

לחברי הוועדה שלום.  
מאחר שלא נכחתי בדיון על הסדרי הבחירה נתבקשתי להביע את עמדתי בעניין זה. (אני מצטער שהתייחסתי קצת ארוכה).  
אני סבור שהמודל המועדף בכל הקשור להסדרי הבחירה צריך להיות מבוסס על שני הרכיבים הבאים:

א. ככלל, לפרטים יהיה חופש בחירה מוחלט בין כל בתי החולים. במקרים חריגים (כלומר בפרוצדורות מסוימות או עבור קבוצת חולים מסוימת) ויכולים בהחלט להיות לא מעט מקרים (כאלה) בהן קופת חולים מסוימת תרצה להגיע להסדר מיוחד עם בית חולים מסוים (או קבוצת בתי חולים), ולהגביל את הבחירה בהתאם, היא תצטרך לנמק זאת בפני הרגולטור ולקבל את אישורו. הנימוקים בעד הסדר כזה צריכים להיות קודם כל רפואיים או שירותיים אך הם יכולים להיות גם כלכליים (ראה הסעיף הבא).

ב. ככלל, המחירים, אותן תשלמנה קופות החולים לבתי החולים, יהיו אחידים לכל המערכת ויקבעו על ידי גוף מקצועי. במקרים בהם קופת חולים מסוימת תרצה להגיע להסכם התקשרות שונה עם בית חולים מסוים או קבוצת בתי חולים, לגבי פרוצדורה מסוימת או קבוצת חולים מסוימת, היא תצטרך לנמק זאת בפני הרגולטור ולקבל את אישורו. בנוסף לכך, בתי החולים יוכלו לקבל סיבסוד או תיגמול נוסף ישירות ממשד הבריאות או מגופים אחרים (כמו האוניברסיטאות), לא דרך מנגנון המחירים, על פרויקטים, או על ביצועים, או לצורך שיפור ותיחזוק התשתיות וכו'. במסגרת תשלומים מיוחדים אלה ניתן לחשוב גם על סיבסוד לפריפריה או סבסוד אחר.

במילים אחרות, אני מציע להפוך את היוצרות: במקום הכלל הנהוג היום בו יש מיגבלה משמעותית מאד על חופש הבחירה והיוצא מן הכלל הוא בחירה רחבה, אני מציע שהכלל יהיה חופש בחירה מוחלט והיוצא מן הכלל יהיה הגבלת חופש הבחירה. ובאותה צורה, בניגוד למצב הנהוג היום בו המחירים נקבעים במשא ומתן בין הקופות לבתי החולים ורק במקרים חריגים המחירים נקבעים על ידי גוף חיצוני, אני מציע שהמחירים יקבעו על ידי גוף חיצוני ורק במקרים חריגים הם יקבעו בהסכם מיוחד בין בית חולים לקופה.

במהלך הדיונים בוועדה נימקתי גם בעל פה וגם בכתב מדוע זהו לדעתי המודל הנכון. מעבר לכך, המודל שהציע הצוות שלנו ממעלה החמישי ושאותו בכוונתנו לסיים להציג בשבועות הקרובים, תואם גם הוא את הרעיונות לעיל. בכל מקרה, בהמשך למייל זה ברצוני להתייחס למספר התנגדויות אפשריות למודל חופש הבחירה והמחירים הקבועים המוצע על ידנו ואני מניח שדרך התייחסות להתנגדויות אלה תוכלו לראות גם את היתרונות של המודל בו אני תומך.  
אני מניח שניתן להתנגד להצעה לעיל משני כיוונים עיקריים (יתכן שישנם עוד שאינני מודע להם כרגע):

1. אין זה נכון לתת למבוטחים חופש בחירה מוחלט. יש לאפשר לקופות החולים להגביל, לפחות במידה מסוימת, את חופש הבחירה של מבוטחיהן.

2. אין זה נכון לקבוע את המחירים בצורה אחידה ועל ידי גוף חיצוני, יש לאפשר למחירים להיקבע במשא ומתן בין הקופות לבתי החולים

אתייחס בקצרה לכל אחת משתי הנקודות לעיל.

#### חופש הבחירה

להבנתי ניתן להעלות שלושה נימוקים עקריים **בעד הגבלת** חופש הבחירה בידי המטופלים על ידי קופות החולים. אינני מקבל אף אחד מהם. להלן אתייחס לכל אחד מהם:

1. **הגבלת חופש הבחירה בידי המטופלים מעניקה כוח מיקוח בידי קופות החולים מול בתי החולים. כוח מיקוח כזה מאפשר לקופות לקבל הנחות משמעותיות מבתי החולים דבר שבסופו של דבר מטיב עם המבוטחים.** אינני מקבל טענה זו משתי סיבות עיקריות:

א. למיטב ידיעתי, אין שום תיאוריה כלכלית המראה שמיקוח מהסוג בו מדובר כאן, בין קופות חולים עם כוח שוק שונה ובין בתי חולים עם כוח שוק שונה, מביא לפתרון יעיל. בהחלט יכול להיות שמיקוח כזה יבא למחירים נמוכים אותם תשלמנה הקופות

לבתי החולים, אך מחירים נמוכים אין בהכרח משמעותם יעילות (הספרות על "selective contracting" מראה שמודל כזה אכן מביא להורדת מחירים אך הספרות לא טוענת דבר בדבר יעילות הפתרון המתקבל).

ב. המציאות של עשרים השנים האחרונות מראה שקופות החולים אכן ניצלו את כוח המיקוח שלהן להשגת הנחות מבתי החולים (מי יותר מי פחות), אך קשה מאד לומר שהתוצאה שהתקבלה הייתה טובה למבוטחים, בטח ובטח שהיא לא טובה לאותם מבוטחים שנזקקו לאישפוז. התוצאה העיקרית הייתה שהמאושפזים קיבלו טיפול ירוד בגלל שחיקת המשאבים בבתי החולים. מי שהרוויח מכך, אולי, היו המבוטחים הצעירים והבריאים של הקופות, המשתמשים בעיקר בשירותי הקהילה, ש"נהנו" מהעובדה שלקופות נשארו קצת יותר משאבים כדי לספק להם שירות טוב יותר על חשבון המאושפזים. ושהייה ברור, אינני אומר שהיה כאן עודף גדול של משאבים, אלא רק הקצאה לא נכונה, בעיני.

הנמוק השני שניתן לעלות בעד הגבלת חופש הבחירה הוא:

2. **קופות חולים כאחראית על הבריאות הכוללת של מבוטחיהן צריכות לקבל גם את הזכות להיות מעורבות בתהליך הטיפול האישפוזי שלהם. במסגרת זכות ואחריות זו של הקופות יש לאפשר להן גם לבחור את בתי החולים של מטופליהן. אינני מקבל נימוק זה משני טעמים:**

א. עד עכשיו לא נראה שקופות החולים אכן יישמו את הסדרי הבחירה, כדי ליצור התקשרות מיוחדת עם בתי החולים אתם היה להם הסדר, לצורך השקעות משותפות או לצורך יצירת רצף טיפולי ושיתוף פעולה רפואי ושירותי בין הקהילה ובית החולים (כמה רופאי משפחה אתם מכירים ש"מלווים" את המטופל שלהם גם כאשר הוא נמצא בבית החולים וכמה מקרים אתם מכירים בהם בית החולים נמצא בקשר עם רופאי הקופה במהלך הטיפול?). לפי מיטב ידיעתי קיים נתק מוחלט בין הקהילה ובית החולים אפילו כאשר בית החולים שייך לקופה. כפי שאמרתי מספר רב של פעמים במהלך הדיונים, לפי הבנתי לקופות החולים גם אין היום כמעט כל תמריץ להשקיע משאבים בשיפור השירות של מבוטחיהן כשהם נמצאים בבית חולים (ביחוד אם בית חולים זה משרת גם קופות אחרות). הדרך כמעט היחידה בה ניצלו הקופות את הכוח שהיה ברשותם היה לצורך קבלת הנחות מהקופות.

ב. אם, בכל זאת, מתוך דאגה למבוטחיה ומתוך כוונה ליצור רצף טיפולי, קופה מסויימת תרצה ליצור קשר מיוחד עם בית חולים מסויים או עם קבוצת בתי חולים, הרי המודל אותו הצעתי לעיל מאפשר לה לעשות זאת. הקופה תצטרך להראות לרגולטור שאכן זאת כוונתה וכיצד המודל אותו הציעה אכן משיג מטרה זו.

הנימוק השלישי בעד הגבלת חופש הבחירה הוא:

3. **מתן חופש בחירה למטופלים יחליש את בתי החולים בפריפריה מאחר שרוב המטופלים יבחרו את בתי החולים הגדולים הנחשבים לטובים יותר. אינני מקבל טענה זו משלושה טעמים:**

א. אם יהיה ביקוש רב להתאשפז ולקבל את הטיפול בבתי החולים הגדולים, הרי שיווצרו שם תורים ארוכים. אני מניח שכל עוד המוניטין של בתי החולים בפריפריה הוא טוב מספיק, מטופלים רבים יעדיפו לקבל את הטיפול אצלם ולא לחכות מספר חודשים לטיפול.

ב. אין זה פשוט כלל וכלל לתושבי הפריפריה להגיע למרכז לצורך קבלת הטיפול. ביחוד נכון הדבר לטיפולים מתמשכים שאינם חד פעמיים וקצרים.

ג. והחשוב מכל, אם המדינה רוצה לעודד ולחזק את בתי החולים בפריפריה הרי עליה לתת סובסידיות מיוחדות לבתי חולים אלה. אולם, סובסידיות אלה, אסור שתהיינה דרך המחירים שהקופות משלמות לבתי החולים. אני סבור שהמחירים שהקופות משלמות עבור כל פרוצדורה צריכים להיקבע על פי העלות של הטיפול לבית החולים והערך שלו. בשום אופן

אין זה נכון ל"ענות" את המחירים שהקופות משלמות רק לצורך סיבסוד בתי חולים מסויימים. הסיבסוד צריך להיות דרך מנגנון נפרד ולא דרך מנגנון המחירים שהקופות משלמות (אחזור לנקודה זו בהמשך).

#### קביעת המחירים

מעבר להנגדות לרעיון של פתיחת אזורי הבחירה, ניתן לחשוב גם על מספר סיבות נגד הרעיון שהמחירים יקבעו על ידי גוף חיצוני במקום במשא ומתן בין בתי החולים לקופות:

1. **כאשר המחירים נקבעים במשא ומתן לבתי החולים יש תמריץ חזק להתייעל שכן על ידי כך הם יוכלו לתת הנחות משמעותיות לקופות.** אני סבור שזו הנחה שגויה ואף מסוכנת. יש כאן בלבול (שחוזר על עצמו הרבה מאד פעמים גם בדיונים אחרים) בין שני מושגים שונים מאד: "התייעלות" ו"צמצום עלויות". חשוב מאד להבהיר: לא כל הורדת עלויות משמעותה התייעלות. בהרבה מקרים קל יחסית להוריד עלויות על ידי פגיעה באיכות המוצר או השירות, אך הורדת עלויות כזו היא בפרוש לא התייעלות. בניגוד למוצרים אחרים, בהם התמריץ להוריד מחירים מביא להתייעלות, הרי במקרה בו אנו עוסקים כאן, התמריץ של בתי החולים להוריד עלויות מביא לשחיקה באיכות השירות. תחרות המחירים שקיימת היום בין בתי החולים על הזכות להיכלל בהסדרי הבחירה של בתי החולים לא הביאה להתייעלות אלא לפגיעה באיכות השירות שהמבוטחים קיבלו. מה שהחמיר את המצב עוד יותר הייתה העובדה שלמבוטחים לא הייתה ברירה מאחר שאפשרות הבחירה שלהם הייתה מוגבלת. לעומת זאת, אם המחירים שיקבלו בתי החולים יהיו קבועים מראש, והמבוטחים, כפי מוצע כאן, יוכלו לבחור את בית החולים, אז באמת יהיה לבתי החולים תמריץ להתייעל אך לא מתוך כוונה לתת הנחות לקופות החולים, אלא מתוך כוונה לשפר את השירות שהם נותנים למטופלים, כדי שאלה יבחרו בהם.

2. **אם המחירים יהיו אחידים הרי בתי חולים חלשים יותר (לדוגמא בפרופריה) עלולים להיפגע.** אני בהחלט סבור שיש לעזור לבתי חולים חלשים (אם ה"חולשה" שלהם היא מסיבות מוצדקות) אך עזרה זו צריכה להיות דרך סובסידיות יעודיות (לדוגמא תשלום לרכישת ציוד או תוספת שכר) ולא דרך המחירים שקופות החולים משלמות. מנגנון הסובסידיות (או המיסים במקרים מסויימים) צריך להיות מנותק ממנגנון המחירים.

ברצוני להתייחס בשלב זה גם לרעיון ה"אשכולות". בניגוד למקרים רבים אחרים בהם אני סבור שפתרון "אמצע" (מה שבמתמטיקה מכנים "פתרון פנימי") הוא הפתרון האופטימלי, הרי שבמקרה הזה אני סבור שרעיון האשכולות (שהוא בעצם פתרון אמצע) הוא מסובך ולא נכון. שוב, יכול להיות שזהו פתרון טוב לקופות (או יותר נכון לפחות לחלק מהמבוטחים שלהן) ואולי אף לחלק מבתי החולים, אך בסופו של יום אני חושב שזהו פתרון רע למאושפזים. נניח לרגע שקופה רוצה ליצור התקשרות מיוחדת עם קבוצת בתי חולים (אשכול) לצורך מתן פרוצדורה מסויימת (אם זה בגלל שהקופה סבורה שבתי חולים אלה הם טובים יותר במתן אותה הפרוצדורה, או שהקופה רוצה להשקיע במשותף עם בתי החולים שבאשכול בטכנולוגיות הקשורות לפרוצדורה זו, או שפשטו בית החולים יעיל יותר במתן פרוצדורה זו ועל כן הוא יכול לספק אותה בזול יותר). הרי אין סיבה להניח שבפרוצדורה אחרת בדיוק אותה של קבוצת בתי חולים תהיה הכי מתאימה לאשכול. ברור שאף אחד לא מציע שיהיו אשכולות שונים לפרוצדורות שונות. מצד שני המודל שאני מציע כאן מאפשר כחריג לקופה ליצור אשכול כזה בפרוצדורה מסויימת (או במספר פרוצדורות) על ידי כך שהקופה תקבל אישור מהרגולטור להגביל את הבחירה של המבוטחים באותה הפרוצדורה אם יהיו לקופה סיבות טובות לכך. במילים אחרות, גם כאן אני סבור ש הכלל צריך להיות בחירה חופשית ובמקרים מיוחדים (אם זה קבוצת חולים ספציפית או פרוצדורה ספציפית) ניתן ליצור אשכול.

מעבר לכל זאת אני סבור שכל פתרון שאיננו בחירה חופשית, הוא מסובך ומבלבל בעיקר את המבוטחים. מה יותר פשוט מאשר להגיד להם שהם יכולים ללכת לכל בית חולים כרצונם, אך כמובן התורים יכולים להיות שונים?

כמובן שבכל הקשור לתהליך הישום של ההצעה לעיל, ניתן לחשוב על מספר שלבים (כזכור, במספר מדינות בהן החליטו לעבור למודל תיגמול על פי DRG, התהליך לקח מספר שנים ונעשה בזהירות רבה תוך תיכנון מדוייק מראש).

מאחר שלא נכחתי בדיון, אני מתנצל אם החמצתי חלק מהטיעונים שעשויים לעלות בעד ונגד המודלים השונים ועל כן אשמח לשמוע תגובות או התייחסות לנאמר לעיל.

**ומילה אחת לסיום. שום מודל לא יצליח, אם כמות המשאבים במערכת לא תהיה בהתאם לצרכים!**

## תודה ושבוע טוב לכולם קובי

קובי וכולם שלום

אכן הרחבת וכרגיל גם העמקת בנושא.

אני רוצה להשלים בכמה הערות קצרות

1. הסדרי הבחירה כיום מפורטים בתקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ("תקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי הסדרי בחירה בנותן שירותים 2005"), וקובעים שיש **ליידע** את השר, **לפרסם** את הסדרי הבחירה **ולעמוד במספר קווים מנחים** שכוללים זיקה למקום מגורים, אי פגיעה ברצף טיפולי, חופש בחירה מוחלט לחולים במחלות קשות, קבלת שירות רפואי מומחה, איסור אפליה כתוצאה מבעלות על ספק שירותים, עמידה ביעדים של איכות, מרחק וזמן סבירים (שכיום אינם מוגדרים) ועוד (אני מציע לבקש מהלשכה המשפטית במשרד הבריאות את הקווים המנחים המלאים)

2. הרעיון הכללי שעמד מאחורי עמדת המחוקק היה שטווח הבחירה שכל קופה תציע - יהיה **ממד נוסף של תחרות בין הקופות**: קופה אחת תוכל להציע לכל מבוטח ללכת לכל רופא מומחה בעוד קופה אחרת תציע בחירה מתוך רשימה ויחליט המבוטח לאיזה קופה להצטרף בין השאר על בסיס מגוון הבחירה בספקי שירותים. אבל המציאות הוכיחה שגמישות זו בקביעת הסדרי בחירה נוצלה לחסכונות כספיים שחלקם בא על חשבון פגיעה בשירות שמקבל החולה.

3. כפי שעדי הטיב להגדיר - בין בחירה חופשית לחלוטין לבין העדר בחירה מוחלט קיים רצף של "עומק" בחירה. 4. הממצב הנוכחי טעון שיפור אבל בין זה ובין חופש בחירה מוחלט בכל ספק שירותים - הדרך ארוכה בין השאר בשל העובדה שהסדרי בחירה אינם **מתייחסים רק לבתי חולים אלא גם למכונים, מרפאות חוץ, בתי מרקחת ורשימת בעלי מקצוע**.

5. בקרב חברי הוועדה הייתה **הסכמה שיש להרחיב את טווח הבחירה בספקי שירותים** להבטיח למשל שכל הסדר בחירה בבתי חולים יכלול יותר משלושה בתי חולים ולא רק כאלה שהם בבעלות הקופה. 6. **בנוסף הייתה הסכמה**, שהסדרי הבחירה צריכים להיות מובאים **לאישור/ה של השר/ה ולא רק לידיעה** כיום יש חובת פרסום וידוע של ההסדרים בכל קופה, אבל אין צורך באישור. 7. אם עד ה 30 למאי נצליח להגיע להסכמה על תיקון שני מימדים אלה (הרחבה ואישור) - דייני. גבי