

**מערכת האשפוז הכללי בישראל:
מחזון של ביזור למציאות של
ריכוזיות ואובדן שליטה**

דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר

נייר מדיניות מס' 04.2019

ירושלים, אב תשע"ט, אוגוסט 2019

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיחה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל. פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

מערכת האשפוז הכללי בישראל: מחזון של ביזור למציאות של ריכוזיות ואובדן שליטה

דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר

הקדמה

עבודה זו היא אחת משתי עבודות העוסקות במערכת האשפוז הכללי בישראל:

1. מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב

2. מערכת האשפוז הכללי בישראל: מחזון של ביזור למציאות של ריכוזיות ואובדן שליטה

שתי העבודות, אשר משלימות זו את זו, דנות במערכת במשבר אשר משקף את המשבר של מערכת הבריאות בכללה. המשבר הוא תוצאה של שני גורמים: (א) פערים הולכים וגדלים בין צורכי המערכת לבין הקצאת המשאבים הציבוריים המתבקשים; (ב) העמקה מתמדת של מעורבות המדינה בניהולה השוטף של המערכת.

בהתאם לכך, העבודה הראשונה דנה בתשתית הפיזית והמימונית של המערכת: במבנה שוק האשפוז הכללי, במספר המיטות, בפריסתן ובניצולן, הכול לאורך זמן ומתוך השוואה בין־לאומית. העבודה השנייה דנה בתשתית האסדרה של מערכת האשפוז, המשפיעה על יעילות השימוש במקורות המערכת ובשווייוניות הקצאתם.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי וי"ר תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב; פרופסור (אמריטוס) במחלקה לכלכלת בריאות, אוניברסיטת בן־גוריון בנגב. רועי כפיר, מנהל תחום כלכלה והסכמים, אגף הכלכלה, המרכז הרפואי הדסה.

תקציר

התוכנית המיוחדת של המדינה לקיצור תורים מבטאת את חוסר המענה של מערכת האשפוז הציבורית בנושא מרכזי לציבור ולצרכיו וציפיותיו בתחום האשפוז הכללי. התמודדות המדינה עם האתגר נעשתה באמצעות תוכנית מורכבת ועתירת התערבות תוך שימור מכשירי האסדרה אשר תרמו לזמני המתנה בלתי מקובלים מלכתחילה. התוכנית סוטה מעקרונות היסוד שעליהם היו אמורות להיבנות המדיניות של מערכת הבריאות הציבורית בישראל בכלל וזו של מערכת האשפוז בפרט.

החזון והמציאות

בניגוד לחזון של ועדת נתניהו וחוק ביטוח בריאות ממלכתי, של שוק פנימי במימון ציבורי, שבו קופות חולים מתחרות מתנהלות מול בתי החולים כגופים אוטונומיים, המדינה מוצאת עצמה מעורבת יותר ויותר בניהול השוטף, עד כדי ניהול יתר (micro-management) של מערכת האשפוז – הרבה מעבר לנדרש ממנה לצורך התמודדות עם כשלי שוק מובנים במערכת. התוצאה היא שחיקה מתמדת של הרציונליזציה הכלכלית של פעילות המערכת ושל האחראיות (accountability) של מנהליה.

הליקויים היסודיים בתשתית האסדרתית של מערך האשפוז הציבורי כיום מפחיתים את הכדאיות של השקעת משאבים בהרחבת תשתיות (מיטות אשפוז) ובתפעול ורכש (כגון תוכניות לקיצור תורים). לכן, בטרם מפנים משאבים בהיקפים גדולים להרחבת תשתיות פיזיות, לתפעול ולרכש, יש לשקול ביצוע של תיקונים בתשתיות האסדרה, לרבות הוצאת מוסדות אשפוז מבעלות המדינה – בעלות אשר מבטאת יותר מכול את מעורבותה הלא מידתית במערכת.

ציבוריות בתי החולים

נכון להיום המדינה טרם הגדירה והסדירה באופן ברור ומלא את מעמדם של בתי החולים "הציבוריים", למרות חשיבותו המהותית של עניין זה ליחסים בין המדינה לבין מוסדות האשפוז, בין באמצעות קופות החולים ובין באופן ישיר. מתוך החזון של מערכת הבריאות הישראלית, כפי שנוסח בהמלצות ועדת נתניהו ובחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומתוך סקירה של פעולות המדינה בתחום בשנים האחרונות, מוצעת כאן הגדרה לבית חולים ציבורי על פי שלושה מבחנים:

- **המבחן הנורמטיבי:** בית החולים מחויב להציע את כל שירותיו, לרבות השירותים האלקטיביים, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכל תושבי המדינה בשוויון מלא.
- **המבחן התפקודי:** בית החולים מפעיל מערכים ציבוריים, כגון מחלקה לרפואה דחופה, מערך חירום ומערכי הוראה והדרכה.
- **המבחן הכלכלי:** עיקר הכנסותיו של בית החולים מתקבלות מהספקת שירותים לסל הממלכתי, קרי, ממכירת שירותים לקופות החולים.

בהתאם לכך, הדיון הכלכלי אינו במימון בית החולים וגירעונותיו, כי אם במימון שירותי הסל שמספק בית החולים כחלק מהמערך הכולל של מימון שירותי הסל הממלכתי.

מחירי אשפוז: מנגנון ה-CAP

בניגוד לרוח החוק, וכתגובה יתר לכשלי שוק המובנים במערכות בריאות, לרבות מערכות אשפוז, יצרה המדינה מנגנון מסועף ומסובך של פיקוח על מחירים וכמויות בשוק הפנימי שבו פועלים קופות החולים ובתי החולים, שהוא למעשה תכנון מרכזי של מספר רב של תהליכים במערכת מורכבת ודינמית.

התכלית המקורית של אותו מנגנון אסדרה, המכונה CAP או Capping, הייתה להרתיע את בתי החולים מהספקה עודפת של שירותים, באמצעות קביעת מחירים מופחתים, סביב שליש ממחירים הרגיל. בפועל, במקום שהמחירים המופחתים יחולו על שוליים צרים בלבד ובאופן ארעי, הם הפכו לנורמה המנחה את מערכת האשפוז. מנגנון ה-CAP הביא למספר עיוותים במערכת:

- א. החלשה, עד כדי ביטול למעשה, של מכשיר המחירים היחסיים (לפי עלויות ממוצעות) כגורם אשר יכול לאותת על קדימויות במערכת, כגון כדאיות הצריכה של שירות בבית חולים לעומת צריכתו במרפאה או במכון בקהילה, או כדאיות הייצור של טיפול מסוים לעומת טיפול אחר האמור להתבצע באמצעות אותן תשתיות ואותו כוח אדם.
- ב. קושי בזיהוי הקשר שבין גירעון בית החולים לבין הגורמים לגירעון. תהליך זה הביא להחלשה של הבקרה התקציבית במערכת ושל האחריותיות בניהול הכלכלי של בתי החולים.
- ג. המחיר הנמוך המלאכותי להליכים רפואיים הנעשים בבית החולים הציבורי הקשה עליו להתחרות בבית החולים או במכון הפרטי על עבודת הרופאים המומחים אחר הצהריים, ובכך סייע להרחבת ההיצע והביקוש לביצוע פרוצדורות במערכת הפרטית במימון הביטוחים המשלימים והמסחריים.
- ד. יצירת תלות תקציבית של קופות החולים, בפרט הקטנות, במחירים המופחתים, והפיכתם למכשיר מרכזי במימון של המדינה לתקציב הסל. זאת, במקום להעביר לקופות תקציב ריאלי למימון שירותי הסל, לרבות שירותי האשפוז, לפי עלויות ממוצעות וכמתבקש מהחוק. המדינה התרגלה לממן חלק מתקציב הסל באמצעות הפחתה מלאכותית של מחירי שירותי האשפוז ומימון המלא או החלקי של הגירעונות במערכת האשפוז ישירות מתקציב המדינה, מחוץ לתקציב הסל.

בבחירה בין מימון גירעון הקופות אילו שילמו מחירי אשפוז ריאליים, לבין מימון גירעון בתי החולים שנגזר מהפחתת המחיר המלאכותית, בחרה המדינה להגדיל באופן עקבי את המימון הגירעוני של בתי החולים הכלליים. במימון זה יש למדינה מרחב פעולה גדול יותר בהקצאת התקציב מאשר בקביעת תקציב הקופות. זאת כנראה הודות להיעדר השקיפות ולעמימות בהגדרת היחסים שבין המדינה לבין בתי החולים הציבוריים (ראו דיון בפרק העוסק בציבוריות בתי החולים). כך או כך, על פי עקרונות היסוד של ועדת נתניהו וחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תפקיד המדינה היה לקבוע מסגרת מימון (נורמטיבית ופרוספקטיבית) למערכת ולא לעסוק במימון גירעונות מסוג זה (פרטניים ובדיעבד).

מנגנון ה-CAP והמחירים המופחתים תרמו כנראה גם לניצול חסר של תשתיות בתי החולים הציבוריים, ולהרחבת היצע השירותים במימון פרטי במוסדות שאינם ציבוריים שלא הוחל בהם המנגנון המרוסן. היות שהמגבלה האפקטיבית היחידה שעמדה בפני מנהלי בתי

החולים הציבוריים בהרחבת השירות בשוליים היא זמינות כוח אדם, המחיר המופחת בשוליים הגביל את יכולתם לשלם לרופאים עבור ביצוע פעולות נוספות בשעות אחר הצהריים. מגבלה זו נוטלה בחלקה על ידי מדיניות מימון הגירעונות של הממשלה, ובחלקה על ידי יציאת רופאים בהיקפים ובמחירים הולכים וגדלים למערכת הפרטית במימון הביטוחים המשלימים והפרטיים. מובן מאליו שהבעיה נעשתה חריפה ביותר דווקא בהליכים כירורגיים מתוכננים (אלקטיביים), שבהם הייתה המערכת הציבורית יכולה לתת מענה באמצעות התשתיות הקיימות לו תוגמלה במחירי השירות המלאים. לפיכך נוצרו תורים במערכת הציבורית למרות הנטייה של מנהלי המוסדות הציבוריים להרחיב את הפעילות.

התוכנית לקיצור תורים

הכללת אותם השירותים גם בחקיקת ההתחשבות לפי מנגנון ה-CAP, המיועדת לצמצום היצע השירותים לסל הממלכתי, וגם בתוכנית הלאומית לקיצור תורים, המיועדת להרחבת היצע אותם השירותים עבור הסל הממלכתי, היא סתירה לוגית במדיניות הממשלה, אשר נובעת מהתלות התקציבית שפיתחה המדינה במנגנון ה-CAP. הרצון לקיים את שני המנגנונים הסותרים במקביל חייב את המדינה ליצור מנגנון תקציבי נפרד מתקציב הסל, המנוהל באמצעות מערכת מורכבת במיוחד של דיווח ומעקב אחר הרכש המבוצע במסגרת התקציב הייעודי. התוכנית מרחיקה את המדינה עוד יותר מעקרון הביזור שמנחה את החוק ומסבכת את מימון המערכת וניהולה, כאשר לראשונה המדינה "צובעת" חלק מתקציב הסל ונדרשת להפעיל מנגנון תמיכות מרכזי, עתיר פיקוח. יתר על כן, השילוב של הדרישה לניהול ומעקב אחר הכמויות המבוצעות במסגרת התוכנית עם הדרישה להפחתת כמויות מוגדרת במסגרת רכש השב"ן של הקופות, הביא לכך שרובו הגדול של תקציב התוכנית מופנה בסופו של דבר למוסדות "פרטיים".

אי יעילות המערכת

לפי ממצאי עבודה זו היה גידול בפריון בייצור שירותים לסל שירותי האשפוז בשיעור של כ-20% בשנים 2013-2002 (השנים שלגביהן יש לנו נתונים מלאים). ניתן היה לצפות כי תוספת זו תאפשר למערכת לשפר את הביצועים הפיננסיים של בתי החולים ואולי גם של קופות החולים. בנוסף, התוספת הייתה יכולה לשמש לשיפור של זמינות שירותי האשפוז לציבור. דבר מאלה לא קרה; הגירעונות של בתי החולים והקופות גדלו והשירות לציבור נשאר חסר, כפי שהדבר בא לידי ביטוי בתוכנית לקיצור תורים. פירוש הדבר, באופן נסיבתי לפחות, שמדיניות האסדרה – בעיקר מנגנון ה-CAP והתמהיל הציבורי-פרטי – הביאה לאי יעילות מערכתית שפגעה בכל היבט של המערכת הציבורית במימון ובשירות.

עקרונות כלליים לרפורמה

כפי שהראינו במסמך אחר (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019), מערכת האשפוז הכללי בישראל סובלת ממחסור במשאבים. ואולם הליקויים היסודיים בתשתית האסדרתית של מערך האשפוז הציבורי, שתוארו לעיל, עשויים להפחית את הכדאיות של השקעת משאבים בהרחבת תשתיות (מיטות אשפוז) ובתפעול ורכש (כגון תוכניות לקיצור תורים), כל עוד אין שינוי באסדרת המערכת.

יש אפוא מקום לערוך בחינה מחדש של מכשירי האסדרה אשר שימשו את המדינה מאז

נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הן ביחס לעלויות ולתועלות של הפעלתם, והן ביחס להלימתם את העקרונות שעומדים בבסיס החוק – אחריות המדינה להסדרתה של מערכת מבוצרת. בהקשר זה אנו מציעים לסגת ממדיניות האסדרה הקיימת, של מנגנוני CAP ומימון גירעוני ותוכניות לקיצור תורים, לטובת מימוש מודל המימון המשולב, שעליו כבר החליטה המדינה עם חקיקת סעיף 63 לחוק ההסדרים 2017-2018 (שטרם יושם). זאת בצד יישום מכשירי פיקוח וניהול סיכונים המקובלים בעולם.

הפעלה מלאה של המודל המשולב, התקצוב הישיר של בתי החולים על ידי המדינה משמש מכשיר משלים למכשיר המימון העיקרי של שירותי הסל – מכירת שירותים לקופות החולים והתחשבות עימן. המודל יאפשר למדינה להגדיר מחדש את תכולת מחירי ההתחשבות כך שישקפו את עלויות הייצור הרלוונטיות לצורך תכנון הספקת שירותי הסל על ידי קופות החולים. באופן זה יתאפשר לממן את רכיבי העלות הייחודיים לבית החולים הציבורי – הוראה, הדרכה, מחקר, מערכי חירום והפעלת בתי חולים קטנים בפריפריה – בדרך של תקצוב ישיר, כך שלא יעוותו מחיריהם היחסיים של שירותי בתי החולים הציבוריים לקופות החולים. לא פחות חשוב, החלפת המודל הקיים, של תקצוב גירעונות בדיעבד בהסדרים פרטניים ובלתי שקופים, במודל תקצוב פרוספקטיבי, נורמטיבי ושקוף, תספק בסיס הכרחי לחיזוק הבקרה התקציבית והאחריות של הנהלות בתי החולים.

במקום מנגנון ה-CAP ניתן לאמץ ולפתח מנגנונים כמו אלו המקובלים בעולם ובהם מנגנוני תמחור בשיטת ה-DRG (Diagnostic Related Groupings) המשמשים במדינות רבות מכשיר לחלוקת סיכונים ולוויסות כמויות. נוכח הניסיון הנצבר, המתואר בהרחבה בהמשך, נדרשת הכרה כי כל בחירה במכשיר אסדרה מסוים לטיפול בכשלי שוק האשפוז כרוכה בהכרח ביצירת עיוותי שוק חדשים ובעלויות פיקוח, וכי ויסות הסיכון של הספקת יתר של שירותי אשפוז לסל ניתן להשגה רק במידה מוגבלת.

חופש בחירת רופא באשפוז הציבורי

נושא קיצור התורים קשור לנושא חופש בחירת רופא במערכת. הלחץ הציבורי בנושא זה, הנובע מהעלייה ברמת החיים ובתחכום של הציבור, הציב בפני המדינה אתגר לא פשוט, והיא ניסתה להתמודד עימן, חלקית לפחות, באמצעות התוכנית המאולתרת לקיצור תורים. אחת הדרכים לעמוד באתגר היא על ידי הפיכת השב"ן (שירותי בריאות נוספים) לאוניברסלי ו"העתקתו" למערכת הציבורית. מדובר בהנהגת תוכנית בחירה מושכלת במימון כספי השב"ן והשתתפויות בתשלום אשר יועברו למערכת הציבורית. התוכנית – שאינה שר"פ (שירותי רפואה פרטיים) – תבוצע על ידי אותם רופאים של המערכת הציבורית, שכיום עובדים בשעות אחר הצהריים במערכת הפרטית, ותאפשר להם לעבוד במשרה מלאה במערכת הציבורית תמורת שכר הולם.

מבוא

המלצות ועדת נתניהו (דוח ועדת נתניהו, 1990) וחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן "החוק") אשר נחקק בעקבותיהן מבוססים על הנחת היסוד שמערכת שירותי הרפואה, לרבות מערכת האשפוז, היא מורכבת ודינמית מכדי שהמדינה תדע להפעילה ביעילות. על כן החזון של הוועדה והחוק היה ביזור התכנון וההספקה של השירותים על ידי מתן אוטונומיה מרבית לגופים מבצעים המתחרים בשוק פנימי המפוקח על ידי המדינה.¹

על פי החוק, על המדינה להבטיח לתושביה – באמצעות מימון ואסדרה – שירותי רפואה זמינים ואיכותיים. קופות החולים, שמעמדן מוגדר בחוק, הן "מחזיקות תקציב" או מבצעות תקציב שהמדינה מעמידה לרשותן לשם ניהול צריכת השירותים ודאגה להספקתם בפיקוח המדינה.² אף שוועדת נתניהו דנה בתפקידים של בתי החולים הציבוריים במערך שירותי הרפואה בזכאות ובמימון ציבוריים, הם אינם נזכרים בחוק, ולמעשה אין בנמצא הגדרה רשמית של בית חולים ציבורי. בהתאם לכך אין גם הגדרה סדורה של תפקיד המדינה במימון ובהסדרת הספקת שירותי האשפוז במסגרת הסל, שכן הגדרה כזאת אמורה להתבסס על עקרונות החוק. ציבוריות בתי החולים לפי ועדת נתניהו לא נבעה מבעלות המדינה עליהם. כפי שידון בהמשך, ועדה זו – כמו ועדות אחרות שקמו לפניה ואחריה – ראתה פסול במצב שבו המדינה, אשר אמורה לממן את המערכת ולהסדירה, היא בה בעת בעלים, מפעילה ומתחרה בשוק האשפוז.³ כלומר, לא הייתה תפיסה של קשר בין בעלות בית החולים לבין מעמדו כמוסד ציבורי הפועל מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מעקרון הביזור נגזר גם אופן מימון שירותי האשפוז שבסל הבריאות. המימון היה אמור להתקבל כולו מתשלומי הקופות, בדרך של התחשבות, עבור השירותים המסופקים לחבריהן ולא ממקור אחר, לרבות באופן ישיר מתקציב המדינה. בהקשר זה חשוב להזכיר כי תקציב הקופות הוא תקציב סל הבריאות הממלכתי, אשר על פי החוק אמור להיות שווה לעלות הכוללת של הספקת שירותי הסל לתושבי המדינה.

עם זאת, בסופו של דבר על המדינה להבטיח – נוסף על מימון שוטף של שירותי סל הבריאות הממלכתי באמצעות הקופות – את התנאים המערכתיים לקיום שירותי אשפוז בני קיימא בזמינות וביעילות הראויים ובתנאי הצדק החברתי כמתחייב מהחוק. אלה נוגעים לכמה אתגרים של המדינה: (א) התמודדות עם כשלי שוק מובנים המאפיינים גם את השוק הפנימי שנוצר עם החוק; (ב) הבטחת נגישות לאשפוז בזמן ובמרחק סבירים ממקום המגורים; (ג) הבטחת תשתיות שמיומנון אינו במסגרת המימון השוטף של שירותי הסל ואשר יש להן משמעות לאומית מעבר לסל, כמו שירותי חירום, בייחוד נוכח מצבה הביטחוני של המדינה, תשתיות להכשרה כוח אדם רפואי, ומרכזי מחקר ומצוינות.

1 לדיון מושגי בתפיסת השוק הפנימי ומערכת תחרות מנוהלת ראו Chernichovsky 1995; 2002.
 2 "מחזיק תקציב" (Budget holder) הוא מונח שהתגבש בהקשר של קופות חולים אשר אמונות על ביצוע תקציב ציבורי. בהקשר זה נציין כי תפקידה הראשוני והמהותי של קופת החולים אינו הספקה ישירה של שירות אלא הסדרת הספקתו לחולה כראות עיניה באמצעות ספקים שיש לה עימם חוזי התקשרות.
 3 תפיסה זו עמדה בבסיס המלצות הוועדות השונות שעסקו בנושא תאגוד בתי החולים הציבוריים, אשר הציעו מודל של בית חולים המתקיים באופן עצמאי ממכירת שירותיו (ראו הרחבה בצ'רניחובסקי וכפיר, 2019, בנספח ב).

כלומר, האתגר המרכזי שעומד בפני המדינה בנוגע למערכת הבריאות בכלל ולמערכת האשפוז בפרט הוא להבטיח רמה סבירה של מקורות מימון לכל תפקידי מערכת האשפוז הכללי, ולקיים איזון עדין בין ביזור והתרת התנהלות אוטונומית לבין פיקוח הכרחי של המדינה כדי להסדיר את פעילות המערכת ולהתמודד עם כשלי שוק. לשם כך על המדינה להימנע מפיקוח הגולש לניהול יתר של המערכת. כל אלה צריכים להיות מלווים במערכות תמריצים מתאימות ובשקיפות מרבית.

על רקע המסקנות שערלו במסמך אחר (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019), שלפיהן המדינה כשלה בתפקידיה האסטרטגיים אשר נוגעים להבטחת משאבים נאותים למערכת ולניצול יעיל ושוויוני של המשאבים הקיימים, חלק זה מתמקד בהסדרת המערכת על ידי המדינה. הסדרה זו משפיעה על יעילות הניצול של המשאבים ועל השוויוניות בהקצאתם. העבודה אינה דנה בניהול הפנימי של מוסדות האשפוז אלא ב"מעטפת" שלהם, ומתמקדת במשאבים העומדים לרשות המערכת ובניצולם בהתאם למערכות התמריצים שמפעילה המדינה.

מבנה המסמך הוא כלהלן: בפרק הבא אנו דנים במעמד הציבורי של בתי החולים הכלליים בהקשר של חוק ביטוח הבריאות הממלכתי. הגדרה זו, אשר אינה מוסדרת כיום, מהותית לתפקוד התקין של מערך הסל הממלכתי. בשני הפרקים שאחריו נדונה בהרחבה מערכת התמריצים שהמדינה יוצרת באמצעות הסדרת המערכת, בעיקר על ידי קביעת מחירי האשפוז. מנגנון המחירים שיצרה המדינה מכתוב במידה רבה את אופי הפעילות של המערכת, וכנראה תרם לצורך המיוחד בתוכנית לקיצור תורים הנדונה בפרק שלאחר מכן, אשר מלמדת על ליקוי בסיסי בתפקודה של המערכת ומבטאת את שיאו של תהליך התבדרות מעקרונות היסוד של מדיניות הבריאות הציבורית כפי שהם משתקפים בהמלצות ועדת נתניהו.

”בית החולים הציבורי”: ההגדרה המהותית החסרה

”בית חולים ציבורי” הוא מונח מפתח בדיון על מדיניות הבריאות בישראל. כאמור, החוק לא הגדיר מהו בית חולים ציבורי ומהי המשמעות של אותה ”ציבוריות”. היעדר הגדרה סדורה מקשה על הדיון במדיניות המימון וההסדרה של מערכת האשפוז הציבורית, בייחוד נוכח בעלות המדינה על חלק גדול מבתי החולים מצד אחד, ואחריותה למימון המערכת והסדרתה מתוקף החוק מצד שני.⁴

האופן שבו המדינה תופסת את תפקידו של בית החולים הציבורי מתבטא בעקרון חובת ההספקה של הסל שבזכאות ציבורית. לפי עיקרון זה, כל בית חולים ציבורי בישראל חייב להציע את כל שירותי הסל המיוצרים במתקניו לחברי כל קופות החולים, בכל עת, ללא אפליה או העדפה על בסיס השתייכות לקופה מסוימת וללא תלות בתשלום עבור השירות.⁵ חובת ההספקה של שירותי הסל הממלכתי דומה לזו הקבועה לגבי קופות החולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך היא חלה על בית החולים הציבורי בלבד ולא על ספקי שירותים אחרים, המספקים שירותים לסל הממלכתי על בסיס התקשרות מסחרית עם קופת חולים.

בית חולים שאינו בבעלות המדינה, הנדרש לספק טיפול באמצעות נכסיו, ובפרט בתנאים אשר עלולים להסב לו הפסד, נדרש למעשה להשתתף במימון השירות הממלכתי ממקורותיו שלו ולא ממקורות החוק. ההסדר הקיים, שבו המדינה מקבלת על עצמה סמכות על תקציב או על מקורות שאינם שלה, הוא בעייתי ומעורר קושי שצריך ליישב.⁶

חלק ניכר משירותי הסל הממלכתי ניתנים בבתי החולים הציבוריים, ורבים מהשירותים ניתנים רק בהם. בתי חולים ציבוריים אחדים מהווים חלק גדול במיוחד ממערך שירותי האשפוז של הסל באזור שבו הם פועלים (למשל סורוקה בבאר שבע והדסה בירושלים). אם לא תובטח הספקת טיפול בבתי חולים אלו עלול להיווצר מצב שבו חלק מהתושבים במקומות אלה לא יוכלו לקבל שירותי אשפוז כחוק, או שזמינותם של שירותים אלו באזור מגוריהם תהיה נמוכה יחסית לתושבים באזורים אחרים, ואפילו יחסית לתושבי אותו אזור החברים בקופות חולים אחרות. במצב כזה המדינה אינה יכולה למלא את חובתה כפי שנקבעה בחוק להבטיח שירותים בזמינות ראויה ובתנאי שוויון. ייתכן שאיום זה הוא שמצדיק את כינון חובת ההספקה.

4 על חלקה של המדינה בבעלות על מוסדות אשפוז ראו צ'רניחובסקי וכפיר, 2019.

5 נורמה זו עוגנה לראשונה רק בשנת 2011, בחוזר ראש מינהל רפואה 45/2011, ”כללים למתן שירותים הכלולים בסל הבריאות על ידי בתי החולים, במימון קופות החולים”. בחוזר נקבע כי בית חולים ציבורי אינו רשאי לבחור שלא לייצר שירותי הסל הבריאות או שלא להציעו לקופת חולים מסוימת, אלא אם קיבל אישור בכתב מאת ראש מינהל רפואה במשרד הבריאות.

6 גם מתוך סמכותו של משרד הבריאות להעניק או לשלול רישיון, אין להסיק שהוא מוסמך לחייב גוף חוץ-ממשלתי לשאת בחלק מנטל מימון שירותי הסל הממלכתי כתנאי להמשך רישיון ההפעלה. לפי פקודת בריאות העם (1940) משרד הבריאות מוסמך להעניק רישיון להקמת בית חולים, על היחידות הפועלות בו, ולפקח על פעילותו. הענקת רישיון להקמת בית חולים אין לראות בה הענקת רשות להפעלתו מטעם המדינה. קופת חולים כללית והדסה, למשל, הקימו בתי חולים עוד לפני הקמת המדינה, והן ש”העניקו” למדינה את בתי החולים לצורך מימוש החוק. בהקשר ההיסטורי, הרישיון מסדיר את פעולתם של בתי החולים הללו לאחר הקמתם. בוודאי לא ניתן לראות ברישיון זיכיון בעל ערך כלכלי, שהמדינה מעניקה כנגד הדרישה להשתתף במימון תקציב הסל הממלכתי.

בין המדינה לבין בתי החולים המעניקים שירותים לפי החוק אך אינם בבעלותה נבנתה אפוא במשך השנים מערכת יחסים הנעה בין שתי תפיסות:

- המדינה אחראית לפקח על בית החולים ולוודא שהוא מנוהל מתוך אחריות תקציבית ומתקיים באיזון, ממקורותיו שלו.

- המדינה אחראית להבטחת הספקת שירותי הסל על ידי בית החולים לפי אמות המידה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם ממקורותיה שלה, כחלק ממימון הסל הממלכתי.

עד לשנת 2014 נטה יחסה של המדינה לבתי החולים הלא ממשלתיים לתפיסה הראשונה. המדינה נמנעה מתמיכה ישירה ומפורשת בתקציב השוטף של בתי החולים הלא ממשלתיים, והציפיה הייתה שאלו יממנו את פעילותם השוטפת, בעיקר הספקת שירותי הסל, באופן עצמאי ממקורותיהם – מכירת שירותים רפואיים, תרומות חיצוניות ותרומות בעלים. לכן, במקרים שבהם המדינה ראתה צורך לתמוך בתקציב בתי החולים הלא ממשלתיים, היא עשתה זאת באפיק אחד או שניים:

- השתתפות במימון פרויקט בינוי (כללית – פרויקטים שונים, הדסה 2008 ו-2011).
- תמיכה במסגרת הסכם ייצוב (קופת חולים כללית 2006) או תוכנית הבראה (לניאדו 2006, הדסה 2014).⁷

חלק מהתמיכה נבע גם מההכרה הלא רשמית שבתי החולים ממלאים תפקידים ציבוריים בהכשרת רופאים ובמערכי חירום שאינם מתוקצבים בחוק ביטוח הבריאות. "בית חולים ציבורי" הוגדר לראשונה בחוק ההסדרים לשנת 2002 כלהלן:

- בית חולים כללי בבעלות ממשלתית, רשות מקומית או קופת חולים;
- "בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כהגדרתו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה" (מוסד ללא כוונת רווח או חברה לתועלת הציבור).

הגדרה פונקציונלית זו אכן הכניסה בקבוצה אחת כל בתי החולים הציבוריים אשר המדינה ביקשה לכלול בהתחשבות לצורך מימוש חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובקבוצה שנייה את בתי החולים הפרטיים, אשר לא יועדו להיכלל בחקיקת ההתחשבות. היוצא מן הכלל נוצר עם הקמת בית החולים אסותא אשדוד (ראו פירוט בהמשך).⁸

במסגרת הצעת התקציב לשנים 2015–2016 החליטה הממשלה כי משנת 2015 היא תעמיד תקציב שנתי לתמיכה בתפעול השוטף של בתי החולים שהוגדרו ציבוריים. החלטה זו שללה סופית את הגישה שלפיה מצופה מבית חולים שאינו ממשלתי להתקיים ללא תמיכה מכספי ציבור לצורך הספקת שירותי בריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

7 גישתה זו של המדינה קיבלה חיזוק מבית המשפט העליון, אשר דחה בשנת 2005 עתירה של קופת חולים כללית לחייב את המדינה להעניק לבתי החולים של הקופה תמיכה תקציבית שוטפת בדומה לבתי החולים שבעלות המדינה (בג"ץ 10574/03, שירותי בריאות כללית נ' שר האוצר, 2003). בג"ץ קבע כי המדינה אינה חייבת לקיים שוויון מוחלט בתקצוב בתי החולים, שכן בניגוד לבתי החולים שאינם ממשלתיים, בתי החולים הממשלתיים הם יחידות סמך ממשלתיות ולפיכך תיתכן "שונות רלוונטית" העשויה להצדיק שונות בתקצוב.

8 מסמך זה נכתב כאשר התברר שלבית החולים בשנת פעילותו הראשונה – 2017 – גירעון של 150 מיליון ש"ח. עמדת המדינה כלפי גירעון זה תהווה מבחן ל"ציבוריותו" של בית החולים, בפרט שהוא בבעלות קופה שאחראית להספקת הסל ואשר פעילותה עלולה להיפגע בהיבט זה.

ההתפתחות התפיסתית המתוארת מוצאת ביטוי בחקיקת סעיף 63 לחוק ההסדרים 2017–2018 (חקיקת ההתחשבות לשנים 2017–2019), המכונה במשרד הבריאות "מודל תקצוב לאומי/ארצי". הסעיף מסמך את שרי הבריאות והאוצר להפחית את תקציבי התמיכה הקיימים (תקציב הסובסידיה של בתי החולים הממשלתיים ומבחי תמיכה בבתי החולים הלא ממשלתיים), להגדיל את תקציב הסל, ולהורות לקופות החולים להעביר את הסכום שנוסף לתקציבן לבתי החולים, בתשלומים קבועים, לפי נוסחת חלוקה שתקבע בצו. גישה זו קרובה לרוח החוק, שלפיה כל תקציבי סל האשפוז הממלכתי מועברים באמצעות רכישה של הקופות והתחשבות עימן.

סעיף 63 טרם הופעל וכנראה לא יופעל בתקופת החקיקה הנוכחית, עד סוף 2019, אולם הוא משקף התפתחות משמעותית בתפיסת מעמדם של בתי החולים הציבוריים ומימוןם על ידי המדינה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. המדינה מבהירה, לראשונה, כי אין חשיבות למסגרות המינהליות והמשפטיות השונות שבהן מועברים תקציבי התמיכה השונים: תקציב ישיר, מבחי תמיכה, הסכמי ייצוב, תוכניות הבראה ואחרות. כולן שוות: מדובר במימון הספקת שירותי הסל הממלכתי ולא בתמיכה "מפעלית" בגופים גירעוניים.

מובן שאין בכך כדי לשלול תמיכה מיוחדת במצבים שיש בהם כשלי שוק ברורים גם בשוק הפנימי, כגון תמיכה ייעודית בבתי חולים "קטנים מדי" כמו יוספטל בדרום ופוריה בצפון, אשר יש עניין לאומי במיקומם, בין השאר משיקולים של שוויוניות. כמו כן, במסגרת מודל המימון המשולב אשר ידובר בו בהמשך, המדינה תממן באופן ישיר ובצורה שקופה כל פעילות שאינה כרוכה ישירות בהספקת הסל כמו הוראה ומחקר, שירותי חירום לאומיים ועוד.

לסיכום הדיון בחלק זה אנו מציעים להגדיר בית חולים ציבורי על בסיס היחסים שבין בית החולים לבין מערך סל הבריאות הממלכתי, ללא תלות בבעלות עליו או באופן התאגדותו, על פי שלושה מבחנים בסיסיים:

- **המבחן הנורמטיבי:** בית החולים מחויב להציע את כל שירותיו, לרבות השירותים האלקטיביים, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכל תושב המדינה בשוויון מלא.
- **המבחן התפקודי:** בית החולים מפעיל מערכים ציבוריים, כגון מחלקה לרפואה דחופה, מערך חירום ומערכי הוראה והדרכה.
- **המבחן הכלכלי:** עיקר הכנסותיו של בית החולים מתקבלות מהספקת שירותים לסל הממלכתי, קרי, ממכירת שירותים לקופות החולים.

לפיכך, הדיון הכלכלי אינו עוסק במימון בית החולים וגירעונותיו, כי אם במימון השירותים שבית החולים מספק, כחלק ממדיניות המימון של הסל הממלכתי.

בית חולים אשר עומד בשלושת המבחנים שלעיל ללא תלות בבעלותו, דוגמת המרכז הרפואי הדסה ואסותא אשדוד, שאינם בבעלות המדינה – מעמדו הוא ציבורי, בדומה למרכז הרפואי שיבא, שהוא בבעלות המדינה. לעומתם, בית חולים שעיקר עיסוקו במכירת שירותים שלא לשם מימוש חוק ביטוח בריאות ממלכתי, דוגמת המרכז הרפואי אסותא בתל אביב, מעמדו בית חולים פרטי שאינו ציבורי.

אשר למימון פרטי בבתי חולים שיש להם מעמד ציבורי כמוגדר לעיל, ברובם המוחלט של המקרים בעולם, גם אם בית החולים הוא בבעלות פרטית אך יש לו מעמד ציבורי, אין הוא רשאי למכור שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) במימון פרטי אלא בהסדרים מיוחדים. פסיקה של בית המשפט העליון אסרה על בתי חולים בבעלות המדינה כספק ציבורי למכור שירותים

במימון פרטי, כדי למנוע מצב שתשתיות ציבוריות במימון כספי משלם המיסים ישמשו לעידוד ולסבסוד שירותים במימון פרטי.⁹ בהקשר זה חשוב לציין את מעמדם המיוחד של המרכזים הרפואיים הדסה ושערי צדק בירושלים, אשר רשאים כיום להעניק שירותי רפואה פרטיים במימון פרטי.

לסיכום, שני אתגרים עיקריים עומדים לפתחה של המדינה בהקשר זה:

א. יצירת מערכת יחסים בין המדינה ומוסדות האשפוז, שבה המחויבות למימון ציבורי אינה מתפרשת כהפחתת האחריות התקציבית של מנהלי המוסדות וכהתחייבות המדינה לכסות כל גירעון מפעילות שוטפת הקשורה במכירת שירותי אשפוז לקופות החולים.¹⁰

ב. מינימום פגיעה במערכת היחסים בין קופות החולים, כמנהלות ורוכשות הטיפול הרפואי, לבין בתי החולים כספקי שירות לקופות במסגרת החוק.

מידת ההצלחה של המדינה לעמוד בשני האתגרים, לפי רוח החוק, היא המבחן לתפקודה במערכת, כפי שיידון בהמשך.

9 בג"ץ 4253/02, 4325/02, פרופ' גבי ברבש נ' מדינת ישראל, 17 במרץ 2009.

10 סוגיה זו עומדת היום במרכז הדיון בנושא אסותא אשדוד – מוסד בבעלות פרטית מבחינה משפטית. הסוגיה נוגעת למקורות הציבוריים שמכבי שירותי בריאות – מלכ"ר שהכנסותיו רובן ככולן ממקורות ציבוריים – השתמשה בהם למימון המפעלות שבבעלותה.

בית החולים באשדוד

בשנת 2011 הוחלט, לאחר הליך מכרזי ממושך, כי בית החולים באשדוד, שהקמתו חויבה לפי חוק בית חולים באשדוד משנת 2002, יוקם ויופעל על ידי חברת אסותא אשדוד בע"מ. בשנת 2012 הגישה האגודה לזכויות האזרח עתירה לבג"ץ נגד ההיתר להפעלת שירותי שר"פ בבית החולים, שניתן במכרז, ועקב כך נדרשה המדינה להתייחס למעמדו של בית החולים.

לפי ההגדרה השימושית שבחקיקת ההתחשבות, בית החולים המתוכנן באשדוד אינו בית חולים ציבורי. הוא תוכנן לפעול כחברה בע"מ, שאינה בבעלות המדינה או רשות מקומית, תחת אסותא מרכזים רפואיים בע"מ שבבעלות מכבי שירותי בריאות.

המדינה טענה בתשובתה לבג"ץ כי בית החולים המתוכנן הוא בית חולים ציבורי, חרף סוג הבעלות והתאגוד, שכן התכלית העיקרית להקמתו ולהפעלתו היא לספק שירותי בריאות ציבוריים. בהמשכו של אותו טיעון הסבירה המדינה כי ההיתר לביצוע שר"פ בבית החולים הוא בבחינת ברירת מחדל בבתי חולים ציבוריים שבהם לא נאסר להפעילו, דוגמת בתי החולים הציבוריים בירושלים.

במסגרת הצעת חוק ההסדרים לשנים 2013–2014, ביוני 2013 (חקיקת ההתחשבות לשנים 2014–2016) שונתה הגדרת "בית חולים כללי ציבורי" ונוסף לה המבחן הבא:

"בית חולים כללי שאינו בית חולים כאמור בפסקאות (1) עד (4), שבתעודת רישומו לפי פקודת בריאות העם, 1940, כלולת עמדות לרפואה דחופה (מיון)".

הפעלת חדר מיון בבית חולים אינה המאפיין היחיד לתפקודו כבית חולים ציבורי, אלא שקיומו של זיהוי ברור של מאפיין זה בחקיקה ובתעודות הרישום של בתי החולים מאפשר הגדרה פשוטה וחדה של בית חולים ציבורי לפי תפקודו.

הסדרת נגישות לאשפוז

הסדרת הנגישות לאשפוז – נוסף על הסדרת מחירים שבה נדון בהמשך – דרושה נוכח הצורך בהבטחת נגישות שוויונית לבתי חולים ולמיטות בישראל, מעמדם המיוחד של בתי חולים (כמרכזים אזוריים וארציים), ומספרן המועט של קופות חולים במערכת לצד שליטתן באזורים השונים במדינה. שני הגורמים האחרונים מקנים למוכרים של שירותי אשפוז או לקונים שלהם כוח שוק חריג כמוכר או כקונה, לפחות ברמה המקומית.

כלל מוסד אשפוז יש כוח שוק משמעותי ביחס לסביבתו הקרובה, והוא עולה ככל שנגישותה של האוכלוסייה בסביבת בית החולים לשירותי בתי חולים אחרים פוחתת (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019). כוח שוק חריג נוצר גם ממיצוב מעמדו של מוסד אשפוז כ"מרכז ארצי" או "בית חולים-על" לצורך בניית מרכז מצוינות מטעמים של צורך בהתמחות גבוהה המשולבת בעלויות טיפול גבוהות במיוחד. דוגמה לכוח שוק חריג במערכת הוא המרכז הרפואי סורוקה בדרום, שאין לו מתחרים בסביבתו הקרובה באזור הנגב והוא מתנהל כמעין מונופול מוסדר המחויב במתן שירות ללא הפליה למבוטחי כל הקופות בדרום ובכלל. זאת אף שהוא בבעלות שירותי בריאות כללית (להלן "כללית"), המתחרה באזור בקופות אחרות התלויות בבית החולים. בעבר אף ניסתה הקופה (אם כי ללא הצלחה נוכח אסדרה מתאימה) להשתמש בבית החולים כאמצעי בתחרות הגליטימית כשלעצמה עם קופות אחרות, גם בתואנה כי נוכח מחירי אשפוז שאינם ריאליים, כללית אינה יכולה לסבסד קופות אחרות.

כפי שתואר לעיל בדיון על בית החולים הציבורי, המדינה דורשת ממוסדות האשפוז מתן נגישות מלאה לכלל האוכלוסייה, ללא קשר לבעלותם ולמיקומם וללא תלות ביחסייהם המסחריים עם קופות החולים. המדינה עיגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובתקנות שתוקנו לפיו את חובת הקופה לאפשר גישה לשירותי בתי החולים. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005 מגבילות, לפחות להלכה, את החופש של קופת החולים למנוע גישה לשירותי בית חולים שעומו לקופה אין הסדר מסחרי בתוקף. הסדרה כזאת, כאמור, מחייבת את המדינה מבחינה תקציבית באשר מוסד אשפוז – בפרט כזה שאינו בבעלות המדינה – עלול להימצא במצב שבו הוא מסבסד פעילות כזו או אחרת.

מנגד, קיים כוח השוק של הקופות כרוכשות השירותים. לא אחת נשמעת במערכת הבריאות האמרה "שירותי בריאות כללית יכולה לייבש כל בית חולים", נוכח כוחה הדומיננטי בשוק, בפרט מחוץ לירושלים. המצב נכון גם בהקשרים מקומיים, כגון כוחה היחסי של קופת חולים מאוחדת ביחס לבתי החולים בירושלים. במקרים אלו האתגר נפתר על פי רוב בהסכמים בין הקונה הדומיננטי למוכר הדומיננטי, לטובת העניין המשותף של שני הצדדים, שהוא בין השאר קרבה ונגישות לאשפוז כאמצעי שיווקי של קופת החולים. "מקומיות ההסדר" היא אחת הסיבות לסודיות האופפת הסכמים בין קופות לבתי חולים.¹¹ ברור כי הסכמים כאלה עלולים לצמצם את חופש הבחירה של הציבור, שהוא כאמור מרכיב שיווקי אך גם כלכלי בשיקוליהן של הקופות.

11 לפי התיאוריה הכלכלית, הפתרון של השוק במצב מונופול-מונופסון הוא משא ומתן ועריכת הסדר מקומי בין הצדדים, השונה מהפתרון האחיד המתקבל בשוק עם מונופול או מונופסון. היות שההסדר הכלכלי שבין המונופול למונופסון הוא מקומי ושונה מההסדרים שבין המונופול לבין קונים אחרים או בין המונופסון לבין ספקים אחרים, קיימת נטייה שלא להביא את פרטי ההסכם המקומי לידיעת הציבור. עובדה זו מקשה עוד יותר את שליטת המדינה על ההסכמים במערכת.

מחירי האשפוז הציבורי (מנגנון ה-CAP): הגולם שקם על יוצרו

כאמור, לפי החוק, למדינה האחריות הסופית להבטחת נגישות לשירותי הרפואה שבסל, לרבות שירותי אשפוז, יעילים ובני קיימא, במרחק סביר ובזמן סביר. לשם כך עליה להתמודד גם עם כשלי שוק מובנים המאפיינים את השוק הפנימי שיצר החוק, בין השאר באמצעות פיקוח מידתי על מחירי האשפוז.

כשל השוק הראשון קשור לאסימטריה במידע במפגש שבין הרופא או נותן השירות למטופל לגבי הצורך בטיפול והחלופות העומדות בפני המטופל. מצב זה מאפשר לבתי החולים לעודד את הביקוש לשירותי אשפוז, בעוד לקופות החולים המשלמות עבור האשפוז שליטה מוגבלת בלבד על ויסות הביקושים והכונתם. במילים אחרות, עלול להיווצר מצב של עודף אשפוזים אשר אינם תורמים לבריאות ואשר מטילים מעמסה כלכלית על הקופות ועל המדינה. לפיכך, למדינה יש עניין לווסת את מספר האשפוזים מבחינה כמותית. המכשיר הבסיסי העומד לרשות המדינה לצורך זה הוא ויסות מספר המיטות ופיזורן באוכלוסייה, באמצעות רישוי מוסדות האשפוז לפי פקודת בריאות העם 1940.¹²

כשל השוק השני נובע ממבנה העלויות של בית החולים, המתאפיין בשיעור גבוה של עלויות קבועות. נוסף על הוצאות ההון והפחת, שמטבען הן "בלתי נראות" וקבועות בטווח הקצר, בישראל, נוכח המרכיב הגבוה של עבודה שכירה במערכת, גם מרכיב העבודה או השכר הוא "מעין קבוע" (Quasi fixed) ואינו תלוי בכמות השירותים המסופקת.¹³ מבנה עלויות הייצור המתואר, בתנאי שוק חופשי ובמצב של ריבוי בתי חולים, יכול להביא למכירת שירותים במחירי הפסד בטווח הארוך, שפירושה אי קיימות כלכלית של בית החולים לאורך זמן נוכח אי כיסוי עלויות קבועות, המסכנ את המערכת כולה. הידיעה שהמדינה תימנע מסגירת מוסד עלולה לעודד התנהגות זו של מכירה במחירי הפסד לטווח ארוך.¹⁴

למדינה יש אפוא עניין לקבוע מחיר בגובה העלות הממוצעת של ייצור השירותים כדי להגן על הקיימות הכלכלית של בתי החולים לאורך זמן. ואכן, מחירי השירותים שמספקים בתי החולים הציבוריים בישראל מפוקחים במסגרת חוק פיקוח מחירים. ככלל מדובר בשני סוגי מחירים: שירותים המשולמים לפי מחיר יום אשפוז, ושירותים המשולמים לפי הליכים אלקטיביים, בעיקר ניתוחיים, שלהם נקבע מחיר ממוצע פרוספקטיבי לפי מערכת "המחירים הדיפרנציאליים". הליכים אלה מתומחרים ככלל לפי העלות הממוצעת ומוגדרים כמחירי ברירת מחדל בהתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים. קרי, בהיעדר הסכם או הוראה חוקית אחרת, הקופות משלמות לבתי החולים את מחירי הפיקוח.

המחירים המפוקחים יוצרים מערך של מחירים יחסיים שבכוונו להנחות את החלטות הייצור של בית החולים והחלטות הצריכה של קופת החולים. מסיבה זו, התמחור של השירותים השונים יכול לשמש כלי בידי המדינה לאותת לבתי החולים על השירותים שייצורם מועדף על פני שירותים אחרים.

12 בהקשר זה נזכיר את חוק Roemer, שלפיו כל מיטת בית חולים תמיד תפוסה.

13 רוב עלויות השכר קבועות בטווח הקצר. ועדת המחירים הבין-משרדית (בריאות) מסתמכת על הרכב הוצאות נורמטיבי שבו משקל עלויות השכר בכלל עלויות הייצור הוא 73%. עלויות אחרות, כגון ציוד רפואי, הנהלה, שמירה ועוד גם הן קבועות בטווח הקצר.

14 על ציבוריות בתי החולים ראו גם דיון לעיל בפרק העוסק בבית החולים הציבורי.

ברור שקביעת מחירי ברירת מחדל בגובה העלות הממוצעת מגבירה את הסיכון הכלכלי של קופות החולים. מחיר גבוה מהעלות השולית עלול לעודד להאריך באשפוזים ולהציע טיפולים לא הכרחיים, אשר לגביהם, כאמור, שליטת הקופות מוגבלת. כדי להפחית סיכון זה, המדינה פועלת גם לריסון הכמות המסופקת על ידי בתי החולים הציבוריים לסל הממלכתי. מדיניות הריסון הכמותי נמצאת במוקד האסדרה הכלכלית של מערך האשפוז הציבורי בישראל בשני העשורים החולפים ועומדת במרכז הדיון בעבודה זו.

מדיניות הריסון הכמותי באמצעות מנגנון המחירים המופחתים (CAP)

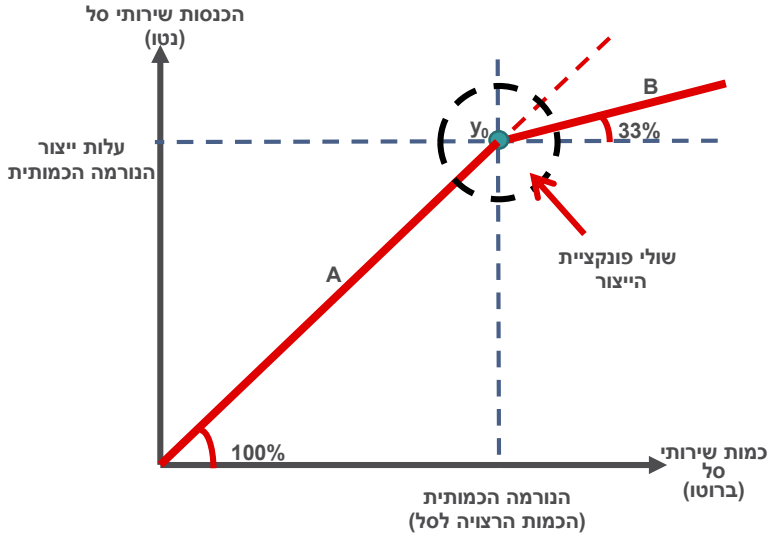
הצורך בריסון כמותי של האשפוז באמצעות מנגנון המחירים נובע משני טעמים בסיסיים. הראשון הוא האפקטיביות הנמוכה בשוליים של מכשיר רישוי תשתיות האשפוז בישראל – במספר מיטות ובתשתיות פיזיות אחרות – בקביעת היקף השירותים המסופקים. השני הוא, כאמור, התמריץ של בתי החולים להגדיל את הספקת השירותים מעבר לצורכי הסל, כאשר המחיר שווה לעלות הממוצעת אך גבוה מהעלות השולית.

הרעיון של מנגנון המחירים המופחתים, או ה-CAP, הוא קביעת מחיר ברירת מחדל הנמוך מן המחיר המפוקח לפי העלות הממוצעת עבור שירותים שמספק בית חולים מעבר ל"כמות הרצויה" לסל. המחיר המופחת נועד להרתיע את הנהלות בתי החולים מלנצל את כוחן ולהרחיב את הספקת השירותים במקום שכוחה של קופת החולים לווסת את הביקושים מוגבל. קביעת מחירים מופחתים מחייבת אפוא לקבוע לכל בית חולים נורמה כמותית שמעבר לה שירותים ייחשבו עודפים ויחויבו במחירים מופחתים.

את מודל ה-CAP הקלאסי, שהתגבש בחוקי ההתחשבות במסגרת חוקי ההסדרים בשנים 1997–2005, ניתן לתאר בקצרה, בסיוע תרשים 1, כך:

- לכל בית חולים נקבעה תקרת ייצור מול כל קופת חולים עד לכמות המצוינת ב- y_0 הנורמה הכמותית.
- עבור צריכת שירותים עד לשווי תקרת הצריכה, קופת החולים משלמת את מחירי ברירת המחדל שבפיקוח, לפי עלות ממוצעת, כפי שזו מתוארת על ידי השיפוע של העקום A.
- עבור הכמות ה"עודפת", מעבר ל- y_0 , קופת החולים משלמת מחיר מופחת, סביב כ-33% מהמחיר המלא, כפי שמתואר על ידי שיפוע העקום B.

תרשים 1. מנגנון ה-CAP



מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

הבחירה בשימוש במכשיר המחירים המופחתים חייבה את המדינה להעמיק את מעורבותה בהסדרי ההתחשבוניות בהספקת שירותי הסל ולהיות מעין "מתכנן מרכזי", באופן הנוגד את עקרון הביזור והאוטונומיה שבבסיס החזון של המודל הישראלי. גם מן הבחינה התיאורטית, הפעלה של מכשיר המחירים המופחתים מחייבת את המאסדר להתמודד עם כמה אתגרים בסיסיים, אשר לפחות על פני הדברים נראים קשים מאוד עד בלתי אפשריים להשגה.

ראשית, המדינה נדרשת לקבוע לכל בית חולים מול כל קופת חולים בכל שנה מהי הכמות שרצוי שתסופק לחברי הקופה בבית החולים באותה שנה. כלומר, נדרשת בכל עת ידיעה מלאה בדבר "הכמות הרצויה" של שירותי אשפוז שחברי כל אחת מארבע קופות החולים צריכים לקבל בכל אחד מבתי החולים הציבוריים (כלומר פעילות כמותית של כל בית חולים x קופות חולים x מספר בתי החולים הציבוריים), וכן ידיעה מלאה על פונקציית הייצור והוצאות הייצור של כל בית חולים. כל זאת במערכת המתאפיינת במורכבות רבה ובשינויים תכופים בטכנולוגיות הייצור, בגודל האוכלוסייה ובפריסתה ועוד.¹⁵

שנית, ידיה של המדינה עלולות להיות לא נקיות בשל מערכת התמריצים שהיא פועלת בה. עדכון חסר של הנורמה הכמותית הפורמלית שקובעת המדינה בצו (תקרות ה-CAP) יביא להפחתה מלאכותית בהוצאה ולחיסכון בתקציב קופות החולים, שהמדינה נהנית ממנו. לכן קיים סיכון מובנה לניצול לרעה של מכשיר הוויסות הכמותי לשם השגת חיסכון בתקציב המדינה על חשבון תקציבי בתי החולים ולא לשם השגת התכלית של ריסון כמותי נוכח עיוותי השוק המובנים.

15 הפעילות הכמותית נמדדה לכל בית חולים על ידי ההוצאה ברוטו (מחירים x פעילויות) במחירים קבועים.

לאלה יש להוסיף את ההכרח בקיומה של בקרה תקציבית אפקטיבית על בתי החולים, שכן בית חולים, בפרט ממשלתי, שכיסוי הוצאותיו מובטח אינו נרתע מהמחיר המופחת בידיעה כי גירעונו לאורך זמן יכוסה על ידי הבעלים, קרי המדינה. לפיכך, בהיעדר מגבלת תקציב אפקטיבית, בית החולים ירחיב את ההספקה במחירים מופחתים אף מעבר לנורמה שקבע הרגולטור. עמידה באתגרים אלו אינה נראית מעשית, כפי שגם מלמד הניסיון בפועל, שיתואר להלן.

עדכון הנורמות הכמותיות

הנורמות הכמותיות נקבעו לראשונה בחוק בשנת 1997, ומאז נדרש לעדכן אותן מדי שנה, בהתאם לגידול האוכלוסייה, להרחבת תשתיות בתי החולים, לשינויים בפריסה הגיאוגרפית של חברי קופות החולים השונות, לשינויים בשירותי הבריאות בקהילה ולשינויים בטכנולוגיה ובמחירים. לפיכך, נוכח ריבוי המרכיבים והשינויים התכופים בהם, נראה כי משימת העדכון האמורה היא בלתי אפשרית.

משנת 2002 הוגדלו הנורמות הכמותיות בחקיקת ההתחשבות (עקום C בתרשים 2) בשיעורים הנמוכים במידה ניכרת מקצב גידול האוכלוסייה (עקום B). ההחלטה על עדכון הנורמות הכמותיות נכרכה בהחלטה על העדכון הריאלי של תקציב הסל (הקידום הדמוגרפי, עקום D) והוא שימש למעשה כלי לריסון תקציבי ולא לריסון כמותי.¹⁶ נוסף על כך, במבט לאחור נראה כי דווקא בשנים שבהן ביקשה המדינה להגביר את ריסון צריכת שירותי האשפוז בסל הממלכתי, כחלק ממדיניות הריסון התקציבי בכלל המשק משנת 2002, גדלה התפוקה של בתי החולים הכלליים ב-28% (עקום A), בעוד הנורמה הכמותית שנקבעה בחוק הייתה גידול של 8% בלבד (עקום C).

16 לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תקציב הסל מתעדכן לפי מדד יוקר הבריאות, המייצג את התייקרות התשומות, תוספת שירותים ותרופות לסל ומקדם דמוגרפי. המקדם הדמוגרפי מיועד לתת מענה לגידול בביקוש לשירותי בריאות בעקבות גידול האוכלוסייה. המדינה מוסמכת בחוק לקבוע את שיעור המקדם הדמוגרפי בכל שנה, וההחלטה על שיעורי הקידום היא חלק מרכזי בהחלטות תקציב המדינה בתחום הבריאות.

תרשים 2. תהליך ההתבדרות בהפעלת מנגנון המחירים המופחתים (CAP)

Category	2002	2005	2008	2011	2013
A	100	105	108	122	128.7
B	100	105	110	118	126.1
C	100	103	105	105	108.0
D	100	105	108	110	114.0
E	100	102	103	103	107.1

מקורות ונתונים: חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997), התשנ"ז-1996; חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002; משרד הבריאות, 2006; 2008; 2012; 2014; 2017; פלוטניק וקידר, 2015.

- A - כמות השירותים שסופקה בפועל לסל הממלכתי על ידי בתי החולים הממשלתיים.¹⁷
- B - אוכלוסייה מתוקנת, לפי משקולות נוסחת הקפיטציה של סל הבריאות.¹⁸
- C - תקרות הצריכה (ה-CAP) - הנורמה הכמותית הפורמלית.¹⁹
- D - הקידום הריאלי של תקציב סל הבריאות הממלכתי (המקדם הדמוגרפי).
- E - מספר המיטות לאשפוז כללי ברישיון בתי החולים הכלליים.

היינו, בתחילת העשור הקודם, 2002–2007, פיגר תוצר בתי החולים הציבוריים אחר קצב גידול האוכלוסייה (פער בין עקום A ל-B), אולם בשנים שלאחר מכן נסגר הפער הודות לגידול מהיר בתוצר במחצית השנייה של העשור והמשך גידול מתון מאז. בייחוד ראוי לציון הגידול בפריזון – הפער שבין הגידול בתוצר לתשומות גורמי הייצור (הפער בין עקום A ל-E).²⁰ את ההתבדרות שבין התוצר לתשומות במחצית השנייה של העשור הקודם ניתן לתאר כ"התפוצצות פריזון" של ממש, עם גידול של 4.2% בשנה. מאז, כאמור, נצפה המשך גידול בקצב מתון, של כ-1.5% בשנה.

כלומר, החשש שהמתכנן המרכזי לא יעריך נכונה את ההתפתחות הטכנולוגית באשפוז התממש במלואו. נראה כי עדכון הנורמה הכמותית, המייצגת את כמות שירותי האשפוז הרצויה לסל הממלכתי (עקום C), היה שרירותי ולא נסמך על מידע עובדתי לגבי השינויים בהיקף שירותי האשפוז ובעלויות הייצור של בתי החולים. יתרה מזו, נראה שהמדינה לא עשתה מאמץ לעקוב אחר הנורמה הכמותית האמיתית, אלא השתמשה במכשיר הריסון הכמותי לצורך ריסון תקציבי, שלא היה תכליתי האסדרה.

17 המדד לכמות השירותים הוא החשבון ברוטו, המופיע בדוחות חשבות משרד הבריאות עד לשנת 2015, במחירים קבועים. החשבון ברוטו הוא מכפלה של כמות כל שירות במחירו של אותו שירות במחירון משרד הבריאות. מחירי הפיקוח אינם מחירי שוק, המגלמים מידע על היצע וביקוש, ולכן אינם מהווים מדד מספק לעלות הכלכלית או לרווחה הכלכלית עבור כל שירות. ואולם בחינה של מאות קודי השירות במחירון ואלפי השירותים המסופקים לפיהם מראה שמחירי השירותים מתואמים היטב עם העלות והתועלת. זאת בהנחה כי הן השגיאות בתמחירי משרד הבריאות והן עודפי הביקוש או ההיצע אינם מתואמים עם המחיר. לכך יש להוסיף את הציבות המאפיינת את המחירון במשך השנים, כאשר מלבד העדכונים הרוחביים האחידים במחירון ("מדד מחיר יום אשפוז"), השינויים במחירון משנה לשנה מעטים יחסית ורובם מתבצעים ב"כסום אפס" בקירוב (קרי, העלאה של מחירי שירותים מסוימים כנגד הפחתה של אחרים בשווי כספי דומה). מידוד סדרת נתוני הפעילות ברוטו במדד מחיר יום אשפוז מספק סדרה של כמות השירותים והשינויים בתוצר על פי זמן.

18 נוסחת הקפיטציה היא המפתח שלפיו המוסד לביטוח לאומי מחלק את כספי תקציב סל הבריאות בין קופות החולים, על פי המספר והמאפיינים של החברים בכל קופה. הנוסחה משקללת משתנים כגון גיל ומין המבוטח, המשמשים לחיזוי צריכת שירותי הבריאות. לפיכך השינוי בגודל האוכלוסייה המתוקנן משמש מדד לשינויים בביקוש לשירותי הסל.

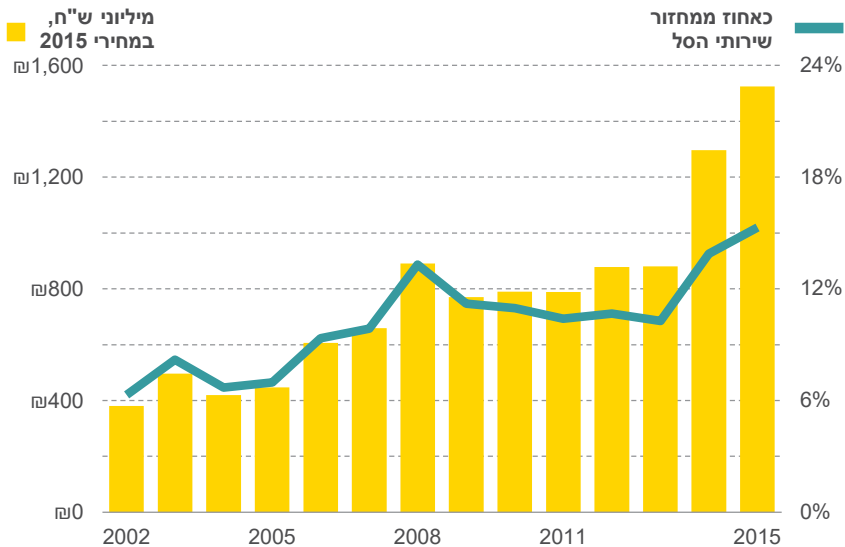
19 בחוקי ההסדרים מוגדרים שיעורי "התוספת הריאלית" לכלל תקרות הצריכה של כלל בתי החולים הכלליים בכל שנה. אלו חלים גם על תקרות הצריכה של קופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית בבתי החולים של הכללית, ולכן אינם משקפים את הנורמה הכמותית הנגזרת מהחקיקה. תקרות הצריכה של בתי החולים הממשלתיים גם הן אינן משקפות את השינויים בנורמה הכמותית הנגזרת מהחקיקה, שכן בשנים 2010 ו-2011 שונתה תכולת השירותים שבחוק. המקדם הריאלי המתוקנן חושב באמצעות הכפלת המקדם הארצי הקבוע בחוק במקדם השינוי של שיעורן של תקרות ה-CAP של בתי החולים של הכללית מתוך סך תקרות ה-CAP של כלל בתי החולים.

20 מספר מיטות האשפוז הכללי ברישיונות בתי החולים משמש מדד מקורב לתשומות גורמי הייצור, הן ועבודה. מיטות האשפוז אמורות להיות מתואמות עם תשומות כוח אדם, דרך מפתחות התקינה המינהליים וההסכמיים, ועם תשומת ההון, דרך בינוי והצטיידות הכרוכים בהקמת מחלקות אשפוז.

בקרה תקציבית

כאמור למעלה, מעבר לחשיבותה למערכת, הבקרה התקציבית על בתי החולים הציבוריים מהווה גם נדבך הכרחי בקיום משטר האסדרה של המחירים המופחתים וה-CAP. בחינת התפתחות תקציב השלמת הכנסות (המכונה סובסידיה) של בתי החולים הממשלתיים בשנים הנסקרות מלמדת על התבדרות תקציבית בניגוד לכוונת המדינה. בתקופה שבה גדלו התפוקות וההכנסות בשיעורים העולים על קצב גידול התשומות ניתן היה לצפות כי ההתייעלות בייצור תביא לצמצום הגירעון במונחים אבסולוטיים. תחת זאת, לא רק שהגירעון לא הצטמצם במונחים אבסולוטיים, אלא הוא אף הכפיל עצמו ויותר גם ביחס להיקף פעילות בתי החולים.

תרשים 3. תקציב השלמת הכנסות (מימון גירעוני) של בתי החולים הממשלתיים



מקורות ונתונים: משרד הבריאות, 2006; 2008; 2012; 2014; 2017; משרד האוצר, תקציב המדינה, קובצי "פיסקלי דיגיטלי", <https://mof.gov.il/BudgetSite/statebudget/Pages/tableau.aspx>

התמיכה התקציבית מיוחסת כולה למימון שירותי הסל ומוצגת בתרשים כשיעור מתוך מחזור שירותי הסל. זאת בהתבסס על ההנחה (החלשה) כי השירותים הרפואיים שאינם בסל (לידות, תיירות מרפא ואחרים) מסופקים באיזון או אף בעודף תקציבי. כך, כל התקציבים שמעבירה המדינה ישירות לבתי החולים הציבוריים ממונים את הגירעון הנובע מהספקת שירותי הסל. תקציב השלמת ההכנסות מהווה נתח גדול אף יותר במימון שירותי הסל מהמתואר בתרשים 3 לעיל. בתרשים מוצג תקציב השלמת ההכנסות שנרשם בתקציב הפעולה של בתי החולים הממשלתיים (סעיף 94 בחוק התקציב), אשר מהווה רק חלק מהתמיכה בבתי חולים אלו מתקציב המדינה. כך, המדינה תומכת בבתי החולים שבבעלותה באפיקים נוספים בכסף ובעין (שווה כסף), הנרשמים בסעיפים תקציביים אחרים, כגון פנסיה תקציבית, פיתוח ותחזוקת מחשוב, פיתוח פיזי והצטיידות, מימון, ביטוח ותקורות ניהוליות אחרות. לפי מצגת של משרד הבריאות במכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (NIHP, 2016, p. 12), בשנת 2014 עמד סך התמיכות על 2.14 מיליארד ש"ח. קרי, כ-800 מיליון ש"ח תמיכות עקיפות. כאשר שיקול זה מובא בחשבון, שיעור המימון של שירותי הסל בתקצוב ישיר בשנת 2015 מוערך בכ-22%.

הגולם שקם על יוצרו

ההתבדרות בין הנורמה הכמותית הפורמלית לבין הכמות בפועל, בשילוב הרחבת ההנחות בהסכמים שערכו הנהלות בתי החולים עם קופות החולים, יצרו מצב שבו המחירים המופחתים אינם חלים בשוליים צרים וארעיים בלבד אלא בתחומים רחבים של הפעילות בדרך קבע. התהליך, לרבות התקצוב הישיר המשלים, היה אבולוציוני ולא תהליך מוסדר ושקוף המבוסס על שינוי תפיסה לגבי מימון המערכת. מה שאמור היה להיות חריג הפך למעשה לנורמה – מגובה מימון גירעונות על ידי המדינה – שלפיה גם בית החולים וגם הקופה פועלים ומקבלים את החלטות הייצור והצריכה בסביבת מחירים מופחתים. כך הביא מנגנון ה-CAP לכמה עיוותים במערכת:

- החלשה, עד כדי ביטול למעשה, של מכשיר המחירים היחסיים (לפי עלויות ממוצעות) כגורם אשר יכול לאותת על קדימויות במערכת, כגון כדאיות הצריכה של שירותי בית חולים לעומת צריכתו במרפאה או במכון בקהילה, או כדאיות הייצור של טיפול מסוים לעומת טיפול אחר האמור להתבצע באמצעות אותן תשתיות ואותו כוח אדם.
- קושי בזיהוי הקשר שבין גירעון בית החולים לבין הגורמים לגירעון. תהליך זה הביא להחלשה נוספת של הבקרה התקציבית במערכת ושל האחריותיות בניהול הכלכלי של בתי החולים.
- המחיר הנמוך המלאכותי הליכים רפואיים בבית החולים הציבורי הקשה עליו להתחרות מול בית החולים או המכון הפרטי על עבודת הרופאים המומחים אחר הצהריים, ובכך סייע להרחבת ההיצע והביקוש לביצוע הליכים רפואיים במערכת הפרטית במימון הביטוחים המשלימים והמסחריים.
- יצירת תלות תקציבית של קופות החולים, בפרט הקטנות, במחירים המופחתים והפיכתם למכשיר מרכזי במימון של המדינה לתקציב הסל. במקום להעביר לקופות תקציב ריאלי למימון שירותי הסל, לרבות שירותי האשפוז, לפי עלויות ממוצעות וכמתבקש מהחוק, המדינה התרגלה לממן חלק מתקציב הסל באמצעות הפחתה מלאכותית של שירותי האשפוז ומימנם המלא או החלקי של הגירעונות במערכת האשפוז ישירות מתקציב המדינה, מחוץ לתקציב הסל.

התוכנית הלאומית לקיצור תורים: הוספת חטא על פשע

משנת 2013 עומד נושא קיצור התורים בראש סדר היום של משרד הבריאות, אשר זיהה כשל מערכתי באורך התורים לשירותים אלקטיביים בבתי החולים הציבוריים. המדינה ראתה במחירי הניתוחים הנקבעים על ידה את החסם העיקרי להרחבת התפוקות והזמינות, בעיקר מעבר לשעות הבוקר, בבתי החולים הציבוריים. זאת במיוחד לנוכח התעריפים הגבוהים שקיבלו המומחים – עובדי המערכת הציבורית – במסגרת עבודתם במרפאות פרטיות במימון הביטוחים המשלימים והמסחריים.²¹ בשנת 2014 הוחלט להקצות תקציב לתוכנית לקיצור תורים והוכנה טיוטה ראשונה של התוכנית, והיא החלה לפעול בסוף שנת 2017.

בשל רצונה של המדינה לשמר את מנגנון ה-CAP כמכשיר מרכזי בתקצוב המערכת הוחלט כי המחירים המופחתים בבתי החולים הציבוריים לא יבוטלו, וכי התקציב להרחבת רכש הניתוחים לטובת קיצור תורים, קרוב ל-900 מיליון ש"ח בשנה, יועבר כתקציב ייעודי ("צבוע") נפרד מתקציב הסל הרגיל. התקציב הייעודי המועבר לקופות החולים מותנה בדיווח מפורט על רכש של ניתוחים במסגרת הסכמים ייעודיים. עבור כל ניתוח העומד בתנאי התוכנית, הקופה מקבלת מהמדינה 81.5% ממחירון הפיקוח של משרד הבריאות לאותו ניתוח. מחיר זה אמור להיות גבוה מהעלות השולית ולאפשר תשלום שכר עידוד לצוותים לצורך הגדלת הפעילות במערכת הציבורית.

נוסף על כך, בינואר 2018 נכנס לתוקף "חוק הצינון", אשר אינו מאפשר לרופאים להפנות לעצמם חולים מהמערכת הציבורית לפרטית במשך שישה חודשים. בעקבות זאת הוחלט כי התקציב הייעודי לקופות החולים יותנה בכך שקופות החולים יציגו הפחתה של שמונה ניתוחים לפחות במימון הביטוח המשלים (שב"ן) כנגד כל תוספת של עשרה ניתוחים במימון התוכנית לקיצור תורים. מנגנון זה, שנקרא "הסטה", לווה בהחלטה על הפחתת דמי החבר שמשלמים חברי תוכניות השב"ן.

התוכנית לקיצור תורים מחייבת את המדינה ואת קופות החולים לנהל מערכת מורכבת במיוחד של דיווח ומעקב אחר הרכש המבוצע במסגרת התקציב הייעודי. קופות החולים, כדי להימנע מסבך בירוקרטי, השתמשו בתקציב במתכונת הפעולה של השב"ן. כמעט כל תקציב הרכש הייעודי מופנה כיום לביצוע ניתוחים במסלול בחירת רופא במכונים ובבתי חולים פרטיים, באותו המנגנון שבו פעל השב"ן. יוצא אפוא כי עיקר פעולתה של התוכנית הוא בהמרת מקור המימון של ניתוחים המבוצעים בבתי החולים ובמכונים הפרטיים – ממימון מדמי החבר וההשתתפות העצמית של חברי השב"ן למימון מתקציב המדינה, קרי, תשלום מיסים. אשר למוסדות האשפוז הציבוריים, התוצאה היא כי גם בהסדר המחירים החדש אין ביכולתם לעמוד בתחרות עם המוסדות הפרטיים על שירותיהם של אותם רופאים. כלומר, שוב בניגוד לרוח החוק ולעקרון הביזור, אשר לפיהם תקציב הסל הוא אינטגרטיבי ומנוהל על ידי הקופות לפי שיקול דעתן, המדינה למעשה מוסיפה עוד טלאי תקציבי-הסדרי על המערכת.

המדינה מוצאת עצמה אפוא במעגל קסמים: בתחילה היא ביקשה לרסן את הספקת השירותים במטרה להבטיח את מימון שירותי הסל במסגרת המקורות המוגבלים; לשם כך היא כוננה את מנגנון המחירים המופחתים, שכאמור חייב אותה להעמיק את מעורבותה

21 על מצב דברים זה ראו למשל צ'רניחובסקי, 2018.

בתכנון ובניהול הספקת שירותי הסל; ואז היא נוכחה לדעת שבחלק ניכר משירותי הסל הכמות המסופקת היא בחסר ולא בעודף, וכי נדרש לעודד את הייצור ולא לרסנו; אלא שבשל התלות התקציבית שפיתחה המדינה במכשיר המחירים המופחתים, הפתרון המוצע לכך אינו התרת הרסן וצמצום מעורבותה במערכת הציבורית, אלא הקצאת תקציב ייעודי במנגנון רכש נפרד; המנגנון הנפרד מרחיק את המדינה עוד יותר מעקרון הביזור, כאשר לראשונה המדינה "צובעת" חלק מתקציב הסל ונדרשת להפעיל מנגנון תמיכות מרכזי, עתיר פיקוח.

סיכום

התוכנית המיוחדת של המדינה לקיצור תורים מבטאת את חוסר המענה של מערכת האשפוז הציבורית בנושא מרכזי לציבור ולצרכיו וציפיותיו בתחום האשפוז הכללי. התמודדות המדינה עם האתגר נעשתה באמצעות תוכנית מורכבת ועתירת התערבות, תוך שימור מכשירי האסדרה (מנגנון ה-CAP) אשר תרמו לצורך בתוכנית מלכתחילה. גם תוכנית זו סוטה מעקרונות היסוד שעליהם היו אמורות להיבנות המדיניות של מערכת הבריאות הציבורית בישראל בכלל וזו של מערכת האשפוז בפרט.

הבעייתיות של אסדרת המערכת בולטת על רקע הממצאים העיקריים של עבודה זו. נוכח הגידול בפירון בייצור השירותים לסל שירותי האשפוז בשיעור של כ-20%, ניתן היה לצפות שהמערכת תוכל לשפר את הביצועים הפיננסיים של בתי החולים ואולי גם של קופות החולים. נוסף על כך, תוספת התפוקה הייתה יכולה לשמש לשיפור זמינות שירותי האשפוז לציבור. היינו, העודף שממנו נהנתה המערכת היה צפוי להתחלק בין היצרנים (בתי החולים) ובין הצרכנים (קופות החולים וציבור המטופלים). ואולם דבר מאלה לא קרה. הגירעונות של בתי החולים והקופות גדלו והשירות לציבור נשאר חסר, כפי שהדבר בא לידי ביטוי בתוכנית לקיצור תורים. פירוש הדבר, באופן נסיבתי לפחות, שמדיניות האסדרה – בעיקר מנגנון ה-CAP והתמהיל הציבורי-פרטי – יצרה אי יעילות מערכתית שפגעה בכל היבט של המערכת הציבורית במימון ובשירות.

כפי שהראינו במסמך אחר (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019), מערכת האשפוז הכללי בישראל סובלת ממחסור במשאבים. ואולם הליקויים היסודיים בתשתית האסדרתית של מערך האשפוז הציבורי, שתוארו לעיל, עשויים להפחית את הכדאיות של השקעת משאבים בהרחבת תשתיות (מיטות אשפוז) ובתפעול ורכש (כגון תוכניות לקיצור תורים), כל עוד אין שינוי באסדרת המערכת.

נוכח מצב עניינים זה אנו מציעים לבחון את התפתחות האסדרה מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כמו גם רפורמות עתידיות העומדות על הפרק, ביחס לאותם עקרונות יסוד שהונחו בוועדת נתניהו (1990) ובחוק (1994), שאנו מכנים עקרון הביזור. מעקרון הביזור נגזרת העדפה של צמצום ההתערבות בהתנהלות השוק הפנימי של שירותי האשפוז. זאת הן ביחס למנגנוני האסדרה שהמדינה בוחרת להפעיל על הגופים האוטונומיים הפועלים בשוק הפנימי והן ביחס לצורך ביציאת המדינה מהבעלות על מוסדות אשפוז כלליים, כפי שהמליצו ועדת נתניהו ושורה של ועדות נוספות (ראו צ'רניחובסקי וכפיר, 2019, נספח ב).

במבט לאחור על התפתחות מדיניות האסדרה הממשלתית בשני העשורים האחרונים רואים תהליך מתמשך של העמקת מעורבות המדינה בניהול השוטף של מערכת האשפוז. זו החלה בניסיון להתמודד עם כשלי שוק מובנים במערכת והתגברה עקב יצירת תלות תקציבית של קופות החולים, ובעקבותיהן של המדינה, במכשירי האסדרה שהתרחקו מתכליתם המקורית. תהליך ההתבדרות הביא בין השאר לניוון מנגנון המחירים ולשחיקה של הרציונליזציה הכלכלית ושל האחראיות של המנהלים במערכת. בהקשר זה מהווה התוכנית המיוחדת לקיצור תורים את שיאו של התהליך, כאשר המדינה העדיפה ליצור מנגנון בירוקרטי מורכב ועתיר מעורבות ממשלתית על פני תיקון של מנגנוני האסדרה הקיימים, צמצום המעורבות וחיזוק הרציונליזציה הכלכלית במערכת.

עקרונות כלליים לרפורמה

נוכח האמור לעיל יש מקום לערוך בחינה מחדש של מכשירי האסדרה אשר שימשו את המדינה מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הן ביחס לעלויות ולתועלות של הפעלתם, והן ביחס להלימתם את העקרונות שעומדים בבסיס החוק – אחריות המדינה להסדרתה של מערכת מבוזרת. בהקשר זה יש לבחון כמה צעדים עיקריים, שעיקרם נסיגה ממדינות האסדרה הקיימת, של מנגנוני CAP, מימון גירעוני ומתוכניות לקיצור תורים, לטובת מימוש מודל המימון המשולב, שעליו כבר החליטה המדינה, ויישום מכשירי פיקוח וניהול סיכונים המקובלים בעולם. במודל מימון משולב מסגרת התקציב קבועה ומוגדרת מראש (ולא ככיסוי גירעון בדיעבד) ומתבססת על העלות הנורמטיבית של השירותים (ולא פרטנית לכל בית חולים), בדומה לאופן שבו קופות החולים מתוקצבות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. תקצוב פרוספקטיבי ונורמטיבי הוא בסיס הכרחי לחיזוק הבקרה התקציבית והאחריותיות של הנהלות בתי החולים. המודל יכול לכלול מספר רכיבים:

- **מודל מימון משולב:** השלמת המהלכים שהחלו עם חקיקת סעיף 63 לחוק ההסדרים 2017-2018 (שטרם יושם) ומעבר למודל מימון משולב עם שקיפות גבוהה. בהפעלה מלאה של המודל, התקצוב הישיר של בתי החולים על ידי המדינה משמש מכשיר משלים למכשיר המימון העיקרי של שירותי הסל – מכירת שירותים לקופות החולים והתחשבנות עימן.
- **הסדרת תכולת מחירי ההתחשבנות:** מודל המימון המשולב יאפשר להגדיר מחדש את תכולת מחירי ההתחשבנות כך שישקפו את עלויות הייצור הרלוונטיות לצורך תכנון הספקת שירותי הסל על ידי קופות החולים. אלו צריכים לשקף את עלויות הייצור ובמיוחד לשקף לקופות החולים את מחירם היחסי של שירותי בתי החולים ביחס לחלופות הייצור בקהילה. ככלל, רצוי שמחירי ההתחשבנות יכילו רק את רכיבי העלות המשקפים את עלויות ייצור השירותים אצל כלל היצרנים, לרבות עלויות קרקע והון, וללא רכיבים ציבוריים ייחודיים, כגון מערכי חירום והוראה.
- **תקצוב ישיר כמכשיר מימון משלים למנגנון ההתחשבנות:** מימון רכיבי העלות הייחודיים לבית החולים הציבורי בתקצוב ישיר מהמדינה – הוראה, הדרכה ומחקר, מערכי חירום, פיתוח מרכזי מצוינות לאומיים ותמיכה בהפעלת בתי חולים קטנים בפריפריה. הגדרת התכולה של המימון בתקצוב ישיר תצריך קביעת כללים ברורים, מוגדרים ושקופים לתקצוב בתי החולים.
- **פיקוח מחירים וניהול סיכוני שוק מובנים:** במקום מנגנון CAP ניתן לאמץ ולפתח מנגנונים כמו אלו המקובלים בעולם. מנגנוני תמחור בשיטת ה-DRG משמשים במדינות רבות מכשיר לחלוקת סיכונים ולוויסות כמויות, והם מתיישבים עם מנגנון המחירים הדיפרנציאליים, שהמדינה כבר מפעילה ומפתחת. מודל המימון המשולב מאפשר קביעת מחירי התחשבנות הנמוכים מהעלות הממוצעת במקרים של כשלי שוק מובהקים בשוק הפנימי, אגב שמירה על מסגרת המימון הנורמטיבית של סל הבריאות הממלכתי. אין מנוס מההכרה בעלותם של מכשירי התערבות לטיפול בכשלי שוק ובכך שוויסות הסיכון של הספקת יתר של שירותים לסל בהתערבות המדינה ניתן להשגה רק במידה מוגבלת.

מקורות

דוח ועדת נתניהו (1990). **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל**. ירושלים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. https://www.nevo.co.il/law_html/Law01/036_001.htm

משרד הבריאות (2006). **ניתוח פיננסי אינטגרטיבי – כלל המרכזים הרפואיים 2005**. ירושלים: משרד הבריאות, חשבונות.

משרד הבריאות (2008). **ניתוח פיננסי 2000–2007 – בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**. ירושלים: משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2012). **מחיר יום אשפוז ושיעורי שינוי – 1991–2011**. ירושלים: משרד הבריאות, האגף לתכנון, תקצוב ותמחור.

משרד הבריאות (2014). **דוח פיננסי 2012 – המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים**. ירושלים: משרד הבריאות, חשבונות.

משרד הבריאות (2017). **דוח פיננסי 2015 – המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים**. ירושלים: משרד הבריאות, חשבונות.

פלוטניק, ר' וקידר, נ' (2015). **חוק ביטוח בריאות ממלכתי בעקבות 20 שנים להחלת החוק**, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995–2014. ירושלים: משרד הבריאות.

צ'רניחובסקי, ד' (2018). מערכת הבריאות: מבט על. בתוך אבי וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2018** (עמ' 203–217). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

צ'רניחובסקי, ד' וכפיר, ר' (2019). **מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

Chernichovsky, D. (1995). Health system reforms in industrialized economies: An emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, 73(3), 339-372.

Chernichovsky, D. (2002). Pluralism, choice, and the state in the emerging paradigm in health systems. *The Milbank Quarterly*, 80(1), 5-39.

NIHP (2016). *Hospital budgeting: International workshop report*. Tel-Hashomer: The Israel National Institute for Health Policy Research.

