

בריאות

קיצור תורים לניתוחים ברפואה הציבורית והגברת התחרות בחלוקת רישיונות

על מנת לקצר את התורים לשירותי הבריאות הניתנים על ידי קופות החולים במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (להלן – חוק ביטוח בריאות ממלכתי), להגביר את התחרותיות בחלוקת משאבי המדינה, ולייעל את ניצול המשאבים כך שיוביל לשיפור מערכת הבריאות הציבורית

מחליטים:

1. לתקן את סעיף 24א לפקודת בריאות העם, 1940 כך ש:
 1. תנאי למתן אישור הקמה למרפאה כירורגית, או לחדר ניתוח בבית חולים שאינו בית חולים ציבורי כללי; יהיה הליך מכרזי בו ייקבע כתנאי סף שיעור מינימאלי של פעילות במימון ציבורי מתוך סך הפעילות שתבוצע במרפאה הכירורגית או בחדר הניתוח כאמור, בגובה 60%. הבחירה בזוכה לקבלת אישור ההקמה, לאחר עמידה בתנאי הסף, תהיה על בסיס אמות המידה הבאות:
 - (1) אחוז ההנחה מתעריפון משרד הבריאות שמתחייב הספק לתת לקופות החולים עבור רכש שירותי בריאות במימון ציבורי (טופס 17).
 - (2) אחוז הפעילות במימון ציבורי, מעבר לשיעור המינימאלי שנקבע, שאותו מתחייב הספק לבצע.
 2. אישור הקמה לחדר ניתוח במרפאה כירורגית או בבית חולים שאינו בית חולים ציבורי כללי יותנה בהליך היועצות של משרדי הבריאות והאוצר עם בתי החולים הציבוריים במחוז הרלוונטי, שבו יפורטו ההשלכות של פתיחת חדר הניתוח או המרפאה על פעילות בית החולים הציבורי ותקציבו. ככל שישתבר כי קיימת פגיעה תקציבית בבית החולים הציבורי בעקבות אישור ההקמה האמור, יידרש אישור שר האוצר לאישור ההקמה האמור.

שר האוצר יקבע בתקנות כללים ליישום החלטה זו זה עד ליום 1.12.20

2. לתקן את תוספת ד' לפקודת בריאות העם כך שתכלול את כלל המכשירים המופיעים בתוספת לתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד-1994.

לעניין החלטה זו –

"רכש שירותי בריאות במימון ציבורי" – רכש פעילות רפואית המנויה בתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, וממומנת ע"י סל הבריאות הציבורי (טופס 17).

"בית חולים ציבורי כללי" – כל אחד מאלה:

- (1) בית חולים ממשלתי כללי, לרבות תאגיד בריאות הפועל במסגרתו (בסימן זה – בית חולים ממשלתי כללי);
 - (2) בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים (בסימן זה – בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים);
 - (3) בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית, לרבות תאגיד בריאות הפועל במסגרתו (בסימן זה – בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית);
 - (4) בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כהגדרתו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה;
 - (5) בית חולים כללי שאינו בית חולים כאמור בפסקאות (1) עד (4), שבתעודת רישומו לפי פקודת בריאות העם, 1940, כלולות עמדות לרפואה דחופה (מיון);
- "אישור הקמה" – אישור הקמה כהגדרתו בסעיף 24א לפקודת בריאות העם, 1940;
- "מרפאה כירורגית" – מרפאה כהגדרתה בסעיף 34(ג), הטעונה רישום בהתאם להוראות לפי סעיף 34(א)(2), ואשר מבוצעות בה פעולות כירורגיות;

"תעריפון משרד הבריאות" – מחירון לשירותים רפואיים ומנהליים, הכולל תעריפים אמבולטוריים, פעולות דיפרנציאליות ותעריפי אשפוז שונים לצורך התחשבות במערכת הבריאות בישראל התעריפון כולל קוד שירות, שם שירות ותעריף השירות.

משרד הבריאות מופקד על מתן רישיונות להפעלת חדרי ניתוח, מרפאות כירורגיות, ומכשירים רפואיים מיוחדים. במהלך השנים האחרונות אושרו 26 מרפאות כירורגיות פרטיות או חדרי ניתוח בבתי חולים פרטיים חדשים על ידי משרד הבריאות, המהווים גידול של עשרות אחוזים בסך המרפאות הכירורגיות הפרטיות בישראל.

תקנות בריאות העם (אמות מידה לאישור הקמה למרפאות) מגדירות את אמות המידה למתן אישור הקמת מרפאה כירורגית:

1. התועלת לבריאות הציבור מהוספת המרפאה, עמדות הניתוח או השירותים הרפואיים שיינתנו במרפאה
2. השפעת הקמת המרפאה על שירותי הרפואה הציבוריים בישראל
3. צפי השימוש בשירותי המרפאה לצורכי מערכת הבריאות הציבורית והיקפו
4. שיעור עמדות הניתוח או מרפאות מאותו סוג במוסדות רפואיים בישראל אינו עולה על 0.045 עמדות ניתוח לכירורגיה בינונית לאלף נפש באותו המחוז

מכיוון שרישיון הפעלה לחדר ניתוח או מרפאה פרטית וכן רישיון להפעלת מכשיר רפואי מיוחד הינו משאב מוגבל אשר מחולק על ידי המדינה, יש לחלקו באמצעות הליך מכרזי ובהתאם לכללי מנהל תקין של שוויון בהקצאת משאב זה. בהמשך לעקרונות הקבועים בתקנות בריאות העם (אמות מידה לאישור הקמה למרפאות) מוצע כי ההליך המכרזי יעגן כללים ברורים לזכייה ובראשן גובה ההנחה הגבוה ביותר המוצע לקופות החולים עבור אספקת השירותים במימון ציבורי (טופס 17). זאת, לצד יצירת תמריצים כלכליים לאספקת שירותים במימון ציבורי במשאבי מדינה אלו, כך שיביאו לקיצור תורים במימון ציבורי.

כמו כן, לאור הפגיעה הפוטנציאלית שנגרמת בהקמת מרפאות פרטיות וחדרי ניתוח פרטיים לשירותי הרפואה הציבוריים בישראל, ובפרט- לבתי החולים הציבוריים, מוצע כי בטרם יינתן אישור הקמה למרפאה פרטית או חדר ניתוח פרטי, ייערך שימוע לבתי החולים הציבוריים במחוז הרלוונטי, שבו תפורט ההשלכה התקציבית של פתיחת חדר הניתוח או המרפאה על תקציב בית החולים הציבורי, ושיפויים בגין פגיעה זו, ככל וישנה, תוך הצגת מקור תקציבי מתאים על ידי משרד הבריאות ואישורו על ידי שר האוצר.

השפעת ההצעה על מצבת כוח האדם
אין

החלטות קודמות של הממשלה בנושא
החלטה מס' 2066 מיום 7 באוקטובר 2014
החלטה מס' 337 מיום 5 לאוגוסט 2015
החלטה 3430 מיום 1 לינואר 2018

עמדת היועץ המשפטי של המשרד יוזם ההצעה
עמדת היועץ המשפטי של משרד האוצר תצורף במסגרת חוות הדעת לממשלה לתכנית הכלכלית לשנת 2020.

הרחבת סל שירותי הבריאות וחיזוק האיתנות הפיננסית של קופות החולים

מחליטים

על מנת לחזק את מערך שירותי הבריאות הציבוריים בקהילה בישראל; לשפר ולקדם את האסדרה על מערך הקהילה, לרבות בהיבטים הפיננסיים והתפעוליים; וכן להביא להתייעלות בהוצאות שונות במערכת הבריאות, מחליטים:

1. על מנת להקנות וודאות פיננסית אשר תאפשר תכנון ארוך טווח מיטבי לקופות החולים (להלן-"הקופות") להגדיל את עלות סל שירותי הבריאות ב-X ש"ח.

2. לשם הגברת האחריות במערכת הבריאות לבצע את השינויים הבאים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (להלן – "החוק"):
1. לתקן את סעיף 37 לחוק כך שקופה אשר לא עמדה בחובתה לאיזון תקציבי בשנה מסוימת, לא תהיה רשאית להוציא בשנה העוקבת כל סכום על פרסום, שיווק וקידום מכירות אלא אם קיבלה לכך אישור בכתב משרי הבריאות והאוצר.
 2. לתקן את סעיף 32 לחוק כך שקופה אשר לא הגישה תקציב פיתוח לאישור שר הבריאות ושר האוצר או חרזה מתקציב הפיתוח המאושר, או לא עמדה בחובתה לאיזון תקציבי בשנה מסוימת, לא תהיה רשאית להוציא כספים למטרות פיתוח בשנה העוקבת אלא אם קיבלה לכך אישור בכתב משרי הבריאות והאוצר.
 3. לתקן את סעיף 37א כך שבמקרה בו לקופה יהיה גרעון בפועל של 2% בשנה מסוימת וגרעון מתוכנן לשנה העוקבת של לפחות 2% או גרעון של 2% במשך שתי שנות תקציב רצופות ימונה לקופת החולים חשב מלווה. שר הבריאות ושר האוצר יוכלו שלא למנות חשב מלווה לקופת חולים כאמור לאחר ששמעו את טענות הקופה וקיבלו החלטה שהליקויים שהובילו את הקופה לחריגה מהאיזון התקציבי תוקנו.
 4. לתקן את סעיף 37ה כך שהיועץ המשפטי לממשלה יהיה רשאי להגיש תביעה בשם קופת החולים חבר דירקטוריון או נושא משרה בקופת חולים בשל נזק שנגרם לקופה ממעשה או ממחדל בניגוד לחובותיו כלפיה על פי דין גם לבקשת שר האוצר.
 3. לקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שחוזרים, תקנות והוראות של משרד הבריאות הכרוכות בעלות תקציבית לקופות החולים לא יותקנו או יפורסמו אלא אם ההוצאה תוקצבה בתקציב קופת החולים או אם הצביע משרד הבריאות על פעולה מאזנת בתקציב קופת החולים. קביעת העלות התקציבית תקבע על פי הערכת שר האוצר או מי שהוא הסמיך לכך.
 4. לקבוע כי קופה שזקוקה לתמיכה תקציבית שוטפת נוספת מעבר למבחני תמיכה בפעילות ייעודית – תיגש למבחן קופות חולים במצוקה. עקרונות המבחן יגובשו על ידי הממונה על התקציבים באוצר, החשב הכללי באוצר ומנכ"ל משרד הבריאות.
 5. לסווג את ההוצאות בגין פעילות מוקדי השיווק של הקופות כהוצאות שיווק במסגרת מגבלת תקציב השיווק השנתי של הקופה. לאור העובדה שעמידה במגבלה זו תפחית את הוצאות הפרסום והשיווק של הקופות ב-100 מיליוני ש"ח בשנה, תופחת עלות זו מסל שירותי הבריאות ותוקצה לטובת שיפור השירות למבוטחים.
 6. להורות לשר הבריאות להגדיר בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פרסום, שיווק וקידום מכירות), התשנ"ח-1998, את ההוצאות המותרות תחת סעיף "מידע לחבר" כך שיכללו את הוצאות מסירת מידע למבוטחי הקופה בלבד, בין בדיור ישיר, ובין באמצעות מוקד טלפוני, ובין בכל דרך אחרת שתוגדר על ידי המנהל, וכן הודעה ופרסום לפי תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (שינויים בתכנית התשלומים והשירותים של קופה).
 7. להורות לשר הבריאות להתקין עד ליום 31 בדצמבר 2020 תקנות המגבילות את הוצאות קופת החולים בגין מסירת מידע לחבר ל-Y מיליון ש"ח לקופה בתוספת חלקה הקפיטציוני מתוך סך של X מיליון ש"ח.
 8. להקים צוות בין משרדי בהשתתפות הממונה על התקציבים באוצר, החשב הכללי באוצר, הכלכלנית הראשית במשרד האוצר ומנכ"ל משרד הבריאות או מי מטעמם שיבחן את מצב התחרות בענף וימליץ לשרי הבריאות והאוצר על הצעדים הנדרשים להגברת התחרות תוך יצירת מבנה ענפי יציב. במסגרת עבודת הצוות, ישמע הצוות את עמדותיהם של קופות החולים, בתי החולים, ארגוני חולים, אנשי אקדמיה, וגורמים רלוונטיים נוספים. הצוות יגיש את המלצותיו לשרי הבריאות והאוצר בתוך 100 ימים.
 9. כלל השינויים בהחלטה זו יהיו בכפוף לאישור תקציב המדינה והתכנית הכלכלית לשנת 2020 ובפרט אישור עדכון נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי באופן פרטני. סעיף 1 ייכנס לתוקף לאחר אישור תיקוני החקיקה המוצעים בסעיף 2 בהחלטה זו.

לעניין החלטה זו –

"איזון תקציבי" – הוצאות קופת החולים בתקציב הרגיל בכל שנה לא יעלו על הכנסותיה; לעניין זה "תקציב רגיל" – לרבות חזרי קרן וריבית על הלוואות וסכומים אותם מקבלת הקופה כתמיכה מהמדינה;
 "תקציב רגיל" – כפי שמוגדר בתוספת הראשונה לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים), תשס"ו-2006
 "השרים" – שר הבריאות ושר האוצר;
 "קופת חולים" – כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי;

דברי הסבר

רקע כללי

מערכת הבריאות הישראלית מורכבת מארבעה מבטחים ציבוריים (קופות החולים) האחראיות על אספקת שירותי בריאות לכלל אזרחי המדינה. מקורות סל הבריאות אשר עומדים על כ-56 מיליארד שקלים בשנת 2020 מחולקים לקופות החולים על בסיס נוסחת החלוקה (נוסחת הקפיטציה). בשנים האחרונות חתמו קופות החולים עם הממשלה על הסכמי ייצוב במסגרתם הועברו מיליארדי שקלים לטובת כיסוי גירעונותיהן. כספים אלו המועברים לקופות בדיעבד מייצרים חוסר ודאות תקציבית ומקשים על היכולת לתכנן לטווח ארוך.

לסעיף 1:

להגדיל את תקציב סל הבריאות ב-X ש"ח על ידי הטמעת כספי התמיכות לקופות החולים.

לסעיף 2:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כיום מגבלות על קופות אשר אינן עומדות בתקציבן. מוצע לתקן את המגבלות הקיימות כך ש:

לעניין סעיף 2 א' – הוצאה גבוהה על פרסום ושיווק אשר רצוי להימנע ממנה בעתות של משבר פיננסי בהן כלל משאביה הכלכליים של הקופה ראוי שיודגשו לאספקת השירותים למבוטחים אליהם מחויבת הקופה מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לכן, מוצע כי קופה אשר חרגה מתקציבה תוגבל בהוצאות שלה לפרסום ושיווק.

לעניין סעיף 2 ב' – הוצאות הפיתוח של הקופה נועדו לאפשר לקופה לבנות מרפאות חדשות באזורים חדשים על מנת לגייס מבוטחים. עם זאת, קופה אשר מצויה במצב של אי-יציבות פיננסית, וכך גם הוצאה גבוהה על פיתוח אשר רצוי להימנע ממנה בעתות של משבר פיננסי בהן כלל משאביה הכלכליים של הקופה ראוי שיודגשו לאספקת השירותים למבוטחים אליהם מחויבת הקופה מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

לעניין סעיף 2 ג' – קופות החולים הן גופים ציבוריים המתוקצבים כמעט רק מכספי משלם המיסים, ואשר מבטחים את כל תושבי מדינת ישראל ומספקים להם שירותי בריאות באיכות גבוהה. במצב הנוכחי, קיימים בידי המדינה מעט כלים אשר מבטיחים את הניהול האחראי של קופות החולים האחראיות על הוצאת יותר מ-56 מיליארדי ש"ח בשנה של כספי משלם המיסים. ניהול לא אחראי של קופות החולים יכול להוביל להוצאה לא יעילה של כספי משלם המיסים, לחריגה מהתקציב שהוגדר להן על ידי הממשלה והכנסת, לפגיעה ביציבותן הפיננסית ובסופו של דבר לפגיעה בשירות המסופק למבוטחים. לכן, מוצע לשנות את סעיף 37 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי כך שקופה שחרגה מתקציבה בשיעור העולה על מעל 2% ימונה לה חשב מלווה.

לעניין סעיף 2 ד' – מכיוון שקופות החולים הן גופים ציבוריים המתוקצבים ישירות מתקציב המדינה, מוצע לשנות את סעיף 37 לחוק כך שלשר האוצר תהיה אפשרות לבקש מהיועץ המשפטי לממשלה לתבוע נושא משרה בקופות החולים.

לסעיף 3:

תקציבי קופות החולים נקבעים בתחילת שנה על בסיס גובה סל הבריאות ותמיכות המדינה לאותה השנה. חוזרי משרד הבריאות הכרוכים בעלות תקציבית מאלצים את קופות החולים להגדיל את הגירעון/לקצץ בשירותים אותן מחויבות קופות החולים לספק למבוטחיה מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לפיכך, מוצע כי במידה ומשרד הבריאות מוציא חוזר הכרוך בעלות תקציבית עליו להצביע על מקור לכך.

לסעיף 4:

על מנת לייצר ודאות פיננסית לקופת חולים אשר אינה עומדת בתקציבה מוצע לתמוך בה באמצעות תמיכה לקופת חולים במצוקה. התמיכה תגדיר את התנאים בהם יועבר תקציב תמיכה נוסף מעבר למקורות סל הבריאות לקופת החולים.

לסעיפים 5 ו-7:

לצד היתרונות הרבים בתחרות בין קופות החולים, בשנים האחרונות עלו הוצאות השיווק של קופות החולים בעשרות מיליוני ש"ח. קופות החולים הציבו לעצמן כיעד מרכזי את היקפי הגידול במספרי המבוטחים – כאשר זו נתפסת כמדד היחיד להצלחה. על מנת להגדיל את נתח השוק, מתחרות קופות החולים על אותם גורמי הייצור. תחרות זו, מביאה לגידול משמעותי בעלויות המערכת ללא כל שיפור ברמת השירות והזמינות לאזרח.

ביום ה-10 במרץ 2020 יצאה הנחייה של האגף לפיקוח על קופות חולים בו נאמר כי " הוצאות בגין פעילות מוקדי השיווק הכוללת יצירת קשר וביצוע שיחות יזומות עם מבוטחי קופות אחרות תיכללנה במסגרת מגבלת תקציב השיווק השנתי של הקופה" ההנחיה האמורה מקטינה את הוצאות השיווק של קופות החולים ב-100 מיליוני ש"ח, ולפיכך מוצע להפחית אותן מעלות סל הבריאות ולהקצות אותם מחדש לטובת שיפור השירות למבוטחים.

הוצאות קופות החולים בגין מסירת מידע למבוטחי קופות החולים אינן מוגדרות בחוק ובתקנות הפרסום, שיווק וקידום מכירות ומאפשרות לקופות החולים לסווג הוצאות פרסום ושיווק כהוצאות "מידע לחבר" ולפיכך מוצע לקבוע מגבלת הוצאה להוצאות אלו.

לסעיף 8:

התחרות בין קופות החולים הינה בכיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מבוטח יכול אחת לתקופה לעבור קופה אם אינו מרוצה מהשירות שהוא מקבל בקופה הנוכחית שלו, הקופה הקולטת חייבת לקבלו ללא כל תנאים ועם שימור מלא של זכויותיו. לאורך השנים תחרות זו הובילה לתוצאות מרשימות של שיפור השירות והאיכות הרפואית של קופות החולים. בשנים האחרונות כ- 2% מאזרחי המדינה מחליפים את קופת החולים בכל שנה. כאשר שתי קופות החולים הקטנות (מאוחדת ולאומית) מאבדות מבוטחים רבים לטובת קופת חולים מכבי ומתקשות להיות מתחרה לקופות החולים הגדולות (כללית ומכבי). מוצע, להקים שזוות שייבחן את רמת התחרות בין ארבעת קופות החולים וימליץ על דרכים לשפר את התחרותיות בענף תוך כדי שיפור השירות הרפואי שניתן למבוטחי קופות החולים.

השפעת ההצעה על מצבת כוח האדם
אין

החלטות קודמות של הממשלה בנושא
אין

עמדת היועץ המשפטי של המשרד יוזם ההצעה

עמדת היועץ המשפטי של משרד האוצר תצורף במסגרת חוות הדעת לממשלה לתכנית הכלכלית לשנת 2020.

הגדלת כוח האדם הרפואי וניצול מיטבי של משאבי ההכשרה במערכת הבריאות

מחליטים

במטרה לחזק את מערך שירותי הבריאות הציבוריים בישראל ולהגדיל את מספרם של עובדי הרפואה במערכת הבריאות המוכשרים מדי שנה, להקים ועדה בין-משרדית בהשתתפות מנכ"ל משרד הבריאות, הממונה על התקציבים, הממונה על השכר במשרד האוצר ויו"ר הות"ת או נציגים מטעמם. הוועדה תגבש בתוך 120 יום מהקמתה תכנית מפורטת לביצוע רפורמה מקיפה בהכשרה ופיתוח של ההון האנושי במערכת הבריאות בישראל. התכנית תכלול המלצות לממשלה בנושאים הבאים:

1. גיבוש דרכי פעולה להגדלת וייעול מספר השדות הקליניים הזמינים להכשרת סטודנטים לרפואה בישראל, במספר אופנים מרכזיים:

1. בהמשך להמלצות ועדות קודמות בנושא וכחלק מההשקפה לפיה השדות הקליניים ללימוד רפואה הם משאב לאומי שיש ליעדו להכשרת סטודנטים ישראלים לרפואה הלומדים באוניברסיטאות ישראליות בלבד, הוועדה תגבש מתווה לסגירת תכניות לימוד של סטודנטים זרים לרפואה בישראל ותכניות לימוד של סטודנטים ישראלים הלומדים באוניברסיטאות זרות בישראל;
 2. בהמשך למסקנות דו"ח מרום-הלפרין, הוועדה תגבש מתווה לפיתוח מודלים עדכניים להוראה קלינית אשר יאפשרו הגדלה של מספר הסטודנטים לרפואה בישראל.
 3. הוועדה תגבש מתווה ליישום מסקנות דו"ח גלזר-ישראלי שעניינן הסדרת הסינוף בין האוניברסיטאות ובתי החולים, כך שיקבעו כללים אחידים לתגמול שמשלמות האוניברסיטאות לבתי החולים בעבור שירותי הלימוד שהם מעניקים לאוניברסיטאות בעבור הוראה פרה-קלינית ובעבור שדות קליניים. מתווה זה יתייחס לתגמול עבור הוראה קלינית, הוראה פרה-קלינית, ול"השכרת" שדות קליניים בין אוניברסיטאות לצורך ניצול מקסימלי של פוטנציאל לימודי הרפואה בישראל.
2. גיבוש מתווה להעברת האחריות על התמחויות ברפואה מההסתדרות הרפואית בישראל לידי משרד הבריאות או גוף עצמאי, כפי שתקבע הוועדה. בכלל זאת תועבר האחריות על קביעת סטנדרטים להתמחות, פתיחת תקני התמחות, הסמכת ובחינות רישוי למתמחים וכל היוצא בכך.

3. גיבוש מתווה לייעול ולניהול דרך קבלתם של רופאים להתמחות במטרה להוביל להשתבצות של מתמחים בהתמחויות בהן קיים החוסר המשמעותי ביותר בראייה כוללת של המערכת. זאת, על בסיס מיפוי תקני ההתמחויות הקיימים כיום במערכת תוך התייחסות למסקנות ועדת גמזו (2019) שהמליצה להוסיף תחומי התמחות בקהילה.
4. גיבוש מתווה לחלוקת סמכויות רפואיות בין גורמי המקצוע הרפואיים השונים על מנת לייעל את תהליכי העבודה במערכת הבריאות.
5. בהמשך להמלצות ועדות אמוראי (2002), בן-נון (2007) וחורב (2010), ובמטרה לשמור על רמת שירותי רפואה גבוהה בישראל, הוועדה תגבש מתווה להחלת חובת רישוי חוזר (רי-סרטיפיקציה) על בעלי רישיונות מקצועות הרפואה, ובכללם רופאים ואחיות.

לצורך ביצוע תפקידי הוועדה, ובכפוף לכל דין, משרד הבריאות יעביר לחברי הוועדה ולצוותי המשנה שתקים (ככל שתקים) את המידע הקיים אצלו ודרוש לוועדה על מנת לגבש את המלצותיה, בהתאם לדרישתה. לרשום את הודעת ות"ת כי תעביר לחברי הוועדה ולצוותי המשנה שתקים (ככל שתקים) את המידע הקיים אצלה והדרוש לוועדה על מנת לגבש את המלצותיה, בכפוף לכל דין.

לעניין החלטה זו –

- "שדות קליניים" – סבבי הלימוד הקליניים המועברים כחלק משנים ד'-ו' במהלך לימודי הרפואה;
- "הוראה קלינית" – לימוד שדות קליניים בבתי החולים;
- "הוראה פרה-קלינית" – שיעורי הוראה המועברים בבתי החולים (?) כחלק משנים א'-ג' במהלך לימודי הרפואה;
- "סינף" – הסדרים בין אוניברסיטאות לבתי חולים להכשרת סטודנטים לרפואה על ידי בתי החולים;

דברי הסבר

רקע כללי, נתונים כלכליים והשפעה על משק המדינה

כוח האדם הרפואי בישראל מוגבל, ובמקומות מסוימים אף נמצא במחסור. מאחר והכשרת כוח אדם רפואי איכותי אורכת זמן רב, ולעיתים אף יותר מעשור, יש לתכנן את הכשרתו בראייה ארוכת טווח, על מנת למנוע מחסור כוח אדם חמור בעתיד שיפגע באיכות הטיפול הרפואי לו זוכים תושבי ישראל.

כיום, מספר הרופאים בישראל נמוך מעט מן הממוצע בקרב מדינות ה-OECD, ועומד על כ-3.1 רופאים לאלף נפש, לעומת ממוצע של 3.4 ב-OECD. בעבר, ישראל התאפיינה במספר רופאים גבוה ממוצע ה-OECD, בין היתר בזכות רופאים שעלו ארצה בגל העלייה מברית המועצות לשעבר. בעולם, מספר הרופאים לאלף נפש בעולם נמצא בעלייה בעקבות ההתקדמות הטכנולוגית והזדקנות האוכלוסייה, המובילים לביקוש גדול יותר לרופאים, ולרופאים בעלי התמחויות ממוקדות בפרט. מנגד, בישראל ישנו חשש למחסור ברופאים בטווח הארוך, מאחר והגיל הממוצע של רופאים בישראל הינו מהגבוהים בעולם, ובשנים הקרובות צפויה פרישה משמעותית של מאות רופאים עולי ברית המועצות המתקרבים לגיל הפנסיה.

נוסף על כך, אוכלוסיית הרופאים בישראל מתאפיינת בשיעור חריג של רופאים שלמדו מחוץ למדינה ביחס לעולם, העומד על כ-58% נכון לשנת 2017. רמת הכשרתם של חלק מהסטודנטים לרפואה הלומדים בחו"ל ירודה, ורבים מהם לא עוברים את מבחני הרישוי לרפואה בישראל. על מנת להתמודד עם התופעה ולהעלות את רמת ההכשרה של רופאים בישראל קבע משרד הבריאות את רפורמת "יציב" אשר הביאה לפסילה של בתי ספר לרפואה ברמה ירודה. לרפורמה זו צפויות להיות השפעות חיוביות על רמת הרופאים המועסקים במערכת, אך היא גם מביאה לירידה במספר הרופאים הנכנסים למערכת בכל שנה. לפיכך, ולצד הוצאתה לפועל של הרפורמה, יש צורך בביצוע צעדים למען הכשרת מספר רב יותר של סטודנטים בישראל. הכשרת סטודנטים לרפואה בישראל תסייע בהבטחת רמת לימודים נאותה שתעלה את איכות הרופאים בארץ.

על פי ממצאי ועדות הלוי (2007), בן-נון (2007), חורב (2010), אנדרון (2012) ודו"ח מרום-הלפרין (2018), החסם האפקטיבי להגדלת מספר לומדי הרפואה בישראל הוא המחסור ב"שדות קליניים" - סבבי הלימוד הקליניים המועברים בבתי החולים כחלק משנים ד'-ו' במהלך לימודי הרפואה. הגדלת מספר השדות הקליניים תגדיל משמעותית את פוטנציאל ההכשרה של רופאים בישראל יגדל משמעותית. מוצע להטיל על הוועדה הבין משרדית שתקום לגבש מספר מתווים שיביאו להגדלת מספר השדות הקליניים במסגרתם יוכשרו סטודנטים לרפואה בישראל.

לסעיף 1:

בישראל לומדים כל שנה כ-490 סטודנטים זרים לרפואה (לעומת כ-3,000 סטודנטים ישראלים), אשר עושים שימוש בשדות קליניים כחלק מהכשרתם, אך לא נשארים לעבוד כרופאים בישראל עם תום לימודיהם. לאור זאת מוצע בסעיף 1.א. כי הוועדה תגבש מתווה לסגירת תכניות ההכשרה לסטודנטים זרים צפויה להביא לפינוי השדות הקליניים, באופן שיאפשר הגדלה של מספר הסטודנטים הישראלים לרפואה.

במסגרת דו"ח מרום-הלפרין (2018), נבחנו אפשרויות להגדלת מספר השדות הקליניים על ידי אימוץ מודלי הוראה חדשים, ובכללם הוראה באמצעות סימולטור והוראה בקהילה. לאור זאת מוצע בסעיף 1.ב. כי הוועדה תציע מתווה ליישום הגדלת מספר השדות הקליניים בדרכים הללו.

כיום קיימת חוסר אחידות בין אוניברסיטאות בארץ ביחס למספר השדות הקליניים הזמינים לצרכי הכשרת סטודנטים ובנצילותם. בעוד שלרשות סטודנטים באוניברסיטאות מסוימות עומדים שדות קליניים רבים הזמינים להכשרתם, באוניברסיטאות אחרות ישנה מצוקה ממשית בשדות אלו. אסדרת הנושא עשויה להוביל לגידול במספר השדות הקליניים וכתוצאה מכך לגידול במספר הסטודנטים הישראלים לרפואה המוכשרים מדי שנה. לאור זאת מוצע בסעיף 1.ג. כי הוועדה תגבש מתווה ליישום הסדרת הסינוף בין בתי חולים ואוניברסיטאות על פי רוח דו"ח גלזר-ישראלי.

לסעיפים 2 ו-3 :

כיום ישנו מחסור ברופאים המתמחים במספר התמחויות ספציפיות, ובהן גריאטריה ופסיכיאטריה, וברופאים ומתמחים באזורי הפריפריה. בהעדר גורם אחד החשוף לתמונת הצרכים הכוללת ברופאים מומחים בכל התמחות, לא ניתן לתכנן את חלוקת ההתמחויות באופן שיענה על כלל הצרכים בצורה המיטבית. בנוסף, מיעוט מלימודי ההתמחות מתבצעים בקהילה, בעוד שמרבית המומחים עובדים בה לאחר ההתמחות. הרחבת ההתמחויות בקהילה עשויה להגדיל את מספר ההתמחויות הזמין ולאפשר הכשרה נכונה יותר בעבור רופאים אשר ימשיכו לעבוד בה עם תום ההתמחות. לאור זאת מוצע בסעיפים 2. ו-3. כי הוועדה תגבש מתווה להעברת האחריות על ההתמחויות לידי גוף שיוקם במשרד הבריאות או באופן עצמאי ככל שתראה הוועדה לנכון, אשר ינהל באופן מרוכז את תמונת ההתמחויות, הקריטריונים לקיום ההתמחויות, וכן אופן ההקצאה של מתמחים להתמחויות השונות.

לסעיפים 4 ו-5 :

הגעה להסכמה על שינוי חלוקת הסמכויות בן הרופאים, האחיות וכוח העזר הרפואי עשויה להוביל לייעול העבודה וזירוז תהליכים הן במערך האשפוז והן בקהילה. לאור זאת מוצע כי הוועדה תמליץ על מתווה לחלוקה מחודשת של סמכויות רפואיות באופן שייצל את העבודה הרפואית בצורה המיטבית.

פתרון נוסף שיאפשר ניהול יעיל יותר של כוח האדם הרפואי בישראל הוא הכנסת תהליך רישוי מחדש של כוח האדם במערכת. כיום המעקב אחרי כמויות כוח האדם במערכת לקוי, ומתבסס ברובו על הרישוי הראשוני של כוח האדם, ואינו משקף תמונת מצב עדכנית. לאור זאת מוצע כי הוועדה תגבש מתווה להחלת חובת רישום מחדש במקצועות רפואיים.

השפעת ההצעה על מצבת כוח האדם
אין

החלטות קודמות של הממשלה בנושא
אין

עמדת היועץ המשפטי של המשרד יוזם ההצעה

עמדת היועץ המשפטי של משרד האוצר תצורף במסגרת חוות הדעת לממשלה לתכנית הכלכלית לשנת 2020.

הסדרת כללי ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים לשנים 2020 עד 2024

מחליטים

להאריך עד סוף שנת 2020 את הוראת השעה שבפרק ו' לחוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנות התקציב 2017 ו-2018), תשע"ז-2016 (להלן חוק ההתחשבות לשנים 2017-2019) שעניינו שיטת ההתחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים (להלן - בתי החולים), בשינויים הבאים:

1. לתקן את סעיף 55 לחוק ההתחשבות לשנים 2017-2019 כך שיקבע כי תקרת הצריכה ברוטו בשנת 2020 תהיה תקרת הצריכה ברוטו בשנת 2019, בתוספת שיעור העדכון לשנת 2020 והתוספת הריאלית, ובתוספת סכום קידום נוסף בסך 105 מיליון ש"ח שיחולק על ידי שרי האוצר והבריאות בין תקרות הצריכה של קופות החולים בבתי החולים הציבוריים.
2. לקבוע כי סכום התשלום המזערי שתשלם כל קופת חולים לכל בית חולים ציבורי כללי, בשנת 2020, יהיה $X\%$ מסך העלויות של שירותי הבריאות שצרכה קופת חולים בבית חולים ציבורי כללי בשנת 2018 לרבות שירותי הבריאות המנויים בסעיף 71 (א) ולמעט שירות הבריאות המנוי בסעיף 71(א)(7) בתוספת קידום מחירים קידום של $X\%$ או הסכום האמור בסעיף 55 לחוק ההתחשבות לשנים 2017-2019 בתוספת המפורטת בסעיף 1 להחלטה זו, הגבוה מביניהם.
3. לקבוע כי סכום התשלום המקסימאלי שתשלם כל קופת חולים לכל בית חולים ציבורי כללי, בשנת 2020, יהיה $X\%$ מסך העלויות של שירותי הבריאות שצרכה קופת חולים בבית חולים ציבורי כללי בשנת 2018 לרבות שירותי הבריאות המנויים בסעיף 71 (א) ולמעט שירות הבריאות המנוי בסעיף 71(א)(7) בתוספת קידום של $X\%$ או הסכום האמור בסעיף 55 לחוק ההתחשבות לשנים 2017-2019 בתוספת המפורטת בסעיף 1 להחלטה זו, הנמוך מביניהם.
4. לקבוע כי בבתי חולים ממשלתיים שלצדם פועל תאגיד בריאות, תשלומי קופות החולים לפי סעיף 2, שהינם מעבר לתשלומי קופות החולים לפי סעיף 1 אשר משולמים בעד פעילות רפואית שביצע תאגיד הבריאות, ישולמו לבית החולים עצמו ולא יועברו לתאגיד הבריאות מבית החולים.
5. לקבוע כי על אף האמור בסעיף 4, שרי האוצר והבריאות, בהסכמה, רשאים לאשר העברת סכומים מבית החולים לתאגיד הבריאות מתוך תשלומי קופות החולים לפי סעיף 2, שהינם מעבר לתשלומי קופות החולים לפי סעיף 1 אשר משולמים בעד פעילות רפואית שביצע תאגיד הבריאות לאחר ששמעו את טענות בית החולים והתאגיד בעניין.

לקבוע הוראת שעה חדשה שעניינה שיטת ההתחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים הכלליים (להלן - בתי החולים) לשנים 2021 עד סוף שנת 2024 תוך אימוץ חלק מההוראות הקבועות בחוק ההתחשבות לשנים 2017-2019), ותוך הטמעת השינויים הבאים כמפורט להלן:

תקרות ורצפות צריכה

6. לקבוע תקרת צריכה פרטנית ברוטו, במחיר מלא בניכוי הנחת מחזור והנחות תעריף שניתנו בעבור אותו שירות בשנים 2017 עד 2019 (להלן - תקרה ברוטו), לכל קופה בכל בית חולים, למעט אסותא אשדוד, לשנת 2021 שתהיה שווה ל- $X\%$ מהביצוע הממוצע בשנים 2018-2019 (להלן - שנות הבסיס) כאשר הביצוע בשנת 2018 מקודם למחירי שנת 2019 לפי שיעור העדכון של מחיר יום האשפוז כפי שיקבעו השרים בצו הפיקוח על מחירים ומצרכים (העלאת מחירי אשפוז ושירותים אמבולטוריים) (להלן - שיעור העדכון), לשנת 2018. תקרה ברוטו זו תקבע לכל אחד מתחומי השירותים שיפורטו להלן ותקודם לשנת 2021 בשיעור של $X\%$ ובתוספת שיעור העדכון לשנים האמורות.
7. לקבוע תקרה ברוטו לכל קופה בבית החולים אסותא אשדוד לשנת 2021 שתהיה שווה ל- $X\%$ מהביצוע בפועל של כל קופה בבית החולים בשנת 2019. תקרה זו תקבע לכל אחד מתחומי השירותים ותקודם בשיעור של $X\%$, ובתוספת שיעור העדכון לשנים האמורות.
8. לקבוע כי לכל בית חולים יחושב ההפרש בין הביצוע ברוטו בשנת 2016 לתקרת הצריכה בשנת 2017 (להלן - ההפרש בשנת 2017), וכן ההפרש שבין הביצוע ברוטו בשנת 2019 לתקרה בשנת 2019 (להלן - ההפרש בשנת 2019). גידול בשיעור ההפרש בשנת 2019 לשיעור ההפרש בשנת 2017, אשר חורג מהגידול הארצי הממוצע בהפרש זה – יופחת מתקרות הצריכה ברוטו האמורות בסעיף 6.
9. לקבוע כי תקרות הברוטו לשנים 2022-2024 של השירותים הרפואיים השונים יהיו שוות לתקרה הצריכה בשנה הקודמת של אותם שירותים רפואיים כשהן מקודמות בשיעור העדכון שייקבע לשנים אלו, בתוספת הריאליות להלן:

1. שירותים בעלי תעריף פרטני (פעולות דיפרנציאליות) – התוספת הריאלית תהיה בהתאם לגידול באוכלוסייה בפועל בשנה שקדמה לשנה המקודמת בהתאם לנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 2. שירותי אשפוז במחלקות פנימיות – שיעור של X% בשנה.
 3. כל יתר השירותים – שיעור של X% לכל שנה.
10. לקבוע כי התוספות הריאליות לתקרות הברוטו המפורטות בסעיף 9(א) ו-9(ג) יחולקו בין בתי החולים כדלהלן:
1. 50% מסך התוספת הריאלית לאותה שנה תחולק על בסיס תכנית המיטות הרב שנתית המוסכמת על השרים.
 2. 50% מסך התוספת הריאלית לאותה שנה תחולק בין בתי החולים השונים בהתאם לגידול הנפשות המתוקננות של המחוז בו נמצא בית החולים על בסיס נתוני השנה המעודכנת ביותר הקיימת בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
11. לקבוע כי התוספות הריאליות לתקרות הצריכה האמורות בסעיף 9(ב) תחולקו בין בתי החולים על בסיס תכנית המיטות הרב שנתית המוסכמת על השרים.
12. לקבוע כי במידה והשרים לא יודיעו לבתי החולים ולקופות חולים, עד לתאריך ה-1 בפברואר בכל אחת מהשנים 2022 עד 2024, את גובה תקרת הצריכה לאותה השנה, התוספות הריאליות לתקרות הצריכה האמורות בסעיף 9(א)-(ג) יחולקו באופן רוחבי בהתאם לגידול הנפשות המתוקננות של המחוזות השונים בהם נמצאים בתי החולים על בסיס נתוני השנה המעודכנת ביותר הקיימת בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
13. להסמיך את השרים להורות בצו על תוספת ריאלית לתקרות ברוטו, בהתאמה, לגבי קופת חולים ובית חולים מסוימים, שתהיה שונה מהתוספת הריאלית שנקבעה לפי סעיף 9, ובלבד שסך התוספת הריאלית בתקרות וברצפות לכלל קופות החולים ובתי החולים לא ישתנה בשל מתן ההוראות כאמור.
14. לקבוע כי תקרת הצריכה נטו לכל אחת מקופות החולים בכל בית חולים ציבורי כללי בכל אחת מהשנים 2021 עד 2024, תהיה 78% מתקרת הברוטו לאותה שנה (להלן - תקרה נטו).
15. לקבוע עבור שירותים שאינם שירותי אשפוז במחלקות הפנימיות, רצפה ברוטו לכל קופת חולים בכל בית חולים (להלן - רצפה ברוטו) לשנת 2021 שתהיה שווה ל-94% מהתקרה ברוטו לשנת 2021. רצפה ברוטו זו תקודם בשנים 2022-2024 ב-1%.
16. על אף האמור בסעיף 15, לקבוע כי עבור שירותים שאינם אשפוז במחלקות הפנימיות, הרצפות ברוטו לכל קופה בכל בית חולים לשנים 2023-2024 תהינה כדלקמן:
1. במקרה בו הרכש הממוצע בשנים 2021-2022 של קופת חולים מסוימת בבית חולים מסוים היה בין 92%-94% מהתקרה ברוטו הממוצעת לאותן השנים, אזי הרצפה לשנים 2023-2024 תהיה בשיעור הצריכה הממוצעת בשנים 2021-2022.
 2. במקרה בו הרכש הממוצע בשנים 2021-2022 של קופת חולים מסוימת בבית חולים מסוים היה מתחת ל-92% מהתקרה ברוטו הממוצעת לאותן השנים, אזי הרצפה לשנים 2023-2024 תהיה בשיעור של 92% מתקרת הרכש הקבועה לשנה זו.
 3. במקרה בו הרכש הממוצע בשנים 2021-2022 של קופת חולים מסוימת בבית חולים מסוים היה מעל ל-94% מהתקרה ברוטו הממוצעת לאותן השנים, אזי הרצפה לשנים 2023-2024 תהיה בשיעור של 94% מתקרת הרכש הקבועה לשנה זו.
17. לקבוע עבור שירותי אשפוז במחלקות הפנימיות רצפה ברוטו לכל קופה בכל בית חולים (להלן - רצפה ברוטו במחלקות הפנימיות) לכל אחת מהשנים 2021 עד 2024 שתהיה שווה ל-100% מהתקרה ברוטו לשנים 2021 עד 2024, בהתאמה.
18. לקבוע כי רצפת הצריכה נטו לכל אחת מקופות החולים בכל בית חולים ציבורי כללי בכל אחת מהשנים 2021 עד 2024, תהיה 78% מרצפת הברוטו לאותה שנה (להלן - רצפה נטו).
19. לקבוע כי שר האוצר רשאי לפרסם תקרות ורצפות צריכה משותפות לשני בתי חולים במידה והם תחת אותה בעלות.
20. השרים יפרסמו לכל בית חולים ולכל קופת חולים את השינוי שחל ברצפה שלהם לשנים 2023 ו-2024 עד ליום ה-1 ליולי של שנת 2023.
21. על אף האמור בסעיפים 19-1 לעיל, במידה ועד למועד אישור טיוטת החוק בוועדת שרים מיוחדת שתדון בהצעות החוק שהוגשו יחד עם הצעת חוק התקציב לשנים 2020-2021, הסכימו השרים על שיעורים שונים או על שנות בסיס שונות מהקבוע בסעיפים האמורים, ייקבע בחוק השיעור או שנות הבסיס שהוסכמו.
22. ההסדרים המפורטים בהחלטה זו לעניין תקרות ורצפות הצריכה לא יחולו על שירותי רפואה דחופה (מיון) אלא אם כן קבעו השרים אחרת בצו. ערך שירותי הרפואה הדחופה יופחת מהתקרות והרצפות כאמור. אך בחוק יקבע שלמרות האמור בסעיף 9 לחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים התשנ"ו-1996, קופת חולים לא תשלם עבור שירותי הרפואה הדחופה יותר מ-81.5% ממחירי שירותי הבריאות.

23. השרים רשאים לקבוע, בצו, שירותים נוספים שעליהם לא יחולו ההסדרים המפורטים בהחלטה זו לעניין התקרה ורצפת הצריכה. ערך השירותים הכלולים בצו יופחת מהתקרות והרצפות כאמור, כפי שיקבעו השרים בצו האמור.
24. לקבוע כי השרים רשאים לאשר לבית וחולים וקופת חולים אשר יגיעו להסכמה לרכישת שירותי אשפוז בית, להפחית בצו את רצפת ותקרת הצריכה במחלקות הפנימיות הקבועה בחוק.

כללי תשלום עבור שירותי בריאות

25. לקבוע כי על אף האמור בחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, תשנ"ו, 1996 בכל אחת מהשנים 2021-2024, תשלם קופת חולים בעבור שירותים שרכשה בבית חולים הכלולים בתקרות סכומים כמפורט להלן:

1. במידה וקופת החולים רכשה שירותים עד לרצפת הצריכה ברוטו – את רצפת הנטו באותה שנה.
 2. במידה וקופת החולים רכשה שירותים מעבר לרצפת הצריכה ברוטו – את רצפת הנטו בתוספת לא יותר מ-78% ממחירי השירותים עבור אותם השירותים שנצרכו מעבר לרצפת הצריכה ברוטו ועד לתקרה ברוטו.
 3. במידה וקופת החולים רכשה שירותים מעבר לתקרת הצריכה ברוטו – את רצפת הצריכה נטו בתוספת לא יותר מ-78% ממחירי השירותים עבור אותם השירותים שנצרכו מעבר לרצפת הצריכה ברוטו ועד ל-100% מהתקרה ברוטו; ובתוספת:
 - (1) עבור שירותים בעלי תעריף פרטני (פעולות דיפרנציאליות): מעבר ל-100% מהתקרה ברוטו – לא יותר מ- $X\%$ ממחירי שירותי הבריאות.
 - (2) עבור יתר שירותי הבריאות שאינם אשפוזים במחלקות הפנימיות: מעבר ל-100% מתקרה ברוטו – לא יותר מ- $X\%$ ממחירי שירותי הבריאות.
 - (3) עבור שירותי אשפוז במחלקות הפנימיות לא תשולם תוספת מעבר תקרת הצריכה נטו, למעט המפורט בסעיף 29.
 4. צריכה בשיעורים האמורים לפי סעיף ג' לעיל תהיה רק במידה וקופת החולים צרכה גם מעבר ל-100% מתקרת הברוטו הכוללת בבית החולים וגם מעבר ל-100% מהתקרה הפרטנית לאותו תחום פעילות.
26. לקבוע כי הוראות סעיף 25 יחולו בכפוף לכך שבית החולים הסכים לספק לקופת החולים, באותה שנה, שירותים בהיקף כספי, בזמינות ובתמהיל דומים לאלה שסיפק בשנה שקדמה לה ומתקיימים תנאים נוספים שקבעו השרים לעניין זה, אם קבעו. אף על פי כן, לקבוע כי קופת חולים תחויב לשלם לא יאוחר מ-60 ימים ממועד החיוב את רצפת הצריכה נטו שנקבעה לכל בית חולים, אלא אם כן קיבלה הסכמה מהשרים, או ממי מעובדי משרדם שהשרים יסמיכו לכך, אישור לחרוג מכלל זה.
27. לקבוע כי על אף האמור בסעיף 25(ג), התשלום עבור שירותי אשפוז של מטופל המוגדר כ'מיועד להעברה', כמפורט להלן, יהיה בשיעור של-78% ממחיר יום האשפוז במחלקה פנימית. 'מיועד להעברה' לפי סעיף זה הינו מי שהוחלט לגביו כי ניתן להעבירו מחוץ לבית חולים ציבורי כללי, בהתאם להוראת מינהל ובהתחשב בצורך בשמירת הרצף הטיפולי, וזאת מבלי לגרוע מהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובכלל זה מהוראות סעיף 3(ד) לחוק האמור, ומתקיים בו אחד מאלה:

1. הוא בהנשמה ממושכת ומאושפז בבית חולים ציבורי כללי יותר מ-30 ימים ברציפות;
2. הוא מאושפז בבית חולים ציבורי כללי ומוגדר כחולה סיעודי מורכב או כחולה שיקומי גריאטרי, בהתאם להוראת מינהל;

28. על מנת לשפר את השירות ואת איכות הרפואה במחלקות הפנימיות, להקצות תוספת של $X\%$ בשנים 2021 עד 2024 אשר תחולק בין בתי החולים על פי הכללים להלן:

1. בשנת 2021 הסכום יחולק באופן שוויוני בין כלל המחלקות הפנימיות כפי שמופיעות ברישיון משרד הבריאות, לטובת שיפוץ והצטיידות מחלקות אלו.
2. החל משנת 2022 ועד 2024 הסכום ייתוסף לסל הבריאות ויוקצה דרך העלאת תקרות במחלקות הפנימיות, לתקופה של שנה, בצו שיפורסם ידי משרדי הבריאות והאוצר על בסיס תוצאות מדד איכות ושירות במחלקות הפנימיות (להלן - 'המדד'), בשנה הקודמת לשנת ההקצאה, אשר יורכב מהחלקים הבאים:
 - (1) $X\%$ - עבור הציון במדד המשקלל את משך הזמן להמתנה לשירותי ייעוץ, דימות, רצף הטיפול, שיעור המאושפזים אשר התאשפזו בתנאים נאותים, ועוד.
 - (2) $X\%$ - עבור מדד שביעות רצון המטופלים, כפי שידווח על ידם במועד סגירת התיק.
3. המדד יהיה מורכב כך ש 70% מהציון הסופי יהיה הציון של השנה הנוכחית, ו 30% יהיה על בסיס שיפור הציון ביחס לשנה הקודמת.
4. כלל בתי החולים ידורגו על פי תוצאות המדד. הסכום בסעיף 28 לעיל יחולק בסך מחלקות האשפוז הפנימיות ויוקצה באופן הבא:

- (1) עבור בית חולים שדורג בשליש העליון של המדד - $2X$ מחלקו היחסי

- (2) עבור בית חולים שדורג בשליש האמצעי של המדד- X מחלקו היחסי
- (3) עבור בית חולים שדורג בשליש התחתון של המדד- לא יחולק
5. ציון המדד וסך הסכום המוקצה בו לכל בית חולים יפורסמו על ידי משרדי האוצר והבריאות עד לתאריך ה- 1 בדצמבר בכל שנה. במידה ומשרדי הבריאות והאוצר לא יפרסמו את ציוני המדד עד לתאריך הנקוב בסעיף זה, יועלו התקרות באופן חד פעמי בשנה זו ב-X מיליוני ש"ח באופן רוחבי בין כלל המחלקות הפנימיות.
6. לקבוע כי על אף האמור בסעיפים ב עד ה, משרדי הבריאות והאוצר יהיו רשאים, עד למועד אישור טיוטת החוק בוועדת שרים מיוחדת שתדון בהצעות החוק שהוגשו יחד עם הצעת חוק התקציב לשנים 2020-2021, לקבוע כללים אחרים למדד.
29. לקבוע בחוק כי בתי החולים וקופות החולים יהיו רשאים להתקשר בהסדרי התחשבנות מוסכמים השונים מאלה המפורטים לעיל, בהתאם לכללים הקבועים כיום בסעיף 70 (א) לחוק ההתחשבנות לשנים 2017-2019. בנוסף יקבעו בחוק התנאים הנוספים שלהלן:
1. הזמן המרבי לחתימת הסכם בין קופת חולים לבית חולים והעברתו לשרי הבריאות והאוצר יעמוד על שישה חודשים מיום ההודעה לבתי החולים וקופות החולים על תקרות ורצפות הצריכה לאותה השנה. היה ולא ייחתם הסכם במועד האמור, תערך ההתחשבנות בין בית-החולים וקופת החולים שלא חתמו ביניהם הסכם, באותה השנה בהתאם לכללים האמורים בהחלטה זו. יובהר שניתן יהיה לחתום הסכם לכל תקופת הוראת השעה.
2. ההתחשבנות בגין שירותי אשפוז במחלקות הפנימיות תהיה נפרדת מכל יתר ההתחשבנות שתוסדר בהסכם כאמור.
3. גובה התשלום לבית חולים על ידי כל קופת חולים לא יפחת מרצפת הנטו לאותה קופה באותו בית חולים באותה השנה.

מחירים

30. לפנות לוועדת המחירים הבין משרדית שמונתה לפי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (להלן – חוק הפיקוח ו-ועדת המחירים, בהתאמה) לבחון את מחירי השירותים המפוקחים בתעריפון משרד הבריאות, ואת הצורך בהפחתת המחירים כך שתבטא את עלות הרכש של השירותים הרפואיים בפועל בשנים האחרונות, ולפעול לשנותם, אם תמצא לנכון.
31. לקבוע כי משרדי הבריאות והאוצר יהיו רשאים, עד למועד אישור טיוטת החוק בוועדת שרים מיוחדת שתדון בהצעות החוק שהוגשו יחד עם הצעת חוק התקציב לשנים 2020-2021, לקבוע כללים נפרדים עבור שירותים הנצרכים במסגרת שירותי רפואה פרטית (שר"פ) ולגבי אופן הכללתם ברצפות ותקרות הצריכה כאמור.

תאגידי בתי החולים ממשלתיים

32. לקבוע כי תשלום עבור פעילות תאגיד בריאות הפועל לצד בית חולים ממשלתי, החורגת מגידול של יותר מפי-1.3 משיעור הגידול של בית החולים ביחס לשנה הקודמת, תועבר לבית החולים.
33. לקבוע כי ההכנסות משירותי הבריאות המפורטים להלן יחולקו בין בית החולים לתאגיד הפועל לצידו ביחס זהה ליחס המחזוריים של בית החולים והתאגיד הפועל לצידו:
1. שירותי רדיותרפיה
 2. צנתורים
 3. שירותי דימות
 4. ניתוחי FESS
 5. שירותים אמבולטוריים
34. בהמשך להחלטת ממשלה 1845 מיום 11 באוגוסט 2016, לקבוע כי גידול בפעילות התאגיד ביחס לשנת 2018 השווה לשיעור הגידול בבית החולים ביחס לשנה זו; ההנחה עליו תחולק לפי יחס מחזורי הפעילות. גידול בפעילות התאגיד מעבר לשנת הבסיס שהיא מעל הגידול בפעילות בית החולים תשופה לפי האלפא השולית ההסכמית בפועל בכל קופה.

כללי התחשבות בעד שירותי אשפוז פסיכיאטריים

35. להאריך את הוראות החוק בעניין התחשבות בעד שירותי אשפוז פסיכיאטריים ולתקן כך שיחולו גם בשנים 2021-2024 בשינויים שלהלן.
1. לתקן את סעיף 73 לחוק כך השרים יהיו רשאים לקבוע כי תקרות הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז של קופת חולים בבית חולים פסיכיאטרי בכל אחת מהשנים 2021-2024 תהיה הסכום המתקבל מהכפלת תקרת הצריכה הבסיסית לשירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, בביצוע במחיר קבוע של חברי אותה קופה באותו בית חולים בשנת 2018, מחולק בביצוע במחיר קבוע של כלל חברי קופות החולים באותו בית חולים בשנת 2018; השרים יפרסמו לכל קופת חולים ולכל בית חולים את תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז של כל קופת חולים בכל בית חולים פסיכיאטרי; הודעה כאמור תפורסם עד יום 1 במרס של כל אחת מהשנים 2021-2024.
 2. לתקן את סעיף 74 (א) (2) כך ש-"סכום אפס" ימחק ובמקומו יבוא "לא יותר מ-30% ממחירם המלא של שירותי האשפוז הפסיכיאטריים".

איזון והפנמת מקורות:

36. לקבוע בחוק כי השרים יהיו רשאים בצו, להעלות את רצפות ותקרות הצריכה במידה והחליטה הממשלה להגדיל את עלות סל שירותי הבריאות, כל זאת בתנאי שלא גדלו סך הרצפות נטו בכלל בתי החולים בסכום הגדול יותר מזה שעודכן בעלות סל שירותי הבריאות.
37. שר האוצר יהיה רשאי לקבוע כי לבסיס עלות סל שירותי הבריאות יוכנסו סובסידיות ותמיכות המועברות לבתי החולים הכלליים בתקציב המדינה, ובהתאם להעלות את רצפות ותקרות הצריכה האמורות בחוק זה, או לשנות את היחס בין שיעור התקרה נטו לתקרה ברוטו הקבועה בחוק זה, כל זאת בתנאי שלא גדלו סך הרצפות נטו בכלל בתי החולים בסכום הגדול יותר מזה שעודכן בעלות סל שירותי הבריאות.
38. להורות לוועדת המחירים לבחון את מחירי השירותים השונים. השרים יהיו רשאים בצו, לשנות את היחס בין שיעור התקרה נטו לתקרה ברוטו הקבועה בחוק זה במידה ושינוי מחירים כאמור צפוי להביא להפחתה בהכנסות בתי החולים משירותים רפואיים.
39. להנחות את משרדי הבריאות והאוצר לבחון, לאחר השלמת הליכי עדכון כללי ההתחשבות המפורטות לעיל, ועדכון תקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות החולים), את השינוי שחל ביחס בין מקורות הקופות לשימושיהן בתחום האשפוז, ולפעול באמצעים השונים העומדים לרשותם, ככל שיש צורך, לאיזון בין הקופות כתוצאה משינויים אלה.
40. להנחות את משרדי הבריאות והאוצר לבחון את ההשלכות של הסדר ההתחשבות המובא בהחלטה זו על בתי החולים הממשלתיים, ולבצע הסטות בין בתי החולים הממשלתיים של התמיכות והסובסידיות המוענקות להם מידי שנה, כך שיישמר האיזון בין מקורות בתי החולים הממשלתיים.
41. לקבוע כי השרים יהיו רשאים בצו להאריך את הוראת השעה בשנה נוספת.

לעניין החלטה זו:

"מחיר מלא" – מחירו המרבי של שירות בריאות, כפי שנקבע בצו לפי חוק הפיקוח, ולעניין בתי חולים ממשלתי כללי ובתי חולים כללי שבעלות רשות מקומית – מחיר כאמור בניכוי הנחת מחזור;

דברי הסבר

רקע כללי

ההתחשבות של קופות החולים עם בתי החולים נערכת, בבסיסה, לפי מכלול שירותי הבריאות הנצרכים בידי קופת החולים בכל בית חולים במחירו של כל שירות ושירות. כאמור. מחירים אלו מוגבלים בצווים מכוח חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (להלן – חוק הפיקוח). בעבור חלק ניכר מהפעילות בבתי החולים, המחיר המרבי שמשלמת הקופה קבוע לפי מחירו של יום אשפוז שניתן לחבר הקופה בבית החולים, ובעבור חלקה, לפי תעריפים דיפרנציאליים הקבועים בצווים. הוצאות רבות בבתי החולים הן הוצאות קבועות אשר אינן משתנות לפי מספר ימי האשפוז המבוצע בפועל ועל כן מחירי השירותים משקפים עלות ממוצעת הגבוהה מהעלות השולית. על מנת למנוע גידול בלתי מבוקר בהוצאות הקופות לשירותים הנרכשים בבתי החולים, הוצאה שהיא מרכיב עיקרי בהוצאות קופת חולים, הוחל במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997), התשנ"ז-1997, הסדר התחשבות המבוסס על תקרות צריכה. במסגרת ההסדרים שבאו לאחר מכן, נוסף רכיב רצפות הצריכה, שמטרתו הבטחת יציבות פיננסית לבתי החולים וכן הסדרים נוספים שנועדו לסייע לייעילות ואינתנות המערכת. בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, חודש הסדר ההתחשבות, תוך שנקבעו בו מספר שינויים. ההסדר הוארך מספר פעמים, עד לסוף שנת 2019. מאחר שהסדר זה פג בסוף שנת 2019, וקיומו הינו הכרחי לתפקוד יעיל ואיכותי של המערכת, יש צורך מקצועי בקביעת הסדר גם לשנים הבאות.

על פי ההסדר, רכישה של שירותי בריאות בבית החולים מעבר לתקרת הצריכה שנקבעה בחוק – נעשית במחיר מופחת. בדרך זו, נוצר תמריץ לבית החולים לצמצם את משך האשפוז בו, אך לקופת החולים נותר תמריץ שלא לעשות שימוש יתר ברכש שירותים בבית החולים, בשל העלות המשולמת בעד כל שירות ושירות הנרכש, גם מעבר לתקרת הצריכה. בכך נוצר איזון שנועד להבטיח תשלום הוגן בעד רכש שירותי הבריאות בבתי החולים, תוך שמירה על גידול מבוקר בהיקף הרכש בבית החולים. יצוין כי גם במדינות אחרות מקרב מדינות ה-OECD קיימים הסדרי התחשבות דומים וגם במערכת ההתחשבות בתוך קופת החולים הכללית בין בתי החולים שלה לבין המחוזות קיים הסדר מעין זה.

בהתאם לחוק, לכל קופת חולים ולכל בית חולים עומדת האפשרות, לקבוע הסדר התחשבות ביניהן השונה מהקבוע בחוק וזאת, על מנת להגדיל את חופש הפעולה של בתי החולים ושל קופות החולים היכולים לקבוע מראש ובהסכמה את שיטת ההתחשבות ביניהם תוך יצירת מנגנונים של חלוקת סיכונים וזאת מבלי לבטל את היתרונות שבשיטת ההתחשבות הקבועה בחוק. בפועל, מרבית קופות החולים ובתי החולים מתקשרים ביניהם בהסכמים ופועלים בהתאם להסדר ההתחשבות השונה מזה הקבוע בחוק. ההסכמים מתאפיינים במתן הנחות לקופות החולים במקביל לגידול בפעילות ובהיקף הרכש של הקופות בבתי החולים.

לצורך גיבוש כללי ההתחשבות החדשים, מינו המנהל הכללי משרד הבריאות וסגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, ביום ה-28 לאפריל 2019, צוות בין-משרדי בו חברים נציגי משרדי הבריאות והאוצר לצורך קביעת כללי התחשבות בין קופות החולים לבתי החולים לשנים 2020-2024. על הצוות הוטל לגבש מתווה חדש לכללי ההתחשבות לשנים האמורות.

הצוות קיים ישיבות פנימיות רבות, ביצע היוועצות פתוחה עם כלל הגורמים במערכת הבריאות אשר הופיעו בפני חברי הצוות והציגו את עמדתם או לחלופין שלחו עמדה כתובה. לאחר מכן ביצע הצוות עבודת מטה נוספת שכללה מספר ישיבות פנימיות, וביום ה-7 למאי 2020 הפיץ טיוטת המלצות מפורטת לשימוע לגורמים השונים במערכת הבריאות. בשבועיים לאחר מכן התקבלו עמדות רשמיות מהגורמים השונים (לרבות כלל קופות החולים, חטיבת בתי החולים הממשלתיים, בתי החולים הציבוריים הדסה ושערי צדק, אסותא אשדוד, מעייני הישועה, בתי חולים פסיכיאטריים וגריאטריים פרטיים ועוד). הצוות, בו חברים כאמור משרדי הבריאות והאוצר, שמע את הערות הגורמים השונים על טיוטת המלצות. בעקבות הטענות וההערות שהעלו הגורמים השונים בפני הצוות, קיים הצוות מספר ישיבות נוספות, והגיע לתובנות לגבי הצורך בביצוע מספר התאמות, בהתאם להערות הגורמים השונים בשימוע. אי לכך, הרי שהמתווה הסופי של כללי ההתחשבות מכיל מספר התאמות מנוסח השימוע נוכח קבלת הערות רלבנטיות של השחקנים.

בהתאם לאמור לעיל, מוצע לשנות את מתודולוגיית ההסדר הקיים היום, תוך שמירה על העקרונות שלשמן נקבע ההסדר, במטרה לקבוע הסדר שיתאים להיקף הפעילות שרוכשות קופות החולים מבתי החולים כיום והתשלום בעדם בפועל.

הארכת ההסדר לשנת 2020

סעיף 1- קובע להאריך את הוראת השעה שבפרק ו' לחוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנות התקציב 2017 ו-2018), תשע"ז-2016 (להלן חוק ההתחשבות לשנים 2017-2019), תוך הגדלת תקרות הצריכה של בתי החולים בסך של 105 מיליון ש"ח נוספים.

סעיפים 2-3 – בעקבות התפרצות נגיף הקורונה והקיסון המשמעותי בצריכת שירותי האשפוז בבתי החולים, מוצע לבצע תיקונים בהסדר ההתחשבות לשנת 2020 כך שסכום התשלום של כל קופת חולים בכל בית חולים לא יפחת מ-X% מסכום התשלום ששולם בשנת 2018, בתוספת קידום המבטא את הגידול בתשלום נטו בין שנת 2018 לשנת 2019.

נוכח אי הודאות ביחס להמשך התפשטות המגפה ולמען הבטחת היציבות הפיננסית של קופות החולים, מוצע להגדיר 'תשלום מקסימאלי' של קופות החולים לבתי החולים בשנה זו, אשר נקבעה על X% מסך התשלום של כל קופה בכל בית חולים בשנת 2018, בתוספת קידום המבטא את הגידול בתשלום נטו בין שנת 2018 לשנת 2019.

סעיף 4 – בעוד מרביתן המוחלט של הוצאות בתי החולים הינן קשיחות, לתאגידי הבריאות הפועלים לצידם נוצר חסכון תקציבי משמעותי עקב הצמצום בפעילות. מוצע להבטיח כי התשלום מקופות החולים, שהינו מעבר לתשלום עבור צריכה בפועל בשנת 2020, יועבר לבתי החולים לטוב כיסוי גרעונותיהם, ולא לתאגיד הבריאות, אלא אם יסכימו השרים אחרת.

תקרות ורצפות צריכה

סעיפים 6-9 - קובעים כי בכל אחת מהשנים, תקבע לכל קופת חולים תקרת צריכה ייחודית (תקרת צריכה פרטנית ברוטו) מול כל בית חולים השווה לערך הפעילות הממוצע של קופת החולים בבית החולים בשנים 2018-2019 (להלן-שנות הבסיס), בניכוי שירותים שמוחרגים מהסדר, שהיא מקודמת בתוספת ריאלית ובעדכון מחיר יום אשפוז. כמו כן קובע הסעיף כי יקבעו תקרות פרטניות לכל תחום פעילות, זאת מתוך ההבנה כי קיימת עלות שולית שונה לבית החולים בסוגי הפעילות השונים.

סעיפים 10-12 – קובעים כי בשנים 2022-2024 תקרות הצריכה יקודמו בתוספת ריאליות, על פי סוג השירות, וכן את אופן חלוקת התקרות בין הקופות ובתי החולים.

סעיף 13 - מאפשר לשרי הבריאות והאוצר לחלק את התוספת הריאלית בצורה שונה בין כל קופה וכל בית חולים בהתאם לשינויים שהתרחשו בשטח כגון שינויי בכמות הנפשות המשוקללות בכל קופה או שינוי בכמות המיטות בבתי החולים.

סעיף 14 – קובע כי תקרת הצריכה נטו לא תעלה על 78% מתקרת הצריכה ברוטו לאותה שנה.

סעיף 15 - קובע כי השרים יהיו רשאים לשנות בצו את קידום התקרות במחיר יום אשפוז.

סעיפים 16 - קובע כי יובטח תשלום לבית חולים בשיעור של 94% מתקרת הצריכה הפרטנית נטו (רצפת צריכה פרטנית נטו) גם במידה ורכש קופת החולים באותו בית חולים ירד מ-94% מתקרת הצריכה הפרטנית ברוטו בשירותים שאינם אשפוז במחלקות הפנימיות.

סעיף 17 - קובע כי עבור שירותי אשפוז במחלקות הפנימיות יובטח תשלום לבית חולים בשיעור של 100% מתקרת הצריכה הפרטנית נטו (רצפת צריכה פרטנית נטו) גם במידה ורכש קופת החולים באותו בית חולים ירד מ-100% מתקרת הצריכה הפרטנית ברוטו בשירותים אלו.

סעיף 18 - קובע כי רצפת הצריכה הפרטנית נטו לשנים 2023-2024 יכולה לרדת או לעלות בשיעור של עד לגובה של 92% מתקרות הרכש הקבועות לשנים אלו, במידה והקופה רכשה מעבר או מתחת לרצפת האמורה בשנים 2021-2022. סעיפים אלו מאפשרים לקופת החולים לרדת בפעילות בבית חולים עד לגובה 92% מתקרת הצריכה הפרטנית ברוטו, זאת במטרה ליצור תמריץ לקופות החולים להעביר פעילות שאינה הכרחית לביצוע בבתי החולים לקהילה.

סעיף 19 – קובע כי שר האוצר יוכל לקבוע תקרה ורצפת צריכה משותפת לבתי חולים אשר הינם באותה בעלות. זאת, על מנת לאפשר, מחד, למטופלים לקבל שירות בבית החולים המועדף עליהם, ומנגד- לצמצם את יכולתן של קופות החולים להסיט פעילות מבית חולים אחד למשנהו על מנת לקבל הנחות גבוהות יותר.

סעיף 20 – קובע כי השרים נדרשים להודיע לכל בית חולים ולכל קופה על שינוי שיעור הרצפות כאמור בסעיף 18 עד ליום ה-1 ליולי של שנת 2023.

סעיף 21 - קובע כי שרי הבריאות והאוצר יוכלו לשנות את השיעורים האמורים בסעיפים 8-2 ואת שנות הבסיס עד למועד קביעתם בחוק.

סעיף 22 – קובע כי שירותי הרפואה הדחופה (מיון) יוחרגו מהסדר האמור בהחלטה זו, ומאפשרים לשרים להחריג שירותים נוספים.

סעיף 23 - קובע כי השרים רשאים להחריג, בצו, שירותים נוספים מהסדר האמור בחוק, תוך הפחתת תקרות ורצפות בשיעור ערך השירותים המוחרגים.

סעיף 24 - קובע כי השרים רשאים להפחית, בהסכמה, את שיעורי הרצפה והתקרה עבור שירותי אשפוז במחלקות הפנימיות הקבועים בחוק זה במידה ובית חולים וקופת חולים הגיעו להסכם על רכש שירותי אשפוז בית. זאת במטרה לעודד אשפוזי בית המפוקחים על ידי רופאי המחלקות הפנימיות של בתי החולים.

כללי תשלום עבור שירותי בריאות

סעיף 25 - קובע את שיעור התשלום על גידול בפעילות מעבר לתקרת הצריכה הפרטנית ברוטו לפי תחום הפעילות שאליה משתייך השירות. לכל תחום פעילות נקבע שיעור תשלום שונה מהמחיר מתוך ההבנה כי בתחומי פעילות שונים העלות השולית של בית החולים הינה שונה, ושיעורי תשלום שונים נכונים יותר מבחינה כלכלית לייצוג העלויות השוליות של בית החולים בכל תחום פעילות.

סעיף 26 – קובע כי בית החולים יחויב על אספקת של היקף, שווי ותמהיל שירותים דומים משנה לשנה במסגרת רצפות הצריכה. אף על פי כן, קובע הסעיף כי קופת חולים תחויב לשלם לבית חולים מידי חודש בשוטף ועוד 60 ימים את רצפת הצריכה נטו, בכל נסיבות שהן, אלא אם כן אושר לה בכתב אחרת על ידי השרים או מי מטעמם. כמו כן, המשרדים יהיו רשאים להוסיף שיעור נוסף מהחויב שבגיננו תחויב הקופה לשלם לפי כלל זה.

סעיף 27 - סעיף זה מגדיר כי על אשפוז מבוטח המוגדר כמיועד להעברה תחויב קופת החולים בתשלום של 79% ממחיר יום אשפוז במחלקה פנימית. הסעיף נועד לתמרץ את קופות החולים למצוא פתרונות אשפוז תחליפיים במוסדות גריאטריים ולצמצם את אחוזי התפוסה במחלקות הפנימיות.

סעיף 28 - קובע כי על מנת לשפר את השירות המחלקות הפנימיות, תינתן תוספת קבועה של סכום שייקבע, אשר יחולק בין בתי החולים השונים על סמך ביצועיהם במדד איכות ושירות שיוגדר בחוק. המדד יבחן את טיב הטיפול ואת איכות השירות במחלקות הפנימיות בבתי החולים ויתמרץ את מנהליהם להשקיע תשומות ומשאבים על מנת לשפר את השירות והאיכות הרפואית במחלקות אלו.

מחירים

סעיף 29 – מסדיר את התנאים שבהם יוכלו בתי החולים וקופות החולים להסכים על הסדרים השונים מהקבועים בהחלטה זו.

סעיף 30 – מנחה את ועדת המחירים לבחון את מחירי השירותים המפוקחים בתעריפון משרד הבריאות ולפעול לשנותם במידת הצורך.

סעיף 31 – קובע כי המשרדים יוכלו לקבוע כללים נפרדים עבור שירותים הנצרכים במסגרת שירותי רפואה פרטית (שר"פ).

סעיף 32-34 – מסדירים את היחסים הכלכליים בין תאגידי הבריאות ובתי החולים הממשלתיים.

סעיף 35 – מאריך את ההסדר הקיים במשק האשפוז הפסיכיאטרי עם מספר שינויים. נקבע כי השרים יהיו רשאים לקבוע כי חלוקת התקרות לקופות חולים ובתי חולים תעשה לפי הצריכה שלהם בשנת 2018 במקום לפי שנת 2016. התשלום עבור שירותים מעבר לתקרה יהיה בשיעור של 30% מהתעריף המלא.

איזון והפנמת מקורות

סעיף 36 – סעיף זה מאפשר לשרים להגדיל את רכש שירותי האשפוז של קופות החולים בבתי חולים, באמצעות העלאת רצפות ותקרות הצריכה. זאת במידה ותחליט הממשלה על הקצאת מקורות נוספים לעלות סל שירותי הבריאות על מנת לממן את הגדלת הרכש האמורה.

סעיף 37 – מאפשר לשר האוצר לקבוע תוך 30 יום כי יופנמו בבסיס עלות סל שירותי הבריאות תמיכות וסובסידיות אשר מועברות לבתי החולים, ובהתאם להעלות את רצפות ותקרות הצריכה או לשנות את היחס בין שיעור התקרה ברוטו לתקרה נטו.

סעיף 38 – מאפשר לשרים לשנות את היחס בין שיעור התקרה ברוטו לתקרה נטו במידה על בסיס שינויי מחירים ככל שיתקיימו.

סעיפים 39-40 - בסעיפים אלו מנחה הממשלה את משרדי הבריאות והאוצר לבחון את השפעת ההסדר האמור בהחלטה זו, והסדרים נוספים של חלוקת מקורות בין הגופים הנוספים במערכת הבריאות, ולבצע את ההתאמות הנדרשות בכלים שעומדים לרשות המשרדים, על מנת לשמור על איזונם של השחקנים השונים.

סעיף 41 – קובע כי השרים יהיו רשאים בצו להאריך את הוראת השעה בשנה נוספת.

נתונים כלכליים והשפעה על משק המדינה

ההסדר המובא בהחלטה זו מסדיר את הצריכה של סך פעילות רכש שירותי האשפוז בין קופות החולים לבתי החולים. רכש זה בין קופות החולים לבתי החולים (לרבות הפסיכיאטריים) עמד בשנת 2018 על סכום של כ- X מיליארדי ש"ח ברוטו, אשר תמורתם שולמו כ- X מיליארד ש"ח נטו. מטרת החלטה זו היא אסדרת משק האשפוז תוך שמירה על יציבותן הפיננסית של

קופות החולים ובתי החולים על ידי ריסון הגידול בהוצאות האשפוז של קופות החולים מחד, והבטחת רמת הפעילות בבתי החולים מאידך. עם זאת, אי קביעת הסדר התחשבות בחוק, משמעותו גידול בהיקף התשלום שמעבירות קופות החולים לבתי החולים בגובה של מאות מיליוני ש"ח בשנה, ומתן אפשרות לקופות החולים להעביר פעילות בשיעור של עשרות אחוזים מבתי החולים אשר עשויה לסכן את יציבותם של בתי החולים.

תקציב

יישום החלטה זו צפוי כאמור לשמור על היציבות של קופות החולים ובתי החולים, להגדיל את הוודאות הפיננסית של קופות החולים ובתי החולים, ולהתאים את לפעילות קופות החולים בבתי החולים בשנים האחרונות. לאור זאת לא צפוי גידול בתקציב מעבר לגידולים הקבועים בחוק ובהחלטות הממשלה קודמות (לרבות בגין התייקרות וקידום דמוגרפי של עלות סל שירותי הבריאות). עם זאת, כאמור בהחלטה, ייתכן כי יבוצעו התאמות בתקציבי התמיכות והסובסידיות המוענקות לקופות החולים ובתי החולים מידי שנה (לרבות הפנמתם בעלות סל שירותי הבריאות), זאת על מנת לוודא כי הגופים השונים שומרים על איזונם הכלכלי לאור השינויים האמורים בהחלטה זו.

מצבת כח אדם

להחלטה אין השפעה על כח אדם

החלטות קודמות

החלטה מספר 1871 של הממשלה מיום 11 באוגוסט 2017 שעניינה קביעת כללי ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים לשנים 2017 – 2019 ;
החלטה מספר 166 של הממשלה מיום 13 במאי 2013 שעניינה קביעת כללי ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים לשנים 2014 – 2016 ;
החלטה מספר 2031 של הממשלה מיום 15 ביולי 2010 שעניינה שיטת ההתחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים ;
החלטה מספר 2199 של הממשלה מיום 12 באוגוסט 2007 שעניינה שיטת ההתחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים.

עמדת היועץ המשפטי של המשרד יוזם ההצעה

עמדת היועץ המשפטי של משרד האוצר תצורף במסגרת חוות הדעת לממשלה לתכנית הכלכלית לשנת 2020

