



## מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי

ליאורה בוורס ודב צ'רניחובסקי\*

מבוא

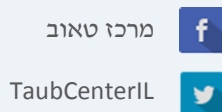
חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי כל תושב זכאי לקבל טיפול רפואי בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו. עם זאת, אלה מעולם לא הוגדרו. לפיכך, אתגר מרכזי הניצב בפני קובעי המדיניות הוא הגדרת אותם זמני המתנה ומרחקים סבירים, בהינתן שבנסיבות שונות יש תפיסות נבדלות לגבי זמני המתנה הראויים. אתגרים נוספים כוללים פיתוח אמצעים למדידה מקובלת ושקופה של זמני המתנה לטיפול במימון ציבורי, תכנון מערכת שעומדת בסטנדרטים שנקבעו וכן קביעת מערכת תמריצים לעמידה ביעדים ואכיפתם.

לזמני המתנה יש משקל חשוב במדיניות הבריאות במדינות ברחבי העולם. 23 ממדינות ה-OECD, כולל ישראל, מדווחות שנושא זמני המתנה הוא מרכיב חשוב בקביעת מדיניות הבריאות שלהן. אולם בעוד ש-15 ממדינות אלו ערוכות לטיפול בבעיה במסגרת תכנית אסטרטגית לאומית,<sup>1</sup> בישראל אין היערכות דומה, אף שזמני המתנה נחשבים לבעייתיים בכל צדדיה של מערכת הבריאות – לרבות זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים (ניתוחים שאינם ניתוחי חירום), למחלקות החירום, לרפואת מומחים ולטיפול בסרטן (Siciliani et al, 2013).

מחקר זה יראה כי בישראל יש פערים בין זמני המתנה של מטופלים לאבחון ולייעוץ מקצועי בבתי חולים באזורים שונים (פריפריה לעומת מרכז), בבעלות שונה (מוסדות ממשלתיים לעומת בתי החולים של שירותי בריאות כללית והמלכ"רים) ובמסלולי תשלום שונים (פרטי לעומת ציבורי). פערים אלו מייצגים במידה רבה את הקשיים במערכת הבריאות הישראלית. החלק האחרון של המחקר ידון בכמה צעדים אפשריים לשיפור בעיית זמני המתנה.

בישראל יש פערים בין זמני ההמתנה של מטופלים לטיפול רפואי בבתי חולים באזורים שונים (פריפריה לעומת מרכז), בבעלות שונה (מוסדות ממשלתיים לעומת בתי החולים של שירותי בריאות כללית והמלכ"רים) ובמסלולי תשלום שונים (פרטי לעומת ציבורי). פערים אלו מייצגים במידה רבה את הקשיים במערכת הבריאות הישראלית. המחקר הנוכחי ידון בכמה צעדים אפשריים לשיפור בעיית זמני המתנה

רח' האר"י 15, ירושלים, 9103401  
טל': 02-567-1818  
info@taubcenter.org.il  
taubcenter.org.il



[תמכו בנו](#)

\* ליאורה בוורס, מנהלת תחום מדיניות; פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי ויו"ר תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. אנו מבקשים להודות לנופר גואטה, עוזרת מחקר במרכז טאוב, על עזרתה. תודתנו נתונה גם לד"ר איתן חי-עם, מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, לפרופ' דוד חייניץ מהאוניברסיטה העברית, ולפרופ' מאיר אורן, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה לשעבר, על שתרמו מנקודת מבטם למחקר, וכן לרות וייטסברג ממכון מאיר-סג"ר-גוינט-ברוקדייל ולניר קינדר ממשרד הבריאות, על שסיפקו למחקר מידע ומחקרים רלוונטיים.

<sup>1</sup> המדינות הן: אוסטרליה, אוסטרליה, אירלנד, אנגליה, דנמרק, טורקיה, ניו זילנד, סלובניה, סלובקיה, ספרד, סקוטלנד, פורטוגל, פינלנד, קנדה ושוודיה.



## 1. זמני המתנה במערכת הבריאות במימון ציבורי

מנגנון זמני המתנה משמש כלי להקצאת משאבים במערכת הציבורית, שבה הטיפול בחולה מסובסד. במערכת מסוג זה קיים חשש לשימוש יתר של הלקוחות, מפני שהדבר לא כרוך מבחינתם בנטל כספי (מצב הנקרא "סיכון מוסרי").

עם זאת, יש ראיות לכך שזמני המתנה ארוכים לטיפול חירום או לטיפולים דחופים, כגון ניתוח מעקפים, מובילים להרעה בתסמיני המטופלים ומחמירים את מצבם הרפואי. כשמדובר בהליך רפואי שדחיפתו נמוכה יותר, כגון החלפת מפרק ירך או ברך, המחקרים חלוקים במסקנותיהם בנוגע למידת ההשפעה של זמני המתנה הארוכים על הכאב שסובל המטופל ועל תפקודו. הארגון העולמי Institute of Medicine רואה בזמני המתנה ארוכים נטל על החברה, המגדיל את הסבירות לאשפוזים מורכבים יותר ולתנאי טיפול ירודים יותר – ובכך עלול לייקר את עלויות שירותי הבריאות (ברמלי-גרינברג, וייצברג וגוברמן, 2014). יתר על כן, זמני המתנה ארוכים עלולים להשפיע לרעה על יכולתו של המטופל לעבוד ועל איכות שעות הפנאי שלו, ואף להגביר את החרדה ואת חוסר שביעות הרצון שהוא חווה ממערכת הבריאות בכללותה (ברמלי-גרינברג, וייצברג וגוברמן, 2014; Siciliani et al., 2013).

## 2. זמני המתנה בישראל

כאמור, זמני המתנה לטיפולים רפואיים במערכת הציבורית הוגדרו כבעיה לאומית, הניצבת בראש סדר העדיפויות של משרד הבריאות.

כדי להבין לאשורה את תמונת המצב בנושא זמני המתנה, יש להתחקות אחרי התהליך שעובר מטופל הזקוק לטיפול או ייעוץ רפואי בבתי החולים הציבוריים. זימון תור כזה עלול להיות חוויה לא קלה. הדרך מתחילה בהפניה מטעם רופא משפחה וקבלת טופס 17 מטעם המרפאה – התחייבות של קופת החולים לממן את הטיפול. הטופס הוא תנאי הכרחי לקבלת הטיפול, אך הוא אינו מספיק כדי להבטיח את עצם קבלתו, וודאי לא את העיתוי ואת מיקום הטיפול. ראשית, לעתים מזומנות יש לאשר את הטיפול בוועדה מיוחדת. שנית, בעת מתן הטופס הקופה מכתיבה את מקום הטיפול, לעתים ללא התחשבות בזמינות התורים הפנויים, גם אם המתנה עלולה לארוך חודשים רבים. כך עלול תושב שעלה חשד שיש לו גידול ממאיר להמתין חודשים כדי לדעת את מצבו לאשורו ולהתחיל בטיפול מתאים. בשל עיכובים אלו – ובפרט במקרים הדחופים – מתחילים בירורים אינטנסיביים של המטופל ובני משפחתו בניסיון למצוא תור זמין במוסד אחר. אם נמצא תור זמין מוקדם יותר בבית חולים אחר, יצטרך המטופל להשיג טופס 17 מעודכן לאותו מוסד – ואז נפתח דיון מחודש עם קופת החולים, שעלול להסתיים ללא הסכמה לשינוי ההתחייבות.

דוח מבקר המדינה לשנת 2009 הראה שזמני המתנה לניתוחי אף-אוזן-גרון בבתי החולים בישראל עשוי לארוך שישה או שבעה חודשים, ולעתים אף מעל לשנה. מחקר שנערך בשנת 2007 מטעם הכנסת הראה הבדלים משמעותיים בזמני המתנה בין בתי החולים – ונתונים אלו זכו לאישוש לאחרונה, עם שחרורו של מידע רשמי של משרד הבריאות בנושא זמני המתנה בבתי החולים השונים. מטופל בבית החולים בני ציון בחיפה ממתין לניתוח החלפת מפרק ירך כשלושה שבועות בממוצע, ואילו בבית החולים סורוקה בבאר שבע ימתין המטופל מעל לשנה. מטופלים בבתי החולים אסף הרופא באזור גוש דן והלל יפה בחדרה ימתינו כשבוע בממוצע לניתוח הסרת בלוטת התריס, בהשוואה לשישה חודשי המתנה לאותו הניתוח בבית החולים פוריה שליד טבריה. עוד עולה מהנתונים כי ייתכן שבית חולים אחד יפגין ביצועים גרועים למדי בתחום רפואי מסוים, ובה בעת יראה ביצועים מצוינים בתחום רפואי אחר (משרד הבריאות, 2014ה').

מנגנון זמני המתנה משמש כלי להקצאת משאבים במערכת הציבורית, שבה הטיפול בחולה מסובסד. במערכת מסוג זה קיים חשש לשימוש יתר של הלקוחות, מפני שהדבר לא כרוך מבחינתם בנטל כספי (מצב הנקרא "סיכון מוסרי")



**כמעט שני שלישים מרופאי המשפחה בירושלים מדווחים כי רוב המטופלים שלהם זוכים לראות רופא מומחה או לקבל טיפול רפואי במסגרת זמן סביר בקופת החולים שלהם**

סקר שנערך בקרב רופאי משפחה בירושלים, שכלל כמעט מחצית מהם, מצא שרוב הרופאים מודאגים מזמני ההמתנה לטיפול בבתי החולים.<sup>2</sup> כפי שמראה לוח 1, רק 9 אחוזים מהרופאים שהשתתפו בסקר סבורים כי רוב המטופלים שלהם בבית החולים הדסה זוכים לטיפול רפואי בתוך זמן סביר, וכשנשאלו על פגישה עם רופא מומחה בזמן סביר עמד הנתון על 20 אחוז. הנתונים המקבילים מבית החולים שערי צדק עומדים על 15 ו-24 אחוז, בהתאמה. למעלה מ-60 אחוז מהרופאים מדווחים על הפניית מטופלים למסלול הפרטי, ושיעור דומה של רופאים טוענים שניצלו קשרים אישיים כדי לקצר את זמני ההמתנה של המטופלים שלהם במסלול הציבורי.

לצד זאת, חשוב להדגיש שהתפיסה בעניין קבלת טיפול רפואי בקהילה שונה בתכלית מהתפיסה לגבי הטיפול בבתי החולים: כמעט שני שלישים מרופאי המשפחה מדווחים כי רוב המטופלים שלהם זוכים לראות רופא מומחה או לקבל טיפול רפואי במסגרת זמן סביר בקופת החולים שלהם. אף שהסקר נערך בקרב רופאים ירושלמים ועסק במתקנים רפואיים בירושלים בלבד, תוצאותיו עשויות להצביע על תופעה בהיקף ארצי (להד ואחרים, 2013).<sup>3</sup>

לוח 1. תשובות לסקר בנושא זמני המתנה בקרב רופאי משפחה בירושלים\*

מיקום הטיפול						התפלגות הרופאים בין התשובות (בצבע – התשובה הנפוצה ביותר)					
כמה ממטופליך במוסד זוכים לראות רופא מומחה בתוך זמן סביר?			כמה ממטופליך במוסד זוכים לקבל טיפול רפואי** בתוך זמן סביר?								
מעטים	מחצית	הרוב	מעטים	מחצית	הרוב	מעטים	מחצית	הרוב	מעטים	מחצית	הרוב
60%	31%	9%	37%	44%	20%	המרכז הרפואי הדסה					
35%	50%	15%	22%	54%	24%	המרכז הרפואי שערי צדק					
8%	31%	61%	7%	28%	65%	קופות החולים					

\* הסקר כלל כ-150 רופאים ירושלמים (כמחצית מרופאי המשפחה בעיר).  
\*\* הליך אבחון או הליך טיפולי (ביופסיה, זריקה, הדמיה או אנדוסקופיה)

מקור: ליאורה בורס ודב ציריניובסקי, מרכז טאוב  
נתונים: להד ואחרים, 2013

התפיסה החיובית הרווחת בקרב רופאים בנוגע לנגישות לטיפול רפואי בקהילה מתיישבת עם תוצאותיו של סקר מ-2012, שהראה שכ-90 אחוז מהישראלים שבעי רצון מקופות החולים שלהם (ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, 2013). מחקר שנערך בשנת 2014 ניסה לאמוד את זמני ההמתנה לקבלת שירותי רפואה שאינם דחופים במסגרת הקהילה. התוצאות הראו כי זמן

<sup>2</sup> יש לקחת את ממצאיו של הסקר בעירבון מוגבל, היות שהוא לא עמד בפני ביקורת עמיתים והרופאים שהשתתפו בו לא מהווים בהכרח מדגם מייצג. עם זאת, הוא מספק לכל הפחות ראיה אנקדוטלית חזקה בנוגע לנושא זמני ההמתנה ולהתמודדות המערכת עמו.

<sup>3</sup> נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מראים כי בפיקוח על משתנים כמו גיל ומין, המטופלים בירושלים נהנים ככל הנראה מזמני המתנה קצרים יותר ממטופלים ביתר חלקי הארץ (להד ואחרים, 2013).



**זמני המתנה הממוצעים נעים בין 12 יום עבור ניתוח מעקפים (אשר עשוי להיחשב הליך דחוף) לשיא של 147 ימי המתנה לניתוח תיקון מחיצת האף**

ההמתנה הממוצעת ליעוץ רפואי ארך 3.2 שבועות, כלומר, 72 אחוז מאלו שנוקקו ליעוץ המתינו פחות מחודש (זמן ההמתנה שהוגדר במחקר כסביר) לפגישה שנקבעה עבורם.<sup>4</sup> רוב המטופלים שהשתתפו בסקר אמרו שהרגישו שזמני ההמתנה היו סבירים.<sup>5</sup> המשיבים שחשו שנאלצו להמתין פרק זמן בלתי סביר העידו שזמן ההמתנה המקובל בעיניהם הוא 1.5 שבועות, הן לפגישת ייעוץ והן לאבחון או הדמיה (ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, 2013).

**זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים**

משרד הבריאות נקט בשנת 2013 צעד משמעותי בנושא שיפור השקיפות של זמני ההמתנה: הוא דרש מבתי החולים לדווח על משך ההמתנה לניתוחים אלקטיביים ופרסם את הממצאים (משרד הבריאות, 2014). תרשים 1 מציג את זמני ההמתנה הממוצעים ל-18 ניתוחים אלקטיביים ב-27 בתי חולים ציבוריים בישראל במחצית הראשונה של שנת 2014. זמני ההמתנה נמדדים מהרגע שבית החולים מכניס את המטופל לרשימת ההמתנה ועד תחילת ההליך הרפואי. זמן ההמתנה הממוצע שנמדד נע בין 12 יום עבור ניתוח מעקפים (אשר עשוי להיחשב הליך דחוף) לשיא של 147 ימי המתנה לניתוח תיקון מחיצת האף. יש שני הליכים שזמן ההמתנה הממוצע עבורם הוא חודש או פחות, שמונה הליכים שזמן ההמתנה הממוצע עבורם קצר משלושה חודשים, ושמונה הליכים שזמן ההמתנה הממוצע עבורם ארוך משלושה חודשים. עם זאת, יש לציין כי חלק מזמן ההמתנה נגרם מבחירתם של המטופלים לחכות לרופא המנתח המועדף עליהם, ולא לנצל את התור הזמין הראשון.

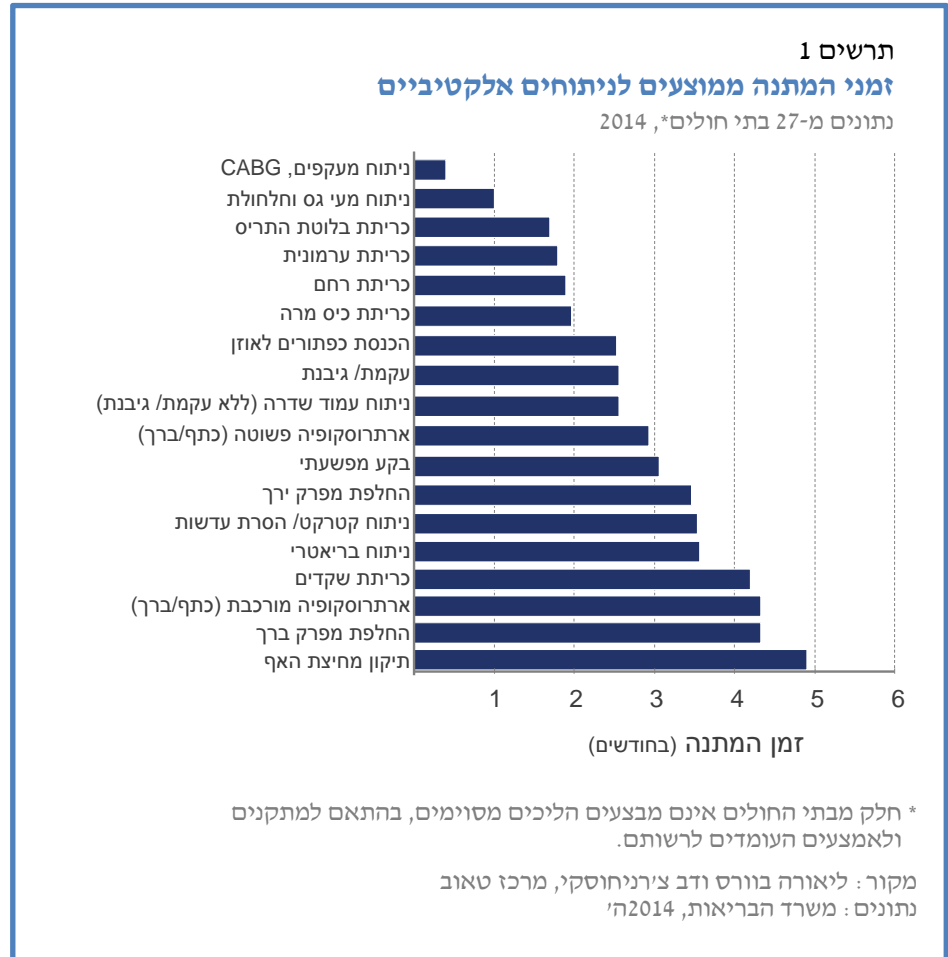
יש פער גדול בזמני ההמתנה בין 27 בתי החולים הציבוריים שנבדקו. לדוגמה, קיים פער של יותר משנה בין זמני ההמתנה הקצרים ביותר לארוכים ביותר לניתוחי החלפת מפרק ברך, כריתת שקדים ותיקון מחיצת האף. בבתי החולים סורוקה (באר שבע) ופוריה (ליד טבריה) נמדדו זמני ההמתנה הארוכים ביותר לכמה הליכים רפואיים, ואילו במרכז הרפואי בני ציון בחיפה נמדדו זמני ההמתנה הקצרים ביותר להליכים אחדים.

<sup>4</sup> חשוב לציין כי ייתכן שזמני המתנה אלו מייצגים גם מקרים שבהם מטופלים השתמשו בביטוח המשלים שברשותם לצורך קבלת תור מזורז.

<sup>5</sup> 53 אחוז מהנשאלים שהמתינו ליעוץ עם רופא מומחה חשו שזמן ההמתנה היה סביר (זמן ההמתנה הממוצע שלהם ארך 2.0 שבועות, לעומת 4.9 שבועות בקרב נשאלים שחשו כי זמן ההמתנה היה בלתי סביר). בדומה לכך, 70 אחוז מהממתינים לבדיקות אבחון או הדמיה הרגישו שזמן ההמתנה היה סביר (זמן ההמתנה הממוצע שלהם עמד על 2.0 שבועות, לעומת 4.7 שבועות בקרב נשאלים שטענו שזמן ההמתנה היה בלתי סביר). מטופלים בפריפריה נאלצו להמתין זמן רב יותר לפגישה עם רופאים בתחומי התמחות נדירים יותר, אך המתינו זמן קצר יותר לפגישה עם רופאים מומחים בתחומים שכיחים בהשוואה למטופלים באזורים שאינם בפריפריה. לפי המחקר, הסיבה לכך עשויה להיות שדווקא במקומות שיש בהם ריכוז גבוה של מומחים בתחומים נפוצים (למשל חיפה ותל אביב), קופות החולים מנצלות את זמני ההמתנה ככלי לטיפול בסיכון מוסרי (כלומר, בצריכת יתר של שירותי הבריאות).



בקרב ראשי מערכת הבריאות – רופאים, מנהלי בתי החולים, מנהלי קופות החולים ואחרים – קיימת תחושה חזקה כי נתוני זמני ההמתנה הממוצעים מייצגים עירוב של שתי קבוצות שונות בתכלית: האחת היא הישראלים המיוחסים יותר, שיש להם קשרים, 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



אמנם משרד הבריאות מפרסם את ממוצע זמני ההמתנה, אולם נתונים על התפלגותם בין האוכלוסיות השונות אינם זמינים. לנתוני ההתפלגות חשיבות רבה, מכיוון שהממוצע עלול להסוות את סיפורם האישי של מטופלים שונים. בקרב ראשי מערכת הבריאות – רופאים, מנהלי בתי החולים, מנהלי קופות החולים ואחרים – קיימת תחושה חזקה כי נתוני זמני ההמתנה הממוצעים מייצגים עירוב של שתי קבוצות שונות בתכלית: 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.

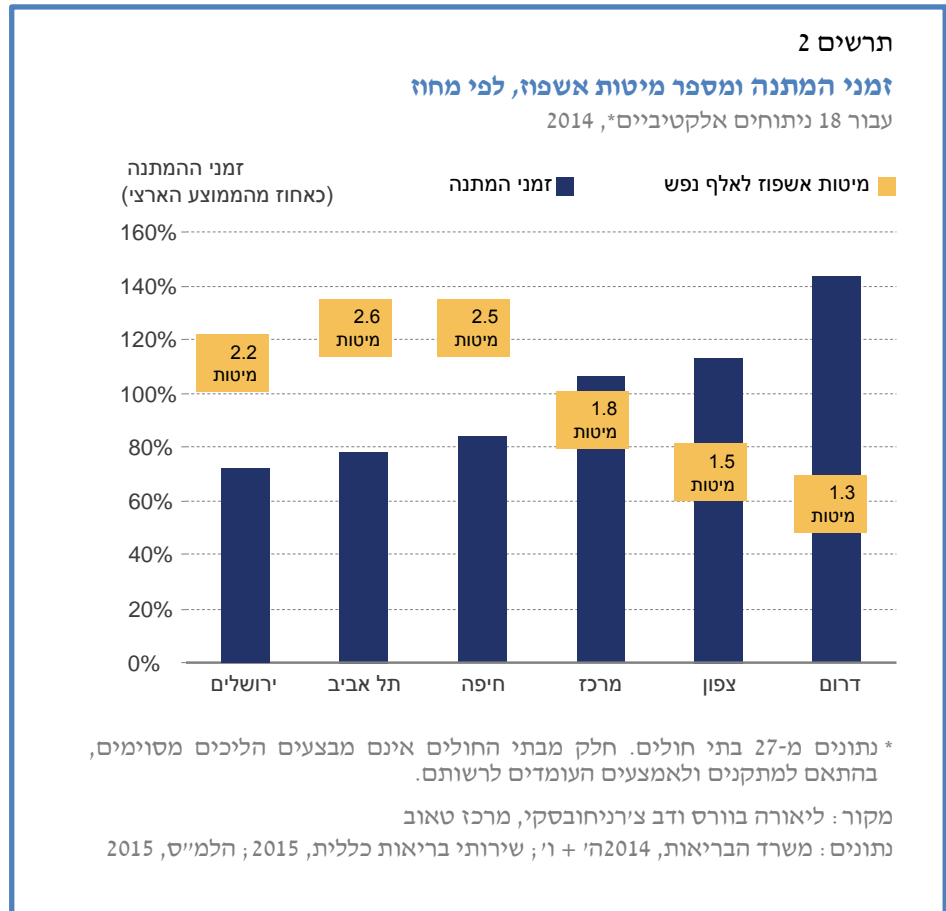
בסעיפים הבאים יוצגו הפערים בין זמני ההמתנה לפי שלוש קטגוריות: מיקום בית החולים, סוג הבעלות על המוסד והמערכת שבמסגרתה ניתן הטיפול (ציבורית או פרטית). הפערים הגדולים בין מרכז לפריפריה, בין בתי חולים בבעלות שונה ובין האוכלוסייה המבוטחת בביטוחים פרטיים לאלו המסתמכים על המערכת הציבורית מייצגים היטב את בעיותיה המרכזיות של מערכת הבריאות כולה.



המטופלים במטרופולינים  
הגדולים של ירושלים, תל אביב  
וחיפה נהנים מזמני המתנה  
הקצרים ביותר, ואילו בפריפריה  
– מחוזות צפון ודרום –  
זמני המתנה ארוכים יותר.  
זמן המתנה החציוני לניתוח  
אלקטיבי בירושלים קצר ב-28  
אחוז מזמן המתנה  
אחוז מזמן המתנה  
הממוצע במדינה, ואילו  
בדרום זמן המתנה ארוך יותר  
ב-44 אחוז

זמני המתנה לפי אזור

תרשים 2 מראה את חציון זמן המתנה לפי אזור עבור 18 ניתוחים אלקטיביים, לעומת הממוצע הארצי.<sup>6</sup> זמן המתנה החציוני לניתוחים אלקטיביים בירושלים עומד על 72 אחוז מהממוצע הארצי, ולעומת זאת זמן המתנה בדרום הארץ הוא 144 אחוז מן הממוצע הארצי. במילים אחרות, זמן המתנה החציוני לניתוח אלקטיבי בירושלים קצר ב-28 אחוז מזמן המתנה הממוצע במדינה, בעוד שבדרום, זמן המתנה ארוך יותר ב-44 אחוז. באופן כללי המטופלים במטרופולינים הגדולים של ירושלים, תל אביב וחיפה נהנים מזמני המתנה הקצרים ביותר, ואילו בפריפריה – מחוזות צפון ודרום – זמני המתנה ארוכים יותר.



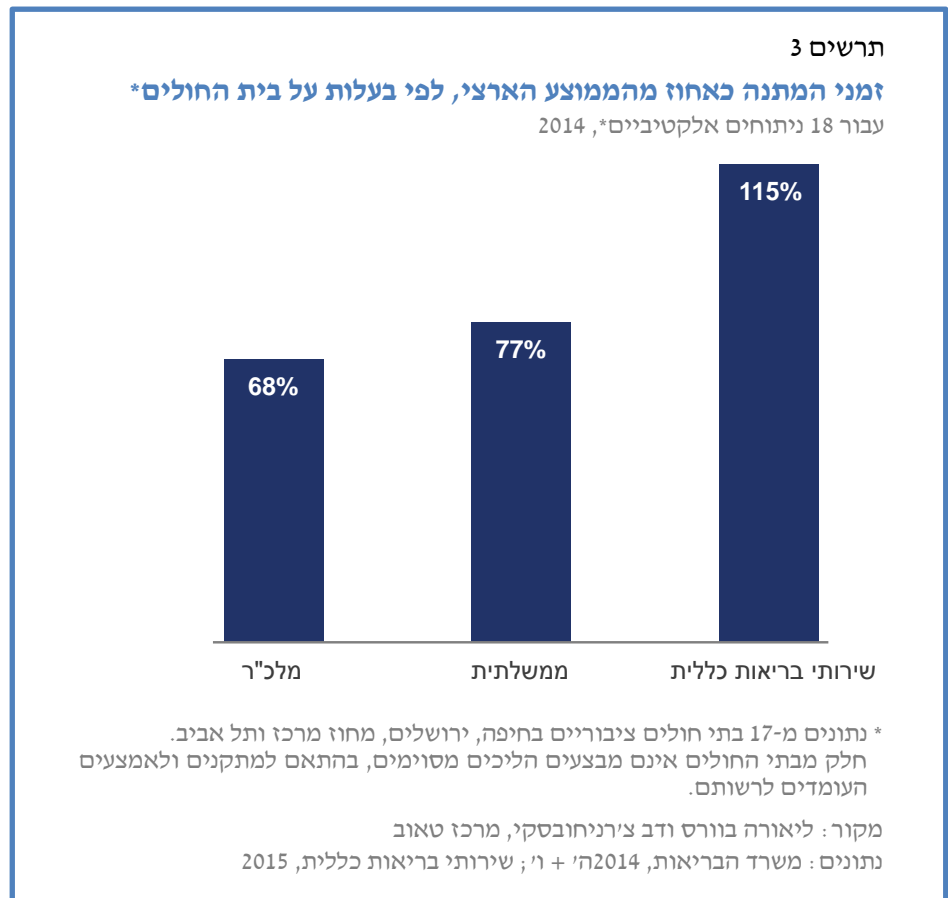
זמני המתנה הארוכים שנמדדו בפריפריה תואמים את משאבי הבריאות המצומצמים המוקצים לאזורים אלו, שנדונו כבר בהרחבה בשיח הציבורי. כפי שניתן לראות בתרשים, יש מתאם שלילי בין היצע המיטות בבתי החולים לזמני המתנה לניתוחים אלקטיביים. בירושלים, בתל אביב ובחיפה היצע המיטות הוא הגדול ביותר (2.2 עד 2.5 מיטות לכל אלף איש), ולאחריהן, בסדר יורד, מדורגים מחוזות המרכז והצפון. בסוף הרשימה נמצא מחוז הדרום, שבו ההיצע עומד על 1.3 מיטות בלבד לכל אלף איש. בשנת 2013 היה מספר הרופאים המומחים

<sup>6</sup> לכל סוג טיפול רפואי חשוב זמן המתנה הממוצע המשוקלל בכל בתי החולים באזור אשר מספקים את הטיפול, תוך שקלול מספר המיטות בכל אחד מבתי החולים. לאחר מכן הושוותה התוצאה שהתקבלה לממוצע הארצי. כשמנתחים את התוצאות ביחס לממוצע, ולא ביחס לחציון, מתקבלות תוצאות דומות הן בהתפלגות לפי אזור והן בהתפלגות לפי סוג הבעלות על בית החולים, כפי שיודגם בהמשך. עם זאת, ההשוואה מתבססת על הנתון החציוני ולא על הממוצע, מכיוון שיש נתון חריג סטטיסטית אחד לפחות בכל מחוז, ואילו גורמים לנתון הממוצע לסטות כלפי מעלה.

במחוז צפון נמוך בכשליש ממספר המומחים הפועלים ביתר המחוזות (2.2 רופאים לכל אלף איש, לעומת 3.2 או יותר במחוזות אחרים), ומספרם של אנשי צוות רפואי אחרים (למשל רוקחים, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק) במחוזות דרום וצפון עמד על כמחצית מהאזורים האחרים (2.1 ו-2.2 לעומת 4.0 ויותר, בהתאמה). בשנים האחרונות נעשו מאמצים לצמצום פערים אלו. למשל, בית ספר חדש לרפואה נפתח בצפון (צפת) בשנת 2011, וכחלק מהסכם שנחתם עקב שביתת הרופאים בשנת 2011 הוחלט כי רופאים הפעילים בפריפריה יזכו לתוספת שכר משמעותית, וכן שרופאים שיעתיקו את פעילותם לפריפריה יזכו במענק חד-פעמי בסך 300,000 שקלים. עם זאת, לראשי מערכי הבריאות אין ספק שלמטופלים בפריפריה קשה יותר לזכות בטיפול רפואי ביחס למטופלים במרכזים העירוניים, ויש להשקיע עוד מאמצים רבים כדי לשנות מציאות זו. עוד ראוי לציין שבבתי חולים בירושלים זמני המתנה כנראה קצרים יותר מכיוון שאפשר לקבל בהם טיפולים רפואיים פרטיים במסגרת השר"פ, שהשפעתו ניכרת בזמני המתנה שדווחו.

**זמני המתנה לפי סוג הבעלות על בתי החולים**

תרשים 3 מציג את זמני המתנה לפי סוג הבעלות של בית החולים, עבור בתי החולים באזורי המטרופולין במדינה (מחוזות הצפון והדרום הוסרו מהשוואה, כדי למנוע את הטיית התוצאות בשל השפעת מיקומו של המוסד בפריפריה). התרשים כולל נתונים מ-17 בתי חולים ציבוריים שבבעלות הממשלה, 6 בתי חולים שבבעלות שירותי בריאות כללית, ו-4 בתי חולים הפועלים ללא מטרת רווח.







נראה כי בבתי החולים של שירותי בריאות כללית חציון זמן ההמתנה הוא הארוך ביותר – גבוה ב-15 אחוז מהממוצע הארצי.<sup>7</sup> בבתי החולים הפועלים ללא מטרות רווח זמן ההמתנה הוא הקצר ביותר: קצת פחות מ-68 אחוז מזמן ההמתנה הארצי הממוצע. תוצאה זו, ככל הנראה, מושפעת מאוד מהעובדה ששלושה מתוך ארבעת בתי החולים הפועלים ללא כוונת רווח נמצאים בירושלים. בתי החולים הממשלתיים נמצאים במרכז הדירוג, וזמן ההמתנה בהם עומד על 77 אחוז מזמן ההמתנה הארצי הממוצע.

יש כמה הסברים אפשריים לממצאים אלו. ראשית, מכיוון שקופת חולים כללית מפעילה גם בתי חולים (בניגוד ליתר קופות החולים), היא לרוב תפנה את חברי הקופה הזקוקים לטיפול לבתי החולים שבניהולה. הדבר עשוי להגביל את יכולתם של מטופלי הקופה לבחור בבתי חולים אחרים, מה שיקטין את נטייתם לבחור בתי חולים על סמך זמני המתנה. שנית, יש הסוברים כי בבתי החולים של קופת חולים כללית מיטיבים למזער את השפעתו של המימון הפרטי על הטיפול שניתנים בבתי חולים ציבוריים. בבתי חולים הפועלים כמלכ"רים יש מסלולים לרפואה פרטית (שר"פ), וגם לבתי החולים הממשלתיים מנגנונים שמאפשרים לחלקם לספק שירותי רפואה במימון פרטי (או שרופאים עשויים לקדם מטופלים פרטיים שלהם במערכת הציבורית באופן בלתי רשמי). אם קופת חולים כללית אכן מצליחה יותר במזעור השפעת המימון הפרטי, יש בכך הסבר לזמני ההמתנה הארוכים יחסית שנמדדים בבתי החולים שלה.

#### זמני המתנה לפי סוג ביטוח הבריאות

האפשרות לשלם על טיפול רפואי באופן פרטי באמצעות ביטוח משלים של קופות החולים, ביטוח פרטי או תשלום ישיר מובנית במערכת הבריאות הציבורית בישראל. מאז השנים 1998–1997 התרחב הכיסוי שמציעים ביטוחים משלימים בישראל בכמעט 60 אחוז, ובשנת 2012 כמעט ארבעה מכל חמישה ישראלים בחרו לרכוש כיסוי ביטוי מסוג זה (תרשים 4).<sup>8</sup> עם זאת, חשוב לציין כי ביטוח משלים נחשב לביטוח חצי-ציבורי, מכמה סיבות: (א) הביטוח נמכר בארבע קופות החולים ישירות לחברי הקופה; (ב) חובה על הקופות להציע את הביטוח לכל מטופל המעוניין בו, מבלי להתלות את מחיר הביטוח או את הזכאות לו במצב בריאותו; (ג) הפרמיות מבוססות על גיל ומספר המבוטחים במשפחה בלבד.

הכיסוי הביטוחי הפרטי, שנמכר בחברות הביטוח לאיגודים מקצועיים, מעסיקים ואנשים פרטיים, התרחב ב-80 אחוז בין 1999 ל-2012, כפי שניכר בתרשים 4 (המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות, 2013). מבין 20 מדינות OECD שיש עבורן נתונים זמינים, ישראל מדורגת במקום השלישי בשיעור האזרחים המבוטחים בביטוח בריאות פרטי.

התרחבות היקפם של הביטוחים הפרטיים עלולה לנבוע בחלקה מכך שמחצית מהישראלים סבורים שהם אינם מקבלים את הטיפול הטוב והיעיל ביותר במסגרת מערכת הבריאות, ו-40 אחוז מהם אינם בטוחים שיוכלו לממן לעצמם טיפול במקרה של מחלה קשה (מאייירס-גיוינט-ברוקדייל, 2014). סביר להניח שחששות אלו מתגברים לנוכח העובדה שמטופלים בבתי החולים הציבוריים לא יכולים לבחור את הרופא המטפל, באופן רשמי לפחות,<sup>9</sup> ולנוכח אי הוודאות וחוסר השקיפות לגבי זמני ההמתנה לטיפולים מסוימים. מאידך גיסא נשמעת הטענה ההפוכה – שהתורים המתארכים במערכת הבריאות הציבורית נובעים מהתרחבות הכיסוי של הביטוחים

<sup>7</sup> שיטת החישוב דומה לשיטת חישוב ההשוואה האזורית, כמפורט בהערת שוליים מס' 6.

<sup>8</sup> שיעור המבוטחים בביטוח משלים של קופות החולים בשנת 2014 נע בין 63 אחוז מקרב חברי קופת חולים לאומית ל-84 אחוז מקרב חברי קופת חולים מכבי (משרד הבריאות, 2014ד).

<sup>9</sup> באופן רשמי מטופלים במערכת הציבורית אינם יכולים לבחור את הרופא שיטפל בהם, אולם לעתים תתאפשר להם בחירה בנושא לאחר משא ומתן או תודות לקשרים אישיים. במסגרת תהליך זה מתעוררת סוגיית התשלום הפרטי. ניתוחים ובחירת הרופא המנתח היו קטגוריית ההוצאה הגדולה ביותר מכלל ההוצאה הרפואית של הביטוחים המשלימים בשנת 2010 (38 אחוז). במקום השני (14 אחוז) ניצבת ההוצאה על חוות דעת שנייה, ובמקום השלישי (12 אחוז) ההוצאה על טיפולי שיניים (בן נון, 2013).

**בבתי החולים של שירותי בריאות כללית חציון זמן ההמתנה הוא הממושך ביותר – ארוך ב-15 אחוז מהממוצע הארצי. ייתכן שהסיבה לכך היא היצע הבחירה המצומצם יותר הניתן לחברי הקופה, שלרוב מפנה את מטופליה לבתי החולים שבבעלותה. יש הסוברים גם שהתורים הארוכים יותר נובעים מכך שבבתי החולים של קופת חולים כללית מיטיבים למזער את השפעתו של המימון הפרטי על הטיפולים שניתנים בבתי חולים ציבוריים**



מאז השנים 1997–1998  
התרחב הכיסוי שמציעים  
ביטוחים משלימים בישראל  
בכמעט 60 אחוז, ובשנת 2012  
כמעט ארבעה מכל חמישה  
ישראלים בחרו לרכוש כיסוי  
ביטוי מסוג זה

הפרטיים, אשר מתמרץ מעבר של משאבים ואנשי מקצוע מהמערכת הציבורית אל הפרטית (צ'רניחובסקי, 2013).



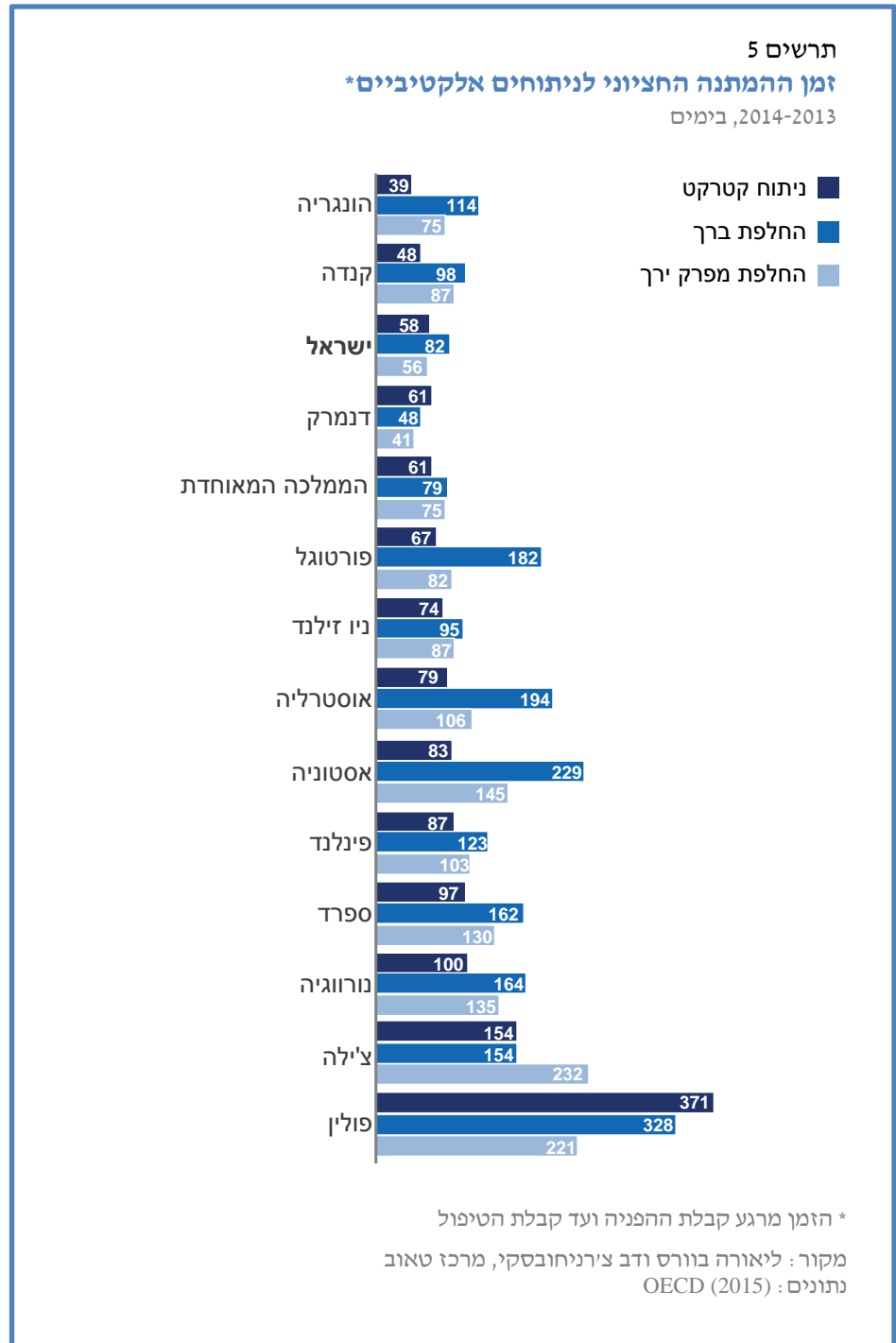
לעניין הביטוחים הפרטיים יש קשר הדוק לסוגיית זמני ההמתנה, כפי שמודגם היטב בבתי החולים בירושלים. כאמור, בתי החולים הללו, הפועלים כמלכ"רים, הם בתי החולים הציבוריים היחידים אשר מורשים לספק הן שירותי רפואה ציבורית והן פרטית (שר"פ). בבית חולים ירושלמי מטופל עשוי להתבשר שהוא יוכל לקבל את הטיפול המבוקש בעוד שלושה חודשים אם ישלם בעבורו במסגרת שירותי הרפואה הציבורית, אך אם יבחר לממן אותו מכיסו הפרטי יהיה הטיפול זמין בתוך ימים ספורים. מחקר שנערך בשנת 2013 באוניברסיטה העברית בירושלים מצא שבמרכז הרפואי הדסה זמני ההמתנה לפגישה עם רופאים מומחים במגוון תחומים במסגרת מערכת הבריאות הציבורית היו ארוכים פי 14 מההמתנה במסגרת פרטית. בבית החולים שערי צדק נמצא שזמני ההמתנה במסגרת המערכת הציבורית היו ארוכים פי חמישה<sup>10</sup> (להד ואחרים, 2013).

### 3. זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים – השוואה בין-לאומית

הנתונים הזמינים לשם השוואה בין-לאומית של זמני ההמתנה חלקיים בלבד, ועל כן הדיון בעניין יהיה חייב להתבסס על הכללות נרחבות. עם זאת, נראה כי זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים נבחרים בישראל קצרים לעומת מדינות OECD אחרות. תרשים 5 מציג את חציון משך ההמתנה לניתוחי קטרקט, החלפת מפרק ברך והחלפת מפרק ירך ב-14 מדינות. בישראל משך ההמתנה החציוני לניתוחי קטרקט והחלפת מפרק ברך ארוך יותר מההמתנה בשתי מדינות

<sup>10</sup> כמו במקרה של הסקר בנושא דעותיהם של רופאי המשפחה בירושלים (ראו הערת שוליים 2), יש לקחת את ממצאי המחקר בעניין זמני ההמתנה בבתי החולים בירושלים בעירבון מוגבל, הן משום שלא עבר ביקורת עמיתים כמקובל והן מפני שעורכיו היו תלמידי בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית, ואפשר להציב סימני שאלה בדבר העקביות באיסוף הנתונים מהמרוואיינים השונים.

בלבד, וזמן ההמתנה החציוני לניתוחי החלפת מפרק ירך קצר יותר מבכל המדינות למעט אחת. כמו כן, הנתונים של ישראל טובים בכל הקשור לזמני המתנה ממוצעים (שאינם מוצגים בתרשים).



ראוי לציין כמה סייגים בנוגע להשוואה לעיל. ראשית, המדינות שיש עבורן נתונים עשויות לשקף הטיית בחירה עצמית: כל המדינות הללו מודות שזמני ההמתנה הם סוגיה משמעותית במדיניות הבריאות הפנימית שלהן. ייתכן שמדינות שזמני ההמתנה בהן קצרים אינן מספקות מידע זה,



**מבין 14 מדינות OECD, ישראל משך ההמתנה החציוני לניתוחי קטרקט והחלפת מפרק ברך ארוך יותר מההמתנה בשתי מדינות בלבד, וזמן ההמתנה החציוני לניתוחי החלפת מפרק ירך קצר יותר מבכל המדינות למעט אחת. עם זאת, יש כמה הסתייגויות מתוצאות אלו, ובראשן העובדה שהנתונים בישראל נמדדים מזמן קביעת התור לניתוח – ולא מזמן קבלת ההפניה לטיפול, כנהוג במדינות האחרות**

מכיוון שהסוגיה אינה משמעותית בעיניהן. נוסף לכך, כמות המידע הזמין מוגבלת למדינות ולהליכים רפואיים מעטים, ולכן מגבילה את היכולת ליצור הכללות רחבות.

שנית, איסוף שיטתי של נתוני זמני ההמתנה החל בישראל רק לאחרונה, כך שהנתונים נחשבים לראשוניים. רמת הדיוק, הפירוט ושיטתיות איסוף המידע צפויים להשתפר בנתונים העתידיים. לעומת זאת, מדינות רבות אחרות מבין המדינות המוצגות כאן אוספות נתוני זמן המתנה בעקביות זה כמה שנים. עקב כך, יתכן כי נתונים אלו אינם בני השוואה באופן מוחלט בשלב זה. לשינוי מתודולוגי בהגדרת זמן ההמתנה יש חשיבות מיוחדת. במדינות OECD אחרות זמן ההמתנה מחושב מהרגע שניתנת הפניה לטיפול, ולכן זמן ההמתנה מייצג את פרק הזמן שבין מועד מתן ההפניה ובין מועד ביצוע הניתוח. לעומת זאת, בישראל החישוב מתחיל רק כאשר נקבע למטופל מועד לניתוח. לעתים קרובות יש פער בין הפניית המטופל לניתוח עד קביעת המועד – ועיכוב זה אינו מתועד בנתונים שמציגה ישראל. בהקשר זה חשוב לציין שהיצע המיטות בבתי החולים בישראל הוא בין הנמוכים ביותר ב-OECD, ושיעורי התפוסה הממוצעים הם הגבוהים ביותר (96 אחוז). ניתוח ה-OECD מראה מתאם חזק בין היצע מיטות נמוך בבתי חולים ובין זמן המתנה ארוך. לפיכך, סביר כי נתוני זמני ההמתנה בישראל מציגים הערכה נמוכה ביחס לזמני ההמתנה בפועל.

שלישית, בעוד שנתונים אלו מציגים את זמני ההמתנה עבור הניתוחים עצמם, למטופלים יש צרכים נוספים לאורך תהליך הטיפול כולו. לדוגמה, לאחר ניתוח החלפת מפרק ירך, המנותח זקוק לשיקום ולטיפול פיזיותרפיה נרחבים כדי להתאושש – והגישה לשירותים אלו בישראל עשויה להיות מוגבלת לעתים. לפיכך, גם אם מטופל זוכה לעבור את הניתוח שנקבע לו במועד, תהליך החלמתו עלול להיות מלווה בתסכול רב לאור התורים הארוכים, התפוסה הגבוהה והמחסור במשאבים הדרושים כדי לתת מענה לצרכיו הרפואיים לאחר הניתוח.

נקודה רביעית, ואולי החשובה מכל: הנתונים החציוניים לעיל מסווים את אי השוויון בגישה לשירותים רפואיים שהוזכרה לעיל. כאמור, אחד החששות הגדולים ביותר בקרב האוכלוסייה הישראלית וראשי מערכת הבריאות בישראל הוא כי מעוטי יכולת רבים, אשר מתמודדים עם מערכת הבריאות המורכבת והביורוקרטית, עומדים לעתים קרובות בפני זמני המתנה ארוכים הרבה יותר מאלו שמציגים הנתונים החציוניים.

## 5. שיקולי מדיניות בקביעת הטיפול בזמני ההמתנה

### משאבי מערכת הבריאות

בישראל מספר הרופאים גדול יחסית: 3.0 רופאים לאלף נפש מתוקנת (כלומר, לאחר התאמה למשקלן של קבוצות הגיל השונות באוכלוסייה) לעומת 2.8 ב-OECD. עם זאת, ברור כי מחסור בהתמחויות מסוימות ובכוח אדם סיעודי עלול ליצור צוואר בקבוק לאורכה של המערכת. לדוגמה, דוח מבקר המדינה (2009) הצביע על המחסור באחיות חדר ניתוח וברופאים מרדימים (מספרם היה נמוך ב-30 אחוז מהתקן המומלץ) כגורם לזמני ההמתנה הארוכים לניתוחים אלקטיביים. ישראל מתמודדת, בין היתר, עם סכנה למחסור עתידי במומחים בכירורגיה כללית, ברפואה פנימית וברפואת ילדים (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2011). ההסכם הקיבוצי של ההסתדרות הרפואית בישראל משנת 2011 נועד לתמרץ רופאים להתמחות בתחומים שיש בהם חוסר במערכת, כגון הרדמה וסיעוד, וכן מעודד אותם לפעול באזורים גיאוגרפיים חלשים.

משרד האוצר מפעיל זה זמן רב לחץ תקציבי המגביל את הרחבת המתקנים והטכנולוגיות בבתי החולים, כדי לשמור על הוצאות נמוכות בשירותי הבריאות הציבוריים והכלליים. מגמת צמצום המיטות ניכרת גם במדינות מפותחות אחרות: בין 2000 ל-2010 חלה ירידה שנתית ממוצעת של שני אחוזים בהיצע המיטות בבתי החולים ב-27 מדינות באירופה (OECD, 2012). ירידה זו הושגה באופן חלקי תודות להתפתחויות טכנולוגיות אשר מפחיתות את הצורך באשפוז, ומלווה בירידה במספר האשפוזים ובמשך זמן שהייה בבית החולים (OECD, 2013). עם זאת, כפי שצוין קודם לכן, ישראל בולטת בהשקעתה הנמוכה בתשתיות בתי החולים.



## טיפול רפואי בקהילה

הטיפול הרפואי בקהילה בישראל נחשב טוב למדי. שיתוף המידע הקיים כיום בין מערכות קופות החולים לבתי החולים מתקדם למדי, אולם יש מקום לשיפור בכל הקשור לשיתוף אלקטרוני של נתונים בין רופאי קהילה לרופאי בית חולים (Frankel et al., 2013). הסתייעות במנהלי תיק (case managers) לחולים בסיכון גבוה; מכשירי ניטור מרחוק המאפשרים לחולים להיות מטופלים בביתם; טכנולוגיות משופרות לניהול תרופות, שתפקידן למנוע נטילת שילובי תרופות מסוכנים – כל אלו יכולים לסייע במניעת אשפוזים מיותרים, חדשים חוזרים כאחד, ולפנות בכך חלק מהתפוסה בבתי חולים. בנושא אשפוזים שניתן היה למנוע, ביצועי מערכת הבריאות בישראל ירודים בשני תחומים: אסתמה אצל מבוגרים ומחלת ריאות חסימתית כרונית. עם זאת, ביצועי מערכת הבריאות טובים יותר מאשר במדינות אחרות ב-OECD בתחום אשפוזים בגין סוכרת לא מאוזנת (OECD, 2011). משרד הבריאות נקט לאחרונה מהלכים להפחתת אשפוזים חוזרים על ידי התמקדות במדידות מדויקות יותר ובמתן תמריצים ברמת קופות החולים (Balicer, Shadmi, and Israeli, 2013). עם זאת, מכיוון ששיתוף המידע הרפואי במסגרת הקהילה בישראל מתקדם למדי כבר כיום, תיתכן בהקשר זה תמורה פחותה עבור ההשקעה ביחס למדינות אחרות.

## 6. הצעות ליוזמות מדיניות חדשות

### שיפור השקיפות והצגת ערובות ליישום היעדים

הדיון עד כה הצביע על החשיבות של איסוף נתונים מלאים יותר, הן מבחינת זמן ההמתנה בפועל והן מבחינת הציפיות של הציבור הישראלי. משרד הבריאות הצהיר ב-2014 שנושא זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים ייכלל בתכנית הלאומית למדידת איכות בתי החולים החל בשנת 2015. בדצמבר 2015 הוצהר גם כי מדידת זמני ההמתנה תיעשה בזמן אמת, ולא רק בדיעבד, ותותאם לצורת המדידה של ה-OECD. עם זאת, לא נראה כי מידע כזה זמין כיום.

למחויבות מתמשכת לדיווח מדויק ובזמן אמת על זמני ההמתנה במערכת הבריאות יש חשיבות רבה ליכולת להעריך את הביצועים בנושא נגישות הטיפול הרפואי. שקיפות מוגברת בנושא זמני ההמתנה תקל את אי הוודאות בקרב המטופלים. מערכת מקוונת אשר מתעדכנת בזמן אמת ומציגה את זמני ההמתנה העדכניים תשפר את יעילות מערכת הבריאות, שכן היא תאפשר למטופלים לבחור את בית החולים המועדף עליהם על סמך זמני ההמתנה בו, ובכך תסייע לאזן את הביקוש. לצד העידוד ליוזמת מדידת זמני המתנה עבור הליכים רפואיים מסוימים, חשוב להכיר בכך שהשיטה המסתמנת כטובה ביותר היא מדידת זמן ההמתנה הכולל לאורכו של תהליך הטיפול המלא – החל מקביעת התור לאבחון ראשוני ועד לסיום הטיפול (OECD, 2013).

צעד נוסף שעל משרד הבריאות לשקול הוא התחייבויות לזמני המתנה מסוימים, שיהיו הולמים מבחינה רפואית, או לחלופין קביעת לוחות זמנים סטנדרטיים שבמסגרתם יזכו הפונים לטיפול. מחקר בנושא מדיניות זמני המתנה שנערך ב-13 מדינות מפותחות הראה כי כל המדינות סיפקו התחייבויות רשמיות לזמני המתנה, כפי שמוצג בלוח 2. כדאי לציין כי גם שיטה זו אינה מונעת לחלוטין אי שוויון בין מטופלים; במדינות שזמן ההמתנה בהן תלוי בהערכת דחיפות המצב הרפואי, מטופלים בעלי מעמד חברתי-כלכלי איתן עלולים לנצל את מעמדם כדי להשיג הערכת דחיפות רפואית גבוהה יותר מהרופא שלהם, וכך ייהנו מזמן המתנה קצר יותר. התוויית קווי יסוד קליניים להערכת מצב הדחיפות עשויה להוביל לקביעות אובייקטיביות יותר ולצמצום את הפוטנציאל לניצול מעמד.

הסתייעות במנהלי תיק לחולים  
בסיכון גבוה; מכשירי ניטור  
מרחוק המאפשרים לחולים  
להיות מטופלים בביתם;  
טכנולוגיות משופרות לניהול  
תרופות, שתפקידן למנוע נטילת  
שילובי תרופות מסוכנים – כל  
אלו יכולים לסייע במניעת  
אשפוזים מיותרים, חדשים  
חוזרים כאחד, ולפנות בכך  
חלק מהתפוסה בבתי חולים

על משרד הבריאות לשקול  
לספק התחייבויות לזמני  
המתנה הולמים מבחינה  
רפואית, או לחלופין לקבוע  
לוחות זמנים סטנדרטיים  
שבמסגרתם יזכו הפונים לטיפול.  
מחקר בנושא מדיניות זמני  
המתנה שנערך ב-13 מדינות  
מפותחות הראה כי כל המדינות  
סיפקו ערבויות רשמיות לזמני  
המתנה



לוח 2. מדיניות זמני המתנה במדינות שונות

מדינה	אוכלוסיית יעד	מדיניות זמני המתנה מרביים
אוסטרליה	כללי	30 יום: בריאותו של המטופל עלולה להידרדר במהירות 90 יום: בריאותו של המטופל אינה צפויה להידרדר במהירות 365 יום: לא סביר שבריאותו של המטופל תידרדר במהירות
איטליה	ניתוחים אלקטיביים	80 יום: ניתוח קטרקט והחלפת מפרק ירך
	חולי סרטן	3 ימים: עדיפות לבעלי אבחנה דחופה
אירלנד	ניתוחים אלקטיביים	9 חודשים
דנמרק	כללי	4 שבועות: ללא חשיבות לסוג המחלה או חומרתה
	חולי סרטן	2 שבועות: מזמן האבחנה עד הניתוח
הולנד	כללי	7 שבועות
הממלכה המאוחדת	חולי סרטן	31 יום: מהאבחון עד הטיפול הראשון 62 יום: מההפניה בחשד לסרטן עד הטיפול הראשון
	כללי	18 שבועות: מההפניה הרפואית עד הטיפול
נורווגיה	כללי	3 ימים: טיפול דחוף 2 שבועות: עדיפות גבוהה 2 חודשים: בעדיפות 12 חודשים: רגיל
ניו זילנד	כללי	6 חודשים
ספרד	ניתוחים אלקטיביים	180 יום: ניתוחי קטרקט, לב וכלי דם; החלפת מפרק ירך או ברך
פורטוגל	כללי	3 ימים: טיפול דחוף 15 יום: עדיפות גבוהה 60 יום: בעדיפות 270 יום: רגיל
	חולי סרטן	3 ימים: טיפול דחוף 15 יום: עדיפות גבוהה 45 יום: בעדיפות 60 יום: רגיל
פינלנד	כללי	3 חודשים: טיפול חיוני (ייתכנו יוצאי דופן)
קנדה	ניתוחים אלקטיביים	16 שבועות: ניתוח קטרקט לחולה בסיכון גבוה 26 שבועות: החלפת מפרק ירך או ברך 2-26 שבועות: ניתוח מעקפים (תלוי בדחיפות)
שוודיה	ניתוחים אלקטיביים	90 יום

מקור: ליאורה בוורס ודב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב  
נתונים: OECD (2015)

אחת הסוגיות הגדולות ביותר בעניין הערובות לזמני המתנה היא אופן אכיפתן. פעמים רבות ערובות אלו אינן מגובות בחוק, או שמטופלים עלולים להיתקל בקשיים במימוש זכויותיהם מתוקף ערובות אלו. לפיכך, הערובות יעילות בקיצור זמני המתנה כאשר הן מגובות באמצעי אכיפה. אחת האפשרויות היא להטיל קנסות על ספקים שאינם עומדים בנדרש מהם. באנגליה למשל מתבצע מעקב חודשי אחר זמן המתנה שעובר מרגע ההפניה ועד לטיפול. אם לא מתקיים היעד המוגדר – על 90 אחוז מהחולים לעבור טיפול במסגרת פרק זמן שהוגדר מראש – המחלקה הרלוונטית עלולה לאבד עד 5 אחוזים מהמימון שיועד לה עבור אותו חודש. עם זאת, במערכת כזו יש להיזהר שלרופאים לא ייווצרו תמריצים שליליים להנפיק הפניות, כדי שלא ייאלצו להתמודד עם ריבוי טיפולים.



**אחת הסוגיות הגדולות ביותר  
בעניין הערובות לזמני המתנה  
היא יצירת מנגנון אכיפה. דוגמה  
אחת לכך היא פורטוגל, שם  
קיימת מערכת לאומית המציגה  
מידע על זמני המתנה בכל  
המוסדות הרפואיים.  
החולים חופשיים לגשת לכל  
מוסד רפואי, ציבורי או פרטי –  
במימון המדינה – ברגע שחלפו  
75 אחוז מתקופת המתנה  
המקסימלית שנקבעה עבור  
הטיפול**

אפשרות נוספת לאכיפה מודגמת בשוודיה, שהייתה אחת המדינות הראשונות ב-OECD שסיפקו ערובות לזמני המתנה. שוודיה התנסתה במדיניות של ערובות במשך קרוב ל-25 שנים, ומסתמן כי דווקא הרפורמה האחרונה שבוצעה בנושא, שבמסגרתה המדינה מעבירה תקצוב ניכר למועצות מקומיות שמספקות טיפול רפואי בתוך 90 יום מיום ההפניה (OECD, 2013), היא שהביאה לקיצור זמני המתנה בצורה היעילה ביותר.

דוגמה למדיניות שלישית קיימת במדינות כמו נורווגיה, פורטוגל ודנמרק, שמאפשרות לאזרחים לקבל טיפול מחוץ לאזור מגוריהם, או לחלופין בבתי חולים פרטיים, כאשר בתי החולים הציבוריים בסביבת מגוריהם אינם מצליחים לעמוד ביעדי זמן המתנה. בפורטוגל קיימת מערכת לאומית המציגה מידע על זמני המתנה בכל המוסדות הרפואיים. החולים חופשיים לגשת לכל מוסד רפואי, ציבורי או פרטי – במימון המדינה – ברגע שחלפו 75 אחוז מתקופת המתנה המקסימלית שנקבעה עבור הטיפול (למשל, אם חלפו 45 יום וההתחייבות הייתה לספק טיפול רפואי בתוך 60 יום). מאז 2011 פועל האיחוד האירופי לאפשר למטופלים לקבל טיפול במדינות חברות אחרות, בכפוף לאישור מדינת האם, במיוחד במקרים שמתקיים בהם "יעיבו שאינו מוצדק" בקבלת הטיפול. לפיכך, מדיניות זמני המתנה במדינה החברה באיחוד האירופי יכולים לשמש בסיס משפטי בבקשת החזר הוצאות על טיפול רפואי שבוצע במדינה אחרת החברה באיחוד.

חשוב לציין תוצאה לא רצויה הנגרמת ממתן ערובות לזמני המתנה: הן עשויות לגרום לתעדוף שגוי – כלומר, טיפול במקרים רפואיים דחופים עלול להתעכב עקב מתן קדימות למקרים דחופים פחות, רק מכיוון שזמן המתנה המרבי עבורם מתקרב.

אחת הבעיות בקיצור זמני המתנה בישראל היא שקופות החולים שולטות במידה רבה בקביעת המתקן הרפואי שאליו מופנה לקוח הזקוק לטיפול. קופות החולים מפנות את המטופלים לבתי החולים שיש להן הסכם התקשרות מועדף עמם (ובמקרה של כללית, כאמור, לבתי החולים של הארגון עצמו), והמטופלים עלולים למצוא את עצמם בעימות מול קופת החולים אם ברצונם לקבל את הטיפול בבית החולים המועדף עליהם, או במקום שזמני המתנה בו קצרים יותר. המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן), אשר ניתנו בשנת 2014,<sup>11</sup> כוללות דרישה שקופות החולים יאפשרו למטופלים לבחור בית חולים אחד מבין שלושה אפשריים לקבלת טיפול – ובמסגרת דיוני הוועדה התעוררו ויכוחים על הגדלת אפשרות הבחירה עוד יותר. מתן אפשרות בחירה מבין כל בתי החולים הציבוריים – ללא קשר למקום המגורים או להשתייכות לקופת חולים מסוימת – יוכל לסייע בצמצום הפערים בזמני המתנה בין האזורים השונים ובין סוגי בתי החולים. חשוב לזכור כי גם אם קופות החולים יאפשרו למטופלים בפריפריה לקבל טיפול בתל אביב או בירושלים, הדבר לא יהיה מעשי עבור חלק מהם, למשל עבור קשישים או מטופלים שבריאותם לקויה, וכן אלו שאין ברשותם אמצעי תחבורה אישי או סיוע מתאים. עם זאת, גישה זו יכולה להקל את הבעיה במידה מסוימת, שכן מטופלים אשר מסוגלים להגיע למקומות מרוחקים לצורך קבלת טיפול עשויים בהחלט לעשות זאת, ובכך להפחית את הביקוש באזור מגוריהם.

אם כן, גם בקרב ראשי מערכת הבריאות ניכרים חוסר אמון ודאגה לגבי הטיפול שהתושבים מקבלים במערכת ולמסגרת הזמן המוקצית לו. ייתכן כי חלקם הגבוה של ביטוחי הבריאות הפרטיים מסך ביטוחי הבריאות בישראל הוא תוצאה של "שנאת סיכון" מוגברת בקרב הציבור – וניתן למתן זאת באמצעות הגברת הבהירות והשקיפות של נגישות הטיפול הרפואי. ייתכן גם שבמקרים מסוימים ציפיית הציבור בעניין משך המתנה אינה מציאותית, בהתחשב במגבלות של מערכת הרפואה הציבורית בישראל ובצורך לקצוב ולתעדף משאבים. פרסום זמני המתנה

**מתן אפשרות בחירה מבין כל  
בתי החולים הציבוריים – ללא  
קשר למקום המגורים  
או להשתייכות לקופת חולים  
מסוימת – יוכל לסייע בצמצום  
הפערים בזמני המתנה  
בין האזורים השונים ובין סוגי  
בתי החולים**

<sup>11</sup> ועדת גרמן, בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, הוקמה ביוני 2013 במטרה לגבש המלצות בנושאים הקשורים למימון הפרטי במערכת הבריאות, השר"פ, התיירות הרפואית בישראל ותפקידו הכפול של משרד הבריאות כרגולטור וכספק שירות. לפירוט בנושא ראו בוורס (2014).



**בישראל שיטת תשלום מבוססת-פעילות מניבה רק מעט יותר משליש מהכנסותיהם של בתי החולים מאשפוז, ויתר התשלומים מגיעים מתשלום לפי יום אשפוז. שימוש נרחב יותר במימון מבוסס-פעילות עשוי לצמצם את זמני ההמתנה, בשל השפעתו על יעילותם של בתי החולים ונטייתו לעודד אותם לטפל בחולים רבים יותר**

העדכניים, לצד ערבויות מצד המדינה לעמידה בזמני ההמתנה ולאכיפתם על בתי החולים, יסייעו לציבור הרחב לדעת למה לצפות ויעזרו בהפחתת חוסר הוודאות בקרב מטופלים.

### תמריצים לבתי החולים

תחום נוסף שמשפיע על זמני ההמתנה הוא מערכת התמריצים הניתנים לבתי החולים. שני שלישים מהכנסות בתי החולים הציבוריים מבוססים כיום על תעריף יומי שמעביר משרד הבריאות לפי מספר המאושפזים (משרד הבריאות, 2014ב). תשלומים על בסיס תעריף יומי מתמרים את בתי החולים להחזיק במטופלים זמן ארוך יותר, אך אין זה אומר בהכרח שהטיפול הרפואי שניתן להם טוב יותר.

אפשרות אחרת, המיושמת עבור הליכים רפואיים מסוימים, היא להעביר לבית החולים תשלום קבוע המבוסס על מורכבות ההליך: DRGs (Diagnosis-Related Groups), או "תשלומים דיפרנציאליים" (רוזן, 2011). תשלומי DRGs מסתמכים על מערך סיווג מתוקן ומפורט שמקבץ מטופלים יחדיו, בהתבסס על מאפייניהם האישיים והרפואיים ועל המשאבים הנדרשים לצורך הטיפול בהם (Bosa et al., 2011). בתי החולים זוכים לתשלום קבוע שהוחלט מראש עבור הטיפול בחולה, בהתבסס על סיווג ה-DRG שלו. תשלום מסוג זה מתמרץ את בתי החולים להמעיט במתן שירותים מיותרים, להגביר את יעילות הטיפול (כדי להפחית עלויות) ולהגדיל את הפרודוקטיביות (כדי להגדיל את ההכנסות עקב ריבוי המטופלים). תשלומי DRG מהווים את מנגנון התשלום העיקרי לבתי החולים באוסטריה, אנגליה, ארצות הברית, גרמניה, הולנד, צרפת ומדינות אחרות. לעומת זאת, בישראל חלקה של שיטת תשלום בהכנסות בתי החולים מאשפוז עומדת רק על מעט יותר משליש (משרד הבריאות, 2014ב). מערך תשלומי DRG בישראל מוגבל יותר גם מבחינת קטגוריות התשלום וסיווג המטופלים.

כדי שבתי החולים לא יישאו במלוא הסיכון הפיננסי, מרבית מערכות התשלום מסוג DRG מכסות עלויות נוספות במקרים של אשפוזים ארוכים מהרגיל, סיבוכים או טיפול יקר במיוחד.<sup>12</sup>

לאור השפעתו החיובית של מערך DRG על יעילותם של בתי החולים ויכולתו להגדיל את מספר המטופלים במערכת, מימון מסוג זה יכול לסייע בקיצור זמני המתנה (Siciliani et al., 2013). דוח מבקר המדינה לשנת 2009 הדגיש שלו היו תשלומי DRG מיושמים בישראל, זמני המתנה היו מתקצרים באופן משמעותי. זמני ההמתנה להליכים רפואיים שעבורם קיבלו בתי החולים תשלום לפי תעריף יומי – כמו ניתוחי אף-אוזן-גרון וניתוחים אורתופדיים ואורולוגיים רבים – היו ארוכים במיוחד. בדומה לכך, בשנת 2004 יזם משרד הבריאות העברת תשלום בשיטת DRG לבתי חולים שניתחו מטופלים לתיקון שבר צוואר הירך בתוך 48 שעות מרגע אשפוזו של המטופל, בהתאם לזמן המומלץ מבחינה רפואית. ייתכן שתמריץ זה קשור לעלייה של 86 אחוז במספר הניתוחים לתיקון שבר צוואר הירך שנערכו במסגרת הזמן המומלצת בין השנים 2004–1999 לשנים 2006–2005 (משרד הבריאות, 2015).

בפברואר 2016 נקטה הממשלה צעד משמעותי בתחום, כאשר משרדי הבריאות והאוצר הודיעו כי יושקעו 900 מיליון שקלים (כ-2.5 אחוזים מהוצאה השנתית הכוללת על בריאות הציבור) בתכנית לאומית לקיצור זמני המתנה. התקציבים נועדו לאפשר לחדרי ניתוח להמשיך לפעול גם בשעות אחר הצהריים, ולתמרץ רופאים שכיום מקדישים את שעות אחר הצהריים לפרקטיקה פרטית להשלים יום עבודה מלא בבתי החולים הציבוריים (לינדר-גנץ, 2016). צעד דומה הוצע זה מכבר (למשל אצל צ'רניחובסקי, 2013), וכפי שנכתב שם אפשר לבסס אותו על ידי הפניית כספי הביטוחים המשלימים לשימוש במערכת הציבורית.

<sup>12</sup> חשוב לוודא שבתי החולים אינם חוסכים בהוצאות על חשבון הטיפול הרפואי ושאינם משחררים מטופלים מוקדם מדי. מדינות שונות ניסו לשלב כמה מדדי איכות שונים במערך תשלומי ה-DRG: בארצות הברית, למשל, בתי החולים ששיעור האשפוזים החוזרים בהם גבוה נקנסים, ובאנגליה נהוגים תעריפי "שיטות עבודה מומלצות", שבמסגרתם בתי חולים הפועלים בסטנדרטים רפואיים גבוהים זוכים לתשלום מוגדל. ככלל מערכת, חשוב שלרשויות הרגולטוריות יהיו הכלים והאמצעים להטיל פיקוח ראוי ולהשגיח על איכות הטיפול ותוצאותיו.





## 6. מסקנות

**כדי לשפר את שירותי הבריאות  
הציבוריים ולהגדיל את שביעות  
הרצון של הציבור מהמערכת –  
וכמו כן לצמצם את התמריצים  
להעביר מטופלים אל המערכת  
הפרטית, שזמני ההמתנה בה  
קצרים יותר – על ישראל לשקול  
כמה צעדים. עם אלו נמנים:  
שקיפות רבה יותר בנוגע לנתוני  
זמני ההמתנה; יצירת ערובות  
לזמני המתנה מוגדרים ובניית  
מערכת תמריצים או סנקציות  
להבטחת יישומן בבתי החולים;  
ומעבר לשיטת תשלום שתעודד  
את היעילות בבתי החולים**

נראה שבעיני הרופאים והמטופלים כאחד, ביצועי מערכת הרפואה בישראל טובים בתחום זמני ההמתנה לרפואה בקהילה, הן עבור הליכים רפואיים והן עבור פגישות עם רופאים מומחים. כמו כן, מההשוואה המצומצמת שניתן לערוך עם ביצועי מדינות אחרות עולה שזמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים בבתי החולים בישראל קצרים יחסית. עם זאת, נתוני זמני ההמתנה בישראל נחשבים ראשוניים, ויש צורך באיסוף נתונים עקביים ואמינים יותר כדי להסיק מסקנות חותכות יותר. יתר על כן, שיטת מדידת זמני ההמתנה בישראל (מרגע קביעת המועד לניתוח עד למועד ביצועו) מקיפה פחות בהשוואה לשיטה הבין-לאומית, המודדת את זמן ההמתנה מרגע מתן ההפניה ועד למועד הטיפול. עוד יש לקחת בחשבון את נגישותם של הטיפולים הנדרשים לאחר הניתוח, כגון פיזיותרפיה.

ההשוואה הבין-לאומית מלמדת גם על הצורך להגביר את הקצב בכל הקשור בטיפול בבעיית זמני ההמתנה: חלק ניכר מ-23 מדינות ה-OECD המעידות שסוגיית זמני ההמתנה הארוכים נכללת בקביעת המדיניות בהן כבר ערוכות לטיפול בבעיה במסגרת תכנית אסטרטגית לאומית, אולם ישראל היא אחת משמונה המדינות שטרם עשו זאת.

אין ספק כי בבתי החולים הציבוריים זמני ההמתנה ארוכים מהרצוי הן בעיני הרופאים והם לדעת המטופלים. חוסר האמון של המטופלים במערכת הציבורית מתבטא בגידול המשמעותי באחוז הישראלים שרכשו ביטוחים משלימים ופרטיים ב-15 השנים האחרונות, במידה רבה לשם כיסוי עלויות ניתוחים במערכת הפרטית. ואכן, תועדו הבדלים משמעותיים בזמני ההמתנה עבור הליכים רפואיים או פגישות עם רופאים מומחים בין מערכת הרפואה הציבורית למערכת הפרטית. הבדלים נוספים קשורים למיקום בתי החולים ברחבי הארץ, וזמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים בבתי החולים בפריפריה ארוכים משמעותית מאשר במטרופולינים הגדולים. עוד נמצא כי הבעלות על בית החולים משפיעה על זמני ההמתנה: בבתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית ההמתנה ארוכה יותר, בעוד שבבתי חולים הפועלים ללא כוונת רווח זמני ההמתנה קצרים יותר. כל אלו תורמים להרגשה הרווחת כי בישראל קיימים פערים בין זמני ההמתנה בקרב אוכלוסיות מטופלים חזקות – תושבי ערים מרכזיות, בעלי ביטוחים פרטיים וקשרים אישיים – למשך ההמתנה בקרב אוכלוסיות המטופלים החלשות – תושבי הפריפריה שאינם מבוטחים בביטוח פרטי.

כדי לשפר את שירותי הבריאות הציבוריים ולהגדיל את שביעות הרצון של הציבור מהמערכת – וכמו כן לצמצם את התמריצים להעביר מטופלים אל המערכת הפרטית, שזמני ההמתנה בה קצרים יותר – על ישראל לשקול כמה צעדים. ראשית, רצוי להגביר את שקיפות זמני ההמתנה ולהבטיח שהם סבירים. יוזמת משרד הבריאות לאסוף את נתוני זמני ההמתנה ולפרסם את הממצאים באופן קבוע היא צעד ראשון חשוב. יתרה מכך, ייסוד מערכת ערובות לזמני המתנה הוא צעד מדיניות שעשוי להפחית את אי הוודאות בקרב המטופלים ולהתאים את ציפיותיהם למציאות. שלישית, יש להבטיח תמיכה פיננסית ולוגיסטית מצד הממשלה לשם עמידה בערובות שניתנו לזמני המתנה. בישראל, בניגוד למדינות אחרות, קיימים עדיין תמריצים ומבני תשלום המהווים חסמי התייעלות, לרבות הסכמים המרתיעים בתי חולים מביצוע ניתוחים בשעות אחר הצהריים, תשלום עבור אשפוזים בתעריף יומי ומחסור בכוח אדם, כגון אחיות ורופאים מרדמים, שחסרונם יוצר צוואר בקבוק במערכת. יתר על כן, תשתיות בתי החולים בישראל מפגרות אחרי מדינות OECD אחרות, אם כי איכותו הגבוהה של הטיפול הרפואי בקהילה ממתנת זאת במידת-מה. נוסף לכך, יש מקום לשיפור האינטגרציה בין הטיפול הרפואי בקהילה ובין בתי החולים בארץ, שיייע בצמצום מספר המטופלים שמגיעים לבתי החולים. התחשבות בסוגיות המדיניות הללו עשויה להעניק לסוגיית זמני ההמתנה את המקום החשוב שהיא ראויה לו בזירת הבריאות, ולקרב את ישראל למטרה המוצהרת של חוק ביטוח בריאות ממלכתי – טיפול רפואי נאות לכל תושב בזמן ובמרחק סבירים.



## מקורות

- בוורס, ליאורה (2014), **סוגיות עכשוויות במערכת הבריאות**, תקציר מדיניות, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- ברמלי-גרינברג, שולי ותמר מדינה-הרטום (2013), **תמצית ממצאי הסקר התשיעי העוקב אחר זעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ברמלי-גרינברג, שולי, רות וייצברג ודרור גוברמן (2014), **זמני המתנה לרפואה יועצת ובדיקות אבחון והדמיה בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל והמוסד הישראלי לחקר מדיניות הבריאות.
- דוח מבקר המדינה (2009), **כוח אדם רפואי וסיעודי – תמונת מצב**, דוח שנתי 59ב', עמ' 355–397.
- ההסתדרות הרפואית בישראל (2011), **מחסור ברופאים**.  
<http://www.ima.org.il/Heskem/ViewCategory.aspx?CategoryId=5505>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015), **שנתון סטטיסטי לישראל**.
- לחד, אמנון, תום אקסלרוד, מתן כהן, ניר קידר ומאיר ברזיס (2013), **האם הנגישות לרפואה ציבורית נפגעת בבתי חולים עם שר"פ? הניסיון הירושלמי**, האוניברסיטה העברית בירושלים ושירותי בריאות כללית.  
[http://www.health.gov.il/services/committee/german/doclib/08082013\\_f.pdf](http://www.health.gov.il/services/committee/german/doclib/08082013_f.pdf)
- לוי, שלי (2007), **זמני המתנה לניתוחים מתוכננים בבתי-החולים**, מרכז המחקר והמידע של הכנסת.  
<https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01699.pdf>
- לינדר-גנץ, רוני (2014), **"מה יקרה לתיירות הרפואית וכמה זמן נחכה לניתוח? כל ההמלצות של ועדת גרמן"**, דה-מרקר, 26 ביוני 2014.  
<http://www.themarket.com/news/health/1.2359431>
- לינדר-גנץ, רוני (2014), **משרד הבריאות מבטיח: בקרוב תוכלו להשפיע על זהות המנתח שלכם במערכת הציבורית**, דה-מרקר, 24 בפברואר 2016.  
<http://www.themarket.com/news/health/1.2861919>
- משרד הבריאות (2013), **כוח האדם במקצועות הבריאות בשנת 2013**.
- משרד הבריאות (2014א'), **מדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים – רבעון רביעי 2013**.  
[http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/29052014\\_1.aspx](http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/29052014_1.aspx)
- משרד הבריאות (2014ב'), **ניתוח פיננסי 2012 – בתי חולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות**.  
[http://www.health.gov.il/UnitsOffice/PH/accountant/publications/Pages/Financial\\_Analis\\_is\\_2012.aspx](http://www.health.gov.il/UnitsOffice/PH/accountant/publications/Pages/Financial_Analis_is_2012.aspx)
- משרד הבריאות (2014ג'), **המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן)**.
- משרד הבריאות (2014ד'), **דו"ח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2014**.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/shaban2014\\_03012016.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/shaban2014_03012016.pdf)
- משרד הבריאות (2014ה'), **זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים – חציון 1 שנת 2014**.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/surgery\\_timing\\_1\\_2014.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/surgery_timing_1_2014.pdf)
- משרד הבריאות (2014ו'), **מיטות אשפוז ועמדות ברישוי 2014**.  
<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Beds2014.pdf>
- משרד הבריאות (2015), **התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים בישראל**.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality\\_National\\_Prog\\_2013-14.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality_National_Prog_2013-14.pdf)
- צ'רינחובסקי, דב (2013), **נחוצה רפורמה שתגדיל את חלקו של המימון הציבורי במערכת הבריאות**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל ו-Health Affairs.



- שיר-רוז, יפה (2013), *הדסה כמשל: למה שר"פ בבית חולים ציבורי לא עובד*, ynet, 4 באוגוסט 2013.  
<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4413350,00.html>
- Balicer, Ran D., Efrat Shadmi and Avi Israeli (2013), "Interventions for Reducing Readmissions – Are We Barking Up the Right Tree?" *Israel Journal of Health Policy Research*, 2, No. 2.
- Busse, Reinhard, Alexander Geissler, Wilm Quentin, and Miriam Wiley (eds.) (2011), *Diagnosis-Related Groups in Europe, Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, European Observatory on Health System and Policies Series.
- Clalit Health Services (2015), Schneider Children's Medical Center, Quick Facts and Figures. <http://www.schneider.org.il/?CategoryID=995&ArticleID=3002>.
- Frankel, Meir, David Chinitz, Claudia A. Salzberg, and Katriel Reichman (2013), "Sustainable Health Information Exchanges: The Role of Institutional Factors," *Israel Journal of Health Policy Research*, 2, No. 21.
- Myers-JDC-Brookdale (2014), "Sweeping Reforms Proposed to Strengthen Israel's Public Health Care System," *News and Events*, June 25, 2014.
- OECD (2011), *Healthcare at a Glance*, OECD Publications.
- OECD (2012), "3.5: Hospital Beds," *Health at a Glance*, OECDiLibrary.
- OECD (2013), *Health at a Glance 2013*.
- OECD (2014), *Briefing Notes for 40 Countries*.
- OECD (2015), *Health at a Glance 2015*.
- OECD Health Statistics (2013), "Curative (Acute) Care Beds Per 1,000 Population," *OECD Health Data*, Health Care Resources.
- Rosen, Bruce (2011), *Healthcare in Israel for U.S. Audiences*, Myers-JDC-Brookdale Institute, Smokler Center for Health Policy Research, Jerusalem and Jewish Healthcare Foundation.
- Siciliani, Luigi, Michael Borowitz and Valerie Moran (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies.
- Siegel-Itzkovich, Judy (2014), "Private medical services to be disallowed in state hospitals," *The Jerusalem Post*, June 26, 2014.  
[jpost.com/Health-and-Science/Private-medical-services-to-be-disallowed-in-state-hospitals-360590](http://jpost.com/Health-and-Science/Private-medical-services-to-be-disallowed-in-state-hospitals-360590).
- The Israel National Institute for Health Policy Research (2013), *Israeli Health Insurance: Developments, Relationship, Problems and Outlines for Solutions*.



מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין ממדים חברתיים וכלכליים. הצוות המקצועי של המרכז והצוותים הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים החברתיים-כלכליים המרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

מרכז טאוב נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על-ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

רח' האר"י 15, ירושלים, 9103401

טל': 02-567-1818

[info@taubcenter.org.il](mailto:info@taubcenter.org.il)

[taubcenter.org.il](http://taubcenter.org.il)

מרכז טאוב 

TaubCenterIL 