

הכנס הכלכלי התשיעי / יוני 2001



נייר עמדה / 29

ירושלים, חשוון תשס"ג, אוקטובר 2002

הרפורמה במערכת הבריאות: עבר ועתיד

מנהל הכנס והעורך
ראובן גרונאו

המכון הישראלי לדמוקרטיה הוא גוף עצמאי, המסייע לכנסת ולוועדותיה, למשרדים ולמוסדות ממשלתיים, לגופי השלטון המקומי ולמפלגות, באמצעות הגשת מחקרים והצעות לביצוע שינויים ורפורמות בדפוסי פעילותם.

בנוסף לכך מממש המכון הישראלי לדמוקרטיה את שליחותו על-ידי מידע משווה בנושאי החקיקה ודרכי התפקוד של משטרים דמוקרטיים שונים. כמו כן הוא שואף להעשיר את השיח הציבורי ולעודד דרכי חשיבה חדשות על-ידי ייזום דיונים בנושאים שעל סדר היום הפוליטי, החברתי והכלכלי, בהשתתפות מחוקקים, בעלי תפקידי-ביצוע ואנשי אקדמיה, ועל-ידי פרסום מחקרו.

עורך הספרייה: אורי דרומי

ניהול הפקה: עדנה גרניט

רכזת המערכת: חגית שרון-אגמון

עריכת לשון: רמה זוטא, יעל מושיוב

עיצוב: רון הרן

עריכת התרשימים ועיצובם: עזרא לוזון

הבאה לדפוס: עטרה קליגמן

סודר ונדפס בתשס"ג ב'ארט פלוס', ירושלים

© כל הזכויות שמורות למכון הישראלי לדמוקרטיה

מסת"ב 1-38-7091-965-ISBN

Copyright by the Israel Democracy Institute

Printed in Israel 2002

הדברים המתפרסמים בניירות העמדה אינם משקפים בהכרח את עמדת המכון הישראלי לדמוקרטיה.

■ הצוות המכין

ראש הצוות: פרופ' גור עופר

סגן יו"ר: ד"ר ברוך רוזן

חברי הצוות

פרופ' צבי אדר

יעל אנדרון

ד"ר יורם בלשר

גבי בן-נון

אלי הורביץ

גל הרשקוביץ

עו"ד לאה וופנר

ח"כ דוד טל

פרופ' אבי ישראלי

ד"ר בעז לב

ד"ר יצחק פטרבורג

חיים פלץ

אביגדור קפלן

ד"ר עמיר שמואלי

פרופ' מרדכי שני

פרופ' יוסי תמיר

רכזת הצוות

זיוה ליטבק

תוכן העניינים

7 מבוא – ראובן גרונאו

9 הקדמה – גור עופר

פרק ראשון: מערכת הבריאות בישראל: הישגים, בעיות והשלמת הרפורמה –

גור עופר וברוך רוזן

- 11 1. הקדמה: מערכת הבריאות בישראל לעומת מדינות העולם
- 14 2. חוק ביטוח בריאות ממלכתי: הליבה
- 20 3. מקומם של בתי-החולים ותפקיד משרד הבריאות
4. ביטוחים משלימים (שב"ן), שירותים פרטיים (שר"פ)
- 22 והתמהיל הציבורי-הפרטי
- 23 5. סיכום
- 25 תרשימים

פרק שני: מימון מערכת הבריאות –

יעל אנדרון, גבי בן-נון, גל הרשקוביץ, דוד טל, יוסי תמיר

- 39 1. המנגנון לעדכון עלותו של הסל שבאחריות קופות-החולים
2. עדכון המקורות לסל השירותים שבאחריות משרד הבריאות
- 45 והבטחתם
- 45 3. השינויים בהרכב המימון הפרטי והציבורי של עלות הסל
- 47 4. נתוני עזר

פרק שלישי: עתיד בתי-החולים –

יורם בלשר, גל הרשקוביץ, אבי ישראלי ועמיר שמואלי

- 49 1. רקע
- 53 2. הפרדת בתי-החולים ממשרד הבריאות
3. דרכים להתגברות על החסמים
- 55 ולהתקדמות לקראת מימוש המהלך

פרק רביעי: **שירות רפואי פרטי (שר"פ) –**

יצחק פטרבורג, אביגדור קפלן, לאה וופנר, בעז לב

- 57 1. רקע
- 58 2. ההיבטים הכלכליים והארגוניים
- 60 3. ההיבטים החברתיים

סיכום דיון

- 62 מימון מערכת הבריאות
- 65 שירות רפואי פרטי (שר"פ)
- 67 דברי שר הבריאות נסים דהן

70 **המשתתפים בכנס הכלכלי התשיעי**

80 **English Summary**

מבוא

ראובן גרונאו

מצוקות היומיום משכיחות לעתים את המבט אל האופק. שנות ה-90 הראשונות עמדו בסימן של אסטרטגיית צמיחה מוטת שוק חופשי, שבה המגזר העסקי הפרטי נטל על עצמו יותר ויותר תפקידים שמילאה בעבר הממשלה (ולא תמיד בהצלחה). שינוי זה היה כרוך בכאבים וחייב סדרה מקיפה של רפורמות בשוק הסחורות, בשוק העבודה ובשוק ההון; רפורמות אלה הביאו לצמצום תפקידה של הממשלה בפעילות היומיומית של המשק ותרמו בוודאי להתייעלות המערכת המשקית.

לרפורמה במגזר הבריאות, שהתגלמה בחוק לביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994 נודעו משמעויות כלכליות וחברתיות מרחיקות לכת. הצוות סקר את הישגי הרפורמה ובעיותיה בתום שבע שנים לחוק; הוא התמקד בתפקידי הגורמים העיקריים בתחום הבריאות (הממשלה, קופות-החולים ובתי-החולים) במימוש הרפורמה, בדק את השלכותיה על ההוצאה הלאומית לבריאות, על השוויון בנגישות לשירותי בריאות, על גירעונות קופות-החולים השונות והתנהגותן נוכח מגבלת תקציב קשוחה, ועל התפלגות ההוצאה לבריאות לפי מקורות המימון (מסים מיועדים, תקציב המדינה, דמי חבר ותשלום עבור שירותים). הדיון בכנס התנהל בשלוש קבוצות עבודה: אחת עסקה במימון מערכת הבריאות, האחרת במסגרת המוסדית של בתי-החולים ותפקידם במערכת הבריאות העתידית, והשלישית – בשירותי הרפואה הפרטיים (שר"פ) ומקומם בבתי-החולים.

הקדמה

גור עופר

במגזר הבריאות בישראל התחוללו בשנים האחרונות שינויים מפליגים. תולדותיו בשני העשורים האחרונים רצופי משברים, שביתות וועדות חקירה, ששיאן בכינון ועדת חקירה ממלכתית בראשות השופטת נתניהו; הוועדה הציגה את המלצותיה בשנת 1990. גם בעצם הימים האלה, ובעקבות שביתת הרופאים האחרונה, יושבת על המדוכה ועדה ציבורית לבדיקת מעמד הרופא והרפואה הציבורית. המלצות ועדת נתניהו לשינויים במערכת הבריאות מהוות אורים ותומים לכל יוזמי השינויים במערכת הבריאות: לפי ההמלצות האלה נחקק בשנת 1994 החוק לביטוח בריאות ממלכתי; על-פיהן נעשו ניסיונות מספר לאגד את בתי-החולים הממשלתיים ולהפרידם ממשרד הבריאות; על-פי ההמלצות הוסדרה סוגיית הביטוחים המשלימים ונערכים דיונים בדבר הנהגת שירותי בריאות פרטיים במערכת הציבורית. לא כל המלצות ועדת נתניהו יושמו; חלקן הופעל בדגמים שונים (כגון ההקמה של מועצת הבריאות) וחלקן לא יבוצע כנראה כלל (כגון הקמת קופות-חולים אזוריות או רשות בריאות). ללא ספק אלו הישגים נאים להמלצות של ועדה אחת, בוודאי לעומת המלצות ועדות אחרות בישראל.

הצוות שהוקם לבחינת הרפורמה הנדרשת במערכת הבריאות לקראת כנס קיסריה עסק, במידת מה, בלימוד ובסיכום הלקחים מן השינויים שכבר נעשו במערכת, ובעיקר מחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי; עם זאת התמקד הצוות במקצת הבעיות שעדיין יש לפתור כדי לקדם את המערכת. על בסיס דיונים במליאת הצוות וחומר נוסף, הכינו שלושה צוותי משנה שלושה מאמרים בשאלות האלה:

1. דרכי מימון מערכת הבריאות (מערכת היחסים בין הממשלה לקופות-החולים). ממכלול הנושאים בחר הצוות לדון בשאלה, האם עדכון סל השירותים שקופות-החולים מספקות יעשה על-פי נוסחה קבועה מראש או בהתדיינות שנתית, במסגרת דיוני התקציב.
2. השינויים הדרושים במעמד בתי-החולים הממשלתיים והפרדתם ממשרד הבריאות.
3. היש להנהיג שירותי בריאות פרטיים במערכת הבריאות הציבורית בישראל; אם כן, באילו תנאים ומגבלות.

החוברת פותחת במאמר הסוקר את מערכת הבריאות בישראל, הישגיה ובעיותיה. הצוות כלל מספר רב של חברים מכל רכיבי מגזר הבריאות: משרד הבריאות, קופות-החולים ובתי-החולים, ההסתדרות הרפואית, מן האוצר, האקדמיה, הכנסת והמגזר העסקי. החברים בצוות התבקשו להשתחרר, ככל הניתן, מן העמדות הנגזרות מתפקידיהם במערכת, אולם אין זה אך טבעי שלא תמיד הצליחו בכך: הן במליאה, הן בדיוני הצוותים התגלעו חילוקי דעות בכל השאלות שעל הפרק, והם הובאו בפני כל משתתפי הכנס לדיון וליבון.

1 מערכת הבריאות בישראל: הישגים, בעיות והשלמת הרפורמה

גור עופר וברוך רוזן

1. הקדמה: מערכת הבריאות בישראל לעומת מדינות העולם

מערכת שירותי הבריאות בישראל היא כשל המתקנות במדינות העולם, ובכמה תחומים היא אף השיגה הישגי שיא. רמה זו של שירותים מתבטאת בהוצאה לאומית לבריאות (כ-8.5% מן התוצר המקומי הגולמי) הדומה לשיעור הנוהג במדינות אירופה המפותחות. מחקר משווה של ארגון הבריאות העולמי דירג את ישראל מעל לממוצע מדינות OECD הן בהישגים הן ביעילות. תרשימים 1–5, עמ' 25–27, מציגים כמה השוואות בין-לאומיות. אמנם גם קודם להנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בשנת 1995, הגיעה מערכת הבריאות בישראל לרמה טובה, אך אין ספק שהחוק, בלוויית השינויים שנספחו אליו, שיפרו במידה ניכרת את המערכת: את תפקודה, את השוויון במימונה ובאספקת שירותיה, ואת תפקודה ויעילות אספקת השירותים בה. המערכת כולה מאורגנת נכון יותר, ומערכת התמריצים בה השתפרה. בשש השנים האחרונות מאז נחקק החוק התרחשו שינויים ניכרים בשיטות הניהול ובהדגשי הניהול, הן של קופות-החולים הן של בתי-החולים: הניהול מקצועי יותר, כלכלי יותר, והוא נעזר יותר בכלי מידע, מחקר וניתוח מודרניים ועדכניים.

אולם אליה וקוץ בה. את מערכת הבריאות בארץ מטרידות בעיות רבות, והציבור מודע להן ברמה האישית והמערכתית כאחת. הרפורמה במערכת הבריאות, שהונהגה כאמור בשנת 1995, באה בעקבות משבר ממושך ועל בסיס מסקנות ועדת נתניהו והמלצותיה בשנת 1990. הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הגשימה את ליבת ההמלצות אך לא את כולן. חלק מן הבעיות הקיימות נובעות מאי-השלמת הרפורמה, ונפרט זאת בהמשך. חלק אחר מן הבעיות נובע מן האופי של מערכת הבריאות ומגזר הבריאות וממהותם, בכל מקום ולא רק בארץ. כל פתרון ארגוני של בעיות אלו הוא הרע במיעוטו, במקרה הטוב, ולכן נותרות תמיד בעיות לא פתורות. בעיות אחרות נובעות מכשלי ביצוע וממסורות ונהגים המיוחדים לכל מדינה ומדינה.

הבעיות הכלליות הנוגעות במגזר הבריאות נחלקות לשלוש: (א) כשלי שוק חמורים, שאינם מאפשרים מבנה פשוט של תחרות חופשית ללא מעורבות ממשלה; (ב) שיפורים טכנולוגיים בתחום הבריאות הגורמים לעתים קרובות להגדלת העלויות; (ג) רגישות חברתית גבוהה לאספקה נאותה ושוויונית של שירותי בריאות לכול.

כשלי השוק בבריאות נובעים משני מקורות עיקריים: המקור הראשון – בשל היותה של הבריאות מוצר בר-ביטוח, מונהג ביטוח בריאות במדינות רבות; והמקור האחר לכשל הוא מידה רבה של אי-ודאות לגבי הקשר בין הענקת שירותי בריאות לרמת הבריאות, ויתרון המידע שבידי הרופא על החולה לגבי הטיפול הרצוי. בתנאי שוק רגילים, שהתשלום בהם ניתן בעבור יחידות שירות (ביקור רופא, ניתוח וכדומה), נוצר תמריץ לרופא להגזים באספקת שירותים; לחולה ולמערכת כאחד קשה להעריך את מידת ההצדקה לטיפול. ההגזמה האפשרית בטיפולים נובעת, נוסף על התמריץ הכספי, הן מרצון להיטיב עם החולה הן מסקרנות מקצועית. הנהגת הביטוח הרפואי גורמת לצרכן לבקש היקף שירותים גדול יותר משהיה קונה אילו היה משלם מחיר מלא (סיכון מוסרי), וחברות הביטוח מבקשות להתרכז בתחרות על בחירה של ביטוחים זולים ('גריפת שמנת').

מצב הבריאות של האוכלוסייה מושפע מגורמים רבים שאינם קשורים לשירותי הבריאות עצמם או הקשורים אליהם רק בעקיפין. עם הגורמים הללו ניתן למנות את רמת החיים ואיכות החיים, אורח החיים – בתחומי התזונה, השתייה והעישון, בתחומי הפעילות הגופנית, ההיגיינה הפרטית והציבורית – החשיפה לסיכונים חיצוניים ועוד. מקובל להניח ששירותי הבריאות עצמם מסייעים רק בחמישית מן המקרים למצב הבריאות של האוכלוסייה; עם זאת, קשה לייחס את מצב הבריאות לגורמים השונים, והדבר מקשה על קבלת החלטות בדבר ההקצאה הראויה של משאבים למערכת הבריאות.

המצאה ופיתוח של תרופות, טיפולים וטכנולוגיות חדשות, מרחיבים במקרים רבים את יכולת הטיפול במחלות ובבעיות בריאות נוספות, ובכך מרחיבים את היקף הפעילות הרפואית ואת ההוצאה הכוללת לשירותי הבריאות. הרווח לחברה מתבטא בשיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה, ומכאן – ברווחתה ובפרינונה. רק מקצת השיפורים הטכנולוגיים מתבטאים בחיסכון בהוצאות במגזר הבריאות עצמו. הרחבה נוספת של הביקוש לשירותי בריאות בעשורים האחרונים נובעת מן התהליך המהיר של הזדקנות האוכלוסייה במדינות רבות בעולם (בישראל הקצב אטי יותר). תהליך זה

נובע הן מצמצום הילודה הן משיפור ברמת הבריאות ומהארכת תוחלת החיים.

בשל החשיבות הרבה של מצב הבריאות לרווחת הפרט ולכושר השתכרותו, העמידו כל הממשלות את האספקה הנאותה והשוויונית של שירותי הבריאות כאחת המטרות החברתיות החשובות שלהן.

כתולדה מכל אלה, נטלו עליהן מרבית המדינות בעולם, הן אלה שנהוגה בהן כלכלת שוק הן המדינות הסוציאליסטיות, את האחריות הישירה למימון ולביטוח השירותים ולאספקתם, במידה זו או אחרת, וכן על-ידי רמה גבוהה של פיקוח על מבטחים וספקי שירות פרטיים.

הלאמת שירותי הבריאות, במידה זו או אחרת, במדינות רבות, סייעה לפתרון מקצת הבעיות שנמנו לעיל אך פתחה פתח לבעיות אחרות (יכשלי ממשלה). הצורך האובייקטיבי בהרחבה של היקף שירותי הבריאות חבר ללחץ חברתי להרחבה נוספת של שירותים, שני גורמים שמולם עמדו קשיי הממשלה להרחיב את התקציב (או בעיות מקרו-כלכליות, שנבעו מהרחבת-יתר שלו). כל אלה הביאו ממשלות רבות להתלבטות בשאלת הגדרת סל השירותים המחייב, קיצוב שירותים ומימון, ובייחוד להתלבטות בשאלת שיתוף הציבור בדרך כלשהי במימון ישיר של שירותים (מלבד מסים). בעיה חשובה נוספת היא רמת היעילות ואיכות השירות הנמוכות, שמקובל ליחס לשירותים המסופקים בידי מנגנונים ביורוקרטיים והמוגבלים בתקנות ונהלים ביורוקרטיים. שירותי הבריאות רגישים במיוחד לבעיות האלה.

במדינות שונות נפתרות בעיות אלו באופן חלקי באמצעות העברת האחריות למימון וביטוח שירותי הבריאות ולאספקתם למוסדות שלא למטרת רווח (מלכ"רים) בהנחה שהם יאזנו בדרך טובה יותר – לעומת המגזר הפרטי והציבורי כאחד – את השיקולים הכלכליים עם השיקולים הרפואיים; את שיקולי איכות השירות עם יעילותו הרפואית; וזאת במידה ראויה של פיקוח והכוונה ממשלתיים. כאמור, כל הפתרונות הם בבחינת הרע במיעוטו, ובהתמדה נמשכים המאמצים להשיג שיפורים.

במדינות המפותחות נוהגות בעיקר שתי שיטות ארגון של מערכות בריאות: (א) מערכת מולאמת על כל רכיביה כמעט, כפי שהיה נהוג באנגליה עד סוף שנות ה-80 של המאה ה-20 (השיטה נקראת על שמו של הלורד בברידג', שפיתח אותה בשנות ה-40), במדינות סקנדינביה ובמדינות הסוציאליסטיות (באנגליה ובמדינות אחרות, הרופא הראשוני הוא עצמאי אך מתנהג כמלכ"ר או צפוי להתנהג כך). בשיטה זו ממנת מערכת המסים הכללית את שירותי הבריאות, והממשלה מספקת שירותים אלה בשיטה

אזורית. (ב) שיטה הידועה כשיטת 'קופות-החולים', הנקראת על שמו של ביסמרק, שהחל לפתחה בגרמניה בשלהי המאה ה-19. זו השיטה שהיתה נהוגה גם בארץ. לשיטה זו גרסאות רבות, אך המשותף לכולן הוא מימון המערכת על-ידי 'מס אחיד', המוטל על עובדים ומעסיקים על בסיס גובה השכר. קופות-החולים מבטחות ומספקות חלק מן השירותים או את רובם, ומעבירות אחריות על הספקה של חלק אחר של השירותים הפרטיים או הציבוריים לספקים, בתי-חולים, מרפאות וכדומה, לממשלה נותר תפקיד של מפקח ומתאם.

2. חוק ביטוח בריאות ממלכתי: הליבה

כאמור, נהגה בארץ שיטת קופות-החולים; היא שקעה במשבר מסיבות שונות, אך בעיקר בשל תהליך מואץ של 'גריפה כפולה של שמנת': 'הגריפה' האחת היתה בחירת חברים בעלי הכנסות גבוהות (המשלמים מס אחיד גבוה יותר), והאחרת – מציאת חברים בעלי סיכוני בריאות נמוכים, בעיקר בקופות-החולים 'מכבי' ו'מאוחדת'. הגבלת חופש הבחירה בקופת-חולים לחברי ההסתדרות הכללית, שעד סוף שנות ה-80 ביטחה למעלה מ-70% מכלל המבוטחים, תרמה גם היא רבות למגמה זו והביאה, במידה רבה, לקריסה של קופת-החולים הכללית עצמה ולצורך ברפורמה. לכך תרם תרומה חשובה גם הצורך להפריש חלק מן המס האחיד למימון ההסתדרות עצמה. לפי נתונים מן התקופה שקדמה לחקיקת חוק ביטוח בריאות, היתה ההכנסה הממוצעת של שכיר חבר קופת-חולים מכבי גבוהה בכרבע מזו המקביל לו בקופת-חולים הכללית, ובהתאם לכך גם גובה המס האחיד. יתרה מזו, משפחות המבוטחים בקופת-החולים הכללית כללו מספר קטן יותר של עובדים ומספר גדול יותר של בני משפחה. זאת ועוד: רוב העצמאים היו חברים בקופת-חולים זו (וכן בקופת-החולים 'לאומית' ו'מאוחדת'). לעומת זאת התרכזו בקופת-חולים הכללית שיעור גבוה בהרבה מן הממוצע של קשישים ושל לוקים במחלות כרוניות (ראו תרשימים 6, 7, עמ' 27–28). נוסף על אי-השוויון החריף שנוצר בגלל התחרות המעוותת בין קופות-החולים, נפגעו גם תפקוד המערכת ויעילותה. קופת-החולים הכללית (והלאומית) נכנסה תדירות לגירעונות גדולים שהממשלה נדרשה לכסותם, דבר שהביא לנוהג של 'מגבלת תקציב רכה', שבו הוחלף התמריץ לניהול יעיל בשדולות ובלחצים על הממשלה שתכסה את הגירעונות. התחרות

המעוותת לא אפשרה להשתמש בכלי החשוב של מגבלת תקציב קשה לשיפור תפקודה של המערכת.

החוק לביטוח בריאות ממלכתי נועד לפתור את הבעיות שנוצרו בדרך של הלאמת המימון של מערכת הבריאות, תוך הפרדה בין תשלומי האזרחים (למוסד לביטוח לאומי) לבין התשלומים (של המוסד והממשלה) לקופות-החולים. בדרך זו הפכה מערכת הבריאות בארץ למעין הכלאה בין שיטת בברידיגי לשיטת ביסמרק: מימון שירותי הבריאות מולאם, ואספקתם נעשית על-ידי קופות-החולים ובאחריותם. הגם שמדינות שונות הנהיגו לאחרונה שינויים במגמה דומה, עם זה השיטה הישראלית החדשה ייחודית, ולדעתנו גם כמעט מיטבית (ראו סיכום הפרק).

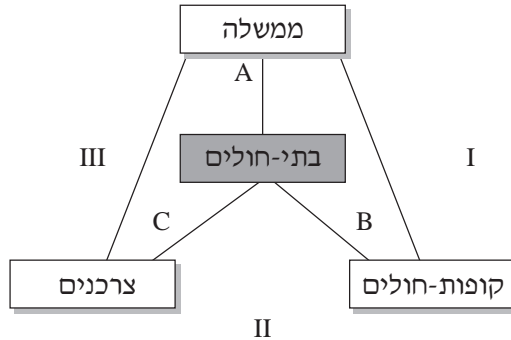
נפרט עתה את הרכיבים החשובים ביותר של המערכת החדשה ואת השפעתם, הן על הגדלת השוויון במימון ובאספקת השירותים הן על יכולת ההתייעלות של המערכת, המתבטאת כבר עתה, במידת-מה, הלכה למעשה. גידולו של השוויון משתקף במימון שירותי הבריאות ובאספקתם. על-פי החוק, מימון המערכת נעשה באמצעות צירוף של מסים מיועדים ומערכת המס הכללית. תחילה הוטלו שני מסים מיועדים, מס הבריאות והמס המקביל, אך המס המקביל בוטל לאחר שנים מספר. מס הבריאות שהונהג מתקדם במידה ניכרת לעומת המס האחיד שהוא החליף, והוא גם שוויוני יותר מבחינה אופקית (אנשים בעלי הכנסה דומה משלמים מס דומה, ראו תרשים 8, עמ' 28). מערכת המסים הכללית פרוגרסיבית יותר גם היא מן המס האחיד. השוויון הרב יותר באספקת השירותים מושג על-ידי ניתוק רמת השירות מן ההכנסה ומגודל המשפחה (בקופת-החולים) ועל-ידי קביעת רמת הזכאות לשירות על-פי אומדן צורכי הבריאות של קבוצות שונות של אזרחים. התשלום לקופות-החולים נעשה על בסיס שנתי ועל-פי מספר החברים ומבנה הגילים שלהם; בעבור כל קבוצת גיל הממשלה משלמת תשלום שונה (ראו תרשים 9, עמ' 29). כך, למשל, הקופה מקבלת בעבור חברים שגילם 75 ומעלה סכום הגדול פי 3.7 בערך מן התשלום הממוצע, בעוד שלצעירים בני 5-14 היא מקבלת רק מחצית מן הסכום הממוצע. נוסף על כך, קופות-החולים מקבלות תשלום מלא בעבור הוצאות הטיפול בחולים בכמה מחלות קשות ויקרות. שיעורי הקפיטציה נקבעו בשעתו על-פי ההוצאות בפועל של הקופות על חברים בקבוצות הגיל השונות והם אמורים להתעדכן מפעם לפעם. כפי שניתן לראות מתרשים 10, עמ' 29, אמנם התקרבה ההוצאה הממוצעת לנפש מתוקנת בין הקופות לשוויון, לאחר החלת החוק; כן גדל היקף השירותים המסופקים לקבוצות מיעוטים

ולפריפריה. לעומת זאת אין מחקר מקיף העוקב אחר השוויון באספקת השירותים בתוך כל קופה (מחקרים מראים שההוצאות של הקופות גבוהות יותר באזור המרכז ונמוכות יותר בנגב). עוד גורם שתורם לשוויון הוא בהענקת הזכות לשירותי בריאות לכל התושבים, אפילו אם לא היו קודם חברים בקופת-חולים או בעלי ביטוח בריאות אחר.

השיפור הצפוי בתפקוד המערכת וביעילותה נובע מכמה רכיבים בחוק החדש ומהשילוב ביניהם. נוסחת הקפיטציה האחידה לכל הקופות מעמידה אותן בנקודת זינוק דומה, והופכת את התחרות ביניהן להוגנת. תשלום הקפיטציה דומה בעיקרון לפרמיית ביטוח בריאות 'אמיתית' או 'תחרותית', המשקפת את הסיכון הביטוחי של החבר, ובכך היא יוצרת סביבה של מחיר תחרותי 'נכון'. התשלום על-פי הקפיטציה (כתשלום מראש, 'פרוספקטיבי') בעבור סל שירותים מוגדר בחוק (כפי שאמנם נחקק) מעמיד בפני הקופות, לפחות על-פי כוונת המחוקק, מגבלת תקציב קשה, המותאמת לצרכים (או ליכולת התקציב); לתמריץ זה חשיבות עליונה לעידוד הניהול היעיל של הקופות. הנהגת תחרות בין הקופות, על-ידי חופש בחירה ומעבר של חברים מקופה לקופה לעתים קרובות וחובת הקופות לקבל כל פונה, מבטיחה כי הקופות יתמקדו בהתייעלות אמיתית ולא בחיסכון של עלויות על חשבון המבוטח, היינו הורדת איכות השירות. החוק הקובע כי קופת-החולים היא מלכ"ר, מבטיח גם הוא מידה רבה של שיקולים רפואיים יותר מאשר בגופים עסקיים. החוק מתיר להרחיב את מתן השירותים על-ידי קופות-חולים נוספות, דבר המהווה חיזוק אפשרי לתחרות. איזון נוסף בין שיקולי ההתייעלות לשיקול הרפואי מושג בעצם השילוב של שני השיקולים האלה בארגון אחד של ביטוח רפואי המעודד התייעלות של אספקת שירותים (כמלכ"ר) עקב הגזמה באספקתם.

בשנים הראשונות ליישום החוק ניכרו הישגים ראשוניים בתחום השוויון ובתפקוד הקופות, ושני אלה התבטאו גם בעלייה ברמת שביעות הרצון של האוכלוסייה משירותי הבריאות. בתחום השוויון התבטא הדבר במעבר של סכומים ניכרים מן הקופות היעשירות ליעניות, ובמשך הזמן גדל השוויון בהוצאות הקופות לנפש מתוקנת (תרשים 10). גם רמת השירותים המוענקים למגזר הערבי עלתה. יש סימנים בולטים לשיפורים בניהול הקופות, ברמת המנהלים ועובדי המינהל, בשימוש בכלי מידע מודרניים ובשיטות המרצה מייעלות. אין ספק שהתחרות הביאה להישגים.

מערכת הבריאות בישראל, תיאור תמציתי



המשולש החיצוני מתאר את מערכת היחסים החדשה בין הממשלה, הקופות והאזרחים (הקשרים I, II, III): האזרחים משלמים מסים פרוגרסיביים לממשלה, הממשלה מחלקת את הכספים לקופות על-פי נוסחת הקפיטציה, והקופות מספקות לאזרחים את השירותים המוגדרים בסל. למקומם של בתי-החולים במערכת זו עוד נשוב להלן.

בעיות ביישום החוק ובהמשך הרפורמה

בשנים הראשונות להפעלתו של החוק נחשפו גם חבלי לידה ובעיות התאמה, התנסויות חדשות וגישושים, ונוצרו בעיות בשל אי-השלמת הרפורמה בתחומים שונים.

סל השירותים שניתן לאחריות קופות-החולים לא כלל תחילה את תחום בריאות הנפש ושירותי סיעוד לקשישים, ואף לא את מרבית שירותי המניעה האישיים (חיסונים) ואת תחנות האם והילד. בראשית הפעלתו העביר החוק לסל הבריאות את תחום הלידה מן הביטוח הלאומי. הכוונה היתה להרחיב את אחריות הקופות והסל לתחומים אלה בהדרגה, אך שש שנים לאחר הפעלת החוק ניכר בתחום זה שינוי אחד בלבד: החזרת האחריות ללידה לביטוח הלאומי. פיצול הטיפול הרפואי בין הקופות למשרד הבריאות בתחומים האלה מערים קשיים רבים וספק אם הוא רצוי.

סל שירותי הבריאות בקופות-החולים ומחוץ להן



עם זאת יש לציין, כי גם צירוף השירותים המצויים היום מחוץ לסל הקופות מעורר בעיות שונות: בתחום המניעה והסיעוד יש לחפש דרכים להבטיח הקצאת מקורות ראויים על-ידי קופות-החולים, שהרי שיטת הקפיטציה מאפשרת לקופות להוציא את הכספים לפי שיקול דעתן בלבד. בתחום רפואת הנפש שורר חשש משימוש יתר בשירותים, בגלל אי-הוודאות הרבה המלווה את אופי התלונה הטיפוסית על בעיות נפשיות, ומיצירת גירעונות לקופות.

שאלות הקשורות במימון המערכת

עיקר המתחים שנוצרו בשנים הראשונות להפעלת הרפורמה היה במערכת היחסים בין קופות-החולים לממשלה, ובעיקר לאוצר. מקור מתח טבעי היה נעוץ כמובן, ויתמיד כנראה גם בעתיד, ברמת התקצוב של סל הבריאות: שררה מידה סבירה של הסכמה לגבי רמת המימון ההתחלתית, בעוד שעיקר המתח שהתגלע במרוצת השנים התמקד בוויכוחים על עקרונות התקציב ושיעור העדכון בכל שנה. נוסף על ההתדיינות על כמות המשאבים, ניכרו בוויכוח כמה רכיבים עקרוניים יותר – על מקורות המימון, אופי נוסחת העדכון, ומידת הפיקוח הממשלתי על הקופות ועל אופייה; רכיבים אלו קשורים זה לזה.

החוק המקורי קבע שלושה מקורות מימון עיקריים לסל הבריאות: (א) מסים מיועדים; מס הבריאות החדש (שהחליף את המס האחיד); המס המקביל על המעסיקים, שנשאר במתכונתו הישנה; (ב) מקורות נוספים ממערכת המסים הכללית; (ג) השתתפות עצמית של החברים ברכישת תרופות, ובביקורי רופא (בקופת-חולים מכבי בלבד). שני המסים המיועדים כיסו בשנים הראשונות את רוב הוצאות הסל (למעלה משמונים אחוזים), ובכך הבטיח למערכת יציבות כספית יחסית. קברניטי מגזר הבריאות הניחו

אז כי המיקוח השנתי עם האוצר יהיה רק בשוליים; כך הניח גם משרד האוצר, ובהזדמנות הראשונה שנקרתה בדרכו (חוק ההסדרים לתקציב 1998), הוא הצליח לבטל את המס המקביל (שיקול חשוב נוסף בביטולו היה הרצון להוריד את הוצאות השכר למעבידים כדי לעודד תעסוקה).

הוויכוח על המס המקביל ועל המסים המיועדים היה היבט אחד של דיון מהותי יותר על דרך עדכון עלות סל הבריאות: האם עליה להתבסס על נוסחה אוטומטית לטווח ארוך (כמו תשלומי הביטוח הלאומי והנוסחאות לעדכון מחירי הדלק והחשמל), כדרישת הקופות, או לחלופין על בסיס תהליך התקצוב השנתי הרגיל, כמו שאר המשרדים והצרכים, כדרישת האוצר. בדיון זה הועלו טיעונים עקרוניים: האם להעניק למגזר הבריאות מעמד של בעל 'זכות מוקנה' או לראות בו אחד מתפקידי הממשלה (כמו ביטחון וחינוך). העובדה שספקי השירותים הם מלכ"רים ולא יחידות ממשלתיות מחזקת במידת-מה את טענת הקופות. בחוק לביטוח בריאות ממלכתי נקבע עדכון חלקי של עלות הסל הבסיסי – רק על-פי מדד המחירים לצרכן; הדבר מצריך לעדכן את העלות לפי מדד 'אמתי' (ראו להלן), לפי גידול האוכלוסייה ושינויים בהרכב הגילי שלה (הזדקנות), וכן להביא בחשבון מקדם של התייעלות המערכת. נוסף על כך הוא מצריך ליצור כללים לעדכון הסל עצמו בתרופות, טיפולים וטכנולוגיות חדשות, דבר המגדיל (נטו) את ההוצאות על הסל. גם בתחום זה הושגה התקדמות: הוקם מנגנון מקצועי וציבורי לקבלת החלטות על סדר העדיפויות של צירוף טכנולוגיות חדשות לסל. מדי שנה בשנה הסל מעודכן בדרך זו, על-פי הסכום המוקצב בתהליך ההחלטה על תקציבי הבריאות. עם זאת, הכול מכירים בצורך לשפר את המנגנון שהוקם.

מקור נוסף למתח בין חלקים במערכת הבריאות, בעיקר בין השדולה החברתית ובין משרד האוצר, נעוץ בדיון על עצם הנהגת תשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטחים, על יעדיה ועל גובה התשלום. תרשים 11, עמ' 30, מלמד כי התשלומים עלו במידה ניכרת בשנים האחרונות (בעקבות חקיקה במסגרת חוק ההסדרים). האוצר וכלכלנים רבים מדגישים את חשיבות התשלום כתמריץ לצמצום שירותים מיותרים (צמצום 'הסיכון המוסרי'), ואילו השדולה החברתית מדגישה את הקטנת השוויון וצמצום הגישה של בעלי הכנסות נמוכות. אחד הניסיונות לפתרון הוא מתן פטורים מתשלום לאחרונים ולחולים כרוניים. אולם ניתוח עמוק יותר של המתח בין קופות-החולים לממשלה מלמד כי הוא נסב על הדרכים להשגת שינוי התפיסה הנדרש בעקבות חקיקת החוק. נראה שהאוצר מאמין בחינוך הקופות לחיסכון וייעול על-ידי פיקוח קפדני והשתתפות פעילה בניהול הקופות, על-פי טענותיהן של הקופות לפחות.

האוצר אינו מאמין בסיכוי כי שינוי זה יושג רק על-ידי הטלת מגבלת התקציב הקשה (של תשלומי הקפיטציה). הקופות רואות עצמן כארגונים בוגרים, המבינים את כללי המשחק החדשים ומוכנות להתייעל כדי לעמוד במגבלת התקציב – בתנאי שהתקציב נאות. כאשר חלוקת המשאבים בין הקופות הוגנת (פחות או יותר), אין מקום או הצדקה ליצור גירעונות, ויש ליצור כנגדן תמריצים וסנקציות.

תרשימים 12, 13, עמ' 30–31, מביאים נתונים על ההוצאה של הקופות לנפש מתוקנת על פני זמן ואת התפתחות הגירעונות של הקופות לאחר הפעלת החוק. לאחר שתחילה גדלו הגירעונות, הם שבו והצטמצמו, עובדה המלמדת על כך כי הקופות והאוצר גם יחד מתקרבים להבנה טובה יותר זה של זה. נראה לנו שעל המערכת לשאוף לעצמאות תקציבית מְרֻבֵּית של הקופות במסגרת מגבלת תשלומי הקפיטציה עם תמריצים חזקים נגד יצירת גירעונות. תרשים 12 מלמד על גידול כלשהו בהוצאת הקופות לנפש מתוקנת במחירים קבועים מאז הפעלת החוק, במחירי מדד המחירים לצרכן, אך ניכרת ירידה כלשהי כאשר משתמשים במדד מחירי התשומות במגזר הבריאות; לא נעסוק כאן בהבדלים בין שני המדדים; ככלל נראית לנו מגמת הגידול, כאשר הפער בין החישוב לפי שני המדדים משקף את ההתייעלות במגזר הבריאות.

תרשימים 14, 15, עמ' 31–32, מראים בהתאמה את החלוקה של מקורות המימון להוצאות בריאות לאורך זמן: מסים מיועדים, תקציב הממשלה, השתתפות עצמית בסל הבריאות והוצאות פרטיות (על תרופות, ביטוחים ורפואה פרטיים, שר"פ, ריפוי שיניים, רפואה משלימה וכדומה). מהנתונים עולה כי שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות עומד על רבע ומעט יותר, ומאז הפעלת החוק שיעור ההוצאה יציב למדי.

אשר לחלוקת המשאבים בין הקופות, יצוין כי נשמעת דרישה לעדכן את נוסחת הקפיטציה מדי פעם בפעם, ואכן יש צורך בכך. במסגרת זו גם יש למצוא דרך לעדכן את נוסחת הקפיטציה כך שתביא בחשבון גם את מצב הבריאות של חברי הקופות. תרשים 16, עמ' 32, מצייר את הדינמיקה של התפלגות האוכלוסייה בין הקופות.

3. מקומם של בתי-החולים ותפקיד משרד הבריאות

ההיגיון שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי והמלצות ועדת נתניהו מחייבים את ניתוק הקשר הארגוני והכספי הישיר בין משרד הבריאות לבתי-החולים. כיום מצויים תשעה בתי-חולים כלליים (כ-40% מן המיטות) בבעלות מלאה

או חלקית של משרד הבריאות. אמנם רוב ההכנסות של בתי-החולים באות מכספי הקפיטציה ומשולמות בידי קופות-החולים, אך האחרייות התקציבית עליהן מוטלת על משרד הבריאות, הקובע גם את מחיר יום האשפוז ואת מחירי פעילויות רבות אחרות בבתי-החולים. הצידוק לניתוקם של בתי-החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות הוא כפול: ראשית, הדבר מביא להצבת בתי-החולים במקום הראוי לו בשרשרת הטיפול – לאחר קופות-החולים, שהם המוסדות האחראיים על הביטוח והטיפול הרפואי הכולל. צידוק נוסף, ואולי חשוב אף יותר, הוא כי הניתוק משחרר את משרד הבריאות מבעיה קשה של ניגוד אינטרסים, בין אחרייותו הכוללת למערכת הבריאות ובין הגנתו על האינטרסים של בתי-החולים. באיור שבעמ' 17, על מערכת הבריאות, יש לנתק את קשר A ולהפעיל את קשר B כמערכת חוזית חופשית (ותחרותית) בין הקופות לבתי-החולים; מערכת שתכלול מידה מסוימת של שיתוף בתי-החולים בסיכוני הביטוח – סיכונים המוטלים היום במלואם כמעט על הקופות. שיתוף בתי-החולים בסיכון הביטוחי חשוב, מכיוון שהוצאות בתי-החולים מהוות כמעט מחצית מהוצאות הסל (יש הסדרים על תקרה שנתית של חיוב בתי-החולים כלפי הקופות, שמשרד הבריאות קובע, והם מעוררים קשיים רבים). עוד נימוק להוצאת בתי-החולים מבעלות ממשלתית והפיכתם לתאגיד הוא הסיכוי לשיפור תפקודם ויעילותם ולהעלאת איכות השירות, עקב הסרת המגבלות הביורוקרטיות ותקנות התקשייר. בתי-חולים מאוגדים יוכלו, ביתר קלות, לשלב אליהם מערכת של שירותים פרטיים, אם יוחלט להתיר זאת (ראו להלן).

בתי-החולים בכל העולם עוברים שינויים מפליגים, בעקבות שיפורים טכנולוגיים ופיתוח של תרופות חדשות, המאפשרים קיצור ניכר של משך האשפוז, החלפת האשפוז הממושך באשפוז יום, בטיפול במרפאות (של בתי-החולים או של הקופות) ואף בבית החולה. כל אלה מקטינים את תפקיד המפתח של הימיתה' ומרחיבים את תפקיד בית-החולים – כמרכז אבחון ומקום של ניתוחים מורכבים, באמצעות ציוד יקר ורופאים בעלי רמת התמחות גבוהה במיוחד. גם שינויים אלו מחייבים להגדיל את גמישות הארגון והפעולה של בתי-החולים. תרשימים 17, 18, 19 ו-20, עמ' 33–34, מציגים נתונים על השינויים בדפוסי האשפוז בבתי-החולים בארץ בשנים האחרונות. ניתן לראות בהם כי שיעור האשפוזים עולה, בחלקו בעקבות הזדקנות האוכלוסייה, בעוד משך האשפוז הבודד יורד בתלילות, וכך גם משך האשפוז הממוצע לנפש. כל אלה מאפשרים להימנע מהרחבה ניכרת של מספר המיטות. יצוין שמספר מיטות האשפוז הכלליות בארץ הוא מן

הנמוכים בין המדינות המפותחות. מעמד בתי-החולים, יתרונות התאגיד והקשיים לביצועו ועוד כיוצא באלו יידונו בהמשך.

4. ביטוחים משלימים (שב"ן), שירותים פרטיים (שר"פ) והתמהיל הציבורי-הפרטי

כבר צוין לעיל שאזרחי ישראל משלמים מכיסם תמורת שירותי בריאות רבע ויותר מן ההוצאה הלאומית. חלק מהוצאה זו זורם לשירותי בריאות שאינם נכללים בסל, כגון: רפואת שיניים, רפואה משלימה למיניה, תרופות שאינן במרשם וכדומה. חלק אחר מוצא לביטוחים משלימים, המסופקים – עם השירותים שלמענם הביטוח מיועד – על-ידי קופות-החולים, או כתשלום ישיר לרופאים המועסקים במגזר הציבורי (ביזמנס הפנויי) או למתקנים ציבוריים (ילאחר שעות העבודה'). נושא הביטוחים המשלימים הוסדר בשנים האחרונות משהורשו קופות-החולים להנהיגם, בתנאים מגבילים. לעומת זאת הועבר הביטוח הסיעודי לאחריות חברות הביטוח הפרטיות. בכמה בתי-חולים ציבוריים (הדסה, שערי צדק, ביקור חולים בירושלים) מונהג שירות שר"פ רשמי, המאפשר לקבל שירותים שמעבר לסל בבית-החולים, תמורת תשלום נוסף. בבתי-החולים הממשלתיים נאסר על הסדר זה, אך הוא פועל, במסגרת מצומצמת, תחת הכינוי 'קרן מחקרים'. בבתי-החולים של קופות-חולים אין שירותים פרטיים. עם זאת, רופאים ציבוריים רשאים לקבל חולים במרפאות פרטיות או לנתחם בבתי-חולים פרטיים לאחר שעות העבודה. לנוכח ההגבלות השונות, פועל שוק אפור או שחור ניכר, שאין היקפו המדויק ידוע. הביקוש הרב ביותר לשירות הפרטי, האפשרות של החולה לבחירה חופשית של הרופא המנתח ולהקדמת התור לניתוח, ובמידה קטנה יותר – אף לבחירת רופא מומחה לייעוץ ולהקדמת התור לראותו. בבתי-החולים שפועל בהם שר"פ רשמי, היקף הפעילות מגיע לכעשרה אחוזים מסך הניתוחים; לחלק ניכר מן האוכלוסייה יש ביטוח משלים וביטוח מסחרי (תרשים 21, עמ' 35), והיקפם מגיע לכחמישה אחוזים מעלות סל החובה.

בעיית התמהיל הציבורי-הפרטי במערכת הבריאות מורכבת מאוד. ניתן לשקף אותה במקרה של בחירת רופא מנתח: היש להתיר עריכת ניתוחים והתייעצויות עם רופאים ציבוריים במתקנים ציבוריים, ואם כן – באילו תנאים. שתי עמדות מנוגדות ודיון בשאלה זו יובאו במאמר על השירות

הרפואי הפרטי (שר"פ) להלן עמ' 57, ונסתפק כאן בכמה הערות מקדימות ומשלימות.

מול השיקול להנהגת שר"פ או לאי-הנהגתו במתקנים ציבוריים עומדת החלופה של המשך המצב הקיים, כפי שתואר לעיל. ראשית יש לציין, כי מדינות מסוימות (קנדה, למשל) אינן מאפשרות לרופאים, העובדים עם המגזר הציבורי (אפילו אם הם רופאים עצמאים בעלי חוזה עם המגזר הציבורי), לעסוק בפרקטיקה פרטית כלשהי. שנית, ועדת נתניהו וחוק ביטוח בריאות ממלכתי הכירו באפשרות של הנהגת שר"פ וביטוחים משלימים (ועדת נתניהו הגדירה זאת כרע במיעוטו לעומת המצב הקיים) בתנאים מגבילים קשים, ובעיקר – שלא יהיה ניתן להקדים תור באמצעות השר"פ ושהיקפו הכללי יהיה מוגבל. שלישית, עולה השאלה, מדוע לא תיכלל אפשרות זו בסל, שהרי הציבור מבקש בחירה חופשית של מנתח. אמנם שאלה זו ראויה לדיון, אך החלופה הקיימת מבוססת על כמה הנחות: מתן אפשרות לבחור ברופא מנתח, במסגרת הסל, היא יקרה ביותר, אינה מוצדקת מבחינת עלותה לחברה ואינה מוכחת תמיד מבחינה רפואית. במסגרת הסל הציבורי יש לכלול עד כמה שניתן את כל השירותים המוכחים מבחינה רפואית ושעלותם לחברה סבירה. זו משימה קשה, ויש הטוענים שאף בלתי-אפשרית, ואין להעמיס על הסל שירותים שאינם עומדים בקריטריון האמור. הדיון בנושא השר"פ טעון בנימוקים על שוויון, הוגנות ויעילות וקשה למצותו.

5. סיכום

בעיות רבות נוספות הבולטות במערכת הבריאות בישראל לא נידונו כאן, כגון אלה הכרוכות במעמד הרופא ובשכר הרופאים (בין השאר לנוכח המספר הרב של רופאים בישראל, ראו תרשימים 22, 23, עמ' 35–36), במבנה הרפואה הראשונית ורפואת המומחים (שנידונו בהרחבה ב'כנס ים המלח'), במעמד הרפואה המונעת לסוגיה ועוד. יש להדגיש את הצורך בבחינה מעמיקה של ההשלכות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי על התנהגות הצרכנים ועל השמירה על זכויותיהם. חופש המעבר בין הקופות מעניק לצרכני הבריאות כוח ניכר, שלקופות קשה להסתגל אליו; עם זאת, הגדלת החשיבות של השיקול הכלכלי בתפקוד הקופות ובתי-החולים מחייבת להגן על הצרכן בפני ניסיונות לפגוע באיכות השירותים, ולשם כך נחקק לאחרונה חוק זכויות החולה. עד שהמערכת תגיע לאיזון נאות בתחומים האלה יחלוף זמן-מה, ובינתיים המחקר לסוגיו מודד את השינויים בשביעות הרצון של האוכלוסייה משירותי

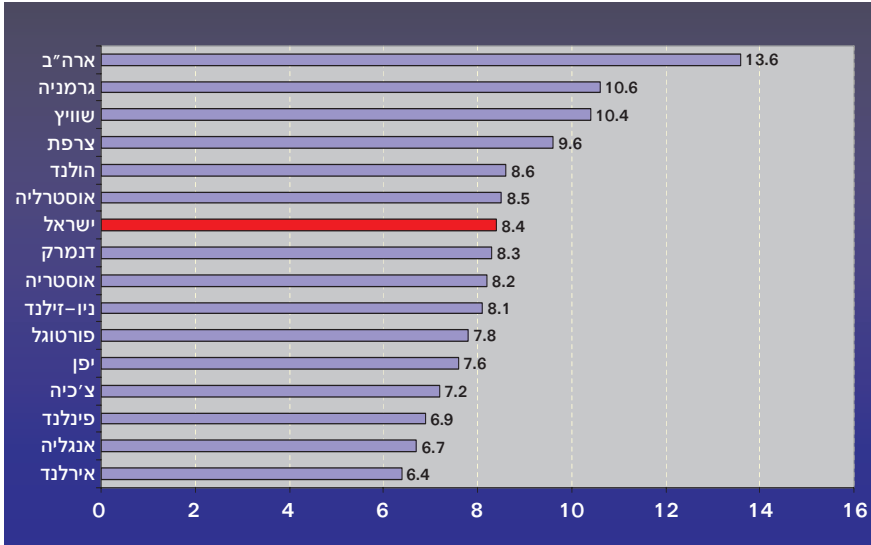
הבריאות. תרשים 24, עמ' 36, מראה, כי רמת שביעות הרצון גבוהה (בניגוד אולי למשתמע במרבית כלי התקשורת); הרמה עלתה בשנים הראשונות להפעלת החוק אך נסוגה אחר כך. הנסיגה משקפת ככל הנראה את צמצום חופש הבחירה, ההגבלה על שירותים וההשתתפות העצמית, שהנהיגו כל קופות-החולים על-מנת לעמוד במגבלת התקציב. נציין שכמה מחקרים (למשל, עמיר שמואלי) מלמדים על שביעות רצון פחותה. לנוכח ריבוי הסקרים מסוג זה, ראוי להדגיש כי שביעות רצון הציבור מן המערכת, עם כל חשיבותה, היא רק ממד אחד בהערכת איכותה של המערכת – לטוב ולרע.

פרופ' ויקטור פוקס מאוניברסיטת סטנפורד, מן האבות המייסדים של כלכלת הבריאות, הציג לפני שנים אחדות בפני האגודה האמריקנית לכלכלה את האוטופיה שלו למערכת בריאות מיטבית. הוא קרא לה 'אוטופי' מכיוון שהיא כה שונה מן המערכת האמריקנית, המעוותת בעיניו מבחינות רבות (ובעיני רבים), ומכיוון שלא ראה סיכוי כלשהו להגשמתה בארצות הברית בעתיד הנראה לעין. ואלה רכיביה העיקריים:

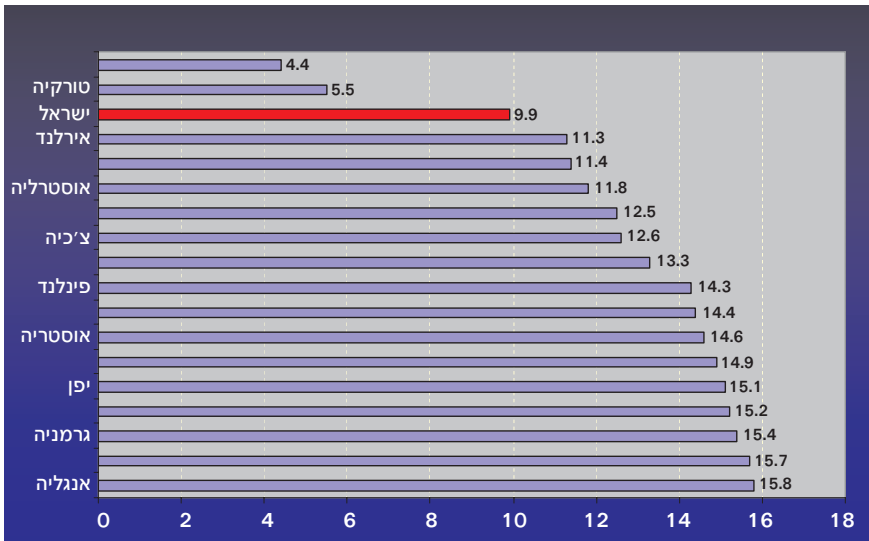
- מס על בסיס רחב המיועד לשירותי הבריאות, שיעניק לכל אמריקני 'שובר' השתתפות בתכנית בריאות בסיסית.
- אספקת השירות תיעשה באמצעות מערכות משולבות, שיספקו את כל השירותים (שירותי מרפאה, בתי-חולים וכולי), בארגון אחד.
- המערכות האלה תנוהלנה בידי רופאים.
- התגמול לספקי שירותי הבריאות יהיה באמצעות תשלום קפיטציה ובהשתתפות עצמית צנועה.
- המערכות תחויבנה להציע, נוסף על שירותי הסל, מגוון רחב של שירותים משלימים, שהחולים ישלמו בעבורם מכיסם.
- יוקם מוסד מרכזי להערכת טכנולוגיות, תרופות וטיפולים, שייתן גושפנקה מקצועית (לא מחייבת אבל בעלת משקל רב).

מסמך זה דומה להפליא למערכת המוקמת והולכת בארץ. הוא שונה בשני היבטים: האחד, במקום ההמלצה שבראש קופות-החולים יעמדו רופאים, דורשים בארץ שהקופות תהיינה מלכ"רים. הכוונה דומה: יש להשיג מאזן ראוי בין שיקולים כלכליים לרפואיים. ההבדל האחר בין המסמך ובין המערכת הישראלית – הוא שקופות-החולים יכללו בבעלות אחת את כל השירותים, כולל בתי-חולים. לדעתנו, פתרון זה נאה אך קשה ליישום כולל בארץ בגלל גודלה המצומצם. עם זאת, אין מניעה למבנה כזה באזור המרכז. הדרך שאנו צועדים בה לעבר האוטופיה של פוקס יכולה להיות קצרה, ואם תרצו – אין זו אגדה.

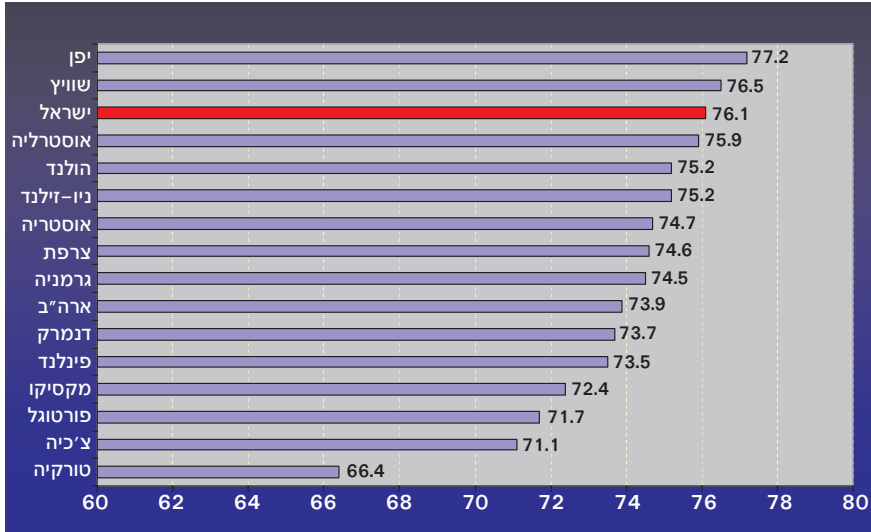
תרשימים



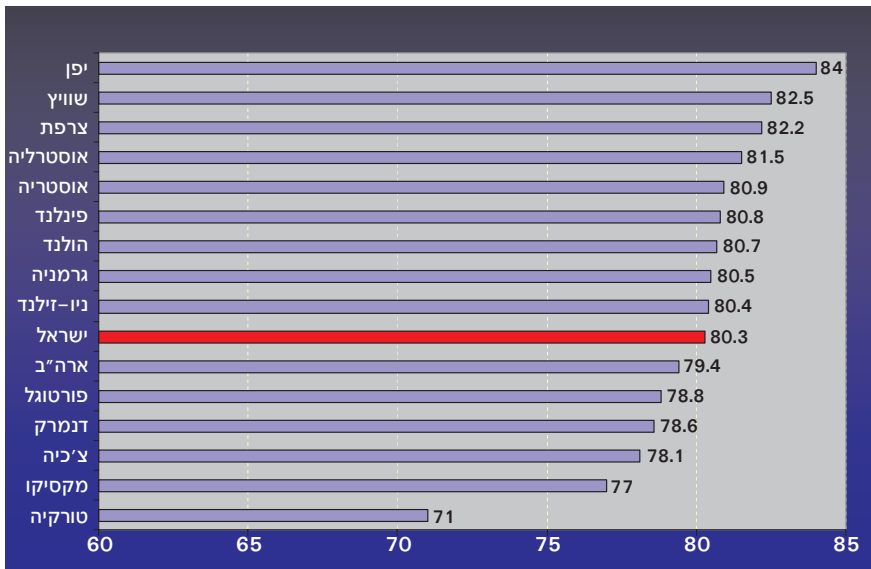
תרשים 1. ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג, 1998



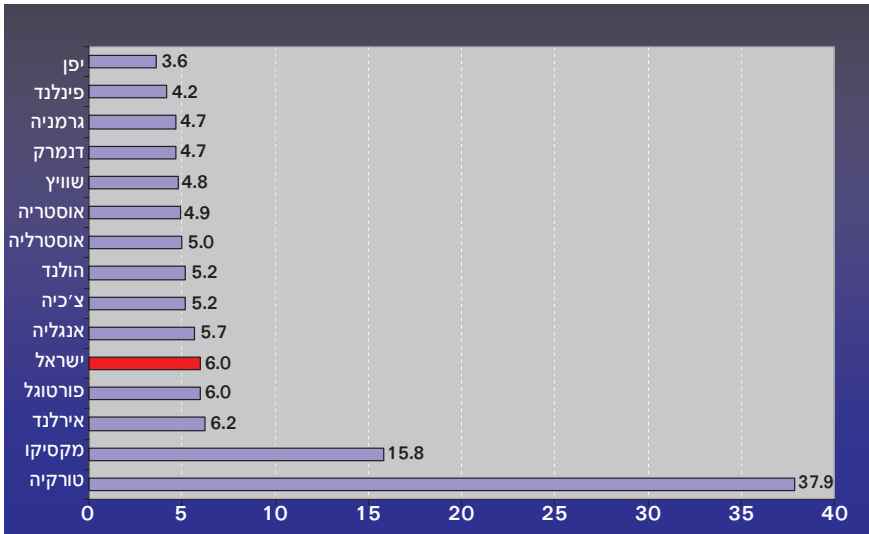
תרשים 2. בני 65 ומעלה בסך כל האוכלוסייה, 1997 (אחוזים)



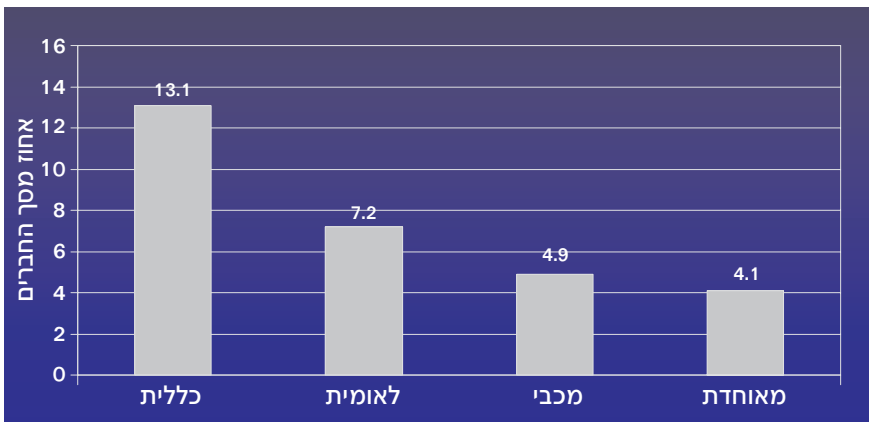
תרשים 3. תוחלת החיים של גברים ביום הולדתם, 1998



תרשים 4. תוחלת החיים של נשים ביום הולדתן, 1998

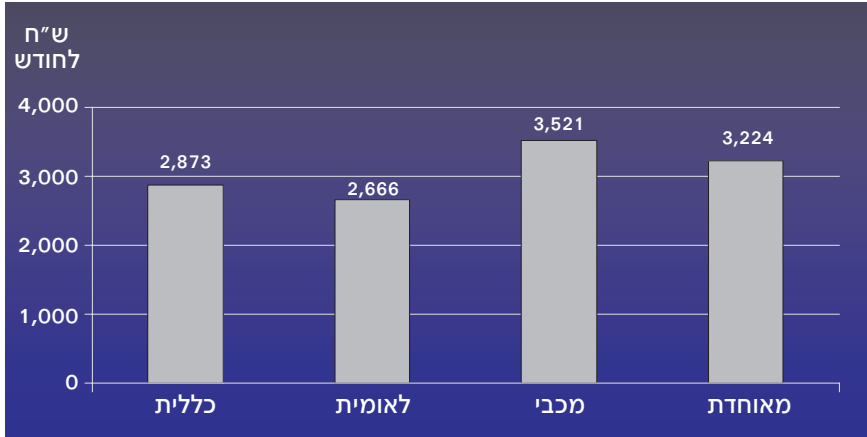


תרשים 5. שיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי, 1998



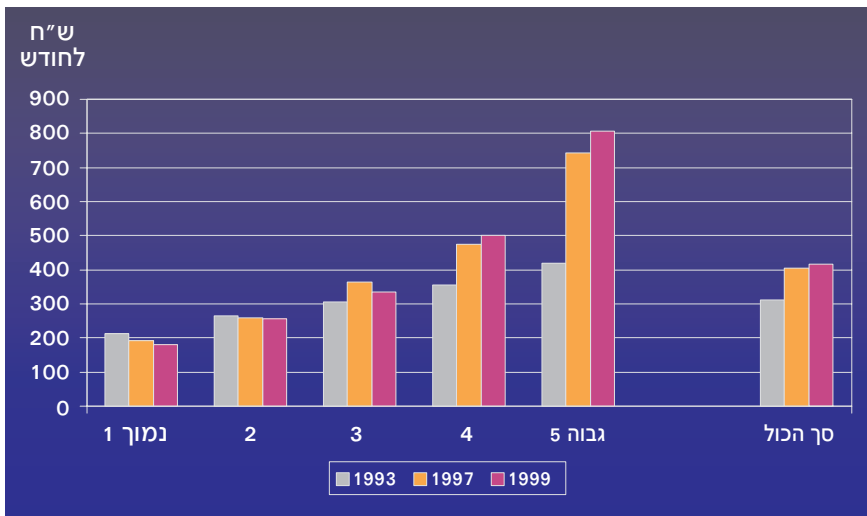
תרשים 6. שיעור הקשישים בני 65 ומעלה לפי קופת-החולים, 1994 (אחוזים)

המקור: המוסד לביטוח לאומי



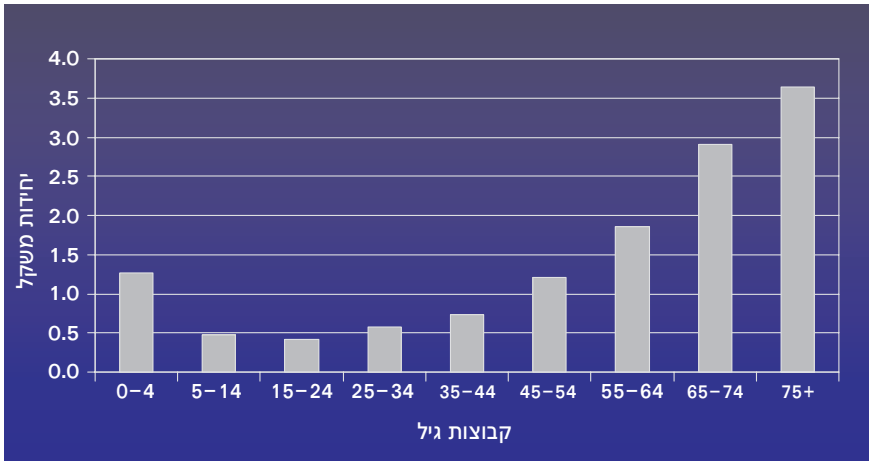
תרשים 7. ההכנסה החודשית הממוצעת של השכירים, לפי קופת-חולים, 1994

המקור: המוסד לביטוח לאומי



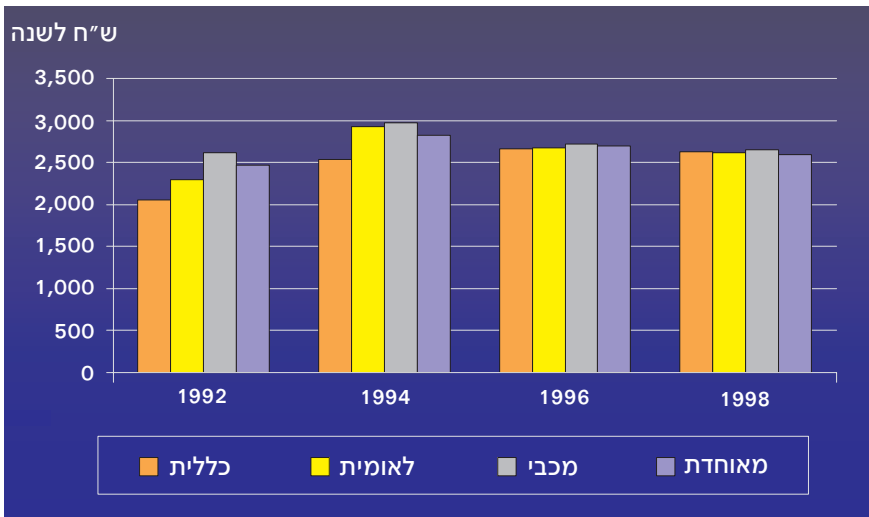
תרשים 8. מסי בריאות למשק בית לפי חמישונים (מחירי 1999)

המקור: סקר הוצאות המשפחה, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

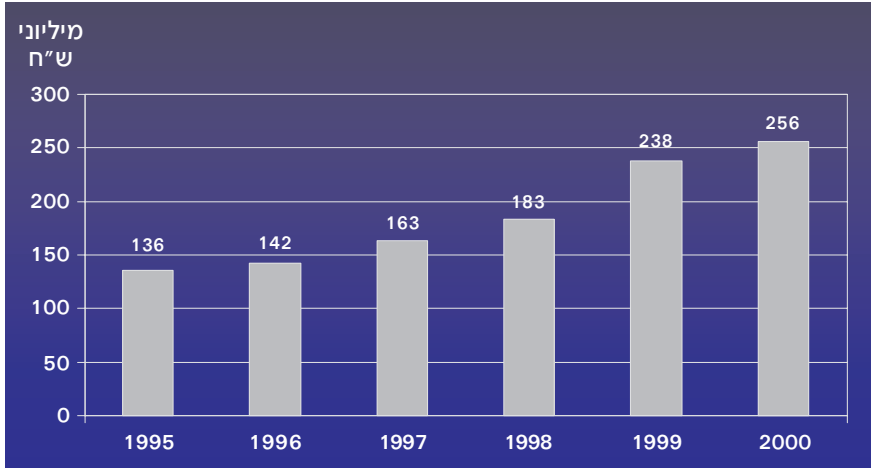


תרשים 9. נוסחת הקפיטציה הקיימת: המשקלות של קבוצות הגיל

הערה: בשנת 2000 היה התשלום לכל נפש מתוקנת = ש"ח 2,800 לשנה.

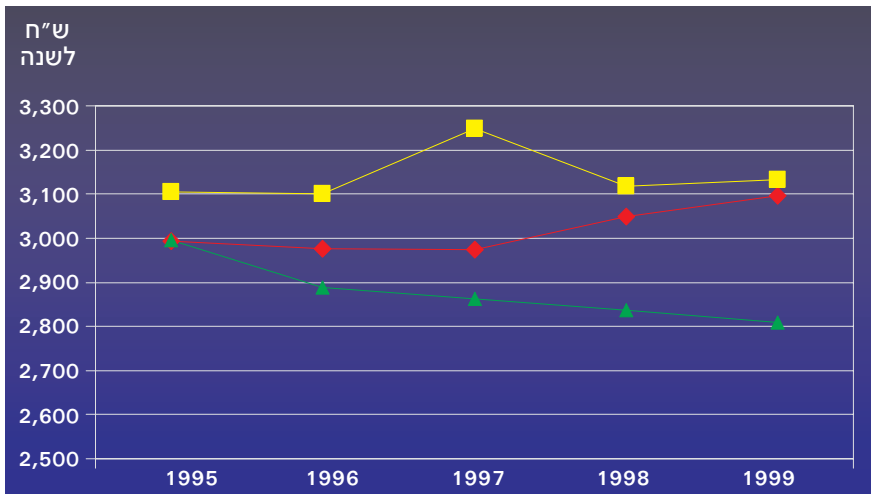


תרשים 10. ההוצאה לנפש מתוקנת לפי קופת-חולים, 1998-1992



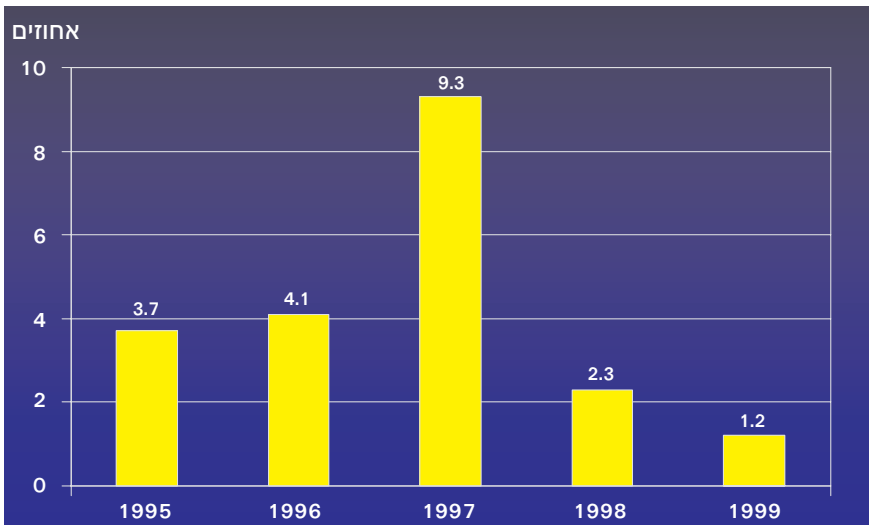
תרשים 11. הכנסות קופות-החולים מהשתתפות עצמית לנפש מתוקננת (מחירי 1999)
עלתה מ-6% ל-8% מהכנסות הקופות

המקור: דוח ויטקובסקי

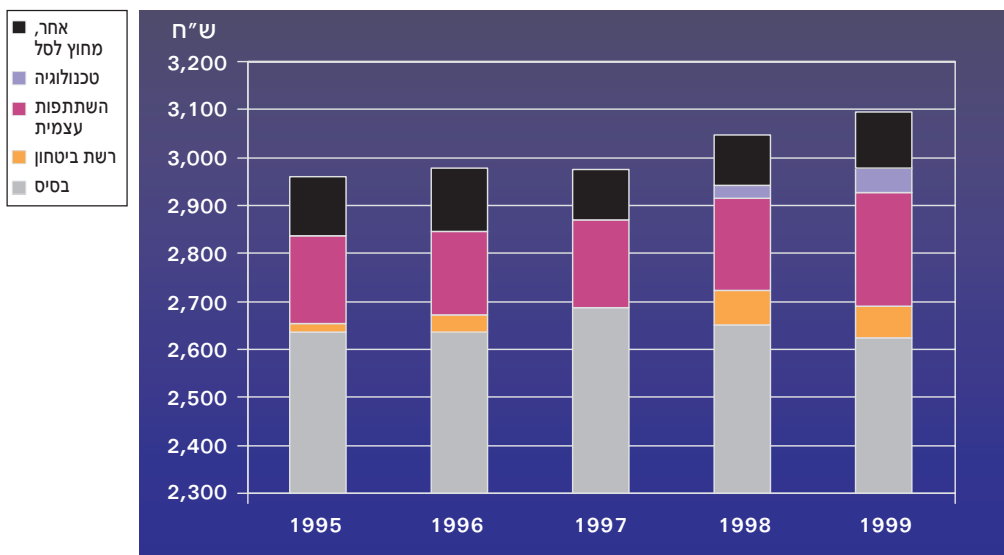


- ◆ הכנסות לפי מדד המחירים לצרכן
- הוצאות לפי מדד המחירים לצרכן
- ▲ הכנסות לפי מדד יוקר הבריאות

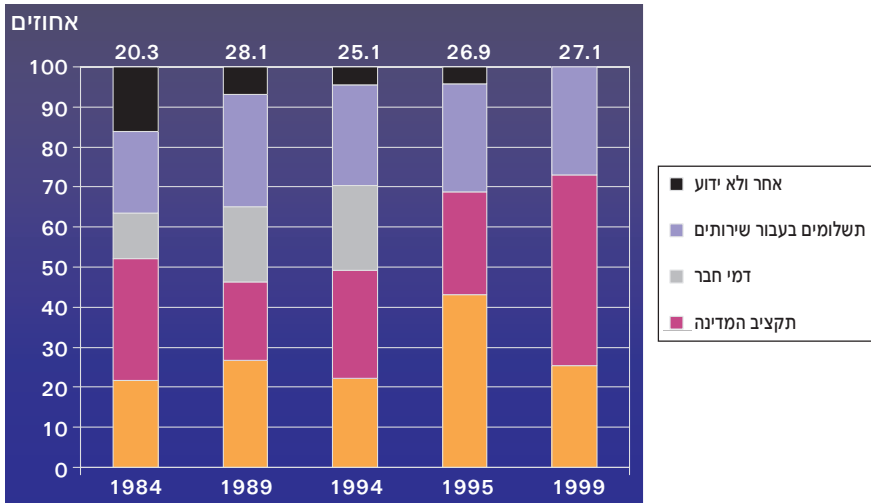
תרשים 12. המגמות בהכנסות קופות-החולים ובהוצאותיהן, לנפש מתוקננת, 1995-1999 (מחירי 1999)



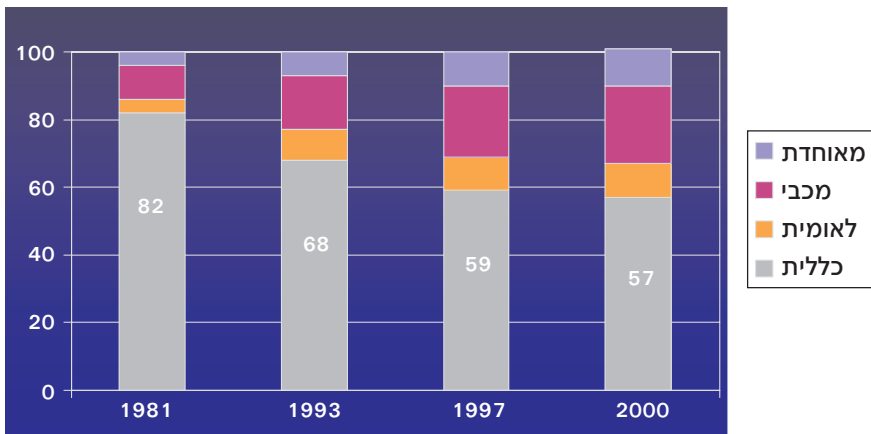
תרשים 13. גירעון קופות-החולים כאחוז מההכנסות



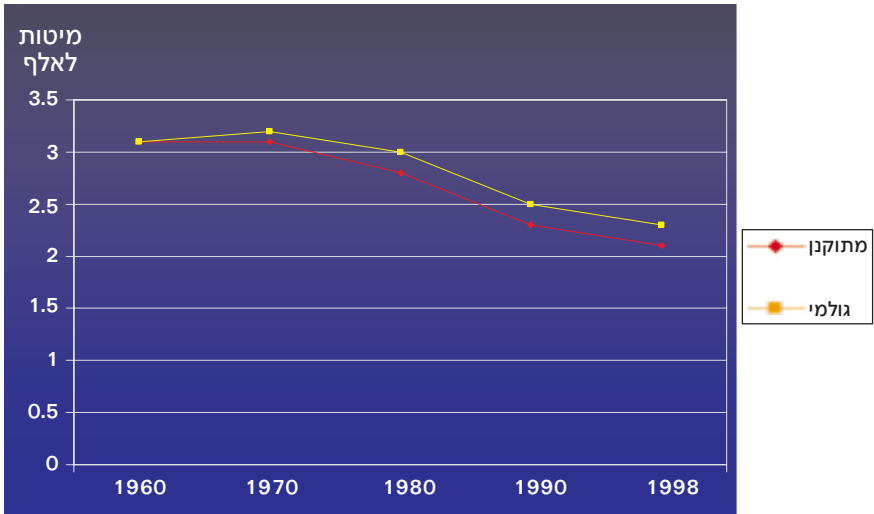
תרשים 14. הכנסות קופות-החולים לנפש מתוקננת לפי מקור הכנסה ולפי מדד מחירים לצרכן



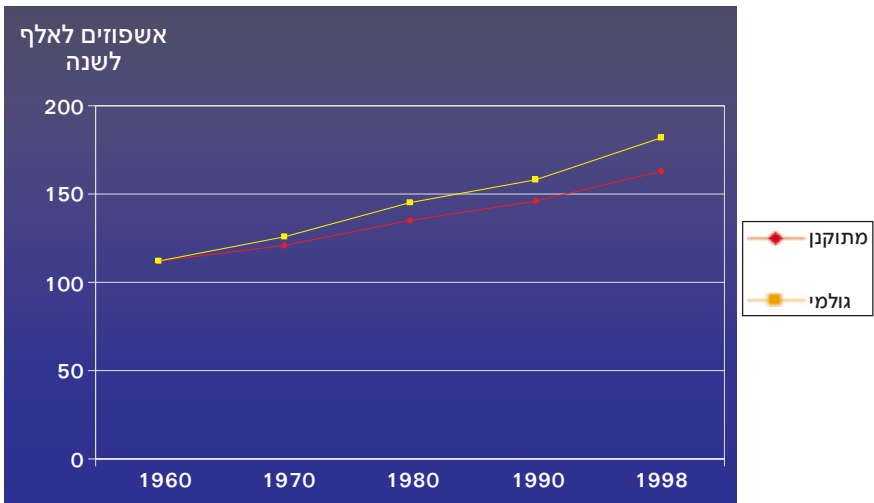
תרשים 15. הכנסות קופות-החולים לנפש מתוקנת לפי מקור הכנסה ולפי מדד מחירים לצרכן (תקריב)



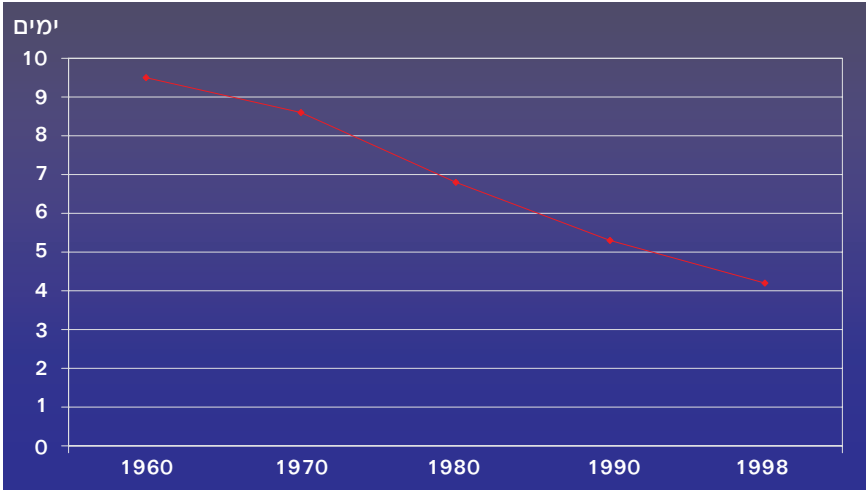
תרשים 16. פלחי השוק של קופות-החולים, 1981-2000 (אחוזים)



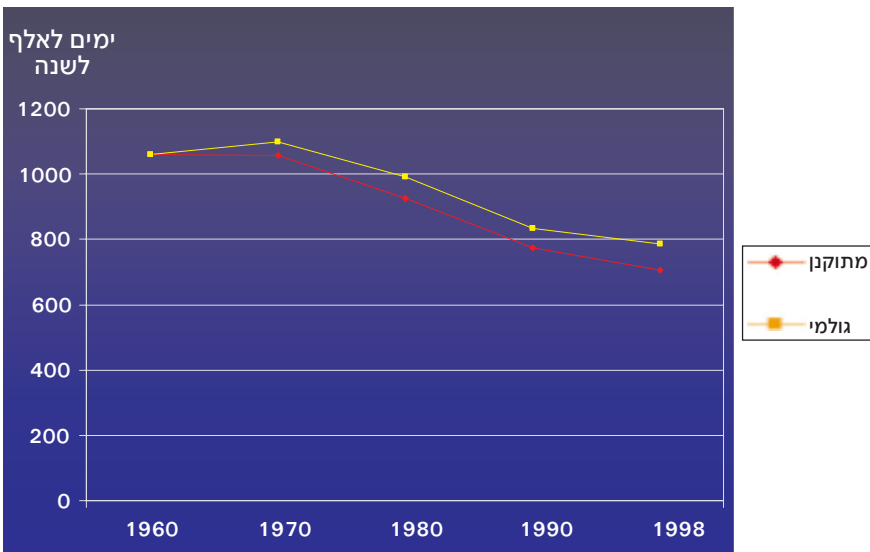
תרשים 17. מספר המיטות לאלף נפש, 1960–1998



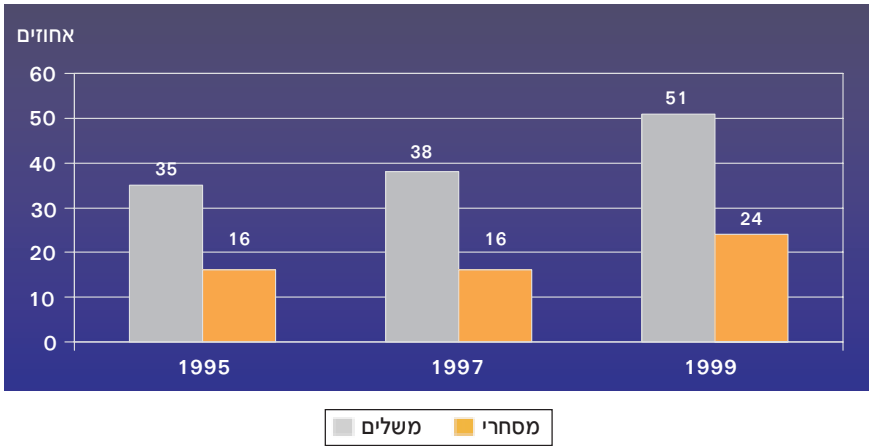
תרשים 18. אשפוזים לאלף נפש לשנה, 1960–1998



תרשים 19. שהייה ממוצעת בבתי-החולים, 1960–1998

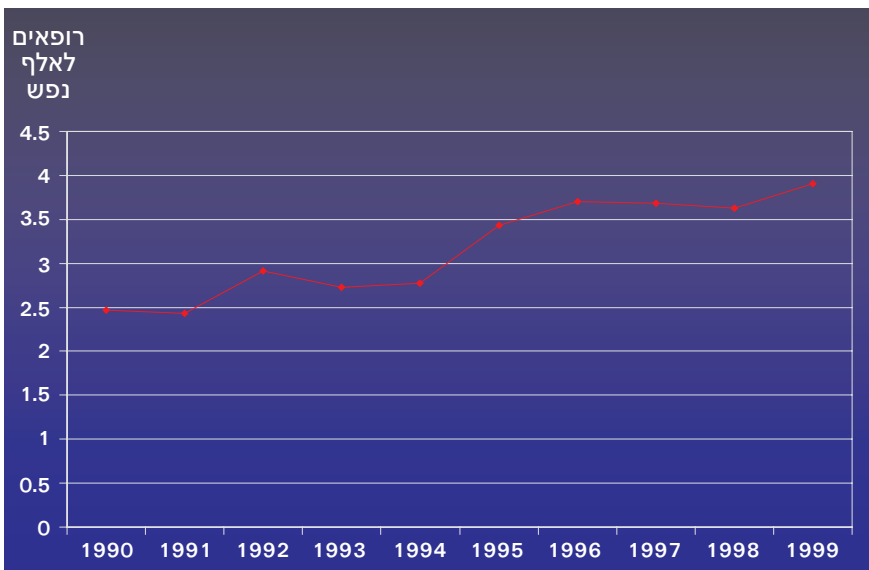


תרשים 20. מספר ימי האשפוז לאלף נפש לשנה, 1960–1998

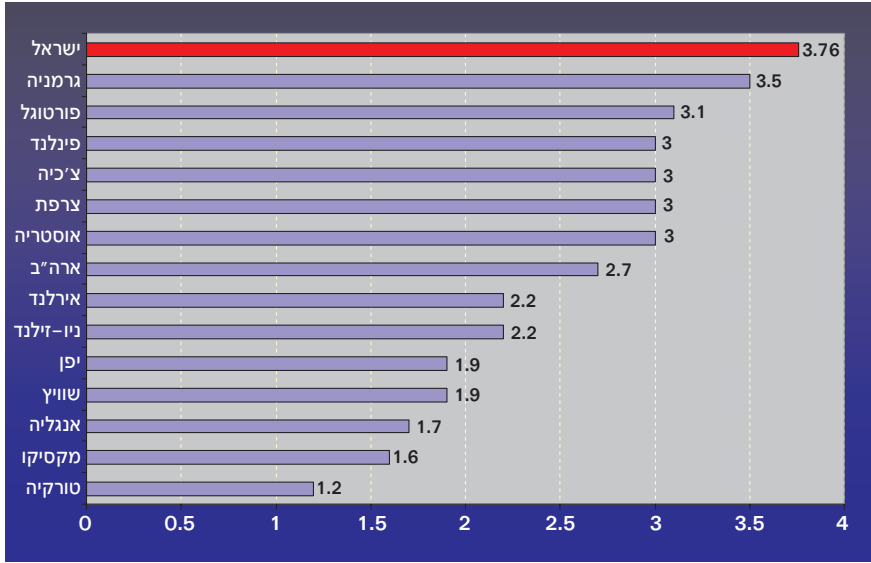


תרשים 21. שיעור האוכלוסייה הבוגרת (22 ומעלה) בעלת ביטוח משלים וביטוח מסחרי, 1999–1995

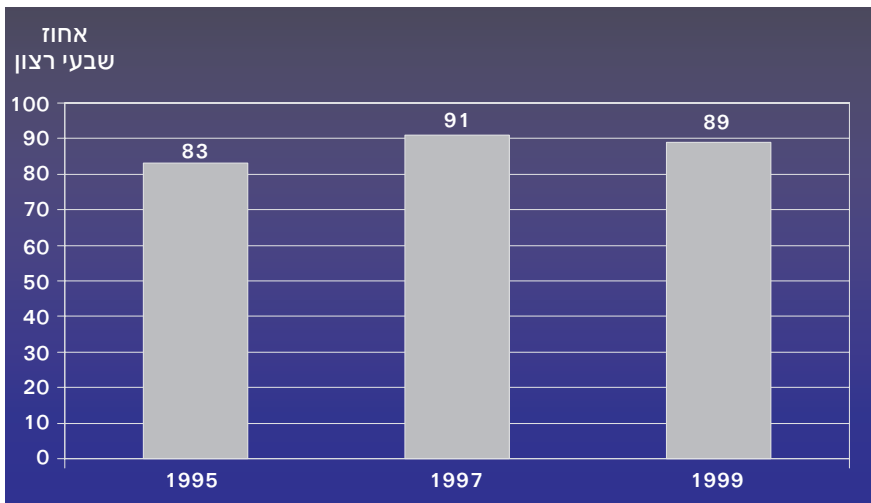
בשנת 2000 היו הכנסות הקופות מהביטוח המשלים, כ-900 מיליון ש"ח.
המקור: גרוס וברמלי, 2001



תרשים 22. שיעור הרופאים המועסקים לאלף נפש, 1999–1990

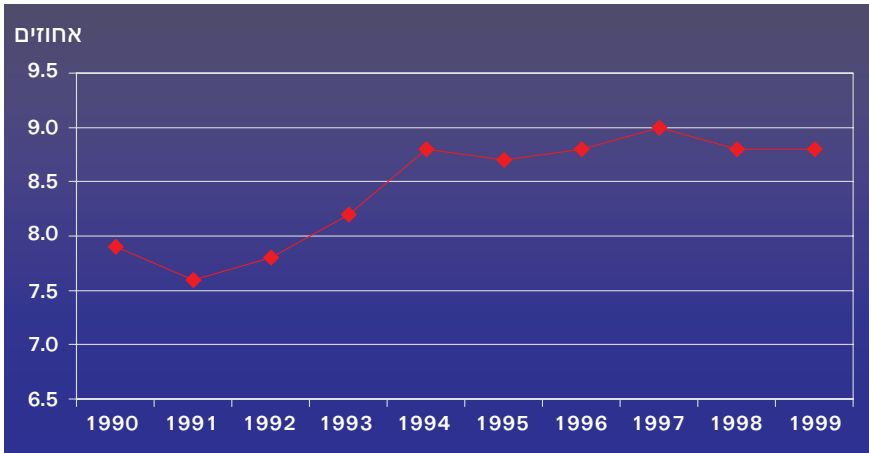


תרשים 23. שיעור הרופאים לאלף נפש, 1998

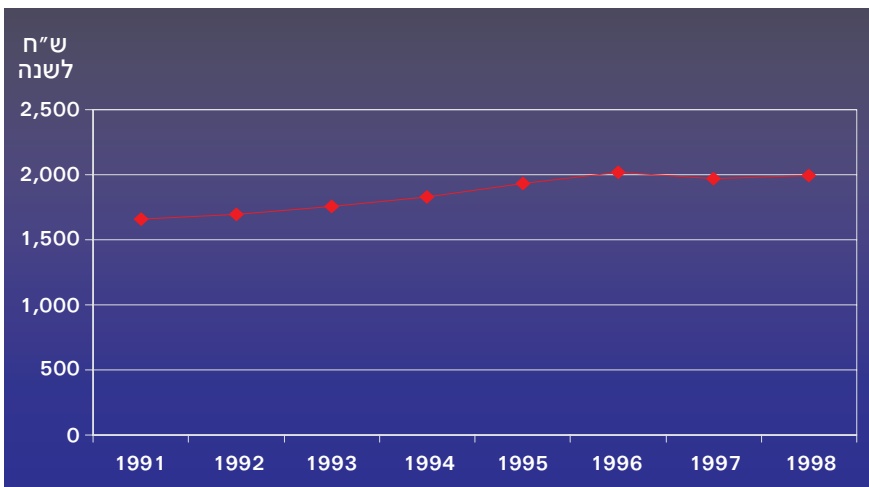


תרשים 24. שביעות רצון משירותי קופת-החולים, 1995-1999 (אחוזים)

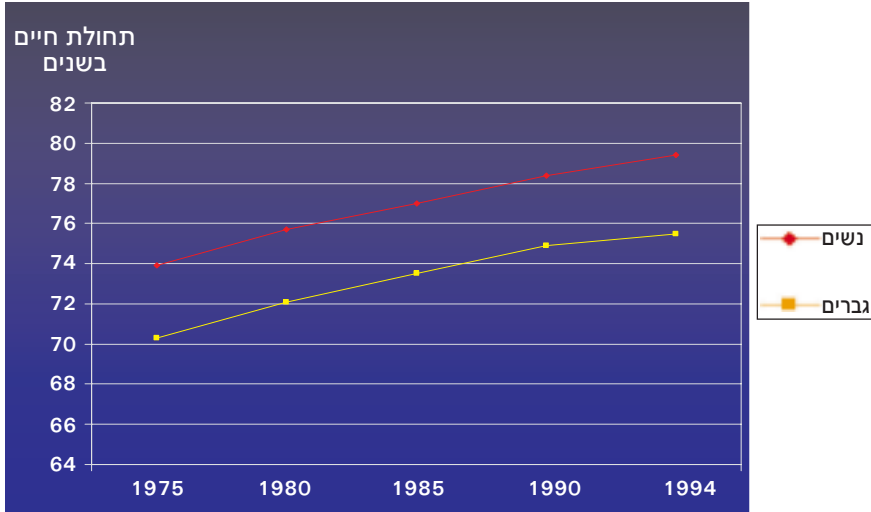
המקור: גרוס וברמלי-גרינברג, 2001



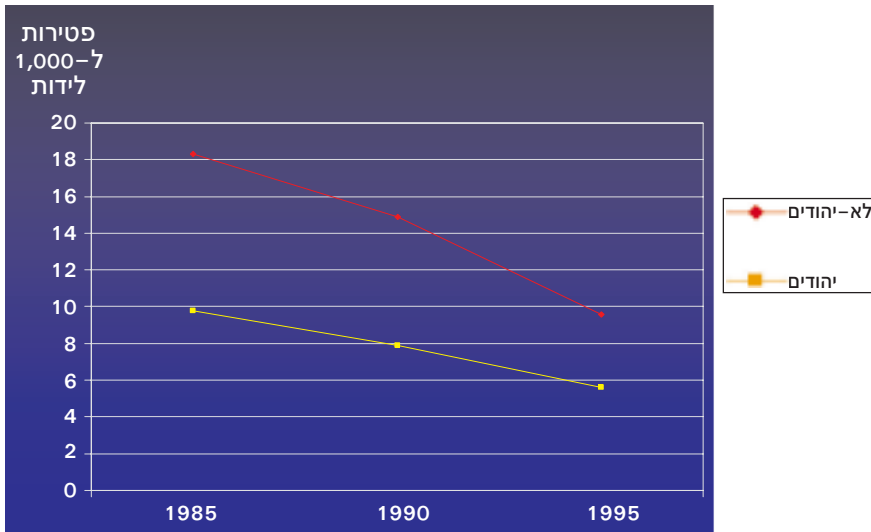
תרשים 25. ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתל"ג (1999–1990)



תרשים 26. ההוצאה הלאומית לבריאות הנפש, 1998–1991 (מחירי 1990)



תרשים 27. תוחלת החיים, 1975–1994



תרשים 28. שיעור תמותת התינוקות לאלף לידות חי, 1985–1995

יעל אנדורן, גבי בן-נון, גל הרשקוביץ, דוד טל, יוסי תמיר

1. המנגנון לעדכון עלותו של הסל שבאחריות קופות-החולים

רקע

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995) הגדיר ופירט את סל השירותים, שכל קופה חייבת לספק למבוטחיה.

החוק גם קבע את היקף המקורות לאספקתו של סל זה ואת אחריות המדינה להבטחת מקורות אלו. בשנת 1995 הסתכמו המקורות בסכום של 12.2 מיליארד שקל, והם הוגדרו בחוק במושג 'עלות הסל'¹.

אחת המחלוקות המרכזיות, המלווה את מערכת הבריאות החל בשנת 1996, נסבה סביב סוגיית המנגנון של עדכון מקורות המימון של סל השירותים שבאחריות קופות-החולים (מנגנון עדכון עלות הסל). במחלוקת זו שלושה היבטים:

א. **היקף העדכון** – מהם המקדמים והמדדים שעל-פיהם יש לעדכן את מקורות המערכת, כך שיישמר ערכם הראלי של המקורות לאספקת סל השירותים הקיים בחוק.²

ב. **אופן העדכון** – האם יש לקבוע את מנגנון העדכון בחקיקה או עליו להיות פתוח למשא ומתן מתחדש בכל שנה (עדכון סגור לעומת עדכון פתוח).

ג. **הרחבת הסל ושיפור איכותו** – מה צריך להיות היקף העדכון של הסל כדי לממן שיפורים טכנולוגיים בתהליכי הטיפול והאבחון הרפואי (עדכון טכנולוגי).

1 עלות הסל היא נתון נורמטיבי, המגדיר את היקף ההוצאה המוכרת לקופות-החולים למתן סל השירותים שבחוק. על-פי החוק, המדינה אחראית להשלמת מימון עלות סל זה, לאחר קיזוז הכנסות המוסד לביטוח לאומי וסכום נורמטיבי של השתתפות עצמית. 2 במסמך זה מוצגים עיקרי המחלוקות לגבי היקף העדכון הדמוגרפי ומקדמי המחירים. החל בשנת 1998 ניתנה לקופות-החולים תמיכה נוספת – רשת ביטחון, שהיתה אמורה לצמצם את גירעונות הקופות. תמיכה זו נקבעת בכל שנה במסגרת דיוני התקציב והיא אינה כלולה בעלות הסל.

כדי להמחיש את המחלוקות בנושאים אלו, יוצגו בהמשך עמדות קוטביות בכל נושא, אם כי ייתכן שניתן להגיע לעמדת ביניים.

א. היקף העדכון

עדכון בגין שינויים דמוגרפיים (גידול האוכלוסייה והזדקנותה)

העדכון הדמוגרפי אינו נקבע בכל שנה על-פי חוק אלא במסגרת הדיונים על תקציב המדינה. החל בשנת 1996 עודכנה עלות הסל בכל שנה בשני אחוזים בגין השינויים הדמוגרפיים, בעוד הגידול בפועל של הנפשות המתוקננות הסתכם בשלושה אחוזים לערך בכל שנה (נתוני המוסד לביטוח לאומי המופיעים בנספח). כלומר, יש פער של אחוז אחד כל שנה בין עדכון עלות הסל ובין השינויים הדמוגרפיים בפועל.

עמדה א: הצדקת הפער

- הגידול בהוצאות המערכת עקב גידול האוכלוסייה והזדקנותה מתבטא רק בהוצאות השוליות, מאחר שהתשתיות המינהליות והרפואיות של קופות-החולים כבר קיימות. ההוצאה השולית של הקופות בשל תוספת מבוטחים נמוכה מההוצאה הממוצעת.
- ניכרים במערכת שינויים מבניים רבים (חלקם ביזמת הממשלה) המקטינים את הוצאות הקופות, כגון: הסדר ההתחשבות לריסון הוצאות אשפוז ('קפינג'), פתיחת ענף התרופות ליבוא מקביל, מעבר לשיטה ההולנדית לקביעת מחירי התרופות, תקנות המגבילות הוצאות פיתוח, פרסום ושיווק ועוד.
- בתהליך אספקת שירותי הבריאות, מוזל תהליך הייצור לא פעם, כגון: פקיעת תוקף של פטנטים המוזילים את מחירי התרופות; פעילויות מניעה החוסכות עלויות; התפתחויות בתחום המחשוב ועוד. מבחן התוצאה מלמד כי גירעונות קופות-החולים פחתו, והדבר מצביע על כך שמנגנון העדכון הקיים שפיר.
- התייעלות: כל גוף ציבורי צריך להתייעל. הביטוי החלקי למקדם הדמוגרפי מבטא בין השאר את התייעלות הנדרשת מקופות-החולים.

עמדה ב: הפער גורם לשחיקת מקורות המערכת

- הגידול בהוצאות המערכת בגין שינויים דמוגרפיים הוא בחלקו הגדול גידול בהוצאה הממוצעת ולא בהוצאה השולית (קניית שירותי אשפוז).

- שינויים מבניים מסוימים מקטינים את הוצאות הקופות, אך יש גם שינויים מבניים המייקרים את הוצאות הקופות, כגון: חוק החשמל; תקנות בטיחות אש; ארנונה; תקנות המשרד לאיכות הסביבה ועוד.
- בתהליך הייצור של שירותי הבריאות ניכרת מגמה של ייקור הוצאות האבחון והטיפול הרפואי של סל נתון, הן עקב שיפורי איכות (סוג הימעמדים' בניתוחי לב) הן עקב הגדלת ההיקף (גידול במספר חולי הדיאליזה).
- התייעלות: יש לבטא את הדרישה להתייעלות בנפרד ובהסכמה על היקפה. הפער המצטבר בין העדכון הדמוגרפי שנתי ובין הגידול האמיתי במספר הנפשות המתוקננות הסתכם, במהלך השנים, ב-6.27% או 1.2 מיליארד שקלים (במחירי 2000). פער זה גדול מיכולת הספיגה של המערכת כהתייעלות, בעיקר לאור העובדה שמתווספים עליו פערים נוספים (למשל, פערי מחירים – וראו על כך בהמשך).

עדכון מקורות החוק בגין שינויי מחירים

עדכון מקורות החוק בגין שינויי מחירים נערך על בסיס מדדי מחירים, שמשקלותיהם וסוגם מצוינים בחוק בתוספת החמישית, 'מדד יוקר הבריאות'³.

- עמדה א': יש לשמור על מנגנון העדכון הקיים
- הצמדה מלאה למחירי תשומות המערכת הופכת את המערכת לאדישה לעלויות מחירים, ולכן אין להצמיד את עדכון עלות הסל למחירי התשומות של המערכת.
- במנגנון ההצמדה הקיים, בשנים מסוימות, תשומות המערכת עולות יותר ממדד יוקר הבריאות הקיים, ובשנים אחרות תשומות המערכת עולות פחות ממנו.
 - בקופות-החולים ניכר תהליך ייצור שונה, בעיקר בצריכת שירותי אשפוז.

3 מדד יוקר הבריאות כולל את מדדי המחירים הללו: שכר בריאות – 36%, שכר ציבורי – 22%, מדד המחירים לצרכן – 23%, מחירים סיטונאיים לתרופות – 17%, תשומות בנייה – 2%. כמו מדדים אחרים המבוססים בעיקר על שינויים בשכר, מדד זה עולה בקצב מהיר יותר ממדד המחירים לצרכן.

- עמדה ב: יש לשנות את רכיבי המחירים שבמדד יוקר הבריאות
- מדדי המחירים במדד יוקר הבריאות אינם מבטאים את ההתייחסות בתשומות מערכת הבריאות. כך למשל, מחיר יום אשפוז, המהווה כמחצית מהוצאות קופות-החולים, אינו כלול במדדי המחירים, ושכר עובדי מערכת הבריאות כלול רק באופן חלקי במדד.
 - רוב מחירי תשומות המערכת (מחיר יום אשפוז, שכר הרופאים ועובדים אחרים) נקבע על-ידי המדינה; לכן אין תוקף לטענה שהצמדה למחירי תשומות המערכת תביא לחוסר יעילות.
 - הכללת מחירי תשומות המערכת (כגון מחיר יום אשפוז) תחייב את המדינה לנקוט מדיניות מאוזנת יותר של שינויים במחירים שבהם היא שולטת.
 - משנת 1996 ועד היום – להוציא שנה אחת – עלה מדד יוקר הבריאות פחות ממדד תשומות המערכת (ראו טבלה 1, עמ' 47).⁴
 - שחיקת המחירים המצטברת במקורות החוק הסתכמה בכשלושה אחוזים; כלומר, הסכום שעמד לרשות אספקתו של סל השירותים הקיים והמעוגן בחקיקה היה בשנת 2000 נמוך ב-600 מיליון שקלים מן הסכום בשנת 1995, עקב שחיקת מחירים.

ב. אופן העדכון של מקורות החוק

עדכון המקורות העומדים לרשות החוק נעשה כיום בחלקו על-פי החוק עצמו, הקובע את עדכונו על-פי מדד יוקר הבריאות, ובחלקו על-פי קביעת הממשלה בכל שנה, כחלק מתקציב המדינה (עדכון דמוגרפי).

- עמדה א: שמירה על מנגנון העדכון הנוכחי (עדכון פתוח)
- יש לקבוע את מקורות מערכת הבריאות בהתאם למציאות המשתנה, לסך כל מקורות המדינה, לקצב הצמיחה של המשק ולסדרי העדיפויות המשתנים של המדינה.
 - יש לאפשר לממשלה גמישות בקביעת סדרי העדיפויות במסגרת המגבלות בחוק; לכן יש לשמור על מנגנון עדכון הנתון למשא ומתן מתחדש מדי שנה בשנה.

4 בשנת 2001 צפויה במדד יוקר הבריאות עלייה גבוהה יותר מעליית מדד תשומות הבריאות.

- החוק מאפשר לקופות גמישות במתן רמת השירות ובמסגרת המגבלות בחוק, היינו 'שירות סביר'. על הקופות להתאים את רמת השירות למגבלת המקורות.
- מנגנון העדכון של סל קופות-החולים אינו צריך להיות שונה ממנגנוני העדכון של שירותי רווחה אחרים (חינוך), התלויים אף הם בסדרי עדיפות משתנים של המדינה.

עמדה ב: הפעלת מנגנון עדכון המעוגן בחקיקה

- סל השירותים שהאזרח זכאי להם מפורט בחוק; יש להבטיח אפוא בחקיקה מנגנון שישמור על ערכם הראלי של המקורות לאספקת הסל. סל הזכאויות של האזרח בחוק ביטוח בריאות ממלכתי דומה לסל הזכאויות בחוק ביטוח לאומי (אשר אינו מוגבל במגבלת תקציב).
- מנגנון עדכון המעוגן בחקיקה מאפשר למערכת לתפקד ברמת ודאות גבוהה ולתכנן את מהלכיה מראש, מבלי להיות נתונה לשינויים דחופים הפוגעים בתפקודה התקין וביעילותה.
- קביעת מנגנון עדכון אוטומטי אינה סותרת בהכרח את היכולת לבחון שוב ושוב את סדרי העדיפויות החברתיים. אם המדינה תחליט על צמצום המקורות למערכת, יהיה צורך לצמצם במקביל את סל הזכאויות.

ג. הרחבת הסל ושיפור איכותו

בשנים 1996–1997 לא עודכנו מקורות החוק בגין מקדם טכנולוגי. החל בשנת 1998 עודכנו מקורות המערכת באחוז אחד כל שנה בגין מקדם זה (בשנת 2000 היה המקדם 1.5%). עדכון זה נעשה במסגרת הדיונים על תקציב המדינה.

עמדה א: יש לשמור על מנגנון העדכון הקיים

- שיפורים טכנולוגיים מבטאים תוספת לסל שבחוק ולא שמירה עליו, ולכן לא ניתן להוסיף בגין שיפורים טכנולוגיים מבלי להתחשב במגבלת התקציב.
- סל הבריאות בישראל הוא מהטובים בעולם. במערכת ציבורית לא ניתן להבטיח את כל האפשרויות הטמונות בטכנולוגיות החדשות.
- שיפורים טכנולוגיים עשויים להזייל את הסל הקיים, באמצעות צמצום משך האשפוז, הרחבת קיבולת אמצעי האבחון ועוד.

- עמדה ב: יש לקבוע בחוק מקדם טכנולוגי
- שקלול ההשפעות של השיפורים הטכנולוגיים במערכת הבריאות מצביע על ייקור תהליך הייצור של סל נתון ולא על הוזלתו.
- יש להרחיב את הסל בטכנולוגיות חדשות בהתאם לסדרי העדיפויות של המדינה, תוך מתן ביטוי למקדם התייעלות.

סיכום העמדות

עמדה א גורסת שאין לשנות את מנגנון העדכון של מקורות הסל שבאחריות קופות-החולים. יש לשמור על המנגנון הקיים של עדכון מקורות המערכת, שברובו כבר מעוגן בחקיקה; רק חלקו הקטן נקבע כל שנה בהתאם לסדרי העדיפויות של המערכת. זו הדרך היחידה שבאמצעותה ניתן לרסן את הלחצים התמידיים מצד המערכת לתוספת של מקורות. עד היום היה עדכון מקורות החוק סביר, ולראיה – החל בשנת 1997 הצטמצמו גירעונות קופות-החולים מבלי שתיפגע איכות השירות, וללא שינוי במדיניות העדכון (סקר מכון ברוקדייל).

עמדה ב טוענת כי יש לשנות את רכיבי העדכון של סל הקופות ולעגנם בחקיקה, כלומר את כל מנגנון העדכון של מקורות המערכת, תוך שמירה על ערכם הראלי של המקורות לאספקת סל זכאויות הקבוע בחוק. יש לדון בסדרי עדיפויות משתנים ובמקדמי התייעלות במסגרת הדיון על הרחבת הסל (טכנולוגיה) ועל הקצאת המקורות לתשתיות המערכת. בגלל מנגנון העדכון הלקוי של מקורות המערכת, הצטמצמו המקורות הציבוריים שעמדו לרשות הקופות, בשנים 1995-2000, בשני מיליארד ש"ח בערך (במונחי מדד יוקר הבריאות⁵). חלק מן המקורות הוחלף במקורות פרטיים (השתתפויות עצמיות וביטוחים משלימים) וחלק התבטא בהורדת רמת השירותים ובפגיעה באיכות (סקר מכון ברוקדייל).

5 אם כי במונחי מדד המחירים לצרכן ניכרה יציבות יחסית בהיקף המקורות הציבוריים.

2. עדכון המקורות לסל השירותים שבאחריות משרד הבריאות והבטחתם

רקע

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מפרט (בתוספת השלישית) את שירותי הבריאות המצויים באחריות משרד הבריאות. שירותים אלו כוללים את שירותי בריאות הנפש, שירותי אשפוז סיעודי ושירותי רפואה מונעת אישית. עיקר המחלוקת בנושא סל השירותים שבאחריות קופות-החולים נסב על מנגנון עדכונים, שכן החוק הבטיח מקורות למימונו, אך בניגוד לכך, אין החוק קובע מקורות מימון לאספקת סל השירותים שבאחריות המשרד – והם נקבעים מדי שנה בשנה במסגרת הדיונים התקציביים עם המשרד.

עמדה א: יש לשמור על המנגנון הקיים יש לדון במקורות לאספקת סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות במסגרת דיוני התקציב השוטפים מדי שנה בשנה. בדיונים אלו ניתן ביטוי לעדכון מחירים (הטייס האוטומטי) ולשינוי בסדרי העדיפויות של המדינה (הוספת קודים לאשפוז סיעודי).

עמדה ב: יש להבטיח מקורות ראליים לאספקת סל השירותים המקורות לאספקת סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות לא גדלו עם השנים בהתאם לגידול בהיקף האוכלוסייה הנזקקת לשירותים אלו (תוספת חולים סיעודיים או תינוקות). גם השיפורים הטכנולוגיים הנכללים בשירותים הקיימים (כגון חיסונים חדשים) לא התבטאו במקורות האמורים. עקב זאת התרחשה שחיקה מתמשכת במקורות החוק לאספקת סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות; יש למצוא דרך לעדכון ראלי גם של המקורות האלה.

3. השינויים בהרכב המימון הפרטי והציבורי של עלות הסל

רקע

באוגוסט 1998 אישרה הממשלה לקופות-החולים תכניות לגביית השתתפות עצמית. תכניות אלו כללו ייקור ההשתתפות העצמית בגין מרשמי תרופות

וכן הטלת אגרה רבעונית לביקור אצל רופא מקצועי. תכניות אלו הגדילו את הכנסות קופות-החולים ב-350 מיליון ש"ח בערך (1998) והיוו מקור אחד לצמצום גירעונותיהם.⁶ החל בשנה האמורה מתרחבים והולכים גם היקפי הכיסוי הביטוחי של תכניות הביטוחים המשלימים. בקופות-החולים הקטנות כלולים בתכניות כ-85% מהאוכלוסייה המבוטחת, ובקופות-חולים הכללית גדל והולך שיעור המצטרפים, והוא עומד כיום על כ-55% ממבוטחי הקופה. תכניות הביטוחים המשלימים רווחיות, ועודפי ההכנסה שלהן מועברים למקורות הכלליים של מימון החוק, ובכך תורמים גם הם לצמצום גירעונות הקופות.

עמדה א

התכניות לגביית תשלומים עצמיים הקטינו ביקורים עודפים ורכישת תרופות עודפת בקופות. התכניות האלה הביאו לתוספת הכנסה לקופות ואף גרמו לצמצום ההוצאות הכרוכות בביקושים עודפים.

עמדה ב

תכניות הגבייה של ההשתתפות העצמית צמצמו את המימון הציבורי והגדילו את המימון הפרטי במערכת. התכניות האלה ותכניות הביטוח המשלים של הקופות חיזקו עוד יותר את הקשר שבין אמצעים כספיים לקבלת שירותי בריאות. אין עדויות לצמצום ביקושים עודפים בעקבות החלת ההשתתפויות העצמיות, להפך; יש עדויות כי העשירונים התחתונים בעיקר מוותרים אף על שירותים נחוצים. הגידול בהיקף ההשתתפויות העצמיות (וכן בהכנסות מהביטוחים המשלימים) היווה מקור מימון חלופי למקורות המימון הציבוריים (שהיו מגיעים למערכת הבריאות לו היה מנגנון העדכון של מקורות המערכת ראלי).

6 בשנת 1998 צומצמו גירעונות קופות-החולים גם עקב הגדלת תמיכתה של הממשלה בקופות דרך ירשת הביטוחי. מקורות אלו ניתנו כחלק מדיוני התקציב השנתיים: בשנת 1998 – 430 מיליון ש"ח ובשנת 2000 – 235 מיליון ש"ח. הגדלת ההשתתפות העצמית בצירוף הגידול בתמיכת הממשלה וכן הקיצוץ בהוצאות הקופות, כל אלה הביאו לצמצום של ממש בגירעון קופות-החולים מאז. יש הטוענים שלצמצום זה בגירעון התלוותה גם ירידה בטיב השירות הניתן למבוטחי הקופות.

4. נתוני עזר

עלות הסל בשנת 2001 היא כ-20 מיליארד ש"ח. מכאן שכל עדכון המשנה אחוז בעלות הסל, משמעותו 200 מיליון ש"ח לערך.

טבלה 1

מדד יוקר הבריאות לעומת מדד התשומות בפועל

מדד התשומות	מדד יוקר הבריאות שבחוק	
100.00	100.00	1995
111.80	110.94	1996
122.20	120.56	1997
128.00	126.63	1998
136.19	133.79	1999
142.28	138.16	2000

הפער בין שני מנגנוני העדכון מסתכם בשלושה אחוזים בקירוב (כ-660 מיליון ש"ח במחירי 2000).

טבלה 2

עדכון בשל גורמים דמוגרפיים

שינוי מספר הנפשות המתקנות (אחוזים)	עדכון דמוגרפי	
3.91	2	1996
3.11	2	1997
3.05	2	1998
2.92	2	1999
3.26	2	2000
17.33	10.4	מצטבר

הפער בין שני מנגנוני העדכון מסתכם בשישה אחוזים בקירוב (כ-1.2 מיליארד ש"ח במחירי 2000).

טבלה 3

השינויים ברכיבי המערכת, 1995-2000 (1995=100)

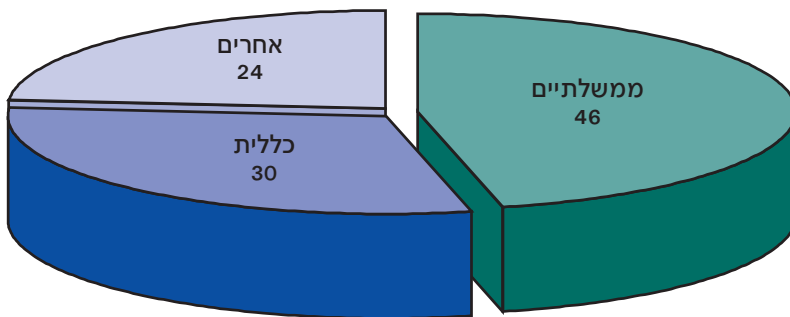
תמ"ג	השתתפות עצמית	הכנסות דמי ביטוח בריאות	השתתפות המדינה בחוק	עלות הסל	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	1995
169.3	233.1	188.6	134.2	157.7	2000



יורם בלשר, גל הרשקוביץ, אבי ישראלי ועמיר שמואלי

1. רקע

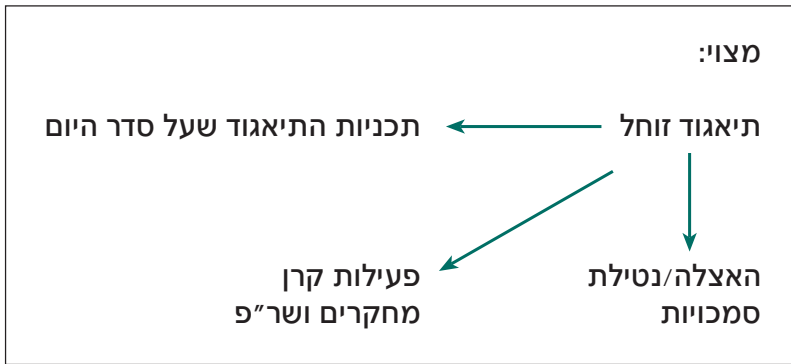
מאז קום המדינה משרד הבריאות מפעיל במישרין שירותי בריאות: בתי-חולים כלליים; בתי-חולים לחולים כרוניים; בתי-חולים פסיכיאטריים; שירותי אם וילד ועוד. אמנם הפעלה זאת של שירותי אשפוז הוטלה בשנת 1948 על משרד הבריאות באופן זמני, אך מאז 1953 הלך וגדל מספר המיטות שבחסותו, ואף נוספו בתי-חולים עירוניים לאחריותו התקציבית והניהולית. היום משרד הבריאות מפעיל אחד-עשר בתי-חולים ממשלתיים כלליים, ובהם 6,494 מיטות מתוך סך של 13,966 המיטות הכלליות במדינה (46.5%). עוד משרד הבריאות מפעיל בתי-חולים ממשלתיים גריאטריים ופסיכיאטריים (שירותי בריאות כללית מפעילים כ-30% מכלל המיטות של אשפוז כללי). הפעלה ישירה זאת של שירותי בריאות נעשית בנוסף על תפקידו המיניסטריליים של המשרד ובמקביל להם. המשרד, כמפעיל שירותים הפזורים בכל הארץ, אינו יעיל דיו, ביורוקרטי יותר, ריכוזי ואטי יותר וכיוצא בזה. קשה מאוד לנהל בישלט רחוקי בתי-חולים ממשלתיים המטפלים במאות אלפי חולים בעלות של מאות מיליוני ש"ח, והדבר גם אינו מתיישב עם הצורך בגמישות ניהולית.



סך הכול: 13,966 מיטות

תרשים 1. מצבת מיטות אשפוז (אחוזים)

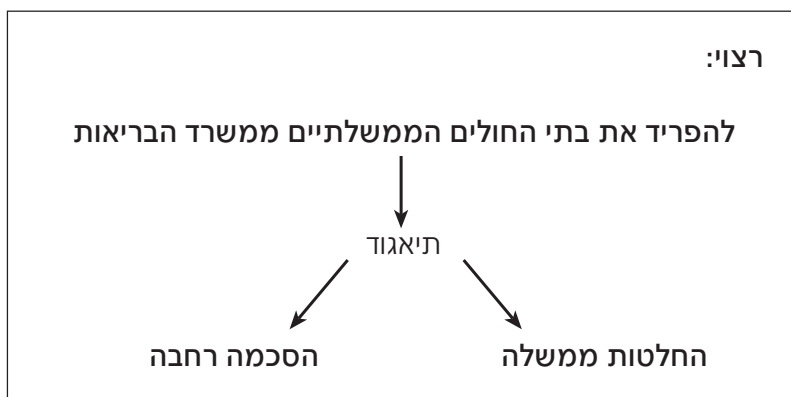
כפל התפקידים הזה של משרד הבריאות מעלה כמה סוגיות מרכזיות:
 א. המשרד טרוד במתן שירותי בריאות לפרט, בעיקר באמצעות בתי-החולים שהוא מנהל, ועסוק בתפקידו כספק שירותים; הטיפול בצרכים הדחופים היום-יומיים דוחק אפוא הצדה את העיסוק בפתרון סוגיות לטווח ארוך ואת תפקידי המנהיגות במערכת הבריאות.
 ב. הניהול הישיר של בתי-החולים ומתן שירותי בריאות לפרט – בד בבד עם קביעת מדיניות לאומית, המחייבת את כלל מערכת הבריאות – יוצר מצב של ניגוד ענייניים (למשל מול קופות-החולים), מצב שאינו הולם את כללי המינהל התקין. משרד הבריאות כמפעיל בתי-חולים מפקח בה בשעה על בתי-חולים שגורמים אחרים מנהלים, והוא המחליט על מתן רישיונות לפתיחת בתי-חולים, מיטות אשפוז, רכישת ציוד, תמיכה וכולי. יש הגורסים כי המשרד פועל כמונופול רב-מפעלי.



תרשים 2. המצב המצוי

זה שנים רבות מקובל כי יש להפריד את בתי-החולים הממשלתיים מתפעול ישיר של משרד הבריאות. בנושא זה התקבלו כמה החלטות ממשלה ונעשו ניסיונות אחדים להתקדם, אך הם לא צלחו מסיבות שונות. בעשור האחרון התרחש תהליך של 'הפרדה זוחלתי' של בתי-החולים ממשרד הבריאות; כלומר, גם ללא החלטה פורמלית הואצלו עוד ועוד סמכויות ואחריות מהמשרד לבתי-החולים, הפועלים בהדרגה לפי תכניות עסקיות מוסכמות ומוגדרות.

עם ההפרדה יוכל משרד הבריאות להתפנות ולפעול כמיניסטרוּן מתכנן, מארגן, קובע מדיניות ומפקח עליה, מפעיל מנגנוני פיקוח ובקרה – וכל זאת ללא חשש לניגוד עניינים ולהטיה. ההפרדה תגביר את התחרות בשוק שירותי האשפוז, והיא עשויה להביא להתייעלות ולהקצאת מקורות נכונה יותר.



תרשים 3. המצב הרצוי

חלופות:

- א. איגוד בתוך המגזר הממשלתי
- ב. הפרטה מלאה
- ג. איגוד כמלכ"ר
- ד. רשות אשפוז
- ה. אחר

למעשה שוררת הסכמה רחבה למדיי, שיש לבצע הפרדה זו של בתי- החולים הכלליים, אולם אין היא מתבצעת מסיבות שונות. התגלעו חילוקי דעות בדבר מידת ההפרדה והיקף הסיכון, האחריות והעצמאות שתינתן לבתי-החולים. נושא חשוב ומרכזי זה צריך להיקבע במסגרת ההכנות לאיגוד. נבחן להלן את החסמים העומדים על דרכו של ביצוע ההפרדה שנים כה רבות, ונשאל מדוע מנציח עצמו כשל השוק בנושא זה, והאם ניתן לשנות את מעגל הקסמים ולהביא לשוק משוכלל יותר, שבו ינוצלו התועלות והמשאבים המרביים. נסקור כאן כמה נושאים ברתיעה מההפרדה, מנקודות מבט של בעלי עניין שונים.

מנקודת ראות ממשלתית

- בתי-החולים מהווים מוקד כוח, תקציב, תקנים, שליטה ויוקרה.
- קושי בעבודות פיקוח, בקרה, אכיפה – תפקידים הנתפסים לכאורה כאטרקטיביים פחות מניהול, ויש בהם פחות ניסיון.
- ההתנתקות מאוצר המדינה מאיימת; היא עלולה לגרור הוצאות נוספות כשהשליטה עליהם מוגבלת.
- נקודת ראות מסורתית: על הממשלה לספק את שירותי הבריאות היעיקריים.
- חשש מגורלו של תאגיד מפסיד.
- יכולת הניהול בבתי-חולים מסוימים.

מנקודת ראות בתי-החולים

- ההתנתקות מאוצר המדינה מאיימת, והיא מחייבת ניהול כלכלי-עסקי ורווחיות (איזון לפחות), טיפול בגירעון, תחרות, יכולת ניהולית.
- העלאת הציפיות והדרישות מצד החולים, הציבור, משרדי הממשלה, העובדים וכיוצא באלו.
- רוטציה של בעלי תפקידים.
- שינוי בדפוסי עבודה (למשל, מועצת מנהלים).
- טיפול בתאגיד מפסיד.

מנקודת ראות העובדים והוועדים

- מעמד הדור הוותיק מול הדור החדש.
- ירידת מעמד הוועד.
- פגיעה בשכר ובתנאי העבודה.
- פגיעה במספר העובדים.
- קשירת השכר לתפוקה ותמורה לפי תרומה.
- חשש מהשפעה על הפנסיה.
- טיפול בתאגיד מפסיד.

יש גם נושאים כלליים המשפיעים על החסמים:

1. חילופי אישים תכופים למדיי במשרדי הממשלה, המהווים תמריץ שלילי לתכנון לטווח ארוך.
2. תנאי פתיחה שונים לתאגידים שונים, החוששים שהבסיס השונה יגרור אפליה וקיפוח שיהיה על המערכת להתמודד אתם, למשל:

- קיומם של תאגידיים אחרים בסביבה, ובייחוד בתי-החולים של קופות-חולים.
- המצב הפיזי של התאגיד (תשתית). המצב הכספי של התאגיד.
- יכולת ניהול משא ומתן מול קופות-החולים.
- גורלו של התאגיד בגירעון.

3. מדיניות מחירים והסכמי עבודה: אלה יכולים להשפיע ואולי לקבוע כיצד תשפיע ההפרדה על היקף השירותים שישופקו, על ההוצאה הלאומית לבריאות ועל אופי התחרות בין בתי-החולים.

2. הפרדת בתי-החולים ממשרד הבריאות

בסעיף זה הנחנו הנחת יסוד, כי כבר התקבלה ההחלטה להפריד את בתי-החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות, וכי בתי-החולים הציבוריים הכלליים (ממשלתיים ושל קופות-החולים – שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות) יהיו תאגידיים עצמאיים. לא עסקנו כאן בסוגיות משפטיות, וצינו בראשי פרקים בלבד סוגיות אחדות בנושאי כוח אדם. להלן נקודות יסוד אחדות:

1. סמכויות בתי-החולים וארגונם.
2. בתי-החולים שייכללו בשינוי הארגוני הלאומי.
3. הקשר עם משרד הבריאות.

א. סמכויות בתי-החולים וארגונם

בתי-החולים יהיו תאגידיים עצמאיים ויורחבו סמכויות הניהול העצמאי של כל בית-חולים. בית-החולים יתנהל באופן עצמאי על-ידי הנהלת התאגיד, ויהיה לו תקציב עצמאי, הנהלת חשבונות וביקורת פנימית שוטפת על הפעולות המקצועיות והכספיות. בית-החולים יפעל בהתאם לחוקים, לתקנות ולכללים שיקבע משרד הבריאות; הוא יפעל בהתאם לרישוי שיקבל מהמשרד ויהיה כפוף לביקורת המדינה.

בית-החולים לא יפתח מיטות אשפוז נוספות, לא יפעיל טכנולוגיות חדשות הדורשות אישור מוקדם, לא יוסיף חדרי ניתוח חדשים וכולי – אלא לאחר קבלת אישור ממשרד הבריאות. בית-החולים יפעל אך ורק במסגרת התקציב המאושר על-ידי מועצת המנהלים.

בתי-החולים יהיו בעלי אישיות משפטית נפרדת ועצמאית, ויוכלו להתקשר בחוזים ולהיות צד בכל משא ומתן, וכן לתבוע ולהיתבע. לכל בית-חולים תמונה מועצת מנהלים או ועד מנהל, שימונו לתקופה קצובה, למשל לשלוש שנים. בכל שנה יובאו לדיון (הארכה או החלפה) חלק (למשל, שליש) מחברי מועצת המנהלים.

בית-החולים ינוהל בידי מנהל כללי, שיהיה כפוף למועצת המנהלים. המנכ"ל ימונה לתקופה קצובה (של חמש שנים, למשל).

בית-החולים יקבל את הנדליין להפעלתו. הוא יתחזק אותו ויפתחו, ולא יוכל לממשו אלא באישור הבעלים (המדינה, קופת-החולים או גוף אחר). הזכויות בנדליין תישמרנה לבעלים.

מרגע הפעלת התאגיד העצמאי, יעסיק התאגיד את העובדים החדשים בחוזים לפי הסכמים שייקבעו. לעובדים הוותיקים יישמרו הזכויות וההתחייבויות שצברו והזכויות שיצטברו בהסכמים עתידיים. בית-החולים ימשיך להפריש לבעלים את כל הנדרש בנושאי שכר ותנאי עבודה לעובדים הוותיקים במלואם, על-פי החוק וההסכמים כפי שיהיו מזמן לזמן, כך שהבעלים ימשיכו לשלם את שכר העובדים הוותיקים בהתאם להסכמי העבודה הקיימים. לעובדים הוותיקים יקיים בית-החולים את חוקת העבודה או התקשייר כפי שיהיו בתוקף.

ב. בתי-החולים שייכללו בשינוי

הדחיפות הגדולה ביותר כיום היא הפרדת בתי-החולים הממשלתיים הכלליים ממשרד הבריאות. עם זאת עדיין נשאלת השאלה, האם יש להחיל את העצמאות על כל בתי-החולים הציבוריים במדינת ישראל, לרבות אלה שבבעלות קופות-החולים (שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות), כך שכל בתי-החולים הציבוריים בארץ יפעלו לפי כללים אחידים ובמסגרת סטטורית אחידה או שהאיגוד יחול רק על בתי-החולים הממשלתיים. נושא זה פתוח לדיון.

ג. הקשר עם משרד הבריאות

יש להקים במשרד הבריאות אגף שיפקח על בתי-החולים ויוודא כי הם ממלאים את תפקידיהם לפי החוקים, התקנות, הנהלים, הרישומים וכיוצא באלו. האגף ימנע בחירה מפלה של חולים, ימנע בחירת פלגים רווחיים בלבד מתוך שוק הבריאות, ישגיח על רמת הטיפול הרפואי ואיכותו הן

מבחינת התוצאות והן מבחינת רמת השירות וטיבה. כן יטפל האגף בעריכת סקרים ומחקרים השוואתיים בין בתי-החולים; יבדוק את תלונות הציבור, יקיים מערכת בירור תלונות, חקירה ותביעה. באגף ירוכזו הסמכויות הקיימות היום לפיקוח ובקרה, כגון בירור פטירה חריגה, אירועים חריגים וכדומה.

מקצת הסמכויות של חקירה אכיפה וענישה יישמרו במשרד הבריאות או באגף, ומקצתן יועברו לבתי-החולים, כפי שייקבע. האגף יטפל גם ברישוי הבסיסי של בתי-החולים, אקרדיטציה, רה-אקרדיטציה, ריכוז וביזור של פעולות רפואיות מאיימות והמלצות בנושאי פיתוח.

האגף יתאם את נושאי שעת חירום ויופקד עליהם. הוא יפקח על אופן השימוש בנכסים שהועמדו לרשות בתי-החולים על-ידי המדינה. האגף יהיה אחראי לאספקת נתונים לשם קביעת המחירים המרביים של שירותי הרפואה בסל השירותים.

3. דרכים להתגברות על החסמים ולהתקדמות לקראת מימוש המהלך

- יש לבדוק כיום את ההתנהגות הכלכלית, העמידה בתקציב והאיזון של בתי-החולים המיועדים לאיגוד.
- העמדת רשת ביטחון מתאימה לכל תאגיד לתקופה מוגבלת.
- פיתוח נושאי בקרה, פיקוח ואכיפה במשרד הבריאות.
- עבודה עם נציגי העובדים.
- ביצוע מדורג לפי מידת המוכנות של בתי-החולים (מערכות מידע).
- הצמדת צוות יועץ כלכלי וארגוני לכל תאגיד חדש.
- טיפול במדיניות המחירים במערכת הבריאות – מחיר יום אשפוז, תעריפים אמבולטוריים.
- גיבוש עמדה לגבי רפואה פרטית והקשר לאספקת שירותים לקופות-החולים.
- גיבוש עמדה לגבי התקשרויות עם קופות-החולים.
- קביעת מנגנוני האכיפה והפיקוח שיהיו בידי משרד הבריאות, בידי האגף ובבתי-החולים.

חברי הצוות סבורים כי כדי לקדם תהליך חשוב זה יש להקים ועדה ממשלתית בין-משרדית, ברמה הבכירה ביותר, שתעסוק בכל הסוגיות שהוצגו

בסעיף זה ובסוגיות נוספות שלא עסקנו בהן כאן (נושאי כוח אדם, היבטים משפטיים וכולי).

בדיון ננסה להתמקד בשאלות:

- כיצד להתמודד ולהתגבר על החסמים וליצור תמריצים למימוש ההפרדה של בתי-החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות.
- האם יש להחיל את האיגוד על כל בתי-החולים הכלליים או רק על בתי-החולים הממשלתיים.
- כיצד להתמודד עם סוגיות כמו כוח אדם.



יצחק פטרבורג, אביגדור קפלן, לאה וופנר, בעז לב

1. רקע

שירות רפואי פרטי (שר"פ) מאפשר לחולה המטופל בבית-החולים לבחור את הרופא שיערוך את הניתוח, את הבדיקה או את האבחון, וכן לקצר את משך ההמתנה לפעולה רפואית. מטופל המבקש לקבל שירות זה משלם תשלום נוסף על מחיר השירות הבסיסי. תשלום זה הופך את השירות הניתן לו משירות ציבורי – אשר בו קובעים בתי-החולים את הרופא ואת מועד הטיפול על-פי שיקולים רפואיים – לשירות רפואי פרטי, שבו המטופל עצמו בוחר את הרופא ואת מועד הטיפול. קביעה זו תלויה באמצעיו הכלכליים של המטופל או בכיסוי הביטוחי הנוסף שלו.

השר"פ מופעל כיום באופן מוסדר בבתי-החולים 'הדסה' ו'שערי צדק' בירושלים. לאחרונה, על אף ספקות בחוקיותה, החלה התופעה לחלחל גם לבתי-החולים הממשלתיים, תוך העלאת הנושא לסדר היום הציבורי. הפעלת שר"פ בבתי-החולים הממשלתיים תגרור למעשה הפעלת שר"פ בכל בתי-החולים הציבוריים ומחייבת אפוא דיון בהשלכות הפעלה זו על כלל מערכת הבריאות הציבורית.

בעיקרון נכון לאפשר רפואה פרטית, ונודע לה תפקיד חשוב בכל מערכת בריאות. עם זאת יש להקפיד ולבחון את המינון הנכון ואת מקומה של רפואה זו במערכת. ברוב המדינות בעולם מקובלת הפרדה בין הרפואה הפרטית למערכת הבריאות הציבורית ולמתקניה. יש לבחון את הפעלת שר"פ בבתי-החולים הממשלתיים בתחומים השונים שהיא משפיעה עליהם: הרופא ויחסיו עם המטפל ועם מעבידו, בית-החולים כזרוע של המדינה, מדיניות הבריאות הלאומית, וההשפעות הכלכליות על מערכת הבריאות כולה. מסמך זה יציג את היתרונות והחסרונות העיקריים של הפעלת שר"פ במתכונת המוצעת בתוך בתי-החולים הציבוריים, מהיבטים כלכליים, ארגוניים וחברתיים.

2. ההיבטים הכלכליים והארגוניים

היתרונות

- א. הפעלת שר"פ בבתי-החולים הציבוריים תיצור מקור הכנסה חיצוני נוסף לבתי-החולים ובכך תשפר את מצבם הכלכלי. נגד זאת ניתן לטעון, כי הפעלת השר"פ תעלה את סך ההוצאה הלאומית לבריאות, שכן האזרח ישלם תוספת כספית בעבור קבלת טיפול שבעיני המערכת הוא אף זהה.
- ב. הפעלת שר"פ בשעות אחר הצהריים והערב בבתי-החולים תשפר את ניצול תשתיות בית-החולים, ומכאן – את ביצועיו הכלכליים. שתי טענות ניתן להעלות כנגד זאת: ראשית, העלויות הקבועות (התשתיות) הן חלק קטן בלבד בעלויות של פעולות בתי-החולים; העלויות העיקריות הן העלויות המשתנות (כוח האדם). שנית, אין ספק שהפעלת השר"פ תשפר את מצבו של בית-החולים, אולם הדיון מתמקד בהשלכות של הפעלת השר"פ על **כלל מערכת הבריאות**, שיהיה עליה לספוג את השיפור במצבם הכלכלי של בתי-החולים.
- ג. כיום מבוצעים רוב הניתוחים במסגרת השר"פ בבתי-חולים פרטיים, הגורפים את כל הרווחים מפעילות זו. הפעלת שר"פ בבתי-חולים ציבוריים תעביר את פעילות השר"פ מבתי-החולים הפרטיים לבתי-החולים הציבוריים, שיוכלו ליהנות מהכנסות נוספות. כיום המערכת הציבורית משוועת לתוספת מקורות כדי לשפר את פעילותה. בניגוד לכך יש הטוענים, כי מכיוון שפעילות השר"פ נעשית כיום בבתי-חולים פרטיים, הריהי בהכרח מוגבלת לניתוחים אלקטיביים לא מסובכים. הפעלת שר"פ בבתי-חולים ציבוריים תפתח פעילות זו לכלל הניתוחים והטיפולים האחרים, ובכך יגדל היקף הפעילות בשר"פ. זאת ועוד, הפעלת השר"פ בבתי-חולים ציבוריים עלולה להביא לסגירתם של בתי-חולים פרטיים, ובכך להקטין את התחרות ואת הלחץ המופעל על בתי-החולים הציבוריים להתייעל.
- ד. הפעלת שר"פ תחייב את הרופאים הבכירים להישאר בבתי-החולים הציבוריים במשך כל שעות העבודה הרגילות ולאחריהן. כך תגדל זמינותם של הרופאים גם לחולים רגילים ויעלה מוסר העבודה בבתי-החולים. כנגד זאת ניתן לטעון, כי אמנם הרופאים הבכירים יישארו זמן רב יותר בבית-החולים, אולם הם עלולים להקדיש את מרבית זמנם, גם בשעות העבודה הרגילות, לחולים הפרטיים המשלמים, ובכך תקטן נגישותם של החולים הרגילים אליהם.

ה. רופאים טובים ומצטיינים יוכלו להשתכר יותר בתוך מסגרת בית-החולים ולא ייאלצו לצאת ולחפש מקורות הכנסה נוספים.

החסרונות

- א. הפעלת השר"פ בבתי-החולים תביא להסטת פעילות הבוקר לפעילות שר"פ. כך תיערך רוב הפעילות בבית-החולים כשירות רפואי פרטי תמורת תשלום נוסף. אמנם ניתן לטעון, שאפשר להגדיר מראש את היקף תפוקות הבוקר בכל פעילות שתיערך בבית-החולים, ואולם הניסיון בעולם מלמד כי פיקוח על תפוקות הבוקר אינו פועל לאורך זמן: התמריץ הכלכלי יפתה את הרופאים להיכנס לתהליך זוחל של הסטת תפוקות הבוקר לתפוקות שר"פ. זאת ועוד: כיום התורים ברפואה הציבורית בישראל קצרים למדיי, ואילו התמריץ הכלכלי שיעמוד בפני רופאי בתי-החולים יגרום ליצירת תפוקות מיותרות ולתהליכים בלתי-נחוצים. כאמור, התוצאה הסופית עלולה להיות הגדלה גדולה ביותר של ההוצאה הלאומית לבריאות, במאות מיליוני שקלים, עקב צמצום פעילות הבוקר (הנאמד ב-30% לערך), ואי-צמצומן של ההוצאות במקביל (היינו, בעבור 70% תפוקה יינתן תשלום של 100%), וכן עקב גידול בתהליכים מיותרים. כנגד זה ניתן לטעון כי תהליך זה קיים היום בהעברת חולים לבתי-חולים פרטיים והדבר נעשה ללא פיקוח כלשהו.
- ב. הפעלת השר"פ תגרור תחילה דרישות של רופאים נוספים (שאינם כירורגים) להשתתף בתוספות השכר הנובעות מהשר"פ, ולאחריהם יבואו בדרישה דומה גם מגזרים אחרים (אחיות, מינהל, משק וכולי). כנגד זה ניתן לטעון כי כיום קיים שר"פ בכמה בתי-חולים בירושלים ואין שם כל התרחבות של השיטה למקומות אחרים.
- ג. הפרמיה בביטוחים המשלימים מחושבת על סמך ההנחה, שרק בנייתוחים אלקטיביים יבחר המטופל רופא. הכנסת שר"פ לבתי-החולים, ובעקבות זאת – הרחבתו לכלל הניתוחים, תחייב העלאה נכבדה בגובה הפרמיות. המצדדים בהכנסת השר"פ טוענים כי כיום נצברים בביטוחים המשלימים של הקופות עודפים המסבסדים את הסל הבסיסי, ויש למעשה צבירה המספיקה לממן מספר גדול יותר של ניתוחים.

3. ההיבטים החברתיים

היתרונות

- א. הפעלת השר"פ תאפשר לאזרח חופש בחירה ברופא המטפל בו. השוללים טיעון זה גורסים, כי ככל שגדל מספר האזרחים הזכאים לבחור רופא מטפל (כבר כיום מגיע שיעורם של האזרחים בעלי ביטוחים משלימים ל-60%), אין חופש הבחירה אמתי, משום שנוצרים תורים לרופאים המבוקשים.
- ב. הפעלת שר"פ תקטין את היקף הרפואה השחורה, מאחר שיהיה ניתן לקבל את שירותי הרופא הנבחר בדרכים רשמיות. כנגד זאת ניתן לטעון, כי לרופאים המבוקשים יותר ייווצר תור גם במסגרת שר"פ, דבר שייצור תמריץ לשלם להם 'מתחת לשולחן' כדי לקדם את התור.

החסרונות

- א. העיקרון שעליו השירות הרפואי הפרטי מתבסס הוא יצירת אי-שוויון, שכן אחרת לא יהיה לו ביקוש. הפעלת שר"פ תרחיב את אי-שוויון, שכן רופאים בכירים יקדישו הרבה מזמנם למתן השירות הפרטי וממילא יזניחו את האוכלוסיות שידן אינה משגת זאת. עם זאת יש הטוענים כי גם כיום שירותי הבריאות בארץ אינם שוויוניים, והפעלת שר"פ לא תרחיב אי-שוויון זה בהרבה. כן נטען שהחברה מוכנה לקבל מידה מסוימת של אי-שוויון בתחום הבריאות – כבתחומים חברתיים אחרים – בתנאי שלכולם מובטחת רמת שירות סבירה עד טובה. יש הטוענים שחופש הבחירה אף חשוב יותר מהשוויוניות.
- ב. הפעלת שר"פ תוביל להגדלת התשלומים המוטלים על הציבור. הדרישה לתשלום תוצג לחולה בשעתו הקשה ביותר, סמוך לביצוע הפעולה הרפואית, ולא תהיה לו כל בררה אלא לשלם את הנדרש. כנגד טיעון זה ניתן לטעון, כי מרבית מבוטחי קופות-החולים רכשו ביטוחים משלימים, שאחד מן הרכיבים הוא האפשרות לבחור רופא.
- ג. הפעלת שר"פ בבתי-חולים ציבוריים תיצור ניגוד עניינים אצל הרופאים, משום שלמרבית הרופאים הבכירים במערכת תהיה פרקטיקה פרטית במסגרת בית-החולים הציבורי. עצם קיומו של ניגוד עניינים זה יפגע באמון הציבור במערכת הבריאות כולה.

ד. יש חשש כי אפילו אם רשמית התשלום לשר"פ מקנה רק בחירת רופא, בפועל הוא יזכה את מטופלי שר"פ גם בקידום התור, והדבר יבוא על חשבון המטופלים האחרים.

ה. הפעלת שר"פ במערכת הבריאות עלולה לגרור לחצים להפעיל שיטה זו גם במערכות ציבוריות חברתיות אחרות, כגון בחירת בתי ספר במסגרת חוק חינוך חובה.

סיכום דיון

מימון מערכת הבריאות

הדוברים

יעל אנדרון, גל הרשקוביץ, גור עופר, יעקב קופ, לאה אחדות, אהרון פוגל, חיים אורון, סמדר אלחנני, בועז בר-ניר, גבי בן-נון.

הדיון התבסס על המצגות שהוצגו במליאה בפרק הבריאות. איש לא חלק על הישגי חוק ביטוח בריאות, שהסדירו לראשונה כללי משחק הוגנים ויעילים בין הגורם המבטח (קופות-החולים) לכלל המבוטחים. עם זאת הסכימו הדוברים, במבט על פני הזמן, שיש להפיק לקחים מן הניסיון המצטבר בהפעלת החוק ולתקנו בנושאים מספר, אך סוג התיקונים וגודלם נותרו שנויים במחלוקת. ואלה עיקר הנושאים שהועלו בדיון:

שינוי מנגנון העדכון של עלות הסלי¹

בדיון שבה והוצגה העמדה שיש לשמר את מנגנון העדכון הקיים, כפי שפורט בישיבת המליאה, והורחב בעיקר הטיעון של מבחן התוצאה: על רקע הישגי חוק ביטוח בריאות ממלכתי וצמצום גירעונות קופות-החולים ויציבותן הפיננסית היחסית בשנת 2000, עלתה הדעה שאין צורך לשנות את מנגנון העדכון האמור; ואילו כנגדה נטען שיש לשנות את מנגנון העדכון ולעגנו בחקיקה. לגבי מבחן התוצאה נטען שצמצום הגירעונות הושג, בין השאר, במחיר של פגיעה בנגישות ובזמינות לשירותי הבריאות ובהסתת חלק מהגירעונות לגורמים אחרים במערכת הבריאות (בתי-החולים).

כל הדוברים תמכו בצורך לכלול במערכת מקדם התייעלות (למרות קשיחותו של תהליך הייצור בבריאות), ועיקר הוויכוח נסב על ממדי ההתייעלות ועל מידת השקיפות של הצגת יעד ההתייעלות. לדעת הכול, חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את הזכאות לשירותי הבריאות, בין שזו זכאות אוטומטית לתשלומי קצבאות ביטוח לאומי ובין שמדובר בשירותי

1 באוקטובר 2001 הגיעו משרדי האוצר והבריאות להסכמה על אודות היקף העדכון של עלות הסל לשלוש השנים הבאות, 2002 עד 2004.

רווחה אחרים, הכפופים לסדרי עדיפויות משתנים של המדינה; אך התגלעה מחלוקת בדבר מיקומם המדויק של שירותי הבריאות בין שני התחומים האלה.

תשלומים פרטיים בעבור שירותי בריאות

הדיון התבסס על נתוני החשבונאות הלאומית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המורים על עלייה בחלקם של התשלומים הישירים של משקי הבית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות (מימון המגיע ל-29%), ועל סקרי הוצאות משקי הבית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

שתי עמדות שונות בתכלית הועלו בדיון. האחת טענה שההשתתפות העצמית מהווה אמצעי לצמצום ביקושים עודפים במערכת ולעידוד יעילותה. לראיה הובא ניסיונה של קופת-חולים מכבי, לפני כעשור, בהטלת תשלום על מרשמי התרופות; התשלום הפחית את צריכתן. כן נטען שרכיב מרכזי בנתוני המימון הפרטי בישראל הם התשלומים לשירותי שיניים (כמחצית מהמימון הפרטי לבריאות של משקי הבית). נשמעה טענה שיעילות השימוש בתשלומים ככלי לצמצום ביקושים עודפים תקפה בעיקר לגבי שירותים בעלי ביקוש גמיש; שירותים שבהם לשינוי מחירים יש השפעה על כמות הצריכה.

העמדה הנוגדת טענה, ששימוש בכלי של השתתפות עצמית נועד בעיקר להחלפתם של מקורות מערכת הבריאות – הגדלת המימון הפרטי על חשבון צמצום המימון מתקציב המדינה. הוצג הניסיון הבין-לאומי, שלפיו השפעת התשלומים על הכמות הנצרכת מוגבלת לטווח הקצר בלבד, והיא יעילה בעיקר לגבי קבוצות אוכלוסייה בעלי הכנסה נמוכה ועלולה לצמצם גם ביקושים נחוצים ולא רק ביקושים עודפים. לראיה הוצג סקר מכון ברוקדייל, שממצאיו הצביעו על ויתור על תרופות או ביקור אצל רופא בגלל החיוב בתשלום. סקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על השימוש בשירותי בריאות לשנת 2000 מלמד, ששיעור הביקורים אצל רופאים מקצועיים לא השתנה בעקבות החלת אגרת ביקור אצל רופא באוגוסט 1998.

הדעות בנושא נותרו אפוא חלוקות: היו שהדגישו את היתרונות בצד היעילות, ואחרים – את החסרונות בצד השוויוניות. עם זאת הסכימו הכול, שהניסיון לקיים מערך פטורים והנחות מהתשלומים למקבלי קצבאות כרוך בעלויות מינהליות; שציבור הזכאים לפטורים והנחות אינו מודע ליזכותו; ושמערך רחב יתר על המידה של פטורים והנחות יוצר מלכודת עוני.

מס בריאות ייעודי

עד שנת 1996 מומנו רוב המקורות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי במסים ייעודיים (דמי ביטוח בריאות ומס מקביל). החל משנת 1997 בוטל המס המקביל והוחלף במימון מתקציב המדינה. במהלך הדיון הועלתה הדעה, שמש הבריאות אינו מהווה פרמיה ביטוחית וכי אין קשר בין תשלום המס לרמת הסיכון. עקב זאת מס הבריאות מהווה מס נוסף על ההכנסה, ובכך נודעות לו חסרונות, בעיקר במידת הפרוגרסיביות שלו לעומת מס הכנסה (מס הבריאות נגבה עד לתקרה של פי חמישה מן השכר הממוצע). עוד נטען שאין סיבה שעל שירות ציבורי יוטל מס ייעודי; כשם שאין מוטל מס חינוך, אין הצדקה להטלת מס בריאות ויש לבטלו ולהחליפו במס הכנסה.

לפי טענה מנוגדת שהועלתה, עיגן חוק ביטוח הבריאות הממלכתי בחקיקה של זכאויות, ולכן יש להבטיח כנגדו סל מקורות למימון. דמי ביטוח בריאות והמס המקביל היו אמורים, בטווח הארוך, לממן את מלוא מקורות החוק, מבלי שיהיה צורך במימון נוסף מתקציב המדינה. עם ביטולו של המס המקביל בוטל רכיב מרכזי במימון הייעודי של החוק (כ-40%), ובכך רוקן מתוכנו הרעיון של מקורות עצמאיים למערכת והונחחה התלות של מקורות החוק בתקציב המדינה. כך פחתה חשיבותו של מס הבריאות.

התומכים בהטלת מסים ייעודיים לחוק טענו, שאין לבטל את מס הבריאות אלא יש להחזיר את המס המקביל כמקור מימון ייעודי למערכת. כל הדוברים הסכימו שיש לשפר את מידת הפרוגרסיביות בגביית מס הבריאות.

נושאים נוספים

נושאים נוספים שעלו בדיון נגעו בכללי המשחק הכלכליים במערכת, במנגנוני המחירים ובתמריצים המובנים במערכת כאמצעי להתייעלות. כן עלו סוגיות בתחום השוויוניות במערכת – בהיבט של זמינות שירותי הבריאות באזורי הפריפריה, כגון אזור הנגב.

שירות רפואי פרטי (שר"פ)

הדוברים

אביגדור קפלן, צבי אדר, גדעון עשת, חיים דורון, לאה וופנר, תמר בן דוד, גור עופר, זאב וורמברנד, יאיר כהן, ראובן גרונאו, יצחק פטרבורג, אריק כרמון, אברהם בייגה שוחט, אופיר פינס.

כל המשתתפים ביקרו את המצב הקיים, שבו אין נושא השר"פ מוסדר בחוק ועל כן אינו מבטיח את העניין הציבורי ואינו מגן על המימון הציבורי. המתנגדים לשר"פ ראו אפוא במצב הקיים ובהרחבתו לבתי-החולים הציבוריים משום הגדלת אי-השוויון החברתי והגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות. הגידול בחוסר השוויון נובע, לדעתם, משני מקורות: הרחבת האפשרות לבצע ניתוחים מורכבים בשר"פ בכל בתי-החולים (דבר שאינו אפשרי כיום) והגדלת הביקוש לניתוחים, שתנבע משידול הרופאים ומן העניין הכספי של בתי-החולים להרחיב את השירותים. נטען כי בעיקרון אין לערבב עבודה פרטית במערכת ציבורית, וכי יצירת תקדים כזה תגרור דרישות דומות מצד רופאים במקצועות שאין בהם ביקוש לשר"פ כמו גם מקצועות אחרות של עובדים במגזר הציבורי.

גם המצדדים בהנהגת שר"פ מבקרים את המצב הקיים. אמנם בשנים האחרונות התקצרו התורים, אך עדיין ניתן לקצר עוד את התור באמצעות השר"פ. רופאי שר"פ אינם עומדים במידה מספקת לצורכי ניתוחים במערכת הציבורית, וקביעת מנתחים אינה נעשית רק על-פי שיקולים רפואיים. אין ודאות שפעולות במסגרת שר"פ לא ינצלו, בדרכים שונות, תקציבים ציבוריים. כל המצדדים בהנהגת השר"פ בכל בתי-החולים יוצאים מנקודת המוצא, שיש לאפשר לחולים גם במערכת ציבורית לבחור את הרופא המנתח אך התקציב הציבורי אינו יכול לממן הוצאה נוספת זו. לפיכך יש לאפשר הפעלת שר"פ בתנאי שישררו תנאי היסוד העיקריים של אספקת שירותי בריאות ציבוריים, ואלה הם: (א) הקצאת רופאים לניתוחים וקביעת התור לניתוחים על-פי שיקולים רפואיים (רופא ציבורי יתחייב למשרה מלאה של ניתוחים ציבוריים) (ב) תשלום מלא למערכת הציבורית בעבור כל ההוצאות של הניתוחים הפרטיים.

קיום שני התנאים האלה, מטבע הדברים, דורש מערכת של הסדרים ופיקוח השונים מאלה הקיימים היום. לדוגמה, הוצע כי מנהלי המחלקות, שייבחרו לתקופה קצובה, ינהלו את הקצאת הרופאים לשר"פ ולא יעסקו בשר"פ בעצמם. הוצע שתיקבע מכסת שר"פ מרבית (למשל 20%) שתאפשר

מילוי של משרה מלאה של הרופאים במערכת הציבורית. אחת ההצעות שנועדה למנוע סבסוד השר"פ על-ידי המערכת הציבורית היא רכישת שירותי בית-חולים במלוא העלות בידי הרופאים העוסקים בשר"פ. דרך אחרת להבטיח זאת היא כיסוי חלקי בלבד של 'טופס 17' בעבור ניתוחים פרטיים. הצעות אלו ותקנות אחרות יסייעו לצמצם את הנטייה להרחבה מיותרת של השירותים ולפגיעה בחולים במימון הציבורי. גם בין המצדדים בשר"פ התגלעו חילוקי דעות בשאלה, האם יש להפעיל שר"פ בשעות עבודה נפרדות, בחדרים נפרדים או באגפים נפרדים.

אחת הסיבות העיקריות להתנגדות לשר"פ היא חוסר האמון באפשרות לקיים את הכללים והפיקוח האמורים. אחד הדוברים דיבר על 'גלישות' של הקדמת תורים ושל שימוש בכספים ציבוריים; אחר טען כי בכל הרצון הטוב, אין למנהל בית-החולים כל סמכות להפעילה על הרופאים הבכירים, שעושים ככל העולה על רוחם. היו שצינו את 'תאוות הבצע' של הרופאים – בלשונם – כמכשול עיקרי להפעלה מפקחת של שר"פ.

המצדדים בקיום שר"פ הדגישו כמה נקודות נוספות: ניתוחים פרטיים שיערכו במתקנים הציבוריים יבטיחו ניצול מלא יותר של המתקנים, נוכחות ממושכת יותר של הרופאים במחלקות, וזאת לטובת כל החולים ומניעת נשירה מוחלטת של רופאים מעולים ומעברים (או: זליגתם) מן המגזר הציבורי לפרטי. נוסף על כך יצטמצם היקף הרפואה השחורה. אשר לשיקולי השוויון נטען כי מערכת שר"פ מוסדרת, כפי שתוארה לעיל, תגדיל את רמת השוויון. אם לא יורחב השר"פ, אי-השוויון באספקת שירותי בריאות עשוי לגדול, מכיוון שהדבר יביא לנהירה לשירותים פרטיים יקרים ויוריד את רמת השירות במערכת הציבורית. מקצת המצדדים בקיום שר"פ טענו כי כבר מאוחר מדי ואי-אפשר להחזיר את המצב לקדמותו ולהתחיל את השירות הרפואי הפרטי לפי המוצע.

המנחה סיכם את הדיון באומרו שהדוברים לא הצליחו לגבש הסכמה סביב תפיסה אחת; יש בהם התומכים בהפעלת שר"פ כירורגי במתקנים ציבוריים בתנאים מגבילים, שניתן להגדירם. יש דוברים שמצדדים בהפרדה בין שני השירותים, הציבורי והפרטי, על-ידי הפרטת המתקן הציבורי לשר"פ, ומתנגדים לערבוב המתקן הציבורי עם המתקן הפרטי. אחד המשתתפים הציע לאפשר שר"פ רק בתחום האמבולטורי ולא בתחום הכירורגי כולו. נושא המלונאות אינו דחוף כיום. דעה נוספת שללה באופן קיצוני הפעלת שר"פ במתקן ציבורי. למעשה כיום השר"פ מופעל בחלק נכבד מהמתקנים הציבוריים, ולפיכך יש לעשות סדר בעניין.

דברי שר הבריאות נסים דהן

- המפגש בין מגזר הבריאות ובין כלכלנים ואנשי עסקים חשוב כשלעצמו. מספרם של כלכלני הבריאות בארץ אינו מספיק.
- גורמים מספר מגבירים את הביקוש לשירותי בריאות: דמוגרפיה, קידום טכנולוגי והתרחבות הולכת וגוברת של המידע שבידי הציבור. הצורך הזה גורם ללחץ ציבורי להרחיב את סל השירותים, גם כאשר מקור המימון לכך אינו בנמצא.
- נושא חשוב ומרכזי הוא מתן אפשרות לאוכלוסיות העניות לפנות לשירותים החברתיים. יש לזכור שהעניים נוטים לחלות יותר משכבות אחרות, אך יכולתם הכלכלית לשלם בעבור שירותי הבריאות פחותה.
- חשוב מאוד לעדכן את מחירי השירותים השונים כדי שיבטאו את העלויות בפועל.
- יש לערב יותר את הציבור בקביעת מדיניות הבריאות וסדרי העדיפויות.
- יש להעביר את האחריות לנושאי הפסיכיאטריה והגריראטריה) מהמדינה אל קופות-החולים.
- יש להתאים את היקף כוח האדם ואת איכותו בתחום הבריאות לצרכים המשתנים של הבריאות.
- יש לבחון את האפשרות לכלול את בריאות השן בסל הבריאות.
- יש לתמוך בהנהגת שר"פ רק אם הוא מחזק את הרפואה הציבורית.

נקודות אחרות שעלו בדיון

- סוגיית השר"פ צוינה כנושא המרכזי שיעצב את דמותה של מערכת הבריאות בשנים הבאות.
- צוין שהדיונים על היקף המימון הציבורי של מערכת הבריאות בממשלה אינם רציונליים. הוצע שגם לאוצר כדאי לעבור למנגנון עדכון אוטומטי של סל הבריאות, שיעוגן בחקיקה. היו שטענו שיש לשמור על גמישות בקביעת סדרי עדיפות תקציביים בכל שנה.
- נשאלה השאלה, מדוע בין המשתתפים שוררת תחושה שהם משלמים בעבור בריאות יותר מאשר לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כמה דוברים הבהירו שהדבר קשור למעמד חברתי-הכלכלי של המשתתפים ולכך שמס הבריאות פרוגרסיבי יותר מן המס האחיד שקדם לחוק. כן צוין שבתקופה שקדמה לחוק תרמו בעלי הכנסות גבוהות

למימון המערכת סכומים גבוהים מכפי שידעו, מאחר שהם מהווים את עיקר משלמי מס ההכנסה, וכספי המסים נוצלו לעתים לתכניות הבראה יקרות בתחום הבריאות. מקצת הדוברים גם ציינו שכל שינוי חברתי חשוב ידרוש משאבים, שיבואו בעיקר מהשכבות המבוססות; ואין ודאות ששכבות אלו, הדוגלות בהצהרותיהן ביתר שוויון, יהיו מוכנות גם לממן אותו מכיסן.

- אחד הדוברים ציין שמיד לאחר חקיקת החוק היה היקף סל הבריאות בישראל בין הרחבים בעולם, אך בינתיים הוא הצטמצם. שר האוצר ציין שאנשי משרד הבריאות שסיירו בחוץ-לארץ מצאו, שהסל בישראל רחב יותר מזה שבארצות ביקורם.
- רוב הדוברים העלו על נס את חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כהישג חברתי חשוב, ואת חשיבותם של שר הבריאות דאז ושל הוועדה המיוחדת של הכנסת בחקיקתו.
- צוינו קשרי הגומלין בין חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שיקומה של קופת-חולים כללית והרפורמה בהסתדרות.
- הדוברים הזכירו כי חוק ביטוח הבריאות הממלכתי של ישראל בנוי על חוקים דומים באירופה, אך מותאם למצב המיוחד במדינת ישראל (בעיקר קיומן של קופות-חולים).
- דוברים מספר עסקו בביטוח המשלים והעלו את שאלת החיוניות של השירותים הכלולים בביטוח המשלים, ואת השאלה, האם קיומו של הביטוח המשלים מעיד על כך שאין הסל הבסיסי מבטיח גישה שוויונית למכלול השירותים החיוניים.
- אחד הדוברים, איש תעשייה, ציין את ההתקדמות הרבה שהתרחשה ברמת הניהול במערכת הבריאות בשנים האחרונות. הוא קבל על כך שפקידי האוצר מתערבים יותר מדיי בפרטי הניהול של מערכת הבריאות, וטען שיש להרחיב את הגישה ביזורית.
- צוין שיש נטייה במערכות ציבוריות בכלל ובמערכת הבריאות בפרט להאשים את העובדים – שלא בצדק – בכל כישלון לקדם שינוי ארגוני. בניהול נכון אפשר להשיג שיתוף פעולה מצד ארגוני העובדים.
- הדוברים ציינו שאפשר להשיג התקדמות רבה במס הבריאות גם בלא בליעת מס הבריאות לתוך מס הכנסה; בין היתר ניתן לבטל את התקרות של מס הבריאות.

- נטען שהמשך הגידול ברפואה הפרטית עשוי לחסוך בהוצאה הציבורית על בריאות בטווח הקצר, אך בטווח הארוך הוא יביא לעלייה הן בהוצאה הלאומית לבריאות והן בהוצאה הציבורית לבריאות.
- בדיון נאמר כי המימון בעבור כל השירותים הפרטיים יבוא בסיכומו של דבר מהשכר, ובסיכומו של דבר מהסכמי השכר. העובדים לא יממנו זאת לנצח מכיסם הפרטי. עם הזמן הנושא יהפוך למרכזי במסגרת הדיונים על השכר.
- צוין שבהצגת הנושא ובדיון לאחריו לא הוקדשה תשומת לב מספקת לנושא הקשישים ומערכת הבריאות. הקשישים מהווים רק כעשרה אחוזים מהאוכלוסייה אך צורכים כארבעים אחוזים מהשירותים. הם סובלים מאוד מפיצול השירותים.
- אנשי מערכת הבריאות הביעו את המשאלה, שהמדינה תקבע כללי משחק למערכת הבריאות ולמקומה בסדרי העדיפויות הלאומיים לשנים מספר, ומנהלי מערכת הבריאות יהיו אז חופשיים לנהל את המערכת במסגרת התקציבית שנקבעה.

המשתתפים בכנס הכלכלי התשיעי

שר במשרד ראש הממשלה	השר שמואל אביטל
ראש אגף כלכלה; התאחדות התעשיינים	מר שוקי אברמוביץ'
ראש התכנית לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת תל-אביב	פרופ' צבי אדר
חבר ב'מר"צ'	מר חיים אורון
סמנכ"ל, המוסד לביטוח לאומי	גבי לאה אחדות
נשיא התאחדות המלונות בישראל	מר אבי אלה
היועצת הכלכלית של הכנסת	גבי סמדר אלחנני
סגנית הממונה על התקציבים, משרד האוצר	גבי יעל אנדרון
מנכ"ל משרד התשתיות הלאומיות	מר יעקב אפרתי
מנכ"ל 'אלרוב ישראל בע"מ'	מר אלפרד אקירוב
ראש ביה"ס לכלכלה, אוניברסיטת תל-אביב	פרופ' צבי אקשטיין
נשיא ויו"ר 'אלרון תעשייה אלקטרונית בע"מ'	מר עמי אראל
יו"ר הוועד המנהל של HTMS – ביה"ס לניהול היי-טק	מר דוד ארזי
יו"ר מועצת המנהלים, בנק ירושלים	מר דוד בלומברג
מנכ"ל התאחדות התעשיינים	מר יורם בליזובסקי
יו"ר ההסתדרות הרפואית	ד"ר יורם בלשר
מנכ"ל משרד האוצר	פרופ' אבי בן בסט
סמנכ"ל לכלכלה, משרד הבריאות	עו"ד תמי בן דוד
ראש אגף תקציבים והיועץ הכספי לרמטכ"ל, משרד הביטחון	מר גבי בן נון
מנהל מחלקה כלכלית, בנק הפועלים	תא"ל מולי בן צבי
יו"ר חברת 'יס', יו"ר חברת 'קו-אופ'	מר פתחיה בר שביט
נשיא אוניברסיטת בן-גוריון	מר דוד ברודט
המרכז הבינתחומי, הרצליה	פרופ' אבישי ברורמן
לשעבר ראש הממשלה	פרופ' אמיר ברנע
יו"ר מועצת המנהלים, מרכז הקונגרסים	מר אהוד ברק
נשיא 'גאון אחזקות'	מר צבי ברק
'גביש – א' גולדברג'	מר בני גאון
יועץ כלכלי, קבוצת יכין	עו"ד משה גביש
יו"ר קבוצת 'פורמולה'	מר יעקב גדיש
נשיא איגוד לשכות המסחר בישראל	ח"כ תמר גוז'נסקי
הממונה על הכנסות המדינה, משרד האוצר	עו"ד אלי גולדשמידט
יו"ר ועדת הכספים	מר דן גילרמן
המחלקה לכלכלה, האוניברסיטה העברית	גבי ציפי גל-ים
עורך עסקי, גירוזלם פוסט	ח"כ משה גפני
משנה למנכ"ל, משרד האוצר	פרופ' ראובן גרונאו
שר הבריאות	מר דן גרסטנפלד
מנהלת מינהל הכנסות המדינה, משרד האוצר	ד"ר מומי דהן
	השר נסים דהן
	גבי ורד דר

יו"ר מועצת המנהלים 'גי'קה'	מר יוסף הולנדר
מנכ"ל 'טבע תעשיות פרמצבטיות בע"מ'	מר אלי הורביץ
ביה"ס לכלכלה, אוניברסיטת תל-אביב	פרופ' צבי הרקוביץ
רכז אגף תקציבים, משרד האוצר	מר גל הרשקוביץ
יועצת משפטית, ההסתדרות הרפואית	עו"ד לאה וופנר
חבר ועדת הכספים	ח"כ אבשלום וילן
המדען הראשי, משרד התעשייה והמסחר	ד"ר כרמל ורניה
המכללה האקדמית תל-אביב – יפו	פרופ' צבי זוסמן
ביה"ס לכלכלה, אוניברסיטת בר-אילן	פרופ' בנציון זילברפרב
המחלקה לכלכלה, האוניברסיטה העברית	פרופ' יוסי זעירא
ראש עיריית אופקים	מר יאיר חזן
	ח"כ דוד טל
	פרופ' מנואל טרכטנברג
ביה"ס לכלכלה, אוניברסיטת תל-אביב	פרופ' יוסי יהב
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה	מר אלי יונס
משנה למנכ"ל בנק הפועלים	מר אלישע ינאי
מנכ"ל 'מוטורולה תקשורת בע"מ'	מר אביגדור יצחקי
מנכ"ל משרד ראש הממשלה	ד"ר ערן ישיב
המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת חיפה	פרופ' אבי ישראלי
מנהל המחלקה לכלכלת בריאות, ב"ח הדסה	ח"כ רן כהן
	ד"ר אריק כרמון
נשיא המכון הישראלי לדמוקרטיה	מר דב לאוטמן
מנכ"ל 'דלתא-גליל תעשיות'	ד"ר בעז לב
מנכ"ל משרד הבריאות	גב' דליה לב
מנכ"ל משותף – 'איי.די.בי'	פרופ' ויקטור לביא
המחלקה לכלכלה, האוניברסיטה העברית	השרה ציפי לבני
שרה במשרד ראש הממשלה	פרופ' ניסן לויתן
בנק ישראל	גב' זיוה ליטבק
המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות	מר גבי ללוש
ראש עיריית דימונה	מר גבי ללוש
ראש עיריית דימונה	ח"כ נחום לנגנטל
	ח"כ ד"ר יחיאל לסרי
	פרופ' אדם מזור
'מזור-פירסט אדריכלים'	ח"כ עסאם מחיול
	מר אריה מינטקביץ
יו"ר דירקטוריון בנק דיסקונט	פרופ' יורם מישר
המחלקה לכלכלה, האוניברסיטה העברית	ד"ר רפי מלניק
המרכז הבינתחומי, הרצליה	מר אוהד מראני
ראש אגף תקציבים, משרד האוצר	מר אריה מרום
מחלקת המחקר, בנק ישראל	עו"ד חגי מירום
	ח"כ דן מרידור
יו"ר דירקטוריון בזק בינלאומי	ד"ר ליאורה מרידור

מר שלמה נחמה
 פרופ' דייב נחמיאס
 ד"ר מאיר סוקולר
 ד"ר מישל סטרבצ'ינסקי
 פרופ' גור עופר
 גבי מיקי ערן
 מר אהרון פוגל
 ד"ר יצחק פטרבורג
 ח"כ אופיר פינס-פז
 מר רפי פלד
 ד"ר קרנית פלוג
 מר סבר פלוצקר
 מר חיים פלץ
 מר משה פרל
 פרופ' אפרים צדקה
 מר דוד קוליץ
 פרופ' יעקב קופ
 מר יוסי קוצ'יק
 מר איוור קירשנר
 פרופ' רות קלינוב
 ד"ר דוד קליין
 מר אביגדור קלנר
 גבי ניצה קלינר-קסיר
 מר יוני קפלן
 מר אביגדור קפלן
 ד"ר ברוך רוזן
 פרופ' אסף רזין
 מר יובל רכלבסקי
 מר ליאון רקנאטי
 גבי נגה שביט רז
 ח"כ אברהם שוחט
 פרופ' יוחנן שטסמן
 השר מאיר שטרית
 מר נחמיה שטרסלר
 ד"ר יעקב שיינין
 ד"ר עמיר שמואלי
 פרופ' מרדכי שני
 ד"ר שלמה שני
 עו"ד אנה שניידר
 פרופ' זאב תדמור
 פרופ' יוסי תמיר

מנכ"ל 'אריסון השקעות בע"מ'
 עמית בכיר, המכון הישראלי לדמוקרטיה
 מנהל המחלקה המוניטרית, בנק ישראל
 סגן מנהל מח' המחקר, בנק ישראל
 המחלקה לכלכלה, האוניברסיטה העברית
 המפקחת על מטבע חוץ, בנק ישראל
 יו"ר 'נס טכנולוגיות'
 שירותי בריאות כללית
 מנכ"ל חברת החשמל
 מנהלת מח' המחקר, בנק ישראל
 עורך כלכלי, ידיעות אחרונות'
 סמנכ"ל כספים, בניין מ"ן
 עורך כלכלי, 'מעריב'
 ביה"ס לכלכלה, אוניברסיטת תל-אביב
 'קבוצת אלול'
 מנהל המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל
 יו"ר מועצת המנהלים, 'מנפאואר ישראל אחזקות בע"מ'
 מנהל ועדת הכספים של הכנסת
 המחלקה לכלכלה, מכללת עמק יזרעאל
 נגיד בנק ישראל
 יו"ר ומנכ"ל 'פועלים השקעות'
 כלכלנית בכירה – מח' המחקר, בנק ישראל
 נציב מס הכנסה
 מנכ"ל 'כלל הברה לביטוח'
 מכון ברוקדייל
 ביה"ס לכלכלה, אוניברסיטת תל-אביב
 הממונה על השכר, משרד האוצר
 מנכ"ל ויו"ר 'אי.די.בי חברה לאחזקות בע"מ'
 עורכת ביגלובס ערבי
 מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי
 שר המשפטים
 עורך כלכלי, 'הארץ'
 מנכ"ל 'מודלים כלכליים בע"מ'
 ביה"ס לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית
 מנהל המרכז הרפואי שיבא
 יו"ר האגף לאיגוד המקצועי, ההסתדרות
 היועצת המשפטית של הכנסת
 יו"ר 'מוסד שי' נאמן'
 אשליים

משתתפים נוספים במושב הבריאות

פרופ' דני אופנהיים, מנכ"ל מרכז רפואי רבין
פרופ' ליאון אפשטיין, בית-הספר לבריאות הציבור, המחלקה לרפואה חברתית,
האוניברסיטה העברית

פרופ' גבי ברבש, מנכ"ל בית-חולים איכילוב
ד"ר יצחק ברלוביץ', משנה למנכ"ל משרד הבריאות
פרופ' יעקב גלזר, סגן דיקן הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב

פרופ' חיים דורון, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות

פרופ' יונתן הלוי, מנכ"ל בית-חולים שערי צדק

פרופ' דב טשרניחובסקי, אוניברסיטת בן-גוריון

פרופ' שלמה מור יוסף, מנהל בית-חולים הדסה

פרופ' דן מיכאלי, בית-חולים איכילוב

ח"כ חיים רמון

פרופ' יהושע שמר, מנהל היחידה לטכנולוגיה, מכון גרטנר, תל-השומר

ד"ר שמעון שרף, בית-חולים ברזילי באשקלון

ניירות עמדה של המכון הישראלי לדמוקרטיה

- **רפורמה בשידור הציבורי**
פרופ' ירון אזרחי, ד"ר עמרי בן-שחר וגב' רחל לאל
- **עקרונות לניהול ולתקצוב על-פי תפוקות במגזר הציבורי**
פרופ' דוד נחמיאס ואלונה נורי
- **הצעת חוק השב"כ: ניתוח משווה**
אריאל צימרמן, בהנחיית פרופ' מרדכי קרמניצר
- **דתיים וחילוניים בישראל: מלחמת תרבות?**
פרופ' אביעזר רביצקי
- **לקראת רפורמה מבנית במגזר הציבורי בישראל**
פרופ' דוד נחמיאס, מרל דנון-קרמזין ואלון יראוני
- **היועץ המשפטי לממשלה: סמכות ואחריות**
ד"ר גד ברזילי ופרופ' דוד נחמיאס
- **הסתה, לא המרדה**
פרופ' מרדכי קרמניצר וחאלד גנאים
- **בנק ישראל: סמכות ואחריות**
פרופ' דוד נחמיאס וד"ר גד ברזילי
- **השתלבות קבוצות "פריפריה" בחברה ובפוליטיקה**
בעידן שלום: א. החרדים בישראל
פרופ' מיכאל קרן וד"ר גד ברזילי
- **מבקר המדינה: סמכות ואחריות**
ד"ר גד ברזילי ופרופ' דוד נחמיאס
- **חופש העיסוק**
פרופ' מרדכי קרמניצר, ד"ר עמרי בן-שחר ושחר גולדמן
- **הפריימריס המפלגתיים של 1996 ותוצאותיהם הפוליטיות**
גדעון רהט ונטע שר-הדר

- **השסע היהודי-ערבי בישראל: מאפיינים ואתגרים**
פרופ' רות גביזון ועסאם אבו-ריא (הופיע גם בערבית)
- **100 הימים הראשונים**
פרופ' דוד נחמיאס וצוות המכון הישראלי לדמוקרטיה
- **הרפורמה המוצעת במערכת בתי המשפט**
שחר גולדמן בהנחיית פרופ' רות גביזון ופרופ' מרדכי קרמניצר
- **תקנות ההגנה (שעת חירום) 1945**
מיכל צור בהנחיית פרופ' מרדכי קרמניצר
- **חוק ההסדרים: בין כלכלה ופוליטיקה**
פרופ' דוד נחמיאס וערן קליין
- **פסיקת הלכה בשאלות מדיניות**
פרופ' ידידיה צ' שטרן
- **הרבנות הממלכתית: בחירה, הפרדה וחופש ביטוי**
איל ינון ויוסי דוד
- **משאל-עם: מיתוס ומציאות**
דנה בלאנדר וגדעון רהט
- **השסע החברתי-כלכלי בישראל**
איריס גרבי וגל לוי בהנחיית פרופ' רות גביזון
- **מדינה משפט והלכה – א. מנהיגות ציבורית כסמכות הלכתית**
פרופ' ידידיה צ' שטרן
- **מעברי שלטון בישראל: השפעות על מבנה הממשל ותפקודו**
פרופ' אשר אריאן, פרופ' דוד נחמיאס ודורון נבות
- **העדפה מתקנת בישראל: הגדרת מדיניות והמלצות לחקיקה**
הילי מודריק-אבן-חן בהנחיית פרופ' מרדכי קרמניצר ופרופ' דוד נחמיאס
- **הטלוויזיה הרב-ערוצית בישראל: ההיבט הציבורי**
פרופ' ירון אזרחי, ד"ר זוהר גושן וגב' חני קומנשטר

- **דגמים של שיתוף אזרחים**
אפרת וקסמן ודנה בלאנדר בהנחיית פרופ' אשר אריאן
- **הכנס הכלכלי התשיעי – יוני 2001**
מנהל הכנס והעורך: פרופ' ראובן גרונאו
- **אסטרטגיה לצמיחה כלכלית בישראל**
- **אי-שוויון בישראל: חצי הכוס הריקה וחצי הכוס המלאה**
- **הרפורמה במערכת הבריאות: עבר ועתיד**
- **המדיניות המקרו-כלכלית לשנים 2001 – 2002**
- **מדינה, משפט והלכה – ב. עושר שמור לבעליו לרעתו: מקומם של המשפט ושל ההלכה בחברה הישראלית**
פרופ' ידידיה צ' שטרן
- **الصدع العربي اليهودي في إسرائيل: مميزات وتحديات**
الاستاذ عصام ابو ريا البروفيسورة روت جيبزون
- **Religious and Secular Jews in Israel: A Kulturkampf?**
By Professor Aviezer Ravitzky
- **State, Law, and Halakha: Part One – Civil Leadership as Halakhic Authority**
By Professor Yedidia Z. Stern
- **Incitement, Not Sedition**
By Professor Mordechai Kremnitzer and Khalid Ghanayim

ניתן לרכוש את ניירות העמדה

במכון הישראלי לדמוקרטיה

ת.ד. 4482, ירושלים 91040

טלפון: 02-5392888, 1-800-202222

פקס: 02-5631122

forever. This issue will become central in discussions about salary.

- The presentation and follow-up discussion did not devote sufficient attention to the subject of the elderly and the health care system. Though they are only 10% of the population, the elderly comprise 40% of health care users. They suffer considerably from the splitting of services.
- Representatives of the health care system expressed their wish that the government determine the rules of the game for the health care system and its place in the list of national priorities for coming years. Health officials will then be free to operate the system within a pre-determined budget framework.

- The speakers mentioned the reciprocal relationships between the National Health Insurance Law, the rehabilitation of the General Health Fund, and the Histadrut reform.
- The speakers noted that although Israel's National Health Insurance Law is based on similar laws in Europe, it was adapted to the particular conditions of the country (most importantly, the existence of health funds).
- Some speakers addressed the issue of complementary insurance and questioned the necessity of the services it covers. They also asked if the existence of complementary insurance is a sign that the health basket does not guarantee equal access to essential services.
- One speaker from the industrial sector pointed to the enormous progress made in recent years in the management of Israel's health care system. He complained that Treasury employees intervene too heavily in the management of the system and recommended that a more decentralized approach be adopted.
- There is a tendency in the public sector, and in the health care system in particular, to unjustifiably blame employees for every failure to promote organizational change. Through proper management, cooperation with bargaining units can be achieved.
- Greater progressiveness in the health tax can be achieved without absorbing it into the income tax. Among other things, the health tax ceiling can be eliminated.
- While the continued growth of private health services may lead to a short-term reduction in public health expenses, it will increase national and public health expenses in the long term.
- Funding for all private health services will eventually come from salaries, as a result of salary agreements. Employees will not be willing to pay for them out of their own pockets

Other points raised in the discussion

- Private health services are a central issue that will shape the character of the health care system in the coming years.
- Government discussions on the level of public funding for the health care system are irrational. It was recommended that the Treasury adopt an automatic update system. Some speakers said that flexibility should be maintained and budget priorities set each year.
- Why do participants have the impression that they are paying more for health now than they did before the National Health Insurance Law took effect? Some speakers said the issue was connected to their socioeconomic status and to the fact that the current health tax is more progressive than the uniform tax that preceded it. It was mentioned that before the law was passed, high income earners contributed greater amounts to the system than they had previously, since they were the principal tax payers. Tax revenue was sometimes used to pay for expensive health recovery programs. Some speakers mentioned that every major social change demands resources that are derived principally from higher income brackets. However, there is no guarantee that people in these brackets, who claim believe in full equality, would be willing to pay for it out their own pockets.
- One speaker said that before passage of the National Health Insurance Law, Israel's health basket was one of the biggest in the world; since then, it has been shrinking. The Treasury Minister mentioned that Health Ministry officials discovered on tours abroad that the Israeli health basket was larger than those in the countries visited.
- Most speakers praised passage of the National Health Insurance Law as a major social achievement and stressed the importance of the former health minister and special Knesset committee that brought about the legislation.

Summary

PLENARY DISCUSSION

Remarks by Nissim Dahan, Minister of Health

- This meeting between the health sector and economists and businesspeople is important in and of itself. Israel does not have a sufficient number of health economists.
- Several factors increase the demand for health services: demographics, technological advancement, and the expansion of knowledge available to the public. As a result, there is public pressure for a large health basket of services, even when there is no apparent source of funding.
- A central concern is to allow poor populations the opportunity to take advantage of health services. The poor, we must remember, tend to suffer from illness more than other groups, yet they are less able to pay for health services.
- It is important to adjust the prices of services so that they reflect actual cost.
- The public must be more involved in determining health policy and setting priorities.
- Responsibility for psychiatric and geriatric care should be transferred from the government to the health funds.
- The size and type of human resources in the health field should be adapted to the changing needs in health care.
- The possibility of adding dental care to the health basket should be examined.
- Private health services should be supported only if they reinforce the public health care system.