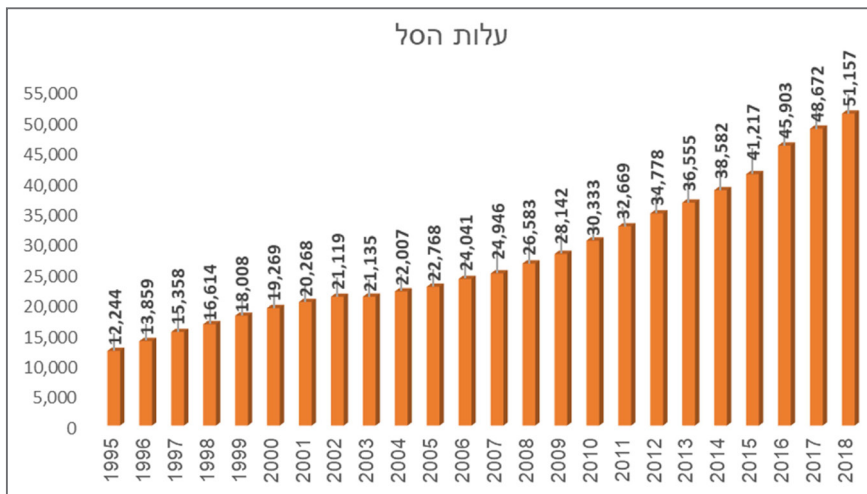
לאור אי מיסודם של מרבית המנגנונים לעדכון סל שירותי הבריאות, לאורך 25 השנים שחלפו ממועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חלה שחיקה בעלות סל שירותי הבריאות, שבאה לידי ביטוי הן במיקומה הנמוך של ישראל בהשוואה בינלאומית של ההוצאה הציבורית לבריאות מהתמ"ג¹² (4.8% לעומת 6.6% ממוצע מדינות OECD בשנת 2018)¹³, והן במשקלה ההולך וגדל לאורך השנים של ההוצאה הפרטית לבריאות מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות (36% בישראל לעומת 26% ממוצע מדינות OECD בשנת 2018). הירידה המתמשכת במשקלה של ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל בסך ההוצאה הלאומית לבריאות מביאה לפערים בתוצאי בריאות, תוחלת חיים ותחלואה בין שכבות סוציאקונומיות שונות ובין מרכז לפריפריה. כמו כן, כלל ידוע בכלכלת בריאות הוא שמימון פרטי של שירותי בריאות הוא פחות יעיל ממימון ציבורי שלהם, כך שהעלייה בחלקה של ההוצאה הפרטית גם פוגע בתמורה הכוללת שמניבה סך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל.

11 ללא השתתפויות בגין ניצולי שואה המועברות לקופות החולים על ידי הרשות לזכויות ניצולי שואה.

12 ללא הוצאה ציבורית לסייעוד במסגרת חוק הסייעוד שבאחריות הביטוח הלאומי.

13 Health at a Glance 2019 - © OECD 2019

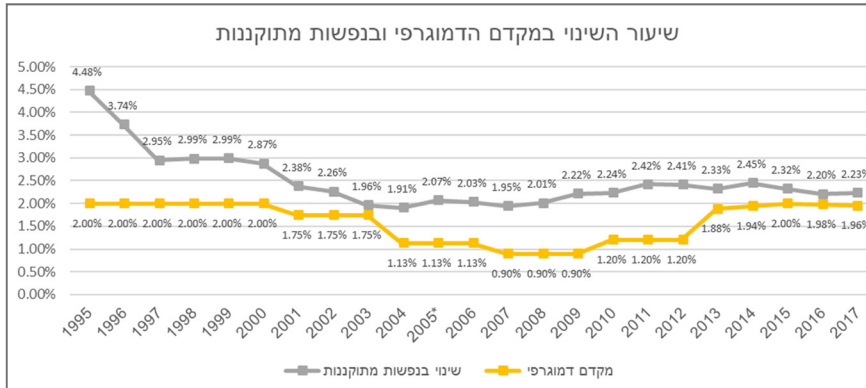
נוסח החוק על שינויי משקף בכל נקודת זמן את נקודת שיווי המשקל בין כל הכוחות הפועלים בתחום הבריאות ומשפיעים על המדיניות הננקטת. מטבעם של דברים, מדיניות זו היא דינאמית ועוברת שינויים מתמידים, הן כתוצאה מלקחים הנלמדים תוך כדי יישום החוק והן עקב לחצים מצד בעלי העניין וקובעי המדיניות במערכת הבריאות, המבקשים באמצעות שינויי חקיקה לקדם את ההשקפה אותה הם מייצגים. הכוחות המשפיעים על קביעת המדיניות במערכת הבריאות הישראלית הם משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות החולים, ציבור המבוטחים, בתי החולים, איגודי הרופאים ומקצועות הבריאות הנוספים, יצרני ויבואני תרופות ועוד. הצורך לתקן ולמסד את מנגנוני עדכון סל שירותי הבריאות מודגש ביתר שאת לאור האתגרים בפניהם עומדת המערכת בשנים הקרובות, ובראשם הגברת הקצב המשמעותית הצפויה בהזדקנות האוכלוסייה בשנים הבאות. כך, צפוי כי ריקבע עשור הקרוב יכפיל עצמו מספרם של בני 75+ באוכלוסייה. אתגר נוסף שישראל מתמודדת עמו כבכל העולם, הוא ההתפתחויות הטכנולוגיות המואצות ברפואה, לרבות בתחום התרופות ועליית מחיריהן המתמדת וזאת בנוסף להגברת המודעות של ציבור המבוטחים לאיכות השירותים והזכאות והשפעות הגומלין למול מערכת הבריאות הפרטית.



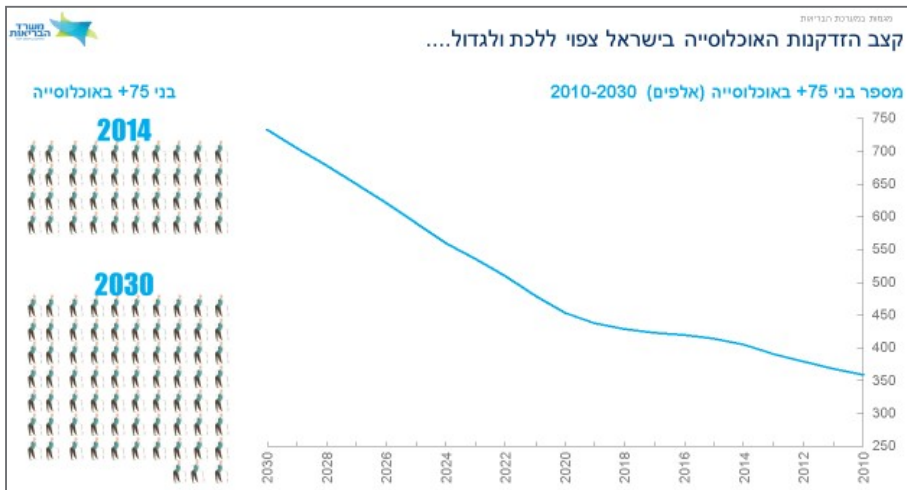
השינויים העיקריים בעלות הסל בגין תוספת שירותים בשנים האחרונות (מעבר לעדכון הטכנולוגי):

- ◆ 2009 - העברת האחריות לטיפול בנפגעי תאונות דרכים, כ-398 מיליון ₪.
- ◆ 2015 - העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש, כ-2 מיליארד ₪.
- ◆ 2016 - העברת האחריות לטיפול בנפגעי תאונות עבודה, כ-610 מיליון ₪.
- ◆ 2010 - 2019 - הכללת טיפולי שיניים לילדים, כ-473 מיליון ₪.
- ◆ 2017 - העברה לבסיס הסל של תמיכות שניתנו לקופות במסגרת הסכמי הייצוב - 821 מיליון ₪.
- ◆ 2019 - הכללת טיפולי שיניים לקשישים, כ-240 מיליון ₪.

א. מקדם דמוגרפי



מטרתו של העדכון הדמוגרפי היא להבטיח שסל שירותי הבריאות ישמור על רמתו הריאלית בהתאם לגידול הדמוגרפי במדינת ישראל. המחוקק הסמיך את שרי הבריאות והאוצר לעדכן את עלות הסל בשל השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסייה, אך לא קבע את שיעור הגידול הנדרש ביחס לגידול האוכלוסייה בפועל. בהתאם לכך, נקבע שיעור הגידול במסגרת הסכמים תלת שנתיים בין משרדי הבריאות והאוצר ששיקפו אילוצים שונים החל משיקולים מאקרו תקציביים ועד השפעות של המימון והאספקה הפרטית. בשנים הראשונות עמד שיעור הגידול על כ-2% בכל שנה. בשנים 2005-2013, השיעורים נעו בין 0.9%-1.2% לשנה. החל משנת 2014, בהתאם לסיכום בין המשרדים, שיעור המקדם הדמוגרפי בסל מחושב בכל שנה לפי שיעור הגידול הדמוגרפי בפועל בשנה הקודמת, ללא מתן ביטוי להזדקנות האוכלוסייה. לאור האמור, קיים פער בבסיס התקציב שמבטא את הפרש שבין קידום לפי מספר נפשות לבין מספר נפשות מתוקננות גיל, בהיקף של מליארדי שקלים בשנה. על מנת להבטיח את מקורות המימון לסל השירותים, יש להבטיח את שיעור הקידום לטווח הארוך, גם אם יש מקום להביא בחשבון את הטענה כי הוצאה השולית למבוטח בטווח הקצר נמוכה יותר מההוצאה הממוצעת, באמצעות מקדם התייעלות.



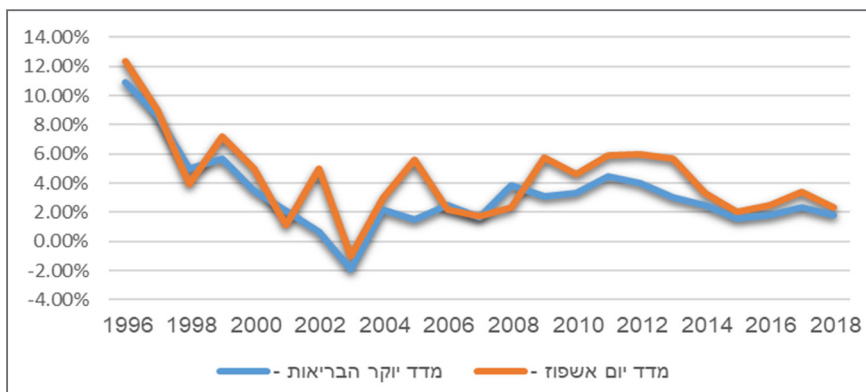
בראייה קדימה של שיעור העדכון הדמוגרפי יש לתת תשומת לב מיוחדת לקצב הזדקנות האוכלוסייה. בעשרים השנים האחרונות גדל שיעור הקשישים בישראל (גילאי 75+) מ-3.8% ל-4.8%. בעשרים השנים הקרובות שיעורם באוכלוסייה צפוי להגיע ל-7.3% ומספר הקשישים יעמוד על מעל 750,000. משקלם של בני 75 ומעלה בהוצאות האשפוז הוא 28%, למרות שהם מהווים רק 4.8% מהאוכלוסייה. הגידול המשמעותי במספר הקשישים בישראל, בשילוב עם העובדה שהם צרכני השירותים המשמעותיים במערכת הבריאות, מצריך הצמדה של מנגנון העדכון הדמוגרפי לעלויות אספקת השירותים כשהמדד הקרוב ביותר לחיזוי הינו הזדקנות האוכלוסייה. לאור האמור, יש המעלים צורך לקבוע מקדם דמוגרפי מינימאלי אשר לוקח בחשבון את קצב גידול האוכלוסייה ואת הזדקנותה, וכן לתת מענה לפער שנוצר בבסיס הסל בשל כללי הקידום שחלו לאורך שנות החוק כאמור.

ב. מדד יוקר הבריאות

החוק הטיל על שרי הבריאות והאוצר (באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת) לקבוע את עלות סל שירותי הבריאות ומכך את התקציב אותו תעמיד המדינה, מידי שנה, לרשות מערכת הבריאות לשם מימון השירותים והתרופות הכלולים בחוק. כמו כן, נקבע כי מידי שנה יבוצע עדכון של עלות הסל, בהתאם למדד ייעודי - "מדד יוקר הבריאות", שתכליתו 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 בשל שינויים דמוגרפיים שחלו באוכלוסייה. בשנת 1997 בוצע בחוק שינוי מהותי, הנוגע לאופן עדכון עלות סל שירותי הבריאות. באותו מועד, בוטל מנגנון ההצמדה האוטומטי למדד יוקר הבריאות בכל הקשור לסכום שהוקצה למשרד הבריאות לצורך מימוש החובה שהוטלה עליו לספק שירותי בריאות לפרט (מכח התוספת השלישית לחוק). מאותו מועד ואילך, ההתייחסות לחלק זה של התקציב למימון עלות סל השירותים שהוגדר בחוק, הייתה כחלק מהתקציב השוטף של משרד הבריאות, והוא מתעדכן בהתאם לכללים לפיהם מתעדכן תקציב המדינה. מנגנון ההצמדה האמור (למדד יוקר הבריאות) ממשיך מאז להתקיים רק בהקשר לעלות סל השירותים שבאחריות קופות החולים לספק מכח התוספת השנייה לחוק. יש הטוענים, כי התאמתו של מדד יוקר הבריאות לשיקוף ההתייקריות של התשומות בשוק הבריאות אינה מיטבית, מאחר והמדד לא כולל מרכיב המשקף את עלות שירותי האשפוז של קופות החולים (המהווים כ-42.7% מהוצאות קופות החולים). הגם שהתשומות הנמדדות אינן זהות בין שני המרכיבים, הפרש כה גדול המתייחס ל-41%-43% מהוצאות הקופות מביא לשחיקה במקורות התקציב. מדד מחיר יום אשפוז כולל מספר מרכיבים שאינם מקבלים ביטוי במדד יוקר הבריאות ובהם תוספות תקינה, עלויות מעביד שונות, קידום טכנולוגי ועוד. מנגד, עולה טענה כי הכללתו של מדד מחיר יום אשפוז במדד יוקר הבריאות ייצור אדישות של קופות החולים לעלייה במחיר יום האשפוז.

לוח: שיעור השינוי במדד יום אשפוז ומדד יוקר הבריאות



בשנים האחרונות בוצעו מספר שינויים במרכיבי מדד יוקר הבריאות אשר שיפרו את ההלימה בין התשומות בהן נושאות קופות החולים לבין קידום המקורות. בשני מרכיבים משמעותיים, מדד השכר ומדד יום אשפוז, הכוללים היום ציטוט של מדדי שכר דומים (proxy), נוצרת שחיקה במקורות התקצוב בשנים בהן מיושמים הסכמי שכר משמעותיים בתחום הבריאות.

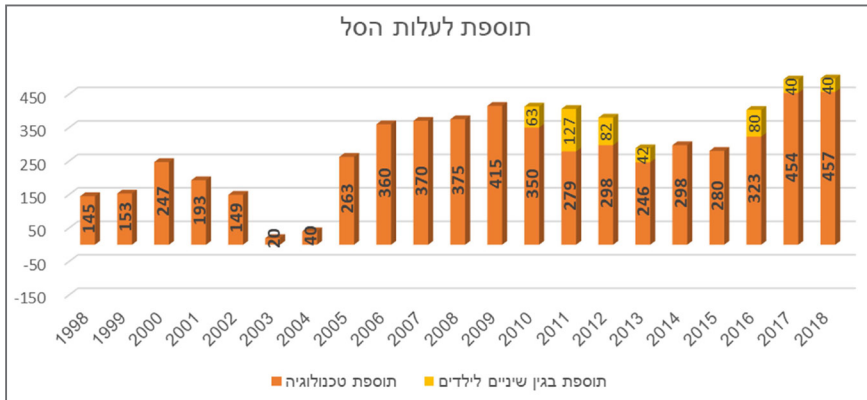
החל משנת 2016	שנים 2012-2015	עד שנת 2011	
61.70%	40.30%	35.96%	מדד שכר מגזר הבריאות
3.50%	18.20%	22.04%	מדד שכר מגזר ציבורי
0.50%	6.50%		מדד שכר ממשלה מרכזית
3.00%			מדד שכר מינימום
26.80%	32.00%	40.00%	מדד מחירים לצרכן
4.50%	3.00%	2.00%	מדד תשומות הבניה
100.00%	100.00%	100.00%	סה"כ

ג. מקדם טכנולוגי

על מנת שסל השירותים שהוגדר בחוק לא יקפא על שמריו, הוקם מנגנון שיאפשר הרחבת הסל ותוספת של טכנולוגיות חדשות. זאת, על אף שבחוק עצמו לא עוגנה חובת עדכון, או החובה להקצות מימון למטרה זו. ההחלטה אם להקצות תקציב שנתי למטרה זו וגובהו נתונה למשא ומתן בין משרדי הבריאות והאוצר, במסגרת דיוני התקציב. כל הקצאה שכזו מתווספת לבסיס עלות הסל. מאחר והקצאה זו החלה להינתן החל משנת 1998, הוקמה כ-3 שנים לאחר כניסת החוק לתוקף וועדה ציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות, מייעצת לשר הבריאות ולממשלה, אשר מתכנסת מידי שנה ומבצעת תעדוף של הטכנולוגיות והשירותים אשר מועמדים להתווסף לסל השירותים. הוועדה מבצעת את התעדוף על בסיס התקציב להרחבת הסל שאושר לאותה שנה (או מספר שנים, לפי העניין).

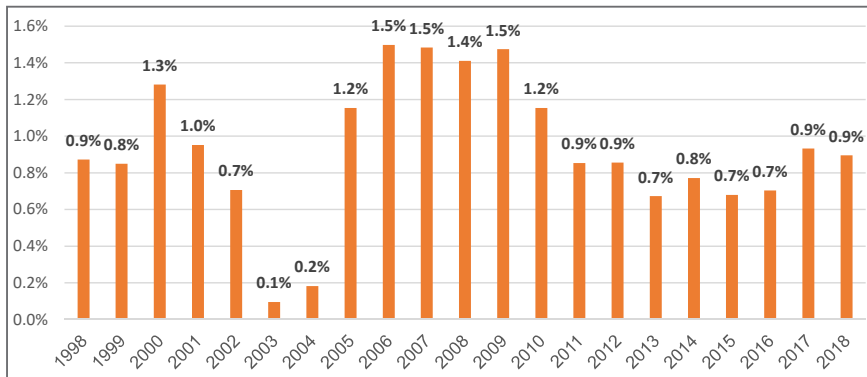
לוח: ההקצאה השנתית להרחבת סל הבריאות לטכנולוגיות ושיניים לילדים

1998-2018



לוח: ההקצאה השנתית להרחבת סל הבריאות לטכנולוגיות כשיעור מעלות הסל

2018-1998



הקצאת תוספת טכנולוגית כשיעור גידול או כסכום קבוע המובטח מראש מאפשרת תכנון רב שנתי. במשך השנים הועלתה דרישה חוזרת ונשנית במערכת הבריאות להנהיג נוסחה אוטומטית קבועה שתקצה נתח מסוים מתקציב המדינה לתוספת הטכנולוגית, שהיקפו ייקבע כשיעור מעלות הסל של קופות החולים. בשנים האחרונות, ועל פי מגמות החדשנות בתחום הצפויות גם בשנים הקרובות, היקף

התרופות והטכנולוגיות הכוללות גם תרופות יקרות בהתאמה אישית, יגיעו לסכומים משמעותיים, הן בעלות התרופה והן בהיקף הטכנולוגיות החדשות. על מנת לחזק את מערכת הבריאות הציבורית, לאפשר לסל הבריאות הישראלי להדביק את קצב ההתפתחויות הטכנולוגיות בעולם הרפואה ולמנוע גידול בשיעורי הפונים לביטוחים הפרטיים, מתבקש לבחון הבטחה של תוספת תקציב בשיעור גידול בשיעורי הפונים לביטוחים הסל. שיעור גידול מזערי שבין 1% ל-1.5% (כ-500-750 מיליוני ₪ בשנת 2020) הינו שיעור לגביו קיימת הסכמה רחבה במערכת הבריאות.

כמו כן, לאור ההתייקרות המשמעותית העולמית במחירי התרופות שתוארה לעיל, ועל מנת לאפשר לתושבי ישראל נגישות גבוהה לתרופות, מוצע לקבוע מנגנונים לריסון מחירי התרופות כפי שמובא בפרק ריסון העלויות במערכת בחוברת זו. קביעה נוכחית של מקדם עדכון טכנולוגי אוטומטי לעלות הסל ללא נקיטה של צעדים לבלימת עליית מחירי התרופות, תהיה בבחינת מרדף אחר הזנב.

ד. נוסחת הקפיטציה

השימוש בישראל בנוסחה להקצאת מקורות בין קופות החולים החל לראשונה בשנת 1980, עת הוחלט כי תשלומי המעסיקים לדמי ביטוח בריאות (המס המקביל) לקופות החולים יחולקו על בסיס הנפשות המבוטחות בכל קופה. במהלך השנים חלו בשיטה זו מספר שיפורים, ששיאם היה בשנת 1994, עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהקצאת מקורות על בסיס קפיטציה נקבעות דרכי חלוקת כמות נתונה של מקורות ציבוריים בין קופות החולים, ולכל קופה ניתן סכום קבוע מראש לשנה, בהתאם למשקל היחסי של מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופה וקופה. מטרת ההקצאה על בסיס קפיטציה נועדה לבטא את צרכי הבריאות השונים של האוכלוסייה המבוטחת בכל אחת מהקופות, ולהבטיח חלוקה יעילה וצודקת של המקורות בין הקופות, ככל שניתן. הקצאת מקורות על בסיס הסיכון החזוי של כל מבוטח אמורה לפצות את קופות החולים שיש בהן מבוטחים עם סיכון גבוה, ולהחליש את התמריצים לדחייתם של מבוטחים כאלה מצד הקופות. מטרה נוספת היא תמרוץ קופות החולים להתנהגות מכוונת מדיניות לאומית בנושאים מסוימים, כגון השקעה בפריפריה. החוק הגדיר כי בנוסחת הקפיטציה יש לכלול מקדמי גיל ופריפריה. החוק מאפשר לכלול מרכיבים נוספים בנוסחה כפי שיקבע שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, לאחר ששר העבודה והרווחה אישר כי בידי המוסד לביטוח

לאומי הכלים לחישוב מספר המבוטחים המשוקלל, ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.

המשתנים העיקריים המשפיעים על ההבדלים בצריכת שירותי בריאות הינם:

- ◆ משתנים דמוגרפיים (גיל ומין)
- ◆ משתנים חברתיים-כלכליים (הכנסה, השכלה, תעסוקה, צפיפות מגורים וכד')
- ◆ מצב בריאותי

למול השאיפה שמקדמי הנוסחה יבטאו את צרכי הבריאות השונים ויתבססו במידת האפשר על צפי השימוש בשירותים, עומדת המגבלה של זמינות הנתונים, יכולת המדידה והכימות שלהם, והרצון שהקריטריונים יהיו קלים למדידה ולמעקב, אך קשים למניפולציות.

משקולות נוסחת הקפיטציה הנוכחית:

משקלות החל מ-1/2/2017				משקלות החל מ-1/11/2010				משקלות עד 31/10/2010	גיל המבוטח
תושב פריפריה		לא תושב פריפריה		תושב פריפריה		לא תושב פריפריה			
זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה		
1.9	1.44	1.85	1.4	1.92	1.45	1.87	1.41	1.55	עד 1
0.99	0.8	0.94	0.75	0.99	0.8	0.94	0.75	0.96	עד 5
0.46	0.43	0.42	0.39	0.45	0.42	0.41	0.38	0.47	עד 15
0.41	0.48	0.37	0.44	0.4	0.47	0.36	0.43	0.4	עד 25
0.48	0.78	0.43	0.74	0.46	0.77	0.41	0.73	0.57	עד 35
0.63	0.83	0.58	0.79	0.62	0.82	0.57	0.78	0.68	עד 45
1.03	1.18	0.99	1.14	1.03	1.18	0.99	1.14	1.07	עד 55
1.83	1.73	1.78	1.69	1.84	1.74	1.79	1.7	1.69	עד 65
3.14	2.64	3.1	2.6	3.18	2.67	3.14	2.63	2.86	עד 75
4.12	3.4	4.07	3.35	4.18	3.45	4.13	3.4	3.56	עד 85
4.21	3.52	4.17	3.47	4.27	3.57	4.23	3.52	4.06	מעל 85

החוק קובע, שמתוך הסכום לחלוקה יוקצה סכום מסוים לחלוקה בין הקופות, שלא בהתאם לנוסחת הקפיטציה, אלא על פי מספר המבוטחים בכל קופה הלוקים במחלות קשות. העלות של כל אחת מהמחלות נקבעה בתיאום עם משרדי הבריאות והאוצר. בנוסחה הקיימת ישנן 5 מחלות קשות: דיאליזה, טלסמיה, המופיליה, גושה, מחלה זיהומית. הכללת מצבי חולי נוספים עשויה להגביר את התחרות בין קופות החולים על קבוצות בסיכון בריאותי ולהפחית את התמריץ לברירת מבוטחים. הכללת מצבי בריאות בנוסחת הקפיטציה תופסת תאוצה במדינות העולם (ארה"ב, גרמניה, הולנד ובלגיה).

נוסחת הקפיטציה עודכנה לאחרונה בשנת 2010, בהתאם להמלצות הצוות הבינמשרדי בנושא. בשנת 2013 הוקם צוות בינמשרדי נוסף, שהמליץ על עדכון נוסף בנוסחה. בשנת 2017 עודכנו משקולות הקפיטציה בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש והכללה בסל של תאונות עבודה. במהלך שנת 2019 הופצו לשימוע ההצעות הבאות לשינוי בנוסחת הקפיטציה:

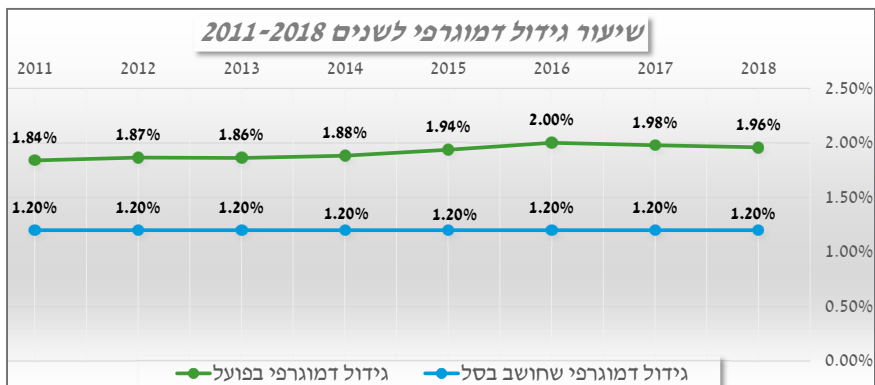
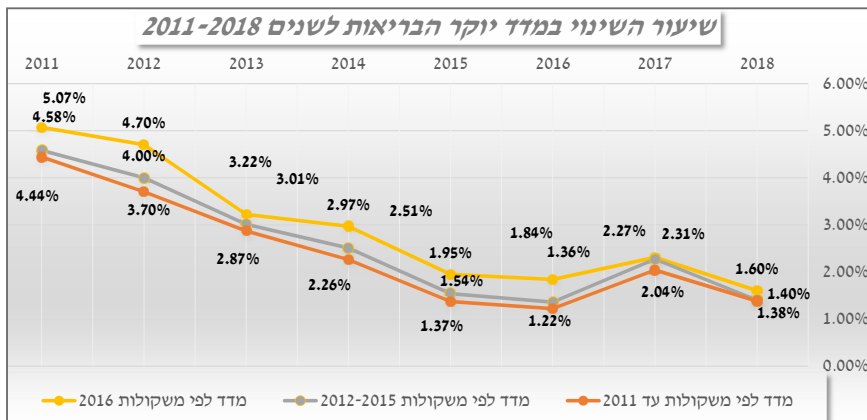
- ◆ הגדלת המקדם לתושבי הפריפריה
- ◆ הקצאת סכום נוסף לבני 65+
- ◆ הקצאת סכומים בגין הוצאות קבועות שיחולק באופן שווה בין קופות החולים
- ◆ הקצאת סכומים עבור הטיפול ואיזון חולי סכרת
- ◆ הקצאת סכומים בגין קשישים מקבלי קצבאות נכות והבטחת הכנסה
- ◆ עדכון ראשי ההוצאה בגין טיפולי שיניים לילדים וקשישים

לאופן ההקצאה משמעות גדולה על הכנסותיה של כל אחת מקופות החולים ועל אופן הקצאת המשאבים. השינויים הגדולים במערכת הבריאות, החדשנות המתפתחת בקצב מואץ, והתלות בהסכמות בין משרדי הממשלה השונים, גורמים לעיכוב משמעותי בשינויים בנוסחת ההקצאה.

ה. עיגון מנגנון ושיטת עבודה עקבית לעדכון מקדמי קידום עלות הסל, מדד יוקר הבריאות ונוסחת הקפיטציה

לשם בחינת הצורך במנגנון עדכון ריאלי וקבוע בחקיקה, ניתן לבחון שלוש החלטות שקיבלה הממשלה בשנים האחרונות המשפיעות באופן משמעותי על אופן קידום הכנסות הקופות ממקורות החוק:

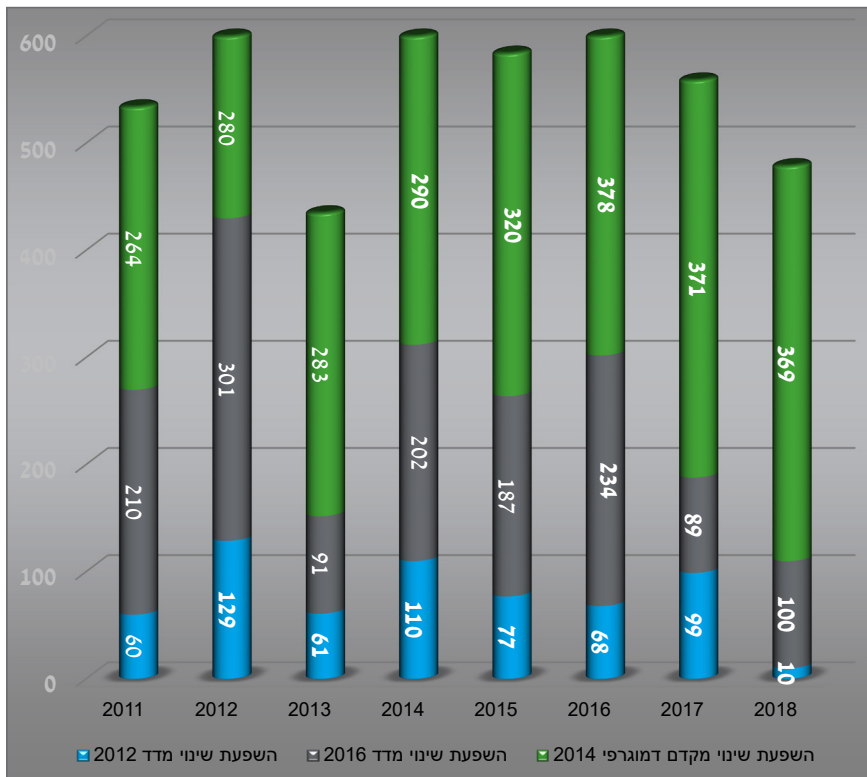
- ◆ שינוי רכיבי מדד יוקר הבריאות החל משנת 2012.
- ◆ קידום עלות הסל על בסיס גידול האוכלוסייה בפועל, לעומת שיעור קבוע של 1.2% בשנים שקדמו, החל משנת 2014.
- ◆ שינוי נוסף של רכיבי מדד יוקר הבריאות החל משנת 2016.



* החישוב לשנים 2018-2014 הינו בהתאם לשיעור 1.2% - השיעור האחרון שקיבלה הממשלה טרם השינוי

מהנתונים עולה, כי להחלטה על המקדם הדמוגרפי ההשפעה הגדולה ביותר על עדכון מקורות החוק, ואילו ההחלטה שקיבלה הממשלה בשנת 2016 על שינוי רכיבי מדד יוקר הבריאות הייתה משמעותית יותר מקודמתה. התוספות בגין החלטות הממשלה (מודגשות בגרף שלהלן) הגדילו את בסיס עלות הסל בכ-2.7 מיליארד ₪, אולם קבלת החלטות אלו בשנים מוקדמות יותר (בגרף זה החל משנת 2011) הייתה מגדילה את בסיס עלות הסל בסכום נוסף של כ-1.87 מיליארד ₪, אשר היה מביא את קופות החולים לאיזון, ללא צורך בכספי תמיכות הפוגמים בוודאות התקציבית וביכולת התכנון לטווח ארוך.

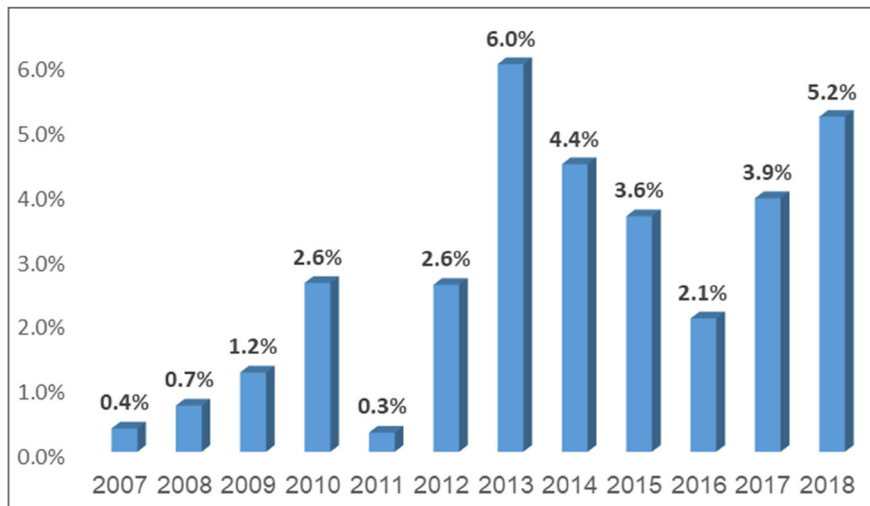
לוח: השפעת החלטות הממשלה (במליוני שקלים)



תמיכה בקופות חולים

בהתאם לסעיף 3א' לחוק יסודות התקציב, קופות החולים מקבלות מהממשלה תמיכה כספית, שעיקר מטרתה השגת יעדים של איזון כלכלי וייצוב מצבן הכספי של קופות החולים לטווח ארוך בתנאים השוררים במשק הבריאות. כספי התמיכה מחולקים לקופות החולים בהתאם למבחני תמיכה ולהסכמי ייצוב הנחתמים לתקופות של שלוש שנים. בנוסף, משרד הבריאות מפרסם מבחנים בתחומים שונים שנועדו לתמרץ את קופות החולים להשיג יעדים שקבעה הממשלה.

לוח: שיעור התמיכות מעלות הסל



משרד הבריאות פרסם מבחני תמיכה לקופות חולים (לא כולל מבחני תמיכה לבתי החולים שבבעלות הקופות) לשנת 2018 בהיקף של כ-2.7 מיליארד ₪ (מתוכם כ-950 מ"ח של התכנית להסטת פעילות ממימון פרטי לציבורי וקיצור תורים).

בשנת 2016 הועברו כספי תמיכות בסכום של כ-769 מיליון ₪ לבסיס עלות הסל.

בפועל, עם השנים הפך מנגנון כספי התמיכה ממנגנון של תמרוץ לאיזון והשגת יעדים למנגנון המשלים את מנגנוני התקצוב של סל הבריאות. בתמורה לתמיכות דורשת הממשלה מקופות החולים לעמוד ביעדים שונים מעבר לתכולת החוק. היקפי תמיכות של כ-5% מעלות הסל, מחולקים לפי קריטריונים הנקבעים על ידי הממשלה

לא בחקיקה, ונראה כי קיים צורך משמעותי לייעל ולמסד מנגנונים אלו בכך שיבטיחו לאורך זמן את תקצוב עלות שירותי סל הבריאות. בשנים האחרונות במספר מקרים, נחתמו עם קופות החולים הסכמי ייצוב בתום השנה השנייה ואף בתום השנה השלישית מתוך שלוש שנות ההסכם. חוסר הוודאות יוצר מורכבות אצל קופות החולים בניהול התקציב בצורה מיטבית ויעילה וכן בהתנהלות השוטפת. הצורך בעדכון קבוע של תקציב מערכת הבריאות נובע מהאתגרים המשמעותיים שיעמדו בפני המערכת בשנים הקרובות: הזדקנות האוכלוסייה, הגידול בתחלואה הכרונית, פריצות דרך טכנולוגיות והתייקרויות של הטכנולוגיות הרפואיות.

הצעות לדיון:

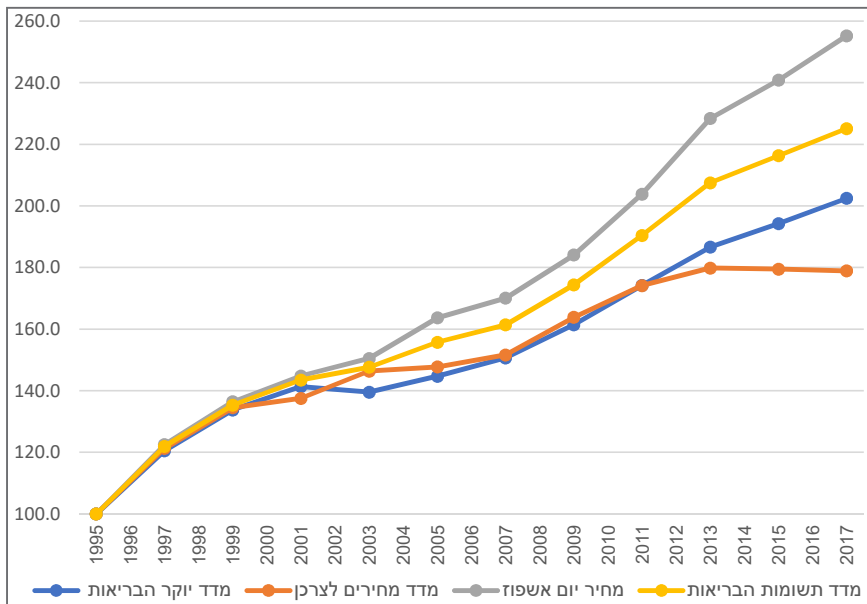
1. הקמה ועדכון של בסיס נתונים המשמש את נוסחת הקפיטציה.
2. הגדרת מקדם דמוגרפי מזערי בחקיקה ומתן אפשרות לממשלה להגדילו מעבר לכך.
3. הגדרת המקדם הטכנולוגי כשיעור מזערי מעלות סל שירותי הבריאות ומתן אפשרות לממשלה להגדילו מעבר לכך.
4. הקמת ועדה קבועה שתמונה ע"י משרדי הבריאות והאוצר, שתעקוב באופן שוטף ותמליץ על עדכון מעת לעת של נוסחת הקפיטציה, מדד יוקר הבריאות, המקדם הדמוגרפי והמקדם הטכנולוגי.
5. בחינת שינוי שיטת הסכמי הייצוב במתכונתה הנוכחית והעברת כספי תמיכה לבסיס הסל.

2. ריסון עלויות במערכת הבריאות

כפי שפורט בפרק העוסק בעלות סל שירותי הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי הכיר בצורך בקידום אוטומטי של עלות הסל בגין שינויי מחירים, צורך שלא הוכר עד היום בחוק במלואו בגין קידום דמוגרפי וקידום טכנולוגי. בהתאם לכך, כלל החוק עוד מראשיתו מנגנון עדכון מחירים לקידום שנתי של עלות הסל שנקבעה בו, באמצעות הגדרת מדד יוקר הבריאות על מרכיביו השונים והשינויים שחלו בהם לאורך השנים. יחד עם זאת, במשך שני העשורים האחרונים חלו עלויות מחירים בתשומות שירותי הבריאות, בשיעורים גבוהים יותר מהתפתחות מדד יוקר הבריאות, למרות שהוא מגלם ומבטא חלק מהשינויים במחירי התשומות.

למותר לציין, שכל עליית מחירים חריגה (בהשוואה לנתונים היסטוריים, למדדי מחירים אחרים או בהשוואה בינלאומית) של גורמי הייצור של מערכת הבריאות, באה בהכרח על חשבון שימושים ריאליים בתקציב בריאות נתון, ובפרט שהיא אינה משתקפת במלואה במדד קידום המחירים של עלות הסל - מדד יוקר הבריאות המוגדר בחוק. עוד תורמת עליית המחירים להגדלת ההוצאה הפרטית והלאומית לבריאות, ובכך להקצאה לא יעילה של משאבי המשק ברמת המאקרו.

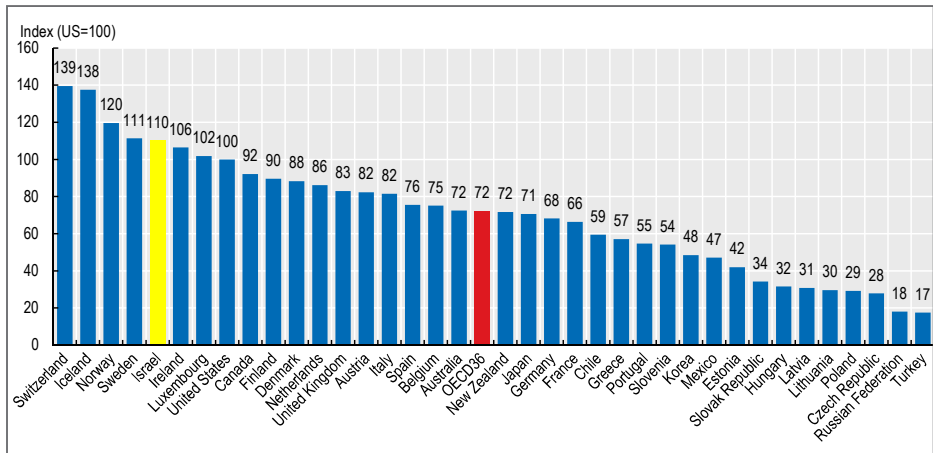
לוח: התפתחות מדדי מחירים נבחרים בבריאות 1995 - 2017



מקור: נתונים נבחרים מנהל תכנון ואסטרטגיה, משרד הבריאות 2018

גם בהשוואה בינלאומית, ניתן ללמוד שהמחירים של שירותי הבריאות בישראל יקרים יותר מברוב מדינות ארגון ה-OECD. לפי מדד מחירי הבריאות שמחשב הארגון ביחס למחירים בארה"ב, ישראל נמצאת גבוה במקום חמישי עם רמת מחירים הגבוהה בכ-52% ממוצע מדינות ה-OECD ובכ-10% מרמת המחירים בארה"ב.

לוח: Comparative price levels for health, 2017, US=100



Source: OECD estimates (unpublished).

Health at a Glance 2019 - © OECD 2019

מהנתונים המוצגים מעלה עולה, כי בעוד שבחמש השנים הראשונות לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התקדמו מדד יוקר הבריאות, מדד המחירים לצרכן, מחיר יום אשפוז ומדד תשומות הבריאות¹⁴ זה לצד זה בשיעורים דומים, הרי שמתחילת שנות האלפיים נפתח פער משמעותי הולך וגדל בין מדד יוקר הבריאות לבין מדד תשומות הבריאות ומחיר יום אשפוז. המחלוקת המתמשכת לאורך שנות החוק באשר לצורך

14 מדד תשומות הבריאות פותח על ידי משרד הבריאות ותכליתו לאמוד שינויים במחירי התשומות לאספקת סל השירותים בקופות חולים. מרכיבי מדד תשומות הבריאות כוללים את מחירי של יום אשפוז (42%), מדד השכר במגזר הבריאות (28%) ומדד המחירים לצרכן (30%). יש לציין כי בשנת 2013 חל שינוי בתמהיל מרכיבי המדד אשר עודכן לאורך כל השנים אחורה. בתמהיל הישן היווה מרכיב מדד יום האשפוז 50%, מרכיב השכר במגזר הבריאות 30% ומרכיב מדד המחירים לצרכן 20%.

להכליל את מחיר יום האשפוז במדד יוקר הבריאות מוכרת לכלל הגורמים במערכת הבריאות ולא נעסוק או ננקוט בה עמדה בדיון זה, בו נתרכז בהתפתחות מחירי תשומות הבריאות, הצורך ומידת היכולת לרסנם.

בין גורמי הייצור החשובים במערכת שחלה עלייה משמעותית במחיריהם בשנים האחרונות, ניתן לזהות את שכר הרופאים ומחירי התרופות.

ההוצאה בגין תרופות

משקלה של ההוצאה לתרופות וציוד רפואי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות עלה משיעור של 11.6% בשנת 1999 לשיעור של 19.4% בשנת 2017.¹⁵ ההוצאות על רכש תרופות וציוד רפואי היוו בשנת 2018 כ-19.5% מסך ההוצאות של קופות החולים,¹⁶ בסכום כולל של כ-10 מיליארד ₪.

העלייה במשקל ההוצאה לתרופות מוסברת הן על ידי הגידול בכמויות התרופות הנרכשות על ידי מערכת הבריאות בשל הזדקנות האוכלוסייה והקידום הטכנולוגי של סל שירותי הבריאות, שמוסיף מידי שנה תרופות ושירותים חדשים במסגרת החוק, והן על ידי עליית מחירי התרופות, וביתר שאת בעשור האחרון, בו נשברו שיאים של מחירי תרופות אינובטיביות חדשות בישראל, כמו בעולם.

כך למשל, עלות טיפול בשנה בתרופה אונקולוגית ממוצעת שנכנסה לסל התרופות במסגרת העדכון הטכנולוגי השנתי האמירה מסך של 34,000 ₪ לחולה לשנה בשנת 2008 לסך של 253,000 ₪ בשנת 2019.¹⁷

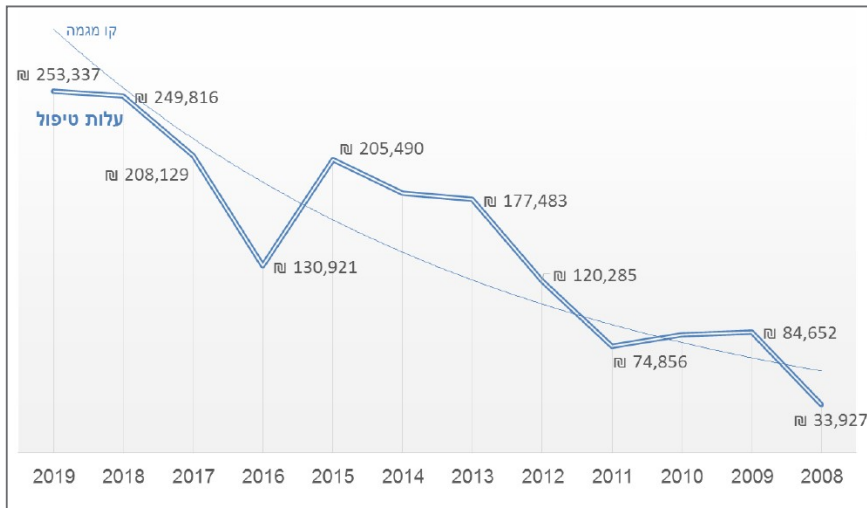
15 נתונים נבחרים מנהל תכנון ואסטרטגיה, משרד הבריאות 2018.

16 דוח מסכם פעילות קופות החולים 2018, שיף הזנפרץ ושות' רואי חשבון והאגף לפיקוח ולבקרה על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, 2019.

17 עדכון עלות סל שירותי הבריאות - הצעה למנגנון קבוע, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות 2019.

לוח: עלות טיפול בשנה בתרופה אונקולוגית ממוצעת בעדכון הטכנולוגי לסל

2019-2008



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות 2019

מחירי התרופות עולים בהתמדה משנה לשנה, בלי קשר מובהק לעלייה ביעילותן, למול ביקוש קשיח של חולים ובני משפחותיהם לסיכוי למצוא מזור למחלתם. ממשלות ברחבי העולם מתמודדות עם המחירים העולים מצד אחד מול הביקוש העצום מצד שני, ונדרשות להוציא נתחים הולכים וגדלים מתקציבי הבריאות שלהן על תרופות חדשות. באחרונה נעשה ניסיון חדשני של מדינות שונות לשלב ידיים בניסיון לעצור את האינפלציה במחירי תרופות המקור: במועצת הבריאות של ארגון הבריאות העולמי (WHA) נחתם הסכם בינלאומי להגברת השקיפות במחירי התרופות. ההחלטה החדשנית קוראת לממשלות ולגופי רכש בריאות אחרים לחלוק זה עם זה מידע על מחירי הרכש האמיתיים ולדאוג ליותר שקיפות בנושא פטנטים, תוצאות ניסויים קליניים ומשתנים נוספים שמשפיעים על תמחור, מהמעבדה עד הצרכן. השקיפות, מקוות המדינות החתומות על ההסכם, עשויה לגרום להורדת מחירים ולסייע למדינות לשאת ולתת ביעילות רבה יותר על מחירי תרופות.¹⁸

18 "מחלה חשוכת מרפא: המגיפה שעלולה להפיל מדינות", רוני לינדר גנץ, הארץ 14.6.19.

המדינות שסירבו לחתום על ההחלטה הבינלאומית מסבירות את התנגדותן בטענה שזו התקבלה במהירות רבה מדי ובלי דיון מספק בכל ההשלכות, וכי הן אינן בטוחות שהגברת השקיפות תוביל בהכרח לירידת מחירים. אולי אפילו להפך.

מגמה נוספת שמתחילה להתפשט בשנים האחרונות בחלק מהמדינות ובמידה מסוימת גם בישראל היא תשלום כנגד יעילות (Pay for Performance), או במובנה הרחב יותר: רפואה מבוססת ערך (Value Based Medicine). מטרת מדיניות זו, היא לחזק את הקשר בין מחירי תרופות או השירותים הרפואיים לבין מידת האפקטיביות שלהם, כך שמדינות לא יתפתו לשלם סכומים אדירים על תרופות שתועלתן הרפואית מועטה. בריטניה מובילה את הקו הקשוח ביותר בנושא באמצעות ארגון NICE שעוסק בבדיקת ודירוג תרופות וטכנולוגיות לפי עלות ותועלת. באחרונה סירב NICE להכניס לסל התרופות הבריטי את טיפולי CAR-T, שנכנסו לסל הבריאות בישראל בשנת 2019, בטענה שמחירם לא מצדיק את התועלת הרפואית הצפויה מהן.

רעיונות נוספים שעולים מפעם לפעם הם ליצור רכש מרוכז באמצעות אשכולות של מדינות שיקיימו מו"מ משותף ויגדילו את כוחן מול חברות התרופות, או אפשרות של קביעת רף עליון למחיר שחברת תרופות יכולה לגבות עבור תרופה בהתאם לתועלת המוכחת שהיא מספקת. שיטה זו נהוגה בבריטניה במסגרת מודל PAS (Patient Access Scheme), אולם היא משלבת את התחייבות המדינה לחסיון מחיר הרכש של התרופה.

מחירי התרופות בישראל מפוקחים במסגרת חוק הפיקוח על המוצרים והשירותים. משנת 1998 נקבעים המחירים המרביים של התרופות בשיטה של "מודל ציטוט מחירים", שלפיה המחיר המרבי של תרופה בישראל הוא הממוצע של מחירה במדינות ייחוס שונות שנבחרו לצורך העניין (להלן - מודל הציטוט). זאת, לעומת השיטה שנהגה עד לאותו מועד, לפיה נקבע המחיר בהתבסס על עלות בתוספת רווח (מודל Cost Plus). כיום, מחיר התרופות בישראל מוגדר על ידי הצו הקובע את המחיר המחייב לקמעונאי, בתוספת שיעור הרווח המרבי לקמעונאי, וכן את המחיר המחייב לצרכן.

מצד הקונים, שוק התרופות בישראל הינו שוק ריכוזי עקב המבנה הביטוחי המאפיין אותו. ארבע קופות החולים אחראיות על רכישת למעלה מ-85% מתרופות המרשם הנמכרות בישראל. מבנה מונופסוני זה מאפשר לקופות החולים להשתמש בכוח הקנייה שלהן על מנת לרכוש את התרופות במחירים הנמוכים מהמחירים

המקסימליים המתפרסמים על ידי משרד הבריאות. כוח זה מוגבל ככל שמדובר בתכשיר מקורי שאין לו תחליף טיפולי, אולם ככל שיש תחליפים גנריים או טיפוליים אחרים, כוחה של הקופה עולה הן הודות לתחרות בהיצע התרופה והן בשל ריכוזיות כוח הקנייה.

יחד עם זאת, חוק הפיקוח אינו חל כיום על שורה של מוצרים שאינם תרופות רשומות, אך הם כלולים בסל שירותי הבריאות, כך שקופות החולים מחויבות לספקם למבוטחים. ביניהם, מכשור רפואי, חומרים מתכלים ותרופות שאינן רשומות בישראל שניתנות למבוטחים במסגרת סעיף 29 ג לפקודת הרוקחים.

כניסתן של גרסאות גנריות לתרופות מקור מביאה לירידה משמעותית של עשרות אחוזים עד ל-70% בעלות הרכש של תרופות. הוזלה של עלויות רכש התרופות מותירה בידי הקופות מקורות למימון שירותי בריאות נוספים לטובת המבוטחים, וכן מפחיתה את עלויות ההשתתפות העצמית של המבוטחים בגין תרופות אלו. בהתאם לתיקון בפקודת הרוקחים משנת 2002, אישור תרופה גנרית הרשומה לשימוש בארה"ב או באירופה אמור להתבצע במסגרת מסלול ירוק בתוך 70 ימים. על פי הפקודה, משך רישומה של תרופה גנרית בישראל, שאינה רשומה לשימוש בארה"ב או באירופה לא אמור לעלות על 9 חודשים. בפועל, רישום תרופות גנריות בישראל אורך זמן רב יותר באופן משמעותי בשל עומס בקשות ומחסור בתקנים באגף הרוקחות במשרד הבריאות. כך, מוסיפות להימכר בישראל תרופות מקור יקרות על אף שכבר קיימות להן גרסאות גנריות זולות שאושרו בעולם. להערכת חברות תרופות גנריות בישראל, החיסכון השנתי שעשוי לנבוע מרישום מהיר יותר של תרופות גנריות עומד על כ-200-250 מיליון ₪ בשנה.¹⁹

ועדת חריגים של קופת החולים

הגוף השוקל מתן שירות שאינו בסל, במימון הקופה, בכל מקרה ספציפי, הינו "ועדת חריגים" בקופת החולים. ככלל, לקופת החולים, באמצעות ועדת החריגים, שיקול דעת רחב אם להיעתר לבקשה. על הקופה לקיים סדרת כללים,

19 "שנתיים ללא רוקח ראשי, סחבת מתמשכת והציבור משלם ביוקר", עיריית אבישר, ידיעות אחרונות 10.11.19.

פרוצדורליים ומהותיים, ביחס לעבודת ועדת החריגים. כללים אלה נמנו בפסיקת בית הדין הארצי לעבודה, וכן בחוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים 06/2010, כאמור. הם כוללים כללים "דיוניים" ביחס לפן הפרוצדורלי (הרכב ועדת החריגים, חובה לקבוע נהלים לעבודת הועדה, זכות השימוע של המטופל, בכתב או בע"פ, חובת הנמקה ועוד) וכן כללים מהותיים הנוגעים לשיקולים שאותם קופת החולים רשאית לשקול, בבואה לדון בבקשת מבוטח.

במסגרת הדיון בבקשה בוועדת החריגים על הוועדה לשקול, בין היתר, את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות טיפולים קודמים שניתנו למחלתו, התפתחות מחלתו תחת אותם טיפולים או עמידותה לטיפולים, ומידת מיצויים; את האינטרס הטיפולי המיוחס לשירות המבוקש; ועד כמה הטיפול המבוקש תורם להגשמתו, לעומת חלופותיו שבסל, ככל שיש חלופות כאמור; את עלות הטיפול לפרט; את מידת הביסוס של הטכנולוגיה המבוקשת; וכן את משמעות הרחב הכלכלית של מתן הטיפול לכלל המטופלים באותו מצב בהתחשב במאפיינים המייחדים את מצבו הרפואי של המטופל, אם יש כאלה.

רקע משפטי לעבודת ועדות החריגים לסל

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קופות החולים מחויבות לספק למבוטחיהן את כלל השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות. סעיף 3 (ג) לחוק קובע כי "קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה {...}."

עם זאת, סל השירותים שנקבע לפי חוק מהווה סל מינימום אשר אינו מתיימר לספק את כל השירותים הרפואיים הנדרשים או העלולים להיות נדרשים למבוטחי קופות החולים. קופת החולים רשאית לספק למבוטחיה גם שירותים שאינם כלולים בסל. תוספת זו על סל שירותי הבריאות הביאה לפיתוח ועדות החריגים על ידי הפסיקה. "בכך בלבד שהטיפול המבוקש אינו כלול בסל שירותי הבריאות, אין בכדי להפחית מחובת הקופה, ומחובתה של ועדת החריגים מטעמה, להפעיל שיקול דעת ענייני ולבחון את בקשת העמית לגופה, באשר לצורך במתן הטיפול הנדרש ומימונו, על אחת כמה וכמה ב"מקרים הקשים".²⁰

20 ע"ע 205/08 שירותי בריאות כללית נ' אילן טיירו ז"ל, עמ' 19.

הפסיקה בנושא זה היא ענפה, ועסקה בהיבטים שונים של פעילות ועדת החריגים, והתפתחו כללים מנחים לפעולתן של הקופה ושל ועדות החריגים. הפסיקה התייחסה לסוגיות שונות ובכלל זה עצם החובה לקיים הדיונים בה, אופן קיום הדיונים, שמירה על הזכויות הדיוניות של המטופל במסגרתה, וביקורת שיפוטית על סבירות החלטות הוועדה.

ע"ע (ארצי) 205/08 כללית נ' טיררו עסק בעקרונות פעילות ועדת החריגים ובהיבטים המנהליים של קיום הדיון של הוועדה - הזכות לייצוג משפטי בפני ועדת החריגים (יש לאפשר), קביעת תנאי סף לדיון בוועדת החריגים (צריכים להיות לפי אמות מידה כלליות וגמישות ככל הניתן), ואופן יישום עקרון השוויון ושיקולי תקציב בהקשר של ועדת החריגים (אישור טיפול "חריג" אינו הפליה פסולה ביחס למטופלים אחרים, אך צריך להיעשות לפי קריטריונים שנקבעו לגבי כלל החברים ועל סמך החלטה כתובה ומנומקת).

ע"ע (ארצי) 09/575 מכבי נ' דהאן עסק בחובת הקופה לקיים דיון בוועדות חריגים ביחס לבקשה פרטנית של מטופל גם אם דיון בטכנולוגיה המבוקשת נדון בפורומים אחרים של הקופה (פורום טכנולוגיות), ועל חובתה להתייחס לתוצאות טיפול רפואי קודם של המטופל ללא תלות בדרך בה מומן הטיפול.

ע"ע (ארצי) 33066-11-12 מכבי נ' גילגור עסק בשאלה מהי קבוצת השוויון אל מולה בוחנת ועדת החריגים את שיקולי הרוחב של הבקשה. ועדת החריגים דנה ב"חריגות הרפואית" של מבקש הטיפול החריג בהיבט הרפואי כשלעצמו ולעומת יתר חברי הקבוצה, והאם נמצא שוני רלוונטי בין מצבו של החולה המסוים לבין מצבם של מבוטחים אחרים, הנמנים על קבוצת השוויון הרלוונטית, באופן המצדיק הבחנה בינו לביןם. כן נקבע כי השיקול התקציבי הוא אחד ממכלול השיקולים שעל ועדת החריגים לשקול אך לא כשיקול יחיד. יש לתת משקל מהותי ליעילות הטיפול המבוקש למטופל ספציפי ולשאלה האם יש חלופה בסל הבריאות לטיפול במחלת המבקש.

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים 06/2010 - "מתן שירותים שאינם בסל למבוטחי הקופה", נתן ביטוי לכללים אלו כפי שעלו מתוך הפסיקה וקבע את הכללים המהותיים והפרוצדורליים ביחס לעבודת ועדת החריגים אשר תבחן פניות של מבוטחים לקבלת שירותים כאמור.

הגברת השימוש בוועדות החריגים למתן טיפולים שאינם כלולים בסל הבריאות

מגמת פסיקה זו הייתה עקבית במשך העשור האחרון, בתי הדין ומשרד הבריאות יישמו את העקרונות שלעיל על מקרים נוספים שהגיעו לפתחם, וקופות החולים היום מחויבות למתן תרופות, טכנולוגיות וטיפולים שאינם בסל באמצעות ועדות חריגים.

עם השנים, נצפה גידול בהיקף הבקשות המוגשות לוועדות החריגים, וכן בהיקף ההוצאות הכספיות הנדרשות למימון הבקשות שאושרו. להלן נתונים שנמסרו על ידי קופות החולים למפקח על קופות החולים ושב"ן:

2014	2015	2016	2017	2018	
987	1,219	1,662	1,944	חסר	סה"כ הבקשות שהוגשו לוועדות חריגים
639	794	999	1,225	חסר	סה"כ בקשות שאושרו על ידי ועדות חריגים
64.7%	65.1%	60.1%	63.0%	חסר	אחוז מאושרות מתוך הבקשות שאושרו
35,124	55,788,000	89,242,000	257,499,000	140,006,000	עלות בקשות שאושרו על ידי ועדות החריגים לתרופות (בש"ח)

צוות לבחינת עבודת ועדות החריגים של קופות החולים

במהלך שנת 2018, בעקבות דיון בתיק ועדת חריגים במסגרת בית הדין הארצי לעבודה (ע"ע 52743-02-19 מכבי נ' ארי יצחק מזרחי) ולאור הצורך לדון מחדש בנושא ועדות החריגים, הוחלט על הקמת צוות פנימי, בהובלת הסמנכ"ל לפיקוח

על קופות החולים ושב"ן ונציגים נוספים ממשרד הבריאות, לבחינת עבודת ועדות החריגים בקופות החולים אשר יעסוק בקביעת קווים מנחים לשיקולים שצריכים להידון בוועדות החריגים, לרבות השיקולים התקציביים. הצוות התבקש לבחון את הצורך לעדכן את ההנחיות אשר בחוזר סמונכ"ל לפיקוח על קופ"ח ושב"ן 06/2010 וכן לבחון מודלים שונים.

הצוות ערך דיונים פנימיים, בחן נתונים כלכליים ומקצועיים שנמסרו לבקשתו, ערך סקירה של פסיקה הקיימת בנושא, וקיבל לידי התייחסויות בכתב ובע"פ של הגורמים השונים במערכת. הצוות הגיש המלצותיו באוגוסט 2019 למנכ"ל משרד הבריאות.

עיקרי המלצות הצוות

1. הצוות המליץ להמשיך במודל הקיים של ועדות חריגים המופעלות על ידי הקופות, בהתאם לחוזר סמונכ"ל 2010/6, והמליץ על עדכנו ותיקונו של החוזר והוספת הוראות הנוגעות לפרסום ויידוע ביחס לעבודת ועדת החריגים (למבוטחים וכן לרופאי הקופה), וכן הוראות נוספות ביחס לנהלי עבודתה הפנימיים, ולאופן ביצוע התחשיב הכלכלי לעלות מתן התרופה למטופל על ידי הקופה. כן המליץ על שימוש בפורמט מובנה ואחיד לקבלת החלטות ועדת חריגים, להנמקת החלטת הוועדה ולמתן מידע למטופל, שיצורף לחוזר כנספח. כן הומלץ על קביעת לוחות זמנים סבירים לעבודת הוועדה, ולתדירות התכנסויותיה, וזאת בהתאם לדחיפות הבקשה.

2. הצוות המליץ על הקמת מאגר מידע פנימי שינוהל על ידי קופת החולים, הכולל את הבקשות, האישורים והדחיות של ועדת החריגים על פי פורמט אחיד. בנוסף, הצוות המליץ על דיווח שנתי שוטף לאגף לפיקוח על קופות החולים ושב"ן ממשרד הבריאות.

3. הצוות המליץ כי ועדת החריגים תשקול במסגרת החלטתה שיקולים נוספים בהיבטים של מיצוי זכויות הקיימות למבוטח, ובכלל זה מיצוי זכאות במסגרת תכניות השב"ן, ומיצוי זכאות קיימת במסגרת ביטוחים פרטיים. הצוות המליץ כי תיעשה פנייה לאגף שוק ההון על מנת שיוציא הנחיה לחברות הביטוח, לפיה לצורך מימוש הזכאות במסגרת הפוליסה הקיימת ברשותן עליהן להסתפק באישור הקופה כי השירות אינו בסל, וכן בבקשה להבהיר לחברות הביטוח כי

אין לכלול הוראה בפוליסה המתנה את מימושה במיצוי פנייה לוועדות חריגים ודרישה לסירוב (פנייה זו אכן נעשתה במסגרת מכתבו של מר מוריס דופרמן לד"ר משה ברקת, הממונה על רשות שוק ההון, הביטוח והחסכון, מיום 07.11.2019). כן המליץ הצוות כי בתום הדיון בוועדת חריגים, ובמקרים בהם החליטה הוועדה לאשר את בקשת המבוטח, כתנאי לקבלת הטיפול המבוקש במימון הקופה, רשאית הוועדה לדרוש מהמבוטח למצות כל זכאות נוספת הקיימת לו במסגרת ביטוח פרטי (ככל שיש ברשותו). עם זאת, הדיון בוועדת החריגים יתקיים ללא ידיעה מראש או שיקול - האם ברשות המבוטח כסיו ביטוחי במסגרת חברת ביטוח פרטית.

4. הצוות המליץ על צעדים משלימים נוספים כגון תיקון חקיקה למתן זכות שיבוש לתרופות החולים אל מול חברות ביטוח פרטיות להשבת כספים שהוצאו במסגרת ועדת חריגים; שימוש בכלים של פיקוח על מחירים לקביעת מחירים מרביים לתרופות שנרכשות על ידי הקופות בהתאם לוועדת חריגים או בהתאם לצו שיפוטי; הגברת הרישום של תכשירים שאושרו במסגרת ועדת חריגים; הגשת תכשירים שאושרו במסגרת ועדות חריגים לוועדת הסל, תוך מסירת מידע ביחס למספר המבוטחים, הניסיון הטיפולי ותוצאות הטיפול באותם מבוטחים, ותוך שמידע זה יהיה חלק ממכלול השיקולים אשר יעמדו בפני חברי וועדת הסל במסגרת דיוני הוועדה; הרחבת הכיסויים בשב"ן (הביטוחים המשלימים של קופות החולים) על מנת לכלול תרופות למחלת "יתום" וזאת במסגרת הרובד הביטוחי הראשון; הרחבת הכיסויים בשב"ן על מנת לכלול תרופות "מצילות ומאריכות חיים" (המלצה המצריכה תיקון חקיקה וביטול הוראת סעיף 10 לחוק האוסרת הכללת תרופות מצילות ומאריכות חיים בתכניות אלו).

מבט זהיר לעתיד

עם הידוק נהלי העבודה של ועדות החריגים, בהתאם להמלצות הצוות, יש לצפות כי הליכי הדיון וקבלת ההחלטות של ועדות החריגים בכלל הקופות ישתפרו, ויעמדו טוב יותר בביקורת שיפוטית. ככלל, לאחר מספר שנים של גידול משמעותי בעבודת הוועדות ופיתוח כללי עבודתן, ייתכן ואנו נראה בעתיד הקרוב התמסדות והתייצבות בעבודת ועדות החריגים, פיתוח מיומנות של העוסקים בהן, ושיפור בשירות הניתן למבוטחים. יודגש כי מאז ומתמיד, מקובל היה לראות בהחלטות ועדת החריגים החלטות עצמאיות הנתונות לשיקול דעתה של הקופה, והביקורת השיפוטית לגביהן עסקה בהיבטים המנהליים של עבודתן.

פסקי דין מעטים שניתנו לאחרונה עשויים להצביע על מגמה זו, על אף שנראה כי מוקדם עדיין לסכמם. פס"ד שניתן בחב"ר 3007-11-19 אילן אליהו נ' שירותי בריאות כללית, קבע כי לא נפל פגם בעבודת ועדת החריגים ואין עילה להתערבות בהחלטתה. כן צוין כי התרופה המבוקשת נדונה בשנים האחרונות שנה אחר שנה במסגרת ועדת הסל להכללת טכנולוגיות בסל שירותי הבריאות, ונדחתה בעיקר בשל מחירי העתק הנגבים עבורה. בנסיבות אלו ציינה שופטת בית הדין "מה לנו כי נלין על קופות החולים השוקלות שיקול זה?" (עמ' 14 לפס"ד).

בפס"ד ע"ע 42731-08-19 פלוני נ' קופת חולים מאוחדת, דחה בית הדין הארצי ערעור על פסק דין של בית הדין המחוזי ביחס לערעור על החלטת ועדת החריגים שלא לאשר את השימוש בתרופה Zolgensma לטיפול במחלת ה-SMA. בית הדין קבע כי יש לתת משקל משמעותי לקיומו של טיפול חלופי בסל שיעילותו הוכחה הן במחקרים והן במערער עצמו, ובפרט שעדיין חסר מידע רפואי קליני ביחס לתרופה החדשה, כך שהחלטת ועדת החריגים התקבלה משיקולים ענייניים ואינה חורגת ממתחם הסבירות.

נקודות לדיון

נציין כי תרופה שאושרה במסגרת ועדת חריגים (אם בשל החלטת הוועדה או בשל החלטת בית הדין), לא בהכרח תומלץ להכללה בסל על ידי הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות, והוועדה הציבורית אינה מחויבת להחלטותיהן של ועדות החריגים. במקרים מסוימים קבוצות חולים מקבלות מימון לטיפול רפואי למחלותיהן אך ורק מכוח ועדות חריגים (כך למשל ביחס לתרופה Exondys הניתנת למספר חולי "דושן", מכוח החלטות ועדות החריגים).

יש להמשיך לתת את הדעת ולמצוא פתרון ביחס למימון טיפולים שאינם בסל, בפרט לחולים קשים מסוג זה. כדברי כבוד בית הדין "הוועדה היא מפלטם האחרון של חברי הקופה, של החולים, החלשים, הנמצאים מחוץ לתחום הזכאות שב"סל השירותים" והביטוח המשלים למינהו. כלפיהם במיוחד ובעבורם כוננה הוועדה, נקבעו תכליתה וייעודה, ועיקרה - להיות לאותם חולים "עוגן הצלה" אחרון.²¹ ככל שוועדות החריגים לא יוכלו להמשיך להוות "עוגן הצלה אחרון" לחולים אלו, יש לאתר אמצעים אחרים למתן מענה.

21 פס"ד שטרית ע"ע 1091/00 שטרית נ' קופת חולים מאוחדת, עמ' 31.

יש מקום לבחון מה עמד בבסיס הגידול בהיקפי הבקשות שהוגשו לוועדות חריגים. האם גידול זה נבע כתוצאה מהתייקרות הטכנולוגיות הרפואיות והתרופות והמחסור המתמיד בתקציב להגדלת סל השירותים? האם כתוצאה מתיקון שנעשה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לפיו תוכניות הביטוח המשלים המוצעות על ידי הקופות אינן כוללות עוד תרופות מצילות חיים או תרופות מאריכות חיים, כפי שהציעה כבוד השופטת נילי ארד במסגרת פס"ד טיירו? האם בשל שימוש הולך וגובר בתרופות שאינן רשומות ובתרופות Off Label בטיפול במחלות קשות?

ניתוח התופעה חשוב אך לא פחות חשוב הוא לבחון אמצעים שונים למתן מענה למטופלים. האם יש בכוחם של הפתרונות המשלימים מן הסוג שצוין לעיל על ידי צוות הבחינה של הסוגיה, ובכלל זה הכללת תרופות יתום ותרופות מצילות חיים במסגרת השב"ן או הכללתם של תרופות אלו בסל שירותי הבריאות, לספק את המענה הנדרש?

לעמדת חלק מקופות החולים, המלצות הצוות הבינמשרדי הן חיוביות אך חלקיות ולא צפויות להביא לשינוי מהותי. לפיכך הן מציעות להקים ועדת חריגים לאומית.

שכר הרופאים

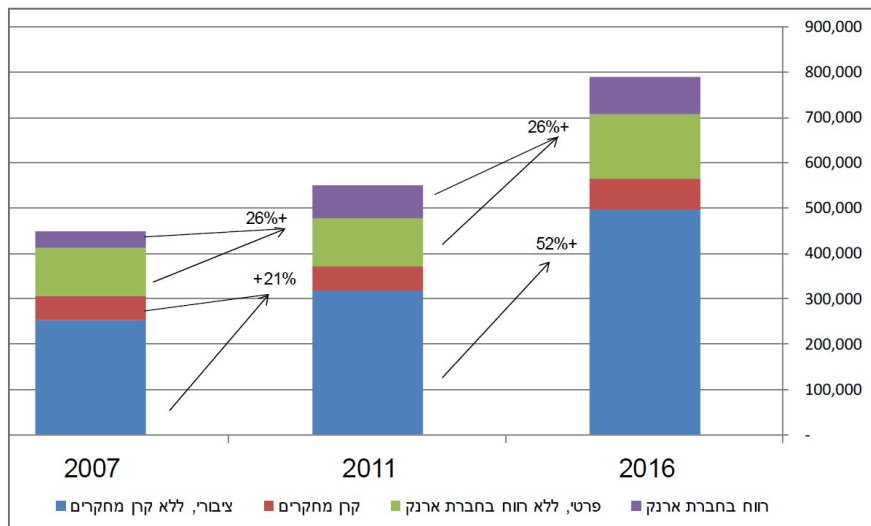
בעוד שתקציב מערכת הבריאות בישראל נמוך ממדינות ה-OECD, ההוצאות על שכר הן מהגבוהות במדינות אלו, והוא עולה בהתמדה בשנים האחרונות.

שכר הרופאים בישראל עלה באופן משמעותי הן במערכת הציבורית בעקבות הסכם שכר הרופאים האחרון משנת 2011, והן במערכת הפרטית בשל הגידול בכיסוי הביטוחים הפרטיים. עליית השכר במערכת הפרטית משפיעה גם היא על עלייה נוספת בשכר הרופאים במערכת הציבורית בשל תחרות שתי המערכות על משאבי כח האדם המוגבלים, הן בבתי החולים והן בקהילה.

ניתן להסביר את העלייה בשכר הרופאים ברידה במספרם בשנים האחרונות ביחס לגידול האוכלוסייה, בדואליות המערכת (פרטית וציבורית), ובתחרות הגוברת בין קופות החולים ובתי החולים על כח אדם. הגם שיתכן שיש בישראל רופאים שמרוויחים שכר מוצדק, ואף מתחת לערכם, העלייה בשכרם מכבידה על מקורות החוק ושוחקת את מתן השירותים.

כך, בין השנים 2007 ל-2016 חל גידול בשיעור של 76% בשכרם הכולל של רופאים בבתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית. מזה, עלייה של 84% בשכר שמקורו ברפואה ציבורית ועלייה של 59% בשכר הנובע מרפואה פרטית. כשני שלישים מהגידול בשכר מרפואה ציבורית התרכז בשנים שלאחר חתימת הסכם השכר בשנת 2011. עם זאת, גם בשנים 2011-2017, טרם שביתת הרופאים האחרונה, נרשם גידול ריאלי בשיעור של 21% בשכר רופאים מרפואה ציבורית, כאשר באותה תקופה נרשמה שחיקת שכר ריאלית בקרב כלל העובדים במשק, כמו גם בשכר עובדי ההייטק.²²

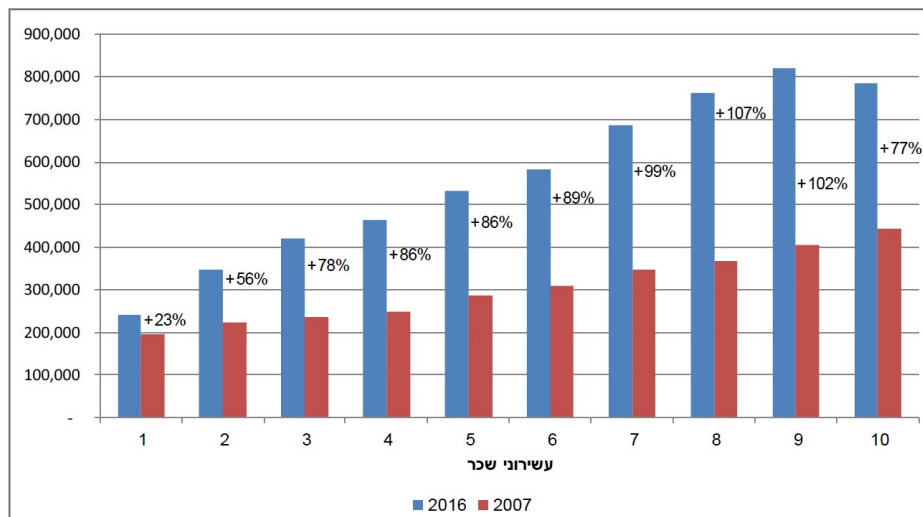
לוח: שכר ממוצע לרופא לפי מקורות השכר 2007-2016 (מחירי 2016)



מקור: שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית - ממצאים ומגמות. בלינסקי, בן נאים, הכט 2018, אגף הכלכלנית הראשית, משרד האוצר

22 שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית - ממצאים ומגמות. בלינסקי, בן נאים, הכט, אגף הכלכלנית הראשית, משרד האוצר 2018.

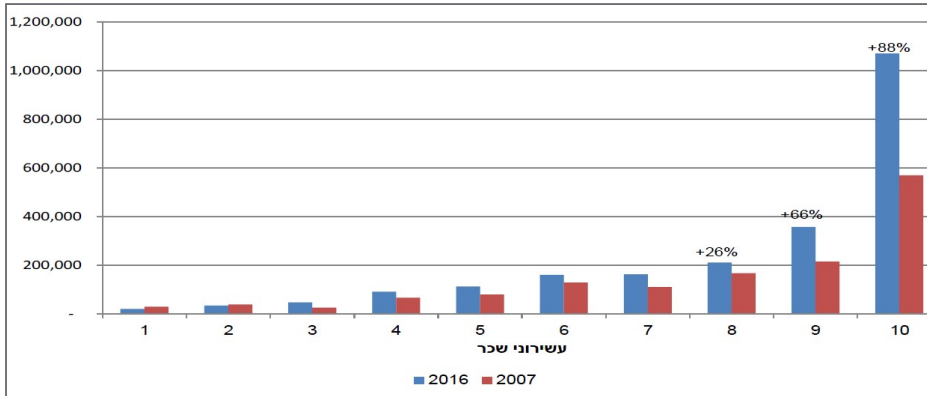
ליוח: צמיחת השכר הריאלי מרפואה ציבורית לפי עשירונים 2016-2007



מקור: שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית - ממצאים ומגמות. בלינסקי, בן נאים, הכט 2018, אגף הכלכלנית הראשית, משרד האוצר

אם בכל הקשור לצמיחת השכר מהרפואה הציבורית מתקבלת תמונה ברורה של עליית שכר ריאלי בכל עשירוני ההכנסה, הרי שבבחינת התפתחות השכר מרפואה פרטית בלבד, השונות בין העשירונים ניכרת באופן בולט. כך, בעוד שבעשירון העליון נרשמה עליית שכר ריאלי של 88% בעשור האחרון (במונחים כספיים עלה השכר הממוצע מרפואה פרטית בעשירון זה בחצי מלש"ח), בשש העשירונים הנמוכים עליית השכר מרפואה פרטית הייתה זניחה במונחים כספיים, כאשר בשני העשירונים הנמוכים היא אף הייתה שלילית (ירידה של 32% בעשירון התחתון ושל 13% בעשירון השני).

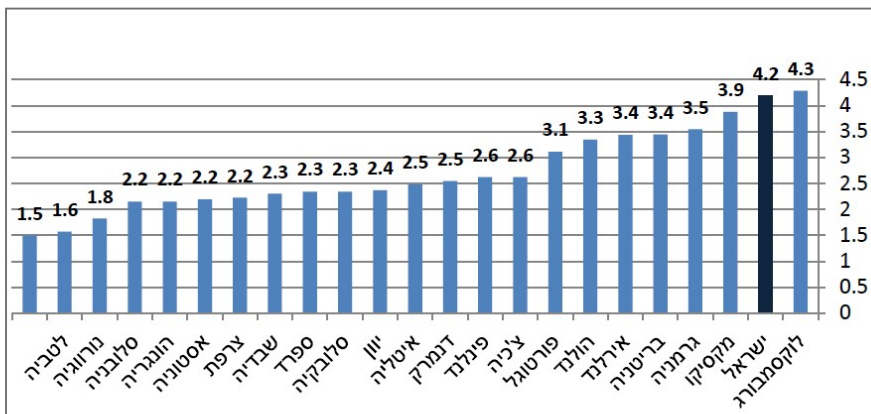
לוח: צמיחת השכר הריאלי מרפואה פרטית לפי עשירונים 2007-2016



מקור: שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית - ממצאים ומגמות. בלינסקי, בן נאים, הכט, 2018, אגף הכלכלנית הראשית, משרד האוצר

מעבר להאצת קצב הגידול בשכר הרופאים בישראל שהתרחשה בעשור האחרון, גם בהשוואה בינלאומית של יחס השכר של רופאים לשכר הממוצע במשק, ניתן להבחין כי שכר הרופאים בישראל גבוה הן לעומת כלל המשק והן בהשוואה לשכר הרופאים היחסי במדינות ה-OECD.

לוח: יחס שכר רופאים מומחים לשכר ממוצע במדינות OECD 2015

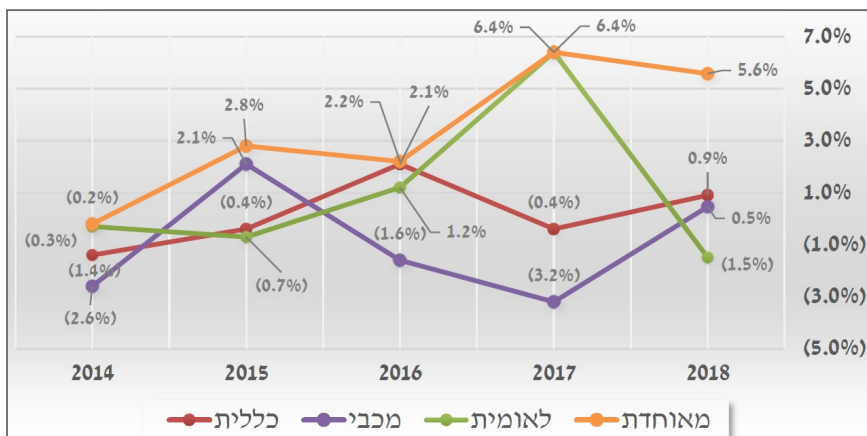


מהנתונים בתרשים לעיל עולה, כי היחס בישראל בין שכר הרופאים הממוצע לשכר במשק עמד בשנת 2015 על 4.2 משכורות ממוצעת. יחס זה בישראל גבוה מרוב מדינות ה-OECD (למעט לוקסמבורג). יש לציין כי ממצא זה מוטה כלפי מטה, שכן לא נכלל בבסיס החישוב של שכר הרופאים בישראל הרווח שנשאר ב"חברות הארנק" של הרופאים, ששיעורן בקרב רופאים בישראל גבוה משמעותית מאשר ביתר ענפי המשק.

הוצאות שכר בקהילה ורופאים עצמאיים

על פי הדוח המסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2018,²³ משקל הוצאות שכר ומשכורות עמד על כ-26% מכלל הוצאות התפעול של הקופות במגזר הקהילה (ללא מרכיבי השכר בהוצאות רכש שירותים רפואיים). שיעור הוצאות השכר המתואם לנפש מתוקנת עולה בהתמדה ברוב הקופות, והוא כולל גם את השכר המשולם לרופאים עצמאיים שאינם שכירים.

לוח: שיעור הגידול המתואם לנפש מתוקנת בהוצאות שכר ומשכורות במגזר הקהילה לשנים 2014-2018

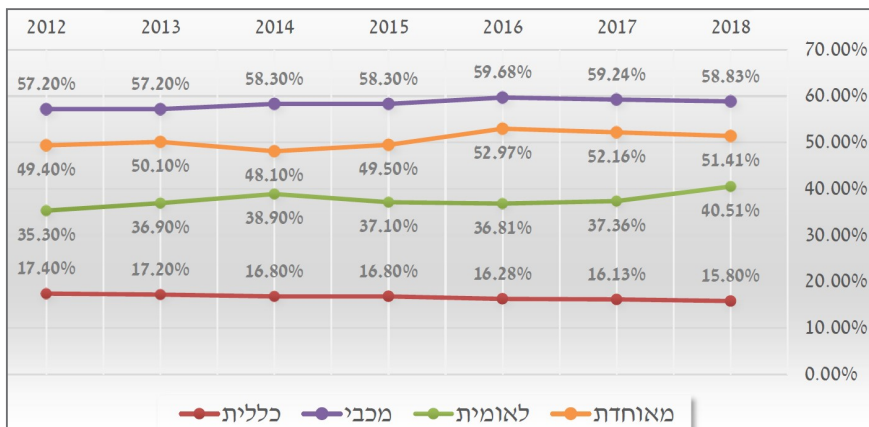


מקור: דוח מסכם פעילות קופות החולים 2018, משרד הבריאות

²³ דוח מסכם פעילות קופות החולים, 2018, שיף הזנפרץ ושות' רואי חשבון והאגף לפיקוח ולבקרה על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, 2019.

בעוד ששכר העובדים השכירים בקופות החולים נתון לפיקוח הממונה על השכר מתוקף הגדרתן כגוף נתמך על פי חוק יסודות התקציב, הרי שהוצאות הקופות בגין רופאים עצמאיים אינן מחויבות בדיווח על ידי הקופות לרגולטור ולא חלים עליהן כללים כלשהם. יש לציין, כי ההוצאה בגין התשלום לרופאים העצמאיים גבוהה מההוצאה על רופא שכיר, שכן היא מגלמת את הוצאות המנהלה והשכירות של הרופא, באופן שמקשה לבודד את עלות השכר עצמו מסך ההוצאה. זאת, כאשר שיעור ההוצאה של הקופות על רופאים עצמאיים מתוך סך הוצאות השכר במגזר הקהילה מגיע ליותר מ-40% בשלוש מתוך ארבע קופות החולים.

לוח: הוצאות שכר לרופאים עצמאיים מתוך סל ההוצאות לשנים 2012-2018



מקור: דוח מסכם פעילות קופות החולים 2018, משרד הבריאות

מוסכם על רוב השחקנים במערכת הבריאות, שבשנים האחרונות מתקיימת מגמה הולכת ומתעצמת של 'העברת' רופאים מקופת חולים אחת לאחרת, ובחלק מהמקרים מאמצים אלה מלווים בהצעות כספיות משמעותיות, חריגות בהיקפן, שאינן מבטאות תמורה נורמטיבית בגין שירותי הרופא למבוטחי הקופה, אלא תמורה בגין הציפייה לצירוף המבוטחים, שהרופא העובר מתחייב, במישורין או בעקיפין להביא איתו לקופת החולים שאליה הוא עובר. תופעה זו באה לידי ביטוי במיוחד בקרב הרופאים העצמאיים במגזר הקהילה בקופות החולים.

הצעות לדיון:

במסגרת פרק ריסון העלויות במערכת הבריאות, התמקד כאמור צוות ההכנה של האשכול הכלכלי בשני מחוללי הוצאה המשמעותיים במערכת: מחירי התרופות ושכר הרופאים, והציע לדון בהצעות הבאות:

1. ריסון הוצאה לתרופות

- א. החלת פיקוח מחירים על מכשירים רפואיים וציוד רפואי מתכלה בעת הכנסתם לסל הבריאות, וכן תרופות שטרם נרשמו במדינת ישראל המשוקות במנגנון ג29.
- ב. בחינת אפשרויות להאצת הליכי רישום של תרופות מקדמות תחרות והורדת מחירים: גנריקה, ביוסימילר, Class Effect.
- ג. בחינת אפשרויות לשיתופי פעולה בינלאומיים לריסון מחירי תרופות.
- ד. שכלול והעמקה של מודלים לרכישת תרופות מבוססי PFP/VBM.
- ה. בחינה מחודשת של מנגנון ועדות חריגים בקופות וניטור קבוע ע"י הרגולטור של פסיקות בית הדין ומשמעויותיהן המערכתיות.

2. ריסון הוצאות שכר

- א. ביצוע עבודת מטה למיפוי ולהגדרה של צורות ההעסקה הקיימות והאפשרויות של רופאים על ידי קופות החולים, במטרה להחיל כללי שכר מחייבים עבור כל אחת מצורות ההעסקה.
- ב. קידום קביעה וולונטרית של הקופות את סטנדרט השכר של רופאים עצמאיים בפילוח לפי התמחות, אזור גיאוגרפי, אופן העסקה (שכיר/עצמאי/מרפאה), ואישורו למול הממשלה (המפקח על קופות החולים במשרד הבריאות והממונה על השכר באוצר).
- ג. בחינת אפשרות הפיקוח על מחירי רופאים עצמאיים והגברת אחריות הנהלות קופות החולים לריסון שכר רופאים.
- ד. בחינת האפשרות להעסקה משולבת של רופאים בקופות ובבתי החולים תוך יצירת 'תלוש שכר אחד'.
- ה. הרחבת מודלים של התמחות רופאים במימון קופות החולים, הכוללים התחייבות עתידית של הרופא לעבוד בקופה בשכר מוסכם מראש.

3. ביטוחי רשות והשפעת שוק הבריאות הפרטי על הסל הבסיסי

מערך ביטוחי הבריאות בישראל מורכב משלושה רבדים, וכולל ביטוח במימון ציבורי ובמימון פרטי:

סל שירותי הבריאות - רובד בסיסי אשר מקנה לכל תושב בישראל שירותי בריאות ממלכתיים באמצעות אחת מקופות החולים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מסדיר את זכויות התושבים ואת סל שירותי הבריאות לו הם זכאים.

שירותי בריאות נוספים (שב"ן) - לצד הסל הבסיסי מציעות קופות החולים למבוטחיהן שירותי בריאות נוספים שאינם ניתנים במסגרת הסל הבסיסי, שירותים אלה הינם אחידים לכל המבוטחים באותה התכנית. ההצטרפות לשירותים אלה היא וולנטרית, התשלום הוא אחיד לכל החברים באותה קבוצת גיל ובאותה התכנית ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של המבוטח. כל קופה חופשית לבחור איזה שירותי בריאות נוספים יוצעו למבוטחים בתכנית השב"ן שלה, ובלבד ששירותים אלה אושרו על ידי שר הבריאות והם אינם כלולים בסל השירותים הבסיסי. שירותים אלו ניתנים בשני רבדים הבנויים אחד על גבי השני (למעט בקופ"ח לאומית בה הרבדים הם מקבילים).

ביטוחי בריאות מסחריים - ביטוחים אלה מוצעים על ידי חברות הביטוח בישראל והם מספקים מימון לשירותי בריאות שונים. הביטוח המסחרי מתחלק ל-3 סוגים: ביטוח מוסף שאינו כלול בביטוח הממלכתי או בשב"ן, ביטוח משלים שמכסה מקרים מעבר לתקרת הכיסוי על ידי השב"ן, וביטוח תחליפי שמציע שירותים מקבילים לשירות הממלכתי או לשב"ן. הביטוח הפרטי יכול להיות אישי (ביטוח פרט) או ביטוח קבוצתי. לחברת הביטוח קיימת אפשרות לחיתום רפואי וההרגה של מצבים רפואיים מחוזה הביטוח בהתאם להצהרת הבריאות של מבקש הביטוח, ובנוסף לכך, התשלום נקבע בהתאם למצבו הרפואי של מבקש הביטוח.

מימון ואספקה פרטית - בישראל, כבמרבית המדינות המערביות, קיימת אספקה של שירותי בריאות פרטיים. מרבית הכנסתם של ספקי הבריאות הפרטיים מקורה בתכניות השב"ן, בחברות הביטוח ובתשלומים ממטופלים (הן ללא כיסוי ביטוחי והן כחלק מהשתתפות עצמית במסגרת תכנית ביטוח). החל משנת 2018 הספקים הפרטיים מספקים גם ניתוחים במימון ציבורי, בעקבות התכנית להסדת פעילות ממימון פרטי לציבורי בהמשך לביצוע פעילות אמבולטורית גם בשנים שקדמו, בעיקר בספקים שבבעלות קופות החולים.

שירותי בריאות נוספים (שב"ן)

בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1994 (להלן: "החוק") נקבע כי "קופת חולים רשאית להציע לחבריה תכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן: "תכנית לשירותים נוספים"), בין בעצמה ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה; תכנית לשירותים נוספים, וכל שינוי בה, טעונים אישור שר הבריאות".

כלל קופות החולים מציעות שירותי בריאות נוספים (להלן: "תכניות השב"ן"), למבטחיהן מכוח סעיף 10 לחוק ובהתאם לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (תכנית לשירותים נוספים ושינויים בה), התשנ"ט-1998 (להלן: "התקנות"). תכניות השב"ן מבוססות על עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי - צדק, שוויון ועזרה הדדית.

סעיף 10 לחוק קבע כללים להפעלת תכניות השב"ן של קופות החולים הן במישור הכלכלי והן במישור הזכאותי. כך נקבע, שלקופת החולים לא תהיה אפשרות להחריג מבטחים מלהצטרף לתכניות השב"ן או להחריג כסויים מסוימים בעקבות מצב רפואי, וכי מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל. כמו כן, החוק קבע כי על תכנית השב"ן להתנהל במערכת כספים סגורה המופרדת ממערכת הכספים של סל השירותים הבסיסי, ברמה של איזון שנתי בין הכנסותיה מתשלומי המבטחים לבין הוצאותיה לצורך מתן שירותים למבטחים. העודפים/הגירעונות מנותבים לעתודה אקטוארית, ייעודה, הוספת זכויות ו/או הפחתת דמי החבר.

שיעור העלויות הרפואיות נטו (בנטרול הכנסות מהשתתפויות עצמיות) מסך ההכנסות לעמית בתכניות השב"ן (מדד מקובל לשימוש וניצול הכסויים בתוכניות) הגיע בשנת 2018 לכ-82% בממוצע (LOSS RATIO).

הזכויות בתכניות השב"ן מעוגנות על ידי תקנון התכנית, אשר מאושר על ידי שר הבריאות, והם כוללים שלושה סוגי כסויים: מרחיבים (התפתחות הילד, פריון), תחליפיים (בחירת מנתח, חו"ד שנייה), נוספים (אסתטיקה). התקנון הינו אחיד לכל המבטחים באותה התכנית, והוא נתון לשינויים משיקולים שונים שאינם בשליטת המבטח.

יחד עם זאת, נקבע כי תכניות השב"ן לא יכללו בתוכן שירותי ביטוח סיעודי, בחירת מנתח ללא תשלום השתתפות עצמית של המבטח וכיסוי עבור תרופות מאריכות ומצילות חיים.

כיום, כל קופת חולים מפעילה תכניות שב"ן בשני רבדים, כאשר הרובד העליון (רובד שני) כולל בתוכו את השירותים והזכויות הניתנים במסגרת הרובד התחתון (רובד ראשון), למעט ב"לאומית שירותי בריאות" המפעילה שני רבדים מקבילים.

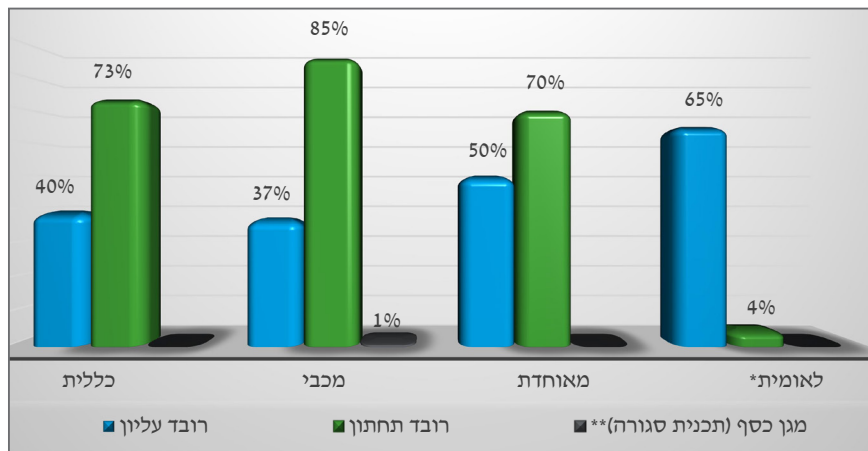
במהלך השנים הורחבו הזכויות במסגרת תכניות אלו, וכמו כן נוספו תכניות חדשות, בחלק מקופות החולים, אשר שימשו כרבדים עליונים לתכניות הקיימות.

הרבדים העליונים נועדו הן להרחיב את הזכויות הקיימות במסגרת הרבדים התחתונים, כגון: הרחבת טיפולים בהתפתחות הילד, הרחבת זכאות בטיפולי שיניים, הרחבת זכאות עבור ייעוצים וכד', והן להוסיף כיסויים חדשים מעבר לקיים, כגון: אופטיקה, אסתטיקה וכד'.

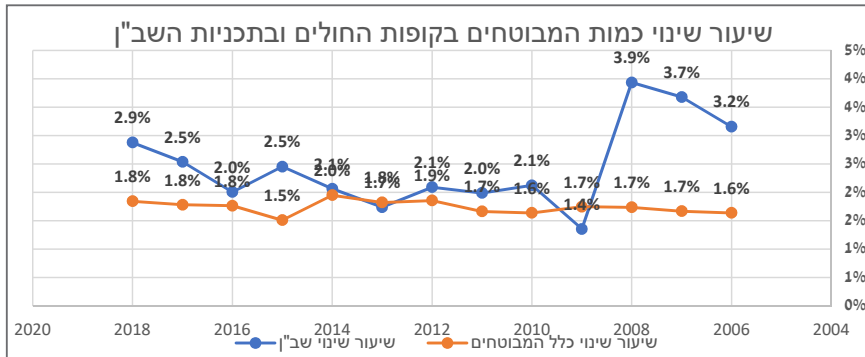
תכניות השב"ן של קופות החולים סיימו את שנת 2018 בעודף מצרפי של כ-130 מיליון ₪ המהווים כ-3% ממחזור ההכנסות מדמי חבר. בשנת 2018 שיעור המבוטחים בתכניות השב"ן מתוך סך המבוטחים בקופות החולים עמד על כ-75.7%.

לוח: שיעור החברים בתכניות השב"ן מכלל המבוטחים בקופה לפי רבדים ליום

31.12.18



החל מסוף שנת 2005 ועד לסוף שנת 2018 ניתן לראות שיעור גידול ממוצע של 2.5% לשנה בסך המבוטחים בתכניות השב"ן וזאת לעומת גידול שנתי ממוצע של 1.7% בסך מבוטחי קופות החולים בכלל. מגמה זו מצביעה על העמקת השימוש בשירותי הבריאות הנוספים בקרב האוכלוסייה בישראל, הסבורה כי על מנת לקבל שירותי בריאות מספקים, יש להרחיב את סל השירותים הבסיסי של ביטוח הבריאות הממלכתי.



בנוסף לכך, ניתן לראות כי קצב הגידול במבוטחים המצטרפים לרובד השני של תכניות השב"ן עומד בממוצע על 9.7% לשנה (בנטרול השפעה של איחוד תכניות "מגן כסף" ו"מגן זהב" בשנת 2012). מגמה זו נובעת בין היתר מכך שקופות החולים בוחרות להתחרות על מבוטחים באמצעות שיווק הזכאויות הקיימות במסגרת הרובד העליון של תכניות השב"ן, הכוללות בתוכן שירותי "Nice To Have" ולא באמצעות איכות וזמינות השירות הרפואי הניתן במסגרת סל השירותים הבסיסי.

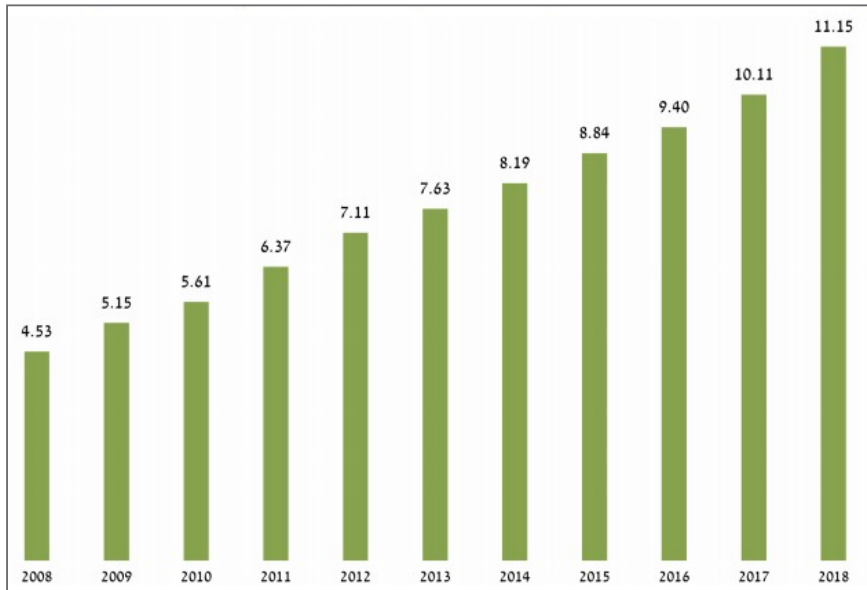
ביטוחי בריאות מסחריים

הרובד השלישי בשוק ביטוחי הבריאות בישראל הוא הביטוח המסחרי. פוליסות הביטוח המסחרי נרכשות ישירות מחברות הביטוח המסחריות ומציעות כיסוי לשירותי בריאות שונים. הביטוח המסחרי נתון לפיקוחו של המפקח על הביטוח במשרד האוצר.

נכון לשנת 2017 מבוטחים בביטוחי בריאות הפרט כ-1.44 מיליון מבוטחים וכ-1.8 מיליון מבוטחים בביטוח בריאות קבוצתי. בשנים 2010-2017 חלה עלייה של כ-30%

בשיעור הישראליים בעלי ביטוח רפואי פרטי-מסחרי. סך דמי הביטוח ברוטו בביטוחי הבריאות עלו משנת 2008 ועד לשנת 2018 בשיעור מצטבר של 146%, ובשיעור ממוצע של 9% לשנה.

לוח: סך דמי הביטוח ברוטו בביטוח בריאות (מחלות ואשפוז) בשנים 2008-2018 (במיליארדי ש"ח)



מקור: עיבודי רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון לנתוני הדוח השנתי של חברות הביטוח, על בסיס דיווחי סולו של החברות

יחס ה-Loss Ratio (שיעור עלויות רפואיות מסך ההכנסות) בביטוחים המסחריים עמד בשנת 2018 על 39% בביטוחי הפרט, ירידה של 4.7% לעומת יחס של 44% בשנת 2017. בביטוחים הקבוצתיים עמד היחס על שיעור של 81%, ירידה של כ-14% לעומת יחס של 95% בשנת 2017.

שנה	סוג ביטוח	דמי ביטוח	תביעות ברוטו כולל הוצאות תפעול	LR	(הפרש) שינוי ביחס לשנה קודמת
2015	פרטי	1,996	846	42%	
	קבוצתי	1,064	1,088	102%	
	סה"כ	3,060	1,934	63%	
2016	פרטי	2,191	925	42%	-0.2%
	קבוצתי	1,168	1,125	96%	-5.9%
	סה"כ	3,359	2,050	61%	-2.2%
2017	פרטי	2,321	1,011	44%	1.3%
	קבוצתי	1,255	1,188	95%	-1.7%
	סה"כ	3,576	2,199	61%	0.5%
2018	פרטי	2,577	1,001	39%	-4.7%
	קבוצתי	1,372	1,107	81%	-14.0%
	סה"כ	3,949	2,108	53%	-8.1%

החל משנת 2015 לא ניתן לשווק פוליסות ביטוח המעניקות שיפוי בגין מימון טיפולים במימון תכניות השב"ן אלא רק פוליסות המעניקות תשלום "מהשקל הראשון".

סקירת שינויים במערכת הבריאות בשנים האחרונות

בשנים האחרונות בוצעו מספר רפורמות מרכזיות בתחום ביטוחי הבריאות בישראל, אשר השפיעו באופן ישיר גם על מערכת הבריאות הציבורית בישראל:

1. תרופות מצילות ומאריכות חיים - במסגרת חוק ההסדרים לשנת 2008 התקבלה ההחלטה להוציא תרופות אלו מתכניות השב"ן של קופות החולים. ההחלטה התקבלה במטרה למנוע אפליה בין המבוטחים בציון כי מקומן של תרופות אלו בסל השירותים הציבורי, תוך הגדלת תקציב הסל לצורך כך.

2. רפורמה בביטוחי הבריאות הפרטיים מסחריים - בשנת 2016 הוחלה רפורמה בשוק ביטוחי הבריאות בישראל שכללה את כיסויי הוצאות הרפואיות והמחלות הקשות. מטרותיה העיקריות היו הגברת התחרות בשוק ביטוחי הבריאות ופישוט

מוצרי הביטוח לצורך מתן אפשרות השוואה טובה יותר לצרכן. עיקרי הרפורמה היו הנהגת פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים ומתן אפשרות לרכוש כיסויי ביטוח בנפרד.

3. רפורמת "הסדר - החזר" - במסגרת חוק התכנית הכלכלית לשנת 2016 נקבעה סדרת רפורמות, ובכלל זה מעבר מלא של הכיסוי לניתוחים בתוכניות הביטוח המשלים (שב"ן) של קופות החולים ושל הביטוחים המסחריים החדשים של חברות הביטוח (שמשווקים החל מ-1.7.16), לשיטת "הסדר", דהיינו - מימוש הכיסוי על ידי רופאים ומוסדות הקשורים בהסכם עם הקופה. לרפורמה שתי מטרות עיקריות: הראשונה, להקל על העמית בהיבט הבירוקרטי. השנייה, יצירת שקיפות ביחס לגובה ההשתתפות העצמית הנדרשת של המבוטחים בניתוחים פרטיים במסגרת הביטוחים המשלימים בקופות החולים בהתאם לסוג הניתוח ולמנתח ובלא שידרש לכל תשלום נוסף ויכולת השוואה בין תכניות הביטוח הפרטיות השונות. בעקבות הרפורמה הורחבו רשימות הרופאים בהסדר במסגרת תכניות השב"ן של קופות החולים, והופחתו ההשתתפויות העצמיות של המבוטחים עבור שירות זה (בהשוואה לתשלום המבוטח בעבר על כלל מרכיבי הניתוח).

4. התכנית להסטת ניתוחים ממימון פרטי למימון ציבורי וקיצור תורים - משנת 2008 ועד לשנת 2015 הוצאות על ניתוחים במסגרת תכניות השב"ן של קופות החולים גדלו באופן מצטבר בשיעור של כ-11%. במטרה לחזק את הרפואה הציבורית ולהפחית את ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות, נכנסו לתוקפן ביום 1.11.2017 תקנות אשר קובעות כי רופא שכיר או עצמאי שיעץ לאדם או טיפל בו, במסגרת שירות מרפאה ציבורית או שירות מרפאה קהילתי לא יטפל באותו אדם או ייעץ לו, שלא במימון ציבורי, במשך שישה חודשים מיום מתן הטיפול או הייעוץ האחרון במסגרת שירותי מרפאה ציבורית או שירות מרפאה קהילתי. אישור התקנות הינו חלק מתכנית רחבה יותר אשר כוללת הגדלת היקף הניתוחים המבוצעים באמצעות מימון ציבורי וחיזוק המערכת הציבורית באמצעות תוספת תקציב בסך של כמיליארד ₪ לשנה (בהבשלה מלאה). התכנית שינתה את היחסים בין הגורמים המממנים השונים ובין ספקי השירותים, כאשר מחד בוצעה הפרדה בין מסלולי הטיפול במבוטח, ומאידך נוצרה תחרות בין הספקים הפרטיים לציבוריים על מקורות המימון הציבוריים שהוקצו לתכנית.

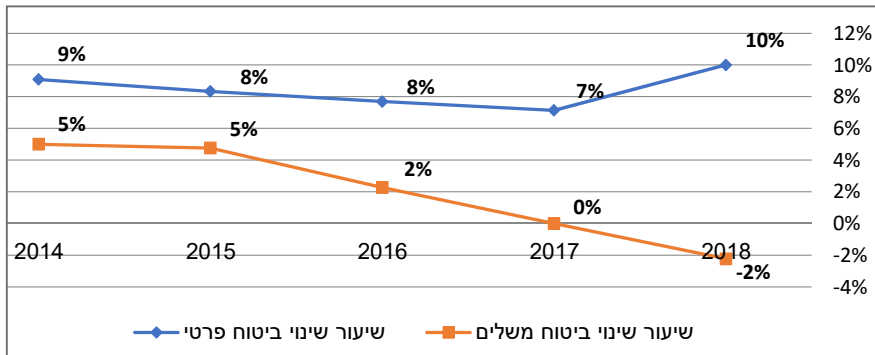
בעקבות רפורמת "הסדר-החזר", קופות החולים הרחיבו את רשימות הרופאים בהסדר במסגרת תכניות השב"ן ונקבעה עלות ידועה מראש לביצוע הניתוח, שלב הכרחי, טרם כניסת תקנות הצינון לתוקף, אשר יחד עם התכנית להעברת ניתוחים ממימון פרטי למימון ציבורי אפשרו ביצוע הניתוחים במימון ציבורי. הרבה מבין המנתחים שהצטרפו להסדרים עם קופות החולים הם מנתחים בכירים שטרם הרפורמה המבוטחים קיבלו עבורם החזר בלבד, החזר אשר היה נמוך משמעותית מעלות הניתוח על כל מרכיביו. במסגרת התכנית להעברת ניתוחים ממימון פרטי למימון ציבורי (שהשפיעה על תכניות השב"ן החל מחודש נובמבר 2017 ובהבשלה מלאה בשנת 2018), תמרצה הממשלה את קופות החולים לבצע את הניתוחים במימון ציבורי, ללא תשלומי השתתפות עצמית מצד המבוטחים. זאת בנוסף לרפורמת "הסדר-החזר" אשר הביאה לירידה בהשתתפויות העצמיות בהשוואה לתשלום המבוטח בעבר עבור כלל מרכיבי הניתוח. בעקבות כך, סך הוצאות המבוטח על השתתפויות עצמיות בפרק הניתוחים במסגרת תכניות השב"ן קטן בכ-161 מיליוני ₪ המהווים קיטון בשיעור של כ-49%, לעומת שנת 2015 (נתוני 2015 כוללים אומדן השתתפויות עצמיות של המבוטחים אשר ביצעו ניתוחים במסגרת "החזר"). כמו כן, ניתן לראות כי הגידול בכמות הניתוחים בסל הבריאות הממלכתי גדל באופן נרחב ומשמעותי יותר מאשר הירידה בכמות הניתוחים במסגרת השב"ן של קופות החולים.

		קיטון בשב"ן (לעומת שנת 2015)	גידול בסל (לעומת שנת 2015)	
		2018	2018	
אחוז קיטון		אחוז גידול		
34%	33,116	11%	86,305	כללית
66%	51,921	43%	90,173	מכבי
48%	13,988	14%	19,539	מאוחדת
63%	9,703	32%	20,269	לאומית
49%	108,727	18%	216,286	סה"כ

בנוסף לכך, הופחתו דמי החבר של המבוטחים בתכניות השב"ן בהיקף שנתי של כ-590 מיליון ₪, המהווים כ-13% מסך ההכנסות מדמי החבר בשנת 2016.

2014	2015	2016	2017	2018	
4.8	5.2	5.6	6	6.6	סה"כ הוצאה על ביטוחים פרטיים (מיליארדי ₪)
9%	8%	8%	7%	10%	שיעור שינוי ביטוח פרטי
4.2	4.4	4.5	4.5	4.4	סה"כ הוצאה על ביטוחים משלימים (מיליארדי ₪)
5%	5%	2%	0%	-2%	שיעור שינוי ביטוח משלים

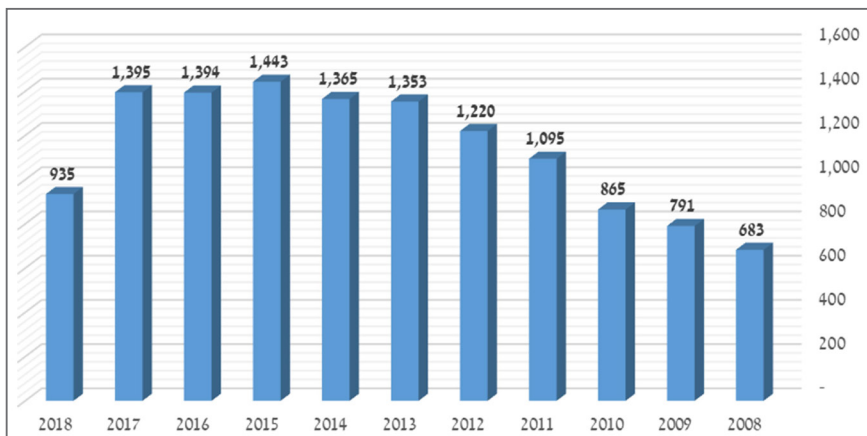
לוח: שיעור שינוי בהוצאה הפרטית על ביטוחים פרטיים



מקור: למ"ס - ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2018

הוצאות רפואיות על ניתוחים במסגרת תכניות השב"ן

לוח: סך הוצאות רפואיות נטו על ניתוחים (מיליוני ש"ח)



השפעת ביטוחי הרשות על הסל הבסיסי

שוק ביטוחי הבריאות הנו שוק דינמי ומתחדש אשר נדרש בכל עת להתאים את עצמו להתפתחויות הטכנולוגיות ולביקושים השונים, לצד ההתפתחויות הרגולטוריות.

כפי שצוין, בישראל קיימים 3 רבדים של ביטוחי בריאות במימון ציבורי ובמימון פרטי, אשר מושפעים אחד מן השני באופן ישיר.

ישנם מספר הבדלים מרכזיים במאפיינים ובאופן מימונם ואספקתם של שירותי הבריאות הניתנים ברבדים השונים:

ביטוח מסחרי	שב"ן	הסל הבסיסי	
חברות הביטוח	קופות חולים	קופות חולים	ספק הביטוח
מבוטחים	מבוטחים	המדינה ¹	גורם מממן
המפקח על הביטוח	משרד הבריאות	משרד הבריאות	גורם מפקח
נוסף, מרחיב ותחליפי לסל ²	נוסף, מרחיב ותחליפי לסל	ע"פ הקבוע בסל	סוג השירותים
אפשרות לסירוב / החרגה	חובה לקבל כל תושב	חובה לקבל כל תושב	הצטרפות
לפי הסיכון	לפי גיל ורבדי ביטוח	מיסים	תעריף
ע"פ הפוליסה	עד 24 ח'	אין	תקופת אכשרה
פוליסה (חזרה)	תקנון	חקיקה ראשית	סוג ההסכם

1. כולל מס בריאות
2. שירותים תחליפיים לסל בביטוחי בריאות מסחריים - לדוגמה בדיקות MRI (לא מוצע בשב"ן)

מקור: רבדים בביטוח בריאות, משרד האוצר

יש הסוברים כי ביטוחי הבריאות הפרטיים הם כורח המציאות במצב בו סל השירותים מוגבל במשאבים, וקצב הגידול המואץ ברכישה של ביטוחים אלו מבטא ביטוי לחוסר אמון בסל הציבורי. מנגד, יש הסוברים כי קצב הגידול המואץ נובע בעיקר ממאמצי שיווק של חברות הביטוח ותכניות השב"ן, המלבים חשש מוטעה של הציבור שהשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי אינם מספקים.

השפעת מערכת הבריאות הפרטית על המערכת הציבורית

מערכת בריאות פרטית שאינה כפופה למגבלת משאבים, מתחרה על כח אדם מקצועי ומיומן ובראשם רופאים, ומסיטה משאבים מתוך המערכות הציבוריות אל המערכות הפרטיות.

בעוד שהמערכת הציבורית משקיעה משאבים רבים בהכשרת מתמחים, מאפשרת לרופאים להתפתח מבחינה מקצועית ולצבור מוניטין, יכולת התחרות שלה מוגבלת באופן מהותי אל מול המערכת הפרטית שמציעה שכר גבוה יותר. שגשוג המערכת הפרטית מוביל לדלדול המערכת הציבורית ולחוסר שוויון בהקצאת משאבי המערכת המוגבלים.

לבד מהשימוש של המערכת הפרטית במוניטין של מערכת הבריאות הציבורית, מערכת הבריאות הפרטית נהנית גם מיכולת בחירה של המטופלים על ידה (גריפת שמנת), כאשר היא בוחרת את המקרים הרפואיים הקלים יותר, בעלי פרופיל המורכבות והסיכון הנמוכים. הפעולות והניתוחים המורכבים וההפסדיים ממשיכים להיות מבוצעים במערכת הציבורית, שאינה יכולה לברור מטופלים.

בכל מערכת כלכלית מקובל תשלום עבור מוניטין, כאשר לעיתים היקף המוניטין משולם בהתאם לשימוש השוטף בו ולעיתים כתשלום חד פעמי עבור שימוש עתידי. בשנים האחרונות עלו הצעות שונות לתגמול של המערכת הציבורית בגין ההשקעה בהכשרת כח האדם הרפואי באמצעות אגרת השבה / היטל. לאור המצב בישראל, לפיו חלק ניכר מכח האדם הרפואי משלב בין הפעילות הפרטית לציבורית, נשקל בשנים האחרונות חיוב תשלום של המערכת הפרטית בגין שימוש במוניטין שנצבר במערכת הציבורית. המנגנונים שהוצעו נעו בין תשלום אגרת השבה למערכת הציבורית לבין היטל בגין היקף ההוצאה לתשלום כשיעור קבוע מדמי הביטוח.

קיומה של המערכת הפרטית, אשר אינה כפופה למחירים המקסימליים הקבועים בחוק עבור מערכת הבריאות הציבורית, מוביל לעליית מחירי תשומה ובראשם שכר העובדים, שבאה על חשבון הקצאה יעילה של המשאבים לטובת שירותי בריאות למבוטחים. זאת, בשל התחרות על גורמי הייצור המוגבלים ובראשם כח אדם רפואי.

הסטת הניתוחים למערכת הפרטית מביאה לגידול בהוצאה הפרטית לבריאות, לעלייה ביוקר המחייה, להחלשת הרפואה הציבורית, והיא אינה משפרת את השירות הרפואי. היעדר פיקוח על מחירי הניתוחים בשוק הפרטי מגדיל את ההכנסות של

המערכת הפרטית, מביא לבריחה של רופאים מומחים ממערכת הבריאות הציבורית, וגורם לעלייה בשכר הרופאים בכל המערכת.

כיום אין כל הגבלה על ספקי הבריאות הפרטיים ביחס להיקף הפרוצדורות אותן הם יכולים לספק למבטחים השונים, בהכנסות מהפרוצדורה ובהיקף השכר אותו יכול הרופא לקבל. לעומת זאת, ספקי שירותי הבריאות הציבורית מוגבלים בהיקף הפרוצדורות שהם רשאים לספק, בשכר לרופאים בשעות הבוקר (הסכמי עבודה) ובשכר לרופאים בשעות אחר הצהריים (היקף ההכנסה על הפרוצדורה המפוקחת על ידי וועדת המחירים הבין משרדית).

במצב דברים זה, ההכנסות של המערכת הפרטית הולכות וגדלות, והן מנותבות בעיקרן להעלאת השכר של הרופאים במערכת הפרטית. כתוצאה מכך, רופאים בכירים רבים עוברים לעבוד במערכת הפרטית על חשבון המערכת הציבורית בשכר גבוה מאוד ובלתי נשלט.

שכר גבוה לרופאים במערכת הבריאות הפרטית יוצר לחצי שכר משמעותיים במשא ומתן על הסכמי השכר עם הרופאים במערכת הציבורית ולקושי בהעסקה של רופאים בשעות אחר הצהריים בבית החולים הציבורי.

הוועדה המייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל (ועדת גרמן), המליצה בשנת 2014 על פיקוח מחירים במערכת הבריאות הפרטית:

”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.”²⁴

24 דו"ח הוועדה המייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל, עמ' 91.

בנוסף לכך, מערכת הביטוחים הפרטיים דינאמית וממהרת לאמץ ולהציע טכנולוגיות חדשות, שלא תמיד הכרחיות ועומדות במבחני עלות תועלת הנהוגים בסל הבסיסי. מצב זה יוצר לחץ על המערכת הציבורית לכלול טכנולוגיות ושירותים אלו גם בסל הציבורי, על חשבון שירותי בריאות חשובים אחרים.

כפל ביטוח - חפיפה בין כיסויים בתכניות הביטוח השונות יוצרת כפל ביטוחי. מרבית המבוטחים לא מודעים לקיומו של הכפל הביטוחי, וגם כאשר קיימת מודעות לנושא, ישנו קושי לנווט בין הכיסויים לשם מיצוי הזכויות אצל מבטחים שונים. כיום אין מנגנון מוסדר של התחשבות בין המבוטחים השונים לצורך חלוקה הוגנת של ההוצאה בין המבוטחים וההחזר למבוטח במקרה של כפל ביטוח. בעקבות כך, במקרים רבים מבוטחים פונים לחברות הביטוח לשם מיצוי זכויות מתוקף הביטוח המסחרי ואלו מפנות אותם למיצוי הזכויות שלהם על ידי קופת החולים במערכת הציבורית/השב"נית תחילה, במטרה למזער את הוצאותיהן של חברות הביטוח. לאחר הפסקת שיווק פוליסות המאפשרות שיבוב למבוטח, לאחרונה מתקבלים דיווחים על פעולות של שיבוב למנתח עבור ביצוע פעולות במימון הסל הציבורי.

בעוד שבעקבות הקיטון בתכניות השב"ן של קופות החולים, הופחתו דמי החבר בסך כולל של כ-590 מיליוני ₪, בחברות הביטוח נרשמה ירידה משמעותית בשנים האחרונות ביחס ה-Loss Ratio בביטוחי הפרט ליחס של 39%, שמשמעותה החזר נמוך יותר של תמורה על כל שקל שמשלמים המבוטחים כפרמיה.

שיווק תכניות הביטוח הפרטיות - היקף וסוג הכיסויים בביטוחים הפרטיים קשור לסל השירותים הבסיסי (הציבורי) ופעמים רבות מהווה המשך ישיר שלו. פעולות השיווק של ביטוחי הבריאות הפרטיים מתרכזות במקרים של קטסטרופות רפואיות ובכך מחזקות תחושה שברובדי הביטוח הבסיסיים שבבעלות המבוטח אין די. ניתן היה לראות זאת באופן מובהק בתקופה שלאחר החלטת המחוקק להוציא תרופות מצילות ומאריכות חיים מתוכניות השב"ן של קופות החולים, כאשר עד היום חברות הביטוח יוצאות בפרסומים על כך שאין די בסל הציבורי וגם לא בתכניות השב"ן. בנוסף לכך, כפי שניתן לראות מהגידול במבוטחים בתכניות השב"ן ובעיקר בקצב הגידול המואץ ברבדים העליונים, קופות החולים מתרכזות בגיוס מבוטחים חדשים על ידי שיווק שירותים שאינם בהכרח רפואיים או אפילו ביטוחיים, אלא מהווים יותר שירותי "Nice To Have" (הסרת שיער, טיפולים אסתטיים, חדרי כושר וכו'). זאת, במקום לרכז את המשאבים הנדרשים בתחרות במסגרת סל השירותים הציבורי על איכות השירות, זמינות תורים, הכללת תרופות בהנחה ועוד. בשנים האחרונות

עלו מספר פעמים הצעות להגבלת השימוש בתכניות השב"ן ובביטוחים הפרטיים לשימושים הקשורים באופן ישיר לשירותי בריאות הכרחיים, בעיקר כאלו שמקומם הטבעי הינו בסל הבריאות הבסיסי ואינם כלולים בו משיקולי תקציב ועלויות. כיסויים אלה יכולים לכלול לדוגמא, טיפולי שיניים, משקפיים ועדשות ראייה, הרחבת טיפולים בהתפתחות הילד הכלולים כיום ברבדים העליונים של תכניות השב"ן, והוספת פרקי תרופות הכוללים תרופות יתום ותרופות מצילות חיים לרבדים הבסיסיים שאינם כלולים בהם כיום (למעט בקופת חולים "מכבי" אשר בתכנית השב"ן שלה כלולות גם תרופות יתום).

אחריות לאסדרה ופיקוח בתחום ביטוחי הרשות

מנגנוני האסדרה בתחום ביטוחי הבריאות מחולקים כיום בין משרד הבריאות, המאסדר ומפקח על תכניות השב"ן של קופות החולים המשווקות תכניות רשות בעלות מאפיינים ציבוריים (חובת איזון, ללא חיתום ועוד), לבין רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון המאסדרת ומפקחת על ביטוחי הבריאות הפרטיים והמסחריים (הן בפוליסות הקבוצתיות והן בפוליסות הפרט), שהינם ביטוחי רשות על בסיס עסקי טהור.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בו משרד הבריאות הוא המאסדר ומפקח על ההתנהלות ברובד הביטוח הציבורי (סל הבריאות הממלכתי), הוקנו גם לשר האוצר סמכויות משותפות כגון קביעת היקף עלות הסל, קביעת שיעור ההשתתפות של המבוטחים, הכללת תחומים נוספים בתוספת השנייה והשלישית, אישור להחזקה ורכישת חברות בנות ועוד. זאת, לאור השפעות המאקרו הרחבות של מערכת הבריאות על המשק וישירות על תקציב המדינה.

בנושאים שהובאו לעיל, נמנו מספר תחומים בהם פעולות שונות ואסדרה בתחום אחד משפיעים על הרובד הביטוחי המקביל. הן בתחום התחרות והשיווק, הן בתחום כיסויים משלימים, והן מבחינת התייחסות המבוטחים והעמיתים לכיסויים השונים. העובדה כי כ-40% מהמבוטחים מחזיקים בכפל ביטוח, מצדיקה בחינה של השיתוף וההפרדה בין הסמכויות השונות של המאסדרים והשיתוף בקבלת ההחלטות.

נהוג לחלק את האסדרה בתחום הביטוחים לאסדרה מהותית, העוסקת במהות הביטוח והכיסויים וכוללת גם מנגנונים של פיקוח על מחירים ומוצרים, ולאסדרה פיננסית העוסקת בעיקר בכושר פירעון, יחסי הון וכיוצ"ב. במרבית המדינות המערביות האסדרה בתחום הביטוח היא אסדרה פיננסית, אך במקרים בהם

הפוליסות הפרטיות משלימות לרבדים ציבוריים או סמי ציבוריים, מיישמות המדינות את האסדרה המהותית, המביאה בחשבון ערכים חברתיים ומדיניות ציבורית.²⁵

השימוש המשותף בתשתיות כח אדם ותשתיות ספקים פרטיים וציבוריים, הרכיבים המשלימים את הכיסוי הציבורי והסמי ציבורי, כשלי השוק בתחום ובהם אי הסימטריה במידע וכללי התחרות השונים בהם פועלים השחקנים בשוק זה, מביאים לעיתים קרובות להצעות לשיתוף בקבלת ההחלטות בין המאסדרים. ישנן מספר דרכי התערבות ובהן הגבלת שירותים או כיסויים שונים, חובת מתן כיסוי מינימאלי, חובת שקיפות, קביעה לגבי שיעורים והיקפים של השתתפויות עצמיות ועוד.

לרוב, ההצעות הנן לאפשר למאסדרים של התחום הציבורי, המושפע באופן ישיר על ידי השוק הפרטי, לקבל מעמד מסוים באופן קבלת ההחלטות. ההצעות נעות בין חובת התייעצות שוטפת, הקמת ועדות משותפות לקבלת החלטות בתחומים שמוגדרים מראש ועד למתן סמכויות לשר הבריאות או מנכ"ל המשרד לאישור שינויים בתחום ביטוחי הבריאות הפרטיים.

הצעות לדיון:

1. החלת אגרת השבה לסל על הגופים המפעילים ביטוחי בריאות מסחריים כפיצוי צבוע לסל הבריאות. שיעור הפיצוי ייקבע על פי כימות של השפעת הביטוחים המסחריים על מערכת הבריאות הציבורית.
2. הענקת סמכויות לשרי הבריאות והאוצר בחוק הפיקוח על הביטוח בכל הקשור לביטוחי בריאות.
3. הקמת ועדה משותפת וקבועה לרשות שוק ההון, משרד הבריאות ואגף התקציבים במשרד האוצר, לבחינת השפעות בין מערכתיות בתחום ביטוחי הבריאות, במטרה למנוע סבסוד צולב ולספק הגנה מרבית ותמורה הוגנת לצרכני הבריאות.
4. החלת פיקוח מחירים על שירותי בתי"ח והמרפאות הכירורגיות הבינוניות שבמימון הביטוחים מסחריים ו-*Out of Pocket*.
5. חשיבה מחודשת על ההליך והכללים למתן, לביטול ולהסטה של רישיונות למיטות אשפוז במערכת הפרטית.

צוות 3: סוגיות כלכליות בחוק

סיכום והמלצות

דיוני הצוות עסקו בשאלת הצורך להבטיח יציבות של מקורות המימון הציבוריים של מערכת הבריאות והתאמתם לצרכים העתידיים, בדגש על הזדקנות האוכלוסייה וההתפתחויות הטכנולוגיות הצפויות מחד, ומאידך האפשרות לנקוט בצעדים לריסון מחירים בצד ההוצאה, במטרה למקסם את תפוקת המערכת במונחי בריאות ביחס לתקציב נתון. עוד דן הצוות בהשפעת ביטוחי הבריאות הפרטיים על המערכת הציבורית, בתווך שבין מקורות המימון למחירי התשומות במערכת הבריאות.

בקרב המשתתפים בדיונים הייתה הסכמה רחבה שהגיעה העת למסד מנגנונים קבועים שיעקבו וימליצו על עדכון הנוסחאות שבבסיס קביעת עלות הסל השנתית ואופן הקצאתה, לנסות ולפעול בשיטות חדשות לריסון הגידול במחוללי ההוצאה העיקריים במערכת, שכן בקהילה ותרופות, וכן להגביר את מעורבות וסמכות משרדי הבריאות והאוצר באסדרת שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים מתוך הכרה בהשפעתם על המערכת הציבורית.

מימון הסל והקצאת המקורות

הדיון העיקרי בצורך למסד ולהבטיח את הקידום הריאלי של עלות הסל, באופן שיכלול דמוגרפיה מלאה (לרבות הזדקנות) ומקדם תוספת תקציב ידוע מראש להרחבת שירותים וטכנולוגיות לא הסתיים, כצפוי, בהסכמה גורפת. בעוד שכלל הגורמים מתוך מערכת הבריאות קראו להסדיר בחוק את הקידומים האמורים חלף המצב הקיים בו הם נקבעים אחת לשלוש שנים על ידי הממשלה לאחר משא ומתן בין משרדי הבריאות והאוצר, נציגי משרד האוצר הביעו את הצורך להותיר לממשלה גמישות בהקצאת מקורות לקידום ריאלי של שימושים בתקציב המדינה על מרכיביו השונים, והדגישו את היותה של מערכת הבריאות מוגנת באופן יחסי בהשוואה למשרדי ממשלה אחרים שעלות בסיס תקציבם אינה מוגדרת בחקיקה. יחד עם זאת, ראוי להמשיך ולדון בהצעה שהועלתה להאריך את משך תקופות הסדרי התקציב במערכת הבריאות מ-3 ל-5 שנים, על מנת לייצר וודאות לטווח זמן סביר יותר עבור כלל הגורמים במערכת ובראשם קופות החולים.

הסכמה רחבה הייתה באשר לצורך למסד מנגנונים קבועים שיעקבו וימליצו על עדכון הנוסחאות שבבסיס קביעת עלות הסל השנתית ואופן ההקצאה, וכן לבחון מחדש את שיטת הסכמי הייצוב הנהוגה מול קופות החולים.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

1. הקמה ועדכון של בסיס הנתונים המשמש את נוסחת הקפיטציה.
2. הקמת ועדה קבועה שתמונה ע"י משרדי הבריאות והאוצר, שתעקוב באופן שוטף ותמליץ על עדכון מעת לעת של נוסחת הקפיטציה, מדד יוקר הבריאות, המקדם הדמוגרפי והמקדם הטכנולוגי.
3. בחינה מחדשת של מטרות הסכמי הייצוב הנחתמים עם קופות החולים ומידת הגשמתן במתכונת הנוכחית לצורך בניית מודל חדש ויעיל יותר.
4. בחינת האפשרות להאריך את תקופת הסדרי התקציב במערכת מ-3 ל-5 שנים.

ביטוחי רשות והשפעתם על הסל הבסיסי

הייתה הסכמה רחבה בדיון על קיומה של השפעה של ביטוחי הבריאות הפרטיים על המערכת הציבורית, שבאה לידי ביטוי בתחרות על משאבים וגורמי ייצור ותרומתה להעלאת מחיריהם, וכן בהעמסת הוצאות על המערכת הציבורית, בין היתר באמצעות גריפת שמנת והפקת רווחים פרטיים מהשקעה ציבורית.

בדיון הוצגו נתונים שנאספו על ידי הממשלה במשך השנה וחצי האחרונות, לפיהם חברות הביטוח משלמות מחירים גבוהים יותר בכ-40% על ניתוחים, לעומת מחירים שמשלמות קופות החולים בכסף ציבורי במערכת הציבורית והפרטית, ובכך מסחררות את השוק דרך מחירי התשומות. לאור האמור, הייתה הסכמה גורפת על הצורך לפקח על מחירי הפעילות במערכת הפרטית (אך לא על הכמויות).

באשר להצעה להחיל אגרת השבה או שיבוב חד צדדי לסל הציבורי על גופים המפעילים ביטוחי בריאות מסחריים כפיצוי על השפעת הביטוחים הפרטיים על המערכת הציבורית, לא הייתה הסכמה בין משתתפי הדיון. בין הנימוקים של מתנגדי ההצעה הועלתה טענה למיסוי לא הוגן של צרכני הביטוחים והיעדר הכימות הכספי

של ההשפעה. ראוי להעמיק את הדיון העתידי באפשרות זו לאחר עבודה שתבחן ותכמת את ההשפעה האמורה ואת רווחי חברות הביטוח מענף ביטוחי הבריאות לאור שיעורי ה-Loss Ratio החריגים בתחום.

בהיעדר נציגי רשות שוק ההון בדיון, הייתה הסכמה גורפת בנוגע לצורך להגביר את מעורבות משרדי הבריאות והאוצר (מעבר לרשות שוק ההון) באסדרת שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים, מתוך הכרה בהשפעתם על המערכת הציבורית.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

1. הענקת סמכויות לשרי הבריאות והאוצר בחוק הפיקוח על הביטוח בכל הקשור לביטוחי בריאות.
2. הקמת ועדה משותפת וקבועה לרשות שוק ההון, משרד הבריאות ואגף התקציבים במשרד האוצר, לבחינת השפעות בין-מערכתיות בתחום ביטוחי הבריאות, במטרה למנוע סבסוד צולב ולספק הגנה מרבית ותמורה הוגנת לצרכני הבריאות.
3. החלת פיקוח מחירים על שירותי בתי החולים והמרפאות הכירורגיות הבינוניות שבמימון הביטוחים המסחריים ו-Out of Pocket.

סוגיות נוספות שדורשות המשך דיון והעמקה:

1. ביצוע עבודת כימות כספי של השפעת הביטוחים הפרטיים על מערכת הבריאות הציבורית.
2. החלת אגרת השבה או שיבוב חד צדדי לסל הציבורי על גופים המפעילים ביטוחי בריאות מסחריים כפיצוי על השפעת הביטוחים הפרטיים על המערכת הציבורית.

ריסון עלויות במערכת

הדיון בנושא ריסון עלויות עסק בשני מחוללי הוצאה משמעותיים במערכת הבריאות: שכר הרופאים בקהילה וההוצאה לתרופות (בדגש על תרופות חדשות).

בנושא שכר הרופאים בקהילה הודגש העיוות במצב הקיים לפיו שכר רופאים שכירים בבתי החולים ובקהילה מפוקח וכפוף לכללים אחידים, בעוד שתשלום לרופאים עצמאיים, שמשקלם בחלק מהקופות משמעותי ביותר ומגיע לכדי מחצית מהרופאים בקהילה, אינו מנוטר ומפוקח בשום צורה. יחד עם זאת, הוסברה המורכבות שבניסיון לקבוע כללים אחידים לשכר רופאים עצמאיים, בשל העובדה ש"שכרם" מכיל מרכיבים נוספים כגון עלות שכירת המרפאה, צוות, תקופת התנעה עד להתייצבות היקף פעילות רנטבילי וכיו"ב.

בדיון הוצגו על ידי אגף הכלכלנית הראשית במשרד האוצר נתונים ראשוניים שנחקרו, מהם עולה שהשכר הממוצע לרופא משפחה עצמאי בקופות החולים שמעסיקות שיעור גבוה של רופאים עצמאיים עלה ריאלית בלמעלה מ-60% בין השנים 2010-2017.

היו בדיון נציגי קופות שתיארו את עוצמת התחרות המתחוללת בין הקופות על רופאים עצמאיים והשפעתה הברורה על הגידול בשכרם בשנים האחרונות והם עמדו על הצורך לפקח ולקבוע כללי ריסון מחירים על אף המורכבות הכרוכה בכך. מנגד, היו נציגי קופות אחרות שהתנגדו למהלך מהסוג הזה.

בדיון בנושא עלות התרופות הוצגו נתוני הגידול החריג במחיר הכניסה לסל של תרופות חדשות (מחיר שנתי למטופל של תרופה חדשה בשנת 2019 גבוה פי שבעה מאשר בשנת 2008), הוצג הגידול בהוצאה הנובע מהחלטות ועדת חריגים בקופות (גידול של יותר מפי חמישה בהוצאה הישירה בין השנים 2014 - 2019 בקופת חולים כללית) וכן נדונו מוצרים רפואיים שאינם נכללים כיום במסגרת פיקוח מחירים ושיש מקום לפקח גם על מחיריהם. הייתה הסכמה בצורך לקדם צעדים להוזלת מחירי תרופות, כגון האצת הליכי רישום של תרופות מקדמות תחרות כגון גנריקה וביוסימילר, אך הייתה התנגדות נמרצת של משרד הבריאות למיסוד הקלות כלשהן בהליכי הרישום. בנושא ועדות החריגים התקיים דיון על מידת היכולת ואפקטיביות הניהול העצמאי של הקופות את הנושא למול המבוטחים ומערכת המשפט. הוסכם שיש להדק את הניטור של הרגולטור אחר פסיקות בתי הדין ומשמעויותיהן המערכתיות, אך לא הייתה הסכמה לדרישת הקופות למעבר מוועדות חריגים של הקופה לוועדה לאומית.

המלצות הצוות (הסכמה ברמה גבוהה):

1. ביצוע עבודת מטה למיפוי ולהגדרה של צורות ההעסקה הקיימות והאפשריות של רופאים על ידי קופות החולים, במטרה לבחון החלת כללי שכר מחייבים עבור כל אחת מצורות ההעסקה.
2. קידום קביעה וולונטרית של הקופות את סטנדרט השכר של הרופאים העצמאיים בפילוח לפי התמחות, אזור גיאוגרפי, אופן ההעסקה והצגתה לממשלה.
3. החלת פיקוח מחירים על מכשירים רפואיים וציוד רפואי מתכלה בעת הכנסתם לסל הבריאות, וכן על תרופות שטרם נרשמו בישראל המשוקות במנגנון 29 א 1.
4. בחינת אפשרויות להאצת הליכי רישום של תרופות מקדמות תחרות והורדת מחירים: גנריקה, ביוסימילר, Class Effect, בין היתר באמצעות תעדוף תרופות אלה, הגשה אלקטרונית ותגבור משאבי רישום (לא הייתה הסכמה על בחינת מתן הקלות ברישום).
5. בחינת אפשרויות לשיתופי פעולה בינלאומיים לריסון משותף של מחירי תרופות.
6. שכלול והעמקה של מודלים לרכישת תרופות, מבוססי Pay for Performance ו-Value Based Medicine.
7. בחינה מחודשת של מנגנון ועדות החריגים בקופות וניטור קבוע ע"י הרגולטור של פסיקות בתי הדין ומשמעויותיהן המערכתיות.

סוגיות נוספות שדורשות המשך דיון והעמקה:

1. בחינת אפשרות הפיקוח על מחירי רופאים עצמאיים והגברת אחריות הנהלות קופות החולים לריסון שכר הרופאים.
2. בחינה של מעבר לוועדת חריגים לאומית.

משתתפי הכנס		
שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי
אליק	אבירם	המכון הלאומי
שרית	אבישי	כללית
דן	אבן	אונ' בן-גוריון
יואב	אבן	חדשות 12
טליה	אגמון	משרד הבריאות
אריאלה	אדיג'ס	משרד הבריאות
ציון	אוליאל	מכבי
רותי	אופטובסקי	כללית
מיכאל	אורן	כללית
מאיר	אורן	משרד הבריאות
ניסים	אלון	לאומית
רותם	אליזרע	יחסי ציבור
הדר	אלעד	משרד הבריאות
יואל	אנג'ל	איכילוב
עידו	אפרתי	הארץ
טריף	בדר	קרפ"ר - צה"ל
אפרת	בועז	וואלה
חיים	ביטרמן	המכון הלאומי
יאיר	בירנבאום	כללית
גבי	בן-נון	המכון הלאומי
שמואל	בן יעקב	האגודה לזכויות החולה
רועי	בן משה	מאוחדת
אייל	בסון	משרד הבריאות
אורנית	בר טל	כללית
משה	בר סימן טוב	משרד הבריאות
איתי	בר סימן טוב	אונ' בר-אילן
יואל	בריס	משרד האוצר

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי
יצחק	ברלוביץ	וולפסון
שולי	ברמלי-גרינברג	אונ' עברית
רייצ'ל	ברנר שלם	משרד הבריאות
ליאור	ברק	משרד הבריאות
משה	ברקת	שוק ההון
רוני	גאגין	רמב"ם
אבישי	גולדברג	אונ' בן-גוריון
אביבית	גולן	לאומית
מאיה	גולן	משרד הבריאות
איריס	גינזבורג	כלכלת בריאות
קובי	גלזר	אונ' תל-אביב
שמעון	גליק	אונ' בן-גוריון
רוני	גמזו	איכילוב
דוד	גנוט	מאוחדת
איתמר	גרוטו	משרד הבריאות
איילת	גרינבאום	משרד הבריאות
דן	גרינברג	אונ' בן-גוריון
דוד	דביר	מאוחדת
סיגל	דדון-לוי	מכבי
אהוד	דוידסון	כללית
קטי	דור	כאן 11
מוריס	דורפמן	משרד הבריאות
נלי	דיקמן	משרד הבריאות
ביאנקה	דקל	המכון הלאומי
עדו	הדרי	מכבי
שלי	החנוכי	מכבי
נועה	היימן	משרד האוצר
מיקי	הלברטל	רמב"ם
יונתן	הלוי	שערי צדק
זמיר	הלפרן	המכון הלאומי

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי
אורלי	וויינשטיין	משרד הבריאות
ליאת	ווינשטוק	לאומית
יוסי	וויס	אסותא
יובל	וויס	האיגוד למנהל רפואי
שלמה	וינקר	לאומית
נעם	ויצ'נר	משרד הבריאות
שי	ורנר	יחסי ציבור
יאיר	זילברשטיין	מכבי
סלאמן	זרקא	זיו צפת
לירון	חבוט-לוי	מכבי
יעקב	חן	משרד הבריאות
ענבר	טויזר	ידיעות אחרונות
אלכס	טיקטינסקי	משרד הבריאות
מנואל	טרכטנברג	אוני' תל-אביב
נטע	יונה	לאומית
טוני	כהן	מכבי
בעז	לב	משרד הבריאות
גיל	לביא	כללית
רקפת	לוי	כללית
רויטל	לוי-חברוני	כללית
אסנת	לוקסנבורג	משרד הבריאות
סיגל	ליברנט-טאוב	משרד הבריאות
זיוה	ליטבק	המכון הלאומי
רוני	לינדר	דה מרקר
דוד	מוסינזון	מאוחדת
שלמה	מור-יוסף	רשות האוכלוסין וההגירה
טל	מורגנשטיין	משרד הבריאות
תמיר	מוריץ	מאוחדת
דני	מושיוב	מאוחדת
ימימה	מזוז	לאומית

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי
אלי	מזרחי	מאוחדת
אורלי	מלכה	משרד הבריאות
אורלי	מנור	המכון הלאומי
אלון	מסר	משרד האוצר
ערן	מץ	לאומית
עופר	מרגלית	מאוחדת
ליאור	מרוז	המכון הלאומי
ישי	נאמן	כללית
רונן	נודלמן	כללית
ירון	ניב	משרד הבריאות
עדי	ניב-יגודה	אוני' תל-אביב
אביעד	נימקובסקי	משרד האוצר
טל	נשרי	משרד הבריאות
יורם	סגל	כללית
סיגל	סדצקי	משרד הבריאות
אילן	סופר	איכילוב
נעמי	סיגל	מכבי
אתי	סממה	משרד הבריאות
רן	סער	מכבי
אבי	עובדיה	שוק ההון
ורד	עזרא	משרד הבריאות
אנג'לה	עירוני	מכבי
מיכל	עקביה	משרד האוצר
ענת	עקה-זוהר	מכבי
חגית	פדובה	איכילוב
שירלי	פורטוגז	משרד הבריאות
אבי	פורת	אוני' בן-גוריון
אדריאן	פילוט	כלכליסט
נגה	פל כהן	מאוחדת
שרי	פנג שגב	משרד הבריאות

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי
דב	פסט	משרד הבריאות
שימי	פרג'	מכבי
אורן	פרלסמן	משרד הבריאות
ודים	פרמן	משרד הבריאות
חיים	פרננדס	לאומית
גדעון	פרת	המועצה המדעית
שלמה	פשקוס	משרד הבריאות
רועי	קאהן	משרד האוצר
גלית	קאופמן	מכבי
ראובן	קוגן	כללית
ליאור	קוטלר	משרד האוצר
מלי	קושא	מאוחדת
ניר	קידר	משרד הרווחה
רונית	קלדרון	הדסה / מדדים
סיגל	רגב-רוזנברג	מאוחדת
ברוך	רוזן	ברוקדייל
משה	רוח	מכבי
יעל	רייכנברג	כללית
רועי	רייכר	משרד האוצר
שפרה	שוורץ	אונ' בן גוריון
אבי	שושן	איכילוב
גילי	שיל"ת	המכון הלאומי
עינב	שימרון	משרד הבריאות
קן	שכטר-אזולאי	מכבי
ורדה	שלו	מכבי
יהושע	שמר	אסותא
דקלה	שפרן	כאן 11

המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות הינו עמותה עצמאית שמטרותיה הן:

~ ללוות ולהעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שרותי הבריאות בישראל, איכותם, יעילותם ועלותם.

~ ליזום ולממן מחקרים בנושאי ארגון, כלכלה ואיכות השירותים ותהליכי קבלת ההחלטות במערכת הבריאות.

~ להוות במה ומקום מפגש לקיום דיון מקצועי וציבורי בתחומי הארגון, הניהול וקביעת מדיניות הבריאות בישראל.

~ לעודד שיתוף פעולה מדעי בין תחומי ורב מקצועי ברמה הלאומית בין כל הגורמים, ניהוליים ואקדמיים, שעניינם קידומה של מערכת הבריאות הישראלית.

סעיף 52 (2) של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994) קובע, בין תפקידי מועצת הבריאות: "לקיים מעקב אחר ביצוע החוק ולערוך מחקרים, סקרים וחוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר".

המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות נקבע למטרה זו על-פי החלטת שר הבריאות ובאישור המועצה מיום 24/6/95.

המכון מאגד חוקרים, מנהלים וקובעי מדיניות מכל מגזרי המשק: משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים, האוניברסיטאות ומכוני המחקר. לפעילויות המכון תורמים דרך קבע בעלי מקצועות הבריאות, מנהלים, חוקרים ומדענים מן האקדמיה, משירותי הבריאות, מהכנסת וממשרדי הממשלה.



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

03-5303516

nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il