

מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים

תקציר

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות), קופות החולים (להלן - הקופות) אחראיות לספק את השירותים הרפואיים לתושבים הרשומים אצלן. הקופות מספקות שירותי אשפוז ושירותים רפואיים חוץ-אשפוזיים (אמבולטוריים) לכל האוכלוסייה באופן ישיר ובאמצעות קניית שירותים מבתי חולים כלליים (להלן - בתי חולים) - בעיקר בתי חולים ממשלתיים וציבוריים ובתי חולים שבבעלות שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית). שיטת תגמול בתי החולים משפיעה על איכות הטיפול הרפואי, על היקף ההוצאה הציבורית והלאומית לבריאות ועל יכולתם של בתי החולים לאזן את תקציביהם ולהשקיע בפיתוח הרפואה.

תשלומי הקופות בעבור השירותים שהן רוכשות בבתי החולים מבוססים על אלה: מחיר יום אשפוז, מחיר לפעילויות נבחרות (מחיר דיפרנציאלי) ומחיר לשירות חוץ-אשפוזי (מחיר אמבולטורי), וייקראו להלן - מחיר שירותי בריאות¹. לפי חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996, משרד הבריאות (להלן - המשרד) מציע את המחירים לפעילויות נבחרות ואת המחירים האמבולטוריים לוועדת מחירים בין-משרדית (להלן - ועדת המחירים) שחברים בה נציגי המשרד ומשרד האוצר, והמחירים טעונים אישורה. מחיר יום אשפוז מבוסס על ממוצע עלויות אשפוז במחלקות שונות, ושר הבריאות ושר האוצר קובעים את שיעור השינוי במחיר זה לאחר התייעצות עם ועדת המחירים. שיעור שינוי זה חל גם על המחירים לפעילויות נבחרות ועל המחירים האמבולטוריים.

1. מחיר יום האשפוז הוא מחיר ממוצע כלל מחלקתי, אשר אינו מביא בחשבון את המחלקה שבה מאושפז החולה, את מצבו ואת התשומות שהושקעו בטיפול בו. יוצא שקיימות מחלקות אשר עלות האשפוז בהן יקרה עד פי ארבעה ממחיר יום האשפוז הממוצע, ובמחלקות אחרות עלות האשפוז נמוכה מהמחיר הממוצע. המחיר הממוצע עלול ליצור לבית החולים תמריץ להאריך את תקופת האשפוז של החולה ותמריץ להעדיף הקמה או פיתוח של מחלקות אשר עלות האשפוז בהן זולה מהתקבול עבור יום אשפוז.

2. מתחילת שנות התשעים החל המשרד לקבוע שיטת תגמול שונה, לפי מקרה, על פי תעריפים דיפרנציאליים לקבוצת פעילויות נבחרות - ניתוחים מסוימים, צנתורים, השתלות ועוד - שחלקן נעשות במהלך אשפוז, וחלקן - באשפוז יום. עדכון התעריפים הדיפרנציאליים נעשה על פי שיעור עדכון מחיר יום אשפוז, אף שהפעולות הדיפרנציאליות הן עתירות טכנולוגיה, ואילו המרכיב העיקרי של עדכון מחיר יום אשפוז הוא שכר עבודה. שיעור השינוי של התשומות לאלה שונה. מן הראוי שהמשרד יבנה מנגנון לעדכון תעריפי הפעולות הדיפרנציאליות אחת לכמה זמן.

3. שירותים אמבולטוריים הם שירותים רפואיים הניתנים על ידי בתי החולים שלא באשפוז, בעיקר במרפאות החוץ שלהם. הבדיקה העלתה כי מחירון המשרד כלל

1 המשרד מפרסם מחירים אלו במחירון המופץ לידעת המשתמשים העיקריים (בתי חולים וקופות) ובאתר האינטרנט שלו. משנת 1997 ואילך ההגדרה מופיעה בחוקי ההסדרים במשק המדינה.

תעריפים אשר נקבעו לפני שנים רבות, ומאז עודכנו אלה לרוב רק בשיעור העדכון של מחיר יום האשפוז, אשר מרכיב עיקרי בהתייקרותו הוא, כאמור, השינוי בשכר. קיים פער ניכר בין מחיריהם במחירון המשרד, לעלויותיהם האמיתיות בבתי החולים הממשלתיים ולמחיריהם בשוק או לעלות ביצועם באמצעות הקופות.

מחיר של שירות הגבוה באופן ניכר מעלותו מעודד כניסה של יזמים וספקים לאותו תחום; אלה מציעים אותם השירותים לקופות במחירים זולים ממחירי המשרד. הקופות גם פתחו בעצמן מרכזים רפואיים לאספקת אותם שירותים. מצב זה יצר כפל תשתיות: במקביל למרפאות חוץ בבתי החולים, שנותנות שירותים אמבולטוריים, יש לכל קופה מרפאות מומחים, מכוני בדיקות, מכוני דימות,² מכוני דיאליזה, מעבדות ועוד. כפל זה יוצר בזבוז משאבים לאומיים, שכן היצע גדול של מרכזים רפואיים מעודד שימוש יתר בשירותים רפואיים, עלול לגרום לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות וליצור עודף כושר ייצור. מן הראוי שהמשרד יבחן את היקף התשתיות הקיימות והנדרשות לשם השגת יעילות בהקצאת המשאבים.

ועדה לקביעת עקרונות לתמחור שירותים הניתנים ע"י בתי החולים (להלן - הוועדה), שמינה מנכ"ל המשרד במאי 2001, אשר הייתה צריכה להגיש את המלצותיה עד אוגוסט אותה שנה, המליצה באפריל 2002 לתמחר מחדש את השירותים האמבולטוריים. באוקטובר אותה שנה המליצה הוועדה שהתמחור ייעשה בידי גורם חיצוני. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, כשנה לאחר מכן, המשרד הכין רק טיוטה למכרז לקבלת שירותי תמחור.

באפריל 2003 המליצה ועדת משנה של הוועדה להתחיל בתכנית חלוץ בארבעה בתי חולים כדי לבחון שיטת תגמול הנהוגה באוסטרליה. עד מועד סיום הביקורת ננקטו רק צעדים ראשוניים ליישום תכנית החלוץ.

4. בתי החולים הם מערכת רפואית-כלכלית גדולה מאד. אחד הכלים הניהוליים בכל מערכת כלכלית הוא מערכת תמחור, המאפשרת לעמוד על הקשר בין תשומות לתפוקות ולקבל תמונה נאותה על עלויות המוצרים והשירותים. מערכת כזו מאפשרת לנתח את העלויות לסוגיהן, להשוות בין בתי חולים ובין מחלקות, להוות בסיס לתקצוב ריאלי, לסייע בקביעת מחיר שירותי בריאות ועוד. מאז שנת 1996 המשרד עדיין לא קיים דיון מעמיק בצורך לבנות מערכת כזו.

אחד מתפקידי המשרד הוא להציע מחירים לשירותים הרפואיים ולפרסמם לאחר אישור ועדת המחירים. מן הראוי לחשב את המחיר לפי המידע על עלויות השירותים. בפועל, המשרד מחשב את מחיר השירות בעיקר בהתאם למידע שמוסרים לו בתי החולים, שלרובם אין מערכת תמחור. המשרד תלוי במידע זה, ולעתים נוצר קושי לבדוק את מהימנות הנתונים.

5. משנת 1994 נהוגה מדיניות של קביעת תקרה להוצאות האשפוז. השיטה קובעת תקרת תשלומים לכל קופה שתשלם בעד שירותי בריאות במחירם המלא לכל בית חולים ציבורי כללי.³ חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי

2 דימות (רנטגן, רפואה גרעינית, טומוגרפיה מוחשבת ודימות מגנטי) - הפקת דמות באמצעים אקוסטיים (גלים על-שמעיים), אלקטרוניים, תרמיים וכד'. הדימות ברפואה משמש לאבחון.

3 בית חולים ציבורי כללי מוגדר בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002: "בית חולים ממשלתי כללי, בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים, בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית וכן כל בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כמשמעותו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה".

התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, קובע שבצריכה שחורגת מהתקרה פוחתים מחירי שירותי הבריאות שמשלמות הקופות לבתי החולים למחצית המחיר המלא. לפי החוק, רשאים כל בית חולים ציבורי כללי וכל קופה לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר אחר להתחשבות בעד רכישת שירותים בבתי החולים. את העתקו של הסכם כזה יש להעביר לשר הבריאות ולשר האוצר שמוסמכים לבחון אותו בתוך 60 יום מהעברתו לידיהם, ולהודיע לצדדים אם ההסכם אינו ממלא אחר התנאים שנקבעו בחוק.

תקרות התשלומים וההסכמים, אי-הסכמה בין קופות ובין בתי חולים או אי-אישורם של ההסכמים גרמו להסטה של רכישת השירותים בידי הקופות מבית חולים אחד למשנהו תוך גרימת אי-נוחות למבוטחים הנזקקים לבתי החולים באזור מגוריהם. פעולה כזו אף מקטינה את הכנסות בית החולים שממנו מוסטת הפעילות.

6. למשרד כפל תפקידים - מצד אחד, הוא מופקד על גיבוש מדיניות בריאות, על תיאום, על פיקוח ועל בקרה של מערכת הבריאות; ואילו מן הצד האחר, הוא מספק שירותי בריאות באמצעות בתי החולים שבבעלות הממשלה. עובדה זו יוצרת קשיים במילוי תפקידיו בנוגע למחיר שירותי הבריאות, ההתחשבות במערכת הבריאות והפיקוח על אלה.

(א) המשרד בדק תעריפים של שירותים רפואיים אחדים, הגיע למסקנה שהתעריף אינו ריאלי, ופעמים אף החל בבדיקה או תמחור מחדש, אולם לאחר מכן לא פרסם תעריף חדש בגלל חשש לפגיעה בהכנסות בתי חולים.

(ב) כמה הסכמים שנעשו בין קופות אחדות ובין בתי חולים אחדים של הכללית לא הועברו בידי הצדדים לביקורתם של שר הבריאות ושר האוצר, כנדרש בחוק ההסדרים, כאמור. הכללית לא העבירה הסכמים אלו למשרד, לטענתה, בגלל ניגוד העניינים שהמשרד נתון בו. עובדה זו עלולה להקשות על המשרד לבחון אם התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים מקוימים בהסכמים ולהבטיח למבוטחים בקופות שירותים רפואיים ברמה נאותה ובאיכות וזמינות טובות, כמתחייב מהוראות חוק ביטוח בריאות.



על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות), קופות החולים (להלן - הקופות) אחראיות לספק את השירותים הרפואיים לתושבים הרשומים אצלן. הקופות מספקות שירותי אשפוז ושירותים רפואיים אמבולטוריים⁴ לכל האוכלוסייה באופן ישיר ובאמצעות קניית שירותים מ-48 בתי חולים כלליים (להלן - בתי החולים) - 11 בתי חולים ממשלתיים (תשעה מהם ממשלתיים ושניים עירוניים - ממשלתיים), שמונה בתי חולים שבבעלות שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), 16 בתי חולים ציבוריים (כגון הדסה ושערי צדק) ו-13 בתי חולים פרטיים. כ-45% מהוצאות הקופות בשנים 2001 ו-2002 היו תשלומים בעבור שירותי אשפוז בבתי החולים⁵.

4 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים.

5 על פי דוחות השוואתיים על פעילות קופות החולים בשנים 2001 ו-2002.

תקציב בתי החולים הממשלתיים לשנת 2003 הסתכם בכ-5 מיליארד ש"ח, וזה של הכללית - בכ-3.5 מיליארד ש"ח.

בחדשים מרס-ספטמבר 2003 בדק משרד מבקר המדינה את מחירי השירותים הרפואיים בבתי החולים ואת הסדרי ההתחשבות שקבעה הממשלה לגבי השירותים שרוכשות הקופות מבתי החולים הממשלתיים, לרבות אופן קביעת מחירי השירות לסוגיו. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בבתי חולים ממשלתיים אחדים, בכללית ובמכבי שירותי בריאות. בדיוק השלמה נעשו גם בקופות החולים האחרות ובמשרד האוצר.

שיטות תגמול מקובלות במערכות בריאות - סקירה

"מערכות בריאות בעולם כולו הן מערכות מורכבות ומסובכות, המאופיינות בנטייה לצמיחה בלתי מבוקרת, בכשלי שוק⁶ הנובעים ממאפיינים ייחודיים של מגזר הבריאות בעיקר בתחומי הידע, המידע ובשל מהותיות נושא הבריאות בחיי הציבור".⁷

אופן התקצוב והתגמול של בתי החולים, כספקי שירותים רפואיים, משפיע על איכות הטיפול הרפואי ועל היקף ההוצאה הציבורית והלאומית לבריאות. שיטת תגמול נכונה עשויה להביא לשיפור היעילות ולחיסכון במערכת הבריאות ולהשפיע על יכולתם של בתי החולים לאזן את תקציביהם ולהשקיע בפיתוח הרפואה. בגלל כשלי השוק במערכת יש לכל שיטת תגמול יתרונות וחסרונות. להלן סקירה קצרה של שיטות תגמול אחדות הנהוגות כיום במערכות בריאות בעולם המערבי.

1. תגמול לפי מקרה - ספק השירות מקבל תשלום לפי השירות העיקרי שקיבל החולה ללא קשר לתשומות המדויקות שהושקעו בו. לפי שיטה זו, הקופה משלמת, למשל, לבית החולים מחיר מסוים קבוע עבור חולה שעבר צנתור ללא קשר לסיבוכים שחלו במהלך הפעולה, אם היו. יתרון השיטה הוא אי-יצירת תמריץ לבית החולים להאריך את משך האשפוז של החולה כדי לכסות את עלות התשומות שהושקעו בו, כמו שימוש בציוד רפואי יקר. חסרונה הוא שהיא עלולה ליצור תמריץ לשחרר חולים מוקדם מדי, דבר שעלול להביא לאשפוזים חוזרים.

2. תגמול לפי אבחון וקבוצות אבחון - D.R.G. - Diagnosis Related Groups - נותן השירות מקבל תשלום לפי קבוצת האבחון שבה סווג המאושפז. בכל קבוצה כלולות אבחנות שעלויות הטיפול בהן שוות בקירוב. התשלום נעשה ללא קשר לפעולות שנוקט ספק השירות ולעלותן בפועל. השיטה הונהגה בארה"ב החל משנות השמונים, ויש שם יותר מ-400 קבוצות אבחנה; כיום היא נהוגה גם במדינות אחרות. הואיל והשיטה מבוססת על קשר בין התשומות לתפוקות, היא מעודדת התייעלות. חסרונה של השיטה הוא מורכבותה, שכן יש לשקלל בתחשיב התגמול את מרכיב חומרת המחלה, דבר שהוא קשה לחישוב ולאבחון מדויק. לפי שיטה זו אפשר לסווג מחלה מסוימת ברמות חומרה שונות בקבוצות אבחון שונות. מכאן שלספק השירות עלולה להיות נטייה להחמיר את האבחנות המדווחות כדי להשיג את מרב התמורה הכספית. בגלל חסרונותיה נוספו לה במשך השנים קריטריונים של תגמול לפי סוג הפעילות הרפואית שהחולה צרך.

3. תגמול לפי מחיר ממוצע - המבטח משלם לנותן השירות מחיר אחד לכל סוגי הפעולות, שהוא ממוצע העלויות הזולות והיקרות. החיסרון בשיטה זו הוא התמריץ למבטח לשלוח לספק

6 כשל שוק הוגדר לעניין זה (ראו הערה 7 להלן) כמצב שבו הצרכנים, הספקים או המוצרים גורמים או עשויים לגרום פעילות או תפקוד הנוגדים את כללי השוק המקובלים. המשמעות היא, למשל, שכללי ביקוש והיצע אינם פועלים במלואם בשוק זה, וההיצע משפיע על הביקוש.

7 דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (תשס"ג-2002).

השירות את החולים שהטיפול הרפואי הדרוש להם מורכב ויקר, ועלותו גדולה יותר מהעלות הממוצעת, ולטפל בעצמו, אם יש באפשרותו, בחולים שהוצאות הטיפול בהם קטנות. כך עלולות להיווצר תשתיות כפולות. יתרון שיטה זו הוא שהיא מאפשרת שליטה בהוצאה הלאומית לבריאות ופשטות של החישובים וההתחשבויות.

המחירים בישראל

ברוב ארצות המערב וגם בארץ נהוג לשלב בין שיטות תגמול אחדות. אלה השיטות הנהוגות בישראל: 1. תגמול לפי מחיר ממוצע (מחיר יום אשפוז). 2. תגמול לפי מקרה (מחיר עבור פעילויות נבחרות). 3. שילוב של השתיים (לדוגמה: אם אדם מתאשפז לטיפול כימותרפי, ישלם המבטח בעד הכימותרפיה כתוספת למחיר יום האשפוז). נוסף על כך, לפי שיטת ה-Capping (להלן - שיטת תקרות הצריכה), שמעוגנת בחוקי ההסדרים במשק המדינה החל בשנת 1997 (להלן - חוקי ההסדרים), לכל קופה נקבעת תקרת תשלומים שתשלם בעד שירותי בריאות במחירים המלא לכל בית חולים ציבורי כללי⁸ (ראו להלן).

פרט למחירי שירותי אשפוז, נקבעו גם מחירים לשירות חוץ-אשפוזי (מחיר אמבולטורי), לאשפוז-יום ולטיפול בחדר המיון של בית החולים. המחיר בעד טיפול שניתן בחדר מיון הוא קבוע ולא מושפע ממשך שהיית המבוטח בחדר המיון או מסוג הטיפול שקיבל. אדם שהועבר מחדר המיון לאשפוז, הקופה תשלם בעבורו מחיר יום אשפוז או מחיר לפעילות נבחרת, על פי הטיפול שניתן. המחיר לטיפול בחדר המיון כלול בקבוצת המחירים האמבולטוריים. מחיר יום אשפוז, מחירים עבור פעילויות נבחרות ומחירי שירותים אמבולטוריים נקבעים מעת לעת לפי חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק הפיקוח), וייקראו להלן - מחירי שירותי בריאות⁹.

המשרד מציע את המחירים לפעילויות נבחרות ואת המחירים לשירות חוץ-אשפוזי לוועדת מחירים בין-משרדית (להלן - ועדת המחירים), והמחירים טעונים אישורה. בוועדת המחירים ארבעה חברים: שני עובדי משרד שממנה מנכ"ל המשרד, ושני עובדי משרד האוצר שממנה מנכ"ל משרד האוצר (אחד מעובדי משרד האוצר הוא יושב ראש הוועדה)¹⁰. מחירי יום אשפוז מבוסס על ממוצע עלויות אשפוז. שר הבריאות ושר האוצר קובעים את שיעור השינוי במחיר זה, לפי התייקרות התשומות ולאחר התייעצות עם ועדת המחירים. שיעור שינוי זה חל גם על המחירים לפעילויות נבחרות ועל המחירים לשירות חוץ-אשפוזי.

על פי נתוני המשרד, הכנסות 11 בתי החולים הממשלתיים ממכירת שירותים רפואיים מתפלגות כך: אשפוז חולים - כ-57% מההכנסות; פעילויות נבחרות (דיפרנציאליות) - כ-21% מההכנסות; שירותים אמבולטוריים - כ-16% מההכנסות; חדר מיון - כ-6% מההכנסות.

הנתונים דלעיל הם נתוני בתי החולים הממשלתיים בלבד מחמת היעדר נתונים על בתי החולים של הכללית¹¹. בתי החולים של הכללית נותנים שירותים הן למבוטחייהן הן למבוטחי קופות אחרות וגם לאחרים. כ-73% מהשירותים בבתי החולים של הכללית ניתנים למבוטחייהן.

8 ראו לעיל הערת שוליים מס' 3.

9 ההגדרה לקוחה מחוקי ההסדרים.

10 על ועדת המחירים ראו דוח שנתי 2005 של מפקר המדינה (2000), עמ' 122.

11 על פי הצעה לתקן חשבונאות מספר 18 של המוסד הישראלי לתקינה בחשבונאות מספטמבר 2003 (טרם אושר) בעניין דיווח כספי של קופות החולים, החל מ-1 בינואר 2005 ידווחו הקופות בדוחותיהן הכספיים על בתי חולים כעל אחד ממגזרי פעילותן, בהתאם לתקן חשבונאות מספר 11. על פי ההצעה, הפרדת נתוני בתי החולים תאפשר השוואה בין תפקוד בתי החולים של הקופות ובין תפקוד בתי חולים אחרים ותאפשר גיבוש מדיניות ביחס לאלה.

ההתחשבות של הכללית עם בתי החולים הממשלתיים אינה זהה להתחשבות שלה עם בתי החולים שלה - זיכוי וחייב של קופות אחרות ושל אחרים נעשים לפי הכללים שהממשלה קובעת (מחירון המשרד ותקרות צריכה) ולפי הסכמים שנחתמים בין הקופות ובין בתי החולים של הכללית. לעומת זאת, ההתחשבות בין בתי החולים של הכללית ובין מחוזותיה בגין מתן שירות למבוטחי שונה, והיא נעשית לפי החלטה של הכללית. התחשבות זו לא נבדקה במסגרת הבדיקה הנוכחית.

מחיר יום אשפוז ועדכון

כאמור, מחיר יום אשפוז מבוסס על ממוצע של עלויות האשפוז במחלקות השונות, והוא מתעדכן מדי פעם בפעם. מחיר זה אינו מביא בחשבון את מצבו של המאושפז ואת התשומות שהושקעו בטיפול בו. עלויות האשפוז במחלקות בבתי החולים שונות מאוד זו מזו, בעיקר בגלל הבדלים בין המחלקות באלה: עלויות השימוש באמצעים טכנולוגיים הנגזרות ממידת השימוש בהם; הצוות הרפואי והסיעודי, שתקניו נקבעים לפי סוג המחלקה ומספר המיטות בה, ושכרו של הצוות; פעולות כירורגיות. כמו כן משפיעה על העלות חומרת המחלה של החולה ללא קשר למחלקה שהוא מאושפז בה.

לדוגמה: מחיר יום אשפוז היה בשנת 2002 כ-1,600 ש"ח ליום. לפי נתונים¹² שמסרו שלושה בתי חולים ממשלתיים למשרד מבקר המדינה, עלות יום אשפוז במחלקת טיפול נמרץ לב גבוהה בהרבה: 3,900 - 6,100 ש"ח. לעומת זאת, עלות אשפוז ממוצעת במחלקה פנימית היא רק 1,200 - 1,500 ש"ח; עלות האשפוז במחלקת עור נמוכה אף יותר - כ-950 ש"ח. לפי נתונים שמסרה הכללית למשרד מבקר המדינה, עלות יום אשפוז במחלקה פנימית בבתי החולים שלה נמוכה מזו של בתי החולים הממשלתיים והיא 880 - 960 ש"ח. במחלקות מסוימות עלות האשפוז יקרה אפוא בערך עד פי ארבעה ממחיר יום האשפוז הממוצע, ובמחלקות אחרות עלות האשפוז נמוכה מהמחיר הממוצע.

למחיר אחד של יום אשפוז יש חסרונות אחדים:

1. הוא עלול ליצור תמריץ לבית החולים להאריך את תקופת האשפוז של החולה. במחלקות רבות יורדת העלות השולית של בית החולים לאחר שלושה-ארבעה ימי אשפוז, והיא הופכת להיות בעיקרה עלות "מלונאית" (לינה והסעדה בעיקר). במקרה זה מחיר יום אשפוז שמקבל בית החולים גבוה מהעלות של יום אשפוז, ועלול לתמרץ הארכת משך האשפוז בכל המחלקות.
2. הוא עלול ליצור תמריץ לבית החולים להעדיף הקמה או פיתוח של מחלקות אשר עלות האשפוז בהן זולה מהתקבול עבור יום אשפוז על פני מחלקות שעלות האשפוז בהן גבוהה באופן ניכר ממנו. התוצאה בטווח הארוך עלולה להיות גידול ההיצע של מיטות במחלקות שעלות האשפוז בהן נמוכה (סוג א') והקטנת ההיצע של מיטות במחלקות שעלות האשפוז בהן גבוהה (סוג ב'). כתוצאה מכך קיים חשש שבטווח הארוך ייווצר עודף היצע של מיטות במחלקות מסוג א' ועודף ביקוש ומחסור במיטות במחלקות סוג ב', דבר שיגרור מחד גיסא, לבזבוז משאבים, ומאידך גיסא, למחסור בקיבולת אשפוז.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבדוק ולעקוב אם ובאיזו מידה משפיעה שיטת מחיר זו על התנהלותם של בתי החולים. ראוי שהמשרד ומשרד האוצר ישקלו, בהתאם לממצאים, את הצורך לשפר את שיטת המחיר האחד הממוצע ליום האשפוז או לשפר כלים משלימים לה כגון שיטת תקרות הצריכה.

12 נתונים אלו הופקו ממערכות ממוחשבות שהוטמעו בשנת 2003 באותם בתי חולים ועדיין אינם מדויקים לגמרי (מידת דיוקם כ-70%-80%).

מחיר יום אשפוז ומחלקות לטיפול נמרץ :

ביולי 2001 פרסם המשרד סקר על חולים שמחלותיהם קשות, שעשה בחמישה בתי חולים¹³. ממצאי הסקר מלמדים, בין היתר, כי חלק ניכר מהחולים שנמצאו מתאימים לקריטריונים לאשפוז ביחידות של טיפול נמרץ כללי לא אושפזו ביחידות אלו: מ-5.5% של החולים שמחלותיהם קשות, שנמצאו מתאימים לקריטריונים של אשפוז ביחידות לטיפול נמרץ כללי, רק 1.4% התקבלו למחלקות הללו; עוד 1.3% התקבלו לטיפול נמרץ אחר (קטגוריה שכוללת מחלקות מסוגים שונים כגון התאוששות, טיפול נמרץ לב ומיטות מתוגברות במחלקות בתי החולים). שאר החולים טופלו במחלקות רגילות של בית החולים.

הסקר הראה ששיעור ההישרדות של חולים שאושפזו ביום ההידרדרות (היום בו הידרדר החולה למצב של "חולה קשה") ביחידות לטיפול נמרץ כללי היה גבוה יותר. ההבדל העיקרי בין הישרדות החולים שאושפזו במחלקות לטיפול נמרץ כללי להישרדות חולים שאושפזו במחלקות הרגילות היה בשלושה-ארבעה ימים ראשונים לאחר ההידרדרות. לאחר מספר ימים ועד 30 יום לא היה הבדל בהישרדות החולים. בעת סיום הביקורת עסק המשרד בעיבודו של סקר היארעות (incidence) בהשלמה לסקר החולים הנ"ל, שהוא סקר הימצאות (prevalence)¹⁴; הסקר החדש נועד לבחון אם אמנם הבדלי ההישרדות בין חולים המאושפזים בטיפול נמרץ לחולים המאושפזים במחלקות, הם רק בימים הראשונים.

מהנתונים שעולים מהסקר על האשפוז ביחידות לטיפול נמרץ (14 ימי אשפוז בממוצע, ואף 30 ימי אשפוז ויותר של חולים רבים), מתברר שאין די מיטות טיפול נמרץ לכל החולים הזקוקים לכך. יחד עם זאת הסיקן עורכי הסקר כי ניתן להפחית את מספר ימי האשפוז לחלק מהחולים ללא פגיעה בתוצאות הטיפול בהם.

יצוין כי ההוצאה העיקרית של בתי החולים בהפעלת מיטת טיפול נמרץ היא הוצאה על שכר. כוח האדם הדרוש למיטה כזו גדול מזה הדרוש למיטה במחלקות אחרות, ותקן כוח האדם במחלקה נקבע על פי מספר המיטות בה. כמו כן, גם ההוצאות התפעוליות במחלקה זו (עלות תרופות, ציוד רפואי מתכלה, צילומים ובדיקות) גבוהות ביחס למחלקות אחרות.

כבר בשנת 1996, בדוח שנתי 46, עמ' 204, ציין משרד מבקר המדינה כי עלות יום אשפוז במיטת טיפול נמרץ גבוהה בהרבה מעלות יום אשפוז במיטות האחרות בבתי החולים בשל מספר העובדים והמכשירים הנחוצים לטיפול בחולה. מאחר שכל יום אשפוז ביחידת טיפול נמרץ כרוך בהפסד כספי ניכר לבית החולים, אין להנהלות בתי החולים מניע כלכלי לפיתוח היחידות הללו. בדוח הובאה המלצה לשקול דרכים לצמצום הפער בין עלות ההפעלה של המיטות לתשלום תמורת האשפוז ביחידה לטיפול נמרץ.

בשנת 1998 הציע המשרד לקבוע מחיר דיפרנציאלי לאשפוז ביחידת טיפול נמרץ, אך ההצעה לא יושמה עקב התנגדות הקופות וחששן מהתנהגות בתי החולים לאחר העלאת המחיר¹⁵.

מאז הנושא לא טופל. רק במהלך הביקורת הנוכחית, במאי 2003, פנה המשרד, בעקבות הסקר האמור, אל בתי החולים והודיע להם על חישוב מחודש של תעריפי יום אשפוז במחלקות לטיפול נמרץ. המשרד הנחה את האחראים לתקציבים בבתי החולים להעביר לו נתונים המשפיעים על

13 המחלקה לחקר שירותי רפואה, משרד הבריאות, סקר חולים קשים בישראל, דוח מחקר מס' 1 (יולי 2001).

14 שיעור הימצאות - אחוז החולים באוכלוסייה בנקודת זמן מסוימת. שיעור היארעות - אחוז החולים החדשים במחלה המאובחנים ביחידת זמן באוכלוסייה בסיכון בתקופת זמן מסוימת.

15 ראו דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 125.

עלויות האשפוז: כוח אדם לפי הסכמי תקינה ונתוני שכר, ציוד קבוע, הוצאות משתנות וקניית שירותים, מספר החולים, משך אשפוז ותקורות בית החולים.

במועד סיום הביקורת (ספטמבר 2003) המשרד ומשרד האוצר טרם הסכימו על דרכי הפעולה לפתרון הבעיה, וממילא טרם נקבע כל שינוי במחיר אשפוז במחלקה לטיפול נמרץ, שעשוי להיות מרכיב בפתרון.

עדכון המחיר של יום אשפוז:

כאמור, לפי חוק הפיקוח, רשאים שר האוצר ושר הבריאות לקבוע בצו את שיעור השינוי של מחיר יום אשפוז ושל מחירי יתר השירותים, לאחר התייעצות עם ועדת המחירים. שני הרכיבים העיקריים שלפיהם נקבע ומתעדכן מחיר יום האשפוז הם הוצאות שכר ונלוות, כולל הפרשות פנסיוניות (כ-75% משיעור עדכון המחיר) והוצאות על קניות (כ-25% משיעור עדכון המחיר). עדכון המחיר נעשה לאחר שוועדת המחירים מקיימת שימוע לנציגי בתי החולים ולנציגי הקופות ולאחר משה ומתן בין המשרד ובין משרד האוצר.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי זה זמן רב אין נציגיו ונציגי משרד האוצר בוועדת המחירים מסכימים על מרכיבי מחיר יום האשפוז ועל מקדמי העדכון הרלוונטיים. כך, לדוגמה, משרד האוצר אינו מסכים להתחשב בהתייקרות סל המטבעות למרות שכמחצית הוצאות הקניות של בתי החולים צמודה למטבע חוץ. מנהל המרכז הרפואי רמב"ם מסר למשרד מבקר המדינה, כי גם אין התייחסות לעלויות הנוספות של שירותי הבריאות בגין הזדקנות האוכלוסייה ושינויים טכנולוגיים, אשר מייקרים את התשומות בבתי החולים.

משרד האוצר מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה בינואר 2004, כי המשרד לא העלה טענה זו עד לשנת 2003, שבה מדד המחירים לצרכן היה בירידה, ואילו מחירי מטבע החוץ היו בנסיקה, ואין זה ראוי לבקש שינוי דווקא בשנה שבה מנגנון העדכון הקיים פועל לרעת בתי החולים. לדבריו, רכיב הקניות צמוד לשינויים החזויים במדד המחירים לצרכן, והצמדה זו קושרת את שיעור העדכון של מחירי האשפוז להתפתחויות במשק הישראלי ומונעת העלאה גדולה של מחירי האשפוז דווקא בשנה שבה הפעילות במשק מצטמצמת. בעניין הטענה על שינויים טכנולוגיים או על הצורך בפיצוי בגין הזדקנות האוכלוסייה השיב משרד האוצר כי בעדכון מחירי יום האשפוז נכללת תוספת ריאלית בסכום המשקף שיעור של 2% מעלות תוספת התרופות שניתנה לסל שירותי הבריאות בגין תרופות שיצרכו בבתי החולים, "אשר לא ניתן להם מחיר פעולה מיוחד". כמו כן לטכנולוגיות חדשניות רבות ניתן מחיר דיפרנציאלי מיוחד, כך שהן מתומחרות בנפרד וניתנת בגינת תמורה. ריבוי ההוצאות לטיפול רפואי בשל הזדקנות האוכלוסייה מגדיל את הכנסות בתי החולים ללא קשר למחירי השירותים. כמו כן, בשנת 2003 הוגדל מחיר יום אשפוז בסכום המשקף חלק מעלות תוספת תקינת כוח אדם סיעודי בבתי החולים.

לנוכח האמור לעיל, על המשרד ומשרד האוצר להגיע למחיר בסיסי מוסכם של יום אשפוז ולבחון את מנגנון עדכון מחירו.

מחירי פעילויות נבחרות - מחירים דיפרנציאליים ועדכונים

1. בסוף שנות השמונים של המאה ה-20 עם ההתפתחות הטכנולוגית בביצוע פעולות רפואיות מסוימות, פחתו ימי האשפוז הדרושים למתן הטיפול, אך עלות יום האשפוז גדלה. כיוון שהתשלום עבור יום אשפוז אחד ואינו מותאם לעלות שנובעת מהשימוש בטכנולוגיה החדשה, התמריץ של

בתי החולים לספק את השירותים עתירי הטכנולוגיה פחת, ובבתי החולים נוצרו תורים ארוכים של ממתנים לניתוחים.

מסיבה זו החל המשרד לקבוע שיטת תגמול שונה - תגמול לפי מקרה - מתחילת שנות התשעים. נקבעו מחירים דיפרנציאליים לקבוצת פעילויות נבחרות, שחלקן נעשות במהלך אשפוז, וחלקן - באשפוז יום. בשנת 1999 היה מספר הפעולות הנבחרות 26, ובעת סיום הביקורת, ספטמבר 2003, היה מספרן 46. המשרד מחשב את המחירים האלו בדרך כלל לפי ממוצע עלויות של בתי חולים אחדים. לדברי המשרד, לעתים מחירים מסוימים גבוהים מהעלות כדי לעודד את עשיית הפעולה, ומחירים אחרים נמוכים מהעלות כדי להקטין את התמריץ לבצעה. מכאן שמחירי הפעולות משמשים לעתים גם לוויסות מספרן.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד, שאם החליט להציע מחיר שונה מממוצע העלויות הכרוכות בביצוע הפעולה, עליו ליידיע את ועדת המחירים, את בתי החולים ואת הקופות, כדי שיוכלו להביע את עמדתם בעניין לפני אישור המחיר.

בקבוצת הפעילויות הנבחרות כלולות אלה: ניתוח שבר (הרנייה), ניתוחי לב, ניתוחי גב, ניתוחי קרנית, צנתורים, השתלות. שיטת תשלום זו מתגמלת את בית החולים במחיר קבוע בעבור הפעולה שבוצעה. יתרון השיטה הוא מחיר ריאלי שמבוסס על קשר בין התשומות לתפוקות, ותמריץ כלכלי לעשות את הפעולה הרפואית, אף אם היא כוללת אשפוז של ימים אחדים ושימוש בטכנולוגיות ובציוד רפואי יקרים. השיטה מעודדת את בית החולים לשחרר את החולה מיד כאשר מצבו מאפשר זאת, וכך לנצל טוב יותר את משאבי מערכת האשפוז. שיטת תגמול זו, התפתחות הרפואה ושיפורים טכנולוגיים הביאו עם השנים להפחתת ימי אשפוז.

עם זאת, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי באשפוז שנעשות בו כמה פעולות דיפרנציאליות, בית החולים יקבל תשלום רק עבור הפעולה שעלותה הגבוהה ביותר. דוגמאות בולטות במיוחד הם צנתורי לב ומיפוי כלי דם (אנגיו) שבהם נעשית פעולה אבחונית ואחרת - פעולה טיפולית. בתי החולים אינם מתוגמלים בעד הפעולה האבחונית, שגם היא פעולה פולשנית עתירת טכנולוגיה וציוד רפואי יקר. לדבריו, צורת התחשבות זו גם עלולה לתמרץ את בתי החולים להפריד את הפעולות ולעשותן באשפוזים שונים, והחולים ייפגעו.

2. העדכון של מחיר הפעילויות הנבחרות נעשה כיום על פי שיעור עדכון מחיר יום אשפוז; אך מחיר יום אשפוז אינו יכול להיות בסיס עדכון ראוי לצורך כך, משום שהפעולות הדיפרנציאליות הן עתירות טכנולוגיה, ואילו המרכיב העיקרי בעדכון מחיר יום אשפוז הוא שכר עבודה; שיעור השינוי של התשומות לאלה שונה.

מן הראוי שהמשרד יבנה מנגנון לעדכון תעריפי הפעולות הדיפרנציאליות אחת לכמה זמן; בתהליך זה יש להביא בחשבון את מרכיבי העלות השונים ולשקללם.

מחירי שירותים רפואיים אמבולטוריים ועדכונים

כאמור, ניתנים שירותים אמבולטוריים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים¹⁶, בידי בתי החולים ותאגידי הבריאות שלידם¹⁷ (המהווים ביחד מרכז רפואי ממשלתי). בעקבות חידושים טכנולוגיים בתחומי האבחון, המעקב והטיפול הרפואי הניתן לחולים יש בשנים האחרונות מגמה מואצת לתת באופן אמבולטורי בבתי החולים ובמרפאות בקהילה שירותים שניתנו קודם לכן באשפוז. המגמה להעדיף שירותים אמבולטוריים בקהילה רווחת גם במדינות אחרות¹⁸. כיום ניתנים בארץ יותר מאלף שירותים אמבולטוריים המפורטים במחירון המשרד. המשרד מציע מחיר לשירות אמבולטורי בדרך כלל כתגובה לבקשה של בית החולים הנותן אותו, ולפעמים - כתגובה לבקשתה של קופה.

1. הבדיקה העלתה, כי מחירון המשרד לשירותים אמבולטוריים כלל תעריפים אשר נקבעו לפני שנים רבות, ומאז עלו אלה לרוב רק בשיעורי העדכון של מחיר יום האשפוז. קיים פער ניכר בין מחיריהם במחירון המשרד, בין עלויותיהם האמיתיות לבתי החולים הממשלתיים ובין מחיריהם בשוק או עלות ביצועם באמצעות הקופות. להלן דוגמאות: בינואר 2003 היה התעריף לבדיקת סורק ממוחשב (C.T.) במחירון המשרד כ-1,200 ש"ח; לעומת זאת, הקופות רוכשות בדיקה זו במכונים פרטיים בעלות של 300-400 ש"ח. מחיר המשרד לטיפול דיאליזה לחולה (המודיאליזה) הוא 1,388 ש"ח; המחיר לדיאליזה בשוק הפרטי, לעומת זאת, הוא כ-750-800 ש"ח. מחיר המשרד לביקור אצל רופא במרפאות החוץ הוא 185 ש"ח, ואילו הקופות מעסיקות את הרופאים במרפאותיהן בתנאי שכר אחרים, ובדרך כלל עלות העסקתם לקופות נמוכה יותר. מחיר ספירת דם במחירון המשרד הוא כ-100 ש"ח, אך העלות האמיתית של הבדיקה לבית החולים היא שקלים ספורים.

כאמור, מחירי שירותי הבריאות הם מחירים מרביים. לעתים רוכשות הקופות מבתי החולים שירותים אמבולטוריים לפי מחירון המשרד, ולעתים - במחיר נמוך ממחיר המשרד, שנקבע בהסכמים בין בתי החולים והקופות שנחתמו החל בשנת 2000. הדבר תלוי במיקום בית החולים (מרכז או פריפריה) ובתחרות מצד ספקים פרטיים בסביבתו.

2. גם מחיריהם של השירותים האמבולטוריים הם מחירים ממוצעים לכל שירות, כלומר בית החולים מקבל מחיר אחיד עבור פעולות זולות ועבור פעולות יקרות שנעשות במסגרת אותו שירות. כאמור, החיסרון העיקרי בשיטה זו הוא הפנית החולים במחלות קשות לבתי החולים וטיפול בחולים שמחלותיהם קלות יותר, מחוץ לבתי החולים. מחיר של שירות הגבוה באופן ניכר מעלותו מעודד כניסה של יזמים חדשים לאותו תחום; אלה מציעים אותם השירותים לקופות במחירים זולים ממחירי המשרד. הקופות עצמן פתחו מרכזים רפואיים לאספקת אותם שירותים, משום שלטענתן, עלות אספקתם בידיהן נמוכה ממחירי המשרד. מצב זה יוצר כפל תשתיות ובזבוז משאבים לאומיים, שכן היצע גדול של מרכזים רפואיים עשוי לעודד שימוש יתר בשירותים רפואיים, עלול לגרום לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות וליצור עודף כושר ייצור.

להלן יובאו דוגמאות אחדות לתשתיות שהוקמו לאספקת שירותים רפואיים שניתנים גם בבתי החולים:

16 המושג "רפואה אמבולטורית" חל על שתי הרמות הראשונות של השירותים הרפואיים (רופאים ראשוניים ורופאים מומחים).

17 זו הגדרת תאגיד בריאות בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985: "עמותה, אגודה שיתופית, חברה, או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או אגב שימוש במתקניו". תאגיד בריאות יפעל לפי כללים שנקבעו בתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2001.

18 דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (תשס"ג-2002).

(א) מכונים רפואיים של דימות¹⁹, גסטרו, פיזיותרפיה, קרדילוגיה ועוד.

(ב) מרפאות דיאלזה: טיפולי דיאלזה ניתנים במרפאות שחלקן בבעלות חלקית עקיפה של הקופות, ואחרות בבעלות פרטית. בדרך כלל ניתנים טיפולי דיאלזה במכונים הפרטיים לחולים שהרופאים הגדירו אותם "יותר יציבים"²⁰. כאמור, מחירי הדיאלזה במרפאות נמוכים באופן ניכר ממחירה במחירון המשרד.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי הקופות אמנם מצליחות לקנות טיפולי דיאלזה במכונים פרטיים במחירים נמוכים מתעריפי המשרד, אולם אלה מסרבים לקבל לטיפול חולים במצב מסוכן, חולים הסובלים מתחלואה כפולה וחולים המטופלים בדיאלזה זמן ממושך. חולים אלו, שמחיר הטיפול בהם יקר ממחיר טיפול הדיאלזה הממוצע, מופנים לבתי החולים, וכך יוצא שבתי החולים מטפלים לעתים בחולים שעלות הטיפול בהם גבוהה מתעריפי המשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה, תשובת המשרד מחזקת את הצורך לבחון מחדש את התעריפים האמבולטוריים ולבדוק אם אלה מתגמלים את בתי החולים בהתאם לעלויותיהם.

(ג) מרפאות מומחים: במרפאות החוץ של בתי החולים עובדים רופאים מומחים בתחומים שונים. רופאים אלו מועסקים במחלקות בתי החולים וגם במרפאות החוץ. גם לקופות יש מומחים משלהן. למשל, בראשון לציון יש ארבעה מרכזים לבריאות האישה, אחד לכל קופה. כמו כן יש מרכזים לבריאות הילד, מרפאות לניתוחים זעירים, מרפאות לטיפול עיניים ועוד²¹. פרט לרופאים, מאיישים את המרפאות אחיות, עובדים פרה-רפואיים ועובדי מנהלה.

(ד) מעבדות: במעבדות בתי החולים נעשות בדיקות למאושפזים בהם וכן לחולים הפונים למרפאות החוץ. גם לכל אחת מהקופות יש מעבדות. למכבי שירותי בריאות, למשל, יש מעבדה מרכזית ברחובות ומעבדה בצפון הארץ, לקופת חולים מאוחדת יש ארבע מעבדות ארציות, וגם לכלית יש מעבדות משלה. לא בכל המעבדות בבתי החולים מנוצל מלוא הפוטנציאל. למשל, המרכז הרפואי הדסה הציע למחוזות הקופות באזור ירושלים לספק להן את כל שירותי המעבדה, אך הקופות סרבו. ריבוי המעבדות יצר עודף כושר ייצור במשק.

3. הגידול בפעילות הרפואית בקהילה גורם לעתים לירידה בפעילות האמבולטורית בבתי החולים, כשם שהגידול בפעילות האמבולטורית גורם לעתים לירידה באשפוז בבתי החולים. אולם צמצום פעילות של מחלקה בבית חולים או סגירתה עלול לפגוע בהכרה של המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) במחלקה כמחלקה להתמחות. לדוגמה, טיפולי עיניים רבים ניתנים כיום במסגרת הקהילה. במחלקות העיניים בבתי חולים אחדים ירד מאוד שיעור התפוסה הממוצע והגיע לכ-57%, אולם בית חולים לא יצמצם את מספר המיטות, כיוון שעל פי כללי הר"י, המינימום הנדרש להכרה בהתמחות במחלקת עיניים הוא 12 מיטות. מכאן שצמצום הפעילות האמבולטורית בבתי החולים אינו מביא להקטנת הוצאותיהם.

19 ראו לעיל הערת שוליים מס' 2.

20 על מערך שירותי הדיאלזה בישראל ראו דוח שנתי 47 של מבקר המדינה (1997), עמ' 225.

21 על כפל שירותי בריאות ראו דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 124, ודוח שנתי 52 של מבקר המדינה (2002), עמ' 612.

הנה כי כן, במקביל למרפאות חוץ שנותנות שירותים אמבולטוריים באמצעות רופאי בתי החולים, הוקמו מרפאות מומחים, מכוני בדיקות, מכוני דימות, מכוני דיאלזה ומעבדות. במקרים רבים כוח האדם המאייש את המרפאות שמחוץ לבתי החולים הוא אותו כוח אדם המועסק בבתי החולים. אמנם חלק מהכפילות בתשתיות בלתי נמנעת, משום שבתי החולים מחויבים לקיים שירותים מסוימים לטובת המאושפזים, וגם המבטחים מעוניינים לקיים שירותים נגישים וזמינים בקהילה. אולם כאשר תהליך היווצרות התשתיות אינו מתואם ונעשה, בין היתר, משיקולי עלות וללא בדיקת צורכי הבריאות הלאומיים, נוצר לעתים כפל תשתיות שהוביל לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות או יצר עודף כושר ייצור.

לדעת משרד מבקר המדינה, אף שאין מניעה כי פעולות שאפשר לעשותן בקהילה ייעשו גם במסגרת בית החולים ולהיפך, מן הראוי שהמשרד יבחן את היקף התשתיות הקיימות והנדרשות לשם השגת יעילות בהקצאת המשאבים.

4. במאי 2001 מינה מנכ"ל המשרד דאז ועדה לקביעת עקרונות לתמחור שירותים הניתנים ע"י בתי החולים (להלן - הוועדה)²². הוועדה התבקשה להגיש את המלצותיה למנכ"ל המשרד עד 1.8.01. ועדת משנה של ועדה זו ציינה, כי המחירים האמבולטוריים כוללים מרכיבי עלות שמקורם באשפוז (תורנויות וכווננויות בעיקר). לדעת ועדת המשנה יש לכלול עלויות אלה במחירי האשפוז ולהוזיל את מחירי השירותים האמבולטוריים בהתאמה. הוועדה המליצה באפריל 2002 לתמחר מחדש את השירותים האמבולטוריים. באוקטובר אותה שנה המליצה הוועדה שהתמחור ייעשה בידי גורם חיצוני. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, כשנה לאחר מכן, המשרד הכין רק טיוטה למכרז לקבלת שירותי תמחור.

יצוין כי באפריל 2003 המליצה הוועדה לבחון את שיטת ה-D.R.G. האוסטרלית (ראו לעיל בפרק "שיטות תגמול מקובלות במערכות בריאות - סקירה") כשיטת התחשבות עיקרית בין בתי חולים לקופות ולהתחיל בתכנית חלון (פיילוט) לבחינת שיטה זו בארבעה בתי חולים. עד מועד סיום הביקורת הותקנה תוכנת המחשב של התכנית בארבעת בתי החולים שנבחרו לתכנית החלון. להערכת המשרד הביקורת תאריך כשנה וחצי, ואז יחליטו אם להחיל את השיטה בארץ.

מכאן שלמעשה, עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, יושומו רק חלק מהמלצות הוועדה. התוצאה היא אי-עדכון המחירים והעדר תמחור נאות של פעולות רפואיות, היוצרים מציאות ארגונית-כלכלית שלאחר מכן יקשה מאד לשנותה.

5. גם עדכון התעריפים של כל אחד מהשירותים האמבולטוריים, כמו עדכון התעריפים הדיפרנציאליים, לא נעשה לפי שינוי העלויות בפועל (שינויים במחירי הטכנולוגיות המעורבות במתן השירותים או אחרים), אלא לפי שיעור העדכון של מחיר יום האשפוז, שמרכיב ניכר בהתייקרתו הוא השינוי בשכר, כאמור. שיעורי השינוי במחירי הטכנולוגיות או בעלויות ייצורם של שירותים אלה שונה משיעור השינוי בשכר.

לנוכח האמור לעיל, מן הראוי שהמשרד יבנה מנגנון לעדכון המחירים אחת לכמה זמן.

22 על ניסיון קודם של המשרד, שלא צלח, לערוך שינויים במחיר שירותי הבריאות בבתי החולים ראו דוח שנתי 50 של מבקר המדינה (2000), עמ' 125.

מערכת תמחיר במשרד ובבתי החולים

בתי החולים הם מערכת רפואית-כלכלית גדולה מאד שבה נעשות אלפי פעולות שונות כמו ניתוחים, בדיקות (בדיקות רופא, בדיקות מעבדה), אשפוזים במחלקות שונות, צילומים והדמיות. אחד האמצעים הניהוליים בכל מערכת כלכלית הוא מערכת תמחיר, אשר מאפשרת לדעת בבירור את עלויות המוצרים והשירותים ולעשות הפרדה בין העלויות לסוגיהן: ישירות, עקיפות, קבועות ומשתנות²³; כמו כן היא מאפשרת לקשור בין העלויות של מוצרים ושירותים רפואיים לסוגיהן ובין ההכנסות ועוד.

אלה היתרונות העיקריים של מערכת תמחיר שבאמצעותה ניתן לעמוד על העלויות להפעלת השירותים הרפואיים: למשרד - בסיס ראוי לתקצוב ריאלי של בתי החולים; הערכת רמת הביצוע בכל בית חולים, והשוואתה לבתי חולים אחרים; השוואת עלויות של פעולות זהות בבתי חולים שונים; סיוע בקביעת המחיר שיגבו בתי החולים מהקופות. לבתי החולים - עריכת תחשיבים כלכליים של עלות השירותים הרפואיים ובחינת מידת היעילות הכלכלית שלהם. מערכת כזו חשובה גם למשרד האוצר כרשות מפקחת ולמשתמשים העיקריים - הקופות.

תנאים מוקדמים להקמת מערכת תמחיר

תנאי להתקנת מערכת תמחיר בבית חולים הוא ניהול ממוחשב של נתוניו. לדברי בכירים במשרד, רק לאחר הכנסה לשימוש מלא של מערכות ממוחשבות מסוימות אפשר להתקין את מערכת התמחיר. אלה המערכות שהפעלתן המוקדמת חיונית:

1. ניהול חולים: מחשוב השערים הראשיים לקבלת החולים - קבלה לאשפוז, לחדרי מיון ולמרפאות חוץ. מתחילת שנת 2003 מוטמעת בחלק מבתי החולים הממשלתיים מערכת "נמר"²⁴, אשר אמורה לעזור בניהול מערכת ניהול החולים.
2. ניהול משאבי אנוש: ההוצאה העיקרית של בתי החולים הממשלתיים היא בגין שכר העבודה, שהוא כ-70% מתקציבם. בשום בית חולים ממשלתי כללי או עירוני-ממשלתי אין מערכת פנימית לניהול משאבי האנוש; המערכות מתנהלות מחוץ לבתי החולים: בבתי החולים הממשלתיים - בנציבות שירות המדינה; בבתי החולים העירוניים-ממשלתיים - בבית חולים סוראסקי - בעיריית תל-אביב; בבית חולים בני ציון - במרכז השלטון המקומי.
3. ניהול לוגיסטי: קניות והזמנות מספקים. המערכות הלוגיסטיות של בתי החולים אינן אחידות - ב-11 בתי החולים הממשלתיים קיימות חמש מערכות שונות.
4. מערכת פיננסית: מערכת לניהול התנועות הכספיות בבתי החולים - תשלומים שונים (שכר, העברות למשרד, רכישות ועוד), התחשבנויות עם לקוחות (בעיקר הקופות), התחשבנויות עם ספקים ועוד. מערכת חדישה מותקנת בכל בתי החולים הממשלתיים, והמשרד מחובר אליהם.

23 עלויות ישירות - עלויות שניתן לזהותן עם יחידה תמחירית (לדוגמה: חומרים ישירים, עבודה ישירה, קבלני משנה); עלויות עקיפות - עלויות שלא ניתן או לא כדאי לזהותן עם יחידה תמחירית (לדוגמה: חומרי עזר, עבודה בלתי ישירה, הוצאות כלליות); עלויות קבועות - עלויות שאינן משתנות לפי תפוקות (לדוגמה: הוצאות שכר מסוימות, אחזקת מבנה); עלויות משתנות - עלויות שגובהן משתנה עם הגידול בפעילות (לדוגמה: הוצאות שכר מסוימות, רכישת ציוד, רכישת חומרים).

24 מערכת ממוחשבת לניהול מרכז רפואי, הכוללת קבלה לאשפוז, למיון ולמרפאות חוץ, למעבדות, למכוני הדמיה, לחדרי ניתוח ולחדרי לידה.

5. מערכת לתפעול "רצפת הייצור" (מעבדות, מכונים, חדרי לידה, חדרי ניתוח): לא בכל בתי החולים מותקנת מערכת כזו. בשנת 2003 הוטמעה מערכת ה"נמר" בחמישה בתי חולים ממשלתיים.

הנתונים שהובאו לעיל מלמדים, כי רוב המערכות הבסיסיות הנחוצות לתפעול יעיל של בתי החולים, אשר קיומן ופעולתן התקינה חיוניים להטמעת מערכת תמחיר, עדיין אינן פועלות בהם כראוי.

מערכת תמחיר בבתי החולים - תמונת מצב

מעיבוד תשובות בתי החולים לשאלון של משרד מבקר המדינה עלה, כי ברוב בתי החולים הממשלתיים אין מערכת תמחיר ממוחשבת. בבית חולים רמב"ם משולבת מערכת תמחיר שפותחה בתוך בית החולים; בתי החולים שיבא, אסף הרופא, הלל יפה ופורייה רכשו מערכת ממוחשבת אשר מוזנת בנתונים ממערכות אחרות בבית החולים ומסוגלת להפיק דוחות תקציביים ודוחות על עלויות שונות לפי מחלקות, אולם היא אינה מערכת תמחיר לשירותים הרפואיים; מערכת זו הייתה בסוף שנת 2003 בשלבי הטמעה בבתי חולים אלו. בשאר בתי החולים אין מערכת תמחיר ממוחשבת, ובדיקת עלויות של פעולות רפואיות והשוואת עלויות מחלקתיות נעשות בדרך כלל באמצעות גיליונות אלקטרוניים ולא בכלי תמחור מודרניים. גם בבתי החולים של הכללית אין מערכת תמחיר ממוחשבת.

כבר ביוני 1996 סיכמו החשב הכללי דאז במשרד האוצר ומנכ"ל המשרד דאז כי תיבחר מערכת כספית חדשה שתותקן בכל בתי החולים; המערכת תאפשר הכנת תקציבים מחלקתיים (היא תמייין את ההוצאות וההכנסות על בסיס מחלקתי או על בסיס מרכזי רווח²⁵), ומאוחר יותר תאפשר לעשות תמחיר מחלקתי. כן סוכם שהמערכות התפעוליות, הלוגיסטיות ושאר המערכות הרלוונטיות יקושרו באמצעות מישקים למערכת הכספית, ואלו יבטיחו את יעילות התהליכים התפעוליים ורישומים חשבונאיים נאותים. באותו סיכום התחייב המשרד להפעיל בצורה מיטבית מערכת תמחיר לשירותים ולמוצרים עד 31.12.99.

בסוף שנת 1996 הכניס המשרד לבתי החולים הממשלתיים מערכת מחשב שהייתה אמורה להיות בסיס למערכת תמחיר, אולם המערכת לא הייתה נוחה לשימוש, לא ענתה על הדרישות ממנה, ולמעשה כמעט לא השתמשו בה.

על היעדר מערכת תמחיר העיר מבקר המדינה כבר בשנת 2000²⁶. מבקר המדינה ציין, כי תכנית התייעלות בבתי חולים אמורה להתבסס על מערכת תמחיר שמספקת נתונים על העלויות במחלקות השונות, אולם בהיעדרה בבתי החולים הממשלתיים לא ניתן להכין תכנית התייעלות אפקטיבית. עוד נאמר בדוח, כי נוסף על הסבסוד הצולב בתוך בתי החולים (בין מחלקות שונות ובין סוגי שירותים שונים) יש סבסוד צולב גם בין בתי החולים הממשלתיים - בתי חולים עם עודפי הכנסות מסבסדים בתי חולים שצוברים גירעונות. אולם בהיעדר מערכת תמחיר ברוב בתי החולים הממשלתיים לא ניתן לכמת את הסבסוד כדי לקבל נתונים מהימנים יותר על בתי חולים אלה ולהשוות בינם ובין כל בתי החולים. מערכת תמחיר חיונית גם כדי לאפשר בחינה והערכה של מחיר

25 יחידה ארגונית שלגביה נערך תחשיב של הכנסות והוצאות.

26 ראו דוח שנתי 50ב של מבקר המדינה (2000), עמ' 124.

שירותי הבריאות שנקבעו בהשוואה לעלותם בפועל וגם כדי לאפשר הנהגת הסכמי התקשרות נפרדים בין קופות החולים ובין בתי חולים.

עד שנת 1998 דיווחו בתי החולים הממשלתיים על ביצוע התקציב לפי בסיס מזומנים. מן הדיווחים לא היה אפשר ללמוד על ההכנסות וההוצאות ועל העודפים או הגירעונות של כל בית חולים, ולא היה ניתן לעקוב אחר ההתפתחות הכלכלית וההוצאות של בתי החולים הממשלתיים במשך השנים. התפוקות של בתי החולים בשנה מסוימת נמדדו לפי גביית המזומנים שלהם באותה שנה, וההוצאות נמדדו לפי הוצאת המזומנים ולא לפי ההוצאות בגין התפוקות שבית החולים ייצר באותה שנה. נוסף על כך, לא היה דיווח נאות על נכסי בית החולים, לרבות על חייבים ועל התחייבויותיהם.

בשנת 1998 יזם המשרד את הגדרת בתי החולים הממשלתיים הכלליים בחוק התקציב כ"מפעלים עסקיים"²⁷, דבר שעל פי חוק ביטוח בריאות חייב אותם לנהל את חשבונותיהם על בסיס מצטבר חלקי²⁸. על פי הוראות התכ"ם (תקנון כספים ומשק), מפעל עסקי ינהל מערכת חשבונות מסחרית, הכוללת תמחיר ומערכת חשבונות תקציבית. כאמור, רק בחמישה בתי חולים מותקנות מערכות המסוגלות להפיק דוחות על חלק מהעלויות לפי מחלקות. מערכות אלו לא הותקנו ביוזמת המשרד, והן אינן משותפות לכל בתי החולים.

יצוין, כי גורמים מסוימים במערכת הבריאות טוענים, שהמשרד אינו צריך ואינו יכול לתמחר באופן שוטף את כל השירותים הרפואיים הניתנים בבתי החולים בגלל העלויות הגבוהות הכרוכות בכך; יש הטוענים שאין צורך במערכת תמחיר כזו עד שבתי החולים יתואגדו, והמשרד יכול להסתפק בתמחור הפעולות שההכנסה מהן היא הגבוהה ביותר. לעומתם, אחרים גורסים שהמשרד חייב להתקין מערכת כזו.

מאז ההחלטה (שלא מומשה) שקיבל המשרד בשנת 1996 להקים מערכת תמחיר, הוא לא קיים דיון מעמיק בצורך לבנות מערכת כזו כדי לסייע בקביעת מחירי שירותים רפואיים. לדעת משרד מבקר המדינה, אם יחליט המשרד שיש צורך להקים מערכת תמחיר בבתי החולים, כל עוד ימלא המשרד תפקיד פיקוח על מחיר שירותי הבריאות (גם אם לא על כולם), רצוי שהיוזמה להטמעתה של מערכת תמחיר תבוא ממנו, והמערכת שתותקן תשרת את כל בתי החולים הממשלתיים.

בסיס הנתונים לתמחור שירותים רפואיים

קביעת מחיר ראוי לשירות רפואי היא פעולה חשובה, שכן מחיר גבוה מן הראוי ומחיר נמוך ממנו יוצרים עיוותים. כך, לדוגמה, אם ייקבע מחיר נמוך מהעלויות, לבית החולים לא יהיה תמריץ לתת את השירות, והוא יוכל לצמצם את מתן השירות באמצעות יצירת תורים ארוכים או הפניית חולים לבתי חולים אחרים. מאידך גיסא, מחיר גבוה מדי מעורר פתיחת מחלקות שייתנו את השירות ומעורר יזמים פרטיים וקופות להציע אותו שירות רפואי, כאמור.

27 בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, נכללים מפעלים עסקיים. במגבלות מסוימות נדרשים אלה לנהל את חשבונותיהם על בסיס מצטבר חלקי, שהוא בסיס דיווח מתקדם יותר. בחוק לא נקבעה הגדרה ל"מפעל עסקי". רשימת המפעלים העסקיים מופיעה בתוספת השנייה לחוק התקציב השנתי.

28 על השינויים בכללי הדיווח של בתי חולים ממשלתיים כלליים ראו גם דוח שנתי 53 של מבקר המדינה, עמ' 317.

קביעת מחיר לשירות רפואי נעשית לאחר בדיקת עלויות אצל ספקי השירות הרפואי והעברת הצעת מחיר אל מנהלי בתי חולים ציבוריים (כולל ממשלתיים) ואל הקופות להתייחסותם. כמו כן בודק המשרד אצל קוני השירותים עלויות של ספקים מתחרים נוספים. לאחר בחינת ההערות של הגורמים הנוגעים בדבר, מציע המשרד תעריף ומעביר את הצעתו לוועדת המחירים. המחיר טעון אישור הוועדה.

קביעת תעריף לשירות רפואי נעשית בהתחשב במרכיבים הבאים: כוח אדם - עלויות המעורבים בשירות (רופאים, אחיות, טכנאים, עובדי מינהל ומשק) על פי זמן העבודה שמקדיש כל אחד לשירות; ציוד רפואי וציוד משקי - פירוט הציוד הקבוע, מחירו ואורך חייו הצפוי, פירוט הציוד המתכלה ועלויותיו; תשומות אחרות - אלה הקשורות ישירות למתן השירות; תקורות - הוצאות עקיפות.

בבדיקת עלויות השירותים בבתי החולים תלוי המשרד בעיקר במידע שהם מוסרים לו. בגלל היעדר מערכת תמחיר גדלה תלות זו ומעוררת בעיות אחדות:

1. מהימנות המידע: המידע שמצוי בידי בתי החולים אינו מלא ומדויק דיו, ובהיעדר מערכת תמחירית קיים לעתים קושי לבדוק את מהימנות הנתונים.
2. תלות בשיתוף הפעולה מצד בתי החולים: תלות זו גורמת לכך שלעתים נמשך תהליך התמחור זמן רב מאוד, בעיקר כאשר יש להקטין את התעריף.
3. שכר עבודה: הנתונים הם נתוני נציבות שירות המדינה על ממוצע ארצי של נתוני שכר. אילו הייתה מערכת תמחירית, ניתן היה לשייך את עלויות השכר לכוח האדם המשתתף במתן השירות הרפואי ברמת דיוק טובה יותר.
4. תקורה: מרכיב התקורה בתמחור השירות הרפואי נקבע באופן שרירותי: התקורה היא 20% על שירות רפואי באשפוז (החל מינואר 2003), ו-10% - על שירות שאינו באשפוז. אמנם, שיעור תקורה נקבע תמיד בהחלטה מנהלית, אולם מערכת תמחירית הייתה מאפשרת קבלת אומדן מבוסס יותר.

תקורות צריכה והסכמים גלובליים

במסגרת הסכם ההבראה שנחתם עם הכללית בשנת 1994, החליטו משרד הבריאות ומשרד האוצר לפעול בשיטת תקורות הצריכה כדי לרסן את ההוצאה הלאומית על רכישת שירותי בריאות. בשנת 1995, עם כניסת חוק ביטוח בריאות לתוקף, סוכם עם שלוש הקופות האחרות כי השיטה תחול גם עליהן. השיטה קובעת תקורות תשלומים שכל קופה תשלם לכל בית חולים בעד שירותי בריאות במחירים המלא²⁹. בצריכה שחורגת מהתקרה פוחתים מחירי שירותי הבריאות שמשלמות הקופות לבתי החולים. החל בשנת 1997 נקבע כי כל קופה תשלם על צריכה שחורגת מהתקרה 50% מהמחירים המרביים (להלן - הנחת תקורות צריכה, אלפא³⁰ חמישים).

29 לפי חוקי ההסדרים, המחיר המלא לא יהיה יותר ממחיר שירותי הבריאות שנקבע מעת לעת לפי חוק הפיקוח.

30 שיעור התשלום של הקופות לאחר התקרה.

על פי דברי ההסבר להצעות התקציב של המשרד בשנים האחרונות, שיטת התחשבות זו מונעת גידול בלתי מבוקר בהוצאות האשפוז של הקופות; היא יוצרת כללי משחק מאוזנים הממתנים את עוצמת הכשלים בשוק הבריאות, ומקטינה את התמריץ של בתי החולים לעשות פעולות רפואיות מיותרות. שיטות דומות נהוגות במערכות בריאות רבות בעולם המערבי. תקרות הצריכה מתערכנות כל שנה החל משנת 1999 בשיעור שנתי של 1.25%, בהתאם למבחנים הקבועים בחוקי ההסדרים.

על פי חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002 (להלן - חוק ההסדרים), רשאים כל בית חולים ציבורי כללי וכל קופת חולים לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר אחר להתחשבות בעד רכישת שירותים בבית החולים (להלן - הסכמים גלובליים), ובלבד שבהסדר יתמלאו תנאים אחדים, בין היתר: בית החולים וקופת החולים יתחייבו בהסכם כי בבית החולים יינתנו לחברי הקופה שירותים ברמה נאותה ובאיכות ובזמינות המתחייבים מהוראות חוק ביטוח בריאות; ההסדר המוצע לא ייצור הפלייה מצד בית החולים בין חברים שונים בקופת החולים שעמה נחתם ההסכם או בינם ובין חברים בקופה אחרת. העתק של הסכם כזה יש להעביר לשר הבריאות ולשר האוצר שמוסמכים לבחון אותו בתוך 60 יום מהעברתו לידיהם ולהודיע לצדדים אם בהסכם אין מתמלאים התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים. שר הבריאות רשאי, בהתייעצות עם שר האוצר ולאחר ששמע את הצדדים להסכם, לבטל אותו מנימוקים שיירשמו ויימסרו לצדדים, אם ראה שהדבר נחוץ לשם שמירה על בריאות הציבור.

הסטה של פעילות רפואית

להסכמים גלובליים יתרונות אחדים; לבתי החולים: צמצום אי-הוודאות בעניין השגת יעד ההכנסות של בית החולים, הבטחת תזרים מזומנים די קבוע, אפשרות תכנון לטווח של יותר משנה ואפשרות לקבוע מחירים שיכסו את העלויות. לקופות: צמצום אי-הוודאות לגבי חלק ניכר בהוצאותיהן, חיסכון בעלויות, אפשרות תכנון פעולות לטווח של יותר משנה.

שוק הבריאות אינו שוק משוכלל שיש בו קונים ומוכרים רבים. זהו שוק שיש בו מספר קטן של רוכשי שירותים (בעיקר הקופות) מול מספר מצומצם אך גדול יותר של בתי חולים, ולכן נוצרים עיוותים. בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, כי תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים, אי-הסכמה בין הצדדים או אי-אישור הסכמים גרמו להסטה של רכישת השירותים בידי הקופות מבית חולים אחד למשנהו ובכך גרמו למבוטחים הנוזקים לבתי החולים באזור מגוריהם אי-נוחות. פעולה כזו אף מקטינה את הכנסות בית החולים שממנו מוסטת הפעילות. התופעה בולטת בכללית, שהיא הקופה הגדולה ביותר. להלן דוגמאות:

1. בשנת 2000 לא הגיעו מחזו המרכז של הכללית והנהלת בית החולים אסף הרופא להסכמה על שיעור ההנחות שייתן בית החולים לקופה. בתגובה לכך לא הפנתה הכללית מבוטחים שלה המתגוררים באזור בית חולים זה אליו, אלא לבתי חולים אחרים במרכז הארץ, כמו שיבא וקפלן.

2. בשנת 2002 חתמו בית חולים שיבא והכללית על הסכם לקניית שירותים רפואיים באותה שנה ב-450 מיליון ש"ח לפחות. לקראת סוף השנה התברר לכללית שרכשה בבית החולים שירותים בסכום נמוך מהסכום המינימלי שעליו התחייבה. כדי לעמוד בהסכם הפנתה הקופה לשיבא חולים גם ממחוזות שאינם מופנים אליו בדרך כלל.

3. המשרד לא אישר במאי 2003 את הסכם הפעילות בין המרכז הרפואי ע"ש וולפסון ובין הכללית. כתוצאה מכך הופנו מבוטחי הכללית המתגוררים באזור מרכז רפואי זה אל בתי חולים אחרים במרכז הארץ (ראו להלן).

הכללית ציינה בתשובתה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי היא מעבירה לבתי חולים אחרים חולים הזקוקים לטיפולים אלקטיביים³¹ בלבד, והם מופנים לבתי חולים באותו אזור ולזמן קצר. גם הכללית מתלוננת שקופות אחרות לא מפנות לבתי החולים שלה מבוטחים, כאשר אין להן הסכם עם אותם בתי חולים.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי החיסרון הגדול של ההסכמים הגלובליים הוא חוסר האיזון שהם מכניסים למערכת - הסכם גלובלי מציב מול בית חולים אחד קופה המסוגלת לנצל את כוחה ולהעביר את רכישותיה לבתי חולים אחרים. קופת החולים נהנית מיתרונות שאין בידי בית החולים לאזנם; בעוד הקופה יכולה לבחור בין מספר ספקי שירות, אין לבית החולים ברירה אלא לקבל את תכתיביה, אחרת עלול הוא לגרום נזק בלתי הפיך לעצמו. היות שבית החולים הוא גוף מתקצב, הוא עלול לחתום על הסכם עם קופה מתוך שיקולים קצרי טווח בידיעה שאם ייווצר גירעון כתוצאה מההסכם, תיחלץ הממשלה בצורה זו או אחרת לעזרתו. מסיבות אלה מתחייבת התערבות הרגולטור.

שירותים רפואיים עתירי טכנולוגיה

כאמור, לקופות החולים יש תקרת צריכה שכאשר חורגים ממנה פוחתים התשלומים שמעבירות הקופות לבתי החולים בשיעור ניכר. יש שירותים רפואיים עתירי טכנולוגיה; בולט בהם מרכיב התשומות של ציוד ותרופות (הוצאה משתנה גדולה). כאשר הטיפול יקר, וקופת חולים מסוימת הגיעה כבר לתקרת הצריכה שלה, פוחתת הכדאיות של בית החולים לתת לה אותו, כיוון שהקופה תשלם לו מחיר נמוך מעלות הרכישה של הציוד או החומר הרפואי.

יוצא שתקרות הצריכה יוצרות תמריץ חיובי לצריכה שבה ההוצאה המשתנה קטנה, כלומר לרפואה מיושנת ועתירת כוח אדם, ותמריץ שלילי לרפואה מתקדמת עתירת טכנולוגיות וחומרים יקרים.

בדרך כלל המחיר לשירות רפואי שקובע המשרד, כולל את החומר או את הציוד שבית החולים מספק. כאשר ניתנים שירותים עתירי טכנולוגיה, לבתי החולים יש תמריץ לבקש מהמשרד לקבוע שני סוגי מחירים: השירות הרפואי ללא החומר או הציוד; השירות עם החומר או הציוד. לעתים בתי החולים אינם מוכנים לספק את החומר ומבקשים מהקופות לספק להם את החומר על ידי החולה שמגיע לטיפול, או ישירות לבית החולים, ובתי החולים מחייבים אותן על מתן השירות הרפואי ללא החומר. בדרך זו הנחת הצריכה מעבר לתקרה ניתנת רק על מחיר השירות הרפואי.

כאשר הקופות נדרשות לרכוש בעצמן ציוד או חומרים רפואיים ולהביאם לבתי החולים, הן אינן נהנות מההנחה שהיו מקבלות, אילו שילמו לבתי החולים את עלות השירות עם החומר או הציוד לאחר החריגה מתקרת הצריכה שלהן. גם הבקרה של הקופות על בתי החולים נפגמת, כיוון שלטענתן לעתים בתי החולים אינם משתמשים בטיפול הרפואי בכל כמות התרופה שמביא החולה, ובעודפים יכולים בתי החולים להשתמש לצרכים אחרים.

להלן דוגמאות אחדות:

1. ניתוח לקיצור הקיבה באמצעות טבעת - זהו טיפול רפואי שמיועד לאנשים בעלי משקל עודף רב לצורך הפחתה במשקל. בשנת 2000 קבע המשרד מחיר של כ-19,500 ש"ח לניתוח זה. מאוחר יותר ביקשו בתי החולים מהמשרד לקבוע מחיר נפרד לפעולה עם טבעת וללא טבעת. המשרד קבע בשנת 2001 מחיר של כ-21,600 ש"ח לניתוח עם הטבעת וכ-8,800 ש"ח לניתוח ללא הטבעת. בתי חולים דרשו מהחולים להגיע עם הטבעת.

2. טיפול למניעת עיוורון בחולים עם ניוון של רשתית העין (PDT) - לפי חוק ביטוח בריאות, נוסף בשנת 2001 טיפול זה לסל שירותי הבריאות. בתחילה קבע המשרד לטיפול מחיר של כ-7,500 ש"ח; המחיר כלל את החומר הרפואי. מאוחר יותר, בסוף שנת 2002, בעקבות דרישה של בתי חולים שבהם ניתן הטיפול ובעיקר בית החולים רמב"ם, קבע המשרד מחיר של כ-8,300 ש"ח לטיפול כולל החומר, וכ-1,300 ש"ח לטיפול ללא החומר. לקראת טיפול זה נדרשים לעתים החולים להביא עמם את החומר לבית החולים. במקרה זה כמות החומר שמביא החולה מאפשרת לבית החולים שימוש בעודפים הנתרים.

מנהל המרכז הרפואי רמב"ם הסביר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי השימוש בחומר הנתון מותנה במספר החולים המגיעים לטיפול באותו יום. רק אם מגיעים לטיפול חמישה חולים, ניתן להשתמש בארבע אמפולות.



תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים נועדו אמנם למנוע גידול בהוצאות האשפוז ולהקטין את התמריץ של בתי החולים לעשות פעולות רפואיות מיותרות, אולם תוצאת הלוואי שלהם היא העברה של פעילות רפואית מבית חולים אחד למשנהו וגרימת אי-נוחות לחולים. כמו כן יוצרות תקרות הצריכה תמריץ שלילי לרפואה עתירת טכנולוגיות ועתירת חומרים יקרים בבתי החולים, דבר שגורם לאי-נוחות לחולים הנדרשים להביא עמם לבית החולים את החומר. לדעת משרד מבקר המדינה, אחת לכמה זמן ראוי לבדוק את האפקטיביות של תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים בהתחשב גם בתוצאות הלוואי שלהם, ולשנותם בהתאם לצורך.

משרד האוצר הודיע בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי בכוונתו לפעול לכך שבמודל תקרות הצריכה החדש, שייקבע לשנת 2005 ואילך, תהיה קביעה של תקרות צריכה אחדות. מנגנון מעין זה ימנע מחד גיסא, גידול בפעילות האשפוזית והניתוחית הדחופה, אך מאידך גיסא יאפשר לבתי החולים להעניק שירותים אמבולטוריים ואלקטיביים בצורה גמישה יותר. מודל זה, בשילוב עם הסכמים בין בתי החולים ובין קופות החולים, יאפשר, לדעתו, גם לצמצם את התמריץ ליצירת תשתיות כפולות בקהילה ויביא לניצול נכון יותר של משאבי בתי החולים.

כפל תפקידי המשרד

אחת הבעיות המבניות המהותיות של משרד הבריאות היא כפל תפקידיו: מצד אחד, הוא מופקד על גיבוש מדיניות בריאות, על תיאום, על פיקוח ועל בקרה על מערכת הבריאות; מן הצד האחר, הוא

מספק שירותי בריאות באמצעות בתי החולים שבבעלות הממשלה. במציאות זו מובנה מצב של ניגוד עניינים³², וזוהי אחת הבעיות המרכזיות של מערכת הבריאות³³.

הבעייתיות הזאת יוצרת למשרד קשיים במילוי תפקידיו בנוגע לקביעת מחיר שירותי הבריאות, להתחשבות במערכת הבריאות ולפיקוח על אלה.

אי-תיקון תעריפים

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, שבמקרים אחדים המשרד הגיע לאחר בדיקה למסקנה שתעריף מסוים אינו ריאלי והחל בבדיקה או בתמחור מחדש, אולם לאחר מכן הוא לא פרסם תעריף אחר.

להלן דוגמאות:

1. הפריה חוץ-גופית (I.V.F): סל שירותי הבריאות כולל טיפולי הפריה חוץ-גופית הניתנים בחינם לכל אישה שלה ולבן זוגה אין ילדים משותפים, ללא הגבלה על כמות מחזורי הטיפול עד השגת היריון עם הילד השני. מהילד השלישי ממומנת ההפריה ע"י הביטוח המשלים בתוספת דמי השתתפות עצמית שמשותנים מקופה לקופה; לטיפולים נקבעו תקרות. בשנת 2003 פעלו 24 יחידות להפריה חוץ-גופית: ארבע פרטיות, ועשרים - בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים ובבתי חולים של הכללית. לפי הערכות בכירים במערכת הבריאות, ההוצאה הלאומית השנתית על הפריה חוץ-גופית היא כחצי מיליארד ש"ח עד כמיליארד ש"ח.

במחזור הפריה חוץ-גופית שלבים אחדים: הכנה להפריה, בדיקות דם, בדיקות אולטרה סאונד, מפגש עם הרופא המטפל; בדיקות מעבדה; מיקרומניפולציה (הזרקת הזרע לתוך הביצית); יום אשפוז. לעתים כולל מחזור הטיפול גם הפשרה של עוברים שהוקפאו. לפי מחירון המשרד מינואר 2003, מחיר מחזור של הפריה חוץ-גופית (כולל בדיקות הורמונליות) הוא כ-13,850 ש"ח.

משנת 1997 מתלוננות הקופות במשרד, כי מחירי ההפריה החוץ-גופית גבוהים מאד אף בהשוואה לבתי החולים פרטיים, שגובים מהן כ-50%-70% ממחירי המשרד. עוד התלוננו הקופות כי חלק מבתי החולים הממשלתיים גובים מהן, נוסף על מחיר השלבים השונים בהפריה, גם תשלום עבור שני ימי אשפוז, כאשר בפועל הנשים המטופלות אינן מאושפזות כלל בבית החולים. בשנת 1998 הקים המשרד ועדת מומחים לקביעת ההגדרות של שלבי הטיפול ולקביעת מרכיבי התמחור הראויים לפעולה. בנובמבר 1998 הודיע יו"ר הוועדה לראש מינהל רפואה במשרד כי הוועדה הגיעה לנוסחה כוללת אשר לפיה ייקבע מחיר ההפריה.

בדצמבר 2000 הכין המשרד טיוטת חוזר בנושא הפריה חוץ-גופית. החוזר פירט את השירותים הרפואיים הכלולים בתהליך ההפריה ואת התעריף הגלובלי לתהליך, כ-8,700 ש"ח, אבל מחיר זה לא עודכן במחירון, כיוון שבתי החולים היו צוברים גירעונות ניכרים משינויים אלה אילו הונהגו; המחיר נותר אפוא בעינו.

בשנים האחרונות מספקים לקופות גם בתי חולים ממשלתיים אחדים שירותי הפריה חוץ-גופית במחירים נמוכים בהרבה ממחירי המשרד.

32 עוד על כפל תפקידיו של המשרד ראו דוח שנתי 53ב של מבקר המדינה, עמ' 78; דוח שנתי 50ב של מבקר המדינה (2000), עמ' 122.

33 ראו גם דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (תשס"ג-2002).

2. השתלת מח עצם: יש שלושה סוגי השתלות, ומחירים במחירון המשרד מינואר 2003 הוא כ-152,000 ש"ח עד כ-391,000 ש"ח.

לדעת הקופות, אין הגדרות ברורות של המשרד לפעולות הכלולות בתעריפי ההשתלות הנ"ל. עובדה זו גורמת לחיכוכים רבים בין בתי החולים ובין הקופות על רקע החיובים הכספיים. לדעתן, גם המחיר שקבע המשרד להשתלות אלו, ובייחוד לסוג אחד, גבוה בהרבה מעלויותיהן האמיתיות.

גם המועצה הלאומית לאונקולוגיה³⁴ התייחסה פעמים אחדות בשנים האחרונות לעניין תמחור ההשתלות בידי המשרד: כבר בשנת 1999 המליצה המועצה להפחית את המחיר של סוג השתלה מסוים; במרס 2001 היא דנה בכך שוב, וגם בינואר 2003 התייחסה המועצה לעניין מחיר ההשתלות הגבוה מדי.

נמצא כי המשרד לא עדיין את מחיר השתלת מח העצם בגלל השפעה שתהיה לעדכון על גירעונות בתי החולים.

המשרד מסר בתשובתו כי תמחור השתלת מח עצם יסתיים עד תחילת ינואר 2004.

3. רדיו-כירורגיה: זהו טיפול מיוחד בקרינה הניתן במגוון מחלות תוך גולגולתיות כתחליף לטיפולים אחרים כגון ניתוח. פעולה זו אינה כרוכה בפתיחת גולגולת כמו ניתוחי ראש, אולם לטענת הכללית ומכבי, בית החולים שיבא, שבו נעשית פעולה זו, מחייב את הקופות בגינה בתשלום לפי תעריף ניתוח ראש (כ-46,000 ש"ח בינואר 2003), אף שעל פי רשימת הקודים האמריקאית (ICD 9)³⁵ קוד זה אינו נכלל במסגרת הקודים המאושרים לחיוב כניתוח ראש.

כבר בשנת 2001 פנתה הכללית למשרד וביקשה לקבוע לפעולה תעריף ראוי. המשרד החל בבדיקה ואף הציע באפריל 2002 מחיר של כ-13,700 ש"ח, אולם עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, לא נקבע לה מחיר בגלל השפעתו על הכנסות בתי החולים.

במקביל לשירותים רפואיים שעלותם נמוכה ממחירים, יש, לדעת המשרד, שירותים רפואיים שעלותם גבוהה ממחירים, כמו מחיר ביקור בחדר מיון ואשפוז במחלקת טיפול נמרץ, כאמור.

מהאמור לעיל עולה, כי המחירים במחירון המשרד לשירותים רפואיים מסוימים אמבולטוריים ודיפרנציאליים אינם ריאליים; אף כי המשרד מודע לכך, הם טרם שונו.

המשרד הסביר בתשובתו כי לבד מהמחיר יש לו שיקולים נוספים: הוא חושש ממתן תמריץ חיובי או שלילי לעשיית פעולות מסוימות, והוא מביא בחשבון את היכולת של הקופות או בתי החולים להתמודד עם שינויים ניכרים שיכולים לזעזע יציבות של מוסדות.

לדעת משרד מבקר המדינה, היות שמחירים קובעים סדרי עדיפויות ומשפיעים על הצריכה ולכן על בריאות הציבור, מן הראוי שמחירי שירותים רפואיים יהיו ריאליים. מחירים שאינם ריאליים גורמים עיוות בצריכת השירותים ובהקצאתם. את הבעיה של פגיעה בהכנסות בתי חולים יש לפתור בנפרד בהתבסס על מחירים ריאליים. הכנסת השינויים, שלדעת המשרד יכולים לזעזע את המערכת, יכולה להיעשות בהדרגה במשך חודשים או שנים.

34 המועצות הלאומיות הן גופים מייצגים מקצועיים של המשרד בתחומי הבריאות השונים. תפקידן לסייע למשרד בהתוויות מדיניות בריאות ולייעץ לו, בין היתר, בנוגע לאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדישות.

35 International Classification of Diseases - מיון קודים בינלאומי המקובל במרבית ארצות המערב.

אישור תעריפי שירותים רפואיים

כאמור, המשרד מציע את המחירים לפעילויות נבחרות ולשירותים אמבולטוריים לוועדת המחירים, שתפקידה לאשרם. הוועדה הוקמה לפי חוק הפיקוח. משנת 2001 המשרד, משרד האוצר והוועדה פועלים בקביעת תעריפים ואישורם לפי "נוהל ועדת המחירים", שהוכן בנובמבר 2000.

לפי נוהל זה, כל חודש יציע המשרד לחברי ועדת המחירים תעריפים לשירותים רפואיים מסוימים; ההצעה תוגש לאחר שצוות התמחור במשרד קבע את התעריף בהתבסס על בדיקת תשומות, ויצורפו לה העתקי המסמכים שהועברו לגופים המעורבים, ותגובותיהם להצעה. בהיעדר תגובה של חברי ועדת המחירים עד אמצע החודש העוקב, יאושרו התעריפים המוצעים אוטומטית. אם יתנגד אחד מחברי ועדת המחירים, יובא הנושא לדיון ולהכרעה בוועדה, והתעריף יונהג רק לאחר אישורה.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, כי הצעות התעריפים שמעביר המשרד לחברי ועדת המחירים נבדקות בידי רכז הבריאות באגף התקציבים במשרד האוצר, שהוא הגורם המקצועי בתחום. בשנת 2003, כאשר המשרד העביר לחברי הוועדה תעריפים אשר קופה (בדרך כלל הכללית) לא הסכימה להם, התנגד אגף התקציבים לתעריפים ופנה למשרד בבקשה לעכב את כניסת התעריף לתוקף. עם זאת יצוין שעל פי הנוהל, אגף התקציבים אינו מוסמך לאשר או לא לאשר את התעריפים.

נמצא שלמרות התנגדות אגף התקציבים לחלק מהתעריפים שהציע המשרד, לא הביעו חברי ועדת המחירים את התנגדותם לתעריפים ולא דנו בהם בשנת 2003, כפי שדורש נוהל ועדת המחירים. אולם בגלל ההתנגדות של אגף התקציבים לא פרסם המשרד את כל התעריפים שהציע, ועדכוני מחירים רבים הוקפאו, אף על פי שמבחינה פורמלית, בהיעדר התנגדות של אחד מחברי הוועדה, התעריפים היו אמורים להיכנס לתוקף אוטומטית. מדובר בעשרות תעריפים, חלקם בגין שירותים רפואיים חדשים, וחלקם - תעריפים מעודכנים של שירותים קיימים.

בתשובות המשרד, משרד האוצר והכללית למשרד מבקר המדינה הוצגו עמדות שונות:

משרד האוצר מסר כי הצורך לפקח על מחירי יום אשפוז ופרוצדורות רפואיות נובע מכך שמרבית בתי החולים הם בבעלות אחת (ממשלה) ואינם פועלים בתנאי תחרות, לכן המשתמשים (הקופות) זקוקים להגנה. תפקיד ועדת המחירים הוא לדאוג לכך שהמחיר לא יהיה גבוה מדי, דבר שהיה עלול לקרות אלמלא הפיקוח, ואז היה המחיר "מחיר מונופוליסטי המגלם... מחיר גבוה הנובע מחוסר יעילות של המערכת כתוצאה מהיותה בבעלות ציבורית". החזקתה של הממשלה בבתי חולים וחוסר האחריות הניהולית בבתי החולים הממשלתיים מקשים על ריסון הוצאות הבריאות במדינת ישראל באמצעות תמחור כלכלי וכלי מדיניות מתקדמים.

המשרד מסר בתשובתו, כי הצורך בפיקוח על מחירי השירותים הרפואיים שנותנים בתי החולים נובע ממשלם בסיסיים בשוק הבריאות ללא קשר לבעלות על בתי חולים. המשרד פועל לטובת כל מערכת הבריאות: צרכנים, קופות ובתי חולים. תחשיבים שנעשו בבתי החולים מראים כי פעולות המשרד הביאו לירידת הכנסותיהם השנתיות "במיליוני עד עשרות מיליוני ש"ח". כל הפניות של אגף התקציבים בקשר למחירי שירותים רפואיים נעשו ישירות למשרד, למרות שתפקידו של האגף לייעץ לנציגי משרד האוצר בוועדת המחירים, ואין לו מעמד רשמי בעניין. התנגדויות אגף התקציבים אופיינו בנקיטת עמדה חד צדדית - התנגדות לכל תעריף אשר אחת מהקופות התנגדה לו. ההתנגדויות לא לוו בהצעת מחיר חלופית, פרט לציטוט דעת הכללית, ולעיתים רחוקות - קופה אחרת. התוצאה הייתה שכל בקשה להפחתת תעריפים אושרה, אך בקשה לייקורם נתקלה

בהתנגדות. לדבריו, הוא נאלץ "להיכנע לתכתיבי אגף התקציבים תוך פגיעה בהספקת שירותים רפואיים ופגיעה בחולים".

המשרד הוסיף, כי "שוק האשפוז" בארץ מאופיין בעודף כוח של הקופות. בין בתי החולים הממשלתיים והציבוריים מתקיימת תחרות על לקוחות, אך מנגד בין הקופות אין תחרות כלל. עובדה זו מאפשרת לקופות לקבל הנחות ניכרות, ולא פעם משיקולים לטווח קצר נאלצים בתי החולים למכור שירותים "במחירי הפסד". העובדה כי הכללית היא היועץ העיקרי, וברוב המקרים - הבלעדי, לאגף התקציבים בכל הנוגע למחירי שירותים מאפשרת לה להתערב במחירי השירותים בהתאם לצרכיה באמצעות אגף התקציבים.

הכללית מסרה בתשובתה כי בניגוד לאמור לעיל, שוק הבריאות מאופיין בתחרות קשה ביותר בין הקופות שנותנות שירותים בפריסה ארצית, לעומת תחרות מוגבלת בין בתי החולים שבאזורים מסוימים הם מעין "מונופולים אזוריים". הכוח היחיד שיש לקופות הוא להפחית את מחירי רכישת השירותים מבתי החולים בפעולות שיש להן מחירי שוק פרטי נמוכים באופן ניכר ממחירי המשרד, וזאת - בעיקר בשירותים האמבולטוריים על ידי מעבר לרכישת שירותים אלו אצל הספקים הפרטיים. רוב השירותים שמוכרים בתי החולים הם שירותים מונופוליסטיים. המשרד דואג לבתי החולים שבבעלותו על חשבון יתר ה"שחקנים" ב"שוק האשפוז". לעומת העמדות הבלתי נייטרליות של המשרד, משרד האוצר מאזין גם לעמדתן של קופות החולים. בעלותה של הכללית על בתי חולים מאפשרת לה לעשות תמחור של שירותי בריאות הניתנים בבתי חולים, ועל כן היא הדומיננטית בהשמעת השגותיה בסוגיית התמחור.

מכל האמור עולה שאי-ליבון המחלוקות ואי-שיתוף פעולה בין המשרדים גרם לשיתוק ועדת המחירים ולא-פרסום תעריפי שירותים רפואיים שונים. דבר זה עלול לגרום לפגיעה בהספקת שירותים רפואיים ולפגיעה בחולים. לדעת משרד מבקר המדינה, אם משרד האוצר סבור כי קיימת בעיה בנוהל ועדת המחירים, עליו לקיים דיון בנושא עם המשרד, ולהגיע לדפוס פעולה שיאפשר שיתוף פעולה.

אי-העברת הסכמים לשרים

כאמור, לפי חוק ההסדרים, לצורך התחשבות על רכישת שירותים בבתי החולים רשאים הקופות ובתי החולים לקבוע בהסכם הסדר שונה מההסדר על תקרות הצריכה. את ההסכמים יש להעביר לשר הבריאות ולשר האוצר, כאמור. נמצא שקופות אחדות חתמו על הסכמים עם בתי חולים אחדים של הכללית. לא נמצא שהצדדים העבירו הסכמים אלו לבחינת השרים, כנדרש בחוק. לטענת הכללית, בגלל ניגוד העניינים שהמשרד מצוי בו, ההסכמים לא הועברו אליו מחשש שחשיפתם לפניו תוביל לחשיפתם לפני בתי החולים הממשלתיים.

יוצא אפוא שהמשרד אינו מודע לקיומם של הסכמים שחתמו הקופות עם בתי החולים של הכללית. עובדה זו עלולה להקשות עליו לבחון אם התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים מקיימים בהסכמים ולהבטיח למבוטחים בקופות מתן שירותים רפואיים ברמה נאותה ובאיכות וזמינות טובות, כמתחייב מהוראות חוק ביטוח בריאות.

טיפול בהסכם גלובלי

מנכ"ל המשרד דאז הודיע באפריל 2002 למנהלי בתי החולים הממשלתיים הכלליים כי לפני חתימה על הסכם גלובלי יש להעבירו אליו לאישורו המוקדם. כך למשל, בתחילת מאי 2002 העביר המרכז הרפואי ע"ש וולפסון לאישור המשרד, לפי דרישתו, הסכם שלו עם הכללית. המשרד לא הגיב לפנייה זו. מנהלת מחוז ת"א-יפו בכללית מסרה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003 כי המחוז והמרכז הרפואי אכן פעלו בשנת 2002 בהתאם להסכם. רק במאי 2003 הודיע המשרד למנהל המרכז הרפואי, כי אינו מאשר את ההסכם; בתגובה לכך הפנתה הכללית חולים המתגוררים באזור המרכז הרפואי לבתי חולים אחרים, כאמור. באוגוסט 2003 חתמו מנהלת המחוז של הכללית ומנהל המרכז הרפואי על הסכם אחר לשיתוף פעולה בשנים 2003-2004.

בבדיקה נמצא, כי פרט לנציגי הנהלת המרכז הרפואי ע"ש וולפסון היו מעורבים במשא ומתן עצמו בין הצדדים גם אנשי הנהלת המשרד (המנכ"ל דאז, המשנה למנכ"ל והחשב): מנכ"ל המשרד הציע ניסוח לסעיפי ההסכם, וישיבה אחת בעניין תנאי ההסכם אף התקיימה בלשכתו.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי כאשר קופה מורידה את היקף הצריכה שלה בבית החולים בצורה דרסטית וגורמת בכך גם חוסר נוחות למבוטחים וגם קשיים כלכליים לבית החולים, מתחייבת התערבות של הגורם המופקד על בריאות הציבור, גם לולא היה הבעלים של בית החולים, והוא התערב כדי לנסות לפשר בין הצדדים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מעורבות המשרד בשלב כריתת ההסכמים הגלובליים עם בתי החולים הממשלתיים ואישורו המוקדם להם עלולים להקשות עליו לבדוק אם מתקיימים בהסכמים התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים.



במאי 2003 מינה שר הבריאות ועדה לבחינת תפעול בתי החולים הממשלתיים, תקצובם והבעלות עליהם. הוועדה התבקשה לבחון את החלופות השונות להפעלת בתי החולים הממשלתיים ולמבנה הבעלות שלהם ולהגדיר את התנאים שבהם תוכל מערכת כזו לפעול בצורה מיטבית. הוועדה גם התבקשה לבחון את האפשרות לתאגוד בתי החולים או חלקם, להעביר הפעלה של בתי חולים מסוימים לקופות החולים או, לחילופין, לבחון הסדרים אחרים שייתנו מענה לכשל המערכת בתחום זה. עד מועד סיום הביקורת הוועדה טרם הגישה את המלצותיה.

לדעת משרד מבקר המדינה, לנוכח העובדה ששוק מערכת הבריאות אינו שוק משוכלל, יש חשיבות לפיקוח הממשלתי, אולם כל עוד הגורם המפקח - המשרד - הוא גם הבעלים של בתי החולים הממשלתיים, שאלת יכולתו למלא את תפקידיו כמפקח נותרת בעינה.



ככלל, מחירי שירותים רפואיים צריכים להיות ריאליים ולשקף את העלויות, שכן מחירים קובעים סדרי עדיפויות ומשפיעים על הצריכה, ולכן - על בריאות הציבור. מחירים גבוהים מדי מעודדים את ספקי השירות לגרום לצריכת יתר של שירותים ולבזבז משאבים, ולעומת זאת, מחירים נמוכים מדי עלולים לתמרץ את ספקי השירות הרפואי לצמצם את היקף השירות, וכך עלולה להיפגע בריאות הציבור. במשך שנים לא נבנו במערכת הבריאות כלי תמחור ראויים ונוצרו בה עיוותים.

כאשר מחירי שירותים רפואיים נראים לקופות החולים גבוהים, הן יעדיפו לתת בעצמן שירותים אלו או לקנותם מספקים אחרים. התוצאה היא, שהן מפתחות תחליפים לשירותים רפואיים מסוימים, כמו שירותים אמבולטוריים אחדים, שמחיריהם במחירון משרד הבריאות גבוהים טענתן מעלותם להן; התוצאה היא כפל תשתיות אשר לעתים מוביל לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות ולעודף כושר ייצור. כך נגרם בזבוז משאבים לאומיים.

בתי החולים מספקים שירותי בריאות רבים. אחד הכלים הניהוליים במערכת כלכלית כה גדולה הוא מערכת תמחור, המאפשרת לבחון את הקשר בין תשומות ובין תפוקות ולקבל תמונה נאותה על עלויות המוצרים והשירותים. מערכת כזו מאפשרת לנתח את העלויות לסוגיהן, להשוות בין מחלקות, בין בתי חולים ועוד, והיא יכולה להיות בסיס לקביעת מחירי שירותים רפואיים. משרד הבריאות עדיין לא החליט אם להקים מערכת כזו.

כפל תפקידיו של משרד הבריאות יוצר לו קשיים במילוי תפקידיו בנוגע למחיר שירותי הבריאות, להתחשבות במערכת הבריאות ולפיקוח על אלה. בטווח הארוך יותר הפתרון הוא ניתוק המשרד מבתי החולים הממשלתיים.

מתוך הכרה בכך שתאגוד בתי החולים הממשלתיים יימשך זמן רב, המליצה הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה בסוף שנת 2002 על הקמת רשות מקצועית ובלתי תלויה, שאחד התפקידים שלה יהיה לדאוג לתמחור ריאלי של תעריפי בתי החולים ומרפאות החוץ ולקבוע את אופי ההתקשרות בין הגורמים הפעילים במערכת הבריאות ואת דפוסייה. רשות זו תמלא גם תפקידי פיקוח. לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי לשקול המלצה זו בכובד ראש.