

מחלוקות בכלכלה
סדרה שנייה



בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ

3 מחלוקת בכלכלה

מאת: לאה אחדות, גבי בן נון

אפריל 2012

התוכנית לכלכלה וחברה
במכון ון ליר בירושלים


מכון ון ליר בירושלים
THE VAN LEER JERUSALEM INSTITUTE
معهد فان لير في القدس

**FRIEDRICH
EBERT**

STIFTUNG

מחלוקות בכלכלה, סדרה שנייה

מחלוקת בכלכלה 3

מחלוקות בכלכלה, סדרה שנייה

מחלוקת בכלכלה 3

**בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל:
המקרה של השר"פ**

לאה אחדות

התוכנית לכלכלה וניהול, המרכז האקדמי רופין
התוכנית לכלכלה וחברה, מכון ון ליר בירושלים

גבי בן נון

המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

התוכנית לכלכלה וחברה
במכון ון ליר בירושלים


מכון ון ליר בירושלים
THE VAN LEER JERUSALEM INSTITUTE
معهد فان لير في القدس

**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG

Disputes in Economics – Second Series

No. 3

**The Private-Public Mix in the Health System in Israel:
The Case of Private Health Service in Public Hospitals**

Leah Achdut Gabi Bin Nun

מפיקה: יונה רצון
עורכת לשון: נעה רוזן

הדעות המובאות בסדרה השנייה של המחלוקות בכלכלה משקפות את דעתם של
הכותבים ולא דווקא את עמדתה של התוכנית לכלכלה וחברה
במכון ון ליר בירושלים

© תשע"ב – 2012, מכון ון ליר בירושלים

סדר וגרפיקה: נדב שטכמן
נדפס בדפוס "גרפית", ירושלים

התוכנית לכלכלה וחברה

התוכנית לכלכלה וחברה במכון ון ליר בירושלים הוקמה לנוכח המשימה שהמכון קיבל על עצמו לזהות את הפערים המתרחבים בחברה בישראל, לנתח אותם ולהציע דרכי פעולה מעשיות לצמצומם. מטרת התוכנית ליצור כלים שיאפשרו לציבור להשתתף בשיח הכלכלי-חברתי ולהשפיע על המדיניות הכלכלית-חברתית בישראל, מתוך התמקדות בשאלות מרכזיות העומדות על סדר היום, בין השאר בתחומי חלוקת ההכנסות, שוק העבודה והכלכלה הציבורית.

משתתפי התוכנית הם כלכלנים מוכרים באקדמיה ובמשק הישראלי וחוקרים ממדעי החברה, ובמסגרתה נכתבים ניירות עמדה ונעשים מחקרים שנעזרים בשיטות כלכליות מקובלות. התוכנית מציגה חלופות מקצועיות למדיניות הכלכלית הנהוגה, בשאיפה לקדם צמיחה בת קיימא המתבססת על טובת כל האזרחים ועל הקטנת האי-שוויון בחברה.

התוכנית מבטאת קול ייחודי בשיח הציבורי בישראל, והיא שואפת לתרום לשינוי התפיסה הרווחת בשאלות כלכלה וחברה בשתי דרכים מרכזיות: הראשונה, פיתוח ראייה ביקורתית המבוססת על הבנה יסודית של תיאוריות ושל מונחים כלכליים המשמשים בשיח הציבורי. השנייה, הספקת כלים להתמודדות עם טיעוניהם של מייצגי התפיסות הכלכליות השמרניות – כלים שאינם מפותחים דיים כיום – מתוך הישענות על נתונים המעובדים בשיטות מקובלות כדי להציגם לפני הציבור, אמצעי התקשורת וקובעי המדיניות. הדבר יאפשר התערבות בזמן אמת בדיון בסוגיות המעסיקות את הציבור והשפעה על תהליך קביעת המדיניות הכלכלית-חברתית.

פרסומי התוכנית

- מחקרי מדיניות
- ניירות עמדה
- מחלוקות בכלכלה
- נקודה למחשבה

פעילות לציבור

- ערבי דיון וימי עיון
- סדנאות ודיוני שולחן עגול בהשתתפות קובעי מדיניות
- כינוסים שנתיים

פרסומי התוכנית לכלכלה וחברה ומידע על פעילותה נמצאים באתר האינטרנט של מכון ון ליר בירושלים, www.vanleer.org.il/economics

מחלוקות בכלכלה, סדרה שנייה

מחלוקות בכלכלה, סדרה שנייה, היא נדבך מרכזי בפעילות התוכנית לכלכלה וחברה. הסדרה מבקשת להציג סוגיות בכלכלה העומדות במרכז סדר היום הציבורי באופן מאוזן ככל האפשר ולהשתית את הדיון הציבורי בסוגיות אלה על מסד מושגי ועובדתי מוצק. קורה לעתים שהידע הכלכלי התיאורטי והאמפירי שעומד לרשות הציבור בנושאים אלה ואחרים אינו משקף את הידע הקיים בתחום על כל גווניו ומורכבותו. מטרת הסדרה להציג את הנושאים שהיא עוסקת בהם ממגוון זוויות ולפרוס את השיקולים בעד ונגד מדיניות זו או אחרת על מנת לסייע לציבור לגבש דעה מושכלת מתוך הכרה רחבה יותר של טווח אפשרויות הפעולה.

כל מחלוקת בסדרה מוגשת בחוברת נפרדת, והחוברות משמשות בסיס לדיון בערבי עיון בהשתתפות הציבור הרחב, שמארגנת התוכנית לכלכלה וחברה. את החוברות כתבו מומחים בתחומם, בשפה בהירה ונגישה, והן מיועדות לכל אדם המתעניין בסוגיות המרכזיות המעצבות את פני המשק והחברה בישראל.

הסדרה השנייה של המחלוקות בכלכלה התקיימה במכון ון ליר בירושלים בשנת 2011, והיא המשך לסדרת המחלוקות בכלכלה שהתקיימה במכון בשנים 2006-2007.

תוכן העניינים

תקציר 9

א. הקדמה 11

14 ב. התמהיל הציבורי-פרטי במימון שירותי הבריאות ובאספקתם

14 1. התמהיל הציבורי-פרטי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות

16 2. התמהיל הציבורי-פרטי באספקת שירותי בריאות

ג. מהו שר"פ? 19

21 ד. סקירת ההתפתחויות בדיון הציבורי בהסדר השר"פ

24 ה. הטיעונים בעד הסדר השר"פ ונגדו

27 1. הסדרת הפעלתו של השר"פ באמצעות הביטוחים המשלימים

28 2. השר"פ ותאגידי הבריאות ליד בתי החולים הממשלתיים

ו. ההשפעה של הפעלת השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים

30 על ההוצאה הלאומית

ז. סיכום 33

34 ביבליוגרפיה

תקציר

השאלה אם לאפשר בחירת רופא בתשלום (שירות רפואי פרטי – שר"פ) בכלל בתי החולים הציבוריים שנויה במחלוקת זה שנים רבות במערכת הבריאות בישראל. עמדות המצדדים בהתרת השר"פ והמתנגדים לה משקפות הבדלים בתפיסה הכוללת בדבר אופייה הרצוי של מערכת הבריאות בישראל, אך הן מושפעות ללא ספק גם מאינטרסים כלכליים ואחרים.

השר"פ הוא שירות רפואי שמספקים רופאים בתוך המערכת הציבורית, אך במימון פרטי של החולים. במסגרת השר"פ החולה יכול לבחור רופא (בדרך כלל רופא מנתח) תמורת תשלום שמתחלק בין הרופא לבית החולים. בבתי החולים הציבוריים היום מונהג ההסדר הזה רק בירושלים – בהדסה, בשערי צדק ובביקור חולים – מתוקף הסכם ארוך שנים. לחצם של הרופאים להעלאת שכרם מעבר לשכר שמאשרים המעסיקים הציבוריים, הרחבת הכיסוי הביטוחי של תושבי המדינה באמצעות תוכניות הביטוח המשלים (המאפשרות בחירת רופא), והנטייה הגוברת בקרב הציבור למעורבות גדולה יותר בהליכי הטיפול הרפואי – כל אלה העלו מחדש את סוגיית השר"פ על סדר היום הציבורי.

מטרתה של מחלוקת זו היא לפרוס את הטעונונים של התומכים בהנהגת שר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים במדינה ושל המתנגדים לה, על רקע המחלוקת הרחבה יותר בדבר חלוקת העבודה שבין הציבורי לפרטי במימון שירותי הבריאות ובאספקתם. בחלקה הראשון של המחלוקת יוצגו מגמות ההתפתחות בתמהיל הציבורי-פרטי במימון מערכת הבריאות בישראל בשני העשורים האחרונים; בחלקה השני יובהר המושג "שירות רפואי פרטי" (שר"פ), ויובאו סקירה היסטורית ומשפטית של התפתחות הדיון בנושא השר"פ ותמונת מצב של הרפואה הפרטית המשולבת כבר היום במערכת הציבורית; בחלק השלישי יוצגו עיקרי הטעונונים של התומכים בהנהגת השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים בישראל ושל המתנגדים לה. טעונונים אלו ייבחנו מחדש על רקע ההתפתחויות האחרונות במערכת הבריאות בישראל: הרחבת הכיסוי הביטוחי באמצעות קופות החולים והקמת תאגידי הבריאות שליד בתי החולים. לבסוף יוצגו אומדנים לטווח ההשפעה של הפעלת השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים בישראל על ההוצאה הלאומית לבריאות.

א. הקדמה

הסוגיה של הנהגת בחירת רופא בתשלום (שירות רפואי פרטי – שר"פ) בכלל בתי החולים הציבוריים¹ שנויה במחלוקת המלווה זה שנים רבות את העוסקים במדיניות הבריאות הציבורית בישראל. מחלוקת זו עולה על סדר היום הציבורי מפעם לפעם, בוועדות ציבוריות, בעתירות לבג"ץ ובמשאים ומתנים בין הממשלה להסתדרות הרפואית על שכרם ועל תנאי עבודתם של הרופאים. עמדות המצדדים בהתרת השר"פ והמתנגדים לו מושפעות ללא ספק מאינטרסים כלכליים ואחרים, אך הן משקפות גם הבדלים בתפיסה בדבר אופייה הרצוי של מערכת הבריאות בישראל. סוגיית השר"פ היא אפוא חלק מן המחלוקת הרחבה יותר על התמהיל הציבורי-פרטי הראוי במימון שירותי הבריאות ובאספקתם. השחיקה המתמשכת במקורות המימון הציבוריים של ההוצאה הלאומית לבריאות, בצד הגידול בחלקו של המימון הפרטי לשיעור שהוא אחד הגבוהים בעולם המערבי, נחשבים בעיני רבים להפרטה זוחלת של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. מגמות אלו מחדדות עוד יותר את הוויכוח המתמשך בסוגיית הנהגת שירות רפואי בתשלום בכלל המערכת הציבורית.

הוויכוח על השר"פ קשור בטבורו לכללי העסקתם של הרופאים בבתי החולים הציבוריים. זאת משום שהשר"פ הוא שירות רפואי שמספקים רופאים מן המערכת הציבורית, במסגרת המערכת הציבורית, אך במימון פרטי של החולים. במסגרת השר"פ החולה יכול לבחור רופא (בדרך כלל רופא מנתח) תמורת תשלום שמתחלק בין הרופא לבית החולים. ההסדר הזה אסור היום בבתי החולים הציבוריים, חוץ מבבתי החולים הדסה, שערי צדק וביקור חולים בירושלים, שהנהיגו את השר"פ לפני שנים רבות. כמו ברוב מדינות המערב (חוץ מארצות הברית), כללי ההעסקה של הרופאים בבתי החולים הציבוריים בישראל מתבססים על העיקרון שהרופאים הם עובדים שכירים של בית החולים ואת משכורתם משלם המוסד המעסיק. למטופל אין כל קשר כלכלי לגורם המטפל (הרופא בבית החולים), והוא גם אינו יכול לבחור בו. בבסיס שיטת העסקה זו עומדת בין השאר התפיסה החברתית הרואה בבריאות "זכות" שיש להבטיח לכלל האוכלוסייה, ואחת היא מה האמצעים הכספיים שעומדים לרשות המטופל, תפיסה שמצאה את ביטוייה גם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.

1 בהגדרה "בתי החולים הציבוריים" כלולים כל בתי החולים הכלליים שבבעלות ממשלתית ובבעלות קופות החולים, ובתי חולים כלליים נוספים הפועלים שלא למטרות רווח (ראו להלן לוח 2 בעמ' 20).

אל מול תפיסה זו פועלים בעשור האחרון כוחות סותרים: לחצם של הרופאים להעלאת שכרם מעבר לשכר שמאשרים המעסיקים הציבוריים; הרחבת הכיסוי הביטוחי של תושבי המדינה באמצעות תוכניות הביטוח המשלים (המאפשרות חופש בחירת רופא); והנטייה הגוברת בקרב הציבור למעורבות גדולה יותר בהליכי הטיפול הרפואי. כל אלה מעלים מחדש את סוגיית השר"פ על סדר היום הציבורי ומעצימים אותה. עדות לכך היא הוויכוח הלוהט שהתנהל נכון לכתיבת שורות אלו (אפריל 2011) בין ההסתדרות הרפואית למדינה, שמעורבים בו כמעט כל הגורמים במערכת הבריאות, וכן העניין הציבורי הרב שוויכוח זה מעורר.

בראשית 2011 הכריזה ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) על סכסוך עבודה ופתחה בשביתה מדורגת. במהלכה הציגה הר"י מסמך ובו רשימה של דרישות לשיפור שכרם ותנאי עבודתם של הרופאים ולשיפור מצבה של הרפואה הציבורית, בדגש על הפריפריה.² את הדרישה להנהגת שר"פ בכלל המערכת הציבורית לא הציגה הר"י במסמך באופן רשמי, אבל היא עלתה על שולחן הדיונים בהצעת פשרה. לפי הצעה זו, בתמורה למתן היתר לשר"פ תסכים ההסתדרות הרפואית לדרישת המדינה להחתמת שיעון נוכחות. על רקע הביקורת הציבורית על הרחבת השר"פ הבהירה הר"י שהיא לא העלתה את נושא השר"פ במסגרת המשא ומתן עם המעסיקים. עם זאת, היא העלתה הצעה מרוככת למימושו: לאפשר בחירת רופא באמצעות השב"ן (שירותי בריאות נוספים, הידועים גם כ"ביטוחים משלימים") בכלל מערכת הרפואה הציבורית בישראל. על פי הצעת הר"י (שהעלה גם סגן שר הבריאות), מבוטחים שברשותם שב"ן (כ-75% מהאוכלוסייה) יוכלו לנצל לבחירת רופא מטפל גם בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית. בכך תורחב למעשה הנהגת השר"פ המותרת כעת רק בבתי החולים הציבוריים בירושלים ובמערכת הפרטית לחלוטין, כמו רשת בתי החולים אסותא או הרצליה מדיקל סנטר. גם דרישה מרוככת זו להפעלת השר"פ נתקלה בהתנגדותו המסורתית של משרד האוצר ובהתנגדותם של גורמים רבים אחרים, ובכללם קבוצות רופאים שראו בדרישה זו פגיעה קשה באופייה הציבורי של מערכת הבריאות. הוויכוח בעניין השר"פ נותר אפוא בעינו, ואין ספק שהוא יוסיף ללוות את סכסוך העבודה בין הר"י למדינה גם בעתיד הקרוב.

מטרתה של מחלוקת זו היא לפרוס את הטיעונים של התומכים בהנהגת שר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים במדינה ושל המתנגדים לה, על רקע המחלוקת הרחבה יותר בדבר חלוקת העבודה שבין הציבורי לפרטי במימון שירותי הבריאות

2 מסמך הדרישות מופיע באתר "עבודה שחורה" מיום 4 באפריל 2011, www.blacklabor.org/?p=30590.

ובאספקתם. הטיעונים בעד השר"פ ונגדו ידועים והם נידונו רבות בעבר, אבל לנוכח עלייתו המחודשת של הדיון בעקבות סכסוך העבודה שהרופאים הכריזו עליו, סברנו שיש לשוב ולדון בהם בעיקר בשל שני צדדים חדשים שנוספו לדיון הציבורי בנושא: הראשון הוא הסדרת השר"פ כאמצעי לפתרון סכסוך עבודה במאבק לשיפור שכרם של הרופאים – רעיון זה עלה לראשונה בשביתה האחרונה של הרופאים. השני הוא הסדרת השר"פ באמצעות הביטוח המשלים על רקע התרחבות הכיסוי הביטוחי (המצוי היום בידי כ-75% מהאוכלוסייה).

בחלקה הראשון של המחלוקת, כרקע לדיון בשר"פ, יוצגו מגמות התפתחות התמהיל הציבורי-פרטי במימון מערכת הבריאות בישראל בשני העשורים האחרונים וההתפתחויות בהרכבו של המימון הפרטי; בחלק השני יובהר המונח "שירות רפואי פרטי", ויובאו סקירה היסטורית ומשפטית של התפתחות הדיון בנושא השר"פ ותמונת מצב של הרפואה הפרטית המשולבת כבר היום במערכת הציבורית; ובחלק השלישי יוצגו עיקרי הטיעונים של התומכים בהנהגת השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים בישראל והמתנגדים לה. טיעוני התומכים והמתנגדים ייבחנו גם על רקע ההתפתחויות האחרונות במערכת הבריאות בישראל: הרחבת הכיסוי הביטוחי באמצעות קופות החולים והקמת תאגידי הבריאות שליד בתי החולים. לבסוף נתייחס לאומדני עלות הפעלת השר"פ בכלל בתי החולים בארץ.

ב. התמהיל הציבורי-פרטי במימון שירותי הבריאות ובאספקתם

התמהיל הציבורי-פרטי של שירותי הבריאות בא לידי ביטוי הן בחלוקת המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות והן באחריות לאספקת שירותי הבריאות (בן נון ואחרים 2010). להלן נסקור כל אחד מהיבטים אלו בנפרד, ואז נשווה ביניהם.

1. התמהיל הציבורי-פרטי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות

הוויכוח הציבורי על דמותה של מערכת הבריאות בישראל נמשך גם לאחר הנהגתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ואחת הסוגיות העיקריות בו נוגעת לתמהיל הציבורי-פרטי הראוי במימון המערכת. המימון הציבורי של מערכת הבריאות בישראל מקורו במסים הייעודיים למערכת הבריאות (דמי ביטוח בריאות ומימון שירותי הבריאות באמצעות המוסד לביטוח לאומי) ובכספים מתקציב המדינה (מהמיסוי הכללי). המימון הפרטי של מערכת הבריאות מורכב מהוצאות משקי הבית על שירותי בריאות למיניהם, מקצתם כלולים בסל הציבורי שבאחריות קופות החולים או משרד הבריאות ומקצתם מחוצה לו, ומתשלומי משקי הבית על תוכניות ביטוח משלים של קופות החולים (שב"ן) או תוכניות ביטוח רפואי בחברות ביטוח מסחריות.

בניגוד לחששות שהועלו במהלך גיבושו של חוק ביטוח בריאות, החלתו בשנת 1995 לא הובילה להאצת הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג (תוצר מקומי גולמי), אך לאחר יישומו של החוק, ובעיקר בעקבות שינויי חקיקה שנעשו בחוק במשך השנים, חלו שינויים ניכרים בהרכב מימון ההוצאה הלאומית לבריאות. המרת דמי החבר ששולמו בעבר ישירות לקופות החולים או להסתדרויות הקשורות עמן בתשלום חובה של דמי ביטוח בריאות הגדילה מיד את חלקו היחסי של המימון הציבורי, אך לענייננו חשובות ההתפתחויות לאחר מכן: גביית תשלומים נוספים תמורת שירותי בריאות המוענקים במסגרת הסל (תשלום על תרופות ועל ביקורים אצל רופאים מקצועיים), שהחלה ב-1998, בצד התרחבות התופעה של רכישת ביטוחים משלימים, בעיקר במסגרת קופות החולים, האיצו את קצב גידולה של ההוצאה הפרטית במימון מערכת הבריאות בישראל. בד בבד, שחיקת מקורות המימון של סל הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בעקבות עדכון חלקי של עלות הסל ביחס לשינויים הדמוגרפיים ולעליית מחירי תשומות שירותי הבריאות, הובילה אף היא לצמצום חלקו היחסי של המימון הציבורי בהוצאה הלאומית (אחדות ואחרים 2006; בן נון וקידר 2010). אין זה המקום להרחיב את הדיון בעדכון עלות סל השירותים שבחוק, אך נציין שבשני מדרי העדכון העיקריים של מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי – העדכון בגין שינויים דמוגרפיים והעדכון בגין שינויי מחירים – חלה במשך כל שנות הפעלת החוק שחיקה מצטברת בשיעור של 25%, שהם שווה ערך לכ-7 מיליארד שקל (במחירי 2010). לעלייה בשיעור היחסי של ההוצאה הפרטית במימון מערכת

הבריאות תרמו אפוא גם הגידול בהוצאות משקי הבית וגם שחיקת המימון הציבורי. מלוח 1 להלן, המציג את נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג ואת נתוני ההוצאה לבריאות לנפש במחירים קבועים, עולה כי ב-2010 עמדה ההוצאה הלאומית לבריאות על 7.5% מהתוצר (כ-61 מיליארד שקל), לעומת 9% מהתוצר בממוצע במדינות OECD. ישראל ממוקמת בשליש התחתון של הסולם המדרג את מדינות OECD לפי גודל ההוצאה לבריאות במונחי תוצר. בעשור הקודם (עד שנת 2001) היה שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות במגמת עלייה (מ-6.9% מהתוצר ל-8.1% מהתוצר, אם כי לא ברציפות). מגמת עלייה זו ניכרה ברוב מדינות OECD, אבל בעוד שבמדינות OECD נמשכה מגמת הגידול בהוצאה לבריאות כאחוז מהתוצר, בישראל הסתמנה החל ב-2002 מגמה מתונה של ירידה עד שההוצאה הלאומית לבריאות במונחי תמ"ג חזרה לשיעורה ערב החלת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי. חלקה של ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג מצוי מ-1997 במגמת ירידה, מ-5.2% בשנת 1997 ל-4.6% ב-2010. גם במגמה זו חורגים נתוני ישראל מנתוני מדינות OECD.

לוח 1: מדדים להוצאה הלאומית לבריאות, 1995-2010

הוצאה לאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג	הוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג	חלקו היחסי של המימון הפרטי (באחוזים)	ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש (בשקלים, במחירי 2005)
1995	7.6	5.3	30.3
1996	7.7	5.5	28.8
1997	7.9	5.5	30.2
1998	7.8	5.2	33.8
1999	7.5	5.0	33.4
2000	7.5	4.8	35.5
2001	8.1	5.2	36.4
2002	8.0	5.2	34.7
2003	7.8	5.0	36.3
2004	7.7	4.9	36.9
2005	7.8	4.8	38.7
2006	7.6	4.7	38.8
2007	7.6	4.6	39.8
2008	7.7	4.7	38.5
2009	7.6	4.7	38.5
2010	7.5	4.6	38.2

מקור: ברנר וכץ 2011

בחינת המגמות של התמהיל הציבורי-פרטי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות לאורך זמן מראה שמשנת 1997 עלה חלקו של המימון הפרטי מכ-30% לכ-38% ב-2010, ובד בבד ירד חלקו של המימון הציבורי (ובעיקר המימון מתקציב המדינה). בין 1995 ל-2010 גדלה ההוצאה הלאומית לנפש בכמעט 1,200 שקל (במחירי 2005). גידול זה בהוצאה הלאומית לבריאות לנפש במחירים קבועים מומן כולו ממקורות פרטיים, שכן ההוצאה הציבורית לנפש אף ירדה באותן שנים בכ-113 שקל (בן נון וקידר 2010). בשל הגידול בחלקה של ההוצאה הפרטית בכלל המימון צומצמה הפרוגרסיביות במימון ההוצאה הלאומית לבריאות והתחזק הקשר בין קבלת שירותי בריאות לתשלום תמורתם (אחדות 1999; אחדות ואחרים 2006; 2007).

על הרכב ההוצאה הפרטית לבריאות אפשר ללמוד גם מסקרי הוצאות המשפחה שעושה מדי שנה בשנה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: חלקה של ההוצאה לבריאות בסך ההוצאה הפרטית עלה מ-3.8% ב-1997 ל-5.1% ב-2009.³ שיעור הגידול בהוצאות משקי הבית על בריאות בעשור האחרון הוא הגבוה ביותר מבין כל מרכיבי הוצאות משקי הבית על תצרוכת. עיקר הגידול בהוצאות משקי הבית היה בסעיף רכישת ביטוחי בריאות, הכוללים את הביטוחים שמפעילות קופות החולים ואת תוכניות הביטוח של החברות המסחריות. ההוצאה על ביטוחים משלימים גדלה גם משום שהתרחב היקף הכיסוי הביטוחי (כ-75% מהאוכלוסייה היו מבוטחים בביטוחים משלימים ב-2009, לעומת 54% בשנת 2000), וגם בשל עליית התעריפים והרחבת תוכניות הביטוח. הוצאה זו עמדה ב-2009 על כרבע מכלל ההוצאה הפרטית על בריאות, לעומת 12% ב-1997. מרכיבים עיקריים נוספים בהוצאות משקי הבית על בריאות הם ההוצאה על שירותי בריאות השן וההוצאה על תרופות, הן תרופות הכלולות בסל והן תרופות שמחוצה לו.

2. התמהיל הציבורי-פרטי באספקת שירותי בריאות

שלושת הגורמים הציבוריים המספקים שירותי בריאות הם קופות החולים, משרד הבריאות והמוסדות ללא כוונת רווח (מלכ"רים) כגון בתי החולים הציבוריים. ספקי שירותי הבריאות הציבוריים העיקריים הם קופות החולים – שהוציאו קצת מעל 40% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות ב-2009 – ואחריהן משרד הבריאות, שחלקו באספקת שירותי בריאות עמד באותה שנה על כ-20% מההוצאה. בשני העשורים האחרונים הסתמנה ירידה מתונה בחלקם של שני גורמים אלו באספקת

3 עיבודי המחקרים על בסיס נתוני הסקרים לשנים 1997 ו-2009.

שירותי הבריאות בישראל, ואילו חלקם של המלכ"רים נותר פחות או יותר יציב – כ-13% מההוצאה הלאומית.

המגזר הפרטי-עסקי מספק מגוון רחב של שירותי בריאות, הממומנים ממכירת שירותים למגזר הציבורי או ישירות למשקי הבית. מגזר זה דומיננטי בעיקר בשירותי רפואת השן ובענף התרופות והמכשור הרפואי, אם כי הוא מספק גם שירותי אשפוז ממושך ושירותי רופאים פרטיים בקהילה. חלקו של המגזר הפרטי באספקת שירותים בכלל ההוצאה הלאומית נמצא במגמת עלייה, מכ-22% בשנות השמונים של המאה הקודמת לכ-26% ב-2009.

בשתי המחלוקות הנוגעות לתמהיל הציבורי-פרטי, על מימון השירותים ועל אספקתם, מועלים טיעונים הנוגעים הן ליעילות המערכת במונחי גמישות תפעולית ועידוד התחרות בשוק שירותי הבריאות והן להיבטים של הוגנות ושוויוניות בנגישות לשירותי בריאות וברמת הבריאות. אבל במוקד המחלוקת על התמהיל הציבורי-פרטי באספקת שירותים עומדים ההיבטים של יעילות, ובמוקד המחלוקת בתחום המימון עומדים ההיבטים של הוגנות ושוויוניות. נראה שהמחלוקת על תהליך ההפרטה בתחום אספקת שירותי בריאות חריפה פחות מן המחלוקת הנוגעת למימון של מערכת הבריאות בישראל, מכמה סיבות: (א) קובעי המדיניות והציבור ככלל מייחסים חשיבות רבה להיבטים של הוגנות ושוויוניות בטיפול הרפואי וברמת הבריאות; (ב) גם המגזר הציבורי בישראל אימץ בהדרגה חלק מדפוסי הפעולה העסקיים של המגזר הפרטי והגביר את מידת גמישותו התפעולית. הראיה לכך היא שהמגזר הציבורי, ובעיקר קופות החולים והמלכ"רים האחרים, שואפים לאיזון תקציבי ומאמצים כלים ניהוליים ושיווקיים הנהוגים במגזר הפרטי; (ג) בפועל הגידול בחלקו של המגזר הפרטי באספקת שירותים היה מתון לאין ערוך מהגידול בחלקו של המגזר הפרטי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות.

עם זאת, מבקריו של המגזר הפרטי באספקת שירותי בריאות מדגישים את חסרונותיו, ובעיקר את תופעות "גריפת השמנת" (ברירת המטופלים הרווחיים) ו"היצע יוצר ביקוש" (כשלי שוק שיש גם במגזר הציבורי, אבל עוצמתם במגזר הפרטי גדולה הרבה יותר בשל השאיפה להשאת רווחים). שלושה גורמים מגדילים את רווחיותו של המגזר הפרטי לעומת המגזר הציבורי באספקת שירותי בריאות: האחד, כניסתו של המגזר הפרטי לאספקת שירותי בריאות נוטה להיות בררנית הן בבחירת סוגי המטופלים (חולים קלים יחסית שהסיכויים להירדדרות במצבם הרפואי נמוכים) והן בבחירת סוגי השירות הרפואי (שירותים עם סיכויים גדולים לרווח). מאחר שהמגזר הציבורי אינו רשאי לברור חולים או מצבי טיפול,

הוא מספק בדרך כלל גם שירותי בריאות שאינם רווחיים, והדבר עלול להשפיע השפעה שלילית על המאזן הכלכלי של המגזר הציבורי באספקת שירותי בריאות. זאת ועוד, מערך התמחור של שירותי הבריאות בכלל ושל שירותי האשפוז הכללי בישראל בפרט מבוסס בעיקר על רמות מחירים ממוצעות. עובדה זו מגבירה עוד יותר את התמריץ ל"גריפת השמנת" של הטיפולים שעלותם נמוכה מהממוצע. הגורם השני הוא שהמגזר הפרטי עלול לעודד הליכים רפואיים גם אם אין בהם צורך וליצור תופעה כלכלית של "היצע יוצר ביקוש". הגורם השלישי: פעילות המחקר וההוראה הרחבה יותר במגזר הציבורי, בצד הוצאות התפעול הייחודיות למגזר זה (כגון היערכות לשעת חירום), מקנות יתרונות ברורים למגזר הפרטי בתחרות עם המגזר הציבורי. ההבדלים בין המגזר הציבורי לפרטי בהיבטים אלו מסבירים את חלקו המכריע של המגזר הציבורי באספקת שירותי בריאות ברוב מדינות OECD.

ג. מהו שר"פ?

השר"פ הוא מתן זכות למטופל לבחור ברופא המטפל (בדרך כלל מנתח) תמורת תשלום, המתחלק בין בית החולים הציבורי (המעסיק את הרופא) לרופא המטפל. ככלל, לשם ביצוע הליך רפואי כלשהו חולים מופנים אל בתי החולים הציבוריים, מצוידים בדרך כלל בהתחייבות מטעם קופת החולים לשאת בעלויות הטיפול הרפואי. אם מדובר בהליך רפואי ניתוחי, צוות בית החולים שהחולה מופנה אליו הוא שמחליט מי ינתח את החולה, על פי שיקולים רפואיים בלבד, והחולה אינו יכול להשפיע על הבחירה ברופא שינתחו. במסגרת הפעלת שר"פ, לעומת זאת, החולה יכול לבחור את הרופא המנתח בתמורה לתשלום נוסף מכיסו או במימון חלקי של תוכנית ביטוח משלים או מסחרי, אם הוא מבוטח. התחייבות קופת החולים מכסה את כל עלויות הטיפול הרפואי בחולה, והתשלום על השר"פ מקנה רק את האפשרות לבחור את המנתח.

חשוב לציין שהסדרי בחירת הרופא המנתח הם שירות מרכזי שמעניקים בתי החולים שבבעלות פרטית. הדיון הציבורי בנושא השר"פ נוגע להפעלתו במערכת הציבורית בלבד. עוד ראוי לציין שהדיון הציבורי מתמקד בדרך כלל בבחירת הרופא המנתח, אבל במסגרת הסדרי השר"פ הקיימים היום בבתי החולים הציבוריים אפשר לבחור מטפל לכל טיפול רפואי: ניתוחים, טיפולים מיוחדים, בדיקות מורכבות, ייעוץ במסגרת "חוות דעת שנייה" וחוות דעת רפואית משפטית לבית המשפט או לוועדות רפואיות של המוסד לביטוח לאומי, של משרד הביטחון, של משרד הבריאות וכדומה. הטיפול הרפואי בשר"פ יכול להינתן במסגרת אמבולטורית במרפאה או באשפוז בבית החולים.

בתי החולים הציבוריים בירושלים היו הראשונים שהנהיגו חופש בחירה ברופאים בכירים תמורת תשלום נוסף של המטופל. בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית אסרו על הרופאים המועסקים בהם לעסוק בפעילות פרטית בתוך בית החולים הציבורי מטעמים אידיאולוגיים של פגיעה בעקרון השוויון. תקנון שירות המדינה מאפשר לרופאים מומחים קבועים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים לעסוק בפרקטיקה פרטית תמורת ויתור על 5% משכרם, ובלבד שהדבר ייעשה מחוץ לכותלי בית החולים ושהשכר לא יעלה על 50% מגובה המשכורת הממשלתית. לשירותי בריאות כללית ישנם נהלים דומים בנוגע לרופאים שמועסקים בבתי החולים שבבעלותה.

לוח 2 להלן מציג את פריסת מיטות האשפוז הכללי בישראל ואת פריסת מיטות האגף הכירורגי לפי בעלות: המיטות בבתי החולים הציבוריים בירושלים שבהם מופעל השר"פ בתוספת המיטות בבתי החולים בבעלות פרטית הן כ-10% מסך כל מיטות האשפוז וכ-18% ממיטות האשפוז הכירורגיות. תשתיות הנתונים האלה

הן אחת הדרכים לאמוד את היקף הפעלת הסדרי השר"פ במדינת ישראל אם הוא יורחב לכלל מערכת האשפוז הכללי.

לוח 2: התפלגות מיטות האשפוז הכללי, 2009

בעלות	סך הכול מיטות	אחוזים	מיטות באגף הכירורגי	אחוזים
בעלות ממשלתית	6,790	46.5	2,250	42.8
שירותי בריאות כללית	4,420	30.3	1,570	30.1
בעלות ציבורית אחרת	2,890	19.8	1,000	19.2
סך הכול בעלות ציבורית	14,100	96.6	4,820	92.1
בעלות פרטית	500	3.4	410	7.9
סך הכול	14,600	100.0	5,230	100.0

מקור: משרד הבריאות 2010

בבתי החולים הציבוריים מופעל השר"פ בדרך כלל בתנאים מגבילים כדי לצמצם את הפגיעה האפשרית בחולה הציבורי (חסרונות השר"פ ויתרונותיו יידונו בהמשך). אלו הם עיקרי התנאים המגבילים:

- את הרופא אפשר לבחור מתוך כלל הרופאים העובדים בבית החולים או מתוך רשימה מוגבלת של רופאים בכירים.
- הצטרפות רופאים להסדר השר"פ מותנית בדרך כלל בתעסוקה במשרה מלאה בבית החולים ובהתחייבות שלא לעסוק בפרקטיקה רפואית נוספת מחוץ למסגרת השר"פ.
- בחלק מבתי החולים פעילות השר"פ אינה מותרת בשעות העבודה הרגילות.
- בתשלום של המטופל על הזכות לבחור רופא אין כלולות הוצאות האשפוז; אלו ממומנות ישירות בכספי הגורם המבטח (טופס 17). את התשלום תמורת השר"פ משלם המטופל לבית החולים באופן ישיר או באמצעות תוכנית הביטוח המשלים.
- ההכנסות מהתשלום על השר"פ מתחלקות בין הרופא לבית החולים. חלקו של כל צד נקבע מראש בכל בית חולים, והוא נע סביב 80% לרופא ו-20% לבית החולים.
- נפח פעילות השר"פ מוגבל בדרך כלל לאחוז מוגדר מכלל פעילות המחלקה שההסדר מופעל בה.

ד. סקירת ההתפתחויות בדיון הציבורי בהסדר השר"פ

בתי החולים הציבוריים בירושלים היו, כאמור, הראשונים שבהם הונהג השר"פ. בתי החולים שבבעלות הדסה אפשרו להפעיל שר"פ כבר בשנת 1954, ובית החולים שערי צדק – בשנת 1976. להסדר השר"פ הצטרף עם הזמן גם בית החולים הציבורי ביקור חולים. הסדר זה נאסר כאמור ביתר בתי החולים הציבוריים בישראל.

בשנת 1988 מינתה הממשלה ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל בראשותה של השופטת שושנה נתניהו. המלצות הוועדה, שפורסמו בשנת 1990 (מדינת ישראל 1990), כללו רשימה ארוכה של רפורמות במערכת הבריאות, ובכללן ההמלצה לאפשר הפעלת שר"פ במערכת הציבורית, אך בפיקוח ובבקרה של מנגנונים קשיחים. את ההמלצה הגדירו המחזיקים בעמדת הרוב בוועדה "רע במיעוט". לגרסתם מוטב רפואה פרטית במסגרת בית החולים הציבורי מפרקטיקה פרטית בשעות העבודה, מחוץ לכותלי בית החולים, או "רפואה שחורה" בתוכו במחתרת, הפוגעת ברפואה הציבורית.⁴

לקראת סוף שנות התשעים התפתחו הסדרי בחירה ברופא מטפל גם בבתי החולים הממשלתיים. הסדרי בחירת רופא בתשלום פעלו בארבעה בתי חולים ממשלתיים (איכילוב, אסף הרופא, רמב"ם ושיבא) בלי שמשרד הבריאות והממשלה קיבלו החלטה רשמית בנושא. בשלושת בתי החולים הראשונים פעל הסדר בחירת הרופא באמצעות חברה פרטית (מש"ב – מנורה שירותי בריאות), שהתקשרה בהסכם עם תאגיד בריאות של בית החולים. בבית החולים שיבא בתל השומר הופעל השר"פ באמצעות תאגיד בריאות (לשעבר קרן המחקרים הרפואיים) שהוקם לצד בית החולים והוא קשור אליו בפעילותו.

באפריל 2000 פנתה מכבי שירותי בריאות למשרדי הממשלה וליועץ המשפטי לממשלה בבקשה לבחון את חוקיות הסדרי בחירת הרופא המופעלים בבתי החולים הממשלתיים.⁵ בפני היועץ המשפטי לממשלה הוצגו העמדות המסורתיות המנוגדות של משרד הבריאות ומשרד האוצר: משרד הבריאות תמך בפעילות שר"פ בבתי חולים ממשלתיים במסגרת תאגידי בריאות ובמגבלות למיניהן, ומשרד האוצר שלל זאת בעיקר בשל החשש שהסדרת השר"פ בכלל מערכת האשפוז בישראל

4 דעת המיעוט (של חבר אחד בוועדה) הייתה שיש להתנגד להפעלת השר"פ. המלצת הרוב בוועדת נתניהו עוגנה בהצעת חוק שהכין משרד הבריאות, אך זו לא הובאה לדיון בממשלה.

5 מכבי שירותי בריאות טענה שהתשלומים שנגבו במסגרת השר"פ גבוהים במאות אחוזים מתעריפי הבריאות המותרים בבתי החולים הציבוריים לפי אישור שר הבריאות ושר האוצר.

תגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות, וממילא גם את תקציב המדינה. בפברואר 2002 פרסם היועץ את עמדתו וקבע שבהיעדר כללים לנושא, תאגידי בתי החולים אינם מוסמכים להפעיל שר"פ, וכי יש להפסיק פעילות זו בתוך זמן קצוב. עם זאת, היועץ התווה דרך משפטית להפעלת השר"פ בתקנות לשנה אחת שבמהלכה יונהג שינוי בחקיקה ראשית, אם הממשלה תחפוץ בכך. בחוות הדעת של היועץ הודגש כי סוגיית הפעלתו של השר"פ דורשת הכרעה ערכית ולא משפטית, ולפיכך ראוי שהנושא יוסדר בחקיקה ראשית.

לאחר שפורסמה חוות דעתו של היועץ המשפטי לממשלה הגישה שירותי בריאות כללית עתירה לבג"ץ (בג"ץ 659/02) וביקשה להפסיק את השר"פ בבתי החולים הממשלתיים בטענה שפעילות זו אינה חוקית. במאי 2002 הוגשו שתי עתירות – את האחת הגישה קבוצה של 29 אזרחים בעלי ביטוחים משלימים של קופות החולים וביטוחים מסחריים (בג"ץ 4253/02), ואת השנייה קבוצת רופאים, מנכ"לים ומנהלים בבתי החולים הממשלתיים שבהם הופעל השר"פ (בג"ץ 4325/02) – שביקשו להפעיל שר"פ בבתי החולים הממשלתיים. ביוני 2002 אוחדו כל שלוש העתירות, ולאחר דיון נדחו הבקשות לצווי ביניים להשהיית הנחיית היועץ המשפטי להפסקת פעילות השר"פ בבתי החולים הממשלתיים. ההנחיה נכנסה לתוקפה והיא תקפה עד היום.

באוגוסט 2002 התקיים דיון מוקדם בעתירות. בדיון נענתה שירותי בריאות כללית להצעת בית המשפט למשוך את עתירתה בשל תגובת המדינה שבכוונת המשיבים לפעול בהתאם לחוות הדעת של היועץ המשפטי לממשלה, כלומר להפסיק את השר"פ בבתי החולים הממשלתיים, ועתירתה נמחקה. בשתי העתירות האחרות – של האזרחים ושל הרופאים – החליט בית המשפט ששר הבריאות ושר האוצר יעלו את המחלוקת ביניהם בנוגע לסוגיית הפעלת השר"פ בבתי החולים בפני הממשלה בתוך 21 ימים ממועד הדיון. באוקטובר 2002 קיבלה הממשלה החלטה לאשר את הפעלת השר"פ בבתי חולים ממשלתיים באמצעות תאגידי הבריאות שליד בתי החולים הממשלתיים. החלטת הממשלה הורתה לשר הבריאות ולשר האוצר לגבש נוסח תקנות מוסכם להפעלת השר"פ כהוראת שעה לשנה אחת, ובתנאי שהפעלתו לא תוסיף עלות לתקציב המדינה.

ברצמבר 2002 התפרסמו המלצות הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית בישראל ומעמד הרופא בה – ועדת אמוראי (מדינת ישראל 2002). כל שבעת חברי הוועדה הכירו בחיוניות מתן הזכות לבחירת רופא במערכת הציבורית, אבל נחלקו בעמדתם בנוגע לשיטות הביצוע, להיקף מנגנוני הבקרה ולעומקם. שלושה מחברי הוועדה המליצו על מסלול בחירת רופא בתשלום של בית החולים (ולא של החולה), שלושה חברים המליצו על חופש בחירת רופא במערכת האשפוז הציבורית שיינתן ללא

תשלום של החולה, להוציא תשלום "דמי רישום", וחבר אחד הציע לאפשר בחירת רופא בתשלום (שר"פ) במבנים פרטיים נפרדים שיוצמדו לבתי החולים הציבוריים הכלליים. אף אחת מן ההצעות לא קודמה לכלל החלטת ממשלה.

עד שנת 2009 התקבלו החלטות ממשלה רבות בנושא השר"פ שניסו לקבוע את המתווה להתקדמות הפעלתו בבתי החולים הממשלתיים. האחרונה שבהן קשרה בין הפעלת השר"פ להפיכתם של בתי החולים הממשלתיים לתאגידים עצמאיים. עמדה זו של הממשלה קבעה כי אין לקדם את הפעלת השר"פ עד שיושלמו הליכי התאגוד של בתי החולים⁶ במסגרת חקיקה ראשית. נושא תאגוד בתי החולים טרם הגיע לכלל מימוש, ולפיכך לא שינתה הממשלה את עמדתה בנוגע להפעלת השר"פ.

במרץ 2009 דחה בג"ץ את העתירות של הרופאים והאזרחים. משמעות ההחלטה היא שבית המשפט לא ראה לנכון להתערב בהחלטת הממשלה. פסק הדין מגולל את ההתפתחויות בדיון הציבורי בסוגיית השר"פ ופורסם גם את טיעוניהם של העותרים והמשיבים, שעל חלק מהם נעמוד להלן. בפסק הדין, שאת עיקרו נתנה השופטת דבורה ברלינר, נאמר בין השאר כך: "בהעדר זכות קנויה של מי מהעותרים לשנות מן היסוד את פניה של מערכת שירותי הבריאות הקיימת במדינת ישראל, מערכת יציבה המושתתת על עקרונות של צדק שוויון ועזרה הדדית שהסדריה מעוגנים היטב בחוקי היסוד, החקיקה והתקינה – אין מקום להתערבותו של בית המשפט".⁷

כמו שאפשר לראות, סוגיית הפעלת השר"פ בבתי החולים הציבוריים לא ירדה מעל סדר היום הציבורי בעשור האחרון, והיא שבה ועלתה בשנת 2011 עם חתימת הסכם הבוררות בין ההסתדרות הרפואית ובין הממשלה. מול עמדתה המסורתית של ההסתדרות הרפואית להתיר בחירת רופא בתשלום בכל מערכת האשפוז הציבורית ועמדת משרד הבריאות, שתמכה בהסדרת הפעלתו של השר"פ באמצעות הביטוחים המשלימים ובמסגרת תאגידי הבריאות של בתי החולים הממשלתיים (ראו להלן), ניצב משרד האוצר בעמדתו המסורתית שאסור להתיר את הרחבתו של הסדר השר"פ ושנושא זה אינו יכול להיות חלק מהמשא ומתן על שכרם של הרופאים.

6 עמדה זו הוצגה בהמלצותיה של ועדת ליאון שמינה שר הבריאות ביוני 2003 כדי לבחון את סוגיית התאגוד (ליאון ואחרים 2004).

7 בג"ץ 4253/02, בנימין קריתי, ראש עיריית טבריה, נ' אליקים רובינשטיין, היועץ המשפטי לממשלה.

ה. הטיעונים בעד הסדר השר"פ ונגדו

כמו שצוין לעיל, הסוגיה של הנהגת בחירת רופא בתשלום בכלל בתי החולים הציבוריים שנויה במחלוקת המלווה את מערכת הבריאות זה שנים רבות. התומכים בהסדר השר"פ מנמקים את עיקר תמיכתם בו בזכות הציבור לבחור ובתרומתו של השר"פ ליעילות בניצול משאבים ציבוריים והון אנושי, והמתנגדים לו מדגישים את שמירת אופיו הציבורי של השירות בבתי החולים ואת הפגיעה האפשרית בשוויונות. להלן עיקרי הטיעונים של התומכים בהרחבת הסדר השר"פ:

- זכות הבחירה ברופא עולה בקנה אחד עם חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, עם חוק ביטוח בריאות ועם חוק זכויות החולה. השר"פ הוא אמצעי לשמירה של רופאים טובים בתוך המערכת הציבורית, שכן הוא מאפשר תגמול נוסף ללא צורך לנרדד למגזר הפרטי. בכך גם מובטחת נוכחותם של הרופאים הבכירים בבתי החולים במשך שעות רבות יותר.
- השר"פ מאפשר ניצול יעיל יותר של משאבים ציבוריים (מבנים וציוד יקר) על ידי הפעלתם גם בשעות אחר הצהריים והערב.
- השר"פ מאפשר תוספת הכנסה לבית החולים והחזרת משאבים הנצרכים היום מחוץ למערכת הציבורית. הוא אף עשוי לצמצם את תופעת ברירת המטופלים הרווחיים על ידי המערכת הפרטית.
- השר"פ עשוי לצמצם את ממדי "הרפואה השחורה".
- חלק מפעילות השר"פ נעשית בבתי חולים פרטיים, הגורפים חלק גדול מהרווחים מפעילותו. אם יופעל שר"פ בבתי חולים ציבוריים יועבר חלק מהפעילות (וממילא מהרווחים) מבתי החולים הפרטיים לבתי החולים הציבוריים.
- התרחבות תופעת הביטוחים המשלימים, המכסים היום יותר מ-75% מהאוכלוסייה, משפרת את הנגישות לבחירת רופא. השב"ן שמציעות היום ארבע קופות החולים הוא שוויוני יחסית ובר השגה ואין הצדקה להגביל את נגישותו רק לבתי החולים הציבוריים בירושלים ולמגזר הפרטי. במדיניות זו יש משום אפליה בין חולים מירושלים ובין יתר תושבי הארץ, ובין רופאים העובדים בבתי חולים ציבוריים בירושלים לרופאים בשאר חלקי הארץ.

כדי להפיג את החששות מהקדמת תור, מהקטנת תפוקות הבוקר ועוד, מציעים תומכי השר"פ להקים מערך פיקוח ובקרה שיאפשר לנצל את היתרונות שבבחירת רופא ולצמצם את חסרונותיה. מערך זה אמור לפקח על היקף הפעילות של הרופא היחיד ושל המחלקה כולה (כדי למנוע פגיעה בזמינות השירותים לחולה שאינו משתמש בשר"פ), על רמת השכר של הרופא היחיד ועל הפעילות הכספית הכוללת, ועל

תחומי פעילות נוספים, כדי שפעילות השר"פ לא תפגע בפעילות הציבורית הרגילה. להלן עיקרי הטיעונים של המתנגדים להרחבת הסדר השר"פ:

- זכות לבחירת רופא המותנית בתשלום נוגדת את עקרון השוויון ואת הצדק החברתי. התניית זכות הבחירה בתשלום מרוקנת את הזכות מתוכן, ולכן אם זכות הבחירה חשובה יש להקנותה בחינם לכול⁸.
- השר"פ עלול ליצור שתי רמות של רפואה בתוך המערכת הציבורית (לעשירים ולעניים), אגב העלאת רמת הרפואה לבעלי היכולת והוורדתה לחולה הציבורי. הפעלת השר"פ בין כתליו של בית חולים ממשלתי הנותן שירות לכלל המטופלים תהיה כרוכה באפליה, שכן רופאים בכירים יקדישו הרבה מזמנם לשירות הפרטי ויזניחו את האוכלוסיות שידן אינה משגת לשלם בעבורו.
- הדרישה לתשלום תמורת בחירת רופא מוצגת לעתים לחולה בשעתו הקשה ביותר, סמוך לביצוע הפעולה הרפואית, ובעצם אינה מותירה לו ברירה אלא לשלם תמורת הבחירה.
- השר"פ הוא שם נרדף להקדמת תורים. קיצור התור לחולה השר"פ מאריך את התור לחולה הציבורי.
- הקישור בין השתכרות הרופאים לשר"פ עלול לגרור דרישות לתוספות שכר גם במגזרים אחרים, הן במערכת הבריאות (רופאים מהתמחויות שונות, רופאים בקהילה, אחיות ועובדים אחרים) והן במערכות ציבוריות אחרות (מורים, שוטרים, שופטים ועוד).
- כבר היום היקף המימון הפרטי של ההוצאות על בריאות בישראל הוא מהגבוהים בעולם המערבי – 38.2% בשנת 2010. הרחבת הסדר השר"פ רק תגדיל את היקף המימון הפרטי, הן בתשלום על הסדרי ביטוח והן בתשלום השתתפות עצמית או תשלום ישיר על הבחירה.
- הסדרת השר"פ באמצעות הביטוחים המשלימים לא תהפוך אותו לשוויוני ובר השגה, שכן הרחבתו תחייב את חברות הביטוח להעלות את תשלומי הפרמיה של המבוטחים.

8 בעתירת האזרחים והרופאים ציין בג"ץ בפסיקתו כי "מערכת שירותי בריאות בסיסיים בסכסודה של המדינה קשורה [...] לזכות לכבוד [...] וזכות לבחירת רופא אינה נמצאת בליבת שירותי ההכרח להם זקוק אדם לשם שמירה על קיום מינימאלי בכבוד". זאת ועוד, "הגנה על אוטונומיה אישית אין משמעה מתן הזדמנות לבטא כל רצון שקיים לו לאזרח, רק משום שמצוי בידו הממון לשלם בעבור מימוש רצון זה. אוטונומיה אישית אינה אמורה לבוא על חשבון צרכי כלל הציבור" (שם).

שמירה על עקרון השוויון במערכת הציבורית היא הטיעון העיקרי של המתנגדים להסדר השר"פ. לטענתם, שימוש של רופא עובד מדינה במתקנים רפואיים ממשלתיים לצורך מתן שירות לחלק מאזרחי המדינה שידם משגת לשלם בעבורו פוגע בעיקרון זה. לדבריהם, התרת השר"פ תגדיל את הפערים החברתיים השוררים היום בחברה הישראלית בכלל ובמערכת הבריאות בפרט. זאת ועוד, חלק גדול מן היתרונות שמציגים תומכיו, כגון שמירת עובדים בכירים במערכת וניצול תשתיות, כבר הושגו באמצעות הקמתם של תאגידי הבריאות ליד כל בית חולים ממשלתי (ראו להלן).

הוויכוח הציבורי על המדיניות בנושא השר"פ מתנהל בעיקר על בסיס טיעונים תיאורטיים, ונתמך במחקרים אמפיריים מועטים. ראוי לציון מחקרם של ברוך רוזן ושותפיו (רוזן ואחרים 2006), שחקרו את תפקודו של השר"פ בבתי החולים הציבוריים בתחום הניתוחים בלבד.⁹ המחקר התמקד בבחינת יתרונותיו הבריאותיים הישירים של השר"פ, וממצאיו מחזקים הן את טיעוניהם של המתנגדים להסדר השר"פ והן את טיעוניהם של המצדדים בו. הממצאים מראים שהשר"פ אמנם נגיש כלכלית לאוכלוסיית מעמד הביניים יותר משחשבו בעבר, אך מימונו עדיין בעייתי למשפחות מעוטות הכנסה, ובייחוד למי שאינו מכוסה בביטוח משלים. על בסיס הממצא שמורכבותם של כמחצית מכלל ניתוחי השר"פ היא בדרגה נמוכה קובע המחקר ש"השפעתו של השר"פ על מצב הבריאות ועל השוויוניות במערכת הבריאות מוגבלת. עם זאת, ממצא זה עשוי לרמוז על חוסר יעילות" (שם, V). החוקרים מציינים שייטכן שחוסר היעילות מקורו בחוסר מידע הנדרש לקבלת החלטה מושכלת באשר לפניה לשר"פ. בסוגיית מידת השתתפותם של רופאים בכירים (הרופאים הקבועים) בניתוחים, המחקר מציין שרופאים בכירים מאוד משתתפים כמעט בכל הניתוחים המורכבים – במסלול הפרטי והציבורי כאחד. עם זאת, מסלול השר"פ אכן מגדיל את אי-השוויוניות: בניתוחים ברמת מורכבות בינונית במסלול זה גבוה יותר הסיכוי שרופא קבוע ישתתף בצוות המנתחים, ובניתוחים בדרגת מורכבות גבוהה שנקבעו באמצעות שר"פ גדול יותר הסיכוי שהמנתח יהיה רופא קבוע.

קשה להסיק מממצאיו של המחקר על מדיניות השר"פ הרצויה בכלל בתי החולים הממשלתיים והציבוריים ברחבי הארץ. כמו שציינו החוקרים, המחקר לא בחן את השר"פ במרפאות חוץ, לא את הסוגיות הנוגעות להקדמת התורים וליחס של הרופא במונחי זמן או תשומת לב לחולה, וגם לא את השלכות השר"פ על ההוצאה הלאומית לבריאות. חשוב להדגיש שהמחקר מוגבל לבתי החולים הציבוריים בירושלים, ועדיין לא נבחנה השאלה אם דפוסי הפעלת השר"פ בבתי

9 המחקר התבסס על נתונים מינהליים של בתי החולים על כ-37,000 ניתוחים שנעשו ב-2001, 16% מהם ניתוחי שר"פ.

החולים בירושלים רווחו גם בבתי החולים הממשלתיים בפרק הזמן שבו הותר להם להפעיל שר"פ. זאת ועוד, המחקר התבסס על נתוני 2001, אך בעשור האחרון התרחב מאוד הכיסוי הביטוחי של שב"ן, ויש לכך השלכות על מידת הנגישות של האוכלוסיות החלשות יותר לשר"פ.

1. הסדרת הפעלתו של השר"פ באמצעות הביטוחים המשלימים

לאחר חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי קופות החולים רשאיות להציע תוכניות שב"ן, הידועות גם בשם "ביטוחים משלימים". הפעלתן של תוכניות השב"ן הוגבלה בתנאים העיקריים הבאים: (א) עקרון אי-ההחרגה – כל מבוטח רשאי להצטרף לתוכנית הביטוח המשלים ללא כל קשר למצבו הרפואי, לגילו ולמצבו הכלכלי; (ב) תשלומי הפרמיה בתוכניות השב"ן יהיו אחידים לכל המבוטחים בקבוצות גיל מוגדרות, ותשלומים אלו יעלו רק ביחס לגיל המבוטח;¹⁰ (ג) תוכניות השב"ן יהיו מאוזנות – סך כל הוצאותיהן בשנה נתונה לא יעלה על סך כל הכנסותיהן מתשלומי פרמיה ומתשלומי השתתפות עצמית. תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים כוללות כיסוי ביטוחי למגוון רחב של שירותי בריאות שאינם כלולים בסל הבסיסי הקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובכללם האפשרות לבחור רופא. אולם, בחירת הרופא במסגרת תוכניות הביטוח המשלים מוגבלת היום למערך האשפוז הפרטי ולבתי החולים הציבוריים בירושלים בלבד. מערך זה כולל כ-10% מכלל מיטות האשפוז הכללי בישראל וכ-20% מכלל המיטות הכירורגיות.

בשלהי המאה שעברה היו כשליש מתושבי ישראל מבוטחים בביטוח משלים (טופר חבר טוב ורביד ברזילי 2010), אך שיעור זה הגיע לכ-75% מהאוכלוסייה בשנת 2009 (5.4 מיליון מבוטחים). התרחבותו של הכיסוי הביטוחי במסגרת הביטוחים המשלימים של קופות החולים, שבהם מותרת כאמור בחירה מוגבלת של רופא, העלתה מחדש ומזוית מעט שונה את נושא הפעלת השר"פ. בדיון הנוכחי בהפעלת השר"פ (2011) עלתה ההצעה להרחיב את זכאות האוכלוסייה המבוטחת בביטוח המשלים, כך שמבוטחים שברשותם שב"ן יוכלו לנצל ולהיות זכאים לבחור רופא מטפל בכל בתי החולים הכלליים במדינה. הצעה זו זכתה לתמיכת סגן שר הבריאות, והיום תומכת בה גם ההסתדרות הרפואית. תומכי ההצעה מעלים את הטענות שבניגוד לביטוחים הפרטיים, שפרמיית הביטוח בהם נקבעת לפי סיכון, תשלומי הביטוח בתוכניות השב"ן אחידים ושוויוניים יחסית. מאחר שכל מבוטח

10 תעריפי הביטוח המשלים אינם אחידים בין קופות החולים, והם נעים בין 2 שקלים לחודש ברובד הראשון ל-45 שקלים ברובד השני בגילים הצעירים, ובין 40 ל-174 שקלים לחודש בגילים המבוגרים.

רשאי להצטרף לתוכנית הביטוח ללא כל קשר למצבו הרפואי, לגילו ולמצבו הכלכלי, התוכניות האלה הן בנות השגה, והראיה לכך היא שהן מכסות היום את הרוב המוחלט של האוכלוסייה. לטענתם, הצעה זו נותנת פתרון לחיסרון העיקרי שמעלים מתנגדי השר"פ והוא הפגיעה בשוויוניות: בסכום שווה יחסית לכל נפש אפשר להתיר בחירת רופא ל-75% מהאוכלוסייה. מוצע למצוא פתרון שיאפשר גם ליתר האוכלוסייה לבחור רופא בשב"ן.¹¹

מנגד, מתנגדי ההצעה מעלים את הטענה שכל חסרונותיו של השר"פ עדיין תקפים גם בנוסחו המרוכך (כלומר באמצעות הביטוחים המשלימים). היום מממנים הביטוחים המשלימים את בחירת הרופא רק במערכת האשפוז הפרטית ובבתי החולים הציבוריים בירושלים. רמת התעריפים של פרמיות הביטוח המשלים היום מביאה לידי ביטוי מגבלה במימוש הזכות לבחירת רופא. ההיתר הגורף לשר"פ בכל בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית יגדיל את פעילות השר"פ ואת ניצול תוכניות הביטוח המשלים, ולפיכך ייאלצו ספקי תוכניות השב"ן להעלות את תשלומי הפרמיה כדי לשמור על איזון התוכנית, כמתחייב מתנאי ההפעלה. מאחר שתשלומי הפרמיה נקבעים לפי גיל, וצריכת שירותי בריאות עולה עם הגיל, ההעלאה העיקרית של תשלומי הפרמיה תחול על המבוטחים הקשישים. עוד טיעון שמעלים מתנגדי הסדר בחירת הרופא באמצעות הביטוחים המשלימים הוא שההסדר כרוך כבר היום בהשתתפות עצמית שנעה בין 15% ל-20% מהתשלום למנתח. עם הרחבתו של הסדר השר"פ עשויה ההשתתפות העצמית על בחירת רופא לניתוח להגיע לאלפי שקלים לחולה. בסופו של תהליך שרשור ההוצאות הכרוכות בהרחבת השר"פ תהיה עליית מדרגה בהוצאות משקי הבית, תעלה ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג, ויגדל המימון הפרטי של מערכת הבריאות, שכבר היום חלקו היחסי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות הוא מהגבוהים בעולם המערבי.

2. השר"פ ותאגידי הבריאות ליד בתי החולים הממשלתיים

בסוף שנות השמונים של המאה הקודמת התאפיינה מערכת הבריאות בתורים ארוכים להליכים רפואיים רבים מכמה סיבות: כללי ההעסקה וההשתכרות בבתי החולים הממשלתיים לא אפשרו תוספות שכר תמורת קיצור תורים; תשתיות בתי החולים לא נוצלו אחר הצהריים; ועובדים בכירים נטשו את המערכת לטובת עבודה במגזר הפרטי. חוסר היעילות והבעיות האלה של מערכת האשפוז הכללי

11 למיטב ידיעתנו אין היום תוכנית סדורה שמפרטת כיצד תוסדר זכאותם של הלא מבוטחים בשב"ן לבחירת רופא. אנו מניחים שהסדר כזה, אם יאומץ, יתבסס על מנגנון סבסוד כלשהו של המדינה.

באותה עת מצאו את פתרונם החלקי תחילה באמצעות קרנות המחקר של בתי החולים הממשלתיים, והחל בשנת 1997 באמצעות הקמתם של תאגידי בריאות ליד בתי החולים הממשלתיים שכללי פעולתם הוסדרו בתקנות.

במסגרת תאגידי הבריאות שהוקמו ליד כל בית חולים ממשלתי הותר לבתי החולים לספק שירות רפואי הכלול בסל, אך לאחר שעות העבודה. את התשלום תמורת פעילות זו שילמו קופות החולים. ההיתר לביצוע פעילות רפואית לאחר שעות העבודה נבע כאמור בעיקר מהצורך לקצר תורים ולייעל את תפעול תשתיות בתי החולים, שעד אז לא נוצלו כראוי. ההסדר הזה צמצם גם את ממדי העזיבה של כוח אדם מקצועי טוב מבית החולים מיד לאחר סיום העבודה, ויצר מקורות הכנסה נוספים הן לעובדים והן לבית החולים. בתקנות התאגידים יש כללים בנוגע להיקף המועסקים הרשאים לעסוק במשרה מלאה בתאגיד ומגבלות בנוגע לגובה השכר שהתאגיד רשאי לשלם למועסקים בו. על פי תקנות התאגיד, תקרת השכר שאפשר לשלם לעובד (בהתאם למספר העובדים המוגדר בתקנות¹²) עומדת על פי ארבעה משכרם בבית החולים.

בבתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית ניתן פתרון מעט שונה לבעיות מערכת הבריאות באותה עת – בבתי חולים אלו הותר לתת תשלום נוסף תמורת עבודה נוספת באמצעות הסדרי הסקיות. ססיה מוגדרת עבודה נוספת בתשלום מעבר לשעות העבודה המקובלות (מה שנקרא במקצועות אחרים "שעות נוספות"), ולרוב מקבלים על ססיות שכר גבוה הרבה יותר מאשר על משמרת רגילה.

כאמור, אחת הטענות העיקריות של תומכי השר"פ הייתה שהשר"פ הוא אמצעי לשמירה של הרופאים טובים בתוך המערכת הציבורית, שכן הוא מאפשר תגמול נוסף ללא צורך לנרדד למגזר הפרטי. כך השר"פ גם מבטיח את נוכחותם של הרופאים הבכירים במשך יותר שעות בבתי החולים – נוכחות שממנה נשכרים גם החולים הציבוריים. מתנגדי השר"פ טוענים שנימוק זה להצדקת החלתו של השר"פ אינו רלוונטי, משום שכבר היום אפשר לנצל את תשתיות בתי החולים אחר הצהריים, וישנה גם דרך לתגמל רופאים בכירים על תוספת תפוקות. מנגנונים אלו הושגו לא באמצעות השר"פ, אלא באמצעות מערך התאגידים שהוקמו ליד בתי החולים הממשלתיים ובאמצעות הססיות בשירותי בריאות כללית. יתרונם של מנגנונים אלו (התאגידים והססיות) הוא שהם מממנים במימון ציבורי של קופות החולים ולא במימון פרטי של החולה.

12 תקנות התאגידים קובעות כי ל-3% מהעובדים בתאגיד מותר לשלם שכר מוגדל שאינו עולה על פי שניים משכרם בבית החולים, ל-1.5% נוספים מותר לשלם שכר מוגדל שאינו עולה על פי שלושה משכרם בבית החולים, ול-0.5% נוסף מותר לשלם שכר מוגדל שאינו עולה על פי ארבעה משכרם בבית החולים.

ו. ההשפעה של הפעלת השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים על ההוצאה הלאומית

האם הפעלת השר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים תייקר במידה ניכרת את שירותי הבריאות או שמא מדובר בתוספת הוצאה קטנה יחסית? משרד האוצר ושירותי בריאות כללית העריכו שההוצאה על שירותי בריאות תגדל ב־3–4 מיליארד שקל, ואילו בתי החולים הממשלתיים העריכו את תוספת ההוצאה בסכום של כחצי מיליארד שקל.

בפסק הדין שניתן בבג"ץ הרופאים והאזרחים ב־2009 מציינת השופטת ברלינר כי "לא הובא בפני השופטים מידע רב על אופן הפעלתו של השר"פ באמצעות תאגידי הבריאות או חברת מש"ב וכי התשתית העובדתית על חלקם של הניתוחים הפרטיים בבתי החולים הממשלתיים אינה בהירה דיה".¹³ תיאור זה מבטא נאמנה את אחת החולשות העיקריות בדיון הציבורי בהפעלת השר"פ. בשל היעדרן של תשתיות נתונים יש הערכות שונות בנוגע לתוספת ההוצאה הכרוכה בהפעלת השר"פ במתכונת רחבה, וחלק מההערכות האלה ניזונות ומושפעות מעמדת המוצא כלפי השר"פ: תומכי השר"פ נוטים להמעיט בהשלכות הכלכליות של החלתו על כלל המערכת, ומתנגדיו מרחיבים את טווח השפעתו הכלכלית גם לשירותים ציבוריים אחרים (חינוך, משטרה). בכתב התשובה מטעם פרקליטות המדינה בבג"ץ 659/02 הציגו משרד האוצר ומשרד הבריאות בין השאר את עמדותיהם בנוגע להשפעות הפעלתו של השר"פ על ההוצאה הלאומית לבריאות, אולם גם ההערכות האלה לא לוו בנתונים כמותיים, ונראה שהתשתית העובדתית של עלות הפעלתו של השר"פ במקומות שבהם הוא מונהג היא בגדר סוד. להלן נציג את עיקרי הנחות העבודה שעל בסיסן חושבו האומדן הנמוך והאומדן הגבוה שצוינו לעיל. תחילה עיקרי הנחות העבודה לחישוב האומדן הנמוך של הפעלת השר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים במדינת ישראל:

- הפעלת השר"פ תחזיר למערכת הציבורית סכומי כסף רבים, המשולמים כבר היום על פעילות בחירת רופא בתשלום בבתי החולים הפרטיים, ולכן אין בהרחבתו כדי להגדיל במידה ניכרת את ההוצאה לבריאות.
- הפעלת השר"פ תחזיר למערכת הציבורית גם מקורות המשולמים היום לרופאים בבתי החולים באופן לא חוקי ("רפואה שחורה").

13 בג"ץ 4253/02 (לעיל הערה 7). הנתונים שמסרה ההסתדרות הרפואית ב־2001 ליועץ המשפטי לממשלה (לשם הכנת חוות דעתו על ההסדר) לא עלו בקנה אחד עם אלה שהעבירה היועצת המשפטית של משרד הבריאות.

- הפעלתו של השר"פ זה שנים רבות בבתי החולים הציבוריים בירושלים מלמדת שאפשר לעמוד בהוצאות השר"פ, ואין סיכון שמגזרים רפואיים אחרים ידרשו תוספת שכר.
 - כבר היום נצברים בביטוחים המשלימים של קופות החולים עודפים המסבסדים את הסל הבסיסי, ובעצם יש עתודות כספיות שוטפות ומצטברות שחלקן יוכלו לממן את הגידול בנפח פעילות השר"פ.
 - החלתו של הסדר השר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים תוריד את התעריפים הנוכחיים של בחירת הרופא (המוטים כלפי מעלה בשל מגבלות היצע), ולכן הגידול בהוצאות הרחבת הסדרי השר"פ יהיה נמוך.
 - מנגנון יעיל של פיקוח ובקרה על פעילות השר"פ, שמפקח על היקף תפוקות הבוקר, על רמות המחירים, על מכסת הפעילות בשר"פ ועוד, יוכל לרסן את העלייה הצפויה בהוצאה.
- אלו הם עיקרי הנחות העבודה לחישוב האומדן הגבוה של הפעלת השר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים במדינת ישראל:
- הרחבתו של השר"פ לכלל בתי החולים הציבוריים בישראל תוביל לעלייה ניכרת בביקוש לבחירת רופא בתשלום. עלייה זו תיגרם הן בשל הגידול בהיצע (יותר רופאים יוכלו להיבחר, ויותר בתי חולים יהיו רשאים להפעיל שר"פ) והן בשל התופעה המוכרת בבריאות של "היצע יוצר ביקוש", שבקבוצת תחול עלייה דרמטית בפעילות השר"פ ובהוצאותיו.
 - היקף הפעילות בשר"פ יגדל גם משום שהיום מוגבלת פעילות השר"פ בבתי חולים פרטיים לניתוחים אלקטיביים לא מסובכים. הפעלת שר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים תרחיב את פעילות השר"פ לכלל הניתוחים והטיפולים האחרים המתקיימים בבתי חולים.
 - הפעלת השר"פ בבתי החולים תסיט את פעילות הבוקר לפעילות שר"פ, ורוב הפעילות בבית החולים תהיה שירות רפואי פרטי תמורת תשלום נוסף.
 - התמריץ הכלכלי שיעמוד בפני רופאי כל בתי החולים ייצר תפוקות מיותרות והליכים רפואיים בלתי נחוצים. פעילות לא נחוצה זו תגדיל הן את היקף ההוצאות של השר"פ והן את היקף ההוצאות של המגזר הציבורי.
 - הפעלת השר"פ תגרור דרישות של רופאים נוספים (שאינם כירורגים) להשתתף בתוספות השכר הנובעות מהשר"פ הן בבתי חולים והן בקהילה, ואחריהם יבואו בדרישה דומה גם מגזרים אחרים במערכת הבריאות (עובדי הסיעוד ומגזרים רפואיים אחרים).

- רמת הפרמיות הנוכחית בביטוחים המשלימים מחושבת על בסיס היקף השימוש בשר"פ היום. הרחבת הסדרי השר"פ תחייב להעלות בעשרות אחוזים את פרמיות הביטוח בתוכניות הביטוח המשלים.

אין חולק על כך שהרחבת הסדרי השר"פ והחלתם על כל בתי החולים הציבוריים במדינת ישראל תוביל לעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות; המחלוקת היא על גובה התוספת. בלוח 3 להלן מוצגות תוספות ההוצאה לפי שני האומדנים, בהתבסס על נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות לבריאות לשנת 2010. תוספת ההוצאה הצפויה מהרחבת הסדרי השר"פ לפי האומדן הנמוך (כחצי מיליארד שקל) תוביל לעליית ההוצאה הלאומית לבריאות מ-7.5% מהתמ"ג לכ-7.6% מהתמ"ג. תוספת ההוצאה לפי האומדן הגבוה (כ-3.5 מיליארד שקל) תעלה את ההוצאה הלאומית לבריאות בחצי אחוז ל-8.0% מהתמ"ג. את עיקר הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות בעקבות הרחבת הסדרי השר"פ לכלל בתי החולים הציבוריים בישראל, גם על כך אין חולק, ישלמו משקי הבית, הן בתשלום ישיר על הזכות לבחירת רופא והן בעקבות הגדלת פרמיות הביטוח המשלים. לפי האומדן הנמוך של תוספת ההוצאה מהרחבת הסדר השר"פ, יהיה השינוי בהיקף המימון הפרטי של מערכת הבריאות בישראל קטן. לפי האומדן הגבוה, יעלה שיעור המימון הפרטי לרמה של 42% מההוצאה הלאומית לבריאות.

לוח 3: ההשפעה של הרחבת הסדר השר"פ על ההוצאה הלאומית לבריאות ועל מקורות מימנה

היום (2010)	הרחבת הסדרי השר"פ		
	אומדן נמוך	אומדן גבוה	
61.2	61.7	64.7	ההוצאה הלאומית לבריאות (במיליארדי שקלים)
23.4	23.9	26.9	ההוצאה הפרטית לבריאות (במיליארדי שקלים)
7.5	7.6	8.0	שיעור ההוצאה לבריאות מהתמ"ג (באחוזים)
38.2	39.0	42.0	שיעור המימון הפרטי (באחוזים)

ז. סיכום

הסוגיה של הנהגת בחירת רופא בתשלום בכלל ובתי החולים הציבוריים שנויה במחלוקת כבר שנים רבות, והיא חלק בלתי נפרד מהמחלוקת הרחבה יותר בנוגע לתמהיל הציבורי-פרטי הראוי במימון שירותי הבריאות ובאספקתם. השר"פ מייצג שירות רפואי שמספקים רופאים במערכת הציבורית, אך במימון פרטי של החולים. התומכים בהסדר השר"פ מנמקים את תמיכתם בו בעיקר בזכות הציבור לבחור ובתרומתו לייעילות בניצול משאבים ציבוריים והון אנושי; והמתנגדים לו מדגישים את שמירת אופיו הציבורי של השירות הציבורי בבתי החולים ואת הפגיעה האפשרית בעקרון השוויון. ויכוח נסב גם על ההצעה המרוכבת לאפשר בחירת רופא באמצעות תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים בכלל ובתי החולים הציבוריים בישראל: משרד הבריאות תומך בהצעה, ומשרד האוצר מתנגד לה. פסיקת בג"ץ לדחות את העתירות שביקשו לאכוף על המדינה להתיר את השר"פ חיזקה את טיעוני המתנגדים להסדר זה והדגישה שהסוגיה היא ערכית ולא משפטית, ולפיכך היא דורשת "הסדר ראשוני" באמצעות חקיקה ראשית.

חשוב לציין שהוויכוח הציבורי מתנהל היום כמעט ללא תשתית מחקרית או עובדתית כלשהי. התשתית המספרית של עלויות הניסיון קצר המועד של הפעלת שר"פ בבתי החולים הממשלתיים ועלויות בתי החולים הציבוריים בירושלים המפעילים שר"פ זה שנים רבות לא נבחנה באופן מסודר. בוויכוח שהתנהל לאחרונה התפרסמו הערכות שונות בדבר ההשלכות הכלכליות האפשריות של הפעלת שר"פ במתכונת זו או אחרת על ההוצאה הלאומית לבריאות ועל התמהיל הציבורי-פרטי של מקורות מימונה. במאמר זה הוצג טווח האומדנים של תוספת ההוצאה הצפויה מהרחבת השר"פ בהנחות חישוב שונות – כדי להציג בפני הקורא את הנחות היסוד של הגופים שערכו את החישובים בדבר כיווני ההשפעה של הפעלת השר"פ על פעילות המערכת, ולאפשר לו להתרשם מסדרי הגודל של ההשלכות הכספיות הכרוכות בכך.

ביבליוגרפיה

- אחדות, לאה, 1999. "מימון ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל: היבטים של פרוגרסיביות", **מאמר לדיון מס' 3**, ירושלים: הסתדרות העובדים הכללית החדשה, המכון למחקר כלכלי חברתי.
- אחדות, לאה, עמיר שמואלי ומירי סבג-אנדבלד, 2006. "מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת החוק: מגמות וסוגיות", גבי בן נון וגור עופר (עורכים), **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995–2005**, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- אחדות, לאה, עמיר שמואלי ומירי סבג-אנדבלד, 2007. **הוגנות אופקית, הוגנות אנכית ואי השוויון בהוצאה הפרטית על בריאות בישראל: 1992–2002**, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל מחקר ותכנון.
- בן נון, גבי, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, 2010. **מערכת הבריאות בישראל**, מהדורה שנייה, תל אביב: עם עובד.
- בן נון, גבי וניר קידר, 2010. "מגמות בהוצאה הלאומית לבריאות ובדרכי מימונה: האם הכיוון הוא הפרטה", גבי בן נון ורחל מגנזי (עורכים), **היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל**, [ראש העין]: [חמו"ל].
- ברנר, נאוה ומירב כץ, 2011. "ההוצאה הלאומית לבריאות 2010", **הודעה לעיתונות 190/2011**, ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחום חשבונות לאומיים.
- טופר חבר טוב, רויטל ודפנה רביד ברזילי, 2010. **דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים לשנת 2009**, ירושלים: משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים.
- ליאון, משה, ארי שמיס, שאול שאשא, גבי בן נון, יצחק ברלוביץ, אביגדור קפלן, יוסי קינר, רביב סובל, צביקה חלמיש ויוסי כהן, 2004. **דוח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים**, תל אביב: המדפיס הממשלתי.
- מדינת ישראל, 1990. **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות: דין וחשבון**, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- מדינת ישראל, 2002. **דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה**, תל אביב: [חמו"ל].
- משרד הבריאות, 2010. **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009: ממצאים עיקריים**, ירושלים: משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.
- רוזן, ברוך, גור עופר ומרים גרינשטיין, 2006. **שר"פ בבתי חולים בירושלים – סוגיות נבחרות**, ירושלים: מאיירס ג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.

הופיעו במחלוקות בכלכלה, סדרה שנייה

1. הערכים בשוק העבודה בישראל
מאת ערן ישיב
2. תעשיית המימון הזעיר בעולם ובישראל
מאת יעקב ירון, גליה פיט

