

יסודות

למדיניות ציבורית ולציונות מעשית (ע"ר)

החלמה מהירה

כיצד ניתן לספק שירותי בריאות
בזמן ובמרחק סבירים?

הילה שואף-קולביץ



יולי 2022

הילה שואף-קולביץ, כלכלנית וחוקרת כלכלה ומדיניות. פועלת כיועצת למגוון גופים במגזר הציבורי ובמגזר השלישי. בוגרת תואר ראשון בתוכנית פכ"מ (פילוסופיה, כלכלה ומדעי המדינה) באוניברסיטה העברית, ותואר שני באוניברסיטת אוקספורד, בחוג להיסטוריה כלכלית. הילה כותבת דוקטורט באוניברסיטת תל אביב על השפעת אימוץ טכנולוגיות בריאות על התמודדות מערכות ומוסדות עם משבר הקורונה. בעבר ניהלה מכון למחקר כלכלי-חברתי באוניברסיטת תל אביב, והייתה כלכלנית באגף תכנון, תקצוב ותמחור של משרד הבריאות. בין תחומי המחקר שלה: כלכלת בריאות, כלכלת סביבה, מדיניות ציבורית בחינוך, כלכלה התנהגותית ואי-שוויון בחברה הישראלית.

תודות

ברצוני להודות לפרופ' גבי בן-נון, המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון; ד"ר ענת עקה-זהר, לשעבר, ראש התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים, משרד הבריאות; ד"ר בועז חובב, מרצה בחוג למנהל מערכות בריאות במכללה האקדמית עמק יזרעאל ובבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת חיפה; ד"ר גיא בן-בצלאל, אונקולוג בכיר, המכון האונקולוגי במרכז הרפואי שיבא, תל השומר; שלומית קרפיבקה-לוי, לשעבר סגנית סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות; ואדים פרמן, לשעבר סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות; ונדב בן יוסף, כלכלן, מנהל אגף פיקוח על מערך האשפוז, משרד הבריאות, על שהקדישו מזמנם ותרמו מן הידע הרב שלהם על מערכת הבריאות הישראלית, קראו, העירו, הרחיבו וסייעו לטייב את הנייר ואת מסקנותיו. כמו כן, אני מודה לעמית בן-צור על הליווי וההנחיה המסורים בתהליך המחקר וכתובת הנייר, לנעמיקה ציון ולברוך גורביץ' ממכון יסודות על הסיוע בנושאים לוגיסטיים ובגיוס צוות החשיבה, ולדפנה לב על הערותיה הבונות.

הנחיה: עמית בן-צור

עריכה: דפנה לב

עיצוב: עדי רמות

עוד על מכון יסודות: www.yfpp.org.il

תוכן העניינים



עמוד

7	תמצית
8	תקציר
13	פרק 1: מה הבעיה?
14	1.1 מהן ההשלכות של המדיניות הקיימת?
14	א. זמני המתנה ארוכים לשירותי בריאות ציבוריים
18	ב. אי-שוויון בקבלת שירותי בריאות ציבוריים
23	ג. נגישות פיזית נמוכה לשירותי בריאות בפריפריה (מרחק בלתי סביר)
24	ד. זליגת צריכת שירותי בריאות לשוק הפרטי
25	1.2 מה נעשה בתחום עד היום?
31	פרק 2: מה רוצים להשיג?
32	פרק 3: מה אפשר לעשות?
32	3.1 פירוט חלופות המדיניות שנבחנו בנייר זה
32	קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק
36	קטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים
39	קטגוריה ג' - הוספת משאבים
41	3.2 הקריטריונים לבחינת החלופות
42	3.3 ניתוח החלופות
42	קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק
44	קטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים
47	קטגוריה ג' - הוספת משאבים
51	פרק 4: מה כדאי לעשות?
51	4.1 אסטרטגיית הפעולה המומלצת
51	קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק

עמוד

52	קטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים
54	קטגוריה ג' - הוספת משאבים
55	4.2 החלופות האחרות שנבחנו בנייר זה
56	סיכום
59	נספחים
59	נספח א': ניתוח כמותי של חלופות המדיניות
76	נספח ב': גאנט תוכנית עבודה
80	לקריאה נוספת
81	הערות ומקורות

רשימת האיורים

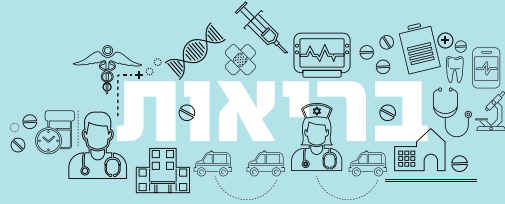


עמוד

- איור 1:** זמני המתנה ממוצעים לרפואה יועצת בקהילה, לפי התמחות ובפילוח לבחירת רופא וללא בחירת רופא, 2019. 16
- איור 2:** זמני המתנה ממוצעים לניתוחים אלקטיביים בישראל (חודשים), 2014. 17
- איור 3:** זמני המתנה חציוניים לניתוחים אלקטיביים ומספר מיטות אשפוז לאלף נפש, לפי מחוז, כאחוז מהממוצע הארצי, 2014. 19
- איור 4:** זמני המתנה ממוצעים לרפואה יועצת בקהילה, לפי מחוז ועם בחירת רופא, 2019. 20
- איור 5:** זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים, לפי בעלות בית החולים, בניכוי מחוזות צפון ודרום, כאחוז מהממוצע הארצי, 2014. 21
- איור 6:** ההוצאה הלאומית והציבורית על בריאות, בישראל ובמדינות ה-OECD, כאחוז מהתמ"ג ולנפש, 2018. 30
- איור 7:** התפלגות זמני המתנה לפני ואחרי פיזור אחיד של ביקושים ("החלקת השוק"). 33
- איור 8:** סיכום ניתוח החלופות. 50

תמצית

חוק ביטוח בריאות ממלכתי
נכנס לתוקפו ב-1995 והיווה
תפנית משמעותית בזכויותיהם
הסוציאליות של תושבי המדינה.



על אף שלשון החוק קובעת כי שירותי הבריאות יינתנו
"בתוך זמן סביר ובמרחק סביר", **עד היום לא נקבעו אמות
מידה מוסכמות להערכת "זמן סביר" ו"מרחק סביר".**

ההשלכות של מצב זה הן **זמני המתנה ארוכים לשירותי
בריאות ציבוריים, נגישות פיזית נמוכה לשירותי
בריאות בפריפריה, אי-שוויון בין אזרחים בקבלת
שירותי בריאות ציבוריים, זליגת צריכת שירותי בריאות
לשוק הפרטי וירידה באיכות הטיפול שמקבלים
האזרחים ובהלימותו ובבריאות האוכלוסייה.**



מטרת המדיניות שעומדת בבסיס נייר זה היא
**להבטיח שירותי בריאות ציבוריים בזמן סביר
ובמרחק סביר לכלל אזרחי ישראל. לאור
מטרה זו בחנו תשע חלופות מדיניות, הנחלקות
לשלוש קטגוריות: שיפור רגולציה ממוקדת
זמני המתנה ומרחק, שיפור הניצולת של
משאבים קיימים והוספת משאבים.**

אסטרטגיית הפעולה המומלצת היא **הצבת צמצום זמני המתנה ומרחק משירותי בריאות
כיעד ראשי של משרד הבריאות:** בניית תוכנית עבודה אחודה לצורך השגת מטרה זו, הכוללת
14 צעדים עיקריים מומלצים, ותקצוב התוכנית בתקציב תוספתי חיצוני לסל הבריאות.

לצד תוכנית פעולה ממוקדת זו, **על הממשלה
לתת את הדעת גם לשחיקה התקציבית
החריפה של מערך הבריאות בישראל ולפעול
למציאת פתרון קבע לשחיקה זו.**





סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קובע, כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 7¹. על אף שלשון החוק קובעת "בתוך זמן סביר ובמרחק סביר", עד היום לא נקבעו אמות מידה אחידות ומוסכמות להערכת "זמן סביר" ו"מרחק סביר" של שירותי הבריאות, אשר מחויבת המדינה לספק לאזרחיה.

למצב עניינים זה כמה השלכות:

Ⓢ זמני המתנה ארוכים לשירותי בריאות

ציבוריים (זמן בלתי סביר), כולל לניתוחים אלקטיביים בבתי החולים, לרפואה יועצת בקהילה ולשירותי בריאות הנפש.

Ⓢ נגישות פיזית נמוכה לשירותי בריאות

בפריפריה (מרחק בלתי סביר), ובפרט בפריפריה המרוחקת ובפריפריה הכפרית.

Ⓢ אי-שוויון בקבלת שירותי בריאות ציבוריים

בין תושבי הפריפריה לתושבי המרכז, בין מבוטחי קופות החולים השונות ובין אזרחים ממעמד חברתי-כלכלי שונה.

Ⓢ זליגת צריכת שירותי בריאות לשוק הפרטי.

לעיל, אזרחים רבים פונים לצורך שירותי בריאות במימון פרטי באמצעות ביטוחי בריאות משלימים (שב"ן, שירותי בריאות נוספים) של קופות החולים, ביטוחים פרטיים או משלמים מכיסם על השירות הנדרש ("out of pocket"). עקב כך גדלים אף יותר הפערים ואי-השוויון בקבלת שירותי בריאות בין האזרחים.

Ⓢ ירידה באיכות הטיפול שמקבלים האזרחים ובהלימותו ובבריאות האוכלוסייה.

המתנה ארוכים ומרחקים בלתי סבירים משירותי בריאות מגדילים את ההיתכנות להידרדרות במצב המטופלים הממתינים לשירות, דבר אשר בתורו עלול להוביל לאשפוזים ולצרכים רפואיים מורכבים יותר ולתנאי טיפול ירודים. פגיעה זו תתבטא גם בעלייה בהוצאות הלאומיות על בריאות, שאותן אפשר היה למנוע באמצעות טיפול בזמן ובמרחק סבירים.

על אף שלשון החוק קובעת "בתוך

זמן סביר ובמרחק סביר", עד היום

לא נקבעו אמות מידה מוסכמות

להערכת "זמן סביר" ו"מרחק סביר".

ההשלכות של מצב זה הן: זמני המתנה

ארוכים לשירותי בריאות ציבוריים,

נגישות פיזית נמוכה לשירותי בריאות

בפריפריה, אי-שוויון בין אזרחים

בקבלת שירותי בריאות ציבוריים,

זליגת צריכת שירותי בריאות לשוק

הפרטי וירידה באיכות הטיפול

שמקבלים האזרחים ובהלימותו

ובבריאות האוכלוסייה

מאז תיקון החוק ב-1998 וביטול החובה לקביעת סטנדרטים מוגדרים לזמן ולמרחק סבירים, נעשו כמה ניסיונות להעלות את הנושא מחדש, ואף לנקוט בצעדים אשר יתנו מענה לבעיה מרכזית זו במערכת הבריאות. בפועל, עד היום לא הבשילו הצעדים האמורים לכדי שיפור משמעותי וכלל-מערכתי בזמני המתנה או מרחק משירותי בריאות, ואף לא למעקב מסודר אחר שני מדדים אלו על ידי הרגולטור.

מטרת המדיניות שעומדת בבסיס נייר זה היא להבטיח שירותי בריאות ציבוריים בזמן סביר ובמרחק סביר לכלל אזרחי ישראל

מטרת המדיניות שעומדת בבסיס נייר זה היא להבטיח שירותי בריאות ציבוריים בזמן סביר ובמרחק סביר לכלל אזרחי ישראל. לאור מטרה זו בחנו תשע חלופות מדיניות, הנחלקות לשלוש קטגוריות:

קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק

- חלופה 1:** ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות
- חלופה 2:** קביעת זמן המתנה ומרחק מקסימליים לשירותי בריאות
- חלופה 3:** מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה ומרחק סבירים

קטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים

- חלופה 4:** שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם
- חלופה 5:** הגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבנות בין קופות החולים לספקים
- חלופה 6:** הרחבת מתן שירותים רפואיים מרחוק

קטגוריה ג' - הוספת משאבים

- חלופה 7:** הגדלת התקציב השנתי של סל הבריאות
 - חלופה 8:** עדכון נוסחת הקפיטציה^א
 - חלופה 9:** הוספת בתי חולים בפרופריה הדרומית והצפונית
- את תשע חלופות המדיניות ניתחנו על פי שבעה קריטריונים: אפקטיביות, יעילות, ישימות מעשית, ישימות פוליטית, טווח זמן ההשפעה, רמת הסיכון וגמישות. לאור תוצאות הניתוח גיבשנו המלצה לאסטרטגיית פעולה כדלקמן:

הצבת צמצום זמני המתנה ומרחק משירותי בריאות כיעד ראשי של משרד הבריאות: בניית תוכנית עבודה אחודה לצורך השגת מטרה זו (בכל תחומי השירות – בתי חולים,

^א נוסחת הקפיטציה היא הנוסחה שעל פיה מחולק התקציב הכולל של סל הבריאות בין ארבע קופות החולים.

**אסטרטגיית הפעולה המומלצת
היא הצבת צמצום זמני המתנה
ומרחק משירותי בריאות כיעד**

**ראשי של משרד הבריאות: בניית
תוכנית עבודה אחודה לצורך השגת
מטרה זו ותקצוב התוכנית בתקציב
תוספתי חיצוני לסל הבריאות**

קהילה ובריאות הנפש) ותקצוב התוכנית בתקציב
תוספתי חיצוני לסל הבריאות. להלן הצעדים
העיקריים אשר מומלץ כי יכללו בתוכנית העבודה
הנ"ל (על פי סדר עדיפות):

**1. בניית מבחן תמיכה (מענקים תלויי ביצועים)
למדידת זמני המתנה ומרחק משירותי
בריאות והטמעתו באופן הדרגתי.** בשלב
ראשון המענק יינתן כנגד ניטור נתונים נדרשים
במערכות המחשוב של הספקים/מבטחים,

בהמשך הוא יינתן כנגד דיווח הנתונים שנאספים מדי שנה למטה משרד הבריאות,
ובשלב מאוחר יותר – כנגד שיפור במדדים ביחס לשנה קודמת. לאחר כמה שנים,
לכשייבאסוף בסיס מידע מהימן על המצב בשטח, ניתן יהיה להקים צוות, אשר יקבע,
על פי הנתונים ועל פי הערכה מקצועית נורמטיבית, יעדים לזמני המתנה ומרחקים
מקסימליים, אשר כנגד עמידה בהם יינתנו מענקי התמיכה.

2. התייתר רישיונות הספקים והמבטחים בניטור ובדיווח נתוני זמן ומרחק, בהתאם
למתודולוגיה אחידה שיקבע משרד הבריאות, ותוך מתן התראה מראש של שנתיים
לכל הפחות.

3. טיוב ניטור נתוני היצע כוח אדם ומשאבים ל-1,000 נפש, כך שייאספו בעבור יותר
סוגי שירותים, תשתיות ומקצועות, ברזולוציה גיאוגרפית גבוהה יותר (ברמת הרשויות
המקומיות, הנפות וכדומה), ובתדירות גבוהה יותר (לפחות אחת לשנה).

4. בניית מבחני תמיכה לשיפור ניצולת תשתיות קיימות: הגדלת תקצוב המבחנים
הקיימים ובניית מבחנים חדשים למתן מענקים כנגד שיפור ניצולת של תשתיות פיזיות
(כגון חדרי ניתוח או מכשור טכנולוגי), וכנגד האחדת שירותים של הקופות באזורים עם
ביקושים נמוכים והיצע נמוך של כוח אדם.

5. בניית מבחן תמיכה לעידוד מתן שירותים רפואיים מרחוק, לצורך שמירה על
המומנטום ממעבר הקורונה והרחבת היצע השירותים מרחוק בקרב יותר מבטחים/
ספקים ובעבור יותר סוגי שירותים.

6. תקצוב הטסת/הסעת רופאים מומחים לפריפריה המרוחקת: תקצוב נידוד של רופאים
מומחים במקצועות הנמצאים בחוסר בפריפריה המרוחקת לימים מרוכזים של קבלת
מטופלים, ביצוע פרוצדורות וכדומה. לחלופין, או בנוסף, ניתן להציע מענקים ישירים
לרופאים אשר יקדישו חלק מזמנם לעבודה בפריפריה העמוקה.

7. הצעת חוזה "פולטימרים" בשירות הציבורי: בנייה ותקצוב של חוזים לרופאים
המתחייבים לפעילות בלעדית במגזר הציבורי, גם בשעות אחר הצהריים.

8. הקמת צוות בין-משרדי לבחינת הגמשה או ביטול של הסדרי הבחירה של קופות החולים עם ספקי השירותים.

9. הקמת צוות בין-משרדי לבחינת תעריפי שירותי בריאות הפסדיים, לצורך הסרת החסם בפני הגדלת ההיצע של שירותים אלו.

10. הקמת צוות בין-משרדי לבחינת עדכון נוסחת הקפיטציה, ובפרט הגדלת המשקל של רכיב הריחוק מריכוזי אוכלוסייה וטיובו, במטרה לעודד את קופות החולים להשקיע במבטחים החיים בפריפריה (והגדלת התחרות עליהם), וכן בחינת הוספת רכיב חברתי-כלכלי לנוסחה.

11. תקצוב פתיחת מסלולי הכשרה בפריפריה למקצועות הרפואה והסיעוד, לצורך הגדלת היצע הרופאים ועובדי הסיעוד לנפש ברמה הארצית בכלל, ובפריפריה בפרט (הצמחת צוותי רפואה וסיעוד מתושבי הפריפריה).

12. מימון תוכניות חזרה לשירות: הענקת מלגות לסטודנטים ולמתמחים בתחומי הרפואה והסיעוד, אשר מתחייבים לפעול בפריפריה לאחר לימודיהם או מתמחים במקצוע במצוקה (כולל התמחות במקצועות בקהילה).

13. תקצוב העתקת קמפוסים של בתי חולים מאזורים בעודף לאזורים במחסור, ובפרט מן הפריפריה הרכה לפריפריה העמוקה^א.

14. תקצוב הקמת בית חולים בבעלות ממשלתית/מלכ"ר שאינו קופת חולים בפריפריה הדרומית: בחינת הקמה ללא מחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) וללא טיפול נמרץ.

יש להדגיש, כי רבות מן ההמלצות הן מורכבות מאוד מבחינה יישומית, בין אם מסיבות לוגיסטיות ובין אם מסיבות פוליטיות. כמו כן, אף אחת מן ההמלצות אינה יכולה, כשלעצמה, לתת מענה שלם לסוגיית קיצור זמני ההמתנה והמרחק לשירותי הבריאות. על מנת לחולל שינוי אפקטיבי נדרש מנעד רחב של צעדים, המשלימים זה את זה ונוגעים כל אחד בחסם או בכשל אחר במערכת.

סוגיה נוספת שעל הרגולטור לתת עליה את הדעת היא כי תמריצים כלכליים (לקיצור זמני המתנה, לשיפור ניצולת תשתיות וכדומה) עשויים, לצד השפעתם החיובית, לייצר גם תופעות שליליות בקרב השחקנים השונים. על כן, כל

אף אחת מההמלצות לפעולה אינה יכולה, כשלעצמה, לתת מענה שלם לסוגיה. על מנת לחולל שינוי אפקטיבי נדרש מנעד רחב של צעדים, המשלימים זה את זה ונוגעים כל אחד בחסם או בכשל אחר במערכת

^א פריפריה רכה: קרובה יחסית למרכז ועירונית; פריפריה עמוקה: רחוקה מאוד מהמרכז וכפרית.

^א בהעתקת קמפוסים הכוונה לפתיחת מרכזים רפואיים בפריפריה העמוקה כנגד סגירת תשתיות בפריפריה הרכה, כלומר ללא הוספת תקנים. כיום מוצע בהקשר של קמפוסים של בתי חולים בחיפה והעברתם צפונה יותר.

תמריץ כלכלי דורש פיקוח וליווי מטעם משרד הבריאות ועדכנונו על פי החסמים, הכשלים והצרכים שיעלו מן השטח.

הטמעה אחראית ומחושבת של תוכנית הפעולה תביא, בתוך זמן קצר, לשיפור בפועל במדדים של זמינות, נגישות ושוויון בקבלת שירותי הבריאות בישראל

לצד תוכנית פעולה ממוקדת זו, על הממשלה לתת את הדעת גם לשחיקה התקציבית החריפה של מערך הבריאות בישראל ולפעול למציאת פתרון קבע לשחיקה זו

לסיכום, אנו סבורים כי הטמעה אחראית ומחושבת של תוכנית הפעולה המתוארת לעיל תביא, בתוך זמן קצר, לשיפור בפועל במדדים של זמינות, נגישות ושוויון בקבלת שירותי הבריאות בישראל. בנוסף, תוכנית פעולה זו תוכל להביא בטווח הארוך להמשך שיפור הדרגתי בכשלים הקיימים, תוך התמודדות עם האתגרים הצפויים למערכת הבריאות הישראלית בעתיד. עם זאת, חשוב להדגיש, כי לצד תוכנית פעולה ממוקדת זו, על ממשלת ישראל לתת את הדעת גם לשחיקה התקציבית החריפה של מערך הבריאות בישראל, ולפעול במקביל למציאת פתרון קבע לשחיקה זו ולהתאמת המשאבים המוקצים למערכת הבריאות לשינויים מרחיקי הלכת החלים בהרכבה ובגודלה של האוכלוסייה הישראלית ובביקושים ההולכים וגדלים לשירותי בריאות מתקדמים.

פרק 1:

מה הבעיה?

ב-1 בינואר 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר מקנה לכל תושבי ישראל ביטוח בריאות ציבורי באמצעות אחת מארבע קופות החולים הפועלות בישראל. צעד זה

היה תוצר של מאבק ארוך שנים של ממשלות ונציגי ציבור שונים, אשר החל עוד מקום המדינה, לעיגון הזכות לשירותים רפואיים לכלל תושבי המדינה, והיווה תפנית משמעותית בזכויותיהם הסוציאליות של תושבי המדינה. בפרט היטיב החוק החדש עם תושבים מרקע חברתי-כלכלי נמוך, שכן טרם כניסת החוק לתוקפו היו כ-5% מאוכלוסיית ישראל נטולי ביטוח בריאות, לרוב בשל מניעה כלכלית או חסמים תרבותיים, שהקשו על כניסה למסלולי הביטוח של אחת מארבע קופות החולים הקיימות.²

הזרז העיקרי להעברת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה מצוקתן הכלכלית החריפה של קופת חולים כללית וקופת חולים לאומית, אשר קיבלו לשורותיהן באופן אוטומטי את חברי הסתדרות העובדים הכללית והסתדרות העובדים הלאומית, בהתאמה, ללא קשר לגיל המבוטח או לרקע הרפואי או הכלכלי שלו. לעומתן, קופת חולים מכבי וקופת חולים מאוחדת תפקדו עד שנת 1995 כגופי ביטוח תחרותיים, אשר באפשרותם לבצע "גריפת שמנת" של המבוטחים הצעירים, הבריאים ובעלי היכולות הכלכליות הגבוהות יותר. בהתאם, השירותים שיכלו מכבי ומאוחדת להציע למבוטחיהן היו משופרים במידה משמעותית מאלה שיכלו להציע לאומית וכללית,

אשר נשאו בנטל של מבוטחים בעלי פרופיל רפואי מורכב יותר, ותוך השתתפות כלכלית נמוכה יותר של המבוטחים בעלויות השירותים. במידה רבה, החוק נועד לתקן עיוות זה, לייצר תנאים לתחרות הוגנת יותר בין הקופות ולמנוע אי יעילות מערכתית, אשר באה לידי ביטוי, בין היתר, בסיוע מסיבי של המדינה לקופות החולים כללית ולאומית לסגירת חובותיהן ההולכים ותופחים.³

במידה רבה החוק נועד לייצר תנאים לתחרות הוגנת יותר בין קופות החולים ולמנוע אי יעילות מערכתית

סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1994, קובע, כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה,

בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 7"ד. על אף שלשון החוק קובעת "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר", עד היום לא נקבעו אמות מידה אחידות ומוסכמות להערכת "איכות סבירה", "זמן סביר" ו"מרחק סביר" של שירותי הבריאות אשר מחויבת המדינה לספק לאזרחיה. בנוסח החוק המקורי, סעיף 8(ו) הטיל על שר הבריאות את החובה למנות ועדת מומחים, אשר אמורה הייתה לפרט את סל השירותים, ולצד זאת "לכלול בפרטים שתקבע את פרקי זמן ההמתנה לשירות, מרחק הינתנו מבית המבוטח, הגורם המחליט על מתן השירות, דרך הינתנו ואיכותו", בתוך שנתיים

ימים⁵. בשנת 1995 אכן מונתה ועדת מומחים לצורך זה, אך היא לא סיימה את עבודתה ומעולם לא הגישה המלצות. במסגרת "חוק ההסדרים" לשנת 1998 בוטל סעיף 8(ו) בחוק, בעילה כי ביטול קביעת זמן, מרחק ואיכות סבירים נורמטיביים יגדילו את הגמישות ואת האחריות של קופות החולים במתן סל שירותי הבריאות, ובפרט יסייעו להן לשמור על איזון תקציבי, וימנעו מהן להגדיל את הוצאותיהן מעבר לתקציב המועבר אליהן על ידי הממשלה והמשולם להן על ידי המבוטחים. ביטול הסעיף אף נתן מענה לחשש של משרד האוצר, כי הדרישה לקביעת סטנדרטים נורמטיביים לזמן, מרחק ואיכות סבירים תחייב הגדלה של תקציב משרד הבריאות ושל ההוצאה הציבורית על בריאות. עם זאת, חשוב להדגיש, כי בעוד סעיף 8(ו) בוטל כאמור, סעיף 3(ד) עומד בעינו, ומחייב את קופות החולים, ואת המדינה ככלל, לספק למבוטחיהן את שירותי הבריאות בזמן, במרחק ובאיכות סבירים, גם אם "סבירות" זו מעולם לא הוגדרה באופן ברור⁶.

1.1 מהן ההשלכות של המדיניות הקיימת?

להיעדר הגדרה ברורה בחוק (או בתקנות ונהלים אחרים) לזמן המתנה ומרחק סבירים לשירותי בריאות יש השלכות משמעותיות על שירותי הבריאות שלהם זוכים תושבי ישראל. להלן כמה מההשלכות שמייפנו בהקשר זה.

א. זמני המתנה ארוכים לשירותי בריאות ציבוריים

במערכת הבריאות הציבורית, תקציב המדינה מסבסד את הטיפול שמקבל המבוטח, והמבוטח אינו יודע את מחירו של השירות שהוא מקבל (המחיר שמשלמת קופת החולים המבטחת לספק השירותים). על כן, שלא כמו בשוק הפרטי, שבו המבוטח משלם מכיסו את מחירו המלא של השירות, במערכת הבריאות הציבורית המחיר המלא אינו משפיע

**במערכת הבריאות הציבורית,
מחיר השירות אינו ידוע למבוטח
ולכן אינו משפיע על הביקוש לו.
במצב זה, מנגנון זמני ההמתנה
משמש בפועל ככלי לוויסות
ביקושים. אולם, כאשר זמני
ההמתנה הופכים להיות ארוכים
באופן "בלתי סביר", הם יכולים
להוות נטל על החברה, בשל
הגדלת ההיתכנות להידרדרות
במצבם הרפואי של המטופלים
המתנינים לשירות**

על הביקוש לשירותים. במערכת מסוג זה קיים חשש לשימוש יתר של המבוטחים בשירות, מפני שהשימוש בשירות אינו כרוך מבחינתם בנטל כספי. מצב זה מכונה "סיכון מוסרי". במצב עניינים זה, מנגנון זמני ההמתנה לשירותים הרפואיים הוא שמשמש בפועל ככלי להקצאת המשאבים, שכן תור ארוך לטיפול מקטין את תדירות הצריכה שלו⁷. השימוש במשך זמן ההמתנה הוא לגיטימי כווסת ביקושים, אולם כאשר זמני ההמתנה הופכים להיות ארוכים באופן "בלתי סביר", הם יכולים להוות נטל משמעותי על החברה, שכן הם מגדילים את ההיתכנות להידרדרות במצב המטופלים המתנינים לשירות, דבר אשר בתורו יכול להוביל לאשפוזים ולצרכים רפואיים מורכבים יותר ולתנאי

טיפול ירודים (אשר משקפים גם ירידה באיכות הטיפול שמקבל האזרח ובהלימותו). הפגיעה תתבטא גם בעלייה בהוצאות הלאומיות על בריאות, שאותן ניתן היה למנוע באמצעות טיפול בזמן סביר. בנוסף, הפגיעה יכולה גם להוביל לירידה בפרודוקטיביות של המטופל כעובד ולירידה באיכות שעות הפנאי שלו לתקופות ממושכות, בעודו ממתין לטיפול הנדרש לו.

**בין השנים 2016-2018 חלה עלייה
בשיעור המדווחים על זמני המתנה
ארוכים לרפואה יועצת דרך
הקופה. כל ישראלי שלישי נאלץ
להמתין יותר מחודש ימים כדי
לראות רופא מומחה**

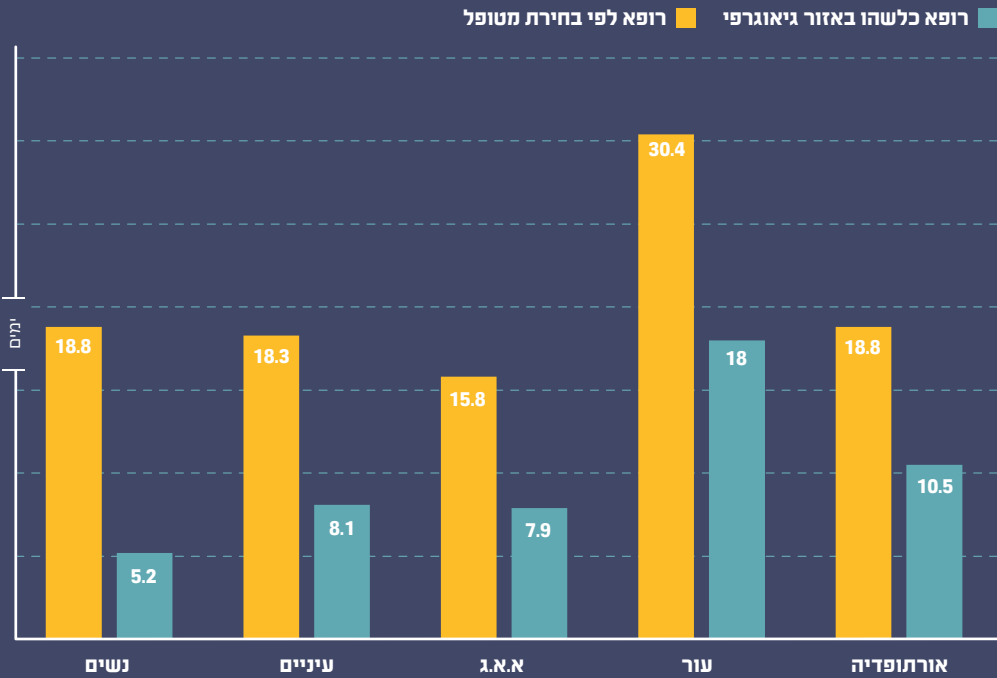
לפי סקר של מכון ברוקדייל, ב-2018 חלה עלייה בשיעור המדווחים על זמני המתנה ארוכים לרפואה יועצת דרך הקופה בהשוואה ל-2016. שיעור המדווחים על המתנה של בין חודש לחודשיים עלה מ-13% ל-18%, ושיעור המדווחים על המתנה ארוכה מחודשיים עלה מ-12% ל-15%. כלומר, כל ישראלי שלישי נאלץ להמתין יותר מחודש ימים כדי לראות רופא מומחה. יתרה מכך, זמני המתנה ארוכים הפכו לסיבה העיקרית (29%) לכך שישראלים מוותרים על טיפול רפואי⁸.

באיר 1 ניתן לראות את זמני ההמתנה הממוצעים לחמישה מקצועות עיקריים של רפואה יועצת בקהילה, כפי שפורסמו על ידי משרד הבריאות בעבור הרבעון השלישי של 2019. מלבד זמני ההמתנה הממוצעים פורסמו גם נתוני זמני ההמתנה בערכי הקיצון, כולל

⁷ המושג רפואה יועצת מתייחס לשירותי ייעוץ של רופאים מומחים בקהילה, כלומר שלא במסגרת אשפוז בבית חולים. לרוב ניתן שירות זה ישירות על ידי קופת החולים או על ידי ספקים העובדים עם קופת החולים. לעיתים השירות ניתן במרפאות חוץ של בתי החולים.

זמני המתנה של 5% מהמטופלים, אשר המתינו את הזמן הממושך ביותר להתייעצות עם רופא מומחה בקהילה. כך, למשל, לרופא עור המתינו 5% מהמטופלים כ-75 ימים בממוצע, ולרופא נשים כ-68 ימים בממוצע (עם בחירת רופא)⁹.

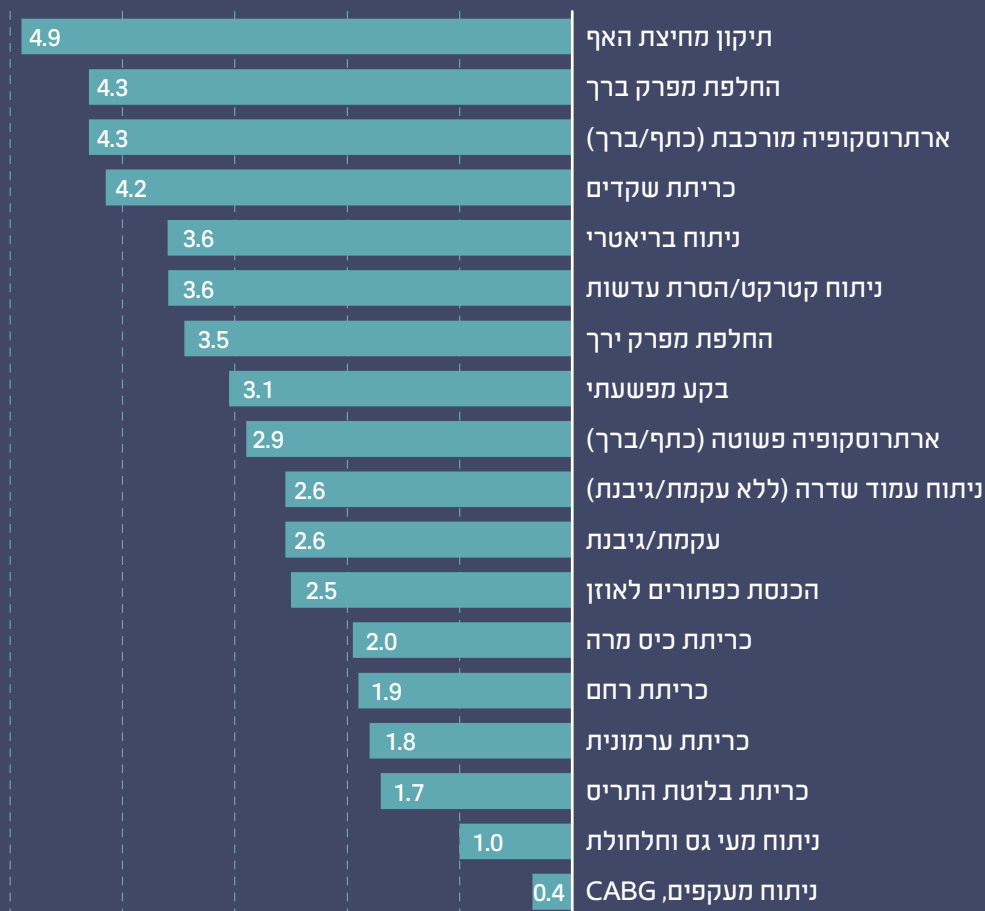
איור 1: זמני המתנה ממוצעים לרפואה יועצת בקהילה, לפי התמחות ובפילוח לבחירת רופא וללא בחירת רופא, 2019



מקור הנתונים: אתר משרד הבריאות, זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה; עיבוד הנתונים: מכון יסודות

באיור 2 מוצגים זמני ההמתנה הממוצעים ל-18 סוגים של ניתוחים אלקטיביים בכ-27 בתי חולים בישראל בשנת 2014, כפי שפורסמו על ידי משרד הבריאות¹⁰.

איור 2: זמני המתנה ממוצעים לניתוחים אלקטיביים בישראל (חודשים), 2014



מקור האיור: צ'רניחובסקי, ד' ובורס, ל' (2016). מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי. מרכז טאוב

**בהשוואה למדינות ה-OECD,
מדינת ישראל סובלת מזמני
המתנה ממוצעים ארוכים
לניתוחים אלקטיביים**

בהשוואה לנתונים שפורסמו בעבור שלוש פרודורות הכלולות ברשימה זו ב-14 מדינות ה-OECD, ישראל נמצאת במיקום נמוך יחסית וסובלת מזמני המתנה ממוצעים ארוכים. למשל, זמן ההמתנה הממוצע לניתוח קטרקט, שעמד בשנת 2014 על 106 ימים,

ממקם את ישראל שלישית מהסוף, כאשר על זמנים ארוכים יותר דיווחו רק צ'ילה ופולין¹¹.
זמן ההמתנה הממוצע לניתוח להחלפת ברך בישראל, 130 ימים, ממקם אותה חמישית
מהסוף, ומיקום דומה מקבלת ישראל בזמן ההמתנה הממוצע לניתוח להחלפת מפרק ירך,
104 ימים¹².

יש לציין, כי על פי דיווחים מהשטח, גם לשירותי בריאות הנפש, אשר עברו לאחריות
הביטוחית של קופות החולים ב-2015, זמני המתנה ארוכים במיוחד. עם זאת, בעבור
שירותים אלו לא מצאנו כל נתונים, ולו אנקדוטליים, של זמני המתנה. מתוך ראיונות
שביצענו עם גורמים ממשרד הבריאות עולה, כי שורש הבעיה של זמינותם הנמוכה של
שירותי בריאות הנפש נעוץ בתמחרם הנמוך במחירון משרד הבריאות, אשר הופך אותם
להפסדיים בעבור הספקים. כפועל יוצא, קיים מחסור חמור בפסיכולוגים ובפסיכיאטרים
המוכנים לקבל את מטופלי קופות החולים בתעריפים אלו.

ב. אי-שוויון בקבלת שירותי בריאות ציבוריים

**מעבר למשמעותם של זמני ההמתנה
הממוצעים בהקשר של סבירות משך
ההמתנה, הממוצעים גם ממסכים
פערים בין בתי חולים בבעלות שונה,
בין אוכלוסיות מרקע חברתי-כלכלי
שונה ובין אזורים שונים בארץ**

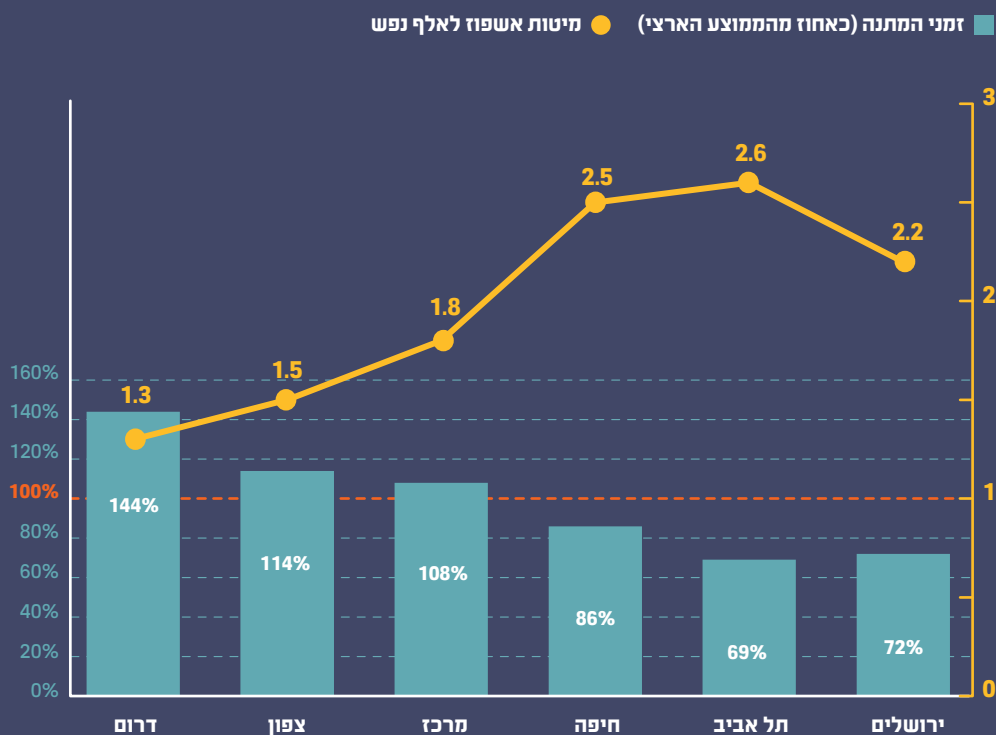
מעבר למשמעותם של זמני ההמתנה
הממוצעים בהקשר של סבירות משך ההמתנה,
הממוצעים גם ממסכים פערים בין בתי חולים
בבעלות שונה (ממשלתיים, מלכ"רים או
בבעלות קופות החולים), בין אוכלוסיות מרקע
חברתי-כלכלי שונה ובין אזורים שונים בארץ¹².

השפעת אזור מגורי המטופל על זמינות השירותים

באזור 3 ניתן לראות את זמני ההמתנה החציוניים ל-18 סוגים של ניתוחים אלקטיביים
על פי מחוזות בארץ, כאחוז מהממוצע הארצי, בשנת 2014. ניתן לראות כי בשלושת
המטרופולינים הגדולים, ירושלים, תל אביב וחיפה, זמני ההמתנה החציוניים נמוכים מן
הממוצע הארצי (בכ-28%, 22%, ו-16%, בהתאמה), בעוד שבמחוזות צפון ודרום זמני
ההמתנה החציוניים גבוהים במידה משמעותית מהממוצע הארצי (בכ-14% ו-44%,
בהתאמה).

¹¹ יש לציין, כי נמצא פער משמעותי מאוד בין זמני ההמתנה הממוצעים שעליהם דיווח משרד הבריאות
במסמך שהוציא לתקשורת ב-2014 ובין זמני ההמתנה הממוצעים שמתועדים תחת ישראל באתר
ה-OECD לאותה שנה. לאור דיווחים מגורמי מקצוע במשרד הבריאות, שהנתונים שדווחו ל-OECD
היו תוצר של עיוות מסוים במדידה, ראינו לנכון להשוות בין הדיווח המקורי של משרד הבריאות
בהודעתו לתקשורת ובין נתוני המדינות השונות. יש להדגיש, כי גם הנתונים שדווחו בדוח משרד
הבריאות ב-2014 נתפסים היום על ידי המשרד כבלתי מדויקים, בפרט בשל שוני מהותי בשיטות
המדידה בין בתי החולים השונים, אך נכון להיום אלו נתוני זמני ההמתנה היחידים שזמינים בישראל.

איור 3: זמני המתנה חציוניים לניתוחים אלקטיביים ומספר מיטות אשפוז לאלף נפש, לפי מחוז, כאחוז מהממוצע הארצי, 2014

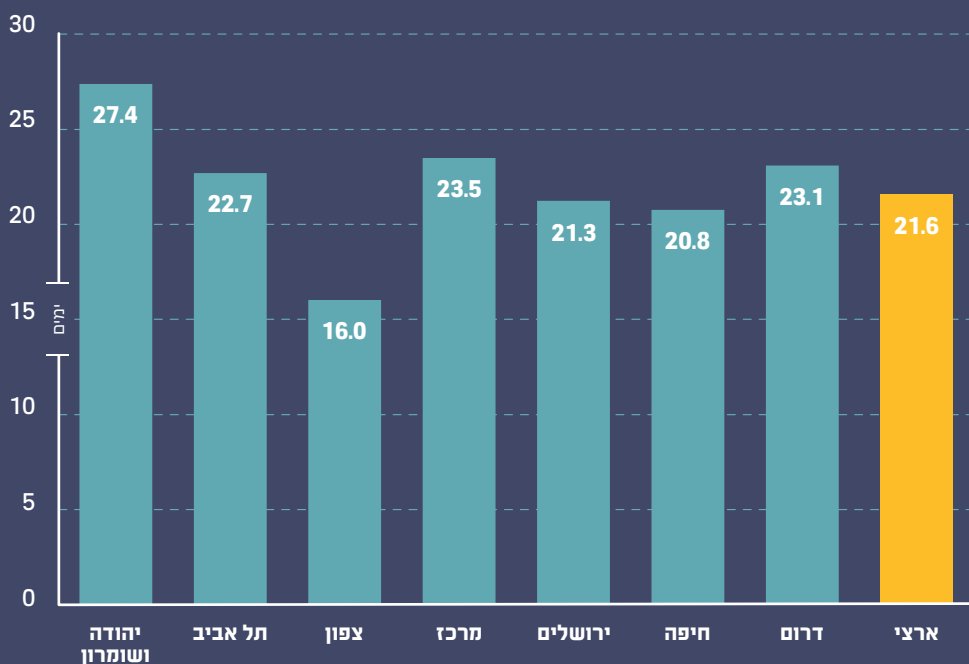


מקור האיור: צ'ריחובסקי, ד' ובורס, ל' (2016). מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי. מרכז טאוב

עוד ניתן לראות, כי קיים סנכרון ברור בין זמני ההמתנה החציוניים למספר המיטות לאלף נפש, כאשר במחוז דרום, אשר בו זמן ההמתנה החציוני הגבוה ביותר, ישנן 1.3 מיטות אשפוז לאלף נפש בלבד, לעומת 2.2-2.6 מיטות אשפוז לאלף נפש במטרופולינים הגדולים.

תמונת זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה במחוזות השונים, כפי שזו מופתה ב-2019, מורכבת יותר ומשתנה בין המקצועות (איור 4). לדוגמה, במקצוע האורתופדיה נראים זמני המתנה ממוצעים גבוהים יותר מן הממוצע הארצי במחוזות דרום ומרכז, בעוד שבפרפאת עור הממוצעים הגבוהים ביותר הם במחוזות יהודה ושומרון, תל אביב וחיפה. בהשוואת זמן ההמתנה הממוצע של כל חמשת המקצועות שנבדקו ביחס לממוצע הארצי, נראה כי בהינתן בחירת רופא, המחוזות שבהם זמני ההמתנה ארוכים מהממוצע הארצי הם מחוזות יהודה ושומרון, תל אביב, מרכז ודרום.

איור 4: זמני המתנה ממוצעים לרפואה יועצת בקהילה, לפי מחוז ועם בחירת רופא, 2019



מקור הנתונים: אתר משרד הבריאות, זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה; עיבוד הנתונים: מכון יסודות

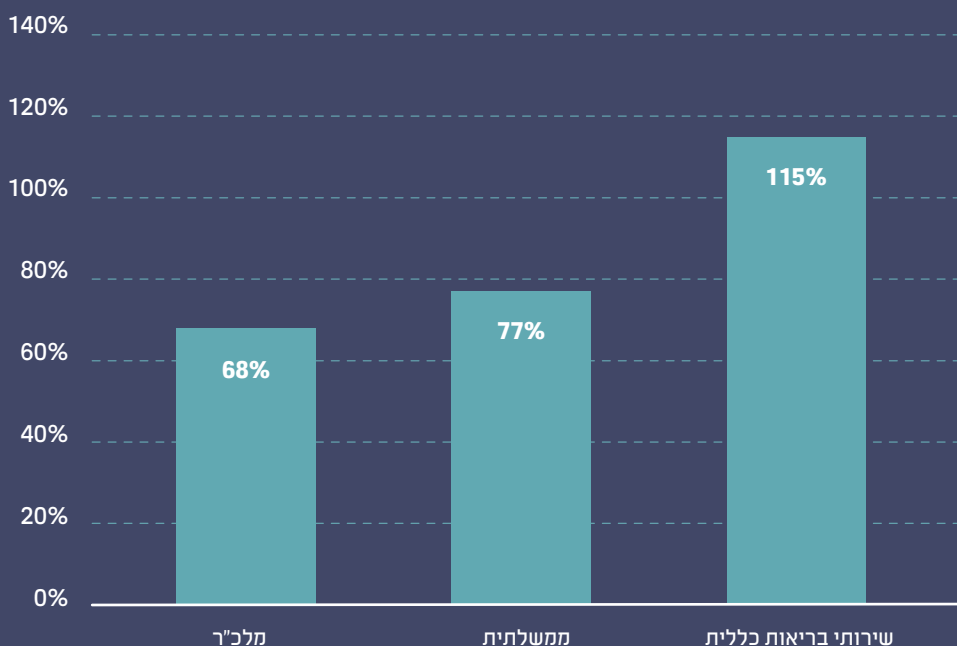
השפעת בעלות בית החולים על זמינות השירותים

אי-השוויון בזמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים ניכר גם בפילוח לפי בעלות בתי החולים: בתי חולים בבעלות קופת חולים כללית, בתי חולים בבעלות ממשלתית ומלכ"רים. לפערים אלו משמעות בעיקר בשל הסדרי הבחירה של קופות החולים, כפי שיפורט להלן, וכן בשל הפריסה הלא אחידה של בתי החולים בבעלויות השונות על פני אזורים בארץ. באיור 5 מוצגים זמני המתנה בפילוח על פי בעלות בית החולים, כאשר על מנת להימנע מהטיה בשל הימצאות המוסד בפריפריה האזור משקלל נתונים מ-17 בתי חולים במטרופולינים המרכזיים ובמרכז הארץ בלבד. ניכר כי זמני ההמתנה ארוכים במיוחד בבתי החולים של קופת חולים כללית, עם חציון הגבוה ב-15% מהממוצע הארצי, בעוד שבבתי חולים

¹ למשל, בדרום ישנה בלעדיות של בתי חולים בבעלות קופות חולים, בעוד שבאזור ירושלים יש רק בתי חולים בבעלות מלכ"רים.

ממשלתיים זמני ההמתנה נמוכים יחסית (23% מתחת לממוצע הארצי), והם נמוכים אך יותר בבתי חולים בבעלות מלכ"רים (32% מתחת לממוצע הארצי). תוצאה זו מושפעת מאוד, כנראה, מהעובדה שעלושה מתוך ארבעת בתי החולים הפועלים כמלכ"רים מורשים להעניק שירות פרטי (שר"פ) לבעלי ביטוחים משלימים וביטוחים פרטיים, עם רשימת תורים נפרדת ומקוצרת. היות שזמני ההמתנה לא נמדדו בנפרד בעבור המטופלים בשר"פ, זמני ההמתנה הקצרים של אלו משפיעים על הממוצע הכללי של בית החולים.

איור 5: זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים, לפי בעלות בית החולים, בניכוי מחוזות צפון ודרום, כאחוז מהממוצע הארצי, 2014



מקור האיור: צ'רניחובסקי, ד' ובורס, ל' (2016). מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי. מרכז טאוב

^י שירותי השר"פ בבתי החולים הציבוריים גורמים להארכת התורים הציבוריים, היות שהשר"פ ניתן לעיתים קרובות בשעות הבוקר, על חשבון זמינות התורים הציבוריים. ראו: רוזן, ב', גור, ע' וגרינשטיין, מ' (2006). שר"פ בבתי חולים בירושלים – סוגיות נבחרות. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר למדיניות הבריאות.

הפערים הגדולים בין זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים בין בתי חולים בבעלות קופת חולים אחרים משקפים את השפעתם של "הסדרי הבחירה": רשימת הספקים המוגבלת אשר המבוטח רשאי לבחור מתוכם בבואו לצרוך שירות בריאות מספק שאינו הקופה

הספקים נבחרים על פי טיב ההסכמים של הקופה מולם, מצב שמביא לכך שאצל חלק מהספקים התשתיות אינן מנוצלות דיין בעוד שאצל אחרים התור לשירות ארוך מאוד

הפערים הגדולים בין זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים בין בתי חולים בבעלות קופת חולים כללית לבתי חולים אחרים משקפים, בין היתר, את השפעתם של "הסדרי הבחירה" של קופות החולים, שהם בפועל רשימת הספקים אשר המבוטח רשאי לבחור מתוכם בבואו לצרוך שירותי בריאות מספק שאינו הקופה. על מנת לשמור על כוח המיקוח שלהן, המאפשר להן לרכוש שירותים במחירים נמוכים משמעותית מאלו המופיעים במחירון משרד הבריאות, קופות החולים מאפשרות למבוטחיהן לצרוך שירותים מרשימת ספקים מוגבלת. ספקים אלו נבחרים על פי טיב ההסכמים של הקופה מולם, קרי התעריף שמשלמת הקופה בפועל בעבור השירותים השונים. מצב עניינים זה מביא לעיתים קרובות לכך שתשתיות מסוימות "עומדות ריקות", בעוד שאצל ספק אחר, שיש לו הסכמים טובים יותר עם קופת החולים, התורים

לשירות ארוכים מאוד. הבעיה חריפה עוד יותר במקרה של קופת חולים כללית, שהיא גם הבעלים של בתי חולים. מצד אחד, קופת חולים כללית מתעדפת הפניית מבוטחים שלה לבתי החולים שבבעלותה על פני בתי חולים אחרים. מצד שני, קופת חולים כללית גם מקיימת הסכמים לא אטרקטיביים בין בתי החולים שבבעלותה לקופות אחרות, ועל כן הללו מעדיפות להפנות את המבוטחים שלהן לבתי חולים שאינם בבעלות קופת חולים כללית. המקרה האחרון הופך בעייתי כאשר בית החולים היחיד באזור הוא בבעלות קופת חולים כללית, כמו במקרה של בית חולים סורוקה.

המשמעות של הסדרי הבחירה בכלל, והעדפת קופת חולים כללית את בתי החולים שבבעלותה בפרט, היא שספקי השירותים אינם נבחרים על פי זמינותם ונגישותם, או איכות השירות שלהם, אלא על פי מחיר השירותים גרידא

המשמעות של הסדרי הבחירה בכלל, והעדפת קופת חולים כללית את בתי החולים שבבעלותה בפרט, היא שספקי השירותים אינם נבחרים על פי זמינותם ונגישותם, ואף לא על פי איכות השירות שלהם, אלא על פי מחיר השירותים גרידא. התחרות בין בתי החולים על מבוטחי הקופות גם היא מתמרצת את הספקים להציע מחירים אטרקטיביים ככל האפשר, ולא דווקא לשפר את הזמינות או את האיכות של השירות

שהם מעניקים למטופלים. אולם, לאור התפתחויות שעליהן נרחיב בהמשך, כיום מושם דגש רב יותר מבעבר על זמינות השירותים.

השפעת המעמד הכלכלי-חברתי של המטופל על זמינות השירותים

זמני ההמתנה הממוצעים גם מסתירים פער בין אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי שונה

מעבר לפערים בין בתי החולים הנמצאים באזורים שונים בארץ ובבעלות שונה, לדעת ראשי מערכת הבריאות (רופאים, מנהלי בתי חולים, מנהלי קופות החולים ואחרים), זמני ההמתנה הממוצעים מסתירים גם פער בין שתי קבוצות עיקריות של מטופלים: "האחת היא הישראלים המיוחסים יותר, שיש להם קשרים אישיים, משאבים כספיים, אמצעי תחבורה ויכולת לעמוד על זכויותיהם, ואלו נהנים מגישה מהירה לטיפול רפואי. האחרת היא קבוצת האוכלוסיות החלשות יותר, אשר חסרות את המשאבים והאמצעים הללו, ולעתים קרובות נאלצים חברי הקבוצה להתמודד עם זמני המתנה ארוכים ומיעוט חלופות זמינות"¹³.

ג. נגישות פיזית נמוכה לשירותי בריאות בפריפריה (מרחק בלתי סביר)

בהיעדר הקביעה של "מרחק סביר", מטופלים מהפריפריה הדרומית והצפונית נאלצים לקבל טיפול אצל ספקים מרוחקים מאוד ממקום מגוריהם. מעבר למרחק הפיזי, בפריפריות יש גם בעיה חמורה של מחסור בתחבורה ציבורית, המקשרת בין אזורי המגורים השונים ובין חלק מבתי החולים והמרפאות, מה שמחריף אף יותר את בעיית הנגישות לשירותים

בהיעדר קביעה על פי חוק מהו "מרחק סביר" מבית המטופל¹⁴, חלק משמעותי מן המטופלים, ובפרט מטופלים המתגוררים בפריפריה הדרומית והצפונית, נאלצים לקבל טיפול אצל ספקים המרוחקים מאוד ממקום מגוריהם. מעבר למרחק הפיזי כשלעצמו, בפריפריות יש גם בעיה חמורה של מחסור בתחבורה ציבורית זמינה ושוטפת, אשר מקשרת בין אזורי המגורים השונים ובין חלק מבתי החולים והמרפאות. בעיה זו חריפה במיוחד באזור הערבה והגליל המזרחי. משמעות הדבר היא כי גם ללא המגבלות של הסדרי הבחירה של קופות החולים, התשתיות המצומצמות של שירותי הבריאות באזורים אלה מביאות למקרים רבים שבהם השירותים הרפואיים ניתנים רק במרחק של כמה שעות נסיעה. המגבלות שמציבים הסדרי הבחירה מחמירים מצב עניינים זה אף יותר.

לדוגמה, תושב קריית שמונה, המבוטח בקופת חולים כללית ונדרש לבדיקת MRI, יצטרך

¹⁴ במספר מצומצם של שירותים ישנה הגדרה למרחק סביר, המעוגנת בתקנות פרטניות, כפי שנציג בהמשך.

במקרים רבים לנסוע עד למרכז הרפואי זבולון בקרית ביאליק (מרחק של כ-65 ק"מ, נסיעה שאורכת מעל שעתיים בתחבורה ציבורית), ואף לחכות ארבעה חודשים לבדיקה, וזאת על אף שישנם מכשירי MRI זמינים בבית חולים זיו צפת, אך מחיר השימוש בהם עבור הקופה הוא גבוה יותר. גם הזמינות של שירותי בריאות הנפש בפריפריה נמוכה מאוד. במחוז צפון מפעיל בית חולים זיו שלוחות של שירותי בריאות הנפש בקהילה, אך הן גרעוניות. מסיבה זו אין לקופות החולים תמריץ כלכלי לספק שירותים אלו בעצמן בפריפריה¹⁴. בדרום, מבוטח קופת חולים מכבי, המתגורר בבאר שבע ונדרש לניתוח לב, יישלח על ידי הקופה לבית חולים אסותא אשדוד או תל אביב, וזאת על אף שקיימת זמינות גבוהה לניתוח זה בבית חולים סורוקה בבאר שבע, אלא שהוא בבעלות קופת חולים כללית¹⁵.

חשוב לציין, כי שלא כמו בנושא זמני המתנה, בנושא של המרחק בין מגורי המטופל למקום שאליו הוא מופנה לקבלת שירותים רפואיים שונים לא פורסם ניטור נתונים סדור הזמין לציבור. על כן, ביכולתנו לשקף מצב זה רק באמצעות אנקדוטות של אנשי מקצוע או מתוך קבילות של מבוטחים לבית הדין לעבודה. עוד יש להדגיש, כי אין כיום בחוק הסדר הדואג לשיפוי הוצאות הנסיעה של מטופלים המופנים על ידי הקופה לטיפולים רפואיים

אין כיום בחוק הסדר הדואג לשיפוי הוצאות הנסיעה של מטופלים המופנים לקבלת טיפול רפואי במרחק רב ממקום מגוריהם או על אובדן ימי העבודה בעקבות זאת

במרחק רב ממקום מגוריהם, ועל אחת כמה וכמה שיפוי על אובדן ימי עבודה. במובן זה, מטופלים מרקע חברתי-כלכלי נמוך, שאין ברשותם רכב פרטי, ו/או שאין ביכולתם להפסיד ימי עבודה לצורך טיפולים או בדיקות, ו/או שאין ביכולתם לצרוך את השירותים הדרושים להם באופן פרטי קרוב יותר לביתם, הם הנפגעים העיקריים של היעדר מדיניות ברורה בנושא זה.

ד. זליגת צריכת שירותי בריאות לשוק הפרטי

עקב זמני ההמתנה הארוכים, אי-השוויון בקבלת שירותי בריאות ציבוריים ונגישות פיזית נמוכה לשירותי בריאות בפריפריה, חלה זליגה משמעותית של צריכת שירותי בריאות לשוק הפרטי

למדיניות הקיימת שלוש השלכות שפורטו לעיל: זמני המתנה ארוכים לשירותי בריאות ציבוריים, אי-שוויון בקבלת שירותי בריאות ציבוריים ונגישות פיזית נמוכה לשירותי בריאות בפריפריה. השלכות אלו מביאות, כל אחת לחוד וכולן יחד, לזליגה משמעותית של צריכת שירותי בריאות משירותים במימון ציבורי לשירותים במימון פרטי. האחרון כולל שימוש בביטוחים המשלימים (שב"ן) שמציעות הקופות ושימוש בביטוחים

מחברות ביטוח פרטיות. היות שרבים מן הרופאים המומחים במערכת הבריאות הציבורית הישראלית מקבלים מטופלים ומבצעים פרוצדורות גם באופן פרטי, אחת הדרכים ה"קלות"

ביותר לקצר תור להתייעצות עם מומחה או לביצוע פרוצדורה אמבולטורית היא הפעלת השב"ן או הביטוח הפרטי. באותו אופן, קבלת שירות אצל ספקים קרובים ונגישים יותר לבית המטופל מתאפשרת באמצעות ניצול ביטוחים אלו.

אחת הדרכים ה"קלות" ביותר לקצר תור להתייעצות עם מומחה או לביצוע פרוצדורה אמבולטורית היא הפעלת השב"ן או הביטוח הפרטי. היות שרק לכ-87% מהאוכלוסייה הישראלית יש ביטוח משלים, ורק לכ-40% ביטוח פרטי אחר, מצב עניינים זה חוטא לעיקרון המרכזי של שוויון שמבטיח החוק

נכון ל-2018, רק לכ-87% מן האוכלוסייה הישראלית יש ביטוח משלים (שב"ן) מטעם הקופה, ורק לכ-40% ביטוח פרטי אחר. מצב עניינים זה מחזיר אותנו שוב לסוגיית אי-השוויון, שכן החמישון התחתון, שהם בעיקר אותם 13% מחוסרי ביטוח משלים או פרטי, לא יכול ליהנות מפתרונות אלה לצורך קיצור זמן ההמתנה או קיצור מרחק. בפועל, משמעות הדבר עשויה להיות ויתור על בדיקות וטיפולים הכרחיים בקרב אוכלוסייה זו. מעבר לכך שמצב עניינים זה חוטא לעיקרון המרכזי של שוויון, שמבטיח חוק הבריאות

הממלכתי, יש לו גם השלכות כלכליות שליליות על מערכת הבריאות, אשר תספוג תחלואה חריפה יותר וצורך רב יותר באשפוזים ובטיפולים מורכבים בעבור אוכלוסיות אלו בטווח הארוך בשל חסר בטיפולים מונעים נדרשים ובבדיקות לגלוי מוקדם.

1.2 מה נעשה בתחום עד היום?

מאז ביטול החובה לקביעת סטנדרטים מוגדרים לזמן ומרחק סבירים, נעשו כמה ניסיונות להעלות את הנושא מחדש, אך ללא הצלחה

מאז תיקון החוק ב-1998 וביטול החובה לקביעת סטנדרטים מוגדרים לזמן ומרחק סבירים, נעשו כמה ניסיונות להעלות את הנושא מחדש. למשל, ועדת טל, במסקנותיה שפורסמו בשנת 2000, העלתה את הבעייתיות של היעדר הגדרה של זמן ומרחק סבירים, והצביעה על חוסר שביעות הרצון של המבוטחים בשל זמני המתנה ארוכים¹⁶; כמה

הצעות חוק עצמאיות הונחו על שולחן הכנסת, אך אף אחת מהן לא הבשילה לחוק¹⁷; ועדת גרמן, בשנת 2014, גם היא עסקה רבות בנושא זמני המתנה לשירותים רפואיים, והגיעה למסקנה כי "החוק הותיר גמישות בקביעת רמת הזמינות והאיכות של השירותים... ההגדרה הגמישה יכולה לאפשר לא פעם פגיעה ברמת השירותים – פגיעה המתבטאת בתורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים וליועצים מומחים, ולעתים גם בזמינות גיאוגרפית נמוכה עקב העדפה [של קופות החולים] של ספק רחוק המציע שירות זול יותר. המצוקה התקציבית של קופות החולים, מצוקה שהתגברה בשנים האחרונות, החמירה את הבעיה והפכה את הפגיעה בזמינות לשסתום שדרכו יכול 'להשתחרר' הלחץ הפיננסי במערכת"¹⁸.

יש כמה מקרים שבהם קבע משרד הבריאות זמני המתנה מקסימליים למתן שירות רפואי מסוים. בנוסף, המשרד יצר מנגנון לקבלת טיפול בזמן סביר במקרים דחופים

יש כמה מקרים שבהם נקבעו לקופות החולים זמני המתנה מקסימליים למתן שירות רפואי מסוים. כך, למשל, בתחום התפתחות הילד, בחוזר סמנכ"ל משנת 2009 נקבע, כי ילד עד גיל שנה לא ימתין יותר משלושה חודשים לקבלת טיפול, וילד מעל גיל שנה לא ימתין יותר מארבעה חודשים¹⁹. בתחום רפואת שיניים לילדים, חוזר

סמנכ"ל משנת 2010 קובע זמן המתנה מקסימלי של 14 יום עד תחילת טיפול, 10 ימים בין טיפול לטיפול ו-21 יום לטיפולים מורכבים. כמו כן, החוזר קובע את המרחקים שבהם על הקופה לספק את הטיפול: 10 ק"מ מיישובים שבהם מעל 20,000 איש ו-30 ק"מ משאר היישובים.

משרד הבריאות גם יצר מנגנון לקבלת טיפול בזמן סביר במקרים דחופים. המנגנון מחייב את קופות החולים להקים מוקד לטיפול בקביעת תורים במקרים דחופים, אשר יפנה לספקי השירות של הקופה כדי לקדם את קביעת התור, ובמידת הצורך אף יפנה לספקים שאינם בהסדרי הבחירה של הקופה²⁰.

ב-2012 הוציא משרד הבריאות נייר מקיף בנושא "הבטחת זמני המתנה סבירים במערכת הבריאות הציבורית". מסקנתו העיקרית של הנייר הייתה כי על מנת להתחיל כל מהלך לקיצור זמני המתנה, ובתוך כך גם קביעת זמני המתנה מקסימליים, נדרש שיטתי אחיד ורציף של זמני ההמתנה לשירותים השונים

ב-2012 הוציא משרד הבריאות נייר מדיניות מקיף בנושא "הבטחת זמני המתנה סבירים במערכת הבריאות הציבורית". מסקנתו העיקרית של הנייר הייתה כי על מנת להתחיל כל מהלך לקיצור זמני ההמתנה, ובתוך כך גם קביעת זמני המתנה מקסימליים, נדרש שיטתי אחיד ורציף של זמני ההמתנה לשירותים השונים. בפרט עסק הנייר בזמני המתנה לניתוחים אמבולטוריים²¹. עוד המליץ הנייר על פרסום זמני

ההמתנה השונים לציבור, על מנת לאפשר ויסות טבעי של הביקושים בין הספקים השונים על ידי המטופלים עצמם, וכן לייצר "תחרות" בין הספקים גם על ההיבט של זמן ההמתנה, אשר יהפוך למדד הצלחה נוסף עבורם, עם שיקוף שלו לציבור ולרגולטור.

כהמשך לפרסום נייר המדיניות החל משרד הבריאות בהטמעת מדידה אחודה של זמני המתנה לניתוחים אמבולטוריים בבתי החולים ודיווח הנתונים באופן רציף למשרד הבריאות. מדידה זו אכן יצאה לפועל, וב-2014 פרסם משרד הבריאות נתונים ראשוניים של זמני המתנה עבור כ-18 ניתוחים אלקטיביים ב-27 בתי חולים (ראו [איור 2](#))²². כמו כן, בשנים 2014-2015 העביר משרד הבריאות ל-OECD נתוני זמני המתנה, אשר התווספו למסד הנתונים הבינלאומי של הארגון בנושא²³. עם זאת, בבדיקה שערכנו מול הגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות עלה, שמשנת 2015 לא פורסמו נתוני זמני ההמתנה

**כהמשך לפרסום הנייר החל
משרד הבריאות בהטמעת מדידה
אחודה של זמני המתנה לניתוחים
אמבולטוריים בבתי החולים ודיווח
הנתונים למשרד הבריאות. אולם,
משנת 2015 לא פורסמו הנתונים
באופן אחוד, והופסק גם הדיווח של
זמני ההמתנה עקב כשל בהטמעת
שיטת מדידה אחידה בין בתי
החולים. לאחרונה חודש המאמץ
לניטור זמני ההמתנה לטיפולים
אלקטיביים על ידי בתי החולים**

לניתוחים אלקטיביים בישראל באופן אחוד, לא באמצעות פרסום ישיר של משרד הבריאות ולא דרך אתר ה-OECD. זאת ועוד: הופסק גם הדיווח של זמני ההמתנה למשרד הבריאות בשל כשל בהטמעת שיטת מדידה אחידה בין בתי החולים ודיווח בלתי מדויק על ידם. לאחרונה חודש המאמץ לניטור זמני ההמתנה לטיפולים אלקטיביים על ידי בתי החולים, וכיום שוקד משרד הבריאות על הטמעת פרקטיקת מדידה אחידה וליווי בתי החולים בביצוע המדידה. מהלך זה כרוך בהתמודדות עם קשיים לוגיסטיים ומתודולוגיים רבים, והנתונים עדיין אינם מדווחים באופן שוטף. בתי החולים נדרשים על ידי משרד הבריאות לפרסם באופן עצמאי את זמני

ההמתנה לניתוחים אלקטיביים מסוימים באתר האינטרנט שלהם, ואכן ניתן היום למצוא באתרי האינטרנט של בתי החולים הערכת זמן המתנה למספר מוגבל של פרוצדורות, כולל הבהרה בדבר מתודולוגיית המדידה שבה נקט בית החולים. נתונים אלו אינם מדווחים באופן רציף למשרד בשלב זה²⁴.

בגזרת זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה, במהלך השנים 2018-2019 הצליח משרד הבריאות לאסוף נתונים בדבר זמני ההמתנה בחמישה מקצועות עיקריים: אורתופדיה, נשים, אף אוזן גרון, עיניים ועור (אשר על פי המשרד מהווים יחד כ-70% מסך הביקורים אצל רופאים מקצועיים בקהילה) (ראו **איור 1**)²⁵. הנתונים מוצגים באתר משרד הבריאות, ונאספו ברבעון הרביעי של 2018 ובשלושת הרבעונים הראשונים של 2019. כאמור, הם מפולחים לפי מקצועות ועל פי מיקום גאוגרפי. בשלב זה לא מדובר באיסוף נתונים שוטף ובפרסומם, אלא בפרסום של איסוף ממוקד שנערך בחלק מהשנים 2018-2019, ללא אפשרות לצפות במגמות שינוי על פני זמן מעבר לתקופה זו.

**באוגוסט 2019 פרסם משרד
הבריאות חוזר המנחה את קופות
החולים לקבוע יעדי המתנה
מקסימליים לרופאים מומחים**

במקביל למאמצים למדוד את זמני ההמתנה ולדווח עליהם, באוגוסט 2019 פרסם משרד הבריאות חוזר סמנכ"ל, המנחה את קופות החולים לקבוע יעדי המתנה מקסימליים לרופאים מומחים, לרבות מומחים לבריאות הנפש. על פי החוזר, כל קופה תחויב לפרסם את יעדי ההמתנה באתר שלה ובמרפאות עצמן, וכן לעמוד ביעדים

החל מינואר 2020. החוזר מסביר, כי "במטרה להבטיח שהתחרות בין הקופות תתמקד בין היתר בזמינות שירותי הרפואה בקהילה, יש חשיבות לפרסום ויצירת שקיפות לציבור באשר

ליעדים המקסימליים של המתנה לשירות, שאותם קובעת הקופה ביחס למבוטחיה"²⁶.

בינואר 2020 הוציא משרד הבריאות חוזר, שמטרתו לסייע בצמצום זמני המתנה לניתוחים ולפרוצדורות בבתי חולים. מטרת החוזר היא להציב זמן המתנה מקסימלי בעבור כמה שירותים נבחרים וזמן המתנה יחסי לשירותים אחרים, תוך קביעת מגננו לפעולה בעבור המטופל והקופה במקרים שבהם התור הנקבע ארוך מהזמן המקסימלי/היחסי שנקבע

בינואר 2020 הוציא משרד הבריאות חוזר מנכ"ל, שמטרתו לסייע בצמצום זמני המתנה לניתוחים ולפרוצדורות בבתי חולים. החוזר שואף להשיג זאת על ידי "שימוש במשאבי הזמינות הקיימים במערכת הבריאות הציבורית ומתן עדיפות למיציא יכולתה של הקופה להציג חלופה למטופל במסגרת הסדרי הבחירה, במעגל הפנימי וה'חיצוני'... קביעת זמני המתנה מוגדרים לניתוחים אלקטיביים נבחרים, למצבים קליניים או לטיפולים מורכבים או מסכני חיים, אשר קיים צורך רפואי בביצועם בפרקי זמן קצרים וללא דיחוי [אשר נקבע על 21 יום]... קביעת רף

זמינות 'יחסי' לניתוחים אלקטיביים נבחרים: סבירות זמינותו של הפתרון שמציעה הקופה נבחן בהתאם לחלופות הקיימות במערכת הבריאות הציבורית"²⁷.

למעשה, מטרת החוזר היא להציב זמן המתנה מקסימלי בעבור כמה שירותים נבחרים וזמן המתנה יחסי לשירותים אחרים, תוך קביעת מגננו לפעולה בעבור המטופל והקופה במקרים שבהם התור הנקבע ארוך מזמן המקסימלי/היחסי שנקבע. מצד שני, זכותה של הקופה לשמור על הסדרי הבחירה מקבלת עדיפות וקדימות, והמטופל רשאי לחרוג מהם רק במקרים שבהם לא קיבל מהקופה מענה ראוי. הבעייתיות בהסכמי הבחירה, שאליה התייחסו קודם, מקבלת מענה מסוים באמצעות חיוב הקופה ליצור "מעגל בחירה שני" בעבור חלק מן השירותים ובמקרים שבהם זמן ההמתנה שמוצע למבטח ארוך במיוחד.

החוזר הוא צעד חשוב ונכון לקראת הסדרת הנושא, אולם הוא אינו חל על כלל שירותי הבריאות, הוא לא לווה בתהליך הטמעה ואכיפה או בתוספת תקציבית והוא אינו נותן פתרון לאוכלוסיית הפריפריה הצפונית והדרומית. כמו כן, אין בחוזר התייחסות לסוגיית "המרחק הסביר"

החוזר הנ"ל מהווה צעד חשוב ונכון לקראת הסדרת הנושא, אולם הוא אינו חל על כלל שירותי הבריאות, ועל פי גורמים שעמם שוחחנו, גם לא לווה בתהליך הטמעה ואכיפה או בתוספת תקציבית לקופות לצורך מימושו. יתר על כן, עודנו נותרים עם אוכלוסייה נרחבת – אוכלוסיית הפריפריה הצפונית והדרומית – אשר המדיניות שמציע החוזר אינה נותנת לה פתרון. ביישום הנחיות החוזר אין משום ערובה לשיפור תשתיות שירותי הבריאות, אשר נמצאות בחסר חריף בפריפריות. מעבר לכך, אין בחוזר כל התייחסות

לסוגיית המרחק הסביר של ספק השירותים ממקום מגוריו של המטופל. כפועל יוצא, גם

יישום מלא של הנחיות החוזר לא ישפר, כנראה, את מצבם של המבוטחים בפריפריה. האלטרנטיבה שתוצע להם תעמוד בקריטריונים של זמן המתנה סביר, אך במקרים רבים תינתן בבתי חולים ואצל נותני שירות הנמצאים במרחק רב מאוד.

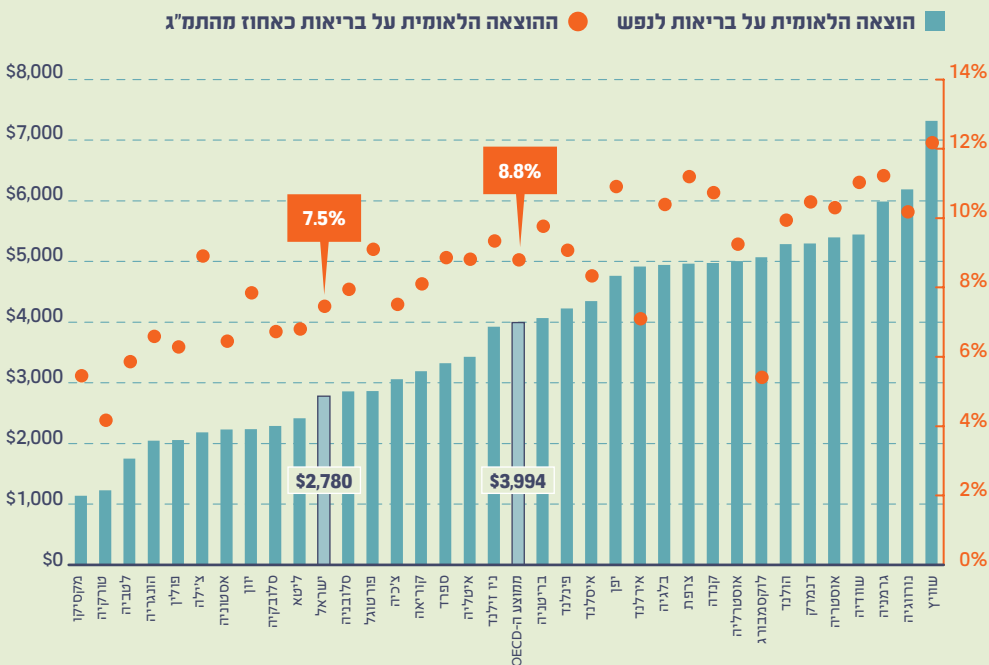
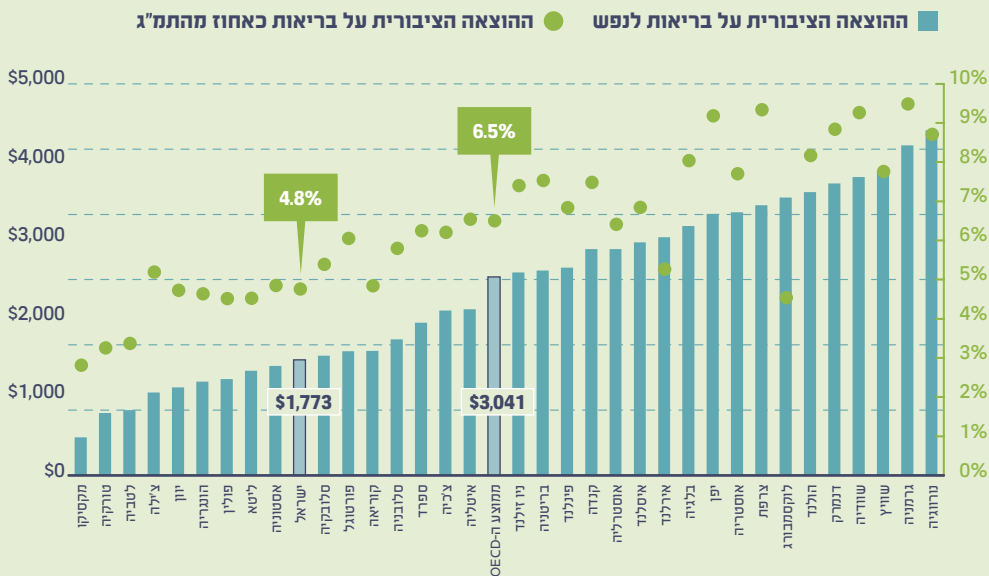
תקציב משרד הבריאות

ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל, כשיעור מן התמ"ג ולנפש, היא בין הנמוכות במדינות ה-OECD. באיור 6 ניתן לראות כי ב-2018 עמדה ההוצאה הציבורית על בריאות רק על 4.8% מן התמ"ג, בהשוואה ל-6.5%, ממוצע מדינות ה-OECD (\$1,773 בממוצע לנפש בישראל, לעומת \$3,041 במדינות ה-OECD). ההוצאה הציבורית הנמוכה יחסית בישראל מצביעה על מערכת בריאות יעילה, אשר מצליחה לספק ביטוח בריאות ציבורי אוניברסלי בעלויות יחסית נמוכות, אך מצד שני מעידה על הקושי המשמעותי של קופות החולים (אשר אליהן מועבר התקציב השנתי של סל הבריאות על פי נוסחת הקפיטציה), לתת מענה לכלל הביקושים של מבוטחיהן, תוך עמידה בסטנדרטים שמציב משרד הבריאות, ביניהם זמן ומרחק סבירים של שירותים.

תקציב סל הבריאות הכולל נקבע בכל הסכם תקציב על בסיס התקציב בשנים קודמות, תוך קידומו בהתאם למוסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר, לאחר משא ומתן על מקדמים דמוגרפיים ועל מקדמים הצמודים למדדי מחירים נבחרים ולשיפורים טכנולוגיים. בפועל, מקדמים אלה אינם משקפים באופן מספק את הזדקנות האוכלוסייה, את השינויים בפועל במחירים במשק ואת הפיתוחים הטכנולוגיים, המייקרים מאוד את אספקת שירותי הבריאות. עקב כך, תקציב סל הבריאות נשחק במשך הזמן.

לאחר שנקבע, תקציב סל הבריאות מחולק בין ארבע קופות החולים על פי נוסחת הקפיטציה, קרי על פי מספר הנפשות המתוקננות הרשומות בכל קופה, כאשר ישנן משקלות התלויות בגיל המבוטחים, מגדרם וריחוקם מריכוזי האוכלוסייה. יש הטוענים כי בנוסחה לא ניתן מספיק משקל למיקומם הגיאוגרפי של המבוטחים, מה שמכונה "ריחוק מריכוזי אוכלוסייה", ועקב כך התקציבים המוקצים לקופות בעבור מתן שירותים לאוכלוסיות בפריפריה אינם מספקים ואינם מאפשרים מתן שירותי בריאות בזמינות ובנגישות שווה לאוכלוסיות המרכז. כפועל יוצא, לקופות החולים, ובעיקר לקטנות יותר, יש אינטרס שלא למשוך אליהן מבוטחים מן הפריפריה.

איור 6: ההוצאה הלאומית והציבורית על בריאות, בישראל ובמדינות ה-OECD, כאחוז מהתמ"ג ולנפש, 2018



מקור הנתונים: OECD Health Statistics; עיבוד הנתונים: מכון יסודות

פרק 2:

מה רוצים להשיג?

מטרת המדיניות המוצעת בנייר זה היא להבטיח שירותי בריאות ציבוריים בזמן סביר ובמרחק סביר לכלל אזרחי ישראל. המדיניות נועדה לשפר את הזמינות והנגישות של שירותי בריאות שונים ברמה הכלל ארצית, וכן לצמצם פערים ואי-שוויון בזמינות ובנגישות של שירותים לאזרחים מחתכים שונים של האוכלוסייה

מטרת המדיניות המוצעת בנייר זה היא להבטיח שירותי בריאות ציבוריים בזמן סביר ובמרחק סביר לכלל אזרחי ישראל. בכלל זאת, המדיניות נועדה לשפר את הזמינות והנגישות של שירותי בריאות שונים ברמה הכלל ארצית, וכן לצמצם פערים ואי-שוויון בזמינות ובנגישות של שירותים לאזרחים מחתכים שונים של האוכלוסייה: תושבי מרכז מול פריפריה, בעלי רקע חברתי-כלכלי גבוה מול נמוך, אוכלוסיות ממגזרים שונים וכיו"ב. מטרת אלו נשענות על הערכים העומדים בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994: מתן שירותי בריאות באיכות, זמן ומרחק סבירים, ובאופן שוויוני לכלל אזרחי ישראל.

על אף שמטרתנו היא להציע מדיניות אשר תיתן מענה לשיפור הזמינות והנגישות של כמה שיותר סוגים של שירותי בריאות, בנייר זה בחרנו לעסוק בחלופות המספקות פתרון הולם לשירותי בריאות ציבוריים, שהם חלק מן "התוספת השנייה" לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כלומר, השירותים שמימונם הוא באחריות קופות החולים. שירותים אלה כוללים, בין היתר, בדיקות וטיפולים אלקטיביים בקהילה ובבתי חולים, שירותי אשפוז דחופים בבתי חולים כלליים, התייעצות עם רופאים מומחים בקהילה, רפואת משפחה וילדים (רפואה כללית), רפואת שיניים לילדים ונוער ושירותי בריאות הנפש^ט.

^ט "תוספת שלישית" לחוק הם שירותי בריאות ציבוריים נוספים, אשר מימונם אינו באחריות קופות החולים, למשל, שירותי אשפוז גריאטריים וסיעודיים, שירותי טיפת חלב, שירותי בריאות התלמיד, חלק משירותי הרפואה המונעת ועוד. אין אנו עוסקים בשירותים אלה בנייר זה, וגם לא בזמינות ובנגישות של שירותי בריאות הממומנים דרך ביטוחים משלימים של הקופות (שב"ן), או בזמינות ובנגישות של שירותי בריאות במימון פרטי.



מה אפשר לעשות?

3.1 פירוט חלופות המדיניות שנבחנו בנייר זה

על מנת לשפר את הזמינות והנגישות של שירותי בריאות ציבוריים יש לנקוט במגוון צעדי מדיניות, בשלוש קטגוריות שונות: א' – שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק; ב' – שיפור הניצולת של משאבים קיימים; ג' – הוספת משאבים. להלן פירוט תשע חלופות המדיניות, שלוש בכל קטגוריה, שנבחנו בנייר זה.

קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק

חלופה 1: ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות

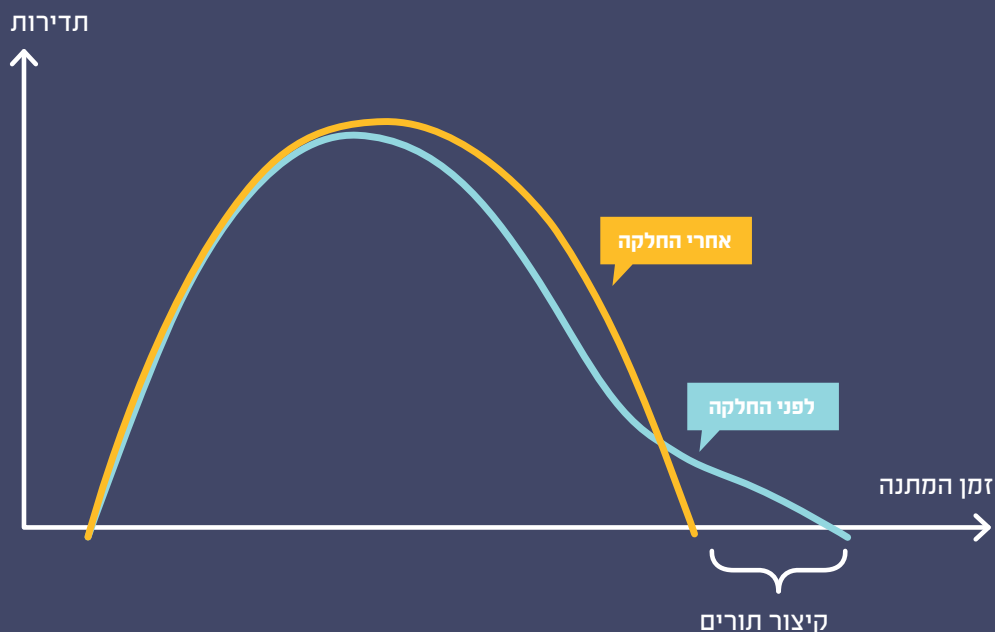
מדידת זמינות שירותי בריאות (זמן המתנה)

מדידת זמני המתנה לשירותי בריאות היא חלק מהפרקטיקה של מערכות בריאות רבות במדינות ה-OECD, מתוך תפיסה כי על מנת להבטיח זמני המתנה סבירים, או לפחות לקצר זמני המתנה ארוכים במיוחד, נדרש מידע מהימן ומקיף על המצב הקיים בשטח, אשר יאפשר לרגולטור לזהות מוקדים בעייתיים. מידע זה יוכל לשמש את הרגולטור בתכנון ובהטמעה של מגוון צעדי מדיניות (הוספת משאבים, שיפור ניצולת, אכיפה באמצעות תמריצים חיוביים ושליליים ועוד). בנוסף, ייתכן שעצם הנגשת המידע הרוחבי והפרטני בדבר זמני ההמתנה במערכת לספקים

על מנת להבטיח זמני המתנה סבירים, או לפחות לקצר זמני המתנה ארוכים במיוחד, נדרש מידע מהימן ומקיף על המצב הקיים בשטח, אשר יאפשר לרגולטור לזהות מוקדים בעייתיים ולתכנן ולהטמיע מגוון צעדי מדיניות. בנוסף, ייתכן שעצם הנגשת המידע יביא לפיזור אחיד יותר של הביקושים בין הספקים

עצמם, לגופים המבטחים ולציבור המטופלים עשוי לווסת את הביקושים (באמצעות כוחות השוק), מספקים שבהם קיים עומס וזמני המתנה ארוכים לספקים פנויים יותר, ובכך להביא לפיזור אחיד יותר של הביקושים בין הספקים. באיור 7 ניתן לראות את האפקט הפוטנציאלי של מדידה ופרסום זמני המתנה על פיזור הביקושים בשוק.

איור 7: התפלגות זמני המתנה לפני ואחרי פיזור אחיד של ביקושים ("החלקת השוק")



מקור האיור: קרפיבקה-ליון, ש' ושואף, ה' (2012). הבטחת זמני המתנה סבירים במערכת הבריאות הציבורית. תחום תכנון, האגף לתכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות

ההנחה היא כי מידע זמין בדבר זמן ההמתנה לשירות יביא לוויסות המטופלים בין הספקים השונים ("החלקת השוק"), מה שבתורו יביא להתפלגות נורמלית יותר של זמני ההמתנה (גרף כתום). כתוצאה מכך יבוטל ה"זנב" של מטופלים הממתינים זמן רב במיוחד (גרף תכלת), אשר כעת יפנו בעצמם, או יופנו על ידי המבטח, לספקים שבהם העומס נמוך יותר וזמני ההמתנה קרובים יותר לממוצע בשוק.

תנאי הכרחי למדידה אפקטיבית
הוא יצירת מתודולוגיה ושפה
אחידה של רישום דיגיטלי
ודיווח: רישום מועד כניסת
המטופל למערכת ומועד קבלת
הטיפול בפועל

תנאי הכרחי למדידה אפקטיבית, אשר קיבל משנה תוקף משיחות עם גורמים המעורים בתחום בישראל, הוא יצירת מתודולוגיה ושפה אחידה של רישום דיגיטלי ודיווח (קביעת תקן דיווח כחלק מתנאי הרישיון של הספק). אלה יכללו רישום של מועד כניסת המטופל למערכת עם פנייתו הראשונה לספק השירות ורישום תאריך קבלת השירות (רבות מהמערכות הקיימות אינן תומכות

ברישום אחיד מסוג זה, מה שיצר קשיים רבים בהטמעת פרקטיקה אחידה של מדידה ודיווח זמני המתנה לאורך השנים). תיעוד מסוג זה נדרש לגבי כל סוגי השירותים, ובפרט במקרים שבהם השירותים ניתנים מחוץ לקופת החולים המפנה, שאז התיעוד הוא מורכב יותר ודורש תשתית מותאמת, שאליה תהיה לקופת החולים גישה לצורך מעקב אחר המטופל שהופנה על ידם (למשל, בטיפולים אלקטיביים בבתי חולים ובשירותי בריאות הנפש).

מדידת נגישות לשירותי בריאות (מרחק)

ניטור נגישות לשירותי בריאות יכול להתייחס למדידת המרחק בין מקום מגורי המטופל למוקד קבלת השירות או למיפוי הימצאותם של משאבים או שירותים ביחס לריכוז האוכלוסייה בשטח נתון

ניטור נגישות לשירותי בריאות יכול להתייחס למדידת המרחק בין מקום מגורי המטופל למוקד קבלת השירות או למיפוי הימצאותם של משאבים (או שירותים) שונים ביחס לריכוז האוכלוסייה בשטח נתון. **מדידת המרחק בין מקום מגורי המטופל למוקד קבלת השירות** תאפשר אכיפה ישירה של מתן שירותים במרחק מקסימלי, ככל שזה ייקבע, ומעקב של השחקנים השונים אחר

עמידה בתנאי מרחק סביר בפילוחים שונים של אוכלוסיית המבוטחים. עם זאת, מדידה זו היא מורכבת יחסית מבחינה לוגיסטית. **מדידת שכיחות המשאבים ביחס לריכוז אוכלוסייה בשטח נתון** מאפשרת לרגולטור למפות את היצע המשאבים/השירותים השונים ולזהות אזורים שבהם קיימת מצוקה בגישה לשירותי בריאות מסוימים (ברוב המדינות יכללו אזורים אלו אזורים בפריפריה הכפרית המרוחקת, אך לעיתים יכללו גם שכונות עירוניות עם רקע כלכלי-חברתי קשה, קרי פריפריה כלכלית-חברתית). מדידה כזו יכולה להתייחס לשכיחותם של משאבים כלליים, כגון רופאים או מיטות אשפוז ל-1,000 נפש, או לשכיחות משאבים ממוקדים יותר, כגון רופאי משפחה ל-1,000 נפש, נירולוגים לילדים ל-1,000 נפש, מכשירי MRI ל-1,000 נפש וכדומה. ככל שיחידת השטח שעבורה נבחנת שכיחות המשאבים קטנה יותר, כך הרזולוציה של המידע בדבר נגישות השירותים לאזורים השונים גבוהה יותר.

חלופה 2: קביעת זמן המתנה ומרחק מקסימליים לשירותי בריאות

קביעת זמן ומרחק מקסימליים מייצרת אפשרות ברורה ופשוטה יחסית לאכיפה על ידי הרגולטור של עקרון זמן ומרחק סבירים

חלופה זו מתייחסת לקביעת סטנדרט מוגדר לזמני המתנה ומרחק מקסימליים לכל אחד משירותי הבריאות השונים (או זמן מקסימלי אחיד לקטגוריות של שירותים) על ידי הרגולטור. קביעת זמן ומרחק מקסימליים מייצרת אפשרות ברורה ופשוטה יחסית לאכיפה על ידי הרגולטור של עקרון

זמן ומרחק סבירים, כפי שזה מופיע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. היא אף מפשטת את האכיפה על ידי המטופל עצמו באמצעות קבילה לגורמים הרלוונטיים כאשר השירות

שהוא מקבל אינו עומד בגבול זמן ההמתנה או המרחק שנקבעו בחוק, ומקלה על הכרעה במקרים שיגיעו לכדי תביעות בבית משפט.

קביעת זמן המתנה ומרחק מקסימליים, להם יהיו מחויבות קופות החולים על פי חוק, תחייב את משרד הבריאות, ובתוך כך את הממשלה, לספק את התקציב הנדרש על מנת לעמוד ביעדים אלו.

בעבור קביעת מרחק מקסימלי (בשונה מזמן מקסימלי, אשר יש לקבוע בנפרד לכל אחד מסוגי השירותים), נדרש סיווג של השירותים השונים לשירותים אשר ישנה חשיבות גבוהה לקבלתם במרחק סביר ממגורי המטופל (שירותים בשגרה, אשר נדרשים באופן תדיר), ולשירותים אשר קבלתם שלא בסמוך למגורי המטופל היא סבירה (שירותים חד-פעמיים, או כאלה שנדרשים בתדירות נמוכה). כל זאת, מתוך הבנה כי נדרשת שמירה על יעילות בפריסת משאבים בהתאם לביקושים המקומיים.

חלופה 3: מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה ומרחק סבירים

ניתן להשתמש בתמריצים כלכליים, חיוביים ושליליים, לתמרוץ המבטחים והספקים לשפר את ביצועיהם ו/או לעמוד ביעדים נתונים של זמני המתנה ומרחק של שירותי בריאות

ניתן להשתמש בתמריצים כלכליים, חיוביים ושליליים, לתמרוץ המבטחים והספקים לשפר את ביצועיהם ו/או לעמוד ביעדים נתונים של זמני המתנה ומרחק של שירותי בריאות. דוגמה לתמריץ חיובי הם מבחני תמיכה (מענקים ממשלתיים תלויי ביצועים), המבוססים על עמידה בזמני המתנה לשירותים ובמרחק מתן השירותים ממגורי המטופל. הללו יכולים לבחון את הדלתא, כלומר

את השיפור בביצועיהם של הספק/המבטח בשנה החולפת, או להציב יעדים מוגדרים שבהם על הספקים/מבטחים לעמוד על מנת לקבל את התמיכה הכלכלית הנוספת. שיטה דומה נהוגה בבריטניה, שם הוטמעה שיטת "כוכבים", אשר העניקה לספקים תקציבים נוספים אם עמדו ביעדים מוגדרים של זמני המתנה לשירותים השונים²⁸.

אפשרות אחרת היא מתן **תמריץ שלילי**, כלומר הטלת קנס על ספק/מבטח אשר אינם עומדים ביעדים מוגדרים של זמן המתנה או מרחק מקסימליים. שיטה זו נהוגה למשל בקנדה, שם מחויב הממשל בפרובינציה, הפועל כמבטח במערכת הבריאות הקנדית, לשלם את עלות הנסיעה ואת הפסד ימי העבודה במקרים שבהם המטופל נשלח לקבלת שירות מספק מרוחק, קרי מעל רף מרחק מקסימלי נתון. יש להדגיש, כי בקנדה, בשל גודלה, מדובר לפעמים במרחקים הדורשים טיסה והיעדרות ממקום העבודה לכמה ימים, כך שההוצאות הנ"ל הופכות להיות משמעותיות מאוד, ונמצאו כתמריץ אפקטיבי להנעת הפרובינציות למצוא פתרונות אלטרנטיביים לצמצום המרחקים בקבלת הטיפול²⁹.

חלופה 4: שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם

דרך נוספת לשיפור הזמינות והנגישות של שירותי בריאות היא שיפור הניצולת של משאבים קיימים על ידי תמרוץ להתייעלות של ספקי השירות או ייעול הפריסה והניצול של המשאבים הקיימים ברמה הארצית. למשל, תמרוץ לשיפור ניצולת חדרי ניתוח או תמרוץ קופות החולים להאחד שירותים

דרך נוספת לשיפור הזמינות והנגישות של שירותי בריאות היא שיפור הניצולת של משאבים קיימים על ידי תמרוץ להתייעלות של ספקי השירות או ייעול הפריסה והניצול של המשאבים הקיימים ברמה הארצית.

דוגמה בולטת בתחום שיפור הניצולת של תשתיות פיזיות היא **תמרוץ לשיפור ניצולת חדרי ניתוח**. כיום, ברובם המכריע של בתי החולים, חדרי הניתוח פועלים רק בשעות הבוקר והצהריים (עד השעה 15:00), ולאחר שעה זו עומדים ריקים.

אחת הסיבות לכך היא הקושי להביא רופאים מנתחים לביצוע פרוצדורות במגזר הציבורי בשעות אחר הצהריים (היות שהם מעדיפים להקדיש שעות אלה לשירותי יעוץ וטיפול באופן פרטי). סיבה נוספת היא החשש של בתי החולים לבצע "יותר מדי" פרוצדורות בעבור אותה קופת חולים וכך לחצות את תקרת הקאפ'. למעשה, יש כאן תמריצים מובנים, גם אם בלתי מכוונים, אשר מביאים לכך שחדרי הניתוח עומדים ריקים בשעות אחר הצהריים. העלאת תקרות הקאפ ושיפור התמריצים לפעילות רופאים באופן בלעדי במגזר הציבורי^{יא} הם צעדי מדיניות שיכולים לתת מענה לבעיה. בבתי חולים רבים, ניצולת חדרי הניתוח נמוכה גם בשעות הבוקר והצהריים, פעמים רבות בשל ניהול לקוי של משאב זה. יש דרכים רבות לשפר את ניהול המשאב, למשל על ידי תכנון נכון יותר של ל"ז חדרי הניתוח או ייעול תהליכי ההכנה של חדרי הניתוח בין ניתוחים. מבחני תמיכה, הבוחנים את שיעור הניצולת של חדרי ניתוח, הם כלי לתמרוץ שיפור בתחום זה.

עוד בתחום ניצולת התשתיות הפיזיות: ניתן **לתמרץ את קופות החולים להאחד שירותים** באזורים מסוימים. בחלק מתשתיות השירותים בקהילה קיימת כפילות בין הקופות, אשר אינה יעילה. כפילות זו בולטת בעיקר בפריפריה הצפונית והדרומית, שם יש מקרים שבהם כל אחת מארבע הקופות (או לפחות שתיים או שלוש מהן) מספקת שירותים, כגון ייעוץ מומחים, מכוני בדיקות וטיפולים ספציפיים, למבוטחיהן בלבד, כאשר הביקושים אינם מצדיקים את קיומן של כמה מרפאות מסוג זה במקביל. בנוסף, יש חוסר בהיצע של רופאים

^{יא} תקרת הקאפ היא תקרת ההכנסות שנקבעת מדי תקופה על ידי משרד הבריאות, אשר מעליה התעריף שמקבל הספק מקופת החולים עבור כל פרוצדורה נמוך משמעותית (השירותים ניתנים בהנחה, באחוז קבוע מראש).

^{יא} למשל, על ידי חוזי "פולטיימרים": חוזים לרופאים המתחייבים לפעילות בלעדית במגזר הציבורי, גם בשעות אחר הצהריים, ומקנים להם תמורת זאת שכר גבוה יותר בעבור עבודתם במגזר הציבורי.

ועובדי סיעוד רלוונטיים, וקופות החולים מתחרות על העובדים הקיימים במקום להשתמש בהם באופן משותף. אם מרכז יועצים מומחים, מרפאה או מכון לבדיקות מסוימות יהיו משותפים וישרתו את מבוטחי כל ארבע הקופות, יהיה זה שימוש יעיל יותר במשאבים הללו.

**צעדי מדיניות אפשריים נוספים
בתחום ניצולת תשתיות וכוח
אדם: העתקת תשתיות מהמרכז
ומהפריפריה הרכה לפריפריה
הרחוקה, תמרוץ רופאים לעבודה
באופן בלעדי במגזר הציבורי,
הצמחת רופאים מהפריפריה או
הבאתם לשם**

צעד מדיניות נוסף אשר יכול לייעל שימוש בתשתיות קיימות הוא **העתקת תשתיות מהמרכז והפריפריה הרכה לפריפריה הרחוקה יותר**. כלומר, מאזורים שבהם יש עודף בתשתית מסוימת, כגון קמפוסים של בתי חולים, לאזורים שבהם יש מצוקת תשתיות. למשל, באזור חיפה יש עודף של בתי חולים, שגורם לכך שחלק מהמחלקות אינן מנוצלות בצורה מיטבית, בעוד שבצפון הרחוק יותר הזמינות והנגישות לשירותים נמוכה. כך, העתקת חלק מהקמפוסים שבחיפה צפונה תוכל לתת מענה נגיש ובמרחק סביר יותר לתושבי הצפון, מבלי להוסיף תשתיות מעבר לקיים.

מבחינת כוח אדם, מעבר לתמרוץ רופאים לעבודה באופן בלעדי במגזר הציבורי (למשל, באמצעות חוזה "פולטיימרים"), יש לשקוד על **הצמחת רופאים מהפריפריה או על הבאתם לשם**, בפרט באזורים ובמקצועות שבהם קיימת מצוקת רופאים. ניתן לעשות זאת על ידי מתן תמריצים כלכליים, דוגמת מענקים חד-פעמיים או הגדלת השכר (אם כי נמצא, הן בארץ והן בעולם, שפתרונות אלו אינם מתאימים לרופאים אשר מרכז חייהם אינו בפריפריה)³⁰, או עידוד ילידי הפריפריה להשתלב במסלולי ההכשרה השונים. צעד זה נמצא אפקטיבי מאוד להשגת רופאים בפריפריה לאורך זמן לאחר סיום לימודיהם³¹, ואפשר לעודדו בארץ על ידי פתיחת מסלולי לימוד והתמחות בפריפריה, וכן שריון מקומות לילידי הפריפריה במסלולים אלו ו/או מימון מלגות עבורם. בטווח הקצר ניתן לממן הסעה של רופאים מומחים מאזור המרכז לימים מרוכזים של מתן שירות בפריפריה הרחוקה, וכך לחסוך מהמטופלים את הצורך להגיע למרכז לקבלת השירות או להמתין זמן רב עבורו בשל עומס.

חלופה 5: הגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבנות בין הקופות לספקים

**הגדלת אפשרויות הבחירה
של הספקים ("הסכמי בחירה")
תוכל לאפשר ויסות טוב יותר
של העומס בין ספקים**

סוגיה מרכזית באי ניצולת מיטבית של המשאבים הקיימים, אשר נובעת מכשל בשיטת ההתקשרות בין קופות החולים לספקים, היא סוגיית הסכמי הבחירה של הקופות עם הספקים השונים, אשר תוארה קודם בהרחבה. הסכמי הבחירה מונעים למעשה ויסות של

³¹ למשל, דוגמה מוצלחת היא מסלול מסוג זה הקיים בצפון אונטריו, קנדה.

העומסים בין הספקים השונים. צעד מדיניות שיכול לתת מענה לכך הוא הרחבת ההנחיות של חוזר משרד הבריאות מ-2020 בדבר **הגדלת אפשרויות הבחירה של המטופל** (במקרים שבהם השירות שמוצע לו אינו עומד בזמן הסביר שנקבע), תוך התייחסות למרחק של הספקים מבית המטופל והחלתן על שירותים רבים יותר. כמו כן, נדרש לתקצב את המהלך בהתאם לעלויות מימושו בפועל, וללוותו בהסברה, הטמעה ואכיפה מצד המשרד.

סוגיה נוספת בנושא ההתחשבנות בין הקופות למבוטחים, המהווה חסם למתן שירותים בזמן ובמרחק סבירים, היא תעריפי שירותים אשר אינם משקפים בצורה מהימנה את העלות של מתן השירות לספק. בחלק מהשירותים, התעריף שקבע משרד הבריאות נמוך משמעותית מהעלות שלו בעבור הספק, ועל כן הוא הפסדי. במקרים כאלה, לספקים אין תמריץ לתת את השירות בהיקף גבוה (על ידי הקצאת תשתיות פיזיות וכוח אדם לשירות), ותורים מהווים כלי לצמצום אספקת השירות. דוגמה לכך הן כמה פרוצדורות אלקטיביות המבוצעות בבתי החולים (כמו ניתוחי שקדים וכפתורים או החלפת מפרק ירך) ובשירותי

בריאות הנפש (שירותי ייעוץ פסיכולוגי), אשר על פי שיחות עם מרואיינים מתומחרים הרבה מתחת לעלותם בפועל. צעד מדיניות שיכול לתת לכך מענה הוא **העלאת התעריפים במקרים שבהם אלו בחוסר**, אשר תצטרך להיות **מלווה בהורדת תעריפים שבעודף** או בתוספת תקציבית לקופות החולים. אמצעי נוסף, שצוין קודם לכן, הוא **העלאת תקרות הקאפ**, התקרה שמעליה הקופות משלמות לספקים תעריף מוזל, אשר הופך שירותים מסוימים להפסדיים.

חלופה 6: הרחבת מתן שירותים רפואיים מרחוק

דרך נוספת לנצל טוב יותר את המשאבים הקיימים היא אימוץ טכנולוגיות המאפשרות מתן שירותים מרחוק. למעשה, במקביל להעתקת תשתיות פיזיות וכוח אדם מאזורים שבהם הם נמצאים בעודף לאזורים שבהם קיים חוסר, ניתן לנצל את התשתיות ואת כוח האדם הנמצאים באזורים מרכזיים להענקת שירותים לאזורים מרוחקים באמצעות טכנולוגיות

רפואה מרחוק (טלמדיסין). כך אפשר יהיה לקיים **מפגשי ייעוץ עם מומחה דרך שיחת טלפון או זום**, או אף **להקים מרכזים טכנולוגיים בבריפריה**, שבהם יוכלו המטופלים לבצע חלק מן הבדיקות והטיפול מרחוק, כאשר הרופא המטפל אינו נמצא פיזית במתקן אלא מנהל את הטיפול/בדיקה באמצעים טכנולוגיים מרחוק. הקמת מרכזים מסוג זה גם תיתן

העלאת התעריפים לספקים

במקרים שבהם הם בחוסר,

במקביל להורדת תעריפים בעודף,

יתמרוצו את הספקים לספק את

השירותים להם תורים ארוכים

בהיקף גבוה יותר, וכך לקצר זמני

המתנה. צעד נוסף שיתרום לכך

הוא העלאת תקרות הקאפ

דרך נוספת לניצול טוב יותר

של משאבים קיימים היא אימוץ

טכנולוגיות המאפשרות מתן

שירותים רפואיים מרחוק

מענה לאוכלוסיות בעלות אוריינות טכנולוגית נמוכה, אשר יוכלו להגיע למרכז ולקבל סיוע בהפעלת הטכנולוגיות מהצוות התומך הנמצא במקום.

קטגוריה ג' - הוספת משאבים

חלופה 7: הגדלת התקציב השנתי של סל הבריאות

כפי שהראינו בפרק 1 (ראו תיבת טקסט בנושא **תקציב משרד הבריאות**), ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל היא נמוכה במיוחד בהשוואה למדינות ה-OECD. התקציב הנמוך מלכתחילה אף נשחק משנה לשנה, מכיוון שאין הסכמה בין משרד הבריאות למשרד האוצר על מקדמים קבועים לעדכון התקציב על פי הגידול באוכלוסייה, שינוי במדדי המחירים, הזדקנות האוכלוסייה וההתקדמות הטכנולוגית. בפועל, קידום התקציב תלוי במשא ומתן נקודתי בין שני המשרדים לפני כל הסכם תקציב, אשר מטבעו מושפע משיקולים פוליטיים, ולא נותן מענה מלא לצרכים הקונקרטיים שהשינויים הדמוגרפיים ושינויי המחירים במשק מייצרים, ועל אחת כמה וכמה לשינויים באופי הביקושים ובהתפתחויות הטכנולוגיות. התקציב המוגבל מביא לשיטת "השמיכה הקצרה", שבמסגרתה המערכת פועלת בחוסר, אשר בא לידי ביטוי, בין היתר, בירידה בזמינות ובנגישות של שירותי הבריאות.

התקציב השנתי של סל הבריאות הוא נמוך בהשוואה למדינות ה-OECD ואף נשחק מדי שנה. צעד שיכול לתת מענה לכך הוא קביעת מקדמים קבועים לעדכון התקציב של סל הבריאות, שישקפו בצורה טובה את הגידול באוכלוסייה, הזדקנות האוכלוסייה, את השינוי במדדי המחירים הרלוונטיים ואת ההתפתחויות הטכנולוגיות

צעד מדיניות שיכול לתת מענה לכך הוא קביעת מקדמים קבועים לעדכון התקציב של סל הבריאות (התקציב אשר מחולק בין קופות החולים לפי נוסחת הקפיטציה בכל שנה), שישקפו בצורה טובה יותר את הגידול באוכלוסייה, את הזדקנות האוכלוסייה, את השינוי במדדי המחירים הרלוונטיים ואת ההתפתחויות הטכנולוגיות. כך לא תהיה עוד תלות במשא ומתן נקודתי בין המשרדים לקראת הסכמי התקציב.

חלופה 8: עדכון נוסחת הקפיטציה

הצעד המוצע בחלופה זו הוא הגדלת משקלו של רכיב הריחוק מריכוז אוכלוסייה בנוסחת הקפיטציה. כך קופות החולים אשר בין מבוטחיהן שיעור גבוה של תושבי הפריפריה יתוקצבו בהתאם ויוכלו לתת שירותים הולמים לאוכלוסייה זו

כאמור לעיל, נוסחת הקפיטציה היא הנוסחה שעל פיה מחולק התקציב הכולל של סל הבריאות בין ארבע קופות החולים. הצעד המוצע בחלופה זו הוא הגדלת משקלו של רכיב הריחוק מריכוז אוכלוסייה (או טיוב מדד זה) בנוסחת הקפיטציה, כך שקופות חולים אשר בין מבוטחיהן שיעור גבוה של תושבי הפריפריה (ובפרט פריפריה כפרית מרוחקת) יתוקצבו בהתאם ויוכלו לספק שירותים

הולמים לאוכלוסיות אלו. הדבר גם יתמרץ תחרות בין הקופות על משיכת מבטחים מן הפריפריה על ידי שיפור השירות עבורם.

חלופה 9: הוספת בתי חולים בפריפריה הדרומית והצפונית

יש להבחין בין העתקת קמפוסים של בתי חולים קיימים מן הפריפריה הרכה לפריפריה העמוקה, אשר תובעת רק את עלויות ההעתקה, ובין הקמת בתי חולים חדשים, אשר מגדילה את מספר מיטות האשפוז, חדרי הניתוח והצוותים הרפואיים; יש להבחין בין הוספת בית חולים על כלל שירותיו ובין הקמת מרכזי רפואה, אשר יעניקו שירותים ברמת דחיפות בינונית; ויש להבחין בין צפון לדרום: בעוד שבצפון הארץ, מספר מיטות האשפוז וכוח האדם פרופורציונליים לביקושים באזור, אך הפיזור שלהם אינו מיטבי, בדרום הארץ קיים מחסור במיטות אשפוז ובכוח אדם

אחד הצעדים אשר נידון בשנים האחרונות הוא הוספת בתי חולים בפריפריה הדרומית והצפונית. מהלך כזה ידרוש תקצוב תוספתי של משרד הבריאות, שכן הוא אינו רווחי עבור גופים ציבוריים שונים (קופות חולים או מלכ"רים), אם הללו יידרשו לממן את עלויות ההקמה.

יש להבחין בין העתקת קמפוסים של בתי חולים קיימים מן הפריפריה הרכה לפריפריה העמוקה, אשר אינה תובעת תוספת תשתיות (מיטות אשפוז, כוח אדם, מכשור וכו'), אלא רק את עלויות ההעתקה והשדרוג, ובין הקמת בתי חולים חדשים, אשר מגדילים את המספר הכלל ארצי של מיטות האשפוז, חדרי הניתוח, הרופאים, צוותי הסיעוד וכיו"ב. כמו כן, יש להבחין בהקשר זה בין הוספת בית חולים על כלל שירותיו (כולל מחלקות מיון וטיפול נמרץ) ובין מרכזי רפואה, אשר יעניקו בעיקר, או רק, שירותים ברמת דחיפות בינונית יותר (ניתוחים וטיפולים אלקטיביים, שירותי ייעוץ, מרפאות חוץ וכדומה). חלק מהגורמים במערכת הבריאות

תומכים כיום באפשרות האחרונה, לאור העובדה שמחלקות המיון בבתי החולים בצפון ובדרום אינן סובלות מעומס, בעוד שהזמינות והנגישות של שירותים אלקטיביים הן ירודות. הבחנה נוספת היא בין צפון לדרום: בעוד שבצפון הארץ מספר מיטות האשפוז וכוח האדם פרופורציונליים לביקושים באזור, אך הפיזור שלהם אינו מיטבי, בדרום הארץ קיים מחסור במיטות אשפוז ובכוח אדם, ועל כן הוספת תשתיות היא הפתרון המתאים יותר.

לבסוף, יש לשים דגש מיוחד על בעלות בתי החולים שיתווספו למערך. באזורים שבהם קיים מונופול או דואופול של בתי חולים בבעלות קופות החולים (כללית – סורוקה, מכבי – אסותא אשדוד), יש לחתור להוספת בתי חולים בבעלות ממשלתית או בבעלות מלכ"ר שאינו קופה, וזאת על מנת להימנע מן הכשלים שתוארו בפרק 1, הנובעים מהעדפה מובנית של בתי החולים בבעלות הקופה למתן שירותים למבטחי אותה קופה.

3.2 הקריטריונים לבחינת החלופות

את החלופות שפורטו לעיל בחנו לאור שבעה קריטריונים, המפורטים להלן. כל קריטריון קיבל משקל באחוזים, וסך הקריטריונים הסתכמו ל-100%.

1. אפקטיביות (25%) - עד כמה צפויה החלופה לקדם אחת או יותר מן המטרות שהוגדרו לעיל:

א. צמצום זמני המתנה לשירותי בריאות (8%);

ב. צמצום המרחק לשירותי הבריאות מבית המטופל (8%);

ג. צמצום אי-שוויון בזמן ו/או במרחק במתן שירותי בריאות בין קבוצות אוכלוסייה

שונות (ובפרט פריפריה מול מרכז ומעמד חברתי-כלכלי גבוה מול נמוך) (9%).

במידת האפשר, נעזרנו במקרי בוחן מן העולם שבהם נוסו צעדי המדיניות המדוברים, ובחנו את השפעתם המשוערת של הצעדים על שיפור הזמינות, הנגישות והשוויון במתן שירותי בריאות. במקרים אחרים נעזרנו בהערכותיהם של אנשי מקצוע בדבר השפעותיהם הפוטנציאליות של הצעדים על בסיס מבנה המערכת הישראלית וניסיון העבר.

4. יעילות (עלות/תועלת) (25%) - עד כמה מבטיחה המדיניות שתופק תוצאה מרבית

מהשקעה נתונה, בפרט של כסף ציבורי. במידת האפשר, התייחסנו לא רק לאפקטיביות של צעדי המדיניות, אלא גם לעלות שלהם ביחס לתועלת שהם מביאים או ביחס לגודל האפקט, ולאור הממצאים הכרענו בין חלופות אפקטיביות שונות. בחינה כמותנית של עלות-תועלת דורשת נתונים סדורים בדבר עלויות החלופות ובדבר האפקט שלהן. בהיעדר נתונים, הסתפקנו בהערכה איכותנית בלבד ו/או בציטוט הערכות עלות-תועלת שנערכו במדינות אחרות, ככל שאלו זמינות בספרות.

5. טווח זמן ההשפעה (10%) - האם החלופה צפויה להשפיע לטווח קצר, בינוני או ארוך.

6. ישימות מעשית (15%) - עד כמה החלופה ישימה מבחינת חסמים בירוקרטיים, חסמים

טכנולוגיים, יכולותיהם המקצועיות והביצועיות של השחקנים השונים ונכונותם לשתף פעולה, יכולת הפיקוח והאכיפה של הרגולטור וכיו"ב.

7. ישימות פוליטית (15%) - באיזו מידה החלופה ישימה מבחינה פוליטית לאור

ההתנגדויות הצפויות והיכולת לגייס תמיכה. כחלק מניתוח החלופות ביקשנו לזהות התנגדויות פוטנציאליות מצד קבוצות לחץ שונות, ובכלל זאת השחקנים המעורבים בתהליך, גורמים פוליטיים וגורמים אזרחיים ומקצועיים חיצוניים למערכת. השחקנים החשובים לעניין זה הם ארבע קופות החולים (כאשר אין להתייחס אליהן בהכרח כמקשה אחת, בשל הבדלים במבנה כל קופה ובאינטרסים שלה); בתי החולים הממשלתיים, הציבוריים ואלה שבבעלות הקופות (באזורי ביקוש ובפריפריה); איגודים מקצועיים (ההסתדרות הרפואית בישראל); מקבלי ההחלטות במשרד הבריאות, מקבלי ההחלטות במשרד האוצר, נבחרי ציבור ברמת הארצית והמקומית והציבור הרחב (ארגוני מגזר אזרחי, התקשורת וכו').

8. **רמת הסיכון (5%)** - עד כמה עלולה החלופה להביא לתוצאה לא רצויה, ומה מידת הנזק שייגרם במקרה זה. את הסיכוי לגרימת נזק ועוצמתו השוויוני לסיכוי להצלחה ולעוצמתה.

9. **גמישות (5%)** - עד כמה מאפשרת החלופה לגורם המבצע להגיב לאירועים ולהשלכות בלתי צפויות באמצעות עריכת התאמות במדיניות על פי הצורך וההיכרות עם צורכי השטח.

3.3 ניתוח החלופות

לאחר מיפוי החלופות וקביעת הקריטריונים ערכנו ניתוח כמותי של החלופות (ראו ניתוח מפורט של החלופות בנספח א'). בניתוח הכמותי, כל חלופה, בעבור כל קריטריון, קיבלה ציון בין 1 ל-5, כאשר 1=נמוך מאוד, 2=נמוך, 3=בינוני, 4=גבוה, 5=גבוה מאוד. הציון המשוקלל של החלופה חושב על פי המשקל שנקבע עבור הקריטריונים השונים.

קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק

חלופה 1: ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות

ביישום נכון, ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות יוכל להיות אפקטיבי מאוד בצמצום זמני המתנה ומרחק, אם כי משלב מסוים יידרשו צעדים משלימים, כגון תוספת משאבים ותמריצים כלכליים. מדידה היא גם אפקטיבית בשמירה על עקרון השוויון במתן שירותי בריאות ציבוריים, שכן היא מאפשרת לרגולטור למפות מוקדים בעייתיים ולפעול לצמצום הפערים. לחלופה זו צפויה להיות עלות-תועלת גבוהה, שכן מלבד תקציב מסוים לצורך שדרוג מערכות הניטור בקרב הספקים והקצאת כוח אדם ייעודי לליווי התהליך על ידי הרגולטור, המדידה דורשת בעיקר התארגנות לוגיסטית ותיאום בין הגורמים לטווח ארוך, ולא משאבים כלכליים מרובים (בהשוואה לחלופות אחרות ובהשוואה לתועלת הצפויה ממנה).

היישום של מדידה סדירה עשוי לקחת זמן ולא ייתן תוצרים בטווח המיידי, אך ההצלחה תהיה בעלת אפקט משמעותי לטווח ארוך. עם זאת, הישימות של מדידת זמני המתנה ומרחקים משירותי בריאות היא מורכבת מאוד מבחינה לוגיסטית ובירוקרטית, ודורשת שיתוף פעולה ותיאום בין השחקנים על מתודולוגיות המדידה ועל הטכנולוגיה המתאימה. בשלבים הראשונים של היישום עלולים שחקנים רבים להתנגד למהלך, אשר יאלץ אותם לחשוף פרקטיקות אשר מונעות מאינטרס כלכלי צר ונוגדות את האינטרס הציבורי או, לחלופין, יחשוף את ביצועיהם הנמוכים בהשוואה למתחרים. כמו כן, התהליך דורש תכנון לטווח ארוך, ליווי צמוד של הרגולטור והתמדה במשך זמן רב, מעבר לקדנציה של שר או מנכ"ל אחד. מבחינת רמת הסיכון, לא נראה שקיימת סכנה לקבלת תוצאה לא רצויה או

לגרימת נזק במקרה של אי הצלחה. מבחינת גמישות, החלופה מאפשרת גמישות רבה ושינוי אסטרטגיה ומתודולוגיה בהתאם לצרכים המשתנים.

ציון החלופה: 3.65 מתוך 5

חלופה 2: קביעת זמן המתנה ומרחק מקסימליים לשירותי בריאות

ללא שילוב עם צעדים משלימים (מדידה, הוספת תקציבים, תמרוץ כלכלי), החלופה של קביעת זמני המתנה מקסימליים ומרחקים מקסימליים מוגבלת ביכולתה לצמצם בפועל את זמני ההמתנה והמרחק לשירותי בריאות. קביעת זמני המתנה ומרחקים מקסימליים מציבה אומנם סטנדרט אחיד ומקדמת את השאיפה לשוויון, אך ללא אכיפה אפקטיבית מצד הרגולטור, האכיפה תיוותר בידי המטופלים, אשר לא תמיד מסוגלים לעמוד על זכויותיהם. בצד העלות – עלויות המהלך הן בעיקר בכוח האדם שמוקצב לנושא על ידי הרגולטור לצורכי קביעת היעדים, ובצד התועלת – קביעת היעדים בפני עצמה לא צפויה להביא תועלת מרובה ללא צעדים משלימים. לכן, יעילות החלופה במונחי עלות-תועלת צפויה להיות בינונית בלבד.

מדובר בצעד שניתן להחילו באופן מיידי ולטווח ארוך ושימוותו גבוהה. עם זאת, ישימות אכיפת הצעד, ללא צעדים משלימים, היא נמוכה מאוד. בהיעדר תקצוב מלווה, צפויה התנגדות מצד קופות החולים ובתי החולים, אשר עמידה בזמני המתנה ומרחקים מקסימליים תתבע מהם עלות כלכלית גבוהה.

הסיכון בחלופה זו הוא הצבת יעדים ללא אכיפתם, דבר אשר צפוי להחליש את כוחו של הרגולטור מול השחקנים בשטח. לביצוע המהלך ללא תקצוב הולם גם סיכון בהעלאת הוצאותיהם הכספיות של קופות החולים ובתי החולים וכניסתם לגירעון, אשר הממשלה תצטרך לתת עליו את הדעת. עם זאת, החלופה גמישה, וניתן לקבוע את היעדים באופן הדרגתי ומחושב ולערך שינויים והתאמות לאורך הדרך.

ציון החלופה: 3.1 מתוך 5

חלופה 3: מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה ומרחק סבירים

מתן תמריץ כלכלי לשיפור ביצועים הוא לרוב צעד אפקטיבי בהנעת השחקנים, ובמקרה של תמריץ חיובי, אף מקנה לספק מקור כספי למימון העלות הנדרשת להתייעלות ולהוספת משאבים. תמריצים כלכליים מסוג מבחני תמיכה יקדמו צמצום פערים, בהינתן מענק מוגדל לספקים שמתחילים מנקודת מוצא נמוכה במיוחד או שעומדים בקריטריונים מסוימים (כגון אזור פריפריאלי או מחסור אזורי במשאבים). קנסות בצורת פיצוי המטופל על עלות נסיעות והפסד ימי עבודה או מימון קבלת השירות באופן פרטי, מכמתים את הפער בשירות ומגדירים את ערכו הכספי, ובכך מקדמים את ערך השוויון. במונחי עלות-תועלת, עלות החלופה היא גובה המענק הכספי, בתוספת עלות ההטמעה והמעקב על

ידי הרגולטור. בהינתן מודל תמרוץ נכון, ההתייעלות של המבטחים והספקים יכולה להניב תועלת גבוהה מההשקעה הכספית, ולכן צפויה יעילות כלכלית גבוהה.

החלת החלופה דורשת מדידת זמני המתנה ומרחקים ושכיחות המשאבים, ולכן לא ניתן להטמיעה מיידית ולפני הטמעת צעדי מדידה. על מנת לשמור על השפעתה לטווח ארוך, על הרגולטור להקפיד לעדכן את היעדים על פי התקדמות הביצועים בשטח. בהינתן הטמעה של מדידה ועבודת תכנון מחושבת מצד הרגולטור, הישימות המעשית של החלופה גבוהה. מבחינת ישימות פוליטית, נדרש שיתוף פעולה של משרד האוצר לצורך הקצאת תקציב תוספתי לתמריצים חיוביים, וניתן התנגדות של שחקנים שונים (קופות החולים, בתי חולים) לתמריצים שליליים כגון קנסות, למשל פיצוי מטופלים.

קיים סיכון כי לצורך עמידה ביעדים וקבלת התמורה הכספית ספקים ינהגו באחת מן הדרכים המזיקות הבאות: שינוי הנתונים ודיווח מוטה לצורך עמידה ביעדים, הסטת משאבים משירות שאינו נמדד לצורך התמריץ לשירות שנמדד, או פגיעה בתיעדוף מטופלים מסיבות של דחיפות רפואית לטובת עמידה ביעדים³. הגמישות של החלופה גבוהה, שכן ניתן לעדכן את גובה התמריצים ואת הקריטריונים לקבלתם משנה לשנה, תוך ניסוי וטעייה.

ציון החלופה: 3.76 מתוך 5

קטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים

חלופה 4: שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם

שיפור ניצולת התשתיות הפיזיות וכוח האדם צפוי להיות אפקטיבי בשיפור הזמינות והנגישות של שירותים שונים. במקרים מסוימים, אין די בהתייעלות או בפיזור יעיל של המשאבים, ונדרשת תוספת משאבים. פיזור גיאוגרפי שוויוני יותר של תשתיות פיזיות ושל כוח אדם צפוי להיות גם אפקטיבי בצמצום הפערים בין פריפריה למרכז. האחדת שירותים של קופות החולים תביא לצמצום פערים בין מבטחי הקופות השונות. שיפור ניצולת חדרי הניתוח צפוי לצמצם פערים בין מטופלים עם רקע חברתי-כלכלי שונה (שכן יפחת הצורך בפנייה לשירותים פרטיים ולביטוחים משלימים). עקרונית, מדובר בצעדים שמטרתם שיפור יעילותם של השחקנים השונים והמערכת בכללותה, ועל כן צעדים אלה צפויים להיות בעלי עלות-תועלת גבוהה.

חלק מהכלים לשיפור ניצולת ניתנים ליישום מיידי (למשל, שיפור ניצולת חדרי ניתוח), ואחרים ישפיעו רק בטווח הארוך (למשל, פתיחת מסלולי הכשרה לרופאים בפריפריה). הישימות המעשית משתנה בין הכלים השונים: פתיחת מסלולי הכשרה לרופאים בפריפריה

³ י תופעות מסוג זה נהוג לכנות בספרות "gaming" - משחק עם המשאבים והנתונים לצורך יצירת דיווח התואם את המטרה המספרית שמציב הרגולטור, אך תוך פגיעה במהות שלשמה ניתן התמריץ הכלכלי (hitting the target, but missing the point).

דורשת לוגיסטיקה מורכבת, וכך גם העתקת משאבים (למשל, תשתיות בית חולים). לעומת זאת, לשיפור ניצולת חדרי הניתוח ישימות מעשית גבוהה. הישימות הפוליטית של החלופה משתנה אף היא בין הכלים השונים: להאחדת שירותים עלולה להיות התנגדות מטעם קופות החולים הגדולות (כללית ומכבי), ולהעלאת תעריפים של שירותים הפסדיים או להעלאת תקרות הקאפ צפויה התנגדות של האוצר ושל קופות החולים. מבחני תמיכה לשיפור ניצולת חדרי ניתוח, חוזי "פולטיימרים" ועידוד העתקת תשתיות וכוח אדם לפריפריה לא צפויים להיתקל בהתנגדויות משמעותיות.

מכיוון שלא מדובר בתוספת עלויות שקועות (כגון הוספת תשתיות), הסיכון בחלופה זו הוא נמוך, והגמישות שלה משתנה בין הכלים השונים. העתקת תשתיות, למשל, אינה מקנה גמישות רבה לאחר מעשה, אך מבחני תמיכה לניצולת חדרי ניתוח הם גמישים וניתנים לשינוי משנה לשנה.

ציון החלופה: 3.9 מתוך 5

חלופה 5: הגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבנות בין קופות החולים לספקים

לחלופה זו – גם להרחבת הסכמי הבחירה וגם להעלאת תעריפים הפסדיים – צפויה להיות אפקטיביות גבוהה בצמצום זמני המתנה. הרחבת הסכמי הבחירה צפויה גם להיות אפקטיבית בצמצום מרחק משירותי בריאות, בהינתן שזו תיושם גם במקרים שבהם השירות המוצע למטופל אינו במרחק סביר (ולא רק כתלות בזמני המתנה גבוהים, כפי שכתוב בחוזר המנכ"ל הקיים). העלאת תעריפים הפסדיים תסייע אף היא בצמצום המרחקים בעבור חלק מן השירותים, שכן היא תייצר היצע גבוה יותר של ספקים ועל כן גם פיזור טוב יותר של היצע זה. הרחבת הסכמי הבחירה גם תצמצם את אי-השוויון בין מבוטחי קופות שונות, ובפרט באזור המרכז, שבו ישנן אלטרנטיבות רבות לקבלת שירות. העלאת התעריפים תצמצם את אי-השוויון בין מבוטחים שאין להם ביטוחים משלימים ופרטיים ובין מבוטחים שיש להם. לשני הצעדים תהיה אפקטיביות מוגבלת בצמצום הפערים בין מרכז לפריפריה, אך הם ישפרו במידה מסוימת את הנגישות והזמינות באזורים מרוחקים. שני הצעדים יאפשרו ניצול טוב יותר של משאבים קיימים, ולכן שניהם יעילים מבחינה כלכלית. הצעדים כרוכים בעלות לקופות החולים, שיש לקחת אותה בחשבון ולתקצב בהתאם.

גם להרחבת הסכמי הבחירה וגם להעלאת תעריפים הפסדיים תהיה השפעה מיידית על זמני המתנה ומרחקים בעבור חלק ניכר מהשירותים, אך על מנת שיושמו בפועל נדרש מעקב של משרד הבריאות לבחינת הטמעת הצעדים ואכיפתם במקרה הצורך. בנוסף, על קופות החולים לערוך פעולות הסברה וללוות את תהליך ההטמעה. מבחינת ישימות פוליטית, תיתכן התנגדות חריפה מצד קופות החולים להרחבת הסכמי הבחירה ולהעלאת התעריפים של שירותים מסוימים, היות ששני הצעדים יגדילו את הוצאותיהן. יידרש תקצוב של המהלך מטעם משרד האוצר, אשר עשוי להתנגד להגדלת התקציבים. הסיכון העיקרי

הוא הגדלה משמעותית בהוצאות הכספיות של קופות החולים, ועל כן נדרשת הערכת העלות לקופות ותוספת תקציבית בהתאם. עם זאת, החלופה גמישה, היות שמדובר רק בשינוי נהלים והנחיות מטעם המשרד, וניתן לשנות ולתקן על פי ההתנסות בפועל.

ציון החלופה: 3.51 מתוך 5

חלופה 6: הרחבת מתן שירותים רפואיים מרחוק

חלופה זו צפויה לצמצם במידה מסוימת זמני המתנה, היות שחלק מהביקושים יקבלו מענה באמצעות שירותי טלמדיסין מספקים מרוחקים יותר (ויסות עומסים). כמו כן, היא צפויה לצמצם באופן אפקטיבי את סוגיית המרחק בעבור שירותים שניתן לספקם באמצעים טכנולוגיים מרחוק, ולצמצם פערים בין המרכז לפריפריה בעבור שירותים אלה. מבחינת יעילות כלכלית, במדינות אחרות נמצא שהפתרון של שירותי רפואה מרחוק הוא יעיל יותר מהוספת משאבים פיזיים באזורים מרוחקים או ממימון הסעת חולים/רופאים מהפריפריה למרכז ולהפך³².

בתקופת הקורונה הוטמע טיפול מרחוק בשירותים רבים (למשל, רופא משפחה וייעוץ מומחה בטלפון ובזום), ועל כן הרחבת השימוש לשירותים ולספקים נוספים יכולה להתממש בטווח זמן קצר יחסית. הקמת מרכזים טכנולוגיים שגם מאפשרים ביצוע בדיקות וטיפולים מסוימים מרחוק עשויה לדרוש זמן התארגנות ממושך יחסית. כמו כן, סביר להניח שבעבור חלק מהמטופלים תידרש תקופת למידה והסתגלות לקבלת שירותים מרחוק.

מבחינת ישימות מעשית, תקופת הקורונה הסירה מחסומים רבים (כגון התנגדויות של רופאים ומטופלים וחסמים טכנולוגיים), וכיום המערכת מוכנה מאוד להטמיע טכנולוגיות נוספות של טיפול מרחוק, גם אם לא בעבור כל בעלי המקצוע וכל המטופלים. עם זאת, יש לדאוג לתת מענה גם לאוכלוסיות בעלות אוריינות טכנולוגית נמוכה. מבחינת ישימות פוליטית, קיימת פתיחות גבוהה לנושא לאחר עידן הקורונה. חשוב ששירותי הרפואה מרחוק לא יחליפו לחלוטין מתן מענה פיזי רגיל (במקרה כזה תעלה התנגדות מנציגי ציבור אשר מייצגים אוכלוסיות עם אוריינות טכנולוגית נמוכה ונגישות מועטה לטכנולוגיה, דוגמת מיעוטים, קשישים ועולים חדשים). במובן זה קיים סיכון באימוץ מרחיק לכת של החלופה על חשבון מתן אלטרנטיבות לקבלת שירות פיזי (הזנחת אוכלוסיות עם אוריינות נמוכה ונגישות מועטה לטכנולוגיה). כמו כן, קיים סיכון לירידת איכות הטיפול ולעלייה בביקושים לשירותים לאור זמינותם הגבוהה.

השימוש בשירותי טלפון ובזום הוא גמיש למדי, וניתן לבחון אותו לתקופת ניסיון. הקמת מרכזים טכנולוגיים היא מחייבת יותר בשל ההשקעה בתשתיות וברכש טכנולוגי, בהכשרת כוח אדם וכיו"ב (עלויות שקועות).

ציון החלופה: 3.92 מתוך 5

חלופה 7: הגדלת התקציב השנתי של סל הבריאות

הגדלת התקציב הכולל של סל הבריאות בהתאם למקדמים מתאימים היא צעד נכון בפני עצמו, אך היא לא בהכרח אפקטיבית או יעילה בקידום מטרות ספציפיות, כגון הגדלת נגישות וזמינות או צמצום פערים, אם כי סביר להניח שהיא תביא לשיפור מסוים גם במטרות אלה, גם אם לשיפור חלקי בלבד. סביר להניח שהתקציב הנוסף יוקצה על ידי קופות החולים למטרות שונות, ולכן אם תהיה השפעה על נגישות וזמינות, היא תהיה רק בטווח הארוך.

ליישום חלופה זו נדרש תחשיב מקצועי ומהימן של המקדמים המתאימים, המשקפים את הזדקנות האוכלוסייה, עליית המחירים והשיפורים הטכנולוגיים. לצורך תחשיב מסוג זה יש להקים ועדה או צוות מקצועי. הישימות הפוליטית של הצעד היא נמוכה יחסית, שכן שינוי התקציב השנתי לא נעשה עד כה בשל חששו של משרד האוצר מאובדן השליטה על תקציב הבריאות ובשל רצונם של פקידי האוצר לקבוע אד הוק תוספות לתקציב ולצבוע אותן למטרות מסוימות. על כן, משרד האוצר צפוי להתנגד בתקיפות לצעד זה. מצד שני, קיים קונצנזוס בין שאר השחקנים במערכת על הצורך בכך, ולכן הם יתמכו בצעד (אם כי לא דווקא יסכימו על השיטה).

הסיכון העיקרי בחלופה זו הוא שימוש לא יעיל בתוספת התקציבית, אשר לא נצבעה למטרות ספציפיות, ובידול בביקושים עם הגידול בהיצע (כשל ידוע בכלכלת בריאות בשל פערי מידע וסיכון מוסרי, moral hazard). החלופה גמישה באופן בינוני, שכן שינוי מסוג זה הוא שינוי קבוע של תחשיב התקציב, אשר ידרוש מאבק פוליטי משמעותי, ולכן סביר להניח שלא ישונה בתדירות גבוהה. עם זאת, מדובר בשינוי נהלים/כללי משחק ולא בעלויות שקועות.

ציון החלופה: 2.48 מתוך 5**חלופה 8: עדכון נוסחת הקפיטציה**

צעד זה צפוי להיות אפקטיבי בצמצום זמני המתנה ומרחק בבריפריה, שכן הוא יאפשר ויתמרץ הוספת משאבים ושירותים על ידי הקופות. הצעד גם אפקטיבי בצמצום אי-השוויון החרף בין המרכז לבריפריה, אך הוא לא צפוי לשפר זמני המתנה ומרחק במרכז.

מבחינת יעילות כלכלית, היות שכיום מבטחים מן הבריפריה הם "הפסדיים" עבור קופות החולים, יהיה זה יעיל לשנות את מערך התמריצים ולשפר את הכדאיות של ביטוח תושבי הבריפריה. דבר זה יתמרץ את הקופות לשפר את הנגישות והזמינות של שירותים בבריפריה ובכך למשוך מבטחים. כמו כן, לא מדובר בתוספת תקציבית, אלא בחלוקה פנימית יעילה יותר של התקציב הקיים. עם זאת, הקצאת תקציב גבוה יותר לקופות חולים עם מספר

רב יותר של מבוטחים בפריפריה לא מבטיחה שהקופות אכן ישקיעו את התקציב הנוסף לטובת מבוטחים אלו.

צעד זה צפוי להשפיע בטווח זמן בינוני, מכיוון שלקופות החולים יידרשו כמה שנים על מנת לייצר את השינויים הנדרשים בנגישות ובזמינות של השירותים בפריפריה. ניתן ליישם את החלופה על ידי הקמת צוות מקצועי או ועדה במשרד הבריאות, אשר ייצרו תחשיב נכון יותר של נוסחת הקפיטציה, המשקף את העלות האמיתית של מבוטחים בפריפריה. היות שלא מדובר בתוספת תקציבית, אלא בחלוקה פנימית שונה של התקציב, לא צפויה התנגדות משמעותית של האוצר. קופות שפועלות כיום בהרחבה בפריפריה (כללית) יתמכו במהלך, וקופות שאינן פועלות בהרחבה בפריפריה יתנגדו (מכבי). שתי הקופות הקטנות (לאומית ומאוחדת) עשויות לדרוש תקציב תוספתי התחלתי לצורך הרחבת התשתיות בפריפריה (ליצירת האפשרות להתחרות על מבוטחים). ספקים בפריפריה יתמכו במהלך, שכן השינוי יקנה להם יתרון בהסכמים מול הקופות, אשר ירצו לתת היצע רחב יותר של ספקים למבוטחי הפריפריה כדי למשוך אותם אליהן.

הסיכון בחלופה אינו גבוה, שכן ניתן להיכנס לתהליך של ניסוי וטעייה בשינויים בנוסחה לפי התוצאות בשטח. עם זאת, קיים חשש כי הכסף שיוקצה על פי פיזור המבוטחים לא בהכרח יושקע בפועל במבוטחים מהפריפריה. המהלך גמיש, ללא עלויות שקועות, לכן סביר להניח שניתן יהיה לבצע התאמות משנה לשנה.

ציון החלופה: 3.57 מתוך 5

חלופה 9: הוספת בתי חולים בפריפריה הדרומית והצפונית

חלופה זו עשויה להיות אפקטיבית בצמצום זמני המתנה לטיפול אלקטיביים ולשירותים מרפאות חוץ בבתי החולים בפריפריה, בהינתן תמרוץ לכוח אדם נוסף לעבוד באזור. עם זאת, חלופה זו צפויה להשפיע רק על שירותים מסוימים ורק בפריפריה הדרומית והצפונית. אם המיקום הגיאוגרפי שייבחר ישפר במידה משמעותית את פריסת השירותים בפריפריה, הצעד עשוי לשפר מעט את המרחק משירותים אלקטיביים ומשירותים אחרים הניתנים בבית חולים, אך הוספת בתי חולים בערים הגדולות (חיפה ובאר שבע) תשפר את המרחק רק בעבור מטופלים אשר מטעמים שונים (הסכמי בחירה או זמני המתנה ארוכים) נשלחים לטיפול בבתי חולים במרכז. החלופה אפקטיבית בצמצום אי-שוויון חריף בין מרכז לפריפריה בשכיחות משאבים. אם בתי החולים שיתווספו לא יהיו בבעלות אחת מקופות החולים, המהלך צפוי לצמצם גם את הפערים בין מבוטחי הקופות השונות.

היעילות הכלכלית של הקמת בית חולים חדש תלויה בכמה תנאים: מיקום בית החולים – בדרום הארץ תהיה ההוספה יעילה, בעוד שבצפון העתקת קמפוסים תהיה יעילה יותר; בתי החולים החדשים יהיו בבעלות ממשלתית או בבעלות מלכ"ר שאינו קופת חולים (למניעת עיוותי שוק כגון מונופול או דואפול); בתי החולים החדשים יעניקו רק שירותים שנמצאים

בחסר באזור ולא את כל סוגי השירותים (למשל, מחלקות מיון וטיפול נמרץ); יינתן תמרוץ אפקטיבי להוספת כוח אדם מיומן בפריפריה על מנת למנוע תחרות מוגברת על כוח האדם הקיים או השבתת התשתיות הפיזיות החדשות בשל מחסור בכוח אדם.

חלופה זו צפויה להשפיע בטווח הארוך, היות שמדובר בתהליך הקמה שדורש לפחות כמה שנים. כמו כן, לצורך יישום הצעד נדרש תכנון לטווח ארוך, על פני כמה קדנציות של שר/מנכ"ל, תכנון נכון של פיזור כוח אדם, פיזור קמפוסים קיימים לפני הוספת חדשים ומיפוי השירותים הנמצאים בחסר. מבחינה פוליטית, היות שנדרש תקציב תוספתי משמעותי למשרד הבריאות, הצעד עשוי להיתקל בהתנגדות של האוצר. כמו כן, צפוי קושי במציאת גוף שאינו קופת חולים, אשר יהיה מוכן לקחת על עצמו את הפרויקט. במקרה זה נדרשת נכונות של בכירי משרדי האוצר והבריאות להקים בית חולים בבעלות ממשלתית, מהלך אשר לו משמעותיות תקציביות ואופרטיביות נוספות, שיש לתת עליהן את הדעת. בנוסף, קופות החולים מכבי וכללית צפויות להתנגד למהלך, מכיוון שיהיה עליהן להתמודד עם תחרות בדרום בארץ. מצד שני, צעד זה נמצא על סדר היום של שרי הבריאות, ויקבל נראות ותמיכה ציבורית משמעותית, מה שהופך אותו לכדאי מבחינה פוליטית לשר/מנכ"ל/ממשלה.

רמת הסיכון היא גבוהה, היות שמדובר בעלויות שקועות גבוהות, שלא ניתן להחזירן אם הצעד יתגלה כלא יעיל (סיכון להיווצרות "פיל לבן"). צפוי קושי רב בהבאת כוח אדם לפריפריות, מה שעלול לגרום למצב שבו לא ייעשה די שימוש בתשתיות הפיזיות החדשות. בהתאם למפורט לעיל, ישנם צמתים רבים לטעויות בשיקול דעת ולהשפעה לרעה של שחקנים על ההחלטות השונות. הצעד בלתי גמיש בשל העלויות השקועות שבהקמת תשתיות פיזיות יקרות.

ציון החלופה: 2.89 מתוך 5

איור 8: סיכום ניתוח החלופות

החלופה	ציון
 חלופה 1: ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות	3.65
 חלופה 2: קביעת זמן המתנה ומרחק מקסימליים לשירותי בריאות	3.1
 חלופה 3: מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה ומרחק סבירים	3.76
 חלופה 4: שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם	3.9
 חלופה 5: הגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבות בין קופות החולים לספקים	3.51
 חלופה 6: הרחבת מתן שירותים רפואיים מרחוק	3.92
 חלופה 7: הגדלת התקציב השנתי של סל הבריאות	2.48
 חלופה 8: עדכון נוסחת הקפיטציה	3.57
 חלופה 9: הוספת בתי חולים בבריפריה הדרומית והצפונית	2.89

פרק 4:

מה כדאי לעשות?

4.1 אסטרטגיית הפעולה המומלצת

אסטרטגיית הפעולה המומלצת כוללת את החלופות שקיבלו את הדירוג הגבוה ביותר בשלוש הקטגוריות השונות

תשע החלופות שנבחנו בנייר זה הן משלימות זו לזו, ובמידה רבה ניתן ליישמן במקביל, ליצירת אסטרטגיית פעולה שלמה ואפקטיבית. עם זאת, בשל מגבלת המשאבים והרצון לבנות אסטרטגיית פעולה יעילה ככל האפשר, נמליץ כאן על סט של חלופות נבחרות, אשר דורגו בציונים הגבוהים ביותר בניתוח הכמותי שביצענו (מעל 3.5 מתוך 5).

נתייחס גם לסדר הפעולות הנכון, קרי באיזו חלופה כדאי להתחיל ומהי החלופה המומלצת בשלב שלאחר מכן^י. כמו כן, הקפדנו לבחור חלופות משלוש הקטגוריות השונות, אשר כל אחת מהן מטפלת בהיבט אחר של הבעיה. להלן המלצותינו לאסטרטגיית פעולה שלמה.

קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק

החלופות המומלצות בקטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק - הן: מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה על זמני המתנה ומרחק סבירים וניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות

החלופה אשר קיבלה את הציון הגבוה ביותר (3.76) בקטגוריה זו היא חלופה 3: **מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה ומרחק סבירים**. ניתן להשתמש בתמריצים חיוביים, כגון מבחני תמיכה (מענקים תקציביים מותני ביצועים) או בקנסות, דוגמת חיוב המבטח במימון עלות הנסיעה לטיפול רחוק, או חיוב מימון קבלת הטיפול מספק פרטי/שאינו בהסדר עם הקופה כאשר זמני

ההמתנה ארוכים. היות שכיום אין לרגולטור נתונים סדירים על זמני ההמתנה והמרחקים לקבלת שירותי בריאות שונים, המלצתנו היא להתחיל, מיידית, מבניית מבחן תמיכה, אשר מתנה מענק כספי בניטור ותיעוד, הן על ידי המבטחים והן על ידי הספקים, של מועד פנייתו הראשונית של המטופל, מועד קבלת השירות ומרחק קבלת השירות מבית המטופל (קרי, הכנסת רכיב המתעד נתונים אלו למערכות המחשוב). לשם כך נדרש תקצוב תוספתי למימון המענקים ולתקצוב כוח האדם במטה המשרד, אשר יפקח על

^י תוכנית עבודה מפורטת מוצגת בנספח ב'.

הנושא ויטפל בבקשות למענק התמיכה. בשלב הבא (למשל, שנה לאחר מכן) מומלץ להתנות את המענק בדיווח זמני ההמתנה והמרחקים שנוטרו למשרד הבריאות. לאחר שפרקטיקות אלו יוטמעו אפשר יהיה לעבור להתניית המענקים בשיפור זמני ההמתנה והמרחקים (הצבת יעדים לדלתא בזמנים/מרחקים משנה קודמת), ולייצר דיפרנציאליות של המענקים על פי אזורי מתן השירות, גודלו של הספק, שיפור בממוצע אל מול שיפור בערכי קיצון ועוד. הטלת קנסות בצורת החזר עלויות נסיעה או חיוב למימון קבלת השירות מגורם חיצוני להסכמים הוא כלי שניתן להכניסו לשימוש רק כאשר יהיו דיווחים סדירים של זמני המתנה ומרחקים, אשר יאפשרו אכיפה.

חלופה נוספת בקטגוריה זו, שקיבלה ציון גבוה יחסית (3.65), היא חלופה 1: **ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות**, והיא הכרחית לצורך יישום חלופה 3. בשל כך, אנחנו ממליצים לפעול מיידית לקידום הניטור והדיווח של זמני ההמתנה והמרחק על ידי תקצוב מענקי תמיכה המתממרים לכך בכל סוגי השירותים (שירותים בקהילה, שירותים אלקטיביים בבתי חולים, שירותי בריאות הנפש, שירותי בריאות השן וכיו"ב), תקצוב מערכות מחשוב מתאימות במטה המשרד (וככל שמענקי התמיכה אינם מספיקים לכך, גם תקצוב שדרוג מערכות המחשוב בקרב הספקים והמבטחים) ותקצוב כוח אדם במטה משרד הבריאות, אשר יהיה ממונה על הטמעה וליווי התהליך בקרב המבטחים והספקים. לצד זאת, נדרש עדכון התקנות והנהלים, כך שרישיון הספק/קופה יהיה מותנה בתיעוד שלושת הנתונים שצוינו לעיל (תוך מתן זמן התארגנות של שנה-שנתיים). הנתונים שמומלץ שהספקים/מבטחים יידרשו לתעד הם, כאמור, מועד פנייתו הראשונית של המטופל לספק לקבלת שירות, מועד קבלת השירות **בפועל**, ומרחק קבלת השירות מבית המטופל (הזנת כתובת המטופל וכתובת קבלת השירות יספיקו לצורך חישוב אוטומטי של האחרון). בנוסף, מומלץ לתקצב כוח אדם ייעודי במטה משרד הבריאות, אשר יהיה אמון על טיוב הניטור של מדדי שכיחות שירותים, תשתיות וכוח אדם ל-1,000 נפש, כך שהללו ימופו בעבור מגוון רחב של מקצועות, שירותים וסוגי תשתיות, ברזולוציות גבוהות יותר של שטח (לדוגמה, רשויות מקומיות או נפות), וימדדו בתדירות גבוהה לצורך מעקב שוטף.

קטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים

החלופות המומלצות בקטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים - הן: הרחבת מתן שירותים רפואיים מרחוק, שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם והגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבות בין קופות החולים לספקים

כל שלוש החלופות שנבחנו בקטגוריה זו קיבלו ציון גבוה יחסית בהשוואה לחלופות בקטגוריות אחרות (מעל 3.5), לכן רצוי לכלול את שלושתן בתוכנית הפעולה. המלצתנו להלן תתמקד בעיקר בקביעת סדר העדיפות ביישומן.

החלופה שקיבלה את הציון הגבוה ביותר בקטגוריה זו היא חלופה 6: **הרחבת**

מתן שירותים רפואיים מרחוק. מומלץ לנצל את המומנטום שהביא עימו משבר הקורונה להרחבת הטמעת השימוש בטיפול מרחוק לכמה שיותר שירותים ולכמה שיותר מבטחים וספקים. כלים שניתן להשתמש בהם לתמרוץ השחקנים הם מבחן תמיכה תלוי הטמעת טכנולוגיות אלו והעברת תקציב תוספתי צבוע למטרות אלו. טיפול מרחוק יכול לכלול החלפת מפגש ייעוץ פרונטלי בשיחת טלפון או זום (כולל, למשל, שימוש בטכנולוגיית Tyto לניטור מדדים בסיסיים מבית המטופל, אשר מוצעת היום על ידי כמה קופות במחיר מסובסד למבוטחים), או הקמת מרכזים טכנולוגיים (גם כחלק ממרפאות קיימות), שאליו יוכל המבוטח להגיע פיזית ובסיוע צוות ייעודי לקבל שירות ממומחה הממוקם במקום מרחוק, תוך שימוש בטכנולוגיות מתקדמות, אשר מאפשרות גם עריכת בדיקות וטיפולים מסוימים מרחוק. פרקטיקות אלו יכולות לתת פתרון חלקי לבעיית המרחק והנגישות, ואף להוריד עומסים מספקים הנמצאים באזורים שבהם יש מחסור שירותים, ובכך לקצר זמני המתנה לקבלת שירותים פרונטליים. כפי שצינו בניתוח החלופה, ניתן להשתמש ברפואה מרחוק רק בעבור חלק מהשירותים וחלק מהמטופלים, ועל כן זהו כלי אחד מתוך סל כלים רחב יותר.

חלופה 4: **שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם,** קיבלה גם היא ציון גבוה במיוחד (3.9). בחלופה זו יש להבחין בין רכיבים שניתנים ליישום בטווח המיידי-קצר ובין רכיבים שהם השקעה לטווח ארוך. מבחינת **ניצולת תשתיות פיזיות, בטווח המיידי** מומלץ להקצות תקצוב מוגדל למבחני תמיכה לניצולת חדרי ניתוח ומכשור טכנולוגי אחר (כגון מכשירי MRI), וכן להאחדת שירותי הקופות באזורים שבהם ביקושים נמוכים (שאינם מצדיקים כפילות שירותים). **בטווח הארוך** מומלץ לקדם ולתקצב העתקת קמפוסים ותשתיות מאזורים שבהם התחרות גבוהה (דוגמת חיפה) לפריפריה מרוחקת יותר. מבחינת **ניצולת כוח אדם, בטווח המיידי** ניתן להחיל תמריצים כלכליים ותקצוב של שתי מטרות: הבאת כוח אדם רפואי נדרש לפריפריה המרוחקת על ידי מימון טיסות/הסעות לימים מרוכזים של מתן שירותים, ו/או מתן תמריצים ישירים (מענקים) לרופאים המוכנים לפעול חלק מזמנם גם בפריפריה. מטרה נוספת היא תמרוץ פעילות של רופאים באופן בלעדי בשירות הציבורי באמצעות הצעת חוזה "פולטימרים". **בטווח הארוך** יותר יש להגדיל את מספר הרופאים ועובדי הסיעוד ל-1,000 נפש, בפרט בפרופריות מרוחקות ובמקצועות במחסור. המלצתנו היא להשקיע בפתיחת מסלולי הכשרה נוספים (הן לשלב הלימודים והן לשלב ההתמחות), להגדלת היצע הרופאים והצועות התומכים. מומלץ למקם את מסלולי ההכשרה באזורים שבהם יש מחסור, ולתת עדיפות בקבלה לילידי אזורים אלה, לצורך הצמחת כוח אדם מן האוכלוסייה המקומית (מתוך הבנה כי הסיכוי שהם יתמקמו בפריפריה לאחר סיום הלימודים/ההתמחות הוא גבוה יותר). לצד זאת, מומלץ לתקצב מלגות לסטודנטים אשר מתחייבים לפעול בפריפריה לאחר לימודיהם או לבחור להתמחות במקצוע במצוקה (ניתן ליישם צעד זה גם בהכשרות לרפואה וגם בהכשרות לסיעוד).

חלופה 5: **הגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבנות בין קופות החולים לספקים,**

קיבלה את הציון הנמוך מבין החלופות בקטגוריה זו (3.51), אך זהו עדיין ציון גבוה ביחס לכלל החלופות. המלצתנו היא להקים צוות בין-משרדי, אשר יבחן את העלות והשימויות של הגמשה או ביטול של הסדרי הבחירה של קופות החולים עם ספקי השירותים, תוך התחשבות בתקצוב הנדרש ובחסמים הפוליטיים. באופן דומה, אנו ממליצים על הקמת צוות לבחינת תעריפי שירותי בריאות הפסדיים. ראשית נדרש לזהות את השירותים הרלוונטיים (בכלל התחומים: ניתוחים אלקטיביים, בדיקות, שירותי בריאות הנפש וכיו"ב), ולאחר מכן לשערך עלות תקציבית לתיקון התמחור, ולזהות מקורות תקציביים אפשריים למימון המהלך (בין היתר הורדת תעריפים בעודף).

קטגוריה ג' - הוספת משאבים

החלופה המומלצת בקטגוריה ג' - הוספת משאבים - היא עדכון נוסחת הקפיטציה. בנוסף, בקטגוריה זו חשוב לציין צעד אשר לא נבחן כחלופה בפני עצמה: הקצאת תקציב תוספתי צבוע למימון הצעד זה מהווה תנאי מקדים להוצאה לפועל של כלל התוכנית האסטרטגית

בקטגוריה זו חשוב לציין צעד אשר לא נבחן כחלופה בפני עצמה, היות שהוא כלול בחלופות שהוצגו בשתי הקטגוריות הקודמות, אך קיומו מהווה תנאי מקדים להוצאה לפועל של כלל התוכנית האסטרטגית. צעד זה הוא **הקצאת תקציב תוספתי צבוע למימון הצעדים השונים**. כאמור לעיל, כל הצעדים, החל מהוספת מבחני תמיכה, דרך תקצוב כוח אדם במטה המשרד או העברת תקציבים צבועים למבטחים ולספקים למטרות מוגדרות, דורשים תקצוב מחוץ לתקציב הסל השוטף. אנו ממליצים לבנות תוכנית עבודה ייעודית לשיפור הנגישות והזמינות של שירותי בריאות ציבוריים, ולתקצב תוכנית זו באופן ייעודי, כחלק מתקציב מטה משרד הבריאות (שמחוץ לתקציב הסל).

החלופה שקיבלה את הציון הגבוה ביותר (3.57) בקטגוריה זו היא חלופה 8: **עדכון נוסחת הקפיטציה**, והיא גם החלופה היחידה בקטגוריה זו שעוברת את הרף שקבענו להכללה בסט ההמלצות (3.5). אנו ממליצים להקים צוות בין-משרדי, אשר יבחן שינוי של נוסחת הקפיטציה (לפיה מחולק תקציב הסל בין ארבעת קופות החולים), כך שיינתן משקל רב יותר למבטחים מן הפריפריה, ובפרט מן הפריפריה הכפרית ומאזורים אחרים שבהם קיימת מצוקת שירותים, באופן אשר ישקף נאמנה את העלות האמיתית של מבטחים אלו לקופה. שינוי זה יהווה תמריץ (וגם ייתן מקור תקציבי) לקופות החולים למשוך אליהן עוד מבטחים מן הפריפריה, ובתוך כך להשקיע חלק גדול יותר מתקציבן בשיפור הזמינות והנגישות של השירותים השונים באזורים אלו.

4.2 החלופות האחרות שנבחנו בנייר זה

אנו מאמינים כי אסטרטגיית פעולה, הכוללת את החלופות שפורטו לעיל היא האסטרטגיה האפקטיבית, היעילה והישימה ביותר לקידום מטרות המדיניות שהגדרנו בתחילת נייר זה: הבטחת שירותי בריאות ציבוריים בזמן סביר ובמרחק סביר לכלל אזרחי ישראל, וכן צמצום הפערים ואי-השוויון בזמינות ובנגישות של שירותים לאזרחים מחתכים שונים של האוכלוסייה.

עם זאת, יש לציין כי גם החלופות האחרות שנבחנו בנייר זה ולא נכללו בסט ההמלצות הן ראויות, ויש לקדם בשלבים מאוחרים יותר (לאחר יישום סט ההמלצות), או במסגרת קידום מטרות אחרות של מערכת הבריאות. בין הצעדים הנדרשים:

❶ **קביעת זמני המתנה ומרחקים מקסימליים לשירותי הבריאות השונים** - צעד אשר ראוי לבחון לאחר הטמעה של מדידה ודיווח שוטפים של זמני המתנה ומרחקים, אשר יאפשרו בחירת יעדים רלוונטיים;

❷ **הגדלת בסיס התקציב של סל הבריאות באמצעות קביעת מקדמים קבועים לעדכון התקציב**. צעד זה הוא מאוד חשוב בפני עצמו בשל המחסור החמור שממנו סובלת מערכת הבריאות הישראלית, אך אינו מקדם באופן ישיר את נושא הנגישות והזמינות, ועל כן דורג נמוך על פי הקריטריונים שבחנו, אולם ראוי שהוא יקודם בהקשרים אחרים;

❸ **הקמת בתי חולים נוספים בפריפריה**. זהו צעד חשוב, אך הוא ידרוש תקציבים נרחבים, כאשר בפועל ייתן מענה רק לשירותים מסוימים, כגון ניתוחים וטיפולים אלקטיביים. כמו כן, קיים סיכון גבוה ליישום לא אפקטיבי שלו, בעיקר לאור המחסור בכוח אדם בפריפריה. יש להדגיש, כי אנחנו ממליצים על הקמת בית חולים נוסף בפריפריה הדרומית, אלא שזהו צעד בעדיפות נמוכה יותר, וגם הוא, כמו הגדלת בסיס התקציב של הסל, לא ייתן מענה ישיר ומדויק לסוגיית הזמינות והנגישות של שלל שירותי הבריאות כמו החלופות האחרות שהוצגו^ט.

^ט יש לציין שהקמת בית חולים נוסף בדרום משלימה צעדים אחרים, הכלולים באסטרטגיה המומלצת, כגון פתיחת מסלולי הכשרה ומשיכת כוח אדם רפואי לפריפריה וריכוך בעיית הסכמי הבחירה בין הקופות לבתי החולים בדרום.

בשירותי הבריאות הציבוריים בישראל קיימת כיום בעיה של זמינות ונגישות שירותים, ושירותים מסוימים ניתנים בזמן ובמרחק בלתי סבירים, בניגוד להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מצב זה מחריף את הפערים בין השירות שמקבלים חתכים שונים באוכלוסייה, בתוך כך אזרחי הפריפריה מול אזרחי המרכז, מבוטחי קופות החולים השונות ואזרחים מרקע חברתי-כלכלי שונה. מצב עניינים זה מביא לזליגה של צריכת שירותים מהמגזר הציבורי למגזר הפרטי, וכך אי-השוויון מחריף עוד יותר.

מטרת המדיניות המוצעת בנייר זה היא להבטיח שירותי בריאות ציבוריים בזמן סביר ובמרחק סביר לכלל אזרחי ישראל, וכן להביא לצמצום הפערים ואי-השוויון בזמינות ובנגישות של שירותים לאזרחים מחתכים שונים של האוכלוסייה. לצורך השגת מטרה זו זיהינו תשע חלופות מדיניות בשלוש קטגוריות: **א' – שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק; ב' – שיפור הניצולת של משאבים קיימים; ג' – הוספת משאבים.** את תשע החלופות ניתחנו ודירגנו על פי שבעה קריטריונים שנקבעו מראש: אפקטיביות, יעילות, טווח זמן, ההשפעה, ישימות מעשית, ישימות פוליטית, רמת הסיכון וגמישות. בהתאם לממצאים, גיבשנו המלצה לאסטרטגיית פעולה כדלקמן:

הצבת צמצום זמני המתנה ומרחק משירותי בריאות כיעד ראשי של משרד הבריאות: בניית תוכנית עבודה אחודה לצורך השגת מטרה זו (בכל תחומי השירות – בתי חולים, קהילה, מוסדות לבריאות הנפש) ותקצובה בתקציב תוספתי חיצוני לסל הבריאות, כסעיף תקציבי עצמאי המוקדש לנושא. מלבד מימון של הצעדים עצמם, על התקציב לכלול גם עלויות של כוח אדם במטה משרד הבריאות, אשר יהיה אמון על תכנון וליווי הביצוע של הצעדים השונים, וכן עלויות של תוספת התשתיות הנדרשות במטה (כגון שדרוג מערכות מחשוב).

להלן הצעדים העיקריים אשר מומלץ כי יכללו בתוכנית העבודה האסטרטגית (על פי סדר עדיפות):

- 1. בניית מבחן תמיכה (מענקים תלויי ביצוע) למדידת זמני המתנה ומרחק משירותי בריאות –** בשנה הראשונה ייתנו המענקים במסגרת מבחן התמיכה לספקים (מכל סוגי השירותים) ולקופות אשר יראו כי התחילו לנטר במערכות המחשוב שלהם נתונים נדרשים לצורך אמידת זמן המתנה ומרחק (על פי מתודולוגיה אחידה שיקבע המשרד). ארבעת הנתונים שאנו ממליצים למדוד הם: תאריך הפנייה הראשונית של המטופל לספק לצורך קבלת שירות, תאריך קבלת השירות **בפועל**, כתובת מגוריו של המטופל וכתובת מוקד מתן השירות. לאחר הטמעה מספקת של שלב זה, מומלץ לעדכן את מבחן התמיכה, כך שהמענקים יינתנו כנגד דיווח הנתונים המלאים של השנה החולפת למטה משרד הבריאות. בשלב הבא ניתן להתנות את המענקים בשיפור בזמני ההמתנה

(ובמרחקים בעבור הקופות). **לאחר כמה שנים, שבהן ייאסף בסיס מידע מהימן על המצב בשטח, ניתן להקים צוות, אשר יקבע, על פי הנתונים ועל פי הערכה מקצועית נורמטיבית, יעדים לזמני המתנה ומרחקים מקסימליים**, אשר כנגד עמידה בהם ינתנו מענקי התמיכה. בשלב זה אפשר יהיה לשקול גם מתן קנסות לאי-עמידה בזמנים ובמרחקים, כולל חובל לשיפוי המבוטחים (על ידי קופות החולים) בעבור עלויות נסיעה, ימי עבודה או צריכת השירותים מספק חיצוני.

2. התניית הרישיונות בניטור ובדיווח נתוני זמן ומרחק – עדכון בתקנות ובנהלים, כך שרישיונם של כל הספקים והקופות יהיה מותנה בתיעוד ארבעת הנתונים שצוינו לעיל ודיווחם למשרד הבריאות (תוך מתן זמן התארגנות של שנה-שנתיים).

3. טיוב ניטור נתוני היצע כוח אדם ומשאבים ל-1,000 נפש – הקצאת כוח אדם במטה המשרד לטיוב המדדים ולטיוב איסוף הנתונים, כך שייאסף מידע על יותר סוגים של שירותים, תשתיות ומקצועות, ברזולוציה גיאוגרפית גבוהה יותר (ברמת הרשויות המקומיות, הנפות וכדומה), ובתדירות גבוהה יותר, שתאפשר מעקב שוטף.

4. בניית מבחני תמיכה לשיפור ניצולת תשתיות קיימות – הגדלת תקצוב של מבחנים קיימים ובניית מבחנים חדשים למתן מענקים כנגד שיפור ניצולת של תשתיות פיזיות, כגון חדרי ניתוח או מכשור טכנולוגי, וכן מענקים כנגד האחדת שירותים של הקופות באזורים עם ביקושים נמוכים והיצע נמוך של כוח אדם (קרי פתיחת מרפאות/שירותים קיימים לשימוש מבוטחי כל הקופות או הקמת שירותים משותפים).

5. בניית מבחן תמיכה לעידוד שירותי רפואה מרחוק – לצורך שמירה על המומנטום ממעבר הקורונה והרחבת היצע השירותים מרחוק בקרב יותר מבטחים וספקים ובעבור יותר סוגי שירותים.

6. תקצוב הטסת/הסעת רופאים מומחים לפריפריה המרוחקת – תקצוב נידוד של מומחים במקצועות הנמצאים בחוסר בפריפריה העמוקה לימים מרוכזים של קבלת מטופלים, ביצוע פרוצדורות וכדומה. לחלופין, או בנוסף, ניתן להציע מענקים ישירים לרופאים אשר יקדישו חלק מזמנם לעבודה בפריפריה העמוקה.

7. הצעת חוזה "פולטיימרים" בשירות הציבורי – בנייה ותקצוב חוזה "פולטיימרים" לרופאים המתחייבים לפעול באופן בלעדי במגזר הציבורי, גם בשעות אחר הצהריים.

8. הקמת צוות בין-משרדי לבחינת הגמשה או ביטול הסדרי הבחירה של קופות החולים עם ספקי השירותים – בחינת העלות של מהלך זה בווריאציות שונות ובחינת הישימות שלו, בניית תוכנית פעולה ישימה והגשתה לשר הבריאות ושר האוצר בתוך שישה חודשים, וליווי שלב ההטמעה.

9. הקמת צוות בין-משרדי לבחינת תעריפי שירותי בריאות הפסדיים – זיהוי השירותים הרלוונטיים בכלל התחומים (ניתוחים אלקטיביים, בדיקות, שירותי בריאות הנפש וכיו"ב), שיערוך עלות תקציבית לתיקון התמחור וזיהוי מקורות תקציביים אפשריים

למימון המהלך (בין היתר הורדת תעריפים בעודף). הגשת תוכנית פעולה לשר הבריאות ושר האוצר בתוך שישה חודשים.

10. הקמת צוות בין-משרדי לבחינת עדכון נוסחת הקפיטציה – בפרט הגדלת המשקל והטיוב של רכיב הריחוק מריכוזי אוכלוסייה, לצורך עידוד הקופות להשקיע במבוטחים מן הפריפריה (והגדלת התחרות עליהם). הגשת המלצות לשר הבריאות ולשר האוצר בתוך שישה חודשים.

11. תקצוב פתיחת מסלולי הכשרה בפריפריה למקצועות רפואה וסיעוד – לצורך הגדלת מספר הרופאים ועובדי הסיעוד לנפש ברמה הכלל הארצית, ובאזורי מחסור בפרט (הצמחת הצוותים מילידי הפריפריה).

12. מימון תוכניות חזרה לשירות – מלגות לסטודנטים ולמתמחים (ברפואה ובסיעוד) אשר מתחייבים לפעול בפריפריה לאחר לימודיהם או לבחור בהתמחות במקצוע הנמצא במחסור (כולל התמחות במקצועות בקהילה).

13. תקצוב העתקת קמפוסים של בתי חולים מאזורים בעודף לאזורים במחסור – בפרט מן הפריפריה הרכה לפריפריה העמוקה.

14. תקצוב הקמת בית חולים בבעלות ממשלתית/מלכ"ר שאינו קופה בפריפריה הדרומית – בחינת הקמה ללא מחלקות מיון וטיפול נמרץ.

לסיכום, אנו סבורים כי הטמעה אחראית ומחושבת של תוכנית הפעולה המתוארת לעיל תביא, בתוך זמן קצר, לשיפור בפועל במדדים של זמינות, נגישות ושוויון בקבלת שירותי הבריאות בישראל. בנוסף, תוכנית פעולה זו תוכל להביא בטווח הארוך להמשך שיפור הדרגתי בכשלים הקיימים, תוך התמודדות עם האתגרים הצפויים למערכת הבריאות הישראלית בעתיד.

נספח א': ניתוח כמותי של חלופות המדיניות

קטגוריה א' - שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק

חלופה 1: ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות					
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני המתנה לשירותי בריאות (8%)	ביישום נכון מאוד החלופה תהיה אפקטיבית בצמצום זמני המתנה, אם כי משלב מסוים יידרשו צעדים משלימים, כגון תוספת משאבים ותמריצים כלכליים.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	ביישום נכון מאוד החלופה תהיה אפקטיבית בצמצום המרחק מבית המטופל, אם כי משלב מסוים יידרשו צעדים משלימים, כגון תוספת משאבים ותמריצים כלכליים.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	מדידת זמני המתנה ומרחקים לשירותי בריאות היא קריטית לצורך שמירה על עקרון השוויון במתן שירותי בריאות ציבוריים, שכן היא מאפשרת לרגולטור למפות מוקדים בעייתיים ולפעול לצמצום פערים.	4	9%	0.36
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		מלבד תקציב מסוים לצורך שדרוג מערכות הניטור בקרב הספקים והקצאת כוח אדם ייעודי לליווי התהליך על ידי הרגולטור, מדידת זמני המתנה ומרחקים דורשת בעיקר התארגנות לוגיסטית ותיאום בין הגורמים לטווח ארוך ועל פני זמן, ולא משאבים כלכליים מרובים (בהשוואה לחלופות אחרות ובהשוואה לתועלת שהיא מביאה עימה).	5	25%	1.25
טווח זמן השפעה (10%)		בעוד שהיישום של מדידה סדירה עשוי לקחת זמן ולא ייתן תוצרים בטווח המיידי, להצלחה יהיה אפקט משמעותי לטווח ארוך.	3	10%	0.3

חלופה 1: ניטור ודיווח זמני המתנה ומרחק לשירותי בריאות

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
ישימות מעשית (15%)		הישימות של מדידת זמני המתנה ומרחקים משירותי בריאות מורכבת מאוד מבחינה לוגיסטית ובירוקרטית, ודורשת תיאום מתודולוגיות המדידה בין השחקנים, טכנולוגיה מתאימה ונכונות גבוהה של השחקנים לשיתוף פעולה.	2	15%	0.3
ישימות פוליטית (15%)		בשלבם הראשונים עשויה להיות התנגדות מצד שחקנים רבים, אשר מדידה של זמני המתנה ומרחקים תיאלץ אותם לחשוף פרקטיקות אשר מונעות מאינטרס כלכלי צר ונוגדות את האינטרס הציבורי, או, לחלופין, ייחשפו ביצועיהם הנמוכים בהשוואה למתחרים. כמו כן, נדרשים תכנון לטווח ארוך, ליווי צמוד של הרגולטור והתמדה על פני זמן, מעבר לקדנציה של שר/מנכ"ל אחד.	2	15%	0.3
רמת הסיכון (ציון גבוה = סיכון נמוך) (5%)		בשלב זה לא נשקפת סכנה לקבלת תוצאה לא רצויה או לגרימת נזק במקרה של אי הצלחה.	5	5%	0.25
גמישות (5%)		חלופה זו מאפשרת גמישות רבה ושינוי אסטרטגיה ומתודולוגיה תוך כדי תנועה, ניסוי וטעייה וכיו"ב.	5	5%	0.25
3.65 100%					

חלופה 2: קביעת זמן המתנה ומרחק מקסימליים לשירותי בריאות

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני ההמתנה לשירותי בריאות (8%)	ללא שילוב עם צעדים משלימים (מדידה, הוספת תקציבים, תמרוץ כלכלי) האפקטיביות של קביעת זמני המתנה מקסימליים מוגבלת.	3	8%	0.24
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	ללא שילוב עם צעדים משלימים (מדידה, הוספת תקציבים, תמרוץ כלכלי) האפקטיביות של קביעת מרחקים מקסימליים מוגבלת.	3	8%	0.24

חלופה 2: קביעת זמן המתנה ומרחק מקסימליים לשירותי בריאות

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	מצד אחד, החלופה מציבה סטנדרט אחיד לכלל המערכת, ובכך מקדמת שאיפה לשוויון; מצד שני, ללא אכיפה אפקטיבית מצד הרגולטור, האכיפה תיוותר בידי המטופלים, אשר יכולותיהם לעמוד על זכויותיהם אינן שוות ממטופל למשנהו.	3	9%	0.27
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		העלויות הן בעיקר בכוח האדם שמוקצב לנושא על ידי הרגולטור לצורכי קביעת היעדים. עם זאת, קביעת היעדים בפני עצמה לא צפויה להביא תועלת מרובה ללא צעדים משלימים.	3	25%	0.75
טווח זמן השפעה (10%)		מדובר בצעד שניתן להחילו באופן מיידי ולטווח ארוך.	5	10%	0.5
ישימות מעשית (15%)		הישימות של קביעת זמני המתנה ומרחקים מקסימליים היא גבוהה, אך הישימות של אכיפתם נמוכה מאוד ללא צעדים משלימים.	2	15%	0.3
ישימות פוליטית (15%)		צפויה התנגדות מצד שחקנים, כגון קופות חולים ובתי חולים, שכן עמידה בזמני המתנה ומרחקים מקסימליים תתבע מהם עלות כלכלית גבוהה.	3	15%	0.45
רמת הסיכון (ציון גבוה= סיכון נמוך) (5%)		הצבת יעדים ללא אכיפתם צפויה להחליש את כוחו של הרגולטור מול השחקנים בשטח. לביצוע המהלך ללא תקצוב הולם גם סיכון בהעלאת הוצאותיהם של קופות החולים ובתי החולים וכניסתם לגירעון, אשר הממשלה תצטרך לתת עליו את הדעת.	2	5%	0.1
גמישות (5%)		אם היעדים ייקבעו באופן הדרגתי ומחושב, ניתן יהיה לערוך שינויים והתאמות לאורך הדרך.	5	5%	0.25
			3.1	100%	

חלופה 3: מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה ומרחק סבירים

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני המתנה לשירותי בריאות (8%)	מתן תמריץ כלכלי לשיפור ביצועים הוא לרוב אפקטיבי בהנעת השחקנים, ובמקרה של תמריץ חיובי אף מקנה לספק מקור כספי למימון העלות הנדרשת להתייעלותו ולהוספת משאבים. נדרש כלי משלים של מדידה על מנת להוציא את המהלך לפועל.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	מתן תמריץ כלכלי לשיפור ביצועים הוא לרוב אפקטיבי בהנעת השחקנים, ובמקרה של תמריץ חיובי אף מקנה לספק מקור כספי למימון העלות הנדרשת להתייעלותו ולהוספת משאבים. נדרש כלי משלים של מדידה על מנת להוציא את המהלך לפועל.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	תמריצים כלכליים, כגון מבחני תמיכה, יקדמו צמצום פערים, בהינתן תיעדוף בצורת מענק מוגדל לספקים אשר מתחילים מנקודת מוצא נמוכה במיוחד או העומדים בקריטריונים מסוימים (כגון אזור פריפריאלי או מחסור אזורי במשאבים). קנסות בצורת פיצוי המטופל על עלות נסיעות והפסד ימי עבודה, או מימון קבלת השירות באופן פרטי, מכמתים את הפער בשירות שמקבלים מטופלים אלו לערך כספי ובכך מקדמים את ערך השוויון.	4	9%	0.32
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		עלות החלופה היא כגובה המענק הכספי המוצע, לצד עלות ההטמעה והמעקב על ידי הרגולטור. בהינתן מודל תמרוץ נכון, ההתייעלות של המבטחים והספקים יכולה להניב תועלת גבוהה מההשקעה הכספית.	5	25%	1.25
טווח זמן השפעה (10%)		החלת החלופה דורשת מדידת זמני המתנה ומרחקים/שכיחות משאבים, ולכן לא ניתן להטמיעה מיידי ולפני שאלה מתקיימים. על מנת לשמור על השפעה לטווח ארוך, על הרגולטור להקפיד לעדכן את היעדים לפי התקדמות הביצועים בשטח.	3	10%	0.3
ישימות מעשית (15%)		בהינתן הטמעה של מדידה ועבודת תכנון מחושבת מצד הרגולטור, ישימות החלופה גבוהה.	3	15%	0.45

חלופה 3: מתן תמריצים כלכליים לשמירה על זמני המתנה ומרחק סבירים

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
ישימות פוליטית (15%)		נדרש שיתוף פעולה של משרד האוצר לצורך הקצאת תקציב תוספתי לתמריצים חיוביים, ותיכנן התנגדות של שחקנים שונים (קופות, בתי חולים) לתמריצים שליליים כגון קנסות, כולל חיוב פיצוי מטופלים.	3	15%	0.45
רמת הסיכון (ציון גבוה = סיכון נמוך) (5%)		קיים סיכון כי לצורך עמידה ביעדים וקבלת התמורה הכספית ספקים ינהגו באחת מן הדרכים המזיקות הבאות: שינוי הנתונים ודיווח מוטה לצורך עמידה ביעדים (תופעת gaming), הסטת משאבים (לא יעילה) משירות שאינו נמדד לצורך התמריץ לשירות שנמדד, פגיעה בתיעדוף מסיבות רפואיות לטובת עמידה ביעדים.	2	5%	0.1
גמישות (5%)		ניתן לעדכן את גובה התמריצים ואת הקריטריונים לקבלתם משנה לשנה, תוך ניסוי וטעייה.	5	5%	0.25
					3.76
				100%	

קטגוריה ב' - שיפור הניצולת של משאבים קיימים

חלופה 4: שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם					
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני ההמתנה לשירותי בריאות (8%)	שיפור ניצולת התשתיות במסגרת ההתייעלות של המבטחים והספקים צפוי גם לשפר זמינות של שירותים שונים. במקרים מסוימים, ההתייעלות אינה מספיקה ונדרשת תוספת משאבים.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	שיפור ניצולת התשתיות במסגרת ההתייעלות של המבטחים והספקים וייעול פיזור התשתיות הקיימות צפוי גם לשפר את נגישותם של שירותים שונים. במקרים מסוימים, התייעלות/פיזור יעיל אינם מספיקים ונדרשת תוספת משאבים.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	פיזור גיאוגרפי שוויוני יותר של תשתיות פיזיות ושל כוח אדם יביא לצמצום פערים בין פריפריה למרכז בנגישות וזמינות. האחדת שירותים של קופות החולים תביא לצמצום פערים בין מבטחי הקופות השונות. שיפור ניצולת חדרי ניתוח יתרום לצמצום הפערים בין אזרחים עם רקע חברתי-כלכלי שונה (שכן יצטמצם הצורך בפנייה לשירותים פרטיים ולביטוחים משלימים).	4	9%	0.36
יעילות (עלות/תועלת) (25%)		עקרונית מדובר בצעדים שמטרתם שיפור היעילות של פעילות השחקנים השונים ושל המערכת ככללותה.	5	25%	1.25
טווח זמן השפעה (10%)		חלק מן הצעדים לשיפור הניצולת ניתנים ליישום מיידי (כגון שיפור ניצולת חדרי ניתוח), אחרים ישפיעו רק בטווח הארוך (פתיחת מסלולי הכשרה לרופאים בפריפריה).	4	10%	0.4
ישימות מעשית (15%)		הישימות המעשית משתנה בין הצעדים השונים: פתיחת מסלולי הכשרה לרופאים בפריפריה דורשת לוגיסטיקה מורכבת וכך גם העתקת משאבים כגון תשתיות בית חולים. לשיפור ניצולת חדרי ניתוח ישימות מעשית גבוהה.	3	15%	0.45

חלופה 4: שיפור ניצולת תשתיות פיזיות וכוח אדם

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
ישימות פוליטית (15%)		הישימות הפוליטית משתנה בין הצעדים השונים: להאחדת שירותי הקופות עשויה להיות התנגדות מטעם הקופות הגדולות. להעלאת תעריפים של שירותים הפסדיים או להעלאת הקאפ צפויה התנגדות של האוצר והקופות. מבחני תמיכה לשיפור ניצולת חדרי ניתוח, חוזי "פולטיימרים" ועידוד העתקת תשתיות וכוח אדם לפריפריה לא צפויים להיתקל בהתנגדויות משמעותיות.	3	15%	0.45
רמת הסיכון (ציון גבוה= סיכון נמוך) (5%)		היות שלא מדובר בתוספת משאבים (עלויות שקועות) או בסיכונים לנזקים מיוחדים, הסיכון הוא נמוך.	4	5%	0.2
גמישות (5%)		הגמישות משתנה בין הצעדים השונים: העתקת תשתיות אינה מקנה הרבה גמישות לאחר מעשה, אך מבחני תמיכה לניצולת חדרי ניתוח הם גמישים וניתנים לשינוי משנה לשנה.	3	5%	0.15
3.9 100%					

חלופה 5: הגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבנות בין קופות החולים לספקים

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני ההמתנה לשירותי בריאות (8%)	גם להרחבת הסכמי הבחירה וגם להעלאת תעריפים הפסדיים צפויה אפקטיביות גבוהה בצמצום זמני המתנה.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	הרחבת הסכמי הבחירה אפקטיבית בתנאי שזו תתאפשר גם במקרים שבהם השירות המוצע למטופל אינו במרחק סביר (ולא רק כתלות בזמני המתנה, כפי שכתוב בחוזר המנכ"ל הקיים). העלאת תעריפים הפסדיים תסייע בצמצום מרחקים בעבור חלק מן השירותים.	4	8%	0.32

חלופה 5: הגדלת הגמישות בהתקשרויות וטיוב ההתחשבות בין קופות החולים לספקים

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	הרחבת הסכמי הבחירה תצמצם את אי-השוויון בין מבטחי הקופות שונות, אך בפרט באזור המרכז, שבו ישנן אלטרנטיבות רבות לקבלת שירות. העלאת התעריפים תצמצם את אי-השוויון בין בעלי ביטוחים משלימים ופרטיים ובין אלה שאין להם ביטוחים אלה. לשני הפערים בין מרכז לפריפריה, אך הם ישפרו במידה מסוימת את הנגישות והזמינות גם באזורים מרוחקים.	3	9%	0.27
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		היות ששני הצעדים יאפשרו ניצול טוב יותר של משאבים קיימים, הם יעילים כלכלית. קיימת עלות לקופות החולים, שיש לקחת בחשבון ולתקצב בהתאם.	4	25%	1.0
טווח זמן השפעה (10%)		לשני הצעדים תהיה השפעה מיידית על זמני המתנה ומרחקים בעבור חלק ניכר מהשירותים, ככל שיישמו בפועל.	5	10%	0.5
ישימות מעשית (15%)		נדרש מעקב של משרד הבריאות לבחינת הטמעת הצעדים ואכיפה במקרים שבהם לא ייושמו, כמו גם הסברה וליווי של הקופות במהלך.	3	15%	0.45
ישימות פוליטית (15%)		יתכן התנגדות חריפה מצד קופות החולים להרחבת הסכמי הבחירה ולהעלאת תעריפים של שירותים מסוימים, היות ששני המהלכים יגדילו את הוצאותיהן. על כן יידרש תקצוב של המהלך מטעם משרד האוצר, אשר עשוי להתנגד להגדלת תקציבים.	2	15%	0.3
רמת הסיכון (ציון גבוה= סיכון נמוך) (5%)		הסיכון העיקרי הוא בהגדלה משמעותית של הוצאות הקופות, ועל כן נדרש לבחון קיצוץ מקביל בתחומים אחרים והערכת העלות לקופות.	2	5%	0.1
גמישות (5%)		היות שמדובר בשינוי של נהלים והנחיות מטעם המשרד בלבד, ניתן לשנות ולתקן על פי ההתנסות בפועל.	5	5%	0.25
			3.51	100%	

חלופה 6: הרחבת מתן שירותים רפואיים מרחוק

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני ההמתנה לשירותי בריאות (8%)	החלופה תצמצם במידה מסוימת את זמני ההמתנה, היות שחלק מן הביקושים יקבלו מענה מרחוק מספקים מרוחקים יותר (ויסות עומסים).	3	8%	0.24
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	החלופה תצמצם באופן אפקטיבי את סוגיית המרחק של השירות בעבור שירותים שניתן לספקם באמצעים טכנולוגיים מרחוק.	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	החלופה תצמצם באופן אפקטיבי פערים בין מרכז לפריפריה בעבור שירותים שניתן לספקם מרחוק.	4	9%	0.36
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		פתרון זה יעיל יותר מבחינה כלכלית מהוספת משאבים פיזיים באזורים מרוחקים או ממיומן הסעת חולים/רופאים מהפריפריה למרכז ולהפך.	4	25%	1.0
טווח זמן השפעה (10%)		בתקופת הקורונה הוטמע טיפול מרחוק בשירותים רבים (למשל, רופא משפחה וייעוץ מומחה בטלפון ובזום), ועל כן הרחבת השימוש לשירותים ולספקים נוספים יכולה להתממש בטווח זמן קצר יחסית. הקמת מרכזים טכנולוגיים, אשר גם מאפשרים ביצוע בדיקות וטיפולים מסוימים מרחוק, עשויה לדרוש זמן התארגנות ממושך יותר. למטופלים מסוימים יידרש סיוע לשימוש בשירותים מרחוק.	4	10%	0.4
ישימות מעשית (15%)		תקופת הקורונה הסירה רבים מהחסמים בנושא (כגון התנגדויות של רופאים ומטופלים וחסמים טכנולוגיים), וכיום המערכת מוכנה מאוד להטמיע טכנולוגיות נוספות של טיפול מרחוק. הישימות המעשית גבוהה, גם אם לא בעבור כל בעלי המקצוע וכל המטופלים. יש לדאוג לתת מענה גם לאוכלוסיות בעלות אוריינות טכנולוגית נמוכה.	5	15%	0.75

חלופה 6: הרחבת מתן שירותים רפואיים מרחוק					
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
ישימות פוליטית (15%)		קיימת פתיחות גבוהה לנושא לאחר תקופת הקורונה. חשוב שהפתרון לא יחליף לחלוטין מתן מענה פיזי רגיל (במקרה כזה תעלה התנגדות מנציגי ציבור אשר מייצגים אוכלוסיות עם אוריינות טכנולוגית נמוכה ומיעוט גישה לטכנולוגיה – מיעוטים, קשישים, עולים וכיו"ב).	4	15%	0.6
רמת הסיכון (ציון גבוה = סיכון נמוך) (5%)		קיים סיכון באימוץ מרחיק לכת על חשבון מתן אלטרנטיבות לקבלת שירות פיזי (הזנחת אוכלוסיות עם נגישות ואוריינות נמוכה לטכנולוגיה), סיכון בירידת איכות הטיפול, סיכון בעלייה בביקושים.	2	5%	0.1
גמישות (5%)		השימוש בשיחות טלפון ובזום הוא גמיש למדי וביתן לבצע תקופת ניסיון בעבור השירותים השונים. הקמת מרכזים טכנולוגיים היא מחייבת יותר בשל ההשקעה בתשתיות וברכש טכנולוגי, בהכשרת כוח אדם וכיו"ב (עלויות שקועות).	3	5%	0.15
				100%	3.92

קטגוריה ג' - הוספת משאבים

חלופה 7: הגדלת התקציב השנתי של סל הבריאות					
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני ההמתנה לשירותי בריאות (8%)	היות שלא מדובר בתקציב צבוע למטרה מסוימת, אשר מקדמת צמצום זמני המתנה, אפקטיביות החלופה עשויה להיות מוגבלת.	2	8%	0.16
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	היות שלא מדובר בתקציב צבוע למטרה מסוימת, אשר מקדמת צמצום מרחק, אפקטיביות החלופה עשויה להיות מוגבלת.	2	8%	0.16
	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	היות שלא מדובר בתקציב צבוע למטרה מסוימת, אשר מקדמת צמצום פערים, אפקטיביות החלופה עשויה להיות מוגבלת.	2	9%	0.16
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		הגדלת התקציב הכולל של סל הבריאות בהתאם למקדמים מתאימים היא צעד נכון בפני עצמו, אולם היא לא בהכרח יעילה בקידום מטרות ספציפיות, כגון הגדלת נגישות וזמינות, אם כי סביר להניח שהיא תביא לשיפור מסוים גם בהן.	2	25%	0.5
טווח זמן השפעה (10%)		אם תהיה השפעה על נגישות וזמינות היא תהיה בטווח הארוך, שכן התקציב הנוסף יוקצה על ידי הקופות למטרות שונות ולא מיידיית למטרה זו.	2	10%	0.2
ישימות מעשית (15%)		נדרש תחשיב מקצועי ומהימן של המקדמים המתאימים, המשקפים את הזדקנות האוכלוסייה, עליית המחירים ושיפורים טכנולוגיים. ניתן לבצע על ידי הקמת צוות מקצועי.	5	15%	0.75
ישימות פוליטית (15%)		הסיבה שעד כה לא נעשה שינוי זה היא חששו של משרד האוצר מאובדן השליטה על תקציב הבריאות ומרצונם של פקידי האוצר לקבוע אד הוק תוספות לתקציב, וכן לצבוע את התוספות למטרות מסוימות. ההתנגדות של משרד האוצר למהלך צפויה להיות חריפה וקשיחה. שאר השחקנים במערכת יתמכו במהלך של הגדלת תקציב הסל וקיים קונצנזוס ביניהם על הצורך בכך (אם כי לאו דווקא יסכימו על השיטה).	2	15%	0.3

חלופה 7: הגדלת התקציב השנתי של סל הבריאות					
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
רמת הסיכון (ציון גבוה = סיכון נמוך) (5%)		הסיכון העיקרי הוא בשימוש לא יעיל בתוספת התקציבית, אשר לא נצבעה למטרות ספציפיות, ובגידול בביקושים עם הגידול בהיצע (כשל ידוע בכלכלת בריאות בשל פערי מידע וסיכון מוסרי, moral hazard).	2	5%	0.1
גמישות (5%)		שינוי מסוג זה הוא שינוי קבוע לתחשיב התקציב, אשר ידרוש מאבק פוליטי משמעותי, ולכן סביר להניח שלא ישונה בתדירות גבוהה. עם זאת, מדובר בשינוי נהלים/כללי משחק ולא בעלויות שקועות.	3	5%	0.15
			2.48	100%	

חלופה 8: עדכון נוסחת הקפיטציה					
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני ההמתנה לשירותי בריאות (8%)	החלופה צפויה להיות אפקטיבית בצמצום זמני המתנה בפריפריה, שכן היא תאפשר תתמרץ הוספת משאבים ושירותים על ידי הקופות (עם זאת, התקציב לא צבוע להוצאה בפריפריה). החלופה לא צפויה לשפר זמני המתנה במרכז.	3	8%	0.24
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	החלופה צפויה להיות אפקטיבית בצמצום מרחקים בפריפריה, שכן היא תאפשר ותתמרץ הוספת משאבים ושירותים על ידי הקופות (עם זאת, התקציב לא צבוע להוצאה בפריפריה).	4	8%	0.32
	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	החלופה צפויה להיות אפקטיבית בצמצום אי-שוויון חריף בין המרכז לפריפריה, שכן היא תאפשר ותתמרץ הוספת משאבים ושירותים על ידי הקופות (עם זאת, התקציב לא צבוע להוצאה בפריפריה).	4	9%	0.36

חלופה 8: עדכון נוסחת הקפיטציה

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		היות שכיום מבוטחים מן הפריפריה הם "הפסדיים" עבור קופות החולים, יהיה זה יעיל לשנות את מערך התמריצים ולשפר את הכדאיות של ביטוח תושבי הפריפריה. צעד זה יתמרץ את הקופות לשפר את הנגישות והזמינות של שירותים באזורים אלו ובכך למשוך מבוטחים. כמו כן, לא מדובר בתוספת תקציבית, אלא בחלוקה פנימית יעילה יותר של התקציב הקיים. עם זאת, הקצאת התקציב לקופות עם מבוטחים בפריפריה לא מבטיחה שהקופות אכן ישקיעו את התקציב הנוסף לטובת מבוטחים אלה.	3	25%	0.75
טווח זמן השפעה (10%)		טווח הזמן בינוני, היות שייקח לקופות החולים כמה שנים להגיב ולייצר את השינויים הנדרשים בנגישות ובזמינות השירותים בפריפריה.	3	10%	0.3
ישימות מעשית (15%)		ניתן ליישם את החלופה על יד הקמת צוות מקצועי במשרד הבריאות, אשר ייצור תחשיב נכון יותר של נוסחת הקפיטציה, המשקף בצורה טובה את העלות האמיתית של מבוטחים בפריפריה.	5	15%	0.75
ישימות פוליטית (15%)		היות שלא מדובר בתוספת תקציבית, אלא בחלוקה פנימית שונה של התקציב, לא צפויה התנגדות משמעותית של האוצר. קופות אשר פועלות כיום בהרחבה בפריפריה (כללית) יתמכו במהלך, וקופות שאינן פועלות בהרחבה בפריפריה יתנגדו (מכבי). שתי הקופות הקטנות (לאומית ומאוחדת) עשויות לדרוש תקציב תוספתי לצורך הרחבת תשתיות בפריפריה (ליצירת האפשרות להתחרות על מבוטחים). ספקים בפריפריה יתמכו במהלך, שכן השינוי יקנה להם יתרון בהסכמים מול הקופות, אשר ירצו לתת למבוטחי הפריפריה מגוון רחב יותר של ספקים על מנת להתחרות עליהם.	3	15%	0.45
רמת הסיכון (ציון גבוה= סיכון נמוך) (5%)		הסיכון אינו גבוה, שכן ניתן להיכנס לתהליך של ניסוי וטעייה בשינויים בנוסחה לפי התוצאות בשטח. עם זאת, קיים חשש כי הכסף שיוקצה על פי פיזור המבוטחים לא בהכרח יושקע בפועל במבוטחים מן הפריפריה.	3	5%	0.15

חלופה 8: עדכון נוסחת הקפיטציה				
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל
גמישות (5%)		המהלך הוא גמיש, ללא עלויות שקועות, לכן סביר להניח שניתן יהיה לבצע בו התאמות משנה לשנה.	5	5%
			3.57	100%

חלופה 9: הוספת בתי חולים בפריפריה הדרומית והצפונית				
קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל
אפקטיביות (25%)	אפקטיביות בצמצום זמני ההמתנה לשירותי בריאות (8%)	החלופה צפויה להיות אפקטיבית בהינתן תמרוץ כוח אדם נוסף. רלוונטית רק לשירותים מסוימים ולאזור הדרום.	3	8%
	אפקטיביות בצמצום המרחק מבית המטופל (8%)	החלופה צפויה להיות אפקטיבית בהינתן בחירת מיקום גיאוגרפי אשר משפר משמעותית את פריסת השירותים בפריפריה. הוספת בתי חולים בערים הגדולות (חיפה ובאר שבע) תשפר מרחקים רק באופן מוגבל.	3	8%
	אפקטיביות בצמצום אי-השוויון בזמן ו/או במרחק בין קבוצות אוכלוסייה שונות (9%)	החלופה צפויה להיות אפקטיבית בצמצום אי-שוויון חריף בין מרכז לפריפריה בשכיחות משאבים, בהינתן שבתי החולים החדשים לא יהיו בבעלות אחת מהקופות. המהלך יצמצם גם פערים בין מבוטחי הקופות השונות.	4	9%
יעילות (עלות/ תועלת) (25%)		החלופה תהיה יעילה רק בכמה תנאים: הוספת בתי חולים חדשים בדרום, בעוד שבצפון יעילה יותר העתקת קמפוסים; הוספת בתי חולים בבעלות ממשלתית או מלכ"ר שאינו קופה (למניעת עיוותי שוק כגון מונופול או דואפול); הוספת בתי חולים המעניקים רק שירותים שאכן יש בהם צורך באזור ולא את כל סוגי השירותים (למשל, מחלקות מיון וטיפול נמרץ); תמרוץ אפקטיבי של כוח אדם לפעול בפריפריה על מנת למנוע תחרות מוגברת על כוח האדם הקיים או השבתת התשתיות הפיזיות החדשות בשל מחסור בכוח אדם.	3	25%
טווח זמן השפעה (10%)		המהלך צפוי להשפיע בטווח זמן ארוך, היות שמדובר בתהליך הקמה של כמה שנים לכל הפחות.	2	10%

חלופה 9: הוספת בתי חולים בפריפריה הדרומית והצפונית

קריטריון	תת-קריטריון	ניתוח	ציון	משקל	ציון משוקלל
ישימות מעשית (15%)		המהלך דורש תכנון לטווח ארוך, על פני כמה קדנציות של שר/מנכ"ל, תכנון נכון של פיזור כוח אדם, פיזור קמפוסים קיימים לפני הוספת חדשים, ומיפוי השירותים הנמצאים בחסר, שיש לכלול בשירותי בתי החולים החדשים.	3	15%	0.45
ישימות פוליטית (15%)		המהלך דורש תקציב תוספתי משמעותי למשרד הבריאות (עשוי להיתקל בהתנגדות של האוצר), צפוי קושי במציאת גוף שאינו קופת חולים אשר יהיה מוכן לקחת על עצמו את הפריקט, צפויה התנגדות של קופות חולים מכבי וכללית, אשר יצטרכו להתמודד עם תחרות נוספת בדרום. הנושא נמצא על סדר היום של השר הנוכחי ויקבל נראות ציבורית משמעותית, אשר הופכת אותו לכדאי מבחינה פוליטית לשר/מנכ"ל/ממשלה.	4	15%	0.6
רמת הסיכון (ציון גבוה = סיכון נמוך) (5%)		רמת הסיכון גבוהה, היות שמדובר בעלויות שקועות גבוהות שלא ניתן להחזירן אם הצעד יתגלה כלא יעיל (סיכון להיווצרות "פיל לבן"). קושי רב בהבאת כוח אדם לפריפריה עשוי להפוך את התשתיות הפיזיות שיתווספו לבלתי שמישות. קיימים צמתיים רבים לטעויות בשיקול דעת ולהשפעה לרעה של שחקנים על ההחלטות השונות.	1	5%	0.05
גמישות (5%)		המהלך הוא בלתי גמיש בשל העלויות השקועות שבהקמת תשתיות פיזיות יקרות.	0	5%	0
				100%	2.89

נספח ב': גאנט תוכנית עבודה

שנה ראשונה				שנה שנייה				שנה שלישית				שנה רביעית				שנה חמישית			
רבעון 1	רבעון 2	רבעון 3	רבעון 4	רבעון 5	רבעון 6	רבעון 7	רבעון 8	רבעון 9	רבעון 10	רבעון 11	רבעון 12	רבעון 13	רבעון 14	רבעון 15	רבעון 16	רבעון 17	רבעון 18	רבעון 19	רבעון 20
בניית תוכנית עבודה אחודה רב-שנתית לצמצום זמני המתנה ומרחק והקצאת תקציב תוספתי ייעודי מתחדש				המשך תקצוב התוכנית לצמצום זמני המתנה ומרחקים משירותי בריאות באמצעות תקציב תוספתי ייעודי, המתחדש משנה לשנה (חיצוני לסל)				המשך תקצוב התוכנית לצמצום זמני המתנה ומרחקים משירותי בריאות באמצעות תקציב תוספתי ייעודי, המתחדש משנה לשנה (חיצוני לסל)											
				מבחן תמיכה לספקים וקופות – מענק בעבור ניטור ארבעה נתונים במערכות המחשוב: תאריך פנייה ראשונית של המטופל לספק, תאריך קבלת השירות בפועל, כתובת מגורי המטופל וכתובת מוקד מתן השירות				המשך מבחן תמיכה – מענק בעבור ניטור נתונים במערכות המחשוב של הספק/המבטח				התניית רישיונות ספקים ומבטחים בניטור ודיווח נתוני זמן המתנה ומרחקים				המשך מבחן תמיכה – מענק במקרים שבהם נראה שיפור בזמני המתנה ומרחקים חציוניים/ממוצעים משנה קודמת			
				התראה על התניית רישיונות ספקים ומבטחים בניטור ודיווח זמני המתנה ומרחקים החל משנה רביעית (רבעון 13)				עדכון מבחן תמיכה – מענק מוגדל בעבור דיווח הנתונים המלאים מן השנה החולפת למטה משרד הבריאות על פי המתודולוגיה שמוכתבת על ידי המשרד (ללא תלות בזמנים ובמרחקים המדווחים בשלב זה)				עדכון מבחן תמיכה – מענק במקרים שבהם נראה שיפור בזמני המתנה ומרחקים חציוניים/ממוצעים משנה קודמת				עדכון מבחן תמיכה – מענק מוגדל בעבור עמידה ביעדי זמן המתנה ומרחק מקסימליים (ככל שהללו נקבעו על ידי הצוות הבין-משרדי)			
				הקצאת כוח אדם במטה המשרד לטיוב מתודולוגית ניטור נתוני היצע כוח אדם ומשאבים ל-1,000 נפש				איסוף חד-שנתי של נתוני היצע כוח אדם ומשאבים ל-1,000 נפש על פי המתודולוגיה החדשה שנקבעה				מינוי צוות בין-משרדי לבחינת הצבת יעדים לזמני המתנה ומרחקים מקסימליים – הגשת מסקנות והמלצות לשר עד תום השנה (רבעון 16)				המשך עבודת הצוות הבין-המשרדי - בחינת חיוב הקופות לשיפוי המבוטחים בעבור עלויות נסיעה, ימי עבודה או צריכת השירותים מספק חיצוני כאשר אינן עומדות ביעדי זמן המתנה ומרחק מקסימליים (יישום לאחר התראה וזמן התארגנות של שנה - שנתיים)			
												המשך איסוף חד-שנתי של נתוני היצע כוח אדם ומשאבים ל-1,000 נפש על פי המתודולוגיה החדשה שנקבעה							

שיפור רמת הטיפול והאגרגציה ל-1,000

שיפור רגולציה ממוקדת זמני המתנה ומרחק

שנה ראשונה				שנה שנייה				שנה שלישית				שנה רביעית				שנה חמישית			
רבעון 1	רבעון 2	רבעון 3	רבעון 4	רבעון 5	רבעון 6	רבעון 7	רבעון 8	רבעון 9	רבעון 10	רבעון 11	רבעון 12	רבעון 13	רבעון 14	רבעון 15	רבעון 16	רבעון 17	רבעון 18	רבעון 19	רבעון 20
שיפור ניצולת משאבים קיימים				מבחן תמיכה חד-שנתי מתעדכן לקופות החולים ולמרפאות חוץ של בתי החולים לעידוד שירותי רפואה מרחוק		הצעת סל מבחני תמיכה חד-שנתיים מתעדכנים לשיפור ניצולת תשתיות פיזיות קיימות (חדרי ניתוח, מכשור טכנולוגי, האחדת שירותי קופות)		העברת תקציב צבוע לקופות החולים לצורך הקמת מרכזים טכנולוגיים בפריפריה (המאפשרים קישור של מטופלים עם מומחים וביצוע בדיקות/טיפולים מסוימים מרחוק)				המשך מעקב ועל פי צורך: עדכון מבחן תמיכה לעידוד שירותי רפואה מרחוק ו/או העברת תקציבים צבועים למימון תוספת תשתיות לשירותי רפואה מרחוק							
				קידום ותקצוב העתקת קמפוסים ותשתיות מאזורים שבהם תחרות גבוהה (דוגמת חיפה) לפריפריה עמוקה ומרוחקת יותר															
				בניית תוכנית לשיפור ניצולת כוח אדם		תקצוב הטסה/הסעה של רופאים ממקצועות נדרשים לימים מרוכזים של מתן שירות בפריפריה המרוחקת		קידום ותקצוב פתיחת מסלולי הכשרה נוספים בפריפריה (לשלב הלימודים וההתמחות) לצוותי רפואה וסיעוד (מתן עדיפות בקבלה לילידי פריפריה)				המשך מעקב ועל פי צורך: עדכון מבחני תמיכה לשיפור ניצולת תשתיות פיזיות, ליווי תהליכי העתקת קמפוסים							
						תקצוב תמריצים כספיים ישירים לרופאים במקצועות נדרשים לפעול חלק מזמנם גם בפריפריה (מענקים)													
						הצעת חוזה "פולטיימרים" לתמרוץ פעילות של רופאים באופן בלעדי בשירות הציבורי		תקצוב מלגות "חזרה לשירות" למימון סטודנטים לרפואה וסיעוד אשר מתחייבים לפעול בפריפריה לאחר לימודיהם או לבחור בהתמחות במקצוע במצוקה				המשך מעקב ועל פי צורך: המשך תקצוב הטסה/הסעת רופאים לפריפריה, עדכון תמריצים כספיים לרופאים לפעילות בפריפריה, עדכון תנאי חוזה "פולטיימרים", עדכון תנאים למלגות חזרה לשירות, ליווי פתיחת מסלולי הכשרה בפריפריה							
						הקמת צוות בין-משרדי לבחינת הגמשת/ביטול הסדרי הבחירה של קופות החולים עם ספקי השירותים													
		הקמת צוות בין-משרדי לבחינת תעריפי שירותי בריאות הפסדיים		הגשת המלצות הצוות לשר הבריאות ושר האוצר, והחלטה על תוכנית פעולה				ליווי שלב ההטמעה של תוכנית הפעולה בנושא הגמשת/ביטול הסדרי הבחירה של הקופות מינוי גורמים ייעודיים לנושא במטה משרד הבריאות, המשך מפגשי הצוות הבין-משרדי למעקב אחר היישום, הקצאת תקציב למימון עלות המהלך לקופות											
		הקמת צוות בין-משרדי לבחינת עדכון נוסחת הקפיטציה		הגשת המלצות הצוות לשר הבריאות ושר האוצר, והחלטה על תוכנית פעולה															
הוספת משאבים				תקצוב הקמת בית חולים בבעלות ממשלתית/ מלכ"ר שאינו קופה בפריפריה הדרומית (בחינת הקמה ללא מיון וטיפול נמרץ)		יישום החלטות בנושא עדכון נוסחת הקפיטציה הגדלה וטיוב של רכיב הריחוק ממרכזי אוכלוסייה				מעקב אחר השימושים של הקופות בתקצוב הנוסף להגדלת תשתיות בפריפריה, המשך טיוב ועדכון הנוסחה על פי צורך בפריפריה, המשך טיוב ועדכון הנוסחה על פי צורך									
				לאחר בחירת הגורם המקים את בית החולים – ליווי תהליך ההקמה (נקודות למעקב: תהליכי גיוס כוח אדם רפואי ומסייע, בחירת שירותים בהיצע נמוך באזור)															

Hurst, J. and Siciliani, L. (2003). [Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparison of policies in twelve OECD countries](#). OECD, Health Working Paper No. 6, OECD.

OECD (2012). [OECD reviews of health care quality: Israel](#).

OECD (2003). [Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries](#).

Siciliani, L., Borowitz, M. and Moran, V. (2013). [Waiting times in the health care sector: What works?](#) OECD Health Policy Studies, OECD.

Siciliani, L., Moran, V. and Borowitz, M. (2014). [Measuring and comparing healthcare waiting times in OECD countries](#). Health Policy, 118(3):292-303.



הערות ומקורות

- 1 משרד הבריאות (1994). חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 2 חניניץ, ד' וגראו, א' (2015). הפרטה במערכת הבריאות. בתוך: "גל-נור, א' פז-פוקס ונ' ציון (עורכים). מדיניות ההפרטה בישראל: אחריות המדינה והגבולות בין הציבורי לפרטי. עמ' 238–264. מכון ון-ליר בירושלים: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- 3 בן נון, גבי, שני, מ' וברלוביץ, י'. (2010). מערכת הבריאות בישראל. הוצאת עם עובד.
- 4 משרד הבריאות (1994). חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 5 הוסטובסקי, ר' (2016). תפקידו של בית המשפט בקביעת קריטריונים לצורך מימוש הזכות לקבלת שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים. מעשי משפט, כרך ח'.
- 6 הוסטובסקי, ר' (2016). תפקידו של בית המשפט בקביעת קריטריונים לצורך מימוש הזכות לקבלת שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים. מעשי משפט, כרך ח'.
- 7 צ'רניחובסקי, ד' ובוורס, ל' (2016). מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי. מרכז טאוב.
- 8 פילוט, א' (2019). משרד הבריאות הורה: קופות החולים יפרסמו זמני המתנה לרופאים. כלכליסט, 21.8.19.
- 9 אתר משרד הבריאות. זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה (<https://gis.health.gov.il/waitingtime>).
- 10 משרד הבריאות (2014). זמני המתנה לניתוחים - אלקטיביים שנת 2014 חציון - מסמך לפרסום.
- 11 OECD, Health Statistics.
- 12 משרד הבריאות (2014). זמני המתנה לניתוחים - אלקטיביים שנת 2014 חציון - מסמך לפרסום.
- 13 צ'רניחובסקי, ד' ובוורס, ל' (2016). מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי. מרכז טאוב.
- 14 זרקא, ס' (2021). אי שוויון גאוגרפי במערכת הבריאות. מושב ביום עיון לזכרו של פרופ' דב צ'רניחובסקי ז"ל, מרכז טאוב.
- 15 כרמן, ר' (2021). אי שוויון גאוגרפי במערכת הבריאות. מושב ביום עיון לזכרו של פרופ' דב צ'רניחובסקי ז"ל, מרכז טאוב.

- 16 מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות (2013). המלצות ועדות בנושא מערכת הבריאות.
- 17 הוסטובסקי, ר' (2016). תפקידו של בית המשפט בקביעת קריטריונים לצורך מימוש הזכות לקבלת שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים. מעשי משפט, כרך ח'.
- 18 משרד הבריאות (2014). הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית: דין וחשבון.
- 19 משרד הבריאות (2010). חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים: שירותים בתחום התפתחות הילד.
- 20 הוסטובסקי, ר' (2016). תפקידו של בית המשפט בקביעת קריטריונים לצורך מימוש הזכות לקבלת שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים. מעשי משפט, כרך ח'.
- 21 קרפיבקה-ליון, ש' ושואף ה' (2012). הבטחת זמני המתנה סבירים במערכת הבריאות הציבורית. תחום תכנון, האגף לתכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות.
- 22 משרד הבריאות (2014). זמני המתנה לניתוחים - אלקטיביים שנת 2014 חציון - מסמך לפרסום.
- 23 OECD, Health Statistics.
- 24 אתר בית חולים איכילוב. זמני המתנה מקוצרים לניתוחים ובדיקות פולשניות.
- 25 אתר משרד הבריאות, זמני המתנה לרפואה יעצת בקהילה.
- 26 פילוט, א' (2019). משרד הבריאות הורה: קופות החולים יכרסמו זמני המתנה לרופאים, כלכליסט, 21.8.19.
- 27 משרד הבריאות (2020). זמני המתנה לניתוחים ופרוצדורות בבתי חולים. חוזר מנכ"ל.
- 28 Beven, G. and Hood, C. (2006). What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system. Public Administration, Vol. 84(3): 517-538.
- 29 Schaafsma, J., Pantazi, S. V., Moehr, J. R., Anglin, C. R. and Grimm, N. A. (2007). An economic evaluation of a telehealth network in British Columbia. Journal of Telemedicine and Telecare, 13(5): 251-256.
- 30 Mathews, M., Heath, S. L., Neufeld, S. M. and Samarasena, A. (2013). Evaluation of physician return-for-service agreements in Newfoundland and Labrador. Healthcare Policy, 8(3), 42-56.
- 31 NOSM Website. THE NOSM Challenge – Strategic plan 2021-2025.

32 Schaafsma, J., Pantazi, S. V., Moehr, J. R., Anglin, C. R. and Grimm, N. A. (2007). *An economic evaluation of a telehealth network in British Columbia*. Journal of Telemedicine and Telecare, 13(5): 251-256.

Blank lined paper for writing.

יסודות - למדיניות ציבורית ולציונות מעשית (ע"ר) הוא מכון לעיצוב מדיניות, העוסק באתגריה של מדינת ישראל בתחומי הכלכלה והחברה. המכון נוסד בשנת 2019 על ידי התנועה הקיבוצית, תנועת המושבים, התאחדות הארגונים הכלכליים הקיבוציים וקרן ברל כצנלסון. פעילות יסודות נטועה בציונות המעשית – ההתיישבות החקלאית – ובערכים שהיא משרתת, והיא מבוססת על עקרונות היסוד של הציונות החברתית: סולידריות, מעורבות המדינה במשק מתוך אחריותה לרווחת כלל אזרחיה, חיזוק הפעילות הקואופרטיבית ושאיפה מתמדת להגברת השוויון החברתי והכלכלי.

עוד על מכון יסודות: www.yfpp.org.il

 [/yesodotorg](https://twitter.com/yesodotorg)

 [/yesodot.org](https://www.facebook.com/yesodot.org)

 [/company/yesodotorg](https://www.linkedin.com/company/yesodotorg)

