



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

**השפעת הסדרי התשלום הנהוגים בין
קופות-החולים לבתי-החולים
הממשלתיים על ההסדרים לבחירת נותני
שירותים שקופות-החולים מציעות
למבוטחיהן**

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה ובריאות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 640 8240

פקס: 02 - 649 6103

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: שלי לוי

אישור: שרון סופר, ראש צוות

י"ג בסיוון תשס"ח

16 ביוני 2008

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

תוכן העניינים

1	1. מבוא
1	2. רקע
3	3. הסדרי התשלום בין בתי-החולים הממשלתיים לקופות-החולים
3	3.1. שיטת הקפינג
4	3.2. ההסכמים הגלובליים
5	4. השפעות הסדרי התשלום על בתי-החולים הממשלתיים
6	5. הסדריהן של קופות-החולים לבחירת נותני שירותים
9	6. הטענות בדבר השלכות הסדרי הבחירה על המבוטחים
9	6.1. הפנייה למרכז רפואי רחוק ממקום המגורים
10	6.2. פערים בין מרכז הארץ לפרופריה בהיקף שירותי הבריאות
12	6.3. אי-הפניית מבוטח לבית-חולים מסוים בשל התחרות בין קופות-החולים
13	7. המחלוקת בין "שירותי בריאות כללית" למרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר
13	7.1. רקע
15	7.2. טענות הצדדים
17	7.3. עמדת משרד הבריאות
18	דיון
19	מקורות

1. מבוא

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, שכותרתו "אי-הפניית חולים על-ידי שירותי בריאות כללית לבית-החולים שיבא תל-השומר".

הדיון מתקיים על רקע המחלוקת שהתגלעה בין "שירותי בריאות כללית" ובין המרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר ברמת-גן (להלן: בית-החולים שיבא) לקראת חידוש ההסכם הגלובלי ביניהם לשנים 2010–2008. אי-חידוש ההסכם הוביל לתלונות של חולים המבוטחים ב"שירותי בריאות כללית" כי הקופה אינה מאפשרת להם לפנות לקבלת טיפול רפואי בבית-החולים שיבא, חרף בקשותיהם.

במסמך זה יוצג רקע כללי על המחלוקת בין הצדדים, אולם המסמך יתמקד ברובו המכריע בהצגת סוגיית הסדרי התשלום בין קופות-החולים לבתי-החולים הממשלתיים ובהשפעתם של הסדרים אלו על ההסדרים לבחירת נותני שירותים שקופות-החולים מציעות למבוטחיהן. המידע על המחלוקת בין "שירותי בריאות כללית" ובין בית-החולים שיבא מופיע בסעיף 7 במסמך זה.

נציין כי במהלך כתיבת מסמך זה הפנינו למשרד הבריאות כמה שאלות. לצערנו, על חלק מהשאלות בחר המשרד שלא להשיב ועל אחרות נתן מענה חלקי בלבד. מתשובת משרד הבריאות לא ניתן ללמוד דבר על התנהלותו בסוגיה זו.

2. רקע

ארבע קופות-החולים בישראל – "שירותי בריאות כללית", "מכבי שירותי בריאות", קופת-חולים מאוחדת וקופת-חולים לאומית – רוכשות שירותי בריאות שונים, בעיקר שירותי אשפוז, מבתי-החולים הכלליים. בישראל יש 44 בתי-חולים כלליים: 11 מהם בבעלות ממשלתית או ממשלתית-עירונית, 9 בבעלות קופות-החולים,¹ 14 בבעלות ציבורית² ו-10 בבעלות פרטית.³

בתי-החולים הממשלתיים הם ספק שירותי האשפוז הגדול ביותר בישראל. לדוגמה, בשנת 2006 כ-48% מימי האשפוז בבתי-החולים הכלליים בישראל היו בבתי-החולים הממשלתיים.⁴

ארבע קופות-החולים הן רוכשות השירותים העיקריות של 11 בתי-החולים הממשלתיים. מנתוני משרד הבריאות עולה כי כ-82% מהכנסות בתי-החולים הממשלתיים ממתן שירותים רפואיים⁵ מקורן מארבע קופות-החולים, ובשנת 2006 הסתכמו הכנסות אלה בכ-5.5 מיליארדי ש"ח.⁶

להלן הכנסות בתי-החולים הממשלתיים מכל אחת מקופות-החולים ושיעורן של הכנסות אלה מכלל הכנסות בתי-החולים הממשלתיים ממתן שירותים רפואיים בשנת 2006:⁷

¹ מהם 8 בבעלות "שירותי בריאות כללית" ו-1 בבעלות קופת חולים מאוחדת.

² בתי-חולים בבעלות "הדסה", בבעלות מיסיון או בבעלות המוגדרת ציבורית.

³ משרד הבריאות, האגף לרשימי מוסדות ומכשירים רפואיים, דוח ריכוז מוסדות אשפוז כללי, 18 במרס 2008.

⁴ 2,426,314 ימי אשפוז בבתי-החולים הממשלתיים והממשלתיים-עירוניים, מתוך 5,054,569 ימי אשפוז בכל בתי-החולים הכלליים בישראל, לא כולל העברות בין מחלקות; משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, חלק ב', 2007.

⁵ יתר ההכנסות ממתן שירותים רפואיים הן ממשרד הביטחון וצה"ל, מהמוסד לביטוח לאומי, מחברות הביטוח וממקורות אחרים.

⁶ משרד הבריאות, ניתוח פיננסי 2000–2006: בתי-החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות, נובמבר 2007.

שיעור הכנסות בתי-החולים הממשלתיים מקופת-החולים מכלל הכנסות בתי-החולים הממשלתיים ממתן שירותים רפואיים	הכנסות בתי-החולים הממשלתיים מקופת-החולים (בשקלים)	קופת-החולים
45.6%	3,067,500,000	"שירותי בריאות כללית"
19.7%	1,322,700,000	"מכבי שירותי בריאות"
8.9%	600,400,000	קופת-חולים לאומית
7.7%	517,900,000	קופת-חולים מאוחדת
כ-82%	5,508,500,000	סך הכול

הקשרים בין בתי-החולים הממשלתיים (ספקי השירותים) ובין קופות-החולים (רוכשות השירותים) מתנהלים בהתמודדות תמידית עם הקונפליקט המובנה בהם. לכאורה, לשני הצדדים שאיפות סותרות: קופות-החולים מעוניינות לצמצם את הוצאותיהן על קניית שירותים מבתי-החולים; בתי-החולים מעוניינים להגדיל עד כמה שניתן את הכנסותיהם מקופות-החולים. אינטרסים מנוגדים אלו הובילו למחלוקות רבות בין הצדדים במהלך השנים. במחלוקות אלה טענו קופות-החולים כי בתי-החולים מגדילים את מספר ימי האשפוז או את הפעולות האחרות המבוצעות בהם על מנת להגדיל את הכנסותיהם מקופות-החולים, וכך פוגעים ביכולת הקופות לשלוט בהיקף השירותים הניתנים למבוטחיהן בבתי-החולים. לעומת זאת, בתי-החולים טענו כי קופות-החולים מנצלות את כוחן להכתבת הסדרי תשלום ולהפניה מפלה של מבוטחים.⁸

על קושי זה יש להוסיף את העובדה כי הן משרד הבריאות, האמון על קביעת מדיניות הבריאות בישראל, והן "שירותי בריאות כללית", קופת-החולים הגדולה בישראל, נושאים בכפל תפקידים. בתפקידו הראשון משרד הבריאות הוא קובע המדיניות והנושא באחריות המיניסטריאלית לכלל מערכת הבריאות, אולם בתפקידו השני הוא גם הבעלים של 11 בתי-חולים ממשלתיים. "שירותי בריאות כללית" היא בתפקידה הראשון הקופה הגדולה בישראל, שמבוטחים בה כ-54% מכלל המבוטחים בישראל, אולם בתפקידה השני היא הבעלים של 14 בתי-חולים, ש-8 מהם בתי-חולים כלליים.⁹ כפל תפקידים זה של שני הגופים המרכזיים בתחום הבריאות בישראל משפיע מאוד על מערכת היחסים בין קופות-החולים לבתי-החולים הממשלתיים.

כדי להסדיר את יחסי הגומלין בין בתי-החולים לקופות-החולים הונהגו במהלך השנים הסדרי תשלום בין הגופים; בחלק הבא של המסמך נציג את הסדרי התשלום הקיימים כיום.

⁷ ש.ם.

⁸ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005; וגם: דברי ההסבר בהצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2007.

⁹ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005.

3. הסדרי התשלום בין בתי-החולים הממשלתיים לקופות-החולים

המדינה היא הקובעת את תעריפי התשלום המרביים לכל שירות הניתן בבתי-החולים, ועל תעריפים אלה יש פיקוח מכוח חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996. במהלך השנים גובשו הסדרי תשלום שונים בין קופות-החולים ובתי-החולים. כיום נהוגים בין בתי-החולים הממשלתיים וקופות-החולים שני הסדרי תשלום המשלמים זה את זה: שיטת הקפינג ושיטת ההסכמים הגלובליים.

3.1. שיטת הקפינג

הסדר התשלום המכונה שיטת הקפינג (Capping) הונהג כבר בשנות ה-90, אולם עיצובו הנוכחי נעשה בהוראת שעה בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002.

עיקרה של שיטת הקפינג הוא קביעת תקרת צריכה שנתית לכל קופת-חולים בכל בית-חולים כללי ציבורי. **בגין שירותים שקופת-החולים רוכשת מבית-החולים עד תקרה זו היא תשלם את תעריף התשלום המרבי שנקבע להם, ובגין שירותים שהיא רוכשת מעל לתקרה זו היא תשלם לבית-החולים על-פי תעריף מוזל.** תקרת הצריכה מחושבת על-פי היקף השירותים הרפואיים שקופת-החולים צרכה בבית-החולים בשלוש השנים שקדמו לקביעת התקרה ועל-פי משתנים נוספים. בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2007, נקבע אילו שירותים ייכללו בחישוב תקרת הצריכה, עודכנו ההוראות לקביעת תקרות הצריכה לשלוש השנים הבאות וכן עודכנו ההוראות לקביעת המחיר המופחת שתשלמנה קופות-החולים בגין שירותים שנרכשו מעבר לתקרת הצריכה.¹⁰

שיטת הקפינג נועדה למנוע גידול לא מבוקר בהוצאות קופות-החולים על השירותים הנרכשים מבתי-החולים. מטרת השיטה ליצור לבית-החולים תמריץ לצמצם את משך האשפוז בו, כיוון שמעל לתקרת הצריכה שנקבעה הוא יקבל עבור השירות הניתן מחיר מופחת. מנגד, כדי למנוע מצב שבו קופת-חולים שעברה את תקרת הצריכה תמשיך להפנות חולים רבים לבית-החולים שבו כבר עברה את תקרת הצריכה כדי ליהנות מהמחיר המופחת, נקבע כי בגין שירותים שיירכשו מעבר לשיעור מסוים מעל לתקרת הצריכה תשלם קופת-החולים לבית-החולים תעריף גבוה יותר מהתעריף המופחת.¹¹

¹⁰ בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2007, נקבע כי בגין רכישת שירותים מעל לתקרת הצריכה ועד ל-13% מתקרה זו תשלם קופת-החולים לבית-החולים 30% מהתעריף המרבי של השירותים. בגין צריכת שירותים מעבר ל-13% מעל לתקרת הצריכה תשלם קופת-החולים לבית-החולים 65% מהתעריף המרבי של השירותים. עוד נקבע בחוק כי אם תרכוש קופת-החולים מבית-החולים שירותים בהיקף קטן מתקרת הצריכה שנקבעה לה, היא תשלם לבית-החולים תשלום בגין תת-רכישה, ושיעורו ייקבע על-פי הוראות החוק. להרחבה ראו מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **ניתוח פרק הבריאות בהצעת חוק ההסדרים לשנת 2008**, כתבה שלי לוי, 2 בדצמבר 2007.

¹¹ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005.

נציין כי שיטת הקפינג זכתה במהלך השנים לביקורת נוקבת הן על יעילותה, הן על השפעותיה על הצדדים הפועלים במסגרתה והן בשל אי-אכיפתה מצד משרד הבריאות, אולם טענות אלה אינן מעניינות של מסמך זה ועל כן לא נרחיב בעניין זה.¹²

במקביל לשיטת הקפינג, בתי-החולים הממשלתיים הגיעו עם קופות-החולים להסכמים גלובליים תלת-שנתיים, שנקבעו בהם הסדרי תשלום בין הצדדים. תקרת הצריכה שנקבעה לכל קופת-חולים בכל בית-חולים בשיטת הקפינג היא בסיס למשא-ומתן בין הצדדים על ההסכמים הגלובליים.

3.2. ההסכמים הגלובליים

הוראת שעה בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, אפשרה לבתי-החולים הציבוריים הכלליים לחתום עם קופות-החולים על הסכמים גלובליים, שמטרתם הסדרת התשלום בין קופת-החולים לבית-החולים. בהסכמים אלה קופת-החולים מתחייבת לרכוש מבית-החולים שירותים בהיקף שנתי מסוים, ובית-החולים מתחייב לספק לקופת-החולים שירותים בתעריפים מוזלים. אם קופת-החולים לא רכשה שירותים בהיקף שהתחייבה לו, היא תידרש לשלם לבית-החולים קנס, כקבוע בהסכם ביניהם. כך בית-החולים מבטיח לעצמו שיעור מסוים של הכנסה וקופת-החולים מקטינה את הוצאותיה על רכישת שירותים.

בהוראת השעה נקבע כי בהסכם בין הצדדים יהיו, בין השאר, התנאים האלה:

1. בית-החולים וקופת-החולים יתחייבו בהסכם כי בבית-החולים יינתנו לחברי הקופה שירותים ברמה נאותה ובאיכות ובזמינות כמתחייב מהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי;
2. תקופת ההסכם לא תעלה על שלוש שנים;
3. ייקבע מנגנון לבירור חילוקי דעות בין הצדדים בנוגע להתחשבות בנייהם;
4. ההסכם המוצע לא ייצור אפלייה מצד בית-החולים בין חברים בקופת-החולים שעמה נחתם ההסכם או בינם ובין חברים בקופת-חולים אחרת.

מנתוני משרד הבריאות עולה כי סך ההנחות שנתנו בתי-החולים הממשלתיים לארבע קופות-החולים בשנת 2006 בגין חריגה מתקרת הצריכה ובגין ההסכמים הגלובליים הסתכמו בכ-552 מיליון שקלים, לעומת 440 מיליון שקלים בשנת 2005. שיעור ההנחה מסך הכנסות בתי-החולים הממשלתיים מקופות-החולים היה 10% בשנת 2006, לעומת 8.25% בשנת 2005.¹³

על-פי הוראת השעה, קופת-חולים ובית-חולים שהגיעו להסכם נדרשים להעביר העתק ממנו לעיון שר הבריאות ושר האוצר. אם סבר אחד השרים כי ההסכם אינו עומד בתנאים הקבועים בהוראת השעה, עליו להודיע על כך לשר האחר ולצדדים להסכם תוך 60 יום מהיום שקיבל לידיו את ההסכם. שר

¹² לכמה מהטענות על שיטת הקפינג ראו פרוטוקול ועדת הכספים של הכנסת בנושא הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), פרק ד': בריאות, 17 בדצמבר 2007.

¹³ משרד הבריאות, ניתוח פיננסי 2000-2006: בתי-החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות, נובמבר 2007.

הבריאות רשאי, בהתייעצות עם שר האוצר ולאחר ששמע את הצדדים להסכם, לבטל את ההסכם, מנימוקים שיירשמו ויימסרו לצדדים, אם ראה שהדבר נחוץ לשם שמירה על בריאות הציבור.

לשאלתנו אם משרד הבריאות בוחן כל הסכם הנחתם בין קופות-החולים לבתי-החולים הממשלתיים ומהם הקריטריונים הנבחנים בכל הסכם, השיב משרד הבריאות כי הוא ומשרד האוצר בוחנים כל הסכם התקשרות בין בתי-החולים לקופות-החולים, וכי בין השאר נבחנים "עמידה בתנאי מסגרת מוגדרים, שמירה על יציבות השוק, שמירה על מערכת מחירים מאוזנת, מניעת הסטות ויצירת תמריצים להתנהגות נכונה מצד הקונים ומצד המוכרים".¹⁴

4. השפעות הסדרי התשלום על בתי-החולים הממשלתיים

בפרסום של אגף החשבות של משרד הבריאות שעסק בניתוח מצבם הפיננסי של בתי-החולים הממשלתיים נכתב כי "לא ניתן לכמת את תרומתם של ההסכמים הגלובליים לבתי-החולים (אם בכלל)".¹⁵ ולמעשה, בעת המשא-ומתן על ההסכמים עם קופות-החולים בתי-החולים נאלצים להחליט החלטות על היקף ההנחות או על ההסכמים עם הקופות על-פי שני משתנים עיקריים: הראשון, אם ההסכם יביא את המרכז הרפואי לעמידה ביעדים תקציביים (גם אם שיעור ההנחות גבוה ואינו משתלם כלכלית). השני, ההשלכות של העדר הסכם עם קופת-החולים על בית-החולים – למשל אם בשל העובדה שלקופת-חולים מסוימת אין הסכם עם בית-החולים היא עלולה להפנות את מבוטחיה באזור לבתי-חולים אחרים בסביבה, וכך תפגע בהכנסות בית-החולים.¹⁵

ההנחה היא שההסכמים הגלובליים עשויים להועיל למערכת הבריאות, שכן הם עשויים להקטין את הוצאות קופות-החולים, לעודד תחרות בין בתי-החולים ולצמצם כפילויות מיותרות בשירותים. אולם להסכמים אלה עלולות להיות גם השפעות שליליות על גורמים במערכת, למשל:¹⁶

- בית-חולים שלא חתם על הסכם גלובלי עם קופה מסוימת מסתכן בכך שקופת-חולים זו לא תפנה אליו את מבוטחיה, וכך תפגע בהכנסותיו וביכולתו לרכוש ציוד רפואי ולהעסיק כוח-אדם;
- לאי-הפניית מבוטחים לבית-חולים מסוים יש השפעות נוספות, שאינן כלכליות, למשל פגיעה בהתמחות המקצועית בתחום מסוים בשל הפניית מבוטחים הנוקטים להתמחות זו לבית-חולים אחר;
- קופת-חולים המפנה את מבוטחיה אך ורק לבית-חולים אחד, שעמו חתמה על הסכם, ולא לבתי-חולים אחרים באזור עלולה ליצור עומס על בית-החולים, והוא יתבטא בזמני המתנה ממושכים לקבלת שירות רפואי;

¹⁴ גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שרותי הצלה ועזרה ראשונה במשרד הבריאות, מכתב, 16 ביוני 2008.

¹⁵ שם.

¹⁶ ראו גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005. וגם פרוטוקול ועדת הכספים של הכנסת בנושא הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), פרק ד': בריאות, 17 בדצמבר 2007.

- בית-חולים קטן שסביבו בתי-חולים נוספים, אולי גדולים ויוקרתיים יותר, ניצב בעמדת נחיתות מול קופת-החולים, והוא נאלץ להגיע עמה להסכם על שיעור הנחות גבוה, שלעתים לא משתלם לו מבחינה כלכלית;
- בית-חולים שנתן הנחות גדולות מאוד ולא משתלמות מבחינה כלכלית לקופת-חולים עלול להיקלע לגירעונות גדולים מאוד, והמדינה ובתי-החולים הממשלתיים האחרים יאלצו לשאת בגירעונות אלה;
- קופות-החולים עלולות שלא לחתום על הסכם עם בית-חולים מסוים משום שהן יעדיפו להפנות מבוטחים לבתי-החולים הציבוריים שבבעלותן או לבתי-חולים פרטיים. בכך הן תפגענה בבתי-החולים הכלליים האחרים.

ההשלכות האפשריות האלה עמדו לנגד עיניו של המחוקק, ובסעיף 31 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, נקבע כי "בהתקשרות של קופת-חולים עם נותן שירותים ובהפניית חבריה לנותן שירותים תפעל קופת-החולים ללא הפליה בין נותני השירותים, בתום לב ומשיקולים ענייניים של טובת החבר וטובת כלל חברי קופת-החולים".

אולם גורמים שעמם שוחחנו במהלך כתיבת מסמך זה טענו כי סעיף זה בחוק כלל אינו משקף את המציאות. לדוגמה, להלן ציטוט מדברים שמסר לנו משרד הבריאות, הנוגעים לסוגיה זו: "במקרים אחרים, שבהם מוסדות אשפוז הם בבעלותה של אחת מקופות-החולים (בתי-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית) מצאנו כי קופות-החולים האחרות מסיטות ומווסתות הפניות למוסדות אחרים, משיקולי תחרות בין מבטחים ולא דווקא מתוך ראיית טובתו של המבוטח הנזקק לשירותים רפואיים. זאת כדי למצות תנאים כלכליים, לעתים באופן שפוגע בזמינות ובנגישות של השירותים".¹⁷

אין ספק שאחת ההשלכות החשובות ביותר של ההסכמים הגלובליים בין קופות-החולים לבתי-החולים נוגעת ליכולת המבוטחים לבחור ספקי שירותים, שכן על בסיס הסכמים אלה קופות-החולים קובעות למבוטחיהן את ההסדרים לבחירת נותני שירותים.

5. הסדרה של קופות-החולים לבחירת נותני שירותים

כאמור, העובדה שקופות-החולים מגיעות להסכמים גלובליים עם בתי-החולים מביאה לכך שמשיקולים תקציביים הן מעדיפות להפנות מבוטחים לנותן שירותים שיש להן הסכם עמו ולא לנותן שירותים אחר, שאין להן הסכם עמו. השאלה המרכזית העולה בעניין זה היא כיצד משפיעה עובדה זו על מבוטחי הקופות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן: החוק), אכן נדרש לסוגיה סבוכה זו, שבמרכזה השאלה כיצד ניתן, אם בכלל, לאפשר למבוטחים חופש בחירה מוחלט בין נותני השירותים, לנוכח המגבלות התקציביות שבהן מתנהלת מערכת הבריאות?

¹⁷ הגב' רות רלב"ג, סמנכ"לית תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, מכתב, 22 באוקטובר 2007. להרחבה ראו מרכז המחקר והמידע של הכנסת, הפרטת המרכז הרפואי על שם וולפסון בחולון, כתבה שלי לוי, 22 באוקטובר 2007.

החוק הכריע בסוגיה זו, בסעיף 23, כדלקמן:

23(א) חבר בקופת-חולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו ועבור ילדו הרשום בה מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה, בכפוף להוראות סעיף 12 [סעיף 12 קובע כי שירותי הבריאות, כולם או חלקם, יינתנו על בסיס ארצי, אזורי או בין-אזורי, הכול כפי שיקבע שר הבריאות].

23(ב) קופת-החולים תקבע את הסדרי הבחירה והיקפה, במידה שהיא קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד; קופת-החולים תביא את ההסדרים לידיעת שר הבריאות ותפרסמם בקרב חבריה.

משמעות סעיף זה היא שקופות-החולים רשאיות לצמצם את חופש הבחירה של מבוטחיהן לנותני השירותים שבמסגרת הקופה, באמצעות קביעת הסדרים לבחירת נותני שירותים (להלן: הסדרי בחירה). דהיינו, המחוקק הכיר במגבלות התקציביות של קופות-החולים ולכן אפשר להן להגביל את הבחירה של המבוטחים ולאפשר להם לפנות רק אל נותני שירותים שהקופה התקשרה עמם. נציין כי על-פי החוק, הקופות מחויבות לפרסם את הסדרי הבחירה בקרב מבוטחיהן.¹⁸

עם זאת, החוק והתקנות שהותקנו מכוחו נועדו לאזן בין אינטרסים של קופות-החולים ובין אלה של המבוטחים, ולכן נכללו בהם הוראות שמטרתן להבטיח שהסדרי הבחירה לא יפגעו בזמינות ובאיכות של השירות הרפואי הניתן למטופל. על הסדרי הבחירה של קופת-החולים לעמוד בדרישות סעיף 3(ד) לחוק, שלפיו "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות-החולים לפי סעיף 13 לחוק", וכן עליהם לעמוד בכללים שנקבעו בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005 (להלן: התקנות), שלפיהן:

- יש לשמור על הרצף הטיפולי כך שמבוטח לא יידרש, ככל שניתן, להחליף מוסד רפואי במהלך טיפול במחלתו או במצבו הרפואי;
- אם המחלה או המצב הרפואי מצדיקים מתן טיפול במוסד רפואי שיש בו רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי (להלן: שירות רפואי מתמחה), תינתן למבוטח האפשרות לקבל כל שירות רפואי שהוא נזקק לו בקשר לאותה מחלה או לאותו מצב רפואי במסגרת שירות רפואי מתמחה. משרד הבריאות יפרסם בחוזר מנכ"ל את רשימת המחלות או המצבים הרפואיים המצדיקים טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה וכן את רשימת השירותים המתמחים;¹⁹
- אם המחלה או המצב הרפואי מחייבים טיפולים אינטנסיביים ייקבעו הסדרי הבחירה כך שהטיפול ירוכז, ככל שניתן, במרכז רפואי אחד.
- תהיה אפשרות לסטות מהסדרי הבחירה לפי שיקול דעת רפואי;
- פנייה של מבוטח למחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) לא תוגבל לבתי-חולים כלליים מסוימים.

¹⁸ סעיף 23(ב) וסעיף 26(ה) לחוק.

¹⁹ להרחבה בנושא זה ראו: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, מדיניות קופות-החולים בהפניית מבוטחים לטיפולים מחוץ למסגרת הקופה באמצעות טופס התחייבות כספית, כתב יניב רונן, 9 ביולי 2007.

להלן רק כמה מהטענות המרכזיות הנוגעות למסגרת החוקית הקיימת של הסדרי הבחירה :

לקופות-החולים סמכות רחבה מאוד לקבוע הסדרי בחירה : למעשה, לנוכח ההסכמים שעליהם חתמו עם בתי-חולים ולנוכח החלטה על מתן שירות על בסיס אזורי, קופות-החולים יכולות להגביל מאוד את חופש הבחירה של המבוטחים. חשוב לזכור שקופות-החולים נדרשות רק לייצע את שר הבריאות בנוגע להסדר הבחירה שקבעו; הן לא זקוקות לאישור.

בדיון של הוועדה המיוחדת לפניית הציבור של הכנסת, שנערך ביולי 2007, אמר ד"ר מיכאל דור, ממלא מקום ראש מינהל רפואה במשרד הבריאות, כי "הסדרי הבחירה הם רע הכרחי ובאיזה מידה הם הכרחי, רק המחוקק יכול לקבוע ולצערנו האוצר. המשמעות של הסדרי הבחירה – אנחנו מעוניינים לשנות אותם והכנו הצעת חוק שנשלחה לקופות ולבתי-החולים להערות". פנינו למשרד הבריאות בבקשה לקבל מידע על מהות השינוי המוצע בהסדרי הבחירה, וכן ביקשנו לדעת היכן עומד תהליך זה כיום, כשנה מאז הודעתו של ד"ר דור בוועדה, ואם למשרד הבריאות דרושים כלים נוספים לחיזוק מערך הפיקוח על הסדרי הבחירה. משרד הבריאות לא נענה לאף לא אחת מבקשותינו, ורק השיב כי "הסוגיה נדונה בעת הזאת במשרדינו, ונשקלים תיקוני חקיקה". עוד נמסר כי פיקוח ואכיפה על הסדרי הבחירה הקיימים מתבצעים כיום באמצעות המפקח על קופות-החולים, הסמנכ"ל עו"ד יואל ליפשיץ.²⁰

אין אמירה מפורשת בחוק ובתקנות כי השיקול הרפואי הוא השיקול המכריע בהפניית מבוטח : בכללים שנקבעו להסדרי הבחירה אין אמירה מפורשת שלפיה על השיקול הרפואי וטובת המטופל להיות בראש סדר העדיפויות של קופות-החולים בקביעת הסדרי הבחירה ובהפניית מבוטחים לנותני שירותים. כל ההוראות שנכללו בתקנות הופיעו כבר בשנת 1998 במכתב ששלח שר הבריאות דאז יהושע מצא לקופות-החולים בנושא הסדרי הבחירה – למעט הוראה אחת ברורה, שלפיה "בהסדרי הבחירה שקובעת הקופה, יש להבטיח כי לא תיפגע איכות השירות במטופל, וכי לשיקול הרפואי של טיפול נאות במבוטח יינתן מעמד בכורה".²¹

אין קריטריונים ברורים לקביעה ולהערכה של הסדרי הבחירה : הסדרי הבחירה אמורים לבטא את עקרונות סעיף 3 לחוק, שלפיו "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות-החולים לפי סעיף 13 לחוק". אולם סעיף זה מעורפל מאוד ולא ברור. משרד הבריאות לא קבע שום אמות מידה להגדרות כגון "איכות סבירה", "זמן סביר" או "מרחק סביר". למשל, כיצד ייקבע אם הפניית מבוטח לבית-חולים מרוחק מביתו עומדת בהגדרת "מרחק סביר ממקום מגורי המבוטח"?

נציין כי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי המקורי נכלל סעיף נוסף, (ו)8, שלפיו ועדת מומחים שימנה שר הבריאות לאחר התייעצות עם מועצת הבריאות רשאית – בתוך שנתיים מיום תחילתו של החוק – לפרט את שירותי הבריאות פירוט נוסף ולכלול בפרטים שתקבע את פרקי זמן ההמתנה לשירות, את המרחק

²⁰ גבי מרי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, מכתב, 16 ביוני 2008.

²¹ נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, דוח נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לשנים 2002-2003, מאי 2004, <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=21&catId=60&PageId=2646>, תאריך כניסה: 11 ביוני 2008.

מבית המבוטח ואת זהותו של הגורם המחליט על מתן השירות, על הדרך שבה יינתן ועל איכותו.²² בסוף שנת 1995 מינה שר הבריאות דאז ועדת מומחים, אולם זו לא סיימה את עבודתה ולא הגישה המלצות. סעיף זה בוטל בחוק ההסדרים לשנת 1998,²³ ולכן כיום אין אמות מידה בעניין זה.

6. הטענות בדבר השלכות הסדרי הבחירה על המבוטחים

הסדרי הבחירה והשלכותיהם על המבוטחים נדונו פעמים רבות בוועדות הכנסת. כאמור, אחת הטענות היא שיש מקום להגביל את החופש של המבוטחים בבחירת נותני שירותים, שכן מתן חופש בחירה מוחלט כרוך בהוצאות כלכליות גדולות מאוד למערכת הבריאות, הנאמדות במאות מיליוני שקלים.²⁴ עם זאת, יש תרעומת גדולה על קופות-החולים, שלטענת מבוטחים רבים עושות בהסדרים אלה שימוש אגרסיבי מאוד ופוגעות בזמינות ובאיכות של הטיפול הרפואי הניתן למטופל.

להלן נסביר כיצד מבוטח מופנה לנותן שירותים: אדם הזקוק לשירות רפואי, למשל בדיקה בבית-החולים, נדרש להביא עמו טופס התחייבות כספית (להלן: טופס 17) מקופת-החולים שלו. טופס זה משמעותו שהקופה אישרה את פניית המבוטח, והתשלום בגין הבדיקה הוא במסגרת הסדרי התשלום וההתחשבונו בין קופת-החולים לנותן השירות. אם לקופת-החולים אין הסכם עם נותן השירות או שנותן השירות אינו נכלל בהסדר הבחירה באזור מגוריו של המבוטח, קופת-החולים מסרבת לתת למבוטח טופס 17, וממליצה לו לפנות לספק שירות אחר במסגרת הסדר הבחירה.

בדיון שנערך בוועדה המיוחדת לפניית הציבור של הכנסת בחודש יולי 2007 אמרה נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי כי בנציבות מתקבלות כ-5,000 תלונות בשנה, ורובן קשורות באופן ישיר או עקיף לנושא קבלת התחייבות כספית מקופת-החולים. לדבריה, יותר מ-20% מהתלונות בנושא זה נמצאות מוצדקות.²⁵ גם ארגוני מגזר שלישי, כגון האגודה לזכויות החולה וצב"י – צרכני בריאות ישראל – מסרו כי מופנות אליהן תלונות רבות הנוגעות לאי-מתן טופסי התחייבות כספית בשל הסדרי הבחירה.²⁶

להלן נציג כמה מההשלכות המרכזיות של הסדרי הבחירה על המבוטחים:

6.1 הפנייה למרכז רפואי רחוק ממקום המגורים

התקשרותה של קופת-חולים עם בית-חולים מסוים ולא עם בית-חולים אחר עלולה לגרום לכך שכמה מהמבוטחים ייאלצו לקבל טיפול רפואי הרחק ממקום מגוריהם ולא בבית-החולים הסמוך לביתם. לעתים מדובר בנסיעה מרמת-גן לפתח-תקווה, אולם לעתים הנסיעה ארוכה יותר, למשל מצפת לרמת-גן. נסיעה ארוכה לקבלת טיפול רפואי משפיעה מאוד על המבוטח, שכן היא כרוכה בטרחה ובעלות כספית והיא אף מכבידה על משפחת המבוטח, המבקשת ללוות את בן המשפחה ולסעוד אותו, אם מדובר באשפוז בבית-החולים.

²² משרד מבקר המדינה, **דוח שנתי 52ב**, לשנת 2001 ולחשבונו הכספים 2000, אפריל 2002, עמ' 615.

²³ שם.

²⁴ פרוטוקול מס' 55 של הוועדה המיוחדת לפניית הציבור בנושא פניות הציבור לגבי התנהלות קופות החולים כלפי המבוטחים במתן טופסי התחייבות (טופסי 17), 10 ביולי 2007.

²⁵ שם.

²⁶ שם. וגם: גבי עדינה מרקס, יו"ר האגודה לזכויות החולה, שיחת טלפון, 11 ביוני 2008.

מובן שמבוטח חסר אמצעים יתקשה מאוד להגיע למרכז רפואי המרוחק ממקום מגוריו ויש גם חשש שבשל המרחק הוא יוותר על קבלת טיפול רפואי. ממחקר שערך מכון "מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל" עולה כי בקרב האנשים המתגוררים ביישובים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה (לפי סיווג הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) 25% מהנשאלים ויתרו על שירות רפואי בגלל הריחוק ממרכז רפואי, לעומת 4% בלבד בקרב הגרים ביישובים ברמה חברתית-כלכלית גבוהה.²⁷

הפניית מבוטחים אל מרכזים רפואיים מרוחקים ממקום מגוריהם ולא אל מרכזים הקרובים למקום מגוריהם אינה נדירה. בדיון שנערך בוועדת הכספים של הכנסת אמר בהקשר זה פרופ' רפי ביאר, מנכ"ל המרכז הרפואי ע"ש רמב"ם בחיפה: "אנו נתקלים לא מעט בתופעה של שימוש יתר באפשרות של להפנות ולעשות stream (הסטה) של חולים לבתי-חולים מרוחקים. ראינו שקופות מסוימות מבקשות מחולים שלהן בצפון לנסוע לבתי-חולים שלהן במרכז, כי לדבריהן יש להן אינטרס כלכלי. מדובר באנשים עם גידולים במוח, שאומרים להם ללכת למרכז ולא ללכת לרמב"ם... תופעות כאלה יש למנוע".²⁸ ביאר הוסיף כי "זה נוגד את מה שמצפים ממערכת ציבורית, היינו שבת-חולים יהיו נגישים לחולה. אני מבקש מקסימום נגישות לבית-חולים ציבורי כלשהו, בהתאם למצוינות של אותו צוות, ושהתחרות של אותו צוות תהיה על רצונו של החולה ולא על הביורוקרטיה, שמונעת ממנו נגישות...".²⁹

כאמור, בסעיף 3ד לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נכלל הקריטריון "במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח", אולם משרד הבריאות מעולם לא קבע מהו מרחק סביר, ולכן לא ניתן לבחון את הסדרי הבחירה של קופות-החולים על-פי קריטריון זה.

בהצעה לתיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי שיוזמת האגודה לזכויות החולה בשיתוף בית-הספר למשפטים של המכללה למינהל מוצע לקבוע, בין השאר, כי קופת-חולים תחויב לספק למבוטח שירות רפואי במקום מגוריו גם אם אין לה הסדר עם נותני השירות הרפואי הדרוש בעירו. אם השירות הרפואי הנדרש אינו נמצא במקום מגוריו של המבוטח, הוא יוכל לקבל שירות מידי נותן השירות הקרוב ביותר לעירו גם אם אין לקופת-החולים הסדר עם גורם זה. במקרה זה קופת-החולים תישא בעלות הנסיעה לנותן שירות זה.³⁰

6.2 פערים בין מרכז הארץ לפריפריה בהיקף שירותי הבריאות

בישראל יש פערים בין אזורים במדינה בהיקף שירותי הבריאות; לרשות תושבי הפריפריה, דהיינו תושבי מחוז דרום ומחוז צפון, עומדת מערכת בריאות מצומצמת יותר מזו העומדת לרשות תושבי שאר המחוזות בישראל.³¹ פערים אלה מתבטאים בנגישות לשירותים, בזמני המתנה ממושכים לקבלת טיפול

²⁷ מכון "מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל", דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאות עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כתבו רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצלית, מרס 2007.

²⁸ פרוטוקול של ועדת הכספים של הכנסת בנושא הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), פרק ד': בריאות, 17 בדצמבר 2007.

²⁹ שם.

³⁰ האגודה לזכויות החולה ובית-הספר למשפטים של המכללה למינהל, טיוטת הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 36), התשס"ז-2007.

³¹ ראו מרכז המחקר והמידע של הכנסת, היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל, כתיבה: שלי לוי, 18 במרס 2008.

רפואי ובתחומים מסוימים גם ברמת המומחיות של המרכזים הרפואיים בפריפריה לעומת רמת המומחיות של המרכזים הרפואיים במרכז הארץ.

אחת ההצעות להתמודדות מסוימת עם בעיה זו מצויה בהצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – בחירה מבין נותני השירותים), התשס"ז-2007, שהגיש חבר הכנסת אריה אלדד ביולי 2007. בהצעה זו מוצע כי בשלושה תחומים – כירורגיית לב, נוירו-כירורגיה ואונקולוגיה – תחויבנה קופות-החולים לאפשר למבוטחים לבחור את נותני השירותים לפי שיקול דעתם ולא תגבלנה אותם במסגרת הסדרי הבחירה. בדברי ההסבר נכתב כי הצעה זו נובעת מהעובדה שבתחומים אלה יש פערי מיומנויות ניכרים בין מוסדות הרפואה בארץ.³² ההצעה הונחה לדיון מוקדם.

בהקשר זה חשוב לציין כי אם מרכזים רפואיים במרכז הארץ יהיו פתוחים בפני כל מבוטח מכל רחבי הארץ, התוצאה עלולה להיות שתושבי הפריפריה בעלי האמצעים יגיעו למרכזים אלה, והמבוטחים חסרי האמצעים יישארו עם מערכת בריאות מצומצמת ודלה. הסטה של מבוטחים למרכז תוביל להסטה של משאבים ושל כוח-אדם איכותי. כך ייוותרו ללא פתרון המבוטחים חסרי המשאבים, והם יתקשו ללחוץ על מקבלי ההחלטות ועל קופות-החולים להרחיב ולחזק את שירותי הבריאות בפריפריה. עם זאת, לנוכח הפערים בין האזורים בישראל בהיקף שירותי הבריאות לא נכון למנוע ממבוטח מהפריפריה הסובל ממחלה קשה לקבל טיפול רפואי בבית-חולים במרכז הארץ המתמחה בטיפול במחלתו, בעיקר אם התמחותו של בית-החולים במרכז הארץ עולה על התמחותם של המרכזים הרפואיים במקום מגוריו. גם מניעה מעין זו עלולה לפגוע בתושבי הפריפריה.

פנינו למשרד הבריאות בשאלה אם נכון שהסדרי הבחירה ייקבעו על בסיס אזורי שעה שיש פערים בין אזור המרכז לאזורי הפריפריה בהיקף שירותי הבריאות. המשרד השיב "כיום השימושים בתשתיות הפיזיות באזורי הפריפריה נמוכים מהשימושים באזור המרכז, מציאות הבאה לידי ביטוי בשיעורי תפוסה נמוכים יותר באופן משמעותי. גם לפי רוח החוק נכון הוא כי מבוטח יקבל את שירותיו הרפואיים באופן זמין, קרי בקרבת מקום מגוריו".³³

תשובת משרד הבריאות אינה ברורה מכמה סיבות. ראשית, שיעורי התפוסה בפועל בפריפריה אולי נמוכים במקצת משיעורי התפוסה בכמה מהמרכזים הרפואיים במרכז הארץ, אולם עדיין מדובר בשיעורי תפוסה גבוהים מאוד, גם בהשוואה למצב בעולם. רק לשם המחשה, בשנת 2006 שיעור התפוסה במרכז הרפואי "סורוקה" בבאר-שבע היה 96%, במרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון – 92%, בבית-החולים ע"ש רמב"ם בחיפה – 96.2% ובבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה – 108%.³⁴ שנית, אין ספק שיש לדאוג לכך ששירות רפואי יהיה נגיש למבוטח במקום מגוריו, אולם בתשובת משרד הבריאות אין מענה על השאלה כיצד מתגברים על הפער הקיים בהיקף שירותי הבריאות בין מרכז הארץ ובין הפריפריה, שפעמים רבים מונע ממבוטח לקבל שירות רפואי מסוים במקום מגוריו.

³² פ/2827/17 הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – בחירה מבין נותני השירותים), התשס"ז-2007, הונחה על שולחן הכנסת ב-16 ביולי 2007.

³³ גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה במשרד הבריאות, מכתב, 16 ביוני 2006.

³⁴ משרד הבריאות, **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל**, חלק ב', 2007.

6.3 אי-הפניית מבוטח לבית-חולים מסוים בשל התחרות בין קופות-החולים

בדיון בוועדה המיוחדת לפניית הציבור של הכנסת שנערך ביולי 2007 טענו כמה מהנוכחים שבקשותיהם לקבל טיפול רפואי בבתי-חולים ממשלתיים או ציבוריים אחרים נדחות בידי "שירותי בריאות כללית" וכי קופה זו מפנה אותם לבתי-החולים שבבעלותה גם אם הם מרוחקים יותר מבתי-החולים האחרים.³⁵ "שירותי בריאות כללית" דחתה טענות אלה בכמה הזדמנויות וטענה כי היא מפנה את מבוטחיה לבתי-החולים הממשלתיים והיקף הפניותיה אף גדול מהיקף ההפניות של קופות-החולים האחרות – עובדה שלטענתה מתבטאת בהיקף רכישותיה מבתי-חולים אלה. עוד הוסיפה כי קופות-החולים האחרות אינן מפנות את מבוטחיהן לבתי-החולים שבבעלותה גם אם מבוטחי קופות אלה מבקשים במפורש להגיע לבתי-החולים האלה.³⁶

טענות אלה משתקפות היטב בדברים שמסר לנו משרד הבריאות בעבר, שלפיהן "במקרים אחרים שבהם מוסדות אשפוז הם בבעלותה של אחת מקופות-החולים (בתי-חולים בבעלות "שירותי בריאות כללית") מצאנו כי קופות-החולים האחרות מסיטות ומווסתות הפניות למוסדות אחרים משיקולי תחרות בין מבטחים ולא דווקא מתוך ראיית טובתו של המבוטח הנזקק לשירותים רפואיים. זאת כדי למצות תנאים כלכליים, לעתים באופן שפוגע בזמינות ובנגישות של השירותים".³⁷

בפנייתנו הנוכחית למשרד הבריאות ביקשנו לדעת אם ידוע למשרד על מקרים שבהם קופות-החולים נמנעו מלהפנות מבוטחים לבית-חולים מסוים בשל הסדרי הבחירה או שיקולי תחרות, בניגוד לצרכים³⁸ הרפואיים. עוד ביקשנו לדעת אם משרד הבריאות מתערב במקרים אלה, ומה הוא עושה כדי למנוע אותם. **משרד הבריאות בחר שלא להשיב על שאלות אלה.**

נציין כי קופות-החולים מאפשרות למבוטחים לערער על ההחלטה שלא לתת להם טופסי 17, ולטענתן הן בוחנות כל מקרה לגופו.³⁸

נוסף על כך, גורמים בקופות-החולים ששוחחנו עמם במהלך כתיבת מסמך זה טענו בפנינו כי לא תמיד הבקשה לקבלת טיפול רפואי במרכז רפואי מסוים מוצדקת, וכי יש להתחשב גם במגמה של קופות-החולים בשנים האחרונות להרחיב ולחזק את השירותים בקהילה כדי להקטין את הצורך ברכישת שירותי אשפוז מבתי-החולים.

במענה על שאלותינו אם הסדרי הבחירה כיום מספקים מענה הולם למבוטחים ועומדים בעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואם משרד הבריאות מפקח על הסדרים אלה, השיב המשרד כי "הסדרי הבחירה הקיימים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי מספקים מענה הולם ברוב המקרים. ישנם הסדרים שאינם

³⁵ פרוטוקול מספר 55 של הוועדה המיוחדת לפניית הציבור בנושא פניות הציבור לגבי התנהלות קופות החולים כלפי המבוטחים במתן טופסי התחייבות (טופסי 17), 10 ביולי

³⁶ פרוטוקול ועדת הכספים של הכנסת בנושא הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), פרק ד': בריאות, 17 בדצמבר 2007.

³⁷ הגב' רות רלב"ג, סמנכ"לית תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, מכתב, 22 באוקטובר 2007.

³⁸ פרוטוקול מס' 55 של הוועדה המיוחדת לפניית הציבור בנושא פניות הציבור לגבי התנהלות קופות החולים כלפי המבוטחים במתן טופסי התחייבות (טופסי 17), 10 ביולי.

עולים בקנה אחד עם רוח החוק. ישנם גם מקרים שבהם מבוטחים אינם מרוצים מאפשרויות הבחירה שמעניקות קופות-החולים...".³⁹

7. המחלוקת בין "שירותי בריאות כללית" למרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר

בחודשים האחרונים התגלעה מחלוקת בין "שירותי בריאות כללית" ובין המרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר ברמת-גן, הנוגעת לחידוש ההסכם הגלובלי ביניהם לשנים 2008–2010. מחלוקת זו אינה ייחודית, ובעבר היו מחלוקות דומות, לדוגמה בין "שירותי בריאות כללית" למרכז הרפואי ע"ש רמב"ם בחיפה. כאמור, המסמך מתמקד רובו ככולו בסוגיית הסדרי התשלום והשפעתם על הסדרי הבחירה של קופות-החולים ולא במחלוקת בין "שירותי בריאות כללית" ובין בית-החולים שיבא. אולם, כיוון שמדובר במחלוקת שהובילה לדיון הנוכחי, נציג להלן בקצרה את הרקע למחלוקת וכן את טענותיהם המרכזיות של הצדדים. **נדגיש כי אין בכוונת המסמך להכריע במחלוקת בין שני הצדדים.**

7.1 רקע

"שירותי בריאות כללית" היא קופת-החולים הגדולה בישראל, ומבוטחים בה כ-54% מהמבוטחים, שהם יותר מ-3.5 מיליוני מבוטחים.⁴⁰

בבעלות "שירותי בריאות כללית" 14 בתי-חולים, ומהם 8 בתי-חולים כלליים, כדלקמן: בית-החולים המרכזי בעמק בעפולה; בית-החולים ע"ש ליידי דיוויס, בכרמל בחיפה; המרכז הרפואי ע"ש רבין, קמפוס בילינסון בפתח-תקווה; מרכז רפואי ע"ש רבין, קמפוס גולדה בפתח-תקווה; מרכז רפואי "ספיר" – בית-החולים "מאיר" בכפר-סבא; מרכז רפואי "קפלן" ברחובות; המרכז הרפואי "סורוקה" בבאר-שבע; בית-החולים "יוספטל" באילת.

45.6% מהכנסות בתי-החולים הממשלתיים ממתן שירותים רפואיים מקורן ב"שירותי בריאות כללית", ובשנת 2006 הן הסתכמו ביותר מ-3 מיליארדי ש"ח.

להלן סך ההכנסות של כל אחד מבתי-החולים הממשלתיים מ"שירותי בריאות כללית" בגין מתן שירותים רפואיים וכן שיעורן של הכנסות אלה מכלל הכנסות בית-החולים ממתן שירותים רפואיים, נכון לשנת 2006:⁴¹

³⁹ גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שרותי הצלה ועזרה ראשונה במשרד הבריאות, מכתב, 16 ביוני 2008.

⁴⁰ המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, **חברות בקופת-חולים, 2005–2006**, כתב ז'ק בנדלק, יוני 2007.

⁴¹ משרד הבריאות, **ניתוח פיננסי 2000–2006: בתי-החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, נובמבר 2007.

בית-החולים	שיעור הכנסות בית-החולים מ"שירותי בריאות כללית", מכלל הכנסות בית-החולים ממתן שירותים	סך הכול הכנסות בית-החולים מ"שירותי בריאות כללית" ממתן שירותים רפואיים (בשקלים)
מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל-השומר	34.7%	500,700,000
מרכז רפואי ע"ש רמב"ם בחיפה	51.3%	457,400,000
מרכז רפואי עירוני-ממשלתי ע"ש סוראסקי בתל-אביב-יפו	38.9%	511,900,000
מרכז רפואי ע"ש וולפסון	54.4%	279,600,000
מרכז רפואי "אסף הרופא" בצריפין	53.3%	333,900,000
בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה	54.8%	252,000,000
מרכז רפואי "בני-ציון" בחיפה	38.1%	126,000,000
מרכז רפואי ע"ש הלל יפה בחדרה	58.1%	211,000,000
מרכז רפואי ע"ש ברזילי באשקלון	46.3%	172,700,000
בית-החולים "פורייה" בטבריה	60.1%	113,200,000
בית-החולים ע"ש רבקה זיו בצפת	50.5%	109,000,000
סך הכנסות בתי-החולים הממשלתיים מ"שירותי בריאות כללית" בגין מתן שירותים רפואיים ושיעורן	45.6%	3,067,500,000

בכל אחד מבתי-החולים רוב ההכנסות בגין מתן שירותי בריאות הוא מ"שירותי בריאות כללית". ב-7 בתי-חולים מתוך 11 בתי-חולים שיעור ההכנסות בגין מתן שירותים רפואיים ל"שירותי בריאות כללית" הוא יותר מ-50% מסך ההכנסות. ב-4 בתי-החולים האחרים השיעורים נעים מ-34.7% – בבית-חולים שיבא, ל-46.3% – במרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון.

סך ההנחה שניתנה ל"שירותי בריאות כללית" בבתי-החולים הממשלתיים בשנת 2006 היה 159 מיליון ש"ח. בשנה זו סך ההנחה הגבוה ביותר שניתן בבתי-החולים הממשלתיים במצטבר היה ל"מכבי שירותי בריאות" (203 מיליון ש"ח) ואילו סך ההנחה הקטן ביותר היה לקופת-חולים לאומית (73 מיליון ש"ח). אולם בבחינת שיעור ההנחה הניתן לקופת-החולים ביחס להכנסות המתקבלות ממנה עולה כי לקופת-חולים מאוחדת שיעור ההנחות הגבוה ביותר (22.5%) ואילו ל"שירותי בריאות כללית" שיעור ההנחות הנמוך ביותר (5.2%).⁴²

בדיון שנערך בוועדת הכספים של הכנסת בדצמבר 2007 הביעה "שירותי בריאות כללית" ביקורת על הסדר הקפינג, שלטענתה פוגע בה משום שהוא מקנה לקופת-חולים קטנות ממנה, שהיקף רכישתן בבתי-החולים הממשלתיים נמוך משלה, הנחות גדולות יותר. מנגד טענו הקופות האחרות ונציגי משרד הבריאות כי "שירותי בריאות כללית" מעדיפה להפנות מבוטחים לבתי-החולים שלה ולא לבתי-החולים

⁴² ש.ס.

הממשלתיים ועל כן ההנחות הניתנות לה קטנות יותר מההנחות הניתנות לקופות אחרות. עוד הוסיפו כי "שירותי בריאות כללית" אינה מביאה בחשבון את ההנחות שהיא נותנת לעצמה בבתי-החולים שבבעלותה – הנחות שאינן ניתנות לקופות-החולים האחרות בבתי-חולים אלה.⁴³ נציין כי כ-29% מהאשפוזים בבתי-החולים הכלליים בישראל בשנת 2006 היו בבתי-החולים שבעלות "שירותי בריאות כללית"; מדובר בספק שירותי האשפוז השני בגודלו בישראל, לאחר בתי-החולים הממשלתיים.⁴⁴

מפרסום של משרד הבריאות בנושא מצבם הפיננסי של בתי-החולים הממשלתיים עולה כי בשנים 2000–2006 קטן הנתח של "שירותי בריאות כללית" בהכנסות בתי-החולים הממשלתיים במרכז הארץ, מ-61% בשנת 2000 ל-52% בשנת 2006. בשנה זו נרשמה ירידה ברכש השירותים של הקופה במרכז הרפואי ע"ש וולפסון בחולון, במרכז הרפואי "אסף הרופא" בבאר-יעקב ובמרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון, ואילו בבית-החולים שיבא ובבית-החולים "איכילוב" בתל-אביב נרשמה יציבות יחסית. שלוש קופות-החולים האחרות הגדילו את היקף פעילותן בבתי-החולים הממשלתיים במרכז הארץ בתקופה זו.⁴⁵ נציין כי גם בבתי-החולים הממשלתיים בצפון הארץ יש ירידה בהיקף הפעילות של "שירותי בריאות כללית" לעומת עלייה בהיקף הפעילות של שלוש הקופות האחרות.

המרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר ברמת-גן הוא בית-החולים הממשלתי הגדול בישראל. בסוף שנת 2006 היו בבית-חולים זה 1,430 מיטות אשפוז בתקן, ומהן 1,014 מיטות אשפוז כללי בתקן.⁴⁶

הכנסות בית-החולים ממתן שירותים רפואיים הן הגבוהות ביותר בין כל בתי-החולים הממשלתיים, ובשנת 2006 הן הסתכמו ב-1,444,700,000 ש"ח. כ-34.7% מהכנסות בית-החולים ממתן שירותים רפואיים – 500,700,000 ש"ח – הן מ"שירותי בריאות כללית". שיעור ההכנסות של בית-החולים מ"שירותי בריאות כללית" ביחס לכלל הכנסותיו, בגין מתן שירותים רפואיים, הוא הנמוך ביותר בין כל בתי-החולים הממשלתיים, אם כי עדיין מדובר בשליש מהכנסות בית-החולים בגין מתן שירותים רפואיים.⁴⁷

7.2 טענות הצדדים

במשך 12 שנים, עד סוף חודש דצמבר 2007, התקשרה "שירותי בריאות כללית" עם בית-החולים שיבא בהסכמים גלובליים תלת-שנתיים. ההסכם לשנים 2005–2007 היה הסכם ארצי, ובמסגרתו, בתמורה להנחות ברכישת שירותים, התחייבה "שירותי בריאות כללית" לרכוש מבית-החולים שיבא שירותים בהיקף של כ-485 מיליון ש"ח לשנה. הסכם זה לא חודש בתחילת שנת 2008, ולפיכך זה כחמישה חודשים

⁴³ פרוטוקול ועדת הכספים של הכנסת בנושא הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2007, פרק ד': בריאות, 17 בדצמבר 2007.

⁴⁴ מדובר ב-1,485,173 ימי אשפוז בבתי-החולים הכלליים של "שירותי בריאות כללית" מתוך 5,054,569 ימי אשפוז בכלל בתי-החולים הכלליים בישראל, לא כולל העברות בין מחלקות. משרד הבריאות, **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל**, חלק ב', 2007.

⁴⁵ "מכבי שירותי בריאות" הגדילה את פעילותה בתקופה זו מ-24% בשנת 2000 ל-28% בשנת 2006; קופת-חולים לאומית הגדילה את פעילותה מ-8.6% בשנת 2000 ל-9.8% בשנת 2006; קופת-חולים מאוחדת הגדילה את פעילותה בתקופה זו מ-6.5% בשנת 2000 ל-10.1% בשנת 2006. משרד הבריאות, **ניתוח פיננסי 2000-2006: בתי-החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, נובמבר 2007.

⁴⁶ משרד הבריאות, **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל**, חלק ב', 2007.

⁴⁷ משרד הבריאות, **ניתוח פיננסי 2000-2006: בתי-החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, נובמבר 2007.

וחצי אין בין הצדדים הסכם. לטענת מבוטחים של "שירותי בריאות כללית" חרף בקשותיהם החוזרות ונשנות בחודשים האחרונים הם אינם מופנים בידי הקופה לקבל שירות רפואי בבית-החולים שיבא.

להלן טענותיהם העיקריות של הצדדים:

פרופ' זאב רוטשטיין, מנהל המרכז הרפואי ע"ש שיבא, טוען כי במשא-ומתן בין הצדדים לחידוש ההסכם הגלובלי ביניהם הוא דרש מ"שירותי בריאות כללית" כי כל מבוטח של הקופה מכל רחבי הארץ הזקוק לטיפול במחלות קשות יוכל, אם ירצה בכך, לקבל טיפול בבית-החולים שיבא. לטענתו, מדובר בבית-חולים ציבורי, שראוי שיהיה נגיש לכל מבוטח הרוצה ליהנות משירותיו וממומחיותו בטיפול במחלות קשות. פרופ' רוטשטיין מונה בהגדרה מחלות קשות ניתוחי מוח, טיפול במחלת הסרטן וכן טיפול במחלות לב.⁴⁸

לטענת פרופ' רוטשטיין, סירובה של "שירותי בריאות כללית" לחדש את ההסכם עם בית-החולים הוא חלק ממאמציה לחזק את בתי-החולים שבבעלותה. לדבריו, "שירותי בריאות כללית" מעוניינת לחזק את המרכז הרפואי ע"ש רבין בפתח-תקווה שבבעלותה על-ידי הפניית מבוטחים מאזור המרכז לבית-חולים זה, ולכן אינה מעוניינת לחתום עם בית-החולים שיבא על הסכם. לטענתו מדובר במגמה הנמשכת זה זמן רב ומתבטאת בהסטת חולים, תקציבים וכוח-אדם מבתי-החולים הציבוריים באזור המרכז לבתי-החולים שבבעלות הקופה. פרופ' רוטשטיין מוסיף כי בשנת 2007 שילמה "שירותי בריאות כללית" לבית-החולים שיבא קנס של עשרות מיליוני שקלים בשל אי-עמידתה בהיקף הרכישה שהתחייבה לו בהסכם, כיוון שהעדיפה להפנות חולים למרכז הרפואי ע"ש רבין, על מנת לחזקו.⁴⁹

פרופ' רוטשטיין מוסיף כי מתחילת 2008 "שירותי בריאות כללית" אינה כוללת את בית-החולים שיבא בהסדר הבחירה שלה באזור המרכז ומונעת ממבוטחיה באזור המעוניינים לקבל שירות רפואי בבית-החולים להגיע אליו. לדבריו, מבוטחים רבים פונים לבית-החולים ומבקשים לקבל טיפול רפואי, ואילו הקופה מסרבת לתת להם טופס 17 ומפנה אותם לבתי-חולים המרוחקים יותר ממקום מגוריהם. אם מבוטחי "שירותי בריאות כללית" מגיעים למחלקה לרפואה דחופה של בית-החולים שיבא ויש לאשפזם, בית-החולים דורש מ"שירותי בריאות כללית" לשלם את התעריף המלא שנקבע לשירות זה, שכן אין בין הצדדים הסכם המקנה לקופה את הזכות לרכוש שירותים בתעריף מופחת. לטענתו, בשל אי-חידוש ההסכם הפסידה "שירותי בריאות כללית" עד כה כ-30 מיליון ש"ח. נוסף על כך, היא גוזרת פגיעה קשה על מבוטחי הקופה בכלל ועל המתגוררים באזור בית-החולים בפרט.⁵⁰

במסגרת מחלוקת זו, שזכתה לסיקור תקשורתי נרחב ולשרשרת תגובות ותגובות-נגד, פנה פרופ' רוטשטיין לממונה על ההגבלים העסקיים בבקשה שיכריז על "שירותי בריאות כללית" מונופול במרכז הארץ. לטענתו, קופת-החולים מנצלת את כוחה כקופה הגדולה ביותר, מונעת תחרות חופשית במשק

⁴⁸ פרופ' זאב רוטשטיין, מנהל המרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר, שיחת טלפון, 12 ביוני 2008.

⁴⁹ ש.ם.

⁵⁰ ש.ם.

וכופה את תנאיה על נותני השירותים. פניית פרופ' רוטשטיין למונה על ההגבלים העסקיים טרם נענתה.

51

אורית יעקובסון, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה ב"שירותי בריאות כללית", דוחה את טענותיו של פרופ' רוטשטיין. לדבריה, לאחר חתימת ההסכם לשנים 2005–2007 התברר לקופה, בדיעבד, כי היא זקוקה להיקף רכש קטן מזה שהתחייבה לו. על מנת לעמוד בהסכם עם בית-החולים שיבא ולא לשלם לבית-החולים קנס נאלצה "שירותי בריאות כללית" לשלוח מבוטחים מהפריפריה לבית-החולים שיבא, בעלות של 85–100 מיליון ש"ח. נוסף על כך, בשנת 2007 שילמה הקופה לבית-החולים קנס של 30 מיליון ש"ח, בשל אי-עמידתה בהתחייבויות ההסכם.⁵²

ד"ר יעקובסון טוענת כי הקופה מעוניינת לחדש את ההסכם התלת-שנתי עם בית-החולים, אולם היא מעוניינת בהסכם שישקף את היקף הרכש שהיא זקוקה לו ולא יאלץ אותה לשלוח מבוטחים מהפריפריה אל בית-החולים שיבא. לפיה, בית-החולים שיבא דורש את ביטול הסדרי הבחירה, כדי שכל מבוטח מכל רחבי הארץ יוכל להגיע לתל-השומר, ואילו "שירותי בריאות כללית" מבקשת לשמור על הסדרי הבחירה, שקיומם נקבע בחוק.⁵³

ד"ר יעקובסון מוסרת עוד כי בית-החולים שיבא מנהל מאבק נגד הקופה, ובמסגרת זו מאריך את משך האשפוז של מבוטחיה בבית-החולים: הוא מקבל חולים לאשפוז דרך המחלקה לרפואה דחופה, פונה לציבור בהצעה לצרוך שירותים בבית-החולים שיבא וכן נוקט צעדים תקשורתיים. לטענתה היענות לדרישות בית-החולים משמעותה פגיעה במרכזים הרפואיים בפריפריה.⁵⁴

אשר לטענה ש"שירותי בריאות כללית" הפסידה כסף רב במהלך 2008 בשל אי-חידוש ההסכם, מסרה ד"ר יעקובסון כי אם משווים את החודשים ינואר–אפריל 2007, שבהם היה הסכם עם בית-החולים שיבא, לחודשים ינואר–אפריל 2008, שבהם לא היה הסכם עם בית-החולים, עולה כי תשלומי "שירותי בריאות כללית" לבית-החולים שיבא גדלו ב-5.4 מיליוני ש"ח בלבד.⁵⁵

7.3 עמדת משרד הבריאות

במענה על שאלתנו מהי עמדת משרד הבריאות במחלוקת בין בית-החולים שיבא ל"שירותי בריאות כללית" השיבה נציגת המשרד כי הוא פועל בשנים האחרונות לקידום יחסי עבודה ורכש יציבים וענייניים בין בתי-החולים וקופות-החולים. עוד נכתב: "יציבות המערכת היא תנאי להפעלה נכונה ורציונליזציה של הקצאת משאבים, לעמידה בתקציב, להתמודדות עם משברים בלתי צפויים ולקידום חדשנות ומצוינות". נטען שהמשרד "תומך בגיבוש הסכם בין המרכז הרפואי שיבא ל"שירותי בריאות כללית" כל

⁵¹ שם. וגם: רוני לינדר-גנץ, "ביה"ח שיבא למונה על ההגבלים: הכריזי על הכללית כמונופול", **TheMarker**, 14 באפריל 2008.

⁵² ד"ר אורית יעקובסון, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה ב"שירותי בריאות כללית", שיחת טלפון, 12 ביוני 2008; וגם מכתב, 15 ביוני 2008.

⁵³ שם.

⁵⁴ שם.

⁵⁵ שם.

עוד הוא אינו מפר את מסגרת העקרונות. תמיכה זו נובעת מקשר ארוך טווח שבין שני הגופים וחשש לפגיעה במבוטחים בהעדר הסכם.⁵⁶

דין

להלן כמה סוגיות שיש לתת עליהן את הדעת:

- מתשובות משרד הבריאות על שאלותינו לא ברור כלל מהו מערך הפיקוח והבקרה שהוא מפעיל על הסדרי הבחירה של קופות-החולים, מהם תיקוני החקיקה שהוא בוחן בימים אלה בנושא זה ומה עלה בגורלה של טיוטת הצעת החוק לתיקון הסדרי הבחירה שעליה הצהיר נציג משרד הבריאות בוועדה לפניית הציבור של הכנסת לפני כשנה. כיום סמכות קופות-החולים לקבוע הסדרי הבחירה רחבה מאוד; הן נדרשות רק ליידע את שר הבריאות בנוגע להסדרי הבחירה, ואינן זקוקות לאישורו.
- אין ספק שהעדר אמות מידה ברורות להגדרות שבסעיף 3ד לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כגון "זמן סביר", "איכות סבירה" ו"מרחק סביר ממקום מגורי המבוטח", מקשים מאוד את הערכת הסדרי הבחירה שקופות-החולים מציעות למבוטחיהן.
- ההוראות בדבר הסדרי הבחירה הכלולות בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדר בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005, נכללו כבר בשנת 1998 במכתב שכתב שר הבריאות דאז לקופות-החולים. אולם מהתקנות נעדרה הוראה ברורה וחשובה אחת, שנכללה במכתבו של שר הבריאות לקופות. הוראה זו קובעת כי **"בהסדרי הבחירה שקובעת הקופה, יש להבטיח כי לא תיפגע איכות השירות במטופל, וכי לשיקול הרפואי של טיפול נאות במבוטח יינתן מעמד בכורה"**. כדי להבטיח כי הסדרי הבחירה שמציעות קופות-החולים למבוטחיהן לא יפגעו באיכות ובזמינות של השירות הרפואי הניתן למבוטחים, על משרד הבריאות לבחון הסדרים אלה ולפקח על יישומם.
- הסוגיות שעלו במסמך ראוי שיעמדו לנגד עיני מקבלי ההחלטות בעת ההחלטה על תיאגוד בתי-החולים הממשלתיים. השאלה לידי מי ראוי להעביר את ניהולם של בתי-החולים הממשלתיים – לחברות מנהלות או לידי קופות-החולים – היא שאלה חשובה ומרכזית, ויש לה השלכות רציניות. נציין כי בשנת 2003 הקים שר הבריאות דאז דני נוה את ועדת ליאון, **הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי-החולים הממשלתיים**, וזו הגישה את המלצותיה בשנת 2004.⁵⁷ **מדוח הוועדה עולה שהמלצתה העיקרית, על דעת רוב חבריה, היתה להפוך את בתי-החולים הממשלתיים לחברות ממשלתיות, כך שיישארו בבעלות הממשלה וינהלו בידי חברות אלה, ובמקרים ששר הבריאות ושר האוצר ימצאו זאת לנכון, יתואגדו בתי-חולים**

⁵⁶ גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שרותי הצלה ועזרה ראשונה במשרד הבריאות, מכתב, 16 ביוני 2008.

⁵⁷ משרד הבריאות, דוח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי-החולים הממשלתיים, מאי 2004, באתר האינטרנט, http://www.health.gov.il/download/forms/a2497_lion.pdf, כניסה: 16 באוקטובר 2006.



ספציפיים באופן אחר, למשל כחברה-בת של קופות-החולים.⁵⁸ משרד הבריאות השיב לנו בעבר כי הוא תומך בהעברת בתי-החולים לידי חברות מנהלות ולא לידי חברות-בנות של קופות-החולים.⁵⁹

יש הסבורים כי בהעדר אפשרות לבטל את הסדרי הבחירה משיקולים תקציביים, הדרך היחידה לגרום לקופות-החולים לגלות גמישות רבה יותר בנושא זה היא באמצעות הגברת התחרות ביניהן. דהיינו, הסדרי הבחירה יכולים להיות כלי בידי הציבור להערכת קופות-החולים ולפיכך יהיה להם משקל במהלך הבחירה ביניהן. באותה מידה, קופה שהסדרי הבחירה שלה נרחבים יותר או מתאימים יותר להעדפות המבוטחים תוכל להשתמש בכך למשיכת מבוטחים לשורותיה. יכול מאוד להיות שאם הציבור יראה בהסדרי הבחירה רכיב בתחרות בין קופות-החולים, תפעלנה הקופות להרחבת הסדרי הבחירה או להגמשת הליך הפניית המבוטחים לנותני שירותים.

מקורות

ספרים ופרסומים

בן-נון גבי, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005.

המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, **חברות בקופת-חולים, 2005–2006**, כתב ז'ק בנדלק, יוני 2007.

מכון "מאירס-ג'וינט-ברוקדייל", **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאות עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**, כתבו רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצליח, מרס 2007.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **מדיניות קופות-החולים בהפניית מבוטחים לטיפולים מחוץ למסגרת הקופה באמצעות טופס התחייבות כספית**, כתב יניב רוני, 9 ביולי 2007.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **הפרטת המרכז הרפואי על שם וולפסון בחולון**, כתבה שלי לוי, 22 באוקטובר 2007.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **ניתוח פרק הבריאות בהצעת חוק ההסדרים לשנת 2008**, כתבה שלי לוי, 2 בדצמבר 2007.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל**, כתבה שלי לוי, 18 במרס 2008.

משרד הבריאות, **דוח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי-החולים הממשלתיים**, מאי 2004.

⁵⁸ שם.

⁵⁹ הגבי' רות רלב"ג, סמנכ"לית תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, מכתב, 22 באוקטובר 2007.

משרד הבריאות, האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, **דוח ריכוז מוסדות אשפוז כללי**, 18 במרס 2008.

משרד הבריאות, **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל**, חלק ב', 2007.

משרד הבריאות, **ניתוח פיננסי 2000–2006: בתי-החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**, נובמבר 2007.

משרד מבקר המדינה, **דוח שנתי 52ב**, לשנת 2001 ולחשבונות הכספים 2000, אפריל 2002.

נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, **דוח נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לשנים 2002–2003**, מאי 2004.

חקיקה והצעות חוק

הוראת שעה בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002.

האגודה לזכויות החולה ובית הספר למשפטים של המכללה למינהל, טיוטת הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 36), התשס"ז-2007.

הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – בחירה מבין נותני השירותים), התשס"ז-2007.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2007.

פרוטוקולים

פרוטוקול ועדת הכספים של הכנסת בנושא הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), פרק ד': בריאות, 17 בדצמבר 2007.

פרוטוקול מס' 55 של הוועדה המיוחדת לפנייות הציבור בנושא פניות הציבור לגבי התנהלות קופות-החולים כלפי המבוטחים במתן טופסי התחייבות (טופסי 17), 10 ביולי 2007.

מכתבים, שיחות טלפון וידיעות בעיתונות

יעקובסון אורית, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה ב"שירותי בריאות כללית", שיחת טלפון, 12 ביוני 2008 וגם מכתב, 15 ביוני 2008.

כהן מירי, מנהלת תחום בכיר שרותי הצלה ועזרה ראשונה, במשרד הבריאות מכתב, 16 ביוני 2008.

מרקס עדינה, יו"ר האגודה לזכויות החולה, שיחת טלפון, 11 ביוני 2008.

רלב"ג רות, סמנכ"לית תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, מכתב, 22 באוקטובר 2007.

רוטשטיין זאב, מנהל המרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר, שיחת טלפון, 12 ביוני 2008.

לינדר-גנץ רוני, "ביה"ח שיבא לממונה על ההגבלים: הכריזי על הכללית כמונופול", **TheMarker**, 14 באפריל 2008.

