

בריאות

הגברת השקיפות במערכת הבריאות

מחליטים

לקבוע את הוראת השעה, התשס"ח-2008, הקבועה בסעיף 40 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, כהוראת קבע ולתקן אותה באופן הבא:

1. לרשימה הנמסרת לשר הבריאות לעניין הגופים שלהם ניתנה תרומה יתווספו הנתונים הבאים:
 - א. דיווח על סכום התרומה.
 - ב. דיווח על שמות הרופאים והחוקרים בתחום הרפואה או הבריאות שלהם ניתנה תרומה.
2. הגופים וכן הרופאים והחוקרים בתחום הרפואה או הבריאות שלהם ניתנה תרומה ימסרו לשר הבריאות דיווח על סכום התרומה.

דברי הסבר

רקע כללי נתונים כלכליים ותקציב

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (הוראת שעה), התשס"ח-2008 קובע כי תושב ישראל או תאגיד הרשום בישראל שהוא יצרן, יבואן או משווק של ציוד רפואי או של תכשיר, בעל רישום של תכשיר או תאגיד השולט או המצוי בשליטת אחד מאלה, שנתן תרומה בכסף או בשווה כסף לגופים העוסקים בתחום הבריאות ללא מטרת רווח ימסור לשר הבריאות עד יום 1 ביוני בכל שנה את רשימת הגופים שלהם תרם כאמור. כמו כן, נקבע כי שר הבריאות יפרסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות את הרשימות שהועברו לו כאמור (להלן – הוראת השעה). חוקפה של הוראת השעה נקבע לזמן קצוב, החל ביום 1 ביוני 2008 וכלה ביום 31 בדצמבר 2010, על מנת לבחון את השפעותיה והשלכותיה של ההוראה.

בהתאם לכך, החל משנת 2009 מתפרסמת מדי שנה באתר האינטרנט של משרד הבריאות, רשימת התורמים כשמצד כל אחד מהם מופיעה רשימת הגופים שלהם תרם. פרסום הרשימות נדרש לצורך הגברת השקיפות וכדי לשמש ככלי אפקטיבי בידי הרגולטור לפיקוח על ניגודי עניינים בתחום הבריאות. לעניין זה יצוין כי הצורך בהגברת השקיפות בתחום זה עולה, בין היתר, מהיקפי הרכש המשמעותיים בתחום הבריאות, בסכום העולה על 6 מיליארדי ש"ח מתוך כ-30 מיליארדי ש"ח שהם העלות השנתית לקופות החולים של סל שירותי הבריאות. בתחום הרכש נוטלים חלק יצרנים, יבואנים ומשווקים רבים של תרופות וציוד רפואי. ככל שתהיה שקיפות רבה יותר בתחום זה הרי שמקורות המימון הציבוריים יוקצו בצורה הנכונה והיעילה ביותר לטובת המבוטחים. מכאן – שישנה חשיבות להנהגת שקיפות בכל הנוגע לנהגים ממקורות המימון האמורים ובכללם גופים העוסקים בתחום הבריאות הנהנים מתרומות מאותם היצרנים, היבואנים או המשווקים.

חלק מאותם נהנים מתרומות אלה הם רופאים וחוקרים בתחום הרפואה או הבריאות. מפאת חוסר הידע של המטופל, להמלצתו של הרופא המטפל בו ישנה השפעה ניכרת על התרופה אותה יבחר המטופל ובכך על הצלחתה, זאת במיוחד כאשר הרופא נדרש לעיתים להמליץ על תרופה אחת מבין מספר חלופות. להמלצה זאת משמעות רבה על רכש התרופות נוכח העובדה כי תרופות מרשם רופא מהוות את מרבית רכש התרופות במערכת הבריאות. אשר לחוקר המבצע מחקר, לעיתים מבוצע המחקר אודות תרופה שהיצרן, היבואן או המשווק שלה נמנה בין התורמים שמתרומותיהם נהנה החוקר, כאשר לתוצאת המחקר קיימת השפעה רבה על הצלחתה של התרופה ועל רווחיו של היצרן, היבואן או המשווק. לעניין זה יצוין כי לאחרונה נחקק בארה"ב חוק פדראלי המחייב חברות תרופות לפרסם את כל התשלומים שנתנו לרופאים, בכסף או בשווה כסף, כאשר הפרסום יופיע באתר אינטרנט לאומי

שינהל משרד הבריאות האמריקאי (The Patient Protection and Affordable Care Act).

על כן, לצורך הגברת השקיפות וכדי שפרסום הרשימות ישמש ככלי אפקטיבי יותר בידי הרגולטור לפיקוח על ניגודי עניינים בתחום הבריאות מוצע לקבוע את הוראת השעה כהוראת קבע ולתקן אותה כך שהדיווח ובעקבותיו הפרסום על הרשימות כאמור יכלול גם את סכומי התרומה שניתנו וידווח הן על ידי נתוני התרומה והן על ידי מקבלי התרומה. כמו כן, מפאת ההשפעה הרבה הקיימת לרופאים

ולחוקרים בתחום הרפואה או הבריאות על רכש התרופות והציוד הרפואי, מוצע לכלול גם רופאים וחוקרים בתחום הרפואה או הבריאות לגופים אשר תרומה להם תחויב בדיווח כאמור.

ההיבט המשפטי

תיקון חקיקה ראשית בהתאם לאמור בהצעת ההחלטה.

פרויקט חוק

שיפור הניהול במערכת הבריאות

מחליטים

1. להנחות את נציב שירות המדינה (להלן - הנציב) לפנות לוועדת שירות המדינה לשם גיבוש המלצותיה למתן פטור ממכרז לפי סעיף 21 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959 (להלן - הוועדה), למשרת מנהלי בתי חולים ממשלתיים שימונו החל ביום 1 בינואר 2011 על מנת שמינויים יהיה לאחר בחינת המלצותיה של ועדת איתור. המלצות הוועדה יוגשו לאישור ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה תוך 90 ימים ממועד קבלת החלטה זו, אשר החלטתה לעניין זה תהיה על דעת הממשלה. הרכב ועדת האיתור ייקבע לפי אמות המידה הקבועות בהחלטת ממשלה מס' 2541 מיום 29 לספטמבר 2002, כך ששניים מתוך שלושת החברים הנוספים החברים בוועדת האיתור, כאמור באותה החלטה, יהיו נציגי ציבור מתחום הניהול והכלכלה, מתוכם אחד בעל רקע אקדמי בתחומים אלה.
2. להנחות את הנציב לפנות לוועדה לצורך בחינה וגיבוש של תיקונים בכללי שירות המדינה (מינויים) (מכרזים, בחינות ומבחנים), התשכ"א-1961, כך שלהרכב ועדת הבוחנים למשרות רופאים בתפקידי מנהלי יחידות, מנהלי מחלקות וסגני מנהל של בתי חולים יצורפו שני נציגי ציבור מתחום הניהול והכלכלה, מתוכם אחד בעל רקע אקדמי בתחומים אלה, אשר ימונו על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות והנציב. תיקון הכללים יתבצע בתוך 120 יום ממועד קבלת החלטה זו.
3. להטיל על הצוות המקצועי בראשות המשנה לנציב שירות המדינה שהוקם מכוח החלטת ממשלה מס' 4062 מיום 7 בספטמבר 2008, לגבש המלצות בנוגע להגבלת תקופות הכהונה של מנהלי בתי החולים לתקופה או לתקופות קצרות, וזאת בהתאם לעמידה ביעדים ניהוליים שייקבעו, ולהביאן לאישור ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה בתוך 90 ימים ממועד קבלת החלטה זו, אשר החלטתה לעניין זה תהיה על דעת הממשלה. במסגרת גיבוש ההמלצות כאמור בסעיף זה ייבחנו עמדות בכתב שיוגשו בידי גורמים המעוניינים בכך.
4. להטיל על שרי הבריאות והאוצר להקים צוות בין משרדי בו יהיו חברים נציגים ממשרדי הבריאות והאוצר ומנציבות שירות המדינה (להלן - הצוות), אשר ימליץ על ביצוע הפעולות הנדרשות לצורך שיפור תכנון וניהול כוח האדם במערכת הבריאות, ליבוח חלוקת הסמכויות והתפקידים בין מקצועות הבריאות השונים במערכת, בהתאם לצרכים האומיים. במסגרת גיבוש ההמלצות, יבחן הצוות את ריכוז הסמכויות לביצוע הפעולות כאמור, לרבות הסמכויות הנוגעות למערך ההתמחויות, בידי משרד הבריאות. הצוות יגיש את המלצותיו לשרי הבריאות והאוצר עד ליום 1 בנובמבר 2010.

דברי הסבר

רקע כללי נתונים כלכליים ותקציבי

1. מנהלי בתי החולים הממשלתיים אחראים לניהולה של מערכת מורכבת בעלת מחזור כספי שנתי של למעלה מ-7 מיליארד ש"ח בשנה. לאור מורכבות עבודת הניהול בבתי החולים, מן הראוי שבעת איתור ומינוי רופאים לתפקידי ניהול בכירים בבתי חולים, ישותפו גם אנשי מקצוע מתחום הניהול והכלכלה אשר יבחנו גם את הידע, היכולת והניסיון הניהולי של המועמדים לתפקידי הניהול הבכירים במערכת הבריאות. לפי סעיף 21 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959 (להלן - החוק), רשאית הממשלה על פי הצעת ועדת שירות המדינה ובהודעה שתפורסם ברשומות, לקבוע משרות וסוגים של משרות שעליהם לא תחול חובת מכרז. לפיכך, מוצע להנחות את נציב שירות המדינה לפנות לוועדת שירות המדינה לשם גיבוש המלצותיה לעניין מתן פטור ממכרז לפי סעיף 21 לחוק, למשרת מנהלי בתי חולים ממשלתיים שימונו החל ביום 1 בינואר 2011 על מנת שמינויים יהיה לאחר בחינת המלצותיה של ועדת איתור. עוד מוצע כי הרכב ועדת האיתור ייקבע לפי אמות המידה הקבועות בהחלטת ממשלה מס' 2541 מיום 29 לספטמבר 2002 כך ששניים מתוך שלושת החברים הנוספים החברים בוועדת האיתור, כאמור באותה החלטה, יהיו נציגי ציבור מתחום הניהול והכלכלה.

2. סעיף 36(ד) לכללי שירות המדינה (מינויים) (מכרזים, בחינות ומבחנים), התשכ"א-1961 (להלן – הכללים), קובע את הרכב ועדת בוחנים למשרה שצמודה לה דרגה של דירוג רופאים, לרבות רופאים בתפקידי מנהלי יחידות, מנהלי מחלקות וסגני מנהל של בתי חולים. יושב ראש הועדה יהיה נציג נציב שירות המדינה שימונה מתוך רשימה של רופאים; חבר אחד יהיה נציג המשרד הנוגע בדבר – רופא; וחבר אחד יהיה נציג ארגון רופאי המדינה. לאור החשיבות בשיתוף אנשי מקצוע מתחום הניהול והכלכלה כאמור לעיל, מוצע להנחות את הנציב לפנות לוועדה לצורך בחינה וגיבוש של תיקונים בכללים, כך שלהרכב ועדת הבוחנים למשרות האמורות יצורפו שני נציגי ציבור מתחום הניהול והכלכלה, אשר ימונו על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות והנציב. מוצע כי במסגרת הבחינה האמורה, יבחנו עמדות בכתב שיוגשו לוועדת השירות בידי גורמים המעוניינים בכך.

3. מנהל בית חולים נבחר לתפקידו לתקופת זמן בלתי מוגבלת, וכהונתו אינה תלויה בתוצאות ניהול בית החולים ובעמידה ביעדים שנקבעו לבית החולים. וזאת בשונה ממדיניות הממשלה לקציבת תקופות כהונתם של בכירים בשירות המדינה, כפי שמוצאת ביטוי בהחלטת ממשלה מס' 4062 מיום 7 בספטמבר 2008 (להלן – החלטת הממשלה). קיימת חשיבות בהגבלת תקופת כהונתו של מנהל בית חולים ובקביעת מנגנון מסודר להארכת כהונה על פי הערכת ביצועי המנהל כיוון שאלה ייצרו את התמריצים הנדרשים לשיפור הניהול של בתי החולים וישפרו את יכולות הפיקוח של משרד הבריאות על בתי החולים שבניהולו. לפיכך, מוצע לקבוע כי הצוות המקצועי בראשות המשנה לנציב שירות המדינה שהוקם מכוח החלטת הממשלה יגבש המלצות בנוגע להגבלת תקופת כהונתו של מנהלי בתי החולים לתקופה או לתקופות קצרות, וזאת בהתאם לעמידה ביעדים ניהוליים שייקבעו. ההמלצות יגובשו בדרך הקבועה לעניין זה בהצעת ההחלטה.

4. משרד הבריאות הוא הרגולטור המרכזי במערכת הבריאות. בשל כך, נדרש כי הסדרת נושא כוח האדם במערכת הבריאות, לרבות חלוקת הסמכויות והתפקידים בין מקצועות הבריאות השונים וכן הכוונת כוח האדם הרפואי, בהתאם לצרכים הלאומיים, ירוכזו בידי משרד הבריאות. ריכוז הסמכויות והתפקידים בתחום זה בידי משרד הבריאות נדרש בין היתר, לצורך מתן מענה מערכתי לחסרים בכוח אדם בתחומי עיסוק והתמחות נדרשים, מתוך בחינה של כלל ההשפעות על מערכת הבריאות ותוך שילוב של הכלים השונים העומדים לרשותו כרגולטור המרכזי במערכת. לאור האמור, מוצע להטיל על שרי הבריאות והאוצר להקים צוות בין משרדי, שבו יהיו חברים נציגים ממשרדי הבריאות והאוצר ומנציבות שירות המדינה, אשר ימליץ על ביצוע הפעולות הנדרשות לצורך שיפור תכנון וניהול כוח האדם במערכת הבריאות לרבות חלוקת הסמכויות והתפקידים בין מקצועות הבריאות השונים במערכת, בהתאם לצרכים הלאומיים. במסגרת גיבוש ההמלצות, יבחן הצוות את ריכוז הסמכויות לביצוע הפעולות כאמור, לרבות הסמכויות הנוגעות למערך ההתמחויות, בידי משרד הבריאות.

ההיבט המשפטי

תיקון חקיקת משנה בהתאם לאמור בהצעת ההחלטה.

החלטות קודמות של הממשלה בנושא

- החלטת ממשלה מספר 345 מיום 14 בספטמבר 1999.
- החלטת ממשלה מספר 2541 מיום 29 בספטמבר 2002.
- החלטת ממשלה מספר 4062 מיום 7 בספטמבר 2008.

מתן מרשם על ידי רוקח

מחליטים

- לתקן את פקודת הרוקחים [נוסח חדש] התשמ"א-1980 (להלן - פקודת הרוקחים) באופן הבא:
1. רוקח בעל ותק של חמש שנים לפחות יהיה מוסמך לחתום על מרשם של תכשיר מרשם, ובלבד שקיבל הרשאה אישית לכך מידי המנהל, כמשמעותו בפקודת הרוקחים (להלן - המנהל), ומתקיים אחד מהתנאים הבאים:
 - א. המרשם הוא לניפוק תכשיר מרשם לאדם הנזקק לטיפול כרוני, לאחר שהחל בנטילת אותו תכשיר בהוראת רופא מורשה;
 - ב. התכשיר שלגביו ניתן המרשם אושר על ידי המנהל כתכשיר מרשם שלגביו מוסמך רוקח לתת מרשם ובהתאם לתנאי אותו אישור;
 2. המנהל ייתן הוראות לעניין מתן המרשם בידי הרוקח כאמור בסעיף 1, שיפורסמו ברשומות, ובהן יפורטו, בין השאר, כל אלה:
 - א. תנאים למתן מרשם לאדם הנזקק לטיפול כרוני לרבות לעניין המידע הרפואי הנדרש שעל הרוקח לקבל טרם מתן המרשם;
 - ב. סוגי תכשירים שרוקח יהיה רשאי לתת לגביהם מרשם, וכן התנאים למתן מרשם לגבי כל אחד מסוגי התכשירים כאמור;
 - ג. ביצוע תיעוד ודיווח על ידי הרוקח בדבר מרשמים אותם נתן וכן הוראות לעניין חובתו של הרוקח הרושם למסור הודעה לרופא המטפל סמוך לאחר מתן המרשם.

דברי הסבר

רקע כללי נתונים כלכליים ותקציבי

הענקת סמכויות לרוקח להנפיק תכשיר מרשם בעצמו עולה בקנה אחד עם המגמה במדיניות המערב בשנים האחרונות לאפשר לבעלי מקצועות שאינם רופאים, ובכלל זה רוקחים, לבצע פעולות הקשורות בתחום מומחיותם, שבעבר היו בסמכות רופא בלבד. מגמה זו מצאה את ביטוייה המובהק גם בתיקון מס' 14 לפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1980 (להלן - הפקודה) משנת 2006, אשר קבע כי רוקח רשאי לנפק תכשיר מרשם שלא על פי מרשם חתום בידי רופא, בהתאם להוראות שיקבע שר הבריאות, ובתיקון מס' 16 לפקודה משנת 2009, שהרחיב את סמכות מתן המרשמים לאחים ולאחיות בהתאם לתנאים שנקבעו בפקודה. הרקע למגמה זו הוא ההתקדמות המדעית בתחום הרפואה בכלל ותחום התרופות בפרט, והעלייה ברמת ההכשרה של הרוקחים בהשוואה לשנים קודמות, ובכלל זה יצירת מסלול ההכשרה של רוקחים קליניים.

מתן האפשרות לרוקחים להפיק מרשמים יקל בצורה משמעותית את הטיפול בחולים כרוניים כהמשך לביקורם אצל הרופא ויביא לייעול מערכת הבריאות תוך ניצול מרבי של יכולותיהם של הרוקחים. לאור האמור, מוצע לתקן את הפקודה ולהסמיך את משרד הבריאות לקבוע כי רוקח בעל ותק של חמש שנים לפחות יוכל להיות חתום על מרשם ובלבד שקיבל הרשאה אישית לכך בשנים לב למספר מגבלות על סוג התכשירים כך שרוקח יוכל להפיק מרשם לתכשיר לאדם הנזקק לטיפול כרוני רק לאחר שהחל בנטילת אותו תכשיר בהוראת רופא מורשה או שהתכשיר לגביו ניתן המרשם אושר על ידי המנהל כתכשיר לגביו יכול רוקח לתת מרשם ובהתאם לתנאי אותו אישור.

עם פתיחת התחום לרוקחים כאמור, יש לקבוע כללים מחייבים המסדירים את התנהלותם של הרוקחים ביחס להרשאה החדשה, לפיכך מוצע לקבוע כי משרד הבריאות יקבעו הוראות שיפורסמו ברשומות, אשר בהם יקבע, בין היתר, תנאים למתן מרשם לאדם הנזקק לטיפול כרוני לרבות לעניין המידע הרפואי הנדרש שעל הרוקח לקבל טרם מתן המרשם, סוגי תכשירים שרוקח יהיה רשאי לתת לגביהם מרשם, וכן התנאים למתן מרשם לגבי כל אחד מסוגי התכשירים כאמור וביצוע תיעוד ודיווח על ידי הרוקח בדבר מרשמים אותם נתן וכן הוראות לעניין חובתו של הרוקח הרושם למסור הודעה לרופא המטפל סמוך לאחר מתן המרשם.

ההיבט המשפטי

תיקון חקיקה ראשית בהתאם לאמור בהצעת ההחלטה.

שיטת ההתחשבנות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים

מחליטים

1. להאריך עד סוף שנת 2013 את הוראת השעה שבחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002 (להלן - החוק), שעניינה שיטת ההתחשבנות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים הכלליים (להלן - בתי החולים), כמפורט להלן.
2. להקים צוות משותף למשרדי הבריאות והאוצר אשר יבחן את מחירי השירותים שהחוק לא יחול עליהם כאמור בסעיף 14 להלן וימליץ, אם ימצא לנכון, לוועדת המחירים הבין משרדית שמונתה לפי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק הפיקוח ו-ועדת המחירים, בהתאמה) על שינוי מחירי השירותים כאמור בתעריפון משרד הבריאות.
3. לקבוע כי תקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא לשנת 2011 של כל קופות החולים בכל בתי החולים תהיה שווה לתקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא בשנת 2010, כפי שנקבעה בהודעה על תקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא ועל תקרת הצריכה הפרטנית במחיר מלא לשנת 2010 (להלן - ההודעה על התקרה), בהפחתת סכום השווה לערך השירותים שניתנו בשנת 2009, שהחוק לא יחול עליהם בשנת 2011 כאמור בסעיף 14 להלן, כשהוא מחושב על פי המחירים שהותאמו כאמור בסעיף 2 לעיל, בתוספת ריאלית של 0.4% (להלן - התוספת הריאלית) ובתוספת שיעור השינוי במדד יוקר הבריאות כאמור בסעיף 16 להלן (להלן - שיעור העדכון).
4. לקבוע כי תקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא לשנים 2012-2013 של כל קופות החולים בכל בתי החולים תהיה שווה לתקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא לשנה שקדמה לה, בתוספת התוספת הריאלית ובתוספת שיעור העדכון.
5. לשנות באופן חד-פעמי את תקרת הצריכה הפרטנית במחיר מלא של כל קופת חולים בכל בית חולים (להלן - תקרה פרטנית במחיר מלא) לשנת 2011 כך שתחושב כסכום של התקרה הפרטנית ללא הוצאה בגין שירותים לנפגעי תאונות דרכים, שתחושב כאמור בסעיף 6, ושל תקרת הצריכה הפרטנית בגין שירותים לנפגעי תאונות דרכים, כפי שמופיעה בטבלה "תקרות 2010 (במחירי 2008)" בהודעה על התקרה, מעודכנות בשיעור היחס בין מדד יוקר הבריאות החזוי לשנת 2010 למדד יוקר הבריאות לשנת 2008, לאחר שהתווספו להן התוספת הריאלית ושיעור העדכון.
6. התקרה הפרטנית ללא הוצאה בגין שירותים לנפגעי תאונות דרכים תחושב כך:
 - א. שיעור של 90% מהתקרה יחושב באופן הבא:
 - 1) מסך ערך החשבונות שהוגשו לקופת חולים על ידי בית חולים ציבורי כללי לכל אחת מהשנים 2008-2010, יופחת סך ערך החשבונות בגין רכש שירותים שהחוק לא יחול עליהם בשנת 2011 וסך ערך החשבונות בגין רכש שירותים לנפגע תאונות דרכים, כהגדרתו בחוק (להלן - צריכה נטו שנתית מנוכית).
 - 2) כל צריכה נטו שנתית מנוכית של קופת חולים בשנה מסוימת תוכפל בשיעור מהסכום לחלוקה שקובע המוסד לביטוח לאומי לפי הוראות סעיף 18 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 לקופת החולים, (להלן - שיעור הקפיטציה) בשנת 2010 ותחולק בשיעור הקפיטציה של אותה קופת חולים בשנה המסוימת (להלן - צריכה נטו שנתית מתוקנת).
 - 3) היחס שבין סך צריכה נטו שנתית מתוקנת לקופת חולים בבית חולים לשנים 2008-2010 לבין סך הצריכה נטו שנתית מתוקנת לכל קופות החולים בכל בתי החולים בשנים האמורות יוכפל בתקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא לשנת 2011 כשממנה מנוכה הסכום המופיע בסעיף 1(ב) להודעה על התקרה בסך 206.018 מליון ש"ח במחירי 2008 מעודכן בשיעור היחס בין מדד יוקר הבריאות החזוי לשנת 2010 למדד יוקר הבריאות לשנת 2008, לאחר שהתווספו לו התוספת הריאלית ושיעור העדכון (להלן - הסכום המופיע בסעיף 1(ב) בהודעה כשהוא מקודם למונחי 2011).
- ב. שיעור של 10% מהתקרה יחושב לפי היחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל של אותה קופת חולים במחוז שבו מצוי בית חולים מסוים, לבין סך מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות החולים באותו המחוז, כשהוא מוכפל בתקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא לשנת 2011 באותו המחוז כשממנה מנוכה הסכום המופיע בסעיף 1(ב) בהודעה כשהוא מקודם למונחי 2011, כך שסך התקרות של כל קופת חולים בכל בית חולים על פי החישוב האמור לא יעלה

על 10% מסך תקרת הצריכה הכוללת במחיר מלא לשנת 2011. לגבי בתי חולים המשרתים אוכלוסייה מעבר לתחומי המחוז, יוגדל שיעור האוכלוסייה המתייחס להיקף פעילות ארצית בשיעור של 20% נוספים.
לעניין זה –

”מחוז” – כהגדרתו במפת האשפוז של משרד הבריאות;

”מספר המבוטחים המשוקלל” – כמשמעותו בסעיף 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ”ד-1994 (להלן – חוק ביטוח בריאות).

7. תקרת הצריכה הפרטנית במחיר מלא בכל אחת מהשנים 2012 ו-2013 תהיה שווה לתקרת הצריכה הפרטנית במחיר מלא לכל קופת חולים בכל אחד מבתי החולים בשנה הקודמת כשהיא מוכפלת ביחס שבין שיעור הקפיטציה לאותה שנה לבין שיעור הקפיטציה בשנה הקודמת וביחס שבין תקרת הצריכה הכוללת באותה שנה לבין סכום כל תקרות הצריכה הפרטניות של כל קופות החולים בכל בתי החולים בשנה הקודמת כשהן מוכפלות, כל אחת בנפרד, ביחס שבין שיעור הקפיטציה לאותה שנה לבין שיעור הקפיטציה בשנה הקודמת, לגבי אותה קופה.

8. תקרת הצריכה הפרטנית במחיר מלא תחולק לשתי תקרות – הראשונה עבור שירותי אשפוז במחלקות פנימיות בבית חולים כללי ומחלקות אחרות להן נקבע תעריף אשפוז דומה וכן שירותי אשפוז נוספים בעלי מאפיינים דומים שייקבעו (להלן – שירותים מיוחדים ו- תקרה פרטנית מיוחדת, בהתאמה) והשנייה עבור כל שאר השירותים אשר החוק חל לגביהם (להלן – תקרה פרטנית רגילה). הצוות האמור בסעיף 2 לעיל יבחן את מחירי השירותים המיוחדים וימליץ, אם ימצא לנכון, לוועדת המחירים על שינוי מחירי השירותים בתעריפון משרד הבריאות.

9. התקרה הפרטנית המיוחדת תחושב באופן הבא:

א. לכל שנה מהשנים 2010-2008 יחושב היחס הבא: סך החשבונות שהגיש בית חולים לקופת חולים בגין השירותים המיוחדים מחולק בסך החשבונות בגין כלל השירותים הכוללים בחוק בשנת 2011 ללא ערך החשבונות בגין רכש שירות לנפגע תאונת דרכים, כהגדרתו בחוק.

ב. התקרה הפרטנית המיוחדת תהיה שווה למכפלה של ממוצע רגיל של שלושת היחסים המתקבלים בסעיף קטן (א) בתקרה הפרטנית ללא תאונות.

10. התקרה הפרטנית הרגילה תהיה שווה להפרש שבין תקרת הצריכה הפרטנית הכוללת לתקרה המיוחדת.

11. רכישת שירותים מיוחדים בידי קופת חולים בבית חולים מעבר לתקרת הצריכה המיוחדת תהיה במחירים שלא יעלו על 20% ממחירי שירותי הבריאות, כפי שנקבעו בתעריפון משרד הבריאות.

12. רכישת שירותים שעליהן חלה התקרה הרגילה, בידי קופת חולים בבית חולים מעבר לתקרת הצריכה הרגילה במחיר מלא תהיה במחיר שלא יעלה על 30% ממחירי שירותי הבריאות, כפי שנקבעו בתעריפון משרד הבריאות.

13. ברומה למצב הקיים, בתי החולים וקופות החולים יהיו רשאים להתקשר בהסדרי התחשבנות מוסכמים השונים מאלה המפורטים לעיל, בהתאם לכללים הקבועים בסעיף 16 לחוק.

14. שר הבריאות ושר האוצר רשאים לקבוע, בצו, שירותים שעליהם לא יחולו ההסדרים המפורטים בהחלטה זו לעניין תקרת הצריכה. ערך השירותים הכוללים בצו יופחתו מתקרת הצריכה הכוללת והפרטנית, כפי שייקבעו שר הבריאות ושר האוצר בצו האמור.

15. על האף האמור בסעיפים 11 ו-12 לעיל, להורות למנהל הכללי של משרד הבריאות לקבוע בנוהל כי קופת החולים תשלם לבית החולים בגין מבוטחים המפורטים להלן מחיר מלא עבור שירותי האשפוז:

ב. מבוטח בהנשמה ממושכת אשר מאושפז בבית חולים כללי מעל ל-30 ימים רצופים;

ג. מבוטח המאושפז בבית חולים כללי, שהוגדר כ”סיעודי מורכב” או כ”שיקומי גריאטרי”, כהגדרתם בחוזר מנהל הרפואה, ואשר נקבע לגביו כי ניתן להעבירו מחוץ לבית החולים;

המחיר המלא כאמור ישולם בכפוף לכך שבית החולים הודיע לקופה המבטחת על הגדרת המבוטח כאמור בסעיפים קטנים (א) או (ב) והקופה לא ערערה על החלטת בית החולים. המחיר המלא כאמור ישולם עבור שהות המבוטח החל מ-72 שעות ממועד ההודעה, ואם ההודעה התקבלה בשבת או בחג – החל מ-96 שעות ממועד ההודעה.

16. לקבוע בחוק כי החל משנת 2011, שיעור העדכון של מחירי מצרכים ושירותים רפואיים שבפיקוח לפי חוק הפיקוח יהיה שווה לשיעור השינוי במדד יוקר הבריאות כמשמעותו בסעיף 9(ב) בחוק ביטוח בריאות (להלן – המדד). לעניין זה, ”שיעור השינוי במדד יוקר הבריאות” – שיעור השינוי

היחסי בין המדד החזוי לשנה הקודמת, כפי שיקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר, לבין המדד לשנה שלפניה, בהתחשב בהתאמות נדרשות להפרשים בשנים קודמות בין המדד החזוי למדד שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

דברי הסבר

רקע כללי נתונים כלכליים ותקציב

בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב המדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002 (להלן - החוק) קבועה בשנים האחרונות שיטת התחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים הכלליים, שנועדה לרסן את הגידול בהיקף האשפוז בבתי החולים. לפי שיטה זו נקבעת בחוק תקרת צריכה לכלל קופות החולים בכלל בתי החולים (להלן - תקרת הצריכה הכוללת), המבטאת גידול מסוים לעומת תקרת הצריכה הכוללת שנקבעה בשנת התקציב הקודמת.

כדי למנוע גידול בלתי מבוקר בהוצאות הקופות לאשפוז, הוצאה שהיא מרכיב עיקרי בהוצאות קופות החולים, נקבע בחוק הסדר שלפיו נקבעה תקרת צריכה לכל קופת חולים בכל בית חולים (להלן - תקרת הצריכה הפרטנית), אשר מעבר לה יורד המחיר המרבי לתשלום בשיעור קבוע (להלן - תשלום מופחת).

הסדר זה הוארך כמה פעמים ולאחרונה בחוק המדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008 (תיקוני חקיקה), התשס"ח-2008, הוארך עד סוף שנת 2010. הסדר דומה מתבצע כיום במדינות רבות מקרב מדינות ה-OECD כמו גם במערכת ההתחשבות בתוך קופת החולים הכללית בין בתי החולים שלה לבין המחוזות.

ראוי לציין, כי התשלום המופחת שנקבע בחוק לכל השירותים יוצר תמריצים שונים לגבי שירותים להם עלות שולית שונה, אשר עלול ליצור תמריצים לביצוע יתר או לביצוע חסר של בתי החולים. לפיכך, מוצע להאריך עד סוף שנת 2013 את הוראת השעה, בכפוף לתיקונים המפורטים בהחלטה, ולהסמיך את שרי הבריאות והאוצר לקבוע ביחס לשירותים לגביהם לא קיים חשש לביצוע יתר או חסר כאמור או שלהסדר המוצע בחוק אין השפעה עליהם, שהחוק לא יחול עליהם.

בנוסף, בשל תמריצים שונים הקיימים לגבי השירותים השונים המוצעים בבית חולים, מוצע להפריד את תקרת הצריכה הכוללת לשתי תקרות צריכה שונות, אחת שתחול על שירותים שעיקרם שירותי אשפוז או תחילפי אשפוז בבתי החולים, שהעלויות הקבועות הכרוכות בביצועם מהוות חלק עיקרי מעלותם הכוללת (להלן - שירותים מיוחדים) והשניה על כל יתר השירותים. כמו כן, מוצע לתקן את שיעור התשלום המופחת שתשלמנה קופות החולים בקניית שירותים מיוחדים ולהעמידו על 20%, ממחירי שירותי הבריאות הקבועים בתעריפון משרד הבריאות.

בהקשר זה, מוצע להקים צוות משותף למשרדי הבריאות והאוצר אשר יבחן את מחירי השירותים שהחוק לא יחול עליהם כאמור בסעיף 1 וימליץ, אם ימצא לנכון, לוועדת המחירים הבין משרדית שמונתה לפי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק הפיקוח וועדת המחירים, בהתאמה) על שינוי מחירי השירותים כאמור בתעריפון משרד הבריאות.

כמו כן, מוצע להשאיר את שיעור התשלום המופחת שתשלמנה קופות החולים על יתר השירותים שבהסדר ההתחשבות ולהעמידו על 30% ממחירי שירותי הבריאות הקבועים בתעריפון משרד הבריאות, שכן שיעור זה ישקף בצורה נכונה יותר את העלויות השוליות השונות של השירותים השונים הנרכשים מבתי החולים ואת גמישויות הביקוש השונות לשירותים אלה. התיקון יקטין את התמריץ של בתי החולים להגדלת פעילות מעבר לנדרש בשירותים המיוחדים ויגדיל את התמריצים של קופות החולים לפקח ולהקטין את הפעילות ביתר השירותים.

למרות זאת, עבור שירותים מסוימים, אשר מסופקים בצורה יעילה יותר מבחינה רפואית וכלכלית מחוץ לבתי החולים, מוצע לבנות מערכת תמריצים שתעודד את קופות החולים לספקם מחוץ לבתי החולים ולכן, מוצע לקבוע, כי עבור השירותים הניתנים עבור מבוטח בהנשמה ממושכת או מבוטח שהוגדר כ"סיעודי מורכב" או כ"שיקומי גריאטרי" ישולם מחיר מלא ולא התשלום המופחת כמפורט לעיל.

יצוין, כי לכל קופת חולים ולכל בית חולים תעמוד האפשרות, הקיימת גם כיום, 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.

שיטת ההתחשבות המוצעת בהחלטה תמנע גידול בלתי מבוקר בהוצאות האשפוז של קופות החולים ותיצור כללי משחק מאוזנים הממתנים את עוצמת הכשלים בשוק הבריאות, וזאת על ידי הקטנת התמריץ של בתי החולים לבצע פעולות רפואיות עודפות או להאריך את משך האשפוז של חולים ממניעים כלכליים מחד ועל ידי מתן אפשרות לתחרות בשירותים בהם הכשל אינו קיים או קיים במידה מועטה מאידך.

בנוסף, על פי החלטת ממשלה מספר 1292 מיום 4 בינואר 2004, ומתוקף סמכותם בסעיף 12(א)(2) לחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996, קובעים שרי הבריאות והאוצר בצו, בינואר של כל שנה את שיעור העדכון של מחירי מצרכים ושירותים רפואיים בהתאם להמלצת ועדת המחירים. עד להיום, ועדת המחירים הישבה שיעור העדכון של מחירי המצרכים והשירותים על פי נוסחאות שונות בשנים שונות, כאשר בחישוב נכללו הן שינויי מחירים חיצוניים למערכת והן עלויות בפועל בבתי החולים.

רובן הגדול של הכנסות בתי החולים הכלליים מגיע מרכש שירותי רפואה של קופות החולים עבור מבוטחיהן, אשר מחירם מתעדכן באופן שתואר לעיל. זאת בעוד שעיקר ההכנסות של קופות החולים מתקבלות מסל שירותי הבריאות, המוצמד למדד יוקר הבריאות, המחושב לפי נוסחא הקבועה בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, המתעדכנת בצו על ידי שרי האוצר והבריאות, בהמלצת מועצת הבריאות ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. במצב זה עלול להיווצר פער לאורך זמן בין עדכון מחירי השירותים שרוכשות הקופות בבתי החולים לעדכון הכנסות קופות החולים. לפיכך, מוצע לאחד את שיטות החישוב של המדדים לפיהם מקודמים מחירי השירותים בבתי החולים הכלליים והכנסות הקופות כך שהחל מינואר 2011 שיעור השינוי במחיר יום האשפוז ישתנה בהתאם לשיעור השינוי במדד יוקר הבריאות.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מפרסמת מדי שנה את מדד יוקר הבריאות הממוצע לשנה הקודמת (על-פי רוב, במהלך חודש יוני), לאחר שהתבררו ערכי המדדים המרכיבים את המדד לשנה הקודמת. עם זאת, כבר בראשית השנה ניתן לחזות בקירוב טוב את המדד הממוצע לשנה הקודמת, שכן בשלב זה ידועים ערכי המדדים המרכיבים את המדד למרבית חודשי אותה שנה. על כן מוצע כי שיעור השינוי במדד יחושב להיות שיעור השינוי היחסי בין המדד החזוי לשנה הקודמת, כפי שיקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר, לבין המדד לשנה שלפניה, בהתחשב בהתאמות נדרשות להפרשים בשנים קודמות בין המדד החזוי למדד שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

ההיבט המשפטי

הארכת תוקף הוראת השעה שבחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב – 2002, תוך ביצוע ההתאמות המפורטות בהצעת ההחלטה.

החלטות קודמות של הממשלה בנושא

החלטת ממשלה מספר 1292 מיום 4 בינואר 2004.

קיצור התורים ושיפור השירות ברפואה מקצועית

מחליטים

לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, כך שקופת חולים תהא רשאית לגבות סכום של עד 10 שקלים חדשים ממבוטח שלא הגיע לביקור אצל רופא מקצועי או ביקור לקבלת שירות אחר המחויב ככלל בתשלום, אף אם היה פטור מתשלום עבור אותו ביקור, למעט אם הודיע על אי הגעתו לביקור עד תום יום העסקים שקדם ליום הביקור או שקופת החולים מצאה כי הייתה לאי הגעתו הצדקה רפואית שבשלה נבצר ממנו להודיע על אי הגעתו. הסכום האמור לא ייכלל בתקרת ההשתתפות המשפחתית של המבוטח או בן משפחתו, ואולם קופת חולים לא תהיה רשאית לגבות מהמבוטח סכום העולה על 50 ש"ח ברבעון בגין אי הופעה כאמור. קופת חולים תהא רשאית לקזז מכל סכום שעליה להחזיר למבוטח בגין תשלום מעבר לתקרת ההשתתפות המשפחתית של המבוטח בקופה, אם נקבעה תקרה כזו, כל סכום שהיא רשאית לגבות מהמבוטח כאמור בהחלטה זו.

דברי הסבר

רקע כללי נתונים כלכליים ותקציבי

כיום מבוטח אשר לא מופיע לביקור לרופא מקצועי או לביקור לקבלת שירות אחר בקהילה המחויב בתשלום, לא מחויב בתשלום ההשתתפות העצמית, אף אם לא הודיע מראש על ביטול. לאור מצב זה, רווחת כיום תופעה של אי-הופעה לביקורים כאמור, הגורמת לפגיעה בניהול התורים וביעילות השירות הניתן למבוטחים וכן גורמת לעלויות ניכרות לקופת החולים.

ביטול מראש יאפשר לקופה להקדים את הטיפול במבוטחים אחרים ולמנוע ביטול זמן יקר של רופאים, מטפלים וציוד. מוערך כי צמצום היקף התופעה האמורה יחסוך לקופות החולים עשרות מיליוני שקלים בשנה, אשר יאפשרו שיפור והרחבה של השירותים הניתנים לכלל הציבור.

לאור האמור, מוצע לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, כך שקופה תהא רשאית לגבות סכום של עד 10 שקלים חדשים ממבוטח שלא הגיע לביקור אצל רופא מקצועי או שירות בקהילה המחויב ככלל בתשלום, למעט אם הודיע על אי הגעתו לביקור עד תום יום העסקים שקדם ליום הביקור או שקופת החולים מצאה כי הייתה לאי הגעתו הצדקה רפואית שבשלה נבצר ממנו להודיע על אי הגעתו. יצוין, כי ההשתתפות העצמית כיום לגבי ביקור אצל רופא מקצועי היא 20 שקלים חדשים.

מוצע כי הסכום האמור לא ייכלל בתקרת ההשתתפות המשפחתית של המבוטח או בן משפחתו, ואולם קופת חולים לא תהיה רשאית לגבות מהמבוטח סכום העולה על 50 ש"ח ברבעון בגין אי הופעה כאמור. קופת חולים תהא רשאית לקזז מכל סכום שעליה להחזיר למבוטח בגין תשלום מעבר לתקרת ההשתתפות המשפחתית של המבוטח בקופה, אם נקבעה תקרה כזו, כל סכום שהיא רשאית לגבות מהמבוטח כאמור בהחלטה זו. הקופה תהיה רשאית לגבות סכום זה באותם דרכים שהיא גובה דרך כלל את ההשתתפות העצמית ממבוטחיה, בין היתר, באמצעות גביה ישירה והוראות קבע קיימות.

ההיבט המשפטי

תיקון חקיקה ראשית בהתאם לאמור בהצעת ההחלטה.

כללים לפעולת תאגידי הבריאות בבתי החולים

מחליטים

- להורות לשר הבריאות ושר האוצר לתקן את תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002 (להלן - התקנות), על פי סמכותם בהתאם לסעיף 31ג לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 (להלן - החוק), כך שייקבע בהן כדלקמן:
1. הוראות סעיפים 29 עד 29ב, 33א(ו), 35א, 36 ו-39 לחוק, החלות על גוף נתמך, כהגדרתו בחוק, או על עובדיו, יחולו על תאגיד בריאות או על עובדיו, לפי העניין, ויראו את תנאי העבודה והשכר שבתוספת לתקנות כאילו אושרו על ידי שר האוצר לעניין סעיף 29 לחוק.
 2. כללים לגבי היקף העסקתו ושכרו בתאגיד בריאות של עובד מדינה שהינו עובד בית חולים, שאין עיסוקו נמנה על מקצוע בתחום הבריאות.
 3. מנהל בית החולים, מנהלו האדמיניסטרטיבי, הגזבר וקצין התקציבים שלו וכן נושאי תפקידים נוספים שייקבעו בתקנות, שאין עיסוקם נמנה על מקצוע בתחום הבריאות, לא יהיו רשאים לעבוד בתאגיד. ואולם, אישורי עבודה שניתנו על ידי שר הבריאות מכוח תקנה 15(ב)(2), עובר למועד קבלת החלטה זו, יעמדו בתוקפם עד תום תקופת האישור או עד יום 31.12.2011, לפי המוקדם מביניהם. החל ממועד אישור החלטה זו, שר הבריאות לא ייתן אישורים חדשים מכוח התקנה האמורה ולא יאריך אישורים קיימים.
 4. החובה של תאגיד בריאות לשלם לבית החולים תמורת השימוש במתקני בית החולים, עלות שירותי תשתית שמספק לו בית החולים וההוצאות שנקבעו ביחס לחובה זו בתקנות, יחולו גם על הכנסות של תאגיד בריאות שמקורן בפעילות נבחרת כמשמעותה בתקנות.

דברי הסבר

רקע כללי נתונים כלכליים ותקציב

בהתאם לתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002 (להלן - התקנות), רשאי תאגיד בריאות להעסיק עובדים המועסקים בבית החולים הממשלתי בו הוא פועל, בכפוף למגבלות הקבועות בתוספת לתקנות. בשנת 2008 הסתכמו הוצאות תאגידי הבריאות בבתי החולים הממשלתיים ב-1.41 מיליארד ש"ח, מתוכם 38% לשכר עבודה ותפעול, 13% לתקורה לבתי החולים ו-5% להעברה חוד-צדדית לבתי החולים, שמתוכם 46% לשכר עבודה.

בעת הסדרת הנושא בתקנות, היה רצון להבטיח לתאגיד הבריאות את האפשרות להשתמש, בשעות פעולת התאגיד, בשירותים הרפואיים הקיימים כבר בבית החולים, לרבות בעובדים המקצועיים המספקים את השירותים הללו, ובכך לייעל את התנהלות התאגיד בתוך בית החולים. כיום, מועסקים בתאגידי הבריאות, יחד עם העובדים המקצועיים, גם עובדי בית החולים שאין עיסוקם נמנה על מקצוע בתחום הבריאות, כדוגמת עובדים מנהליים המטפלים בענייני משכורות, משאבי אנוש וכיוצא בזה. לא זו בלבד שהעסקת עובדים אלו בתאגיד אינה תורמת לייעול התנהלות בית החולים והתאגיד, היא אף מביאה לפגיעה בהתנהלות בית החולים. בתוספת לתקנות נקבע כי עובד בית החולים המועסק בתאגיד יחל את עבודתו בתאגיד רק לאחר שהשלים את מכסת שעות עבודתו בבית החולים. בפועל, לא ניתן לדעת האם קוימו הוראות התוספת לתקנות כאמור ואף עשוי להיות מצב בו עובדים מקבלים שכר כפול על אותן שעות עבודה, שכן הם מקבלים מבית החולים תגמול בגין שעות נוספות וכוונניות על שעות שמעבר לשעות העבודה הרגילות.

נמצא כי ההשתכרות של עובדים מנהליים רבים עולה כדי מחצית ואף יותר ממשכורתם בבית החולים. אף אם היקף ההשתכרות העובדים כאמור במסגרת החריג המצומצם האפשרי על-פי התוספת לתקנות, הרי שמדובר בניצול לרעה של החריג שהביא את המנהלים האדמיניסטרטיביים לרמת השתכרות חסרת פרופורציה ביחס לתפקידם. עוד עולה, כי מנהלים אדמיניסטרטיביים הועסקו בתאגידי הבריאות בניגוד להוראות התקנות תאגידי הבריאות האוסרות העסקתם בתאגידיים במידה והיקף הפעילות של תאגיד הבריאות עולה על 15% מהיקף ההכנסות של בית החולים.

משמעות המשך ההתנהלות הקיימת היא הגדלת הוצאות תאגידי הבריאות וצמצום עודף ההכנסות על ההוצאות בתאגידי הבריאות, דבר שיקטין את גובה ההעברות הכספיות מתאגידי הבריאות לבתי

החולים. על פי נתוני משרד הבריאות הוצאות השכר מהוות כ- 38% מהוצאות תאגידי הבריאות, כאשר הוצאות אלו עלו ב- 14% בשנת 2008 לעומת שנת 2007.

לאור האמור, מוצע כי שרי הבריאות והאוצר יתקנו את התקנות, על פי סמכותם בסעיף 31 לחוק, כך שייקבע בהן כדלקמן:

1. הוראות סעיפים 29 עד 29ב, 33א(ו), 35א, 36 ו-39 לחוק, החלות על גוף נתמך, כהגדרתו בחוק, או על עובדיו, יחולו על תאגיד בריאות או עובדיו, לפי העניין. התיקונים יאפשרו לממונה על השכר במשרד האוצר לפקח על השכר בתאגיד, תוך שמוצע לקבוע, כי לצורך החלת הסעיף, תנאי השכר והעבודה שנקבעו בתאגיד, בכפוף לתוספת לתקנות, ייחשבו כאילו אושרו על ידי שר האוצר לצורך סעיף 29 לחוק.

סעיף 29א(א) אוסר על גוף נתמך להסכים על שינויים בשכר, בתנאי פרישה או בגמלאות, או על הטבות כספיות אחרות הקשורות לעבודה, או להנהיג שינויים או הטבות כאמור, אלא בהתאם למה שהוסכם או הונהג לגבי כלל עובדי המדינה או באישורו של שר האוצר. הסכם או הסדר הנוגד הוראה זו דינו בטלות.

סעיפים 29א ו-29ב לחוק, מעניקים לשר האוצר סמכות לבדוק הסכם או הסדר שקיים חשש שהוא נוגד את הוראות סעיף 29א(א), ולאחר בחינת הנושא ומתן הזדמנות לצדדים להסכם או להסדר להשמיע טענותיהם בנושא, להחליט האם אכן מדובר בהסכם חורג, ואם כן - מה יהיו תוצאות בטלותו. במסגרת זו רשאי שר האוצר להורות על הפסקת תשלום הטבה חורגת, על מתן אישור חלקי וכן להורות לגוף לתבוע השבת כספים ששולמו ביתר בשל החריגה. בנוסף, על פי תקנה 15א(א) לתקנות, תנאי עבודתם והשתכרותם של עובדי תאגיד הבריאות יהיו בכפוף לאמור בתוספת. על פי המוצע, יראו את תנאי העבודה והשכר שבתוספת לתקנות כאילו אושרו על ידי שר האוצר לעניין סעיף 29 לחוק. משכך, לא נדרשות בעניין זה הוראות מעבר נוספות. כמו כן, סעיף 33א(ו) לחוק מחייב כל גוף נתמך לדווח לממונה על השכר על קיום הליך בערכאה שיפוטית או בפני בורר בעניין תנאי העסקה של עובד בגוף כאמור. זאת, במטרה לאפשר לממונה להצטרף להליך ולהבהיר עמדתו בנוגע לתנאי העסקה שבמחלוקת, ככל שהם נוגעים לנושאים שבסמכותו.

סעיפים נוספים בסעיף 33א לחוק, שעניינם חובת הדיווח לממונה על השכר, חלים כבר כיום על תאגידי הבריאות מכוח תיקון מס' 36 לחוק, שנחקק לאחרונה. עוד ייאמר כי תקנה 15ג(ג) לתקנות קובעת כי סעיף 33א לחוק יסודות התקציב יחול על תאגיד הבריאות. תקנה זו טעונה כעת התאמה לאור תיקון מס' 36, כך שדי יהיה בהחלת הוראת סעיף 33א(ו) לחוק על תאגידי הבריאות, הוראה אשר אינה חלה מכוח התיקון האמור.

סעיפים 35א, 36 ו-39 לחוק, עניינם קביעת עבירות משמעת והליך משמעת. בשל הנהגת שינויים או הטבות בניגוד להוראות סעיף 29, אי קיום הוראה מהוראות סעיף 33א או תקנה שתוקנה לפיהם או הוראת מינהל שניתנה לפיהן, או אי קיום הוראה מהוראות שר האוצר לפי סעיפים 29א או 29ב.

2. תקנה 15א(א) קובעת כי תנאי עבודתם והשתכרותם של עובדי תאגיד הבריאות יהיו בכפוף לאמור בתוספת וביחס לכך נקבע בסעיף 2א(א) לתוספת, כי היקף העסקתו בתאגיד הבריאות של עובד מדינה שהינו עובד בית חולים שיעלה על 25% מהיקף משרתו בבית החולים, טעון אישור מנהל בית החולים. לאור הבעייתיות הכרוכה בהעסקתם של עובדים מנהלים בתאגיד הבריאות, מוצע כעת לקבוע בתקנות כללים מיוחדים להיקף העסקתם ושכרם בתאגיד בריאות של עובדי מדינה שהינם עובדי בית חולים, שאין עיסוקם נמנה על מקצוע בתחום הבריאות.

3. תקנה 15ב(ב) קובעת כי מנהל בית החולים, מנהלו האדמיניסטרטיבי, הגוזר וקצין התקציבים שלו לא יעבדו בתאגיד בריאות ולא ימלאו בו כל תפקיד, בין בשכר ובין שלא בשכר, ואולם נוספו בסעיף זה סייגים המאפשרים בכל זאת מינוי של בעלי תפקיד כאמור בתאגיד. בין היתר נקבע בתקנה כי מנהל אדמיניסטרטיבי של בית החולים יוכל לשמש עובד תאגיד הבריאות, באישור שר הבריאות מראש, ובתנאים שקבע, בכפוף לסייגים המפורטים שם.

מוצע לבטל סייגים אלו ולקבוע כי מנהל בית החולים, מנהלו האדמיניסטרטיבי, הגוזר וקצין התקציבים שלו וכן נושאי תפקידים נוספים שייקבעו בתקנות, שאין עיסוקם נמנה על מקצוע בתחום הבריאות, לא יהיו רשאים לעבוד בתאגיד. זאת בין היתר, כיוון שתפקיד זה מחייב הקדשת זמן מלא לבית החולים וכיוון שקיים קושי של ממש לבצע הפרדה בין העבודה (לרבות שעות העבודה) המבוצעת עבור בית החולים לבין העבודה המבוצעת עבור תאגיד הבריאות. כהוראת מעבר, מוצע כי אישורי עבודה שניתנו על ידי שר הבריאות מכוח תקנה 15ב(ב)(2), עובר למועד

קבלת החלטה זו, יעמדו בתוקפם עד לתום תקופת האישור או עד יום 31 בדצמבר 2010, לפי המוקדם מביניהם ולהנחות את שר הבריאות שלא ליתן אישורים חדשים מכוח התקנה האמורה ולא להאריך אישורים קיימים.

4. על פי תקנה 4, פעילותו של תאגיד בריאות, בכל הנוגע לשימוש בתשתיות בית החולים או מתקניו תהיה בהתאם להסכם שיכלול רק פעילות שהיא אחת מאלה: מכירת שירותי רפואה ראשונית, רפואה שניונית, שירותי אשפוז ושירותים פארא-רפואיים (להלן – שירותי בריאות); ביצוע מחקר רפואי; מכירת שירותי רפואה מונעת, קידום בריאות והדרכת סטודנטים ועובדים במקצועות בתחום הבריאות (להלן – שירותים נוספים). בהתאם לתקנה 6, תמורת השימוש במתקני בית חולים ועלות שירותי תשתית שמספק בית החולים לתאגיד בריאות, יעביר תאגיד הבריאות לבית החולים סכומים שלא יפחתו משיעור מהכנסותיו הקבוע בתקנות (להלן – תקורה). על פי התקנות שיעור התקורה לא יפחת מ-20% לעניין הכנסות תאגיד בריאות משירותי בריאות ולא יפחת מ-4% לעניין הכנסות התאגיד מהשירותים הנוספים. על אף האמור לעיל, לפי תקנה 6(ד), תאגיד לא ישלם תקורה עבור פעילות נבחרת (להלן – פעילות נבחרת), שהיא שירותי תשתית בתחום הבריאות שביצע תאגיד הבריאות בבית החולים ביום 1 בספטמבר 2001, ושנתקיימו בה כל אלה: מנוהלת כמשק כספים סגור; היא לא בוצעה בידי בית החולים בשנה שקדמה למועד האמור ואינה מבוצעת בידו גם במועד אישורו של הסכם הפעילות; אין חלופה מתאימה לביצועה במסגרת בית החולים, מתקניו ובאמצעות עובדיו; דבר ביצועה של הפעילות האמורה, כפעילות נבחרת, נכלל בהסכם פעילות שאושר כדיון. הכנסות תאגידי הבריאות מהפעילות נבחרת הסתכמה בשנת 2008 ב-152 מיליון ש"ח. גם בפעילות שהוגדרה כפעילות נבחרת עושה תאגיד הבריאות שימוש בתשתיות בית החולים או מתקניו, ועל כן הפטור האמור מתשלום בעבור השימוש במתקני בית חולים ועלות שירותי תשתית שמספק בית החולים פוגע ביעילות פעולתו של בית החולים ובאינתנותו הפיננסית.

מוצע כי החובה של תאגיד בריאות לשלם לבית החולים תמורת השימוש במתקני בית החולים, עלות שירותי תשתית שמספק לו בית החולים וההוצאות שנקבעו ביחס לחובה זו בתקנות, יחולו גם על הכנסות של תאגיד בריאות שמקורן בפעילות נבחרת כמשמעותה בתקנות.

ההיבט המשפטי

נדרש תיקון חקיקת משנה בהתאם לאמור בהצעת ההחלטה.

כללים לעבודות נוספות של רופאים ומנהלי בתי חולים בשירות המדינה

מחליטים

1. להנחות את נציב שירות המדינה (להלן - הנציב) להקים צוות בין-משרדי בראשותו לעניין רופאים ומנהלי בתי חולים בשירות המדינה שעובדים מחוץ לשירות המדינה (להלן - עבודות נוספות) שחבריו יהיו היועץ המשפטי לממשלה, מנכ"ל משרד הבריאות, הממונה על השכר במשרד האוצר והממונה על התקציבים במשרד האוצר, או נציגיהם.
2. הצוות יקבע כללים לעניין עבודות נוספות, לרבות הוראות לעניין פיקוח ואכיפת הכללים כאמור.
3. הצוות יגיש את המלצותיו לממשלה בתוך 120 ימים ממועד קבלת החלטה זו.

דברי הסבר

רקע כללי נתונים כלכליים ותקציבי

כיום רשאים רופאים, בהתאם מיוחד מנציבות שירות המדינה, לעבוד בעבודה פרטית או פרקטיקה פרטית בנוסף לעבודתם בשירות המדינה בכפוף להגבלות הקבועות בסעיפים 42.421 ו-42.431 לתקנות שירות המדינה (להלן - התקש"ר). על פי דו"ח מבקר המדינה (מס' 59ב') היקף העבודה הפרטית או הפרקטיקה הפרטית והתמורה שמקבלים מנהלי בתי החולים בגינה אינם תואמים את ההגבלות כאמור. כך לדוגמא, נמצא בבדיקת המבקר כי מנהל בית חולים ממשלתי עסק בו זמנית ב-11 עבודות מחוץ לתפקיד ומנהל בית חולים ממשלתי אחר עסק בו-זמנית ב-7 עבודות מחוץ לתפקיד.

על מנת להסדיר תחום זה, מוצע להנחות את נציב שירות המדינה להקים צוות בין-משרדי בראשותו לעניין רופאים ומנהלי בתי חולים בשירות המדינה שעובדים מחוץ לשירות המדינה, שחבריו יהיו היועץ המשפטי לממשלה, מנכ"ל משרד הבריאות, הממונה על השכר במשרד האוצר והממונה על התקציבים במשרד האוצר או נציגיהם. הצוות יבחן את היקף החריגה הקיימת מההוראות כאמור ואת השפעתה על תפקודם של בתי החולים הממשלתיים וגופים נוספים. הצוות ימליץ לממשלה בדבר הוראות לעניין פיקוח ואכיפת הכללים לעניין עבודה נוספת ויגיש את המלצותיו לממשלה תוך 120 יום ממועד קבלת החלטה זו.