

# מערכת הבריאות בעשור הבא:

## המשך הרפורמה

כנס ים-המלח הראשון

14-15 יוני, 2000

דו"ח סופי

ספטמבר 2000

טל': 03-5303516 פקס: 03-5303250

דוא"ל: [nihp@israelhpr.health.gov.il](mailto:nihp@israelhpr.health.gov.il)

[www.israelhpr.org.il](http://www.israelhpr.org.il)

11 ספטמבר 2000

בימים 13 ו-14 ליוני 2000, קיים המכון הלאומי את כנס "ים המלח" הראשון שלו לדיון מעמיק במספר נושאי מדיניות בוערים הנוגעים לארגון וממון מערכת הבריאות בארץ ולדרך אספקת השירותים. בדיון השתתפו רוב קובעי המדיניות והעוסקים בתחום בארץ, כולל שר בבריאות והנהלת המשרד, מנהלי קופות חולים ובתי חולים ואנשי אקדמיה. משרד האוצר היה מיוצג באמצעות טלויזיה במעגל סגור, אך בכוונתנו המשותפת לקיים את הכנסים הבאים בהשתתפות חיה של אנשי המשרד. הדיונים נמשכו על פני יממה, כולל ערב, ולדעת מירב המשתתפים היו מן הממצים שהתקיימו במסגרת דומה בשנים האחרונות. הכנס הוכן באמצעות שלושה צוותים שהכינו טיוטות של ניירות עמדה לדיון. רוב הדיונים בכנס התנהלו בקבוצות עבודה שדנו בניירות שהוכנו. צוות היגוי בראשות צבי אדר ליווה את הצוותים.

לדיון בכנס הראשון נבחרו שלוש סוגיות מרכזיות בתחום ארגון המערכת הדורשות פתרון קרוב. הבעיה הראשונה, ממון מערכת הבריאות, נובעת ישירות מחוק בטוח הבריאות הממלכתי מ-1995. על פי החוק המקורי הועברו לבטוח הלאומי כספי מס הבריאות החדש שהחליף את המס האחיד של קופות החולים. הממשלה הפכה גם טכנית וגם מהותית למממנת של קופות החולים. בשנים הראשונות לאחר קבלת החוק נוצר מתח רב בין הממשלה, ובעיקר משרד האוצר לבין קופות החולים, לא רק על גובה התשלום אלא גם על הסדרי התשלום. צוות אחד של כנס "ים המלח" עסק בין השאר בדרכים לגיבוש מערכת יחסים יציבה יותר וראויה בין הממשלה לקופות החולים. קיים מתח טבעי בין צרכי המערכת לתכנית ממון צפויה מראש לטווח ארוך, המשקפת נכונה את השינויים הדמוגרפיים, הכלכליים, הטכנולוגיים ואת ההתייעלות, - לבין משרד האוצר המעונין בגמישות מרבית בקביעת התקציב השנתי. אופי שירותי הבריאות והעובדה שהם מסופקים ע"י ארגונים חוץ ממשלתיים מחייבים מידה רבה יותר של יציבות תקציבית מאשר כמה סעיפי תקציב שוטפים אחרים.

הסוגיה השניה שנדונה היא מעמד בתי החולים. עם המעבר לשיטת התשלום על פי קפיטציה כוללת לקופות החולים, הפך מעמד בתי החולים הממשלתיים לעוד יותר בעייתי מאשר לפני

כן. עתה, גם בשרשרת התשלום הם מהווים, חייבים להוות, את החוליה האחרונה, זה תמיד היה נכון ביחס לשרשרת הטיפול הרפואי. מעמדם כבתי חולים ממשלתיים הכפופים ישירות למשרד הבריאות מעניק להם מעמד מועדף ומשבש את מערכת היחסים הדרושה ביניהם לבין קופות החולים. זאת בנוסף לניגוד האינטרסים החמור הנוצר בתוך משרד הבריאות ועוות תפקודו והיתרון שיש לאספקת שירותי בריאות שלא באמצעות מערכת ממשלתית. גם אם הצורך לשנות את מעמד בתי החולים מוסכם על רבים, יש חילוקי דעות על הדרכים לעשות זאת, על מדת הפקוח הממשלתי הדרושה, על קצב השינויים וכיוצא באלה.

הצוות השלישי של "כנס ים המלח" עסק בבעיית המזוג של שירותים פרטיים ובטוח פרטי בתוך המערכת הציבורית: אם בכלל, אילו שירותים, באילו תנאים. חילוקי הדעות כאן הם חריפים יותר מאשר בשאלות אחרות, וגם הפתרונות האפשריים מורכבים יותר, וזה התבטא הן בדיוני הצוות והן בדו"ח המונח לפניכם. אחד החששות העיקריים הוא שפתיחת פתח כלשהו לתשלומים פרטיים, יגרום לשחיקה של מחויבות המדינה לממן סל שירותים ראוי. נראה לכן שהתנאי המוקדם לפני כל דיון על שירותים פרטיים במערכת הציבורית צריך להיות מחויבות מפורשת של המדינה, מלווה במנגנון בקרה ציבורי מתאים, לכלול בסל כל טיפול ראוי מבחינה רפואית ומוצדק מנקודת ראות של הוצאה חברתית. טיפולים ושירותים פרטיים יוגבלו לתחום האפור לגביו קיים ביקוש של צרכנים אך אין לו הצדקה חברתית. גם אם ההגדרה של הסל היא סבוכה, לעיקרון העומד מאחוריה חשיבות עליונה.

המכון הלאומי מקווה שסיכומי הכנס יהוו בסיס לדיוני המשך עם המשרדים הנוגעים בדבר על דרכי התווית המדיניות הראויה בתחומי הדיון של הכנס.

בשם המכון הלאומי ברצוני להודות לכל אלה שלקחו חלק בהכנת הכנס, המשתתפים, ראשי וחברי הצוותים, הנהלת משרד הבריאות והאוצר, הצוות המנהלי של המכון, ובמיוחד לצבי אדר, מן היוזמים של הכנס וראש ועדת ההיגוי שלו. הכנס הבא יעסוק מן הסתם בבעיות מדיניות אחרות של מערכת הבריאות.

גור עופר

יו"ר הוועד המנהל

## כנס ים-המלח:

# "מערכת הבריאות בעשור הבא: המשך הרפורמה"

מלון הייט, ים המלח, 14 – 15 ביוני 2000

### תוכן עניינים

ע"מ

2	דברי פתיחה – גור עופר	❖
5	תכנית הכנס	❖
6	רשימת משתתפים	❖
7	דו"ח סופי של ועדת ההיגוי	❖
	דוחות הצוותים:	❖
18	● מימון המערכת	
31	● מעמד בתי החולים	
44	● התמהיל הפרטי-ציבורי	
63	❖ סוגיות במערכת הבריאות בישראל – יהושע שמרוארנה טל	
76	❖ מערך שחתי הבריאות בישראל בשנת 2010: עתיד רצוי ואפשרי – מדכי שני	

## כנס ים-המלח:

# "מערכת הבריאות בעשור הבא: המשך הרפורמה"

מלון הייאט, ים המלח, 14 – 15 ביוני 2000

### יום ד', 14 ביוני:

12:30 – 13:30: ארוחת 3הרייט

14:00 – 18:00: ישיבת מליאה – יו"ר: גור עופר

14:00 – 15:30: 5 שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - השר חיים רמון

יעדי משרד הבריאות - שוקי שמר

מערכת הבריאות בישראל בשנת 2010 - מרדכי שני

15:30 – 16:00: הפסקת קפה

16:00 – 18:00: דיווח ראש צוות ההיגוי - צבי אדר

דיווח ראשי הצוותים:

מימון המערכת - יעקב גדיש

בתי חולים - יצחק פטרבורג

התמהיל הפרטי-ציבורי - מרדכי שני

דיון בהשתתפות אנשי אגף התקציבים: דוד מילגרום וחיים פלץ

18:00 – 19:30: דיונים בקבוצות עבודה

20:00 – 21:30: ארוחת ערב חגיגית - יו"ר: חיים דורון

מרצה: שר הבריאות, הרב בניזרי

### יום ה', 15 ביוני:

08:30 – 10:30: דיונים בקבוצות עבודה

10:30 – 11:00: הפסקת קפה

11:00 – 12:30: דיונים בקבוצות עבודה (המשך)

12:30 – 13:30: ארוחת 3הרייט

13:30 – 16:30: ישיבת מליאה

13:30 – 15:00: יו"ר: צבי אדר

דיווח ראשי הצוותים:

מימון המערכת - יעקב גדיש

בתי חולים - יצחק פטרבורג

התמהיל הפרטי-ציבורי - מרדכי שני

15:00 – 15:15: הפסקת קפה

15:15 – 16:30: דיון וסיכום - יו"ר: חיים דורון

צבי אדר - הצגת נייר הסיכום של צוות ההיגוי

דיון מסכם - השינויים הדרושים במערכת הבריאות



# כנס ים-המלח הראשון: "מערכת הבריאות בעשור הבא: המשך הרפורמה"

14-15 יוני 2000

רשימת משתתפים לפי קבוצות דיון:

צוות היגויי: צבי אדר – יו"ר, חיים דורון, גור עופר, אריה שירום, יהושע שמר, יעקב גדיש, יצחק פטרבורג, מרדכי שני			
<b>התמהיל הפרטי-ציבורי</b>	<b>בתי-חולים</b>	<b>מערכת המימון</b>	
<b>מרדכי שני</b> עמיר שמואלי	<b>יצחק פטרבורג</b> נירה שמאי	<b>יעקב גדיש</b> ברוך רוזן	<b>יו"ר:</b> <b>מרכז צוות:</b>
גבי בן-נון יעקב גלזר יהונתן הלוי לאה וופנר זאב וורמברנד טוביה חורב אבי ישראלי אודי פרישמן רחל קיי זאב רוטשטיין	אליק אבירם יורם בלשר יצחק ברלוביץ מיכאל הריסון צבי זוסמן שלמה מור-יוסף משה רווח אריה שירום	מאיר אורן רמי דיציאן בעז לב משה מאור דב צ'רניחובסקי עוזי סלנט שמואל רוזנמן שבתאי שביט	<b>חברי הצוותים:</b>
ברוך אברהמי רחל אדטו זאב אהרונסון אורלי אורי יעקב בוכריס רויטל גרוס מיכאל ויינגרטן אלי לנדאו מיכל עבאדי אליהו ענתבי יעקב פרבשטיין רן רזניק	אשר אלחיאני ליאון אפשטיין יאיר בירנבאום גבי ברבש מירה היבנר יעקב הרט יעקב ויטקובסקי ג'ק חביב אמנון להד מיה מוהליבר יוחנן שטסמן אלישבע שמחן	יצחק בכר יעקב ברגר נועז בר-ניר יצחק גנור שעיה ז'ילונקה חיה טבנקין דוד טל משה סקרן גדעון עשת סבר פלוצקר יעקב קופ יהודה רון	<b>משתתפים:</b>

# כנס ים-המלח

"מערכת הבריאות בעשור הבא - המשך

הרפורמה"

דו"ח סופי של ועדת ההיגוי

חברי ועדת ההיגוי

צבי אדר – יו"ר

יעקב גדיש

חיים דורון

גור עפר

יצחק פטרבורג

אריה שירום

יהושע שמר

מרדכי שני

## 1. כללי

הכנס בנושא "מערכת הבריאות בעשור הבא – המשך הרפורמה" נערך בים-המלח בתאריכים 14-15 ביוני 2000. הכינוי שניתן לו, "כנס ים-המלח", מבטא כוונה להמשיך ולקיים כנסים כאלה, דוגמת "כנס קיסריה". הכנס נמשך כיממה, בסה"כ כ- 10 שעות דיון, והשתתפו בו כ- 70 מוזמנים.

מסמך זה פותח בתיאור קצר של מטרת הכנס ושיטתו, ומתמקד אח"כ בנסיון לסיכום כולל של הדיונים, בהדגשת המסקנות של צוותי הדיון.

בחלקו האחרון של המסמך מובאת הערכה – בדיעבד של תהליך הכנס ע"י ועדת ההיגוי, וכן המלצות להמשך פעילות הכנס בעתיד.

## 2. מטרת הכנס

בדיוני הוועד המנהל של המכון הלאומי התגבשה בשנה האחרונה הדעה כי תהליך הרפורמה במערכת הבריאות "תקוע". בתחומי-מדיניות אחדים, כאלה שנכללו בחוק לביטוח בריאות ממלכתי ואחרים, נוצר סטטוס-קוו זמני, בלא שהוכרעו שאלות-יסוד ביחס למבנה ולתפקוד הרצוי של מערכת הבריאות. המערכת הפוליטית ומשרדי הממשלה פועלים, כדרכם, תחת אילוצי תקציב, זמן ואופק מוגבל, ומתחזקת המסקנה כי הכרעות בשאלות החשובות שנותרו תיעשינה, במקרה הטוב, תוך התייחסות חלקית בלבד למבנה הכולל הרצוי של מערכת הבריאות העתידית. ועדת נתניהו התוותה מבנה כזה, אך המלצות עיקריות שלה, אף שאומצו פורמלית ע"י הממשלה, לא יושמו, מטעמים שונים. לאחר עשר שנים ומעלה, הסברה המקובלת היא כי אפסו הסיכויים ליישום מלא של המלצות ועדת-החקירה. אף כי דומה שעל זאת אין חולק, הדעות נחלקות אשר לצורך למלא את החלל שנוצר במדיניות הבריאות לטווח ארוך. יש המאמינים בהתפתחות "אבולוציונית", גם אם תיעשה טלאים-טלאים, של מרכיבים נפרדים בארגון מערכת הבריאות ובכללי-פעולתה. אחרים, ובהם הוועד-המנהל של המכון, סוברים אחרת. לפי גישה זו, משום קשרי-הגומלין המסובכים בין מרכיבי-המדיניות ולאור הנסיון שנרכש, חשוב לקבל כמה החלטות עקרוניות לטווח-ארוך על המבנה



והתפקוד הרצויים של מערכת הבריאות בשאלה, עקביות ומתואמות ביניהן, גם אם יישומן יהיה בשלבים.

מטרת כנס ים-המלח היתה להתחיל תהליך זה של ברור וליבון האופציות לעתיד מערכת הבריאות בטווח של עשר השנים הבאות. מטרה משנית היתה לבחון את יעילות מתכונת הכנס שאומצה בהשגת המטרה.

נוכח המספר הרב של שאלות כבדות-משקל הממתינות לפתרון, ועל אף קשרי הגומלין בין התשובות האפשריות, היה ברור מראש כי הכנס המתוכנן יצטרך להתמקד בשניים עד ארבעה נושאים עיקריים בלבד. הועד-המנהל בחר בשלושה נושאי דיונים: מימון מערכת הבריאות, התמהיל הפרטי-ציבורי במערכת הבריאות, ועתיד בתי-החולים הציבוריים. דיון בנושאים אחרים נדחה לכנסים הבאים.

### **3. מתכונת ושיטה**

המתכונת שנבחרה היתה של כנס "עובד", בסגנון קרוב ככל האפשר לסדנה. בניגוד לימי-העיון שנערכו בשנים האחרונות בנושאים דומים, הוחלט לארגן כנס ללא "קהל", בו כל הנכחים משתתפים באופן פעיל בדיונים, ותורמים מידיעותיהם, נסיונם ועמדותיהם.

מסגרת הזמן של יום אחד עד שניים אשר נקבעה, שיקפה הערכה כי אי-אפשר יהיה לגייס לכנס קובעי-מדיניות ובכירים במערכת הבריאות לפרק זמן ארוך מזה. כדי למנוע נדידת המשתתפים בין הכנס לעיסוקיהם הדחופים האחרים, נבחר מלון בים-המלח כמקום הכנס.

מסגרת הזמן הדחוקה חייבה, פרט לצמצום מספר השאלות על סדר-היום, גם שני מאפיינים נוספים של הכנס:

א. בכנס עצמו, התחלקו המשתתפים לשלושה צוותים, אחד לכל אחד מהנושאים. עשר שעות הכנס חולקו בין דיונים מקבילים בצוותים ודיוני מליאה. חשוב להדגיש עם זאת כי מספר שעות הדיון האפקטיביות היה גדול בהרבה, הן בשל קיום דיונים מקבילים והן משום שכל הדיונים החלו לפני הכנס, בתקופת ההכנה.

ב. תקופת-ההכנה היתה בת מספר שבועות. הועד המנהל בחר בשלושה ראשי צוותים, אחד לכל נושא, ובראש צוות היגוי. אלה הרכיבו, לפי בחירתם ובאישור הועד-המנהל, צוותי-הכנה. לכל צוות התמנה גם מרכז, אחראי לאיסוף החומר והכנתו. כל צוות הכנה ניתח חומר קיים בנושא וקיים כשלושה דיונים מקדימים. דיונים אלה הניבו

ניירות-עמדה צוותיים וחומר רקע נוסף, אשר הופצו בין משתתפי הכנס כולם לפני תחילתו.

מגבלה נוספת היתה קוצר הזמן להכנת הכנס. ההתלבטות בין האפשרות לקיימו בראשית הקיץ או בסתיו הבא הוכרעה לטובת האפשרות הראשונה מתוך רצון לתרום לתכניות משרד הבריאות כבר בשנה זו, אך לכך היה "מחיר" בעומק ההתארגנות ובנושאים נוספים. דיוני הכנס, ובעיקר המסקנות, הוקלטו ונרשמו. סיכומם הוא המוגש כאן.

#### **4. משתתפים**

משך הכנס הקצר ומתכונת הדיונים שנקבעה הכתיבו הגבלה משמעותית של מספר המשתתפים. בדיעבד, לאור התהודה שהיתה לעצם קיום הכנס, אפשר היה בקלות להכפיל ואף לשלש את מספר המשתתפים, מה שהיה משנה לחלוטין את אופיו. בחישוב פשוט סברנו כי אין זה נכון להזמין משתתפים רבים אשר לא יספיקו להתבטא כלל בנושאים הצוותיים ובמליאה, במשטר המקצה דקות ספורות לכל דובר. כתוצאה, משתתפי הכנס התחלקו לשתי קבוצות קטנות ושוות גודל: האחת כללה את חברי צוותי ההכנה, מכיני ניירות העמדה הבסיסיים. השניה כללה חברים נוספים אשר לא השתתפו בשלב ההכנה, להם ניתנה במסגרת הכנס הזדמנות שווה, אם לא יותר מכך, להציג עמדותיהם. ראשי הצוותים נבחרו, כאמור, ע"י הועד המנהל, מבין המומחים הבולטים בתחום מדיניות הבריאות בישראל, בעלי ידע ונסיון רב, תיאורטיים ומעשיים.

עבודת ההכנה היתה כולה התנדבותית. ראשי הצוותים בחרו את המרכזים ואת חברי הצוותים, ובחירתם אושרה ע"י הועד המנהל של המכון. צוות ההיגוי הורכב מראשי הצוותים הנושאים וממספר חברים נוספים לפי בחירת ראש צוות ההיגוי.

הרכב המשתתפים והרשימה השמית המפורטת עוררו גם הם בעיות אשר הוחמרו ע"י הזמן הקצר שעמד לרשותנו להתארגנות. הכוונה היתה לבחור במשתתפים מכל מגזרי המערכת, אשר יוכלו לתרום לדיונים גם עמדה מקצועית-אישית בנוסף לעמדות הרשמיות של הגופים אליהם הם משתייכים. ניתוח מדוקדק של רשימת המשתתפים בוודאי יצביע על יצוג-יתר או יצוג-חסר של קבוצה זו או אחרת, כמו על טעויות של אי-הזמנת חברים שיכולים היו לתרום רבות. כאמור, משום שהכנס לא היה גוף-מחליט, ומטרתו היתה עצם קיום הדיונים והחלפת

הדעות, לא ייחסנו חשיבות רבה ליציגות פרופורציונית מדוייקת. אשר לטעויות בהזמנת אישים ספציפיים, אין לנו אלא לקוות כי אלה תתוקנה בכנסים הבאים. למשתתפים הנוספים ניתנה האפשרות להצטרף לאחד מהצוותים הנושאים, לפי בחירתם. בהרכב הסופי של הצוותים המתדיינים לא היתה כוונה, ולכן לא נעשה מאמץ, להבטיח "ייצוג שווה" לפי מפתח כלשהו.

## **5. סיכום הדיונים**

שלושה הצוותים הנושאים הכינו סיכום מסודר של הנושאים בהם דנו, הכולל גם אזכור שאלות שהיו על סדר-היום אך לא נדונו בשל מגבלת הזמן. סיכומים אלה מצורפים לחוברת זו ומדברים לעצמם. משום שכל אחד מן הסיכומים מכיל גם תמצית, אין טעם לחזור ולתמצת אותם כאן פעם נוספת. בראיה כוללנית אפשר לאפיין את הכנס ככזה שעסק בעיקר

א. בשאלת הגבולות והתמהיל של רפואה ציבורית ורפואה פרטית בישראל, הן בצד המימון (מקרו ומיקרו) והביטוח, הן בצד אספקת השירותים,

ב. תוך הדגשה בולטת של הרפואה השלישונית, התייחסות חלקית לרפואה השניונית (רמת בתי החולים) והזנחה נובעת של הרפואה הראשונית והרפואה בקהילה בכלל.

בחלק מהשאלות שנדונו בפועל היתה חפיפה בין הצוותים, גם אם נקודות הראות היו שונות. במיוחד התבטאה חפיפה זו בדיוני צוות התמהיל וצוות בתי החולים.

צוות המימון עסק, יותר מכל, ברמת המקרו של המערכת ובמקומה במערכת המימון הציבורי הלאומית. כמו גם בצוותים האחרים, הנחת היסוד לדיון היתה כי הרפואה הציבורית איננה יכולה, ולא תוכל בעתיד, לספק לתושבי המדינה סל בריאות "מלא", בהרכב ובאיכות המבטאים את מלוא ה-State of the Art של הרפואה בשנות ה-2000. סל שירותי הבריאות הציבוריים הוא על כן מוגבל הגדרתית, ושירותים שמחוץ לסל, וכן שירותי-סל משופרים, יצטרכו להיות ממומנים פרטית. עמדה זו תואמת את עמדת האוצר. יחד עם זאת הבחין הצוות הבחנה חדה בין אחריות המימון הממשלתי לסל-הבריאות הקיים, לבין מימון תוספות לסל עקב שינויים טכנולוגיים ברפואה או שיפורים ברמת השירות.

אשר למימון הציבורי של סל הבריאות, בצוות היתה תמימות דעים כי תקציב הבריאות צריך להיות "חד-חד-ערכי": כמצויין בחוק הבריאות, תוספת שירותים צריכה להיות מאוזנת תקציבית. הצוות הוסיף כי גם כל הגורע שירותים מהסל הקיים צריך להצביע ספציפית על

השירותים שיבוטלו. מנקודת-מוצא זו, הבחין הצוות באופן ברור בין תקצוב הסל הקיים ובין תוספות לסל.

את העדכון השוטף של תקצוב הסל הקיים המליץ הצוות לעגן בנוסחה קבועה, שמטרתה להבטיח את המקורות הנדרשים לנפש סטנדרטית. מילים אחרות, מימון שימור הסל בגין גידול האוכלוסיה והזדקנותה יהיה אוטומטי, לטווח-תכנון של 3-5 שנים. במידה ויוחלט, כמו בסקטורים אחרים, לעגן לטווח כזה גם דרישות התייעלות (מס' אחוזים בשנה, "רף" שניתן לעמוד בו), מקומה של הפחתה זו בחלק זה, הקשיח, של המימון

הרחבת הסל, אם בשל תוספת שירותים שאינם בסל היום או בשל שינויים טכנולוגיים, תתקצב באופן שונה ונפרד. הצוות הסכים כי עדכונים אלה של הסל צריכים להתמודד עם ביקושים אחרים לתופסת שירותים ציבוריים, במסגרת העדכון השנתי של תקציב המדינה.

בשני מרכיבי העדכון, תמחור מרכיבי ההוצאה יהיה לפי הוצאות שוליות לטווח ארוך (הכוללות גם מרכיב של שימור ההשקעה בציוד ומבנים).

לדעת הצוות, את מנגנוני העדכון האלה ניתן ליישם כבר בתקציב 2002. בקביעת מקורות המימון לסל יש להעדיף מסים יעודיים על עובדים ומעבידים.

כמו היום, התקציב יוקצה לקופות החולים לפי נוסחת קפיטציה. לדעת הצוות, יש מקום לבחון מחדש את הנוסחה הקיימת ולעדכנה. מנגנון העדכון צריך להיות באחריותו של גוף מקצועי, בעל סמכות סטטוטורית לקבל מהמבטחים ומנותני השירותים (בתי החולים ועוד) את הנתונים הנדרשים. פרט לאיסוף נתונים לצורך הפעלת מנגנון הקפיטציה, יהיו לגוף סמכויות להעביר מידע (כללי) על ממוצעי עלויות ומחירים בכלל המערכת לגופים המעוניינים.

עד כאן עניינים בהם הושגה בצוות המימון הסכמה. במספר שאלות נוספות, הקשורות אף הן במימון מערכת הבריאות ובהקצאות בתוכה לא הושגה הסכמה בדיונים, או שהושגה הסכמה רק בין חלק מהנוכחים (לא קוימו הצבעות).

הועלתה הצעה לכלול במערכת המימון תמריצים כספיים חיוביים לגופים העומדים ביעדי התקציב. מיעוט החברים התנגד להצעה זו. כמו-כן, בצד המקורות, נדונה האפשרות של הטלת מס-עתי ע"י הקופות כמקור מימון נוסף או תחליפי לתשלומי ההשתתפות בתרופות וביקורי-רופא. גם אם, לפי ההצעה, הנטל על המשפחות יוגבל בסכום מירבי סביר, ויפותח מנגנון-פטור לנזקקים, לא הושגה הסכמה בצוות בענין זה. כל נושא ההשתתפות העצמית,

לדעת הצוות, חייב בחינה מחדש. בעיקר הודגש הצורך ליידע את הציבור, באמצעות מועצת הבריאות, על זכויותיו בנושא זה, במיוחד מידע על פטורים ותקרות השתתפות. גם צוות התמהיל דן בהגדרת סל-הבריאות, כשנקודת המוצא לדיון היא שהתקציב הציבורי אינו יכול כבר היום, ובוודאי לא יוכל בעתיד, לממן את כל שירותי הבריאות לפרט בצורה המיטבית. עיקר הדיון בצוות נסב על התמהיל הציבורי-פרטי הרצוי בשירותים השלישוניים (בתי החולים הציבוריים).

צוות בתי-החולים דן אף הוא רק בבתי החולים הציבוריים, אולם תוך הדגשת ההיבט המבני. נוכח תכנית על סדר היום של משרד הבריאות להקמת רשות-אשפוז, עיקר הדיון בו נסב על חלוקת הסמכות והאחריות בין הממשלה, בתי החולים הציבוריים ורשות אשפוז כזו אם תקום.

מסקנה שאומצה פה-אחד ע"י צוות זה היא הצורך הדחוף להפריד את בתי-החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות, כדי לאפשר לו לנהוג כמיניסטרוני מתכנן ומפקח, ללא ניגוד אינטרסים פנימי. כל חברי הצוות הסכימו כמו-כן כי המבנה הרצוי של בי"ח ציבורי הוא זה של תאגיד. הדעות נחלקו בשאלת הצורך בגוף ביניים, ממשלתי-ציבורי, בין הממשלה ותאגידי בתי החולים, ובשאלת תפקידו של גוף כזה, אם יקום.

לפי גישה קיצונית אחת, רשות-אשפוז נחוצה, ויש להקנות לה סמכויות ואחריות נרחבות על-חשבון אלה של הממשלה ושל התאגידיים. תפקידים ארגוניים וכלכליים של בתי החולים המתואגדים במודל ועדת נתניהו (אשר לא כלל רשות-ביניים כזו, אך כלל רשות בריאות ממלכתית מפולגת איזורית) ייוחדו לרשות האשפוז במגמה להקטנת חופש ההחלטה של התאגידיים ולצמצום התחרות ביניהם.

הגישה הקיצונית הנגדית שללה לחלוטין את הצורך בקיום רשות-אשפוז, בראותה בכזו "משרד בריאות ב", אשר ינציח את ניגוד האינטרסים הקיים, יפגע בתחרות וביעילות הניהולית של התאגידיים. למצער, אם בכל זאת תוקם רשות-אשפוז כגוף ביניים, ייחדה לה גישה זו תפקיד זמני ומוגדר של ליווי תהליך התאגוד ותמיכה כלכלית וארגונית בבתי החולים ה"חלשים", שתאגודם יידחה עד לסוף התהליך. כאמור, בשאלה מרכזית זו, אשר נדונה מספר פעמים בצוות-ההכנה ובכנס עצמו, לא הושגה הסכמה. עם זאת, הרוב המכריע של המשתתפים העדיף במפורש רשות מבוזרת, מצומצמת-סמכויות, על-פני רשות ריכוזית, ייחס לרשות תפקיד של קידום תהליך התאגוד וחייב חקיקת "חוק בתי החולים", אשר יגדיר

במפורש אם אחריותו וסמכותו של בית-חולים מתואגד ועצמאי, בין השאר כדי לתחום התערבות מלמעלה בהחלטותיו.

ציר מחלוקת שני בצוות בתי-החולים היה המידה בה יש להחיל מסקנות אלה רק על בתי-החולים הממשלתיים או גם על שאר בתי-החולים הציבוריים, בהם אלה בבעלות קופות החולים. מסקנת-הביניים שהושגה ברוב אימצה מחד-גיסא את הצורך באחידות מבנה המערכת ורמת-התחרות בסוף התהליך, אך קבעה עדיפויות בסדר היישום: הפרדת בתי החולים הממשלתיים מהממשלה חשובה ודחופה יותר מהיישום הרחב של התאגוד, בגלל הנזק המתמשך בתפקוד משרד הבריאות. יישום התאגוד לבתי החולים של קופות החולים חשוב אף הוא, אך יכול להתבצע בקצב איטי יותר. ככלל, סוכם כי מטרת-הקצה של התהליך היא הפעלת כל בתי-החולים הציבוריים בארץ לפי כללי-משחק זהים, במסגרת סטטוטורית אחידה.

השאלה המרכזית בה עסקו הן צוות התמהיל והן צוות בתי-החולים היתה שאלת מקומה של הרפואה הפרטית לסוגיה בבית החולים הציבורי. משום ששאלת הביטוח הפרטי והביטוח המשלים במסגרת קופות החולים הציבוריות לא נדונו כשלעצמן, קבלו כל הצוותים את המצב הקיים בשוק הביטוח הרפואי הפרטי כנתון, והתמקדו בהשלכותיו על בתי החולים בלבד. כידוע, מגוון העמדות בנושא זה הוא רחב. העמדות הקיצוניות ברורות: מחד גיסא, יש המחייבים את שילוב הרפואה השלישונית, וחלק מהרפואה השניונית הפרטית במסגרת בתי-החולים הציבוריים, הן משיקולי יעילות והן משיקולי שוויוניות בנגישות (תשלום גלוי במקום "פרוטקציה" ורפואה שחורה). מאידך גיסא יש השוללים לחלוטין שירותים פרטיים מכל סוג בבתי החולים הציבוריים, משיקולי שוויוניות. לדעת אלה, מקומה של הרפואה הפרטית הוא בבתי חולים פרטיים, למטרת רווח, המנותקים מהמערכת הציבורית. צוות התמהיל חזר ופירט את השיקולים בעד ונגד שר"פ בבתי החולים הציבוריים, והמחלקות בו ובצוות בתי החולים היתה אשר למידת המשקל שיש לייחס ליתרונות ולחסרונות המוסכמים השונים.

בשתי שאלות-משנה הושגה הסכמה רחבה. לא היתה התנגדות ממשית לאפשרות כי שירותים חוץ-סליים מובהקים יסופקו, במסגרות נפרדות, ע"י עובדי בתי-החולים במתקני בתי-החולים. כמו-כן הוסכם כי תתקיים אפשרות לשילוב הון פרטי במימון בית החולים המתואגד, בתנאי ששילוב זה יוגבל לתחום המימון בלבד, לא ישפיע על קביעת קדימויות בהקצאת המקורות הפנימית של בית החולים, על ההתחשבנות בין בתי החולים והקופות ועל ההחלטות התפעוליות והרפואיות.

בשאלה המרכזית והקשה ביותר, הצדקת שר"פ בתחום סל-הבריאות, נחלקו הדעות. מסיכומי הצוותים עולה כי הנטיה היתה לכיוון השלילה: איסור כולל של בחירת רופא (ובודאי הקדמת תור) תמורת תשלום פרטי, או של ביטוח פרטי או משלים, או, למזער, התרת שר"פ מוגבל, בחינת "הרע במיעוטו". גם תומכי השר"פ הסכימו כי יש לייחדו בזמן ובמקום, לקיים מסגרות מימון ודיווח נפרדות, למנוע סבסוד צולב בין המסגרות, להתנות שר"פ (אחה"צ) ב"מכסות-ייצור" מחלקתיות ואישיות של השירות הציבורי (בבוקר), ועוד. שוללי השר"פ דחו אמצעי-הגנה אלה כלא-מספיקים או לא-ישימים.

כדאי לציין כי הפער בין העמדות הקיצוניות משקף לא רק הבדלים במשקלות המיזוחסים למימדים השונים של יעילות ושוויוניות, אלא גם פירושים הפוכים של העובדות והנסיון שנצבר. מחייבי השר"פ רואים בשירותים הפרטיים הקיימים בבתי החולים בירושלים ובמסגרות שונות בחלק מבתי החולים הממשלתיים הוכחה להעדפות הצרכנים ולכוחות השוק, המתבטאים גם בקיום הביטוחים המשלימים של הקופות. לשיטתם, עדיפה רפואה פרטית גלויה בתשלום בבתי החולים הציבוריים כמענה לכוחות אלה על הרפואה השחורה והאפורה הקיימות (הפוגעות בעיקר בשכבות הביניים ובשכבות החלשות, נטולות ה"פרוטקציה"). השוללים מאמינים כי התרת שר"פ חוקי תגביר את מידת הרפואה השחורה, ומציעים לכן למנוע גם את השירותים הפרטיים הקיימים כבר כיום בבתי החולים הציבוריים.

כאמור, בשאלה מרכזית זו לא הושגה הסכמה, עם נטיה לצד שוללי השר"פ. הסכמה רחבה יותר הושגה באשר לשאלת עירוב המימון הפרטי-ציבורי בשירותים פרטיים, אם יוצעו. כאן נטה רוב המשתתפים לעמדה כי המסלול הפרטי ימומן ע"י פרט ומבטחו "מהשקל הראשון", היינו אי-אפשר יהיה להשתמש במימון פרטי לשיפור השירות או הקדימות המוקנים חנים במסגרת הזכאות לסל הציבורי. עמדה זו תואמת את עמדת הרוב בצוות התמהיל אשר שללה "סחירות" של טופס 17 (בכל רמות השירות הרפואי), בניגוד לעמדת המיעוט שראתה יתרונות יעילות ושוויוניות בסחירות-חלקית (הוזכרו אפשרויות למימון חלקי של 50% או 75% מערך הטופס כאשר הוא משמש למימון שירות פרטי).

תחום מיוחד בו קשה ההפרדה בין מימון ציבורי לפרטי הוא תחום התרופות והאביזרים הרפואיים. קורה שברפואה הציבורית נזקק מבוטח לטכנולוגיה שלה תחליפים עדיפים בשוק הפרטי (לדוגמא, שסתום בניתוח לב). ההסכמה בנושא זה היתה ברורה. לפני ראשית הטיפול תוצגנה החלופות לחולה ולמשפחתו; אנשי הצוות הרפואי יסבירו את מספיקות האמצעי הטכנולוגי הציבורי המוצע, ויחתימו את החולה/משפחתו על טופס מתאים במידה

והם מעדיפים, עדיין, את החלופה הפרטית. במקרה כזה ישא החולה בכל הוצאות ההתערבות הרפואית, "מהשקל הראשון". לא תהיה אפשרות לשלב מימון פרטי של חלק מהשירות המסופק במסגרת שירותי הרפואה הציבורית.

באותה רוח, אך גם מסיבות נוספות, פסל צוות התמהיל מכל וכל אפשרות של שימוש בביטוח פרטי/משלים למימון מרכיבי ההשתתפות-העצמית בשירותי הבריאות. יוצאים מכלל זה הם רק הביטוח הסייעדי והביטוח לשירותי סיעוד-מורכב, וכן דמי ההשתתפות באמצעי-עזר ואביזרים רפואיים.

כל הצוותים מתייחסים בסיכומיהם לכמה שאלות נוספות אשר לא נדונו מחוסר זמן, או שנדונו רק בקצרה. בין השאר לא נערך דיון ממצה בתנאי-הסף של בי"ח לקראת מעבר לתאגוד, לא נדונו כללי ההתנהגות והתחרות בין בתי החולים המתואגדים, נשארה פתוחה שאלת הסמכות ומנגנון קביעת מחירי-המקסימום (והמינימום?) לשירותים רפואיים ציבוריים.

הוזכר והוסכם הצורך במשאבים לקידום תהליך התאגוד והשינויים הארגוניים האחרים במערכת הציבורית בכלל, ובבתי החולים המיועדים לתאגוד בפרט.

## **6. הערכה, מסקנות והמלצות**

אף שלא הופץ, וממילא לא נותח שאלון-משוב של המשתתפים בכנס, ההתרשמות הכללית היא כי הכנס נחל הצלחה, והשיג חלק חשוב ממטרותיו. בשיחות עם משתתפים ובין ראשי הצוותים צוינו במיוחד לחיוב רמת הדיונים, האפשרות להביע ולהחליף מגוון דעות בפורום פתוח, ומידה של התקרבות עמדות מנוגדות בנושאים שבמחלוקת. כמו-כן נראה שיש הסכמה כללית אשר למתכונת הכנס ולצורך להמשיך ולקיימו בעתיד.

כשל אחד ברור של הכנס נבע מאי-שילוב גורמים נוספים בין מכיני הכנס ומשתתפיו. במיוחד, המאמץ לשתף את אנשי משרד האוצר לא עלה יפה מסיבות טכניות ואחרות. התברר כי לאגף התקציבים באוצר נקבע, לתאריך הכנס, מפגש אחר. נסיון של הרגע האחרון לקיים Video Conference אתם כתחליף נכשל טכנית, והסתכם בהצגת העמדה הידועה של האגף ע"י איש האגף, ללא דיון וללא אפשרות שכנוע.

לדעת ועדת ההיגוי, מסגרת הכנס, מספר המשתתפים וחלוקת-הזמנים התאימו למטרה. מסגרת הזמן המצומצמת נוצלה במלואה, וגם כך נותרו שאלות שהיו על סדר היום אך לא



נדונו. רמת האינטראקציה שהושגה בין המשתתפים, בדיונים ובמסדרונות, מצביעה על הצורך וההצדקה להמשך התהליך שהוחל בכנס זה.

כאמור, כוונתנו היא לקיים את כנס ים-המלח על בסיס שנתי, אולם יש עדיין לדון בפרטי המתכונת וההיקף. אפשרות נוספת שתידון היא שילוב הכנס השנתי במסגרת קבועה ומתמשכת של דיונים והכנות לכנס משך שנת-העבודה. בין השאר, תבחן האופציה לקומם את "פורום מדיניות הבריאות", אשר קיים בעבר מספר פגישות באוניברסיטת תל-אביב ביזמה ובארגון משותפים עם המכון הלאומי, כמסגרת להכנת הכנס הבא ולהמשך דיון בשאלות הכנס הקודם.

נותרה בעינה ההתלבטות בקביעת הנושאים לכנס שנתי, במיוחד הניגוד בין רחב הנושאים לעומק הדיון בהן. מחד-גיסא, קשרי הגומלין בין שאלות המדיניות השונות מחייבים ראייה רחבה של כל קשת השאלות הקשורות. מאידך גיסא, המורכבות של כל שאלה בפני עצמה מצדיקה כניסה לעומק פרטיה ומיצוי האפשרות לדון בעמדות השונות לגביה. פתרון אפשרי לניגוד זה הוא חלוקת הכנס השנתי לשניים. יום אחד בו יידון נושא מדיניות אחד לעומקו, ויום שני בו תוצג אותה שאלה בגישה רחבה, בהקשר למדיניות הבריאות הכוללת. בדיעבד, כל-אחד מהנושאים הספורים שנדונו בכנס הראשון נראה מתאים להיות נושא מרכזי כשלעצמו בכנסים הבאים. לדוגמא, נושא השר"פ יכול היה למלא יום דיונים שלם ביעילות, ולהותיר את היום השני לדיון באותה שאלה במסגרת רחבה יותר, הכוללת את הביטוח הפרטי והמשלים, התאגידים ובתי החולים הפרטיים. דוגמא אחרת היא קיום כנס שחלקו הראשון מתמקד בשאלות ארגון ותפקוד הרפואה הראשונית ורפואת הקהילה בכלל (נושא לגביו קיים חומר-רקע רב, ובכלל זה דיוני והמלצות מועצה לאומית) וחלקו השני בניתוח אותה שאלה במסגרת הכוללת של מדיניות הבריאות, הקשר עם רפואת המומחים בבתי החולים, עם שאלות המימון והתחרות בין הקופות, כח אדם ושכר וכו'.

הועד המנהל וצוות ההיגוי מבקשים להודות לכל מכיני הכנס ומשתתפיו על תרומתם להצלחתו.

# מימון המערכת

## צוות המימון

### חברי הצוות:

מאיר אורן, בית חולים הלל יפה  
יעקב גדיש, קבוצת יבנה (יו"ר הצוות)  
רמי דיציאן, קופ"ח כללית  
משה מאור, האוניברסיטה העברית  
עוזי סלאנט, קופ"ח מאוחדת  
דב צ'רניחובסקי, אוניברסיטת בן-גוריון  
ברוך רוזן, ג'וינט-מכון ברוקדייל (מרכז הצוות)  
שמואל רוזנמן, קופ"ח לאומית  
שבתאי שביט, קופ"ח מכבי

## תמצית

1. **התקציב יהיה חד-ערכי**, כלומר כשם שמי שרוצה להוסיף שירותים ולהגדיל את הסל חייב להצביע על המקורות, כך כל הבא להקטין תקציב (כולל הממשלה) חייב להצביע על השירותים שיש להפחית.

### 2. **עדכון התקציב:**

- נוסחה קבועה וקשיחה, לתקופות קצובות, (לשלוש עד חמש שנים) בנושא גידול האוכלוסיה והזדקנותה.
- בנושא הטכנולוגי תוספת התקציב תהיה גמישה להחלטות קובעי המדיניות.
- שיעור ההתייעלות צריך להיות בר הישג (כלומר לא להרים רף גבוה מדי), ויעוגן בחלק הקשיח של הנוסחה.

### 3. **קפיטציה:**

מוצע להקים גוף מקצועי שבין השאר יאסוף מידע על פי חובה, שתעוגן סטטוטורית, מהמבטחים ומבתי החולים. גוף זה יעבד את המידע ויציע לממשלה, ודרכה לכל המערכת, את השינויים הנדרשים כתוצאה ממדידת הנתונים ועיבודם. גם שינויים אלה ייקבעו לתקופות של 3-5 שנים. חשוב שגיבוש המסקנות בנושא זה יעשה לקראת תקציב 2002.

### 4. **הקמת גוף סטטוטורי מקצועי עם מועצה ציבורית מייעצת שתפקידו -**

- לקלוט את המידע מהמערכת (קופ"ח, בתי חולים וכו').
- למדוד את המדדים לעדכון הסל ולדווח לממשלה לפני בואה לקבוע את התקציב לשנה העוקבת על מצב העלויות לעומת הסל הנתון.
- לפקח ולקבוע מחירים בין מערכתיים שכיום נקבעים במשרד הבריאות והאוצר (יום אשפוז וכדומה).
- למסור מידע לגופים הרלבנטיים על מצבם לעומת הממוצע הכללי.

5. **גרעונות:** הרוב בצוות היה בעד תמריץ כספי לעמידה ביעדי התקציב. היה מיעוט שהתנגד לכך.

6. **השתתפות עצמית:** יש להרתם למאמץ משותף (באמצעות מועצת הבריאות) ליידע את הציבור לגבי זכאותו לפטורים ותקרות.

## תחומי העיסוק של הצוות המכין וקבוצת הדין

הצוות המכין וקבוצת הדין עסקו בחמש שאלות עיקריות:

1. האם רצוי שהיקף המימון הציבורי של מערכת הבריאות ייקבע על ידי נוסחה? כיצד הוא יעודכן?
2. כיצד יש לפעול כדי למנוע יצירת גירעונות על ידי הקופות?
3. אילו שינויים יש לעשות בכללי ההשתתפות העצמית?
4. האם יש להנהיג מס עתי (מס גולגולת)? כיצד לגבות אותו?
5. כיצד ניתן לקדם את תהליך שכלול ועדכון נוסחת הקפיטציה?

כפי שיפורט להלן, לגבי רוב השאלות התגבשה מידה רבה של הסכמה בקרב חברי הצוות; עיקר חילוקי הדיעות היו לגבי השאלה הרביעית.

## שאלה 1: האם רצוי שהיקף המימון הציבורי של מערכת הבריאות

### ייקבע על ידי נוסחה?

#### **רקע**

בשנים האחרונות, התנהל ויכוח חריף בין גורמים שונים במערכת הבריאות לבין האוצר, סביב הסוגייה הנ"ל. הראשונים דרשו שתיקבע בחוק נוסחה למימון מערכת הבריאות שנותנת ביטוי אוטומטי לעלויות במחירי התשומות, לגידול האוכלוסייה, להזדקנות ולהתקדמות הטכנולוגיה. לטענתם, זכויות האזרח הובטחו על ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולכן במקביל יש לוודא שהמדינה תעמיד לרשות מערכת הבריאות את המשאבים הדרושים כדי להבטיח מימוש זכויות אלו. טענה נוספת שנטענה על ידי גורמים אלה היא, שבהעדר נוסחה שתקבע את היקף מימון מערכת הבריאות, המערכת מבזבזת אנרגיה רבה במשא ומתן שנתי ונבצר ממנה לתכנן ולממן את מערך השירותים בצורה יעילה.

לעומתם, נציגי משרד האוצר שוללים את רעיון הנוסחה, ועמדים על כך שהיקף המימון של מערכת הבריאות ייקבע באמצעות משא ומתן שנתי (או מקסימום במשא ומתן רב-שנתי). לדעתם במשא ומתן כזה יש לקחת בחשבון, מעבר לגורמים הנ"ל, גם את סך המקורות העומדים לרשות המדינה, השימושים האלטרנטיביים של תקציב המדינה, סדרי עדיפויות לאומיים, וכן את הציפייה שמערכת הבריאות תתייעל משנה לשנה. לטענתם, יש להבטיח

לקובעי המדיניות ברמה הלאומית גמישות מרבית בקביעת סדרי עדיפויות וחלוקת התקציב בין הסקטורים והצרכים השונים. מבחינתם, אין סיבה משכנעת להעדיף את המגזר הבריאותי (בזה שרק המקורות שלו יובטחו על פי נוסחה) על פני מגזרים אחרים (שלהם אין נוסחה). הם גם טענו שכל סכום שיובטח על ידי נוסחה רק יהפוך ל"רצפת תקציב" ויהווה בסיס לדרישות למימון נוסף. עדיף לפיכך לשמר את המערכת, שהיא משברית בלאו הכי, באותו שווי משקל דינמי לפיו התקציב יהיה לחוץ ונתון למושא ומתן קבוע ומתמשך. לאור עמדות קוטביות אלו, והשקפות העולם המנוגדות שעמדו מאחוריהן, אין זה פלא שהצדדים לא הגיעו להסכמה.

### **המלצת הצוות: "שביל הזהב"**

הצוות מבין הן את הצורך של מערכת הבריאות ליותר ודאות מהיום, והן את הצורך של האוצר לדאוג לגמישות התקציבית שתאפשר לממשלה לקבוע ולשנות סדרי עדיפויות. לדעת חברי הצוות, אפשר לתת מענה לשני הצרכים, וזאת אם מבחינים בין: (א) המימון הדרוש כדי לשמור על סל השירותים ורמת השירות הנוכחיים, לבין (ב) המימון הדרוש להרחבת הסל או לשיפור רמת השירות.

הצוות ממליץ ש:

1. המימון הדרוש כדי לשמור על סל השירותים הקיים ועל רמת השירות יובטח על ידי נוסחה שתעוגן בחקיקה (עם אפשרות לשנותה פעם בשלוש עד חמש שנים).
2. היקף המימון הציבורי להרחבת הסל ו/או לשיפור רמת השירות ייקבע במסגרת משא ומתן שנתי.
3. אם המימון שיעמוד לרשות מערכת הבריאות יהיה קטן מעלות הסל כפי שייקבע על ידי הנוסחה, יהיה צורך להצביע על השירותים שיש להפחית. כדי לשמור על היקף סל השירותים ורמתו, הנוסחה צריכה לתת ביטוי לשינויים במחירי התשומות בבריאות, לגידול האוכלוסייה, ולהזדקנות. לגיטימי גם להכניס לנוסחה פרמטר של התייעלות, כפי שנדרש מסקטורים ציבוריים אחרים.

יצוין שחברי הצוות תמימי דעה שיש לערוך תיקונים במדד מחירי הבריאות הקיים, כך שהוא יתן ביטוי נכון יותר לשינויים במחירים במערכת הבריאות. יצוין גם שלגבי הפרמטר של גידול

האוכלוסייה, הצוות מקבל את העיקרון שצריכים לפצות את מערכת הבריאות רק על הוצאות משתנות (ולא על הוצאות קבועות). אולם, קיימת גם תמימות דעים שבנושא זה יש לאמץ פרספקטיבה ארוכת טווח, אשר במסגרתה רק חלק קטן למדי של ההוצאות הנן קבועות. לבסוף, כמעט כל חברי הועדה בדעה שאין לדרוש הכללת "גידול טכנולוגי" בנוסחה, וזאת מאחר שהנוסחה המוצעת מיועדת לתת ביטוי רק למימון הדרוש כדי להבטיח **סל קיים**, ולא למימון הדרוש כדי להרחיבו.

עם זאת, הצוות בהחלט בדעה שיש מקום לקלוט טכנולוגיות חדשות מדי שנה, להרחיב את הסל, ולהקצות כספים לשיפור רמת השירות. אך בנושאים אלו יש הבנה שעל מערכת הבריאות להתמודד עם מגזרים אחרים כגון חינוך, ביטחון, ותחבורה, שגם שם חלות התפתחויות טכנולוגיות המאפשרות שיפורים למען האזרח.

הצוות גם מבין שאם המדינה נכנסת לתקופה ארוכה של מיתון, או במצב חירום אחר, הממשלה יכולה להגיע למסקנה שאין מנוס מהפחתת ההקצאה למערכת הבריאות. במקרים כאלה המערכת צריכה לקבל החלטות אמיצות ולקבוע מהם השירותים שיוצאו מהסל (ולו זמנית עד שהמצב הכספי ישתפר) כדי "לממן" את השחיקה במקורות שאם לא כן המערכת תיכנס לתוך סחרור של גרעונות.

בהמשך יהיה צורך להגדיר טוב יותר את תהליך קבלת ההחלטות בנידון, כולל לו"ז (מי מחליט? מתי צריכות להתקבל ההחלטות? ממתי החלטות אלו נכנסות לתוקף?). אופציה אחת היא:

i. ממשלה המעוניינת לתת פחות כסף למערכת הבריאות ממה שמתחייב מהנוסחה הנ"ל, צריכה לקבל החלטה על כך עד סוף חודש ספטמבר בשנה הקודמת. באותה עת הממשלה גם תקבע במונחים כספיים, את הפרש בין היקף המימון המתוכנן למערכת הבריאות לבין היקף המימון המתחייב מהנוסחה הנ"ל.

ii. הועדה הציבורית לסל השירות תמליץ עד סוף חודש נובמבר מהם השירותים שיש להוציא מהסל כדי "לממן" הפרש זה.

iii. הוצאת שירותים אלה מהסל תתבצע רק לאחר אימוץ המלצות הועדה הציבורית על ידי שר הבריאות וועדת העבודה והרווחה של הכנסת. החלטות אלו צריכות להתקבל עד סוף דצמבר.

באשר לשאלה "למה שלמערכת הבריאות תהיה נוסחה שתבטיח את המקורות הדרושים לשמירת סל קיים, ואילו לסקטורים אחרים אין נוסחה כזאת?", הצוות מציין שני מאפיינים של מערכת הבריאות שבדרך כלל אינם קיימים בו-זמנית במגזרים האחרים:

1. זכויות האזרח מוגדרות ומובטחות בחוק.
  2. השירות ניתן באמצעות גופים מלכ"ריים מתחרים (קופות החולים) ולא ישירות על ידי המדינה. לכאורה יש בכך מעין חוזה בין המזמין (המדינה) לבין ספק השירותים (קופות החולים) ודינו של חוזה שהמדינה כרתה, שהוא גובר על חוק התקציב.
- לאור מאפיינים אלו, יש להקנות למערכת הבריאות יותר ודאות והמשכיות ממה שמקנים לרוב הסקטורים הציבוריים האחרים. מצד שני, יצוין שאפילו לפי הצעת הצוות, מעמדה של מערכת הבריאות אינו משתווה לזה של הביטוח הלאומי (שהיקף מימונו הוא פונקציה של נוסחה שאינה כוללת מרכיב של התייעלות). **זאת ועוד, אם התקציב אינו יכול לשרת את הסל הרי מוצע להתאים את הסל לתקציב.**

### **הערות נוספות של הצוות**

1. יש להקים גוף סטטוטורי מקצועי בלתי תלוי עם מועצה ציבורית מייעצת אשר יהיה מופקד על הפעלת הנוסחה הנ"ל וכן על משימות טכניות נוספות במערכת הבריאות (תפקידי מדידה ופרסום מסקנות). המשימות שלו יכללו:
  - לקלוט את המידע מהמערכת (קופ"ח, בתי חולים וכו').
  - למדוד את השינויים לעדכון הסל ולדווח לממשלה לפני בואה לקבוע את התקציב לשנה העוקבת על מצב העלויות לעומת הסל הנתון.
  - לפקח ולקבוע מחירים בין מערכתיים שכיום נקבעים במשרד הבריאות והאוצר (יום אשפוז וכדומה).
  - למסור מידע לגופים הרלבנטיים על מצבם לעומת הממוצע הכללי.
  - משימות נוספות שיוטלו עליה לפי הצורך.
2. הן העדכונים האוטומטיים לשמירת רמת מימון נאותה לסל נתון והן ההקצאות להרחבת הסל צריכים להיכנס לבסיס של "עלות הסל" כדי שמקורות אלו יובטחו גם לשנים הבאות. זאת בניגוד למימון דרך "רשת ביטחון", שלפיה אין התחייבות למימון מעבר לשנה אחת.



3. אם תיקבע נוסחה סבירה, מעוגנת בחקיקה, לקביעת סך המקורות הציבוריים למערכת הבריאות, לא כל כך משנה אם המדינה מחליטה לממן את הסכום באמצעות מסים כלליים או מסים ייעודיים. מאידך, אם לא תיקבע נוסחה כזאת, הצוות בדעה שייגבו מסים ייעודיים (שנגבים מהמעסיקים ומהעובדים) בהיקף מספיק אשר יכסה לפחות את החלק הארי של המערכת הציבורית.
4. כמו בסקטורים אחרים, המדינה צריכה להיות ערוכה למימון מצבי חירום חריגים (כגון טיפול בנפגעי מלחמה והטיפול באסונות טבע). אך, לשם כך קיימת רזרבה כללית בתקציב המדינה ואין צורך לשמור רזרבה מיוחדת במערכת הבריאות.
5. מימון מעבר למה שמתחייב מהנוסחה יכול לשמש למספר מטרות וביניהם: העלאת רמת השירות באופן כללי, הרחבת הסל, או קידום יעדים לאומיים ספציפיים. ההחלטות לגבי ייעוד הכספים "מעבר לנוסחה" והקריטריונים לחלוקת כספים אלו בין הקופות צריכות להתקבל על ידי הממשלה והכנסת לפני תחילת שנת התקציב ולהיות מאוד ברורות ומדידות.
6. הנוסחה הנ"ל מתייחסת למימון הוצאות השוטפות של הקופות. בהתאם לרוח ההצעה, גם באשר למימון התשתיות הפיזיות של מערכת הבריאות, יש מקום להבחין בין הוצאות על תשתיות הדרושות כדי לשמור על רמת שירות קיימת (כלומר, בנייה והצטיידות הדרושה כדי לתת מענה לבלאי ולגידול האוכלוסייה) לבין הוצאות על תשתיות הדרושות כדי לקלוט טכנולוגיות חדשות ולשפר את רמת השירות. ייתכן שאת המימון לשמירה על הקיים יש להבטיח באמצעות נוסחה, ואילו לגבי מימון חידושים טכנולוגיים צריך להתמודד מול סקטורים אחרים במשא ומתן השנתי.
7. חלק מחברי הצוות חיוו דעה שגם לגבי מימון הוצאות פיתוח יש לקבוע יעדים בחקיקה.

## **שאלה 2: כיצד יש לפעול כדי למנוע יצירת גירעונות על ידי הקופות?**

### **רקע**

במדינת ישראל יש מסורת ארוכה, אך לא מבורכת, שלפיה גופים ציבוריים (במערכת הבריאות ומחוצה לה) צוברים גירעונות ולאחר מכן דורשים – ולעיתים קרובות גם מקבלים – סיוע ממשלתי רחב כדי להתמודד עם גירעונות אלו. הדבר פוגע במינהל תקין, והמדינה, ובמיוחד אגף התקציבים באוצר, משקיעים מאמצים רבים כדי להגביל במידת האפשר את

התופעה הזו. תשומת לב מיוחדת צריכה להינתן על למנוע מגופים ציבוריים לצבור גירעונות ובאמצעותם להפעיל לחץ ציבורי על פוליטיקאים במטרה למצוא מקורות לכסותם..

בשנים הראשונות שלאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995-1997), קופות החולים צברו גירעונות משמעותיים, ואילו בשנים 1998-2000 היקף הגירעונות בקופות הצטמצם במידה רבה. ישנם מספר גורמים שהביאו לשינוי המגמה (גידול בהכנסות ממשלתיות באמצעות רשת הביטחון וכספים המיועדים למימון טכנולוגיות חדשות, גידול בהכנסות מהאזרחים באמצעות היטלי השתתפות עצמית והרחבת הביטוח המשלים, התייעלות, ירידה בזמינות ונגישות השירותים וכו'), כאשר בין הגורמים יש לכלול, כפי הנראה, יצירת תמריץ כספי לקופות שלא להיקלע לגירעונות. כיצד נעשה הדבר? כספי מדינה הוקצו ל- "רשת ביטחון" ונקבע שהם יועברו לקופות רק אם וכאשר משרד האוצר משתכנע שהקופות עושות את כל המאמצים הדרושים כדי להימנע מצבירת גירעונות.

יצוין שגם בחוק ביטוח בריאות המקורי נקבעה סנקציה לקופה שצברה גירעונות בניגוד לחוק – פיטורי מנהלי הקופות מתפקידם ואפילו העמדתם לדין וכן מינוי חשב לקופה (כעין כונס מפעיל). אך, כפי הנראה, סנקציות אלה היו דרקוניות מדי מכדי שהציבור יתמוך בהפעלתן במקרים הרגילים של צבירת גירעונות (כאשר ההוצאות של הקופה שימשו בעיקר לאספקת שירות לחבריה ולא כדי להעשיר שלא כדין את מנהליה).

חברי הצוות מבינים את רצון האוצר ליצור תמריצים כספיים לקופות להימנע מצבירת גירעונות, אך רואים שתי בעיות בהסדר שהופעל בשנים האחרונות:

1. ההחלטות על שחרור כספי "רשת הביטחון" היו נתונות לשיקול הדעת של אנשי האוצר, ללא קריטריונים ברורים.

2. הכספים ששימשו כ"גזר" באו מ- "רשת הביטחון" ולא מ "עלות הסל" ולכן המשך קיומם לא הובטח משנה לשנה.

### **המלצת הצוות -**

לאור המצב הנ"ל, הצוות ממליץ:

1. ייקבע בחוק שאחוז מסוים מכספי "עלות הסל" שמיועדים לכל אחת מהקופות יועבר לקופה רק אם הקופה סיימה את השנה הקודמת ללא יצירת "גירעון משמעותי". להלן נכנה כספים אלו "התמריץ".

2. "גירעון משמעותי" יוגדר בחוק כאחוז מההכנסות הציבוריות של הקופה.
3. הבדיקה האם קופה יצרה גירעון משמעותי תתבצע על ידי רואה חשבון שימונה לעניין זה, תהיה בדיקה טכנית בלבד, ותתבצע ברבעון הראשון של השנה העוקבת<sup>1</sup>.
4. כספי התמריץ יישמרו "בנאמנות", עד שרואה החשבון יאשר שהקופה לא יצרה גירעון משמעותי.

הצוות מדגיש את קשרי הגומלין החזקים בין שתי המלצותיו הראשונות. כאשר קיימת נוסחה סבירה וידועה מראש לקביעת סך המקורות של הקופות, סביר יותר לדרוש מהקופות שלא להקלע לגירעונות. מצד שני, קיום "התמריץ" נותן מענה מסוים לחשש האוצר שהנוסחה המוצעת רק תהווה רצפה, ויפעלו לחצים שונים על קובעי המדיניות להקצות כספים נוספים בכל שנה.

הצוות התמקד בשיטת מימון פעילות עתידית, אך חברי הצוות מרגישים גם צורך להתייחס לטיפול המדינה בגירעונות העבר. מבלי להיכנס לפרטים, צוין שיש מקום לסיוע ממשלתי עתידי, שמותנה במנגנון שיבטיח אי-צבירת גירעונות בשנים הבאות (מעין פתרון מותנה של בעיית הגירעונות או חלקם בעמידה ביעדים מוסכמים). אחד מחברי הוועדה הדגיש את האחריות של המדינה לסייע במימון הגירעונות שהוכרו במסגרת הסכמי ההבראה. יצוין שהושמעה גם דעת מיעוט הטוענת שאין מקום לתמריצים כספיים למניעת גירעונות ובמקום זה יש להשתמש בכלים האדמיניסטרטיביים לפיקוח המוגדרים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

### **שאלה 3: אילו שינויים יש לבצע במערך ההשתתפות העצמית?**

#### **רקע**

בשנים האחרונות נקבעו שינויים משמעותיים במערך ההשתתפות העצמית של קופות החולים. בין היתר, החלו הקופות לגבות אגרות על ביקור אצל רופאים מומחים וביקורים במכונים, והועלו שיעורי השתתפות העצמית על תרופות. בנוסף החוק קבע תקרות הוצאה משפחתיות וכן פטורים והנחות לאוכלוסיות שונות.

---

<sup>1</sup> אפשר אולי לבנות על הבדיקות של הדו"חות הכספיים של הקופות שכבר מתבצעת על ידי רואי חשבון חיצוניים.

כפי שעולה מהניסיון בשטח, מסקר מכון ברוקדייל<sup>2</sup> (2000) ומדוח נציבות קבילות הציבור<sup>3</sup> (2000), קיימות מספר בעיות במערך ההשתתפות העצמית כפי שהוא מתבצע היום. למשל, שיעור גבוה מן האוכלוסייה אינו מודע לקיום הפטורים והתקרות. בנוסף, בקרב שיעור לא מבוטל של האוכלוסייה, התשלומים הנדרשים מביאים לויתור על שירותים ולויתור על מרשמים שנכתבו בידי רופאים.

לאור מצב זה, הצוות ממליץ על מספר צעדים לשיפור המצב:

1. לפתוח במאמץ משותף, באמצעות מועצת הבריאות, ליידע את הציבור הרחב על זכויותיו לפטורים, הנחות ותקרות. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוטל על מועצת הבריאות התפקיד ליידע את הציבור אודות זכויותיו, ואף הוקצו לה תקציבים משמעותיים, בין היתר כדי לאפשר לה לבצע משימה זו.

2. לדרוש מקופות החולים שתוך שנה יפעילו מערכות מחשוב אשר יאפשרו זיהוי בזמן אמת של המצבים שבהם משפחה הגיעה לתקרת התשלומים. הדבר ימנע מהאזרח את הצורך באיסוף פתקים והצגתם בפני פקידי הקופה.

3. למנוע את הנטייה הטבעית לתת למקור הכנסה זה לגדול באופן ניכר על פני זמן, עד שיהווה אחוז גבוה של סך ההכנסות (ראה דוגמת טיפות החלב). הדבר עשוי לפגוע קשות בשוויוניות המערכת ובנגישות השירותים לאוכלוסיות חלשות.

4. להקים צוות שיבחן את ההשתתפויות העצמיות שמוטלות היום בתחום של שירותי רפואה מונעת אישית ושירותי שיקום, וכן לבחון חלופות למקורות מימון אלו.

בנוסף, חברי צוות שונים העלו מספר הצעות הקשורות בהשתתפויות העצמיות, שהצוות במלואו לא הספיק לדון בהם עד כה. ההצעות המרכזיות היו:

1. שהכנסת תקבע את סך המקורות שמותר לקופות לגבות באמצעות השתתפות עצמית (אולי כאחוז מהכנסות הקופה מהקפיטציה) ותשאיר לקופות להחליט בעצמן על אילו שירותים לגבות השתתפות עצמית, ובכך להגביר את התחרות בין הקופות. זאת בניגוד למצב הנוכחי שבו תוכניות ההשתתפות העצמית של כל הקופות, על כל פרטיהן, חייבות לקבל את אישור משרד הבריאות.

2. לדרוש מכל הקופות לעבור לשיטה אחידה של גביית אגרת תרופות.

<sup>2</sup> גרוס, רויטל וברמלי-גרינברג, שולי. 2000. "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995 – 1999: סיכום ממצאים עיקריים". ג'וינט-מכון ברוקדייל. ירושלים.

<sup>3</sup> רובין, קרני. 2000. "נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות, דו"ח #2". המדפיס הממשלתי. ירושלים.

3. לפצות את הקופות על אובדן הכנסה בגין פטורים ותקרות שנקבעים בחוק.

רעיונות אלה לא נדונו בכנס בים המלח מפאת קוצר הזמן ולכן מומלץ למערכת הבריאות ולמכון הלאומי לייצור הזדמנויות לדון ברעיונות אלה בצורה מעמיקה יותר.

#### **שאלה 4: האם יש להנהיג מס עתי?**

הצוות דן בשאלה האם רצוי לאפשר לקופות לגבות מס עתי (מס גולגולת), שרמתו יכולה להיות שונה בין הקופות, ושדרכו תתקיים תחרות על מחירים. מס עתי עשוי גם להוות מעין בלם זעזועים אוטומטי, בכך שקופה שנכנסת לקשיים כספיים יכולה לנסות לאזן את תקציבה על ידי העלאתו (עד התקרה המותרת).

נדונה גם האופציה שמש כזה יבוא בנוסף להשתתפות העצמית הקיימת, וגם האופציה שהמס יבוא במקום ההשתתפות העצמית הקיימת. צוין שהשתתפויות העצמיות חלות בעיקר על החולים ואילו מס עתי חל על כל המבוטחים. צוין גם ששני מקורות המימון – השתתפות עצמית ומס עתי- הם רגרסיביים ועשויים ליצור נטל כספי כבד על האוכלוסיות העניות, אלא אם כן פטורים אותן מתשלומים אלה באופן חלקי או מלא.

חלק מחברי הצוות הביע נכונות לשקול החלפת ההשתתפות העצמית במס עתי, וזאת בתנאי שייקבעו פטורים למיעוטי היכולת ושהקופות שבהן יש ריכוז גבוה של קשישים (שההוצאות עבורם גבוהות יחסית אך המס העתי אינו גבוה יותר בהתאם) יקבלו פיצוי על כך. גם בקרב התומכים במס עתי, התגלו חילוקי דעות לגבי השאלה מי צריך לגבות את המס העתי – הקופות או הביטוח הלאומי. בנוסף, חלק גדול מחברי הצוות העדיף השתתפות עצמית על מס עתי, כאשר ההשתתפות העצמית תושט בעיקר על החלק הגמיש שבסל (אותם שירותים ומצרכים שכשמחירם עולה הביקוש אליהם יורד) ועל ידי כך יושג ריסון בביקושים וגם תוספת הכנסות.

היו גם חברים שהביעו התנגדות לכל צורה רגרסיבית של השתתפות עצמית עבור מרכיבי הסל הבסיסי, ובעיקר עבור בקור אצל רופא ו/או תרופות. לטענתם, דרך זו פוגעת באופן סלקטיבי ומשמעותי בחולים, בקשישים וכד' ואיננה הדרך להקטין ביקושים.

מספר חברים בצוות ציינו שהתמיכה שלהם בתחרות על מחיר בכלל, ובמס עתי בפרט, מותנה בקיום תנאים שונים, וביניהם:

- פיתוח אינדיקטורים לאיכות שירותי הקופות והפצת מידע השוואתי לציבור הצרכנים (דבר שיאפשר תחרות אמיתית על רמת שירות לצד תחרות על מחיר).
  - הוספת פרמטר של מצב בריאות לנוסחת הקפיטציה ומתן אפשרות לכל הקופות ליהנות באותו מידה מהנחות מחזור ברכישת תרופות (דברים שיתרמו לכך שהתחרות על המחיר תהיה הוגנת).
  - קיום תחרות על מחיר גם בין בתי החולים (כדי שתהיה התאמת תמריצים בין שני המרכיבים העיקריים של המערכת).
- הועלה גם רעיון לאפשר סל גמיש – כלומר, שחלק מהשירותים הניתנים היום בסל הבסיסי יפסיקו להינתן כשירות חובה, והקופות יהיו רשאיות להציע אותם תמורת פרמיה נוספת. הרוב שלל כיוון זה.

**שאלה 5: מה ניתן לעשות כדי לקדם את תהליך עדכון ושכלול נוסחת הקפיטציה?**

הצוות ממליץ על הקמת גוף מקצועי שבין השאר יאסוף מידע על פי חובה סטטוטורית מהמבטחים ובתי החולים, יעבד אותו ויציע לממשלה ודרכה לכל המערכת את השינויים הנדרשים, וגם הם ייקבעו לתקופות של 3-5 שנים. חשוב שגיבוש המסקנות בנושא זה יהיה לקראת תקציב 2002.

# **מעמד בתי החולים**

## מעמד בתי החולים

### חברי הצוות:

יו"ר – יצחק פטרבורג

משה רווח

שלמה מור-יוסף

צבי זוסמן

יצחק ברלוביץ

אליק אבירם

יורם בלשר

מיכאל הריסון

אריה שירום

מרכזת הצוות: נירה שמאי



## הגדרת הבעיה

מוסכם על כל חברי הצוות כי קיימת בעיית תפקוד של משרד הבריאות עקב הצורך לנהל בתי חולים. יש בכך ניגוד אינטרסים מובנה לתפקידי משרד הבריאות כמיניסטרונין.

כל פתרון צריך להתייחס לנושאים הבאים:

1. הפרדה טובה וברורה ככל האפשר.
2. מעמד בתי החולים – שליטה ריכוזית מול בתי חולים מבוזרים ככל האפשר.
3. שונות בבעלות על בתי החולים – האם רק בתי חולים ממשלתיים או גם ציבוריים או בתי חולים בבעלות קופה (שירותי בריאות כללית ומכבי).
4. מרכיבי תחרות בין בתי חולים:
  - 4.1 קשיחות המחירים.
  - 4.2 מהות הסכמים מול קוני שירותים.
  - 4.3 הסדרי בחירה.
  - 4.4 שר"פ.
5. כפילויות בשירותים בין בתי חולים לבין עצמם ובין בתי חולים לקופות חולים.
6. שרשרת הניהול: מינויים לכל החיים למנהלי בתי חולים ולמנהלי חטיבות / מחלקות או מינויים קדנציאליים.
7. יחסי בתי חולים – אוניברסיטאות.
8. השפעה כוללת על מערכת הבריאות וההוצאה הלאומית לבריאות.

## מסקנות עיקריות:

לאחר בחינת החלופות הגיע הצוות למסקנות הבאות:

1. יש בכל מקרה לשאוף כמטרת קצה להפעלת בתי חולים כתאגידים.
2. יש לפסול לחלוטין הפעלה ריכוזית של בתי החולים.

## בתי חולים

חברי הצוות סברו כי על מנת לשפר את השירותים הרפואיים הניתנים ע"י בתי החולים, ולאפשר מתן השירותים בעלויות נמוכות ככל האפשר, יש להרחיב את סמכויות הניהול האוטונומי של כל בית חולים, לעומת המצב הקיים היום.

הצוות בדיעה שהדרך הארגונית להגברת הניהול העצמי של כל בית חולים הוא ע"י הפיכת בית החולים לתאגיד עם מוסדות ניהול פנימי מוגדרים, בעל תקציב עצמאי, הנהלת חשבונות וביקורת פנים שוטפת על הפעולות המקצועיות והכספיות. הפיכת בתי החולים לתאגידים עצמאיים תביא להגברת התחרות ביניהם, בהתאם לכללים שיקבעו, ובדרך זו גם לשיפור איכות השירותים הרפואיים, ליעול וחסכון בעלויות.

### **בעיות בהפעלת תאגידים**

1. שינוי מהותי בהסכמי עבודה והתמודדות עם כל הועדים.
2. מצריך ארגון מחדש של בית החולים המתואגד.
3. יש למצוא פתרון לנושא ההתמחות והכשרת עובדי בריאות.
4. יש לפתח מנגנונים לפיקוח על פיתוח מואץ של שירותים "כלכליים" והעלאת הוצאות הבריאות.
5. יש להגדיר העברת זכויות מסוימות ומוגדרות של נדל"ן.
6. צורך בחקיקה יסודית.

### **מודל-ביניים: סמכויות וארגון בתי חולים.**

1. בית החולים יהיה בן חורין/אוטונומי לכלכל עניניו המקצועיים והמינהליים במסגרת הרישוי וההנחיות שנתנו למוסד ו/או למוסדות, במסגרת תקציבו (הוצע מודל אפשרי של מוסד מוכר כמוגדר בסעיף 14 בחוק המועצה להשכלה גבוהה – דרושה בדיקה משפטית).
2. בית החולים יהיה כשר לתבוע ולהיתבע, להתקשר בחוזים ולהיות צד בכל משא ומתן משפטי או אחר.
3. לכל בית חולים ימונה ועד מנהל/מועצת מנהלים.
4. לכל בית חולים יהיה מנכ"ל, אשר כפיפותו תהיה בלעדית לוועד המנהל.
5. יש לשאוף כי בכל בית חולים גדול (יוגדר בנפרד) יוגדרו אגפים / חטיבות על מנת ליעל

ולאפשר את מלאכת הניהול של המוסד.

6. יש לשאוף לרוטציה בתפקידי הניהול הבכירים, תוך שימור היתרון לניסיון וצבירת הידע על ידי הארכת פרקי הזמן של הקדנציה בכל אחד מהתפקידים ובהתאם להחלטות הוועד המנהל של בית החולים.

7. בית החולים יפעל בהתאם לרישוי ובהתאם לכלל החקיקה הרלוונטית והתקנות של משרד הבריאות.

8. לבית החולים תהיה ביקורת פנים, כנדרש בתאגיד ובנוסף יהיה כפוף לביקורת המדינה, ולביקורת משרד הבריאות ורשות האשפוז/מנהלת התיאגוד.

9. בית החולים לא יפתח מיטות אשפוז נוספות, לא יפעיל טכנולוגיות חדשות, לא יוסיף חדרי ניתוח נוספים וכד' אלא לאחר שקיבל אישור משרד הבריאות והוכיח צורך ומקורות מימון.

10. בי"ח יוכל להתקשר בכל מודל מקובל (F.F.S), חלוקת סיכון, גלובלי, במחירים מלאים, שוליים) אולם לא לבצע סיבסוד צולב לפעילות שמחוץ לסל הבריאות.

11. בית החולים יכין את התקציב השנתי ותחזית רב שנתית, יקבל האישור לכך ממועצת המנהלים ויפעל במסגרת התקציב על מגבלותיו.

12. בית החולים יפעל בתחומים, שאינם כלולים ב"סל הבריאות" הממומן על ידי המדינה, תוך איזון תקציבי וישקיע את כל ה"עודפים" בתשתיות בית החולים וקידומו.

13. בית החולים ישאף במדיניותו ליצור רצף בין הפעילות הרפואית שנעשית בסמכותו ובאחריותו, בין אם באשפוז ובין אם במרפאות, במכונים ובאשפוז יום, בין אם בין כתליו ובין אם בקהילה, לבין הפעילות הרפואית של הקופות, תוך המנעות הדדית מכפילויות.

14. בית החולים ישלם שכר ויפריש לקרנות את כל הנדרש על פי חוק על מנת להבטיח את הזכויות לפי דין של עובדיו, הקבועים והארעיים, בהתאם להסכמי העבודה

15. בית החולים יקיים את חוקת העבודה כפי שתקבע על ידי הגורמים המוסמכים, בין אם על ידי ה"רשות" ו/או המשרד.

16. בתי החולים יהיו זכאים לבצע התקשרויות ארוכות טווח. (3 שנים? 5 שנים? יותר?).

17. בתי החולים לא יהיו הבעלים של הנדל"ן, יקבל אותם לתפעול, תחזוקה ופיתוח, אולם לא למימוש הכל לפי הכללים שיקבעו.

18. בית החולים יוכל להעסיק עובדים חדשים בחוזים אישיים לפי כללים שיגובשו בין משרדי

הממשלה.

19. בית חולים במעבר למעמדו החדש לא יקח על עצמו התחייבות עבר (לגבי זכויות עובדים ולגבי התחייבויות חוזיות אחרות).

### **הרחבה בנושא סמכויות בית החולים בניהול משאבי אנוש**

1. סטטוס צוות העובדים הקיים:

בשלב ראשון העובדים הקיימים ישארו בסטטוס הקיים שלהם (עובדי בתי החולים הממשלתיים בסטטוס עובדי מדינה).

תבחן אפשרות להשקיע משאבים ע"מ לאפשר מעבר עובדים להסכמים מקומיים חדשים.

2. גיוס עובדים וקידום:

לכל בית חולים יקבע תקן של עובדים במקצועות הרפואה ועובדי מינהל ומשק. על דרגותיהם, שיהווה גבול עליון של העובדים הקבועים שבית החולים יוכל להעסיק מעת לעת. כמו כן תיקבע מיכסה של עובדים זמניים, שבית החולים יוכל להעסיק במסגרת התקציב.

הנהלת בית החולים תהיה רשאית לקדם עובדים למשרות בכירות יותר שאינן מאוישות בגלל תוספת תקנים או פרישה של עובדים קיימים, בהתאם לכללי קידום שיפרטו את הדרישות שבהם חייב לעמוד מועמד.

כמו כן תהיה ההנהלה רשאית לגייס עובדים מבחוץ, לאיוש תקנים פנויים, בהתאם לפרוצדורה אחידה שתיקבע לכל בתי החולים.

3. שכר ותגמולים אחרים:

א. תנאי שכר שוטפים יקבעו ע"פ הסכמים קיבוציים ארציים.

שיטת התגמול צריכה לאפשר ניידות מלאה של עובדים בכלל, ושל רופאים בפרט מבית חולים לבית חולים, בהתאם לצרכים המשתנים, אפשרויות הקידום וכיוב'.

ההסכם הקיבוצי יתורגם להסכם בין נציגות בתי החולים לבין האיגוד המקצועי. יאפשרו הסכמים מקומיים (הסכם מפעל), כולל תגמול נוסף וכולל בונוס כאחוז מסוים, בהתאם למצבו הכספי של כל בית חולים כפי שיקבע מדי שנה. ניתן יהיה לשלם בונוס לכל עובדי בית החולים, או לחלק מהם, בסכום כולל שיהיה גבוה יותר ככל שמצבו הכספי של בית החולים יהיה טוב יותר, אך שלא יעלה על אחוז מסוים (10%?) מהשכר הכולל.

ב. תגמול על עבודה נוספת: רופאים ופרסונל רפואי אחר יתוגמלו עבור עבודה נוספת בבית החולים, (כגון: קרנות מחקר, עבודות לאחר שעות העבודה הרגילות) בהתאם לכללים אחידים שיקבעו לגבי כל בתי החולים.

כמו כן יהיה צורך לקבוע הסדרים של עבודה נוספת (והכנסה נוספת) מעבודה מחוץ לבית החולים (הוראה, יעוץ לבתי חולים ולקופות חולים, פרקטיקה פרטית וכיוב').

4. עזיבה פיטורים ויציאה לגמלאות:

הפרוצדורות לסיום העסקה של עובדים, פיצויי פיטורים, מענקי פרישה, הפרשות לקופות פנסיה יהיו אחידים לכל בתי החולים, ובהתאם למקובל בסקטור הציבורי.

### **חלות המודל**

נושא מרכזי מתייחס לנושא האחריות והפיקוח על בתי החולים שאינם בתי חולים ממשלתיים. מוסכם על מרבית חברי הצוות כי יש לחלק את הנושא ל-2 פונקציות מטרה שונות:

א. פונקציה – המטרה העיקרית אשר תקבל עדיפות ביצועית בלוח הזמנים היא הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות.

כניסת בתי חולים בהדרגתיות המותנה ברמות תיפקוד עצמאיות שונות ובהסדרי יחסי עבודה שונים שיקבעו בהמשך.

ב. פונקציה – המטרה השניה – ניהול עצמי טוב יותר, אוטונומי יותר של כל בתי החולים. (כולל של שירותי בריאות כללית, ציבוריים ופרטיים בבעלות קופות החולים).

לביצוע סעיף זה יקבע לו"ז נפרד ומדורג בהתאם ליכולות בתי החולים השונים.

בכל מקרה, ברור כי בתי החולים הציבוריים ואלו של שירותי בריאות כללית יפעלו עפ"י החלטת מועצות המנהלים שלהם, תוך אימוץ כלללי הדיווח הפיננסי והתקציבי שיופעלו בבתי החולים הממשלתיים.

## משרד הבריאות

### תפקיד המשרד, לאחר ארגונו מחדש:

1. חקיקה ותקנות במסגרת האחריות הכוללת של המשרד לקביעת הנורמות המשפטיות ברפואה בכלל וברפואה הציבורית בפרט.
2. תכנון שנתי ובעיקר תכנון רב-שנתי ואסטרטגי של הרפואה הציבורית במדינת ישראל.
3. קביעת סטנדרטים לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה בישראל (אפשרי גם ברשות/מועצה).
4. חיזוי, תכנון ופיתוח של משאבי האנוש לרפואה הציבורית בישראל.
5. רישוי, ורישוי מחדש של מקצועות הרפואה.
6. קביעת אמות המידה ("YARDSTICK") למוסדות הרפואה, קופות חולים, בתי חולים, מכונים, מרפאות: אקרדיטציה ורה-אקרדיטציה.
7. תכנון המקורות הנדרשים להפעלת כלל הרפואה הציבורית.
8. עדכון וקביעת "סל הבריאות" הבסיסי ואמות המידה, (זמינות, איכות ונגישות) למימוש על ידי קופות החולים.
9. תכנון שנתי ורב-שנתי לאימוץ טכנולוגיות חדשות ברפואה, תוך הערכה מתמדת של טכנולוגיות קיימות ואיכותן והערכה דיפרנציאלית של טכנולוגיות חדשות, כולל, תרופות, שיטות טיפול ואבחון, שינוי בתהליכי הטיפול והגשתו וגם שינוי ארגוני של מוסדות הרפואה.
10. אחריות כוללת למידע במערך הרפואה בישראל, הן ככלי הכרחי למילוי היעדים והמשימות של המשרד והן כדי להבטיח באמצעות מערך תקשוב מערכתי ואינטגרטיבי (בין כל חלקי המערכת) יעילות ובטיחות טובים, כלל האפשר, כדי למקסם הזמינות ואיכות השרות הרפואי לכל אזרח, בין אם בריא ובין אם חולה מטופל.
11. יעד אפשרי – הרשומה הרפואית (חלקיה העיקריים) של כל אזרח בזמינות מיידית לכל מוסד רפאי (בהתאם להרשאה על ידי המטופל) על גבי ובאמצעות האינטרנט, תוך שמירה על צנעת הפרט מחד וזמינות מלאה של מידע רפואי חיוני לכל אזרח ולמטפל בו באותה עת.
12. בקרה על כלל המערך של הרפואה בישראל, בין אם בקופות החולים, בבתי החולים, במכונים ובמרפאות.

13. קידום האיכות ברפואה על ידי ייזום מערך בקרת איכות וקידום איכות, חוצה קווים בין החלקים השונים של המערכת.

14. השתתפות בעבודה הבין משרדית לקידום הרווחה ואיכות החיים של תושבי ישראל, אשר בעקיפין ובמישרין משפיעים גם על תוחלת החיים וגם על איכות החיים של כולנו.

15. סמכות ואחריות על נושאי משמעת ורשלנות מקצועית של העוסקים ברפואה ובמקצועות נלווים: טיפול בפניות הציבור במקביל לקיום מוסד פניות הציבור לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

16. יש להדגיש כי משרד הבריאות לא יתערב בהפעלת בתי-חולים, לא ישלוט על תקציביהם ועל הסכמים והתקשרויות עם קופות חולים או נותני שרות.

מרבית הצוות סבר כי אין צורך ברשות אשפוז, אלא מינהלת תיאגוד שתפקידה העיקרי יהיה לקדם את נושא התאגידים. זהו גוף-ביניים שתפקידיו המוצעים נגזרים מאותם נושאים שאינם באחריות משרד הבריאות או בתי-החולים, במתכונתם החדשה. גוף זה צריך להיות בעל תוחלת זמנית ותפקידיו צריכים להעלם בהדרגה, עם ההתקדמות לתאגידיזציה. מינהלת תאגיד יכולה לקום כגוף נפרד או באמצעות סמנכ"ל יעודי במשרד הבריאות.

חלק מחברי הצוות סברו כי יש מקום לדרג ביניים קבוע בין משרד הבריאות לבין בתי החולים. דרג ביניים זה (רשות אשפוז או מנהלת בתי חולים), שלא יהיה כפוף ישירות באופן מלא למשרד הבריאות, יעסוק בפיקוח על בתי החולים הן מבחינת תפקידים המקצועיים והן מבחינת פעולותיהן הכספיות וימלא תפקיד של מייצג לקוחותיו, בתי חולים, כלפי משרד הבריאות.

בסיכום הדיון נקבע כי עקב חלוקי דעות וטווח הזמן הארוך עד למימוש התאגיד, הקביעה אם דרג הביניים קבוע או זמני אינה הכרחית בשלב זה.

בהמשך נשתמש במושג רשות/מינהלת במשולב, עד לבחירת המודל הארגוני הנכון.

יש לציין כי מרבית הצוות תמך ברשות/מינהלת מבוזרת, בעוד שהמיעוט ביקש להוסיף תפקידים נוספים התואמים לתפיסה ממורכזת.

שני המודלים יתוארו בהמשך.

1. המינהלת/הרשות תאפשר למשרד הבריאות למלא ייעודו ותפקידו כמינסטריון – במיוחד בתחום המדיניות וכללי הפעולה למערכת הבריאות כולה, ותשחרר את משרד הבריאות מתפקידיו ומעיסוקיו האופרטיביים אשר אינם בעלי מהות שלטונית, בבתי החולים שיועברו לרשותה.
2. המינהלת/הרשות תפקח על הגופים המנהלים את בתי החולים שבסמכותם ותוודא כי בתי החולים ממלאים את תפקידיהם לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה ולפי כל דין.
3. המינהלת/הרשות תמליץ בפני משרד הבריאות על אותם תחומים ברפואה שיש לקיימם ברמה האזורית, אם בכלל בתי החולים שלה ואם בחלק מהם ועל אותם התחומים שינתנו ברמה הארצית או במספר בתי חולים בלבד, בהתאם למדיניות משרד הבריאות.
4. המינהלת/הרשות תוודא כי בתי החולים שלה עומדים בתנאי הרישוי הבסיסי, האקרדיטציה ורה-אקרדיטציה על פי הכללים ואמות המידה שיקבעו על ידי משרד הבריאות לבתי חולים לסוגיהם ככלל ולנושאים מסוימים בפרט (למשל, תחום ההשתלות, הטיפול בטראומה, אונקולוגיה ועוד).
5. המינהלת/הרשות תפקח על פעילות בתי החולים שלה, תמנע השקעות מיותרות ותבטיח הוגנות כלפי החולים והציבור ובכלל זה מניעת ברירה מפלה של חולים, מניעת בחירת פלחים רווחיים בלבד של שוק הבריאות, מניעת הצעת עודף שירותים לציבור ומניעת בלימת דרישות מוצדקות לשירותים רפואיים באמתלא של חיסכון או חיסכון מדומה.
6. המינהלת/הרשות תקבע את אופן מתן השירותים שמחוץ לסל הבסיסי שבחוק בבתי החולים ותקבע הוראות שתכליתן להבטיח כי שירותים אלה לא יפגעו בשירותים הציבוריים הניתנים לציבור, איכותם וזמינותם.
7. המינהלת/הרשות תעשה לקידום האיכות בשרותי בתי החולים לציבור ככלל ולחולים בפרט ותערוך סקרים ומחקרים השוואתיים לשם כך: הרשות תפעל לשיפור היחס לחולה ולקידום זכויותיו ותעשה למתן מידע הוגן ונכון לכל הפונים לקבל בה אבחון, טיפול או סעד אחר.
8. המינהלת/הרשות תגבש ותמליץ בפני המשרד על תקציבי הפיתוח של מערך בתי



- החולים ותקבע את סדר העדיפות בהתאם למדיניות המשרד. הרשות תסייע למשרד הבריאות בקביעת תכניות האב לפיתוח ותוספת בתי חולים במדינה.
9. המינהלת/הרשות תפעל לשיתוף פעולה בין בתי חולים על-איזוריים ובין בתי חולים איזוריים או היקפיים.
10. המינהלת/הרשות תייצג את בתי החולים, עליהם היא ממונה, בדיוני השכר וקביעת ההסכמים הקיבוציים עם האיגודים השונים של עובדי בתי חולים, בצד הממונה על השכר, משרד הבריאות וקופות החולים.
11. המינהלת/הרשות תהיה הגורם המוסמך ליתן היתרים לעבודה פרטית או לעבודה נוספת מחוץ למוסדות בהם הם מועסקים – בהתאם לכלליה והסכמי העבודה, תהיה מוסמכת לקבוע תנאים וקריטריונים ייחודיים לאישורים אלה ותעקוב אחר אופן ביצועם.
12. המינהלת/הרשות תהיה מופקדת על היערכות מוסדותיה למצב שעת חירום ולמתארי חירום אחרים: ארוע רב נפגעים, אסון טבע ואסון טוקסיקולוגי.
13. המינהלת/הרשות תפעל לפיתוח ולקיום מערכות מידע אינטגרטיביות לכלל מוסדות הרשות, אשר תהיה משיקה למוסדות הרפואה (ובכלל זה לקופות החולים) – בהתאם למדיניות משרד הבריאות.
14. במסגרת זו, תפעל המינהלת/הרשות לקיום מינוח אחיד ומילון נתונים משותף לכלל מערכת הבריאות.
15. המינהלת/הרשות תפעל לקידום שירותים מרכזיים בתחום הרכש, הפיתוח והבינוי ובכל תחום אחר בו תמצא כי קיים "יתרון לגודל".
16. שירותים אלה, וכן שירותי "מיקור חוץ" (OUTSOURCING) עבור כל מוסדות המינהלת/הרשות או חלקם, יתבצעו תוך שמירת מסגרת האוטונומיה והעצמאות של כל אחד מהמוסדות.
17. המינהלת/הרשות תפקח על אופן השימוש בנכסים, שהועמדו לרשות בתי-החולים ע"י המדינה, בהתאם לכללים שנקבעו.
18. המינהלת/הרשות תקיים מסגרת כוללת לכל מוסדותיה, לסילוק תביעות בגין רשלנות ואי קיום חובת האחיות המקצועית. מסגרת זו תהווה תחליף לביטוח הקיים ותקטין את ההוצאה בגינו.
19. הרשות תבצע מעקב אחר זמינות השירותים הרפואיים לחולים בבתי החולים ופתרונות

מתאימים בהתאם לצורך.

20. הרשות תהיה אחראית להספקת נתונים לשם קביעת המחירים של שירותי הרפואה בסל הבריאות הבסיסי לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועדכונם העיתי.

### **תפקידים נוספים לרשות ממורכזת (דעת מיעוט)**

(מסמכו של פרופ' רווח הוצג במלואו בכנס).

1. הרשות תתרכז בהפעלתם של שירותי האשפוז והשירותים האמבולטוריים בבתי החולים ובפיקוח עליהם. לשם כך יועברו אליה משימות ומטלות ממשד הבריאות.
2. הרשות תאשר את התקציב השנתי (והרב שנתי) של כל מוסד ברשות ותפקח על ביצועו בהתאם.
3. המינהלת/הרשות תבצע "סבסוד צולב" בין מוסדותיה, כאשר הנסיבות יצדיקו זאת ולא תמצא חלופה ראויה יותר לפתרון מצוקה ספורדית או מקומית.
4. הרשות תפעל לניצול נכון של המתקנים והמכשור הרפואי בבתי החולים, תוך התייחסות לאלה המופעלים גם על ידי קופות החולים במרפאות ובמכונים מחוץ לבתי החולים: הרשות תמליץ בפני המשרד על פיתוח שירותים נוספים, מיטות אשפוז, מכשור רפואי עיקרי וכד' רק אם צרכי האוכלוסיה מחייבים זאת והתשתית הקיימת בקופות החולים ובבתי החולים מופעלת במלואה ואין בכך כדי לגרום לגידול בהוצאה הלאומית לבריאות על ידי פיתוח מערכות כפולות.
5. הרשות תאשר את ההסכמים וההתקשרויות בין קופות החולים לבין בתי החולים ובין בתי החולים לחברות הביטוח, לחילופין תפקח על ההסכמים ועל ההתקשרויות ותהיה מוסמכת להורות על עריכת הסכמים או לשנות תנאי הסכמים אם הדבר דרוש למען החולים ולמען הציבור.
6. הרשות תהיה צד בבירור מחלוקות בין קופות החולים לבין בתי החולים על שירותים שניתנו ועל חשבונות כספיים.
7. הרשות תהיה אחראית למיסודו ולתחזוקתו של מערך יחסי הגומלין עם קופות החולים, על דרכי ההתחשבות והבקרה ועל דרכי שיתוף הפעולה ומניעת הכפילויות.
8. היקף זכות הבחירה של החולה בבית החולים ובנותני שירותים אחרים: קביעת עיתית של בתי החולים שיעמדו לבחירת החולם בכל אזור, הכללים לבחירה, תוך מניעת הפליה,

עידוד התחרות בין נותני השירותים ובכללם בתי החולים ויצירת זמינות ונגישות טובים לאזרח באזורי הארץ השונים.

9. קביעת תחומי הפעילות העיקריים של הקופות ובתי החולים לסוגיהם על מנת להבטיח שירותי בריאות זמינים ואיכותיים, תוך מניעת כפילויות, הכלה של עלויות סל הבריאות הבסיסי וקיום התשתית להמשך הכשרה ופיתוח סגלי רפואה למיניהם בהתאם לתחזית ותכנון המשרד.

10. קביעת הכללים ואמות המידה לריסון התחרות על מחירים, על מנת למנוע פגיעה באיכות השירות ו/או בחירת שירותים או חולים בהתאם ל"כדאיות העסקית" ( CREAM ) (SKIMMIN).

### **בסיכום הדיון, כמעט פה אחד, התקבל המודל של רשות תאגידי/מינהלת מבוזרת**

חלק מהמשתתפים העלו דרישות לתנאי סף לכניסת בתי החולים הממשלתיים לתהליך.

1. קיום מבנה הולם – מועצת מנהלים
2. יכולת ניהולית מוכחת
3. מצב תשתיות בית החולים, בעיקר בהשוואה לאחרים באזור
4. קיום מערכות מידע פיננסיות ואדמיניסטרטיביות תומכות בתהליך
5. הגדרת תנאים לנושאי מחקר, הוראה והתמחות
6. הגדרת המשאבים לכוננות לשע"ח

ברמה המערכתית נדרשו כללים המגדירים התנהגות בין בתי החולים לבין עצמם.

הועלתה שאלה עקרונית מי האחראי על קביעת מחיר יום האשפוז ומחירי פעולות (הצוות של יעקב גדיש עסק בנושא והמליץ להוציא את הנושא מחזקת משרד הבריאות). כמו כן עלתה השאלה האם מעבר להגדרת המחירים כמחירי מקסימום יקבעו גם מחירי מינימום. נושא נוסף היה הגדרת גורם האכיפה שיוודא ביצוע ויישום הכללים.

נקודה אחרונה, שהיתה מקובלת על כל הנוכחים, הדגישה את הצורך בהשקעת משאבים נוספים לצורך הנעת תהליך התאגוד והעמידה בתנאי הסף.

**התמהיל**

**הפרטי - ציבורי**

## צוות התמהיל הפרטי-ציבורי

### חברי הצוות:

יו"ר – מרדכי שני

מרכז – עמיר שמואלי

גבי בן-נון

יעקב גלזר

יהונתן הלוי

לאה וופנר

זאב וורמברנד

טוביה חורב

אבי ישראלי

אודי פרישמן

רחל קיי

זאב רוטשטיין

## התמהיל הציבורי – פרטי

מטרת מסמך זה היא לסכם את הדיונים בנושא "התמהיל הציבורי-פרטי" במערכת הבריאות בישראל. דיונים אלה כללו את דיוני הצוות בפגישות שלפני הכנס, ואת הדיונים בנושא זה במהלך הכנס עצמו. דיוני הצוות בפגישות שלפני הכנס סוכמו במסמך שהופץ בין משתתפי הכנס, והמסמך הנוכחי מעדכן, מרחיב ומשלים את הדיון לאור הנקודות שעלו בדיוני הכנס עצמו.

### 1. הגדרות

הדיון בתמהיל הציבורי/פרטי במערכת הבריאות הישראלית מתייחס למגוון רחב של נושאים בתפעולה ומימונה של המערכת. בשלב ראשון ישנו צורך בהבהרה מושגית, הן בצד אספקת השירותים והן בצד מימונם.

**ספקי שירותי בריאות ציבוריים** - יוגדרו **לצורך דיון זה** ככל אותם מוסדות וארגונים במערכת הבריאות הישראלית, הפועלים שלא למטרות רווח. בקבוצה זו כלולים ספקי השירותים הממשלתיים, רשויות מקומיות, קופות החולים (כספקי שירותים) וספקי שירותים אחרים שהנם מלכ"רים (הדסה, שערי צדק ועוד).

**ספקי שירותים פרטיים** - יוגדרו **לצורכי דיון זה**, כמוסדות וארגונים המספקים שירותי בריאות למטרות רווח (אסותא, הרצליה ועוד).

הסקטור הציבורי מבצע כיום (נתוני למ"ס 1998) כ-76% מההוצאה הלאומית לבריאות והסקטור העסקי מבצע את יתרת 24% של ההוצאה הלאומית לבריאות. מרכיב מרכזי באספקת שירותי בריאות של הסקטור הפרטי הנו רפואת שיניים וטיפול סיעודי.

**מימון ציבורי** - יוגדר **בדיון זה** כסה"כ מקורות המימון מתקציב המדינה וממיסים מיועדים (מס מקביל ודמי ביטוח בריאות).

**מימון פרטי** - יוגדר **לצורכי דיון זה** כתשלומים וולונטריים שונים של משקי הבית עבור שירותי בריאות, אם בזמן צריכתם וביחס ישיר לכמות צריכתם ואם באמצעות ביטוח.

עפ"י הגדרות אלו, כ-71.4% מההוצאה הלאומית לבריאות ממומנים ממקורות ציבוריים וכ-28.6% ממומנים ממקורות פרטיים (נתוני למ"ס 1998).

אפיון מערכת הבריאות בממדים של ציבורי/פרטי מתייחס אם כן לארבע ממדים אפשריים:

1. אספקת שירותים במוסדות ציבוריים במימון ציבורי.  
כגון אשפוז בבית חולים ממשלתי הממומן ע"י קופות החולים
2. אספקת שירותים במוסדות פרטיים במימון ציבורי.  
כגון קניית שירותי אשפוז חולי נפש ע"י הממשלה מבתי החולים הפרטיים או קניית שירותי רופאים פרטיים על ידי קופות החולים. כאן רלבנטית שאלת סחירותו של טופס 17.
3. אספקת שירותים במוסדות פרטיים במימון פרטי.  
כגון קניית תרופות על ידי משקי הבית (בתשלום מלא) מבתי מרקחת פרטיים, טיפולי שיניים אצל רופאים פרטיים, אשפוזים בסקטור הפרטי במימון פרטי ועוד.
4. אספקת שירותים במוסדות ציבוריים במימון פרטי.  
בשנתי האפשרויות הראשונות מצויים רוב שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשלישית מצויים שירותים שיתכן וכלולים ושאינם כלולים בסל. בכוונת הצוות להתרכז בעיקר בשני נושאים הכלולים באפשרות הרביעית: **שילוב הון פרטי במערכת הציבורית, וקניית שירות משופר (ובעיקר בחירת רופא)**, אם באמצעות תשלום ישיר של המטופל או במתכונת אחרת של כיסוי ביטוחי.

## 2. רקע: סל שירותי הבריאות לאזרח

**הדיון בנושא היקפו של סל השירותים במימון הציבורי (בסקטור הציבורי או הפרטי) הוא דיון מורכב, בו מתלבטות כל מדינות העולם.**

קצב הפיתוח הטכנולוגי, הזדקנות האוכלוסייה והעלייה במודעות הצרכנים, מגדילים יותר ויותר את הלחצים להגדלת סל השירותים במימון ציבורי, מעבר למה שקצבי הצמיחה של הכלכלה הלאומית יכולים להרשות לעצמם לממן. כתוצאה מפער זה בין היכולת הרפואית לספק והיכולת הלאומית לממן, מתמודדות כל מדינות העולם המערבי בסוגיית הקצוב, מצד אחד, וסוגיית התמהיל הציבורי-פרטי, מצד שני.

עד כה נשמר העיקרון של סל בסיסי אחד. אם בשלוש השנים הראשונות לא עודכן הסל הבסיסי כלל, הרי ששנה לאחר מכן ניתנה תוספת של 1% לסל עבור טכנולוגיות והשנה

הוגדלה התוספת, בגלל הלחץ הציבורי ל-1.5%. זאת כאשר שיעור הדרישות לתוספת הגיע עד 8% מגובה הסל הבסיסי.

התקדמות המהפכה בשלוב מדעים מדויקים ברפואה וכן המהפכה הביולוגית ובייחוד הבנת הגנום האנושי, יביאו ללחץ מוגבר ביותר על הגדלת הסל.

אין נתונים טובים על שיעור האינפלציה בשרותי הבריאות, עקב קידום הטכנולוגיה הרפואית וההזדקנות. יתרה מזו, אין ספק שגורמים חברתיים מקומיים הם בעלי השפעה לא מבוטלת. העובדה שבמדינת ישראל יש קיצוב ברור (EXPLICIT) לעומת שאר מדינות המערב, יוצרת בעיה קשה במיוחד אצלנו.

גם אם נעריך לחומרה שהפער בין הטכנולוגיות הנוספות ואלו שיכנסו לסל יהא רק 2%, הרי שבעוד 10 שנים יוצר פער של 20% בין הסל הבסיסי ובין הטכנולוגיות הנוספות, כאשר אין ספק שחברות הביטוח הפרטיות תכנסנה לנישה זו.

יש כלכלנים המתקשים לקבל מצב בו ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל, שהיא מהגבוהים בעולם, תגדל בעוד עשור בעוד 1.5% מהתל"ג. ברם בעולם דמוקרטי, בו המידע הוא נחלת הכל, קשה למנוע מצב בו הציבור יחליט מרצונו כיצד לנהוג בכספו.

יש הסבורים כי התייעלות המערכת תקזז חלק ממרכיב זה.

אחרים טוענים כי המדינה תבחר לאמץ בעדיפות ראשונה תרופות וטכנולוגיות מצילי חיים או מאריכות חיים, כך שהפגיעה בסל בסיסי תהיה בעיקר במרכיבים של שיפור באיכות החיים.

דא עקא, שגם כיום טכנולוגיות מאריכות חיים לא נכנסות לסל בישראל, באשר ההפרדה בין התחומים קשה בחיי היום-יום. יש גם שאלות קשות, כגון האם החברה יכולה ורוצה לממן הארכת חיים בחצי שנה או הסתברות של 10% להארכת חיים, במסגרת הסל הציבורי.

סביר להניח כי בעוד כעשור יוצעו לציבור סלים משלימים של טכנולוגיות חדשות. בשעה שתופעה זו תתפתח, תגלנה חברות הביטוח הפרטיות כי גם כיום יש אפשרות לשיפור במוצר הניתן במסגרת הסל הציבורי, יהיו אלו משתלים טובים או תרופות יעילות יותר, אך יקרות בהרבה.

רבים כבר נוטים להסכים כי בקהילה יש שני סלים – סל בסיסי וסל משלים. אזרח שירצה תרופה ובעתיד טכנולוגיה משופרת בקהילה יוכל לקבל מימון עבודה מחברת הביטוח הפרטית ואף מהשב"ן. אחרים סבורים כי גם באשפוז יום ניתן יהיה להבדיל בשני סלים ולו לשם מניעת טרטור המבוטח, אך דורשים קביעת כללים ברורים על ידי משרד הבריאות.



אולם כאשר מדובר בחולים מאושפזים, רב החשש שמא לחלק מהחולים המאושפזים יהא מימון מסל ביטוח פרטי. מרבית הסוברים זאת מסתתרים מאחורי הטענה כי אין כיום סל בריאות לאשפוז, באשר חוק ביטוח בריאות לא דן בכך. אחרים מסתתרים מאחורי הטענה כי מחיר יום האשפוז מכסה הכל. ברם תופעות בהן קרובי משפחה מביאים תרופות טובות יותר, או רוכשים מוצרים שאינם בסל, כבר קיימות כיום. בעיה זו תלך ותגבר כאשר הציבור יגלה כי משיקולים כלכליים, לא ניתנות לעתים בבתי החולים התרופות הטובות ביותר, או שאין שמוש בכל מגוון האפשרויות של הטכנולוגיות הקיימות.

זוהי סוגיה המחייבת דיון ציבורי גלוי ונרחב, הן באשר יש לה השלכה עמוקה על נושא השוויוניות והן באשר בהעדר מדיניות בריאות לאומית חכמה בתחום זה, יבור לו הציבור פתרונות שיענו על צרכיו האישיים.

### **3. ביטוחי בריאות וולונטריים**

עיקר המימון לצריכת שירותים מעבר לסל הבסיסי מתבצע באמצעות ביטוחים משלימים ו/ או פרטיים. לכן סוגיית התמהיל ציבורי-פרטי – גם אם מתייחסת לצריכת שירותי רפואה – חייבת לכלול דיון בביטוחי הבריאות הוולונטריים. השוק מתאפיין כיום בביטוחי שירותי בריאות נוספים (שב"ן) המוצעים על ידי הקופות למבוטחים שלהם ובביטוחי בריאות פרטיים המוצעים ע"י חברות הביטוח הפועלות בשוק.

קופות החולים מציעות שירותי בריאות נוספים ישירות על ידם וביטוחים סיעודיים המבוצעים על ידי חברות הביטוח באמצעות הקופות, כאשר במקרה זה כל החביונות הם של חברות הביטוח ולמבוטח יש פוליסה סיעודית של חברות הביטוח (להוציא מכבי שירותי בריאות שפועלת בהסדר אחר).

במקביל פועלות חברות ביטוח פרטיות המציעות ביטוחים פרטיים אישיים המכסים כסויים דומים או אחרים הן לגבי הקיים בשב"ן והן לגבי הביטוחים הסיעודיים.

### **תאור השוק**

#### **קצרי טווח**

◆ משלימים (שב"ן) – קופות החולים

◆ אישיים/כספים – חברות הביטוח.

- ◆ ביטוחים קולקטיביים: פוליסה של חברות ביטוח – כללית, מאוחדת, לאומית.
- ◆ קרן הדדית – מכבי.
- ◆ ביטוחים אישיים – חברות ביטוח.

היקפי השוק

קופות החולים – 3.2 מיליון מבוטחים.  
חברות ביטוח – 500 אלף מבוטחים (להוציא ביטוחי שיניים).

פירוט שב"נים:

סדרת זכאויות לשרותי בריאות נוספים ו/או השתתפות בעלות השרותים, לגילאים השונים:

- ◆ בחירת רופא (מחוץ למערכת הציבורית)
  - ◆ השתלות וניתוחים בחו"ל להצלת חיים וחושים
  - ◆ תרופות מחוץ לסל (לא תחליף לטכנולוגיה/הארכת חיים)
  - ◆ סקירת מערכות/התפתחות הילד
  - ◆ חוות דעת שניה
  - ◆ רפואה אלטרנטיבית
  - ◆ בדיקות תקופתיות
  - ◆ אביזרים רפואיים
- בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי קופות החולים יוכלו להציע תוכניות ביטוחים משלימים לשירותים שאינם כלולים בסל השרותים שבחוק ביטוח בריאות וזאת על פי מספר תנאים שיקבע שר הבריאות.

ניתן להבחין בשלוש קבוצות של שרותים היכולים להיכלל בביטוחים המשלימים:

1. שרותים שאינם כלולים בסל – כגון רפואת שיניים, פלסטיקה ועוד.
2. השלמה לשירותים שיש עליהם מגבלות כמותיות בסל – כגון הרחבת כמות הטיפולים הפיזיותרפיים, התפתחות הילד ועוד.
3. שירותים הכלולים בסל, אך באיכות משופרת.

שתי הקבוצות הראשונות של שירותים היכולות להיכלל בביטוחים המשלימים, אינן מעלות בעיות מיוחדות, בעוד שירותים מהקבוצה השלישית מעלים שורה ארוכה של בעיות הן ברמה של שוויוניות (יצירת שתי רמות איכות רפואה – רפואה איכותית לבעלי היכולת ופחות איכותית לעניים) והן ברמה של יעילות, ובהם מתמקד הדיון.

תוכניות הביטוחים המשלימים של הקופות כוללות כיום "שירות משופר" – את האפשרות לבחור רופא במערכת האשפוז הפרטית ובבתי חולים ירושלמים (הדסה ושערי צדק), והדיון בהם קשור לכן גם לנושא השר"פ.

### **בחירת רופא בביטוחים המשלימים של הקופות**

הביטוחים המשלימים של קופות החולים מאפשרים כיום חופש בחירה ברופא אך רק בבתי החולים הפרטיים והציבוריים העצמאים.

במהלך השנתיים האחרונות, הלך וגדל חלקה של האוכלוסיה המבוטחת בביטוחים משלימים (עיקר הגידול היה בקופת החולים הכללית) וגידול זה שינה את האיזון העדין שהתקיים בנושא בחירת רופא והוביל להתפתחותם של הסדרי בחירת רופא גם בבתי החולים הממשלתיים.

לטענת בתי החולים הממשלתיים, מתן אפשרות בחירת רופא בביטוחים המשלימים של הקופות והגבלתו רק לבתי חולים פרטיים, פרט לירושלים, גרמה ל"בריחה" של רופאים מהמערכת הממשלתית למערכת הפרטית.

כדי לצמצם "בריחה" זו, פיתחו חלק מבתי החולים הממשלתיים הסדרים שונים של בחירת רופא.

### **4. בחירת רופא במערכת הציבורית – שר"פ**

תנאי העסקתם של הרופאים בבתי החולים הציבוריים בישראל מבוססים על תשלום משכורות המשולמת על ידי המוסד המעסיק. למטופל במערכת האשפוז הציבורית אין בדרך כלל קשרי תשלום עם הרופא המטפל והמטופל בדרך כלל גם לא יכול לבחור בו.

בתי החולים הציבוריים בירושלים (המהווים כ-9% מסה"כ המיטות הכלליות במדינה) היו הראשונים שהנהיגו חופש בחירה ברופא תמורת הסדר תשלום נוסף לרופאים בכירים – שר"פ (הדסה בשנת 1954 ושערי צדק בשנת 1976).

לחצם של הרופאים במערכת הציבורית לשיפור שכרם, ולחצם של המטופלים לבחירת רופא ולקיצור תור המתנה, העלו שוב ושוב את סוגיית הסדרת השר"פ בכל המערכת הציבורית. הרוב בוועדת נתניהו המליץ לאחר לבטים רבים על שילוב השר"פ במערכת הציבורית תחת מנגנונים כבדים של פיקוח ובקרה.

דעת המיעוט של חבר אחד בוועדת נתניהו הציגה את הגישה ההפוכה.

לקראת אמצע שנות התשעים הוחל במגעים להנהגת שר"פ בבתי חולים ממשלתיים ואף נוסחה טיוטה להצעת חקיקה בנושא אולם בסופו של דבר היא לא הובאה לדין והנושא נותר ללא הכרעה. שר הבריאות בממשלת הליכוד, שאימצה את המלצות ועדת נתניהו, אף חתם בראשי תיבות על הסכם עם ארגון רופאי המדינה, בדבר הסדר שר"פ ב-5 בתי חולים ממשלתיים.

בהעדרה של הכרעה פורמלית בנושא, נוצרו במהלך השנים מספר התפתחויות הקשורות לבחירת רופא פרטי:

1. במסגרת תוכניות הביטוחים המשלימים של קופות החולים נכללה האפשרות של בחירת רופא, אם כי בחירה זו הוגבלה לסקטור הפרטי הציבורי בירושלים בלבד.
2. התפתחותם של הסדרי בחירת רופא במערכת הממשלתית, אם באמצעות התקשרות בית החולים הממשלתי עם חברת ביטוח פרטית, או באופן ישיר באמצעות תאגיד בית-החולים.

במקביל לתופעות אלו, המשיכו לאפיין את המערכת מספר "תחלואים" הקשורים לנושא העסקת רופאים:

רופאים בכירים רבים העובדים במערכת הציבורית, עובדים בנוסף גם במערכת הפרטית, דבר שהביא לעתים לעזיבת המוסדות הציבוריים בשעות מוקדמות לטובת התעסקות בפרקטיקה פרטית.

לאורך כל התקופה, נשמעת הטענה בדבר קיומה של תופעת **רפואה שחורה**.

על רקע מציאות זו, עלה מחדש על סדר היום הציבורי סוגיית מיסוד בחירת הרופא (שר"פ) בכל בתי החולים הציבוריים, אם בדרך של תשלום ישר של המטופל לבית-החולים או בדרך של ביטוח משלים.

## שר"פ מהו ?

**הגדרה – מתן זכות למטופל לבחור רופא (או לקבל העדפה כלשהי בתהליך הטיפולי), תמורת תשלום.**

ברוב המקרים זכות מועדפת זו, הזכות לבחור ברופא מנתח תמורת תשלום, יכולה לשאת שני אופנים:

1. תשלום ישיר של המטופל לבית החולים, כאשר התשלום מתחלק בין המוסד המעסיק והרופא המטפל.
2. תשלום פרמיית ביטוח ע"י המטופל לחברת ביטוח, המגיעה להסדר עם ספקי השירותים. כאשר השר"פ מוסדר דרך מערך ביטוח, הוא כרוך בדרך כלל בהשתתפות עצמית. הפעלת השר"פ בירושלים, נעשית כיום תחת מספר תנאים מגבילים המתייחסים בעיקר לאיסור הקדמת תור, קביעת מגבלות של זמן ומקום, קביעת מכסות מינימום לשעות העבודה הרגילות ועוד.

## היתרונות והחסרונות בהסדרי השר"פ

נושא הרפואה הפרטית ושילובה ברפואה הציבורית הנו מורכב, בעל יתרונות וחסרונות, רווי אינטרסים ומשיק לתפיסה כוללת לגבי אופייה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל.

להלן עיקרי הטיעונים בעד ונגד השר"פ.

### יתרונות השר"פ:

1. משפר רווחת החולים על ידי מתן חופש בחירה למטופל – זכות הציבור להחליט על עדיפויותיו.
2. מאפשר גיוס רופאים טובים למוסד המעסיק.
3. מונע נשירה של רופאים טובים מהמערכת הציבורית ומבטיח נוכחותם במשך יותר שעות בתוך בית-החולים.
4. צמצום מימדיה של הרפואה השחורה. שר"פ מבטל את המניע העיקרי לרפואה שחורה – יכולת הבחירה ברופא. כאן יש גם תשלום חוקי עליו משולמים מסים – הרע במיעוט למול הרפואה השחורה.

5. **ניצול יעיל יותר של משאבים ציבוריים** (מבנים וציוד יקר), תוך הפעלתם בשעות אחר-הצהריים והערב.
6. **תוספת הכנסה לבית החולים** והחזרת משאבים הנצרכים כיום מחוץ למערכת הציבורית.
7. **שיפור רמת ההשתכרות** של רופאים בכירים ופתרון חלקי לבעיות השכר של חלק מעובדי מערכת הבריאות.
8. **צמצום תופעת ברירת הטיפול** הריווחיים בלבד על ידי המערכת הפרטית.

### **חסרונות השר"פ**

#### **מהיבט של שוויונות**

1. **יצירת שתי רמות רפואה** בתוך המערכת הציבורית. השר"פ מעלה את רמת הרפואה לחולה הפרטי ומוריד את רמת הרפואה לחולה הציבורי.
2. **פתח להקדמת תורים** – פוגע בחולה הציבורי הנדחק לסוף התור. בחירת מנתח היא שם נרדף לקיצור תור.
3. **חיזוק הקשר בין אמצעים כספיים וקבלת שירותי בריאות**, כאשר כבר כיום שיעור המימון הפרטי בישראל הנו מהגבוהים בעולם (כ-29% מההוצאה הלאומית לבריאות).

#### **מהיבט של יעילות**

1. **פיצוי כספי לקבוצה מצומצמת של רופאים בכירים** עשוי לגרום **ללחצים של תוספות שכר** בסקטורים אחרים ולדרישה לשר"פ גם במערכות אחרות.
2. **יוצר ביקושים מלאכותיים**, בשל שיטת התשלום לרופאים לפי פרוצדורות המביאה לביצוע פעולות רפואיות מיותרות.
3. **יצירה מלאכותית של תורים בבוקר** ע"י הסטת פעולות לשר"פ.
4. **הגדלת נפח ההוצאה הלאומית** לבריאות ללא שיפור באיכות.
5. **סבסוד המערכת הציבורית את הפרטית** – ניצול מבנים ותשתיות ציבוריות לרווח אישי.
6. **הכנסת שיקולים כספיים לקבלת החלטות רפואיות** – היכולת לשלם ולא הצורך הרפואי מכתיבים את ההחלטות הרפואיות.

**מצדדי השר"פ:**

1. הדבר עולה בקנה אחד עם חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, עם זכות הבחירה וחוסר הפלית ספקים הקיימים בחוק ביטוח בריאות ועם זכות הבחירה בחוק זכויות החולה.
2. ועדת נתניהו המליצה על כך וחמישה שרי בריאות תמכו בכך.
3. הקדמת תור – ניתן להתגבר על בעיה זו ע"י איסור מפורש של הקדמת תור, תוך חיזוק מערכי הפיקוח והבקרה.
4. הקטנת תפוקות בוקר – יכול להיות מטופל ע"י קביעת מכסות חובה במשמרות היום שביצועם מתנה את העיסוק בשר"פ.
5. סבסוד המערכת הפרטית ע"י הציבורית – תמחור ראלי של השרותים ומערכת חשבונאית נפרדת, יפתרו בעיה זו.
6. ניפוח ההוצאה – הגבלת השר"פ למרפאות, מכונים וחדרי ניתוח בלבד ומניעתו באשפוז ובשרותי עזר.
7. השר"פ קיים בירושלים, מתאפשר בביטוחים המשלימים. לא ניתן להחיל על חלקים שונים של המערכת כללים שונים ולכן יש למסד את השר"פ בכל המערכת הציבורית.
8. אפשרות של הכנסת שיקולים כספיים לקבלת החלטות רפואיות. מאחר ואין אפשרות לבטל בחברה המודרנית בחירת אדם ברופא ומאחר וזהו מרכיב חשוב ברפואה השחורה, מן הדין לאפשר בחירת חולה ברופא גם בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים, בהם יש בקרה טובה יותר על השיקולים וההתנהגות הרפואית. בסבב שני זה של טיעונים בעד השר"פ מוצג השר"פ כרע במיעוט למול הרפואה השחורה. כנגד החסרונות הטמונים בשר"פ, מוצע להקים מערך פיקוח ובקרה על התנהגות הרופאים. מערך זה יאפשר ליהנות מיתרונות השר"פ ולצמצם את חסרונותיו (ועדת נתניהו).

**מתנגדי השר"פ**

1. שמירת עובדים בכירים במערכת – מטרה זו מושגת כבר ע"י השר"ן והססיות המאפשרות תגמול נוסף המשולם ע"י הקופה הציבורית ולא ע"י הפרט.
2. ניצול תשתיות – מתאפשר כיום במסגרת השר"ן ולכן אין צורך בשר"פ להשגתו.

3. צמצום רפואה שחורה – גם במקומות בהם יש שר"פ יש רפואה שחורה. השר"פ עשוי אף להרחיב את ממדי הרפואה השחורה.
4. זכות הציבור לבחור – זכות זו (אם היא כלל קיימת בבריאות), מוקנה לציבור בסקטור הפרטי.
5. השר"פ קיים בירושלים – מיטות ירושלים מהוות כ-9% מסה"כ המיטות הכלליות. כדי להגיע לאחידות בכללי המשחק עדיף אולי להשוות תנאי הפעלת 9% מהמיטות ל-91% הנותרות ולבטל את חופש הבחירה בביטוחים המשלימים ולא להפך.
6. יש קשיים בקביעת כללים מוגדרים וברורים שימנעו קיפוח של החולה הציבורי לטובת הפרטי.
7. צדק חברתי – במציאות שבה הפערים החברתיים במדינת ישראל הולכים וגדלים, הנהגת השר"פ רק תחריף אותם.
- הטענות העיקריות של מתנגדי השר"פ (בסבב השני) הינם ששום מערך פיקוח ובקרה לא יוכל למנוע את חסרונות השר"פ. בנוסף, חלק מהבעיות שהשר"פ אמור לפתור נפתרות כבר ע"י השר"ן. השר"פ מציב בעיות לא פתורות בתחום היעילות ובוודאי פוגע בשוויוניות.
- אחת הדרכים המוצעות כיום לאישור השר"פ הנה ע"י אישור שר"פ בכל המערכת הציבורית במסגרת הביטוחים המשלימים של קופות החולים.** ניטען שבמסגרת כזו, ניתן לצמצם את חסרונות השר"פ מההיבט של שוויוניות, ולהציע את השר"פ במחיר עממי וזול אותו יוכל לרכוש רוב הציבור.
- מעבר לעמדות השונות בנושא השר"פ, הסדרתו דרך הביטוחים המשלימים של קופות החולים מעלה שתי בעיות נוספות:
1. מעמד משופר (במקרה שלנו בחירת רופא) הנקנה בכסף הוא משמעותי **רק אם מספר הקונים הוא קטן**. ככל ששיעור הקונים גדל יותר, הופכת הזכות הנקנית בכסף של בחירת רופא לזכות ללא כיסוי שרק מהווה מקור הכנסה נוסף לקופות החולים.
- הביטוחים המשלימים מכסים כיום יותר מ-50% מהאוכלוסייה והצפי לשנים הבאות הוא שהם יכסו מעל 80% מהאוכלוסייה. לכן ככל שכמות האנשים שיממנו ניתוחים באמצעות ביטוח משלים תהיה יותר גדולה, יהיה ביטוח זה חסר ערך אמיתי ורק יגרום למערכת לעליית מדרגה נוספת בהוצאה.



יש מיעוט הסבור כי העובדה שרוב האוכלוסייה עשוי להיות מבוטח בשב"ן הוא יתרון ולא חסרון מזווית השוויון. לפי דעה זו, לרוב עם ישראל יהיה חופש בחירה במנתח, דבר שבדאי יתרום לשביעות הרצון של הקהל. הסבורים כך אף טוענים כי הדבר יתרום לתחרות בין הרופאים וישפר את איכות השירות לקהל.

2. הכללת בחירת רופא בביטוחים המשלימים יכולה ליצור מצב תקדימי של כניסת הביטוחים המשלימים למרכיבי איכות רבים נוספים בסל השירותים הבסיסי. הסל הבסיסי מובטח ע"פ חוק לכל, באיכות, זמן, ומרחק סבירים וניתן בכל אחד מממדים אלו להוסיף מרכיב משופר. בסופו של תהליך זה, עשוי להיווצר מצב של **שתי רמות סלי בריאות**.

**במידה ומאמצים את הרעיון לתת זכות בחירת הרופא בכל המערכת הציבורית, אזי הסדרת השר"פ צריכה להיעשות תוך הגדרה מדוייקת של תנאי הפעלתו ותוך הגדרת מנגנוני פיקוח ובקרה הדוקים על הפעלתו.**

תנאי השר"פ צריכים להתייחס לנושאים כגון:

1. רשימת הרופאים הרשאים לעיסוק בשר"פ.
2. קביעת זמן נתינתו של השר"פ – מחוץ לשעות העבודה ביום.
3. קביעת הפעילות שבה מותר השר"פ – פעילות ניתוחית בלבד או כל הפעילות האשפוזית, כולל פעילות אמבולטורית. כן/לא.
4. הצורך בעמידה במכסות שיבוצעו במסגרת השרות הציבורי וקביעת המכסות.
5. לקיים תמחיר ריאלי של השר"פ ולקבוע את מחירי השר"פ.
6. חלוקת הפדיון בין בית החולים לסגל הרפואי.
7. מגבלות על עסוק בפרקטיקה פרטית מחוץ לבית החולים הציבורי.
8. מגבלות על הקדמת תור.
9. להפריד בין מערכת הדווח והמערכת החשבונאית של המערכת הציבורית והמערכת הפרטית.
10. יש להבטיח הקמת מנגנוני פיקוח ובקרה לעמידה בתנאים אלו.

## במידה ודוחים את הרעיונות של מתן חופש בחירה בכל המערכת הציבורית, אזי:

יש לבטל את אפשרות בחירת הרופא הקיימת כיום בביטוחים המשלימים של קופות החולים.

יש לבטל את ההסדרים השונים הקיימים כיום לבחירת רופא בבתי החולים הממשלתיים.

יש למסד את כללי העבודה במסגרות תוכניות השר"ן הקיימות כיום בבתי החולים

הממשלתיים ומסגרות הססיות הקיימות כיום בבתי החולים של קופות החולים.

אולם כאן יכולות להתעורר 2 בעיות :

1. ביטול בחירת רופא בתכניות השב"ן יהיה פגיעה בציבור המבוטחים אשר שילם במשך

השנים האחרונות פרמיה מתוך ציפייה לקבלת שירותים אלה.

2. באם יתבצע שנוי מדיניות כזה, צריך להיות "חלון זמן" בתוכו ניתן יהיה לאפשר לציבור,

ששילם עבור שירותים אלה בעבר, לממש את זכאותו.

3. איסור בחירת רופא בתכניות השב"ן של הקופות יגרום לנחיתות שלהן מול תכניות חברות

הביטוח הפרטיות.

גם המצדדים בביטול בחירת הרופא הקיימת כיום בביטוחים המשלימים של קופות החולים,

סבורים שיש יתרון להמשך המצב בו יתקיימו שבנ"ים ליד ביטוח פרטי, זאת לאור היתרונות

הבאים:

1. פרמיה נמוכה ביותר (יחס 1.3 מול החברות הפרטיות)

2. ביטוח לכל המבוטחים, ללא החרגה.

3. רצף לסל/ביטוח דינמי, עדכון בצמוד לסל הבסיסי

4. פירעון באמצעות שרות או החזר.

5. הסדרים של הקופה עם נותני השירותים.

6. עלות כלכלית נמוכה.

כאמור בחלקו הראשון של מסמך זה, השאלה לטווח ארוך היא האם השב"נים יוכלו להתקיים

בלי הפעלת סל משלים נוסף, בשעה שחברות הביטוח הפרטיות תחדורנה לנישה זו.

## סחירות טופס 17

- א. קופות החולים נמצאות באופן מתמיד תחת לחץ תקציבי והן נדרשות לבצע פעולות התייעלות רצופות. כ-50% מההוצאות שלהן מבוססות על רכש שירותים בבתי החולים ואצל ספקי שירותים אחרים.
- ב. כדי לנסות ולעמוד במסגרות התקציביות ובמקביל לתת את מלוא הסל, נדרשות הקופות לשלוט בהוצאות ולהגיע להסדרים והסכמים, הכל על פי מדיניות הקופה והסדרי הבחירה שפרסמה.
- ג. טופסי 17 מהווים הליך של הזמנת עבודה בלבד ואין הם יכולים לשמש כצ'ק או כשווה ערך כלכלי לצורך שימוש למחזיק בטופס 17.
- ד. מערכת הבריאות פועלת בתמחיר מעוות ובסטייה של עשרות אחוזים בין עלות פעולות לבין מחירן. ניסיון לתת לטופס 17 מרכיב כספי יגרום להתמוטטות המערך ולחוסר שליטה של כל הקופות על ההוצאות.
- ה. סחירות של טופסי 17 תהפוך את הקופות לרושמי צ'קים בלבד, ללא שליטה ובקרה ומצד שני יעודד הקמת מתווכי שירותים פרטיים.
- ו. הדבר יגרום לחוסר איזון בהכנסות של מספר בתי חולים ובשלב שני להכפלת תפוקות שאינן ניתוחיות באותם בתי חולים, כדי לעמוד ביעד ההכנסות.
- בבסיס תפיסה זו קיימת העמדה כי הזכות המוקנית לאזרח לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא הזכות לקבלת שירותים ולא הזכות לקבלת שובר המקנה פיצוי כספי. מבוטח הבוחר שלא לקבל שירותים לפי חוק ביטוח בריאות, יוצא מהסדרי המערכת ואחראי לתשלום מהשקל הראשון.

## **5. סיכומי הדיונים והמלצות**

### **1. בנושא סל השירותים באשפוז (לא כולל בחירת רופא והקדמת תור)**

- א. סל האשפוז במימון ציבורי לא יהיה מפורט לפי טכנולוגיות (כולל תרופות). הכוונה היא לתת את הטיפול המירבי והמיטבי האפשרי במסגרת התקציב הציבורי. משרד הבריאות יפעל לקדם הכנסת טכנולוגיות חדשות ויקים מנגנון ליישום המלצה זו.
- ב. אסור לשלב מימון ציבורי ופרטי (כולל שב"ן) בטיפול במאושפז בטכנולוגיות (כולל תרופות) בכל בתי החולים הממשלתיים. מאןשפז שירצה תרופות או טכנולוגיות אחרות יהיה חייב לשלם במימון פרטי את עלות כל האשפוז, החל מהשקל הראשון.
- ג. רופא בכיר במחלקה יסביר למאושפז את חוסר ההגיון הרפואי בבחירת התרופות או הטכנולוגיות (והטיפול במימון פרטי) הרצויות על ידו. פירוט השיחה יירשם בתיק החולה ויאושר בחתימת החולה והרופא הבכיר.
- ד. מקום אספקת השירות במימון פרטי (אם בחר החולה באפשרות זו) לגבי סוגייה זו נחלקו הדעות ולא הושגה הסכמה. רוב המשתתפים תמכו בדעה ששירות זה ינתן רק בבית חולים פרטי (לא ממשלתי, לא ציבורי ולא בבעלות קופת חולים). מיעוט המשתתפים טען שמאחר ושיעור המקרים הללו הוא קטן, השירות יכול להנתן גם בבתי החולים הציבוריים.

### **2. בחירת רופא במערכת הציבורית**

בנושא זה נחלקו הדעות ולא הושגה הסכמה. רוב המשתתפים תמך, עם זאת, בעמדה הבאה:

רצוי שתהיה בחירת רופא במערכת הציבורית כחלק מסל השירותים הציבורי. כברירת מחדל מומלץ להכניס לכל בתי החולים הממשלתיים והציבוריים אפשרות של בחירת רופא בתשלום. וזאת, ובלבד שייקבעו על ידי משרד הבריאות כללים ברורים ומחייבים בתחומים איסור הקדמת תור, קביעת תפוקות מינימום למחלקה ולרופאים בשעות הבוקר, הפרדת פעילות השר"פ בזמן וקיום מערכת חשבונאית ותמחירית נאותה. בכל בית חולים תהיה ועדת בקרה ציבורית חיצונית שתעקוב אחרי הביצוע בפועל.

### 3. סחירותו של טופס 17

מומלץ כי טופס 17 לא יהיה סחיר – לא במערכת הציבורית, ולא במערכת הפרטית. אדם שיחפוץ בבחירת מנתח בביטוח משלים או בביטוח פרטי, יאלץ לשלם כל העלות מכיסו, או שיקבע כי ערכו של טופס 17 בביטוח משלים או פרטי הוא רק 75% מערכו.

### 6. נושאים נוספים

תוך דיון על התמהיל ציבורי- פרטי, עלו מספר סוגיות נוספות לדיון ולהתייחסות:

#### פעילות מחוץ לסל

מומלץ לקבוע בצורה ברורה כי בתי החולים הממשלתיים והציבוריים יהיו רשאים להציע פעילויות מחוץ לסל בנושאים כמו קוסמטיקה, טיפולי שיניים ורפואה אלטרנטיבית עבור הקהל הרחב.

במסגרת זו ניתן לשלב את כלל עובדי בתי החולים וכמו כן ניתן יהיה לשלב משקיעים פרטיים או הון פרטי.

לצורך כך יש לקבוע מחדש כללי פעולה ברורים שיוגדרו בתקנות ושיכללו מערכות דווח ומערכות חשבונאיות נפרדות, העסקת עובדים לאחר שעות העבודה הרגילות, הקמת חומות סיניות בין אותן פעולות לפעילות שבסל ומניעת כל קשר ביניהם.

#### שילוב הון פרטי במערכת הבריאות

ההשקעות הציבוריות בבתי החולים הציבוריים בישראל לא עונות על הצרכים, בעיה שתלך ותגדל. מכאן הצורך בשילוב משקיעים פרטיים בבתי-חולים ציבוריים נוסח PRIVATE FINANCING INITIATIVE בבתי החולים הציבוריים באנגליה. כפי שהומלץ בסעיף הקודם, שילוב כזה בנושאים שמחוץ לסל הינו מבורך.

מומלץ לאפשר – במסגרת כללים מוגדרים – שלוב הון פרטי לצורך קניה או החכרת מכשור ובתמורה לכך יקבל היזם הכנסות מבית החולים בדרך של שכר דירה או בכל דרך אחרת. יש להקפיד כי היזם לא יהיה מעורב בשיקולים הרפואיים לשימוש במכשור. טופס 17 ינתן לבית החולים הציבורי ולא ליזם. אין לאפשר שלוב הון פרטי במערכת הבריאות בבנוי מבנים למתן שירותים הנכללים בסל הבסיסי.

## האם לאפשר ביטוח של Cost Sharing מצד הביקוש בביטוח הפרטי

כידוע, יש ל-Cost Sharing מטרות ברורות במערכת הבריאות הציבורית. לכן יש סכנה בהכללת תשלומי Cost Sharing בביטוח הפרטי.

ממשלת צרפת אשר היתה עדה לסכנה בכך, ניסתה בשנת 1979 לבטל מצב זה, אך נסוגה בלחץ דעת הקהל.

מומלץ כי בישראל אסור יהיה לעשות בטוח פרטי ל-COST SHARING למעט בביטוח סיעודי וסיעודי מורכב וכן לגבי אביזרים רפואיים.

# **סוגיות במערכת הבריאות**

## **בישראל**

## סוגיות במערכת הבריאות בישראל \*

פרופ' יהושע שמר, ד"ר ארנה טל \*\*

\*הדברים הוצגו בכנס "ים המלח" ביוני 2000 שנערך ע"י המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות בריאות, ע"י פרופ' יהושע שמר, מנכ"ל משרד הבריאות.

\*\*ד"ר ארנה טל, סא"ל בצה"ל, מתמחה במנהל רפואי בלשכת מנכ"ל משרד הבריאות.



מערכת הבריאות בישראל 2000 נשענת ברובה על שירותי הרפואה הציבוריים וככזו הגיעה להשגים הן בהשוואה למצבה בשנים קודמות והן בהשוואה למדינות אחרות בעולם. מאידך, היא מתמודדת עם קשיים רבים שעל פתרונם אנו עמלים יום יום.

סקירה זו תציג את היעדים המרכזיים והבעיות העיקריות של מערכת הבריאות.

### **ההישגים העיקריים של מערכת הבריאות:**

- תוחלת חיים ארוכה ותמותת תינוקות נמוכה בהשוואה לממוצע מדינות אירופה.
- אחוז גבוה של חיסוני מניעה לפרט.
- נגישות לכל תושב לסל שרותים רחב.
- רמת טיפול רפואי והצטיידות טכנולוגיה רפואית – מהטובות בעולם.
- מחקר רפואי המתבטא בשיעור פרסומים מדעיים – מהגבוהים בעולם.
- טיפול במחוללי מחלות זיהומיות – אידס, שחפת וכו' – מהמתקדמים בעולם.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע את זכותו של כל אזרח לקבל שרות רפואי בהתאם לזכאותו לסל שרותים בסיסי. חוק זכויות החולה מחזק זכאות זו.

השגי מערכת הבריאות באים לידי ביטוי בשיפור מדדי בריאות של האוכלוסיה בישראל. תוחלת החיים בישראל היא מן הגבוהות בעולם: 75.9 שנים בגברים (מקום שלישי בעולם אחרי יפן ושבדיה) ו-80.1 שנים בנשים (מקום 15 בעולם, 3.7 שנים פחות מיפן הנמצאת במקום הראשון (נתוני 1997)). תוחלת החיים נמצאת בעליה מתמדת מאז 1975 אז היתה 70.3 שנים בגברים ו-73.9 שנים בנשים.

מדד בריאות אחר בעל משמעות הוא תמותת תינוקות. בישראל עומד שיעור תמותת התינוקות על 6.3 ל-1000 לידות חי בשנת 1996. לצורך השוואה שיעור תמותת התינוקות הממוצע באירופה הוא 5.6, (3.8 בשבדיה, 5.0 בגרמניה, 6.2 באיטליה ו-7.3 בארה"ב). בפילוח מדד תמותת תינוקות באוכלוסיה לפי קבוצות, שיעור התמותה של תינוקות יהודים

הוא 4.9 ל-1000, ושל תינוקות לא יהודים 9.3, אך בהשוואה לארצות ערב שיעור התמותה של תינוקות ישראלים-ערבים הוא 8.7 ל-1000 בהשוואה ל-26 ל-1000 בירדן, 33 ל-1000 בסוריה 51 ל-1000 במצרים ובמרוקו ו-95 ל-1000 בעירק.

בכל קבוצות האוכלוסיה בישראל קיימת ירידה בשיעור תמותת תינוקות לאורך השנים לדוגמא: בקרב יהודים ירידה מ-18.9 ל-1000 בשנת 1970 ל-4.7 ב-1998, בקרב נוצרים בארץ ירידה מ-33.7 ל-3.6 בתקופה המקבילה, בקרב דרוזים מ-35.64 ל-9.3, ובקרב מוסלמים מ-42.5 ל-1000 בשנת 1970, ל-8.7 ל-1000 בשנת 1998, בהתאמה.

השיפור במצב הבריאות, שהארכת תוחלת החיים היא אחד מביטוייו, נובע בין היתר משיפור ושימוש גובר בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות. בין השנים 1990 ו-2000 ניכרת עליה במספר צנתורי הלב האבחונים והטיפולים, במספר מקבלי הטיפול בדיאליזה ובשרידותם של תינוקות שנולדו במשקל נמוך מ-1500 גרם. השימוש המתעצם בטכנולוגיות רפואיות נותן את אותותיו בין השנים 1996 ל-1999 בעליה בשעות הנשמה בבתי"ח (ביותר מ-20%), בצריכת חמצן (ב-14%) ובעלות תרופות בבתי"ח (בכ-17%).

העליה בצריכת שירותי רפואה הנובעת משיקולים מקצועיים מתקדמים, וכניסתן של טכנולוגיות חדשות גורמת לעליה בעלות הטיפולים הרפואיים. מאידך, נועדו חלק מהטכנולוגיות החדשות להחליף טכנולוגיות קיימות בשימוש, ולכן לדוגמא, ניתן לראות ירידה במספר ניתוח לב פתוח בכ-30% מ-1998 ל-1999, כשבמקביל קיימת עליה של 27% במספר הצנתורים הטיפוליים.

ביטוי נוסף להשגי מערכת הבריאות הוא המספר הגדול של פרסומים מדעיים; ישראל נמצאת במקום הראשון בעולם מבחינת מספר המאמרים המדעיים.

### **מטרות מערכת הבריאות:**

להבטיח, לשמר ולקדם את בריאות כל תושבי המדינה באמצעות שירותי מניעה, אבחון, טיפול, שיקום ומחקר המתבססים על ידע רפואי מוכח.

## תפקידי מערכת הבריאות:

תכנון, פיקוח ובקרה, רישוי ורישום, חקיקה ותאום של פעילות מערכת הבריאות. בנוסף, מתפעל המשרד באופן ישיר כמחצית ממיטות האשפוז לסוגיהן, את עיקר מערכת שירותי המניעה לפרט, שירותים בתחום הסיעוד לקשיש ושירותי בריאות הנפש.

## מאפייני מערכת הבריאות בישראל:

- א. מחסור אינהרנטי של משאבים.
  - ב. התפתחות מואצת של טכנולוגיות רפואיות (כולל תרופות, ציוד רפואי ופרוצדורות), המייקרת את השירותים.
  - ג. עליה במודעות ודרישת ציבור החולים לספק את הטיפולים המתקדמים.
  - ד. תת תקצוב של מערכת הבריאות.
- מכאן עולה הצורך לבצע שינויים מבניים במערכת הבריאות שיביאו להתייעלות ולקבוע קדימויות של מתן השירותים תוך תקצוב הולם.

## ההיקף הכלכלי של מערכת הבריאות:

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל בשנת 1999 היתה 33.1 מיליארד ש"ח. (8.4% מהתמ"ג), וההוצאה הממוצעת לנפש 5,543 ש"ח [1,384\$]. ההוצאה הציבורית לבריאות היא 72% מההוצאה הלאומית לבריאות. ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג עולה באופן מתון מ-1970 (5.6%) ועד 1999 (8.4%). לצורך ההשוואה, ההוצאה של מדינות אחרות לתקופה המקבילה היא: ארה"ב כ-14%, גרמניה 10.4%, צרפת 9.9%, קנדה 9.3%, אוסטרליה 8.3%, איטליה 7.6%, נורבגיה 7.4% ואנגליה 6.7%. הממוצע האירופאי הוא כ-8%.

תקציב משרד הבריאות לשנת 2000 הוא 19.2 מיליארד ש"ח. מהם תקציב רגיל (ברוטו) 18.8 מיליארד ש"ח ותקציב הפיתוח 0.4 מיליארד ש"ח.

מקורות המימון של מערכת הבריאות לשנת 1998: 45% מתקציב המדינה, 28% תשלומים עבור שירותים, וכ-25% דמי ביטוח בריאות.

נהוג לחלק את המקורות למימון הוצאה זו לשתי קבוצות:

- מקורות מימון ציבוריים – מקורות אלו כוללים את השתתפות תקציב המדינה במימון מערכת הבריאות ומיסוי ייעודי הנגבה מהציבור על-פי חוק (דמי ביטוח בריאות ובעבר גם המס המקביל, אשר בוטל בינואר 1997).
- מקורות מימון פרטיים – תשלומים שונים המשולמים על ידי משקי הבית בגין צריכה של שירותי בריאות.

לאבחנה בין שני מקורות המימון של מערכת הבריאות, ישנה חשיבות בשל שתי סיבות עיקריות:

- יעילות – השתתפות משקי הבית במימון מערכת הבריאות עשויה להיות אמצעי לריסון השימוש בשירותי בריאות שונים שבהם ישנה נטייה לשימוש עודף.
- שוויוניות – להיקף המימון הפרטי ישנה השפעה רבה על השוויוניות ועקרון הסולידריות החברתית הקיים במערכת: ככל שמרכיב ההשתתפות העצמית במימון המערכת גדול יותר, גדלה גם רמת התלות שבין האמצעים הכספיים שברשות הפרט ובין יכולתו לקבל שירות רפואי.

### **אפיון המימון הפרטי בישראל:**

ניתן לקבץ את סוגי ההשתתפות העצמית על שירותי בריאות לשלוש קבוצות עיקריות:

- א. תשלומים עבור שירותים הכלולים בסל השירותים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי – כגון אגרת ביקור רופא, אגרת תרופות ותשלומים אחרים.
- ב. תשלומים עבור שירותים שבאחריות משרד הבריאות – כגון אגרת טיפול בתחנות אם וילד, השתתפות עצמית באשפוז סיעודי ועוד.
- ג. תשלומים עבור שירותי בריאות פרטיים – רפואת שיניים, תרופות בבתי מרקחת פרטיים, רופאים פרטיים ועוד.

ההשתתפות העצמית בשירותי בריאות מאופיינות בדרך כלל בתכונות הבאות:

- התשלומים מתנים את קבלת השירות הרפואי.
  - התשלומים קשורים בדרך כלל להיקף צריכת השירותים.
  - התשלומים אינם קשורים בדרך כלל להכנסת המשלם.
- שיעור המימון הפרטי כמקור מימון של מערכת הבריאות הישראלית הינו מהגבוהים ביותר בעולם המערבי והוא עומד כיום על כ- 29% מסך מקורות המימון.

משרד הבריאות רואה כיעד מרכזי לשנים הבאות את בחינת היקף המימון הפרטי של המערכת. בחינה זו נועדה להשיג שלושה יעדי משנה:

- מניעת שחיקה של עקרון הסולידריות החברתית במערכת הבריאות – ששירותי הבריאות יינתנו במידת האפשר על בסיס צרכים בעוד התשלום בעבורם ייעשה במידת האפשר על-פי היכולת הכלכלית.
- רצינוליזציה של התשלומים השונים הקיימים כיום במערכת, כך שהם לא יהוו חסם בפני צריכת שירותים נחוצה מבחינה רפואית. דוגמא לשירות כזה היא האגרה לטיפול בתחנות אם וילד.
- מניעת העלאת המימון הפרטי כמקור מימון חליפי לתקציב המדינה – בעבר התקבלו מספר החליטות על הטלת תשלומים במערכת הבריאות שמטרתן היתה לצמצם את המימון הציבורי במערכת.

הגורמים לגידול בהוצאה הלאומית לבריאות:

- גידול האוכלוסיה – ממוצע גידול שנתי בעשור האחרון הוא 3%.
- הזדקנות האוכלוסיה – ממוצע גידול שנתי בעשור האחרון 75%. שיעור בני 65+ מקרב האוכלוסיה היה 8.6% בשנת 1980 ו-9.5% בשנת 1986. בתקופה המקבילה היה שיעור בני 75+ 2.8% ו-3.9% בהתאמה.
- התפתחות טכנולוגית – נדרש מקדם התייקרות שנתי של 2%-4%

אחת הבעיות המרכזיות במערכת הבריאות היא מימון הסל ועדכון עלותו. השחיקה בעלות סל השירותים בשנים 1995-2000 היתה כ-16% (עדכון בפועל של 159.1%, מול עדכון רצוי 185.8%).

התוספת שאושרה להרחבת סל שרותי הבריאות לשנת 2000 היתה 255 מיליון ש"ח. (מול צורך לעדכון הסל 1.5 מיליארד ש"ח). מסכום זה אושרו למעלה מ-200 מיליון ש"ח לתרופות, וכ-46 מיליון ש"ח לפרוצדורות, בחלוקה של כ-60% לשמוש בקהילה, והיתר באשפוז. במצוקה תקציבית זו קיים אילוץ לא להכליל בסל השירותים טכנולוגיות רבות, לדוגמא: בטאפרון (לטיפול בטרשת נפוצה), תרופות לטיפול בסכרת, קוצבי לב פיזיולוגיים, מזון לילדים עם מחלת חסר מטבוליות, קוצב מוחי לטיפול באפילפסיה ואביזרי שיקום לחולי שיתוק מוחין.

#### **בעיות מרכזיות נוספות במערכת הבריאות הן:**

- כפל בתפקידי משרד הבריאות
- תשתיות בתי החולים
- השתתפות עצמית בטיפולים רפואיים
- מדיניות התרופות בישראל
- שירותי בריאות נלווים בבתי חולים ממשלתיים
- הערכות לשעת חירום

#### **כפל בתפקידי משרד הבריאות**

כיום נחלקות משימותיו של משרד הבריאות לשתי זרועות:

האחת – קביעת מדיניות בתפקידו כמיניסטרו, והשניה זרוע ביצועית הכוללת ניהול בתי-החולים הממשלתיים, הכלליים, הפסיכיאטרים והגריאטרים, ובהם יותר ממחצית מיטות האישפוז בישראל, ותפעול מערכת בריאות הציבור.

ההצעה לפתרון לכפל תפקידים זה הוא הפרדת גופי הביצוע מהמיניסטרו, והקמת גוף נפרד כמו רשות אשפוז ממלכתית שתפקידו יהיו לנהל, לפתח, לבנות, לתחזק ולתפעל את בתי-

החולים על מנת לספק שירותי אשפוז ברמה נאותה לכלל תושבי מדינת ישראל, תוך כדי הבטחת אוטונומיה ניהולית לבתי החולים.

### **בתי החולים הממשלתיים**

בתי החולים הממשלתיים (הכלליים) מאופיינים בתת-תקצוב, העדר ביטוי תקציבי לקידום הטכנולוגי ולאחזקת התשתיות, מדיניות תקצוב המנציחה את הגירעון והאשפוז במסדרונות והזנחת תשתיות כולל בעיות בטיחות.

הפתרונות המוצעים לבעיות בתי-החולים הממשלתיים:

- א. תקצוב מתאים ומדיניות תפעול ליצירת תמריצים להתייעלות (מעצמאות ניהולית וכלכלית ועד הפיכה לתאגידיים).
- ב. מתן מקדם טכנולוגי ואחזקת תשתיות (כ-7% לשנה).
- ג. רציונליזציה של מחירי השרותים הרפואיים במערכת הבריאות.
- ד. קביעת כללי התקשרות בין בתי החולים לקופות החולים.
- ה. תוכנית רב-שנתית לשיפור תשתית בתי החולים.

תשתיות בתי-החולים מאופיינות בהזנחה ממושכת, שלצורך פיתרונה נדרש תקציב קבוע שנתי. כמו כן נדרש תקציב לנושאי בטיחות כגון: חשמל, תקנות בטיחות אש ותקנות המשרד לאיכות הסביבה ובנוסף תקציב לפיתוח תשתיות.

### **מדדי אשפוז**

בישראל שיעור מיטות האישפוז הוא מהנמוכים בעולם. לאלף נפש קיימות 2.27 מיטות כלליות (13,686 מיטות), 2.72 מיטות סיעודיות ושיקום, ו-1.04 מיטות למחלות נפש.

שיעור התפוסה במיטות כלליות עומד על 98.5% בשנים 1999-2000, ובמחלקות הפנימיות עולה על 110% בחודשי החורף. זהו שיעור תפוסה מהגבוהים בעולם. השהיה ממוצעת באשפוז בישראל היא מהנמוכות בעולם, ונמצאת במגמת ירידה, לדוגמא: השהיה הממוצעת באשפוז במחלקה פנימית הוא 4.4 ימים (בשנת 1997) בהשוואה ל-9.5 ימים בשנת 1975,

בכירורגיה 3.1 ימים בהשוואה ל-8.9 ימים, ובאונקולוגיה 6.1 ימים בהשוואה ל-17 ימים בשנים 1997 ו-1975, בהתאמה. יש מחלקות שבהן משך האשפוז הממוצע ירד מתחת ל"קו אדום" של 4 ימים.

בשנים 1990 – 1996 נוספו לבתי החולים הכללים 1200 מיטות אך אין ביכולתן של מיטות אלה לתת מענה לדרישה, שכן בתיקון לפי גודל האוכלוסיה – על אף התוספת, שיעור המיטות ל-1000 נפש נמצא בירידה (מ-2.53 בשנת 1990 ל-2.29 בשנת 1997) וזאת מבלי לקחת בחשבון את הזדקנות האוכלוסיה ועמה העלייה בתחלואה הכרונית, ואת הכנסת הטכנולוגיות המאפשרת הגדלת מספר הפרוצדורות.

בהנחה של גידול האוכלוסיה והזדקנותה בשיעור של 3% יש צורך בתוספת של כ-450 מיטות לשנה. בנוסף יש צורך לשנות את כללי התקצוב של בתי החולים (כמו תקצוב הכנסות), שחרור פעיל של חולים שמחכים לפתרונות סיעודיים, הוספת "קודים" לחולים גריאטרים וניצול המיטות במחלקות מקצועיות שבהן הוסטה הפעילות במשך השנים מאשפוז בבית חולים לפעילות אמבולטורית.

### **מועסקים במערכת הבריאות**

במערכת הבריאות מועסקים 142,100 עובדים, המהווים 6.8% מכלל המועסקים במשק, עפ"י ההתפלגות: 12% רופאים, 30% אחיות ו-58% עובדים אחרים.

שיעור הרופאים בישראל הוא מן הגבוהים בעולם: 3.9 רופאים ל-1000 נפש בהשוואה ל-1.6 באנגליה, 2.5 בהולנד, 3.0 בצרפת, 3.4 בגרמניה, 4.1 בנורבגיה ו-5.5 באיטליה. לעומת זאת, קיים בארץ מחסור כרוני בכח אדם סיעודי - שיעור האחיות ל-1000 נפש בישראל הוא 6.7, בהשוואה ל-5 באנגליה וצרפת, 9 בהולנד וגרמניה ו-17.9 בנורבגיה.

### **השתתפות עצמית בעלות טיפולים רפואיים**

בעיה קשה הינה ההשתתפות העצמית של המבוטחים בעלות טיפולים רפואיים כגון: תשלום עבור ביקור אצל רופא מקצועי, תשלום עבור ביקור בחדרי המיון, ביקור במכונים רפואיים, השתתפות עצמית ברכישת תרופות, ואגרות טיפת חלב.



חלקם של משקי הבית בתשלומים עבור תרופות ושירותים עומד על 29% ממימון ההוצאה הלאומית לבריאות. תקרת ההשתתפות לרבעון למשפחה היא 120 ש"ח בשירותי בריאות כללית, 80 ש"ח בשירותי בריאות מכבי ו-140 ש"ח בקופות החולים מאוחדת ולאומית, ותקרת התשלום החודשית לחולה כרוני היא 190 ש"ח בשירותי בריאות כללית, 200 ש"ח במכבי ו-220 ש"ח בקופות החולים מאוחדת ולאומית. כן קיימת גביה עבור ביקור בחדרי מיון, ביקור אצל רופא מקצועי, ביקור במכונים רפואיים, אגרות טיפול חלב ורכישת תרופות ובמכבי גם עבור בדיקה של הרופא הראשוני.

התשלום השנתי עבור אגרת טיפול חלב הוא 426 ש"ח, וביטולה של אגרה זו כרוך בתוספת תקציבית של כ-20 מיליוני ש"ח.

### שיטת גביית התשלום עבור התרופות

- בשירותי בריאות כללית מקובלת, על רקע היסטורי, שיטת המנות (9.5 ש"ח למנה)
- בקופות חולים לאומית, מכבי ומאוחדת מקובלת שיטה אחוזית (13.5% - 15% ממחיר ירפ"א)

השתתפות העצמית בתשלום עבור תרופות ושירותים נועדה להוות מנגנון לבלימת עלויות, ובנוסף תורמת להכנסות לקופות החולים. בשנת 1998 ההכנסות מביקורי רופא ומכונים היו 150 מיליוני ש"ח ומתרופות כ-200 מיליוני ש"ח. מאידך, טומנת ההשתתפות העצמית בחובה סכנה: סקר מכון ברוקדייל בספטמבר 1999 הראה כי 11% מהחולים מוותרים על תרופות בגלל מחירן, ו-6% ויתרו על טיפול רפואי הכרוך בהשתתפות עצמית. תופעה זו בולטת בחולי נפש. הנתונים על ויתור על טיפול ותרופות בישראל אמנם דומים לנתונים מארצות אחרות (אוסטרליה, ניו-זילנד, ארה"ב, בריטניה וקנדה), אך זוכים לבקורת חברתית נוקבת בישראל בשל עקרון העזרה ההדדית.

כפילויות במערכת הבריאות מעמיסות על ההוצאה הלאומית לבריאות. הוצאות מיותרות גורמות בעקרון גם לרפואה לא מיטבית. כפילויות מחייבות הקמת תשתיות ואלה מגדילות את ההיצע הגורר ביקושים.

הבעיה המרכזית המובילה ליצירת כפילויות היא מערכת מחירים ותעריפים מעוותת הגורמת לצורך ליצור שירותים עצמאיים במחירים זולים יותר.

הדרכים המוצעות לפיתרון בעיית הכפילויות:

1. יש ליצור מערך תעריפים המבוססים על תמחור ריאלי שבמסגרתו יבוטל המניע ליצירה של תשתיות שירותים מיותרים.
2. הסדרים בין קופות החולים לבתי החולים המבוססים על סדרי מחירים וכמויות.
3. חיזוק מערך הרפואה הראשונית באמצעות השתתפות עצמית שונה לפניה ישירה לרופא מומחה בהשוואה לפניה לרופא מומחה באמצעות רופא ראשוני המהווה "שומר סף". לצורך הערכת התעריפים מונתה ועדה בינמשרדית בהשתתפות נציגי האוצר והבריאות שתסיים עבודתה בתוך שנה.

### **שירותי בריאות נלווים בבתי חולים ממשלתיים**

משרד הבריאות מטפל בסוגיות שירותי הבריאות הנלווים בבתי החולים הממשלתיים כמו

1. שר"נ – שירות רפואי נוסף (ביטוח משלים)

2. שר"פ – שירות רפואי פרטי

ובה זכות האזרח לבחירת רופא וניצול תשתיות בתי חולים ציבוריים לרפואה פרטית (דוגמת הסתדרות רפואית "הדסה" – ירושלים), תוך שמירה על כללים אתיים וערכים חברתיים.

### **מדיניות תרופות בישראל**

במשרד הבריאות מתנהלת עבודת מטה לצורך הקטנת מחירי התרופות ע"י יבוא מקביל ופיקוח על מחירי התרופות מיבוא. הדבר ישפיע גם על ההשתתפות העצמית לתרופות שבסל השירותים: לאזרח ולגבייה ברמה הלאומית.

### **שירותי בריאות הנפש בישראל**

עומס התחלואה הנפשית מהווה פגיעה כלכלית בתוצר הלאומי (במקום הרביעי לעומת מחלות אחרות). בשנת 2000 הפעיל משרד הבריאות מרכזי תעסוקה אשר יתנו מענה לכ- 60,000 נכי נפש. בשנת 2001 מתוכננים העברת שירותי הפסיכיאטריה לקופות החולים לצורך שמירה על הרצף הטיפולי (למעט שירותי השיקום שיטופלו באמצעות מערך ועדות שיקום שיפנו מטופלים מאשפוז לקהילה), חייבת להעשות במהרה. (שנת 2000 ?)

נבחנת הדרך המיטבית להפעלת מערך פיקוח ובקרה בנושא האשפוז הפסיכיאטרי. נבנית תוכנית שמטרתה להתאים מסגרות מתאימות לקשישים וחולים סיעודיים המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים תוך בחינת הסבת מיטות וניצול קודים ממערך בריאות הנפש למחלקות גריאטריות על פי קריטריונים מוסכמים .

### **שרותי הבריאות לקשיש**

היום מטפלים בקשיש 4 גורמים מימסדיים - משרד הבריאות, קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה. כתוצאה מריבוי המטפלים - נוצרות בעיות ביורוקרטיות, כפילויות וחוסר מענה לצרכי הקשיש בנושאים המטופלים ע"י מספר גורמים מטפלים. מצב זה מונע התיעלות המערכת. ועדה בינמשרדית שמונתה לבחינת הנושא המליצה לאחד תחת קורת גג אחת את כל הסמכויות המטפלות בקשיש.

### **לסיכום**

הוצגו סוגיות מרכזיות המעסיקות את מערכת הבריאות בישראל. רק מדיניות בריאות ברורה ומוגדרת שנתית ורב-שנתית הכוללת גם את קביעת כללי תקצוב להוצאה הלאומית והציבורית לבריאות, קביעת כללי תקצוב קבועים לקופות החולים ובתי החולים וקביעת כללי התחשבות ריאלים ביניהם, יקדמו את מערכת הבריאות בעשור הבא.

**מערך שרותי הבריאות  
בישראל בשנת 2010:**

*צתיק רצוי אפסרי*

**פרופ' מרדכי שני**

## מערך שרותי הבריאות בישראל בשנת 2010 – עתיד רצוי אפשרי

מערכת הבריאות היא מערכת מורכבת ולכן בדיון על מרכיבים ספציפים בה, טוב לנסות ולראות תמונה כוללת.

בניגוד לכוחות הפועלים על אופי מערכת הבריאות (כגון: זיקנה, טכנולוגיה, צרכנות, שינוי מעמד הרופא, רפואה משלימה), כאשר מדובר על שירותי בריאות לא ניתן לדבר על חזוי, כי התהליכים הם פרי השפעת כוחות פוליטיים וקונסטלציה.

זהו עתיד אפשרי

יש לשער כי בשנת 2010 יהיו 8 מיליון תושבים בישראל, כאשר שיעור בני ה-65 ומעלה יהיה 10% ובני 75 ומעלה יהיו 4.5% מהאוכלוסיה. גם קבוצת בני הגיל של 85 עד 95 גדלה במהירות רבה ביותר.

חוק ביטוח בריאות 1994 ממשיך להתקיים, כאשר ההוצאה הלאומית לבריאות היא 11% מהתמ"ג (התמ"ג לנפש – 25,000 דולר). ההוצאה הלאומית לבריאות היא 70 מיליארד ש"ח, במדינה בה האינפלציה הממוצעת בעשור האחרון היתה 3 אחוז לשנה. סל הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות הוא 44 מיליארד ש"ח, כאשר הסל גדל במחירים קבועים ב-4.5% בשנה, בגלל גידול דמוגרפי (2.5 אחוז עקב המשך שיעור הילודה, העליה לארץ והזדקנות האופייניים לעשור האחרון) וגידול טכנולוגי (2.0 אחוז). ההוצאה הפרטית מהכיס מתקרבת ל-40% מההוצאה לבריאות.

הטכנולוגיה הביאה להישגים אדירים:

- ◆ לכל ילוד יש פרופיל גנטי בהוולדו. במחלקת ילדים מתחילה להופיע GENE PHYSICIANS.
- ◆ ירידה בולטת בתמותה ובתחלואה ממחלות לב.
- ◆ טיפולים גנטיים למחלות לב ולחלק מהסרטנים
- ◆ עושר תרופות, הפועלות על רצפטורים בכל התחומים.
- ◆ הישג ניכר בהבנת פעילות המח
- ◆ התחלת השתלת תאי מח צעירים בחולי פרקינסון, אלצהיימר ופגיעות בחוט השדרה.
- ◆ 80% מהנתוחים – MINIMAL INVASIVE OR NON-INVASIVE
- ◆ רובוטים בחדרי הנתוח

- ◆ מיקרורובוטים בדרכי העיכול והשתן
  - ◆ התחלת נסיונות במיקרורובוטים בדם – הכוונה כימית לאברים מסויימים או הפעלה תרמית באברים מסויימים.
  - ◆ המידע הוא נחלת הכל, כאשר בריאות הפכה להיות מרכיב מרכזי בחיי האדם.
  - ◆ נגישות למידע האישי, אם בכרטיס חכם או בטביעת אצבע.
- גורמים אלו הביאו להגברת הלחץ האינפלציוני על שרותי הבריאות, זאת בד בבד עם שנוי ניכר בגישת האוכלוסיה לנושא הבריאות. חלק ניכר מהציבור נחשף למידע הרפואי הנרחב בכלי התקשורת ובאינטרנט ומכאן התודעה המרובה לנושאי הבריאות והמניעה. תודות למסע הסברה נרחב של הנהלת משרד הבריאות מבין הציבור כי לא ניתן לקבל את כל מגוון שרותי הבריאות במסגרת ביטוח בריאות חובה ולכן כמעט כל האוכלוסיה מבוטחת בבטוח בריאות זכות.

## מהן הבעיות הנוכחיות בשרותי הבריאות, אותן רצוי לפתור בעשור הקרוב?

1. העדר כללים בעדכון הסל הבסיסי.
2. נושא הביטוח על רקע התגברות הלחצים האינפלציוניים:
  - ← המשך המהפכה הטכנולוגית.
  - ← המשך תהליך הזדקנות האוכלוסייה.
  - ← התגברות הצרכנות.
3. אי הכללה בסל של:
  - ← רפואה מונעת.
  - ← שירותי בריאות הנפש.
  - ← אשפוז סיעודי.
4. עצמאות בתי החולים.
5. אינטראקציה בין בתי חולים וקופות החולים:
  - ← הסכמים.
  - ← חלוקת סיכונים.
  - ← רפואה שניונית.
6. מבנה בתי-החולים.
7. תמהיל ציבורי פרטי.
8. הרפואה הראשונית.
9. מערך המידע:
  - ← רפואי
  - ← כלכלי

### העתידי הרצוי לדעתי לשנת 2010 הוא:

יש שני סוגים של ביטוח זכות. האחד ביטוח ציבורי הנעשה על ידי הממשלה ואשר כולל שני בטוחים נפרדים – ביטוח שיניים וביטוח סיעודי ובו מבוטחים כמעט כל תושבי ישראל. השני הוא ביטוח באמצעות חברות ביטוח פרטיות, אשר חלקן הקימו שותפויות עם קופות החולים.

ככל שיותר שיטות אבחון וטיפול ותרופות לא נכללו בסל החובה, הוצעו תכניות רב-גוניות ואידיבידואליות לתושבי ישראל, אשר הבינו כי עדיף לעבור לביטוח משלים בחברות הפרטיות במקום בקופות החולים. גם המבוכה בגלל קשיי האינטראקציה בין טופס 17 והבטוח המשלים של קופות החולים הביאו לתפנית הדרגתית זו לעבר השוק הפרטי.

ביטוח הבריאות זכות, אשר כלל כאמור גם ביטוח שיניים וביטוח סעודי, הווה מחצית מסל ביטוח בריאות חובה. כדי למנוע פגיעה אנושה בשוויוניות, מממנת הממשלה את הביטוח המשלים הציבורי והפרטי עבור שני העשירונים התחתונים.

השנוי המהותי היחיד שחל בביטוח החובה (נוסף לגידול של 2.0% לשנה בגלל המרכיב הטכנולוגי – גידול מ-1.5%, שחל עקב ההתקדמות הטכנולוגית) היה הכללה, בשנת 2002, של ביטוח בריאות הנפש בסל החובה. מאידך השיקום החברתי של חולי הנפש הכרונים נשאר באחריות הממשלה, כאשר ב-2001 חוקקה הכנסת את חוק שיקום נכי הנפש. חוק זה אשר יושם הדרגתית במשך 10 שנים, הגיע השנה לבשלותו, כאשר כל חולה נפש עם נכות מעל 20% זכאי לסל שיקום אשר כולל סובסידיה לדיור, תעסוקה, השלמת השכלה, עיסוק בשנות הפנאי, סיוע למשפחות חולי הנפש ומימון חלקי של ביטוח השיניים. התקציב לשיקום חולי הנפש שמספרם הוא כ-100,000, מגיע ל-1 מיליארד ש"ח.

האחריות לתכנית השיקום היא בידי האגף לבריאות הנפש של משרד הבריאות, אשר נציג משמש כיו"ר המועצה הלאומית לשיקום חולי הנפש. במועצה משתתפים גם משרד העבודה והרווחה, משרד השיכון, משרד הבטחון (בגלל נכי צה"ל), משרד החנוך ומשרד הקליטה, כאשר תקצוב חלקו של כל משרד בסל השיקום ניתן לו ישירות. כן משתתף במועצה נציג משרד האוצר.

#### **תקציב קופות החולים מאוזן על ידי צרוף 4 גורמים:**

- ❖ גידול שנתי של הסל במחירים קבועים ב-4.5% לשנה.
  - ❖ הסדרי SHARED RISK בין קופות החולים ובתי החולים, החל ב-2006.
  - ❖ הגדלה בעת הצורך של COST SHARING על ידי הציבור, כמקור הכנסה.
  - ❖ הוצאה מהסל של שרותים שונים והגדלת מרכיב הביטוח המשלים.
- בישראל יש 5 קופות חולים, כאשר הקופה החמישית, אשר נוסדה לפני מספר שנים, היא קופה למטרות רווח, אשר ייחודה הוא בכך שהינה וירטואלית. לקופה זו אין כלל מתקנים והיא



פועלת על ידי התקשרות עם ספקי בריאות שונים (רופאים עצמאיים ובתי חולים). כל הקשרים בין המבוטחים ובין הנהלת הקופה וספקיה נעשים באמצעות האינטרנט. על ידי יצירה של "קופה ללא קירות", הקפיטציה שניתנה לקופה צעירה ודינמית זו מאפשרת תשואה של 10% על ההשקעה.

ההקצאה לכל 5 הקופות ממשיכה להיות ע"י קפיטציה, אשר עברה עדכון נרחב בשנים האחרונות. נוספו לה קבוצות גיל עד 100, הועבר דגש לאוכלוסית הקשישים וכן נוספו מאפיינים של גורמי סיכון, ביחוד גנטיים, וכן גורמים סוציו-כלכליים.

מרכיב נוסף הוא מרכיב הבונוס והקנס. חולים שמנים (25% יותר מהממוצע) ומעשנים כרונים חייבים בתוספת של 10% לפרמית הבריאות. חולים כגון חולי יתר לחץ דם או חולים אחרים המצטרפים לתכנית מניעה – ראשונית או משנית – כולל תכנית להורדת מתח, מקבלים הנחה של 10% בתשלום פרמית הבריאות.

הסדר נוסף שהתפתח - לאור העליה ברמת החיים - פיתוח מודלים של PPO ו-POS, כמקובל בארה"ב.

בשנת 2008 נכנסת לתוקפה התקנה לפיה לכל אזרח יש רופא אישי, כאשר מרבית המשפחות רשומות אצל אותו רופא אישי. מאחר וחלק ניכר מהרופאים האישיים הם רופאי משפחה, או מומחה לרפואה פנימית או רפואת ילדים שעברו הכשרה נוספת כדי להכשירם כרופאים אישיים, הפופולריות שלהם גוברת הדרגתית. הציבור החל להבין כי בעולם מורכב זה של ספציאליזציות יתר, רק רופא אישי יכול לסייע להם בהכוונה וביעוץ.

ההפניה מרופא אישי למומחים בתת המקצועות היא ללא תשלום, אך חולים הרוצים לפנות ישירות למומחים, משלמים COPAYMENTS.

בתי החולים הגיעו להסדר עם קופות החולים לגבי האינטראקציה ברפואת המומחים, כך שנמנעו כפילויות. המעבדות ומכוני הדימות הם בבקרת איכות, כך שגם כאן נמנעו כפילויות. רשומת החולה כולה ממוחשבת והיא משותפת לקופות החולים ולבתי החולים.

מאחר והמידע שייך לחולה, הוא יכול לגשת אליו בכל עת ע"י נגיעה על מקש המגיבה לטביעת הבהן של החולה.

בישראל, בה יש 7.5 מיליון תושבים, יש 15,000 מיטות אשפוז כלליות, 3,600 מיטות אשפוז פסיכיאטריות ו-25,000 מיטות גריאטריות.

מרבית בתי החולים בישראל הפכו למרכזי בריאות משולבים, כאשר רק במספר מקומות בארץ נשארו בתי חולים קהילתיים קטנים של 100-200 מיטות.

מרכז הבריאות המשולב מורכב מ-3 בתי חולים. כ-50-55 מהמיטות הן מיטות אשפוז חריפות, כאשר 20% מהמיטות הן מיטות טפול נמרץ. השהייה בבתי החולים ירדה מתחת ל-3 ימים. בין מרכזי בריאות על-אזוריים ומרכזי בריאות היקפיים יש שתוף לגבי טכנולוגיות המצריכות מכשור יקר או מיומנות מקצועית מיוחדת. הדבר הושג על ידי משרד הבריאות, אשר בתאום עם משרד האוצר, גיבש מדיניות מקצועית ברורה, לפיה תת-מומחיות מסויימות, מחלקות שונות וציוד יקר מצויים רק בבתי-חולים מרכזיים, אשר שותפים באמצעות TELEMEDICINE לטיפול הרפואי בבתי-חולים חריפים היקפיים.

כ-15% ממיטות האשפוז במרכז הבריאות המשולב הן מיטות אשפוז פסיכיאטרי חריף, בהן ממוצע האשפוז במחלקה פסיכיאטרית הוא 25 ימים. כאשר כל החולים השיקומיים והחולים הכרונים מצויים במסגרת מתאימה. בישראל יש 9,000 מקומות חולי נפש כרונים במוסדות דיור מוגן לסוגיו.

30-35% ממיטות האשפוז במרכז הבריאות המשולב הן מיטות גריאטריות – מיטות שיקום לסוגיו השונים.

בראש 3 בתי חולים במרכז הבריאות המשולב - בית-חולים כללי, בית-חולים פסיכיאטרי ובית-חולים גריאטרי - עומד רופא, כאשר כל 3 בתי החולים מנוהלים ע"י הנהלת-על בראשה עומד מומחה למינהל בריאות, אשר לרוב אינו רופא ואשר מסתייע באנשי מינהל, המומחים כל אחד בתחומו. הנהלת-העל אחראית למשאבי האנוש, לניהול הכלכלי, לניהול הלוגיסטי כולל הרכשה, לניהול מערך המידע, לניהול בקרת האיכות (אשר כוללת בתוכה יחידה חזקה למניעת סיכונים וכן יחידה לחינוך עובדי הבריאות) ולמחקר ופיתוח.

מרכזי הבריאות המשולבים הם כולם בתי-חולים עצמאיים, אשר בראשם יש ועד מנהל. בתי החולים הממשלתיים עברו לאחריות תאגיד, כאשר עד 2020 מתקיים ההסדר לפיו שיעורם של עובדי הממשלה בתאגיד (המושאלים מהמדינה) זהה למספר התקנים שהיה להם עם הקמת התאגיד. בתי החולים של קופות החולים נמצאים בבעלות הקופה, אך מנוהלים ע"י ועד מנהל בעל סמכויות ניהול עצמאיות.

המחלוקת החריפה על התמהיל הפרטי-ציבורי נעלמה אט אט. בבתי החולים הציבוריים יש גם טיפול פרטי, זאת בבקרת ועדה ציבורית בכל בית חולים. תפעול המערך הפרטי הוא באחריות הנהלת בית-החולים.

יש השקעות פרטיות בברי-חולים ציבוריים, הן לגבי נושאים שמחוץ לסל והן שותפות במכשור יקר, הנכלל בסל החובה. יש גם פרוייקטים עם חברות פרטיות וקופות החולים ל-DISEASE MANAGEMENT.

מערכת המידע וכן מערכת החשבונאות של בתי החולים הן מערכות בעלות נומוקלטורה זהה ולכן משרד הבריאות יכול ארצית לפקח על איכות הטיפול הרפואי וכן על רישום הפרמטרים הכלכליים. מאחר ומשרד הבריאות השתחרר סוף סוף מניהול בתי החולים, תפקידו העיקרי הוא קביעת מדיניות בריאות וסטנדרטים ובקרה עליהם. מערכת המידע המשוכללת מאפשרת בקרה טובה. משרד הבריאות נעזר בשני מכוני מחקר לאומיים אשר מסייעים לו בגיבוש מדיניות הבריאות.

התחזקות משרד הבריאות הביאה להקטנת מעורבותו של משרד האוצר במדיניות הבריאות, כאשר שתוף הפעולה ביניהם השתפר. יש שני מפגשים שנתיים בני יומיים של הנהלת משרד הבריאות, הנהלת משרד האוצר, ראשי קופות החולים ונציגי הספקים. כן יש כנס אקדמאי שנתי בו מתנהלים וכוחים על מדיניות הבריאות ל-3 השנים הבאות.

לאחר דיונים הוחלט כי אין צורך באזוריות השרותים בבריאות, אך הבקרה עליהם היא באמצעות ששת הרופאים האזוריים, שהינם מומחים בעלי תואר מ.א. לפחות במינהל בריאות. לידם יש פסיכיאטר וגריאטר אזורי.

סמכות הפסיכיאטר המחוזי לגבי אשפוז בכפיה הועברה לבתי המשפט, כאשר תפקיד הפסיכיאטר המחוזי היא לבקרה על אותם השרותים וכן לניהול סל השיקום לחולי הנפש באזור. לידו יש ועדה הכוללת את נציגי כל המשרדים באזור (למעט נציג אוצר) וכן יש בה יצוג חזק לחולים ולבני משפחותיהם.

הגריאטר המחוזי אחראי לבקרה על כל המוסדות הגריאטרים והשיקומיים באזור, כאשר יש לו מעורבות חזקה בתכנית מניעה אזורית. השתוף בשיקום נכי הנפש ובחולים הקשישים בין משרד הבריאות והשלטון המקומי השתפר ונוצר מודל עבודה טוב.

בתחום המחלות הכרוניות, נוצר שיתוף פעולה אזורי טוב, באחריות הרופא המחוזי, בין משרדי הממשלה השונים (ביניהם בולט תפקודו החשוב של משרד הרווחה), הרשויות המקומיות וקבוצות אזרחים.

החל בשנת 2002, כל נושא החולים הגריאטרים, כולל תשושים, הוא בידי משרד הבריאות. האשפוז במוסדות הסעודיים הוא במימון של בטוח הבריאות הסעודי (בטוח זכות) ובשעור קטן גם של חברות ביטוח פרטיות (לרוב תוספת לביטוח המשלים הציבורי). קשישים המשתתפים בתכנית מניעה קהילתית זוכים להנחה של 25% במימון ביטוח הבריאות הסעודי הציבורי.