

תוכן

0	מבוא
2	קיצור תורים במערכת הציבורית
2	תשלום עבור ניתוח והתייעצות במסגרת ביטוחי הבריאות
4	הסדרת מתן טיפול רפואי פרטי על-ידי רופא
4	תשלום לרופא עבור טיפול רפואי
5	צמצום סמכויות משרד הבריאות ביחס לביה"ח
6	פוליסות ביטוח בריאות
8	תיירות מרפא
9	סיכום
11	מקורות

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקף ב-1.1.95¹ (להלן: **החוק**) היה מהלך מהפכני, שהציע מערכת רווחה מפותחת ושוויונית בתחום הרפואה. החוק השתלב עם מערכת רפואית הנחשבת על פי ממדים בינלאומיים כטובה, ואשר למרות שתפקדה על הוצאה נמוכה יחסית, הצליחה באופן מתמיד לשפר את בריאות האוכלוסייה.²

על פי החוק, האחריות למתן שירותי הבריאות הציבורית מוטלת על קופות החולים. לסל הניתן במסגרת קופות החולים, זכאים כל תושבי המדינה. תוכניות השב"ן מהוות שדרוג של סל הבריאות הממלכתי, ומאפשרות למטופל לקבל תרופות ושירותים נוספים, שאינם כלולים בסל הבריאות. מקורות המימון של תוכניות השב"ן הם דמי החבר המשולמים על ידי מבוטחי הקופה המצטרפים לתוכנית, ודמי ההשתתפות הנגבים בעת מימוש הזכאות. בנוסף קיימות פוליסות ביטוח בריאות מסחריות, המאפשרות מתן שירותים רפואיים מעבר לאלו הניתנים בסל הבריאות הממלכתי ובתוכניות השב"ן. נדבך זה של ביטוחים מסחריים השלים לעיתים את שני הנדבכים האחרים, ולעיתים חפף להם.³

אחד הכשלים העיקריים של מערכת הבריאות התבטא בכך, שלמרות שחוק ביטוח בריאות ממלכתי הבטיח טיפול בריאותי לכל אזרח, ההוצאה הפרטית על שירותי הבריאות גדלה במהירות רבה יותר מאשר ההוצאה הציבורית.⁴ שיעור ההוצאה הפרטית בישראל על בריאות היה גבוה בהשוואה לשיעור זה במדינות החברות בארגון ה-OECD.⁵ מצב זה של עלייה בהיקף התשלומים המשולמים לרפואה הפרטית משפיעה על אי-השוויון, על הנגישות לשירותי בריאות, מגדילה את התלות בין היכולת הכלכלית לבין קבלת שירותי בריאות, ופוגעת ביוקר המחייה.⁶

מערכות הבריאות הציבורית והפרטית שלובות זו בזו. המערכת הציבורית אחראית על הכשרת כל כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות. לכן, לפעילות המערכת הפרטית יש השלכה חיצונית שלילית על פעילות המערכת הציבורית. גידול בספקי הבריאות הפרטיים, גורם להסטה של עובדים לעבודה במערכת הפרטית, שם התגמול גבוה יותר. הסטה זו של עובדים (בעיקר של הרופאים) מהמערכת הציבורית, פוגעת ביכולתה של המערכת הציבורית לספק את השירותים הרפואיים אותם היא אמורה לספק לכלל הציבור. כתוצאה מכך התורים במערכת הציבורית גדלים, ואיכות השירות שהציבור מקבל פוחתת. הגידול במערכת הבריאות הפרטית הוא תוצאה של הגידול המשמעותי של ביטוחי הבריאות הפרטיים, שהם הממנים העיקריים של מערכת הבריאות הפרטית. הצמיחה הרבה ברכישת ביטוחים פרטיים השפיעה על הוצאות משק הבית, וגרמה לגידול ביוקר המחייה. הדבר הצריך להסדיר את שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים, באופן אשר יוריד את יוקר המחייה מחד, ויבטיחו את חוסנה של מערכת הבריאות הציבורי מאידך.⁷

¹ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 פורסם ס"ח תשנ"ד מס' 1469 מיום 26.6.1994 עמ' 156

² דו"ח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית 7 (2014) **להלן: דו"ח גרמן**

³ בג"ץ 1393/16 **ההסתדרות הרפואית בישראל נ' כנסת ישראל** פ"ס 4 לפסה"ד (פורסם בנבו, 06.05.2019)

⁴ פרק הבריאות בהצעת חוק התכנית הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום המדיניות הכלכלית לשנות התקציב 2015

ו-2016) (התשע"ה-2015 מסמך עדכון, הכנסת מרכז המחקר והמידע עמ' 2 (16.11.2015)

⁵ סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות, הכנסת מרכז המחקר והמידע עמ' 12 (21.5.2015)

⁶ פרק הבריאות בהצעת חוק התכנית הכלכלית ה"ש 4 לעיל עמ' 2

⁷ הצעת תקציב המדינה לשנים 2015/2016

קיצור תורים במערכת הציבורית

על מנת לקצר את התורים במערכת הציבורית, כהמלצת ועדת גרמ, נערכה ב- 2016 ע"י שר האוצר כחלון ושר הבריאות ליצמן תוכנית, לפיה יוקצו לקופות החולים ולבתי החולים הציבוריים 280 מיליון ש"ח שמטרתם להגדיל את היקף הניתוחים ולפתח תשתיות ומשאבים. ב- 2017 יוקצו כ- 780 מיליון ש"ח במטרה להסיט חלק מהפעילות במערכת הפרטית לציבורית ובמטרה לקצר את התורים לפרוצדורות ניתוחיות במערכת הבריאות הציבורית.⁸ לפי נתוני משרד הבריאות, תקציב התוכנית לקיצור התורים עמד על 650 מיליון שקל ב- 2017 ועל כ- 800 מיליון שקל ב- 2018.⁹

התוכנית הצליחה אמנם לצמצם את ההוצאה הפרטית לבריאות ולהקטין את כספי משקי הבית שזורמים לשב"ן, אך נכשלה בהגשמת היעד של חיזוק הרפואה הציבורית. עפ"י נתוני משרד הבריאות שפורסמו באוקטובר 2017 מתוך התקציב שניתן לקופות החולים כדי להסיט ניתוחים מהמערכת הפרטית לציבורית, הגיע לגופים פרטיים 53%, ואלו מנתוני המחצית הראשונה של 2018, הגיע 63% מהתקציב לביה"ח הפרטיים.

מנכ"ל משרד הבריאות הסביר כי כשל זה נובע מכך שבתכנון התוכנית התעלמו מרצון הציבור. מצב המטופלים אומנם השתפר דרמטית, שרותי הרפואה היו זמינים יותר, ניתנה לציבור אפשרות לבחור בחינם את הרופא, אך הציבור העדיף לבצע את הניתוחים בביה"ח הפרטיים ולא הציבוריים. על מנת לשפר את הנתונים הנ"ל התכוון משרד הבריאות, כי במסגרת תקציב קיצור תורים ל-2019 יותנה מתן הכספים בהגדלת השימוש בבתי חולים ציבוריים, או לחילופין יוקצה חלק גדול יותר של תקציב קיצור תורים ישירות אל בתי חולים הציבוריים.¹⁰

יישום המדיניות בעניין קיצור התורים נעשה כפי המתוכנן, אך נכשל בחלקו בשל אי מתן משקל ראוי לכל השיקולים.

תשלום עבור ניתוח והתייעצות במסגרת ביטוחי הבריאות

עפ"י המצב שהיה קיים, יכלו המבוטחים במסגרת ביטוח הבריאות הפרטי (הן של קופות החולים במסגרת השב"ן והן של חברות הביטוח המסחריות) לשלם עבור רכישת ניתוחים וייעוציים רפואיים בשני מסלולים: המסלול הראשון הוא מסלול הסדר, שבמסגרתו בחר המבוטח בשירות מתוך רשימה של נותני שירות הקשורים עם המבטח, כאשר המבטח נשא בעלות השירות, למעט השתתפות עצמית, אותה נדרש לשלם המבוטח.

⁸ אתר משרד האוצר (28.9.16) בכתובת <https://mof.gov.il/Releases/Pages/kitsurtorim.aspx> כניסה אחרונה לכל האתרים בעבודה זו 15.10.20

⁹ אתר הרוקחים (24.1.19) בכתובת <http://www.pharmaline.co.il/245372>

¹⁰ אדריאן פילוט 63% מכספי תוכנית קיצור התורים הגיעו לרפואה הפרטית (14.1.19) פורסם באתר האינטרנט של העתון "כלכליסט" בכתובת <https://www.calcalist.co.il/local/articles/0,7340,L-3754149,00.html>