



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות  
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

# **כנס ים המלח השמיני**

---

**ים המלח, 30 - 31 במאי 2007**

**קופות החולים:  
המשטר התאגידי, הגבולות וסלי השירותים**

**צוות 1: המשטר התאגידי של קופות החולים**

**צוות 2: שירותי בריאות נוספים (הביטוחים המשלימים)**

**צוות 3: תהליך עדכון סל הבריאות**

כנס ים המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות. הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון. משתתפי הכנס אינם גוף מחליט והעמדות וההמלצות המוצגות בכנס מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו משתייכים משתתפי הכנס.

עריכה לשונית: איה מלצר  
עיצוב גרפי: נאווה מוסקו  
הדפסה: יהלומי זיסמן שיבר

## תוכן עניינים:

### עמוד

4 ..... תכנית הכנס

5 ..... רשימת המשתתפים

7 ..... פתח דבר – קובי גלזר

### דוחות הצוותים:

11 ..... צוות 1: המשטר התאגידי של קופות החולים

49 ..... צוות 2: שירותי בריאות נוספים (הביטוחים המשלימים)

81 ..... צוות 3: תהליך עדכון סל הבריאות

130 ..... נספח - רשימת המשתתפים בכנס וכתובותיהם

## תכנית הכנס:

### יום ד', 30.5.2007:

הרשמה וכיבוד	09:00 - 10:00
ישיבת מליאה - יו"ר: אליק אבירם	10:00 - 12:30
דברי פתיחה - קובי גלזר	

הרצאה - המשטר התאגידי: החברה המסחרית מול קופת חולים - עמרי ידלין

צוות 1: המשטר התאגידי של קופות החולים  
יו"ר: מנחם פיינרו, רמי פרידמן, עמרי ידלין

צוות 2: שירותי בריאות נוספים (הביטוחים המשלימים)  
יו"ר: יונתן הלוי, משה לשנו

צוות 3: תהליך עדכון סל הבריאות  
יו"ר: דן גרינברג, יוסי פליסקין

ארוחת צהריים	12:30 - 13:30
דיונים בקבוצות	13:30 - 15:30
הפסקת קפה	15:30 - 16:00
דיונים בקבוצות	16:00 - 18:00

ארוחת ערב 20:00  
ערב לזכרו של פרופ' צבי אדר  
הופעה: חנן יובל ושירה יובל

### יום ה', 31.5.2007:

דיונים בקבוצות	09:00 - 10:30
הפסקת קפה	10:30 - 10:45
דבר שר הבריאות - מר יעקב בן-יזרי	10:45 - 11:15
דיונים בקבוצות	11:15 - 13:00
ארוחת צהריים	13:00 - 14:00
ישיבת מליאה - יו"ר: גור עופר	14:00 - 16:30
דברי סיכום - אבי ישראלי	
הצגת סיכום דיוני הצוותים	
דיון	

## רשימת המשתתפים:

**וועדת ההיגוי:**

קובי גלזר - יו"ר, אליק אבירם, ליאון אפשטיין, גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ', דן גרינברג, חיים דורון, יונתן הלוי, עמרי ידלין, משה לשנו, שלמה מור-יוסף, גור עופר, מנחם פיינרו, יוסי פליסקין, אברהם פרידמן, אהוד קוקיה, שפרה שורץ

**מרכזת:**

זיוה ליטבק

**צוותי הכנה:**

**המשטר התאגידי של קופות החולים**

**שירותי בריאות נוספים (הביטוחים המשלימים)**

**תהליך עדכון סל הבריאות**

**יו"ר:**

מנחם פיינרו  
אברהם פרידמן  
עמרי ידלין

יונתן הלוי  
משה לשנו

דן גרינברג  
יוסי פליסקין

**רכזי צוות:**

רבקה שפר

לימור אהרנסון-דניאל

אריאל המרמן

**צוותי הכנה:**

ניסים אלון  
גדעון בר-אשר  
יצחק ברלוביץ'

שירלי אברמי  
גבי בן-נון  
שולי ברמלי-גרינברג

זאב אהרונסון  
אלכס בטלר  
יורם בלשר

יצחק לוי

יצחק גנור

רועי בן-משה

יואל ליפשיץ

נועם הויזליך

בולק גולדמן

עוזי סלנט

דוד טל

ניסים דהן

דורית קדם

יואל ליפשיץ

ניקי ליברמן

דוד רונן

אלי לנדאו

אברהם מידן

ארן שביט

יעל נבון

יובל פרידמן

ראובן קוגן

ניר קידר

ארי שמיס

אודי קנטור

מרדכי רבינוביץ'

ברוך רוזן

עמיר שמואלי

שגב שני

**משתתפים:**

אהובה אבולעפיה; דן אבן; יואב אבן; ברוך אברהמי; יהודה אדלר; גיל אדמון; אלי אדמוני; מאיר אורן; אשר אלחיאני; אורי אליאל; הילה אלרואי; יאיר בירנבאום; נועז בר ניר; אלי בראל; בשארה בשאראת; יריב גבאי; פרץ גוזה; מידד גיסין; רוני גמזו; אהוד דודסון; סבטלנה דייצ'מן; ערן הורן; שלי החנוכי; מירה היבנר-הראל; ערן הלפרן; טל הראל; אלה הר-נוי; לאה ופנר; זאב וורמברנד; מירה ולדמן-אשרוב; יצחק זיידס; שיעה ז'ילונקה; אנואר חילף; חוה טבנקין; רויטל טופר-חבר טוב; אורנה טל; מיטל יסעור; אבי ישראל; מירי כהן; בעז לב; אוסנת לוקסנבורג; אילן ליאור; לאונרד ליבוביץ; רוני לינדור-גנץ; חנן מוניץ; ערן מץ; לחיים נגן; שלמה נוי; שרון סופר; מרב סריג; יאיר עמיקם; גדעון עשת; יעקב פולאקביץ; דב פסט; עפרה קלטר-ליבוביץ; שמואל קלנג; סיגל רגב-רחנברג; יוסי רחנבלום; יהודה רון; רן רזניק; רות רלבג; גלעד שורק; אריה שירום; משה שלם; שוקי שמר; שמואל שפירא; מיכאל שרף.

## כנס ים המלח 2007

### "קופות החולים: מבנה השליטה, הגבולות וסלי השירותים"

מספר מחקרים שהתפרסמו לאחרונה ממחישים בצורה חדה ומשכנעת את ההשפעה הפוטנציאלית העצומה של השקעה בשירותי בריאות על העלאת תוחלת החיים ושיפור איכות החיים של האוכלוסייה. בהתבסס על נתונים משלושת העשורים האחרונים, מחקרים אלה מראים שהשקעה נכונה בשירותי בריאות עשויה לתת תשואה הגבוהה באופן משמעותי כמעט מכל השקעה אחרת בסקטור הציבורי. נזכיר שתי דוגמאות:

David Cutler, בספרו "Your Money or Your Life", מראה שתוספת השקעה של כ-\$10,000 בטיפול בחולה לאחר התקף לב נתנה בשנות התשעים תשואה בשווי כלכלי של כ-\$100,000 (על-ידי העלאת תוחלת החיים של חולים אלה בשנה במוצע).

Murphy and Topel, במאמרם *The Value of Health and Longevity* משנת 2006, מצאו כי התועלת השנתית לרווחה הלאומית בארה"ב מהתוספת לתוחלת החיים בשנים 1970-2000 היא שוות ערך למחצית מהתוצר הלאומי הגולמי, וכי במבט לעתיד, שיפור טכנולוגי פשוט יחסית בטיפול במחלות כמו סרטן ומחלות לב יביא לתועלת חברתית עצומה. הצפי של כותבי המאמר הוא, שעל כל ירידה של 1% במקרי המוות ממחלות אלו תרוויח החברה האמריקאית כ-500 מיליארד דולרים.

לתוצאות אלה מספר השלכות רבות משמעות:

1. מדינות צריכות לשקול היטב אם לא יהיה זה נכון להגדיל באופן משמעותי את כמות המשאבים המופנים לשירותי בריאות על חשבון שירותים ציבוריים אחרים.
2. כל חוסר יעילות בתוך מערכת הבריאות משמעותו בזבוז של משאבים שאילו נוצלו נכון, יכולים היו לתרום בצורה משמעותית הן להעלאת תוחלת החיים והן לשיפור איכות החיים של האוכלוסייה.
3. חוסר שוויון בשירותי בריאות משמעותו הגדלה ניכרת של הפערים בתוחלת החיים ובאיכות החיים בין אלה המקבלים (או רוכשים) את השירותים הטובים ובין אלה שאינם מקבלים שירותים אלה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל נועד להבטיח שכל תושבי המדינה יהיו זכאים למינימום מסוים של שירותי בריאות, ושהשירותים הללו יסופקו בצורה יעילה ושוויונית. החוק קובע גם מספר מנגנונים שנועדו להבטיח את השגת המטרות האלה. התוצאות המוזכרות לעיל ממחישות עד כמה חשוב לחקור ולבדוק האם המנגנונים שהחוק קבע אכן משיגים את מטרותם בצורה הטובה ביותר, או שיש צורך לשכללם ולשפרם כך שתושבי ישראל יזכו לסל שירותים יעיל ושוויוני יותר. מטרת כנס ים המלח השנה הייתה לדון בכמה מן המנגנונים הללו – בכל אחד מהם בנפרד ובשילוב ביניהם. הדיונים התקיימו בשלוש קבוצות, שכל אחת מהן התמקדה בהיבטים מסוימים של החוק ואופן יישומו.

הקבוצה הראשונה דנה במשטר התאגידי (corporate governance) של קופות החולים. לכאורה, נושא זה הינו תקנוני-משפטי ואין לו ולא כלום עם השאלות המרכזיות שעמדו על הפרק בכנס. אך למעשה, אין זה כך כלל וכלל. קופות החולים הן ארגונים כלכליים הפועלים לצורך קידום יעדים מוגדרים, במסגרת אילוצים נתונים. בתור שכאלה, למבנה השליטה, הניהול והבעלות בקופות החולים עשויה להיות השפעה מכרעת על אופן תפקודן בכל הקשור ליעילות ולשוויוניות של השירותים שאותם הן מספקות. אולם קופות החולים אינן חברות כלכליות רגילות, הפועלות לצורך השאת רווחים, אלא גופים ציבוריים שיעדיהם העיקריים הוגדרו על-ידי המדינה, ולכן מבנה הניהול והשליטה הרצוי בהן אינו יכול להיגזר בהכרח מזה המתאים לארגונים כלכליים אחרים. כל דיון במשטר התאגידי של ארגון כלכלי חייב להתחיל בהגדרה ברורה של מטרות הארגון ומכך לגזור את המשטר התאגידי הרצוי. כך היה גם במסגרת הדיונים בקבוצה. החלק הראשון של הדיונים עסק בניסיון לגבש הבנות והסכמות לגבי המטרות של קופות החולים כפי שאלו נגזרות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. לאחר מכן הוצגו בפני הצוות המשטרים התאגידיים הקיימים היום בקופות, ונדונה השאלה עד כמה משטרים אלה תואמים את ייעוד הקופות. בחלק העיקרי של הדיון דן הצוות במשטר התאגידי הרצוי בקופות, כשהבסיס לדיון היה חוק ההסדרים 2007 שבמסגרתו הוצע משטר תאגידי חדש לקופות החולים. ברקע עלו גם שאלות עקרוניות הנוגעות למהות הקשר בין קופות החולים ומשרדי הממשלה ולאופן הפיקוח של המדינה ושל החברים בקופות על הקופות.

הקבוצה השנייה בכנס התמקדה במספר היבטים הקשורים לגבולות הפעילות של קופות החולים. מדינת ישראל מאפשרת לקופות החולים לספק שירותים וביטוחים רפואיים מעבר לאלה שאותם הן אמורות לספק במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השאלה המתעוררת כאן היא: מהו הגבול? מהם השירותים והביטוחים שבנוגע להם יש לקופות יתרון יחסי ושנכון יהיה שיסופקו על-ידי הקופות, ומהם השירותים שאספקתם על-ידי הקופות עלולה לפגוע בצורה זו או אחרת בחבריהן או בכלל האוכלוסייה? הקבוצה התמקדה בשני נושאים. הנושא הראשון



היה הרבדים הנוספים לתכניות הביטוחים המשלימים (השב"נים). בתקופה האחרונה היינו עדים לגל של הרחבות לתכניות הביטוח המשלים המוצעות על-ידי הקופות. היתרונות והחסרונות של הרחבות אלה עבור חברי הקופות והחברה בכלל היו במוקד החלק הראשון של הדיונים. במקביל, אנו עדים בתקופה האחרונה להתרחבות (אמיתית ופוטנציאלית) של בעלות קופות החולים על מיטות פרטיות בבתי החולים, אם במסגרת בתי החולים הפרטיים ואם במסגרת מיטות פרטיות בבתי חולים ציבוריים. גם במקרה זה עולות לא מעט שאלות לגבי היתרונות והחסרונות של התהליך והגבולות שיש להעמיד בפני הגורמים השונים. נושא זה היה במוקד הדיונים של הקבוצה ביום השני של הכנס.

ההתפתחויות הטכנולוגיות המהירות בעולם הרפואה, והעובדה שהטכנולוגיות הללו הן ברובן יקרות מאד אך גם מועילות מאד, מעמידות את מקבלי החלטות בכל העולם בפני שאלת גבולות האחריות של המדינה כלפי אזרחיה. מהם השירותים הרפואיים שאותם אמורה המדינה לספק לאזרחיה? הקבוצה השלישית בכנס דנה בהיבטים שונים של נושא זה, שהוא מורכב וכאוב מאד. הקבוצה דנה, בין היתר, במנגנונים השונים האפשריים לעדכון כמות המשאבים שאותם מקצה המדינה מדי שנה לצורך המימון הציבורי של שירותים רפואיים, ובמנגנונים השונים האפשריים לקביעת השירותים שיתווספו לסל השירותים שבאחריות המדינה.

כפי שניתן לראות, כל הנושאים לעיל הינם נושאים מורכבים, כבדי משקל ואקטואליים מאד. ואכן, בימים אלה ממש נתבשרנו על מספר החלטות של הממשלה הנוגעות בדיוק לנושאים אלה. אני רוצה להאמין שהדברים שעלו בכנס ומסוכמים בחוברת זו עמדו לנגד עיניהם של מקבלי החלטות בזמן שהם דנו והתחבטו בשאלות חשובות אלה. אני מאחל לכולכם קריאה מהנה.

**קובי גלזר**  
**יו"ר הכנס**



כנס ים המלח השנה הוקדש לזכרו של פרופסור צבי אדר ז"ל, שהיה מהוגי רעיון הכנס ואחד היוזמים העיקריים של אירוע חשוב זה, המתקיים מדי שנה ומהווה נקודת מפגש לרעיונות ולאנשים מרכזיים במערכת הבריאות ובאקדמיה בישראל. פרופסור אדר היה בין המתדיינים החשובים בנושאים שונים הקשורים לכלכלת ישראל בכלל ולמערכת הבריאות בפרט, ביניהם גם הנושאים שעמדו במוקד הכנס הנוכחי. בשבילי צביקה היה חבר קרוב ומודל לחיקוי: אדם בעל חשיבה מקורית מאד, חסר פשרות בכל הקשור למחקר והוראה וחותר לאמת בחייו המקצועיים כמו גם הפרטיים. הוא היה כלכלן נפלא שהעריך מאד מעשיות, אך לא בלי מחשבה תחילה; אדם עם דעות נחרצות, אך בו בזמן פתוח וקשוב לדעות של אחרים; אדם שידע לראות את התמונה הגדולה, אך לא היסס להיכנס לפרטים הכי קטנים; אדם עם מודעות ציבורית בלתי-רגילה ונכונות להקריב עד בלי די; ומעבר לכל זאת - חבר, במלוא מובן המילה. צביקה חסר מאד לרבים מאתנו. יהי זכרו ברוך!

# 1

## המשטר התאגידי בקופות החולים בישראל

### 1. תקציר

בעבודה זו נדונה סוגיית המשטר התאגידי של קופות החולים בישראל, תוך בחינת תקנוני הקופות, הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והצעת חוק ההסדרים לשנת הכספים 2007. למרות שעברו כ-13 שנה מאז נחקק חוק ביטוח בריאות, מבנה קופות החולים טרם הוסדר בחוק, וקיים חשש כי המשטר התאגידי של הקופות אינו מתאים להיקף פעילותן ולאופיין הציבורי. לכך יש להוסיף את העובדה כי תקציב הקופות מבוסס על תקציבי ציבור ענקיים, בסדר גודל של כ-25 מיליארדי שקלים בשנה. השאלות המרכזיות אשר נדונו בצוות היו:

#### 1.1 חזון קופות החולים ומטרותיהן

נושא זה נבחן מתוך ההנחה שמבנה המשטר התאגידי חייב להיגזר מן החזון והמטרות של קופות החולים. הוסכם כי המטרה המרכזית של קופות החולים היא לתת שירות בריאות מיטבי למבוטחים, תוך שימוש מושכל במשאבים ועמידה באילוצים הנגזרים ממגבלות התקציב.

#### 1.2 המשטר התאגידי הרצוי בקופות החולים

- בתחום זה נדונו מספר נושאים:
- א. מעורבות ציבור המבוטחים בבחירת מוסדות הקופה;
  - ב. זהות בעלי קופות החולים;
  - ג. הסכנות הנובעות מהצעת חוק ההסדרים:
    1. מעורבות המדינה בניהול קופות החולים;
    2. פוליטיזציה של קופות החולים;
  - ד. מבנה מוסדות הקופה:
    1. מועצה/ועד מפקח - האם קיים צורך בגוף זה?
    2. דירקטוריון;
- א. הגורם הבוחר/ממנה את הדירקטוריון;
- ב. כישורים נדרשים מחבר דירקטוריון;
- ג. גודל הדירקטוריון הרצוי.

סוכמו הדברים הבאים:

1. לא הושגה הסכמה בדבר זהות בעלי הקופות, אך לדעת הכל אין חייבים לתת מענה לשאלת הבעלות כדי לקבוע דרכים לבחירת מוסדות הקופה.
2. מעורבות המדינה בניהול קופות החולים:  
*דעת הרוב:* חובה שתהיה הפרדה בין גורם מפקח לגורם מבצע. אחריות המדינה הינה לקבוע כללים ולהתוות את הדרך למבנה הקופות ופעילותן, אך לא להיות מעורבת בביצוע. הובעה דעה שהפיקוח חייב להיות מבוצע על-ידי "רשות בריאות", אשר העומד בראשה ימונה על-ידי שר הבריאות, אך תהא לה עצמאות דומה לזו של רשות ניירות ערך או רשות הגבלים עסקיים.  
*דעת מיעוט:* קיימת חשיבות למעורבות הממשלה בניהול הקופות, מכיוון שתקציבן נגזר מכספי הציבור.
3. מבנה המועצה/ועד מפקח:  
אין קונסנזוס לגבי הצורך בקיומו של גוף זה.  
אין קונסנזוס לגבי דרך בחירתו/מינויו.  
הייתה תמימות דעים המתנגדת למעורבות פוליטית במינוי המועצה (בניגוד מוחלט להצעת חוק ההסדרים, על-פיה חברי המועצה והדירקטוריון נבחרים בחלקם על-ידי הוועדה הציבורית הממונה על-ידי שרי הבריאות, האוצר והמשפטים).
4. הדירקטוריון:  
מספר החברים: שבעה עד שלושה עשר.  
כישורים: בדירקטוריון יישבו מומחים בתחומים הבאים: רפואה, מנהל רפואי/בריאות הציבור, כלכלת בריאות, פיננסים, מנהל ציבורי. כמו כן יכהנו בדירקטוריון נציגי ציבור.  
לא הושגה הסכמה בדבר דרישות כשירותם של נציגי הציבור.  
כמו כן לא הושגה הסכמה באשר לדרך הבחירה של חברי הדירקטוריון.
5. קיימת הסכמה כללית שמנכ"ל הקופה והנהלתה יבחרו על-ידי חברי הדירקטוריון.

### 1.3 מנגוני הרגולציה וחובות הדיווח הרצויים

- במסגרת זו נדונו מספר נושאים:
- א. זהות הרשויות המשמשות כרגולטור;
  - ב. הקמת רשות בריאות עצמאית;
  - ג. מהות הרגולציה;
  - ד. דיווחי הקופה - לרגולטור או לציבור המבוטחים?
  - ה. מהות הדיווח והיקפו.

סוכמו הדברים הבאים:

1. דעת הרוב: הרגולציה צריכה להתבצע על-ידי גוף יחיד השואב את כוחו וסמכותו ממשרד הבריאות.
2. הוסכם שעל הקופה לדווח הן לרגולטור והן לציבור. בנוסף, חלה על הרגולטור החובה לפרסם לציבור, בשפה מובנת לכל, את דיווחי הקופות.
3. כל הקופות תדווחנה באותו הפורמט, כדי לאפשר השוואה ביניהן.
4. הדיווח יהיה מקיף ויכלול את הנתונים הבאים: תמהיל אוכלוסיית המבוטחים, פיזור הגיאוגרפי וגודלה; מדדי איכות בריאות ואיכות שירות; יעילות ואפקטיביות של ניצול המשאבים; דיווח פיננסי.

## 2. רקע כללי – מבוא לשיטות התאגדות ומבנה השליטה בהן

לכל צורת התאגדות מבנה שליטה וניהול שונים, המותאמים למטרות התאגיד ולצרכיו המיוחדים. לשם הדגמה והשוואה, נתאר להלן את המשטר העסקי הנוהג בשלושה תאגידי טיפוסיים: חברה ציבורית אשר מניותיה רשומות למסחר בבורסה, חברה ממשלתית, ועמותה.

### 2.1 חברה ציבורית

#### 2.1.1 מטרות החברה הציבורית

ההנחה המקובלת לחברה מסחרית, וכל שכן לחברה ציבורית אשר מניותיה נסחרות בבורסה, היא שמטרתה הינה השאת רווחים של בעלי המניות שלה. לחברה המסחרית עשויות להיות גם מטרות אחרות, כגון שירות טוב ללקוחותיה, תנאי עבודה טובים לעובדיה, תרומה לקהילה וכיו"ב. יחד עם זאת, כל המטרות הללו נתפסות כאמצעי לקידום המטרה המרכזית, שהיא

כאמור השאת רווח לבעלי המניות.<sup>1</sup> למותר לציין, שהחברה רשאית לפעול לקידום מטרה זו אך ורק במגבלות החוק. כך, למשל, חייבת החברה לשלם מסים, לשלם שכר מינימום לעובדיה, להימנע מזיהום אוויר ולספק הגנה מסוימת לנושיה, גם אם מגבלות אלו פוגעות ברווחיה. מבנה המשטר התאגידי של החברה הציבורית, כנקבע בחוק החברות ובחוק ניירות ערך, נגזר מן המטרה הנ"ל.

### **2.1.2 האסיפה הכללית של בעלי המניות**

מכיוון שהמטרה העיקרית של החברה הציבורית היא השאת רווחים לבעלי המניות, האסיפה הכללית של בעלי המניות היא הריבון של החברה, והיא זו המוסמכת למנות את החברים בגוף אשר אמור לפקח על האופן שבו מתנהלת החברה. במודל הבסיסי ביותר של החברה הציבורית, האינטרסים של כל בעלי המניות הינם זהים – כל מניה מקנה זכות שווה לדיבידנד, ועל כן האינטרס של בעל המניות בחברה הינו פונקציה של מספר המניות שהוא מחזיק. בניגוד למשטר דמוקרטי, שבו לכל אדם משקל הצבעה זהה, בחברה הציבורית משקל ההצבעה צמוד למניה. דהיינו, לאדם המחזיק יותר מניות בחברה עניין גדול יותר בהצלחתה, ולכן ניתן לו כוח הצבעה גדול יותר. לעיקרון כללי זה מתקיים חריג חשוב, אותו ראוי לציין: בחלק מן החברות הציבוריות בישראל, אחד מבעלי המניות מחזיק בלמעלה ממחצית המניות בחברה, והדבר מקנה לו כוח שליטה בלעדי בחברה. החוק מטיל מספר מגבלות חשובות על כוח ההצבעה של בעל השליטה, בעיקר לגבי עסקאות שבהן קיים ניגוד עניינים בינו לבין החברה. מכיוון שבעל השליטה מכתוב את הרכב הדירקטוריון, קיים חשש שבעסקאות מסוג זה יעדיף הדירקטוריון את טובת בעל השליטה על טובת בעלי המניות כולם, ולכן קובע החוק שעסקה כזו חייבת לקבל תמיכה של אחוז מסוים מן המיעוט בקרב בעלי המניות.

### **2.1.3 הדירקטוריון**

הדירקטוריון מכתוב את המדיניות הכללית של החברה, ממנה את ההנהלה המעשית של החברה ומפקח על פעילותה. בכל תפקידיו אלה מחויב הדירקטוריון לפעול לשם הגשמת המטרה העיקרית של החברה, דהיינו השאת הרווחים של בעלי המניות שלה. מכיוון שהמטרה היחידה של החברה היא השאת הרווח של בעלי המניות, העיקרון הכללי הוא שהאסיפה הכללית של בעלי המניות היא גם הגוף הממנה את דירקטוריון החברה. למרות העיקרון הכללי הזה, החוק מתערב וקובע גבולות לחופש של החברה במינוי חברים לדירקטוריון. מגבלות אלו שקבע המחוקק נובעות משני חששות מרכזיים. ראשית, בחברות שבהן קיים

1. אמנם, סעיף 11 לחוק החברות מגדיר את מטרתה של כל חברה כהשאה (מקסום) של רווחיה היא, אך מכיוון שבסופו של דבר רשאית החברה לחלק את רווחיה לבעלי המניות שלה, ההבדל בין השאת רווחי החברה לבין השאת הרווח של בעלי המניות הינו בעיקר סמנטי. קיימים כמובן חוגים החולקים על גישה זו, אך לצורך הקיצור אין נחיצות להתעמק בסוגיה זו.

בעל שליטה דומיננטי, ברור שלו הכוח למנות חברי דירקטוריון כרצונו, ועל כן קיים חשש שהדירקטוריון יאוכלס באנשים אשר מטרתם להשיא את הרווחים של בעל השליטה ולא של כל בעלי המניות. שנית, אפילו אם לא קיים בעל שליטה דומיננטי, עצם העובדה שהאינטרס של כל בעל מניות בחברה הינו מזערי עלולה לגרום לכך שמעטים מאד יצביעו באסיפה הכללית, ובסופו של דבר היחידים שיגיעו ויצביעו הם המנהלים.<sup>2</sup> וכך, במקום שהדירקטורים ימנו את ההנהלה, בפועל ימנו המנהלים את הדירקטורים. משתי סיבות אלו התערב המחוקק וקבע מספר מגבלות באיוש חברי הדירקטוריון:

- א. התייחסות ליושר האישי של חברי הדירקטוריון,
  - ב. חובה שבחברה יישב אדם אשר לו מומחיות בתחום הפיננסי,
  - ג. חובה שבחברה יהיו שני דירקטורים חיצוניים - אנשים אשר אינם תלויים בחברה, בהנהלת החברה או בבעל השליטה שלה.
- החוק אינו קובע מספר מינימלי או מקסימלי של חברי דירקטוריון. יחד עם זאת, מחקרים אמפיריים מצביעים על כך שמספר גדול מדי של חברי דירקטוריון משפיע לרעה על ביצועי החברה.

#### **2.1.4 ההנהלה המעשית**

אחד התפקידים החשובים ביותר של הדירקטוריון בחברה הינו מינוי מנכ"ל החברה. המנכ"ל הינו מי שמנהל את החברה באופן שוטף, ואחראי לתת דין וחשבון בפני הדירקטוריון. אחד החששות המרכזיים שאיתם מתמודד חוק החברות הינו החשש שבאופן מעשי, מנכ"ל החברה הוא שימנה את הדירקטוריון, ולא להיפך. על-מנת להימנע ככל האפשר מאפשרות זו קבע המחוקק שמנכ"ל החברה לא יכהן כיו"ר הדירקטוריון.

#### **2.1.5 תגמול מנהלים**

כאמור לעיל, על-פי חוק חייבים כל חברי הדירקטוריון וההנהלה לפעול לקידום המטרה של החברה - השאת הרווחים של בעלי המניות. בהתאם לכך, החוק מטיל סנקציות על דירקטורים ומנהלים הפועלים בניגוד לטובת החברה. בעובדה זו אין כדי לשלול את הצורך במתן תמריצים חיוביים למנהלים, כגון מניות ואופציות על מניות בחברה. לשיטת תגמול זו שתי מטרות מרכזיות: א. מכיוון שהמנהלים מחזיקים במניות החברה, הדבר נותן להם תמריץ נוסף לפעול לטובת בעלי המניות של החברה;

2. חוק החברות מנסה להתגבר על בעיה זו באמצעות כך שהוא מקנה לבעלי המניות אפשרות להצביע בלי להגיע לאסיפה הכללית, באמצעות "כתב עמדה". יחד עם זאת, ברור שחלק ניכר מבעלי המניות אינו מכיר את הנעשה בחברה מספיק כדי לגבש דרך הצבעה מושכלת, וספק גם אם יטרח לשלוח כתב עמדה.

ב. לעיתים קרובות רשאי המנהל לממש את התמריץ הנ"ל רק לאחר שסיים תקופת שירות מסוימת בחברה. עובדה זו משמשת כתמריץ להישאר בחברה תקופה ארוכה יותר.

### **2.1.6 חובות גילוי**

חוק ניירות ערך מטיל על חברות ציבוריות חובות גילוי נרחבות. לחובות גילוי אלו שלוש מטרות מרכזיות:

א. הן מאפשרות לבעלי המניות לפקח על הנעשה בחברה ולוודא שהחברה מתנהלת על-פי מטרותיה ולטובתן.

ב. השקיפות מאפשרת לשוק לתמחר את שווי המניות של החברה באופן מדויק יותר, ותמחור יעיל כזה מאפשר לבעלי המניות לתגמל את מנהלי החברה בהתאם לביצועיהם האמיתיים.

ג. הדבר מאפשר את שכלול שוק המניות והגברת הנזילות בשוק זה.

לצורך פיקוח על חובות גילוי אלו הוקמה רשות מיוחדת – רשות ניירות ערך. רשות זו נמצאת בפיקוח משותף של משרד האוצר ושל הכנסת, אך יש לה עצמאות מסוימת מן הגורמים הפוליטיים.

## **2.2 חברה ממשלתית**

חברה ממשלתית הינה חברה שלמעלה ממחצית מניותיה מוחזקות בידי המדינה. חוק החברות הממשלתיות יוצר משטר תאגידי שונה לחברה הממשלתית, ולהלן נפרט מספר נקודות חשובות המאפיינות אותן:

### **2.2.1 מטרות החברה הממשלתית**

חברה ממשלתית אמורה לפעול על-פי שיקולים עסקיים כמו כל חברה אחרת, אלא אם הממשלה הכתיבה לה שיקולי פעולה נוספים.

### **2.2.2 דירקטוריון החברה**

החוק קובע מגבלות קשיחות יותר על חברי הדירקטוריון במקרה זה: כל חברי הדירקטוריון צריכים להיות בעלי תואר אקדמי במקצוע רלבנטי לעיסוק החברה ובעלי ניסיון ניהולי, כלכלי או משפטי; עובדי החברה (למעט המנכ"ל) או בעלי זיקה אחרת לחברה או להנהלתה אינם רשאים לכהן כדירקטורים; ומספר חברי הדירקטוריון לא יעלה על 12. כמו כן, נדרש ייצוג הולם בדירקטוריון לשני המינים ולמיעוט הערבי.

כשירותם והתאמתם של המועמדים לכהונת דירקטור, יו"ר דירקטוריון ומנכ"ל נבדקות על-ידי ועדה בת שלושה חברים: כיושב ראש הוועדה יכהן נציג שנקבע על-ידי היועץ המשפטי לממשלה, והוא חייב להיות עובד השירות הציבורי (או פנסיונר של השירות הציבורי) ובעל כישורים לכהן



כשופט מחוזי. חבר נוסף בוועדה יתמנה על-ידי יו"ר הוועדה מתוך רשימה שתינתן לו על-ידי שרי האוצר והמשפטים, ובתנאי שאין להם זיקה אישית, עסקית או פוליטית לאף שר. החבר השלישי הוא נציג רשות החברות הממשלתיות. הוועדה רשאית לאשר מועמדות של דירקטור אשר לו זיקה אישית או פוליטית לשר, אך אישור כזה מותנה בכך שלאותו מועמד כישורים מיוחדים הנדרשים לאותה חברה.

### **2.3 עמותה**

עמותה היא תאגיד שמטרתו אינה לחלק רווח לחבריו, לא במהלך חיי התאגיד ולא עם פירוקו. בהתאם, חוק העמותות מארגן את מבנה העמותה באופן כזה שיפחית את הסיכון שהתאגיד יעביר רווח לחבריו למרות שזו אינה מטרתו.

#### **2.3.1 אסיפה כללית**

המוסד העליון של העמותה הוא אסיפת החברים. גוף זה חייב להתכנס לפחות אחת לשנה. לכל חבר באסיפה הכללית קול אחד. בעמותות בנות למעלה מ-200 חברים, ניתן לקבוע שתקיים אסיפת נציגים, הנבחרים על-ידי החברים. הסמכות המרכזית של האסיפה הכללית היא מינוי הוועד המנהל של העמותה וועדת הביקורת (או רואה החשבון של העמותה).

#### **2.3.2 הוועד המנהל וועדת הביקורת**

הוועד המנהל מוסמך לנהל את ענייני העמותה. תפקיד ועדת הביקורת הינו לפקח על ענייניה הכספיים של העמותה. האסיפה הכללית היא שבחרת את חברי הוועד ואת חברי ועדת הביקורת (מתוך חברי העמותה), וגם קובעת את שכרם.

אדם המכהן בוועד המנהל אינו יכול לשמש גם חבר בוועדת הביקורת. כמו כן, על-מנת למנוע מצב שבו הוועד מעביר כספים לעצמו באופן שאינו מפוקח על-ידי האסיפה הכללית, קובע חוק העמותות שחברי הוועד המנהל וועדת הביקורת אינם רשאים ליתן לעמותה שירותים כלשהם בשכר.

מעבר לצורות ההתאגדות שפורטו לעיל, קיימות צורות התאגדות נוספות. כאלה הם התאגיד הציבורי לפי דין (רשויות ממלכתיות מודל זמיר) כפי שמוצג בדוח הביניים ובדוח הסופי של המועצה לתאגידים ציבוריים, והתאגיד הציבורי הספציפי על-פי חוק ספציפי (לדוגמה מודל מל"ג המועצה להשכלה גבוהה), ומודל ות"ת (הוועדה לתכנון ותקצוב).

### 3. הנושאים שנדונו בכנס

1. חזון קופות החולים ומטרותיהן
2. המשטר התאגידי בקופות החולים - רצוי ומצוי
3. רגולציה ודיווח

#### 3.1 חזון קופות החולים ומטרותיהן

##### א. רקע

כפי שהמשטר התאגידי של החברה הציבורית נגזר ממטרותיה - השאת רווחים, כך מבנה המשטר התאגידי של קופות החולים צריך להיגזר ממטרותיהן. בנוסף לכך, מנגנוני הרגולציה וחובות הדיווח ראוי שייגזרו גם הם ממטרות הקופות.

בין מטרות שונות עשויות להתקיים סתירות. לדוגמא, אם המטרה העיקרית של הקופה מוגדרת כמתן שירות בריאות מיטבי למבוטחים - הרי אז לחברי הקופה עדיף שהמצטרפים לקופה בעתיד יהיו צעירים, בריאים ועשירים. אינטרס זה נובע מן העובדה, השלילית מבחינתם, שהצטרפות חברים חולים ומבוגרים תפחית מרמת/היקף השירותים שאותם הם יוכלו לקבל. לכן, אם אכן המטרה העיקרית והיחידה של הקופה היא לספק שירות מיטבי, על הקופה לנקוט ב-Cream-Skimming, קרי, משיכת אוכלוסיות צעירות ובריאות באמצעות פיתוח יתר של שירותים המיועדים להן, ומאידיך הכבדה, ככל שניתן, על הצטרפות לקופה של אזרחים קשישים וחולים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך ובעיקר מהפריפריה, באמצעות הזנחה מכוונת של השירותים הרפואיים שלהם נזקקת אוכלוסיה זו. פעילות מסוג זה מתנגשת כמובן עם מטרה אפשרית של הקופות למתן גישה חופשית ושוויונית למבוטחיהן.

הגדרת מטרות הקופות מאפשרת למדינה לקבוע, באופן ראוי ומושכל, את תקציב הקופות, וחשוב מכך, את האופן שבו מתחלק תקציב זה בין הקופות השונות (נוסחת הקפיטציה). כך, למשל, אם רוצים ליישב בין שירות מיטבי לבין גישה שוויונית, ייתכן שהדרך הנכונה לעשות זאת היא תקצוב דיפרנציאלי הנגזר הן ממספר המבוטחים והן ממצבם הבריאותי והסוציו-אקונומי (ככל שהרמה הסוציו-אקונומית נמוכה יותר, כך הגיוני שתקציב הקופה יהיה גבוה יותר).

להגדרה מדויקת של מטרות הקופה נודעת חשיבות גם כאשר באים לבחון את המשטר התאגידי של הקופות. לדוגמא, אם המטרות היחידות של הקופה הן איזון תקציבי ושירות מיטבי לחבריה, הרי שאז כל קופה יכולה לנהל את ענייניה שלה, ונחלש מאד הצורך בפיקוח של המדינה על פעילות הקופה (זאת בניגוד למצב שבו בנוסף על המטרות הנ"ל, נכללת גם המטרה של גישה חופשית ושוויונית לשירותי בריאות).

## ב. מטרות קופות החולים כפי שהן מופיעות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי פותח בהצהרת העקרונות שעליהם מושתת החוק, וזוהי לשון הסעיף:

**"ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".**

סעיף 21(א) לחוק קובע אף הוא את מטרות החוק, בזו הלשון:

**"קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3(ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה, ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10".**

פרק ב' לחוק, הנושא את הכותרת "עקרונות יסוד", קובע בסעיף 3(ד) כיצד יינתנו שירותי הבריאות בישראל:

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

הפרק בסעיף 3(ה) מוסיף אף הוא בנושא האופן שבו יינתנו שירותי הבריאות:

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

\* ההדגשה לא במקור

## ג. חזון קופות החולים, מטרותיהן, והשוואתן למטרות הקבועות בחוק

במסגרת עבודתו, פנה צוות המחקר הנוכחי לקופות החולים בבקשה לנסח את חזון ומטרותיהן, כדי לבחון האם אלו עולים בקנה אחד עם המטרות שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המצוטט לעיל.

להלן שתי טבלאות: האחת משווה את הצהרות החזון של קופות החולים השונות; השנייה משווה בין המטרות של קופות החולים השונות, כפי שנוסחו במסגרת התקנונים שלהן.

כל קופות החולים ציינו בסעיף המטרות בתקנון את השאיפה למילוי תפקידן על-פי הקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. עם זאת, **קופת חולים כללית היא הקופה היחידה שהתייחסה בצורה מפורשת למתן שירותי בריאות המושתתים על עקרונות של צדק ושוויון, כפי שקובע סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.**

קופת חולים מאוחדת ציינה את **עיקרון השוויון** במתן שירותי בריאות במסגרת חזונה.

## חזון קופות החולים

מכבי	כללית
<p>מכבי, ארגון שירותי הבריאות המוביל בישראל, תקדם את הבריאות השלמה של חבריה.</p> <p>תעניק רפואה אינטגרטיבית ומותאמת אישית לכל חבר, ותטפח מצוינות באיכות הרפואה, בידע ובשירות.</p>	<p><b>למען חיים בריאים בישראל</b></p> <p><b>ערכי יסוד</b></p> <p>הקודים הפנימיים שעל-פיהם הקופה פועלת:</p> <p><b>כבוד האדם</b> - התייחסות <b>שוויונית</b> והוגנת תוך קבלת האחר: לקוח, עמית, כפיף וכו'. מתן יחס אנושי ואכפתי תוך כיבוד זכות האדם לדיסקרטיות ופרטיות והתחשבות בצרכיו האישיים.</p> <p><b>ענוה</b> - ניהול תקשורת בגובה העיניים, הימנעות ממשוא פנים כלפי עובדים ולקוחות, והכרה בתרומה הייחודית של כל אחד מאיתנו.</p> <p><b>מחויבות</b> - הזדהות עם הארגון, אנשיו ומטרותיו. מחויבות לעשייה למען הלקוח: אנחנו כאן בשבילו, על-מנת להעניק לו את השירות הטוב ביותר בהתאם לאמצעים העומדים לרשותנו.</p> <p><b>מקצועיות ומצוינות</b> - שאיפה תמידית להעניק את הטיפול הטוב ביותר, הטכנולוגיה החדשה ביותר. שאיפה תמידית לעלות מדרגה בהתמחות המקצועית של הצוות למען לקוחותינו.</p> <p><b>ישרה</b> - הגינות ושמירה על אמות מידה מוסריות ומקצועיות. קיום תרבות אתית המבוססת על אמינות ושקיפות.</p> <p><b>תרומה לחברה</b> - לקיחת אחריות בנושאים חברתיים השומרים על בריאותם הפיזית והנפשית של לקוחותינו. עלינו להיות נושאי הדגל בנושאים הקשורים לקידום הבריאות בישראל בכלל, ומניעת תחלואה בפרט.</p>

לאומית	מאוחדת
<p>קופת חולים לאומית תספק שירותי רפואה איכותיים ללקוחותיה תוך הקפדה על סביבת שירות נעימה, שירות נגיש וזמין, יחס מקצועי ויכולת מקצועית גבוהה של הסגל הרפואי והמנהלי.</p> <p>הקופה תשלב טכנולוגיות רפואיות מתקדמות וחדשניות במרכזים הרפואיים, ותפעל בתפיסת שירות ממוקד לקוח.</p> <p>הקופה תעודד את לקוחותיה לשמירה על אורח חיים בריא ותסייע להם בכך.</p> <p>הקופה תפעל לצמיחה במספר חבריה בכל תכניות הביטוח הרפואי, והכל תוך שמירה על תקציב מאוזן.</p>	<p>חזונה של קופת חולים מאוחדת הינו להמשיך ולהיות הקופה המובילה והאיכותית במדינה במתן שירותי רפואה מקצועיים, אינטגרטיביים, זמינים, פלורליסטיים ונגישים, תוך שילוב טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות וכיסוי רפואי מירבי באמצעות שירותי הסל והשב"ן.</p> <p>הקופה תפעל לשפר את בריאות מבוטחיה תוך עידודם לאמץ אורח חיים בריא, לשתפם בתהליכי השמירה והאחריות על בריאותם להשגת חיים בריאים ואיכותיים, ולרכז את כל המידע הרפואי של החבר בתיק רפואי מרכזי ממחושב. שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על עקרונות שוויון, כבוד האדם, הגנה על הפרטיות והסודיות הרפואית, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשותה ובתקציב מאוזן.</p>

**מטרות קופות החולים כפי שהוצהרו במסגרת התקנונים שלהן**

מכבי	כללית
<p>1. למלא את התפקידים והמטלות שהוטלו ואשר יוטלו עליה על-פי החוק.</p> <p>2. לתת שירותי בריאות לחברי הקופה ולילדיהם הקטינים הרשומים בה.</p> <p>3. לגבש מדיניות ולהציע לחברים ביטוח משלים למימון שירותי בריאות שאינם כלולים בסל שירותי הבריאות שלפי החוק.</p> <p>4. להגשים ביטוח סוציאלי לחברים בשעת מחלה, הבראה, תאונה ובמקרים אחרים, וכן לשלם דמי מחלה ו/או הבראה או ליצור מסגרת לתשלום דמי מחלה ו/או הבראה כאמור.</p> <p>5. לארגן ולממן פעולות למניעת מחלות ולריפויין כגון: על-ידי התעמלות, ספורט, טיפול נפשי, תזונה נכונה וכו'.</p> <p>6. לקיים ולממן פעילות של הבראה לאחר מחלה והחלמה.</p> <p>7. להקים ולהשתתף בהחזקה וניהול של מוסדות רפואיים וכן לייסד, להקים ולנהל בתי אבות ודיור מוגן לסוגיהם, מכונים רפואיים לסוגיהם, לרבות מכונים לטיפול בשיניים, וכן לייסד, לנהל ולהשתתף בתאגידים או חברות ביטוח ולהקים תאגידים או חברות כאלה.</p> <p>8. לעסוק במחקר רפואי, לקיים מעבדות ומכוני מחקר, להזמין ולממן מחקר בתחומי הרפואה השונים ולהשתתף בפרויקטים ועבודות בתחום המחקר והפיתוח הרפואיים.</p> <p>9. לערוך ולקיים שיחות, הרצאות, קורסים והשתלמויות, וכן לרכוש ולהוציא ספרות מקצועית בתחומי הרפואה השונים.</p> <p>10. להכשיר כוח אדם ייעודי בתחום הרפואי.</p>	<p>1. להושיט לזכאים לעזרה, בשעת מחלתם או לשם מניעת מחלה, שירותי בריאות, לרבות החזרים כספיים לפי חוק ביטוח בריאות, התקנון וההוראות.</p> <p>2. לארגן, לנהל ולקדם את ענייני הבריאות, לרבות מניעת מחלות, של ציבור חבריה.</p> <p>3. להגשים ביטוח בריאות לציבור חבריה, שיהא מושתת על עקרונות של צדק ושוויון.</p>

לאומית	מאוחדת
<p>1. לשמש קופת חולים על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.</p> <p>2. לבצע כל פעילות המותרת לעמותה על-פי כל דין.</p> <p>מטרות נוספות שהועברו על-ידי הקופה ואינן כלולות בתקנון:</p> <p>3. לספק שירותי רפואה איכותיים בקהילה ללקוחות.</p> <p>4. להתקשר עם ספקים רפואיים בכל הארץ לטובת לקוחותיה.</p> <p>5. לנהל מערכת תביעות רפואיות יעילה.</p> <p>6. לבצע בקרת איכות על הספקים הרפואיים.</p> <p>7. לשווק את פוליסות ביטוחי הבריאות.</p>	<p>1. לפעול למילוי תפקידה כאמור בחוק.</p> <p>2. ליתן שירותי בריאות למבוטחים באמצעות פיתוח שירותים רפואיים עצמיים וכן על-ידי התקשרות עם בתי חולים, מעבדות, מכונים, בתי מרקחת, מוסדות וגופים אחרים הנותנים שירותים רפואיים מכל מין וסוג שהוא וכן על-ידי התקשרות עם ו/או העסקת רופאים, אחיות, רוקחים, טכנאים רפואיים ובעלי מקצועות רפואיים ואחרים מכל מין וסוג שהוא.</p> <p>3. להקים, להפעיל ולהחזיק בתי חולים, חדרי חולים, מרפאות, בתי אבות, בתי חולים סיעודיים, בתי הבראה, בתי מרקחת, מעבדות, מכונים, מרפאות שיניים ומוסדות רפואיים לרבות מוסדות מחקר ופיתוח.</p> <p>4. לנקוט בפעולות להבראה, למניעת מחלות ובדרך כלל פעולות מכל מין וסוג העשויות לקדם ולהועיל בנושאי הבריאות והחוסן הגופני של המבוטחים.</p> <p>5. ליתן שירותים רפואיים נוספים על שירותי הבריאות באמצעות ביטוח משלים, הן על-ידי הקופה והן על-ידי ספקי שירות חיצוניים.</p>

#### ד. עיקרי הדיון

כאמור לעיל, בדומה למשטר תאגידי של חברה ציבורית הנגזר ממטרותיה (השאת רווחים), כך מבנה המשטר התאגידי של קופות החולים חייב להיגזר ממטרותיהן. לפיכך דיוני הקבוצה נפתחו בשאלה מה אמורים להיות חזון הקופות ומטרותיהן.

באשר לחזון הקופות, הייתה הסכמה כי הוא חייב לתאם לסעיף 1 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, על-פיו מתן שירותי הבריאות בישראל יהיה מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. לדעת המשתתפים בדיון, עקרונות אלו מקובלים על כל קופות החולים.

באשר לסוגיית מטרות הקופות, נדונו מספר מטרות:

1. השאת בריאות חברי הקופה: בין חברי הצוות שררה תמימות דעים כי המטרה העיקרית של הקופות היא מתן שירות בריאות מיטבי ושוויוני לחבריה.

2. השגת איזון תקציבי: בעניין זה נדון סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, על-פיו שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים יינתנו בישראל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים. מכאן נובע כי שמירה על איזון תקציבי משמעותה עמידה בהוראות החוק. עם זאת, בין חברי הצוות הייתה הסכמה כי עמידה בתקציב הינה אילוץ חוקי קיים ואיננה אחת ממטרות הקופות. במקרה שמגבלות התקציב יגרמו לפגיעה משמעותית בבריאות המבוטחים, יש להתריע על כך ברבים ולפעול להגדלת התקציב.

#### ה. סיכום

מטרת קופת החולים היא: מתן שירות בריאות מיטבי למבוטחים, תוך שימוש מושכל במשאבים ועמידה במגבלת התקציב.

### 3.2 המשטר התאגידי של קופות החולים

#### א. רקע

##### 1. המשטר התאגידי על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

פרק ו' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי דן בקופות החולים ומתמקד בהיבטים הבאים:

- הכרה בקופת חולים, לרבות תנאי ההכרה
- תקנון קופת החולים
- מועצת קופת החולים
- אחראי לבריור תלונות החברים
- כללים לניהול ענייניה של קופת החולים



להלן יידונו הסעיפים הרלוונטיים לנושא עבודה זו - המשטר התאגידי בקופות החולים.

### **תנאי הכרה בקופת חולים**

על-פי סעיף 25 לחוק, שר הבריאות רשאי להכיר בקופת חולים רק אם נתקיימו בה כל אלה:

1. המסמכים שעל-פיהם הוקם ופועל התאגיד המבקש (תאגיד הפועל ללא כוונת רווח) -
  - א. מחייבים השקעת כל הרווחים בו לשם ביצוע מטרותיו.
  - ב. אינם מתירים חלוקת רווחים בין חבריו או בעלי מניותיו.
  - ג. מחייבים את העברת יתרת נכסיו למטרה הקרובה למטרותיו בעת פירוקו או חיסולו.

2. לתאגיד המבקש היכולת הכלכלית לספק לאורך זמן את כל שירותי הבריאות לפי חוק זה, בין בעצמו ובין באמצעות נותני שירותים, ברמה רפואית ומקצועית נאותה על-פי אמות מידה שקבע שר הבריאות.

3. תוך פרק זמן שקבע שר הבריאות, יהיה מספר המבוטחים בקופת החולים לפחות במספר שקבע השר.

4. התאגיד המבקש אינו בבעלות של נותן שירותים.

יצוין, כי קופות החולים שהיו קיימות ערב תחילת החוק הוכרו מכוחו.

### **תקנון קופת חולים**

סעיף 26(א) לחוק קובע את רשימת הנושאים שיש לכלול בתקנון, כמפורט להלן:

1. זכויות החברים בקופת חולים;
2. דרכים להגשת תלונות וביורון, וסדרים לתיקון ליקויים שנתגלו;
3. הליכים לבוררות או לפישור בתביעות של חבר, ובתנאי שהליכים אלה יתקיימו על-פי בקשתו;
4. מוסדות הקופה;
5. דרכי מינויים, סמכויותיהם ותקופת כהונתם של החברים במוסדות הקופה.

סעיף 26(ב) קובע כי תקנון הקופה טעון אישור השר בעת ההכרה בקופה, וכי שינוי בתקנון או במסמכי ההתאגדות של הקופה טעון אישור של השר כאשר הוא מתייחס לעניינים הבאים:

1. מינוי, פיטורין ותקופת כהונה של החברים במועצת קופת חולים או בדירקטוריון הקופה, של המנהל הכללי ושל נושאי משרה בכירים;
2. סמכויותיהם של החברים במועצת קופת חולים או בדירקטוריון, של המנהל הכללי ושל נושאי משרה בכירים.

כל שינוי אחר בתקנון או במסמכי היסוד של הקופה, שלא נכלל בפסקה כאמור, יובא לידיעת השר. השר רשאי לסרב לתת אישור לשינוי בתקנון, כאמור בסעיף 26 (ב1), אם לדעתו השינוי המוצע עשוי לפגוע בניהולה העצמי והתקין של הקופה לטובת חבריה, או במטרה אחרת ממטרות החוק. הוראה בתקנון קופת חולים הסותרת הוראה לפי החוק או גורעת מזכויות מבוטחיה על-פי החוק, או שינוי בתקנון שלא אושר בידי השר כאמור – בטלים, כאמור בסעיף 26(ד).

על פי סעיף 26(ו1)(2) לחוק, נדרשו הקופות להגיש את התקנונים שלהן לאישור השר עד ליום 1 למרץ 1997. על-פי הסעיף האמור, אם השר יסרב לאשר את התקנונים, עליו להודיע על כך לקופות החולים בתוך 90 יום מיום הגשת התקנון לאישורו.

בהתאם לדרישה הנ"ל, שלוש קופות חולים (מכבי, מאוחדת ולאומית) הגישו את התקנון שלהן לאישור השר. קופת חולים כללית לא הגישה את התקנון,\* בעקבות צו מניעה זמני שהוצא על-ידי בית המשפט המחוזי בתל אביב. שר הבריאות דאז, השר מצא, הודיע לקופות החולים אשר הגישו את התקנונים, כי אין בדעתו לאשר אותם, היות שאינם עולים בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי והיות שלא הגשימו את רוח החוק.

מאחר שהקופות לא תיקנו את התקנונים כנדרש, נוצר מצב שבו המשיכו הקופות בפעילותן ללא תקנונים מאושרים. מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' גבי ברבש, הקים ועדה בין-משרדית (משרד הבריאות והאוצר) בראשות המשנה ליועץ המשפטי לממשלה דאז, עו"ד דידי לחמן מסר, שמטרתה הייתה לגבש טיוטה של הוראות שיופיעו בתקנוני הקופות ויתאיאו לרוח החוק.

הוועדה גיבשה מכלול של הוראות, שלא היו מקובלות על הקופות. לפיכך, המשרדים הרלוונטיים העבירו את הסוגייה להחלטת ממשלה, אשר הורתה לטפל בנושא באמצעות תיקון חוק. בעקבות החלטה זו, הוציא השר מצא שני אישורים זמניים עוקבים, לכל אחת מן הקופות, הקובעים כי תקנוני הקופות, כנוסחם ערב ה-1 למרץ 1997 יהיו בתוקף לפרק זמן נוסף. בכתב האישור הזמני צוין, כי אישורם הזמני של התקנונים כפוף לכך שהחלטות בדבר מינוי נושאי משרה והפסקת כהונתם תהיינה כפופות לאישור השר.

לאור העובדה כי שר הבריאות לא אישר אף אחד מתקנוני הקופות, ולאור האמור בסעיף 25(ו1)(5), הקובע: "...קופת חולים שתקנונה... לא אושר בידי השר, לא תהיה רשאית לפעול על-פיהם בכל הנוגע לעניין מינוי, פיטורין, תקופת כהונה של המועצה, הדירקטוריון, המנהל הכללי או נושאי משרה בכירים... או לעניין הוראה הנוגעת לסמכויותיהם, כל עוד לא אישר השר את התקנון או השינויים בו...", ניתן היה לטעון כי כל קופות החולים פועלות היום במצב של "ריק" תקנוני, ללא סמכויות פעולה בכל תחום שהוא, לרבות הבסיסיות ביותר. על-מנת להימנע מתוצאה זו, התייחס משרד הבריאות לאישורים הזמניים שהוצאו בשעתו על-ידי השר מצא, כאילו הם מוסיפים לחול

\* יש לציין כי לאחרונה הגיש הוועד המפקח של שירותי בריאות כללית תקנון לאישור שר הבריאות.

אף מעבר לתקופת התחולה המקורית שלהם ובאותם תנאים (כלומר, בתנאי שהחלטות בדבר מינוי נושאי משרה והפסקת כהונתם תהיינה כפופות לאישור השר).

### **מועצת קופת חולים**

יצוין כי קופות החולים שהיו קיימות ערב החלתו של החוק הוכרו מכוחו, מבלי שנדרשו לשינוי המבנה הארגוני שלהן כתוצאה מתחולת החוק.

על-פי סעיף 27 בחוק:

1. הגוף המנהל העליון של קופת החולים הוא מועצת קופת החולים, והיא תיקרא בשם זה או בשם אחר שייקבע בתקנון קופת החולים. למועצת קופת החולים יהיו הסמכויות הקבועות בתקנון.

2. במועצת קופת החולים יהיו נציגים של חברי קופות החולים אשר ייבחרו בדרך שתיקבע בתקנון, ובתנאי שלא יהיו עובדי קופת החולים ולא יהיו קשורים בקשר עסקי עמה. מספר נציגי החברים יהיה לפחות עשירית מכלל חברי המועצה ולא פחות משניים.

3. שר הבריאות רשאי למנות משקיף מטעמו למועצת קופת החולים.

### **אחראי לבירור תלונות החברים**

על-פי סעיף 28 בחוק, מועצת קופת החולים תמנה אחראי לבירור תלונות החברים, אשר יצביע על ליקויים שיתגלו וימליץ המלצות לתיקונם. לאחראי יהיו הסמכויות של מבקר פנימי לפי חוק הביקורת הפנימית, התשנ"ב - 1992, ככל שלא נקבעו סמכויותיו בתקנון קופת חולים.

## **2. המשטר התאגידי על-פי חוק ההסדרים המוצע**

במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה לשנת הכספים 2007, הועלתה הצעה לתיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי הנוגעת למבנה התאגידי של קופות החולים, הואיל והסתבר, כי הדין המסדיר את הליך אישור תקנוני קופות החולים (סעיף 26 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי) אינו נותן מענה ראוי לבעיות האופייניות למבנה הקיים של הקופות. בעיות אלה אינן מתמצות בהליכי המינוי, או בחלוקת הסמכויות הפורמלית, אלא יורדות לשורש המבנה של קופות החולים, ובכלל זה לזיקתם של גופים שונים (דוגמת ארגוני עובדים) לקופות החולים או קיום מוסדות פורמליים (בחירות פתוחות) שאינם פעילים, או שמשקפים את העדפותיה של קבוצה מצומצמת יחסית של בעלי עניין, ומנציחים את ההרכב הפרסונלי של המוסדות השונים בקופה, או מאפשרים, בשיטות פשוטות יחסית, השתלטות "עיונת" על מוסדות אלה.

במסגרת דברי ההסבר להצעת החוק, נאמר כי הצורך בהסדרה של המבנה הארגוני של קופות החולים נובע מכך ש"לחלק מהקופות יש מבנים ארגוניים ומשפטיים מסורבלים ואין בהן קביעה ברורה של חלוקת הסמכות והאחריות בין האורגנים השונים. המבנה המשפטי של קופות החולים אינו מתאים להיקף הפעילות שלהן על-פי החוק, ולאופי הציבורי של פעילותן על-פי... מוצע לקבוע הסדרים בסיסיים אחידים לעניין המבנה התאגידי של קופות החולים תוך פירוט תחומי האחריות והסמכויות של מועצת הקופה, הדירקטוריון, המנהל הכללי, ועדת הביקורת, וקביעת כללי כשירות מינימליים וכללי פסלות כהונה של האורגנים הנ"ל, והכל להבטחת ניהול מקצועי וייצוג ציבורי הולם."

לא מיותר להזכיר, כי קופות החולים מתוקצבות היום (באמצעות כספי מסים והעברה תקציבית משלימה) בכ- 27 מיליארד ₪ מדי שנה. ההשקעה הכספית העצומה בקופות, העובדה כי תקציבן מבוסס על תקציבי ציבור, והתפקיד המרכזי שלהן במערכת הבריאות, מחייבים שימת לב מיוחדת לאיתנותן, תקינות פעילותן, ניהולן המקצועי ושמירת כללים בסיסיים של מנהל תקין וטוהר מידות.

באשר ליישום העקרונות הקבועים לעיל, הוצע בחוק ההסדרים כדלקמן:

**1. להקים ועדה ציבורית בראשות שופט בדימוס של בית המשפט העליון או של בית המשפט המחוזי, אשר תבחר 60 אחוזים מחברי מועצת קופת החולים שאינם עובדי הקופה, עובדי תאגיד קשור או נושאי משרה בו, או בקשר עסקי עם הקופה. שאר חברי המועצה (40 אחוזים) ייבחרו על-פי הוראות תקנון הקופה, ובלבד שמדובר בהליך בחירה המבטיח ייצוג ציבורי ראוי.**

### **פירוט ההסדר המוצע:**

הרכב חברי הוועדה הציבורית:

1. שופט בדימוס של בית המשפט העליון או של בית המשפט המחוזי שמינה שר המשפטים בהתייעצות עם נשיא בית המשפט העליון, והוא יהיה יושב ראש הוועדה;
  2. שני אנשי ציבור בעלי רקע כלכלי וציבורי, שימנו שר הבריאות ושר האוצר, בהתייעצות עם היושב ראש.
- הרכב המועצה ואופן בחירת חבריה ייקבע בתקנון הקופה בכפוף להוראות אלה:
1. 40% מחברי המועצה יהיו נציגים שייבחרו באחת מהדרכים הבאות:
    - א. בבחירות אישיות ושוויוניות בידי חברי הקופה.
    - ב. בידי ועידה ארצית שנבחרה בהליך בחירה ציבורי פתוח בידי חברי הקופה.
    - ג. בידי תאגיד הקבוע בתקנון הקופה המקיים הליך בחירה ציבורי פתוח בין חבריו.
    - ד. בידי המועצה היוצאת.
  2. 60% מחברי המועצה ייבחרו בידי הוועדה הציבורית (הוועדה בראשות שופט בדימוס של בית המשפט העליון או של בית המשפט המחוזי).

## **2. לקבוע כי הוועדה הציבורית תעביר לאישורה של מועצת הקופה רשימת מועמדים לשליש מחברי הדירקטוריון.**

### **פירוט ההסדר המוצע:**

מועצת קופת החולים תבחר את חברי הדירקטוריון באופן הבא:

1. שני שלישים מהחברים ייבחרו על-ידי מליאת המועצה, ברוב חבריה, ומחצית מתוכם ייבחרו מתוך רשימה שתוגש למועצה על-ידי חברי המועצה שנבחרו על-פי הוראות תקנון הקופה (הכוונה ל-40% שלא נבחרו על-ידי הוועדה הציבורית).
2. שליש מהחברים יאושרו על-ידי מליאת המועצה, ברוב חבריה, על-פי רשימה שתוגש למועצה על-ידי הוועדה הציבורית, בהצבעה אחת על כלל המנויים ברשימה.

## **3. לקבוע תנאי כשירות לחברי המועצה והדירקטוריון.**

הוועדה הציבורית תבדוק ותאשר את העמידה בתנאי הכשירות הנ"ל.

### **פירוט ההסדר:**

תנאי כשירות לחברי המועצה הנבחרים על-ידי המועצה הציבורית:

1. לא ייבחרו כחברי מועצה מי שהם עובדי קופת חולים או עובדי תאגיד קשור, או נושאי משרה בו, או מי שקשורים בקשר עסקי עם הקופה או עם תאגיד קשור שלה.
2. מתמלאים בהם תנאי הכשירות הנדרשים לכהונה של דירקטור חיצוני בחברה, בהתאם לסעיף 240 לחוק החברות.
3. מתמלאים בהם תנאי הכשירות הקבועים בסעיף 16 לחוק החברות הממשלתיות, התשל"ה-1975.
4. במקרה שלמועמד יש זיקה אישית, עסקית או פוליטית לשר או לסגן שר, לא תמנה אותו הוועדה הציבורית, אלא אם כן יש לו כישורים מיוחדים בתחומי פעולתה של קופת החולים או שקיימים לגביו שיקולים של כשירות מיוחדת אחרת לכהונה. (לא יראו בחברות במפלגה כשלעצמה זיקה אישית או פוליטית).

תנאי כשירות לחברי הדירקטוריון:

יתמנה לדירקטוריון רק מי שמתמלאים בו, לדעת הוועדה הציבורית, התנאים הבאים:

1. תנאי הכשירות הנדרשים לכהונה של דירקטור חיצוני בחברה, בהתאם לסעיף 240 לחוק החברות. אולם, המועצה רשאית למנות חברים שלא מתקיים בהם התנאי בסעיף 240(ב) לחוק האמור, ובתנאי שמספרם לא יעלה על שליש מהחברים המתמנים על-ידה שלא מתוך רשימת הוועדה הציבורית.

2. תנאי הכשירות הקבועים בסעיף 16א לחוק החברות הממשלתיות.
3. מצאה הוועדה הציבורית כי למועמד יש זיקה אישית, עסקית או פוליטית לשר או לסגן שר, לא תאשר הוועדה את מינויו, אלא אם כן מצאה שיש לו כישורים מיוחדים בתחומי פעולתה של קופת החולים או שקיימים לגביו שיקולים של כשירות מיוחדת אחרת לכהונה. (לא יראו בחברות במפלגה כשלעצמה זיקה אישית או פוליטית).

**4. לקבוע את אחריותם של כל נושאי המשרה בקופה, בדומה לחובת האמון והזהירות של נושאי משרה בחברה, כדי לחזק את קביעת האחריות של נושאי המשרה בקופות החולים.**

**5. לקבוע הוראות לעניין בחירתו של מנהל כללי לקופה.**

**פירוט ההסדר:**

הדירקטוריון יבחר מנהל כללי מתוך רשימת מועמדים שתרכיב ועדה לאיתור מועמדים (הוועדה ממונה על-ידי הדירקטוריון, ואלה חבריה: שופט בדימוס המכהן כיו"ר הוועדה הציבורית - הוא יהיה יו"ר ועדת האיתור, יו"ר הדירקטוריון, וחבר נוסף מבין חברי הדירקטוריון).

**ועדת ביקורת**

הדירקטוריון ימנה ועדת ביקורת מבין חבריו. מספר החברים בוועדה זו לא יפחת משלושה. יו"ר הוועדה יהיה חבר דירקטוריון שמונה מתוך רשימת הוועדה הציבורית. יו"ר הדירקטוריון, המנהל הכללי, החשב או כל נושא משרה בקופת חולים, לא יהיו חברים בוועדת הביקורת. תפקידי וועדת הביקורת:

1. ללוות את עבודת המבקר הפנימי, להנחות אותו, לפקח על עבודתו ולדון בממצאי הביקורת שלו.

2. לדון ולהחליט, תוך התייעצות עם המבקר הפנימי, בענייני ביקורת פנים של הקופה.

3. לעמוד על ליקויים בניהול הקופה ולהציע לדירקטוריון דרכים לסילוקם ולמניעת הישנותם.

4. להגיש לדירקטוריון, לפחות אחת לשנה, דין וחשבון על ממצאיה.

5. לאשר -

א. פעולה, התקשרות או עסקה הטעונות אישור ועדת ביקורת לפי סעיף 255 לחוק החברות, או לפי הפרק החמישי לחלק השלישי לחוק האמור, אשר אילו הייתה הקופה חברה ציבורית היו טעונות אישור.

ב. עסקה שהקופה עומדת לערוך עם בעל עניין בה או עם תאגיד קשור לה, שהיא מהותית לקופה, או עסקה שאינה במהלך העסקים הרגיל של הקופה, או שאינה בתנאי שוק.

### 3. המשטר התאגידי על-פי תקנוני הקופות

קופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית פועלות על-פי תקנונים שטרם אושרו על-ידי שר הבריאות, כפי שהוסבר לעיל.

קופת חולים כללית פעלה ערב החוק על-פי הוראת שעה (שנקבעה כחלק מהסכם ההבראה של הקופה). הוראת השעה פגה בסוף 1999. עם זאת, לגישת משרד הבריאות וקופת החולים, היא עדיין תקפה כהסדר מעבר המצלם ומקפיא את המצב הקיים בקופת חולים כללית, כבכל קופות החולים האחרות.

להלן תוצג השוואה (בטבלאות) של המשטר התאגידי בקופות החולים השונות, תוך השוואתן לנדרש על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועל-פי האמור בהצעת חוק ההסדרים.

#### 1. הוועידה הארצית/אסיפה כללית

הערות כלליות:

- א. מוסד זה לא מוזכר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ולא בהצעה לתיקון החוק בחוק ההסדרים לשנת הכספים 2007. כמו כן, הוא אינו קיים בהוראת השעה של קופת חולים כללית.
- ב. הוועידה היא המוסד הנבחר העליון של קופות החולים. בקופות החולים מכבי ומאוחדת, היא המוסמכת למנות את חברי מועצת הקופה (המשמשת כגוף המנהל העליון של קופות החולים). בקופת חולים לאומית, מועצת הקופה משמשת גם כאסיפה הכללית של הקופה.
- ג. לעניין בחירת צירי הוועידה, יודגש כי בקופת חולים מכבי כל צירי הוועידה הם צירים נבחרים, למעט צירים נוספים מכוח כהונה. בקופת חולים מאוחדת, צירי הוועידה מורכבים מצירים ממונים ומצירים נבחרים. בקופת חולים לאומית, כל הצירים נבחרים, כאשר רובם המוחלט נבחרים על-ידי הסתדרות העובדים הלאומית (למעט יו"ר הסתדרות העובדים הלאומית).

#### 2. מועצת קופת חולים

הערות כלליות:

- א. מועצת קופת חולים משמשת כגוף הייצוגי העליון של קופות החולים.
- ב. המועצה ממנה את הדירקטוריון/הנהלה של הקופה.

#### 3. דירקטוריון/הנהלה

הערות כלליות:

- א. בחירת מנכ"ל - בכל הקופות המנהל הכללי ממונה על-ידי הדירקטוריון, למעט בקופת חולים לאומית שבה הדירקטוריון מוסמך לאשר את המלצות יו"ר קופת החולים (שהוא יו"ר הסתדרות העובדים הלאומית) למינוי המנהל הכללי. הדירקטוריון יכול להטיל וטו על המלצת היו"ר, אך לא לבחור במועמד משלו.

- ב. בקופת חולים מכבי, ההנהלה ממנה את המזכירות, המהווה הנהלה מצומצמת שמורכבת מחברי הנהלה בלבד, ומתכנסת לפחות פעמיים בחודש.
- ג. בקופת חולים כללית הדירקטוריון ממנה מנכ"ל העומד בראש הנהלת הקופה המתמנה על-ידו באישור הדירקטוריון.

### השוואת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק ההסדרים המוצע ותקנוני הקופות

**ועידה ארצית/אסיפה כללית** (אינו קיים בהוראת השעה של קופת חולים כללית, ואינו מוזכר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או בהצעה לחוק ההסדרים).

מכבי	
המוסד הנבחר העליון של חברי הקופה.	הגדרה:
אחת לארבע שנים.	מועד כינוס:
אישיות, אזוריות, שוות, חשאיות ויחסיות (כל סניף נחשב לאזור בחירה).	שיטת הבחירות:
לפחות 20 ימים לפני מועד כינוס הוועידה.	מועד הבחירות:
ככלל, בכל אזור בחירה ייבחר ציר אחד על כל 5000 חברים בעלי זכות בחירה השייכים לאזור. צירים נוספים - חברי המועצה היוצאת, חברי בית הדין היוצא וחברי ועדת הביקורת היוצאת.	צירים:
בתנאי שביום הבחירות מלאו 12 חודשים לחברותו בקופה ומלאו לו לפחות 18 שנה.	הזכות לבחור ולהיבחר:
שינויים בתקנון הקופה; בחירת מועצה, בית דין וועדת ביקורת.	תפקידים וסמכויות (חלקי):



לאומית	מאוחדת
מועצת קופ"ח משמשת כאסיפה הכללית.	המוסד העליון של האגודה, משמשת כאסיפה כללית.
לפחות אחת לשנה.	אחת לחמש שנים לפחות.
אסיפת מבוטחים בוחרת את חמשת המבוטחים שיהיו חברים במועצה, וכן ארבעה מבוטחים שיבואו אחריהם בתור, במקרה שיתפנה מקום המבוטחים שנבחרו בין אסיפת מבוטחים אחת לאחרת.	הצירים ייבחרו באסיפת חברים באזור הבחירה שאליו משתייך הסניף שבו הם רשומים, בהצבעה גלויה לפי רשימות המוצעות על-ידי משתתפי האסיפה, ובתנאי שמספר העובדים והרופאים השכירים באזור הבחירה יהיה שליש ממספר הצירים שייבחרו.
אסיפת המבוטחים מתכנסת לפחות אחת לארבע שנים ביוזמת היו"ר.	סמוך למועד קיום הוועידה הארצית ולא יאוחר מ-14 יום לפני מועד קיומה.
49 חברים במועצת קופ"ח: חמישה נציגים של מבוטחי קופ"ח באסיפת המבוטחים; חמישה חברים ייבחרו על-ידי המועצה הארצית של הסתדרות העובדים הלאומית; שלושה נציגי עובדי קופ"ח לאומית ייבחרו על-ידי ועד העובדים; 35 חברים ייבחרו על-ידי מזכירות הוועד הפועל של הסתדרות העובדים הלאומית.	צירים ממונים: אחד על-ידי מסדר בני ציון, שלושה על-ידי ארגון רופאי האגודה, שלושה על-ידי ארגון עובדי האגודה וחברי הוועד המפקח היוצא. צירים נבחרים: מספרם נקבע באופן יחסי למספר החברים באזור הבחירה מתוך כל החברים באזור הארגוני, על-פי מפתח: 40,000 החברים הראשונים - ציר אחד לכל 4000 חברים. 50,000 החברים הנוספים שלאחריהם - ציר אחד לכל 5000 חברים. לאחריהם - ציר אחד לכל 6000 חברים.
מבוטח מעל גיל 21, המבוטח שנה לפחות, זכאי להצביע בכל אסיפת מבוטחים. לאחר שהינו מבוטח שנתיים, הוא כשיר להציג מועמדות להיבחר כחבר בעמותה.	בתנאי שהוא חבר לפחות 12 חודשים באגודה. עובדים שפסקה עבודתם בקופה אינם יכולים להיבחר למוסדות האגודה, למעט עובדים שפרשו לגמלאות.
שינוי תקנון ברוב של 3/4; בחירת דירקטוריון וועדת ביקורת.	בחירת ועדה מתמדת, בחירת חברי הוועד המפקח, ועדת ביקורת; אישור שינויים בתקנון האגודה.

**השוואת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק ההסדרים המוצע ותקנוני הקופות מועצת קופת חולים/הוועד המפקח**

הצעה לתיקון החוק, כפי שהובאה בחוק ההסדרים לשנת הכספים 2007	חוק ביטוח בריאות	
הגוף הייצוגי העליון של קופת החולים, והיא תקרא בשם זה או בשם אחר שייקבע בתקנון קופת החולים.	הגוף המנהל העליון של קופת החולים.	הגדרה:
45		מספר החברים:
מבוטחי הקופה, שאינם עובדי הקופה או תאגיד קשור ואינם קשורים עמה בקשר עסקי. בכפוף לכך ש: 1. 40% ייבחרו באחת מהדרכים הבאות: א. בבחירות אישיות ושוויוניות בידי חברי הקופה. ב. בידי ועידה ארצית שנבחרה בהליך בחירה ציבורי פתוח בידי חברי הקופה. ג. בידי תאגיד הקבוע בתקנון הקופה המקיים הליך בחירה ציבורי פתוח בין חבריו. ד. בידי המועצה היוצאת. 2. 60% ייבחרו בידי הוועדה הציבורית.	חברי הקופה אשר: 1. לא יהיו עובדי הקופה ולא קשורים בקשר עסקי עמה. 2. מספר נציגי החברים יהיה לפחות עשירית מכלל המועצה ולפחות שניים. שר הבריאות רשאי למנות משקיף.	הרכב החברים:
עד 5 שנים. אפשרות לקדנציה נוספת.		משך כהונה:
להתוות את מדיניות הקופה; לאשר שינוי בתקנון; למנות ולפטר חברים; לפקח על פעולות הדירקטוריון; למנות אחראי לבירור תלונות החברים ורו"ח; לאשר פעולות ועסקות הטעונות אישור אסיפה כללית לפי סעיף 57(5) לחוק החברות.	כפי שקבוע בתקנון קופת החולים; מינוי אחראי לבירור תלונות החברים.	תפקידים וסמכויות (חלקי):

\* החל ביום תחילתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, או עד שלושה חודשים לאחר מכן, תכהן מועצת קופת חולים ממונה (להלן: "המועצה").

\*\* המועצה תאשר מינויים של חברי הדירקטוריון ותכין תקנון חדש לקופת חולים המותאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שיאושר בוועידה הבאה של הקופה.

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית
תשמש כאסיפה הכללית של העמותה והיא הגוף המנהל העליון.		הגוף המנהל העליון של קופת החולים.	
49	65	בין 51 ל-181	51
ראה רשימת הצירים באסיפה הכללית.	חברי קופה שאינם עובדי הקופה ולא קשורים עמה בקשר עסקי. חבר אחד ממונה על-ידי מסדר בני ציון, שניים - על-ידי ארגון רופאי הקופה, שניים נוספים על-ידי ארגון עובדי הקופה, והיתר על-ידי הוועידה הארצית מתוך ציריה, בתנאי שעובדי האגודה בה אינם יותר משליש מחברי הוועד המפקח, ושלפחות שליש חדשים.	חברי הקופה שאינם עובדי הקופה ואינם קשורים בקשר עסקי עמה. מספר נציגי החברים יהיה לפחות עשירית מכלל חברי המועצה ולא פחות משניים. המועצה רשאית לצרף חברים נוספים, בתנאי שמספרם לא יעלה על 10% מחברי המועצה שנבחרו על-ידי הוועידה.	34 נציגי ציבור שימונו על-ידי ועדה בלתי-תלויה. 17 נציגי הסתדרות העובדים הכללית החדשה.
באסיפת מבוטחים - שלוש שנים.	נבחרים על-ידי הוועידה הארצית.	נבחרים אחת לארבע שנים על-ידי הוועידה.	לא רלוונטי ***
כאמור לעיל, ביחס לסמכויות האסיפה.	קביעת מדיניות; אישור שינויים בתקנון ותקציב; בחירת הנהלה, אחראי לבירור תלונות, וועדות ערר וביקורת; מינוי רו"ח.	קביעת התקציב; קביעת מדיניות הקופה; אישור שינויים בתקנון; בחירת הנהלה; בחירת אחראי לבירור תלונות.	קביעת מדיניות; פיקוח על הקופה ומוסדותיה; אישור תקציב; בחירת מבקר לקופה ומועצת מנהלים.**

\*\*\* בנוסח המקורי: "שנתיים מיום המינוי עד לכינוס הוועידה ה-14 של קופת חולים, ולא יאוחר מיום 31/12/96. עם סיום כהונת המועצה הנ"ל, תכהן מועצה שחבריה ייבחרו בדרך שתיקבע בתקנון קופת חולים בבחירות שתתקיימנה במנותק מן הבחירות להסתדרות" בפועל, הוראת השעה הוקפאה עד לאישור תקנון.  
הערה: תנאי כשירות נקבעו רק בהצעה לתיקון החוק - חוק ההסדרים (פירוט בנספח 2)

## השוואת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק ההסדרים המוצע ותקנוני הקופות דירקטוריון/הנהלה

הצעה לתיקון החוק, כפי שהובאה בחוק ההסדרים לשנת הכספים 2007	
הגוף הניהולי העליון של הקופה.	הגדרה:
15, מבוטחי אותה קופה או מי שהגישו בקשה להירשם בה.	מספר החברים:
<p>ההנהלה תיבחר על-ידי מועצת קופת חולים:</p> <p>1. שני שלישים - על-ידי מליאת המועצה, ומחצית מתוכם ייבחרו מתוך רשימה שתוגש למועצה על-ידי חברי המועצה שנבחרו על-פי הוראות תקנון הקופה (הכוונה ל-40% שלא נבחרו על-ידי הוועדה הציבורית).</p> <p>2. שליש - על-ידי מליאת המועצה, על-פי רשימה של הוועדה הציבורית, בהצבעה אחת על כלל המנויים ברשימה.</p>	הרכב החברים:
עד 5 שנים. אפשרות לקדנציה נוספת.	משך כהונה:
<p>אחראי לניהול הקופה בהתאם להוראות החוק:</p> <p>יישום מדיניות מועצת קופת חולים; מינוי מנכ"ל, חשב ויועץ משפטי; פיקוח על המנכ"ל; אישור תקציב שנתי; מינוי מבקר פנים.</p> <p>בעל סמכות להחליט בכל עניין אשר אינו בתחום סמכותה של מועצת קופת חולים או של ועדת הביקורת. אצילת סמכויות לפי סעיף זה, תהיה לעניינים שקבע הדירקטוריון בהחלטה שנתקבלה ברוב של 2/3 מחבריו.</p>	תפקידים וסמכויות (חלקי):

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית
11	**13	20 לפחות*	13-8 ימונו על-ידי ועדה בלת-תלויה, ארבעה על-ידי ההסתדרות והמנכ"ל.
עשרה ייבחרו באסיפה הכללית (שליש מתוכם מרשימה שתגיש הוועדה הציבורית) וכן יו"ר העמותה - יו"ר הדירקטוריון.**			
כל עוד לא יוחלפו על-ידי אסיפה כללית אחרת.	כל עוד לא יוחלפו על-ידי הוועד המפקח.		4 שנים
הקמת סניפים; אישור המלצות יו"ר העמותה למינוי מנכ"ל. בעל סמכות שיורית.	ביצוע סעיפי התקציב; ביצוע החלטות הוועידה הארצית, הוועד המפקח ומוסד הבוררות; הטלת תשלומים ושינוי; מינוי מנכ"ל ורו"ח; ייסוד סניפים וסגירתם; ניהול ענייני האגודה לרבות נכסיה. בעל סמכות שיורית.	מינוי מנכ"ל; ניהול ענייני הקופה; ביצוע החלטות הוועידה, המועצה ובית הדין; כינוס המועצה; החלטה על רכישת נכסים; אישור היטלים, ושינוי גובהם. בעל סמכות שיורית.	אישור תקציב ומאזן; קבלת הלוואות והבטחת פירעונן; אישור עסקאות מקרקעין; אישור ייסוד תאגיד בשליטת הקופה או הצטרפות לתאגיד קיים, או העברה חלקית או מלאה של בעלות בתאגיד קיים; אישור הסכמים עם ארגוני עובדים; אישור המבנה הארגוני של ההנהלה ויחידותיה.

\* מבין חברי המועצה, כש-20% מבין חברי ההנהלה הנבחרים לא כיהנו בהנהלה היוצאת.

\*\* כולל המנכ"ל, שני נציגי ארגון הרופאים ושני נציגי ארגון העובדים. היתר נבחרים על-ידי הוועד המפקח מבין חבריו, בתנאי שסך כל הרופאים והעובדים לא יהוו יותר משליש ממספר כל חברי ההנהלה, ושלפחות שלישי לא כיהנו בהנהלה היוצאת.

\*\*\* החברים לא יהיו עובדי העמותה ולא בקשר עסקי עמה.

הערה: תנאי כשירות נקבעו רק בהצעה לתיקון החוק - חוק ההסדרים (פירוט בנספח 2)

### 3. ניירות עמדה של בעלי עניין

במסגרת עבודת הצוות, פנינו לגורמים בעלי עניין בבקשה לקבל ניירות עמדה בנוגע למשטר התאגידי של קופות החולים. פניות הוגשו למשרד האוצר, משרד הבריאות, הסתדרות הרופאים, צרכני בריאות ישראל והאגודה לזכויות החולה בישראל. משרד האוצר והסתדרות הרופאים לא הגיבו לבקשה. תגובת משרד הבריאות הייתה שהמשרד מחויב להחלטות הממשלה, ובכלל זה גם לחוק ההסדרים. על האגודה לזכויות החולה בישראל מקובלת הצעת חוק ההסדרים, למעט מספר הערות. צרכני בריאות ישראל מתנגדים לחוק ההסדרים, בעיקר עקב החשש מפוליטיזציה של הקופות ומערכת הבריאות. לדעתם, למשרד הבריאות יש כיום, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כל הכלים הדרושים לפיקוח על הקופות, ולפיכך אין צורך בשינוי המוצע בחוק ההסדרים.

### 4. מערכות בריאות במבחר מדינות בעולם

במסגרת עבודת הצוות סקרנו את המשטר התאגידי במערכות בריאות במספר מדינות בעולם ובכללן: גרמניה, דנמרק, תאילנד ומבנה קופת החולים Kaiser Permanente (HMO) בארה"ב. מפאת ההבדלים המהותיים במבנה מערכות הבריאות, מבנה המערכות הפוליטיות-מדיניות ומבנה מערכות המשפט במדינות השונות, לא היה ניתן לגזור מהנעשה במערכות אלה מסקנות לגבי המצב הקיים בארץ.

### ב. עיקרי הדיון

#### 1. התייחסות למצב הקיים כיום בקופות החולים

#### מעורבות ציבור המבוטחים בבחירת מוסדות הקופה

בפתח הדיון עלתה השאלה עד כמה מעורבים מבוטחי קופות החולים בהליך בחירת מוסדות הקופה. ממידע שנמסר על-ידי המשתתפים, עלה כי אחוז המבוטחים המצביעים בבחירות לצירי האסיפה הכללית/ועידה ארצית, הינו נמוך מאד ביחס למספר המבוטחים הכולל בכל קופה. אחוז ההשתתפות הנמוך בבחירות הינו צפוי. כמו בכל חברה בורסאית, היכולת של החבר (מבוטח או בעל מניות) להשפיע הינה קטנה ביותר, ולכן אך רציונלי מבחינתו שלא להשתתף בבחירות. חבר שאינו מרוצה מהקופה (או מהחברה שבה הוא משקיע), אם ירצה לעשות משהו בנדון, יעדיף לעבור לקופה אחרת מאשר להשתתף בהצבעה. במהלך הדיון הועלתה השאלה האם יש לנקוט בפעולות להרחבה משמעותית של מעורבות

המבוטחים בבחירות. מצד אחד, נטען כי יש חשיבות לעידוד הציבור להשתתף בבחירות, שכן הדבר מחזק את ההליך הדמוקרטי. מצד שני, הועלה החשש כי מכיוון שהאדישות של חברי הקופה היא רציונלית, לא תהיה עלייה משמעותית באחוזי ההשתתפות בבחירות גם בעקבות עידוד הציבור להשתתף בהן, וכי קיום מערכת בחירות במתכונת רחבה (בדומה למערכת הבחירות לכנסת) תביא לעלויות כספיות גבוהות, אשר מוטב להפנותן לשיפור בריאות הציבור. תהא הסיבה אשר תהא, העובדה שמיעוט מחברי הקופה מצביעים מותרה את הכוח בידי קבוצות אינטרסים, כמו עובדי הקופה והנהלתה, אשר בהצבעתם מנסים להשפיע על בחירת מנהלי הקופה ובעקיפין על תנאי עבודתם. בנוסף, הועלה חשש כי המצב הקיים כיום, שבו יש מיעוט מזערי של מצביעים, עלול לאפשר מעורבות והשפעה של בעלי אינטרסים שונים על הרכב מוסדות הקופה, ובכך לפגוע באינטרס המבוטחים להשאת בריאותם.

### **מיהם בעלי הקופות**

במסגרת הדיון הנ"ל, הועלתה השאלה מיהם בעלי הקופות, מתוך הנחה ששאלה זו משליכה על זהותם של הזכאים לבחור במוסדות הקופה. הובאו מספר אפשרויות כפי שיפורט להלן:

1. מבוטחים
  2. הציבור הרחב
  3. הממשלה
  4. מוסדות פנימיים של הקופה
- נדונו ההשלכות של האפשרויות השונות על דרכי הבחירה ועל הזכאים לבחור. בסופו של הדיון לא התקבלה הסכמה על זהותם של בעלי קופות החולים, אולם הוסכם כי שאלת הבעלות איננה רלוונטית ביחס לזכותם של המבוטחים להשתתף בהליך הבחירות.

## **2. התייחסות להצעת חוק ההסדרים**

### **מעורבות המדינה בניהול קופות החולים**

השאלה הבסיסית שעלתה בדיון היא האם המדינה צריכה להיות מעורבת במערכת הניהולית של הקופה. עלתה הטענה כי גם אם נניח שלמדינה תפקיד מכריע בפיקוח על האופן שבו מתנהלות הקופות, אין נובע מכך בהכרח שהדרך האופטימלית לפיקוח כזה היא באמצעות מעורבות של נציגי המדינה במערכת הניהול של הקופות. כפי שבנק ישראל מפקח על הבנקים מבלי שנציגיו יושבים בדירקטוריון של הבנקים, רשות ניירות הערך מפקחת על חברות ציבוריות מבלי שנציגיה יושבים בדירקטוריון של החברות הללו, והמפקח על הביטוח אינו יושב בדירקטוריון של חברות הביטוח, כך יכול גם משרד הבריאות לפקח על קופות החולים, מבלי שנציגיו יישבו בדירקטוריונים שלהן.

הועלה חשש כי שותפות של המדינה בניהול הפנימי של הקופות עלולה לפגוע ביכולתה לפקח עליהן, שכן אם המדינה שותפה בניהול, אזי היא גם אחראית על הכשלים התפקודיים של הקופה, ולכן יכולת הביקורת שלה נפגעת. בנוסף, הועלתה הטענה כי מעורבות הממשלה בבחירת מוסדות הקופה מהווה פגיעה בערכי הדמוקרטיה. בניגוד לעמדה זו, נטען כי הואיל והקופה הינה גוף המתקצב מכספי ציבור, קיימת חשיבות למעורבות ממשלתית בניהול מוסדות הקופה. טענה נוספת שהועלתה היא שהדרך הראויה ליצירת מעורבות חזקה יותר של הרשות המבצעת בפקוח על הקופות איננה בהגדלת ההתערבות בניהול הקופות אלא בחיזוק הרגולציה על הקופות, וביצירת גוף עצמאי הדומה לרשות ניירות ערך ורשות ההגבלים העסקיים. הממונים על רשויות אלו אמנם ממונים על-ידי גורמים פוליטיים, אך הם עצמאיים יחסית ומינויים אינו מופסק עקב חילופים בהרכב הקואליציוני של הממשלה. אי לכך, הדבר עשוי לאפשר לרשות כזו תכנון ארוך טווח ופקוח יעיל יותר על הקופות.

### פוליטיזציה של קופות החולים

- א. הסתדרות העובדים - אחת מן המטרות הסמויות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה לנתק את הקשר בין החברות בהסתדרות העובדים ובין החברות בקופת חולים, ובכך לבטל את הפוליטיזציה של מערכת הבריאות. במסגרת דיוני הצוות, הועלה חשש כי הדרך המוצעת למינוי מועצת קופת חולים בחוק ההסדרים עלולה להביא לידי פוליטיזציה מחודשת של המערכת. כאמור, אחת מהדרכים לבחירת 40% מחברי המועצה היא באמצעות "...תאגיד הקבוע בתכנון הקופה המקיים הליך בחירה ציבורי פתוח בין חבריו", קרי ההסתדרות הכללית החדשה.
- ב. שרי הממשלה - בהצעת חוק ההסדרים, 60% מחברי המועצה ייבחרו על-ידי ועדה ציבורית, שחבריה ממונים על-ידי שרי הממשלה (משפטים, בריאות ואוצר).

### 3. מוסדות הקופה

במהלך הדיונים נעשה ניסיון להציע מודל תיאורטי-אידיאלי למשטר התאגידי של הקופות, במנותק מאילוצי המבנה הנוכחי של הקופות, המצב החוקי הקיים והצעת חוק ההסדרים.

#### מועצה או ועד מפקח

התפקיד המרכזי של המועצה או הוועד המפקח בקופות החולים הינו לבחור את הדירקטוריון ולפקח על תפקודו. אחת השאלות שהתעוררו במהלך הדיון נגעה לצורך בגוף זה. היו שטענו כי מכיוון שחברי הקופה אינם נוהגים להשתתף בבחירות, יש צורך חיוני בגוף מתווך,



אשר יבחר את הדירקטוריון ויפקח עליו. התומכים בגישה זו נחלקו בנוגע לאופן שבו צריכים חברי המועצה (או הוועד המפקח) להיבחר: על-ידי ועדה עצמאית בראשות שופט, על-ידי ועדה עם השפעה פוליטית מסוימת, על-ידי חברי הקופה, או בשילוב בין השיטות הללו. אחרים סברו שעניין זה ניתן ללמוד מהחברה הבורסאית. בחברה הבורסאית אין בעלי המניות נוהגים להשתתף באסיפה הכללית, ובכל זאת לא קיים גוף מתווך. לטענתם, כל בעיה שקיימת בבחירה ישירה של דירקטוריון החברה (כמו האדישות של הבוחרים או הפוליטיות של הוועדה הבוחרת), תתקיים גם בבחירת הגוף המתווך, ועל כן הגוף המתווך אינו פותר בעיות אלו. בין אם אנו חושבים שהגוף הבוחר האופטימלי צריך להיות חברי הקופה, ובין אם אנו סבורים שזו צריכה להיות ועדה מקצועית, עדיף שהגוף הבוחר יבחר ישירות את חברי הדירקטוריון ולא יאלץ לבחור בגוף מתווך, אשר רק ייצור מנגנון בחירות ופיקוח מסורבל יותר.

## הדירקטוריון

בעניין הדירקטוריון נשאלו שלוש שאלות עיקריות:

א. מי הגורם הבוחר/ממנה את חברי הדירקטוריון?

בעניין זה הוצגו שלוש עמדות עיקריות:

1. הדירקטוריון ייבחר על-ידי חברי המועצה או הוועד המפקח. לגבי הצורך במועצה כזו, ודרך הבחירה של חבריה, ראו לעיל.
2. הדירקטוריון ייבחר ישירות על-ידי חברי הקופה.
3. הדירקטוריון ייבחר על-ידי ועדה מקצועית. רוב אלו שתמכו בגישה זו עמדו על כך שהוועדה צריכה להיות א-פוליטית, ושחבריה יהיו אנשי מקצוע שייבחרו על-ידי נשיא בית המשפט העליון.

ב. מי ראוי להיות חבר דירקטוריון?

במהלך הדיונים נטען כי חבר דירקטוריון חייב להיות בעל כישורים רלוונטיים שיאפשרו לו לפקח על הנהלת הקופה ולבקרה. לפיכך, בדירקטוריון יישבו מומחים בתחומים הבאים: רפואה, מנהל רפואי/בריאות הציבור, כלכלת בריאות, פיננסים ומנהל ציבורי. עם זאת, הובע הצורך במתן כוח השפעה לציבור. כוח זה בא לידי ביטוי בבחירת נציגי ציבור כחברי דירקטוריון. באשר לכשירות נציגי הציבור הובעו דעות מנוגדות: האחת גרסה שיש צורך בנציגים שיעמדו בדרישות הכשירות שנקבעו לחברי הדירקטוריון האחרים; האחרת גרסה שאין לדרוש מנציגי הציבור עמידה בכשירויות.

ג. גודל הדירקטוריון הרצוי

לאור הספרות המקצועית התומכת בדירקטוריון קטן, הוסכם כי גודל הדירקטוריון היעיל ינוע בין שבעה לשלושה עשר חברים.

## ג. סיכום והחלטות

1. לא הושג קונסנזוס לגבי זהות בעלי הקופות, אך לדעת הכל אין חשיבות למציאת מענה לשאלת הבעלות לצורך קביעת הדרכים לבחירת מוסדות הקופה.

2. מעורבות המדינה בניהול קופות החולים:

**דעת הרוב:** חובה שתהיה הפרדה בין גורם מפקח לגורם מבצע. אחריות המדינה הינה לקבוע כללים ולהתוות את הדרך למבנה הקופות ופעילותן, אך לא להיות מעורבת בביצוע (כלומר, לא להיות שותפה במוסדות הקופה או להשפיע על בחירתם).

הובעה דעה לפיה הפיקוח צריך להיות מבוצע על-ידי רשות בריאות, אשר העומד בראשה ימונה על-ידי שר הבריאות, אך תהא לה עצמאות דומה לזו של רשות ניירות ערך או רשות הגבלים עסקיים. הממשלה (ובעיקר שרי האוצר והבריאות) עדיין יהיו אחראיים על נושא התקצוב ומדיניות הבריאות של המדינה, אך חלוקת התקציב בין הקופות, והפיקוח עליהן, יבוצעו על-ידי הרשות.

**דעת מיעוט:** היות שתקציב הקופות נגזר מכספי מסים, קיימת חשיבות למעורבות הממשלה בניהול הקופה.

3. מבנה המועצה/ועד מפקח:

אין קונסנזוס לגבי הצורך בקיומו.

אין קונסנזוס לגבי דרך בחירתו/מינויו:

- בחירה על-ידי המבוטחים
- בחירה על-ידי העובדים
- מינוי על-ידי הרגולטור
- מינוי על-ידי ועדה ציבורית בראשות שופט
- שילוב מספר שיטות

קיימת תמימות דעים המתנגדת למעורבות פוליטית במינוי המועצה (בניגוד מוחלט להצעת חוק ההסדרים, על-פיה חברי המועצה והדירקטוריון נבחרים בחלקם על-ידי הוועדה הציבורית הממונה על-ידי שרי הבריאות, האוצר והמשפטים).

4. הדירקטוריון:

מספר החברים - שבעה עד שלושה עשר.

כישורים - בדירקטוריון יישבו מומחים בתחומים הבאים:

- רפואה
- מנהל רפואי/בריאות הציבור
- כלכלת בריאות
- פיננסים
- מנהל ציבורי

כמו כן יכהנו בדירקטוריון נציגי ציבור. אין קונסנזוס בדבר דרישות כשירותם של נציגי הציבור. לא הושג קונסנזוס בדבר דרך הבחירה של חברי הדירקטוריון. שיטות מוצעות:

- בחירה ישירה על-ידי המבוטחים
- בחירה על-ידי המועצה
- מינוי על-ידי ועדה ציבורית תלויה או בלתי-תלויה ברגולטור
- שילוב שיטות

5. קיים קונסנזוס שהנהלת הקופה תיבחר על-ידי חברי הדירקטוריון, ובכלל זה המנכ"ל.

### 3.3 מנגנוני רגולציה וחובות דיווח

#### א. רקע

#### 1. רגולציה חיצונית כולל חובות דיווח

#### משד הבריאות

נכון להיום קיים פיקוח כלכלי ומשפטי הדוק על פעולות המבוצעות על-ידי קופות החולים. הפיקוח הרפואי התחיל להתפתח רק בשנים האחרונות, ונמצא בצעדיו הראשונים.

#### האגף לרפואה כללית - פיקוח על איכות השירות

האגף לרפואה כללית אמור לבצע בקרות יזומות בקופות החולים השונות בכל המחוזות, לצורך בחינת איכות השירותים הרפואיים, היקפם והתאמתם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בנוסף, מחויבות קופות החולים להעביר דיווחים על נתונים שונים, כגון פטירות חריגות ואירועים חריגים. אין ספק שפרט למקרי קיצון אלה, על הרגולטור לבקר גם את איכות הפעילות השוטפת, כגון שיטות טיפול ואבחון (תרופות וטכנולוגיות), תוצאים בריאותיים (דוגמת נתוני פעילות מונעת תחלואה ותמותה) ועוד.

במצב אידיאלי במסגרת עבודת הבקרה, וכפי שנערך במספר מדינות (ובישראל באופן וולונטרי),

רצוי היה שהבקרה תסתמך על פרמטרים מדידים - "מדדי בריאות". מדדים אלה מאפשרים מעקב אחר ביצועי הקופות, תוך השוואות לנעשה בעולם המפותח ובינן לבין עצמן. מדידה והשוואה מעודדים תחרותיות בין הגופים השונים וכתוצאה מכך מביאה לשיפור הביצועים. לשיטת המדידה כיום יש גם חסרונות, כפי שהוברר במחקרים בעולם. ביניהם ניתן למנות:

1. **Adverse Selection**, הן מצד הרופאים והן מצד הקופות. השיטה מעודדת בחירת אוכלוסיה שתביא לשיפור בערכי המדדים, קרי, בחירת הצעירים המשכילים והבריאים. ניתן לפתור בעיה זו בעזרת התחשבות בתמהיל החולים בעת חישוב המדדים. הפיתרון אמנם אפשרי, אך קשה לביצוע.

2. לא כל גורם החשוב לאיכות הרפואה ניתן למדידה, וקיים חשש שהמדידה תגרום לספקי שירותי הבריאות, ובתוכם הרופאים, להתרכז במדדי הבריאות הנמדדים, דבר שעלול להביא להזנחת האלמנטים אשר אינם ניתנים למדידה וכימות, שבמקרים רבים עלולים להיות חשובים יותר לבריאות האוכלוסיה.

*האגף לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים - פיקוח כלכלי ומשפטי*  
במסגרת האגף מתבצע פיקוח על קופות החולים ושירותי הבריאות הנוספים הניתנים על-ידן. הפיקוח מתמקד בהיבטים הכלכליים והמשפטיים, הסכמי הבראה, איתנות פיננסית, אישור תקציבי פיתוח, פרסום ושיווק, תכניות הגבייה מהציבור, החזקות של קופות החולים ועוד, תוך שימת דגש על זכויות המטופלים.

*נציב קבילות הציבור לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי - פיקוח על יישום החוק*  
על-פי הקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כל תושב רשאי להגיש תלונה לנציב הקבילות כנגד קופות החולים, בכל הקשור למילוי תפקידיהן על-פי החוק. מנכ"ל משרד הבריאות מוסמך לאכוף את החלטות הנציב על קופות חולים שלא פעלו על-פיהן, וזאת על-פי בקשת מבוטח שקבילתו נמצאה מוצדקת. במקרה שהמבוטח רכש את שירותי הבריאות לאחר קבלת החלטת הנציב, יורה המנכ"ל למוסד לביטוח לאומי לבצע החזר למבוטח בעד הרכישה, מתוך מקורות המימון המגיעים לקופה.

*נציב פניות הציבור*

גוף זה בודק טענות בקשר לרשלנות רפואית והתייחסות הצוותים הרפואיים למטופלים.

## **משרד האוצר**

למשרד האוצר אין סמכויות ישירות בהפעלת קופות החולים. עם זאת, מתוקף תפקידו כאחראי על תקציבי הבריאות, לכל החלטה המתקבלת על-ידו קיימת השפעה ישירה ועמוקה על כל הנוגע למדיניות משרד הבריאות וקופות החולים.

## **חובות דיווח**

סעיף 35 לחוק מפרט את חובות הדיווח של הקופות, ועל בסיסו הותקנו תקנות דיווח מפורטות ביותר. בתחום הפיננסי נקבע תקן מיוחד, והקופות מעבירות למעלה מ-40 דוחות שונים לאגף לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים (תקנות ביטוח בריאות ממלכתי, פיקוח ובקרה פיננסיים על קופות החולים, התשס"ו - 2006).

בדיוני הצוות היה קונסנזוס בנוגע לכך שמכשיר חיוני לפיקוח על הקופות הינו הכפפתן לחובות דיווח מקיפות - לא רק למשרד הבריאות, אלא לציבור כולו. חובות הדיווח צריכות להיות דומות לאלו של חברות ציבוריות-בורסאיות, אך בנוסף הדיווח צריך להתייחס לנושאים הבאים:

1. פילוח של אוכלוסיית המבוטחים בקופה (גיל, מין, גודל משפחות, מצב בריאותי, מיקום גיאוגרפי, הכנסה וכיו"ב), הן בביטוח הרגיל והן בביטוחים המשלימים.
  2. דיווח על עמידת הקופה ביעדים שונים של איכות הטיפול הרפואי (כגון מדדי איכות כאמור לעיל), תחלואה ותמותה, ואיכות השירות (זמני המתנה לבדיקות, ניתוחים ועוד).
  3. חשוב מאד שהדיווח הנ"ל יהיה מבוקר - רואה חשבון (בלתי-תלוי בקופה) צריך לבקר את הדוחות הכספיים, ומומחים (בלתי-תלויים) לאיכות רפואה ולניהול רפואי צריכים לבקר את דוח האיכות.
- הרגולציה צריכה למדוד את הצלחת הקופה להגיע למטרות שנקבעו לה. יש לפרט במדויק למי מדווחת הקופה ועל מה.

## **2. רגולציה פנימית - מנגנוני בקרה פנימיים**

במסגרת הדיונים על המשטר התאגידי בקופות החולים, נבדקו מנגנוני הבקרה הפנימיים בקופות (כגון ועדת ביקורת), תוך התייחסות להרכב המנגנונים, לכשירותם של החברים בהם וליכולתם לבצע את עבודת הפיקוח באופן יעיל ומקצועי. יש לדרוש מחברי ועדת הבקרה הפנימית סף כישורים הנדרש מחברי הדירקטוריון כאמור לעיל.

## ב. עיקרי הדיון:

*איזה גורם (גורמים) צריך לשמש כרגולטור?*

**דעת הרוב:** נטען כי הרגולציה צריכה להתבצע על-ידי גוף יחיד, שכן ריבוי גופי רגולציה יביאו לשיתוק המערכת. גוף זה ישאב את כוחו וסמכותו ממשרד הבריאות (שר הבריאות ייקח חלק בהליך המינוי).

**דעת המיעוט:** יש צורך בנציגויות ממערכות שונות נוספות, כגון משרד האוצר. בעניין זה הוסכם כי מתפקידו של האוצר להתערב בתקציב הכולל של מערכת הבריאות, אולם הובעה התנגדות למעורבות האוצר באופן שבו התקציב מתחלק בתוך המערכת.

*האם צריכה לקום רשות בריאות עצמאית?*

בנושא זה הובעו שתי עמדות:

**עמדה ראשונה:** גוף זה צריך להיות חלק ממשרד הבריאות. מהות משרד הבריאות הינה קביעת מדיניות, ואחת הדרכים לפיקוח על ביצוע המדיניות היא רגולציה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מעניק כלים למשרד הבריאות לבצע רגולציה זו כנדרש.

עם זאת, הועלה חשש מביצוע הרגולציה על-ידי משרד הבריאות, בשל ניגוד העניינים הקיים בין תפקיד משרד הבריאות כבעלים של בתי החולים הממשלתיים, לבין תפקידו כרגולטור על הקופות. כאמור, עלול להיווצר מצב שבו המדינה מחייבת את הקופות לקבל החלטות הפועלות לטובת בתי החולים שבבעלותה, ונגד אינטרס הקופות. על-מנת למנוע את ניגוד העניינים האמור, הוסכם על דעת המשתתפים כי יש צורך להוציא ממשרד הבריאות את תפקידו כספק שירותים, ובכלל זה להעביר את הבעלות על בתי החולים לגורם אחר.

הוסכם כי משרד הבריאות אינו עושה די באכיפת הסמכויות שהוקנו לו מכוח החוק.

**עמדה שניה:** גוף זה צריך להיות רשות עצמאית וחיצונית למשרד הבריאות, בדומה לרשות להגבלים עסקיים ולרשות לניירות ערך, שהינן רשויות א-פוליטיות.

*מהות הרגולציה*

נטען כי על משרד הבריאות לפקח על קופות החולים באמצעות התקנת תקנות והסדרה של "כללי המשחק", זאת בניגוד לפיקוח באמצעות מתן אישורים פרטניים, כאשר הקריטריונים לקבלת האישורים אינם ברורים. הוסכם על המשתתפים כי על הרגולטור לקבוע כללים המאפשרים גמישות מסוימת לקופות. מרבית המשתתפים הסכימו שהרגולציה הקיימת כיום, בעיקר בתחום איכות השירות, אינה מספיקה.

*למי מדווחת הקופה - לרגולטור או לציבור המבוטחים?*

*דעת הרוב:* הדיווח צריך להיות הן לרגולטור והן לציבור, כאשר טכניקת הדיווח לציבור צריכה להיות זהה בכל הקופות ובשפה מובנת לציבור. בעניין זה, נטען כי קיים חשש שהקופה לא תמסור מידע אמין ומדויק כאשר ידוע לה שהמידע יהיה חשוף לציבור. כמו כן, הוסכם כי חלה חובה על הרגולטור לדווח לציבור על ביצועי הקופות. *דעת מיעוט:* הדיווח צריך להיות לרגולטור בלבד, בהיותו הגורם המקצועי.

#### *מהות הדיווח*

הוסכם כי הדיווח צריך להתמקד הן בהיבטים פיננסיים והן בהיבטים הקשורים לאיכות השירות הניתן למבוטחים. עם זאת, צוין כי נכון להיום אין קביעה ברורה לגבי מהות הדיווח, ובמיוחד בכל הנוגע לאיכות השירות, לרבות מדידת נגישות ושוויוניות.

#### **ג. סיכום**

*דעת הרוב:* הרגולציה צריכה להתבצע על-ידי גוף יחיד השואב את כוחו וסמכותו ממשרד הבריאות.

הוסכם שעל הקופה לדווח הן לרגולטור והן לציבור. בנוסף, חלה על הרגולטור החובה לפרסם לציבור, בשפה מובנת, את דיווחי הקופות.

1. כל הקופות ידווחו באותו פורמט.
2. הדיווח יכלול את הנתונים הבאים:

- איכות בריאות
- איכות שירות
- ניצול המשאבים - דיווח פיננסי
- תמהיל אוכלוסיית המבוטחים, פיזור הגיאוגרפי וגודלה

#### **4. סיכום**

במהלך הדיונים החל הצוות בבחינת המשטר התאגידי הרצוי בקופות החולים. למרות השגת הסכמות בנקודות מסוימות, לא הגיע הצוות להסכמה ביחס למבנה כולל ההולם את מטרות הקופות ותפקידן הציבורי. עם זאת, הצוות מקווה כי פירות עבודתו יהוו בסיס לדיונים עתידיים בנושא חשוב זה.

## 5. מקורות

1. קופת חולים כללית - נספח לתקנון קופת חולים, תשנ"ב-1992 (הוראת שעה).
2. תקנון קופת חולים מכבי.
3. תקנון קופת חולים מאוחדת.
4. תקנון קופת חולים לאומית.
5. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
6. הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007) התשס"ז-2006.
7. European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>
8. <http://en.wikipedia.org/wiki/Kaiser-Permanente>



## 2 שירותי בריאות נוספים (הביטוחים המשלימים)

### מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי חרט על דגלו את עיקרון השוויון, אך פתח פתח להפעלת שירותי בריאות נוספים (שב"ן) על-ידי הקופות. בשנים שחלפו מאז חקיקת החוק, הוסדר אופן התשלום לקופות על-ידי השב"ן (1998), ונוספו רבדים חדשים לשב"ן. מאז שנת 1996 נוספו לתכניות השב"ן 127 שירותים (לא כולל תרופות), אשר מהווים חלק עיקרי מהתכניות היום. בשנת 2007 חלה הרחבה משמעותית של תכניות הביטוח המשלים המוצעות על-ידי קופות החולים. התכניות כיום הינן רחבות ומקיפות יותר מבעבר. במקביל להרחבת תכניות השב"ן, חלה עלייה במספר המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים. אישורים לבעלות על מיטות כבר ניתנו לאסותא, בבעלות מכבי, ושירותי בריאות כללית הגישה גם היא בקשה לכך. החשש שהשינויים האחרונים ירחיקו את המציאות מחזון החוק, העלה את הנושא על סדר היום הציבורי.

משמעות הרבדים החדשים עבור חברי הקופות והחברה בכלל, הן בהיבטים של יעילות והן בהיבטים של שוויוניות, השפעתם על סל השירותים הבסיסי, והגבולות הרצויים של ביטוחים אלה, היו במוקד הדיון ביום הראשון של הכנס. היום השני התמקד ביתרונות ובחסרונות של מיטות פרטיות בבעלות הקופות, ונדונו הגבולות הרצויים של הביטוחים הנוספים ופתרונות אפשריים לבעיות שאלו יוצרים.

הן בצוות ההכנה והן בכנס עצמו, הדיונים התנהלו תוך ניסיון להתמקד בעקרון השוויון, בבריאות הציבור, בהשפעה על ההוצאה הלאומית לבריאות ועל הסל הבסיסי, ובהשפעה ארוכת הטווח של השב"ן במתכונתו המורחבת על הצרכנים, על הרופאים, ועל איכות הטיפול. סקירה זו נחלקת לארבעה חלקים: החלק הראשון נותן את הרקע הכללי לדיון - הן רקע אקדמי והן נתונים רלוונטיים. החלק השני מורכב מסיכומי הדיונים המכינים שהתקיימו לפני הכנס, והחלק השלישי הוא סיכום של פרוטוקולי הדיונים שהתקיימו בכנס. החלק הרביעי כולל תמצית והמלצות.

מאחר שלנושאים שנדונו יש השלכות כלכליות על הגופים שלהם משתייכים המשתתפים, למרות החשיבות הרבה שיש למסקנות על עתיד מערכת הבריאות, ולמרות הכוונה שהמתדיינים יתנתקו מעמדותיהם הארגוניות, ניכרה השפעת הארגון על עמדות המשתתפים, וקשה היה להגיע לאחדות דעים בסיכומים. במסמך זה נעשה מאמץ לייצג את מגוון הדעות, ולהציג את ההמלצות באופן שקול ומאוזן ככל הניתן.

## חלק 1: רקע כללי

### 1.1 רקע

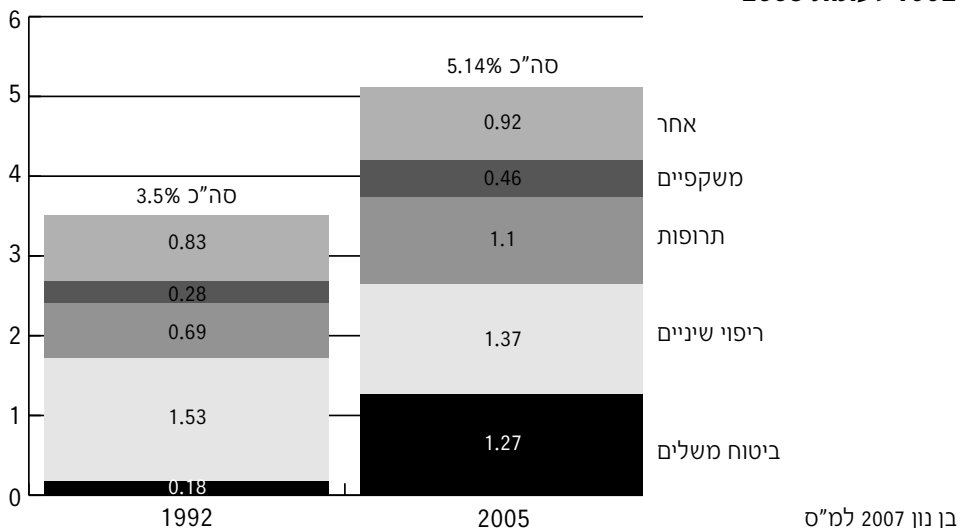
סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל (1994) קבע כי ביטוח הבריאות הממלכתי יהיה מושתת על עקרונות של "צדק, שוויון ועזרה הדדית". בבסיס ביטוחי הבריאות הציבוריים בישראל עמד תמיד העיקרון של ניתוק הקשר בין טיפול רפואי, שאמור להינתן לפי הצורך, לבין היכולת לשלם עבורו. החוק קבע כי מס הבריאות יהיה פרוגרסיבי (משולם לפי גובה ההכנסה), בעוד ששירותי הבריאות אמורים להינתן באופן שוויוני (על-פי צורך). עם זאת, היו בחוק נקודות שרמזו על אפשרות לאי-שוויון עתידי, ובעצם חתרו נגד העקרונות הבסיסיים שלו. סעיף 10 לחוק קבע כי קופת חולים תהיה רשאית להציע שירותי בריאות שאינם נכללים בסל השירותים הבסיסי. הקופה חופשית לבחור אילו שירותים נוספים ייכללו בתכנית, ובלבד ששירותים אלה אינם כלולים בסל הבסיסי ואינם שירותי סיעוד. בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (1998) ניתנה המסגרת להוספת שירות בתשלום. הוגדר כי הביטוח המשלים מספק "שירותי בריאות נוספים" (שב"ן) באמצעות קופות החולים, תמורת דמי ביטוח חודשיים. הביטוח המשלים "קונה" שירותים מקופות החולים ומשלם עבורם. התיקונים לחוק אף התירו לקופות החולים לגבות תשלומים נוספים (השתתפות עצמית) עבור שירותים ותרופות המצויים בסל. התוצאה היתה העברה הולכת וגדלה של נטל מימון הבריאות אל כתפי החולים.

כיום הביטוח המשלים כבר אינו בשוליים. למצב זה יש יתרונות: מעגל הזכאים לכיסוי נרחב יותר גדל. אך המצב גם מעורר שאלות לגבי פגיעה בעקרון השוויוניות. הסל נתמך כעת הן על-ידי "מס הבריאות" (26% מההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2005), והן על תשלומים שנגבו מהחולים עבור תרופות ושירותים (24% מההוצאה בשנת 2005). מימון זה הוא מימון רגרסיבי, שכן הוא אינו תלוי הכנסה.

שיעור בעלי הביטוח המשלים הוכפל בעשור האחרון (1). בשנת 2005, ל-79% מהאוכלוסיה היה ביטוח משלים, וסך דמי הביטוח לתכניות השב"ן של קופות החולים באותה שנה היה 1,949 מיליון ₪ (שהם כ-9% מעלות הסל). רווחיות התכניות אינה ידועה, מאחר שבינתיים אין נתונים זמינים לציבור על תביעות בביטוחים המשלמים. לפי נתוני הלמ"ס (2), אחוז הוצאות משקי הבית על בריאות כחלק מסך ההוצאות של משקי הבית לצריכה עלה בין השנים 1992 ל-2005 מ-3.5% ל-5%, כאשר עיקר הצמיחה נבע מעלייה בת 617% בתשלום עבור ביטוח משלים, מ-0.18% ל-1.29%. מההוצאה המשפחתית הממוצעת. בנוסף עלה מרכיב התרופות בהוצאה המשפחתית בכ-60%, מ-0.69% ל-1.1% ב-2005.

**הוצאות משקי הבית על בריאות כאחוז מההוצאה לתצרוכת, לפי סוג ההוצאה:**

**1992 לעומת 2005**



**1.2 תרופות וטכנולוגיות בסל ובשב"ן**

נושא התרופות הנכללות בשב"ן הינו מרכזי מכמה היבטים. ראשית, "התשלומים הנוספים" מוסיפים על הפרמיה, לעיתים בצורה משמעותית עד כדי כך שההשתתפות העצמית עלולה להפוך רכישת תרופות לבלתי-אפשרית, גם עבור בעלי שב"ן. מחקרים מעידים על כך שיש מצבים שבהם חולים אינם רוכשים תרופות הנרשמות להם במרשם על-ידי רופא בשל עלותן (3). תופעה זו מתרחשת הן עם תרופות בסל הבסיסי והן עם תרופות בלעדיות לשב"ן. פירוש הדבר הינו חוסר שוויוניות באספקת שירותים, בניגוד לרוח החוק. מעבר לכך, למותר לציין כי אי-נטילת תרופות כתוצאה מהשתתפות עצמית גבוהה עלולה לגרום להגדלת התחלואה העתידית.

שנית, דוחות חשבונאיים מראים כי התרופות והציוד הרפואי מהווים לעיתים מקור רווח לקופות על חשבון הכיס הפרטי, בעיקר כל אימת שמדובר בתרופות שאינן יקרות. על-פי החוק, מס הבריאות, יחד עם תקציב המדינה, אמורים לכסות את עלות הסל. בפועל, דוח ציבורי מסכם של קופות החולים ל-2004, שנערך על-ידי ר"ח מירה ולדמן-אשרוב ממשרד הבריאות ור"ח ירון אברהם ממשרד אברהם-זנדברג (4), מלמד על הנטל ההולך וגדל לכיס הפרטי בהוצאות על בריאות ובמימון מרכיב ההכנסות של קופות החולים - המגיעות מתקציב משרד הבריאות וממכירת תרופות, טכנולוגיות וציוד רפואי. לפי הדוח, ב-2004 חלה עליה של 5.3% יחסית לשנה הקודמת בהוצאה על תרופות. במקביל, ההכנסות מתרופות וציוד שמכרו קופות החולים

למבוטחיהן עלו ב-10.7% לעומת 2003. הגידול בהכנסות הקופות הגיע ברובו (9.5%) מתרופות שלא נכללו בסל הבריאות. סל הבריאות אמור להתעדכן כמתבקש מטכנולוגיות חדשות ומגידול האוכלוסייה או הזדקנותה. פירוש הדבר, שבכל שנה תלויה הגדלת הסל בנכונותה וביכולתה של הממשלה להקצות לנושא כספים, דבר המהווה מקור ללחצים. כאשר חלק גדול ממימון הבריאות מוטל על הציבור, נוצר מצב שבו אם הסל נמצא בפיגור אחרי התקדמות הטכנולוגיה וצרכים הנובעים מהזדקנות האוכלוסייה, לבעלי ההון יש יתרון בנגישות לשירותי בריאות "מתקדמים" יותר, ואילו הלחץ הציבורי על עדכון הסל ומימונו, קטן. מאחר שנושא עדכון סל הבריאות נדון במסגרת קבוצה מקבילה בכנס, לא נדון בו מעבר לשאלות הבאות: כיצד עדכון הסל משפיע על שירותי הבריאות הנוספים? כיצד שירותי הבריאות הנוספים משפיעים עליו? האם עדכון אוטומטי של הסל (מבלי לדון במנגנון) היה יכול לתרום לקידום השוויוניות מחד ועידוד התחרות בין הקופות מאידך?

כבר בכנס ים המלח הרביעי (2003) הובע חשש שהביטוח המשלים ישמש "שסתום פורק לחץ" ממסגרת מימון סל הבריאות. עם השנים, ולאור ההרחבות האחרונות של השב"ן שבהן הוכללו תרופות שאינן בסל, החשש גובר. אנו עומדים בפני השאלה מה ניתן לעשות בנדון כעת, ולאן נגיע אם לא נעשה דבר, והדברים ימשיכו במסלולם הנוכחי.

### 1.3 הבדלים בין תכניות השב"ן המוצעות

סקירה מקיפה של תכניות השב"ן שהיו קיימות עד סוף 2006 מתוארת במחקר שנערך במאיי-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל עם מרכז המידע והמחקר של הכנסת ועבורו (1). במסמך זה משוות החוקרות בין שבע תכניות שב"ן: "כללית מושלם", "מכבי מגן כסף", "מכבי מגן זהב", "מאוחדת עדיף", "מאוחדת שיא", "לאומית כסף" ו-"לאומית זהב". בניתוח הנ"ל לא נכללו תכנית "כללית פלטינום" וההרחבות ל"מכבי מגן זהב" אשר הוצעו לציבור בתחילת 2007. כל אחת מהתכניות הנ"ל מיועדת למבוטחים באותה קופה. בתכניות השב"ן כלולים תחומי כיסוי שונים ומגוונים, ורכישת התכנית היא כמקשה אחת (כלומר, אי אפשר לרכוש רק חלק ממה שהתכנית מציעה). אפשר לרכוש את הרובד הבסיסי או המתקדם יותר. על-פי המחקר (1), ליבת התכניות בקופות השונות הייתה דומה, וכללה הן שירותים רפואיים והן שירותי רווחה. ההבדלים בין התכניות היו בעיקר ברשימת ספקי השירות ובכיסוי שירותים ספציפיים. יש הבדלים בין הקופות במספר התרופות המכוסות בתכנית, בתרופות הספציפיות המכוסות, בשיעור התרופות ללא מרשם ובגובה ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות. עקב התערבות משרד הבריאות, הוסרו מן התכניות תרופות אשר מכוסות בסל הבסיסי, ונקבעה תקרת השתתפות עצמית של 50% (התערבות זו תיכנס לתוקף ביוני 2007). לכל קופה רשימה מפורטת הכוללת את הניתוחים המכוסים, בתי החולים שבהסכם, המנתחים

שבהסכם, האביזרים להשתלה, בתי ההבראה שבהסכם, מרכזים רפואיים בחו"ל שבהסכם, תרופות הכלולות בתכנית וכו'. עם זאת מדווחות החוקרות על קושי רב בהשגת הרשימות הללו. קושי זה עלול לגרום לכך שהמבוטחים יתקשו לדעת מה הן זכויותיהם בתכניות, וכתוצאה מכך לא ינצלו אותן.

אפיון השירותים שהתווספו לשב"ן מאז 1996 ועד 2006 מלמד, כי רוב השירותים שהתווספו הם שירותים מרחיבים, המשפרים את הניתן בסל הבסיסי, ומיעוטם הם כיסויים משלימים (שאינם מכוסים כלל בסל הבסיסי).

עם אישור הרובד השני של תכניות השב"ן בקופת חולים מאוחדת ("מאוחדת שיא") ובשירותי בריאות כללית ("כללית פלטיניום"), ואישור התכנית הרחבה יותר של מכבי שירותי בריאות, הורחב הכיסוי של תרופות שאינן כלולות בסל בתכניות השב"ן באופן משמעותי.

השינוי הגדול ביותר היה במכבי שירותי בריאות, אשר הרחיבה את פרק התרופות ב"מכבי מגן זהב" ופרסמה שכל תרופה אונקולוגית שאושרה במקום כלשהו בעולם, תאושר. בכך נטרלה הקופה לכאורה את הצורך בעדכון סל התרופות עבור מבוטחיה, שכאמור כ-80% מהם רכשו תכנית שב"ן. השוני המהותי הנוסף ברובד החדש של מכבי הוא באופן ההצטרפות לתכנית. שלא כמו בתכניות עבר, הונהגה בתכנית החדשה הצטרפות אוטומטית לכל חברי מכבי שהיו ב"מכבי מגן זהב", ומי שאינו מעוניין בהצטרפות צריך להודיע על כך. צורת גיוס לקוחות זו שנויה במחלוקת. בישיבות הצוות התקיים דיון לגבי השיטה ונשאלו שאלות לגבי משמעות החלטת המבוטח לא להיכלל בתכנית, שפירושה ויתור גם על הזכויות שהיו לו קודם, שכן אלה אינן מוצעות עוד ועליו לרדת לרובד בסיסי יותר של השב"ן מזה שהחזיק בו עד השינוי ושעליו שילם בשנים הקודמות.

#### 1.4 תשלומי הצרכנים

גובה הפרמיה ותשלומי ההשתתפות העצמית שונים מקופה לקופה. קשה להשוות בין התכניות משום שבכל תכנית דירוג תשלום שונה לפי קבוצות גיל והטבות לקבוצות אוכלוסיה מסוימות או לתאים משפחתיים מסוימים. הפרמיות צמודות למדד ומשתנות מעת לעת. בכל התכניות התעריף עולה עד גיל 64 ומתייצב על המחיר הגבוה עד סוף חיי המבוטח. כל התכניות גובות השתתפות עצמית עבור השירותים הניתנים. בתחום כיסוי הקטסטרופה (כגון ניתוחים והשתלות בחו"ל), ההשתתפות העצמית מגיעה לאלפי שקלים. בתחומי הכיסוי השגרתיים ההשתתפות העצמית אמנם נמוכה יחסית, אולם היא יכולה להצטבר לסכומים שיהיו גבוהים מן הפרמיה החודשית.

עם החלת הביטוחים המורחבים החדשים, מצב זה יקצין עוד יותר. טווח השירותים הניתנים בשב"ן התרחב, ומעבר להעלאת הפרמיה למבוטחים, יגדל גם הסכום הכרוך ברכישתם על-ידי הציבור. מגמת העלייה בתרומתם של תשלומי הצרכנים להכנסות הקופה צוינה כבר בדוח רו"ח לגבי שנת 2004 שהוזכר לעיל (4).

כאשר חוקק חוק בריאות ממלכתי, לא הייתה כוונה שאדם חולה ישלם יותר מאדם בריא עבור שירותי בריאות, או שאדם בעל אמצעים יקבל טיפול רפואי טוב יותר או זמין יותר מאדם שאינו בעל אמצעים. ההשתתפות העצמית בתשלום עבור תרופות בסל הבסיסי החלה במטרה למנוע שימוש לרעה (moral hazard) והייתה סמלית. בשב"ן, שיעור ההשתתפות העצמית מתוך סך ההוצאה על תרופות על-ידי הקופות גבוה בהרבה. ככל שעלתה ותפחה ההשתתפות העצמית, היא הפכה למקור מימון לסל הבריאות. כדי לפתור בעיות של מחסור במקורות מימון ממשלתיים ברוח החוק, ולשמור על עיקרון השוויון, אולי היה נכון יותר לשקול את העלאת מס הבריאות (שהינו פרוגרסיבי), ולא להכביד על החולים הנזקקים (באופן גרסיבי).

מעבר להגדלת התשלומים על-ידי הצרכנים, גם העוגה גדלה. בנוסף לצמיחה התמידית של הסל והתפתחות הטכנולוגיות, סביר כי השב"ן יביא לגידול במספר ביקורי רופא לחוות דעת שנייה (ושלישית). ייתכן שביקורים אלה "יולידו" עוד בדיקות אשר תומרנה לביצוע בקופה, וכתוצאה מכך יתבצעו בסך הכל יותר בדיקות. מצד אחד, הדבר מוסיף לכאורה נטל על הקופה. מאידך, כאשר הקופה היא גם הספק, עלול להיווצר פיתוי ליצירת אינפלציה של טיפולים, ולשימוש עודף באמצעי אבחון והדמיה.

### 1.5 התפתחות השב"ן והקשר עם הסל הבסיסי

בשנים הראשונות השתמשו הקופות בביטוח המשלים ככלי למיתון שינויים בסל הבסיסי (5). בהמשך, בתגובה לשינויים בתכניות של קופות אחרות, שינו הקופות באופן מתמיד את תכניות הביטוח המשלים שלהן, כך שהמגמה הייתה של הרחבת התכניות והגדלת הדמיון ביניהן.

במחקר שנערך לאחרונה במכון ברוקדייל, בשיתוף מרכז המחקר והמידע של הכנסת (1,5), נבדקו מאפייני תכניות הביטוחים המשלמים והשירותים שמתווספים אליהן לאורך השנים. עבודה זו מאפשרת לבחון את הקשר בין התפתחות הסל להתפתחות השב"ן.

במחקר אופיינו השירותים החדשים שהוצעו, ביחס לקשר שלהם לסל הבסיסי. שירות משלים הוגדר כשירות שאינו כלול בסל הבסיסי. שירות מרחיב הוגדר כשירות המרחיב את הניתן בסל

הבסיסי (יותר טיפולים או שירותים), ושירות משפר הוגדר כשירות המשפר את תנאי הקבלה או את הכיסוי הכלול בסל הבסיסי (למשל, שירות הניתן באופן פרטי). יש לזכור כי על-פי החוק, קופות החולים אינן יכולות להציע שירותים הנכללים בביטוח הבסיסי בתנאים הרגילים, אולם הן יכולות להציע את אותם השירותים בתנאים משופרים.

בדיון על תוכן השירותים בשב"ן יש לבחון את השלכות הכללת השירותים המשפרים, שכן כיסויים אלה יוצרים שתי רמות רפואה במערכת הציבורית - לאלו היכולים להרשות לעצמם לרכוש את הביטוח המשלים ולאילו שאינם יכולים.

בדוח המלא ניתן למצוא את ניתוח השירותים שהתווספו לתכניות הביטוח המשלים בשנים 1996-2006, סיווגם והערכת תרומתם לבריאות המבוטח. כל אחד מהשירותים שהתווספו אופיין לפי הקשר שלו לסל הבסיסי (משלים, מרחיב או משפר את הניתן בסל); אופי השירות (רפואי או רווחה); אפיין השירות על-פני רצף הטיפול הרפואי (מניעה, אבחון, אמצעי טיפול, טיפול רפואי אחר ושירות אחר); ואוכלוסיית היעד (הנהנים העיקריים מהשירות לפי גיל ומצב בריאות).

לפי דוח זה, מאז 1996 ועד 2006 התווספו לתכניות הביטוח המשלים 127 שירותים (לא כולל תרופות) אשר מהווים חלק עיקרי מהתכניות כיום (עיקר הפרמיה בתמחור האקטוארי) ואת עיקר ההוצאה של קופות החולים על התכנית (5). כשליש מהשירותים שהתווספו לתכניות הם שירותי מניעה (ראשונית, שניונית או שלישונית). בין שירותי המניעה הבולטים ניתן למצוא טכנולוגיות כגון מדרסים, נעליים אורתופדיות, בדיקות תקופתיות, בדיקות אחרות וחיסונים, סדנאות בתחומי אורח חיים בריא ועוד. שליש מהשירותים הם אמצעי טיפול במחלות. 10% מהשירותים אופיינו כ"טיפול רפואי אחר", למשל טיפולי שיניים ואורתודנטיה, הפריה חוץ-גופית, טיפולים באמצעות גלי הלם. 16% מהשירותים אופיינו כ"שירות אחר", לדוגמא קורס הכנה ללידה, ייעוץ דיאטטי או תזונתי ועוד. 8% מהשירותים הם פרוצדורות לאבחון, כגון אבחון דיסקטי ללקויות למידה ואבחון הפרעות קשב וריכוז, ובדיקות לנשים בהיריון וליילודים.

ניתוחים בבתי חולים פרטיים, בחירת מנתח פרטי וחוות דעת שנייה כלולים בשירותים המשפרים כבר משנת 1996. מבין 127 השירותים שנוספו בשנים האחרונות, רק מספר קטן היו שירותים משפרים, ואלה שהתווספו כללו השתתפות עצמית גבוהה. רוב השירותים שהתווספו מהווים הרחבה והשלמה לשירות הניתן בסל הבסיסי.

80% מהשירותים שנוספו הוגדרו כשירותים רפואיים: התערבות לטיפול בחולי, להקלה בסימפטומים או למניעה של מחלה (לא בהכרח מאריכת חיים). 12% בלבד הם שירותי רווחה:

שירות או אמצעי הגורם לשינוי באורח החיים ובתנאי החיים. בניגוד לחשש שייעשה שימוש בשב"ן למשיכת קהל צעיר, נמצא כי רק כחמישית מהשירותים מיועדים לבריאים, למשפחות צעירות ולילדים, בעוד שכחמישית השירותים שהתווספו לביטוחים המשלימים מאז 1996 הם שירותים שהנהנים העיקריים מהם הם חולים.

שיעור בעלי הביטוח המשלים הוכפל במשך הזמן, ועמד בשנת 2005 על 79%, לעומת 35% בשנת 1995 (1). עם השנים עלתה מורכבות התכניות וחלו שינויים בתוכן הכיסויים.

הקשר בין הסל לשב"ן ניכר בבחינת השירותים שהתווספו לתכניות הביטוח המשלים בשנים האחרונות. אמנם חלק מן השירותים שנוספו נוספו עקב ביקוש, אך יש לא מעט שירותים שנוספו כי מנהלי קופות החולים מכירים בחשיבותם הרפואית, ואין להם מענה בסל השירותים הבסיסי. חשוב לציין כי כל התכניות דורשות מן המבוטח לשלם תשלומי השתתפות עצמית כדי ליהנות מהכיסויים בביטוח, או שהשירותים ניתנים בהנחה קטנה והמבוטח צריך לשלם את רוב העלות (בתחומי הקטסטרופה, למשל, ההשתתפות העצמית מגיעה לאלפי שקלים, ובתחומי הכיסוי השגרתיים ההשתתפות העצמית יכולה להגיע לשיעור גבוה מתוך התשלום בפועל, עד כדי מאות שקלים) (5).

גילוי נאות בנושא הזה הינו חשוב. חשוב שהציבור יידע עבור מה הוא משלם ועבור מה יצטרך לשלם מכיסו ביום שבו יזדקק להשתמש בביטוח. אמנם אחוז גדול מן האוכלוסיה מחזיק כיום בביטוח משלים, אך לאור העלויות הכרוכות בשימוש בו, ייתכן שמידת הניצול של השירותים הכלולים בביטוח המשלים נמוכה בהרבה. בנקודה זו חשוב לדון, שכן בעלות על ביטוח, ובפרט כזה שההצטרפות אליו אובליגטורית, אינה נובעת מלימוד מושכל של הנושא, ולכן סביר להניח כי היישום של הביטוח והשימוש בו ייעשה על-ידי חלק מן המבוטחים הנזקקים בלבד.

## 1.6 השב"ן ומעבר בין קופות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר לכל תושב לבטל את חברותו בקופה אחת ולהירשם לקופה אחרת לפי בחירתו. לקופה אין אפשרות להגביל או לעכב את רישומו. המעבר בין קופות יכול, באופן תיאורטי, להוות תמריץ לעידוד התחרות בין הקופות ולשיפור השירות. נתונים שעלו במחקר שנערך במכון ברוקדייל (3) מראים כי מאז 1998, שיעורי המעבר בין הקופות נמוכים מאד (פחות מ-1% בשנה). 20% מבין אלו שחשבו לעבור אך בסופו של דבר לא עברו, אמרו כי הם חוששים מאיבוד זכויות בשב"ן. בדוח מבקר המדינה 56 (10), במסגרת ציון חסמים למעבר בין קופות החולים, נמנתה חברות בתכניות השב"ן כגורם שעשוי לחזק את הקשר של המבוטח לקופה וכך לפגוע בניידותו.



## 1.7 השב"ן, הרופאים, וסדרי העדיפויות בקופה

עם הרחבת השב"ן, מתרחבת תודעת השירות בקרב הציבור, והזכות לבחור מטפל הופכת לנחלת חלק גדול יותר מן האוכלוסייה. כתוצאה מכך יכול להיווצר מצב שבו "השורה הראשונה" של הרופאים תהיה עסוקה במענה למבוטחים "פרטיים", וקיים סיכוי שהטיפול בציבור הרחב, שאינו מבוטח בשב"ן, ייפגע. בנוסף, המגמה הנוכחית תיצור הגדלה של פערי ההכנסה בין רופאים, ויש לחשוב אם תהיה לכך השפעה שלילית על המערכת ובאיזה אופן.

להרחבת השב"ן יכולה להיות השפעה גם על ההתנהלות בתוך הקופות - למשל, האם הביטוחים המשלימים משנים את סדרי העדיפויות של הקופות בנושא פיתוח שירותים ורכישתם? באיזו רמה מושפעות החלטות יומיומיות לגבי הצורך בטיפול מסוים מבעלות על שב"ן ולא מצורך רפואי בלבד?

## 1.8 המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים

בשנים האחרונות מפתחת מכבי שירותי בריאות תשתיות של שירות פרטי (מיטות וחדרי ניתוח), ומפנה אליהן מבוטחים רבים. מרבית המבוטחים המטופלים בשירות הפרטי מבוטחים בשב"ן, כך שהחיוב עבור הטיפול (כולל טופס 17 של האשפוז) מועמס על חשבון תכניות השב"ן של הקופה. בימים אלה מקימה מכבי בית חולים חדש, שירכז את כל הפעילות בגוש דן ויהווה תחרות לבתי החולים הציבוריים באזור. בנוסף, מצויות על סדר היום תכניות של מכבי לפתח שירותים פרטיים בחיפה, בבאר שבע ובמקומות נוספים. שירותי בריאות כללית אינה מעוניינת להישאר מאחור, וכבר פנתה בבקשה לאישור להקמת בית חולים פרטי עבור מבוטחי השב"ן.

פיתוח השירותים הפרטיים על-ידי הקופות מאפשר להן להעביר כספים שהיו בעודף בשב"ן, ובה בעת לצמצם את ההוצאות בסל הבסיסי. שיפור השירות יהיה אטרקטיבי ללקוחות, שכן הוא מרחיב את זכות הבחירה ברופא, שאינה אפשרית ביתר בתי החולים, פרט לבתי החולים בירושלים. קיים חשש כי המיטות הפרטיות תהיינה "גורפות שמנת", כלומר, מערכת זו תיקח את הפרוצדורות הרווחיות, ותותיר למערכת הציבורית רק את המקרים המסובכים והיקרים ביותר, שאינם רווחיים, ואת האוכלוסייה החלשה שאינה יכולה להרשות לעצמה לרכוש שב"ן. מעבר לפגיעה בשוויוניות ובאיזון הכלכלי של בתי החולים, קיימת בעיה של זליגת כוח אדם איכותי ומיומן מהמערכת הציבורית למערכת הפרטית, אשר תפגע בטווח הארוך ברמת הטיפול הרפואי בבתי החולים הציבוריים, בהכשרת רופאים צעירים, במוכנות לשעת חירום ועוד.

בחוק הוחלט על הפרדה של משרד הבריאות מניהול בתי החולים בגלל ניגוד אינטרסים. אבל, לא רק שחלק זה בחוק לא יושם, אלא שהאישורים האחרונים לקופות לפתח רבדים מתקדמים של השב"ן יוצרים בלבול גם במגזר הביטוחי – החפיפה בין מבטח, מממן, ספק, צרכן ומבקר יוצרת מצב של ניגוד אינטרסים לכאורה בתוך הארגון, באופן שבסופו של דבר עלול לפגוע במבוטח שאינו בשב"ן ובמערכת הציבורית. כאמור, מיטות פרטיות עלולות למשוך אליהן את הטיפולים "גורפי השמנת", ולהותיר במערכת הציבורית את הניתוחים המסובכים ואת האוכלוסיה החלשה שאינה יכולה להרשות לעצמה לרכוש שב"ן.

### 1.9 מערכת בריאות בעלת מספר רבדים

במאמר שפורסם בחודש מרץ 2007 ב- Archives of Internal Medicine (6), נסקרו היתרונות והחסרונות של מערכת בריאות בעלת מספר רבדים לעומת מערכת בעלת רובד אחד. במאמר הוצגו טיעונים בעד ונגד כל אחת מן המערכות, וניתנת המלצה למערכת המאפשרת רכישת רבדי שירות נוספים דרך תשלומים פרטיים, בתנאי שיתקיימו חמישה תנאים שיבטיחו שירותי בריאות הוגנים גם לאוכלוסיה שמסתפקת ברובד הבסיסי. חמשת התנאים הם:

1. חבילת זכויות הבסיס צריכה לכסות רמה מספקת של שירותי בריאות.
2. חבילת זכויות הבסיס צריכה להיות מובטחת לכל אזרח ללא תלות במצבו הכלכלי.
3. חבילת זכויות הבסיס צריכה להיות מתוכננת כך שתמשוך את רוב האוכלוסיה להשתמש בה ללא תוספת של רבדים נוספים.
4. אסור שרכישת שב"ן תקנה הטבת מס. במילים אחרות: על השב"ן להרכש מכספי נטו ולא ברוטו.
5. חבילת הבסיס צריכה להיות גמישה לשינויים והתאמות בעקבות שינויים בטכנולוגיה, התפתחויות אחרות של הרפואה ודרישה לרבדים גבוהים יותר של שירות.

בעוד שהמאמר סוקר בצורה בהירה חלק גדול מההיבטים וההשלכות של מערכת מרובת רבדים, הנחת היסוד שלו היא שאם הרובד הראשון מספק, לא תהיה השפעה של הוספת רבדים עליו. הנחה זו שנויה במחלוקת, כפי שגורס מאמר המערכת באותו הגליון (7). מעבר למספר הרבדים, עולה לדיון גם השפעת מספר הגופים המממנים במערכת. במאמר שפרסמה ב-JAMA בשנת 2003 קבוצת עבודה של רופאים למען מערכת ביטוח לאומית בארה"ב (single payer national health insurance) מוצגים שלל נימוקים נגד מערכת רבת-רבדים ומרובת מממנים, ומוצגים פתרונות מעשיים להעברת המערכת לרובד יחיד ומממן יחיד (8).

## חלק 2: סיכום פגישות ההכנה בצוות

פגישות ההכנה בצוות התמקדו בשלב הראשון במיפוי המצב הקיים, ובהעלאת נקודות חשובות ונושאים שהם בעייתיים בעיני חברי הצוות. בפגישה הראשונה נתבקשו חלק מן המשתתפים לכתוב מסמך בן כעמוד שיסייע לקבוצה לבסס את הנתונים והמידע.

הנושאים העיקריים שהועלו בדיון היו השפעות הפעלת השב"ן על השוויוניות ועל האינטרסים למיקוד של הקופות, והפגיעה האפשרית באחריות הציבורית. נדונה הפגיעה האפשרית של השב"ן המורחב החדש של מכבי ברוח החוק. הרואים בהרחבת השב"ן סכנה העלו טענה כי ההחלטה 'אילו ניתוחים מתבצעים היכן' יכולה להשפיע על הקשר בין הרובד הבסיסי והשני של הביטוח (שב"ן). למשל יכול להיות מצב שבו הקופה תרצה לחסוך בסל הבסיסי ותפנה מטופלים למסגרת השב"ן. הוצע לבחון הבדלים בין מבנה ביטוחי שבו הגוף המשלם הוא גם המטפל, לבין ביטוחים שבהם גוף אחד רושם וגוף אחר אחראי על המימון. בין החששות שהועלו היה החשש ששינוי הכללים יביא לקיפוח ולפגיעה באוכלוסיות חלשות אשר לא תוכלנה לרכוש שב"ן. חשש נוסף שעלה היה שהאוצר "יבש" את הסל: אם הציבור משלם, למה שישלם גם האוצר? בנוסף, עלול להיווצר מנגנון 'עוקף ועדת טכנולוגיות', מאחר שכל הרבדים העליונים ייכללו בשב"ן ורק הרבדים התחתונים יישארו לדיון. מנגד הוצע לתת יותר חופש בידי הקופות לעשות בתקציבי הסל שלהן כראות עיניהן. במסגרת הדיון צוין ההבדל בין הסכם שהוא בין קופה לבין ספק של ניתוחים (תוך בחירת מנתח) כאשר הקופה מחזירה את העלות באמצעות השב"ן, לבין מצב שבו יש בתוך הקופה עצמה שתי רמות של שירות - למשלמים וללא משלמים.

נושאים נוספים שחברי הצוות נתבקשו להכין סיכומים עליהם היו:

- כפלי ביטוחים בין הביטוח הבסיסי, שב"ן של הקופה וביטוח מסחרי;
- אופי הביטוח - האם מדובר ב"טיפולים מצילי חיים" בביטוח הבסיסי ובשירותי "nice to have" בשני? או אחרת?
- תהליך ההחלטה בדרך לאישור התכנית של מכבי על-ידי משרד הבריאות;
- עמדת הקופות על השלכות השב"ן על רבדיו החדשים ("השב"ן והשפעתו על שוויוניות ועל הסל");
- המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים והשלכותיהן.

נרשמו שש נקודות למחשבה ולדיון: (1) הקשר בין ביטוחים משלמים וחוק ביטוח בריאות ממלכתי; (2) הרבדים השונים של השב"ן כולל התוספת האחרונה: התנאים שבהם ניתן להנהיג ביטוח משלים והשפעת היכולת הכספית של המבוטח על הביטוח; (3) השפעת השב"ן על

הקצאת האוצר לבריאות; (4) הפרוצדורה שבה התקבלה ההחלטה לאשר את הרובד העליון שנוסף לאחרונה במכבי; (5) הביטוחים המסחריים והביטוחים המשלימים של הקופות; (6) המיטות הפרטיות בבעלות הקופות והמיטות הציבוריות. הוחלט לשמור על מיקוד סביב הביטוחים החדשים והשפעתם על ההוצאה הכוללת על בריאות.

בהתבסס על ניירות העמדה והסקירות שהכינו חברי הצוות התקיים בפגישה השנייה דיון לבחירת הנושאים הקשורים בשב"ן שיידונו בכנס. ראשית נשאלה השאלה האם יש הצדקה עקרונית לקיום השב"ן. הושג קונצנזוס בקבוצה בעד קיום השב"ן ברמת העיקרון, אך נקבע כי יש לדון בתוכנו ובאופיו.

חברי הצוות הסכימו כי השב"ן צריך להציע את אותם הדברים שלא אמורים להיות בסל הבסיסי (לא את מה שאינו בסל בפועל, או ש"בינתיים" לא בסל, אלא את מה שלא אמור להיכלל בסל על-פי הגדרה).

רוב החברים סברו שמה שאמור להיכנס לסל אסור שייכלל בשב"ן, אפילו בשלב ביניים. הוסכם כי לתרופות ופרוצדורות מצילות חיים יש למצוא מענה בסל, לא בשב"ן. הוחלט כי בכנס יתקיים דיון לגבי סוגי השירותים שיכולים, ושאינם יכולים, להיכלל בשב"ן. צוינו גם מאפיינים רצויים של השב"ן ופגמים שאותרו בשב"ן כגון זמינות מידע נמוכה, היעדר נתונים המאפשרים להעריך את יחסי הגומלין עם הסל, ועוד.

מתוך הנתונים שניתנו עלה, שאי-זמינות מידע מקשה על ההשוואה בין התכניות: קיימת שונות רבה בין הקופות וזו שוללת השוואה קוהרנטית בין התכניות המוצעות. בנוסף, חלק גדול מהמבוטחים אינם יודעים מה זכויותיהם. הקבוצה הייתה תמימת דעים שיש לפעול להנחלת הידע לציבור הרחב.

תכנית השב"ן היא דינמית - היא מושפעת מהסל וההערכה היא שגם הסל מושפע ממנה. מרבית חברי הקבוצה היו בדעה שעדכון אוטומטי של הסל היה מועיל, ושחלק מהשב"ן הוא תוצאה של אי-עדכון הסל. נציג האוצר ביקש לחלוק על העמדה שעדכון אוטומטי של הסל היה פותר את הבעיה. לטענתו, העדכון האוטומטי היה עוזר רק אילו היה מוסיף כל מה שצריך, והרי לא יכול להיות שבכל שנה יתווספו לסל כל השירותים הנדרשים, ואף סל לא ידביק את התקדמות הטכנולוגיה. כנגד טענה משתתפים שמדובר על מתן תקציב ולא על מתן פתרון לכל מצב, ולמרות שניתן כסף, לא היה שיקול מושכל שמנע תשלום בשנה אחת ונתן כסף בשנה אחרת - הגורם היה לחצים. ה"טייס האוטומטי" ימנע זאת. הרעיון בבסיס העדכון האוטומטי הוא לנטרל לחצים

פוליטיים ואחרים. בעיית האוצר עם מתן כסף בצורה זו היא שברגע שכסף נצבע אוטומטית לבריאות, ירצו גם משרד החינוך ומשרד הרווחה כסף צבוע.

הובע חשש בקבוצה שהכללת כל תרופה שרשומה בכמה מקומות בעולם בשב"ן תרחיב שלא לצורך את השירותים, ללא בקרה ותוך ניטרול תהליך עדכון הסל. חשש זה מבוסס על ההנחה שלגבי תרופה שהיה בעבר לחץ ציבורי להכלילה בסל, השב"ן יהווה שסתום לשחרור הלחץ, כי ברגע שהוא כולל את התרופה, רק המבוטחים ללא שב"ן לא יקבלו אותה, ואלו הם החלשים שקולם לא נשמע, ולכן הם ייפגעו. חברי הצוות הסכימו כי הכללת תרופה בשב"ן כיום לא צריכה למנוע את הכנסתה לסל בעתיד.

אחד הנושאים שעלו, הן מתוך התנסות אישית של חברי הצוות והן מתוך נתוני עבודות מכון ברוקדייל, הוא שעלות הפרמיה היא רק ההתחלה, וההשתתפות העצמית עלולה להגדיל את ההוצאה באופן שגם בעלי שב"ן לא תמיד יוכלו לרכוש תרופות. האחוזים המתארים את פלח האוכלוסיה שהוא בעלים של ביטוח משלים צריכים להיבדק איפוא שוב, בהיבט של יישום ההטבות, ולא רק הבעלות עליהן.

התקיים דיון לגבי אופן צירוף החברים לרבדים החדשים של השב"ן. הובעה ביקורת על-ידי חלק מן החברים על הצירוף בשיטת **opting out** שהונהגה במכבי שירותי בריאות בשינוי האחרון. נציג מכבי הסביר שדרך זו אפשרה לתת את ההטבה לכולם, במחיר שווה לכל נפש, ובלא צורך בתקופת הכשרה. התקיים דיון קצר אשר גם אחריו הביעו מרבית המשתתפים ביקורת על השיטה. צוין כי עם הפעלת "מגן זהב" החדש בוטלה התכנית הישנה ולא הוצעה עוד ללקוחות, כך שהדיון הוא תיאורטי לחלוטין, שכן בפועל לא הייתה למבוטחים ברירה. צריך היה לתת לחברים להשתדרג ל"זהב" החדש או לרדת ל"כסף" החדש - להישאר היכן שהיו, לא היה אפשרי.

תוך כדי הדיון הובעה גם ביקורת על תהליך אישור הרובד הנוסף במשרד הבריאות. נאמר כי לצורך אישור רבדים חדשים, ובעיקר כאשר הם כוללים שינויים מהותיים ובעלי השלכות ארוכות טווח על מערכת הבריאות בישראל, היה רצוי לערוך דיון מעמיק במועצת הבריאות, לקבוע נהלים ברורים ולהציע מנגנון פורמלי מובנה (אולי פרלמנטרי). במסגרת הדיון על השוויוניות (או הפגיעה בה) הועלתה ההצעה שהמדינה תדאג לאותם 30% שידם אינה משגת לרכוש שב"ן. עם זאת, היו בקבוצה שאמרו שאם כתוצאה מכך שהמדינה תיתן פתרון לאלה שאין להם אפשרות לרכוש שב"ן, המצב בפועל יהיה של-100% מהאנשים יהיה ביטוח נוסף, אז ניתן כבר להכניס את כל השירותים לסל הבסיסי ולהפוך את מימונו לפרוגרסיבי.

בפגישה הועלו מספר הצעות אופרטיביות. למשל, יידוע הציבור בנוגע לזכויותיו בעזרת עלוני מידע שיחולקו למטופלים, בעיקר במצבים ספציפיים כגון אחרי ניתוח לב, במהלך היריון וכו', על-מנת להגדיל את ניצול השב"ן על-ידיהם. רעיון נוסף שהועלה אך הדיון לגביו לא הורחב היה להציע שב"ן מודולרי: שב"ן לקטסטרופות בלבד, ללא כיסוי טיפולי פוריות והיריון, למשל, יכול להוזיל את ההצטרפות ולהרחיב את האפשרות להצטרף.

פגישת ההכנה האחרונה התמקדה במיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים. חשוב לציין כי מפגישה זו נעדרו נציגי שתי הקופות הגדולות – מכבי וכללית. עיקר הדיון נסוב סביב החשש כי הרפואה הפרטית תרוקן מתוכנה את הרפואה הציבורית, ותפגע בהיקף המחקר, החינוך והשירות בבתי החולים הציבוריים. בעוד שביטוחים פרטיים מונעים ממניעים כלכליים ומטרתם בראש ובראשונה הינה צבירת רווח, ביטוחי קופות החולים אמורים לקחת בחשבון שיקולים נוספים. הובע חשש שביטוח של הקופה, אשר גם שולטת על מתן טופס 17, עלול לגרום לניגוד אינטרסים – הרווח של הקופה יגדל אם תאשר (ותממן דרך השב"ן) טיפולים בבתי החולים הפרטיים שלה. לפיכך חשבו חברי הקבוצה שבתנאים מסוימים ייווצרו פחות בעיות וניגודי עניינים אם השירותים הנוספים יינתנו על-ידי ביטוח עסקי טהור, לעומת המצב הקיים שבו הם ניתנים על-ידי ביטוחים בבעלות הקופות הציבוריות – שהינן הן ספקיות השירות והן הצרכניות שלו.

בדיון הובעה הדעה שהענקת הרשיון לרכישת אסותא על-ידי מכבי הייתה טעות, ושיהיה זה לא נכון להרשות לקופות נוספות להקים בתי חולים פרטיים כדי ליישר קו. היו אף שהמליצו לא רק "לעצור את הגלגל" אלא אף לנסות להזיזו אחורה. היכולת לבצע מהלך כזה נתפסה כלא סבירה בעיני חלק מחברי הקבוצה. עלה הרעיון שאם לא יבוטלו הרשינות, ואף יינתנו הרחבות (למשל לכללית), כדי להגן על הרפואה הציבורית יש לאשר הפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים. כך הקופות תוכלנה לרכוש שירותים היכן שתרכינה ובתי החולים הציבוריים יוכלו להתמודד איתן באופן הוגן.

גם בנוגע לאישור המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים נדון מנגנון קבלת ההחלטות. הקבוצה ברובה הייתה בדעה שעדיף שהדיון בסוגייה יתקיים במכניזם פרלמנטרי ולא בתוך אחד המשרדים הממשלתיים, שם הוא נתון ליותר לחצים.

לסיכום, הוחלט שהנושאים שיעלו בכנס יהיו כדלהלן:

בנושא השב"ן – השפעות הדדיות בין השב"ן לסל הבסיסי, מה מן הראוי שייכלל בשב"ן (יחסית לסל הבסיסי), ההשתתפות העצמית – שיעורה הסביר בכלל ובתרופות בפרט, הנוהל הראוי לאישור תכניות השב"ן, **opting out** מול **opting in** בשב"ן, הפצת המידע על זכויות המבוטחים בשב"ן.

בנושא המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים - המשמעות של בעלות על מיטות (בבית חולים ציבורי, בבית חולים פרטי של קופה, בבית חולים פרטי מסחרי), ההשפעה על בית החולים הציבורי (שירות, הוראה, מחקר) ופתרונות אפשריים.

## חלק 3 - כנס ים המלח

במליאת הפתיחה הוצגו הנושאים המרכזיים של צוות 2: שירותי הבריאות הנוספים והמיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים. ניתנה סקירה קצרה של הרקע והוצגו נושאי הדיון כפי שאלו סוכמו על-ידי הצוות המכין בישיבות שקדמו לכנס (כמפורט לעיל).

המפגש הראשון של הצוות בים המלח נפתח במצגת אשר סקרה את עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי: עקרונות של "צדק, שוויון ועזרה הדדית", עיקרון ניתוק הקשר בין טיפול רפואי לבין היכולת לשלם עבורו, והעיקרון שמס הבריאות יהיה פרוגרסיבי בעוד ששירותי הבריאות יינתנו באופן שוויוני. כמו כן הוזכר סעיף 10 לחוק, אשר קבע כי קופת חולים תהיה רשאית להציע שירותי בריאות שאינם נכללים בסל השירותים הבסיסי למבוטחיה.

בין נתוני הרקע שנסקרו צוינו כי:

- גביית תשלומי השתתפות עצמית עבור שירותים ותרופות המצויים בסל, תשלומים שהולכים וצומחים עם הזמן, הביאו להעברת חלק ניכר מהנטל הכלכלי ממסגרת המימון על-ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכתפי החולים. מימון זה הוא מימון גרסיבי, שכן הוא אינו תלוי הכנסה.
- ב-2004 הכנסות קופות החולים מהשתתפות עצמית היוו 11.1% מהוצאות הקופות (כ-2.7 מיליארד ₪) (4).
- בשנת 2005, ל-79% מהאוכלוסייה היה ביטוח משלים, וסך דמי הביטוח לתכניות השב"ן של קופות החולים באותה שנה היה 1,949 מיליון ₪. רווחיות התכניות אינה ידועה מאחר שעדיין אין נתונים זמינים לציבור על תביעות בביטוחים המשלימים.
- בין השנים 1992 ו-2005 עלה שיעור ההוצאות על בריאות מ-3.5% ל-5% מתוך סך ההוצאות למשק בית (למ"ס - לוח "הרכב הוצאות לתצרוכת לפי קבוצות משניות"). עיקר הגדלת השיעור נבע מעלייה בתשלום עבור ביטוח משלים מ-0.18% ל-1.29% מההוצאה המשפחתית הממוצעת (למ"ס). מרכיב התרופות בהוצאה המשפחתית עלה מ-0.69% ל-1.1%.
- יש מצבים שבהם חולים אינם רוכשים תרופות הנרשמות להם במרשם על-ידי רופא בשל עלותן. הימנעות מנטילת תרופות עלולה לגרום להגדלת התחלואה העתידית.

המשך הסקירה נגע בקשר שבין השב"ן לבין עדכון סל הבריאות. צוין כי עדכון סל הבריאות בכל שנה תלוי בנכונותה וביכולתה של הממשלה להקצות לנושא כספים, דבר המהווה מקור ללחצים. הסקירה הציבה מספר שאלות:

- כיצד משפיע עדכון סל הבריאות על השב"ן, וכיצד משפיע השב"ן על עדכון הסל?
- האם בעקבות הרחבת שירותי השב"ן יהיה הסל בפיגור אחרי התקדמות הטכנולוגיה ואחרי המתחייב מהזדקנות האוכלוסיה? האם הלחץ הציבורי בנושא עדכון הסל ומימונו יגדל או קטן?
- באיזו מידה יכול עדכון אוטומטי של הסל (מבלי לדון במנגנון) להועיל לקידום השוויוניות מחד ולעידוד התחרות בין הקופות מאידך?

היבט נוסף שהועלה בהקדמה היה שהרחבת תודעת השירות עם הרחבת השב"ן, והפיכת הזכות לבחור מטפל לנחלת חלק גדול יותר מן האוכלוסיה, עלולות ליצור מצב שבו "השורה הראשונה" של הרופאים תהיה עסוקה במענה למבוטחים "פרטיים", והטיפול בציבור הרחב שאינו מבוטח בשב"ן ייפגע. בנוסף, המגמה הנוכחית תיצור הגדלה של פערי ההכנסה בין רופאים, ויש לחשוב אם תהיה לכך השפעה על המערכת ובאיזה אופן.

הפצת מידע על השב"ן לציבור הרחב, והצורך להציע דרכים לעשות זאת ומנגנונים שיחייבו זאת הוזכרו אף הם.

על-מנת ליצור מכנה משותף לדיון, ניתנו מספר הגדרות (טקסונומיה של סוגי טיפול):  
**תרופה או פרוצדורה מצילת חיים:** טיפול הניתן לאדם שללא התערבות ימות תוך מספר ימים באופן כמעט ודאי. למשל, עצירת דימום היא פעולה מצילת חיים עבור אדם מדמם. יש מעט מאד פרוצדורות רפואיות שניתן להגדירן כמצילות חיים.

**תרופות מאריכות חיים:** טיפול רפואי מאריך חיים הוא טיפול שמגדיל את תוחלת החיים, למשל טיפולים אונקולוגיים, טיפול ביל"ד או דיסליפידמיה.

**טיפול לשיפור איכות החיים:** קיים מספר לא מבוטל של טיפולים (למשל הטיפולים במחלת קרון או טרשת נפוצה) שקרוב לודאי אינם משפיעים על תוחלת החיים של החולים, אך יש להם השפעה גדולה על איכות החיים שלהם.

**שירותי רפואה מסוג "nice to have":** שירותים שאינם מאריכים את החיים או משפרים את איכות החיים, אך מקנים לחולה תחושה כללית טובה וביטחון, כמו למשל ניתוחים קוסמטיים או בחירת מנתח.

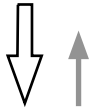





צוין כי חלק מהטיפולים הינם גם מאריכי חיים וגם משפרים את איכות החיים.

לאחר מכן הועלה נושא רמת בריאות הציבור והשווינויות, ונשאלה השאלה האם תחת אילוצים כלכליים, קיימת סתירה בין השאיפה להגדלת רמת בריאות הציבור ולהגדלת השוויון? (ומהו שוויון - האם יכול המצב להגיע עד אי-מתן שירותים בכלל, לאף אחד? זהו לכאורה מצב שוויוני).

קיימות מספר שיטות לאמוד את רמת בריאות הציבור. ניתן למשל להגדיר את רמת בריאות הציבור (ה-well being) תחת רמת שירותי רפואה נתונה, כממוצע של ה-QALY הצפוי של האוכלוסיה. ניתן להתבונן לא רק על ממוצע ה-QALY באוכלוסיה אלא גם על התפלגות ה-QALY באוכלוסיה. טיפול שמשפר את איכות החיים או מאריך חיים, אפילו לקבוצה קטנה באוכלוסיה, יגדיל את רמת בריאות הציבור. לצורך הדיון הוגדרה רמת השוויון כמידת הפיזור (שוונות) של ה-QALY. ככל שהשוונות קטנה יותר, השוויוניות באוכלוסיה גדולה יותר. הגדרה מורכבת אך מקובלת יותר להגדרת אי-שוויון נסמכת על המקדם של Gini המבוסס על העקומה של Lorenz. לשירותי בריאות מטרה כפולה: להגדיל את רמת בריאות הציבור (תחת אילוצים תקציביים) ולמזער את אי-השוויון.

### טבלה 1: רמת בריאות הציבור ורמת השוויוניות

רמת השוויוניות	רמת הבריאות	
		הרחבת השב"ן מעבר ל- "nice to have"
		הרחבת סל הבריאות

הועלו נימוקים בעד השב"ן ונגדו. הטוענים בעד השב"ן ציינו כי הוא מאפשר הצטרפות גם לחולים ולקשישים, ללא החרגת מצבי בריאות וללא שינוי בפרמיה בהתאם למצב המבוטח, אלא על בסיס גיל בלבד. כתוצאה מכך יש לפלח רחב יותר מן האוכלוסיה כיסוי ביטוחי גדול יותר, ומושג שיפור בבריאות הציבור. מנגד היו שטענו שהשב"ן יגרום להרחבת אי-השוויון בקרב האוכלוסיה - מי שמצבו הכלכלי אינו מאפשר רכישת שב"ן, ומראש (עקב השתייכותו לשכבה סוציו-אקונומית נמוכה יותר) תוחלת רמת הבריאות שלו נמוכה יותר, יהיה במצב יחסי רע עוד יותר. כמו כן, ההוצאה המשפחתית הגדלה על השב"ן וההשתתפות העצמית יגדילו את סך ההוצאה הלאומית

לבריאות, דבר שאינו בהכרח חיובי, כפי שניתן ללמוד מהמתרחש בארה"ב. נימוק נוסף שהועלה נגד השב"ן היה החשש שכל שפלח רחב יותר מן האוכלוסיה יהיה בעל שב"ן, הלחץ להרחבת הסל הבסיסי יקטן והמוטיבציה של האוצר להכניס טכנולוגיות לסל תרד.

השאלות העיקריות שהוצבו בפני הקבוצה בתחילת הדיונים בכנס היו:

- מהי המתכונת האופטימלית של השב"ן? האם להגביל את השב"ן לשירותי רפואה מסוג "nice to have" או לאפשר את הרחבתו אפילו לטכנולוגיות רפואיות מצילות חיים? מהו האיזון הנכון בין עיקרון השוויון ועיקרון רמת הבריאות באוכלוסיה?
- מהו הנוהל הראוי לאישור תכניות שב"ן חדשות?
- מה צריך להיות שיעור ההשתתפות העצמית בשב"ן?
- מהי ההשפעה ההדדית של טכנולוגיות רפואיות בסל ובשב"ן?

כמו כן הועלו מספר נושאים שהוגדרו כמשניים:

- השפעת השב"ן על המעבר בין הקופות;
- השלכות המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים על המערכת ועל בתי החולים הציבוריים;
- בעיית העירוב בין כסף פרטי וכסף ציבורי;
- צורת גיוס לקוחות לשב"ן: *opting in* מול *opting out*;
- הפצת המידע על זכויות המבוטחים.

מהלך הדיונים הוכתב על פי שאלות אלה. להלן סיכום הדיונים על פי סדר השאלות.

### **מהי המתכונת האופטימלית של השב"ן? האם להגביל את השב"ן לשירותי רפואה מסוג "nice to have" או לאפשר את הרחבתו אפילו לטכנולוגיות רפואיות מצילות חיים? מהו האיזון הנכון בין עיקרון השוויון ועיקרון רמת הבריאות באוכלוסיה?**

מרבית המשתתפים סברו שהשב"ן הוא עובדה קיימת, על רבדיו המתקדמים, ואין טעם לדון בביטולם.

למרות הרצון שהסל ייתן הכל, המציאות היא שהסל אינו נותן הכל, ולעולם לא יעשה זאת. נשמעה הטענה כי ההיקף הגדל של השב"ן מעיד על הצורך, שכן אילו הוכנסו כל התרופות לסל, לא היה תמריץ לקופות להיכנס לתחום זה, והביטוח היה נשאר בגבולות ה-"nice to have" בלבד. כל עוד יש תרופות מחוץ לסל, לעיתים גם באשפוז, שולחים את החולה לקופה לקבל את התרופה. ובמצב שנוצר, למנכ"ל הקופה אין ברירה אלא למצוא פתרונות חלופיים. ברוח זו, היו שהגדירו את השב"ן כנגזר מאי-מילוי חובתה של המדינה על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

עם זאת, היתה הסכמה שבד בבד עם פגיעה בשוויוניות קיימים לשב"ן גם יתרונות, המתבטאים בתרומה לרמת הבריאות הממוצעת באוכלוסיה. כאן נשאלה השאלה האם השב"ן משתמש במשאבי השירות הציבורי, ונשמעה גם הטענה ההפוכה - שהשב"ן עוזר למערכת הציבורית ולא להפך. הטענה לגבי עזרה למערכת הציבורית מתבססת על כך שכשאנשים מנותחים בשב"ן, הם מסירים נטל מהמערכת הציבורית ומקצרים את התורים לאלה שאינם בעלי שב"ן. השב"ן הוא פתרון טוב, כי הוא פותר בעיות "כאן ועכשיו", בעוד שסל הבריאות לא מתעדכן לעיתים תכופות. הרחבת הגישה, למשל לתרופות אונקולוגיות, כך שתהיה בהישג ידם של 70% מהאוכלוסיה ולא של 30% ממנה בלבד, טובה לבריאות הציבור. הביקורת שהושמעה על-ידי חלק מן המשתתפים לגבי הכללתה בשב"ן של כל תרופה שרשומה באיזשהו מקום בעולם, כפי שפורסם בכלי התקשורת ובחוזרי מכבי שירותי בריאות, זכתה לתגובה מאיש משרד הבריאות אשר הסביר שלא מדובר בכל תרופה שרשומה באיזשהו מקום בעולם, אלא רק בכאלה שאין להן תחליף בסל והרשומות במדינה מוכרת. רשימת המדינות המוכרות מופיעה בתקנות וכוללת את ארה"ב, מדינות האיחוד האירופי עד מאי 2004, שווייץ, יפן, אוסטרליה, קנדה, ניו-זילנד, נורבגיה וישראל.

ככל שהבעלות על שב"ן נפוצה יותר, חלק גדול יותר מהאוכלוסיה מקבל כיסוי רחב יותר. כיום, 70%-80% מהאוכלוסיה מקבלים שדרוג של שירותי הבריאות העומדים לרשותם במחיר (ראשוני) שווה לכל נפש. מנגד, היו שאמרו שאם הגענו למימדים הללו (80%), צריך פשוט להכיל את השירות דרך הסל, להעלות את מס הבריאות בהתאם, וכך לממן באורח פרוגרסיבי את הרחבת הסל הבסיסי לכיוון השב"ן, על-מנת ששירותים אלה יהיו זמינים לכלל האוכלוסיה.

הנושא החברתי - המחויבות לספק שירות גם למעוטי יכולת - עלה באופן עקבי בדברי כל המשתתפים בדיון. בעוד שהדעות היו מגוונות וחלוקות לגבי אופי הכיסוי והיקפו - האם השב"ן צריך להכיל רק שירותי "nice to have" או שהכיסוי הנכון הוא בטווח שבין תרופות מצילות חיים לבין שירותי "nice to have" - הייתה הסכמה כי אין מקום לשב"ן המתאפיין בספקטרום רחב של טכנולוגיות ותרופות, חלקן חיוניות, מבלי שתובטח זכותם של אלה שאינם יכולים להרשות לעצמם לרכוש שב"ן ליהנות משירותים אלה, באמצעות תמיכה סוציאלית כלשהי. הוזכרו הבעיות העולות במתן שירותים לחלשים בלבד, לדוגמא התמריץ להיות חלש והעובדה שאם לאוכלוסיה החזקה יש שב"ן, אין מי שידחוף למען החלשים.

נטען כי הנתון של 70% בעלות על שב"ן אינו נכון למגזרים שלמים באוכלוסיה. במגזר הערבי, למשל, רק לכ-40% מהאוכלוסיה יש שב"ן, ולכן, באוכלוסיה זו השב"ן רק מגדיל את הפער ומרחיק את השוויון. בנוסף, הנגישות של הפריפריה לשירותי השב"ן נמוכה ומרחיבה עוד יותר את אי-השוויון.

מרבית המתדיינים גרסו כי אופי השב"ן צריך להיות משלים, אך ההחלטה היכן עובר הגבול היא עניין סובייקטיבי. עם זאת, נשמעה ביקורת על הרחבת הביטוח לכל תרופה שנרשמה במקום כלשהו בעולם ללא תהליך של תיעודף והתאמה לתקציב. בפרט, הובעה דאגה מן העובדה שהיקף השב"ן, כפי שהוא ברבדים החדשים, לא יוכל להתקיים תמורת פרמיה שווה לכל נפש לאורך זמן. לנושא זה לא נמצא פתרון. לדברי איש משרד הבריאות, במצב כזה לא יועלו התעריפים אלא יצומצמו שירותים אחרים שאינם חיוניים ואינם בגדר כיסוי קטסטרופות.

אחת הבעיות המרכזיות שהועלו הייתה טשטוש הגבולות והעירוב בין כסף פרטי לכסף ציבורי. גם אם ביטוח פרטי טוב לבריאות הציבור, לא נובע מכך שגופים ציבוריים צריכים לעסוק בביטוח פרטי. גופים אלה צריכים לשווק ולספק את תכולת הסל. הובע חשש מפני סבסוד צולב של מקורות פרטיים ושל מימון ציבורי, והיו שטענו כי הדרך היחידה להימנע מכך היא באמצעות הפרדה מוחלטת של הפרטי והציבורי. נציגי הקופות ביקשו להזכיר בשלב זה של הדיון כי כאשר האלטרנטיבה הייתה ביטוח פרטי בלבד, היו מבוטחים בו רק 30% מהאוכלוסיה, והביטוח באמצעות הקופות מרחיב את הכיסוי לכ-70% מהאוכלוסיה. משתתף אחר הציג ראייה רחבה יותר של מיקום השב"ן בהקשר לבריאות הציבור: היקף השב"ן הינו 2 מיליארד ₪ מתוך 24 מיליארד ₪ שבסל. בנוסף, מאחר שבסל נמצאים יותר שירותים רפואיים (לעומת יותר שירותי "nice to have" בשב"ן), פירוש הדבר ששקל בסל תורם לבריאות יותר מאשר שקל בשב"ן. אמנם הדברים קשורים זה בזה, אך יש גם לשמור על הפרופורציות ולא להגזים בהערכת מרכזיותו של השב"ן, טען.

### מהו הנוהל הראוי לאישור תכניות שב"ן חדשות ולפיקוח על תכניות קיימות?

בפתיחת הדיון בנושא הנוהל הראוי לאישור תכניות שב"ן חדשות, קיבל סמנכ"ל הפיקוח על קופות החולים ותכניות השב"ן במשרד הבריאות את רשות הדיבור, ונתבקש להציג את הנוהל הקיים לאישור התכניות. להלן סיכום דבריו:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאשר בסעיף 10 לקבוע תכניות למתן שירותי בריאות נוספים. תכניות אלה דורשות את אישור שר הבריאות.

בהליך המקובל, הקופה פונה למשרד הבריאות עם הצעה כללית לגבי זכות או שירות אשר היא מעוניינת להוסיף. בשלב הראשון נבחנת ההצעה הכללית וניתן (או לא) אישור, אשר בעקבותיו מוגשת בקשה רשמית על-פי נוהל. על-פי הנוהל, ראשית נבדק סוג השירות ביחס לסל וביחס לשאר השירותים, נבחנת תקופת האכשרה וההחרגות אם יש. מוגש נוסח מסמך זכויות חובות (מז"ח) אשר עובר ללשכות המשפטיות. בשלב הזה עובדת הלשכה המשפטית של הקופה מול הלשכה המשפטית של משרד הבריאות. השלב הבא הוא ביצוע בדיקה אקטוארית של הקופה

ושל משרד הבריאות. הבדיקה הכלכלית היא לטווח ארוך. במקביל מתקיימת גם בדיקה עם המפקח על הביטוח. בסופו של דבר מבקשים לראות את התכנית בכללותה, עם הפרמיות, ומתקיים דיון במשרד הבריאות, ראשית ברמת המחלקה, ולאחר מכן אצל מנכ"ל משרד הבריאות. בדיון אצל המנכ"ל משתתפים הממונה על הביטוחים המשלימים, אנשי המחלקה ומספר אנשים מהנהלת המשרד. אם ההצעה אושרה ברמת המחלקה וברמת המנכ"ל, היא עוברת לאישור השר. דוחות המועברים כל שנה משמשים לבדיקה, הן ברמת הביצוע והן ברמת הכספים. על-פי החוק לא נדרש אישור אחר מלבד אישור משרד הבריאות.

במהלך הדיון הובעה ביקורת על אופן אישור התכנית ועל היעדר שקיפות מספקת בתהליך. הוצע כי כאשר אישור התכנית גורר שינויים מהותיים ובעלי השלכות ארוכות טווח על מערכת הבריאות בישראל, רצוי לערוך דיון מעמיק בגוף ציבורי נוסף, כמו ועדת הכספים או ועדת העבודה והרווחה. נציג אחר טען שבכנסת תהליכים מתנהלים לאט ושם הדיון היה מועבר לכנסת, הוא היה לוקח זמן ממושך.

בתחילה, בקשת מכבי הייתה להעביר את תכולת השב"ן דרך חברת ביטוח מסחרית ולא דרך הקופה. לדברי נציגי הקופה, משרד הבריאות הציע לעשות זאת דרך הקופה כך שהכספים יחזרו לציבור ולא לחברה פרטית.

לגבי האקטואריה הביטוחית שיש בשב"ן, הובעה ביקורת על כך שלא נוצרת התחייבות. בחברת ביטוח יש נעילה של התעריף, בעוד שבשב"ן מקבלים המבוטחים את ההתחייבות לשלם, אך לא מבטיחים להם את התמורה. לדוגמה, בשינוי האחרון בשב"ן של מכבי בעצם נאמר לאנשים: "אנחנו משדרגים לכם את הפוליסה, אבל אם אתם לא מסכימים - ניקח לכם את כל מה שהיה לכם".

משתתפים רבים ראו הקבלה בין תפקידו של המפקח על הביטוח לבין האחראי על הביטוח במשרד הבריאות, וחשבו כי בסמכותו לאשר את השינויים. עם זאת הובעה הדעה כי הפיקוח והבקרה הינם בתחום עבודתו של הרגולטור. כן הובעה הדעה שמאחר שמדובר כאן בחוק (ביטוח בריאות ממלכתי), אם התהליך אינו דמוקרטי מספיק (ללא אישור פרלמנטרי) עלול להגיע מצב שבו הקשר בין החוק לבין המציאות התרופף.

הוצע לקשור בין הגדרת מהות השב"ן לבין הרגולציה שלו: אם הוא ביטוח חשוב, אזי הרגולציה צריכה להיעשות בצורה הדוקה יותר; אם הוא בגדר "nice to have" בלבד, הרי שאין חשיבות רבה לסמכות המחליטה על תכנון וכל הנובע מכך.

לסיכום, הדעות שהובעו היו סותרות - חלק מהדוברים סברו שהפיקוח על השב"ן הדוק מדי, בעוד שאחרים סברו שיש צורך להגביר את הפיקוח. אנשי הקופות סברו שאין צורך להביא נושא זה לדיון בכנסת או בוועדות הכנסת, בניגוד לדעת חלק מן הדוברים. הייתה תמימות דעים לגבי הצורך בהגברת השקיפות.

### מה צריך להיות שיעור ההשתתפות העצמית בשב"ן?

ההשתתפות העצמית נועדה למנוע ניצול יתר של השירות הביטוחי (moral hazard). עם הזמן עלה חלקה של ההשתתפות העצמית בחלק מן הביטוחים המשלימים, ובמקרים מסוימים הוא מגיע ליותר ממחצית עלות הטיפול/תרופה הרשומים. רבים ממשתתפי הדיון הביעו דעה שבפועל, ההשתתפות עצמית מהווה פיצול של הפרמיה על השב"ן, ועלולה להטעות את הציבור לגבי גובהה האמיתי של העלות, או ליצור אצל מבוטחים בריאים תחושה של כיסוי, כאשר בפועל, אם יזדקקו לו יגלו שעלויותיו גבוהות ושאינם יכולים להרשותו לעצמם. הובעה ביקורת על כך שהתנהלות שיווקית "גימיקית", כמו בשוק הפרטי, אינה ראויה במקרה זה, ותמיהה על כך שמשדד הבריאות משתף פעולה עם התנהלות זו.

צוין כי בתחילת הדרך, השב"ן היה ביטוח מוסף. בעוד שהתשלום על הסל הבסיסי היה פרוגרסיבי, הביטוח המשלים תומחר על-פי ניתוח אקטוארי, עם הפרדה מלאה. עקרונות אלה נשחקו עם הזמן. לא רק שהסל נשחק וכספים זולגים בין הציבורי לפרטי, אלא שיש הטוענים שגם טיפולים וטכנולוגיות מצילי חיים הופכים לכרוכים בתשלום נוסף. התפתחות זו אינה ברוח החוק. לדעת חלק מן המשתתפים, השב"ן משמש לביסוס הכלכלי של הקופות. נציגי הקופות טענו שלא כך הדבר. עם זאת, הייתה הסכמה כי לגבי טכנולוגיות ופרוצדורות חיוניות, ההשתתפות העצמית הגבוהה אינה ברוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי ויש לתקן זאת. איש מכבי ביקש לציין כי בטיפולים היקרים, כמו טיפולים בסרטן, לא נגבית השתתפות עצמית. משדד האוצר איפשר את ההשתתפויות העצמיות על-מנת שלא ייווצר מצב שבו הקופות מטות תרופות מהסל לשב"ן. נשאלה השאלה - אם כך הדבר, מדוע מוגבלת ההשתתפות העצמית ל-50%, החל מחדש יולי 2007? האחראי על הביטוח במשדד הבריאות הסביר כי בסל הבסיסי אושר לכל קופה לגבות כהשתתפות עצמית 15% מהמחיר המפוקח. לעומת זאת, בתכניות השב"ן לא נקבעו כללים מראש. כעת הוחלט על רף מקסימלי של 50%. חברים בצוות העירוני כי לאחר שהקופות ניצלו את יתרון הגודל הן קנו תרופות ומכרו אותן ב"הנחה", ובפועל ההשתתפות העצמית מגיעה לכדי ממוצע של 33%, ויש שסברו כי היא אף מעל 50%.

### מהי השפעה ההדדית של טכנולוגיות רפואיות בסל ובשב"ן?

מרבית המשתתפים בדיון סברו שלהרחבת השב"ן תהיה השפעה שלילית על המוטיבציה להרחבת הסל. עם זאת, חבר צוות אחד סבר שהרחבת השב"ן תגדיל את המוטיבציה להרחבת הסל. לא קיימים בנמצא נתונים אשר יכולים לאמוד השפעה זו.

### השפעת השב"ן על המעבר בין הקופות

בשנים האחרונות חלה ירידה באחוז העוברים מקופה לקופה. מחקר שבדק את הגורמים לכך מצא שהשב"ן מהווה חסם למעבר בין הקופות. תקופת האכשרה יוצרת חשש מפני מעבר. לדברי נציג מכבי הדבר משרת את הקופה ואת מבוטחיה, שכן אם היום היו נותנים לכולם לעבור לשב"ן, היו עוברים למכבי המון חולים והקופה הייתה מתמוטטת. על-פי רוח החוק, השב"ן לא אמור להוות חסם למעבר בין קופות, והייתה הסכמה בין חברי הצוות שהרגולטור צריך למצוא פתרונות, כך שהשב"ן לא יהווה חסם כזה.

### השלכות המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים על המערכת ועל בתי החולים הציבוריים

הדיון בנושא זה נפתח במצגת קצרה אשר סקרה את צמיחת מספרן של המיטות הפרטיות בבעלות הקופות. צוין נפח הניתוחים הפוטנציאלי ב-18 חדרי הניתוח החדשים של מכבי, אשר נמצאים בבנייה, ואשר במשמרות כפולות יוכלו לבצע יותר ניתוחים מאשר כל בתי החולים הגדולים של גוש דן יחד. במצגת הוזכרו הנושאים המרכזיים אשר עלו בדיוני ההכנה, ביניהם נדידה אפשרית של כוח אדם מקצועי, חשש מהסטה של פעילות רפואית ("גריפת שמנת"), והשפעה על יכולת ההוראה והמחקר, על המוכנות לשעת חירום ועל מצבם הפיננסי של בתי החולים הציבוריים, עד כדי ריקון מתוכן של המערכת הציבורית. כמו כן הועלה נושא הפגיעה בעיקרון השוויון הקבוע בחוק.

מטרת הדיון הייתה להציע פתרון שיגן על מערכת הבריאות הציבורית בישראל, ישמור על רוח החוק ובה בעת יענה על צרכי הציבור ורצונותיו. הוגדרו הנושאים שידונו, כגון הזכות לבחור ברופא והשאלה האם להפוך את זכות הבחירה ברופא לאוניברסלית בסל, או להותיר את זכות הבחירה ברופא באמצעות השב"נים אך להרחיבה לכל מערכת האשפוז (ציבורית ופרטית). נושא נוסף שהוזכר היה השימוש בכיס הפרטי לכיסוי הוצאות בריאות, והקשר בין הכסף הציבורי לכסף הפרטי, לרבות דיון בטופס 17 ובשאלה האם תשלום על ניתוחים פרטיים בבתי חולים בבעלות הקופות צריך להיות משולם באופן פרטי החל מהשקל הראשון. נושא נוסף שעמד על הפרק היה האישור לשירותי בריאות כללית להקים תשתיות פרטיות, וההשלכות של ההחלטה בסוגייה זו על האישורים שכבר ניתנו למכבי להפעלת בתי חולים פרטיים.

נציג מכבי טען כי תיאור הפוטנציאל הגלום באסותא מוגזם, וכי מדובר בבית חולים שיכיל רק 5% מהמיטות בבתי החולים האחרים. הנציג שאל כמה "גרירת שמנת" יוכל, אם כך, בית חולים זה לעשות. כמו כן הוסבר כי אסותא החדש ירכז את פעילות סניפי אסותא השונים כיום, וכי למעשה אין הגדלה משמעותית של סך המיטות או חדרי הניתוח. אחד המשתתפים העיר שיש הטעיה בהסתכלות על מספר המיטות הארצי, ושיש להסתכל על מספר הניתוחים המתוכננים כאחוז ממספר הניתוחים המתקיימים בגוש דן, ואז התמונה אחרת. בנוסף הועלתה השאלה האם לגוף ציבורי שקוראים לו קופת חולים מותר להחזיק בית חולים פרטי (האם הדבר עומד במבחן ההיגיון, והאם הוא נכון). נשמעה הטענה שבלחץ המציאות שנוצרה עומדים 'להכשיר שרץ'.

חלק מן המשתתפים הוסיפו שהבעיה אינה המצב היום, אלא מה שיתרחש בעוד חמש שנים. המערכות הפרטיות תיקחנה משאבים ציבוריים כמו מרדמים ואחיות. בית חולים כמו איכילוב יצטרך להתחרות עם השכר, הציוד והסביבה של אסותא. הדיון היום צריך להיות על מראה מערכת הבריאות בעוד חמש שנים. רבים מהמשתתפים חשבו כי צריך להחיל את אותם החוקים על כולם. אם לא ישנו זאת, אז בעוד חמש שנים בתי החולים הציבוריים יתדרדרו ולא יהיו בהם מרכזי מצוינות. כבר היום קיים עיוות, ואם יינתן אישור לשירותי בריאות כללית להוסיף עוד מיטות פרטיות בבעלותה, העיוות עוד יגדל.

בנושא העירוב בין ההון הציבורי וההון הפרטי, הועלתה השאלה מה הייתה התגובה להוספת מיטות בכלל (ציבוריות או פרטיות), ולא מיטות פרטיות בבעלות קופות. גידול בהיצע משפיע גם על שחקנים אחרים. ההשלכות יכולות להיות "גרירת שמנת", אך ברמה הבסיסית יותר. מערכת ציבורית ומערכת פרטית פועלות על-פי פונקציות עלות שונות לחלוטין, ונשאלה השאלה איך מתמודדים עם כך. מספר מתדיינים טענו שהשב"ן הוא תחילת הבעיה – האישור שניתן במסגרת הביטוח המשלים לשלם עבור בחירת רופא, ומכירת השירות למבוטחים, מצריך לתת את האפשרות לעמוד בהתחייבות באופן חוקי. מאחר שהדיון אינו על האישור, שכן האישור כבר ניתן ואין עליו עוררין, יש למצוא פתרון אשר יאפשר את קיום ההבטחה ובה בעת ייטיב ככל האפשר עם בריאות הציבור.

למיטות בבעלות קופות יש משמעות מבחינת החבר בקופה. אם באשפוז יחולקו המבוטחים לשתי אוכלוסיות, האחת תקבל טיפול בבית חולים פרטי והשנייה בבית חולים ציבורי, הבעיה הינה ערכית. בבתי החולים נבנתה מערכת טובה לחינוך, למחקר ולהתמחות. כאשר הרופאים יתחילו "לרוץ" לבית החולים הפרטי, הדבר יפגע ברמתם של בתי החולים הציבוריים. לקופת החולים יש על-פי החוק כלים, ערכים, אופי – כל זה יתערער. הובעו חשש שמה שקורה יהפוך את חוק ביטוח בריאות ממלכתי לקריקטורה ודרישה לחשוב לאן השינוי הזה מוביל את המערכת.



נציגי בתי החולים הציבוריים יצאו נגד המגבלות החלות עליהם ומונעות מהם את התחרות השווה אל מול הגופים הפרטיים. עלתה דרישה לאפשר פעילות פרטית גם בבתי החולים הציבוריים.

לטענת נציג אחד מבתי החולים הציבוריים, גם עם המחקר והכוננויות, בתי החולים הציבוריים עדיין מוכנים להתחרות, אלא שמהרגע שהשב"ן אינו מאפשר למבוטחים להגיע לשירות הציבורי, התחרות אינה הוגנת. הקופה ניזונה מכספי המס, ובה בעת היא בעלים של חברה שהיא 100% פרטית. לטענתו, אם תהיה תחרות אמיתית - גם בתי החולים הציבוריים יקבלו מבוטחי שב"ן ובמסגרת הסל הבסיסי תהיה בחירה לאזרח לאן לפנות - יוכלו בתי חולים אלה להתמודד מול אסותא. כיום, הקופה מזינה את מיטותיה הפרטיות. לראיה, יש בנמצא מוסד פרטי שיכול לגדול אך אינו מבקש עוד מיטות, והסיבה לכך שהוא אינו זקוק לעוד מיטות היא כי אין לו קופה.

אחת ההצעות שעלתה הייתה לדרוש מבית החולים הפרטי לעמוד בסטנדרטים של בית חולים ציבורי. באופן כזה, בתי החולים יהיו בתי חולים של ממש - מה שיש כיום בארץ הוא שירותי כירורגיה פרטיים שבהם קוראים למומחים מבתי חולים שונים.

אחד הטיעונים שעלו בדיונים המקדימים כנגד המיטות הפרטיות בבעלות קופות החולים הייתה שעלולה להיות "גריפת שמנת" לכיוון בתי החולים הפרטיים. בדיונים בכנס עלה כי "גריפת שמנת" אכן קיימת, אך אינה מסכנת את בתי החולים הציבוריים. בנושא זה היתה אחדות דעים. נאמר שהבעיה היא שולית וניתנת לפתרון באמצעות מחירים ריאליים בבתי החולים הציבוריים. לעומת זאת החשש מנדידת רופאים ואחיות משמעותי יותר. התדמית שנוצרת, שבתי החולים הפרטיים של הקופות יעשו פעולות קלות וישאירו לבתי החולים הציבוריים את הפעולות הקשות - מוטעית. בבתי החולים הפרטיים מבוצעות פעולות מורכבות מזה זמן. בניגוד לדיבורים על "גריפת שמנת" של מקרים רווחיים, כאן מתקרבים ל"גריפת שמנת" של מומחים. כאשר מנתחי לב מקבלים הצעות קוסמות לעבוד בבית חולים פרטי, או כאשר מומחים מתאגדים לעבור כקבוצה לבית חולים כזה, מי שיבוא לבתי החולים הציבוריים לא יקבל את השירות שלשמו בא. מבחינת הקופה זה אולי מהלך נכון, אך למערכת זה רע. אם אי אפשר לחזור אחורה ולקחת את הקניין של אסותא ממכבי, צריך יהיה להפעיל רגולציה קשה על הקופות ועל השכר, כך סברו חלק מן החברים.

משתתפים אחרים הוסיפו, שלאור מגבלות החלות על בתי החולים הציבוריים, אין ביכולתם להתחרות עם בתי החולים הפרטיים בתחום תנאי ההעסקה, ולפיכך קיים חשש שרופאים בכירים ינדדו בשיא הקריירה שלהם, לאחר שנות הכשרה רבות, ויעזבו את המערכת הציבורית.

אחד הפתרונות שהוצע בכנס לבעיה זו היה תמחור ותקצוב נפרדים לתקורות המאפיינות בתי חולים ציבוריים לעומת מיטות פרטיות, לדוגמה כוננויות, מחקר והוראה, שעת חירום וכו'. פתרון זה יתרום תרומה חיובית לתחרות ולהתייעלות של בתי החולים הציבוריים. נציג מבתי החולים של שירותי בריאות כללית אמר שאין פסול בעיניו בכך שבתי החולים הציבוריים יטפלו בדברים המסובכים יותר, אם אלה יתומחרו בצורה טובה יותר. בעיניו הבעיה היא לא בתי החולים הפרטיים, שכן יש מקום לסקטור פרטי. המערכת הפרטית מייעלת, מסייעת לתחרותיות, מניעה להישגים יותר גבוהים. הבעיה בעיניו היא שבמציאות הקיימת כעת, אין יותר בית חולים פרטי אמיתי, כי מכבי שירותי בריאות השתלטה על כל המיטות הפרטיות. מדברים אלה עלתה המסקנה שמיטות פרטיות בבעלות פרטית-מסחרית, ולא בבעלות קופת חולים, עשויות להוות פתרון. מה שקרה, לדברי נציג בתי החולים של הכללית, הוא שמכבי לקחה כספי ציבור, ובנתה עימם בית חולים פרטי.

נציג האוצר ביקש להעיר כי יש להבחין בין אופי הפעילות לבין אופי ההתאגדות. כשרכשה מכבי את בית החולים החדש, הוא היה פרטי גם בהתאגדות וגם בהפעלה. השאלה היא בעצם, האם מותר לקופת חולים להיות ספק שירותים שכל אחד יכול לקבלם? ובמילים אחרות - האם מותר לקופה להיות ספק? היו שטענו שהדיון צריך להיות על ביטול האישור. האמירה שאי אפשר להחזיר את המצב לאחור פירושה קיום מערכת מעורבת שבה תהיינה גם רפואה פרטית וגם רפואה ציבורית.

נשאלה השאלה היכן אמור רופא נבחר לנתח, כאשר הוחלט שבחירת רופא היא זכות הניתנת בשב"ן. האם יש סיבה "לגרור" אותו לבית חולים אחר? אם הרשינו לזה לקרות (ועל כך שהציבור דורש זאת ואין סיבה לא לתת לכך מענה יש הסכמה), למה שלא נעשה זאת בצורה הכי פשוטה - נשמור על הרופא בבית החולים כל היום ונאפשר שר"פ גם בבתי החולים הציבוריים?

היו בין משתתפי הדיון שהציעו את השר"פ כפתרון לביקוש הרב לבחירת מנתח בשב"ן. ניתנה הדוגמה של ירושלים, שבה מתקיים שר"פ בבתי חולים ציבוריים טובים ומוכרים, ואפשר לבחור את המנתח. הדבר פותר בעיות של הוראה, מחקר, וכוח אדם. החיסרון הוא שקופות החולים יוציאו יותר. עם זאת, מאחר שהקופות מציעות במסגרת השב"ן בחירת רופא, צריך לתת אופציה כזו. בתי החולים הפרטיים בבעלות הקופות הם גורם גדול שנוסף כדי לתת פתרון לקיום ההבטחה שניתנה בשב"ן, בזמן שהמערכת עוצרת את השר"פ.

הועלתה ההשערה, כי אילו לפני מספר שנים היו מנהיגים שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים, לא היו מתרבות המיטות הפרטיות. עם זאת נאמר שכיום, לאחר שהאישורים להפעיל את המיטות כבר בידי מכבי, צריך לאפשר שר"פ בבתי החולים הציבוריים. מנגד נשמעה הטענה שלאחר יום וחצי שבהם מדברים נגד עירוב ההון הציבורי והפרטי, מוצע פתרון שדווקא מגביר את העירוב, והוצע שוב לשקול בתי חולים פרטיים בבעלות פרטית-מסחרית בלבד.

### בעיית העירוב בין כסף פרטי וכסף ציבורי

כבר בתחילת הדיונים הוגדר העירוב בין כסף פרטי לבין כסף ציבורי כבעיה מרכזית. הנושא עלה בכמה נקודות במהלך הדיונים. ניכר קשר בין עמדתם המוסדית של הדוברים לבין הצגת הנושא, והוצגו נתונים ועובדות סותרים לגבי זליגת כספים. היו שטענו שמטבע הדברים, המערכת הקיימת לוקחת מקורות פרטיים למימון שירותים ציבוריים, ושהקופה מוכרת באמצעות השב"ן שירותים שצריכים להיות מכוסים על-ידי טופס 17. תחת הנחה זו הובעה העמדה, שהעובדה שהמימון עובר לכיס הפרטי נותנת גושפנקא לאוצר לא לתת מימון לבריאות הציבור, ושם כך הדבר, הרי שהשב"ן במתכונתו הנוכחית אינו ממלא את ייעודו, ולא את רוח סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כמו כן נאמר שאם אכן הקופות מתאזנות מהכיס הפרטי, צריך להגביר את הפיקוח והאכיפה.

לעומת זאת, נציג משרד הבריאות אמר כי אין סבסוד של טופס 17 למוצרים שבסל - עבור ניתוח פרטי השב"ן משלם מהשקל הראשון. גם בכך ראו חלק מחברי הצוות בעיה, שכן העמסת כל העלות, מהשקל הראשון, על השב"ן, יוצרת עודף בסל הבסיסי. נשמעה טענה שהרגולציה הזו אינה נכונה. מרבית הכסף שזורם במערכת זו מקורו בבחירת המנתח. הדבר יוצר תזזית במערכת הצדדית (המערכת הפרטית בבעלות הקופות). בה בעת, במערכת הציבורית רואים שהמערכת הפרטית מתחילה להתפתח. שני מיליארד השקלים של השב"ן הם אולי סכום פעוט ביחס לסל, אך הם מצמיחים מערכת הגורמת לבזבוז משאבים דרך יצירת משאבים כפולים. נשמעה הטענה שהשב"ן טוב ביסודו אך הרגולציה שלו בשנים האחרות לא הייתה טובה. הפרמיות עולות וסך הכסף בו גדל. במקום לדבר על ביטול סעיף 10, ניתן להוריד את הפרמיות, להקטין את הפוליסות, לגלות יותר נוקשות, ולבקר תהליכים ומחירי העברה.

ככל שהסל רחב יותר, ובפרט בספקטרום של שירותי ה- "nice to have", ברור שיש יותר הזדמנות לסבסוד צולב. בעניין זה קיימת זהות אינטרסים בין האוצר לבין ארבע הקופות, ולכן השב"ן מאד רחב. מאותה הסיבה גם יהיה קשה להחזיר את המצב לקדמותו. בין המתדיינים היו שראו את השב"ן כמשהו פרטי, אך ההבדל בין פרטי וציבורי ראוי שייגזר ממימון, מבעלות וממטרות. לפי קריטריונים אלה, הגדרת השב"ן שייכת לכסף ציבורי. אם רואים את השב"ן כממומן מכסף ציבורי אשר כ-80% מהאוכלוסיה תורם לו, מדובר כמעט בבסיס המס המקובל.

נציגת משרד הבריאות תיארה קושי בתמחור. המערכת אינה משקפת עלויות לספקים השונים, והדבר יוצר בעיה. בעיניה, הצגת המערכת הפרטית כקטנה ושולית היא היתממות שאינה הוגנת כלפי המערכת הציבורית, שעברה תהליכים לא קלים בשנים האחרונות. ההחלטה היא של מחירים ועד שלא תיעשה הפרדה, אי אפשר יהיה לקבל החלטות. מערכת פרטית היא פרטית ומערכת ציבורית היא ציבורית, והשב"ן הוא בעייתי כי הוא נמצא בדיוק באמצע.

אחד מנציגי מכבי הציג את עמדתו שהבעיה אינה באסותא ובמכבי אלא בתמחור בתי החולים הציבוריים. לדבריו, לא רק מיטות פרטיות הן מערכת פרטית - בבתי חולים ציבוריים עושים פעילות פרטית: קרנות מחקר ותאגיד פרטי, ססיות ושר"פ. נציג זה היה מוכן להתחייב שהמשכורות של הרופאים באסותא נמוכות ממשכורות הרופאים בתאגידים. לדבריו הדיון צריך להיות בשאלה מה יהיו כלליה ודרכי התנהגותה של הרפואה הפרטית בישראל.

יו"ר הדיון הבהיר שהססיות אינן פעילות רפואית פרטית. אחד המשתתפים הוסיף שהחל משנת 2002 נושא שכר הרופאים מהקרנות נמצא תחת רגולציה ובפיקוח מאד הדוק. צריך לעשות רגולציה גם לגבי השירותים הפרטיים, ואותה הרגולציה צריכה להיות לכל הרוחב.

שני נושאים נוספים אשר עלו אך לא התקיים דיון יסודי לגביהם היו צורת גיוס לקוחות לשב"ן (opting in מול opting out), והגדלת השקיפות והנגישות למידע על זכויות המבוטחים בשב"ן.

## חלק 4: סיכום והמלצות

העבודה בצוות המכין והדיון בקבוצה הרחבה במהלך הכנס התאפיינו בהשתתפות ערה מאד של החברים, ובכך שלא הושגו בהם הסכמות חד-משמעיות, הן עקב רגישות הנושאים שנדונו והשלכותיהם המכריעות על מערכת הבריאות בישראל, והן לאור שיוכם המוסדי של המשתתפים. לפיכך, סיכום זה ישקף במידת האפשר את הלך הרוחות ששרר בעת הדיונים ואת דעת רוב המשתתפים במקומות שבהם הסתמן רוב כזה.

הנושאים הממוקדים שעלו לדיון יובאו להלן בזה אחר זה, ולאחר כל אחד מהם יוצג סיכום הדיון בצירוף המלצה מעשית (אם נלוותה לדיון המלצה כזו).

**1. המתכונת האופטימלית לשב"ן** - האם להגבילו לשירותי רפואה שאינם בממשק עם השירותים בסל הבסיסי (מסוג "nice to have") או לאפשר את הרחבתו לטכנולוגיות המשפרות ומרחיבות את הסל הבסיסי, ואולי אפילו לטכנולוגיות מאריכות חיים שאינן בסל? במסגרת נושא זה נדונה גם החשיבות היחסית להגברת השוויוניות ברוח סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אל מול השאיפה להעלות את רמת הבריאות הממוצעת באוכלוסיה, הנמצאת לעתים בסתירה מסוימת לשמירה קנאית על שוויוניות.

#### המסקנות:

- השב"ן על רבדיו המתקדמים הוא עובדה קיימת, הוא זוכה לפופולריות רבה (79% מן האוכלוסיה ערב כנס ים המלח), עדיין מוצע במחיר שווה לכל נפש, וניתן לראות בו בבחינת הרע במיעוטו.
- השב"ן אמנם פוגע בשוויוניות (כלפי 21% מהאוכלוסיה שאינה יכולה להרשות לעצמה לרכשו, ובמגזרים מסוימים אף הרבה יותר משיעור זה), אך תורם לרמת הבריאות הממוצעת באוכלוסיה, לאור היקף השימוש הרחב בו, מחירו הנמוך יחסית והעובדה שאינו דורש חיתום. בכך משדרג השב"ן את שירותי הבריאות העומדים לרשות רוב האוכלוסיה.
- נחלקו הדיעות באשר למגוון השירותים והטכנולוגיות אותם מן הראוי לכלול בשב"ן ואופיים. רבים מן המשתתפים סברו שאת הכללתן בשב"ן של טכנולוגיות חיוניות לשימור חיים והארכתם (להבדיל מטכנולוגיות התורמות יותר לאיכות החיים), אשר עקב מגבלות תקציב לא הוכנסו לסל הבסיסי, מן הראוי להתנות בהבטחת זכותם של אלה שאינם יכולים להרשות לעצמם לרכוש שב"ן ליהנות מהן. במלים אחרות: אי-שוויון הפולש לתחום הצלת חיים או הארכתם המשמעותית אינו ראוי, ויש לטפל בו - או באמצעות הרחבת הסל הבסיסי כך שיכלול תחומים אלה (אפילו במחיר העלאת מס הבריאות), או באמצעות סבסוד ישיר (ביטוח לאומי למשל) של שירותים וטכנולוגיות אלה למי שלא יכול להרשות לעצמו לרכוש שב"ן.
- לא נמצא פתרון לחשש הסביר מאד כי השב"ן במתכונתו הקיימת, בעיקר על רבדיו המתקדמים, לא יוכל להתקיים לאורך זמן תמורת פרמיה שווה לכל נפש.
- הומלצה הפרדה מוחלטת של הון פרטי מהון ציבורי, ולפיכך הימנעות מסבסוד צולב הקיים היום בין הסל הבסיסי (טופס 17) לשב"ן.

**2. הנוהל הראוי לאישור תכניות שב"ן חדשות** - האישור כיום מתמצה בהיענות או אי-היענות ליחזמות הקופות בנושא זה, באמצעות עבודת הכנה יסודית ודיון רב-משתתפים אצל הרגולטור (משרד הבריאות).

המסקנות:

- ההצעה לקיים דיון ציבורי בכנסת או בוועדת העבודה והרווחה כל אימת שמתוכנן שינוי מהותי במתכונת השב"ן לא התקבלה על דעתם של רוב המשתתפים בדיון. חלק מן המשתתפים סבר שיש להתייחס למשרד הבריאות בעניין זה כאל המפקח על הביטוח בבואו לאשר תכניות ביטוח חדשות, ולהסתפק במתכונת זו, וחלק סבר כי בעת הכנסת רבדים מהותיים לשב"ן יש מקום לדיון ציבורי רחב יותר מן המתקיים היום במשרד הבריאות.

**3. ההשתתפות העצמית בשב"ן** – כיום עשויה ההשתתפות העצמית במימון השירות המוצע להגיע להיקף משמעותי, בעיקר, אך לא רק, בנושא תרופות.

המסקנות:

- כוונתה המקורית של ההשתתפות העצמית הייתה למנוע ניצול מיותר של השירות הביטוחי (moral hazard), אך במתכונתה הנוכחית היא, לדעת חלק מן המשתתפים, בבחינת הטעיה מסוימת של הציבור, המשלם לעיתים במסגרת ההשתתפות העצמית סכומים העולים משמעותית על הפרמיה. סמוך למועד הכנס פרסם הרגולטור הגבלות על שיעור ההשתתפות העצמית לגבי תרופות ברוח מסקנה זו.

**4. ההשפעה ההדדית בין השב"ן והסל** – נדונה השאלה האם שב"ן בהיקף נרחב יש בו בכדי לעכב את שיעור הרחבת הסל הבסיסי.

המסקנות:

- בהיעדר נתונים מחקרניים המתבססים על העבר, שיערו רוב המשתתפים בדיון כי הרחבת השב"ן (העומד לרשות רוב האוכלוסייה), בעיקר בתחום תרופות חדשות, אך גם בתחום שירותים וטכנולוגיות אחרות, תוריד את המוטיבציה של קובעי המדיניות ושל קבוצות לחץ מקרב הצרכנים להרחבת הסל הבסיסי. דעת מיעוט סברה כי הרחבת השב"ן תגדיל את המוטיבציה להרחבת הסל.

**5. השפעת השב"ן על המעבר מקופה לקופה**

המסקנות:

- השב"ן מהווה חסם פוטנציאלי למעבר בין הקופות, והייתה הסכמה שעל הרגולטור לפתור בעיה זו.

## 6. מידע בדבר זכויות המבוטחים בשב"ן

המסקנות:

- רוב מבוטחי השב"ן אינם מודעים למלוא זכויותיהם, וקיים חשש שחלקם אינו מנצל את מלוא פוטנציאל השירותים שלהם הוא זכאי. הומלץ להגביר את השקיפות והנגישות למידע על זכויות המבוטחים בשב"ן באמצעות הפצת המידע באורח נרחב.

**7. המיטות הפרטיות בבעלות הקופות** - נדונה ההשפעה של בעלות הקופות על מיטות פרטיות (להבדיל ממיטות פרטיות בבעלות גורמים פרטיים) על הרפואה הציבורית בכלל ועל בתי החולים הציבוריים בפרט.

המסקנות:

- הובעה הדעה כי גם הורתה ולידתה של תופעת המיטות הפרטיות בבעלות הקופות היא השב"ן הרחב, ההולך ומתרחב (בהיקף שירותיו ומבוטחיו), וזאת לאור העלייה הנגזרת במוטיבציית הקופות להפנות מבוטחי שב"ן לאבחון וניתוח במוסדותיהן "הפרטיים".
- הייתה מחלוקת קוטבית בין המשתתפים בדיון בדבר נאותות הבעלות של קופות על מיטות פרטיות.
- לגבי תופעת "גריפת השמנת" (cream skimming), הייתה תמימות דעים כמעט מוחלטת שהתופעה אכן קיימת, בעיקר לאור היעדר מקרים חדים (אקוטיים) בבתי החולים הפרטיים של הקופות. מאידך, הוסכם כי התופעה אינה מסכנת את בתי החולים הציבוריים, וכי התרופה לה היא תמחור התקורות העודפות של בתי החולים הציבוריים (כגון: כונויות, מחקר, הוראה, שעת חירום וכיו"ב), ותקצובם בהתאם.
- החשש מנדידת רופאים ואחיות מבתי החולים הציבוריים לפרטיים לאור תנאי עבודה עדיפים נתפס על-ידי רוב המשתתפים בדיון כמשמעותי יותר מתופעת "גריפת השמנת", ולא הוצע לו פתרון.
- למיטות הפרטיות בבעלות הקופות תרומה חיובית לתחרות ולהתייעלות בתי החולים הציבוריים.
- נדונה האפשרות למנוע מתן רשיון למיטות פרטיות נוספות בבעלות הקופות, ואולי אף לבטל רשיונות קיימים, אך חילוקי הדיעות בנושא זה היו קוטביים ולא הושגה הסכמה להמלצה מעשית בנושא. עם זאת הובעה על-ידי רבים מן המשתתפים הדעה כי אם ניתנים אישורים למיטות פרטיות בבעלות הקופות יש לאפשר לבתי החולים הציבוריים להתחרות בהן באמצעות אישור לקיים שירות רפואי פרטי (שר"פ) בתוכם.

## רשימת מקורות

1. ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר., מצליח, ר., סופר, ש., וש. אברמי, 2007. תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים – ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006. דמ-07-495, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, ומרכז המחקר והמידע של הכנסת.
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2007. סקר הוצאות משקי הבית 2005, ISSN 0333-6255, ירושלים.
3. גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., ור. מצליח. 2007. דמ-07-487, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
4. רו"ח מירה ולדמן-אשרוב, ורו"ח ירון אברהם. 2006. דוח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2004.  
[www.e-med.co.il/emed/new/usersite/content.asp?CatID=38&ContentID=101954](http://www.e-med.co.il/emed/new/usersite/content.asp?CatID=38&ContentID=101954)
5. ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר. ור. מצליח. 2007. תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח סלי השירות לשנת 2006 והשוואה למצב בשנת 1996, עיקרי הממצאים – שלב ב' של המחקר. דמ-07-495, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים. (בדפוס)
6. Krohmal, B.J. and E.J. Emanuel. 2007. "Access and Ability to Pay: The Ethics of a Tiered Health Care System", Arch Intern Med 167, pp. 433-437.
7. Brett, A.S. 2007. "Two Tiered Health Care – a Problematic Double Standard, Arch Intern Med 167, pp. 430-432.
8. The Physicians Working Group for Single Payer National Health Insurance. 2003. "Proposal of the Physicians Working Group for Single Payer National Health Insurance" JAMA 290, pp. 798-805.
9. מבקר המדינה. 2007. דוח שנתי 57 לשנת 2006 ולחשבונות שנת הכספים 2005, 2007-957.
10. מבקר המדינה. 2006. דוח שנתי 56 לשנת 2005 ולחשבונות שנת הכספים 2004, 2006-956.
11. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2007. סקר הוצאות משק הבית, 2005 סיכומים כלליים, ירושלים.



# 3 תהליך עדכון סל הבריאות

## תקציר

אחד מיעדיה הבסיסיים של כל מדינה מודרנית הינו קיום הצרכים הבסיסיים של תושביה, ובכלל זה דאגה למצב הבריאות של האוכלוסיה. בעבר, ההחלטה לאמץ ולממן טיפול רפואי חדש ממקורות ציבוריים התבססה בעיקר על עקרון התועלתיות, כלומר יכולת הטיפול לשפר בצורה מירבית את מצב הבריאות של האוכלוסיה או חלקים ממנה. הגידול המתמיד בעלויות הטיפול הרפואי, יחד עם נתח התקציב המוגבל המיועד למימון הציבורי של מערכות בריאות, מציבים בפני מקבלי ההחלטות אתגר גדול של הבטחת טיפול רפואי איכותי תוך עמידה במגבלות התקציביות. על-מנת לעמוד ביעד זה, נוצר הצורך בקביעת סדרי קדימויות (prioritization) בהקצאת המשאבים ובקביעת סל שירותי רפואה, באופן שייתן מענה מיטבי לאוכלוסיה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקף ב-1.1.95, מגדיר ומפרט את סל שירותי הבריאות ("סל השירותים") לו זכאי כל תושב בישראל. סל השירותים נועד לספק למבוטחים את מכלול שירותי הבריאות באיכות ובזמינות סבירים. בחוק אמנם נקבע מנגנון אוטומטי לשמירה על ערכו הריאלי של הסל, אך עם זאת, הוא קבע כי לא תתווסף לסל אף תרופה המוסיפה לעלותו אלא אם ניתן מקור תקציבי ייעודי לכך, או אם התפנה מקור עקב ביטול שירות או התייעלות. אין בחוק התייחסות לאופן קביעת עלותה של טכנולוגיה חדשה, וכן אין התייחסות לאופן שבו תיבחרנה הטכנולוגיות שתתווספנה לסל.

במסגרת דיוני הצוות שעסק בתהליכי עדכון סל הבריאות הועלו סוגיות חשובות רבות לדיון. מפאת מגבלות הזמן, הדיונים במסגרת כנס ים המלח התמקדו בחמישה נושאים עיקריים:

### 1. מנגנון עדכון סל השירותים:

יש תחושה כללית שמנגנון עדכון הסל הקיים עונה על הצרכים, אך בפועל קיימים לא מעט קשיים ביישומו המיטבי. קשיים אלו נובעים בעיקר מהגורמים הבאים:

א. מדי שנה מוצע לוועדה לעדכון סל השירותים מספר רב של טכנולוגיות, הדורשות הערכה טכנולוגית.

ב. היקף כוח האדם ומסגרת הזמן שהוקצו במשרד הבריאות למשימה זו אינם מספיקים להערכה מעמיקה של כל טכנולוגיה. הומלץ, לכן, שמשרדי הבריאות והאוצר יגבשו תכנית

- להגדלה משמעותית של מערך מערכי הטכנולוגיות במינהל לטכנולוגיות במשרד הבריאות.
- ג. יש תחושה שלעיתים ההערכה מתבצעת בשלב מוקדם מדי של ההתפתחות הטכנולוגית, כאשר הטכנולוגיה לא מספיק בשלה וטרם הצטברו מספיק נתונים לגבי תועלתה.
  - ד. המציאות החברתית והפוליטית בישראל דוחפת לאימוץ טכנולוגיות בשלב מוקדם. ישראל היא מאמצת מקדימה של טכנולוגיות רבות, הרבה לפני המקובל במדינות מערביות רבות.

### **במסגרת הכנס נדונו השאלות הבאות:**

1. האם אנו רוצים לתקן במעט את המנגנון הקיים? האם אנו רוצים מנגנון חלופי?
  2. מהו ההרכב הרצוי של ועדת עדכון הסל? מי הם הגופים האמורים להיות מיוצגים בוועדה?
  3. האם בוועדת הסל צריכים להתקיים דיונים מקצועיים לגבי יעילות הטכנולוגיות ועלותן, או שתפקיד הוועדה רק לתעדף, והדיונים המקצועיים רצוי שיתבצעו בוועדות מקצועיות מקדימות?
- בסיכום הדיונים בכנס לא עלה בידי הצוות לגבש המלצה אופרטיבית לגבי אף אחת מהשאלות הנ"ל, למעט ההסכמה שהשתתפות נציגי ציבור חיונית לתהליך קבלת ההחלטות, עקב ייחודיות התהליך בישראל, שמעורבים בו גם שיקולים אתיים וחברתיים. הצעות נוספות שהועלו מובאות בהמשך המסמך.

## **2. עדכון קבוע של סל הבריאות (קידום טכנולוגי):**

### **בסוגייה זו התקיים דיון בשאלות הבאות:**

1. האם יש צורך להסדיר בחוק את נושא הקידום הטכנולוגי בסל השירותים, במתכונת דומה לעדכון הסל לפי מדד יוקר הבריאות (ושינויים דמוגרפיים באוכלוסיה)?
2. אם יוחלט שיש צורך בעדכון טכנולוגי קבוע, כיצד הוא יתבצע בפועל (אחוז קבוע, הצמדה לקצב הצמיחה בתל"ג לנפש)?

### **בעקבות הדיונים סוכמו הדברים הבאים:**

- התנודתיות בתוספת התקציב המוקצית לעדכון הסל לשם הוספת טכנולוגיות חדשות מקטינה משמעותית את האפשרות לתכנן ארוך טווח של מדיניות בריאות בכלל והרחבת הסל בפרט.
- התהליך הנוכחי של קביעת גובה ההקצאה (הנקבע לעיתים בשלבים וכמענה לקבוצות לחץ של חולים סופניים) אינו ראוי.
- הצורך בקביעה בחוק של עדכון בשיעור קבוע נותר במחלוקת. המתנגדים ציינו כי העובדה

שלא נקבע בחוק מנגנון לתוספת בשיעור קבוע של טכנולוגיות חדשות נובעת מההכרה כי יש הבדל משמעותי בין הצורך לשמר, עד כמה שניתן, את רמת השירות הניתן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לבין האפשרות להרחיב את הסל ולשכללו, אפשרות התלויה, מטבע הדברים, ביכולות המשק ובסדרי העדיפויות התקציביים. בנוסף, בראיית מקרו של קביעת סדרי עדיפויות לאומיים, עדכון קבוע במסגרת חקיקה עלול לפגוע בגמישות הקצאת התקציב. לעומת זאת, המצדדים בקביעת עדכון קבוע סברו כי לא ניתן להמשיך ולהבטיח את הרמה הרפואית הגבוהה של מערכת הבריאות הישראלית ללא קביעת מקדם עדכון טכנולוגי קבוע לסל.

- למרות המחלוקת על הצורך בעדכון בשיעור קבוע, מומלץ לבחון אפשרות של תכנון רב-שנתי של ההקצאה, על-מנת לייצב את המערכת.

### 3. שיטת תקצוב קופות החולים על שימוש בטכנולוגיות חדשות ואופן ההתחשבות:

#### במסגרת הכנס נדונו השאלות הבאות:

1. האם, לאור הפערים הנוצרים לעיתים קרובות בין הערכת היקפי השימוש והתקצוב והשימוש שנעשה בפועל בטכנולוגיות חדשות, יש מקום להגדיר טווחים שבהם תתבצע התחשבות מתקנת כאשר הסטיות גדולות מההקצאה הפרוספקטיבית? באיזה אופן יש לבצע את התיקון?
2. מה הם פרקי הזמן הנכונים לבדיקת השימוש בפועל בטכנולוגיות?

#### בסיכום הדיונים על הדברים הבאים:

- לטענת קופות החולים, בכל הבדיקות שנעשו נמצא שההוצאה בפועל של הקופות עבור טכנולוגיות שנכללו בסל לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה גבוהה מהתקציב שהוקצה למטרה זו.
- הוסכם שתגמול רטרופקטיבי של קופות החולים עבור שימוש בטכנולוגיות אינו יוצר תמריצים לחיסכון ולשימוש מושכל בתרופות וטכנולוגיות אחרות.
- מנגד, מרבית חברי הצוות סברו שאם ישנם שינויים קיצוניים בעלות הטכנולוגיות, עקב שינוי במדע הרפואה ובפרוטוקולים הטיפוליים (למשל: התוויות, מינונים, משטרי טיפול), יש מקום להביא את הנושא לדיון מחדש בוועדת הסל.
- בנוגע להבדלים בין היקפי השימוש בפועל לבין התחזית, הוצג רעיון של שיתוף סיכון (risk-sharing) בין בעלי העניין השונים בקביעת היקפי השימוש הצפויים בטכנולוגיה. קיימת סבירות כי מנגנון מעין זה ישפר את דיוק ההערכות המוקדמות של העלות התקציבית לסל, כך שבמציאות ההוצאה והיקפי השימוש בפועל בטכנולוגיה חדשה יהיו קרובים

להערכות המוקדמות.

#### 4. עדכון התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי:

קצב העדכון בהיקף שירותי הרפואה המונעת הניתנים במסגרת התוספת השלישית אינו מספיק עבור הכללת טכנולוגיות שונות, כגון חיסונים שהוגדרו כחשובים ביותר על-ידי ועדת ההיגוי של המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, ושכלולים כבר בשגרת החיסונים של מדינות מערביות רבות. במנגנון הקיים כיום של עדכון סל השירותים, טכנולוגיות השייכות ל"תוספת השלישית" אינן נדונות במסגרת הוועדה, וכך ניתנת בפועל עדיפות לטכנולוגיות "מצילות חיים" עם השפעה קצרת טווח, על פני טכנולוגיות למניעה אישית (כגון חיסונים) שהתועלת מהשימוש בהן מתבטאת כעבור שנים רבות.

#### במסגרת הכנס נדונו השאלות הבאות:

1. האם יש מקום להקצות תקציב נפרד לעדכון התוספת השלישית?
2. אם יוחלט להמליץ על עדכון קבוע אוטומטי של המרכיב הטכנולוגי בסל שבאחריות קופות החולים, האם יש להחיל מנגנון דומה גם על הסל שבאחריות המדינה?
3. האם הוועדה הציבורית לעדכון הסל צריכה לדון גם בהרחבת הסל שבמסגרת התוספת השלישית, או שלשם כך יש צורך במנגנון עדכון נפרד?
4. מה הקריטריונים שישמשו להוספת טכנולוגיות לתוספת השלישית?

#### סוכמו הנקודות הבאות:

- למרות שבסיס התקציב המיועד לחיסונים גדל בשנים האחרונות, עדיין יש פער משמעותי בין הכיסוי החיסוני בישראל וזה במדינות אחרות.
- אין הסכמה בסוגייה האם התקציב המיועד לשרוג טכנולוגי במסגרת התוספת השלישית צריך להיקבע בנפרד מהתקציב הניתן לעדכון התוספת השנייה.
- חלק מחברי הוועדה סברו שצריך שיוקצה תקציב נפרד לעדכון התוספת השלישית, ושהחלטה לגבי חלוקת התקציב תהיה בידי משרד הבריאות, או בידי ועדה נפרדת. אחרים סברו שכל תקציב עדכון הסל יידון במסגרת תהליך אחיד, תוך שימוש בכלים שמשקללים את יעילות הרפואה המונעת באופן נכון ומדויק.

## 5. גישות לתעדוף טכנולוגיות ושימוש בהערכה כלכלית ככלי תומך החלטה:

הערכות כלכליות משמשות בשנים האחרונות ככלים תומכי החלטה בתעדוף טכנולוגיות במדינות מערביות רבות. למרות זאת, השימוש בכלי זה במערכת הבריאות הישראלית מוגבל.

### במסגרת הכנס נדונו השאלות הבאות:

1. האם מדינת ישראל ערוכה לשימוש בהערכות כלכליות המציגות עלות לתוספת QALY כחלק מתהליך תעדוף הטכנולוגיות להכללה בסל?
2. מה החשיבות שעל הגוף המתעדף להקנות לשיקולי עלות-יעילות במכלול שיקולי התעדוף?
3. האם יש לקבוע רף (threshold) ישראלי של עלות ל-QALY שמעליו לא תוכלנה טכנולוגיות להיכלל בסל השירותים שבמימון ציבורי?

### בדיונים סוכמו הדברים הבאים:

- יש חשיבות רבה לשימוש בהערכה כלכלית מלאה ככלי תומך החלטה בתעדוף טכנולוגיות לסל השירותים, במסגרת כלל השיקולים להכללת טכנולוגיה חדשה בסל.
- מלאכת ההערכה הכלכלית יכולה להיעזר בנתונים והערכות שמוגשים על-ידי חברות התרופות והציוד הרפואי, אולם, עקב הטיות העלולות להיווצר, אין להסתמך על הערכות אלו בלבד.
- התהליך של שימוש בהערכות כלכליות מלאות בתהליך הרחבת הסל הוא ארוך, ומחייב הקצאת משאבים ותהליך למידה.

## 1. מנגנון עדכון סל השירותים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, אשר נכנס לתוקף ב-1 לינואר 1995, קבע כסל התרופות הבסיסי את רשימת התרופות אשר נתנה קופת חולים כללית למבוטחיה במועד הקובע. החוק לא קבע מנגנון לעדכון רשימה זו, אלא ציין שלא תתווסף לסל אף תרופה המוסיפה לעלותו, אלא אם ניתן מקור תקציבי ייעודי לכך, או אם התפנה מקור עקב ביטול שירות או התייעלות. אין בחוק התייחסות לאופן קביעת עלותה של טכנולוגיה חדשה, וכן אין התייחסות לאופן שבו תיבחרנה הטכנולוגיות שתתווספנה לסל.

בפועל, בשנים 1995-1997 לא הוקצבו מקורות ייעודיים להוספת שירותים לסל. העדכון הראשון, בדצמבר 1997, נעשה בעקבות זעקה ציבורית גדולה סביב אי-מתן תרופות חיוניות, שלא היו כלולות ברשימת התרופות שבסל. משלחת ילדים חולי סרטן ביקרה אצל נשיא המדינה והתלוננה כי אינה מקבלת תרופות לטיפול במחלה. בעקבות כך הבטיח שר האוצר דאז,

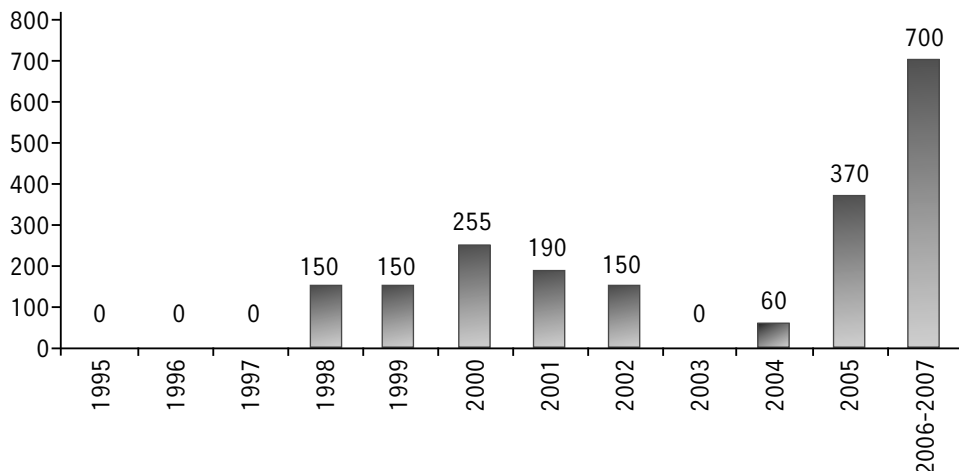
יעקב נאמן, כי "אף חולה סרטן לא ייפגע", והקצה 150 מיליוני ₪ לעדכון סל השירותים, תוך דרישה לכלול בעדכון תרופות לטיפול בסרטן ובאיידס. על סמך הכסף שהוקצה, נוספו לסל 17 תרופות חדשות בהתאם לרשימה שהוכנה באותו זמן על-ידי אגף הרוקחות במשרד הבריאות. טכנולוגיות אחרות, שאינן תרופות, לא נכללו בעדכון זה.

בשנת 1998 הוחל, לראשונה, תהליך מסודר ושיטתי של הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל השירותים הבסיסי שנקבע במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לקראת קבלת התקציב לשנת 1999, וכמענה לפער הטכנולוגי שנוצר במערכת הבריאות במשך ארבע שנים, הוקם המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות במשרד הבריאות. גוף זה מונה, עם הקמתו, לאחראי על ניהול הסל ועדכנו. באותה שנה מינה שר הבריאות גם את הוועדה ציבורית שתתעדף טכנולוגיות ותמליץ על אלו שתתווספנה לסל בעת קבלת תקציב ייעודי לכך. הוועדה הציבורית ("וועדת הסל") זנה רק בתוספת טכנולוגיות לסל שמספקות קופות החולים, המפורטות בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ועדת הסל פועלת כוועדת הסכמה (קונצנזוס) - החלטותיה מתקבלות בהסכמת כל חבריה. היקף הרחבת הסל נקבע מדי שנה בדיוני התקציב השוטפים של האוצר עם משרד הבריאות, על-פי סדרי העדיפויות של תקציב המדינה והמדיניות החברתית-כלכלית של הממשלה. מספר הטכנולוגיות המוצעות להכללה בסל השירותים גדל בהתמדה בשנים שחלפו מתחילת התהליך (לוח 1). לקראת הדיונים לעדכון הסל לשנת 2008 הוגשו בקשות עבור למעלה מ-500 טכנולוגיות. גובה התקציב שהוקצה לעדכון סל השירותים עקב שינויים טכנולוגיים מוצג באיור 1 שלהלן. יש לציין שהתקציב לשנת 2006, בגובה 700 מיליון ₪, כולל גם את התקציב לשנת 2007.

**לוח 1: מספר הטכנולוגיות שנדונו והוכללו במסגרת עדכון סל השירותים, 1999-2007**

מספר טכנולוגיות	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006-2007
הוגשו להכללה	88	300	316	367	369	-	429	400
הוכללו בסל	54	130	84	61	35	0	69	75

איור 1: התוספת לסל שירותי הבריאות, 1995-2007 (במיליוני ₪)



**הרכב ועדת הסל:** וועדת הסל הראשונה שמונתה כללה את מנכ"ל משרד הבריאות, נציגים מהנהלת משרד הבריאות, נציג משרד האוצר, נציגי קופות החולים ונציגי ציבור, ומנתה 17 חברים. לקראת הדיונים לשנת 2000 הורחבה הוועדה, ובשנה האחרונה שבה התכנסה הוועדה היא מנתה 24 חברים. כשליש מחברי הוועדה היו אנשי ציבור, רובם ללא רקע רפואי. הרכב הוועדה נקבע כך על-מנת להבטיח שהחלטותיה יתבססו על שיקולים לאומיים, תוך התחשבות בהיבטים ציבוריים, ולא רק על השיקולים של אנשי הרפואה ומערכת הבריאות.

**מנגנון הערכת הטכנולוגיות במשרד הבריאות:** לצורך הבחינה של הוספת טכנולוגיות חדשות לסל, פיתח המינהל לטכנולוגיות תהליך ומנגנון, כלהלן:

**1. הגשת בקשות:** בכל שנה מפרסם משרד הבריאות חוזר מנכ"ל בנושא הגשת בקשות להכללת טכנולוגיות חדשות בסל. בבקשה צריכים להיות מפורטים, בין היתר: השימוש בטכנולוגיה, יתרונות הטכנולוגיה המוצעת על אלה הכלולות בסל, הוכחות ליעילותה, והערכה כלכלית של השפעת השימוש בטכנולוגיה על העלות השנתית של הקופות לטיפול במחלה. כל אחד רשאי להגיש בקשה, אך בפועל רוב רובן של הבקשות מוגשות על-ידי חברות התרופות/משווקות הטכנולוגיות. במקביל, מתבצע זיהוי ואיתור יזום של טכנולוגיות על-ידי המינהל לטכנולוגיות רפואיות.

1. תיאור מפורט יותר של הסוגיות השונות בעדכון סל השירותים ניתן למצוא בלוקסנבורג (2006), זיבצנר (2005), שמר וחב' (2003), Tamir et al (2006), Shani et al (2000).

- 2. מיון והערכה מהירה של הטכנולוגיות:** מדי שנה מתקבלות מאות בקשות להכללת טכנולוגיות חדשות בסל, בעלות כוללת של למעלה ממיליארד ₪. בשלב הראשון מוערכות הטכנולוגיות על בסיס ראיות מדעיות בספרות, סטטוס רגולטורי, בטיחות ויעילות. בשלב זה מנופות מהרשימה הטכנולוגיות שלדעת המשרד אינן מתאימות לדיון בוועדה.
- 3. הערכה מקיפה ודירוג הטכנולוגיות:** "פורום טכנולוגיות רפואיות" במשרד, הכולל את מנכ"ל המשרד והמשנה למנכ"ל, ראש מינהל הטכנולוגיות ומומחים של המשרד, בוחן את כלל הטכנולוגיות המוצעות ומדרג אותן לפי סדר עדיפות שנקבע על-פי קריטריונים מנחים, ובהם: הצלת חיים, הארכת חיים, שיפור איכות החיים, הנטל הכלכלי על החברה ועל החולה ומספר החולים שיפיקו תועלת מהשימוש בתרופה. הטכנולוגיות מדורגות כדלהלן: קבוצה A – טכנולוגיות המצויות בעדיפות גבוהה (A10 הינה העדיפות הגבוהה ביותר, ומתחתיה A9 ו-A8). קבוצה B – טכנולוגיות בעדיפות בינונית, וקבוצה C – טכנולוגיות בעדיפות נמוכה. בפועל, הטכנולוגיות המובאות בפני הוועדה הינן רק הטכנולוגיות בדירוג A. יש לציין כי החל משנת 2006, בעקבות החלטת ממשלה, החלה פעולתה של ועדת משנה שתפקידה להגיש לוועדה הציבורית תמחור של התוספת הנדרשת לעלות סל שירותי הבריאות בגין כל אחת מהטכנולוגיות שהוספתן לסל נבחנת על-ידי הוועדה הציבורית. ועדת המשנה מורכבת מנציגי משרד הבריאות, משרד האוצר וקופות החולים.
- 4. הגשת החומר לוועדת הסל:** החומר שהוכן במינהל הטכנולוגיות, כולל דירוג הטכנולוגיות, מרוכז בחוברת מיוחדת ומוגש לוועדה הציבורית. לגבי הטכנולוגיות מקבוצה A, החוברת מכילה פירוט נרחב המיועד לשמש חומר רקע לעבודת הוועדה הציבורית. במהלך הדיונים מתקבלים נתונים מעודכנים וכן חומר נוסף הדרוש להבהרת המידע, לבקשת חברי הוועדה.
- 5. הדיון במסגרת וועדת הסל:** הוועדה הציבורית מקיימת דיון על הטכנולוגיות השונות ומחליטה מי מביניהן תועבר לתעדוף הסופי. רק לאחר מעבר על כלל הטכנולוגיות מתקיים דירוג של הטכנולוגיות שהועברו לתעדוף הסופי. דרך עבודה זו ממזערת את ההטיות האפשריות בהעדפת טכנולוגיות הנדונות "ראשונות" על פני טכנולוגיות "מאוחרות" יותר. לאורך כל שנות קיום הוועדה התקבלו ההחלטות בקשר לטכנולוגיות המומלצות להכללה לסל השירותים בדרך של קונצנזוס.
- 6. אשרור ההמלצות:** המלצות הוועדה לפי סדרי עדיפויות מועברות לאישור שר הבריאות. לאחר אישור השר מועברות ההמלצות לאישור מועצת הבריאות, שר האוצר וממשלת ישראל. רק לאחר מכן מתפרסמות ההחלטות באמצעות חוזרי מנכ"ל משרד הבריאות ובהמשך בתקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ההחלטות לגבי הטכנולוגיות המתוספות לסל מיושמות על-ידי קופות החולים לפי המועד המצוין בחוזר המנכ"ל.



## לוח הזמנים לתהליך הרחבת סל השירותים מובא באיור 2 שלהלן:



הייחוד של תהליך עדכון הסל בישראל לעומת המקובל במרבית העולם המערבי, הוא שבמרבית המדינות נבחנת כל טכנולוגיה בפני עצמה לגבי הכללתה בסל, אל מול תקציב שירותי הבריאות השנתי, בעוד שבישראל מתבצעת הערכה בו-זמנית של מספר רב של טכנולוגיות המתחרות זו בזו וקביעת סדרי עדיפויות לגבי הכללתן בסל אל מול סכום שנקבע והוקצב למטרה זו.

במסגרת דיוני הצוות המקדים שעסק **בעדכון סל השירותים** הייתה תחושה כללית שמנגנון עדכון הסל הקיים עונה על הצרכים, אך בפועל יש לא מעט קשיים ביישומו המיטבי. קשיים אלו נובעים בעיקר מן הגורמים הבאים:

1. מדי שנה מוצע לוועדה לעדכון סל השירותים מספר רב של טכנולוגיות הדורשות הערכה.
2. היקף כוח האדם ומסגרת הזמן שהוקצו במשרד הבריאות למשימה זו אינם מספיקים להערכה מעמיקה של כל טכנולוגיה. הומלץ, לכן, שמשרדי הבריאות והאוצר יגבשו תכנית להגדלה משמעותית של מערך מערכי הטכנולוגיות במינהל לטכנולוגיות במשרד הבריאות.
3. יש תחושה שלעיתים ההערכה מתבצעת בשלב מוקדם מדי של ההתפתחות הטכנולוגית, כאשר הטכנולוגיה לא מספיק בשלה וטרם הצטברו מספיק נתונים לגבי תועלתה.
4. המציאות החברתית והפוליטית בישראל דוחפת לאימוץ טכנולוגיות בשלב מוקדם. ישראל היא מאמצת מקדימה של טכנולוגיות רבות, הרבה לפני המקובל במדינות מערביות רבות.

### בכנס נדונו השאלות הבאות:

1. האם אנו רוצים לתקן במעט את המנגנון הקיים? האם אנו רוצים מנגנון חלופי?
2. מהו הרכב וועדת הסל הרצויה? מי הם הגופים האמורים להיות מיוצגים בוועדה?
3. האם בוועדת הסל צריכים להתקיים דיונים מקצועיים לגבי יעילות הטכנולוגיות ועלותן, או שתפקיד הוועדה רק לתעדף, והדיונים המקצועיים רצוי שיתבצעו בוועדות מקצועיות מקדימות?

במסגרת הכנס סקרה ראש מינהל הטכנולוגיות במשרד הבריאות את המנגנון הקיים, והשוותה אותו למנגנון בחינת הטכנולוגיות של NICE באנגליה. בבחינה שנעשתה במשרד הבריאות נמצא שיש מתאם גבוה (כ-85%) בין החלטות NICE לאימוץ תרופות בתחום האונקולוגיה, לבין ההחלטות שהתקבלו בישראל לגבי תרופות אלו, אולם ההחלטות בישראל התקבלו כשנה וחצי עד שנתיים מוקדם יותר מאשר באנגליה. המנגנון בישראל ייחודי בכך שהוא נותן משקל משמעותי להיבטים החברתיים והאתיים. לדברי ראש המינהל יש אכן מקום לשיפור המנגנון, אך הדבר ידרוש תוספת משאבי אנוש ותוספת תקציבים.

ראש האגף למדיניות רפואית בהסתדרות הרפואית הציג רעיון למנגנון שונה. לדבריו, אין זה נכון שבועדה יתקיימו דיונים מקצועיים לגבי הטכנולוגיות, והוועדה צריכה לעסוק בתעדוף בלבד. ההצעה לשינוי מנגנון עדכון הסל שהוגשה על-ידי ההסתדרות הרפואית מצורפת כנספח. לפי מנגנון זה, הדיונים המקצועיים יתקיימו בוועדות משנה מקדימות, מקצועית וכלכלית. לשולחן הוועדה יגיעו טכנולוגיות כשהן "סגורות". כתוצאה מהאפיון השונה של תפקיד ועדת הסל, מוצע שיותר מ-50% מחברי הוועדה יהיו נציגי ציבור.

בסיכום הדיונים בכנס לא עלה בידי הצוות לגבש המלצה אופרטיבית לגבי אף אחת מהשאלות שהוצגו לעיל, למעט ההסכמה שהשתתפות נציגי ציבור חיונית לתהליך קבלת ההחלטות, עקב ייחודיות התהליך בישראל, שמעורבים בו גם שיקולים אתיים וחברתיים.

### הצעות נוספות לשינויים במנגנון העדכון שהועלו על-ידי משתתפים שונים בדיוני הכנס מובאות להלן:

1. מספר הטכנולוגיות המגיע לשולחן הוועדה הינו רב, ולכן מוצע להקים מנגנון סינון מקדים קפדני יותר.
2. מוצע שתתקיימו שתי ועדות נפרדות: אחת שתבחן את תועלתן של הטכנולוגיות, ואחרת שתבחן את עלותן. יש לבצע הערכה מעמיקה יותר ומעקב אחר הקורה בעולם לפני שתובאנה לשולחן הוועדה.

3. הוצע לבחון אפשרות לכלול בסל השירותים טכנולוגיות מסוימות שאינן בשלות דיון "על תנאי", למשך תקופה של כשלוש שנים, שלאחריהן תתבצע הערכה מחודשת לגבי תועלתן על סמך הידע המדעי שנצבר בתקופה זו.
4. מוצע לאפשר קבלת החלטה בוועדה שטכנולוגיות מסוימות תוכלנה בסל עם השתתפות עצמית גבוהה מהמקובל, על-מנת לאפשר הכללת טכנולוגיות רבות יותר. מנגד ישנו חשש שבמקרה זה יוכלו רק העשירים ליהנות מטכנולוגיות מסוימות.
5. מוצע לתת משקל רב יותר לדרגת הראיות המדעיות ליעילות הטכנולוגיה (evidence-based medicine).
6. הוצע לבחון אפשרות שתרופות יקרות במיוחד הניתנות לטיפול במחלות יתומות תובאנה לדיון במסגרת אחרת, ולא בוועדת הסל במסגרת כלל הדיונים על הטכנולוגיות.
7. מוצע לשקול אפשרות לאשר מיקוח עם חברת התרופות על מחיר הטכנולוגיה כתנאי להכללתה בסל, כפי שנעשה, לדוגמה, באוסטרליה.

## 2. עדכון קבוע של סל הבריאות (קידום טכנולוגי)

סל הבריאות מקודם מדי שנה לפי מדד יוקר הבריאות כהגדרתו בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מדד זה מורכב ממדדים המשפיעים על עלות התשומות של קופות החולים וכולל את מדד השכר הציבורי, מדד השכר במגזר הבריאות (משקל מדדי השכר יחד הינו 58%) מדד המחירים לצרכן (40%) ומדד מחירי הבנייה (2%). מטרתו של העדכון לפי מדד זה הוא לשמור עד כמה שניתן על רמת השירות הניתנת למבוטחי קופות החולים. בנוסף, בשנים האחרונות מעודכן תקציב סל הבריאות מדי שנה בשיעור של 1.13% על-מנת לתת ביטוי לגידול האוכלוסיה.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא נקבע מקדם לפיו יקודם הסל מדי שנה לצורך תוספת טכנולוגית. הצורך בעדכון טכנולוגי מובנה הועלה על-ידי משרד הבריאות כבר בראשית הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונדון בפורומים שונים. לכנסת הוגשו במהלך השנים מספר הצעות חקיקה בנושא, אך כל הנסיונות לשנות את מנגנון העדכון הטכנולוגי לא צלחו. המלצותיהן של שתי ועדות ראויות לציון:

ועדת חקירה פרלמנטרית שהוקמה בשנת 1999 לבדיקת יישום ומימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי ("ועדת טל") המליצה לעגן בחוק את מנגנון העדכון של עלות הסל השנתי על שלושת מקדמיו: מקדם דמוגרפי, מקדם מדד הבריאות ומקדם טכנולוגי בשיעור של 2%. המלצות ועדת טל נדחו על-ידי הממשלה, שהחליטה שאין לקבוע מנגנון עדכון אוטומטי לסל השירותים מכיוון שיש בכך משום ביטול שיקול הדעת של הממשלה בקביעת שיעור התוספת הריאלית לסל (מבקר המדינה, 2004).

הוועדה הציבורית לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה ("ועדת אמוראי"), שהגישה את המלצותיה בסוף שנת 2002, קבעה כי "מדי שנה ייקבע מימון ממשלתי לשינוי בסל שירותי הבריאות ולשיפור רמתו. גובה הסכום ייקבע במסגרת הדיונים השנתיים על תקציב המדינה (קידום טכנולוגי)" (המלצה 2.1.1). מהמלצות ועדת אמוראי עולה כי הסכום המוקצה לעדכון המרכיב הטכנולוגי בסל השירותים לא ייקבע במנגנון אוטומטי, אלא ימשיך להיות נתון להחלטת הממשלה. אולם, דוח הוועדה מוסיף גם כי "רוב חברי הוועדה סבורים שעל המדינה לשאוף לעדכן באופן קבוע את סל השירותים הבסיסי ולהוסיף לו טכנולוגיות חדשות (דוח ועדת אמוראי, עמוד 135).

אחד הפתרונות המוצעים לטיפול בשחיקת סל השירותים עקב ההתפתחות הטכנולוגית המהירה הוא לקבוע בחוק עדכון לסל השירותים בשיעור קבוע של 2% בשנה בגין שינויים טכנולוגיים. במחקר שנערך לאחרונה במכבי שירותי בריאות נמצא כי עדכון בגובה זה עשוי להספיק על-מנת לכלול בסל הבריאות מדי שנה את הטכנולוגיות שהוגדרו בעדיפות גבוהה. עדכון ממוצע של 1.5% לשנה ידרש על-מנת לכלול בסל השירותים את הטכנולוגיות שסווגו בעדיפות גבוהה מאוד (תקציר המחקר מצורף כנספח למסמך זה). בפועל, גובה העדכון הממוצע של סל השירותים עמד על כ-1% בממוצע לשנה.

טענה נוספת שעלתה גורסת כי כאשר נמנעים מלעדכן באופן קבוע את הסל, הרי שאותו סכום שהממשלה מעדכנת (או נמנעת מלעדכן) הופך להיות כלי לניהול סחר-מכר ומשא ומתן בין האוצר לבין מערכת הבריאות. לכן, רק עדכון קבוע יאפשר הפרדה מוחלטת בין הכספים המוקצים לסל לבין התקציבים המוקצים למערכת לשימושים אחרים וחשובים ביותר, כגון פתיחת מיטות, הקלת הסבל במחלקות שונות ועוד.

יתר על כן, העובדה כי אין עדכון קבוע לסל מביאה לכך שבשנים שבהן העדכון אינו ריאלי או שאין בהן עדכון כלל הבעיה "מתגלגלת" לשנים הבאות, עד שנמצאים בפני שוקת שבורה, המחייבת עדכון עצום (מעבר ל-2%) ומביאה לכדור שלג, שכן בשנים לאחר מכן שוב אין עדכון והפערים ממשיכים לצמוח, וחוזר חלילה.

לסיכום, המצדדים בקביעת עדכון קבוע גורסים כי לא ניתן להמשיך ולהבטיח את הרמה הרפואית הגבוהה של מערכת הבריאות הישראלית, ללא קביעת מקדם עדכון טכנולוגי קבוע לסל.

לטענת המתנגדים לעדכון קבוע, אי העדכון האוטומטי של המרכיב הטכנולוגי בסל השירותים נובע מההכרה כי יש הבדל משמעותי בין הצורך לשמר את רמת השירות הניתן לפי חוק ביטוח

בריאות ממלכתי, לבין האפשרות להרחיב את הסל ולשכללו. אפשרות זו תלויה, מטבע הדברים, ביכולות המשק ובסדרי העדיפויות התקציביים, ולא ראוי לקבע אותה באמצעות מנגנון קשיח. בנוסף, בראיית מקרו של קביעת סדרי עדיפויות לאומיים, עדכון קבוע במסגרת חקיקה עלול לפגוע בגמישות הקצאת התקציב.

עמדה זו מקבלת חיזוק בדוח השנתי של בנק ישראל לשנת 2006 (בנק ישראל, 2007). דוח זה מצטט מחקרים שבדקו את הקשר בין ההוצאה הציבורית לבריאות ובין מחזורי העסקים במדינות המפותחות ומצאו כי בכל המדינות שנבדקו, ההוצאה הציבורית לבריאות מותאמת עם מחזור העסקים: בתקופות של גאות כלכלית המדינות מגדילות את תקציב הבריאות, ובתקופות שפל הן אינן מגדילות אותו ואף מקטינות אותו. לטענת בנק ישראל, עדכון בשיעור קבוע פוגע ביכולת הממשלה להתאים את המדיניות הפיסקלית לשינויים במחזור העסקים ולצרכים האחרים במשק.

### השאלות העיקריות שעלו לדיון בכנס הן:

1. האם יש צורך להסדיר בחוק את נושא הקידום הטכנולוגי בסל השירותים, במתכונת דומה לעדכון הסל לפי מדד יוקר הבריאות (ושינויים דמוגרפיים באוכלוסיה)?
2. אם יוחלט שיש צורך בעדכון טכנולוגי קבוע, כיצד הוא יתבצע בפועל (אחוז קבוע, הצמדה לקצב הצמיחה בתל"ג לנפש)?

### בעקבות הדיון סוכמו הנקודות הבאות:

- התנודתיות בתוספת התקציב המוקצית לעדכון הסל לשם הוספת טכנולוגיות חדשות מקטינה משמעותית את האפשרות לתכנן ארוך טווח של מדיניות בריאות בכלל והרחבת הסל בפרט.
- התהליך הנוכחי של קביעת גובה ההקצאה (הנקבע לעיתים בשלבים וכמענה לקבוצות לחץ של חולים סופניים) אינו ראוי.
- הצורך בקביעה בחוק של עדכון בשיעור קבוע נותר במחלוקת.
- למרות המחלוקת על הצורך בעדכון בשיעור קבוע, מומלץ לבחון אפשרות של תכנון רב-שנתי של ההקצאה, על-מנת לייצב את המערכת.

### כדי לגשר בין עמדות הצדדים הוצעו במהלך הכנס מספר הצעות לפשרה, כגון:

- קביעה רב-שנתית של גובה עדכון תקציב סל הבריאות המיועד לקידום טכנולוגי. תקציב זה לא ייקבע בחקיקה.
- קביעה בחוק של מינימום התוספת התקציבית לקידום טכנולוגי, למשל, 1% מעלות הסל.

- קשירת קצב עדכון סל השירותים לקצב הצמיחה במשק (גידול/ירידה בתל"ג).
- קביעה שכל טכנולוגיה עם יחס עלות-יעילות (cost-effectiveness ratio) מתחת לסף מסוים תיכנס לסל באופן אוטומטי.

### 3. שיטת תקצוב קופות החולים על שימוש בטכנולוגיות חדשות ואופן ההתחשבות

#### הערכת התקציב הנדרש עבור כל טכנולוגיה חדשה

אחת לשנה, מפרסם משרד הבריאות קול קורא להגשת טכנולוגיות לדינוי עדכון הסל. חברות התרופות והציוד הרפואי המציעות טכנולוגיות לסל נדרשות להגיש תיק קליני וכלכלי אודות הטכנולוגיה, שבו מפורטים ההיבטים הקליניים, האפידמיולוגיה של המחלה שעבורה נועדה הטכנולוגיה, היקפי השימוש הצפויים, העלויות הצפויות ופירוט לגבי טכנולוגיות אחרות הקיימות בסל, אשר הטכנולוגיה החדשה אמורה להחליף. כמו כן, על החברה למלא טופס הצהרה על המחיר שבו תימכר הטכנולוגיה לקופות, אם תוכלל בסל. נתונים אלה קריטיים לעבודת ועדת הסל, כיוון שהם משפיעים הן על העדיפות שנותנת הוועדה להכללת התרופה בעדכון הסל והן על מספר הטכנולוגיות שניתן להכליל בתקציב הנתון שהתקבל לצורך זה.

חברות התרופות והציוד הרפואי מניחות, באופן כללי, שככל שתוצג עלות נמוכה יותר לתקציב הסל, כך יגבר הסיכוי שהטכנולוגיה תיכלל ברשימה הסופית של עדכון הסל, ולכן, באופן טבעי, ההערכות הכלכליות המופיעות בתיקים המוגשים על-ידי החברה נוטות למזער עלויות (בעיקר באמצעות תת-הערכה של מספר החולים שיזדקקו לטכנולוגיה ומשך הטיפול בהם). מנגד, קופות החולים שואפות שהכללת הטכנולוגיות החדשות בסל לא תיצור גירעון תקציבי שיפגע בכלל השירות הניתן לחולים. אי לכך, ההערכות של קופות החולים המובאות בפני ועדת הסל לוקחות בדרך כלל בחשבון את התרחיש התקציבי הפוטנציאלי המקסימלי (בעיקר באמצעות הערכה מירבית של מספר החולים שלהם מתאימה הטכנולוגיה).

חישוב סך העלות של הטכנולוגיות המוצעות להכללה בסל הוא מורכב, וביסודו מתבסס על המחיר שבו היצרן מתחייב למכור את הטכנולוגיה לקופות, על הצריכה השנתית הצפויה לכל חולה, ועל אומדן מספר החולים הצפויים לצרוך את הטכנולוגיה. כאשר מדובר בטיפול חלופי, מופחתת מהעלות השנתית הכוללת הצפויה לטיפול בחולה בטכנולוגיה המוצעת, העלות השנתית הממוצעת לטיפול בחולה בטכנולוגיות החלופיות שבסל לאותה התוויה, וההפרש מוכפל במספר המשוער של החולים המועמדים לטיפול באותה טכנולוגיה.

**עלות ליחידת טכנולוגיה:** הגישה של משרד הבריאות ושל משרד האוצר היא לא לקבוע לקופות מחיר רכישה ולא לחייב אותן במחיר מוסדי כפי שמצהיר היצרן. מטרת מדיניות זו היא ליצור תמריץ לקופות לתחרות ולהתייעלות, ולאפשר להפחית עבורן את העלות ליחידת טכנולוגיה. בשיטה התמחירית הנהוגה, במקרים שבהם נוצר "חיסכון" שנובע משינויים חיצוניים (ירידות מחיר, פקיעת תוקף פטנט, כניסת מתחרים, ירידה בהיקפי שימוש), הוא משמש את הקופות לפעילות שוטפת, ובמקרים שבהם יש גידול בהיקפי השימוש בטכנולוגיות מעבר לאומדנים הראשוניים וקיימת תוספת עלות, הקופות אינן מפוצות.

דוח מבקר המדינה לשנת 2004 (דוח שנתי 54ב', עמוד 389) כבר העיר על כך שמשרד הבריאות טרם בנה מודל תמחירי הבודק את השינויים בעלויות הטכנולוגיות לאורך זמן. בתשובתו למבקר המדינה, הדגיש משרד הבריאות כי בשל מורכבות הנושא טרם נמצא מודל תמחירי נכון.

**מידע על היקף הצריכה:** מספר החולים והניצול הצפוי בטכנולוגיות החדשות מוערכים על סמך נתונים ממאגרי המידע בדבר שכיחות המחלה וכן מרופאים בשטח, מחברות התרופות ומהקופות. אולם, יש שצריכת טכנולוגיות מסוימות היא נמוכה מהצפוי, וטכנולוגיות אחרות - גדולה מהצפוי. מבקר המדינה העיר כבר (בדוח הנ"ל) שלמעקב אחר היקף השימוש בטכנולוגיות שנכללו בסל חשיבות רבה הן מבחינת התרומה לבריאות הציבור, והן מבחינת העלויות הנגזרות מכך, בהשוואה להערכות הראשוניות שנעשו לפני הכללתן בסל. אולם משרד הבריאות אינו עורך בדיקה להערכת היקף השימוש בטכנולוגיות החדשות, ודפוסי התנהגותן לאורך זמן, בהשוואה להערכות הראשוניות.

### **הבעייתיות בשיטת התקצוב הקיימת**

חברות הפרמצבטיקה והציוד הרפואי הינן בעלות האינטרס הכלכלי המשמעותי ביותר להכנסת טכנולוגיות חדשות לסל הבריאות ולעידוד השימוש בטכנולוגיות אלו. אם הטכנולוגיה אכן הצליחה להיכנס לסל, החברה פועלת להגדלת הרווח שלה באמצעות פעילות תעמולתית מקיפה אצל הרופאים, המטפלים ועמותות החולים על-מנת לעודד מקסימום רישום של התרופה.

למעשה, קופות החולים הן היחידות מבין בעלי העניין הנמצאות בסיכון כלכלי כתוצאה מהערכת חסר מקדימה של היקפי השימוש בטכנולוגיה או משימוש בה באופן שאינו מושכל. ברגע שהטכנולוגיה נכנסת לסל, המדינה אינה מגבילה בצורה כלשהי את היקף השימוש בה ולמעשה אין כל משמעות לסכום הכסף שהוקצה. הקופות חייבות לטפל בכל מי שנזקק לטכנולוגיה ושמטאים לקריטריונים לקבלתה. כתוצאה מכך, חברות התרופות והציוד הרפואי פועלות בכל

אסטרטגיות השיווק העומדות לרשותן במטרה להגדיל ככל הניתן את היקפי השימוש בתרופה שנכנסה לסל ולמקסם רווחים.

הנפגעות העיקריות במצבים של תת-תקצוב עבור טכנולוגיות ושימוש בלתי-מושכל או שאינו מתאים לקריטריונים שנקבעו בסל הן קופות החולים, אשר מממנות על-פי חוק את כל הטכנולוגיות בסל ומתוקצבות בסכום קבוע לטכנולוגיות אלו. בעקיפין, הגירעון שנוצר עקב כך בתקציב קופות החולים פוגע באפשרות של הקופות להעניק שירותים אחרים למבוטחים. על-מנת להימנע מכך, קופות החולים מקיימות מנגנונים של אישורים מקדימים ובקרות שימוש, שגם הם מקשים בסופו של דבר על המבוטחים להשיג את הטכנולוגיות שלהן הם זקוקים וזכאים במסגרת הסל.

למשרד הבריאות אין די כוח אדם ומשאבים לביצוע הערכת עלות מעמיקה של כל הטכנולוגיות המועמדות לסל (כאמור, מדי שנה מוגשות מאות הצעות). אי לכך, משרד הבריאות הסתמך, עד לדיוני עדכון הסל ב-2006, בעיקר על הנתונים והמודל שהוגשו לו על-ידי החברה היצרנית או היבואנית של הטכנולוגיה לצורך קביעת העלות לתקציב הסל, בכפוף להסתייגויות מצידן של קופות החולים, אם סיפק היה בידן להעמיק בחישוב הכלכלי ואם הצליחו לשכנע את חברי הוועדה בצדקת ההסתייגות. במקרים של אי-התאמה משמעותית בין הערכות משרד הבריאות להערכות קופות החולים, נהגה הוועדה לבקש עזת מומחים בתחום הספציפי לצורך הערכה של היקפי השימוש הצפויים, על סמך נסיונם ושיקול דעתם המקצועי.

כריטואל קבוע, מדי שנה בפתח דיוני ועדת הסל טענו נציגי קופות החולים שהשימוש בפועל בסך הטכנולוגיות החדשות חורג באופן משמעותי מהתקציב שהקצתה ועדת הסל לתרופות אלו. מנגד, טענו חברות התרופות, משרד האוצר וגורמים במשרד הבריאות שקופות החולים מפריזות לכאורה בהערכת העלות לסל על-מנת להגן על עצמן מעלייה אפשרית בהיקפי השימוש הצפויה בעתיד, ואולי אף להפנות תקציבים לצרכים אחרים של הקופה.

כמענה לטענות אלו, לקראת דיוני עדכון הסל לשנת 2006, הוקמה לפי החלטת הממשלה ועדת משנה כלכלית, שתפקידה להגיש לוועדת הסל הראשית את הנתונים אודות היקפי השימוש הצפויים והעלויות עבור הטכנולוגיות שהועלו בסבב הדיונים הראשון כמועמדות לדיון מעמיק בוועדה ("תעדוף"). בוועדת המשנה חברים נציגי משרד הבריאות, משרד האוצר וקופות החולים. אך בפועל, עקב לוח הזמנים הקצר ואמצעי ההערכה והמחקר המוגבלים העומדים לרשות חברי ועדת המשנה, הסתבר שההערכות שהוגשו בסופו של דבר לוועדה הראשית לא היו מעמיקות דיין ולעיתים אף לא היו מקובלות על חברי ועדת הסל.



## הצעה למנגנון חלוקת סיכון (risk-sharing)

על-מנת לשפר את דיוק ההערכות המקדימות של עלות הטכנולוגיות החדשות, ולעודד שימוש מושכל בטכנולוגיות אלו כך שניתן יהיה לתת לציבור **מקסימום בריאות בתקציב הנתון**, הוצע לאמץ מודל של חלוקת סיכון (risk sharing) בנוגע לגובה התקציב שנקבע לכל טכנולוגיה, שבו יהיו שותפים כל בעלי העניין המשמעותיים המשפיעים על דפוסי השימוש בטכנולוגיות רפואיות בישראל. לפי מודל זה, הגורמים שירוויחו מהערכת חסר מוקדמת ומחריגה כלפי מעלה בשימוש בפועל בטכנולוגיה ייאלצו לוותר על חלק מרווחיהם משימוש היתר. לעומת זאת, הגורמים שירוויחו מהערכה תקציבית גבוהה, כאשר בפועל השימוש נמוך משמעותית, ייאלצו לוותר על חלק מתוספת ההכנסה שנבעה מהתקציב הגבוה שניתן. לפי המנגנון המוצע, כל בעלי העניין יפעלו מתוך אינטרס כלכלי אישי שלהם ובאיזון הדדי, ליצירת הערכות מוקדמות מדויקות ככל הניתן של ההשפעה התקציבית (budget impact) שתהיה לכניסת טכנולוגיה חדשה לסל, ולמניעת שימוש חורג או בלתי-מושכל בטכנולוגיה לאחר הכללתה בסל.

### השאלות העיקריות שעלו לדיון בנושא תקצוב קופות החולים היו:

1. האם, לאור הפערים הנוצרים לעיתים קרובות בין הערכת היקפי השימוש והתקצוב והשימוש בפועל שנעשה בטכנולוגיות חדשות, יש מקום להגדיר טווחים שבהם תתבצע התחשבות מתקנת כאשר הסטיות מההקצאה הפרוספקטיבית הינן גדולות? באיזה אופן יש לבצע את התיקון?
2. מה פרקי הזמן הנכונים לבדיקת השימוש בפועל בטכנולוגיות?

### בדיונים הוצגו העמדות הבאות:

- הוסכם שתגמול רטרופקטיבי של קופות החולים עבור שימוש בטכנולוגיות אינו יוצר תמריצים לחיסכון ולשימוש מושכל בתרופות וטכנולוגיות אחרות.
- מנגד, קופות החולים טענו כי בכל הבדיקות שנעשו, נמצא שסך ההוצאה בפועל של הקופות עבור טכנולוגיות שנכללו בסל לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה גבוה מהתקציב שהוקצה למטרה זו.
- מרבית חברי הצוות סברו שאם ישנם שינויים קיצוניים בעלות הטכנולוגיות, עקב שינוי במדע הרפואה ובפרוטוקולים הטיפוליים (למשל: התוויות, מינונים, משטרי טיפול), יש מקום להביא את הנושא לדיון מחודש בוועדה.
- בנוגע לשינויים בהיקפי שימוש בפועל מול התחזית, הוצג רעיון של שיתוף סיכון (risk-sharing) בין בעלי העניין השונים בקביעת היקפי השימוש הצפויים בטכנולוגיה. קיימת סבירות כי מנגנון מעין זה ישפר את דיוק ההערכות המוקדמות של העלות התקציבית

לסל, כך שבמציאות ההוצאה והיקפי השימוש בפועל בטכנולוגיה חדשה יהיו קרובים להערכות המוקדמות.

#### 4. עדכון התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

"סל שירותי הבריאות" שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי מורכב משני סלי שירותים, המצויים כל אחד באחריות מוסדית אחרת<sup>2</sup>:

1. התוספת השנייה לחוק כוללת את סל שירותי הבריאות שנתנה קופת חולים כללית לחבריה במועד הקובע (1.1.1994). האחריות לאספקת הסל מוטלת על קופות החולים. סל זה מפורט ב"תוספת השנייה" לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
2. התוספת השלישית לחוק כוללת את שירותי הבריאות שנתנה המדינה לפרט עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (31.12.1994), ובהם שירותי הרפואה המונעת האישית, שירותי בריאות הנפש, אשפוז חולים סיעודיים ותשושי נפש, ואספקת מכשירי שיקום. סל זה מפורט בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. האחריות לאספקת הסל מוטלת על משרד הבריאות.

נוסף להבדלים בתכולתם, קיימים גם הבדלים מהותיים בין סלי השירותים שבתוספת השנייה והשלישית:

1. המקורות לאספקת סל השירותים שבאחריות קופות החולים (התוספת השנייה) מתעדכנים מדי שנה, על-פי חוק, בשיעור עליית מדד יוקר הבריאות. כמו כן נוספה למקורות אלה התאמה למקדם גידול דמוגרפי ושינויים טכנולוגיים. מאידך, המקורות לאספקת סל השירותים שבתוספת השלישית מעודכנים בדרך כלל רק במקדם גידול תקציב המדינה, הנמוך באופן משמעותי ממקדמי העדכון של התוספת השנייה, שכן עדכון זה אינו כולל עדכון דמוגרפי או טכנולוגי.
2. הזכאות לשירותים שבתוספת השנייה מעוגנת בחוק וניתן לחייב את קופות החולים לספקם בזמן, באיכות ובמרחק סבירים. לעומת זאת, אספקת השירותים שבתוספת השלישית מותנית בקיום תקציב לכך. התוספת השלישית מעודכנת במסגרת הדיונים התקציביים של משרד הבריאות. סוגייה זו היא מרכזית לדיון בעדכון התקציב המיועד לאספקת השירותים בתוספת זו.

2. לסקירה מלאה של הנושא, הקורא מוזמן לעיין בכך נון ג., ברלוביץ' י. ומ. שני. 2005. מערכת הבריאות בישראל, משרד הביטחון - ההוצאה לאור (פרק 9: שירותי בריאות שבאחריות משרד הבריאות - התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות).

החלוקה בין "התוספת השנייה" ו"התוספת השלישית" היא חלוקה מלאכותית, המתקיימת עקב אחריות גופים שונים על מתן השירותים. ראוי לציין את השפעתם של שירותים הניתנים באחריות משרד הבריאות, כגון שירותי המניעה האישי (חיסונים) על קופות החולים, במניעת תחלואה עתידית במחלות שקופות החולים מחויבות לטפל בהן במסגרת "התוספת השנייה".

הוועדה הציבורית להרחבת הסל דנה, בהתאם להחלטת הממשלה משנת 1998, רק בטכנולוגיות הקשורות לתוספת השנייה. גם ההתייחסויות של ועדות הבדיקה הציבוריות מפרידות בין התוספת השנייה והשלישית. כך למשל, הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי) ממליצה על קביעה ועדכון של סל השירותים שבאחריות הקופות, ואינה כוללת בהמלצותיה את הסל שבאחריות המדינה. בשנת 2002 עודכן לראשונה הסל שבאחריות המדינה והוספו לסל זה 70 מיליון ₪. הקצאת הכספים נקבעה במשרד הבריאות בדיון פנימי בהנהלת המשרד (מבקר המדינה, 2004).

אחת הסוגיות המרכזיות בתחום נוגעת לחוסר העדכון של תכנית החיסונים במדינת ישראל בשנים האחרונות, שיצר מצב שבו המדינה מפגרת בהשוואה למרבית המדינות המערביות האחרות בתכנית החיסונים המוצעת בגיל הילדות. עד 1998 הייתה למדינת ישראל תכנית חיסוני שגרה בגיל הילדות מהטובות בעולם, ותשתית טובה לתת אותם: תחנות טיפות חלב ושירות הבריאות לתלמיד. מאז 1999 מתחולל בארצות המערב ובחלק מהארצות המתפתחות תהליך של הוספת חיסונים חדשים רבים, בעוד שבישראל לא מוסד מנגנון לממן אותם, למרות שבסיס התקציב המיועד לחיסונים גדל מ-33 מיליון ₪ בשנת 2001 ל-78 מיליון ₪ בשנת 2007. כך נוצרו פערים גדלים והולכים בין תכנית החיסון בישראל לבין תכניות החיסון של מדינות המערב. ועדת ההיגוי של המחלקה לאפידימולוגיה במשרד הבריאות ממליצה שישראל תיכנס בהקדם להליך מהיר של הוספת חמישה חיסונים חדשים אשר מדינות המערב וחלק מהמדינות המתפתחות מכלילות כיום בתכנית החיסון שלהן. ועדת ההיגוי מעריכה שעל-מנת לאפשר את ביצוע החיסונים תידרש, בסופו של תהליך העדכון, תוספת תקציבית של כ-450 מיליון ₪ בשנה.

מבחינת הספרות הרפואית והכלכלית נדמה כי אין חולק על החשיבות שבהשקעת כספים בתחומים הקשורים לבריאות הציבור, והמתמקדים במניעת מחלות, אשר מניבה תועלת רבה ביותר בטווח הארוך בהשוואה לטיפול קורטיבי. הדבר נכון במיוחד לגבי חיסונים. יחד עם זאת, מאחר שהתועלת המושגת משירותי המניעה האישי מתממשת במקרים רבים בטווח הארוך יותר, יש הסבורים כי איחוד הדיון בתוספת השנייה והשלישית מהווה "תחרות לא הוגנת" לשירותי הרפואה המונעת, שיוביל למצב שבו התוספת השלישית אינה מתעדכנת ורמת השירותים הניתנים במסגרתה הולכת ופוחתת.

לאור כל האמור לעיל, נדונה האפשרות להרחיב את המנדט של הוועדה הציבורית להרחבת הסל, כך שזו תמליץ לשר הבריאות גם על הוספת טכנולוגיות לתוספת השלישית שבאחריות המדינה, בהתאם לקריטריונים שיוגדרו מראש. מהלך כזה יגביר את השקיפות בכל הקשור להקצאת משאבים באופן ספציפי לסל השירותים ולא כתוספת לתקציב הכללי של משרד הבריאות (זיבצנר, 2005). גם לדעת מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבחון הקמת מנגנון להרחבת הסל שבאחריות המדינה, בדומה לזה הקיים להרחבת הסל שבאחריות הקופות (מבקר המדינה, 2004).

### **במסגרת הכנס נדונו השאלות הבאות:**

1. האם יש מקום להקצות תקציב נפרד לעדכון התוספת השלישית?
2. אם יוחלט להמליץ על עדכון אוטומטי של המרכיב הטכנולוגי בסל שבאחריות קופות החולים, האם יש להחיל מנגנון דומה גם על הסל שבאחריות המדינה?
3. האם הוועדה הציבורית לעדכון הסל צריכה לדון גם בהרחבת הסל שבמסגרת התוספת השלישית, או שלשם כך יש צורך במנגנון עדכון נפרד?
4. מה הקריטריונים שישמשו להוספת טכנולוגיות לתוספת השלישית?

### **בעקבות הדיון סוכמו הדברים הבאים:**

- למרות שבסיס התקציב המיועד לחיסונים גדל בשנים האחרונות, עדיין יש פער משמעותי בין הכיסוי החיסוני בישראל ובמדינות מערביות אחרות.
- אין הסכמה האם התקציב המיועד לשדרוג טכנולוגי במסגרת התוספת השלישית צריך להיקבע בנפרד מהתקציב הניתן לעדכון התוספת השנייה.
- חלק מחברי הצוות סבורים שצריך שיוקצה תקציב נפרד לעדכון התוספת השלישית, ושהחלטה לגבי חלוקת התקציב תהיה בידי משרד הבריאות, או בידי ועדה נפרדת.
- אחרים סבורים כי מוטב שכל תקציב עדכון הסל יידון במסגרת תהליך אחיד, תוך שימוש בכלים שמשקללים את יעילות הרפואה המונעת באופן נכון ומדויק.

## 5. שימוש בהערכה כלכלית לצורך עדכון של שירותים במימון ציבורי

העלויות ההולכות וגדלות בכל מערכות הבריאות המערביות, יחד עם נתח התקציב המוגבל המיועד למערכות בריאות במימון ציבורי, מחייבים קביעת סדרי קדימויות (prioritization) או קיצוב (rationing) בהקצאת המשאבים וקביעת סל שירותי הרפואה, באופן שייתן מענה מיטבי לאוכלוסיה. בעקבות כך, מדינות רבות בעולם מחפשות דרכים לבלמת עלויות (cost containment) במערכת הבריאות ולקבלת החלטות מושכלות לגבי הקצאת משאבים ציבוריים, תוך שמירה על עקרונות של שוויון וסולידריות חברתית.

למרות שבמרבית מדינות המערב תהליך הקיצוב וקביעת הקדימויות אינם מוגדרים כמדיניות ברורה ופומבית, מימון השימוש בטכנולוגיות חדשות צריך להיות מבוסס על הערכה טכנולוגית מקיפה (health technology assessment) הבוחנת אספקטים שונים של אימוץ הטכנולוגיה והשימוש בה. עקב המודעות ההולכת וגוברת להשפעת השינויים הטכנולוגיים על מערכת הבריאות, הוקמו בשנים האחרונות במרבית מדינות המערב (ולאחרונה גם במדינות מזרח אירופה), מרכזים להערכת טכנולוגיות שנועדו לסייע לקבלת ההחלטות בנושא ולשפרה.

במסגרת הערכה מקיפה של כל טכנולוגיה, להערכות כלכליות האומדות את העלות והתועלת של תכנית התערבות רפואית יש ערך מוסף רב, והן מסייעות לתהליך קבלת ההחלטות. על כן, אין זה מפתיע כי מספר ההערכות הכלכליות עולה בהתמדה בשנים האחרונות.

במרבית המקרים, השימוש בטכנולוגיות חדשות כרוך בתוספת עלות בהשוואה לטכנולוגיות הקיימות בסל. על כן, העדפת טכנולוגיות במסגרת תקציב נתון מחייבת בדרך כלל הערכה כלכלית מלאה, כדוגמת ניתוח עלות-יעילות (cost-effectiveness analysis) או תועלת-עלות (benefit-cost analysis). ניתוח עלות-יעילות הינו כלי אנליטי שבאמצעותו מושוים העלויות והתוצאים של שימוש בטכנולוגיה או תכנית התערבות רפואית חדשה עם אלו של אלטרנטיבה טיפולית אחת לפחות (אם אין אלטרנטיבה קיימת, הטכנולוגיה החדשה מושווית למצב של "do nothing"). תוצאות ההערכה מוצגות כיחס (ratio) בין העלות השולית (במונה) והיעילות השולית (במכנה) של שתי אלטרנטיבות הטיפול. למרות שכל מדד רפואי רלוונטי (כגון: מקרי מוות שנמנעו, מקרי סרטן שהתגלו, תוספת שנות חיים) עשוי להיות במכנה, מומלץ להשתמש בשנות חיים מותאמות לאיכות (quality-adjusted life years – QALYs) על-מנת לאמוד את תוצאות הטיפול. שימוש במדד אחיד מאפשר השוואת יחס עלות-יעילות של טיפולים במצבים רפואיים שונים.

שימוש בתוצאות ההערכה הכלכלית, אם מידע זה זמין במועד קבלת ההחלטה על הכללת טכנולוגיה חדשה בסל הבריאות, עשוי לסייע בהחלטת האימוץ והמימון של טכנולוגיה חדשה ובהקצאת משאבים מיטבית, כפי שמוצג בלוח 2 שלהלן:

## לוח 2: קבלת החלטות על אימוץ טכנולוגיות חדשות בהתבסס על תוצאות הערכה כלכלית

תוצאות ההערכה הכלכלית	החלטה מתבקשת
הטכנולוגיה החדשה יעילה יותר מטכנולוגיה קיימת וחוסכת בעלויות (dominant strategy) או בעלת יעילות דומה בעלות נמוכה יותר (cost-saving).	הכללת הטכנולוגיה החדשה בסל השרותים ללא תוספת עלות
הטכנולוגיה החדשה יעילה פחות מטכנולוגיה קיימת וגורמת לגידול בעלויות (dominated strategy) או שלטכנולוגיה הנבחנת יעילות דומה לזו של טכנולוגיה קיימת אולם היא מביאה לגידול בעלויות (cost-increasing).	אי הכללת הטכנולוגיה החדשה בסל השרותים
הטכנולוגיה החדשה יעילה יותר מטכנולוגיה קיימת ומביאה במקביל לגידול בעלויות בהשוואה לשימוש בטכנולוגיה קיימת.	ההחלטה תלויה בנכונות (וביכולת) של החברה לשלם וכן בשיקולים אחרים

במרבית המקרים, השימוש בטכנולוגיה חדשה משפר את איכות הטיפול בחולה ואת תוצאיו, אולם שיפור זה כרוך בגידול בעלויות. במצב זה, אימוץ הטכנולוגיה (ומימונה ממקורות ציבוריים) תלוי בנכונות וביכולת החברתית לשלם עבור תוספת שנות חיים או תוספת QALY, השונות ממדינה למדינה. הערכה כלכלית המשולבת בשלבים מוקדמים של פיתוח טכנולוגיה או של השימוש בה עשויה להשפיע על אימוץ הטכנולוגיה וקבלת ההחלטה אם תמומן, ובאיזו דרך. למרות שמחקרים הראו כי להערכות כלכליות יש תועלת מוגבלת בקבלת ההחלטות, קובעי מדיניות רבים מאמינים כי השיקול הכלכלי צריך להילקח בחשבון בהחלטות הנוגעות להקצאת משאבים במערכת הבריאות.

תפקיד הערכת הטכנולוגיות בכלל והערכה כלכלית בפרט על אימוץ ומימון טכנולוגיות חדשות (או הרחבת ההוריות לטכנולוגיה קיימת) שונה ממדינה למדינה, אולם בשנים האחרונות גוברת

הדרישה להצגת מודל כלכלי, כאשר טכנולוגיות מועמדות להיכלל בסל השירותים. שימוש בניתוחי עלות-יעילות נפוץ במערכות בריאות שונות, למשל באוסטרליה, בריטניה, שבדיה, קנדה והולנד. ממצאי מחקרים ממדינות אלה מוכיחים, כי לרוב יש קשר הדוק בין תוצאות ההערכה הכלכלית לבין הסיכוי של טכנולוגיה חדשה להיכלל בסל השירותים במימון או בסבסוד ציבורי.

### שימוש בערכי סף לעלות-יעילות על-ידי רשויות בריאות בעולם

רשויות הבריאות בעולם המערבי, המחליטות על מימון ציבורי של טכנולוגיות רפואיות חדשות, נחלקות לשני סוגים: אלה המתחשבות באופן מפורש בנתוני עלות-יעילות לצורך קבלת החלטה על סבסוד טכנולוגיה חדשה (לדוגמא: אנגליה, אוסטרליה), ואלה שלא מתחשבות כלל (או כמעט בכלל) בנתוני עלות-יעילות, אלא מסתמכות על נתוני היעילות, חומרת המחלה וקיומן של חלופות לטכנולוגיה (לדוגמא: Medicare בארצות הברית, גרמניה). להלן שתי דוגמאות לצורת השימוש בערכי סף ליחס עלות-יעילות בשתי מדינות אשר מובילות בשימוש בניתוחים אלו לשם קבלת החלטות על אימוץ טכנולוגיות רפואיות חדשות: אנגליה ואוסטרליה.<sup>3</sup>

**אנגליה** - בשנת 1999 הוקם באנגליה מוסד ה-NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), כחלק ממערכת הבריאות הבריטית (NHS), על-מנת לקדם מציאות בשירותי הרפואה וניצול יעיל של משאבי מערכת הבריאות באנגליה. גוף זה מבצע ומפרסם הערכות של טכנולוגיות רפואיות חדשות, הכוללות הנחיות לגבי אימוץ טכנולוגיות אלה במסגרת שירותי הרפואה הציבוריים. ההמלצות של NICE מחייבות את הגופים האחראיים על מימון שירותי הבריאות במדינה ואספקתם. NICE משתמש מפורשות בכלי של ניתוח עלות-יעילות על-מנת לקבל את החלטותיו באשר למימון ציבורי של טכנולוגיות רפואיות חדשות. למרות שה-NICE לא הגדיר מפורשות ערך סף ליחס עלות-יעילות אשר מעליו לא יאושר מימון ציבורי לטכנולוגיה רפואית חדשה, הניסיון מראה כי טכנולוגיות עם יחס עלות-יעילות גבוה מ-25,000 ליש"ט עד 35,000 ליש"ט ל-QALY (47,425 דולר ארה"ב עד 66,395 דולר ארה"ב ל-QALY) לא תאושרנה, במרבית המקרים, למימון ציבורי. אימוץ ערך סף שהינו למעשה טווח ערכים מאפשר ל-NICE גמישות בהחלטותיו והתחשבות בשיקולים רלוונטיים נוספים, כמו המאפיינים הייחודיים של המחלה שעבורה מיועדת הטכנולוגיה, מידת החדשנות שלה ועוד.

3. להרחבה בנושא ראה רבינוביץ וחב' (2007).

**אוסטרליה** - בשנת 1953 גובשה רשימת תרופות אשר אזרחי אוסטרליה זכאים לקבלן במימון ציבורי (PBS – Pharmaceutical Benefits Scheme). הגוף הממליץ לשר הבריאות האוסטרלי על הכללת תרופות חדשות ב-PBS הוא ה-PBAC (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee). כמו ה-NICE האנגלי, ה-PBAC לא משתמש באופן מפורש בערכי סף ליחס עלות-יעילות. עם זאת, קיים מתאם בין יחס העלות לתוספת QALY, לבין ההסתברות לקבלת החלטה שלילית על מימון ציבורי לתרופה חדשה. בין השנים 1994 ו-2003, יחס העלות ל-QALY הגבוה יותר לגבי תרופה שהוחלט להכלילה ב-PBS היה 52,400 דולר ארה"ב. מעל ערך זה, 9 מתוך 11 בקשות נדחו או הוסרו על-ידי היצרן, ולשתי תרופות ניתן אישור שהותנה בהורדת מחיר. זאת בהשוואה לדחייה (או הסרת הבקשה) של 41 מתוך 89 הגשות (46%) לתרופות בעלות יחס עלות ל-QALY נמוך מ-52,000 דולר ארה"ב.

נראה כי NICE ו-PBAC משתמשים (אם כי לא באופן מוצהר) באותם ערכי סף ליחס עלות-יעילות לצורך דחיית בקשות להכללה בסל שירותי הבריאות הלאומי. יחד עם זאת, PBAC דוחה חלק גדול יותר מהבקשות להכללת תרופות בעלות יחס עלות-יעילות נמוך יותר. הבדל זה נובע כנראה מהשוני באופי העבודה בין שני הגופים: NICE בוחן פחות טכנולוגיות ליחידת זמן והטכנולוגיות הנבחנות נקבעות על-פי סדרי העדיפות הלאומיים של משרד הבריאות הבריטי. כמו כן, הוא אינו מתחשב בהמלצותיו בעלות הלאומית של הכללת הטכנולוגיה בסל השירותים (budget-impact analysis). לעומתו, ה-PBAC מחויב לנתח כל תרופה חדשה המוגשת על-ידי חברות התרופות, מחויב לבדוק את שיקולי העלות הלאומית של הכללת כל תרופה ולהתחשב בהם, וגם מנהל, באמצעות תת-ועדה כלכלית, משא ומתן עם החברה על מחיר התרופה.

## **מגבלות אפשריות של השימוש במידע מהערכות כלכליות לצורך קבלת החלטות על תעדוף טכנולוגיות**

למרות הפוטנציאל הרב הטמון בשימוש בהערכות כלכליות ככלי תומך החלטה בהכללת טכנולוגיות חדשות בסל שירותים במימון ציבורי או בתכניות ביטוח פרטיות (כדוגמת ה-HMOs בארצות הברית), שימוש בהערכות אלו עשוי להיות מוגבל מהסיבות העיקריות הבאות:

**זמינות המידע:** לעיתים קרובות, החלטות בדבר אימוץ טכנולוגיות חדשות מתקבלות בהיעדר מידע זמין לגבי הערכות כלכליות. הדבר נכון גם כאשר ההערכות הכלכליות מבוצעות במקביל לניסויים קליניים מבוקרים שנועדו לבחון את בטיחותה ויעילותה של הטכנולוגיה החדשה. כפי שתהליך עדכון סל השירותים שונה במדינות שונות, כך שונה גם זמינות המידע הכלכלי



הרלבנטי למקבלי ההחלטות באותה מדינה. לעומת המצב בישראל, במדינות אחרות כמו בריטניה ואוסטרליה, שבהן למרכיב הכלכלי השפעה משמעותית על תהליך קבלת ההחלטות, קיימת זמינות גבוהה של תוצאות הערכות כלכליות במועד קבלת החלטת המימון או התעדוף של טכנולוגיות חדשות. חשוב לציין את ההבדל המהותי הקיים בין תהליך הערכת טכנולוגיות רפואיות בישראל, לבין תהליכים דומים המתקיימים במדינות אחרות בעולם. בעוד שבארץ קיים הצורך להעריך בכל שנה כ-400 טכנולוגיות שונות לשם החלטה על הכללה או אי-הכללה בסל השירותים, הרי שבבריטניה, מספר הטכנולוגיות המוערך מדי שנה קטן יחסית ומשך הביצוע של כל הערכה עולה על שנה. מנגנונים לזירוז ההערכה הכלכלית הוצעו במדינות שונות, כגון אנגליה (NICE) וסקוטלנד, ומחקרים שנועדו לבדוק את הישיומות של ביצוע הערכות כלכליות מהירות ושימוש בהן לצורך עדכון סל השירותים מצויים בשלבי ביצוע גם במדינות אחרות.

**איכות ההערכה הכלכלית והטיות אפשריות:** גם אם המידע זמין למקבלי ההחלטות, במקרים רבים איכות ההערכה הכלכלית לוקה בחסר. במחקר שבוצע באוסטרליה ובחן את ההערכות הכלכליות המוגשות על-ידי חברות התרופות בצירוף לבקשה לכלול תרופה בסל השירותים, נמצא כי ב-218 מתוך 326 הערכות כלכליות שהוגשו לוועדה (67%) היו בעיות מתודולוגיות בהערכת היעילות הקלינית של התרופה או בבניית המודל הכלכלי. בעיות אלו שאותרו על-ידי מומחי הוועדה תוקנו, אולם תהליך זה אורך זמן רב וכרוך בהשקעה של משאבים מרובים. גם מחקר שפורסם לאחרונה בשבדיה מצא כי איכות ההערכות הכלכליות המוגשות לוקה בחסר. הטיות אפשריות נוגעות לתוצאות ההערכה הכלכלית בהתאם לגורם המבצע. בסקירה נרחבת שהתפרסמה לאחרונה נמצא כי באופן כללי, מרבית ההערכות הכלכליות בספרות המדעית מציגות יחס עלות-יעילות אטרקטיבי. מבין ההערכות הכלכליות, הערכות המבוצעות במימון תעשיית התרופות או המכשור הרפואי נוטות להציג תחזיות אופטימיות יותר. הערכות המוגשות על-ידי התעשייה נוטות במרבית המקרים להציג יחס עלות-יעילות טוב יותר בהשוואה להערכה המתבצעת באופן עצמאי על-ידי NICE.

### **שימוש בהערכה כלכלית לצורך עדכון סל השירותים בישראל**

סל שירותי הבריאות, כפי שהוא מוגדר בתוספת השנייה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) מגדיר את השירותים להם זכאי כל מבוטח במסגרת החוק. המחוקק התייחס לאפשרות הרחבת הסל וקבע כי הוספת טכנולוגיות חדשות, כמו גם הרחבת ההוריות לטכנולוגיות קיימות, תלויות בהקצאת כספים ייחודית למטרה זו. סעיף 8(ה) בחוק קובע כי "לא ייוסף שירות לסל שירותי הבריאות, ללא תשלום או בתשלום

הנמוך מעלותו, אלא אם כן נמצא לכך מקור מימון נוסף, או מקור שהתפנה עקב ביטול שירות או התייעלות."

אולם, כאמור, מרבית הטכנולוגיות החדשות מביאות לשיפור בתוחלת החיים ו/או באיכות החיים של המטופל ועולות יותר מטכנולוגיות קיימות. במצב עניינים זה יש צורך בהערכה כלכלית מלאה על-מנת לקבוע סדרי עדיפויות באימוץ טכנולוגיות חדשות. במציאות של מערכת הבריאות בישראל קיים קושי בביצוע הערכות כלכליות מלאות, הן מהבחינה המתודולוגית (למשל כי בסיס הידע הקיים אינו מאפשר ניתוחי עלות-יעילות ועלות-תועלת לגבי כלל הטכנולוגיות המועמדות לסל), והן מבחינת פרק הזמן הקצר העומד כל שנה לרשות אנשי המקצוע העוסקים בהכנת החומר לוועדה הציבורית. כיום מתבצע תמחור של העלות התקציבית של הטכנולוגיות בלבד, ללא ניתוחים כלכליים של מדדי מועילות הטכנולוגיה.

חלק ממבקרי תהליך עדכון הסל טוענים כי לא נעשה שימוש מספיק בהערכות כלכליות המציגות יחס של עלות/QALY, וכי מדדים המבוססים על העדפת החולה לא נלקחים מספיק בחשבון. הם מוסיפים וטוענים כי חלק מהנתונים הנחוצים לביצוע ההערכות הכלכליות נמצאים בידי קופות החולים, ומשרד הבריאות אינו משתמש בזכותו הלגיטימית והחוקית ובסמכויותיו כדי לדרוש קבלה ופרסום של המידע החיוני הנדרש. במחקרה של זיבצנר (2005) התבקשו חברי הוועדה הציבורית לעדכון הסל ומכיני הטכנולוגיות לתת ציון לתהליך הערכת הטכנולוגיות. הציון שניתן להערכה הכלכלית היה הנמוך ביותר הן בין חברי הוועדה הציבורית והן בקרב מכיני הטכנולוגיות.

העובדה שהמידע לגבי התועלת ויחס עלות-תועלת של כל טכנולוגיה אינם משתמשים במדדים של QALY או עלות ל-QALY, כפי שנעשה במדינות אחרות, מקשה על ההשוואה בין טכנולוגיות שונות המוצעות לסל שמטרתן אבחון מגוון רחב של מחלות ומצבים רפואיים וטיפול בהם.

חשוב לזכור כי גם אם יש בידי מקבלי ההחלטות את כל הנתונים הנדרשים, כלי ההערכה הכלכלית הינו כלי תומך החלטה בלבד, ויש להתחשב בשיקולים נוספים בהחלטות התעדוף.

בנוסף, על-מנת לעשות שימוש בהערכה כלכלית, יש לפתור קודם לכן מספר שאלות מתודולוגיות, כגון:

- כיצד מתמודדים עם מצבים שבהם אין חפיפה בין הגוף הנושא בעלויות ובין הגוף הנושא בתועלות? דוגמה טובה לכך עשויה להיות טכנולוגיה ששימוש בה מייקר את עלות הטיפול לקופת החולים מחד ומנגד מושגת הפחתה באובדן ימי עבודה ותפוקה יצרנית, קרי תועלת לביטוח הלאומי, למעביד ולמשק בכלל.

- מה הפרספקטיבה של הניתוח הכלכלי שייעשה בה שימוש? האם הטכנולוגיה תוערך מהפרספקטיבה של קופות החולים או מהפרספקטיבה החברתית, הרחבה יותר? החלטה זו תקבע גם מה סוג העלויות והתוצאים שייכללו בניתוח.
- מה טווח הזמן (time horizon) שייעשה בו שימוש בניתוח הכלכלי? כיצד יש להתייחס לפעולות של רפואה מונעת (הוצאות גבוהות יחסית בהווה) שהשפעתן היא לטווח הרחוק יותר?

למרות המגבלות שקיימות בשימוש בהערכות כלכליות לצורכי תעדוף, במדינות רבות בעולם המערבי הצטבר בשנים האחרונות ניסיון רב בשימוש בהערכות כלכליות לצורך קבלת החלטות למימון ציבורי של שירותים, וניתן ללמוד מניסיון זה לצורך תהליך תעדוף הטכנולוגיות בישראל.

### **השאלות שעלו לדיון בכנס בנושא השימוש בהערכות כלכליות היו:**

1. האם מדינת ישראל ערוכה לשימוש בהערכות כלכליות המציגות עלות לתוספת QALY, כחלק מתהליך תעדוף הטכנולוגיות להכללה בסל?
2. מה החשיבות שעל הגוף המתעדף להקנות לשיקולי עלות-יעילות במכלול שיקולי התעדוף?
3. האם יש לקבוע רף (threshold) ישראלי של עלות ל-QALY שמעליו לא תוכלנה טכנולוגיות להיכלל בסל השירותים שבמימון ציבורי?

### **בעקבות הדיון סוכמו הנקודות הבאות:**

- יש חשיבות רבה לשימוש בהערכה כלכלית מלאה ככלי תומך החלטה בתעדוף טכנולוגיות לסל השירותים, במסגרת כלל השיקולים להכללת טכנולוגיה חדשה בסל.
- מלאכת ההערכה הכלכלית יכולה להיעזר בנתונים והערכות שמוגשים על-ידי חברות התרופות והציוד הרפואי, אולם, עקב הטיות העלולות להיווצר, אין להסתמך על הערכות אלו בלבד.
- התהליך של שימוש בהערכות כלכליות מלאות בתהליך הרחבת הסל הוא ארוך, ומחייב הקצאת משאבים ותהליך למידה.

## מקורות

1. בן נון, ג., ברלוביץ, י. ומ. שני. 2005. מערכת הבריאות בישראל, משרד הביטחון - ההוצאה לאור.
2. בנק ישראל. 2007. דוח בנק ישראל 2006 (סל התרופות בפרספקטיבה בין לאומית), ירושלים.
3. הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי). תל-אביב, תשס"ג, 2002.
4. זיבצר, מ. 2005. קביעת סדרי עדיפויות בבחירת טכנולוגיות רפואיות - הערכת המודל הישראלי. עבודת דוקטורט, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
5. מבקר המדינה. 2007. דוח שנתי 57 ב' לשנת 2006 ולחשבונות הכספים 2005. ירושלים.
6. מבקר המדינה. 2004. דוח שנתי 54 ב' לשנת 2003 ולחשבונות הכספים 2002. ירושלים.
7. לוקסנבורג, א. 2006. "סוגיות בניהול סל השירותים ועדכונם". בתוך: בן נון ג., עופר ג. (עורכים), עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
8. רבינוביץ, מ., גרינברג, ד. וי. שמר. 2007. "ערכי סף ליחס עלות-יעילות ומימון ציבורי של טכנולוגיות רפואיות". הרפואה 146, ע' 453-458.
9. שמר, י., מורגנשטיין, ט., המרמן, א., לוקסנבורג, א. וא. שני. 2003. "קידום טכנולוגיות רפואיות בסל שירותי הבריאות בישראל: 1995-2000". הרפואה 142, ע' 81-86.
10. Rabinovich, M., Shemer, J. and F. Wood. 2007. "The Israeli Model for Health Technology Assessment and the Impact of New Technologies on Public Health Expenditures". Presented at the IV Annual Meeting of Health Technology Assessment International, Barcelona, Spain,
11. Shani, S., Siebzeher, M.I., Luxenburg, O., and J. Shemer. 2000. "Setting Priorities for the Adoption of Health Technologies on a National Level - the Israeli Experience". Health Policy 54, pp. 169-185.
12. Tamir, O., Rabinovich, M. and M. Shani. 2006. "Year 2006 Update of the Israel National List of Health Services". Isr Med Assoc J 8. pp. 595-600.

## נספח א': תהליך עדכון סל שירותי הבריאות במדינות מערביות נבחרות

העלויות ההולכות וגדלות בכל מערכות הבריאות המערביות, יחד עם נתח התקציב המוגבל המיועד למערכות בריאות במימון ציבורי, מחייבים קביעת סדרי קדימויות (prioritization) או קיצוב (rationing) בהקצאת המשאבים וקביעת סל שירותי הרפואה, באופן שייתן מענה מיטבי לאוכלוסיה. בעקבות כך, מדינות רבות בעולם מחפשות דרכים לבלימת עלויות (cost-containment) במערכת הבריאות ולקבלת החלטות מושכלות לגבי הקצאת משאבים ציבוריים, תוך שמירה על עקרונות של שוויון וסולידריות חברתית. למרות שבמרבית מדינות המערב תהליך הקיצוב וקביעת הקדימויות אינם מוגדרים כמדיניות ברורה ופומבית, המימון הציבורי של טכנולוגיות חדשות צריך להיות מבוסס על הערכה טכנולוגית מקיפה (health technology assessment), הבוחנת אספקטים שונים של אימוץ הטכנולוגיה והשימוש בה. מספר מדינות בעולם המערבי ניסו להתמודד עם סוגיית קביעת סדרי העדיפויות בהחלטות בנושא מימון ציבורי של שירותי בריאות בכלל וטכנולוגיות חדשות בפרט. רוב הדגמים שהוצעו בעולם הם תיאורטיים, ורובם לא יושמו ברמה הלאומית.

בחלק ממדינות אירופה לא קיימת רשימה מפורטת של התרופות והטכנולוגיות להן זכאים האזרחים מכוח חוק ביטוח בריאות, אלא נקבעה מסגרת של שירותי בריאות שמשמעותה, במקרים רבים, הכללה בסל של כמעט כל תרופה וטכנולוגיה חדשה שהוכחה כיעילה רפואית, ללא מדיניות ברורה של קביעת קדימויות, ותוך בחינת כל טכנולוגיה בפני עצמה ולא הערכה בו-זמנית של מספר רב של טכנולוגיות אל מול סכום קבוע המוקצב לנושא, כפי שמתבצע בישראל. למעשה, קיימים שני דגמים עיקריים להסדרת הזכאות הציבורית לטכנולוגיות במערכת הבריאות:

1. הגישה הראשונה, המקובלת גם בישראל, מגדירה באופן ברור את הטכנולוגיות שאותן זכאי מבוטח לקבל במסגרת הביטוח (פרטי או ציבורי) ("positive" formulary). לעיתים קרובות מגדירות רשימות אלו ("סלי בריאות") גם את התנאים וההגבלות לשימוש בטכנולוגיות הספציפיות. טכנולוגיות שאינן מופיעות ברשימה אינן זוכות, בדרך כלל, למימון ציבורי.

2) לפי הגישה השנייה, הרווחת למשל בבריטניה, רשימת הזכאות הציבורית נקבעת על דרך השלילה ("negative" formulary). כל התרופות והטכנולוגיות האחרות זוכות למימון ציבורי, אלא אם השימוש בהן הוגבל על-ידי מקבלי ההחלטות.

להלן מספר דוגמאות לתהליך הכללת טכנולוגיות רפואיות בסל השירותים במדינות מערביות נבחרות:

**אנגליה** - ככלל, לא קיימת באנגליה רשימה מפורטת של שירותי בריאות הכלולים בסל השירותים. המסגרת הכללית המוגדרת בחוק מחייבת את מערכת הבריאות האנגלית (NHS) לעילות (cost-effectiveness), בהתאם לצורך רפואי. בשנת 1999 הוקם מוסד ה-NICE (National Institute for Clinical Excellence) שתפקידו על-פי חוק לקדם מצינות בשירותי הרפואה וניצול יעיל של משאבי מערכת הבריאות באנגליה. גוף זה מבצע ומפרסם הערכות של טכנולוגיות רפואיות חדשות, הכוללות הנחיות לאימוץ טכנולוגיות אלה במסגרת שירותי הרפואה הציבוריים. NICE מעריך אך ורק טכנולוגיות שעשויה להיות להן השפעה משמעותית על מצב הבריאות של האוכלוסיה או השלכות תקציביות משמעותיות, או טכנולוגיות שקיימת מחלוקת לגבי יעילותן הקלינית.

הערכות הטכנולוגיה מבוצעות על-ידי גופים אקדמיים בלתי-תלויים. מטרת תהליך זה היא לגבש חוות דעת עצמאית ובלטי-מוטה לגבי היעילות הקלינית וה-cost-effectiveness של כל טכנולוגיה בהקשר של מערכת הבריאות הבריטית. התהליך כולל שני שלבים מרכזיים:

1. סקירה שיטתית של כל המידע הנוגע לטכנולוגיה הנבחנת. שלב זה מתבסס, בין השאר, על מידע שמוגש על-ידי יצרניות הטכנולוגיה.
2. הערכה כלכלית מלאה.

לאחר שבחנה את כל המידע, הוועדה להערכת טכנולוגיות, הכוללת כ-60 חברים מתחומים שונים (רופאים, כלכלנים, סטטיסטיקאים, רוקחים, נציגי מערכת הבריאות, נציגי חולים ונציגי תעשייה), מגבשת המלצות המבוססות על מגוון רחב של שיקולים, ביניהם שיקולי עלות-יעילות, חוזק המידע הקליני ומידת הצורך של חולים בטכנולוגיה המוערכת. המלצות הוועדה מסוכמות במסמך המופץ לבעלי עניין שונים (ארגוני חולים, ארגונים רפואיים, יצרניות הטכנולוגיה), שלהם ניתנת ארכה של חודש למסור את השגותיהם בנוגע לתוכן המסמך וההמלצות. לאחר קבלת ההשגות מתכנסת הוועדה שוב ומנסחת את המסמך הסופי הנשלח שוב לבעלי העניין. בשלב זה ניתנת לאלו זכות ערעור על ההמלצות. אם לא מתקבל כל ערעור, המסמך הסופי שגובש מהווה את הבסיס להמלצות ה-NICE. ראוי לציין שתהליך ההערכה הוא ארוך ומורכב, ומשך זמן ההערכה של כל טכנולוגיה נע בין 52 ל-62 שבועות. בממוצע השלים NICE מאז הקמתו הערכה של כ-11 טכנולוגיות בשנה בלבד (סך הכל פחות מ-100 טכנולוגיות).

לאחרונה, עקב טענות בדבר איטיות התהליך, הוחלט לנקוט בהליך הערכה מקוצר עבור טכנולוגיות מצילות חיים. הליך הערכה זה (Single Technology Assessment – STA) אמור לקצר את משך זמן ההערכה ומתן ההמלצות לשישה חודשים במוצע, והוא מבוסס על "הגשות" של יצרניות הטכנולוגיה הנבחנות באופן ביקורתי על-ידי ועדת הערכה.

ההמלצות של NICE מחייבות את הגופים האחראיים על מימון שירותי הבריאות במדינה ואספקתם (Local Primary Care Trusts – PCTs). כל תרופה וטכנולוגיה נבחנת על-ידי ה-NICE בפני עצמה, ללא השוואה לטכנולוגיות אחרות המועמדות להכללה בסל.

**אוסטרליה** - בשנת 1953, במסגרת חקיקת חוק ביטוח הבריאות, גובשה רשימת תרופות אשר אזרחי אוסטרליה זכאים לקבלן במימון ציבורי (PBS – Pharmaceutical Benefits Scheme). הגוף הממליץ לשר הבריאות האוסטרלי על הכללת תרופות חדשות ב-PBS הוא ה-PBAC (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee). ה-PBAC מתכנס ארבע פעמים בשנה ונדרש על-פי חוק לשקול את היעילות, הבטיחות, שיפור איכות חיי החולה, העלות ויחס העלות-יעילות של כל תרופה חדשה המובאת בפניו. הוועדה כוללת נציגי ציבור, כלכלני בריאות, רוקחים קהילתיים, רופאים כלליים, פרמקולוגים קליניים ומומחים רפואיים אחרים. כאשר ניתנת המלצה לכלול תרופה חדשה ב-PBS, הנושא מועבר לטיפול של ועדת מחירים המייעצת לשר הבריאות בנושא מחירי התרופות. ועדת המחירים רשאית לנהל משא ומתן על המחיר עם ספק התרופה. שר הבריאות רשאי לכלול תרופה בסל השירותים במימון ציבורי רק אם אותה תרופה קיבלה המלצה חיובית מה-PBAC. במקרים של תרופות יקרות במיוחד נדרש אישור קבינט.

החל מחודש אוקטובר 2005, ההמלצות לכלול תרופה במימון ציבורי מפורסמות במסמך באתר האינטרנט. המסמך כולל את ההחלטה הסופית, את הנימוקים להחלטה זו, וסיכום של המידע הקליני והמידע לגבי עלות-יעילות של כל תרופה. תהליך ההערכה אורך כ-17 שבועות (מלבד הזמן הדרוש למשא ומתן על המחיר עם חברות התרופות), ומדי שנה מוערכות על-ידי הוועדה כ-100 טכנולוגיות, כולל תרופות גנריות.

**הולנד** - בהולנד קיימת רשימה מוגדרת של תרופות ואביזרים רפואיים הכלולים בסל שירותי הבריאות הממלכתי. שר הבריאות מחליט על הוספת תרופות לסל בהתאם להמלצות ועדה מייעצת. עדכון הסל מתבצע אחת לחודש. הקריטריונים להכללת תרופה חדשה בסל הם עלות-תועלת, חומרת המחלה שעבורה מיועדת התרופה ותוספת העלות הצפויה. כל תרופה נבחנת בפני עצמה לגבי הכללתה בסל ולא בהשוואה לתרופות אחרות המועמדות להכללה. משנת

1993 ועד 1999 לא אושרה הכללת תרופות חדשות המוסיפות עלויות למערכת הבריאות בסל, למעט מקרים של טיפול ראשון במחלות חשוכות מרפא. בתקופה זו בוצעה רפורמה בתהליך עדכון הסל ההולנדי, ומשנת 1999 מתבצעת בחינה שיטתית של כל תרופה חדשה המוגשת לסל במונחי יעילות ותועלת. החל משנת 2005 נדרשים ספקי התרופות לצרף לבקשת ההכללה בסל גם ניתוח עלות-תועלת וניתוח של תוספת תקציב נדרשת (budget-impact analysis). הוועדה המייעצת לשר הבריאות ההולנדי (CHF) מנתחת ומסכמת את הנתונים שהוגשו לה על-ידי החברה המשווקת ומגישה דוח בצירוף המלצות לשר. שר הבריאות מתחשב בהמלצות הוועדה המייעצת אך לא מחויב לפעול לפיהן.

**גרמניה** - אין רשימת תרופות מוגדרת המפרטת את כל התרופות הכלולות בסל שירותי הבריאות הגרמני. רשימה כזו תוכננה, אך מעולם לא פורסמה. בפועל, כל תרופה שקיבלה אישור לשיווק בגרמניה על-ידי הרשות הרגולטורית, ואינה תרופה ללא מרשם, נכללת בסל השירותים המסופק על-ידי קופות החולים במדינה. בתחום הציוד הרפואי קיימת רשימה חיובית של הפריטים הכלולים בסל, אך הקריטריונים להוספת פריט חדש לרשימה הם יעילות רפואית ותועלת לחולה בלבד, ללא שיקולי עלות. יחד עם זאת, החוק הגרמני מציין כי שירות רפואי ייכלל בסל בהתקיים: "יעילות, צורך רפואי, ויחס עלות-תועלת".



## נספח ב': נייר סוגייה מס' 1/05: "אימוץ טכנולוגיות רפואיות"\*

פרופ' דב צ'רניחובסקי, ד"ר דן גרינברג ופרופ' יוסף פליסקין

### מבוא

אחד מיעדיה הבסיסיים של כל מדינה מודרנית הוא לקיים את הצרכים הבסיסיים של תושביה ובכלל זה לדאוג למצב הבריאות של האוכלוסייה. בעבר, ההחלטה לאמץ ולממן טיפול רפואי חדש ממקורות ציבוריים התבססה בעיקר על עקרון התועלתיות, כלומר יכולת הטיפול לשפר בצורה מירבית את מצב הבריאות של האוכלוסייה או חלקים ממנה. הגידול המתמיד בעלויות הטיפול הרפואי, יחד עם נתח התקציב המוגבל המיועד למימון ציבורי של מערכות בריאות, מציבים בפני מקבלי ההחלטות אתגר גדול של הבטחת טיפול רפואי איכותי תוך עמידה במגבלות התקציביות. על-מנת לעמוד ביעד זה נוצר הצורך בקביעת סדרי קדימויות (prioritization) בהקצאת המשאבים ובקביעת סל שירותי רפואה, באופן שייתן מענה מיטבי לאוכלוסייה.

טכנולוגיה במערכת הבריאות בהגדרתה הרחבה כוללת "תרופות, מכשירים, פרוצדורות רפואיות וכירורגיות המשמשים למתן טיפול רפואי, כמו גם המערכות הארגוניות והתומכות שבמסגרתן ניתן טיפול זה". הפיתוח המואץ של טכנולוגיות עשוי לשפר באופן משמעותי את הטיפול בחולה ואת תוצאיו, אולם טכנולוגיות חדשות מהוות את הגורם המשמעותי בגידול המתמיד בעלויות מערכת הבריאות. למרות שבמרבית מדינות המערב תהליך הקיצוב (rationing) וקביעת הקדימויות בהקצאת שירותי רפואה אינם מוגדרים כמדיניות ברורה ופומבית, קיימת הסכמה רחבה כי מימון השימוש בטכנולוגיות חדשות צריך להיות מבוסס על הערכה טכנולוגית מקיפה (health technology assessment) הבוחנת אספקטים שונים של אימוץ הטכנולוגיה והשימוש בה. הערכת טכנולוגיות כוללת הערכה שיטתית של אספקטים קליניים (כגון בטיחות ויעילות), כלכליים (כגון עלות ותועלת-עלות, השלכות תקציביות לטווח הקצר והארוך), ארגוניים (אימוץ והטמעה של הטכנולוגיה, הכשרת משאבי אנוש), אספקטים הקשורים בחולה (למשל שיפור איכות חיים) וערכים חברתיים (כגון צדק חברתי ושוויון), אולם מרבית ההערכות המבוצעות כיום מתמקדות בעיקר באספקטים הקליניים והכלכליים.

\* סדרת "נייר סוגייה" בתחום מדיניות הבריאות של מרכז המחקר והמידע בכנסת נועדה לסקור בקצרה נושאים מרכזיים העומדים במוקד הדיון הציבורי. קוראים מקרב חברי הכנסת ועובדיה המעוניינים במידע נוסף, בהסברים ובהפניות לספרות מתאימה, יכולים לפנות למרכז המחקר והמידע.

## הערכה כלכלית של טכנולוגיה חדשה

כאמור, אחת המטרות החשובות ביותר של כל מערכת בריאות הינה למקסם את בריאות האוכלוסיה בהתחשב במשאבים החברתיים המוגבלים. במרבית המקרים, השימוש בטכנולוגיה חדשה משפר את איכות הטיפול בחולה ואת תוצאיו, אולם כרוך בתוספת עלות בהשוואה לטכנולוגיות אחרות הקיימות בסל לאותה הוריה. במצב זה, אימוץ הטכנולוגיה ומימונה ממקורות ציבוריים תלוי בנכונות וביכולת החברתית לשלם, השונות ממדינה למדינה. להערכות כלכליות האומדות את העלות והתועלת של תכנית התערבות רפואית יש ערך מוסף רב, והן עשויות לסייע לתהליך קבלת ההחלטות. על כן, אין זה מפתיע כי מספר ההערכות הכלכליות עולה בהתמדה בשנים האחרונות. השימוש בהערכות כלכליות נפוץ במערכות בריאות שונות, כגון באוסטרליה, בריטניה, שבדיה קנדה והולנד. קביעת סדרי עדיפויות למימון טכנולוגיות חדשות במסגרת תקציב נתון מחייבת בדרך כלל הערכה כלכלית מלאה, כדוגמת ניתוח עלות-יעילות (cost-effectiveness analysis) או עלות-תועלת (benefit-cost analysis), כפי שייסקרו להלן.

### ניתוח עלות-תועלת

ניתוח עלות-תועלת נשען על תיאוריות קלאסיות העומדות בבסיס כלכלת הרווחה. בגישת ניתוח זו מוצגות ומושוות העלויות והתועלות הנובעות ממתן טיפול רפואי (בהשוואה לאלטרנטיבה טיפולית) במונחים כספיים. קביעת סדרי עדיפויות מתבצעת על-ידי דירוג תכניות ההתערבות השונות בסדר יורד של תועלת "נקייה" (net benefit), כלומר הערך הכספי של התועלת פחות העלות. כלל ההחלטה קובע כי טיפולים בעלי ההחזר הגבוה ביותר על ההשקעה ימומנו תחילה. למרות הבסיס התיאורטי המוצק והאפשרות לדג ולשוות השקעות בסקטורים אחרים במשק, הערכת תועלת טיפול רפואי במונחים כספיים כרוכה בבעיות מתודולוגיות ופרקטיות רבות. על כן השימוש בגישה זו, הן בספרות והן בקבלת החלטות במערכת הבריאות, מוגבל מאוד.

### ניתוח עלות-יעילות

ניתוח עלות-יעילות הינו כלי אנליטי שבאמצעותו משווים העלויות והתוצאים (outcomes) של שימוש בטכנולוגיה או תכנית התערבות רפואית חדשה עם אלטרנטיבה טיפולית אחת לפחות (אם אין אלטרנטיבה קיימת, הטכנולוגיה החדשה משווית למצב קיים של היעדר טיפול). תוצאות ההערכה מוצגות כיחס (ratio) בין העלות השולית (במונה) והיעילות השולית (במכנה) של שתי אלטרנטיבות הטיפול. למרות שניתן להשתמש בכל מדד רפואי רלוונטי לצורך הצגת

יעילות הטיפול (למשל, מקרי מוות שנמנעו), מומלץ כיום להשתמש באיכות מותאמת לשנות חיים (quality-adjusted life years - QALYs) על-מנת לאמוד את תוצאות הטיפול.

על-פי גישה זו, איכות חיי המטופל מקבלת ערך בין 0 ל-1, כאשר 0 מייצג מצב של מוות ו-1 - איכות חיים מושלמת. לדוגמה, לטיפול רפואי מסוים המאריך את תוחלת החיים של מטופלים בשנתיים בממוצע ובאיכות חיים של 0.5 יהיה ערך חזוי של QALY אחד. השימוש במדד זה מאפשר להשוות את הכדאיות הכלכלית של התערבויות רפואיות בתחומים שונים, כגון מדיניות חיסונים מול טיפול בחולים עם מחלה כרונית.

## קריטריונים לאימוץ ומימון טכנולוגיה חדשה

שימוש במדד אחד מאפשר השוואת יחס עלות-יעילות של טיפולים במצבים רפואיים שונים. שימוש בתוצאות ההערכה הכלכלית עשוי לסייע בהחלטת האימוץ והמימון של טכנולוגיה חדשה (ראה אזור). ייתכנו מספר מצבים:

1. החלטת אימוץ ברורה קיימת במצבים שבהם הטכנולוגיה החדשה יעילה יותר בהשוואה לטכנולוגיה קיימת וכן חוסכת בעלויות (dominant strategy), או כאשר לטכנולוגיה הנבחנת יעילות דומה אולם היא מביאה לחיסכון בעלויות (cost-saving).
2. החלטה לא לאמץ או לדחות טכנולוגיה חדשה קיימת במצבים שבהם הטכנולוגיה החדשה יעילה פחות בהשוואה לטכנולוגיה קיימת וגורמת לגידול בעלויות (dominated strategy) או כאשר לטכנולוגיה הנבחנת יעילות דומה אולם היא מביאה לגידול בעלויות (cost-increasing).

הטבלה הבאה מדגימה את האפשרויות השונות. ציר אחד משקף את היעילות השולית של טכנולוגיה נבחנת מול טכנולוגיה בשימוש, והציר השני את העלות השולית של הטכנולוגיה הנבחנת יחסית לזו שבשימוש<sup>4</sup>.

4. משמעו של המונח "שולי" (incremental) בהקשר זה הוא תוספת התרומה, ואין הכוונה להצביע על חשיבות פחותה שבשוליים.

### השפעת ההערכה הכלכלית על החלטת אימוץ טכנולוגיה חדשה

עלות שולית (incremental costs) טכנולוגיה נבחנת לעומת טכנולוגיה בשימוש				
		חיסכון בעלויות	עלות זהה	גידול בעלויות
יעילות שולית (incremental effectiveness) טכנולוגיה נבחנת לעומת טכנולוגיה בשימוש	יעילות גבוהה	אמץ את הטכנולוגיה החדשה	אמץ את הטכנולוגיה החדשה	החלטת האימוץ תלויה בנכונות החברה לשלם
	יעילות דומה	אמץ את הטכנולוגיה החדשה	החלטת אימוץ מושפעת מגורמים אחרים	אין לאמץ את הטכנולוגיה החדשה
	יעילות נמוכה	החלטת האימוץ תלויה בנכונות החברה לשלם	אין לאמץ את הטכנולוגיה החדשה	אין לאמץ את הטכנולוגיה החדשה

בהמשך הדיון נתייחס לדוגמה שבה טכנולוגיה קיימת תורמת 10 QALYs בעלות של 10,000 ₪, והטכנולוגיה הנבחנת מולה תורמת 20 QALYs בעלות של 15,000 ₪. הניתוח השולי מחייב אותנו להסתכל לא על העלות הממוצעת של QALY בטכנולוגיה החדשה, אלא על העלות השולית. כלומר, עבור השקעה נוספת של 5,000 ₪, הטכנולוגיה החדשה תורמת 10 QALYs, דהיינו עלות שולית של 500 ₪ ל-QALY.

### האם הערכה כלכלית מהווה תנאי מספיק עבור מקבלי ההחלטות?

תוצאות הערכה כלכלית המיטיבות עם טכנולוגיה חדשה המוצעת לסל במימון ציבורי אינן תנאי מספיק לאימוצה. שיקולים נוספים, כגון המגבלה הכוללת של התקציב, שיקולי שוויון, צדק חברתי, נגישות לשירותי רפואה ושיקולים אתיים אחרים הם בעלי משמעות רבה בהחלטת האימוץ, כפי שיורחב להלן.

## הבעייתיות החברתית-כלכלית

כאמור, כאשר הטכנולוגיה המוצעת מחליפה טכנולוגיה קיימת עם תוצאות זהות או דומות, אולם בעלות נמוכה יותר, אין כל בעיה. הבעיה עולה כאשר טכנולוגיה אשר משפרת את תוצאות הטיפול היא יקרה יותר בסך הכל, גם אם בעלות נמוכה יותר של יחידת תפוקה, במונחים כספיים או במונחי תועלת. נתוני הדוגמה מצביעים על כך שהטכנולוגיה החדשה מעלה את סך הוצאות הטיפול, מ-10,000 ₪ ל-15,000 ₪ במקרה שלפנינו. חשובה מאוד הפרספקטיבה<sup>5</sup> שבה בוחנים את הטכנולוגיות, ואנו נתמקד כאן בשתי פרספקטיבות שונות:

1. ההיבט המוסדי
2. ההיבט הכלכלי-חברתי

בהיבט המוסדי, כפי שעולה גם מהדוגמה, עלות הטכנולוגיה החדשה לנותן השירות גבוהה יותר ב-5,000 ₪ מעלות הטיפול הקיים. לגבי נותן השירות, תוספת שנות החיים ואיכותן, יהיה ערכן אשר יהיה, אינן מהותיות לניהול עסקיו. הוא חייב לגייס את המשאבים הנוספים להפעלת הטכנולוגיה החדשה. לשם כך קיימים ארבעה מקורות פוטנציאליים, אשר אפשר להשתמש בהם בנפרד או במשולב:

- העברת מימון מחולים מסוימים לחולים אחרים הזקוקים לאותו טיפול;
- העברת מימון מטיפולים אחרים אשר אינם קשורים לסוג המחלה והטכנולוגיה שבהם מדובר;
- תשלום נוסף מהמממן הציבורי;
- גבייה מהצרכן הנהנה מתוספת שנות חיים מתוקנות לאיכות.

### כל אחת מהאפשרויות מעלה סוגיות מורכבות, בפרט במערכת הציבורית:

**העברת טיפול מחולים מסוימים לאחרים**, נאמר מקשישים לצעירים או לפי כל קריטריון אחר, מעלה בעיות אתיות הכרוכות בכך שיתכן שסך התמורה החברתית מאימוץ הטכנולוגיה החדשה גבוה יותר, גם בתקציב הקיים. נניח, לדוגמה, שבטכנולוגיה הקיימת מטופלים 1,000 חולים לשנה בעלות כוללת של מיליון ₪, לפי נתוני הדוגמה. נאמר שמקבל ההחלטות מקציב סך הוצאה זו לשימוש בטכנולוגיה החדשה. אך הוצאה זו מספיקה בטכנולוגיה זו לכ-667 חולים בלבד. כלומר, נמנע טיפול מ-333 חולים, אך כנגד זאת, החברה - למרות מספר המטופלים הנמוך יותר - "מקבלת" 13,333 שנות חיים כנגד 10,000 שנים "שקיבלה" בטכנולוגיה הישנה. מה רצויו? דוגמה זו מעלה את סוגיית התחלופה בין יעילות ושוויון הכרוכה בבחירת טכנולוגיות, בעיקר במערכת הציבורית.

5. הפרספקטיבה שממנה מעריכים טכנולוגיה חדשה עשויה להשפיע באופן משמעותי על תוצאות ההערכה. קיימות מספר פרספקטיבות אפשריות, שבניהן ניתן למנות את הפרספקטיבה של החולה, של ספק השירותים (למשל בית חולים, קופת חולים) ושל החברה בכללותה.

**העברה מטיפולים וחולים אחרים** פירושה, למשל העברה מחולי סרטן לטובת חולי לב. העברה כזו חייבת לעמוד במבחן זהה של כדאיות הטכנולוגיה החדשה, אף ביחס לאובדן QALYs של חולי הסרטן אשר יאבדו טיפול בערך ההעברה לטובת חולי הלב. כלומר, יש לבדוק מהו ההפסד של חולי הסרטן. יתרה מזו, גם אם ההפסד "כדאי", כפי שהודגם זה עתה, האם החברה יכולה לבצע אותה? הבעייתיות דומה לזו שעלתה בפסקה הקודמת ביחס להעברה בין קבוצות חולים, וגם במקרה זה קיימות בעיות אתיות חמורות בבחינת סדרי עדיפויות כאלו.<sup>6</sup>

**תשלום נוסף מהמממן הציבורי** מעלה את סוגיית התקציב במונח החברתי הרחב. העברה כזו חייבת לעמוד במבחן השאלה האם החברה אינה יכולה לקנות יותר שנות חיים בתוספת התקציב באמצעות השקעה בתחומים אחרים (תחבורה, ביטחון, חינוך וכו'). ברור שסוגיית ההשוואה נעשית אף מסובכת יותר במקרה זה. קיומו של תקציב נוסף מפחית מהבעייתיות של הסוגיה, אך אינו פותר אותה. תקציב נוסף מעלה את הבעיה באיזו טכנולוגיה לבחור בתקציב הנוסף, כאשר אחת האפשרויות, בעיקר במערכת הציבורית, היא הרחבת השימוש בטכנולוגיות ישנות. כלומר, הרחבת הזכאים שיוכלו ליהנות ממימון ציבורי של טכנולוגיה קיימת (ישנה) שאינה עומדת לרשותם כעת בזמינות הדרושה להם. יתר על כן, התוספת לתקציב הציבורי ניתנת להקצאה לשימושים אחרים, אף הם מצילים ומשפרי חיים.

**חיוב החולה בתשלום תוספת העלות** מעלה מספר סוגיות הנמצאות בבסיס קיומה של המערכת הציבורית. ראשונה היא סוגיית השוויוניות: האם לאפשר טכנולוגיה חדשה המצילה/מאריכה חיים רק לאלה היכולים לעמוד בתשלום? ככלל, אם המימון פרטי לחלוטין, אין לכאורה סיבה למנוע מהצרכן לשלם את מלוא עלות הטיפול החדשני (15,000 ₪) במסגרת פרטית לחלוטין.

שנייה יותר במחלוקת האפשרות לתת לאזרח לממן מכיסו את תוספת העלות, בסך 5,000 ₪, במסגרת המערכת הציבורית, בפרט אם הטכנולוגיה הישנה נמצאת במשורה (יש לגביה רשימת המתנה). אז עלולים לטפל בחולים אשר בידם המאה באמצעות הטכנולוגיה החדשה, גם במחיר מניעת הטיפול הישן מחולים שידם אינה משגת. תרחיש זה מחריף את בעיית השוויוניות שצוינה לעיל.

סוגייה שנייה הקשורה להוצאה הפרטית, גם לא בהקשר הציבורי, נוגעת לבעיית בקרת הגידול בהוצאה לבריאות. השאלה היא: האם הטלת התשלום על החולה לא תביא להפניית משאבים

6. כלל מרכזי הוא כלל הצלת החיים. כבר במקורות היהודיים נאמר כי "כל המציל נפש אחת מישראל, כאילו הציל עולם מלא".

של משק הבית שהוקצו לשימושים חיוניים אחרים (דיור, תזונה, חינוך וכו') לתחום הבריאות? החשש הוא שמניעת המשאבים הפרטיים מתחומים אלו תגרום לבני המשפחה נזק שעלול לעלות על התועלת בגין השימוש בטכנולוגיה החדשה. זאת בעיקר נוכח העובדה שלמסד הרפואי יש תמיד נטייה להשתמש בטכנולוגיה חדשה משיקולים שונים, גם אם זו לעיתים אינה מוכחת די צרכה.<sup>7</sup>

## סיכום

לסיכום, בעיית אימוץ טכנולוגיה חדשה, גם במקרה הפשוט ביותר לכאורה, מסובכת כמעט מכל בחינה שהיא. היא דורשת בדיקה שאינה נקודתית לטיפול מסוים ולטכנולוגיה מסוימת. הרבה טכנולוגיות עומדות בתנאי ההכרחי לבחינת קיומן. בעיית התנאי המספיק מורכבת. נוכח הקשיים, יש צורך בראייה ובדיקה רחבה ככל האפשר, כדי למנוע החלטה שנובעת כולה מתוך לחץ של אלה המעוניינים בטכנולוגיה מסוימת, גם אם זו יעילה לכשעצמה.

7. יצוין שמגבלות שוק ההון בנושאי מימון בריאות לא בהכרח משנות את הדיון. נאמר שהערך הממוצע של שנת חיים נוספת הינו 100,000 ₪. כלומר, ההשקעה כדאית בשער ריבית מקובל. הפרט אינו יכול לגייס את המימון, אלא מעצמו, כי הבנק אינו יכול ל'שעבד' שנות חיים, יהיה ערכן אשר יהיה. התערבות המדינה בתחום הבריאות מטרתה, בין השאר, להתמודד גם עם בעיה זו, הנוגעת לשוויוניות. השאלה היא, שוב, מה ערכן של החלופות האחרות העומדות בפני התקציב הציבורי. יתרה מזו, לא ברור שגם הפרט אשר ממשכן את ביתו בהכרח עושה החלטה נכונה בתנאי אי הוודאות העומדים על הפרק.

## נספח ג':

# The Impact of New Medical Technologies on Health Expenditures in Israel, 2000–2007

Mordechai Rabinovich<sup>1,2</sup>, Joshua Shemer<sup>1,3,4</sup>, Francis Wood<sup>1</sup>

1. Maccabi Healthcare Services, Tel-Aviv, Israel
2. School of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel
3. Israeli Center for Technology Assessment in Health Care, Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research, Tel Hashomer, Israel
4. Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Ramat Aviv, Israel

## Background

Updating the National List of publicly funded Health Services (NLHS) in Israel has been performed on a yearly basis for almost a decade. The Ministry of Health uses a systematic process of Health Technology Assessment (HTA) to evaluate new medical technologies.

HTA reports are then used as a decision tool for a National Advisory Committee to recommend technologies to be added to the publicly funded NLHS.

During this process technologies are classed as low, medium, high, very high or highest priority for inclusion in the NLHS. Actual inclusion of recommended technologies in a given year depends upon governmental budget allocation.

## Objective

This research aims to estimate the impact of new medical technologies (drugs, devices and procedures) on public healthcare expenditures over the period 2000–2007.



## Method

Government estimates for the cost of new medical technologies ranked as high, very high or highest priority for inclusion in the Israel national list of publicly funded health services for the years 2000-2007 were summarized. Estimated costs of technologies actually included in the NLHS during that period were also summarized.

The ratio of the cost of new technologies to total public healthcare expenditures for the years 2000-2007 was calculated.

## Results

The inclusion of all recommended technologies classed as **high priority** and above in the national list of publicly funded health services would have increased public healthcare expenditures by 2.1% each year over the period 2000-2007.

Inclusion of all recommended technologies classed as **very high priority** and above would have increased expenditures by 1.5% each year over the same period.

Technologies **actually included** in the NLHS raised public healthcare expenditures by 1% a year.

## Conclusions

New medical technologies have significantly increased healthcare expenditures in Israel. Budgetary constraints have reduced the actual impact by 52%.

The Israeli experience indicates the need for an annual addition of about 2% to the public healthcare budget for covering important emerging medical technologies.

## נספח ד': תהליך עדכון סל הבריאות – עמדת הר"י

### מבוא

עדכון סל שירותי הבריאות הינו תהליך הכללתן בסל של מגוון טכנולוגיות חדשות המיועדות לבריאותם ורווחתם של אזרחי מדינת ישראל.

עדכון הסל מתקיים בצורה קבועה מאז 1999, אז גם מונתה ועדה ציבורית שתפקידה להמליץ על הטכנולוגיות הראויות להכללה, במסגרת תקציבית מיוחדת שהוקצתה באופן חד-פעמי. התהליך מתחדש מדי שנה, כולל המסגרת התקציבית הנקבעת ומתחדשת גם היא מדי שנה.

עדכון סל שירותי הבריאות מתקיים במציאות שזכתה לשם "המהפכה הטכנולוגית". פיתוחן המהיר של טכנולוגיות, שחלקן נחשבו עד לפני שנים מעטות כלקוחות מעולם המדע הבדיוני, לצידין של טכנולוגיות בעלות יכולת ערעור "סדרי בראשית" חברתיים ומדעיים, מציב בפני מקבלי ההחלטות אתגר מורכב ביותר, הכורך סוגיות אתיות ומוסריות והחלטות בעלות אופי חברתי וציבורי. שאלת העלות מהווה אף היא גורם משמעותי ובעל משקל בקבלת ההחלטות.

השאלות הניצבות בפני מקבלי ההחלטות בשלבים השונים של תהליך ההכללה, והנטל הכבד המונח על כתפי חברי הוועדה, מחייבים נטילת פסק זמן לצורך בדיקת תהליך העדכון, לאור לקחי השנים שבהן הוא פועל, במטרה לחדדו ולשפרו.

נציגי הר"י ונציגי האיגודים המדעיים של הר"י נוטלים חלק פעיל ומשמעותי בתהליך העדכון, שיפורט בהמשך. כשותפה לתהליך, הצביעה הר"י, עוד בתחילת הדרך, על הצורך לאמץ מאפיינים וצעדים המשמשים בתהליכים מסודרים של קבלת החלטות. על רקע זה, פיתחה הר"י שיטה להערכת טכנולוגיות כצעד משלים מבוסס מדעית לתהליך הנקוט בידי משרד הבריאות.

לנוכח הסוגיות עימן אמורה להתמודד הוועדה הציבורית ושאלות אחרות הנוגעות לתהליך הקיים, מציעה הר"י מספר שינויים אשר יביאו, לדעתה, לשיפור התהליך, לחלוקת עבודה נכונה ויעילה בין השותפים העיקריים בתהליך ולקבלת החלטות רציונלית, למרות אופיו המורכב והטעון של תהליך הכללת הטכנולוגיות.

## התהליך הנוכחי

התהליך הנוכחי לעדכון סל שירותי הבריאות כולל שלושה שלבים עיקריים (תרשים 1). עיקרי העבודה בכל שלב הינם:

### 1. איסוף וקבלת הצעות:

- א. הפצת "קול קורא" בחתימת מנכ"ל משרד הבריאות, המזמין את כל בעלי העניין בהכללת טכנולוגיה בסל לשלוח את הצעתם על גבי טופס ייעודי - טופס ההצעה.
- ב. מיון וארגון ההצעות על-ידי משרד הבריאות.
- ג. הפניית ההצעות למחלקות המשרד ואגפיו השונים (אגף הרוקחות, האגף לטכנולוגיות רפואיות וכו') לקראת הערכתן.

### 2. הכנה והערכת ההצעות:

- שלב זה מתבצע בכל מחלקה ואגף במשרד הבריאות העוסק בטכנולוגיות להכללה, וכולל:
- איסוף חומר רקע וספרות;
  - התייעצות עם מומחים ונציגי איגודים (מסלול ה"מועצות הלאומיות");
  - הכנת הרקע הכלכלי וחישובי עלות;
  - הכנת קובץ מסודר של רשימת טכנולוגיות וההתוויות המבוקשות להכללתן (קובץ זה ישלח לבעלי העניין כמו קופות החולים והר"י);
  - הכנת רשימת טכנולוגיות מתועדפות לדיון הוועדה הציבורית. הטכנולוגיות מוגשות וערוכות בפירוט על-פי ראשי פרקים הפורשים את הטכנולוגיה על כל היבטיה ושימושיה, יתרונותיה, חסרונותיה, וכיו"ב. רשימה מורכבת זו מתכנסת לתוך מספר כרכים הנשלחים לחברי הוועדה, קופות החולים והר"י לקראת הדיונים הצפויים.

### 3. דיוני הוועדה הציבורית:

במסגרת שורת מפגשים מתקיים דיון אודות הטכנולוגיות המוצעות עד לגיבושה הסופי של רשימת טכנולוגיות מומלצות. רשימה זו מתקבלת בהסכמת כל חברי הוועדה. הערכת טכנולוגיות, תעדופן והכנתן לצורך דיוני הוועדה הציבורית מתקיימים במקביל, בצורה זו או אחרת, גם בקופות החולים והר"י במטרה להציג את עמדתן והעדפותיהן במסגרת דיוני הוועדה הציבורית.

מתכונת מקבילה ונפרדת זו גורמת לכך שחלק בלתי-מבוטל של דיונים, ויכוחים או "עימותים" מתקיימים במסגרת הוועדה, שאינה מיועדת לשמש כזירת עימות מקצועית, וחבריה, נציגי

הציבור לסוגיהם, אינם בעלי יכולת הכרעה או שיפוט בהיותם חסרי המידע והידע הנדרשים לקבלת החלטות בתחום זה.

העובדה שהוועדה נאלצת לעסוק בנושאים שאינם מעניינה או בתחום הידע של חבריה נובעת מתהליך שאינו מוגדר די צרכו, אינו משתף את בעלי העניין העיקריים ואינו מביא לדיון הסופי טכנולוגיות "סגורות", כלומר טכנולוגיות שתועלתן הוערכה ודורגה בצורה אובייקטיבית, שקופה, מדעית ומבוססת ראיות, והעלויות הכרוכות בשימוש בהן נקבעו, בהכנה מוקדמת ומשותפת של כל בעלי העניין העיקריים ועל דעתם.

לו היו מובאות בפני חברי הוועדה הציבורית טכנולוגיות שעל רובן ככולן קיימת הסכמה באשר לדרך פעולתן ותועלתן, היה הדבר מאפשר לחברים לקיים דיון נקי מ"רעשי רקע", המכוון להיבטים הערכיים - חברתיים, מוסריים, אתיים וציבוריים - הקשורים בהכללת הטכנולוגיות.

מתכונת מומלצת זו של עבודה, שעיקרה יפורטו להלן, מחייבת במקביל הכנסת שינוי בהרכב הוועדה ותמהיל חבריה, שכן הרכבה הנוכחי של הוועדה אינו נותן ביטוי וייצוג נאות לנציגי ציבור ונציגים נוספים מתחומי החברה, המוסר והאתיקה.

## עיקרי השינויים המוצעים

אנו סבורים כי מטרת השינויים הינה לשפר את מתכונת התהליך הקיים, לאחד מאמצים, למנוע כפילויות ולאפשר לכל גורם, בכל שלב, לבצע את משימותיו "נטו" ללא רעשי רקע מיותרים. אשר לוועדה הציבורית, הרי ש"שחרורה" ממשימות שלא נועדו לה תאפשר לה להתמודד בצורה טובה יותר עם סוגיות מורכבות וטעונות בדרך לקבלת החלטותיה.

בנוסף, שינוי בתמהיל הרכב חברי הוועדה ייתן ביטוי חד וברור יותר לשיקולים העומדים בבסיס המלצותיה.

הפיכתו של התהליך מאירוע חד-פעמי לאירוע נמשך שבו יתקבלו החלטות או המלצות פעמיים בשנה יאפשר גמישות יתר בקבלת ההחלטות, מרחב תמרון לחברי הוועדה וקיצור זמני ההמתנה להכללת טכנולוגיות שהן חיוניות לכל עניין ודבר.

איחוד ושילוב מאמצים ראוי שייעשה בשלב הכנת ההצעות והערכתן. כל אחד מהשותפים העיקריים בתהליך (משרד הבריאות, קופות החולים והר"י) גיבש לעצמו, במהלך שנות פעילות

עדכון הסל, מתכונת ושיטה שעל-פיהן מתבצע תהליך ההערכה והתעדוף של הטכנולוגיה במקומותיו.

### **בשינוי המוצע על-ידינו אנו רואים מצב שבו:**

1. מתקיימים דיון והערכה משותפים לגבי טכנולוגיות שהוגדרו, על-ידי האיגודים, כחיוניות - חיוניות ביותר בלבד.
2. כל שותף ישתמש בטכניקות/מתודולוגיות הנהוגות אצלו לצורך ביצוע הערכת טכנולוגיות.
3. השוואת דירוג "תציף" את אותן טכנולוגיות שעליהן הדעות חלוקות. דיון לגיבוש הסכמה והבנה יתקיים בין השותפים רק בנוגע לטכנולוגיות אלה.

במקביל תתבצע עבודת התמחור וחישובי העלות במתכונת הקיימת. בעניין זה חשוב לנו להדגיש כי לדעתנו אין טעם לעסוק בטכנולוגיות שתועלתן לא הוכחה או שהיא מוטלת בספק. מכאן נובע שהעיסוק בחישובי העלויות נכון שיתחיל לאחר שגובשה רשימת הטכנולוגיות החיוניות והחיוניות ביותר, וזוהו אותן טכנולוגיות שתועלתן אינה מוטלת בספק.

תרשים 2 משקף בתמצית את החלק המשותף לבעלי העניין בשלב השני של התהליך, שבו מתכונת העבודה המשותפת מתכנסת תחת הכותרת "פורום טכנולוגיות" ובעלי העניין ועיקרי הפעילות מוצגים תחת הכותרת "פעילות הפורום".

לצורך חידוד עבודת הוועדה והתמקדותה במתן המלצות, על-פי המנדט הציבורי שניתן בידיה, מוצע שינוי בהרכב החברים, כפי שמוצג בתרשים 3. כפי שעולה מהתרשים, בהצעה ניתן משקל יתר לנציגים מתחום החברה, בריאות הציבור, אפידמיולוגיה וכו'. המרכיב הרפואי של חברי הוועדה צומצם למידה שבה תידרש סקירה או הרחבה מקצועית הנוגעת להיבטים כלליים יותר של הטכנולוגיה. לצורך כך שולבו גם נציגי רפואת המשפחה שאינם "חשודים" במשוא פנים והעדפה של טכנולוגיה מסוימת. לוועדה שמורה הזכות להזמין מומחה מטעם האיגוד לצורך מתן הסבר או הרחבה הנוגעים לדרך הפעולה ולהשפעתה של הטכנולוגיה הספציפית.

תרשים 4 מציג מתכונת עבודה מתמשכת וקבועה במהלך השנה. הגשת הצעות להכללה תתאפשר במשך כל השנה. שנת העבודה תחולק למועד "חורף" ומועד "קייץ". דיוני הוועדה יתקיימו פעמיים בשנה בהתייחסות להצעות של המועד שקדם להתכנסות. בצורה זו קטן העומס והנטל על המכינים, דיוני הוועדה סובבים סביב מספר קטן יותר של טכנולוגיות וזמן ההמתנה להכללה מתקצר.

לסיכום, אנו סבורים ששינויים מעטים אך מהותיים אלה יש בהם כדי לשפר משמעותית את תהליך עדכון סל הבריאות, תוך יצירת אווירה ומתכונת של שיתוף פעולה ושיפור עבודת ההכנה וההערכה, במטרה לתת ביטוי הולם יותר לטכנולוגיות ראויות.

### תרשים 1: תהליך עדכון סל שרותי הבריאות

#### שלב א'

- הפצת "קול קורא" לקבלת הצעות
- מיון וארגון ההצעות
- הפניית ההצעות בהתאם למחלקות המשרד ואגפיו השונים לקראת הערכתן

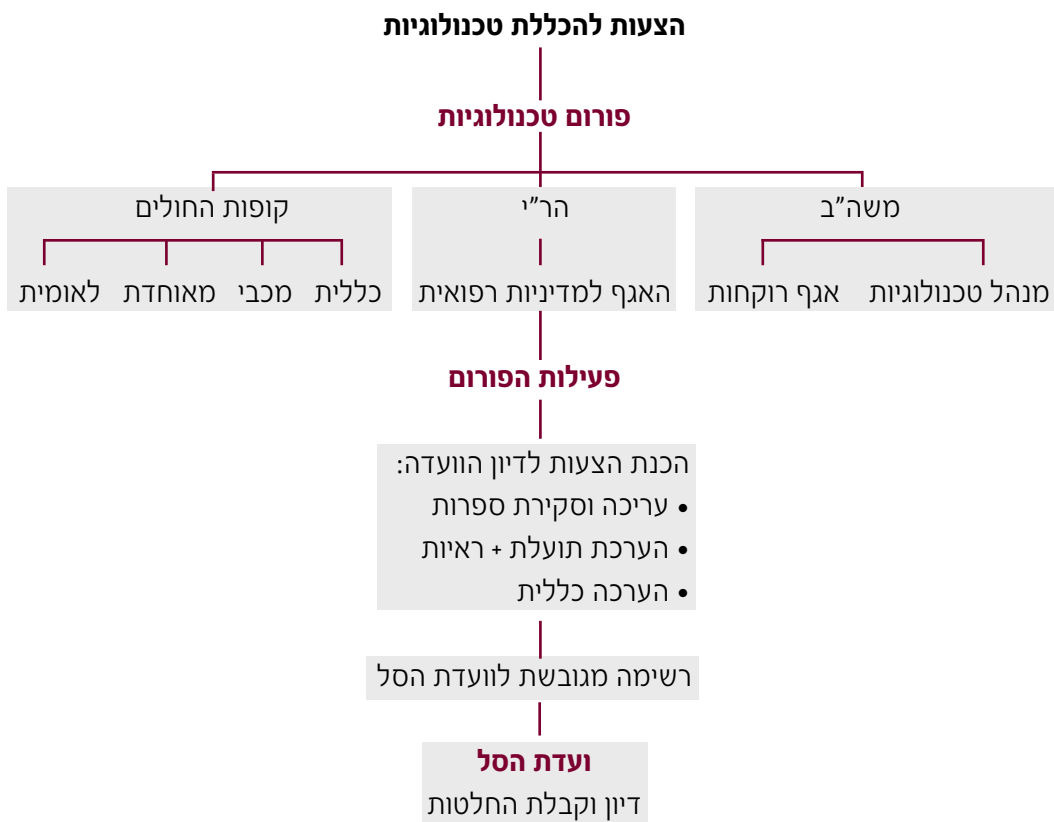
#### שלב ב'

- הכנת ההצעות
- הערכת ההצעות
- סבב תעדוף ראשון

#### שלב ג'

- דיוני הועדה הציבורית  
תעדוף  
המלצות

## תרשים 2: תהליך הכללת טכנולוגיות - תרשים זרימה (מקוצר)



### תרשים 3: הרכב ועדת הסל – הצעת הר"י

<b>נציגי ציבור</b>	<b>רופאים</b>
כלכלת בריאות - 3 (כולל נציג משה"ב ונציג אקדמיה)	י"ר - 1
סוציולוגיה/מדעי החברה - 2 (כולל נציג אקדמיה/מכון מחקר)	מרכז/ת הוועדה - 1 (נציג משה"ב)
אפדמיולוגיה/בריאות הציבור - 2	נציגי קופות החולים - 4
אתיקה - 2	נציגי רפואת המשפחה - 2
משפטן - 2	י"ר הר"י - 1
דת - 1	
תקשורת - 1	
מנהל ציבורי - 1	
נציגי ציבור - 4	
נציגי ארגוני חולים - 1	

**9 רופאים      19 נציגי ציבור וחברה**

**סה"כ חברי ועדה: 28 (כולל יו"ר)**



**תרשים 4: לויז פריסה שנתי - עדכון סל שירותי הבריאות**

	ינו'	פבר'	מרץ	אפר'	מאי	יוני	יולי	אוג'	ספט'	אוק'	נוב'	דצמ'
קול קורא להגשת הצעות	→						→					
הגשת הצעות: טכנולוגיות מועמדות להכללה בסל	→											
הכנת הצעות לדיוני הוועדה ל"מועד" חורף (פורום טכנולוגיות)	→											
דיוני ועדת הסל (הצעות "מועד" חורף)							→					
המלצות ועדת הסל								→				
הכנת הצעות לדיוני הוועדה ל"מועד" קיץ (פורום טכנולוגיות)							→					
דיוני ועדת הסל (הצעות "מועד" קיץ)	→											
המלצות הוועדה		→										

## נספח - רשימת המשתתפים בכנס וכתובותיהם

ahuvaa@gertner.health.gov.il	מכון גרטנר	אבולעפיה	אהובה	1.
aviram@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי	אבירם	אליק	2.
dan-ev@yedioth.co.il	ידיעות אחרונות	אבן	דן	3.
yoave@ch2news.tv	ערוץ 2	אבן	יואב	4.
avrami@avrahami-law.com	המכון הלאומי	אברהמי	ברוך	5.
avrami@knesset.gov.il	כנסת	אברמי	שירלי	6.
adlery@sheba.health.gov.il	מרכז רפואי שיבא	אדלר	יהודה	7.
gil.admon@sheba.health.gov.il	מרכז רפואי שיבא	אדמון	גיל	8.
shoshl@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אדמוני	אלי	9.
ahronson@meuhedet.co.il	קופ"ח מאוחדת	אהרונסון	זאב	10.
limorad@013.net		אהרנסון-דניאל	לימור	11.
oren@hillel-yaffe.health.gov.il	ביה"ח הלל יפה	אורן	מאיר	12.
rfridman@leumit.co.il	קופ"ח לאומית	אלון	ניסים	13.
ritag@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אלחיאני	אשר	14.
oriel@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אליאל	אורי	15.
hilla@maariv.co.il	מעריב	אלרואי	הילה	16.
leon@hadassah.org.il	האוניברסיטה העברית	אפשטיין	ליאון	17.
abattler@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	בטלר	אלכס	18.
ybirnbaum@hadassah.org.il	ביה"ח הדסה עין כרם	בירנבאום	יאיר	19.
yochi@ima.org.il	הר"י	בלשר	יורם	20.
roei.bm@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	בן-משה	רועי	21.
gabi.bennun@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	בן-נון	גבי	22.
noazb@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	בר ניר	נועז	23.
elibarel@mof.gov.il	משרד האוצר	בראל	אלי	24.
barasher_g@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	בר-אשר	גדעון	25.

berlo@wolfson.health.gov.il	ביה"ח וולפסון	ברלוביץ'	יצחק	26.
shuli@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ברמלי-גרינברג	שולי	27.
bishara@nazhosp.com	ביה"ח נצרת	בשאראת	בשארה	28.
yariv.gabay@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	גבאי	יריב	29.
guzap@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	גוזה	פרץ	30.
goldmanb@post.tau.ac.il	מכון גרטנר	גולדמן	בולק	31.
shayg@netvision.net.il	צ.ב.י	גיסין	מידד	32.
glazer@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	גלזר	קובי	33.
ronnig@tasmc.health.gov.il	ביה"ח איכילוב	גמזו	רוני	34.
ganor_i@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	גנור	יצחק	35.
dangr@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	גרינברג	דן	36.
nissimd@cardguard.com	קרד גרד	דהן	ניסים	37.
ehudda@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	דודסון	אהוד	38.
	המכון הלאומי	דורון	חיים	39.
daychman@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	דייצ'מן	סבטלנה	40.
noamh@mof.gov.il	משרד האוצר	הויזליך	נועם	41.
eran.horn@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	הורן	ערן	42.
hahan_s@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	החנוכי	שלי	43.
mira.hibner@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	היבנר-הראל	מירה	44.
halevy@szmc.org.il	ביה"ח שערי צדק	הלוי	יונתן	45.
tshiran@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	הלפרן	ערן	46.
arielha@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	המרמן	אריאל	47.
tal.harel@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	הראל	טל	48.
elah@maariv.co.il	מעריב	הר-נוי	אלה	49.
lea@ima.org.il	הר"י	ופנר	לאה	50.
zeevvu@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	וורמברנד	זאב	51.

mira.waldman@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ולדמן-אשרוב	מירה	.52
itzhak.zaidise@sheba.health.gov.il	מרכז רפואי שיבא	זיידס	יצחק	.53
zilonka_s@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	זילונקה	שעיה	.54
anwarhi@mof.gov.il	משרד האוצר	חילף	אנואר	.55
tabenkinha@einharodm.org.il	מרכז רפואי העמק	טבנקין	חווה	.56
revital.topper@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	טופר-חבר טוב	רויטל	.57
ornat@gertner.health.gov.il	משרד הבריאות	טל	אורנה	.58
davidt@knesset.gov.il	כנסת	טל	דוד	.59
yadlin@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	ידלין	עמרי	.60
yasurm@netvision.net.il	YNET	יסעור	מיטל	.61
mankal@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ישראלי	אבי	.62
miri.cohen@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	כהן	מירי	.63
boaz.lev@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	לב	בעז	.64
itzeakle@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	לוי	יצחק	.65
osnat.luxenburg@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	לוקסנבורג	אוסנת	.66
ilanlior@gmail.com	גלי צה"ל	ליאור	אילן	.67
leibovic@post.tau.ac.il	מרכז רפואי רבין	ליבוביץ	לאונרד	.68
nickyli@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ליברמן	ניקי	.69
ronny.linder@themarket.com	דה מרקר	לינדר-גנץ	רוני	.70
yoel.lipschitz@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ליפשיץ	יואל	.71
elilan@migdal-group.co.il	מגדל חברה לביטוח	לנדאו	אלי	.72
leshnom@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	לשנו	משה	.73
hananmo@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	מוניץ	חנן	.74
moryosef@hadassah.org.il	ביה"ח הדסה	מור-יוסף	שלמה	.75
ameidan@leumit.co.il	קופ"ח לאומית	מידן	אברהם	.76
ematz@leumit.co.il	קופ"ח לאומית	מץ	ערן	.77

ynavon@leumit.co.il	קופ"ח לאומית	נבון	יעל	.78
lnaggan@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	נגן	לחיים	.79
snoy@sheba.health.gov.il	מרכז רפואי שיבא	נוי	שלמה	.80
sharon@knesset.gov.il	כנסת	סופר	שרון	.81
uzi@meuhedet.co.il	קופ"ח מאוחדת	סלנט	עוזי	.82
meravs@10.tv	ערוץ 10	סריג	מרב	.83
msgur@huji.ac.il	המכון הלאומי	עופר	גור	.84
yair.amikam@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	עמיקם	יאיר	.85
gidione@yedioth.co.il	ידיעות אחרונות	עשת	גדעון	.86
yakov.polikavits@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	פולאקביץ	יעקב	.87
mfainar@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	פיינרו	מנחם	.88
jpliskin@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	פליסקין	יוסי	.89
dov.fast@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	פסט	דב	.90
ramichana@012.net.il	המרכז ללימודים אקדמאיים אור יהודה	פרידמן	אברהם	.91
yuvalfr@mof.gov.il	משרד האוצר	פרידמן	יובל	.92
doritked@netvision.net.il	משרד הבריאות	קדם	דורית	.93
koreuven@mof.gov.il	משרד האוצר	קוגן	ראובן	.94
kokia_e@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	קוקיה	אהוד	.95
nir.kaidar@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	קידר	ניר	.96
ofral@gertner.health.gov.il	מכון גרטנר	קלטור-ליבוביץ	עפרה	.97
shmuelkl@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	קלנג	שמואל	.98
udi@ima.org.il	הר"י	קנטור	אהוד	.99
rabino_m@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	רבינוביץ	מרדכי	.100
sigalre2@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	רגב-רוזנברג	סיגל	.101
bruce@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	רוזן	ברוך	.102

Joseph_r@meuhedet.co.il	קופ"ח מאוחדת	רוזנבלום	יוסי	103.
yehuda.ron@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	רון	יהודה	104.
dronen@smile.net.il	משרד הבריאות	רונון	דוד	105.
ran_reznick@haaretz.co.il	הארץ	רזניק	רן	106.
ruth.ralbag@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	רלבג	רות	107.
orenshev@015.net.il	האוניברסיטה העברית	שביט	ארן	108.
sorekgil@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	שורק	גלעד	109.
ashirom@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	שירום	אריה	110.
moshesh@mof.gov.il	משרד האוצר	שלם	משה	111.
ashmueli@md2.huji.ac.il	האוניברסיטה העברית	שמואלי	עמיר	112.
shamiss@sheba.health.gov.il	מרכז רפואי שיבא	שמיס	ארי	113.
shemer_sh@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	שמר	שוקי	114.
sshani@jnjil.jnj.com	חברת יאנסן	שני	שגב	115.
sshapira@hadassah.org.il	ביה"ח הדסה	שפירא	שמואל	116.
rivka.sheffer@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	שפר	רבקה	117.
michaelsh@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	שרף	מיכאל	118.