

## **מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב**

דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר

---

**נייר מדיניות מס' 03.2019**

ירושלים, תמוז תשע"ט, יולי 2019

## מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

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.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחוםם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובח"ל.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

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

אתר אינטרנט: [www.taubcenter.org.il](http://www.taubcenter.org.il)

# מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב

## דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר

עבודה זו היא אחת משתי עבודות העוסקות במערכת האשפוז הכללי בישראל:

1. מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב
2. מערכת האשפוז הכללי בישראל: מחזון של ביזור למציאות של ריכוזיות ואובדן שליטה

שתי העבודות, אשר משלימות זו את זו, דנות במערכת במשבר אשר משקף את המשבר של מערכת הבריאות בכללה. המשבר הוא תוצאה של שני גורמים מרכזיים: (א) פערים הולכים וגדלים בין צורכי המערכת לבין הקצאת המשאבים הציבוריים המתבקשים; (ב) העמקה מתמדת של מעורבות המדינה בניהולה השוטף של המערכת.

בהתאם לכך, העבודה הראשונה דנה בתשתית הפיזית והמימונית של המערכת: במבנה שוק האשפוז הכללי, במספר המיטות, בפריסתן ובניצולן, הכול לאורך זמן ומתוך השוואה בין-לאומית. העבודה השנייה דנה בתשתית האסדרה של מערכת האשפוז, המשפיעה על יעילות השימוש במקורות המערכת ובשוויוניות הקצאתם.

\* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי וי"ר תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב; פרופסור (אמריטוס) במחלקה לכלכלת בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. רועי כפיר, מנהל תחום כלכלה והסכמים, אגף הכלכלה, המרכז הרפואי הדסה.

## תקציר

מערכת האשפוז בישראל פועלת רובה ככולה במסגרת "שוק פנימי" שנוצר עם החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995. בשוק זה מסופקים שירותי הרפואה שהתושב בישראל זכאי להם, במימון המדינה ובהסדרתה, באמצעות ארבע קופות חולים האחראיות לכך, אם ברכישה ואם בייצור עצמי. ככלל, שירותי האשפוז נרכשים מבתי חולים "ציבוריים", אשר מעמדם אינו מוגדר בחוק.

שוק האשפוז בישראל מאופיין בליקוי מבני בסיסי הפוגם בתפקודו, ועיקרו שלמדינה יש ריבוי תפקידים במערכת: מצד אחד היא הגורם המממן והמסדיר, ומצד שני היא ספקית של כמחצית משירותי האשפוז הכללי במערכת ומתחרה במוסדות אשפוז אחרים שנמצאים בפיקוחה ושגם אותם היא מממנת. ריבוי תפקידים זה יש בו משום ניגוד עניינים. למרות הצעות חוזרות ונשנות לרפורמה לתיקון המצב מאז 1978 ואף קודם לכן, המצב לא השתנה.

מספר המיטות לאשפוז כללי בישראל ל-1,000 נפש עומד על כ-2.2 לעומת 3.6 בממוצע ב-OECD ו-4.1 במדינות אירופה שבהן, בדומה לישראל, אספקת השירותים נעשית באמצעות קופות חולים (בלגיה, גרמניה, הולנד ושווייץ, ובמידה פחותה גם צרפת – להלן "המדינות הדומות"). גם לאחר תקנון למבנה הגילים הצעיר יחסית של ישראל בהשוואה למדינות האחרות מספר מיטות האשפוז בה עומד על 2.5 ל-1,000 נפש, ואין בו כדי לצמצם מהותית את הפערים בין הממוצע הישראלי לממוצעים האחרים.

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הולך ויורד חלקה של סך ההוצאה על אשפוז – רובה ככולה במימון המדינה – בסך ההוצאה על בריאות באופן עקבי, מרמה של כ-43% בתחילת התקופה לרמה של כ-33% בסופה. פירוש הדבר שחלה ירידה בחלקה של ההוצאה על אשפוז בתמ"ג. הוצאה זו, מתוקנת גיל, עומדת על 2.1%, בהשוואה ל-2.3% במדינות OECD ו-2.8% במדינות הדומות.

בישראל, כמו במדינות OECD ובמדינות הדומות, יש מגמה של צמצום במספר המיטות ל-1,000 נפש ובהוצאה על אשפוז לאוכלוסייה. מדובר בתופעה אוניברסלית, אשר כרוכה גם בשינויים טכנולוגיים וארגוניים ברפואה. ואולם בישראל, שבה שיעורי המיטות היו נמוכים מלכתחילה לאורך השנים, המצב חמור במיוחד. את השיעור הנמוך יחסית של מיטות אשפוז בישראל, כמו גם את ההוצאה הנמוכה יחסית, ניתן להסביר ואף להצדיק חלקית באוכלוסייה הצעירה יחסית של המדינה; לא כן את הירידה החדה יחסית במספר המיטות ל-1,000 נפש ובהוצאה לאשפוז, נוכח ההזדקנות המהירה של האוכלוסייה בישראל בהשוואה למדינות אחרות.

הממוצע הנמוך של מיטות אשפוז ל-1,000 נפש בישראל מייצג שיעורי מיטות נמוכים אף יותר בפריפריה הגיאוגרפית, שם לחצי הביקוש גבוהים ביחס להיצע המיטות לעומת אזורי תל אביב, ירושלים וחיפה. מצב זה מחייב נסיעות ארוכות יחסית של תושבי הפריפריה לטיפול ולאשפוז. המרחק הממוצע לבית חולים קרוב במחוזות הצפון, הדרום ויהודה ושומרון הוא 15-20 ק"מ לעומת 3-4 ק"מ במחוזות תל אביב וירושלים. המרחק למרכז ארצי (איכילוב, בילינסון, שיבא והדסה) הוא 133 ק"מ בממוצע לתושבי מחוז הצפון ו-92 ק"מ לתושבי הדרום, לעומת כ-30 ק"מ בממוצע לתושבי מחוזות תל אביב והמרכז.

אי השוויון הגיאוגרפי בהקצאה של מיטות כרוך גם באי יעילות הנובעת בעיקר מגודל יתר של בתי חולים דווקא באזורים רוויי מיטות ויקרים מבחינת ערך הקרקע. על בסיס מחקר שבדק יעילות פוטנציאלית של בתי חולים לפי גודלם (Giancotti, Guglielmo & Mauro, 2017) סביר להסיק שהמרכזים שיבא, סוראסקי, סורוקה ורמב"ם הם מעבר לגודל אופטימלי של בית חולים כללי שיש בו כ-800 מיטות.

למרות מספר המיטות הנמוך יחסית, מספר השחרורים מאשפוז כללי ל-100,000 נפש בישראל ב-2016-2017 דומה לממוצע ב-OECD – כ-15,000 בשנה, אך נמוך מממוצע המדינות הדומות, העומד על כ-16,000 בשנה. ישראל עושה זאת בסבב מיטות גבוה במיוחד: בשנת 2016 היה מספר האשפוזים הממוצע למיטה בישראל כ-66, לעומת כ-41 בממוצע במדינות OECD וכ-44 בממוצע במדינות הדומות. הסבב הישראלי מבטא משך אשפוז קצר יחסית מצד אחד, ושיעור תפוסה גבוה במיוחד מצד שני. משך האשפוז הממוצע בישראל, 5.2 ימים למטופל, נמוך גם מהממוצע במדינות OECD (6.7) וגם מהממוצע במדינות הדומות (6.2). שיעור התפוסה הממוצע של בתי החולים בישראל עומד על 94%, לעומת 75% בממוצע ב-OECD ובמדינות הדומות.

הנתונים לעיל מצביעים על מערכת אשפוז כללית שיש לצפות בה את התוצאות הבאות:

- יכולת פחותה להתמודד עם מצבי חירום (לא בהכרח ביטחוניים).
- איכות טיפול ירודה נוכח משך אשפוז קצר ולחצים לקצרו בגלל ממתנים מחוץ לבית החולים ובתוכו, בחדר המיון.
- היעדר יכולת של בתי חולים להתחרות ביניהם בשוק הפנימי, לפחות על טיב השירות, נוכח אי היכולת של מוסדות להגיב במונחי היצע לתנאים המשתנים של השוק.

זהו אכן מצב הדברים בישראל. הדבר מעיד על היעדר אסטרטגיה של המדינה בנושאים הקשורים הדדית: מספר המיטות לאשפוז כללי, גודל בתי החולים ופריסתם הגיאוגרפית. היעדר זה, על כל היבטיו, מתבטא בהגדלת בתי חולים שהם מעבר לגודל אופטימלי של כ-800 מיטות והוספת מיטות במקומות רוויי מיטות אשפוז לאוכלוסייה, במקום להוסיף מיטות ומשאבים לבתי חולים בפריפריה שהם בטוחי גודל אופטימליים ולהקים בית חולים נוסף על סורוקה בדרום. התוכנית המיוחדת של המדינה לקיצור תורים היא הודאה בתפקודה הלקוי של מערכת האשפוז הציבורית, וניסיון – במסגרת הסדרה קלוקלת של המערכת – להתמודד עם הכשלים.

מכל מקום, בטרם יושקעו השקעות נוספות במערכת החסרה חשוב לצמצם את מעורבותה היתרה של המדינה בניהול השוטף של המערכת – מעורבות שרק מחמירה את המצב, כפי שמתואר בעבודה השנייה שעתידה להתפרסם בקרוב.

## מבוא

מערכת האשפוז בישראל כוללת אשפוז כללי, אשפוז לבריאות הנפש, אשפוז שיקומי ואשפוז סיעודי למחלות ממושכות. הראשון, שהוא במוקד הדיון כאן, נוגע בעיקר לטיפול חריף (Acute care) קצר מועד במצבי מחלה, לרבות החלמה מניתוח, אשר ככלל אינם ניתנים לטיפול בקהילה. עקרונית ניתן להבחין בין שני סוגים של טיפול חריף: טיפולים דחופים, בעלי אופי של חירום, וטיפולים אלקטיביים, לרבות אשפוזי יום במרפאות חוץ, שלכאורה אינם דחופים ושאפשר לעשותם בטווח זמן סביר. מעבר לאופי הטיפולים, משך האשפוז הקצר יחסית הוא גורם מבדיל בסיסי בין האשפוז הכללי לבין אשפוזים אחרים – בריאות הנפש, שיקומי וסיעודי, שיכולים להימשך אף למשך שארית חייו של המטופל. בהערכה זהירה, במערכת האשפוז הכללי מטופלים בשנה כ-1.1 מיליון תושבים.<sup>1</sup> מספר זה אמנם נמוך מהותית ממספר התושבים אשר מטופלים בקהילה באופן יום-יומי, אולם עצימות המגע עם מערכת האשפוז היא גבוהה, באשר המערכת מזוהה יותר מכול עם מקרים חריפים וקיצוניים הקשורים להארכת חיים ולנגישות למומחים, בהם טיפולים מצילי חיים, לפחות לתפיסתם של המטופלים. יתר על כן, המגע עם המערכת הוא חברתי-רגשי, שכן לרוב המטופל מלווה בבני משפחה וידידים. נוסף על כך, בתי החולים מזוהים עם הכשרה רפואית, מחקר, תשתיות ומצבי חירום. לפיכך יש רגישות ציבורית גבוהה לפעילות מערכת האשפוז אשר קשה לבטא במונחים כמותיים ברורים וחד-משמעיים. בעולם אידיאלי, תפקודה של מערכת האשפוז היה נמדד בתרומתה לבריאות ולרווחה החברתית, לרבות בהיבטים של שוויוניות, יעילות ושביעות רצון הציבור מהשירות ומהטיפול. אלא שבמציאות, למערכת האשפוז אין מדדי תפוקה מקובלים, בריאותיים בעיקר, ארוכי טווח.<sup>2</sup> לפיכך אנו מתמקדים, כמקובל, ביחסים בין מדד תשומה בסיסי – סך המיטות הארצי, לבין מדדי תפוקה – מספר ימי אשפוז, ובעיקר מספר המקרים שהמערכת מטפלת בהם. בתווך בין מדדי התשומה למדדי התפוקה נמצאים מדדי התהליך, המודדים משך אשפוז ממוצע ושיעור תפוסת מיטות; אלה מגולמים לעיתים קרובות במונח "סבב מיטות" – מספר אשפוזים שנתי למיטה, אשר יכול לשמש אמת מידה כללית לאיכויות הטיפול והשירות.

חלוקת סך המיטות הארצי בין בתי החולים השונים לפי מיקומם מוצא ביטוי בגודלם של בתי החולים ובפריסתם הגיאוגרפית. גודלם של בתי החולים מכתוב את יעילות השימוש במיטות, ופריסתם מכתובה את השוויוניות בנגישות לאשפוז.

1 מבוסס על סך של כ-1.3 מיליון מקרים בשנה (2016), מהם כ-22% הם מקרים חוזרים (על פי נתוני OECD המפורטים בהמשך העבודה בתרשימים 15-16 ונתוני משרד הבריאות באתר המשרד, [https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MTI/info/Pages/General\\_hospitalization.aspx](https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MTI/info/Pages/General_hospitalization.aspx)).

2 מדדי האיכות של מערכת האשפוז, אשר מבחינים בין המוסדות השונים, נתונים למחלוקת ואיננו עוסקים בהם בעבודה זו.

היות שלמערכת האשפוז אין מדדי ביצוע ברורים, בפרט רפואיים, שעל פיהם הציבור הרחב יכול לשפוט אותה, הציבור רגיש בעיקר לזמינות השירות ולאיכותו.<sup>3</sup> במקרה של טיפולים דחופים מדובר בהמתנה בחדרי מיון ובהמתנה לשירות במחלקות. בנושאים האלקטיביים, הדחופים פחות לכאורה, מדובר בשני עניינים עיקריים השזורים זה בזה: זמני המתנה לאשפוז אלקטיבי, והחופש של המטופל לבחור את בית החולים ובעיקר את הרופא בזמן האשפוז. ממהלכי המדיניות הממשלתית בעת האחרונה ניתן ללמוד כי גם לדעת המדינה המערכת אינה נותנת לציבור מענה בנושא מהותי ורגיש זה. הכרה זו של המדינה מתבטאת בין היתר בהנהגת תוכניות מיוחדות לקיצור תורים לניתוחים ולבדיקות דימות,<sup>4</sup> ובכינוס ועדה בין-משרדית מיוחדת להתמודדות עם העומסים במחלקות הפנימיות (שהמלצותיה טרם פורסמו לציבור בעת כתיבת שורות אלה).

השאלה היא, כמובן, מה הביא למצב הקיים, והאם התוכנית שגיבשה המדינה בנושא קיצור תורים תסייע לפתרון הבעיות האלה.

מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן "החוק"), למדינה יש אחריות סופית להבטחת שירותי רפואה במסגרת החוק או "שירותי הסל", אשר האשפוז הכללי הוא חלק מהותי בהם.<sup>5</sup> בהתאם לכך, על המדינה למלא את תפקידה באמצעות הסדרה של ארבעה נושאים מרכזיים:

1. סך המיטות והתפלגותן לפי גודל בתי חולים ופריסתם באוכלוסייה.
2. רמת תקציב מערכת הבריאות המספקת את שירותי הסל.
3. אופן ביצוע התקציב.
4. התמודדות עם כשלי שוק אשר מכתיבים את התמריצים במערכת.

ההסדרות הללו, המסתייעות בחקיקה אחרת – בעיקר חוקי ההסדרים – מכתבות את יכולתה של המערכת להתמודד עם מטרותיה הבסיסיות באמצעים העומדים לרשותה ולפי רוח החוק: קידום הבריאות, בקרת הוצאות וקיימות כלכלית, זמינות השירות, שוויוניות ויעילות.

בעבודה זו אנו בוחנים את מדיניות הממשלה לפי תוצאות ההסדרה של סעיפים 1 ו-2 לעיל. העבודה השנייה דנה בעיקר בסעיפים 3 ו-4 (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019). בהיעדר קריטריונים מוחלטים לבחינה אנו מציגים את הנתונים בהיבט בין-לאומי ולאורך זמן, לצורך השוואה. בהתאם לכך, בפרק הבא אנו דנים במבנה שוק האשפוז מתוך התמקדות בתפקידים הסותרים שהמדינה ממלאת בו. שני הפרקים שלאחר מכן דנים בהיקף תשתיות מערכת האשפוז ובהוצאה המשקית לאשפוז, וכן במדיניות תכנון ורישוי מיטות האשפוז ביחס לפיזור האוכלוסייה ולגודלם של מוסדות האשפוז השונים. זאת לצורך בחינת התשתית הבסיסית של המערכת ויכולתה להתמודד עם מטרותיה גם בהיבטים של יעילות ושוויוניות. לבסוף, בפרק האחרון אנו דנים בתפקודה של המערכת כפי שהוא בא לידי ביטוי בסבב המיטות לשנה – נתון המתקבל משילוב של משך אשפוז ממוצע ושיעורי התפוסה, אשר מצביעים על הלחצים על המערכת ותוצאותיהם.

3 בשנת 2014 החלה המדינה לקדם מדדי איכות באשפוז במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים. מדידת תהליכים ותפוקות של בתי חולים היא נושא שנוי במחלוקת משני טעמים. ראשית, המדדים עלולים לעודד בתי חולים לייפות את תמונת המציאות. שנית, נוכח חוסר האפשרות של הציבור לבחור בית חולים ורופא, משמעות השימוש שלו במדדים אלו מוגבלת.

4 ראו תיאור של התוכנית הלאומית לקיצור תורים ודיון בה בצ'רניחובסקי וכפיר, 2019.

5 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

## שוק האשפוז בישראל

### בית החולים הציבורי: ההגדרה החסרה

הדיון במערכת האשפוז בישראל מתמקד בדרך כלל, ובמסמך זה בפרט, בבתי החולים הכלליים הציבוריים. בעוד ההגדרה של בית חולים כללי פשוטה – לפי סוג השירותים העיקרי שברישיון בית החולים – ההגדרה של בית חולים ציבורי מבוססת, בהיעדר הגדרה חוקית ברורה, על מוסכמה שהתגבשה במשך השנים.

מקובל לייחס מעמד "ציבורי" לקבוצת בתי החולים הכלליים שעיקר ייעודם ופעילותם הוא אספקת שירותי רפואה במימון ציבורי, ללא תלות בבעלותם. עם אלה נמנים:

- בתי חולים כלליים ציבוריים בבעלות המדינה. בתי חולים אלו פועלים כיחידות סמך ממשלתיות. רוב עובדיהם הקבועים הם עובדי מדינה, ותקציבם, לרבות ההכנסות ממכירת שירותים רפואיים, מתנהל במסגרת תקציב המדינה. עם מוסדות אלו נמנים בין השאר המרכזים הרפואיים שיבא, רמב"ם, סוראסקי וברזילי.<sup>6</sup>
- בתי חולים כלליים ציבוריים בבעלות שירותי בריאות כללית (להלן "כללית"). מוסדות אלו פועלים כיחידות סמך של קופת החולים ועובדיהם הם ברובם עובדי הקופה. עם זאת הם מחויבים לספק שירותים לחברי כל קופות החולים. עם אלה נמנים בין השאר המרכזים הרפואיים רבין בלינסון, סורוקה וכרמל.
- בתי חולים כלליים ציבוריים עצמאיים. מוסדות אלו מתואגדים כמוסדות ללא מטרת רווח כגון המרכזים הרפואיים שערי צדק ולניאדו, חברות לתועלת הציבור דוגמת הדסה, או חברה בע"מ כמו אסותא אשדוד.

צ'רניחובסקי וכפיר (2019) מציעים הגדרה סדורה של המונח בית חולים ציבורי, המושתתת על היחסים שבין בית החולים לבין מערך סל הבריאות הממלכתי, ללא תלות בבעלות עליו או באופן התאגדותו, על פי שלושה מבחנים בסיסיים:

- **המבחן הנורמטיבי:** בית החולים מחויב להציע את כל שירותיו, לרבות השירותים האלקטיביים, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכל תושבי המדינה מתוך שוויון מלא.
- **המבחן התפקודי:** בית החולים מפעיל מערכים ציבוריים כגון מחלקה לרפואה דחופה, מערך חירום ומערכי הוראה והדרכה.
- **המבחן הכלכלי:** עיקר הכנסותיו של בית החולים מתקבלות מאספקת שירותים הכלולים בסל הבריאות הממלכתי, קרי, ממכירת שירותים לקופות החולים.

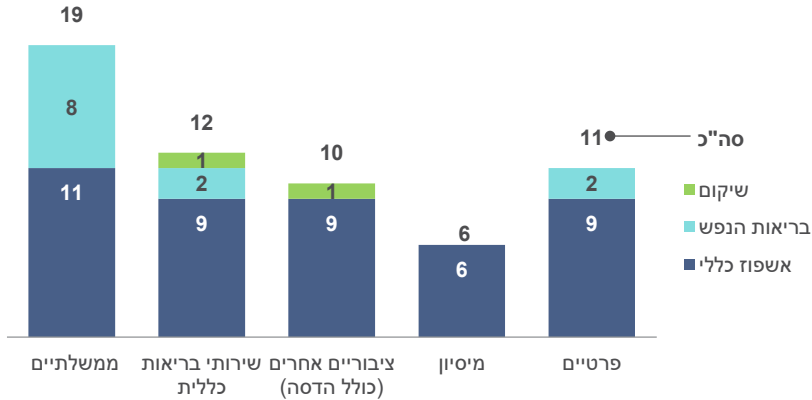
6 ראו רשימה מפורטת בנספח א. בין בתי החולים הממשלתיים יש גם כמה עירוניים מבחינת הבעלות, כגון סוראסקי.



## תפקידיה המנוגדים של המדינה

בישראל 58 בתי חולים (ללא בתי חולים למחלות ממושכות): 44 בתי חולים לאשפוז כללי, 12 לבריאות הנפש ו-2 בתי חולים לשיקום (ראו תרשים 1). 19 מבתי החולים הם בבעלות הממשלה, 11 בבעלות פרטית, 10 בבעלות ציבורית אחרת או עמותות, 12 בבעלות קופות החולים (בעיקר שירותי בריאות כללית) ו-6 בבעלות המיסיון.<sup>7</sup>

### תרשים 1. בתי חולים לפי בעלות, 2016 ללא בתי חולים למחלות ממושכות



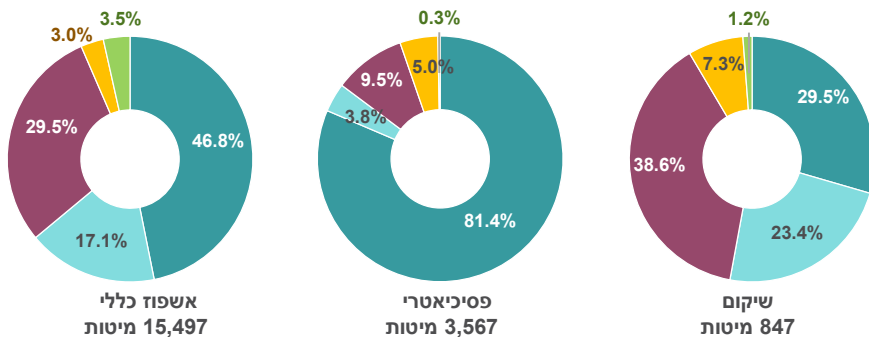
מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיה, מרכז טאוב

נתונים: משרד הבריאות, 2017

כרבע ממיטות האשפוז בישראל הן בבעלות המדינה. חלקה גבוה במיוחד בבריאות הנפש (81%) ונמוך במיוחד (7%) במחלות ממושכות ושיקום (תרשים 2). באשפוז הכללי, העומד במרכז דיון זה, חלקה של המדינה הוא 47%, חלקה של כללית הוא 29% וחלקם של מוסדות אשפוז ציבוריים אחרים הוא 17%. כל השאר הם פרטיים.

## תרשים 2. מיטות בבתי חולים לפי סוג ובעלות, 2016

■ ממשלתיים ■ ציבוריים אחרים ■ שירותי בריאות כללית ■ פרטיים ■ מיסיון



\* הנתונים בתרשים זה אינם בהלימה מלאה עם הנתונים בתרשימים קודמים שפרסמנו בנושא זה משום שהם מתבססים על נתוני 2016.

מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב  
נתונים: משרד הבריאות, 2016

אלו הם אפוא מאפייניו של שוק האשפוז הכללי בישראל:

- קופות החולים מחזיקות את תקציב הסל הממלכתי לשירותי אשפוז וקונות את השירותים מכוח החוק ממוסדות אשפוז אשר מוכרים אותם.
- יש בשוק שני ספקים מרכזיים – המדינה וכללית – וקבוצה של ספקים עצמאיים בלתי תלויים, רובם מוסדות ללא כוונת רווח.
- בתי החולים המוגדרים ציבוריים פועלים מול ארבע קופות חולים שלגדולה שבהן, כללית, נתח שוק ארצי של כ-50% מסך תושבי המדינה.
- כללית מספקת לעצמה חלק ניכר משירותי האשפוז שהיא זקוקה להם.
- המדינה נושאת בכמה תפקידים מרכזיים בו זמנית: מימון שירותי סל הבריאות המסופקים באמצעות קופות החולים, פיקוח על המערכת והסדרתה, מכירת שירותי אשפוז לקופות החולים באמצעות בתי החולים הממשלתיים, ניהול בתי החולים הממשלתיים, ונשיאה באחריות תקציבית ישירה לפעילותם.

כלומר, מדובר בשוק שיש בו מוכרים עם כוח מונופולי וקונים בעלי כוח מונופסוני פוטנציאלי,<sup>8</sup> אשר בכוחם להכתיב מחירים, לפחות בשווקים המקומיים, כפי שיובהר גם בהמשך הדיון. אלה מחייבים הסדרה ראויה של המדינה לשם יעילות ובקרה על הגידול בהוצאה לאשפוז, נוסף על אחריותה להבטחת שירותי אשפוז יעילים ושוויוניים לאוכלוסייה במימון ובהסדרה (נוספת), כפי שמפורט בעבודה השנייה (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019).

8 כוח מונופסוני הוא כוחם של קונה אחד או קונים בודדים של שירותים להכתיב מחירים למוכרי השירותים. לשירותי בריאות כללית יש כוח פוטנציאלי כזה אל מול בתי חולים נוכח משקלה בשוק.

ואולם תפקידי המימון וההסדרה הללו של המדינה אינם עולים בקנה אחד עם תפקידה כספק מרכזי של שירותי אשפוז במערכת, אשר יש לו כוח מונופולי במערכת ואשר בניגוד לספקים האחרים הכנסותיו מובטחות גם שלא ממכירת שירותי אשפוז במסגרת החוק. המדינה מחזיקה אפוא בשני תפקידים בסיסיים סותרים במערכת: מצד אחד היא "מעסיקה" את קופות החולים כקבלניות לאספקת שירותי בריאות ציבוריים ומסדירה את פעילותן מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחקיקה אחרת; מצד שני קופות החולים "מעסיקות" את המדינה כקבלנית לאספקת שירותי אשפוז בבתי החולים שבבעלותה.

## הפתרון המיוחל

מצב עניינים זה, שבו המדינה היא גם ספק שירותים וגם גורם מממן, מפקח ומסדיר, אינו בריא שכן הוא כרוך בניגוד אינטרסים. מאחר שהמדינה עצמה היא ספקית של שירותים היא אינה יכולה למלא את תפקידה כרגולטור באופן בלתי תלוי וחסר פניות, כפי שהיא אמורה להיות לגבי כלל המוסדות במערכת מתוקף מעמדה כריבון במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כמו כן, היא עלולה לנצל את כוחה התקציבי ואת כוחה בחקיקה ובאסדרה כדי להתחרות בצורה בלתי הוגנת בספקים אחרים ולהפעיל לחצים לא ענייניים על קופות החולים. נוסף על כך, המדינה עלולה להימנע מתיקונים נדרשים בתקציב סל הבריאות ובמחירי שירותי האשפוז, ולהעדיף פתרון תקציבי קצר טווח לבתי החולים שבבעלותה ודרכם לקופות החולים. עיוות זה היה אחד הגורמים לקריסת מנגנון מחירי האשפוז (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019). לבסוף, עיסוקה של המדינה בניהול מוסדות אשפוז עלול גם לפגוע בעיסוקה בתפקידיה כריבון.

מכל הסיבות האלה, בעלותה של המדינה על בתי החולים שהיא מפעילה ומוכרת את שירותיהם לקופות חולים שממומנות מכספי מיסים הייתה נושא לדיון ציבורי מאז 1978, אז הוגשה לממשלה ההצעה הראשונה להקמת רשות אשפוז. מאז דנו בנושא עוד כמה וכמה ועדות ציבוריות<sup>9</sup> ועבודת כולן מתמצה בהמלצות ועדת אמוראי, שהוגשו ב-2002. בפתח הדבר לדוח הוועדה נכתב:

מציאות שבה משרד הבריאות מהווה צרכן שירותי בריאות, ספק שירותי בריאות, מבקר שירותי בריאות, מתקין תקנות וקובע נהלים וכללים היא בלתי אפשרית, ומהווה את אחת הבעיות המרכזיות של מערכת הבריאות. משרד הבריאות חייב להשתחרר מתפקידו כיצרן שירותים (בעיקר שירותי אשפוז) ולהתמקד בהתוויית מדיניות בריאות לאומית ובנשיאה באחריות לזכאות הציבור לשירותי בריאות, הנגזרת מצרכים משתנים והמתבססת על תכנון לטווח בינוני וארוך ולא בפתרון מצוקות נקודתיות (דוח ועדת אמוראי, 2002, עמ' 20).

ככלל, הוועדות הצביעו על כמה מטרות עיקריות:

- שחרור הממשלה וקופות החולים מבעלות על מוסדות אשפוז ומניהולם השוטף.
  - התייעלות ושיפור הנגישות לשירותי בריאות על ידי קיצור התורים בשוק תחרותי.
  - ניצול יעיל של משאבי המערכת על ידי יצירת אשכולות אזוריים של קמפוסים לשם מניעת כפילויות.
  - גמישות ניהולית בתוך בתי החולים.
  - קיום בקרת איכות במערכת.
- הגיעה השעה שהממשלה תחתור ליישום המלצות הוועדות הרבות שהיא עצמה מינתה.

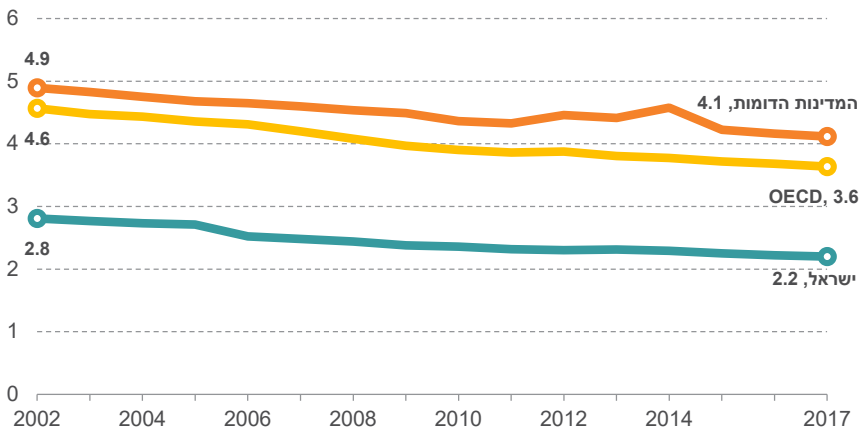
## תשתית פיזית ומימונה

מספר המיטות הכללי באוכלוסייה מייצג את הפוטנציאל האולטימטיבי של המערכת. מספר המיטות (כפול 365 ימים) מכתוב את מספר ימי האשפוז השנתי המרבי במערכת. לפיכך, פיקוח על מספר המיטות הוא מכשיר אסדרה בסיסי, בצד קביעת מחירי אשפוז, לבקרת רמת הפעילות של המערכת ואופייה. המחירים משפיעים על משך אשפוז ממוצע ועל מספר האשפוזים במספר מיטות נתון, ובסופו של דבר יש להם השפעה ניכרת על התקציב הכולל של המערכת.

### מספר מיטות כללי

מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל עומד על כ-2.2 ל-1,000 נפש,<sup>10</sup> לעומת 3.6 במדינות OECD ו-4.1 במדינות אירופה שבהן, בדומה לישראל, אספקת השירותים נעשית באמצעות קופות חולים (בלגיה, גרמניה, הולנד ושווייץ, ובמידה פחותה גם צרפת) (תרשימים 3-4). תקנון למבנה הגילים הצעיר של ישראל יביא למספר מיטות של כ-2.5 ל-1,000 נפש, ואין בכך כדי לצמצם באופן משמעותי את הפערים המהותיים בין ישראל למדינות האחרות.

### תרשים 3. מספר מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש



\* עבור המדינות שנתונות ומינים לכל התקופה: אוסטריה, בלגיה, קנדה, צ'כיה, דנמרק, פינלנד, צרפת, גרמניה, יוון, הונגריה, איטליה, אירלנד, איטליה, יפן, קוריאה הדרומית, לוקסמבורג, מקסיקו, הולנד, נורווגיה, פולין, פורטוגל, סלובקיה, ספרד, שוודיה, שווייץ וטורקיה.

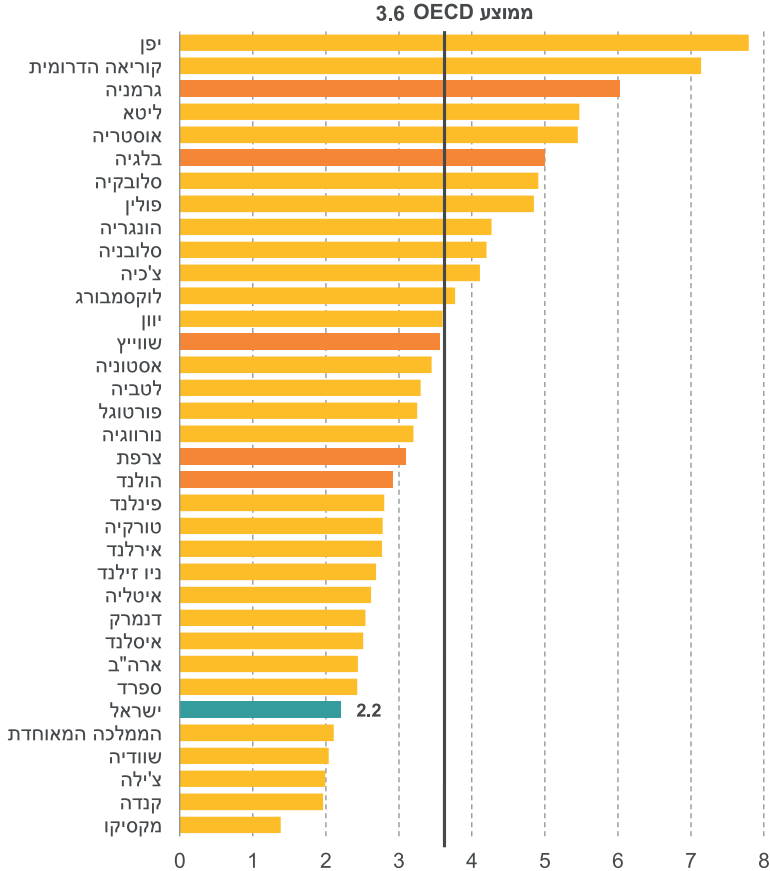
\*\* המדינות הדומות: שווייץ, בלגיה, גרמניה, צרפת והולנד.

מקור: דב צ'ריחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

10 מדובר במספר המיטות התקני על פי רישיון בית החולים. בפועל בתי החולים מפעילים מיטות אשפוז מעבר לרישיון שניתן להם, ומשרד הבריאות אינו פועל להגבלת מספר מיטות האשפוז של בתי החולים לפי רישיונם.

### תרשים 4. מספר מיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש



\* הנתונים עדכניים לשנת 2016 למעט עבור המדינות ארה"ב, איטליה ואירלנד, שנתונין עדכניים לשנת 2015.

\*\* המדינות הדומות - שווייץ, בלגיה, גרמניה, צרפת והולנד - מיוצגות בתרשים בכתום.

מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

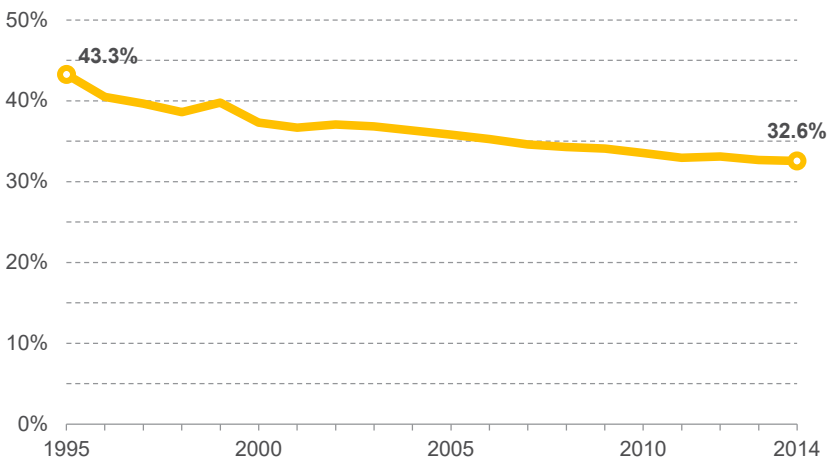
כמו ב-OECD ובמדינות הדומות, גם בישראל מספר המיטות ל-1,000 נפש נמצא במגמת ירידה (תרשים 3). מגמה זו בוודאי נובעת משינויים טכנולוגיים וארגוניים בכל המדינות. אולם בישראל הירידה חדה יותר – בין 2002 ל-2017 נרשמה בה ירידה של כ-22%, לעומת כ-15% בממוצע במדינות OECD וכ-20% במדינות הדומות באותה תקופה (לפחות חלק מההסבר לכך נעוץ בגידול המהיר יותר של האוכלוסייה בישראל). נראה אפוא כי בישראל המצב חמור יותר: לא זו בלבד ששיעורי המיטות בה בהשוואה למדינות OECD ולמדינות

הדומות היו נמוכים מלכתחילה, גם בהתחשב בהתפלגות הגילים של האוכלוסייה, אלא שב ישראל הירידה במספר המיטות ל-1,000 נפש חדה יותר, וזאת למרות הגידול היחסי בצרכים נוכח קצב הזדקנות אוכלוסייה מהיר יותר מאשר במדינות האחרות.

## סך המימון

ההוצאה השנתית על כלל האשפוז בישראל היא כ-2% מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג), שהם כ-3,700 ש"ח לנפש (2017). כשני שלישים מסכום זה הם לאשפוז כללי. חלקה של סך ההוצאה על אשפוז בסך ההוצאה הלאומית על בריאות הולך ויורד באופן עקבי, לפחות מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תרשים 5), מרמה של כ-43% בתחילת התקופה לרמה של כ-33% בסופה.<sup>11</sup> היות שחלקה של ההוצאה הלאומית על בריאות בתמ"ג הוא קבוע, פירוש הדבר שחלה ירידה בחלקה של ההוצאה על אשפוז בתמ"ג.

### תרשים 5. הוצאה על אשפוז מסך ההוצאה על בריאות

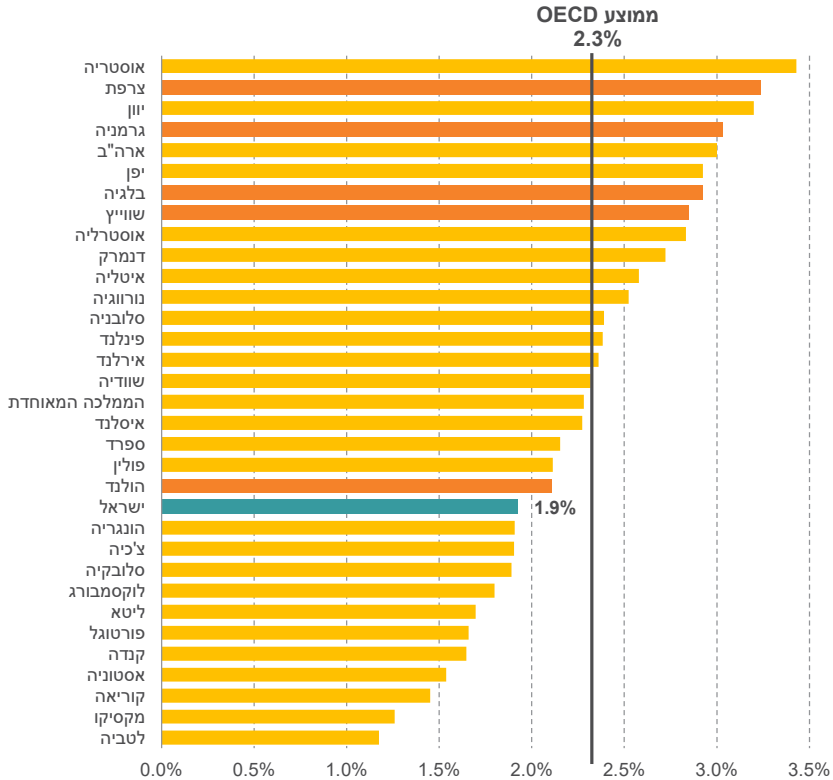


מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל

בהשוואה בין-לאומית, ההוצאה על אשפוז מהתמ"ג בישראל נמוכה מהמוצע במדינות OECD, גם לאחר תקנון ההוצאות עבור מבנה הגילים של האוכלוסיות, הקובע כי רמת הצרכים של ישראל היא כ-0.9% ביחס למוצע במדינות OECD. גם הממוצע המתוקנן, 2.1% במקום 1.9%, עדיין נמוך בהשוואה ל-2.3% במדינות OECD, ונמוך במיוחד בהשוואה ל-2.82% במדינות הדומות (ראו תרשימים 6-7). מצב הדברים הוא תוצאה של מגמת ירידה בכל המדינות בהוצאה הרלוונטית בתקופה 2000-2005/2006 ומגמת עלייה לאחר מכן.

11 הדיון כאן מבוסס על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (ראו הלמ"ס, 2018, לוח 6.1). לפי נתוני ארגון OECD, חלק ההוצאה על אשפוז בישראל עומד על כ-27% מסך ההוצאה על בריאות. חלק זה דומה לממוצע במדינות OECD ולזה של המדינות הדומות.

**תרשים 6. הוצאה על אשפוז מתוך התמ"ג**



\* הנתונים עדכניים לשנת 2014.

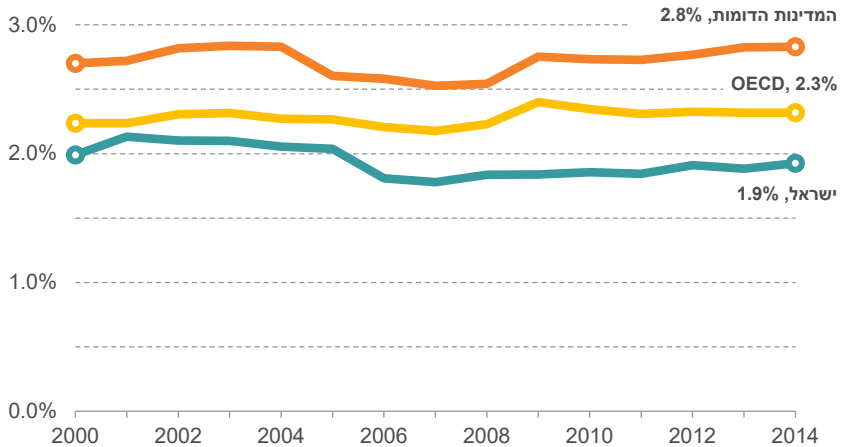
\*\* המדינות הדומות - שווייץ, בלגיה, גרמניה, צרפת והולנד - מיוצגות בתרשים בכתום.

מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

ההוצאה על אשפוז מהתמ"ג בישראל נמוכה באופן עקבי מממוצעי המדינות האחרות. חמור מכך, הפערים בין ישראל והמדינות האחרות הולכים ומתרחבים (תרשים 7).<sup>12</sup>

### תרשים 7. ההוצאה על אשפוז מתוך התמ"ג



\* עבור המדינות שנתונין ומינים לכל התקופה: אוסטריה, אוסטרליה, קנדה, צ'כיה, דנמרק, אסטוניה, פינלנד, צרפת, גרמניה, הונגריה, איסלנד, יפן, קוריאה הדרומית, לוקסמבורג, נורווגיה, פורטוגל וספרד.

\*\* המדינות הדומות: שווייץ, בלגיה, גרמניה, צרפת והולנד.

מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

12 נתונים אלו אינם מביאים בחשבון את העלייה במחירי הבריאות ביחס לעלייה במחירי התמ"ג. ראו צ'רניחובסקי, 2018.



## גודל בתי החולים ופריסתם באוכלוסייה

לפי פקודת בריאות העם (1940), רק המדינה רשאית להעניק רישיון לפתיחת בית חולים.<sup>13</sup> הוא הדין בתוספת מיטות, הסבתן, פתיחת חדרי ניתוח ורכישת מכשירים מיוחדים. כלומר, נוסף על סיוע בתקציב לבית חולים "ציבורי" כמוגדר לעיל, למדינה יש שליטה על מספר המיטות והתמהיל שלהן במובן של התמחויות לפי מחלקות, על גודל בתי החולים ועל מיקומם.

בין המשתנים הללו קיים קשר פונקציונלי, אשר יש לו השפעה על תפקוד המערכת ועל יכולתה לעמוד ביעדיה הרפואיים והחברתיים. חלוקת המיטות בין מוסדות האשפוז מתבטאת בגודלם של בתי החולים, אשר משפיע על פוטנציאל היעילות שלהם. אופן פיזורם של בתי החולים באוכלוסייה מכתוב את נגישותה לאשפוז ולמומחים – שני גורמים אשר משפיעים על שביעות הרצון מצד אחד ועל נגישות המערכת מצד שני (בוורס וצ'רניחובסקי, 2016).

### גודל בתי חולים

גודל בית החולים נוגע ליעילותו בהיבטים של עלות האשפוז ואיכותו. בתי חולים "קטנים (מדי)" הם יקרים נוכח הוצאות קבועות גבוהות יחסית לרמת הפעילות הנמוכה. הם גם אינם מסוגלים לטפל במקרים מורכבים בשל היעדר התמחות ותשתיות מתאימות, הן בכוח אדם והן בצידוד. מנגד, בתי חולים "גדולים (מדי)" עלולים לסבול מבעיות של מוטת שליטה ניהולית ולוגיסטיקה מורכבת. מחקר המבוסס על הניסיון הבין-לאומי בנושא מלמד שבית חולים כללי נהנה מיתרונות לגודל (קצב הגידול בתפוקה גדול מקצב הגידול בתשומות) מסדרי גודל של 200-300 מיטות, ומתחיל לאבד את היתרונות האלה החל מכ- 800 מיטות.<sup>14</sup>

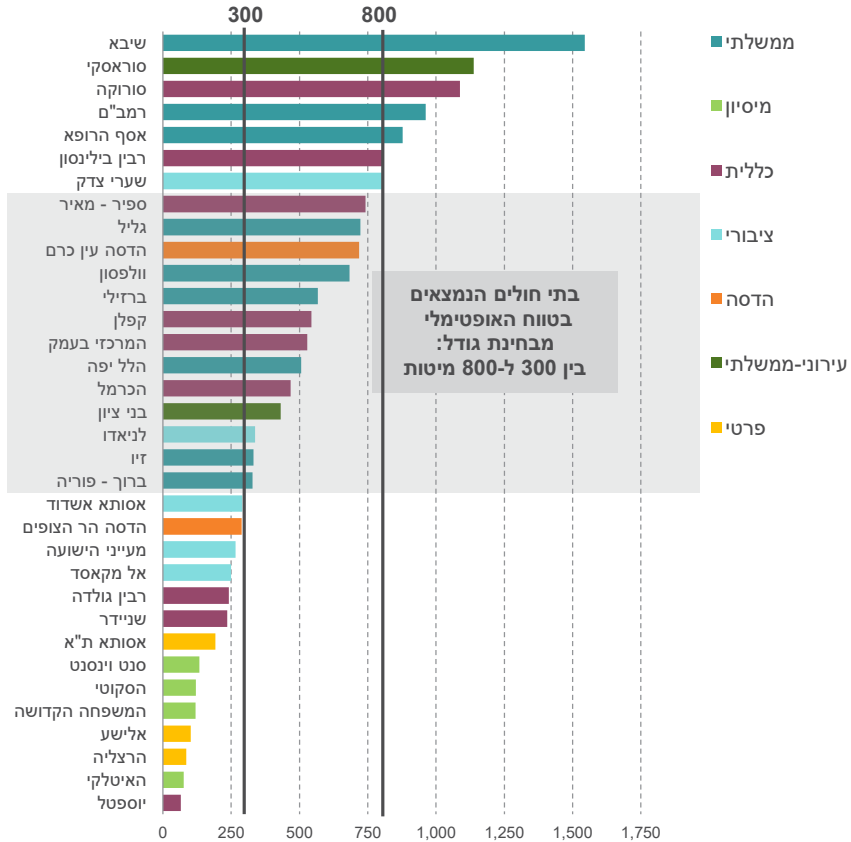
לפיכך ככלל, בתי החולים הגדולים בישראל (תרשים 8), החל בשערי צדק וכלה בשיבא, הם "גדולים מדי".<sup>15</sup> בתי החולים הקטנים יחסית, בין שניידר ליוספטל, הם "קטנים מדי", ובתי החולים שבתווך נמצאים בתחום מספר המיטות האופטימלי, והרחבתם, תוך כדי התמחות במקצועות הרפואה, כדאית כל עוד הם מתחת ל-800 מיטות.

13 פקודת בריאות העם מס' 40 לש' 1940, סעיף 24.

14 Giancotti, Guglielmo & Mauro, 2017. ככלל, המחקרים מצביעים על חסרונות לגודל מתחת ל-200 מיטות ומעל 600 מיטות. מחקרים בישראל מצביעים על אובדן תשואה לגודל רק מ-1,000 מיטות ומעלה. לפיכך, לצורך הדיון נקבע טווח יעילות אופטימלי של 300-800 מיטות. ראו צ'רניחובסקי ואחרים Chernichovsky & Zmora, 1986; 2009.

15 סוגיית היעילות בדיון זה אינה מביאה בחשבון הבדלים בעלויות הון, או שימושים אלטרנטיביים שלו. בהקשר זה, עלות התפעול של המרכז הרפואי שיבא, למשל, יקרה במיוחד נוכח עלות הקרקע במרכז המדינה במוסד שאינו בנוי לגובה.

**תרשים 8. בתי חולים כלליים בישראל לפי מספר מיטות**



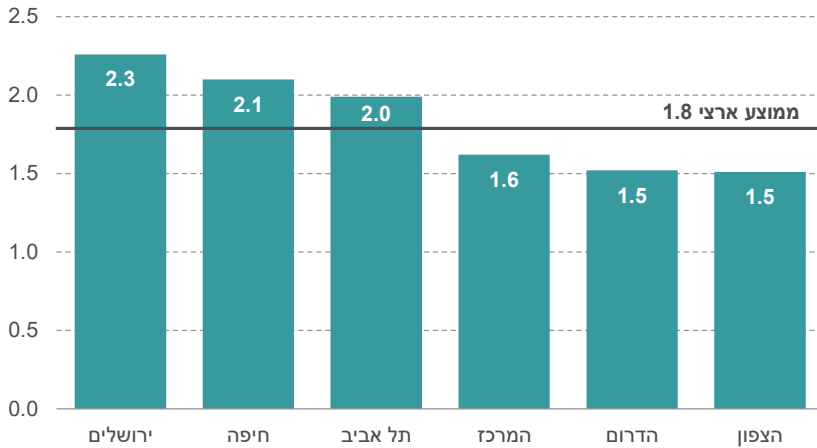
בתי חולים הנמצאים בטווח האופטימלי מבחינת גודל: בין 300 ל-800 מיטות

מקור: דב צ'רניחובסקי ורוני כפיר, מרכז טאוב. נתונים: אתר משרד הבריאות, <https://www.old.health.gov.il/units/pharmacy/institution/select.asp>

### פריסה גיאוגרפית

מספר המיטות הכללי וגודלם של בתי החולים במיטות מכתוב את מספר בתי החולים במדינה. מספר זה מיתרגם לפריסתם של בתי החולים באוכלוסייה, וזו משפיעה על זמינות האשפוז על בסיס גיאוגרפי. הפריסה של מיטות האשפוז הכללי בישראל על פי מחוזות מלמדת על אי שוויון במספר המיטות לנפש מתוקנת (תרשים 9). בפריפריה הדרומית והצפונית מספר המיטות לנפש מתוקנת הוא הנמוך ביותר, ובירושלים הוא הגבוה ביותר.

#### תרשים 9. מספר מיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפשות מתוקנות לפי מחוזות, 2017



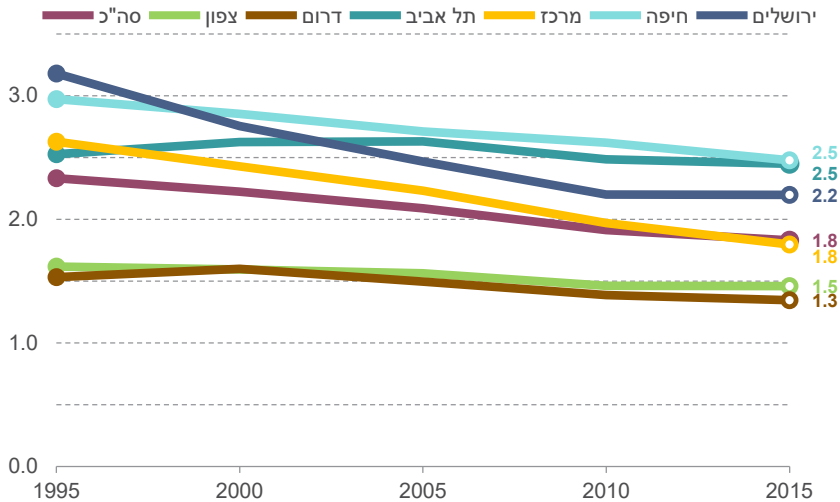
\* נתון זה אינו בהלימה מלאה עם נתון קודם הלקוח מנתוני OECD. ההבדל עשוי לנבוע משינויי הגדרה ומהבדלים בתקנון.

מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: משרד הבריאות, 2017

מספר המיטות לנפש ירד בכל המחוזות לאורך השנים (תרשים 10). הירידה המתונה ביותר נרשמה במחוז תל אביב, והירידות החדות ביותר נרשמו באזור ירושלים, המרכז וחיפה. עם זאת, בשנים האחרונות נבלמה הירידה החדה יחסית באזור ירושלים, תל אביב והצפון, ואילו במרכז ובדרום מגמת הירידה נמשכת. כלומר, אף שהפערים מצטמצמים הם הולכים ומתייצבים, בעיקר לרעת הדרום.

**תרשים 10. מספר מיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפשות מתוקננות לפי מחוזות**

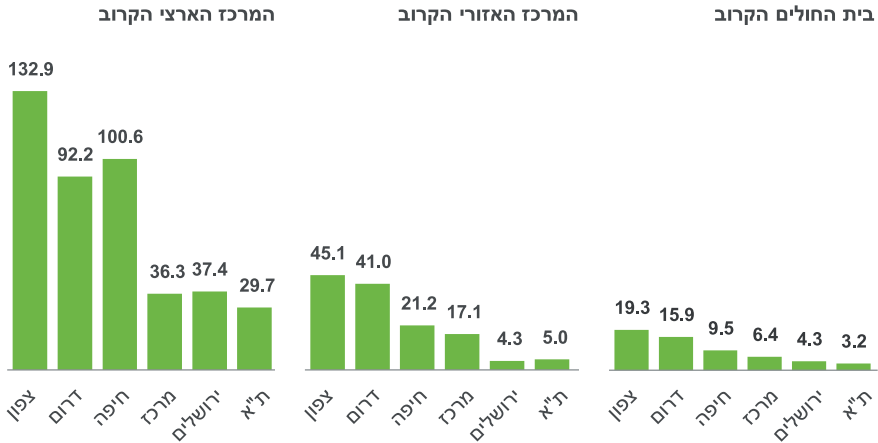


מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב  
נתונים: משרד הבריאות, 2017

**מרחקים למוסדות אשפוז**

לצורך בחינה של זמינות השירות ואיכותו נבדקו מרחקים של יישובים שונים ממוסדות אשפוז כלליים לפי החלוקה הבאה (תרשים 11): לבית החולים הקרוב; למרכז רפואי אזורי – רמב"ם מקו חדרה וצפונה וסורוקה מקו אשקלון ודרומה; לכל אחד מהמרכזים הארציים – איכילוב, בילינסון, שיבא והדסה. הקו המנחה בחלוקה זו הוא שבמקרים קלים יחסית חולה מופנה לבית החולים הקרוב ביותר, במקרים מורכבים יותר – למרכזים הרפואיים באזורי הדרום והצפון, ובמקרים מיוחדים – למרכזים הארציים.

## תרשים 11. מרחק ממוצע (בק"מ) ממוסדות אשפוז לפי סוג המוסד והמחוז



מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיה, מרכז טאוב נתונים: GIS ומפות

**בית חולים קרוב:** מתרשים 11 עולה כי המרחק הממוצע הגדול ביותר לבית חולים קרוב נמצא במחוז הצפון, 19.25 ק"מ. אחריו מחוז יהודה ושומרון, 18.58 ק"מ, ואחריהם מחוז הדרום, 15.88 ק"מ. בשלושה מחוזות אלו המרחקים לבית החולים הקרוב גדולים מאוד בהשוואה למחוזות האחרים, הנהנים מהמרחקים הקטנים ביותר לבית החולים הקרוב: מחוז תל אביב – 3.19 ק"מ, וירושלים – 4.25 ק"מ.

**מרכז אזורי:** מחוזות הצפון והדרום הם הרחוקים ביותר גם ממרכזים רפואיים אזוריים: מחוז הצפון מרוחק בממוצע 45.12 ק"מ מהמרכז האזורי הקרוב ביותר, ומחוז הדרום – 41.04 ק"מ. זאת לעומת מחוז ירושלים – 4.33 ק"מ, ומחוז תל אביב – 4.96 ק"מ.

**מרכז ארצי:** גם כאן ניתן לראות שהפריפריה היא המרוחקת ביותר: תושבי הצפון צריכים לנסוע 132.86 ק"מ למרכז ארצי, תושבי הדרום – 92.17 ק"מ, ואפילו תושבי מחוז חיפה, שהוא מחוז פריפריאלי למחצה, צריכים לנסוע יותר מ-100 ק"מ כדי להגיע למרכז ארצי. זאת לעומת מחוז תל אביב, אשר תושביו נהנים מהמרחק הקטן ביותר למרכז אשפוז כללי ארצי – 29.71 ק"מ.

כלומר, ההבדלים בין מרכז לפריפריה מתבטאים בנגישות היחסית לשירותים רפואיים, למיטות אשפוז ולמחלקות מתמחות. פריסת המיטות בישראל היא במתאם עם זמני ההמתנה: במחוזות שבהם מספרי המיטות נמוכים יחסית לאוכלוסייה, זמני ההמתנה ארוכים יותר (בוורס וצ'רניחובסקי, 2016).

## פעילות המערכת

את תפוקתה של מערכת אשפוז מקובל למדוד באמצעות מספר האשפוזים או השחרורים ביחס למספר המיטות על פני שנה – מדד המכונה "סבב מיטות". איכות הטיפול והשירות מושפעות מאיכות תשומות האשפוז בכוח אדם וציוד, המתנה לאשפוז, ומשך האשפוז ואיכותו. מכל אלה אנו יכולים להתייחס במגבלת הנתונים הקיימים למשך האשפוז בלבד. מדד סבב המיטות מתקבל משילוב של שני מדדים: משך אשפוז ממוצע ושיעור תפוסת מיטות ממוצע לשנה.<sup>16</sup> ככל שמשך האשפוז הממוצע קצר יותר כן גבוה יותר מספר המקרים למיטה בשיעור תפוסה נתון, וככל ששיעור התפוסה גבוה יותר כן גבוה יותר מספר המקרים למשך אשפוז ממוצע נתון. נוכח מספר המיטות הנמוך ל-1,000, נפש לאוכלוסייה ומגמת הירידה בהן בהשוואה למדינות אחרות, יש לצפות להמשך ואף להתגברות לחצי הביקוש לאשפוז על היצע המיטות הקיים במערכת הבריאות.<sup>17</sup> אלה יכולים להתבטא בסבב מיטות גבוה כביטוי למשך אשפוז קצר יחסית ולשיעור תפוסה גבוה, וזה אכן המצב בישראל בהשוואה למדינות אחרות.

**משך האשפוז הממוצע** בישראל קצר הן בהשוואה למדינות OECD והן בהשוואה למדינות הדומות: 5.2 ימים למטופל לעומת 6.7 ו-6.2 בהתאמה (תרשים 12). בישראל ירד משך האשפוז הממוצע בין 2001 ל-2016 מ-6.1 ימים ל-5.2 ימים, ירידה של 15%, ואילו ב-OECD הוא ירד באותן שנים מ-8.1 ימים ל-6.7 ימים, ירידה של 17% (תרשים 13).

16 חישוב מדד סבב המיטות הוא כלהלן: מספר אשפוזים שנתי

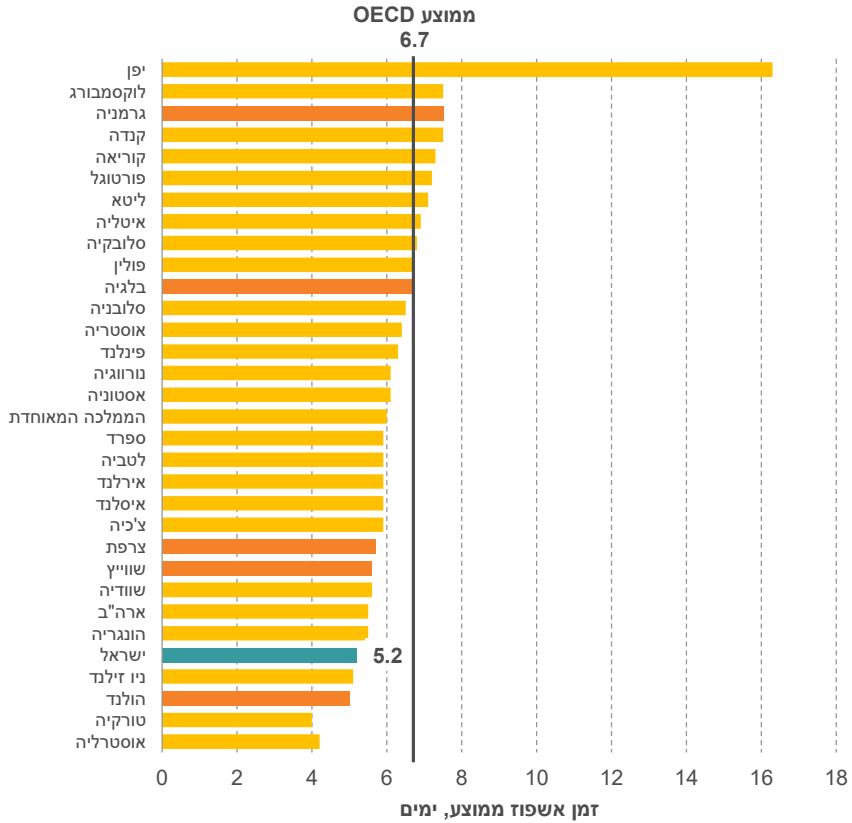
$$= \frac{(\text{מספר מיטות} \times 365 \text{ ימים}) \times X (\text{שיעור תפוסת מיטות ממוצע})}{(\text{משך אשפוז ממוצע})}$$

או

$$= \frac{\text{מספר אשפוזים שנתי}}{\text{מיטות}} = \frac{365 (\text{ימים}) \times X (\text{שיעור תפוסת מיטות ממוצע})}{(\text{משך אשפוז ממוצע})}$$

17 לחצים אלו קיימים למרות שיפורים טכנולוגיים והתייעלות, והם נובעים מאופי הרפואה בקהילה ואיכותה ומחקיקת ההתחשבנות בחוקי ההסדרים (מנגנון ה-CAP), אשר מאז 1997 מפחיתה את מחירי האשפוז לקופות החולים ומייצרת ביקוש עודף לאשפוז. ראו צ'רניחובסקי וכפיר, 2019.

## תרשים 12. שהות ממוצעת באשפוז כללי, 2016



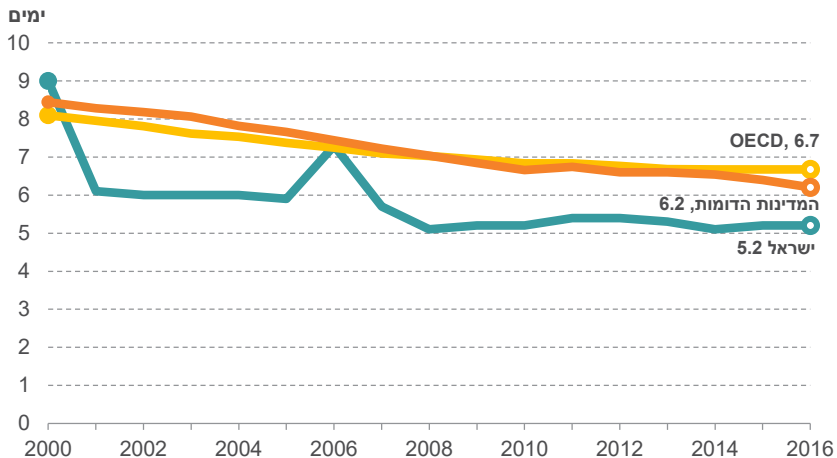
\* הנתונים עדכניים לשנת 2016 למעט עבור המדינות אוסטרליה, ניו זילנד, צרפת וארצות הברית, שעבורן הנתונים עדכניים לשנת 2015.

\*\* המדינות הדומות - שווייץ, בלגיה, גרמניה, צרפת והולנד - מיוצגות בתרשים בכתום.

מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

### תרשים 13. שהות ממוצעת באשפוז כללי



\* עבור המדינות שנתונין זמינים לכל התקופה: אוסטריה, בלגיה, קנדה, אסטוניה, פינלנד, צרפת, גרמניה, הונגריה, אירלנד, איטליה, יפן, לטביה, ליטא, הולנד, ניו זילנד, נורווגיה, פורטוגל, סלובקיה, סלובניה, ספרד, שוודיה, שווייץ, טורקיה והממלכה המאוחדת.

מקור: דב צ'ריניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

**תפוסת המיטות בישראל היא הגבוהה ביותר בהשוואה לכלל מדינות OECD, להוציא את אירלנד.**<sup>18</sup> בשנת 2016 עמדה תפוסת המיטות במחלקות האשפוז הכללי בישראל על 94%, ואילו הממוצע במדינות OECD ובמדינות הדומות עמד על 75% בלבד (תרשים 14).<sup>19</sup> כלומר, סבב המיטות בישראל, המביא בחשבון גם משך אשפוז ממוצע וגם שיעור תפוסת מיטות, גבוה באופן חריג בהשוואה בין-לאומית: בשנת 2016 עמד סבב המיטות בישראל – כלומר מספר האשפוזים למיטה – על כ-66, לעומת כ-41 בממוצע במדינות OECD וכ-44 בממוצע במדינות הדומות.<sup>20</sup>

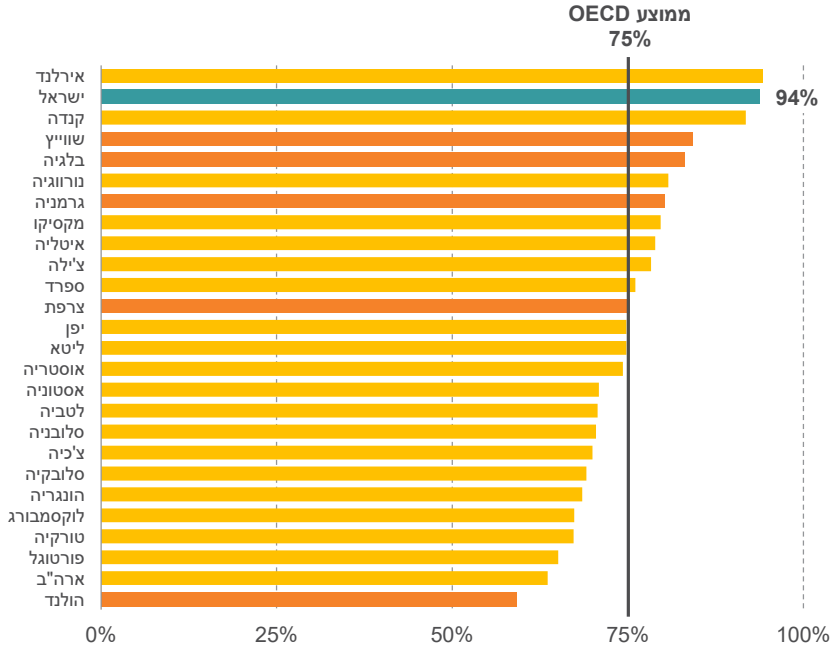
18 מדד תפוסת המיטות מחושב יחסית למיטות בתקן, אך בפועל בית החולים יכול להוסיף מיטות באופן שיוצר תפוסה של למעלה מ-100%.

19 בחודשי החורף תפוסת המיטות עלולה להגיע אף ליותר מ-100% בבתי החולי הכלליים. מציאות זו לא השתנתה מאז שנת 2000.

20 חשוב לציין את הקשר הפונקציונלי, בניגוד לקשר המתמטי, בין משך אשפוז ממוצע לשיעור תפוסה. משך אשפוז קצר פירושו כי באשפוז נמצאים מקרים בטיפול אינטנסיבי יותר אשר היכולת לשחררם קשה יחסית למקרים השווים זמן ממושך יותר בבית החולים. לפיכך כאשר משך האשפוז קצר יותר, בדרך כלל הנטייה היא לשמור על שיעור אשפוז נמוך יחסית כדי להיות ערוכים לקלוט מקרים חדשים, שכן מסובך יותר במקרה הצורך לשחרר חולים שזה עתה הגיעו. עקב פערים בנתונים בין השנים עלולות להיות סטיות מסוימות בחישובי סבב המיטות, אולם אין בהן כדי לשנות את הפערים המהותיים בין ישראל לממוצעי המדינות האחרות.



### תרשים 14. תפוסת מיטות לאשפוז כללי, 2016



\* הנתונים עדכניים לשנת 2016 למעט עבור המדינות איטליה, צרפת וארצות הברית, שנתונין עדכניים לשנת 2015.

\*\* המדינות הדומות - שווייץ, בלגיה, גרמניה, צרפת והולנד - מיוצגות בתרשים בכתום.

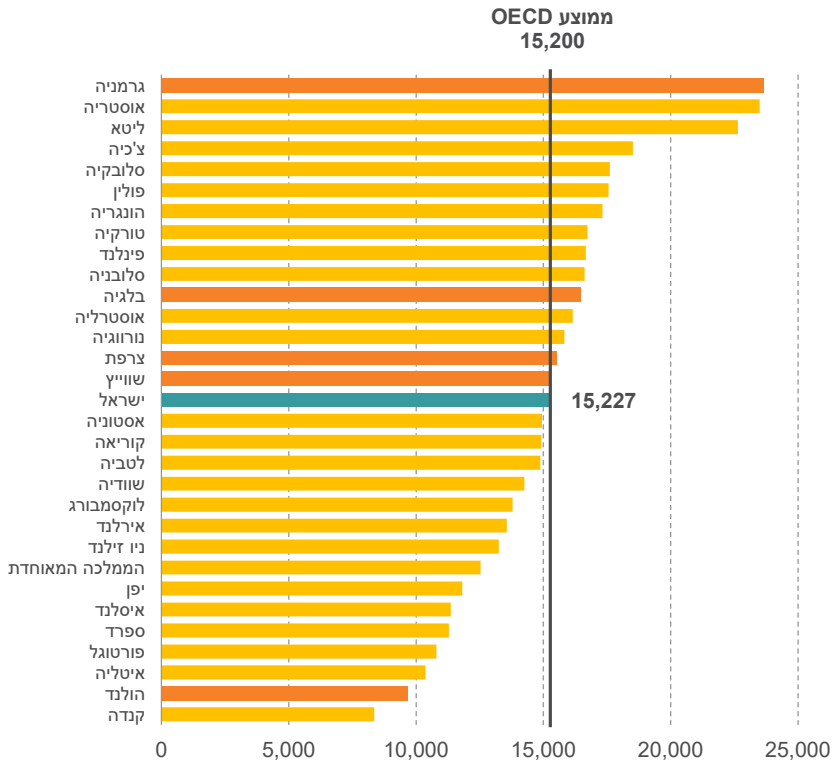
מקור: דב צ'ריניובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

**מספר השחורים** מאשפוז ל-100,000 נפש בישראל דומה למוצע ב-OECD, כ-15,000 לשנה, אך נמוך מהמוצע במדינות הדומות, שם הוא עומד על כ-16,000 לשנה (תרשים 15).<sup>21</sup> ככלל, משנת 2000 ועד 2016 גם בישראל וגם במדינות OECD נרשמה ירידה במספר השחורים מאשפוז, אך בישראל הירידה חדה יותר: 113 שחורים בממוצע בשנה לעומת 57 ב-OECD (תרשים 16).

21 מדובר באשפוזים חריפים הכוללים גם שהייה בבית החולים וגם אשפוזי יום. הסטטיסטיקה באשר לאלה אינה ברורה.

**תרשים 15. מספר שחרורים ל-100,000 נפש לשנה, 2016**

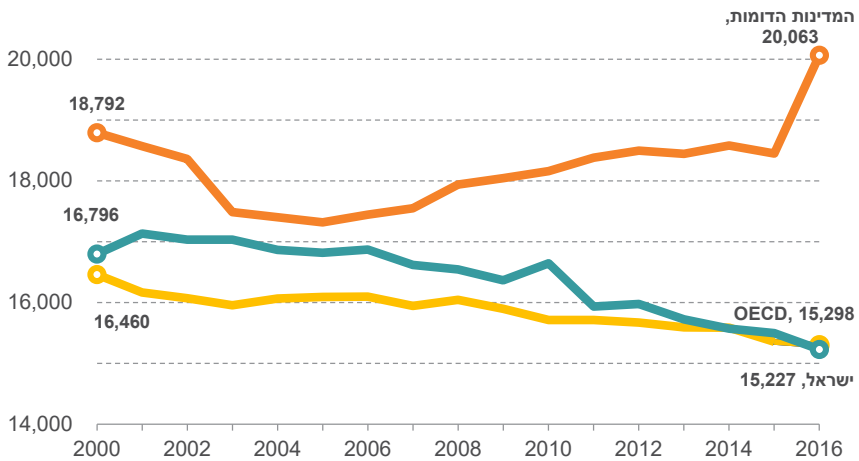


\* הנתונים עדכניים לשנת 2016 למעט עבור המדינות אוסטרליה, ניו זילנד וצרפת, שנתונין עדכניים לשנת 2015.

מקור: דב צ'ריחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

נתונים: OECD.Stat

### תרשים 16. מספר שחורים ל-100,000 נפש לשנה



\* עבור המדינות שנתונין זמינים לכל התקופה: אוסטריה, בלגיה, קנדה, אסטוניה, פינלנד, צרפת, גרמניה, הונגריה, איסלנד, אירלנד, איטליה, יפן, לטביה, ליטא, נורווגיה, פורטוגל, סלובקיה, סלובניה, ספרד, שוודיה וטורקיה.

\*\* המדינות הדומות: צרפת, גרמניה ובלגיה.

מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב

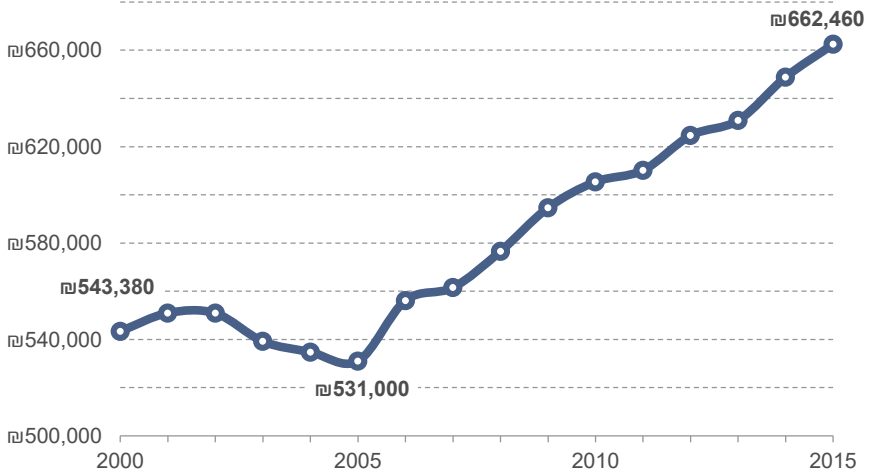
נתונים: OECD.Stat

כל אלה מוצאים את ביטויים בתקציב הכללי למיטה.<sup>22</sup> תקציב זה עולה בהתמדה מאז שנת 2005 (תרשים 17). השינוי התקציבי למיטה מבטא וגם מאפשר צמצום במשך האשפוז הממוצע ועלייה בתפוסת המיטות, כי היה ניצול גדול יותר של כל מיטה, ובחולים קשים יותר.<sup>23</sup> כלומר, המערכת לא סבלה מצמצום תקציבי של פעילותה השוטפת מאז 2006, והייתה עלייה ביעילות, לכאורה, כפי שזו נמדדת על ידי סבב המיטות. ואולם מצב זה מיצה את עצמו לפחות באשפוז החרף, כפי שניתן ללמוד משיעורי התפוסה הגבוהים וממשכי האשפוז הממוצע הקצרים, אשר כאמור כרוכים במגוון סיכונים, בהתארכות זמני ההמתנה לטיפולים אלקטיביים ובהידרדרות המצב בחדרי המיון ובמחלקות. הכול נוכח אפשרות של "תפוסה גבוהה מדי" ביחס לתנודתיות עונתית ואקראיות של צורכי האשפוז.

22 מדובר בתקציב האשפוז הכללי מחולק במספר המיטות במערכת. סביר להניח שהעלייה המצוינת מוכתבת בעיקר על ידי מערכת האשפוז הכללי, אך קצב העלייה מוטה כלפי מעלה נוכח הגידול היחסי בישראל במיטות לטיפול ממושך.

23 משך אשפוז קצר יותר מתבטא בעלות ממוצעת גבוהה יותר ליום אשפוז בגלל פעילות אינטנסיבית יותר (בדיקות וכדומה) בימי האשפוז הראשונים.

**תרשים 17. הוצאת בתי חולים על מיטת אשפוז, במחירי 2015**



מקור: דב צ'רניחובסקי ורועי כפיר, מרכז טאוב  
 נתונים: שנתון סטטיסטי לישראל 2018 (הלמ"ס, 2018)

## ד"ר חיים סילבר

מומחה לקרדיולוגיה ורפואה פנימית, מנהל מכון הלב  
מרום, יו"ר החוג לקרדיולוגיה בקהילה

### 1. מניעת אשפוזים מיותרים

בתחום הקרדיולוגיה ניתן למנוע אשפוזים רבים על ידי שחרור ממיון לאחר עיבוד ראשוני הנסמך על פרוטוקולים רפואיים שיעילותם ובטיחותם הוכחה. למשל:

- כאבים בחזה. ברוב המקרים ניתן להעריך את הסיכון של החולה בתוך כ-10 שעות על ידי הקמת יחידת Chest Pain Unit הקשורה לחדר מיון (בית החולים שיבא מפעיל יחידה כזאת בהצלחה רבה). יש להקים יחידות דומות בכל בית חולים.
  - התעלפות. את רוב החולים שמגיעים לחדר מיון לאחר אירוע של התעלפות אפשר לשחרר בתוך כמה שעות ובתנאי שמובטח המשך מעקב.
  - פרפור פרוזדורים (הפרעת קצב שכיחה). ברוב המקרים ניתן לשחרר את המטופל בתוך כמה שעות ובתנאי שמובטח המשך מעקב.
  - בתחומים חשובים אחרים כגון אשפוז עקב זיהומים חריפים ויציאה של מחלה כרונית מאיזון, קימות גישות דומות למניעת אשפוזים.
- שינויים אלו מחייבים תגבור של חדרי המיון במומחים ממגוון מקצועות, לצד פיתוח ותגבור של יחידות השהיה בחדרי מיון.

## 2. ייעול תהליך הטיפול והבירור במהלך האשפוז

- מעבר לעבודה של שתי משמרות רופאים במחלקות האשפוז. כיום במחלקות האשפוז העבודה נעשית במשמרת אחת, מ-8:00 עד 16:00; לאחר מכן יש תורנות, ומטופל המתאשפז לאחר השעה 16:00 מקבל רק טיפול הכרחי. בשיטה זו קיים תת-ניצול של משאבים. יש לשנות את שיטת העבודה כך שגם בשעות אחר הצהריים והערב יהיה צוות רופאים מתוגבר.
- בדיקות בשעות הערב ובסופי שבוע. כיום ברוב המקרים בשעות הערב ובימי שישי ושבת לא עורכים לחולים המאושפזים בדיקות הדמיה שאינן דחופות, ועובדה זו גורמת להארכת האשפוז.

## 3. בחינה מדעית של אשפוז בית במקום אשפוז בבית חולים

בעת האחרונה נשמעה לא אחת ההצעה להחליף אשפוז בבית החולים באשפוז בבית. אינטואיטיבית זו הצעה טובה והגיונית, אך להערכת פתרון זה לא נבדק לעומק מבחינה מדעית. יש לערוך תחילה מחקר רפואי יסודי ומקיף בנושא.

## 4. הבטחת רצף הטיפול

כאן יש צורך במהפכה תודעתית של ממש, שעיקרה קשר בין מחלקות האשפוז בבתי החולים לרופאים בקהילה. בשלב הראשון יש לבסס פרקטיקה של תיאום טלפוני בין המחלקה לרופא בקהילה; בשיחה זו יסוכם הבירור הנדרש והמשך המעקב.

הוועדה לשיפור המצב במחלקות הפנימיות בראשות פרופ' טור כספא הדגישה בטיטות הדוח שלה כי בתי החולים יידרשו למצוא פתרון לצוואר הבקבוק המעכב את שחרורם של החולים ממחלקות האשפוז – מציאת סידור מוסדי לאשפוז המשך, ביצוע בדיקות ופרוצדורות שונות כמו אקו לב, דופלר כלי דם ודימות, צנתור לב ובדיקה בידי יועץ בכיר ממחלקה אחרת. "טיפול בנושאים אלה וביצועם באופן מיידי ימנע ימי אשפוז מיותרים וישחרר מיטות רבות במערך המחלקות הפנימיות ברמה הלאומית". המלצות אלו עולות בקנה אחד עם המלצותיי לעיל.

## ד"ר אריק סגל

### מחלקה גסטרואנטרולוגית, המרכז הרפואי סורוקה

אני רופא בבית חולים זה 16 שנים, ולדעתי יש לשנות את מודל האשפוז במחלקות הפנימיות בכמה תחומים:

- פעמים רבות חולים סיעודיים דמנטיים עם פצעי לחץ ומחלה זיהומית מתמשכת מופנים לבתי חולים על ידי בתי אבות לאחר שנמצא אצלם חיידק עמיד בשל שימוש לא מושכל באנטיביוטיקה. בתי החולים, בצדק, מטפלים בחולה באנטיביוטיקה מדור ישן כמו סינטומיצין, ובהזדמנות הראשונה כאשר החום יורד, שולחים אותו חזרה לבית האבות. החולים הללו משמשים ערוץ להפצת חיידקים עמידים בבית החולים וכתוצאה מכך עולה בהם הצפיפות ללא כל צורך. הטיפול בחולים אלו אינו משפר את שרידותם וחושף חולים אחרים לזיהומים עמידים לאנטיביוטיקה במהלך אשפוזם.

מצב זה אינו גזרה משמיים ובהחלט אפשר לחשוב על פתרונות. למשל, רופאים מומחים במחלות זיהומיות מבתי חולים יכולים לייעץ לחולים הללו בבתי האבות, תוך בקרה על השימוש באנטיביוטיקה (פתרון זה מחייב הגדלה של מספר הרופאים המומחים למחלות זיהומיות). גם הטיפול בפצעי הלחץ מוטב שייעשה בבית האבות ולא בבית החולים. כך נקטין את הצורך באשפוז, נפחית במידה ניכרת את הזיהומים הנרכשים בבתי החולים ונקצר את משך האשפוז.

- חולים רבים מאושפזים ללא צורך בירור אמבולטורי אשר יכול להיעשות בתוך 12 שעות. למשל, בירור של כאבים בחזה מצריך בדיקות של אנזימים בהפרש של 6 שעות, אק"ג ומבחן מאמץ או אקו לב במאמץ; בירור של אנמיה דורש פעמים רבות מתן דגימות דם, גסטרוסקופיה וקולונוסקופיה.

יש להקים מחלקות פנימיות אמבולטוריות עם אוריינטציה מולטי-דיסציפלינרית ולהציב בראשן פנימאי עם ראייה כוללנית ולצידו מומחים כמו קרדיולוג, גסטרואנטרולוג ומומחה בטיפול בסוכרת שלשירותם אולטרה-סאונד ואקו לב זמינים. מחלקות אלו יוכלו לתת מענה למצבים רבים ולמנוע אשפוז מיותר.

- במחלות זיהומיות אקוטיות ניתן לטפל במסגרת הביתית, לרבות טיפול תרופתי תוך ורידי. לשם כך יש להכשיר צוותי רפואה לטיפול במסגרת כזאת. נוסף על כך, במקרים רבים חולים סיעודיים או מונשמים ממתינים בבית החולים להעברה למוסדות ייעודיים ללא כל טיפול. אשפוזים אלה מבזבזים את זמנם של הרופאים והצוותים הרפואיים האחרים ותופסים מיטות שלא לצורך.

יש להקים יחידות שיקומיות אמבולטוריות לחולים לאחר מחלה אקוטית אשר זקוקים לשיקום כדי להחזירם למצבם טרם מחלתם.

מובן שההמלצה איננה לבטל את המחלקות הפנימיות בבתי החולים, אך היקפן יקטן והן יהיו מיועדות לטיפול בחולים הזקוקים באמת לאשפוז במחלקה פנימית או במחלקה פנימית ייעודית לטיפול נמרץ.



## פרופ' זיו גיל

### מנהל מחלקת אף אוזן גרון וניתוחי ראש וצוואר, רמב"ם – הקריה הרפואית לבריאות האדם

בחמש השנים האחרונות פועלת בבית החולים תוכנית שנועדה לשפר את תפוקת המחלקה ללא תוספת תקנים ומיטות, ולהציב את המטופל בראש סדר העדיפויות (Patient first). הסל הרפואי החדש כולל בחירת מנתח בחינם, ליווי אישי על ידי איש צוות, מסירת מספרי הטלפון האישיים של הצוות הבכיר ומנהל המחלקה, ביקור אישי פעמיים ביום ועוד. חמש שנים לאחר תחילת הפעלת התוכנית התוצאות מדהימות: עלייה של 250% במספר הביקורים במרפאה – מ-9,000 ל-23,000 חולים, עלייה של 430% במספר הניתוחים, מ-870 ל-3,800, קיצור התורים למרפאה מ-28 ל-13 יום, והעלאת שביעות רצון המטופלים מ-64% ל-98%. להישגים אלו הייתה משמעות כלכלית מיידית – המחלקה עברה מהפסד לרווח. הגענו להישג הזה תוך קיצור זמן האשפוז, הפחתת אשפוזים מיותרים של חולים שהופנו מהמיון, צמצום האשפוזים החוזרים והעלאת נצילות חדרי הניתוח ב-50%. ניתן לצפות בנתונים באתר המחלקה.

## סיכום

מספר האשפוזים בישראל דומה למוצע במדינות OECD בשיעור מיטות נמוך באוכלוסייה ובסבב מיטות גבוה במיוחד. לפיכך גוברת ההסתברות להתפתחות התוצאות הבאות במערכת:

- יכולת פחותה להתמודד עם מצבי חירום (לא בהכרח ביטחוניים).
- איכות טיפול ירודה נוכח משך אשפוז קצר ולחצים לקצרו בגלל ממתנים מחוץ לבית החולים ובחדר המיון.<sup>24</sup>
- חוסר ביכולת התחרות בין בתי חולים בשוק הפנימי, לפחות על טיב השירות, נוכח אי היכולת של מוסדות להגיב במונחי היצע לתנאים המשתנים של השוק.

כל אלה נוסף על חוסר יעילות וחוסר שוויון בהקצאה של מיטות עקב היעדר תכנון אסטרטגי של מערכת האשפוז הכללי בישראל.

אלו הם אכן מאפייני המערכת, גם לשיטת המדינה, כפי שניתן ללמוד ממהלכי משרדי הבריאות והאוצר בשנים האחרונות, בהם התוכניות המיוחדות לקיצור תורים לניתוחים ולבדיקות דימות והקמת צוות מיוחד להתמודדות עם העומסים במחלקות הפנימיות (שהמלצותיו טרם פורסמו).

מצב הדברים נובע בראש ובראשונה מלחצי ביקוש לאשפוז שאינם נענים בצורה מספקת על ידי מקורות מתאימים. תוספת מיטות לאשפוז כללי בישראל היא כנראה בלתי נמנעת בשנים הקרובות, גם בהתחשב בשינויים הטכנולוגיים ובמשך זמן ההשקעה הדרוש להקמת מוסדות חדשים. לפי מיטב הידע העומד לרשותנו, שיקולי שוויוניות ויעילות כאחד, לרבות כאלה המתייחסים לאיכות הטיפול והשירות, נראה כי דרוש תוספת של מיטות לפי הסדר הבא: בדרום – הקמת בית חולים נוסף על סורוקה; בצפון – הרחבת המרכז הרפואי העמק בעפולה והמרכז הרפואי זיו בצפת ויצירת קמפוסים עם בתי החולים הנוצריים; ובמרכז – הרחבת המרכזים הרפואיים הלל יפה בחדרה וקפלן ברחובות.

24 תשלום עבור יום אשפוז, כמקובל בישראל, מעודד משך אשפוז ארוך יחסית, בניגוד לתשלום עבור מקרה, למשל. לפיכך, צפוי היה שלנוכח שיעורי התפוסה הנתונים בישראל מספר האשפוזים יהיה נמוך יחסית, ולא היא: משך האשפוז בישראל קצר יחסית, כלומר, לחצי הביקוש ומדיניות ההיצע של ה-CAP מנטרלים את התמריצים הבסיסיים המובנים בשיטת התשלום לפי יום אשפוז (צ'רניחובסקי וכפיר, 2019).

## נספח א: בתי חולים כלליים לפי גודל ובעלות

שם מקוצר	מספר מיטות	בעלות	מיקום
שיבא	1544	ממשלתי	רמת גן
סוראסקי	1138	עירוני-ממשלתי	תל אביב-יפו
סורוקה	1087	כללית	באר שבע
רמב"ם	962	ממשלתי	חיפה
אסף הרופא	878	ממשלתי	באר יעקב
רבין בילינסון	809	כללית	פתח תקוה
שערי צדק	804	ציבורי	ירושלים
ספיר - מאיר	742	כללית	כפר סבא
גליל	723	ממשלתי	נהריה
הדסה עין כרם	718	הדסה	ירושלים
וולפסון	683	ממשלתי	חולון
ברזילי	567	ממשלתי	אשקלון
קפלן	544	כללית	רחובות
העמק	529	כללית	עפולה
הלל יפה	506	ממשלתי	חדרה
כרמל	467	כללית	חיפה
בני ציון	431	עירוני-ממשלתי	חיפה
לניאדו	338	ציבורי	נתניה
זיו	331	ממשלתי	צפת
ברוך - פוריה	328	ממשלתי	טבריה
אסותא אשדוד	291	ציבורי	אשדוד
הדסה הר הצופים	288	הדסה	ירושלים
מעייני הישועה	266	ציבורי	בני ברק
רבין גולדה	241	כללית	פתח תקוה
שניידר	235	כללית	פתח תקוה
אסותא ת"א	192	פרטי	תל אביב-יפו
סנט וינסנט	134	מיסיון	נצרת
הסקוטי	121	מיסיון	נצרת
המשפחה הקדושה	119	מיסיון	נצרת
אלישע	102	פרטי	חיפה
הרצליה	85	פרטי	הרצליה
האיטלקי	76	מיסיון	חיפה
יוספטל	65	כללית	אילת

## נספח ב: תאגוד בתי החולים

הדיון בצורך של בתי החולים הממשלתיים במידה של אוטונומיה, לפחות תקציבית, בתחום ניהול משאבי האנוש וביחסי עבודה, מתקיים זה למעלה מארבעים שנה. הראשון שנדרש לכך היה ויקטור שם-טוב, שהיה שר הבריאות בשנים 1975-1976. בשנת 1978 יזם אליעזר שוסטק, שר הבריאות דאז, הגשת הצעה בדבר הקמת רשות אשפוז לוועדת השרים לענייני כלכלה, אולם הצעתו לא התקבלה. בהמשך הוקמה במשרד הבריאות ועדה בראשות אורן טוקטלי, שבחנה את הנושא ביסודיות במשך שלוש שנים ובסופן הגישה מסמך בן שני כרכים שעניינו הקמת רשות אשפוז.<sup>25</sup>

הדיונים בנושא נמשכו שנים. שר הבריאות מוטה גור בשנים 1984-1986 יזם הקמת ועדה בראשות מנכ"ל משרדו, פרופ' דן מיכאלי. ועדה זו עסקה בהצעה להקים במשרד הבריאות חטיבה ארגונית שתשמש מעין רשות אשפוז או מנהלה פנים-משרדית לנושא. בשנים 1987-1988 פעל שר הבריאות יעקב צור להענקת אוטונומיה לבתי החולים הממשלתיים. במסמך משנת 1987, שכותרתו "נוהלי הפעלת בתי חולים במסגרת הסדר האוטונומיה", ניתנה הרשאה לבתי החולים לפתח ולמכור שירותים שאינם כלולים בסל שירותי האשפוז של קופת חולים כללית תמורת תשלום על בסיס של cost plus, וההכנסות ממכירת שירותים אלו נועדו להיכנס לקופת בית החולים. כמו כן, לבתי החולים הממשלתיים ניתנו הרשאות להעסקת עובדים ארעיים וסמכות לרכישות עצמאיות מוגבלות.

בשנים 1988-1990 פעלה ועדת נתניהו – ועדת החקירה הממשלתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בראשותה של שופטת בית המשפט העליון שושנה נתניהו. ועדה זו המליצה להעביר את בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של קופת חולים לניהול עצמאי או לתאגד אותם – כלומר להופכם מגופים תלויים, המנוהלים ומתוקצבים על ידי רשויות מרכזיות, ובראשן המדינה, לגופים אוטונומיים ותחרותיים בשוק פנימי מבוקר, המתנהלים באופן עצמאי על פי הכנסות ממכירת שירותים, בעיקר לקופות החולים. ככלל, מטרת התאגוד היו:

- שחרור הממשלה וקופות החולים מניהול שוטף של מוסדות אשפוז.
- התייעלות ושיפור הנגישות לשירותי בריאות על ידי קיצור התורים בשוק תחרותי.
- ניצול יעיל של משאבי המערכת על ידי יצירת אשכולות אזוריים של קמפוסים לשם מניעת כפילויות.
- גמישות ניהולית בתוך בתי החולים.
- קיום בקרת איכות במערכת.

הוועדה ביקשה ליצור מצב שבו משרד הבריאות והנהלת קופת חולים כללית יתפנו מתפקידי הניהול השוטף של בתי החולים שבבעלותם לצורך עיסוק בתפקידים המרכזיים והעיקריים שעליהם הם מופקדים. בין התפקידים המיניסטריאליים של משרד הבריאות הזכירה ועדת נתניהו את הצורך בהתוויית מדיניות לשירותי הבריאות הציבוריים, פיקוח ובקרה על דרכי אספקתם של שירותים אלו, ויסות הפצתן של טכנולוגיות רפואיות חדשות, וכן איסוף, ניתוח והפצה של מידע חיוני על תפקודה של מערכת הבריאות.

25 על ועדה זו והתייחסויות נוספות לנושא ראו <https://tinyurl.com/yxgtdt9p>; <https://tinyurl.com/y4ov26h5>

מטרה נוספת של הוועדה הייתה ליצור בין בתי החולים תחרות בריאה שתביא להתייעלותם ולהעלאת נגישותם למטופלים. תאגוד בתי החולים, לטענת הוועדה, יוביל לשיפור יחסי העבודה בבתי החולים, לקיצור תורים ולצמצום כפילויות. על פי המלצות הוועדה, בית חולים מתואגד יפעל באופן עצמאי, על סמך הכנסותיו. אם ייווצרו עודפי הכנסות על הוצאותיו של בית החולים הם ינוצלו לשיפור השירות, להגדלת תגמול העובדים במקביל לגידול התפוקה שלהם, ולהשקעות חדשות בציוד ובמבנים, באישור משרד הבריאות.

במהלך השנים 1991-1992 גיבש משרד הבריאות, בסיוע קבוצת מומחים חיצוניים, מדיניות משרדית להפעלת בתי החולים הממשלתיים כתאגידים. מטרת התאגוד, טען שר הבריאות דאז אהוד אולמרט, היא ניצול יעיל יותר של תשתית שירותי הבריאות הציבוריים תוך העלאת מידת שביעות הרצון של המטופלים והעובדים והעלאת רמת השירות. בתחילת 1992 נרשמו שישה בתי חולים ממשלתיים כתאגידים, ומונו להם מועצות מנהלים. בתי חולים אלו לא הוגדרו כמלכ"רים ולא נרשמו אצל רשם העמותות, אלא הוגדרו כחברות ללא הון מניות הרשומות אצל רשם החברות.

נציגויות העובדים המנהליים והסיעודיים בבתי החולים הממשלתיים התנגדו נחרצות להפעלת התאגידים. התנגדות זו מצאה את ביטויה בצו מניעה שהוציא בית הדין לעבודה ב-1992, שלמעשה הקפיא את מהלכי התאגוד בגרסתם זו. בסוף שנת 1993 ניתן אור ירוק להמשך תהליך התאגוד, כשבית הדין לעבודה פסק כי המדינה יכולה להמשיך בתהליך, בכפוף לחוק ולהסכמים הקיבוציים שבתוקף.

עם כניסתו של שר הבריאות חיים רמון לתפקידו בשנת 1992 החל שלב חדש בתאגוד בתי החולים הממשלתיים. מטרתו הייתה להפוך בהדרגה את כל בתי החולים הממשלתיים לאוטונומיים יותר, על ידי הפיכתם, בשלב ראשון, ליחידות סמך תקציביות. תוכנית התאגוד של השר רמון קבעה שעל בתי החולים הממשלתיים לפעול על בסיס תוכנית עסקית ובמסגרת תקציב פעולה מאוזן, כשהוצאות בית החולים תלויות בהכנסותיו. על פי תוכנית זו, על התוכנית העסקית להיות מוגשת למשרד הבריאות (ולא למועצות המנהלים שנבחרו לכל בית חולים מתואגד) (רונאל, 2010; פלוטקין, 2017).

ואולם בפועל, עד סוף שנת 1995 לא הועברו לבתי החולים שתואגדו אלא סמכויות מועטות ומוגבלות ביותר בתחומי שکر, יחסי עבודה וניהול נכסים. אחת הסיבות העיקריות לכך הייתה המשא ומתן שנוהל עם נציגויות מגזרי העובדים השונים במערכת הבריאות הציבורית, דוגמת האחיות ועובדי המנהל והמשק בבתי החולים הממשלתיים, שלא עלה יפה ולא הבשיל לכדי הסכם.

עם זאת, עקרונות הפעולה של בתי החולים הממשלתיים העצמאיים סוכמו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' מרדכי שני, והופצו כהוראת מנכ"ל מחייבת לבתי החולים הללו. בתי החולים היו אמורים לכסות מהכנסותיהם את ההפרשות לכלל ההטבות הסוציאליות של עובדיהם ולעבור בהדרגה למעמד עצמאי. החוזר אפשר לכל בית חולים עצמאי למכור שירותים רפואיים שאינם כלולים בסל המפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ואת התמורה שתקבל להשקיע בקרן למחקרים רפואיים ובפיתוח תשתית שירותי בריאות. החוזר לא הביא לתאגוד בתי החולים ולשחרור משרד הבריאות מניהולם הישיר של בתי החולים הממשלתיים והעירוניים, ולמעשה רק החרף את הבעיה של שילוב פרטי וציבורי במערכת ציבורית.

לפיכך, אופן ארגונם של בתי החולים וכללי פעולתם, בכפוף לשיקולים כלל-מערכתיים של שירותי הבריאות, נשאר נושא מרכזי במערכת הבריאות ונדון בעבודתן של ועדות נוספות: ועדת אמוראי משנת 2002, ועדת ליאון משנת 2004, וועדת גרמן משנת 2014. ועדת גרמן המליצה על הקמת רשות מרכזים רפואיים סטטוטורית שתהיה כפופה לשרת הבריאות אך לא למשרד הבריאות ולמנכ"ל המשרד. הרשות שתוקם תהיה אחראית על בתי החולים הממשלתיים, תאגידי הבריאות, קרנות המחקר, אגודות הידידים וגופים נוספים שיוקמו על ידם. בפועל, במקום הרשות הוקמה ב-2016 חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, הכפופה למנכ"ל משרד הבריאות, והמצב הבסיסי לא השתנה עם הקמתה. מבקר המדינה, שבחן את הנושא לעומק והתייחס אליו בדוח שלו לשנת 2012, עמד על ניגוד העניינים המוסדי במשרד הבריאות והעיר על כך:

מאחר שמערכת הבריאות אינה מתנהלת כשוק משוכלל, חשוב שמשרד הבריאות יפקח עליה. ואולם, הואיל ומשרד הבריאות הוא הבעלים של בתי החולים הממשלתיים ואף מפקח עליהם, ספק אם ביכולתו למלא את תפקידיו כמפקח כנדרש. יש בתפקידיו אלה של המשרד כדי לעורר חשש לניגוד עניינים. נוכח כל החסרונות האמורים לעיל, מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים עסקו כמה ועדות ממלכתיות בהפרדה בין המשרד לבתי החולים שהוא מפעיל ובמודל הרצוי של אופן ההתאגדות המשפטית של בתי החולים. נוסף על כך קיבלה הממשלה בשנים 1997-2007 החלטות שונות בנושא מעמד בתי החולים הכלליים. אולם בדצמבר 2012 [ולמעשה עד היום] הנושא עדיין לא הוסדר (מבקר המדינה, 2012, עמ' 617).

## מקורות

- בוורס, ל' וצ'רניחובסקי, ד' (2016). **מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי**. תקציר מדיניות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- דוח ועדת אמוראי (2002). **דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה**. תל אביב.
- דוח ועדת גרמן (2014). **הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית: דין וחשבון**. ירושלים.
- דוח ועדת ליאון (2004). **הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים**. תל אביב.
- דוח ועדת נתניהו (1990). **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל: דין וחשבון**. ירושלים.
- הלמ"ס (2018). **שנתון סטטיסטי לישראל 2018**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- מבקר המדינה (2012). **היבטים במערכת הרפואה הפרטית – מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח**. **דוח מבקר המדינה 63** (עמ' 601-670). ירושלים: משרד מבקר המדינה.
- משרד הבריאות (2016). **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2016**, חלק ב. ירושלים: משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2017). **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2017**, חלק ב. ירושלים: משרד הבריאות.
- פלוטקין, ג' (22 במאי, 2017). **הניאו-ליברל שכבש את ההסתדרות**. **דבר ראשון**.
- צ'רניחובסקי, ד' וכפיר, ר' (2019). **מערכת האשפוז הכללי בישראל: מחזון של ביזור למציאות של ריכוזיות ואובדן שליטה**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. בהכנה.
- צ'רניחובסקי, ד' (2018). **מערכת הבריאות: מבט-על**. בתוך אבי וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2018** (עמ' 203-217). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, ד', פרידמן, ל', סינאוני-שטרן, צ' וחדד, י' (2009). **יעילות בתי חולים כלליים בישראל לפי שיטת ניתוח מעטפת הנתונים (DEA)**. **הרבעון לכלכלה**, 56(2), 119-141.
- רונאל, א' (10 במאי 2010). **היום לפני 16 שנה: חיים רמון מנצח בבחירות להסתדרות**. **הארץ**.

- Giancotti, M., Guglielmo, A., & Mauro, M. (2017). Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PLoS ONE*, 12(3).
- Chernichovsky, D., & Zmora, I. (1986). A hedonic price approach to cost of hospitalization: The case of Israel. *Journal of Health Economics*, 5(2), 179-181.