



ינואר 2014

תפקידיהם של משרדי בריאות במערכות בריאות בעולם

רקע

מערכות בריאות ברחבי העולם נבדלות זו מזו במאפייניהן ובדרכי פעולתן. לעתים קרובות אנו נוטים להתרכז במדיהן הכלכליים כגון שיעור ההוצאה לבריאות מהתמ"ג או חלקה של ההוצאה הציבורית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, בעיקר בעת עריכתן של השוואות בינלאומיות, אולם יש לזכור כי ההבדלים בין מערכות בריאות אינם באים לידי ביטוי רק בשדה המאקרו כלכלי אלא גם בתחום המינהלי-בירוקרטי.

צורות הניהול, ההסדרה וחלוקת האחריות בין שלל הגופים הממשלתיים, הסוכנויות, הארגונים והמוסדות המרכיבים את המערכות הללו ופועלים בתוכן, מגוונות מאוד, ועשויות לבטא לא אחת מסורות פוליטיות או אידיאולוגיות בהקשרים רחבים יותר, החובקים עולמות תוכן המשתרעים מעבר לתחום שירותי הבריאות. כך למשל, יש חוקרים הטוענים כי נטייתו של הממשל בארצות הברית להאציל סמכויות בתחום הרווחה לארגונים לא-ממשלתיים, ביניהם חברות הפועלות למטרת רווח, נעוצה בשורשיה העמוקים של התפיסה האידיאולוגית המסורתית הרווחת בקרב הציבור האמריקני נגד הרחבת השפעתה של הממשלה וצמצום התערבותה בחיי האזרחים. תפיסה זו היא הבסיס ליצירתו של משטר רווחה המכונה על-ידם "The delegated welfare state".¹

האצלת סמכויות לגופים לא-ממשלתיים בתחום הרווחה איננה ייחודית לארצות הברית. היא מאפיינת גם מדינות אירופיות רבות, אם כי שורשיה במדינות אלה אינם זהים בהכרח לאלו האמריקניים. כך למשל, הסתדרויות רפואיות וגופים אחרים שצמחו מתוך הפרופסיה הרפואית, לוקחים חלק מרכזי ופעיל בהסדרת מקצוע הרפואה. תפקידיהם מעוגנים בחוק על-פי רוב, והם פועלים כמעין רשות שלטונית בעלת סמכויות החלטה וביצוע לצד משרדי הממשלה ובשיתוף עימם. הסדר זה אופייני למדינות קונטיננטליות כגון הולנד, אוסטריה וספרד, והוא בולט במיוחד בגרמניה, המהווה דגם מובהק של משטר קורפורטיסטי, בו ארגוני מעסיקים ומועסקים מקבלים ייצוג נכבד בארגון חיי הכלכלה במדינה.²

לאור כל האמור לעיל, נראה כי מקומם של משרדי הממשלה ותפקידיהם בניהול והסדרת מערכות הרווחה במדינות העולם אינם מובנים מאליהם, וכי חלוקת סמכויות והאצלתן לבעלי עניין אחרים מקובלות במדינות העולם על-פי מודלים שונים. על כן מטרתה של עבודה זו היא לערוך סקירה בינלאומית של תפקידי משרדי בריאות בעולם תוך התייחסות למשימות הרגולציה שהם ממלאים

¹ K. J. Morgan and A. L. Campbell, The Delegated Welfare State: Medicare, Markets and the Governance of Social Policy (New York: Oxford University Press, 2011).

² M. Borow, B. Levi and M. Glekin, "Regulatory tasks of national medical associations – international comparison and the Israeli case", Israel Journal of Health Policy research 2, no. 8 (2013):1-19.



וחלוקת האחריות בינם לבין יתר הגופים הרלוונטיים בכל אחת מהמדינות הבאות: אנגליה, גרמניה, הולנד וקנדה. כולן מדינות מפותחות כלכלית וטכנולוגית, חברות ארגון ה-OECD, המפעילות מערכות בריאות ציבוריות, ובכך דומות, לפחות במידה מסוימת, לישראל (בניגוד לארצות הברית, למשל), וזאת על אף השוני הניכר ביניהן בדרכי המימון והאספקה של שירותי הבריאות.

אנגליה

משרד הבריאות האנגלי, ה-DH (Department of Health) כפוף לפרלמנט הבריטי, שמפקח על פעילותו. ה-NHS (שירות הבריאות הלאומי) הינו חלק ממשרד הבריאות. בנוסף ל-NHS, אחראי משרד הבריאות גם על תחום בריאות הציבור ותחום השירותים החברתיים. מערכת הבריאות באנגליה היא בעלת אופי ביזורי. מטה ה-NHS אחראי על קביעת אסטרטגיה, עיצוב מדיניות וניהול. בנוסף להנהלה המרכזית של הארגון יש עשר רשויות בריאות אסטרטגיות אזוריות הנקראות SHAs (Strategic Health Authorities) - הללו הן למעשה שלוחות אזוריות של משרד הבריאות. הן מנהלות את פעילות ה-NHS ואת כלל שירותי הבריאות ברמה האזורית, ובודקות אם הן עומדים במדדי האיכות שנקבעו להן. בנוסף, קיימות זרועות ביצועיות עצמאיות (Arm's length bodies), הממומנות ומוסמכות על-ידי משרד הבריאות לעסוק בתחומים כגון הספקת מידע סטטיסטי, מודרניזציה של שירותי הבריאות וכן תכנון כוח אדם.³

במסגרת אופייה הביזורי של מערכת הבריאות האנגלית, וריבוי הגופים העצמאיים או העצמאיים-למחצה במערכת, נראה כי משרד הבריאות מתמקד בעיקר ביצירת המסגרת הלאומית לתכנון, קרי הסמכת הגופים הפועלים, פיקוח עליהם והנחיית עבודתם. כך למשל, הגוף האמון על פיתוח הנחיות קליניות באנגליה הוא ה-NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), כאשר משרד הבריאות מנחה אותו באשר לתחומים בהם יתמקדו ההנחיות. המשרד גם קובע את רשימת הקריטריונים שעל ההנחיות לעמוד בהם (כגון התייחסויות לעומס התחלואה בתחום ההנחיות, עלויות הטיפול המוצעים ועוד).⁴

באופן דומה, הגוף האחראי באנגליה לתכנון כוח אדם במערכת הבריאות הוא גוף עצמאי המצוי בהתקשרות חוזית עם משרד הבריאות, ומהווה אחת הזרועות של ה-NHS. לארגון יש ועד מנהל וצוות מקצועי משלו (WRT - Workforce Review Team). ה-WRT הוסמך על-ידי משרד הבריאות האנגלי

³ נ. ניראל, א. שץ ו-א. טראוב, גופים וקבוצות עבודה לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות – סקירה בינלאומית, מאיירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל, 2010, ע' 24.

⁴ NICE

http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/developing_nice_clinical_guidelines.jsp [Accessed on 6 January 2014].



למפות, להעריך, להמליץ על דרכי פעולה בנושא תכנון כוח אדם בכל מקצועות הבריאות וכן בתחום הטיפול הסוציאלי.⁵

זאת ועוד, גם הרגולציה על מקצוע הרפואה אינה מצויה בידי של משרד הבריאות. גוף פרופסיונאלי, ה- GMC (General Medical Council), אמון על-פי חוק על רישוי ורישום הרופאים, תהליך ההתמחות והליכי המשמעת. לעומת זאת, נראה כי משרד הבריאות פעיל מאוד בתחום מדידת האיכות. הוא יוזם ומארגן את מרבית פעילות מדידת האיכות במדינה מאז החלה לפני כשני עשורים, ואף פועל להכנסת המדדים לשימוש בארגוני הבריאות של ה-NHS.

Decentralization of functions and regulatory institutions in England

Function	Type of decentralization	Regulatory institution
Set standards	Centralization	Department of Health
	Delegation	NICE
Monitoring	Delegation	CQC, Audit Commission, NAO, NPSA, Monitor
	Deconcentration	SHAs
	Devolution	Local government overview and scrutiny committees
Enforce regulation	Privatization	GMC, General Dental Council (GDC), Nursing and Midwifery Council, General Pharmaceutical Council, General Optical Council, General Chiropractic Council, General Osteopathic Council, Health Professions Council
	Delegation	CQC, General Social Care Council, Monitor
	Deconcentration	NHS trusts

מקור :

S. Boyle, Health care Systems in transition – England, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, 132.

⁵ ניראל, גופים וקבוצות עבודה לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות, עמ' 23-29.



משרד הבריאות גם אינו מפקח ישירות על בתי החולים. גופים ייעודיים למשימה זו עושים זאת. החל משנת 2004 החלו התאגדויות של בתי חולים במסגרת (FTs) Foundation Trusts (תהליך שאמור להסתיים ב- 2014). ה- FTs אינן שייכות עוד לממשלה או לרשויות המקומיות. מדובר בארגונים עצמאיים ללא כוונת רווח השייכים לקהילה המקומית אותה הם משרתים באמצעות חבר מנהלים. לגופים אלו עצמאות כלכלית וניהולית נרחבת, הן באשר למבנה התקציב והן באשר לקביעת האסטרטגיה של הארגון. גוף ביקורת חיצוני ועצמאי (Monitor), המדווח ישירות לפרלמנט, וועדות NHS הן המפקחות על המחירים שקובעים בתי החולים ומוודאות כי נשמרת התחרות בין הקרנות.⁶ עם זאת, מן ההיבט התקציבי, ממלא משרד הבריאות תפקיד נכבד – הקצאת 80% מתקציב ה- NHS בהתאם לנוסחת קפיטציה ל- PCTs (Primary Care Trusts) – קרנות המכסות את הטיפול באוכלוסיית אנגליה על-פי אזורים גיאוגרפיים. הוא גם הגוף המנהל משא ומתן עם משרד האוצר על התקציב הכולל של מערכת הבריאות.⁷ ה- PCTs מחויבות לספק שירותי בריאות לכל האזרחים שבתחום אחריותן, ולספק נגישות לשירותי הבריאות בתקציב שהוקצה להן על-ידי משרד הבריאות. לשם כך הן מנהלות משא ומתן עם ספקי הבריאות באזוריהן. הן מחויבות לממן לאזרחים את כל שירותי הבריאות שהומלצו על-ידי ה- NICE.⁸

למרות שאינו מספק ישירות שירותי בריאות, המשרד אמון על איכות השירות באמצעות מדידה וביקורת של השירותים הניתנים, ואחראי על הוצאתה אל הפועל של מדיניות הממשלה ברמה האסטרטגית (למשל, הכנסתם של מדדי איכות למערכת הבריאות או התאגדות בתי החולים במסגרת קרנות). הוא אף מייעץ ומספק הכוונה לרשויות מקומיות בנושאים של מימון שירותים חברתיים ומפתח תוכנית לאומית לטיפול סוציאלי בקשישים.⁹

גרמניה

גרמניה, כאמור, הינה דגם מובהק של מדינה בעלת משטר כלכלי קורפורטיסטי. פירוש הדבר הוא שארגוני עובדים ומעסיקים לוקחים חלק מרכזי ופעיל בניהול והסדרת ענפי הכלכלה והמינהל במדינה בחסות הממשלה, לרבות תחום הבריאות. לארגוני הרופאים של המדינות השונות מהן מורכבת הפדרציה הגרמנית יש מעמד סטטוטורי של לשכה (chamber), והם מתחלקים עם משרד הבריאות באחריות על המערכת הרפואית. כך למשל, משרדי הבריאות של המדינות הם האחראים לרישוי

⁶ Department of Health, Protecting and promoting patient's interests: the role of sector regulation

⁷ S. Boyle, Health care Systems in transition – England, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, xxiii.

⁸ S. Boyle, Health care Systems in transition – England, 133-134.

⁹ Boyle, Health care Systems in transition – England, 30.



הרופאים, ולשכות הרופאים אמונות על רישומם במרשם רופאים (כל רופא המבקש לעסוק ברפואה חייב להיות רשום בלשכת הרופאים המקומית).¹⁰

משרד הבריאות הגרמני אחראי על הוצאת סטנדרטים אחידים ומחייבים לבתי ספר לרפואה בכל רחבי המדינה, ואילו לשכות הרופאים אמונות על הסדרת תהליך ההתמחות. שיתוף פעולה קיים גם בתחום המשמעותי. יש בסמכותה של לשכת הרופאים להעמיד לדין רופאים שעברו עבירות משמעת, אך התליית רישיון מצויה בסמכותו של הגוף שהוציא את הרישיון מלכתחילה – משרד הבריאות.¹¹ בתחום קידום האיכות, מאז תחילת שנות האלפיים מפעילים ארגוני בתי החולים והמבטחים את ה-BQS (Institute for Quality and Patient Safety), המשמש כמכון בלתי תלוי לפיתוח מדדי איכות במערכת הבריאות וליישומם. שיתוף פעולה בין בעלי עניין קיים גם בתחום פיתוח ההנחיות הקליניות.¹²

ביטוח הבריאות הגרמני מורכב מהשתתפויות של המעסיקים והמועסקים (דמי בריאות). קופות החולים קובעות בעצמן את תעריפי השירותים שהן מספקות, אך למשרד הבריאות הסמכות לקבוע את תקרת ההכנסה לתשלום דמי הבריאות. השתתפויות עצמיות נקבעות על-פי חוק. יש לציין כי הממשלה שואפת להקטין את התערבותה בענייניה הפיננסיים של מערכת הבריאות, ולהגדיל את השימוש בכוחות השוק (=תחרות) בתוך המערכת, בין ספקי בריאות ומבטחים.

המבנה הקורפורטיסטי של המערכת הגרמנית ניכר גם בהסדרים הפיננסיים החלים חל מערכת האשפוז: תקציבי הפיתוח של בתי החולים ממומנים על-ידי המדינה (ברמה הפדראלית והמקומית) באמצעות מיסים. עלויות התפעול של בתי החולים מגיעות מתשלומי המבטחים או ממטופלים פרטיים. התשלום נקבע על-ידי מערכת DRG (Diagnosis-related-groups) שיזמה הממשלה. הפעלת המערכת והפיקוח עליה נעשים על-ידי "המכון לפיתוח מערכת התשלומים של בתי החולים" – ארגון המנוהל במשותף ברמה הפדראלית על-ידי התאגדויות קופות החולים ואיגוד בתי החולים בגרמניה. ברמה האזורית, שכר הרופאים והתשלומים לבתי החולים נקבעים באמצעות משא ומתן בין האיגודים המקומיים של קופות החולים, בתי החולים והרופאים.¹³

משרד הבריאות מתרכז בפיקוח על הארגונים המנהלים את המערכת בפועל. הוא עושה זאת בעיקר על-ידי יציקת המסגרת לפעילותם באמצעות ניסוח הצעות חוק ונהלים.¹⁴ כמו כן יש באפשרותו להתערב בנעשה במערכת הבריאות ולהכריע במקרים הבאים:¹⁵

¹⁰ Borow, "Regulatory tasks of national medical associations".

¹¹ Borow, "Regulatory tasks of national medical associations".

¹² R. L. Lewis, A. Alvarez-Rosete and N. Mays, How to regulate health care in England – An international perspective, King's Fund, 2006, 29.

¹³ Lewis, How to regulate health care in England, 21.

¹⁴ The Federal Ministry of Health (Germany)

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/english-version/ministry/the-federal-ministry-of-health.html>

[Accessed on 6 January 2014].



- בסמכותו להטיל וטו על החלטות הגופים - ועדות משותפות לרופאים, למבטחים ולבתי החולים מתכנסות יחדיו ומחליטות על שלל נושאים, למשל על הוספת טכנולוגיה רפואית לסל השירותים או על הפחתת השתתפות עצמית לחולים כרוניים.¹⁵ אי התנגדות של משרד הבריאות, פירושה שהוא נתן את הסכמתו, אך הוא יכול גם להטיל וטו על החלטת הגופים.
- המשרד עשוי להתערב כאשר החלטות לא התקבלו (למשל, אם הגופים לא הגיעו להסכמה).
- המשרד יכול לנקוט בפעולות נגד גופים ומוסדות שלא פועלים כהלכה (למשל, לא עומדים בתקנים של איכות או גובים מעל התעריף שנקבע).

הולנד

משרד הבריאות, הרווחה והספורט בהולנד אחראי להתוויית מדיניות הבריאות במדינה וליישומה. אספקת שירותי הבריאות נעשית על-פי רוב על-ידי גורמים פרטיים (למטרות רווח ושלא למטרות רווח). תפקידה של הממשלה בתחום זה מצומצם, והוא מתבטא בדרך כלל במעורבותן של רשויות מקומיות בקידום תוכניות מניעה ואיכות הסביבה ובאיסוף מידע על בריאות התושבים באמצעות שירות בריאות עירוני ייעודי שהוקם למטרה זו בכל רשות מקומית.

משרד הבריאות נוטה להאציל סמכויות לגופים עצמאיים העוסקים ברגולציה. מערכת הבריאות ההולנדית משופעת אפוא בגופי רגולציה שאינם שייכים למשרד הבריאות. נטייה זו משתלבת עם אופייה הפרטי של אספקת השירותים ומערכת הביטוחים הרפואיים בהולנד ועם מגמת המעבר למודל של "תחרות מנוהלת" תוך הקטנת המעורבות הממשלתית בשוק הבריאות. כתוצאה מכך, מעורבותו הישירה של משרד הבריאות, הרווחה והספורט בהסדרת מערכת הבריאות נותרת מצומצמת. המשרד מתרכז בעיקר בהתוויית מדיניות כגון הפחתת שיעור מיטות האשפוז או הצבת הארכת תוחלת החיים כמשימה לאומית. כמו כן נושא המשרד, בצוותא עם הרשויות המקומיות, באחריות הכוללת לנגישות האוכלוסייה לשירותי הבריאות ולאיכות השירותים.

המשרד מעורב ברגולציה של המקצוע, ואחראי ישירות לרישוי ולרישום הרופאים במערכת מרשם שהפעלתה על-ידי המשרד מעוגנת בחוק Individual Healthcare Professions Act (BIG Act). לעומת זאת, גוף רגולטורי עצמאי – Health Care Inspectorate - הוא האחראי העיקרי לפיתוחם של מדדי איכות. גוף זה מפתח מדדים בצוותא עם הגופים המקצועיים הרלוונטיים, בהם איגודים מדעיים, התאגדויות של מומחים ושל רופאים כלליים ואיגוד בתי החולים. הוא מעסיק כ- 150 מפקחים שעוקבים אחר בטיחות הטיפול ואיכותו במערכת הבריאות. גוף זה גם מייעץ למשרד

¹⁵ R. Busse and A. Riesberg, Health care Systems in transition – Germany, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, 51-52.

¹⁶ Busse, Health care Systems in transition – Germany, 48-49.



הבריאות, הרווחה והספורט בנושאי איכות. זהו גוף עצמאי, כאמור, אך הוא נמצא תחת סמכות המשרד.¹⁷

רשות ממשלתית עצמאית, The Health Care Insurance Board (CVZ), מפקחת על ציות המבטחים וספקי הבריאות לכללי של שירותי הבריאות.¹⁸ רשות זו אף מייצעת לממשלה בנוגע להגדרת תכולת של שירותי הבריאות.¹⁹ רגולציה רחבה יותר על התנהלותן של חברות ביטוחי הבריאות מתבצעת על-ידי Pensions and Insurance Supervisory Authority (PVK) שפעל בעבר כגוף עצמאי המסופח למשרד האוצר, ומעמדו כיום הוא ארגון עצמאי ללא כוונת רווח.²⁰

בדומה לגרמניה, מערכת הבריאות ממומנת בעיקר מהשתתפויות מעסיקים ומועסקים. השתתפויות המועסקים המשולמות ישירות למבטח (45% מתקציב המערכת). השתתפויות המעסיקים (50%) והשתתפות המדינה (5%) מועברים לקרן ביטוח – Insurance Compensation Fund – המקצה את התקציב למבטחים לפי מנגנון חלוקת סיכונים (קפיטציה). ה-CVZ הוא הגוף האחראי גם לפעילות זו.²¹

תעריפי בתי החולים נקבעים בשתי הצורות הבאות: באמצעות משא ומתן חופשי בין בתי החולים למבטחים ובאמצעות רגולציה. על-פי רוב נקבעים תעריפי הטיפול באמצעות מערכת מבוססת DRG באחריותו של גוף רגולטורי נוסף - Health Care Authority (Zorgautoriteit), אם כי בשנים האחרונות גובר השימוש במשא ומתן חופשי ופוחתת התערבות המדינה בתחום. תגמולי הרופאים והאחיות בקהילה נקבעים במשא ומתן בין איגודי העובדים, המבטחים והמשרד. ה-Zorgautoriteit הוא גוף עצמאי, אך הוא ממומן על-ידי משרד הבריאות, הרווחה והספורט. גוף רגולטורי עצמאי נוסף, ה-Netherlands Authority for Consumers and Markets (ACM) נוצר בשנת 2013 מאיחוד שתי רשויות רגולטוריות קודמות, והוא עוסק בעיקר בשמירה על התחרות בשוק הבריאות.

עצמאותם של הגופים הללו באה לידי ביטוי בכך שהם אינם חלק אינטגרלי מהמבנה האדמיניסטרטיבי של המשרד, ויש להם את החופש לקבוע לעצמם את המבנה הארגוני שלהם, כמו גם לקבל החלטות בנוגע להעסקת עובדים. עם זאת יש לזכור כי הם ממומנים על-ידי משרד הבריאות, ופעולות הרגולציה שלהם מתנהלות בהתאם למדיניות שקובע המשרד או ממשלת הולנד. לבסוף, הם חייבים בדיווח לשר הממונה.²²

¹⁷ C. Ketelaars, "Integrated care requires integrated supervision", *Journal of integrated care* 11 (14), 2011:

2.

¹⁸ Lewis, *How to regulate health care in England*, 23.

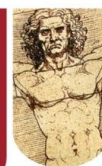
¹⁹ *Health care systems in transition* – Netherlands, 2010, 65.

²⁰ The Nederlandsche Bank - History PVK.

http://www.dnb.nl/en/binaries/History%20PVK_tcm47-144512.pdf [Accessed on 7 January 2014].

²¹ The Commonwealth Fund. *Harnessing Health Care Markets for the public interest*, 2009, 12.

²² The Commonwealth Fund, 33.



רגולציה בהולנד – גופים ממשלתיים ומייעצים

Sort of actor	Actors (non-exhaustive)	Specific tasks
Government	Central government	<ul style="list-style-type: none"> • Setting the national health care budget • Deciding the content of the basic health insurance package • Setting tariffs for the services not yet subject to free negotiations • Setting public health targets • Deciding capacity in long-term care institutions • Safeguarding affordability, efficiency, accessibility and quality of health care in the Netherlands
	Municipality	<ul style="list-style-type: none"> • Setting local public health targets • Decides on budget for social support and home care
Advisory bodies	Dutch Health Care Authority (NZa)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring the transparency and functioning of health care markets • Establishing tariffs for non-negotiable care
	Health Care Insurance Board (CVZ)	<ul style="list-style-type: none"> • Explanation of contents of benefit package • Promotion of harmonized provision of health care in both curative and long-term care • Advises Ministry of Health, Welfare and Sport on contents of basic health insurance benefit package • Advises on including new medicines in medicine reimbursement system (GVS) • Advises Ministry of Health, Welfare and Sport on budget for long-term care (AWBZ) • Administers Health Insurance Fund and General Fund for Exceptional Medical Expenses (AFBZ) • Carries out risk adjustment
	Health Council	<ul style="list-style-type: none"> • Advises Ministry of Health, Welfare and Sport on preventive care and other health issues
	Regional Support Structures (ROS)	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulates cooperation in primary care
	Capacity body (<i>Capaciteitsorgaan</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Advises Ministry of Health, Welfare and Sport on workforce planning for all specialized postgraduate training programmes
	Medicines Evaluation Board (CBG)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluates safety, efficacy and quality of pharmaceuticals • Authorizes pharmaceuticals
	Council for Public Health and Health Care (RVZ)	<ul style="list-style-type: none"> • Advises Ministry of Health, Welfare and Sport on health policy agenda

רגולציה בהולנד – גופים מפקחים ואיגודים מקצועיים

Supervisory bodies	Dutch Health Care Authority (NZa)	• Enforcement of the Health Care Market Regulation Act (Wmg)
	Health Care Inspectorate (IGZ)	• Inspects safety and quality of providers • Investigates complaints and accidents • Supervises implementation of Health Insurance Act (Zvw) and Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)
	Committee on Pharmaceutical Care (CFH) – part of CVZ	• Assesses pharmaceuticals on efficacy, efficiency, side-effects, applicability and ease of use before inclusion in the benefit package
Professional bodies (self-regulation)	Royal Dutch Medical Association (KNMG)	• Postgraduate medical education • Accreditation of medical specialists (including GPs) • Promoting professional quality
	Dutch College of GPs (NHG) (part of KNMG)	• Development of guidelines for GPs
	Association of Medical Specialists (OMS, part of KNMG)	• Development of guidelines for medical specialists

רשימה מסכמת זו של גופי הרגולציה בהולנד מעידה הן על מספרם הגדול והן על מגוון סוגי הגופים העוסקים ברגולציה. הרשימה גם מביאה לידי ביטוי את כובד משקלה של הרגולציה אשר מפעילה הולנד להסדרת מערכת הבריאות שלה, תוך שמירה על ריחוק מסוים בין התערבות ממשלתית ישירה לבין שוק הבריאות.

קנדה

משרד הבריאות הקנדי אחראי על בריאות הציבור ועל הפעלת תוכניות הביטוח הממשלתיות במדינה אשר מעוגנות בחוק (The Canada Health Act). מערכת הבריאות הקנדית ממומנת ברובה המכריע על-ידי תקציב ציבורי שמקורו במיסים כלליים. יחד עם זאת, מבחינה ארגונית, מדובר במערכת מבוזרת (decentralized), בה ממשלות המחוזות והטריטוריות ממלאים תפקיד משמעותי בהתוויית המדיניות וביישומה לצד הממשלה המרכזית. הביזור נובע משלוש סיבות:²³

1. אחריות הממשלות המקומיות לאספקת השירותים בתחומן

2. מעמדם העצמאי של הרופאים

²³ G. P. Marchildon, Health Systems in Transition – Canada, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2013, 19.



3. קיומם של ארגונים רבים במערכת, החל מרשויות בריאות אזוריות (RHAs) ועד לבתי חולים פרטיים (שאינם למטרות רווח), המהווים מעין זרוע ביצועית של הממשלה המקומית (arm's length).

תכנון המדיניות מבוצע ברובו על-ידי משרדי הבריאות, כאשר בחלק מהמחוזות יש מעורבות גדולה יותר בתחום זה מצדן של ה-RHAs. חלק ממשרדי הבריאות נעזרים גם בגופים נוספים כגון "מועצות איכות", שנוסדו על-ידי הממשלות המקומיות לשם קידום איכות ברפואה, וסוכנויות לא-ממשלתיות להערכת טכנולוגיות (HTA).²⁴

בשנים האחרונות מתגברת נטייתן של הממשלות לרכז בידיהן את תכנון המדיניות, ולחקטין את משקלן ואף לבטל את רשויות הבריאות האזוריות. בעלי מקצועות הבריאות, לעומת זאת, נהנים בדרך כלל מאוטונומיה פרופסיונאלית, בהתאם לחוקי המחוז.²⁵ תפקידי משרד הבריאות משתרעים ממימון תוכניות הבריאות, איסוף מידע ומחקר ועד לפיקוח על תרופות מרשם ובריאות הציבור. משרדי הבריאות של המחוזות גם משתפים פעולה ביניהם, וחולקים מידע מקצועי.

רוב הרופאים עובדים כעצמאים במרפאות שבבעלותם לפי "תשלום עבור שירות" (fee for service) מתוכנית הביטוח הממשלתית. תעריפי התשלומים נקבעים על-ידי משא ומתן בין הרופאים למשרדי הבריאות במחוזות.²⁶ רפואה פרטית בקנדה קיימת, אך ההגבלות החמורות שמטיל עליה המחוקק מצמצמות אותה עד מאוד. חלק מהפרובינציות אינן מאפשרות לרופאים לעסוק גם ברפואה ציבורית וגם ברפואה פרטית, והן מאלצות את הרופא לבחור באחת מהמסגרות. פרובינציות אחרות קובעות כי מחיריהן של הפרוצדורות הרפואיות בפרקטיקה הפרטית לא יעלו על המחיר שנקבע להן במסגרת הציבורית. הגבלות נוספות חלות על ביטוחים פרטיים – הללו מותרים על-פי רוב, אך יש פרובינציות שקבעו כי במקרה בו מבוטח בוחר לפנות אל רופא פרטי בכדי לעבור טיפול המכוסה בביטוח הממלכתי, הוא אינו רשאי לקבל החזר מהמדינה על הטיפול. בכך יוצרת המדינה חציצה מוחלטת כמעט בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית תוך צמצום משמעותי של זו האחרונה.²⁷

²⁴ Marchildon, *Health Systems in Transition – Canada*, 20.

²⁵ Marchildon, *Health Systems in Transition – Canada*, 20.

²⁶ Marchildon, *Health Systems in Transition – Canada*, 21.

²⁷ C.M. Flood and T. Archibald, "The illegality of private health care in Canada", *Canadian Medical Association Journal* 164, no.6 (2001):825-830.



סיכום

מהסקירה הבינלאומית שערכנו עולה כי ברוב מערכות הבריאות נוטה משרד הבריאות להאציל סמכויות לגופים עצמאיים או עצמאיים למחצה, אשר אמונים על היבטים שונים של רגולציה – החל ברישוי ורישום רופאים, דרך קידום איכות ברפואה ועד שמירת התחרות במערכת הביטוח וקביעת תעריפים לספקי בריאות.

מגמה זו של האצלת סמכויות לגופים ייעודיים אופיינית במיוחד לאנגליה ולהולנד, וזאת למרות ששתי המערכות שונות מאוד זו מזו באופן בסיסי בכל הנוגע לדרכי המימון והאספקה של שירותי הבריאות. ריבוי הגופים המפקחים מתקיים לצד נטייתן של שתי המערכות לחיזוק מנגנוני התחרות בין מבטחים וספקים תוך הקטנת ההתערבות הממשלתית בתחום. כך למעשה, מתרכזים משרדי הבריאות בשתי המדינות בעיקר בתכנון מדיניות בריאות ובהוצאתה אל הפועל, כאשר הרגולציה הישירה מתנהלת, למעשה, בידיהם של גופים ייעודיים. במרבית המקרים חלה על הגופים הללו חובת דיווח למשרד הבריאות (במקרים אחרים ישירות לפרלמנט).

האצלת סמכויות אופיינית גם למערכת הגרמנית, אולם זאת בשונה מהנעשה באנגליה והולנד. בעוד שתי האחרונות מסתמכות, כאמור, על גופי רגולציה ייעודיים, הסדרת המערכת הגרמנית נעשית בעיקר על-ידי ארגוניהם היציגים של המעסיקים והמועסקים, בעלי העניין במערכת הבריאות – מבטחים, בתי חולים ורופאים. כמקובל בדגם של כלכלה קורפורטיסטית, הללו משתפים פעולה בהסדרתם של מגוון נושאים מרכזיים – ביטוחיים, פיננסיים ואחרים. משרד הבריאות, באמצעות חקיקה, נהלים ובמקרים מסוימים, סמכות וטו, יוצר את המסגרת לפעילות מסוג זה.

קנדה הינה יוצאת דופן בהשוואה ליתר המדינות. במדינה זו, משרדי הבריאות של הממשלה המרכזית ושל המחוזות מחזיקים בידיהם את מרבית הפעילות הרגולטורית. זאת ועוד, בניגוד לנעשה ביתר מהמדינות הנסקרות, המגמה בקנדה היא המשך ריכוז הסמכות הרגולטורית בידי המשרדים. יש לציין כי קנדה יוצאת דופן לא רק בהיבט הרגולטיבי, אלא גם בהתייחסותה לתמהיל הפרטי-ציבורי של שירותי הבריאות - קנדה מתבלטת באופן מיוחד במאמציה להפריד בין המערכת הציבורית לשוק הבריאות הפרטי, ולנסות לצמצמו כל האפשר, בעוד יתר המדינות מאפשרות קיום משותף של שתי המערכות במידה רבה יותר.

יש לציין גם כי בכל ארבע המדינות מקיימת הפרופסיה הרפואית מידה מסוימת של אוטונומיה. מדינות אלה רואות ברופאים שותפים מרכזיים בהסדרת חלקים חשובים של מערכת הבריאות, כמו למשל אחריות לתהליך ההתמחות וקידום איכות הרפואה.

כתיבה: ברוך לוי ומישל גלקין, ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)