



יוני 2018

עמדת הר"י לוועדה לבחינת תכניות השב"ן

בשנים האחרונות עוברת מערכת הבריאות בישראל תמורות רבות. יוזמות חקיקה שונות מונחות חדשות לבקרים על שולחן הכנסת במטרה לשנות הסדרים קיימים אשר היו נהוגים במערכת הבריאות מקדמת דנא. לעתים קרובות הדבר נעשה בחטף, ללא דיון מקיף עם כלל הנוגעים בדבר ואולי חמור מכל – מבלי שיישמע קולם של הרופאים.

יש לזכור תמיד כי על המדינה לדאוג ראשית כל לאספקת שירותי בריאות ולמימנם, וכי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קובע כי השירותים יינתנו באיכות סבירה, בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. כאשר המדינה מונעת את אספקת השירות במערכת הציבורית או מקשה עליה, היא חוטאת לתפקידה בפעם הראשונה. כאשר היא אינה מאפשרת למגזר הפרטי לפעול להקלת המצב על-ידי הטלת רגולציה מכבידה ומיותרת, היא חוטאת לתפקידה בפעם השנייה.

על כן, כפי שגם עולה מכתב המינוי של חברי הוועדה לבחינת תוכניות השב"ן, בשלה השעה לקיים דיון עמוק, מקצועי וענייני על השפעתם של הצעדים האחרונים על מערכת הבריאות בישראל, ובפרט על יחסי הגומלין שבין המערכת הציבורית למערכת הפרטית. הדברים נכונים שבעתים על רקע הדיון הנוכחי סביב אפשרות הכללתן של תרופות חיוניות בתוכניות השב"ן.

זוהי הזדמנות עבור ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) להציג את עמדת הקהילה הרפואית בנושא מתוך ראיית טובתו של המטופל בלבד ולמען מערכת הבריאות. אנו מודים לוועדה על שנענתה לבקשתנו להציג את עמדתנו, ומקווים כי נצליח בכך לסייע לוועדה בעבודתה החשובה.

תקציר – נקודות עיקריות העולות מהמסמך

- על אף הנטייה לסווג את הביטוחים המשלימים מבחינה טכנית כחלק מההוצאה הפרטית לבריאות, יש לתת את הדעת על כך שביטוחים אלה נושאים מאפיינים ציבוריים מובהקים. לכן נדרשת חשיבה מחודשת לגבי סיווגם. אנו סבורים כי הם קרובים הרבה יותר להיות



חלק מהמערכת הציבורית מאשר רכיב של השוק הפרטי. מכאן שכל ניסיון להטיל עליהם רגולציה דוגמת רפורמת הסדר-החזר ו"חוק הצינון" במטרה לרסן את "הרפואה הפרטית", כביכול, אינו במקומו, ופוגע בסופו של דבר במערכת הציבורית.

- בכל המדינות המפותחות קיים תמהיל מסוים של "ציבורי" ו"פרטי", לרבות ביטוחי בריאות פרטיים. כל המדינות שנסקרו במסמך זה מפעילות מידה מסוימת של רגולציה על השוק הפרטי – חלקן יותר (קנדה) וחלקן פחות (אנגליה). אולם משותף לכולן דבר נוסף – השקעתן במערכת הבריאות הציבורית היא על פי רוב מהגדולות שבין המדינות המפותחות. ממצאים אלה מחזקים את הטענה כי טרם כל ניסיון לצמצם את השוק הפרטי בישראל, יש הכרח להגדיל בצורה מסיבית את ההשקעה הממשלתית במערכת הבריאות הציבורית, לרמה המקובלת בקרב המדינות המפותחות.
- יוזמת קיצור תורים בתצורתה ובהיקפה הנוכחיים היא לעג לרש. לא זו בלבד שהיא איננה מסוגלת להביא לשינוי משמעותי במצב הנוכחי, אלא שבאופן שבו היא מבוצעת היא תומכת בעיקר במרכזי הרפואה הפרטיים ולא בבתי החולים הציבוריים.
- שוק הבריאות הפרטי איננו שורש כל רע, כפי שהוא מוצג לעתים על-ידי קובעי מדיניות וגורמים בתקשורת. הוא איננו הבעיה של מערכת הבריאות, אלא פתרון מסוים, גם אם חלקי, לביקוש לשירותי בריאות שאינם מקבל מענה במערכת הציבורית הקורסת. הדברים נכונים שבעתים ככל שמדובר בשב"ן. על כן, כמו במקרה של הביטוחים המשלימים, כל ניסיון לצמצם את המגזר הפרטי מבלי להשקיע תחילה משאבים נכבדים במערכת הבריאות הציבורית, רק יגרום נזק לציבור בכך שיקטין את נגישותם של שירותי הבריאות.
- לאור כל אלו הר"י ממליצה על נקיטת הצעדים הבאים (הרחבה בפרק הסיכום וההמלצות):
הגדלה מסיבית של ההשקעה הממשלתית במערכת הבריאות הציבורית ; הגדלת כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות ושיפור תנאי עבודתו בשיתוף פעולה ובתיאום מלא עם הר"י ; הגברת שקיפותם של שירותי הבריאות ; ביטול הרגולציות שהוטלו על הביטוחים המשלימים ; הבטחת קיומם של שירותי רפואה פרטיים.



מבוא

בכל המדינות המפותחות קיים תמהיל מסוים של "ציבורי" ו"פרטי" במערכת הבריאות. תמהיל זה בא לידי ביטוי בהיבטים של מימון, בעלות וארגון של המערכת, אשר משתנים מאוד בין מדינה למדינה. כך, רוב המדינות המפותחות מספקות לאזרחיהן ביטוח בריאות אוניברסאלי, ולצדו האפשרות לבטח את עצמם בביטוחים פרטיים באופן וולונטרי. מקורות המימון של שירותי הבריאות עשויים להגיע ממיסי מדינה – כלליים או ייעודיים, כמו גם מכיסים של האזרחים, כהוצאות ישירות והשתתפות בתשלומים.¹

בישראל קיימים שלושה רבדים של ביטוחי בריאות. הרובד הראשון הוא הביטוח הציבורי, שניתן לכל אזרחי המדינה על-ידי ארבע קופות החולים באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, המסדיר את סל שירותי הבריאות הבסיסי. הרובד השני הוא תכניות השב"ן (שירותי בריאות נוספים) שמפעילות קופות החולים כתוספת או כהשלמה לסל השירותים הבסיסי. הללו מפוקחים על-ידי משרד הבריאות, ומכונים "ביטוחים משלימים". הרובד השלישי הוא ביטוחי בריאות מסחריים, המוצעים על-ידי חברות מסחריות תחת פיקוח של רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

בעוד שהרובד הראשון הוא ציבורי במובהק והרובד השלישי הוא פרטי במובהק, הביטוחים המשלימים נחשבים למעין יציר כלאיים בעל מאפיינים ציבוריים ופרטיים. ברם, רשויות כגון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וארגון ה-OECD נוהגים לסווג את הביטוחים המשלימים תחת סעיף "מימון פרטי", משום שהם אינם ממומנים מתקציב המדינה או מכל תקציב ציבורי אחר, ונרכשים באופן וולונטרי על-ידי אזרחים פרטיים. אכן, בהסתכלות צרה המתמקדת ב"כיס" שממנו יוצא התשלום, ברור מדוע מבחינה טכנית, קיימת נטייה להחשיב סוג מיוחד זה של ביטוח כביטוח פרטי. ואולם, אנו סבורים כי בחינה מעמיקה יותר של מאפייני הביטוחים המשלימים מעלה כי מבחינה מהותית, ביטוחים אלה קרובים הרבה יותר לביטוח ציבורי מאשר לביטוח פרטי. למעשה, כמעט ניתן להחשיבם כחלק אינטגרלי ממערכת הבריאות הציבורית. לכך מספר טעמים:

¹ המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות. קשרי גומלין. בעיות ומתווים לפתרון – טיוטה לדיון, כנס ים המלח ה-13, דצמבר 2012.



- הביטוחים המשלימים מסופקים על-ידי קופות החולים ומשווקים על-ידן. המדובר בגופים ציבוריים ללא כוונת רווח הפועלים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולא על-ידי גופים מסחריים הפועלים בשוק העסקי.
 - תכולתם של הביטוחים המשלימים ותעריפיהם מאושרים ומפוקחים על-ידי משרד הבריאות.
 - בניגוד לביטוחים המסחריים, בביטוחים המשלימים אין חיתום, יש איסור אפליה, ולמעשה, כל מבוטח יכול להצטרף אליהם לפי רצונו.
 - פוליסות אחידות לכל המבוטחים כאשר הפרמיות נמוכות יחסית, שוות לכל נפש, ונקבעות לפי גיל בלבד.
 - רוב מוחלט מהאזרחים מבוטח בביטוח משלים: שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים מתוך כלל מבוטחי הקופות עמד בסוף שנת 2016 על 74.4%².
- למעשה, הביטוחים המשלימים כה מוטמעים במערכת הבריאות הציבורית, עד כי יש מי שקורא להפכם לביטוח חובה, ומי שזקוק לתשלום – המדינה תממן לו את הביטוח.³
- עוד נציין כי יש מערכות בריאות בעולם בהן הכיסוי הציבורי אינו אחיד לחלוטין, ולכל מבוטח יש אפשרות לרכוש את התכנית המתאימה לו ביותר ולשלם פרמיה בהתאמה (למשל, הולנד וגרמניה – ר' הרחבה בפרק הסקירה הבינלאומית).

² משרד הבריאות, דו"ח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן של קופות החולים לשנת 2016. דצמבר 2017, ע' 13.

³ אתר האינטרנט של פרופ' דב צ'רניחובסקי. <http://www.ozdov.com/in-the-news/item/265-%D7%99%D7%A9-%D7%9C%D7%94%D7%A4%D7%95%D7%9A-%D7%90%D7%AA-%D7%94%D7%A9%D7%91-%D7%9F-%D7%9C%D7%91%D7%99%D7%98%D7%95%D7%97-%D7%97%D7%95%D7%91%D7%94> (תאריך כניסה: 20 ביוני 2018).

טבלה 1: שב"ן לעומת ביטוח מסחרי

שב"ן לעומת ביטוח בריאות מסחרי השוואה בין מאפיינים		
ביטוח מסחרי	שב"ן	
חברות למטרות רווח	קופות החולים (מלכ"רים)	הספק
שיפוי או פיצוי	שירותים בפועל	הכיסוי
כולל ביטוח סיעודי	אינו כולל ביטוח סיעודי	הביטוחי
מגוון רחב של פוליסות ורובדי פוליסות	פוליסות אחידות לכל המבוטחים	הגבלות על הספק
אין חובה לקבל כל פונה	חובה לקבל כל פונה המבוטח בקופה	
אפשרות להחרגה ולחיתום רפואי	אין החרגות לפי מצב בריאות	
הפרמיה למבוטח נקבעת לפי הערכת החברה את הסיכון שלו לחלות, ובביטוח קבוצתי - לפי הסיכון הממוצע של הקבוצה	הפרמיה נקבעת לפי גיל בלבד	
אין הגבלה על משך תקופת האכשרה	תקופות אכשרה עד 24 חודשים (אין תקופת אכשרה במקרים של מעבר בין קופות כאשר המבוטח החזיק בשב"ן בקופה הנעזבת)	אכשרה/ המתנה
יש תקופות המתנה	אין תקופות המתנה	הגוף המפקח
המפקח על הביטוח במשרד האוצר	משרד הבריאות	
פוליסה (חזנה)	תקנון	סוג ההסכם

(* מקור: ש. ברמלי-גרינברג, מצגת לתת ועדה ביטוחי בריאות של ועדת גרמן, 2013).

לצד מערכת הבריאות הציבורית, פועל שוק בריאות פרטי, הכולל כאמור גם ביטוחים מסחריים. שוק הבריאות פרטי, הפועל לצד מערכת ציבורית ולעתים אף בשיתוף עמה, עשוי להניב תועלת רבה לשירותי הבריאות, ולהביא לשיפור באיכות הטיפול והשירות, למשל, על-ידי הגברת התחרות בתחום, הרחבת נגישות האזרחים לשירותי בריאות, הגדלת חופש הבחירה של המטופלים והקטנת העומסים המוטלים על המערכת הציבורית. הסדרים כגון תירות רפואית ושר"פ (שירותי רפואה פרטיים) אף עשויים להכניס מקורות מימון חיוניים למערכת הציבורית, אם כי מאידך, טשטוש הגבולות בין שתי המערכות עלול לפגוע בעקרון השוויון עליו מושתתת מערכת הבריאות, ולגרום לעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות, בין היתר, בשל הקושי של הרגולטור לפקח על ההוצאות בשוק הפרטי. כמו כן יש חשש ממצב בו המערכת הציבורית תסבסד בפועל את המערכת הפרטית בשל תופעת "גריפת השמנת" – המערכת הציבורית תטפל במקרים הקשים והיקרים, בעוד שהרפואה



הפרטית תיקח על עצמה את הטיפול במקרים הפשוטים והרווחיים ביותר. נזק נוסף עלול להיגרם למערכת הציבורית כתוצאה ממעבר של כוח אדם איכותי ממנה אל המערכת הפרטית בשל תנאי ההעסקה והשכר העדיפים שהיא מסוגלת להציע להם. תופעות אלו עלולות לפגוע באיכות השירות והטיפול הרפואי, כמו גם ביעילות המערכת כולה.

אחד האתגרים הגדולים העומדים בפני קובעי המדיניות בתחום מדיניות הבריאות, אפוא, הוא הסדרת קשרי הגומלין בין המערכת הפרטית למערכת הציבורית באופן שתתרום לפעילותם של שירותי הבריאות לטובת הכלל, ותקטין את הנזקים הפוטנציאליים הטמונים בתמהיל הפרטי-ציבורי בתחום הבריאות. על כן, מדינות מפותחות שונות פיתחו מנגנונים להסדרת פעילות זו, וקבעו כללים הן לכיסוי הביטוחי של אזרחיהן והן לעבודתם של רופאים במערכות הציבוריות והפרטיות.

הסדרי רפואה פרטית בעולם – סקירה בינלאומית

בפרק זה נסקור את הכללים הנהוגים במספר מדינות מפותחות להסדרת הכיסוי הביטוחי ועבודתם של הרופאים במערכת הציבורית ובמערכת הפרטית. המדינות שיוצגו בעבודה זו הן קנדה, הולנד, גרמניה, שבדיה, אנגליה וצרפת.

קנדה

מערכת הבריאות הציבורית בקנדה מספקת כיסוי ביטוחי אוניברסאלי לשירותי רפואה לכל תושבי המדינה. למעשה, לכל אחת מעשר הפרובינציות ושלוש הטריטוריות יש מערכת בריאות משלה, המחויבת לעמוד בעקרונות שמציב הממשל הפדראלי בהתאם ל- Canada Health Act (CHA)⁴. החוק הפדראלי מטיל על הפרובינציות והטריטוריות לספק לתושביהן "שירותי רפואה הכרחיים" (רופאים ובתי חולים) במימון מלא, ללא השתתפות עצמית (first dollar coverage), אך הוא אינו מגדיר את השירותים הללו. רוב ההחלטות על הכיסוי הציבורי נעשות, אפוא, על-ידי הפרובינציות והטריטוריות, והאחריות לו מוטלת עליהן בשיתוף הפרופסיה הרפואית. בנוסף לשירותים החיוניים, כוללים סלי הבריאות שלהן שירותים נוספים ברמות משתנות של כיסוי, לרבות תרופות מרשם, רפואה מונעת, שירותי רפואת נפש, שירותי סיעוד, רפואת עיניים ורפואת שיניים. המימון

⁴ C.M. Flood and A.H. Haugan, *Is Canada odd? A comparison of European and Canadian Approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care*, Special issue of health, economics, policy and law on choice in European systems of health care (Toronto: University of Toronto), 4.



הציבורי בקנדה מגיע ל- 70% מסך ההוצאות הלאומיות. המימון הפרטי (30%), כולל לרוב תרופות מרשם, שירותי סיעוד, שיקום, רפואת עיניים, רפואת שיניים וחדרים פרטיים בבתי חולים. כשני שלישים מהקנדים מבוטחים בביטוח פרטי המכסה שירותי אלו, ומסופק לרוב על-ידי גופים מסחריים. הביטוח הפרטי בקנדה אינו כולל שיפור שירותים המסופקים בסל הבסיסי, כגון קיצור תורים או בחירת רופא (כלומר, מסוג "Duplicate private health insurance").⁵

רוב הרופאים עובדים כעצמאים במרפאות שבבעלותם לפי "תשלום עבור שירות" (fee for service) מתוכנית הביטוח הממשלתית. רפואה פרטית בקנדה קיימת, אך ההגבלות החמורות שמטיל עליה המחוקק מצמצמות אותה עד מאוד, אם כי אינן מוציאות אותה מחוץ לחוק, כפי שיש הטועים לחשוב לעתים.

כך קובע דוח מומחה בנושא:

"Contrary to popular belief, private provision of CHA-insured services is not illegal but providers are prohibited or discouraged from simultaneously operating in public and private domains".⁶

חלק מהפרובינציות אינן מאפשרות לרופאים לעסוק גם ברפואה ציבורית וגם ברפואה פרטית, והן מאלצות את הרופא לבחור באחת מהמסגרות. פרובינציות אחרות קובעות כי מחיריהן של הפרוצדורות הרפואיות בפרקטיקה הפרטית לא יעלו על המחיר שנקבע להן במסגרת הציבורית. הגבלות נוספות חלות על ביטוחים פרטיים – הללו מותרים על-פי רוב, אך יש פרובינציות שקבעו כי במקרה בו מבוטח בוחר לפנות אל רופא פרטי בכדי לעבור טיפול המכוסה בביטוח הממלכתי, הוא אינו רשאי לקבל החזר מהמדינה על הטיפול. בכך יוצרת המדינה חציצה מוחלטת כמעט בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית תוך צמצום משמעותי של זו האחרונה.⁷

בשל מורכבותה של המערכת הקנדית וריבוי התנאים וההגבלות החלים על-פי חוק על הרפואה הפרטית, קשה מאוד להעריך את היקפה המדויק. עם זאת, יש בנתונים הבאים בכדי לשפוך אור על הנושא: פרובינציית אונטריו, כמו גם פרובינציות נוספות, קובעת כי רופא שברצונו לעסוק

⁵ S. Thomson et al. International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, 2011, 21-23.

⁶ G.P. Marchildon, Health Systems in Transition – Canada, European Observatory on Health Systems and Policies (Copenhagen, 2005), 49.

⁷ C.M. Flood and T. Archibald, "The illegality of private health care in Canada", Canadian Medical Association Journal 164, no.6 (2001):825-830.



בפרקטיקה פרטית, חייב לפרוש/להתנתק (to opt out) מתוכנית הביטוח הממלכתית, כך שהוא לא יקבל יותר מהממשלה תשלום עבור שירותיו במסגרת תוכנית ביטוח זו. לנוכח הגבלה חמורה זו, נכון לשנת 2007, רק 49 מתוך 23,201 רופאים בפרובינציית אונטריו החליטו לפרוש מהתוכנית הציבורית, ולעבוד אך ורק באופן פרטי.⁸ מחד יש בכך להעיד על החסמים העומדים בפני רופאים לעבוד באופן פרטי בקנדה, מאידך פירוש הדבר כי פרקטיקה פרטית מותרת, ויש רופאים המבכרים לעסוק בה על אף ההגבלות הקיימות.

אחת הבעיות העיקריות מהן סובלת מערכת הבריאות הקנדית מאז אמצע שנות התשעים היא התורים הארוכים לקבלת שירותים רפואיים – בעיה שנוצרה כתוצאה מקיצוצים משמעותיים בתוכנית הביטוח הממלכתית. יש הסבורים בקנדה כי המענה הראוי לבעיה זו הוא פיתוח השוק הפרטי בתחום הבריאות, על מנת לייצר תחרות ל"מונופול" הממשלתי ולהרחיב את אפשרות הבחירה של המטופל. הטענה היא כי מדיניות זו תיצור לחץ על מערכת הבריאות הממשלתית להתייעל ולקצר את זמן ההמתנה לטיפול. הוויכוח סביב ההפרטה כפיתרון לזמני ההמתנה הממושכים לטיפול רפואי קשור ישירות לצביונה של מערכת הבריאות הקנדית, והוא מתנהל בזיקה לדיון עקרוני על זכויות אדם במדינה, והגיע אף לערכאות משפטיות. ניתן לומר כי זהו אחד הנושאים העקרוניים, החשובים והטעונים ביותר המלווים את המערכת הקנדית בשנים האחרונות.⁹

הולנד

החל מחודש ינואר 2006, בעקבות רפורמה במערכת הבריאות, כל תושבי הולנד מחויבים לרכוש ביטוח בריאות. חובה זו מעוגנת בחוק – Health Insurance Act (ZVW), כאשר הביטוח מסופק על-ידי מבטחים פרטיים. לפני הרפורמה, תושבים בעלי הכנסות הגבוהות מ-30 אלף אירו לשנה ובני משפחתם (כ-35% מהאוכלוסייה), לא נכללו במסגרת ביטוח החובה שסופק על-ידי קופות חולים, ורכשו ביטוח בריאות על-ידי מבטחים פרטיים. חוסר שביעות רצון הולך וגובר מהמערכת הכפולה של כיסוי פרטי וציבורי הובילה בסופו של דבר לרפורמה.¹⁰ המבטחים מחויבים על-פי חוק לספק סל שירותים בסיסי, הכולל שירותים רפואיים הניתנים על-ידי מומחים, רופאים כלליים, מיילדות ובתי חולים, רפואת שיניים, עזרים ומכשירים רפואיים, תרופות, שירותי אמבולנס, שירותים פארא-רפואיים כגון פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת ועוד.

⁸ Flood, *Is Canada odd?*, 8.

⁹ Flood, *Is Canada odd?*, 5.

¹⁰ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 78.



הביטוח ממומן מתשלומים הקשורים לגובה ההכנסה, אשר מרוכזים יחדיו, ומוקצים למבטחים בהתאם לנוסחת קפיטציה מתוחכמת. שוק הביטוח נשלט על-ידי חמישה מבטחים גדולים, המחזיקים בכ- 80% מהשוק. גובה התגמולים לספקי הבריאות נקבע על-ידי רשויות הבריאות, אולם נתח מסוים מהטיפול בבית החולים נקבע באמצעות משא ומתן בין המבטחים לספקי הבריאות. הביטוח הפרטי התחליפי בוטל, כאמור, בשנת 2006. כיום, לרוב האוכלוסייה יש בנוסף לביטוח הציבורי, גם תוכנית ביטוח פרטי. התעריפים והשירותים הניתנים לביטוח הפרטי אינם תחת רגולציה, והם מהווים 3%-5% מההוצאה השנתית לבריאות. הללו כוללים בדרך כלל ביטוח מרחיב לשירותים כגון רפואת שיניים וטיפול פיזיותרפיה, אך הביטוח הפרטי אינו מאפשר גישה מהירה יותר לשירותים רפואיים, ואינו מרחיב את האפשרות לבחירת רופא מומחה או בית חולים. הרופאים הכלליים עובדים ברובם באופן עצמאי, לבד או במרפאות משותפות. המומחים עובדים כמעט כולם בבתי חולים, כשכירים או במרפאות משותפות.¹¹

מאז שנת 2006 נוקטת הולנד מדיניות של "תחרות מנוהלת". התחרות בין ספקי הבריאות ובין המבטחים ומתן אפשרות בחירה למבוטחים מתאפשרת תחת רגולציה ממשלתית בשיתוף הפרופסיה. מנגנוני התחרות והבחירה נועדו לאפשר תחרות על מחיר תוך שיפור איכות, אם כי עדיין לא הצטברו עדויות מספיקות על מנת לבחון את הצלחת הרפורמה.¹²

גרמניה

עד לשנת 2009, ביטוח חובה חל על רוב אזרחי גרמניה, אך לא על כולם: אזרחים שהכנסתם נמוכה מכ- 49 אלף יורו בשנה חויבו לרכוש ביטוח בריאות חובה על-פי חוק מדינה, שהגדיר את סל שירותי הבריאות, המסופק על-ידי קופות חולים. לאזרחים שהכנסתם גבוהה מרף זה, ניתנה האפשרות לפרוש מהתוכנית הציבורית, ולרכוש תוכנית ביטוח פרטית מקיפה יותר מחברות מסחריות, או שלא לרכוש ביטוח כלל. בעקבות רפורמה שערכה גרמניה בתחום, מאז תחילת שנת 2009 חל ביטוח בריאות חובה על כל אוכלוסיית המדינה – ציבורי (90% מהאזרחים) או פרטי (10% מהאזרחים), בעיקר עצמאים ופקידי מדינה.¹³

תוכנית הביטוח הממלכתית מסופקת על-ידי 154 קרנות מתחרות (קופות חולים). הן ממומנות על-ידי תשלומי חובה המתחלקים בין המעסיקים למועסקים, וכוללים גם את בני משפחתם של המבוטחים. תוכנית הביטוח הממלכתית כוללת רפואה מונעת, טיפול רפואי, שירותי אשפוז בבתי

¹¹ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 78-80.

¹² Flood, *Is Canada odd?*, 13-15.

¹³ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 57-58.



חולים, שירותי בריאות הנפש, בדיקות שגרתיות של בריאות השן ועוד.¹⁴ כ- 16% הגרמנים מחזיקים בביטוח משלים עבור שירותים שאינם מכוסים במלואם על-ידי הביטוח הממלכתי, לרבות טיפולי שיניים, חדר פרטי בבית חולים ואפשרות בחירה ברופאים בכירים.¹⁵ הביטוח הפרטי בגרמניה ממלא תפקיד משמעותי במערכת הבריאות, שכן הוא מהווה חלק בלתי נפרד מהרובד הביטוחי הבסיסי והמחייב של האזרחים, והוא משרת קבוצות אוכלוסייה גדולות. חברות הביטוח הפרטיות אסור לדחות אזרחים המבקשים להצטרף אל תוכניות הביטוח שלהן, והן מחויבות להציע להם לפחות את הסל המינימלי הקבוע בחוק, אשר מסופק על-ידי קופות החולים במערכת הציבורית.¹⁶ פרמיות הביטוח הפרטי אמנם קשורות לרמת הסיכון של המבוטח, אך יחד עם זאת הן מפוקחות על-ידי הממשלה. כמו כן, חברות הביטוח הפרטיות מחויבות לקחת חלק בתוכניות קפיטציה (risk adjustment) נפרדות מתוכנית הביטוח הממלכתית, על מנת שניתן יהיה לבטח גם את החולים ביותר.¹⁷

בתי החולים בגרמניה פועלים ברובם ללא מטרת רווח (ממשלתיים או מלכ"רים). חלק קטן מהם הינם מוסדות פרטיים למטרת רווח (כשישית מכלל מיטות האשפוז). הרופאים העובדים בהם הם שכירים. לעומת זאת, רוב רופאי הקהילה עובדים במרפאות עצמאיות – לבד או בשיתוף, ומקבלים תגמול בדרך כלל לפי "תשלום עבור שירות".¹⁸

בשל המבנה הבסיסי שלה, סובלת מערכת הבריאות הציבורית בגרמניה מבעיות שאפיינו את מערכת הבריאות בישראל, ובעיקר של "קופת חולים כללית", טרם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994: הנטל על המערכת הציבורית הוא כפול, משום שראשית, לאזרחים האמידים ביותר יש את האפשרות לפרוש ממנה, ולכן היא מאבדת מקור מימון חשוב - תשלומי הפרמיות של בעלי הכנסות גבוהות. שנית, היא נותרת עם המבוטחים העניים יותר, שהם בדרך כלל גם הבריאים פחות, ולכן הוצאותיה גבוהות. בנוסף לכך, קיים חשש להעדפתם של המבוטחים בביטוח פרטי על פני המבוטחים בביטוח ציבורי על-ידי ספקי הבריאות. אלה וגם אלה מטופלים על-ידי אותם רופאים ובאותם בתי חולים, כאשר לעתים, תשלומי החברות הפרטיות לרופאים גבוהים יותר מתשלומי קופות החולים, מה שעלול לתמרץ רופאים להעדיף מטופלים פרטיים על-פני ציבוריים.¹⁹

¹⁴ Thomson, International Profiles of Health Care Systems, 58.

¹⁵ Flood, Is Canada odd?, 15.

¹⁶ Flood, Is Canada odd?, 16.

¹⁷ Thomson, International Profiles of Health Care Systems, 58.

¹⁸ Thomson, International Profiles of Health Care Systems, 59-60.

¹⁹ Flood, Is Canada odd?, 16-17.



קובעי המדיניות בגרמניה ערים לבעיות המתעוררות במערכת בריאות בעלת שני רבדים, כגון זו הגרמנית, ולכן הם עושים מאמצים בשנים האחרונות לצמצם את האפשרות לפרוש מהתוכנית הציבורית, ולהקשות על הפורשים. למשל, החל מחודש פברואר 2007, פרישה מהתכנית הציבורית מותרת רק למי שעבר את רף ההכנסה הקבוע בחוק במשך שלוש שנים ברציפות. עוד קבעה הממשלה כי מי שפורש מהתוכנית הציבורית יוכל לחזור אליה רק בנסיבות יוצאות דופן, ואף ביטלה את האפשרות לעשות זאת עבור בני 55 ומעלה, בניסיון להרתיע מבוטחים מלעזוב את התוכנית הציבורית מלכתחילה.²⁰

שבדיה

מערכת הבריאות השבדית היא מערכת אוניברסאלית, הממומנת באמצעות מיסי מדינה ומסים מקומיים, והיא מוסדרת ברמה המקומית על-ידי מחוזות המדינה. כל תושבי שבדיה זכאים לשירותי בריאות ציבוריים תחת החוק The Health and Medical Services Act 1982. הסל השבדי נדיב מאוד ואיכותו גבוהה. הוא כולל שירותי רפואה בקהילה ובבתי החולים, שירותי רפואת נפש, רפואת שיניים, שיקום וסיעוד. כמו כן ההשתתפות העצמית נמוכה, ונקבעה לה תקרה של 100 אירו בשנה. בשל כך שוק הביטוחים הוולונטריים בשבדיה מצומצם ביותר. רק 2.5% מהאזרחים מחזיקים בביטוח בריאות פרטי. ביטוח זה כולל שירותים שאינם נמצאים בסל וקיצור תורים לניתוחים מתוכננים. ההוצאה על ביטוחים פרטיים בשבדיה אינה מגיעה לאחוז אחד מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות. יש לציין כי מבחינה זו מערכת הבריאות השבדית שונה לחלוטין מזו הקנדית, שכן כשני שלישים מאוכלוסיית קנדה מחזיקים בביטוח פרטי, אשר מהווה כ-12.5% מההוצאה הלאומית לבריאות. למרות זאת, יש חוקרים הרואים במערכת הבריאות השבדית מקבילה לזו הקנדית – שתי מערכות שאולי באופן רשמי ניתן לכנותן "two tiered systems", אך בפועל, הפעילות הרפואית הפרטית בהן מצומצמת ביותר. בשבדיה הדבר מתבטא בהיקפו השולי של השוק הפרטי. בקנדה, הדבר מתבטא בכך שהביטוחים הפרטיים מסבסדים בעיקר תרופות מרשם, שאינן נכללות בסל הבסיסי (אלא אם כן המחוזות והפרובינציות בוחרים לסבסדן, לפחות באופן חלקי) ושירותי בריאות נוספים, שאינם נחשבים להכרחיים, לפי ההגדרות הקנדיות. בפועל, קנדה מצמצמת מאוד את פעילותם של רופאים ובתי חולים בכל הנוגע לליבת שירותי הרפואה, ומכאן הדמיון בפועל בין שתי המערכות, המתבססות בסופו של דבר כמעט לחלוטין על רפואה ציבורית.

²⁰ Flood, *Is Canada odd?*, 17-18.



רוב הרופאים בשבדיה עובדים כשכירים בשירות הציבורי של מחוזות המדינה. שבדיה אוסרת על רופאים העובדים בשכר במערכת הציבורית לעבוד במרפאות פרטיות המקבלות מימון ממקור ציבורי. המחוז אינו יכול למנוע מרופא לפתוח מרפאה פרטית, אולם הוא יכול למנוע מימון ציבורי מרופאים פרטיים. המחוזות אף מסדירים את מספר המטופלים של הרופאים הפרטיים, וקובעים את התעריפים המשולמים להם מהתקציב הציבורי.²¹

בניגוד לאנגליה ולאיירלנד, למשל, אין בשבדיה מיטות פרטיות בבתי חולים ציבוריים. מאידך, בדומה לאנגליה, מנסה הממשלה השבדית להרחיב את אפשרות הבחירה של המטופלים ברפואה ראשונית ובבתי חולים במסגרת המערכת הציבורית.²²

אנגליה

מערכת הבריאות האנגלית (NHS) מעניקה לתושבי המדינה כסוי ציבורי אוניברסאלי של שירותי בריאות נרחבים. 75% מתקציב ה-NHS מגיעים ממיסי מדינה, 20% נוספים כדמי ביטוח ממלכתי הנגבים ממשכורתם של כל המועסקים במשק, ויתר המימון מגיע מדמי השתתפות עצמית של המטופלים, מתשלומיהם של מטופלים פרטיים המשתמשים בשירותי ה-NHS וממקורות נוספים. מימוןם של שירותי הבריאות הציבוריים מגיע לכ- 84% מההוצאה הלאומית לבריאות, והיתר – הוצאות פרטיות. רוב ההוצאות הפרטיות לבריאות הן על תרופות OTC (ללא מרשם רופא), רפואת שיניים וטיפול בבתי חולים. תשלומים ישירים (out-of-pocket) מהווים כ- 10% מההוצאה הלאומית לבריאות, כאשר שוק ביטוח פרטי קטן מתמקד בעיקר בניתוחים מתוכננים בבתי חולים.²³

כ- 11% מאזרחי בריטניה מחזיקים בביטוח בריאות משלים המאפשר בחירת מומחה וסטנדרטים גבוהים יותר של נוחות ופרטיות בעת קבלת השירות הרפואי. השוק הפרטי באנגליה מתואר לעתים בספרות כמערכת סימביוטית, המתקיימת בהדדיות לצד ה-NHS, ולעתים כמערכת פרזיטית הניזונה ממנה. הוא מאפשר בחירה ונגישות גדולה יותר לאלו שיכולים לשלם עבור שירותיו, והוא גם מאפשר לרופאים, ובעיקר למומחים, להתפרנס מרפואה פרטית בנוסף לשכרם הציבורי. בבתי

²¹ Flood, *Is Canada odd?*, 18-20.

²² Flood, *Is Canada odd?*, 21.

²³ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 38-39.



החולים הרופאים עובדים בשכר ובקהילה עובדים רוב הרופאים במרפאות עצמאיות, ומתקשרים בחוזה עם הממשלה, והכנסתם מורכבת מתמהיל של שכר, "תשלום תמורת שירות" וקפיטציה.²⁴ בדומה למצב בקנדה, המערכת האנגלית סובלת זה שנים ארוכות מתורים ארוכים לשירותי בריאות. על מנת להתמודד עם בעיה זו, הממשלה לא פנתה לפיתוחו של ביטוח פרטי, אלא נקטה במספר צעדים לשיפור המגזר הציבורי, כגון הגדלת מימונו והצבת יעדים לזמני המתנה תוך פרסום תוצאות והטלת סנקציות על ספקי בריאות אשר נכשלים להשיג יעדים אלה. בנוסף לכך, אפשרה אנגליה את פעילותן של מרפאות פרטיות למטרת רווח לצד המוסדות הציבוריים. מצדדיה של מדיניות זו טוענים שהיא מייצרת תחרות ומשפרת את איכות השירות והטיפול הרפואי. מבקריה טוענים שהיא גורמת להגדלת ההוצאות לבריאות ופוגעת באיכות הטיפול בשל "גריפת שמנת" של המוסדות הפרטיים.²⁵

בניגוד לקנדה ולמדינות אירופיות אחרות, אנגליה לא נוקטת ברגולציה ישירה שמטרתה לדכא את התפתחותו של מגזר פרטי. למשל, היא איננה מפקחת על המחירים שדורשים רופאים בשוק הפרטי. עם זאת, בשנים האחרונות הביעה הממשלה האנגלית את דאגתה מהשפעתו של השוק הפרטי על המערכת הציבורית, ובעיקר התייחסה לכך שרופאים מקדישים זמן רב יותר לטיפול במטופלים פרטיים, על חשבון זמן הטיפול במטופלים ציבוריים. על מנת לתת מענה לבעיה זו, ולמשוך רופאים אל השירות הציבורי, נקטה הממשלה בשנת 2003 בצעד שנחשב למרחיק לכת במיוחד במערכת הבריאות הבריטית. הממשלה החלה להציע לרופאים מומחים חוזי עבודה חדשים במשרה מלאה ב-NHS (40 שעות שבועיות), כאשר עבודה נוספת בשוק הפרטי או דרך ה-NHS מותרת להם. אבל, אם מוצעת להם עבודה נוספת ב-NHS, עליהם לקבלה לפני העבודה בשוק הפרטי. עדיין מוקדם להעריך את השפעתו את צעד זה על מערכת הבריאות, והראיות הקיימות מעטות ואינן חד משמעיות.²⁶

צרפת

מערכת הבריאות הצרפתית היא מכלול מורכב של ביטוח בריאות ממלכתי, מיסים ומימון פרטי ותפקיד משמעותי לספקי בריאות פרטיים. זאת ועוד, היא מתאפיינת ברגולציה נרחבת, כך שלעתים, מה שעשוי להיראות "פרטי" הוא בעצם קרוב יותר ל"ציבורי למחצה". ביטוח הבריאות

²⁴ Flood, *Is Canada odd?*, 21-22.

²⁵ Flood, *Is Canada odd?*, 22-23.

²⁶ Flood, *Is Canada odd?*, 23-25.



הממלכתי מהווה 80% מההוצאה הלאומית לבריאות, והוא ממומן בעיקר ממס המוטל על מעסיקים ומועסקים וממס כללי. הביטוח הממלכתי מסופק על-ידי קרנות ציבוריות, שהן גופים סטטוטוריים (Social Health Insurance Funds) שהחברות בהן נקבעת על בסיס של השתייכות מקצועית, ועל כן לא מתקיימת ביניהן תחרות על מבוטחים. רמת השירותים וגובה תשלומי הביטוח משתנה בין הקרנות. שלוש קרנות מרכזיות מכסות יחדיו כ- 90% מאוכלוסיית צרפת לפי שלוש הקבוצות המקצועיות הבאות: שכירים, עובדי חקלאות ועצמאים.²⁷ לצידה של המערכת הציבורית מתקיים שוק בריאות פרטי נרחב למדי, כאשר מעלה ל- 90% מהאוכלוסייה מחזיקים בביטוח פרטי וולונטרי, המכסה בעיקר את דמי ההשתתפות המוטלים על המבוטח בביטוח הממלכתי ואת תעריפי הרופאים הפרטיים, אשר עשויים להיות גבוהים יותר מהתעריף הציבורי. הביטוח המשלים אינו פועל תחת רגולציה, ועל כן לא נקבעו אמות מידה לתוכניות הביטוח. חלק גדול מהביטוחים המשלימים מסופקים על-ידי המעסיקים, והם שונים מאוד זה מזה באיכותם ובהיקפם.²⁸ ביטוחים אלה מסופקים על-ידי קרנות לעזרה הדדית (mutual

associations) ללא כוונת רווח, הפועלות גם הן על בסיס השתייכות מקצועית.²⁹ שירותי רפואה ניתנים בצרפת על-ידי בתי חולים ציבוריים ופרטיים ועל-ידי רופאים העובדים במוסדות ציבוריים ופרטיים. רופאים פרטיים מקבלים "תשלום תמורת שירות" ורופאים העובדים בבתי חולים ציבוריים עובדים כשכירים. יש לציין, שבניגוד למקובל בקנדה, מטופלים צרפתים משלמים לרופא עבור רוב השירותים האמבולטוריים באופן ישיר בזמן הטיפול, ולאחר מכן משופים על-ידי תוכנית הביטוח בגין הוצאותיהם.³⁰

חיוב ישיר של המטופלים כמו גם דמי השתתפות עצמית נועדו על מנת למתן את היקף השימוש בשירותי בריאות ולשפר את יעילותו, אולם השפעתם קטנה עקב שכיחותו של הביטוח המשלים המכסה את תשלום המטופלים. בניסיון למתן את היקף השימוש בשירותי בריאות, קבעה הממשלה בשנת 2008 דמי השתתפות אשר אינם ניתנים לשיפוי בסך אירו אחד פר ביקור אצל רופא. תשלום זה לא יכולה על-ידי ביטוח פרטי והוא מגיע לתקרה של 50 אירו בשנה (אוכלוסיות חלשות פטורות מתשלום זה).³¹

²⁷ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 49.

²⁸ Flood, *Is Canada odd?*, 25-26.

²⁹ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 48.

³⁰ Flood, *Is Canada odd?*, 26-27.

³¹ Flood, *Is Canada odd?*, 27.



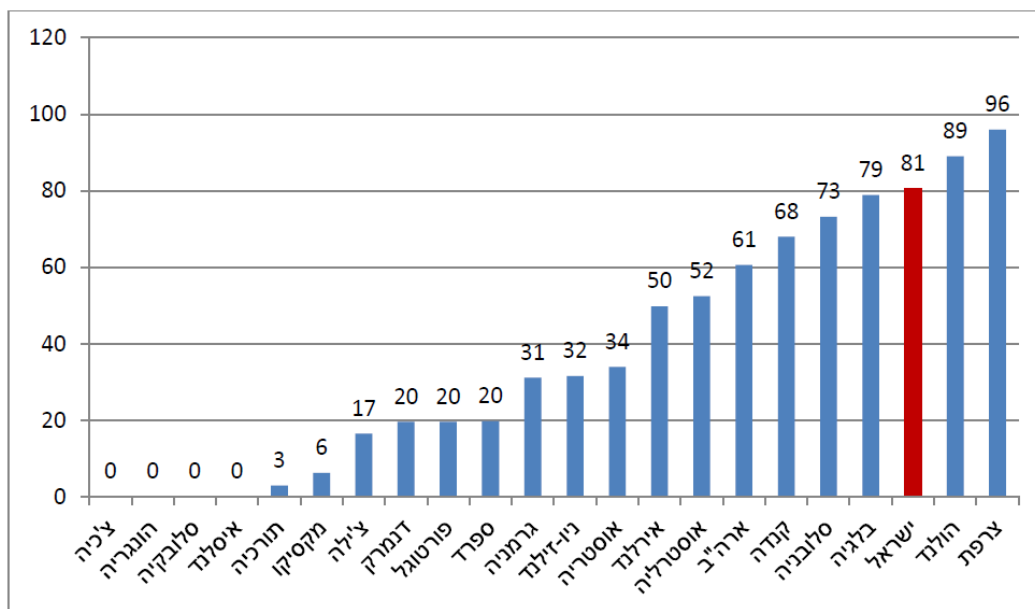
הכנסתם של רופאים פרטיים מתבססת, כאמור, על "תשלום עבור שירות". הם מסווגים ל"סקטור 1" ו"סקטור 2", כאשר לרופאי "סקטור 2" מותר לדרוש תעריף הגבוה מהתעריף שהוסכם בהסדר הקיבוצי, זאת בנוסף לדמי השתתפות עצמית. סיווג זה הוכנס לשימוש בשנת 1980, וההרשאה לחייב מעבר לתעריף הציבורי ניתנה בתמורה לווייתור הרופאים על הטבות פנסיה ומחלה. ההנחה הייתה כי כוחות השוק ייצרו תחרות על מחיר, ירתיעו רופאים רבים מלהצטרף ל"סקטור 2", וימנעו עלייה מוגזמת של תעריפים בסקטור זה. עוד הונח כי המחיר הגבוה של ביקור רופא "סקטור 2" יתבטא באיכות גבוהה יותר של טיפול, כך שזמן הטיפול יתארך ואולי אף תירשם ירידה במספר מרשמי התרופות. בסופו של דבר, קרה ההיפך הגמור: תעריפי "סקטור 2" עלו עד מעל ל- 45% מהתעריף הציבורי, זמן הטיפול לא התארך ומספר המרשמים לא ירד. כתוצאה מכך הגבילה הממשלה בשנת 1990 את כניסתם של רופאים חדשים לסקטור זה, והוא מהווה כיום 25% מהרופאים בצרפת – 15% מהרופאים הכלליים ו-39% מהמומחים (כולל 75% מהמנתחים). הגבלת מספר הרופאים ב"סקטור 2" סייעה בהבטחת הנגישות לשירותי רפואה בכך שהיא צמצמה את שיעור הרופאים הנגישים רק למי שיכולים לשלם תעריפים גבוהים (הן על-ידי תשלומים ישירים "מהכיס" והן באמצעות כיסוי ביטוחי לתעריפים גבוהים).³²

הרגולציה על מחיר השירות הרפואי בצרפת באה לידי ביטוי, אפוא, בקביעת תעריף התשלום לרופא באמצעות משא ומתן קיבוצי – תעריף שאסור לאף רופא לגבות יותר ממנו, אלא אם כן הוא משתייך ל"סקטור 2". בנוסף, ההגבלה הממשלתית המוטלת על היקפו של "סקטור 2" מהווה עדות למעורבות הרגולטורית בה נוקטת צרפת במה שעשוי להיראות במבט ראשון שוק תחרותי. על פניו נראה כי יש לאזרחי צרפת אפשרות בחירה נרחבת של מטפלים, אך בפועל, רק שתי קבוצות יכולות בדרך כלל ליהנות משירותיהם של רופאי "סקטור 2": בעלי האמצעים, שיכולים לעמוד בתעריפים הגבוהים, והעניים, אשר רופאי סקטור זה אינם מורשים לחייבם בתעריף הגבוה מהתעריף הציבורי או לגבות מהם תשלום ישיר. המפסיד העיקרי מהסדר זה הוא מעמד הביניים, אשר אינו יכול להרשות לעצמו לשלם תעריפים גבוהים, ומאידך גם אינו נהנה מההגנות שמקבל המעמד הנמוך.³³

³² Flood, *Is Canada odd?*, 28-29.

³³ Flood, *Is Canada odd?*, 29-30.

תרשים 1: שיעור המבוטחים בביטוחים פרטיים לסוגיהם באוכלוסייה, 2010*³⁴



מקור: OECD Health Data 2011

(*) הכוונה היא לכל סוגי הביטוחים הפרטיים, לרבות ביטוח פרטי חלופי (substitutive), למי שאינו מחזיק בביטוח ציבורי.

התרשים שלעיל מבטא שונות גדולה מאוד בין המדינות בהיקף החדירה של הביטוח הפרטי – בין אחוז אפסי ועד לשיעור של כמעט מאה אחוזים מהאוכלוסייה. כמו כן ניתן לראות את שיעור החדירה הגבוה של ביטוחי בריאות פרטיים בישראל, הנמוך יותר רק משיעורי החדירה בצרפת

³⁴ ט. חורב ו-נ. קידר, סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים, משרד הבריאות, נובמבר 2012, 7. בעבודה זו ניתן למצוא הגדרות מפורטות של סוגי ביטוחים פרטיים שונים.



ובהולנד. חשוב להדגיש כי השוואה זו אינה משקפת הבדלים בין מדינות בעומק הכיסוי הביטוחי (מספר פוליסות ממוצע לאדם) ואינה מעידה על איכות הכיסוי הביטוחי מבחינת היקף השירותים הכלולים בפוליסות השונות.

טבלה 2: שוק הבריאות והרגולציה על פעילותו במדינות שונות (כולל ישראל) – טבלה מסכמת

המדינה	שיעור המחזיקים בביטוח פרטי	הגבלות בולטות על שוק הבריאות הפרטי
קנדה	68%	עבודת רופאים: הפרדה בין עבודה במגזר הציבורי לפרקטיקה פרטית מחירי השירותים: הגבלת תעריפי פרקטיקה פרטית שוק הביטוח: טיפול פרטי לא יכוסה על-ידי תוכנית ביטוח ממלכתית; ביטוח פרטי לא כולל "שירותי רפואה הכרחיים המכוסים בתוכנית הביטוח הציבורית"
הולנד	89%	שוק הביטוח: אין קיצור תורים ובחירת מומחה או בית חולים בביטוח הפרטי
גרמניה	*16%	שוק הביטוח: הגבלת מעבר מבוטחים מהביטוח הציבורי לביטוח הפרטי החלופי
שבדיה	2.5%	עבודת רופאים: הפרדה בין עבודה במגזר הציבורי לפרקטיקה פרטית; קביעת מכסות מטופלים לרופאים פרטיים המעוניינים להתקשר עם המערכת הציבורית מחירי שירותים: קביעת תעריפים לרופאים פרטיים המעוניינים להתקשר עם המערכת הציבורית
אנגליה	**11%	עבודת רופאים: תחת החוזים החדשים, על רופאים מומחים במערכת הציבורית לתת קדימות לעבודה נוספת בתוך המערכת על פני עבודה נוספת בשוק הפרטי.
צרפת	96%	מחירי השירותים: הגבלת מספר הרופאים הפרטיים הרשאים לנקוב בתעריף הגבוה מהתעריף הציבורי



ישראל	81%	עבודת רופאים : אין הגבלה או הפרדה בין עבודה במגזר הציבורי לפרקטיקה פרטית
מחירי שירותים : אין הגבלה על תעריפי רופאים פרטיים		
שוק הביטוח : אסדרת תעריפים ושירותים לשב"ן ; ביטוחים מסחריים – אסדרה פיננסית (היבטים של יציבות כלכלית ועידוד תחרות), מעט מאוד אסדרה מהותית (מעורבות ממשלתית במחירים ושירותים).		

(*) ביטוח וולונטרי בלבד, לא כולל ביטוח פרטי חלופי. זאת בשונה מהתרשים הקודם, הכולל גם מבוטחים בביטוח חלופי.

(**) שיעור המחזיקים בביטוח פרטי מתייחס לבריטניה כולה.

מה ניתן ללמוד מהמצב בעולם על המקרה הישראלי?

ראשית, הממצא הבולט ביותר העולה מן הסקירה הוא שתמהיל מסוים של רפואה ציבורית ורפואה פרטית מתקיים בכל המדינות שנבחנו. בנוסף, מידה מסוימת של רגולציה מופעלת בכל מדינה להסדרתן של המערכות הללו.

קנדה מתבלטת באופן מיוחד במאמציה להפריד בין המערכת הציבורית לשוק הבריאות הפרטי, כאשר בשנים האחרונות היא מאפשרת לשוק הפרטי להתרחב על מנת להקל את עומסי התורים שנוצרו במערכת הציבורית. גם מדינות אחרות נוקטות ברגולציה ממשלתית להשגת יעדים אלה, אם כי במידה מתונה יותר. המערכת השבדית, למשל, משלבת סל בריאות ציבורי נדיב ואיכותי, ועל כן היא מצטיינת בשיעורים נמוכים של הוצאות פרטיות ושל המחזיקים בביטוח פרטי, זאת בדומה לאנגליה. בנוסף, היא מפעילה הגבלות חמורות על השוק הפרטי, ובכך משמרת את צביונה הציבורי והאוניברסאלי של המערכת הבריאות שלה.

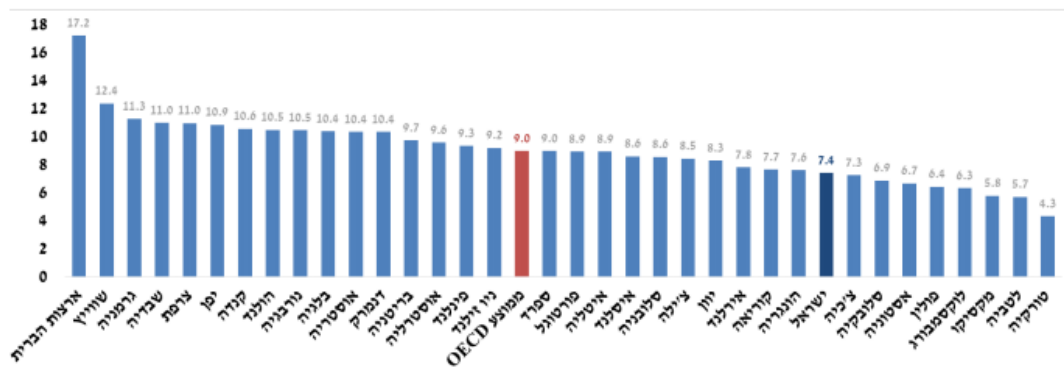
מצדדי היוזמות הרגולטוריות ששטפו בשנים האחרונות את מערכת הבריאות הישראלית עשויים לראות בכך תמיכה להשקפותיהם, שכן התמונה הבינלאומית המצטיירת מעלה כי רגולציה על ביטוחי בריאות משלימים ומסחריים ועל סדרי עבודתם של הרופאים בשוק הפרטי מקובלת במדינות המפותחות. הרגולציה בישראל, לפחות עד לאחרונה, נתפסה כקלה יחסית, ושיעור החדירה של הביטוחים הפרטיים הוא מהגבוהים בעולם. לכאורה, המסקנה המתבקשת מכך היא שיש מקום להחיל על שירותי הרפואה הפרטיים בישראל רגולציה נרחבת יותר, ובמיוחד על שוק הביטוח המשלים והמסחרי. כך היינו עדים לאחרונה לשלל גזירות שמטרתן הייתה לרסן את השימוש בביטוחי בריאות, לרבות הניסיון לקבוע תקרת הכנסה מפעילות אשפוזית- ניתוחית למוסדות רפואיים פרטיים, איסור רופאים לגבות תשלום ישיר מהמטופל עבור ניתוח פרטי, החלת



"תקופת צינון" למפגש בין מטפל למטופל במערכת הציבורית והפרטית, ביטול מנגנון החזר למנתחים בביטוחים המשלימים של קופות החולים ופיקוח על מחירי ניתוחים במגזר הפרטי. ואולם ההשקפה המצדדת בריסון שוק הביטוח מתעלמת משני היבטים חשובים ביותר של מערכת הבריאות הישראלית:

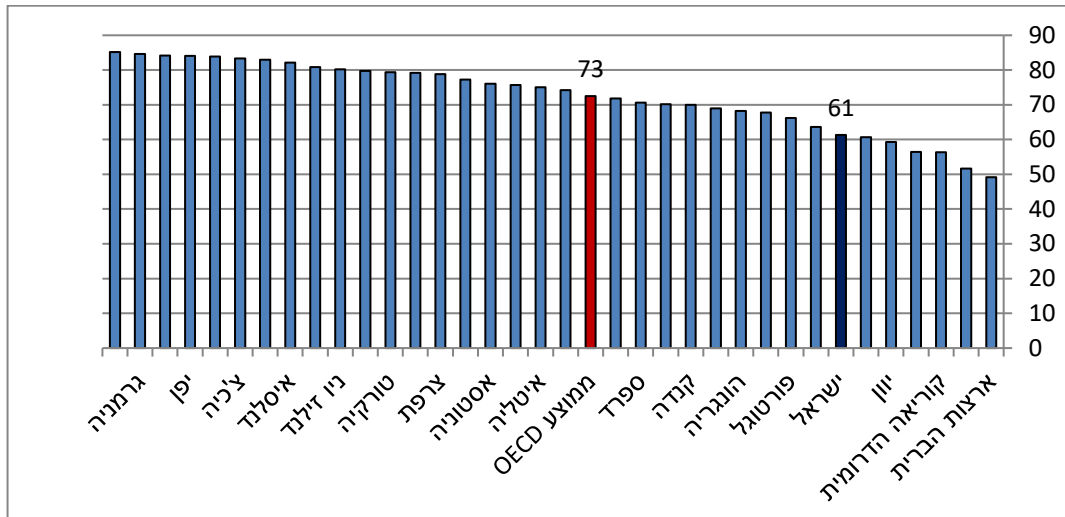
- א. כפי שהסברנו בתחילת המסמך, תכניות השב"ן הן במהותן ביטוח ציבורי, גם אם מבחינה טכנית הן מסווגות כהוצאה פרטית. מכאן יוצא ששלל הגזירות שמטיל הרגולטור, כביכול על מנת לרסן את הרפואה הפרטית, פוגע בראש ובראשונה במערכת הציבורית וקהל המבוטחים העצום המחזיק מרצונו בביטוחים המשלימים.
- ב. הממשלה מתעלמת מנתוני המאקרו העגומים של מערכת הבריאות בישראל, כפי שבאים לידי ביטוי בשני התרשימים שלהלן:

תרשים 2: משקל ההוצאה הלאומית לבריאות מתוך התוצר במדינות OECD, 2016³⁵



תרשים 3: שיעור ההוצאה הציבורית מסך ההוצאה לבריאות במדינות OECD, 2016³⁶

³⁵ ו. פתאל ו-א. שוורץ, תיאור וניתוח של הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת 2019, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2018.
³⁶ עיבוד נתוני OECD 2017.



תרשימים אלה מצביעים באופן חד משמעי על מצבה הקשה של מערכת הבריאות בישראל. ישראל נמצאת בתחתית טבלת המדינות המפותחות בהשקעה לאומית בבריאות, ובתוך כך, חלקו של השירות הציבורי נמוך ביותר (61% מתוך סך ההוצאה לבריאות לעומת ממוצע של 73% של מדינות

OECD). לשם השוואה, כל שש המדינות שנסקרו לעיל נמצאות מעל ממוצע ה-OECD בהשקעה לאומית לבריאות, וחמש מתוכן (למעט קנדה) נמצאות מעל הממוצע בשיעור ההוצאה הציבורית לבריאות.

מכאן ניתן להסיק כי מדינות המפעילות רגולציה בשוק ביטוח הבריאות הפרטי ועל עבודת הרופאים בו, הן מדינות בעלות השקעה גבוהה בשירותי הבריאות ומערכת ציבורית נרחבת. ישראל, הסובלת מהיעדר השקעה הולמת ושיעור הוצאה ציבורית נמוך, נעזרת בשוק הפרטי על מנת לענות על צרכי האוכלוסייה אשר הולכים ומתרחבים עם גידולה והזדקנותה.

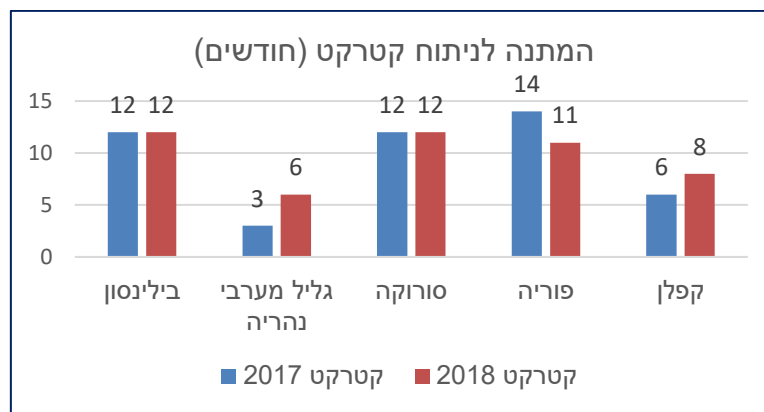
מצבה העגום של מערכת הבריאות הציבורית

ראיות למצבה העגום של המערכת הציבורית יש למכביר. לפני מספר חודשים ערכה הר"י סקר בקרב בתי חולים ציבוריים כלליים באמצעות מכון סקרים, על מנת לעמוד על אורך התורים לניתוחים מתוכננים שכיחים. התוצאות, אשר הוצגו בתחילת השנה בכנסת, והתייחסו למצב בחודש

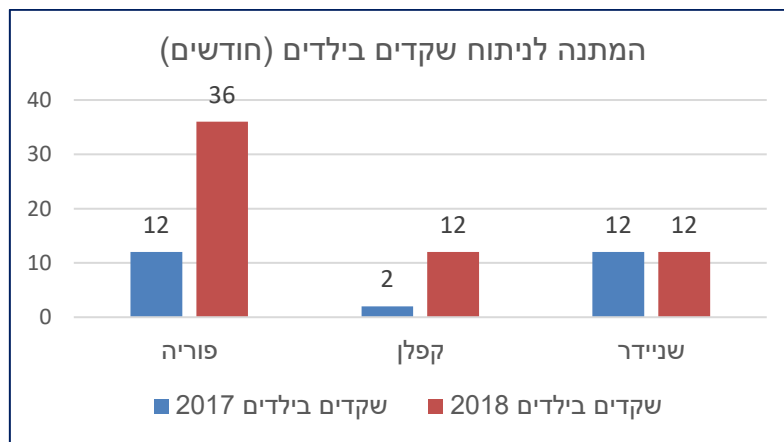


ינואר 2018 בהשוואה לינואר 2017 הצביעו על זמני המתנה שהדעת אינה סובלת, לעתים עד שלוש שנות המתנה. להלן מספר דוגמאות.

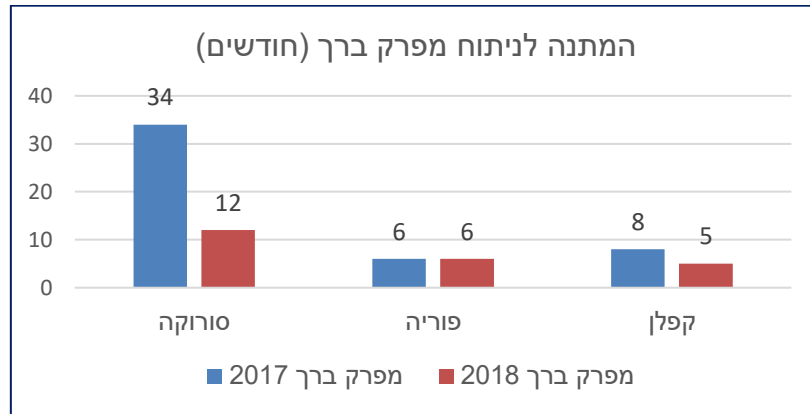
תרשים 4 : זמן המתנה לניתוח קטרקט



תרשים 5 : זמן המתנה לניתוח שקדים בילדים



תרשים 6 : זמן המתנה לניתוח מפרק ברך



אם לא די בכך, תורים בלתי סבירים נרשמו לאחרונה גם ברפואה היועצת בקהילה. כך למשל, לפי בדיקה שנערכה לאחרונה, זמן ההמתנה לראומטולוג בירושלים בקופת חולים "שירותי בריאות כללית" דרך המערכת הציבורית מגיע ל-169 ימים. לעומת זאת, דרך הביטוח המשלים ניתן להשיג תור תוך 12 ימים (השתתפות עצמית בסך 150 ₪). זמן ההמתנה לנוירולוג ילדים בתל אביב דרך "מכבי שירותי בריאות" עומד על 254 ימים, אך דרך הביטוח המשלים – חמישה ימים בלבד (ועלות של 550 ₪).³⁷

ברי כי מצב עניינים זה מרוקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ממשמעותו. בתנאים אלה, "רפואה שוויונית ואוניברסלית", "ערבות הדדית" וטיפול "באיכות סבירה, במרחק סביר ובתוך זמן סביר" הם בגדר סיסמאות ריקות מתוכן. זאת ועוד, אף על פי שהפריפריה סובלת בדרך כלל מנחיתות בתשתיות בריאות לעומת המרכז, מהנתונים עולה כי המצוקה פושה בכל חלקי הארץ, כולל הערים הגדולות.

למותר לציין, כי ישראל נמצאת בתחתית הרשימה במספר רב של מדדים משמעותיים נוספים. מספרם של מיטות האשפוז, מכשירי MRI, האחיות ובוגרי בתי ספר לרפואה בארץ ביחס לגודל האוכלוסייה – כולם מהנמוכים בקרב מדינות הארגון. כתוצאה מכך, שיעורי התפוסה במחלקות בתי החולים נוסקים, זמני ההמתנה לניתוחים מגיעים לשנה ויותר, ואמון הציבור במערכת נפגע.

³⁷ ר. לינדר-גנץ, "הנתונים נחשפים: כמה צריך לשלם כדי לקצר תור לרופא מומחה", דה מרקר, 13 בפברואר 2018. <https://www.themarker.com/consumer/health/1.5810861> (כניסה לאתר: 18 ביוני 2018).



על רקע מצבה העגום של המערכת הציבורית, מתפתחת לה רפואה פרטית המנסה לענות על המצוקות הקיימות.

שורשי המשבר המתמיד בו שרויה מערכת הבריאות נעוצים בחולשת מנגנוני הפיננסיים של מערכת הבריאות. חולשה זו הינה תולדה של "החטא הקדמון" בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

בשנת 1992 נתן משרד האוצר את הסכמתו לקדם את הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי תחת שני תנאים: ראשית, הצעת החקיקה לא תרחיב את הזכויות בסל שירותי הבריאות מעבר לאלו שהיו קיימות באותה תקופה, ושנית, הצעת החקיקה לא תעלה את נטל תשלומי מס הבריאות הנהוגים באותה תקופה.³⁸

בתמורה להעברת החוק, היה על תומכיו לוותר על רעיון עדכון הסל. כך, השירותים שניתנו במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו, למעשה, השירותים שנתנה קופת חולים כללית ערב החקיקה (יצוין כי החוק מאפשר לקופות להפעיל שירותי בריאות נוספים מעבר לסל הבסיסי). עוד הוחלט כי התאמה אוטומטית לשינויים במחירים תיעשה על-פי חוק, בהתאם למדד יוקר הבריאות, בעוד שהעדכון הדמוגרפי והטכנולוגי יקבע בהחלטת ממשלה, על-פי שיקול דעתה ובכפוף לסדרי העדיפויות הנקבעים מעת לעת.³⁹

בפועל, בין השנים 1995–1997 לא הוקצו מקורות ייעודיים להוספת שירותים לסל. בשנת 1998, בעקבות לחץ ציבורי ותקשורתי כבד, עודכן סל שירותי הבריאות בסך של 150 מיליוני ₪, שיועדו להכללתן של 17 טכנולוגיות, רובן מתחום האונקולוגיה. רק בשנת 1999 החל לראשונה תהליך מסודר ושיטתי של הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל השירותים הבסיסי. היקף הרחבת הסל נקבע על-פי החלטת ממשלה.⁴⁰

המתח הגואה שבין ההתקדמות המדעית העולמית בתחום הרפואה למגבלת התקציב הממשלתי המוקצה להדבקת הפער הטכנולוגי הביא להעלאת סוגיית עדכון הסל לדיון ציבורי ומקצועי נוקב, בו לקחו חלק חברי כנסת, משרדי האוצר והבריאות, קופות החולים, הקהילה הרפואית וארגוני

³⁸ שם, עמ' 9-8.

³⁹ שם.

⁴⁰ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, קופות החולים: המשטר התאגידי, הגבולות וסלי השירותים, כנס ים המלח השמיני, 2007, עמ' 86-85.



חולים. העניין התקשורתי והציבורי בנושא הגיע לשיאו במהלך שנת 2006 בעת ההפגנות ושבתות הרעב, שערכו חולי סרטן ובני משפחותיהם מול הכנסת ומשרד האוצר בדרישה להכליל תרופות אונקולוגיות חדישות בסל הבריאות. מחזות אלה ואחרים, תוך ניסיון להפעיל לחץ על מקבלי ההחלטות, ולהשפיע על גובה התוספת התקציבית, חזרו על עצמם שנה אחר שנה בהיעדר אמות מידה ברורות ומחייבות לעדכון הסל.⁴¹ בתוך כך גברה הקריאה לקבוע בחוק מנגנון עדכון תקציבי, שיחייב את הרחבת הסל בשיעור מסוים מדי שנה, ללא תלות בהחלטות הממשלה. ועדת חקירה פרלמנטרית שהוקמה בשנת 1999 לבדיקת יישום ומימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי ("ועדת טל" בראשות חה"כ דוד טל) המליצה לעגן בחוק את מנגנון העדכון של עלות הסל השנתי על שלושת מקדמיו: מקדם דמוגרפי, מקדם מדד הבריאות ומקדם טכנולוגי בשיעור של 2.2%.⁴² במחקר שנערך במכבי שירותי בריאות נמצא כי עדכון גובה זה עשוי להספיק על מנת לכלול בסל הבריאות מדי שנה את הטכנולוגיות שהוגדרו בעדיפות גבוהה על-ידי ועדת הסל. בפועל, גובה העדכון הממוצע של סל השירותים על-ידי הממשלה עמד על כ-1% בשנה בלבד.⁴³ גם עמדתה של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) היא כי יש לתקצב באופן קבוע את סל הבריאות על-פי חוק, ובכך היא מצטרפת לעמדתם של ארגוני החולים בנושא זה.⁴⁴ הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי), אשר הגישה את המלצותיה לממשלה בשנת 2002, התייחסה אף היא לנושא העדכון הטכנולוגי. הוועדה סברה כי:

"... הציבור בישראל לא יהיה מוכן להשלים עם מציאות לפיה לא יכללו (לפחות חלק) מפירות הישגי המחקר והפיתוח הרפואי (הן בישראל והן בחו"ל) בזכאות הציבורית... לכן ממליצה הוועדה שמדי שנה ייקבע מימון ממשלתי לשינוי בסל שירותי הבריאות ולשיפור ברמתו".⁴⁵

⁴¹ מ. יסעור בית אור, "חולי הסרטן השובתים מאיימים במאבק המוני", Y-net, 29 במאי 2006, <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3256181,00.html> [תאריך כניסה: 21 ביוני 2018]; ד. אבן, "במחאה על התקציב הנמוך: חולים פרצו לדיוני ועדת סל התרופות", "הארץ", 30 באוקטובר 2011, <http://www.haaretz.co.il/news/health/1.1534681> [תאריך כניסה: 21 ביוני 2018].

⁴² מסקנות ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כנסת ישראל, 1999, http://www.knesset.gov.il/committees/heb/docs/vaadat_chakira_briut.htm [תאריך כניסה: 21 ביוני 2018].

⁴³ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, שם, 92. עלותו של סל שירותי הבריאות עומדת על כ-25 מיליארד ₪. עדכון שנתי של כ-1%, משמעותו תוספת תקציבית של כ-250 מיליון ₪ בכל שנה לבסיס תקציב הסל.

⁴⁴ ההסתדרות הרפואית בישראל, הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בישראל, 2002, 152.

⁴⁵ הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, דין וחשבון, 2002: 135-134.



יצוין כי דעת הרוב בוועדה הייתה כי על המדינה לשאוף לעדכון קבוע של סל השירותים הבסיסי, ולהוסיף לו טכנולוגיות חדשות, אך בניגוד ליתר הגופים שהוזכרו לעיל, המלצתה הייתה כי על ההחלטה על גובה התוספת התקציבית להישאר בידי הממשלה, ולא להיקבע בחקיקה.⁴⁶

גם ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת נדרשה לנושא זה, ובמהלך דיוניה דרשו חברי כנסת שונים, בהם ח"כ שאול יהלום ואפרים סנה, לייצר מנגנון עדכון קבוע לסל הבריאות. דרישה זו מצאה את ביטוייה בסופו של דבר במספר הצעות חוק פרטיות, אשר יזמו חברי כנסת שונים במספר מושבים.⁴⁷ עד היום אף אחת מיוזמות החקיקה הללו לא זכתה לרוב בקרב חברי בית המחוקקים, ובסופו של דבר כולן הוסרו מסדר יומה של הכנסת במהלך החקיקה, מבלי שיתוקן החוק.⁴⁸ על אף שורה של המלצות מקצועיות והצעות חוק לעיגון העדכון הטכנולוגי בשיעור של 2% מהיקף הסל, עמד שיעור העדכון השנתי שלו על מעט יותר מאחוז אחד בממוצע.

בכל הנוגע לעדכון הדמוגרפי המצב איננו טוב יותר. אוכלוסיית ישראל גדלה בשנים האחרונות בשיעור של כ- 1.8%-2% בשנה, וכאשר מביאים בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה, מגיע הגידול באוכלוסייה (בתקנון לפי גיל) לכ- 2.2% בשנה. לעומת זאת, מקדם העדכון הדמוגרפי נע סביב אחוז אחד בלבד בממוצע בשנה. השחיקה בתקציב הסל מתבטאת גם במדד יוקר הבריאות. הביקורת העיקרית על מדד זה היא שהוא אינו מביא בחשבון את מחיר יום האשפוז. עלויות האשפוז הן מרכיב מרכזי בעלויות סל שירותי הבריאות, ולכן יש להביאן בחשבון בעת עדכון עלות הסל. מכל האמור לעיל עולה, כי החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, מבלי שנקבעו בו מנגנוני עדכון ראויים, הביאה לגירעון מצטבר של מיליארדי ₪ בתקציב סל שירותי הבריאות. בתחשיב שהוצג בזמנו במהלך דיוני הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות בישראל (ועדת גרמן), נמצא כי הגירעון המצטבר בסל שירותי הבריאות מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, מגיע לכ- 9 מיליארד ₪, כ- 25% מתקציב הסל כולו. זאת ועוד, נתונים עדכניים

⁴⁶ שם, 135, 141.

⁴⁷ הצעת חוק פ/866/17, ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – תוספת קבועה לסל שירותי הבריאות – טכנולוגיות רפואיות חדשות, תרופות, מכשור ושיטות טיפול), התשס"ו-2006 כנסת ישראל.

<http://www.knesset.gov.il/privatelaw/data/17/03613206.rtf> [תאריך כניסה: 16 בנובמבר 2014].

יזמו את הצעת החוק חברי הכנסת חיים אורון ומשה כחלון. הצעות חוק דומות (ואף זהות) הונחו על שולחן הכנסת החמש-עשרה, השש-עשרה והשבע-עשרה על-ידי חברי הכנסת דוד טל, אילן גילאון, אפרים סנה, ענבל גבריאלי וחברי הכנסת נוספים.

⁴⁸ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, שם, 91; חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ס' 9. בסעיף זה מפורט מנגנון עדכון הסל, והוא קובע כי מדד יוקר המחיה הוא מרכיב העדכון היחיד המחויב בחוק.



שהוצגו בפני הוועדה הצביעו על כך כי על מנת לצמצם את הפיגור, יש להוסיף למערכת כ- 2.5 מיליארד ₪ בכל שנה, וגם אז, היעד שיושג יהיה צנוע למדי: בקצב המוצע, בשנת 2024 אחוז ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל יהווה 80% מאחוז ההוצאה של ה-OECD ב-2014, כלומר ההוצאה הציבורית בישראל תהווה 5.4% מהתמ"ג.

הביטוחים המשלימים והמסחריים כמנוף להקלת המצוקה הקיימת

המעין ביוזמות חקיקה שיצאו מבית מדרשם של משרדי האוצר והבריאות בשנים האחרונות עלול לקבל את הרושם כי הרפואה הפרטית בישראל היא הבעיה המאיימת על מערכת הבריאות בישראל, ולכן יש להחלישה ולצמצמה, אם לא לבטלה כליל. כאן חוטאת הממשלה פעמיים: ראשית, משום שהיא מטילה את גזרותיה בעיקר על הביטוחים המשלימים אותם היא מזהה בטעות כשוק פרטי, וכך פוגעת בסופו של דבר במערכת הציבורית. שנית, הממשלה שוגה בייחסה לרפואה הפרטית כאל שורש כל רע. יש לזכור כי הציבור בוחר ברפואה הפרטית בגלל חולשתה של המערכת הציבורית. פעמים רבות נוטה השיח הציבורי לתייג את הרפואה הפרטית כ"רעה" מבחינה מוסרית ומזיקה מבחינה חברתית, ככזו המרחיבה את אי השוויון בבריאות וגוזלת משאבים מהמערכת הציבורית. לפרקים. כך למשל, במהלך דיוני ועדת גרמן, מערכת הבריאות הקנדית, בה הרפואה הפרטית כמעט שאינה קיימת, הועלתה על נס במהלך דיוני הוועדה כמעין מודל לחיקוי. אולם, דווקא הדוגמא הקנדית, כפי שהראינו לעיל, ממחישה כמה חשוב תפקידו של שוק בריאות פרטי מפותח למדינה בעלת תשתיות רפואיות מוגבלות. בנקודה זו יודגש כי כשם שעלינו להיזהר מ"קנדיזציה" של מערכת הבריאות בישראל, כך אין לקדם בשום אופן "אמריקניזציה" שלה. רפואה פרטית איננה יכולה להיות היסוד העיקרי של מערכת הבריאות. בין שני הקטבים המיוצגים על-ידי מערכת הבריאות הקנדית מחד ומערכת הבריאות האמריקנית מאידך, עלינו למצוא את דרך האמצע, ולאפשר את קיומו של שוק פרטי לצד המערכת הציבורית.

הרפואה הפרטית – לא רק משלימה את המערכת אלא גם מועילה לה. הרפואה הפרטית בישראל כבר מזמן איננה בגדר מותרות לעשירים, והיא עומדת לרשותן של שכבות רבות בציבור. על כן, התיוג השלילי לו היא זוכה אינו עושה צדק עם מרכזי רפואה, רופאים ובעלי מקצועות בריאות אחרים העושים את מלאכתם נאמנה. כל "חטאם" הוא בכך שהם משלימים את הפער המתרחב שבין הצורך הגובר בשירותי רפואה חיוניים להיצע השירותים המדולדל שמציעה המערכת הציבורית. יתרה מכך, הרפואה הפרטית עשויה להניב תועלת רבה למערכת הבריאות כולה, בכך



שתדרבן את השירות הציבורי להשתפר כל העת, תרחיב את חופש הבחירה של המטופלים, ותקטין את העומסים המוטלים על המערכת הציבורית. לצערנו, לא זו בלבד שהמדינה איננה עושה די להגדלת משאבי המערכת הציבורית, אלא שהיא מקדמת את צמצום חופש הבחירה שמציעים הביטוחים המשלימים למבוטחים. הדבר נוגע במיוחד לביטול שיטת ההחזר ול"חוק הצינון".

כמו כן, אין טעם ברגולציה כאשר אף אחד מהגורמים אינו מעוניין בכללי המשחק שהיא כופה עליו, בין אם ספקי הבריאות (מרכזי הרפואה והרופאים) ובין אם הציבור בכללותו. רגולציה לא רצויה עלולה לדחוק את השחקנים במערכת אל הפינה, ולגרום להם לנקוט בצעדים לא ראויים כגון פנייה ל"רפואה שחורה". דווקא רגולציה מינימלית, אשר נותנת מרווח פעולה לגורמים השונים תוך הבעת אמון מלא בהם, עשויה להיות חלק מהפיתרון למצוקות המערכת, כאשר במקביל עלינו לחזק את אכיפתם של הכללים בהם יש לעמוד.⁴⁹ הכבדת הרגולציה על מערכת הבריאות תמוהה במיוחד דווקא על רקע מאמצי הממשלה להפחית את הנטל הרגולטורי בתחומים אחרים. בכך צעדי הממשלה בתחום הבריאות נוגדים את ההיגיון לפיו היא פועלת ביתר חלקי המשק.

רפורמת קיצור תורים – לעג לרש

הצורך לחזק את הרפואה הציבורית על-ידי הגדלת משאביה נדון עוד בוועדת גרמן. הוועדה עסקה בהרחבה במודל ה"פול-טיימר", שנועד להאריך את שעות עבודתם של רופאים בכירים בבתי החולים הציבוריים. לשם כך המליצה הוועדה על הקצאת מענק חד-פעמי למערכת הבריאות בסך 300 מיליון ₪, אשר לא ייכלל בבסיס התקציב, ועוד 700 מיליון ₪ שייפרסו על פני שלוש שנים. כבר אז התריעה הר"י, וכמוה גם חלק מחברי הוועדה עצמה, כי סכומים אלה רחוקים מלמלא את החסר, ואין בהם די בכדי להבטיח את עתידה של מערכת הבריאות. גם כיום, בחלוף השנים, אין ספק, כי היעדר ההתייחסות לתקציב הוא חולשתו העיקרית של הדו"ח. ואולם, אפילו סכום קטן ובלתי מספק זה לא ניתן עדיין למערכת. תחת זאת, עוסקים משרדי האוצר והבריאות באחיזת עיני הציבור תחת הכותרת של "רפורמת קיצור תורים".

למעשה, הסכומים הקטנים ממילא, אשר המדינה מקצה, שיטתה, לקיצור תורים, אינם עוברים ברובם ישירות אל בתי החולים הציבוריים אלא אל קופות החולים. אלה העבירו את אותם כספים לבתי החולים הפרטיים שבבעלותן (דוגמת בית החולים אסותא שבבעלות מכבי). יש בכך להסביר

⁴⁹ הדבר דומה למשל, להתנהלותן של רשויות המס בארצות הברית, אשר מאפשרות עצמאות יחסית נישומים, אך נוקטות ביד קשה כלפי מי שמפרים את הכללים.



את זמני ההמתנה הארוכים שהצגנו קודם, שכן בנקודה זו אנו שוב חוזרים אל בעיית המחסור במשאבים, וזאת על אף הצהרותיה של הממשלה בדבר חיזוק הרפואה הציבורית. במלים אחרות, המבוטחים עוברים את אותם ניתוחים באותם בתי החולים פרטיים, רק שמקור המימון משתנה – במקום שהמימון יגיע מהשב"ן, המימון משתלם מהסל הציבורי כנגד טופס 17. פלוני, שהיה אמור לעבור ניתוח פרטי אצל רופא במסלול ההסדר בשב"ן, עובר עתה את אותו הניתוח הפרטי, אצל אותו הרופא, באותו בית החולים הפרטי - רק באמצעות "מימון ציבורי". דהיינו, שונה שם המסלול משב"ן לקצ"ת (קיצור תורים), אך בפועל לא השתנה דבר - אותה הגברת בשינוי אדרת.

מידע מעניין עולה בהקשר זה מדוח השב"ן השנתי האחרון שפרסם משרד הבריאות.⁵⁰ בו נכתב: *"בשלב זה נראה כי מבין כיווני ההשפעה האפשריים השונים ובהם התכנית לקיצור תורים, החקיקה בנושא מעבר לשיטת ההסדר בניתוחים ואולי אף העדפה של חלק מהמבוטחים לממש זכויות ביטוחיות במסגרת תכניות ביטוח שטרם הותאמו לחקיקה החדשה, ניתן להעריך כי הגורם המרכזי המשפיע על ירידה בכמויות הניתוחים בכל קופות החולים הינו התכנית לקיצור תורים שכבר בשלבי המימוש הראשוניים שלה מצביעה על גידול בהיקף הניתוחים במערכת הציבורית, מגמה שעשויה לגדול בשנים הקרובות. עם זאת, לנוכח הטווח הרחב של הקיטון בכמויות הניתוחים בין קופות החולים הנע בין 3.4% במאוחדת ל- 14% במכבי (בכללית שיעור הקיטון נמוך בחצי מבמכבי ובלאומית גדול ב- 0.4% מבמאוחדת) לא ניתן לדבר על מגמה מובהקת. עם זאת, ניתן להניח כי בקופת חולים מכבי הקיטון נובע מהיכולת שלה לבצע המרת פעילות ממימון פרטי למימון ציבורי בבניה"ח אסותא הקשור לקופה ושבנו מבוצע עיקר היקף הניתוחים בשב"ן שלה".* מכאן יוצא שהגם שקיצור תורים הוא, ככל הנראה, הצעד בעל ההשפעה הרבה ביותר על מערכת הבריאות מבין הצעדים השונים שנקטה הממשלה, הוא איננו מספק – רק בקופה אחת ניתן להצביע על קיטון משמעותי של ניתוחים שבוצעו במסגרת השב"ן, אלא שקופה זו (מכבי) מעבירה את המימון שהיא מקבלת לבית החולים הפרטי המצוי בזיקה אליה. הדבר מאפשר למדינה לטעון לעליה בכמות הניתוחים במערכת הציבורית, אולם למעשה הניתוחים ממשיכים להתבצע בבתי החולים הפרטיים, כאשר מאידך בתי החולים הציבוריים לא מקבלים מימון כלשהו וחדרי הניתוח בהם נותרים ריקים בשעות אחה"צ.

⁵⁰ משרד הבריאות, דו"ח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן של קופות החולים לשנת 2016. דצמבר 2017, ע' 18.



באופן כאמור המדינה "מייבשת" את בתי החולים הציבוריים, שם אין מסלול פרטי כלשהו ולפיכך אין רלוונטיות לתמריץ מעבר מפרטי לציבורי. מלים אחרות, המדינה לא מקצה כספים לבתי החולים הציבוריים, המשאבים העומדים לרשות האחרונים נשחקים (עקב קצב גידול האוכלוסייה, הזדקנותה והתייקרות הרפואה המודרנית). כפועל יוצא מתארכים התורים שם. במציאות זו חדרי הניתוח ומרפאות בבתי החולים הציבוריים ברובם עומדים ריקים בשעות הערב ולא מנוצלים במשמרת שניה עקב העדר משאבים והחולים ממתינים חודשים רבים ומשלמים בבריאותם. יוצא אם כן, כי הממשלה רק מחרیפה בפעולותיה את מצוקת מערכת הבריאות – היא איננה מעבירה את הסכום הנדרש להבראת המערכת הציבורית, ואילו הסכומים המעטים שהיא משקיעה – מתועלים אל המגזר הפרטי. כל זאת עושה הממשלה רק בכדי להימנע מהצעד הראוי והמובן מאליו – הגדלה מסיבית ומיידית של משאבי מערכת הבריאות הציבורית. צעד זה, גם אם הוא קשה יותר לביצוע מהטלת רגולציות, בין היתר, באמצעות שימוש מופרז בחוק ההסדרים, חיוני לשיפור מערכת הבריאות ולהקלה על סבלם של המבוטחים.

סיכום והמלצות

על סמך האמור לעיל אנו סבורים כי כל שינוי במבנה הביטוחים המשלימים, לרבות צמצומם, ריבודם או שינוי צורת עבודת הרופאים דרכם, ראוי שיעשה מתוך ראייה לאומית רחבה, המביאה בחשבון את מצוקותיה של מערכת הבריאות הציבורית. תכניות השב"ן, כמו גם הביטוחים המסחריים, הם חלק חשוב ביותר במערכת הבריאות בישראל, ומהווים נדבך חיוני ברווחתו של הציבור. אין לפגוע בתכניות השב"ן, משום שמבחינה מהותית הן חלק ממערכת הבריאות הציבורית. בנוסף לכך, השקעת משאבים במערכת הבריאות הציבורית היא תנאי מקדים והכרחי להצלחת המאמצים להקטין את היקף הרפואה הפרטית.

לכן, המלצותינו לוועדה הן כדלהלן:

- הגדלה מסיבית של ההשקעה הממשלתית במערכת הבריאות הציבורית – יש לתקן את מנגנוני העדכון של סל שירותי הבריאות, כך שיהלמו את צרכי המערכת. כמו כן, יש צורך בתוספת של אלפי מיטות אשפוז לבתי החולים הכלליים, במכשירי MRI, במכשירי CT



ובבינוי מחלקות חדשות בבתי החולים ומרפאות נוספות בקהילה, תוך גיוס רחב היקף של כוח אדם רפואי כמפורט בסעיף הבא.

- **כוח אדם רפואי** - הגדלת כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות ופתיחת אלפי תקנים בעיקר במקצועות בהם המחסור חמור במיוחד; שיפור תנאי העבודה על מנת שניתן יהיה לספק שירות וטיפול רפואי נאות לפי צרכיה הגדלים של האוכלוסייה, לרבות המשך תכנית התמריצים לפריפריה ולמקצועות במצוקה. כמו כן, כל צעד בתחום כוח האדם הרפואי – עליו להתבצע בשיתוף פעולה ובתיאום מלא עם הר"י.
- **הגברת שקיפותם של שירותי הבריאות** - יש לקבוע אמות מידה מוסכמות לאיכות הטיפול, אשר הכרחיות לחולה לצורך מימוש זכות הבחירה. כמו כן יש להקים מנגנונים לעדכון המידע, הבטחת מהימנותו ולפיקוח על סטנדרטים של תכניות ביטוחי הבריאות משלימים ושל זמני המתנה בבתי החולים וברפואת הקהילה.
- **ביטול הרגולציות שהוטלו על הביטוחים המשלימים** – הביטוחים המשלימים הם חלק בלתי נפרד ממערכת הבריאות הציבורית. מכאן יוצא שפגיעה בביטוחים אלה משמעותה פגיעה במערכת הבריאות הציבורית.
- **הבטחת קיומם של שירותי רפואה פרטיים** - יש לאפשר את קיומם של שירותי בריאות פרטיים כהשלמה לא-חיונית למערכת הציבורית על מנת להבטיח את האוטונומיה של הפרט ואת זכותו לבחור טיפולים ושירותים כראות עיניו.