

מערכת הבריאות בישראל

נגה בולדור, MPHA

המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשרותי הבריאות, מכון גרטנר

חלק א':

קצת היסטוריה...

מערכת הבריאות בישראל מושתתת על מספר אבני דרך בהתפתחותה ההיסטורית. קופות החולים בישראל קמו עוד לפני הקמת המדינה. קופת חולים כללית הוקמה בשנת 1911, כמענה למתן שירותים רפואיים לפועלי העלייה השנייה. קופת חולים כללית היתה הגורם המוביל והמרכזי במתן שירותי בריאות ליישוב היהודי בארץ ופעלה על פי עקרונות מודל ביסמרק¹. תפיסתה האידיאולוגית של קופת החולים הכללית התבססה על עקרון שיוויון ועזרה הדדית. עקרונות אלו הטביעו את חותמם על כל מערכת הבריאות בישראל במשך שנים רבות.

השירותים הרפואיים אשר ניתנו למבוטחי קופת חולים כללית הסתמכו על גביית מס אחיד, אשר כלל מסי חבר של הסתדרות העובדים ומסי חבר של קופת חולים. כך נוצרה תלות בחברות בהסתדרות העובדים ובחברות בקופת החולים [1].

במהלך השנים, הוקמו קופות חולים נוספות, שביטאו זהות אידיאולוגית פוליטית והיוו חלופה לקבלת ביטוח רפואי, ללא חובת הזדהות פוליטית. עד להקמת המדינה פעלו שבע קופות חולים: קופת חולים כללית, קופת חולים לעובדים לאומיים, קופת חולים מכבי, קופת חולים של הציונים הכלליים, קופת חולים עממית ושתי קופות של אגודת הרופאים - אוצר הרופאים ושילוח.

נוסף על קופות החולים, יוזמים עיקריים לפיתוח שירותי הרפואה בארץ טרם הקמת המדינה היו משפחת רוטשילד והסתדרות נשי הדסה בארצות הברית. פעילותם של שני גופים אלו כללה הקמת בתי חולים, מרפאות ובתי מרקחת, שירותי רפואה מונעת והפעלת בתי חולים. שירותי הרפואה ע"י הדסה אופיינו ברמה גבוהה ומקצועית וללא השתייכות פוליטית ואידיאולוגית.

גורם פעיל במערכת הבריאות היה מחלקת הבריאות המנדטורית, אשר היוותה את משרד הבריאות של ארץ ישראל. מחלקה זו עסקה באספקת שירותי בריאות הציבור, נוסף על הפעלתם

¹ מודל ביסמרק - נקרא על שם קנצלר גרמניה, ביסמרק, שיזם בשנת 1881 את חוק ביטוח הבריאות הראשון בעולם. החוק חייב פועלים שמשתכרים מתחת לשכר מסויים להיות מבוטחים בביטוח בריאות חובה. לאחר מכן ביטוח זה הורחב לשכבות נוספות באוכלוסיה. על פי מודל זה, שירותי הבריאות ניתנים ע"י קופות החולים [1].

של אחד-עשר בתי חולים ממשלתיים. כפל תפקידים זה מאפיין גם את פעילותו הנוכחית של משרד הבריאות.

במקביל למחלקת הבריאות המנדטורית, גורם נוסף היה הוועד הלאומי של היישוב היהודי בארץ, שהקים את מחלקת הבריאות. מחלקה זו עסקה בתיאום פעולתם של גופי הבריאות השונים שפעלו בישוב, כמו הדסה, קופות החולים, ההסתדרות הרפואית, ובתיאום עם מחלקת הבריאות של הממשלה הבריטית.

בסוף 1948, אוכלוסיית מדינת ישראל מנתה 870 אלף איש, ורק 53% מתוכם היו מבוטחים בביטוח בריאות. מרביתה של האוכלוסייה הייתה מבוטחת בקופת חולים כללית.

תוך ארבע שנים מהקמת המדינה, אוכלוסיית ישראל הוכפלה כתוצאה מגלי העלייה הגדולים. העלייה המוגברת והתחלואה בקרב העולים, יצרו אי ספיקה במערכת הבריאות, אשר למשרד הבריאות לא היה מענה.

קופת החולים הכללית נרתמה לספק שירותים לעולים החדשים ובכך הפכה להיות הגורם הדומיננטי ביותר באספקת שירותי הבריאות. בהמשך, פעלה לצירוף העולים החדשים כתברים בהסתדרות ובכך היוותה את הארגון הרפואי הגדול ביותר בישראל. היקף החברים בקופה גדל, אך השליטה על הכנסות הקופה שהייתה בידי ההסתדרות הכללית, גרמה למצוקה כלכלית קשה של קופת החולים. מצוקה זו וההתרחשויות הפוליטיות בארץ בתקופה האיצו את הצורך בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר קיבל תוקף בהמלצות ועדת נתניהו [1].

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

החוק [2], שחוקק בינואר 1995, חולל שינוי מהותי ביותר במערכת הבריאות בארץ. הבסיס לחקיקת החוק נטוע כאמור בהמלצותיה של ועדת נתניהו, והתנאים הפוליטיים אשר שררו בארץ טרם ובעת קבלת החוק. דו"ח הוועדה כלל ליקויים שנתגלעו במתן השירותים לציבור וגרעונה הכספי הניכר של הקופה המובילה בארץ, קופת החולים הכללית. ערב החלת החוק, שיעור מבוטחיה של קופת חולים כללית, היה פי שלושה מאשר בקופות האחרות. על אף השיעור הגבוה של המבוטחים, ההרכב הדמוגרפי שלהם העיק על הוצאותיה, בנוסף לאופן גביית דמי החבר ע"י קופת חולים כללית, שהייתה כרוכה בזיקה פוליטית. טרם החוק - 5% מן האוכלוסייה היו חסרי ביטוח בריאות, וקבלת השרות הרפואי התבססה על ביטוח וולונטרי. תשלום דמי ביטוח הבריאות בוצע על ידי תשלום דמי חבר על ידי העובד – המס האחיד – לקופת החולים, ומס מקביל –

השתתפות המעסיק בדמי ביטוח בריאות עובדיו. בידי קופות החולים היתה היכולת לשלוח בבחירה או דחייה של מבוטחים חדשים לקופה, מבוגרים או לא בריאים (גריפת שמנת) [1].

חמשת העקרונות אשר התקבלו במסגרת ועדת נתניהו כללו: **ביטוח לכל, חופש בחירה בקופה, הגדרת סל שירותים, שינוי במנגנון הגבייה ושינוי מנגנון ההקצאה**. עקרונות המבוססים על צדק, שוויון ועזרה הדדית, כאשר המדינה אחראית להבטחת שרותי הבריאות לציבור תושביה. מטרת על נוספת של החוק הייתה להגדיל את מקורות המימון של מערכת הבריאות.

בינואר 1995, **נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי** [2], שהנהיג ביטוח בריאות חובה על כל אזרח, שגבייתו מבוצעת ע"י גורם אחד וממלכתי, המוסד לביטוח לאומי. על הקופות נאסר לדחות מבוטחים והחוק קבע כי מס הבריאות יותאם לרמת הכנסתו של האזרח. הוגדר סל שירותים אחד שעל הקופות חובה לספק, כאשר הממשלה היא הגורם המפקח על פעולותיהן של הקופות. בנוסף לביטוח החובה, ניתנה האפשרות לקופות החולים להציע ביטוח מרצון לקבלת שירותים שאינם כלולים בסל שירותי הבריאות הציבוריים. גביית מס הבריאות דרך המוסד לביטוח לאומי איפשרה תחרות הוגנת בין הקופות, בחירה חופשית של האזרח בקופת החולים המועדפת עליו, העמקת הגבייה והבטחת הכנסות הקופות, אך יחד עם זאת, ניהול תקציב משרד הבריאות הופקד בידי משרד האוצר [1].

פיצול שירותים אלו אמנם תחם גבולות אחריות בין קופת החולים ובין משרד הבריאות, אך גם הותיר בידי משרד הבריאות את כפל תפקידיו כמיניסטרו וכמפעיל בתי חולים.

מקורות מימון עלות הסל

נושא תקציבי קופות החולים עוגן בחקיקה במסגרת החוק, שיעור השתתפות הממשלה בתקציבי קופות חולים הוגדר באמצעות "עלות הסל", ועל המדינה הוטלה התחייבות להשלמת ההפרש שבין "עלות הסל" למקורות אחרים הקבועים בחוק [1]. מקורות המימון של "עלות הסל" כוללים את דמי ביטוח הבריאות, תשלומי המס המקביל (עד 1997), סכום נורמטיבי של השתתפות עצמית של המבוטחים והשתתפות המדינה. בשנת 1995 מקורות המימון כללו: דמי ביטוח בריאות-38%, מס מקביל-39%, השתתפות עצמית-5.4% ותקציב המדינה-17.5%. בשנת 2006 מקורות המימון כללו: דמי ביטוח בריאות-51.5%, השתתפות עצמית 5.4% ותקציב המדינה-43.1% [3]. ביטול של המס המקביל ששולם ע"י המעביד במסגרת חוק ההסדרים² ב-1997, גרם לגריעה בהכנסות

² חוק ההסדרים נחקק לראשונה בשנת 1985 ומשמש ככלי עזר לממשלה לצורך אישור מזורז של תיקוני חקיקה בתחומי כלכלה.

מערכת הבריאות מדמי ביטוח בריאות הצמודים לקצב הצמיחה של המשק, לעומת עלות הסל שאינה צמודה, ובכך גם להנצחת התלות בתמיכת תקציב המדינה [1].

הקצאת מקורות המימון הציבוריים לקופות החולים מבוססת על נוסחת קפיטציה, קרי לפי מספר המבוטחים בכל קופה ועם שקלול הגיל והוא מהווה אמצעי מרכזי וחשוב ליישום מדיניות. המבנה שלו ויישומו הם במידה ניכרת הביטוי הפיננסי למבנה המערכת, לאופן ניהולה, לקדימויותיה ולתפיסת הצדק החברתי שלה. היות וקיימת שונות בצריכת השירותים בתשע קבוצות הגיל השונות, ההקצאה מתבצעת על פי משקלה של כל קבוצה בצריכת שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים שבאחריות הקופות. למשל, מבוטח בקבוצת הגיל 65-74 צורך בממוצע שירותי בריאות העולים על פי 4 על ממוצע הצריכה של מבוטח בקבוצת הגיל 35-44 [1]. מעבר לכך, קיימות חמש מחלות קשות (אי ספיקת כליות סופניות, גושה, המופיליה, טלסמיה, תסמונת הכשל החיסוני) שבעבורן ההקצאה לקופות החולים ניתנת לפי המספר המדויק של החולים, המתאפשר הודות להיענות הגבוהה לטיפול במחלות אלו.

מערכת הבריאות - המצב הנוכחי

מערכת הבריאות מושתתת על מספר גופים: **משרד הבריאות, קופות החולים ומוסדות ואירגונים מהמגזר הפרטי.**

(1) משרד הבריאות

משרד הבריאות משמש כרגולטור וכספק שירותים, והוא הזרוע הממשלתית האחראית להבטחת בריאות אוכלוסייה. הממשלה מסתייעת במשרד הבריאות על מנת להתוות וליישם את המדיניות שלה. תפקידיו המיניסטריאליים כוללים פיקוח ובקרה, רישוי, חקיקה, קביעת סטנדרטים, מחקר, הכשרה ותכנון כוח אדם, התארגנות לשעת חירום ומדיניות השקעות [1].

נוסף על כך, המשרד אחראי ל: 1. אספקת שירותים באמצעות בתי חולים ולשירותי המניעה האישית באמצעות תחנות לבריאות המשפחה. 2. אספקה ומימון של שירותי האישפוז הסיעוד, הרפואה המונעת, בריאות הנפש ומכשירים שיקום וניידות לנכים.

בראש המשרד עומד **שר הבריאות** ואליו כפוף **המנהל הכללי**. סמוך למנהל הכללי פועלות שתי יחידות נוספות: 1. נציבות קבילות הציבור המטפלת בתלונות מבוטחים על פגיעה בזכויות ו-2. מועצת הבריאות, הכוללת נציגים של מערכת הבריאות ונציגי ציבור, שתפקידה לייעץ לשר הבריאות בנושאים הקשורים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

שלוש מסגרות תפקודיות כפופות לראשות המשרד : **1. חטיבת הבריאות; 2. מטה מקצועי, משאבי בריאות ומשאבי אנוש; 3. בתי חולים ממשלתיים ועירוניים-ממשלתיים** (ראה תרשים

שבקישור <http://www.health.gov.il/About/Pages/OrganizationalStructureDiagram.aspx>

1. חטיבת הבריאות והמשנה למנהל הכללי - ממונה על קביעת המדיניות הרפואית, הבקרה, יצירת סטנדרטים והבטחת איכות למערכת הבריאות בכללותה. בנוסף, אחראית על תפעולם השוטף של מוסדות האישפוז הממשלתיים ולשירותי רפואה מונעת, אישפוז סיעודי, בריאות הנפש בבתי החולים ואספקת מכשירים שיקום לנכים. חטיבת הבריאות מונה מספר זרועות – מינהל הרפואה, מינהל לטכנולוגיה ותשתיות רפואיות, מינהל איכות ושירות, שירותי בריאות הציבור, המכון הרפואי לבטיחות בדרכים, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, האגף לשעת חירום והמועצות הלאומיות.

2. מטה מקצועי, משאבי בריאות ומשאבי אנוש – על קבוצה זו נמנות היחידות והאגפים העוסקים במשאבים הכלכליים והלוגיסטיים של המערכת. היחידות המיניסטריאליות במשרד כוללות את מינהל משאבי אנוש, הסברה ויחסים בינלאומיים, הלשכה המשפטית, ביקורת פנים, מדען ראשי, תיכנון פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, ממונה שיוויון ונגישות לאנשים עם מוגבלות, תיכנון תקצוב ותמחור, פיקוח על הקופות ושירותי בריאות נוספים, כלכלה וביטוח בריאות, חשבות, חטיבת מידע ומחשוב ומינהל הסיעוד.

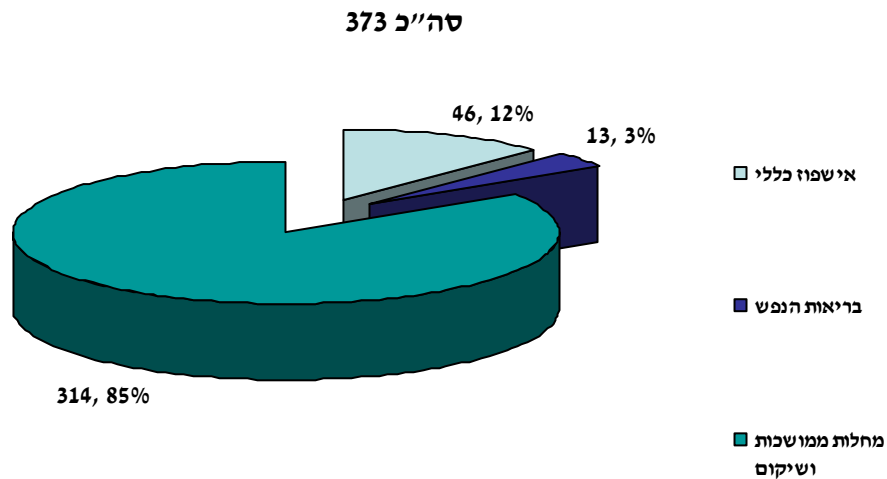
3. בתי חולים ממשלתיים ועירוניים-ממשלתיים – בהם נמנים בתי חולים לאישפוז כללי, בתי חולים לבריאות הנפש ובתי חולים גריאטריים.

שירותי משרד הבריאות

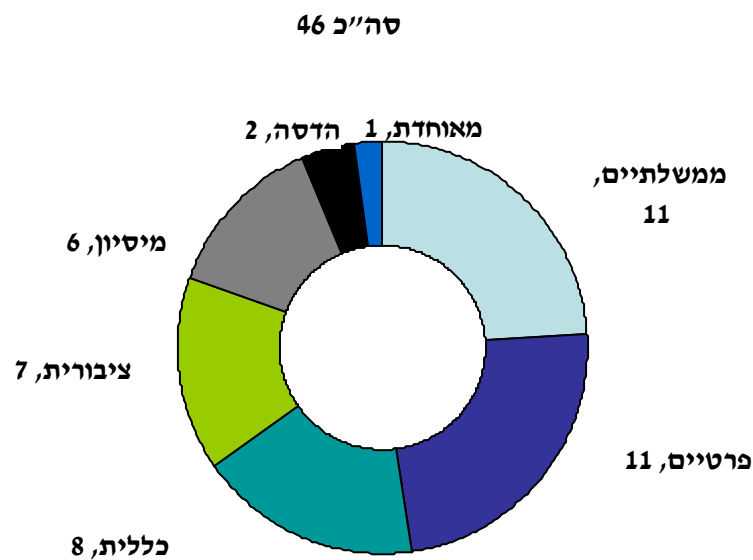
1. מוסדות אישפוז

משרד הבריאות מפעיל כשליש ממיטות האישפוז במדינה [4]. בסוף 2011 פעלו רק 373 מוסדות אישפוז בהתאם לתעודת הרישום שמשרד הבריאות מנפיק למוסדות האישפוז בישראל. מתוכם 46 מוסדות אישפוז כללי, 13 בריאות הנפש, 311 מחלות ממושכות ו-2 מוסדות שיקום (ראה תרשים 1).

תרשים 1 : מוסדות אישפוז – 2011



תרשים 2 : התפלגות מוסדות אישפוז כללי לפי בעלות



ניתן לאפיין את מוסדות אישפוז לפי סוגי המיטות, כאשר מיטות באישפוז כללי מאופיינות בשהייה קצרה בממוצע וסבב מיטות גבוה ומיטות של מחלות ממושכות, שיקום ובריאות הנפש – שבהן השהייה בממוצע היא ארוכה, וסבב המיטות הוא נמוך.

ממחצית שנות השבעים חלה ירידה בשיעורן הכולל של מיטות האשפוז, מ - 7.02 ל- 1,000 נפש בשנת 1978 ל- 5.4 ל- 1000 בשנת 2011. בעוד שהירידה בשיעור המיטות ל-1,000 נפש כללה את המיטות באשפוז כללי, בבריאות הנפש ובשיקום, שיעור המיטות למחלות ממושכות עלה פי

שניים. סה"כ בשנת 2011, היו 43,030 מיטות אשפוז בתקן, מחציתן למחלות ממושכות ושליש לאשפוז כללי [4].

מעבר למגמת הירידה בשיעור מיטות האישפוז, דו"ח שפורסם ע"י הכנסת משנת 2010, הצביע על פריסת מיטות האישפוז הכללי במחוזות בישראל לא אחידה אשר פוגעת בעקרון השיויונות. במחוזות חיפה ותל-אביב יש יותר מ-2.5 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת מחוזות הצפון ודרום הארץ שבהן ישנן כ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש [5].

2. שירותים במסגרת התוספת השלישית

לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי [2], אחראית המדינה, באמצעות משרד הבריאות, לתת שירותים במסגרת התוספת השלישית בארבעה תחומים והם:

1. רפואה מונעת; 2. גריאטריה; 3. בריאות הנפש – פסיכיאטריה; ו-4. מכשירי שיקום.

השירותים בתוספת זו היו אמורים להינתן באופן זמני על-ידי משרד הבריאות במתכונת דומה לאלו שניתנו ערב כניסת החוק לתוקף. היקף השירותים היה צריך להתרחב באופן ניכר, כאשר בהמשך תוכננה העברת האחריות לידי קופות החולים. אך על העברת האחריות בתחומים מסויימים נתגלעו מחלוקות בין הסתדרות הרופאים ואירגון רופאי המדינה לבין משרד הבריאות. אחד הנושאים לדוגמא, היה העברת שירותי בריאות התלמיד מידי משרד הבריאות לידי קופות חולים. טענתם היא שקופות החולים עוסקות ברפואה הקורטיבית ולא המניעתית. כמו כן, קופות החולים הן גופים תחרותיים, אשר פועלים עם שיקולים כלכליים. שיקולים אלו עלולים לגרום לצמצום פעולות המניעה, לירידה בהיקף הילדים המתחסנים ולפריצת מחלות זיהומיות שנכחדו. טענה נוספת היא שהעברת שירותים אלו לקופות החולים עלולה לגרוע מיכולתו של משרד הבריאות לפקח על פעילות הקופות ולקבל מידע מלא על מצב בריאות של האוכלוסייה [6].

1) רפואה מונעת - במסגרת זו השירותים כוללים את המניעה הראשונית:

- א. בדיקות שגרה, חיסונים, מעקב והדרכה ע"י רופא ואחות, בדיקות מעבדה לנשים בהריון, לתינוקות וילדים במסגרת התחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב).
- ב. בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות ומומים מולדים
- ג. שירות מניעה לקשיש
- ד. חיסונים וטיפול מונע: חיסוני שיגרה, חיסונים וטיפול מונע לאוכלוסיות בסיכון, חיסונים לטיפולים מונעים לאוכלוסיות בסיכון

ה. בריאות השן - בדיקות שיגרה, מעקב והדרכה ע"י רופא שיניים ושיננית לתלמידים;

וטיפול על-פי נוהלי משרד הבריאות.

ו. תכנון המשפחה

ז. בדיקות שיגרה, חיסונים, מעקב והדרכה בידי רופא ואחות לתלמידים בבתי ספר.

(2) גריאטריה

המדינה אחראית לספק שירותי האישפוז באמצעות משרד הבריאות, לארבע קבוצות חולים:
1. אשפוז חולים סיעודיים גריאטריים; 2. אשפוז תשושי נפש; 3. אשפוז נכים סיעודיים צעירים;
ו-4. אשפוז חולים פסיכו-גריאטריים. שירותים אלו כרוכים בהשתתפות המאושפז או משפחתו בעלות הטיפול.

גם שירותי אישפוז אלו אמורים היו להינתן באופן זמני ע"י משרד הבריאות, למשך שלוש שנים, עד להעברת האחריות לקופות החולים. העברה, שמטרתה היתה הבטחת רצף הטיפול הרפואי, ובכך לשפר את השירות לחולה ואת יעילות הטיפול הרפואי.

כתוצאה מכך, ישנו פיצול באחריות של נותני השירות, כאשר אישפוזו של קשיש סיעודי ניתן על ידי משרד הבריאות, לעומת אישפוזו של קשיש סיעודי מורכב הינו באחריות של קופות חולים. פיצול זה גורם לקטיעת רצף הטיפול הרפואי, לכפל שירותים או היעדר טיפול, לסירבול ביורוקרטי ובעיקר לפגיעה בקשיש ובני משפחתו. הסיוע במימון אישפוז סיעודי כרוך בהמתנה ממושכת לקבלת "קוד" ממשרד הבריאות ובהשתתפות עצמית גבוהה של הקשיש ובני המשפחה [7]. בפועל, נכון לאפריל 2013, שירותים אלו עדיין מצויים תחת אחריותו של משרד הבריאות.

(3) **בריאות הנפש** – תחום זה כולל שירותי אישפוז, שירותים אמבולטוריים ושירותי גמילה. בתחום בריאות הנפש נעשה ניסיון מזה כארבעה עשורים ליצור רפורמה במסגרת הארגונית של המוסדות והטיפולים. גם יישום רפורמה כוללת בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי – 1995 לא צלח. ניסיונות אלו כללו שלוש תתי-רפורמות: רפורמה מבנית, רפואה שיקומית ורפואה ביטוחית. שתי הרפורמות הראשונות בוצעו בהצלחה, והרפורמה הביטוחית אושרה רק לאחר 17 שנה מהחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, במאי 2012.

הרפורמה השיקומית והרפורמה המבנית, כרוכות זו בזו. השלב הראשון היה קידום הרפורמה השיקומית, שנעשה בעידודו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000, ועסק בהפניית מירב המשאבים לשיקום נכי נפש בקהילה ולפיתוח שירותים קהילתיים תומכים לנכי הנפש. פעולות

אלו אפשרו את הפחתת מספרן של מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, ובכך פילסו את יישומה של הרפורמה המבנית, שנועדה להפחית ב-50% את מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. הרפורמה הביטוחית, היוותה את השלב האחרון ברפורמה, שנועדה להעביר את האחריות הביטוחית למתן שירותי בריאות נפש (אשפוז ומרפאה) ממשרד הבריאות לקופות החולים, ולשלב אותם בשירותי הרפואה הכלליים. תהליך זה נועד גם להפריד בין כפל התפקידים של משרד הבריאות כמיניסטרו וכספק שרות. אחת הסיבות לדחיית הרפורמה הייתה אי בהירות בהיקף סל השירותים במסגרת החדשה [8]. ב-1.5.2012, הוחלט לאשר את הצו להעברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים, אשר אמור להיכנס לתוקפו רק ב-1.7.2015. במהלך תקופה זו, משרד הבריאות ומשרד האוצר התחייבו להגדיל את תקציב השירות בהדרגה בכ-300 מיליון, על ידי רכישתם של שירותי בריאות הנפש מהמרפאות שיקימו קופות החולים.

(4) **מכשירי שיקום** – הניתנים במימון משרד הבריאות או באמצעות לשכות הבריאות, ומכשירים הניתנים לאוכלוסייה פטורה מהשתתפות עצמית.

3. קופות החולים בישראל

בישראל פועלות ארבע קופות חולים: שרותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים ולאומית שירותי בריאות [9, 10].

1) שירותי בריאות כללית – אירגון הבריאות הגדול בישראל ומהגדולים בעולם. מונה מעל 4 מיליון מבוטחים, כ-53% מסה"כ המבוטחים בארץ. הקופה פועלת כגוף מבטח ומספקת שירותי בריאות במגוון רחב של התחומים. מפעילה שמונה בתי חולים כלליים ושישה בתי חולים אחרים בפריסה של שמונה מחוזות. בבעלותה כ-1300 מרפאות קהילתיות ומרפאות מקצועיות, רשת בתי מרקחת, מכוניס ומעבדות. בתחום האישפוז מספקת את השירותים ע"י רכישת שירותים מבתי חולים ממשלתיים וציבוריים. נוסף על שירותי מרפאה, נעזרת בשירותי רופאים עצמאיים.

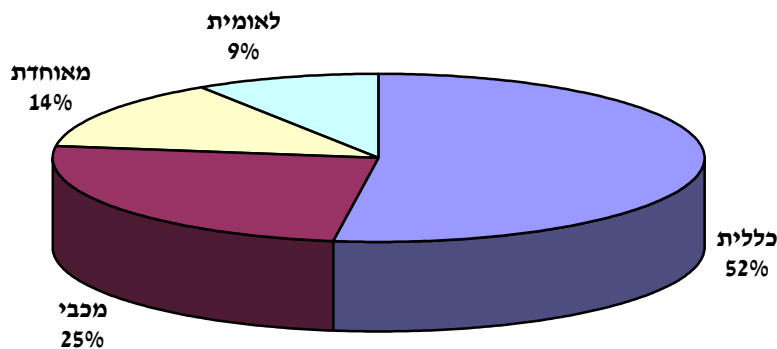
2) מכבי שירותי בריאות – הקופה השנייה בגדולה בארץ – מספר המבוטחים בקופה כ-1.9 מיליון מבוטחים, כ-25% מכלל המבוטחים בארץ בשישה מחוזות. מרבית השירותים מבוססים על קניית שירותים מספקי שירות חיצוניים (בתי חולים, רופאים עצמאיים, בתי מרקחת ועוד). כ-30% מהשירותים מצויים בבעלות הקופה, והיא מפעילה את רשת

בתי החולים הפרטית הגדולה בישראל, אסותא, הכוללת 6 בתי חולים בכל רחבי הארץ ו- 7 מכונים ומרפאות.

3) קופת חולים מאוחדת - הקופה השלישית בגודלה, מונה מעל 1 מיליון מבוטחים, כ- 14% מכלל המבוטחים בארץ. הקופה כוללת שש מנהלות אזוריות וכ- 130 סניפים.

4) לאומית שירותי בריאות - הקטנה בהיקפה מבין ארבע הקופות. סה"כ כ- 700 אלף מבוטחים, כ- 9% מכלל המבוטחים בארץ. שירותי הקופה מבוססים על קניית שירותי בריאות והיא לא מפעילה או מספקת שירותים. במסגרת הקופה 340 מרפאות הפועלות באופן ישיר, במסגרת חמישה מחוזות.

תרשים 3: התפלגות מבוטחים בקופות החולים 2011



סה"כ 7,756,700 מבוטחים (לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, יוני 2012). [10].

4. המגזר הפרטי

מגזר זה מספק שירותים בתשלום למשרד הבריאות, לקופות החולים ולאנשים פרטיים ומהווה כ- 26% מההוצאה הלאומית לבריאות. שירותים אלו כוללים רפואת שיניים, רופאים פרטיים בקהילה ושירותי אישפוז שונים. המוסדות והארגונים הרפואיים במגזר זה פועלים ללא כוונת רווח, ואינם מצויים תחת בעלות משרד הבריאות או קופות החולים. בין מוסדות אלו כלולים בתי החולים הציבוריים כמו הדסה, שערי צדק, ביקור חולים, לניאדו ומוסדות אחרים, כגון מגן דוד אדום, האגודה למלחמה בסרטן, יד שרה ועזר מציון [11].

חלק ב: נושאים יחודיים

1. שירות רפואה פרטי (שר"פ)

שר"פ מוגדר כ"קשר כספי, ישיר או עקיף (באמצעות ביטוח), בין בית חולים או מרפאה הנהנים ממימון ציבורי לבין חולה המשלם לאותו בית חולים או מרפאה בגין שירותיו של רופא מסוים לפי בחירת החולה" [12].

השר"פ מאפשר את בחירת הרופא לניתוח, לבדיקה או לאבחון, ונועד לקצר משך ההמתנה לפעולה רפואית. שילוב רפואה פרטית במסגרת הציבורית הינו תוצר מסקנות ועדת נתניהו לנוכח קיומה של רפואה שחורה וניצול חלקי בלבד של מערכת השירות הציבורי, שהמליצה על שילוב זה בהיקף מוגבל תוך הפרדה בין שתי המערכות.

כיום, הפעולה יכולה להתבצע רק בבתי חולים פרטיים כמו "אסותא", "המרכז הרפואי הרצליה", ובבתי חולים ציבוריים אחרים, כמו, "הדסה", "שערי צדק" ו"ביקור חולים" בירושלים, בהם קיים שר"פ באופן ממוסד וחוקי. שירות זה כרוך בתשלום נוסף על מחיר השירות הבסיסי, חלקו משולם ע"י המבוטח וחלקו באמצעות הביטוח המשלים או הפרטי. פעילות השר"פ בבתי החולים הממשלתיים הופסקה עקב היותה מנוגדת לחוק, לאחר חוות דעת של היועץ המשפטי לממשלה מיום 14 בפברואר 2002 [13], ופסיקת בג"ץ מיום 11 באוגוסט 2002 [14]. למרות זאת, מתקיימת פעילות הכוללת אישפוז במימון פרטי בבתי החולים של המדינה [12].

היות ועקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי דוגלים בשוויון וצדק, נושא השר"פ מעורר מחלוקות עד היום. המתנגדים לו טוענים, שה"זכות לבחירת רופא" הכרוכה בתשלום פוגעת בעקרון הצדק החברתי ויוצרת אפליה בין החולה הציבורי לטובת חולה הנהנה משר"פ. טענה נוספת היא שהשר"פ עלול לגרום להגדלת רמת הביקוש, אבדן הכנסות בתי"ח ממשלתיים וליצירת שתי רמות רפואה במערכת הציבורית. נוסף על כל אלו, עלול השר"פ לגרום לדרישת תוספות שכר של מגזרים נוספים ולביצוע פעולות רפואיות מיותרות. לעומתם, המצדדים בשר"פ טוענים ששרות זה מאפשר רווחה וחופש בחירה של החולים ומונע נשירת רופאים מהמערכת הציבורית. השר"פ לדעתם, נותן פתרון לניגוד האינטרסים של הרופאים ומנצל באופן יעיל את המשאבים הציבוריים. נוסף על כך, השר"פ יוצר תוספת הכנסה לבית החולים, מצמצם את מימדי הרפואה השחורה ולכן יש להחיל אותו על כלל מערכת האשפוז הציבורית [15].

2. ההשתתפות העצמית (Co-payment)

בהתאם לסעיף 8(ח) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קופות החולים רשאיות לגבות השתתפות עצמית מהמבוטחים עבור חלק מהשירותים הכלולים בסל. משרד הבריאות מעדכן את התשלום המרבי שקופות-החולים רשאיות לגבות עבור שירותי בריאות ותרופות אשר אושרו על-ידי ועדת הכספים של כנסת ישראל מיום 1 באפריל 2007 ואילך; תשלום זה נקבע בהתאם למדד יוקר הבריאות. מטרת ההשתתפות העצמית המקורית היתה לצורך מניעת שימושים מיותרים בגלל ה-moral hazards³, אך בהמשך הפכה השיטה להשגת כספים מהמבוטחים. ההשתתפות העצמית על חלק מהשירותים מהווה נטל כבד על ציבור המטופלים, פוגעת בשוויונות, ומרחיבה את הפערים הכלכליים באוכלוסייה, כפי שקורה בעשור האחרון [16]. אחוז ההוצאה הפרטית לבריאות מההוצאה הלאומית בשנת 2010 עמד על 38.2%, בהשוואה ל-31.4% בשנת 1995. אחוז המימון הציבורי בישראל הונמצא בשנים האחרונות במגמת ירידה, מ-66.4% בשנת 1995 ל-60.1% בשנת 2010, והוא מהנמוכים במדינות ה-OECD. ושיעור המימון הפרטי בישראל גבוה יחסית למוצע מדינות ה-OECD, אשר עומד על 70.1%. כרבע מההוצאה הפרטית על בריאות בישראל היא על רפואת השיניים. טבלה מס' 1 מתארת את התפלגות ההוצאה לבריאות מאז החלת חוק הביטוח הבריאות הממלכתי ב-1995 [17].

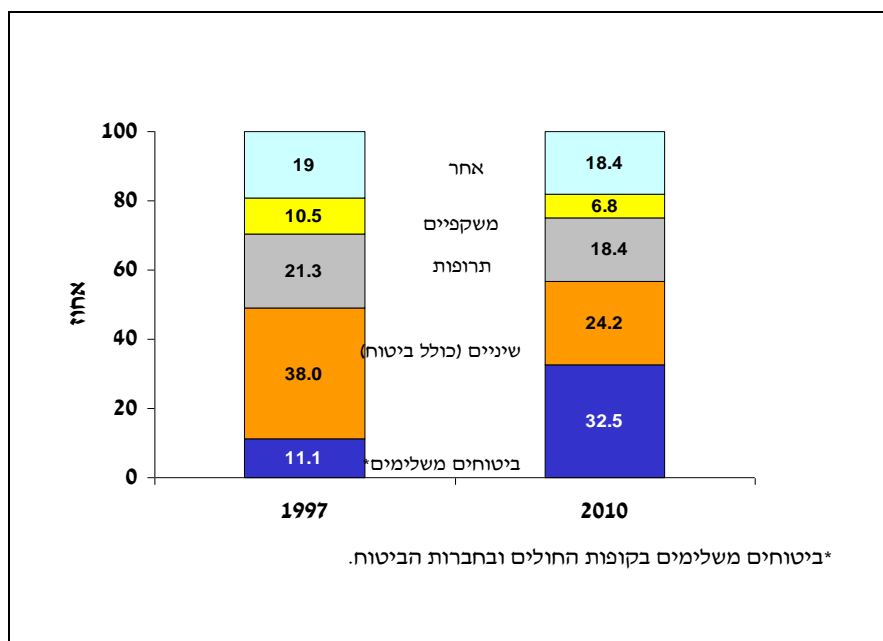
³ moral hazard (סיכון מוסרי) הוא מצב בו פרט או ארגון אשר איננו נושא באחריות לסיכון אליו הוא חשוף, עלול להגביר את מידת חשיפתו לאותו סיכון, במידה וכתוצאה מכך הוא נהנה מרווחה או תועלת גבוהים יותר. קיומו של סיכון מוסרי מביא לעיוות בהקצאת משאבים ולתימחור יתר של שירותים (Babylon).

טבלה מס' 1: ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש – שנים נבחרות

2010	2005	2000	1995	
7,417	6,786	6,638	6,039	ההוצאה לבריאות לנפש (\$PPP)
60.1	59.4	62.2	66.4	סה"כ מימון ציבורי (%)
38.2	38.7	35.5	31.4	מימון פרטי (%)

העלייה המתמדת בשיעור המימון הפרטי לעומת זה הציבורי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, מובילה לגידול ברמת אי-השוויון באוכלוסייה, בזמינות לוקה של השירותים הרפואיים וגריעה מאיכותם. תרשים מס' 4 מתאר את הגידול בהוצאה החודשית למשק בית על בריאות בין 1997 לעומת 2010 [17].

תרשים מס' 4: הוצאה חודשית במשק בית על בריאות: 1997 לעומת 2010 [17]



3. שירותי בריאות נוספים (שב"ן)

סל השירותים מוגבל בהיקפו, ופתרון לכך ניתן באמצעות סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר מאפשר לקופות החולים להציע תוכניות שב"ן למבוטחים (למעט ביטוח סיעודי), באמצעות ביטוח וולונטרי. תנאי תשלום הביטוח והיקף השירותים הכלולים בו שונים מקופה לקופה ונמצאים תחת פיקוח של משרד הבריאות. אפיק אחר לקבלת שירותים נוספים הוא ע"י רכישת ביטוח בריאות פרטי במסגרת חברות ביטוח מסחריות [18].

בתוכניות השב"ן קיים עקרון אי-ההחגה, לפיו כל מבוטח זכאי להצטרף לתכנית השב"ן ולקבל את השירותים הכלולים בה, ללא קשר למצבו הרפואי, לגילו ולמצבו הכלכלי. עקרון מהותי אשר מבחין בין תכניות השב"ן לתוכניות ביטוח פרטי בחברות ביטוח, שבהן ניתן לסנן חולים בשל מצבם הרפואי. נכון לשנת 2010 – כ-75% מסה"כ המבוטחים בקופות בוטחו בתוכניות שב"ן של קופות החולים השונות [18]. משמעות נתון זה היא שכ-25% מאוכלוסיית ישראל, אינם יכולים לקבל את השירותים הכלולים בתוכניות אלו. לכן, על אף שתוכניות השב"ן סיפקו מענה לשירותים שאינם בסל הבריאות, הם גרמו גם להעמקת הפערים באוכלוסייה ולפגיעה בעקרונות השוויונות [19].

ניסיונות שונים נעשו במהלך השנים להכניס את התרופות המצילות חיים לסל השב"ן, אך כדי למנוע פגיעה באי שוויונות, חל איסור על קופות החולים לבטח את המבוטחים בביטוח לתרופות מצילות חיים, באמצעות השב"ן [20]. הטענה מתבססת על כך שבמידה ויותר טכנולוגיות חיוניות תכללנה בביטוח המשלים, כך הן תחסרנה מהסל הבסיסי. בכך, תורחב המגמה של הזיקה הגוברת בין כסף וקבלת שירותים, אשר תפגע בעקרון השוויונות. טענה נוספת היא שכאשר ניתן פתרון לטכנולוגיה כלשהיא באמצעות השב"ן, הסיכוי לקבלת עדכון לטכנולוגיה במסגרת הסל פוחת. אימוץ של מודל שכזה, עלול לפגוע בעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לנוכח כל זאת, משרד הבריאות דרש הסדרה ארוכת טווח של מנגנון עדכון טכנולוגי לסל הבסיסי, במקדם בריאות קבוע של 2% [3].

כפי שניתן לראות בתרשים מס' 4 שלעיל, ההוצאות לביטוחים המשלימים, כולל הפרטיים, שולשו בין השנים 1997 ל-2010, מ-11.1% ל-32.5% בהתאמה [17].

סוג השירותים שהתווספו לתוכניות השב"ן, כפי שפורסם בדו"ח כנסת ישראל בין השנים 1996-2006, כללו 80% שירותים רפואיים (טכנולוגיות לשימוש כרוני לסוגיו, טיפולי שיניים, חוות דעת שנייה של רופא מומחה בחו"ל, טיפול במצב רפואי קשה ועוד), 12% סווגו כשירותי רווחה (קורס הכנה ללידה, בדיקות לספורטאים, טיפולי הפריה, לידה פרטית, ניתוחים פלסטיים וטיפולים

להאטת הזדקנות העור, טיפולים בהפרעות בתפקוד המיני והבראה לילודת), ו-8% סווגו או כשירותים רפואיים או כרווחה [5].

4. בריאות השן

שירותי בריאות השן לא נכללו בסל השירותים הרפואיים שפורטו במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך הן נכללו תחת הכותרת "שירותי רפואה מונעת" במסגרת התוספת השלישית בחוק. שירותים מניעתיים לבריאות השן היו אמורים להינתן לכל התלמידים, אך אי הכללתם בסל שירותי הבריאות, גרמה לכך שרוב טיפולי השיניים נעשו במסגרות פרטיות. שירותים הרפואה המונעת אמורים היו לכלול בדיקות שיגרה, מעקב והדרכה ע"י רופא שיניים ושיננית לתלמידים; וטיפול על פי הנהלים הנהוגים במשרד הבריאות. נוהל משרד הבריאות קבע כי הרשויות המקומיות תספקנה שירותי בריאות השן במידה ותבחרנה בכך. כתוצאה מכך, רק רשויות מקומיות מבוססות סיפקו את השירות. בכך נגרם נזק בריאותי ניכר לשיני התלמידים, מעבר לפגיעה בעקרונות האוניברסליות והשיוויון [21]. בחודש מאי, 2009, נקבע ע"י שר הבריאות, יעקב ליצמן, על הקצאת 65 מיליון ₪ לשירותי בריאות שן מניעתיים לכל תלמידי ישראל, ללא קשר למצבה הכלכלי של הרשות המקומית. השירות ניתן על ידי קופות החולים שבהן מבוטחים הילדים, במרפאות הקופה או במרפאות הקשורות איתה בהסכם. שירות אשר עשוי לחסוך בעלויות כלכליות רבות בשל נזקים ארוכי טווח וטיפולים כואבים ויקרים בהמשך, וחסכון בהוצאה הלאומית על בריאות השן.

עוד טרם החלטה זו, קופת חולים מכבי הייתה חלוצה באספקת שירותי בריאות השן חינם בשנת 2006 למבוטחי השב"ן בגילאים 0-6, וקופות החולים האחרות הצטרפו למהלך זה בגירסאות שונות.

מיולי 2010, החלו להינתן שירותי בריאות שיניים משמרים חינם לגילאי 0-8 במסגרת השירותים הבסיסיים, ב-2011 התבצעה הרחבה לגילאי 0-10, והחל משנת 2012 השירותים הורחבו עד לגילאי 0-12 [22].

חלק ג':

ניהול טכנולוגיות רפואיות בעידן חוק ביטוח בריאות ממלכתי

סל השירותים הרפואיים

סל השירותים אשר הוגדר על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי [2] הוא סל מינימום של שירותי בריאות שהקופות חייבות לספק, לפי "שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, תוך זמן סביר ומרחק סביר ממקום מגורי האזרח", והוא כפוף למסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים. סל השירותים ב"תוספת השנייה" כולל שירותים, טיפולים, תרופות ומיכשור רפואי, ונמצא תחת אחריותן של קופות החולים. שירותי הבריאות הנכללים בסל ניתנים ללא תשלום, למעט שירותים שעבורם נקבעה השתתפות כספית של המבוטח. השירותים הרפואיים ב"תוספת השלישית" בחוק נמצאים תחת אחריותו של משרד הבריאות. תוספת זו כוללת את שירותי הבריאות שסופקו על ידי משרד הבריאות טרם החלת החוק ב-1994, כמו שרותי רפואה מונעת אישית, אשפוז סיעודי, שירותי בריאות הנפש ואספקת מכשירי שיקום. גריאטריה? בחינה של שני סלי שירותים אלו מתבצע בעידכון השנתי, כאשר עידכון אספקת סל השירותים שבתוספת השניה מתבצע בהתאם לשיעור עליית מדד יוקר הבריאות⁴ והתאמתו למקדם גידול דמוגרפי ושינויים טכנולוגיים. לעומת זאת, עידכון התוספת השלישית מותנה בקיום תקציב, במסגרת דיונים תקציביים של משרד הבריאות [1].

מנגנון עידכון עלות הסל

לפי חוק בריאות ממלכתי, עידכון עלות הסל יבוצע בשני משורים – האחד על פי מדד יוקר בריאות והשני – על פי החלטת שרי הבריאות והאוצר. בחוק לא נקבע כיצד יתבצע המעבר משנה לשנה. לכן, קיימת מחלוקת בנוגע למנגנון עידכון עלות סל השירותים לגבי: 1. אופן העידכון – אם בחקיקה או ע"י עידכון פתוח כל שנה; ו-2. מקדמי העידכון – היקף עידכון עלות הסל כתוצאה משינויים דמוגרפיים, טכנולוגיים ושינויי מחירים.

בין המלצותיה של ועדת נתניהו, היו גם הקמתם של אגף טכנולוגיות במשרד הבריאות והאגף להערכת טכנולוגיות ואבטחת איכות במשרד הבריאות, שהוקמו רק ב-1998. שני גורמים האיצו

⁴ מדד יוקר הבריאות הוא מדד המתקבל משקלול המדדים שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כפי שהם מפורטים בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. מדד יוקר הבריאות כולל את מדדי המחירים הללו: שכר בריאות - 36%; שכר ציבורי - 22%; מדד המחירים לצרכן - 40%; תשומות בנייה - 2%. כמו כן, מדדים אחרים המבוססים בעיקר על שינויים בשכר, מדד זה עולה בקצב מהיר יותר ממדד המחירים לצרכן.

את תהליך אימוץ המנגנון : א. החלל שיצר החוק בין השנים 1995-1997 ו-ב. המשבר שנוצר עקב סירוב קופת חולים כללית לאשר תרופה לילדה חולת סרטן. העידכון הראשון בשנת 1997 נוצר, בעקבות קריאתם של חולי איידס וחולי סרטן, אשר היו נתונים לאיום הפסקת טיפול על ידי קופות החולים, היות והוא לא נכלל בסל רשימת התרופות שבסל. טלי לוי, אחת הילדות החולות שביקרה עם משלחת ילדים בבית הנשיא, הביעה את פחדה שלא תקבל את התרופות לטיפול במחלה. בעקבות כך נוצר לחץ ציבורי ושר האוצר דאז, יעקב נאמן הקצה ב-1998 150 מיליוני ₪ לעדכון הסל, תוך דרישה לכלול בעדכון תרופות לטיפול בסרטן ובאיידס.

בשנת 1998, הוקם המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות במשרד הבריאות, שמונה לניהול ועדכון הסל. בשנה זו, גם מונתה וועדה ציבורית הידועה כוועדת הסל' לתעדוף טכנולוגיות, ולהמלצה לגבי כאלה שיתווספו לסל, במידה ויתקבל תקציב לכך. וועדת הסל דנה רק בתוספת טכנולוגיות לסל שמספקות קופות החולים, המפורטות בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולא בטכנולוגיות של בתי חולים (ראה טבלה 1). החל משנת 1999, סל שירותי הבריאות מתעדכן אחת לשנה, שבו מתבצעת תוספת של תרופות וטכנולוגיות רפואיות לסל [8]. עדכון הטכנולוגיות מתבצע באישור שר הבריאות והממשלה [23].

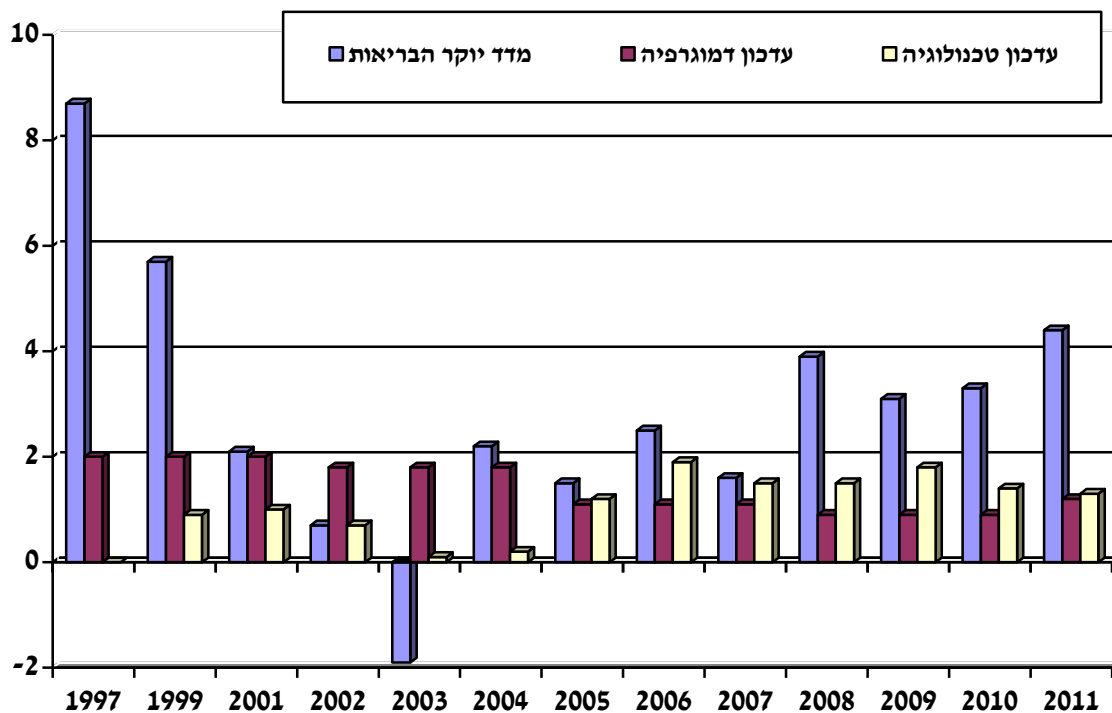
מקדמי עדכון עלות הסל כוללים שלושה מרכיבים :

1. **עדכון על בסיס דמוגרפי** – הלוקח בחשבון את גידול היקף האוכלוסייה והזדקנותה ;
2. **עדכון טכנולוגי** – הנובע משיפורים טכנולוגיים באמצעי אבחון וטיפול רפואי ;
3. **עדכון מחירים** – המבוסס על מדד יוקר הבריאות. היות ומדד יוקר הבריאות אינו משקף נכונה את המחירים במדד תשומות הבריאות, נוצרה שחיקה המשפיעה על יכולת הקופות לממן טיפולים בבתי חולים למבוטחים.

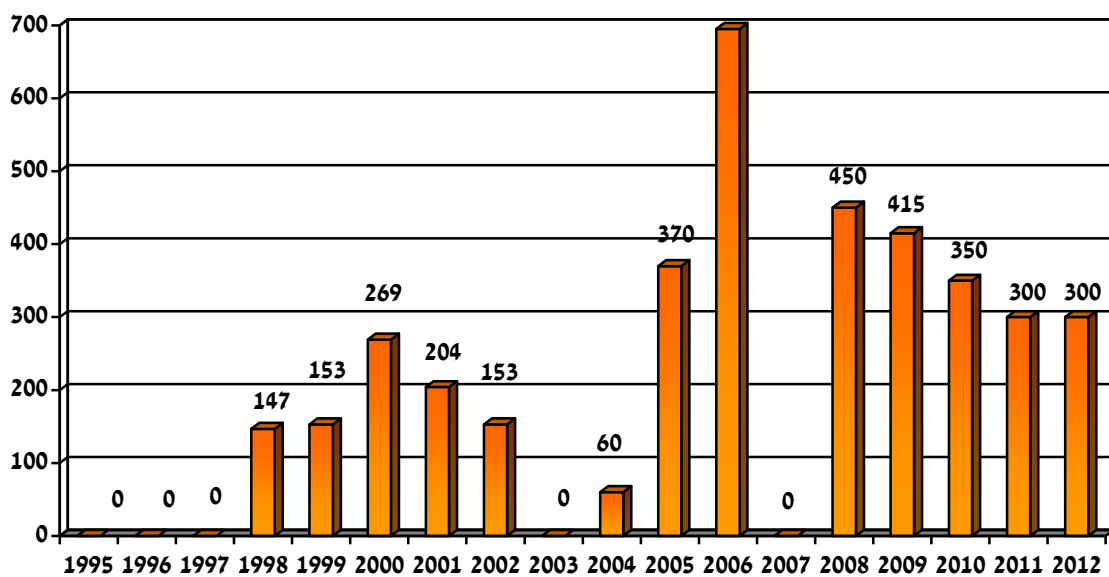
התאוצה בהתפתחות הטכנולוגיות הרפואיות והארכת תוחלת החיים באוכלוסייה, תרמו לעליה ניכרת בהוצאות לבריאות בישראל ובעולם ב-50 השנים האחרונות. הצורך בהכנסת טכנולוגיות רפואיות חדשות, ושמירתן של סל שירותים ברמה מתקדמת, נדון במסגרת המלצות ועדת חקירה פרלמנטארית לבדיקת יישום ומימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לגבי עיגון בחקיקה של עדכון עלות סל הטכנולוגיות כל שנה במקדם טכנולוגי בשיעור של 2% מתקציב הבריאות הכללי [24]. עלות סל שירותי הבריאות בשנת 1995 הייתה כ-12 מיליארד ₪ לעומת כ-24 מיליארד ב-2006 [2]. בפועל ההוצאה הייתה צריכה להיות 30 מיליארד ₪, כלומר שחיקה של 30. שחיקת מקורות המימון ומנגנון עדכון הסל גרמו להגדלת הפער בין המשאבים וצרכי הציבור לבין המימון העומד

לרשות מערכת הבריאות. כתוצאה מכך ובהתאם להחלטת ממשלה, קופות החולים החלו משנת 1998, להגדיל את תשלומי המבוטחים, לצמצם את ההוצאה לנפש ובכך לגרום להקטנת היקף שירותי הבריאות ([24]). אי-עדכון עלותו הריאלית של הסל נדון גם בדו"ח מבקר המדינה לשנת 2003 [25] (ראה תרשימים 1 ו-2).

תרשים מס' 1: אחוז עידכון עלות סל השירותים בין השנים 1996-2011 [17]



תרשים מס' 2: תוספת לסל שירותי הבריאות בין השנים 1995-2012 (במיליוני ₪) [17]



טבלה 1: תהליך עידכון סל שרותי הבריאות בישראל [23]

<p>קול קורא ע"י משרד הבריאות להצעות לטכנולוגיות רפואיות חדשות שיתווספו לסל הבריאות, הצעות מתקבלות מהתעשייה, קופות החולים, קבוצות חולים, אנשים פרטיים (בד"כ רופאים) כאשר הרוב המכריע של הטכנולוגיות מוצעות ע"י התעשייה.</p> <p>טכנולוגיות נוספות זוהו והוצעו ע"י מינהל לטכנולוגיות ויחידות אחרות במשרד הבריאות</p> <p>בעלי עניין מציעים טכנולוגיה, מכינים תיק מסמכים לפי הנחיות שפורסמו על ידי משרד הבריאות. התיק צריך לכלול את המידע הבא בצירוף סקירת ספרות מקיפה ועדכנית ממקורות מהימנים מבוססי עובדות: התוויות ושימושים פוטנציאליים של הטכנולוגיה; הוכחת בטיחות; Efficacy; יעילות; היתרון על פני טכנולוגיות אחרות שהוכללו בסל עבור אותה התוויה; הערכת ההשפעה על התקציב. משנת 2007 ההכללה של הערכה כלכלית נדרשת.</p>	<p>שלב 1</p> <p>קול קורא להצעות לטכנולוגיות המוצעות להכללה בסל הבריאות</p>
<p>מינהל הטכנולוגיות הרפואיות במשרד הבריאות מבצע הערכה מהירה וסקירה של הטכנולוגיות החדשות המוצעות</p> <p>רק טכנולוגיות הרשומות, או בתהליך רישום בישראל שבטיחותן וה-Efficacy מבוססים מבחינה מדעית ו/או קלינית נשקלות לתהליך עדכון הסל</p>	<p>שלב 2</p> <p>סקירה והערכה ראשונית של הטכנולוגיות שהוצעו להכללה</p>
<p>רשימת הטכנולוגיות המוצעות מוצגת לפורום טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות</p> <p>הערכה מקיפה מבוצעת כדי לשלב שיקולים קליניים, אפידמיולוגיים כלכליים ואתיים במטרה להציג את הערך המוסף של כל טכנולוגיה שהוצעה. הפורום גם שוקל את האפיקים של הבעיה הרפואית (המעמסה של המחלה Burden of Disease), מספר צפוי של חולים שעשויים ליהנות מהטכנולוגיה החדשה וטכנולוגיות הטיפול החלופיות הקיימות</p> <p>המלצות להערכת טכנולוגיות נגבות מארגונים רפואיים מקצועיים וסוכנויות במדינות אחרות; סיכום של הנתונים וההמלצות לכל טכנולוגיה נערך בפורמט אחיד. כל סיכום כולל המלצה לשימוש הולם בטכנולוגיה, אוכלוסיית היעד והעלויות השנתיות הנצפות</p> <p>החלטת ממשלה (ממשלת ישראל, 9 אוגוסט 2005) אפשרה מינוי של תת ועדה המספקת לוועדה הלאומית הציבורית המייעצת עם סך כל העלויות הצפויות ע"י הוספת כל טכנולוגיה לסל הבריאות. חברי תת הוועדה כוללים נציגים ממשרד הבריאות, משרד ו-4 קופות החולים, כדי לברר ולספק חוות דעת מקצועיות לגבי טכנולוגיות מסוימות השנויות במחלוקת.</p> <p>מומחים רפואיים מוזמנים להשתתף בפגישות. ועדת המשנה הוקמה באוגוסט 2007 ומשתתפים בה נציגי משרד הבריאות, משרד האוצר וקופות החולים ונועדה לסכם היקפי חולים ועלויות הרלבנטיים לכל טכנולוגיה. העלויות מסוכמות בתת ועדת מחירים בהשתתפות נציגי משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים.</p>	<p>שלב 3</p> <p>הערכה מקיפה</p>
<p>הפורום לטכנולוגיות רפואיות מעביר המלצה לוועדה הציבורית המייעצת על רשימה מועדפת של טכנולוגיות חדשות. הקדימויות נקבעות לפי נתונים מבוססים הכוללים את ההשפעה על תמותה ואריכות ימים, תחלואה, איכות חיים, הערך הנוסף של הטכנולוגיה המוצעת וכו'</p> <p>כל טכנולוגיה מומלצת משובצת באחת משלוש קבוצות עיקריות A, B, C, כאשר הטכנולוגיות מדורגות עפ"י סקלה מ-1 עד 10. קבוצה A כוללת טכנולוגיות בעלי קדימות גבוהה (ברמה 8-10); קבוצה B</p>	<p>שלב 4</p> <p>קביעת סדרי עדיפויות</p>

<p>מורכבת מטכנולוגיות בעלי עדיפות בינונית (רמות 4-7); קבוצה C מורכבת מטכנולוגיות בעלות עדיפות נמוכה (רמות 1-3). לכן לפי שיטת ניקוד זו סדר העדיפות הגבוה ביותר ניתן לטכנולוגיה A10, והדירוג הנמוך ביותר לטכנולוגיה המדורגת C1. נכון ל-2009 הרוב המכריע של הטכנולוגיות שזכו למימון ציבורי דורגו A10 או A9</p>	
<p>ההמלצה הסופית לגבי טכנולוגיות חדשות שיתווספו לסל הבריאות מבוצעת ע"י הועדה הציבורית הלאומית המייעצת המורכבת מבעלי עניין שונים (למשל נציגי משרד הבריאות, קופות החולים ונציגי הציבור הרחב), לרוב ע"י קבלת הסכמה מרוב חברי הועדה consensus, אך פעם אחת בוצעה הצבעה.</p>	<p>שלב 5 הועדה הציבורית הלאומית המייעצת ותהליך קבלת ההחלטות</p>
<p>הועדה מסיימת את משימותיה על ידי המלצה על רשימה של טכנולוגיות חדשות שצריכות להתווסף לסל הבריאות עפ"י תקציב מוגדר</p>	
<p>הרשימה של טכנולוגיות מועדפות מאושרת ע"י שר הבריאות ומועצת הבריאות הלאומית, שר האוצר והממשלה</p>	<p>שלב 6 אישור ממשלה וחקיקה</p>
<p>הרשימה הסופית של הטכנולוגיות מקבלת תיקוף רשמי להחלטת ממשלה ומפורסמת במסגרת אתר משרד הבריאות ובעיתונות היומית המובילה</p>	
<p>לאחר אישור הממשלה כל קופות החולים נדרשות על פי חוק לספק את הטכנולוגיות החדשות שנוספו לסל הבריאות כחלק בלתי נפרד של השירותים המוצעים למבוטחיין</p>	

לסיכום,

מאז החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995, מתרחש תהליך דינמי של התאמת הצרכים למציאות המתהווה. מערכת הבריאות מתמודדת עם מצוקות של מימון, מחסור בכוח אדם, מחסור במיטות אישפוז ובירוקרטיה. גם השינויים החברתיים המואצים, מקשים על מערכת הבריאות, להתאים ולהטמיע את השינויים האלו בקצב הולם, ישנו צורך מתמיד של שיפור שירותי הבריאות, וקיימים עדיין נושאים רבים אשר דורשים בחינה מחודשת ומציאת פתרונות. הערכת טכנולוגיות רפואיות, אשר חובקת מגוון רחב של תחומים מנסה לתת מענה למצוקות אלו, אשר חלקם תוארו בסקירה, ולחלקם נעשה ניסיון למצוא פתרון באופן מוסדר ושיטתי, כמו ועדת סל שירותי בריאות.

ביבליוגרפיה

1. בן נון ג, ברלוביץ י, שני מ, 2006. מערכת הבריאות בישראל. תל אביב: משרד הביטחון, הוצאה לאור.
2. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
3. כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע. מערכת הבריאות בישראל: נתונים עיקריים, (הוגש לשדולה לבריאות הציבור בראשות ח"כ חיים אורון), ירושלים, דצמבר, 2007. כתיבה: שלי לוי ואליעזר שוורץ.
<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01939.pdf> (נצפה ב-11.4.13).
4. משרד הבריאות, מוסדות האישפוז והיחידות לאישפוז יום בישראל, תחום מידע ומיחשוב, 2011. (פורסם ב-2012)
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mosdot2011_p1.pdf (נצפה ב-11.4.13).
5. כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע. מערך האשפוז הכללי בישראל 2008. מסמך לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. 11 ינואר, 2010. כתיבה: שלי לוי.
<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02391.pdf> (נצפה ב-11.4.13).
6. ההסתדרות הרפואית, הנזקים הצפויים מהעברת שירותי בריאות הציבור ממשרד הבריאות אל קופות החולים, נייר עמדה (אתר אינטרנט).
<http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=1161> (נצפה ב-2.5.13)
7. רסולי א, כהן א, בן נון ב. העברת האשפוז הסעודי לאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות, מאי 2007.
8. כנס ים המלח העשירי, מדוע רפורמות לא מתבצעות - חסמים בפני תמורות במערכת הבריאות. העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים - הרפורמות בבריאות הנפש. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ים המלח, 3-4 ליוני 2009.
9. בן נון, ג, קידר נ. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2007. האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, 2007.
10. כהן ר. חברות בקופת חולים 2011. המוסד לביטוח לאומי, סקרים תקופתיים 238, המחלקה למחקר ולתיכנון, יוני 2012.
http://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_238.pdf (נצפה ב-23.4.13)
11. בן נון ג, ברלוביץ י, שני מ, 2010. מערכת הבריאות בישראל. מהדורה שניה, תל אביב: עם עובד.
12. כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע. חופש בחירת רופא (חב"ר) בבית החולים במסגרת זכאות ציבורית, פרופ' דב צ'רניחובסקי. 28 בדצמבר 2006 ב.
<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01652.pdf> (נצפה ב-13.4.13)
13. חוות דעת פרופ' אליקים רובינשטיין, היועץ המשפטי לממשלה מ-2002. 14.2.2009 בנושא: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים. אתר News1, 01 בספטמבר, 2009.
<http://www.news1.co.il/Archive/0019-D-838-00.html> (נצפה ב-2.5.13)

14. בג"צ 659/02, בריאות כללית נ' סילבן שלום - שר האוצר, 11.8.2002.
15. ההסתדרות הרפואית, שירותי רפואה פרטית (שר"פ) – 2007 (אתר אינטרנט).
 http://www.ima.org.il/mainsite/ViewCategory.aspx?CategoryId=930 (נצפה ב- 13.4.13)
16. בן נון ג. מערכת הבריאות לאן? מחוק ביטוח בריאות שווייני לאי-שוויון בבריאות. עורך דורון ח. הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 2009.
17. אריאלי ד, חורב ט, קידר נ. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים, 1995 – 2011, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, ינואר 2012.
 http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/stat_LB1995_2011.pdf (נצפה ב- 23.4.13)
18. חורב ט, קידר נ. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים, 1995 – 2009, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, ינואר 2010.
 http://www.health.gov.il/download/pages/stat2009_030210.pdf (נצפה ב-13.4.13)
19. כנס ים המלח השמיני, קופות החולים - המשטר התאגידי, הגבולות וסלי השירותים. המכון לאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 30 במאי 2007.
20. רשומות הצעות חוק הממשלה, הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008) התשס"ח-2007.
 http://ozar.mof.gov.il/budget2007/hesderim2008.htm (נצפה ב-11.4.13)
21. חורב ט. אספקת סל שירותי הבריאות שבחוק בריאות ממלכתי: חובה או המלצה. בריאות השן לתלמידים כמקרה בוחן. רפואה ומשפט, 37, דצמבר 2007.
 http://www.med-law.co.il/imgs/uploads/horev37.pdf (נצפה ב-13.4.13)
22. טופר- חבר טוב ר, ברזילי ד.ר, דו"ח ציבורי מסכם על תוכניות השב"ן של קופות החולים לשנת 2010, משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותים בריאות שונים, ברזילי ושות' רואי חשבון, דצמבר 2011.
 http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/shaban2010.pdf (נצפה ב-23.4.13)
23. שמר י, מורגנשטיין ט, המרמן א, לוקסנברג א, שני ש. קידום טכנולוגיות רפואיות בסל שירותי הבריאות בישראל: 1995-2000. הרפואה: 142, 86-82, 2003.
24. כנסת ישראל, ועדת טל, מסקנות ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 2002.
25. מבקר המדינה, דוח שנתי 54 לשנת 2003 ולחשבונות שנת הכספים 2002. תאריך פרסום: 5/5/2004
 http://www.mevaker.gov.il/serve/contentTree.asp?bookid=404&id=169&contentid=&parentcid=undefined&sw=1152&hw=794