הסדרים כלכליים בין קופות חולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים

תקציר

הדוח עוסק בשני נושאים מרכזיים:

1. הסדרי הגבלת קופות החולים (להלן - הקופות) בבחירת המרכזים הרפואיים שמבוטח יכול לקבל בהם שירותים רפואיים: לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק, חוק ביטוח בריאות), הקופות נדרשות לספק שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות לתושבים הרשומים אצלן "לפי שיקול דעת רפואי באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". אם קופה קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד, היא תקבע את הסדרי הבחירה של מבוטחיה והיקפם (להלן - הסדרי בחירה). מבוטחי הקופות רוצים לפעמים לבחור מרכז רפואי מסוים לצורך קבלת טיפול רפואי (למשל ניתוח או בדיקה), אולם הקופה מגבילה את בחירתם. בעניין זה יש תלונות רבות של מבוטחים.

2. סדרי ההתקשרות בין הקופות לבתי החולים לשם מתן שירותים רפואיים: הקופות מספקות שירותי אשפוז ושירותים רפואיים אמבולטוריים[1] לכל האוכלוסייה, אם באופן ישיר ואם באמצעות רכישת שירותים רפואיים מבתי חולים כלליים (להלן - בתי החולים). לצורך כך מתקשרות הקופות עם בתי החולים בהסדרים כלכליים בהיקף ניכר: בשנת 2008 הוציאו הקופות כ-13 מיליארד ש"ח תמורת שירותי אשפוז בבתי החולים (כ-41% מהוצאותיהן)[2].

פעולות הביקורת

משרד מבקר המדינה בדק את ההסדרים הקיימים למבוטחי קופות החולים בבואם לבחור נותני שירותים, לפרסומם לציבור ולהבאתם לידיעת שר הבריאות. כמו כן נבדקו הסדרי ההתחשבנות שקבעה הממשלה לגבי השירותים הרפואיים שרוכשות הקופות מבתי החולים הכלליים, ובכלל זה את אופן קביעת מחירי השירות לסוגיו. ממצאי ביקורת קודמת בנושאים אלה (להלן - הביקורת הקודמת) פורסמו בשנת 2004[3]. הבדיקה הנוכחית נעשתה בחודשים מרס-אוגוסט 2009 במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בבתי חולים ממשלתיים אחדים, בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ובקופת חולים לאומית (להלן - לאומית). בדיקות השלמה נעשו במשרד האוצר.

---

1 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים, בידי בתי החולים ותאגידי הבריאות שלידם (המהווים ביחד מרכז רפואי ממשלתי). המושג "רפואה אמבולטורית" מתייחס לשירותי רפואה בשתי הרמות הראשונות של השירותים הרפואיים (רופאים ראשוניים, כגון רופאי משפחה, ורופאים מומחים).

2 משרד הבריאות, **דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2008**, אוקטובר 2009.

3 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 54ב** (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445 ואילך.

עיקרי הממצאים

הסדרי בחירה של מבוטחי קופות החולים בין נותני שירותים

מבוטח המבקש לקבל שירותים אלקטיביים (מתוכננים), למשל ניתוח במרכז רפואי או בדיקה במכון רפואי או במרכז רפואי, חייב לקבל את אישור הקופה לכך, ולהביא עמו טופס התחייבות כספית (טופס 17)[4]. לכל קופה נותני שירותים רבים, והיא קובעת הסדרי בחירה[5]. החוק קובע כי קופות החולים נדרשות לספק שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות "לפי שיקול דעת רפואי באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". אלה הן הגדרות כלליות, ובגינן יש תלונות רבות של מבוטחים נגד הקופות. אשר על כן, מונחים אלה חייבים הגדרה והבהרה. לשון אחר, כדי שהמשרד, שהוא הרגולטור והמפקח על הקופות, וכדי שהמבוטח מקבל השירות, יוכלו לבחון ולהעריך אם הקופות עומדות בתקנות הסדרי הבחירה, ראוי שהאמור לעיל בחוק יוגדר בבהירות במסמך רשמי או שיהיו תקנות שיפרטו וימחישו אותו. ואולם, המשרד לא הגדיר את המונחים "איכות סבירה", "זמן סביר" ו"מרחק סביר". בכך נותרה עמימות ואפשרות לפרשנות מצמצמת, ועל כן יש חשש לפגיעה בזכויות המבוטחים.

כך קרה שבמשך כמה חודשים הפנתה הכללית חולים לבתי חולים או לנותני שירותים אחרים במקומות מרוחקים ממקום מגוריהם (למשל חולים שהופנו לשיבא במקום לזיו בצפת, חולים שהופנו לבית חולים איכילוב במקום לוולפסון). מספר הפונים לנציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי במשרד גדל במידה ניכרת כאשר הסכמים בין קופות חולים לבתי חולים מצויים בשלבי המשא ומתן (ראו להלן), משמע החולים הם הסובלים מחילוקי הדעות על ההסכמים.

השפעת הסדרי הבחירה על המבוטחים

1. שונות בהסדרי הבחירה בין מחוזות של הכללית: כל מחוז בכללית, שהיא הקופה הגדולה ביותר, פועל במסגרת תקציבית עצמאית, ויש לו הסדרי בחירה משלו המעדיפים בדרך כלל בתי חולים של הכללית ואוסרים או מקשים על מתן הפניות לבתי חולים אחרים. הדבר מצריך הסדרה.

2. עלייה בפניות של מבוטחים לרפואה פרטית: מבוטח שהוא חבר בתכנית לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), ורוצה להיות מנותח בבית חולים מסוים והקופה אינה מאפשרת לו זאת, יכול לפנות לבית חולים פרטי ולבחור מנתח. הדבר כרוך בעלות למבוטח, ויש בכך גידול בהוצאה הפרטית לבריאות[6]. מדובר גם בהרחבת הרפואה הפרטית על חשבון זו הציבורית, וזאת תוך פגיעה בעקרון השוויון, שהוא מאושיות החוק. פתרון מעין זה אינו ישים למבוטחים מקרב האוכלוסיות

---

4 מבוטח הנזקק לשירותי מחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) רשאי לפנות לבית חולים במקום הימצאו.

5 קופות החולים רשאיות להתקשר עם מוסדות המספקים שירותים רפואיים ולווסת את הפניית מבוטחיהן כך שרובם יופנו למוסדות אלה.

6 האפשרות לבחור מנתח קיימת לכל החברים בתכניות השב"ן, אולם סירוב של הקופה לאשר בקשת מבוטח לניתוח בבית חולים מסוים עלולה "לדחוף" אותו לכיוון הרפואה הפרטית. על הגידול בחלקה של ההוצאה הפרטית לבריאות בשנים האחרונות ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 58ב** (2008), בפרק "סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 409.

החלשות, שבדרך כלל אינם חברים בשב"ן או שאין ביכולתם לשאת בהשתתפות העצמית הכרוכה בניתוח בבית חולים פרטי. בשנים האחרונות יש גידול בהוצאות הקופות לניתוחים בתכניות השב"ן (עיקר הרכש בבתי חולים פרטיים).

שירות רפואי מתמחה

לפי תקנות הסדרי הבחירה, במקרה של מחלה או מצב רפואי המצדיקים טיפול במסגרת מוסד רפואי בעל רמה גבוהה של ידע וניסיון מקצועי בתחום מסוים (להלן - שירות רפואי מתמחה[7]), תינתן למבוטח האפשרות לבחור את המוסד המטפל. בכלל זה נקבע שרשימת המחלות או המצבים הרפואיים המצדיקים טיפול במסגרת "שירות רפואי מתמחה" תפורסם ותעודכן מזמן לזמן בחוזרי מינהל רפואה במשרד. ואולם, ממועד התקנת תקנות הסדרי הבחירה, שנת 2005, עד תחילת הביקורת, מרס 2009, הגדיר המשרד רק שלושה מרכזים רפואיים כ"מתמחים" - כל אחד בתחום רפואי ייחודי אחר. רק בסוף תקופת הביקורת, אוגוסט 2009, הגדיר המשרד עוד תשעה מרכזים כאלה. יוצא שבמשך תקופה ארוכה עמד בפני המבוטח רק היצע קטן של מרכזים רפואיים מתמחים.

טיפול רב-תחומי לחולים כרוניים או קשים

חולים במחלה כרונית אחת עלולים לחלות במחלות נוספות (למשל מושתל שפיתח סוכרת). חולים כאלה נמצאים לעתים בטיפול ובמעקב במרפאת חוץ של בית חולים בגין המחלה הכרונית שלהם. רופאים במרפאות החוץ מתלוננים שקופות החולים מאפשרות להם לטפל במחלה הכרונית או הקשה בלבד, ואילו לצורך טיפול במחלות ה"נוספות" הם מפנים את החולים לקהילה. לדעתם יש לאפשר לחולים לקבל טיפול כוללני במרכז הרפואי, הן כדי לתת להם את השירות הרפואי הטוב ביותר והן כדי לא לטלטל אותם בין כמה נותני שירותים רפואיים.

עיכובים בהפניות בשל מחלוקות כספיות

מחלוקת כספית בין הקופה לנותן שירותים שלה גורמת לעתים לצמצום היצע נותני השירות למבוטחים, ויש בכך פגיעה בהם.

הבאת הסדרי הבחירה לידיעת שר הבריאות

החוק קובע כי קופת חולים תביא את הסדרי הבחירה שלה לידיעת שר הבריאות ותפרסמם בקרב חבריה. אולם הועלה כי במשך 14 שנים, ממועד חקיקת החוק, שנת 1995, עד תחילת שנת 2009, רק הכללית ומכבי הביאו את ההסדרים לידיעת שר הבריאות, ובמהלך הביקורת (שנת 2009) עשתה זאת גם לאומית, וגם זאת רק לאחר

---

7 למשל, מחלת דיסאוטונומיה משפחתית (מחלה גנטית נדירה הפוגעת במערכת העצבים הבלתי רצונית, וגורמת לבעיות תפקוד קשות) שלגביה הוגדר בית חולים הדסה הר-הצופים כמרכז מתמחה; מחלות טרופיות; מחלת C.T.X (מחלה גנטית המתבטאת בילדות בשלשולים ובתקופת ההתבגרות בסימנים נוירולוגים הגורמים לירידה תפקודית) ועוד.

פנייה של נציגי משרד מבקר המדינה. מאוחדת עדיין לא הביאה את ההסדרים לידיעת שר הבריאות, גם לאחר שמשרד מבקר המדינה פנה אליה בעניין במהלך הביקורת. ואילו המשרד, שהוא הרגולטור, לא דרש משתי הקופות שלא פעלו כחוק עד 2009 להביא את ההסדרים לידיעת שר הבריאות. בכך לא קוים הליך חשוב שהמחוקק דרש אותו.

התקשרות בין הקופות לבתי החולים וקביעת תקרות צריכה והסכמים גלובליים

בהתקשרות בין הקופות לבתי החולים לשם קבלת שירותי אשפוז ושירותים אמבולטוריים קיימים הסדרים כספיים, ולפיהם עד סך גובה כספי מסוים של צריכת שירותים רפואיים משלמת כל קופה לכל בית חולים מחיר מלא תמורת אותם שירותי הבריאות, ותמורת צריכה החורגת מהתקרה משלמות הקופות מחירים מופחתים (להלן - תקרת צריכה). לפי חוק ההסדרים משנת 2002 כל הקופות חותמות הסכמים גלובליים[8] שתוקפם עד שלוש שנים עם חלק ניכר מבתי החולים. בהסכמים נקבע לעתים רכש מזערי שהקופה מתחייבת לרכוש, ומעבר להיקף זה יורד או מתבטל לחלוטין התשלום של הקופה לבית החולים עבור השירות. ההסכמים האחרונים שנחתמו הם בתוקף לשנים 2008-2010, אולם אלה נחתמו רק במחצית השנייה של שנת 2008 וחלקם אף בתחילת 2009. תקרות הצריכה מהוות נקודות התייחסות להסכמים הגלובליים שנחתמים בין הקופות לבתי חולים, ולכן ההסכמים נחתמים רק לאחר פרסומן. העיכוב בחתימת ההסכמים נוצר מכיוון שמשרדי הבריאות והאוצר לא פרסמו את תקרות הצריכה מיד בתחילת שנת 2008 אלא רק במהלכה - באפריל. פרסום התקרות באיחור גורם לאי-ודאות בהיקפי הרכש, לקשיים במשא ומתן ולפגיעה בחולים. כך למשל, כל עוד לא נחתמו ההסכמים בין הכללית לבית חולים זה או אחר, הרי שחוליה שנזקקו לטיפול בבית חולים ממשלתי באזור מגוריהם שלא היה לו הסכם עם הקופה, נשלחו לבית חולים רחוק ונגרמה להם אי-נוחות. הדבר גם פוגע בהכנסות בית החולים שממנו מועברת הפעילות, ובסופו של דבר המדינה היא שסופגת וממנת את הגירעון שנוצר בו.

לפי חוק ההסדרים אמורה להיות בקרה של המשרד על ההסכמים הגלובליים כדי לוודא שבתי החולים יספקו למבוטחי הקופות שירותים ברמה נאותה, בזמינות ובאיכות כמתחייב מהחוק, לוודא שבתי החולים יעמדו ביעדי ההכנסות שנקבעו להם[9], ועוד. כתוצאה מחתימת ההסכמים באיחור אישר המשרד את ההסכמים רק בשנת 2009. יתרה מכך, את ההסכמים של הכללית עם בתי החולים הממשלתיים אישר המשרד רק בספטמבר 2009 (21 חודשים מתחילת שנת 2008).

בנוסף, ניתוח שיטת ההתחשבנות בין הקופות לבתי החולים מעלה שהיא מורכבת מאוד ויש בה חסרונות מהותיים. כך לדעת המשרד, אחד החסרונות הוא הסכנה לשחיקה פיננסית בבתי החולים, שלא יתוגמלו על שירותים רבים שהם מספקים.

---

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

9 בתקציב המדינה נקבע סכום הכנסות שעל כל בית חולים לעמוד בו.

הדבר גורם גם לבתי החולים לפעול לקיצור ימי האשפוז אל מתחת לנורמות המקובלות בעולם, ובכך לחסוך כסף, אולם התוצאה היא - פגיעה באיכות הטיפול הרפואי שהם מעניקים למאושפזים. כל אלה מחייבים חשיבה חדשה ובחינת השיטה.

כל הקופות שחתמו הסכמים עם בתי חולים שאינם ממשלתיים, כולל של הכללית, לא העבירו אותם למשרד. יוצא אפוא שהמשרד אינו מודע לקיומם של הסכמים שחתמו הקופות עם בתי חולים שאינם ממשלתיים. עובדה זו מקשה על המשרד לפקח על ההסכמים ולבדוק אם הם עולים בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות.

הנחות שנותנים בתי החולים לקופות

1. גידול בהנחות: במסגרת המשא ומתן בין הקופות למרכזים הרפואיים ניכר בשנים האחרונות גידול ניכר בהיקפים ובשיעורים של ההנחות שנותנים המרכזים הרפואיים הממשלתיים, שמרביתם גירעוניים, לקופות החולים בגין שיטת ההתחשבנות; ההנחות הגיעו בשנת 2008 לכ-700 מיליון ש"ח. עקב הרעת מצבם הכספי של המרכזים הרפואיים, בין היתר בגין הסדרים אלה, גדל במקביל הסבסוד של המשרד לכיסוי גירעונותיהם, והגיע לכ-650 מיליון ש"ח. מצב זה משמר את תלות המרכזים הרפואיים במשרד ומקשה על עצמאותם הכלכלית ועל הפיכתם לתאגידים עצמאיים[10].

2. תמיכה תקציבית לא גלויה בקופות: הקופות מקבלות מהמדינה כספים לפי נוסחת קפיטציה[11], שלוקחת בחשבון את מספר המבוטחים שלהן ורכיבים נוספים. בה בעת, בהנחות שהן מקבלות מהמרכזים הרפואיים גלומה למעשה תמיכה (סובסידיה) ממשלתית נוספת בקופות, שאינה שקופה וגלויה.

מחיר שירותי בריאות - הצורך בכלים ניהוליים-תמחיריים

בתי החולים הם מערכות רפואיות-כלכליות גדולות ונעשות בהם אלפי פעולות שונות, כגון ניתוחים, בדיקות (בדיקות רופא, בדיקות מעבדה), אשפוזים, צילומים והדמיות. אחד האמצעים הניהוליים במערכת כלכלית כזו הוא מערכת תמחיר ממוחשבת, אשר מאפשרת לדעת בבירור את סוגי עלויות המוצרים והשירותים הרפואיים[12], לקשור בין העלויות ובין ההכנסות שמקבלים בתי החולים מהקופות ולקבל תמונת מצב ניהולית רפואית חשובה. עוד בשנת 1996 החליט המשרד להקים מערכת תמחיר ממוחשבת, אך ההחלטה לא מומשה, ומשרד מבקר המדינה העיר על כך בשנים 2000 ו-2004[13]. בשנת 2006 המליצה ועדה לתמחור שירותי בתי חולים להקים מערכת תמחיר על

---

10 בעניין זה התקבלו החלטות רבות שלא בוצעו. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

11 נוסחת הקצאת המקורות לקופות החולים. הנוסחה קובעת בין היתר משקל יחסי לכל קבוצת גיל, המשקף את ההבדלים בשיעורי ההוצאות של הקופות בעבור המבוטחים, וכן במחלות קשות שנקבע בהם תשלום בכל מקרה ומקרה.

12 ישירות, עקיפות, קבועות ומשתנות.

13 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 50ב** (2000), בפרק "הסדרי התחשבנות בין קופות חולים לבתי חולים ממשלתיים", עמ' 124; מבקר המדינה, **דוח שנתי 54ב** (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 457.

בסיס מערכות קיימות. אולם המשרד לא הקים מערכת תמחיר ממוחשבת, ועדיין נותרו על כנן הבעיות שהועלו בעבר - מחיר שירותי הבריאות לא שיקף את עלותם, ואין כלים ניהוליים-רפואיים-כלכליים ראויים.

מחיר יום אשפוז

1. קביעת מחיר יום אשפוז, לרבות עדכון וקביעה של תעריפים חדשים, מבוססת על מחיר היסטורי, וכל זאת בלי שמשרדי הבריאות והאוצר בדקו מחדש את מרכיביו של יום האשפוז ואת השינויים שחלו במהלך השנים במוצר הנקרא "יום אשפוז".

2. משרדי הבריאות והאוצר קבעו מחירי יום אשפוז מיוחדים לשתי מחלקות בלבד[14], אף על פי שעלות האשפוז במחלקות רבות נוספות שונה ממחיר יום האשפוז הרגיל. יודגש כי התגמול על ימי אשפוז מהווה בממוצע 43% מהכנסות בתי החולים.

פגמים בקביעת מחירים לפעולות נבחרות - מחירים דיפרנציאליים

1. בשיטה זו בית החולים מתוגמל במחיר קבוע תמורת פעולה רפואית שבוצעה[15]. בפעולות הנבחרות ישנה בטיפול הרפואי ובעלותו שונות רבה בין אירוע לאירוע. השונות נובעת מגיל החולה, מחלות רקע ועוד. שונות זאת חייבה בנייה מורכבת יותר של תעריפים, אולם הביקורת העלתה כי המחיר לפעולה נבחרת מבוסס על עלות ממוצעת למקרה, ללא התחשבות במרכיבים האמורים המשפיעים על העלויות, וללא התחשבות באיכות ביצוע הפעולה. במצב זה יש לעתים תמריץ כלכלי לשחרר חולה מוקדם ככל האפשר, גם אם מצבו הרפואי יכול להשתפר בהמשך אשפוזו. הוספת מרכיבים אלה לאופן חישוב המחיר עשויה לשפר את מערך התמריצים הפועל על בתי החולים. יחד עם זאת יש לקחת בחשבון את תוספת המורכבות למערך המחירים, דבר שעלול להגדיל את עלויות הבקרה של הקופות על חשבונות בתי החולים.

2. לשם השוואה, במדינות מפותחות ישנם מחירים דיפרנציאליים לאלפי פעולות. גם בארץ סבורים רבים במערכת הבריאות שהשיטה הראויה לתגמול בתי החולים היא לפי מחיר הפעולות (הדיפרנציאליות). אולם מבחינת מספר הפעולות עולה שבעת סיום הביקורת הקודמת, ספטמבר 2003, היה מספרן של הפעולות הנבחרות 46 בלבד, בינואר 2008 - 127 ובאוגוסט 2009 - 145. אף שחל גידול במספרן, בראייה כוללת היקפן עדיין זניח[16].

---

14 מחיר יום אשפוז אחיד באוגוסט 2009 הוא 1,946 ש"ח, במחלקה פנימית - 1,585 ש"ח ובמחלקת טיפול נמרץ - 3,892 ש"ח (זהו התעריף לארבעת ימי האשפוז הראשונים, ואחר כך יורד המחיר לזה של יום אשפוז אחיד).

15 לדוגמה, לניתוח שבר צוואר הירך נקבע מחיר קבוע שמשולם לבתי החולים, וזאת אם הניתוח מבוצע בתוך 48 שעות מתחילת האשפוז, ללא קשר למספר ימי האשפוז ולאביזרים שמשתמש בהם בית החולים. בקבוצת הפעולות הנבחרות כלולים גם אלה: ניתוחי שבר (הרנייה), ניתוחי לב, ניתוחי גב, ניתוחי קרנית, צנתורים, השתלות, ניתוחי בטן.

16 בשנת 2008 היוו ההכנסות מפעולות דיפרנציאליות כ-28% בממוצע מהכנסות בתי החולים. חשבות משרד הבריאות, **ניתוח פיננסי 2008, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, אוקטובר 2009.

היעדר עדכון של מחירי שירותים אמבולטוריים ותוצאותיו

בשנים האחרונות יש מגמה מואצת בארץ ובעולם לספק שירותים אמבולטוריים[17] - בבתי החולים ובמרפאות בקהילה - כחלופה לשירותים שניתנו קודם לכן באשפוז.

המחירון של המשרד לשירותים אמבולטוריים כולל כ-1,400 שירותים, אלא שתעריפיהם נקבעו לפני שנים רבות, ומאז הם עודכנו בדרך כלל רק לפי השינויים במחיר יום אשפוז. עקב השמירה על מחירים היסטוריים נוצר פער ניכר של עשרות אחוזים בין מחיריהם של השירותים האמבולטוריים במחירון המשרד ובין עלויותיהם האמיתיות[18]. התוצאה - הקופות הפנו את החולים במחלות קשות לבתי החולים, ובחולים שמחלותיהם קלות יותר הן טיפלו מחוץ לבתי החולים, במרכזים רפואיים שהן הקימו[19]. מבחינת משק המדינה, יצר מצב זה כפל תשתיות ובזבוז משאבים לאומיים, שכן ריבוי מרכזים רפואיים עשוי לעודד שימוש יתר בשירותים רפואיים, עלול לגרום לניצול לא מלא של פוטנציאל התשתיות הקיימות וליצור עודף כושר ייצור.

מבנה מערכת הבריאות בארץ והשפעותיו

1. שוק הבריאות בארץ אינו שוק משוכלל[20]: אין בו תחרות משוכללת - בישראל ארבע קופות חולים המספקות למבוטחיהן שירותי בריאות לפי החוק. קופה אחת - הכללית - מספקת שירותי בריאות לכ-53% מהאוכלוסייה (אף שעם השנים חלקה פוחת והולך), ושתי קופות - הכללית ומכבי - מספקות שירותי בריאות לכמעט 80% מהאוכלוסייה. מול ארבע הקופות קיימים בתי חולים כלליים - 11 בתי חולים ממשלתיים (9 מהם ממשלתיים ושניים עירוניים-ממשלתיים), 8 בתי חולים בבעלות הכללית, בית חולים אחד בבעלות מאוחדת, 16 בתי חולים ציבוריים (כגון הדסה ושערי צדק) ו-11 בתי חולים פרטיים. הכללית, שמבטחת את רוב האוכלוסייה, היא בעלים של בתי חולים כאמור ומעדיפה אותם.

2. אשר למשרד: תפקידיו הם לייצר ולספק שירותי בריאות, לגבש מדיניות בריאות, ולתאם ולפקח על מערכת הבריאות, אך בה בעת הוא גם הבעלים של 11 בתי חולים כלליים ואחראי להכנסותיהם והוצאותיהם ולמצבם הכספי-כלכלי. במציאות זו מובנה מצב של ניגוד עניינים מוסדי. המלצות רבות על ניתוק המשרד מבתי החולים הממשלתיים טרם יושמו. משרד מבקר המדינה העיר כבר בעבר כי 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[21].

---

17 שירותים אמבולטוריים ניתנים בבתי החולים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ. לדוגמה, בדיקת C.T., בדיקת רופא מומחה, בדיקת דם.

18 כך למשל, מחיר בדיקת סורק ממוחשב (C.T.) במחירון המשרד בינואר 2009 היה 1,225 ש"ח, שעה שהקופות רכשו בדיקה זו במכונים פרטיים בעלות של 300-400 ש"ח.

19 עם זאת יש לציין כי הקופות מפנות חולים לקהילה לא רק מסיבות כלכליות, אלא גם שירותיות.

20 בתחרות משוכללת יש ריבוי מוכרים וקונים. שינוי התנהגות של אחד מהם לא משפיע על השוק ויש זרימה חופשית של מידע.

21 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 54ב** (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 468.

3. **אשר לבתי החולים:** לשם הגברת התחרות והייעול במערכת הבריאות דובר מזה למעלה מעשרים שנה על תאגוד בתי החולים הממשלתיים, אולם עד כה הדבר לא בוצע. בבית חולים גם אין גוף ניהולי, דוגמת דירקטוריון, ואין משטר תאגידי ראוי לגוף כה גדול. אשר לבתי חולים פרטיים - שניים מהם ניזונים מכספי ציבור והם בבעלות קופות חולים: אסותא בבעלות מלאה של מכבי, והרצליה מדיקל סנטר בבעלות חלקית של הכללית. אחת התוצאות: כוח אדם מקצועי עובר מבתי החולים הציבוריים לפרטיים, ובגלל המחסור שנוצר בכוח אדם, חדרי ניתוח בבתי חולים ציבוריים מופעלים רק באופן חלקי.

סיכום והמלצות

1. **הסדרי בחירה:** הסדרי הבחירה הנהוגים כיום גורמים לפגיעה במבוטחים ולחיזוק הרפואה הפרטית על חשבון הציבורית. ראוי שהמשרד יבחן את העלויות שייגרמו לקופות אם יוגבר חופש הבחירה למבוטחים. ניתן למשל לשקול בין היתר ביצוע תכנית חלוץ (פיילוט) שיינתן בה חופש בחירה נרחב יותר באזור אחד, ומכך להסיק מסקנות. כמו כן, לצורך שיפור יכולת המבוטחים לבחור נותני שירותים ובעיקר בתי חולים, ראוי שהמשרד יבחן הכנה ופרסום ברבים של מדדים שישמשו להשוואה בין אותם נותני שירותים. ראוי גם שהמשרד יגדיר את המונחים "איכות סבירה", "זמן סביר" ו"מרחק סביר".

2. **תמחיר וכלים ניהוליים-רפואיים:** אלה אינם מספקים - מחירי השירותים הרפואיים כיום אינם ריאליים ואינם משקפים את העלויות, והדבר פוגע בבריאות הציבור, גורם לכפל תשתיות ולבזבוז משאבים לאומיים. יש לבנות כלי תמחור ראויים למערכת הבריאות, ובאמצעותם לקבוע מחירים נכונים, הן לפעולות הדיפרנציאליות והן לפעולות האמבולטוריות. אחד הכלים הניהוליים במערכת כלכלית כה גדולה הוא מערכת תמחיר ממוחשבת שראוי להטמיעה.

3. **תפקידי המשרד:** תשומת הלב מופנית פעם נוספת גם לכפל תפקידיו של משרד הבריאות, המשמש רגולטור וגם בעלים של בתי חולים. הדבר מקשה עליו למלא את תפקידיו בשל ניגוד עניינים. רצוי ליישם את ההמלצות הרבות על ניתוק בתי החולים הממשלתיים מהמשרד.

4. **סוף דבר:** ראוי שהמשרד ומשרד האוצר יבחנו את כל מערכת היחסים בין קופות החולים כמבטחות ובין בתי החולים כנותני שירותים, כולל אמצעים שיבטיחו הגברת היעילות ומניעת מצבי ניגוד עניינים. יש לשקול עיצוב של כללי משחק חדשים. מתחייבת על כן עבודת מטה שתתחשב בהמלצות הוועדות שפעלו בעבר בנדון, ותבחן את החלופות, ולאחר מכן נדרשת פעולה נחרצת של המשרד ושל משרד האוצר ליישם את מסקנות עבודת המטה והמלצותיה.

♦

מבוא

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק, חוק ביטוח בריאות), קופות החולים (להלן - הקופות) אחראיות לספק את השירותים הרפואיים לתושבים הרשומים אצלן. הקופות מספקות שירותי אשפוז[22] ושירותים רפואיים אמבולטוריים[23] לכל האוכלוסייה באופן ישיר באמצעות מרפאות בקהילה ובאמצעות קניית שירותים מ-48 בתי חולים כלליים (להלן - בתי החולים) - 11 בתי חולים ממשלתיים (9 מהם ממשלתיים ושניים עירוניים-ממשלתיים), 8 בתי חולים בבעלות שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), בית חולים אחד בבעלות קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת), 16 בתי חולים ציבוריים כלליים אחרים[24] (כגון הדסה ושערי צדק) ו-11 בתי חולים פרטיים[25]. בשנת 2008 הוציאו הקופות כ-13 מיליארד ש"ח תמורת שירותי אשפוז בבתי החולים (כ-41% מהוצאותיהן)[26].

ביטוח הבריאות הממלכתי לפי החוק מושתת על עיקרון של שוויון. לפי החוק, קופות החולים נדרשות לספק שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות "לפי שיקול דעת רפואי באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". אם הקופה קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד, היא תקבע את ההסדרים שלפיהם יבחרו מבוטחיה בין נותני השירותים (להלן - הסדרי בחירה).

מערכת הבריאות בארץ מורכבת ופועלת בתנאים שאינם תחרות משוכללת[27] - יש ארבע קופות חולים וכמה עשרות בתי חולים. משרד הבריאות (להלן - המשרד) הוא הרגולטור, הוא קובע את מדיניות הבריאות, אך הוא גם הבעלים של 11 בתי חולים.

תקציב הכנסות 11 בתי החולים הממשלתיים הסתכם בשנת 2009 בכ-6.4 מיליארד ש"ח. ליד כל בית חולים ממשלתי פועל תאגיד בריאות[28] המאוגד כעמותה בשם "קרן מחקרים רפואיים פיתוח תשתיות ושירותי בריאות ליד [שם בית החולים]". תאגיד הבריאות הוא ישות משפטית נפרדת מבית החולים, וגם הוא מוכר שירותי בריאות[29]. בשנת 2008 היה היקף הפעילות הכולל של תאגידי

---

22 רפואה שלישונית הכוללת שירותים באשפוז ושירותי חירום שאין אפשרות לספקם אלא באמצעות בתי החולים.

23 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים, בידי בתי החולים ותאגידי הבריאות שלידם (המהווים ביחד מרכז רפואי ממשלתי). המושג "רפואה אמבולטורית" חל על שתי הרמות הראשונות של השירותים הרפואיים (רופאים ראשוניים ורופאים מומחים).

24 בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, הוגדר: "בית חולים ציבורי כללי" - 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; לעניין זה, "בית חולים ממשלתי" - לרבות פעילות המתבצעת בו בידי תאגיד בריאות.

25 בחוק ההסדרים לשנת 2008 הוגדר: "בית חולים כללי פרטי" - בית חולים כללי שאינו אחד מאלה: (1) בית חולים ממשלתי כללי, לרבות פעילות המתבצעת בו בידי תאגיד בריאות...; (2) בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים; (3) בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית; (4) בית חולים שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כמשמעותו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה.

26 **דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2008**, משרד הבריאות, אוקטובר 2009.

27 בתחרות משוכללת יש ריבוי מוכרים וקונים. שינוי התנהגות של אחד מהם לא משפיע על השוק ויש זרימה חופשית של מידע.

28 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור".

29 לעניין פעילות תאגידי בריאות ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

הבריאות 1.4 מיליארד ש"ח[30]. בית החולים ותאגיד הבריאות שלידו, שניהם יחדיו, הם "מרכז רפואי", וההתקשרות של קופות חולים נעשית מול המרכז הרפואי.

שיטת תגמול בתי החולים משפיעה על איכות הטיפול הרפואי, על רמת ההוצאה הציבורית והלאומית לבריאות[31] ועל יכולתם של בתי החולים לאזן את תקציביהם ולהשקיע בפיתוח הרפואה. התשלום שהקופות משלמות לבתי החולים תמורת שירותיהם (להלן - מחיר שירותי בריאות[32]) מבוססים על מחירים אלה: מחיר יום אשפוז, מחיר לפעילויות נבחרות (מחיר דיפרנציאלי[33]) ומחיר לשירות חוץ-אשפוזי (אמבולטורי). לפי חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996, 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, וועדת המחירים קובעת את שיעור השינוי במחיר זה. שיעור שינוי זה חל גם על המחירים לפעילויות נבחרות ועל המחירים האמבולטוריים.

לכל קופה ובית חולים נקבעת תקרת תשלומים שעד אליה תשלם הקופה לבית החולים את מחירם המלא של שירותי הבריאות לפי קביעת המשרד. על צריכה החורגת מהתקרה תשלם הקופה מחיר נמוך יותר. הקופות ובתי החולים רשאים לקבוע ביניהם בכתב גם הסדר אחר להתחשבנות ביניהם (הסכמים גלובליים), ואמנם לכולן יש הסכמים גלובליים עם רוב בתי החולים.

בהינתן התנהלות זו של מערכת הבריאות ושוק לא משוכלל, בדק משרד מבקר המדינה את ההסדרים הקיימים למבוטחי הקופות לבחירת נותני שירותים, את פרסומם ואת הבאתם לידיעת שר הבריאות. כמו כן בדק את ההסדרים שקבעה הממשלה בעניין תשלומי הקופות תמורת השירותים שהן רוכשות מבתי החולים הכלליים, לרבות אופן קביעת מחירי השירות לסוגיו. ממצאים בנושאים אלה פורסמו בשנת 2004[34] (להלן - הביקורת הקודמת). הבדיקה נעשתה בחודשים מרס-אוגוסט 2009 במשרד, בכמה בתי חולים ממשלתיים, בכללית, במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), במאוחדת ובקופת חולים לאומית (להלן - לאומית). בדיקות השלמה נעשו גם במשרד האוצר.

ההסדרים לבחירת נותני שירותים על ידי מבוטחי קופות החולים

הסדרי הבחירה[35] נקבעים על ידי קופות החולים מכוח סעיף 23 לחוק ומכוח תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005 (להלן - תקנות הסדרי בחירה). סעיף 3 לחוק קובע כי קופות החולים נדרשות לספק שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות "לפי

---

30 **ניתוח פיננסי 2008, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, חשבות משרד הבריאות, אוקטובר 2009.

31 ההוצאה הלאומית לבריאות מורכבת ממימון ציבורי (תקציב המדינה ותשלומי ביטוח בריאות) וממימון פרטי (סוגים שונים של השתתפות עצמית ותשלומים תמורת שירותים שאינם כלולים בחוק).

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

33 שיטת תגמול לפי מקרה - פעולה.

34 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 54ב** (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445 ואילך.

35 על בסיס ההתקשרויות שלהן עם מוסדות המספקים שירותים רפואיים, רשאיות הקופות להגביל את הפניית מבוטחיהן למוסדות אלה.

שיקול דעת רפואי באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח״. לצורך כך מתקשרות הקופות עם נותני שירותים, ומבוטחיהן רשאים לבחור ביניהם על בסיס ארצי, אזורי או בין-אזורי. כך למשל, בכללית פועל כל מחוז במסגרת תקציבית עצמאית, ויש לו הסדרי בחירה משלו עם נטייה להעדיף בתי חולים של הכללית; במכבי הסדרי הבחירה הם ארציים, ומבוטח זכאי לטיפול בכל בתי החולים הכלליים, למעט בית החולים ״ביקור חולים״, ללא תלות בשייכות המבוטח למחוז גיאוגרפי; בלאומית יש חופש בחירה בין בתי החולים הממשלתיים ושלושה מבין אלה של הכללית (העמק, קפלן וסורוקה); במאוחדת ההסדרים הם אזוריים, וכוללים רק שני בתי חולים של הכללית[36].

להסכמים הגלובליים בין הקופות לבתי החולים (ראו להלן) חשיבות רבה, שכן על בסיס הסכמים אלה קובעות הקופות למבוטחיהן את ההסדרים לבחירת נותני השירותים.

ככלל, הסדרי הבחירה הנוגעים לבתי חולים חלים על שירות אלקטיבי (מתוכנן) בלבד. מבוטח הנזקק לשירותי מחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) רשאי לפנות לבית חולים במקום הימצאו. להסדרי הבחירה יש יתרונות וחסרונות. במאי 2007 פירט מנהל המחלקה לרפואה קהילתית במשרד למנכ״ל המשרד דאז, פרופסור אבי ישראלי, כמה מהם.

בין היתרונות: חופש פעולה לקופה באופן הספקת השירותים הרפואיים למבוטחים; שיפור ביכולת הקופה לווסת את צריכת השירותים ולפקח עליהם; תחרות בריאה בין נותני השירותים על מחיר ואיכות; פתח לקופה להגיע להסדרי מחירים נוחים עם נותני השירותים, המובילים לצמצום העלות לקופה ולהפחתת ההוצאה הלאומית לבריאות; יכולת הקופה להפעיל מדיניות של העדפת נותני שירותים מסוימים, לרבות התקשרות בהסכמים גלובאליים; יתרונות לבית החולים שנבחר להיות נותן שירותים של קופה - מובטח לו נפח מטופלים, ניצול מלא של משאביו, הזדמנות לשיפור השירותים, הגברת התפוקה ושיפור האיכות, בפרט בפעולות המחייבות מיומנות ייחודית; צמצום מספר נותני השירותים במחוז של קופה, המוביל לרצף טיפולי ושלמות הרשומה הרפואית בבתי החולים; היכרות בין צוות המחוז של קופה עם מספר מצומצם של מחלקות בבתי החולים, המשפרת את התקשורת ביניהם ומגבירה את יעילות העבודה.

בין החסרונות: חופש בחירה מוגבל של המבוטח, העלול לפגוע באמון בקופה ובשביעות הרצון של המבוטחים; הטרחה של מבוטח לנותן שירותים מרוחק ממקום מגוריו, בשל היותו מועדף על ידי הקופה; פגיעה ברציפות הטיפול כאשר ההתקשרות עם נותני שירותים היא לפרקי זמן קצרים; פגיעה כלכלית בבתי חולים פריפריאליים או בתי חולים פופולאריים פחות; התארכות תורים; הגדלת ההוצאה הפרטית לבריאות עקב פניית מבוטחים, לפי החלטתם, לקבלת שירותים במוסדות שאינם בהסדרי הבחירה; חשש לפגיעה באיכות הטיפול - התחרות בין נותני השירותים היא בעיקר על המחיר ולא על האיכות; פגיעה בשוויוניות: 1. מבוטח באזור אחד רשאי לבחור בבית חולים מסוים; מבוטח מאזור אחר באותה הקופה מנוע מלבחור באותו בית חולים. 2. ההסדרים פותחים פתח לבעלי קשרים להשיג באמצעותם הפניה לבית חולים מסוים. 3. באזורים דלים בשירות רפואי נוטים ההסדרים לצד מוסדות מקומיים, והמבוטחים המופנים אליהם נפגעים בשל קיבולת נמוכה בבית החולים המקומי וסבירות לאיכות נמוכה יותר של הטיפול. 4. מבוטחים בעלי אמצעים יכולים לרכוש בכספם שירותים פרטיים שאינם בהסדרי הבחירה.

---

36 במועד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, שקלה מאוחדת לערוך הסכמים עם בתי חולים של הכללית. באתר האינטרנט של הקופה נאמר שהקופה נותנת עדיפות לאשפוז באזור מגורי המבוטח, על פי בחירתו ובהתאם למפורט שם. ״במצבים רפואיים מיוחדים, רשאי רופא מינהל מטעם הקופה לאשר למבוטח לפנות לבית חולים ציבורי גם מחוץ למקום מגוריו של המבוטח״.

קריטריונים לקביעה ולהערכה של הסדרי הבחירה

1. **הגדרות ברורות של "סבירות"**: המשרד הוא הרגולטור והמפקח על הקופות, וכדי שיוכל לבחון ולהעריך עד כמה מקיימות הקופות את תקנות הסדרי הבחירה, ראוי שהאמור בחוק או בתקנות יהיה מוגדר בבהירות.

בחוק נעשה שימוש במונחים "איכות סבירה", "זמן סביר" ו"מרחק סביר", אך מונחים אלה לא הוגדרו. למשל בעניין "מרחק סביר": לעתים מופנים מבוטחים של הכללית לבתי חולים או לנותני שירותים במקומות מרוחקים ממקום מגוריהם, לדוגמה, מבוטח מחיפה שהופנה לבדיקת מעי בבית חולים מאיר בכפר סבא, בעוד שניתן לבצע בדיקה זו בבית החולים רמב"ם שבחיפה[37], מבוטחים מאזור צפת שהופנו למרכז הרפואי שיבא שבמרכז הארץ (להלן - שיבא), או חולים מאזור נהרייה שהופנו בשנת 2007 לבתי חולים דרומיים משם[38]. מחוסר הגדרה ברורה של "מרחק סביר ממקום מגורי המבוטח", המשרד אינו יכול לקבוע אם יש במקרים אלה חריגה מהתקנות. באי הגדרת המונחים כאמור נותרה עמימות ואפשרות לפרשנות מצמצמת, ועל כן יש חשש לפגיעה בזכויות המבוטחים. יש לציין כי בעניין זה מופנות תלונות רבות של מבוטחים לנציבי הפניות לציבור בקופות החולים, לנציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן - נציבת הקבילות), לאגודה לזכויות החולה ולארגוני חולים אחרים ואף לכנסת.

אשר ל"זמן סביר": כאשר מתארך התור לקבלת שירות מסוים, אין הקופה נדרשת בעליל להתקשר עם נותן שירותים נוסף כדי לקצר את זמן ההמתנה (ראו להלן בעניין מחלוקות כספיות עם נותן שירותים). יש לציין כי משרד מבקר המדינה העיר כבר על תורי המתנה ארוכים לניתוחים במחצית שנת 2008, שגורמים לנזקים רפואיים לחולים[39].

בנובמבר 2009 השיבה נציבת הקבילות למשרד מבקר המדינה כי הניסיון לקבוע ולהגדיר מה הוא "מרחק סביר" חשוב והגיוני. יחד עם זאת יש להביא בחשבון כי קביעת גבולות מוגדרים (למשל עד 30 ק"מ) עלולה לפגוע במבוטחים שיעדיפו טיפול במרכז רפואי מרוחק, אם במצבים רפואיים ייחודיים או לאחר מיצוי הטיפול בסביבת מגוריהם. בנוסף יש פוטנציאל פגיעה דווקא בתושבי הפריפריה, שלא יופנו למרכזים רפואיים במרכז הארץ, אלא רק לכאלה שבסביבת מגוריהם. ההגדרה ה"עמומה" לעניין סבירות מאפשרת הפעלת שיקול דעת פרטני הן בקופה והן בנציבות הקבילות בעת בירור תלונות. הצעתה היא לאפשר הגדרה, לפיה על הטיפול להינתן בעירו של המבוטח, ובהיעדר אפשרות כזו - בעיר סמוכה. רק במצבים שלא ניתן לספק בהם את הטיפול בסמוך למגורי המבוטח, לא יעלה המרחק על 30 ק"מ, פרט למקומות יישוב מרוחקים (פריפריאליים), שם יופעל שיקול הדעת לגבי מרחק סביר באופן פרטני. יש להבחין בין טיפולים שוטפים, תדירים, אותם יש להקפיד לתת בסמוך למקום המגורים, ובין טיפולים או פרוצדורות חד-פעמיים, להם ניתן לקבל שירות במקום מרוחק יותר. אשפוז שיקומי או סיעודי מורכב של קשישים או נכים יינתן בהתאם לצורך סמוך למקום מגורי ילדיהם או בני משפחה הסועדים אותם.

---

37 מבוטח הכללית מחיפה פנה בתלונה כזו לאגודה לזכויות החולה.

38 פניית גמלאים מסניף מפלגת הגמלאים בנהרייה אל ח"כ יעקב בן-יזרי, שר הבריאות לשעבר, מאי 2007.

39 כך למשל, משכי ההמתנה בשיבא היו: לניתוחי אף-אוזן-גרון - שישה-שבעה חודשים, להסרת גידולי כליה ממאירים - חודשיים-שלושה ולניתוחים אורתופדיים שונים - שמונה חודשים; בנהרייה משך ההמתנה לרבים מניתוחי האף-אוזן-גרון היה שלושה עשר חודשים, ולניתוחי סינוסים ואוזניים - שבעה חודשים; באיכילוב משך ההמתנה לניתוחים ליישור מחיצת האף היה יותר משנה ולניתוחים בבלוטות הרוק - חמישה-שישה חודשים. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

עוד השיבה נציבת הקבילות, כי יש מקום לחייב את הקופות לחרוג מהסדרי הבחירה כאשר למבוטח מוצע שירות בתוך פרק זמן חורג מהסביר, בעוד שניתן לקבל את השירות במוסד רפואי שאינו בהסדרי הבחירה בתוך פרק זמן קצר הרבה יותר וסביר יותר מבחינה רפואית. כאשר ניתן לבצע פרוצדורה או ניתוח בדרך ייחודית שאינה אפשרית במרכז הרפואי באזור מגורי המבוטח או על פי הסדרי הבחירה, יש מקום, בכפוף למקובלות רפואית, לאפשר למבוטח ביצוע הפרוצדורה או הניתוח גם מחוץ להסדר.

עמדת נציבת הקבילות מדגישה את הצורך בהגדרת המושגים "מרחק סביר" ו"זמן סביר" עם הגמישות הדרושה לטובת המבוטחים. ראוי אפוא שהמשרד ידון בעמדתה וישקול לשנות את החוק או את תקנות הסדרי הבחירה בהתאם.

2. **שמירה על רצף טיפולי:** לפי תקנות הסדרי הבחירה, הסדר הבחירה מבטא את עקרונות סעיף 3(ד) לחוק, ובכלל זה שמירה על רצף טיפולי, כך שמבוטח לא יידרש, ככל שניתן, להחליף מוסד רפואי אחד במשנהו במהלכם של מחלה או מצב רפואי והטיפול בהם. משרד מבקר המדינה בדק כמה עשרות תלונות אצל נציבי פניות הציבור בקופות החולים ואצל נציבת הקבילות, והעלה מקרים אחדים שקופה לא שמרה בהם על רצף טיפולי. להלן הפרטים:

(א) באוקטובר 2008 פנתה מבוטחת הכללית מקריית ים לנציבת הקבילות בטענה שהיא מטופלת למעלה משנתיים במחלקת קרדיולוגיה בבית החולים רמב"ם, ועוברת בדיקת אקו לב פעם בחצי שנה בגלל הידבקות בחיידק מסוים. היא ביקשה מהקופה הפניה לבית החולים, אך סורבה בטענה שהקופה אינה עובדת עם בית חולים זה. הקופה הציעה למבוטחת לפנות לקרדיולוג בקהילה, אולם המבוטחת הייתה מעוניינת להגיע לרמב"ם. לדבריה, היא פנתה כמה פעמים לקופה, אך נענתה בשלילה. נציבת הקבילות פנתה לנציב פניות הציבור בכללית, בנימוק שנדרש רצף טיפולי במרפאה הקרדיולוגית ברמב"ם.

בסוף אוקטובר 2008 השיב נציב פניות הציבור בכללית לנציבת הקבילות שבקשת המבוטחת להפניה לבית החולים רמב"ם אושרה.

(ב) מבוטחת בכללית החלה טיפולי פוריות בבית החולים ברזילי. היא הופנתה על ידי הקופה לשלושה חודשי טיפול בבית החולים, אך הם הופסקו במפתיע בידי הבקר של הקופה[40], וזה מסר למבוטחת שעליה להמשיך את הטיפולים במרפאתה בקהילה. המבוטחת הסכימה, אך נקבע לה תור לחודשיים לאחר מכן. בפברואר 2008 פנתה המבוטחת לנציבת הקבילות.

נציבת הקבילות פנתה לנציב פניות הציבור בכללית בטענה שלא סביר לדרוש מהמבוטחת מעבר למסגרת אחרת בעיצומו של הטיפול, ובוודאי לאחר שהיא פיתחה אמון במקום שטופלה בו בחודשים האחרונים. בתחילת מרס 2008 השיבה הקופה לנציבת הקבילות כי אישרו למבוטחת המשך טיפולים בברזילי, ואף התנצלו בפניה על עוגמת הנפש שנגרמה לה.

יוצא שבמקרים אלה רק בהתערבות של נציבת הקבילות שמרה הקופה על רצף טיפולי. ראוי שהכללית תקפיד על קיום ההוראות בנושא, כך שהרצף הטיפולי במבוטחים לא ייפגע, והם לא ייאלצו לפנות לנציבת הקבילות כדי לעמוד על זכויותיהם.

---

40 קופות החולים מחזיקות במוקדי בקרה בבתי החולים.

השלכות הסדרי הבחירה על המבוטחים

1. **הפניות למוסדות שירות רפואי:** הפניה של מבוטח לטיפול במוסד הנותן שירות רפואי, למשל בית חולים, כרוכה בהתחייבות כספית של הקופה למוסד, וזו מבוטאת באמצעות טופס התחייבות כספית (טופס 17), שהמבוטח נדרש להביא עמו בעת התייצבותו לטיפול. בדיון שנערך ביולי 2007 בוועדה לפניות הציבור של הכנסת אמרה נציבת הקבילות כי מתקבלות אצלה כ-5,000 תלונות בשנה, ורובן קשורות באופן ישיר או עקיף לנושא ההתחייבות הכספית, כלומר לעניין ההפניה לשירות רפואי. לדבריה, יותר מ-20% מהתלונות בנושא נמצאות מוצדקות. גם ארגוני מגזר שלישי, כגון האגודה לזכויות החולה וצב"י (צרכני בריאות ישראל) מסרו כי מופנות אליהם תלונות רבות על הימנעות הקופות מהפניות בשל הסדרי הבחירה[41]. בעבר העיר כבר משרד מבקר המדינה על הפגיעה במבוטחים כתוצאה מהערפול שנוצר אצלם בכל הנוגע בקבלת טופס 17 ובתורי ההמתנה לניתוחים[42].

יש לציין כי בכללית בולט מאוד עניין החלוקה למחוזות. כל מחוז פועל במסגרת תקציבית עצמאית, ויש לו הסדרי בחירה משלו עם נטייה להעדיף בתי חולים של הכללית. לדוגמה: מבוטח כללית שגר בנס ציונה אך היה רשום בסניף חולון ביקש להיות מנותח בבית החולים אסף הרופא הקרוב לביתו; הקופה סירבה לבקשה בנימוק שלמחוז אין הסדר עם בית חולים זה; לאחר ששינה המבוטח את כתובתו בקופה לראשון לציון, אישרה הקופה את בקשתו, שכן ראשון לציון שייכת למחוז אחר, שיש לו הסדר עם בית החולים אסף הרופא.

בדוח ביקורת קודם של משרד מבקר המדינה[43] הועלה כי אם קשיש המבוטח בכללית מתגורר במחוז אחד, אך מעוניין להתאשפז במוסד במחוז אחר בגלל סמיכותו למקום המגורים של בני משפחתו, קופת החולים מפנה אותו ואת בני משפחתו לנהל משא ומתן עם המחוז שהוא משתייך אליו; הכללית מותירה אפוא את ההחלטה הסופית לשיקול דעת המחוז[44]. בעקבות הביקורת הודיעה הכללית בינואר 2008 למשרד מבקר המדינה כי היא תעדכן את נהליה בעניין.

באוקטובר 2009 הביא מנהל שיבא לפני משרד מבקר המדינה היבט נוסף לחלוקה למחוזות בכללית: מבוטח המסיים טיפול אקוטי בבית החולים הכללי ונזקק להמשך טיפול שיקומי או סיעודי - המחוז שאליו שייך המבוטח הוא הקובע לאיזה מוסד הוא יופנה. תהליך פניית המחוז שבתחומו מאושפז החולה למחוז שאליו שייך המבוטח אינו קצר, ובינתיים נשאר החולה בבית החולים הכללי, על חשבון הקופה, גם אם סיים את האשפוז האקוטי. למבוטחי הקופות האחרות נקבע מקומו של המשך הטיפול על ידי נציג הקופה בבית החולים, ובזמן אמת.

ראוי שהכללית תבחן את ההסדרים בין מחוזותיה כך שיקוצר ככל האפשר ההליך לקביעת המוסד שאליו יועברו מבוטחיה מבתי החולים הכלליים.

---

41 פרוטוקול מס' 55 של הוועדה המיוחדת לפניות הציבור בנושא פניות הציבור בעניין התנהלות קופות החולים כלפי המבוטחים במתן טופסי התחייבות (טופסי 17), 10.7.07.

42 מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 418.

43 מבקר המדינה, **דוח שנתי 58ב** (2008), בפרק "סוגיות בנושא אשפוז סיעודי", עמ' 449.

44 לדוגמה: קשישה מאזור הצפון, מבוטחת הכללית, הייתה מאושפזת לפי בקשתה באזור ראשון לציון (ליד קרובי משפחתה), ושם שהתה ארבע שנים במצב רפואי "סיעודי". עם הידרדרות מצבה הרפואי ל"סיעודי מורכב" (במימון קופת החולים על פי חוק), דרשה ממנה הכללית לעבור ולהתאשפז במוסד במחוז חיפה והגליל המערבי, משום ששם הייתה כתובת מגוריה לפי תעודת הזהות.

2. **הגבלת רכש בבתי חולים פרטיים**: באוקטובר 2009 מסר מנהל איכילוב למשרד מבקר המדינה כי בחוק ההסדרים לשנת 2008 החליטה הממשלה על מהלכים לחיזוק הרפואה הציבורית, והגבילה את היקף הרכש של הקופות מבתי חולים פרטיים, אולם הגבלה זו אינה מיושמת.

מנתוני המשרד עולה שההוצאות לניתוחים (עיקר הרכש בבתי חולים פרטיים) בשנת 2008 עלו ב-19% בקירוב לעומת שנת 2007[45]. ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יבחנו את זליגת המשאבים מהרפואה הציבורית לפרטית.

3. **הפניות לבתי חולים שאין עמם הסכמים**: בינואר 2009 דיווחה מכבי לשר הבריאות כי הסדרי הבחירה שלה הם ארציים, ואם אין נותן שירות מטעמה בהסדר במרחק של עד 45 ק"מ מבית המבוטח, היא מאפשרת למבוטחיה לבחור בנותן שירות שעמו אין לה הסדר. הדבר נכון לבתי החולים העמק בעפולה ויוספטל וסורוקה בדרום הארץ. במהלך שנת 2009 התנהלו עדיין התכתבויות בין המשרד ובין מכבי על הסדרי הבחירה שלה, והקופה התבקשה לערוך שינויים ולדאוג לפרסומם הברור לציבור[46]. יש לציין כי ביולי 2009 חתמה מכבי עם הכללית הסכם לרכש שירותים בבתי החולים רבין, יוספטל, שניידר, מאיר, העמק, כרמל וסורוקה, ועדכנה את אתר האינטרנט שלה.

עד ינואר 2010 לא אישר המשרד למכבי את הסדרי הבחירה שלה.

4. **עיכובים בהפניות בשל מחלוקות כספיות**: כאמור, הקופות הן שקובעות את הסדרי הבחירה, ואלה מושפעים מהתנאים הכלכליים שהן משיגות בהתקשרויות עם נותני שירותים שונים.

בעניין זה יש לציין כי תקנות הסדרי הבחירה קובעות כי "כל שינוי בהסדר הבחירה יפורסם בדרך שבה פורסם הסדר הבחירה לראשונה, לפי תקנות אלה, ואולם פרסום והעמדה לעיון המבוטחים של שינוי בהסדר הבחירה, שענינו גריעה מהיקף המוסדות הרפואיים של הקופה או מטעמה, העומדים לרשות המבוטחים, או צמצום חופש הגישה למוסדות רפואיים כאמור, אם על ידי החמרה בהסדרי הפניה ואם בדרך אחרת, לא ייעשו, אלא לאחר שעברו 30 ימים מן המועד שבו הובא לידיעת שר הבריאות, והקופה לא תפעל לפיו, אלא לאחר שעברו 30 ימים מן המועד שבו העמידה אותו לעיון המבוטחים במרפאותיה".

למשרד מבקר המדינה הגיע העתק מכתב של עמותת נאמ"ן (נפגעי אירוע מוחי), האגודה לזכויות החולה והעמותה לנפגעי CVA ומשפחותיהם, שהופנה אל המשרד. במכתב נאמר שמחוז ירושלים של הכללית הפסיק להפנות לבית החולים הרצוג בירושלים מבוטחים הרוצים להתקבל בו למחלקות שיקום גריאטרי או סיעודי מורכב, וזאת בניגוד לחוק וללא פתרון חלופי מתאים. מהמכתב עולה שבתכתובת פנימית של הכללית נאמר: "עקב צפי להמתנה ארוכה לשיקום הר הצופים, חולים הזקוקים לשיקום יופנו להמתנה או טיפול למחלקת תת-חריפה בהוד אדומים". במכתב נאמר

---

45 **דוח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2008**, משרד הבריאות, אוקטובר 2009.

46 כך למשל, הסמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד כתב במאי 2009 למכבי כי במכתביה למשרד לא מתייחסת מכבי למכונים שונים, אין פירוט של בתי החולים שאינם בהסדר, אין פירוט של ההסדרים להפניה למרפאות חוץ ועוד. עוד כתב הסמנכ"ל לקופו"ח למכבי כי אין לקבל את אמירותיה, לפיהן קיים רצף טיפולי לחולים אונקולוגיים, מטופלים בדיאליזה ומושתלים בלבד, וכי אין לאפשר רצף טיפולי רק לרשימת מחלות מוגדרת.

שכתוצאה מכך חולים לא יקבלו את השיקום שהם זקוקים לו או ימתינו ללא קבלת טיפול עד שיתפנה מקום בהדסה הר הצופים.

הנהלת הכללית השיבה למכתב העמותות שהנהלת המחוז דואגת שכל חולה, ללא יוצא מהכלל, הזקוק לאחת מקטגוריות האשפוז הגריאטרי/שיקומי, יקבל את המגיע לו כראוי ועל פי חוק. מבירורים שעשה משרד מבקר המדינה בהנהלת הכללית ובמחוז ירושלים עלה שלקראת חידוש ההסכם של מחוז ירושלים של הכללית עם בית החולים הרצוג התגלעה ביניהם מחלוקת כספית, ובמשך כמה חודשים הפנתה הכללית לבית חולים זה פחות חולים מבעבר. לקראת סיום הביקורת, באוגוסט 2009, הגיע המחוז להסדר עם בית החולים הרצוג.

יוצא שמחלוקת כספית בין הקופה לנותן שירותים מטעמה גורמת לצמצום היצע נותני השירות למבוטחים, ויש בכך פגיעה בהם. הכללית גם לא הודיעה למשרד על מקרה זה של צמצום חופש הגישה לבית החולים הרצוג. כאשר מפנים פחות חולים לנותן שירותים במשך תקופה ממושכת, ראוי שהקופה תודיע על כך למשרד כדי שיבחן אם אין בכך פגיעה במבוטחיה.

5. **עקיפת הסדרי בחירה באמצעות פנייה לחדרי מיון:** לעתים, כאשר מבוטח מעוניין בטיפול בבית חולים שאינו כלול בהסדרי הבחירה של הקופה שלו, הוא יכול להתקבל אליו באמצעות פנייה לחדר מיון במצג של דחיפות. כך לדוגמה מכבי מסרה כי לדעת מחוז הצפון שלה, כחמישה מבוטחים במחוז פנו לחדר המיון של בית החולים כרמל בחיפה שבבעלות הכללית, שבינו ובין מכבי לא נחתם כל הסכם. בביקורת הועלה גם כי נעשו פניות רבות לשיבא בתקופה שלא היו הסכמים בינו ובין הכללית, ופניות לבילינסון בתקופה שלא היו הסכמים בינו ובין מכבי. במקרים כאלה מתגלעים חיכוכים משמעותיים בין הקופות למבוטחים, ולעתים מחייבות הקופות את המבוטחים לשלם מכספם על הטיפול שניתן להם, ותלונות על כך מתגלגלות לנציבי הפניות לציבור בקופות החולים ולנציבת הקבילות במשרד.

יוצא שהגבלות של קופה על בחירת נותני השירותים מביאות לעתים את החולים לנסות ולעקוף אותן בדרכים שונות.

6. **פנייה לרפואה פרטית:** מבוטח שהוא חבר בתכנית לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), והקופה אינה מאשרת לו טיפול בבית חולים כרצונו, יכול לפנות לרפואה פרטית בבית חולים פרטי או ציבורי[47] ולבחור רופא מטפל (הדבר כרוך בעלות למבוטח)[48]. מדובר בהרחבת הרפואה הפרטית על חשבון הציבורית, מה גם שפתרון מעין זה אינו בהישג ידן של אוכלוסיות חלשות, שבדרך כלל אינן חברות בשב"ן (30% מהאוכלוסייה). לכך גם השלכות על סוגיית השוויוניות על פי החוק[49].

7. **טיפול רפואי רב-תחומי לחולים כרוניים או קשים:** חולים במחלה כרונית אחת עלולים לחלות במחלות נוספות (למשל מושתל שפיתח סוכרת, חולה

---

47 לדוגמה, שר"פ הדסה נכלל בשב"ן של חלק מקופות החולים.

48 האפשרות לבחור מנתח עומדת לכל החברים בתכניות השב"ן, אולם סירוב של הקופה לאשר בקשת מבוטח לטיפול בבית חולים כרצונו עלולה "לדחוף" אותו לכיוון הרפואה הפרטית.

49 משרד מבקר המדינה כבר העיר בעבר שכ-30% מהאוכלוסייה אינם חברים בתכניות השב"ן, ועל כן הם עלולים לוותר מסיבות כלכליות על רכישת תרופות חיוניות המומלצות להם על ידי הרופא וכלולות רק בתכניות השב"ן. הדבר פוגע בעקרון השוויון. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 58ב (2008)**, בפרק "סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 432.

באוסטיאופורוזיס שפיתח גם סוכרת). חולים כאלה נמצאים לעתים בטיפול ובמעקב במרפאת חוץ של בית חולים בגין המחלה הכרונית שלהם. רופאים במרפאות החוץ מתלוננים שקופות החולים מאפשרות להם לטפל במחלה הכרונית או הקשה בלבד, ואילו לצורך טיפול במחלות ה"נוספות" הם מפנים את החולים לקהילה (במרפאות הקופה הקרובות למקום מגורי החולים). לדעתם יש לאפשר לחולים לקבל טיפול כוללני במרכז הרפואי, הן כדי לתת להם את השירות הרפואי הטוב ביותר והן כדי לא לטלטל אותם בין כמה נותני שירותים רפואיים.

ראוי שהמשרד וקופות החולים יקבעו במשותף אילו חולים יוכלו לקבל את כלל השירות הרפואי שהם נזקקים לו בבית החולים המטפל במחלה הכרונית העיקרית שלהם.

8. הסדרים בתחום האונקולוגיה ומחלות קשות אחרות: אחד מתחומי המחלות הקשים ביותר הוא האונקולוגיה. שיעורי התמותה ממחלות אונקולוגיות גבוהים. במצב כזה אדם מוכן לעשות הכול כדי להירפא. כאמור, בכל קופה נהוגים הסדרי בחירה אחרים. כך למשל, מכבי מאפשרת רצף טיפולי לחולים אונקולוגיים גם בבתי חולים אשר אינם נמנים על הסדרי הבחירה שלה. אולם ההפניה הראשונית לבית חולים תיעשה לפי הסדרי הבחירה של הקופה (ראו להלן). במהלך הביקורת חתמה מכבי הסכמים עם הכללית לרכש שירותים בבתי החולים שלה, ומאז היא מאפשרת חופש בחירה בתחום האונקולוגיה.

הכללית מעדיפה בדרך כלל את בתי החולים שלה על פני בתי חולים ממשלתיים. אולם ביוני 2008 החליטה הכללית לאפשר למבוטחיה החולים האונקולוגים העוברים טיפולים מורכבים, חופש בחירה לקבלת הטיפול בכל בתי החולים הכלליים בארץ.

במאוחדת ובלאומית אונקולוגיה כפופה להסדרי הבחירה שלהן, משמע - אין חופש בחירה. יוצא שרק הכללית ומכבי מאפשרות חופש בחירה מלא בתחום האונקולוגיה.

ראוי לציין כי למתן חופש בחירה יש כמובן עלויות כספיות. אין אומדן מדויק של עלות זו. משרד הבריאות מעריך כי מדובר במאות מיליוני ש"ח; משרד האוצר מעריך את העלות התקציבית של פתיחת ההסדרים בשלושה מקצועות (כירורגיית לב, נוירוכירורגיה ואונקולוגיה) ביותר ממאה מיליון ש"ח (הן בשל גירעונות אפשריים בבתי חולים בפריפריה והן בשל התייקרות הרכש בקופות החולים, דבר שעלול להביאן לדרוש שיפוי מהמדינה)[50]. בתגובה להצעת החוק של המשרד (ראו להלן בפרק "הצעות חוק") כתב ביולי 2008 פרופסור מרדכי שני ממכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות למנכ"ל המשרד דאז: "אחת השאלות המעסיקות אותי, אם אכן חופש הבחירה בבית חולים באירופה גורם להעלאת ההוצאה הלאומית לבריאות. לא מוכרת לי שום עבודה בנוסף, ותחושתי כי יש תחומים לא מועטים, כגון אונקולוגיה, ניתוחי מוח, ניתוחי לב פתוח, ניתוחי עיניים ושיקום, בהם ניתן היה להתיר חופש מוחלט לחולים".

יש לציין כי בשנת 2008 הכין המשרד הצעת החלטת ממשלה, ולפיה כל חבר בקופת חולים יהיה זכאי לבחור נותן שירותים בתחומי כירורגיית הלב, נוירוכירורגיה ואונקולוגיה מבין כלל בתי החולים הכלליים (ציבוריים וממשלתיים), ונותן שירותי אשפוז סיעודי מורכב מבין כלל מוסדות הרפואה המספקים אותם, בתעריפי המשרד. ההצעה לא התקבלה.

---

50 מכתבו של רפרנט בריאות באגף תקציבים ליועץ המשפטי של משרד האוצר בתגובה להצעת חוק של ח"כ אריה אלדד (ראו להלן), יוני 2009.

ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר, בשיתוף קופות החולים, יבחנו אם יש מקום לשנות את החוק כך שיתאפשר למבוטחי כל הקופות חופש בחירה בתחומי האונקולוגיה ומחלות קשות אחרות (ראו גם להלן בפרק "הצעות חוק").

הבאת הסדרי הבחירה לידיעת שר הבריאות

בסעיף 23(ב) לחוק נקבע כי קופת החולים תביא את הסדרי הבחירה לידיעת שר הבריאות ותפרסמם בקרב חבריה. משרד מבקר המדינה בחן אם הקופות הביאו את הסדרי הבחירה שלהן לידיעת שר הבריאות, והעלה כדלקמן:

ממועד חקיקת החוק, שנת 1995, עד תחילת שנת 2009, רק הכללית ומכבי הביאו את ההסדרים לידיעת שר הבריאות. לאומית הביאה את ההסדרים לידיעת השר במהלך הביקורת, במחצית השנייה של 2009, וגם זאת רק לאחר פנייה של נציגי משרד מבקר המדינה. מאוחדת לא הביאה את ההסדרים לידיעת השר גם לאחר שמשרד מבקר המדינה פנה אליה בעניין במהלך הביקורת. לא נמצא שהמשרד פנה לשתי הקופות שלא פעלו כחוק עד 2009, על מנת להתריע על אי-העברת ההסדרים לידיעת שר הבריאות. בכך לא קוים הליך חשוב שהמחוקק דרש אותו.

נציבת הקבילות השיבה כי יש לפעול כדי שחתימתם של הסדרי בחירה תותנה בקבלת אישור לכך משר הבריאות, ולא רק ביידוע השר בהם. גם ארגוני החולים בדעה זו (ראו להלן).

נוכח העובדה שחלק מהקופות לא יידעו את שר הבריאות בהסדרי הבחירה שלהן, ראוי שהמשרד ידון בצורך לשנות את החוק כך שיידרש אישור של שר הבריאות.

פרסום ההסדרים

כאמור, לפי החוק על קופת החולים לפרסם את הסדרי הבחירה בקרב חבריה. בפברואר 2008 פנה עו"ד יואל ליפשיץ, הסמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד (להלן - הסמנכ"ל לקופו"ח), אל מנהלי קופות החולים וביקש מהם לפרסם את הסדרי הבחירה של הקופות באתר האינטרנט שלהן לא יאוחר מתחילת מאי אותה שנה. הוא ביקש שהפרסום יכלול הסבר על הסדרי הבחירה של הקופה, פירוט של בתי החולים שהקופה קשורה עמם בהסדרי בחירה בחתך של בית חולים, אזור או יישוב, ופירוט הסדרי הבחירה שיש לקופה עם נותני שירותים אחרים (מכונים, רופאים מומחים וכדו'). הפרסום יכול להינתן בדף נפרד, ובלבד שיהיה אליו קישור בולט לעין בדף הבית של הקופה. על הקופה לעדכן את המידע בכל חצי שנה או בכל פעם שחל שינוי מהותי בהסדרי הבחירה. פרסום זה נוסף לפרסום הסדרי הבחירה שהיה נהוג עד אז.

לאומית פרסמה את ההסדרים באתר האינטרנט שלה רק במחצית השנייה של שנת 2009 ובמהלך הביקורת, אולם לא היה לכך קישור בולט לעין בדף הבית, אלא דרך דף ביניים "מכונים ובתי חולים". באתרי האינטרנט של הכללית, מכבי ומאוחדת היה קיים קישור לדף ההסדרים מדף הבית דרך הלשונית "מידע לחבר" או "זכויות החבר". יש לציין כי עד מחצית 2009 פרסמה הכללית באתר האינטרנט שלה מידע מפורט למדי על נותני השירותים שהמבוטחים יכולים לבחור בכל אחד ממחוזותיה. במחצית השנייה של 2009 היא צמצמה מאוד את המידע באתר שלה. בעניין זה התנהלו תכתובות בין האגודה לזכויות החולה ובין הכללית, שטענה שלהסדרי הבחירה יש חריגים רבים. באתר של מאוחדת לא היה פירוט של מרפאות החוץ שבהסדר אתה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון אם הפרסומים של הקופות באתרי האינטרנט שלהן עונים על הנדרש בתקנות הסדרי הבחירה ובהנחיות המשרד.

שירות רפואי מתמחה

לפי תקנות הסדרי הבחירה, במקרה של מחלה או מצב רפואי המחייבים התמחות ייחודית[51], תינתן למבוטח האפשרות לקבל שירות רפואי במרכזים רפואיים מתמחים (מוסדות בעלי התמחות וניסיון מקצועי מיוחד) (להלן - שירות רפואי מתמחה). רשימת השירותים הרפואיים המתמחים ורשימת המחלות או המצבים הרפואיים המחייבים אותם תפורסם ותעודכן מדי פעם בחוזרי המנהל.

ממועד התקנת תקנות הסדרי הבחירה בשנת 2005 עד תחילת הביקורת במרס 2009 הגדיר המשרד רק שלושה שירותים רפואיים מתמחים. רק בסוף תקופת הביקורת, אוגוסט 2009, הוסיף המשרד עוד תשעה שירותים כאלה, לפי חוזר מנכ"ל מנובמבר 2007. יוצא שבמשך תקופה ארוכה עמד בפני המבוטח רק היצע קטן של מרכזים רפואיים מתמחים.

מן הראוי שהמשרד יעדכן באופן שוטף את רשימת השירותים הרפואיים המתמחים לפי התפתחויות הידע והמומחיות במרכזים הרפואיים בארץ, באמצעות איסוף מידע מבתי החולים, מהמועצות הלאומיות העוסקות בנושאים רפואיים שונים[52] ומהמועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י). כן ראוי שהמשרד יפרסם את המידע באתר האינטרנט שלו. פעולה כזו תתמרץ מצוינות במרכזים הרפואיים, תשפר את רמת השירות הרפואי לחולים, תייעל אותו ותוביל לחיסכון במשאבים.

---

51 למשל: מחלת דיסאוטונומיה משפחתית (מחלה גנטית נדירה הפוגעת במערכת העצבים הבלתי רצונית, וגורמת לבעיות תפקוד קשות); שאתות במערכת השלד, השריר ורקמת החיבור; מחלות טרופיות; מחלת C.T.X (מחלה גנטית המתבטאת בילדות בשלשולים ובתקופת ההתבגרות בסימנים נוירולוגים הגורמים לירידה תפקודית) ועוד.

52 המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים של המשרד בתחומי הבריאות השונים. תפקידן לסייע למשרד בהתוויות מדיניות בריאות ולייעץ לו בין היתר בעניין אימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדישות.

הצעות חוק להרחבת חופש הבחירה למבוטחים

1. **חופש בחירה בשלושה תחומים רפואיים:** בשנת 2007 יזם ח"כ אריה אלדד הצעת חוק - הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון - בחירה מבין נותני השירותים), התשס"ז-2007[53]. לפי ההצעה יוכל מבוטח בקופה לבחור נותן שירותים לפי שיקול דעתו בתחומי כירורגיית הלב, נוירוכירורגיה ואונקולוגיה, על אף קביעת סעיף 23 לחוק שהבחירה תיעשה רק לפי הסדרי הבחירה של הקופה.

בדברי ההסבר להצעה נאמר כי בעוד שבמרבית תחומי הרפואה הראשונית והשניונית במדינה, הרמה המקצועית היא פחות או יותר זהה בכל חלקי הארץ, הרי שבתחומי כירורגיית הלב, נוירוכירורגיה ואונקולוגיה קיימים פערי מיומנות ניכרים בין מוסדות הרפואה. המבוטחים הלוקים במחלות בתחומים אלה מצויים כיום איפא במצוקה קשה ובסכנה ממשית לחייהם, כי הם מנועים מלבחור את נותן השירות שלפי חוות דעת אנשי מקצוע בתחום יספק להם את הטיפול הטוב ביותר, אם לנותן שירות זה אין הסדר בחירה עם הקופה שהם מבוטחים בה. דווקא בשעתם הקשה נאלצים לפעמים החולים ובני משפחותיהם להיאבק בקופות החולים על הזכות לקבל את הטיפול המיטבי שהומלץ להם, ולעתים קרובות מוכרע המאבק לפי מידת נחישותו של החולה ויוצר אי-שוויון בין אזרחי המדינה.

ביוני 2008 דנה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא אי-הפניית חולים על ידי הכללית לשיבא (ראו להלן). המחלוקת שהתעוררה בין כללית לשיבא שיקפה לדעת הוועדה את ההשפעה שיש להתקשרות הכלכלית בין הקופות לבתי החולים על הפניות המבוטחים לנותני השירותים, לעתים עד כדי פגיעה בזמינות ובנגישות של השירותים הרפואיים למבוטחים. לדעת הוועדה, סמכות הקופות לקבוע את הסדרי הבחירה רחבה מדי, שכן אין הן נדרשות לקבל את אישור המשרד להסדרים אלה. הוועדה תבעה מהמשרד לבחון מחדש את הסדרי הבחירה, ולקבוע להם קריטריונים ברורים, ובראשם הגדרת מרחק סביר וזמן סביר. כמו כן סברה הוועדה כי על המשרד לוודא שהסדרי הבחירה של הקופות עומדים בקריטריונים אלה ומציבים את טובת המבוטח בראש סדר העדיפויות. הוועדה קראה למשרד לתמוך בהצעת החוק של ח"כ אריה אלדד, ולדעתה יש בה גם משום מענה לסוגיית הפערים בהיקף שירותי הבריאות וברמת המומחיות בין אזורים שונים בישראל.

הצעתו של ח"כ אריה אלדד עברה לוועדת שרים לענייני חקיקה בתמיכת המשרד, ואף אושרה בה ביולי 2008 וקיבלה תוקף של החלטת ממשלה בסוף יולי של אותה השנה[54], אולם שר האוצר הגיש התנגדות להצעה, והיא לא הגיעה לקריאה ראשונה בכנסת הקודמת (ה-17)[55]. הצעת החוק הונחה שוב על שולחן הכנסת הנוכחית (ה-18) באפריל 2009.

2. **חופש בחירה מוחלט בבתי החולים הכלליים הציבוריים:** בשנת 2007 יזם גם המשרד הצעת חוק לתיקון סעיף 23 שבו. לפי התיקון, בשירותים רפואיים מסוימים ("שירותי בית חולים") יוכל מבוטח בקופה לבחור כל בית חולים ציבורי כללי, והקופה תחויב להפנותו אליו, גם אם אותו בית חולים אינו כלול בהסדרי הבחירה שלה. התיקון מוסיף ששר הבריאות יהיה רשאי לקבוע רשימת שירותים שקופת החולים תהיה רשאית לספק באמצעות בתי חולים כלליים מסוימים, אם הם כלולים בהסדרי הבחירה שלה.

בדברי ההסבר להצעת החוק נאמר בין היתר כי בהסדרי הבחירה הקיימים לפי החוק אין די; המצב המשפטי הקיים מקנה לקופות החולים חופש פעולה כמעט מוחלט בקביעת נותני השירות

---

53 הצעת חוק של ח"כ אריה אלדד, פ/2827/17, הונחה על שולחן הכנסת ב-16.7.07.

54 החלטה 3838 (חק2159/) מ-24.7.08.

55 התנגדות משרד האוצר נובעת מחשש לפריצה של תקציבי הקופות.

למבוטחיהן. בכך טמונה פגיעה בזכותם של המבוטחים לקבל שירותים רפואיים על פי החוק, מבחינת ריחוקם וזמינותם, הרצף הטיפולי ואיכות הטיפול. מטרת ההצעה לאזן בין האינטרסים של המבוטחים ושל הקופות, בכך שהיא מעמידה את האינטרס של המבוטחים בראש, אך תוחמת את הבחירה לשירותים רפואיים בעלי "מקדם חשיבות" ולבתי חולים ציבוריים בלבד. כמו כן פותחת ההצעה בפני הקופות פתח לשפר את תנאי הרכש מאותם בתי החולים.

המשרד העביר את הצעת החוק להתייחסות הקופות, בתי החולים, הנהלת המשרד, בכירים במערכת הבריאות, ואף למערכת המשפט (היועץ המשפטי לממשלה, נציב שירות המדינה, יועצים משפטיים במשרדי ממשלה שונים, דיקני פקולטות למשפטים באוניברסיטאות ועוד). התקיימו גם דיונים עם נציגי הקופות, האחרון שבהם עם הכללית באפריל 2008.

המשרד לא פעל מאז לקידום ההצעה, והיא טרם הונחה על שולחן הממשלה והכנסת.

3. **חשש לפגיעה בפריפריה בפתיחת הסדרי הבחירה:** אחד הטיעונים של משרדי הבריאות והאוצר נגד חופש בחירה מוחלט הוא שהציבור יעדיף בתי חולים במרכז הארץ, והדבר יגרום לניוון של בתי החולים בפריפריה. בעניין זה יצוין כי בשנת 2008 חתמה לאומית עם בתי החולים הממשלתיים הסכם ארצי, ומאז היא מאפשרת למבוטחיה חופש בחירה מוחלט ביניהם. לפי נתוניה, אין נהירה של מבוטחים מהפריפריה לבתי החולים במרכז.

בנובמבר ובדצמבר 2009 ציינו המשרד ומשרד האוצר בתשובותיהם למשרד מבקר המדינה כי לא ניתן להשליך מקופה שמבטחת פחות מ-10% מציבור המבוטחים על כלל המבוטחים.

בינואר 2010 השיבה מכבי כי גם היא מאפשרת חופש בחירה על בסיס ארצי, ולפי נתוניה אין הסטה מהפריפריה למרכז.

נוכח חשיבות הנושא ראוי שהמשרד ישקול לערוך תכנית חלוץ (פיילוט) באזורי הפריפריה שיינתן בה חופש בחירה נרחב יותר.

4. **הצעות תיקון של עמותות:** האגודה לזכויות האזרח, מרכז מזו"ר (מרכז אקדמי של המכללה למינהל) והאגודה לזכויות החולה גיבשו את הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון - בחירה מבין נותני שירותים), התשס"ט-2009, ולפיה יתוקן סעיף 23 בחוק, כך שבין היתר יוגדרו המונחים "מרחק סביר", "זמן סביר" ו"רצף טיפולי". כך למשל, המונח "מרחק סביר" מוגדר כ"גישה למכונים ולמרפאות בעיר מגורי החבר, אלא אם ניתן לקבל הטיפול במרחק שאינו עולה על 30 ק"מ; גישה לבית חולים לקבלת שירותי אשפוז אלקטיביים בנפה בה גר המטופל. ובהיעדר בית חולים בנפה, בבית חולים הסמוך למקום מגורי המטופל. נפה - על פי החלוקה לנפות במשרד הפנים". בחוק נאמר שקופת חולים תביא לידיעת שר הבריאות את הסדרי הבחירה הנוגעים בשירותי רפואה ראשונית או כל שינוי בהם. הצעת התיקון הוסיפה שהסדרי בחירה הנוגעים בשירותי רפואה שניונית ושלישונית או כל שינוי בהם, יובאו לפני שר הבריאות, ואם הם עומדים בתנאי החוק, עליו לאשרם בתוך 60 יום.

בינואר 2010 המתינו העמותות להצגת הצעת החוק בפני נציבת הקבילות.

☆

מהאמור עולה שבשנים האחרונות יש מגמה לבחון את הסדרי הבחירה הקיימים ולשנותם, אולם טרם נעשה בהם כל שינוי. ראוי שהמשרד יקיים עבודת מטה ויבחן את העלויות לצמצום חופש הבחירה הניתן לקופות והרחבתו למבוטחים - באופן חלקי או מלא. ניתן לבחון את ההשלכות של חופש הבחירה, למשל באמצעות פיילוט אזורי. יש לציין כי לצורך שיפור יכולת הבחירה של המבוטחים ראוי שהמשרד יבחן הכנת מדדים להשוואה בין נותני שירותים, ויפרסמם בציבור. את עבודת המטה ראוי לעשות לאחר בחינת הנעשה בעולם. על המשרד להחליט אילו שינויים נדרשים בהסדרי הבחירה הקיימים, לגבש הצעת חוק לפי הצורך ולפעול בנמרצות לקידומה המהיר.

תקרות צריכה והסכמים גלובליים

משנת 1995 נהוגה שיטת התחשבנות לפי תקרות צריכה כדי לרסן את ההוצאה הלאומית על רכישת שירותי בריאות (להלן - תקרת צריכה, תקרת תשלומים). לפי השיטה ייקבע גבול עליון לסך התשלומים שקופות החולים ישלמו לבתי החולים לפי מחירים מלאים של שירותי הבריאות[56] (תקרת צריכה כוללת). סכום התקרה הכוללת יחולק לתקרות בין כל קופה לכל בית חולים (למעט הכללית בבתי החולים שלה, ראו להלן), שתיקבענה גם הן בשיטה האמורה. תמורת שירותי בריאות שיירכשו בחריגה מתקרת הצריכה ישולם מחיר נמוך יותר. ההנחה הכלכלית בבסיס השיטה היא שהביקוש למוצרי בריאות כמעט קשיח[57], וגם אם בתי החולים יגדילו את היצע השירותים שלהם יהיה להם ביקוש, כך שבסופו של דבר ההוצאה הלאומית לבריאות עלולה לעלות לא למען מתן ערך מוסף לבריאות האוכלוסייה, אלא בשל צריכה יתרה. על פי דברי ההסבר להצעות התקציב של המשרד בשנים האחרונות, שיטת התחשבנות זו מונעת גידול בלתי מבוקר בהוצאות האשפוז של הקופות, 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 מתעדכנות בכל שנה בשיעור שנקבע בחוק ההסדרים[58].

בשנת 1997 נקבע כי כל קופה תשלם על צריכה שחורגת מהתקרה 50% מהמחירים המרביים[59] (להלן - הנחת תקרות צריכה). משנת 2005 נקבעו בחוק שיעורי הנחה אחרים - תמורת רכש שחורג עד 13% מתקרת הצריכה תשלם הקופה 30% מהמחיר המרבי, ואילו תמורת רכש שחורג מעבר לכך תשלם הקופה 50% מהמחיר המרבי.

בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2008 נעשו כמה שינויים במנגנון תקרות הצריכה. למשל: מדרגות ההנחה שקופה מקבלת שונו - תמורת רכש בסכום שחורג עד 13% מתקרת הצריכה תשלם הקופה 30% מהמחיר המרבי, ואילו תמורת רכש שמעבר לכך תשלם הקופה 65% מהמחיר המרבי; צריכת השירותים מחושבת לפי המחיר נטו, לאחר הנחות, ולא ברוטו כבעבר; נקבע היקף מינימאלי לרכש של קופה בבית חולים (50% מהפער בין הרכש בפועל ובין 90% מתקרת הצריכה); ונלקחו בחשבון היקף האוכלוסייה שבית החולים משרת והגידול הדמוגראפי.

---

56 לא יותר ממחירי שירותי הבריאות שנקבעים מזמן לזמן לפי חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996.

57 כלומר ששינוי במחירם כמעט ולא ישפיע על הכמות הנצרכת.

58 תקרת הצריכה הכוללת לשנת 2009 היא 7,476.3 מיליון ש"ח.

59 נקרא גם "אלפא חמישים" - שיעור התשלום של הקופות לאחר התקרה.

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 כתוב הסדר אחר להתחשבנות ביניהם (להלן - הסכמים גלובליים), ובלבד שבהסדר יתמלאו כמה תנאים, ובהם: בית החולים וקופת החולים יתחייבו על שירותים ברמה נאותה של איכות וזמינות בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות; ההסדר לא יפלה בין חברים שונים בקופת החולים או בינם ובין חברים בקופה אחרת; העתק של הסכם כזה יועבר לשר הבריאות ולשר האוצר לבחינה, ובתוך 60 יום עליהם להודיע לצדדים אם ההסכם ממלא את התנאים שנקבעו בחוק ההסדרים. בסמכות שר הבריאות לבטל הסכם, בהתייעצות עם שר האוצר ולאחר ששמע את הצדדים להסכם, ועליו להעביר לצדדים נימוק כתוב לצעדו.

בביקורת עלה שלשיטת תקרת הצריכה כמה חסרונות:

1. תקרת הצריכה הכוללת מפרטת את צריכת הכללית (המבטחת כ-53% מהאוכלוסייה ולה שמונה בתי חולים כלליים) בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים אחרים בלבד ולא בבתי החולים שלה. אי-הכללה של שירותים שמקבלת הכללית מבתי החולים שלה והסטת רכש שירותים מבתי החולים הממשלתיים לבתי החולים שלה (ראו להלן), אינם גורעים מהתקרה הכוללת, אלא מותירים סכומים גבוהים יותר לחלוקה לשאר הקופות. כתוצאה מכך התקרות של שלוש הקופות האחרות גדלות בכל בתי החולים, ובכלל זה בבתי החולים של הכללית.

2. שיטת תקרת הצריכה וההסכמים הגלובליים מורכבת מאוד. יש מקרים בהם הפער בין הצריכה בפועל ובין תקרות הצריכה גדול[60]. כמו כן עולה השאלה מדוע נדרשת תקרת צריכה לפעילות אלקטיבית (מתוכננת) של קופה, שהרי הקופה שולטת על ההפניות לבתי החולים, ולפיכך אין חשש לגידול בלתי מבוקר של הוצאות הקופות[61]. יש המציעים לקבוע תקרת צריכה נפרדת לכל אחד מסוגי השירותים הניתנים בבתי החולים - אשפוז, פעולה נבחרת ופעולה אמבולטורית (ראו להלן), ולא לכלול בתקרות הצריכה את פעילות המחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון)[62].

3. תקרות הצריכה מהוות נקודות התייחסות להסכמים הגלובליים שנחתמים בין הקופות לבתי חולים (ראו להלן), ולכן ההסכמים נחתמים רק לאחר פרסומן. תוקפם של ההסכמים הוא לשלוש שנים, וכדי שהסכם ייחתם סמוך ככל האפשר לסיום תוקפו של ההסכם הקודם, ראוי שתקרות הצריכה יפורסמו קרוב ככל האפשר לתחילת השנה, בפרט בשנה הראשונה להסכם. הועלה שהצו הקובע את תקרות הצריכה לא פורסם בתחילת שנת 2008 אלא במהלכה - באפריל, וההסכמים הגלובליים לשנים 2008-2010 נחתמו רק במחצית השנייה של שנת 2008 (ראו להלן). פרסום התקרות באיחור ואי-חתימה על הסכמים גורם לאי-ודאות ביחסים בין בתי החולים לקופות.

4. בתשובה מנובמבר 2009 של המשרד למשרד מבקר המדינה מוצגים חסרונות משמעותיים נוספים של השיטה:

---

60 כך למשל, בשנת 2008 הייתה הצריכה בפועל של קופה מסוימת בבית חולים מסוים גדולה ב-80% מתקרת הצריכה שנקבעה (בשנת 2007 - גדולה ב-83%); במקרים אחרים, של קופות אחרות ובתי חולים אחרים, ב-2008 הייתה הצריכה גדולה ב-56%, ב-54% וב-33% מתקרת הצריכה, ובשנת 2007 - ב-83%, 66% ו-58% בהתאמה.

61 כאמור, שיטת תקרות הצריכה נועדה למנוע גידול בלתי מבוקר בהוצאות הקופות.

62 בעניין זה ראו גם בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441.

(א) השיטה מתמרצת את הקופות להפנות חולים לבתי החולים שהיא חרגה בהם מתקרת הצריכה, כדי לזכות בהנחה מרבית. לכך יש השפעה שלילית על בית החולים, שמספק יותר ויותר שירותים במחיר נמוך.

(ב) תקרת הצריכה מעודכנת בגין גידול דמוגראפי בשיעור של 0.6% בלבד, אף שבשנים 2000-2008 היה גידול של 1.6% במספר הקבלות בבתי החולים. לפיכך, תקרת הצריכה מתמרצת את הקופות להגדיל פעילות בבתי החולים, והופכת למכשיר נוסף לקבלת הנחות על הפעילות. החקיקה מאפשרת לכלול קידום דמוגראפי, אולם לטענת המשרד "בשל כוחו של אגף תקציבים באוצר" קידום זה לא התממש, על אף העובדה שהקופות מקבלות את הקידום במסגרת התוספת השנייה לחוק[63].

(ג) תקרת הצריכה אינה מעודכנת לפי ההתקדמות הטכנולוגית. העדכון השנתי במחיר של יום אשפוז לוקח בחשבון תרופות שנוספו לסל שירותי הבריאות בכל שנה (לפי התוספת השנייה לחוק), אולם הוא אינו מתחשב בטכנולוגיות חדשות שהוכנסו לסל. הדבר גורם לשחיקה אפקטיבית נוספת של הכנסות בתי החולים, בעוד שהקופות מקבלות על כך פיצוי בסל.

לדברי המשרד, החסרונות לעיל גורמים לשחיקה פיננסית ולפגיעה ביכולת בתי החולים לספק שירותים רפואיים נאותים, והם נאלצים לקצר את משכי האשפוז אל מתחת לנורמות המקובלות בעולם ולקצץ בתקן כוח האדם למיטה. אלה משפיעים לרעה על איכות הטיפול במאושפזים. בעקבות כל זאת, האיזון, שאמור היה להישמר על ידי שיטת תקרת הצריכה, ובמהותו נועד למתן את כוחם העדיף של בתי החולים על זה של קופות החולים, הופר לטובתן של הקופות.

אין להסכים ששיטת התחשבנות כספית-כלכלית בין בתי החולים לקופות תיפגע בטיפול הניתן למאושפזים בבתי החולים. על משרדי הבריאות והאוצר לדאוג לאיזון בשיטת תקרת הצריכה, כך שאיכות הטיפול במאושפזים לא תיפגע.

צוות עבודה שעסק בסביבה הכלכלית-ארגונית של בתי החולים בכנס ים המלח בשנת 2004[64] כתב בדברי הסיכום שלו בין היתר כי שיטת תקרות הצריכה מיצתה את עצמה, ויש מקום להנהיג עקרונות ארוכי טווח על בסיס עלויות אמיתיות ועל בסיס רמת השתתפות סבירה של בתי החולים בסיכון הביטוחי, שהיה מוטל אז כולו על קופות החולים.

מנהל איכילוב טען בתשובתו למשרד מבקר המדינה שהשינוי בשנת 2008 לחישוב על פי התשלום בפועל ולא על פי היקף הפעילות, כפי שהיה עד אז, נובע מהמגמה המתמשכת של צמצום הצריכה של הכללית בבתי החולים. בכך נפגע ההגיון שבבסיס השיטה, וערכה מתבטל, אלא אם כן זהו מהלך חד-פעמי ושיטת החישוב של תקרת הצריכה תחזור בשנת 2011 למתכונתה הרגילה או שתבוטל כליל. במקורה נועדה תקרת הצריכה לרסן את הגידול בצריכת שירותי בריאות, אך היא הפכה למנגנון למתן הנחות לקופות, אשר מגדילות דווקא את נתח השוק (ראו להלן). בפועל מתבצעת פעילות יקרה במחירים מופחתים. השוק הלא משוכלל של מערכת הבריאות מעצים את עומק הבעיה והיקפה.

בדצמבר 2009 השיבה הכללית למשרד מבקר המדינה כי כיום מבוססת השיטה על הצריכה נטו של כל קופת חולים בבתי החולים. יש לשנות את שיטת קביעת תקרות הצריכה. קביעת שיטת תקרה חליפית אשר תתבסס על מספר המבוטחים של כל קופה באגן הניקוז הגיאוגרפי של כל בית חולים ("קפיטציה גיאוגרפית") תחזיר את שיטת תקרות הצריכה ליעדה המקורי ככלי לריסון התשלומים

---

63 פירוט השירותים שנתנה הכללית למבוטחיה במועד הקובע, שלפיהם נקבע סל שירותי הבריאות הבסיסי.

64 **בית החולים במערכת שירותי הבריאות**, כנס ים המלח החמישי, מאי 2004.

לגבולות הנורמה הנגזרת ממספר המבוטחים. יש לבטל את האפשרות למתן הנחות "הסכם" או הנחות "גלובליות" למיניהן ברמה המקומית או הארצית. הדבר יבטל את התמריץ להסיט מבוטחים מבית חולים אחד לשני, יוביל לגמישות רבה יותר של ההגבלות הקיימות על בחירת בתי חולים, לרבות הרחבת מנגנון הגדרת מרכזי התמחות ארציים גם לתחומים כירורגיים כדוגמת ניתוחי חזה ולב וניתוחי ראש. בינואר 2010 השיבה מכבי כי שילוב רכיב דמוגראפי בתקרות הצריכה גרם לכך שקופות שמבנה השירותים שלהן מוטה קהילה, כמו מכבי ומאוחדת, נפגעו וקיבלו תקרה גבוהה (קנס). כמו כן, לא ניתן ביטוי לתמהיל השימושים בין בתי החולים, כך ש"חלק מהקופות יצטרכו לשלם קנס על התמהיל הקיים".

נוכח מכלול החסרונות שתוארו לעיל, ובעיקר נוכח טענת המשרד שהשיטה הנוכחית משפיעה לרעה על איכות הטיפול הרפואי במאושפזים בבתי החולים, ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יבחנו מחדש את הנושא על כל היבטיו.

הנחות שנותנים בתי החולים לקופות

כאמור בחוק ההסדרים נקבע שכל בית חולים ציבורי כללי וכל קופת חולים רשאים לקבוע ביניהם הסדר לרכישת שירותים רפואיים. בהסכמים גלובליים נקבע לעתים רכש מזערי שהקופה מתחייבת לרכוש, ומעבר להיקף זה יורד או מתבטל לחלוטין התשלום של הקופה לבית החולים עבור השירות. בשנים האחרונות נותנים המרכזים הרפואיים הנחות לקופות. ההנחות הן מסוגים שונים: הנחת מחזור (עד שנת 2007 הייתה בגובה 4% ממחירון המשרד, ומשנת 2008 - 1.9%); הנחה בגין שיטת תקרת הצריכה; הנחה בגין הסכמים גלובליים; "הנחת תעריף" ממחירון המשרד (מחיר מופחת שתשלם קופה בגין פעולה שמחירה כלול במחירון); הנחה סמויה בגין חשבונות שמגישים המרכזים הרפואיים לקופות ועקב השגות (אדמיניסטרטיביות ורפואיות) של הקופות, המרכזים הרפואיים מוותרים על גבייתם (ההשגות מכונות גם "ערעורים").

ההחלטות של המרכזים הרפואיים בעת המשא ומתן על ההסכמים הגלובליים מבוססות על שני שיקולים עיקריים: אם ההסכם יביא את המרכז הרפואי לעמידה ביעדיו התקציביים (גם אם היקף ההנחות גבוה ואינו כלכלי); איך ישפיע ההסכם על הסטת מבוטחים מבית חולים אחד למשנהו.

1. לפי נתוני המשרד[65], ההנחות שנותנים המרכזים הרפואיים הממשלתיים לקופות החולים גדלו בשנים האחרונות באופן ניכר בגין תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים. בשנת 2001 היה גובה ההנחות 275 מיליון ש"ח, בשנת 2003 - 356 מיליון ש"ח, בשנת 2005 - 440 מיליון ש"ח, בשנת 2007 - 557 מיליון ש"ח, ובשנת 2008 - 705 מיליון ש"ח. בשנת 2007 היוו הנחות אלה למעלה מ-5% מכלל ההכנסות משירותים רפואיים, ו-9.9% מההכנסות מהקופות. נתונים אלה אינם כוללים את הנחות התעריף ואת ההנחות הסמויות בגין ערעורים. להערכת חשבות המשרד, בשנת 2007 הסתכמו הנחות התעריף בכ-110-170 מיליון ש"ח, וההנחות בגין ערעורים בסכום דומה. משמע שלסך ההנחות לשנת 2007 שצוין לעיל יש להוסיף 220-340 מיליון ש"ח. בשנת 2008 גדל שיעור ההנחות בגין תקרות הצריכה והסכמים גלובליים לכ-12.1% מההכנסות מקופות החולים, וסך ההנחות, כולל הנחות התעריף והנחות בגין ערעורים, הסתכמו בכ-925-1,045 מיליון ש"ח.

---

65 **ניתוח פיננסי 2000-2007, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, חשבות משרד הבריאות, דצמבר 2008.

במקביל לגידול בגובה ההנחות גדל הסבסוד של המשרד למרכזים הרפואיים והגיע בשנת 2008 לכ-648 מיליון ש"ח לעומת 165 מיליון ש"ח בשנת 2002. מגמת הגידול בהנחות ובסבסוד המרכזים הרפואיים משמרת את תלותם במשרד, ומעכבת את עצמאותם הכלכלית ואת הפיכתם לתאגידים[66].

2. מחירי שירותי בריאות נקבעים על ידי הממשלה (ראו להלן). סביר אפוא שמרכזים רפואיים ממשלתיים, שמרביתם גירעוניים, יעניקו לקופות החולים הנחה בשיעורים לא גבוהים, ושלא יהיו ביניהם הבדלים ניכרים. אולם בפועל קיימת שונות גבוהה בין שיעורי ההנחות (בגין תקרות צריכה והסכמים גלובליים) שהעניקו מרכזים רפואיים שונים. כך למשל, בשנת 2008 היה שיעור ההנחה שנתן בית החולים פוריה 2.7%, רמב"ם - 7.9%, שיבא - 10.8%, הלל יפה - 10.7%, וולפסון - 15.3%, איכילוב - 20.4% (בשנת 2007 היו היקפי ההנחות 5.8%, 6.5%, 7.7%, 10.2%, 12.2%, ו-18.2% בהתאמה).

גם כאשר מנתחים את הנתונים בחתך קופות החולים עולה שונות גדולה בשיעורים שהן מקבלות. לכללית, שהיא הקופה הגדולה ביותר, שיעור ההנחות הנמוך ביותר (5.2% בשנת 2006, 4.6% בשנת 2007 ו-6.4% בשנת 2008); למכבי, הקופה השנייה בגודלה, סכום ההנחות הגבוה ביותר (203 מיליון ש"ח - 15.3% בשנת 2005, 230 מיליון ש"ח - 16.8% בשנת 2007, ו-240 מיליון ש"ח - 16.9% בשנת 2008); למאוחדת, הקופה השלישית בגודלה, שיעור ההנחות הגבוה ביותר (22.5% בשנת 2006, 21.3% בשנת 2007 ו-23.3% בשנת 2008); שיעור ההנחות בלאומית היה יציב למדי בשנים 2006-2007 (12.0% בשנת 2006 ו-11.2% בשנת 2007), ואילו בשנת 2008 חל גידול ניכר בשיעור ההנחות שקיבלה - 18.3%.

בינואר 2010 השיב המשרד למשרד מבקר המדינה כי השונות בהנחות נובעת מהסביבה העסקית שבה פועל כל בית חולים, מהתחרות באזורו מבחינת שירותי האשפוז שמקיפים אותו, מיכולת הקופה להסיט פעילות אמבולטורית לקהילה וכן מכוחן של הקופות. הכללית השיבה כי המצב שנותנים בו בתי החולים הממשלתיים לקופות החולים הנחות בהיקף של 700 מיליון ש"ח, והנחות אלה ממומנות באופן ישיר ועקיף מתקציב המדינה, אינו סביר. שיטת תקרות הצריכה ומנגנון ההנחות באמצעות ההסכמים הפך לכלי עוקף של נוסחת הקפיטציה[67] ולהעברת תקציב ללא קריטריונים לקופות החולים. הכללית תדרוש ביטול של ההנחות הניתנות באמצעות מנגנונים אלה, ולא תהסס לנקוט צעדים משפטיים לשם ביטולם החל בשנת 2011. מכבי השיבה כי כאשר פוחתת הצריכה בבתי החולים פוחת שיעור ההנחה. מאוחדת השיבה כי ההנחות ניתנות על גידול בפעילותה בבתי החולים, וכך היא משלבת את שירותיה בקהילה בתוך בתי החולים להגדלת החיסכון הלאומי. לאומית השיבה כי בתי חולים מתנים קבלת הנחות בגידול בפעילות.

הקופות מקבלות מהמדינה כספים לפי נוסחת קפיטציה גלויה לציבור, שלוקחת בחשבון את מספר המבוטחים שלהן ורכיבים נוספים. אך מנגד, בהנחות שהן מקבלות מהמרכזים הרפואיים גלומה תמיכה (סובסידיה) ממשלתית נוספת, שאינה שקופה וגלויה.

3. כאמור, הכללית היא בעלת שמונה בתי חולים כלליים. הפערים בין מחירי משרד הבריאות ובין המחירים שהכללית מחייבת בהם את עצמה כקופה אינם רשומים כיום בדוחותיה הכספיים, אלא בנספח לדוח השוואתי על קופות החולים שמפרסם המשרד.

---

66 בעניין זה התקבלו החלטות רבות שלא בוצעו. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

67 נוסחה להקצאת מקורות לקופות החולים. בנוסחה ניתן בין היתר משקל יחסי לכל קבוצת גיל, המשקף את ההבדלים בשיעורי ההוצאות של הקופות עליה, וכן היא מתחשבת במחלות קשות שנקבעו להם תשלומים לפי כל מקרה ומקרה.

הכללית השיבה כי החל בשנת 2010 יופיע בדוח הכספי שלה ביאור על מגזר בתי החולים שלה, ובו פירוט ההכנסות, ההוצאות וההנחות, וזאת בעקבות שינוי כללי הדיווח החשבונאיים[68].

לדעת משרד מבקר המדינה, מערכת ההנחות אינה סבירה: היא מצביעה על העיוות במערכת המחירים של המשרד (קביעת מחירים ריאליים הייתה מצמצמת את ההנחות); משקפת את חוסר השכלול במערכת הבריאות, ואת הכוח שבצד הביקוש; גלומה בה תמיכה סמויה של המשרד בקופות החולים; ההנחות שניתנות בגין ההסכמים הגלובליים גבוהות מההנחות שהיו מתקבלות בשיטת תקרות הצריכה, כך שהדבר משול למעשה לביטול תקרות הצריכה; מגמת העלייה בהיקף ההנחות גוררת בעקבותיה גם עלייה בהיקף הסבסוד של המדינה לבתי החולים הממשלתיים; נוצרים מצבים בלתי סבירים כלכלית, כאשר בתי חולים שאינם מאוזנים תקציבית ואף גירעוניים, מעניקים הנחות בשיעורים גבוהים רק כדי לשמור על היקף פעילות גבוה של בית החולים, ובכך מגדילים את גירעונם.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי לבחון את מערכת ההנחות כחלק מבחינת שיטת תקרות הצריכה ובחינת מערכת ההתחשבנות בין הקופות לבתי החולים. ראוי שבחינה זו תתייחס בין היתר גם לנושא שיעורי ההנחות שיתנו המרכזים הרפואיים ועל היקפן.

בנובמבר 2009 השיב המשרד כי מנגנון ההסכמים ייבחן במסגרת בחינת מודל ההתחשבנות לשנים הקרובות.

הסטה של מבוטחים מבית חולים אחד למשנהו

בהסכמים הגלובליים יש יתרונות לשני הצדדים: לבתי החולים - צמצום אי-הוודאות בהשגת יעד ההכנסות שלהם, הבטחת תזרים מזומנים כמעט קבוע, אפשרות לתכנן לטווח ארוך משנה וקביעת מחירים שיכסו את העלויות; לקופות - צמצום אי-הוודאות בחלק ניכר מהוצאותיהן, חיסכון בעלויות, אפשרות לתכנן לטווח ארוך משנה.

בביקורת הקודמת בשנת 2003 העלה משרד מבקר המדינה כי תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים, והיעדר הסכמים בין הצדדים, גרמו לכללית להסיט מבוטחים מבית חולים אחד למשנהו, ובכך פגעו במבוטחים הנזקקים לבתי חולים באזור מגוריהם. דבר זה גם עלול לפגוע בבתי החולים שהקופה לא מפנה אליהם חולים במידה מספקת, בעיקר בפריפריה, שכן רופאים המעוניינים בהתמחות מקצועית עלולים לעזוב בית חולים כזה ולעבור למרכז הארץ. הסטת חולים אף מקטינה את הכנסות בית החולים שממנו מוסטת הפעילות. במקרה כזה הנזק למשק המדינה הוא כפול: מצד אחד - הגירעון של בית החולים שממנו מוסטת הפעילות עלול לגדול, והמדינה תצטרך להגדיל לו את הסובסידיה; מהצד האחר - הקופה עלולה לחרוג מתקרת הצריכה בבית החולים שאליו מוסטת הפעילות, ואז היא משלמת מחיר נמוך מאוד, ולעתים אף אינה משלמת כלל.

בבדיקה הנוכחית עלה שהתופעה עדיין קיימת. כך למשל:

---

68 **דיווח כספי על ידי בתי חולים ציבוריים וקופות חולים**, תקן חשבונאות מספר 18, יוני 2009, המוסד הישראלי לתקינה בחשבונאות.

1. במשך כמעט כשנה לאחר פקיעת ההסכם הגלובלי בין הכללית למרכז הרפואי זיו בצפת (להלן - זיו), שהיה בתוקף בשנים 2000-2003, לא הפנתה הכללית חולים למרכז רפואי זה, אלא לבתי חולים אחרים, ואף לשיבא (במרכז הארץ). לפי נתוני זיו, בשנת 2004 ירדו הכנסותיו מהכללית בכ-2.5 מיליון ש"ח ברוטו.

2. במשך כארבעה חודשים לאחר פקיעת ההסכם הגלובלי בין הכללית למרכז הרפואי וולפסון (להלן - וולפסון), שהיה בתוקף בשנים 2005-2007, לא הפנתה הכללית חולים לוולפסון אלא לאיכילוב, ובהסכם החדש שהתגבש עמה היא הורידה מאוד את סף התחייבות הרכש שלה בוולפסון. לפי נתוני וולפסון, הפסד ההכנסות ב-2008 מהכללית היה כ-25 מיליון ש"ח נטו.

3. במשך כמעט כשנה לאחר פקיעת ההסכם הגלובלי בין הכללית לשיבא, שהיה בתוקף בשנים 2005-2007, לא הפנתה הכללית חולים לשיבא, אלא לבילינסון ולאיכילוב.

לפני החתימה על ההסכם לשנים 2008-2010 בין הכללית לשיבא, ובמסגרת לחצי המשא ומתן, הודיעה הכללית ביוני 2008 לשיבא כי הסכמים שהכללית חתמה עם בית חולים שיבא ותאגיד הבריאות שלו בשנים 2002-2007 בעניין קבוצה גדולה של שירותים רפואיים שניתנים בכללית מושלם (תכנית שב"ן של הכללית)[69], יסתיימו בתחילת ספטמבר אותה שנה. במכתב של היועץ המשפטי של שיבא לסמנכ"ל לקופו"ח הוא העלה טענות רבות נגד הכללית, כולל עברה שלה על החוק ועל תקנות הסדרי הבחירה. כך למשל טען שבהודעת הקופה על הפסקת ההתקשרות עם שיבא יש משום אי-שוויון חמור בין נותני שירותים. כמו כן יש פגיעה ברצף טיפולי. הוא העלה טענות גם על הפרות של תקנון השב"ן של הכללית.

הסמנכ"ל לקופו"ח כתב לכללית בין היתר כי יש לשמור על עקרון הרצף הטיפולי, ויש לפרסם לידיעת עמיתי תכנית השב"ן את הפסקת ההסדר עם נותן השירותים והוצאתו מרשימת נותני השירותים. הקופה גם לא רשאית להחליט על דעת עצמה, ללא אישור המשרד, על שינוי בזכויות עמיתים במסלול של החזר כספים. "הפיכת תכניות השב"ן לשדה קרב להתגוששות בין קופת חולים לבית החולים (בייחוד שהרקע להתגוששות הוא הסל הבסיסי), כאשר הנפגעים העיקריים הינם זכויות העמיתים בתכנית השב"ן אינה מקובלת עלינו, ולא ניתן לה יד".

בתגובה למכתב הכללית אליו פתח שיבא "מרכז זכויות למבוטחים", וניתן בו ייעוץ למבוטחים שהיו מעוניינים להיות מטופלים בו והקופה לא איפשרה להם זאת. שיבא הפיץ סטיקרים, וקרא בהם למבוטחי הכללית לבדוק את זכאותם ולעמוד על זכויותיהם, ואף פנה לממונה על ההגבלים העסקיים בבקשה שיכריז על הכללית כמונופול. במקביל גברה התופעה של אשפוז חולים בשיבא דרך פנייה לחדר המיון ולא בהפניה מוסדרת של הקופה.

הכללית השיבה כי הרפורמה שהיא מציעה בתחום שיטת תקרות הצריכה תוביל לביטול הסטת מבוטחים מבית חולים קרוב לבית חולים מרוחק, לרבות פתרון לעניין זה בבתי החולים של הכללית.

לדברי נציבת הקבילות, מספר הפונים אליה גדל במידה ניכרת כאשר ההסכמים מצויים בשלבי המשא ומתן, ומזה משתמע שהקופות מפעילות לחץ על המשרד ועל בתי החולים באמצעות החולים. יוצא שברוב המקרים החולים הם הסובלים מחילוקי הדעות על ההסכמים. ראוי שהצדדים להסכם יפעלו לחתימת הסכם סמוך ככל האפשר למועד פקיעת ההסכם הקודם והמשרד יאיץ בצדדים לעשות כך, כדי למזער את הפגיעה בחולים.

---

69 כגון: מלונית ליולדות, החלמה לאחר אירועים שונים, חיסונים לחו"ל, בדיקות שונות, טיפולי הפריה חוץ-גופית, קורס הכנה ללידה ועוד.

היבטים כלכליים במעבר מבוטחים מקופה לקופה

הן בשיטת תקרת הצריכה והן בהסכמים הגלובליים נקבע סכום כולל לרכש שירותים, שכל רכש שחורג ממנו זוכה בהנחות. הרכש העיקרי של הקופות בבתי החולים הוא אשפוזים. יוצא שקופת חולים שמגדילה את מספר מבוטחיה בשנה מסוימת, ועקב כך גם גדלות מספר ההפניות לאשפוז בבתי חולים, זוכה במחיר נמוך ולעתים אפסי בגין אותן פניות, שכן מעבר לגבול מסוים השירותים ניתנים במחיר נמוך ולעיתים אפסי. שיטות ההסכמים הגלובליים ותקרות הצריכה במתכונתן הנוכחית יוצרות אם כן תמריץ חיובי לקופה להגדיל את מספר מבוטחיה על חשבון הקופות האחרות, מעבר לתמריץ הקיים בנוסחת הקפיטציה.

ואכן, הממצאים עומדים בניגוד למטרת החוק להשיג תחרות "בונה" ורצויה בין הקופות. משרד מבקר המדינה פרסם בשנת 2006 ממצאים בנוגע לפעולות ישירות ועקיפות, בניגוד לחוק, שנקטו הכללית, מאוחדת ולאומית לגיוס מוגבר של מבוטחים, תוך שימוש בכספי ציבור המיועדים למטרות בריאות, וזאת בעיקר במגזר החרדי ובמגזר הערבי[70].

איחור בחתימת ההסכמים

כאמור, תוקף ההסכמים הגלובליים הוא שלוש שנים, ועל המשרד לאשרם. תוקף ההסכמים הגלובליים הקודמים היה לשנים 2005-2007, ולאחרונה נחתמו הסכמים לשנים 2008-2010. משמע שסמוך מאוד לתחילת 2008 היה על ההסכמים להיות חתומים ומאושרים בידי המשרד.

בבדיקה הועלה כי מרבית ההסכמים הגלובליים עם בתי החולים הממשלתיים נחתמו במחצית השנייה של שנת 2008, והם אושרו בידי המשרד לאחר מכן, חלקם אף במחצית השנייה של שנת 2009. תקופה ארוכה של משא ומתן גורמת לאי-ודאות בבתי חולים ובקופות, ואף פוגעת בחולים (ראו לעיל).

כך למשל: ההסכם בין לאומית לרמב"ם נחתם ב-12.1.09 והמשרד אישר אותו ב-3.2.09 (איחור של שנה); ההסכם בין לאומית לאסף הרופא נחתם ב-31.12.08 והמשרד אישר אותו ב-3.2.09; ההסכם בין מאוחדת לוולפסון נחתם ב-9.7.08 והמשרד אישר אותו ב-29.3.09; ההסכם בין הכללית לשיבא נחתם ב-31.12.08 והמשרד אישר אותו ב-2.9.09 (איחור של שנתיים בקירוב); ההסכם בין כללית לאסף הרופא נחתם ב-1.1.09 והמשרד אישר אותו ב-2.9.09; ההסכם בין מכבי לאיכילוב נחתם ב-5.11.08 ואושר בידי המשרד ב-31.12.08; ההסכם בין מאוחדת לשיבא נחתם ב-8.12.08 ואושר

---

70 כך למשל, הסדרים שעשו קופות החולים עם קהילות, ונקבע בהם כי הקהילות יעבירו מבוטחים לקופה בתמורה ל"תרומה לקהילה"; מתן שירותים ייחודיים שאינם ניתנים לכלל חברי הקופה (למשל, שירותי אמבולנס, משלוח תרופות לבית המבוטח, פתיחת מרפאות בשעות הלילה); מתן שירותים והנפקת כרטיסי חבר למי שאינם חברי הקופה; הבטחות מטעות למתן שירותים; הבטחה לשלם לקהילות שיקדמו העברת מבוטחים; הטבות כספיות לא חוקיות; הסעות מבוטחים לקופה; תשלום למבוטחים כדי שיעברו לקופה; תשלום דמי הרישום בסניפי הדואר; פטורים מתשלומים למיניהם; פעולות אסורות של שיווק וקידום מכירות באמצעות הטלפון; ועוד. בעניין ניידות מבוטחים בין קופות החולים ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 56ב** (2006), בפרק "אמצעים להגברת התחרות בין קופות החולים וניידות המבוטחים ביניהן", עמ' 517.

בידי המשרד ב-29.3.09. יש לציין כי המשרד אישר את כל ההסכמים של הכללית עם בתי החולים הממשלתיים רק בספטמבר 2009, לאחר סיום הביקורת. עוד יש לציין כי המשרד נטל חלק פעיל במשא ומתן בין הקופות לבתי החולים - הוא שכנע בתי חולים לחתום על הסכמים עם הקופות, לעתים בתוך שינוי יעד הכנסותיהם[71].

נוכח בעלותו של המשרד על בתי החולים הממשלתיים, כאמור, עולה גם קושי בעובדה שהמשרד מאשר הסכמים שהוא עצמו היה מעורב בגיבושם.

מנהל שיבא העיר בתשובתו כי לאחר שהמשרד אישר את ההסכמים עם הכללית, הוא פנה לבתי החולים הממשלתיים בטענה שלמשרד יש סיכום נוסף עם הכללית, ולפיו יש להקטין את הרכש של הכללית בכל בתי החולים בעשרה מיליון ש"ח בשנת 2009 ובחמישה מיליון ש"ח בשנת 2010. שיבא התנגד לכך וטען שזו הפרת הסכם. המשרד הקפיא בינתיים את הנושא.

יש לציין כי במרס 2008 הפיץ המשרד למנהלי בתי החולים הכלליים הממשלתיים, למנכ"לים של קופות החולים, למנכ"לים של תאגידי הבריאות, למנהלים האדמיניסטרטיביים ולגזברים של בתי החולים הכלליים הממשלתיים מכתב משותף של החשבות ושל אגף תכנון, תקצוב ותמחור במשרד בעניין אישור ההסכמים הגלובליים. במכתב זה פורטו העקרונות שיש לפעול לפיהם בעת עריכת ההסכמים. במכתב נאמר כי המשרד בוחן בין היתר את עמידת בתי החולים ביעדי ההכנסות שלהם, את השפעת הסכם עם בית חולים אחד על בתי חולים אחרים, ואת מילוי הוראות המשרד על ידי שני הצדדים. עוד נאמר כי המשרד לא יאשר הסכם גלובלי בחלוף שבעה חודשים מתחילת שנת ההסכם. לאחר פרק זמן זה יחייב בית החולים את הקופות על פי מחירון המשרד ושיטת תקרות הצריכה, לרבות הטלת ריבית על פי צו הפיקוח על המחירים.

בפועל, כאמור, אישר המשרד הסכמים גם בספטמבר 2009 - בחלוף 21 חודשים מתחילת שנת 2008. כמו כן, אף על פי שעד חתימת ההסכם חייבו בתי החולים את הקופות לפי מחירון המשרד, ללא הנחות, הרי שלאחר חתימת ההסכם הם תיקנו את החשבונות למפרע לפי ההסכם, משמע - למחירים מופחתים.

לדעת משרד מבקר המדינה אין להשלים עם מצב שבו ההסכמים הגלובליים מוחלים רטרואקטיבית מתחילת שנת 2008 למרות שהם נחתמים מאוחר יותר. אף שחתימה על הסכמים אינה חובה, הרי שהיא הפכה לנורמה. על המשרד, בהיותו הרגולטור, לוודא שכל הצדדים המעורבים בחידוש ההסכמים יעמדו בעקרונות שפירט במסמך ממרס 2008.

אי-העברת הסכמים לשרים

לפי חוק ההסדרים לשנת 2002, רשאים הקופות ובתי החולים לקבוע בהסכם הסדר שונה משיטת תקרות הצריכה. את ההסכמים יש להעביר לבחינת שרי הבריאות והאוצר.

בביקורת הקודמת בשנת 2003 נמצא שקופות אחדות חתמו על הסכמים עם בתי חולים של הכללית, אך הצדדים לא העבירו הסכמים אלה לבחינת השרים כנדרש בחוק. לטענת הכללית, ההסכמים לא הועברו למשרד מתוך חשש שהם ייחשפו גם לפני בתי החולים הממשלתיים.

---

71 בתקציב המדינה נקבע סכום הכנסות שעל כל בית חולים לעמוד בו.

גם בבדיקה הנוכחית הועלה שכל הקופות שחתמו הסכמים עם בתי חולים שאינם ממשלתיים, כולל של הכללית, לא העבירו אותם לבחינת השרים. יוצא אפוא שהמשרד אינו מודע לקיומם של הסכמים שחתמו הקופות עם בתי חולים שאינם ממשלתיים. עובדה זו מקשה על המשרד לפקח על ההסכמים ולבדוק אם הם עולים בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות.

באוקטובר 2009 השיבה מכבי למשרד מבקר המדינה כי בעקבות הביקורת היא העבירה את ההסכמים למשרדי הבריאות והאוצר.

☆

בכירים במערכת הבריאות סבורים ששיטת ההסכמים הגלובליים אינה מתאימה למשק הישראלי שכן אין זו מערכת של קונים מרצון מול מוכרים מרצון (ראו גם להלן בפרק על מבנה מערכת הבריאות).

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יבחנו את כלל הסדרי ההתחשבנות בין הקופות לבתי החולים, בדגש על יצירת יחסי אמון בין השחקנים בשוק הבריאות, ובעיקר בין הקופות לבתי החולים, על חתימת הסכמים לטווח ארוך ככל האפשר, ועל צמצום אי-הוודאות. יש לשקול עיצוב "כללי משחק" חדשים. מתחייבת עבודת מטה שתתחשב בהמלצות הוועדות שפעלו בעבר בנדון ותבחן את החלופות. גם תידרש פעולה נחרצת של המשרד ושל משרד האוצר ליישום מסקנות והמלצות עבודת המטה שכבר נעשתה. יש לבחון נושאים אלה לא במסגרת חוק ההסדרים, שמטבע הדברים לא עומדת אחריו עבודת מטה ראויה.

בנובמבר 2009 השיב המשרד למשרד מבקר המדינה שבימים אלה הוא החל בבחינת המודל של תקרות הצריכה לשנים הבאות, ובמסגרת זו ייבחן מנגנון ההסכמים. בדצמבר 2009 השיב משרד האוצר למשרד מבקר המדינה כי בימים אלה החל לפעול צוות משותף למשרדי הבריאות והאוצר לבחינת הסדרי ההתחשבנות בין הקופות לבתי החולים ולגיבוש חקיקה בנושא לשנים 2011 ואילך. הצוות צפוי להגיש המלצותיו לממשלה עד למחצית שנת 2010, והן יגובשו להצעת חוק שתובא לאישור הממשלה והכנסת עוד בשנת 2010.

מחיר שירותי בריאות

המשרד קובע מחירי שירותים בבתי החולים, בעוד שהוא זה שמפעיל את בתי החולים הממשלתיים. בעניין ניגוד עניינים של המשרד וניסיונות שלא צלחו לפתרון הבעיה, ראו התייחסות של משרד מבקר המדינה בדוח ביקורת קודם[72]. בביקורת שערך משרד מבקר המדינה בשנת 2003 הועלה כי

---

72 מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

במשך שנים לא נבנו במערכת הבריאות כלי תמחור ראויים, ונוצרו עיוותים במערכת התגמולים לרכש שירותים רפואיים בבתי החולים הכלליים.

מחיר יום אשפוז

בעת הביקורת הקודמת של משרד מבקר המדינה בשנת 2003 היה ליום אשפוז מחיר אחיד, ללא התחשבות במצבו של המאושפז, בתשומות שהושקעו בטיפול בו ובמחלקה שבה הוא היה מאושפז. יש הבדלים ניכרים בעלויות האשפוז במחלקות שונות בבתי החולים, בעיקר בגלל מאפיינים שונים של המחלקות: האמצעים הטכנולוגיים שמשתמשים בהם; הצוות הרפואי והסיעודי, שתקניו נקבעים לפי סוג המחלקה ומספר המיטות בה, ושכרו של הצוות; ופעולות כירורגיות. כך לדוגמה: מחיר יום אשפוז היה בשנת 2002 כ-1,600 ש"ח, שעה שעלות יום אשפוז במחלקת טיפול נמרץ לב הייתה 6,100-3,900 ש"ח ובמחלקה פנימית - 1,500-1,200 ש"ח[73]. כמו כן משפיעה על העלות חומרת המחלה של החולה, ללא קשר למחלקה שהוא מאושפז בה.

בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה כי מחיר יום אשפוז אחיד לכל המחלקות בבתי החולים הכלליים עלול לעודד בית חולים להאריך את תקופת האשפוז של החולה, ויש בו כדי לעודד בית חולים להעדיף הקמה או פיתוח של מחלקות בעלות עלות אשפוז נמוכה, והתוצאה בטווח הארוך תהיה היצע גבוה של מיטות במחלקות שעלות האשפוז בהן נמוכה והיצע נמוך של מיטות במחלקות שעלות האשפוז בהן גבוהה, דבר שיגרום מחד גיסא לבזבוז משאבים, ומאידך גיסא לקיבולת אשפוז חסרה.

לאחר סיום הביקורת הקודמת קבעו משרדי הבריאות והאוצר מחירים שונים ליום אשפוז בכמה מהמחלקות: מחלקה פנימית, מחלקת טיפול נמרץ, מחלקה פסיכיאטרית, מחלקה גריאטרית, וכן מחיר ליום אשפוז למונשם כרוני, ללא תלות במוסד או במחלקה. כך, מחיר יום אשפוז אחיד בעת סיום הביקורת הנוכחית, אוגוסט 2009, הוא 1,946 ש"ח, מחיר יום אשפוז במחלקה פסיכיאטרית - 810 ש"ח, במחלקה פנימית - 1,585 ש"ח, במחלקת טיפול נמרץ - 3,892 ש"ח[74], במחלקה גריאטרית - 1,179 ש"ח ולמונשם כרוני - 1,258 ש"ח[75].

יצוין כי בבית חולים כללי שאין בו מחלקות לפסיכיאטריה וגריאטריה הותאמו מחירי יום אשפוז לשתי מחלקות בלבד - מחלקה פנימית ומחלקת טיפול נמרץ. במחלקות האחרות נותר המחיר האחיד, אף שהעלויות בהן שונות מהתגמול שהן מקבלות.

---

73 בנוסף העלות השולית לחולה נוסף, במצב של 100% תפוסה, ירדה לכ-600 ש"ח ליום אשפוז, דבר היוצר תמריץ למלא מחלקות פנימיות.

74 לפי נתוני בית חולים מסוים בגודל בינוני, העלות הממוצעת ליום אשפוז היא כ-6,000 ש"ח ליום. כיום ניתן לגבות מחיר של 3,892 ש"ח תמורת ארבעה ימי אשפוז במחלקת טיפול נמרץ, ואחר כך - מחיר יום אשפוז אחיד (1,946 ש"ח). לעתים חולה מאושפז במחלקת טיפול נמרץ הרבה יותר מארבעה ימים.

75 **תעריפי אשפוז ושאר השירותים החל מ-1.1.09**, חוזר מנכ"ל משרד הבריאות, מס' 1/09, ינואר 2009.

עדכון מחיר יום אשפוז

1. מחיר יום אשפוז הוא משמעותי, שכן התגמול על ימי אשפוז מהווה בממוצע 43% מהכנסות בתי החולים[76], והוא מרכיב מרכזי בהוצאות הקופות. שיעור עדכונו משפיע גם על שאר סוגי המחירים במערכת הבריאות. אי לכך, לאופן עדכונו יש חשיבות רבה.

קביעת מחיר יום אשפוז, לרבות התעריפים החדשים שנקבעו, מבוססת על מחיר "היסטורי" שנקבע לפני שנים רבות, בלי שמשרדי הבריאות והאוצר בדקו מחדש את בסיס חישובו ואת השינויים שחלו במהלך השנים במוצר הנקרא "יום אשפוז".

המשרד השיב בנובמבר 2009 כי הוא מעוניין לבחון את כלל העלויות של המוצר הנקרא "יום אשפוז", ובכללן התקורה, השכר, התשומות הישירות והעקיפות ועוד, אך הדבר מותנה בתיאום עם משרד האוצר ואישורו.

בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה כי משרדי הבריאות והאוצר לא הסכימו ביניהם על מרכיבי מחיר יום האשפוז ועל שיעורי העדכון הרלוונטיים, והמליץ להם להגיע למחיר בסיסי מוסכם של יום אשפוז ולבחון את מנגנון עדכונו.

בשנת 2006 קבע המשרד נוהל לעבודת ועדת המחירים, ופירט בו את המנגנון לעדכון מחיר יום אשפוז. עדכון המחיר נעשה לפי המרכיבים הבאים: הסכמי שכר רוחביים וסקטוריאליים, מדד המחירים לצרכן, תוספת טכנולוגיות, ומרכיבים נוספים על פי שיקול דעת הוועדה, כגון רשלנות רפואית. הדיון על שיעור הייקור מתקיים בוועדת המחירים המשותפת למשרדי הבריאות והאוצר. לפי נוהל הוועדה, שגובש לאור הנחיית היועץ המשפטי לממשלה לאחר עתירות לבג"ץ בשנים קודמות, מציגים משרדי הבריאות והאוצר את עמדותיהם בפני הוועדה, ולאחר מכן נערך לפניה שימוע, ובו מעלים הצדדים (בתי חולים, קופות וחברות ביטוח) את טענותיהם. לאחר שמיעת הצדדים מציגה הוועדה בפני שרי הבריאות והאוצר את המלצתה על שיעור הייקור, ולאורה מוּצא צו בחתימת השרים. המחיר מעודכן בדרך כלל פעם אחת בשנה, בתחילת ינואר, אך במקרים חריגים נדרשות התאמות במהלך השנה.

יש לציין כי בדרך כלל יש פערים גדולים בין הנתונים שמציג המשרד בדרישותיו לייקור מחיר יום אשפוז[77] ובין הנתונים שמציגים משרד האוצר וקופות החולים, ושיעור העדכון נקבע למעשה בפשרה. הפערים קיימים הן ברשימת המרכיבים והן בשיעורי התייקרותם. עוד יש לציין כי עדכון המחיר נקבע כיום לפי התייקרות התשומות - שיטה שאינה מעודדת יעילות. עדכון התעריפים בשיטה זו משמר עיוותים קיימים ואף מעצימם. קופות החולים אף מתלוננות שהן לא מקבלות בזמן את פרוטוקול ועדת המחירים ואת התחשיבים, בניגוד לאמור בנוהל ועדת המחירים.

משרד האוצר השיב למשרד מבקר המדינה כי ניגוד העניינים שנמצא בו משרד הבריאות מקשה עליו לבצע באופן מאוזן את תפקידו בוועדת המחירים, הקובעת למעשה את היקף ההכנסה של בתי החולים שבבעלותו. עניין זה מוצא את ביטויו בשאיפתו של המשרד לעדכן את מחיר יום האשפוז לפי העלויות בפועל ("Cost Plus"), ולעתים אף מעבר לכך, על אף שכל הגדלה של הכנסות בתי

---

76 **ניתוח פיננסי 2008, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, חשבות משרד הבריאות, אוקטובר 2009.

77 המשרד הוא גם הבעלים של בתי החולים הממשלתיים, ולפיכך הוא מעוניין במחיר יום אשפוז גבוה כדי לשמר את יציבותם הכלכלית.

החולים משמעה הגדלה של הוצאות קופות החולים, וזאת על אף שחובתו של המשרד כרגולטור לדאוג ליציבותן הכלכלית של הקופות. בנוסף, פעילותו של משרד הבריאות בוועדת המחירים אינה מאוזנת, והוא נוטה להביא לדיון בתת-ועדת המחירים (ראו להלן) פעולות שיש בהן כדי להגדיל את היקף ההכנסות של בתי החולים שבבעלותו, אף שישנן פעולות רבות שניתן להוריד את מחירן.

לאור זאת סבור משרד האוצר כי על משרדי הבריאות והאוצר למקד את פעילותם בהפיכתם של בתי החולים הממשלתיים לתאגידים עצמאיים, תוך יישום המלצות הממשלה בנושא. לצד זאת, בתקופת הביניים עד השלמת הליך התאגוד, יש להגביר את הפיקוח האפקטיבי על בתי החולים, ולחזק את העצמאות והאחריות הניהולית של בתי החולים בשורה של צעדים, הכוללים בין היתר מינוי דירקטוריונים ציבוריים לבתי החולים ומינוי מנהלי בתי חולים ומנהלי מחלקות על סמך ביצועיהם. בנוסף יש להגביר את השקיפות הציבורית בבתי החולים ולפרסם מדדי תוצאה יחסיים על ביצועיהם הקליניים של בתי החולים.

בינואר 2010 השיב המשרד כי עדכון מחיר יום אשפוז אינו נעשה לפי התייקרות התשומות בפועל, אלא לפי רכיבים שחלקם "נורמטיביים" (לפי תקינה) וחלקם - בפועל; רכיבי התפעול קודמו עד היום לפי מדד המחירים לצרכן שכלל אינו משקף את סל תשומות בתי החולים; בעדכון המחיר נכלל גם רכיב התייעלות (3.7% במצטבר). כמו כן, חרף הגידול באוכלוסייה והזדקנותה נותרו בעינם מספר המיטות ותקרות הצריכה, כך שבתי החולים נאלצו לספוג את הגידול בתשומות ללא תוספת מימון - התייעלות מובנית נוספת.

במהלך השנים נוצרו הבדלים במרכיבים הכלולים בנוסחת העדכון של מחיר יום אשפוז. גם הנוהל לעבודת ועדת המחירים, כאמור, לא קובע בפירוט על פי אילו מרכיבים יעודכן המחיר, פרט לאזכור רכיבי שכר וקניות. שיעור העדכון והרכיבים שיילקחו בחשבון נקבעים בדיון בוועדת המחירים.

המשרד השיב כי אינו סבור שיש לקבוע מראש בנוהל אילו רכיבים ייכללו בנוסחת העדכון ואילו לא, שכן זהו חלק עיקרי בדיון, אם לא ליבו. הכללית השיבה כי הגיעה העת לקבוע נוסחה קבועה לעדכון עלויותיהן של תשומות בתי החולים, בהתבסס על מדדים אובייקטיביים שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בדומה לעדכון עלויות של תשומות קופות החולים באמצעות מדד "יוקר הבריאות". כך יימנע העיוות המתקבל מכך שבתי החולים הממשלתיים והמשרד מתומרצים מראש, מידי שנה, לייקר את מחיר התשומות (כוח אדם והוצאות אחרות), או לכל הפחות לשכנע את ועדת המחירים בהתייקרותן של תשומות אלה, ובכך להגדיל את שיעור העדכון של מחיר יום אשפוז מעבר למוצדק. באשר למרכיב טכנולוגי במסגרת עדכון מחיר יום אשפוז, יש לקבוע ועדת סל טכנולוגית לבתי חולים, אשר תגדיר מידי שנה את חלקו של מרכיב זה בעדכון מחיר יום אשפוז, ומרכיב זה יתוקצב במקביל לעדכון מסגרת עלות סל שירותי הבריאות. מכבי השיבה כי גם היא ביקשה בעבר שמחירי האשפוז יעודכנו על בסיס מדדים אקסוגניים (חיצוניים), כפי שמעודכנות הכנסות הקופות.

כאמור, משרדי הבריאות והאוצר קבעו מחירי יום אשפוז מיוחדים לכמה מחלקות. ראוי לבחון אם יש צורך להמשיך ולקבוע תעריפי אשפוז למחלקות נוספות. יש לציין כי כיום נקבעים המחירים לפי נתונים שמוסרים בתי החולים למשרד, אולם התאמת המחיר לעלות בפועל יכולה להיעשות במדויק רק אם תהיה מערכת תמחירית ממוחשבת. מערכות כאלה קיימות רק בחלק מבתי החולים, אולם שיטות החישוב בהן אינן אחידות, ולכן למשרד יש קושי לקבוע מחיר (ראו להלן).

בנובמבר 2009 השיב המשרד למשרד מבקר המדינה כי הוא בוחן הרחבה של שונות תעריפי ימי האשפוז, אולם פועל בעיקר לקראת תמחור שירותים, שיצמצם את שיטת ההתחשבנות לפי ימי אשפוז.

ראוי לקיים דיון בסוגית עדכון מחיר יום אשפוז בהשתתפות משרדי הבריאות והאוצר וקופות החולים.

2. בדצמבר 2008 קבעה ועדת המחירים כי מחיר יום אשפוז יעלה ב-4.91%, וב-1.1.09 חתמו שרי הבריאות והאוצר על צו מתאים[78] (גם מחירי הפעולות הדיפרנציאליות והפעולות האמבולטוריות התעדכנו בשיעור זה). עלייה זו במחירים באה לאחר שבאוגוסט 2008 עלה כבר המחיר בשיעור שנתי של 1.32% בגין הסכם שכר האחיות שנחתם באפריל 2008. לפי חישובי המשרד, בסך הכול עלה המחיר במונחים שנתיים בשיעור של 6.82%.

לאחר חתימת הצו בידי השרים עתרו מכבי והכללית לבג"ץ בטענה כי לא ניתנה להן ההזדמנות להשמיע את דבריהן לפני שרי הבריאות והאוצר טרם שחתמו על צו הפיקוח[79]. מכבי הסתייגה מאופן חישוב המרכיבים הנכללים בקביעת המחיר, ומעצם הכללתם או אי-הכללתם של מרכיבים מסוימים. כמו כן היא חלקה על שיקול הדעת של הוועדה באשר להשפעות המאקרו על עליית המחירים, בפרט בהתייחס להוצאות של הקופות, חברות הביטוח ובתי החולים. הכללית גם טענה כי אם בתי החולים היו נמנעים ממתן הנחות בהיקפים כה ניכרים לקופות היה מתייתר הצורך בהעלאה כלשהי של מחיר יום אשפוז. שתי הקופות טענו כי המשמעות הכספית של העלאת מחירי האשפוז היא תוספת של מאות מיליוני ש"ח לעלויות של כל אחת מהן. לאור טענות מכבי והכללית ניתנה לצדדים זכות שימוע לפני השרים. אולם משרד הבריאות וראש הממשלה המשמש גם שר הבריאות החליטו שאין מקום לשינוי או תיקון בצו.

באוקטובר 2009 נערך דיון בעתירות. העותרות צמצמו את טיעוניהן, ונקבע שייערך דיון נוסף. עד ינואר 2010 טרם ניתן פסק דין.

מחירים לפעולות נבחרות (מחירים דיפרנציאליים)

אחת משיטות התגמול של בתי החולים היא תגמול לפי מקרה - לפעולה נבחרת (תגמול דיפרנציאלי). בשיטה זו מתוגמל בית החולים במחיר קבוע תמורת פעולה[80]. שיטה זו החלה בשנות התשעים של המאה העשרים, עת חולים המתינו זמן רב לניתוחים. יתרון השיטה הוא מחיר ריאלי שמבוסס על הזיקה בין תשומות לתפוקות, ותמריץ כלכלי לבצע את הפעולה הרפואית, גם אם היא כרוכה באשפוז של ימים אחדים ובשימוש בטכנולוגיות ובציוד רפואי יקרים. השיטה מעודדת את בית החולים לשחרר את החולה מיד כשמצבו מאפשר זאת, וכך לנצל טוב יותר את משאבי מערכת

---

78 צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (העלאת מחירי אשפוז ושירותים אמבולטוריים), התשס"ט-2009, ד' בטבת התשס"ט (31.12.08).

79 בג"ץ 1475/09 **מכבי שירותי בריאות נ' מדינת ישראל**; בג"ץ 2178/09 **שירותי בריאות כללית נ' מדינת ישראל**.

80 לדוגמה, מחיר ניתוח שבר צוואר הירך, אם הניתוח מבוצע בתוך 48 שעות מתחילת האשפוז, ללא קשר למספר ימי האשפוז ולאביזרים שמשתמש בהם בית החולים. בקבוצת הפעולות הנבחרות כלולים גם אלה: ניתוח שבר (הרנייה), ניתוחי לב, ניתוחי גב, ניתוחי קרנית, צנתורים, השתלות, ניתוח קיצור קיבה, ניתוחי בטן, כולל כריתת איברים כגון קיבה, תוספתן, אונה בכבד ועוד.

האשפוז. הירידה בשיעור המיטות לנפש, התפתחות הרפואה, שיפורים טכנולוגיים ושיטת תגמול זו הביאו עם השנים לירידה במספר ימי האשפוז. בדרך כלל מחשב המשרד את המחירים האלה לפי ממוצע עלויות של כמה בתי חולים, בתוספת תקורה כמפורט להלן. בשנת 2008 היה חלקן של הפעולות הדיפרנציאליות כ-28% בממוצע מהכנסות בתי החולים[81].

משרד מבקר המדינה מעיר כי המחיר לפעולה נבחרת מבוסס על עלות ממוצעת, ולא נלקחים בחשבון מרכיבים נוספים כגון גיל החולה, מחלות רקע שלו, או איכות בביצוע הפעולה. הוספת מרכיבים אלה הייתה משפרת את מערך התמריצים לבתי החולים, ויכולה אף לתרום לעריכת השוואות בין בתי חולים. יש לציין כי במדינות שונות נלקחים בחשבון מרכיבים אלה, כך שקיים מחיר אחד לפעולה לחולה צעיר וללא מחלות רקע, ומחיר אחר לחולה מבוגר הלוקה במחלות רקע. ראוי לבחון הכללתם של מרכיבים אלה גם בארץ. יחד עם זאת יש לקחת בחשבון את תוספת המורכבות למערך המחירים, דבר שעלול להגדיל את עלויות הבקרה של הקופות על חשבונות בתי החולים.

1. בעת סיום הביקורת הקודמת, ספטמבר 2003, היה מספרן של הפעולות הנבחרות 46; בינואר 2008 הוא היה 127, ובאוגוסט 2009 - 145.

משרד מבקר המדינה מעיר כי בשש השנים שחלפו ממועד הביקורת הקודמת אמנם נוספו כמאה פעולות נבחרות, אולם יחד עם זאת רוב הכנסות בתי החולים מחולים מאושפזים נובעות עדיין מימי אשפוז ולא מפעולות דיפרנציאליות. רבים במערכת הבריאות סבורים שהשיטה הראויה לתגמול בתי החולים היא הפעילות הדיפרנציאלית, ולכן ראוי לשקול להגביר את קצב הרחבת רשימת הפעולות האלה ואת תדירות עדכון מחיריהן. יש לציין כי במדינות מערביות יש אלפי פעולות שמתומחרות בשיטה זו.

יצוין כי באפריל 2003 המליצה ועדה לקביעת עקרונות לתמחור שירותים הניתנים על ידי בתי החולים, שמינה מנכ"ל המשרד דאז, לבחון אם שיטת ה-D.R.G האוסטרלית[82], הלוקחת בחשבון מרכיבים נוספים, וביניהם מורכבות ביצוע הפעולה, מתאימה לשמש גם אצלנו להתחשבנות בין בתי חולים לקופות, ולהתחיל בתכנית חלוץ (פיילוט) לבחינת שיטה זו בארבעה בתי חולים (ראו להלן).

הפיילוט בוצע בשנת 2004 בשיבא, שהעביר את תוצאותיו למשרד. המשרד קיים דיון בתוצאות הפיילוט, אולם לא קיבל החלטות אופרטיביות.

2. בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה כי מחיר הפעולות הנבחרות מעודכן על פי שיעור העדכון של מחיר יום אשפוז. אלא שמחיר 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; אין כל קשר בין שיעורי השינוי של שתי תשומות שונות אלה - טכנולוגיה ושכר.

---

81 **ניתוח פיננסי 2008, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, חשבות משרד הבריאות, אוקטובר 2009.

82 שיטת תגמול לפי אבחון וקבוצות אבחון - Diagnosis Related Groups.

הועלה כי גם בעת הביקורת הנוכחית מחירי הפעולות הנבחרות מעודכנים על פי שיעור העדכון של מחיר יום אשפוז, וקיים חשש שאם תישמר שיטת העדכון הנוכחית, בעוד מספר שנים מחירי הפעולות הנבחרות יהיו רחוקים מאוד מהסביר. התאמת מחיר פעולה לעלותה בפועל יכולה להיעשות במדויק רק אם תהיה מערכת תמחירית ממוחשבת (ראו להלן).

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להגביר את קצב הרחבת רשימת הפעולות הדיפרנציאליות, להתחשב במרכיבים נוספים, הקשורים במאפייני החולה, באיכות ובמורכבות ביצוע הפעולה, ולבחון את שיטת העדכון הנכונה בתחום זה.

מחירי שירותים אמבולטוריים ועדכונם

כאמור, שירותים אמבולטוריים[83] ניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים. במרכזים הרפואיים הממשלתיים ניתנים השירותים על ידי בתי החולים ותאגידי הבריאות שלידם. בעקבות חידושים טכנולוגיים בתחומי האבחון, המעקב והטיפול הרפואי הניתן לחולים, יש בשנים האחרונות מגמה מואצת לספק באופן אמבולטורי שירותים שסופקו קודם לכן באשפוז. המגמה להעדיף שירותים אמבולטוריים בקהילה רווחת גם במדינות אחרות[84]. כיום מסופקים בארץ כ-1,400 סוגי שירותים אמבולטוריים המפורטים במחירון המשרד. המשרד מציע מחיר לשירות אמבולטורי בעקבות בקשה של בית החולים המספק אותו, ולפעמים - לבקשתה של קופה. בשנת 2008 היוו הכנסות בתי החולים מפעולות אמבולטוריות כ-21% בממוצע מסך הכנסותיהם[85].

1. הביקורת הקודמת העלתה כי מחירון המשרד לשירותים אמבולטוריים כלל תעריפים אשר נקבעו לפני שנים רבות, ומאז התעדכנו בדרך כלל רק על פי שיעורי העדכון של מחיר יום אשפוז. קיים פער ניכר בין מחירי השירותים האמבולטוריים במחירון המשרד, בין עלויותיהם האמיתיות ובין מחיריהם בשוק או עלות ביצועם בקופות עצמן.

להלן דוגמאות: (א) בדיקת סורק ממוחשב (C.T.) עלתה בינואר 2003 כ-1,200 ש"ח על פי מחירון המשרד; לעומת זאת, הקופות רכשו בדיקה זו במכונים פרטיים בעלות של 300-400 ש"ח. בינואר 2009 היה התעריף 1,225 ש"ח, והעלות במכונים הפרטיים לא השתנתה. (ב) טיפול דיאליזה לחולה (המודיאליזה) עלה בינואר 2003 1,388 ש"ח לפי מחירון המשרד; בשוק הפרטי היה המחיר כ-750-800 ש"ח. בינואר 2009 היה המחיר לפי המחירון 999 ש"ח ומחירי השוק - כ-700-825 ש"ח. (ג) מחיר ספירת דם לפי מחירון 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 מהמחירון, שנקבע בהסכמים הגלובליים. הדבר תלוי במקום בית החולים (מרכז או פריפריה) ובתחרות מצד נותני שירותים פרטיים בסביבתו.

---

83 לדוגמה, בדיקת C.T., בדיקת רופא מומחה, בדיקת דם.

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

85 **ניתוח פיננסי 2008, בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, חשבות משרד הבריאות, אוקטובר 2009.

גם בביקורת הנוכחית הועלה כי מלבד שבעה שירותים לא עודכנו מחירי השירותים האמבולטוריים (ראו להלן).

2. בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה כי מחיריהם של השירותים האמבולטוריים הם מחירים ממוצעים לכל שירות, כלומר שבית החולים מקבל מחיר אחיד תמורת פעולות זולות ויקרות שנעשות במסגרת אותו שירות. לדוגמה, דיאליזה הניתנת לחולה קשיש בעל מחלות רקע רבות עולה לנותן השירות הרבה יותר מדיאליזה הניתנת לאדם צעיר וללא מחלות נוספות. עם זאת, התמורה שהוא מקבל בשני המקרים היא על פי המחיר האחיד. שיטה זו מעודדת הפניית חולים במחלות קשות לבתי חולים, וטיפול בחולים שמחלותיהם קלות יותר מחוץ לבתי החולים. כשהתמורה על שירות גבוהה באופן ניכר מעלותו, נכנסים לתחום יזמים חדשים, המציעים את השירות לקופות במחירים זולים ממחירי המשרד. גם הקופות עצמן פתחו מרכזים רפואיים להספקת שירותים כאלה, בטענה שעלות הספקתם העצמית נמוכה ממחירי המשרד. מצב זה יוצר כפל תשתיות ובזבוז משאבים לאומיים, שכן היצע גדול של מרכזים רפואיים עשוי לעודד שימוש יתר בשירותים רפואיים, לניצול חלקי בלבד של התשתיות הקיימות ולעודף בכושר הייצור.

מחוץ לבתי חולים מספקים כיום שירותים גם גופים כגון אלה: מכונים רפואיים של דימות[86], גסטרוסקופיה, פיזיותרפיה, קרדיולוגיה ועוד; מרפאות דיאליזה; מרפאות מומחים; מעבדות; ועוד.

3. הגידול בפעילות הרפואית בקהילה גורם לעתים לירידה בפעילות האמבולטורית בבתי החולים, כשם שהגידול בפעילות האמבולטורית גורם לעתים לירידה באשפוז בבתי החולים. אלא שצמצום פעילות או סגירה של מחלקה בבית חולים עלולים לפגוע בהכרה של המועצה המדעית של 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 במחלקה, כי על פי כללי הר״י, המינימום הנדרש להכרה בהתמחות במחלקת עיניים הוא 12 מיטות.

מכאן שצמצום הפעילות האמבולטורית בבתי החולים אינו מוביל תמיד להפחתה בהוצאותיהם.

משרד מבקר המדינה העיר בביקורת הקודמת כי רבים מעובדי המרפאות שמחוץ לבתי החולים מועסקים גם בבתי החולים. אמנם חלק מהכפילות בתשתיות בלתי נמנע, משום שבתי החולים מחויבים לקיים שירותים מסוימים לטיפול במאושפזים, והקופות מעוניינות לקיים שירותים נגישים וזמינים בקהילה, אולם יש לעשות זאת בתיאום, מתוך שיקולי עלות ובתוך בדיקת צורכי הבריאות הלאומיים. אף שאין מניעה כי פעולות שאפשר לעשותן בקהילה ייעשו גם במסגרת בית החולים ולהיפך, משרד מבקר המדינה המליץ שהמשרד יבחן את היקף התשתיות הקיימות והנדרשות לשם השגת יעילות בהקצאת המשאבים.

---

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

לא נמצא שהמשרד בחן את היקף התשתיות הקיימות והנדרשות. כך נמשך חוסר יעילות בהקצאת המשאבים, ואף בזבוזם. עוד יש לציין כי שורר חוסר אמון בין הקופות למשרד ולבתי החולים, וגם אם יופחתו מחירי שירותים אמבולטוריים, הקופות יחששו שהם יועלו מחדש, ועל כן ימשיכו הקופות להחזיק תשתיות בקהילה גם אם לא יהיו כלכליות. יש לציין כי קיים מחסור ברופאים במספר מקצועות רפואיים[87], ולכן חשוב שיתוף הפעולה בין בתי חולים לקופות.

בנובמבר 2009 השיבה לאומית למשרד מבקר המדינה כי במקרים רבים בתי החולים אינם מסוגלים לעמוד בביקושים, ונוצרים תורים ארוכים ולא סבירים לשירותים אלקטיביים. בתי החולים אף נמנעים מלהתחייב על זמינות לשירותים רפואיים אלקטיביים, דבר שמאלץ את הקופות לחפש פתרונות בסקטור הפרטי. מאוחדת השיבה כי בתי חולים מסרבים לעתים להעניק שירותים (או שנוצרים להם תורים ארוכים) כאשר הם אינם מספיק רווחיים, בייחוד אם הם אינם מסופקים בקהילה.

4. במאי 2001 מינה מנכ"ל המשרד דאז ועדה לקביעת עקרונות לתמחור שירותים המסופקים על ידי בתי החולים. הוועדה המליצה באפריל 2002 לתמחר מחדש את השירותים האמבולטוריים. באוקטובר אותה שנה המליצה הוועדה שהתמחור ייעשה בידי גורם חיצוני. עד מועד סיום הביקורת הקודמת כשנה לאחר מכן, בספטמבר 2003, המשרד הכין רק טיוטה למכרז לקבלת שירותי תמחור. משרד מבקר המדינה העיר בביקורת הקודמת כי למעשה יושמו רק חלק מהמלצות הוועדה. התוצאה הייתה אי-עדכון המחירים והיעדר תמחור נאות של פעולות רפואיות, והדבר יצר מציאות ארגונית-כלכלית שקשה מאוד לשנותה.

בבדיקה הנוכחית עלה שלא חל שינוי במצב.

בדומה לנאמר קודם לכן על השירותים הדיפרנציאליים, גם בתחום האמבולטורי מעודכנים התעריפים לפי שיעור העדכון של מחיר יום אשפוז, שמרכיב ניכר בהתייקרותו הוא השינוי בשכר, ולא לפי שינוי העלויות בפועל, שתלוי מאוד בשינוי מחירי הטכנולוגיות. כפי שנאמר כבר, יש הבדל רב בין השינויים שחלו בשני מרכיבים אלה. לנוכח האמור לעיל קבע משרד מבקר המדינה בביקורת הקודמת שמן הראוי שהמשרד יבנה מנגנון עתי לעדכון המחירים.

בביקורת הנוכחית הועלה שלא נבנה מנגנון כזה.

רשות לתמחור

בשנת 2000 מינה ראש הממשלה דאז, מר אהוד ברק, את מר עדי אמוראי לעמוד בראש ועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (להלן - ועדת אמוראי). ועדת אמוראי דנה בין היתר במערכת התגמולים לבתי החולים ובתפקידים הרבים שממלא המשרד, והצביעה על הצורך בהפרדת בתי החולים הכלליים מבעליהם. היא גם המליצה לתאגד את בתי החולים הממשלתיים כצעד מסייע להתמודדות נאותה שלהם עם היעדר מערכת תמחור מרכזית לשירותים שהם מספקים. מתוך הכרה

87 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355.

בכך שתהליך התאגוד של בתי החולים הממשלתיים יהיה ממושך, המליצה ועדת אמוראי בסוף שנת 2002 על הקמת רשות מקצועית ובלתי תלויה, שאחד מתפקידיה יהיה לקבוע תעריפים ריאליים לשירותים של בתי החולים ומרפאות החוץ, ולגבש את אופי ההתקשרות בין הגורמים הפעילים במערכת הבריאות ואת דפוסיה. רשות זו תמלא גם תפקידי פיקוח[88].

גם משרד מבקר המדינה הצביע כאמור בביקורת הקודמת על עיוותים רבים במערכת הקיימת של תגמול בתי החולים, והמליץ למשרד לשקול את המלצת ועדת אמוראי בכובד ראש.

משרדי הבריאות והאוצר החליטו בשנת 2006 לדחות את המלצת ועדת אמוראי בנימוק שתפקידי הרשות הם תפקידים רגולטוריים, ולפיכך הם מבוצעים בידי משרדי הבריאות והאוצר. הקמת רשות נפרדת תהיה כרוכה בעלויות הפעלה, שיהוו נטל על מערכת הבריאות ותקציב המדינה. במסמך המסכם את עמדת המדינה ועמדת הר"י נאמר ש"כיום פועלת ועדה לתמחור שירותי הליבה מטעם משרדי הבריאות והאוצר בהשתתפות נציגי קופות החולים ובתי החולים" (להלן - הוועדה לתמחור).

במצב שאין בו רשות לתמחור ושמרבית המלצות הוועדה לתמחור אינן מיושמות (ראו להלן), ראוי שהסוגיה בכללותה תיבדק מחדש.

מערכת תמחיר ממוחשבת במשרד ובבתי חולים

בתי החולים הם מערכת רפואית-כלכלית גדולה מאוד, ונעשות בה אלפי פעולות שונות כגון ניתוחים, בדיקות (בדיקות רופא, בדיקות מעבדה), אשפוזים, צילומים והדמיות. אחד האמצעים הניהוליים בכל מערכת כלכלית הוא מערכת תמחיר, המאפשרת לחשב את עלויות המוצרים והשירותים ולהפריד אותן לסוגיהן: ישירות, עקיפות, קבועות ומשתנות[89]. כמו כן היא מאפשרת לקשור בין העלויות של מוצרים ושירותים רפואיים ובין ההכנסות מהם.

אלה היתרונות העיקריים של מערכת תמחיר: למשרד - בסיס ראוי לתקצוב ריאלי של בתי החולים, להשוואת עלויות של פעולות זהות בבתי חולים שונים, ולסיוע בקביעת המחיר שיגבו בתי החולים מהקופות; לבתי החולים - בסיס לתחשיבים הכלכליים של השירותים הרפואיים ובחינת היעילות הכלכלית שלהם. מערכת כזו חשובה גם למשרד האוצר כרשות מפקחת ולמשתמשים העיקריים - הקופות.

בביקורת הקודמת עלה כי ברוב בתי החולים הממשלתיים לא הייתה מערכת תמחיר ממוחשבת. כבר בשנים 2000 ו-2004 העיר מבקר המדינה על היעדר מערכת תמחיר ממוחשבת בבתי החולים

---

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

89 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).

הממשלתיים[90]. בשנת 2004 הזכיר מבקר המדינה כי כבר בשנת 1996 החליט המשרד להקים מערכת תמחיר ממוחשבת, אך ההחלטה לא מומשה, ולא נערך דיון מעמיק בצורך להקים מערכת כזו. עוד ציין אז משרד מבקר המדינה, כי באין מערכת תמחיר ממוחשבת נתלית בדיקת עלויות השירותים בבתי החולים בעיקר במידע שהם מוסרים לו. מצב זה מעורר בעיות אחדות: 1. מהימנות המידע - המידע שמצוי בידי בתי החולים חסר ואינו מדויק, ובהיעדר מערכת מחשב קשה לעתים לבדוק את מהימנות הנתונים. 2. משך תהליך התמחור - בשל התלות בבתי החולים נמשך לעתים תהליך התמחור זמן רב מאוד, בעיקר כאשר יש להוריד את המחירים. 3. שכר עבודה - נתוני השכר שמתבסס עליהם חישוב העלויות הם ממוצעים ארציים של נציבות שירות המדינה; אילו הייתה מערכת תמחיר ממוחשבת, ניתן היה לדייק יותר בשיוך עלויות השכר לכוח האדם המיוחד לשירותים רפואיים שונים. 4. תקורה - מרכיב התקורה בתמחור השירות הרפואי נקבע באופן שרירותי - 20% בשירות רפואי באשפוז (החל מינואר 2003), ו-10% בשירות שאינו באשפוז; שיעור תקורה נקבע אמנם תמיד בהחלטה מינהלית, אולם מערכת תמחיר ממוחשבת הייתה מאפשרת אומדן מבוסס יותר (ראו גם להלן).

בבדיקה הועלה כי ועדה לתמחור שירותי בתי החולים המליצה בשנת 2006 להקים מערכת תמחיר ממוחשבת על בסיס מערכות קיימות (ראו להלן).

עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, לא חל שינוי במצב - המשרד לא מִחשב את מנגנון התמחיר, והבעיות שהועלו בעבר נותרו על כנן.

פעולות שעשו משרדי הבריאות והאוצר בנושא התמחור מאז סיום הביקורת הקודמת וכפועל יוצא מהמלצותיה

ועדה לתמחור שירותי בתי החולים

בשנת 2005 הקים המשרד את הוועדה לתמחור. החברים בוועדה היו נציגי משרדי הבריאות והאוצר. יו"ר הוועדה הייתה גב' רות רלב"ג, הסמנכ"ל דאז לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד (להלן - הסמנכ"ל לתקצוב). הוועדה לתמחור הקימה כמה צוותי משנה ושמעה את עמדות בתי החולים והקופות. ביוני 2006 הגישה יו"ר הוועדה את המלצותיה למנכ"ל דאז של המשרד.

הוועדה לתמחור קבעה כי במהלך השנים נוצר סבסוד צולב בין מערך האשפוז למערך האמבולטורי, וכי השירותים האמבולטוריים מימנו את מערך האשפוז. הפער בין מחירי השירותים האמבולטוריים בבתי החולים לעלותם האמיתית הביא לפתיחת תחרות מצד הקופות לשירותים אלה. תחרות זו וההסכמים הגלובליים שחקו באופן ניכר את מחירי הרכש בשירותים אמבולטוריים, כך שנוצר מחיר שוק שהוא, ולא המחירון הרשמי של המשרד, משמש אמת מידה לקונים ולמוכרים.

הוועדה לתמחור קבעה כי שחיקת הכנסות מהמערך האמבולטורי הביאה לשחיקה באיתנות הכלכלית של בתי החולים וביכולתם לספק את שירותי הרפואה הנדרשים מהם. היא הציעה לקבוע

---

90 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 50ב** (2000), בפרק "הסדרי התחשבנות בין קופות חולים לבתי חולים ממשלתיים", עמ' 124; מבקר המדינה, **דוח שנתי 54ב** (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 457.

מהם שירותי "הליבה" של בתי החולים - שירותים שלא ניתן לספקם אלא בבתי החולים[91], ולהבטיח את המשך מתן שירותי הליבה מתוך המקורות המיועדים לשירותי בתי החולים בכלל המקורות הציבוריים של מערכת הבריאות. שירותים שמתחרים עליהם בתי החולים וספקים אחרים, ושירותים שאין מקומם בבתי החולים, יירכשו לפי שיקול דעת של הקונים, ועל בסיס תחרות בין הספקים. המחירים לשירותי ליבה צריכים לשקף את עלותם המלאה. מחיר השירותים האמבולטוריים בבתי החולים ייקבע לפי מחירי השוק. ועדת התמחור הציעה להסיר את הפיקוח ממחירי שירותים אלה, ולשמור לשר הבריאות את הסמכות לקבוע מחיר מרבי לשירותים שעליהם אין תחרות.

המלצות הוועדה היו: להקים צוות משותף למשרדי הבריאות והאוצר, בתי החולים והקופות להגדרת שירותי הליבה של בתי החולים; להגדיר את חלקו של האשפוז בסך ההוצאה הלאומית לבריאות ולקבוע מדד לעדכונו; לתמחר מחדש את שירותי בתי החולים, כך שהמחירים יתאמו לסך ההוצאה לאשפוז; להקים מערכת תמחיר של שירותי בתי החולים על בסיס מערכות קיימות; להגדיר "חסמים מוסכמים" לפעילות בתי החולים.

עוד בשנת 2001 הקים המשרד ועדה לקביעת עקרונות לתמחור שירותי בתי החולים. ועדה זו המליצה בשנת 2002 שגורם חיצוני יתמחר מחדש את השירותים האמבולטוריים; הדבר לא נעשה. יוצא שגם ארבע שנים אחרי כן המשרד טרם מימש את החלטותיו שלו, הקים ועדה נוספת אשר החליטה שוב את מה שכבר היה ידוע לו שעליו לעשות. יתרה מכך, גם עד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, שלוש שנים לאחר ההחלטה האחרונה, מרבית המלצות הוועדה לתמחור לא יושמו (ראו להלן).

הפחתת תעריפי שירותים אמבולטוריים ותמחור שירותי ליבה

לאור המלצות הוועדה לתמחור החליטו משרדי הבריאות והאוצר, במסגרת תקציב המדינה לשנת 2008, ליזום הפחתה של מחירי השירותים האמבולטוריים, וכנגד זה "להתאים" את מחירי שירותי הליבה בבתי החולים. כשלב ראשון החליטו להפחית מחירים של כמה שירותים אמבולטוריים. החלטה זו באה לידי ביטוי גם בהחלטת ממשלה מאוגוסט 2007[92] (להלן - החלטת הממשלה). להלן הפרטים על תוצאות החלטה זו:

1. **שירותים אמבולטוריים**: באפריל 2008 פורסם צו בחתימת שרי הבריאות והאוצר, ולפיו שבעה שירותים אמבולטוריים שמחיריהם הורדו (בדיקת רופא מומחה במרפאה, הקרנה ביחידה לרדיותרפיה, ארבע פעולות הקשורות בהפריה חוץ-גופית ומיפוי שריר הלב במנוחה) לא ייכללו בחישוב תקרות הצריכה בבתי חולים[93].

מנגד, שירותי הליבה לא התייקרו, והתעורר חשש שהכנסות בתי החולים ייפגעו מהורדת מחירי שבעת השירותים האמבולטוריים, ולכן החליטו משרדי הבריאות והאוצר שהקופות יחזירו לבתי החולים את ערך ההפחתה (כל קופה תחזיר סכום אחר) - "תשלום הפרש מחירים". סכום זה נקבע

---

91 שירותי הליבה של בתי החולים הם: פעולות חירום; פעולות בהרדמה מלאה הדורשת גיבוי של יחידות טיפול נמרץ וצוותים רב-מקצועיים; פעולות הדורשות גיבוי של צוות רב-מקצועי, טיפול נמרץ, בנק דם ותשתיות שאינן קיימות בקהילה; פעילות הדורשת ידע, מיומנות או טכנולוגיה המצויה בצמצום ויש לרכזם לשם שימוש רב-תחומי, כגון טיפולי רדיותרפיה; שימוש בטכנולוגיות עתירות משאבים ההכרחיות לבתי החולים ויכולות להימצא גם בקהילה; שירותים מונופוליסטיים - שירותים הניתנים על ידי מספר מצומצם של ספקים כתוצאה ממגבלות רגולטיביות או חסמי כניסה כלכליים.

92 החלטה מס' 2199 מיום 12.8.07.

93 צו ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002) (הוראות לעניין התחשבנות בין בתי חולים לקופות חולים), התשס"ח-2008, 10.4.08.

ללא תלות ברכש הקופות בפועל בבתי החולים. סך ההפרשים לכל הקופות ולכל בתי החולים הסתכם בשנת 2008 בכ-135 מיליון ש"ח[94], ובמהלך הביקורת בדקו משרדי הבריאות והאוצר מה גובה הסכומים שעל הקופות להחזיר לבתי החולים בשנת 2009.

עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, לא הסתיימה הבדיקה וגם לא הוחלט על הורדה של מחירי שירותים אמבולטוריים נוספים. אף שהורדו מחירי שבעה שירותים, הקופות נדרשו להשיב לבתי החולים את הסכומים שנגרעו מהכנסותיהם. יוצא שמחירים לשירותים אמבולטוריים במחירון המשרד עדיין אינם מעודכנים, שקיימים פערים גדולים בינם ובין עלויותיהם, ושלקופות יש עדיין תמריץ להוציא פעולות מבתי החולים לקהילה, גם אם שיקולי רפואה נכונה (ובין השאר רצף טיפולי) ויעילות כלכלית מחייבים השארתן בבתי החולים.

2. **שירותי ליבה**: כאמור, הוועדה לתמחור המליצה להקים צוות משותף למשרדי הבריאות והאוצר, לנציגי בתי החולים ולקופות, להגדיר מהם שירותי הליבה של בתי החולים. באוקטובר 2007 החליט הצוות כי שירותי ליבה יוגדרו כך: שירותים שלא ניתן לספקם אלא בבית חולים; שירותים שחיוני לספקם בבית חולים; שירותים שמסיבות של יעילות ראוי לרכזם בבתי החולים. הצוות גם החליט לשכור יועץ מוסכם, אשר יציע רשימה של שירותי ליבה מתוך כלל השירותים המסופקים בבתי החולים, ועל בסיסה יגבש הצוות רשימה סופית של שירותי הליבה. בהחלטת הממשלה משנת 2007 נאמר שעד סוף שנת 2009 יורדו התעריפים של שירותים אמבולטוריים ושמחירי שאר השירותים בבתי החולים יותאמו לעלויותיהם.

הועלה כי המשרד החליט למנות יועץ, אולם היועץ לא מונה. בשנת 2009 בחן המשרד הקמת ועדת היגוי, שכירת חברה חיצונית וביצוע פיילוט של 100-150 מחירים, כדי שתתאפשר סימולציה לתהליך כולו.

עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, לא הוקמה ועדת היגוי, לא הוכנה רשימה של שירותים רפואיים המהווים שירותי ליבה ולא נשכרה חברה חיצונית. המשרד גם לא עמד ביעדי החלטת הממשלה.

המשרד השיב בנובמבר 2009 כי הוא פועל "בימים אלה" לתמחור הפעולות האמבולטוריות. משרד האוצר השיב בדצמבר 2009 כי "בימים אלה" מגבשים משרדי הבריאות והאוצר, בשיתוף בתי החולים הכלליים והקופות, מהלך של תיקון מחירים נרחב, שעיקרו הוזלה של השירותים האמבולטוריים וייקור שירותים אחרים, במטרה להתאימם לעלותם הריאלית. ביצוע התאמות המחירים נועד למנוע תמריץ שלילי להארכת משך אשפוז או קיצורו בהתאם ליחס שבין העלות האפקטיבית ובין המחיר הקבוע במחירון המשרד, וצפוי להביא לניצול יעיל יותר של תשתיות רפואיות.

תת-ועדה לתמחור שירותים רפואיים

במהלך הפעילות השוטפת נדרש לעתים המשרד לעדכן מחירים של שירותים רפואיים או לקבוע מחירים לשירותים חדשים, למשל בשל התפתחויות טכנולוגיות.

---

94 צו ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002) (תשלום בשל הפרשי מחירים), התשס"ח-2008, 10.4.08, ועדכון בספטמבר 2008.

לצד ועדת המחירים פועלת בשנים האחרונות תת-ועדה שעוסקת בתמחור שירותים רפואיים, הן אמבולטוריים והן אשפוזיים, בעיקר פעולות נבחרות (דיפרנציאליות) (להלן - תת-הוועדה). הרכב תת-הוועדה כולל נציגי קופות, נציגי ארבעה בתי חולים (שניים ממשלתיים, אחד ציבורי ואחד של הכללית) ונציגי משרדי הבריאות והאוצר. תת-הוועדה מתכנסת בממוצע פעם אחת בחודש. ביוני 2007 פרסם המשרד חוזר מינהל רפואה בעניין אופן הגשת הצעה להכללת שירות חדש במחירון (תעריפון)[95] - הנתונים שיש לצרף להצעה, תמחור השירות המבוקש ושלבי הטיפול בהצעה.

1. מערך נתונים: למשרד אין מערך נתונים מלא על עלויות בתי החולים (ראו לעיל). אף שנתונים אלה מצויים בכמה בתי חולים, ובהם ממשלתיים, למשרד אין גישה ישירה אליהם, והוא תלוי בבתי החולים שמעבירים לו אותם.

2. **חילוקי דעות הגורמים לעיכוב בעבודת התמחור:** בבדיקה הועלה כי יש חילוקי דעות מהותיים בין חברי תת-הוועדה על עבודתה וסמכויותיה בנושא שמירה על סך הוצאות קבוע של הקופות ("סכום אפס"):

ביולי 2006 נקבעו מחירים לניתוחי בטן, ובעקבות זאת טענו הקופות שבעבר נקבעו מחירים מתוך שמירה על "משחק סכום אפס", משמע - ייקור תעריפים של פעולות מכאן כרוך בהוזלת תעריפים של פעולות מכאן, כך שסך הוצאותיהן של הקופות לא יגדל. לטענתן, קביעת המחירים לניתוחי בטן גרמה לעלייה ניכרת בהוצאותיהן בלי שנוספו להן מקורות תקציביים. המשרד סבור לעומת זאת שלא ניתן לשמור על עיקרון זה. לדעתו, על תת-הוועדה לקבוע מחירים ככל הניתן לפי העלות, ואין לתת-הוועדה סמכות אחרת. משרד האוצר תומך בדעת הקופות. נציגי בתי החולים הממשלתיים סבורים אף הם שלא ניתן לשמור על העיקרון האמור. יש חברים בתת-הוועדה הטוענים כי "משחק סכום אפס" כלל אינו אפשרי.

הועלה כי חילוקי הדעות האלה גרמו לשיתוק עבודת תת-הוועדה למשך חודשים ארוכים. כך למשל לא הגיעו נציגי הקופות, למעט מכבי, לדיוני תת-הוועדה, ולא הגיבו להצעות תמחור שהועברו אליהם. למעשה, עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, חילוקי הדעות נמשכו.

בפברואר 2009 טען המשרד כי אין לו מסד נתונים מלא, ולכן אין באפשרותו להציג את ההשפעות הרוחביות של שינויי המחירים. כמו כן אין לו דרך למדוד שינויים בדפוסי הרכש. לדבריו, תעריפי השירותים מושפעים משינוי בתמהיל, והדבר קשה למדידה[96].

לאומית השיבה למשרד מבקר המדינה כי חילוקי הדעות בתת-הוועדה נובעים מהעובדה שברוב המקרים מועלים בה לדיון שירותים אשר לכאורה מתומחרים בחסר ולפיכך צריך להעלות את מחירם. מנגד, כמעט ולא מועלים בה נושאים המתומחרים ביתר, אשר יש צורך להוריד את מחירם.

---

95 **הגשת הצעה לשירות חדש לתעריפון**, מינהל רפואה 13/2007, יוני 2007.

96 נושא המידע שצריך להימצא בידי הרגולטור עלה בכנס ים המלח בשנת 2005. נאמר שם שרגולציה ופיקוח ראוי דורשים קבלת מלוא המידע מן הגופים המפוקחים. המידע דרוש לא רק לצורך פיקוח על תחומים שהוחלט מראש לפקח עליהם, אלא גם על מנת לפתח תחומי פיקוח חדשים. המידע אינו מכתיב את סוג הרגולציה או את סדרי העדיפויות לפיקוח, אלא מסייע בגיבושם הנכון. התשובה לשאלה איזה מידע על הרגולטור להחזיק בידיו צריכה אפוא להיות: המרב האפשרי. לעומת זאת, מסגרות המידע שקיימות במשרד הבריאות בנויות טלאי על גבי טלאי, ואינן נובעות מתפיסה פיקוחית כוללת ושיטתית על הקופות. יש לשאוף להסדרים שיבטיחו קבלת מידע שוטף. **כנס ים המלח השישי**, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, "תחרות ורגולציה במערכת הבריאות", עמ' 22, יוני 2005.

יוצא שהחלטות הוועדה מייקרות את המחיר הממוצע לשירותים רפואיים בבתי החולים ב"למעלה מ-1.5%, וזאת מעבר למה שאושר בוועדת המחירים הראשית".

המשרד השיב כי הוא מתנגד מכול וכול לבקשה לשמור סך הוצאה קבוע, הן כי הקופות שולטות בביקושים ויכולות לווסת את הוצאותיהן על ידי שליטה בכמויות, והן כי "הן הוזילו בפועל עלויות רכש, לעומת בתי החולים שלא יכלו לגבות יותר ממחירי המכסימום, והקופות מעולם לא נתבקשו להשיב סכומים או רווחים אלה". משרד האוצר תומך בעמדת הקופות, שכן עמדת המשרד תוביל, לפרק זמן מוגבל, לשינוי ברכש הקופות, וזה עלול להביא לגידול זמני בהוצאות[97]. המשרד סבור כי בעת הזאת, ולאור התנגדות חלק מהצדדים, אין הצדקה להמשך פעילותה של תת-הוועדה במתכונתה הנוכחית.

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי לא להמשיך ולפגוע בהליך התמחור של השירותים הרפואיים, ראוי שכל הצדדים הנוגעים לעניין - משרדי הבריאות והאוצר והקופות - יקיימו בהקדם דיון על מתכונת העבודה של תת-הוועדה ויגיעו להסכמות שיאפשרו את המשך עבודתה.

3. **גובה התקורה**: כאשר מתמחרים שירות רפואי יש להתחשב, מלבד בעלויות הישירות, גם בתקורה - הוצאות עקיפות של בית החולים שלא ניתן לשייכן ספציפית לשירות כזה או אחר, כמו חשמל, מים, ארנונה ועוד. בתמחור של שירות אשפוזי מקובל כיום להוסיף לעלויות הישירות תקורה של 20%, ולשירות אמבולטורי - 10% (ראו בפרק "מערכת תמחיר במשרד ובבתי חולים").

בסוף שנת 2008 עלה הנושא בישיבת ועדת המחירים, והסמנכ"ל לתקצוב דאז אמרה שבגלל האקוטיזציה בבתי החולים (החמרה במצב החולים שמטופלים בבתי החולים, משום שהחולים הקלים נשלחים עד כמה שאפשר לטיפול בקהילה) התקורות מתייקרות. לדבריה מחשבים כיום תקורה של 20% כאשר בפועל היא לפחות 30%. נושא זה עלה גם בדיון תת-הוועדה ביוני 2009, ונציג המרכז הרפואי שיבא טען כי התקורה אינה מבוססת על תחשיב, וכלל לא מוגדר מה נכלל בה. סוכם כי הדבר יעלה בדיון אחר של תת-הוועדה.

כאמור, במשרד אין מערכת תמחיר ממוחשבת, ולא נעשה שינוי בשיעורי התקורה שנקבעו בעבר.

4. **פרסום המשמעויות הכספיות של החלטות תת-הוועדה**: כדי למסד את עבודת תת-הוועדה היא קבעה במאי 2006 נוהל לפעילותה. הנוהל אושר בידי ד"ר יצחק ברלוביץ', המשנה דאז למנכ"ל המשרד. הנוהל עוסק באופן עבודת תת-הוועדה, קובע מי יהיו חבריה, כיצד יוצג נושא לתמחור, ומה יהיו דיווחי הוועדה, כולל פרסום החלטותיה ומשמעויותיהן הכספיות. לפי הנוהל, בכל רבעון תפרסם תת-הוועדה ריכוז של החלטותיה, ואם יהיו נתונים זמינים על כמות השירותים הרפואיים שרוכשות הקופות בבתי החולים, תחושב בהתאם לכך ההשלכה הכספית של השינויים.

---

97 לדברי המשרד, בשני מקרים שנעשו בהם מהלכים של שמירה "כביכול" על סך ההוצאות (מחירי דיאליזה מול מחירי לידות ומחירי טיפול נמרץ מול מחירים במחלקות פנימיות), ירדו הוצאותיהן של הקופות כי החישוב התבסס על היקפי הרכש טרם שינוי המחיר. הקופות התאימו את הרכש שלהן (ביחס הפוך בין מחיר לכמות), וכך נפגעו בתי החולים.

לא נמצא שתת-הוועדה פרסמה נתונים על ההשלכות הכספיות של השינויים במחירים שהיא אישרה. כאמור, המשרד טוען שאין לו מסד נתונים לכך.

5. **משך הליכי התמחור**: הליך תמחור של פעולות ראוי שלא יימשך זמן רב.

מבירורים עולה שהמשרד מתמחר פעולה בתהליך שנמשך כשנתיים, ובכל רגע נתון ממתינות כ-130-150 פעולות לתמחורן במשרד. סביר שקיומה של מערכת תמחיר ממוחשבת יכול לזרז את תהליך התמחור.

מבנה מערכת הבריאות בארץ

מערכות הבריאות, בישראל ובעולם, הן מערכות מורכבות. בין השאר הן מאופיינות על ידי תחרות בין הגורמים הפועלים בהן, ועל ידי אופנים שונים של ההסדרה הממשלתית (רגולציה) הנהוגה בהם.

בישראל ארבע קופות חולים המבטחות את האוכלוסייה ומספקות לה שירותי בריאות לפי החוק - הכללית, מכבי, מאוחדת ולאומית. בגרמניה למשל יש 200 קופות חולים, ובהולנד - 30.

התפלגות המבוטחים בין הקופות בשנים 2004-2008 מעלה כי קופה אחת - הכללית - מבטחת כ-53% מהאוכלוסייה (אף שבמשך השנים מסתמנת בחלקה מגמת ירידה), ושתי קופות - הכללית ומכבי - מבטחות כמעט 80% מהאוכלוסייה[98].

החוק נועד בין השאר לשפר את איכות הטיפול והשירות לציבור באמצעות עידוד התחרות בין קופות החולים. לשם כך התירו התקנות לקופות לעסוק בשיווק עצמי שלהן, כדי לעודד ניידות מבוטחים ביניהן. יחד עם זאת, הניידות בין הקופות מוגבלת מאוד בשיעורה - מנתוני המוסד לביטוח לאומי עולה כי שיעור המבוטחים שעבר מקופה לקופה בשנים 2005, 2006, 2007 ו-2008 היה כ-1.4%, 1.3%, 1.6% ו-1.3% בהתאמה[99].

מול ארבע הקופות פועלים בתי חולים כלליים - 11 בתי חולים ממשלתיים (9 מהם ממשלתיים ושניים עירוניים-ממשלתיים), 8 בתי חולים בבעלות הכללית, בית חולים אחד בבעלות מאוחדת, 16 בתי חולים ציבוריים אחרים (כגון הדסה ושערי צדק) ו-11 בתי חולים פרטיים.

ההיקף הכספי של השירותים שמוכר כל בית חולים ממשלתי הוא כיום מאות מיליוני ש"ח בשנה, ויכול להגיע עד כמיליארד ש"ח בשנה בבית חולים גדול. אם תתווסף לכך הפעילות של תאגידי הבריאות יגיע הסכום לכמיליארד וחצי ש"ח בשנה. המדינה תומכת במרבית בתי החולים הממשלתיים, ואף באחרים, ואין קריטריונים גלויים בעניין זה[100]. אין רשות אשפוז שתפקידה לפקח על הנעשה במערכת האשפוז (ראו לעיל), והמשרד ממלא תפקיד זה. בבית חולים גם אין גוף ניהולי,

---

98 מספר המבוטחים בשנת 2008 היה כ-7.4 מיליון איש.

99 עוד על הניידות בין הקופות ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 56ב** (2006), בפרק "אמצעים להגברת התחרות בין קופות החולים וניידות המבוטחים ביניהן", עמ' 517.

100 עיון בספר התקציב אינו מספק מידע זה.

כמו דירקטוריון, ואין משטר תאגידי הראוי לגוף כה גדול. כאמור, משרדי הבריאות והאוצר וכל מערכת הבריאות מודעים כבר למעלה מעשרים שנה לצורך בתאגודם של בתי החולים, אולם עד כה הדבר לא בוצע.

אשר לבתי החולים הפרטיים - שניים מהם ניזונים מכספי ציבור והם בבעלות קופות חולים: אסותא בבעלות מלאה של מכבי, והרצליה מדיקל סנטר בבעלות חלקית של הכללית. לכך כמה השלכות: 1. יש זליגה של כוח אדם מבתי החולים הציבוריים לבתי החולים הפרטיים, דבר שגורם לעתים לאי-ניצול של תשתיות כגון חדרי ניתוח בבתי החולים הציבוריים. 2. בבתי חולים ציבוריים יש מענה מצומצם לצורך בנוכחות כוח אדם מקצועי בכיר בשעות הערב. 3. בתי חולים פרטיים אינם נוטים לנתח חולים קשים, כי הדבר לא כדאי להם (תופעה הידועה בשם "גריפת השמנת").

למשרד יש כמה תפקידים: לייצר ולספק שירותי בריאות, לגבש מדיניות בריאות, לתאם ולפקח על מערכת הבריאות. זהו מצב מובנה של ניגוד עניינים[101]. גם בעבר העיר משרד מבקר המדינה כי 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[102].

שוק הבריאות בארץ אינו שוק משוכלל, שיש בו קונים ומוכרים רבים, ואין בו תחרות משוכללת. זהו שוק בעל מספר קטן של רוכשי שירותים (בעיקר הקופות) ומספר מצומצם אך גדול יותר של בתי חולים. המשרד, שהוא הרגולטור, הוא גם בעלים של בתי חולים. גם הכללית, שמבטחת את רוב האוכלוסייה, היא בעלים של בתי חולים ומעדיפה אותם. לכן נוצרים בשוק הבריאות עיוותים. במערכת מורכבת כזו קיימים הסדרי תגמול שונים בין הקופות המבטחות לבתי החולים נותני השירותים. על רקע הכשלים הרבים המאפיינים את מערכת הבריאות יש מקום שמשרדי הבריאות והאוצר יבחנו את כל מערכות היחסים בין הקופות לבתי החולים הכלליים.

סיכום

הסדרי הבחירה הנהוגים כיום מקנים לקופות החולים חופש בחירה כמעט מוחלט בקביעת נותני השירותים למבוטחיהן, מה שמוביל בין השאר לחיזוק הרפואה הפרטית על חשבון הציבורית, כי סביר שמבוטח בעל אמצעים הנתקל בהגבלות בבחירת נותן שירותים יפנה לרפואה הפרטית. ראוי שהמשרד יבחן את צמצום חופש הבחירה לקופות והרחבתו למבוטחים, ואת העלויות הכרוכות בכך. בין היתר ניתן למשל לשקול לצורך כך פיילוט אזורי. יש לציין כי כדי לשפר את יכולת המבוטחים לבחור נותן שירותים, ראוי שהמשרד יבחן הכנה ופרסום של אמות מידה להשוואה בין נותני שירותים (ובעיקר בתי חולים).

---

101 עוד על תפקידיו של המשרד ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 59ב** (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399; מבקר המדינה, **דוח שנתי 54ב** (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 463; מבקר המדינה, **דוח שנתי 53ב**, בפרק "עבודת המטה במשרדי הממשלה" עמ' 78; מבקר המדינה, **דוח שנתי 50ב** (2000), בפרק "הסדרי התחשבנות בין קופות החולים לבין בתי חולים ממשלתיים", עמ' 122.

102 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 54ב** (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 468.

ככלל, מחירי שירותים רפואיים צריכים להיות ריאליים ולשקף את העלויות שלהם, שכן המחירים קובעים סדרי עדיפויות ומשפיעים על הצריכה, ומן הסתם על בריאות הציבור. מחירים גבוהים מדי מעודדים את נותני השירות לגרום לצריכת יתר של שירותים ולבזבוז משאבים, ולעומת זאת, מחירים נמוכים מדי עלולים לתמרץ את נותני השירות הרפואי לצמצם את היקף השירות, ליצור תורים מכוונים, ולפגוע בכך בבריאות הציבור. במשך שנים לא נבנו במערכת הבריאות כלי תמחור ראויים, ונוצרו בה עיוותים גדולים - קיים תמחור יתר בשירותים אמבולטוריים ותמחור חסר בשירותים אשפוזיים.

בגין מחירים גבוהים של שירותים רפואיים מעדיפות קופות החולים לפתח בעצמן שירותים אלה או לקנותם מנותני שירותים אחרים. לטענתן, עלותם של התחליפים לשירותים הרפואיים של בתי החולים, כגון שירותים אמבולטוריים אחדים, נמוכה משמעותית ממחירון משרד הבריאות. התוצאה היא כפל תשתיות בבתי החולים ובקהילה, וניצול לא מלא של התשתיות הקיימות. כך נגרם בזבוז של משאבים לאומיים.

בתי החולים מספקים שירותי בריאות רבים. אחד הכלים הניהוליים במערכת כלכלית כה גדולה הוא מערכת תמחיר ממוחשבת, המאפשרת לבחון את הקשר בין תשומות ובין תפוקות ולקבל תמונה כוללת ונאותה של 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 הקים מערכת כזו.

כפל תפקידיו של משרד הבריאות, המשמש רגולטור וגם בעלים של בתי חולים, מקשה עליו במילוי תפקידיו בנושאי תמחור שירותי הבריאות. המלצות רבות לניתוק המשרד מבתי החולים הממשלתיים לא התמלאו.

ממועד הביקורת הקודמת, בשנת 2003, אז היה נהוג מחיר יום אשפוז אחיד בכל המחלקות, קבע המשרד מחירים מיוחדים לשתי מחלקות אשפוז בלבד, אולם קבוצת המחירים לשירותים הדיפרנציאליים לא התרחבה דיה, וקבוצת המחירים לשירותים האמבולטוריים עדיין מתומחרת ביתר. המשרד החליט לתמחר את שירותי הליבה של בתי החולים, אולם עדיין לא נקבעה רשימת שירותים אלה, וממילא המשרד לא החל לתמחרה. מן הראוי לקדם את סוגיית התמחור, הן של ימי אשפוז בשאר המחלקות, הן של הפעולות הדיפרנציאליות והן של שירותים אמבולטוריים.

שוק הבריאות אינו שוק משוכלל ויש בו כשלים - יש בו מספר מצומצם של קונים (ארבע קופות החולים בעיקר) ומספר מצומצם, אף כי רב יותר, של מוכרים (בתי החולים), ומשרד הבריאות שהוא הרגולטור הוא גם בעלים של חלק מהם. גם הכללית כמבטחת היא בעלים של בתי חולים. מערכת הבריאות הפרטית הולכת ומתחזקת על חשבון המערכת הציבורית. ראוי שהמשרד ומשרד האוצר יבחנו את כל מערכת היחסים בין קופות החולים כמבטחים ובין בתי החולים כנותני שירותים, וכן יבחנו דרכים להגברת היעילות ולמניעת ניגודי עניינים. יש לשקול לעצב כללי משחק חדשים. מתחייבת עבודת מטה שתתחשב בכל הוועדות שפעלו בעבר בנדון, ותבחן את החלופות, ולאחר מכן נדרשת פעולה נחרצת של המשרד ושל משרד האוצר ליישום מסקנות והמלצות עבודת המטה.