

שירותי רפואה פרטית (שר"פ) בישראל

רקע - עשרות שנים של דיונים מתכנסות לנקודת ההחלטה

מערכת הבריאות בישראל, מתמודדת עם גידול משמעותי בשימושים, בתי חולים המתקשים לשמור על איזון כלכלי, וקופות חולים המצויות בגרעון עמוק. כל זאת, מתקיים לצד ביקוש גובר לרפואה פרטית, אשר צומחת בקצב מהיר, ומשפיעה בצורה דרמטית על המערכת הציבורית. אחד האמצעים להתמודדות עם חלק מן הקשיים מהם סובלת המערכת, הינו התרה של קיום שירותי רפואה פרטית (שר"פ) בתי החולים הציבוריים. מהלך זה, יאפשר למטופלים לבחור באופן ספציפי את הרופא אשר יטפל בהם, בפרוצדורה מסוימת, בבית החולים הציבורי. עבור שירות זה, הם ישלמו מכיסם או ישתמשו בביטוח המשלים של קופת החולים או בביטוח פרטי אשר ברשותם. המהלך צפוי להשפיע על כלל הגורמים במערכת הבריאות. החל מחברות הביטוח, דרך ספקי השירות, הרגולטור ועד למטופלים. עבור הרופאים ובתי החולים, מדובר בלא פחות ממהפכה. לדוגמא, כירורג בכיר, המשמש כסגן מנהל מחלקה באחד מבתי החולים הממשלתיים באזור המרכז, נמצא כיום בבית החולים משעות הבוקר עד שעות הצהרים המאוחרות. לאחר שעות אלו, בחלק מימות השבוע, הוא נוסע לקליניקה שלו, הממוקמת במרכז תל-אביב ומקבל שם קהל באופן פרטי ליעוץ וביתרת ימי השבוע, מבצע הכירורג בשעות אחר הצהרים והערב ניתוחים למטופלים פרטיים בבית החולים אסותא ברמת החייל. במידה ויותר השר"פ בבתי החולים הציבוריים, יוכל אותו כירורג לבצע חלק או את כל הפרקטיקה הפרטית שלו בתוך כתלי בית החולים.

הדיון סביב מתן שירותי רפואה פרטית בבתי החולים הציבוריים בישראל, נמצא בליבת העיסוק של הועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות בישראל, המכונסת בימים אלו, בראשותה של שרת הבריאות, יעל גרמן. על אף שהנושא עלה לכותרות לאחרונה, הדיון ביתרונותיו וחסרונותיו של השר"פ, החל לפני יותר מארבעה עשורים, ונידון במסגרתם של ועדות ופורומים שונים.

סוגיית הרפואה הפרטית והשפעתה על המערכת הציבורית ואיכות הרפואה בישראל הינה מורכבת ביותר, אך דורשת מענה מהיר שיאפשר להתמודד עם חלק ניכר מהבעיות של המערכת. מקבלי ההחלטות, נדרשים למצוא את נקודת האיזון המיטבית, אשר תאפשר את קיומה של המערכת הפרטית לצד מערכת ציבורית בריאה ומשגשגת. בנקודת זמן זו, אי אפשר להימנע מקבלת החלטה באשר היא, ויש צורך ממשי לקביעת אופי הרפואה הפרטית בישראל תוך מתן מענה לשאלה: האם לאשר שר"פ בבתי החולים הציבוריים בישראל?

הויכוח הקלאסי – יתרונות מול חסרונות

לאורך השנים התקיים דיון ציבורי בפורומים שונים סביב היתרונות והחסרונות הטמונים בשר"פ. הכרת היתרונות והחסרונות היא הכרחית על מנת לנהל דיון ראוי בנושא. יש להבין לעומק את הגורמים המניעים ומשפיעים על כל אחד מהפרמטרים, על מנת לדעת מהי סבירות התממשותם ומה יהיו השלכותיהם.

יתרונות פוטנציאלים של השר"פ

1 **ניצול מקסימלי ויעיל של משאבי בית החולים** בתי החולים הציבוריים פעילים כיום, במרבית התחומים, בשעות מוגבלות מאוד כתוצאה מאילוצי כוח אדם. ניצולת משאבי הציוד של בתי החולים הינה נמוכה מאוד, כאשר חדרי ניתוח עומדים ריקים שעות רבות. פעילות השר"פ תנצל את המשאבים הקיימים וכך השימוש בהם יהפוך יעיל יותר. יתרה מכך, שיטת התגמול לפי פעולה (Fee For Service) בשר"פ, מעודדת יעילות ותפוקה גבוהה יותר של הצוותים הרפואיים אשר מספיקים לבצע יותר פעולות בזמן נתון. שיפור היעילות במסגרת השר"פ, יתכן שיקרין גם על המערכת הציבורית, אשר תצא מכך נשכרת. המשמעות של הגברת היעילות הינה חסכון כספי מהותי למערכת הבריאות הציבורית.

2 **צמצום הגרעון בבתי החולים הציבוריים** ב-2012 לבדה, סבסדה המדינה בכ-700 מ"ח את פעילות בתי החולים הציבוריים על מנת שאלו יוכלו להתמודד עם הגירעונות. מתן שירותים פרטיים בתוך כותלי בתי החולים הציבוריים, תאפשר הסטה של חלק מההוצאה הפרטית על בריאות אל בתי החולים הציבוריים, תייצר רווח, ובכך תסייע להם בהתמודדות עם הגירעונות הכבדים. מדובר הלכה למעשה במקור הכנסה חדש לחלוטין עבור בתי החולים הציבוריים. יתר על כן, התגברות הרפואה הפרטית, תוביל להעמסת חלק מעלויות הבריאות, שהמדינה מממנת כיום, על הציבור וחברות הביטוח הפרטיות, ובכך תחסוך כסף נוסף למערכת הציבורית.

סביר שיתרון הנוחות של עבודה במקום יחיד והימנעות ממעבר בין אתרים שונים, לצד העדיפות לבצע פרוצדורות רפואיות (בעיקר מורכבות) תחת המעטפת של יחידות החירום של בית החולים, יביא רופאים להעדיף את העבודה בשר"פ על פני בתי חולים פרטיים

שימור כוח אדם איכותי בבתי החולים הציבוריים בתי החולים מתקשים בשימור רופאים בכירים במערכת הציבורית, כאשר אלו מתוגמלים בצורה משמעותית גבוהה יותר במערכת הפרטית. כיום, תשלום מענקים דרך התאגידים ליד בתי החולים ("קרנות המחקר") משמש כאמצעי המרכזי להתמודד עם איום זה. אי לכך, המערכת סובלת, וצפויה לסבול אף יותר בעתיד, עם התחזקות הרפואה הפרטית, מקושי בשימור רופאים בכירים. במידה ויותר שר"פ בבתי החולים, יוכלו רופאים בכירים לקבל תגמול ראוי ותחרותי עבור עבודתם, גם אם יעבדו בבית החולים הציבורי באופן בלעדי. סביר שהיתרון הנוחות של עבודה במקום יחיד והימנעות ממעבר בין אתרים שונים, לצד העדיפות לבצע פרוצדורות רפואיות (בעיקר מורכבות) תחת המעטפת של יחידות החירום של בית החולים, יביא רופאים להעדיף את העבודה בבתי החולים הציבוריים והשר"פ.

הגדלת הזמינות של רופאים בכירים בשעות אחה"צ בבתי החולים פעילות רופאי בתי החולים הציבוריים במערכת הפרטית ובקופות החולים, יוצרת מצב בו הנוכחות של רופאים בכירים בבתי החולים, החל משעות אחר הצהריים ועד הבוקר דלילה מאוד. הפעלת שר"פ תגדיל את זמינות הרופאים הבכירים בשעות אלו, תאפשר להם לסייע במקרים דחופים בבית החולים, ולהוות גורם נוסף איתו ניתן להיוועץ בזמן אמת. יתרה מכך, נתח הפרוצדורות שיבוצע בבית החולים יגדל, וברובו יבוצע על ידי רופאים בכירים. ניתן יהיה לנצל זאת להכשרה מקצועית נוספת ואיכותית של הרופאים המתמחים, ובכך לתרום לרמה המקצועית בבית החולים.

הגברת התחרות בין בתי החולים באופן אשר ישרת את המטופלים בתי החולים צפויים להתחרות על לקוחות השר"פ, הן האחד מול השני והן מול בתי החולים הפרטיים. כתוצאה ישירה מכך, הם ישאפו לייצר את הצעת הערך הטובה ביותר במסגרת השר"פ, אך גם ישאפו לשפר את שביעות הרצון והשירות במערך הציבורי, שכן תהיה משמעות גדולה לתדמית ולמותג הנתפש של בית החולים. כמו כן, יתכן שעל מנת להגדיל את הפעילות בשר"פ יידרש בית החולים להגדיל בהתאם את הפעילות הציבורית. תחרות זו לכשתיווצר, תשרת את המטופלים ותעלה את איכות השירות שיקבלו.

שדרוג התשתיות והציוד בבתי החולים חלק מהכנסות השר"פ צפויות להיות מושקעות חזרה בשדרוג הציוד הקיים בבתי החולים. יתר על כן, מכיוון שהציוד הינו משותף למסגרת הציבורית ולשר"פ, הרצון לשדרג את השר"פ על מנת להתמודד עם התחרות, תביא לשיפור האמצעים הנמצאים בשימוש בו, באופן שיטיב גם עם המערכת הציבורית.

שקיפות ובקרה אחת הבעיות הקיימות כיום סביב הרפואה הפרטית הינה העדר שקיפות ויכולת בקרה. המערכת הפרטית, מתנהלת הרחק מעיני הרגולטור, כאשר רופאים כמעט ואינם נדרשים לבקרה סביב הפעילות הפרטית שאותה הם מבצעים בקליניקות שלהם ובחדרי ניתוח שהם שוכרים. קיים חשש שלעיתים מתקיימת פעילות רפואית שאינה לצורך, תוך ניצול המבנה הנוכחי של מערכת הבריאות. הסטה של פעילות פרטית אל תוך בתי החולים הציבוריים, תאפשר שליטה ובקרה הדוקים יותר, ובכך תשפר את השירות למטופלים ואף תרסן שימושי יתר.

בדו"ח המבקר נמצא כי רופאים תוגמלו בעבור ססיות שבוצעו במהלך שעות הפעילות הרגילות של בתי החולים ושלעיתים קרנות המחקר משלמות לבתי החולים 20% בלבד מההכנסה בגין ניתוחים כאשר עלות החומרים המתכלים לבדה עולה על שיעור זה

בנוסף, פעילות במסגרת השר"פ תהיה נוחה יותר לבקרה מאשר פעילות המתרחשת כיום תחת התאגידים ליד בתי החולים ("קרנות המחקר") - פעילות אשר על פי דוח מבקר המדינה, מבוקרת בצורה חלקית למדי, לעיתים מנצלת את משאבי המערכת הציבורית ולא בהכרח תורמת לה ערך מוסף. בדו"ח אשר פורסם בשנת 2008, מצביע המבקר על מקרים בהם תוגמלו רופאים בעבור "ססיות" אשר בוצעו במהלך שעות הפעילות הרגילות של בית החולים, כך שנוצר כפל תשלום על אותם שעות עבודה. בנוסף מציין המבקר, שעל אף שהתאגידים מחויבים לשלם לבתי החולים לפחות 20% מההכנסה בגין ניתוחים שנערכים בו בתוספת עלות החומרים המתכלים, במקרים רבי מעבירים התאגידים רק 20% מההכנסה כאשר עלות החומרים המתכלים לבדה עולה על שיעור זה.

חסרונות פוטנציאליים של השר"פ

סקר שנערך לאחרונה מצא כי זמני ההמתנה במערכת הציבורית ארוכים פי 10 ויותר מזמני ההמתנה במסגרת השר"פ

1 הגברת אי השוויון במערכת הציבורית
העיקרון הבסיסי ביותר של מערכת הבריאות הציבורית הינו הענקת שירותי בריאות שוויוניים לכל אדם ללא תלות ביכולותיו הכספיות. על אף, שבעלי אמצעים יכולים לרכוש שירותי רפואה פרטיים, הם אינם יכולים לעשות זאת בתוך המערכת הציבורית, כך שלא אמורה להיות אפליה בין מטופלים בתוך בתי החולים הציבוריים. שר"פ בתוך המערכת הציבורית, עלול להוביל להעדפה של מטופלי שר"פ על ידי מטפליהם. האפליה יכולה לנבוע מהעדפת מטופלי שר"פ על ידי המערכת, אשר תבוא לידי ביטוי ביחס עדיף או בזמני המתנה קצרים יותר בעת זימון תורים. זאת, באופן דומה לממצאי סקר¹ שנערך לאחרונה על ידי סטודנטים לרפואה מהאוניברסיטה העברית בירושלים, שמצא כי בבית חולים הדסה זמני ההמתנה לתור במסגרת הציבורית ארוכים פי 13.5 מזמני ההמתנה לאותם פרוצדורות במסגרת השר"פ. עוד עלה מן המחקר, כי 40% מרופאי המשפחה העידו על ביטול תורים של מטופליהם במערכת

¹ מתוך כתבה בדה מרקר, יוני 2013

הציבורית, בעוד רק 4% דיווחו על ביטול תורים שנקבעו במסגרת השר"פ. מעבר לכך, מכיוון שהמטופלים בשר"פ הינם על פי רוב בעלי תפקידים ניהוליים בבתי החולים או רופאים בעלי שיעור קומה והשפעה, תיתכן העדפה של מטופליהם כאשר אלו נמצאים במערכת הציבורית. העדפה זו תבוא לידי ביטוי בקדימות לבדיקות, בזמינות תורים, בבחירת חדרים ועוד. תרחיש זה הינו סביר שכן, תופעת רופאים הפוקדים את מטופליהם הפרטיים כאשר אלו מגיעים לבית החולים הציבורי, ומקדמים את הטיפול בהם, היא תופעה הקיימת גם היום בהיקף כזה או אחר. כמובן שתופעה זו גורעת במידת מה מביצוע תפקידם של הרופאים במערכת הציבורית.

הגדלת ההוצאה הלאומית על בריאות

ישנם מספר תהליכים מרכזיים שצפויים להתרחש בעקבות הכנסת השר"פ:

- **הסטת פעילות מהמערכת הציבורית לפרטית** - אחד החסמים המהותיים לצמיחת הרפואה הפרטית, טמון בהעדפה של מטופלים לבצע פרוצדורות (בעיקר כאלו בהן קיים סיכון כלשהו) בבתי חולים עם מערך שבנוי למתן מענה רפואי במקרי חירום. בבתי החולים הציבוריים קיימת תשתית זאת, ולכן קיום שירותים פרטיים בתוכם, הלכה למעשה, מסיר את אחד החסמים אשר מונע ממטופלים ללכת היום לטיפולים פרטיים. בנוסף, בתי החולים הציבוריים, על היקף הפעילות הגבוה הקיים בהם, יהוו פלטפורמה לשיווק של רפואה פרטית, שכן הם בעלי אינטרס מובנה בעידודה. לדוגמא, באוסטרליה, בה יכול כל מטופל בבית חולים ציבורי לבחור האם להיות מטופל ציבורי או פרטי, נוצרו

תמריצים שונים אשר מטרתם להסיט חולים מהמערכת

באוסטרליה נוצרו תמריצים שונים, בתוך בתי החולים הציבוריים, במטרה להסיט חולים מהמערכת הציבורית לפרטית, לרבות תשלום ההשתתפות העצמית בגין הפעלת הביטוח הפרטי, חדרים פרטיים והטבות שונות לבני המשפחה

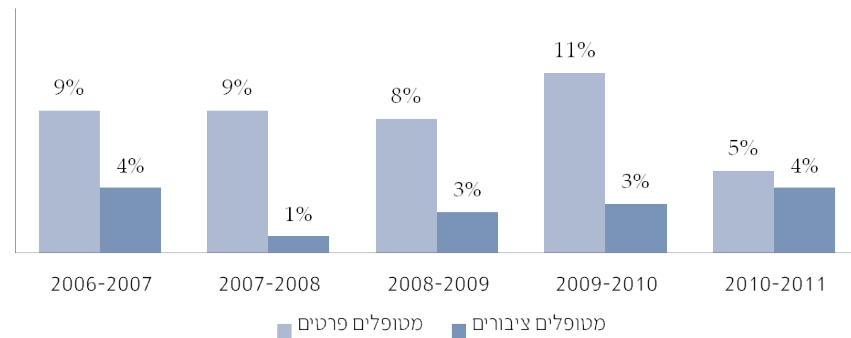
הציבורית לפרטית, על מנת להגדיל רווחיות. כחלק מתמריצים אלו, בתי החולים מציעים לשלם את ההשתתפות העצמית הנדרשת להפעלת הביטוחים ושלל הטבות שונות לאורך הטיפול, לרבות טלוויזיה, חדרים פרטיים והטבות לבני המשפחה. הדבר בא לידי ביטוי בעליה חדה בשיעור המטופלים הפרטיים במערכת הציבורית באוסטרליה אשר עלה בכ-50% בין השנים 2006-2011 לעומת עליה של 16% בלבד במטופלים הציבוריים². תופעה זו מקוממת את

² Private patients in public hospitals, Australian Health Service Alliance, 2013

חברות הביטוח הפרטיות ומדאיגה את הרגולטור, שכן בטווח הארוך היא תוביל למעבר לטיפולים יקרים יותר, ולגידול בהוצאה הלאומית על בריאות.

שיעור המטופלים הפרטיים במערכת הציבורית באוסטרליה עלה בכ-50% בין השנים 2006-2011 לעומת עליה של 16% בלבד במטופלים הציבוריים

גידול שנתי במספר המטופלים בבתי חולים ציבוריים באוסטרליה



מקור: Private patients in public hospitals, Australian Health Service Alliance, 2013

• **זינוק במחירי הטיפולים הרפואיים** - הגדלת הפעילות הפרטית, שהינה באופן אינהרנטי מתגמלת יותר עבור הצוותים הרפואיים, עשויה לייצר סטנדרט גבוה יותר לתשלום ביחס לתגמול שמשולם היום עבור פעולות זהות. דבר זה עלול להביא להתייקרות של שירותי בריאות בכללותם, ועל כן לייקר את שירותי הבריאות הציבוריים.

• **הפניה לטיפולים מיותרים** - כאשר נותנים למקבלי החלטות (בעיקר הרופאים) תמריץ ישיר לביצוע פעולות רפואיות, הדבר עלול להתבטא בהגדלת השימושים. מכיוון שקיים קושי לבקר ולווסת את רמת הפעילות, המבוססת על שיקול דעת רפואי, שר"פ בבתי החולים עשוי להוביל לגידול מהותי בשימושים. כמו כן, תיתכן הסטה של פעילות לפרוצדורת שהינן הרווחיות ביותר ולא דווקא הנכונות ביותר מבחינה קלינית.

כלל התהליכים שתוארו לעיל, עשויים להביא לגידול בשימושים, שאף יהיו יקרים יותר מבעבר, ויתורגמו בסופו של יום, לכדי הגדלת ההוצאה הלאומית על בריאות.

עליית תעריפי ביטוחי בריאות ותעריפי ביטוחי השב"ן בקופות החולים

3

מירב המימון לפעילות השר"פ יתבסס על שימוש בביטוחי בריאות פרטיים וביטוחי בריאות משלימים של קופות החולים (שב"ן). לאורך זמן, המעמסה הכספית על המבטחות תלך ותאמיר, ותביא לעליה בתעריפי הביטוחים.

בעוד היום, הפרמיה בשבץ יחסית נמוכה- עובדה המאפשרת למרבית הציבור ליהנות מכיסוי זה- עליה של עשרות אחוזים בפרמיה, צפויה להפוך את הביטוחים המשלימים לנכס לאמידים בלבד.

4

תמריץ שלילי לשיפור התשתית והשירות במערכת הציבורית

התגמול שיקבל בית החולים בגין טיפול בשר"פ, עשוי ליצור תמריץ עתידי להסתת מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית. על מנת להשיג זאת, יוכלו בתי החולים ליצור עדיפות לשר"פ על ידי הורדת הסטנדרט במערכת הציבורית או על ידי העלאת הסטנדרט בשר"פ. בכל אחד מהמקרים, צפויים פערים לא רצויים בין האפשרויות השונות, הציבורית והפרטית, ובכל מקרה אין תמריץ מובנה לשיפור השירות והתשתית במערכת הציבורית. במצב בו יוזנחו השירותים הציבוריים כדי לייצר העדפה לשר"פ, המטופלים למעשה יאולצו להשתמש בשר"פ על מנת לזכות באותם תנאים שהם מקבלים היום ללא תשלום.

5

הסטת משאבים וסבסוד צולב

קיום מערכת שר"פ תחת המעטפת של בית החולים הציבורי יוצרת קושי בהקצאת משאבים הוגנת. ישנו קושי מהותי ליצור את הפרדה בין הפעילויות, וליצור תמחיר המשקף את העלויות האמתיות בהן נושא בית החולים עבור פעילות השר"פ. כפי שנסקר לעיל, בדוח המבקר אשר פורסם בשנת 2008, נמתחה ביקורת על שימוש במשאבי בית החולים על ידי התאגידים ("קרנות המחקר") באופן אשר קיפח את בתי החולים והסב להם הפסדים. בעיה דומה עשויה להתעורר בין בית החולים לבין השר"פ, בתום לב כתוצאה מטעויות בתמחור, או מתוך הסטה מכוונת של משאבים על מנת לתעדף את הפעילות הפרטית.

קיימת בעייתיות נוספת סביב עבודת הרופאים בשר"פ, שאמורה להתבצע מעבר לשעות הפעילות, וכבר היום גולשת לעיתים לשעות הפעילות במסגרת הציבורית. לרוב ההסבר לתופעה נעוץ בכך, שהרופאים תורמים מזמנם למערכת הציבורית, בעודם נמצאים בבית החולים על מנת לטפל במסגרת השר"פ. ולכן חשים שזכאים לפיצוי על זמן זה באופן המתבטא בביצוע עבודה במסגרת השר"פ בזמן הפעילות של המערכת הציבורית. עניין זה קשה במיוחד למעקב ולפיקוח ויכול להביא להסטה של משאבים ציבוריים למערכת הפרטית בה יש לרופאים תמריץ חזק יותר לעבוד.

הדילמה המרכזית - האם ניתן ליישם רגולציה אשר תבטיח תועלת מהותית למערכת הציבורית?

נשאלת השאלה, האם משרד הבריאות אשר משמש כספק שירותים, מבטח ורגולטור, מסוגל לקבוע ולאכוף רגולציה, שתצליח לאזן בצורה מיטבית בין היתרונות והחסרונות של השר"פ? אם התשובה שלילית, אין השר"פ פתרון ראוי שכן הציבור יקבל רפואה ציבורית איכותית פחות ונגישה פחות לאלו שידם אינה משגת

קשה מאוד לקבוע האם היתרונות השלובים בשר"פ גוברים על החסרונות הקיימים ביישומו. הסיבה המרכזית לכך נעוצה בעובדה שיש פרמטר אחד, מהותי מאוד, שצריך להכניס לדיון - הרגולציה. נשאלת השאלה, האם משרד הבריאות אשר משמש כספק שירותים, מבטח ורגולטור, מסוגל לקבוע ולאכוף רגולציה, שתצליח לאזן בצורה מיטבית בין היתרונות והחסרונות של השר"פ? החשש המהדהד בקרבם של מרבית מתנגדי השר"פ, אינו מעצם קיומה של רפואה פרטית בבתי החולים הציבוריים, משום שזו קיימת בכל מקרה מחוץ להם. החשש האמיתי שלהם הוא מפני רגולציה לא יעילה, אשר תהפוך את השר"פ לכלי הרסני, אשר מסב נזקים למערכת הבריאות הציבורית, במקום לסייע לה לחזור למסלול הנכון והבריא. אם התשובה לשאלה הינה, שאכן ניתן ליישם רגולציה יעילה בתחום זה, אזי הציבור יוכל לצאת נשכר ולזכות בשירותים רפואיים מתקדמים, איכותיים ויעילים יותר. אך אם התשובה שלילית, אין השר"פ פתרון ראוי שכן הציבור יקבל רפואה ציבורית איכותית פחות ונגישה פחות לאלו שידם אינה משגת.



מטרותיה העיקריות של הרגולציה

באופן עקרוני, ניתן לחלק את הרגולציה הנדרשת בנושא לשלושה רבדים מרכזיים אשר לכל אחד מהם תפקיד במקסום יתרונות השר"פ ומזעור חסרונותיו:

1

רגולציה ממצערת אי-שוויון - לאור זאת שהשר"פ במהותו יוצר אי שוויון ברמה מסוימת, נדרש הרגולטור לקבוע מהם גבולות האי-שוויון אותם מגדיר כלגיטימיות. במצבים בהם אין הגדרה ברורה, ניתן לראות כי העדפה הנה לטובת החולים הפרטים. באוסטרליה, לדוגמה, עולות טענות כי קיימת העדפה ברורה ביחס אותו מקבלים המטופלים הפרטיים בבתי החולים, אשר באה לידי ביטוי בזמני המתנה קצרים יותר, שירות עדיף ואף בזמן שמטופלים פרטים מאושפזים לאחר פרוצדורה רפואית, הגבוה בכ-22% לעומת מטופלים ציבוריים³. בדרום אפריקה, לדוגמה, קיים איסור על הרופאים לבצע פעולות פרטיות, בבית החולים הציבורי בו הם עובדים, וכך נמנע יחס מועדף על ידם למטופליהם. הגדרת השונות המותרת, לצד הגדרת מנגנוני בקרה ואכיפה, הינם קריטיים לשימורה של מערכת ציבורית הוגנת. ניתן להגדיר באופן מפורט מהן אמות המידה המקובלות, או לחליפין להגדיר עקרונות כלליים ולהפעיל אכיפה נוקשה יותר על בתי החולים.

2

רגולציה משמרת - עיקר תכליתה של הרגולציה המשמרת הינו שימור המשאב הציבורי והבטחה שאינו מנוצל לצרכי השר"פ. במסגרת רגולציה זו נדרש טיפול בשלושה נושאים: הראשון הינו ויסות הצמיחה של השר"פ, כך שלא יביא לחריגה מקצב הגידול הרצוי של המערכת הפרטית בישראל, כפי שיקבע. ויסות זה חשוב מאוד, שכן לשיעור הרפואה הפרטית מתוך סך ההוצאה על בריאות, ישנן השלכות כלכליות מורכבות שדורשות תכנון קפדני ובקרה. השני, הוא מניעת הסטה של משאבים מן המערכת הציבורית לפרטית. מכיוון שפעילות השר"פ הינה רווחית ומתגמלת יותר לבית החולים ולעובדיו, נדרש הרגולטור לקבוע חסמים אשר ימנעו מעבר של כוח אדם, ציוד ותשתיות, אשר תוקצבו מכספי הציבור, לטובת השר"פ. יתר על כן, נדרשות הגדרות ברורות באשר לאופן חישוב העלויות והתשלומים שנדרש השר"פ להעביר לבית החולים בגין שימוש במשאביו. בהקשר זה, מחקר⁴ שנערך בשנת 2007 בדרום אפריקה, מצא כי פרוצדורת מסוימות (כגון ניתוחי מעקפים והחלפת מפרק הירך) אשר בוצעו במחלקות הפרטיות בבתי החולים הציבוריים היו הפסדיות. ההפסד נבע מתמחור לקוי ואי-העמסה של כלל העלויות שנשא

³ מתוך כתבה ב Herald Sun, מאי 2013

⁴ Haroon Wadee and Lucy Gilson, Private wards in public hospitals: what are the policy and governance implication, 2013

בגנים בית החולים הציבורי. המשמעות היא, כי הלכה למעשה, ישנם מקרים שהשירות הפרטי בבית החולים הציבורי דווקא פגע במערכת. הנושא השלישי בו נדרש הרגולטור לטפל, הינו שימור כוח אדם איכותי במערכת הציבורית. כחלק מנושא זה, יש לקבוע מהו האיזון הרצוי והמקובל בין הפעילות של נושאי משרות שונים בשר"פ לבין תרומתם למערכת הציבורית. טיפול נכון בנושא זה יבטיח שלכוח אדם איכותי יהיה תמריץ מספק על מנת להישאר במערכת הציבורית, תוך מתן תרומה ראויה למערכת.

רגולציה לשימוש בשר"פ כמנוע לשיפור הרפואה הציבורית - קיומה של מערכת פרטית בבתי החולים ציבוריים מייצרת תחרות בין בתי החולים (ציבוריים וגם פרטיים) כאשר לכל בית חולים אינטרס מובהק לצמוח ככל שניתן במסגרת השר"פ. נדרשת רגולציה אשר תבטיח שצמיחתה של המערכת הפרטית בבתי החולים הציבוריים תוביל לצמיחה גם במערכת הציבורית של אותם בתי חולים. הרגולטור נדרש לקבוע כללים אשר יבטיחו שמשאבים יוזרמו מפעילות השר"פ לצורך פיתוח המערכת הציבורית ושיפורה. בנוסף, אופי התמריצים הצפוי בשר"פ, שהינו תגמול בגין כל פעולה (FFS), ייצור בתוך בית החולים מערכת, אשר תהיה ככל הנראה יעילה יותר מן המערכת הציבורית. הרגולטור יכול לנצל עובדה זו, ולקבוע סט כללים אשר יעודד את המערכת הציבורית להתאים את דפוסי הפעילות בה, לדפוסי הפעילות של השר"פ, וכך ליצור מערכת ציבורית יעילה יותר. הגדלת התחרות והמשאבים שיזרמו למערכת הציבורית, לצד הגברת היעילות בה, יבטיחו את צמיחתה לאורך זמן.



חמשת עקרונות היסוד לרגולציה יעילה

על מנת לקיים רגולציה אפקטיבית על פעילות השר"פ, נדרש שינוי מהותי באופן בו מתבצעת הרגולציה בתחום. ישנם חמישה עקרונות מנחים ליישום הרגולציה:

1 גוף עצמאי ובלתי תלוי

נדרשת הקמת גוף מפקח חיצוני ובלתי תלוי, אשר יקצה את כל משאביו ויתמקד במעקב ובקרה. אסור שהגוף המפקח יושפע בצורה כלשהי מההשלכות של מעשיו הוא ועל כן אסור שיהיה בעצמו ספק שירותים או מבטח. כיום, משרד הבריאות מצוי בניגוד עניינים מובנה מתוקף היותו ספק שירותים, מבטח ורגולטור, ועל כן עשוי להתקשות בקביעה ואכיפה של רגולציה יעילה.

2 הגדרת כללים ברורים ומדידים

בכדי שלבתי החולים יהיה נהיר לחלוטין מהם חובותיהם, ובכדי שהרגולטור יוכל לבקר את העמידה בחובות אלו, על הרגולציה להיות מפורטת, ברורה ומדידה. רגולציה אשר איננה מגדירה תנאים ברורים ומסתפקת בהגדרות כלליות כגון "בית החולים מחוייב לשמור על שוויון בין המערכת הציבורית לפרטית" ו"כל החולים זכאים לתנאים דומים" איננה מספקת. הגדרות אלו מאפשרות פרשנות סוביקטיבית של המושג שוויון ונתונות לפרשנות עצמאית של בית החולים לגבי מהם תנאי שירות שווים ואילו פערים בין השירותים הפרטים לציבורים נחשבים כהוגנים. הגדרה ברורה של התנאים המועדפים אשר בית החולים רשאי לספק לחולי שר"פ ומנגד פירוט סט התנהגויות רפואיות אשר מוגדרות כאי שוויוניות יתוו תמונה ברורה וחד משמעית, ויאפשרו בקרה ואכיפה על רמת ביצועם. לדוגמא, על מנת למנוע אפליה בזמני ההמתנה בין מטופלים ציבוריים ופרטים, ניתן לקבוע יחס מספרי קשיח שבית החולים צריך לשמור בין זמני ההמתנה בשר"פ לזמני ההמתנה במערכת הציבורית.

3

הגדרת מנגנוני בקרה שוטפים

הגדרת כללים ברורים ומדידים ללא מנגנונים המבקרים עמידה בכללים אלו איננה יעילה. יש להבנות תהליכי בקרה סדורים, להגדיר בעלי תפקידים, ולהקצות את המשאבים הנדרשים לשם קיום מנגנוני בקרה שוטפים ויצירת יכולת לאיתור, תוך זמן סביר, של מצבים בהם מופרות ההנחיות שהוגדרו. הידיעה שיש בקרה ומעקב שוטף אחר הנעשה, היא כשלעצמה בעלת ערך ומייצרת הרתעה. מנגד, כאשר מנגנוני הבקרה רופפים, יש נטייה לנסות ולמתוח את גבולות החוק ככל שניתן. לפי מחקר⁵ של Harvard Business School, מנגנוני בקרה חלשים, לעיתים מובילים להתנהלות גרועה יותר מאשר במערכת הפועלת ללא כל רגולציה.

4

הגדרת חובת דיווח

בתי החולים צריכים לפעול בשקיפות מלאה, ולדווח באופן מפורט ומדויק על המתרחש בין כותלי בית החולים, הן במערכת הציבורית והן בשר"פ. על הרגולציה להגדיר מהו המידע שבית החולים מחויב לספק לגוף המפקח ומהו המידע שעליו להנגיש לכלל הציבור. המידע הזמין, יאפשר לרגולטור לבצע את הבקרה באופן יעיל ואילו שיקוף המידע לציבור יסייע לציבור בהכרת זכויותיו ובדרישה למימושן במידת הצורך. כיום, כפי שעלה מדו"ח מבקר המדינה, חסר למשרד הבריאות מידע בנוגע לגבי הפעילות בבתי החולים, ועל כן הוא אינו יכול לבצע ניתוחים מעמיקים של המצב.

5

אכיפה אפקטיבית

יש לאפיין סנקציות ישימות ומרתיעות ולהסמיך את הרגולטור להשתמש בהן, במידת הצורך, מול כל אחד מן הגורמים המפוקחים על ידו. האכיפה תעשה במקביל, באופן פרסונאלי אל מול הגורמים המקצועיים ומול בתי החולים. כך לדוגמא, מול הגורמים הפרסונאליים ניתן להפעיל סנקציות שונות, מקנסות ועד ביטול רישיונות עבודה. גם ברמה המערכתית ניתן להשית סנקציות ברמות חומרה שונות כגון קנסות, צמצום פעילות או ביטול פעילות השר"פ בכללותה.

⁵ Francesca Gino, Erin L. Krupka, and Roberto A. Weber, License to cheat: voluntary regulation and ethical behavior, 2012



דוגמת הרפורמה במערכת הבריאות הבריטית -

2012, Social Care Act

המגבלה בחקיקה בנוגע לכמות החולים הפרטיים נגזרת באופן ישיר מכמות המטופלים בבית החולים בכללותו, ולפיכך צמיחה בשירותים הפרטיים מחייבת צמיחה בשירותים הציבוריים. יתרה מכך, בתי החולים מחויבים להשקיע חלק ניכר מרווחי הרפואה הפרטית בבית החולים בכללותו.

על מנת לפקח על התנהלות בתי החולים תחת החקיקה החדשה, הוקם ה-Monitor - גוף רגולציה עצמאי ובלתי תלוי

מערכת הבריאות בבריטניה עברה שינוי מהותי בשנה שעברה, כאשר חקיקה חדשה (Social Care Act, 2012) הפכה את בתי החולים הציבוריים (Trusts) לספקים גדולים של רפואה פרטית. לאור הרפורמה, בתי החולים הציבוריים, יכולים להניב עד מחצית מהכנסותיהם מפעילות שאינה ציבורית (ברובה טיפול במטופלים פרטיים), לעומת אחוזים בודדים שהותרו עד לחקיקה זו ברוב בתי החולים. החקיקה הנה תולדה של החלטת הממשלה לצמצם את ההוצאה הציבורית על בריאות בכ-20 מיליארד יורו עד שנת 2020. מדיניות זו צפויה להביא לגידול של כ-8% בהכנסות בתי החולים הציבוריים מחולים פרטיים בשנת 2012-2013 ביחס להכנסות מחולים פרטים בשנת 2010-2011.⁶ בשנת 2004 הוקם גוף רגולטורי חדש, ה-Monitor, אשר כל ייעודו הנו לבקר ולפקח אחר התנהלות בתי החולים הציבוריים (FT), ומטרתו העליונה הנה למזער את אי השוויון. על מנת לשמור על עקרון זה, בתי החולים מחויבים להשקיע חלק ניכר מהרווחים שלהם מהפעילות הפרטית לטובת כלל בית החולים, אולם לא קיימת רגולציה ספציפית לצורה בה יש להשקיע את הכסף. על מנת לאפשר בקרה, בתי החולים מחויבים לפעול בשקיפות מוחלטת בכל הנוגע לפעילות הפרטית שלהם. כחלק ממנגנון השקיפות נדרשים בתי החולים לפרסם מידע מפורט אודות הפעילות הפרטית שלהם, לרבות אופן השפעתה על הפעילות הציבורית.

⁶ מתוך כתבה ב The Guardian, אפריל 2013

היות והמידע זמין ונגיש, ניתנת הזדמנות לציבור, ולא רק לרגולטור, לבקר באופן שוטף את פעילותם.

חלק מהרגולציה המשמרת, קיימת הגבלה על קצב הצמיחה של הרפואה הפרטית, ובתי החולים זקוקים להסכמת הרגולטור על מנת להגדיל את ההכנסות מרפואה פרטית בשיעור העולה על 5% בשנה. בנוסף, הרגולציה החדשה מחייבת צמיחה של המערכת הציבורית לצד המערכת הפרטית. המגבלה בחקיקה בנוגע לכמות החולים הפרטיים נגזרת באופן ישיר מכמות המטופלים בבית החולים בכללותו, ולפיכך צמיחה בשירותים הפרטיים מחייבת צמיחה בשירותים הציבוריים. יתרה מכך, בתי החולים מחויבים להשקיע חלק ניכר מרווחי הרפואה הפרטית בבית החולים בכללותו. יש לציין, שבימים אלו מתקיים ויכוח ציבורי לגבי הרפורמה שבוצעה, כאשר מתנגדיה טוענים, כי בפועל ישנו חוסר שוויון ואפליה בתוך המערכת הציבורית. בשלב זה, היות והרפורמה הוחלה בחודשים האחרונים, קשה לקבוע את מידת הצלחתה של הרגולציה בשימור השוויון במערכת הבריאות.



דוגמת מערכת הבריאות המשולבת באוסטרליה

שירותי הבריאות הציבוריים באוסטרליה ממומנים על ידי הממשלה, דרך ה-Medicare, שהינו הגוף המספק ביטוח בריאות ציבורי באוסטרליה (Public health insurance scheme). כחלק מהמאמצים להתמודד עם הנטל הכרוך במימון שירותים אלו, הממשלה האוסטרלית מעודדת את בתי חולים הציבוריים להגדיל את מכסת המטופלים הפרטיים על חשבון המטופלים הציבוריים, זאת על מנת להגדיל את רווחיות המערכת הציבורית ולהביא לצמצום ההוצאה הממשלתית. התמריץ שנותנת הממשלה מתבטא בתשלום שבית החולים מקבל בגין מטופלים אלו, אשר מורכב משלושה מקורות - השתתפות עצמית, שיפוי של חברות הביטוח ותקצוב ממשלתי, בגובה של כ-75% מגובה התשלום המוקצה למטופל דומה במערכת הציבורית. יתר על כן, במדינות רבות באוסטרליה, הממשל מגדיר בתחילת השנה כמות מסוימת של מטופלים פרטים אשר בה מצופה בית החולים הציבורי לטפל. היה ובית החולים אינו עומד במכסה שהוגדרה, אזי הוא מתוגמל בגין מטופלים ציבוריים (בכמות זהה לפער ממה שהוגדר) בכ-75% בלבד מן התעריף המקובל.

כך למעשה, מעניק הממשל תמריץ ישיר לבתי החולים להגדיל את מכסת המטופלים הפרטים. גורמים נוספים התורמים לעליה החדה בצריכת השירותים הפרטים בבתי החולים הציבוריים

מהסקר עלה כי רק 50% מהמטופלים אשר הגיעו לבית חולים ציבורי עברו תהליך קליטה בהתאם לנהלי הרגולציה. עוד נבע מהסקר כי במהלך שאלון הקליטה הצוות הרפואי שאל את המטופלים האם בבעלותם ביטוח פרטי, ובמידה והתשובה הייתה חיובית, הופעל לחץ על המטופל להשתמש בו.

באוסטרליה הינם עליה במספר החולים אשר מבוטחים בביטוחים פרטים והעדפה של רופאים המטופלים באופן פרטי, לקבל מטופלים פרטים בבתי החולים הציבוריים בשל איכות התשתיות הציבוריות. הרגולטור מצד שני, מנסה לאזן את ההסטה לשימוש מוגבר בביטוחים פרטים, על ידי כך שמחייב את בתי החולים להימנע מלהשפיע על החלטת המטופל, האם לבחור בשירותים ציבוריים או פרטיים. על פניו, חולים המגיעים לבית החולים הציבורי זכאים לבחור באופן עצמאי, וללא כל התערבות, האם להירשם כמטופלים ציבוריים או פרטים. עם זאת, לפי סקר⁷ שנערך לאחרונה, בתי החולים מפעילים לחץ רב על מטופלים בכדי שאלו יבחרו בשירותים הפרטיים.

מהסקר עלה כי רק 50% מהמטופלים אשר הגיעו לבית חולים ציבורי עברו תהליך קליטה בהתאם לנהלי הרגולציה. עוד נבע מהסקר כי במהלך שאלון הקליטה, הצוות הרפואי שאל את המטופלים האם בבעלותם ביטוח פרטי, ובמידה והתשובה הייתה חיובית, הופעל לחץ על המטופל להשתמש בו. כמו כן, דווחו מקרים שונים בהם בית החולים הציע ללקוח לשלם בעבורו את ההשתתפות העצמית, ואף מקרים בהם הגורם המטפל הפעיל לחץ על המטופל בטענה שבית החולים נמצא במצוקה כלכלית ולכן חשוב שהחולה יירתם לעזרתו. במקרים מסוימים הוצעו תמריצים שונים כגון חדרים משודרגים ויחס מועדף לבני המשפחה. כמו כן, בתי החולים גייסו כוח אדם יעודי למטרת שיווק השירותים הפרטיים. תיאור התפקיד, כפי שצוין במודעות הדרושים לאחד מתפקידים אלו, הנו "לעודד חולים ציבוריים עם ביטוחים פרטיים, להשתמש בשירותים הפרטים של בית החולים".

⁷ Private patients in public hospitals, Australian Health Service Alliance, 2013

השפעת השר"פ על השחקנים השונים בשוק הבריאות

במידה והשר"פ יאושר, תוזרם כמות נכבדה של כסף חדש למערכת, והתחרות העזה עליו, תשנה את מאזן הכוחות במערכת הבריאות בישראל. במציאות החדשה מעמד של חלק מהשחקנים בשוק יתחזק על חשבונם של שחקנים אחרים, וכלל השחקנים ידרשו להיערך למצב החדש ולשנות דפוסי התנהלות וחשיבה.

בתי חולים ציבוריים (למעט בתי חולים קטנים)

בעקבות השר"פ, צפויה להתפתח תחרות עזה בין בתי חולים סמוכים כגון איכילוב ותל השומר. תחרות דומה אך משמעותית יותר מהתחרות הקיימת כיום בתחום המיילדות.

בתי החולים הציבוריים הם הנהנים העיקריים משר"פ עתידי ובכל מקרה, בידם האפשרות לקבוע האם להפעיל שר"פ ובאיזה היקף פעילות. השר"פ צפוי להגדיל את הכנסות בית החולים, יאפשר ניצול יעיל יותר של משאבי בית החולים, יעזור בשימור וגיוס כח אדם איכותי, יסייע בשיפור המוניטין של בית החולים ובהכשרת הרופאים הצעירים. מנגד, התרת השר"פ יכולה להיות מלווה בהגברת הבקרה על בתי החולים, מה שיביא לפגיעה מסוימת בחופש הפעולה שלהם.

האתגרים החדשים כתוצאה מהחלת השר"פ ודרכי התמודדות עמם, הינם כדלקמן:

הגברת התחרות בקרב בתי החולים- החלת שר"פ תגדיל את היצע השירותים הפרטיים באופן מהותי ובמקביל תאפשר למטופלים שעד היום היו בעלי השפעה מועטה, להיות מעורבים ובעלי השפעה גדולה יותר על הליך בחירת המוסד והרופא המטפל. עובדה זו תביא לכדי תחרות עזה בין בתי החולים, בעיקר אלו הקרובים זה לזה. לדוגמא, בתי החולים איכילוב ותל-השומר, יצטרכו להילחם על מטופלים והתחרות ביניהם, במרבית המקצועות, תהיה משמעותית ועזה- הן בהיבט השיווק ללקוחות והן בהיבט גיוס ושימור אנשי צוות רפואי. ניתן להקיש כיצד תראה התחרות העתידית בעידן השר"פ, מהתחרות הגבוהה שמאפיינת כיום את תחום המיילדות, שהינו רווחי לבתי החולים, ומתקיים בו חופש בחירה מלא למטופלת בין בתי החולים. בכדי להתמודד עם התחרות, בית חולים ציבורי דוגמת תל-השומר, יצטרך לבצע מהפך שיווקי משמעותי, ללמוד ולהבין את דרישות המטופלים ולפנות אליהם בדרכים ישירות עם הצעת הערך המתאימה.

הצעת ערך צרכנית מלאה תכלול בין היתר:

- הצעת ערך סביב איכות השירות הרפואי תוך הדגשת החוזקות של התשתית הציבורית אל מול הפרטית והיתרונות הייחודיים של בית החולים הספציפי. לדוגמא, לבתי החולים הציבוריים, ישנה מעטפת חשובה ביותר של רופא תורן בכל התמחות בכל רגע נתון, דבר אשר לא קיים כלל בבתי החולים הפרטיים.
- ביסוס המעמד והמותג של רופאי השר"פ מתוך הבנה שזהות הרופא הינה פרמטר עיקרי בהליך הבחירה שמבצעים המטופלים. דרך אחת לעשות זאת, היא הבלטת סגל הרופאים וניסיונם הרלוונטי באופן שיווקי באתר האינטרנט של בית החולים ובכל נקודות הממשק עם הלקוח.
- שיווק ומכירה אקטיבית של שירותים ישירות לצרכן- בתי החולים יצטרכו למצוא את הדרך לתקשר באופן ישיר עם לקוחות פוטנציאלים טרם הגעתם אל בתי החולים, למשל דרך פורומים מקצועיים באינטרנט.
- תמחור תחרותי אל מול בתי החולים הפרטיים ושר"פ של בתי חולים ציבוריים מתחרים.
- יצירת בידול על ידי ביסוס התמחויות מובילות בבית החולים - יבוא לידי ביטוי בבניית התשתית הטכנולוגית המתאימה ובגיוס כוח האדם המתאים. כך לדוגמא, בית החולים רמב"ם, יוכל למצב עצמו כבית החולים המוביל בניתוחי מח.

2

הגברת המורכבות התפעולית בבית החולים- בתי החולים ידרשו להקים מערכת פרטית חדשה לחלוטין לרבות הקמת שירותים חדשים, יצירת נהלים ושיטות עבודה, גיוס כוח האדם המתאים, בניית תמחור מתאים והקמת המעטפת האדמיניסטרטיבית והלוגיסטית. יתר על כן, יידרש ניהול של שתי מערכות מקבילות ומופרדות- ציבורית ופרטית, תוך שימוש במשאבים משותפים ושימור השוויון ביניהן.

על מנת לשמור את השוויון בין שתי המערכות, בתי החולים יצטרכו לדעת לפרק את העלויות של כל פרוצדורה שמבוצעת בבית החולים, על מנת להעמיס את העלויות על המערכת הרלוונטית- הציבורית או הפרטית. לדוגמא, על מנת לתמחר ניתוח מעקפים, שבוצע על ידי מנתח בשר"פ בחדר הניתוח של בית החולים, יידרש בית החולים להבין מהי עלות הבלאי של הציוד בחדר הניתוח ולהעמיסה על השר"פ. בכדי לעשות זאת, ידרשו בתי החולים הציבוריים לנקוט בצעדים הבאים:

- ניהול שתי המערכות כיחידות עצמאיות ומופרדות- לכל אחת דוחות כספיים נפרדים.
- הגדרת נהלים ברורים בנוגע לשעות העבודה והחלוקה בין הזמן במערכת הציבורית לשר"פ
- הקצאת עלויות והגדרת מחירי העברה ברורים ומפורטים בין המערכות למניעת זליגת משאבים בין המערכות.
- יצירת מנגנוני בקרה ונורמות של שקיפות.

בתי חולים ציבוריים קטנים

מקבוצת בתי החולים הציבוריים שנידונה לעיל, יש להחריג את בתי החולים הקטנים אשר מצויים בקרבת בתי חולים מובילים. בתי חולים אלו צפויים להיפגע כתוצאה מהסטה של לקוחותיהם לטיפול במסגרת השר"פ של בתי החולים המובילים בסביבתם, ועשויים להיקלע לקשיים גדולים יותר בשימור כח אדם איכותי שיעדיף לעבוד בבית חולים אשר מציע שר"פ משמעותי. לדוגמא, מטופל בבית חולים מאיר בכפר סבא, אשר מעוניין לעבור טיפול בשר"פ, עשוי להעדיף לעשות זאת באחד מבתי החולים בעלי המוניטין, ואשר נמצא בקרבת מקום, כגון בלינסון או תל השומר. הדבר יפגע בהכנסה של בית החולים הקטן ממטופלים במערכת הציבורית, ויקשה על בית החולים לבסס בעצמו שר"פ המבוסס על כוח אדם של רופאים בעלי שם, משום שאלו יעדיפו לעבוד בבתי החולים הגדולים, שם צפויה להם יותר עבודה.

בתי חולים פרטיים

בתי החולים הפרטיים הם הנפגעים העיקרים מכניסת השר"פ לבתי החולים הציבוריים. כיום, בשוק הרפואה הפרטית, קיים מספר מצומצם של בתי חולים פרטיים והתחרותיות נמוכה יחסית. בית חולים פרטי, דוגמת אסותא, אשר כיום נהנה מתחרות נמוכה מאוד, צפוי למצוא עצמו מתחרה מול השר"פים של כלל בתי החולים באזור המרכז, ואף עשוי לאבד לקוחות שמגיעים אליו במיוחד מן הפריפריה, ואשר יקבלו מענה בשר"פ של בתי החולים הציבוריים בסביבתם. השפעת השר"פ ודרכי התמודדות:

1 הגברת התחרות על מטופלים - הגברת היצע
השירותים הפרטיים בשוק, צפויה להקטין את הנתח היחסי של בתי החולים הפרטיים. יתרה מכך, פריסה כלל ארצית, זמינות רופא תורן בכל תחום התמחות ותשתיות עדיפות, מהווים יתרון יחסי של שירותי השר"פ בבתי החולים הציבוריים, על פני בתי החולים הפרטיים. אולם, בניגוד לבתי חולים ציבוריים, אשר יהיו מחויבים לשמור על שוויון בין השירותים הפרטיים והציבוריים (מלבד בחירה אישית של הרופא המטפל), לא קיימת מגבלה על הצעת הערך של בתי החולים הפרטיים.

בית חולים פרטי, דוגמת אסותא, אשר כיום נהנה מתחרות נמוכה מאוד, צפוי למצוא עצמו מתחרה מול השר"פים של כלל בתי החולים באזור המרכז, ואף עשוי לאבד לקוחות שמגיעים אליו במיוחד מן הפריפריה, ואשר יקבלו מענה בשר"פ של בתי החולים הציבוריים בסביבתם.

במציאות החדשה, יתרונם היחסי של בתי החולים הפרטיים יהיה בהצעת הערך העשירה שביכולתם לספק, כגון:

- תנאי אשפוז מעולים - חדרים פרטיים ברמה של בית מלון לרבות שירותי הסעדה ופעילות בידור ופנאי. לדוגמא, בתי חולים פרטיים בארצות הברית מעניקים למטופליהם טאבלטים המאפשרים גישה לתוכן בידורי ולתוכן ייעודי מקצועי שמוסיפים בתי החולים. מטרת המהלך הינה לייצר אווירה ביתית ולשפר באופן כללי את החוויה בבית החולים. כמו כן, בית החולים יוכל לספק שירותי מותרות נלווים כגון טיפול פסיכולוגי, אחות צמודה, טיפולים אסתטיים וכדומה.
- שירות אישי מקיף למטופל - מתן מענה לכל הצרכים הקשורים בביצוע הטיפול בבית החולים הפרטי כך שמרגע קביעת התור לטיפול, בית החולים ידאג לכל צרכי המעטפת והאדמיניסטרציה של המטופל. לדוגמא, בית החולים יטפל בהגשת התביעה לחברת הביטוח במידת הצורך, יתאם טיפולי המשך וינפק אביזרים נלווים איכותיים למטופלים.
- ערוצי תקשורת ישירים מול הרופא - שירות בכל נקודות הממשק של הרופא עם הלקוח, דרך מתן מענה באמצעים ישירים אל מול הרופא ברמת זמינות גבוהה.

הגברת התחרות על כוח האדם - התחרות שתיווצר איננה רק על המטופלים אלא גם על המשאב החשוב ביותר - הרופאים והאחיות; כיום, רופאים ואחיות רבים משלבים עבודה בבתי חולים ציבוריים, לצד עבודה בבתי חולים פרטיים. העבודה בבית החולים הציבורי חיונית לרופא על מנת להתקדם בקריירה, לצבור מוניטין וכך לבנות לעצמו ביקוש בשוק הפרטי. לעומת זאת, העבודה ברפואה הפרטית מתגמלת יותר. השתלבות במערך שירותי הרפואה הפרטיים של בתי החולים הציבוריים תספק לרופאים תגמול גבוה ולפיכך תייתר את הצורך בעבודה בבתי חולים פרטיים. עבודה פרטית בבית החולים הציבורי אף צפויה להיות עדיפה, שכן חוסכת את

ההתניידות בין שני בתי חולים, מאפשרת לרופא להמשיך לעבוד עם הצוות המוכר שלו ומציעה גישה לתשתיות הנרחבות של בית החולים. על מנת להתמודד עם הסכנה כי השר"פ ינתק כוח אדם איכותי מבתי החולים הפרטיים, עליהם לבנות הצעת ערך אטרקטיבית לרופאים, באופן אשר ינצל את היתרונות היחסיים של בתי החולים הפרטיים על הציבוריים. מאפיינים עיקריים של הצעת הערך יכולים לכלול:

- **גידול בכמות הטיפולים לרופא** - בניגוד לשר"פ, לא קיימת הגבלה על היקף הפעילות, כך שרופאים בעלי ביקוש רב לטיפולים פרטיים יוכלו לקבל מטופלים רבים יותר (גם בשעות הפעילות של בית החולים הציבורי) ובכך למקסם את הכנסותיהם.
- **סיוע בבניית המוניטין והמותג** - יכול לבוא לידי ביטוי במתן כלים שיווקיים לרופא כחלק ממערך שיווקי שיחזיק בית החולים הפרטי.
- **פוטנציאל להכנסה גבוהה יותר** - מכיוון שלא קיימת תקרת מחיר בבתי החולים הפרטיים בניגוד לשר"פ, שם סביר שבתי החולים או הרגולטור יקבעו את התעריפים, יוכל הרופא להגדיל את ההכנסה שלו.
- **מעטפת שירותים לרופא** - שירותים אשר יסייעו לרופא לבצע רק את העבודה שהכרחי שהוא יבצע בעצמו. לדוגמא, בתי החולים יוכלו להציע לרופא שירותי אדמיניסטרציה לסיוע בביצוע התיעוד הנדרש בתיק הרפואי, מזכירה שתתעד את תוכן הפגישות ועוד.

קופות חולים

כיום, קופות החולים משקיעות מאמצים רבים במטרה למלא את מירב הצרכים הרפואיים של המבוטחים ב"קהילה", קרי באמצעות שירותים רפואיים אשר הקופות עצמן מפעילות. גישה זו, מאפשרת לקופות לבצע טיפולים שהינם לעיתים זולים יותר ובעיקר מאפשרת לקופות שליטה טובה יותר על ההוצאות, ומניעת גידול בשימושים כתוצאה מטיפולים מיותרים. שימור שליטה זו חשוב להן במיוחד, לאור האינטרס של בתי החולים הציבוריים להגדלת השימושים. מבחינת קופות החולים, מרגע שמבוטח מגיע לבית החולים, יכולת השליטה שלהם על ההוצאות כמעט אינה קיימת והן תלויות לחלוטין בהחלטות ובמדיניות בית החולים.

עם החלת השר"פ, קופות החולים יעמדו בפני מספר אתגרים:

- **ויסות השימושים** - במסגרת השר"פ, יוכלו המבוטחים להגיע לכל בית חולים שיחפצו ולצרוך בו שירותים פרטיים על חשבון הביטוחים המשלימים של קופות החולים. הקופות למעשה יאבדו את יכולת הוויסות והשליטה שלהן על השימושים בבתי החולים, שכיום מבוקרים

על ידי רופאי הקופה אשר משמשים כשומרי סף. החשש הנו שיותר ויותר מטופלים יבחרו לצרוך שר"פ, ושהקופות יאבדו את שליטתן על היקפי ההוצאה בבתי החולים ועל ניתוב המבוטחים לבתי החולים אשר מציעים לקופות את התנאים הטובים ביותר. על מנת להתמודד עם המצב החדש, יצטרכו קופות החולים לפעול באופן נרחב מול המבוטחים ומול הרגולטור על מנת להקים חסמים ולבסס עצמן כשומרי הסף של הרפואה הפרטית. לדוגמה, הקופות יוכלו להגדיל את ההשתתפות העצמית של המבוטחים במסגרת השב"ן או לחייב את המבוטחים לקבל ייעוץ מרופא של הקופה לפני שמממשים את זכויותיהם במערכת הפרטית- על מנת שייסביר להם את זכויותיהם ויוודא שאינם עושים טיפולים מיותרים.

- **היקשרויות עם רופאים** - קופות החולים מעסיקות רופאים רבים כשכירים וכעצמאיים. השר"פ יאתגר יחסי עבודה אלו משתי סיבות; ראשית, גידול ברפואה הפרטית יגרור אחריו עליית שכר ברפואה בישראל. בהתאמה, גם קופות החולים ידרשו לשלם יותר לרופאים. שנית, רופאים המשלבים כיום בין עבודה בבתי החולים הציבוריים לעבודה בקופות החולים עשויים לוותר על קופות החולים לטובת השר"פ והמשכורת הגבוהה בו. כתוצאה מכך, יגבר הקושי של קופות החולים בשימור וגיוס כח אדם איכותי.

שירותי בריאות נוספים - השב"ן של קופת החולים הנו ביטוח וולנטרי אותו ניתן לרכוש בתמורה לתשלום פרמיה חודשית. השב"ן, ולא סל הבריאות, הנו המממן של שירותי הרפואה הפרטיים. הגידול בכמות הטיפולים הפרטיים כתוצאה מהחלתו של השר"פ, יגרור אחריו עליה בהיקף ההוצאה של השב"ן. מנגד, היקף ההכנסות של השב"ן עתיד להישאר קבוע שכן קופות החולים אינן רשאיות לעלות את הפרמיות שמבוטחים משלמים ללא אישור הרגולטור. בסופו של יום, רווחיות השב"ן, שכיום מהווה מקור רווח חשוב לקופות החולים, צפויה להיפגע משמעותית. בכדי להתמודד עם הפגיעה הצפויה ברווחיות השב"ן, יצטרכו קופות החולים לפעול למען הגדלת הכנסותיו וצמצום הוצאותיו בדרכים שונות, לרבות;

- הגדלת הפרמיות או שינוי הפוליסות - קופות החולים צפויות לפעול אל מול הרגולטור על מנת להגדיל את הפרמיות ברבדים הקיימים בהתאם לגידול בעלויות הנובע מהשר"פ או לחלופין להציע פוליסות חדשות המציעות כיסוי ייעודי לשר"פ.

- הסכמים עם בתי החולים - לקופות החולים השונות הסכמים עם רוב בתי החולים הציבוריים וגובה התשלום שקופות החולים משלמות לבתי החולים תלוי בהסכמים ובאופן ההיקשרות. לרוב, כל עוד לא מדובר בטיפולי חירום, קופות החולים מנתבות מטופלים לבתי החולים אשר עמם לקופה יש את ההסכמים המשתלמים ביותר. כחלק מההתמודדות עם השר"פ,

קופות החולים יאבדו את יכולת הוויסות והשליטה שלהן על השימושים והיקפי ההוצאה בבתי החולים. כמענה לכך, הן יצטרכו לבסס חסמים- לדוגמא, חיוב המבוטחים בקבלת יעוץ מרופא הקופה לפני ביצוע פרוצדורות מסוימות בשר"פ

קופות החולים יכולות לחתור להסכמי שיתוף פעולה עם בתי חולים מסוימים לגבי שירותי השר"פ. במסגרת הסכמים אלו, תנסה הקופה לנתב במידת האפשר מטופלים לשר"פ של אותם בתי חולים בתמורה לתעריפים מוזלים עבור שירותים אלו.

מעבר להשפעות והאתגרים שטומן השר"פ עבור כל קופות החולים, עבור קופות החולים מכבי וכללית, הסיטואציה שונה בהיבטים מסוימים:

קופת חולים כללית, בנוסף על תפקידה כגוף מבטח, מפעילה גם שמונה בתי חולים ציבוריים ומחזיקה בכ- 40% מהרצליה מדיקל סנטר (HMC) - בית חולים פרטי. כבעלים של בתי החולים הציבוריים, קופ"ח כללית עתידה ליהנות מהשפעותיו של השר"פ. מנגד, כבעלים של בתי חולים פרטיים, היא תפגע מהתגברות התחרות בשוק הפרטי. ההשפעה הכוללת של החלת השר"פ על קופ"ח כללית, נובעת ממארג האינטרסים השונים של הגופים שבבעלותה. מכיוון שליבת פעילותה היא כמבטחת, עם נתח של כ- 53% מהמבוטחים בקופות החולים בישראל, סביר כי בשורה התחתונה הכללית תפגע מחדירת השר"פ לשוק. מעבר לכך, מעמדו של המדיקל סנטר (HMC) בתוך הקופה צפוי להפגע, שכן, האינטרס של הקופה להפנות אליו מטופלים ייחלש כאשר תהיה אלטרנטיבה של שר"פ בבתי החולים הציבוריים אשר בבעלותה המלאה של הקופה.

קופת חולים מכבי, הינה הבעלים של בית החולים אסותא, שהינו בית החולים הפרטי הגדול בישראל. הקופה צפויה להיפגע מהתחרות החדשה שתקום לאסותא, מכיוון השר"פ בבתי החולים הציבוריים, זאת בנוסף לפגיעה שתחווה כיתר קופות החולים.

חברות ביטוח פרטיות

בכלכלת בריאות, עליה בהיצע מובילה בדרכי לגידול בביקוש ובשימושים. התרת השר"פ, והרחבת היצע השירותים הפרטיים, צפויה להוביל לעליה בשימושים במגזר הפרטי ובשר"פ, ובהתאמה, לצמיחה באחוז המבוטחים אשר מממנים פעילות זו באמצעות ביטוחי הבריאות הפרטיים שלהם. ההשפעה של עובדה זו, על רווחיות הביטוחים תלויה קשר ישיר ברגולציה בענף הביטוח – היה ולא תהיה רגולציה חדשה, אשר תמנע מחברות הביטוח להעלות את הפרמיה כרצונן (בדומה להיום), חברות הביטוח יגלגלו את הגידול בעלויות ללקוחותיהן. אך אם יגביל הרגולטור את גובה הפרמיה, יהפכו ביטוחים אלו להיות רווחיים פחות מבעבר (כיום הרווחיות בתחום זה גבוהה מאוד).

מנגד, העלייה בשימוש בשירותים פרטיים והבנת התועלות הגלומות בביטוחי הבריאות הפרטיים בתחום זה, צפויה להגדיל את הביקוש לביטוחים אלו. חברות הביטוח יוכלו למכור יותר פוליסות וכך יוכלו להגדיל את הכנסותיהן.

בנוסף, השר"פ עשוי להשפיע על מחירי השירותים שרוכשות חברות הביטוח מספקי השירותים הפרטיים. מצד אחד, החלת השר"פ יכולה להוביל לעלייה בשכר במערכת הבריאות ולגרור עליית מחירים. מנגד, השר"פ יגדיל משמעותית את כמות הספקים איתם יכולות לעבוד חברות הביטוח, ובכך יגדיל את כושר המיקוח שלהן מול ספקיהן, באופן שיכול להוביל דווקא לירידת מחירי השירותים שהן רוכשות.

ברמה התפעולית, האתגר המרכזי של חברות הביטוח יהיה בהשגת ההסכמים הטובים ביותר עם נותני השירותים השונים ובניתוב מבוטחיהן אל הספקים הכדאיים ביותר עבורן. ברמה השיווקית, יצטרכו חברות הביטוח לעשות מאמצים גדולים על מנת למנף את התרת השר"פ, לכדי גידול משמעותי בכמות המבוטחים, תוך הדגשת יתרונות הפוליסה שלהם, בהקשר השר"פ, על הביטוחים המשלימים של קופות החולים.

קליניקות פרטיות

רופאים בישראל משלבים בין עבודה במסגרות שונות: בתי חולים ציבוריים ופרטיים, קופות החולים, מוסדות בקהילה וקליניקות פרטיות. לדוגמא, כירורג כף יד עובד בבקרים בבית חולים ציבורי ואחה"צ משלב בין עבודה בקופת חולים לקליניקה פרטית. השר"פ, אשר יכול מעבר לפעילות ניתוחית גם פעילות של ייעוץ בתוך כתלי בתי החולים הציבוריים, יצטרף למכלול האפשרויות הנ"ל ויגדיל את מבחר האפשרויות העומד בפני רופאים בכירים.

בשירותים הפרטיים של בתי חולים הציבוריים, יוכלו לעבוד רק רופאים שמעמדם ותפקידם בבית החולים נחשב בכיר מספיק, והינם בעלי מוניטין מבוסס שיביא מטופלים לבחור בהם. מרבית הרופאים אשר עונים לקריטריונים אלו, עובדים כיום בבתי חולים פרטיים והינם בעלי קליניקות פרטיות, ולפיכך השר"פ ישפיע על הפעילות הקיימת במוסדות אלו.

עם החלת השר"פ, רופאים העובדים בבתי חולים ציבורי, יצטרכו לבחור האם לעבוד בשר"פ, בקליניקה פרטית או לשלב בין שניהם. לשר"פ יתרון משמעותי בכך שמספק לרופא תשתית וכח אדם עבור הפעילות הפרטית, מספק גיבוי של רופא תורן בכל התמחות למקרה של סיבוכים בביצוע הפרוצדורה, וחוסך מהרופא את התשומות שמשקיע בניהול הקליניקה הפרטית ואת הזמן והטרחה הכרוך בהתניידות בין אתרי הטיפול השונים. כמו כן, בעבור הרופא, בשר"פ, הפוטנציאל למטופלים גדל, שכן כל מטופל בבית החולים יוכל להיות לקוח פוטנציאלי של הרופא בשר"פ. מנגד בקליניקה פרטית, אין הגבלה על גובה התשלום שהרופא גובה, והוא מקבל את התשלום ישירות, מבלי שבית החולים גוזר חלק מן הקופון בדרך. בבית החולים הציבורי הדסה, בו פועל שר"פ, מרבית הרופאים הבכירים בוחרים לעבוד דרך השר"פ ולא מחזיקים בקליניקות פרטיות. עובדה זו מהווה אינדיקציה לכך, שבסופו של יום, כנראה שהיתרונות של העבודה בשר"פ גוברים על היתרונות שבקליניקות הפרטיות ושיתכן שנראה הפחתה משמעותית בכמות הקליניקות הפרטיות עם החלת השר"פ.

משרד הבריאות

משרד הבריאות משמש כמבטח, רגולטור והבעלים של בתי החולים הציבוריים. עם התרת השר"פ, המשרד ייהנה מגידול מסויים, אם כי מוגבל בהיקפו, בהכנסות וברווחיות של בתי החולים הממשלתיים. מכיוון שגידול זה ינבע בעיקרו ממקורות מימון פרטיים ושהתקצוב המועבר לקופות החולים לא צפוי להשתנות (למעט עליה אפשרית בטווח הארוך במדד יוקר הבריאות), המשרד לא ייפגע במסגרת היותו מבטח.

כניסת השר"פ, תגביר את הצורך ברגולציה על בתי החולים, כחלק מהמאמצים לשמר את השיויון והיציבות של מערכת הבריאות. עובדה זו, תגביר את המתח בין שני התפקידים שממלא כיום משרד הבריאות, ותגביר את הלחץ לביצוע שינוי מבני מהותי במשרד הבריאות.