



# הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית **ועדת גרמן**

**דו"ח עמדת מיעוט**





חברי הוועדה ועורכים ראשיים:  
**פרופ' קובי גלזר, פרופ' יוג'ין קנדל**

כתיבה והכנת דו"ח עמדת המיעוט:  
**גב' יוליה איתן**

ברצוננו להודות למר יובל דגן ומר ניר בריל מהמועצה הלאומית לכלכלה, במשרד ראש הממשלה, אשר תמכו בעבודת הוועדה ותרמו רבות להכנת מסמך זה. פרופ' גלזר מעוניין להודות גם למר אורי כץ על הסיוע במחקר ובכתיבה במהלך עבודת הוועדה. כמו כן, אנו מודים לכל מי שסייע בגיבוש העמדה ובאיסוף המידע התומך.



## תוכן העניינים

4	דברי גב' פנינה קורן - נציגת ציבור בוועדה
5	מבוא
6	המחלוקת
8	תקציר מנהלים
11	עמדת המיעוט
12	1. מחסור מתמשך במשאבים, ההולך ומחמיר עם השנים
25	2. מבנה תמריצים לקוי של מערכת הבריאות
29	3. כשלים רגולטורים
36	4. שחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית
41	עתיד מערכת הבריאות הציבורית: תחזית לאור המלצות הוועדה
43	המודל המשולב
43	א. הבעיות המרכזיות עימם המודל מבקש לה תמודד
43	ב. רכיבי המודל המשולב
46	ג. דיון בהסתייגויות מהכנסת שירותים בתשלום למערכת הבריאות הציבורית
54	ד. סיכום
55	ריכוז הסתייגויות להמלצות פרטניות של "ועדת גרמן"



## דברי גב' פנינה קורן - נציגת ציבור בוועדה

כנציגת ציבור הנני מצטרפת ל"דעת המיעוט בוועדת גרמן" ולנימוקיה, בעד שילוב הרפואה הפרטית במסגרת מתקני ואחריות בתי החולים הציבוריים, לאור הנימוקים שפורטו שם.

מבלי לחוות דעה על הדרכים והאמצעים להשגתו והפעלתו של המודל המוצע (כפי שפורטו בדעת המיעוט של חברי) - לענין זה אני מפנה לציטוט דעת המיעוט בפרוטוקול האחרון של ועדת גרמן מתאריך 25.6, כפי שיובא בהמשך.

אני מאמינה בדמוקרטיה שמאפשרת לתושב לבחור אצל מי הוא רוצה להיות מטופל, הן ברמת המוסד והן במת המטפל. כל זאת, תחת המגבלות הרגולטיביות, ותחת גבולות ואסדרה שימנעו פגיעה בסביבה בה היא מתקיימת.

אני מצטרפת לדעת המיעוט הרואה הכרח וערך, הן במתן אפשרות לבחירת גורם מטפל במערכת הבריאות, והן בעצם קיומה של רפואה פרטית בישראל.

לאור כל האמור לעיל, ולאור כל הנימוקים שהועלו ב"דעת המיעוט", כולל הנימוק האומר שכל התושבים יצאו נשכרים בעקיפין מהחלתו של המודל המשולב (גם אלו שאינם בוחרים את הרופא המטפל), אני תומכת במודל זה ובמטרותיו, כפי שהוצעו שם.

לגבי אופן ודרכי החלתו, אני חוזרת, כאמור, לציטוט דעת המיעוט, כפי שהועלה בפרוטוקול הוועדה (פרוטוקול מסכם מתאריך 25.6, סעיפים 76-77) בו בין השאר מומלץ "...לשקול בכובד ראש מודל מאוזן ומפוקח על שימוש המימון הפרטי, תוך מתן תשומת לב להמלצות של וועדות קודמות בנושא, ולהמלצת המומחים הבינלאומיים שהעלו בוועדה. מומלץ להתחיל באופן מידי בפיילוט של מודל מימון פרטי, מפוקח ומאוזן ב-3 בתי חולים ממשלתיים או בבעלות קופה, על מנת לבחון ישימות המודל, תרומתו, ובמקביל להדק את הרגולציה של משרד הבריאות".

אני מצטרפת לכל דברי הברכה והתודה כפי שהועלו ברישא של "עמדת המיעוט", ומאחלת הצלחה ליישומם של המלצות הוועדה.

## מבוא

ברצוננו להודות לשותפינו וחברינו בוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, או בשמה השגור "ועדת גרמן", על הדיונים המעמיקים, שהתפרסו על פני תקופה של כמעט שנה, ועל המאמץ הרב שהשקיעו, בהתנדבות, ומתוך תחושת שליחות עמוקה, על מנת ללמוד, לבחון ולשקול את הצעדים הדרושים לטובת המטופל הישראלי. שרת הבריאות, חה"כ יעל גרמן, בחרה לעמוד בראש הוועדה ולהנהיגה באופן אישי, דבר שהעניק לדיוני הוועדה לא רק משנה חשיבות, עומק, ותרבות דיון אלא גם מימד אישי של חמימות ומשפחתיות. הכבוד שבו נהגה בכל אדם באשר הוא אדם עורר השראה והערכה בלב כל. דיוני הוועדה היו רציניים ונגעו בהיבטים רבים מאד של מערכת הבריאות בישראל. המלצות הוועדה מקיפות וללא ספק חלקן ראויות לציון. בכלל זה:

- הקמת רשות אישפוז ממשלתית,
- אסדרת תחום התיירות הרפואית,
- הרפורמה המוצעת בביטוחי הבריאות,
- הצבת היעדים בתחום כוח האדם הרפואי.

המלצות אלה, אם תיושמה, תקדמנה מאד את מערכת הבריאות במדינת ישראל.

**כמו כן ראוי לציון הוא החלת מתווה לעדכון תקציב סל הבריאות, שהגם שהוא רחוק מן הרצוי והאפשרי לדעתנו (ועל כך נדון בהרחבה בהמשך), הוא מהווה שיפור מסוים לעומת המצב הקיים.**

אולם, ברוח הכנות שאפיינה את דיוני הוועדה ראוי גם לברר את המחלוקות ולא לטאטאן מתחת לשטיח. על כן אנו נאלצים, בתום דיונים של שנה, להעלות על הכתב את עמדתנו, כפי שהוצגה במהלך הדיונים אך לא מצאה מקום בהחלטות הרוב של הוועדה.

**לצערנו, אין אנו יכולים לומר שהמלצות הוועדה מציעות נוסחה מתאימה לטיפול בבעיות היסוד של המערכת, נוסחה שתמנע הישנות הצורך בהקמת ועדה נוספת תוך כמה שנים. לדידנו, לצד המאמץ האדיר והמחויבות העמוקה לאיבחון המצב הקיים, הוועדה לא הצליחה במציאת מודל קוהרנטי ארוך טווח שיבטיח את איכותה וחוסנה של מערכת הבריאות הציבורית. יתר על כן, מקונן בליבנו חשש עמוק כי חלק מהמלצות הוועדה לא תצאנה מהכוח אל הפועל, בעיקר בשל מחסור חריף במשאבים, שלמיטב הבנתנו המלצות הרוב בוועדה אינן מתמודדות אתו כראוי.**

במסמך זה נפרט את ההשגות העיקריות שלנו מעמדת הרוב ואת המודל המשולב המוצע על ידינו להתמודדות עם בעיות היסוד של המערכת. אנו מקווים שקוראי שורות אלה ימצאו במסמך זה ניתוח מקצועי של תחלואי המערכת ושל השינויים הנדרשים בה, ואף יפעלו, כמיטב יכולתם, ליישומם של שינויים אלה בעתיד הקרוב.

## המחלוקת

*"אין זה די שאנחנו עושים כמיטב יכולתנו, לפעמים עלינו לעשות את מה שנדרש" (וינסטון צ'רצ'יל)*

לדעת כל חברי הוועדה הרפורמה החשובה ביותר במערכת הבריאות בישראל התרחשה בשנת 1995 עת נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החקיקה היוותה מהלך מהפכני, אשר העמיד את מדינת ישראל בשורה הראשונה של המדינות המתקונות, המציעות לתושביהן מערכת בריאות מפותחת ושוויונית. חוק זה הפך דוגמה ומושא להערכה בקרב רבים מהמומחים ומקבלי ההחלטות בתחום הבריאות בעולם. על אף ההסכמה הגורפת סביבו היום, חקיקתו בזמנו, לוותה ביצרים, בהפחדות, במחלוקות ובהתנגדויות רבות, גם מצד אלה המצדדים בו היום. החוק הוא תוצאה ישירה של המלצות ועדה בראשות השופטת שושנה נתניהו, אשר יושמו, למרות ההתנגדויות, על ידי ממשלת ישראל בראשותו של יצחק רבין ז"ל. אנו, מחברי דעת המיעוט, קיוונו שגם להמלצות "הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית", או בשמה השגור "ועדת גרמן", תהיה השפעה מכרעה על מערכת הבריאות בישראל. הוועדה היוותה הזדמנות נדירה לביצוע שינוי יסודי ומתבקש במבנה מערכת הבריאות הציבורית בישראל, כך שהיא תוכל לעמוד באתגר המרכזי העומד בפניה שהוא לספק לתושבי ישראל רפואה שוויונית, יעילה ואיכותית בעשורים הקרובים. לצערנו, אנו חשים כי הוועדה החמיצה את ההזדמנות הנדירה הזאת.

כבר בחזון הוועדה, הודגשו תמרוני האזהרה לגבי המצב הקשה בו נמצאת המערכת ולגבי העתיד להתרחש אם לא יתבצעו השינויים הנדרשים: "...עם זאת, בשנים האחרונות, מסתמנות מגמות מדאיגות שקשה לאמוד את השפעתן ארוכת הטווח על המערכת. על מנת למפות את המגמות השונות ולהבטיח את קיומן היציב לאורך זמן של עקרונות השוויון, הצדק והעזרה ההדדית, החליטה שרת הבריאות על מינוי ועדה מייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית."

ואכן, במהלך הדיונים, נתגלעו לנגד עינינו פערים וכשלים רבים, הנוגעים כמעט לכל היבט של המבנה והתפקוד של המערכת. בין היתר, אפשר למנות את פערי האיכות בין קופות החולים ומערך האשפוז, תורים ארוכים, קשיי משילות של משרד הבריאות כרגולטור, שחיקה של צוותים מטפלים בהווה ומחסור צפוי בעתיד, מבנה תמריצים לקוי המביא לפגיעה אמיתית באיכות השירות, מידה לא מספקת של פרוגרסיביות במימון השירותים ועוד. לכשלים הללו ביטוי מוחשי בשחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות ובעליה דרמטית בביקושים לביטוחים ושירותים פרטיים. יותר מכל ניכר כי המחסור המתמשך במשאבים מרוקן, למעשה, מתוכן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר נועד להבטיח סל שירותי בריאות שוויוני, איכותי, זמין ונגיש לכלל התושבים.

אולם, לצערנו, כאמור, אין אנו סבורים שעמדת הרוב בוועדה מציעה מענה מספק להתמודדות עם מכלול הכשלים הללו. אנו סבורים גם, שעל אף תהליך הלמידה הרחב בנושאים רבים וחשובים, בחרו רוב חברי הוועדה, לא להפיק את כל שניתן וצריך היה להפיק מהניסיון הבינלאומי, כפי שנפרס בפנינו על ידי מומחים מובילים וגורמי מחקר ישראלים. קיומה של רפואה פרטית בישראל הוא מציאות שעלינו להשלים אתה ובמידה מסויימת אף לברך עליה, כפי שקורה כמעט בכל המדינות המפותחות. השאלות המרכזיות הן כיצד להפיק את המיטב מההשפעות החיצוניות החיוביות של המערכת הפרטית, כיצד להקטין ככל האפשר את ההשפעות החיצוניות השליליות שלה וכיצד להביא לכך, שהמערכת הציבורית תהיה הנהנית העיקרית מהרווחים הנכרים של הפעילות הפרטית. במילים אחרות, השאלה המרכזית היא לא אם תהיה או לא תהיה בישראל רפואה פרטית, אלא מהו המודל הנכון לשילוב בין שתי המערכות הללו.

סקירות בינלאומיות רבות שהוצגו בפני הוועדה, כולל זו שהוכנה על ידי מכון "ברוקדייל", מצביעות על דרכים מגוונות לשלב בין המערכת הפרטית והציבורית על מנת לחזק את המערכת הציבורית. לדעתנו, הוועדה טעתה כאשר התעלמה מהנעשה ברוב העולם ובחרה שלא להמליץ על שילוב מסויים של שתי המערכות, ובכך ויתרה, למעשה, לא רק על התועלות הרבות שהמערכת הציבורית יכולה להפיק מזו הפרטית, אלא גם על היכולת לפקח בצורה יעילה על המערכת הפרטית. יש הסבורים שהפרדה מוחלטת בין המערכת הפרטית והציבורית מטיבה עם המטופל במערכת הציבורית ומעלה את רמת השוויוניות בחברה. **אנו**



**קובעים באופן נחרץ, כי הרחקת הרפואה הפרטית "מעבר לגדר" לא רק שלא פותרת את הבעיות היסודיות במערכת הבריאות, אלא שהיא אף מעצימה אותן.** ככל שמטופלים "חזקים" יאלצו לחפש מענה רפואי מחוץ למערכת הבריאות הציבורית כך תקטן המחויבות שלהם כלפיה וכך גם יפחת הלחץ מצדם לשיפורה. הסכנה היא שהמערכת הציבורית תהפוך עבורם למערכת המספקת "שירותי רווחה בתחום הבריאות" כפי שקרה בעבר באנגליה. לכך מיתווספות תופעות ידועות ברפואה של "גריפות שמנת" וסוגיות של יתרונות לגודל, שיובילו אף הן להחרפת המצוקה ולהרחבת בעיית אי השוויון וחוסר הסולידריות בחברה הישראלית.

חברי ועדת השופטת נתניהו, שהמליצו על חוק בריאות ממלכתי שוויוני ומתקדם, התייחסו בפירוש גם לנושא זה: "... עדיפה רפואה פרטית במסגרת בית-החולים הציבורי, על פני פרקטיקה פרטית בשעות העבודה, מחוץ לכתליו, או קיום "שחורה" בתוכו במחלת, המביאה לפגיעה ברפואה הציבורית. על החברה להבטיח רמה גבוהה של רפואה ציבורית וחיזוקה, במקום לעודד בריחה של כוחות טובים למגזר העסקים" (עמודים 324-325 לדעת הרוב). ועדות נוספות שישבו על המדוכה תמכו אף הן בגישה זו.

יהיו כאלה שיסברו כי עמדת המיעוט המוצגת כאן היא, בראש ובראשונה, תוצאה של חוסר שביעות הרצון של מחבריה מעמדת הרוב בוועדה בנושא השר"פ. חשוב לנו להבהיר כי על אף שאנו אכן תומכים בשילובה של בחירת רופא בתשלום בבתי החולים הציבוריים (על פי מודל שנציג בהמשך), הרי שכפי שהבהרנו לעיל וכפי שעוד יובהר בהמשך, עמדתנו נגזרת מהסתכלות רחבה הרבה יותר על המערכת ומתבססת על ניתוח המגמות והכשלים הרבים שלא טופלו דיים במסגרת המלצות הרוב.

זאת ועוד, אנו סבורים שהדין הציבורי שהתנהל, הן בתקשורת והן בפורומים רבים אחרים, במהלך דוני הוועדה, והתמקד רובו ככולו בשאלת השר"פ, סייע, במודע או שלא במודע, בידי אלה שהיו מעוניינים להסיט את הדיון מהשאלות החשובות באמת, לשאלה שהיא אך משנית בחשיבותה. כפי שנדון בהרחבה במסמך זה, מערכת הבריאות הציבורית בישראל נמצאת היום במשבר חמור כתוצאה ממספר כשלים מרכזיים, ביניהם: מחסור חמור במשאבים, היעדר רגולציה, כללי משחק לא מוסדרים, בין בתי החולים וקופות חולים, ושחיקה באמון הציבור במערכת. שילוב הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית הוא אמצעי אפשרי אחד מני רבים להתמודדות עם כשלים אלה והוא בפרוש איננו המרכזי שבהם. אין ספק בלבנו שהסטת הדיון הציבורי ממוקדי החולי העקריים של המערכת, לדיון צר בנושא השר"פ, סייעה רבות בידי אלה שהיו מעוניינים שהשאלות החשובות באמת לא תעלינה על המדוכה. צר לנו גם שהתקשורת, שהייתה פעילה מאוד במהלך הדיונים של הוועדה, לא הבחינה בתפקיד השלילי שהיא מילאה בהקשר זה.

לסיום, אם נחזור למילותיו של צ'רצ'יל: אנו משוכנעים שהוועדה עשתה כמיטב יכולתה במסגרת המגבלות בהן היא פעלה. אולם לדעתנו מערכת הבריאות הציבורית זקוקה להרבה יותר מכך, ומקווים שאימוץ המלצותינו יעניק לה את מה שדרוש לה באמת.

## תקציר מנהלים<sup>1</sup>

מתמונת המצב שהתגלתה בפנינו במהלך עבודת הוועדה ומהיכרותנו את מערכת הבריאות בישראל, אנו משוכנעים שמערכת הבריאות הציבורית נמצאת במשבר חמור. לצערנו, אין אנו סבורים שהמלצות הרוב בוועדת גרמן מתוות את מפת הדרכים המתאימה שבאמצעותה תצליח המערכת להיחלץ ממצב זה.

אנו מזהים ארבע בעיות מרכזיות במערכת הבריאות הציבורית בישראל, אשר הביאו למצב הקשה שבו היא שרויה היום, ואשר לא קיבלו מענה ראוי בהמלצות הוועדה:

1. מחסור במשאבים, ההולך ומחמיר עם השנים;
2. שחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית;
3. כשלים רגולטוריים במערכת הבריאות הציבורית והפרטית;
4. מבנה תמריצים מעוות, המחזק את הכשלים.

אנו משוכנעים שללא התמודדות נחושה עם כשלים אלה תימשך ההידרדרות באיכות השירותים במערכת הציבורית ויגדל אי-השוויון באספקה ובמימון של השירותים הרפואיים בישראל.

אנו רואים הכרח וערך הן במתן האפשרות לבחירת גורם מטפל במערכת הבריאות והן בעצם קיומה של רפואה פרטית בישראל. אנו משוכנעים כי הרחקתה של הרפואה הפרטית אל "מעבר לגדר", כפי שהיא מתבצעת כיום וכפי שהיא תמשיך להתבצע, אם תתקבלנה המלצות הרוב בוועדה, לא רק שלא תפתור את בעיות היסוד במערכת, אלא אף תמשיך ותעצים אותן.

אנו מאמינים ש"המודל המשולב", המוצע על-ידינו בנייר עמדה זה, הוא מודל מתאים יותר להשבתה של המערכת לדרך המלך ולהבטחת עתידה בשנים הבאות.

להלן נציג את עיקרי "המודל המשולב".

### המטרות המרכזיות ש"המודל המשולב" נועד להשיג:

- א. חיזוק ושיפור הרגולציה על מערכת הבריאות בכללותה, הן זו הציבורית והן זו הפרטית.
  - ב. שיפור התמריצים במערכת.
  - ג. הבטחה, לאורך שנים, של משאבים ראויים לטובת המערכת הציבורית.
  - ד. שיקום האמון במערכת הציבורית ומניעת שחיקתו בעתיד.
- ה. מתן אפשרות בחירה בתשלום בגורם מטפל, בתוך המערכת האישפוז הציבורית והפניית חלק משמעותי מן המשאבים המתקבלים מפעילות זו לטובת המטופל הציבורי.

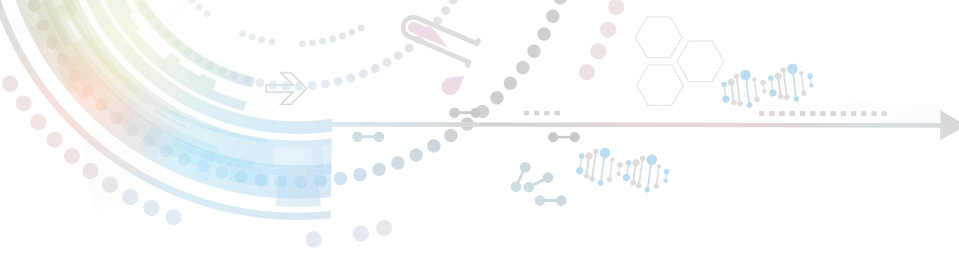
### לצורך השגת המטרות לעיל אנו ממליצים על:

#### 1. חיזוק ושיפור הרגולציה במערכת על-ידי:

א. הקמת גוף רגולטורי עצמאי ובלתי תלוי לצורך אסדרה של כלל הנושאים הכלכליים במערכת הבריאות, במסגרת התקציב הכולל של מערכת הבריאות הציבורית ובמסגרת היעדים הכלכליים האחרים של המערכת. הגוף יפעל בדומה לרשויות אחרות ויקבע כללי תמחור והתחשבות בין הגופים השונים במערכת הבריאות (ובפרט בין קופות-החולים ובתי-החולים) על בסיס עקרונות כלכליים וחברתיים ברורים ושקופים. הגוף יונחה על ידי שר הבריאות ויצור אסדרה בנושאים כספיים ותפעוליים, כולל יעדים כמותיים. הגוף הרגולטורי יקים מערכת בקרה ממוחשבת שתעקוב ותפקח, בין היתר, על היקפי הפעילות, על ההכנסות, על ההוצאות ועל אורכי התורים במערכת. המערכת הממוחשבת תתריע על חריגות (בדומה לקיים בחלק מקופות

<sup>1</sup> תקציר מנהלים אינו מהווה תחליף למסמך המלא של עמדת המיעוט. אנו ממליצים לקורא לעיין גם בנימוקים לקביעותינו והמלצותינו כפי שמופעים בתוכן המסמך.





החולים כבר היום) ותחזק את הבקרה בשטח. הגוף הרגולטורי יפקח גם על תיירות המרפא ועל השירותים בתשלום במערכת הציבורית, אם יהיו כאלה.

ב. הקטנת המעורבות של אגף התקציבים באוצר בכל הקשור לפיקוח על מערכת הבריאות בישראל ולניהולה, בעיקר ברמת המיקרו.

ג. אנו ממליצים להתחיל בתהליך הקמה מידי של הגוף הרגולטורי ולבצע פיילוט מול מספר בתי-חולים.

## 2. איגום משאבים ציבוריים ופרטיים לטובת המטופל הציבורי

א. הבטחת משאבים ציבוריים למערכת הבריאות, לאורך זמן, כך שבשנת 2030 יעמוד אחוז ההוצאה הציבורית על בריאות על 5.5% מהתוצר. ההתאמה תיעשה ליניארית על-פני שנים.

1. על-מנת לממן את התוכנית מוצעת העלאת מס בריאות ב-0.5% על-פני 3 השנים הקרובות.

2. את ההפרש לצורך עמידה ביעד הוצאה של 5.5% מהתוצר יש להשלים מתקציב המדינה.

3. הפניה של הכנסות מתיירות רפואית לטובת המערכת הציבורית כפי שהומלץ בדו"ח הוועדה לתיירות רפואית.

4. תוספת משאבים של כמיליארד ש"ח בשנה על-ידי התרת השימוש בכספי ביטוחים משלימים ומסחריים בתוך מערכת הבריאות הציבורית.

ב. שימוש בכספי השב"ן והביטוח המסחרי במערכת הציבורית יתבצע באופן **שלא יתקיים קשר כספי ישיר כלשהו בין הצוות הרפואי ובין הפרט המטופל על-ידו/או בני משפחתו**, על פי המודל הבא:

1. משרד הבריאות יעניק רישיון להכנסת בחירת רופא בתשלום לבית-החולים. אישור זה יהיה מוגבל בזמן ומותנה בעמידתו של בית-החולים בכללי הרגולציה.

2. הנהלת בית-החולים תהיה הגורם היוזם והאחראי לפעילות זו. הנהלת בית-החולים היא זו שתנהל את המשא ומתן מול נציגי השב"ן והמבטחים המסחריים, לצורך קביעת התעריפים ושאר תנאי ההתקשרות ביניהם, לשם ביצוע הפעילות הפרטית במסגרת בית-החולים.

3. פעילות על בסיס מימון פרטי תתבצע רק בשעות אחר הצהריים ותוגבל כמותית, תוך פיקוח.

4. פעילות על בסיס מימון פרטי תתבצע אך ורק בפרוצדורות אלקטיביות ולא ברפואה דחופה.

5. הנהלת בית-החולים תתחייב לפעילות ציבורית תוספתית בשעות אחר הצהריים כתנאי לקבלת הרישיון, וגם על כך יתקיים פיקוח.

6. על כל רופא, כל מחלקה וכל בית-חולים תחול מגבלה ברורה של היקף הפעילות הפרטית ושל היחס בין הפעילות הציבורית וזו הפרטית המותרת לו.

7. צוותים רפואיים יקבלו תגמול עבור פעילות אחר הצהריים ללא קשר ישיר לזהות המטופלים ובדגש על שכר גלובאלי ובונוסים על ביצועים כוללים.

8. לא תהיה כל אינטראקציה כלכלית בין הרופא המטפל ובין המטופל ומשפחתו בכל הקשור לטיפול בבית-החולים. המטופל יפנה ישירות לבית החולים לצורך קביעת התור, ובית-החולים הוא שיגבה את התשלום בגין הטיפול.

## 3. שיפור תמריצים במערכת על-ידי:

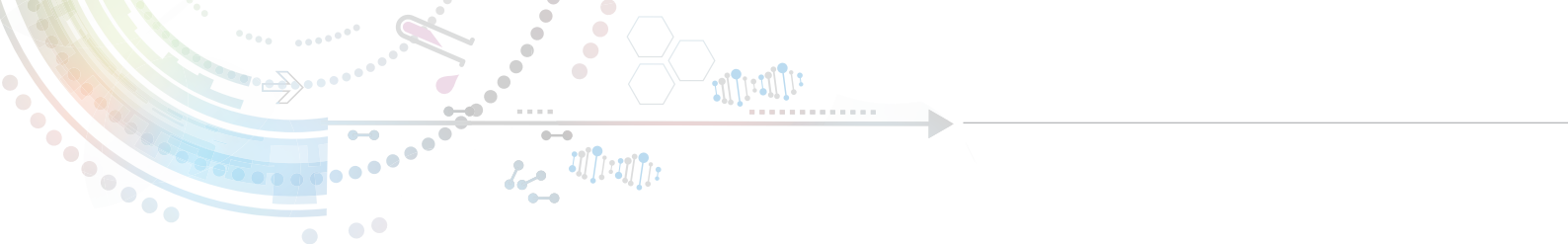
א. שינוי המנגנון של קביעת המחירים שמשלמות הקופות לבתי-החולים:

1) לא יתקיים משא ומתן בין בתי-החולים ובין קופות-החולים על המחירים אותם משלמות קופות החולים לבתי החולים בגין הפעילות הרפואית המתבצעת על ידי בתי החולים. המחירים יהיו אחידים לכולם ויקבעו על ידי הגוף הרגולטורי שהוצג לעיל.

2) מעבר מהיר לשיטת ה-DRG (Diagnosis Related Group) בכלל מערכת האשפוז.



- 3) המחירים אותם תשלמנה קופות החולים לבתי החולים ייקבעו בהתאם לעקרונות כלכליים ברורים ושקופים.
- 4) המחירים ייקבעו על בסיס העלויות השוליות של הפרוצדורות, תוך העמסה של אותו החלק מהעלויות הקבועות אשר לא ימומן ישירות על-ידי משרד הבריאות.
- 5) יתאפשר לקופת-חולים להגיע להסכם התקשרות שונה, מזה המוצע לעיל, עם בית-חולים, לגבי פרוצדורה מסוימת או לגבי קבוצת חולים מסוימת, לאחר שיובאו בפני הרגולטור הנימוקים הראויים ולאחר אישורו.
- ב. שינוי המנגנון על פיו יתוגמלו בתי החולים- פעילויות שונות של בתי-חולים ימומנו בנפרד:
- 1) חלק ניכר מהעלויות הקבועות של בית-החולים (כגון חדר מיון, אחזקת בניין, ICU ועוד) ימומנו על-ידי משרד הבריאות תוך העברה ישירה של תקציבים לבית-החולים, לא דרך קופת-החולים.
- 2) רכישת ציוד והשקעות על ידי בתי החולים ימומנו מתקציב פיתוח מיוחד ישירות ממשרד הבריאות.
- 3) פעילות רפואית שוטפת תמומן על-ידי מכירת השירותים לקופת-חולים ולגופים נוספים כפי שנעשה היום (אך במחירים נמוכים משמעותית לאור העובדה שהתשלום יהיה בעיקר בגין ההוצאה השולית).
- 4) פעילות מחקר והוראה תמומן בנפרד מתקציבי הוות"ת ומתקציבי מחקר אחרים, בדומה למימון פעילות זו באוניברסיטאות.
- 5) משרד הבריאות יקבל תקציב נוסף על-מנת לעודד ביצוע פרויקטים מיוחדים בבתי-חולים ו/או לחזק בתי-חולים חלשים לפי קריטריונים קבועים מראש.
- ג. תינתן למבוטחי קופות החולים אפשרות בחירה רחבה של בתי-חולים (עם מגבלות מינימליות) על מנת לעודד תחרות על איכות בין בתי החולים.
- בהמשכו של מסמך זה נציג תחילה את הניתוח שלנו לכל אחד מארבעת הכשלים העיקריים במערכת ונסביר מדוע לדעתנו המלצות הרוב בוועדה אינן מתמודדות כראוי עם כשלים אלה. לאחר מכן נרחיב בתיאור העקרונות של המודל המשולב המוצע על ידינו ונמק מדוע לדעתנו הוא מתמודד טוב יותר עם הכשלים לעיל. חשוב לציין כי על אף שאנו דנים בכל אחד מן הכשלים הללו בנפרד, איננו שוכחים שמערכת הבריאות פועלת למעשה כמערכת של כלים שלובים ולפתרון של בעיה אחת עשויות להיות השלכות על בעיות אחרות ועל פתרון. המודל המשולב, שאנו מציעים, מנסה להסתכל על המערכת כמכלול ולשלב בין הפתרונות השונים לבעיות השונות. אנו מאמינים שהמודל שאנו מציעים עשוי להחזיר את המערכת לדרך המלך ולהבטיח את איכותה ואת חוסנה גם בשנים הבאות.



# עמדת המיעוט

## 1 מחסור מתמשך במשאבים, ההולך ומחמיר עם השנים

1. מימון מערכת הבריאות - אתגר כלל עולמי
2. מחסור ושחיקת המשאבים של מערכת הבריאות הציבורית בישראל - תמונת מצב
  - (i) עדכון לא מספק של סל הבריאות
  - (ii) שחיקת המקורות הציבוריים בישראל בהשוואה בינלאומית
3. השלכות השחיקה של המקורות הציבוריים
  - (i) גרעון מבני ותקצוב בדיעבד
  - (ii) גרסיביות של מימון המערכת
  - (iii) המצוקה במערך האשפוז
  - (iv) יחס הוצאה ציבורית פרטית
4. המלצות תוספתיות של הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית - כיצד ימומנו?
5. סיכום

### 1. מימון מערכת הבריאות - אתגר כלל עולמי

עולם הידע והיכולות הרפואיות מתפתח זה כמה עשורים בקצב מהיר מאוד, כשהוא נישא על גבי גל אדיר של חידושים מדעיים וטכנולוגיים, ההולך ומתעצם עם השנים. אנו עדים לפיתוחם של תרופות חדשות, מכשירים חדשים, טכניקות אבחוניות וטיפוליות חדשות, התמחויות חדשות ועוד. חידושים אלה תורמים רבות לא רק להארכת חיינו, אלא גם לשיפור רב באיכותם ובמה שביכולתנו להפיק מהם. ספרות ענפה מראה שחידושים אלה הפכו את ההשקעה בשירותי בריאות לאחת מהכדאיות ביותר, בהשוואה להשקעות ציבוריות או פרטיות אחרות.<sup>2</sup> ואולם, כדי ליהנות מהפירות של החידושים האדירים הללו נדרשים לא מעט משאבים. בשונה מתחומים אחרים, החידושים ברפואה לא רק שאינם מורידים עלויות, הם בדרך כלל מעלים אותן. על פי רוב התחזיות, הפריחה המדעית-טכנולוגית בתחום הרפואה, שחווינו בעשורים האחרונים, והעלייה בהוצאות הנלוות אליה, לא רק שלא תיעצר, אלא אף תתעצם בשנים הקרובות.

לא רק השיפורים הטכנולוגיים מביאים אתם עלייה בהוצאות הבריאות. התייקרות המשאב האנושי ברפואה, הנמצא במחסור עולמי (לפי קביעת ארגון הבריאות העולמי), העלייה בבקושים לשירותים ולטיפולים פרסונליים, מודעות גוברת לבריאות, ונגישות לביטוחים הרפואיים, מעלים גם הם את הוצאות הבריאות בכל העולם ובכלל זה ישראל.

הזדקנות האוכלוסייה מהווה אף היא אחד המנועים המרכזיים לגידול בהוצאה על בריאות. עד כה הייתה ישראל בין המדינות המפותחות הצעירות ביותר, דבר שהקנה לה יתרון ברור בתחום ההוצאה על בריאות. כעת מבנה העלויות של מערכת הבריאות בישראל נהנה מיתרון זה; אך לא לעולם חוסן, גם מדינת ישראל ניצבת בפני אתגר אסטרטגי, הנובע מההזדקנות מואצת של אוכלוסייתה. לפי תחזיות הלמ"ס, עד שנת 2030 צפויה האוכלוסייה מעל גיל 65 כמעט להכפיל את עצמה ל-1,366,600 איש, ושיעורה מכלל האוכלוסייה אמור לגדול מ-9.8% ל-13.7%. ההוצאה הצפויה על בריאות תעלה, בין היתר, גם מאחר שמספר האנשים עם ריבוי מחלות כרוניות מורכבות יגדל.<sup>3</sup>

אתגרי מערכת הבריאות מציבים דילמה בפני רוב הממשלות במדינות המפותחות: כיצד להבטיח למערכת הבריאות תוספת המשאבים הנדרשת מדי שנה כדי לספק רפואה מתקדמת, איכותית ושוויונית, בלי להביא לאובדן שליטה ולסחרור בהוצאות. לא

2 Cutler and McClellan 2001

3 להזדקנות האוכלוסייה השלכות רחבות שאינן מסתכמות בהתאמת הצד המימוני. גם היבטי האספקה של מערכת הבריאות טעונים התאמות שטרם בוצעו.



רק מדינת ישראל מתקשה לגייס משאבים מספקים על מנת לתת מענה לצרכים ממשיים בתחום הבריאות. גם מדינות מפותחות אחרות, עם הוצאה ציבורית על בריאות גבוהה יחסית לישראל, מתקשות לתת מענה הולם רק באמצעות הקופה הציבורית.

הטבלה להלן ממחישה את התופעה. כפי שאפשר לראות, בין השנים 1970-2008 היה שיעור העלייה השנתי הממוצע בהוצאות הבריאות לנפש, בערכים ריאליים בעשרים ואחת מדינות, בסביבות 3.8%. התוצר לנפש באותן מדינות עלה באותה תקופה רק ב-2.1% לשנה, בממוצע. כלומר הוצאות הבריאות לנפש עלו בממוצע בשיעור של 1.7% לשנה מעבר לעלייה בתוצר לנפש.

**שיעור גידול שנתי בהוצאות בריאות לנפש, מעבר לגידול בתוצר לנפש**

מדינה	שיעור גידול שנתי בהוצאות בריאות לנפש	שיעור גידול שנתי בתוצר לנפש
במונחים ריאליים, 1970-2008		
דנמרק	2.4%	1.6%
שוודיה	2.6%	1.9%
שוויץ	2.8%	2.7%
ניו זילנד	2.9%	1.1%
קנדה	3.0%	0.6%
הולנד	3.0%	1.0%
גרמניה	3.0%	1.9%
אוסטרליה	3.3%	1.4%
פינלנד	3.6%	1.5%
יוון	3.7%	1.7%
צרפת	3.8%	1.3%
יפן	3.8%	1.6%
בריטניה	3.8%	1.0%
ארה"ב	4.1%	1.7%
אוסטריה	4.2%	1.7%
איסלנד	4.4%	3.9%
נורווגיה	4.5%	2.4%
ספרד	4.8%	0.8%
בלגיה	4.9%	1.8%
אירלנד	5.3%	1.7%
פורטוגל	6.4%	2.1%

מקור: Handbook of Health Economics<sup>4</sup>

אין תימה אפוא, שנתחם ההוצאה על בריאות מסך התוצר עלה באופן משמעותי בכל אותן המדינות. מרבית החוקרים מייחסים, כ-50% מהעלייה הזאת בהוצאות לשינויים הטכנולוגיים<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Handbook of Health Economics: Edited by: V. G. P. 5

<sup>5</sup> מערכת הבריאות ייחודית בהקשר להשפעת כניסתה של טכנולוגיה לתחומיה. ברוב ענפי המשק הטכנולוגיה גורמת להוזלת עלויות לאורך זמן ואילו במערכת הבריאות בדומה למערכת הבטחון התפתחות טכנולוגית מייקרת את פונקציית היצור.

## 2. שחיקת המשאבים של מערכת הבריאות בישראל - תמונת מצב

הדילמה מהיכן יגיעו מקורות המימון של מערכת הבריאות עמדה גם לנגד עיני חברי ועדת גרמן. במהלך העבודה למדנו לא רק על מגמות עתידיות מדאגות, אלא גם על המחסור במשאבים במערכת הבריאות הישראלית כבר היום ועל ההשלכות הישירות של מצב זה על השירותים שמקבלים המטופלים. כידוע, מערכת הבריאות הישראלית התברכה בכישרונות רבים, במוטיבציה ובנכסים ייחודיים, בין היתר בדמות גל עלייה גדול של רופאים בשנות ה-90 של המאה הקודמת, אך אין די בכל אלה. על הרוח לפגוש את החומר. אי אפשר לצייד את בתי החולים במכשור מתקדם, לתחזק תשתיות אשפוז, לשלם לרופאים על עבודה נוספת, לחזק את רפואת הקהילה ואף לקיים מערכת תשלום פרוגרסיבית בלא משאבים פיננסיים ראויים.

ברור לכול, שהתוספת שהובטחה למערכת הבריאות הציבורית על ידי משרד האוצר במסגרת סיכומי הדיונים בוועדת גרמן, אינה הולמת את תמונת המציאות כפי שהצטיירה בפני חברי הוועדה. התוספת המובטחת היא של 300 מלש"ח במענק חד פעמי שאינו לבסיס התקציב ועוד 700 מלש"ח לבסיס התקציב שיתפרסו בין השנים 2015-2017. כמו כן ניתנה הסכמה לעדכן באופן נכון יותר את רכיב הדמוגרפיה המחויב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לאור תמונת המצב של המערכת היום, כפי שתוצג להלן, אנו משוכנעים שאין די במשאבים שהובטחו כדי לשקם את מערכת הבריאות ולהבטיח כי תוכל למלא את יעודה, על פי החוק, גם בעתיד.

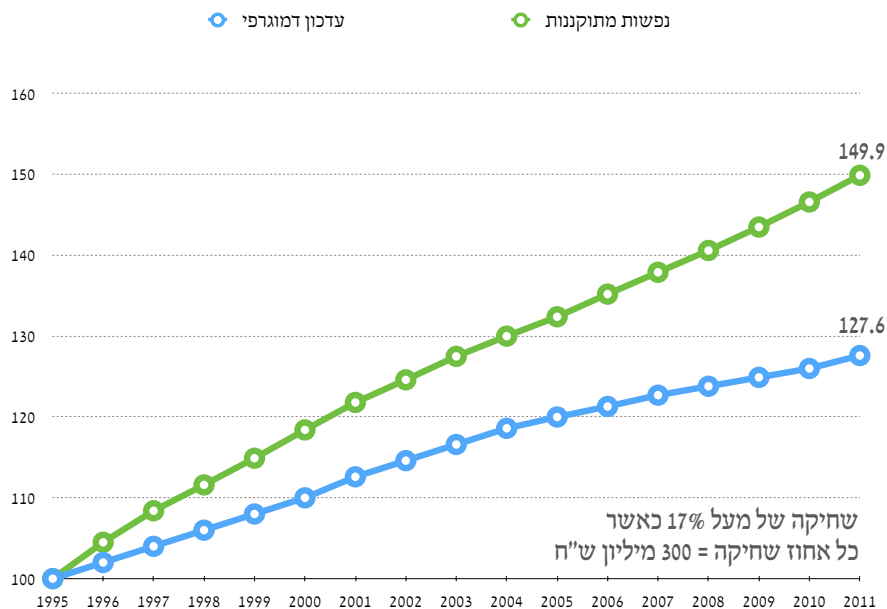
### (i) עדכון לא נכון של סל הבריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב את הממשלה לספק לתושבי ישראל סל שירותי בריאות באיכות סבירה ובזמן ומרחק סבירים. החוק אף מתייחס במפורש לצורך לעדכן את תקציב הסל במעבר משנה לשנה בשלושה ממדים מקבילים. הראשון הוא דמוגרפיה, כלומר גידול האוכלוסייה והזדקנותה. השני הוא טכנולוגיה, כלומר שיפורים באמצעי האבחון והטיפול הרפואי. השלישי הוא מדד מחירים, שישקף את שינוי העלויות במערכת הבריאות. אף על פי כן, מאז כניסת החוק יש פער בין גובה העדכון הנדרש וזה המתקיים בפועל, וזאת כתוצאה מהעדפות הממשלה, משיקולים פוליטיים ומאילוצי המקורות, המתבטאים בקביעה שרירותית של אחוזי העדכון וקביועם בחוק ההסדרים מדי שנה מחדש. התנהלות בעייתית זו אף הובאה לפתחו של בית המשפט העליון בשבתו כבג"ץ, שם נקבע כי קיימת אבחנה בדין הישראלי בין חובות המוטלות על המדינה מכוח חוק או חוזה, שבהן התקציב הולך אחרי החובה ועל המדינה מוטלת החובה לגייס את התקציב הראוי למימון ההוצאה, ובין חלוקות תקציביות אחרות, שבהן הרשות המבצעת יכולה להפעיל שיקול דעת באשר לעצם ההוצאה.

(1) **דמוגרפיה** - בחינת היקף העדכון הדמוגרפי בפועל, לאורך השנים, מלמדת שהיקף עדכון זה שיקף באופן חלקי בלבד (כ-60% בממוצע) את השינוי הדמוגרפי בפועל. כך, לדוגמה, בשנת 2008 היה העדכון 0.6% בלבד (בעוד שהגידול הדמוגרפי בפועל באותה שנה היה 1.8% וזאת עוד לפני תקנון בגין הזדקנות האוכלוסייה) ואילו בשנת 2013 גדל הפיצוי הדמוגרפי ועמד על 1.2% (לעומת 1.9% של גידול דמוגרפי בפועל). מהעבודה של בן נון גלזר עולה כי השחיקה המצטברת של סל הבריאות בגין הרכיב הדמוגרפי היא כ-5 מיליארד ש"ח.



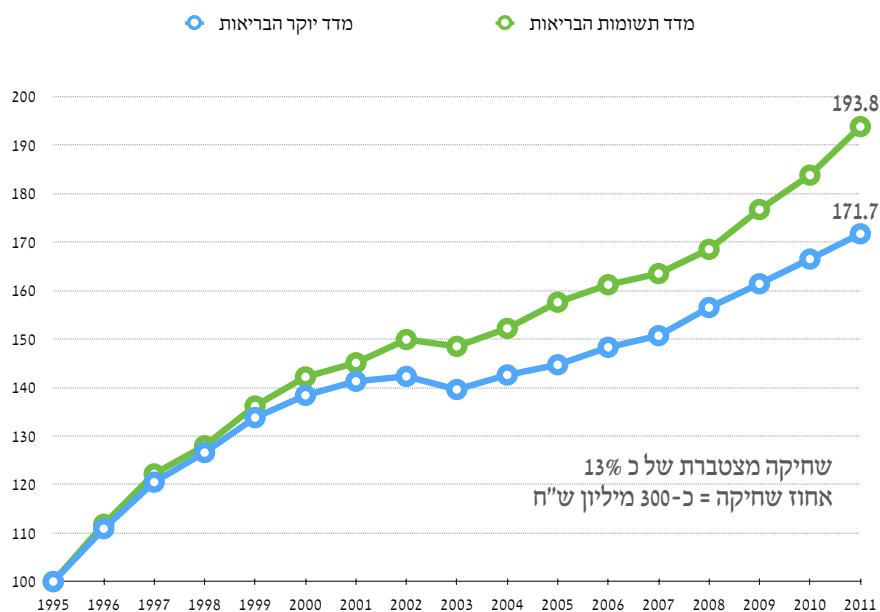
**תרשים 1: העדכון הדמוגרפי לסל הבריאות ומספר הנפשות המתוקננות בפועל, 1995-2011**  
 שנת 1995=100



מקור: הצגה של פרופ' בן נון ופרופ' גלזר לוועדה, נתוני משרד הבריאות.

(2) **מחירים**-בתוספת החמישית לחוק מוגדר מדד יוקר הבריאות שעל פיו יש לקדם באופן אוטומטי את עלות הסל, כתוצאה משינויי מחירים. מדד יוקר הבריאות קובע את מרכיבי המדד והמשקל היחסי של כל מרכיב. מקדמי המחירים הכלולים במדד כפי שנקבע ב-1995 מבטאים באופן חלקי בלבד את התייקרות התשומות הנדרשות לאספקת סל השירותים שבאחריות קופות החולים. כך למשל, מדד המחירים של שירותי האשפוז אינם כלולים במדד יוקר הבריאות למרות שכ-40% מהוצאות קופות החולים הנם על רכש שירותי אשפוז. מדד יוקר הבריאות שונה במהלך השנים כמה פעמים - שינויים אלה צמצמו חלקית בלבד את הפער השנתי בין עליית המדד ובין התייקרות בפועל, זאת על אף המלצותיה של ועדת חקירה פרלמנטרית ולאחר פסיקת בג"צ מפורשת בנושא. אומדן השחיקה של סל הבריאות כתוצאה מסעיף זה הוא 3.9 מיליארד ש"ח.

תרשים 2: העדכון הדמוגרפי לסל הבריאות ומספר הנפשות המתקננות בפועל, 1995-2011  
שנת 1995=100



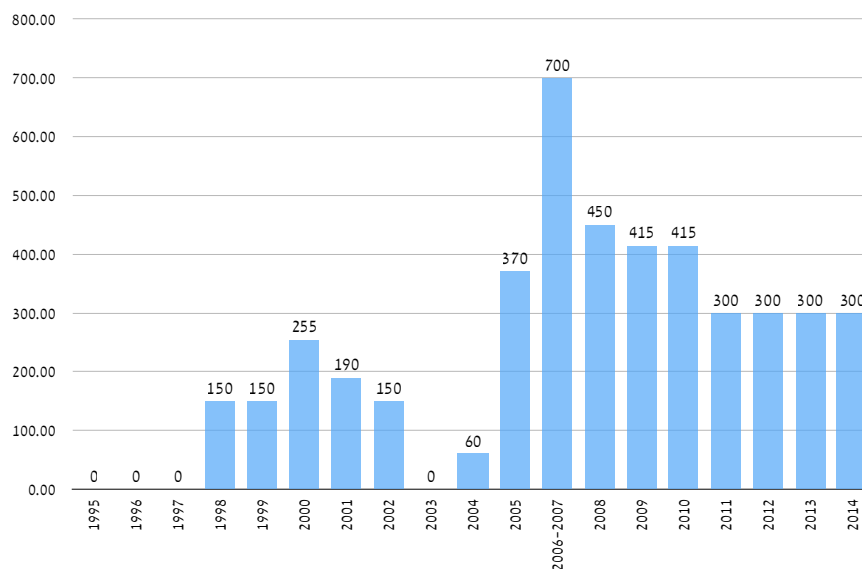
מקור: הצגה של פרופ' בן נון ופרופ' גלזר לוועדה, נתוני משרד הבריאות.

(3) **טכנולוגיה** - כאמור המימד השלישי לעדכון הסל הוא רכיב הטכנולוגיה, שהוא המימד המתחדש והמרכזי בעלייה בהוצאות הבריאות בעולם. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אין מנגנון מובנה לאימוצן של טכנולוגיות ותרופות חדשות בכל שנה. ההחלטה לגבי היקף העדכון הטכנולוגי נתונה להתדיינות תקציבית תלת שנתית. עד לשנת 1998 לא נוספו לעלות הסל מקורות למימון מרכיב זה. החל משנה זו אשרה הממשלה תוספת תקציבית באופן לא סדיר ובלי שגובה התקציב לעדכון הטכנולוגי יהיה ידוע מראש. בשנים האחרונות תקציב העדכון הטכנולוגי עומד על כ-300 מיליון ש"ח (פחות מ-1% מעלות הסל). במרבית המדינות המתפתחות עמד שיעור העלייה השנתית בהוצאות הבריאות לנפש, בגין המרכיב הטכנולוגי, על כ-2%, בעוד שבישראל הפיצוי בגין המרכיב הטכנולוגי עמד על פחות מ-1%, כאמור.





### תרשים 3: תוספת עדכון טכנולוגי לסל הבריאות, 1995-2014 מיליוני ש"ח, מחירים שוטפים



מקור: משרד הבריאות

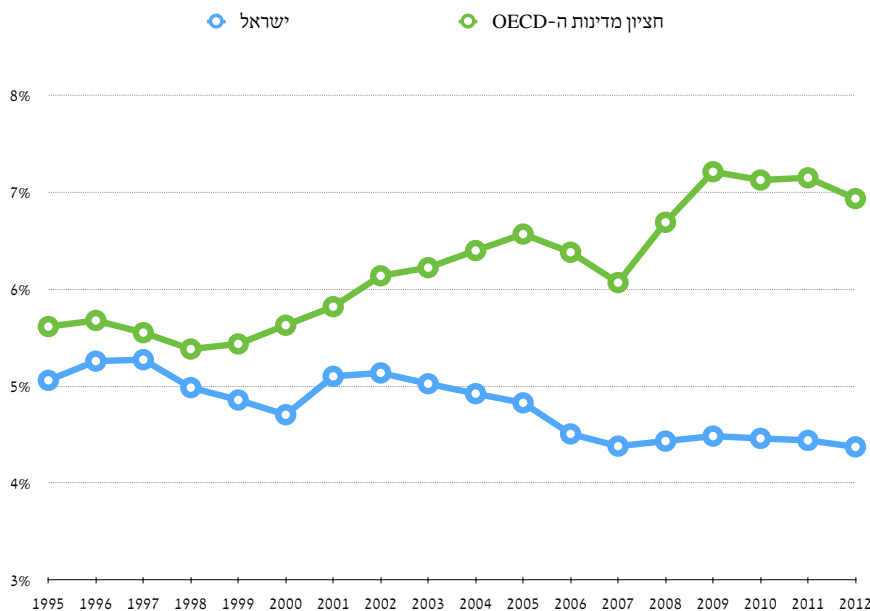
כפי שאפשר ללמוד מהגרף לעיל, היו אף שנים שבהן כלל לא ניתנה תוספת עבור טכנולוגיות. לטענת גורמי מקצוע במשרד הבריאות והאוצר, ההחלטה להוציא תרופות מצילות חיים מתוך הביטוחים המשלימים מחייבת את הממשלה, למעשה, להבטיח רמה מינימלית של תקצוב רכיב הטכנולוגיות. עם זאת, הדבר לא מעוגן בשום הסדר חוקי. העדר ודאות בהקשר זה והחששות המובנים של הציבור הרחב היו לאחד ממנועי הצמיחה המרכזיים של השב"ן והביטוחים המסחריים והביאו לעליית ההוצאה הפרטית על בריאות, כפי שהעידו רבים בפני הוועדה.

לסיכום, על פי הערכות שונות, הסתכמה השחיקה המצטברת שנגרמה למקורות החוק בגין עדכוני דמוגרפיה ומחירים חלקיים בכ-9 מיליארדי ש"ח, ללא עדכוני טכנולוגיה; עמם הסכום מגיע לכ-13 מיליארדים. שחיקת מקורות זו נספגה בחלקה על-ידי התייעלות המערכת, אולם אין ספק כי חלק ניכר ממנה בא לידי ביטוי בגירעונות המצטברים של קופות החולים ובתי החולים ובפגיעה באיכות שירותי הבריאות, המסופקים על ידי קופות החולים ומערכת האשפוז, בנגישותם ובזמינותם. כבוד השופט ג'ובראן תיאר כך את המצב: "...בשאלה הנוגעת במישרין לזכות לבריאות של כל אזרחיה של מדינת ישראל... זכות זו, אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוקנת אט אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, עליה נדמה שאין חולק..."

#### (ii) שחיקת המקורות הציבוריים בישראל בהשוואה בינלאומית

פן אחר של השחיקה המצטברת במשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות הציבורית בישראל מתגלה מהשוואות בינלאומיות. ניתוח מאקרו כלכלי פשוט מצביע על פער משמעותי (של כ-2% תוצר ישראלי, שמשמעותם כ-20 מיליארד ש"ח) ובין ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל ובין מדינות ה-OECD.

### תרשים 4: שיעור ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל ובמדינות ה-OECD כאחוז מהתמ"ג



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ו-OECD.

הסבר חלקי לפער זה הוא העובדה כי בישראל אוכלוסייה צעירה יותר וכי המערכת שלנו יעילה יותר. חלק אחר נובע מצמיחה גבוהה יותר של התוצר בישראל בשנים האחרונות. עם זאת בהשוואה בין-לאומית כבר היום, ההוצאה הלאומית והציבורית לבריאות בישראל נמוכה ביחס לתוצר, גם כאשר מנכים את השפעת הגיל הצעיר של האוכלוסייה.<sup>6</sup> יתר על כן, כאמור, אוכלוסיית ישראל צפויה להזדקן בשנים הקרובות, והרכבה הדמוגרפי לעניין זה יהיה דומה למצבן של רוב המדינות המפותחות כיום. הווה אומר שעל מנת להמשיך לקיים מערכת בריאות ברמה המשתווה לזו של המדינות המפותחות, תצטרך ישראל להעלות את ההוצאה הציבורית על בריאות, כאחוז מהתוצר, לפחות בנקודת אחוז אם לא יותר, בעשור הקרוב. **במגבלת המשאבים הכוללת של מדינת ישראל, עלייה בסדר גודל כזה אינה ראלית.**

הוועדה בחרה להמליץ על עדכון דמוגרפיה אוטומטי על פי קצב גידול האוכלוסייה בלבד, בלי לשקלל את רכיב ההזדקנות, וזאת על אף ההסכמה הכמעט גורפת שיש צורך בהכללת רכיב זה, סביב שולחן הדיונים. הפער בין עדכון דמוגרפי כפי שאושר ובין המדד הנכון (כלומר, מדד הכוללת את רכיב ההזדקנות) הוא כ-0.5% לשנה (עדכון שנתי של כ-1.9% לעומת 2.4%). הפער בעדכון הדמוגרפי יגרע מסל הבריאות 183 מיליוני ש"ח בשנת 2014. בשנים הבאות הפער יגדל בקצב גובר, וכפונקציה של העלייה בעלות סל הבריאות.

המשמעות הפרקטית היא, שההוצאה לנפש המתוקנת המובטחת לציבור תלך ותקטן והביטוי לכך הוא מאות מיליוני שקלים בכל שנה שייגרעו מתקציב קופות החולים ובתי החולים. גם בכל הקשור לעדכון בגין השיפורים הטכנולוגיים, הוועדה הסתפקה בעדכון חסר (0.8% לעומת כ-1.5%-2% שהיה הגידול בפועל בעולם המערבי בעשורים האחרונים). לעניין יצירת מדד מחירים מדויק יותר הסתפקה הוועדה בהמלצה לבחינה מחודשת בשנת 2017.

סך המלצות הוועדה, בכל הקשור להיקף המשאבים המובטחים למערכת ולאופן עדכונם, אמנם עשויות לשפר את מצב המערכת לעומת המצב היום, אך מנציחות את המשך שחיקת המשאבים בעתיד. אנחנו משוכנעים שבמסגרת היקף המשאבים אותם תקבל המערכת על פי המלצות הוועדה, ובהעדר תקציבים משלימים, או החלטה מפורשת על צמצום סל הבריאות, המחסור במשאבים למימון הסל הציבורי ימשיך להתרחב, והשחיקה באיכות ובכמות השירותים שמקבלים הפרטים במסגרת המערכת

6 "ההוצאה לבריאות בישראל - קבוצות גיל ומבנה עלויות בהשוואה בין-לאומית" - ערן פוליצר בנק ישראל



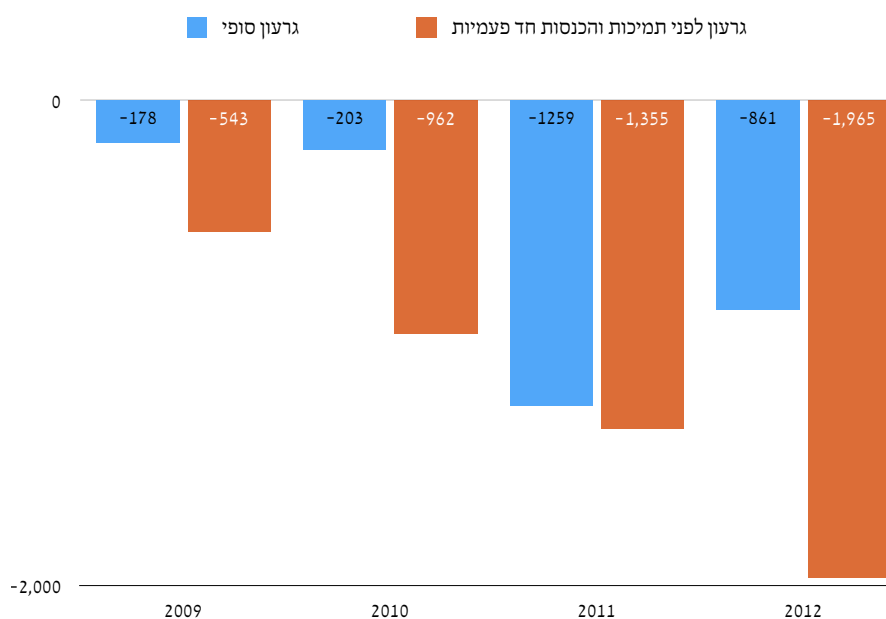
הציבורית תימשך ואף תחמיר. הפערים בהוצאה הציבורית לבריאות (בעיקר במערכת האישפוז) בין ישראל ובין מדינות ה-OECD כנראה יתרחבו.

### 3. השלכות - השחיקה של המקורות הציבוריים

#### (i) גרעון מבני ותקצוב בדיעבד

קופות החולים הן ספינות הדגל של מערכת הבריאות, שבאמצעותן ביקש המחוקק להקצות את המשאבים לטובת האזרחים. הן הוסמכו לפעול לטובת המבוטחים שלהן ולספק להם סל בריאות שאת תכולתו לא הן קובעות. תקצוב קופות החולים הוא גירעוני ביסודו יחסית לצרכים, כפי שפורט לעיל, אך לא פחות חשוב מכך הוא האופן הלקוי שבו מועבר התקציב לקופות החולים. חלק הארי מהסכומים משולמים בדיעבד במסגרת הסכמי ייצוב של קופות החולים. כלומר הקופות נדרשות לבצע את המוטל עליהן מתוקף חוק, אך התקצוב לכך מגיע באיחור ובחסר. מצב זה הוא דוגמה מובהקת לכשל נפוץ שבו האחריות מנותקת מהסמכות. הסכומים המוקצים לטובת ביצוע המשימה פחותים משמעותית מהנדרש על פי כל פרמטר אובייקטיבי. אם לא די בכך, הכסף מגיע מאוחר בשנה ובכך מצטמצמת יכולת התכנון והניהול במערכת הבריאות. יש הטוענים, כי הסיבה לגירעונות של הקופות נעוצה בכשלי ניהול בלבד. אנו חולקים על טענה זו. לדידנו מדובר בשיטת תקצוב הפוגעת בבריאות הציבור מאחר שהיא מפקיעה מהקופות ומבתי החולים כלי ניהול בסיסי ביותר של כל ארגון, והוא יכולת התכנון.

תרשים 6: גירעון קופות-החולים (מיליוני ש"ח, מחירים שוטפים)



מקור: דו"ח מסכם של קופות-החולים לשנת 2012, חשב משרד הבריאות.

כפי שעולה מסקירה של בנק ישראל מדצמבר 2013: "... בחומש האחרון, התרחב מאוד פער התקצוב ותרם לגידול ניכר בגירעונות של קופות החולים ובתי החולים (קופות החולים היו קרובות לאיזון בראשית התקופה, ולפי נתונים שהתפרסמו לאחרונה, ב-2012 הסתכמו גירעונותיהן ב-860 מיליון ש"ח)".

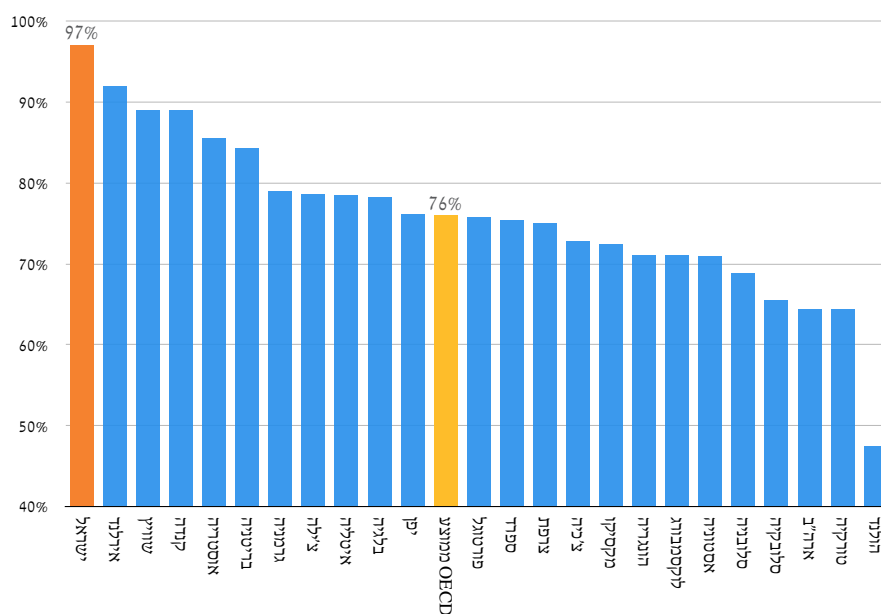
### (ii) רגרסיביות המימון

מידת הרגרסיביות של מימון מערכת הבריאות, כפי שהוצגה בפני הוועדה על ידי מספר מומחים, אף היא אינה מקבלת מענה בהמלצות הוועדה. בפרט לא ניתן מענה לסוגיית ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית, שהגיעו לממדים גדולים. חלקים באוכלוסייה מתקשים לנצל את הזכות המגיעה להם במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בשל ההשתתפות העצמית הגבוהה. להשתתפות עצמית תפקיד חשוב בריסון צריכה מיותרת. עם זאת נדמה כי במצב הנוכחי עולה הנזק על התועלת ביחוד במקרים של השתתפות עצמית על תרופות, המקשה על חולים כרוניים. השתתפות עצמית זו גם אינה יעילה בכך שהיא מתמרצת את המבוטחים לא לצרוך שירותים ותרופות האמורים למנוע החמרה במצבם. נכון להיום, ההשתתפויות העצמיות ממנות בסביבות 6%-7% (כ- 2.5 מיליארד ש"ח) מתקציב סל הבריאות הממלכתי. אנו סבורים כי זהו שיעור גבוה משמעותית מן הראוי.

### (iii) המצוקה במערך האישפוז

הוועדה התרשמה שקיימת מצוקה של מערכת האשפוז הכללית והפסיכיאטרית, בייחוד בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית. עדויות מהשטח לצד מבט מאקרו על מערך האשפוז שכנעו אותנו, כי קיים מחסור של מיטות אשפוז מתוקננות בישראל (ראה תרשים 7). נציין, כי לצד הגדלת מספר מיטות האישפוז חשוב לפעול באפיקים מקבילים ליצירת חלופות אשפוז והטמעה של אמצעים טכנולוגיים לטיפול בבית המטופל. זאת לצד הקצאה יעילה יותר של המיטות בין המחלקות, תוך בחינת התקן.

תרשים 7: שיעור תפוסת מיטות אשפוז בביה"ח



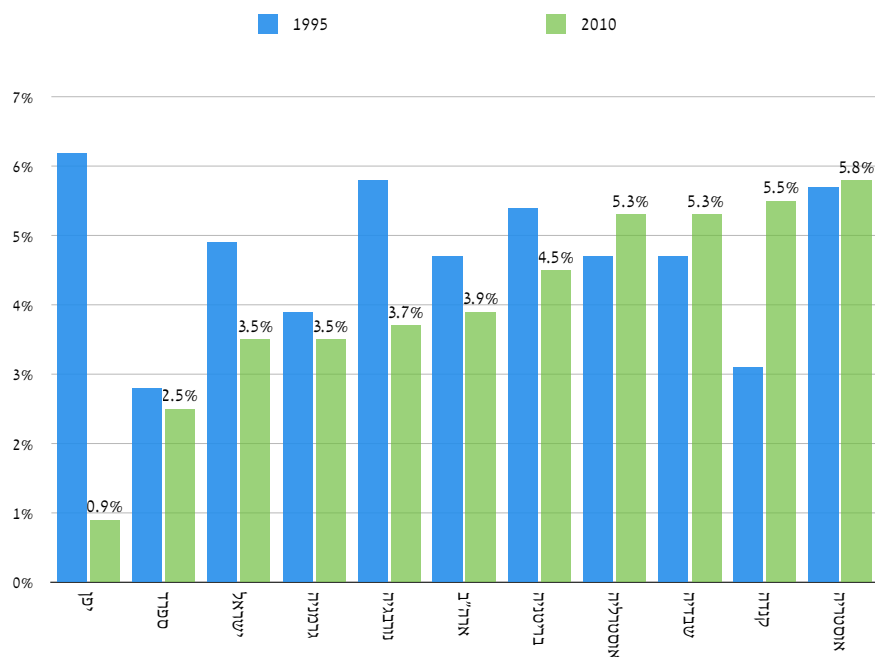
מקור: נתוני ה-OECD.

השחיקה התקציבית מקבלת ביטוי ממשי הן בשחיקת התשתיות והן במצבם הנפשי והפיסי של הצוותים המטפלים. התנאים הפיסיים במערך האשפוז של ביה"ח אינם מספקים ואף עשויים לתרום להתפשטות הזיהומים הגורמים לסבל ואף למוות כפי שנכתב בהרחבה בדו"ח מבקר המדינה שעסק בנושא. על פי הדו"ח, 4,000-6,000 ישראלים לפחות מתים מזיהומים מחיידקים עמידים שנדבקו בהם בבתי החולים מדי שנה. דו"ח מבקר המדינה לשנת 2013 טוען שמתוכם כ-1000 אפשר היה למנוע... עקב הצפיפות הרבה בחדרי האשפוז, במסדרונות המחלקות ובחדרי האוכל המחלקתיים, והעומס על הצוות הסייעודי, גוברת סכנת ההידבקות של החולים בין השאר גם בחיידקים עמידים."



מתרשים מספר 8 אפשר ללמוד, שרכיב ההשקעה בפיתוח תשתיות פיסיים בישראל קטן כאחוז תוצר באופן חד ביותר בהשוואה הבינלאומית, להוציא את יפן ונורבגיה.<sup>7</sup> במקביל, ככל הידוע, עלה חלקן של תרומות לטובת נושא זה. כידוע מידת ההצלחה בגיוס תרומות של מוסד רפואי אינה משקפת בהכרח חשיבות רפואית או יעד לאומי אלא פועל יוצא של משאלת לב של הנדבן וכישורי גיוס תרומות של הנהלת בית החולים. במצב בו הממשלה מצמצמת מאוד את מידת האחריות לפיתוח התשתיות אין זה פלא שהפער בין המרכז לפריפריה הגיאוגרפית והחברתית כאחד הולך ומחמיר. יתר על כן הצורך להסתמך על פילנתרופיה עשוי לפגום בנורמות ניהוליות ולהוביל ליחס מועדף על חשבון של חולים אחרים. מעגלי ההשפעה של התלות בתרומות, מתרחבים גם על יחסי הציבור והשיווק של בתי החולים. הדבר מעודד את ההנהלות החפצות בתרומות להעניק הטבות לידוענים ולפוליטיקאים, דבר המסיט את הקשב מהעיקר שהוא הטיפול בחולים. המתנגדים לשימוש בכסף פרטי במערכת הציבורית, גם במודל מפקוח ומאוזן, בוודאי צריכים להסתייג מהמצב המתואר לעיל. אם לא כן, עשויה להיווצר מראית עין כי יש מקום לכסף פרטי, לא מנוהל ולא מפקוח במערכת הבריאות הציבורית, רק בתנאי שמקור הכסף עשיר במיוחד. לאכזבתנו, המלצות הוועדה נותנות מענה חלקי ביותר למצוקה זו, אם בכלל.

### תרשים 8: השקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל ומדינות OECD נבחרות כאחוז מסך ההוצאה הלאומית לבריאות



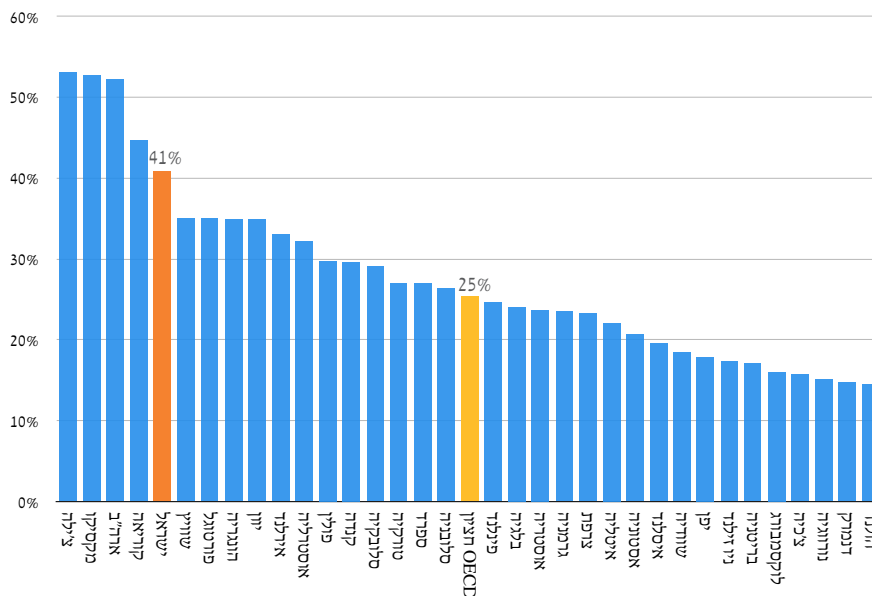
מקור: נתוני ה-OECD עיבוד בנק ישראל

### (iv) תמהיל מימון של ציבורי פרטי

קיימת תמימות דעים בין חברי הוועדה על כך שעדיף לבסס את מרבית מימון מערכת הבריאות על משאבים ציבוריים. ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2012 הייתה 73.8 מיליארד ש"ח מתוכה 59.1% היו הוצאה ציבורית ו-40.9% פרטית.

7 ישראל חוותה בשנים האמורות צמיחה בתוצר זאת בשונה מיפן המצויה במיתון כלכלי עמוק.

### תרשים 9: שיעור הוצאה פרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות



#### נתוני OECD 2013

יחס הוצאה ציבורי-פרטי זה הוא חריג בין המדינות המפותחות פרט לארה"ב וקוריאה, ויש מקום לצמצמו בעיקר באמצעות תוספת משאבים ציבוריים לטובת המערכת הציבורית. שיעור הוצאה פרטית גבוה כל כך יכול להוות בעיה בפני עצמה והוא מהווה סימפטום לבעיות אחרות. שיעור הוצאה פרטית גבוה הוא בראש ובראשונה סימפטום לכך שהרוב המכריע של האוכלוסיה, כולל משפחות מעוטות יכולת, מרגיש צורך להשתמש בגורמים שמחוץ למערכת הציבורית, עד כדי כך שהוא מוכן להוציא על זה את מיטב כספו. ממכלול הנתונים שהוצגו בפני הוועדה אפשר לראות שזו בהחלט אחת הבעיות במערכת הישראלית. המשפחות בחמישון התחתון של ההכנסה מוציאות חלק משמעותי מהכנסתן על רכישת שירותי וביטוחי בריאות.

כמות המשאבים שהובטחה על ידי משרד האוצר, יחד עם הרפורמות האחרות שאולי תתבצענה מתוך המלצות הוועדה, לא ישנו באופן משמעותי את היחס האמור. כך לדוגמה, המיסוי המתוכנן של המערכת הפרטית ותוספת של 750 מיליון ש"ח לבסיס התקציב, בהתאם לסיכום, יעמידו את היחס של ציבורי פרטי על 60.5% ו-39.5% בהתאמה. לכל מי ששואף לשנות באופן מהותי את היחס בין ההוצאה הציבורית לפרטית ברור כי נדרשים מהלכים שאפתנים הרבה יותר.

בנוסף, הדיון לגבי ההוצאה הפרטית על בריאות משמית פרט חשוב, והוא העובדה שכיום מידת המימון הפרטי בתוך מערכת האשפוז הציבורית היא מזערית. כלומר הרוב המוחלט של המקורות הפרטיים מופנים כיום לתוך מערכת הבריאות הפרטית, שהיא חיצונית לחלוטין למערכת הציבורית. יש המכנים את התופעה "הר הכסף" שעליו המערכת הציבורית יכולה רק להשקיף היום אך אין לה האפשרות לעשות בו שימוש. דבר זה מצמצם את עמידות המערכת הציבורית לזעזועים מאקרו כלכליים ומחזק את תלותה בתקציב המדינה. ההשלכות של תלות זו מתעצמות בעתות משבר.<sup>8</sup>

בהקשר זה חשוב גם לציין את העובדה שלא בהכרח כל מערכת בריאות בה 40% מהוצאות הן במימון פרטי ו-60% מההוצאות הן במימון ציבורי, היא לא שיוויונית ולא יעילה. הרבה תלוי במי הם אלה שמכיסים יוצא המימון הפרטי ומי הם אלה הנהנים מהתשלומים. אם, לדוגמה, חלק ניכר מהתשלומים הפרטיים יוצאים מכיסם של בעלי ההכנסות הגבוהות, אך תשלומים אלה מממנים את שירותי הבריאות עבור מיעוטי היכולת, הרי שמדובר במערכת שיוויונית הרבה יותר ממערכת בה אותם 40% של ההוצאה הפרטית יוצאים בחלקם הגדול מכיסם של מיעוטי היכולת.

8 Working Paper No. 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis feb 2014



הצורך ליצור מערכת מימון עם תלות מוגבלת בתהליכי תקצוב משתנים ובלתי צפויים הוא גם עיקרון מנחה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק שאף להבטיח מקורות בלתי תלויים למימושו, כלומר מס בריאות, שנגבה מהאזרחים, והמס המקביל שהושת על המעסיקים. בשנת 1997 ביטל משרד האוצר את המס המקביל תוך התחייבות להשלים את החסר מתקציב המדינה. בפועל, מהלך זה הוביל אף הוא לכרסום ביסודות החוק ולשחיקה במקורות הציבוריים לאורך זמן. ביטול המס המקביל שמוט, ללא מתן אלטרנטיבה, את אחד היסודות החשובים שניסה חוק ביטוח בריאות ממלכתי להנחיל והוא מוגנות יחסית של משאבים המוקצים לתחום הבריאות.

#### 4. המלצות תוספתיות של הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית - כיצד ימומנו?

כזכור הוועדה קבעה כי סוגיית אורך התורים בבתי החולים פוגעת באמון הציבור ובאיכות הטיפול הרפואי. לדעתנו המענה המוצע על ידי הוועדה אינו מטפל בבעיית התמריצים הגורמים להיווצרות התורים ובמקרה הטוב ייתן מענה נקודתי וזמני. לדעתנו אי אפשר לטפל בבעיה יסודית זו של אורך התורים ללא שינוי של שיטת התמחור וההתחשבנות, כפי שנרחיב בהמשך. בנוסף, יש לזכור שלפי המלצת הוועדה יופנה חלק ניכר מתוספת תקציב המובטחת לתוכנית לקיצור תורים. הדבר מעלה חשש, כי לא יתבצע טיפול בצרכים אחרים, חשובים לא פחות במערכת הבריאות, שעבורם "לא נצבע" כסף ייעודי.

אחת ההמלצות המרכזיות של הוועדה היא מודל העסקה של רופאים כ"פולטימרים", כלומר עבודה במערכת הבריאות הציבורית בלבד גם בשעות אחר הצהריים, וללא אפשרות לעבודה נוספת במערכת הפרטית. מטרת המהלך המבוטח הזה היא להרחיב את הפעילות בשעות אחר הצהריים, לקצר תורים וליצור מחויבות גדולה יותר של רופאים בכירים לבית החולים. בנוסף, הצעד אמור להבטיח אטרקטיביות של תחומים ברפואה שבהם אין פרקטיקה פרטית, אך הם חיוניים לחוסנה של מערכת הבריאות הציבורית - כמו פגיות, חדרי מיון ועוד. על מנת להשיג את האפקט המיוחל, יש לתת את הדעת על ההיקף הכמותי של המועסקים במודל זה והעלויות הכרוכות בכך. הרי ברור כי הסבה של עשרות בודדות של רופאים למעמד של פולטימרים לא תיצור את השינוי המיוחל. החלת המודל בצורה מאסיבית תחייב משאבים משמעותיים לפיצוי הרופאים על עבודה נוספת. לצד תוספת שכר משמעותית יש להקצות משאבים נדרשים לקיום פעילות ממשית בשעות העבודה הנוספות, כולל מימון הצוותים הרפואיים והלוגיסטיים, ציוד מתכלה ועוד. למיטב ידיעתנו, הערכות כלכליות מבוססות של עלות מודל הפולטימרים לא הוצגו לוועדה.

המלצות הוועדה בתחום כוח האדם הן אחת הבשורות החשובות בראייה ארוכת הטווח. כוח אדם איכותי ובהיקפים מספיקים הם תנאים הכרחיים למצינות ולאנושיות של מערכת הבריאות. על כן חשוב לנהל את המשאב האנושי מתוך ראייה כוללת. יש לפעול על מנת למנוע שחיקה של הצוותים, להיערך לגל הפרישה הצפוי של עולי שנות ה-90 ולנתב את בחירת מקצועות ההתמחות של הרופאים הצעירים בהתאם לצרכים לאומיים. אנו מעריכים כי במידה שימומשו ההמלצות, ומספר הרופאים והאחיות אכן יגדל, יתרום הדבר אף לצמצום לחצי השכר העתידיים. עם זאת, גם מימוש המלצות אלה מותנה בתקצוב משמעותי נוסף.

#### 5. סיכום

כל פתרון לכשלים של מערכת הבריאות הציבורית בישראל חייב להתחיל בהתמודדות עם המחסור החמור במשאבים המופנים למימון מערכת זו.

קצרה היריעה מלפרט את כלל הצרכים של מערכת הבריאות כפי שהוצגו במהלך שנת עבודתה של הוועדה. עם זאת, גם בהמחשות הקצרות לעיל נראה, כי ההימנעות מהצבת תג מחיר להמלצות גרע מיכולת חברי הוועדה להעריך נכונה את העלויות האמיתיות הכרוכות ביישומן ואת התהום שנפערה בין הרצוי למצוי. אנו סבורים שאחת המטלות המרכזיות של הוועדה, מטלה שהייתה ידועה וברורה לכל חבריה, היא להציע מקורות מימון, כאלה או אחרים, שיבטיחו שיהיו בידי מערכת הבריאות המשאבים הנדרשים לצורך יישום ההמלצות ושיקום המערכת.

כאמור, התוספת המובטחת היא של 300 מלש"ח במענק חד פעמי שאינו לבסיס התקציב ועוד 700 מלש"ח לבסיס התקציב שיתפרסו בין השנים 2015-2017. כמו כן, ניתנה הסכמה לעדכן באופן נכון יותר את רכיב הדמוגרפיה המחויב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ואולם, לאור תמונת המצב של המערכת היום, כפי שבחלקה לפחות הוצגה לעיל, אנו משוכנעים שאין במשאבים שהובטחו די כדי להחזיר את מערכת הבריאות לדרך המלך ולהבטיח כי תוכל למלא את יעודה, על פי החוק, גם בעתיד.



בטבלה להלן מוצג ריכוז חלקי בהסתמך על נתונים שהוצגו בפני הוועדה. חשוב לציין שחלק גדול מהסעיפים לא תומחרו במהלך עבודת הוועדה.

עלויות	רשימה חלקית של הצרכים הנוספים
500 מלש"ח לפחות (על פי תת צוות של הוועדה)	פולטימרים
מאות מיליוני ש"ח	פסיכיאטריה
מאות מיליוני ש"ח	קיצור תורים
עשרות מיליונים	הכשרת כוח אדם
לא ידוע	בינוי-השקעה בנכסים קבועים
מאות מיליוני ש"ח	תוספת מיטות אשפוז
כ-2.5 מיליארד ש"ח	גירעונות קופות החולים
מאות מיליוני ש"ח	צמצום השתתפויות עצמיות
מאות מיליוני ש"ח	החזרת החולים חזרה לתוך מערכת ציבורית

ועוד...

ההחלטה על הקצאת משאבים שמורה לממשלה באישור הכנסת. היא אמורה להתקבל בתום דיון מעמיק בו הוצגו בפני קובעי המדיניות החלופות הרלוונטיות והמשמעויות הכלכליות שלהן. בפועל ויתרה הוועדה על המלצה נחרצת להקצאת משאבים ראויה שעה שהסכימה להסתפק בהצעה של תוספת המשאבים, המצומצמת מאוד, שהובאה בפניה על ידי משרד האוצר. זאת בלי שהמליצה על מקורות מימון משלמים ומספקים לטובת המערכת הציבורית.

אנו משוכנעים שהפתרון לבעיית המחסור החמור והמתרחב במשאבים העומדים לרשות המערכת הציבורית צריך להיות נחרץ הרבה יותר מזה שהוצע על ידי הוועדה. על הפתרון המוצע על ידנו נרחיב בפרק "המודל המשולב".



## 2) מבנה תמריצים לקוי של מערכת הבריאות

- א. מערכת דו קוטבית- תמונת מצב
- ב. אופן זרימת הכסף במערכת הבריאות הציבורית
- ג. אופן הקביעה של גובה המחירים
- ד. מבנהו של מנגנון התגמול של בתי החולים
- ה. סיכום

### א. מערכת דו-קוטבית - תמונת מצב

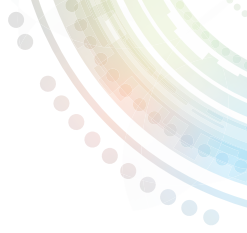
מערכת הבריאות בישראל היא במידה רבה דו קוטבית: מצד אחד מערכת רפואה קהילתית מהמובילות ומהמפוארות בעולם, ומצד שני מערכת אשפוז מידרדרת. מצב זה אינו מפתיע, והוא תוצאה ישירה של מחסור במשאבים מחד גיסא ומערכת תמריצים לקויה, הנובעת משיטת הקצאת המשאבים וההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים, מאידך גיסא? יש שיטענו כי הטענה לעיל עומדת בסתירה לכל הנתונים והמדדים המתפרסמים מדי פעם והמחמיאים מאוד למערכת הבריאות הישראלית. אנו סבורים שחלק גדול מהדיון הציבורי המחמיא כל כך למערכת הבריאות בישראל הוא מוטה ולא מדויק, מאחר שהוא מתבסס בעיקר על מדדים המתארים את מצב הבריאות של כלל האוכלוסייה, שהיא בריאה יחסית, ולרוב מטופלת במסגרת הרפואה הראשונית והשניונית בלבד.

החולים המגיעים לשערי בתי החולים באופן קבוע הם החולים היותר קשים או הכרוניים והם המיעוט באוכלוסייה. היתר פוקדים את בתי החולים בכמה מקרים נדירים יחסית, שדווקא בהם מפלס הכאב, הסבל והחרדה גבוהים במיוחד. לא פעם מדובר בסכנת חיים ממשית. במקרים אלא בדיוק איכות המערכת היא הרת גורל ומהווה נקודת בוחן חשובה למערכת הבריאות ומידת האמון שהתושבים נותנים בה. מהעדויות במהלך עבודת הוועדה, ומניתוח תמריצים במערכת נראה שקיימת שחיקה ממשית במערכת האשפוז בישראל, אשר אינה מוצאת את ביטויה במדדים המקובלים. במילים אחרות, חלק גדול מהמדדים המוכרים המחמיאים כל כך למערכת הבריאות הישראלית מודדים למעשה את מצב הבריאות של אזרחי ישאל ולא את מצב מערכת הבריאות.

### ב. על מה בעצם מתחרות הקופות?

לצורך אבטחת איכות השירות הרפואי וקידומו פועלים במערכת הבריאות שני מנגנונים במקביל. המנגנון הראשון הוא הפיקוח והבקרה על איכות הטיפול (שהוא לא פשוט לישום), והמנגנון השני הוא התחרות בין קופות החולים ובין בתי החולים. הפיקוח והבקרה מכוונים בעיקר לאותם רכיבים של השירות הרפואי שעליהם אפשר לפקח באופן ישיר, כמו, לדוגמה, תכולת הסל, גובה ההשתתפויות העצמיות ורכיבים מסוימים של נגישות השירותים וזמינותם. אולם, רכיבים רבים וחשובים מאוד של השירות הרפואי אינם ניתנים למדידה בקלות, אם בכלל, ועל כן גם הפיקוח הישיר עליהם מוגבל. בין הרכיבים הללו אפשר לציין בעיקר את האיכות הקלינית של השירות הרפואי ורכיבים מסוימים של זמינות ונגישות. כאן בדיוק הוא מקומה של התחרות. התחרות בין קופות החולים אמורה לתמרץ את הקופות להשקיע בשיפור איכות השירות, בעיקר באותם הרכיבים שפיקוח ישיר עליהם הוא בלתי אפשרי. הציפייה היא שהתחרות בין הקופות תתקיים בכל הרכיבים של הטיפול הרפואי, הנמצאים תחת אחריותן, החל בטיפול הראשוני אצל רופא המשפחה ורופא הילדים, עבור בטיפול השניוני אצל הרופאים המומחים, ולטיפול השלישוני בבתי החולים, וכלה בשירותים האחריים המוענקים על ידי הקופות כמו מתן תרופות, בדיקות וכד'. מסתבר כי בפועל אין הדבר כך. מנגנוני התגמול הפועלים היום במערכת הבריאות וצורת ההתחשבות המעוותת בין בתי החולים וקופות החולים, ממקדים את הקופות בשיפור איכות השירותים והטיפולים במסגרת הרפואה הקהילתית ולא נותנים תמריץ לשיפור איכות הטיפולים במסגרת מערכת האשפוז, על אף שגם שירותים אלה נמצאים, לכאורה, באחריות הקופות.

9 הוועדה נמנעה מלדון במבנה הבעלויות במערכת הבריאות בישראל - לדינו עבודה מעמיקה ומקיפה בנושא זה הייתה יכולה לשפוך אור נוסף על המתרחש ואף להוביל לשינוי אם נדרש כזה בין השחקנים השונים במערכת הבריאות. נקווה כי בחינה מסוג זה תגיע בהקדם האפשרי.



על פי החוק, הקופות מקבלות את כלל המשאבים המופנים למימון סל הבריאות, והן משתמשות במשאבים אלה למילוי כל צורכי המבוטחים שלהן, בכלל זה האשפוז בבתי החולים. הוצאות הרכש של שירותי האשפוז הן ההוצאה המרכזית של קופות החולים והם גם עיקר ההכנסות של בתי החולים. הקופות חותמות על הסכמי רכש מול בתי החולים השונים עבור המבוטחים שלהן ובכך קובעות היכן יאושפזו המבוטחים וכמה הן תשלמנה עבור אשפוז זה. **כלומר, ההחלטות לגבי החלק הארי של היקף המשאבים אשר יופנו למערך האשפוז מתוך כספי הציבור הן בידי קופות החולים**<sup>10</sup>.



**אולם, בתנאי התחרות הקיימים היום, לקופות החולים יש תמריץ חלש מאוד, אם בכלל, להשקיע באיכות הטיפול אותו הן מממנות עבור מבוטחיהן בבתי החולים, שברובם הם אינם בבעלותן ואינם תחת אחריותן, והמטפלים גם בחולים של קופות אחרות.** עיקר התחרות בין קופות החולים מתמקד היום בשירותי הקהילה ובשירותים האחרים שהקופות מספקות באופן ישיר (רפואה מקצועית, בדיקות, שירותי מעבדה, מכונים ובתי מרקחת) וכמעט אין כל תחרות בין הקופות על איכות הטיפול או השירות שמבוטחי הקופות מקבלים בבתי החולים. כאשר חולה מגיע לביית חולים, אזי לפחות מנקודת ראותו, האחראי לטיפול בו הוא בית החולים ולא הקופה (הדבר נכון במידה רבה גם כאשר בית החולים הוא בבעלות הקופה). בעיני רבים מהמבוטחים יש הפרדה מוחלטת: את איכות השירות והטיפול שהם מקבלים במתקני הקופה ועל ידי רופאי הקופה, הם מייחסים לקופה, ואת איכות השירות והטיפול אותו הם מקבלים בבית החולים, הם מייחסים לבית החולים. לדוגמה: מעטים מייחסים את אורך התורים בבתי החולים להסכמי ההתקשרויות בין הקופות ובתי החולים.

אין חולק כי הגברת התהליך של המעבר מהאשפוז לקהילה הוא תהליך מבורך שישראל חלוצה בו. אין לנו כוונה לשלול מגמה זו כל עוד משמעותה טיוב המערכת ושיפור השירות לחולה. אולם, אין, מצד שני, משמעות הדבר שכל השקעה במערכת האישפוז היא מיותרת או מזיקה.

### ג. מנגנון קביעת המחירים

התוצאה הישירה של האמור לעיל היא, שעיקר התחרות הנאכפת היום על בתי החולים על ידי הקופות אינה על איכות הטיפול והשירות שבתי החולים מספקים, אלא על ההנחות שאותן הם נותנים לקופות החולים. הגדלה בהנחות, הגם שהיא מביאה לפגיעה באיכות השירות בבתי החולים, משאירה יותר משאבים בידי הקופות, דבר המאפשר להן להתחרות בצורה טובה יותר מול הקופות האחרות באותן הרכיבים של השירות על פיהן, הן נשפטות על ידי המבוטחים.

המשמעות של האמור לעיל היא, שכיום לא רק שכמות המשאבים המועברת לקופות היא קטנה מדי (ראו הדיון בפרק הקודם), אלא גם שמתוך כמות זו, כמות המשאבים המועברת לבתי החולים היא קטנה מדי. אין אנו רואים כיום, פרט לחריגים, את הקופות משקיעות בבתי החולים שאינם בשליטתן, למרות שאלה מטפלים בחולים שלהן.

מצב זה משליך לא מעט על מערכת היחסים בין הקופות ובתי החולים, ובסופו של דבר גם על איכות הטיפול שמקבלים המאושפזים. למעשה קופות החולים, אינן נדרשות כיום להבטיח שלבתי החולים יהיו המשאבים והכלים הנדרשים כדי לספק את השירותים באיכות ובזמינות סבירים. במידה רבה המצב הוא הפוך: קופות החולים רואות זאת כחלק מתפקידן לנצל את התחרות לצורך קבלת הנחות מבתי החולים, הנחות הפוגעות בסופו של דבר באיכות וזמינות השירות שחברי הקופות מקבלים. המצב לא רק שאינו נראה חריג אלא עומד במרכז מדיניות מכוונת של משרד האוצר לדיסון הוצאות הבריאות. העובדה שבתי החולים מספקים שירותים לכל הקופות רק מחמירה את המצב.<sup>11</sup> לדידנו נדרש שינוי מהותי של השיטה, כפי שניציע בפרק המודל המשולב.

<sup>10</sup> בהתבסס על שיטת הקאפינג- עיקרה של שיטת הקפינג הוא קביעת תקרת צריכה שנתית לכל קופת-חולים בכל בית-חולים כללי ציבורי. תקרה זו, המכונה "תקרת צריכה פרטנית במחיר מלא", משמעותה כי בגין שירותים שקופת-החולים רוכשת מבית-החולים עד תקרה זו היא תשלם לו על-פי תעריף התשלום המרבי שנקבע להם, ובגין שירותים שהיא רוכשת מעל לתקרה זו היא תשלם לבית-החולים על-פי תעריף מוזל. סך התקרות של כל קופות-החולים בכל בתי-החולים מכונה "תקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא"

<sup>11</sup> למען הסר ספק, אין באמור כדי לתמוך באינטגרציה אנכית בין הקופה לבתי-החולים. אינטגרציה אנכית איננה יוצרת את התמריצים הנכונים אצל הקופות להשקיע בבתי-החולים ואצל בתי-החולים להשקיע באיכות השירות. אינטגרציה כזו עלולה אף להחמיר את הפגיעה בשירות למטופל כיוון

## ד. מבנהו של מנגנון התגמול של בתי החולים

מעבר לשאלת אופן הקביעה של גובה התגמול שמקבלים בתי החולים בגין השירותים שהם מספקים, קיימת שאלה לא פחות חשובה, והיא מבנה התגמול. מנגנון תגמול יעיל חייב לעשות הבחנה בין הוצאות קבועות, שבית החולים מחויב להן בכל מקרה, לבין הוצאות משתנות. יתירה מכך, כדי ליצור אצל קופות החולים ובתי החולים תמריצים להקצאת משאבים יעילה ביניהם, המחיר שמשלמת קופה בגין כל שירות שהיא מקבלת מבית חולים צריך להיות קרוב ככל האפשר להוצאה השולית של בית החולים בגין הספקת אותו שירות. אם קופה משלמת מחיר שהוא גבוה משמעותית מההוצאה השולית, הרי יש לה תמריץ לא להפנות חולים לקבלת שירות זה, גם כאשר הוא נדרש. מעבר לכך, ישנו תמריץ חזק לקופה לייצר תשתיות עצמאיות למתן שירות זה, או להתקשר חוזית עם גופים חיצוניים להספקתו - שניהם מייצרים תשתיות מיותרות ומייקרים את מערכת הבריאות כולה. בעולם הרפואה, שבו יש למטופלים רק מידע חלקי (אם בכלל) לגבי הטיפול האופטימלי עבורם, התנהלות הספקים והמבטחים המבוססת על תמחור לא נכון היא בהחלט מטרידה מאוד. המצב במערכת הבריאות בישראל כיום הוא כזה, שכמעט אין כל הלימה בין ההוצאות השוליות של בתי החולים ובין התגמול שהם מקבלים. בחלק מהמקרים התגמול גבוה מדי ובחלק אחר הוא נמוך מדי, ביחס להוצאה השולית.

במערכת הבריאות קיימים היום כמה סוגי מחירים בגין השירותים הניתנים בבתי החולים: מחירי יום אשפוז, מחירי פעולות הנקראים גם מחירים דיפרנציאליים, ומחירים לשירותים אמבולטוריים חוץ אשפוזיים. עיקר התגמול במערכת האשפוז מתבסס על מחיר יום אשפוז, המתעדכן מדי פעם. מחיר יום אשפוז כיום, כמו גם המחירים הדיפרנציאליים, משקפים עלות ממוצעת, הכוללת בתוכה גם רכיבים של ההוצאות הקבועות. כלומר על העלות השולית של הפרוצדורות "מעמסים" חלק ניכר מההוצאות הקבועות דוגמת כוח אדם, מיון חירום, שימוש בתשתיות ועוד. אדריכלי השיטה הנהוגה היום לא התעלמו מהעיוותים שהיא יוצרת, ועל כן הנהיגו שימוש ב-CAP וב-a בנוסחת ההתחשבות שתפקידה לדמות כמה שיותר את המחירים הממוצעים למחירים השוליים החל מהיקף פעילות מסויים. אין זה המקום להרחיב בנושא זה, אולם נציין רק שמודל ה-a מייצר עיוותים רבים וחמורים במערכת ומביא להתנהגות לא יעילה בהכרח הן מצד של בתי החולים והן מצדן של קופות החולים.

יש לציין, ששיטת התמחור והתחשבות הנהוגה בישראל היא די חריגה בין המדינות המפותחות המתמודדות עם סוגיות דומות. רוב המדינות המפותחות מאמצות שיטה של תמחור שבה המחיר אותו מקבל בית החולים בגין כל מטופל נקבע באופן אחיד עבור כלל המערכת. שיטת ה (DRG - Diagnosis Related Group) היא הנפוצה ביותר ומיושמת באופנים מגוונים במדינות שונות. הועדה קיימה כמה מפגשים עם מומחים בינלאומיים<sup>12</sup>, אשר הציעו לוועדה לאמץ את השיטה הנהוגה בצרפת, בגרמניה ובאנגליה. למיטב ידיעתנו ומתוך מה שהוצג בוועדה, גם גורמי המקצוע בארץ מעוניינים להרחיב את התמחור הדיפרנציאלי, על מנת להגביר את היעילות ואת השקיפות במערכת. עם זאת, התהליך הנו אטי ותוצריו אינם מיטביים. זאת, הן בגלל מחלוקות על אופן תמחור נכון של רכיבים מסוימים כגון כוח אדם וחומרים מתכלים והן מסיבות טכניות ומהותיות נוספות. המחלוקות לגבי מחירים פוגעות במטופל הקצה שמוצא את עצמו שבו במאבק בין הקופות ובין בתי החולים בלי הכרעה מצד הרגולטור.

עיוות נוסף במערכת התמחור הוא ההתניה כי כל שינוי בתמחור יתבצע בכללים של "סכום אפס". כלומר כאשר מתעדכן מחיר של פרוצדורה אחת כלפי מעלה חייבים להוזיל מחיר של פרוצדורה אחרת, כך שסך ההוצאה על הבריאות לא תשתנה. הבעיה היא, שאם התמחור הנכון הוא לייקר שלוש פרוצדורות ולהוזיל אחת - אין באפשרות תת ועדת המחירים שעוסקת בכך לעשות כן. ישנן דוגמאות למכביר של פעולות שכניסתן למערכת הבריאות מתעכבת בעקבות מחלוקת מקצועית על אופן התמחור הנכון שלהן, כמו גם תמחור לא נכון של פרוצדורות כתוצאה מאילוצים תקציביים, דבר הפוגם ביעילות המערכת וגורם להסטת פעילות גם למערכת הפרטית. כך, לדוגמה, כאשר פרוצדורה מתומחרת נמוך מדי בתי החולים נמנעים מהקצאות חדרי ניתוח לטובת ביצועה. דוגמה מוחשית לכך היא ניתוח כפתורים ושקדים בילדים, שתמחורו הנמוך הביא ליצירת תורים ציבוריים ארוכים מאוד ולהעברת רוב הפעילות לבתי החולים הפרטיים, תוך פגיעה מוחשית בחולים שידם אינה משגת לרכוש ביטוח בריאות. מנגד, תמחור ביתר של פרוצדורות אחרות, לדוגמה צינתורים, גרם לעיוות בהקצאה של כוח אדם ומשאבים ארגוניים לטובתה תוך הזנחה אפשרית של פעולות אחרות.

שהוא הופך ללקוח שבוי.

12 Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH Department of Health Care Management Berlin University of Technology/ (WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) European Observatory on Health Systems and Policies and Elias Mossialos Professor of Health Policy, LSE Health

הנחיה שהשינויים יהי ב"סכום אפס", על אף שהיא תורמת לשליטה של אגף התקציבים בהוצאה הציבורית על הבריאות, מעוותת לחלוטין את מבנה התמריצים במערכת והיא אינה עולה בקנה אחד עם מטרות מדיניות אחרות כגון יעילות, שקיפות, שירות איכותי השקעה ופיתוח של שירותים חדשים ועוד.

### ה. סיכום

הניסיון הבינלאומי מלמד על היכולת לחולל שינויים משמעותיים במערכות בריאות על ידי שינוי התמריצים הכלכליים של השחקנים השונים, בהתבסס על נתונים מהימנים המתעדכנים באופן שוטף. אנו סבורים שיש צורך לעשות שינוי מהותי במנגנון קביעת המחירים והתיגמול של בתי החולים בישראל, כפי שיידון בהרחבה בפרק המודל המשולב.

## 3) כשלים רגולטורים

א. טיב הרגולציה של מערכת הבריאות:

1. ריבוי התפקידים של משרד הבריאות
2. שליטה חריגה של אגף התקציבים במשרד האוצר על מערכת הבריאות
3. כלי רגולציה מוגבלים בידי משרד הבריאות

ב. רגולציה של המערכת הפרטית

1. הכלה לעומת הרחקה
2. רגולציה כמותית לעומת רגולציה איכותית
3. שר"פ כמקרה בוחן?

ג. סיכום

### א. טיב הרגולציה של מערכת הבריאות

מדינת ישראל נטלה על עצמה אחריות להבטיח לכל תושבי ישראל את הזכות לקבל רמה מסויימת של שירותי בריאות, באופן שוויוני ויעיל. לאחריות זו נדבך מהותי והוא רגולציה של הממשלה על מערכת הבריאות בכלל ועל המערכת הציבורית בפרט. בדומה לתחומי מדיניות נוספים, כמו ניהול משק החשמל והמים, ההשכלה הגבוהה, מדיניות הקצבאות של הביטוח הלאומי ועוד, הסוגיה של רגולציה איכותית וחכמה של מערכת הבריאות, היא אתגר חוצה תחומים וממשלות בארץ ובעולם.

קיימת תמימות דעים בקרב חברי הוועדה, כי הרגולציה הנוכחית של המערכת מהווה אחד מעקבי אכילס שלה. בתחומים רבים הפיקוח הוא מינימלי, ובתחומים רבים הפיקוח אינו יעיל. לגבי חלק מחברי הוועדה, עובדה זו הייתה מכרעת ביחס לאי-נכונותם לתמוך בצעדי מדיניות אשר יאתגרו את היכולות הרגולטוריות. מדובר במקרה קלאסי של שאלת "הביצה והתרנגולת": האם טיב הרגולציה הוא תנאי הכרחי לכל רפורמה או שרק אם יוצב אתגר ממשי של רפורמה לא יהיה מנוס מיצירתו של רגולטור חזק?

שאלה מכרעת בכל דיון כזה היא מי הוא הרגולטור של המערכת ומה היא פונקציית המטרה שלו. במהלך דיוני הוועדה נוכחנו לדעת שוב ושוב, שבמקרים רבים למשרד הבריאות אין יכולת רגולטורית אמיתית. יש מספר גורמים עיקריים המשפיעים על כך, ונדון בקצרה בכל אחד מהם:

#### 1) ריבוי התפקידים של משרד הבריאות כרגולטור וכבעלים כאחד

עובדה היסטורית היא ש-11 בתי-חולים הם בבעלות הממשלה וגם נתונים לרגולציה של הממשלה, לצד גופים ציבוריים ופרטיים אחרים. מצב זה מעלה תהיות בדבר האובייקטיביות של הרגולטור בנושאים כספיים בעיקר. נושא מורכב זה נדון בהרחבה במסגרת תת ועדה בראשות גב' רונית קן, אשר המליצה על הקמת רשות אשפוז ממשלתית, שאמורה לשמש כבעלים של בתי-החולים הממשלתיים. מדובר בפתרון ישים ומטבי בנסיבות הקיימות, ועל כן אנחנו תומכים בו, אך זהו פתרון חלקי בלבד. בתי-החולים ימשיכו להיות מוחזקים בבעלות המדינה, ולכן לא פוטר את הבעיה הזאת. יש לזכור, כי במקרים רבים לרגולציה יש השפעה על איתנותם של בתי-חולים ומאחר שהבעלות על בתי-החולים היא בידי המדינה כמכלול ולא רק של משרד הבריאות, הרי שנוצרים קשיים הנוגעים לא רק לתפקוד משרד הבריאות כרגולטור, אלא גם לתפקוד של משרדים אחרים הנוגעים בעניין, כולל משרד האוצר.

#### 2) שליטה חריגה של אגף התקציבים במשרד האוצר על מערכת הבריאות

מרכזיותו של אגף התקציבים במשרד האוצר, בהתוויית מדיניות הממשלה, נדונה בהרחבה במגוון הזדמנויות, בהקשר של מקומה של פקידות ביחס לנבחרי ציבור, בכל הקשור לקביעת סדרי עדיפויות של המדיניות. מדובר בדיון חשוב וראוי, אך ברצוננו



להאיר זווית אחרת, הנוגעת לאיכותה של עבודת הממשלה כתוצאה מכוח חריג של צוות בריאות באגף התקציבים במשרד האוצר.

אגף התקציבים הוא יחידה מקצועית במשרד האוצר, שתפקידה המרכזי הוא ניהול פיסקאלי אחראי של תקציב המדינה ברמת המאקרו ובקרה וסיוע בניצול התקציב ברמת המיקרו. הוא מעורב בכל תחומי העשייה הממשלתית מתוקף תפקידו, ומבנה הארגוני מותאם לכך. נושאי מדיניות שונים מתחלקים בין ששת סגני הממונה על התקציבים. על תחום הבריאות אחראי סגן הממונה לתחומים חברתיים. תחתיו פועל צוות כלכלנים מקצועי אך מצומצם מאוד (כ 4). צוות זה קובע, נכון להיום, היבטים רבים מאוד של אופן הניהול של מערכת הבריאות בישראל, הן ברמת המאקרו והן ברמת המיקרו. רזולוציות ההתערבות והשליטה בכל הנעשה במערכת הבריאות חריגות בכל קנה מידה ובהשוואה לפעילות בכל תחום מדיניות אחר ביחס לסקטור הציבורי כולו, גם בארץ וגם בעולם. אחת המטרות המרכזיות המוצהרות של צוות הבריאות היא שליטה על גודל ההוצאה הלאומית על הבריאות בכלל, ולא רק על תקציב מערכת הבריאות הציבורית. מטרה זו לא קיימת בתחומים אחרים של פעילות האגף: צוות חינוך לא מנסה להגביל את ההוצאות של הציבור למורים פרטיים, ולמכונים להכנה לפסיכומטרי; צוות תעסוקה לא מגביל את התשלומים למכוני הכשרה פרטיים.

כחלק של המדיניות, הצליח הצוות להוריד את שיעור ההוצאה הציבורית על הבריאות מ-5.2% מהתוצר ב-1995 (בדומה לממוצע ה-OECD) ל-4.4% היום (לעומת עלייה ל-6.6% ב-OECD). המחסור במשאבים במערכת נובע מכך.

השאיפה לריסון ההוצאה הציבורית חייבת להיות מאוזנת על-ידי גורם רגולטורי משמעותי בעל יכולת להציב בראש סדרי העדיפות את הערכים הרפואיים של איכות השירות, זמינותו והנגישות אליו, עבור המטופלים. מלאכת עיצוב המדיניות מחייבת ראייה כוללת של המטרות, ועל כן חשוב להבטיח, כי האילוץ הפיסקאלי יאוזן כנגד ההישגים הרצויים בתחום הבריאות. רגולטורים חזקים בתחום המאקרו של תקצוב המערכת, יחד עם משרד הבריאות כרגולטור על איכות השירות הבריאותי, חיוניים לטיוב המערכת וליצירת איזונים נכונים יותר.

מתוך היכרות רבת שנים עם המערכת, ומתוך ניסיונו בוועדה בשנה האחרונה, השתכנענו שנכון להיום, הרגולטור העיקרי של מערכת הבריאות הוא צוות הבריאות באגף התקציבים במשרד האוצר, ואילו משרד הבריאות הוא לרוב הגורם המייעץ. את המצב התמוה אפשר להמחיש בכך, שמנכ"ל משרד הבריאות תלוי באישור של רכז באגף התקציבים, בהקצאת מיטת אשפוז בודדת או בהעברה של תקן כוח אדם בבית-חולים ממשלתי. גם שינוי בתמחור פרוצדורה בודדת מחייב אישור של אגף התקציבים. להערכתנו, לא יהיה שינוי מהותי במערכת כל עוד לא יעשה תהליך בחינה מקצועי ובלתי תלוי, שיאפיין גבולות גזרה ורמות התערבות של אגף התקציבים במשרד האוצר, בעבודת משרד הבריאות.

דפוס העבודה של אגף התקציבים, הכולל התערבות בכל היבט מיקרו, ניכר גם במהלך דינוי הוועדה. הנציגים בוועדה דרשו להיות חברים בכל צוות שקם במהלכה ואחריה, כולל צוות שיגדיר רשימת פרוצדורות מצילות חיים, צוות שידון באורכי תור נורמטיביים ועוד. זאת תוך אמירה מפורשת, שכל דבר שעשוי להשפיע על התקציב מחייב את אישורם, ושצוות שבו לא ישולבו לא יהיה רלוונטי. לא אחת במהלך הדיונים, הביעו חברי הוועדה תמיהה מדוע לאגף התקציבים דריסת רגל כה גדולה בעשייה מובהקת של משרד הבריאות.

### מדוע המצב בעייתי?

שליטתו של אגף התקציבים באוצר בניהול השוטף של המערכת ובכל החלטה יומיומית היא בעייתית בכמה ממדים. ראשית, אי-אפשר לצפות ממספר כה קטן של אנשים, מוכשרים ונחושים ככל שיהיו, לשלוט על מערכת ענקית ומבוזרת כפי שתוארה לעיל. אין זה הגיוני בתחומי האנרגיה, התחבורה, התשתיות, ההשכלה הגבוהה, וגם לא בתחום הבריאות. בכל התחומים הללו אגף התקציבים מהווה גורם חשוב ומשפיע ברמת המאקרו, אך המדיניות נקבעת במשרד הרלוונטי והתמחור נעשה על-ידי הרשות המתאימה, תוך בקרה מתאימה. בשונה מתחומי מדיניות אחרים, בהם מתקיים שיח מגוון יחסית ויש כמה שחקנים שמעצבים את המדיניות, בתחום הבריאות יש מונוליטיות באופן קבלת ההחלטות. מצב זה מנטרל שיח מקצועי, מגביר השפעה של מנפיי לחץ אחרים ומזמין דפוסי עבודה משבריים וכוחניים. הדבר גורר חשדנות וחוסר אמון בין השחקנים השונים ומצד הציבור ומונע תהליכים חיוניים לטובת מערכת הבריאות והמטופל.

שנית, לשליטה המרכזית של אגף התקציבים השלכות מיידיות על איכות המערכת ועל "צווארי הבקבוק" במלאכה השוטפת. להערכתנו, חלק ניכר מהחלטות חשובות מעוכבות על שולחן הרכז, שמנסה כמיטב יכולתו לתת את דעתו להיבטים רבים



ומגוונים שבהם עוסק משרד הבריאות. העובדה שצוות הבריאות הוא בעל יכולת להטיל כיום וטו על כל צעד וצעד מצמצמת את מרחב היוזמה של משרד הבריאות והופכת כל תהליך ניהולי לתהליך של משא ומתן, שבו החלטות מקצועיות מעוככות לא פעם כ"בנות ערובה" לטובת כפייה של החלטות אחרות שדורשים אנשי האגף. מיותר לציין, כי מעמדו של משרד הבריאות כרגולטור הוא חלש כתוצאה מן הצמצום של מרחב העצמאות בקבלת החלטות מדיניות.

שלישית, השליטה של אגף התקציבים במערכת הבריאות פוגעת ביכולותיו של משרד הבריאות למלא את יעדיו: מצד אחד משרד האוצר מנטרל את משרד הבריאות בתהליך קבלת החלטות בנושאים מקצועיים, ומצד שני הוא משתמש בנימוק של חולשת משרד הבריאות כרגולטור כדי להמשיך ולהחליש אותו מול בתי-החולים וקופות-החולים. גורמי השטח הפנימו את המסר ופיתחו ערוצי עבודה ישירים מול אגף התקציבים באוצר, ולא פעם עוקפים את משרד הבריאות. הם מנהלים משא ומתן תקציבי ומקצועי מול צוות הבריאות באוצר כדבר שבשגרה, ולא אחת מיידעים את משרד הבריאות בהחלטות שהתקבלו, או משלבים אותו לקראת סוף הדיונים, כאשר יכולת ההשפעה של המשרד על המתרחש מוגבלת. דוגמה בולטת לכך היא הסכמי הייצוב מול קופות-החולים שבהם מועברים מיליארדי ש"ח לתקצוב סל הבריאות בהסכם בדיעבד במסגרת משא ומתן בין אגף התקציבים ובין קופות-החולים תוך הצבת יעדים איכותיים לקופות. מדובר במצב אבסורדי, המעמיק את חוסר יכולתו של משרד הבריאות לאסדר ולפקח על המערכת.

חשוב לציין, כי מדיניות הדלת הפתוחה עבור קופות-החולים במשרד האוצר נוצרה בין היתר לאור החשש של משרד האוצר, כי האינטרסים של הקופות עשויים להיפגע כתוצאה מריבוי הכובעים של משרד הבריאות. גם אם חשש זה היה מוצדק בעבר, הרי עכשיו, עם הקמת רשות אשפוז ממשלתית, יש מקום לבחון מחדש את ההשלכות של התנהלות זו על יכולת האסדרה והפיקוח של מערכת הבריאות מצד משרד הבריאות. יתר על כן, נראה שלא פעם אגף התקציבים מאמץ לעצמו עמדה המגוננת על אינטרסים של קופות-החולים, דבר ההופך אותו לרגולטור שבוי ביחס לרפורמות נדרשות, בפרט בתחום הביטוח ותמחור פרוצדורות. במלים אחרות, למשרד האוצר יש ריבוי כובעים לא פחות בעיית, ואולי אף יותר, מאשר למשרד הבריאות. חשוב להימנע ממצבים כאלה, מאחר שהאחריות המרכזית המוטלת על כתפי הרגולטור היא דאגה לבריאות הציבור כולו ולא למעמדו של ארגון זה או אחר. כפי שמשרד הבריאות פועל לצמצום המעורבות בניהול בתי-החולים הממשלתיים, ראוי שגם אגף תקציבים באוצר יעשה מהלך דומה ביחס לקופות-החולים.

לסיכום, הניסיון של צוות בריאות באגף התקציבים לנהל את מערכת הבריאות באופן מרכזי הן ברמת המאקרו והן ברמת המיקרו נועד מראש לכישלון. בליט ברירה עיקר הדגש של הצוות הוא על ריסון ההשקעות בציוד ובכוח אדם, מחשש שאלה עלולים להוביל לגידול בהוצאה הציבורית, גם אם הם יעלו את רמת הבריאות של המטופל הציבורי. האמונה כי אפשר להכתיב התנהלות רצויה למערכת הבריאות, במקום להבנות תמריצים נכונים ולפקח בצורה נבונה, פוגעת בסופו של יום בחולים. הירידה לפרטים והמעורבות הכמעט יומיומית בהחלטות שוטפות, פוגעת ביכולתו של הצוות להיות גורם יוזם ומוביל של רפורמות משמעותיות, המשפיעות ברמות המאקרו. במקום זה, הצוות בעצם שומר על הסטטוס קוו כפי שהדבר בא לידי ביטוי גם בדיוני הוועדה. כך קרה גם בכמה הזדמנויות במהלך 20 השנים האחרונות, כאשר אנשי הצוות לא אבחנו נכון את המגמות. רפורמות משמעותיות עם פוטנציאל גדול נתקלו בסירוב ובניסיונות סיכול מצד אחד, ואילו מנגד, קודמו במלוא המרץ מהלכים הטומנים בחובם סיכונים רבים (שאכן התממשו). אגף התקציבים היה בין המתנגדים הבולטים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכיום האגף רואה בו אבן היסוד החשובה ביותר במערכת הבריאות הישראלית. אגף התקציבים תמך בהקמתו של בית-החולים "אסותא" והרחבתו, זאת מתוך אמונה כי יצליח לשלוט בהיקף פעילותו באמצעות קציבת מיטות אשפוז, אך היום רואה בו אחת הבעיות הגדולות של המערכת (אנו איננו שותפים לעמדה זו). התעקשותו המסורתית (עד לא מזמן) של האגף על הגבלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל, תוך התעלמות מהמלצות ועדת פזי, הייתה מבוססת על תפיסה, שכל רופא נוסף מעלה את ההוצאה על בריאות. היום הצוות באגף מודה, כי המחסור ברופאים הוא אחת הסיבות לעליית ההוצאה על בריאות.

למרבה הצער, על אף הטעויות בעבר, לא נעשתה הפקת לקחים וההנחות הבסיסיות של הצוות ודפוס עבודתו לא השתנו. לא זיהינו במסגרת הוועדה נכונות לסטות מ"האמתות המוחלטות" של היום (לפי הניסיון עד עתה, סביר שחלקן יתבררו כלא נכונות), שעל בסיסן הצוות פועל.



### (3) כלי רגולציה מוגבלים בידי משרד הבריאות

הממשלה הכירה בכך שעל-מנת לבצע רגולציה על מערכות כלכליות מורכבות יש צורך בהקמת גוף מקצועי ובלתי תלוי. כך קרה בתחומים כמו ההשכלה הגבוהה (הוועדה לתכנון ותקצוב), משק החשמל (רשות החשמל), משק המים (רשות המים) מערכת הבנקאות (הפיקוח על הבנקים), רשות ההגבלים, רשות ניירות ערך ועוד. במערכת הבריאות, על אף המורכבות הכלכלית שלה, לא הוקם גוף רגולטורי מקצועי, עצמאי וחזק דומה. כתוצאה מכך יש מחסור בכלי פיקוח, ובשל כך איכות הרגולציה נפגעת, ויש קושי ביישום רפורמות דרושות. יתר על כן, בחלק מהמקרים שצוינו לעיל, היה זה אגף התקציבים שיזם את הקמת הגופים האמורים, תמך בהם בשלבי ההקמה ועמד איתן מול לחצים כנגד. הצורך בהקמת גוף כזה מתחזקת נוכח העובדה, שהנימוק המרכזי לשליטה ההדוקה ברמת המיקרו מצד אגף התקציבים במשרד האוצר במערכת הבריאות כפי שהוצגה לעיל הוא חולשת הרגולציה. בכל המקרים שציינו קודם, שאבו הגופים הרגולטוריים העצמאיים את הסמכויות מתוך משרדי הממשלה. במקרה של מערכת הבריאות, הסמכויות מרוכזות בפועל במשרד האוצר.

על אף האמור לעיל, לא יהיה זה נכון לפטור באופן מלא את משרד הבריאות מאחריותו על ניהול המערכת. במהלך העדויות בפני הוועדה נטען, כי חלק מחוזרי המנכ"ל שישוגרו בעבר לשטח אינם ישימים או לא מגובים באמצעים לביצועם, ולכן הופכים לאות מתה ואף פוגעים במעמד המנכ"ל כגורם מנחה מחייב. כמו כן, נחשפנו לעובדה כי מידע הנוחץ הן לרגולציה והן לפיקוח אינו זמין למשרד הבריאות, וגם לא מועבר אליו למרות הנחיותיו ובקשותיו. מדובר בבעיה ניהולית של המשרד, לצד תפיסה שגויה של בתי-החולים והקופות ביחס למבנה שלטוני נכון. קשה להעלות על הדעת סיבות המצדיקות התעלמות מהנחיות הרגולטור. אחד ההסברים החלקיים שניתנו הוא ארגז כלים משפטי מצומצם העומד לרשות המשרד: כלים כמו סגירת בית-חולים לא ישימים, וכלים הדרגתיים יותר קשים ליישום. אנו ממליצים למשרד הבריאות ולמשרד המשפטים לפעול להתאמת הכלים אם באמצעות חוק בתי-חולים ואם באמצעים נוספים כפי שיידרשו. זאת במקביל להפעלת הכלים הניהוליים והארגוניים הקיימים כבר היום. המודל שנציע בהמשך מספק כלים נוספים.

בעידן הטכנולוגי שבו אנו חיים אין סיבה שלא כל המידע הרלוונטי לבקרה ולקבלת החלטות יהיה ממוחשב וזמין. חשוב לבצע בהקדם האפשרי מהלך לסנכרון מערכות המחשב השונות ויצירת לוח "מפקד" במשרד הבריאות, עם המידע הנוחץ עבורו כרגולטור חכם. האינטרס הוא של כולם, ומידע אמין וזמין הוא רכיב חשוב בהבניית יחסי אמון וכתשתית ליכולת תכנון מערכת טובה יותר. אחת הטענות שהושמעו כנגד הרחבת האפשרויות לביצוע ניתוחים פרטיים במתקני המערכת הציבורית הייתה חוסר היכולת לפקח על היקף הניתוחים במערכת הציבורית, שיבוצעו אחר הצהריים. לטעמנו, מדובר בנימוק חסר בסיס מאחר שבימינו, עם מערכות המידע הבסיסיות ביותר, לרגולטור לא צריך להיות כל קושי לעקוב אחר היקפי הפעולות השונות בבתי-החולים. חשוב לציין כי אותם אלה הטוענים כי לא ניתן לעשות בקרה במערכת הציבורית משוכנעים כי יוכלו לעשות כן במערכת הפרטית, וגם על כך נרחיב בהמשך.

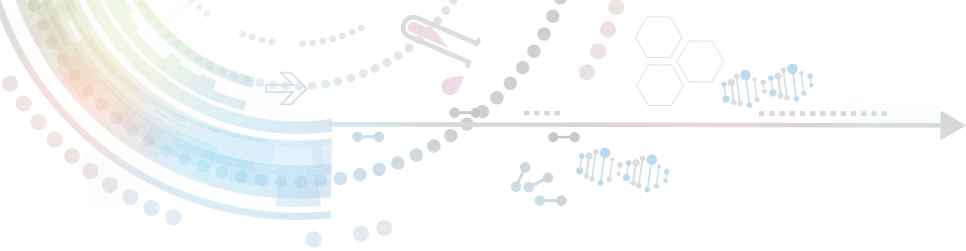
## ב. רגולציה של המערכת הפרטית

### 1. הכלה לעומת הרחקה

הנחת העבודה של כל חברי הוועדה היא, שמערכת הבריאות הפרטית תמשיך להתקיים בישראל לצד המערכת הציבורית. השאלה העיקרית הנשאלת, אם כן, היא מה יהיו היקפיה של הרפואה הפרטית ומה יהיו קשרי הגומלין בינה ובין המערכת הציבורית. מאחר שבמערכת הבריאות קיימות השפעות חיצוניות חזקות מאוד (הן שליליות והן חיוביות) בין המערכת הפרטית והמערכת הציבורית, הרי שגבולות הרגולציה במערכת לא יכולות להיעצר במערכת הציבורית, וחייבת להיות רגולציה משמעותית גם על ממדים מסוימים של המערכת הפרטית. לפי הבנתנו, המלצת הרוב בוועדת גרמן מתמודדת באופן מאוד לא מספק עם השאלה מהי הדרך הטובה ביותר לפיקוח על המערכת הפרטית. המצב הנוכחי, שלפי דעתנו לא ישתנה לטובה בעקבות המלצות הרוב, הוא מסוכן למערכת הבריאות הציבורית, ביחוד לאור הדינמיקה שהוא מייצר. אנו סבורים שברוב הממדים של השירות הרפואי, הדרך הטובה ביותר לפקח על המערכת הפרטית היא באמצעות שילובה במתקני המערכת הציבורית, תוך הפעלה של מנגנוני מעקב ובקרה הדוקים.

מבחינות מסוימות, נקודת ההסתכלות שלנו היא הפוכה מזו של הרוב. חלק גדול מאלה המתנגדים לשילובם של רכיבים מסוימים מהמערכת הפרטית במתקני המערכת הציבורית (לדוגמה, בחירת מנתח במימון פרטי), מנמקים התנגדות זו בקשיי רגולציה. אנו טוענים, שהקשיים ברגולציה הם אחת הסיבות העיקריות לשילוב חלקים מסוימים של מערכת הבריאות הפרטית במסגרת המיתקנים והניהול של המערכת הציבורית. אנו סבורים שקל יהיה הרבה יותר לפקח על המערכת הפרטית אם זו תהיה תחת





## הניהול והאחריות של המערכת הציבורית (כלומר בתי-החולים וקופות-החולים) מאשר כאשר היא מתבצעת לחלוטין בנפרד מהמערכת הציבורית.

אחת הטענות העולות לפרקים בהקשר של שילוב המערכת הפרטית והציבורית היא, ש"על מערכת הבריאות אי אפשר לפקח". באמירה זו יש, לטעמנו, לא מעט הגזמה, חוסר הבנה ודמגוגיה. ראשית, עלינו לזכור שכל אמירה מסוג זה צריכה להיבחן לעומת האלטרנטיבות. אם אנו סבורים שהאלטרנטיבה לשילוב מסוים של רפואה פרטית במערכת הציבורית, היא קיומן של שתי מערכות נפרדות, האחת פרטית והשנייה ציבורית, הרי השאלה הרלוונטית היא באיזה משני המודלים הפיקוח על הרפואה הפרטית יהיה יעיל יותר. דעתנו החד משמעית היא, כי במערכת משולבת, יהיה הפיקוח על הרפואה הפרטית יעיל הרבה יותר מאשר אם היא פועלת במערכת נפרדת.

האלטרנטיבה שבה בחרו רוב חברי ועדת גרמן היא הפרדת התשתיות (הציבורית והפרטית) והטלת מגבלות על זמינותה של המערכת הפרטית. זאת על-ידי הפעלת מגבלות הן על הביקושים לרפואה פרטית (בעיקר באמצעות מגבלות שונות על הביטוחים הפרטיים) והן על ההיצע של רפואה כזו (בעיקר באמצעות מגבלות שונות על רופאים העובדים במערכת הפרטית ועל בתי-החולים הפרטיים). אנו סבורים שזו אלטרנטיבה בעייתית מאוד. ראשית, כפי שההיסטוריה הכלכלית הוכיחה שוב ושוב, ובייחוד כאשר מדובר בשירותי בריאות, קשה מאוד לנטרל את כוחות השוק, הן מצד הביקוש והן מצד ההיצע, רק באמצעים רגולטוריים של קיצוב, ובדרך כלל נדרשים אמצעים אחרים. האם זה פשוט כל כך למנוע מתושב ישראל לרכוש ביטוח בריאות מחברת ביטוח זרה עבור טיפולים שאותם הוא יקבל בארץ? כבר היום ישנן לא מעט חברות ביטח בינלאומיות, המאפשרות למבוטחיהן לקבל טיפולים במדינות שונות. האם פשוט כל כך למנוע מקבוצת רופאים ישראלים לפתוח מרפאה פרטית לחלוטין ולממן חלק מהפעילות שלה מתיירות מרפא? האם זה פשוט כל כך למנוע מקבוצת רופאים ישראלים לפתוח מרפאה פרטית או להתחבר לבית-חולים בקפריסין או במדינה קרובה אחרת, ולבצע שם ניתוחים, בין היתר גם על מטופלים ישראלים, כמה ימים בשבוע או בחודש? עלינו לזכור שבמצב של מצוקה בריאותית אנשים מוכנים לשלם מחיר גבוה מאוד כדי לקבל את הטיפול שהם סבורים שהוא הטוב ביותר בשבילם. יש לא מעט סיבות לחשוש שניסיונות להגביל במידה ניכרת את הביקושים וההיצעים של הרפואה הפרטית יפכו את ישראל מיצואנית של תיירות מרפא ליצואנית של מטופלים! מעבר לכל אלה, אם אכן אפשר להקטין, בעזרת כלים רגולטוריים שונים, את הביקושים וההיצעים של הרפואה הפרטית, אזי על אחת כמה וכמה קל ויעיל יותר לעשות זאת כאשר הרפואה הפרטית המצומצמת פועלת במסגרת המערכת הציבורית ולא מחוצה לה. ראשית, מעקב ופיקוח יעיל יותר על היקף הרפואה הפרטית אפשרי, כאשר זו מתבצעת במערכת הציבורית. שנית, המערכת הציבורית תינהג מכל התרומות שהרפואה הפרטית יכולה להעניק לה, בלי חשש שהיא תפגע מהמערכת הפרטית, שהיקפה יהיה מוגבל.

## 2. רגולציה על כמויות לעומת רגולציה על איכות

כאשר אנו מדברים על פיקוח של מערכת רפואית חשוב מאד לעשות הפרדה בין פיקוח על המרכיבים ה"כמותיים" ובין פיקוח על המרכיבים ה"רפואיים" של השירות. כאשר מדובר על פיקוח על המרכיבים הכמותיים של השירות, הרי אין כל הבדל בין פיקוח על מערכת רפואית ובין פיקוח על כל גוף או ארגון או מערכת כלכלית אחרת. הדרישה שבית-חולים לא יבצע יותר מאחוז מסוים מהניתוחים שלו במסגרת הביטוחים הפרטיים או תיירות המרפא קלה הרבה יותר לפיקוח מאשר הדרישה שמפעל רהיטים ישלם 26.5% מס על רווחיו, או מהדרישה שמפעל יפלוט לא יותר מכמות מסוימת של מזהמים לאוויר. אף אחד לא טוען שלא ניתן לפקח על אלו ולכן יש להגביל את פעילותם. כל גוף כלכלי, אם זהו בנק, חברת מזון או בית-חולים, אינו שמח להיות מפוקח ויעשה כל שאפשר להתחמק מההשלכות של הפיקוח. אם הוא יעשה זאת בדרך לא חוקית (לדוגמה, על-ידי העלמת הכנסות), הפרט לוקח את הסיכון שהוא ייתפס ויענש. אם הוא עושה זאת בדרך חוקית (לדוגמה על-ידי "תכנון" מס), הרי תפקידו של המפקח לפרש את גבולות המותר. אותו הדין ניתן להפעיל לגבי מערכת הבריאות. אם המנהלים או הרופאים יפרו את המגבלות הכמותיות על הרפואה הפרטית, בדרך שאיננה חוקית, הם מסתכנים בעונשים בשל עבירה על החוק, ואם הם יעשו זאת בדרך חוקית, אזי יהיה על המפקח לפרש ולהתאים את הכללים.

בעוד שאין בעינינו כל קושי בפיקוח על המימדים הכמותיים של השירות הרפואי (הציבורי או הפרטי), בייחוד כאשר זה מתבצע במסגרת המערכת הציבורית, הרי שאין ספק כי קיים קושי רב בפיקוח על האיכות של הטיפול הרפואי. קושי זה נדון בהרחבה בספרות, והוא מתמקד בעיקר בהיבט הקליני של השירות. כדאי לשים לב שכמה ממדים של איכות השירות, כמו זמינות, נגישות ואפילו שביעות רצון מטופלים, למרות שהם לכאורה מרכיבים של איכות הטיפול, הם במובנים רבים משתנים "כמותיים", שיחסית קל למדוד אותם ולפקח עליהם. המימד העיקרי שעליו קשה לפקח הוא המימד של האיכות ה"קלינית" של הטיפול הרפואי. כאן בדיוק מתעוררת השאלה של האלטרנטיבה. באיזו מסגרת יהיה הפיקוח על איכות הרפואה הפרטית, ועל השלכותיה

על הרפואה הציבורית, יעיל יותר? האם קל יותר לפקח על איכות הטיפולים הפרטיים כאשר הם מבוצעים במסגרת המערכת הציבורית, או כאשר הם מבוצעים במסגרת נפרדת? בספרות הכלכלית נעשית הבחנה בין איכות שהיא **verifiable** (כלומר ניתנת לכימות ואימות) ואיכות שהיא **observable** (כלומר ניתן "לראות" אותה, אך היא אינה ניתנת לכימות לאימות). במידה רבה, איכות הטיפול היא **observable** אך לא **verifiable**, ובמקרה כזה הדרך הטובה ביותר לפקח על האיכות היא באמצעות בקרת עמיתים ומנהלים. לנו (כמו לרבים מהמומחים שהופיעו בפני הוועדה) אין ספק, שהפיקוח על איכות הרפואה הפרטית יהיה יעיל וזול יותר אם הרפואה הפרטית תתבצע תחת הניהול והבקרה של המערכת הציבורית מאשר אם היא תתבצע במערכת נפרדת שבמידה רבה, היא "נסתרת" מן העין.

אם אכן תהייה מגבלה על סוג השירותים וכמותם שהרופא, המחלקה ובית-החולים יוכלו לבצע במסגרת הפרטית בבית-החולים הציבורי, ואם תהייה הקפדה על מגבלה זו (דבר שכאמור בעינינו הוא בר ביצוע), אזי החשש בנוגע להסטת חולים מהמערכת הציבורית אל המערכת הפרטית כמעט שאינו קיים. אם, לדוגמה, יאסר על רופאים לבצע רפואה דחופה במסגרת הרפואה הפרטית שמתבצעת בבית החולים הציבורי, אזי לא יהיה מצב שבו בית-החולים או הרופא ינסו לשכנע חולים שהגיעו למיון, לבצע את הפרוצדורה במסגרת השר"פ, אלא אם הם עבריינים ומוכנים להסתכן בענישה. הוא הדין לגבי מגבלת הכמויות שתוטל על המערכת. אם לא יתאפשר לרופא לבצע יותר מ-15%, לדוגמה, מפעילותו במסגרת הפרטית, הרי, סביר שהרופאים יצליחו להגיע למכסה הזאת גם בלא הסטה של חולים מהמערכת הציבורית לפרטית. גם כאן, רופא או בית-חולים שיחרגו ממגבלה זו מסתכנים בעבירה על החוק ובענישה. לסיכום נקודה חשובה זו, אנו מאמינים שמגבלה על סוג הרפואה הפרטית במערכת הציבורית והיקפה עשויה לפתור חלק גדול מן הבעיות העולות בהקשר של הכלת הרפואה הפרטית במסגרת מתקני המערכת הציבורית.

### 3. שר"פ קיים כמקרה בוחן - האומנם?

אחת ה"הוכחות" שמוצגות לעיתים לחוסר היכולת לפקח על מערכות רפואיות היא העובדה, שבמערכת הבריאות בישראל יש לא מעט דוגמאות שבהן "הפיקוח נכשל": לדוגמה, הפיקוח על השר"פ בהדסה. זוהי אמירה שגויה ומטעה. כל שהדוגמה של הדסה מוכיחה הוא את הטענה שכולנו מסכימים לגביה שהפיקוח כיום הוא רופף ולא יעיל. בעצם, אף גורם לא ניסה לפקח ברצינות על הצד הכלכלי של הדסה בטענה, שהיתה נוחה למדינה לאורך שנים, שזהו בית-חולים פרטי ולכן אפשר להתעלם מגרענותיו. כולנו יודעים איך זה נגמר. ואם הטענה היא שלא ניתן לפקח על הדסה, שהיא רובה במימון ציבורי, אז איך נפקח על אסותא? כמובן ששתי הטענות לא "מחזיקות מים".

מעבר לכך, ישנן, למיטב הבנתנו, דוגמאות במערכת הבריאות בהן הפיקוח מצליח מאוד. לדוגמה: קופת חולים כללית היא בעלת 14 בתי-חולים ומאות סניפים. הקופה פיתחה מערכת פיקוח יעילה המבוססת על נתונים זמניים ועדכניים, המאפשרים להנהלה להוביל את הארגון הענק הזה. הדבר נוצר בשני העשורים האחרונים על בסיס מערכת לא יעילה ומסורבלת המלאה בתמריצים גרועים. אין שום סיבה שהמדינה לא יכולה ללמוד מכך, ואף להעתיק מהכללית.

דוגמאות נוספות הן הפיקוח על היקף "הססיות" המבוצעות על-ידי תאגידי הבריאות בבתי-החולים, שזו דוגמה קלאסית של פיקוח על כמויות, או הפיקוח על הטכנולוגיות שבת-החולים רשאים לרכוש. "הקושי לפקח" על כמויות נראה כמו תירוץ לא משכנע.

במסגרת המאבק בשר"פ שמענו לא מעט תיאורים, חלקם קשים מאוד, על המתחולל במסגרת השר"פ בבתי-החולים בירושלים. אפשר להתייחס באריכות לנושא זה, אולם נאמר כאן רק כמה דברים: ראשית, ללא פיקוח של המדינה (וכנראה של ההנהלה), יש לצפות למקרים חריגים וגם להיווצרות נורמות בעיתיות. אך כדי לעשות השוואות אמיתיות, וללמוד על יתרונות של כל שיטה, יש צורך להחיל מתודולוגיה שלוקחת בחשבון בין היתר את: אורך התורים בבתי-החולים השונים כולל הפרטיים, היקף פרוצדורות מיותרות המתבצעות, היקף תופעת הפרוטקציה, הרפואה השחורה, אם ישנה ועוד. הסקת מסכנות מהסתכלות שטחית על בית חולים בקשיים לא יכולה להוות בסיס לדין רציני.

כאשר בוחנים את השר"פ בירושלים חשוב לבחון גם את אשר הוא נתן למערכת כמו, למשל, הכנסות נוספות שאפשרו רכישת טכנולוגיות מתקדמות, הישארות הצוות הרפואי בבית החולים עד השעות המאוחרות שאפשרה טיפול גם בחולים קשים שהגיעו לבית-החולים בשעות אלה והדרכה של סטודנטים במשך כל שעות היום. אין זה נכון לבחון רק את ה"מחיר" שהשר"פ אולי גבה. מעבר לכך, כאשר אנו בוחנים את השלכות השר"פ בירושלים, חשוב לעשות זאת בפרספקטיבה רבת שנים (השר"פ בירושלים פועל כבר כמה עשורים) ולא רק בפרספקטיבה של השנים האחרונות.



## ג. סיכום

כשלים רגולטוריים הם שורש הבעיה של מערכת הבריאות וללא מערכת רגולטורית חזקה, מקצועית ועצמאית לא ניתן יהיה ליישם פתרונות אחרים. כל פתרון לכשלים במערכת הבריאות הציבורית בישראל חייב להתחיל מהתמודדות עם כשלי הרגולציה הקיימים היום במערכת. למשרד הבריאות יש את כח האדם המקצועי כדי לבצע את המשימה, אך יש צורך בתגבור ובמתן אפשרות למשרד למלא את ייעודו על ידי תוספת כלים והרחקת אגף התקציבים מניהול המיקרו של המערכת. המלצות הרוב בוועדת גרמן לא מציעות פתרון מספק לכשל זה, ולכן לא יכולות להוות בסיס לטיפול אמיתי בבעיות המרכזיות במערכת. אנו סבורים שהתמודדות נכונה עם כשלי הרגולציה צריכה לתת מענה כולל כפי שנציע בפרק המודל המשולב.

## 4) שחיקה באמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית

- א. תמונת מצב נוכחית
- ב. גורמים עיקריים לרמת האמון הנמוכה היום:
  1. היעדר זמינות סבירה של השירותים במערכת הציבורית.
  2. היעדר אפשרות לבחור גורם מטפל במערכת האישפוז הציבורית.
- ג. האם נכון לאפשר בחירת רופא חינום?
- ד. סיכום

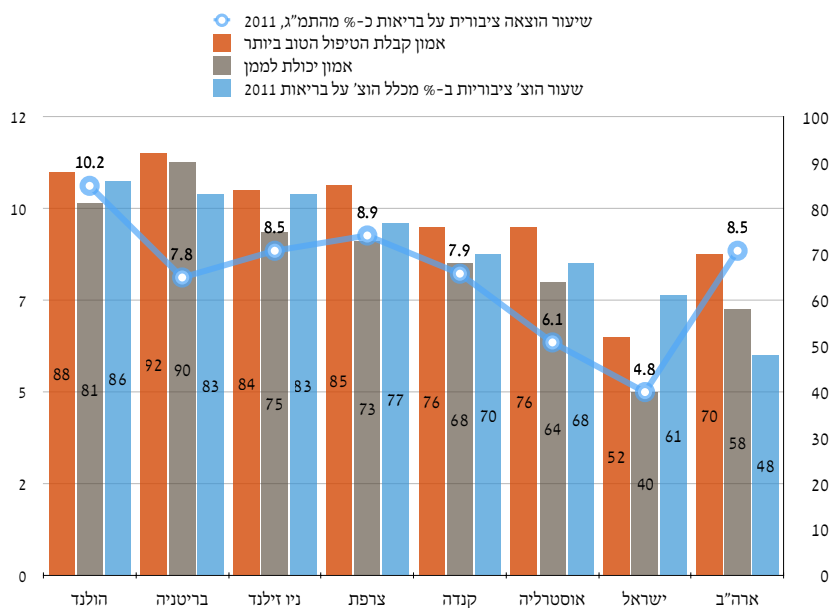
### א. תמונת מצב נוכחית

הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית הציבה לעצמה כיעד לראות את המטופל במרכז העשייה של מערכת זו. בבסיס תפיסה זו נעוצה ההבנה כי מטרתה של כל מערכת ציבורית היא המטופל אותו היא משרתת. אחד ממבחני ההצלחה החשובים של המערכת הציבורית הוא מידת האמון של הציבור בה, כלומר עד כמה הוא סומך עליה שהיא תבוא לעזרתו ברגעים קשים של חולי וכאב.

חשוב לזכור כי הצורך של המטופלים למצוא מענה מיטבי לבעיה בריאותית בזמן הופעתה הוא מאוד חזק. הדבר נכון בכל העולם ומהווה ערך עליון בתרבות הישראלית. ככל שרמת האמון של הציבור תהיה גבוהה יותר כך גוברים הסיכויים שהשימוש בשירותיה של המערכת הציבורית יעשה מתוך בחירה ורצון חופשיים שיאותתו על חוזקה ולא מתוך העדר חלופות. מה עוד שעבור חלק ניכר באוכלוסייה קיימת האפשרות לקבל מענה רפואי במערכת הפרטית.

תרשים 9 מסכם את התמונה העגומה: אמון הציבור במערכת הבריאות במדינת ישראל הוא נמוך יחסית למדינות המפותחות. כמו כן אנו רואים מתאם בין שיעור הוצאה הציבורית על בריאות לבין רמת האמון שהציבור נותן במערכת הבריאות.

### תרשים 9: הוצאה ציבורית על בריאות ואמון במערכת

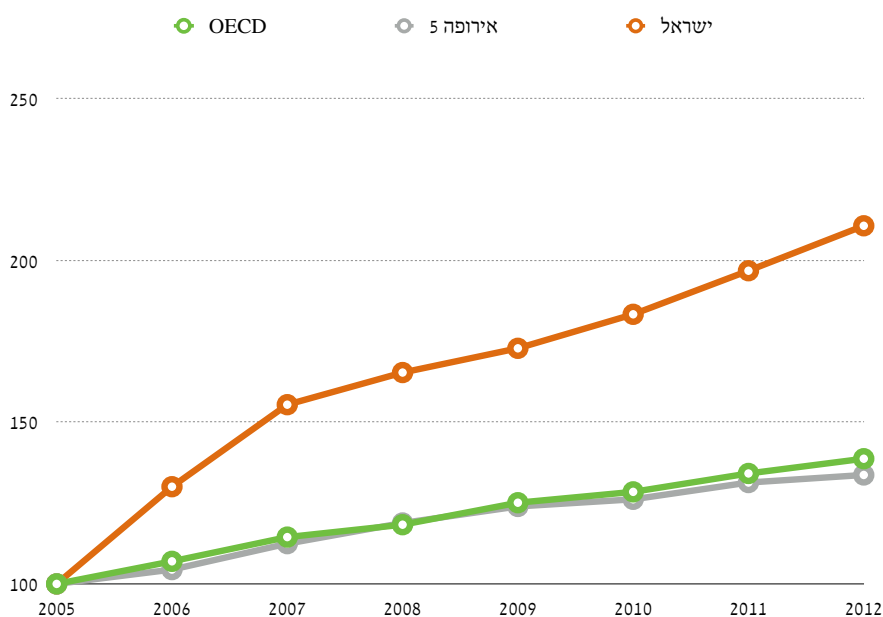


מקור: ברמלי-גרינברג ומדינה הרטום, 2012  
 OECD Health Data 2013 - Frequently Requested Data



על אף שאמון הינו מימד מורכב לכימות ומדידה ניתן למצוא לכך עוגנים בשיח הציבורי, בסקרי דעת הקהל<sup>13</sup> ובהיקף רכישת ביטוחי בריאות משלימים ומסחריים ובניצולם כפי שניתן לראות בגרף הבא:

### שיעור השינוי בהוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים לנפש ב-OECD 2005-2012 (2005=100)



מקור: עיבוד משרד הבריאות על נתוני OECD 2014

תוך 7 שנים עלתה ההוצאה על ביטוחי בריאות בישראל ב-110% לעומת 40% ב-OECD. הישראלים מוכנים לשלם סכומים ניכרים עבור ביטוח בריאות פרטי, לעיתים תוך רכישת ביטוחים כפולים. לכך השלכות ברורות על יוקר המחיה. תת-הוועדה לנושאי ביטוחים בראשות ד"ר שלומי פריזט גיבשה מתווה, שעיקרו פישוט המערכת ושיפור התמריצים ואנו תומכים בהמלצותיה. עם זאת, הסיבות העיקריות לחוסר האמון במערכת הציבורית, שהוא המניע המרכזי של הציבור לחיפוש אחר מטריית הגנה בדמות הביטוחים הפרטיים, זכו לטעמנו להתייחסות חלקית ולא מספקת בהמלצות הוועדה כולה.

אין ספק ששיווק אגרסיבי של חברות הביטוח והשב"נים העצים וממשיך להעצים את החששות של הציבור יתר על המידה. אך אל לנו לפתור את עצמנו, החשש מבטא חוסר אמון של הציבור כי ביכולתה של המערכת הציבורית לספק מענה הולם למטופליה, חשש שאינו משולל יסוד, במיוחד בהינתן מחסור הולך וגדל במשאבים. אנו משוכנעים שאם לא יינתן מענה ראוי לחשש זה, המגמה רק תמשיך להתרחב.<sup>14</sup>

הצמיחה המהירה של מערכת הבריאות הפרטית בעשור האחרון מהווה סמן ברור לחולשתה של המערכת הציבורית בעיני הציבור. ניסיון "לחנוק" את הרפואה הפרטית בישראל, רעיון שעלה יותר מפעם אחת הן בקרב חברי הוועדה והן מחוצה לה, ללא מתן חלופה הולמת במערכת הציבורית, לא יביא לחיזוק הרפואה הציבורית ובוודאי לא לחיזוק האמון בה. יתר על כן, יתכן שמטופלים בה רבים ייפגעו.

<sup>13</sup> אחת הדוגמאות היא סקר שביעות רצון של מכון ברוקדייל. מעניין לראות כי גם כאן ניכר המבנה הדו קוטבי של המערכת כאשר קופות החולים זוכות לצינים גבוהים משמעותית מבתי החולים.

<sup>14</sup> שווקים של ביטוחי בריאות פרטיים הם תופעה קיימת בכל העולם. לא כאן המקום לנתח את המבנה והתמריצים הפועלים בשוק זה.

ניתוב המטופלים בכוח לעבר המערכת הציבורית באמצעות צמצום האפשרויות מחוצה לה אמנם ישפר במקצת את הסטטיסטיקה של תמהיל ההוצאה הלאומית, אך הדבר יחזק חשדנות של המטופלים החפצים באפשרויות בחירה, ויגביר את חוסר שביעות רצון ואף עזיבה לתוך מערכות פרטיות בתוך ומחוץ לגבולות מדינת ישראל. יש ערך לכך שהציבור יבחר את המערכת הציבורית מתוך ראית היתרונות שבה ולא מתוך כפייה.

## ב. גורמים עיקריים לרמת האמון הנמוכה היום

הסיבה העיקרית להידרדרות האמון במערכת הבריאות הציבורית הוא השחיקה המתמשכת באיכות שירותיה ובזמינותם, הנגזרת מהשחיקה בהיקף המשאבים העומדים לרשותה, כפי שהובהר לוועדה. התורים הארוכים, מצב בעייתי של התשתיות הפיזיות במיוחד בפריפריה, תנאי מלונאות ירודים, רמת השירות למטופל ובני משפחתו במהלך האשפוז בכל בתי החולים בארץ ועוד, מהווים כר פורה להידרדרות האמון במערכת. יתרה מכך, המחסור במשאבים יוצר מעגל קסמים בעל השלכות שליליות מאוד: העדר המשאבים מביא לשחיקת האיכות של המערכת, וזו גורמת לנטישה של חלק מהמטופלים את המערכת הציבורית לטובת המערכת הפרטית. נטישה זו מקטינה את הלחץ לתוספת משאבים למערכת הציבורית, מה שגורר הקטנה נוספת של המשאבים, וזו שוב גורמת לשחיקה נוספת באיכות, וחוזר חלילה. דרושה רפורמה משמעותית כדי לעצור את ההידרדרות.

מעבר למחסור במשאבים, ישנן עוד מספר סיבות לשחיקת האמון של התושבים במערכת הבריאות הציבורית בישראל. להלן נתמקד בשתיים מהן:

### 1. היעדר זמינות סבירה של השירותים במערכת הציבורית

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מספק רובד ביטוח אוניברסלי לכלל האוכלוסייה. המחוקק הדגיש כי הטיפול יינתן ב"זמינות ונגישות סבירה": למרות עמימותו, מצביע המושג על כוונה ברורה. במרוצת השנים סוגיית זמינות השירותים הופכת למהותית יותר ויותר, ולדעת רבים מהווה אחד הסימפטומים המרכזיים להיחלשותה של מערכת הבריאות הציבורית. עצם קיומו של שירות רפואי כלשהו בתוך סל הבריאות הציבורי אינו מהווה ערובה לכך שהמטופל יקבלו בעת הצורך. התורים הארוכים במערכת מהווים חסם אמיתי למימוש הזכויות ובפועל מעלימים את שכבת ההגנה הבסיסית שהחוק שאף להעניק.

אין די בעובדה שרופא מומחה מהמעלה הראשונה מועסק על ידי המערכת אם המטופל נאלץ להמתין לביקור אצלו במשך חודשים ארוכים ולעתים אף יותר משנה. הדבר מערער את אמון הציבור במערכת הציבורית. כך גם בנוגע לפרוצדורות ואבחונים - עצם קיומו של מכשיר מתקדם או שירות אינו מהווה ערובה למימוש הזכות לשירות זה. במהלך דינוי הועדה ניכר שהמחסור במשאבים מונע ממערכת הבריאות הציבורית לספק את סל השירותים ברמה נאותה של זמינות, נגישות ואיכות. בקופות-החולים הסיבה המרכזית לכך היא, כאמור, תקצוב בחסר, המונע הרחבת השירות.

בבתי-החולים המצב מורכב יותר. קיים ניצול חלקי בלבד של התשתיות כתוצאה ממחסור במשאבים ומעיוותים בתמריצים כפי שמפורט בפרק על תמחור והתחשבות. המערכת סובלת מאבטלה מבנית בשעות אחר הצהריים. חדרי הניתוח המתקדמים ומכשור יקר ערך עומדים כאבן שאין לה הופכין. חלק ניכר מהרופאים הבכירים אינם נמצאים בין כותלי בית החולים אחר הצהריים, משום שהם פועלים במערכת הפרטית בשעות האלה. אנו עדים לפרדוקס עצוב שבו קיימים תורים ארוכים לצד תשתיות ריקות ולא מנוצלות באותה מערכת ציבורית. הציבור משלם על כך פעמיים: פעם אחת על ידי מימון של תשתיות שאינן מנוצלות כראוי. ובפעם השנייה בזמן ההמתנה הארוך לקבלת טיפול על בסיס התשתיות הללו. אחד ממנהלי בתי החולים במרכז הארץ דימה את מצבה של מערכת האשפוז למטוס F15 שאינו מופעל עקב מחסור בדלק: הוא גם עולה הרבה וגם לא מספק הגנה.

ועדת גרמן קבעה, כי אורכי התור במערכת הציבורית מהווים אחד המכרסמים הגדולים של אמון הציבור במערכת. אנו מסכימים עם הקביעה, אך משוכנעים כי המענה שניתן לה על ידי הוועדה, בדמות הזרמה חד-פעמית של כספים ציבוריים, אינה מספקת ולא תטפל בשורש הבעיה לאור התמריצים הפועלים במערכת הבריאות כפי שמפורט בפרקים הקודמים.

לא רק אורכי תור משפיעים על האמון הנמוך במערכת, גם אי-הוודאות באשר לשאלה האם ימצאו בבתי החולים הצוותים המתאימים לטפל בחולה במקרה הצורך. העובדה שבשעות אחר הצהריים והערב רופאים בכירים רבים אינם נמצאים אינה תורמת לתחושת הביטחון של המטופלים המאושפזים בבתי החולים הציבוריים (באותה מידה, המאושפזים בבתי-חולים פרטיים מרגישים פחות בטוחים בשעות הבוקר).



## 2. היעדר אפשרות לבחור גורם מטפל במערכת האישפוז הציבורית

גורם נוסף המשפיע על שחיקת האמון והוא אי היכולת לממש במערכת האישפוז הציבורית את הרצון, לפחות של חלק מהמטופלים, להשפיע על ההליך הרפואי ותוצאותיו, בעיקר באמצעות בחירת הגורם המטפל, לרוב הרופא המנתח.

חברה מערבית ליברלית מושתתת על עקרונות הבחירה החופשית. גם מדינת ישראל צעדה כברת דרך מאז ימי הקמתה, כאשר חופש הבחירה של הפרט לא היה ערך חשוב כפי שהוא היום. החברה הישראלית עוברת תהליכים סוציולוגיים מורכבים, המובילים לתופעה בולטת של שינוי ב"טעמי הציבור". חלק גדול מהציבור אינו מוכן עוד להפקיד את גורלו באופן בלעדי בידי מערכות גדולות, שמחליטות עבורו בשאלות בריאותו. המודעות לאוטונומיה על הגוף קיימת בכל שכבות האוכלוסייה ובולטת במיוחד בקרב קבוצות משכילות, אמידות כלכלית או מאורגנות, לדוגמה המגזר החרדי. אנשים רוצים להיות שותפים להליך הטיפולי ולקבל החלטות העשויות להשפיע על בריאותם, בייחוד בצומתי החלטות קריטיים. הדגש הוא על בחירת הגורם המטפל הן ברמת המוסד והן ברמת הרופא. האמון שהמטופל רוחש לגורם המטפל משפיע לא פעם על סיכויי ההצלחה של הליך הריפוי. כלומר הבחירה יכולה לשפר גם את המימד הסובייקטיבי וגם את המימד האובייקטיבי.

ברמת קופות-החולים, אף עוגנה אפשרות הבחירה בחקיקה בשל חשיבותה: כל פרט חופשי לבחור את הקופה שבה הוא מטופל, אך לא כך במערך המומחים והאישפוז. דווקא כאשר הפרט נמצא במצב הקשה ביותר, חופש הבחירה שלו מוגבל: במקרים רבים הוא איננו יכול לבחור את בית-החולים שבו יטופל, ובכל מקרה הוא אינו יכול לבחור את הרופא המטפל. כיום אין אפשרות רשמית לבחור רופא מומחה בבתי-החולים הציבוריים, להוציא גופים כמו "הדסה", "שערי צדק" ו"מעני הישועה". לדעת רבים, כולל מחברי עמדת מיעוט זו, לעובדה שהרצון לבחור רופא מטפל אינו מקבל מענה במערכת הציבורית יש השלכות על רמת האמון שרוכש הציבור במערכת הציבורית, והוא מהווה גורם מכריע במשיכתו למערכת הפרטית. לא פלא שגידול ברפואה הפרטית החל מייד עם האיסור על שר"פ בשנת 2002.

לא פעם עולה הטענה, כי הבחירה מצד המטופלים אינה מועילה מאחר שאין לפרטים הבנה בנושאים רפואיים מורכבים. טענה זו עומדת בסתירה מסוימת לעובדה הפשוטה, שהמדינה מחייבת את האזרחים לבחור את קופת החולים שלהם. לבחירת הקופה השלכות גורליות על איכות הטיפול הרפואי שזוכה לו כל המשפחה, והבחירה נעשית על ידי אותם "לא מומחים" כביכול. אם בחירה של רופא היא בעייתית, אזי בחירת הקופה היא בעייתית הרבה יותר עקב מורכבות ההחלטה. מעבר לכך, העדר מומחיות של הצרכנים קיים לא רק בתחום הבריאות אלא גם בתחומים רבים אחרים. העובדה שאדם אינו מומחה למשהו אינה צריכה למנוע ממנו לקבל החלטות בנושא, להוציא מקרים שבהם שבחירתו הוא גורם נזק ממשי לעצמו ולסביבתו. כדי לעזור לפרט לקבל החלטות נכונות, קמות מערכות, פרטיות ו/או ציבוריות, שמפשטות את התהליך ותומכות בהחלטות.

המתנגדים להעניק אפשרות בחירה טוענים, כי לבחירת גורם מטפל יש היבטים של חוסר יעילות כלכלית. טענה זו נכונה במובן צר של המושג, אך לא המסקנה הם גוזרים ממנה: איסור הבחירה. לכל זכות בחירה באשר היא, יש מחיר במושגים של עלות כלכלית. כל ענף כלכלי המבוסס על מוצר הומוגני הוא זול יותר, ממערכת עם מגוון מוצרים. אך עלות היא לא הגורם היחיד במידת היעילות: יש להתחשב בערך הבחירה עבור הבוחר. אי לכך איננו ממהרים לאמץ משטר כלכלי הנוטל את אפשרויות הבחירה מאזרחים. בהערכה שמרנית, אפשר להוזיל אחזקת מכוניות בארץ בכ-30%-40% אם נצמצם את הבחירה באופן משמעותי - האם הציבור יסכים לכך? מדינות טוטאליטריות דגלו ביעילות הכלכלית במהלך המאה הקודמת והכתיבו לאזרחיהן באיזה רכב מותר להם לנסוע, אם בכלל. כך גם בנוגע למוצרי אלקטרוניקה, לשירותי עריכת דין, לבגדים ועוד. לאף אזרח במדינת ישראל בשנת 2014 הדבר אינו נראה הגיוני. מדוע אם כן, שיהיה כך בבריאות, היכן שלבחירה ברגע הצורך יש ערך עצום בעיני החולה?

עם זאת ברור כי לבחירה יש גבולות והיא חייבת להיות מאוסדרת ומאורגנת על מנת למנוע פגיעה בסביבה בה היא מתקיימת ובבוחרים. אחריות הרגולטור היא לשפר את תהליך הבחירה ולא למנוע אותו. חשוב להנגיש מידע רלוונטי ולפתח כלי סיוע לבחירה מושכלת, עד כמה שאפשר, גם אם בעיית חוסר ההבנה והמומחיות של המטופלים לא תיפתר במלואה. הרצון והאפשרות לבחור על אף חוסר היעילות המסוימת שבה, מקדמת ערכים נוספים אחרים חשובים.

הרצון הבסיסי להשפיע על הטיפול כדי למצוא מזור לבעיה רפואית, מובילים לכדי נכונות לשלם כסף רב עבור הבחירה, או להפעיל קשרים ופרוטקציה במידת האפשר. לרבים ממקבלי החלטות בתחום הבריאות, לנבחרי ציבור, לידוענים, לתורמים ולעיתונאים, יש קשרים ענפים במערכת הבריאות הציבורית, המאפשרים בפועל בחירת המטפל. אין פלא, שמספר הטלפון של מנהל בית החולים ציבורי גדול הוא כנראה אחד המבוקשים ביותר במדינה. מדובר במנגנון לא שקוף, לא שוויוני ולא הוגן במהותו.





חמור מכך, לעתים הוא אף מטשטש עבור מקבלי ההחלטות ומובילי דעה את עומק הבעיה הקיימת אצל "האנשים הרגילים". רבים אינם רואים דחיפות במתן מענה לרצון המובהק של הציבור לבחור רופא כיוון שהם אינם חשים על בשרם את התסכול שבאי-היכולת לעשות זאת.

תופעת הפרוטקציה היא לאו דווקא התופעה המסוכנת ביותר הנובעת מחסימת אפיק רשמי לבחירת רופא בפני המטופלים: תופעה מסוכנת לא פחות היא הרפואה השחורה. תופעה זו מובילה לשחיקת נורמות חברתיות ולפגיעה בתדמית הרופאים ככלל. לפי הערכות, התופעה הזאת כמעט ולא קיימת בבתי חולים בירושלים, ומאז פתיחתה של רשת "אסותא" בה ניתן לבחור רופא, היקף הרפואה השחורה בבתי חולים במרכז הצטמצם כי ישנה אפשרות של תשלום חוקי עבור הבחירה ולקבל החזר ממבטח.<sup>15</sup> צימצום של זכות הבחירה בהכרח יביא להגברת התופעה, הרחבת הבחירה תצמצמה.

### ג. האם נכון לאפשר בחירת רופא חינם?

בעוד שאנו משוכנעים כי יש לאפשר ואף להרחיב באופן משמעותי את האפשרויות לבחירת מנתח, במערכת הבריאות הישראלית, אנו סבורים שלא נכון יהיה לאפשר זאת ללא תשלום מצד המטופל, באמצעות הביטוחים המשלימים או המסחריים. הסיבה לכך היא פרקטית בעיקרה ומתקשרת לדיונים בפרקים הקודמים, בדבר המחסור במשאבים במערכת. ללא תוספת תקציבים משמעותית מאוד למערכת, האפשרות לבחירת רופא תייצר תורים ארוכים עוד יותר מאלה הקיימים היום. הקצאת תקציבים בסדר הגודל הנדרש לצורך מימוש זכות הבחירה באופן סביר, לא נראית אפשרית במצב המשק הנוכחי ובהתחשב בצרכים אחרים של המערכת. לפי חישוב גס שלנו, תוספת המשאבים הדרושה לכך היא באופן משמעותי גדולה יותר מתוספת התקציב שניתנה למערכת לכלל צרכיה. נקודה זו היא חשובה מאוד מאחר שמעת לעת עולה ההצעה למתן אפשרות לבחירת מנתח במסגרת הסל הציבורי (הצעה זו עלתה במהלך דיוני הוועדה גם על ידי חלק מחברי הוועדה). הצעה זו לא עומדת בבחינה של המציאות בה פועלת מערכת הבריאות הציבורית בישראל. אנו משוכנעים שעלות מתן אפשרות בחירה תבוא על חשבון שירותים אחרים חשובים לא פחות. בעוד שאנו משוכנעים שיש לאפשר בחירת מנתח במסגרת המערכת הציבורית, אנו מתנגדים לכך ששירות זה יבוא על חשבון שירותים חשובים אחרים! המטרה היא לחזק את המערכת ולא להחלישה.

הדרך שאנו מציעים לפשר בין רצון המטופלים לבחירת מנתח והאילוצים הכלכליים שבהם פועלת המערכת הוא על ידי מתן אפשרות בחירה, אך בתשלום. את המודל המדויק אותו אנו מציעים נציג בהמשך.

### ד. סיכום

אין ספק שקיימת שחיקה משמעותית במידת האמון שהציבור מעניק למערכת הבריאות הציבורית בארץ. השחיקה באמון חדלה ממזמן מלהיות רק סימפטום לחולשת המערכת והפכה לבעיה בפני עצמה.

מספר צעדים חייבים להינקט במקביל על מנת להחזיר את האמון במערכת הבריאות הציבורית בישראל. הצעד הראשון והחשוב מכל הוא שיקום איכותה של המערכת על ידי נקיטת כל הצעדים שנדונו בהרחבה בעמדת מיעוט זו, בנוסף לאותן המלצות של ועדת גרמן שאנו עומדים מאחוריהן. מעבר לכך, מערכת הבריאות הציבורית זקוקה לאפשר בחירה של רופאים מטפלים גם בבתי החולים הציבוריים, ונכון וראוי יהיה שאפשרות בחירה זו תמומן על ידי הביטוחים המשלמים והמסחריים ולא מתוך תקציבי הסל הציבורי.

<sup>15</sup> ישנה שונות בהגדרות של מה היא "רפואה שחורה" הנעה בין תשלום ישיר באמצעות כסף מזומן לרופא עבור בהענקת מנתות וכלה בשימוש בקשרים חברתיים לצורך קידום טיפול רפואי שלא על בסיס דחיפות אובייקטיבית.



## עתיד מערכת הבריאות הציבורית: תחזית לאור המלצות הוועדה

לפני קצת יותר מעשור, לאחר שהוחלט לאסור את השר"פ בבתי החולים הציבוריים, פרט לירושלים, היו כאלה שסברו כי צעד זה יעצור או לפחות יחליש את צמיחת הרפואה הפרטית בישראל. בבסיס החשיבה הזאת הייתה האמונה, המנחה את מתנגדי הכנסת אפשרות בחירת מנתח בתשלום לבתי החולים הציבוריים גם היום, שהגבלת ההיצע והקטנת התחרות בין הספקים הפרטיים תביא לצמצום הרפואה הפרטית. חשיבה כזו לא מתישבת עם התאוריה הכלכלית, לא עם הממצאים האמפיריים מהעולם, וכמובן לא עם המציאות בישראל בעשור האחרון. תוך מספר שנים, מאז אותה החלטה, הרפואה הפרטית בישראל התפשטה בקצב מסחרר בכיוונים שונים, חלקם, לפחות, לא רצויים ואף מזיקים. אין מדובר רק בצמיחה חסרת התקדים של בתי החולים הפרטיים, אלא גם במאות המרפאות הפרטיות שנפתחו בארץ מאז. כמעט ליד כל בית חולים ציבורי גדול מתקיימת היום פעילות ענפה של רפואה פרטית, וכך גם באזורים אטרקטיביים אחרים, כמו לדוגמה קניון רמת אביב או מרכז חורב בחיפה. ההסבר לכך הוא פשוט: **ישנם כוחות כלכליים שאי אפשר לחסום אותם לחלוטין וקשה מאוד לפקח עליהם. במקרים רבים הדרך הטובה ביותר בה המדינה יכולה לפקח על כוחות אלה או לרסן אותם היא על ידי כך שהיא בעצמה "תנהל" אותם.** ברגע שהמדינה החליטה להוציא את הרפואה הפרטית מבתי החולים הציבוריים היא בעצם ויתרה על הפיקוח - כלכלי ורפואי - עליהם והשאירה אותו לכוחות השוק, שכידוע בתחום הבריאות אינם פועלים בהכרח באופן יעיל ובוודאי שלא שיויוני.

ועכשיו לתחזית. אם לא נדאג:

1. להקים גוף פיקוח כלכלי חזק, מקצועי, ובלתי תלוי שיקבע ויפקח על תנאי ההתקשרות בין השחקנים השונים במערכת ועל הרכיבים הכמותיים האחרים שלה.
2. לשנות את שיטת התימחור והתחשבנות, בין בתי חולים וקופות חולים, ולהרחיב את אפשרויות הבחירה של מטופלים בבתי חולים, באופן שייצר תמריצים טובים יותר במערכת.
3. להביא למערכת הציבורית את המשאבים להם היא נדרשת.
4. לשלב את הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית בצורה מפקחת ואחראית.
5. לאפשר בחירת רופא בתשלום בבתי החולים הציבוריים.

אזי התופעות השליליות שחווינו בשנים האחרונות יתרחבו ויגיעו למימדים גדולים בהרבה מאלה שאנו עדים להם היום. למעשה, בהמלצתה להשאיר את ההפרדה הקיימת היום בין שתי המערכות, הפרטית והציבורית, הנציחה עמדת הרוב של ועדת גרמן את המצב הקיים היום והחלישה מאוד את יכולת הפיקוח של המדינה על המערכת הפרטית, דבר שיביא להמשך ההתפתחות של מערכת פרטית לא יעילה, בדומה לזו האמריקנית. לדעתנו זוהי רק שאלה של זמן עד שתופעה זו תגיע גם לפריפריה. אנו משוכנעים שלא ירחק היום (ברגע שהיצע השירותים הפרטיים במרכז הארץ ימצה את עצמו ויתחיל להיות צפוף מאוד) שבו תתחלנה לקום מרפאות פרטיות מחוץ לכותלי בית החולים גם באזור הפריפריה. וכמו במרכז, זו תהיה רפואה פחות מפקחת פחות מנוהלת ופחות יעילה. האם מישו מעלה על הדעת שהמדינה תוכל לאסור פעילות זו באזור הפריפריה בעוד שהיא מתאפשרת ופורחת במרכז הארץ?

**לדידנו, ברגע שהוועדה החליטה ליצור הפרדה מוחלטת בין מתקני הרפואה הפרטית ומתקני הרפואה הציבורית היא למעשה הצביעה נגד מודל של רפואה פרטית מרוסנת מנוהלת ובעד שר"פ לא פורמלי, לא מנוהל ולא מרוסן שהוא הגרוע מכל הבחינות.**

יתר על כן, המלצות הרוב של הוועדה מביאות להעמקת התלות המוחלטת של המערכת במצב ובהחלטות משרד האוצר. נקודה זו מתחזקת מאוד לאור העובדה, שכמעט כל התחזיות המאקרו כלכליות לשנים הבאות, שאנו מכירים, מנבאות לחצים תקציביים אדירים. קשה להאמין שהמדינה תמצא את המקורות הציבוריים הנדרשים לממן את המערכת הציבורית ברמה הנדרשת, בייחוד לאור ההתפתחויות הטכנולוגיות הרבות הציפויות ולאור והזדקנות האוכלוסייה.

ייחודה של מערכת הבריאות הציבורית, וזאת ובניגוד למערכות ציבוריות רבות אחרות, שהיא יכולה לנצל את מעמדה המיוחד ואת יתרונותיה הרבים כדי לגייס משאבים לצורך מימון פעילותה, לא רק דרך המקורות הציבוריים. האם אין לנו עושים עוול לחולים במערכת הציבורית, הנזקקים לטיפול ומקווים לקבל את הטוב ביותר, כאשר לנו מוותרים על אפשרויות מימון אלה?

#### לסיכום:

מחסור גובר במשאבים בשילוב עם תמריצים מעוותים והיעדר גולציה נאותה, יגדילו עוד יותר את שחיקת האמון במערכת ויביאו לנטישתה בעיקר על ידי בעלי היכולת. הדבר יחמיר עוד יותר את חוסר היעילות וחוסר השיויוניות של מערכת הבריאות בישראל, הנגלים לעין כבר היום: מצד אחד רפואה פרטית יקרה ולא יעילה ומצד שני רפואה ציבורית באיכות הולכת ומידרדרת. ככל שההגבלות על הרפואה הפרטית תגברנה, ללא מתן מענה הולם במסגרת המערכת הציבורית, כך תעלה הסבירות להתפתחותו של "שוק שחור" ועזיבה הן של רופאים והן של מטופלים את המערכת הציבורית.



## המודל המשולב

- א. הבעיות המרכזיות עמן המודל מבקש להתמודד
- ב. רכיבי המודל המשולב
  1. חיזוק הרגולציה על מערכת הבריאות בכללותה, הן זו הציבורית והן זו הפרטית
  2. שיפור התמריצים במערכת הבריאות
  3. איגום משאבים לטובת המטופל הציבורי
- ג. דיון בהסתייגויות מהכנסת שירותים בתשלום למערכת הבריאות הציבורית
  1. הסתייגות עקב פגיעה בשוויון
  2. הסתייגויות אידיולוגיות
  3. הסתייגויות כלכליות
- ד. סיכום

### א. הבעיות המרכזיות עמן המודל מבקש להתמודד:

1. כשלים רגולטורים במערכת הבריאות בכלל ובדגש על המערכת הפרטית.
2. מחסור במשאבים המיועדים למימון המערכת הציבורית.
3. ניתוב כלל כספי הביטוחים המשלימים והפרטיים אל מחוץ למערכת הציבורית המביא להתעצמותה של המערכת הפרטית והפיכתה לאטרקטיבית יותר, לעיתים על חשבון המערכת הציבורית.
4. זמינות נמוכה של רופאים ושירותים לצד אבטלה מבנית בשעות אחר הצהריים במערכת האשפוז הציבורית, כתוצאה ממחסור במשאבים.
5. העדר אפשרות בחירה בגורם המטפל במערכת האשפוז הציבורית.
6. אי שיוויון הולך וגדל בנגישות לשירותי הבריאות בישראל כתוצאה מן הכשלים לעיל.
7. מערכת תמריצים מעוותת, בעיקר בכל הקשור לכללי ההתקשרות בין בתי חולים וקופות חולים, כתוצאה ממבנה המחירים במערכת.
8. היווצרות של ריכוזיות יתר בשוק הרפואה הפרטית אשר עלול להביא לעליית מחירים.
9. העדר כל עצמאות תקציבית של המערכת הציבורית.

### ב. רכיבי המודל המשולב

#### 1. חיזוק הרגולציה על מערכת הבריאות בכללותה

מערכת הבריאות בכללותה סובלת מחולשת רגולציה שניתן לתגברה משמעותית על ידי הקמת הרשות האחראית על המימדים הכמותיים/ כלכליים של הפעילות הרפואית (משרד הבריאות ימשיך לפקח על איכות הטיפוּל). כאמור, אנו סבורים שדווקא שילוב הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית תהפוך את הפיקוח על המערכת הפרטית לפשוטה וקלה הרבה יותר לעומת מצב בו המערכת הפרטית פועלת במנותק והרחק מן העין הציבורית.

אנו רואים צורך דחוף בהקמת גוף רגולטורי עצמאי, מקצועי ואובייקטיבי שאליו יועברו כל סמכות ההסדרה של הפן הכלכלי של מערכת הבריאות, ביחוד בכל הקשור במערכת ההתקשרויות בין בתי החולים ובין המבטחים השונים (פרטיים וציבוריים), זאת ללא התערבות ממוקדת של הדרג הפוליטי אך בהנחייתו ברמת המקרו. הנחיצות בהקמת גוף כזה באה לידי ביטוי גם בהמלצות

של גורמים בינלאומיים ומתוך הדיון על תמחור נכון במערכת על ידי גורם מקצועי ובלתי תלוי. למרות שלצערנו, לאור מאזן הכוחות הקיים היום במערכת, אנו רואים היתכנות נמוכה להקמת גוף כזה, אנו רוצים להדגיש את ההמלצה הזו כעומדת בבסיס רפורמה משמעותית במערכת, שראוי שתבחן בעתיד.

## 2. שיפור התמריצים במערכת הבריאות

על מנת ליצור תמריצים נכונים לשחקנים השונים במערכת הבריאות, אנו ממליצים לשנות לחלוטין את מנגנון קביעת המחירים אותם משלמות הקופות לבתי-החולים. במקום משא ומתן בין בתי-החולים ובין הקופות, אנו מציעים שהמחירים יקבעו על בסיס עקרונות כלכליים ברורים, על ידי גוף רגולטורי מקצועי ועצמאי, ויהיו **אחידים** לכל המערכת (במקום מחיר מקסימום היום). במקרים שבהם קופת-חולים מסוימת תהיה מעוניינת להגיע להסכם התקשרות שונה עם בית-חולים מסוים לגבי פרוצדורה מסוימת או לגבי קבוצת חולים מסוימת, היא תצטרך לנמק זאת בפנייה לרגולטור ולקבל את אישורו.

חשוב לציין גם שכל עוד תהליך התמחור יתבצע על ידי גורם שאיננו מקצועי ועצמאי הדבר לא יביא לפתרון הרצוי. דוגמה מוחשית לכך היא ניתוח כפתורים ושקדים בילדים שתמחורו הנמוך הביא ליצירת תורים ציבוריים ארוכים מאד והעברת רוב הפעילות לבתי-החולים הפרטיים, תוך פגיעה מוחשית בחולים ללא ביטוח.

כדי שהמנגנון המוצע לעיל אכן יביא לתחרות על האיכות בין בתי-החולים, יש לאפשר למבוטחים חופש בחירה נרחב בין בתי-החולים. לאור זאת אנו מציעים שככלל, לפרטים יהיה חופש בחירה מוחלט בין כל בתי-החולים. במקרים חריגים כלומר בפרוצדורות מסוימות או עבור קבוצת חולים מסוימת בהן קופת-חולים תרצה להגיע להסדר מיוחד עם בית-חולים פלוני (או קבוצת בתי חולים), ולהגביל את הבחירה בהתאם, היא תצטרך לנמק זאת בפני הרגולטור ולקבל את אישורו מראש. הנימוקים בעד הסדר כזה צריכים להיות קודם כל רפואיים או שירותיים אך הם יכולים להיות גם כלכליים.

במהלך דיוני הוועדה הועלו מספר טיעונים נגד קביעת מחירים מדויקים (ולא מחירי מקסימום) על ידי גוף חיצוני, במקום במשא ומתן בין בתי-החולים לקופות. ברצוננו לדון בשניים מהטיעונים הללו ולנמק מדוע לדעתנו הן אינן משכנעות.

**טענה 1:** כאשר המחירים נקבעים במשא ומתן, לבתי-החולים יש תמריץ חזק להתייעל, שכן על-ידי כך הם יכולים להעניק הנחות משמעותיות לקופות.

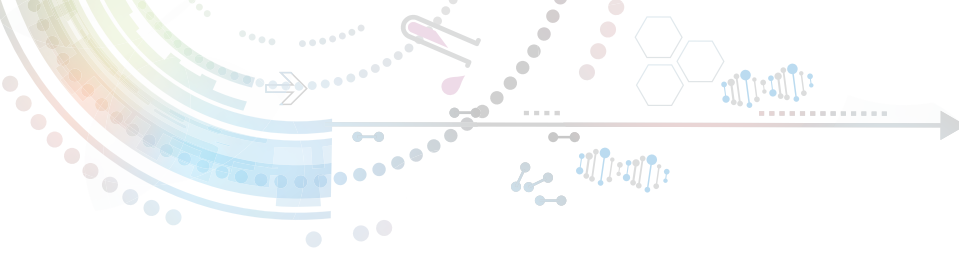
זו טענה שגויה ואף מסוכנת מאחר שהיא מנציחה את הבלבול הקיים (שחוזר על עצמו לעיתים קרובות בדיונים שונים הקשורים למערכת הבריאות) בין שני מושגים שונים מאד: "התייעלות" ו"הורדת עלויות". חשוב מאוד להבהיר: לא כל הורדת עלויות משמעותה התייעלות. במקרים רבים קל יחסית להוריד עלויות על-ידי פגיעה ברמת המוצר או השירות, אך הורדת עלויות כזו היא בפירוש לא התייעלות. ישנן עדויות רבות לכך שתחרות המחירים בין בתי-החולים, על הזכות להיכלל בהסדרי הבחירה של קופות-החולים, לא הביאה להתייעלות אלא לפגיעה באיכות השירות שהמבוטחים חווים. מה שהגביר עוד יותר את השחיקה באיכות היא העובדה שהיום מטופלים אינם מסוגלים "להצביע ברגלים" ולעבור בין בתי החולים, במקרה של שירות או איכות טיפול ירודים. אפשרויות הבחירה שלהם מוגבלות על ידי ההסדרים של קופות החולים. לעומת זאת, אם המחירים שיקבלו בתי-החולים יהיו קבועים מראש, ויתבססו על תחשיב כלכלי נכון, ולמבוטחים תהיה אפשרות לבחור מתוך קבוצה רחבה של בתי-חולים, אזי באמת יהיה לבתי-החולים תמריץ להתייעל, לא מתוך כוונה להעניק הנחות לקופות-החולים, אלא מתוך כוונה **לשפר** את השירות שהם נותנים למטופלים, כדי שאלה יבחרו בהם.

במצב היום, אין כל סיבה לחשוב שהמחירים, הנקבעים במשא ומתן, מביאים להתייעלות. הסכמי הרכש הקיימים בין הקופות ובתי-החולים הם מורכבים מאד ומשקפים בעיקר את כוח המיקוח של כל אחד מהשחקנים (לעיתים לפי האזור בו הם נמצאים) ולא את התועלת האמתית למטופלים או העלויות האמתיות של בתי-החולים. המיקוח האמור מצמצם את עומק הגירעון של הקופות, אבל מעמיק את זה של בתי החולים. ברור כי בראיה לאומית כוללת אין כאן מרוויחים. המפסידים הם החולים, המשלמים את המחיר של המאבק על "השמיכה הקצרה" שלא תורם להתייעלות המערכת.<sup>16</sup>

**טענה 2:** אם המחירים יהיו אחידים הרי שבתי-חולים חלשים יותר (לדוגמה בפריפריה) עלולים להיפגע הן בגלל החסרונות לגודל, והן מפתחת אפשרויות הבחירה למבוטחיהם, אשר יעדיפו רק בתי את החולים "היקרתיים".

אנו בהחלט סבורים שיש לסייע לבתי-חולים "חלשים" (אם "חולשה" נובעת מסיבות אובייקטיביות מוצדקות שלא ניתן לשנותן על ידי שיפור בניהול), אך סיוע זה צריך להיות באמצעות סובסידיות ייעודיות (לדוגמה, רכישת ציוד, או תוספת שכר)

16 למי שמנסה להתחקות אחר שורשי המשבר בבית החולים הדסה בירושלים כדי לזכור גם את הנקודה הזו.



ולא באמצעות המחירים שקופות-החולים משלמות. מנגנון הסובסידיות (או המסים במקרים מסויימים) **חייב** להיות מנותק ממנגנון המחירים, כפי שנעשה בתחומים אחרים. יתר על כן, ראוי לתמוך בבתי-חולים "חלשים" גם באמצעות הפניית כוח אדם איכותי ורישוי טכנולוגיות מתקדמות ובכך למשוך מטופלים לשעריהם. מהלך של מחירים אחידים עשוי לקדם גם יצירה של מרכזי התמחות ומצוינות דווקא בבתי חולים שהם היום "חלשים" יחסית, דבר שיצור יתרונות לגודל ויגרום להתייעלות כלל מערכתית, מטרה רצויה בפני עצמה.

אנו סבורים כי (למעט מקרים חריגים) המחיר שמשלמת קופה לבית-החולים, בגין כל טיפול, צריך להיות קרוב להוצאה השולית של בית-החולים בגין אותו טיפול, כאשר הטיפול מתבצע בצורה יעילה, ובתוספת פרמיה לכיסוי חלק מהוצאות הקבועות הלא מכוסות ישירות על ידי משרד הבריאות (ראה להלן). המחיר אותו משלמות הקופות אינו צריך להכיל פיצוי בגין רוב ההוצאות הקבועות של בית-החולים.

מובן שבמקרה כזה, יש להפעיל מנגנוני תגמול נוספים, שיפצו את בית-החולים בגין ההוצאות הקבועות שלו ובגין כל אותן פעילויות שהוא מבצע מעבר לפרוצדורות שהוא מספק ישירות לקופות-החולים (כמו לדוגמה, מחקר והוראה). במסגרת זו ראוי לחשוב על שני מקורות הכנסה נוספים לבתי-החולים, מעבר לתגמול שאותו הם יקבלו ישירות מקופות-החולים:

**תגמול מהמדינה:** המדינה תתגמל את בתי-החולים לצורך כיסוי חלק ניכר של ההוצאות הקבועות.

- התשלום על ההוצאות הקבועות יכול להתבצע בדרכים שונות, למשל על ידי תוספת תשלום מהמשרד על כל פרוצדורה עד שבית-החולים מגיע לנקודה שבה הוא מפוצה בגין מלוא ההוצאות הקבועות.
- המדינה תשלם לבית-החולים עבור פרויקטים ושירותים שהיא רוצה לעודד (לדוגמה תשלום סובסידיה לבית-חולים בפריפריה).
- כמו כן מדינה תשלם ישירות עבור פיתוח וחיידוש תשתיות בית-החולים. במסגרת זו אפשר לשקול גם תגמול נוסף על-פי מדדי איכות מסויימים. מנגנון תגמול זה מגדיל אמנם בהווה את התלות של בתי-החולים במנגנון הממשלתי המסובא והלא תמיד מונע משיקולים מקצועיים, אך הוא עדיין עדיף על המנגנון הקיים היום. בעתיד, אנו מציעים שמנגנון התגמול לעיל יתבצע על ידי הגוף הרגולטורי לעיל, ויעשה באופן שקוף ובמידה רבה "אוטומטי" בדומה למנגנון הקפיטציה.

**תגמול ישיר מהות"ת בגין ההוראה והמחקר המתבצעים בבתי-החולים:** בתי-החולים צריכים להיות מתוגמלים בנפרד בגין העבודה האקדמית המתבצעת במסגרתם ועל-ידי אנשי הסגל המועסקים אצלם (הוראה ומחקר). בעניין זה ראה דו"ח גלזר-ישראל.

המודל המוצע לעיל מצריך שינוי מסוים בהקצאת הכספים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במקום שכל התקציב יועבר לקופות-החולים במסגרת מנגנון הקפיטציה, אנו סבורים שחלק מהסכום צריך לעבור לרשות משרד הבריאות ולהיות מחולק בין בתי-החולים, בהתאם למנגנון שהוצג לעיל, לפי קריטריונים ברורים וקבועים מראש. מעבר לצורך להגיע לתמחור נכון ומוסכם יש חשיבות בצמצום התלות של בתי-החולים בקופות כמקור הכנסה כמעט יחיד, והמודל המוצע לעיל הוא צעד בכיוון זה. בנוסף, אנו סבורים שיש מקום להוסיף מקור מימון חיצוני למערכת הציבורית והוא ביטוחים משלימים ומסחריים. על כך נרחיב בהמשך.

### 3. איגום משאבים ציבוריים ופרטיים לטובת המטופל הציבורי

קיים פער גדול בין הצרכים של המערכת הציבורית ובין המקורות העומדים לרשותה. לדעתנו, נכון לפעול במספר ערוצים שביחד מאפשרים גיוס משאבים מספיקים עבור החולה הציבורי, תוך הקפדה על תמהיל מימון ציבורי-פרטי שישמר את אופייה השוויוני של מערכת הבריאות בישראל. בכך אנו דוחים את הדרישה, של חלק מחברי הוועדה, שהמימון של מערכת הבריאות הציבורית יהיה כולו ציבורי, **ברמת העיקרון**. דרישה כזו היא, בעינינו, מיותרת וחסרת אחריות. אנו רואים את עיקר אחריותנו, כחברי הוועדה, בהבטחת משאבים הולמים לצורך קיומה של מערכת בריאות ציבורית איכותית ויעילה, תוך הקפדה על סולידריות ושוויון במימון המערכת ובנגישותה.

בכל תוספת משאבים למערכת הציבורית שמקורה אינו תקציב המדינה קיים חשש שילווה בהקטנת המימון דרך תקציב המדינה. על כן, על-מנת להבטיח סך מקורות במערכת יש לעגן ולקבע את היחס בין התקציב הציבורי למקורות הנוספים. נציין כי ההמלצה לגוון את מקורות המשאבים עבור החולים הציבוריים נעוצה, בין היתר, בתפיסת ניהול סיכונים, המעוניינת להעניק רמת ודאות גבוהה יותר למערכת שמושפעת מהמצב המאקרו-כלכלי של המשק ומשינוי מדיניות פסקאלית, ומודגשת בהמלצות ה-OECD. גודל המימון הפרטי מתואם במידה רבה עם הצרכים של המערכת ומהווה מקור משלים ולא תחליפי למקורות

מימון ציבוריים. על כן אנו ממליצים להיצמד לתוצר כמדד של יכולת של המקורות הציבוריים לשאת את העלויות של הרפואה הציבורית.

כדי לעמוד ביעד של הוצאה ציבורית נאותה (בהתאם להמלצות שלנו) לטובת המערכת הציבורית, אנו ממליצים על הסטה מסוימת של תקציבים ציבוריים נוספים לטובת מערכת הבריאות. תקציב המדינה מהווה אספקלריה לסדרי העדיפויות של הממשלה. מערכות רבות מתחרות על נתח בתוך סך העוגה התקציבית שנקבעת על-ידי הכללים הפיסקאליים. לפי המלצות מומחים בינלאומיים ופרקטיקה במדינות רבות, מערכת הבריאות אמורה ליהנות ממעמד מיוחד בתהליך הקצאת משאבים זה. המחוקק עיגן עיקרון זה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995. הגנה דומה מוענקת רק לתחום של קצבאות הביטוח הלאומי, שמשולמות אף הן על-פי חוק. אנו ממליצים להצמיד את ההוצאה הציבורית לבריאות לתוצר. היום ההוצאה היא כ-4.4% תוצר בישראל, לעומת 6.6% ב-OECD. בעוד עשור תהיה האוכלוסייה הישראלית דומה בהרכבה לאוכלוסייה של ה-OECD היום. ראוי לקבוע יעד נורמטיבי להוצאה ציבורית ב-2030, שהוא בהכרח גבוה מהנהוג היום.

### לסיכום:

עמדתנו היא שמימון המערכת חייב להתבסס על שני מקורות מקבילים: הציבורי והפרטי שיופעלו לטובת המערכת הציבורית. לצורך אבטחת המשאבים הציבוריים יש להפעיל מנגנון שלא יאפשר שחיקה עתידית במשאבים, כפי שקרה בעשור האחרון. ישנם שני מנגנונים אפשריים שנדונו בוועדה. האחד הוא מנגנון BOTTOM UP המניח עידכון אוטומטי של המימון הציבורי לצרכי המערכת. במסגרת דיוני הוועדה עלתה הצעה לשנות את מנגנון עידכון עלות הסל באופן שיקח בחשבון את השינויים במחירי התשומות, השינויים הדמוגרפיים, ושינויי הטכנולוגיה עליהם דברנו בהרחבה בתחילת הדו"ח. כל זאת בנוסף לתוספת חד פעמית הדרושה למערכת בשנים הקרובות כדי להחזירה לדרך המלך. מתוך היכרות קרובה עם מערכת התיקצוב הממשלתית, אין אנו רואים התכנות גבוהה לתיקון המנגנון הקיים היום, בהתאם למודל שהוצע, כאשר זה נעשה במסגרת הכנת תקציב שנתית. לאור זאת, אנו מציעים לשקול מנגנון עדכון חילופי בגישת ה TOP DOWN כפי שנעשה בעבר עם תקציב הביטחון.

כפי שהוצג קודם לכן, בעת כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1997 עמדה ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל על חציון ההוצאה של מדינות ה-OECD - קרי 5.5%. מאז, ההוצאה בישראל הצטמקה לכדי 4.4%, שעה שמדינות ה-OECD הגדילו את חציון ההוצאה הציבורית לכ-7%. לכך מספר הסברים, כפי שנדונו בפרקים הקודמים, ביניהם: אוכלוסייה צעירה יחסית, מיעוט זקנים, רפואה קהילתית מצוינת, בתי חולים יעילים ועוד, אך אלו מסבירים רק חלק מהתמונה. השאר הוא תוצאה של צימצום מכוון של המערכת.

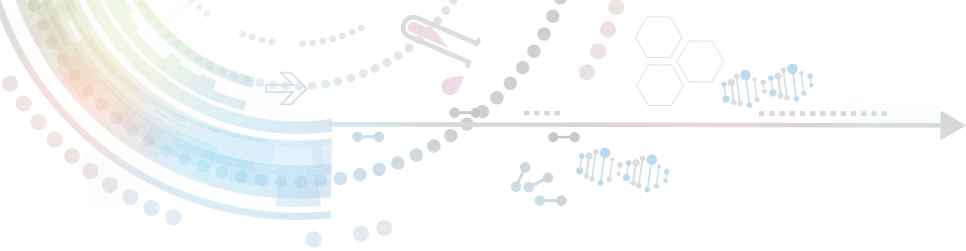
ראוי לזכור גם שתהליך ההתייעלות הוא לא אינסופי ולא ניתן לצפות ממערכת להתייעל לעד. יתר על כן ההרכב הדמוגרפי של ישראל בשנת 2030 יהיה דומה להרכב מדינות אירופה דהיום. לכן ברור שיש צורך להעלות את ההוצאה הציבורית על בריאות. לפי גישת ה TOP DOWN מוצע לצמצם את הפער שנוצר לאורך זמן בין ישראל לבין יתר מדינות ה-OECD.

אנו ממליצים להגדיל את ההוצאה הציבורית על בריאות, בשיעור קבוע מדי שנה, כך שבשנת 2030 היא תעמוד על 5.5% מהתמ"ג. אנו משוכנעים שזהו יעד סביר ואפשרי המשיב את ישראל לאותו שיעור הוצאה ציבורית מן התמ"ג כפי שהיה בשנת 1997, לפני שהחלה שחיקה המשאבים הציבוריים לטובת המערכת. משמעות היעד לעיל היא שההוצאה הציבורית על בריאות תגדל מדי שנה בשיעור של 0.06% מן התוצר, כלומר תוספת שנתית של כ-800 מיליון ש"ח, זאת מעבר לתוספת השנתית הנגזרת מעצם הגידול בתוצר.

כאמור, אנו מאמינים כי מדובר ביעד ראוי. עם זאת ברור לנו כי מגבלות פיסקאליות בשנים הקרובות לא יאפשרו לממן תוספת זו ממקורות תקציביים בלבד. על כן אנו ממליצים על תמהיל של העלאת מס בריאות באופן הדרגתי על פני שלוש שנים ואיתור מקורות הכנסה פרטיים. העלאת מס בריאות מרמה של 3.1% ל-3.6% לבעלי הכנסה של עד 5,450 ש"ח ול-5.5% לבעלי הכנסה מעל 5,450 ש"ח, תוסיף למערכת 2.05 מיליארד ש"ח בשנה, בהבשלה מלאה.

לצורך מימון מערכת הציבורית אנו ממליצים גם על הישענות על מקורות פרטיים. לדידנו בהערכת תפקודה של המערכת הציבורית (הן בהיבט של היעילות והן בהיבט של השיוויוניות) חשוב יותר לבחון את האופן בו נעשה השימוש במקורות, ולא זהות המקור המימוני. אין פסול במימון פרטי כל עוד הוא נעשה באופן שוויוני ונועד לחזק את המערכת הציבורית.





המנגנון המשלים המוצע על ידינו מקובל מאד ופועל, בצורות כאלה ואחרות, במספר רב של מדינות מפותחות בעולם.<sup>17</sup> התעלמות מהמציאות והאילוצים, בה פועלת הממשלה, והישענות רק על מקורות ציבוריים (בלי קשר להיקפם), לצורך מימון סל הבריאות הציבורי, תמשיך את תהליך השחיקה בסל השירותים, אותו אנו חווים כבר היום, ותביא לפגיעה קשה עוד יותר באיכות הטיפולים אותם מקבלים אלה הנזקקים למערכת הציבורית.

### ג. דיון בהסתייגויות מהכנסת שרותים בתשלום למערכת הציבורית

המלצה לאפשר בחירת רופא תוך שימוש בכספי ביטוחים משלימים ומסחריים בתוך מערכת הבריאות הציבורית טומנת בחובה מטען אמוציונלי כבד מצד המתנגדים. המודל המוכר ביותר בישראל הוא מודל השר"פ המופעל בבתי-החולים הירושלמים. חשוב לציין כי גם בין בית-חולים הדסה לבין בית-חולים שערי צדק קיימים הבדלים במאפייני השר"פ. בכל מקרה בשניהם הוא מתבצע ללא פיקוח חיצוני משמעותי. המלצתנו מבוססת על עדויות רבות וניתוח נקודות תורפה ונקודות חוזק של המודלים השונים בארץ ובעולם, והיא שונה, וטובה הרבה יותר, מהמודלים של השר"פ הפועלים כיום בישראל. בטרם נדון בהם לעומק חשוב לזכור כי חלקן מהן, לפחות, הוא פועל יוצא של עצם קיומה של מערכת רפואה פרטית ולא דווקא ממיקומה או מההשתייכות הארגונית שלה.

#### 1. הסתייגות עקב פגיעה בשוויון

הנימוק המוכר ביותר לשלילת האפשרות לבחור בתשלום גורם מטפל במערכת הציבורית, היא הפגיעה בהכרחית, לטענת השוללים, בעיקרון השוויון. בחינה מעמיקה של טיעון זה מעלה כי מדובר **בטעות נפוצה**, שמקורה בהתייחסות צרה מדי למושג ה"שוויון". ברור שיש להתייחס לשוויון בין האזרחים בהסתכלות כוללת של נגישות לשרותי הבריאות שלהם, ולא לצמצם את שאלת השוויון רק בתוך המערכת הציבורית. אחרי הכל גוף או נפש האדם, המקבלים טיפול רפואי לא מושפעים מאופי מקור המימון.

נזכיר שעל פי הנחיית היועץ המשפטי לממשלה, המקום היחיד בו נאסר על בחירת רופא, בתשלום, עד לקביעת מדיניות מפורשת בנדון, הם בתי החולים הממשלתיים. קופת חולים כללית יישמה גם היא את המגבלה על בתי החולים שבבעלותה, מרצונה. בחירה בתשלום בשאר בתי חולים מותרת ואכן קיימת (יש לציין שכמעט ללא שום רגולציה). בעלותם של כ-80% מאזרחי ישראל יש שב"ן ו/או ביטוח פרטי, כך שעקרונית למרבית האוכלוסיה ישנה אפשרות לשלם על הבחירה. ישנן שלוש קבוצות אוכלוסיה שהמקום היחיד בו ביכולתן לקבל שירותי אשפוז הם בתי החולים הממשלתיים או של כללית ולכן ומהן נמנעת הבחירה. ננתח האם מניעת בחירה בתשלום מעלה את השוויון עבורם:

1. מתוך כל תושבי המרכז שברשותם ביטוח בריאות ישנם חולים קשים, שהמערכת הפרטית, לא מעוניינת או לא יכולה לספק להם מענה. שלילת אפשרות הבחירה במערכת הציבורית לא יכולה להיחשב כמטיבה עמם. זאת אוכלוסיה במצב קשה שביחס אליה מתן אפשרות בחירה מוריד את אי השוויון הקיים.

2. תושבי הפריפריה שברשותם שב"ן או פוליסת ביטוח, מופלים לרעה גם כן. זאת משום שבפריפריה ישנם רק בתי-חולים ממשלתיים או של קופ"ח כללית אשר לא מאפשרים בחירה. אין סיבה להניח שתושבי הפריפריה שונים מהותית מתושבי המרכז ברצון שלהם לבחירה, עם זאת כיום אין ביכולתם לממש את הביטוח באיזור הגיאוגרפי בו הם ובני משפחותיהם, החשובים לתהליך הליווי והתמיכה, מתגוררים. ברור שאין לגביהם שוויון בנגישות לבחירה יחסית לתושבי המרכז, דבר המעמיק עוד יותר את הפערים בין הפריפריה למרכז. אם לא די בכך עובדה זו גוררת, על פי נתוני משרד הבריאות, סבסוד צולב בביטוח מצד תושבי הפריפריה את תושבי המרכז!<sup>18</sup> בפועל הנהנים משירות נחפץ על ידי כול הם "ברי המזל"<sup>19</sup> המסוגלים לממש את הביטוח שבידיהם. ברור שאפשרות בחירת רופא בתשלום במערכת הציבורית היתה מעלה שוויון בין המרכז (כולל ירושלים) ובין הפריפריה.

3. הקבוצה השלישית הם האזרחים בכל הארץ שאין ביכולתם לממן את בחירת הרופא גם אם זו תוצע במערכת הציבורית. ברצוננו להראות שגם עבור הקבוצה הזאת האפשרות לבחירת רופא בתשלום מורידה את אי השוויון במקום להעלותו כפי

17 סקירה מקיפה מאד של המודלים השונים המשלבים רפואה ומימון פרטיים וציבוריים במדינות השונות, מופיעה בעבודתה של שולי ברמלי גרינברג ו שהוצגה בפני הוועדה.

18 הנושא נדון בהרחבה בוועדת משנה לנושא הביטוחים בראשותו של דר' שלומי פריזט. אימוץ מודל הביטוחים שהוצע על ידי תת הוועדה אמור להתמודד עם סוגיית הסבסוד הצולב עבור אלה שלא מעוניינים בשירות בחירת רופא. עם זאת סוגיית הפער בנגישות לשירותים ומימון עבור הפריפריה לא מקבל מענה בהמלצות אלו.

19 התפתחותה של הרפואה הפרטית בישראל, כולל פריסה גיאוגרפית הוא לא בהכרח פועל יוצא של מדיניות מכוונת.



שנהוג לטעון. על מנת להמחיש כיצד רמת השיויוניות של כלל המערכת משתפרת כתוצאה ממתן אפשרות של בחירת רופא בתשלום נציג את הדוגמא הבאה:

השוו את מצבן של משפחת כהן ומשפחת לוי החיות במרכז הארץ. במשפחת כהן שני ההורים עובדים בשכר יחסית גבוה ולכל בני המשפחה יש שב"ן וביטוח בריאות פרטי ממקום עבודתם. למשפחת כהן ישנה נגישות מלאה למערכת הציבורית אך במידת הצורך ואם תרצה בכך היא תמיד יכולה להשתמש בשרותי המערכת הפרטית. זה מה שמבדיל אותה ממשפחת לוי, אשר לא יכולה להרשות לעצמה את הנגישות למערכת הפרטית כי אין ברשותה שב"ן והיא לא יכולה לעמוד בתשלום נוסף. היא חייבת להסתפק בשרותי המערכת הציבורית. למרות ששתי המשפחות נהנות מ"שוויון" מלא בנגישות למערכת הציבורית, ברור לכל שקיים אי שוויון משמעותי בנגישות לשרותי הבריאות באופן כללי בין שתי המשפחות. אי שוויון זה, הקובע את ההבדלים במצב הבריאותי, נמדד על ידי הערך העודף של הנגישות לרפואה הפרטית (אחרי תשלום הפרמיה) עבור משפחת כהן מעבר לערך עבורה של המערכת הציבורית. **לכן, ככל שהיתרון של הרפואה הפרטית מעבר הרפואה הציבורית גדל, כך גדל גם אי השוויון** - וזאת התמונה של ההתפתחות של העשור האחרון לאחר ביטול הבחירה במערכת הציבורית. מחסור גדל והולך במשאבים במערכת הציבורית ואובדן האמון בה גרמו להגדלת אי השוויון, בו בזמן ששיפור במערכת הציבורית יכול להקטין אותו.

אפשרות בחירת רופא מטפל בתשלום במערכת הציבורית טומנת בחובה כמה יתרונות משמעותיים **עבור משפחת לוי:**

- התמורה עבור השימוש בציוד ובחדרי הניתוח של המערכת הציבורית במסגרת הביטוחים הפרטיים תאפשר לבתי חולים לשפר את השרות ולקצר את התורים עבור המטופלים הציבוריים.
- נוכחותם של יותר מומחים אחר הצהריים, בבתי-החולים הציבוריים, תשפר את איכות הטיפול במקרי חרום של כלל החולים ובמיוחד החולים קשים.
- הרווח מהפעילות בתשלום תאפשר לבתי החולים להפנות יותר זמן ורופאים לחולים הציבוריים.
- שיתוף פעולה של הצוותים הרפואיים העובדים ביחד במשך כל שעות היום (והלילה) מעלה את היעילות הטיפול ומשפרת את התוצאות עבור כלל החולים.

מצד שני, החזרה של רופאים בכירים למערכת הציבורית תהפוך את המערכת הפרטית לפחות אטרקטיבית.

השיפור במערכת הציבורית ביחד עם הפחתת היתרון של המערכת הפרטית יקטינו את הערך העודף של הנגישות לרפואה הפרטית עבור משפחת כהן, כפי שקרה באנגליה בעקבות הרפורמה. על כן, הכנסת בחירת רופא בתשלום למערכת הציבורית בצורה מושכלת ותחת פיקוח, לא רק שלא תעלה, אלא כנראה תוריד (אולי אף משמעותית) את אי השוויון הקיים היום בין משפחת כהן ומשפחת לוי.

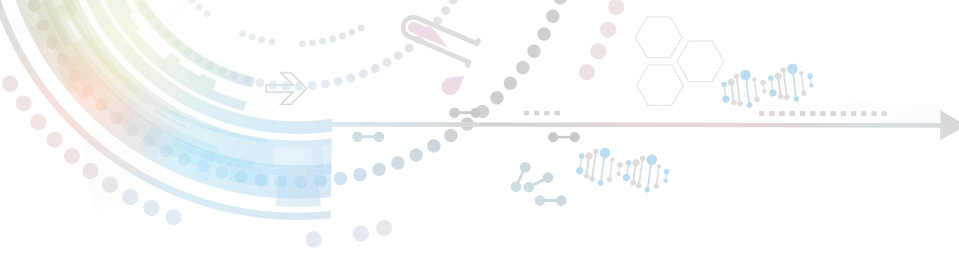
מהניתוח ברור שמתן האפשרות למטופלים במערכת הבריאות הציבורית ליהנות מבחירה בתשלום תוריד את אי השוויון עבור חולים קשים, תושבי הפריפריה, ואלו שידם אינה משגת לרכוש ביטוחים פרטיים.

## 2. הסתייגויות אידילוגיות

הבהרנו בסעיף הקודם ששימוש במקורות פרטיים במערכת הציבורית איננו אמור להוריד ואף יעלה את רמת השוויוניות המהותית במערכת הבריאות בישראל. זאת עבור כל סוגי האוכלוסיות הצורכות שירותים במערכת. יתר על כן הוא מעניק אפשרות לממש ערך של אוטונומיה על גוף האדם ובחירה חופשית של הפרט. בנוסף תוספת המשאבים ומתן אפשרות בחירה במערכת הציבורית מקדם ערך חשוב של חיזוק אמון הציבור המתבטא בבריאות טובה יותר של המטופלים.

עם זאת, ישנם חברי ועדה, כמו גם וחלק ניכר מהציבור הישראלי, המחזיקים באידאולוגיה לפיה עצם השימוש בכסף פרטי בתוך מערכת ציבורית מהווה פגיעה ערכית ומוסרית במערכת הבריאות. אנו סבורים שגם אם יש פגיעה ערכית מסויימת, יש לבחון אותה מול מטרות אחרות שבעינינו הן חשובות לא פחות כמו, לדוגמה, בריאות המטופלים במערכת הציבורית. להלן פירוט הטענות ותגובתינו.





חברים בוועדה העלו את הטענה שעל אף השיפור במצבם של כל המטופלים במערכת הציבורית, בזכות המשאבים הפרטיים המממנים מערכת זו, העובדה ששיעור השיפור של חלק מהם הוא גדול יותר מהווה בעיה ערכית (יש לזכור שעל פי המודל המוצע על ידינו, מדובר רק בפרוצדורות אלקטיביות וכל פרוצדורה דחופה תתבצע לפי הצורך הרפואי בלבד). כלומר, גם אם אורך התור יתקצר לכולם, אך לאלה המשלמים עבור בחירת המנתח הקיצור יהיה משמעותי יותר, יש לראות זאת כפגיעה בערך השוויון. מעבר לטיעון אותו הצגנו לעיל, על פיו הסתכלות על שיוויון רק במערכת ציבורית, במנותק מכלל המערכת, הוא בעייתי, לדעתנו מצב בו כל המטופלים נפגעים באותה מידה, ללא מימון פרטי, הוא כשל ערכי גדול יותר. נציין כי פרופ' אסא כשר בהופעתו בפני חברי הוועדה נשאל באופן ישיר לגבי נושא זה ותשובתו הייתה כי למיטב שיפוטו אין בעיה אתית כאשר מצבם של כולם משתפר אך לא באותה המידה. עם זאת פער גדול מדי הוא אכן בעייתי אך אין קושי לקבוע פער מירבי המותר ברמת השירות בין בעלי ביטוח פרטי לבין אלה שאין בידם ביטוח.

טיעון נוסף הוא שעלולה להיווצר אפליה לטובת המטופל הפרטי ביחס האישי מצד רופא שהוא בחר בו. חשש זה מוצדק מאחר שאחת הסיבות לכך שמטופלים מעוניינים לשלם עבור הבחירה הוא כדי להבטיח יחס אישי ותשומת לב מצד הרופא המטפל. לא ניתן למנוע תופעה זו לחלוטין. היא קיימת כבר היום ביחס למטופלים שהגיעו לרופא מסוים דרך מנגנון לא שקוף של פרוטקציה ודרכים לא כשרות אחרות. אולם, בהתאם למודל המוצע על ידינו, הרופא לא יקבל כסף ישירות מהחולים, והתייגמול הנוסף אותו יקבל, מעבר למשכורת, יהיה תלוי, בין היתר, בשביעות הרצון של כלל החולים, ולא רק הפרטיים. במסגרת מודל כזה, התמריץ להעדפה ייחלשי, אם כי לא יעלם לחלוטין. ניתן אולי לצמצמו עוד יותר את התמריץ להעדפת חולים פרטיים באמצעות הגבלת הבחירה ברופא לביצוע פרוצדורות בלבד, ולא לניהול המקרה הרפואי כולו, במידה והגבלה כזו אינה פוגעת בטיפול עצמו.

לסיכום, דיון על-אודות ערכים הוא דיון ראוי, אך אין בו בהכרח צודקים או טועים. לא בכדי בחר המחוקק לתבוע כי המערכת תתנהל לפי עקרונות של "צדק, שוויון וערבות הדדית", ולא לפי עיקרון אחד בודד. לדעתנו, האפשרות לבחירת רופא בתוספת המשאבים הנוצרים כתוצאה מכך, והעומדים לטובת המערכת הציבורית, מקדמים בו זמנית את שלושת הערכים לעיל. ההחלטה בזמנו למנוע מתושבי ישראל את האפשרות לבחירת מנתח במסגרת המערכת הציבורית, פגעה בהם, לא מנעה את הדילמות הערכיות וסביב שאף העצימה אותן.

### 3. הסתייגויות כלכליות

המתנגדים להצעתנו מעלים כמה טיעונים בכל הקשור להשפעה הכלכלית של הכנסת כספי הביטוחים הפרטיים לתוך המערכת הציבורית. גם אם אנו מסכימים עם חלק מהטיעונים שלהם, אנו לחלוטין לא מסכימים עמם לגבי המסקנות הנגזרות מהם.

הטיעונים הם אלה:

- א. שילוב המערכת הפרטית והציבורית יביא לאובדן משאבים למערכת הציבורית ולא לתוספת משאבים כפי שאנו טוענים.
- ב. שילוב המערכת הפרטית והציבורית יביא לעליית שכר ולגידול בהוצאה הלאומית לבריאות.

### התייחסות לטענות לעיל:

#### א. אובדן משאבים פוטנציאלי, האומנם?

יש הטוענים כי שימוש בכספים פרטיים במערכת הבריאות הציבורית יגזול משאבים ולא יתרום לגידול בהכנסות. כלומר, המערכת הפרטית תנצל את הציבורית ואת משאביה.

אנו חולקים על טענה זו. פעילות רפואה פרטית היא רווחית, ולכך עדויות רבות הן לפי מספר היזמים בתחום והן לפי הרצון להתרחב. נדרשת הנחת אי יעילות קיצונית של המערכת הציבורית על מנת להצדיק טענה כי דווקא כאשר הפעילות הפרטית תגיע לשעריה היא תהפוך להפסדית. אנו משוכנעים שהמצב הוא הפוך. המערכת הציבורית נהנית מיתרונות ברורים לגודל. לפי כל הגיון כלכלי ישנו יתרון לבית חולים גדול בעל צוות עבודה אורגני העובד ביחד תקופה ארוכה. מספר מחקרים הראו כי יש יעילות מובהקת בהמשך עבודה תוך התמחות בביצוע פעולות בצוות אורגני. כבר כיום התשתיות הציבוריות סובלות מאבטלה מבנית כפי שתואר בפרק הדן בתמריצים הלקויים במערכת. קשה לחשוב כיצד מערכת ציבורית שמנצלת את התשתית הקיימת שלה ובכך מונעת כפל תשתיות ברמה הלאומית תוביל להפסד הכנסות. עם זאת, נכון הוא שיעילות ניצול התשתיות במערכת הפרטית גבוהה יותר מזו הציבורית, ולמערכת הציבורית בהחלט יכולת להשתפר בשיטות העבודה שלה, תוך שיפור השירות למטופל.

בתחשיבים שנעשו על ידנו, הכנסת הרפואה הפרטית למתקני המערכת הציבורית, בהתאם למודל המוצע על ידנו, יוסיפו מקורות למערכת בשיעורים של מאות מיליוני ש"ח בשנה, אם לא יותר מכך. נבהיר גם כי המודל המוצע על ידנו, שעל-פיו יתאפשר שימוש בכספים פרטיים במערכת הציבורית, יביא להסטה של חלק מהפעילות מתוך המערכת הפרטית חזרה למערכת הציבורית.

### ב. גידול בהוצאה הלאומית לבריאות ואינפלציית שכר-האומנם?

קיים חשש כי שימוש במקורות פרטיים במערכת הציבורית יגרום לעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות, זאת כתוצאה מתופעת ההיצע יוצר ביקוש (SID) שבשונה מכל שוק אחר מתקיימת לעיתים בענף הרפואה. על-פי טענה זו, הגדלת ההיצע של בתי-חולים ורופאים המבצעים רפואה פרטית תביא לעלייה בהיקף הטיפולים המיותרים במערכת. בנוסף לכך, העלייה בביקושם לרופאים טובים המבצעים רפואה פרטית תביא לעלייה בשכרם ובשכר גורמי היצור האחרים, דבר שיגרום לעליית ההוצאה הכוללת לבריאות בישראל.

#### i. היצע מביא ביקוש

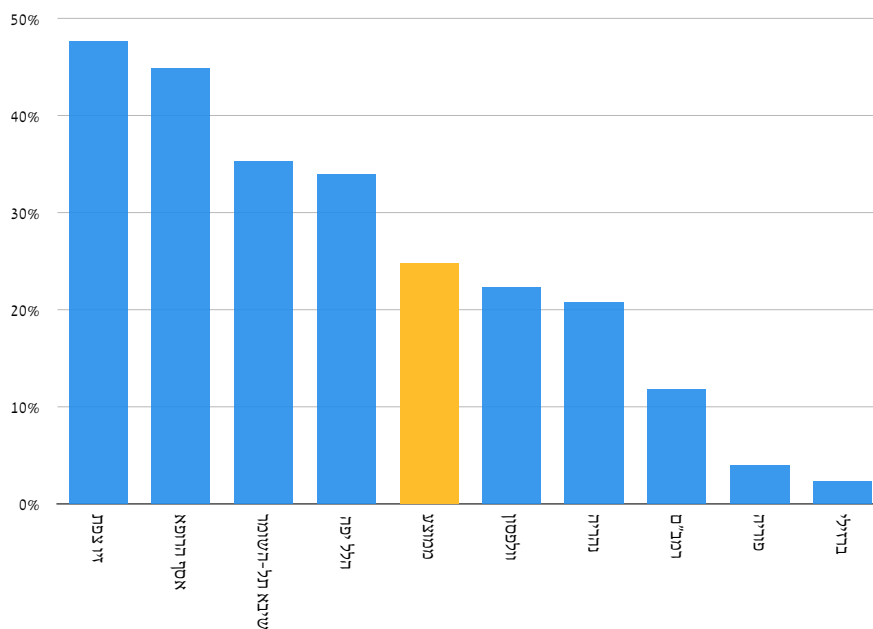
הטענה שההיצע יוצר ביקוש - SID, מוכרת ונכונה במקרים מסויימים. עם זאת, יש לזכור, כי הצעתנו מהווה - שיפור מהותי ביחס למצב הנוכחי שבו הפיקוח על המערכת הפרטית כמעט שלא קיים, כפי שתואר לעיל. יתרה מכך, מערכת הבריאות הציבורית סובלת כיום מתופעת "גריפת שמנת" מצד המערכת הפרטית, כלומר ברירת מטופלים ובחירה במקרים קלים יותר, תוך הטלת המקרים הקשים על המערכת הציבורית (כולל סיבוכים של ניתוחים המתבצעים במערכת הפרטית). מנגנון התמחור כיום אינו יודע להתמודד עם שונות זו. על פי הצעתנו הפעילות הרפואית תעבור חלקית מהמערכת הפרטית, שבה מערכת הבקרה חלשה, לתוך המערכת הציבורית שבה יש בקרה חזקה יותר כבר היום, וכמובן יש לחזקה עוד יותר. בנוסף לכך, ואולי חשוב מכל, במסגרת המודל המוצע על ידנו יופעל מנגנון של Selective Contracting על-ידי המבוטחים. כלומר, המבוטחים הם אלה שיפעלו בשם המטופלים ליצירת התקשרויות ובקרת איכות מול המוסדות שיספקו את השירות, בשונה מהקיים היום בחלק מהמקרים. מחקרים רבים שנעשו בתחום זה בעולם הראו שמנגנון של Selective Contracting מביא להוזלת עלויות ואף לשיפור האיכות בשירותי הבריאות.

#### ii. חשש מאינפלציית שכר

אנו חולקים על מצג השווא, על-פיו מספר הרופאים המתאימים להיבחר על ידי המבוטחים הוא קטן והם מהווים צוואר בקבוק מרכזי. הטענה הפשטנית היא שמאחר שכולם יבחרו באותו המומחה (או קבוצה קטנה של רופאים - ה"כוכבים"), אזי שכרו יעלה. ראשית, בחלק גדול מהתחומים ישנו מספר רב של רופאים מצוינים, שלו הייתה ניתנת להם ההזדמנות לעבוד במשרה מלאה במסגרת בית-חולים ציבורי, הם היו שמחים לעשות תוך ירידה משמעותית ברמת ההשתכרות שלהם ביחס להשתכרותם במערכת הפרטית כיום. לשם בחינת סוגיה זו בדקה הוועדה את נתוני משרד הבריאות לגבי היקף הרופאים בבתי החולים הממשלתיים שהם בעלי היתר לעבודה פרטית. היתר זה מאפשר לרופא לעבוד במקום עבודה אחר במקביל לעבודתו בבית החולים הציבורי. עבודה זו יכולה להתבצע במרפאה פרטית, בבית חולים פרטי, בקופות החולים, בלימוד ומחקר באוניברסיטאות ובמשרדי הממשלה השונים. כפי שניתן לראות בתרשים 11 כרבע מהרופאים בבתי החולים הממשלתיים עובדים בעבודה פרטית במקביל לעבודתם בבית החולים. כמובן שבמקצועות הרלוונטיים האחוז גבוה בהרבה.



**תרשים 11: רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי בית-חולים (% מהרופאים בבתי-החולים הממשלתיים, שנת 2014)**

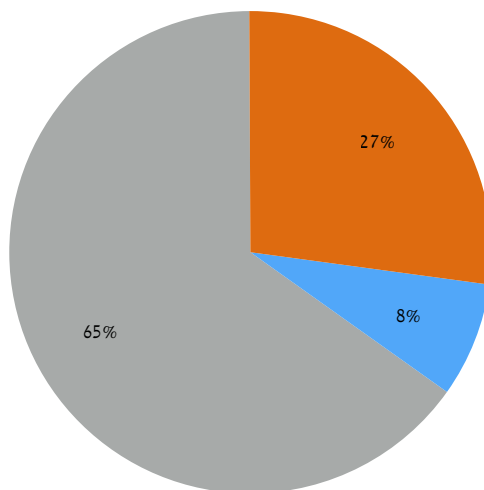


מקור: נתוני משרד הבריאות

נוסף על ההיקף המשמעותי של רופאים בעלי היתר עבודה פרטית, יש מספר לא מבוטל של רופאים שהיקף העבודה הציבורית שלהם קטן משמעותית ממשרה מלאה. דוגמה לכך אפשר לראות בתרשים 12, המציג חלוקה של הרופאים המומחים בבתי החולים הממשלתיים בעלי היתר עבודה פרטית לפי היקף המשרה הציבורית שלהם. כפי שאפשר לראות כ- 27% מהרופאים המומחים בעלי היתר פרטי מועסקים בפחות מחצי משרה במסגרת בית החולים הממשלתי שבו הם עובדים.

**תרשים 12: היקף משרה ציבורית של מומחים בעלי היתר עבודה פרטית (רופאים מומחים המועסקים בבתי-חולים ממשלתיים)**

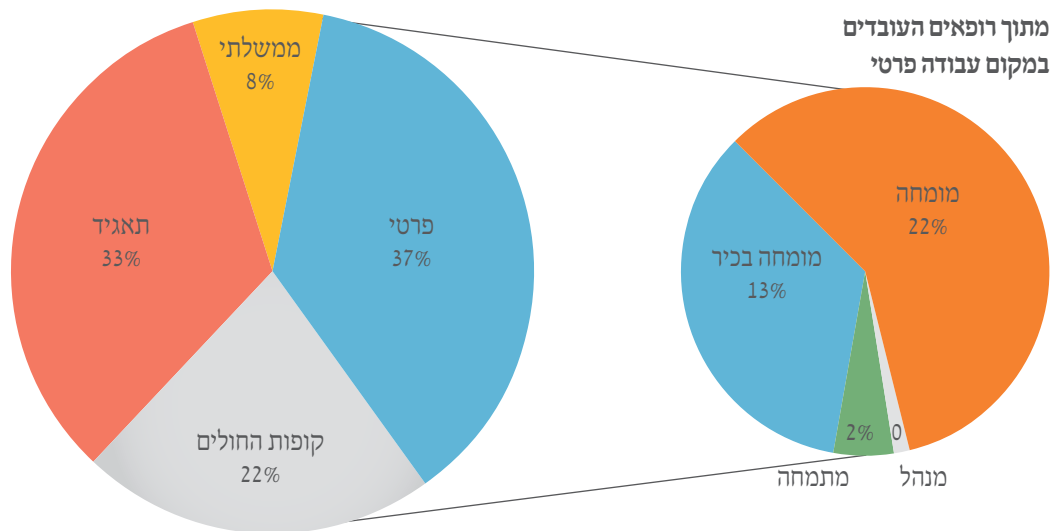
● 26%-50%      ● 51%-75%      ● 76%-100%



מקור: נתוני משרד הבריאות

ממצא נוסף שעולה מהנתונים הוא כי יש היקף משמעותי של רופאים ש עובדים במקביל לעבודתם במסגרת פרטית של ייעוץ או טיפול גם במרפאות או בתי חולים פרטיים. כפי שאפשר לראות בתרשים 13, זהו תחום העבודה הנפוץ ביותר במסגרת עבודה נוספת, כאשר 38% מהרופאים בבתי-החולים הממשלתיים שהם בעלי היתר עבודה פרטית בחרו לעבוד במסגרת פרטית. מכאן, כי אם יהיה אפשר להשאיר רופאים אלו במערכת הציבורית לאחר שעות הפעילות הרגילות של בית-החולים, הדבר לא יבוא על חשבון קופות-החולים ומערכת הטיפול בקהילה. בנוסף, אפשר לראות גם, כי הרוב המוחלט של הרופאים שעובדים במקום עבודה פרטי הם רופאים מומחים ומומחים בכירים. מכאן נובע, שלהשאתם של רופאים אלו במערכת הציבורית יש השלכות נוספות, הנוגעות לאיכות הטיפול במערכת ולאיכות ההכשרה של רופאים מתמחים.

### תרשים 13 - רופאים בעלי היתר עבודה פרטית לפי מקום עבודה ורמת מומחיות



מקור: נתוני משרד הבריאות

ניכר כי יש מספר משמעותי של שעות רופא שאפשר להוסיף באופן מיידי למערכת לטובת פעילות בשעות אחר הצהריים. כמו כן, הזמן האפקטיבי של הרופא יגדל כתוצאה מניצול היתרונות לגודל וההתמקצעות, כפי שצינו לעיל, אך בעיקר בשל מניעת בזבז זמן רופא במעבר בין המערכות השונות. כיום, הרופא מבזבז את זמנו הן על הנסיעה למקום עבודה אחר והן על התנעה של עבודה עם צוות אחר במקום אחר. כמו כן ייעול של עבודת הרופא במערכת הציבורית, למשל דרך הוספת מזכירות רפואיות, יכול לשחרר שעות רופא רבות.

כאמור, לדעתנו אין מחסור שעות רופא פוטנציאליות נכון להיום<sup>20</sup> והמחסור בשעות רופא נובע, בעיקר, מאילוצים מבניים הנוגעים לאופן העסקתם. מעבר לכך, יש לזכור, כי מתן אפשרות לבחירת רופא במערכת הציבורית בתשלום תיצור תחרות עם בתי חולים המועטים בהם יש פעילות פרטית כבר היום. התחרות (בעיקר מול המבטחים) תביא להוזלתו של המוצר שהוא הטיפול הרפואי (ולא הרופא)!

כלל, היקף ההוצאה הוא מכפלה של תעריף במספר השימושים. על מנת לאמוד את ההשפעות על ההוצאה הפרטית יש להבחין בין אזורי המימוש של הביטוח:

20 אין זה אומר שאין צורך לפתור כבר היום את הבעיה שתיווצר בעתיד על כן המלצות הרוב בתחום כוח האדם כה חשובות בעינינו



1. אזור המרכז ותל אביב - בעקבות מתן בחירת רופא בתשלום במספר רב של בתי-החולים, תגבר יכולת המיקוח של השב"נים וחברות הביטוח מול ספקי השירות (הרופאים ובתי-החולים), וכתוצאה מכך הם יקבלו מחירים נוחים יותר, שיזילו את הפרמיות שמשלם הציבור. זאת יחסית למצב היום, שבו יש ספק דומיננטי אחד. קשה לחזות מה יקרה - להיקף המימושים במרכז: מצד אחד יותר מתושבי המרכז יקבלו מחיר נמוך לשרותים פרטיים ויגדילו את השימוש, ומנגד השיפור במערכת הציבורית יקטין את הצורך או רצון של חלק לשלם על מה שהם יכולים לקבל חינם.<sup>21</sup> בנוסף יקטן מספר הפונים מהפריפריה שכיום נאלצים להגיע עד מרכז הארץ כדי לבחור רופא.
  2. בפריפריה - מיצוי הביטוחים בבתי-חולים בפריפריה יגדל, ולמרות שהתעריפים יהיו נמוכים יותר, סך ההוצאה הפרטית בפריפריה תגדל. נציין, כי משמעות הדבר היא הגדלת ה- loss ratio עבור תושבי הפריפריה: **הם סוף - סוף יקבלו שירות עליו הם משלמים כבר מזמן. הדבר ישפר גם את השוויון בין המרכז לפריפריה.**
  3. אזור ירושלים - הצטרפות ספקים נוספים לתחרות תגרור ככל הנראה הוזלת התעריף ותקטין את הביקוש בירושלים מצד תושבי הדרום בעיקר. סך ההוצאה הפרטית כנראה תקטן.
- לסיכום, סביר שההוצאה הפרטית תקטן עקב ירידת המחירים, אך תגדל עקב הגדלת הנגישות והגדלת הכמויות בטווח קצר (האוכלוסייה תקבל יותר בחירה שבה היא חפצה ועליה היא מוכנה לשלם). התוצאה הסופית היא כנראה העלאה של ההוצאה הפרטית, בטווח הקצר, אך שלא כמו היום, רוב המשאבים הללו יופנו לחיזוק המערכת הציבורית. בטווח הארוך, עקב שיפור המערכת הציבורית יקטנו ההוצאות הפרטיות כאחוז מסך ההוצאה.

21 נזכיר שמכלול הצעדים אותם אנו ממליצים לנקוט יגדיל משמעותית את איכות השירות במערכת הציבורית ואת האמון בה, דבר שיביא לעצירת הנהירה לעבר המערכת הפרטית, המתחוללת היום, ולירידה בביקושים לרפואה פרטית.



שימור של ושיפור במצב הצוותים המטפלים במערכת הציבורית	מערכת ציבורית דו-קוטבית	אי שוויון מהותי במערכת הבריאות	אמון הציבור במערכת הציבורית	חולשת הרגולציה במערכת הבריאות	מערכת פרטית: חוסר בפקוח והאמרת מחירים	גיוון מקורות ממון של המערכת הציבורית	מחסור במשאבים במערכת הציבורית	אתגר
V		V	V				V	הצעה לפעולה העלאת מס בריאות
V			V				V	הסטות תקציביות
V		V	V	V	V	V	V	בחירת גורם מטפל בתשלום במערכת ציבורית
	V		V	V		V	V	שינוי באופן קביעת המחירים וההתחשבנות
	V	V	V		V			בחירה חופשית של בתי החולים הציבוריים
	V			V	V			הקמת גוף רגולטורי כלכלי עצמאי
	V		V	V	V			הגברת פיקוח על כלל המערכת בדגש על המימד הכמותי
V		V	V		V			הנגשת שירותי רפואה פרטית לפריפריה

#### 4. סיכום

המודל המשולב, המוצע על ידינו בנייר עמדה זה, מציג מערכת של כלים שלובים הנותן, כך אנו מאמינים, מענה ראוי לאתגרים הרבים בפניהם ניצבת מערכת הבריאות הציבורית כיום ושעמים היא צפויה להתמודד גם בעתיד הקרוב.

## ריכוז הסתייגויות להמלצות פרטניות של ועדת גרמן

מעבר לעמדה מהותית כולל הצעות לפעולה שהוצגו במסמך זה נתייחס באופן פרטני להמלצות עמדת הרוב:

ס' 16-17 - יש להתנות את ההמלצות בבדיקת כדאיות המהלכים על-מנת לא לגרום ליצירת תשתיות עודפות.

ס' 65 - נדרש שינוי דרסטי בשיטת התמחור וההתחשבנות בין קופות-החולים ובתי-החולים על-מנת לשפר תמריצים שכיום מעוותים, הפוגעים במערכת הבריאות ובחולים הנזקקים לשירותי האשפוז. אנו ממליצים לבטל את שיטת האלפות (A-ות), לשנות את קביעת הקאפ ולעבור לתמחור אחיד, המכניס יציבות וודאות למערכת הבריאות ומאפשר תכנון ארוך טווח. יש להקים את הוועדה באופן מידי.

ס' 66-72 - הסדרי בחירה: מומלץ שהבחירה תהיה חופשית ולא תלויה בתמריצים כלכליים. כל הגבלה תהיה מנומקת ומאושרת על-ידי משרד הבריאות, כאשר טובת הטיפול הרפואי תהיה השיקול המנחה היחיד לעניין זה. על-מנת למנוע פגיעה בקופות-החולים עקב כך, מומלץ לעבור למחירים אחידים בין בתי-החולים וקופות-החולים בכלל המערכת, תוך מתן תמריצים להתיעלות.

ס' 76-77 - הסדרת המערכת הפרטית: יש לאסדר את המערכת הפרטית מבחינה רפואית, ואנו גם בעד נקיטת צעדים לייעול המערכת הפרטית. אין מקום, בשלב זה, ל"דיסון" גורף ולצמצום הפעילות ללא מתן פתרונות הולמים עבור הרוב המכריע של אזרחי ישראל, שכיום בוחרים בשירותי המערכת הפרטית, בעיקר לאור העובדה, המוסכמת על רוב חברי הוועדה, שהמערכת הציבורית סובלת מתורים וממחסור במשאבים ותשתיות ומהעדר אפשרויות בחירת המטפל. מומלץ לדון בנושא זה רק לאחר שיפור ניכר במערכת הציבורית. הדרך לצמצם את השימוש במערכת הפרטית היא על-ידי המודל המשולב המוצע, המאפשר בחירת רופא במערכת הציבורית תוך פיקוח הולם, הגדלת משאבים ונוכחות צוותים רפואיים בה.

ס' 79 - יש להוסיף ביטוי להזדקנות האוכלוסייה.

ס' 80 - עדכון טכנולוגי של 1.5%-2%.

ס' 85 - כפי שהוסכם על רוב חברי הוועדה, קיים מחסור חמור במשאבים במערכת הבריאות הציבורית. תוספת המשאבים שהובטחה לא קרובה לתת מענה לצרכים של היום (ולתוספות בשימושים המוצעים על-ידי הוועדה), והפערים ילכו ויתעצמו. אנו מסתייגים מכך שהוועדה לא המליצה על הכנסת מודל מאוזן ומפוקח של שימוש בכספים פרטיים במערכת ציבורית בעת הזאת, ועל-ידי כך מנעה מהמערכת הציבורית תוספת הכנסה, וכך היא מעצימה את הנטייה של הציבור להשתמש במערכת הפרטית שהפיקוח בה מוגבל. אנו ממליצים לשרת הבריאות לחזור ולשקול את הסוגיה בכובד ראש בעתיד הקרוב, תוך מתן תשומת לב להמלצות של ועדות קודמות בנושא ולהמלצות המומחים הבינלאומיים שהופיעו בפני הוועדה.

מומלץ להתחיל באופן מידי בפיילוט של המודל המשולב ב-3 בתי-חולים ממשלתיים או בבעלות הקופה, על-מנת לבחון את ישימות המודל ואת תרומתו, ובמקביל להדק את יכולת הרגולציה של משרד הבריאות.

ס' 86 - אנו ממליצים להקים צוות מקצועי לבחינת הסוגיה של שירותי הרפואה הפרטית באשדוד, שימליץ לשרי הבריאות והאוצר בנושא, תוך התייחסות לכיבוד הסכמים.



### המלצות ועדת משנה בנושא "כפל כובעים" של משרד הבריאות

מומלץ לשקול בכובד ראש הקמת מנגנון מקצועי ועצמאי, ללא ניגודי עניינים ושיקולים זרים, אשר יפעל לתכנון ארוך טווח של תמחור והתחשבנות בתוך מערכת הבריאות ברמת המיקרו (בדומה לרשויות עצמאיות אחרות בממשלה, המאסדרות פעילות בתחומים שונים, כגון ות"ת, המפקח על הבנקים, רשות החשמל, רשות המים, ועוד). המצב היום מאופיין כשוק לא יעיל עם כוחות מונופוליסטיים וללא יכולות רגולטוריות הולמות.

### המלצות ועדת המשנה בנושא ביטוח

ס' 3 ד' - קביעת פרמיה: מומלץ לקבוע מנגנון מדורג שבו הפרמיה עולה עם גיל ההצטרפות לרובד ראשון של פוליסת ביטוח בריאות (שב"ן או מסחרי) לשם מניעת נטישת צעירים וייקור הפרמיות למבוגרים.

ס' 3 ח' - הסדר בלבד: תינתן אפשרות למתן החזר לא רק בביטוח פרטי, אלא גם בשב"ן בפריפריה או בעבודה עם ספקים שנותנים שירות ייחודי.