

כותרת מלאה של המחקר (עברית):

הניסיון הבינלאומי של הסדרי בחירה במערכת האשפוזית – הצלחות, כישלונות והשלכות לעיצוב מדיניות בישראל

כותרת מלאה של המחקר (אנגלית):

International Comparison of Selective Contracting with Hospitals- Successes, Failures, and Implications for Determining Policy in Israel

## חלק ה': Executive Summary- English

### (1) Scientific Background

Insurers and managed care organizations (MCOs) selectively contract hospitals to minimize costs for a large volume of services. On one hand, selective contracting can balance the asymmetric information on quality and cost of care between the individual patient and the care provider. On the other hand, many insurers and MCOs make their purchasing agreements with providers based on financial benefits alone, rather than prioritizing provider quality. Thus, selective contracting can focus hospital competition on price. These contracts limit patients to providers with whom their insurer has a contract (in-network).

Since the 1980s, many countries have enacted Patient Choice Reforms as a response to long waiting times and a lack of competition among hospitals. These reforms allow the patient to choose the best, nearest and most available hospital, thus directing competition to quality and service. Accompanying these reforms, ancillary tools were created such as online national booking systems and websites for comparing quality indicators of hospital care. Traditionally, countries with a nationalised health system have provided little choice to the patient whereas countries with a history of competing insurers or MCOs, choice of insurer is inherent.

### (2) Objectives

Our study has three objectives:

1. Identification of models of selective contracting with hospitals and analysis of the limitations they impose upon patients according to level of specialization of care (secondary vs. tertiary center), waiting times, and geographical restrictions.
2. Summary and analysis of literature regarding the impact of the different models on hospital quality and service.
3. Identification of characteristics of successful reforms which can be applied in Israel.

### (3) Methodology

We performed a literature review using a search protocol on Pubmed and Google Scholar. We then used a snowball method to find relevant articles from the references of selected articles and articles which cited selected articles. Our search protocol was limited to articles published in English since 2001. In addition, we used the Health in Transition series from the OECD.

### (4) Findings

1. Patient choice of hospital is based on three parameters: distance to hospital, hospital quality (defined by specialization level), and waiting times.
2. In the past thirty years, many countries have enacted Patient Choice Reforms to drive hospital competition and empower patients. In countries with a NHS system, introduction of private providers was needed to provide competitors.
3. Under fixed pricing, increased patient choice can drive quality competition among hospitals (Jiang et al., 2021). Integrating realistic DRG payments, in combination with prospective payments is found to be most efficient (Ghaundour et al., 2022).
4. Older, non-White and low socio-economic class patients tend to choose hospitals based on their proximity to their homes rather than their quality. This leads to widening of health disparities, as under-resourced populations suffer from longer waiting times, lower quality treatment, and less advanced technology (Aggarwal et al., 2017).
5. Tools such as publicly available and comparable information on hospital quality can increase transparency, thus supporting informed patient choice. These tools need to be accessible and easily understood to be effective.

## **(5) Conclusions**

Israel is one of few countries with strict selective contracting. Selective contracting can direct hospital competition to price rather than quality of care. Public healthcare systems can use fixed payments and choice reforms to redirect competition to quality. Potential weaknesses of Patient Choice Reforms include an ambivalent correlation between competition and choice under unprofitable payment systems, lack of transparency and socioeconomic class differences in exercising choice. These weaknesses can be mitigated by implementation of realistic mixed performance-based payment and tools to support patient choice.

## **(6) Policy Implications and Recommendations**

In the beginning of 2023, Israel introduced changes in regulation of selective contracting which required health funds to broaden hospital choice available in-network. The changes included exclusion of several fields from selective contracting and requirements that health funds provide every patient with least four hospitals in-network (two of which are close to the patient's home, and two of which are tertiary centres). Tools to increase transparency such as listing in-network hospitals and their contact information of hospital referrals were included as well.

Broadening hospital choice can increase hospital competition. To ensure the success of these changes in regulation, it is important to set realistic (or at least non marginal) prices for treatments. Changes to pricing need to consider existing regulation such as the Cap Law, which limits payment above a certain treatment volume and includes minimal payments from health funds to hospitals. This mechanism weakens the drive for competition among hospitals.

In addition, tools to increase transparency could be strengthened by the introduction of tools to support patient choice, such as comparative quality indicators of hospital care or a national hospital appointment booking system. In Israel these tools could be implemented using existing information gathered in the hospital accreditation process and in Ministry of Health inspections.

## **(7) References**

1. Siciliani, L., Chalkley, M., & Gravelle, H. (2022). *Does provider competition improve health care quality and efficiency? Expectations and evidence from Europe Policy Brief 48 Health Systems and Policy Analysis*. [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

2. Jiang, Q., Tian, F., Liu, Z., & Pan, J. (2021). Hospital competition and unplanned readmission: Evidence from a systematic review. In *Risk Management and Healthcare Policy* (Vol. 14). <https://doi.org/10.2147/RMHP.S290643>
3. Ghandour, Z., Siciliani, L., & Straume, O. R. (2022). Investment and quality competition in healthcare markets. *Journal of Health Economics*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102588>
4. Aggarwal, A., Lewis, D., Mason, M., Sullivan, R., & Van Der Meulen, J. (2017). Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review. In *Medical Care Research and Review* (Vol. 74, Issue 4). <https://doi.org/10.1177/1077558716654631>



## Patient Choice by Country

	System	Hospital Choice	Payment to Hospitals	Geographical Limitation	Specialization Level Limitation	Waiting Time Limitation	Funding for private care	Publicly available quality measures	National booking system	Defined role for GP
<b>Israel</b>	4 HMOs	HMOs have to offer choice of at least 4 hospitals	PRG and <i>per diem</i>	At least 2 local hospitals must be offered	At least 2 tertiary level hospitals must be offered	-	HMO agreements	-	-	-
<b>Germany</b>	Public system HMOs and smaller private system	+++ However, patients can choose integrated care programs which limit choice	DRG with <i>per diem</i> ceiling	-	-	-	Only under private insurance	Commercial websites such as Weisse Liste	-	-
<b>Switzerland</b>	Competing insurers, some HMOs	Insurers can establish selective contracts but rarely do so	Insurers and hospitals make agreements under canton regulation	No, but coverage limits create differences in coverage between cantons	-	-	Up to funding canton's limit	Gov't site	-	-
<b>Czechia</b>	7 HMOs	According to HMO choice arrangements under gov't regulation	DRG and global budgets	Maximum distance for treatment – provision gaps	-	HMOs fined if maximum waiting times exceeded	Only under private insurance	-	-	-
<b>Netherlands</b>	Competing insurers, some HMOs	Insurers can establish selective contracts but rarely do so	According to insurer's agreement with hospital	Not in practice	Not in practice	-	According to insurer	Commercial site: ZorgDomein	-	-
<b>England</b>	NHS	+++	HRG (like DRG)	-	-	-	Public funding for private providers	NHS Choices	e-Referral system (replaced Choose and Book in 2014)	Financial incentives for GPs
<b>Portugal</b>	NHS	+++	Global prospective	-	-	-	Private insurance	Gov't site	Waiting times without booking	GP is supposed to help patient choose but not incentivized
<b>Denmark</b>	NHS	Public hospitals	DRG	-	No choice between secondary and tertiary	30 days	Public funding for private providers	Gov't site: Sundhedskvalitet.dk	-	GP access to waiting time information and online hospital referral
<b>Norway</b>	NHS	+++	DRG and global	-	No choice between secondary and tertiary	-	According to Regional Health Authority	Gov't site with subjective measures	-	-
<b>Slovenia</b>	NHS	Public hospitals	DRG	-	No choice between secondary and tertiary	Treatment allowed all over EU if maximum waiting times exceeded	In network: public Out of network: private	Gov't site	E-appointment system	-





## המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

### חלק ה': דוח מדעי מפורט – עברית רקע

מבטחי בריאות ואירגוני טיפול מנוהל (MCO) נוהגים להגביל את בחירת המטופל לרשת ספקים בהסדר (in-network) על ידי קביעת הסכמי רכש עם נותני שירות (selective contracting), קרי הסדרי בחירה. בניגוד למצופה, הסדרי "הבחירה" מגבילים את בחירת המטופל בין נותני שירות. לעיתים מטופל רשאי לבחור בנותן שירות מחוץ להסדר (out of network) במחיר השתתפות עצמית מוגדלת ולעיתים בחירה מחוץ להסדר נעשית ללא כיסוי. חלק מארגוני הטיפול המנוהל מגבילים את מטופליהם לקבלת שירות על ידי גורמים ובתי חולים בבעלותם וחלקם משתמשים בתמריצים רכים יותר לנתב את המבוטחים לנותני שירות מועדפים.

ההעדפות של הקופה המבטחת נובעות לעיתים משיקול של איכות הטיפול, אך לעיתים קרובות יותר נובעות מהסכמי רכש שכוללים הנחות משמעותיות עבור שירותים. ארגוני טיפול מנוהל יכולים להשפיע על הרכב הסדרי הבחירה על מנת לצמצם עלויות ולשפר את השירות. בנוסף, מודל של הסדרי בחירה מוביל לתחרות על מחיר השירות, מחזיר את כוח המיקוח ללקוח על ידי איחוד כוחות המבוטחים, מוריד את עלות החיפוש במחיר מיטבי ומאפשר הסכמים על בסיס הבטחת נפח טיפול רב. דברים אלו יכולים להביא למערכת יעילה, כל עוד ארגוני הטיפול המנוהל לא הופכים למונופולים (Glied, 2000).

מדינות עם מערכת מבוססת על ארגוני טיפול מנוהל כמו גרמניה, שווייץ, הולנד וישראל משתמשות במודל הסדרי הבחירה על מנת לספק סל שירותים מיטבי לאזרחים, במציאות של משאבים מוגבלים והצורך להתמודד עם כשלי השוק המובנים בשוק הבריאות. מדינות אחרות המבוססות על מערכת (NHS) National Health System כמו אנגליה, נורווגיה, פורטוגל, דנמרק וסלובניה משתמשות בחלק מהמרכיבים של מנגנון הסדרי הבחירה.

החל משנות ה-90, מדינות רבות הכניסו רפורמות להרחבת בחירת המטופל בין בתי חולים. הציפייה הייתה שהרחבת הבחירה תגרום לתחרות, שיפור יעילות והעצמת המטופלים. בנוסף, עבור הציבור, בחירה מהווה ערך בפני עצמו (Dixon & Thomson, 2006; Vrangbaek & Ostergren, 2006).

רפורמות הרחבת הבחירה למטופל גובשו במדינות רבות על מנת להתמודד עם זמני המתנה ארוכים, וחוסר תחרות בין בתי החולים. המטרה הייתה לאפשר למבוטחים לבחור בית חולים איכותי, שירותי והזמין ביותר עבורם. כך מוקד התחרות בין בתי חולים עובר מהתמקדות במחיר המוצע בהסכמי רכש להתמקדות באיכות, בשירות ובזמינות. לצד הרחבת הבחירה, מדינות רבות יצרו כלי עזר לבחירה מושכלת על ידי הציבור כמו פרסום מדדי איכות השוואתיים ויצירת יומן זימון תורים ארצי.

מחקר זה בא לבחון את מודלי הסדרי הבחירה הנהוגים במדינות נבחרות בעולם ולנתח את השפעת המודלים על מאפיינים של מערכות בריאות כמו איכות הטיפול, זמינות הטיפול ופערים חברתיים-כלכליים. בנוסף, המחקר מצגי המלצות מעשיות לשיפור מנגנון הסדרי הבחירה בישראל.

### שאלות מחקר

1. זיהוי מודלים עיקריים של הסדרי הבחירה הקיימים בעולם ביחס למאפיינים של איכות, זמינות ומרחק.
2. סיכום ספרות המנתחת את השפעת המודלים השונים על זמינות השירות ואיכות הטיפול. ספרות זאת מגיעה בעיקר ממדינות בהן בוצעו מחקרי הערכה לרפורמות הרחבת בחירת המטופל.
3. זיהוי מרכיבים מוצלחים ממודלים המיושמים בעולם הניתנים ליישום בישראל.

### שיטות

נערך חיפוש באתרים European ,OECD Library ,Google Scholar ,PubMed.gov ,Observatory על ידי שימוש במילות המפתח הבאות: provider choice ,healthcare reform ,provider ,competition policy ,patient choice ,selective contracting ,limited contracting value driven ,managed care ,demand-driven care ,outpatient clinics ,competition contracting ,hospitalization system-ו. החיפוש הוגבל למאמרים שפורסמו מאז שנת 2001 באנגלית. מתוך המאמרים שעלו בחיפוש, נבחרו מאמרים שסקרו את מודלי ההתקשרות בין בתי חולים ומבטחים במדינות שונות בעולם. בנוסף, אותרו מאמרים רלוונטיים מרשימת המקורות של המאמרים שנבחרו ומאמרים שציטטו את המאמרים הנבחרים. מאמרים רבים נכתבו בעקבות רפורמות שנעשו. המסמך מתמקד במדינות בהן נערך מחקר רב כמו אנגליה, דנמרק ובמדינות דומות לישראל כמו גרמניה, שווייץ, הולנד וסלובניה. ניתוח זה לא כולל את ארה"ב מכיוון שמערכת הבריאות שלה היא ברובה פרטית עם מערכת ציבורית הנותנת שירות לפלחי אוכלוסייה מסוימים.

### ממצאים

#### ניתוח מודלים של הסדרי הבחירה הקיימים בעולם

באופן מסורתי, במדינות עם מערכת בריאות לאומית מסוג (NHS) National Health System בחירה על ידי המטופל לא היה חלק ממבנה המערכת. לעומתן, במדינות עם מערכת של מבטחים מתחרים, הבחירה מהווה חלק ממבנה המערכת ובא לידי ביטוי בבחירת מבטח. אולם, מבטחים מתחרים לרוב נוהגים להגביל את בחירת המטופל בין נותני שירות, כולל בתי חולים (Propper, 2018). כיום, במדינות מבוססות NHS, למטופל יש בחירה מלאה בין בתי חולים. מדינות אלו הכניסו רפורמות (אנגליה - 2008, דנמרק - 2002, נורווגיה - 2005, פורטוגל - 2016) להרחבת הבחירה כדי להתמודד עם חוסר תחרות במערכת מרוכזת. כחלק מהרפורמות, אנגליה ופורטוגל השקיעו בפיתוח צד האספקה על ידי מתן תמריצים לפתיחת בתי חולים פרטיים שיתחרו עם בתי החולים הציבוריים (Simões et al., 2017; Vrangbaek et al., 2012).

במדינות עם מספר מבטחים מתחרים כמו גרמניה, שוויץ, הולנד וישראל, נוהגים להשתמש בהסדרי בחירה להגבלת בחירת בית חולים על ידי המטופל. יחד עם זאת, למרות שהסדרי הבחירה מהווים חלק מהמערכת, בשוויץ, בגרמניה ובהולנד הסדרי הבחירה הם רחבים מאד עקב מאפיינים תרבותיים המדגישים את אוטונומיית המטופל.

המודלים להסדרי הבחירה מורכבים מהגבלות על שלושה תחומים: 1. רמת האיכות (אפשרות לפנייה למרכז שלישוני), 2. הגבלה לבתי חולים באיזור מקום המגורים 3. החרגות מהסדרי הבחירה בהתאם לזמני ההמתנה. מערכות הבריאות של נורווגיה, סלובניה ודנמרק לא מאפשרות למטופליהן לפנות למרכז שלישוני ללא הפניה מפורשת לכך. מערכות הבריאות בשוויץ וישראל מגבילים את מטופליהם לפי איזור מגוריהם, ומערכות הבריאות של דנמרק וסלובניה כוללות החרגות מהסדרי הבחירה בהתאם לזמני ההמתנה.

כדי לאפשר בחירה מושכלת, מדינות רבות פיתחו כלים המגבירים את השקיפות על זמני המתנה ואיכות הטיפול. מידת ההצלחת של כלים אלו משתנה בין מדינה למדינה ותלויה בנגישות ורלוונטיות שלהם. יחד עם זאת, המלצת רופא המשפחה נמצא כשיקול המשמעותי ביותר בבחירת בית חולים.

### מודלים לפי מדינה

**לוח 1** למטה מסכם את הפרמטרים העיקריים של המודלים לפי מדינה.

#### ישראל

בישראל, ארבע קופות החולים קובעות הסדרי בחירה לפי הסכמי רכש מול בתי החולים עם הנחות משמעותיות במחירי השירותים. קיימת שונות רבה בהסדרי הבחירה בין הקופות חלק מהקופות מגבילות את המטופלים לפי אזור מגוריהם וחלקן לפי בעלות בית החולים ללא התייחסות לזמינות השירות (ברנר שלם ואחרים, 2014; משרד הבריאות, 2023). לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הקופות מחויבות לספק שירות באיכות, זמינות ומרחק סביר, אך ההגדרה של "סביר" היא עמומה ועל המטופל להוכיח שמצב נתון אינו סביר (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סעיף 3(ד)). בתחילת 2023, נכנסו שינויים ברגולציה המחייבים את קופות החולים לאפשר בחירה של לכל הפחות שני בתי החולים הקרובים לבית המטופל ובנוסף שני בתי חולים מרכזי-על. בנוסף, השינויים בתקנות כללו צעדים להגברת השקיפות. זה כולל דרישה שבכל התחייבות שנותנת הקופה למטופל לצורך מתן שירות באמצעות נותן שירותים, יפורטו כלל נותני השירותים ופרטי הקשר עמם הנכללים בהסדר הבחירה ("טופס 17 שקוף") ודרישה מקופות החולים לעדכון המטופלים על שינויים בהסדרי הבחירה תוך 10 ימים מיום פרסומם (תקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 2023). השינוי בתקנות לא כלל כלים לתמיכה בבחירה מושכלת.

#### אנגליה

בתהליך הדרגתי בשנים 2002-2008 אנגליה הכניסה תקנות להרחבת בחירת המטופל בכלל בתי החולים הציבוריים ובתי החולים פרטיים. שיטת התשלום לספקים הייתה תעריפים קבועים פר מטופל עם תקנון לאבחנה (DRG). המטרה הייתה ש"the money follows the patient".



שספקים יקבלו תשלום לפי מספר המטופלים במקום לקבל תשלום פרוספקטיבי או גלובלי. כך הרפורמה הייתה אמורה לייצור תחרות בין ספקים. בנוסף, כדי לפתח את צד האספקה, משרד הבריאות האנגלי נתן תמריצים לבתי חולים פרטיים למתן שירות איכותי. ב-2006, NHS השיקה אתר "Choose and Book" – יומן זימון תורים ארצי וב-2007, אתר NHS Choices שסיפק מידע השוואתי על איכות הטיפול בבתי חולים השונים. כלים אלו הגבירו את השקיפות ועזרו לאפשר בחירה מושכלת על ידי המטופל (Cooper et al., 2011; Gravelle et al., 2014). מ-2010, בתי חולים הפרטיים החלו לקבל את התעריפים הקבועים לפי Human Resource Group (HRG) שנקבע על ידי NHS (Moscilli et al., 2021). כיום, מטופל רשאי לפנות לכל בית חולים באנגליה ללא הגבלות על מרחק, איכות או זמינות (Propper, 2018).

כדי לאפשר בחירה מושכלת, הממשלה פיתחה אתר NHS Choices שבו פורסם מידע השוואתי בין בתי חולים עם אפשרות להוספת הערות על רמת השירות על ידי מטופלים. לפרוצדורות מסוימות קיים דיווח של זמני המתנה. בנוסף מ-2006 יש אתר אינטרנטי Choose and Book, שהוא יומן זימון תורים ארצי ממוחשב. האתר מאפשר לרופאי משפחה להראות למטופלים זמני המתנה ולבחור יחד את בית החולים המתאים ביותר עבורם (Vrangbaek et al., 2012).

#### גרמניה

מערכת הבריאות הגרמנית מורכבת ממערכת ציבורית של קופות חולים המבטחות 89% מהאזרחים ומערכת קטנה יחסית של מבטחים פרטיים המכסה 11% מהאזרחים. ישנן 105 קופות ושלוש הגדולות שבהן מבטחות כשליש מהאוכלוסייה. תעריפי השירותים נקבעים לאחר משא ומתן בין הגוף הפדרלי לבין איגודים המייצגים את בתי החולים. מטופלים רשאים לבחור מבין בתי החולים שבהסדר עם הקופה המבטחת. 99% ממיטות האשפוז במדינה נמצאים בהסדר וניתן לעבור בין קופות אחת ל-18 חודשים. ההשתתפות העצמית היא אחידה בין הקופות ונקבעת לפי חוק (Blümel et al., 2020). לא נהוג להגביל את בחירת המטופל מבחינת איכות או לפי מיקום גאוגרפי (Siciliani et al., 2022). בנוסף, קיימות תוכניות ביטוח של טיפול אינטגרטיבי בהן הבחירה מוגבלת יותר אך למעשה קופות החולים אינן קונסות מטופלים הפונים לנותני שירות מחוץ לתוכנית (Kifmann, 2017).

כיום, אין כמעט זמני המתנה עקב עודף תשתיות וקיימת תחרות בין בתי החולים על רמת האיכות (Kuklinski et al., 2021). בתי החולים מתוגמלים לפי תשלומי DRG כך שיש תמריץ להעלות את הפעילות, אבל אם בתי החולים עוברים את התקציב הכוללני שנקבע במשא ומתן, כלל בתי החולים חייבים להחזיר 65% מהרווח מעל התקציב (Blumel et al., 2020).

משנת 2008, קיימת חובת דיווח על מדדי איכות לכל בתי החולים הכלליים. אין אתר ממשלתי המרכז את המידע אבל קיימים מספר אתרי אינטרנט שמציגים את המידע לציבור בצורה נגשה

וידידותית כמו Weisse Liste.de. נמצא כי המידע אמין ומשפיע על קבלת החלטות של מטופל בבחירת בית חולים (Emmert et al., 2019; Kuklinski et al., 2021; Strumann et al., 2022).

## הולנד

משנת 2006, יש ביטוח בריאות חובה בהולנד, עם מבטחים מתחרים רבים. בדומה לישראל, קיים סל אחיד שכלל המבטחים חייבים לכסות, והמבטחים יכולים להתחרות על עלות הביטוח, מספר ואיזה ספקים נמצאים בהסדר, ותוכן ביטוח משלים וולנטרי. המבטחים מחוייבים לקבל כל פונה והפרמיה אחידה בין מטופלים. מבטחים קובעים הסכמי רכש עם ספקי שירות על ידי משא ומתן על נפח, מחיר ואיכות השירותים. קיימים גופים רגולטורים המפקחים על עלות ואיכות הטיפול (Kroneman et al., 2016). באופן כללי המבטחים חלוקים לשני סוגים. סוג אחד מספק החזר עד למחיר סטטוטורי הנקבע על ידי הרגולטור או עד מחיר שוק מקסימלי והמטופל רשאי לפנות לכל ספק שיבחר. סוג שני כולל הסדרי בחירה ונותן החזר על שירותים אצל ספקים בהסדר והחזר מוגבל אצל ספקים מחוץ להסדר. ביטוחים מסוג השני הם בדרך כלל בעלי פרמיה נמוכה יותר (Hulst et al., 2022).

כדי לעודד בחירה מושכלת, מאז 2015, קיים פרסום לציבור של מדדי איכות הקשורים לשש אבחנות חירום (שבר צוואר הירך, אנוריזמה, התקף לב (AMI), שבץ, טראומה, וסיבוכי לידה (Schut & Varkevisser, 2017). וגם מידע על זמני המתנה השוואתיים (Siciliani et al., 2022). המנגנון של הסדרי בחירה גרם להרבה התנגדות מצד המטופלים ולכן נמצא בשימוש מוגבל. נמצא כי מבטחים אינם סומכים על המבטחים שלהם לבחור נותן שירות מיטבי עבורם (Bes et al., 2013), קיימים מנגנונים רבים לניתוב מבטחים לבתי חולים בהסדר כמו מתן פטור מהשתתפות עצמית כשפונים לבית חולים בהסדר, ומתן מידע על איכות בתי החולים בהסדר. עקב כך, בתי משפט קבעו שהמבטחים מחוייבים לספק החזר של 75% לפחות עבור כל נותן שירות, כך שהסדרי הבחירה בהולנד אינם מוחלטים (Schut & Varkevisser, 2017; Shmueli et al., 2015).

## שווייץ

כל אזרח בשווייץ מחוייב לרכוש ביטוח ממבטחים מתחרים. המבטחים מחוייבים לקבל כל פונה והפרמיות אחידות לפי איזור עם תקנון לשלוש קבוצות גיל. יש מספר רמות ביטוח אצל כל מבטח, עם הבדלים בגובה החזרים, עלות הפרמיה ואפשרויות בחירה של רופא או/ו בית חולים. ניתן לעבור בין מבטחים עד פעמיים בשנה. תעריפים לשירותים נקבעים על ידי משא ומתן בין גופים המייצגים את בתי החולים וספקים אחרים לבין גופים המייצגים את המבטחים. המשא ומתן נמצא תחת פיקוח של הקנטונים (De Pietro et al., 2015).

באופן כללי, מטופל רשאי לפנות לבתי חולים שנמצאים ברשימת בתי חולים בהסדר לפי קנטון המגורים שלו. לעיתים קנטון יכול לברשימתו בתי חולים מחוץ לקנטון כדי לספק שירותים שלא נמצאים בקנטון. בנוסף לעיתים בתי חולים יהיו ברשימה רק עבור שירותים בסיסיים ולא עבור

שירותים מתקדמים יותר. משנת 2012, מטופל רשאי לבחור בבתי חולים מחוץ לקנטון, אך ייתכן פער בין התעריפים הקיימים במחוז המגורים של המבוטח לבין התעריפים במחוז בית החולים הנבחר. במקרה זה כיסוי הביטוחי בדרך כלל מכסה רק את התעריף של טיפול במחוז המגורים של המבוטח, והמבוטח יצטרך להשלים את התשלום בעזרת כיסוי ביטוחי משלים או מכיסו. כצעד משלים לרפורמת הרחבת הבחירה, משנת 2012 קיים תיעוד של מדדי איכות ופירסום באתר ממשלתי (De Pietro et al., 2015) (<http://www.bag.admin.ch/qiss>) בפועל, לאחר הרפורמה הייתה עלייה של רק 4% במספר הפונים לבתי חולים מחוץ לקנטון המגורים שלהם. בתי חולים מתוגמלים על ידי DRG וקיים מעקב אחרי מדדי איכות כדי לרכז את התחרות על איכות (De Pietro et al., 2015a).

### נורווגיה

בנורווגיה הזכות לבחירת מטפל קיים שנים רבות. כבר ב-1999, מטופל היה זכאי לבחור כל בית חולים במדינה. בשנת 2015, נכנס רפורמה שהרחיב את הבחירה לכלול גם בתי חולים פרטיים שאינם בהסדר. אך עדיין לא ניתן לבחור את רמת הבית חולים (שניוני או שלישוני). בתי חולים ממומנים על ידי השלטון המקומי (Regional Health Authority, RHA) שילוב של תשלומים גלובליים. ותשלומים לפי DRG (Saunes et al., 2020). כחלק מתהליך הרפורמה, הממשלה הקימה אתר עם מידע מפורט על בתי החולים כולל מדדי איכות (Brekke et al., 2021).

### דנמרק

משנת 1992 קיים בחירה של כל בית חולים ציבורי באותו רמת התמחות, מ-2002 הרחיבו את הבחירה לכל בתי החולים הפרטיים ובתי חולים מחוץ למדינה כשזמני ההמתנה היו מעבר ל-30 יום. בפועל, מגזר הפרטי הוא קטן מאד (Larsen & Stone, 2015). בנוסף, לבית חולים קיימת אפשרות לסרב לקבל מטופלים. כדי לאפשר בחירה מושכלת קיים אתר אינטרנט עם מידע על מדדי איכות השוואתיים (sundhedskvalitet.dk) ויש לרופאי משפחה גישה למידע על זמני המתנה (Vrangbaek et al., 2012a). מטופלים אקוטיים לא יכולים לבחור בית חולים ויש בחירה לניתוחים אלקטיביים רק במקרים שהמתנה לניתוח מתארכת מעבר לשלושים יום לכן אין לרוב המטופלים אפשרות בחירה בבית חולים. רפורמה זו נתן תמריץ לבתי חולים לקצר זמני המתנה כדי לקבל מטופלים תוך חודש (Stone, 2015 & Larsen).

### צ'כיה

מערכת הבריאות בצ'כיה מבוססת על שבע קופות חולים אשר קובעים הסכמי רכש עם נותני שירות. קיימת מעורבות ממשלתית רבה בקביעת הסכמים אלו, מה שמגביל את הכוח של קופות החולים להתמקח על מחירי הטיפול ולפקח על איכות השירות (Fall & Glocker, 2018). מטופל זכאי לבחור בין בתי החולים שבהסדר עם הקופה וקיים רגולציה הקובעת מרחק גאוגרפי מקסימלי בין מקום המגורים של המטופל לבית חולים בהסדר וזמני המתנה מקסימליים. יחד עם זאת, קיים אי שוויון

בזמני המתנה ומספר בתי החולים באזורים שונים. אין למבוטח מידע אובייקטיבי שעליו ניתן לבסס את בחירתו, בבחירת בית חולים (Alexa et al., 2015).

### פורטוגל

מערכת הבריאות בפורטוגל היא של מבטח אחד ממשלתית (NHS) בשנת 2016 נכנסה רפורמה הרחבת הבחירה שאיפשרה למבוטחים לבחור כל בית חולים במדינה (גם מחוץ לאזור גאוגרפי, מה שלא היה קודם) בעזרת רופא המשפחה, אך הרפורמה לא כלל שינוי בתשלומים מתקציב גלובלי לתשלום עבור פעילות. כחלק מהרפורמה הכניסו אתר אינטרנט עם מידע השוואתי על זמני המתנה (Barros, 2022). הרפורמה לא כלל אפשרות לפנות לבתי חולים פרטיים. כדי לתמוך בבחירה, מערכת הבריאות הקים אתר אינטרנט ייעודי עם זמני המתנה בזמן אמת בבתי חולים של NHS (כתובת האתר: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth>) (Simões et al., 2017).

### סלובניה

בסלובניה קיים מבטח ציבורי אחד המספקת ביטוח חובה. בנוסף קיים ביטוח משלים המכסה השתתפויות עצמיות. כלל בתי החולים במדינה נמצאים בהסכם וניתן לבחור מביניהם אך לא ניתן לבחור רמת מומחיות בית החולים. קיימת מערכת e-Appointment שבה תורים נקבעים באופן מקוון וניתן לצפות בזמני המתנה ולהירשם לרשימות המתנה אצל נותני שירות. בינתיים התוכנית לא הצליח להוריד את זמני המתנה. לכן יש אנשים הפונים למערכת הפרטית כדי לעקוף זמני המתנה ויש אפשרות לפנות לקבל טיפול במדינות אחרות ב-EU במקרה של זמני המתנה מעבר לרף מקסימלי (Albreht et al., 2021).

בסלובניה קיים אקרדיטציה של נותני שירות שהוא תהליך וולונטרי. באתר אינטרנט של משרד הבריאות קיים פרסום שקוף לציבור על סטטוס האקרדיטציה של בית חולים שונים. בנוסף מ-2011, משרד הבריאות דורשת מעקב אחרי 73 מדדי איכות שמפורסים באתרים של בתי החולים, בדוחות של משרד הבריאות ודוחות אלו מפורסים מאת אינטרנט של משרד הבריאות (Albreht et al., 2021).

**לוח 1 סיכום הפרמטרים העיקריים של המודלים לפי מדינה.**



## המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

ימן זימון תורים ארצי	פרסום מדדי איכות	מימון פניה למגזר פרטי	החרגה מהסדרי הבחירה לפי זמני המתנה	הגבלת רמת מומחיות של בית חולים	הגבלה לאיזור גאוגרפית	מערכת תשלומים לבתי חולים	רוחב הבחירה בין בתי חולים	שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות כשיעור מהתמ"ג	סוג מערכת	ישראל
-	-	MCO	-	כן- אך יש צורך לכלול בהסדר לפחות 2 בי"ח מרכזי-על	כן- אך יש צורך בי"ח הקרובים למקום מגורים	PRG וולפי יום אשפוז	קיים הסדרי בחירה, קופות חולים מחויבים לאפשר בין לפחות 4 בתי חולים	MCO 4		
מערכת e-Referral (בעבר נקרא choose and book)	NHS Choices	ציבורי	-	-	-	HRG – דומה – מאד DRG	+++	NHS		אנגליה
-	אתרים מסחריים כמו Weisse Liste	לא דרך מערכת ציבורית	-	-	-	DRG	+++		מערכת ציבורית של קופות חולים ומערכת פרטית נפרדת ומצומצמת	גרמניה
אתר ממשלתי	אתר ממשלתי, המידע ברמה מקצועי ולא מתאים לציבור הרחב bag.admin.ch/qjss	מימון עד לסכום עלות באזור מגורים	אין (ואין המתנה)	אין	אין אבל יש הגבלת כיסוי שיוצרת אי שוויון	משתנה בין קנטונים	מבטחים ראשיים לקבוע הסדרי בחירה אך זה בשימוש מצומצם		מבטחים מתחרים, חלק קופות חולים	שוויץ
אין	אתר מסחרי ZorgDomein	לפי מבטח	אין	אין בפועל	אין בפועל	לפי הסכם בין מבטח לבית חולים	מבטחים ראשיים לקבוע הסדרי בחירה אך זה בשימוש מצומצם		מבטחים מתחרים, חלק קופות חולים	הולנד
קיים מידע על זמני המתנה אך ללא אפשרות לקבוע תורים <a href="http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth">http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth</a>	אתר ממשלתי	ביטוח פרטי	-	-	אין	תשלומים גלובליים פרוספקטיביים	+++	NHS		פורטוגל
-	אתר ממשלתי: Sundhedskvalitet.dk	ציבורי	30 יום	לא ניתן לבחור בין מרכז שניוני לשלישיני	אין	DRG	בתי חולים ציבוריים	NHS		דנמרק
-	אתר ממשלתי עם מדדי איכות סובייקטיביים	בהסכם עם RHA (רשות בריאות אזורת)	-	לא ניתן לבחור בין מרכז שניוני לשלישיני	אין	שילוב של DRG ותשלומים גלובליים	+++	NHS		נורווגיה
-	-	רק מבטחים פרטיים	קיים זמני המתנה מקסימליים, קופות שלא עומדים בהם מקבלים קנסות	-	קיים רגולציה על מרחק מקסימלי בין נותן שירות בהסדר למקום מגורים	שילוב של DRG ותשלומים גלובליים	לפי הסדרי הבחירה של קופה המבטחת		מערכת ציבורית עם שבע קופות חולים	צ'כיה
מערכת e-appointment	אתר ממשלתי	בהסכם – ציבורי, שלא בהסכם – פרטי	סטיה מרף מקסימלי מאפשרת טיפול בשאר EU	לא ניתן לבחור בין מרכז שניוני לשלישיני	-	DRG	בתי חולים ציבוריים	NHS		סלובניה



## המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

### משתנים המשפיעים על בחירת המטופל- מרחק, איכות וזמינות

עד כאן ניתחנו את המודלים להסדרי בחירה הקיימים במדינות שונות בעולם מהצד של מבנה המערכת והאפשרויות הקיימות, אך נדרש גם בחינת מידע האמפירי על הגורמים המשפיעים על בחירת מטופל בבית חולים. קיים שלושה מאפיינים שלפיהם מטופל בוחר בית חולים שהם: איכות, זמינות ומרחק (Gaynor et al., 2016). בתי חולים מתחרים על שלושה הפרמטרים האלו כדי להבדיל את עצמם ולמשוך מטופלים אליהם. יש לציין ששלושת מאפיינים אלו הם גם המאפיינים שלפיהם מבטחים מגבילים את בחירת המטופל.

### מרחק

כמעט תמיד, מרחק הוא המאפיין הקובע את בית החולים שמהווה ברירת המחדל עבור המטופל. מטופלים יותר נוטים לפנות לבתי חולים הקרוב למקום מגוריהם או שנמצא באיזור (Aggarwal et al., 2012; Beukers et al., 2014; Varkevisser & Schut, 2012). ממלכתי בתחילת 2023, ישראל הייתה ייחודית בכך שבית חולים הקרוב ביותר לא תמיד היה בהסדר. בשווייץ מטופלים מופנים לבית חולים באיזור מגורים שלהם ומקבלים רק כיסוי חלקי אם הם פונים מחוץ לקנטון (De Pietro et al., 2015). בשאר המדינות שסקרנו לא קיים היום הבדלים בכיסוי בין איזורים, אבל נמצא כי מטופלים זקנים יותר, אנשים לא שחורים, ובמצב סוציאקונומי נמוך יותר פנו יותר לבית חולים בקרוב ביותר למרות הבדלים בזמינות ואיכות (Aggarwal et al., 2017).

### איכות

יחד עם ההעדפה לבית חולים קרוב, מטופלים מוכנים לנסוע כדי להגיע לבית חולים עם איכות יותר גבוהה. נמצא במחקרים אמפיריים מאנגליה, גרמניה והולנד שמטופלים בחרו לפנות לבתי חולים בעלי שיעורי סיבוכים נמוכים יותר ובעלי מוניטין בשביל פרוצדורות משמעותיות מבחינה רפואית כמו ניתוח מעקפים (Siciliani et al., 2022; Pilny & Mennicken, 2014; Gaynor et al., 2016) החלפת פרק ירך (Moscelli et al., 2021), החלפת ברך (Kuklinski et al., 2021) וצנתור (Varkevisser & Schut, 2012). בהולנד נמצא כי בין 38% ל-54% של מטופלים פונים לבית חולים יותר רחוק אך איכותי עבור ניתוח אלקטיביים בתחומי האורתופדיה והנירורולוגיה. בהולנד נמצא גם כי מבטחים בוחרים במבטחים אשר אינם מגבילים את הבחירתם בין נותני שירות בגלל חוסר אמון במבטח לבחור את הבית חולים האיכותי ביותר עבורם. ייתכן שצעדים להגברת השקיפות סביב רמת האיכות בבתי חולים שונים יוכלו להתגבר על חסם זה (Boonen & Schut, 2011).

קיימים פערי מידע על איכות בין בתי החולים למטופלים. כדי לצלוח אתגר זה, במדינות רבות מנגישים לציבור מידע השוואתי על איכות הטיפול בבתי חולים שונים. לדוגמה, באנגליה כחלק

מהרפורמה להרחבת הבחירה, הקימו את האתר NHS Choices, המספק מידע עדכני והשוואתי על איכות בתי חולים. באתר יש גם אפשרות למטופלים שביקרו בבית חולים בזמן האחרון להשאיר חוות דעת על החוויות שלהם בבית החולים. בשווייץ, הולנד, גרמניה, ודנמרק קיים אתרים דומים. נמצא כי המלצות ממטופלים ורמת המומחיות של בית חולים משפיעות באופן משמעותי על בחירת בית חולים. מדדי איכות גם משפיעים אבל בצורה פחות משמעותית (Kuklinski et al., 2021).

## זמינות

כל ששת המחקרים במאמר סקירה מצאו שמבוטחים פנו לבתי חולים עם זמני המתנה קצרים יותר (Aggarwal et al, 2017), מה שדוחף את בתי החולים לקצר את אורך התורים כדי למשוך מטופלים. בישראל, במחקר משלים למחקר זה, נמצא שהקטריון המשמעותי ביותר למטופל בבחירת בית חולים הוא זמינות התורים (לייבנר וברמלי-גרינברג, 2023). באנגליה, דנמרק ונורווגיה, זמני המתנה ארוכים היו הדחף לחקיקת רפורמות הרחבת הבחירה. באנגליה הרפורמה ב-2003 והרחבתו ב-2005 הכניסו בתי חולים פרטיים לתחום הניתוחים במימון ציבורי על מנת לקצר תורים. ב-2002, דנמרק איפשר למטופלים לפנות למערכת הפרטית אם אורך התור היה מעבר לחודשיים (Vrangbaek et al., 2012). במדינות עם מערכת פרטית מצומצמת, החלופה למערכת פרטית היא פנייה לנותני שירות מחוץ למדינה. נורווגיה מפנה מטופלים לשוודיה, דניה וגרמניה. הולנד מפנה מטופלים לבלגיה. לעיתים גם באנגליה ודנמרק המדינה הפנה מטופלים מעבר לגבוליה לקבלת טיפול (Glinos et al., 2010).

נמצא כי בהולנד לאחר הרפורמה ב-2006, בתי חולים הכניסו ייעוצים מקוונים לפני ניתוחים, הרחיבו מרפאות חוץ, הרחיבו את שעות הפעילות של ייעוצים לכלול שעות בערבים, ויוזמות אחרות. דברים אלו הובילו לקיצור זמני המתנה למתחת הרף המקסימלי המקובל (Maarse et al., 2016). בנוסף, בנורווגיה נמצא כי הרפורמות הובילו לירידה בזמני המתנה (Siciliani et al., 2017). לאחר רפורמה להרחבת הבחירה בפורטוגל, זמני המתנה התארכו בבתי חולים האיכותיים ביותר והתקצרו בבתי חולים פחות איכותיים. ייתכן שזה נבע מכך שהרפורמה לא כלל מנגנון לתגמול לפי פעילות והתשלומים לבתי חולים נשאר כתקציבים גלובליים (Barros, 2022).

## קשר בין תחרות בין בתי חולים ושיפור באיכות הטיפול

קיים מחקר רב הבוחן את השפעת הרחבת בחירת המטופל על איכות הטיפול הניתן בבתי חולים. המחקר נערכה בעיקר באנגליה על רקע הרפורמה להרחבת הבחירה ובארה"ב באיזורים עם ריכוז גבוה של מבוטחי ביטוח ציבורי (Medicare). בשנת 2000, Kessler ו-McClellan מצאו בארה"ב שקיימת ירידה בתמותה מהתקף לב (AMI) בקרב מטופלי Medicare באזורים עם יותר בתי חולים מתחרים. Shen (2003) מצא תוצאות דומות. Kessler ו-Geppert (2005) מצאו שהעלייה באיכות מותנת ברמת הסיכון של המטופל. יחד עם זאת, הקשר בין תחרות ואיכות לעיתים אמביוולנטי כמו שנמצא במספר מחקרים שלא מצאו קשר או שמצאו קשר הפוך (Gowrisankaran & Town, 2003; Jiang et al., 2021; Mukamel et al., 2001).

מחקרים רבים מאנגליה השוו בין איכות הטיפול באזורים עם ריכוז יותר גבוה של בתי חולים לבין איכות הטיפול באזורים עם ריכוז יותר נמוך של בתי חולים לאחר כניסת הרפורמה ב-2006. מצאו שבת' חולים באזורים יותר ריכוזיים שיפרו את האיכות כדי להבדיל את עצמם מהמתחרים (Cooper et al., 2011; Gaynor et al., 2013).

Propper ואחרים (2008) מצאו שהרחבת התחרות שיפרה את איכות הטיפול. Cooper ואחרים (2011) מצאו שהרפורמות הובילו להצלה של 300 אנשים בשנה ב-30 ימים אחרי התקף לב (AMI). תחרות על טיפולים אלקטיביים גרמה לכמה צעדים ששיפרו את איכות הטיפול בכלל בתי החולים: שיפור בקרת פנים ברמה הקלינית, הידוק של פרוטוקולים קליניים, השקעה בטכנולוגיה מתקדמת, ושיפור ניהול בית החולים. Gaynor ואחרים מצאו ב-2013 שהרחבת התחרות קיצרה את אורך האשפוזים. Bloom ואחרים (2013) מצאו שהוספה של שלושה ספקים מתחרים משפרת מדד של ניהול טיפול ביותר מסטיית תקן אחד, מה שמצמצם את שיעורי התמותה מ-AMI ב-6%. ב-2014, Gravelle ואחרים מצאו שתחרות בין בתי חולים הובילה לירידה בתמותה משבץ בזמן אשפוז, ירידה באשפוז חוזר אחרי ניתוחים להחלפת פרק ירך וברך, ולעלייה בשביעות רצון מצד המטופל. מצאו שעלייה במדד תחרות ב-10% מגדילה את האיכות ב-1.7-2.9%. ב-2018 Moscelli ואחרים מצאו ירידה בתמותה לאחר אוטם חריף בשריר הלב. אך במחקר המשך, לא נמצא הבדל בתמותה לאחר ניתוח לב פתוח, אשפוזים חוזרים, וסיבוכים לאחר החלפת פרקים (Moscelli et al., 2021a).

נמצא כי לאחר הרפורמה בתי חולים היו יותר מוכנים לשתף את הציבור בציונים במדדי איכות. התחרות סיפקה תמריץ לבתי חולים לשפר את רמת השירות בתחומים ששקופים יותר למטופל כגון זמן המתנה לאבחון ותדירות של ביקורים למטופלים כרוניים (Bijlsma et al., 2010; Kroneman et al., 2016).

יחד עם כל המחקר שמצא קשר בין תחרות ואיכות, המנגנון והמשתנים המבלבלים אינם ברורים. קיים מספר מחקרים שמצאו קשר שלילי בין תחרות ואיכות בתנאים של תעריפים לא קבועים (Propper et al., 2004, 2008) לכן צריך זהירות בקביעת מדיניות שמשתמשת בתחרות כדי לדחוף לאיכות.

מחקרים עדכניים מאנגליה, נורווגיה, גרמניה וצרפת מצאו קשר דומה בין ההרחבת תחרות ועלייה באיכות (Aggarwal et al., 2017; Croes et al., 2018; Gaynor et al., 2013; Ghandour et al., 2022a; Han et al., 2023; Moscelli et al., 2021a; Siciliani et al., 2022). יחד עם זאת, המחקרים מצביעים על מספר מכשולים ביישום הרחבת הבחירה שיכולים לגרום לפגיעה בשוויון ובאיכות הטיפול, כגון תעריפים הפסדיים, חוסר שקיפות, ופערים חברתיים בניצול זכות לבחירה. יש הרחבה על מכשולים אלו בפרק על נקודות חולשה של רפורמות הרחבת בחירת המטופל.



## מרכיבים מוצלחים ממודלים המיושמים בעולם

### פרסום מדדי איכות השוואתיים

כדי לתמוך בבחירה מושכלת של מטופלים, מספר מדינות כללו ברפורמות להרחבת הבחירה, כלים להגברת השקיפות כמו פרסום מדדי איכות השוואתיים של בתי חולים (Hospital Report Cards). במחקרים שנערכו בארה"ב נמצא שנותני שירות מעלים את איכות הטיפול כתגובה למתן ציונים על איכות הטיפול בצורה שקופה לציבור. לדוגמה, לאחר פרסום של שיעורי תמותה לאחר ניתוח מעקפים (CABG) בבתי חולים שונים, בתי החולים נקטו בצעדים כדי לשפר את הנתונים הנ"ל (Chassin, 2002; Gowrisankaran & Town, 2003; Hannan et al., 2003). מגבלה אחת של שיטה הזאת היא שמטופלים נוטים לשקול אנקדוטות ושמועות מפה לאוזן באותו משקל או אף יותר (Huppertz & Carlson, 2010).

קיים חשש שפרסום מידע ב-Hospital Report Cards נותן תמריץ לבתי חולים לבצע גריפת שמנת (cream-skimming) בבחירת מטופלים עם נתונים פרוגנוסטיים טובים יותר. במחקר של Chou ואחרים מ-2014, נמצא שלאחר פרסום של Hospital Report Cards בתי החולים באזורים עם יותר תחרות השקיעו יותר משאבים בטיפול בכל מטופל וכך צמצמו את שיעורי התמותה בקרב החולים הקשים ביותר ולא מצאו הוכחה לתופעה של גריפת שמנת. יש לציין שההשפעה על ירידה בתמותה לא הייתה מורגשת עד 2-4 שנים לאחר השינוי. במחקר של Sivey ו-Chen ב-2021, נמצא שאמנם יש נטייה פוטנציאלית לבתי חולים לבחור את המטופלים הבריאים יותר, דבר זה מתרחש רק במקרים קיצוניים.

יחד עם היתרונות של Hospital Report Cards, במחקר מגרמניה נמצא שלעיתים קרובות התנאים שבהם מטופלים מתאשפדים לניתוח אינם תנאים המאפשרים זמן ארוך להשוואה בין בתי חולים ולבחירה מושכלת. חצי מהמאושפדים לניתוח היו במצב אקוטי שהצריך אשפוז תוך יממה מתחילת הסימפטומים, מה שהופך את דיווחי האיכות למיותרים עבורם בתהליך החלטה האישית (De Cruppé & Geraedts, 2017).

היום קיימים מדדי איכות השוואתיים במדינות אנגליה, גרמניה, נורווגיה, הולנד, שווייץ, פורטוגל, גרמניה, וסלובניה ( Ahlen et al., 2021; Albrecht et al., 2021; Beukers et al., 2014; Blümel et al., 2020; Brekke et al., 2021; Simões et al., 2017; Vrangbaek et al., 2012). חלק מהמדינות כמו אנגליה, שווייץ, ופורטוגל מספקים את המידע דרך אתרים ממשלתיים, ובמדינות כמו הולנד וגרמניה המידע מונגש על ידי חברות ללא מטרת רווח או חברות מסחריות. בגרמניה ושווייץ הדוחות הינם ארוכים, טכניים, ולא נגישים למבוטח הממוצע ( De Pietro et al., 2015; Kuklinski et al., 2021). יחד עם זאת, נמצא כי המידע אמינה ומשפיע על קבלת החלטות של מטופל בבחירת בית חולים ( Emmert et al., 2014; Kuklinski et al., 2021; Strumann et al., 2022). בנוסף, נמצא כי בתי חולים בינוניים למטרות רווח ובתי חולים מרכזי-על ללא מטרת רווח הגיבו לפרסומים של מדדי איכות על ידי שיפור איכות הטיפול. בתי חולים קטנים וכלליים

המספקים שירותי מיון ומחלקות אקוטיות לא הצליחו לשפר את רמת האיכות. ייתכן שזה נובע מכך שבתי חולים אלו סובלים מעודף ביקוש, משאבים מוגבלים ורווח שולי שלילי (Strumann et al., 2022).

בסך הכל Hospital Report Cards משפרים את התועלת למטופל, בפרט במצבים שהצעדים לשיפור של איכות הטיפול הינם זולים, כשהציונים של בתי החולים מתוקננים לרמת הסיכון של המטופלים, וקיימת בקרה על ידי גורם חיצוני למניעת סלקציה (Chen & Sivey, 2021). כלים כאלו שמגבירים את השקיפות יכולים לחזק את הקשר בין תחרות ואיכות ולכן מהווים מרכיב חשוב ברפורמות להרחבת בחירת המטופל.

#### יומן זימון תורים ארצי

רפורמה להרחבת הבחירה מאפשרת למטופל לפנות ליותר בתי חולים וכך מאפשרת לו גישה ליותר תורים זמינים. כדי לאפשר למטופל לזהות תורים כאלו ולהעריך את זמני ההמתנה בבית חולים השונים, מערכות הבריאות באנגליה, פורטוגל וסלובניה הקימו אתרי אינטרנט עם זמני המתנה עדכניים או/ו מערכות של זימון תורים ארציים מקוונים.

בתחילת הרפורמות באנגליה, הוקם אתר אינטרנט ייעודי Choose and Book, בה ניתן לצפות בזמני המתנה, ולקבוע תור לכל אחד מבתי החולים במדינה באופן ידידותי ומקוון. חלק מהמטרה הייתה שבעת קבלת הפנייה לבית חולים מרופא המשפחה, הרופא יפתח את האתר וייתן למטופל ייעוץ לאיזה בית חולים לפנות בהינתן זמני ההמתנה בו, מרחק ואיכות הטיפול. בנוסף, רופאי המשפחה קיבלו תמריץ כלכלי להנגשת את הבחירה בצורה זאת. למרות זאת, על רקע ביקורת רב מצד רופאי המשפחה על עול האדמיניסטרטיבי, ומעט שימוש, ב-2014 המערכת הוחלפה בשירותי הפניה אינטרנטיים, e-Referral (Greenhalgh et al., 2014). המערכת לא הוכח כיעילה בצמצום זמני המתנה ושיפור היעילות, לכן קיימים ניסיונות של פנייה ישירה לבתי חולים לפי קריטריונים מוגדרים (Stevenson et al., 2021).

בפורטוגל אין יומן זימון תורים אך קיים מידע באתר אינטרנט ייעודי עם זמני המתנה בזמן אמת בבתי חולים של ה-NHS (כתובת האתר: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth>) (Simões et al., 2017). בסלובניה קיים ניטור אלקטרוני של זמני ההמתנה בבתי חולים לפרוצדורות נבחרות, מעודכנים פעם בחודש. בנוסף החל תהליך של דיגיטליזציה כולל הקמת מערכת e-Appointment שבה תורים נקבעים באופן מקוון וניתן להירשם לרשימות המתנה אצל נותן שירות. בינתיים התוכנית לא הצליחה להוריד את זמני ההמתנה (Albrecht et al., 2021).

#### נקודות חולשה לרפורמות הרחבת בחירת המבוטח

##### השפעת תעריפים על הקשר בין תחרות לאיכות

לפי תיאוריה כלכלית, תחרות בין נותני שירות רפואי מובילה לשיפור באיכות רק בתנאי שתעריפי השירות הם קבועים. אחרת, קיים תמריץ לנותני השירות להוריד מחירים על ידי צמצום איכות הטיפול. עקב פערי מידע אינהרנטיים בין מטפל למטופל, המטופל לא יכול לאמוד את איכות הטיפול

ולקחת זאת בחשבון בעת בחירת מטפל (Brekke et al., 2014; Cooper & McGuire, 2014; Gaynor & Town, 2011).

בנוסף, התעריפים צריכים להיות ריאליים ולפחות לא הפסדיים. באופן תיאורטי, בתי חולים ישקיעו כמה שפחות בטיפולים עם רווח שלילי, ורפורמה שמרחיבה את הבחירה וכך מעלה את הביקוש עלול לגרום לכך שבתי חולים יעשו צעדים אקטיביים (כמו העלאת מחירי צל כמו זמני המתנה) כדי למנוע הפסדים. קיים מספר מחקרים אמפיריים מארה"ב שמצאו קשר שלילי בין איכות ותחרות עקב תמחור הפסדי. לדוגמה, בשנת במחקר של Gowrisankaran ו-Town (2003) בארה"ב שהתמחה גבוהה יותר באזורים עם יותר תחרות. הם מצאו שתמחור הטיפול בחולי לב וחולים נשימתיים ב-Medicare היה הפסדי. ממצא זה תומך במחקר של Shen משנת 2003, שבשווקים שבהם התמחור נקבע על ידי שחקן חיצוני והמחיר עבור סוג מסוים של טיפול נמוך מדי, התחרות פוגעת באיכות הטיפול. באנגליה, Propper ואחרים (2004) מצאו שבשוק ללא מחירים קבועים, תחרות גורמת לירידה במחירים של שירותים רפואיים ופגיעה באיכות הטיפול. בתי החולים מעדיפים להוריד את האיכות בגלל שההחזר היחסי למספר המטופלים הבאים בעקבות העלייה באיכות הוא שולי לעומת עלות העלייה באיכות.

במדינות שהכניסו רפורמה להרחבת הבחירה בלי לקבוע מחירים קבועים וריאליים תהליך זה אכן התרחש. בפורטוגל לאחר הרפורמה, בתי החולים האיכותיים ביותר האריכו את זמני ההמתנה בתגובה לעלייה בתחרות (Barros, 2022). באנגליה לאחר הרפורמה, מצאו שלבתי חולים עם יותר מתחרים היו זמני המתנה ארוכים יותר ומשך אשפוז קצר יותר עבור ניתוחים אורתופדיים אבל לא עבור ניתוחי לב (Moscelli et al., 2021).

יחד עם זאת, בהולנד בתי החולים מתחרים על הסכמי רכש עם מבטחים על בסיס מחירי השירות ואיכות הטיפול. למרות התחרות על מחיר, נמצא קשר חיובי בין תחרות ואיכות. בנוסף, לא נמצא שהורדת הרגולציה על התעריפים גרם לירידה באיכות (Roos et al., 2018). ייתכן שדבר זה נובע מהתחרות בין מבטחים אשר נדרשים לכלול בתי חולים עם מוניטין בהסדרי בחירה שלהם.

בנוסף יש משקל לתמריצים האלטרואיסטים של בתי חולים, כך שהם פחות רגישים לשינויים ברווחים. דבר זה מחליש את הקשר השלילי בין תחרות על מחיר ואיכות (Brekke et al., 2014). יש צורך לתקן את התעריפים למורכבות, אחרת יש תמריץ לסלקציה או לשחרור מוקדם (Cooper et al., 2018). בגרמניה הכניסו מערכת תשלומים של DRG עם תקרה של מספר ימי אשפוז. במקרה שמבוטח עובר את התקרה, בית החולים מקבל תשלום נוסף עבור כל יום. דבר זה מאזנת את הסיכון של מטופלים מורכבים בין המבטח לבית החולים (Blümel et al., 2020). אבל - בהסכמים יש קביעה של נפח השירותים, אם בית חולים חורג מנפח הנקבע מראש, הוא חייב לפצות את מירב העלות למבטחים (Shmueli et al., 2015).

חשש נוסף הוא שבתנאים של ביקוש יתר, יש תמריץ לבתי חולים להפחית פעילות על ידי העלאת מחירי צל כמו זמני המתנה (Siciliani et al., 2022). ניתן להתגבר על בעיות אלו על ידי מנגנוני

תשלום משולבים של תקציב פרוספקטיבי קבוע DRG מתחת לעלות הממוצעת. אך דבר זה מפחית את הקשר בין תחרות ואיכות. ניתן לווסת זאת על ידי קביעת DRG שיוור עם כמות הנפח אבל לא יורד מתחת לעלות הריאלית ולא הופך להפסדי (Siciliani et al., 2022).

בהולנד קיים שילוב של תעריפים קבועים על ידי הממשלה והסכמי רכש בין המבטח לבין בתי חולים. אולם, נמצא שדה-רגולציה מתקציב גולבלי לפתיחת השוק למשא ומתן על מחיר לא פגעה באיכות הטיפול הניתן בבתי חולים (Roos et al., 2020). הממשלה קובעת את התעריפים לכשליש מהשירותים הניתנים על ידי בתי חולים עקב חשש שתעריפי DRG יגרמו לשימוש יתר, עלייה בנפח הטיפולים וכך עלייה בהוצאות. קיימים מנגנונים להגבלת ההוצאות לדוגמה, "macro budget instrument" - הממשלה יכולה לגבות מבתי חולים את הרווחים העודפים ביחס לנתח שוק שלהם אם סך ההוצאה עולה על יעד ההוצאה target expenditure שלהם. בנוסף קיימים מנגנונים של קאפים (Thomson et al., 2013).

באנגליה, תשלום על פי קפיטציה ניתן לכ-150 רשויות בריאות מקומיות שממנות את טיפולי בית חולים למטופלי NHS בבתי חולים ציבוריים ופרטיים. עמותות ועמותות יסוד מנהלות את בתי החולים הציבוריים. מערכת תשלומים לאומיים מבוסס "קבוצות משאבים לטיפול" (HRG) שהוא דומה ל-DRG היא מנגנון התשלום. כל קבוצה של HRG מורכבת ממטופלים עם אבחנות, פרוצדורות ומאפיינים דומים. תשלום קבוע לפי HRG ניתן לכל ספק אבל יש מקום להתאמות שמשקפות הוצאות מיוחדות בכמה מקרים (Siciliani et al., 2019). מנגנוני התשלום המשולבים הם מתחת לעלות הממוצעת וזה מפחית את הקשר בין תחרות ואיכות. מתגברים על הבעיה על ידי קביעת DRG שיוור עם כמות הנפח אבל לא יורד מתחת לעלות הריאלית ולא להפסדי. (Siciliani, ) (Chalkley, 2022 & Gravelle).

#### פערים בניצול אפשרויות בחירה בין שכבות סוציאקונומיות

רפורמות הרחבת בחירה עלולות להגדיל את הפערים בבריאות בין שכבות סוציאקונומיות עקב ניצול דיפרנציאלי של אפשרות הבחירה. בסקירה סיסטמטית מ-2017 שבחנה 26 מאמרים רטרוספקטיביים מארה"ב, איטליה, הולנד, אנגליה, שוודיה וקנדה, נמצאו הבדלים בין שכבות סוציאקונומיות ביחס לניצול יכולת בחירה בבית החולים טוב יותר. אמנם 76%-23 ממטופלים בחרו לפנות לבית חולים טוב יותר למרות המרחק מהבית, מטופלים מבוגרים, מטופלים מגזע "לא לבן", ומטופלים משכבות סוציאקונומיות נמוכות פנו יותר לבית החולים הקרוב ביותר מאשר לטוב ביותר. נמצא כי אפילו אחרי תקנון למשתנים מבלבלים, מטופלים לא לבנים פנו יותר לבתי חולים קרובים מאשר איכותיים יותר. בעקבות כך מטופלים אלו סבלו מזמני המתנה ארוכים יותר, איכות טיפול ירודה, בתי חולים קטנים יותר וטכנולוגיה פחות מתקדמת. בתי החולים באזורים עניים סבלו מאוכלוסיית מטופלים שהטיפול בה יקר יותר ומורכב יותר ללא תגמול הולם מצד המדינה או חברות הביטוח (Aggarwal et al., 2017). בעקבות כך התחרות לא נתנה להם תמריץ לשפר את האיכות.

באופן דומה, במחקר של Keating et al. (2016) מצאו שמבוטחים מגזע לטיני או שחור פנו לבית החולים הקרוב לביתם עבור ניתוחים לסרטן השד, למרות שלרוב, בתי החולים האלו היו פחות איכותיים. דבר זה נבע ממרחק, אבל גם מתרבות. בתי חולים שבחרו לפנות אליהם לרוב היו עם שיעור מבוטחי Medicare גבוה יותר, ועם יותר מטופלים מגזע לטיני או שחור. בנוסף, Moscelli et al. (2018) מצאו שבאנגליה, לאחר הרפורמה להרחבת בחירת המטופל, נוצר מצב שבו מטופלים מרמה סוציאקונומי גבוהה הצליחו לקבל זמני המתנה קצרים יותר, בין אם על ידי הפעלת קשרים חברתיים, ובין אם על ידי גישה למידע לגבי זמני המתנה והפעלת לחץ על מטפלים לקבל קדימות בתור. בנוסף, מטפלים חששו מתביעות מצד מטופלים ממעמד סוציאקונומי גבוה ולכן קידמו אותם בתור מטעמים של רפואה מתגוננת (defensive medicine). ממצא זה נמצא נכון גם במדינות נורווגיה ודנמרק (Reibling & Wendt, 2012; Vrangbaek et al., 2012a).

כדי להנגיש את הבחירה לציבור הרחב, מדינות רבות הקימו אתרי אינטרנט עם מדדי איכות השוואתיים בין בתי חולים. למרות זאת נמצא כי רק אוכלוסיות מסוימות משתמשות בכלים מסוג זה. בגרמניה נמצא כי אנשים הקוראים דיווחים על מדדי איכות השוואתיים בין בתי חולים נוטים להיות יותר מבוגרים, יותר משכילים, נשים, חולים יותר וחולים כרוניים (Emmert et al., 2019). בהולנד נמצא כי בעלי השכלה נמוכה וגברים פחות ניצלו את הזכות שלהם לבחור בית חולים, אבל חלק מאנשים אלו דיווחו שעשו זאת עקב כך שסמכו על רופא המשפחה שלהם לבחור את בית חולים המיטבי עבורם (Rademakers et al., 2014).

## דין

אוטונומיה וחופש הבחירה הם ערכים משמעותיים בעיצוב מדיניות מערכות בריאות. בחירה מגבירה את התחרות במערכת ומשפרת את האמון של מטופל במטפל, מה שיכול להעלות את ההיענות לטיפול ולשפר את הפרוגנוזה של המטופל (משרד הבריאות, ועדת גרמן, 2014). בשלושים שנים האחרונות התרחשה תנועה של רפורמות להרחבת בחירת המטופל בבית חולים. יחד עם זאת, עקב אי הצלחה בהתמודדות עם זמני המתנה, עלויות גבוהות של שירותי הרפואה ומאמץ לשמור על רצף טיפול, מערכות רבות משנות כיוון להתמקדות בתוכניות integrated care. תוכניות אלו מיועדות למקסם את השיתוף פעולה בין רופא המשפחה, רופאים מקצועיים, המסגרות טיפול מתקדם. הן עושות זאת על ידי הגבלה לסל של נותני שירות שפועלים בשיתוף פעולה הדוק. ייתכן שהצורך לתוכניות מסוג זה הוא פחות בישראל עקב הגודל הגאוגרפי הקטן ומספר מצומצם של נותני שירות בהשוואה למדינות אחרות.

ישראל היא ייחודית בגודל הגאוגרפי הקטן, מספר קטן יחסית של בתי חולים, זמני המתנה, והסדרי תשלום לבתי חולים עם מנגון של קאפ ורצפה לתשלום. גודל הגאוגרפי הקטן מאפשר למטופלים לנסוע גם לבתי חולים רחוקים בשביל לקבל טיפול באיכות טובה או בזמינות טובה. דבר זה, יחד עם אפשרות הבחירה, תאפשר למטופלים את יכולת ה"exit" כמו ש-Dixon (2010) תיאר במאמרו, הדוחפת לתחרות חזקה בין בתי חולים. מצוקת התורים בישראל צפויה לגדול בשנים הקרובות. היא

דורשת צעדים מהירים לחיזוק צד האספקה של טיפול דרך שיפור במספר המיטות אשפוז ותקנים לצוות רפואי, אך גם נדרש צעדים שיגבירו את התחרות בין בתי חולים ויאפשרו למטופלים לזהות תורים זמינים ולפנות לבתי חולים אלו, גם אם הם לא בהסדר עם קופת החולים שלהם. כיום התחרות בין בתי החולים מוגבלת על ידי הקאפ-מגנון שמגביל את התשלום פר מטופל מעל תקרה מסויימת. בנוסף, בתי חולים עם ביקוש נמוך מוגנים על ידי רצפה של נפח פעילות שהקופות מחויבות לרכוש מבתי החולים. יש צורך לשקול שינויים במגנון זה כדי לאזן את התמריצים לפעילות. נמצא כי שילוב של תשלומים לפי פעילות ותשלומים אחרים יכול להיות יעיל בקביעת מערכת תמריצים מאוזנת (Ghandour et al., 2022).

בתחילת 2023, בחוק התקציב ישראל שינתה את מגנון הסדרי הבחירה בין קופות החולים לבתי החולים. שינוי זה הגיע עם עלייה בשיעור הפניות הציבור בנושא, הוצאה לאומית פרטית גבוהה לבריאות, חוסר תחרות בין בתי החולים ושונות משמעותית בהסדרי הבחירה בין הקופות. בעיות אלו גרמו למבקר המדינה ב-2010 ולוועדת גרמן ב-2012 להמליץ על שינוי במודל הסדרי הבחירה בישראל. לאחר עבודת מטה מקיפה, השינויים בתקנות כללו הרחבת הבחירה ללפחות ארבעה בתי חולים (שניים מהם קרובים למקום מגורים של המטופל, ושניים מהם בתי חולים מרכז-על) וצעדים להגברת השקיפות. בנוסף, הוחרגו מספר תחומים מהסדרי הבחירה.

השינוי בתקנות בישראל לא כלל שינוי במערכת התשלומים בין הקופות והמדינה לבתי החולים או כלים להנגשת הבחירה למטופל. שינוי במערכת התשלומים צריך לכלול התייחסות להשפעות צולבות של מגנון הקאפ, תשלום לפי פעילות עם תקנון למורכבות, ומגנונים אחרים שמצד אחד יעודדו תחרות ומצד שני ישמרו על יציבות והאיתנות הכלכלית של בתי החולים.

בעיצוב כלים לתמיכה בבחירת המטופל, ניתן לקחת דוגמה ממדינות שעשו רפורמות להרחבת הבחירה. דוגמא בולטת לכלי מסוג זה היא מערכת NHS Choices, שבה קיים שילוב של מדדי איכות אובייקטיביים, ציון שמשקלל את מדדים האלו, ומקום להשאר דיווחים על חוויות ממטופלים פרטיים. כלי כזה יכולה לדחוף לתחרות על איכות הטיפול, רמת השירות וחוויות המטופל. הוא גם יכול לתת למטופל כלי לבחירה מושכלת בעת בחירת בית חולים. יש חשיבות רבה לכך שהכלי יהיה נגיש וברור גם למטופל שלא מכיר מושגים רפואיים. ניתן לקבוע רגולציה המחייבת קישור לאתר זה בכל טופס התחייבות. ללא כלים מסוג זה, ייתכן שנראה הרחבת פערים בבריאות עקב ניצול דיפרנציאלי של אפשרות הבחירה בין קבוצות אוכלוסייה שונות, כמו שנמצא במדינות אחרות.

יש לדון על הקמת מערך יומן זימון תורים ארצי לפרוצדורות אלקטיביות בבתי חולים. דבר זה יכול לעלות את היעילות של המערכת על ידי איתור וניצול תורים ריקים. הוא מעצים את המטופל לזהות תורים בבתי חולים שאחרת לא היה פונה אליהם וכך לקבל שירות מהיר. יש לציין שהדוגמא הבולטת למערכת מסוג זה באנגליה, Choose and Book, לא הייתה הצלחה גדולה. למרות זאת, יש מקום לדון על יעילות של מערכת כזאת במדינת ישראל שבא יש מספר מצומצם יותר של בתי חולים. בשיחה עם נציג בכיר ממשדד הבריאות, קיים התנגדות רבה מצד בתי החולים ואתגרים

טכניים מרובים. אולם, לדעתו אם היו מצליחים להקים מערכת כזאת, היא הייתה פותרת מספר רב של בעיות במערכת.

בעולם רפורמות הרחבת הבחירה העלו חששות שבתי חולים המתוגמלים לפי מספר מטופלים יבצעו סלקציה למטופלים קלים ורווחיים יותר. חשש זה הוא רלוונטי לישראל ולכן יש צורך בבקרה על בתי החולים ותשלום עם תקנון למורכבות בנוסף עלה חשש לירידה ביעילות בבתי חולים עם נפח קטן של טיפולים. חשש זה רלוונטי מהצד הכלכלי וגם מהצד הקליני. נמצא כי בתי חולים המבצעים נפח גדול של טיפול מסוג מסויים משיגים תוצאות טובות יותר מבחינה קלינית (Fredriksson & Isaksson, 2022). בנוסף, קיים חשש שתחרות על איכות תפגע ביעילות על ידי כך שהיא תגרום לבתי חולים להעלות את רמת האיכות ביתר מידה עד שהעלייה בתועלת זניחה לעומת ההשקעה הכלכלית. אך נמצא שחשש זה יתקיים רק במצב שהעלייה באיכות לא קשורה לבריאות. חשוב לציין שהמטופל לא נפגע מעלייה באיכות הטיפול (Gaynor & Town, 2012).

### המלצות

בהשוואה בינלאומית, ישראל היא אחת המדינות הבודדות שבה בחירת המטופל בבית חולים הוא כה מוגבל. במאי 2023, ישראל שינתה את תקנות הסדרי הבחירה כדי להרחיב את בחירת המטופל ולאפשר לו בחירה מתוך לפחות ארבעה בתי חולים, לפחות שניים מהם הקרובים ביותר לאזור מגוריו ולפחות שניים מהם מרכזי-על. יחד עם זאת הוחרגו תחומים מסוימים הנחשבים רגישים יותר.

רפורמות הרחבת בחירה (patient choice reforms) נמצאו כיעילות בהעברת מוקד התחרות בין בתי חולים ממחיר הטיפול לאיכותו. לכן קיימים יתרונות בפתיחת הסדרי הבחירה בישראל באופנים שונים. לצד זה, יש צורך בצעדים משלימים כדי לשמור על הקשר בין הרחבת התחרות לשיפור באיכות.

יש להימנע מתמחור הפסדי, להיזהר מפערים חברתיים-כלכליים בניצול אפשרויות בחירה ולהגביר את השקיפות. ניתן לעשות זאת על ידי חיזוק מערך התמחור במשרד הבריאות, עדכון תמחור באופן תדיר בקרה תמידית על העלאת מחירי צל כמו אורכי תור והשקעה מופחתת באיכות. בנוסף, יש צורך להנגיש לציבור מידע שיאפשר בחירה מושכלת בין בתי החולים. כלים כמו "טופס 17 שקוף" שבא מצוינים למטופל את שמות ופרטי קשר של בתי החולים בהסדר, מאפשרים למטופל לדעת את האפשרויות שלו ולבחון איזה בית חולים מתאים ביותר עבורו. בנוסף, ניתן להרחיב את אתר "כל הבריאות" ולכלול בו מערכת לזימון תורים ארצית שיאפשר זיהוי התור המוקדם ביותר, ויתן מידע השוואתי על איכות בתי החולים השונים. שיתוף הציבור במדדי איכות ייתן לבתי חולים תמריץ לשיפור ולמטופל מידע שעליו ניתן לבסס את בחירתו. יש חשיבות רבה שכלי זה יהיה כמה שיותר נגיש, קל לתפעול וברור כדי שיהיה לעזר לכל שכבות האוכלוסייה. ניתן לצרף קישור לאתר זה בכל טופס התחייבות.

## מקורות

- ברנר שלם, ר., קובץ, ע., כהן, א. (2014). הזכות לבחירת בית החולים: מי הקופה המאפשרת ביותר? הסדרי בחירה של קופות החולים לשירותי אשפוז אלקטיביים בבתי חולים כלליים. משרד הבריאות.
- משרד הבריאות, (2023). הסדרי בחירה בין קופות חולים לבתי חולים- סיכום עבודת מטה. [https://www.gov.il/BlobFolder/reports/selection-arrangement-report/he/files\\_publications\\_MISC\\_selection-arrangement-report.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/reports/selection-arrangement-report/he/files_publications_MISC_selection-arrangement-report.pdf)
- Aggarwal, A., Lewis, D., Mason, M., Sullivan, R., & Van Der Meulen, J. (2017). Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review. In *Medical Care Research and Review* (Vol. 74, Issue 4). <https://doi.org/10.1177/1077558716654631>
- Ahlen, C. Von, Moser, D., & Geissler, A. (2021). Public Reporting of Quality in Inpatient Hospital Care in Switzerland. *Gesundheitsökonomie Und Qualitätsmanagement*, 26(5). <https://doi.org/10.1055/a-1498-3528>
- Albreht, T., Polin, K., Pribaković Brinovec, R., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Ogrin Rehberger, P., Prevolnik Rupel, V., & Vracko, P. (2021). Slovenia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 23(1).
- Albreht, T., Polin, K., Pribaković, R., Marjeta, B., Mircha, K., Petra, P., Rehberger, O., Rupel, V. P., & Vracko, P. (2021). Health system review Slovenia Health system review. *Health Systems in Transition*, 23(1). [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)
- Alexa, J., Recka, L., Votapkova, J., van Ginneken, E., Spranger, A., & Wittenbecher, F. (2015). Czech Republic: health system review. *Health Systems in Transition*, 17(1).
- Barros, P. P. (2022). Quality decreases from introducing patient choice in a National Health Service. *Portuguese Economic Journal*, 21(3), 351–381. <https://doi.org/10.1007/s10258-022-00223-0>
- Bes, R. E., Curfs, E. C., Groenewegen, P. P., & de Jong, J. D. (2017). Selective contracting and channelling patients to preferred providers: A scoping review. In *Health Policy* (Vol. 121, Issue 5). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.008>
- Bes, R. E., Wendel, S., Curfs, E. C., Groenewegen, P. P., & de Jong, J. D. (2013). Acceptance of selective contracting: the role of trust in the health insurer. *BMC Health Services Research*, 13(1), 375. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-375>
- Beukers, P. D. C., Kemp, R. G. M., & Varkevisser, M. (2014a). Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 15(9). <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0535-7>
- Beukers, P. D. C., Kemp, R. G. M., & Varkevisser, M. (2014b). Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 15(9). <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0535-7>
- Bijlsma, M., Koning, P., Shestalova, V., & Aouragh, A. (2010). The effect of competition on process and outcome quality of hospital care: An empirical analysis for the Netherlands. *CPB Discussion Paper*.



- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., & Van Reenen, J. (2013). The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. *Review of Economic Studies*, 82(2).  
<https://doi.org/10.1093/restud/rdu045>
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020a). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 22(6), 1–272.
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020b). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 22(6), 1–272.
- Boonen, L. H. H. M., & Schut, F. T. (2011). Preferred providers and the credible ommitment problem in health insurance: First experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy and Law*, 6(2).  
<https://doi.org/10.1017/S1744133110000320>
- Brekke, K. R., Canta, C., Siciliani, L., & Straume, O. R. (2021). Hospital competition in a national health service: Evidence from a patient choice reform. *Journal of Health Economics*, 79.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102509>
- Brekke, K. R., Levaggi, R., Siciliani, L., & Straume, O. R. (2014). Patient mobility, health care quality and welfare. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 105, 140–157.  
<https://doi.org/10.1016/j.JEBO.2014.04.025>
- Chassin, M. R. (2002). Achieving and sustaining improved quality: Lessons from New York state and cardiac surgery. *Health Affairs*, 21(4). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.4.40>
- Chou, S. Y., Deily, M. E., Li, S., & Lu, Y. (2014). Competition and the impact of online hospital report cards. *Journal of Health Economics*, 34(1). <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.12.004>
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., & Mcguire, A. (2011). Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *Economic Journal*, 121(554).  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2011.02449.x>
- Cooper, Z., Gibbons, S., & Skellern, M. (2018). Does competition from private surgical centres improve public hospitals' performance? Evidence from the English National Health Service. *Journal of Public Economics*, 166, 63–80. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.08.002>
- Cooper, Z., & McGuire, A. (2014). Competition on the Hospital Sector. In *Encyclopedia of Health Economics*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.01310-9>
- Croes, R. R., Krabbe-Alkemade, Y. J. F. M., & Mikkers, M. C. (2018). Competition and quality indicators in the health care sector: empirical evidence from the Dutch hospital sector. *European Journal of Health Economics*, 19(1). <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0862-6>
- De Cruppé, W., & Geraedts, M. (2017). Hospital choice in Germany from the patient's perspective: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2712-3>
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015a). Switzerland: Health System Review. In *Health systems in transition* (Vol. 17, Issue 4).

- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015b). Switzerland: Health System Review. In *Health systems in transition* (Vol. 17, Issue 4).
- Dixon, A., Robertson, R., & Bal, R. (2010). The experience of implementing choice at point of referral: A comparison of the Netherlands and England. *Health Economics, Policy and Law*, 5(3).  
<https://doi.org/10.1017/S1744133110000058>
- Emmert, M., Hessemer, S., Meszmer, N., & Sander, U. (2014). Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care? *Health Policy*, 118(3), 386–395.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.006>
- Emmert, M., Kast, K., & Sander, U. (2019). Characteristics and decision making of hospital report card consumers: Lessons from an onsite-based cross-sectional study. *Health Policy*, 123(11), 1061–1067.  
<https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2019.07.013>
- Fall, F., & Glocker, D. (2018). *IMPROVING THE CZECH HEALTH CARE SYSTEM* (No. 1522; ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS).
- Fredriksson, M., & Isaksson, D. (2022). Fifteen years with patient choice and free establishment in Swedish primary healthcare: what do we know? *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7).  
<https://doi.org/10.1177/14034948221095365>
- Gaynor, M., Moreno-Serra, R., & Propper, C. (2013). Death by market power: Reform, competition, and patient outcomes in the national health service. *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(4).  
<https://doi.org/10.1257/pol.5.4.134>
- Gaynor, M., Propper, C., & Seiler, S. (2016). Free to choose? Reform, choice, and consideration sets in the english national health service. *American Economic Review*, 106(11).  
<https://doi.org/10.1257/aer.20121532>
- Gaynor, M., & Town, R. J. (2011). Competition in Health Care Markets. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 2, pp. 499–637). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53592-4.00009-8>
- Ghandour, Z., Siciliani, L., & Straume, O. R. (2022). Investment and quality competition in healthcare markets. *Journal of Health Economics*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102588>
- Glinos, I. A., Baeten, R., & Maarse, H. (2010). Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy*, 95(2–3).  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.016>
- Gowrisankaran, G., & Town, R. J. (2003). Competition, Payers, and Hospital Quality. *Health Services Research*, 38(6 I). <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2003.00185.x>
- Gravelle, H., Santos, R., & Siciliani, L. (2014). Does a hospital's quality depend on the quality of other hospitals? A spatial econometrics approach. *Regional Science and Urban Economics*, 49.  
<https://doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2014.09.005>
- Groenewegen, P. P., Hansen, J., & de Jong, J. D. (2019). Trust in times of health reform. *Health Policy*, 123(3). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.016>
- Han, L., Boyle, J. M., Walker, K., Kuryba, A., Braun, M. S., Fearnhead, N., Jayne, D., Sullivan, R., van der Meulen, J., & Aggarwal, A. (2023). Impact of patient choice and hospital competition on patient

- outcomes after rectal cancer surgery: A national population-based study. *Cancer*, 129(1).  
<https://doi.org/10.1002/cncr.34504>
- Hannan, E. L., Sarrazin, M. S. V., Doran, D. R., & Rosenthal, G. E. (2003). Provider profiling and quality improvement efforts in coronary artery bypass graft surgery: The effect on short-term mortality among medicare beneficiaries. *Medical Care*, 41(10).  
<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000088452.82637.40>
- Huppertz, J. W., & Carlson, J. P. (2010). Consumers' use of HCAHPS ratings and word-of-mouth in hospital choice. *Health Services Research*, 45(6 PART 1). <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01153.x>
- Jiang, Q., Tian, F., Liu, Z., & Pan, J. (2021). Hospital competition and unplanned readmission: Evidence from a systematic review. In *Risk Management and Healthcare Policy* (Vol. 14).  
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S290643>
- Keating, N. L., Kouri, E. M., He, Y., Freedman, R. A., Volya, R., & Zaslavsky, A. M. (2016). Location Isn't Everything: Proximity, Hospital Characteristics, Choice of Hospital, and Disparities for Breast Cancer Surgery Patients. *Health Services Research*, 51(4). <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12443>
- Kessler, D. P., & Geppert, J. J. (2005). The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. *Journal of Economics and Management Strategy*, 14(3).  
<https://doi.org/10.1111/j.1530-9134.2005.00074.x>
- Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (2000). Is hospital competition socially wasteful? *Quarterly Journal of Economics*, 115(2). <https://doi.org/10.1162/003355300554863>
- Kifmann, M. (2017). Competition policy for health care provision in Germany. *Health Policy*, 121(2).  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.014>
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. In *Health systems in transition* (Vol. 18, Issue 2).
- Kuklinski, D., Vogel, J., & Geissler, A. (2021a). The impact of quality on hospital choice. Which information affects patients' behavior for colorectal resection or knee replacement? *Health Care Management Science*, 24(1), 185–202. <https://doi.org/10.1007/s10729-020-09540-2>
- Kuklinski, D., Vogel, J., & Geissler, A. (2021b). The impact of quality on hospital choice. Which information affects patients' behavior for colorectal resection or knee replacement? *Health Care Management Science*, 24(1), 185–202. <https://doi.org/10.1007/s10729-020-09540-2>
- Larsen, L. T., & Stone, D. (2015). Governing health care through free choice: Neoliberal reforms in Denmark and the United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(5).  
<https://doi.org/10.1215/03616878-3161162>
- Maarse, H., Jeurissen, P., & Ruwaard, D. (2016). Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Economics, Policy and Law*, 11(2), 161–178.  
<https://doi.org/10.1017/S1744133115000353>
- Moscelli, G., Gravelle, H., & Siciliani, L. (2021a). Hospital competition and quality for non-emergency patients in the English NHS. *RAND Journal of Economics*, 52(2). <https://doi.org/10.1111/1756-2171.12373>

- Moscelli, G., Gravelle, H., & Siciliani, L. (2021b). Hospital competition and quality for non-emergency patients in the English NHS. *RAND Journal of Economics*, 52(2). <https://doi.org/10.1111/1756-2171.12373>
- Moscelli, G., Gravelle, H., Siciliani, L., & Santos, R. (2018). Heterogeneous effects of patient choice and hospital competition on mortality. *Social Science and Medicine*, 216. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.009>
- Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N., & Cookson, R. (2018). Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient? *Journal of Health Economics*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.005>
- Mukamel, D. B., Zwanziger, J., & Tomaszewski, K. J. (2001). HMO penetration, competition, and risk-adjusted hospital mortality. *Health Services Research*, 36(6 Pt 1).
- Pilny, A., & Mennicken, R. (2014). Does Hospital Reputation Influence the Choice of Hospital? *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2565700>
- Propper, C. (2018). Competition in health care: Lessons from the English experience. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3–4). <https://doi.org/10.1017/S1744133117000494>
- Propper, C., Burgess, S., & Gossage, D. (2008). Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991-9. *Economic Journal*, 118(525). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2007.02107.x>
- Propper, C., Burgess, S., & Green, K. (2004). Does competition between hospitals improve the quality of care? *Journal of Public Economics*, 88(7–8). [https://doi.org/10.1016/s0047-2727\(02\)00216-5](https://doi.org/10.1016/s0047-2727(02)00216-5)
- Rademakers, J., Nijman, J., Brabers, A. E. M., de Jong, J. D., & Hendriks, M. (2014). The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy*, 114(2–3). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.020>
- Reibling, N., & Wendt, C. (2012). Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Current Sociology*, 60(4). <https://doi.org/10.1177/0011392112438333>
- Roos, A.-F., van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Schut, F., & Varkevisser, M. (2018). Does Price Competition Damage Healthcare Quality? *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3168462>
- Saunes, I. S., Karanikolos, M., & Sagan, A. (2020). Norway: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 22(1).
- Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2017a). Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health Policy*, 121(2). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.002>
- Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2017b). Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health Policy*, 121(2), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.002>
- Shen, Y. C. (2003). The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals. In *Journal of Health Economics* (Vol. 22, Issue 2). [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00124-8](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00124-8)
- Shmueli, A., Stam, P., Wasem, J., & Trottmann, M. (2015). Managed care in four managed competition OECD health systems. In *Health Policy* (Vol. 119, Issue 7). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.013>

- Siciliani, L., Chalkley, M., & Gravelle, H. (2017). Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*, 121(2). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.011>
- Siciliani, L., Chalkley, M., & Gravelle, H. (2022a). *Does provider competition improve health care quality and efficiency? Expectations and evidence from Europe POLICY BRIEF 48 HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS*. [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- Siciliani, L., Chalkley, M., & Gravelle, H. (2022b). *Does provider competition improve health care quality and efficiency? Expectations and evidence from Europe POLICY BRIEF 48 HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS*. [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- Simões, J., Augusto, G. F., & Fronteira, I. (2017a). Introduction of freedom of choice for hospital outpatient care in Portugal: Implications and results of the 2016 reform. *Health Policy*, 121(12). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.010>
- Simões, J., Augusto, G. F., & Fronteira, I. (2017b). Introduction of freedom of choice for hospital outpatient care in Portugal: Implications and results of the 2016 reform. *Health Policy*, 121(12). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.010>
- Strumann, C., Geissler, A., Busse, R., & Pross, C. (2022a). Can competition improve hospital quality of care? A difference-in-differences approach to evaluate the effect of increasing quality transparency on hospital quality. *European Journal of Health Economics*, 23(7), 1229–1242. <https://doi.org/10.1007/S10198-021-01423-9>
- Strumann, C., Geissler, A., Busse, R., & Pross, C. (2022b). Can competition improve hospital quality of care? A difference-in-differences approach to evaluate the effect of increasing quality transparency on hospital quality. *European Journal of Health Economics*, 23(7). <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01423-9>
- Strumann, C., Geissler, A., Busse, R., & Pross, C. (2022c). Can competition improve hospital quality of care? A difference-in-differences approach to evaluate the effect of increasing quality transparency on hospital quality. *European Journal of Health Economics*, 23(7). <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01423-9>
- Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., Van de Ven, W., & Van de Voorde, C. (2013). Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. In *Health Policy* (Vol. 109, Issue 3). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.005>
- Varkevisser, M., & Schut, F. T. (2012). The impact of geographic market definition on the stringency of hospital merger control in Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*, 7(3). <https://doi.org/10.1017/S1744133112000011>
- Vrangbaek, K., Robertson, R., Winblad, U., Van De Bovenkamp, H., & Dixon, A. (2012a). Choice policies in Northern European health systems. *Health Economics, Policy and Law*, 7(1). <https://doi.org/10.1017/S1744133111000302>
- Vrangbaek, K., Robertson, R., Winblad, U., Van De Bovenkamp, H., & Dixon, A. (2012b). Choice policies in Northern European health systems. *Health Economics, Policy and Law*, 7(1). <https://doi.org/10.1017/S1744133111000302>
- Gaynor, M., & Town, R. (2012). Competition in Health Care Markets. *Center for Market and Public Organisation, Bristol Insititute of Public Affairs, University of Bristol*.