

ספר הכרות משרד הבריאות

מוגש לשר הבריאות הנכנס
חה"כ אריה מכלוף דרעי

דצמבר 2022 | כסלו תשפ"ג



משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר





דבר המנהל הכללי

מכובדי, ח"כ אריה מכלוף דרעי, שר בריאות הנכנס.

אנו מקבלים אותך בברכה ומאחלים לך הצלחה.

מערכת הבריאות הישראלית היא אחת המערכות המתקדמות והטובות בעולם, ברמת שירותי הרפואה וברמת יכולות כח האדם הרפואי המניע אותם. בתוך כך, המשרד חרט על דגלו את החזון של מימוש הזכות לבריאות לכלל אוכלוסיית ישראל וערכיו הם שוויון, צדק ועזרה הדדית, שותפות, מצוינות, יוזמה וחדשנות וערכי אתיקה מקצועית.

מתוקף סמכותו החוקית, המשרד נושא באחריות הממלכתית להבטחת הבריאות לתושבי המדינה. המשרד קובע את המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה, ומופקד על תכנון, פיקוח, בקרה, רישוי ותיאום השירותים של מערכת הבריאות. אין אזרח במדינת ישראל שלא נפגש באופן רציף ותדיר עם מערכת הבריאות, משלב העובר והלידה עד הזקנה, בבריאות ובחולי – משרד הבריאות ומערכת הבריאות נמצאים שם עבורו. בנוסף, מעבר לסמכויות ולאחריות החוקית, המשרד שם כנר לרגליו לפעול בכל פעולותיו בראייה של "האדם במרכז" – כבוד, אנושיות וחמלה, לצד שיפור השירות באופן תמידי.

לאחר שנתיים וחצי של מאבק במגפת הקורונה ותוך כדי המשך ההתמודדות עם המחלה, פעלנו בשנה האחרונה ללא ליאות לקידום המערכת, לחיזוק כ"א האיכותי שבה, להכנסת טכנולוגיות חדשות, להגדלת תקציב בתי החולים וקופת החולים ויצירת מנגנוני תקצוב חדשים, לתכנון אסטרטגי וליצירת שיתופי פעולה בין הגורמים השונים במערכת. יחד עם זאת, ניצבים בפני מערכת הבריאות אתגרים רבים המחייבים את חיזוקה בכלל ההיבטים, בדגש על תוספת משאבים משמעותית לטובת חיזוק מצבן הפיננסי של קופות החולים והסדרת כלל כספי קופ"ח בבסיס סל הבריאות, העלאת מספר מיטות האשפוז לנפש לצד קביעת תכנית רב שנתית למיטות אשפוז, הגדלת מספר תלמידי בתי הספר לרפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות, חיזוק מערך השירותים בפריפריה החברתית והכלכלית, חיזוק מערך הגריאטריה ובריאות הנפש, יצירת שת"פ בין מערכות מקבילות למניעת תחלואה ויצירת מנגנוניים כלכליים אשר יבטיחו את יציבותה ארוכת הטווח של המערכת הציבורית זאת לצד מערכת בריאות פרטית.

עובדי משרד הבריאות הינם אנשי מקצוע מהמעלה הראשונה והם הוכיחו את מסירותם הרבה במהלך מגפת הקורונה. עתה, עובדי המשרד נכונים למימוש המדיניות אשר תובל על ידך לטובת שיפור מערכת הבריאות הישראלית ולטובת שיפור איכות החיים במדינת ישראל.

מטרות ספר זה הן:

1. לסקור בקצרה מידע אודות עיקרי מבנה מערכת הבריאות ומאפייניה ומדדי הבריאות של אזרחיה בהשוואה לנתוני ה-OECD.
2. להציג בפניך את התכנית האסטרטגית של המשרד ועקרי תכנית העבודה.
3. לסקור בצורה תמציתית נושאים המנצאים על סדר היום של מערכת הבריאות.



הכרות משרד הבריאות

תודתי לכל העוסקים במערכת הבריאות, לשר היוצא, להנהלת המשרד ולמנהלי המחוזות, לכל העוסקים בשטח בהצלת חיים בבתי החולים ובקהילה, לקופות החולים שמקדישים לילות כימים לטובת בריאות אזרחי המדינה. תודתי לכותבי הספר.
אנו מוכנים להתחיל את סקירת המערכת והאתגרים העומדים בפנינו עם כניסתך לתפקיד.

בהצלחה!!

פרופ' נחמן אש

מנכ"ל משרד הבריאות

דבר העורך

"תִּזְכְּנִי לְהַבִּיט עַל כָּל סוּבָל, הַבֵּא לְשֵׂאל בְּעֵצָתִי, כַּעַל אָדָם,
בְּלִי הַבְּדֵל בֵּין עֲשִׂיר וְעֹנִי, יָדִיד וְשׁוֹנֵא, אִישׁ טוֹב
וְרַע, בְּצַר לוֹ הַרְאֵנִי רַק אֶת הָאָדָם, אֶהְבֵּתִי לְתוֹרַת
הַרְפוּאָה תִּחְזַק אֶת רִיחִי, רַק הָאֲמֶת תִּהְיֶה נֵר לְרַגְלִי,
כִּי כָל רַפְיוֹן בְּעִבּוּדֵי זֶכֶר לְהַבִּיא כְּלִיּוֹן וּמַחְלָה
לְיִצִיר כְּפִידָךְ."

(תפילת הרופא המיוחסת לרמב"ם)

אין ספק כי בריאות הינה אחד הצרכים הבסיסיים הקיימים אשר זקוק לו אדם באשר הוא אדם, בהקשר זה ניתן לומר כי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לפני יותר מ-27 שנים הייתה אחת מהרפורמות החברתיות המשמעותיות שהתרחשו בישראל מאז הקמתה. מערכת הבריאות הישראלית הינה מערכת חשובה, מורכבת, מרתקת ומאתגרת המערבת מבטחים, ספקים, קופות, בתי חולים, ביטוח לאומי, רשויות מקומיות, לשכות בריאות, רישוי עסקים, פיקוח ובקרה על מזון ומים, בטיחות בדרכים, ועוד. השנה האחרונה הייתה כמשב רוח מרענן בעשייה המשרדית. אחרי יותר משנתיים בהם עסקה מערכת הבריאות במלחמה במגפת הקורונה, זכינו בשנת עשייה, עם תקציב מדינה מאושר ובתכניות עבודה מאושרות לכלל יחידות המשרד. ואכן, בשנה זו הצליח המשרד לקדם דברים רבים עליהם נפרט בהמשך הספר למשל, סיכום על העברת שירותים מהתוספת השלישית לשנייה, הגדלת התקציב לבתי חולים ושינוי מנגנוני התקצוב ושיפור שירות בנושאים שונים כמו מערך בריאות הנפש והתפתחות הילד ועוד. בתוך המערכת המורכבת הזו, תפקידי המשרד הם פיקוח ובקרה, רישוי, חקיקה, קביעת סטנדרטים, מחקר, הכשרה ותכנון כוח אדם, התארגנות לשעת חירום ומדיניות פיתוח שירותי בריאות. אך בעיקר, רגולטור, ספק ומבטח. בתוך כלל פעילויות המשרד, אנו, עובדי המשרד, זוכרים תמיד כי מטרת המערכת היא מתן מענה לציבור הבריא בנושא מניעה ואורח חיים ולמטופלים הנצרכים לה בעת חולי. מטרת מסמך זה הינה להנגיש ולהציג על קצה המזלג מעט מהסוגיות העומדות לפתחה של מערכת הבריאות בכלל והמשרד בפרט. הספר מתחיל מסקירת המערכת, עובר לסקירת המשרד ופעילות היחידות במסגרת משימות הליבה שלהן, והן במסגרת תכניות העבודה השנתיות והתכניות האסטרטגיות וממשיך לפעילויות מרכזיות שמקדם המשרד. תודנתנו שלוחה לכל יחידות מטה המשרד על עבודתן המאומצת בהכנת ספר זה וחברי הצוות מהאגף שעמלו על הספר: מיכל עמר, נטלי טובול, אלינה קושניר-דולקין ומנהל תחום תכניות העבודה היוצא מר אורן פרלסמן.

חיים הופרט

סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור



תוכן עניינים

3	דבר המנהל הכללי.....
5	דבר העורך
8	פרק 1 - מערכת הבריאות בישראל
8	היסטוריה
8	משרד הבריאות ומערכת הבריאות בישראל.....
10	מימון מערכת הבריאות – פישוט המודל
11	השוואות ישראל אל מדינות ה-OECD.....
13	שירותי הבריאות.....
14	המשרד כמבטח - שירותי התוספת השלישית.....
22	קופות החולים בישראל.....
23	נוסחת הקפיטציה ועדכונה
35	בתי חולים.....
40	מערך האשפוז הגריאטרי שיקומי.....
43	הרפורמה בסיעוד
47	בריאות הנפש.....
56	פרק 2 - מבנה משרד הבריאות והחטיבות
57	מבנה מיניסטריון משרד הבריאות.....
58	הנהלת המשרד.....
60	פרק 4- סקירה כלכלית
60	מקורות ושימושים
72	פיקוח מחירים ורגולציה כלכלית במערכת הבריאות
83	סיכום



פרק 1

מערכת הבריאות בישראל

פרק 1 - מערכת הבריאות בישראל

היסטוריה¹

מערכת הבריאות הציבורית בישראל נבנתה על בסיס מערכת הבריאות שפעלה בארץ ישראל בתקופת השלטון העות'מני ו**המנדט הבריטי**. מערכת ביטוחי הבריאות בישראל מושתתת בעיקרה על פעילותן של **קופות החולים**, שרובן הוקמו על ידי **ארגוני עובדים** השונים, עוד לפני קום המדינה. קופות החולים היו ארגוני חברים-עמיתים, למטרת **ביטוח רפואי**, על בסיס של ערבות הדדית בין החברים בקופה, וצורת פעילותן הכתיבה במידה רבה את אופייה של מערכת הבריאות בישראל.

החברים שילמו מסי חבר לקופה, לעיתים באמצעות מסי החבר לארגון העובדים, וקיבלו שירותי בריאות באמצעות הסדרים שונים שנקבעו בתקנון של כל קופת חולים.

שיטה זו הביאה לפוליטיזציה של מערכת הבריאות ולאי כיסוי ביטוחי מלא לאוכלוסיית ישראל.

בשנת 1994, בעקבות ועדת שושנה נתניהו, נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי (חבב"מ), חוק הקובע חובת ביטוח בריאות לתושבי ישראל, ומגדיר את סל השירותים הרפואיים שיינתן באמצעות קופות החולים. החוק נכנס לתוקף ב-1 בינואר 1995 ויצר מהפכה בזכויות תושבי ישראל לקבלת שירותי בריאות, בדרכי מימונם ובתכולתם. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מגדיר את סל הבריאות הכללי שזכאים לקבל כל תושבי ישראל באמצעות קופות החולים. החוק מגדיר את תכולת הסל, אופן הזכאות לשירות, מאפייני הגבייה והמימון, המעבר בין קופות החולים ועוד.

כמו כן, בעקבות החוק קופות החולים הציעו סל בריאות אחיד וצורת הגבייה השתנתה- המדינה (ביטוח לאומי) גבתה את תשלומי החובה והעבירה לקופות החולים כספים לפי נוסחת שקלול הנקראת "קפיטציה" כאשר המדינה משלימה סכום דומה להשלמת עלות הסל. החל משנת 1997, אחת לשנה מתכנסת ועדה ציבורית לעדכון סל הטכנולוגיות (ועדת הסל) המדרגת את הטכנולוגיות שהוגשו לכניסה לסל ומתעדפת אותן בהתאם לגובה התוספת לאותה השנה.

משרד הבריאות ומערכת הבריאות בישראל

משרד הבריאות נושא באחריות הממלכתית הכוללת להבטחת בריאות לתושבי המדינה.

¹ להרחבה על נושא זה ניתן לעיין בספר "מערכת הבריאות בישראל" 2022 מאת פרופ' מרדכי שני, ד"ר יצחק ברלוביץ' ופרופ' גבי בן נון

המשרד הינו הרשות השלטונית אשר באמצעותה מיישמת הממשלה את מדיניותה על כלל מערכת הבריאות, וזאת באמצעות התווית מדיניות הבריאות, קביעת סדרי העדיפויות ועקרונות הפעילות של המערכת.

חזון משרד הבריאות:

"מימוש הזכות לבריאות לכלל אוכלוסיית ישראל"

תפקידי הגורמים המרכזיים במערכת הבריאות הישראלית



מתוקף תפקידיו (התפקידים המיניסטריאליים) מופקד המשרד על נושאים כגון: פיקוח ובקרה, רישוי, חקיקה, קביעת סטנדרטים, מחקר, הכשרה ותכנון כוח אדם, התארגנות לשעת חירום ומדיניות פיתוח שירותי בריאות.

משרד הבריאות בישראל נושא בשלושה תפקידים מרכזיים:

1. רגולטור- הוא קובע סטנדרטים ומחירים ומפקח עליהם.
2. ספק- הוא בעלים של בתי חולים שונים ברחבי הארץ ומספק שירותי בריאות כמו חיסונים.
3. מבטח- הוא אחראי לרכישת שירותים מסוימים מספקים.

במערכת הבריאות בישראל מעורבים מספר שחקנים בעלי התפקידים הבאים:

1. המממן/הצרכן- התושבים המשלמים למדינה מס בריאות ומיסים נוספים.
 2. המבטח- משלם לספק עבור שירותים הניתנים למבוטח.
- אלו קופות החולים, חברות ביטוח, מוסדות המדינה כדוגמת ביטוח לאומי, צה"ל, משרד הביטחון וכאמור גם משרד הבריאות.

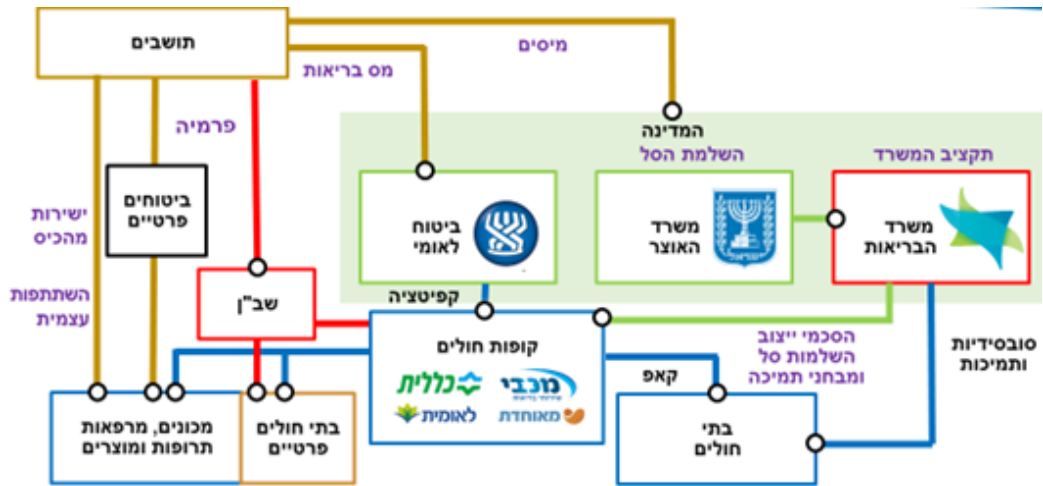
3. הספק- נותן השירותים הטיפולים בפועל. עם קבוצה זו נמנים: קופות החולים, בתי החולים, מכונים, מרפאות, תרופות ומוצרים, מטפלים העוסקים במקצועות הרפואה ועוד.

מימון מערכת הבריאות – פישוט המודל

מקורות המערכת מגיעים ממס הבריאות, מיסים אחרים והשתתפויות עצמיות, כאשר הביטוח הלאומי גובה את מס הבריאות והמדינה משלימה סכום נוסף עד לגובה הסל. סכום זה מועבר לקופות החולים בחלוקה על פי מודל הקפיטציה. הקופות, כמבטחות, מספקות באמצעות מימון זה שירותי בריאות למבוטחיהן, הן באופן ישיר והן על ידי רכש שירותים כגון אשפוז או תרופות. המטופלים משלמים על חלק מהשירותים השתתפות עצמית בהתאם לתקרות המוגדרות בחוק.

בנוסף, יכול המבוטח לרכוש ביטוח נוסף במסגרת השב"ן, שהינו ביטוח פרטי-ציבורי, דרך קופת החולים או ביטוח פרטי מלא דרך אחת מחברות הביטוח. בנושא לידות ותשלום על אשפוז פגים, המבטח הינו ביטוח לאומי והוא משלם לבתי החולים על שירותים אלו.

תזרים הכספים במערכת הבריאות הישראלית



השוואות ישראל אל מדינות ה-OECD

בכל שנה ארגון ה-OECD מפרסם נתונים על מדדי בריאות שונים בהשוואה בין מדינות החברות בארגון. על פי ההשוואה הבינלאומית, ישראל נחשבת למדינה אשר משיגה תוצאי בריאות טובים, בהשקעה נמוכה יחסית של משאבים.

תוצאי בריאות:

במדדי תוצרי בריאות עיקריים ישראל נמצאת בין המקומות הראשונים ב-OECD.

- תוחלת חיים בגברים: מקום 8 - 81 שנים בישראל לעומת 78.3 ב-OECD.
 - תוחלת חיים בנשים: מקום 11 - 84.8 בישראל לעומת 83.6 ב-OECD.
 - תמותת התינוקות בישראל נמוכה גם היא אל מול הממוצע ב-OECD: 3.1 מיתות לאלף לידות חי אל מול 4.2 ב-OECD.
- חשוב לזכור כי נתונים אלה אינם מביעים בצורה מלאה את תקופת ההתמודדות עם הקורונה.

התנהגויות בריאות:

במדדי התנהגות בריאות ישראל ממוקמת במקום טוב מתחת לממוצע ה-OECD במרבית המדדים. שיעור המעשנים ירד והוא זהה לממוצע של מדינות הארגון, שיעור צריכת אלכוהול נמוך בהרבה מהממוצע. שיעור ההשמנה בישראל בקרב בוגרים נמוך מהממוצע. נתון חריג הוא השמנת ילדים (השמנה והשמנת יתר בקרב בני 5-9), אשר עומד על 38%, מעל ממוצעת ה-OECD של 31%,² עניין המחייב המשך התמודדות לאומית עם התופעה. מנגד, במדדי הערכה סובייקטיבית של מצב בריאות ישראל נמצאת במקום מעט מתחת לממוצע: 11% מבני 15 ומעלה מעריכים את מצב בריאותם כגרועה או גרועה מאוד לעומת 8.7% בממוצע.³

תשתיות ומכשור רפואי:

גם במדדי תשומות אלה ישראל נמצאת מתחת לממוצע ה-OECD; מיטות: בשיעור מיטות (אשפוז) לאלף נפש אנו עומדים על 3 מול 4.4 ב-OECD כאשר התפוסה הממוצעת של המיטות עומדת על 91% בישראל אל מול 76% ב-OECD. נדגיש שבישראל קיימת קהילה חזקה ואוכלוסייה צעירה באופן יחסי וזה מסביר חלק מהפער במספר המיטות. שיעורי המיטות הללו כוללים את כלל המיטות כולל מיטות כלליות, שיקומיות, פסיכיאטריות וגריאטריות.

² OECD (2021), "Overweight and obesity among children", in *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/010c22fe-en>.

³ OECD (2021), "Self-rated health", in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f3859677-en>.

מכשירים מתקדמים: בישראל ישנם 5.1 מכשירי MRI לכל מיליון תושבים לעומת 17.0 ב-OECD, 9.7 מכשירי CT לכל מיליון תושבים לעומת 25.8 ב-OECD ו-1.6 מכשירי PET CT לכל מיליון תושבים לעומת 2.4 בשאר מדינות הארגון. עם זאת, מאחר ואנו מנצלים את המכשירים בצורה יעילה מאוד, אנו עולים במיקום אל מול שאר המדינות במדד מספר הבדיקות לאלף נפש: שיעור הבדיקות למכשיר ב-MRI עומד על 9,345 לעומת 5,141 ב-OECD. ב-CT וב-PET CT אנו מקום ראשון בין מדינות הארגון עם ניצולת של למעלה מ-16 אלף בדיקות למכשיר CT לעומת שבע אלף ב-OECD וכ-6,000 בדיקות PET CT למכשיר אל מול כאלפיים בדיקות למכשיר ב-OECD.

מדדי ביצוע מערכת הבריאות

במדדי הביצוע ישראל ממוקמת במקום טוב בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD, למשל, במדדי תמותה נמנעת (avoidable mortality) ישראל במקום טוב הרבה מתחת למוצע: ב-2018 שיעורי תמותה מסיבות הניתנות למניעה בישראל עמד על 125 ל-100,000 באוכלוסייה בהשוואה ל-203 בממוצע ה-OECD.

איכות הטיפול:

מדדי איכות הטיפול בישראל מצביעים על תוצאות מעורבות. בחלק מהמדדים ישראל מדורגת במקום טוב ודומה למוצע ה-OECD (לדוגמה שיעור רישום אנטיביוטיקה, שיעור תמותה ממחלת לב שלוש יום אחרי אשפוז, שיעור אשפוזים במחלות נשימתיות הניתנים למניעה, והישרדות חמש שנים אחרי אבחנת סרטן (סוגים שונים), שיעור לידות ללא טראומה, שיעור התחסנות בחיסוני ילדות ושפעת). במדדים מסוימים ישראל מדורגת במקום פחות טוב מהמוצע דוגמת שיעור אירועים שליליים בניתוחי ירך וברך, קטיעת גפיים תחתונות בקרב מבוגרים הסובלים מסוכרת, והתאבדויות תוך כדי אשפוז פסיכיאטרי.⁴

נגישות לשירותי בריאות

לגבי מדדי נגישות לשירותי בריאות, מחד ישראל מכסה את כל תושביה בביטוח ממלכתי וזמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים נבחרים יחסית נמוכים. מאידך חלקו הפרטי של מימון שירותי הבריאות יחסית גבוה (בעיקר בשירותים בקהילה), ושיעור הבעלות על ביטוחים וולונטאריים הוא רחב מאוד, והשלישי מבין מדינות ה-OECD.⁵

ישראל בהשוואה ל-OECD במבט לעתיד:

⁴ OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

⁵ OECD (2019), "Indicator overview: comparative performance of countries and major trends", in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d7884747-en>.

ההשוואה למדינות ה-OECD מציגה תמונה מורכבת. מצד אחד, תוצאי בריאות טובים וניצול יעיל של משאבים, ומהצד השני מחסור בתשתיות (כ"א, מיטות ועוד), השמנת ילדים מדאיגה, הוצאה פרטית גבוהה ועוד.

ייתכן כי המערכת יעילה ומשיגה תוצאים טובים בהשקעה נמוכה יחסית, אך יש לבחון זאת לעומק, ולקחת בחשבון את איכות הטיפול, זמינות, נגישות לשירותים, שוויוניות, הגנה פיננסית שהמערכת מקנה לתושבים ועוד.

מהשוואה לנתוני ה-OECD עולה תמונה כי רמת התשתיות הנמוכה, למרות רמת הנצילות הגבוהה במיוחד ביחס למדינות ה-OECD, עלולה לייצר שחיקה מואצת ומחסור משאבים אקוטי במערכת הבריאות בעשור הקרוב, ובעיקר במקרה של גידול פתאומי בתחלואה דוגמת מגיפה או פנדמיה, בתקופת החורף או במקרה חירום אחר כגון מלחמה או אסון טבע. בנוסף, קיימת תחרות גלובלית על כ"א שצפויה לגבור בשנים הקרובות.

נתוני ה-OECD חוזים כי בעוד עשור, ההוצאה הלאומית הממוצעת לבריאות במדינות ה-OECD תעמוד על 10.2% מהתמ"ג. במטרה לשמר ולשפר את מקומה הנוכחי בקרב מדינות הארגון, בעוד עשור, על ההוצאה הלאומית בישראל לעלות ל-8.8% מהתוצר, כלומר נדרשת תוספת תקציב משמעותית למערכת הבריאות על מנת לשמר את מצוינותה, ויתכן שתידרש תוספת אף גבוהה יותר כדי לצמצם את השחיקה של ההוצאה הציבורית ואת ההוצאה הפרטית שכיום היא גבוהה יחסית למדינות מערב אירופה. מעבר למימון, תידרש תוספת משמעותית של כוח אדם.

שירותי הבריאות

סל שירותי בריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי מורכב משני סלי שירותים, המצויים כל אחד באחריות מוסדית אחרת.

1. התוספת השנייה לחוק כוללת את סל שירותי הבריאות שבאחריות קופת החולים לספק למבוטחיה.

2. התוספת השלישית לחוק כוללת את שירותי הבריאות שנותנת המדינה ובהם שירותי הרפואה המונעת האישית, אשפוז חולים סיעודיים ותשושי נפש ואספקת מכשירי שיקום.

רפואה ראשונית, שניונית ושלישונית

במקטעים הבאים נציג את השחקנים העיקריים בשוק הבריאות: קופות חולים ובתי חולים כאשר הקופות עוסקות בעיקר ברפואה ראשונית (רופאת משפחה, נשים וילדים למשל) וברפואה שניונית (מומחים כגון אורתופדים, רפואת עור, תעסוקה ועוד) וכן במתן שירות במכונים שונים (דימות למשל) בעוד בתי החולים עוסקים ברפואה שניונית ושלישונית (אשפוז, כירורגיה ועוד) כאשר באחריות קופת החולים לממן את השירותים בבתי החולים למבוטחיה.

חלק לא מבוטל מהסוגיות בהן עוסק המשרד הינו בחיכוך וברצף הטיפולי שבין מבטחים לספקים – בין קופות לבתי חולים.

המשרד כמבטח - שירותי התוספת השלישית

רקע

בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבעה אחריותו של משרד הבריאות לאספקת מגוון שירותים. כיום שירותים אלו ממוקדים בארבעה תחומים:

1. שירותי רפואה מונעת - הכוללים בדיקות שגרה לאישה ההרה ולתינוק; בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות גנטיות ומחלות מטבוליות ביילודים; חיסונים ורפואה מונעת; שירותי בריאות לתלמידי בית ספר ועוד.
2. גריאטריה - שירותי אשפוז למטופלים סיעודיים ולתשושי נפש.
3. בריאות הנפש - עד 2015 היה המשרד אחראי על אספקת כלל שירותי בריאות הנפש. בשנת 2015 עברה עיקר האחריות לקופות החולים במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש (ר' פרק בנושא בריאות הנפש). השירותים שנתרו באחריות המשרד כוללים טיפול בתחלואה כפולה וגמילה מהתמכרויות, טיפול בריאותי מקדם לילדים אוטיסטיים בגנים ומעונות יום שיקומיים.
4. מכשירי שיקום וניידות – הכוללים רשימת מכשירים וציוד אותם מספק המשרד ורשימה של אביזרי שיקום מותאמים אישית כגון פרוטזות, נעליים מותאמות אישית. אלו כוללים אספקת מכשירים ואביזרים שונים לסיוע לנכים.

נוסף על כך, המשרד מספק שירותים לציבור מתוקף חוק שיקום נכי נפש בקהילה במסגרתו המשרד מספק שירותים באמצעות ספקים במיקור חוץ לכ-30,000 אלף נכי נפש. המשרד מספק גם שירותים נוספים דוגמת כיסוי ביטוחי לילדים חסרי ביטוח, טיפול רפואי לחסרי מעמד, מרפאות קהילתיות למניעה וטיפול במחלות מין ושירותים נוספים לציבור שאינם מתוקף חוק ספציפי. בנוסף, מבצע המשרד משימות רבות לצורך שמירה על בריאות הציבור ובתחום הרפואה המונעת מתוקף חוקים אחרים, שירותים אלו אינם מכוונים כשירות לאדם ספציפי – דוגמת דיגום מי שתיה, בקרה אחר מצב התברואה בבתי אוכל ועוד.

מרבית השירותים מסופקים באמצעות התקשרויות המשרד עם ספקים המבצעים בפועל את השירותים. מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי נעשים מאמצים להעביר את האחריות על מרבית שירותים אלו לקופות החולים, כדי למקד את הקופות באספקת השירותים ואת המשרד ברגולציה.

ניהול התוספת השלישית:

כל שירותי התוספת השלישית מנוהלים באופן נפרד באמצעות יחידה מקצועית הנמצאת תחת אחריות חטיבת הרפואה או תחת אחריות שירותי בריאות הציבור (פירוט היחידות בהמשך).

לצורך חיזוק הניהול של אספקת השירותים באמצעות מיקור חוץ התקיים רצף החלטות ממשלה ונכתב מדריך תחת הכותרת של "רכש חברתי". בנוסף, גויס צוות במשרד – הן בחטיבת הרפואה והן באגף הרכש לטובת טיוב אופן הרכש בפועל במשרד. עבודת צוותים אלה החלה.

תקצוב התוספת השלישית:

תקציב שירותי התוספת השלישית מנוהל בתוך תקציב משרד הבריאות ומהווה נתח גדול ממנו. בשונה מהתוספת השנייה, שלה מנגנון קידום תקציבי מוגדר (אך בחסר). הקידום התקציבי של השירותים נקבע במו"מ בין משרדי הבריאות והאוצר עבור כל שירות ושירות בנפרד. סך התקציב עמד על כחמישה מיליארד ₪ ב-2021. שיעור הגידול בהוצאה נע בין שיעור נמוך מאוד בתחום האשפוז הסיעודי גריאטרי, לשיעורי גידול גבוהים מאוד בתחום הטב"מ (טיפול בריאותי מקדם לילדים על הרצף האוטיסטי) ובתחום שיקום וניידות. ראו טבלה מפורטת מטה. תעריפי השירותים נקבעים במכרז או לחלופין באמצעות וועדת תעריפים משרדית השוקלת שיקולים של הוגנות, לצורך כיסוי עלויות הספקים ולצורך מתן שירותים לפי סטנדרט מקצועי. נושאים על הפרק בניהול השירותים:

1. **העברת האחריות על שירותים שונים לאחריות קופות החולים** – בשנת 2022 נעשו שתי עבודות מרכזיות בהיבטי העברת האחריות של חלק מהשירותים לאחריות הקופות, והחלטותיהם התקבלו כתוצאה ממסקנות ועדות בין-משרדיות בראשות מר רן רידיניק, ראש חטיבת רגולציה. הראשונה, הביאה להחלטה על העברת האחריות על מרבית מכשירי שיקום וניידות לאחריות קופות החולים, זאת באופן מדורג ובשתי פעימות במהלך השנתיים הקרובות (1.7.23 - מכשירים פשוטים, 1.7.24 - מכשירים מורכבים). לאור מורכבות הנושא וכתוצאה מחששות שהעלו ארגוני הנכים, בשלב זה הוחלט על השארת האחריות על אספקת תותבות גפיים בתוספת השלישית, ולבחון את העברת האחריות לגביהם בהתאם להתקדמות התהליך. ההחלטה בדבר העברת האחריות הביטוחית נקבעה במסגרת צו של שר הבריאות, שאושרה במסגרת החלטת ממשלה לנושא. השנייה, בנושא אחריות הטיפול בתחום ההתמכרויות נידונה בוועדה נוספת, שמסקנותיה היו שיש לפתח את תחום הטיפול בהתמכרויות בקופות החולים, אך בשלב זה שלא במסגרת החלת אחריות ביטוחית. החלטה זאת, שנקבעה אף היא במסגרת החלטת ממשלה, התקבלה בעיקר לאור אי הודאות בדבר היקף התופעה והמשמעותיות התקציביות והתפעוליות של החלת אחריות רחבה על קופות החולים לנושא זה. במסגרת זאת, נקבע שהתשלום לקופות יעשה במנגנון של מבחני תמיכה להפעלת שירותים בתחום למשך 3 שנים בהיקף תקציבי של 85 מלש"ח, שלאחריהם תיבחן מידת הישימות להעברת האחריות הביטוחית הכוללת.
2. קידום הרמוניזציה ושיפור נגישות השירותים לציבור – אוכלוסיות שונות ובהם קשישים סיעודיים, מכורים ומשפחות ילדים אוטיסטים, נאלצים לצורך מיצוי זכויותיהם לעבור בין מספר משרדי ממשלה. לעיתים, עבודת המשרדים אינה מסונכרנת, כאשר חלק מהחלטות שמתקבלות על ידי משרד אחת מבוצעות במשרד אחר או במערכת אחרת.

3. חיזוק ניהול השירות בראייה משרדית כוללת.

4. מכרזים מרכזיים :

- א. מכרז הקודים בגריאטריה (השתתפות המדינה באשפוז הסייעודי) - ההתקשרות כיום מתבצעת מתוקף מכרז מ- 2012 שתוקפו מוארך בכל חצי שנה. מאז 2016, המשרד במאמץ להפעיל מכרז כלל ארצי חדש מול המוסדות הסייעודיים. מכרז שנתקל בקשיים להתקדם בשל תביעות חוזרות ונשנות של ספקי השירותים – איגוד א.ב.א ולאחרונה העמותה לגריאטריה בישראל. בשנת 2022 הוחלט על יציאה לתהליך לבחינת השירות בראשות ראשת חטיבת רפואה, ד"ר הגר מזרחי, ולפרסם מכרז חדש שיכלול עדכון הן של אופן מתן השירות והן של המנגנון הכלכלי עד מחצית שנת 2023.
- ב. מכרז לשירותי טב"מ – מקודם מכרז לשיפור וגיוון השירות, שעשוי גם להוביל להוזלה מסוימת בעלויות.
- ג. מכרזים לשירותי דיור בשיקום – השירותים מסופקים מכח הסכמים אחידים, מה שמקשה על הטמעת שינויים ועל שיפור השירות. מכרז גדול בנושא פורסם, אך נמשך בשל תביעה משפטית. כיום מקודמים מכרזים מפוצלים לשירותים השונים.

שירותי התוספת השלישית :

רפואה מונעת :

טיפות חלב (תחנות לבריאות המשפחה)

תחנות טיפת חלב מספקות שירותי רפואה מונעת בכל שנה לכמיליון תינוקות ופעוטות ולהוריהם, מתוקף התוספת השלישית לחב"מ. הטיפול המונע כולל חיסונים, וביצוע בדיקות סינון - בדיקת ראייה, בדיקת תקשורת, בדיקת התפתחות, מדידת גובה ומשקל ובדיקת רופא. טיפול זה נועד למנוע מתינוקות ופעוטות ללקות במחלות זיהומיות ולאחר בעיות בהתפתחותם או בבריאותם. כמו כן, ניתנים בתחנות אלה הדרכה ויעוץ להורים, כולל ייעוץ לנשים הרות.

ברחבי הארץ פרוסות כ-1,000 תחנות טיפת חלב. לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות של משרד הבריאות מפעילות כ-40% מהתחנות. התחנות הממשלתיות פועלות במבנים של הרשויות המקומיות ועל פי נתוני משרד הבריאות מטפלות בכ-600 אלף ילדים. עיריות תל אביב-יפו וירושלים מפעילות, במבנים השייכים להן, כ-5% מהתחנות שמטפלות בכ-150 אלף ילדים. קופות החולים מפעילות, במבנים השייכים להן, כ-55% מהתחנות, בעיקר עבור מבוטחיהן. בתחנות אלה היו בטיפול בעת ביצוע הביקורת כ-250,000 ילדים. עמותות במזרח ירושלים מפעילות כ-0.5% מהתחנות, ובהן כ-5,000 ילדים. יצוין כי השירות בתחנות הממשלתיות והעירוניות ניתן לכלל האוכלוסייה, ואינו מותנה בהשתייכות לאחת מהקופות.

בריאות התלמיד :

שירותי הבריאות לתלמיד מיועדים ליותר ממיליון תלמידים בכיתות א' עד ט', בכ-3,500 בתי ספר. השירותים כוללים בין היתר חיסונים ובדיקות רפואיות : בדיקות רופא, בדיקות שמיעה, בדיקות ראייה ובדיקות גדילה. לפי הוראות משרד הבריאות מ-2006, שירותי הבריאות לתלמיד

כוללים את הפעולות שהמשרד אמור לבצע בתחומי הבריאות ואת השירותים הרפואיים שהוא אמור לתת: חינוך לבריאות, ייעוץ לתלמידים, למורים ולהורים בנושאי בריאות ומניעת התנהגויות המסכנות את הבריאות, ייזום והכנה של תכניות קידום בריאות בשיתוף גורמים בבית הספר ובקהילה, ייעוץ להנהלת המוסד החינוכי בנושא עזרה ראשונה, פיקוח וייעוץ בנושאי תברואה וסביבה בטוחה במוסד החינוכי וכן מתן שירותי עזרה ראשונה לתלמידים. במשך כמה שנים, עד שנת 1997, קיבלו תלמידי ישראל את שירותי הבריאות לתלמיד על ידי ספקים פרטיים שנשכרו בידי הרשויות המקומיות ואת מקצתם גם על ידי המשרד. ביולי 1997 תוקן חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ונקבע כי השירותים יינתנו בידי משרד הבריאות. מ-1997 עד אפריל 2007 סיפקו את שירותי הבריאות בבתי הספר בארץ אחריות ורופאים, מרביתם עובדי העמותה "האגודה למען שירותי בריאות הציבור" שעבדו בלשכות הבריאות המחוזיות של המשרד. על פי ההסכם בין האגודה למשרד, האגודה שימשה "קבלן כוח אדם", והמשרד הוא שנשא באחריות לאספקת השירותים. משנת 2006 נמצא משרד הבריאות בתהליך הדרגתי של צמצום אספקת השירות במישרין ומעבר לאספקת השירות באמצעות ספקים. כיום השירות מופעל על ידי שלושה ספקים: במחוז תל אביב השירות מסופק על ידי חברת "פמי", במחוז ירושלים, חיפה ונפת נתניה - חברת "נטלי", ובשאר הארץ על ידי משרד הבריאות.

עוד בתחום הרפואה המונעת במסגרת התוספת השלישית:

הדרכות צחצוח שיניים ובריאות השן מונעת בגני ילדים

משרד הבריאות עורך באמצעות ספק שירותים הדרכות צחצוח שיניים בגנים באשכולות סוציו-אקונומיים נמוכים.

בדיקות סקר ילודים

בדיקות סקר לכלל הילודים בישראל המבוצעות לאחר לידה, לצורך אבחון וטיפול במחלות נדירות לילדים צעירים.

גנטיקה קהילתית

בדיקות גנטיות טרום לידתיות לאיתור מקדים של מומים ומחלות גנטיות המבוצעות בעיקר באמצעות קופות החולים וגופים נוספים. נוסף על כך, במקרים של קושי באבחון תחלואה לאחר לידה, מבוצעות בדיקות NGS (ריצוף גנטי מתקדים) לריצוף אקסום במסגרת תכנית פיילוט.

אשפוז סיעודי ממושך:

האשפוז הסיעודי מיועד לקשישים המוגדרים סיעודיים (מצב בריאותי ותפקודי ירוד קבוע) ותשושי נפש (דגש על מוגבלות קוגניטיבית, כגון קשיי זיכרון או התמצאות שאינם מאפשרים עצמאות) אשר אינם יכולים להישאר בביתם. לטיפול בקשישים אחראים גורמים שונים,

בהתאם למוגבלותם הגופנית והנפשית ולהגדרת תפקודם; מצבם הרפואי; היות המוגבלות קבועה או זמנית ומקום שהות הקשיש (בקהילה או במוסד).

לפיכך מצבו של הקשיש יכול להשתנות בין כמה מצבים, ובהתאם עשוי להשתנות הגורם האחראי. כך משרד הבריאות אחראי לספק ולממן אשפוז סיעודי לקשישים סיעודיים ולקשישים תשושי נפש, בהשתתפות הנקבעת לפי קריטריונים של הכנסות הקשיש ובני משפחתו ובכפוף למגבלות תקציב של המשרד. קופות החולים אחראיות בין היתר לטיפול בקשישים המאושפזים שמצבם הוגדר "סיעודי מורכב", לטיפול בקשישים הזקוקים לשיקום, לטיפול בקשישים שמצבם הוגדר "חריף" או "תת-חריף". ומשרד הרווחה אחראי לפיקוח ולרישוי של מעונות שקשישים עצמאיים ותשושים חוסים בהם. נוסף על כך קשישים סיעודיים החיים בקהילה זוכים לשעות סיעוד מתוקף חוק הסיעוד באחריות הביטוח הלאומי.

לכל גורם נוהל זכאות, תהליך בירור ונהלי השתתפות מטופל שונים זה מזה. בישראל פועלים למעלה מ-300 מוסדות עם מחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש בעלויות שונות אשר אינן ממשלתיות: פרטיות, חברות, במידה פחותה עמותות וקופות חולים. נוסף על כך, קיימות מספר מחלקות במוסדות הגריאטריים הממשלתיים. רוב רובם של המאושפזים במוסדות אלה ממומנים באמצעות קודים של המשרד חלק קטן מהקשישים מאושפזים במימון גורמים אחרים לרבות מימון פרטי. השירות מנוהל באמצעות מרכז שירותי אשפוז סיעודי – "מכרז הקודים" שכולל תשלום לפי תעריף בסיס תמרוץ לפי איכות הטיפול ולפי רמת התשתית במוסד.

מכשירי שיקום וניידות:

אחד הנושאים שהושארו במסגרת אחריות משרד הבריאות עם חקיקת החוק, וכאמור צפויים לעבור לאחריות הקופות, הוא האחריות לקופות, הוא האחריות לאספקתם ולמימונם של מכשירי שיקום וניידות לנכים מלידה ולתושבים שנעשו נכים עקב מחלות.

למכשירים אלו תרומה מכרעת לאיכות חייו של הנכה ולעצמאותו, הם משפיעים גם על תוחלת חייו וגם על פניות של סביבתו להשתלב בשוק העבודה. עד 2017, פניות לאספקת מכשירי שיקום וניידות טופלו אך ורק במסגרת לשכות הבריאות המחוזיות והלשכות הנפתיות. במסגרת מכשירי שיקום וניידות נכללים מכשירי ניידות פשוטים, מכשירי ניידות מורכבים, מכשירי שיקום פשוטים, מכשירי שמיעה לילדים ומכשירי תקשורת תומכת וחלופית.

מאז שנת 2017 הטיפול בחלק מהפניות למשרד מבוצע על ידי ספק חיצוני. לצורך מתן המכשירים עצמם המשרד מתקשר עם מספר ספקים.

מכשירי שיקום מותאמים אישית (באמצעות מכון לואיס) - לצד זאת, מתקיים שירות של אספקת מכשירי שיקום בהתאמה אישית - פרוטזות, נעליים, בתי גדם, וסדים לילדים ומבוגרים. ספקי השירות הינם בתי מלאכה הרוכשים את מכשירי השיקום ומבצעים את התאמתם למטופלים. השירות מנוהל אדמיניסטרטיבית עבור משרד הבריאות באמצעות מכון לואיס.

לאור ההחלטה על העברת האחריות על אספקת מרבית מכשירי שיקום וניידות (למעט תותבות) לקופות החולים, אגף השיקום פועל לקידום העברת האחריות, לרבות ליווי ומעקב על עבודת הקופות וכן היערכות לקראת הפיכתו ממבטח וספק השירותים בתחום לרגולטור.

תחום בריאות הנפש:

טיפול בריאותי מקדם לילדים אוטיסטים-

משרד הבריאות מממן סל טיפול בריאותי מקדם (טב"ם) לילדים עד גיל שבע שאובחנו על הרצף האוטיסטי ושוהים במסגרות ייעודיות. עד גיל שלוש הטיפול ניתן במסגרת מעונות יום שיקומיים שתחת אחריות משרד הרווחה, ובגילאי 3-7 במסגרת גני תקשורת שתחת אחריות משרד הבריאות.

הטיפולים במסגרת סל הטב"מ ניתנים בהיקף של 14 שעות שבועיות (ש"ש) שמתוכן 10.5 ש"ש מיועדות לטיפול ישיר בילד (טיפול פרטני/קבוצתי והדרכת ההורים) ו-3.5 ש"ש מיועדות לעבודה עקיפה הקשורה לטיפול (כגון ישיבות צוות והדרכה מקצועית למטפלים). סל הטיפולים מורכב מטיפולים הניתנים על ידי מגוון אנשי מקצוע וביניהם: קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק, פסיכולוגים, רופאים (נוירולוג ילדים, פסיכיאטר ילדים, רופא ילדים), מטפלים בהבעה ויצירה, טיפול התנהגותי ופיזיותרפיה - ובהתאם לצורך ולגישה הטיפולית.

סל טב"מ ניתן בנוסף לטיפולים הפרא-רפואיים הניתנים מטעם משרד החינוך, אך אינו ניתן במקביל לטיפולים פרא-רפואיים מטעם קופות החולים.

שירותי גמילה

משרד הבריאות מספק סל שירותי בריאות נפש לגמילה, המהווה את השלב האשפוזי הראשון בתהליך הגמילה ואת הטיפול התרופתי לנפגעי התמכרות שלא הצליחו להיגמל. יתר רצף הגמילה נמצא תחת אחריות השירות לטיפול בהתמכרויות במשרד הרווחה, אשר אחראי על מסגרות אמבולטוריות ופנימיות לתהליך השיקום והגמילה למבוגרים ובני נוער נפגעי התמכרות.

אשפוזיות לגמילה - אשפוזיות הן יחידות גמילה באשפוז הנמצאות באחריות משרד הבריאות ומהוות את התחנה הראשונה בתהליך הגמילה מסמים או מאלכוהול. האשפוז נמשך לרוב בין שבועיים לשלושה שבועות אצל מבוגרים, ועד שלושה חודשים אצל בני נוער וצעירים. באשפוזיות פועל צוות רפואי וסיעודי המלווה את המטופל לאורך שהותו, וכן צוות פסיכו-סוציאלי המכין אותו לטיפול ההמשכי בהתאם לצרכיו. כמו כן, ישנן אשפוזיות הפועלות עבור אוכלוסיות או מגזרים ייחודיים (אוכלוסייה חרדית, נשים ממעגל הזנות, טרנסג'נדרים, תחלואה כפולה וכו').

מרכזי לתחליפי סם - מרכזים טיפוליים לנפגעי התמכרות לסמים שתהליך הגמילה לא הצליח אחרי שני ניסיונות או יותר. כדי להימנע מהצורך הגופני לצרוך סמים, המטופלים מקבלים טיפול תרופתי ממושך באמצעות התרופות "מתדון" או "סובוטקס/סובקסון" המשמשות תחליף סם. בנוסף על הטיפול התרופתי, המרכזים מספקים טיפול נפשי, חינוך לבריאות

והדרכה למניעת מחלות זיהומיות מדבקות. ישנם מטופלים היכולים לעבור בהדרגה, ותוך ליווי מתאים, למסלול של גמילה מלאה.

במסגרת ההחלטה על בחינת מתן שירותי גמילה על ידי קופות החולים, פורסמו מבחני תמיכה בהיקף של 85 מלש"ח לשנה, שמטרתם פיתוח ומתן טיפולים בתחום על ידי הקופות, כאשר לאחר שלוש שנות הפעלה תיבחן מידת ההיתכנות להעברת האחריות לקופות החולים.

מגורים טיפוליים

מסגרת המגורים הטיפוליים נועדה לנפגעי נפש, להם מחלה פעילה שאינה מצריכה באשפוז פסיכיאטרי, אך מונעת מהם להשתלב במסגרות שיקומיות אחרות בקהילה. המסגרות משמשות מקום מגורים לדיירים/מטופלים נפגעי נפש הזקוקים לליווי וסיוע בכל תחומי החיים. המגורים במסגרת נועדו לאפשר לדיירים/מטופלים לחיות באיכות חיים אופטימלית, עם ליווי שוטף.

פירוט ותקצוב שירותים המסופקים על ידי משרד הבריאות

תחום	האוכלוסייה זכאית לשירות	מהות השירות	שירותים חופפים בתוספת שנייה	מספר המטופלים	תקציב 2022 (מלש"ח)
טיפול בריאותי מקדם לילדים אוטיסטים בגנים	ילדים להם אבחון כאוטיסטים בגילאי 0-7	מתן טיפול לילדים אוטיסטים בגני תקשורת ובמעונות יום שיקומיים	טיפול במכוני התפתחות הילד	7,570	670
מגורים טיפוליים (תחליפי אשפוז)	נכי נפש להם מחלה פעילה שאינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי אך אינם יכולים להשתלב בקהילה	טיפול תחליפי לאשפוז במסגרות בקהילה לנכי נפש	אשפוז פסיכיאטרי	1,200	129
שיקום נכי נפש	נכי נפש מעל גיל 18 בעלי הכרה במעל 40% נכות נפשית מביטוח לאומי שעברו ועדת סל שיקום והותאם להם סל השירותים	שירותי שיקום בקהילה לנכי נפש	טיפולים במרפאות בריאות הנפש/בבתי חולים	34,428	1,406
אשפוזיות גמילה מהתמכרויות	באשפוזיות - מכורים לסמים ולאalkohol (מבוגרים וקטינים) במרכזים לתחליפי סם - מכורים - שזקוקים לתחליף סם	אשפוזיות לגמילה מסמים ואלכוהול ומרכזי לתחליפי סם	מרפאות בריאות הנפש	אשפוזיות : 3,400 מרפאות טיפוליות : 4,050	102
אשפוז גריאטרי כרוני	סיעודיים כרוניים ותשושי נפש - הסובלים מבעיות רפואיות קבועות	אשפוז סיעודי כרוני במוסדות גריאטריים	אשפוז בב"ח כללי/ במחלקות גריאטריה	13,400	2,455 (כולל השתתפויות מטופלים)



		פעילה / טיפולים בקהילה		שמונעות את התפקוד בחיי היומיום, ונוזקים לסיוע ברוב הפעולות היומיומיות או מירידה קוגניטיבית	
265	60,000	קופות החולים מפנות מטופלים לשירות, סל שירותים מקצועות הבריאות	אספקת מכשירי שיקום וניידות, דוגמת כסאות גלגלים, מכשירי שמיעה, לילדים, תותבות יד ורגל, ועוד	אספקת מכשירי שיקום, מכשירי ניידות ומכשירי שיקום מותאמים אישית לבעלי מוגבלויות פיזיות	מכשירי שיקום וניידות
45		שירותי בריאות השן עד גיל 18	בדיקות <u>שיניים</u> והדרכה לצחצוח שיניים לילדים	ילדים בגילאי טרום חובה-יסודי	בריאות השן לילדים במסגרות חינוך
179		קופ"ח ורופא משפחה		מתן חיסונים ואבחונים בבתי הספר	בריאות התלמיד
195			בדיקות גנטיות	זוגות טרום לידה, ילדים	גנטיקה קהילתית
402			רכש חיסונים	תינוקות, פעוטות, ילדי בתי ספר	חיסונים
45 לטיפות המופעלות על ידי הרשויות המקומיות בלבד		טיפות חלב בבעלות קופות החולים	רפואה מונעת, בדיקות התפתחות וחיסונים לתינוקות ופעוטות	תינוקות ופעוטות עד גיל שש (התקציב כאן לטיפות המופעלות על ידי רשויות מקומיות בלבד)	טיפות חלב

קופות החולים בישראל

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי קופות החולים בישראל אמונות על אספקת שירותי הבריאות לציבור מבוטחיהן. סל שירותי הבריאות מוגדר במרחק סביר, בזמן סביר ובאיכות סבירה כאשר למעט חריגים, לא הוגדרה הסבירות של מרכיבים אלו ואלו נתונים להחלטת הקופה תוך בקרה של המשרד וערכאות ערעור שונות כאשר המגבלה היא כי השירותים יתנו במסגרת מקורות המימון הקיימים.

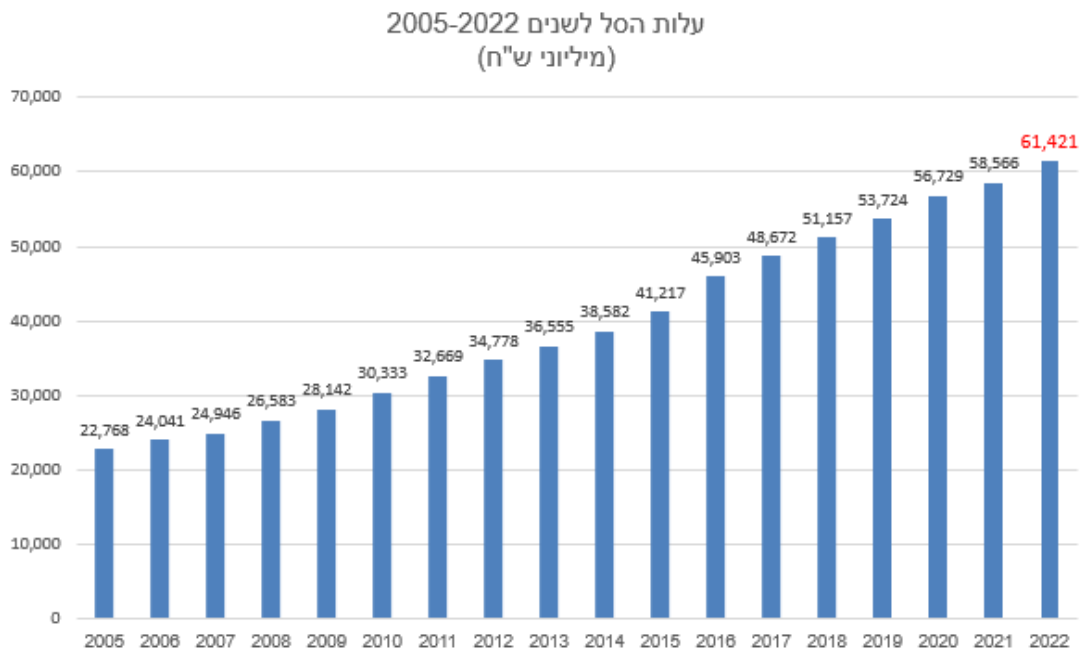
שירותי הבריאות ניתנים בהתאם לסל בריאות ממלכתי בסיסי אחיד ומוגדר ומושתתים על ערכי השיוויון והצדק.

סל השירותים שנותנות הקופות לחבריהן מפורט בתוספת השנייה לחוק ומבוסס על השירותים שנתנה הכללית לחבריה ביום כניסת החוק לתוקף ומעודכנים מידי שנה במסגרת עדכון הטכנולוגיות של סל השירותים. עלות סל הבריאות לשנת 2022 מוערכת בכ- 61.4 מיליארד ₪ ותיקבע סופית ביוני 2023.

בדיוני התקציב לשנת 2021 הוסכם בין משרדי הבריאות והאוצר על עיגון תוספת טכנולוגית בגובה 500 מלש"ח, אך זאת ללא קביעת מנגנון קידום לאורך השנים.

החוק מאפשר לקופות החולים להציע לחבריהן תכניות לשירותי בריאות שאינם כלולים בסל השירותים הבסיסי של ביטוח הבריאות הממלכתי. התייחסות נרחבת לכך בהמשך.

עלות סל הבריאות בין 2005 ל-2022



השינויים העיקריים בעלות הסל בגין תוספת שירותים בשנים האחרונות:

- 2009 - העברת האחריות לטיפול בנפגעי תאונות דרכים, כ-398 מיליון ₪.
- 2015 - העברת האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש, כ-2 מיליארד ₪.
- 2016 - העברת האחריות לטיפול בנפגעי תאונות עבודה, כ-610 מיליון ₪.
- 2019-2010 - הכללת טיפולי שיניים לילדים, כ-473 מיליון ₪.
- 2019 - הכללת טיפולי שיניים לקשישים, כ-260 מיליון ₪.

הקצאת כספי הסל לקופות מתבצעת על ידי המוסד לביטוח לאומי, בהתאם לנוסחת הקפיטציה. נוסחת הקפיטציה עודכנה לאחרונה בשנת 2010, בהתאם להמלצות הצוות הבין-משרדי בנושא. כאמור, כעת ממתינה לאישור נוסחת קפיטציה מעודכנת.

נוסחת הקפיטציה ועדכונה

סל השירותים עומד בשנת 2022 על סכום של כ-61 מיליארד ₪, והוא גדל באופן אוטומטי בכל שנה בהתאם לגידול האוכלוסייה (נקרא "קידום דמוגרפי") ובהתאם להתייקרות המחירים במשק ("מדד יוקר הבריאות"). בנוסף הסל גדל בסכום שנקבע במשא ומתן עם האוצר, שמאפשר הכנסת טכנולוגיות ותרופות חדשות לסל ("תוספת טכנולוגית") ותוספות נוספות אחרות. האגף שאחראי על הגדרת עלות הסל ועל נוסחת הקפיטציה הוא מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

מדד יוקר הבריאות נועד כדי להבטיח שערכו הריאלי של הסל שמקבלות הקופות לא נשחק. מדד זה מורכב ממדדי שכר ומחירים שונים שמפורסמים ע"י הלמ"ס. המרכיב המשמעותי ביותר במדד יוקר הבריאות הוא מדד שכר בריאות, שמחושב לפי ממוצע כלל השכירים במשק המועסקים ע"י ארגוני בריאות, ומהווה כ-61.7% ממדד יוקר הבריאות. הכללתו בחישוב מדד יוקר הבריאות נועדה כדי לשקף את השינויים בהוצאות השכר הישירות והעקיפות של קופות החולים, בקיבוע אוכלוסיית המבוטחים.

השינויים בדפוסי ההעסקה של ארגוני בריאות בתקופת מגפת הקורונה גרמו לכך שמדד שכר בריאות לא משקף נכונה את השינויים בעלויות השכר של קופות החולים. בפרט, בראשית שנת 2022 מדד שכר בריאות רשם ירידה. כעת נבחנות הסיבות לירידה זו, ונבדקת אפשרות להציע מדד שישקף נכונה יותר את הוצאות השכר של הקופות.

הערך הסופי של עלות הסל נקבע בחודש יוני העוקב לשנה, אחרי שמתפרסמים כל המרכיבים של מדד יוקר הבריאות. במהלך השנה מוציא מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי אומדנים לעלות הסל לפי תחזיות למדד יוקר הבריאות. התשלום לקופות החולים במהלך שנת התקציב ועד שנקבעת עלות הסל הסופית, היא לפי אומדנים אלו.



לאחר שנקבעה עלות הסל, יש צורך לקבוע את נוסחת חלוקת הכספים בין הקופות, המכונה "נוסחת הקפיטציה" ומבוססת על סעיפים 17-18 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתאם לתפיסת הצדק החברתי המגולמת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מנגנון הקפיטציה נועד להעמיד לרשות מבוטחים בעלי נתוני בריאות שונים הזדמנויות שוות לקבלת שירותי בריאות באמצעות חלוקה הוגנת של המשאבים בין קופות החולים. נוסחת החלוקה, אשר ניצבת בבסיס המנגנון, נועדה לחשב את נתח התקציב הדרוש לכל קופה בהתאם לצורכי מבוטחיה, ככל שהללו ניתנים למדידה ולכימות. נוסחה זו יוצרת, למעשה, "אפליה מתקנת" בין קופות החולים, כך שיינתן "פיצוי" לקופה אשר מבוטחיה צורכים יותר שירותי בריאות.

לפיכך, נוסחת הקפיטציה הנוכחית מנסה לחזות באופן המדויק ביותר את ההוצאות פר מבוטח לפי שלושה משתנים: גיל, מין ואזור מגורים, וכן לפי סדרה של משתנים שמשקפים את מדיניות שר הבריאות לחלוקת הכספים בין הקופות. הנוסחה עודכנה בפעם האחרונה בשנת 2010, בתוספת שינויים קטנים בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש שחלה ב-2015. בשנת 2012 קמה ועדה לחישוב נוסחה חדשה ומשופרת בה שותפים משרדי הבריאות והאוצר. כחלק מהדיונים נערכו התייעצויות עם הקופות והנוסחה הוצגה בפני מועצת הבריאות (מועצה מייעצת למשרד הבריאות מתוקף חוק. שר הבריאות הוא יו"ר המועצה). בעקבות ההערות תוקנה הנוסחה. לאחר המלצת הוועדה תתקבל החלטת השר בנושא, וההחלטה תופנה לאישור ועדת רווחה עבודה ובריאות.

בשונה מהנוסחה הקיימת בה ישנם שלושה פרמטרים בלבד - מין, גיל ואזור מגורים, הנוסחה החדשה המוצעת כוללת הן משתנים חדשים והן מקדמים חדשים למשתנים הקיימים של גיל ומין. המשתנים החדשים שצפויים להיות חלק מהנוסחה:

1. מחלות קשות ונדירות - שיפוי חלקי של הקופות בגין חולים במחלות יקרות במיוחד בנוסף למחלות הקשות הקיימות).
2. עידוד מניעת מחלות כרוניות - תמרוץ קופות לעמידה ביעדים למניעת הדרדרות של חולי סוכרת, מניעת תחלואת כלי דם, מניעת השמנה, מניעת עישון ועוד.
3. תוספת תקציבית לאוכלוסיית הקשישים בישראל בני 65 ומעלה.
4. חלוקת כספים שווה בין הקופות בגין הוצאות קבועות.
5. עידוד תחרות בפריפריה.

עדכון שנתי של סל התרופות והטכנולוגיות (סל הבריאות)

סל הבריאות מתעדכן מדי שנה לפי המקדמים הבאים :

מדד יוקר הבריאות -

בשנים האחרונות בוצעו מספר שינויים במרכיבי מדד יוקר הבריאות אשר שיפרו את ההלימה בין התשומות בהן נושאות קופות החולים לבין קידום המקורות. בשני מרכיבים משמעותיים, מדד השכר ומדד יום אשפוז, הכוללים היום ציטוט של מדדי שכר דומים (proxy), נוצרת שחיקה במקורות התקצוב בשנים בהן מיושמים הסכמי שכר משמעותיים בתחום הבריאות.

מקדם גידול דמוגרפי-

החל משנת 2014, בהתאם לסיכום בין המשרדים, שיעור המקדם הדמוגרפי בסל מחושב בכל שנה לפי שיעור הגידול הדמוגרפי בפועל בשנה הקודמת, ללא מתן ביטוח להזדקנות האוכלוסייה. לאור האמור, היה קיים פער בבסיס התקציב שמבטא את ההפרש שבין קידום לפי מספר נפשות לבין מספר נפשות מתוקננות גיל, בהיקף של מאות מיליוני שקלים בשנה, כאשר חלקה של האוכלוסייה המבוגרת אשר צורכת יותר שירותי בריאות מתוך כלל האוכלוסייה הולך ועולה.

לאור זאת במסגרת הסדרי התקציב לשנים 2021-2022 הוסכם כי החל משנת 2022 המקדם הדמוגרפי של סל הבריאות יעמוד על שיעור הגידול באוכלוסייה בתוספת 0.209%, מידי שנה בגין הזדקנות האוכלוסייה. שיעור אשר מייצג נכון לעת הזו את הפער בין הגידול לפי נפש שהיה עד שנת 2022 והגידול לפי נפשות מתוקננות כפי שיהיה מעתה והלאה. לשינוי זה משמעות תקציבית רבה על מקורות סל הבריאות בשנים הבאות.

מקדם טכנולוגי-

תקציב להוספת שירותים, טכנולוגיות ותרופות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי כל השירותים שניתנו על ידי קופת חולים כללית עד תחילת שנת 1994 ("המועד הקובע") יהיו כלולים בתוספת השנייה לחוק ולמעשה על קופת החולים תחול חובה לספק אותם. במשך מספר שנים מחקיקת החוק, לא היה קיים מנגנון שנתי לעדכון התוספת השנייה. החל משנת 1999 קיים מנגנון שנתי אשר במסגרתו ממנים שרי הבריאות והאוצר את הועדה הציבורית להרחבת סל הבריאות (ועדת הסל). הועדה דנה בטכנולוגיות ותרופות אשר לקופת החולים אין מחויבות לספק אותם וממליצה לממשלה על הרחבת הסל במסגרת תקציב נתון.

המקדם הטכנולוגי אינו קבוע, ובשונה מהמקדם הדמוגרפי אינו מחושב לפי שיעור מעלות הסל הכוללת, אלא נקבע במסגרת סיכומי התקציב השנתיים אחת לכמה שנים. בשנת 2022 סוכם בהחלטת ממשלה 1053 כי החל ממועד ההחלטה הסכום שיעמוד לוועדת הסל בכל שנה יהיה לכל הפחות 500 מלש"ח. בנוסף הוחלט כי בשנים 22-24 התקציב להוספת שירותים וטכנולוגיות יהיה 550 מלש"ח. הסכומים הנ"ל הינם לבסיס התקציב.

השתתפות עצמית



סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קובע כי קופות החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית ממבוטחיהן, בהתאם לתוכניות גבייה שאושרו להן על ידי שר הבריאות וועדת הכספים. ההשתתפות העצמית של המבוטחים היא בשירותים רפואיים, בתרופות, בביקורים אצל רופאים ועוד.

מהנוסח המקורי של הסעיף השתמע כי תשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטחים אמורים לשמש, במלואם, כחלק ממקורות המימון של עלות הסל. בהמשך, במסגרת עדכון חקיקה שבוצע בשנת 1998 הוגדר מה שכונה בהמשך "הכנסה נורמטיבית"- סכום, מתוך כלל השתתפויות המבוטחים בגין שירותי בריאות שבסל שיהווה את החלק ממקורות המימון לפי סעיף 13 לחוק. בשנת 2008 עודכן שנית הסעיף הן במקורות המימון וההכנסה הנורמטיבית הוגדרה במונחים של 6.45% מעלות הסל.

להשתתפויות העצמיות, מעבר להיקפן, ישנה גם חשיבות במניעת שימושי יתר בשירותי בריאות. לאורך השנים נעשו שינויים ושיפורים במנגנון אשר מטרתם הינה למזער את המקרים בהם מבוטחים נמנעים מלצרוך שירות הכרחי לאור עלות ההשתתפות ומגדל לשמור על שיעור המימון של הסל מתשלומי ההשתתפות העצמיות.

בשנים האחרונות הכנסות הקופות מהשתתפויות העצמיות עמדו על שיעור נמוך יותר של כ- 5.7%, שנה חמישית ברציפות בה שיעור ההכנסות בפועל נמוך מההשתתפות הנורמטיבית.

תמיכה בקופות חולים

תמיכות בקופות חולים ושיעור מעלות הסל

בהתאם לסעיף 3א' לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, קופות החולים מקבלות מהממשלה תמיכה כספית, שעיקר מטרתה השגת יעדים של איזון כלכלי וייצוב מצבן הכספי של קופות החולים לטווח ארוך, בתנאים השוררים במשק הבריאות. כספי התמיכה מחולקים לקופות החולים בהתאם למבחני תמיכה ולהסכמי ייצוב הנחתמים לרוב לתקופות של שלוש שנים.

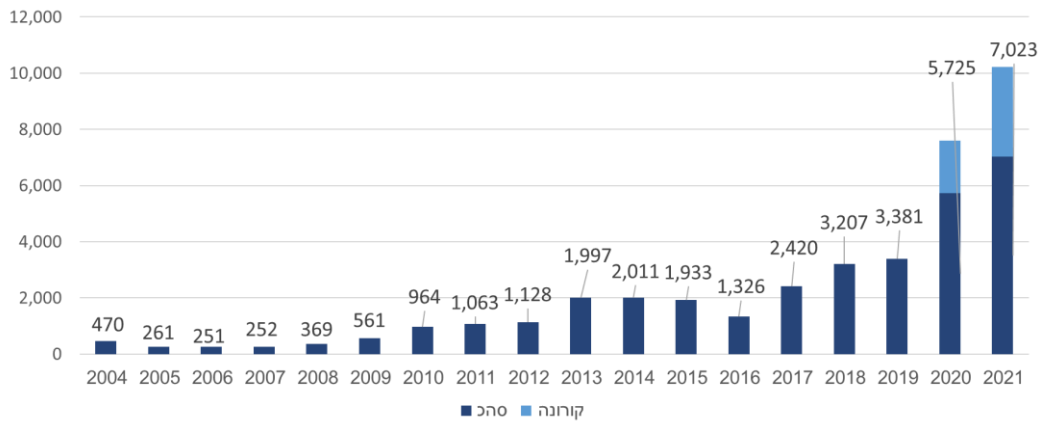
בנוסף, משרד הבריאות מפרסם מבחנים בתחומים שונים שנועדו לתמרץ את קופות החולים להשיג יעדים שקבעה הממשלה. השימוש בכלי זה הולך ומתגבר בשנים האחרונות, ובמיוחד בתקופת ההתמודדות עם הקורונה סכומים אלו עלו משמעותית.

בשנת 2021 תוקצבו והועברו לקופות חולים תמיכות בהיקף של 6.7 מילארד ₪ (לא כולל מבחני תמיכה לבתי החולים שבעלות הקופות) ובכלל זה סכומים גדולים בגין שיפוי על הוצאות התמודדות עם קורונה, הסכמי הייצוב ומבחנים רבים נוספים.

בפועל, עם השנים, הפך מנגנון כספי התמיכה ממנגנון של תמרוץ לאיזון תקציבי והשגת יעדים למנגנון המשלים את מנגנוני התקצוב של סל הבריאות. היקפי תמיכות של כ-10% מעלות הסל מצביעים על צורך לבחון שינויים דוגמת הטמעת סכומים משמעותיים בסל, ובמנגנוני תמרוץ ארוכי טווח אלו כך שיבטיחו לאורך זמן את תקצוב שירותי הבריאות הציבוריים.

בשנים האחרונות, במספר מקרים נחתמו עם קופות החולים הסכמי ייצוב בתום השנה השנייה ואף בתום השנה השלישית מתוך שלוש שנות ההסכם. חוסר הוודאות יוצר מורכבות אצל קופות החולים בניהול התקציב בצורה מיטבית ויעילה וכן בהתנהלות שוטפת.

בנוסף, בשנים האחרונות גדל בצורה חדה היקף התמיכות על פי ההסכמים שנחתמו. היקף זה גדול ואחוז זה משמעותי מהכנסות הקופות גורם לכך כי ההסכם הופך ללא אפקטיבי שכן גם לקופות וגם לממשלה ברור שלא ניתן לא להעביר כספים אלו (לעיתים אף אם הקופה לא עמדה ביעד שהוצב לה).



מצבן הפיננסי של קופות החולים

על פי החוק קופות החולים מחויבות לפעול באיזון תקציבי. בשנים האחרונות, בעקבות שחיקה במקורות ההכנסה של קופות החולים ובעיקר בעלות סל הבריאות נוצרו גירעונות משמעותיים בקופות החולים. חלק מגירעונות אלו כוסו על ידי תמיכות במסגרת הסכמי ייצוב (פרוט לעיל וחלק מהגירעונות מומנו באמצעות עיכוב תשלומים לספקים ושחיקת ההון העצמי).

מכבי היא הקופה היחידה עם הון עצמי (נכסים נטו) חיובי, כאשר לאומית גוררת הון עצמי שלילי זה שנים רבות וממומנת בשיעור גבוה על ידי כספי תמיכה. מאוחדת נקלעה בשנים האחרונות למשבר חריף משילוב תהליכי התרחבות בפעילות הקופה וחילופים בהנהלתה בשילוב עם תקצוב חסר ונדרשת הסדרה דחופה בנושא. כללית הציגה בשנים 2018-2020 איזון יחסי בעקבות גידול בכספי התמיכה.

משבר הקורונה הביא לגידול בהיקפי הפעילות של קופות החולים ובאיכות השירותים. לדוגמה קפיצה משמעותית בשירותי רפואה מרחוק ופניות באמצעים דיגיטליים שהגדילו משמעותית את צריכת שירותי הרפואה, בדגש על הרפואה היועצת. נכון למועד זה, תקציבי הקופות החזויים מציגים גרעון של כחמישה מיליארדי ₪ לשנת 2022. כאשר עמדת המשרד היא כי יש להסדיר את התמיכות הקיימות בסך של כ- 3.3 מיליארד ₪ לתקציב לבסיס ולהגדיל את בסיס הסל בכמיליארד ₪ באופן שיאפשר להתגבר על המחסור הגדול ברפואה היועצת בקהילה. לאומית ומאוחדת מעכבות כבר כיום תשלומים לבתי החולים הממשלתיים. מכבי תוכל לעמוד בהתחייבויותיה עד לסוף השנה וככל והתקציב לא יוסדר, כללית תקלע למצוקת מזומנים במהלך השנה.

ממשל תאגידי

קופות החולים מאוגדות כאגודות עות'מניות, כאשר הרגולציה על האגודות העות'מניות עברה לאחרונה ממשרד הפנים לרשם העמותות. לקופות החולים כללית, מאוחדת ולאומית אושרו במהלך השנים האחרונות תקנונים חדשים בהם הוסדרו, בין השאר, מוסדות הקופה והליכי הבחירה למוסדות אלו. למכבי שירותי בריאות טרם אושר תקנון חדש, וזו אחת המשימות הדחופות הניצבות לפתחנו. המוסד העליון בכל קופה הינו מועצת הקופה (במכבי: ועידה ארצית), מתחתיה יש את דירקטוריון הקופה (במכבי: הנהלה), ומתחת הדירקטוריון פועלת הנהלת הקופה (במכבי: מזכירות) ליישום מדיניות הקופה. תקנון מכבי הועבר לאישור שר הבריאות.

תחרות בין קופות החולים

התחרות בין קופות החולים הינה גורם משמעותי בהרחבת ההיצע ואיכות שירותי הבריאות בישראל. התחרות בין קופות החולים מתרכזת הן בפתיחת והרחבת שירותי הבריאות, ומאידך, גם בתחרות על כח אדם רפואי ופעולות שונות לגיוס מבוטחים.

בתקופה האחרונה עלה היקף ההוצאה של קופות החולים על מאמצי שיווק שבחלקם אינם חוקיים ובהיקפים העולים על המותר בחקיקה. נעשו מספר צעדים ובהם הנחיה על רישום מלא בדוחות הכספיים על מנת למנוע הסתר מידע, הנחיה על הפסקת הוצאות שיווק וקיזוז עשרות מיליוני ₪ בגין הפעלת מוקדי שיווק. בשנה האחרונה הוצאו התראות לפי ס' 37 לחוק לקופות חולים שחרגו באופן בוטה מהכללים.

על מנת להסדיר את הנושא ולקבוע כללים אחידים ואופן בקרה יעיל ולוודא כי לא יועברו כספים המיועדים לטיפול במבוטחים לטובת מסעות פרסום שחלקם אינם מביאים ערך בריאותי או שירותי, מונה צוות מקצועי בשיתוף קופות החולים שהגיש מסקנותיו בנושא. המסקנות פורסמו כטיזת תקנות בנושא וממתונות לחתימת השר הנכנס.

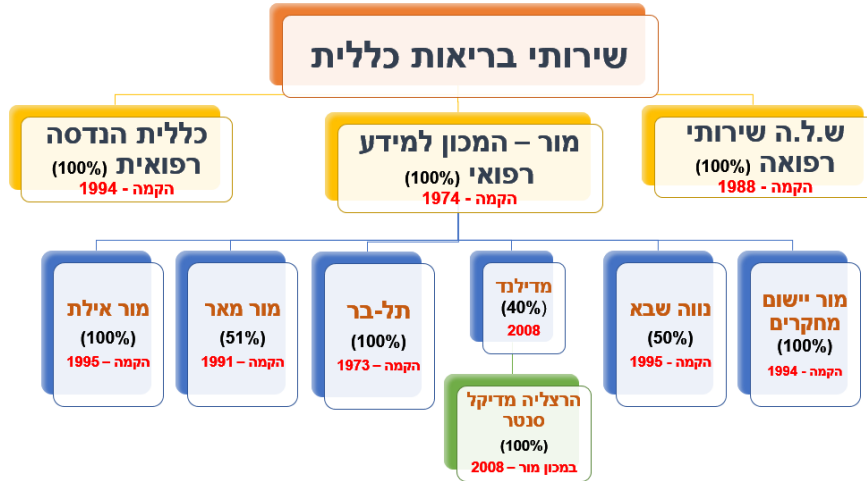
מבנה בעלויות

לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סעיף 29) קופת חולים תוכל להחזיק או לרכוש אמצעי שליטה בתאגיד אחר בתנאי שפעילות התאגיד היא בתחום הבריאות, הקופה מחזיקה בלפחות 20% מהמניות, ושניתן לכך אישור מראש מאת שרי הבריאות והאוצר. בהיתר ההחזקה שניתן על ידי השרים כאמור נקבעים תנאים המסדירים את החזקת הקופה בחברת הבת כגון: תחומי הפעילות של החברה, יחסי הגומלין בין הקופה לחברה, מנהל תקין ורגולציה, ועוד. כיום כל הקופות מחזיקות בחברות בת, רובן עוד בטרם נחקק החוק, ואנו נמצאים כעת בעיצומו של מהלך להסדרת ההחזקה בחברות אלו ומתן היתרי אחזקה על ידי השרים.

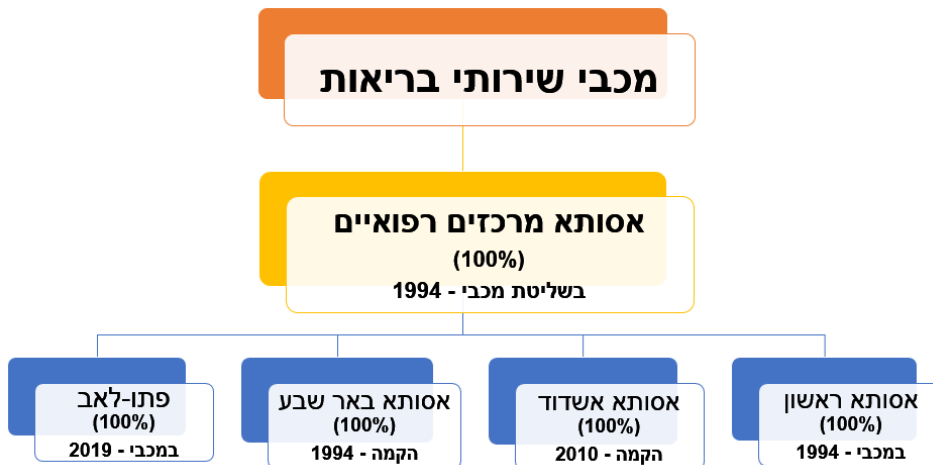
להלן מבני החזקות של קופות החולים:



מבנה בעלות קופת החולים כללית



מבנה בעלות קופת החולים מכבי





מבנה בעלות קופת החולים מכבי



מבנה בעלות קופת החולים מאוחדת



התכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן)

בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1994 נקבע כי "קופת חולים רשאית להציע לחברה תכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה, בין בעצמה ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה; תכנית לשירותים נוספים, וכל שינוי בה, טעונים אישור שר הבריאות" שהאציל את סמכותו לסמנכ"ל. כלל קופות החולים מציעות שירותי בריאות, למבטחיהן מכוח סעיף 10 לחוק ובהתאם לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (תכנית לשירותים נוספים ושינויים בה), התשנ"ט 1998. תכניות השב"ן מבוססות על עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי – צדק, שוויון ועזרה הדדית.

סעיף 10 לחוק קבע כללים להפעלת תכניות השב"ן של קופות החולים הן במישור הכלכלי והן במישור הזכאות. כך נקבע, שלקופת החולים לא תהיה אפשרות להחרגת מבטחים מלהצטרף לתכניות השב"ן או להחרגת כיסויים מסוימים בעקבות מצב רפואי, וכי מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל. כמו כן, החוק קבע כי על תכנית השב"ן להתנהל במערכת כספים סגורה המופרדת ממערכת הכספים של סל השירותים הבסיסי, ברמה של איזון שנתי בין הכנסותיה מתשלומי המבטחים לבין הוצאותיה לצורך מתן שירותים למבטחים. העודפים/הגירעונות מנותבים לעתודה אקטוארית, ייעודה, הוספת זכויות ו/או הפחתת דמי החבר.

שיעור החברים בתכניות השב"ן מתוך כלל החברים בקופות החולים עמד ב-2021 על 78.5%.

שיעור העלויות הרפואיות נטו (בנטרול הכנסות מהשתתפויות עצמיות) מסך ההכנסות לעמית בתכניות השב"ן בממוצע (מדד מקובל לשימוש וניצול הכיסויים בתוכניות) הגיע בשנת 2021 לכ-84% בממוצע (LOSS RATIO) לעומת שיעור של כ-40% בפוליסות האישיות בחברות הביטוח הפרטיות. שיעור העלויות הרפואיות בשנת 2020 ירד בעקבות סגרי הקורונה בכ-1.4%, בעוד שבמקביל בוצעה הפחתה בתעריפים שלא באה לידי ביטוי בנתוני שנה זו. על כן הנתון נראה יעיל.

הזכאויות בתכניות השב"ן מעוגנות על ידי תקנון התכנית, אשר מאושר על ידי סמנכ"ל קופות חולים (בסמכות שהואצלה ע"י שר הבריאות), והם כוללים שלושה סוגי כיסויים: מרחיבים לשירותי הסל (התפתחות הילד, פריון), תחליפיים (בחירת מנתח, חוו"ד שנייה), נוספים (אסתטיקה). התקנון הינו אחיד לכל המבטחים באותה התכנית, והוא נתון לשינויים משיקולים שונים שאינם בשליטת המבוטח.

יחד עם זאת נקבע כי תכניות השב"ן לא יכללו בתוכן שירותי ביטוח סיעודי, בחירת מנתח ללא תשלום, השתתפות עצמית של המבוטח וכיסוי עבור תרופות מאריכות ומצילות חיים.

תכניות השב"ן הקיימות כיום בכל קופה (לפי רבדים):

שם הקופה	רובד תחתון	רובד עליון
כללית	מושלם זהב	מושלם פלטינום
מכבי	מכבי זהב*	מכבי שלי
מאוחדת	מאוחדת עדיף	מאוחדת שיא
לאומית	לאומית כסף**	לאומית זהב**

* בקופת חולים מכבי קיימת תכנית שב"ן נוספת, "מכבי כסף", אשר אוחדה בשנת 2012 עם "מכבי זהב" ונסגרה למצטרפים חדשים.

בכל תכניות השב"ן הרובד העליון כולל בתוכו את הרובד התחתון, למעט בלאומית שירותי בריאות בה התכניות מתנהגות כרבדים מקבילים ולא כרבדים המתווספים אחד על השני.

פירוט מספר המבוטחים בתכניות השב"ן נכון לימים 31 בדצמבר 2019 ו-2020 באלפי נפשות:

קופה	מספר מבוטחים בקופה*		מספר מבוטחים בשב"ן		שיעור מבוטחים בשב"ן מכלל מבוטחי הקופה	
	אלפי נפשות					
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
כללית	4,625	4,688	3,440	3,540	74.4%	75.5%
מכבי	2,364	2,430	2,044	2,106	86.5%	86.6%
מאוחדת	1,232	1,249	853	874	69.3%	70.0%
לאומית	717	710	508	502	70.9%	70.7%
סה"כ	8,937	9,078	6,844	7,023	76.6%	77.4%

עלות ההוצאות הרפואיות

להלן עלות ההוצאות הרפואיות נטו בכל קופה לפי נושאים עיקריים לשנת 2019:

שיעור מסך עלות התביעות	2019					סוג הכיסוי
	סה"כ	לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	
27%	1,027,383	64,826	168,337	282,058	512,163	ניתוחים ובחירת מנתח
16%	584,245	49,215	98,799	116,607	319,624	תרופות וחיסונים ⁽¹⁾
11%	410,347	34,009	45,010	69,173	262,155	ייעוץ (חוות דעת שנייה)
9%	336,008	43,447	54,136	88,362	150,063	הריון ולידה ⁽²⁾⁽³⁾
17%	645,066	-1,999	57,204	298,431	291,430	רפואת שיניים
5%	176,619	16,714	19,969	30,169	109,767	שירותים לילד
1%	31,559	27	8,001	11,737	11,794	ניתוחים וחוות דעת בחו"ל
2%	73,075	4,822	10,479	43,703	14,071	אופטיקה
4%	139,055	11,232	20,560	40,532	66,731	אבזורים רפואיים
3%	120,122	3,439	7,105	19,829	89,749	שיקום בדיקות וטיפולים
1%	36,611	0	853	11,210	24,548	רפואה אסתטית

תקנות בריאות העם והתכנית להסטת ניתוחים ממימון פרטי למימון ציבורי וקיצור תורים

במטרה לחזק את הרפואה הציבורית במדינת ישראל ולהפחית את ההוצאה הפרטית של אזרחיה על שירותי בריאות, נכנסו לתוקפן ביום 11.2017 תקנות אשר קובעות כי רופא שכיר או עצמאי שיעץ לאדם או טיפל בו, במסגרת שירות מרפאה ציבורי או שירות מרפאה קהילתי לא יטפל באותו אדם או יעץ לו, שלא במימון ציבורי, במשך שישה חודשים מיום מתן הטיפול או הייעוץ האחרון במסגרת שירותי מרפאה ציבורי או שירות מרפאה קהילתי.

אישור התקנות הינו חלק מתכנית רחבה יותר אשר כוללת הגדלת היקף הניתוחים המבוצעים באמצעות מימון ציבורי וחיזוק המערכת הציבורית באמצעות תוספת תקציב בסך של כ-1.65 מיליארד ₪ בשנים 2016-2018 ובכ-1 מיליארד ₪ לכל שנה בעתיד. מטרת תקנות אלו היא להביא לאיזון טוב יותר בין הפעילות הציבורית לבין הפעילות הפרטית במערכת הבריאות ולמנוע מקרים בהם הרופא המטפל במסגרת הציבורית יפנה להמשך טיפול אצל אותו רופא מטפל במערכת הפרטית.

בעקבות התכנית להסטת פעילות ממימון פרטי לציבורי וקיצור תורים ומשתנים נוספים הופחתו דמי החבר של המבוטחים בתכניות השב"ן בהיקף שנתי של כ-875 מיליוני ₪.

רפורמת החזר- הסדר

במסגרת חוק התכנית הכלכלית לשנת 2016 נקבעה סדרת רפורמות, ובכלל זה מעבר מלא של הכיסוי לניתוחים בתוכניות הביטוח המשלים (שב"ן) של קופות החולים ושל הביטוחים המסחריים החדשים של חברות הביטוח (שמשווקים החל מ-1.7.16), לשיטת "ההסדר" בלבד. דהיינו, מימוש הכיסוי רק על ידי רופאים ומוסדות הקשורים בהסכם עם הקופה ולא מתאפשר לקבל החזר כספי בעד ניתוח אצל מנתח שאינו בהסכם. לרפורמה ישנן שלוש מטרות עיקריות:

- הפחתה משמעותית של ההשתתפויות העצמיות על ידי ניצול כח הקניה של הקופה למול המנתח למול מו"מ פרטני של כל מבוטח.
- להקל על העמית בהיבט הבירוקרטי.
- יצירת שקיפות ביחס לגובה ההשתתפות העצמית הנדרשת של המבוטחים בניתוחים פרטיים במסגרת הביטוחים המשלימים בקופות החולים בהתאם לסוג הניתוח ולמנתח ובלא שיידרש לכל תשלום נוסף ויכולת השוואה בין תכניות הביטוח הפרטיות השונות. בעקבות הרפורמה הורחבו רשימות הרופאים בהסדר במסגרת תכניות השב"ן של קופות החולים, והופחתו ההשתתפויות העצמיות של המבוטחים עבור שירות זה (בהשוואה לתשלום המבוטח בעבר על כלל מרכיבי הניתוח).



השתתפויות עצמיות בנייתוחים נבחרים

לאחר כניסת חוק ההסדרים			לפני כניסת חוק ההסדרים			שם ניתוח
סה"כ ההוצאה מכיסו של המבוטח (₪)	עלות הסכמ לתכנית השב"ץ (₪)	סה"כ עלות הניתוח במסלול הסדר (₪) (כולל השתתפות עצמית ושנ"ל)	סה"כ ההוצאה מכיסו של המבוטח (₪)	סכום ההחזר מטעם תכנית השב"ץ (₪)	סה"כ עלות הניתוח במסלול פרטי (₪)	
1,164	7,530	8,694	18,053	1,947	20,000	כריתת שד חלקית
1,974	18,542	20,516	26,880	8,120	35,000	כריתת שד משמרת
10,893	44,473	55,366	92,733	7,267	100,000	שחזור שדיים
1,075	7,625	8,700	28,982	1,018	30,000	לרינגוסקופיה
8,261	22,125	30,386	35,481	4,519	40,000	כתף- אקרומיופלסטי

בתי חולים

בתי החולים ממלאים מספר תפקידים בהם היותם מרכזי טיפול שניוני ושלישוני, מרכזי הכשרה לעיקר כח האדם במערכת בשלב הקליני שלה ומתן מענה בחירום. בתי החולים בישראל נחלקים בין מספר בעלויות ונהוג לקטלג אותם כממשלתיים, קופת חולים כללית וציבוריים. חלוקה נוספת הינה לפי תחום התמחות – בתי חולים כלליים, בתי חולים לבריאות הנפש ובתי חולים גריאטריים ושיקומיים.

המדינה הינה הבעלים של כ-50% ממערכת האשפוז הכללי. היותה הרגולטור האחראי על התעריפים מעלה לא אחת טענות "לכפל כובעים", גם בדוחות מבקר המדינה. מאידך, קופת חולים כללית הינה המבטח העיקרי בפריפריה כך שהינה רוכש בעל עוצמה רבה על סף המונופסון (כשל שוק בו קיים רוכש יחיד או בעל כח מיקוח משמעותי).

כלל בתי החולים הכלליים בישראל גרעוניים ונתמכים על ידי המדינה בשל כך.



סה"כ 16,408 מיטות ברישיון (2022)

(*) הנתונים נלקחו מדיווחי בתי החולים לפי דיווחי בתי החולים על ממוצע חודשי של מיטות בפועל בבית החולים

בתי חולים כלליים ציבוריים על פי סדר שמי:

מוסד	בעלות	מיקום	מיטות ברישיון
אסותא אשדוד	מכבי	אשדוד	293
שמיר	ממשלתי	באר-יעקב	897
בני ציון	עירוני - ממשלתי	חיפה	433

מוסד	בעלות	מיקום	מיטות ברישיון
ברזילי	ממשלתי	אשקלון	604
הדסה	ציבורי-מלכ"ר	ירושלים	1044
הלל יפה	ממשלתי	חדרה	515
המשפחה הקדושה	מיסיון	נצרת	149
הסקוטי	מיסיון	נצרת	133
העמק	שירותי בריאות כללית	עפולה	614
וולפסון	ממשלתי	חולון	683
זיו	ממשלתי	צפת	347
יוספטל	שירותי בריאות כללית	אילת	65
כרמל	שירותי בריאות כללית	חיפה	489
לניאדו	ציבורי-מלכ"ר	נתניה	359
מאיר	שירותי בריאות כללית	כפר סבא	778
מעייני הישועה	ציבורי-מלכ"ר	בני ברק	316
נהריה	ממשלתי	נהריה	730
סוראסקי	עירוני - ממשלתי	תל אביב	1171
סורוקה	שירותי בריאות כללית	באר שבע	1173
סנט וינסנט	מיסיון	נצרת	134
פוריה	ממשלתי	טבריה	355
קפלן	שירותי בריאות כללית	רחובות	566
רבין	שירותי בריאות כללית	פתח תקווה	1080
רמב"ם	ממשלתי	חיפה	980
שיבא	ממשלתי	רמת גן	1580
שניידר	שירותי בריאות כללית	פתח תקווה	241
שערי צדק	ציבורי-מלכ"ר	ירושלים	902

תקצוב בתי חולים

מרבית מקורות המימון הציבורי של מערכת הבריאות מועברים דרך סל הבריאות לקופות החולים, להן האחריות לאספקת שירותים למבוטחיהן. חלק ניכר מן השירותים אותם מספקות קופות החולים מבוצעים על ידי בתי החולים, המשמשים כספקי שירותים בעיקר בתחומי האשפוז והניתוחים, וכן מספקים שירותים אמבולטוריים בהיקף נרחב והפעלת חדר מיון. נוסף על הכנסות אלו, מקבלים בתי החולים מענקי לידה בעבור לידות מן המוסד לביטוח הלאומי, וכן הכנסות נוספות ממכירת שירותים רפואיים לגורמים נוספים (צה"ל, תיירות מרפא ועוד) ומפעילות לא רפואית.



עד לשנה זו, רבים מבתי החולים בישראל התבססו גם על כספים המתוקצבים באופן ישיר על ידי המדינה, מעבר לזרמי ההכנסה שנמנו לעיל. מבנה הבעלות של בתי החולים הכתיב את האופן בו מעבירה המדינה את התקציבים הללו לבתי החולים. בתי החולים הממשלתיים, בהיותם יחידת סמך ממשלתית, קיבלו את הכספים בתקצוב ישיר שכולל רכיב של סובסידיה, ורכיב של מבחני תמיכה שוטפים של משרד הבריאות. בתי החולים של שירותי בריאות כללית קיבלו חלק מתקציב הסל המוזרם לקופת החולים דרך המוסד לביטוח לאומי, כספים המוזרמים לקופה בהסכמי ייצוב מעבר למקורות סל הבריאות ממשרד הבריאות, ומבחני תמיכה שוטפים ממשרד הבריאות. גם בתי החולים העצמאיים קיבלו את התקציבים דרך מבחני תמיכה של משרד הבריאות.

בניגוד לבתי החולים הממשלתיים ולבתי החולים בבעלות שירותי בריאות כללית, המשתייכים לארגונים בעלי יכולת תקציבית ותזרימית משמעותית, לבתי החולים העצמאיים לא היה גיבוי תקציבי והם נקלעו לא אחת לקשיי תזרים ותקציב בלא שיהיה להם גיבוי תזרימי ותקציבי מוכן. גירעונות בתי החולים בבעלות הממשלה ובבעלות כללית היו בעלייה מתמדת, ובתי החולים העצמאיים, להוציא מספר חריגים, נחלקו למספר קבוצות: אלה שמצויים בתכנית הבראה, אלה שבדרך לתכנית הבראה ואלה שנמצאים במצוקה תזרימית חריפה. ההחמרה הייתה תוצאה של מספר גורמים: תקצוב חסר של מערך האשפוז, העברת התקציב בסוף השנה מבלי לתת ודאות תקציבית לבתי חולים והיעדר אחריותיות של מקבלי החלטות בבתי החולים לעמידה ביעדי התקציב.

בשנת 2022 פורסמו תקנות התחשבות בין בתי חולים לקופות חולים לשנים 2021 עד 2025 (התחשבות בעד שירותי בריאות בבתי חולים ציבוריים כלליים) (תשלום חודשי קבוע לבתי חולים ציבוריים כלליים), התשפ"ב-2022 (להלן – "תקנות מודל תקצוב" או "התקנות"), הקובעות כי האמצעי לתשלום תקציבים לבתי החולים הכלליים הציבוריים הינו תשלום באמצעות הביטוח הלאומי. ישנם שני רכיבים המרכיבים את תשלומי התקציב:

1. תשלום חודשי קבוע (כל 1 לחודש) – מחליף תמיכה בפעילות השוטפת, תמיכה בתשתיות לאומיות וסובסידיה אחרת. מבוסס על פרמטרים "קשיחים" המאפיינים את בית החולים.
 2. תקצוב נוסף בעד תכניות לאומיות ומודלי תמרוץ – מחליף במקרים רבים הקצבות ומבחני התמיכה בנושאים מקצועיים שונים, למעט חריגים כמפורט בסעיף 5 למסמך זה.
- שני הסכומים יסתכמו לסכום שנתי אחד, ומידי חודש בחודשו ישולם לבתי החולים החלק ה-1/12 מהסכום השנתי.

מטרת המודל:

1. ודאות תקציבית בתחילת שנה לבתי החולים.
2. חלוקה קבועה במשך השנה (פתרון תזרימי).
3. חלוקת תקציב על פי פרמטרים שקופים ואחידים.
4. הגברת האחריות של מנהלי בתי החולים.

אופן חלוקה:



1. תשלום חודשי קבוע ייקבע על פי :
 - א. נתוני תשתית - משקפות את מספר מיטות משוקללות של בתי החולים ומספר שדות קליניים.
 - ב. מאפייני בית החולים כגון משקל גבוה לבתי חולים הנמצאים בפריפריה ומשקל נמוך לבתי חולים שהם מרכזי על, התייחסות דיפרנציאלית להכנסות מלידות או שר"פ והאם בית החולים הוא חלק מרשת או יש לו יתרון של אינטגרציה אנכית.
 2. תקצוב נוסף בעד תכנית לאומיות.
 3. בחודש פברואר בכל שנה בי"ח יוגדר כיציב על פי דיווחים פיננסיים של בתי החולים.
- במידה ובית החולים אינו עומד בקריטריונים אלו המשרדים יפעילו על בית החולים אמצעי איזון.

מיטות

על מנת לאפשר למערכת להתמודד עם גידול האוכלוסייה והזדקנותה, ניתנות למערכת תשתיות פיזיות של מיטות כלליות, פסיכיאטריות וגריאטריות. פתיחת מיטה כוללת: תשתית פיזית (ברזלים), תקני כוח אדם, עלות בינוי והצטיידות ועלות שוטפת להתחשבות מאחר שפתיחת מיטה מוסיפה פעילות ומגדילה את הוצאות קופות החולים.

מיטות כלליות:

בתוכנית המיטות, בשנים 2017 - 2022 ניתנו לבתי החולים הציבוריים הכללים כ- 200 מיטות חדשות בבתי החולים הכלליים מדי שנה. להלן תכנית המיטות הכלליות בחלוקה למשקים ושנים:

משק	שנה	הקצאה
ציבורי	2017	41
	2018	33
	2019	42
	2020	39
	2021	37
	2022	28
סה"כ ציבורי		220
כללית	2017	54
	2018	65
	2019	40
	2020	61
	2021	56
	2022	74
סה"כ כללית		350
ממשלתי	2017	97
	2018	78
	2019	94
	2020	91
	2021	102
	2022	72
סה"כ ממשלתי		534
סה"כ		1104

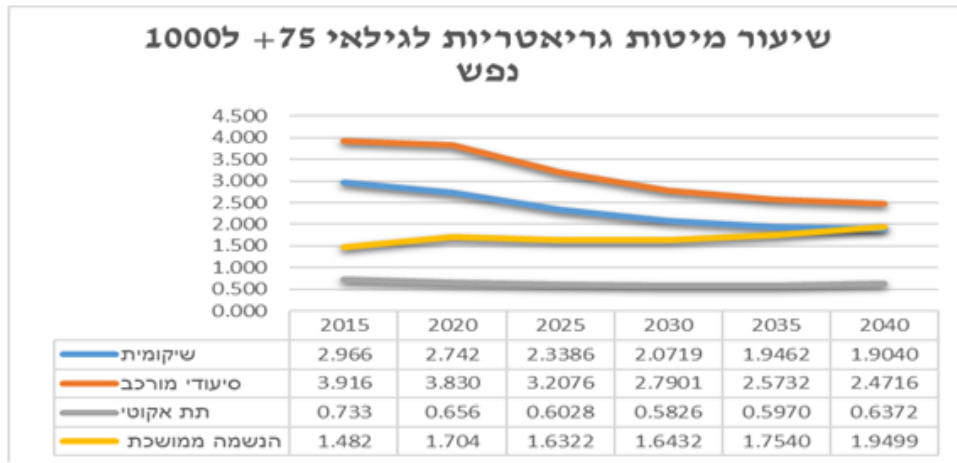
על מנת לתמוך תקציבית במיטות שניתנות לבתי החולים הציבוריים במסגרת תכנית המיטות לשנים 2017-2022 התפרסם מבחן תמיכה בבינוי ופיתוח מיטות כלליות שניתנת בהתאם לדיווח לחטיבת הרפואה ומינהל התכנון והבינוי. ההשתתפות בפיתוח מיטה במסגרת המבחן בשנים 2018-2020 הייתה 375 אלש"ח. בשנים 2021-2022, לאור התמיכה בבתי החולים בפתיחת מיטות בקורונה, ההשתתפות בפיתוח מיטה עמדה על עשרות אלש"ח.

עד כה נפתחו 568 מיטות כלליות בלבד בין השנים 2017-2022. הסיבה המרכזית לביצוע הנמוך של התכנית הינה עיכוב בפתיחת מיטות על ידי בתי החולים הממשלתיים, בהתאם לסיכום של משרד הבריאות עם האוצר, לא יוקצו תקנים נוספים לפתיחת המיטות מעבר לתקנים התוספתיים שהוקצו במסגרת המאבק בנגיף הקורונה.

מיטות גריאטריות:

פורסם מבחן תמיכה בגובה של כחצי מלש"ח לפתיחת מיטה באמצע 2019 ונפתחו מעל ל-100 מיטות במסגרת המבחן, מיטות נוספות עתידות להיפתח בשנה הקרובה. בנוסף, במהלך משבר הקורונה אושרו לב"ח הרצוג לפתוח 410 מיטות גריאטריות פעילות.

מערך האשפוז הגריאטרי שיקומי



מקור הנתונים: אגף המידע במשרד הבריאות

מערך האשפוז הגריאטרי והשיקומי נותן מענה ארוך טווח למטופלים הנזקקים לטיפול ממושך ואין באפשרותם לקבל טיפול זה בביתם. המערך כולל מגוון סוגי שירותים הניתנים בכ-260 מוסדות גריאטריים ושיקומיים המופעלים על ידי קופות החולים (10), משרד הבריאות (6), גופים ציבוריים (86) וגופים פרטיים (156). סך השירותים נפרש על למעלה מ-23,000 מיטות, ומתחלק בין שירותי גריאטריה פעילה, שירותי גריאטריה סיעודית ושירותי שיקום. הביקוש לשירותים גריאטריים ושיקומיים צפוי לגבור באופן משמעותי בשנים הקרובות עם ההזדקנות המואצת של האוכלוסייה והשרידות המוגברת מאירועים בריאותיים המצריכים שיקום.

חשוב לציין שמחסור בשירותים הנזכרים מעלה עלול ליצור 'צוואר בקבוק' בבתי החולים הכלליים עקב מחסור מסגרות לאשפוז המשכי, וכך יכול להשפיע באופן מהותי על עולם האשפוז בבתי החולים הכלליים, על אף שזה נפרד ממנו. מיטות אשפוז ניתנות בהקצבה היות ובכלכלת בריאות קיימת הטענה כי בשל א-סימטריה של מידע בין הספק למבטח, הספק יכול להשתמש בתשתית פנויה ללא צורך, קרי היצע יוצר ביקוש.

גריאטריה פעילה

שירותי הגריאטריה הפעילה מתחלקים לארבעה תחומים עיקריים :

1. סיעודי מורכב : מחלקה לסיעוד מורכב הינה מחלקה גריאטרית המטפלת בחולים שהוגדרו כסיעודיים בתפקודם, ובנוסף, זקוקים לטיפול רפואי וסיעודי במסגרת אשפוזית.
2. גריאטריה חריפה ותת חריפה : מחלקה זו מטפלת בחולים הסובלים ממחלות פנימיות לאחר השלב החריף, בזמן שהם עדיין זקוקים לטיפול רפואי ופארה-רפואי קצר יחסית.
3. הנשמה ממושכת : מחלקה להנשמה ממושכת מטפלת בתמהיל מעורב של חולים עם ניסיונות חוזרים של גמילה מהנשמה ומונשמים ללא ניסיון גמילה, שלא ניתן להנשים בבית מסיבות שונות.
4. שיקום ושיקום גריאטרי : מחלקת השיקום מטפלת בחולים שתפקודם נפגע באופן חד או הדרגתי עקב מחלה או חבלה. תהליך השיקום נקבע על פי תוכנית אישית באמצעות צוות רב-תחומי.

משק הגריאטריה הפעילה מצוי בחוסר יציבות כלכלית וניצבים בפניו אתגרים רבים למתן שירות איכותי :

1. המשק מתאפיין בריכוזיות גבוהה ביותר של הרוכשים, כאשר קופ"ח כללית מהווה כ-70% מהביקוש. דבר זה נותן כוח משמעותי לקופות החולים במו"מ ומאלץ את הספקים לתת הנחות גבוהות שעומדות על כ-30% מתעריף המקסימום, ובמקרים רבים אינן כלכליות. מתן שירות בתעריף הפסדי מקשה על הספקים לתת שירות איכותי שעומד בתנאי הרגולציה הקלינית.
2. מחסור חריף בכ"א - משק זה סובל ממחסור בכ"א ביתר שאת משאר המשקים. שיעור בוגרי הארץ בקרב המתמחים בגריאטריה הוא הנמוך ביותר מכל מקצועות ועומד על 4% בלבד. מתוך כלל המתמחים לגריאטריה, 75% הינם בוגרי מדינות אשר תחת רפורמת יציב לא תהיינה קבילות בארץ החל משנת 2026. דבר זה מלמד על האטרקטיביות של התחום בקרב הבוגרים ועל הצורך המשמעותי בתכנית לחיזוק כוח האדם במשק הזה, בייחוד לקראת ההתמודדות עם הזדקנות האוכלוסייה. העלייה בשיעור האחיות המוסמכות בגריאטריה בין השנים 2010-2019 עומדת על 4.3% בלבד, כשבשנים הללו האוכלוסייה המזדקנת גדלה בשיעור משמעותי ניכר מעל. בנוסף ישנו קושי משמעותי לגייס כוח אדם איכותי בכלל המקצועות - מקצועות הבריאות וכן כוחות העזר.

בניסיון לטפל במשבר זה בוצעו בשנים האחרונות מספר צעדים ובין השאר עודכנו התעריפים ונשלחה טיוטת חוזר נאותות המחיר שמיועד לקופות החולים על מנת שהמחיר שייגבה יהיה בהתאם לעלות בפועל. בנוסף וכפי שנכתב לעיל מתקיימת תמיכה ישירה בספקים על מנת לאפשר פתיחה של מעל 400 מיטות חדשות. עם כל זאת, נדרשת תכנית מקיפה וכוללת להמשך הניסיון לייצב את המשק ולאור תחזית הזדקנות האוכלוסייה לשנים הקרובות.

מרכזים רפואיים גריאטריים :



ראשוני הכרמל	ביתן אהרון	משען רמת אפעל	בית הורים מוזס	דבוריה
בית יולס	בית אור בית בכפר כ"ס	משען נאות אפקה	קריית מנחם	בית אבות עפולה
בני ברית	אור גנים נתניה	שלוה	נופי ירושלים	סוכת שלום
משען חיפה	אחוזת בית	משען נאות אביבים	עידן הזהב	בית אבות עכו
פסגת אחוזה	בית בגני תקווה	בית שלום ויזניץ	מעון הרופא מוצא	נוף העמק
וינדזור	בית רחל ליצ'ק ב. דגן	ק. גליל ים	נוה שמחה	טמרה, אל רחמה
הדר נוף טבעון	אחוזת פולג	נאות אבי אור יהודה	נופים	ק. ברעם
נוה עמית רחובות	טובי רחובות	שבעת הכוכבים	פנינת שלושת האבות	סנט פרנסיס
איחוד עולי בולגריה	בית בכפר סבא	נוה באבוב	נופי גילה ירושלים	בראט כרמיאל
בית הדקל	פאלאס מדיקל מודיעין	גן בעיר-בית גלבע	טובי ירושלים שורש	ק. כפר הנשיא
גבעת השלושה המשולב	ליאון רקנטי מוריה	גיל הזהב תל אביב	הוד ירושלים	ק. רמת דוד
גיל הזהב נתניה	רעות	בית הורים רחל ליצ'ק	טובי ירושלים בגולדן	כנרת
חמדת נוף ים	פאלאס מדיקל	בית אור 2, בת ים	נוה עמית ירושלים	עדן נהריה
הבית של ורה	טנדר לאבינג צ. סביון	בית גלבע גבעתיים	נווה שבא באר שבע	הספרדי חיפה
עד 120 ראשון לציון	צהלון	בית ברמת השרון	בית בלב עומר	עד 120 חדרה
נוה אורנים	גיל עד	רמת אור אחד	בית אבות דימונה	נוף ים עמיגור
גן דוד	מרכז ר"ג לאלצהיימר	יקירי תל אביב	בית יונה	פסגת חן
המבריא	נאות אבי יפו	יקירי אונו	גני יעלים בע"מ	קרית ים
נוה שלו	עד 120 רמת החייל	יקירי השרון	בית אבות באר שבע	בן יהודה
פרוטיאה בכפר	מושב זקנים אלנבי	בית הורים הרצליה	משען באר שבע	דור כרמל
בית עמי	ויצו	עירוני רמת גן	בית אבות אופקים	דור טבעון
בית גיל פז	עולי הולנד	נוה הדר	מרכז סיעודי איתנים	בית גבריאל
עד 120 הוד השרון	אניטה מילר כהן	מושב זקנים מאוחד	בית אבות ע"ש היילפרן	בית בלב בית אילדן
דבורה בנורדיה	משען חולון	בית באייר	בית אבות אשדוד	בית הנשיא חדרה
גני שרונים	בית פרוטיאה	שומרי החומות	נאות אבי אשקלון	בית דינה
בית אור הדרים				

הרפורמה בסייעוד :

תכנית הסייעוד הלאומית (החלטת ממשלה 3379) היא אחת התכניות המשמעותיות ביותר לסייעוד לקשישים בישראל ולשיפור חייהם. התכנית הובלה על ידי מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד, והיום הוא אחראי על תכלול היישום שלה.

היום חיים במדינת ישראל כ- 445,000 קשישים מעל גיל 75, מהם 225,000 קשישים סיעודיים. עד שנת 2018, מספר הקשישים בני 75 ומעלה גדל בכל שנה ב- 4,000-6,000 קשישים. משנת 2021, מספרם יעלה כל שנה ב- 30,000 קשישים חדשים. ההערכה היא שכשליש מהמטופלים העיקריים בקשישים נאלצים לפרוש ממקום עבודתם עקב הטיפול בקשישים.

האשפוז והטיפול הביתי

מהו אשפוז ביתי?

אשפוז בבית הינו מערך המספק מענה רפואי כוללני בבית המטופל, והוא בא להחליף אשפוז במחלקה בבית החולים, בהתוויות רפואיות מסוימות. במסגרת האשפוז הביתי מקבל המטופל מערך טיפולי מקיף, הכולל: ביקורי רופא בבית ומרחוק (טל-רפואה), זמינות 24 שעות של אחות, ומעקב ניטורי קבוע, באמצעות מכשור המובא לבית המטופל.

אשפוז בבית נותן מענה איכותי למטופלים רבים, שמוצאים שהשהייה בבית נוחה הרבה יותר משהייה בבתי חולים. זה נכון אף יותר לקשישים שבריריים שהשהייה בסביבה חדשה מבלבלת אותם ויכולה לגרום להתדרדרות תפקודית. גם עבור בית החולים יש לאשפוז זה יתרונות רבים, בעיקר בכך שהוא מאפשר פינוי המיטות עבור המטופלים הקשים יותר, שזקוקים לטיפול אינטנסיבי יותר, וזאת ללא פגיעה באיכות הטיפול. כמו כן לאשפוז ביתי ישנם יתרונות במניעת זיהומים וצפיפות במחלקות הפנימיות.

ברמה הלאומית, אשפוז ביתי מאפשר הגדלת מספר מיטות האשפוז באופן יעיל כלכלית, ולספק למטופלים שירות נוח ומותאם אישית לצרכיהם. נוכח יתרונותיו הרבים, המערך הביתי הוא מערך שנמצא בצמיחה במדינות רבות בעולם, ומקודם על ידי רבים ממשרדי הבריאות בעולם בדרכים שונות.

מדיניות המשרד – היום ובעתיד

בשנת 2019 החל משרד הבריאות לעודד את קופות החולים להקים מערכי חלופת אשפוז בית באמצעות מבחן תמיכה ייעודי. כיום מאושפזים בחלופת אשפוז בכל יום כ-80 מטופלים ברמה הלאומית, סדר גודל של כשתי מחלקות פנימיות, שמהווים כ-2% מהמטופלים בפנימית. משרד הבריאות קבע יעד אסטרטגי להגדלת כמות המיטות הניתנות במסגרת שירות לשיעור של 25-35 מיטות ל-1000 נפש בחמש השנים הקרובות.

לצורך כך, המשרד הקים צוות משימה ייעודי, הכולל נציגים מיחידות רבות במשרד (מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, חטיבת הרפואה, פיקוח על קופות חולים, תקציבים, בריאות דיגיטלית, מינהל הסייעוד); ערך מחקר מקיף שכלל סקירת ספרות בינלאומית לאספקטים קליניים וכלכליים של השירות; ערך פגישות עם עשרות נציגי בתי החולים, קופות החולים, ספקי שירות פרטיים שפועלים היום בתחום; ביצע סיורים בשטח; מיפה את החסמים להגדלת השירות ולבסוף פירט פתרונות להסרתם.

ההמלצות להרחבת שירותי האשפוז הביתי

התכנית המוצעת של צוות המשימה היא שילוב פתרונות שחלקו רגולטורי וחלקו תקציבי:

1. הפעלת המודל של חלופת אשפוז בית לדיור חוץ ביתי.
2. מרכיבי חקיקה שיוכנסו באמצעות חוק הקאפ (החוק שמגדיר את מסגרת ההתחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים).
3. עידוד תקציבי, שיופנה לצורך הקמת תשתיות בבתי חולים וחיזוק התמריצים הקיימים.
4. פתרונות נוספים שכוללים הרחבת הכשרת הצוותים בתחום, מדידה ועוד.

עם קבלת האישור הסופי של הנהלת המשרד לתכנית, תידרש יצירת התשתית התקציבית הנדרשת מול משרד האוצר (המוערכת בכ-100 מיליון ₪ בשנה) כחלק מדיוני התקציב.

היערכות להזדקנות האוכלוסייה:

העלייה בתוחלת החיים בישראל הינה אחת ההצלחות הגדולות של מערכת הבריאות ושל מדינת ישראל. יחד עם זאת, היא הביאה לשינוי בדמוגרפיה ולהזדקנות האוכלוסייה. כיום חיים בישראל מיליון זקנים, מספרם צפוי לעלות ולהכפיל את עצמו עד לשנת 2040. אוכלוסיית הזקנים מתאפיינת בתחלואה כרונית והינה קבוצת סיכון לסיבוכים מאירועים אקוטיים כמו מחלות זיהומיות וטראומה. בקרב בני 65 ומעלה 2.22 מחלות כרוניות במוצע. העלייה בגיל ובשיעור ההמצאות של מחלות כרוניות מביא להיחלשות של המערכת החיסונית ועליה בסיכון לסיבוכים ותמותה בעקבות מחלות זיהומיות כמו למשל שפעת. טראומה הינה סיבה שכיחה לפנייה לאשפוז בכל קבוצות הגיל, אולם ההשלכות של טראומה בגיל המבוגר הן חמורות יותר בהשוואה ליתר קבוצות הגיל. שיעור הפציעות בקרב בני 75 ומעלה עומד על 19% וגבוה פי ארבע משיעורם היחסי באוכלוסייה.

אוכלוסיית הקשישים מאופיינת בתחלואה נפשית ומאפיינים סוציאליים המשפיעים באופן ישיר ובאופן עקיף על הבריאות. בסקר של הלמ"ס נמצא כי 7.1% מבני 65-74 דיווחו שהרגישו מדוכאים ו-18.8% הרגישו לחוצים (לעומת 5.7% ו-21.6% בקרב כלל האוכלוסייה). שיעור זה עולה עם הגיל כך שבקרב בני 75 ומעלה שיעורם עמד על 9.3% ו-16.9% בהתאמה. בדידות הינה תופעה שכיחה בגיל המבוגר הקשורה להידרדרות פיזית ונפשית.

הגידול הצפוי במספר הקשישים ובשיעורים באוכלוסייה יביא לעליה תלולה בביקושים לבריאות. ע"פ אומדנים לגידול בהוצאות הקשישים מכלל ההוצאה לבריאות בישראל נראה כי

בשנת 2050 חלקם באשפוז יעמוד על 57%, חלקם בהוצאה הכללית על בריאות יעמוד על 44% וחלקם בתרופות יעמוד על 49% וזאת בהשוואה ל-47%, 36% ו-41% בשנת 2018 בהתאמה. משרד הבריאות, שדוגל בחשיבה אסטרטגית, השיק את התכנית הלאומית להיערכות מערכת הבריאות להזדקנות האוכלוסייה בהובלת אגף הגריאטריה ומנהל תכנון אסטרטגי כלכלי. במסגרת התכנית נעשה מיפוי של זירות ההתערבות וגובשה אסטרטגיה ממנה נגזרו משימות ויעדים.

התכנית מיפתה 12 נושאים עיקריים להתערבות המתרכזים בשלוש זירות:

1. מבנים ועוגנים:

1. מידע וניטור כבסיס למדיניות מבוסס ראיות: הוספת מדדי איכות הנוגעים להזדקנות, סקרים תקופתיים, הקמת קרן מחקר לזקנה בהובלת המדען הראשי ופיתוח מערכת GIS להצגת נתוני הזדקנות עבור מקבלי החלטות (עירוני וארצי).
2. מנגנוני הקצאה יעילים: הטמעת משתני הזדקנות ועוני בקפיטציה, קאפ חדש שמסייע לרצף טיפול מיטבי בטיפול באוכלוסייה קשישה, טיפול בכשל השוק בגריאטריה פעילה וסיום תכנון הסדרים לאשפוז בית חלופי. זאת לצד תכנית להעלאת מספר מיטות.
3. זכויות, זכאיות והפחתת בירוקרטיה: חקיקה תומכת בבני משפחה מטפלים, הפשטת תהליך קבלת הקוד הסייעודי והנגשת זכויות לקשישים ובני משפחתם.
4. הרחבת הסל לזקנים: הרחבת טיפולי שיניים, הטמעת ביקור בריא בקופ"ח וסל שירותים לבני משפחה מטפלים.

2. מערך השירותים:

- מידע כבסיס לתכנון כח אדם: ביצוע סקר למיפוי מאפייני עוסקים בגריאטריה והערכת הצרכים העתידיים.
- תמרוץ ומיתוג כח אדם: שיפור תדמית העוסקים בגריאטריה, לדוגמה תמרוץ תחומים ופעילות הנוגעת להזדקנות האוכלוסייה במסגרת הסכם השכר של הרופאים ושל האחיות ועוד
- תוכנית אינטגרטיבית בקופ"ח: כתיבת אמות מידה לעתיד הטיפול בקהילה ובבית ותמרוץ לעבודת צוות אינטגרטיבית בקופ"ח.
- תכנית הערכות לבית"ח: הקמת יחידות ליעוץ גריאטרי ופליאטבי בבתי"ח, התאמה והנגשת בית החולים העתידי לאוכלוסיית הקשישים, הגדלת מספר מיטות האשפוז ואקוטיזציה של מוסדות גריאטריים.

3. נושאים במיקוד:



- מניעה והזדקנות בריאה : מטרת העל- מניעת תחלואה, שיפור תפקוד והארכת תוחלת החיים הבריאים ע"י התערבות בארבעה זירות: קופ"ח, העולם הטכנולוגי, הרשות המקומית, עיסוק ותעסוקה.
- מעטפת בני משפחה מטפלים (בשיתוף עם משרדים נוספים)- זכויות של בני משפחה מטפלים, הכשרה, תמיכות לקופ"ח הממוקדות במתן מענה לבני משפחה מטפלים.
- ממשקים בין-משרדיים - הזדקנות של אוכלוסיות מיוחדות, דיור מוגן הדור הבא והעברת מידע וזכויות.
- התוכניות הלאומיות הממוקדות ב"ענקי הגריאטריה": התכנית הלאומית לדמנציה, התכנית הלאומית למניעת נפילות ושיקום, התכנית הלאומית לשימוש מושכל בתרופות, התכנית הלאומית לטיפול פלאיטיבי וסוף החיים והתכנית.

בריאות הנפש

רקע

"הרפורמה בבריאות הנפש" הינה שם נפוץ לתהליך העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש מהמדינה לקופות החולים. דהיינו, הגדרת קופות החולים כ"מבטח" בתחום בריאות הנפש של כלל אזרחי מדינת ישראל במקום המדינה. הרעיון להעברת האחריות הביטוחית בתחום זה מהמדינה לקופות החולים הינו תולדה ישירה של מסקנות "ועדת נתניהו" וכן "ועדת אמוראי". ועדות אלו, אשר התקיימו בין השנים 1988-2002, דנו בהגדרת מבנה מערכת הבריאות הרצוי, כך שיאפשר מתן שירות איכותי ומקצועי לאזרחי ישראל. ועדות אלו המליצו בין היתר כי יש להעביר את האחריות הביטוחית לכלל השירותים הרפואיים והחצי-רפואיים לגורם מבטח אחד, ציבורי, שאינו המדינה, דהיינו קופות החולים. לעניין בריאות הנפש ציינה ועדת נתניהו כי:

"המצב הנוכחי של ערפול חובות המבטחים ופיצול האחריות בין קופות החולים והמדינה, כשקו החלוקה ביניהן מטושטש, גורם נזק לקשישים ולחולי הנפש. עם זאת, אנו סבורים שלא המדינה צריכה לספק ולממן שירותי בריאות לפרט, ובכלל זה גם לא שירותים פסיכיאטרים או גריאטריים"

(1990, עמ' 395)

כן צוין בדו"ח, כי:

"חייבים להיערך ארגונית לקשר הדוק יותר בין הרפואה הכללית והפסיכיאטריה. אף כי הפסיכיאטריה היא חלק בלתי נפרד מהרפואה בכללותה, הרי, כמו הרפואה הגריאטרית, היא נשארה בשולי הרפואה. למען שיפור השירות בחולים, יש לשאוף לשלבה באופן הדוק יותר ברפואה הכללית"

(1990, עמ' 400)

לסיכום המליצה ועדת נתניהו כי:

"להטיל את האחריות לאספקת מכלול שירותי בריאות הנפש (הדגשה במקור) ובכלל זה טיפול פסיכוסוציאלי ושיקום, על הקופות... לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית (ההדגשה במקור). יש ליצור שירותי בריאות כוללניים שישלבו בהם השירותים הפסיכיאטרים, האשפוזיים והקהילתיים כאחד"

(1990, עמוד 401-402)

בהתאם להמלצות אלו והמלצות נוספות של ועדת נתניהו, בשנת 1994 חוקקה הכנסת את חוק ביטוח בריאות ממלכתי (חבב"מ). במסגרת חוק זה הגדיר המחוקק את מכלול השירותים אותם מחויבות קופות החולים להעניק למבוטחייהן. במקביל לכך, באותו החוק הגדיר המחוקק את מכלול השירותים אשר האחריות לאספקתם לאזרח תישאר, או לחילופין תוטל, על המדינה. לאור הצורך בהחלה מדורגת של האחריות הביטוחית לכלל השירותים הרפואיים על קופות החולים, הוגדר באופן זמני בעת החקיקה (1994) כי התחומים הבאים: "שירותי בריאות הנפש", "אשפוז סיעודי גריאטרי ממושך ו"אספקת מכשירי שיקום וניידות",⁶ יהיו תחת האחריות

⁶ מתן פורטוזות ואורטוזות לנכי גוף.

הביטוחית של המדינה. במקביל לכך, הוגדר במפורש בתוך לשון החוק, לוח זמנים של שלוש שנים להעברת האחריות הביטוחית על שירותים אלו לקופות החולים. לוח זמנים זה לא יצא אל הפועל ולבסוף הוצא מלשון החוק.

במהלך השנים שלאחר חקיקת החוק ניסתה המדינה להעביר לא אחת את האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש מהמדינה לקופות החולים. כך לדוגמה, ביום 26.1.2003 התקבלה החלטת ממשלה מס' 2905, בה הוחלט על העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים. אולם, החלטה זו לא יצאה אל הפועל. לאור אי ביצוע ההחלטה אף הוגשה עתירה לבית המשפט העליון "בדרישה לממש את החלטת הממשלה ולבצע את העברת השירותים" (בג"ץ 5777/05 בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות ואח' נגד שר הבריאות ואח'). לאור עתירה זו, הוציא בית המשפט העליון צו על תנאי הדורש מהמדינה לממש את החלטה. יצוין, כי צו זה נשאר תלוי ועומד על ליום ההחלטה החוקית על העברת האחריות הביטוחית שבע שנים לאחר מכן.

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

שלוש שנים לאחר מכן, ביום 12.2.2006 התקבלה החלטת ממשלה נוספת, אשר תיקנה את החלטה מס' 2905 וקבעה את תאריך היעד ליישום ההחלטה ל-1.1.2007. במהלך התקופה שבין החלטת הממשלה המתוקנת לתאריך היעד ליישום, נחתם הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר בו הוגדרו כלל התנאים הכלכליים והביטוחיים של העברת האחריות. בעקבות מהלכים אלו החל תהליך של חקיקת תיקון לחב"מ אשר יעביר "דה יורה" את האחריות הביטוחית לקופות החולים. תהליך חקיקה זה נתקל בקשיים רבים אשר הגיעו מגורמים שונים. בראש המתנגדים עמדו שני גורמים עיקריים: קופות החולים - אשר דרשו תקצוב ראוי למהלך, וארגוני עובדים ואיגודים מקצועיים - אשר התנגדו רעיונית לביצועה של הרפורמה על בסיס טיעונים שונים. לאור הקשיים והאיטיות של תהליכי החקיקה, אשר נמשכו על פני יותר משלוש שנים ושתי כנסות, החליטו שרי הבריאות והאוצר דאז לפעול להעברת האחריות הביטוחית שלא באמצעות חקיקה ראשית, אלא דרך פעולה מנהלית מהירה והיא "פרסום צו". צו זה נחתם והוצג לממשלה בחודש יולי 2012. על מנת לאפשר היערכות מתאימה לביצוע רפורמה בסדר גודל שכזה - הוחלט כי תחולתו של הצו תהיה מיום 1.7.2015, כלומר שלוש שנים מאוחר יותר. שנים אלו הוגדרו בפני הממשלה כ- "תקופת היערכות" לרפורמה.

בתקופת ההיערכות פעל משרד הבריאות במספר מישורים ל"הכנת הקרקע" הנדרשת לביצוע הרפורמה, אם על ידי הקצאת תקציבים ייעודיים להקמת מרפאות חדשות בקהילה, ביצוע הכשרות ועוד. יחד עם זאת, הפעולה העיקרית - הניהולית אשר בוצעה, הייתה הקמת "מנהלת הרפורמה לבריאות הנפש" על ידי מנכ"ל משרד הבריאות דאז פרופ' רוני גמזו, אשר עמד בראשה. תפקידה של המנהלת היה ריכוז תחת פורום אחד של כלל בעלי העניין וביצוע מעקב רציף ושוטף אחר היערכות קופ"ח וספקי האשפוז השונים לקראת העברת האחריות הביטוחית. כך נכתב בסיכום הדיון הראשון של המנהלת:

"פורום המנהלת ינוהל על ידי המנכ"ל או משנה. ישיבות יתנהלו באופן סדיר אחת לחודש בימי א'. נושאים יוצגו לפני קיום הישיבה"

(סיכום דיון מנהלת הרפורמה מיום 5.8.12)

מנהלת זו נפגשה 25 פעמים במהלך השנים 2012-2017 ונערכו בה דיונים בשלל נושאים כדוגמת פיזור השירותים בפריפריה, הכשרת כ"א, מחסור בכ"א מטפל, יעדים קליניים-טיפוליים לקופות החולים ועוד.

בהתאם לצו האמור ביום 1.7.15 עברה האחריות הביטוחית על תחום בריאות הנפש מהמדינה אל קופות החולים, זאת 20 שנים לאחר חקיקת חב"מ – המועד המקורי להעברת האחריות.

יש לציין כי הרפורמה בבריאות הנפש אשר נקראת גם "הרפורמה הביטוחית", הינה נדבך אחד בלבד מתוך שלושה נדבכים, המרכיבים יחדיו רפורמה כוללת בתחום בריאות הנפש אשר ביצועה החל כבר במהלך שנות התשעים. שני הנדבכים הנוספים, הינן רפורמות העומדות בפני עצמן והן "הרפורמה השיקומית" ו"הרפורמה המבנית".⁷

הרפורמה בבריאות הנפש עירבה גורמי מקצוע רבים ובכלל זה עובדי קצה ממקצועות ודיסציפלינות שונות בעלי מומחיות שונה, ובכלל זה פסיכיאטריים, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועובדים אדמיניסטרטיביים. במקביל, לאור התמשכות תהליך הרפורמה לאורך יותר מעשרים שנה, זהות קובעי המדיניות ובעלי העניין התחלפה מספר רב של פעמים. כך לדוגמה, לאורך התקופה התחלפו במשרד הבריאות יותר מעשרה שרים ומספר דומה של מנהלים כלליים. יצוין, כי תחלופות פרסונאליות של קובעי מדיניות הובילו בהכרח גם לשינוי במאפיינים המקצועיים של קובעי המדיניות במשרד הבריאות. כך לדוגמה, בשנת 2012 כיהן מנכ"ל משרד הבריאות רופא גניקולוג, בשנת 2014 רופא פתולוג ובשנת 2016 כלכלן אשר היה בעברו סגן לממונה על התקציבים במשרד האוצר.

התיאור לעיל מבהיר, כי ההחלטה על יישום הרפורמה בבריאות הנפש בגלגוליה השונים הייתה מורכבת ונדחתה פעמים רבות. אחת הסיבות לכך היא, כי לאורך כל הדרך נרשמו לה מתנגדים רבים. מתנגדים אלו, אשר כללו גם עובדי קצה האמונים על יישום המדיניות, הביעו כוונה מפורשת, לא אחת, שלא להיענות לשינוי המדיניות. התנגדויות אלו, באו לידי ביטוי על ידי ארגון כנסים מקצועיים נגד הרפורמה, מפגשים עם שר הבריאות ועם פוליטיקאים נוספים, ראיונות בתקשורת ואף באמצעות הכרזה על סכסוכי עבודה רשמיים או איומים להכרזה על סכסוכים

⁷ הרפורמה השיקומית- החל מאמצע שנות התשעים, החל תהליך של פיתוח שירותי שיקום נפשי בקהילה אשר הגיע לשיאו בשנת 2000, עם חקיקתו של "חוק שיקום נכי נפש בקהילה". חוק זה קובע את הזכויות הקיימות לנכי נפש הנמצאים בקהילה, דהיינו לא בבית החולים. הרפורמה המבנית- בהתאם להמלצת "הוועדה לתכנון פריסת שירותים אישפוזיים ואמבולטוריים בבריאות הנפש (2001)", אשר עיקרה הינו ביצוע רפורמה הכוללת צמצום הדרגתי של מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי והעברת הדגש הטיפולי – מאשפוז, לטיפול בקהילה, בוצע בין השנים 2000-2005 צמצום יזום של כשליש ממיטות האשפוז הפסיכיאטרי בבתי חולים בישראל, (מכ- 10,000 מיטות אשפוז לכ- 3300 מיטות בלבד). צמצום המיטות התרחש בד בבד עם הרחבת מערך השירותים הקהילתיים אשר קלטו את החולים אשר טופלו במיטות אלו.

מסוג זה. לאור זאת, נאלצה הנהלת משרד הבריאות לאורך השנים, לנקוט באסטרטגיות שונות כדי להתמודד עם ההתנגדויות הללו כפי שיוצג במסגרת מחקר זה.

בעיות בעולם בריאות הנפש שלאחר הרפורמה

חרף העובדה כי הרפורמה הביטוחית נחשבת כהצלחה – זאת עקב הגדלת מספר מקבלי השירותים, עלייה בשביעות הרצון, שיפור שיתוף הפעולה בין רפואת הגוף ורפואת הנפש ("חיבור גוף ונפש") והבאת עולם בריאות הנפש "למרכז הבמה" – צפו ועלו מספר בעיות אשר נדרש לטפל בהם.

ניתן לחלק את הבעיות לשלושה ממדים עיקריים:

1. מחסור בשירותים ייחודיים ו"מילוי הרצף" הטיפולי - במהלך תקופת הזמן אשר עברה מאז תחילת הרפורמה עלה הצורך להוסיף מספר שירותים ברצף הטיפול הקלאסי (קהילה-אשפוז) זאת על מנת להפחית את מספר האשפוזים בשנה ושיפור הטיפול הרפואי. שירותים אלו מורכבים בעיקר מ"שירותי מניעה" - ובפרט מודל ה'בית המאזן' אשר מאפשר טיפול מונע אשפוז בקהילה טרום הגעה לאשפוז, ומשירותי השלמת רצף הטיפול - ובפרט מודל ה'קהילה המשקמת', אשר מאפשר שחרור מטופלים כרוניים מבתי החולים והוצאתם לטיפול בקהילה.
2. זמני המתנה ארוכים לטיפולים בקהילה - חרף הגידול במספר המטופלים ומספר המגעים הכללי מאז תחילתה של הרפורמה בבריאות הנפש נעשו על ידי משרד הבריאות ניסיונות למדוד את זמני המתנה לקבלת טיפול פסיכותרפי. ניסיונות אלו לא נעשו באופן עקבי וסדור ולא באופן המאפשר לקבוע באופן חד משמעי מהם זמני המתנה המדויקים לטיפול. יחד עם האמור, הרושם שהתקבל ממדידות אלו, יחד עם טענות רבות אשר עולות באופן תדיר מן השטח, הוא שזמני המתנה לטיפול פסיכותרפי הינם ארוכים ביותר. מצב זה החמיר אף יותר בעקבות מגפת הקורונה, אשר העלתה את הביקוש והצורך בטיפולי פסיכותרפיים, ובפרט בקרב ילדים ונוער. בנוסף, במסגרת הטיפול הקהילתי קיים פער משמעותי בין ההשתתפויות עצמיות המותרות לגבייה בין מטפלים, כאשר ישנו מסלול נפרד של מטפל עצמאי בו מותרת גבייה של השתתפות עצמית גבוהה- דבר המייצר תמריץ לקופות החולים שלא לפתח שירותי קהילה ללא השתתפות עצמית. שירות זה הינו "שאריות" של שירותים שהיו נהוגים טרם הרפורמה בשב"ן של קופת חולים מכבי.
3. טיפול אשפוזי לא הולם - מערכת האשפוז בבריאות הנפש מתאפיינת בעומסים גבוהים, בתשתיות ישנות ולא מתאימות ובחסר כוח אדם. על אף שהמגמה העולמית בתחום בריאות הנפש הוא שילובה במערכת הבריאות הכללית, ושילוב המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש בתוך המרכזים הרפואיים הכלליים, מרבית האשפוז מתקיימים בבתי החולים הפסיכיאטריים שנמצאים בחלקם במבנים ישנים וברמת תחזוקה ירודה שאינם מתאימים להענקת טיפול הולם במאושפוזים בסטנדרטים של שנת 2022. במסגרת תקציב המדינה האחרון, סוכם על תוספת 100 מלש"ח לבסיס תקציב המשרד, עבור תחילת הוצאת מטופלים כרוניים מבתי החולים לקהילות משקמות ומבחיני תמיכה לקופות

החולים עבור קיצור התורים, הקמת בתים מאזנים ופיתוח שירותי מניעה בקהילה (צוותי משבר).

המלצות למשימות להמשך

לאור האמור, ועל מנת לשפר ולעבות את המענה בתחום בריאות הנפש, ממומלץ להביא לאישור הממשלה תכנית חומש לטיפול בנקודות שהועלו לעיל בנושאים הבאים:

הגדלת מספר הקהילות המשקמות - ישנה קבוצה בקרב נפגעי הנפש אשר אינה נזקקת לאשפוז, אך מנגד המענים הקיימים כיום בקהילה אינם נותנים לה מענה ושתפקודה הנמוך אינו מאפשר את שילובה במערך השיקום הנוכחי. על מנת למצוא מענה מתאים לאוכלוסייה זאת, מוצע להקים מסגרות מסוג חדש הנקראות 'קהילה משקמת'. מסגרות אלו יפעלו בקהילה ויאפשרו יצירת רצף שירותי בין מסגרות האשפוז לשירותי השיקום בקהילה. תוכנית זאת מיועדת לתת מענה לכ-1,000 מטופלים, אשר רובם יגיעו מהמחלקות לאשפוז פעיל ממושך או ממסגרות מגורים טיפוליים הנמצאים בבתי חולים פסיכיאטריים (כ-600 מטופלים). יתר המטופלים יגיעו מהקהילה או ממסגרות השיקום או המגורים הטיפוליים שמפעיל משרד הבריאות. מיטות האשפוז שיתפנו כתוצאה ממעבר המטופלים מתוכננים לפנות מקורות תקציביים לטובת הפעלת הקהילה המשקמת על ידי המשרד, וכן תשומות כ"א שיוקצו לטובת שיפור הסטנדרט המקצועי במחלקות שיוותרו בבתי החולים. תוכנית זאת תדרוש תוספת של כ-100 מלש"ח לבסיס תקציב משרד הבריאות.

בתים מאזנים – 'בית מאזן' מענה קהילתי חלופי לאשפוז ראשוני המבוסס על מודל פסיכוסוציאלי סמי-רפואי לאיזון מטופלים בעלי מחלה נפשית ועל כן מתוקף פעולתם הם מהווים מונעי ומצמצמי אשפוז. מניתוח ראשוני עולה כי יש צורך בכ-100 בתים מאזנים. יחד עם האמור, כשלב ראשון מוצע להגדיל את היצע של הבתים מאזנים זאת על ידי הרחבת מבחני התמיכה לקופות החולים בסך של 50 מלש"ח. יש לציין שכבר כיום קיימים מספר בתים אשר פועלים באופן פרטי ונמצאים בהתקשרות עם חלק מקופות החולים.

שירותים נוספים בקהילה הנדרשים להרחבה וחיזוק:

טיפול יום, תמרוץ לביצוע ביקורי בית, הקמת צוותי משבר והרחבת השירותים לשיקום נכי נפש בקהילה.

זמני המתנה ארוכים לטיפול בקהילה

במהלך שנת 2019 החל משרד הבריאות במדידה ופרסום של זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה במגוון מקצועות. מהלך זה נעשה בליווי מחקרי ובשיתוף פעולה עם קופות החולים. כשלב ראשון, ניתן וצריך לבצע מדידה ופרסום של זמני המתנה לפסיכיאטר וטיפול פסיכותרפי (באבחנה בין המסלולים השונים). מהלך זה לכשעצמו צפוי לקצר את זמני המתנה במערכת. כשלב שני, מומלץ לפעול לעיגון בנהלים את חובת המדידה כפי שנהוג ברפואה היועצת והחצנת תוצאותיה לציבור לאורך של אמות המידה המקצועיות הרצויות לעניין זמני המתנה המצוינים מעלה.

כמו כן יש לעגן בנהלים תהליך של מעקב רבעוני עם כל אחת מקופות החולים על זמני המתנה בכל אחד ממחוזות הקופה. הקופות יפעלו לאור אבני דרך אשר יובילו להתכנסות לזמני המתנה לטיפול שהוגדרו. במהלך התהליך יסייע משרד הבריאות לקופות החולים בהסרת חסמים ופתרון בעיות קיימות. במסגרת זאת, יש להרחיב את מבחן התמיכה לקופות לנושא קיצור התורים בכ-100 מלש"ח נוספים.

פער משמעותי בין ההשתתפויות עצמיות המותרות לגבייה בין מטפלים : במצב הקיים ההשתתפות העצמית לטיפול פסיכותרפי בודד במסלול מטפל עצמאי עולה על פי ארבעה מההשתתפות הרבעונית במסלול מרפאתי (144 ש"ח לעומת כשלושים ש"ח), יש פגם רב, בעיקר עקב החשש של יצירת שירות המיועד לאוכלוסיות מבוססות יותר בתוך הסל הציבורי.

לאור האמור מוצע לתקן את ההשתתפות העצמית לפי ההצעה הבאה :

1. טיפול ראשון- השארת המצב הקיים (60 ש"ח).
2. טיפול שני והלאה- 55-45 ש"ח (הפחתה משמעותית מהמצב הקיים).
3. טיפולים קבוצתיים- השתתפות עצמית רגילה לכל טיפול.

בחודש אפריל 2021 הופץ להערות הגורמים המעורבים טיוטת חוזר לקביעת זמני המתנה לטיפול בקהילה בנושא בריאות הנפש. במסגרת דיוני התקציב 2021-2022 סוכם עם משרד האוצר כי ינתן לקופות החולים תקציב עבור קיצור התורים בקהילה (באמצעות מבחן תמיכה) וכי בשלב זה המשרד לא יפרסם את החוזר לקביעת זמני המתנה.

שיפור השירות באשפוז וקידום תוכניות לאיחוד מרכזי בריאות הנפש בבתי החולים הכלליים : במאי 2021 מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' חזי לוי, ועדה בנושא מערכת האשפוז בבריאות הנפש, בראשות פרופ' יובל מלמד ('ועדת מלמד'). באוקטובר 2022 סיימה הוועדה את עבודתה והגישה את המלצותיה למנכ"ל המשרד. במסגרת זאת, המליצה הוועדה על קידום תוכנית חמש שנתית למערכת האשפוז, שתקדם את המגמה להעברת מרכז הכובד לטיפול קהילתי, ולשילוב בריאות הנפש במערכת הבריאות הכללית. עיקרי המלצות הדו"ח הם :

- שינוי מבנה המחלקות הפעילות, כך שמספר המאושפזים במחלקה יהיה עד 25 מטופלים. יעד זה יושג בחלקו באמצעות העברת מטופלים ממושכים להמשך טיפול בקהילה כך שיתאפשר שימוש במיטות אלו ובכוח האדם שישאר להורדת עומסים בבית החולים וליצירת מחלקות קטנות יותר.
- יצירת הפרדה בין מטופלים במסלול אזרחי למסלול פלילי עם יחידה נפרדת לצוים והסתכלויות, וכן לשאוף לכך שהמחלקות תהיינה מחלקות עם התמקצעות בהפרדה מגדרית ומתן מענה לאוכלוסיות מיוחדות, אשפוז ראשון, הפרעות אכילה, נפגעי תקיפה מינית, תסמונת פוסט טראומטית, ועם רגישות תרבותית.
- הגדרת פעילות חדר המיון כחדר מיון התערבותי, המעניק טיפול המסיע במניעת אשפוז. את המחלקות יש לתכנן ולבנות בהתאם לפרוגרמה מודרנית, המאפשרת רווחה פיסית, ותנאי אשפוז מכובדים המשפרים את חווית המטופל והסביבה הטיפולית, ותוך דאגה



- לבטיחות המטופלים והמטפלים, עם מרכיבים טכנולוגיים המעודדים החלמה וקיצור משכי אשפוז.
- הקצאת משאבים להגדלת המשאב האנושי המטפל והתומך, ולפיתוחו: הגדלת היחס בין אנשי הטיפול במחלקה למטופלים; מתן פתרונות לאיוש המקצועות שבמחסור; הוספת בעלי תפקידים חדשים וחלוקה נכונה של התפקידים ביניהם; ויישום תוכניות לשימור, רווחה, פיתוח מקצועי והעצמה של עובדי המערכת. בנוסף, יש להוסיף ולעודד כניסה של מקצועות חדשים למערכת, כגון עמיתים מומחים, מדריכים ומנתחי התנהגות. וכן לחזק פונקציות שהבנת חשיבות מקומם עולה בשנים האחרונות, כגון תזונאים. בנוסף, יש להכשיר את הצוות הסיעודי בטיפולים התנהגותיים וקצרי מועד וכ- case manager.
 - דאגה לבטיחות המטופלים והצוות, בעזרת אנשי צוות מיומנים לנושא (מאבטחי סל"א), והכנסת טכנולוגיות מתקדמות למניעת אלימות ואובדנות.
 - העברת המטופלים הממושכים להמשך טיפול בקהילה, תוך שמירה על אנשי הצוות שיתפנו והמרת מיטות למיטות פעילות על מנת להקל על העומס והצפיפות במחלקות האקוטיות ולאפשר הקטנת המחלקות והגדלת היחס הטיפולי. כשליש מהמיטות הממושכות יישארו עבור מטופלים ממושכים בהתאם לצורך בכל עת. יש לפעול לגיבוש והוצאה לפועל של תוכנית תלת-שנתית להעברה של כ-600 מתוך 900 המטופלים הממושכים למסגרות מתאימות בקהילה להמשך טיפול.
 - יצירת מודל כלכלי הנועד ליצור תמריצים התואמים את המדיניות העדכנית לטיפול בבריאות הנפש. מודל זה נועד להעביר את מרכז הכובד בטיפול בבריאות הנפש ממערך האשפוז לקהילה, לפיתוח שירותים ברצף הטיפולי למניעת אשפוז ולהרחיב שירותים אינטנסיביים שלא באשפוז (אשפוזי יום וטיפולי יום), וליצירת שיפור בתנאי האשפוז, באיכות הטיפול והיחס הטיפולי במערך האשפוז. בהתאם, מומלץ על קביעת תקציב גלובלי עבור שירותי אשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים, תוך הטמעת כספי הסובסידיה הפסיכיאטרית בסל הבריאות. במקביל, יוגדר מנגנון משלים למודל המוצע, אשר ישמר את תמריץ הקופה לצמצם את צריכת האשפוז שלה בבתי החולים. לתקציב הגלובלי יתווסף תמריץ משמעותי לשמירה על איכות הטיפול אשר יחולק לבתי החולים הפסיכיאטריים על פי עמידה בפרמטרי איכות שונים, ובהם מדדים לאיכות הטיפול, מספר אשפוזים חוזרים, משכי אשפוז, רמת הצפיפות במחלקות, שביעות רצון המטופלים, ועוד.
 - גיבוש ויישום של תוכנית חומש בתחום התשתיות והבינוי עבור כל בית חולים, שתיתן מענה מהיר לצורכי תיקון ושיפוץ, תאפשר תחזוקה מניעתית ותוביל לפיתוח התשתיות. הבינוי צריך להיעשות בסטנדרט ראוי של שטח אישי למטופל ועם שטח ציבורי בהתאם לפרוגרמת משרד הבריאות. הכנת תוכנית תקציבית רב-שנתית לחמש שנים לתיקון ליקויים בכל מרכז בתחום הבינוי והשיפוץ של מחלקות האשפוז והתשתיות. הקצאת תקציב ייעודי לתחזוקה מונעת, במסגרת תוכנית העבודה השנתית של כל בית חולים. ויצירת תמריץ למרכז רפואי לנקוט פעולות של תחזוקה מונעת מול תחזוקת שבר.



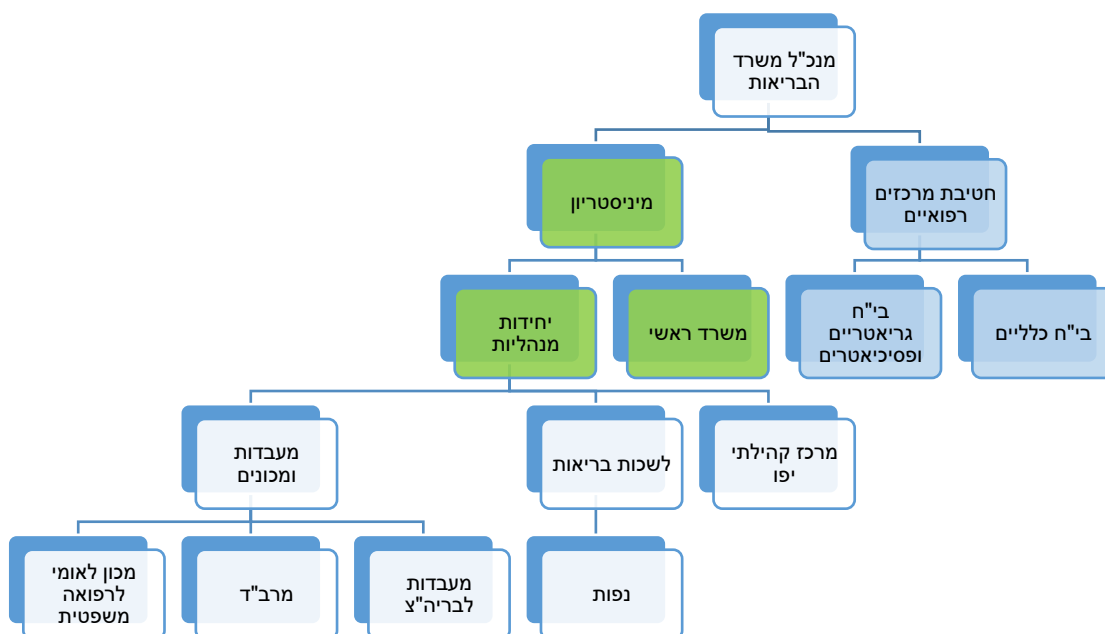
- הוספת מיטות לבריאות הנפש - יש להוסיף מיטות למערכת בריאות הנפש בהתחשב בקצב גידול האוכלוסייה ובצרכים הקיימים, וכן בהתחשב באיזון הנכון בין מערכי הקהילה והאשפוז. המיטות הללו יתוספו בעיקר לבתי החולים הכלליים על מנת לפתוח יחידות ייעודיות, כגון לנפגעי תקיפה מינית, הפרעות אכילה, תחלואה כפולה (גופנית ונפשית).
- תוכנית רב שנתית לשילוב המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש עם המרכזים ברפואה הכללית. במהלך הליך השילוב, ועד לאיחוד מלא, התוכנית צריכה לשמור על הייחודיות והאוטונומיות המקצועית והניהולית של המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש ולגדר את תקציביהם.

פרק 2

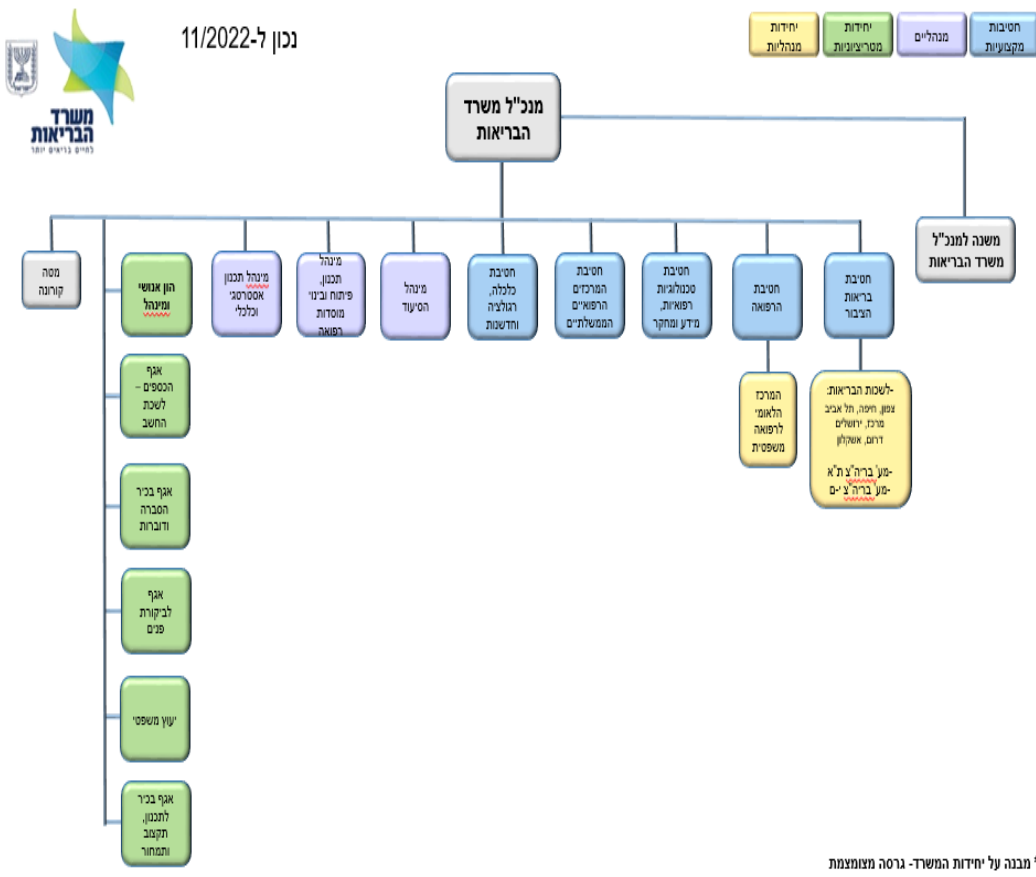
מבנה משרד הבריאות והחטיבות

פרק 2 - מבנה משרד הבריאות והחטיבות

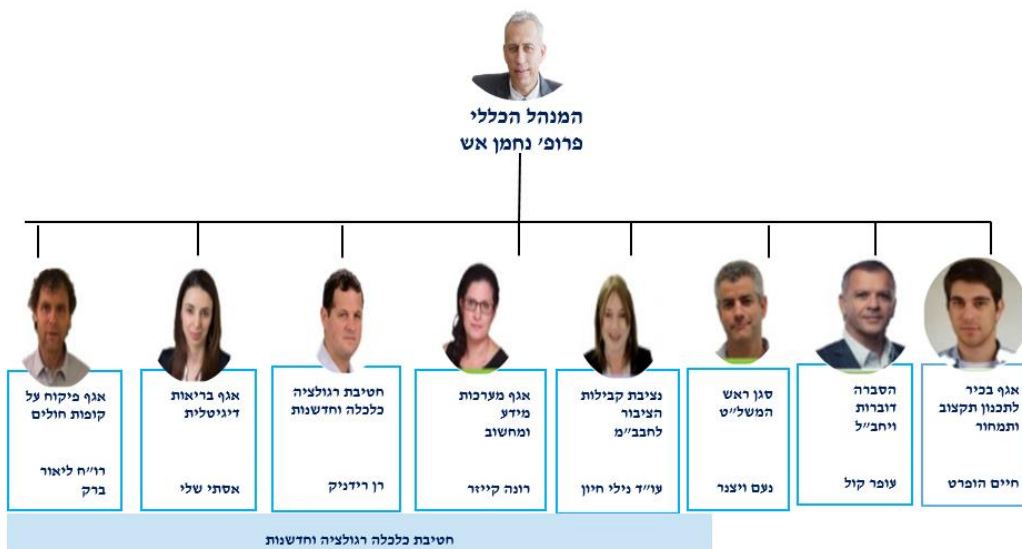
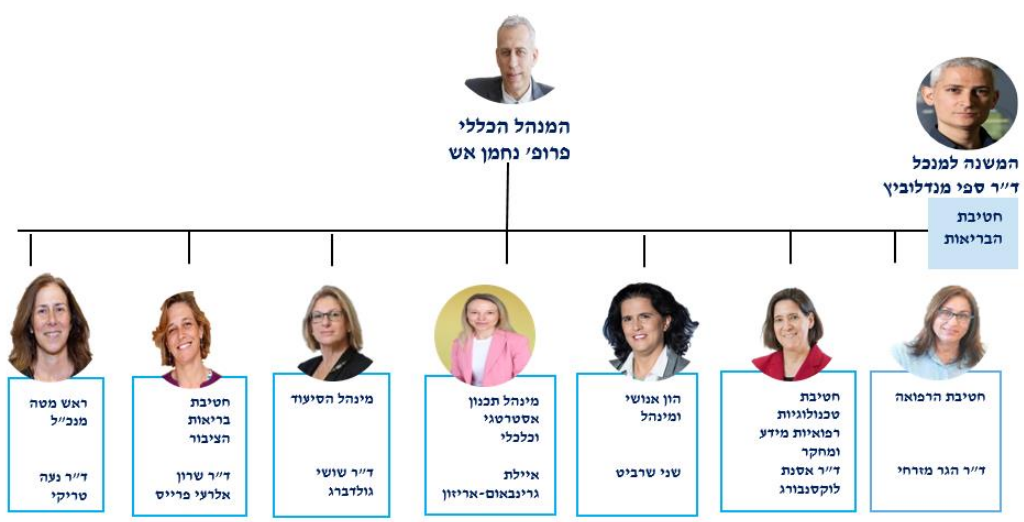
מטה משרד הבריאות מחולקת לחטיבות ואגפים העוסקים בקביעת מדיניות ביחס לנושאים השונים עליהם אחראי המשרד. כמו כן פועלות שבע לשכות בריאות מחוזיות ועוד כתשע לשכות נפתיות כיחידות שטח של המשרד, האחראיות על ביצוע תפקידי המשרד ברמה המקומית. בנוסף, מפעיל המשרד, כיחידות סמך, מספר בתי חולים כללים, בתי חולים פסיכיאטריים ומרכזים גריאטריים. לשכות הבריאות מפעילות כיחידות סמך שלהן שירותים רפואיים בקהילה כגון תחנות לבריאות המשפחה, או תחנות אם וילד (טיפות חלב).



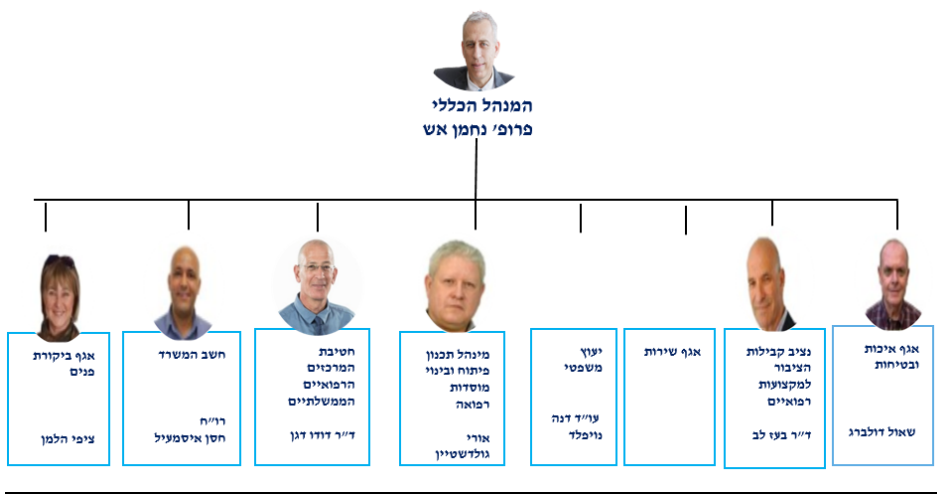
מבנה מיניסטריון משרד הבריאות



הנהלת המשרד



סקירה כלכלית



פרק 4- סקירה כלכלית

מקורות ושימושים

מערכת הבריאות בישראל מושתתת על מארג מורכב של גורמי רגולציה, מבטחים וספקי שירותים. בשל מורכבות זו, גם הקשרים הכלכליים המתנהלים במערכת הינם מורכבים וייחודיים. החלוקה הדיכוטומית הברורה ביותר בתוך המערכת הכלכלית הסבוכה הזו היא בין ההוצאה הציבורית (כ-64% מסך ההוצאה ב-2018) על בריאות לבין ההוצאה הפרטית (כ-36% מסך ההוצאה ב-2019), אשר שתיהן יחדיו מרכיבות את ההוצאה הלאומית לבריאות במדינת ישראל (נכון לשנת 2019 – 106.2 מיליארד ₪).

ב-2020 בשל השפעות ההתמודדות עם הקורונה מדדים אלו היו שונים מאוד מהשנים הקודמות כאשר ההוצאה הלאומית עמדה על 118 מיליארד ₪, 70% ממנה במימון ציבורי. האינטגרציה הכלכלית בין הגופים השונים יוצרת מערכת תמריצים מורכבת שבה ערוצי זרימת הכסף סבוכים ומחזקים את התלות של כלל הגופים האחד בשני. להלן היסודות המרכזיים בכלכלת הבריאות בישראל:

- **תקציב הסל** – יישומו של חוק הבריאות הממלכתי (1994) המעגן בחקיקה את הבטחת שירותי הבריאות הבסיסיים לכלל תושבי מדינת ישראל באופן שווה. תקציב הסל מקודם כל שנה על בסיס שלושה מקדמים: המקדם הדמוגרפי המשקף את הגידול באוכלוסיה בישראל (ניתן כאחוז מתקציב הסל), מקדם יוקר הבריאות המשקף את שינויי המחירים (ניתן כאחוז מעלות הסל) והתוספת הטכנולוגית לסל (עד כה ניתנת כתוספת סכום כספי שנתי הנקבע בהחלטת משותפת של שר הבריאות ושר האוצר). החל משנת 2022 החליטה הממשלה על תוספת למקדם הדמוגרפי שיקח בחשבון חלק מההשפעות של הזדקנות האוכלוסיה כתוספת של 0.209% מעלות הסל.
- **מנגנון הקפיטציה** – מנגנון חלוקת תקציב הסל בין ארבע קופות החולים (כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית) על בסיס מספר המבוטחים המתוקנן (משתני גיל, מין ואזורי מגורים) המשווים לכל אחת מהקופות.
- **תקציב משרד הבריאות** - מיעוטו של תקציב משרד הבריאות הוא לטובת מטה המשרד וקידום מדיניות, ורובו הוא תקצוב גופי המערכת. ניתן לחלקו למספר נושאים:
 - תקציב מינסטריון המשרד - כ"א מטה, מינהל ומשק, תחזוקה
 - תקציב שירותי בריאות מכח התוספת השלישית לחבב"מ - קודים גריאטריים, טיפולים לאוטוסיטים, חיסונים, בריאות התלמיד, שירות בטיפול חלב, גנטיקה קהילתית, טיפול בריאותי מקדם לילדים ועוד.
 - מבחני תמיכה - משרד הבריאות מתמרץ את גופי הבריאות השונים כנגד עמידה ביעדים המשקפים את מדיניות המשרד. לדוגמא: תכנית לקיצור תורים ב-

סקירה כלכלית

- MRI, התכנית לשיפור שירותי בריאות ואשפוזי בית בקהילה. תכנית לקיצור תורים בבריאות הנפש בקהילה בשנים האחרונות כלי זה הפך משמעותי ומרכזי במיוחד.
- השלמת הממשלה לתקציב של הבריאות מעבר לסכום הנגבה ממס הבריאות על ידי ביטוח לאומי. סכום זה מועבר מהמשרד לביטוח הלאומי המחלק אותו לקופות החולים לפי מנגנון הקפיטציה.
- תקציב מודל תקצוב בתי החולים הציבוריים ובתי החולים הממשלתיים.
- התחשבות בין קופות חולים לבתי חולים (קאפ) - מנגנון ההתחשבות בין קופות החולים לבתי חולים מסדיר את היחסים הכלכליים בין השניים תוך הבטחת היציבות הפיננסית הן של המבטחים והן של הספקים.
- קביעת מחירי מקסימום במערכת - ככלל, במערכות בריאות ציבוריות רוב השירותים נתונים תחת פיקוח מחירים מקסימום הנקבעים על ידי הרגולטור. פיקוח זה נועד לתת מענה לכשלי השוק הכלכליים המאפיינים כלכלת בריאות.
- הוצאה פרטית – ההוצאה מכיסם האישי של התושבים על שירותי בריאות. ההוצאה הפרטית כוללת את ההוצאה על השב"ן (שירותי בריאות נוספים) אותם מציעות קופות החולים מעבר לשירותי הסל, בביטוחי הבריאות הפרטיים ובהוצאות ישירות מהכיס של האזרחים על שירותי ומוצרי בריאות (out of pocket).

פערי התקצוב של המערכת

מערכת הבריאות הציבורית סובלת מפער תקציבי שנפער במשך עשור שלם ("הבור של העשור"), עקב גידול בהוצאות הבריאות ללא התאמה של המקורות התקציביים המוקצים למערכת. הפער נובע ממספר מגמות וביניהן הזדקנות האוכלוסייה, עליה בתחלואה כרונית, עליה בצפיפות המטופלים ועוד. לצד זאת עד 2014 קופות החולים תוקצבו בחסר ביחס לגידול האוכלוסייה אפילו ללא התחשבות בהזדקנותה, ובתי החולים גם הם לא פוצו באופן מלא על הגידול באוכלוסייה במסגרת מנגנון ההתחשבות. אלו הובילו לפגיעה ביכולותיה לספק מענה שהולם את ציפיות הציבור ונוצרה הבנה כי שימור המצב הנוכחי עשוי להוביל את המערכת הציבורית למצב של חוסר רלוונטיות.

במידה ולא יותאמו המקורות התקציביים הנדרשים כאמור, יש להניח כי תהיה פנייה לאפיקים פרטיים ותשלום בהתאם. הנחה זו אוששה לאורך העשור האחרון בראותנו את העלייה בשיעור המבטחים בביטוחים פרטיים. התפיסה הכלכלית לא רואה בכך בעיה שכן מערכת התמריצים הובילה את הצרכן לשלם יותר עבור שירותי שבעינו הוא יותר טוב. אולם, היא כן רואה בעיה באפשרות השנייה והיא אותן קבוצות אוכלוסייה שידן אינה משגת והיכולת שלהם לשלם עבור שירותים פרטיים היא דלה. אלו, ממשיכים לתלות את

סקירה כלכלית

תקוותיהם במערכת הציבורית השחוקה והמסורבלת שמותירה אותם ללא מענה רפואי איכותי ומובילה לפגיעה בהקצאת המשאבים.

לאור הנחה זו, נדרשת תכנית לאומית לחיזוק מערכת הבריאות באמצעות עצירת השחיקה, הסדרת מקדמי המערכת ומימון פערי תקציב קדימה. הקצאת משאבים למערכת, באופן הדרגתי, תביא לכיסוי "הבור של העשור".

כדי להביא את המערכת ליציבות, יש לפעול במקביל בשני הצירים הללו באמצעות מימוש תכניות התערבות סדורות וממוקדות. השקעה נכונה ונבונה במערכת שתמנף את תפוקות עשויה להוביל גם לייצור אינדיקטורים כלכליים איכותיים שיובילו את מדינת ישראל לממוצע מדינות ה-OECD ויהפכו את מערכת הבריאות בישראל למערכת בריאה יותר גם ברמה הפיננסית: תמהיל הוצאה פרטי ציבורי של 70/30 בהתאמה, הוצאה לאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג בגובה 8.5% ומתוכה 6% הוצאה ציבורית, צמצום פערי האי-שוויון והיערכות להזדקנות האוכלוסייה.

האינדיקטורים הכלכליים מצביעים כיום על פיגור משמעותי של ישראל ביחס למדינות ה-OECD ולאור זאת רק השקעה גדולה ואיכותית תצמצם את הפערים הקיימים. ההמלצה של ארגון הבריאות העולמי הנה לחלוקה של 70% הוצאה ציבורית ו-30% הוצאה פרטית.² במצב הנוכחי ישראל אינה עומדת בהמלצות ארגון הבריאות העולמי ובעשור האחרון היא נמצאת בממוצע רק על כ-62.5% הוצאה ציבורית (תרשים 1). נתון זה מגלם היבטים נורמטיביים על מידת ההשקעה של המדינה בשירותי הבריאות שהיא מעוניינת להעניק לאזרחיה, ועל-כן ארגון הבריאות העולמי וה-OECD מעניקים לו חשיבות רבה בבואם לבחון מערכות בריאות. יתרה מזאת, בהשוואה הבינלאומית, ישראל מדורגת בחלק התחתון של הרשימה, במרחק רב מהמדינות המובילות (תרשים 2).

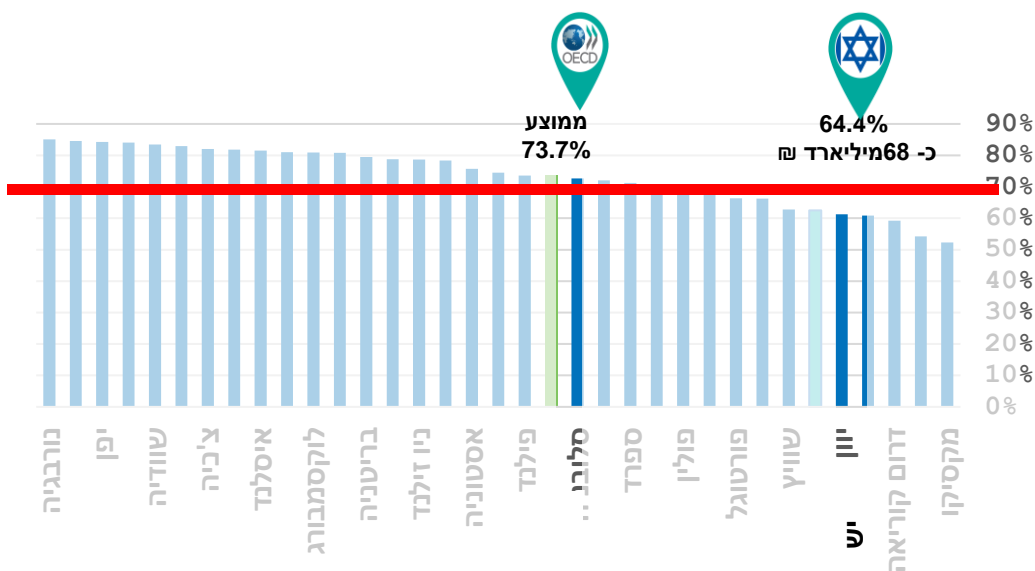
אחוז ההוצאה הלאומית לבריאות³ מסך התמ"ג⁴ של מדינת ישראל גם הוא אחד ממדדי המאקרו המרכזיים על-פיהם נמדדות מערכות בריאות ברחבי העולם. ישראל מצויה במצב סטטי ב-15 השנים האחרונות ואינה מראה שינוי ביחס ההוצאה על בריאות מהתמ"ג. לאורך כל שנים אלו, אחוז ההוצאה מהתמ"ג נותר בעינו, כ-7.5%. אמנם הסכום גדל ריאלי, אך בשל הזדקנות האוכלוסייה ניתן היה לצפות לגידול בשיעור ההוצאה מהתמ"ג. לא כך קרה והדבר מצביע על ירידה בשירותים שיש לתת עליה מענה (תרשים 3). דהיינו, אין לראות במדד 7.5% כשלעצמו כבעיה, אלא בכך שהוא מייצג את תמונה רחבה יותר של מגבלות מערכת הבריאות בישראל ורפואה לא מספיק טובה המסופקת לציבור. כמו כן, גם במדד זה בהשוואה בינלאומית ישראל נמצאת מתחת לממוצע ה-OECD באופן מובהק (תרשים 4). כל זאת, חרף שינויים

סקירה כלכלית

דמוגרפיים עמוקים שחלו באוכלוסיית מדינת ישראל בשנים הללו ובעיקרם הזדקנות האוכלוסייה.

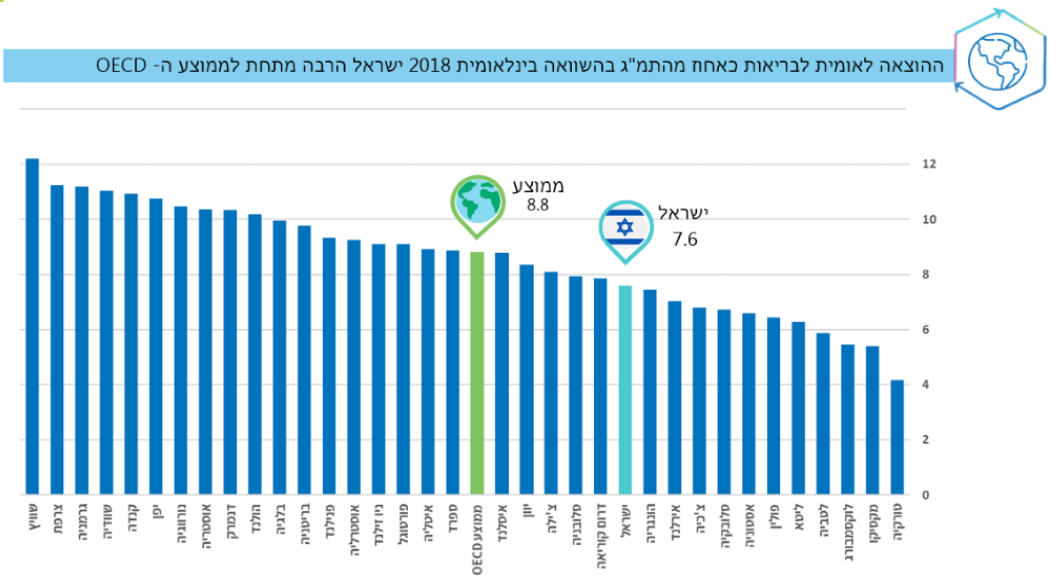
הנתון הנגזר המהותי ביותר מכך הוא ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג שגם בו ישראל במצב סטטי מאז תחילת שנות ה-2000 (תרשים 5). לפיכך, יש לתקן ולעצב את מקדמי סל הבריאות באופן שיהלום את אתגריה העתידיים של מערכת הבריאות. רק שינוי אינטגרלי ומעוגן לאורך זמן באופן בו המערכת מקודמת עשוי לייצב אותה פיננסית ולהעניק לה מרחב עבודה שיבטיח רלוונטיות לצרכי הציבור בעשור הקרוב.

תרשים 1- תמהיל ההוצאה הלאומית לבריאות: רחוק מסטנדרט ה-OECD של 70/30



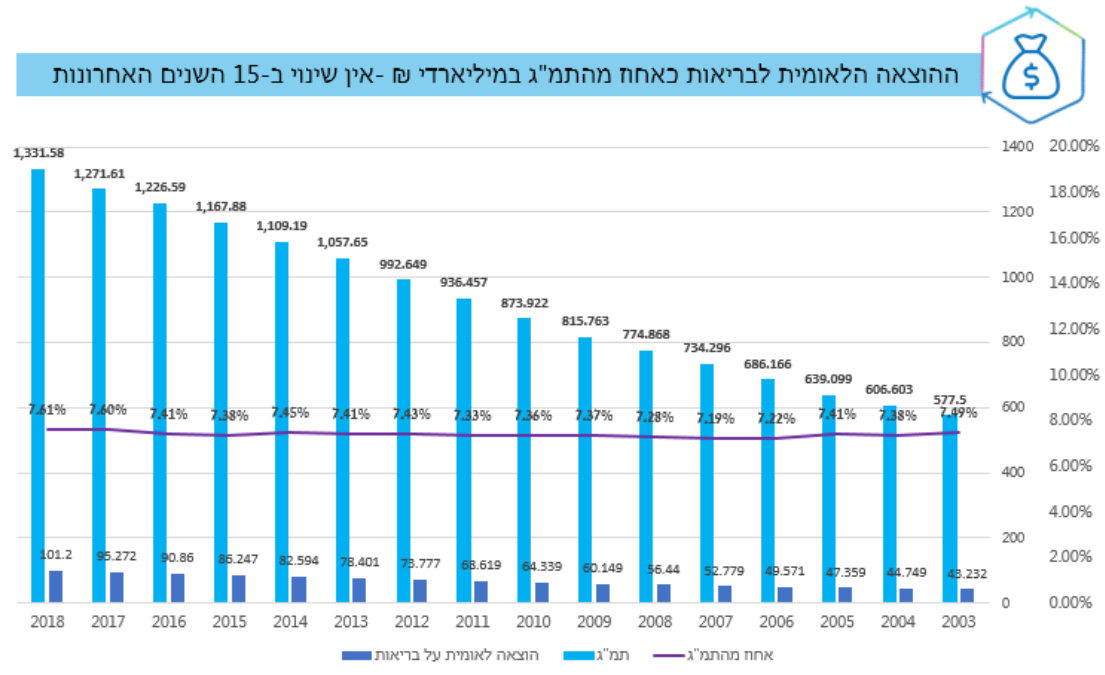
סקירה כלכלית

תרשים 2- בהשוואה בינלאומית ישראל נמוכה בהרבה בשיעור ההוצאה הציבורית לבריאות.



מקור: קובץ נתונים סטטיסטיים של מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות + נתוני ה-OECD.

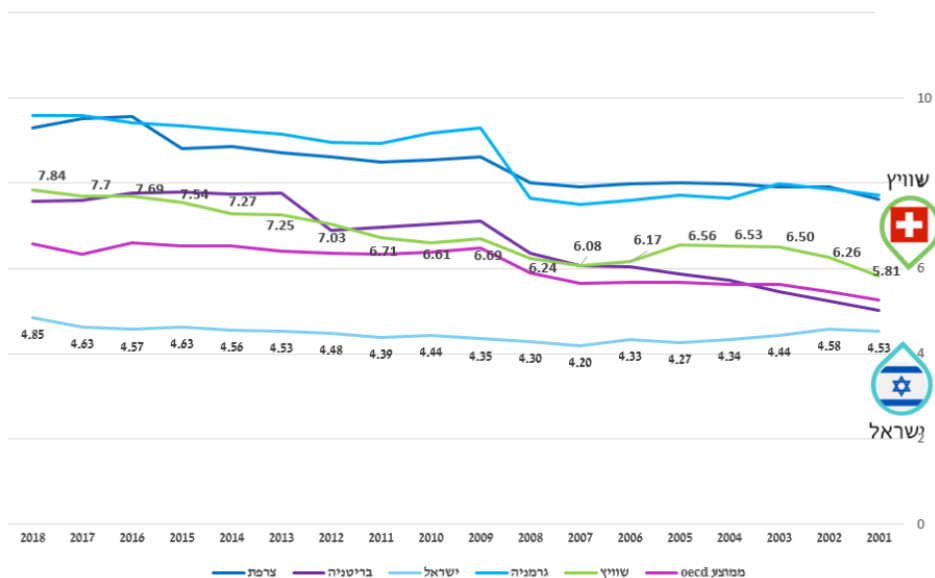
תרשים 3- על אף שינויים דמוגרפים עמוקים בעיקר בהיבט ההזדקנות, ישראל עדיין ממוקמת מתחת לשיעור ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג ברמה הבינלאומית
 מקור: קובץ נתונים סטטיסטיים של מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות + נתוני ה-OECD



סקירה כלכלית

תרשים 4 - ישראל ושוויץ בעלות שיעור הוצאה ציבורית דומה בתמהיל ההוצאה הלאומית, אך ביחס להוצאה מהתמ"ג שוויץ גבוהה בהרבה מישראל.
 מקור: קובץ נתונים סטטיסטיים של מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות + נתוני ה-OECD.

ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג - השוואה בינלאומית בשנות ה-2000



תקצוב משרד הבריאות

"תקציב המדינה הוא האמצעי העיקרי לביצוע מדיניות הכלכלית והחברתית של הממשלה... תקציב המדינה מבטא את השקפת הממשלה על השיטה הכלכלית הרצויה, את סדר העדיפויות שהיא מעוניינת ליישם, את הערכותיה על מצב המשק, ואת המדיניות שתוביל את הכלכלה הלאומית לצמיחה וליציבות." מתוך "מאזן הכוחות בתהליך התקצוב", דהן וכן בסט.

תקציב המדינה הוא חוק הקובע את מסגרת ההוצאה התקציבית המותרת לסוגיה בשנה קלנדרית ("שנת כספים") מסוימת ואת חלוקת ההוצאה בין תחומי הפעילות השונים של הממשלה. חוק התקציב הוא "חוק הרשאה", כלומר הוא חוק המתיר לממשלה להשתמש במשאבים המפורטים בו, אך לא מחייב אותה לעשות כן.

חוק התקציב מורכב משלושה חלקים: התקציב הרגיל, תקצית הפיתוח וחשבון ההון ותקציב המפעלים העסקיים.

סוגי התקציב: תקציב המדינה נחלק לכמה סוגי הוצאה ותקני כוח אדם המפורטים בעמודות בחוק התקציב, בספרים הכחולים ובספרים הירוקים:

- 1 **תקציב הוצאה נטו:** הסכום המותר להוצאה במזומן בשנה כלשהי.⁸
- 2 **תקציב הוצאה המותנית בהכנסה:** תקציב נוסף המותר בהוצאה בתנאי שיתקבלו תקבולים למימון ההוצאה מגורמים חוץ ממשלתיים.
- 3 **תקציב הוצאה ברוטו:** תקציב הוצאה נטו בתוספת תקציב ההוצאה המותנית בהכנסה.
- 5 **תקציב הרשאה להתחייב:** משאב המאפשר התחייבויות רב שנתיות בהיקף שמעבר לתקציב ברוטו, בדרך כלל בפרויקטים של פיתוח תשתיות או מערכות מידע.
- 6 **שיא כוח אדם (שכ"א):** נקרא גם "תקנים". מספר המשרות המרבי שהממשלה רשאית למלא בסעיף כלשהו באותה שנת כספים.
- 7 **נתונים כמותיים:** "כמויות". סוגי הנתונים הכמותיים כוללים: שעות נוספות, העסקה לפי שעות, חודשי עבודה, שעות סטודנטים, כוננויות, פרמיות ושכר עידוד והחזר הוצאות רכב.
- 8 **משרות עב"צ ("עבודה בלתי צמיתה"):** היקף כוח האדם שאפשר להעסיק מעבר לשיא כוח האדם, בחודשי עבודה.

1. מקורות מימון התקציב:

תקציב המדינה ממומן משני מקורות: הכנסות המדינה וחוב. תוספת לתקציב יכולה להיות ממומנת גם משינוי סדרי עדיפויות או התייעלות כלומר, קיצוץ במקום אחר.

א. הכנסות המדינה:

- 1 **הכנסות המדינה ממסים:** הכנסות המדינה ממסים הן כ-91.5% מסך הכנסות המדינה ומורכבות מההכנסות ממסים ישירים (כ-53% מתוך ההכנסות ממסים) כגון מס

⁸ או בשנה שאחריה, על פי סעיף 66 לחוק יסודות התקציב, ראו הרשאה להתחייב.

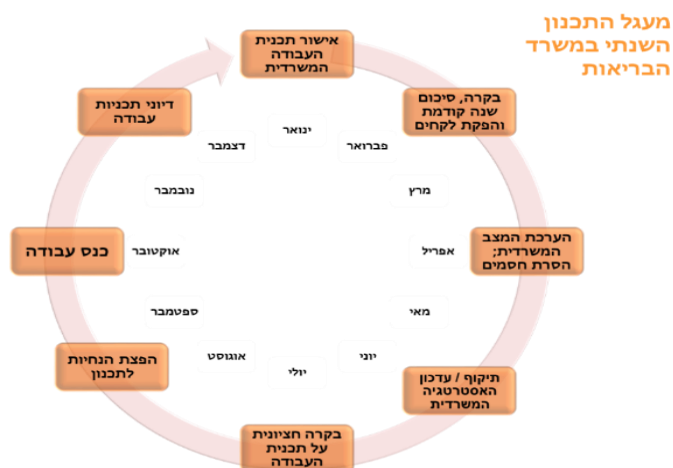
סקירה כלכלית

הכנסה, מס חברות ומע"מ על מלכ"רים ומוסדות פיננסיים, ומההכנסות ממסים עקיפים ואגרות (כ-47% מתוך ההכנסות ממסים) כגון מע"מ, מסי קניה, בלו⁹ על הדלק ואגרות רישוי רכב. על מנת להגדיל את היקף ההכנסות ממסים המדינה יכולה להגדיל את בסיס המס באמצעות צמיחה כלכלית או את שיעורי המס באמצעות חקיקה או חקיקת משנה.

(2) **תקבולים אחרים:** הכנסות המדינה מתקבולים אחרים הן כ-8.5% מסך הכנסות המדינה וכוללות הכנסות מתמלוגים על אוצרות טבע, דיבידנדים מחברות ממשלתיות ועוד.

מעגל התקצוב בישראל

מעגל התקצוב הוא התהליך המחזורי של תכנון תקציב המדינה, אישורו בממשלה ובכנסת, ביצועו והבקרה עליו.



תקציב משרד הבריאות

משרד הבריאות עוסק בתכנון, פיקוח, רישוי ותיאום במערכת הבריאות. במסגרת זו, המשרד אחראי לקביעת הסטנדרטים המקצועיים בכל תחומי הרפואה ולביצוע פיקוח ובקרה על קופות החולים וגופי בריאות נוספים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כמו כן, המשרד עוסק בפיקוח בתחומי מזון, סביבה, רוקחות וטכנולוגיות רפואיות ורישוי מקצועות רפואיים. בנוסף, מפעיל המשרד באופן ישיר (כבעלים) מיטות אשפוז בבתי חולים כלליים ובתי חולים פסיכיאטריים וגריאטריים (כאשר ישנם בתי חולים אחרים המופעלים על ידי קופות החולים או שפועלים כגופים ציבוריים עצמאיים), וכן מפעיל כבעלים חלק ממערכת השירותים הרפואיים המונעים, הקהילתיים והסביבתיים, לרבות תחנות בריאות המשפחה (טיפת חלב),

⁹ "בלו" הוא מונח המשמש לתיאור המס העקיף על דלק ועל טבק ומקורו בספר עזרא, (ד', כ').

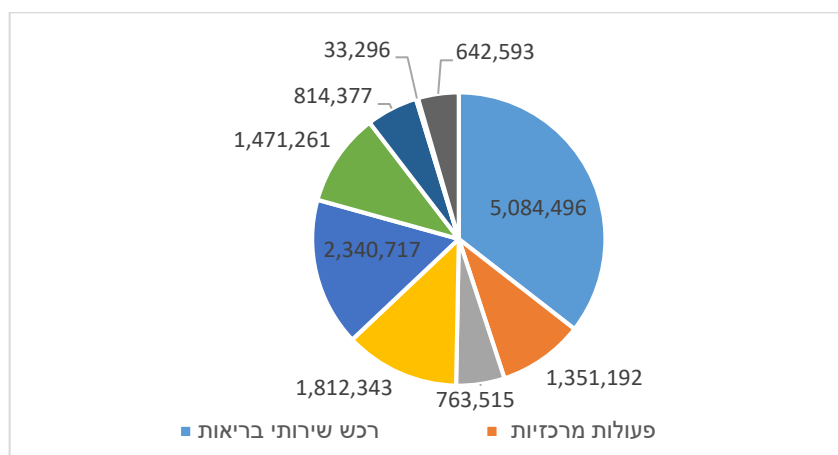
סקירה כלכלית

חלוקת מכשירי שיקום וניידות ושירותי בריאות התלמיד. יצוין, כי בשנים האחרונות קודמו מספר צעדים על ידי משרדי האוצר והבריאות שנועדו, בין היתר, לצמצם את מעורבות משרד הבריאות באספקת שירותים, היוצרת כפל כובעים בעייתי, ולחזק את תפקידו כרגולטור בתחום הבריאות ביחד עם משרד האוצר.

בחוק התקציב, תקציב משרד הבריאות מחולק לארבעה סעיפים תקציביים:

1. סעיף 24 - תקציב מטה המשרד, מערך בריאות הציבור ולשכות הבריאות המחוזיות, תקציב בתי החולים הפסיכיאטריים והגריאטריים ותקציב סל הבריאות ותמיכות בבתי החולים הממשלתיים (44,023,752 אלפי ₪).
2. סעיף 67 - תקציב הפיתוח עבור פיתוח ובינוי מוסדות רפואה ובתי החולים. (798,603 אלפי ₪).
3. סעיף 93 - מרכזים רפואיים לבריאות הנפש (1,372,396 אלפי ₪).
4. סעיף 94 - תקציב בתי החולים הכלליים הממשלתיים (12,227,818 אלפי ₪).

סעיף 24 - משרד הבריאות 44,023,752 אלפי ש"ח



תחומי הפעולה:

02 24 משרד ראשי 1,202,610 אלפי ש"ח

בתחום פעולה זה מרוכזת הפעילות של מטה משרד הבריאות, תקציבי כוח אדם ותקציבי התפעול. במשרד הראשי מועסקים כ- 1,000 עובדים. בתחומי התפעול מרוכזים תקציבי הקניות של המשרד הראשי:

01 24 02 שכר מטה 460,843 אלפי ₪ - שכר והוצאות שכר נלוות של העובדים במטה המשרד.

05 24 02 תפעול מטה 717,208 אלפי ₪ - תקציבי תפעול במטה המשרד, נסיעות לחו"ל, ביטחון, דיור, רכב ומחשוב.

18 24 02 מכונים 24,559 אלפי ₪ -

סקירה כלכלית

מכון לרפואה משפטית - המכון מספק למערכת המשפט שירותי רפואה משפטית. התקציב כולל את שכר עובדי המכון ותקציב התפעול.

המכון הרפואי לבטיחות בדרכים - המכון מבצע בדיקות רפואיות ופסיכולוגיות לרישוי נהגים ונושאים נוספים. התקציב כולל את שכר עובדי המכון ותקציב התפעול.

המכון לרעלים תל השומר - המכון מהווה מוקד פניה לכלל האוכלוסייה מכל הארץ בנושא הרעלות ורעלים. תקציב המכון כולל את שכר עובדי המכון ותקציב התפעול.

24 07 רכש שירותי בריאות 5,460,856 אלפי ש"ח

בתחום פעולה זה מרוכזת פעילות רכש שירותי הבריאות של משרד הבריאות בכובעו כמבטח לפי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק נכי נפש בקהילה. כמו כן, תחום זה מכיל פרויקטים נוספים לצורך שיפור ותמרוץ תחומי בריאות נבחרים.

24 07 01 הכשרות צוותים רפואיים 368,921 אלפי ש"ח

בתכנית זו מרוכזות פעילות הדרכה והכשרה ופעילות יחידות המסונפות לבתי החולים. הכשרות סטאז'רים, מינהל הסיעוד ובתי הספר הממשלתיים ללימודי סיעוד, רנטגן ופיזיותרפיה, אשר מסונפים למרכזים רפואיים כלליים. כמו כן, מימון התמחות של פסיכולוגים במרכזים רפואיים כלליים ובמרכזים רפואיים לבריאות הנפש.

24 07 09 פעולות מרכזיות 938,875 אלפי ש"ח

תכנית זו כוללת פרויקטים לצורך שיפור ותמרוץ תחומי בריאות נבחרים כגון פגיות, דימות (MRI), מניעת זיהומים ועוד.

24 07 10 גריאטריה 1,812,343 אלפי ש"ח

משרד הבריאות הוא המבטח בתחום האשפוז הסיעודי הכרוני, במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. במסגרת תכנית זו רוכש משרד הבריאות את שירותי האשפוז הסיעודי הכרוני לקשישים הזקוקים לכך.

24 07 14 שירותי בריאות הנפש 2,340,717 אלפי ש"ח

משרד הבריאות אמון על מימוש חוק שיקום ושילוב נכי נפש בקהילה והוא פועל ליישומו תוך שמירה על רצף השירותים יחד עם מערכי בריאות ברפואה הראשונית והאשפוז, ובשיתוף עם משרדי הרווחה, החינוך, השיכון והקליטה. כמו כן אחראי משרד הבריאות על אספקת שירותים נוספים כגון גמילה מהתמכרויות, שירותי טיפול בריאותי מקדם לילדים על הספקטרום האוטיסטי ועוד.

24 16 שירותי בריאות הציבור 1,471,261 אלפי ש"ח

שירותי בריאות הציבור עוסקים בתחומי הרפואה המונעת האישית, הקהילתית והסביבתית, תוך דגש על שמירת בריאות הציבור.

שירותי בריאות הציבור פועלים בפריסה ארצית באמצעות הלשכות המחוזיות והנפתיות בסיוע המעבדות המרכזיות והמחוזיות לבריאות הציבור. הלשכות המרכזיות מפעילות בפריסה ארצית שירות רפואי לפרט ברשת התחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"), ומפקחות על תחנות טיפות החלב המופעלות על ידי רשויות מקומיות ועל ידי קופות החולים. בנוסף, מספקות הלשכות שירותי בריאות לתלמיד בבתי הספר היסודיים וחטיבות הביניים.

03 16 24 רפואה מונעת 795,372 אלפי ש"ח

תכנית זו מספקת שירותי רפואה מונעת קהילתית כגון טיפות חלב, רכש חיסונים, גנטיקה קהילתית, בריאות התלמיד. בנוסף היא מממנת את פעילות התכנית לשיקום שכונות ואת מטה שירותי בריאות הציבור.

89 16 24 מעבדות בריאות הציבור 33,296 אלפי ש"ח

תכנית זו מממנת את פעילות מעבדות בריאות הציבור אשר מספקות שירותי מעבדה בפריסה ארצית.

90 16 24 לשכות הבריאות 642,593 אלפי ש"ח

בישראל שבע לשכות בריאות מחוזיות הפזורות ברחבי הארץ (צפון, חיפה, תל-אביב, מרכז, ירושלים, אשקלון ודרום). מטרת הלשכות היא ליישם את המדיניות של מנהל בריאות הציבור בשטח מול האוכלוסייה בתחומים שונים כגון: בריאות הסביבה (פיקוח תברואתי על מסעדות, בריכות שחיה, חופי רחצה ומוסדות חינוך), פיקוח על מזון (המיובא מחו"ל או המיוצר בארץ), אפידמיולוגיה (כגון חקירה וטיפול בהתפרצויות של מחלות ברמה המקומית והארצית), אם וילד, קידום בריאות ועוד.

20 24 קופות חולים ובתי חולים 35,548,160 אלפי ש"ח

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מקורות המימון לסל הבריאות אשר באחריות קופות החולים הם דמי ביטוח בריאות, הנגבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי וכן תקציב המדינה. תחום פעולה זה מרכז את השלמת עלות הסל מתקציב המדינה. כמו כן, מכיל תחום זה את הסובסידיה המשולמת לבתי-חולים ממשלתיים ומימון מבחני תמיכה הניתנים מעת לעת לבתי חולים וקופות חולים.

תכנית זו מכילה את כלל העברות והתמיכות לקופות חולים ובתי חולים לפי חוק או לפי מבחני תמיכה.

40 24 מרכזים לבריאות הנפש 3,868 אלפי ש"ח

09 40 24 מרכז קהילתי יפו

המרכז הקהילתי יפו משמש כמרכז לטיפול יום וטיפולים אמבולטוריים בלבד ומשרת את כלל תושבי המרכז. במרכז אין מיטות אשפוז.

50 24 מרכזים רפואיים גריאטריים 336,997 אלפי ש"ח

משרד הבריאות מפעיל חמישה מרכזים רפואיים גריאטריים. במרכזים אלו קיימות מחלקות לאשפוז חריף ותת חריף, שיקום, סיעוד מורכב, מונשמים, אשפוז כרוני לסיעודיים ומחלקות לתשושים. המרכזים מובילים את הטיפול והמחקר בתחום הגריאטריה בישראל, מהווים שדה קליני ומוכרים כמקומות התמחות לבוגרי לימודי רפואה.

בשנים האחרונות, מערכת הבריאות פועלת במגמה לצמצם את מחלקות האשפוז הממושך ולהסב אותן למחלקות אשפוז פעיל, חריף ותת חריף, שיקומי ומחלקות למונשמים. מטרת המהלך היא לייצר פתרון למצוקת אשפוז הקשישים, הקיימת במחלקות הפנימיות במערך הרפואי הכללי, הובלת נושא האשפוז הפעיל והתמקדות בתחום בו למשרד הבריאות יש יתרון,

סקירה כלכלית

ומנגד, יציאה מתחום האשפוז הממושך, אשר ניתן, רובו ככולו, באמצעות המגזר הציבורי והפרטי.

סעיף 67 בריאות (פיתוח) 798,603 אלפי ש"ח

סעיף הפיתוח של משרד הבריאות, משמש לתכנון ומימון פרויקטים רב שנתיים בתחומי בינוי ופיתוח מוסדות רפואה, הצטיידות רפואית ומשקית ומחשוב. בנוסף, משרד הבריאות משתתף בבינוי ופיתוח פרויקטים בבתי החולים של שירותי בריאות כללית ובתי חולים ציבוריים.

סעיף 93 מרכזים לבריאות הנפש 1,372,396 אלפי ש"ח

משרד הבריאות מפעיל שמונה מרכזים רפואיים לבריאות הנפש ומרכז קהילתי. פעילות המשרד מהווה את החלק הארי של האשפוז והטיפול המרפאתי בתחום בריאות הנפש בישראל. במרכזים אלו קיימות מחלקות לאשפוז פעיל, אשפוז ממושך, מחלקות לילדים ונוער, יחידות לטיפול יום ולאשפוז יום. למרכזים אלו מסונפות מרפאות קהילתיות כמסגרות אמבולטוריות בהן ניתן טיפול נפשי לכל פונה.

בשנים האחרונות, כחלק ממגמה עולמית של אל-מיסוד בתחום בריאות הנפש, צומצם מספר מיטות האשפוז במידה ניכרת, ומנגד, הורחבה הפעילות בתחום השיקום הנפשי והטיפול האמבולטורי בקהילה.

סעיף 94 - בתי חולים כלליים ממשלתיים 12,227,818 אלפי ש"ח

משרד הבריאות מפעיל 11 מרכזים רפואיים לאשפוז כללי, מהם שני מרכזים עירוניים ממשלתיים. בתי החולים הממשלתיים מהווים כמחצית ממערך האשפוז הכללי בישראל. בתי החולים מנוהלים כמפעלים עסקיים כאשר החלק הארי של תקציב בתי החולים מתקבל ממכירת שירותים רפואיים לקופות החולים בהיקף של כ- 7 מיליארד ש"ח בשנה. בתי החולים משמשים כמרכזי ידע ומחקר בשיתוף עם הפקולטות ללימודי רפואה.

פיקוח מחירים ורגולציה כלכלית במערכת הבריאות

פרק זה מכיל קישורים הרלוונטיים לגרסה הדיגיטלית של ספר זה. תחום תמחור הינו הגורם המתכלל לענייני רגולציה כלכלית, בדגש על הממשק בין קופות חולים לבתי חולים, ואחראי בין היתר על התחומים הבאים:

- פיקוח מחירים במערכת הבריאות ובכלל זה מחירי תרופות, מחירי שירותים רפואיים, קביעת מדד מחיר יום אשפוז, וקביעת תעריפי השירותים הניתנים ע"י המדינה במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- קביעת כללי ההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים (לדוג' חוק ה"Cap").
- ליווי כלכלי של וועדת הסל, ובכלל זה הערכת עלות של טכנולוגיות שאינן תרופות וכן פתרון סוגיות רחב שונות הנובעות מהרגולציה הכלכלית של המערכת.

פיקוח מחירי שירותים רפואיים

מחירי השירותים הרפואיים בבתי החולים הציבוריים מפקחים מתוקף "חוק פיקוח מחירי מוצרים ושירותים התשנ"ו-1996". כלל המחירים מפורסמים ב"תעריפון משרד הבריאות" באתר המשרד ([קישור](#)) ומשמשים בעיקר להתחשבות השוטפת בין קופות החולים לבתי החולים על כלל שירותי האשפוז (מיון, אשפוז, שירותים ניתוחיים, שירותים אמבולטוריים כגון בדיקות הדמיה וכד'), אך רלוונטיים גם ללקוחות נוספים (תיירות מרפא, רשות פלסטינית וכד').

פיקוח מחירי שירותים רפואיים הוא כלי מרכזי באופטימיזציה של אספקת שירותי הבריאות במערך האשפוז. מחיר השירות שנקבע מגדיר את התמריצים הכלכליים שישפיעו על מידת הנגישות של אותו השירות לאוכלוסייה. מחיר גבוה מהתשומות המושקעות בשירות מייצר תמריץ חיובי להגדלת היצע השירות, גם אם לעיתים אין בכך צורך, ועשוי להביא לעיתים גם לבזבוז משאבים וכפל תשתיות. מחיר נמוך מדי מהווה תמריץ לצמצום הנגישות לשירות, או להיעדר השקעה בשירות שעשוי להתבטא באי-ריענון של ציוד רפואי ירוד, גידול בגירעון בתי החולים, יצירת תורים לשירות וכו'. לאור זאת משרד הבריאות מקדם מחירון מדויק ככל הניתן, על מנת לנטרל את התמריצים הללו ולהביא לחלוקה אופטימאלית של שירותי הבריאות בתוך סך המשאבים הקיימים.

מחירי השירותים הרפואיים מתקדמים באמצעות "מדד מחיר יום אשפוז" המשקלל חמישה מדדי למ"ס ומביא לידי ביטוי את התייקרות התשומות במערכת בהקשרי כ"א וקניות.

ועדת המחירים הינה ועדה בין משרדית שפועלת מכוח חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (לעיל ולהלן – חוק הפיקוח או החוק). ועדת המחירים היא ועדה עצמאית ובלתי תלויה, המורכבת מגורמי מקצוע במשרד האוצר ובמשרד הרלוונטי (במקרה הנדון, משרד הבריאות). כאשר מדובר על החלה או הסרה של פיקוח מחירים ממוצר או שירות מסוים,

סקירה כלכלית

החלטות הוועדה מוגשות לשר האוצר ולשר הנוסף הרלוונטי (במקרה הנדון, שר הבריאות) כהמלצות, וחתימת השרים על צו פיקוח מעניקה להחלטת הוועדה תוקף חוקי.

סעיף 6 לחוק הפיקוח קובע תנאים שבהתקיימם רשאים השרים להחיל פיקוח מחירים על מצרך או שירות. קרי תנאים הכרחיים אך לא דווקא מספיקים. ס"ק (א) מונה תנאים הנוגעים להיבטים של קידום תחרות ומניעת ריכוזיות, וכן מאפשר להחיל פיקוח מחירים על מוצר או שירות שניתנת לגביו תמיכה מתקציב המדינה. ס"ק (ב) מוסיף מספר תנאים הנוגעים לאינטרסים ציבוריים שונים. על מנת להחיל פיקוח מחירים בהתקיים התנאים המנויים בס"ק (ב), נדרש מלבד החלטת השרים וחתימתם על צו פיקוח, גם אישור של הממשלה.

התנאי המרכזי להחלת פיקוח מחירים הוא קיומה של רמת תחרות נמוכה (בין כתוצאה ממאפייני שוק המקשים על התחרות כמו חסמי מעבר או חסמי כניסה, ובין אם כתוצאה מקיומו של גורם או גורמים דומיננטיים בשוק). בהתאם לסעיף 8 לחוק, בטרם התקנת צו על ידי השרים, יש לערוך היועצות עם ועדת מחירים.

פיקוח מחירים בשוק הבריאות

משק הבריאות במדינת ישראל מהווה כ-101 מיליארד ₪ (ב-2018) וכ-62 מיליארד ₪, מההוצאה היא הוצאה ציבורית, כאשר הקופות מוציאות כ-50 מיליארד שקלים, מהם 40% על מערך האשפוז וכ-26% על תרופות והיתר מיועד ברובו להוצאות שכר בתוך הארגון. כיום בשוק הבריאות ישנן שלוש רמות פיקוח עיקריות, פיקוח על מחירי שירותים רפואיים (להלן: "מחירון מב"ר") מכח פרק ה', פיקוח על מחירי תכשירים (להלן - "מחירון תרופות") (להלן: "מחירון מב"ר") מכח פרק ה', וחלקו מכוח פרק ו' וכן לאחרונה גם פיקוח על מחירים מכוח פרק ז', על ניתוחים הנעשים במערכת הפרטית. נראה אפוא כי יותר מ-70% מההוצאה הציבורית בשוק הבריאות מפוקחת על ידי חוק פיקוח על מחירים ולאחרונה גם חלק משמעותי של השוק הפרטי נמצא בבחינה תחת פרק ז' של חוק הפיקוח.

הדבר אינו מפליא ואין בו מצב חריג ביחס לנהוג בתחום הבריאות בעולם, זאת מכיוון שהצריכה בתחום הבריאות מאופיינת בכמה כשלים ייחודיים:

- הלקוח לא פונה למוצר מרצונו החופשי אלא מופנה אליו כחלק מהליך טיפולי על ידי גורם מוסמך (רופא) שכביכול מהווה גורם מתווך (ביקוש קשיח).
- הלקוח נמצא לרוב בסיטואציה מורכבת בה הוא נזקק לשירות מחד ומאידך מהות המוצר וצורת השפעתו לא ברורה לו ואין לו יכולת להעריך את סבירות עלותו של המוצר (פערי אינפורמציה)
- ללקוח אין יכולת להעריך את איכותו של המוצר טרם השימוש וכן ביחס לתחליפים.
- ללקוח אין יכולת להעריך את התחליפים ביחס להצעת הטיפול אותה קיבל.

סקירה כלכלית

- חוסר האינפורמציה מייצר מורכבות מאוד גדולה ביחס ליכולת לוותר על צריכת המוצר ולפיכך נוצר מעין "ביקוש קשיח" למוצר.

דהיינו מדובר במצב הטומן בחובו פוטנציאל לכשל שוק עקב פערי אינפורמציה מהותיים בין הלקוח שרוכש את המוצר לבין הספק ולפיכך לא מאפשר קבלת מחיר שיווי משקל תחרותי. חשוב לציין כי בחלק גדול מהאינטראקציות בשוק הבריאות הרגולטור מקדם רגולציה ותמריצים לתיווך מוסדר וכן מאפשר את צריכת המוצרים לאחר משא ומתן בין מבטח, שלרוב המתווך הוא שלוחו (מבטח - לרוב נציג הלקוח שקיבל תשלום מראש מהלקוח) לספק השירות (בית חולים/מרפאה) או יצרן השירות (חברת תרופות).

אכן קיימת מורכבות בלפקח על מחירי מוצר והדבר עלול לשבש תהליכים שיביאו לתוצאות ההפוכות מכוונת המפקח, עם זאת סיכונים אלו לדעתנו מוגבלים מאוד בתחום הבריאות לאור אופי השוק כפי שתואר לעיל. עם זאת, הסיכון באי פיקוח על מחירים בשוק הבריאות מטבע אופי המוצרים, עלול לייצר חוסר איזון כלפי המטופלים. בין הסכנות בשוק הבריאות באופן כללי ובשוק הקנאביס בפרט:

- הימנעות מקבלת השירות/המוצר והסבל הכרוך בכך למטופל ומשפחתו
- הגברת אי שוויון בבריאות בין מטופלים שיכולים לעמוד בעלות הכספית של המוצר לבין מטופלים שאינם בעלי יכולת כלכלית.
- בריחת מטופלים לשוק השחור שבו המחירים לעיתים זולים יותר אך המוצרים עצמם עלולים להיות מסוכנים ואינם עומדים בתנאי האיכות והבטיחות שנקבעו.
- מציאת פתרונות חלופיים, חוקיים, כגון טיפול לא קונבנציונליים, שאינם תמיד עומדים בסטנדרטים של בטיחות ואיכות נדרשים

מסיבה זו שוק הבריאות הוא שוק מתוכנן גם ברמת פונקציות ההיצע באמצעות רישיונות למכשירים, למוסדות, מתן מרשמים וכן כמעט כל השירותים והמוצרים הבסיסיים שבו תחת פיקוח מחיר מירבי. לפיכך, בבוא הוועדה לדון בפיקוח, ובפיקוח על שוק הבריאות על אחת כמה וכמה, יש לשקלל את הסיכון שכשל השוק אכן עלול להתממש ולייצר חוסר איזון למול הצרכנים.

חשוב לציין כי במערכת הפיקוח בישראל, שוק הבריאות חריג באופיו והמתודולוגיה המקובלת שאומצה על ידי ועדת המחירים בראשית שנת 2017, אינה מיושמת במלואה בתחום הבריאות (להלן – המתודולוגיה) [\(קישור למסמך המתודולוגיה\)](#) וכן הוחלט להשאיר את מחירי התרופות כמודל ציטוט (כפי שיפורט בהמשך) על כנו.

כאמור, בכל הנוגע לקביעת המחירים במערכת הבריאות, מתודולוגיית פיקוח המחירים שונה כמעט מהמתודולוגיה הכוללת של ועדת המחירים. הפיקוח על מחירי תרופות מרשם מתבצע לפי ציטוט מחירים ממדינות בעולם, וזאת בשל הקושי לכמת את עלויות המחקר והפיקוח של המוצרים, אשר הינן חלק בלתי נפרד מעלויות הייצור של התרופה, וכן בשל היותו שוק מעורב

סקירה כלכלית

ובו תחרות בין מוצרים מיובאים ומיוצרים בישראל והשוואת התשומות אינה ברת יישום. קושי זה הינו גלובלי ועל כן שיטת ציטוט המחירים לקביעת מחירי לתרופה נפוץ בכלל העולם. כמו כן גם בקביעת מחירי לתרופה נפוץ בכלל העולם. כמו כן גם בקביעת מחירי מקסימום לשירות רפואי, המחיר הנקבע הינו מחיר ממוצע, הכולל עלויות ממוצעות של ייצור השירות עבור מטופלים בעל מאפיינים דמוגרפיים ומאפייני תחלואה שונים, עבור טכנולוגיות שונות, עבור גורמי ייצור בעלי מאפיינים שונים, ולפעמים עבור סוגים שונים של שירות הנכללים תחת אותו תעריף. כך למעשה דה פקטו קיים סבסוד צולב בתמחור השירותים הרפואיים, מכורח המציאות. גם שיטה זו נפוצה בכל מדינות אירופה, ונובעת ממגבלות התמחור ומהתמריצים השליליים שתמחור מדויק של העלות בשירותי הבריאות עשוי לייצר בשל מאפייני הכלכליים השונים של שוק זה.

חשוב לציין כי במסגרת הפיקוח הן על מחירי התרופות והן על מחירי השירותים הרפואיים אנו לא חווים במשק הבריאות תופעה של הידבקות למחיר מירבי אלא מתקיים שוק לרוב שבו נסגרות עסקאות מתחת למחיר המרבי.

הדברים האמורים לעיל אינם חדשים ונידונו בעבר במסגרת דיוני ועדת המחירים (בריאות), כל חברי ועדת המחירים התייחסו לייחודיות שוק הבריאות בהחלטתם מה 21.01.2018 להמליץ על החלת פיקוח על ניתוחים פרטיים:

”...”

1. בהקשר זה, לא ניתן להתעלם מהעובדה, כי שירותי בריאות, ובפרט ניתוחים, הינם מוצרים חיוניים בעלי תועלת בריאותית גבוהה.
2. שוק הבריאות מאופיין בא-סימטריה במידע, כאשר המטופל נמצא בעמדת נחיתות אל מול ספק השירותים בנוגע לסוג, איכות ומשך הטיפול הנדרש. כמו כן, שוק הבריאות מאופיין בביקוש קשיח לשירותי בריאות. מטופל ובני משפחתו יהיו מוכנים לשלם, בעת הצורך, כל סכום שיידרש מהם, על מנת לקבל את שירותי בריאות הטובים ביותר שיוכלו להשיג.
3. מאפיין נוסף של שוק הבריאות, הוא מעורבותו של צד שלישי – המבטח. המטופל נושא בחלק קטן ובמקרים מסוימים אינו נושא בעלויות של הטיפול בו, והוא למעשה כמעט ואדיש אליהם. מורכבות נוספת של השוק היא שישנו מספר מצומצם של בתי חולים בשוק הפרטי.
4. מאפיינים אלו של שוק הבריאות, מביאים למצב בו ישנם מספר שווקים מקבילים בהם ישנה תחרות שלא תמיד מתמקדת במחיר (לדוגמה איכות הרופאים, זמינות הרופאים, מיקום המרפאה), ולכן לאור מאפיינים ייחודיים אלו, לא ברור שיכולים להתקיים התנאים הנדרשים לשוק משוכלל ותחרותי שיוביל למקסימום רווחה.

”...”

מחירי השירותים הרפואיים בבתי החולים הציבוריים מפקחים מתוקף ”חוק פיקוח מחירי מוצרים ושירותים התשנ”ו-1996”. כלל המחירים מפורסמים ב”תעריפון משרד הבריאות” באתר המשרד ([קישור](#)) ומשמשים בעיקר להתחשבות השוטפת בין קופות החולים לבתי

סקירה כלכלית

החולים על כלל שירותי האשפוז (מיון, אשפוז, שירותים ניתוחיים, שירותים אמבולטוריים כגון בדיקות הדמיה וכדו'), אך רלוונטיים גם ללקוחות נוספים (תיירות מרפא, רשות פלסטינית וכדו').

פיקוח מחירי שירותים רפואיים הוא כלי מרכזי באופטימיזציה של אספקת שירותי הבריאות במערך האשפוז. מחיר השירות שנקבע מגדיר את התמריצים הכלכליים שישפיעו על מידת הנגישות של אותה השירות לאוכלוסייה. מחיר גבוה מהתשומות המושקעות בשירות מייצר תמריץ חיובי להגדלת היצע השירות, גם אם לעיתים אין בכך צורך, ועשוי להביא לעיתים גם לבזבוז משאבים וכפל תשתיות. מחיר נמוך מדי מהווה תמריץ לצמצום הנגישות לשירות, או להיעדר השקעה בשירות שעשוי להתבטא באי-ריענון של ציוד רפואי ירוד, גידול בגירעון בתי החולים, יצירת תורים לשירות וכו'. לאור זאת משרד הבריאות מקדם מחירון מדויק ככל הניתן, על מנת לנטרל את התמריצים הללו ולהביא לחלוקה אופטימאלית של שירותי הבריאות בתוך סך המשאבים הקיימים.

מחירי השירותים הרפואיים מתקדמים באמצעות "מדד מחיר יום אשפוז" המשקלל חמישה מדדי למ"ס ומביא לידי ביטוי את התייקרות התשומות במערכת בהקשרי כ"א וקניות.

פיקוח על מחירי שירותים רפואיים בבתי חולים פרטיים

מחירי המקסימום שנקבעו בחוק פיקוח מחירים חלים רק בתי חולים ציבוריים, ואינן חלים על בתי חולים פרטיים (כגון אסותא, הרצליה מדיקל סנטר, רשת "אלישע" וכדו'). בעשור האחרון חלה עליה משמעותית בסך ההוצאה הפרטית על ניתוחים שהיא מעבר לגידול שחל במערכת הבריאות הציבורית, כאשר סך שוק הניתוחים הפרטיים, מוערך בכ-1.9 מיליארד ש"ח בשנה ומהווה כ-40% מסך ההוצאה הלאומית על ניתוחים. מאחר ורכיב משמעותי בעלויות המבטחים נגזר מהיקף ההוצאה על ניתוחים פרטיים, לגידול עלות הרכיב הניתוחי יש השפעה ישירה גם על הפרמיות המשולמות לקופות החולים במסגרת שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) ולחברות הביטוח ועל היקף ההשתתפויות העצמיות. הגידול בהוצאה הפרטית משפיע על משקי הבית, המשלמים סכומים גבוהים יותר עבור שירותי בריאות פרטיים – ובפרט על השכבות החלשות, שאחוז גבוה יותר מהכנסתן יוצא על שירותי בריאות. בנוסף עלה החשש שהסכומים הגבוהים שעשויים לגבות במערכת הפרטית בהעדר פיקוח מגולגלים לשכר הרופאים, וכך נגרמת עלית שכר בבתי החולים הציבוריים שנאלצים לשלם שכר גבוה יותר על מנת לעמוד בתחרות.

לאור זאת קדמו משרדי הבריאות והאוצר בחוק ההסדרים לשנים 2017-2018 את החלת חוק פיקוח המחירים על ניתוחים במימון פרטי. כשלב ראשון, בשנת 2018 הוציאו השרים צו המחיל את פרק ז' לחוק פיקוח מחירים המטיל חובת דיווח על ניתוחים במימון פרטי, זאת לאור מחלוקת שעלתה בין המשרדים באשר לצורך בפיקוח מחירים במערכת הפרטית, כאשר משרד הבריאות התנגד להחלת הפיקוח. במהלך שנים 2018-2019 בוצע ניתוח של הנתונים שנאספו

סקירה כלכלית

מהשטח, מהם עולה כי המחירים במערכת הפרטית גבוהים מהמחירים במערכת הציבורית, בדגש על חברות הביטוח שמשלמות כ-40% יותר מהמחיר שמשלמות הקופות עבור אותו הניתוח במערכת הציבורית.

ביוני 2020 פג תוקף הצו המאפשר דיווח על מחירים, וכיום אין צו בתוקף. במסגרת הצו נאספו נתונים מהספקים והמבטחים הפרטיים ונוצר מאגר מידע ראשון מסוגו אודות ניתוחים במימון פרטי בישראל. בחודש אוגוסט 2022 יצאה ועדת המחירים לשימוע על החלת הפיקוח על ניתוחים במימון פרטי לפי פרק ה' (קביעת מחירים מקסימום). השימוע מתנהל בימים אלה.

קאפ

ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים נערכת, בבסיסה, לפי מכפלת שירותי הבריאות הנצרכים בידי קופת החולים בכל בית חולים במחירו של כל שירות ושירות כאמור. מחירים אלו מוגבלים בצווים מכוח חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996. על מנת למנוע גידול בלתי מבוקר בשירותי בריאות שייתכן ואינם נצרכים רפואית וכן בהוצאה הציבורית לבריאות ובפרט בהוצאות הקופות לשירותים הנרכשים בבתי החולים ולגלם את העלויות השוליות של ספקי השירותים, הוצאה שהיא מרכיב עיקרי בהוצאות קופת חולים (41.7% מתקציב קופות החולים יוצא על שירותי אשפוז), הוחל במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997, התשנ"ז-1997), הסדר התחשבות המבוסס על תקרות צריכה.

הרעיון הוא שמעל תקרות שנקבעות בחוק תשלם קופת החולים לבית החולים סכום מופחת, כך שהתמריץ של בית החולים לגדול מעבר לנורמה שנקבעה על ידי משרדי הבריאות והאוצר - יפחת.

במסגרת ההסדרים שבאו לאחר מכן, נוסף רכיב רצפות הצריכה, שמטרתו הבטחת יציבות פיננסית לבתי החולים הציבוריים, שמהווים תשתית לאומית חיונית וחלק אינטגרלי מאיתנותה ויעילותה של מערכת הבריאות הציבורית, וכן הסדרים נוספים שנועדו לסייע ליעילות ואיתנות המערכת.

מצב נוכחי

בשנים האחרונות נחקק הקאפ מידי 3 שנים בחוק ההסדרים. בספטמבר 2020 נחקק חוק עבור שנת 2020 בלבד, אשר למעשה האריך את חקיקת 2017-2019 בשינויים המחויבים בשל מגפת הקורונה. בנובמבר 2021 במסגרת חקיקת ההסדרים נחקק הקאפ הנוכחי, אשר קובע את כללי ההתחשבות לשנים 2021-2024 וכן קיימת בו האופציה להארכת ההסדר לשנת 2025.

הסדר ההתחשבות לשנים 2021-2024/5

עיקרי ההסדר :

1. **רפורמה במערך האשפוז הפנימי** – כחלק מיישום המלצות ועדת טור-כספא לשיפור השירות במערך האשפוז הפנימי שונתה בקאפ האחרון שיטת ההתחשבות במחלקות הפנימיות במטרה להביא לשינוי התמריצים של הגופים השונים כך שהעומסים בפנימיות יפחתו והמטופלים יקבלו את השירות במסגרת האופטימאלית – בקהילה, באשפוז הבית ובאשפוז המשכי. במסגרת השינוי הוחלט להמשיך בהחרגת המיון מהקאפ על מנת לעודד את הקהילה לפתח תחליפי מיון; לשנות את התשלום לאשפוז הפנימי מתשלום לפי ימי אשפוז לתשלום גלובלי קבוע, כדי לנתק את התלות של רמת ההכנסה של בית החולים בתפוסות הגבוהות; ליצור תחרות בין הקופות על פיתוח חלופות אשפוז על ידי חלוקה מחדש באופן שנתי של התשלום הקבוע למחלקה הפנימית; להטיל קנס על הקופות על אשפוזים של מטופלים אשר הטיפול האקוטי בהם הסתיים והם ממתניים להעברה למוסדות המשכיים, על מנת לעודד את הפיתוח והגידול במוסדות אלו; להעביר 90-110 מלש"ח בכל שנה בהתאם למדדי איכות ושירות שונים על מנת לשפר את השירות במערך הפנימיות. המודל החדש התחיל באופן מלא בתחילת שנת 2021, ונכון לנקודת הזמן הזו נראה כי שינוי התמריצים מייצר שינוי במציאות - התפוסות במחלקות הפנימיות לא חזרו לרמתן הגבוהה מלפני מגיפת הקורונה, ישנו גידול משמעותי במערך אשפוזי הבית ובמערך הגריאטרי.
2. **הגברת יציבות גופי הבריאות** – הסדר ארבע/חמש שנתי במקום הסדר תלת שנתי - בשנה הראשונה של קאפ ישנה תקופת הסתגלות של הגופים במערכת, ולרוב ההסכמים בין קופות החולים ובתי החולים על בסיס החקיקה החדשה נחתמים לקראת סוף שנת הקאפ הראשונה. בימים אלה (נובמבר 2022), שנה לאחר חקיקת הקאפ, ישנם גופים רבים שנמצאים עדיין במשא ומתן להסכם חדש. במצב דברים זה, לחוקק קאפ לתקופה של שלוש שנים כך שתוקפו יסתיים בעוד כשנה מהיום, מביא לחוסר יציבות והשקעת אנרגיה מרובה של הגופים במערכת במו"מ חדש. לאור זאת ועל מנת לספק יציבות לאורך זמן, הוחלט להאריך את הקאפ לארבע שנים. כמו כן קיימת בחקיקה אופציה להארכת הקאפ בשנה נוספת. יש לציין כי חקיקת קאפ חדשה היא אירוע שמביא איתו משאבים משמעותיים למערכת, וישנה משמעות כלכלית להארכה. לאור זאת ככל ותישקל ההארכה לשנה נוספת יש לדאוג שמשאבי המערכת יישמרו במקביל ולאזן בין הצרכים התקציביים והצורך ביציבות.
3. **תיקון מחירים** - מתן סמכות לשרים להפחית את ההנחה הסטטוטורית כנגד תיקון מחירים – הקאפ קובע הנחה סטטוטורית רוחבית שכל בתי החולים חייבים להעניק לקופות החולים. בעת החקיקה ההנחה עמדה על 20%, וכיום היא עומדת על 19.25%. ההנחה התפתחה באופן היסטורי כאשר בתי החולים סיפקו באופן וולנטרי הנחות בסדרי גודל משמעותיים לקופות החולים, והחל מ-2014 הינה הנחה מתוקף חוק. בנוגע להנחה הוגשו פעמיים עתירות לבג"צ ע"י בית החולים הדסה (שתיהן נדחו). בקאפ הנוכחי לראשונה ישנה אפשרות לשרי הבריאות והאוצר לצמצם את ההנחה הרוחבית תחת אחד משני תנאים –

סקירה כלכלית

הוספת כסף לסל הבריאות בגובה צמצום ההנחה; הפחתת מחירי השירותים בהיקף כספי המשתווה לגובה ההנחה. מהלך זה הינו משמעותי ביותר ביכולת לבצע רפורמה בעולם מחירי השירותים, ומאפשר גמישות בהקצאה המחודשת של המשאבים בתוך מערך האשפוז.

4. הכנסה של אסותא אשדוד למנגנון הקאפ
5. בסמכות השרים לבצע איחוד תקרות ורצפות של בתי חולים באותה בעלות
6. מנגנון תקצוב קבוע – ישנה אפשרות לבצע הפנמה לסל של תקציבי הסובסידיה והתמיכות ולתקצב את בתי החולים באמצעות קופות החולים באמצעות מנגנון הקאפ.

פרק זה מכיל קישורים הרלוונטיים לגרסה הדיגיטלית של ספר זה תחום תמחור הינו הגורם המתכלל לענייני רגולציה כלכלית, בדגש על הממשק בין קופות חולים לבתי חולים, ואחראי בין היתר על התחומים הבאים:

- פיקוח מחירים במערכת הבריאות ובכלל זה מחירי תרופות, מחירי שירותים רפואיים, קביעת מדד מחיר יום אשפוז, וקביעת תעריפי השירותים הניתנים ע"י המדינה במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- קביעת כללי ההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים (לדוג' חוק ה"Cap").
- ליווי כלכלי של וועדת הסל, ובכלל זה הערכת עלות של טכנולוגיות שאינן תרופות וכן פתרון סוגיות רחב שונות הנובעות מהרגולציה הכלכלית של המערכת.

ועדת אש

ביום 23 למרץ 2022, מונתה הוועדה להעצמת שירותי הבריאות בישראל, ואסדרת מערכת הבריאות הציבורית והפרטית, בראשות פרופסור נחמן אש (להלן - "ועדת אש"). הוועדה הוקמה על מנת לגבש מדיניות סדורה בנוגע לאופן הפעילות של מערכת הבריאות על מקטעיה השונים ויחסי הגומלין בין הרפואה הציבורית והפרטית. על הוועדה הוטל לבחון את הסוגיות והאתגרים המרכזיים של מערכת הבריאות בישראל, בדגש על ההשפעות ההדדיות בין מערכות הרפואה הפרטית והציבורית בישראל, ולהמליץ על גיבושם של צעדי מדיניות אפקטיביים אשר ישפרו את יעילותה ואיכותה של מערכת הבריאות, את האפקטיביות של סך ההוצאה הלאומית לבריאות, ואת איכות הטיפול והשירות במערכת הבריאות.

מבין הנושאים השונים המצוינים בכתב המינוי, בחרה הוועדה בשלב זה להתמקד בעיקר בבעיות המבניות בתחום השב"ן וביטוחי הבריאות המסחריים. זאת לאור היכולת להפיק מסקנות המאפשרות צעדים פרקטיים שיביאו להשפעה בטווח הקצר על הציבור ומערכת הבריאות, ובין היתר להפחתה משמעותית של יוקר המחיה ולחיסכון של סכומים גבוהים לציבור, הגברה של יעילות ההוצאה הפרטית לבריאות וסיוע בחיזוק והעצמת המערכת הציבורית.

סקירה כלכלית

חברי הוועדה סוברים כי קיים חוסר יעילות בהוצאה של ציבור המבוטחים הפרטיים, שכן מרבית ההוצאה אינה חוזרת לכיסוי הוצאות רפואיות אלא לכיסוי הוצאות ושולי רווח של גורמים אחרים (חברות הביטוח, סוכנים וכיו"ב). לכך מתווספת העובדה שהרוב המוחלט של התושבים המחזיקים בביטוח מסחרי חברים במקביל באחת מתכניות השב"ן (כפל ביטוח). בעיית הכפל הביטוחים בתחום הניתוחים מביאה להוצאה מיותרת של כמיליארד וחצי שקלים בשנה, מחריפה את התחרות על כוח האדם הרפואי שנמצא במחסור ולכן מגדילה את לחצי השכר, ופוגעת בזמינות הרופאים והתארכות התורים במערכת הציבורית, ולכן גם מעמיקה פערים חברתיים ואי שוויון בנגישות לשירותי בריאות.

הוועדה בחנה מספר חלופות להתמודדות עם הבעיה המבנית, וממליצה על שינוי יסודי באופי ובתמהיל השירותים אשר ממומנים על ידי הסל, תכניות השב"ן והביטוחים המסחריים. בלב הפתרון המבני נמצאת הקביעה כי יש להבחין בין השירותים הניתנים בכל רובד ביטוחי.

כפועל יוצא לא יתאפשר לבצע ניתוחים וייעוציים במסגרת הביטוחים המסחריים, אלא רק באופן המשלים את הכיסוי הניתן בתוכניות השב"ן. הביטוח המסחרי, שכתוצאה מכך צפוי להיות זול משמעותית מעלותו כיום, יוכל לספק כיסוי של ההשתתפות העצמית של ניתוחים שבוצעו במסגרת השב"ן, שירותים רפואיים שאינם ניתוחים, פרק תרופות נרחב וכן יוכל להכיל את פוליסות הפיצוי בגין מחלה קשה ותאונות אישיות הקיימות כיום. המנגנון יחול על כל הפוליסות החדשות או המתחדשות החל מיולי 2023, ובמקביל יישמו מנגנונים לתמרוץ מעבר מפוליסות ישנות לפוליסות חדשות וזולות יותר בהן לא יתקיים כפל ביטוחי.

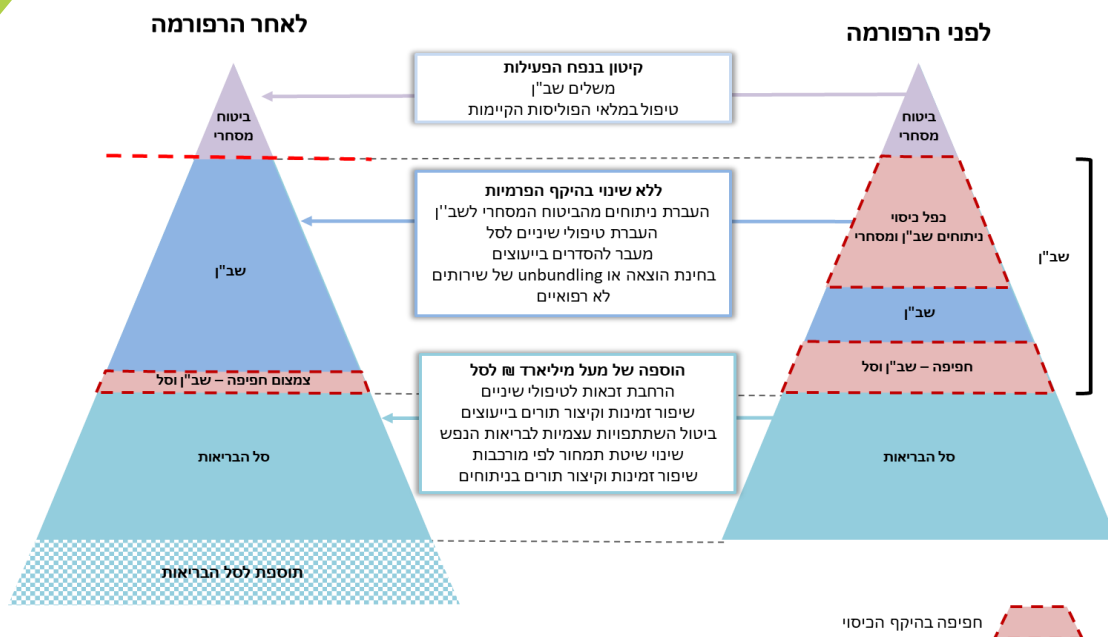
במקביל, תבוצע הסדרה מבנית בתכניות השב"ן, ובכלל זאת יצירת רובד נפרד לשירותים שאינם רפואיים בשב"ן, או הוצאתם לחלוטין מהתוכניות תוך מתן אפשרות להציע אותם באמצעות הביטוח המסחרי, החלת הסדרים בהיקף נרחב בהרבה מהנהוג כיום גם עבור רשימות היועצים וכן שדרוג סטנדרט משמעותי בשב"ן מבחינת אפשרויות הבחירה והיקף הספקים עימם עובדות הקופות, ובכלל זה הרחבת רשימת רופאי ההסדר בשב"ן. יינקטו צעדים שיבטיחו כי המהלך לא יוביל להעלאת הפרמיות בשב"ן.

כמו כן, במטרה לחזק את המערכת הציבורית ועל מנת לוודא כי המהלך המתואר לעיל יוביל לקיצור התורים ולשיפור המערכת תוך וידוא כי פרמיות השב"ן לא יעלו - הועדה ממליצה כי לצד השינוי המבני, יתווסף תקציב משמעותי לבסיס תקציבי מערכת הבריאות הציבורית בסכום של מעל מיליארד ש"ח בשנה, כך שסך המקורות למערכת הבריאות לא יפחת וניתן יהיה להבטיח לפחות את אותה רמת שירות. תוספת זו תהיה נמוכה מסך החיסכון הצפוי בפרמיות, כך שסך ההוצאה הלאומית לבריאות צפויה להיות נמוכה אך יעילה יותר.

התוספת מיועדת בין היתר להעברה לסל הבריאות של שירותים הנמצאים כיום בשב"ן וכן ליישום מנגנונים לשיפור סטנדרט הניתוחים והייעוציים בסל תוך העברת פעילות מהביטוחים המסחריים ישירות למימון ציבורי.

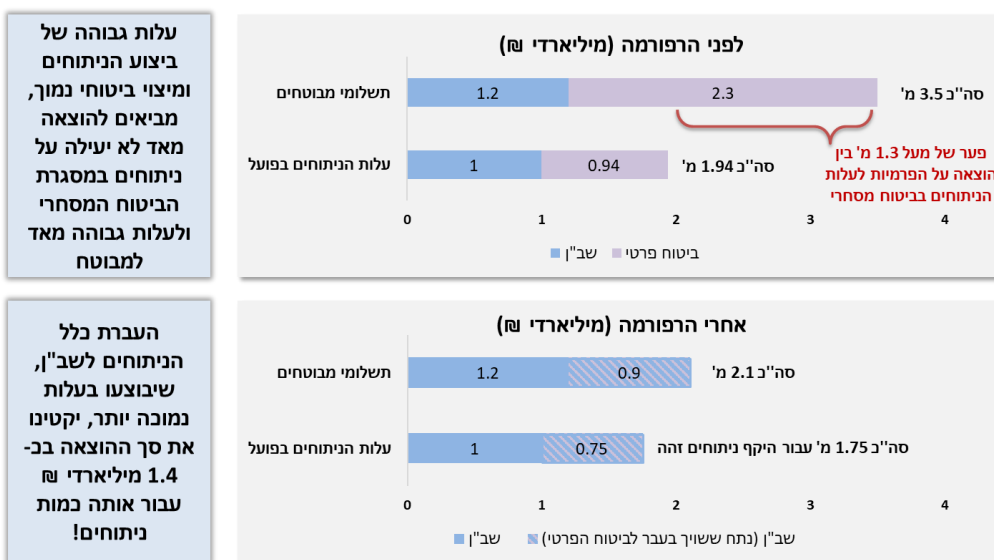
סקירה כלכלית

הוועדה סבורה כי המוצע מספק מענה מקיף, יעיל, ויציב למכלול הבעיות שנתחו, ועל אף מורכבותו היחסית הרי שהוא מסיים באופן חד וברור את כפל הביטוח ולא מאפשר לו לשוב ולהתקיים בווריאציות שונות, כמו גם מסיים מחלוקות רגולטוריות ארוכות שנים ומעניק ודאות רגולטורית לחברות הביטוח ולשב"ן.



השפעת הרפורמה על ניתוחים במימון פרטי

במצב הנוכחי, ההוצאה של הציבור על ניתוחים במסגרת השב"ן וניתוחים במסגרת הביטוח המסחרי מאופיינת בכפל הוצאות וביעילות נמוכה



סקירה כלכלית

השפעת הרפורמה על משקי הבית

 משפחת כהן	 משפחת אגבאריה	 משפחת כץ	
   סל הבריאות שירותי בריאות ביטוח מסחרי הממלכתי נוספים (שב"ן)	  שירותי בריאות נוספים (שב"ן) סל הבריאות הממלכתי	 סל הבריאות הממלכתי	כיסויים
חיסכון של 1,300 ₪ בשנה	ללא שינוי	חיסכון של מאות שקלים בשנה	עלות
	קיצור תורים זמינות טיפולים גדולה יותר מגוון רחב יותר של רופאים	קיצור תורים הרחבת זכאות לטיפולי שיניים זמינות טיפולים גדולה יותר מגוון רחב יותר של רופאים	תועלות נוספות

סיכום

בספר זה סקרנו ממעוף הציפור, על קצה המזלג ובטעימות מספר נושאים בקשר למערכת הבריאות בישראל.

פתחנו במבנה המערכת והשחקנים המרכזיים :

מבטחים : קופות והמשרד במסגרת התוספת השלישית לחוק

ספקים : התמקדנו בבתי החולים הציבוריים ונגענו בנושא הספקים בתחום הגריאטריה.

עסקנו במשק הרפואה הכללית, הרפואה הגריאטרית והשיקומית, בריאות הנפש ובריאות הציבור.

נגענו בסוגיית אי השוויון במערכת ובסוגיות כלכליות אחרות שונות.

על כל אחד ואחד מהנושאים ובתתי הנושאים הנגזרים ניתן עוד להרחיב מלל רב.

היחידות הרלוונטיות, כולן כאחת, ישמחו לפרט על כל נושא ונושא.

אנחנו מאחלים לך הצלחה בתפקידך בחיזוק מערכת הבריאות לטובת תושבי ישראל.