

לכבוד :

מר דורון קמפלר

מזכיר הוועדה המייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית

שלום רב,

הנדון : מצגת מכבי בפני הוועדה – מסמך המשך לבקשתך

בהמשך לפנייתך למנכ"ל מכבי ולשיחתנו הטלפונית, אני מתכבד להעביר אליך תקציר ותמצית מתוך מסמך ההתייחסות שהעבירה מכבי לטיוטת דוח מבקר המדינה בחודש דצמבר 2011. כחלק מערכית המסמך הנוכחי נוספו מספר פסקאות ונגרעו רבות אחרות. כמו כן נתונים שונים עודכנו לפי מיטב המידע הקיים בידינו היום (המסמך המקורי נכתב לפני כמעט שנתיים).  
אדגיש כי טענות רבות אליהן התייחסה מכבי, נמחקו ואינן מופיעות בדוח הסופי כפי שפורסם. מכאן, שחלק ניכר מן הטענות אליהן מכוונת ההתייחסות שלנו כבר אינן קיימות עוד ועל כן למעשה, פרט להכללתן בטיוטה להתייחסות, מעולם לא הפכו לעמדה רשמית של משרד מבקר המדינה.

מסמך התגובה למבקר המדינה נכתב במסגרת דין ודברים בין מכבי לבין משרד מבקר המדינה ועתה מועבר תקציר ממנו לעיון חברי הוועדה בראשות שרת הבריאות. אנו מבקשים כי המסמך לא יופץ לגורם כלשהו שאינו חבר בוועדה.

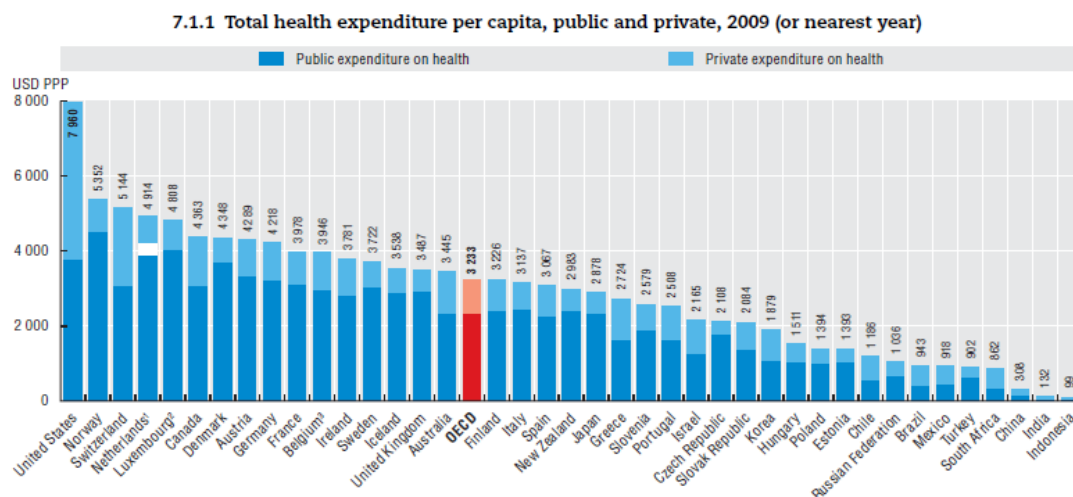
אני עומד לרשותך לטובת מידע נוסף,

בברכה

עידו הדרי

דובר וממונה על קשרי ממשל

## נתונים לגבי הוצאה פרטית וציבורית בישראל:



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Health expenditure is for the insured population rather than the resident population.
3. Total expenditure excluding investments.

Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

Graph link: <http://dx.doi.org/10.1787/888932576046>

שקף זה שמקורו בפרסום ה-OECD האחרון, מראה ספקטרום של תמהיל מימון פרטי-ציבורי במדינות ה-OECD. בהיבט זה ישראל ממוקמת בין יוון, פורטוגל, צ'כיה וסלובקיה. ניתן לראות סדר ההוצאה על בריאות הוא נמוך והחלק של ההוצאה הציבורית הוא נמוך במיוחד. **בחינת היחס בין ההוצאה הפרטית לציבורית יוצר אשליה לפיה ההוצאה הפרטית גבוהה מאד. אך לו הייתה עולה ההוצאה הציבורית לרמה הממוצעת במדינות ה-OECD הרי ששיעור ההוצאה הפרטית ביחס לציבורית היה פוחת משמעותית. במלים אחרות – סך ההוצאה הפרטית בישראל (סך ולא שיעור) אינו שונה ביחס למרבית מדינות הארגון, הבעיה טמונה בסך ובשיעור נמוך מאד של מימון ציבורי.**

**ההוצאה הציבורית מצטמצמת והולכת לאורך שנים וכך מידרדרת ישראל בדירוג ה-OECD עוד ועוד. התמהיל הפרטי-ציבורי מושפע קודם כל מההפחתה במימון הציבורי ולא דווקא מעודף מימון ממקורות פרטיים. כדי לשנות את התמהיל יש להתחיל בראש ובראשונה מהגדלת המימון הציבורי.**

### **כפל התפקידים של משרד הבריאות**

1. במשך השנים הוקמו ועדות רבות שבדקו תפקודו של משרד הבריאות. ביניהן ועדת נתניהו ב-1990, ועדת אמוראי ב-2002, ועדת ליאון ב-2004 שהתמקדה בתפעול, ניהול ובעלות על בתי חולים הממשלתיים. (רצ"ב כנספח ב' - דוח ועדת אמוראי), (רצ"ב כנספח ג' - דוח ועדת ליאון).

2. כל הוועדות הדגישו את הבעייתיות בתפקיד הנוכחי של משרד הבריאות כמפקח על מערכת הבריאות בכלל ובתי החולים בפרט מצד אחד וכבעלים של כמחצית ממיטות האשפוז בארץ.

3. כפל התפקידים של משרד הבריאות גורם לניגוד עניינים שמונע הפקת התועלת המרבית מהמשאבים הלאומיים העומדים למערכת הבריאות. שלוש הוועדות המליצו על הפרדת התפקידים של מפקח ושל ספק שירותים.

4. כפל התפקידים מתבטא באופן חד וברור בקביעת תעריפי האשפוז. מצד אחד משרד הבריאות כאחראי על תפקוד קופות החולים אמור לאזן את מצב הכספי של הקופות (הרוכשים העיקריים של שירותי אשפוז) ולהילחם בעד תעריפי אשפוז הוגנים. מצד שני כבעלים של בתי חולים למשרד הבריאות אינטרס מובהק לקבל את המחיר הגבוה ביותר בגין שירותי אשפוז. יודגש כי מבחינת משרד הבריאות מדובר באינטרס על, אסטרטגי, שכן תקציב הפעילות שלו מבוסס, בין היתר, על יעדי הכנסה גבוהים של בתי החולים.

5. מעבר לניגוד האינטרסים, העיסוק המרכזי של משרד הבריאות בניהול בתי חולים מסית משאבים מתפקודו כרגולטור של מערכת הבריאות וכקובע מדיניות בנושאי בריאות.

וועדת אמורי סיכמה את הניתוח שלה של המצב כדלקמן (דוח אמורי עמ' 98-99):

*השלכות המצב הקיים:*

*משרד הבריאות פועל תוך ניגוד עניינים מובנה: הוא בעלים ומפעיל של בתי חולים במקביל להיותו קובע מדיניות. הדבר פוגע הן בתפקוד של המשרד והן בדימויו במערכת הבריאות ומחוצה לה.*

דוגמאות הממחישות את ניגוד האינטרסים של המשרד :-

מעורבותו הישירה בתהליך קביעת מחיר יום אשפוז שהקופות משלמות לבתי חולים שבבעלותו, מעורבותו הישירה בקביעת כללים להסכמים גלובליים בין בתי החולים לקופות וחלקו בקביעת מדיניות השכר. השפעת משרד הבריאות על עיצוב המדיניות בתחום הבריאות אינה דומיננטית, ונראה שלמשרד האוצר משקל גדול יותר בקבלת החלטות בתחום הבריאות.

משרד הבריאות חסר משאבים לקידום נושאים כגון: מחקר, רפואה ראשונית, פיתוח ידע, קידום מנגנוני בקרת איכות וכיו"ב. למשרד הבריאות אין משקל בהכוונה או בהסדרת של נושא ההתמחות, טיפולו בנושא הוא טכני בלבד?

6. וועדת ליאון סיכמה בנושא זה (מתוך דו"ח ליאון עמ' 7) :

גורמים עיקריים למשבר במערכת הבריאות

המשבר המתמשך במערכות בריאות נובע מהמפגש הבלתי פתור בין רצונות ויכולות מערכת הבריאות לרפא ובין מגבלות המדינה לממן יכולות אלו לכל אחד. למול לחצי הביקוש הנובעים מהזדקנות האוכלוסייה, שיפורים טכנולוגיים ועלייה בביקוש ובמודעות הציבור לשירותי בריאות, ישנם יותר ויותר לחצים לצמצום רמת ההוצאה הציבורית המופנית לבריאות. מעבר למשבר מובנה ומתמשך זה, הקיים גם במערכת הבריאות הישראלית ישנם מספר בעיות ארגוניות ניהוליות הייחודיות לה:

ניהול בתי החולים על ידי הממשלה

משרד הבריאות עוסק מתוקף תפקידו במשימות מיניסטריאליות רבות הכוללות תכנון פיקוח, רישוי, שעת חירום ועוד. מעבר לתפקידיו אלה מפעיל משרד הבריאות באופן ישיר רשת של בתי חולים. כפל תפקידים זה גורם לכך שהמשרד עוסק רבות בכיבוי שרפות ובניהול שוטף של בתי החולים, ואינו מתפנה לביצוע התפקידים המיניסטריאליים. בנוסף, כפל תפקידים זה יוצר ניגוד אינטרסים מובנה בתוך משרד הבריאות.

**מבנה תקציב בתי החולים הממשלתיים מעודד עודף פעילות**

7. בתי החולים הממשלתיים הם יחידות סמך של משרד הבריאות, והתקציב שלהם הוא חלק מתקציב המשרד. התקציב מורכב מסעיפי הוצאה המשקפים את הסכומים שבתי החולים רשאים להוציא בשנת התקציב, ומסעיפי הכנסה המשקפים את יעדי ההכנסה שבתי החולים אמורים להשיג בשנת התקציב. הוצאה מעבר לתקציב ההוצאה, או הכנסה מתחת ליעד ההכנסה, משמעותם אי עמידה בתקציב, או במילים אחרות גירעון האסור על פי חוק התקציב.

8. זה שנים, מציבה הממשלה לבתי החולים הממשלתיים במסגרת תקציב המדינה, יעדי הכנסה גבוהים, שרוב בתי החולים אינם מסוגלים לעמוד בהם ולייצר את ההכנסה הנדרשת. הסיבה להצבת יעדים אלה איננה מקרית. תקציב בתי החולים הממשלתיים, בהיותו חלק מתקציב משרד הבריאות, משמש גם מקור תקציבי לפעילות שבאחריות המשרד הראשי של משרד הבריאות. תקציבים שמקורם בהכנסות בתי החולים מועברים דרך שורה של סעיפי קשר תקציביים, שבמתכוון או שלא במתכוון מוסווים בספר התקציב של משרד הבריאות, למימון פעילות תקציבית של המשרד. אשר על כן, ככל שהכנסות בתי החולים יגדלו, כך יתווספו למשרד הבריאות תקציבים למימון פעילותו. בדרך זו, כסף שניתן על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי לקופות החולים למימון סל הבריאות, 'מתגלגל' באמצעות הכנסות בתי החולים הממשלתיים לתקציב המדינה למימון פעילות משרד הבריאות.

9. תוצאה חמורה של הכשל המבני היא תמריץ ברור לבתי החולים לבצע פעילות רפואית מוגברת. על מנת לנסות לעמוד ביעד ההכנסה הנכפה עליהם, משתדלים בתי החולים לייצר פעילות רבה ככל האפשר, שחלקה מיותרת ואינה נובעת מצרכי בריאות המטופלים, אלא מצרכי עמידה בתקציב.

### **תאגידי הבריאות: שירותים פרטיים על תשתית ממשלתית**

#### *רקע והתפתחות*

10. בנוסף לפעילות המתבצעת בבתי חולים פרטיים (עיקרם בבעלות ציבורית), בשר"פ בבתי חולים בירושלים, או ססיות בבתי החולים של שירותי בריאות כללית, קיימת בתוך בתי החולים הממשלתיים פעילות ענפה של תאגידי בריאות, שחלקה נושא אופי פרטי.

11. תאגידי הבריאות הוקמו במקור לצורך יצירת תשתית לפעילות מחקרית בבתי החולים הממשלתיים. בשנות ה-90, על רקע היווצרות תורים, הוחלט לבצע בתאגידי הבריאות פעולות נוספות אחרי הצהריים, פעולות שלא ניתן היה לבצע במסגרת התקציב לנוכח מגבלות תקציב. כפועל יוצא, שמן של "קרנות המחקר" הוסב לתאגידי הבריאות. בבסיס הקמת תאגידי הבריאות הייתה כוונה הנוספת: יצירת תשתית לתיאגוד בתי החולים, לצורך ביטול כפל התפקידים של משרד הבריאות כרגולטור וכבעלים של רב שירותי האשפוז הציבוריים במדינת ישראל.

12. כשהוקמו תאגידי הבריאות במתכונתם החדשה, נקבע שעד שיתואגדו בתי החולים, יפעלו התאגידים כמשק סגור, לשם מכירת שרותי רפואה, בצוע מחקר, רפואה מונעת קידום בריאות והדרכה במקצועות הרפואה.

13. גם בישראל, אפשרו תאגידי הבריאות לבתי החולים את הגמישות שהייתה נדרשת להם על רקע אזלת ידיו של משרד הבריאות לתקן עובדים נוספים שנדרשו לבתי החולים, על רקע הגידול בפעילות, כמו גם אי הצלחת המשרד לנתב תקציב ממשלתי לפיתוח תשתיות פיזיות בתי החולים.

14. אבל בפועל הפכו תאגידי הבריאות למעקף לתקציב המדינה, המאפשר למנהלי בתי החולים יתר גמישות בבצוע הוצאות שכר ואחרות, אשר אינן מאושרות על ידי תקציב המדינה. חלק מ'קרנות המחקר', בבתי החולים הגדולים גדלו, ובאחד מהן מהווה פעילות תאגיד הבריאות כמחצית מפעילות בית החולים שבתוך מסגרת התקציב הממשלתית (כשליש מכלל הפעילות). **פעולות רבות המבוצעות בתאגידי הבריאות נושאות אופי פרטי, ומזכות את תאגידי הבריאות בתשלומים פרטיים ממקבלי השירותים.**

15. מכאן ששילוב הפעילות הפרטית בבתי החולים הממשלתיים והציבוריים, לא רק שלא ממלא את היעוד שלשמו הוקם, הרי שמתנהלים בו תהליכים מסוכנים שראוי וחשוב כי ייבדק על ידי המבקר. כותרת טיוטת הדו"ח מחייבת להתמלא בתוכן יסודי ומקיף. כאשר מתייחסים לפעילות פרטית, יש חובה לבחון את כלל הפעילות והנגזרות שלה, ולא רק את הפעילות שהיא "מתחת לפנס".

#### *המסגרת החוקית*

16. תאגידי הבריאות פועלים מתוקף חוק יסודות התקציב 1985 (סעיף 31) ובהתאם לתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), תשס"ב-2002 (מצ"ב). על פי התקנות, תאגידי הבריאות יכולים לבצע פעילות רק לאחר השעה 15:00, וההסכם ההפעלה שלהן לא יכלול סעיפים שבניגוד לתקנות (מצ"ב). בידי מנכ"ל משרד הבריאות ניתנה הסמכות להגביל את שעות הפעילות בתאגידי הבריאות מתוך כלל הפעילות במרכז הרפואי. בפועל יש חשש שחלק מהסכמי ההפעלה מנוגדים לתקנות. כך לדוגמא מתבצעת פעילות בוקר בתאגידי הבריאות בבתי החולים הגדולים, למרות שעל פי התקנות פעילות כזאת אינה יכולה להתבצע לפני השעה 15:00.

#### תאגיד הבריאות – פעילות סלקטיווית

17. המדינה רואה כאחד את בית החולים הממשלתי ואת תאגיד הבריאות. אלא שבשונה מבית החולים הממשלתי, התאגיד אינו כפוף לאסדרה, ובסמכותו לשלם ככל העולה על דעתו. כפועל יוצא, מבוצעות לרב בתאגידי הבריאות פעילות רווחיות.

18. גירעון של בית חולים ממשלתי הינו תוצאה של אי עמידה בתקציב ההכנסות ו/או גלישה בתקציב ההוצאות (שכר + פעולות), בעוד שהתאגיד עשוי להיות במצב של עודף הכנסות (לאחר התשלומים הנדרשים להכנסות ביה"ח, לאחר תשלומי שכר ותשלומי ססיות לסוגיהן ועוד); לפיכך, לא יהיה מופרך אם נאמר שסלקציה של פעילות בתאגיד מחמירה את גירעון ביה"ח ובהמשך משפיעה על מחירי האשפוז ועל הצורך לנגוס בהנחות הסכם של קופת החולים.

#### גירעונות בתי החולים

19. מעבר לכך שתאגידי הבריאות בוחרים לבצע רק פעילות רווחית, עצם קיומם גורם לגרעון בבתי החולים. עד שנת 2007 ביקשו חלק מהמרכזים הרפואיים שמחירי השירותים הנמכרים בבתי החולים יהיו דיפרנציאליים: גבוהים בתאגידי הבריאות ונמוכים בבתי החולים. באופן זה נצברו עודפי רווחים בתאגידי הבריאות, בשעה שבתי החולים היו נקלעו לגירעונות. בשנת 2006 אסר חשב משרד הבריאות על קופות החולים ובתי החולים לקיים הסכמים בהם יהיו מחירים דיפרנציאליים לבתי החולים וקופות החולים בכדי למנוע עיוות זה. עדיין, במתכונת הנוכחית גורמים תאגידי הבריאות להפסדים לבתי החולים;

- **בצד ההכנסות:** הסכמי בתי החולים הינם הסכמים אחודים לתאגידי הבריאות ובתי החולים. על הפעילות השולית משלמות הקופות "אלפות" בשעור של כ 35%. תאגידי הבריאות מקבלים מבתי החולים את הכנסותיהם לפי ההנחה הממוצעת שניתנת על ידי המרכז הרפואי לקופות החולים.

- **בצד ההוצאות:** תאגידי הבריאות משלמים לבתי החולים, למיטב ידיעתנו, על השימוש בבית החולים לפי תעריף ליום אשפוז (תשלום נמוך משמעותית מעלות השימוש האמיתי שעושים התאגידיים במתקן בית החולים, כך לא משולם עבור עלות הון, עלות קרקע, עלות מבנה, ותמיכת כל מערכות בית החולים), כך שלגבי פעילויות רווחיות כל היתרה נשארת בתאגיד ומשמשת לפעולות חוץ תקציביות, ובין השאר תשלומי שכר. יצוין כי לפי נוסחה זו מבצע התאגיד אך ורק פעילות רווחית עבורו ושאינה משרתת את אינטרס הציבור בקיצור תורים או צרכים אחרים של בית החולים, לרבות צרכים כספיים.



- התמונה חמורה אף יותר שכן ביצוע כל הפעילות הרווחית באמצעות תאגיד הבריאות, מותיר את בית החולים לתפקד עם תמהיל שירותים המבוסס על פעילות הפסדית מה שיוצר לחץ תקציבי על משרד הבריאות והאוצר לעדכון מחירי הפעולות ובסופו של דבר אלו מתגלגלות אל פתחי הקופות. מנגנון זה המאפשר הזרמת כספים באמצעות תאגיד הבריאות לכיסם של עובדים בהסכמי שכר מיוחדים, באה גם היא בסופו של דבר על חשבון הקופות. כך שלמעשה, תאגידי הבריאות הינם גוף כלכלי למטרות רווח אשר אמנם אינו מתועל באמצעות דיבידנד אלא להשתכרות גורמים שונים בבתי החולים.

#### *MRI בתאגיד הבריאות*

20. לאחרונה אשר משרד הבריאות רישיונות חדשים למכשירי MRI למספר בתי חולים ממשלתיים. נאמר לנו שמשרד הבריאות הוציא הנחיה לבתי החולים הממשלתיים לקיים פעילות זאת בתאגידי הבריאות ולא בבתי החולים. שוב, נמנעה האפשרות לצמצם את הגרעון של בתי החולים באמצעות שילוב פעילות רווחית בתוך המסגרת הממשלתית, כשאת המחיר ישלמו קופות החולים באמצעות דרישות להעלאות מחירים על הפעילות הפחות רווחית.

21. הנחיה זאת, אם ניתנה, איננה מפתיעה מכיוון שההתנהלות הקיימת שחלק מהמרכזים הרפואיים איננה שונה. למיטב ידיעתנו, בכל המרכזים הרפואיים 100% מפעילות ה MRI IVF , בדיקות שינה וכו' מבוצעות בתאגיד הבריאות, גם בשעות הבוקר (לפני 15:00), בניגוד לתקנות שנקבעו. גם פעולות כמו הקרנות לחולי סרטן מבוצעות על ידי תאגידי הבריאות בשעות הבוקר. קיים חשש שהסכמי הפעילות עומדים בניגוד לתקנות.

#### *הגדלת היצע - בהתאם לצורך ?*

22. בתי החולים השונים מגייסים תרומות לתקציבי הפיתוח, ובאמצעות התרומות מקימים מבנים. אלא שהממשלה אינה מאפשרת הקצאת תקנים לצורך איוש המבנים, וכאן נכנס לפעולה תאגיד הבריאות. באופן זה תומך תאגיד הבריאות בפעילות השוטפת הנגזרת מעצם הקמת המבנה באמצעות תורם, וללא תכנון ארוך טווח של משרד הבריאות, הנגזר מהצרכים העתידיים.

23. מכיוון שכל התרומה דינה להפוך לנכס של המדינה הרי ראוי שמשרד הבריאות יתעל חלק מכספי התרומות לפי תכנון לאומי, ויקצה חלק מהסכומים למימון ההוצאות השוטפות שיגזרו בעתיד מהתרומה.



**שכר בתאגידי הבריאות**

24. לתאגידי הבריאות גמישות רבה בקביעת שכר עובדיהן.
25. אין אמות מידה קבועים לתשלום ססיות בתאגידי הבריאות, וכפועל יוצא קיימים פערים גדולים בין נותני שירותים בתפקידים דומים באותם בתי החולים, ועל אחת כמה וכמה בין בתי החולים. כפועל יוצא מתקיימת תחרות על השכר בין התאגידים, שמשפיעה על ההוצאה הלאומית לבריאות.
26. התאגידים משלמים משכורות לא רק לסגל הרפואי השותף בבצוע הניתוחים, אלא גם לשורה ארוכה של אדמיניסטרטורים בבתי החולים, המקבלים במקביל שכר במשרה מלאה מבתי החולים הממשלתיים.
27. השכר בתאגידי הבריאות צמוד רק בחלקו להסכמי השכר הממשלתיים, אך קופות החולים משלמות עבור פעילות התאגידים בהצמדה למחירי האשפוז. בין השאר, כל עובדי התאגידים שמתוגמלים לפי ססיות אינם צמודים להסכמי השכר. כמו כן, השכר בבתי חולים כולל רכיב גדול של אחריות ובתאגידי הבריאות כמעט שאין אחיות. כפועל יוצא ההתייקרות הקיימת בתאגידי הבריאות נמוכה מהתייקרות מחירי האשפוז, ושיטת ההצמדה יוצרת בידי התאגידים עודפים.
28. באופן זה יכולים תאגידי הבריאות לגייס עובדים מהמערכת הפרטית, ולהציע להם שכר גבוה, אותו לא יכלו להציע בתוך כתלי בית החולים שבמסגרת תקציב המדינה.
29. בטבלה שלהלן מופיע פרוט של היקף המשרות בתאגידי הבריאות. להבנתנו מדובר בהיקף חלקי בלבד. יתכן שמדובר רק בעובדים אשר מקבלים כפל שכר, הן מבית החולים והן מהתאגידים.

## נתוני שכר תאגידי בריאות 2010 – מתוך אתר האינטרנט של הממונה על השכר במשרד האוצר

| גוף  | סה"כ משורות | שכר ברוטו חציוני | שכר ברוטו ממוצע | עלות העסקה ממוצעת | לנתוני בכירים ושכר גבוה | לנתוני בעלי דירוגים |
|--|-------------|------------------|-----------------|-------------------|-------------------------|---------------------|
| קן המחקרים שליד ביה"ח איכילוב              | 938.94      | 6,563            | 8,588           | 11,185            |                         |                     |
| קן המחקרים שליד ביה"ח אסף הרופא            | 298.55      | 7,867            | 9,471           | 12,383            |                         |                     |
| קן המחקרים שליד ביה"ח בני ציון             | 29.23       | 7,218            | 8,841           | 11,583            |                         |                     |
| קן המחקרים שליד ביה"ח ברזילי               | 154.19      | 4,793            | 6,936           | 8,909             |                         |                     |
| קן המחקרים שליד ביה"ח וולפסון              | 207.10      | 6,525            | 10,106          | 13,146            |                         |                     |
| קן המחקרים שליד ביה"ח זיו                  | 119.19      | 8,140            | 9,730           | 12,212            |                         |                     |
| קן המחקרים שליד ביה"ח פוריה                | 98.89       | 7,082            | 7,734           | 9,860             |                         |                     |
| קן המחקרים שליד ביה"ח תל השומר             | 754.92      | 8,544            | 10,777          | 14,071            |                         |                     |
| קן מחקרים שליד ביה"ח הלל יפה               | 117.71      | 8,450            | 11,181          | 14,473            |                         |                     |
| תאגיד בריאות שליד ביה"ח לגליל המערבי נהריה | 71.43       | 7,116            | 8,119           | 10,480            |                         |                     |
| תאגיד הבריאות- רמב"ם (ע"ר)                 | 788.21      | 7,049            | 9,638           | 12,870            |                         |                     |

הגופים החייבים בדיווח

כלים ומאגרי מידע

מילון מונחים  
שכר מנכ"לים  
צור קשר

הבהרה

למען הסר ספק יתבטל כל אי התאמות בין הנתונים המופיעים בדוח הממונה על השכר לבין הנתונים המופיעים באתר זאת בשל עדכון נתונים רציף המתבצע גם לאחר פרסום הדוח



### שירות רפואה פרטי – שר"פ

30. **שרות רפואי פרטי (שר"פ)** מאפשר לציבור לבחור את המטפל עבור תשלום בחלק מבתי החולים בארץ (1). שרות רפואי פרטי מתאפשר כיום רק בבתי חולים בודדים, לא ממשלתיים. רשמית הסדר זה קיים כיום בבתי החולים הדסה ושערי צדק בירושלים. רוב הדרישה לשר"פ היא לבחירת מנתח ולבחירת מומחים במרפאות חוץ של בתי החולים בהסדר. בשנים הראשונות לשר"פ המימון היה כולו מכיס החולה, ומשך השנים גבר החלק בשר"פ ששולם במסגרת שירותי הביטוח הנוספים של הקופות ושירותי ביטוח פרטיים.

31. השאלה האם לאפשר שר"פ בבתי חולים ציבוריים נדונה בועדת נתניהו בשנת 1988 (1), חזרה ונדונה מספר פעמים בשנות התשעים, בתחילת המאה ה-21 (2), וכן בועדת אמוראי בשנת 2002 (3). דיונים דומים נערכו במדינות עם ביטוח בריאות ממלכתי (4-6). משך כל תקופה זו נותרו הטיעונים בעד ונגד שר"פ ללא שינוי. המצדדים בשר"פ בבתי חולים ציבוריים מציינים ששר"פ ישאיר את המנתחים הבכירים בבתי החולים, ויוסיף הכנסות לבתי חולים ציבוריים. המתנגדים מציינים את בעיית אי-השוויוניות וההפליה בין חולים, הקטנת הנגישות של ציבור ללא שר"פ למנתחים בכירים, ועליה משמעותית בהוצאה הפרטית על בריאות. הסוגייה הוכרעה על ידי מערכת המשפט והחלטת ממשלה שהכריעו נגד הכנסת השר"פ לבתי חולים ציבוריים.

32. אחד הטיעונים נגד הכנסת השר"פ לבתי חולים ציבוריים היה שלציבור אין ידע מתי לבחור במנתח בתשלום ומתי ניתן להינתח במערכת הציבורית ללא תוספת תשלום. הטענה היתה שבהעדר ידע זה יבחר הציבור בשר"פ ללא הבחנה ובמספרים גדולים, ויבחר לשלם גם עבור ניתוחים פשוטים או לא-מורכבים, כאלו שהצלחת הניתוח לא מחייבת מנתח בכיר בהכרח. סוגיה זו נבחנה על ידי חוקרים ממכון ברוקדייל בבית החולים הדסה (7). בדיקת 38,840 ניתוחים שנעשו בהדסה בשנת 2001 העלתה ש-16% מהניתוחים נעשו במסגרת השר"פ באותה שנה. מתוך 558 הניתוחים המורכבים 65% נותחו בשר"פ, כך גם 55% מ-992 הניתוחים במורכבות בינונית, ו-35% מתוך 1853 הניתוחים הפשוטים. מומחים בכירים ניתחו ב-99% מהניתוחים המורכבים בשר"פ לעומת 74% במימון ציבורי, ב-93% מהניתוחים הבינוניים במורכבותם לעומת 35% מאלו במימון ציבורי, וב-92% מהניתוחים הפשוטים לעומת 32% במימון הציבורי.

33. **משמעות:** שימוש במומחים בכירים בדפוס של הניתוחים במימון פרטי הוא ביטוי להעדר יעילות חמור במשאבי כוח אדם יקר. מעבר לנפח סף של ניתוחים עלול הדבר להביא לסכנה ממש עבור אותם ניתוחים מורכבים ששם המנתחים הבכירים חיוניים במסגרת העבודה השוטפת, בציבורית.

34. בהיבט של עלות, המשמעות היא שאם התפלגות ניתוחים זו היתה מתאפשרת בכלל הניתוחים שנעשים בכל בתי החולים הציבוריים בארץ - כמחצית הניתוחים במדינת ישראל היו ממומנים בשר"פ! (זאת בשנת 2001 כאשר שעור מחזיקי הביטוחים הנוספים היה כ- 65% מהציבור ומאז שעור המבוטחים המחזיקים בביטוחים נוספים עלה ל- 73% ובמכבי למעל 85%). קשה להניח שהגבלת היקף השר"פ בבתי החולים שבהסדר לרבע מכלל הפעילות הניתוחית תגביל בפועל את היקף הביצוע; מנגנוני הבקרה והדווח הנדרשים לשם כך קשים ליישום. קיימות הערכות מומחים, לפיהן ההוצאה הפרטית על בריאות במקרה כזה תעלה בכ- 3.5 מיליארד ש"ח, מ- 23.4 ל- 26.9 מיליארד, ושעור המימון הפרטי יעלה ב- 4%, מ- 38% ל- 42%. חישוב זה לוקח בחשבון את העובדה שהביטוחים הנוספים יהיו חייבים להתייקר בהתאם וגם הם יתרמו לעליה בהוצאה מהכיס של האזרח על בריאות.

35. נתון נוסף מהניסיון הירושלמי: העלות החציונית מכיס החולה הייתה באותה עת 8000 ש"ח (\$US 1800). הבחירה בשר"פ היתה דומה בין חולים מרמות סוציאקונומיות שונות (כ- 22%) למעט העניים שרק 6% מהם בחרו בשר"פ. דהיינו, השר"פ עלול להגדיל את פערי השוויון בבריאות בארץ בהיותו רגרסיבי במהותו. במצב של התייקרות הביטוחים הנוספים ייווצר מצב ששכבות הביניים לא יוכלו להרשות לעצמם ביטוחים משלימים והפערים בשוויון יגדלו עוד יותר.

36. לפיכך, כל עוד ניתוחים פרטיים בשר"פ מוגבלים לבתי חולים פרטיים ספורים, הסיכון של פריצת מסגרות ההוצאה הלאומית לבריאות קטן יחסית. אולם סיכון זה יגדל מאוד במצב בו בתי חולים ציבוריים הממשלתיים יאפשרו רפואה פרטית בין כתליהם באופן גורף.

1. Report of the State Commission of Inquiry into the Efficiency and Functioning of the Israeli Health Care System. Jerusalem: Government Printing Office, 1990 (Hebrew).
2. Rosen B. Health Care Systems in Transition – Israel. Copenhagen: The European Observatory of Health Care Systems, 2003.
3. Report of the Commission on the Publicly Funded Health System and the Status of the Physician in it. Tel Aviv, 2002. (Hebrew)
4. Saltman RB. Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: a conceptual framework. *Int J Health Serv* 1994;24:201–9.
5. Propper C. The demand for private health care in the UK. *J Health Econ* 2000;19(6):855–76.

6. Shirom A. Private medical services in acute-care hospitals in Israel. *Int J Health Plann Manage* 2001;16:325–34.

7. Ofer G et al. Public and Private Patients in Jerusalem Hospitals: Who Operates on Whom? *IMAJ* 2006;8:270–276.

## **חברות ביטוח מסחריות וכפל הביטוח עם התכניות לשירותי בריאות נוספים**

פוליסות ביטוחי הבריאות בחברות הביטוח התפתחו על רקע הירידה ברווחים בביטוחי חיים. ההיקף הכספי השנתי של הפוליסות מגיע לכשני מיליארדי ₪ בשנה, ויש בהן משום תרומה משמעותית לעליה בהוצאה הלאומית לבריאות, וכתופעת לוואי, גם להגדלת ההוצאות בהן נושאות קופות החולים, ובראשן מכבי (הסבר בהמשך) כתוצאה מדרך התנהלותן.

### **היקף מבוטחים ופרמיות בביטוחי בריאות מסחריים:**

37. בין השנים 97-99 (במועד חוק ההסדרים שקבע את פעילותן של התוכניות לשירותי בריאות נוספים) חלה עליה משמעותית בהיקף המבוטחים בביטוחים אלה – מ-17% ל-24% מהאוכלוסייה. בעשור שלאחר מכן עלה שיעור תושבי ישראל המחזיקים בביטוח בריאות פרטי עלה לכדי כ-34%.

38. ככל הנראה, בקרב מבוטחי מכבי השיעור אף גבוה יותר ומגיע **לכדי כ-40%**, עובדה המתבטאת גם בבחירת רופא בניתוח פרטי. למבוטח שמחזיק בביטוח משלים וגם בביטוח פרטי, יש את הפריבילגיה לכסות את מלוא ההוצאה שלו (ללא חסרון כיס), ובחלק גדול מהמקרים אף ל"הרוויח", באמצעות קבלת פיצוי מחברת הביטוח על אי ניצול מלוא הכיסוי לו הוא זכאי במסגרת הפוליסה הפרטית שרכש.

39. היקף הפרמיות הנגבות מהמבוטחים בביטוחים המסחריים רק לפוליסות מהסוג שבו כלולים הניתוחים (הוצאות רפואיות) הינו – כ-2.2 מיליארד ₪ (הסך הכולל של פוליסות בריאות לרבות סיעודי ושיניים הינו כ-6 מיליארד ₪). מול היקף פרמיות של שני מיליארד ₪ בשנה, היקף ההוצאות הינו כ-1.2 מיליארד ₪. כלומר LOSS RATIO ממוצע של 50% (כ-30% בביטוחים פרטיים, וכ-80%, בדומה לשב"נים, בביטוחים קבוצתיים). בשונה בתוכניות לשירותי בריאות של קופות החולים, סך דמי חבר הינם כ-3 מיליארד ₪, תשלום תביעות – 2.6 מיליארד ₪, וה- LOSS RATIO – הממוצע הינו כ-82%, במכבי 93%.

כלומר, היקף ההכנסות של השב"נים גבוה בכ-30% מהיקף ההכנסות של פוליסות להוצאות רפואיות (מרכיב בפוליסה הפרטית שדומה למרכיב הכיסוי בשב"נים), בשעה שבשב"ן יש למעלה מכפול מבוטחים בהשוואה לפוליסות הביטוח הפרטיות.

40. **כשלי שוק** – חברות הביטוח רשאיות לבחור את המבוטחים בעזרת דרישה למילוי הצהרת בריאות והעברתם בתהליך של חיתום. כלים אלה הם פועל יוצא של אסדרה בתחום הביטוח. בכך שהן מפעילות כלים אלה עוד בטרם הן מאשרות למבוטחים פוטנציאליים להצטרף לפוליסות שהן מציעות, הן חוסמות "בשער הכניסה" את שני כשלי השוק העיקריים בביטוחי בריאות – ADVERSE SELECTION ו-MORAL HAZARD.

בתהליך ההצטרפות לביטוח, בוחרות חברות הביטוח את האנשים הבריאים והצעירים (אינן מוכרות ביטוח בריאות לבני 70 ומעלה) - וכך "גורפות את השמנת". התוצאה הצפויה והבלתי נמנעת היא רווחי עתק כפי שמשקפים בדוחות הכספיים שלהן.

**45.** הצהרת בריאות, חיתום ותקופות אכשרה למול ביטול תקופות המתנה בשב"נים במעבר בין קופות

על פי חוק, כל התוכניות לשירותים משלימים מחויבות לקבל כל פונה, בלי חיתום וללא הצהרת בריאות. הכלי היחידי שהיה בידי השב"נים לעצור מבוטחים חולים מלהצטרף סמוך לצורך רפואי כלשהו הן תקופות ההמתנה. משרד הבריאות הסדיר לאחרונה את נושא המעברים בין הקופות ולמעשה ביטל את תקופות ההמתנה לרוב המבוטחים (מאחר וקרוב ל-80% מאזרחי המדינה מחזיקים בשב"נים). וכך קורה, שמבוטחים יכולים לעשות סקר שוק ולעבור לקופה שמציעה את השירות הטוב ביותר לצורך הרפואי שלהם. לדוגמא: יכול מבוטח שזקוק לניתוח פרטי מסוים, להיוודע כי ההחזר הטוב ביותר הוא במכבי, לעבור למכבי, ובאם מיצה 12 חודשי חברות בשב"ן ממנו עבר (שזהו זמן ההמתנה לניתוח פרטי), הוא יכול לקבל את הטיפול עוד באותו חודש של המעבר. מבוטח כזה, לעולם לא יכול היה להתקבל לביטוח רפואי במצב זה. בנוסף, גם אם התמזל מזלו, והוא מבוטח בביטוח פרטי, הביטוח גבה ממנו פרמיה במשך שנים רבות בהן היה בריא, ללא כל עדות כי יחלה, ובכך ההוצאה כבר כוסתה, לפחות בחלקה.

**46.** פיצוי בחברות ביטוח לעומת שיפוי או מתן "שירות בעין" בשב"נים - בדו"ח אין בחינה מעמיקה והסקת מסקנות בהקשר לפרקטיקה קבועה ומאושרת לחברות הבטוח על ידי המפקח על הבטוח במשרד האוצר. כל הפוליסות כוללות כיום סעיף **פיצוי מותנה**. על פי עקרון בעייתי זה, מבוטח שיבחר לנצל את הקופה הציבורית במקום לקבל טיפול פרטי שמגיע לו על פי הפוליסה שרכש, יקבל פיצוי כספי בגובה שיעור שנקבע בפוליסה מתוך ההוצאות שנחסכות לחברת הביטוח. כך קורה שפוליסות שמטרתן כיסוי רפואי מהשקל הראשון, הופכות לפוליסות בעלות רכיב הימור על בריאות המבוטח, כשאת המחיר משלמות קופות החולים.

יש לציין שעל פי חוק, לשב"נים אסור לתת פיצוי כספי אלא רק שירות בעין או שיפוי. יתרון זה מנוצל בחברות הביטוח כפי שמתארים הנתונים שלעיל.

**47.** כפל ביטוח - כפועל יוצא מהאסדרה השונה של יכולת התגמול בין ביטוחים פרטיים ושב"נים היא שלחברות הביטוח יש כלי מפתח למול הלקוחות להציע לו סכום כסף כנגד "אי תביעה". כתוצאה, הקופה מממנת את ההוצאה שהיא חייבת בה (על פי הסל או על פי התקנון) ואינה יכולה להיפרע מחברת הביטוח ולחלוק איתה (להשתבב) על חלקה היחסי של חברת הביטוח על פי תנאי הפוליסה שברשות המבוטח. וכך, ניתן לראות את הקשר והתרומה של ביטוחי הבריאות הפרטיים להגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות. הכיסויים שהן מציאות מקבילים למה שמציעים השב"נים. השב"נים משלמים את מלוא



העלות לה הם מחויבים על פי התקנון המאושר על ידי משרד הבריאות. חברות הביטוח לעומת זאת, משלמות חלק קטן מתוך התחייבותן החוזית בפוליסה – פיצוי – וגורפות את הרווחים על חשבון תשלומי המבוטחים ובעיקר על חשבון הקופות. אם ניתן היה בדרך של אסדרה לאפשר שיבוב בין הגופים, הייתה מתחלקת ההוצאה בפועל, או לחלופין, כבר מראש היו גובות החברות את הפרמיה היחסית עבור תשלומים שהם מעבר לתשלום שמשלמת הקופה/השב"ן והלקוח של חברות הביטוח היה יוצא נשכר.

48. קיים ערוב בין כסף פרטי לציבורי. חברות הביטוח מנפיקות פוליסות לכל המרבה לשלם, כשהפוליסות מכריחות את המבוטח למצות זכויות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומשלמות רק את פער העלות מעל כיסוי הסל הבסיס והשב"ן. כך נהנים מבוטחים מבוססים בתשלום פרמיה נמוכה, כשסל הבריאות השיוויני מסבסד את הביטוח הפרטי. משמעות הדבר הינה שסל הבריאות מהווה חלק מרכזי בפעילות פרטית ולא שיווינית לבעלי יכולת כלכלית. במרץ 2007 חייב המפקח על הביטוח את חברות הביטוח להציע פוליסה "משלימת שב"ן" (UPGRADE). הפרמיות בפוליסות מסוג זה נמוכות בכ-40% מפרמיות מ"השקל הראשון". אחוז החדירה של פוליסות מסוג זה אינו גבוה וזאת משום ש איןן משתלמות לסוכני הביטוח, שהעמלות שלהם נקבעות על פי שיעור מתוך הפרמיה. כפועל יוצא, רוב השוק עדיין מתנהל בכפל ביטוח שמשמעויותיו צוינו לעיל.

**הליקויים הללו חייבים להגיע לקיצם. הסבסוד של הסל הציבורי את חברות הביטוח הפרטיות איננו נכון ומטיל עומס תקציבי כבד על קופות החולים, וביחס ישיר תופחים רווחיהן של חברות הבטוח.**

| שיעורים באוכלוסייה   | ביטוחי בריאות מסחריים (2011)  | שב"נים (2011)   |
|--|---|---|
| 34%  | 73%   |   |
| ההכנסות מדמי הביטוח  | הכנסות חברות הביטוח מפוליסות להוצאות רפואיות בלבד (לכאורה מקבילות לשב"נים) מסתכמות ב- 2.17 מיליארד ₪. | הכנסות השב"נים הן כ- 3.1 מיליארד ₪  |
| ההכנסות הכוללות של חברות הביטוח מכלל תחומי הכיסוי בתחום הבריאות מסתכמות ב- 6 מיליארד ₪ (הוצאות רפואיות, שיניים, סיעודי, נכויות, עובדים זרים, נסיעות לחו"ל) |   |   |
| תשלום תביעות/החזרים למבוטחים (כולל סיעודי, מחלות קשות, שיניים, נסיעות לחו"ל, נכויות, עובדים זרים, אחר)   | לפוליסה מסוג הוצאות רפואיות בלבד – כ- 1.2 מיליארד   | 2.1 מיליארד   |
| שיעור הנזקים (LOSS RATIO) שיעור ההחזר בפועל למבוטחים (ללא חישוב תקורות ורווח) מתוך ההכנסה  | בפוליסה מסוג הוצאות רפואיות: פוליסות פרט – 38% פוליסות קבוצתיות – 83%                                 | 82% במוצע לכל הרבדים. מגן זהב של מכבי בו מבוטחים 83 מחברי מכבי משיב לחבריו 93 אחוזים מכלל הכנסותיו בצורת זכויות בפועל. (loss ratio 93%) |
| אחוז מהוצאה לאומית לבריאות (67.4 מיליארד ₪ בשנת 2011)  | תשלומי פרמיות לחברות ביטוח מהווים – 10.4% מההוצאה הלאומית לבריאות 27.4% מההוצאה הפרטית לבריאות        | כ- 5% מההוצאה הלאומית לבריאות כ-12% אחוזים מן ההוצאה הפרטית לבריאות   |

נתונים: דוח הסמנכ"ל לקופות חולים ובטוח משלים לשנת 2011; דו"ח המפקח על שוק ההון,

ביטוח וחיסכון, דוח שנתי ל-2011

## **כוח אדם**

### **כללי**

רופאי קופות החולים הם ליבת מערכת הבריאות הציבורית! הרוב המכריע של הציבור, לאורך כמעט כל חייו, מקבל טיפול רפואי רציף ומתמשך מרופאי קופות החולים. אל בתי החולים מגיע המטופל רק במקרים דחופים או כאלה המחייבים פעולות כירורגיות, אשפוזים ועוד. לפיכך, חשוב להדגיש כי רופאי קופות החולים הינם חלק מהותי ומרכזי ממערכת הבריאות הציבורית הנגישה לכל אזרחי ישראל מתוקף זכותם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. זו טעות עובדתית להתייחס לעיסוקם של הרופאים כנותני שירות במסגרת קופות החולים, כאילו היא פרטית, גם אם היא ניתנת במרפאות הרופאים העצמאיים שאינן סניפי קופת החולים. לכן כל הפרדה בין רופא בית חולים לבין רופא קופת חולים הינה מלאכותית ולא מהותית.

### **הנחיות בתי החולים**

1. רופאים הפועלים גם במסגרת בתי החולים, מחויבים לפעול בהתאם להנחיות בתי החולים במסגרת יחסי עובד-מעביד. בתי החולים אמונים על נושא הבקרה על עובדיהם וחובתם לפקח על המתנהל בין כותליהם.

### **הנחיות מכבי**

2. במסגרת ההסכם שנחתם בין מכבי לבין רופא עצמאי, אין סתירה בין התחייבויותיו למכבי מכוח ההסכם לבין התחייבויות אחרות אם קיימות. בנוסף, במכבי הרופאים השכירים מדווחים על נוכחות.
3. הרופאים במכבי המבצעים ניתוחים באסותא, מבצעים ניתוחים אלה שלא במסגרת שעות הפעילות להן הם מחויבים לתת שירותים לחברי מכבי.
4. החשיבות שרואה מכבי בהפרדה המלאה בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית (אליה מחויבת מכבי) מוצאת ביטוי ברור ומודגש באיסור על רופאי מכבי, הן כשכירים והן כעצמאיים, לגבות מחבר מכבי כסף 'פרטי'. (פרט לפרוצדורות בודדות שאינן בסל, שהוגדרו מראש על ידי מכבי לרבות מגבלת הסכום).

### **שאלת הפריפריה**

5. הטענה שהרפואה הפרטית מושכת רופאים מהפריפריה למרכז – איננה נכונה. מרכזים רפואיים של אסותא שנפתחו בשנים האחרונות, מפוזרים ברחבי הארץ (מבאר שבע עד חיפה) מצביעים על מגמה של יציאה מהמרכז לפריפריה (מיקומה ההיסטורי של אסותא היה בת"א בלבד). גם במרכזים החדשים מתבצעים ניתוחים במימון תכניות השב"ן או חברות הביטוח הפרטיות. ניתן ודאי לטעון כי הביקוש לשירותי רפואה פרטית גבוה יותר

במרכז הארץ, הן לאור ריבוי האוכלוסיה ביחס לצפון ולדרום והן ביחס ליכולת התשלום של תושבי המרכז – כל אלה מיתרגמים כאמור לביקוש גבוה יותר.

### **דרישת הבלעדיות**

6. חיוב רופאי בתי החולים לבלעדיות – חשוב להדגיש כי מדובר ברעיון מסוכן למערכת הבריאות. לבד מן הפגיעה בחופש העיסוק של הרופאים, קיים חשש ממשי כי באם יציבו לרופאים אולטימטום מסוג זה, יהיו רופאים רבים אשר יבחרו לסיים עבודתם במערכת הציבורית והיא תאבד כוח אדם מקצועי ומנוסה.

### **אסותא כספק שירותים חשוב בפריפריה**

מזה מספר שנים עושה אסותא מאמץ ניכר בהרחבת שירותיה בפריסה ארצית. ע"פ חזון החברה, אסותא תרחיב את תרומתה לשיפור רמת שירותי הרפואה בכל רחבי ישראל.

### **צפון חיפה והקריות:**

1. בשנת 2006 פתחה אסותא את בית החולים המחודש שלה העומד לרשות תושבי הקריות וחיפה.
2. בבית החולים מופעלים שירותי כירורגיה לחברי שב"ן כמו גם שירותי הדמיה, מכון דיאליזה, ממוגרפיה ועוד העומדים לרשות כלל האוכלוסייה במסגרת סל הבריאות.
3. לאחרונה הרחיבה אסותא את שירותיה ופתחה שירותי גסטרו, שירותי פוטו-תרפיה לחולי פסוריאזיס, מכון שינה ושירותי כימותרפיה לחולים אונקולוגים, כל השירותים הללו הינם שירותים במסגרת סל הבריאות לכלל האוכלוסייה.
4. לצד שירותים אלו פועלת ניידת ממוגרפיה בכל רחבי הצפון ממטולה שבצפון בכל הגליל והגולן כשירות סל לכלל הקופות.
5. מיקומו של בית החולים בפאתיה הצפוניים של חיפה נבחר גם נוכח נגישותו לצירי תחבורה מרכזיים (מנהרות הכרמל, תחנת רכבת ו'מרכזית המפרץ'). המשמעות היא כי אסותא הביאה את שירותיה האיכותיים לצפון הארץ ברמת נגישות גבוהה במיוחד וחסכה לתושבים אלה את הצורך לנסוע אל תוככי חיפה תוך החלפת אמצעי תחבורה.

### **אשדוד**

6. מזה עשר שנים מפעילה אסותא שירותי רפואה שניונית לתושבי אשדוד והסביבה לכל קופות החולים וללא צורך להיות חבר בשב"ן או ביטוח פרטי אלא כנגד טופס התחייבות בלבד.

7. שירותים אלו כוללים מכון לב למבוגרים וילדים, מכון CT, מכון לרפואה גרעינית, מכון לקרדיולוגיה גרעינית, אולטרא סאונד כללי, ממוגרפיה ופוטו-תרפיה.
8. לאחרונה הרחיבה אסותא אשדוד את שירותיה ומעתה מוצעים גם שירותי כירורגיה בינונית לבעלי שב"ן וכן מכון גסטרו.
9. בתוך 6 שנים אסותא תפעיל בעיר בית חולים ציבורי הכולל מיון, שירותי אשפוז מלאים, יולדות, כירורגיה, רפואת ילדים, מכונים ומרפאות חוץ, בית החולים מיועד להיות בית חולים קהילתי משמע לפעול בשיתוף עם שירותי הרפואה בקהילה במטרה למנוע בניית תשתיות כפולות.

#### **באר שבע והדרום**

10. מזה מספר שנים משקיעה אסותא משאבים רבים בפתוח שירותים בעיר ב"ש. בשנת 2006 רכשה אסותא רישיון הפעלה קיים בבאר שבע מאת חברת פאן-מדיקל מה שאיפשר להציע שירותי כירורגיה עם אשפוז מלא.
11. אסותא מפעילה את מכון הלב הגדול בעיר כמו גם שירותים לחולי פסוריאזיס (פוטו-תרפיה) וכן מכון שינה.
12. לאחרונה הוסיפה אסותא לשירותים הציבוריים שהיא מעניקה באמצעות בניית מכון גסטרו, מכון ממוגרפיה, מרפאת כאב, מכון לרפואה גרעינית ומכון לקרדיולוגיה גרעינית, כל השירותים ניתנים לכלל הקופות בהתבסס על טופס התחייבות בלבד (במסגרת סל הבריאות).
13. לצד שירותים אלו מפעילה אסותא שירותים ניידים בנגב הן של נידת ממוגרפיה, הן של שירותי אקו לב נייד והן של MRI נייד.
14. השירותים הניידים מגיעים למקומות מרוחקים כגון דימונה, ערד, ירוחם ועד אילת.

#### **הרחבת שירותים נוספים**

15. על פי תפיסת עולמה של אסותא הרי שככל שמשרד הבריאות יתיר באמצעות רישיונות הפעלת שירותים נוספים בפריפריה - שאסותא נכונה להירתם ולהיענות לאתגר.

#### **תרומת אסותא לשירותים בפריפריה**

16. הפעלת שירותים באמצעות אסותא בפריפריה מחזקת מאד את שירותי הרפואה באזור.

- קיצור תורים
- שירות איכותי
- מקומות עבודה

17. מקור פרנסה נוסף לרופאי בתי החולים באזור דבר המאפשר לבית החולים להתחרות טוב יותר למול האלטרנטיבה במרכז. האם יתכן כי חיזוק האטרקטיביות עבור הרופאים לעבוד הן בחיפה והן בבאר שבע, עוררה על אסותא ביקורת מאת מי שבמצב הקודם, בהיעדר אסותא בפריפריה, היו 'רוכשים' לבתי החולים שלהם את טובי הרופאים בפריפריה? נושא זה עולה גם מדו"חות מבקר המדינה בהקשר לפגיעה קשה בשירות האורטופדי בדרום הארץ עם המעבר של שלשה רופאים בכירים מסורוקה לאיכילוב.

#### **הניסיון להגביל את הפעילות באסותא:**

עולה טענה לפיה התעצמות המערכת הפרטית פוגעת ובאה על חשבון המערכת הציבורית. עיקר הטענה מכוונת לכאורה אל "בריחת רופאים" מן המערכת הציבורית אל המערכת הפרטית. התייחסות ל"בריחה" לכאורה של רופאים מהמערכת הציבורית לפרטית:

1. היקפה בטל בשישים – על פי נתוני משרד הבריאות פועלים בישראל 434 חדרי ניתוח, מתוכם 324 חדרי ניתוח "רגילים" ועוד 110 חדרי ניתוח לאשפוז יום. בכל מתקני אסותא יחד, פועלים 30 חדרי ניתוח בלבד ובהם 24 חדרי ניתוח ועוד 6 חדרי ניתוח לאשפוז יום. כלומר מספר חדרי הניתוח באסותא הוא קטן ביחס לכלל חדרי הניתוח ועל כן גם מידת ההשפעה של אסותא על עזיבת רופאים את המערכת הציבורית – הוא בהתאם.

2. קיימת הסטת רופאים בכירים מרפואה ציבורית לפרטית (לפעילות התאגידים) בתוך בתי החולים הציבוריים בשיעור רב יותר מאשר מחוצה להם. להערכת מבקר המדינה מדובר בפעילות בשיעור של 10 אחוזים מתוך כלל פעילות בתי החולים הממשלתיים (דוח שנתי 63 ג' לשנת 2012).

3. קיימת הסטה של רופאים בכירים מהפריפריה למרכז ברפואה הציבורית בבתי חולים ממשלתיים. מבקר המדינה התייחס לכך כבר בדוחות משנים קודמות (דוח שנתי 50 ב' לשנת 1999).

התייחסות לטענות לעודף פעילות לכאורה של מכבי באסותא:

להלן השוואת נתוני ביצוע מכבי ביחס ל:

i. נתוני משרד הבריאות הישראלי

ii. נתוני ה- OECD (כולל אירופה, ארה"ב ואוסטרליה ועוד)

### צנתור אבחנתי –

בהשוואת נתוני מכבי לנתוני ישראל בשנים 2008-9-10 עולה בברור ששעור הביצוע במכבי נמוך מזה של ישראל.

| שעור ל-100,000 |           | מספרים מוחלטים |           |      |
|----------------|-----------|----------------|-----------|------|
| מכבי           | כלל ישראל | מכבי           | כלל ישראל |      |
| 231            | 282.2     | 4,169          | 20,934    | 2008 |
| 227            | 285.4     | 4,095          | 21,553    | 2009 |
| 247            | 284.4     | 4,596          | 21,475    | 2010 |

טבלה 1: ניתוחי לב וצנתורים, 2006-2010\*<sup>(6)</sup>: מספרים מוחלטים ושעורים ל-100,000

| שנה  | צנתורי לב אבחנתיים<br>Cardiac catheterizations |           | צנתורי לב טיפוליים<br>PTCA |           | ניתוחי מעקפים<br>CABG |           |
|------|--|-----------|----------------------------|-----------|-----------------------|-----------|
|      | שעור ל-100,000                                 | מס' מוחלט | שעור ל-100,000             | מס' מוחלט | שעור ל-100,000        | מס' מוחלט |
| 2006 | -  | -         | -                          | -         | 53.5                  | 3,810     |
| 2007 | -  | -         | -                          | -         | 44.0                  | 3,186     |
| 2008 | 282.2  | 20,934    | 306.5                      | 22,740    | 42.1                  | 3,125     |
| 2009 | 285.4  | 21,553    | 268.3                      | 20,264    | 37.3                  | 2,815     |
| 2010 | 284.4  | 21,475    | 264.9                      | 20,005    | 36.4                  | 2,749     |

\* השיעורים לשנת 2010 מבוססים על גודל האוכלוסייה בשנת 2009, השנה העדכנית ביותר עבורה היו נתונים בעת הכנת פרסום זה.

בנוסף, בחינת נתוני ה- OECD, בשנים 2008, מראה שמדינות כמו ארה"ב (357.8), גרמניה (325.8) ואוסטרליה (325.8) עם שעורים גבוהים בהרבה מישראל.

מקור המידע:

OECD (2011), "OECD Health Data: Health care utilisation", *OECD Health Statistics* (database).  
doi: [10.1787/data-00542-en](https://doi.org/10.1787/data-00542-en)

### כריתות רחם :

בשנת 2008 בוצעו בישראל 5,987 כריתות רחם (נתוני משרד הבריאות).

באותה שנה בוצעו במכבי 1026 כריתות שמהוות רק 17% מסך הפעולות בארץ. שיעור זה הוא קטן משמעותית מחלקנו באוכלוסייה.



בשנת 2009 שיעור כריתות הרחם ל 100,000 נשים היה 125 לעומת המדווח בארה"ב 359.12  
(National Quality Indicators 2009 National statistics), כלומר שיעור הביצוע בישראל  
הוא נמוך יחסית ובתוכו שיעור הביצוע של מכבי הוא נמוך עוד יותר.

מכאן, שכל עוד והפעילות הפרטית מוגבלת למספר קטן של בתי חולים בבעלות פרטית כגון  
אסותא, כל טענה לביצוע יתר היא מופרכת ומקורה בססמאות ריקות מתוכן.

