

1974-2024

50



מאירס ג'וינט
ברוקדייל

השינוי בתמהיל הניתוחים בישראל בעקבות התוכנית "קיצור תורים לניתוחים במימון ציבורי"

שולי ברמלי-גרינברג אילה בורגר נדב פן

עריכת לשון: סיגל אשכנזי
תרגום לאנגלית (תקציר): דוד סימר
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו.

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | כסלו תשפ"ה | דצמבר 2024

תקציר

רקע

לפני כעשור החלה להתגבש רפורמה רחבת היקף שנועדה להשפיע על השוק הפרטי והציבורי של מערכת הבריאות – שני מגזרים שיש ביניהם יחסי תלות הדדיים. רפורמה זו נקראה בפי רבים 'התוכנית לקיצור תורים לניתוחים במימון ציבורי' (להלן: תוכנית הקצ"תים), והיא לא הוצגה למערכת כרפורמה אלא כסדרת מבחני תמיכה הניתנים על ידי משרד הבריאות לבתי חולים ולקופות החולים על בסיס עמידה ביעדים. התוכנית החלה עם מבחן תמיכה לקופות החולים ב-2016 בסך 240 מיליון ש"ח, ב-2017 ניתנו 358 מיליון ש"ח, ומ-2018 ועד 2024 ניתנה תוספת של כ-1,100 מיליון ש"ח בכל שנה. [בהחלטת הממשלה 1189](#) מתאריך 27 בדצמבר 2023 הוחלט לשנות את מנגנון המימון של התוכנית עבור קופות החולים, ולהעביר לתקציב הסל סכום של 891 מיליון ש"ח בגין תוכנית הקצ"תים. החלטה זאת הייתה חלק מהחלטה רחבה יותר להגדלת תקציב הסל בסכום של 3.7 מיליארד ש"ח. אגף בכיר לתכנון תקצוב ותמחור במשרד הבריאות פנה למכון מאיר-רס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך את המחקר הנוכחי כדי לבחון את יישום התוכנית ואת השינויים במערכת בעקבותיה.

מטרות המחקר

1. לבחון כיצד מגדירים מקבלי ההחלטות את מטרותיה, את דרכי יישומה ואת השפעותיה של התוכנית
2. לבחון כיצד מגדירים אנשי המקצוע בשטח והמומחים את מטרותיה, את דרכי יישומה ואת השפעותיה של התוכנית ולהשוות את הגדרותיהם לאלו של מקבלי ההחלטות
3. לבחון כיצד תופסים שחקנים מרכזיים במערכת את השינוי בתמהיל הניתוחים במערכת הפרטית והציבורית בעקבות יישום התוכנית

מתודולוגיה וכלי מחקר

המחקר שילב בין שלושה כלים איכותניים: סקירה של מסמכי מדיניות, ראיונות עומק וסקר דלפי.

- סקירה של מסמכי מדיניות: ניתוח מסמכי מדיניות רשמיים שפורסמו מ-2014 ועד ביצוע המחקר וכללו מסמכים שהופצו להערות הציבור בנושא התוכנית, מבחני תמיכה, תקנות, דוחות מסכמים על פעולות קופות החולים ותוכניות שב"ן (שירותי בריאות נוספים), וכן נותחו מסמכים אשר ליוו את גיבוש התוכנית והוצגו למקבלי החלטות אך לא פורסמו לקהל הרחב
- ראיונות עומק: ניתוח מסמכי המדיניות שימש בסיס לבניית שאלון חצי-מובנה לראיונות עומק עם אנשי מקצוע ממשרד הבריאות וממשרד האוצר אשר היו או ממתכנני התוכנית או מופקדים על ביצועה
- סקר מומחים מסוג דלפי: השאלון נבנה על בסיס סקירת מסמכי המדיניות וראיונות העומק ונשלח ל-55 אנשי מקצוע שרשומים ברשימת ההפצה של האגף לתקצוב תכנון ותמחור של משרד הבריאות

ממצאים

מכיוון שהתוכנית לא לוותה במסמך פורמלי, לא היו לה מטרות מוצהרות. אולם בסקירת מסמכי המדיניות ובראיונות העומק זוהו תשע מטרות. שחקנים שונים הצהירו על מטרות מתוכננות שונות שאומנם אינן מנוגדות בהכרח, אך אפשר להשיג בדרכים שונות על ידי שימוש בכלים כלכליים ובתמריצים שונים ותוצאותיהן נמדדות במדדים שונים. ריבוי המטרות בא לידי ביטוי ביישום התוכנית ובהשפעותיה על השחקנים השונים. ממצא מרכזי במחקר היה שבתי חולים פרטיים בבעלות קופת חולים היו שחקן חשוב ביישום תוכנית הקצ"תים, והתוצאות בשנים הראשונות הראו שסכום ניכר מתקציב התוכנית הועבר אליהם.

סיכום ודיון

הסיבה העיקרית להחלטה על התוכנית הייתה סוגיית המימון והביטוח הוולונטרי. התוכנית נועדה להשפיע על השוק הפרטי והציבורי של מערכת הבריאות, שיש ביניהם יחסי תלות הדדיים, ולצמצם את ההשפעות השליליות של הגידול במימון הפרטי על חשבון המערכת הציבורית. ממצאי המחקר מלמדים שהתוכנית אכן הביאה לשינוי במקורות המימון ובתמהיל השימוש בביטוחי הבריאות (ציבורי לעומת שב"ן) לצד גידול בשיעור הניתוחים במימון סל הבריאות והפחתת שיעור הניתוחים בתוכניות שב"ן. עם זה לא ברור אם המטרה, שהוגדרה כקיצור תורים למטופלים במימון ציבורי, אכן הושגה בפועל. נוסף על כך מסקירת ההשפעות של יישום התוכנית עלה כי התוכנית חיזקה את מעמד בתי החולים הפרטיים בבעלות קופת חולים שהיו שחקן חשוב ביישומה. מערכת האשפוז הפרטית הגדילה את מעגל מטופליה והרחיבה את מקורות התקציב שלה. יש לציין שלתוצאה זו יש היבטים חיוביים כגון הגדלת השוויוניות בין בעלי ביטוח שב"ן/מסחרי לבין חסרי ביטוח כזה וצמצום התורים במערכת בכללותה.

דברי תודה

אנו מבקשים להביע את תודתנו הכנה לנדב בן יוסף על שיזם והזמין את המחקר מטעם האגף הבכיר לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות והמשיך ללוות את תהליך המחקר גם לאחר סיום תפקידו במשרד. תודתנו נתונה גם לידידיה שרלו, מחליפו בתפקיד, ולצוותו על תמיכתם בהשלמת המחקר ועל הערותיהם והארותיהם לממצאים ולדוח הסופי.

אנו מוקירים תודה לליאור ברק, ראש אגף פיקוח על קופות החולים ותוכניות השב"ן במשרד הבריאות, כיוון שליווה את המחקר לכל אורכו ותרם רבות בהערותיו המקצועיות לממצאים ולדוח.

תודה מיוחדת מופנית למומחים שהקדישו מזמנם וענו על השאלונים בסקר הדלפי, ותרמו מן הידע ומן הניסיון שלהם.

תוכן עניינים

1	1. רקע
1	1.1 הוצאה פרטית מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות
2	1.2 ביטוחי בריאות וולונטריים
4	2. מטרות המחקר
5	3. שיטת המחקר
5	3.1 סקירה של מסמכי מדיניות
5	3.2 ראיונות עומק
5	3.3 סקר דלפי
6	3.4 אתיקה
7	4. ממצאים
7	4.1 מטרות התוכנית, דרכי יישומה והשפעותיה על פי קובעי המדיניות
12	4.2 מטרות התוכנית, דרכי יישומה והשפעותיה על פי אנשי מקצוע
17	4.3 השפעת התוכנית על תמהיל הניתוחים בין המערכת הפרטית לציבורית על פי אנשי המקצוע
22	5. מגבלות המחקר
23	6. סיכום ודיון
27	7. המלצות לקובעי מדיניות
28	מקורות

רשימת תרשימים

1	תרשים 1: שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית על בריאות בשנים 2010-2022
2	תרשים 2: שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות מן התמ"ג ב-2019 במדינות ה-OECD לפי הוצאה פרטית והוצאה ציבורית ושיעור ההוצאה הפרטית מן ההוצאה הכוללת על בריאות
3	תרשים 3: בעלות על ביטוח בריאות וולונטרי באוכלוסייה הבוגרת בשנים 1999-2021
9	תרשים 4: מבחני התמיכה בקופות החולים לפי סיווגם לתוכניות איזון וייצוב ולתוכנית הקצ"תים
13	תרשים 5: הרלוונטיות של המטרה 'הגדלת השוויון בין המבוטחים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה
13	תרשים 6: הרלוונטיות של המטרה 'צמצום יוקר המחיה' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה

- 14 תרשים 7 : הרלוונטיות של המטרה 'ניצול הזדמנויות להגדלת תקציב מערכת הבריאות' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה
- 14 תרשים 8: הרלוונטיות של המטרה 'מצבור בתי החולים הפרטיים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה
- 15 תרשים 9: הרלוונטיות של המטרה 'קיצור תורים במימון הציבורי' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה
- 15 תרשים 10: הרלוונטיות של המטרה 'חיזוק בתי החולים הציבוריים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה
- 16 תרשים 11: הרלוונטיות של המטרה 'הפחתת ההוצאה הלאומית על בריאות' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה
- 16 תרשים 12: הרלוונטיות של המטרה 'צמצום הגידול בהוצאות שכר הרופאים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה
- 18 תרשים 13: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הקצרים והפשוטים, לפי מקור מימון
- 18 תרשים 14: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הארוכים והמורכבים, לפי מקור מימון
- 19 תרשים 15: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים מנתחים מכמה דיסציפלינות, לפי מקור מימון
- 19 תרשים 16: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים טכנולוגיות מתקדמות, לפי מקור מימון
- 20 תרשים 17: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הקצרים והפשוטים, לפי סוג בית החולים המבצע
- 21 תרשים 18: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הארוכים והמורכבים, לפי סוג בית החולים המבצע
- 21 תרשים 19: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים מנתחים מכמה דיסציפלינות, לפי סוג בית החולים המבצע
- 22 תרשים 20: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים טכנולוגיות מתקדמות, לפי סוג בית החולים המבצע
- 24 תרשים 21: תהליך ההערכה של תוכנית הקצ"תים

1. רקע

שירותי בריאות הם מוצר חשוב ביותר לציבור. שלא כמו מזון ומגורים, שאין כמעט ויכוח על אחריותו של הציבור לממנם מכיסו ולדאוג להספקתם, מקובל כי יש צורך במערכת בריאות ציבורית חזקה ומקיפה כדי להבטיח תוצאות מספקות באיכות השירותים ורמת בריאות נאותה של האוכלוסייה (ר' לדוגמה: [WHO], 2010, 2015; Rosen & Gayer, 2010).

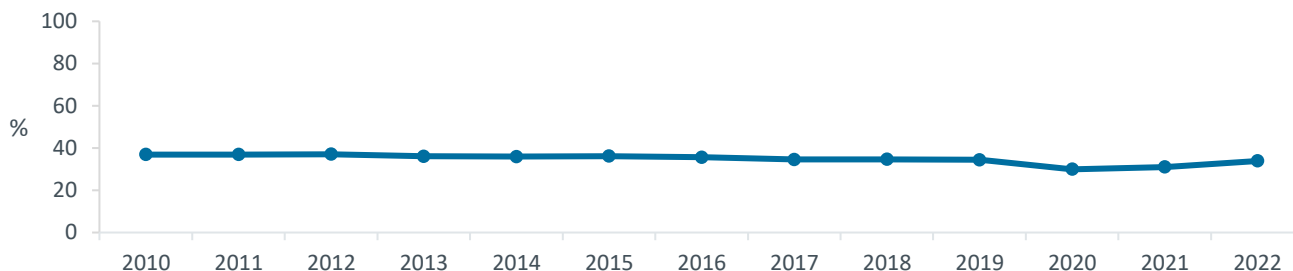
המימון של שירותי הבריאות ברוב מדינות העולם המערבי הוא בעיקר ציבורי. במדינות ה-OECD המימון הציבורי נרחב יחסית ומכסה בממוצע כ-72% מכלל ההוצאות על בריאות. אך השירותים האלה לרוב לא עונים במלואם על הביקוש. כדי לצמצם את הפער בין הביקוש לשירותי בריאות להיצע הציבורי, בכל המדינות יש מנגנוני מימון פרטי עבור שירותי בריאות נבחרים לצד או במשולב עם המערכת הציבורית (Thomson et al., 2014). כמו ברוב מדינות העולם גם בישראל מתאפשרת בעלות על ביטוחי בריאות וולונטריים כדי לממן את הביקוש לשירותים פרטיים (הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל, 2014).

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל כוללת הן את ההוצאה הציבורית (דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח לאומי ותקציבי הממשלה) הן את ההוצאה הפרטית – תשלום ישיר לרכש שירותים, השתתפות עצמית של הציבור עבור שירותי רפואה ציבוריים, הוצאות על רכישת שירותי בריאות נוספים (ביטוח משלים) שמוכרות קופות החולים (להלן: שב"ן) וביטוח הוצאות רפואיות שמוכרות חברות ביטוח (להלן: ביטוח בריאות מסחרי). בשנת 2022 הייתה ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל כ-132.6 מיליארד ש"ח (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [הלמ"ס], 2024). הוצאה זו גבוהה פי שניים מן ההוצאה בשנת 2010 שהייתה 64.3 מיליארד ש"ח במחירים שוטפים. בד בבד חלה גם עלייה פי שניים בהוצאה הפרטית לבריאות בשנים אלו (מ-23.7 מיליארד ש"ח ב-2010 ל-44.9 מיליארד ש"ח ב-2022; הלמ"ס, 2024).

1.1 הוצאה פרטית מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות

תרשים 1 מציג את שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית על בריאות בשנים 2010-2022. שיעור ההוצאה הפרטית היה במגמת ירידה קלה בשנים 2010-2019, ובשנת 2022 שב ועלה ל-34%. בשנת 2020 הייתה ירידה חדה יחסית לשנים אחרות כי שיעור ההוצאה הציבורית מתקציב המדינה גדל מאוד עקב משבר מגפת הקורונה (הלמ"ס, 2024).

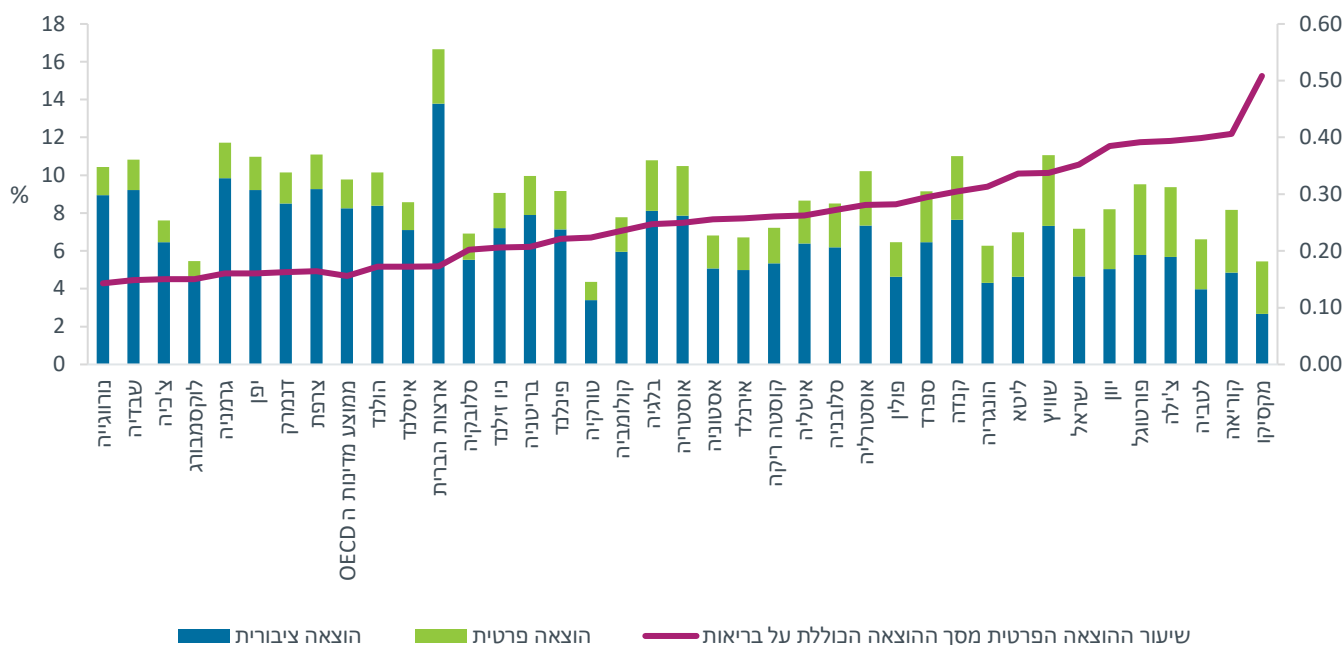
תרשים 1: שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית על בריאות בשנים 2010-2022 (באחוזים)



מקור הנתונים: למ"ס, 2024.

מנתוני OECD לשנת 2019 עולה כי שיעור המימון הפרטי מציב את ישראל במקום גבוה בקרב מדינות ה-OECD קצת לפני מקסיקו ודרום קוריאה (OECD, n.d.; **תרשים 2**). ממוצע מדינות ה-OECD ב-2019 של שיעור ההוצאה הלאומית מן התוצר הלאומי הגולמי (להלן: תמ"ג), היה 9.8%, שיעור ההוצאה הפרטית היה 1.5% מן התמ"ג (שיעור זה הוא 15% מסך ההוצאה הלאומית בממוצע). בישראל בשנה זו היה סך ההוצאה הלאומית 7.2% מן התמ"ג לצד 2.5% הוצאה פרטית מן התמ"ג שהיו 35% מסך ההוצאה הלאומית.

תרשים 2: שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות מן התמ"ג ב-2019 במדינות ה-OECD לפי הוצאה פרטית והוצאה ציבורית ושיעור ההוצאה הפרטית מן ההוצאה הכוללת על בריאות (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבודי צוות המחקר לנתוני ה-OECD מ-2019 (OECD, n.d.).

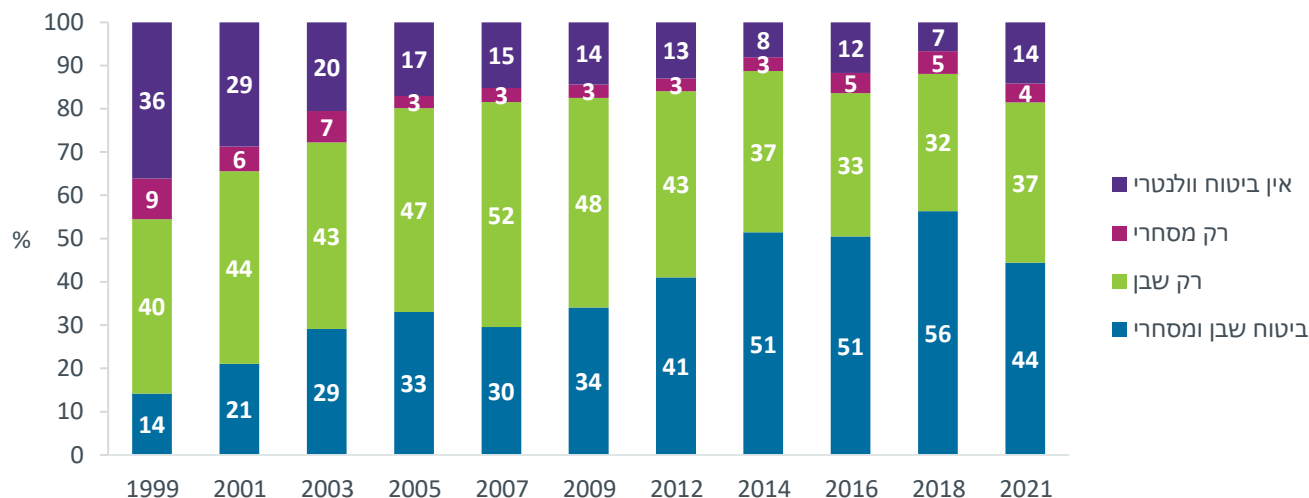
1.2 ביטוחי בריאות וולונטריים

אחד הרכיבים המרכזיים של ההוצאה הפרטית על בריאות והאחראי לגידולה, הוא הבעלות על ביטוח בריאות וולונטרי (שב"ן ומסחרי). שני הרכיבים הקשורים לסך ההוצאה על ביטוחי בריאות – מחירי הפרמיות ומספר בעלי התוכניות או הפוליסות – גדלו מאוד בעשורים האחרונים. התוצאה היא שסך דמי הפרמיות ששולמו על ידי המבוטחים לקופות החולים על תוכניות השב"ן גדל מ-2.879 מיליארד ש"ח ב-2010 (משרד הבריאות, 2012) ל-4.753 מיליארד ש"ח ב-2020 (גידול של פי 1.65; משרד הבריאות

ו-RSM שיף הזנפרץ ושות' רואי חשבון, 2021). בד בבד סך דמי הפרמיות על ביטוח הבריאות המסחרי גדלו מ-1.974 מיליארד ש"ח ב-2010 ל-4.574 מיליארד ש"ח ב-2020 (גידול של פי 2.3; רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון, 2021), ובשנת 2022 כבר היו תשלומי הפרמיות על פוליסות הביטוח הבריאות המסחרי 5.361 מיליארד ש"ח (רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון, 2024) – גידול של 800 מיליון ש"ח בשנתיים. עלייה זו היא לפני הרפורמה למניעת כפל ביטוחי בריאות אשר נכנסה לתוקף באחד ביוני 2024 ועלולה להוביל להתייקרות של 45% בפרמיות פוליסות מן השקל הראשון.

בתרשים 3 מוצגים נתונים על שיעורי הבעלות על הביטוחים בקרב האוכלוסייה הבוגרת (מכון מאירס-ג'וינט ברוקדייל, 2024). מן התרשים עולה כי חל גידול ניכר בשיעורי הבעלות על ביטוח בריאות וולונטרי מאז 1999. ב-2021 דיווחו 86% על בעלות על ביטוח וולונטרי כלשהו¹. עוד עולה מן התרשים כי מגמת העלייה נשמרה עד 2014, ומ-2016 יש תנודתיות בשיעורי הבעלות המדווחים. למרות זאת בכל השנים לרוב מבוטחי הביטוח מסחרי יש גם תוכנית שב"ן של קופת החולים שלהם.

תרשים 3: בעלות על ביטוח בריאות וולונטרי באוכלוסייה הבוגרת בשנים 1999-2021 (באחוזים)



מקור הנתונים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2024.
הערה: ביטוח בריאות וולונטרי שב"ן ומסחרי.

¹ יש לשים לב כי נתוני סקרי האוכלוסייה הם נתונים המייצגים את האוכלוסייה הבוגרת מגיל 22. על תוכניות השב"ן יש נתונים על כל האוכלוסייה מדוחות משרד הבריאות, למרות זאת מוצגים כאן נתוני סקרי האוכלוסייה לצורך השוואה עם ביטוח הבריאות המסחרי. בדיקת הגילים המתאימים הראתה ששיעורי הבעלות בסקרי האוכלוסייה דומים לשיעורי הבעלות בקרב הבוגרים לפי הנתונים המנהליים.

לצד נתונים אלו בעשור האחרון הצטברו עדויות על השפעות אקסוגניות (externalities) שליליות של הגידול בהוצאה הפרטית על המערכת הציבורית. השפעות אלו כללו עלייה בשכר הרופאים בכלל המערכת, גידול בזמני ההמתנה במערכת הציבורית ועלייה בהוצאה הלאומית לבריאות.

נתונים אלו וההשפעות שלהם על המערכת הציבורית שמו את סוגיית המימון הפרטי על סדר היום של מערכת הבריאות והובילו לגיבוש רפורמה רחבת היקף שנועדה להשפיע הן על השוק הפרטי הן על מערכת הבריאות הציבורית בשל יחסי התלות ההדדיים ביניהם, ולצמצם את ההשפעות השליליות של הגידול במימון הפרטי על המערכת הציבורית. הרפורמה, שכונתה בפי רבים: "התוכנית לקיצור תורים לניתוחים במימון ציבורי" (להלן: תוכנית הקצ"תים), לא הוצגה למערכת כרפורמה אלא כסדרת מבחני תמיכה, ולכן היא לא החלה במסמך פורמלי המרכז את מטרותיה. יש לציין כי [בהחלטת הממשלה 1189](#) מתאריך 27 בדצמבר 2023 הוחלט לשנות את מנגנון המימון של התוכנית, והכסף אשר הוקדש לתוכנית הקצ"תים (1,158 מיליון ש"ח בשנת 2022), הועבר לתקציב הבסיסי של סל שירותי הבריאות (במקום מבחני תמיכה) במסגרת ההחלטה להגדיל את תקציב הסל בסכום של 3.7 מיליארד ש"ח. החלטה זו על שינוי מנגנון המימון מעידה על האמון של מקבלי ההחלטות בהצלחת התוכנית.

בגלל חשיבות התוכנית מחד גיסא והחששות אשר ליוו את מבצעה מאידך גיסא, פנה אגף בכיר לתכנון תקצוב ותמחור במשרד הבריאות למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך את המחקר הנוכחי כדי לבחון את יישום התוכנית ואת השינויים במערכת בעקבותיה.

2. מטרות המחקר

1. לבחון כיצד מגדירים מקבלי ההחלטות את מטרותיה, את דרכי יישומה ואת השפעותיה של התוכנית
2. לבחון כיצד מגדירים אנשי המקצוע בשטח והמומחים את מטרותיה, את דרכי יישומה ואת השפעותיה של התוכנית ולהשוות את הגדרותיהם לאלו של מקבלי ההחלטות
3. לבחון כיצד תופסים שחקנים מרכזיים במערכת את השינוי בתמהיל הניתוחים במערכת הפרטית והציבורית בעקבות יישום התוכנית

3. שיטת המחקר

המחקר שילב בין שלושה כלים איכותניים: סקירה של מסמכי מדיניות, ראיונות עומק וסקר דלפי.

3.1 סקירה של מסמכי מדיניות

ניתוח מסמכי מדיניות רשמיים אשר פורסמו משנת 2014 ועד ביצוע המחקר: מסמכי השימוע (כלומר, המסמכים שהופצו להערות הציבור בנושא התוכנית), הסברים למבחני תמיכה, תקנות ודוחות מסכמים על פעולות קופות חולים ותוכניות השב"ן. מלבד נותחו מסמכים אשר ליוו את גיבוש התוכנית והוצגו למקבלי החלטות אך לא פורסמו לקהל הרחב. מסמכים אלו הועברו לצוות המחקר על ידי אנשי משרד הבריאות.

3.2 ראיונות עומק

ניתוח מסמכי המדיניות שימש בסיס לבניית שאלון חצי-מובנה לראיונות עומק עם אנשי מקצוע ממשרד הבריאות וממשרד האוצר אשר היו ממתכנני התוכנית או מופקדים על יישומה בעבר או בהווה. בסך הכול רואיינו שישה אנשים.

3.3 סקר דלפי

לאחר ניתוח מסמכי המדיניות והראיונות נערך סקר דלפי בקרב אנשי מקצוע. שיטת סקר דלפי היא שיטה איכותנית אשר תוארה על ידי לינסטון וטורוף (Linstone & Turoff, 1975) ונועדה לקבץ את דעות המומחים בתחום מסוים לקונצנזוס רחב ככל האפשר באמצעות סקר. ממאפייני השיטה: לא נדרש מנחה מוגדר כי אופי איסוף הנתונים מאפשר משקל שווה לכל המשתתפים, ואין כלל ברזל בנוגע למספר המשתתפים, למספר הסבבים עד להשגת קונצנזוס ולערך הנחשב קונצנזוס.

במחקר הנוכחי נבנה שאלון הסקר בהלימה עם מטרות המחקר רק לאחר תום סקירת מסמכי מדיניות. השאלון נשלח ל-55 מומחי כלכלת בריאות ומדיניות בריאות אשר נמצאים ברשימת ההפצה של האגף לתקצוב תכנון ותמחור במשרד הבריאות. 30 מומחים ענו על השאלון. בשאלון הסקר היו שני חלקים:

1. בחלק הראשון הוצגו למשתתפים תשעה היגדים שייצגו את המטרות המתוכננות של התוכנית כפי שעלו מסקירת מסמכי המדיניות והראיונות. המשתתפים נתבקשו לסמן בסולם של 1-9 עד כמה היגדים אלו אכן מייצגים את המטרות המתוכננות של התוכנית (1 = לא רלוונטיות כלל, 9 = רלוונטיות מאוד). מייד לאחר מכן הם נתבקשו להעריך עד כמה מטרות אלו (בין שהן מתוכננות ובין שלא) הושגו בפועל על ידי התוכנית באמצעות אותם תשעה היגדים
2. בחלק השני הוצגו למומחים ארבע קטגוריות שונות של ניתוחים² (קצרים ופשוטים; ארוכים ומורכבים; ניתוחים המצריכים מנתחים מכמה דיסציפלינות; ניתוחים באמצעות שימוש בטכנולוגיות מורכבות) – קטגוריות אלו עלו מתוך השלב הראשון

² כלומר, התערבויות כירורגיות.

כסוגי הניתוחים אשר שיעורם היה אמור להיות מושפע מן התוכנית (במערכת הציבורית או במערכת הפרטית; במימון ציבורי או במימון פרטי). המומחים נדרשו להעריך אם אכן הייתה לתוכנית השפעה על שיעור הניתוחים האלה באתרים שונים ומה היקף ההשפעה. המומחים גם התבקשו לתת דוגמאות לניתוחים ספציפיים בכל קטגוריה

השאלון היה זהה בשני חלקי הסקר, אולם בחלק השני צומצמו הסעיפים ומגוון התשובות האפשריות רק לאלו שלא היה עליהם קונצנזוס בסבב הראשון. בסך הכול ענו 23 מומחים בעלי תפקיד בכיר במשרד הבריאות, באגף תקציבים במשרד האוצר, בבתי חולים (פרטיים או ציבוריים) ובקופות חולים, וכן ענו גם מומחים שהם כלכלנים מן האקדמיה.

'קונצנזוס' הוגדר כהסכמה בין המומחים על לכחות שני שלישים (67%) מן התשובות. בחלק הראשון אלו שנתנו ציון ניטרלי הוצאו מן הניתוח הסטטיסטי, אולם בחלק השני אשר עסק בשינוי אלו שהשיבו שלא היה שינוי הושארו בניתוח הנתונים.

3.4 אתיקה

לפני הסקר קיבל המחקר את אישור ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. הובהר למשתתפים כי ההשתתפות במחקר היא בהתנדבות בלבד והם אינם מחויבים להשתתף בו. צוות המחקר ביקש מן המרואיינים רשות להקליט אותם לטובת תמלול מלא של דבריהם שישמש רק את צוות המחקר, וצוין כי הם יכולים לבקש לעצור את ההקלטה בכל עת שירצו וצוות המחקר מתחייב לכבד את הבקשות ולעשות זאת.

נוסף על כך בתחילת הריאיון הוסבר למרואיינים כי אי-הסכמה לענות על חלק מן השאלות או קטיעת הריאיון לא תפגע בהם כלל. צוין כי החוקרים מתחייבים לשמור בסודיות מלאה את תוכן השיחות וכל המידע שיימסר בריאיון ישמש לניתוחים בלבד ללא אפשרות לזהות את המרואיינים. לאחר מכן הם התבקשו לתת הסכמה בעל פה להשתתף במחקר.

4. ממצאים

4.1 מטרות התוכנית, דרכי יישומה והשפעותיה על פי קובעי המדיניות

4.1.1 מטרות התוכנית

כמה תופעות הובילו את משרדי הבריאות והאוצר לסכם על יישום התוכנית ['העברת פעילות ממימון פרטי לציבורי ולקיצור תורים במערכת הציבורית'](#) בשנת 2016. התופעה המרכזית שהובילה להחלטה הייתה הירידה בשיעור ההוצאה הציבורית לבריאות מתוך סך ההוצאה לבריאות לצד עלייה בשיעור ההוצאה הפרטית. תופעות אחרות היו: עלייה במספר המבוטחים בתוכניות שב"ן של קופות החולים, הגדלת הפעילות בקרב ספקים פרטיים ועלייה בשיעור הניתוחים במערכת הפרטית. התוכנית הוגדרה על ידי משרד הבריאות כ"תכנית רחבה אשר כוללת את הגדלת כמות הניתוחים המבוצעים באמצעות מימון ציבורי וחיזוק המערכת הציבורית" (משרד הבריאות, 2017א, פסקת רקע). בהגדרה זו נכללו שתי מטרות מרכזיות של התוכנית: האחת, הגדלת כמות הניתוחים במימון ציבורי; האחרת, חיזוק המערכת הציבורית. הקשר בין שתי מטרות אלו אינו בהכרח קשר של סיבה ותוצאה כי עיקר הגידול בשיעור הניתוחים במימון ציבורי היה טמון במערכת הפרטית, כפי שהתברר בהמשך.

במסגרת תהליך גיבוש התוכנית לקיצור תורים והעברת פעילות ממימון פרטי לציבורי מתקיימים התייעצויות עם הגורמים הרלוונטיים במערכת ובפרט קופות החולים ובתי החולים. התייעצויות אלו מכונות 'שימוע' לרפורמה המוצעת. במסמכי השימוע (משרד הבריאות ומשרד האוצר, 2016א, פסקת רקע) נכתב למסמך מטרת התוכנית: "הסטה של שירותים רפואיים ממסגרת מימון פרטית למימון ציבורי באמצעות תמריצים כלכליים וחקיקה, על מנת לחזק את הרפואה הציבורית ולהפחית את יוקר המחיה".

עם פרסום התקנות ליישום התוכנית הוצהר כי מטרת התוכנית היא: "להביא לאיזון טוב יותר בין הפעילות הציבורית לפעילות הפרטית במערכת הבריאות ולמנוע מקרים בהם הרופא המטפל במסגרת הציבורית יכנה להמשך טיפול אצל אותו רופא מטפל במערכת הפרטית" (משרד האוצר 2017). וכן בהודעה לציבור על התוכנית אשר פורסמה על ידי אגף התקציבים במשרד האוצר בשיתוף משרד הבריאות (משרד הבריאות ומשרד האוצר, 2016ב), הצהיר שר האוצר דאז משה כחלון על צעד חשוב לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל, מתן טיפול טוב ומהיר יותר וצמצום הבירוקרטיה. שר הבריאות לשעבר יעקב ליצמן טען כי מדובר במהלך לאומי לחיזוק המערכת הרפואית הציבורית, ובעיקר לשוויוניות ברפואה הציבורית, לצמצום ההוצאה הפרטית ולשיפור השירות לציבור.

מתוך הצהרות ופרסומים אלו אפשר לזהות לפחות **תשע** מטרות שונות לתוכנית (**תיבה 1**). מטרות 1 ו-2 הוגדרו במחקר מטרות-על של התוכנית שכן הן מטרות כלליות יותר, לעומת האחרות (מטרות 3-9) שהוגדרו מטרות ביניים. מטרות הביניים לעיתים חופפות, והשגתן תוביל להשגת מטרות-העל.

תיבה 1: מטרות התוכנית כפי שעלו מן הפרסומים טרום הפעלתה

1. חיזוק המערכת הציבורית

2. הפחתת יוקר המחיה

3. הגדלת מספר הניתוחים במימון ציבורי

4. קיצור תורים במערכת הציבורית

5. מתן טיפול טוב ומהיר יותר

6. צמצום הברוקרטיה

7. הגברת השוויוניות במערכת הציבורית

8. צמצום ההוצאה הפרטית

9. שיפור השירות לציבור

נוסף על כך החליטה כנסת ישראל (תקנת בריאות העם) (כללים לעניין המשך טיפול רפואי שלא במימון ציבורי לאחר טיפול רפואי במסגרת שירות מרפאה ציבורי או שירות מרפאה קהילתי), התשע"ז-2017) על התוכנית 'חוק הצינון', ולפיה רופא המטפל במסגרת הציבורית לא יכול להפנות אליו את המטופל להמשך טיפול במערכת הפרטית. עוד נמצאו במסמכים שנסקרו לצורך המחקר המטרו: הפחתת דמי חבר והשתתפויות עצמיות בתוכניות השב"ן וריסון ההוצאות של המערכת הפרטית.

לפיכך בשנת 2023 פנה צוות המחקר למתכנני התוכנית ולאמונים על יישומה (כולם עבדו או עובדים במשרד הבריאות או במשרד האוצר) וביקש מהם להגדיר את המטרה העיקרית של התוכנית. נמצא הבדל בין המטרות:

בעלי תפקידים במשרד האוצר הדגישו שלוש מטרות מרכזיות: (1) הפחתת ההוצאה הלאומית לבריאות; (2) ריסון המערכת הפרטית; (3) צמצום יוקר המחיה. יש לציין כי הפחתת ההוצאה הלאומית לא עלתה מסקירת ההצהרות והפרסומים כאחת ממטרות התוכנית, והיא הוזכרה בראיונות במחקר זה כאמצעי לצמצום יוקר המחיה.

בעלי תפקידים במשרד הבריאות הדגישו שלוש מטרות מרכזיות אחרות: (1) קיצור תורים; (2) הגדלת התפוקות של בתי החולים הציבוריים; (3) חיזוק המערכת הציבורית.

אומנם המטרות שהוזכרו על ידי בעלי תפקידים במשרד האוצר אינן מנוגדות בהכרח לאלו שהוזכרו על ידי בעלי תפקידים ממשרד הבריאות, אך הן אינן זהות. במשרד האוצר הוגדרו שני יעדים – הפחתת ההוצאה הלאומית וריסון המערכת הפרטית – להשגת המטרה המרכזית – צמצום יוקר המחיה. ואילו במשרד הבריאות הוגדרו שני יעדים אחרים – קיצור תורים והגדלת התפוקות של בתי החולים הציבוריים – להשגת המטרה המרכזית – חיזוק המערכת הציבורית. כלומר, למטרות-העל אפשר להגיע בשימוש במגוון כלים כלכליים ותמריצים, והשגת התוצאות שלהן נמדדת במגוון מדדים.

זאת ועוד, המטרה 'הגדלת התפוקות של בתי החולים הציבוריים' מנוגדת למטרה הנוספת של התוכנית שצוינה על ידי רוב המרואיינים – הצברה³ (כלומר, הרחבת השימוש הציבורי במערכת הפרטית באמצעות מימון ציבורי למערכת הפרטית).

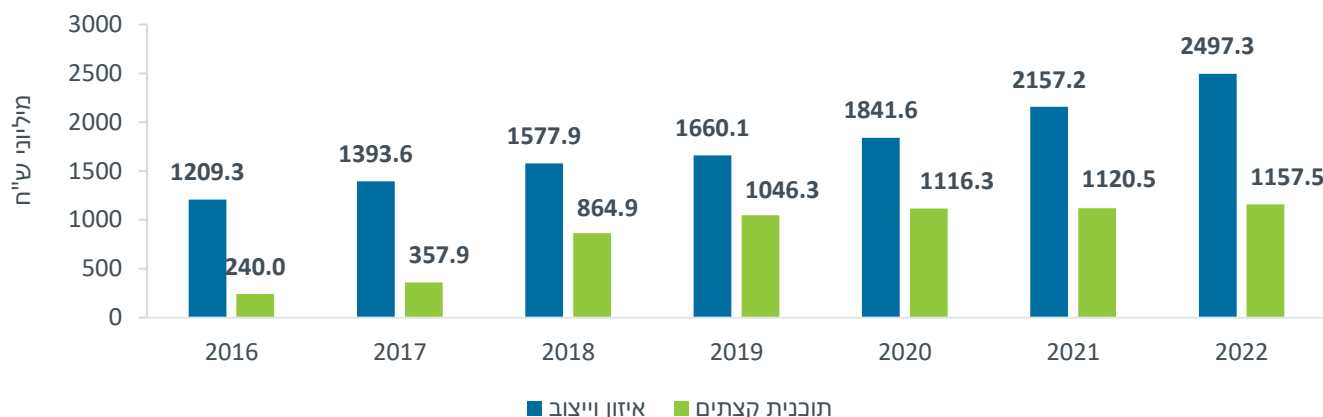
4.1.2 יישום התוכנית

התוכנית החלה לפעול בשנת 2016 והגיעה להבשלה מלאה בתחילת שנת 2018. לצורך יישום התוכנית התחייבה הממשלה להקצות 240 מיליון ש"ח לקופות החולים בשנת 2016, מהם הוקצו 100 מיליון ש"ח לשיפור תשתיות מידע ומחשוב.

משנת 2017 הוגדרו מנגנוני התקצוב, והתקצוב לתוכנית גדל בכל שנה עד להחלטת הממשלה ב-2023 להעביר את התקציב לבסיס הסל (ר' לעיל). ב-2017 הועברו לקופות החולים 358 מיליון ש"ח, ב-2018 הוקצו לתוכנית כ-880 מיליון ש"ח. רוב התקציב (700 מיליון ש"ח) הועבר לקופות החולים כמבחן תמיכה ייעודי, ושאר התקציב (כ-180 מיליון ש"ח) הועבר לבתי החולים הציבוריים כמבחני תמיכה ייעודיים (משרד הבריאות, 2020). מבחני התמיכה לבתי החולים כללו תמיכה בהרחבת תשתיות בית החולים והנגשת המידע למטופלים (40%), טיוב ניתוח הנתונים מפעילות חדרי הניתוח (20%), פרסום זמני ההמתנה לניתוחים (10%) וקיצור תורים ושיפור זמינות השירותים (30%).

תרשים 4 מציג את מבחני התמיכה בקופות החולים לפי סיווגם לתוכניות איזון וייצוב ולתוכנית הקצ"תים. אפשר לראות כי העלייה בתקציב מבחן התמיכה ליישום התוכנית באה בד בבד עם העלייה במבחני התמיכה לאיזון וייצוב. מבחני התמיכה לאיזון וייצוב נועדו לכיסוי גירעונות קופות החולים, ואילו מבחני התמיכה לתוכנית הקצ"תים יועדו ליישום התוכנית על ידי קופות החולים. בסך הכול מדובר בתקציב גדול לקופות החולים עבור שני סעיפים אלו מלבד תקציב סל הבריאות. בשנת 2021, למשל, הגדילה המדינה את התקציב ליישום התוכנית ל-1.1 מיליארד ש"ח (משרד הבריאות ו-BDSK, 2022).

תרשים 4: מבחני התמיכה בקופות החולים לפי סיווגם לתוכניות איזון וייצוב ולתוכנית הקצ"תים (במיליוני ש"ח)



מקור הנתונים: אגף לפיקוח על קופות החולים ותוכניות השב"ן, [דוחות ציבוריים מסכמים לקופות החולים](#) שנים 2016-2022.

³ הצברה – הרחבת השימוש במימון ציבורי לתשלום עבור שירותים במערכת הפרטית מתוך צמצום הפעילות במימון פרטי. מונח זה ישמש בהקשר זה מעתה והלאה בעבודה זו.

מנגנון חלוקת הכספים לקופות החולים יכול ללמד על עקרונות התוכנית. למשל ב-2021, הוקצו 768 מיליון ש"ח להגדלת שיעור הניתוחים שבמימון סל הבריאות, ולכן פחת שיעור הניתוחים שבתוכנית השב"ן (משרד הבריאות ו-BDSK, 2022). וכן 189 מיליון ש"ח יועדו להגדלת היקף רכש הניתוחים בסל המתבצעים אצל ספקים ציבוריים מורשים (משרד המשפטים, 2020). **כלומר, בהגדרת מנגנון חלוקת הכספים הוגדרו שני שינויים רצויים בתוכנית: הגדלת שיעור הניתוחים במימון סל הבריאות והפחתת שיעור הניתוחים בתוכנית השב"ן.**

יתרת התקציב (143 מיליון ש"ח) יועדה לבתי החולים הציבוריים להגדלת כושר הייצור הניתוחי של בתי החולים ולשמירה על היקף שעות ייעוץ בקהילה לקופות חולים קטנות (משרד הבריאות, 2017), ולכן התוכנית הגדירה שינוי נוסף של **הגדלת הפעילות במערכת הציבורית.**

המרוויינים הוסיפו לסקירה זו של מנגנון ההפעלה גם את ההקשר למטרות התוכנית. למשל, מן הראיונות עלה כי הצברת המערכת הפרטית בתוכנית אפשרה לבתי החולים הפרטיים לבצע ניתוחים במימון ציבורי (קבלת התחייבות מקופות החולים). אפשרות זו לא הייתה קיימת לפני כן עבורם. על פי המרוויינים, קופות חולים אשר בבעלותן בית חולים פרטי החלו לווסת מטופלים במימון ציבורי לבתי החולים הפרטיים ולמסור מידע למשרד לצורך רגולציה ופיקוח. עוד הוזכר כי מנגנון ההפעלה הוביל בשנתיים הראשונות להפעלתו להפחתת הפרמיות של תוכניות השב"ן ולהגדלת התמיכה הממשלתית במערכת הבריאות.

כאמור, בסוף 2023 הוחלט על ידי ממשלת ישראל להעביר לקופות החולים הן את תקציב מבחני התמיכה שיועדו לתוכנית הן את תקציב מבחני התמיכה לאיזון וייצוב לבסיס התקציב השנתי של הסל ([החלטת ממשלה 1189](#)).

4.1.3 השפעות התוכנית

מנגנון החלוקה של כספי מבחני התמיכה קבע כי קופות החולים יוכלו לקבל את תקציבי התוכנית לכי מידת הפחתת פעילות תוכניות השב"ן, והצפי היה שהפחתת פעילות תוכניות שב"ן תוביל להפחתת דמי החבר. ואכן משרד הבריאות בדוח ציבורי מסכם על תוכניות השב"ן לשנת 2020 פירט את ההפחתה בדמי החבר של המבוטחים בתוכניות השב"ן (משרד הבריאות ו-RSM שיף הזנפרץ ושות' רואי חשבון, 2021). בדוח נכתב כי "בחישוב שנתי בשנת 2020 הופחתו דמי החבר בתוכניות השב"ן בסך 256 מיליון ש"ח נוסף על הפחתה בסך 249 מיליון ש"ח ו-341 מיליון ש"ח שנעשתה ב-1.7.2019 ו-1.7.2018, בהתאמה" (עמ' 13). בדוח יוחסו הפחתות אלו לתוכנית הקצ"תים אבל גם לעודפים שהצטברו בתוכניות השב"ן. **אולם מאז לא פורסם דוח מסכם על פעילות תוכניות השב"ן, ואין דרך לדעת אם מגמה זו נמשכת או השתנתה, ובכל מקרה קשה לייחסה באופן בלעדי לתוכנית הקצ"תים.**

מכיוון שיש לתוכנית מטרות רבות ובד בבד נעשו שינויים רגולטוריים אחרים במערכת, קשה מאוד לבדוד את הצלחתה ולמדוד אותה מדידה כמותית מתוך הנתונים, ולכן נבחרו למחקר כלים איכותניים.

המרוויינים התבקשו לענות מניסיונם על השפעות התוכנית, והם פירטו גם תוצאות חיוביות וגם שליליות של התוכנית. תוצאות חיוביות שהוזכרו היו: שיפור באיכות הספקת השירותים במערכת הבריאות הציבורית; מיצוע התורים בין המערכת הפרטית לזו הציבורית בהליכים ניתוחיים מסוימים שצמצם את התורים בפרוצדורות אלו; העברת חלק מן הכסף לבתי החולים הציבוריים לצורך הפעלת חדרי הניתוח אחר הצוהריים למשמרת שנייה; עלייה במספר הניתוחים בבתי חולים קטנים ובינוניים בכריפריה.

דווקא ההישגים הגדולים של התוכנית הם בכלל לא בעולם הכלכלי, אלא היא שיפרה את האיכות ואת השוויון בהספקת שירותי הבריאות במדינת ישראל באופן דרמטי, בטח.“ (מרואיין)

בעבר אם היית מבוטח בקופת חולים והיה לך שב"ן, היית צריך ניתוח קטרקט או כפתורים או לא יודע מה, היית צריך לחכות לתור בשיבא תשעה-עשרה חודשים במקרה הטוב. ואם היה לך שב"ן, היית מקבל תוך שבוע באסותא. היום בין אם יש לך שב"ן או אם לך שב"ן יש לך קטרקט, אז אולי התורים באסותא קצת התארכו כי הם צריכים לספק את זה לכולם. היום [לכל אזרחי מדינת ישראל יש נגישות הרבה יותר גבוהה לכל סוגי הניתוחים].“ (מרואיין)

תוצאות שליליות שהוזכרו היו: האיזון בין קופות החולים נפגע כי קופת חולים 'מכבי שירותי בריאות' הצליחה ליישם את התוכנית מהר מן האחרות; תוכניות שב"ן השכילו להשאיר במערכת הפרטית את הניתוחים הרווחיים יותר; ההוצאה של המבטחים הפרטיים (ביטוח בריאות מסחרי) ירדה, אך עלות הפרמיות לא ירדה; אומנם הייתה עלייה בשיעור ההוצאה הציבורית לבריאות על חשבון ההוצאה הפרטית, אך הפעילות של בתי החולים הפרטיים גדלה.

ההספקה הפרטית נשארה בעינה ואולי אפילו עלתה, והכסף הציבורי תומך יותר במערכת הפרטית ממה שהיה בעבר [...]. האיזון בין הקופות נפגע שכן רוב הכסף של התוכנית הולך לאסותא.“ (מרואיין)

היו מרואיינים שראו בהרחבת השימוש הציבורי במערכת הפרטית תוצאה חיובית:

מילאנו בתי חולים פרטיים בטופס 17, וזה הרגיע את המערכת [...]. כיום קשה יותר למערכת הפרטית להציע לרופאים יותר שכר. לכן אני מרגיש שהצלחנו.“ (מרואיין)

והיו שראו בה תוצאה שלילית:

כתוצאה מהתוכנית הכסף הציבורי תומך יותר במערכת הפרטית ממה שהיה בעבר.“ (מרואיין)

גם לא הצלחנו לרסן את השכר של הרופאים בפרטי.“ (מרואיין)

4.2 מטרות התוכנית, דרכי יישומה והשפעותיה על פי אנשי מקצוע

30 אנשי מקצוע השתתפו בסקר דלפי. הוצגו להם שמונה מטרות אשר גובשו באמצעות הסקירה של מסמכי המדיניות וראיונות העומק, והם התבקשו לדרג אותן (תיבה 2).

תיבה 2: רשימת מטרות לתיעודן

1. צמצום יוקר המחיה
2. הפחתת ההוצאה הלאומית לבריאות
3. קיצור תורים במימון הציבורי (ספקים ציבוריים ופרטיים)
4. חיזוק בתי החולים הציבוריים
5. 'הצברת' בתי החולים הפרטיים
6. הרחבת השימוש הציבורי במערכת הפרטית
7. ניצול הזדמנויות להגדלת תקציב מערכת הבריאות (כספים שניתן לנצל בעקבות דוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית)
8. צמצום הגידול בהוצאות שכר הרופאים
9. הגדלת השוויון בין המבוטחים (בין בעלי שב"ן לאחרים)

בשאלה הראשונה הוצגו למשתתפים היגדים והם התבקשו לציין עד כמה היגדים אלו אכן מייצגים מטרות מתוכננות של התוכנית מייד לאחר מכן בשאלה השנייה הוצגו להם אותם ההיגדים, והם נדרשו לציין עד כמה כל מטרה אכן הושגה (בין שהייתה מתוכננת לדעת המשיב ובין שלא). בשתי השאלות הסולם היה 1-9 (1 = לא רלוונטיות כלל; 9 = רלוונטיות מאוד), וניתנה למרואיין אפשרות להוסיף מטרה משלו בסעיף 'מטרה מתוכננת אחרת' ולרשום הערות בסעיף 'הערות'.

כאמור, המומחים התבקשו לתת ציון לרלוונטיות של כל אחת מן המטרות לתוכנית הקצ"תים ולאחר מכן לתת ציון למידת יישומה בפועל. הממצאים המוצגים כאן הם איחוד של התשובות בשני סבבי הסקר. מכיוון שמדובר במומחים בתחומם המכירים היטב את המתרחש בשטח, שיער צוות המחקר כי תימצא הסכמה חד-משמעית בנוגע לרלוונטיות של המטרות. לצורך עיבוד הנתונים סווגו המטרות לפי ציונים בסולם 1-9: מטרות שקיבלו ציון 1-4 הוגדרו 'לא רלוונטיות', וקטגוריות 6-9 הוגדרו 'רלוונטיות'. משיבים שנתנו ציון 5 הוגדרו 'ניטרליים' והוצאו מן הניתוח. 'קונצנזוס' הוגדר כהסכמה בין אנשי המקצוע בשני שלישים לפחות (67%) מן התשובות.

המטרה שהייתה עליה הסכמה כמעט גורפת גם מבחינת הרלוונטיות בעת תכנון התוכנית וגם מבחינת יישומה בפועל היא '**הגדלת השוויון בין המבוטחים**' (תרשים 5). רק שישה אנשי מקצוע טענו שהמטרה איננה רלוונטית, כולם מומחים בתפקידים בכירים בבתי חולים (פרטיים או ציבוריים), ורק שלושה אנשי מקצוע העובדים במקומות שונים (משרד הבריאות, בית חולים וקופת חולים) טענו שלא היה יישום של המטרה.

תרשים 5: הרלוונטיות של המטרה 'הגדלת השוויון בין המבוטחים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)

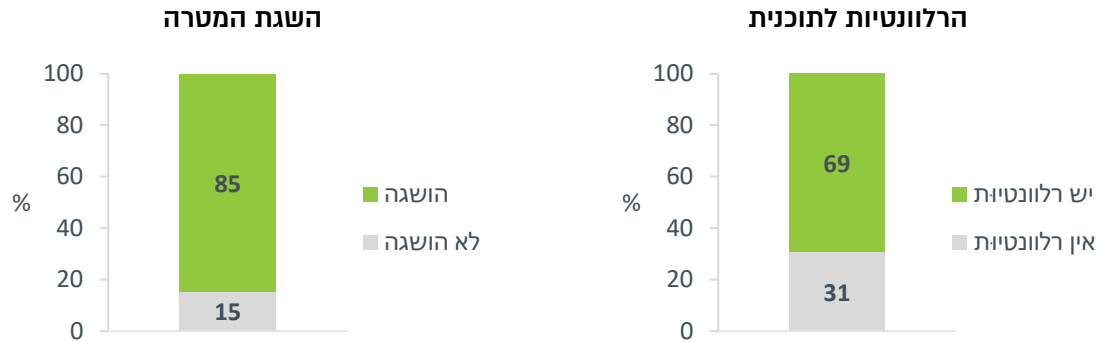


שתי מטרות נוספות שהייתה עליהן הסכמה גם מבחינת הרלוונטיות שלהן בעת תכנון התוכנית וגם מבחינת מידת השגתן הן **'צמצום יוקר המחיה' ו'ניצול הזדמנויות להגדלת התקציב' (תרשימים 6-7)**. שתי המטרות האלה קשורות להיבט התקציבי של המערכת, והייתה הסכמה רבה יותר בנוגע למידת השגתן באמצעות היישום בשטח. יש לציין כי שתי מטרות אלו הודגשו בעיקר על ידי המרואיינים ממשדד האוצר (ר' פרק 4.1.1).

תרשים 6: הרלוונטיות של המטרה 'צמצום יוקר המחיה' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)

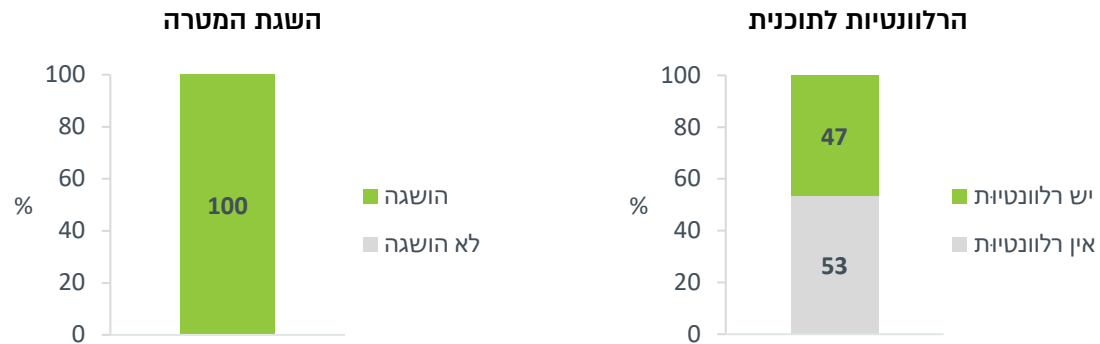


תרשים 7 : הרלוונטיות של המטרה 'ניצול הזדמנויות להגדלת תקציב מערכת הבריאות' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)



בנוגע למטרה 'מצבור בתי החולים הפרטיים' אומנם לא נמצאה הסכמה בין המומחים על הרלוונטיות שלה כמטרה ראשונית של התוכנית, אך כל המומחים שענו על השאלון סברו כי היא אכן הושגה (תרשים 8).

תרשים 8: הרלוונטיות של המטרה 'מצבור בתי החולים הפרטיים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)



שתי מטרות אשר עלו מן הסקירה של מסמכי המדיניות ומראיונות העומק כמטרות-על בתוכנית ואף נכללו בשם התוכנית הן 'קיצור תורים במימון ציבורי' ו'חיזוק המערכת הציבורית' (תרשימים 9-10). התייחסות המומחים לשתי מטרות אלו מצביעה על תמונה מורכבת במפגש שבין היישום לתכנון.

רוב המומחים נתנו ציון גבוה לרלוונטיות של המטרה 'קיצור תורים במימון הציבורי' (תרשים 9) לתוכנית, אולם לא נמצא קונצנזוס על מידת השגתה. יש לזכור כי ההיגד התייחס לקיצור תורים במימון הציבורי וכלל הן את הספקים הפרטיים הן את הציבוריים. אנשי המקצוע שנתנו ציון נמוך ליישום קיצור התורים עובדים בבתי החולים, בקופות החולים ובאקדמיה. נציגי משרדי האוצר

והבריאות נתנו בדרך כלל ציון גבוה להשגת המטרה. יש לציין כי בגלל אי-הסכמה בין המומחים בסבב הראשון נשלחה השאלה לאותם המומחים לחוות דעת נוספת, והתקבל ממצא זהה.

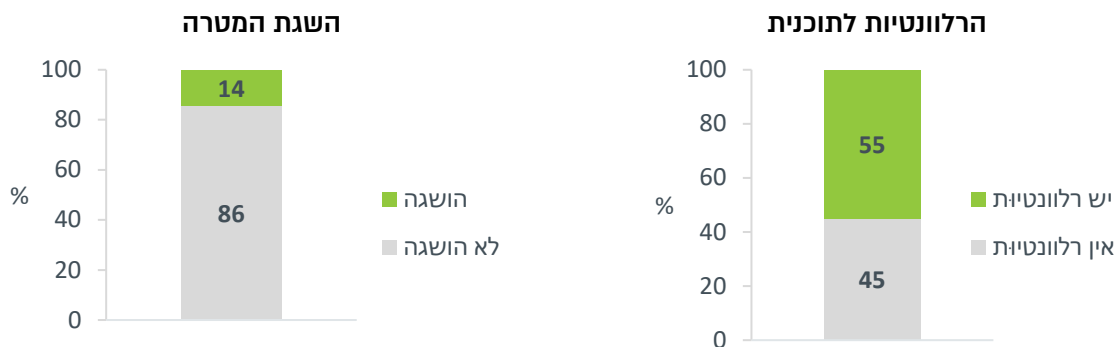
תרשים 9: הרלוונטיות של המטרה 'קיצור תורים במימון הציבורי' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)



אשר למטרה '**חיזוק בתי החולים הציבוריים**' נדמה שהיא לא הייתה ברורה דיה, כי המומחים היו חלוקים על מידת הרלוונטיות שלה למתכנני התוכנית, ורק 55% מהם נתנו ציון גבוה לרלוונטיות (תרשים 10). לא הייתה הומוגניות בנותני הציון הגבוה או הנמוך, אלא בשתי הקבוצות (ציון גבוה / ציון נמוך) היו מומחים ממגוון דיסציפלינות וארגונים. הטרזוגניות בתשובות נמצאה גם בקרב המומחים ממשרדי הבריאות והאוצר.

לעומת זאת הייתה הסכמה גורפת על התוצאה בשטח – רוב המומחים ציינו שלמעשה התוכנית לא הייתה רלוונטית לחיזוק בתי החולים הציבוריים, כלומר מטרה זו לא הושגה. חלק מאנשי המקצוע כתבו בהערות כי למעשה המירו מימון פרטי במימון ציבורי לאותם שירותים שבלאו הכי ניתנו על ידי ספקים פרטיים, וכן שגדל כוחם של בתי החולים הפרטיים, ולכן יותר רופאים עברו אליהם.

תרשים 10: הרלוונטיות של המטרה 'חיזוק בתי החולים הציבוריים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)



בדומה למטרה 'חיזוק בתי החולים הציבוריים', גם בנוגע למטרה '**הפחתת ההוצאה הלאומית על בריאות**' (תרשים 11) לא הייתה הסכמה בקרב אנשי המקצוע על הרלוונטיות שלה לתוכנית, אך נמצאה הסכמה רחבה ביניהם על אי-השגתה.

תרשים 11: הרלוונטיות של המטרה 'הפחתת ההוצאה הלאומית על בריאות' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)



שלא כמו בשתי המטרות האחרונות, הייתה הסכמה על הרלוונטיות של המטרה '**צמצום הגידול בהוצאות שכר הרופאים**', אך לא הייתה הסכמה על מידת השגתה (תרשים 12). ייתכן שהגידול האפשרי בהוצאות שכר הרופאים, לדעת מחצית מאנשי המקצוע, נבע מעלייה בפעילות המערכת הפרטית או דווקא מעלייה בשכר הרופאים בעקבות התוכנית. אם התשובה השנייה נכונה, יש לבחון זאת לעומק.

תרשים 12: הרלוונטיות של המטרה 'צמצום הגידול בהוצאות שכר הרופאים' לתוכנית הקצ"תים ומידת השגתה (באחוזים)



לסיכום, בשלוש מטרות הייתה תמימות דעים שהן היו מטרות מתוכננות של התוכנית ושהן הושגו ביישום התוכנית – 'הגדלת השוויון בין המבוטחים' (בין בעלי שב"ן לאחרים), 'צמצום יוקר המחיה' ו'ניצול הזדמנויות להגדלת תקציב מערכת הבריאות'. בשאר המטרות נמצאה תמונה מורכבת, וכמעט בכולן נתנו אנשי המקצוע ציונים נמוכים להשגת המטרה או שהיו חלוקים על מידת השגתה. יוצאת דופן היא המטרה 'הרחבת השימוש הציבורי במערכת הפרטית' כי כלל המומחים סברו כי היא אכן הושגה.

4.3 השפעת התוכנית על תמהיל הניתוחים בין המערכת הפרטית לציבורית על פי אנשי המקצוע

בחלק השני של סקר הדלפי התבקשו אנשי המקצוע להתייחס למידת השפעה של התוכנית על **תמהיל** הניתוחים בין המערכת הפרטית והציבורית.

אחת ממטרות התוכנית הייתה צמצום זמני המתנה לניתוחים על ידי הגדלת מספר הניתוחים במימון ציבורי במערכת. מכיוון שהתוכנית אפשרה לבתי החולים הפרטיים לקבל חולים במימון ציבורי לראשונה, נשאלה השאלה אם השתנה התמהיל בין השוק הפרטי לציבורי בכמות בניתוחים, ואם כן באילו ניתוחים.

השימוש בשיטת הדלפי נבחר כדי לזהות תחומים ופרוצדורות שהושפעו מתוכנית הקצ"תים במידה הרבה ביותר ובמידה הפחותה ביותר. כאמור, השאלון הופץ בקרב מומחים מן הגופים האלה: קופות החולים, בתי חולים ציבוריים ופרטיים, משרד האוצר ומשרד הבריאות. צוות המחקר השתמש בחלק הראשון של המחקר גם לצורך בניית חלק זה בשאלון הדלפי.

המומחים התבקשו להעריך את השפעת התוכנית על תמהיל הניתוחים האלקטיביים מבחינת הגורם המממן (ציבורי / שב"ן / ביטוח פרטי או מימון פרטי) ומבחינת מקום הביצוע לפי בעלות (בית חולים ציבורי או עצמאי / בית חולים פרטי).

הניתוחים סווגו לארבע קטגוריות:

1. ניתוחים קצרים וכשוטים
 2. ניתוחים ארוכים ומורכבים
 3. ניתוחים המערבים מנתחים מכמה דיסציפלינות
 4. ניתוחים המערבים טכנולוגיות מתקדמות
- המומחים התבקשו לתת דוגמאות לניתוחים או להליכים רפואיים בכל אחת מן הקטגוריות ולשיים ניתוחים או הליכים רפואיים שלדעתם הושפעו מן התוכנית אך אינם כלולים באחת מן הקטגוריות לעיל.

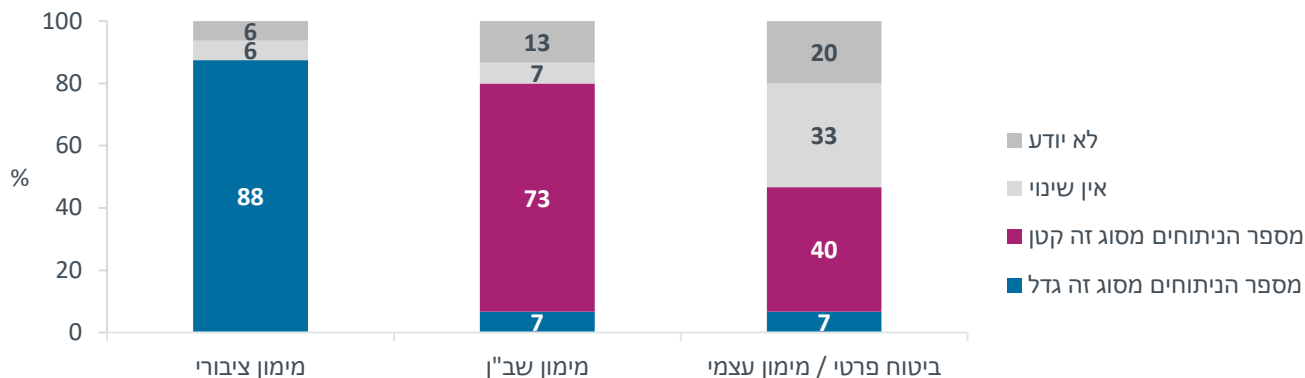
4.3.1 השפעת התוכנית על תמהיל הניתוחים לפי הגורם המממן

המומחים נדרשו לשאלה אם מספר הניתוחים לפי מקור מימון גדל או קטן. היו שש תשובות אפשריות: גדל מאוד, גדל, קטן, קטן מאוד, לא היה שינוי, לא יודע. המומחים היו צריכים לענות עבור 'ציבורי', 'שב"ן', 'ביטוח פרטי' / תשלום מהכיס'. מטרת השאלה הייתה לזהות שינוי בתמהיל הניתוחים לאחר הרפורמה.

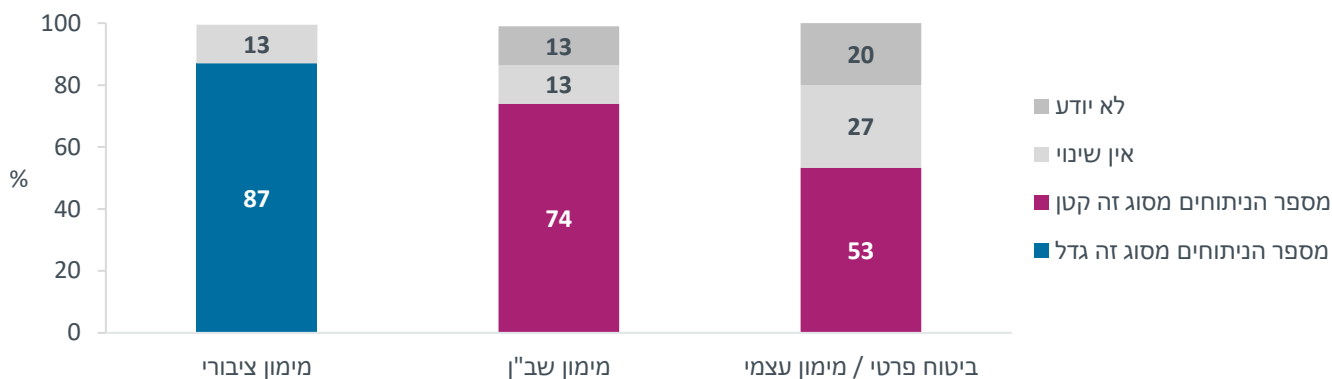
תרשימים 13-14 מציגים את השינוי בתמהיל הניתוחים של קטגוריות 1-2 לפי מקור המימון. אפשר לראות בבירור כי הרוב המוחלט של המומחים (88% ו-87% בהתאמה) חשבו כי חל גידול במספר הניתוחים במימון ציבורי בשתי קטגוריות הניתוחים, וחלה ירידה במספר הניתוחים במימון תוכניות השב"ן ובמימון עצמי של המבוטחים. כלומר, בשתי קטגוריות אלו הייתה הסכמה גורפת בין המומחים. הדוגמאות השכיחות לניתוחים קצרים וכשוטים שמספרם גדל: ניתוחי קטרקט, כפתורים ושקדים, וכן הוזכרו

גם ניתוחי עפעפיים וניתוחים לתיקון בקע (הרנייה). הדוגמאות השכיחות לניתוחים ארוכים ומורכבים שמספרם גדל: ניתוחי לב, עמוד שדרה ונירוכירורגיה.

תרשים 13: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הקצרים והפשוטים, לפי מקור מימון (באחוזים)

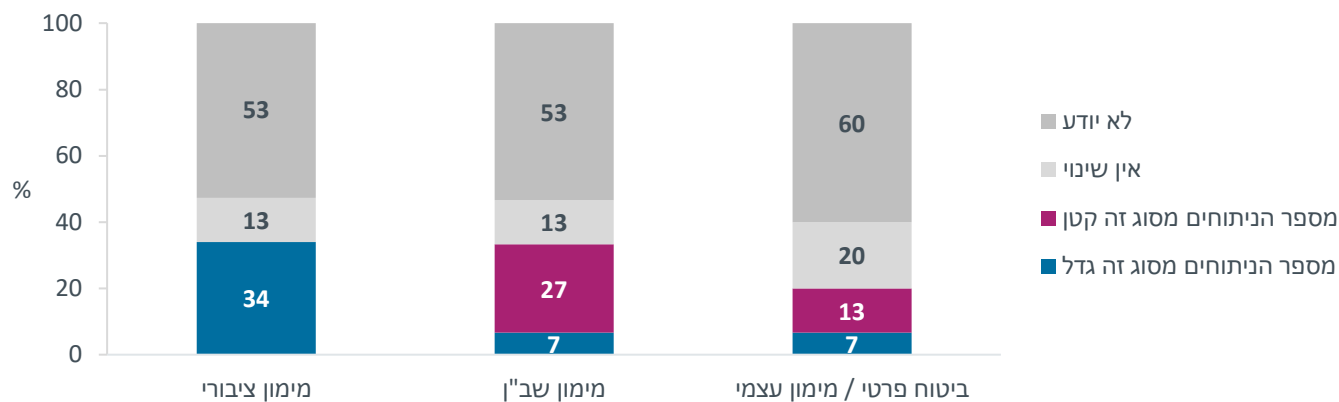


תרשים 14: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הארוכים והמורכבים, לפי מקור מימון (באחוזים)

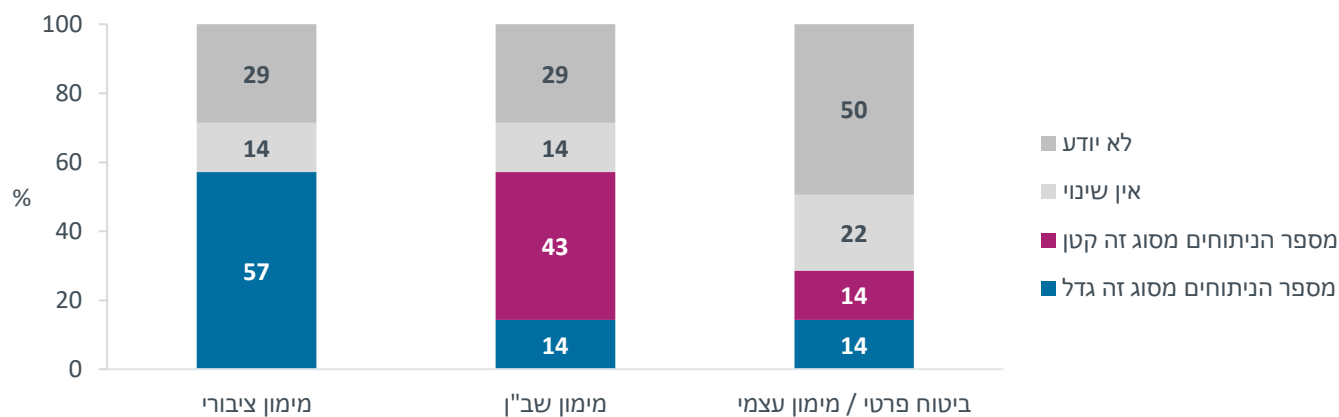


לעומת זאת בקטגוריות 3-4 – ניתוחים המערבים מנתחים מכמה דיסציפלינות וניתוחים המערבים טכנולוגיות מתקדמות – אין תמימות דעים בין המומחים על השינוי בשיעור הניתוחים לפי מקור המימון (**תרשימים 15-16**). יתרה מכך, רוב המומחים טענו כי לא חל שינוי או שאינם יודעים אם חל שינוי. כשבוחנים רק את תשובות המומחים שהצביעו על שינוי במספר הניתוחים, אפשר לראות כי רובם סבורים שהייתה עלייה במספר הניתוחים מסוגים אלו במימון הציבורי וירידה במספר הניתוחים במימון השב"ן ובמימון עצמי.

תרשים 15: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים מנתחים מכמה דיסיפלינות, לפי מקור מימון (באחוזים)



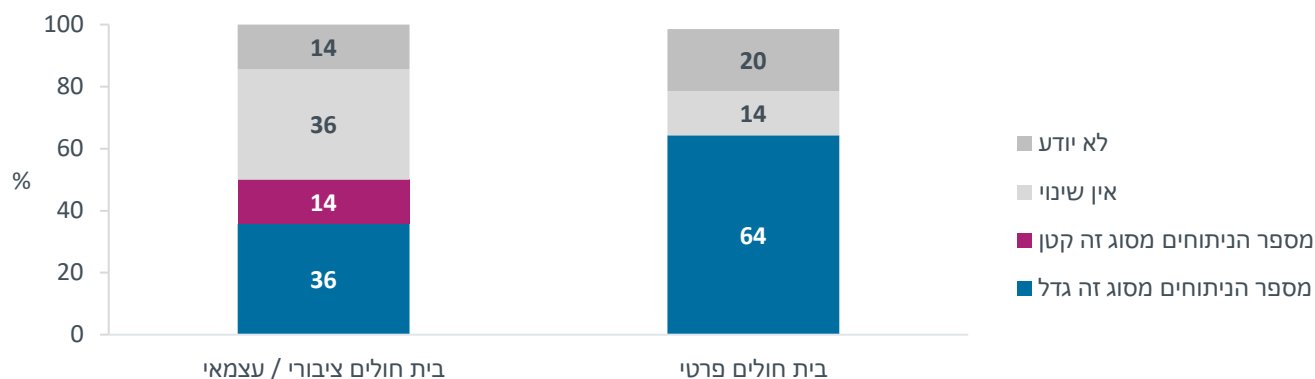
תרשים 16: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים טכנולוגיות מתקדמות, לפי מקור מימון (באחוזים)



4.3.2 השפעת התוכנית על תמהיל הניתוחים לפי סוג בעלות בית החולים המבצע

נמצאה הסכמה רחבה בקרב המומחים שחל גידול במספר הניתוחים הקצרים והפשוטים המבוצעים בבתי חולים פרטיים (64%) לעומת התקופה שקדמה ליישום התוכנית (תרשים 17).

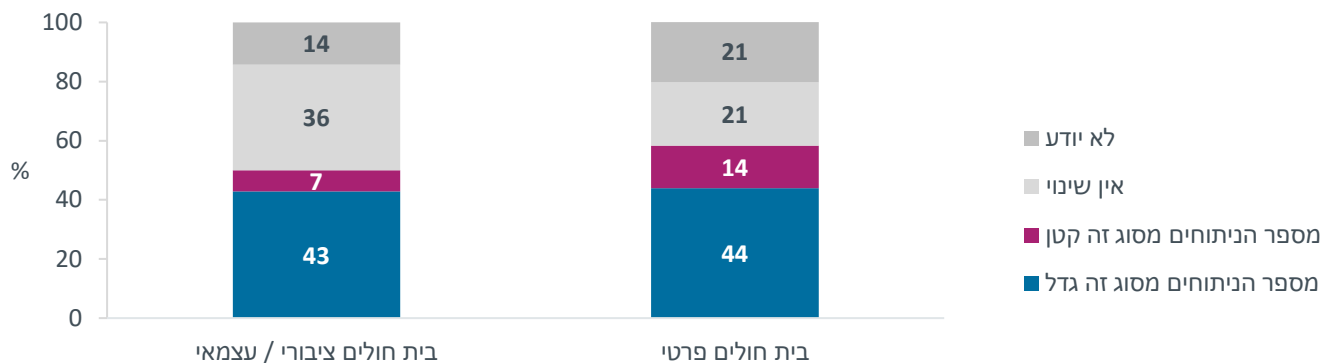
תרשים 17: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הקצרים והפשוטים, לפי סוג בית החולים המבצע (באחוזים)



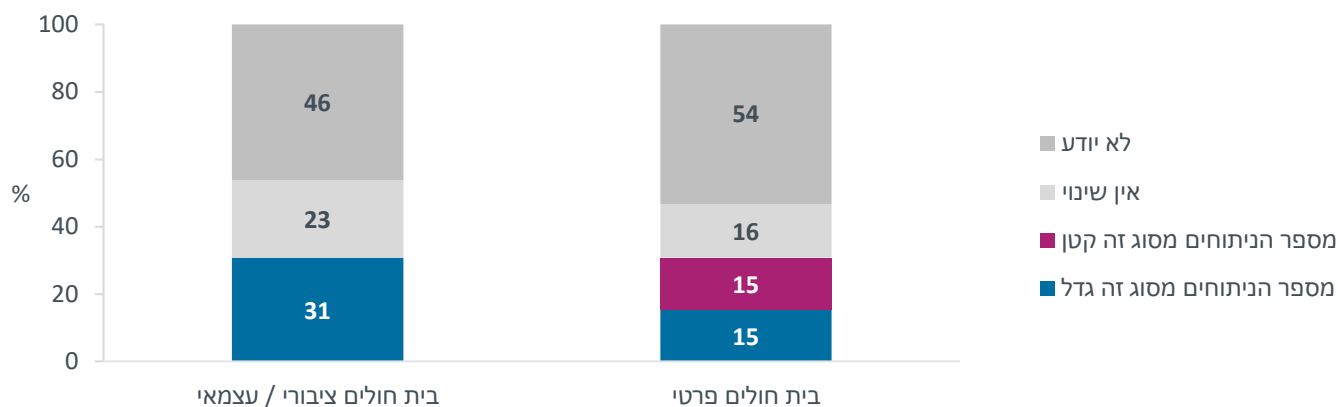
לעומת הניתוחים הקצרים והפשוטים, בשאר סוגי הניתוחים לא נמצאה הסכמה בין המומחים על שינוי במספר הניתוחים שבוצעו הן בבתי חולים פרטיים הן בבתי חולים ציבוריים או עצמאיים בעקבות תוכנית הקצ"תים (תרשימים 18-20). בניתוחים ארוכים ומורכבים (תרשים 18) ובניתוחים המערבים טכנולוגיות מתקדמות (תרשים 20) נמצא כי שיעור המומחים שטענו שחל גידול במספר ניתוחים אלו בבתי חולים פרטיים דומה לשיעור המומחים שטענו לגידול כזה בבתי חולים ציבוריים או עצמאיים. בשניהם גם היה דמיון בשיעור המומחים שטענו שלא חל שינוי / אין לדעת אם היה שינוי בעקבות התוכנית בסוגי ניתוחים אלו. מומחים שטענו שחל גידול במספר הניתוחים הארוכים והמורכבים בבתי חולים פרטיים נתנו כדוגמה ניתוחי עמוד שדרה.

אם בניתוחים ארוכים ומורכבים ובניתוחים המערבים טכנולוגיות מתקדמות לא הכריעו המומחים על השינוי במספרם בבתי חולים פרטיים או ציבוריים, הרי שבסוג הניתוחים המערבים מנתחים מכמה דיסציפלינות הייתה הסכמה גורפת (69%) שלא חל שינוי או שהוא אינו ידוע (תרשים 19). ממצא זה מנוגד להשערת המחקר אשר צפתה שתהיה עלייה בניתוחים מסוג זה בבתי חולים ציבוריים. המומחים המעטים שהצביעו על גידול במספר הניתוחים מסוג זה בבתי חולים פרטיים, נתנו כדוגמה ניתוחי מיקרוכירורגיה ראש צוואר ושחזורי לסת.

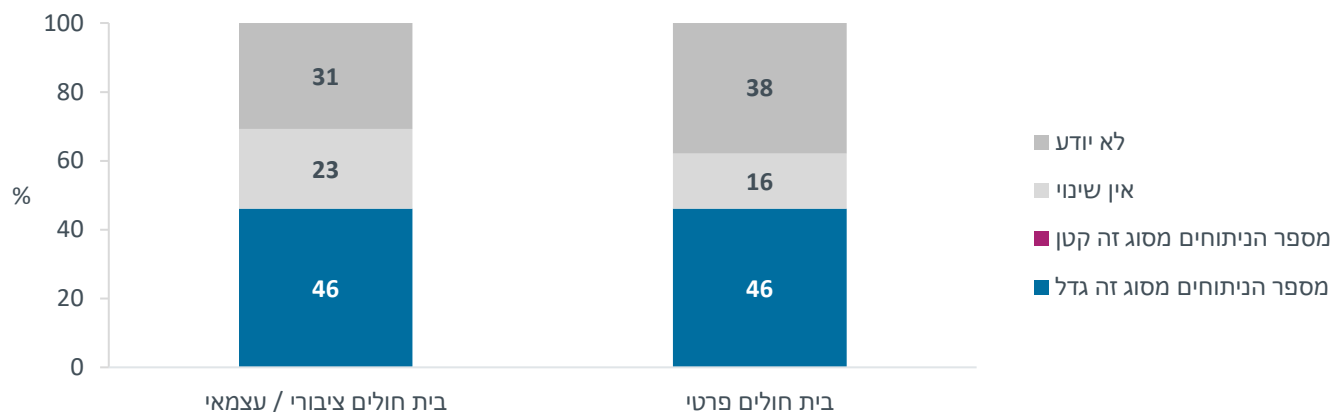
תרשים 18: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים הארוכים והמורכבים, לפי סוג בית החולים המבצע (באחוזים)



תרשים 19: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים מנתחים מכמה דיסציפלינות, לפי סוג בית החולים המבצע (באחוזים)



תרשים 20: השינוי בתמהיל הניתוחים האלקטיביים המערבים טכנולוגיות מתקדמות, לפי סוג בית החולים המבצע (באחוזים)



לסיכום, הייתה הסכמה רחבה בקרב המומחים שחלה עלייה במימון הציבורי ברוב סוגי הניתוחים, אך המומחים הסכימו על עלייה במספר הניתוחים בבתי חולים פרטיים רק בניתוחים קצרים ופשוטים, וממילא רובם כבר בוצעו בבתי חולים פרטיים.

5. מגבלות המחקר

המגבלה המרכזית של המחקר נובעת מהיותו מחקר שהחל כדי להעריך רפורמה אשר לא הוגדרה כרפורמה ולא לוותה במסמך רשמי המגבש ומציג את מטרותיה ואת מנגנון יישומה. חלק ניכר מן המחקר הוקדש לצורך זה – גיבוש מטרות הרפורמה והבנה של מה מנגנון יישומה. בגלל קושי זה פנה צוות המחקר למחקר האיכותני, אשר יתרונו במקרים כאלו ברור. המחקר האיכותני כלל ניתוח מסמכי מדיניות, ראיונות עומק עם בכירים וסקר דלפי. סקר הדלפי זכה להיענות נמוכה בקרב המומחים שאליהם פנינו. ההיענות הנמוכה הייתה בעיקר בסבב השני של הסקר, ייתכן כי בעת הסקר הופנה הקשב הניהולי למקומות אחרים, כגון מודל התקצוב הלאומי וחוק הקאפ (חקיקת ההתחשבנות בין בתי החולים לקופות החולים) החדש (2025-2021).

יש לציין כי זהו מחקר ראשון בנושא זה, ולדעתנו נדרש לבצע בהמשך מחקר כמותי אשר יכלול ניתוח של קובץ נתונים של פרוצדורות ניתוחיות (לפי סוג ולפי תחום) שנעשו בבתי החולים הפרטיים והציבוריים בישראל בשנים 2014-2019. ניתוח כזה יאפשר לבחון את השפעת התוכנית לקיצור תורים לניתוחים במימון ציבורי על המספר והתמהיל של הניתוחים.

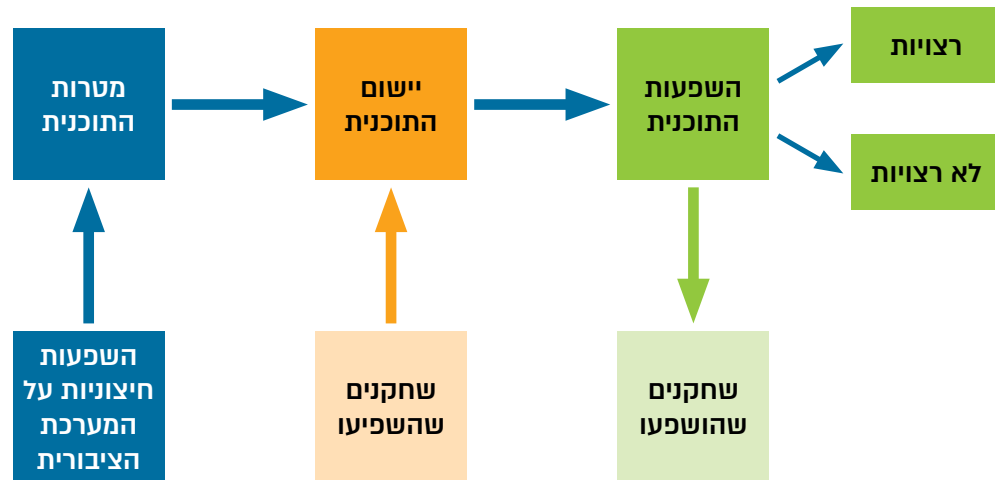
6. סיכום ודין

התוכנית לקיצור תורים לניתוחים במימון ציבורי, אשר הייתה חלק מרפורמה רחבה במערכת הבריאות, הגיעה לאחר שנים רבות שסוגיית המימון הפרטי הייתה על סדר היום של מערכת הבריאות. כאמור, בין השוק הפרטי בתחום הבריאות למערכת הציבורית יש יחסי תלות, ולכן הרפורמה נועדה לצמצם את ההשפעות השליליות שיש לגידול במימון הפרטי של ניתוחים על המערכת הציבורית. עם בעלי העניין אשר הושפעו השפעה ישירה מן הרפורמה אפשר למנות את בתי החולים הציבוריים, בתי החולים הפרטיים, ספקי שירותים רפואיים, קופות החולים, תוכניות השב"ן, חברות הביטוח וכמובן המבוטחים.

מן הספרות המקצועית עלה כי יישום מדיניות אינו הליך טכני בלבד ולעיתים קרובות אופן היישום עשוי ליצור פער בין המדיניות המוצהרת לבין המדיניות למעשה (ר' לדוגמה: Lin, 2019; Hudson et al., 2019; Fernandez & Rainey, 2006; Degroff & Cargo, 2009; Spillane et al., 2002; 2019). זאת ועוד, חוקרים רבים התמקדו בזיהוי חסמים וכשלים ליישום מוצלח של רפורמה רחבת היקף המאופיינת בריבוי שחקנים בעלי אינטרסים שונים, בצורך בלגיטימציה ציבורית, בריבוי צומתי החלטות המצריכות הסכמה ושיתוף פעולה בין רגולטורים (Greenhalgh et al., 2017; Nastasi, 2002; Valente et al., 2008). בתוכנית הקצ"תים נמצאו מאפיינים אלו, התוכנית לא לוותה בתוכנית מדיניות מגובשת, והשפעתה הצפויה על כל השחקנים המרכזיים לא הייתה ידועה. נדרש מחקר שיעריך את תגובת המערכת לרפורמה ולשינויים שבאו בעקבותיה, רצויים ולא רצויים, שלא היו ידועים מראש. **במחקר זה נבחנו מטרות התוכנית, תהליך יישומה והשפעותיה כפי שנתפסו בקרב מקבלי החלטות, בקרב מתכנני הרפורמה ומבצעי ובקרב שחקנים מרכזיים במערכת שהושפעו מיישומה.**

יישום התוכנית לווה בתקציב שהלך וגדל מ-240 מיליון ש"ח בשנת 2016 ועד 1.16 מיליארד ש"ח בשנת 2022. בתחילת 2024 הוחלט שתקציב הרפורמה יעבור לבסיס הסל בצד התקציב שהוקצה בכל שנה להסכמי הייצוב. התקציב הגבוה ביטא את החשיבות שראו מקבלי ההחלטות ביישום התוכנית, אך יישומה לווה בחששות רבים מצד מתכנני. ההשפעה שלה על השווקים ועל בעלי העניין השונים לא הייתה ידועה מראש, וכן ההשפעות הלא-רצויות הצפויות עם יישומה, כגון גידול בהוצאה העצמית של המבוטחים, עלייה במשך ההמתנה לניתוחים (במקום ירידה) והגברת התמריץ לגריפת שמנת של בתי החולים הפרטיים. בייחוד גבר החשש מגידול בשיעור הניתוחים הפשוטים והרווחיים ובכגיעה בבתי החולים המבצעים ניתוחים מורכבים ושאינם רווחיים. בגלל חשיבות התוכנית מחד גיסא והחששות אשר ליוו את מבצעי מאידך גיסא, פנה אגף בכיר לתכנון תקצוב ותמחור במשרד הבריאות למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבצע את המחקר הנוכחי כדי לבחון את יישום התוכנית ואת השינויים במערכת הבריאות בעקבותיה. **תרשים 21** מציג את תהליך ההערכה של התוכנית.

תרשים 21: תהליך ההערכה של תוכנית הקצ"תים



השפעות חיצוניות על המערכת הציבורית ומטרות התוכנית

כאמור, ברוב מדינות ה-OECD הספקת שירותי הבריאות היא באמצעות שילוב בין מימון ציבורי למימון פרטי, אם כי כמעט תמיד רוב מימון הבריאות הוא ציבורי. מכיוון שהמימון הציבורי אינו יכול לענות לבדו על כל הביקוש לשירותי בריאות, בשלושת העשורים האחרונים יש מגמה של ירידה בחלקו של המימון הציבורי לצד עלייה בחלקו של המימון הפרטי בישראל ובעוד מדינות בעולם (OECD, 2024; WHO, 2020).

המימון הפרטי נעשה באמצעות שני ערוצים עיקריים: (1) ביטוח בריאות וולונטרי (VHI); (2) מימון עצמי (OOP – out of pocket), ויש לו השפעות אקסוגניות (externalities) ברובן שליליות על המערכת הציבורית (Glied, 2008). ההשפעות החיצוניות השליליות נובעות בעיקר ממערך התמריצים הכלכליים שיוצר המימון הפרטי לשחקנים השונים במערכת הבריאות להסיט את הפעילות מן המערכת הציבורית לפרטית.

אם כן הנתונים על העלייה בבעלות על ביטוח בריאות וולונטרי (תרשים 3) והעדויות ההולכות ומצטברות על השפעות אקסוגניות שליליות על המערכת הציבורית, כגון עלייה בשכר הרופאים ובזמני ההמתנה במערכת הציבורית, שמו את סוגיית המימון הפרטי על סדר היום של מערכת הבריאות והובילו לתוכנית הקצ"תים.

בשלב הראשון במחקר זהו תשע מטרות לתוכנית הקצ"תים באמצעות סקירת מסמכי המדיניות והפרסומים לפני הפעלתה. המרואיינים התמקדו בשבע מטרות. **מרואיינים ממשרד האוצר** הדגישו שלוש מטרות מרכזיות: (א) הפחתת ההוצאה הלאומית

לבריאות; (ב) ריסון המערכת הפרטית; (ג) צמצום יוקר המחיה. לעומתם **מרוויינים ממשרד הבריאות** הדגישו שלוש מטרות אחרות: (א) קיצור תורים; (ב) הגדלת תפוקות בתי החולים הציבוריים; (ג) חיזוק המערכת הציבורית. וכולם דיברו על הרחבת השימוש הציבורי במערכת הפרטית. לעומת זאת הסכימו **אנשי המקצוע המומחים** על מטרות אחרות: הגדלת השוויון בין המבוטחים, צמצום יוקר המחיה וניצול הזדמנויות להגדלת התקציב, קיצור תורים במימון ציבורי וצמצום הגידול בהוצאות שכר על רופאים. מתוך ממצאים אלו לא נראה שאפשר לזקק מטרה ברורה אחת לתוכנית.

יישום התוכנית והשחקנים שהשפיעו על התהליך

משרד הבריאות ומשרד האוצר הגדירו את מנגנון ההפעלה כמבחני תמיכה ייעודיים, והמשא ומתן בין המשרדים קבע את גובה מבחני התמיכה בשנות יישום התוכנית עד להטמעת התקציב הייעודי בתקציב הכללי של סל הבריאות. מנגנון זה קיבע את תפקידם של משרדי האוצר והבריאות ואת קופות החולים ותוכניות השב"ן כשחקנים משמעותיים אשר השפיעו על יישום התוכנית – משרד הבריאות ומשרד האוצר כמתכננים של התוכנית וקופות החולים ותוכניות השב"ן כמבצעות.

מלבד זאת אחת המטרות שהוגדרה על ידי המרוויינים כחשובה הייתה **הצברת המערכת הפרטית**. מטרה זו התבטאה בשינוי רגולטורי המאפשר קבלת חולים בבתי החולים הפרטיים במימון ציבורי, והוסיפה שחקן משמעותי לתהליך יישום התוכנית – בתי החולים הפרטיים שבעלות קופת חולים (כגון 'אסותא' ו'הרצליה מדיקל סנטר').

קופות החולים בישראל מחזיקות בבעלותן בתי חולים פרטיים משלהן, והגדול מכולם הוא 'אסותא מדיקל סנטר' בבעלות 'מכבי שירותי בריאות'⁴. התמריצים הכלכליים במבנה כזה של אינטגרציה אנכית שבו קופת חולים היא בעלים של בית חולים, יוצרים למעשה תמריץ לקופת החולים לטפל ב'מקרים פשוטים וזולים' בבית החולים שלה ולשלוח 'מקרים קשים ויקרים' לבתי החולים הציבוריים (ובייחוד לאלו שאינם בבעלותה). תמריץ אחר הוא שימוש בבתי החולים הפרטיים כמנוף במשא ומתן על הנחות שיינתנו לקופות החולים על ידי בתי החולים הציבוריים. לבסוף, נוצר תמריץ ברור לבתי החולים הפרטיים לקבל חולים במימון ציבורי כדי להגדיל את הכנסותיהם. זה בתורו מאפשר לבתי חולים פרטיים לשפר תשתיות ושירותים ולמשוך אנשי מקצוע טובים יותר. **על כן בתי החולים הפרטיים בבעלות קופת חולים היו שחקן משמעותי ביישום התוכנית, והתוצאות של השנים הראשונות הצביעו על סכום ניכר מתקציב הקצ"תים שהועבר אליהם.**

השפעות התוכנית ושחקנים שהושפעו ממנה

בתי החולים הפרטיים בבעלות קופת חולים אכן הושפעו במידה ניכרת מהפעלת התוכנית. על פי המרוויינים חל גידול ריאלי במימון הציבורי של ניתוחים בבתי החולים הפרטיים, כלומר הצברת המערכת הפרטית. הממצאים מסקר המומחים תמכו בכך – בקרב המומחים הייתה הסכמה גורפת כי הצברת בתי החולים הפרטיים הייתה אחת מן המטרות המתוכננות של התוכנית וכך גם יישומה הלכה למעשה.

⁴ לפי נתוני משרד הבריאות על מיטות אשפוז, סך המיטות הכלליות בבעלות אסותא (כולל רמת החייל, ראשון לציון, חיפה ובאר שבע) היה 56% מסך המיטות הכלליות הפרטיות בישראל בשנת 2020. <https://www.gov.il/BlobFolder/reports/licensed-inpatient-hospital-beds>

הייתה תמימות דעים בין המומחים על ארבע מטרות שאכן הושגו: צמצום יוקר המחיה, ניצול הזדמנויות להגדלת התקציב למערכת הבריאות, הגדלת השוויון בין מבוטחי שב"ן לאלו שאינם מבוטחי שב"ן והצברת בתי החולים הפרטיים. על השלוש הראשונות הייתה הסכמה בין המומחים כי אלו היו גם מטרות מתוכננות של התוכנית, ובנוגע לאחרונה היו המומחים חלוקים בדעתם אם אכן זאת הייתה מטרה מתוכננת.

מכיוון שהתוכנית הגדירה במנגנון חלוקת הכספים את הפחתת היקף הניתוחים **בתוכניות השב"ן**, היה ברור שתוכניות השב"ן של קופות החולים הן שחקן משמעותי אשר יושפע מן התוכנית. עם השנים נהפכו תוכניות השב"ן במובן כלשהו לכלי מווסת של אתגרים תקציביים. אף על פי שהפרמיות והשירותים של תוכניות השב"ן מוסדרים ומפוקחים, קל יותר להגדיל את הפרמיות מלהרחיב את התקציב. עד שנת 2020 דיווח משרד הבריאות על ירידות בפרמיות של תוכניות השב"ן, והן יוחסו להקטנת הפעילות של תוכנית השב"ן ומכאן להצלחת התוכנית, אולם מאז אין מידע זמין לציבור בנוגע לפרמיות אלו **ואין דרך לדעת אם מגמה זו ממשיכה או השתנתה, וכך או כך קשה לייחסה באופן בלעדי לתוכנית הקצ"תים**.

בקרב המומחים הייתה הסכמה מלאה כי המטרה 'חיזוק בתי החולים הציבוריים' לא הושגה בפועל. בהערותיהם אף היו שצינו כי התוכנית המירה מימון פרטי במימון ציבורי לאותם שירותים שבלאו הכי ניתנו בפרטי, וגם שגדל כוחם של בתי החולים הפרטיים, ולכן רופאים רבים עברו לעבוד בבתי החולים הפרטיים.

ממצא זה מעלה את השאלה על השפעת התוכנית על **בתי החולים הציבוריים**. אומנם חיזוק המערכת הציבורית הוזכר כאחת ממטרות התוכנית (**תיבה 1**), אך חיזוק בתי החולים הציבוריים לא הוזכר על ידי המרואיינים, ואכן רק חלק קטן יחסית מתקציב תוכנית הקצ"תים הועבר ישירות לבתי החולים הציבוריים. רוב התקציב הועבר באמצעות מבחני התמיכה לקופות החולים. בתקציב הייעודי שהועבר נדרשו בתי החולים להגדיל את כושר הייצור הניתוחי של בתי החולים על ידי מימון פיתוח תשתיות והסרת חסמים לקיצור תורים. בתי חולים רבים השתמשו בתקציב זה למימון הפעלת חדרי הניתוח בשעות אחר הצהריים. יש לזכור כי לצד תוכנית הקצ"תים החל לפעול גם מודל תקצוב לאומי לבתי החולים. מודל זה, אשר תקציבו עומד על שלושה מיליארד ש"ח בשנה, היה חשוב הרבה יותר לבתי החולים מתקציב התמיכה הישירה של תוכנית הקצ"תים. הסבר אפשרי הוא שדרך חלוקת התקציב במודל התקצוב הלאומי בין בתי חולים לפי קריטריונים כגון מבחני תמיכה שונים, הסב את הקשב הניהולי של בתי החולים הציבוריים מתוכנית הקצ"תים למודל זה. ייתכן שזו הסיבה להסכמה הגורפת בקרב המומחים כי התוכנית לא הביאה לחיזוק בתי החולים הציבוריים.

השפעות על תמהיל הניתוחים לפי מקום מבצע וגוף מממן

בחינת תפיסת המומחים את השפעת התוכנית על מספר ותמהיל הניתוחים בין המערכת הפרטית לציבורית יכולה ללמד גם על השפעות התוכנית.

בקרב המומחים הייתה הסכמה גורפת שחלה עלייה במספר הניתוחים במימון ציבורי וירידה במספר הניתוחים במימון תוכניות שב"ן. הסכמה זו חלה גם על ניתוחים ארוכים ומורכבים וגם על ניתוחים קצרים ופשוטים. בניתוחים המערבים מנתחים מכמה דיסציפלינות או מערבים טכנולוגיות מתקדמות לא הייתה הסכמה על השינוי. ייתכן שהתוכנית לא השפיעה כלל על ניתוחים מסוג זה.

אשר למקום שבו נערכו הניתוחים, נמצאה הסכמה בקרב המומחים שחלה עלייה במספר הניתוחים הקצרים והפשוטים בבתי חולים פרטיים, אולם לא נמצאה הסכמה על הימצאות שינוי או על אופיו בניתוחים מן הסוגים האחרים.

ניתוח זה של תמהיל הניתוחים מרחיב את ההבנה על המטרה 'הצברת המערכת הפרטית'. נדמה שאכן חלה עלייה במימון הציבורי בייחוד לניתוחים קצרים ופשוטים המבוצעים בבתי חולים פרטיים. מתוך הנחה שניתוחים אלו כבר בוצעו בעבר בבתי החולים הפרטיים, עולה השאלה האם התוכנית לא חיזקה עיוות שכבר היה קיים בחלוקה של הספקת השירותים בין המערכת הפרטית למערכת הציבורית?

7. המלצות לקובעי מדיניות

גיבוש ופרסום מסמך המגדיר את מטרות התוכנית והמשאבים המוקצים לביצועה של רפורמה נרחבת, בדומה לתוכנית הקצ"תים, לפני תחילתה.

קידום מטרת-העל: חיזוק המערכת הציבורית – לא הייתה הסכמה בקרב המומחים אם התוכנית הובילה לצמצום הגידול בשכר הרופאים, אולם מחצית מן המומחים שיערו כי חל גידול. זה יכול לנבוע מסיבות אחרות כגון עליות שכר וגידול בפעילות. נדרשת בדיקה מעמיקה לזיהוי הגורם לגידול בהוצאה על שכר הרופאים לאחר הרפורמה. בדיקה זו חשובה לנוכח ההשפעות האקסוגניות השליליות של פוטנציאל השתכרות בשוק הפרטי לעומת השכר במערכת הציבורית, כגון מעבר של רופאים מן המערכת הציבורית לפרטית.

קידום מטרת-העל: צמצום יוקר המחיה – ראשית, הנתונים הכספיים הצביעו על עלייה ניכרת בסך דמי הפרמיות ששילמו המבוטחים לחברות המשווקות את ביטוחי הבריאות המסחריים. ביוני 2024 הוחלה הרפורמה לצמצום כפל הביטוח. מומלץ שמשרד הבריאות והממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון ישתפו פעולה כדי לרסן תופעה זו, בייחוד לנוכח הצפי להתייקרות הפרמיות הן של תוכניות השב"ן הן של פוליסות הביטוח המסחרי. שנית, התוצאות השליליות של התוכנית שהוזכרו על ידי המרואיינים היו שתוכניות השב"ן השאירו במערכת הפרטית את הניתוחים הרווחיים יותר. נוסף על כך משנת 2020 אין דיווח נגיש לציבור על שינוי בפרמיות תוכניות השב"ן. מומלץ שמשרד הבריאות יפעל לפרסום פרמיות השוואתיות של תוכניות השב"ן ויבחן את השינוי בפעילות השב"ן.

תוכנית הקצ"תים התמקדה בסוגיות המימון והביטוח הוולונטרי ופעלה להשיג שינויים בהן. על השלב הבא להתמקד בסוגיית הקשר שבין המערכת האשפוזית הציבורית לפרטית. רבות נכתב על דרכים לחיזוק המערכת הציבורית, אולם בהקשר של המחקר הנוכחי נדמה שיש צורך במנגנון שיגרום למערכת האשפוז הפרטית לסייע למערכת האשפוז הציבורית בהפחתת העומס מן הניתוחים המורכבים והיקרים.

מקורות

- הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן). (2014). המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. משרד הבריאות. <https://www.gov.il/BlobFolder/reports/germancommittee2014>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2024). ההוצאה הלאומית לבריאות 1962–2022 (לוח 5 ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מממן). https://www.cbs.gov.il/he/publications/doclib/2024/briut22_1926/t05.pdf
- מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. (2024). מגמות בדעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה, לפי מאפייני רקע – דוח אינטראקטיבי. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/trends-in-public-opinion-about-the-level-of-service-in-the-health-system-interactive-report>
- משרד האוצר. (2016, ספטמבר 28). התכנית לקיצור תורים במערכת הבריאות הציבורית וצמצום ההוצאה הפרטית יוצאת לדרך (הודעה לעיתונות). משרד האוצר, אגף התקציבים. https://www.gov.il/he/pages/press_28092016
- משרד האוצר. (2017). קיצור תורים במערכת הציבורית. https://www.gov.il/he/pages/press_02112017
- משרד הבריאות. (2017). מכתב מלווה למבחני התמיכה של התוכנית להסטת ניתוחים ממימון פרטי למימון ציבורי וצמצום זמני המתנה (מספר: 85024717; כתב יד שלא פורסם). משרד הבריאות, אגף בכיר תכנון תקצוב ותמחור.
- משרד הבריאות. (2020). מבחנים של משרד הבריאות לצורך תמיכה בבתי חולים ציבוריים כלליים המשתתפים בתכנית להעברת פעילות ממימון פרטי לציבורי ולקיצור תורים לשנת התקציב 2020 (נוסח משולב לא רשמי). <https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/261219health/he/050121health4.pdf>
- משרד הבריאות. (2021). תוכנית לקיצור תורים והעברת מימון של שירותים רפואיים ממסגרת פרטית לציבורית. <https://www.gov.il/he/pages/shortage-appointment>
- משרד הבריאות. (2022). דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2020. <https://www.gov.il/he/pages/shaban-06012022>
- משרד הבריאות וברזילי ושות', רואי חשבון. (2012). דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2010. משרד הבריאות, אגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/shaban2010/he/files_publications_units_shaban_shaban2010.pdf
- משרד הבריאות ו-BDSK. (2022). דוח מסכם על פעילות קופות החולים שנת 2021. משרד הבריאות, אגף פיקוח על הקופות ושירותי בריאות נוספים. <https://www.gov.il/BlobFolder/reports/dochhashvaatui2021/he/>
- משרד הבריאות ו-RSM שוף הזנפרץ ושות' רואי חשבון. (2021). דוח מסכם על פעילות קופות החולים שנת 2020. משרד הבריאות, אגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/dochhashvaatui2020/he/files_publications_units_shaban_dochHashvaatui2020.pdf

משרד הבריאות ומשרד האוצר. (2016א). הפצה לצורך קבלת הערות על תוכנית לקיצור תורים והעברת פעילות רפואית ממימון פרטי לציבורי - מסמך לסכקי שירותים רפואיים (סימוכין 37554916). משרד הבריאות.

[/https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/shortage-appointment](https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/shortage-appointment)

משרד הבריאות ומשרד האוצר. (2016ב). סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר ליישום מתווה העברת פעילות ניתוחים ממימון פרטי למימון ציבורי (טיוטה). [/https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/shortage-appointment/he](https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/shortage-appointment/he)

משרד המשפטים. (2020). טיוטת מבחנים של משרד הבריאות לתמיכה בהוצאות הניתוחים של קופות החולים המבצעות תוכנית להסטת פעילות ממימון פרטי למימון ציבורי ולקיצור תורים לשנת התקציב 2020. נדלה ב-28 במאי, 2024 מתוך

<https://www.tazkirim.gov.il/s/law-item>

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון. (2021). נתונים כמותיים בתחום הביטוח (פרק ג). דוח הממונה לשנת 2020.

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון. (2024). נתונים כמותיים בתחום הביטוח (פרק 5). דוח הממונה לשנת 2022,

תקנת בריאות העם (כללים לעניין המשך טיפול רפואי שלא במימון ציבורי לאחר טיפול רפואי במסגרת שירות מרפאה ציבורי או שירות מרפאה קהילתי), התשע"ז-2017. <https://m.knesset.gov.il/Activity/committees/Labor/Regulation/health160717.docx>

תקנות התחשבנות בין בתי חולים לקופות חולים לשנים 2021 עד 2025 (התחשבנות בעד שירותי בריאות בבתי חולים ציבוריים כלליים) (תשלום חודשי קבוע לבתי חולים ציבוריים כלליים), התשפ"ב-2022. <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx>

Besley, T., & Coate, S. (1991). Public Provision of Private Goods and the Redistribution of Income. *American Economic Review*, 81(4), 979–984.

Degroff, A., & Cargo, M. (2009). Policy implementation: Implications for evaluation. *Evaluating Evaluation Capacity Building*, 2009(124), 47–60. <https://doi.org/10.1002/EV.313>

Fernandez, S., & Rainey, H. G. (2006). Managing Successful Organizational Change in the Public Sector. *Public Administration Review*, 66(2), 168–176. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00570.x>

Glied, S. A. (2008). *Health care financing, efficiency, and equity* (working paper 13881).

National bureau of economic RESEARCH. <https://www.nber.org/papers/w13881>

Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond adoption: A new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e:367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>

- Hudson, B., Hunter, D., & Peckham, S. (2019). Policy failure and the policy-implementation gap: Can policy support programs help?. *Policy Design and Practice*, 2(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378>
- Lin, C. (2019). *Why is there often a gulf between what policy-makers intend and what is implemented?*. Proceedings of the 2nd International Seminar on Education Research and Social Science (ISERSS 2019). <https://doi.org/10.2991/iserss-19.2019.345>
- Linstone, H., & Turoff, M. (1975). The Delphi method: Techniques and applications. *Journal of Marketing Research*, 13(3), 317-318. <https://doi.org/10.2307/3150755>
- Nastasi, B. (2002). COMMENTARY: The realities of large-scale change efforts. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 13(3), 219-226. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S1532768XJEPC1303_04
- OECD. (2024). *Fiscal sustainability of health systems: How to finance more resilient health systems when money is tight?*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.
- OECD. (n.d.). *Health expenditure and financing*. Retrieved May 28, 2024 from <https://data-explorer.oecd.org/>
- Rosen, H. S., & Gayer, T. (2010). *Public finance*. McGraw-Hill/Higher Education.
- Spillane, J. P., Reiser, B. J., & Reimer, T. (2002). Policy implementation and cognition: Reframing and refocusing implementation research. *Review of Educational Research*, 72(3), 387-431.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., & Kluge, H. (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: Impact and implications for policy*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/132050/Policy-summary-12-2077-1584-eng.pdf>
- Valente, T., Coronges, K., Stevens, G., & Cousineau, M. (2008). Collaboration and competition in a children's health initiative coalition: A network analysis. *Evaluation and Program Planning*, 31(4), 392-402. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.06.002>
- World Health Organization. (2010). *The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
- World Health Organization. (2015). *Tracking universal health coverage: First global monitoring report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564977>
- World Health Organization. (2020). *Global spending on health: Weathering the storm*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788>