

משרד הבריאות

פעולות הביקורת

במשרד הבריאות, במשרד האוצר, בקופות החולים ובבתי חולים נבדקו סוגיות הנוגעות לשירותי מערכת הרפואה הפרטית. בכלל זה נבדקו מספרי הניתוחים במערכת הפרטית ובמערכת הציבורית; הפיקוח של משרד הבריאות על בתי חולים פרטיים; השפעותיהם של בתי החולים הפרטיים ושל "תיירות רפואית" על הרפואה במערכת הציבורית; מידע בגין סיבוכים רפואיים שנגרמו בבתי חולים פרטיים ותשלום עבורם; ותהליך קבלת ההחלטות על הקמת בית החולים באשדוד.

במשרד הבריאות, בבתי חולים ובקופות החולים נבדקו הפעולות שנקטו גופים אלה להקטנת תופעת הזיהומים במוסדות רפואיים שנגרמים מחיידקים, מפטריות ומווירוסים. בכלל זה נבדקו פיקוחו של משרד הבריאות על מוסדות הבריאות השונים, היקף כוח האדם העוסק בתחום ופעולות קופות החולים למניעת זיהומים, לרבות שימוש מושכל באנטיביוטיקה.

במשרד הבריאות, במשרד האוצר, בקופות החולים, בבתי חולים כלליים, בבתי חולים ממשלתיים לגריאטריה ולפסיכיאטריה ובלשכות בריאות מחוזיות נבדקו סוגיות הנוגעות לתחום הבינוי והתשתיות. בכלל זה נבדקו מצב הבינוי והתשתיות בבתי החולים; רמת המיגון לעתות חירום; רמת המוכנות של התשתיות לשרפות ורעידות אדמה; סדרי תקצובן של תכניות הפיתוח והתחזוקה בבתי החולים; האסדרה (רגולציה) של תקציבי הפיתוח של קופות החולים; הקצאתם של שטחים ייעודיים לבניית מרפאות של קופות החולים בערים חדשות ובשכונות חדשות; וסוגיית מתן הרישיונות מטעם הרשויות המקומיות להפעלת מרפאות של רופאים עצמאיים בבתי מגורים.

במשרד הבריאות, בקופות החולים ובכמה בתי חולים הנמצאים באזורי פריפריה מובהקים בדרום ובצפון נבדקו שירותי הבריאות הניתנים בהם לעומת השירותים המקבילים הניתנים במרכז הארץ. בכלל זה נבדקו נתוני הבריאות של האוכלוסייה והתשתיות לאספקת השירותים בפריפריה לעומת המרכז; קשיים בהפעלת בתי חולים בפריפריה; כוח האדם הרפואי והסיעודי; מוקדים רפואיים; הכללת הפריפריה במקורות הכספיים של הקופות; והפעילות לשם צמצום הפערים.

במשרד הבריאות, בבתי חולים, בקופות החולים, במשרד החינוך, במשרד התרבות והספורט ובצה"ל נבדקו סוגיות הנוגעות להפרעות אכילה (בעיקר אנורקסיה). בכלל זה נבדקו מספר מיטות האשפוז, העמדות לאשפוז יום והעמדות לטיפול יום ופריסתן הארצית; פעילות המרפאות הייעודיות והבתים

השיקומיים; תמחור השירותים לעומת עלותם; הרצף הטיפולי בין המסגרות; פעולות משרד הבריאות לפיקוח על מערך הטיפול הלאומי בהפרעות אכילה ולאסדרתו; תקינת כוח אדם וגיוס אנשי מקצוע; איתור ומניעה של הפרעות אכילה בקרב תלמידות, רקדניות וספורטאיות; אבחון ההפרעות בקרב חיילות וטיפול בחיילות הסובלות מהן; ופעולות לביצוע שינויי חקיקה בתחום.

במשרד הבריאות, ביחידות להפריה חוץ-גופית בבתי חולים ובקופות החולים נבדקו סוגיות הנוגעות להפריה חוץ-גופית, ובכלל זה הבקרה של משרד הבריאות על היחידות; מספר היחידות ופיזורן בארץ; היקף הפעילות ביחידות במערכת הבריאות הציבורית והפרטית; הקריטריונים לזכאות לטיפול הפריה חוץ-גופית; אחסנתן של ביציות מופרות מוקפאות; תקני כוח האדם של היחידות להפריה חוץ-גופית; ותנאי מיזוג האוויר במעבדות היחידות.

היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח

תקציר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי עקרונות היסוד שעליהם יושבת ביטוח הבריאות הם צדק, שוויון ועזרה הדדית.

מקורות המימון של מערכת הבריאות בישראל הם ציבוריים ופרטיים, ובכלל זה כספי תרומות. מקורות המימון הציבוריים של מערכת הבריאות בישראל הם תקציב המדינה ותשלומי דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח הלאומי. המימון הפרטי נחלק לסוגים שונים - השתתפות עצמית¹, תשלום עבור שירותי בריאות נוספים של קופות החולים (להלן - שב"ן), תשלומים עבור שירותים שאינם כלולים בחוק וביטוחי בריאות פרטיים. בשנת 2011 הסתכם המימון הפרטי של מערכת הבריאות בישראל בכ-38% מההוצאה הלאומית על בריאות.

ארבע קופות החולים (להלן גם - הקופות) אחראיות לאספקת שירותי אשפוז ושירותים רפואיים אמבולטוריים² הקבועים ב"סל שירותי הבריאות הממלכתי" (להלן - הסל) במישרין לכל התושבים. הדבר מתבצע באמצעות מרפאות בקהילה ובאמצעות קניית שירותים מבתי חולים כלליים בבעלות שונות: ממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים, בבעלות הכללית, בבעלות מאוחדת, ובתי חולים ציבוריים כלליים אחרים כגון "הדסה" ו"שערי צדק"³. בארץ פועלים גם 11 בתי חולים פרטיים⁴.

בתי החולים הפרטיים מתאפיינים בכך שמבוצעות בהם פעולות רפואיות באופן אלקטיבי (מתוכנן). בתי החולים הפרטיים הם כיום בין היתר ספקי שירותים עבור תכניות השב"ן, שבהן חברים כ-73% מחברי הקופות, עבור הקופות לפעולות מסוימות שבסל, ועבור חברות הביטוח המסחריות המשווקות פוליסות ביטוח בריאות פרטיות.

הדעה הרווחת במערכת הבריאות ובקרב מומחים באקדמיה היא שהרפואה במערכת הפרטית היא גורם חיוני שתורם למערכת הבריאות, ומקדם תחרות והתייעלות. בה בעת, הרחבה ניכרת של שירותי הרפואה במערכת הפרטית ומימון ממקורות פרטיים עלולים לגרום לתופעות שליליות שונות בתחום הרפואה הציבורית, בהן פגיעה בצביונה השוויוני של מערכת הבריאות, דבר שאינו עולה בקנה אחד עם העקרונות שעליהם מבוסס החוק.

1 בעבור תרופות, ביקור אצל רופא, מכון, מרפאת חוץ וכו'.

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

3 לקראת מועד סיום דוח זה התמזגו שערי צדק וביקור חולים.

4 בחוק ההסדרים לשנת 2008 הוגדר "בית חולים כללי פרטי" כבית 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.

דוח זה מציג, בין היתר, תמונת מצב למקבלי ההחלטות ולציבור על כיווני ההתפתחות של הרפואה בבתי החולים הפרטיים ואת השפעותיהם על החברה, הבריאות והכלכלה המסתמנות ממנה. חלק מסוגיות מהותיות אלה של מדיניות הבריאות מצריכות דיון ציבורי לשם יצירת איזונים וכלי בקרה הנדרשים למערכת הבריאות - הציבורית והפרטית, אשר ישקפו את ערכי השוויון וכן לשם קביעת מדיניות עדכנית בתחום. ראוי להפיק תועלת מיתרונות הרפואה במערכת הפרטית, במינון הראוי למערכת הבריאות הלאומית.

פעולות הביקורת

בחודשים ינואר 2011 - מרץ 2012 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את נתוני משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) לגבי הפעילות הכירורגית-ניתוחית בבתי החולים הציבוריים והפרטיים בישראל. כמו כן נבדקו כלי הבקרה הקיימים שנועדו לאפשר למשרד ולמשרד האוצר לבחון איכותית וכמותית את השפעות הרפואה הפרטית על מערכת הבריאות בישראל ואת אופן יישומם של כלים אלה על פעילות הרפואה במערכת הפרטית ועל תחומי הרפואה הציבורית. השלמות מסוימות ביצע משרד מבקר המדינה בינואר 2013. דוח זה הוא חלק מרצף דוחות של משרד מבקר המדינה על מערכת הבריאות. הבדיקה התמקדה במיוחד בנושאים האלה: תמונת מצב של הפעילות הכירורגית-ניתוחית, בעיקר בבתי החולים הפרטיים, היקפה ושיעורה מכלל הפעולות הכירורגיות-ניתוחיות בישראל; תיאור סדרי הפיקוח של המשרד על בתי חולים פרטיים; השפעות פעילות בתי החולים הפרטיים על הרפואה במערכת הציבורית; מידע בגין סיבוכים רפואיים בבתי חולים פרטיים ותשלום בגינם; "תיירות רפואית" והשפעותיה; ותהליך קבלת ההחלטות להקמת בית החולים באשדוד. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, בארבע קופות החולים: "שירותי בריאות כללית" (להלן - הכללית), "מכבי שירותי בריאות" (להלן - מכבי), "קופת חולים מאוחדת" (להלן - מאוחדת) ו"לאומית שירותי בריאות" (להלן - לאומית), בכמה בתי חולים כלליים ממשלתיים, בכמה בתי חולים של הכללית, במשרד האוצר ובנציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם).

עיקרי הממצאים

הפעילות בבתי החולים הפרטיים - תמונת מצב

בתי חולים פרטיים פועלים בארץ זה שנים רבות בד בבד למערכת הבריאות הציבורית. עם זאת, בשנים האחרונות חל גידול בשיעורם ובהשפעותיהם על כלל מערכת הבריאות.

נמצא כי במרץ 2012 לא היו במערכת הבריאות נתונים בדוקים ואמינים על כמות הפעילות הכירורגית-ניתוחית בבתי החולים השונים, לפיכך אי-אפשר למדוד את שיעור הפעילות של המערכת הרפואית הפרטית לעומת שיעורה של המערכת הרפואית הציבורית. על פי תחשיב שהכין משרד מבקר המדינה, בבתי החולים הפרטיים בוצעו בשנת 2010, כרבע מהפעולות הכירורגיות-ניתוחיות בישראל (בין היתר במסגרת הסל). בחינה של התפתחות הפעילות הכירורגית-ניתוחית בבתי

החולים הפרטיים לעומת הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים, של הכללית וציבוריים אחרים בשנים 2005-2010 העלתה גידול של 22% בפעילות הכירורגית-ניתוחית של בתי החולים הפרטיים לעומת גידול של 14% בבתי החולים האחרים. דהיינו, בשנים האחרונות חל גידול בביצוע הניתוחים, לרבות ניתוחים מורכבים, המתבצעים בבתי חולים פרטיים. הדבר מתאפשר בעיקר באמצעות המימון שמקבל החולה מתכניות השב"ן של הקופות, שבהן חברים כ-73% מחברי הקופות, וכן באמצעות חברות הביטוח המסחריות.

התכניות למתן שירותי בריאות נוספים (שב"ן) והשפעתן על הרפואה במערכת הפרטית

התרחבות הרפואה הפרטית בישראל, במיוחד בתחום הניתוחים, מקורה בין השאר בעלייה ברמת החיים, בתוחלת החיים ובמודעות הציבור לאפשרויות של צריכת שירותי בריאות במסגרת השב"ן, שאינם כלולים בסל השירותים הבסיסי של ביטוח הבריאות הממלכתי, ומחירם החודשי אינו רב במיוחד. בשנים 2008-2011 גדל השימוש ברפואה הפרטית במימון השב"ן, בייחוד בשירותי בחירת רופא מנתח: ההוצאה של קופות החולים על ניתוחים בבתי החולים הפרטיים במסגרת השב"ן גדלה בפרק הזמן האמור ב-60%, ואילו שיעור התביעות לכיסוי עלותם של ניתוחים פרטיים במסגרות אלה גדל ב-42%. אולם, אין די נתונים במערכת הבריאות כדי לאמוד את הגידול הכספי בבתי החולים הציבוריים כתוצאה מהניתוחים המבוצעים שם.⁵

לפנים נבדלו הקופות זו מזו באמצעות מימון העלות של השב"ן.⁶ אולם בספטמבר 2000 קבע משרד הבריאות כי שירותי הבריאות הנוספים ימומנו במלואם מכספי השב"ן הנגבים מעמיתים. בעקבות החלטה זו נוצרה אחידות בנוגע למימון השב"ן בקופות. לפיכך, האינטרס הכלכלי של הקופות הוא שהמבוטח יצרוך שירותים רפואיים באמצעות השב"ן ולא באמצעות הסל. שכן, אם שירותים אלה ימומנו במלואם באמצעות השב"ן ומכספם של המבוטחים, ייוותרו בידי הקופות כספי הסל למימון כלל הפעילות הרפואית, להקטנת גירעונות או אף ליצירת עודפים. עקב כך, ולנוכח האפשרות לבחור את הרופא שיתח את החולה ואף ליהנות מזמני המתנה קצרים יותר לניתוח מאשר במערכת הציבורית, חל גידול ניכר בשנים האחרונות בצריכת שירותי בריאות במערכת הפרטית במימון השב"ן ובעקבות כך חל גידול בפעילות בתי החולים הפרטיים.

משרד מבקר המדינה העלה כי בשנת 2011 שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל היה 7.7% מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג), ואילו ב-27 מדינות OECD ובמדינות מערביות היה שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2010 יותר מ-11% מהתמ"ג. מומחים מניחים כי אפשר להסביר את ההפרש בשיעור קשישים קטן יותר

5 מחיר יום אשפוז ממוצע עלה בשנים 2007-2010 בכ-13%; הכנסות המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים מימי אשפוז גדלו בכ-16%; הכנסות המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים מפעולות דיפרנציאליות (פעולות הכוללות גם ניתוחים שונים) גדלו בכ-52%. גידול ניכר זה מוסבר בין השאר בהעברת טיפולים שהיו כלולים במחיר ימי האשפוז לפעולות מוגדרות המתומחרות בנפרד.

6 הכללית מימנה 75% מעלות שירותי השב"ן באמצעות הסל, ואת היתרה בסך 25% מימנה באמצעות כספי השב"ן הנגבים מהעמיתים; לעומת זאת מכבי מימנה 75% משירותי השב"ן על חשבון תכנית השב"ן, ו-25% על חשבון הסל.

בישראל לעומת מדינות ה-OECD וחשוב אף יותר, שיעור המימון הציבורי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל הוא מהנמוכים במדינות ה-OECD. יתר על כן, בישראל נמצא שיעור זה בשנים האחרונות במגמת ירידה. לעומת זאת, שיעור המימון הפרטי בישראל גבוה יחסית ועד שנת 2009 היה במגמת עלייה.⁷

רפואה פרטית ורפואה ציבורית מעורבת בבתי החולים

בבתי החולים הפרטיים מתבצעת גם רפואה ציבורית במימון המדינה במסגרת הסל, למשל מתן שירותי הדמיה, דיאליזה, הפריה חוץ-גופית, טיפולים אונקולוגיים וכירורגיה.⁸ בבתי חולים ממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים ושל הכללית מתבצעת גם פעילות פרטית שלא במסגרת הסל, דוגמת "תיירות רפואית", מלונית לאחר לידה, בדיקות סקר מנהלים ורפואת מטיילים. לפי נתוני משרד הבריאות, מדובר בשיעורים של עד 10% מסך הכנסות אותם בתי חולים. לדעת משרד מבקר המדינה, גם לשיעור של 10% רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים מסוימים יש ערך רב ופעילות זו מחייבת בדיקה, הערכה ונקיטת מדיניות והליכים של אסדרה כדי לתחום זאת ולהקטין את הפגיעה האפשרית ברפואה הציבורית.

היעדר בקרה בעניין ביצוע פעולות במערכת הרפואית הפרטית

ברפואה במערכת הציבורית קיימת בקרה מובנית: בשעה שרופא במערכת הציבורית שוקל אם על חולה לעבור ניתוח מסוים, הרי שעקב המבנה ההיררכי של בית החולים, עמיתיו של הרופא מבקרים את החלטתו; הם דנים בה, מקבלים או דוחים אותה, מהבחינה העניינית-רפואית. זאת ועוד, במסגרת הרפואה במערכת הציבורית המלצת הרופא על ניתוח אינה אמורה להיטיב עמו מהבחינה הכלכלית, כלומר החשש לניגוד עניינים קטן. לעומת זאת, החלטות שמקבל רופא פרטי לגבי מטופליו עלולות להיות נגועות בניגוד עניינים; שכן הוא מקבל שכר עבור הייעוץ, ואם יבצע את הניתוח יקבל גם שכר עבורו. אף על פי כן החלטות אלה מתקבלות בלא בקרה של עמיתים בתחום. ואכן רופאים כירורגים בכירים התריעו לפני נציגי משרד מבקר המדינה כי לעתים מתבצעים ניתוחים מיותרים במערכת הרפואה הפרטית. יודגש כי אין בכוונת משרד מבקר המדינה להכתים את כלל ציבור הרופאים העוסקים ברפואה פרטית אלא להצביע על הצורך בבקרה. יודגש כי ככלל, רופאים העוסקים ברפואה פרטית הם אנשי מקצוע ששבוותן הרופא היא נר לרגליהם וסביר להניח שהחלטותיהם בדבר ניתוחים הן ראויות. אלא שכאמור, עלולים להיות יוצאים מן הכלל ואת הסוגיה הזאת יש להסדיר.

נמצא כי מאוחדת היא הקופה היחידה מבין ארבע הקופות המבצעת בקרה רפואית על הצורך בניתוח במסגרת השב"ץ באמצעות רופאים בכירים ביותר. לדבריה סביר להניח כי הליך זה מצמצם את שיעור הניתוחים המיותרים. הכללית מבצעת בקרה על

7 לפי הודעת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מיום 3.8.12, בשנים 2010 ו-2011 ירד חלקו של המימון הפרטי בהוצאה הלאומית ל-38% לעומת 39% בשנים 2008-2009.

8 לפי נתוני מכבי, כ-50% מהשירותים שהיא רוכשת באסותא מרכזים רפואיים בע"מ (להלן - אסותא) הם במסגרת הסל.

פרוצדורות מסוימות; לאומית מביאה לידיעתם של מבוטחי השב"ן באמצעות טופס מיוחד כי יש להם אפשרות לבצע את אותו הניתוח במערכת הרפואה הציבורית ללא תשלום, והיא אף מחתימה אותם על טופס זה. אין זה עניין רק לקופות; על משרד הבריאות כמאסדר לתת דעתו לסוגיה ולעצב כלי מעקב ובקרה.

תופעות לוואי במערכת ברפואה הציבורית של פעילות הרפואה במערכת הפרטית

1. הפחתה בשיעורי המשרה במגזר הציבורי: היצע הרופאים המנתחים בארץ מרוכז עדיין ברובו בבתי חולים הציבוריים. כמו כן חסרים רופאים מרדמים ואחיות חדרי ניתוח. הועלה כי מנהלי מחלקות, מנהלי יחידות ורופאים בכירים בבתי חולים ממשלתיים וממשלתיים-עירוניים הפחיתו את שיעורי משרתם⁹ לצורך עבודה בפרקטיקה פרטית בקהילה, בבתי חולים פרטיים או ברפואה במערכת הציבורית בקהילה. לעניין זה עלולות להיות השפעות מרחיקות לכת על רמת הרפואה בבתי חולים הציבוריים. לא נמצא כי המשרד גיבש עמדה בנדון ודן בנושא עם נש"ם או עם והסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י).

2. חשש לפגיעה בהוראה הקלינית: צמצום המשרות של מנהלי מחלקות משפיע גם על תחום ההוראה הקלינית ועל האווירה שבה מחנכים את רופאי העתיד. כמו כן, הכרה בהתמחות של מחלקה מותנית בעבודה במשרה מלאה של שני מומחים לפחות, אחד מהם מנהל המחלקה. עבודה של מנהל מחלקה במשרה חלקית עלולה לגרום למועצה המדעית שלא להכיר במחלקה כזאת כמתאימה להתמחות. ואף על פי שמדובר בנושא מהותי ביותר, משרד הבריאות, נש"ם והר"י לא דנו בכך.

3. שעות עבודה בלתי סבירות של מנתחים: על מנתח להיות במיטבו במהלך הניתוח. בביקורת עלה כי מנתחים מבצעים בבתי חולים פרטיים ניתוחים מורכבים שרמת הסיכון בהם גבוהה עד שעות הלילה המאוחרות. ניתוחים אלה נעשים לעתים אף לאחר ביצוע ניתוחים אחרי שעות העבודה באמצעות תאגיד הבריאות הפועל בבית החולים¹⁰. יתר על כן, ייתכן כי ביום שלמחרת יידרשו מנתחים אלה לבצע ניתוחים, שחלקם מורכבים בבית החולים הממשלתי.

מאחר ששעות העבודה האמורות של הרופאים כרוכות בסיכון הן לרופאים והן למטופלים שלהם, מתחייבת בקרה שתוודא שפעילותם עולה בקנה אחד עם חובת הרופאים לשמור על בטיחות החולה, עם חוק שעות עבודה ומנוחה, התשי"א-1951, ועם הוראות תקנון שירות המדינה (להלן - התקשי"ר) לעניין הגבלת שעות ההיתר לעבודה פרטית לרופאים.

4. ניגוד עניינים בשל עבודה במערכת הרפואה הציבורית ובפרקטיקה פרטית: רופא שעובד בבית חולים ממשלתי או ציבורי ובבית חולים פרטי עלול להימצא במצב של ניגוד עניינים; אם יעביר לבית חולים פרטי חולה

9 לפי נתוני המשרד, שמונה מנהלי מחלקות בבתי חולים ממשלתיים הפחיתו את שיעורי משרתם, מגמה זו עלולה אף להתרחב.

10 בכל בית חולים ממשלתי יש תאגיד בריאות שמאוגד כעמותה שהיא ישות משפטית נפרדת מבית החולים. התאגיד מעסיק עובדים, בין השאר מבית החולים, ויש לו הכנסות ממתן שירותים רפואיים, תרומות, מחקרים ועוד. פעולות רבות נעשות במסגרת תאגיד הבריאות לאחר שעות הפעילות הרגילות בבתי החולים.

שבו הוא מטפל בבית החולים הממשלתי או הציבורי, תזכה אותו ההעברה הזאת בתוספת הכנסה. בתקשי"ר, בפרק "עבודה פרטית, עבודה נוספת ופרקטיקה פרטית", צוינו התנאים והמגבלות למתן היתר לעבודה פרטית לרופאים. רופא המבקש אישור לפרקטיקה פרטית ממלא טופס בקשה שבו מפורטים תנאי התקשי"ר בנושא¹¹, שנועדו בין השאר למנוע מצב של ניגוד עניינים.

בבדיקה מדגמית שעשה משרד מבקר המדינה עלה כי חולים לא מעטים שנבדקו במרפאות החוץ של בתי החולים הממשלתיים והממשלתיים-עירוניים נותחו אחר כך וסמוך למועד הביקור בבית חולים פרטי על ידי רופא העובד באותו בית החולים הממשלתי¹² או הממשלתי-עירוני. נמצא כי החולים שנותחו בבית חולים פרטי על ידי רופא שעובד גם בבית חולים הממשלתי או הממשלתי-עירוני - נבדקו לאחר הניתוח לשם מעקב במרפאות החוץ של בית החולים הממשלתי, ושם טיפל בהם הרופא שניתח אותם, הפעם במעמד של רופא בשירות הציבורי. לא רק שאותם רופאים לא עמדו במגבלות שפורטו בטופס הבקשה אלא שהדבר גם מעורר חשש לניצול משאבים של המערכת הציבורית לטובת המערכת הפרטית.

נמצא כי הן מנהלי בתי החולים, הן משרד הבריאות והן נש"ם לא ביצעו בקרה שיטתית ויזומה כדי לבדוק אם רופאים העוסקים בפרקטיקה פרטית מקיימים את האמור בטופס הבקשה כאמור, המפרט את תנאי התקשי"ר.

5. תפוקות של מנתחים בבתי חולים ממשלתיים: בביקורת עלה כי לעתים נפגעת תפוקתם של רופאים בכירים המנתחים בבתי חולים ממשלתיים, בכלל זה פוחת שיעור הניתוחים שהם מבצעים בהם. הדבר גורם לניצול לא יעיל של משאבי בתי החולים הממשלתיים (כוח אדם מנוסה וחדרי ניתוח¹³), פוגע בהכנסותיהם של בתי החולים ובאפשרות לאיזון התקציבי וכן פוגע בשוויון כלפי תושבים הזקוקים לניתוח ואינם מבוססים בשב"ן, חלקם משתייכים לאוכלוסיות חלשות שידן אינה משגת לרכוש תכניות בשב"ן.

6. היעדר פיקוח נאות על הפעלת שר"פ בבתי חולים ציבוריים: שר"פ פועל שנים רבות בבתי החולים הציבוריים בירושלים (הדסה, שערי צדק, ביקור חולים) ובבתי חולים שמחוץ לירושלים (מעייני הישועה ולניאדו). אולם משרד הבריאות אינו בודק אם בתי החולים האמורים עומדים במגבלות שקבעו לעצמם בתחום השר"פ¹⁴. כמו כן, המשרד כמאסדר לא קבע מגבלות ראויות לגבי בתי החולים בתחום זה ואף אינו מפקח עליהם. מכאן, אין ביקורת ובקרה ציבורית על הנעשה בבתי חולים אלה, והדבר עשוי להביא למתן משקל יתר לרפואה הפרטית על

11 בתנאים המופיעים בטופס הבקשה נכתבו אלה: אם חולה עומד לעזוב את בית החולים, יש להפנותו לשם המשך טיפול אך ורק לרופא המטפל ששלח את החולה למחלקה; לרופא בעל היתר לפרקטיקה פרטית אסור להזמין לביתו לשם המשך טיפול חולה העוזב את בית החולים, אפילו מדובר בטיפול ללא תשלום. כמו כן, אסור להפנות חולה לרופא מרופאי המוסד; לרופא בעל היתר לפרקטיקה פרטית אסור לטפל בחולה העוזב את המחלקה, גם אם נשלח על ידי רופא מסוים מבית החולים.

12 בתחומים של ניתוחי לב, גניקולוגיה ונירורולוגיה.

13 זמני הניתוח של רופאים בכירים ומנוסים קצרים בדרך כלל מזה של רופאים לא בכירים.

14 מגבלות הקובעות את שיעור הפעילות של המחלקה או הרופא במסגרת שר"פ מכלל הפעילות שהם מבצעים.

חשבון הרפואה הציבורית. עולה גם חשש לביצוע ניתוחים פשוטים על ידי רופאים מומחים בכירים שזמנם יקר יחסית.¹⁵

הפיקוח של משרד הבריאות על בתי החולים הפרטיים

הצורך בעדכון נוהלי משרד הבריאות לגבי פעילות רפואית בבתי חולים פרטיים

משרד הבריאות מקיים, על פי רשימה קבועה, בקרה תקופתית לקראת חידוש הרישיון של בתי חולים פרטיים. הועלה כי רק עקב סיבוכים שחלו במצבם של חולים שנותחו בבתי חולים פרטיים בשל היעדר מעקב כנדרש אחר מצבם עד שחרורם חש המשרד בצורך לבחון את תהליכי העבודה בבתי חולים פרטיים; רק בנובמבר 2010 החל המשרד לגבש טיוטת חוזר להסדרת הנושא. לאחר סיום הביקורת, אפריל 2012, פרסם המשרד חוזר סופי בעניין זה¹⁶. לפי החוזר, בתי חולים פרטיים ימנו לכל מטופל רופא מטפל, והוא יהיה אחראי למעקב השוטף אחר מצבו עד שחרורו מבית החולים. רופא זה אינו בהכרח הרופא שהחולה בחר בו לנתחו. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות להדגיש את הדבר לפני הציבור ולא להסתפק בפרסום החוזר באתר האינטרנט שלו. ראוי לפרסם זאת באמצעי תקשורת נוספים.

מבנה מערכת הבריאות בארץ - ריכוזיות וניגוד עניינים מוסדי

משרד הבריאות - ניגוד עניינים מוסדי: משרד מבקר המדינה העיר כי מאחר שמערכת הבריאות אינה מתנהלת כשוק משוכלל, חשוב שמשרד הבריאות יפקח עליה¹⁷. ואולם, הואיל ומשרד הבריאות הוא הבעלים של בתי החולים הממשלתיים ואף מפקח עליהם, ספק אם ביכולתו למלא את תפקידיו כמפקח כנדרש¹⁸. יש בתפקידיו אלה של המשרד כדי לעורר חשש לניגוד עניינים¹⁹. נוכח כל החסרונות האמורים לעיל, מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים עסקו כמה ועדות ממלכתיות בהפרדה בין המשרד לבתי החולים שהוא מפעיל ובמודל הרצוי של אופן ההתאגדות המשפטית של בתי החולים. נוסף על כך קיבלה הממשלה בשנים 1997-2007 החלטות שונות בנושא מעמד בתי החולים הכלליים. אולם בדצמבר 2012 הנושא עדיין לא הוסדר.

קופות החולים - מבנה ריכוזי וחשש לניגוד עניינים: א. הכללית, מכבי ומאוחדת מחזיקות גם בבתי חולים פרטיים. הכללית היא הבעלים

15 מרים גרינשטיין, גור עופר וברוך רוזן, דוח מחקר בנושא "שר"פ בבתי חולים בירושלים - סוגיות נבחרות", של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (2006).

16 חוזר 10/2012 בנושא "נוהלי עבודה בבתי חולים פרטיים כלליים/כירורגיים".

17 למשל על הסכמי רכש של שירותים רפואיים שנחתמים בין קופות החולים לבתי החולים.

18 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2004, בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 468.

19 עוד על תפקידיו של המשרד ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2009, בפרק "תאגידי הבריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399; דוח שנתי 2004, בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 463; דוח שנתי 2003, בפרק "עבודת המטה במשרדי הממשלה", עמ' 78; דוח שנתי 2000, בפרק "הסדרי התחשבות בין קופות החולים לבין בתי חולים ממשלתיים", עמ' 122.

של שמונה בתי חולים כלליים וכן היא מחזיקה ב-40% ממניות בית החולים הפרטי "הרצליה מדיקל סנטר". מכבי מחזיקה בכ-95% מהמניות הרגילות של אסותא מרכזים רפואיים, ושאר המניות מוחזקות בידי מכבי מגן - אגודה שיתופית בבעלות חברי מכבי. לאסותא יש רשת של בתי חולים פרטיים²⁰, מרפאות ומכונים פרטיים המספקים מגוון רחב של שירותי בריאות למבוטחי כל קופות החולים ולמטופלים פרטיים. כל קופות החולים רוכשות ממנה שירותים. מאוחדת מחזיקה בבעלותה את "משגב לדך", בית חולים פרטי שבירושלים²¹. לשלוש הקופות האמורות נוצר עניין בהבטחת ההכנסות של בתי החולים הפרטיים שהן שותפות באחזקתם.

ב. לסוף שנת 2011 אסותא הייתה חייבת לבנק מסחרי פירעון של חוב - משכנתא בסך כ-850 מיליון ש"ח עבור הקמת בית החולים. היקף החוב וקשרי הבעלות בין מכבי לאסותא מעורר חשש לניגוד עניינים מוסדי. הדבר מחייב ניטור ובקרה של המאסדר, כמו גם חובת זהירות רבה של מוסדות מכבי.

כך מתאפיינת מערכת הבריאות יותר ויותר כמבנה של שוק ריכוזי ובו שליטה אנכית: הקופות, האחראיות למתן שירותי בריאות למבוטחייהן, קשורות בקשרי בעלות ושליטה עם בתי חולים מסוימים - ספקי השירות בפועל. לכל קופות החולים יש אינטרס מיוחד להפנות מבוטחים לצריכת שירותים דווקא במימון תכניות השב"ן שלהן ולא במימון של הבריאות, אולם הכללית, ומכבי מעוניינות בכך במיוחד, בשל בעלותן על בתי חולים פרטיים. יתרה מזו, מדיניות משרד האוצר היא לעודד שליטה אנכית זו של הקופות, דהיינו הכללת נותני שירותים רפואיים למיניהם במסגרת הקופות ובעלותן ולא דווקא לעודד את הקופות לרכוש שירותי בריאות מנותני השירותים²². כך נוצר ומתעצם מבנה מערכתי מורכב המתאפיין בריכוזיות, והדבר מעורר חשש לפגיעה בתחרות ובעקרון חופש העיסוק.

כפל ביטוח בין השב"ן לחברות הביטוח הפרטיות

עמיתים רבים רוכשים ביטוחי בריאות בחברות ביטוח מסחריות פרטיות נוסף על תכניות השב"ן שמציעות קופות החולים, ובין הביטוחים האלה יש חפיפה. רכישת שני סוגי ביטוח שיש חפיפה ביניהם יוצרת מצב של כפל ביטוח, כלומר הצרכן משלם פעמיים על ביטוח עבור אותם שירותים. בכך גדלה ההוצאה הפרטית וההוצאה הלאומית לבריאות ללא שיפור בבריאותו של המבוטח²³. מנתוני אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר עולה כי בשנים 2011-2003 חל גידול ניכר בדמי ביטוח הבריאות (עד כדי כמעט שילוש של סך הפרמיות המשולמות בשנים אלה), ובשנת 2011 הם הסתכמו בכ-6.4 מיליארד ש"ח²⁴. הבדיקה מעלה תופעה שבה חברות

20 בשנת 2009 נפתח בתל אביב מבנה חדש של אסותא. כדי לרכשו נטלה אסותא הלוואות שיתרתן לסוף שנת 2011 הייתה כ-850 מיליון ש"ח. כדי להבטיח שההלוואות יוחזרו נרשמה לטובת הבנק משכנתא מדרגה ראשונה, ללא הגבלה בסכום, בגין הזכויות במקרקעין.

21 במועד הביקורת לא התבצעה בבית החולים פעילות כירורגית - ניתוחית.

22 עמדת מיעוט בדוח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים בראשות מר משה ליאון (דוח ליאון, מאי 2004).

23 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2006, בפרק "שירותי בריאות נוספים - שמירת זכויות עמיתים", עמ' 471.

24 משרד האוצר, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון - ביטוח כללי, דוח שנתי 2011, "עלייה של 142% משנת 2003".

הביטוח המסחרי מעודדות את עמיתיהן, שפונים להפעיל את פוליסת ביטוח הבריאות הפרטית שלהם, להפעיל את השב"ן בקופות החולים ואף נותנות להם גמול כספי כדי להימנע מלהפעיל את פוליסת הביטוח הפרטי.

בדצמבר 2012 עדיין לא גיבש משרד האוצר בשיתוף משרד הבריאות פתרון לסוגיית כפל הביטוח, הגורם נזק למבוטחים, מגדיל את הוצאה הלאומית לבריאות, ללא שיפור בבריאותו של המבוטח. ראוי ששני המשרדים יפעלו במשותף ובהקדם לצמצום תופעה זו.

סדרי קבלת ההחלטות בדבר הקמת בית החולים באשדוד והפעלת שר"פ בו

1. עבודת המטה: בשנת 2002 פורסם חוק בית חולים אשדוד (הקמה והפעלה), התשס"ב-2002 (להלן - חוק בית החולים אשדוד) שלפיו יוקם בית חולים באשדוד באמצעות מכרז פומבי להתקשרות עם יזם לתכנון, להקמה, להחזקה ולהפעלה. בחוק האמור נקבע כי בית החולים יכלול כ-300 מיטות לפחות, וכי על מנכ"ל משרד הבריאות לתת אישור להקמת בית החולים בתוך חודש ימים מיום ההתקשרות עם היזם. הוראת סעיף זה בחוק תחול על אף הוראות סעיף 24א לפקודה, שלפיה המנהל של שירותי הרפואה ייתן אישור הקמה לבית החולים בהתחשב בכמה שיקולים, לרבות בדיקת צורכי האוכלוסייה באזור והטלת מעמסה על ההוצאה הלאומית לבריאות²⁵. החוק גם קבע שאם לא ייבחר זוכה במכרז בתוך שישה חודשים מיום פרסומו, המדינה היא שתתכנן את בית החולים ותקים אותו. במשך השנים ניסו משרדי הבריאות והאוצר לבטל את החוק האמור, בטענה שבית החולים מיותר באזור זה, אך ללא הצלחה. ביוני 2011 זכתה חברת אסותא במכרז שפרסמה המדינה.

(א) הפעלת שר"פ: חוק בית חולים אשדוד לא כלל אפשרות להפעיל שר"פ. כבר בשלב טרום המכרז, באוקטובר 2007, פורסם שלבית חולים זה תינתן האפשרות להפעיל בו שר"פ בהיקף שלא יעלה על 25% מפעילותו הכוללת, בדומה לבתי החולים הציבוריים בירושלים, תוך כדי קביעת מגבלות ואמצעי פיקוח שפורטו בנספח למכרז.

(ב) מענק והטבות כספיות: בהזמנה להציע הצעות במכרז שפורסמה לראשונה בשנת 2008, לא נכללה אפשרות לקבלת מענק. במהלך תקופת המכרז, יולי 2009, החליטה ועדת המכרזים להעניק לזוכה במכרז מענק בשיעור של 20% מעלות ההקמה המוערכת; אחר כך החליטו להגדיל את המענק ל-50% מעלות זו. לפי מסמכי המכרז, הזוכה במכרז בתקופת ההקמה והתפעול יזכה להטבות בתשלומי ארנונה והיטלי פיתוח. ההטבות מוערכות בכ-100 מיליון ש"ח. באמצע אוגוסט 2010 אישר שר האוצר את המלצת אגף החשב הכללי ואגף התקציבים במשרדו להגדלת מענק ההקמה ל-75% מעלויות ההקמה המוערכות²⁶, והמענק יסתכם בכ-487.5 מיליון ש"ח.

25 בס' 24 לפקודת בריאות העם, 1940, נקבע כי: "(1) אשור הקמה לא יקים אדם בית חולים אלא אם כן קיבל אישור לכך, מראש, מאת המנהל (להלן - אישור הקמה); לעניין זה, 'הקמה' - לרבות בניה, הרחבה, הוספת יחידה מקצועית או מיטות, שינוי ייעוד של יחידה מקצועית או של מיטות, פתיחת חדר ניתוח, וכן הסבה או התאמה של מבנה קיים לבית חולים. (2) המנהל ייתן אישור הקמה, בהתחשב בשיקולים רפואיים ובשיקולים הבאים בלבד: (א) ההקמה וההפעלה השוטפת של בית החולים לא יטילו מעמסה על ההוצאה הציבורית לבריאות; (ב) תוספת המיטות לא תגרום לחריגה משיעור המיטות לנפש על פי יעודן ועל פי צרכי האוכלוסייה באותו אזור".

26 לפי הערכת ועדת המכרזים, עלות הקמת בית החולים באשדוד על פי דרישות המכרז תסתכם בכ-650 מיליון ש"ח.

ליזם שיתכנו, יקים, יתחזק ויפעיל את בית החולים. ברם, לא נמצאו אסמכתאות המעידות כי בוצעה עבודת מטה סדורה להצדקת הצורך במענק כה גדול.

קבלת החלטה למתן מענק בסכומים כה ניכרים²⁷ מחייבת עבודת מטה, והכנת מסמכים המפרטים את הצורך במענק לעומת חלופות אחרות. ועדת המכרזים המשותפת למשרדי הבריאות והאוצר דנה בהגדלת המענק כאמור, אולם לא נמצאו אסמכתאות המעידות כי לקראת הדיון עם שר האוצר בוצעה עבודת מטה או שקדמה להחלטה היועצות בשר הבריאות. במסגרת עבודת המטה היה ראוי לבחון חלופות את המשך הליך המכרז, מתן הטבות ניכרות ליזמים ואת הקמת בית חולים ממשלתי - אפשרות שמוזכרת בחוק בית חולים אשדוד. כמו כן, לא נמצאו מסמכים בעניין תחשיב לקביעת הסכום המרבי שהמדינה תקצה ליזם המקיים במכרז מול עלות הקמתו של בית חולים ממשלתי. בדיון האמור אצל שר האוצר²⁸ אמר נציג החשב הכללי כי בניית בית חולים על ידי המדינה תביא לדחייה משמעותית בהקמתו ולחוסר יכולת לתת שירותי רפואה פרטיים (שר"פ). בדיון זה הייתה תמימות דעים כי מוטב שגורם פרטי יקים את בית החולים ולא הממשלה.

משרד האוצר, שיזם וניהל את המכרז האמור (יו"ר ועדת המכרזים היה סגן החשב"ל), טוען שהקמת בית חולים ממשלתי היא בניגוד למדיניות הממשלה ולהמלצות ועדות ממלכתיות בנוגע לתאגוד בתי החולים הכלליים. עוד טען משרד האוצר, כי ללא ההכרח לקיים את חוק בית חולים אשדוד, היה ראוי לממש חלופות אחרות, כגון הקמת בית חולים מצומצם באשדוד שייסמך על בית החולים "ברזילי" (להלן - ברזילי). משרד הבריאות סבור שיש להשתמש בסכום ההשקעה כדי לחזק את בתי החולים ברזילי ו"קפלן" (להלן - קפלן), ולהפוך אחד מהם למרכז אזורי. מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, סבור שמדובר ב"השקעה לא חכמה של כספי ציבור".

2. השפעות הקמת בית החולים באשדוד על בתי החולים באזור: הקמת בית החולים באשדוד עלולה להשפיע על בתי החולים הממשלתיים ושל הכללית באזור, מבחינת משיכת כוח אדם רפואי אליו ופגיעה אפשרית בהכנסות. אף על פי כן, לא נמצאו מסמכים על כימות של עלויות ההשפעות על בתי החולים באזור בטרם קבלת ההחלטה לתת תוספת מענק בסכום כה ניכר. עבודת המטה הייתה חיונית גם בשל ההחלטה לכלול בבית החולים באשדוד שירותי רפואה פרטית (שר"פ) במסלול בחירת רופא בתשלום. במרץ 2012, בשלהי עבודת הביקורת, האגודה לזכויות האזרח בישראל, רופאים לזכויות אדם - ישראל ומרכז אדוה²⁹ הגישו לבג"ץ עתירה בבקשה שיקבע כי אין תוקף להיתר להפעלת שר"פ בבית החולים. מאחר שהעתירה הוגשה כמה שנים לאחר שהמדינה פרסמה כי בכוונתה לאפשר הפעלת שר"פ בבית החולים, דחה בג"ץ את העתירה מחמת השיהוי בהגשתה. משרד מבקר המדינה אינו נוקט עמדה בשאלת ההיתר להפעלת שר"פ, אלא מתמקד בהליך קבלת ההחלטות במישור ניהולה של מערכת הבריאות.

משרד מבקר המדינה סבור כי מאחר שהכספים שיועדו להקמת בית החולים הם כספי המדינה, וייתכן שהמדינה תשתתף גם בתקציבו של בית החולים על פי האמור בחוק, הרי שהיה מקום שמשרדי האוצר והבריאות יפנו לממשלה בבקשה לבחון את

27 לפי אומדן הזוכה במכרז לגבי עלות הקמת בית החולים מענק ההקמה מסתכם כ-89% מעלות ההקמה.

28 דיון שהתקיים ב-16.8.2010.

29 בג"ץ 2114/12 האגודה לזכויות האזרח נ' ממשלת ישראל, נבו. העתירה נדחתה באוגוסט 2012.

ההשפעות והמשמעויות במתן ההיתר להפעלת שר"פ בבית החולים באשדוד, בשים לב לחוות הדעת שנתן היועץ המשפטי לממשלה בנושא השר"פ בשנת 2002, שבמסגרתה נדונו היבטים שונים בהפעלת שר"פ.

לא זו גם זו, גם בחלוף כעשר שנים לאחר שנחקק החוק לא הוקם בית החולים האמור. תהליכי קבלת ההחלטות בדבר דרכי הקמתו והפעלתו של בית החולים באשדוד, בדיקת השפעותיו על האזור לא היו תקינות בייחוד עקב כובד הסוגיות ובשל הקצאת המשאבים הרבים הכרוכים בהחלטה זו. משרד מבקר המדינה מעיר למשרד האוצר כי היה עליו לפעול לגיבוש הצעה לשינוי החקיקה, בין בעצמו ובין באמצעות הבאת הנושא להכרעת הממשלה; לחלופין, היה עליו לפעול על פי הוראות החוק.

סיכום והמלצות

1. מגמות השימוש ברפואה במערכת הפרטית: הדעה הרווחת במערכת הבריאות היא שלרפואה במערכת הפרטית יתרונות רבים, כמו יעילות תפעולית, אפשרות לבחירת רופא, תנאי אשפוז משופרים וזמני המתנה קצרים לביצוע פרוצדורה רפואית. כמו כן, הרפואה במערכת הפרטית מגבירה את התחרות במערכת הבריאות באמצעות השירותים הרפואיים שהיא מספקת, הכלולים בסל הבריאות. בה בעת, הגידול בשירותים הרפואיים שמספקת הרפואה במערכת הפרטית וגידול המשתמשים בה בשנים האחרונות מעצימים את החשש לפגיעה בערכי השוויון, מגדילים את ההוצאה הפרטית של חברי הקופות ואף את ההוצאה הלאומית לבריאות; כמו כן היא משפיעה על מעבר של כוח אדם רפואי ופרה-רפואי מבתי החולים הציבוריים לבתי החולים הפרטיים, ואף עולה מיעדיה חשש לביצוע ניתוחים משיקולים שאינם רפואיים גרידא, תחרות בלתי הוגנת בבתי החולים הציבוריים, ועוד.

את הרפואה במערכת הפרטית מזינים בעיקר כספי תכניות השב"ן, בפרט הסעיף של בחירת רופא. משרד הבריאות שם לו למטרה לחזק את צביונה הציבורי של מערכת הבריאות וקבע כמה יעדים להשגתה. אשר על כן, ראוי לבחון נקיטת צעדי ייעול תפעוליים בבתי החולים הציבוריים כדי להשיג יעדים אלה. בתוך כך, על המשרד לבצע עבודת מטה מקיפה ויסודית, בין השאר, בעניין יחסי הגומלין בין בתי החולים הפרטיים לממשלתיים, של הכללית או בתי חולים ציבוריים אחרים ולנקוט צעדים לחיזוק כושר התחרות של הרפואה במערכת הציבורית מול הרפואה במערכת הפרטית.

במצב הדברים כיום קיימים תמריצים רבים, שגורמים לחולים לבחור לקבל שירותים במערכת הרפואה הפרטית. כך למשל, האפשרות לבחור רופא, האפשרות לקצר את זמן המתנה לביצוע פרוצדורה רפואית, האפשרות לבחור אביזר, תנאי מלונאות משופרים והיצע גדול של ביטוחים מסחריים פרטיים.

2. תהליכי בקרה ומדדי איכות: בשל החשש מפעולות רפואיות הנובעות משיקולים שאינם רפואיים בלבד, מן הראוי להבטיח תהליכי בקרה ופיקוח על ביצוע פרוצדורות במערכת הרפואה הפרטית וליישם, לרבות בבתי החולים הפרטיים. משרד מבקר המדינה מעיר, כי אין כיום לציבור מידע על איכות הפעילות הרפואית בבתי החולים הממשלתיים או של הכללית או ציבוריים אחרים או הפרטיים, מידע

שחשיבותו רבה לצורך השוואה בין בתי החולים השונים. לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יגבש מדדי איכות ותקנים לפעילות הרפואית בבתי החולים, שייקחו בחשבון את גיל החולה, מצבו הרפואי וחומרת מחלותיו ובטרם הפרוצדורה הרפואית, במהלכה ולאחריה.

3. כפל הביטוח בין תכניות השב"ן לביטוחים המסחריים הפרטיים: ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר ישתפו פעולה לאלתר כדי לצמצם תופעה זו, הגורמת להגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות בלא לשפר את בריאותה של האוכלוסייה.

4. הקמת בית החולים באשדוד: בביקורת עלה כי תהליכי קבלת ההחלטות להקמת בית החולים באשדוד, כבית חולים ציבורי שתותר בו הפעלת שירותי רפואה פרטית במגבלות מסוימות, לא כללו עבודת מטה סדורה ומפורטת לקביעת הסכום המרבי שהמדינה תקצה להקמתו במכרז אל מול עלות הקמת בית חולים ממשלתי. אם משרד האוצר סבר כי מדיניות הממשלה אינה תואמת עוד את הוראות החוק, היה עליו לפעול לגיבוש הצעה לשינוי החקיקה, בין בעצמו ובין באמצעות הבאת הנושא להכרעת הממשלה. לחלופין, היה על משרד האוצר לפעול על פי הוראות החוק.

5. מבנה מערכת הבריאות: למשרד הבריאות יש כמה תפקידים: לייצר שירותי בריאות ולספקם - חלקם באמצעות בתי החולים הממשלתיים שבבעלותו, לגבש מדיניות בריאות לאומית, לתאם את הגופים במערכת הבריאות, לפקח עליה ולפעול לאסדרתה. שלוש קופות חולים מחזיקות בבתי חולים פרטיים, ואחת מהן - גם בבתי חולים ציבוריים. במציאות זו נוצרת ריכוזיות יתר של מערכת הבריאות ומובנה בה מצב של ניגוד עניינים בשל קשרי הבעלות וספקי השירותים לחברי הקופות ולכלל תושבי המדינה. בהתחשב בסוגיות אלה, על משרדי הבריאות והאוצר לתת את דעתם למבנה מערכת הבריאות, לדון בו ולקבוע בעבודת מטה מקיפה את דרכי הבקרה והפיקוח על הרפואה הציבורית והרפואה הפרטית. על משרדי הבריאות והאוצר לבחון את השינויים שחלו בפרק הזמן הארוך שעבר מאז חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994, בייחוד לנוכח המגמות המסתמנות במערכת הבריאות הציבורית והפרטית, המשפיעות על הכלכלה וגורמות להגדלת ההוצאה הלאומית והפרטית לבריאות, תוך שימור ואף חיזוק הרפואה במערכת הציבורית, שהיא לב לבה של הרפואה בישראל. ראוי לערוך דיון ציבורי בכלל הסוגיות אף בדרג הממשלה והכנסת. בכלל זה יש מקום לשקול הקמת ועדה ציבורית שתוכל להתעמק בסוגיות ותגבש המלצות בנדון.



מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי ביטוח הבריאות יושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. מערכות בריאות ממזומנות בדרך כלל מכספי ציבור, מכספים פרטיים ומתרומות. מקורות המימון הציבוריים של מערכת הבריאות בישראל הם מתקציב המדינה

ומתשלומי ביטוח הבריאות למוסד לביטוח הלאומי. המימון הפרטי³⁰ כולל סוגים שונים של השתתפות עצמית³¹, תשלום עבור שירותי בריאות נוספים (להלן - שב"ץ) של קופות החולים שאינם כלולים בסל השירותים³² של הקופה, תשלומים עבור שירותים שאינם כלולים בחוק וביטוחי בריאות פרטיים. בשנת 2011 הסתכם המימון הפרטי של מערכות הבריאות בכ-38% מההוצאה הלאומית לבריאות. החוק קובע כי כל תושב חייב להירשם בקופת חולים לפי בחירתו; החוק גם מגדיר ומפרט את "סל שירותי הבריאות" (להלן - הסל) שזכאי לו כל תושב. שירותי הבריאות הכלולים בסל ניתנים באמצעות קופות החולים (להלן גם - הקופות), למעט אלו שנותן משרד הבריאות (להלן גם - המשרד). כל קופת חולים זכאית לתת למבוטחיה שירותים נוספים על אלה הנכללים בסל, ובלבד שתספק אותם לפי העקרונות הקבועים בחוק, לאחר שקיבלה את אישורו של שר הבריאות לשירותים הנוספים ולתשלומים שתגבה עבורם ממבוטחיה. בישראל פועלות ארבע קופות: "שירותי בריאות כללית" (להלן - הכללית), "מכבי שירותי בריאות" (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית).

הקופות אחראיות לאספקת שירותי אשפוז³³ ושירותים רפואיים אמבולטוריים³⁴ הקבועים בסל לכל האוכלוסייה במישרין באמצעות מרפאות בקהילה ובאמצעות קניית שירותים מבתי חולים כלליים (להלן - בתי החולים) - 11 בתי חולים ממשלתיים (9 מהם ממשלתיים ו-2 ממשלתיים-עירוניים), 8 בתי חולים בבעלות הכללית, בית חולים אחד בבעלות מאוחדת, 16 בתי חולים ציבוריים כלליים אחרים³⁵ (כגון "הדסה" ו"שערי צדק") (להלן - הדסה, שערי צדק). בבתי החולים הציבוריים פועלים³⁶ 231 חדרי ניתוח ו-121 חדרי ניתוח לאשפוז יום. בארץ פועלים גם 11 בתי חולים פרטיים³⁷. כמו כן פועלות גם 18 מרפאות כירורגיות פרטיות רשומות. בבתי החולים הפרטיים ובמרפאות הכירורגיות הפרטיות יש 37 חדרי ניתוח ו-46 חדרי ניתוח לאשפוז יום³⁸. מרפאה כירורגית יכולה להיקרא גם "מוסד רפואי" או "בית חולים"³⁹.

- 30 בשנת 2010 הסתכמה ההוצאה הלאומית לבריאות ב-61.2 מיליארד ש"ח.
- 31 כמו תשלום השתתפות עצמית ותשלומים עבור תרופות, עבור ביקור אצל רופא ועבור ביקור במכון או במרפאת חוץ.
- 32 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, מגדיר ומפרט את "סל שירותי הבריאות" שכל תושב זכאי לו. נוסף על כך, כל קופה יכולה לתת שירותים נוספים על אלה שנקבעו בחוק.
- 33 רפואה שלישונית הכוללת שירותים באשפוז ושירותי חירום שאפשר לספקם רק באמצעות בתי החולים.
- 34 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים, בידי בתי החולים ותאגידי הבריאות שלידם (המהווים יחד מרכז רפואי ממשלתי). המושג "רפואה אמבולטורית" חל על שתי הרמות הראשונות של השירותים הרפואיים (רופאים ראשוניים ורופאים מומחים).
- 35 בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, הוגדר "בית חולים ציבורי כללי" כלהלן: 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 בס' 9 לפקודת מס הכנסה; לעניין זה, "בית חולים ממשלתי" - לרבות פעילות המתבצעת בו בידי תאגיד בריאות. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2008, הותיר על כנה הגדרה זו.
- 36 בשנת 2009 פעלו בישראל 435 עמדות ניתוח. האגף לשירותי מידע ומחשוב של משרד הבריאות, **בריאות בישראל, נתונים נבחרים 2010** (אוקטובר 2010), עמ' 185.
- 37 בחוק ההסדרים לשנת 2008 הוגדר "בית חולים כללי פרטי" כלהלן: 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.
- 38 חדר ניתוח לאשפוז - חדר שבו מבוצעים ניתוחים הדורשים לפחות אשפוז לילה אחד. חדר ניתוח לאשפוז יום - חדר שבו מבוצעים ניתוחים קטנים שאינם דורשים שהיית לילה.
- 39 ס' 24, 25 בפקודת בריאות העם, 1940.

בתי החולים הפרטיים הגדולים הם: אסותא מרכזים רפואיים בע"מ (להלן - אסותא), "הרצליה מדיקל סנטר" (להלן - הרצליה מדיקל סנטר) ו"אלישע" (להלן - אלישע) שבחיפה. לפי נתוני המשרד, בשנת 2010 רכשו הקופות מבתי חולים פרטיים כמו אסותא שירותים בהיקף של כ-613 מיליון ש"ח, מהרצליה מדיקל סנטר רכשו שירותים בהיקף של כ-86 מיליון ש"ח ומאלישע רכשו שירותים בהיקף של כ-65 מיליון ש"ח. מכבי מחזיקה בכ-95% מהמניות הרגילות של אסותא והיא משתתפת בהנהלתה, ושאר המניות מוחזקות בידי מכבי מגן - אגודה שיתופית בבעלות חברי מכבי. הכללית מחזיקה בכ-40% ממניות בית החולים הרצליה מדיקל סנטר ומשתתפת בהנהלתו.

בתי החולים הפרטיים מתאפיינים בביצוע פעולות רפואיות אלקטיביות (מתוכננות), והם כיום בין היתר ספקי שירותים עבור השב"ן וספקי שירותים עבור הקופות לפעולות מסוימות שבסל. אין להם מחלוקת לרפואה דחופה, הם אינם מלמדים סטודנטים ומכשירים מומחים ואינם מאשפזים חולים במחלות פנימיות שאינם זקוקים לניתוח. עיקר פעילות בתי החולים הפרטיים היא בתחום הכירורגי ובתחום ההדמיה. אין כיום נתון מוסמך על ההיקף הכמותי של הפעילות הכירורגית-ניתוחית הנעשית בבתי החולים הפרטיים, במרפאות הפרטיות ובשר"פ. אולם על פי תחשיב שעשה משרד מבקר המדינה, בבתי החולים הפרטיים בוצעה בשנת 2010 כ-26% מהפעילות הכירורגית בישראל (ראו להלן). במועד הביקורת בוצעו בבתי החולים הפרטיים רוב סוגי הניתוחים הכירורגיים, בכלל זה ניתוחי לב פתוח, ניתוחי ראש, ניתוחי עיניים, ניתוחי בטן, ניתוחי שד, ניתוחים אורתופדיים, ניתוחים גניקולוגיים וניתוחים מורכבים אחרים.

בשנים האחרונות חל גידול ניכר בצריכת שירותי הרפואה במערכת הפרטית, בכלל זה בשיעור הניתוחים המתבצעים בבתי חולים פרטיים. הדבר מתאפשר בעיקר באמצעות המימון המתקבל מתכניות השב"ן של הקופות, שבהן חברים כ-73% מחברי הקופות⁴⁰, וכן באמצעות חברות הביטוח המסחריות.

להלן יפורטו הסיבות העיקריות לגידול בצריכת שירותי הרפואה במערכת הפרטית לרבות הגידול בשיעור הניתוחים המתבצעים בבתי חולים פרטיים: (א) מבחינת ההיצע מאפשרות תכניות השב"ן כאמור לחלק ניכר מהאוכלוסייה לקבל שירותים במערכת הפרטית תמורת עלות חודשית לא גבוהה, בעיקר ניתוחים, מרפא מומחה שבו בוחר המבוטח; (ב) מבחינת הביקוש, יש ביקוש רב לניתוחים במערכת הפרטית, בשל החרדה שממנה סובלים רבים מאלה שעתידיים לעבור ניתוח, הם מעדיפים לבחור מנתח בכיר ועתיר ניסיון אף לבחור את הרופא המרדים. נוסף על כך, תמורת עלות לא גבוהה, ששולמה לשב"ן מלכתחילה, מנותחים נהנים מיתרונות שהרפואה הציבורית אינה יכולה להציע להם⁴¹, בעיקר עקב מצוקת תקציב. קופות החולים מעודדות את מגמת הגידול בשימוש ברפואה במערכת הפרטית ובביטוח המשלים (האפשרי בבתי החולים הפרטיים), שכן הדבר מאפשר להן חיסכון במימון ממקורות ציבוריים⁴². שיטה זו משרתת את האינטרסים של הקופות בשתי דרכים: היא מפחיתה את הוצאותיהן במסגרת הסל הבסיסי ובכך מצמצמת את גירעונן וגם מגדילה את הוצאות הביטוח המשלים ומונעת מצב של עודפי כספים בשב"ן.

הנה כי כן, יש היצע מימוני של שירותי בריאות במערכת הפרטית לכל מי שידו משגת, לרבות ניתוחים, בד בבד לגידול בהיצע הפיזי - מוקמים בתי חולים פרטיים חדשים ומתבצעים שכלולים והרחבות בבתי החולים שכבר הוקמו. נוסף על כך, גדל ההיצע של שירותי רופאים מנתחים בכירים, בין השאר משום שבתקנון שירות המדינה (להלן - התקשי"ר) ניתנה לרופאים הרשאה לעסוק בפרקטיקה פרטית. הדבר מעודד את הרופאים לעסוק בפרקטיקה פרטית המגדילה את הכנסותיהם

40 משרד הבריאות, דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשרותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2010 (דצמבר 2011).

41 כגון קבלת יחס "איש", שהייה בתנאי מלונאות משופרים, זמני המתנה קצרים יותר לביצוע הפרוצדורה, אפשרות לבחירת סוג שטל או אביזר משופרים.

42 כשמבוטח בוחר רופא לביצוע פרוצדורה הנכללת בסל, גם הוצאות האשפוז הכרוכות בביצוע הפרוצדורה מועמסות על הביטוח המשלים.

באופן ניכר, היות שיכולת השתכרותם במגזר הממשלתי מוגבלת. ואכן בשנים האחרונות חל גידול ניכר בשימוש ברפואה הפרטית במימון השב"ן בסעיף בחירת רופא מנתח (ראו להלן), אולם עולה חשש כי הרחבה ניכרת בשירותי הרפואה הפרטית תפגע ברפואה הממשלתית הציבורית ואף במי שאין לו שירותי שב"ן - כ-27% מהאוכלוסייה שאין להן תכניות שב"ן או ביטוח בחברת ביטוח פרטית. דהיינו, פגיעה בצביונה השוויוני של מערכת הבריאות, אף ששוויון הוא אחד מהעקרונות שעליהם מושתת החוק.

בעניין זה יודגש כי מומחים למדיניות הבריאות ולכלכלת בריאות סבורים שהרפואה במערכת הפרטית, במימון סביר ובפיקוח נאות, היא גורם חיוני לתורם למערכת הבריאות. אולם יש לבחון כיצד גידול בהיקף הרפואה במערכת הפרטית עשוי להשפיע על הכלכלה בכלל, על ההוצאה הלאומית והפרטית לבריאות בפרט ועל המערכת הרפואית הציבורית. בכלל זה יש לבחון אם גידול כאמור עלול לפגוע במשאבים שייוותרו בידי הרפואה הציבורית - בעיקר בידי בתי החולים הממשלתיים-ציבוריים, ואם יפגע הדבר בשירותים שיינתנו לציבור, בייחוד במי שאינו מבוטח בתכניות שב"ן.

יש יתרונות לפעילות בתי החולים הפרטיים, משום שהתחרות בינם לבתי החולים הציבוריים מאלצת את בתי החולים הציבוריים להתייעל, להפחית עלויות, לקצר תורים, לשפר את תנאי המלונאות והתשתיות ולשפר את השירות. היא גם מאפשרת פעילות ומקורות הכנסה נוספים מתיירות רפואית⁴³. אך לפעילות בתי החולים הפרטיים יש גם חסרונות מאחר שהיא מונעת מן הרצון למקסם רווחים, כלהלן: (א) אספקת שירותי הבריאות בבתי החולים הפרטיים נוטה לסלקטיביות בבחירת סוגי המטופלים (העדפת חולים "קלים" יחסית) ובבחירת סוגי השירות הרפואי (העדפת שירותים עם סיכויים גדולים לרווח). תופעה זו, המכונה במדעי הכלכלה "גריפת שמנת", פוגעת בבתי חולים ציבוריים, שאינם רשאים לברור חולים או מצבי טיפול אלא חייבים לקבל כל חולה המופנה אליהם. מאחר שמערך תמחור השירותים הרפואיים מבוסס בעיקרו על מחירים ממוצעים, ממריץ הדבר את הרפואה הפרטית ביתר שאת להפיק רווחים בשיטת "גריפת השמנת" באמצעות העדפה של טיפולים שעלותם נמוכה מהממוצע, והדבר מגביר את הפגיעה במערכת הרפואה הציבורית; (ב) "היצע יוצר ביקוש" - במערכת הבריאות מביא כל גידול בהיצע לגידול מקביל בביקוש. הדבר בא לידי ביטוי בעיקר בבתי החולים הפרטיים - עידוד לביצוע פרוצדורות רפואיות רווחיות גם אם אין הכרח בהן.

גידול הפעילות בבתי החולים הפרטיים בד בבד עם גידול ניכר בשכרם של הרופאים העוסקים בפרקטיקה פרטית גרמו לגידול בהוצאה הפרטית על בריאות, עד לכדי 38% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות⁴⁴, והדבר גורם לגריעת משאבים מהרפואה הציבורית. מכך עולה כי עלולה להידרש הגדלה של המשאבים המוקצים לרפואה הציבורית, ייתכן שעל חשבון משאבים לאומיים המיועדים לצרכים אחרים, ואולי אף פגיעה במרקם השכר במגזר הציבורי.

נוסף על כך, הגידול בפעילות בתי החולים הפרטיים ובשכר הרופאים המועסקים בהם מעורר רופאים בכירים מנוסים במקצועות מסוימים לצמצם את היקף פעילותם בבתי החולים הציבוריים כדי לעבוד בבתי החולים הפרטיים. עניין זה מעצים את אי-השוויוניות גם משום שהדבר פוגע ברמת הרפואה בבתי החולים הציבוריים ומשפיע על הכשרת רופאי העתיד (ראו להלן). ייתכן שעקב כך, חולים שיפנו לניתוח בבית חולים ציבורי יחששו שינותחו בידי רופאים מנוסים פחות. כמו כן, הגידול בשירותי הרפואה במערכת הפרטית ובשכר הרופאים המועסקים בה לא רק שעוצר רופאים מלעבוד לעבוד בבריאות אלא שאף ממריץ רופאים לעבור מהפריפריה למרכז, מקום פעילותם

43 תיירות רפואית מוגדרת כנסיעה של חולה למדינה אחרת לשם קבלת טיפול רפואי משמעותי תמורת תשלום.

44 שיעור גדול יחסית למדינות ה-OECD.

העיקרי של בתי החולים הפרטיים. ועוד, הדבר עלול להביא לידי צמצום בכוח אדם סיעודי בבתי החולים הציבוריים ולנדידת אותם צוותים לבתי חולים פרטיים.

עם זאת, הגופים המאסדרים - משרד הבריאות ומשרד האוצר, סבורים שיש לשמר את הפעילות בבתי החולים הפרטיים בשיעור מצומצם. ומצד אחד אפשר להפיק תועלת מיתרונות הרפואה במערכת הפרטית, בהם תחרות בינה ולבין הרפואה במערכת הציבורית שמביאה להתייעלות. מצד אחר, שימור הפעילות בשיעור מצומצם לא תגרום לעלייה רבה בהוצאה הלאומית לבריאות ותקטין מאוד את ההשפעות השליליות של תופעה זו.

הנה כי כן, הרפואה הפרטית משפיעה על ההוצאה הפרטית וההוצאה הלאומית על בריאות וכן על עיצוב מערכת הבריאות בישראל. לפיכך עולות שאלות שביקורת זו נועדה להשיב עליהן. ראשית עולה שאלת המודעות של משרדי הבריאות והאוצר להתעצמות הרפואה במערכת הפרטית ולאפשרות שהשימוש בה אף יתגבר; שנית, מהן נקודות התורפה של תופעה זו ומאפייניה ואם הללו, לדעת המאסדרים, מאפשרים את אסדרתה; שלישית יש לשאול אם נאסף מידע בנדרון במשרדים אלה, ובהקשר זה עולה שאלת פיתוח כלי בקרה שהמאסדרים מיישמים. רביעית, עלתה שאלת ביצוע עבודת מטה, ונוכח כל זאת נבחנה השאלה אם גורמי שלטון בכירים אימצו מדיניות סדורה בנושא ונתנו בידי המשרדים, האמונים על יישום מדיניות זו, כלים נאותים בכוחם לשמר מינון ראוי של רפואה בבתי החולים הפרטיים.

דוח זה מציג, בין היתר, תמונת מצב למקבלי ההחלטות ולציבור על כיווני ההתפתחות של הרפואה בבתי החולים הפרטיים ואת השפעותיהם על החברה, הבריאות והכלכלה המסתמנות ממנה. חלק מסוגיות מהותיות אלה של מדיניות הבריאות מצריכות דיון ציבורי לשם יצירת איזונים וכלי בקרה הנדרשים למערכת הבריאות - הציבורית והפרטית, אשר ישקפו את ערכי השוויון וכן לשם קביעת מדיניות עדכנית בתחום. ראוי להפיק תועלת מיתרונות הרפואה במערכת הפרטית, במינון הראוי למערכת הבריאות הלאומית.

משרד מבקר המדינה בחן בחודשים ינואר 2011 - מרץ 2012, לסירוגין, את ההשפעה של הרפואה במערכת הפרטית על סדרי עיצוב המדיניות הלאומית בתחום מערכת הבריאות בישראל; את אמצעי האסדרה והכלים שבידי משרדי הממשלה המאפשרים לבחון את השפעותיה בחינה איכותית וכמותית על תחומי הרפואה במערכת הציבורית. דוח זה הוא חלק מרצף דוחות שעורך משרד מבקר המדינה על מערכת הבריאות. הביקורת התמקדה במיוחד בנושאים האלה: תמונת מצב על הפעילות הכירורגית-ניתוחית, בעיקר בבתי החולים הפרטיים, היקפה ושיעורה מכלל הפעילות הכירורגית בישראל; הפיקוח של משרד הבריאות על בתי חולים פרטיים; חשש לגבי ביצוע פעולות מיותרות במערכת הרפואית הפרטית; השפעות הפעילות של בתי החולים הפרטיים על הרפואה הציבורית; מידע בגין סיבוכים רפואיים בבתי חולים פרטיים ותשלום בגינם; תיירות רפואית; והליך קבלת ההחלטות להקמת בית החולים באשדוד. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, בארבע קופות החולים, בכמה בתי חולים כלליים ממשלתיים, בכמה בתי חולים של הכללית, במשרד האוצר - באגף התקציבים, באגף החשב הכללי ובאגף הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון. ובנציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם).

התעצמות הפעילות בבתי החולים הפרטיים - תמונת מצב

בתי חולים פרטיים פועלים בארץ בד בבד למערכת הבריאות הציבורית. בשנות החמישים של המאה העשרים, שבהן לא היו תכניות ביטוח משלימות ורמת ההכנסה של האוכלוסייה הייתה נמוכה בהרבה מאשר בימינו אלה, פעילותם של בתי החולים הפרטיים הייתה בעיקרה לשם ביצוע של ניתוחים לא מורכבים בהיקף מצומצם תוך כדי מתן אפשרות לחולה לבחור את רופאו - המנתח,

המרדים או המיילד. מנתונים שנאספו ונותחו במסגרת הביקורת⁴⁵ עולה כי פעילותם של בתי החולים הפרטיים הייתה מזערית לעומת הפעילות הכירורגית הענפה בבתי החולים הציבוריים. לעומת זאת, בשנת 2010, הגיעה פעילותם הכירורגית של בתי החולים הפרטיים לכ-26% מהפעילות הכירורגית בישראל, כלומר היא בעלת משקל מהותי.

משרד מבקר המדינה עמד כבר ברוח קודם⁴⁶ על כך ששני בתי החולים הפרטיים הגדולים אסותא והרצלייה מדיקל סנטר, ממומנים גם מכספי ציבור והם בבעלות קופות חולים: אסותא בבעלות כמעט מלאה של מכבי, והרצלייה מדיקל סנטר בבעלות חלקית של הכללית. לגידול בהיקף הפעילות של בתי החולים הפרטיים יש כמה השפעות: (א) יש זליגה של כוח אדם רפואי וסיעודי מבתי החולים הכלליים הממשלתיים, או של הכללית או ציבוריים אחרים לבתי החולים הפרטיים, דבר שגורם לעתים לאי-ניצול של תשתיות דוגמת חדרי הניתוח בבתי החולים הכלליים הממשלתיים או של הכללית. (ב) בבתי חולים אלה אין די רופאים בכירים בשעות הערב (ג) הרופאים המנתחים בבתי חולים פרטיים בדרך כלל אינם נוטים לנתח חולים קשים כי הדבר אינו משתלם להם. עוד צוין ברוח 60 כי חוסר יכולתם של מבוססים לבחור את בית החולים הציבורי שבו יטופלו במסגרת הסל בשל הסדרי הבחירה של הקופות, מביאה להגדלת שיעור הפניות לרפואה הפרטית. כך למשל, מבוסס שהוא חבר שב"ן, והקופה אינה מאשרת לו טיפול בבית חולים ציבורי כרצונו, יכול לפנות לרפואה פרטית בבית חולים פרטי או ציבורי⁴⁷ ולבחור רופא מטפל. מדובר בהרחבת הרפואה במערכת הפרטית, לכל הפחות בחלקה, על חשבון הרפואה במערכת הציבורית. פתרון מעין זה אינו בהישג ידן של אוכלוסיות חלשות, שבדרך כלל אינן חברות בתכניות השב"ן, כאמור כ-27% מהתושבים אינם חברים בתכניות אלה, שלא לפי עקרון השוויון⁴⁸.

מכבי השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי החלטתה לרכוש לעצמה יכולת אספקת שירותי כירורגיה ואשפוז נבעה מהצורך לשפר את רמת השירות הניתן למבוטחיה בהיותה תלויה בספקים חיצוניים בלבד; אשר על כן, רכישתה החלקית של אסותא אפשרה למכבי לתת לחברים בה שירותי בתי חולים, ואף כי מדובר בפתרון חלקי בהיקפו לבעיה, הוא מיטבי מבחינת איכות ועלויותיו. מכבי הוסיפה כי באסותא מבוצעים כיום כל הניתוחים האפשריים למעט השתלת איברים. מכבי רוכשת מאסותא שירותים רבים שבינם ובין "גריפת שמנת" אין ולו חצי דבר. למשל, ניידת ממוגרפיה שמפעילה אסותא בשיתוף האגודה למלחמה בסרטן, שירות אקו לב נייד הפועל בשמונה ערים קטנות בדרום הארץ וניידת MRI הפועלת בדרום הארץ.

מקורות המימון של מערכת הבריאות

1. נתונים בעניין ההוצאות לבריאות בישראל ולמימון: בשנים 2000-2011 הסתכמה ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל בכ-7.5%-8%⁴⁹ מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג).

- 45 למשרד הבריאות ובייחוד למשרד האוצר, כפי שיפורט להלן, אין נתונים סדורים ומלאים על פעילות בתי החולים הפרטיים לעומת הפעילות של בתי החולים הציבוריים.
- 46 מבקר המדינה, דוח שנתי 60 (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות חולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 497.
- 47 לדוגמה, שר"פ הדסה נכלל בשב"ן של קופות החולים.
- 48 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 58 (2008), בפרק "סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 432.
- 49 בשנת 2000 היא הייתה 7.5%, בשנת 2002 שיעורה גדל לכ-8%, ומאז חלה ירידה אטית בשיעורה עד 7.5% בשנת 2010. בשנת 2011 היה שיעורה 7.7%.

להלן נתונים בנוגע למימון הציבורי והפרטי של מערכת הבריאות לפי סוג ההוצאה והשנים⁵⁰:

2010	2008	2006	2002	2000	סוג ההוצאה
38.2%	39.2%	38.8%	34.7%	35.5%	שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות
60.1%	58.9%	59.2%	63.2%	62.1%	שיעור המימון הציבורי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות
33.5%	32.7%	33.7%	37.6%	36.7%	חלקו של תקציב המדינה מסך ההוצאה הלאומית לבריאות

מהנתונים שלעיל עולה כי בשנים 2010-2000 ההוצאה הלאומית לבריאות הממומנת ממקורות ציבוריים פחתה (ירידה יחסית של 3%), ואילו ההוצאה הלאומית לבריאות הממומנת ממקורות פרטיים הייתה במגמת עלייה (גידול יחסי של 8%).

2. השוואה בין ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל למדינות אחרות: מהנתונים עולה כי בשנת 2010 שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל מכלל התמ"ג היה קטן מאשר ב-27 מדינות ה-OECD⁵¹.

מנתוני משרד הבריאות לשנים שקדמו לשנת 2009⁵² עולים אלה:

(א) שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל נמוך מהמוצע שבמדינות ה-OECD ומהשיעור במדינות כהולנד, צרפת, גרמניה ודנמרק, בהן ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג הייתה בשנת 2009 יותר מ-11.5%.

(ב) במדינות ה-OECD מסתמנת מגמה של גידול בשיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מכלל התמ"ג, ואילו בישראל שיעור ההוצאה בשנים 2009-2000 היה בדרך כלל קבוע. יש לציין כי מצד אחד ישראל נחשבת למדינה צעירה, ושיעור הקשישים בה קטן בהשוואה לשיעורם במדינות ה-OECD, עניין המעיד כי הוצאותיה לבריאות צפויות להיות קטנות יותר. כמו כן, במרבית מדינות ה-OECD התמ"ג לנפש במחירי שווי כוח הקנייה הוא גבוה יותר ופירושו של דבר, הוצאה גדולה יותר לבריאות בהשוואה לישראל.

(ג) שיעור המימון הציבורי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל הוא קטן מתוך השוואה לשיעורו במדינות ה-OECD, ובשנים האחרונות הוא היה במגמת ירידה. שיעור המימון הפרטי בישראל גדול לעומת שיעורו במדינות ה-OECD ועד שנת 2009 הוא היה במגמת עלייה⁵³.

50 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2011, נתוני משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות (ינואר 2012).

51 הודעת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 13.8.12.

52 השוואות בינלאומיות של מערכות בריאות: המדינות החברות ב-OECD וישראל - 2009, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, יוני 2011.

53 לפי הודעת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מיום 13.8.12, בשנים 2010 ו-2011 פחת שיעור ההוצאה הפרטי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות ל-38% לעומת שיעורו בשנים 2008 ו-2009 שהיה כ-39%.

פיתוח תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) והשפעתן על הרפואה הפרטית

לדעת מומחים, התרחבות היקף הרפואה הפרטית בישראל, בעיקר בתחום הניתוחים הפרטיים, מקורה בין היתר בעלייה ברמת החיים, בתוחלת החיים ובמודעות הציבור לאפשרויות של צריכת שירותי הבריאות. גורם משפטי-ארגוני-כלכלי נוסף שהשפיע השפעה ניכרת על התרחבות הרפואה הפרטית הוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהחל משנת 1998 מאפשר לקופות החולים להציע לעמית בשב"ן, שירותים שאינם כלולים בסל השירותים הבסיסי של ביטוח הבריאות הממלכתי, וכמו כן לבחור את הרופא המנתח בעלות נמוכה⁵⁴, של עשרות שקלים לחודש.

תכניות השב"ן מציעות שירותים משלושה סוגים: (א) שירות נוסף - שירותים שאינם ניתנים במסגרת הסל; (ב) שירות מרחיב - הטבה נוספת של שירות שכבר מכוסה במסגרת הסל. לדוגמה, טיפולי הפריה גם מעבר לילד שני (הסל כולל טיפולים עד הולדת שני ילדים), בדיקות גנטיות ובדיקות נוספות במהלך ההיריון; (ג) שירות משופר - שירות שנכלל בסל, אך ניתן בתכנית השב"ן בתנאים משופרים. לדוגמה, אשפוז לניתוחים או לביצוע פעולות כירורגיות בבית חולים פרטי שיש לו הסכם עם הקופה. בחירת מנתח פרטי, שר"פ (שירות רפואי פרטי) בבתי החולים הציבוריים בירושלים. התייעצות עם מומחים. תכנית שב"ן מנוהלת כמשק כספי נפרד, והוצאותיה השנתיות לא יעלו על הכנסותיה מתשלומי העמיתים לאותה שנה; לשר הבריאות תינתן הסמכות לאשר את תכניות השב"ן ולפקח על הפעלתן. עיקרי תכנית שב"ן על פי החוק הם אלה: העמיתים בתכניות השב"ן יקבלו מהקופה או באישורה שירותים בפועל, למעט שירותי סיעוד, ולא יותר פיזיו כספי כתחליף לשירות; הקופה תחויב לקבל כל חבר; לא יהיו הגבלות או חחרגות בכיסוי (חברת ביטוח רשאית שלא לבטח תחום בריאות מסוים, שמבוטח מצהיר בהצהרת הבריאות שלו כי הוא סובל ממנו), והפרמיה תיקבע רק על פי קבוצת הגיל של העמית, ולא תשקף את שאר מרכיבי הסיכון האישי שלו לחלות.

לנוכח האמור התאפשר לעמיתי השב"ן לצרוך שירותי ניתוח במערכת הפרטית בהיקף גדול בהרבה מבעבר; בעקבות זאת, בסוף שנת 2011 מספר העמיתים בתכניות השב"ן היה כ-5.69 מיליון (כ-73%) מכלל כ-7.8 מיליון המבוטחים בקופות החולים בישראל. לעומת זאת, בשנת 2000 רק כ-56% מהמבוטחים בקופות היו גם עמיתים בתכניות השב"ן, ומכאן שבעשור האמור חל גידול של כ-30% בשיעורם. עקב כך סך ההכנסות מדמי חבר בתכניות השב"ן (הפרמיות) גדל מכ-1.8 מיליארד ש"ח בשנת 2006 לכ-3.15 מיליארד ש"ח בשנת 2011⁵⁵, גידול של כ-75%.

גידול זה במצטרפים לתכניות השב"ן וכן הגידול בהיצע של שירותי ניתוח במערכת הפרטית גרמו לגידול בשיעור הניתוחים במערכת זו. יצוין כי טרם מוצה הפוטנציאל הניכר לגידול בכמות מבוטחי הקופות, שיוכלו ליהנות משירותי הרפואה במערכת הפרטית בכלל ומניתוחים בפרט. עקב כך, שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות עתיד לגדול בעתיד.

54 בס' 10 לחוק נאמר כי - "קופת חולים רשאית להציע לחבריה תכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן - תכנית לשירותים נוספים), בין בעצמה ובין באמצעות חברה בת בשליטה מלאה ... תכנית לשירותים נוספים, וכל שינוי בה, טעונים אישור שר הבריאות".

55 משרד הבריאות, דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2011, 2006.

לתופעה זו בתחום הרפואה בישראל יש חשיבות ניכרת מהבחינה הציבורית, החברתית והכלכלית. לכן, היה על משרדי הבריאות והאוצר לתת את הדעת לתופעה זו, לאסוף מידע עליה ולנתח אותה כדי לשקול לתכנן כלים לאסדרה של תחום זה וליישם.

מניתוח נתוני משרד הבריאות בקשר לתכניות השב"ן בשנים 2008-2011 עולה שהוצאות השב"ן על כיסוי לתביעות לכיסוי ניתוחים במערכת הפרטית גדלו בכ- 60% (מ-684 מיליון ש"ח ל-1.1 מיליארד ש"ח); מספר התביעות לכיסוי ניתוחים ולבחירת מנתח גדל בכ-42% (מ-186,431 ל-264,026).⁵⁶

יוצא שחל גידול ניכר בשימוש ברפואה במערכת הפרטית במימון השב"ן בסעיף בחירת רופא מנתח, וההוצאה של הקופות על ניתוחים בבתי החולים הפרטיים בשנת 2011 הגיעה לכ-1.1 מיליארד ש"ח. לדעת משרד מבקר המדינה יש להביא בחשבון את האפשרות שמגמות אלה יוסיפו להתחזק כבר בשנים הקרובות.

הגידול בהיקפים הכספיים במערכת הרפואה הפרטית התאפשר גם משום שבצו יציבות מחירים במצרכים ובשירותים (הוראת שעה) (מחירים מרביים לשירותים רפואיים), התשנ"ג-1993, נקבע המחיר המרבי בעד טיפולים רפואיים הניתנים בבתי החולים - למעט שירות רפואי פרטי.⁵⁷ יש לציין כי אין די נתונים במערכת הבריאות כדי לאמוד את הגידול הכספי שחל בבתי החולים הציבוריים כתוצאה מניתוחים המבוצעים שם.⁵⁸

המשרד היה ער לגידול הניכר בשימוש ברפואה הפרטית במימון השב"ן בסעיף בחירת רופא מנתח. כמו כן המשרד שם לו למטרה בשנת 2011 לחזק את צביונה הציבורי של מערכת הבריאות באמצעות צמצום ההוצאה הפרטית לבריאות וצמצום אי-השוויון במערכת הבריאות בישראל ולכן פרסם תכנית עבודה לשנת 2011 ובה מוצגות מטרותיו של המשרד בכל הנוגע למערכת הבריאות. למימוש "חזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות" הציב המשרד יעדים, כגון הרחבת סל השירותים הציבורי והבטחת איכותו, חזוק ספקי השירות הציבוריים, ריסון המימון הפרטי במערכת הבריאות.

אולם במועד סיום הביקורת נמצא כי המשרד עדיין לא בחן סוגיות נוספות הנוגעות להגדלת השימוש ברפואה במערכת הפרטית וליחסי הגומלין שלה עם הרפואה במערכת הציבורית, וכי הוא עדיין לא פיתח את כל כלי הפיקוח והבקרה בנושא, וממילא לא החל ביישומם. הועלה גם כי משרד הבריאות ומשרד האוצר לא דנו באפשרות שתסתמן מגמת גידול בביקושים לניתוחים בבתי חולים פרטיים, ובהשפעותיה הצפויות של מגמה זו.

56 מתוך משרד הבריאות, דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשרותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006.

57 בדוח מבקר המדינה, דוח שנתי 2008 ב-58 (2008), בפרק "סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 409, נקבע כי הרחבת היקף המימון הפרטי פוגעת בצביונה השוויוני של מערכת הבריאות.

58 מחיר יום אשפוז ממוצע עלה בשנים 2007-2010 בכ-13%; הכנסות המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים מימי אשפוז גדלו בכ-16%; הכנסות המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים מפעולות דיפרנציאליות (פעולות הכוללות בין היתר ניתוחים שונים) גדלו בכ-52%. גידול ניכר זה מוסבר בין היתר בהעברת טיפולים שהיו כלולים במחירי יום אשפוז לפעולות מוגדרות המתומחרות בנפרד.

לדעת משרד מבקר המדינה, מגמת הגידול עשויה להעיד על שינוי בהעדפות האוכלוסייה בישראל בכל הנוגע לבחירת רופא וכן על השינוי באופיים של התמריצים שנותנת מערכת הבריאות לקופות כדי שיעודדו מבוטחים לבחור רופא במסגרת תכניות השב"ץ. ראוי כי משרד הבריאות ומשרד האוצר ידונו בסוגיה, תוך התחשבות במדיניות הלאומית בתחום הבריאות, לרבות מתוך שימת לב להבדלים בין מרכז הארץ לפריפריה; בכלל זה ישקלו אם ההיצע של מיטות האשפוז וחדרי הניתוח בבתי החולים הפרטיים די בו כדי לספק את הצורך בביקושים הגוברים. כמו כן ראוי כי ידונו בהשפעות של המשך מגמת הגידול בבחירת רופא במסגרת תכנית השב"ץ.

על משרד הבריאות ומשרד האוצר לתת את הדעת על העלייה שחלה בתעריפי הניתוחים הפרטיים ועל השפעתם על ההוצאה הפרטית וההוצאה הלאומית לבריאות, ועל הרפואה במערכת הציבורית בכללה. יצוין כי להחלטה לבצע ניתוח בבית חולים פרטי יש גם השפעה לא מבוטלת על ההוצאה הפרטית לבריאות, שכן החולה נדרש לשלם בעד הניתוח גם דמי השתתפות עצמית. חלק ההוצאה הפרטית לבריאות בשנת 2011 היה כ-38% מההוצאה הלאומית בתחום זה.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי בעקבות חקיקת חוק ההסדרים ב-2008 הוחלט כי ניתוחים המבוצעים במסגרת השב"ץ יחויבו בהשתתפות עצמית, כדי לרסן את הביקושים לשירות זה. עוד השיב משרד הבריאות כי הוא בוחן "בימים אלו" את תעריפי ההשתתפות העצמית בביטוחים המשלימים "במטרה לזהות תחומים בהם ההשתתפות העצמית הנמוכה גורמת לשימוש יתר שאינו הכרחי בשירות. כמו כן, המשרד מבקש לציין כי הרפואה הפרטית המתעצמת לא רק שמביאה לגידול בהוצאה הפרטית, אלא היא גם קטר של עלויות למערכת הציבורית - כל זאת ללא תוספת בריאות".

לדברי משרד הבריאות, מגמת הגידול בביקוש לניתוחים פרטיים, אף שלא חל גידול במספר המיטות בבתי החולים, מקורה בשני גורמים עיקריים. הגורם הראשון למגמה זו הוא שמשווקי הביטוחים, בתי החולים הפרטיים והרופאים שפועלים בהם מפעילים על העמיתים לחץ רב כדי שיצרכו ניתוחים פרטיים; והגורם השני הוא "הגידול בהיצע והגברת כשל השוק של היצע יוצר ביקוש", ובמקרה זה אפשר גם לומר "היצע מסיט ביקוש". בינואר 2013 הוסיף משרד הבריאות כי בכנס מקצועי של מערכת הבריאות שנערך בדצמבר 2012 דנו ב"ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון".

בינואר 2013 הבהיר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי במסגרת התכנית האסטרטגית שלו לחיזוק הרפואה הציבורית הוא נוקט פעולות שונות, כגון תוספת מיטות ותקני כוח אדם רפואי, תחילת יישום תכנית למדדים דוגמת זמני המתנה לניתוחים מסוימים, מדדים לפעולות רפואיות מסוימות, מדדים לבחינת ניצולת חדרי הניתוח בבתי החולים הממשלתיים, ריסון של מתן אישורים לפתיחת מיטות פרטיות חדשות ופעילות בתחום ביטוחי הבריאות הפרטיים לצמצום כשלי השוק, הגורמים להגדלת ההוצאה עבור הרפואה במערכת הפרטית.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות יבחן את האיזון הראוי בין הרפואה במערכת הפרטית לעומת הציבורית. כך למשל, ניתן לקבוע יעד רצוי של ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות.

חוסר נתונים על היקף הפעילות הכירורגית בישראל

1. לצורך קבלת החלטות בתחום יחסי הגומלין בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית, ובייחוד החלטות הנוגעות לפעילות בתי החולים הפרטיים, ראוי שבידי מקבלי ההחלטות יהיה מידע מלא ואמין שעליו יתבססו החלטות אלה.

משרד מבקר המדינה ביקש ממשרד הבריאות לקבל נתונים על מספר הניתוחים הנעשים בישראל בשנה. מתברר כי אין ריכוז נתונים על הניתוחים הנעשים במרפאות הכירורגיות. כאמור, בארץ פועלות גם 18 מרפאות כירורגיות פרטיות רשומות, נוסף על בתי החולים הפרטיים, המבצעות פעילות כירורגית בהיקף ניכר. גם לגבי מספר הניתוחים הנעשים בבתי החולים הציבוריים והפרטיים יש למשרד נתונים חלקיים בלבד; למשל, מספר הניתוחים בבתי החולים הפרטיים אינו כולל את אלה שבוצעו בבתי החולים סניטס בתל-אביב ומ.ר.ב. בבתי ים. עוד עולה כי מספר הניתוחים בבתי החולים הציבוריים אינו כולל את אלה שבוצעו בבתי החולים במזרח ירושלים, במרכז הרפואי מעייני הישועה בבני ברק ובבית החולים משגב לדך בירושלים.

בתשובת משרד הבריאות מספטמבר 2011 על פניית משרד מבקר המדינה נמסר כי מספר הניתוחים שבוצעו בבתי החולים בארץ בשנת 2009 (לא כולל בתי החולים במזרח ירושלים ובתי החולים מעייני הישועה ומשגב לדך) הסתכם ב-374,310. ואולם בתגובה קודמת שמסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה ביולי 2011 נמסר כי בשנת 2009 בוצעו 429,938 ניתוחים בסך הכול. לדברי משרד הבריאות, הפער הניכר בין שני הנתונים מקורו בכך שהנתון ולפיו מספר הניתוחים בשנת 2009 היה 429,938 נקבע "לאחר תקנון הנתון עקב דיווח חסר ממספר בתי חולים", לצורך דיווח לארגון הבריאות העולמי.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לרכז נתונים מלאים על מספר הניתוחים המבוצעים בישראל בשנה בבתי חולים ציבוריים וכן בבתי חולים פרטיים ובמרפאות כירורגיות, בין השאר לנוכח העובדה שנתונים אלה הם בבחינת כלי ניהולי לקבלת החלטות.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי הובהר לכל בתי החולים ולמרפאות הכירורגיות הפרטיות בשנה האחרונה שלא יחודש רישיון של גוף שאיננו מדווח כנדרש למשרד.

2. לפי הנתונים שהיו בידי משרד האוצר באוגוסט 2011 שהסתמכו על דוחות משרד הבריאות, היקף הפעילות הכירורגית בבתי החולים הפרטיים נאמד בשנת 2010 בכ-21% מכלל הפעילות הכירורגית שבוצעה בישראל.

שיעור זה נקבע על סמך השוואה בין מספר קבלות החולים למחלקות הכירורגיות⁵⁹ בבתי החולים הציבוריים למספר קבלות החולים למחלקות הכירורגיות בבתי החולים הפרטיים⁶⁰.

59 בדוח משרד הבריאות הובאו בחשבון המחלקות הכירורגיות לתחומיהן כמו: כירורגיה כללית, השתלת איברים, טיפול נמרץ כירורגיה, אורתופדיה, אורולוגיה, נירוכירורגיה, כירורגית חזה ולב, עיניים, אף, אוזן וגרון, נשים ועוד.

60 משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, חלק ב: נתונים סטטיסטיים על תנועת החולים לפי מוסדות ומחלקות 2010, בפרק "תנועת חולים באגף הכירורגי", עמ' 354.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מדידה והשוואה זו היא בעייתית: לא כל קבלה של חולה למחלקה כירורגית של בית חולים כללי ממשלתי, או של הכללית או ציבורי מעידה כי בפועל בוצע ניתוח; לעתים נעשה טיפול רפואי שמרני. לעומת זאת, קבלת חולים למחלקה כירורגית בבית חולים פרטי מעידה על שהתבצע ניתוח אלקטיבי (מתוכנן). לפי חישובים שעשה משרד מבקר המדינה, על יסוד נתונים מחטיבת בתי החולים בכללית (שלה שמונה בתי חולים ציבוריים כלליים), רק כ-50% מהמתקבלים למחלקות הכירורגיות בבתי החולים הציבוריים עוברים ניתוח, נוסף על אלה המנותחים במתכונת של אשפוז יום. לפיכך עולה מאומדן זה כי סך פעילות הניתוחים בבתי החולים הפרטיים בישראל עשוי להסתכם בכ-26% מכלל הפעילות הכירורגית בישראל⁶¹.

כמו כן, לפי פרסומי משרד הבריאות, שיעור הפעילות בבתי החולים הפרטיים מסך הפעילות הכירורגית בישראל⁶² הוא לכאורה די קבוע ושיעורו בשנים 2005-2010 היה 17%-18%.

אולם, משרד מבקר המדינה מעיר כי בחינת הפעילות בבתי החולים הפרטיים בלבד העלתה כי חל בה גידול מתמשך, מכ-108,700 קבלת חולים בשנת 2005 לכ-132,650 קבלת חולים בשנת 2010, כלומר גידול של כ-22% בתוך חמש שנים. לעומת זאת, באותן שנים גדל שיעור קבלת החולים ושיעור הניתוחים באשפוז יום בבתי החולים הכלליים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים או של הכללית או הציבוריים האחרים בכ-14%⁶³.

ביולי 2012 כתב אגף התקציבים במשרד האוצר למשרד מבקר המדינה כי נראה שאין בנמצא נתונים המאפשרים לקבל תמונת מצב אמיתית על מגמות הגידול ברפואה הפרטית בישראל.

בשל האמור לעיל, עולה כי צריך לבחון מחדש את שיעור הניתוחים בבתי החולים הפרטיים בהשוואה לניתוחים בבתי החולים הציבוריים כדי לקבל תמונה אמיתית על היקפם, וחשוב לא פחות מכך - על המגמות המסתמנות מהם ועל השפעותיהן מהבחינה הכלכלית, הרפואית והלאומית כדי ליצור כלים ניהוליים עבור הגורמים האמונים על אסדרתו של תחום זה ולאפשר להם לקבל החלטות בנושא, נדרש מהם לבדוק, ללמוד ולנתח את הנתונים ביסודיות ובכובד ראש.

61 פעילות כירורגית מצילת חיים נעשית רק בבית חולים כללי ממשלתי, ממשלתי-עירוני או של הכללית או ציבורי אחר, והלכה למעשה שיעור הניתוחים האלקטיביים המתבצעים בבתי החולים הפרטיים בהשוואה לניתוחים אלקטיביים בבתי החולים האחרים גדול אף יותר.

62 אומדן הפעילות הכירורגית נעשה על פי פרסומי המשרד מנתוני מספר קבלות החולים לאשפוז וימי אשפוז היום במחלקות הכירורגיות בשנת 2010.

63 477,554 קבלת חולים ו-135,665 ניתוחים באשפוז יום בשנת 2010 לעומת 431,945 קבלת חולים ו-105,412 ניתוחים באשפוז יום בשנת 2005.

פעילות מעורבת בבתי חולים

הועלה כי בבתי חולים פרטיים מבוצעת גם פעילות שנכללת בסל שירותי הבריאות (כדוגמת הדמיה, דיאליזה, הפריה חוץ-גופית ופעילות כירורגית); לפי נתוני מכבי כ-50% משירותי הבריאות שרכשה מאסותא הם במסגרת הסל.

לבתי חולים ציבוריים, בין שהם ממשלתיים ובין שהם ממשלתיים-עירוניים, יש הכנסות מפעולות או מהתוויות⁶⁴ שאינן ממומנות במסגרת הסל, או מפעולות אחרות כמו תיירות רפואית, מלונית לאחר לידה, סקר מנהלים, רפואת מטיילים, בדיקות גנטיות מסוימות, רפואה מונעת, רפואה אסתטית, פלסטיקה רפואית, בדיקות הדמיה, בדיקות מעבדה ועוד. פעולות אלה⁶⁵ מבוצעות בדרך כלל באמצעות תאגיד הבריאות; ואף שהתשלום עליהן הוא בדרך כלל ממקורות מימון פרטיים, הרי שלא ניתן לבחור את הרופא או נותן השירות שיבצען, ולא ניתן במסגרתן טיפול בתנאים מועדפים, ולכן פעולות אלה אינן מוגדרות כרפואה פרטית⁶⁶.

המשרד מפרסם בכל שנה דוח פיננסי⁶⁷ של המרכזים הרפואיים הממשלתיים שבבעלותו, שממצאיו אמורים לשמש כלי ניהולי שיסייע להנהלת המשרד ולקובעי המדיניות הכלכלית הרפואית בקבלת החלטות. בדוח מצוין כי שיעור ההכנסות של המרכזים הרפואיים הגדולים ממחקרים וממיזמים שונים בתחום הרפואי באמצעות תאגידי הבריאות - גדול יחסית לסך הכנסותיהם (כ-3%-4% מהכנסותיהם). לעומת זאת, שיעור ההכנסות של שאר המרכזים הרפואיים ממקורות אלה יחסית לסך הכנסותיהם הוא כמעט אפסי. מניתוח ההכנסות מממן שירותים רפואיים לפי לקוחות עולה מהדוח כי במרכז הרפואי "שיבא" שיעור הכנסות גדול במיוחד ממקורות מימון פרטיים (לקוחות "אחרים") - כ-10% מסך הכנסותיו - בעיקר בזכות לקוחות המקבלים שירותי תיירות רפואית. גם במרכז הרפואי "תל אביב" (איכילוב) שיעור ההכנסות מלקוחות כאלה גדול - 8%, ובמרכז הרפואי "אסף הרופא" - 6.3%; לעומת זאת, במרכזים הרפואיים "נהרייה", "זיו", "הלל יפה" ו"ברזילי" שיעור ההכנסות מלקוחות אלה קטן (1%-2%).

מאחר שלבתי חולים ממשלתיים מסוימים שיעור הכנסות גדול במיוחד מלקוחות פרטיים (במיוחד מתיירות רפואית) יש לברר את הנושא ולגבש מדיניות הכוללת הליכי אסדרה בעניין. פיקוח ובקרה יאפשרו לא רק להגביל את היקפן של ההכנסות ממקורות פרטיים לבתי חולים אלה אלא שגם להקטין את הפגיעה האפשרית בשירותים הניתנים בגנים ברפואה הציבורית, המשרתת את תושבי ישראל.

בינוי ופיתוח בבתי חולים ממשלתיים ושל הכללית לעומת בתי חולים פרטיים

התקציב השנתי של משרד הבריאות כולל כספים המיועדים לפיתוח, לבינוי ולהקמת תשתיות במערכת הבריאות הממשלתית והציבורית. בשנת 2011 החליט מנכ"ל משרד הבריאות להקצות את

64 מונח המשמש לציון מחלה, הפרעה, מצב או תסמין שעבורם רשמים תרופה או טיפול.

65 פרט לרפואה אסתטית שאינה נכללת בסל.

66 יש מרכזים רפואיים שבשטחם פועלים מכונים פרטיים. משרד הבריאות החל לאחרונה לבחון את הנושא.

67 משרד הבריאות, דוח פיננסי 2010, המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים (2011).

כל כספי הפיתוח רק לבתי החולים הפסיכיאטריים שמצב התשתיות בהם היה גרוע במיוחד. עם זאת, גם בבתי החולים הכלליים נבנים בניינים, מתבצע פיתוח של תשתיות והם מצטיידים במכשור רפואי. בשנת 2008 הכין המשרד מסמך "תחזית תכנון מערך האשפוז כללי" ובו נקבע כי בתקציב הפיתוח חלה שחיקה מצטברת בהיקף של כ-3 מיליארד ש"ח משנת 1995, וכי בהיעדר מקורות מימון, אי-אפשר לעמוד בחוקים ובתקנות הבטיחות בתחומי החשמל, איכות הסביבה, כיבוי האש ועוד; לא מתבצעת תחזוקה נאותה של מערכות טכניות; ומונחים תנאים פיזיים ירודים למאושפזים.⁶⁸

בבדיקה עלה כי התקציב השוטף של משרד הבריאות לפיתוח בנייה ולתשתיות במערכת הבריאות פחת מכ-600 מיליון ש"ח בשנת 1995 לכ-280 מיליון ש"ח בשנת 2010.⁶⁹ משמע, מסתמנת מגמה מתמשכת של צמצום ניכר בתקציבי הפיתוח של המשרד. המשרד תומך מדי שנה בפרויקטים ארוכי הטווח, אולם מכיוון שבדרך כלל עלות צורכי הבינוי וההצטיידות של בתי החולים הכלליים גבוהה יותר מהיקף התמיכה התקציבית של המשרד, הפער ממומן על פי רוב מגויס תרומות.

חלק ניכר מהבינוי והפיתוח בבתי החולים הכלליים הממשלתיים ושל הכללית מומן בשנים האחרונות מכספי תורמים.⁷⁰ בפגישות של נציגי משרד מבקר המדינה עם מנהלי בתי חולים ממשלתיים ושל הכללית עולה כי סכומי התרומות למערכת הבריאות פחתו בשנים האחרונות בכ-60%.

במצב שבו הבינוי והפיתוח במערכת הבריאות הציבורית (בבתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים ושל הכללית) ממומנים בעיקר מתרומות, הפחתה של סכומי התרומות גורמת לצמצום בפעולות הבינוי והפיתוח בהם. לעומת זאת, יש תנופת פיתוח במתקני הרפואה הפרטית ובבתי החולים שבהם פועל שר"פ, הממומנים גם הם מכספי ציבור. הדבר עלול להגדיל את הפערים בין בתי החולים הממשלתיים ושל הכללית לעומת בתי החולים הפרטיים ובכך לפגוע בכושר התחרות של בתי חולים הממשלתיים ושל הכללית מול בתי החולים הפרטיים. לפיכך, מתעורר חשש כי בתוך שנים ספורות תיפגע רמת השירות בבתי החולים הממשלתיים ושל הכללית, והדבר עלול לפגוע בחולים. כפועל יוצא מאלה, ככל שתיפגע רמת השירות בבתי החולים הממשלתיים ושל הכללית, כך תקטן הכנסתם ויגדל הביקוש לרפואה במערכת הפרטית.

68 ראו ברוך זה בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.
69 תקציב זה כולל את תמיכת המשרד בבתי החולים של הכללית ובבתי חולים ציבוריים אחרים. לעתים מוקצות תוספות תקציביות ייעודיות לפרויקטים מיוחדים כגון: מיגון בתי חולים, חיזוק אזור הצפון וחיזוק הפריפריה.
70 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, בפרק "תרומות לבתי החולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 741.

רישיונות למיטות אשפוז ולמרפאות כירורגיות

לפי סעיף 24 לפקודת בריאות העם, 1940 (להלן - הפקודה), הוספת מיטות אשפוז פרטיות בבית חולים⁷¹ והקמת מרפאות כירורגיות פרטיות מותרות בקבלת אישור ממנהל שירותי הרפואה במשרד; האישור יינתן לאחר שנבחנו שיקולים רפואיים וכן את ההשפעות של הוספת המיטות, הקמתן והפעלתן של המרפאות על ההוצאה הציבורית לבריאות ואת צורכי האוכלוסייה באזור שבו יוקמו. לדברי מנכ"ל משרד הבריאות, המדיניות המוצהרת של המשרד היא שיש להגביל את היקף הרפואה הפרטית בבתי החולים הציבוריים בכלל, ולהשתמש בסמכותו שימוש מדוד לאישור הוספת מיטות פרטיות בבתי חולים בפרט.

הביקורת העלתה כי המשרד לא גיבש החלטה לגבי היקפי הפעילות הרצויים של בתי החולים הפרטיים לעומת הציבוריים, וממילא אין לו יעד כמותי לגבי האישורים הדרושים למיטות פרטיות כדי לאפשר פיתוח של מערכת רפואה לאומית שיש בה איזון בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית.

הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי האוכלוסייה בפריפריה מתקשה לממש את זכותה לקבל שירותים הנתינים במסגרת השב"ן, כמו בחירת מנתח בבית חולים פרטי, משום שלא ניתנים רישיונות למיטות פרטיות ולחדרי ניתוח בפריפריה. בה בעת כוח אדם רפואי איכותי עובר מהפריפריה למרכז, בשל האפשרות להשתכר יותר. עוד העירה הכללית כי ראוי היה להקצות רישיונות למרפאות כירורגיות בפריפריה כדי לצמצם פערים בינה ובין המרכז ולמשוך כוח אדם רפואי איכותי⁷².

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד הבריאות לא רק יבחן את היקף הפעילות הרצוי של בתי החולים הפרטיים לעומת היקף הפעילות של בתי החולים הציבוריים, בעיקר בהתחשב בגידול בביקושים לרפואה פרטית בכלל ובאמצעות השב"ן בפרט, אלא שגם יבחן את צמצום האישורים למיטות פרטיות בלא שיתבצעו בד בבד לכך פעולות לחיזוקה ולשיפוריה של מערכת הרפואה הציבורית. על המשרד לשקול שמא מגיעת האפשרות מחולה לבחור רופא מנתח, והביקושים הגוברים לקבלת שירותים מבתי החולים הפרטיים, אינם עלולים דווקא לאלץ אותו להגדיל את היצע המיטות הפרטיות בעל כורחו.

יצוין כי המשרד מבקש לתקן את הסעיפים בפקודה⁷³ העוסקים באישור להקמת בתי חולים, בסגירת יחידות מקצועיות או בהפחתת כמות המיטות והמכשירים הרפואיים בהתאמה. המשרד הכין לצורך כך תזכיר חוק בשנת 2010. במועד סיום הביקורת, מרץ 2012, הסעיפים בפקודה עוסקים בעניין "ההוצאה הציבורית לבריאות" בסוגיות הנוגעות לפיקוח על כמות המיטות, היחידות, המכשירים המיוחדים והשירותים הכירורגיים המוצעים לציבור. לדעת המשרד, יש לדון בהוצאה הלאומית הכוללת על בריאות מתוך ראייה מערכתית; דהיינו, להביא בחשבון את כל ההוצאות במערכת הבריאות המשרתות את הציבור בישראל, כפי שיפורטו להלן: הוצאה ציבורית, הוצאה פרטית, מגוון השילובים האפשריים, כמו שר"פ במערכת הציבורית (שיוצא אל הפועל בבתי החולים

71 בפקודת בריאות העם, 1940, נקבע כי לצורכי חלק זה יחול המונח "בית חולים" על כל בית חולים, מרפאה, בית מרפא וכל בניין המשמש, או המכוון לשמש, לקבלת אנשים הסובלים מכל חולי, פצע, ליקוי גופני או רוחני ולקבלת נשים יולדות, כדי לתת להם טיפול רפואי, בין שאותם אנשים הבטיחו לתת שכר או תשלום תמורת הטיפול ובין שלא.

72 ראו בדוח זה בפרק "שירותי הבריאות בפריפריה - בתי החולים והקהילה", עמ' 805.

73 ס' 24א, 24ב ו-265.

הציבוריים בירושלים ובכמה בתי חולים ציבוריים אחרים), ההשתתפות הציבורית של הקופות ותכניות השב"ן במערכת הפרטית וכו'. לפיכך מציע המשרד להחליף בפקודה את המונח "ההוצאה הציבורית על בריאות" במונח "ההוצאה הלאומית על בריאות".

משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי קביעת יעד כמותי, המגדיל את שיעור המיטות לרפואה הפרטית, "יצית תבערה" גדולה יותר במערכת הבריאות, ולפי עקרונות של כלכלת בריאות - ייצור ביקוש "יש מאין"; ובסופו של דבר, יפגע באיכות שירותי הבריאות. בחמש השנים הבאות המשרד אינו רואה צורך בהגדלת כמות המיטות במערכת הרפואה הפרטית; אחר כך תיבחן ההחלטה מחדש. המשרד מוטרד מהמצב הנתון ותר אחר כלים אפקטיביים לריסון הפעילות במערכת הפרטית.

הסוגיות העומדות לפני המאסדרים

התפתחות תכניות השב"ן והגידול בהוצאה בסעיף בחירת רופא מנתח מקורם בפערים הולכים וגדלים בין בתי החולים הממשלתיים ושל הכללית ובין בתי החולים הפרטיים: בבתי החולים הממשלתיים ושל הכללית המטופלים אינם יכולים לבחור רופא מנתח, אביוז או תכשיר רפואי והתורים ארוכים בחלק מסוגי הניתוחים; לעומת זאת, ההיצע של שירותי ניתוח פרטיים הולך וגדל, בייחוד כשהמבוטח בתכנית השב"ן כבר שילם עבורם מראש.

שיטת המימון של השב"ן והשפעתה על הגידול בצריכת שירותי בריאות במערכת הרפואה הפרטית

לפנים נבדלו הקופות זו מזו באמצעות מימון עלותם של תכניות השב"ן: הכללית מימנה 75% מעלות השב"ן באמצעות הסל, ואת היתרה בסך 25% מימנה באמצעות כספי השב"ן הנגבים מהעמיתים; לעומת זאת, מכבי מימנה 75% מהשב"ן על חשבון כספי השב"ן, ו-25% על חשבון הסל. בספטמבר 2000 קבע המשרד כי תכניות השב"ן ימומנו במלואן מכספי השב"ן הנגבים מהעמיתים למן "השקל הראשון". כלומר, אי אפשר להעביר כספים מהסל לתכניות השב"ן. החלטה זו יסודה בתפיסה כי החוק מקנה לאזרח זכות לקבל שירותים ולא זכות לקבל פיצוי כספי. עמית שבחר לקבל שירותים שלא באמצעות הסל ישלם בעבורם את מלוא המחיר, ללא השתתפות הסל, משום שהוא מקבל שירות משופר, יש לו אפשרות לבחור רופא ואף לקצר את זמן ההמתנה לקבלת השירות.

ההחלטה שהתקבלה במשרד כי המסגרת הכספית של השב"ן תממן את מלוא עלות השירותים הכלולים בסל אך הם יינתנו בתכניות השב"ן כשירותים משופרים, היא החלטה מהותית בתחום מדיניות המשרד בכל הנוגע לאספקת שירותי בריאות.

עקב קבלת ההחלטה האמורה, הנוגעת למימון שירותי הרפואה מהשב"ן ולמדיניות המשרד לגבי אספקת שירותי בריאות, גדל הביקוש לשירותים בתי החולים הפרטיים; שכן, לקופות יש אינטרס רב שהעמית יצרוך שירותים שונים דווקא באמצעות השב"ן. אם שירותים אלה ימומנו באמצעות השב"ן, לא יהיה צורך לממן באמצעות הסל. כך ייוותרו עודפי כספים בסל וגירעונות הקופות יקטנו, ואולי אף ייווצרו עודפים⁷⁴. כאמור, בשנים האחרונות אכן חל גידול ניכר בצריכת שירותי בריאות פרטיים במימון השב"ן.

כך לדוגמה במכתבו של מנהל המרכז הרפואי תל אביב למשרד הבריאות משנת 2007 נאמר כי משנת 1998, השנה שבה הוסדר בחוק נושא הביטוחים המשלימים, נוצר בהדרגה תמריץ המעודד את קופות החולים לבצע במסגרת השב"ן פעילות רפואית שקודם לכן נעשתה במסגרת הסל הבסיסי, והדבר פוגע בהכנסותיו של המרכז הרפואי האמור.

האפשרות שקופות החולים יפתחו בכוחות עצמן מסגרות למתן שירותים רפואיים כדי להתחרות בבתי החולים הציבוריים עשויה לשפר את עמדת המיקוח שלהן בבואן לחתום על הסכמי רכש עם בתי החולים הכלליים הממשלתיים, או של הכללית או ציבוריים אחרים.

עם זאת ייתכן שמעבר של עובדי מקצועות הבריאות למגזר הפרטי בשל הטבות שכר ידרדר את רמת הרפואה הציבורית ויגרום למחסור בכוח אדם שבגינו יידרשו החולים להמתין זמן רב לטיפול. עקב כך עלול הביקוש לביצוע פעולות בבתי החולים הפרטיים במימון השב"ן להמשיך להתגבר במידה ניכרת.

לדעת משרד מבקר המדינה, לשירותים המשופרים שנכללים בתכניות השב"ן; היקפי ניצולו ומגמת הגידול בביקוש לו, ואופן מימון שירות זה - יש השפעה מהותית על מערכת האשפוז הממשלתית והציבורית ועל עיצוב המדיניות של אספקת שירותי הבריאות בישראל. אשר על כן, ראוי שמשרד הבריאות יבחן באמצעות עבודת מטה סדורה את השפעתן של תכניות השב"ן על התפתחות הרפואה במערכת הבריאות - הפרטית והציבורית, ידון במכלול היבטי התופעה בפירוט ויגבש מסקנות והמלצות בעניין. בדיון זה מן הראוי לעסוק בהיבטים ערכיים, כמו השוויוניות בקבלת שירותים רפואיים. לעבודת מטה זו יש חשיבות לאומית, ועל כן היא גם חיונית לניתוח כלי ההתערבות ומגבלותיהם. בסיומה יש מקום להציגה לשרים הנוגעים בדבר ולממשלה.



74 לעניין זה ראו משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 2006, 256 (2006), בפרק "שירותי בריאות נוספים - שמירת זכויות העמיתים", עמ' 471. מדוח זה עולה כי כבר בשנת 2006 התריע משרד מבקר המדינה על תופעה זו וקבע כי מדובר בסוגיה מורכבת וחשובה המחייבת בחינה מעמיקה, אשר מעוררת שאלות מהותיות לגבי מדיניות הבריאות, לרבות שוויוניות ושקיפות בדבר סדרי העדיפויות וסדרי התקצוב. עוד נקבע בדוח זה כי נדרש שמשרד הבריאות יבצע עבודת מטה בהשתתפות כל הגורמים המקצועיים במשרד שיש להם נגיעה לעיצוב המדיניות של אספקת שירותי בריאות, ובמסגרתה ייבחנו חלופות לאופן המימון של השב"ן.

משרד הבריאות שם לו למטרה לחזק את צביונה הציבורי של מערכת הבריאות, לצמצם את ההוצאה הפרטית על שירותי הבריאות ולהפחית את אי-השוויון בקבלת שירותי רפואה בישראל. סוגיית האיוון הראוי בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית תוך כדי שמירה על עקרון השוויון ובלי להגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות היא מורכבת ורגישה, אך אין מנוס מלדון בה ולהביאה להכרעה בהקדם.

ראוי שהמאסדרים יבחנו את השפעות התפתחותה של הרפואה הפרטית על מערכת הבריאות הלאומית ככלל, על מצבם של בתי החולים הכלליים בעתיד, על היקפי הביקושים לניתוחים בבתי חולים פרטיים ועל סוגיות של שוויון. ראוי לבחון חלופות אפשריות, למשל שינוי שיטת המימון לשב"ן, ייקור ההשתתפות העצמית עבור השב"ן, ביטול השב"ן או ביטול האפשרות לבחירת מנתח בשב"ן, הגברת כושר התחרות של בתי החולים הממשלתיים ושל הכללית, הפעלת שר"פ בבתי החולים הממשלתיים ושל הכללית.

יודגש כי לרוב הכלים למניעת התרחבות יתר של הרפואה הפרטית יש השפעות ניכרות מהבחינה הכלכלית והחברתית. ראוי שמשרד הבריאות ישקול ויבחן את כל ההיבטים האמורים וכן היבטים נוספים שיעלו. ייתכן שיהיה מקום להביא החלטות חשובות אלה גם לדיון והכרעה בממשלה ואולי אף לפעול לשינוי חקיקה בכנסת, מאחר שעיצוב פני הרפואה בישראל לשנים הבאות הוא העומד על הפרק.

היעדר אסדרה של בקרה בביצוע פעולות כירורגיות במערכת הרפואית הפרטית

בפגישות שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה עם מנהלי מחלקות בבתי חולים כלליים ועם בעלי תפקידים בכירים במשרד הבריאות עלה כי כאשר רופא במערכת הרפואה הציבורית שוקל אם על חולה לעבור ניתוח מסוים, הרי שעקב המבנה ההיררכי של מחלקה בבית החולים מתקיימים דיוני צוות בהחלטתו של הרופא וכן מתקיימים דיוני עמיתים בנושא, הנושא מוצג לעמיתיו ותלמידיו (למתמחים ולסטג'רים) של הרופא והם מבקרים את החלטתו, בין היתר מהבחינה העניינית-רפואית. לעומת זאת, כשמדובר ברופא שמטופל הגיע אליו באופן פרטי לייעוץ בנוגע לניתוח בבית חולים פרטי, הרי שלעיתים אותו רופא הוא גם הרופא המומחה שיבצע את הניתוח, והוא יקבל שכר הן עבור הייעוץ והן עבור הניתוח⁷⁵. בדרך כלל החלטות רפואיות אלה נעשות ללא בקרה נוספת של רופאים עמיתים, ומכל מקום במועד סיום הביקורת עדיין אין הסדרה המחייבת בקורות רפואיות בנדון.

75 יש לציין כי לעיתים חולה פונה לרופא מסוים או למרפאות חוץ של בית חולים, ומשהוצע לו ניתוח, הוא פונה לרופא אחר שבחר (או לאותו רופא שהציע את הניתוח) לביצוע הפרוצדורה במערכת הרפואה הפרטית.

יתרה מכך, בשיטה זו מתעורר חשש לניגוד עניינים, שכן המלצתו של רופא על ניתוח מסוים עשויה להיטיב עמו מהבחינה הכלכלית; נוסף על כך, מתעורר חשש כי פניית מנותחים לרפואה במערכת הפרטית, עלולה לעודד מעבר של רופאים מומחים מהרפואה במערכת הציבורית לרפואה במערכת הפרטית, ובהם מומחים בתחומים שיש בהם מחסור, פעמים לשם ביצוע ניתוחים שאינם חיוניים. הדבר עלול לגרום נזק הן לרפואה במערכת הציבורית והן למבוטח במערכת הרפואה הציבורית. יודגש כי אין בכוונת משרד מבקר המדינה להכתים את כלל ציבור הרופאים העוסקים ברפואה במערכת הפרטית, אלא להצביע על החשש ועל הצורך בבקרה. בכלל זה יודגש כי ככלל הרופאים העוסקים ברפואה במערכת הפרטית הם אנשי מקצוע ששכונת הרופא היא נר לרגליהם וסביר להניח שהחלטותיהם בדבר ניתוחים פרטיים ראויים. את הסוגיה הזאת יש להסדיר.

מן האמור לעיל עולה חשש כי ההחלטה בדבר ביצוע ניתוח במערכת הרפואה הפרטית בהשוואה לציבורית עלולה להיות כרוכה בשיקולים שאינם רפואיים בלבד: מדובר בניתוחים שפורום מקצועי-רפואי רחב היה ממליץ לדחותם או להעדיף הליכים רפואיים חלופיים, מאחר שהם אינם דחופים, או בשל הסיכון הרפואי הכרוך בהם או בשל עלותם הגבוהה. ואכן, בפגישות שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה עם רופאים כירורגים בכירים, התריעו אותם רופאים על תופעה זו. לדוגמה, אחד הרופאים טען שמבוצעים במערכת הפרטית ניתוחי בקע מאחר שבבדיקת אולטרה-סאונד עלה חשד לבקע, אולם לטענתו בדיקת האולטרה-סאונד אינה הבדיקה המיטבית לאבחון בקע, ובבדיקה ידנית של רופא מנוסה לא יימצא הבקע. לעתים גם מבוצעים ניתוחים אונקולוגיים שאין בהם שום תועלת והם רק מוסיפים סבל לחולה.

גם בחוות הדעת שנתן בשנת 2002 היועץ המשפטי לממשלה בעניין הימנעות מהפעלתם של שירותי רפואה פרטית (שר"פ) בבתי חולים ממשלתיים הוא קבע כי "עולה חשש שקיימו של שר"פ יביא להגדלת היקף הפרוצדורות הרפואיות המבוצעות שאינן בהכרח הכרחיות, וזאת מתוך מוטיבציה - בחלקה אף לא מודעת - לקבלת שכר עבורם".⁷⁶ ופרופ' שני⁷⁷ מסר, שהמחקרים מאששים חשש זה.

כלומר, נגישותם של שירותי רפואה פרטית באמצעות השב"ן וחברות הביטוח הפרטיות, האפשרות לבחור מנתח, ניגוד העניינים המובנה בין השיקול הרפואי לשיקול הכספי והיעדר בקרה רפואית על החלטתו של הרופא לנתח מטופל - מעלים חשש שמבוצעות פרוצדורות כירורגיות שאינן בהכרח חיוניות מהבחינה הרפואית, וניתן היה לוותר עליהן ולטפל בחולים בדרכים חלופיות. מהבחינה הכלכלית, יש חשש שביצוע ניתוחים כאמור גורם לתוספת עלות לפרט ולמשק ובכך לבזבז משאבים מהבחינה הלאומית והפרטית.

מכבי השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי מהיכרות עמוקה של מכבי עם שיטת ההתנהלות בבתי החולים במערכת הציבורית, ידוע וסביר כי כאשר רופא בכיר מחליט לבצע ניתוח במטופל, לא נמצא מי שיבקש דיון נוסף. גם במסגרת עבודתו של אותו רופא בכיר במכבי הוא ימליץ למטופל לעבור ניתוח רק על בסיס שיקולים מקצועיים. עוד כתבה מכבי כי היא תשתתף בכל תכנית לאומית מקצועית שתשנה תרבות זאת גם בבתי החולים הציבוריים.

76 "מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים", (חוות דעת של אליקים רובינשטיין, היועץ המשפטי לממשלה, 14.2.02).

77 פרופ' מרדכי שני כיהן כמנכ"ל משרד הבריאות, שימש כמנהל המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא והיה חתן פרס ישראל.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד הבריאות יבחן את כמות הניתוחים המבוצעים בבתי החולים הציבוריים שבהם מופעל שר"פ ובבתי החולים הפרטיים, ויבדוק אם כמות זו עולה בקנה אחד עם המקובל בספרות הרפואית העדכנית, כדי שיוכל לגבש עמדה אם עליו לפעול לצמצום מספרם.

פעולה זו חשובה מההיבט הרפואי והכלכלי, וכדי שמשרד הבריאות יוכל לבצע הוא נדרש לפתח כלי בקרה, התערבות ואסדרה למניעת התרחבות יתר של הרפואה והניתוחים הפרטיים, כל אימת שהם נעשים יתר על המידה.

משרד הבריאות השיב בינואר 2013 כי ביצוע בקרה רפואית על נאותות אינדיקציות לניתוחים באופן שוטף אינה סבירה. מתאים יותר לבסס מדדי איכות לפרוצדורות מסוימות שישקללו במידת האפשר "שימוש יתר" כמדד שלילי לאיכות. המשרד יעלה זאת במועצת האיכות שהיא הגוף המוסמך בתקנות האיכות.

הצורך בבקרה רפואית בקופות בעת הגשת בקשה לניתוח במימון השב"ן

נוכח הפערים בבקרה על הצורך בניתוח בין בתי החולים הציבוריים והפרטיים והחשש שבבתי החולים הפרטיים נעשים ניתוחים מיותרים, בחן משרד מבקר המדינה אם בקופות החולים המציעות את תכניות השב"ן לעמיתיהן נעשית בקרה על הצורך בניתוח. להלן הפרטים:

הכללי: הבקרה על בקשות להשתתפות השב"ן בעלויות הניתוח מתבצעת כשמדובר בבקשות לצנתורים בעורקי הלב. במסגרת הבקרה האמורה נבדק רק אם ההתוויה לפעולה מקובלת ומתאימה לפעולת הצנתור, וכן אם לנוכח מצב החולה ורמת הסיכון שלו מוטב לנתחו בבית חולים פרטי או בבית חולים ציבורי. כמו כן מתבצעת בקרה טרום ניתוחית בתחום ניתוחי הגב ובניתוחים לטיפול בהשמנת יתר חולנית.

מכבי: אין במכבי כל בקרה על בקשות לניתוח בהשתתפות השב"ן. במהלך תקופת הביקורת הוחל בביצוע בקרה על פעולות בתחום הקרדיולוגיה (הן בסל והן באמצעות השב"ן), ועל הרופא לנמק את הצורך בפעולות הדימות (מיפוי לב ואקו לב במאמץ) וכן את הצורך בצנתור הלב. עליו למלא שאלון ולהפנותו למרכז לייעוץ ובקרה לבדיקת דימות בקרדיולוגיה. באוקטובר 2012 מסרה מכבי כי הבקרה הורחבה גם לתחום הגניקולוגיה.

מאוחדת: מאוחדת מתנה את השתתפות השב"ן בהוצאות הניתוח בבית חולים פרטי או בשר"פ באמצעות המלצת הרופא על הניתוח; על הרופא למלא "טופס בקשה לניתוח" ולהעביר אותו לאגף רפואה שבקופה. אגף זה מגיש את הטופס לבדיקה של רופא בכיר מהתחום הרפואי שבו נדרש הניתוח. לצורך אישור הבקשה רשאי הרופא הבכיר הבודק לבקש הבהרות מהרופא שהמליץ על הניתוח. הקופה טוענת כי תהליך האישור מהיר ורוב הבקשות מאושרות מיד או לאחר קבלת ההבהרות. עוד טוענת הקופה כי ייתכן שתהליך הבקרה מונע מראש בקשות לניתוח במקרים שבהם הרופאים אינם בטוחים שהניתוח הכרחי. לדברי הקופה תהליך הבקרה החל בשנת 2004 בתחום הגניקולוגיה עקב חשש כי ביצעו ניתוחי כריתת רחם מיותרים (בשל שרירנים ודימומים). בחינה שביצעה מאוחדת שנה לאחר הפעלת הבקרה בנושא העלתה כי מספר ניתוחי כריתת הרחם אכן פחת במידה ניכרת.

לאומית: כל בקשה לניתוח בהשתתפות השב"ן מועברת לאישור במחוז לרופא אחראי או לרופא המחוזי. יש למלא "טופס בקשה לניתוח בבית חולים פרטי/שר"פ/שר"ן". בטופס מוסבר לחולה כי חלק מהניתוחים כרוכים בתשלום או בהשתתפות עצמית. על הרופא המנתח לפרט בטופס הבקשה את האינדיקציה לניתוח ואת תוצאות הבדיקה הגופנית שבוצעה ולצרף בדיקות מעבדה. כמו כן, על הרופא לאשר בחתימת ידו על גבי הטופס כי הסביר לחולה שהוא זכאי לעבור את הניתוח בבית

חולים ציבורי שלא באמצעות השב"ן; נוסף על כך, חובה להחתים את החולה על אישור בוז הלשון: "הרופא המנתח הסביר לי, כי אני זכאי לעבור את הניתוח בבי"ח ציבורי שלא באמצעות השב"ן, ללא השתתפות עצמית כלשהי בגין עלות בי"ח ו/או שכר הרופא המנתח ו/או אביזרים מושתלים המכוסים בסל הבריאות".



מהנתונים עולה שלא כל הקופות מבצעות תהליך של בקרה רפואית בעניין הצורך בניתוח באמצעות השב"ן.

לדברי קופת חולים מאוחדת, שהבקרה בה היא המקיפה ביותר ביחס לקופות האחרות, סביר להניח שהליך זה מצמצם את מספר הניתוחים המיותרים.

לדעת משרד מבקר המדינה, אין זה עניין רק לקופות; על משרד הבריאות כמאסדר לתת דעתו לסוגיה תוך כדי עיצוב כלי מעקב ובקרה.

מכבי השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2011 כי היא בוחנת "בימים אלו" מנגנוני בקרה על הפניית רופאי מכבי לביצוע ניתוחים. עם זאת, היה וייקבעו כללים במישור הלאומי, מכבי תיישם. מכבי הוסיפה כי יש להבטיח כי שיקולים רפואיים ימשיכו להכתיב את אופן תפקודה של מערכת הבריאות ואת יכולתו של המטופל לנצל את הזכויות המוקנות לו. לדעת מכבי, הבקרה הנדרשת מוצדקת בהחלט, אך אין להבדיל בין הצורך לבצע בקרה על ניתוח שב"ן ובין הצורך לבצע בקרה על ניתוח במסגרת אחרת. לדעת מכבי, יש לבחון את הצורך לבצע בקרה לגבי כל פעולה, לרבות אשפוז בבית חולים ממשלתי וציבורי אחר.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי הוא מכין הוראה הדנה בנוהלי עבודה בבתי חולים פרטיים ובו התייחסות לאופן הבקרה על סוגי הניתוחים המוצעים וההתוויות לביצועם. באפריל 2012 פרסם המשרד חוזר בנדון הדן בנוהלי העבודה בבתי החולים הפרטיים⁷⁸ (להלן - החוזר).

משרד מבקר המדינה מעיר כי בניגוד לאמור בתשובת משרד הבריאות בחוזר לא צוין נושא הבקרה על הצורך בניתוח. משמע, הנושא לא הוסדר.

משרד האוצר השיב למשרד מבקר המדינה כי עיקר נזקה של הרפואה הפרטית אינו בפגיעה בהיקף הפעילות במערכת הציבורית, אלא בחוסר יעילות, בבזבוז משאבים, בתוספת פעילות אשר אינה בהכרח נדרשת ובהפעלת לחצים לעליית מחירים בכלל המערכת.

1. (א) על יסוד האמור לעיל משרד מבקר המדינה ביקש לבחון נתונים מקופות החולים כדי לבדוק האם תהליך הבקרה על הבקשה לכיסוי עלות הניתוח במסגרת השב"ן משפיע על היקף הניתוחים המבוצעים באמצעות השב"ן. לצורך כך נבחרו פעולות ניתוחיות שכיחות שמבוצעות בבתי החולים הפרטיים.

78 חוזר מס' 10/2012, בנושא "נהלי עבודה בבתי חולים פרטיים כלליים/כירורגיים", אפריל 2012.

בבדיקה עלה כי לא ניתן לקבל נתונים מלאים על היקפי ניתוחים מסוימים מקופות החולים ולהשוותם לנתוני משרד הבריאות בנוגע להיקפי הניתוחים הנאספים מבתי החולים. כך למשל, משרד מבקר המדינה ביקש מהקופות נתונים על מספרם הכולל של ניתוחי כריתות הרחם בשנת 2010. הקופות דיווחו על כמויות שאינן עולות בקנה אחד עם דיווחי משרד הבריאות⁷⁹. מכאן עולה כי קיים קושי בקבלת נתונים מהימנים ממערכת הבריאות.

(ב) לכל אבחנה ופעולה רפואית יש קוד מתאים. מספר הניתוחים שנעשים בכל שנה בישראל נקבע באמצעות קידוד של אבחנות ופעולות שעליהם מדווחים בתי החולים למשרד הבריאות. בדוח שפרסם המשרד נקבע כי הקידוד האמור טעון שיפור⁸⁰. לדוגמה, בבדיקה שעשו מחברי הדוח במדגם תיקים רפואיים מהשנים 2008-2009 של חולים שעברו ניתוח במעי הגס נמצא כי רק ב-93% מהתיקים נרשם קוד מתאים.

מסד נכון של נתונים משמש כלי חשוב לבקרה, והוא הכרחי לקבלת החלטות ולקביעת מדיניות. על משרד הבריאות והקופות לבחון את בסיסי הנתונים שלהם, שכן במצב דברים זה לא ניתן לדעת כמה ניתוחים בוצעו הן בכלל מדינת ישראל והן במסגרת כל קופה. יוצא אפוא שלא ניתן לדעת אם כמות הניתוחים המבוצעים עולה בקנה אחד עם מספרם בספרות הרפואית ושלא מבוצעים ניתוחים רבים או מעטים מהנדרש.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש מקום לבדוק אם דיווחי בתי החולים על קודי האבחנות והפעולות הם מדויקים, אם מאגרי הנתונים בקופות שלמים ואם דיווחי הקופות על היקפי פעילויותיהן נכונים. מן ההיבט הרפואי-לאומי ראוי לבחון את האפקטיביות של בקרה על הצורך בניתוח, אם יש מקום להנחות את כל הקופות לקיים בקרה רפואית על הצורך בניתוח לפני ביצועו באמצעות השב"ן. ראוי גם לבדוק אם לא נעשים ניתוחים מיותרים מחד גיסא או שאין מתבצעים ניתוחים די הצורך מאידך גיסא, שכן הדבר עלול לפגוע בבריאות המבוטחים. יש להשוות זאת עם מדדים בין-לאומיים מקובלים על פי היקפי הניתוחים לסוגיהם ביחס לאוכלוסייה.

יש לציין כי במסגרת בתי החולים הפרטיים מתקיימים גם ניתוחים למבוטחי חברות ביטוח פרטיות. אם ימצא משרד הבריאות כי הבקרה חיונית, ראוי שהמשרד והממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר יבחנו דרכים לבצע בקרה רפואית על הצורך בניתוח באמצעות חברות הביטוח הפרטיות.

סוגיות בפיקוח על רופאים - הצורך בפיתוח כלי בקרה על פעילות בתי החולים הפרטיים

סוגיית ההפחתה בשיעורי המשרה של רופאים בכירים וכוח אדם רפואי אחר

1. עם התרחבות היקף הרפואה הפרטית בישראל עוברים עובדים בכירים ממערכת הבריאות הממשלתית והציבורית לעבוד גם בבתי החולים הפרטיים. חלק מהעובדים מתפטרים ממשרתם

79 לפי דיווחי הקופות, שתוקנו כמה פעמים, נעשו 4,348 כריתות רחם; משרד הבריאות דיווח על 5,239 כריתות.

80 משרד הבריאות, הפרויקט הלאומי למדדי איכות בבתי חולים בישראל - 2009, עמ' 51.

בבתי החולים הממשלתיים, ואילו עובדים אחרים, לרבות מנהלי מחלקות ורופאים בכירים, מפחיתים את היקף משרתם במערכת הבריאות הציבורית. הפחתת שיעורי המשרה היא בדרך כלל לצורך פעילות בפרקטיקה פרטית בקהילה, בקופות החולים - רפואה במערכת הציבורית בקהילה, בקליניקה פרטית או בבתי החולים הפרטיים.

הסיבה העיקרית לכך היא שאפשרויות התגמול בשירות המדינה ובכללית הן מוגבלות ואילו אפשרויות ההשתכרות במסגרת הרפואה הפרטית גבוהות מהן לאין שיעור. ולכן חלק מהרופאים הבכירים מציבים למנהליהם תנאי ולפיו הם ימשיכו לעבוד בשירות המדינה רק אם יצומצם היקף המשרה שלהם בבית החולים, כדי שיוותר להם פנאי לעבוד בפרקטיקה פרטית בקהילה או בבתי החולים הפרטיים. אם לא ייענו המנהלים לדרישתם של אותם רופאים בכירים ומקצועיים, הם מסתכנים בכך שאלה יעזבו את בית החולים. אמנם בית החולים יכול להשלים את היקף המשרה של הרופא שצמצם את עבודתו באמצעות העסקת רופא אחר, אבל סביר להניח שהרופא האמור יהיה פחות מבוקש ופחות מנוסה מהרופא שאותו החליף, ובכך תיפגע הרפואה הציבורית.

לדעת משרד מבקר המדינה, אם נביא בחשבון כי מתפתח מחסור ברופאים בכלל מערכת הבריאות, יוביל הדבר לכך שכל הסטה מהרפואה במערכת הציבורית לרפואה במערכת הפרטית תפגע ברפואה במערכת הציבורית.

בעניין זה - מנהל המרכז הרפואי הממשלתי-עירוני תל אביב כתב במרץ 2011 למשרד מבקר המדינה כי מעבר עובדי רפואה לבתי החולים הפרטיים פוגע במערכת הרפואה הציבורית עקב הצורך בתוספת עלויות שמקורה בצורך להתחרות על כוח האדם הרפואי. לדבריו תוספת עלויות השכר הישירות שנמדדו במרכז הרפואי מסתכמות ביותר מ-20 מיליון ש"ח לשנה. מנהל המרכז הרפואי רמב"ם כתב למשרד מבקר המדינה כי "יש ללא ספק בעיות שביית חולים מעניק לרופאים את תהליך ההכשרה וכאשר הרופא מגיע לשיא יכולתו כרופא הבכיר, המערכת הפרטית היא זו שנהנית מזה ללא השקעה וללא תמורה עבור ההכשרה".

הנה כי כן, עולה כי למעבר של כוח אדם רפואי לעבוד בבתי החולים הפרטיים - ולו רק בהיקף משרה חלקי - יש השפעה ניכרת על פעילות בתי החולים הממשלתיים, הממשלתיים-עירוניים ושל הכללית.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי אין ספק שלעולם תתקיים תחרות העסקה בין הרפואה הפרטית לרפואה הציבורית, אולם יש לשאוף לכך שתנאי העבודה והשכר של הרופאים במגזר הרפואה הציבורית יסייעו להשאיר את הרופאים במגזר זה.

מכבי מסרה למשרד מבקר המדינה בפברואר 2013, כי תחום המחקרים בבתי החולים הציבוריים מפותח מאוד והוא מקור הכנסה משמעותי. לעומת זאת, בבתי החולים הפרטיים הפעילות בתחום היא שולית. האפשרות לעשות מחקרים משמשת תמריץ חשוב לרופאים להישאר במערכת הרפואה הציבורית.

2. לשם המחשת התופעה והיקפה בדק משרד מבקר המדינה את הנעשה במרכזים הרפואיים הממשלתיים שיבא ותל אביב והעלה כלהלן:

לפי הנתונים המעודכנים למרץ 2011, במרכז הרפואי שיבא הפחיתו 79 רופאים בכירים, ובהם מנהלי מחלקות וכן מנהלי יחידות, את היקף המשרה שלהם בשיעורים של 25%-83% ושלושה רופאים ביקשו חופשה ללא תשלום (חל"ת).

הנהלת המרכז הרפואי שיבא הסבירה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי לפני שאישרה לכל אחד מהרופאים האמורים לצמצם את היקף משרתם על מנת לעסוק ברפואה פרטית התקיימה פגישה בין הרופא המבקש ובין מנהל המרכז הרפואי, ולאחר שהובהר כי אם לא יינתן אישור כאמור יעזוב הרופא המבקש בוודאות את בית החולים, קיבל מנהל המרכז, בשיתוף מנהלי בתי החולים הרלוונטיים, החלטה אישית לגבי כל אחד מהרופאים המבקשים. שיבא לא אפשרה למנהל מחלקה לצמצם את היקף משרתו להיקף של פחות מ-86% (שפירושו יום בשבוע מחוץ לבית החולים), ואף לא אפשרה למנהל יחידה לצמצם את משרתו להיקף של פחות מ-75% (שפירושו כשלושה ימי היעדרות בשבועיים).

במרץ 2011, כתב המרכז הרפואי תל אביב למשרד מבקר המדינה כי שבעה רופאים בכירים צמצמו את היקף משרתם בשיעור של 33%-50% משרה ושני רופאים בכירים התפטרו. אשר לסגל הסייעודי - עשרה אחים ואחיות מחדר ניתוח ואחות ממחלקה כירורגית התפטרו.

3. מהביקורת עולה כי מדיניות המשרד ונציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם) בנושא זה אינה ברורה ואחידה. לדוגמה, בינואר 2010 פנה המנהל האדמיניסטרטיבי למינהל, ארגון ומשאבי אנוש של שיבא לסגן נציב שירות המדינה למערכת הבריאות וביקש כי יאושר למנהל מחלקה מסוים להפחית שישית משרה. הוא כתב כי "בקשתו להורדת 1/6 משרה תאפשר לו לעבוד חמישה ימים בשבוע. גישה זו תואמת את מדיניות בית החולים המאפשרת למנהלים שמשיקים מאמצים ומקדמים פרויקטים, לצמצם את חלקיות משרתם באופן מזערי לתקופת מה. אודה על היענותך בשלב זה לשנה אחת".

בינואר 2010 השיב סגן נציב שירות המדינה על הפנייה כי הוא מאשר את הבקשה והוסיף כי "מדיניות בנושא זה צריכה, להערכתי, להיות מערכתית ולא מדיניות של כל בית חולים בנפרד. אעלה הנושא העקרוני בפני מנכ"ל המשרד".

בבדיקה עלה כי שלושה מנהלי מחלקות נוספים בשיבא קיבלו אישור לצמצום היקף משרתם. אולם, במועד סיום הביקורת נש"ם ומנכ"ל משרד הבריאות לא דנו בעניין.

משרד מבקר המדינה מעיר כי נושא חלקיות המשרה של מנהלי מחלקות ושל רופאים בכירים אחרים בבתי החולים הציבוריים הוא עקרוני ועלולות להיות לו השפעות מרחיקות לכת על רמת הרפואה ועל תפקודם ותפעולם של בתי החולים בכל הנוגע לטיפול בחולים ולהכשרת רופאים לעתיד. עולה גם שאלה בעניין התדמית של מערכת הרפואה הציבורית בעיני הציבור - האם ראוי שמנהל מחלקה, שתפקידו לטפל בסוגיות רפואיות מורכבות במשך כל ימי העבודה בשבוע, יכהן במשרתו בהיקף חלקי בלבד. בעניין זה היה על סגן נציב שירות המדינה להעלות את הנושא לפני הנהלת משרד הבריאות ולהימנע מלאשר עבודה במשרה חלקית עד שהנושא ילובן עם משרד הבריאות ושייבחנו השפעותיו ותוצאותיו וכן היקפי המשרה החלקית הסבירים שראוי לאשר - אם יש לאשרם.

נוסף על כך, יצוין כי על בתי החולים הממשלתיים-עירוניים לא חלות הוראות התקשי"ר ולכן הם אינם מבקשים מנש"ם אישור לעבוד במשרה חלקית. נוכח חשיבות הנושא והשפעותיו האפשריות, ראוי כי מנהלי בתי חולים אלה יידרשו לאישור מצד משרד הבריאות לבקשות אפשריות של מנהלי מחלקות ורופאים בכירים לצמצום היקף משרתם.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד הבריאות ידון בנושא ויקבע מדיניות ברורה בעניינו, בשיתוף אותם גורמים העלולים להיות מושפעים מתופעת צמצום היקף המשרה של רופאים בכירים בבתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים או של הכללית.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי לרוב נהוג שרופאים בתפקידים בכירים, כגון מנהלי בתי חולים או מנהלי מחלקות, ימלאו תפקידים אלו במשרה מלאה ולא במשרה

חלקית, אלא אם כן הם נבחרו למלא גם תפקידים בכירים במערכת הציבורית כגון דקן בית הספר לרפואה או תפקידים בהסתדרות הרפואית. לדברי המשרד, "אכן ראוי להגדיר זאת בצורה ברורה".

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב ביולי 2012 למשרד מבקר המדינה כי הוא סבור שככלל אין לאשר למנהלים לעבוד בבתי החולים הממשלתיים במשרה חלקית, אלא במקרים חריגים בלבד. גם לגבי רופאים שאינם מנהלים, אין לאפשר צמצום במשרות במידה שתשבש את פעילות היחידות.

בינואר 2013 מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הוא העלה כמה פעמים את הרעיון של העסקת רופאים בכירים בבתי החולים הציבוריים באופן בלעדי (Full timer), ובתוך כך הם יוותרו על פרקטיקה פרטית וישפרו את שכרם. הדבר יביא רופאים בכירים לשהות שעות רבות בבית החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי לקבוע מראש באילו מקרים חריגים ניתן לאשר עבודה במשרה חלקית, וכן מה הוא שיעור צמצום המשרה המרבי שאפשר יהיה לאשר, כדי להבטיח פעילות תקינה באותן יחידות.

ההשפעות של צמצום המשרה על ההוראה הקלינית ועל הכרה במחלקה כמתאימה להתמחות

1. ההוראה הקלינית : בפגישות שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה עם דקני בתי ספר לרפואה בישראל ועם מנהלי מחלקות במרכזים רפואיים עולה כי צמצום היקפי המשרה של מנהלי מחלקות, מנהלי יחידות ורופאים בכירים פוגע בהוראה הקלינית לסטודנטים לרפואה בישראל. לדבריהם ההוראה הקלינית מבוססת על עבודה סדירה במחלקות שבמרכזים הרפואיים בהדרכה וליווי של מנהל המחלקה ושל רופאים בכירים נוספים.

לדבריהם, מחצית מהחינוך הרפואי מתבצע על ידי מיטת החולה. ובשעה שמנהלי מחלקות ורופאים בכירים אחראים במחלקה עוזבים את בתי החולים, נפגעת ההוראה הקלינית משום שהתקופה שבה שוהה הסטודנט בכל מחלקה מוגבלת. כמו כן, דקן של אחת הפקולטות לרפואה ציין לפני משרד מבקר המדינה כי כאשר רופאים בכירים עוזבים את המחלקה בטרם עת ומצמצמים את היקף המשרה, הדבר משפיע על "האווירה בה מחנכים את רופאי העתיד והמסרים החינוכיים המוקנים להם".

2. ההכרה במחלקה כמתאימה להתמחות : על פי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ההתמחות תתבצע באמצעות עבודה במחלקה במוסד רפואי מוכר. המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) אחראית למתן ההכרה במחלקות כמתאימות להתמחות, והיא ניתנת לחמש שנים. התנאים למתן ההכרה במחלקה להתמחות הם, בין השאר "במחלקה חייבים לעבוד במשרה מלאה כל אחד, לפחות שני מומחים במקצוע הרלוונטי כאשר אחד מבין המומחים הינו מנהל המחלקה". על פי נתוני המשרד, במועד סיום הביקורת שמונה מנהלי מחלקות בבתי חולים ממשלתיים קיבלו אישור לעבודה במשרה חלקית. מחלקות אלה קיבלו מהמועצה המדעית הכרה בתור מתאימות להתמחות.

יוצא אפוא כי אילו נודע שמנהל מחלקה עובד במשרה חלקית, המועצה המדעית לא הייתה מכירה במחלקה זו כמתאימה להתמחות. מדובר בסוגיה כבדת משקל שראוי כי משרד הבריאות, נש"ם והר"י ידונו בה. לא נמצא כי בעת שהנהלות בתי החולים ונש"ם אישרו את בקשותיהם של מנהלי מחלקות לעבוד במשרה חלקית הם הביאו בחשבון שיקול זה. העניין גם לא הובא לידיעת המשרד, ולמותר לציין שהוא לא הובא לידיעת הר"י.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי נושא ההכרה בהתמחות והתלות במשרה מלאה של מנהל המחלקה הינו דבר כבד שיש אכן להסדירו במשרד יחד עם נש"ם והר"י.

שעות העבודה של הרופאים המנתחים בבתי החולים הפרטיים

התקשי"ר קובע את שעות העבודה בדירוגים המקצועיים, ובכלל זה הוא קובע כי רופאים המועסקים במשרה מלאה בבית חולים יעבדו 42-45 שעות שבועיות, בהתאם לדירוג. עוד קובע התקשי"ר הגבלות לעניין מספר השעות שעבורן מתקבל היתר לעבודה פרטית ולעבודה נוספת במסגרת שירות המדינה - בהגבלות אלה נקבע כי לא יינתן (אלא בתנאים מסוימים) היתר לעבודה פרטית לכמה שעות בשבוע אם מספרן בתוספת השעות הנוספות שאושרו לעובד במשרד עולה על 25% ממכסת שעות העבודה השבועיות הנהוגות במקום עבודתו הקבוע של העובד; בכל מקרה לא יינתן לעובד היתר לעבודה פרטית של יותר מארבע שעות עבודה ביום אחד.

רופאים שמנתחים בבית חולים ממשלתי, ממשלתי-עירוני או של הכללית ובסיום יום העבודה פונים לעבודתם בבית חולים פרטי, עלולים להיות עייפים ועקב כך לסכן את החולה. הספרות המקצועית⁸¹ מלמדת כי ככל שעומס העבודה המוטל על עובד (שעות עבודה רבות ביום במשך תקופה ארוכה) גדול יותר, כך גדל החשש שהוא לא יבצע את עבודתו באופן המיטבי ואף יעשה טעויות; שכן עומס עבודה גדול גורם לעייפות ולפגיעה בכושר הקוגניטיבי של העובד.

משרד מבקר המדינה בדק דוחות של ניתוחים שבוצעו בבית חולים פרטי. ומבדיקתו עולה כי חולים נותחו ניתוחים מורכבים שרמת הסיכון בהם גבוהה על ידי מנתחים המועסקים בבתי חולים ממשלתיים לאחר סיום עבודתם, ולעתים אף לאחר שרופאים אלה ביצעו ניתוחים באותו בית חולים באמצעות תאגיד הבריאות (אחרי שעות העבודה הרגילות). שעות הסיום של אותם ניתוחים היו בשעות הלילה, בין 22:30 ל-1:40 אחר חצות. יש לציין כי בבוקר המחרת אמורים אותם מנתחים לעבוד שוב כהרגלם בבית החולים הממשלתי, ממשלתי-עירוני או של הכללית. ומכאן שהם עובדים בסך הכול משעות הבוקר ועד אחר חצות, בניגוד להוראות התקשי"ר, עקב כך נשקף סיכון הן לחולים המנותחים בבית החולים הפרטי וכאמור לעיל הן לחולים המנותחים בבית החולים הממשלתי או של הכללית.

81 מחקר של מכון ברוקדייל בדק את מתכונת ההעסקה של רופאים בישראל, ראו נורית ניראל, אריה שירון שורוק איסמעיל, "רופאים מומחים בישראל: מאפייני העסקה והשלכות על חיי העבודה שלהם" (2003). מהמחקר עולה כי 84% מכלל הרופאים המומחים עובדים ביותר ממסגרת אחת, ויותר מ-40% מכלל הרופאים המומחים (בתחומים: עיניים, עור, אף-אוזן-גרון, גינקולוגיה, קרדיולוגיה וכירורגיה כללית) עובדים בשלוש מסגרות ויותר. במחקר נמצא כי "ככל שעולה מספר מסגרות העבודה, כך גוברת תחושת העומס של הרופא ... הממצאים מראים כי אחוז המדווחים על רמה גבוהה של שחיקה גבוה יותר (לפי המדרד הכולל) בקרב רופאים העובדים ביותר ממסגרות עבודה, ביחוד כשמדובר בעייפות פיזית ...".

כבר באוגוסט 2011 הפנה משרד מבקר המדינה את תשומת לבו של משרד הבריאות לתופעה האמורה.

בתגובה על כך השיב משרד הבריאות בספטמבר 2011 כי הוא ער לכך שלעתים שעות עבודה אלו אינן עולות בקנה אחד עם חוק שעות עבודה ומנוחה, התשי"א-1951, ועם השמירה על בטיחות המטופל.

במרץ 2012 כתב פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות, אל עו"ד משה דיין, נציב שירות המדינה, כי אין בנמצא התייחסות פרטנית בכל הנוגע לביצוע עבודות נוספות של רופאים - ובכלל זה במסגרת פרקטיקה פרטית - לאחר ביצוע תורנות בבתי החולים. הדבר מעורר חשש ממשי לפגיעה בבריאות הציבור ובאיכות הטיפול שניתן. משרד הבריאות מציע כי רצף שעות העבודה של רופאים בכלל ובפרקטיקה פרטית בפרט לא יעלה על 26 שעות רצופות. כמו כן המשרד מבקש לקבוע מספר שעות מנוחה מינימלי אחרי תורנות ולפני שתבוצע עבודה נוספת (לרבות במסגרת פרקטיקה פרטית). מנכ"ל המשרד ביקש לבחון סוגיה זו במסגרת דיוני הצוות שהוקם לצורכי בחינת כללים לעבודות נוספות של רופאים ומנהלי בתי חולים בשירות המדינה⁸².

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי להבטיח את בטיחות החולים המנותחים בבתי החולים הפרטיים, על משרד הבריאות לאכוף את הוראות התקשי"ר לעניין הגבלת שעות ההיתר לעבודה פרטית ולשקול לקבוע הסדרים ספציפיים לרופאים, המגדירים את היקף שעות עילותם. כמו כן על משרד הבריאות לבחון אם יש מקום לבצע בקרה על שעות הפעילות של הרופאים המנותחים בבתי החולים הפרטיים.

בינואר 2013 השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי המערכת הציבורית קיבלה כמובן מאליו במשך שנים רבות את הדרישה שרופא יעבוד 28-32 שעות רצוף, כולל רופאים מנתחים. משרד הבריאות הצליח להגביל את שעות העבודה ל-26 בלבד. בכוונת המשרד לבקר ולמדוד את התופעה של שעות העבודה הבלתי סבירות של הרופאים המנותחים בבתי החולים הפרטיים בשנת 2013. עוד הוסיף המשרד כי "מן הסתם, הארכת שעות העבודה, תוך פגיעה בשעות המנוחה, כרוכה בנוק פוטנציאלי לבריאות הציבור. אין להשאיר זאת לשיקול דעתו של הרופא הפרטי, אלא יש להסדיר זאת עם בתי החולים הפרטיים".

דיווח על שעות נוכחות של רופאים ובקרה עליהן

על פי סעיף 29א (2) לפקודה, רשאי מנכ"ל המשרד להסמיך את עובדי המשרד לבדוק את היומנים והרשומות המתנהלים בבתי החולים הפרטיים.

ביולי 1987, עם מעבר המשק לשבוע עבודה של חמישה ימים, החליטה הממשלה כי בשירות המדינה יונהג דיווח על נוכחות בעבודה באמצעות החתמת שעון נוכחות בעת הכניסה למקום העבודה ובעת היציאה ממנו, וכי הוראה זו תחול על כלל עובדי המדינה. ההחלטה עוגנה בתקשי"ר, אולם הסכם העבודה הקיבוצי שנחתם בשנת 1991 בין נציגי המעסיקים ומשרד האוצר ובין הר"י קבע כי הרופאים לא יחתימו שעון נוכחות אלא רק ירשמו בדיווחי הנוכחות שלהם את מספר השעות שעבדו. על פי שגרת העבודה בבתי החולים, שעות העבודה הנהוגות בהם הן 8.00 עד 16.00 ובימי שישי 8.00 עד 13.00.

82 בעניין זה ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2012 ב-62, בפרק "עבודות מחוץ לתפקיד של מנהלי בתי חולים" עמ' 447.

הנהגת דיווח באמצעות שיעור נוכחות מאפשרת לעשות בקרה על מספר שעות העבודה של כל עובד וכן לדעת מהו מספר שעות העבודה של כלל העובדים בכל אחת מהיחידות בבית החולים ובכל בית חולים. למידע זה יש חשיבות מהבחינה המינהלית והכספית לגבי כלל מערכת הבריאות. בהיעדר כלי שיאפשר בקרה נאותה על נוכחות הרופאים בבתי החולים, נוצרו מחלוקות בעניין שעות עבודתם בבתי החולים, ויש שעלתה הטענה שחלק מהרופאים המומחים עובדים מספר שעות קטן בהרבה מהמתחייב בהסכמים הקיבוציים⁸³.

הממשלה דנה בסוגיה זו, ובספטמבר 2001 החליטה "להטיל על שר הבריאות בתאום עם אגף החשב הכללי לבצע, החל משנת 2002, בדיקה רציפה בכל בתי החולים הממשלתיים, לגבי אותם עובדים שאינם מחויבים להחתים שיעור נוכחות". הוחלט כי הבדיקה תיעשה באמצעות גופים חיצוניים בלתי תלויים.

באפריל 2007 כתב מנהל המרכז הרפואי אסף הרופא, ד"ר בני דוידזון, למנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' אבי ישראל, כי "היום מיטב המומחים נעלמים בשעות הצהריים מבתי החולים, בעתיד הקרוב הם לא יהיו שם בכלל, ואז אנה אנו באים?".

במועד סיום הביקורת נמצא כי משרד הבריאות עדיין לא ביצע שום בדיקה ובקרה שיטתית בנושא שעות הנוכחות של הרופאים בבתי החולים הממשלתיים והממשלתיים-עירוניים.

במחקר שפורסם ביולי 2010⁸⁴ נאמר כי הקופות וגם נותני שירות רפואי אחרים מעודדים ביקושים והוצאות פרטיים באמצעות השב"ץ. בין השאר הדבר גורם להעלאת שכר ריאלי במערכת הבריאות הציבורית, שכן, עקב השכר הנמוך שניתן לרופאים במערכת זו, טובי המומחים עוזבים אותה לטובת עבודה פרטית בשעות שבהן הם אמורים להימצא במחלקותיהם, וכל שעת עבודה שמחסיר רופא מיום עבודה של שמונה שעות, מעלה ב-12.5% את שכרו לשעת עבודה במערכת הציבורית. תופעה זו גורמת גם לכפל הוצאות עבור טיפול רפואי, שכן כאשר מטופל משלם עבור שירות פרטי שהוא אמור לקבל במערכת הציבורית, למעשה הוא משלם שוב עבור טיפול שכבר מומן ממקורות ציבוריים (דהיינו מדמי הביטוח הלאומי ומתקציב המדינה).

את הטענות שלפיהן רופאים עוזבים את בית החולים הציבורי בשעות העבודה המקובלות במקום עבודתם ניתן לבדוק בעקיפין באמצעות בדיקת גיליונות ודוחות הניתוח בבתי החולים הפרטיים, שבהם מפורטות שעות התחלת הניתוח וסיומו.

ואולם למרות הפרסומים על עזיבת רופאים את בתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים ושל הכללית בשעות העבודה המקובלות, ועל אף האמור במכתבו של מנהל המרכז הרפואי הממשלתי אסף הרופא, לא פעל משרד הבריאות לבירור היקף התופעה האמורה.

המשרד וחלק ממנהלי בתי החולים התעלמו מתופעה זו ולא פעלו לחייב את הרופאים להימצא בבית החולים בכל שעות העבודה המקובלות, ובכך הביעו הסכמה שבשתיקה לתופעה.

83 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54 (2004), בפרק "רופא בתי חולים - תקנים, נוכחות, תורנות, כוננות ועבודה פרטית", עמ' 470.

84 רוני גמזו, גיא נבון, דב צ'רניחובסקי, גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (2010), עמ' 26.

יש לציין כי בהסכם העבודה הקיבוצי שנחתם באוגוסט 2011 בין נציגי המעסיקים ומשרד האוצר ובין הר"י נאמר כי הרופאים הסכימו כי יגובשו הסדרים חדשים להפעלת שיטת דיווח על נוכחות באמצעים טכנולוגיים מתקדמים או באמצעות שעות נוכחות. מינואר 2012 מדווחים אותם רופאים על נוכחותם כנקבע בהסכם.

לדעת משרד מבקר המדינה, מדובר בצעד חשוב. הסדרים אלו אמורים להבטיח כי הרופאים יהיו נוכחים בבתי החולים האמורים בכל שעות העבודה הנהוגות בהם.



ראוי כי משרד הבריאות ייתן בהקדם את דעתו על השפעות תופעת הצמצום בהיקפי המשרה של רופאים בכירים, לרבות מנהלי מחלקות ויחידות ושל כוח אדם רפואי וסיעודי אחר על הפעילות בבתי החולים הממשלתיים; וכן ייתן את דעתו על שעות העבודה הרבות של רופאים בבתי החולים הפרטיים לאחר סיום עבודתם בבתי החולים הממשלתיים.

חשש להסתת חולים מבתי חולים ממשלתיים לבתי חולים פרטיים

רופא שעובד בבית חולים ציבורי ובבית חולים פרטי עלול להימצא במצב של ניגוד עניינים משום שאם יחליט כי חולה שהוא מטפל בו במערכת הבריאות הציבורית יועבר לבית החולים הפרטי, הוא יזכה לתוספת הכנסה. בפרק "עבודה פרטית, עבודה נוספת ופרקטיקה פרטית" בתקשי"ר נקבעו התנאים למתן היתר לעבודה פרטית לרופאים, ובכלל זה נקבע כי רופא המבקש אישור לפרקטיקה פרטית נדרש למלא טופס בקשה ובו מפורטים תנאי הפרקטיקה פרטית⁸⁵. הדבר נועד בין השאר למנוע מצב של ניגוד עניינים.

משרד מבקר המדינה בדק את האכיפה של הוראות התקשי"ר ואת התנאים לקיום פרקטיקה פרטית וכן אילו בקורות מבצעים בעניין זה.

הביקורת העלתה כי מעסיקי הרופאים, המאשרים להם פרקטיקה פרטית - מנהלי בתי החולים, משרד הבריאות ונש"ם - אינם מבצעים בקרה שיטתית ויזומה בנושא אופן יישום ההוראה, ואף אינם מבצעים בקרה מדגמית בנושא. בקרה כאמור מתבצעת רק לעתים ולעניין מוגבל, בדרך כלל בעקבות קבלת תלונות על רופאים המפרים את ההוראות.

1. משרד מבקר המדינה פנה לשלושה מרכזים רפואיים ממשלתיים גדולים וביקש את רשימת כל הביקורים של החולים במרפאות חוץ מסוימות של בית החולים לפרק הזמן שבין 1.1.10 ועד 1.6.11.

85 בין התנאים המופיעים בטופס הבקשה לפרקטיקה פרטית נכתבו אלה: אם החולה עומד/ת לעזוב את בית החולים יש להפנותו/ה לשם המשך טיפול אך ורק לרופא/ה המטפל/ת ששלח/ה את החולה למחלקה; לרופא/ה בעל/ת היתר לפרקטיקה פרטית אסור להזמין לביתו/ה חולה העוזב/ת את בית החולים לשם המשך טיפול, גם אם מדובר בטיפול ללא תשלום. כמו כן אסור להפנות חולה לרופא/רופאה אחר/ת המועסקים במוסד; לרופא/ה בעל/ת היתר לפרקטיקה פרטית אסור לטפל בחולה העוזב/ת את המחלקה, גם אם הפנה אותו/אותה רופא/ה מסוים/מסוימת מבית החולים.

(18 חודשים). רשימה זו הוצלבה עם נתוני ניתוחים שבוצעו באמצעות השב"ן בשלוש קופות חולים.

מבדיקת מאות נתונים עלה כי עשרות חולים שנבדקו במרפאות החוץ של בתי החולים הממשלתיים והממשלתיים-עירוניים נותחו אחר ובסמוך למועד הביקור בבית חולים פרטי על ידי רופא העובד באותו בית חולים ממשלתי או ממשלתי-עירוני. עוד העלתה הבדיקה כי עשרות חולים שנותחו בבית חולים פרטי ביקרו בסמוך לאחר הניתוח לשם מעקב במרפאות החוץ של בית החולים הממשלתי או הממשלתי-עירוני, ושם טיפל בהם אותו רופא שניתח אותם בבית החולים הפרטי, אולם הפעם במעמד של רופא בשירות הציבורי. דהיינו, לאחר ביצוע ניתוח בבית חולים פרטי המעקב והפיקוח נעשים בבית חולים ציבורי. לא זו בלבד שאותם רופאים לא עמדו במגבלות שפורטו בטופס הבקשה אלא שהדבר גם מעורר חשש לניצול משאבים של המערכת הציבורית לטובת הפרטי.

2. כמו כן, מבדיקה אקראית של דוחות ניתוח של חולים המבוטחים בקופת חולים מסוימת שנותחו או אושפזו בבתי חולים פרטיים, עלו לדוגמה מקרים כלהלן:

בדצמבר 2010 עבר חולה צנתור בעורקי הלב בבית חולים ממשלתי מסוים, ובמרץ 2011 הוא נותח בבית חולים פרטי על ידי רופא מאותו מרכז רפואי; באוגוסט 2010 חולה אחר היה מאושפז במחלקה נירוכירורגית בבית חולים ממשלתי, והוא נותח בבית חולים פרטי בספטמבר אותה שנה על ידי רופא מאותה מחלקה שבה היה מאושפז.

3. מעיון אקראי בתיקי רופאים שהגישו "בקשה לאישור פרקטיקה פרטית - רופאים" במרכז רפואי ציבורי מסוים עלה כי מנהל המרכז הרפואי ביצע שימוע לרופא בכיר המועסק במרכז הרפואי שניתח באופן פרטי, בבית חולים פרטי, חולה שהיה מאושפז במחלקה שבה הוא מועסק באותו מרכז רפואי בסמוך לשחרורו מבית החולים. מנהל המרכז הרפואי טען שזו הפרת כללי התקשיר, ואילו מנהל המחלקה של אותו רופא בכיר שנכח בשימוע טען כי כל עוד לא מופעל שר"פ בבית חולים ציבורי צריך לאפשר גמישות לעניין זה, לנוכח העובדה שחולים פונים לרופא שטיפל בהם במרכז הציבורי בבקשה שהוא ינתח אותם במסגרת הפרקטיקה הפרטית. מנהל המרכז הרפואי החליט על התליית האישור לפרקטיקה פרטית לשישה חודשים, אולם עקב הבעת התנגדות מצד הרופא וסיוע מצד מנהל המחלקה חזר בו מנהל המרכז הרפואי מהחלטתו והחליט על התלייה לחודש ימים בלבד. מנהל המרכז הרפואי הודיע לרופא כי אם יישנה המקרה, הוא יבטל לו את האישור לפרקטיקה פרטית.

בעניין זה ראוי לציין את דבריה של השופטת פרוקצ'ה בפסק דינה בערעור שהגישה המדינה לבית המשפט העליון בנושא גזר דין של בית הדין למשמעת בעניין אחר⁸⁶: "תכליתו של הדין המשמעתי להגן על אמון הציבור בשירות המדינה, וליצור הרתעה אפקטיבית כלפי עובדי הציבור מפני מעשים שיש בהם מעילה באמון הציבור ובאמון הממונים עליהם" (ההדגשה אינה במקור).

ראוי לציין עוד כי מנהל המרכז הרפואי הודיע בעת השימוע כי הוא עומד לפרסם את המקרה בלא לנקוב בשם הרופא הבכיר שבעניינו התבצע השימוע מאחר ש"צריך להיות מסר לרופאים". יתרה מזו, הביקורת העלתה כי שבועיים לאחר השימוע נשנתה התופעה - אותו רופא בכיר ניתח בבית חולים פרטי חולה שהיה מאושפז במחלקה שבה הוא מועסק.

יש לציין כי הנחיה שהוציא היועץ המשפטי לממשלה⁸⁷ קובעת, בין השאר, שמטרתם של הליכים משמעותיים היא הדרכת המנגנון הממלכתי בדבר כללי התנהגות של עובדי ציבור והעברת מסר מרטיע לעובדים אחרים; וכי "הכלל הוא לפרסם את ההליך, אלא אם קיימים טעמים מיוחדים לאי-פרסומו, שאז יש לנמק את אי-הפרסום, וזאת כחלק מן השקיפות הראויה ולהרתעת הרבים" (ההדגשה אינה במקור).

שלא לפי הנחיית היועץ המשפטי האמורה, לא פרסמה הנהלת המרכז הרפואי את פרטי ההליך המשמעותי שננקטו נגד הרופא הבכיר, לרבות את העברות שביצע ואת העונש שהוטל עליו. הנהלת המרכז הרפואי לא פעלה בשקיפות הראויה הדרושה "להרתעת הרבים", כקביעת היועץ המשפטי, ולא נימקה מדוע לא פורסמו ההליכים המשמעותיים⁸⁸.

לדעת משרד מבקר המדינה, לא לחינם נכתבה הנחיה שלפיה יש להביא לידיעת עובדי הארגון את הליך המשמעת שהתקיים נגד מי מחבריהם בשל הפרה של הוראות התקשי"ר ואת ההחלטה בדבר עונשו. שכן מדובר ברופא המנתח בבית חולים פרטי חולים שהיו מאושפזים או ביקרו במרפאות החוץ של אותו מרכז רפואי שבו הוא מועסק. לפיכך, בנסיבות שבהן הופרו הוראות התקשי"ר בצורה כה בוטה, ניתן להנחיה זו משנה תוקף.

4. בבדיקה עלה כי פחת מספר הניתוחים שמבצעים רופאים בבתי החולים הממשלתיים המנתחים הן בבתי חולים ממשלתיים והן בבתי חולים פרטיים. הדבר גורם לניצול לא יעיל של תשתיות בתי החולים הממשלתיים (חדרי ניתוח וציוד רפואי), פוגע בהכנסותיהם ובאפשרות לאיזון התקציבי. כך למשל: מרכז רפואי מסוים כתב למשרד מבקר המדינה כי פחת היקף פעילותם של הרופאים הבכירים המנתחים גם בבתי חולים פרטיים ככל תחומי הכירורגיה; מספר הניתוחים שביצע רופא מסוים במרכז רפואי ממשלתי אחר, שמנתח גם בבית חולים פרטי, פחת מ-248 בשנת 2005 ל-62 בשנת 2010; מספר הניתוחים שביצע רופא אחר באותו מרכז רפואי ציבורי, שגם הוא מנתח בבית חולים פרטי, פחת מ-110 בשנת 2005 ל-68 בשנת 2010.

אגף התקציבים במשרד האוצר כתב ביולי 2012 למשרד מבקר המדינה כי נושא זה טעון דיון ואסדרה; "בנוסף למוניטין הנלווה למשרה בבית חולים ציבורי ומגדיל את הביקוש לפרקטיקה הפרטית של הרופא, קיים חשש כי רופאים מנצלים את עבודתם בבית החולים הציבורי לגיוס לקוחות לפרקטיקה הפרטית מקרב המטופלים במחלקה בבית החולים. כך מנוצלים תשתיות ומשאבי המערכת הציבורית ליצירת ביקושים לרפואה הפרטית, תוך פגיעה בשירות הניתן במערכת הציבורית".

אמצעים לטיפול בתופעת צמצום התפוקות בבתי החולים הציבוריים

כאמור, עקב פעילותם המשולבת של חלק מהרופאים בבתי החולים הממשלתיים, מממשלתיים-עירוניים ושל הכללית ובד בבד גם בבתי החולים הפרטיים נגרמות לעתים תופעות לא תקינות כמו: הסטת חולים מבית החולים הציבורי לפרטי עד כדי פגיעה בתפוקות ובהכנסות של בית החולים הממשלתי, מממשלתי-עירוני ושל הכללית, צמצום היקף המשרה שעלול לפגוע גם בתפוקות בית החולים הממשלתי, מממשלתי-עירוני ושל הכללית של הרופא במסגרת בתי חולים אלה ופגיעה בניצול משאבי בתי החולים הממשלתיים (כוח אדם מנוסה וחדרי ניתוח⁸⁹). הדבר מחייב את משרד

87 הנחיה 6.6101 מ-1.9.02.

88 יצוין כי ביוני 2007 פרסמה נש"ם באתר האינטרנט שלה מקבץ פסקי דין העוסקים בעברות משמעת.

89 זמני הניתוח של רופאים בכירים ומנוסים קצרים בדרך כלל מזה של רופאים לא בכירים.

הבריאות ואת הכללית לחשיבה ולפיתוח אמצעים שיאפשרו לצמצם תופעות אלו ובה בעת לתרום להיגיינה הציבורית ולהגברת אמון החולים במערכת הבריאות הציבורית. להלן יובאו דוגמאות לכמה אמצעים כאלה:

(א) בקרה על פעילות הרופאים העוסקים גם בפרקטיקה פרטית ורענון הוראות התקשי"ר: על המשרד, נש"ם ומנהלי בתי החולים לשקול לבדוק בשיטתיות ובתיאום עם קופות החולים את תנועת החולים שביקרו במרפאות החוץ ובמכונים, או את תנועת החולים לאחר אשפוז שנקבע כי הם זקוקים לניתוח. בכלל זה עליהם לבדוק מי הם הרופאים שניתחו אותם בבתי החולים הפרטיים. כמו כן יש לפרסם לידיעת הרופאים הודעת רענון, שלפיה הוראות התקשי"ר ותנאי ההיתר לפרקטיקה פרטית קובעים כי רופאי המוסד הרפואי הממשלתי לא ינתחו באופן פרטי חולים המטופלים באותו מוסד רפואי ממשלתי.

(ב) חיוב בתי החולים הפרטיים לפעול למניעת ניגוד עניינים בקרב הרופאים המועסקים בהם: ראוי כי המשרד גם ישקול לחייב את בתי החולים הפרטיים להקפיד על כללים שתכליתם למנוע מצבים של ניגוד עניינים אצל רופא שמועסק אצלם וגם בבית חולים ממשלתי ממשלתי-עירוני או של הכללית ומצבים שפוגעים בהיגיינה הציבורית. לדוגמה, כלל שלפיו שעות הפעילות של רופא בבית החולים הפרטי ייחשפו, אם יעלה הצורך, לצורכי בקרה. ניתן לשקול לחייב את בתי החולים הפרטיים להחתים את הרופאים שמנתחים אצלם על התחייבות שתמנע הסטת חולים מבית חולים ציבורי לבית חולים פרטי.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי מנכ"ל משרד הבריאות יקיים דיון עם מנהלי בתי החולים הפרטיים בסוגיה זו [שמירה על ההיגיינה הציבורית].

(ג) הגדלת היצע הרופאים במערכת הרפואה הציבורית: בשנים האחרונות חלה ירידה בשיעור הרופאים ל-1,000 נפש. הבעיה צפויה להחריף בשל גל פרישה צפוי של רופאים עולים מחבר המדינות, ובגין העובדה שרופאים עוברים מהרפואה הציבורית לפרטית. עקב כך נגרמות הוצאות ניכרות למשק וחלה עלייה במחיר שעת עבודה של רופא ובמחירי הרפואה.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי הוא פועל בנחישות להגדלת היצע הרופאים, הן ביצירת מקומות לימוד נוספים בארץ בפקולטות הקיימות ובפתיחת הפקולטה בצפת והן ביצירת הקלות והזדמנויות נוספות לישראלים הלומדים בחו"ל ולעולים חדשים. בינואר 2013 הוסיף משרד הבריאות כי במצבים מסוימים אכן יש ירידה בתפוקות של רופאים מנתחים אולם חדרי הניתוח מנוצלים כהלכה. המשרד מסר כי בשנה האחרונה הוא החל לדרוש דיווחים מבתי החולים הממשלתיים על נצילות חדרי הניתוח ולבדוק באילו דרכים ניתן לשפר אותה.

הפיקוח של משרד הבריאות על פעילות שר"פ בבתי החולים הציבוריים

שר"פ מאפשר למטופל לבחור בבית חולים כללי ציבורי את הרופא המטפל תמורת תשלום. יצוין ששר"פ פועל שנים רבות בבתי החולים הציבוריים בירושלים: בהדסה, בשערי צדק וביקור חולים, במעייני הישועה בבני ברק ובלניאדו בנתניה. לפי הנחיות משרד הבריאות, שירותי שר"פ מוגבלים בשעות פעילותם וניתנים אחרי השעה 16:00. התשלום עבור שר"פ מועבר לבית החולים ישירות באמצעות השב"ן או באמצעות חברות הביטוח הפרטיות על פי מחירון קבוע עבור כל פעולה. הרופאים מקבלים חלק מוגדר ומוסכם מהתשלום. שר"פ הופעל גם בבתי החולים הממשלתיים

משנת 1997, אולם הופסק באוגוסט 2002 בעקבות חוות דעתו של היועץ המשפטי לממשלה (להלן - היועמ"ש) שניתנה בפברואר 2002⁹⁰.

בהדסה יש מגבלה ולפיה היקף ההכנסות משר"פ לא יעלה על 30% מפעילות של מחלקה; ובמישור הרופא היחיד - ההיקף לא יעלה על 50% מפעילות הרופא.

בבדיקה נמצא כי משרד הבריאות אינו בודק אם בהדסה ובשאר בתי החולים שבהם פועל שר"פ נשמרות המגבלות האמורות. המשרד כמאסדר גם לא קבע לעצמו האם לא ראוי שהוא זה שיקבע מגבלות ראויות ויפקח עליהן. בהיעדרה של בקרה וביקורת ציבורית על הנעשה בבתי חולים אלה, עשויה להיווצר פרצה, ועקב כך עלול להינתן משקל יתר לרפואה הפרטית על חשבון הציבורית. עולה גם חשש לכיוצא ניתוחים פשוטים על ידי רופאים מומחים בכירים שזמנם יקר⁹¹. על משרד הבריאות לתת דעתו על כך.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי הוא יפעל לבצע בקרה על פעילות שר"פ בבתי החולים שבהם הוא מופעל. בספטמבר אותה שנה פנה המשרד לבתי החולים בהם ניתן שר"פ וביקש מידע בנושא. בינואר 2013 המשרד מסר כי נלמדו נוהלי השר"פ של בתי החולים הדסה ושערי צדק בירושלים, והוא מתכוון להפיץ בתחילת שנת 2013 נהלים להפעלת שר"פ.

סוגיות ביחסי הגומלין בין בתי החולים הציבוריים לפרטיים

מידע על מקרים שבהם בית החולים הציבורי מטפל בסיבוכים שנגרמו בשל פעולה רפואית שבוצעה בבית חולים פרטי ותשלום בגינם

לפי סעיף 22 בחוק: קופת חולים או נותן שירותים⁹² שנתנו שירותי בריאות למי שחלה או למי שנפגע ממזיק זכאים להיפרע מהמזיק או ממבטחו או מכל אדם אחר, בשל חבותם לפי כל דין או לפי כל חוזה ביטוח, ולחייבו בסכום ההוצאות אשר הוציאו בפועל על שירותי הבריאות למי שנפגע או שחלה בגין הנזק. לעניין זה יוצא מגדר "מזיק" - קופת חולים או נותן שירותים.

הביקורת העלתה כי בשעה שחל סיבוך בניתוח או בכל פעולה רפואית אחרת בבית חולים פרטי, הצוות הרפואי מנסה לטפל בעניין, אולם לעתים מפנים את החולה לבסוף לבית חולים ציבורי. עוד עולה כי חולים שנותחו בבית חולים פרטי מתבקשים לשוב אליו בתוך שבועה ימים מיום הניתוח אם ייווצר סיבוך הקשור לניתוח.

מפגישות של נציגי משרד מבקר המדינה עם רופאים מומחים עלה כי לעתים קשה לקבוע, מהבחינה הרפואית, אם מקורו של הסיבוך בניתוח או שאינו קשור בהכרח לניתוח. כמו כן עלה כי חולים

90 חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים, מאת: אליקים רובינשטיין, היועץ המשפטי לממשלה, ירושלים, ב' אדר תשס"ב; 14 פברואר 2002.

91 מרים גרינשטיין, גור עופר וברוך רוזן, דוח מחקר בנושא "שר"פ בבתי חולים בירושלים - סוגיות נבחרות", של מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל (2006).

92 נותן שירותים כמוסד רפואי הוא מונח שחל - לפי ס' 24 לפקודת בריאות העם, 1940, על כל בית חולים, מרפאה, מוסד לטיפול במשתמשים בסמים ומעבדה.

שסבלו מסיבוכן כאמור פונים על דעת עצמם ישירות לחדרי המיון של בתי החולים הציבוריים אולם התיעוד והרישום באותם חדרי מיון אינה מאפשרת לבחון כל אירוע ולקבוע אם הפנייה קשורה לטיפול שניתן בבית החולים הפרטי ושלא מדובר בסיבוכן שנוצר בעקבות טיפול כאמור בבית חולים פרטי.

בבדיקה נמצא כי בקופות החולים ובבתי החולים הציבוריים אין רישום מסודר של ההפניות והפניות הקשורות לסיבוכן רפואי שמקורו בפרוצדורה שבוצעה בבית חולים פרטי. בפועל כל אימת שמטופלים שסבלו מסיבוכים והועברו לבתי החולים הממשלתיים או של הכללית או ציבוריים אחרים, חויבו קופות החולים בתשלום עבור הטיפול שקיבלו המטופלים בבית החולים הציבורי.

סעיף 22 בחוק אינו אוסר על חתימת הסכם בין קופות החולים לבתי החולים הפרטיים לכיסוי הוצאות שנגרמו לקופות בעקבות הטיפול בבית החולים הפרטי. אולם, לדעת משרד מבקר המדינה, יתכן כי לחתימת הסכם כזה השפעה מרתיעה המביאה לנקיטת זהירות בטיפול בכל שלב.

יצוין כי בדיקת ההסכם לרכישת שירותים רפואיים בין מכבי שירותי בריאות ובין אסותא מרכזים רפואיים בע"מ העלתה כי מכבי מקבלת הנחה של 0.08% על טיפול בחולים שסבלו מסיבוכים ניתוחיים. כלומר, נקבע מראש שיעור הנחה קבוע שאמור לכסות עלויות עתידיות לקופה בגין העברת חולה שמצבו הרפואי הסתבך לבית חולים ציבורי. לדברי מכבי, שיעור זה נקבע לפי בדיקה שהתבצעה במשך זמן מסוים ושבמסגרתה נאמדו עלויות האשפוז של מטופלים שנותחו באסותא והועברו לבתי החולים הציבוריים בעקבות סיבוכן שאין ספק כי נגרם בגין הניתוח.

ההסכם קובע בין השאר כי לא יועברו חולים להמשך אשפוז בבית חולים אחר, אם עולה צורך רפואי, ובידיעת מכבי; כלומר יידעו את מכבי על כל אירוע של סיבוכן, שינוי במיקום החולה או שינוי במצבו הרפואי של חבר במכבי.

בביקורת עלה כי בהסכמים שבין הכללית, מאוחדת ולאומית ובין בתי החולים הפרטיים לא נקבעו שיטה וכללים לדרכי העברת המידע לקופה אם יחול סיבוכן במצבו של המנותח; כמו כן, לא נקבעה שיטה המבטיחה שבתי החולים יישאו בעלויות הסיבוכן, גם אם מדובר בסיבוכים שלא דווח עליהם לקופות מבעוד מועד. נוסף על כך, יש להביא בחשבון עלויות של תביעות בגין רשלנות, ובתביעות אלה עלולים להיות מעורבים שלושה גורמים כנתבעים: בית החולים הפרטי, בית החולים הציבורי והקופה. ואף זו סוגיה שיש להסדיר.

לדעת משרד מבקר המדינה, לא די בבדיקה החד-פעמית שביצעה מכבי בנושא עלויות האשפוז של חולים שנותחו באסותא והועברו לבתי חולים ציבוריים, וראוי כי מכבי תשקול לבצע בדיקות סדירות בנושא בתדירות קבועה, ותקבע אם מנותחים הועברו לבתי החולים הציבוריים עקב סיבוכן ניתוחי או אירוע רפואי שאינו מחמת הניתוח. ראוי כי מכבי תבצע בדיקה דומה גם לגבי מטופלים שנותחו בבתי חולים פרטיים אחרים והועברו לבתי חולים ציבוריים עקב סיבוכן בניתוח ואת מלוא עלויות האשפוז בגין הסיבוכים הניתוחיים שניתן לקשור לבית החולים הפרטי יש להשית עליו.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי גם שאר הקופות ידרשו מבתי החולים הפרטיים לדווח להם על כל עניין של סיבוך ניתוחי בחולה הקופה. על קופות החולים להפעיל מאגר נתונים ובו מידע על כל החולים שהועברו מבתי החולים הפרטי שבו נותחו לבית חולים ציבורי. ראוי כי במאגר זה יימצא גם מידע על הגורם לסיבוך, על הסכום ששילמה הקופה לבית החולים בגין האשפוז, וכן על עלויות אחרות שהיה על הקופה לשלם לבית החולים בגין הסיבוך הניתוחי. ראוי שגם הכללית, מאוחדת ולאומית ישקלו להסדיר במסגרת הסכמיהן עם בתי החולים הפרטיים מחיר מופחת בגין סיבוכים רפואיים או מנגנון התחשבות שונה, שלא יעודד את בתי החולים הפרטיים להפנות מקרים של סיבוכים לבית חולים ציבורי, אלא יוסיפו לטפל בחולים תוך שמירה על רצף הטיפול. ראוי כי משרד הבריאות יבחן את אופן ההתחשבות בנדון וינחה את הקופות בנושא.

בדצמבר 2011 כתבה הכללית למשרד מבקר המדינה כי כללית מושלם מבצעת בקרה בנושא חולים שנותרו ובעקבות סיבוך במצבם הועברו לטיפול בבית חולים ציבורי. בנסיבות שבהן כללית מושלם מחויבת בעלויות שמקורן בסיבוך כאמור, היא מחייבת את בתי החולים הפרטיים בעלויות הטיפול בסיבוך. עוד נכתב בתשובתה של הכללית כי בימים אלו פועלת כללית מושלם להתחשבות מול בתי החולים הפרטיים בגין חיובם בעלויות הסיבוכים, וכי כללית עומדת להוציא הבהרה לבתי החולים הפרטיים שלפיה כל אימת שיחול סיבוך במצבו של עמית השב"ן יש להביא את הדבר לידיעת כללית מושלם.

הועלה בביקורת שלא מתבצע רישום באשר להיקפי הטיפולים המתבצעים בבתי החולים הציבוריים עקב סיבוכים שמקורם בטיפולים או בניתוחים שנעשו בבתי החולים הפרטיים בעת הניתוח ביצוע הפרוצדורה הרפואית או בתוך שבועה ימים ממועד ביצועם; ראוי כי המשרד יבחן דרכים באמצעותן ניתן יהיה לקבל נתונים על כך, כדי לאמוד את היקף התופעה ואת העלויות הנגרמות למערכת הציבורית בגינה. לדעת משרד מבקר המדינה, יש לבדוק גם אם בגין המשך הטיפול בסיבוך שמקורו בבית חולים פרטי מועברת האחריות למטופל מבית החולים הפרטי לבית החולים הציבורי ובכך נחשף בית החולים הציבורי לתביעות.

תיירות רפואית

1. המשרד מגדיר תיירות רפואית כנסיעה של חולה למדינה אחרת לשם קבלת טיפול רפואי משמעותי תמורת תשלום. במדינת ישראל הטיפול בתיירים אלו נעשה בבתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים, של הכללית או ציבוריים אחרים, בבתי החולים הפרטיים ובמרפאות כירורגיות פרטיות. תחומי הטיפול הרפואי העיקריים הם כירורגיה, אונקולוגיה וקרדיולוגיה. במרוצת השנים התרחב מאוד היקף פעילות זו בבתי החולים, ובמועד סיום הביקורת היקפה הכספי נאמד במאות מיליוני ש"ח בשנה. בחודשים ינואר-יוני 2009 הגיעו לישראל כ-23,000 תיירים לקבלת טיפול רפואי⁹³. ההכנסות מתיירות רפואית יכולות לשמש מקור מימון להשבחה ולשדרוג

93 הסדרת תחום התיירות הרפואית בארץ ובעולם (אוגוסט 2010), מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

של התשתיות הרפואיות, לשמש מקור הכנסה נוסף לרופאים ולאחיות, לאפשר ניצול ציוד רפואי שאינו מנוצל דיו ועוד⁹⁴.

מנגד, יש דעה⁹⁵ כי תיירות רפואית דומה במהותה לשר"פ: גם שר"פ וגם שירותי התיירות הרפואית מבוססים במהותם על העדפה של חולים מסוימים ובכך נפגע עקרון השוויון. מכך מתעורר חשש כי החולה הפרטי, המטופל במסגרת התיירות הרפואית, יקבל עדיפות על פני החולה תושב ישראל המטופל במערכת הרפואה הציבורית, ויטופל על חשבוננו. לפי אותה דעה, לנוכח מצוקת תשתיות האשפוז וכוח האדם, מידת הנזק של התיירות הרפואית לחולה תושב המדינה המטופל במערכת הרפואה הציבורית, גדולה מהתועלת הכלכלית לבית החולים ולמדינה.

ביוני 2011, על יסוד דוח של ועדה שמינה מנכ"ל המשרד לבחינת נושא התיירות הרפואית, הפיץ המשרד טיוטת חוזר מנכ"ל בנושא. בדצמבר 2012 עדיין לא פורסם החוזר.

2. תיירות רפואית פועלת גם בבתי החולים הפרטיים. כוח האדם הרפואי שפועל כיום בבתי החולים הפרטיים מקורו העיקרי הוא בתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים או של הכללית או ציבוריים אחרים. מאחר שתחום זה נושא רווחים, עשויים בתי החולים הפרטיים להגדיל במידה ניכרת את היקף פעולתם בתחום ולהעביר אליהם כוח אדם רפואי וסיעודי מבתי החולים הציבוריים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד הבריאות יבדוק כיצד הפעלתה של התיירות הרפואית בבתי החולים הפרטיים והגידול הניכר שעשוי לחול בה עשויים להשפיע על מצב הרפואה בישראל, בייחוד נוכח העובדה שבכוח אדם בתחום הרפואה והסיעוד מידלדל. על משרד הבריאות להיערך בהתאם לכך ולקבוע כללים בנדון.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי הוא מכין חוזר שאמור להסדיר את נושא התיירות הרפואית, וכי החוזר יפורסם לאחר שיסיים המשרד לבחון את השפעותיה של תופעת התיירות הרפואית על הגידול בהכנסות בתי החולים הציבוריים ועל שיפור המוניטין שלהם מחד גיסא ואת הפגיעה של תופעת התיירות הרפואית בהיקף השירותים הניתנים לאזרחי ישראל ובזמינותם מאידך גיסא. משרד הבריאות הוסיף כי הכנת החוזר מתעכבת בשל הכוונה לכלול במסגרתו גם מידע על הנעשה בבתי החולים הפרטיים בתחום התיירות הרפואית. בינואר 2013 עדכן משרד הבריאות כי הפצת החוזר מתעכבת נוכח מעורבות ממשלתית והיעדר הסכמות בין משרדי הממשלה בנושא.

מן הראוי לזרז בסוגיית עקרון השוויון בעת גיבוש הנוהל הסופי ואף לזרז את פרסום החוזר, כדי להסדיר את הנושא.

94 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

95 בכינוס של ההסתדרות הרפואית בישראל במאי 2011 "בנושא תיירות מרפא סוגיות אתיות, חברתיות וכלכליות" הציג פרופ' גבי בן נון מהמחלקה לניהול מערכות בריאות שבאוניברסיטת בן גוריון מצגת ושמה "את מי מרפאת תיירות המרפא".

הפיקוח של משרד הבריאות על בתי חולים פרטיים

גיבוש חוזר בנושא נוהלי עבודה בבתי החולים הפרטיים

אגף רפואה כללית שבמינהל רפואה במשרד הבריאות מפקח בין היתר על הפעילות של בתי החולים הפרטיים. הוא מבצע על פי רשימת תיוג קבועה בקרה תקופתית לקראת חידוש רישיון, ובמסגרתה נבדקות יחידות בית החולים כמו: המינהל הרפואי, הסיעוד, מערך ההרדמה, חדרי הניתוח, המעבדות, מערך המזון והתזונה ורוקחות.

הועלה כי רק לאחר שחלו סיבוכים במצבם של כמה חולים שנותחו בבתי חולים פרטיים ואשר לא יכלו לקבל מהרופא המנתח טיפול כנדרש, החל משרד הבריאות לבחון את נושא תהליכי העבודה בבתי חולים פרטיים, ורק בנובמבר 2010 החל המשרד לגבש טיוטת נוהל להסדרת הנושא. לאחר סיום הביקורת, באפריל 2012, פרסם המשרד את החוזר בנושא זה.

המשרד ניתח אירועים רפואיים חריגים בבתי חולים פרטיים ומצא כי "אין סטנדרט ברור אשר נדרש מבית חולים פרטי בקבלת החולה, באחריות על ניטור החולה, אחריות הרופא המנתח והסטנדרט הנדרש ממנו, הדרך להיוועצות עם יועצים שונים בחולים מורכבים וכו'. המשרד ביקש מהמועצה הלאומית לכירורגיה⁹⁶ לגבש המלצות שיסייעו לו להכין הוראות להפעלת בית חולים פרטי, לקבוע את הסטנדרט הנדרש לטיפול בבית חולים פרטי, להגדיר את תחומי האחריות בנושא ולבצע את תהליכי הבקרה הדרושים להבטחת פעילות נכונה של בית חולים פרטי.

בחוזר מוסבר כי בבתי חולים פרטיים מתבצעים ניתוחים ופרוצדורות רפואיות, מהן מורכבות שיש בהן כדי לסכן את המטופל. אופי הפעילות בבתי החולים הפרטיים שונה מזה של בתי החולים הציבוריים הן מבחינת מתכונת העסקת הצוות הרפואי והיקף האחריות של המוסד והן מבחינת זמינותו של הרופא המספק את השירות הרפואי הפרטי.

עוד נקבע בחוזר כי המנהל הרפואי של בית החולים הפרטי אחראי לביצוע בקרה שוטפת על עבודת הרופאים בבתי החולים, לרבות על סוגי הניתוחים המבוצעים, בהתחשב בחומרת המחלה, בהתוויות לטיפול, בתוצאות הניתוחים ובסיבוכים השונים של הניתוחים (לרבות תמותה).

משרד מבקר המדינה מעיר כי במועד סיום הביקורת אין בבתי החולים הממשלתיים, הממשלתיים-עירוניים, של הכללית או בציבוריים האחרים מדדי איכות הלוקחים בחשבון מידע כזה, אף שהוא חיוני לצורך השוואה בין המוסדות הרפואיים השונים, ובכלל זה בין בתי החולים הציבוריים ובין בתי החולים הפרטיים. לדעת משרד מבקר המדינה ראוי שמשרד הבריאות ישקול לגבש מדדי איכות שבמסגרתם יובאו בחשבון גילו של המנותח, מצבו הרפואי וחומרת מחלתו בעת הניתוח. במדינות מערביות מסוימות מקובל להביא לידיעת הציבור את מדדי הביצוע של הרופא, המחלקה ובית החולים בתחום ניתוחי מסוים, כדי שכל חולה יוכל לקבוע מיהו הרופא המועדף עליו לביצוע הפרוצדורה הרפואית.

96 המועצות הלאומיות הן גופים מייצגים מקצועיים בתחומי הבריאות. תפקידן לסייע למנכ"ל משרד הבריאות, בין השאר, בהתוויית מדיניות בריאות. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 49 (1999), בפרק "האמנה לקידום האיכות בשירותי הבריאות", עמ' 130.

עוד נקבע בחוזר כי בבית חולים פרטי ייקבע לכל מטופל רופא מטפל אחראי. רופא זה הוא לא בהכרח הרופא שבחר החולה לביצוע הפעולה הרפואית שבגינה אושפז בבית החולים הפרטי. כלומר החוזר מאפשר הפרדה בין הרופא המנתח, שמבצע את הפרוצדורה הרפואית, ובין הרופא המטפל האחראי למעקב השוטף אחר מצבו של המטופל עד לשחרורו מבית החולים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי רופאים רבים העובדים בשעות הבוקר בבתי חולים ציבוריים מבצעים ניתוחים בשעות אחר-הצהריים בבתי חולים פרטיים בפרקטיקה פרטית (ראו להלן), ולכן עלול להיווצר מצב שבו מטופלים שאותם הם ניתחו בבתי החולים הפרטיים יודקו לטיפול, למשל עקב סיבוך במצבם, ואף על פי כן אותם רופאים לא יוכלו לעמוד לרשותם שכן הם יעבדו באותה עת בבית החולים הציבורי. במקרים כאלה יקבלו המנותחים טיפול מהרופא המטפל האחראי או מרופא מגבה שאותו מינה הרופא המטפל האחראי.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות להביא לידיעת הציבור ולהדגיש בפניו כי הוראתו מאפשרת הפרדה בין הרופא שבו בחר החולה לביצוע הניתוח או הפעולה הרפואית לבין הרופא המטפל, העוקב אחר מצבו לאחר ביצוע הפרוצדורה הרפואית. אין להסתפק בפרסום החוזר באתר האינטרנט של המשרד. ראוי לפרסם זאת באמצעי תקשורת נוספים.

בקרה על ניסויים רפואיים בבתי החולים הפרטיים

ניסויים רפואיים בבני אדם מתבצעים בארץ ובעולם ומסייעים לקידום הרפואה. ביצוע ניסויים אלו מחייב הליכי פיקוח וקבלת הסכמה מדעת של המשתתפים בהם. הדבר מעוגן בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996⁹⁷ (להלן - חוק זכויות החולה), בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, ובנוהל המשרד.

1. טופס הסכמה מדעת : נוהל משרד הבריאות לניסויים רפואיים בבני אדם משנת 2006 עוסק בניסויים רפואיים שונים. הנוהל קובע בין השאר כי לכל "ניסוי רפואי שאינו מיוחד" שקיבל אישור מוועדת הלסינקי המוסדית⁹⁸ נדרש גם אישור ממשרד הבריאות.

בבדיקה עלה כי במאי 2006 קיבלה ועדת הלסינקי של בית החולים אסותא אישור לביצוע ניסוי רפואי בבני אדם לאביזר רפואי (⁹⁹VVC). האישור כלל תנאים והגבלות וקבע כי יש לתקן ולעדכן את טופס ההסכמה מדעת שעליו חתם החולה שמשתתף בניסוי (שבו מושגל האבזור)¹⁰⁰, לציין בו את הסיכונים האפשריים הכרוכים בניסוי ולתאר את תוצאותיהם האפשריות, לרבות תסחיפים לריאות ואף מוות. כמו כן נקבע כי יש לבצע בדיקת דופלר (בדיקת אולטרה-סאונד) נוספת שבועיים לאחר הניתוח. את הפרוטוקול וטופס ההסכמה מדעת המעודכן יש להעביר למשרד הבריאות.

בבדיקה נמצא כי טופס ההסכמה מדעת לא עודכן כנדרש, בטופס ההסכמה מדעת צוין רק כי הסיכונים לטווח ארוך הטמונים בניסוי הם אלה: "1. נזק לרקמות סביב השתל ויצירה של רקמה צלקתית. 2. פקקת ורידים (DVT) שעלולה לגרום לתסחיף ריאתי". כלומר לא תוארו במפורש,

97 סעיף 13 בפרק ד', שעניינו הסכמה מדעת לטיפול רפואי.

98 ועדה בלתי תלויה שהרכבה, דרכי מינויה ומניינה החוקי מוגדרים בתקנות. תפקידה להבטיח את זכויותיהם, בטיחותם ורווחתם של המשתתפים בניסוי, בין השאר באמצעות בחינה ואישור של פרוטוקול הניסוי הרפואי וטופס ההסכמה מדעת.

99 Venous Valve Corrector

100 טופס ההסכמה מדעת לביצוע ניסוי רפואי בבני אדם, מ-15.4.07, Rev.3, ME-004 : Study No.

כנדרש בנוהל משרד הבריאות, התוצאות האפשריות של תסחיפים לריאות, לרבות מוות. כמו כן בטופס ההסכמה מדעת נקבע כי רק "לאחר ארבעה ושישה שבועות וכן לאחר שלושה, שישה תשעה ושנים עשר חודשים תתבקש/י לשוב למרפאה לבדיקות מעקב שיכללו בדיקה פסיקלית, צילום הרגל, הערכת מצב הכיב, בדיקת אולטרסאונד חיצונית...". סביר שבדיקת הדופלר בוצעה רק ארבעה שבועות לאחר הניתוח, אף שלפי דרישת משרד הבריאות יש לבצע לאחר שבועיים.

יוצא שטופס ההסכמה מדעת לא תוקן בידי בית החולים אסותא לפי דרישות משרד הבריאות, הן לגבי ההסכרים בעניין התוצאות האפשריות של תסחיף ריאתי והן לגבי הצורך לבצע בדיקת דופלר שבועיים לאחר הניתוח.

לדעת משרד מבקר המדינה, היה על משרד הבריאות לבדוק את טופס ההסכמה מדעת המתוקן בטרם אישר לבית החולים אסותא לבצע את הניסוי המבוקש. על המשרד לדרוש מבית החולים להסביר מדוע הופרו התנאים וההגבלות שדרש בעת מתן האישור לביצוע הניסוי. ראוי שהמשרד יבדוק את אופן יישום התנאים וההגבלות המוטלים על כל הבקשות שהגיש בית החולים אסותא לקבלת אישורים לביצוע ניסויים רפואיים בבני אדם.

2. מימון אשפוז שנועד לצורך ניסוי קליני: הגורם היוזם ניסוי יכול להיות, בין השאר, רופא העובד בבית חולים או המדען הראשי במשרד או חברה מסחרית. מנקודת ראותם של בית החולים ושל הרופאים העובדים בו, לניסויים הנעשים ביזמתה של חברה מסחרית יש ערך מוסף כלכלי, שכן החברה משלמת לבית החולים תמורת הניסוי במישרין או בעקיפין, ובכך גדלות הכנסותיו.

רענון להנחיה שהוציא ראש האגף לרפואה כללית במשרד באוגוסט 2007 קובע כי חולה שמאושפז בבית חולים כללי לטיפול, ובמהלך האשפוז מבוצע מחקר קליני בהשתתפותו, על הקופה שבה מבוטח החולה לממן את האשפוז או הטיפול האמבולטורי; ואולם אין הקופה צריכה לשאת בעלות האשפוז שנועד לצורך ניסוי קליני או מחקר.

בבדיקה עלה כי חולים נותחו בבית חולים פרטי במסגרת השב"ן ובתוך כך בוצע בהם ניסוי קליני. בית החולים הפרטי חייב את הקופה (תכנית השב"ן) בתשלום על הניתוח.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לקבוע כללים בנוגע לביצוע ניסויים קליניים בבתי חולים פרטיים, לרבות התייחסות לעלויות האשפוז וההשתתפות העצמית של החולה אם הניתוח שהתבצע במסגרת הניסוי הקליני מומן באמצעות תכניות השב"ן.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי אכן חשוב מאוד שהרגולטור יבצע בקרה על ניסויים שמבוצעים בבית חולים פרטי בשל עצם הדבר שבבית חולים כזה, להבדיל מבית חולים ציבורי, אין היררכיה מחלקתית ובקרת עמיתים. בינואר 2013 הוסיף המשרד כי הכללים הנוגעים לניסויים קליניים זהים לבתי חולים פרטיים וציבוריים, ואין צורך לקבוע כללים חדשים בנושא. הכללים עוסקים במידה שווה בטיפולים שבמסגרת תכניות השב"ן.

מבנה מערכת הבריאות בארץ

משרד הבריאות: משרד הבריאות הוא המאסדר (רגולטור) של כל בתי החולים בארץ - מדובר בבתי חולים כלליים - ממשלתיים, ממסלתיים-עירוניים, של הכללית, ציבוריים אחרים ופרטיים - ושל ארבע קופות חולים. למשרד יש כמה תפקידים: לייצר ולספק שירותי בריאות, בהיותו בין השאר בעלים ואחראי לתפעול של 11 בתי חולים כלליים-ממשלתיים, לגבש מדיניות בריאות, לבצע תיאום במערכת הבריאות ולפקח עליה. בנסיבות אלה נוצר ניגוד עניינים מוסדי מובנה בפעילותו של המשרד¹⁰¹. משרד מבקר המדינה העיר בעבר כי לנוכח העובדה ששוק מערכת הבריאות אינו משוכלל, חשוב שיתבצע פיקוח ממשלתי על מערכת זו, וכי כל עוד הגורם המפקח - המשרד - הוא גם הבעלים של בתי החולים הממשלתיים, שאלת יכולתו למלא את תפקידיו כמפקח נותרת בעינה¹⁰².

נוכח כל החסרונות האמורים לעיל, מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים עסקו כמה ועדות ממלכתיות בהפרדת המשרד מבתי החולים שהוא מפעיל ובמודל הרצוי של אופן ההתאגדות המשפטית של בתי החולים¹⁰³.

פרט לוועדות הממלכתיות קיבלה הממשלה בשנים 1997-2007 החלטות שונות בנושא מעמד בתי החולים הכלליים¹⁰⁴, והאחרונה שבהן הייתה להקים צוות בהשתתפות נציגי משרד האוצר, נציגי משרד הבריאות והיועץ המשפטי לממשלה, שיפעל לגיבוש חקיקה במסגרת הצעת חוק המדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008. הצוות קיים שתי ישיבות בלבד, ועלו בהן חילוקי דעות בין נציגי משרד הבריאות לנציגי משרד האוצר בדבר הבעלים הרצויים של בתי החולים לאחר שיתואגדו¹⁰⁵.

101 עוד על תפקידיו של משרד הבריאות ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009) בפרק "תאגידי הבריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399; דוח שנתי 54 (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445; דוח שנתי 53 (2003), בפרק "עבודת המטה במשרדי הממשלה" עמ' 78; דוח שנתי 50 (2000), בפרק "הסדרי התחשבות בין קופות החולים לבין בתי חולים ממשלתיים", עמ' 122.

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

103 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, בראשות השופטת שושנה נתניהו (ועדת נתניהו); הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, בראשות מר עדי אמורי (ועדת אמורי); הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים, בראשות ר"ח משה ליאון (ועדת ליאון).

104 קידום עבודת מטה לקראת תיאגוד, החלטה מס' 2641 מ-8.9.97; העברת בתי חולים אחדים לידי חברות מנהלות, החלטה מס' 130 מ-25.3.03; איחוד בתי החולים רמב"ם ובני ציון, העברת בית החולים וולפסון לחברת ניהול בבעלות אחת מקופות החולים, החלטה מס' 699 מ-14.8.03; העברת הלל יפה, שיבא ורמב"ם לידי חברות מנהלות, בחינת האפשרות למזג את פעילות בית החולים פלימן בחיפה ובית החולים הפסיכיאטרי בטירת הכרמל עם זאת של חברת הניהול של רמב"ם, לכשתקום, העברת המרכז הרפואי רבין שבפתח תקווה, הפועל כיחידה של הכללית, לידי חברה מנהלת בבעלות הכללית, החלטה מס' 2460 מ-15.8.04; הקמת צוות מקצועי אשר יפעל להעברת ניהולם של בתי החולים לידי חברות מנהלות, וזאת על פי העקרונות הקבועים בהחלטת הממשלה מאוגוסט 2004, החלטה מס' 471 מ-12.9.06; הקמת צוות לגיבוש חקיקה, החלטה מס' 2203 מ-12.8.07.

105 לדעת נציגי משרד האוצר, קופת חולים כלשהי היא שצריכה להחזיק בבתי החולים, ואילו נציגי משרד הבריאות התנגדו לכך ותמכו בהקמת חברה ממשלתית, כפי שהמליצו הוועדות שדנו בנושא.

סגן נציב שירות המדינה (למערכת הבריאות) מסר למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2011 כי בשנת 2010 התקיים דיון בין מנכ"ל משרד הבריאות לנציב שירות המדינה דאז, מר שמואל הולנדר, ובו סוכם על מתווה לפתרון - הקמת יחידת סמך לניהול בתי החולים, אשר הרגולטור שלה יהיה המשרד. זמן קצר לפני מועד סיום הביקורת מסר משרד הבריאות לנציב שירות המדינה כי הוא מתקשה ליישם החלטה זו ובוחרן אפשרויות אחרות. במועד סיום הביקורת הנושא עדיין לא הוסדר.

בינואר 2013 הבהיר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הוחלט להקים מסגרת נפרדת במשרד הבריאות לניהול בתי החולים כך שיימנע ערבוב התפקידים. בתקופה הקרובה ייפתח מכרז לבחירת סמנכ"ל למסגרת זו.

קופות החולים: הקופות אחראיות לספק שירותי בריאות למבוטחיהן, אולם לנוכח העובדה שבבעלותן בתי חולים פרטיים, כמפורט להלן, נוצר ניגוד עניינים בפעילותן. הכללית היא בעלת שמונה בתי חולים כלליים, והיא מחזיקה ב-40% ממניותיו של בית חולים פרטי - הרצליה מדיקל סנטר¹⁰⁶. מכבי מחזיקה בכ-95% מהמניות הרגילות של אסותא מרכזים רפואיים ושאר המניות מוחזקות בידי מכבי מגן - אגודה שיתופית בבעלות חברי מכבי. לאסותא רשת בתי חולים פרטיים¹⁰⁷, מרפאות ומכונים פרטיים המספקים מגוון רחב של שירותי בריאות - למבוטחי כל קופות החולים ולמטופלים פרטיים. כל קופות החולים רוכשות שירותים מאסותא. מאוחדת מפעילה את בית החולים "משגב לך"¹⁰⁸.

מהאמור לעיל עולה, כי נוצרת ריכוזיות יתר של מערכת הבריאות. לכל קופות החולים יש עניין להפנות מבוטחים לצריכת שירותים במסגרת תכניות השב"ן שלהן, כאמור, ולשלוש קופות - כללית, מכבי ומאוחדת - יש עניין מיוחד בכך בגלל בעלותן על בתי חולים פרטיים.

בתי החולים: כאמור, במערכת הבריאות פועלים בתי חולים ממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים, בתי חולים של הכללית ובתי חולים ציבוריים אחרים. אשר לבתי חולים פרטיים - מרביתם בבעלות שלוש קופות.

106 החזקות הכללית במדיקל סנטר הן מכוח היתר שניתן על ידי שר הבריאות ושר האוצר ומתוקף סמכותם לפי סעיף 29 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ובכפוף לתנאים ולמגבלות שנקבעו בהיתר.

107 בשנת 2009 נפתח בחל אביב מבנה חדש של אסותא. לצורך רכישת המבנה נטלה אסותא הלוואות שיתרתן לסוף שנת 2011 הסתכמה בכ-850 מיליון ש"ח. להבטחת החזרתן של ההלוואות נרשמה לטובת הבנק משכנתה מדרגה ראשונה, ללא הגבלה בסכום, בגין הזכויות במקרקעין.

108 במועד הביקורת לא התבצעה בבית החולים פעילות כירורגית-ניתוחית.

לכך יש להוסיף שמדיניות משרד האוצר היא לעודד אינטגרציה אנכית של הקופות, דהיינו הכללת נותני שירותים רפואיים, אלה ואחרים, במסגרת הקופות ובבעלותן ולא דווקא הליך שבמסגרתו ירכשו הקופות שירותים בשוק הבריאות מנותני השירותים¹⁰⁹. מדיניות זו מביאה להיווצרותו ולהתעצמותו של מבנה מערכתי מורכב המתאפיין בריכוזיות ומעורר חשש לפגיעה בתחרות, ואף מעלה חשש לפגיעה בעקרון חופש העיסוק. אשר על כן, על משרדי בריאות והאוצר לתת את דעתם על המבנה הבלתי משוכלל של מערכת הבריאות. ולפעול לקביעת מדיניות עדכנית לאסדרה של מערכת הבריאות ולפיקוח עליה; בין היתר במישור הרפואה הפרטית. בכלל זה יש מקום לשקול הקמת ועדה ציבורית, בשיתוף נציגי ציבור מתחום הבריאות ואחרים, שתוכל להתעמק בסוגיות ותגבש המלצות בנדון.

יחסי הגומלין בין קופות חולים לבתי חולים פרטיים שבבעלותן

1. כאמור, הכללית מחזיקה ב-40% ממניות בית החולים הפרטי הרצליה מדיקל סנטר. בבית חולים זה מתבצעת פעילות כירורגית ופעילות שאינה כירורגית כדוגמת הדמיה במימון תכניות השב"ן וחברות הביטוח. לכללית יש עניין בהבטחת הכנסות בית חולים זה.

2. כאמור, מכבי מחזיקה בכ-95% מהמניות הרגילות של אסותא, ושאר המניות מוחזקות בידי מכבי מגן - אגודה שיתופית בבעלות חברי מכבי. עובדים בכירים במכבי מכהנים בדירקטוריון אסותא.

א. רכש שירותי רפואה של מכבי מאסותא : למכבי ולאסותא יש הסכם מסגרת ביניהן לרכישת שירותים. למשל, בפברואר 2008 נחתם הסכם ביניהן לשנים 2008-2010. בין היתר קובע ההסכם כי מכבי תעשה "ככל שלא ידה" לרכוש שירותים מאסותא בכל שנה בהיקף של כ-500 מיליון ש"ח לפחות. לפי נתוני משרד הבריאות לשנת 2010, כ-95% מהוצאת מכבי על פעולות שונות בבתי חולים פרטיים הופנו לאסותא. יש לציין כי הסכמי מסגרת נחתמים בין הקופות לנותני שירותים שונים כמו בתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים, של הכללית ועם ציבוריים אחרים. בהסכמים יש התחייבות של הקופות לרכוש מינימאלי בתעריפים שנקבעים בהסכם. כך לדוגמה התחייבה מכבי לרכוש מהמרכז הרפואי על שם חיים שיבא ותאגיד הבריאות שלידו בשנת 2011 שירותים ולשלם עבורם תשלום מינימאלי בסך של כ-395 מיליון ש"ח, מהמרכז הרפואי רמב"ם בסך של כ-185 מיליון ש"ח, במרכז הרפואי וולפסון 130 מיליון ש"ח, במרכז הרפואי תל אביב כ-363 מיליון ש"ח.

בהתחשב בשילוב האינטרסים והתחייבות מכבי לרכוש שירותי רפואה מאסותא, עולה חשש כי הצורך לעמוד בהיקף פעילות כה גדול ושילוב האינטרסים בין מכבי לאסותא עלול להביא להפניית חולים לביצוע פעולות דווקא בה. זאת ועוד כאשר הגורם המממן העיקרי הוא השב"ן של מכבי, שהיא בעלת עניין באסותא. יש גם להביא בחשבון כי לסוף שנת 2011 אסותא הייתה חייבת לבנק מסחרי משכנתה בסך כ-850 מיליון ש"ח עבור הקמת בית החולים. היקף החוב וקשרי הבעלות בין מכבי לאסותא מעוררים חשש לניגוד עניינים מוסדי.

109 עמדת מיעוט כפי שמופיעה בדוח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים בראשות רו"ח משה ליאון (דוח ליאון), מאי 2004.

יוצא אפוא כי כשם שלכללית יש עניין בהבטחת ההכנסות של בית החולים הפרטי שהיא שותפה באחזקתו, הרי שגם למכבי נוצר עניין דומה באסותא.

ב. מחירי הרכש של מכבי מאסותא: במסגרת הפיקוח על הקופות בדק הסמנכ"ל של קופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד (להלן - הסמנכ"ל לקופות), בשנת 2011 באמצעות משרד רואי חשבון חיצוני, את מחירי הרכש של כל אחת מהקופות באסותא בשנת 2010. לצורך הבדיקה נבחרו 26 הפרוצדורות הרפואיות השכיחות ביותר שמבוצעות באמצעות תכניות השב"ן, ונבדקו המחירים שמשלמת כל אחת מהקופות עבור ביצוע הפרוצדורה.

בדיקת המשרד העלתה שהמחירים ששילמה מכבי לאסותא כמעט בכל הפרוצדורות היו גבוהים מאלה ששילמה הכללית; מחירי לאומית ומאוחדת היו בחלקם נמוכים ממחירי מכבי ובחלקם - גבוהים. המשרד סבר שמדובר בממצאים שאינם מתקבלים על הדעת, שכן המסקנה היא העברת כספי מבוטחי השב"ן של מכבי לאסותא, וניהול כספי השב"ן שלא במהימנות הנדרשת ושלא לטובת עמיתי השב"ן של מכבי. בעקבות התוצאות התעוררו חילוקי דעות מהותיים בין מכבי לבין המשרד בדבר אופן ביצוע הבדיקה ועל היעדרה של הטיה כלשהי. מכבי פנתה למשרד בטענות חדשות כנגד הנתונים והבדיקה, והמשרד החליט לבצע בדיקה נוספת של נתוני 2010 על מנת להסיר ספק בתוצאות הבדיקה.

נוכח האמור לעיל לדעת משרד מבקר המדינה, מדובר בסוגיה מהותית של מחירי העברה בין קופה לחברת בת שלה שבאה להמחיש שעל המשרד כרגולטור לתת לה דעתו. ראוי על כן להמשיך בבדיקה ואף לעגן פיקוח ובקרה שוטפים כדי להסיר חשש להטיה כלשהי. זאת ועוד, בכל תחום שיש בו שילוב של אינטרסים מוסדיים, לא רק על המשרד והנהלת מכבי חלה חובה ציבורית לבקר את הכספים המועברים בין גורמים שונים ולפקח עליהם אלא שהדבר אמור גם לגבי קופות אחרות.

ג. סמכות המבקר הפנימי של מכבי באסותא: בשנת 2010 בדק משרד מבקר המדינה את סמכויות המבקרים הפנימיים בקופות החולים. הביקורת העלתה כי סמכותו של המבקר הפנימי במכבי מוגבלת לנעשה בקופה¹¹⁰. לא היה קשר בינו לבין המבקר הפנימי של אסותא. בין השאר, המבקר הפנימי של מכבי לא ידע אם תכנית העבודה של מבקר אסותא בוצעה, אילו דוחות הגיעו לוועדת הביקורת ומה נעשה בהם. לפיכך נמנעה ביקורת מערכתית בתחומים הרבים המשותפים למכבי ולאסותא.

לאחר פרסום דוחות הביקורת הוציא משרד הבריאות בדצמבר 2010 חוזר על מערך הביקורת הפנימית בקופות החולים¹¹¹. לפי החוזר, תאגידים שבשליטת קופות חולים שמונו להם מבקרים פנימיים, יונחו מקצועית על ידי מבקר הפנים של הקופה.

מכבי דיווחה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012, כי מאז עריכת הביקורת הקודמת חל שינוי במצב: המבקר הפנימי של מכבי מקבל את דוחות הביקורת של המבקר הפנימי של אסותא, את תכניות העבודה שלו ואת הסיכומים של ועדת הביקורת של החברה. דוחות הביקורת של אסותא ערוכים ברמה מקצועית נאותה, והממצאים, המסקנות וההמלצות מוצגים בצורה ברורה להנהלת החברה. בפגישות העבודה השוטפות המבקר הפנימי של מכבי מפנה את תשומת לבו של יו"ר מכבי לנושאים מהותיים שעולים מדוחות הביקורת של מבקר אסותא.

110 ראו מבקר המדינה, דוחות ביקורת על קופות החולים (2010), עמ' 246.

111 חוזר הסמנכ"ל 15/10 "פיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים" מ-28.12.10.

3. בית החולים "משגב לך" בירושלים נפתח מחדש על ידי מאוחדת בשנת 2005. במועד עריכת הביקורת מבצעים בבית החולים פעילות שאינה כירורגית-ניתוחית, כמו הדמיה, מרפאות מומחים, דיאליזה, מחלקה סיעודית ועוד.

הסיבות לגידול בהוצאה במימון השב"ן בסעיף בחירת מנתח ויחסי הגומלין בין השב"ן ובין הביטוחים הפרטיים

האפשרות לבחירת מנתח כגורם לפנייה לרפואה הפרטית

בדוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, בראשות מר עדי אמוראי נכתב כי לא ניתן למנוע מאדם את הזכות לבחור רופא בתשלום¹¹². רצונם של החולים לבחור את הרופא שינתח אותם הוא אחד הגורמים לפנייתם להינתח בבתי החולים הפרטיים או בבתי החולים הציבוריים בירושלים שבהם מופעל שר"פ.

פנייה לרפואה במערכת הפרטית בשל התורים הארוכים לניתוחים בבתי חולים ציבוריים

1. המחירים הריאליים של הניתוחים : בסוף שנות השמונים של המאה העשרים הוקמו תאגידי הבריאות ליד בתי החולים הכללים הממשלתיים. תאגידי הבריאות העסיקו צוותים רפואיים שיבצעו ניתוחים לאחר שעות העבודה הרגילות שלהם, בעת שחדרי הניתוח ויתר התשתיות בבית החולים פנויים, ובכך אפשרו לקצר את זמני ההמתנה הארוכים לכל מיני ניתוחים. אף שתאגידי הבריאות מבצעים ניתוחים בשעות אחר-הצהריים, יש תורים ארוכים לחלק מהניתוחים, והדבר עלול לגרום נזק בריאותי לחולים. ההמתנה לניתוחים מסוימים מתארכת בדרך כלל מסיבות של כדאיות כלכלית לביצוע הניתוח - אם נמצא שהתשלום שנקבע לניתוח נמוך מהנדרש ואינו משקף את עלותו הריאלית, מעדיף בית החולים לדחותו כדי שיוכל לבצע לפני כן ניתוח אחר, המשיא לו רווח גדול יותר¹¹³; תקרת ההכנסות של תאגיד הבריאות, בית החולים והרופא המנתח מוגבלת¹¹⁴; יש מחסור ברופאים מרדימים ובאחיות חדר ניתוח, ועוד. היווצרות תורים ארוכים לניתוח מחד והאפשרות לעבור את הניתוח במימון השב"ן ובהשתתפות עצמית מסוימת תוך בחירת הרופא, משמשות לחולים תמריץ לפנות לרפואה במערכת הפרטית. גם חולים שאינם צריכים להמתין זמן רב לניתוח עוברים מהרפואה הציבורית לרפואה הפרטית בשל האפשרות לבחור את הרופא המנתח בעלות סבירה.

בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בדק ביולי 2011 את זמן ההמתנה לניתוחים בבית חולים ממשלתי במרכז הארץ. בין השאר נמצא כי זמן המתנה לניתוח להסרת שקדים לילד או למבוגר היה

112 הוועדה הגישה המלצותיה בדצמבר 2002.

113 התעריף המשולם לבית חולים בגין ביצוע הניתוח נקבע לפי מכפלה של מחיר יום אשפוז במספר הימים שהחולה יאושפז בבית החולים, או לפי מחיר קבוע לפעולות נבחרות שקבע המשרד, שהוא מחיר דיפרנציאלי (תגמול לפי מקרה - מחיר עבור פעילויות נבחרות). את המחיר האמור קבעה ועדת מחירים בין-משרדית בהשתתפות שני עובדי משרד הבריאות ושני עובדי משרד האוצר.

114 משרד הבריאות ומשרד האוצר קובעים מדי שנה בשנה תקרת הכנסות הן לבתי החולים והן לתאגידי הבריאות, כדי להגביל את הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות. בתקנות התאגידים מפורטים תנאי עבודתם ותנאי השתכרותם של עובדי תאגידי הבריאות. השכר שישולם לכל עובד לא יעלה על סכום שכרו בבית החולים, למעט במקרים חריגים.

שנה; זמני ההמתנה לניתוחי אף, אוזן וגרון אחרים היו שמונה עד עשרה חודשים. גם זמני ההמתנה לניתוחים אורתופדיים, בעיקר לכפות רגליים, קרסוליים, כתפיים, היו כשמונה חודשים; וזמן ההמתנה לניתוחי פלסטיקה רפואית - היה כשמונה חודשים. במועד הביקורת היו גם זמני המתנה ארוכים לניתוחים אורולוגיים.

כאמור, זמני המתנה ארוכים לניתוחים מסוימים בבתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים ושל הכללית הם אחד הגורמים שבגינם חולים פונים לניתוח בבית חולים פרטי.

משרד מבקר המדינה כבר המליץ בעבר שמשרד הבריאות יסדיר את נושא משך ההמתנה לניתוחים, לרבות את קביעת אמות המידה לזמני ההמתנה¹¹⁵. משרד מבקר המדינה מעיר שוב כי אי-קביעת מחירים ריאליים לניתוחים שמבצעים בתי החולים גורמת להארכת זמני המתנה. הדבר גורם סבל רב לחולים ולעתים אף גורם לפגיעה בבריאותם של חולים שאין באפשרותם לעבור פרוצדורה רפואית באופן פרטי. במסגרת הסדרת הנושא יש להביא בחשבון את ההיבטים הכלכליים והניהוליים של הניתוחים ולתת כלים ותמריצים כדי שהניתוחים יתבצעו באופן המיטבי, ובכלל זה יש לקבוע תעריפים המשקפים את עלותם.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2012 כי הוקם צוות העוסק בנושא הזמינות של השירותים ותהליך קביעת התורים לניתוחים ולפרוצדורות בבתי החולים. בכוונת המשרד להפיץ חוזרים "המחייבים את בתי החולים לעמוד בסטנדרט זמינות בשירותים הקריטיים ביותר שזמינותם לקויה". לאחר מכן גיבש משרד הבריאות רשימה של תשע פרוצדורות אשר בתי החולים ידווחו מה היו זמני ההמתנה לביצוען. הפרוצדורות המוצעות למעקב הן: ניתוחי הרניה, שקדים/אדנואידים/כפתורים, החלפת פרקים, ניתוחי עמוד שדרה, ניתוחי בלוטת הערמונית, קטרקט, אורתוסקופיות, MRI בהרדמה, וניתוחי מניעת השמנה. במועד סיום הביקורת כבר החל המשרד להכין חוזר בנדון.

2. תקרות הצריכה של שירותים רפואיים בבתי החולים: בהתקשרות בין הקופות לבתי החולים לשם קבלת שירותי אשפוז ושירותים אמבולטוריים נקבעו הסדרים כספיים, ושלפיהם כל קופה משלמת לכל בית חולים מחיר מלא תמורת שירותי הבריאות עד תקרה מסוימת (להלן - תקרת הצריכה). תמורת צריכה החורגת מהתקרה משלמות הקופות מחירים מופחתים. ההנחה הכלכלית שעליה מתבססת השיטה היא שהביקוש למוצרי בריאות כמעט קשיח¹¹⁶, וגם אם בתי החולים יגדילו את היצע השירותים שלהם - יהיה להם ביקוש, ולכן בסופו של דבר, ההוצאה הלאומית לבריאות עלולה לגדול בשל צריכה יתרה ובלא שתהיה לכך תרומה לבריאות האוכלוסייה, המצדיקה את הגדלת העלות. לפי חוק ההסדרים משנת 2002, כל הקופות חותמות עם חלק ניכר מבתי החולים על הסכמים גלובליים שתוקפם לשלוש שנים. בהסכמים נקבע לעתים רכש מוערי שהקופה מתחייבת לרכוש. אם בפועל הרכש גדול מההיקף המוערי האמור, פוחת או מתבטל לחלוטין התשלום של הקופה לבית החולים עבור השירות.

חריגת הקופות מתקרת הצריכה גורמת, בין השאר, להיווצרות תורים בבתי החולים משום שלאחר שמתבצעת חריגה, בתי החולים אינם מקבלים מהקופה תמורה בעד שירותיהם או שהם מקבלים תמורה מופחתת; ולכן, אין לבתי החולים עניין לתת לקופה שירותים בתנאים אלה. הדבר עלול לגרום לחולה הזקוק לניתוח, שאינו מעוניין להמתין בתור זמן רב, לפנות לבתי החולים הפרטיים.

115 מבקר המדינה, דוח שנתי 2009, 259, בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399; ודוח שנתי 2013 בפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים", עמ' 466.

116 כלומר ששינוי במחירם כמעט לא ישפיע על הכמות הנצרכת.

אפשרות לבחירת אביזר או תכשיר רפואי כגורם לפנייה לרפואה הפרטית

יש לעתים שחולה זקוק לאביזר רפואי מיוחד במהלך ניתוח או פעולה רפואית. ברוב המקרים יש בסל אביזר באיכות טובה, אך לעתים יש בשוק אביזר טוב יותר שאינו כלול בסל ושכניתיים אי-אפשר לקבלו בבית חולים ממשלתי, ממשלתי-עירוני או של הכללית, גם אם החולה יהיה מוכן להוסיף את הפרש העלויות. על פי הוראות המשרד חל איסור לקבל תשלום מחולה עבור אביזר רפואי שאינו בסל או עבור שדרוג אביזר שנכלל בסל. הוראת המשרד מתבססת על עקרון השוויון: אין לאפשר מצב שבו חולה מסוים המאושפז בבית חולים לא יהיה מסוגל לרכוש או לשדרג את האביזר או התכשיר, בעוד שחולה אחר, המאושפז באותו בית חולים במצב רפואי דומה, יוכל לרכושם או לשדרגם.

הדבר עלול לגרום לחולים להעדיף לפנות לניתוח בבית חולים פרטי, שבו הם יכולים לבחור את האביזר ולשלם עבורו.

במועד סיום הביקורת כבר יש טכנולוגיות ניתוחיות משופרות שעקב עלותן הגבוהה בתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים או של הכללית ממעטים להשתמש בהן או אינם משתמשים בהן כלל, ובמקום זאת הם משתמשים בטכנולוגיות ניתוחיות מיושנות יותר שיעילותן פחותה. לדוגמה, רופאים רבים ממליצים היום לחולות בסרטן השד שעומדות לעבור ניתוח להשתמש בשתל "אלדורם". עלות השתל גבוהה ולכן בתי החולים הממשלתיים וממשלתיים-עירוניים ושל הכללית אינם מספקים שתל זה ואינם יכולים לגבות תשלום מחולה המעדיפה להשתמש בניתוח בשתל זה, על פי המלצת רופאיה. האפשרות היחידה העומדת בפני חולה כזאת היא להינתח בבית חולים פרטי. גם חולה שמעדיף שבמסגרת פעולת צנתור והשתלה יושתלו לו תומכנים מצופים (סטנטים) בעורקי הלב, אף שהוא אינו עומד בקריטריונים המוגבלים להשתלתם לפי ההוראות בסל הבריאות, יכול לקבל את השירות האמור רק בבית חולים פרטי. גם חולה הנזקק לניתוח ירוד (קטרקט) אינו יכול לבחור את סוג העדשה המושתלת בבית חולים ממשלתי, ממשלתי-עירוני או של הכללית, אולם בבית חולים פרטי הוא יכול לבחור שירות זה, תוך השתתפות במימון העדשה המשופרת.

משרד הבריאות הבהיר למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי מדיניותו היא שסוג האביזר בו משתמשים בבית החולים הציבורי ייקבע על ידי הרופא המנתח ורק מסיבות רפואיות. עוד הבהיר המשרד כי נכון הדבר שמצב זה "יוצר מוטיבציה להנהלות בתי החולים לבקש מהמנתחים לבחור בקפדנות רבה את האביזר". עוד הוסיף המשרד כי במקרים בהם הגיע למשרד מידע על דרישות של מנתחים לקניית אביזרים יקרים שלא באמצעות בית החולים התערב המשרד ומנע זאת.

הסדרי הבחירה של קופות החולים כגורם לפנייה לרפואה הפרטית

קופות החולים קובעות את הסדרי הבחירה¹¹⁷ מכוח סעיף 23 לחוק ומכוח תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005. סעיף 3 לחוק 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". לצורך כך מתקשרות הקופות עם

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

נותני שירותים, ומבוטחיהן רשאים לבחור ביניהם על בסיס ארצי, אזורי או בין-אזורי¹¹⁸. למשל, בכללית לכל מחוז יש הסדרי בחירה משלו עם נטייה להעדיף בתי חולים של הכללית; במכבי הסדרי הבחירה הם ארציים, ומבוטח זכאי לטיפול בכל בתי החולים הכלליים, ללא תלות בשייכות המבוטח למחוז גיאוגרפי; בלאומית יש חופש בחירה בין בתי החולים הממשלתיים ושלווה מבין אלה של הכללית (העמק בעפולה, קפלן ברחובות וסורוקה בבאר שבע); במאוחדת ההסדרים הם אזוריים, וכוללים רק שני בתי חולים של הכללית. ככלל, הסדרי הבחירה הנוגעים לבתי חולים חלים על שירות אלקטיבי (מתוכנן) בלבד וחולה יכול להגיע לניתוח דחוף באמצעות פנייה למיון בכל אחד מבתי החולים הכלליים.

כאמור, הסדרי בחירה אלו עשויים להביא, בין השאר, לחיזוק הרפואה הפרטית על חשבון הרפואה הציבורית, כי ייתכן שמבוטח בעל אמצעים הנתקל בהגבלות בבחירת נותן שירותים יפנה לרפואה במערכת הפרטית. גם מבוטח שהוא חבר בתכנית השב"ן, אשר הקופה אינה מאשרת לו טיפול בבית חולים כרצונו, יכול לפנות לרפואה במערכת הפרטית בבית חולים פרטי או ציבורי ולבחור לעצמו את מקום הניתוח ואת המנתח כאמור (הדבר כרוך בעלות מסוימת למבוטח).

משרד הבריאות הסביר למשרד מבקר המדינה בינואר 2013 כי הוא פרסם תקנות לגבי הסדרי בחירה והוציא הנחיות מפורטות בחוזר בנושא. לדבריו, הוא עורך שינוי באיזונים של הסדרי הבחירה לטובת הצרכן. עוד הוסיף המשרד כי לא כל קופות החולים הסתגלו עדיין לכך, אולם המשרד פועל לאכיפת יישום ההוראות לטובת הצרכן בהסכמים שאמורים להיחתם בשנת 2013 בין בתי החולים והקופות.

המדדים הכלכליים של מנהל מחוז בכללית בדבר ביצוע ניתוחים בבתי חולים: מחוזות הכללית פועלים מבחינה כלכלית כמרכזי רווח והפסד. אם חולה שהוא עמית בשב"ן מגיש בקשה להינתח ניתוח אלקטיבי, הרי שמנהל המחוז בקופה הבוחן בקשה זו יעדיף שהניתוח יתבצע בבית חולים פרטי במסגרת השב"ן ולא בבית חולים ציבורי, משום שכל שניתוחים רבים יותר יבוצעו במסגרת השב"ן ולא בסל יישארו כספים פנויים למטרות נוספות¹¹⁹. המחוז יציג את האופן שבו מתנהל ניצולם של כספי המבוטחים כניהול מבוקר שביכולתו להקטין הוצאות. מנגד, הסמנכ"ל לקופו"ח מפרסם מדי שנה את שיעור ניצול כספי השב"ן של המבוטחים בכל אחת מהקופות כמדד לתמורה שנותנת אותה קופה לחברי השב"ן¹²⁰. יוצא שבביצוע פעולות במימון השב"ן מושגת מטרה נוספת - שב"ן הכללית יכול להציג שיעורי ניצול גבוהים יותר של כספי השב"ן, וכך להיחשב כקופה שנותנת תמורה טובה יותר לעמיתה.

בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה עלה מקרה שבו חולה במצב קשה שהומלץ לו על ניתוח מורכב הביע תחילה רצון להינתח בבית חולים פרטי, ואכן תואם לו ניתוח בבית חולים כזה. בהמשך פנה החולה לבית חולים ציבורי ומפאת חומרת המחלה ומורכבות הניתוח הנדרש הציע לו מנהל המחלקה, מנתח בכיר ומנוסה, שהוא עצמו ינתח אותו כחולה ציבורי לכל דבר במרכז הרפואי הציבורי שבו הוא מועסק ולא בבית חולים פרטי. בבדיקה עלה כי הכללית סירבה לתת לחולה טופס

118 ביוני 2011 פרסם הסמנכ"ל לקופו"ח במשרד חוזר הקובע בין היתר כי קופת חולים תקבע במסגרת הסדר הבחירה רשימה של בתי חולים העומדים לרשות המבוטח, בין במישור הארצי ובין במישור האזורי לצורך מתן שירותים הניתנים באשפוז. אולם הסדרי הבחירה יהיו על פי החוק לעניין נגישות, זמינות ואיכות סבירים. הדגש בחוזר הוא על הצורך בשקיפות ובשוויוניות של אפשרויות הבחירה מבין נותני השירות של הקופה.

119 ייתכן שמצב דומה קיים גם בקופות אחרות.

120 מטרת דוח משרד הבריאות על תכניות השב"ן היא להביא לידיעת העמיתים בתכניות השב"ן מידע על התמורה שהם מקבלים מדמי החבר החודשיים שהם משלמים עבור כלל הכיסויים הניתנים בתכניות.

התחייבות לביצוע הניתוח באותו מרכז רפואי בטענה כי "מתוך מכתב השחרור עולה כי מדובר בבחירת מנתח וזה כאמור אינו בסל הבריאות". עוד כתבה הכללית כי החולה ביטל ניתוח פרטי שתוכנן לו בבית חולים פרטי ופנה באופן עצמאי למנהל המחלקה בבית החולים הציבורי. יש לציין כי לאותו מחוז יש הסכם עם המרכז הרפואי הציבורי הנדון.

עולה כי יש למחוז תמריץ להקשות על החולה במתן טופס התחייבות לביצוע הניתוח בבית חולים ציבורי במסגרת הסל - הוא יודע שבהיעדר טופס כאמור עשוי החולה לבחור להינתח באופן פרטי במסגרת השב"ן, דבר שיש לקופה עניין כלכלי בו. יש לציין כי בשנים 2007-2011 חל בכללית גידול בניצול סעיף בחירת מנתח - שיעור התביעות גדל ב-53% וההיקף הכספי של שירות זה גדל ב-79%¹²¹.

מכך עולה כי התמריצים האמורים עלולים ליצור ניגוד עניינים בפעילותם של בעלי תפקידים בקופות.

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי יכולת ההשפעה של הכללית על זכותם של המבוטחים לבחור להינתח במערכת הציבורית או הפרטית היא שולית ביותר. יכולת ההשפעה של הכללית למנוע מהמבוטחים לבצע ניתוחים בבתי החולים הנמצאים בהסדרי הבחירה גם היא שולית ולמעשה אינה קיימת. עוד הוסיפה כי המניע להתנגדות הכללית למתן ההתחייבות לחולה נבע מסיבות מוצדקות של איסור "עירוב תחומים" ושר"פ ולא מתוך הנחה שגויה לפיה קיימת מדיניות להקשות על המבוטחים כדי שיבחרו בניתוח באופן פרטי.

משרד מבקר המדינה מעיר כי לכאורה נוצרת, סתירה בין מדיניות הכללית, שלפיה אין מדיניות להקשות על המבוטחים כדי שיבחרו בניתוח באופן פרטי, לבין התמריץ הכלכלי של מחוזות הקופות להפנות מבוטחים לצורך שירותים באמצעות השב"ן.

כפל הביטוח בין השב"ן לחברות הביטוח המסחריות

עמיתים רבים רוכשים ביטוחי בריאות בחברות ביטוח מסחריות פרטיות נוסף על תכניות השב"ן שמציעות קופות החולים. בין ביטוחים אלה יש יחסי חפיפה. רכישת שני סוגי ביטוח שיש חפיפה ביניהם יוצרת מצב של כפל ביטוח, כלומר הצרכן משלם פעמיים על הביטוח עבור אותו שירות. בכך גדלה ההוצאה הפרטית וההוצאה הלאומית לבריאות, וזאת ללא כל תרומה לשירותי הבריאות.

מנתוני אגף שוק ההון, הביטוח והחיסכון במשרד האוצר עולה כי בשנים 2003-2011 חל גידול ניכר בדמי הביטוח בגין ביטוחי בריאות (כמעט ושולש סך הפרמיות של דמי הביטוח האמורים), ובשנת 2011 הם הסתכמו בכ-6.4 מיליארד ש"ח¹²².

121 משרד הבריאות, דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2011 (דצמבר 2012).

122 משרד האוצר, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון - ביטוח כללי, דוח שנתי 2011, עמ' 78: "ב-2011 נמשכה העלייה בסך דמי הביטוח ברוטו בענף מחלות ואשפוז - עלייה מצטברת של כ-142% מ-2003, ובממוצע עלייה שנתי של 12% בשמונה השנים האחרונות".

כבר בדוח של מבקר המדינה משנת 2006¹²³ נקבע כי תופעת כפל הביטוח פוגעת מאוד ברווחת המבוטחים והומלץ שמשרדי הבריאות והאוצר יפעלו לצמצם את שיעור התופעה.

על מנת לנסות לצמצם את התופעה של כפל הכיסוי הביטוחי בנוגע לכיסוי לניתוחים פרסם המפקח על הביטוח חוזר המחייב את חברות הביטוח המסחריות החל משנת 2007 להציע לעמית השב"ן המעוניינים לרכוש כיסוי לניתוחים פרטיים אפשרות לרכוש פוליסה הכוללת כיסוי משלים לכיסוי לניתוחים שניתן במסגרת השב"ן. הפרמיה הנגבית בפוליסה כזו פחותה לעומת הפרמיה בפוליסה המקנה החזר הוצאות בשל ביצוע ניתוחים פרטיים ללא זיקה לשב"ן וללא צורך לפנות אליו.

הבדיקה העלתה כי יש תופעה שבה חברות הביטוח המסחריות מעודדות את העמיתים שלהם, שפונים להפעיל את פוליסת ביטוח הבריאות הפרטית שלהם, להפעיל את השב"ן בקופות החולים ואף נותנות להם גמול כספי כדי להימנע מלהפעיל את פוליסת הביטוח הפרטי.

במקרה זה היתרון לחברת הביטוח ברור - הקטנת מימון ההוצאה הרפואית שלה, שאותה מממנים גורמים אחרים - קופת החולים באמצעות השב"ן שבו חבר העמית; היתרון למבוטח הוא התמורה כספית שהוא מקבל מחברת הביטוח.

קיימת גם תופעה בה רופאים מנתחים מבקשים מהחולים שלהם להפעיל פוליסה בחברת ביטוח גם כאשר הם חברים בשב"ן, שכן התמורה הכספית לרופא עבור אותה פרוצדורה המשולמת לו מחברת הביטוח גבוהה מאשר מהשב"ן.

אמנם המפקח על הביטוח פעל, אולם תופעת כפל הביטוח עדיין נמשכת ומתעצמת כאמור.

בתכנית העבודה שלו לשנת 2011 קבע המשרד משימה - להכין לציבור תכנית הסברה על מדיניות המשרד בנוגע לסל הציבורי, השב"ן והביטוחים המסחריים, וכן לבנות מגוון השוואה לצורך מניעת כפל ביטוחי בין הסל הציבורי, השב"ן והביטוחים המסחריים.

בדצמבר 2012 עדיין לא גיבש משרד האוצר בשיתוף משרד הבריאות פתרון לתופעת כפל הביטוח הגורם נזק למבוטחים ומגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות בלא לשפר את בריאותה של האוכלוסייה. ראוי ששני המשרדים יפעלו במשותף ובהקדם לצמצום תופעה זו.

אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי הוא צפוי לפרסם באתר האינטרנט "מדריך לצרכן ביטוח בריאות" ובו יינתן גם הסבר מפורט על כפל ביטוח אפשרי בביטוח בריאות, וכן על יתרונותיהן וחסרונותיהן של פוליסות ביטוח הבריאות השונות ובכללן אלו המשלבות שימוש בביטוח השב"ן שבקופות.

בינואר 2013 השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי משרד הבריאות והאוצר בוחנים טיפול בסוגיית כפל הביטוח במסגרת חוק ההסדרים לשנת 2013.

123 מבקר המדינה, דוח שנתי 2013 (2006), בפרק "שירותי בריאות נוספים - שמירת זכויות עמיתים", עמ' 471.

סדרי קבלת החלטות על הקמת בית החולים באשדוד והפעלת שר"פ בו

בינואר 2002 פורסם חוק בית חולים באשדוד (הקמה והפעלה), התשס"ב-2002 (להלן - חוק בית חולים אשדוד). החוק קובע בין היתר כי בית החולים שיוקם באשדוד יכלול לפחות 300 מיטות. את בית החולים המיועד יקים ויפעיל זכ"ן שזכה במכרז שפרסמה המדינה.

בסעיף 2 בחוק בית החולים אשדוד נקבע כי על מנכ"ל משרד הבריאות לתת אישור להקמת בית החולים בתוך חודש ימים מיום ההתקשרות עם הזים. בחוק האמור לא פורטו השיקולים שעליו להביא בחשבון בעת שיקבע אם לאשר את הקמת בית החולים, שלא כפקודת בריאות העם המפרטת שיקולים כאלה¹²⁴. לפי תנאי המכרז, לבית חולים זה תינתן האפשרות להפעיל שר"פ בהיקף שלא יעלה על 25% מתוך פעילותו הכוללת.

הואיל והקמת בית החולים החדש עלולה להשפיע על הרפואה הציבורית בארץ, לרבות על הרפואה הציבורית באזור שבו יוקם, בחן משרד מבקר המדינה את עבודת המטה בכל הנוגע למכרז ואת ההחלטות שהתקבלו בתקופת המכרז. יצוין כי משרד מבקר המדינה אינו נוקט עמדה בנושא העקרוני בעניין האישור להפעיל שר"פ בבית חולים זה¹²⁵. בשל המחסור במיטות אשפוז בארץ במחלקות שונות, למשל מחלקות פנימיות, מחלקות טיפול נמרץ ופגיות, כל תוספת של מיטות תקל את המצוקה. אשר על כן, משרד מבקר המדינה בדק את תהליכי קבלת ההחלטות להקים את בית החולים באשדוד עד לשלב ההכרזה על הזים הזוכה במכרז. תחומי ההחלטות מדגימים את הבעיות הניצבות לפני מערכת הבריאות, בעיות אשר משקפות במידה רבה סוגיות הנוגעות לצורך בתוספת מיטות אשפוז ולהשפעות הרפואה הפרטית על מערכת הבריאות בישראל.

השתלשלות הנסיבות

בעקבות העלאת דרישות מצד נציגי ציבור ועיריית אשדוד להקים בית חולים בעיר, פורסם באוקטובר 1998 מכרז להקמת בית חולים כללי באשדוד, אולם איש לא זכה בו. באפריל 1999 מינה החשב הכללי במשרד האוצר (להלן - החשב"ל) ועדה בין-משרדית בהשתתפות נציגים ממשרד הבריאות, ממשרד האוצר וממינהל מקרקעי ישראל שתפקידה להכין מכרז להקמת בית החולים. ההנחיות שניתנו לוועדה היו כי על בית החולים לעמוד בדרישות משרד הבריאות. כמו כן נאמר לוועדה כי המדינה לא תסבסד את בית החולים. בספטמבר 2000 פרסמה ועדת מכרזים את מסמכי המכרז להקמת בית החולים, וביוני 2001 - לאחר שהמועד האחרון להגשת המכרז נדחה לבקשת מציעים פוטנציאליים - לא נמצא זוכה במכרז. בשנת 2002 נחקק חוק בית חולים אשדוד כאמור, הקובע בין היתר כי יפורסם מכרז פומבי להתקשרות עם זים, לתכנון, להקמה, לתחזוקה ולהפעלה

124 סעיף 24 בפקודת בריאות העם, 1940, קובע כי: "(1) אשור הקמה לא יקים אדם בית חולים אלא אם כן קיבל אישור לכך, מראש, מאת המנהל (להלן - אישור הקמה); לעניין זה, "הקמה" - לרבות בניה, הרחבה, הוספת יחידה מקצועית או מיטות, שינוי ייעוד של יחידה מקצועית או של מיטות, פתיחת חדר ניתוח, וכן הסבה או התאמה של מבנה קיים לבית חולים. (2) המנהל [מנהל שירותי הרפואה] ייתן אישור הקמה, בהתחשב בשיקולים רפואיים ובשיקולים הבאים בלבד: (א) ההקמה וההפעלה השוטפת של בית החולים לא יטילו מעמסה על ההוצאה הציבורית לבריאות; (ב) תוספת המיטות לא תגרום לחריגה משיעור המיטות לנפש על פי יעודן ועל פי צרכי האוכלוסייה באותו אזור".

125 ראו בהמשך לעניין עתירה בנושא.

של בית החולים באשדוד. עוד קבע החוק כי אם לא ייבחר זוכה במכרז בתוך שישה חודשים מיום פרסומו, הרי שהמדינה היא שתקים ותתכנן את בית החולים. החוק גם קבע כי המדינה תשתתף בתקצובו של בית החולים באשדוד, במישרין או בעקיפין, כמקובל לגבי בית חולים בסדר גודל דומה.

בספטמבר 2006 החליטה הממשלה לבטל את החוק להקמת בית החולים באשדוד¹²⁶. אמנם גם בהצעת חוק ההסדרים לשנת 2007 הוצע לבטל את החוק, אך הצעות אלה נדחו ולא התקבלו.

בעקבות הגשת עתירה לבג"ץ¹²⁷, שבה התבקש בג"ץ להורות למדינה לפרסם מכרז פומבי להתקשרות עם יזם לתכנון, להקמה, לתחזוקה ולהפעלה של בית חולים באשדוד, וכן בעקבות הגשת בקשה למתן צו ביניים אשר יורה למשרד האוצר להימנע מלקדם תהליכי חקיקה לביטול חוק בית חולים באשדוד, הודיעו בפברואר 2008 משרדי האוצר והבריאות כי הם החלו בפעילות להכנת המכרז להקמת בית החולים.

כדי להגדיל את סיכויי ההצלחה של המכרז נכללו בו הטבות שנועדו להגדיל את הכדאיות הכלכלית של הקמתו ותפעולו של בית החולים. בהזמנה להציע הצעות במסגרת הליך המיון המוקדם, שפורסמה באוגוסט 2008, נקבע בין היתר כי בית החולים יהיה רשאי לספק שירותי רפואה פרטיים בהיקף של עד 25% מההיקף הפעילות שבו, תוך קביעת מגבלות לעניין זה. המגבלות ואמצעי פיקוח פורטו אחר כך ביוני 2009¹²⁸. בתקופת המכרז הוחלט לתת מענק הקמה ואף להגדילו - בהזמנה להציע הצעות בשנת 2008 לא נכללה אפשרות לקבל מענק; אחר כך החליטו לתת מענק בסכום של 130 מיליון ש"ח (20% מעלות ההקמה המוערכת), אחר כך הוחלט להגדילו ל- 50% מעלות ההקמה, ולבסוף - הוחלט להגדילו ל-487.5 מיליון ש"ח (75% מעלות ההקמה). נוסף על כך, לפי מסמכי המכרז היזם יזכה להטבות בתשלומי הארנונה והיטלי הפיתוח. ההטבות מוערכות בסך כ-100 מיליון ש"ח. למכרז ניגשו בתחילה שלושה מתמודדים, לאחר מכן פרשו שניים, ולבסוף (לאחר שהוחלט להגדיל את המענק לסך של 487.5 מיליון ש"ח כאמור) נשאר מתמודד יחיד - אסותא אשדוד בע"מ. אותו המתמודד זכה במכרז ביוני 2011.

ב-16.8.10 קיבל שר האוצר את המלצת אגף החשכ"ל ואגף התקציבים במשרדו להגדיל את מענק ההקמה ל-487.5 מיליון ש"ח¹²⁹. בדיון עם שר האוצר אמר נציג החשכ"ל כי אם המדינה היא שתקים את בית החולים תידחה ההקמה במידה ניכרת ובית החולים לא יוכל לתת שירותי רפואה פרטיים (שר"פ). נציג אגף התקציבים אמר כי עמדת האגף היא שאם ההחלטה על הקמת בית החולים תיוותר בעינה, הרי שעדיף שיקים אותו גורם פרטי על הקמה ממשלתית. שר האוצר סיכם כי יש תמימות דעים בדבר העדפת בית חולים שאינו ממשלתי.

באותו יום עדכן יו"ר ועדת המכרזים את חברי הוועדה כי "בהתאם להחלטת משרד האוצר יוגדל מענק ההקמה.... ל-75% מעלויות ההקמה המוערכות של בית החולים - 487.5 מיליון ש"ח. זאת על מנת לנסות ולמצות את התהליך המכרזי, כך שיביא בסופו של דבר לבחירת גוף אשר יקים ויתפעל את בית החולים באשדוד".

126 החלטה מ-12.9.06.

127 בג"ץ 2836/03 ראש עיריית אשדוד, צבי צילקר נ' משרד האוצר, פדאור 06 (31) 709.

128 נקבעו מגבלות ואמצעי פיקוח כמו: רופא המשתתף במערך שירותי הרפואה הפרטיים יוכל לספק שירותים אלה רק בימים ובשעות שבהם הוא אינו מועסק במסגרת משרתו הרגילה; לא יותרו שירותי רפואה פרטיים בכל הנוגע לרפואה דחופה; לא תינתן קדימות בקביעת תורים לטיפולים, בדיקות או ניתוחים במסגרת מערך שר"פ; לא תהיה הפרדה בין חולים במסגרת שר"פ ובין חולים אחרים, בית החולים יוודא כי כל חולה ינותח על ידי מנתח בעל מיומנות מתאימה.

129 ועדת המכרזים העריכה כי על פי דרישות המכרז, עלות הקמת בית החולים באשדוד תסתכם ב-650 מיליון ש"ח.

לדעת משרד מבקר המדינה, קבלת החלטה למתן מענק בסכומים כה ניכרים ומתן אפשרות להפעיל בבית החולים שר"פ מחייבת עבודת מטה סדורה והכנת מסמך המפרט את הצורך במענק ואת האופן שבו נקבע סכומו בהשוואה לחלופות אחרות. לא נמצא תיעוד כי עבודת מטה בוצעה בהקשר זה. אילו נעשתה עבודת המטה כהלכה, מן הדין היה לבחון באמצעותה חלופות, בהן המשך הליך המכרז ומתן הטבות ניכרות ליוזמים; אמנם הקמת בית חולים ממשלתי היא אפשרות שמוזכרת בחוק בית חולים אשדוד, אולם לא נמצאו אסמכתאות בעניין זה. כמו כן, לא נמצאו תרשומות או תחשיב לגבי קביעת הסכום המרבי שהמדינה תקצה להקמת בית החולים במכרז מול עלות הקמתו כבית חולים ממשלתי. נוסף על כך, לא נמצא שלהחלטה האמורה קדמו היועצות של שר האוצר בשר הבריאות או עבודת מטה בנושא בשיתוף משרד האוצר ומשרד הבריאות. מאחר שמדובר בסוגיות שהן בלב מדיניות הבריאות, ראוי היה כי במכלול השיקולים הנוגעים להחלטה ייבחנו גם הנזקים הנובעים ממנה לבתי החולים באזור, ברזילי וקפלן, בשל משיכת כוח אדם רפואי לבית החולים החדש ומחמת החשש כי הכנסות בתי החולים באזור ייפגעו בגין מעבר חולים לבית החולים באשדוד, והשלכותיהן על תקציב המדינה, נוכח אפשרות לכאורה כי הממשלה תידרש לתת סיוע כספי לבתי החולים שעלולים להיפגע מהקמתו.

משרד האוצר מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2011 כי הקמת בית חולים ממשלתי היא בניגוד למדיניות הממשלה ולהמלצות ועדות ממלכתיות בקשר לתיאגוד בתי החולים הכלליים. עוד טען משרד האוצר, כי ללא ההכרח לקיים את חוק בית חולים אשדוד היה ראוי לקיים חלופות אחרות, כגון הקמת בית חולים מצומצם באשדוד שייסמך על בית החולים ברזילי.

משרד האוצר הוסיף בתשובתו כי בוועדת המכרזים השתתפו גורמי המקצוע הבכירים ביותר משני המשרדים, והוועדה ישיבה על המדוכה יותר מארבע שנים. החלטות הוועדה התקבלו במשותף ובהסכמה מלאה בכל שלבי המכרז ועד למועד בו התחלף מנכ"ל משרד הבריאות ושינה את עמדותיו בנוגע למכרז. עוד כתב משרד האוצר כי להחלטה לאפשר לבית החולים באשדוד לאפשר לספק שירותי בחירת רופא בהיקף של 25% מהכנסותיו צפויות השפעות מוגבלות על כלל המערכת מבחינת היבטים כלכליים, שווינויים ומקצועיים.

משרד האוצר גם מסר למשרד מבקר המדינה כי אין זה נכון שהמדינה אמורה להשתתף בתקציבו של בית החולים שיוקם באשדוד בידי גורם פרטי באופן שוטף כי החלק העיקרי של הכנסותיו יתקבל מקופות החולים בגין שירותי אשפוז שהוא יספק. הסכום היחיד שמעניקה המדינה לבית החולים הוא מענק הקמה שישולם לפי אבני הדרך שנקבעו במכרז ובהסכם ההתקשרות, ובכפוף לעמידת הזום בתנאים שהוגדרו.

משרד הבריאות הסביר בתשובתו בינואר 2013 שלדעתו היה ראוי להשתמש בסכום ההשקעה כדי לחזק את בתי החולים ברזילי וקפלן, ולהפוך אחד מהם למרכז אזורי. לדבריו, ההחלטה שהתקבלה מובילה לשלושה בתי חולים בינוניים, אחד מהם עם רפואה פרטית ושני האחרים עם חולשה מסוימת של משאבים שיכולה להחמיר. המשרד הוסיף כי התנגדותו הנחושה של מנכ"ל המשרד, פרופ' רוני גמזו, לתוצאות המכרז נמשכה על אף קביעת הזוכה במכרז ובמיוחד לאור התחושה של "השקעה לא חכמה של כספי ציבור".

משרד מבקר המדינה מעיר, כי הכנסות בית החולים יהיו מותנות בהסכמי הרכש שיחתמו עם קופות החולים השונות, ויתכן ואף סביר להניח שהכללית תעדיף להפנות את מבוטחיה לבית החולים קפלן שבבעלותה. גם אסותא העלתה את האפשרות שקיימת אפשרות שקופות החולים יצמצמו באופן ניכר, בהחלטה מינהלית פנימית, את זרם החולים שיופנו לבית החולים באשדוד. בעניין זה מפנה משרד מבקר המדינה תשומת לב משרד האוצר לסעיף 7 לחוק בית חולים אשדוד, בו נאמר שהמדינה תשתתף בתקציבו של בית החולים באשדוד, במישרין או בעקיפין, כמקובל לגבי בתי חולים בסדר גודל דומה.

השפעות ההקמה של בית החולים באשדוד על בתי החולים באזור

הקמת בית החולים באשדוד עלולה להשפיע מבחינה כלכלית על כל אחד מבתי החולים שבסביבתו בנפרד ואף על המרקם הכולל של בתי החולים הללו. כדי להיערך כראוי ומבעוד מועד להשפעות אלה, ראוי היה לבחון אותן במסגרת הליכי המכרז ולפני שהוחלט לתת ליוזם שייבחר תוספת מענק בסך 487.5 מיליון ש"ח.

גורמים רפואיים מאזור אשדוד מסרו למשרד מבקר המדינה כי בית חולים חדש ומודרני שבו תנאי מלונאות משופרים המאפשר לבחור מנתח (שר"פ) ישפיע על בתי החולים באזור, משום שהוא עלול למשוך הן כוח אדם רפואי וסיעודי והן חולים. הדבר עלול לפגוע בהכנסות בתי החולים הממשלתיים או של הכללית ולגרום לכך שהם יגדילו את הוצאותיהם כדי לשמר את כוח האדם הרפואי.

מנהלי בתי החולים הממשלתיים בסביבת אשדוד (ברזילי באשקלון, אסף הרופא בבאר יעקב וולפסון בחולון) וראש חטיבת בתי החולים בכללית (בקשר לבית החולים קפלן ברחובות) מסרו למשרד מבקר המדינה את התייחסותם להקמת בית החולים החדש. להלן עיקרי הדברים:

כולם העירו שסביר שבית החולים באשדוד ימשוך אליו כוח אדם רפואי וסיעודי שמועסק בבתי החולים שבניהולם, כיוון שחלקו מתגורר באשדוד¹³⁰; ברזילי צופה הפסד הכנסות של כ-40 מיליון ש"ח לשנה בעקבות פניית החולים מאזור אשדוד לבית החולים באשדוד ולא לברזילי. עוד כתב מנהל ברזילי כי לנוכח העובדה שאושר לבית החולים להפעיל שר"פ בהיקף של עד 25% מפעילותו הכולל, לא מתאפשרת תחרות הוגנת בינו ובין ברזילי. מנהל אסף הרופא העיר שהפעלת שר"פ בבית החולים באשדוד תהיה אכן שואבת שתמשוך רופאים בבתי החולים הממשלתיים או של הכללית לעבוד בו לנוכח האפשרות לגידול ניכר ביכולת ההשתכרות שלהם. כך גם ייפגעו המורל של הרופאים ורצונם להשקיע את זמנם ואת הידע שלהם בבית החולים הממשלתי.

ראש חטיבת בתי חולים בכללית, העיר כי הכללית צופה תחרות אגרסיבית על כוח אדם, והדבר יעורר צורך בשיפור תנאי שכר והעסקה ולפיכך הוא צפוי להגדיל את גירעונות בתי החולים באזור. לדבריו, כדי להפעיל באופן מאוזן מבחינה כלכלית בית חולים שבו 300 מיטות נדרשות הכנסות של כ-300 מיליון ש"ח בשנה. לדעתו סכום זה יילקח מבתי החולים קפלן וברזילי ויביא להגדלת ההוצאה הלאומית על בריאות, לשימושים שאינם בהכרח נדרשים. הוא הוסיף כי היקף הפעילות של בית החולים קפלן של הכללית ברחובות ממתן שירות לתושבי אשדוד הוא כ-150 מיליון ש"ח לשנה. להערכתו, הקמת בית החולים באשדוד תגרום לפגיעה ניכרת בפעילות של קפלן למתן

130 בברזילי עובדים כ-120 רופאים ואחיות; בוולפסון - 3% מהרופאים ו-12% מהאחיות; בקפלן - 20% מכוח האדם הסיעודי.

השירות לתושבי אשדוד, והדבר צפוי להביא לפגיעה חמורה בבית החולים עד כדי חשש לסגירתו. הכללית גם צופה כי עקב בניית בית החולים באשדוד הוצאות קופות החולים בקהילה יגדלו בכ-106 מיליון ש"ח לשנה. הוא גם הפנה את תשומת לבו של משרד מבקר המדינה לסוגיית תשלום המע"ם החל על בית חולים באשדוד שיוקם ויופעל כחברה ולהשפעותיו על מחירי השירותים. כמו כן ראוי לדבריו לתת את הדעת על סוגיית תקרות הצריכה במחיר מרבי (קאפינג) (ראו להלן) בבית חולים זה - סוגיה שטרם הוסדרה במועד סיום הביקורת.

מבדיקת סיכומי הדיונים בנושא הקמת בית החולים באשדוד בהשתתפות משרדי האוצר והבריאות עולה כי לא נבדקו ההשפעות של הקמת בית החולים באשדוד על בתי החולים בסביבה, ואף לא נבחנה ההיערכות להפעלת תכניות תמיכה לבתי חולים שעלולים להיפגע מכך. בדיקת משרד מבקר המדינה לא העלתה כל ניירות עמדה בנושא.

1. **היתר להפעיל שר"פ:** עבודת המטה הייתה חיונית גם לנוכח ההחלטה לאפשר הפעלת שירותי רפואה פרטיים בהיקף של 25% מהיקף הפעילות של בית החולים. במרץ 2012, בשלהי עבודת הביקורת, הגישו כאמור האגודה לזכויות האזרח בישראל, רופאים לזכויות אדם - ישראל ומרכז אדוה¹³¹ עתירה לבג"ץ בנושא. בעתירה התבקש בג"ץ לקבוע כי אין תוקף להיתר להפעלת שר"פ בבית החולים, אולם הוא דחה את העתירה מחמת השיהוי בהגשתה - היא הוגשה כמה שנים לאחר שפורסמה כוונת המדינה לאפשר הפעלת שר"פ בבית החולים ב-2007¹³². בנסיבות אלה קבע בג"ץ כי יש ליתן משקל רב לאינטרס ההסתמכות של אסותא, וכי מהעתירה לא עולה שהקמת בית החולים גרמה לפגיעה אנושה וחמורה בשלטון החוק ובזכויות חוקתיות המאפילה על השיהוי המשמעותי בהגשתה.

בביקורת בדק משרד מבקר במדינה אם התקיימה עבודת מטה להפעלת שר"פ ואם זו עולה בקנה אחד עם מדיניות משרד הבריאות ומשרד האוצר, ונבחנו בה כל ההשפעות של הפעלת שר"פ על מערכת הבריאות האזורית והלאומית. בה בעת יודגש, כי משרד מבקר המדינה אינו נוקט עמדה באשר להפעלת שר"פ בבית חולים זה. עולה כי לעניין ניהול מערכת הבריאות הלאומית הפעלת שר"פ תחזק את הרפואה הפרטית, שלא לפי מדיניות משרדי הבריאות והאוצר. יתר על כן, הפעלתו עלולה ליצור תקדים ולהביא לדרישות להקים בתי חולים דומים גם באזורים אחרים, שיעצימו את הפגיעה בבתי החולים הציבוריים שבסביבה.

נוסף על השאלה העקרונית בדבר ההיתר להפעלתו של שר"פ בבית החולים באשדוד, שבה עסק כאמור בג"ץ, היה ראוי, כאמור, לבחון גם אם וכיצד מתן היתר, ישפיע על המערכת הרפואית הממשלתית הציבורית, ובייחוד על בתי החולים הקרובים לו (קפלן ברחובות וברזילי באשקלון) ועל בתי החולים אסף הרופא בבאר יעקב וולפסון בחולון. לא נמצאו ניירות עמדה בנדון.

2. **תמהיל המיטות שאושר לבית החולים:** משרד הבריאות קבע תמהיל מסוים של סוגי מיטות ומחלקות נדרשות בבית החולים, ובהן טיפול נמרץ, פנימיות, ילדים, נשים, כירורגיה כללית, אורתופדיה, עיניים, וכן אף, אוזן וגרון. ואולם בתנאי המכרז נכלל גם סעיף המעניק עדיפות

131 בג"ץ 2114/12 האגודה לזכויות האזרח נ' ממשלת ישראל (נבו), 2012. העתירה נדחתה באוגוסט 2012.
132 כוונת המדינה לאפשר הפעלת שר"פ בבית החולים פורסמה בפעם הראשונה באוקטובר 2007 בשלב הטרם-מרכזי, כאשר המדינה פרסמה בקשה לקבלת מידע לצורך בחינת קיומם של מתמודדים פוטנציאליים.

למציע שימיר מיטות כירורגיות, מעבר למינימום נדרש, למיטות שבמחסור לאומי, כמו במחלקות פנימיות ובמחלקות לטיפול נמרץ.

כאמור, אסותא הייתה המציע היחיד וזכתה במכרז. אסותא לא קיבלה ניקוד בגין המרת מיטות.

בינואר 2013 השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הוא קבע את תמהיל המיטות, וניתנה אפשרות למשתתפים במכרז להגדיל את מספר המיטות בפגיה, בטיפול נמרץ על חשבון מיטות אחרות. בשלב סיום המכרז הובהר כי למעשה יש רק הצעה אחת ו"במצב כזה הגיוני מנקודת ההשקפה של המציע לא להגדיל את מספר המיטות שעלות אחזקתן גבוהה מאוד. הרעיון שעמד אחרי עצם קיום אפשרות זו הייתה התקווה שמספר המציעים יתחרו ביניהם בבניית ההצעה (מיטות כאלה אמורות לזכות את המציע בתוספת ניקוד ולשפר סיכוייו במכרז). ברגע שהובהר שיש רק מציע אחד לא הייתה יותר משמעות לשינויים כאלה".

משרד מבקר המדינה מעיר כי בעבודת המטה ראוי היה להביא בחשבון כי באין זוכה במכרז, הקמת בית החולים כמשלתי הייתה מאפשרת לתת תמהיל מיטות שיאפשר למלא באופן טוב יותר את הצרכים הלאומיים, משמע פחות מיטות כירורגיות ויותר מיטות שבמחסור לאומי, כאמור. הבחירה באופציה של מפעיל שאינו ממשלתי סביר שתביא לכך שהמפעיל הפרטי יסדיר את תמהיל המיטות בבית החולים באופן שישא לו את התמורה הכספית הגבוהה ביותר. תמהיל כזה מוטא בדרך כלל לטובת יותר מיטות כירורגיות ופחות מיטות לפנימיות, טיפול נמרץ ופגיות, שהן כיום מיטות במחסור לאומי, כאמור.

3. שיעור המענק : מסיכום דיון של מפגש שהתקיים במרץ 2011 בין ועדת המכרזים ובין אסותא מרכזים רפואיים בע"מ עולה כי לפני היציאה למכרז הכינה המדינה אומדן עלויות לפרויקט, בהתבסס על הפרוגרמה שפורסמה במכרז. אומדן זה, בסך 650 מיליון ש"ח, שימש את המדינה לקביעת סכום המענק, ששיעורו 487.5 מיליון ש"ח (כ-75% מעלויות ההקמה המוערכות של בית החולים). אסותא הגישה בהצעתה אומדן לעלות הקמת בית החולים (בינוי והצטיידות) בסך של כ-550 מיליון ש"ח.

סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות (להלן - סמנכ"ל לבינוי) וחבר ועדת המכרזים, בדק את אומדן אסותא לעלות הקמת בית החולים באשדוד וקבע באפריל 2011 כי אומדן זה נמוך באופן משמעותי מהאומדן שנקבע בדרישות שצוינו במכרז ואף אינו סביר. לכן הוא הציע למנות יועץ חיצוני שיבדוק אומדן זה. יו"ר הוועדה החליט שאין מקום למנות יועץ חיצוני עקב הזמן הרב שיידרש לו ללמוד את הנושא ולהכין חוות דעת בעניינו. לאחר שהתקיימה הצבעה בנושא הוחלט לדחות את הצעתו של הסמנכ"ל לבינוי ברוב קולות.

משרד מבקר המדינה מציין כי לפי האומדן שבהצעת אסותא אשדוד בע"מ לבניית בית החולים, המדינה נתנה מענק ההקמה ששיעורו כ-89% מעלות הבנייה.

4. סוג בית החולים : חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002 (להלן - חוק ההסדרים), מגדיר "בית חולים ציבורי כללי" כלהלן: בית חולים ממשלתי כללי, בית חולים שבבעלות קופת חולים, 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. יוצא שהגדרת בית חולים כציבורי נקבעת בהתאם לשאלת הבעלות על בית החולים. בית החולים שיוקם באשדוד יהיה בבעלות חברת אסותא אשדוד, שהיא חברה ייחודית שהוקמה לצורך הקמת בית החולים.

עם זאת, המדינה הצהירה בתשובתה לבית המשפט העליון לגבי העתירה האמורה¹³³ כי מבחינת מהות השירותים שיינתנו בבית חולים זה הוא יהיה בית חולים ציבורי, שכן רוב רובם של השירותים בו יינתנו במימון ציבורי (סל השירותים הבסיסי שנקבע לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ללא תוספת תשלום על ידי המבוטח), ויהיה בו חדר מיון, המיועד לתת טיפול רפואי דחוף.

מכאן עולה כי אין התאמה בין האמור בחוק ההסדרים לבין המהות המתוכננת של בית החולים שיוקם באשדוד - האם הוא בית חולים ציבורי או פרטי. ראוי להסדיר סוגיה זו שיש לה השפעות רחבות היקף על בית החולים מבחינת תחולתן של הוראות מסדירות.

משרד האוצר השיב בינואר 2013, כי סיווג בית החולים אינו רק נגזרת של הבעלות. מדובר בבית חולים בבעלות פרטית שעיקר הפעילות בו היא אספקת שירותי בריאות ציבוריים במימון ציבורי. קרי, רובם הגדול של השירותים הרפואיים שיוספקו בבית החולים הם במסגרת סל הבריאות. לקראת הפעלתו של בית החולים באשדוד יפעלו משרדי הבריאות והאוצר לתקן את חוק ההסדרים, ובכלל זה שינוי הגדרה של בית חולים ציבורי כללי, כך שתתאים לבית החולים באשדוד. גם משרד הבריאות הבהיר בינואר 2013, כי מבחינתו מדובר בבית חולים ציבורי המפעיל חדר מיון ופועל בצורה מלאה לפי הוראותיו.



לסיכום, בחוק בית החולים אשדוד נכללים סעיפים המייתרים תהליכים חשובים במתן האישור להקמת בית החולים, כמו בדיקה אם ההקמה וההפעלה השוטפת של בית החולים לא יטילו מעמסה על ההוצאה הציבורית לבריאות. בשנת 2010, כשמונה שנים לאחר חקיקת החוק, הסכימה המדינה לתת מענק בסך כ-487.5 מיליון ש"ח ליום שיתכנן, יקים, יתחזק ויפעיל את בית החולים, בלא שנמצא תיעוד על כך שהתקיימה עבודת מטה סדורה להצדקת הצורך במענק כה גדול לרבות דיון בממשלה או עם שר הבריאות. במועד סיום הביקורת, כעשר שנים לאחר שנחקק החוק, עדיין לא הוקם בית החולים האמור. תהליכי קבלת ההחלטות בנוגע לאופן הקמתו והפעלתו של בית החולים באשדוד על השפעותיו האזוריות לא היו תקינים - בייחוד נוכח כובד הסוגיות ונוכח המשאבים הרבים הכרוכים בהחלטה.

בהתחשב בתנאים המיוחדים של המכרז שהתגבש, וכאמור האפשרות להפעיל שר"פ בבית החולים, הגדלת סכום המענק הנדרש עד לכחצי מיליארד ש"ח, העלות הצפויה של הקמתו, והשפעות העתידיות על בתי החולים בסביבה (בעיקר ברזילי וקפלן), ובהתחשב באפשרות שהמדינה גם תשתתף בתקציבו של בית החולים, על פי האמור בחוק, משרד מבקר המדינה מעיר למשרד האוצר כי היה עליו לפעול לגיבוש הצעה לשינוי החקיקה, בין בכוחות עצמו ובין אם באמצעות הבאת הנושא להכרעת הממשלה; לחלופין, היה עליו לפעול על פי הוראות החוק.

133 תשובת המדינה לעתירה - בג"ץ 2114/12 האגודה לזכויות האזרח נ' ממשלת ישראל (נבו), 2012.

סיכום

מגמות בשימוש ברפואה במערכת הפרטית : לרפואה במערכת הפרטית יתרונות רבים, כמו יעילות תפעולית, האפשרות לבחור רופא, תנאי מלונאות משופרים וזמני המתנה קצרים לביצוע פרוצדורות רפואיות. הרפואה במערכת הפרטית גם מקדמת תחרות והתייעלות. בה בעת לרפואה במערכת הפרטית, שהיקפה גדל מאוד בשנים האחרונות, יש גם השפעות על הרפואה במערכת הציבורית, בכלל זה חשש לפגיעה בערכי השוויון וסינון מטופלים. יש גם חשש לפעילות רפואית עודפת ועוד. מדובר בסוגיה מהותית שהשפעתה הולכת ומתעצמת. במצב זה מתבקשת נקיטת צעדים של קביעת כלי מדיניות וכלי בקרה. ותוך נקיטת צעדים לחיזוק כושר התחרות הנאותה של הרפואה במערכת הציבורית.

מקורות המימון העיקריים של הרפואה במערכת הפרטית הם מכספי תכניות השב"ן, במיוחד מסעיף בחירת רופא. הרפואה במערכת הפרטית שואבת משאבים מהרפואה במערכת הציבורית, בעיקר מבתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים ושל הכללית. בכלל זה היא משפיעה על הרפואה במערכת הציבורית בייחוד בסוגיות הנוגעות למשיכת כוח אדם רפואי העובד גם בבתי החולים הפרטיים, מגדילה את ההוצאה הפרטית על בריאות ומשפיעה על הכשרת דור רפואי העתיד ועל עיצוב פני מערכת הבריאות.

במצב הדברים כיום קיימים תמריצים רבים, שגורמים לחולים לבחור לקבל שירותים במערכת הרפואה הפרטית. כך למשל, האפשרות לבחור רופא, האפשרות לקצר את זמני ההמתנה לביצוע פרוצדורה רפואית, האפשרות לבחור אבזור, תנאי מלונאות משופרים והיצע גדול של ביטוחים מסחריים פרטיים.

משרד הבריאות קבע כמטרה את חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות וקבע כמה יעדים להשגת מטרה זו. אשר על כן, ראוי לנקוט צעדים תפעוליים ולהפעיל כמה כלי התערבות כדי להשיג יעדים אלה, תוך ביצוע עבודת מטה מקיפה ויסודית בנושא יחסי הגומלין בין בתי החולים הפרטיים לממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים ושל הכללית. לכל אחד מהצעדים התפעוליים וכלי ההתערבות האמורים יש יתרונות וחסרונות וכן יש להן השפעות חברתיות-כלכליות-ציבוריות ניכרות.

עוד עולה הצורך כי משרד הבריאות יבדוק אם הגידול בביקוש ובהוצאות לשירותי הרפואה במערכת הפרטית אכן מביאים לשיפור במצב הבריאות של הציבור; לשון אחר, יש לברר אם כל שקל נוסף המושקע בבריאות החולה יעיל יותר כשהוא מושקע ברפואה במערכת הציבורית או ברפואה במערכת הפרטית. בדיקה זו נועדה לאמוד את תרומת הרפואה במערכת הפרטית למערכת הבריאות ולגבש תפיסה לגבי דרכי פיתוחה של הרפואה במערכת הפרטית או לריסון הביקושים לשירותיה בעתיד.

ראוי כי משרדי הבריאות והאוצר יבצעו עבודת מטה משותפת שבמסגרתה יבחנו את יתרונות הפעילות של בתי החולים הפרטיים לעומת חסרונותיהם וינסו לגבש את מימדי הפעילות האופטימאליים שלהם בישראל, תוך קביעת היעדים והאיזונים הנדרשים מהמערכת הרפואית הציבורית כדי שהיא תפעל באופן המיטבי. ראוי לקבוע את המדיניות בתחום, את מכלול כלי הבקרה ותכנית פעולה כדי שהיחס בין הרפואה במערכת הפרטית, ובייחוד פעילות בתי החולים הפרטיים, ובין הרפואה במערכת הציבורית, ובייחוד בתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים או של הכללית, יהיה היחס המיטבי.

ת י י ר ו ת ר פ ו א י ת : ראוי שמשרד הבריאות יסדיר את סוגיית התיירות הרפואית בבתי החולים הציבוריים והפרטיים. יש לתת את הדעת לסוגיית השוויון, וכן להשפעות על כוח האדם הרפואי והסיעודי.

היבטים נוספים לבדיקה, פיקוח ובקרה: יש חשש כי פעולות כירורגיות מבוצעות על אף שאין בהכרח צורך רפואי בהן, לכן נדרש לבצע בקרה על הצורך בניתוח. ראוי שמשרד הבריאות יבדוק אם היקפם של ניתוחים בתחומים מסוימים, המבוצעים בבתי החולים הפרטיים, דומה לזה של בתי החולים הממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים או של הכללית, והאם הם עולים בקנה אחד עם המקובל בספרות הרפואית העדכנית. כן יברר אם מתבצעים ניתוחים רבים או מעטים מהנדרש, ובמידת הצורך - יפעל לאיזון התופעה.

תורים ארוכים הם אחד הגורמים היוצרים תמריץ לפניית מבוטחים אל בתי החולים הפרטיים. על משרד הבריאות להסדיר סוגיה זו, לקבל מידע עדכני על מציאות של תורים ארוכים, לקבוע אמות מידה לזמני ההמתנה ומחירים ריאליים לניתוחים כדי שמחירים נמוכים מדי לא ישמשו תמריץ ליצירת תורים.

בביקורת עלה כי יש מנהלי מחלקות בבתי החולים הממשלתיים המצמצמים את היקף משרתם כדי להתפנות לעבוד בפרקטיקה פרטית. עבודה של מנהל מחלקה במשרה חלקית עלולה להביא לידי אי-הכרה של המועצה המדעית במחלקה כמתאימה להתמחות. סוגיה זו היא כבדת משקל, וראוי שמשרד הבריאות, נש"ם והר"י ידונו בה ויגבשו מדיניות ברורה בעניינה.

תהליכי בקרה ומדדי איכות: במועד סיום הביקורת עדיין אין לציבור מידע על איכות תוצאות הפעילות הרפואית בבתי החולים הציבוריים והפרטיים, אף שמידע זה חיוני לצורך השוואה בין מוסדות רפואיים שונים. לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות יגבש מדדי איכות לפעילות הרפואית בבתי החולים, שבמסגרתם יובאו בחשבון גילו של החולה, מצבו הרפואי וחומרת מחלתו.

כדי להבטיח את בטיחות החולים המנותחים בבתי החולים הציבוריים והפרטיים, יש להקפיד שעומס העבודה המוטל על הרופאים המועסקים בהם יהיה מתקבל על הדעת. על משרד הבריאות לשקול לקבוע את שעות העבודה המותרות לרופא ולבחון אם יש מקום להגביל את היקפן בעבודות נוספות. כמו כן, יש לבחון הפעלה של תהליכי בקרה על שעות הפעילות של מנתחים, מרדמים ואחיות חדר ניתוח בבתי החולים הפרטיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי קופות החולים ידרשו מבתי החולים הפרטיים לדווח להן על כל סיבוכי כתוצאה מניתוח בחולה המבוטח בקופה. מן הראוי שהכללית, מאוחדת ולאומית ישקלו לכלול בהסכמים שלהן עם בתי החולים הפרטיים הפחתת מחיר בגין סיבוכים רפואיים או מנגנון התחשבות שונה, שלא יעודד את בתי החולים הפרטיים להפנות חולים עם סיבוכים קלים לבית חולים ציבורי, אלא יוסיפו ויטפלו בהם וישמרו על רצף הטיפול. ראוי כי משרד הבריאות יבחן את הסוגיות הרלוונטיות וינחה את הקופות בנדון.

כפל הביטוח בין תכניות השב"ן והביטוחים המסחריים הפרטיים: ראוי שמשרד הבריאות והאוצר ישתפו פעולה בהקדם כדי לצמצם תופעה זו, הגורמת להגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות בלא לשפר את בריאותה של האוכלוסייה.

הקמת בית החולים באשדוד: בביקורת עלה כי תהליכי קבלת ההחלטות להקמת בית החולים באשדוד, כבית חולים ציבורי שתותר בו הפעלת שירותי רפואה פרטית במגבלות מסוימות, לא כללו עבודת מטה סדורה הקובעת את הסכום המרבי שהמדינה תקצה למימוש הקמתו במכרז מול עלות הקמתו כבית חולים ממשלתי. אם סבר משרד האוצר כי מדיניות הממשלה אינה תואמת עוד את הוראות החוק, היה עליו לפעול לגיבוש הצעה לשינוי החקיקה בין בכוחות עצמו ובין אם באמצעות הבאת הנושא להכרעת הממשלה. לחלופין, היה עליו לפעול על פי הוראות החוק.

מבנה מערכת הבריאות: למשרד הבריאות יש כמה תפקידים: לייצר ולספק שירותי בריאות - בחלקם באמצעות בתי חולים ממשלתיים שבבעלותו, לגבש מדיניות בריאות, לתאם ולפקח על מערכת הבריאות, כולל על בתי החולים שבבעלותו. במציאות זו מובנה מצב של ניגוד עניינים. גם שלוש קופות חולים מחזיקות בבתי חולים פרטיים, והאחת גם בבתי חולים ציבוריים. נוצרת כאן ריכוזיות יתר של מערכת הבריאות וכן קשרי בעלות המחייבים בחינה. על משרדי הבריאות והאוצר לתת דעתם למבנה הבלתי משוכלל של מערכת הבריאות. נוכח סוגיות אלה מתחייבת עבודת מטה מקיפה, של משרדי הבריאות והאוצר שתבחן את השינויים שחלו בפרק הזמן הארוך שעבר מאז חקיקתו של החוק, בייחוד לנוכח המגמות המסתמנות במערכת הבריאות הציבורית והפרטית, המשפיעות על הכלכלה וגורמות להגדלת ההוצאה הלאומית והפרטית לבריאות; כל זאת תוך שימור ואף חיזוק הרפואה במערכת הציבורית, שהיא לב לבה של הרפואה בישראל. ראוי לערוך דיון ציבורי בכלל הסוגיות אף בדרג הממשלה והכנסת. בכלל זה יש מקום לשקול הקמת ועדה ציבורית, בשיתוף נציגי ציבור מתחום הבריאות, ואחרים שתוכל להתעמק בסוגיות ותגבש המלצות בנדון.