

פרק ו': הוראות לעניין התחשבות בין בתי החולים לקופות החולים

סימן א': התחשבות בעד שירותי בריאות בבתי חולים ציבוריים כלליים

ד ב ר י ה ס ב ר

לתקרת הצריכה. בכך נוצר איזון שנועד להבטיח תשלום והוגן בעד רכש שירותי הבריאות בבתי החולים, תוך שמירה על גידול מבוקר בהיקף הרכש בבית החולים. יצוין כי גם במדינות רבות מקרב מדינות ה-OECD קיימים הסדרי התחשבות דומים, כמו גם במערכת ההתחשבות בתוך קופת חולים כללית בין בתי החולים שבבעלותה לבין מחוזותיה השונים.

בהתאם להסדר שנקבע כאמור לכל קופת חולים ולכל בית חולים עומדת האפשרות, לקבוע, במגבלות מסוימות, הסדר התחשבות ביניהם השונה מהקבוע בחוק. וזאת, כדי 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 בלי לבטל את היתרונות שבשיטת ההתחשבות הקבועה בחוק.

ההסדר האחרון שנקבע בפרק ה' לחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013 (בפרק זה - חוק ההסדרים 2013) עומד להסתיים בסוף שנת 2016.

מאחר שקיומו של הסדר כאמור הכרחי לתפקוד יעיל ואיכותי של המערכת, יש צורך בקביעת הסדר בעניין זה גם לשנים הבאות.

לצורך גיבוש כללי ההתחשבות החדשים, מינו המנהל הכללי של משרד הבריאות וסגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, ביום כ"ד באייר התשע"ו (1 ביוני 2016), צוות בין-משרדי שבו חברים נציגי משרדי הבריאות והאוצר לצורך קביעת כללי התחשבות בין קופות החולים לבתי החולים לשנים 2017 עד 2019. על הצוות הוטל לגבש מתווה חדש לכללי ההתחשבות לשנים 2017 עד 2019 תוך התייחסות מפורטת לרציונל שעל פיו תתבסס עבודת הצוות: "סיוע בריסון ההוצאה, בתימרון להטסת פעילות לקהילה במקומות שבהם יש היגיון בכך בריסון ההוצאה הפרטית, בשיפור המשימות הפיננסית והניהולית במערכת האשפוזית והביטוחית, בשיפור היציבות והאופק התכנוני של המערכת וביצירת הלימה בין היקף הפעילות למבנה ההוצאות ולמבנה ההכנסות". הצוות קיים מספר רב של ישיבות, וביצע היוועצות ושימוע לכלל הגורמים במערכת הבריאות, ומסר את המלצותיו לאישור הממשלה ביום ז' באב התשע"ו (11 באוגוסט 2016).

על בסיס המלצות אלה גובש ההסדר המוצע בפרק זה המבוסס על עקרונות הסדר ההתחשבות הקיים, בשינויים מסוימים תוך שמירה על העקרונות שלשם נקבע ההסדר, וזאת במטרה לקבוע הסדר שיתאים להיקף הפעילות

פרק ו': הוראות לעניין התחשבות בין בתי חולים לקופות חולים

סימן א' - כללי

ההתחשבות של קופות חולים עם בתי החולים נערכת בבסיסה לפי מכפלת שירותי הבריאות הנצרכים בידי קופת החולים בכל אחד מבתי החולים במחירו של כל שירות ושירות כאמור. מחירים אלה מוגבלים בצווים מכוח חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (בפרק זה - חוק הפיקוח). בעבור חלק מהפעילות בבתי החולים, המחיר המרבי שמשלמת הקופה קבוע לפי מחיר יום אשפוז - בלא קשר לשירות הפרטני שניתן לחבר הקופה בבית החולים, ובעבור חלקה האחר, לפי תעריפים דיפרנציאליים הקבועים בצווים. הוצאות רבות בבתי החולים הן הוצאות קבועות אשר אינן משתנות לפי הפעילות המבוצעת בפועל ועל כן מחירי השירותים משקפים את העלות הממוצעת הגבוהה מהעלות השולית. לכן, כאשר בית החולים סיפק שירותים מעבר להיקף מסוים, באופן שמממן את העלויות הקבועות שלו, אין כבר צורך שהמחיר ייצג את העלות הממוצעת, אלא יש לקבוע תשלום מופחת אשר ייצג את העלות השולית של בית החולים באספקת השירותים ויצור תמריצים נכונים לרכישת שירותים הנרכשים בבתי החולים, הוצאה שהיא מרכיב עיקרי בהוצאות קופות החולים ועומדת כיום על סכום של מעל 18 מיליארד שקלים חדשים מכספי הציבור. לכן, הוחל במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997), התשנ"ז-1997, הסדר התחשבות המבוסס על תקרות צריכה שמעבר אליהן משלמת קופת החולים תשלום מופחת המייצג את העלות השולית ולא הממוצעת.

עיקרו של הסדר זה היה בקביעתן של תקרות צריכה של כל קופת חולים בכל בית חולים ציבורי כללי, בהתבסס על היקף הרכישה בפועל של אותה קופה באותו בית חולים ערב קביעת ההסדר. במסגרת ההסדרים שבאו לאחר מכן, נוסף רכיב רצפות הצריכה, שמטרתו הבטחת יציבות פיננסית לבתי החולים וכן הסדרים נוספים שנועדו לסייע ליעילות ואיתנות המערכת.

על פי ההסדר, רכישה של שירותי בריאות בבית החולים מעבר לתקרת הצריכה שנקבעה בחוק - נעשית במחיר המשקף עלות שולית. בדרך זו, נוצר שיקוף נכון של העלויות השוליות של בית החולים ובהתאם תמריץ נכון לבית החולים מבחינת ההיקפים ומשך הפעילות, ובמקביל לקופת החולים נוצר תמריץ שלא לעשות שימוש יתר ברכש שירותים בבית החולים על חשבון שירותים בקהילה, בשל העלות המשולמת בעד כל שירות ושירות הנרכש, גם מעבר

”בית חולים ממשלתי כללי“, ”בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית“ – לרבות פעילות המתבצעת בהם בידי תאגיד בריאות;
”בית חולים ציבורי כללי“ – כל אחד מאלה:

- (1) בית חולים ממשלתי כללי, לרבות תאגיד בריאות הפועל במסגרתו;
- (2) בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים, לרבות תאגיד בריאות הפועל במסגרתו;
- (3) בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית;
- (4) בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כהגדרתו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה⁴⁹;
- (5) בית חולים כללי שאינו בית חולים כאמור בפסקאות (1) עד (4), שבתעודת רישומו לפי פקודת בריאות העם, 1940⁵⁰, כלולות עמדות לרפואה רחופה (מיון);
”בסיס ההתחשבות“ – ממוצע של סך העלויות של שירותי הבריאות שצרכה קופת חולים בבית חולים ציבורי כללי בשנים 2013 עד 2015, במחיר ברוטו לאותה שנה, כשהן מעורבנות למחירי שנת 2017 לפי שיעורי העדכון לאותן שנים, בתוספת שיעורי הקידום;
”הוראת מינהל“ – הוראת מינהל שקבע המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיך לעניין זה;
”הנחת מחזור“ – הנחה בעבור שירותי בריאות שקופות החולים רוכשות בבתי החולים הממשלתיים הכלליים, שנקבעה בהוראת מינהל;
”הנחת תעריף“ – הנחה בעבור שירות בריאות מסוים שקופת חולים רוכשת בבית חולים ציבורי כללי, מעבר להנחת מחזור ולכל הנחה אחרת שאינה בעבור שירות בריאות מסוים;
”חוק ביטוח בריאות ממלכתי“ – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ”ד–1994⁵¹;
”חוק הפיקוח“ – חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ”ו–1996⁵²;
”מחיר ברוטו“ – מחיר מלא בניכוי הנחת מחזור והנחת תעריף שניתנו בעבור אותו שירות בשנים 2013 עד 2015;
”מחיר מלא“ – מחירו המרבי של שירות בריאות, כפי שנקבע בצו לפי חוק הפיקוח;
”מספר המבוטחים המשוקלל“ – כהגדרתו בסעיף 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי;
”סכום מופחת“ – סכום המשתלם בעד צריכה שהיא מעבר לתקרת צריכה ברוטו כוללת ומעבר לתקרת צריכה ברוטו לשירות בריאות;
”צריכה“ או ”רכישה“, של שירותי בריאות בידי קופת חולים בבית חולים ציבורי כללי – למעט צריכה או רכישה של שירותי בריאות בידי קופת חולים בבית חולים ציבורי כללי שבבעלותו;

ד ב ר י ה ס ב ר

שרוכשות קופות החולים מבתי החולים כיום והתשלום סעיף 58 מוצע לקבוע הגדרות הנחוצות להוראות בעדם בפועל. המוצעות בסימן א' בפרק זה.

⁴⁹ דיני מדינת ישראל, נוסח חדש 6, עמ' 120.

⁵⁰ ע"ר 1940, תוס' 1, עמ' 191.

⁵¹ ס"ח התשנ"ה, עמ' 156.

⁵² ס"ח התשנ"ו, עמ' 192.

“שיעור הקידום” – שיעור כמפורט להלן, לפי העניין:

(1) משנת 2013 לשנת 2015 – 3.12%;

(2) משנת 2014 לשנת 2015 – 1.4%;

(3) משנת 2015 לשנת 2017 – שיעור כמפורט להלן, לפי העניין:

(א) בעד שירות דיפרנציאלי – שיעור הגידול באוכלוסייה בפועל בשנים

2015 ו-2016, כפי שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה;

(ב) בעד שירות אשפוז במחלקות פנימיות – 2.82%;

(ג) בעד שירות בריאות אחר – 3.12%;

“שיעור העדכון” – שיעור העדכון של מחיר יום אשפוז שקבעו השרים בצו לפי חוק הפיקוח;

“שיעור הקפיטציה, של קופת חולים” – שיעור חלקה של קופת החולים מתוך הסכום לחלוקה שקובע המוסד לביטוח לאומי לפי הוראות סעיף 18 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי;

“שירות אשפוז במחלקות פנימיות” – שירות הניתן במחלקות פנימיות או במחלקות אחרות הכלולות ברשימה שפרסמו השרים בהודעה ברשומות;

“שירות בריאות” – שירות אשפוז במחלקות פנימיות, שירות דיפרנציאלי ושירות בריאות אחר;

“שירות דיפרנציאלי” – שירות שנקבע לו מחיר פרטני הכולל את ביצוע הפעולה הרפואית, ימי האשפוז, והשירותים הרפואיים האחרים הניתנים במסגרתו, כפי שיפרסמו השרים בהודעה ברשומות; השרים רשאים לעדכן את ההודעה כאמור ב-1 בינואר וב-1 יולי בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019;

“השרים” – שר הבריאות ושר האוצר;

“תאגיד בריאות” – כהגדרתו בסעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ”ה-1985⁵³;

“תוספת”, “שיעור קידום” או “שיעור עדכון” – לרבות תוספת, שיעור עדכון או שיעור קידום בשיעור שלילי;

“תוספת ריאלית” – כמשמעותה בסעיף 65;

“תקרת צריכה ברוטו כוללת”, “תקרת צריכה ברוטו לשירות בריאות” – כמשמעותן בסעיף 59(ב).

59. (א) היקף הצריכה במחיר מלא, של שירותי בריאות, בידי כל קופות החולים בכל בית חולים ציבורי כללי, אשר בעבור צריכה של שירותי בריאות מעבר להיקף זה תשלם קופת החולים לבית החולים הציבורי הכללי סכום מופחת כאמור בפסקאות (1) עד (3) של סעיף 66(א)(3)(א) (בסימן זה – תקרת צריכה ברוטו), בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, יהיה כמפורט להלן:

תקרת צריכה ברוטו

ד ב ר י ה ס ב ר

בבית חולים ציבורי כללי בשנים 2013 עד 2015 במחיר ברוטו לאותה שנה, כשכל עלות שנתית מעורבנת למחירי שנת 2017 לפי שיעורי העדכון של מחיר יום אשפוז בשנים אלה, כפי שקבעו השרים בצווים מכוח חוק הפיקוח ובתוספת שיעור הקידום בעד הגידול הריאלי המצופה בפעילות.

סעיפים מוצע לקבוע מהו היקף הצריכה במחיר מלא של 59 ו-60 שירותי בריאות בידי קופות חולים בכל בית חולים ציבורי כללי – “תקרת הצריכה ברוטו”, בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019. לפי המוצע, בשנת 2017 תעמוד תקרת הצריכה ברוטו על 99% מבסיס ההתחשבות – ממוצע של סך העלויות של שירותי הבריאות שצרכה קופת חולים

⁵³ ס”ח התשמ”ה, עמ’ 60.

(1) בשנת 2017 – 99% מבסיס ההתחשבות;

(2) בכל אחת מהשנים 2018 ו-2019 – תקרת הצריכה ברוטו בשנה הקודמת, בתוספת שיעור העדכון לאותה שנה ותוספת ריאלית.

(ב) תקרת הצריכה ברוטו לפי סעיף קטן (א)(1) ו-(2) תחושב לכלל שירותי הבריאות (בסימן זה – תקרת צריכה ברוטו הכוללת) ולכל אחד משירותי הבריאות בנפרד (בסימן זה – תקרת צריכה ברוטו לשירות בריאות).

60. תקרת הצריכה נטו לכל אחת מקופות החולים בכל בית חולים ציבורי כללי בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, תהיה 82% מתקרת הצריכה ברוטו לאותה שנה.

61. (א) היקף הצריכה המזערי במחיר מלא, של שירותי בריאות, אשר גם בעבור צריכה של שירותי בריאות מתחת להיקף זה תשלם קופת החולים לבית החולים הציבורי הכללי תשלום מזערי כאמור בסעיף 62 (בסימן זה – רצפת צריכה ברוטו). בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, יהיה כמפורט להלן:

(1) בשנת 2017 – 93.5% מתקרת הצריכה ברוטו לאותה שנה;

(2) בשנים 2018 ו-2019 – כמפורט להלן, לפי העניין:

(א) אם היקף שירותי הבריאות שצרכה קופת החולים בבית החולים הציבורי הכללי בשנה הקודמת היה נמוך מ-92% מתקרת הצריכה ברוטו לשנה הקודמת – 92% מתקרת הצריכה ברוטו לשנת 2018 או 2019, לפי העניין;

(ב) אם היקף שירותי הבריאות שצרכה קופת החולים בבית החולים הציבורי הכללי בשנה הקודמת היה גבוה מ-92% ונמוך מ-95% מתקרת הצריכה ברוטו בשנה הקודמת – שיעור הצריכה בפועל בשנה הקודמת מתקרת הצריכה ברוטו לשנת 2018 או 2019, לפי העניין;

(ג) אם היקף שירותי הבריאות של קופת החולים בבית החולים הציבורי הכללי בשנה הקודמת היה גבוה מ-95% מתקרת הצריכה ברוטו בשנה הקודמת – 95% מתקרת הצריכה ברוטו לשנת 2018 או 2019, לפי העניין.

(ב) בסעיף זה, "השנה הקודמת" – השנה שקדמה לשנה שלגביה נקבעת רצפת הצריכה ברוטו.

62. סכום התשלום המזערי שתשלם כל קופת חולים לכל בית חולים ציבורי כללי, בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019 (בסימן זה – רצפת צריכה נטו), יהיה 82% מרצפת הצריכה ברוטו לאותה שנה; חלקו היחסי של כל חודש בשנה מרצפת הצריכה נטו לאותה שנה יעמוד על 1 חלקי 12 מרצפת הצריכה נטו.

ד ב ר י ה ס ב ר

כמו כן מוצע לקבוע את "תקרת הצריכה נטו" בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019 ולהעמידה על שיעור של 82% מתקרת הצריכה ברוטו לאותה שנה. שיעור זה משקף את ההנחות הממוצעות שניתנו על ידי בתי החולים לקופות החולים בשנות הבסיס.

סעיפים מוצע לקבוע מהו ההיקף המזערי של שירותי 61 ו-62 בריאות במחיר מלא שאותו נדרשת כל קופת חולים לצרוך בכל בית חולים ציבורי כללי ואותו נדרש בית החולים לספק לקופת החולים – "רצפת צריכה ברוטו", וכן מהו הסכום המזערי שתשלם כל קופת חולים

את תקרת הצריכה ברוטו לשנים 2018 ו-2019, מוצע לקבוע בהתאם לתקרת הצריכה ברוטו בשנה הקודמת שהיא מקודמת בתוספת ריאלית ובהתייחסות המחירים למונחי אותה שנה.

קביעת תקרת הצריכה ברוטו משמשת לצורך קביעת היקף הצריכה של שירותי הבריאות, ואם קופת החולים צרכה שירותי בריאות מעבר לה, היא תשלם בעבור צריכת השירותים הנוספת תשלום מופחת המשקף את העלות השולית של השירותים.

63. התקבלה החלטת ממשלה לעניין הגדלת תקרת הצריכה ברוטו במקביל להגדלת עלות סל שירותי הבריאות בהגדרתו בסעיף 7 לחוק ביטוח בריאות (בטימן זה – עלות סל שירותי הבריאות). בשנה מהשנים 2017 עד 2019, יקבעו השרים, בצו, תקרת צריכה ברוטו הגבוהה מהתקרה הקבועה בסעיף 59, ובלבד שהסכום שיווסף לסך תקרות הצריכה נטו של כל קופות החולים בבתי החולים הציבוריים הכלליים כתוצאה מהעלאת תקרת הצריכה ברוטו כאמור, לא יעלה על הסכום שבו גדלה עלות סל שירותי הבריאות.

64. הודעה על תקרות
ורצפות צריכה (א) השרים יודיעו לכל בית חולים ציבורי כללי ולכל קופת חולים, עד יום 1 במרס של כל אחת מהשנים 2017 עד 2019, מהי תקרת הצריכה ברוטו הכוללת ומהי תקרת הצריכה ברוטו לשירותי הבריאות, לאותה שנה, וכן מהן תקרת הצריכה נטו, רצפת הצריכה ברוטו ורצפת הצריכה נטו לאותה שנה.

(ב) עד יום 1 בספטמבר של כל אחת מהשנים 2018 ו-2019, יודיעו השרים לכל בית חולים ציבורי כללי ולכל קופת חולים מהן רצפת הצריכה ברוטו ורצפת הצריכה נטו שנקבעו להם לאותה שנה בהתאם להוראות סעיפים 61(א) ו-62.

(ג) על אף האמור בסעיפים 58 ו-66, השרים רשאים לחשב, לגבי קופת חולים ובית חולים ציבוריים כלליים מסוימים, שיעור קידום ותוספת ריאלית לתקרות הצריכה ברוטו, השונים משיעור הקידום והתוספת הריאלית, בהתחשב, בין השאר, בשיקולים המפורטים להלן, ובלבד שהיחס בין סך תקרות הצריכה ברוטו ותקרות הצריכה נטו, בניכוי שיעור העדכון, לבין סך תקרות הצריכה ברוטו ותקרות הצריכה נטו, בשנה הקודמת, לא יעלה על שיעור הקידום והתוספת הריאלית לאותה שנה:

(1) שינוי בשיעור הקפיטציה של קופות החולים;

(2) מיטות אשפוז נוספות או מכשירים מיוחדים נוספים שאושרו לבית חולים על פי כל דין; לעניין זה, "מכשירים מיוחדים" – כהגדרתם בתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד-1994;⁵⁴

ד ב ר י ה ס ב ר

"רצפת הצריכה נטו" בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019 תעמוד על שיעור של 82% מרצפת הצריכה ברוטו כפי שנקבעה לאותה שנה.

סעיף 63 כדי לשמור על האפשרות של הממשלה להגדיל את תקרת הצריכה במקרה של הגדלת סל הבריאות המשפיעה על צריכת שירותי האשפוז, מוצע לאפשר לשר הבריאות ושר האוצר (בפרק זה – השרים) לקבוע הגדלה של תקרת הצריכה, אם התקבל החלטת ממשלה להגדלת תקרות הצריכה אשר ממומנת מהגדלת סל שירותי הבריאות, ובלבד שהגדלת סך תקרות הצריכה נטו בכלל בתי החולים, לא תהיה גבוהה מהסכום שבו גדל סל הבריאות.

סעיף 64 מוצע להסמיך את השרים להודיע לכל בית חולים ולכל קופת חולים עד יום 1 במרס של כל שנה מהשנים 2017 עד 2019, מהי תקרת הצריכה ברוטו ונטו ומהי רצפת הצריכה ברוטו ונטו כפי שנגזרה מתקרת הצריכה, באותה שנה, של כל קופת חולים בכל בית חולים. ככל שרצפת הצריכה השתנתה בשל שינוי בשיעורי הצריכה בשנה הקודמת, יודיעו על כך השרים לבתי החולים ולקופות החולים שלגביהם השתנתה רצפת

לכל בית חולים ציבורי כללי – "רצפת הצריכה נטו" בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, שאותה על קופות החולים לשלם לבתי החולים בכל מקרה, גם אם צרכו שירותי בריאות מתחת לרצפה שנקבעה, מטרתה של רצפה זו, להבטיח את יציבותם הפיננסית של בתי החולים.

מוצע שרצפת הצריכה ברוטו לשנת 2017 תעמוד על שיעור של 93.5% מתקרת הצריכה ברוטו, כאשר כדי שרצפת הצריכה תהיה מדויקת יותר ותאפשר גמישות נוספת לקופות החולים היא לא תיקבע מראש לשלוש שנים, אלא השיעור מתקרת הצריכה ברוטו ישתנה בשנים 2018 ו-2019 בהתאם לרכש בפועל של כל קופת חולים בבית חולים בשנה הקודמת. כך לפי המוצע, אם הרכש בפועל בשנה הקודמת היה גבוה מ-95% מתקרת הצריכה ברוטו בשנה הקודמת, רצפת הצריכה ברוטו של אותה השנה תעמוד על שיעור של 95% במקום 93.5%; אם הרכש בפועל בשנה הקודמת עמד על שיעור של 92% ועד 95% רצפת הצריכה ברוטו של אותה השנה, תעמוד על שיעור הרכש בפועל; אם שיעור הרכש בפועל בשנה הקודמת עמד על שיעור הנמוך משיעור של 92% רצפת הצריכה ברוטו באותה השנה תעמוד על שיעור של 92%.

⁵⁴ ק"ת התשנ"ה, עמ' 1232.

(3) שינוי בצריכת שירותי בריאות כתוצאה מפתחתו של בית החולים שיוקם מכוח חוק בית חולים באשדוד (הקמה והפעלה), התשס"ב-2002⁵⁵ (בפרק זה – בית החולים באשדוד).

65. התוספת הריאלית לכל שנה מהשנים 2018 ו-2019, תהיה כמפורט להלן, לפי העניין: תוספת ריאלית

- (1) בעבור שירות דיפרנציאלי – תוספת בהתאם לשיעור הגידול באוכלוסייה בפועל בשנה הקודמת, כפי שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה;
- (2) בעבור שירות אשפוז במחלקה פנימית – 0.8%;
- (3) בעבור כל שירות בריאות אחר – 1.2%.

66. (א) קופת חולים תשלם בעבור שירותי בריאות שרכשה בכל בית חולים ציבורי כללי, תשלום בעד שירותי בריאות בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, סכומים כמפורט להלן, לפי העניין:

(1) אם קופת החולים רכשה שירותי בריאות עד לרצפת הצריכה ברוטו – רצפת הצריכה נטו באותה שנה, ובלבד שבית החולים הציבורי הכללי הסכים לספק לקופת החולים, באותה שנה, על פי בקשתה, שירותי בריאות הדומים בהיקפם הכספי, בזמינותם ובתמהיל שלהם לשירותי הבריאות שסיפק בית החולים לקופת החולים בשנה הקודמת, ומתקיימים תנאים נוספים שקבעו השרים לעניין זה, ככל שקבעו.

ד ב ר י ה ס ב ר

סעיף 65 מוצע לקבוע בסעיף זה מהי התוספת הריאלית לשנים 2018 ו-2019 אשר תתווסף לתקרת הצריכה ברוטו לאותן שנים. מוצע לקבוע תוספת שונה לשירותים השונים, בדומה לתשלום המופחת השונה שנקבע לשירותים השונים בעד צריכה מעבר לתקרת הצריכה ברוטו, וזאת בהתאם לגידול הנורמטיבי הרצוי בפעילות של שירותים אלה.

סעיף 66 לסעיף קטן (א)

כדי לשמור על יציבותם הפיננסית של בתי החולים מצד אחד, ומן הצד השני להבטיח תשלום הוגן בעד רכש שירותי הבריאות בבתי החולים תוך שמירה על גידול מבוקף בהיקף הרכש בבית החולים, מוצע לקבוע תשלום מוזרי שאותו על קופת החולים לשלם לבית החולים גם אם צרכה שירותי בריאות מתחת לרצפת הצריכה ברוטו שנקבעה לה. כמו כן מוצע לקבוע את גובה התשלום בעד צריכת שירותים מעל הרצפה ברוטו ומתחת לתקרת הצריכה ברוטו וכן לקבוע סכום מופחת בעד צריכה שמעבר לתקרת הצריכה ברוטו שנקבעה לשירותים השונים. עוד מוצעות הוראות הנוגעות לאופן ומועדי התשלום שעל קופת החולים להעביר לבתי החולים.

התשלום המופחת נקבע באופן דיפרנציאלי לרכישת שירותי בריאות שונים מעבר לתקרת הצריכה ברוטו, בהתאם לעלות השולית הפוחתת השונה של שירותים אלה. כך בנוגע לשירות אשפוז במחלקות פנימיות נקבע תשלום מופחת בשיעור 20% מהמחיר המלא של השירותים, בנוגע לשירות דיפרנציאלי נקבע תשלום מופחת בשיעור 55% או 33% מהמחיר המלא של השירות בהתאם להיקף הצריכה בפועל שמעבר לתקרת הצריכה ברוטו, ובנוגע לכל

הצריכה, עד יום 1 בספטמבר של אותה שנה. יובהר, שמאחר שבהסדר המוצע תקרות הצריכה משקפות ביצועים בפועל והסדרים מסחריים של קופות החולים בבתי החולים, אין מקום לפרסם מידע זה בציבור ודי בהודעה פרטנית לכל קופת חולים ולכל בית חולים.

כמו כן מוצע לאפשר לשרים שיקול דעת בחלוקת שיעור הקידום והתוספת הריאלית בין השחקנים השונים לאור שינויים שהתרחשו בשטח, המשפיעים בפועל על שיעורי הצריכה, כדוגמת גידול של חלקה של קופת חולים בשיעור הקפיטציה, תוספת מייטות שאושרה לבית חולים, תוספת מכשירים מיוחדים שאושרו לבית חולים או בשל פתיחתו של בית החולים שיוקם מכוח חוק בית חולים באשדוד (הקמה והפעלה), התשס"ב-2002, אשר מטבע הדברים צפוי להשפיע על צריכת שירותי הבריאות בבתי החולים הסמוכים. לעניין זה, שיעור הקפיטציה הוא שיעור חלקה של כל קופת חולים מסך הסכום שמחלק המוסד לביטוח לאומי לקופת החולים בעבור מתן שירותי בריאות הנכללים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (בפרק זה – חוק ביטוח בריאות ממלכתי). שיעור זה מבטא את מספר המבוטחים המתוקנן של קופת החולים ביחס לכלל המבוטחים.

כדי שגמישות זו לא תפגע באיזון הקיים במערכת הבריאות בישראל, מוצע כי שינוי בשיעורים כאמור יתאפשר ובלבד שהיחס בין סך תקרות הצריכה ברוטו ונטו, בניכוי שיעור העדכון, לבין סך תקרות הצריכה ברוטו ונטו, בשנה הקודמת, לא יעלה על שיעור הקידום או התוספת הריאלית הכוללת לאותה שנה.

⁵⁵ ס"ח התשס"ב, עמ' 124.

(2) אם קופת החולים רכשה שירותי בריאות מעבר לרצפת הצריכה ברוטו ועד לתקרת הצריכה ברוטו – רצפת הצריכה נטו באותה שנה בתוספת לא יותר מ-82% מהמחיר ברוטו בעבור שירותי הבריאות שנרכשו מעבר לרצפת הצריכה ברוטו;

(3) (א) אם קופת החולים רכשה שירותי בריאות מעבר לתקרת הצריכה ברוטו הכוללת – תקרת הצריכה נטו בתוספת סכום מופחת כמפורט להלן, לפי העניין:

(1) בעבור רכישת שירות אשפוז במחלקות פנימיות, מעבר לתקרת הצריכה ברוטו שנקבעה לשירות כאמור – 20% מהמחיר המלא של השירות;

(2) בעבור רכישת שירות דיפרנציאלי מעבר לתקרת הצריכה ברוטו שנקבעה לשירות כאמור – סכום מופחת כמפורט להלן, לפי העניין:

(א) בעבור רכישת שירות דיפרנציאלי עד ל-108% מתקרת הצריכה ברוטו שנקבעה לשירות כאמור – לא יותר מ-55% מהמחיר המלא של השירות;

(ב) בעבור רכישת שירות דיפרנציאלי מעבר ל-108% מתקרת הצריכה ברוטו שנקבעה לשירות כאמור באותה שנה – לא יותר מ-33% מהמחיר המלא של השירות;

(3) בעבור רכישת שירות בריאות אחר, מעבר לתקרת הצריכה ברוטו שנקבעה לשירות כאמור – סכום מופחת כמפורט להלן, לפי העניין:

(א) בעבור רכישת שירות בריאות אחר עד לסכום המתקבל מחיבור של תקרת הצריכה ברוטו שנקבעה לשירות ושוי הנחות התעריף – לא יותר מ-55% מהמחיר המלא של השירות; בפסקה זו, "שווי הנחות התעריף" – הממוצע של סך הנחות התעריף שניתנו על ידי בית החולים הציבורי הכללי לקופת החולים בשנים 2013 עד 2015, בתוספת שיעור העדכון, שיעור הקידום והתוספת הריאלית לאותן שנים;

(ב) בעבור רכישת שירות בריאות אחר מעבר לתקרת הצריכה ברוטו בתוספת שווי הנחות התעריף – לא יותר מ-35% מהמחיר המלא של השירות כאמור.

ד ב ר י ה ס ב ר

כדי למנוע מבית החולים תמריץ לגדול בהיקף גבוה בהרבה מהשיעור הנורמטיבי, מוצע לקבוע כי בעבור צריכה של שירות דיפרנציאלי מעבר לשיעור של 108% מתקרת הצריכה ברוטו יירד התשלום המופחת לשיעור של 33% במקום 55%.

יובהר כי התשלום המופחת ישולם לבתי החולים בידי קופת החולים, רק אם קופת החולים צרכה שירותי בריאות מעבר לתקרת הצריכה הכוללת שנקבעה לה בעבור כל השירותים וגם מעבר לתקרת הצריכה שנקבעה לאותו שירות בריאות מסוים (לפסקת משנה (א)).

שאר השירותים נקבע תשלום מופחת בשיעור של 55% או 35% גם בהתאם להיקף הצריכה בפועל שמעבר לתקרת הצריכה ברוטו.

קבלת סכום מופחת על פעילות מעבר לתקרת הצריכה ברוטו מפחיתה את התמריץ לבית החולים להגדיל את פעילותו ובכך מרסנת את הרכש של קופת החולים בבית החולים בהתאם למטרת ההסדר המוצע. כמו כן הסדר זה משקף את פונקציית העלות של בית החולים, מאחר שייצור פעילות נוספת מעבר לפעילות שייצר בית החולים בשנים הקודמות עולה לבית החולים פחות שכן לפעילות זו הוצאה שולית בלבד ביחס לכלל הפעילות בבית החולים.

(ב) על אף הוראות פסקת משנה (א) –

(1) רכשה קופת החולים שירות בריאות בבית חולמי ציבורי כללי, בשנה מהשנים 2017 עד 2019, בסכום הנמוך מתקרת הצריכה ברוטו לאותו שירות, ייוסף לתקרת הצריכה ברוטו של שירות הבריאות שבעבורו משולם הסכום המופחת הגבוה ביותר באותה שנה, ההפרש שבין הרכש בפועל של אותו שירות לתקרת הצריכה ברוטו; לעניין זה, "שירות הבריאות שבעבורו משולם הסכום המופחת הגבוה ביותר" – שירות הבריאות שרכשה קופת החולים מעבר לתקרת הצריכה ברוטו, אשר בעדו נקבע סכום מופחת לפי פסקת משנה (א) בשיעור הגבוה ביותר;

(2) נקבעה תקרת צריכה ברוטו בהתאם להוראות פסקת משנה (1), ישולם הסכום המופחת לפי פסקת משנה (א), באותה שנה, רק בעד רכישת שירותי בריאות מעבר לתקרה האמורה; ואולם לא יהיה בכך כדי להשפיע על קביעת התקרה בשנים אחרות.

(ב) קופת חולים תעביר לבית חולמי ציבורי כללי, לא יאוחר מ־60 ימים מתום החודש שבו קיבלה מבית החולים הודעת חיוב, את הסכום הגבוה מבין הסכומים כמפורט להלן, וזאת אף אם בית החולים לא סיפק לקופת החולים שירותי בריאות הדומים לשירותי הבריאות שסיפק לה בשנה הקודמת כאמור בסעיף קטן (א)(1):

(1) החלק היחסי מרצפת הצריכה נטו של אותו חודש שנקבעה לקופת החולים באותו בית חולמי ציבורי כללי, אלא אם כן קיבלה קופת החולים אישור מהשרים או מעובד משרדם שהוסמך לכך שלא להעביר את הסכום האמור;

(2) הסכום שאינו שנוי במחלוקת בהודעת החיוב;

(3) 95% מהסכום נטו הנדרש על פי הודעת החיוב, אלא אם כן הגישה קופת החולים ערעור בהתאם להוראות מינהל 23/05, ובית החולים לא השיב לערעור זה בהתאם להוראות המינהל כאמור; לעניין זה, "הוראת מינהל 23/05" – חוזר המנהל הכללי מס' 23/05, בנושא רישום חשבוני והתחשבות בתי חולים – קופות חולים, מיום י' באייר התשס"ה (19 במאי 2005), או הוראה אחרת שתבוא במקומה.

(ג) סכומים עודפים ששילמה קופת חולים לבית חולמי ציבורי כללי בשל הוראות סעיף קטן (ב) או סכומים שהיה על קופת חולים לשלם לבית חולים כאמור ולא שולמו בשל הוראות הסעיף הקטן האמור, יוחזרו בתוספת ריבית לפי הוראות צו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (תוספת ריבית – בתי חולים), התשס"ה–2005.⁵⁶

ד ב ר י ה ס ב ר

החולים לבית החולים סכום מופחת, אם בחלק אחר משירותי הבריאות היא כלל לא הגיעה לתקרת הצריכה ברוטו (לפסקת משנה (ב)).

לסעיפים קטנים (ב) ו-(ג)

כדי להתמודד עם בעיות תזרים הקיימות לבתי החולים כתוצאה מאיית-שלום במועד של קופות החולים, בין השאר, בשל מחלוקות בין קופת החולים ובית החולים בנוגע להודעת החיוב שהוגשה, מוצע לקבוע כללים בנוגע לתשלומים שאותם על קופת החולים להעביר לבית החולים.

עוד מוצע לקבוע הוראות למקרה שבו צרכה קופת החולים שירותים מעל תקרת הצריכה הכוללת לכלל השירותים. כך במקרה שבו צרכה קופת חולים בבית חולים מסוים את אחד משירותי הבריאות השונים מתחת לתקרת הצריכה ברוטו, ייוסף באותה שנה, לתקרת הצריכה ברוטו של שירות שבעבורו משולם הסכום המופחת בשיעור הגבוה ביותר ההפרש, ההפרש שבין הצריכה בפועל של השירות שבו צרכה קופת החולים מתחת לתקרת הצריכה ברוטו, לתקרת הצריכה ברוטו.

הסדר זה נועד להגדיל את תקרת הצריכה ברוטו בשירותי בריאות מסוימים אשר מעבר לה משלמת קופת

⁵⁶ ק"ת התשס"ה, עמ' 959.

67. (א) התקבלה החלטת הממשלה לעניין הגדלת עלות סל שירותי הבריאות באמצעות הפחתה מקבילה בתקצוב הישיר ובכספי התמיכות המועברים לבתי החולים הציבוריים הכלליים, לגבי שנה מהשנים 2017 עד 2019, רשאים השרים, בצו, לקבוע לגבי אותה שנה תשלום קבוע שישלמו קופות החולים לבתי החולים הציבוריים הכלליים, מעבר לתשלומים לפי סעיף 66, ובלבד שסך התשלום הקבוע שישולם כאמור לא יעלה על הסכום שבו הופחתו התקצוב הישיר ובכספי התמיכות המועברים לבתי החולים הציבוריים הכלליים.

(ב) בצו לפי סעיף קטן (א) יקבעו השרים את תנאי התשלום לפי אותו סעיף קטן, אופן התשלום ומועד התשלום.

68. (א) משרד הבריאות יפרסם בהוראת מינהל עד יום ט"ז בשבט התשע"ח (1 בפברואר 2018) ומדי שנה לאחר מכן, מדד הלימת אשפוז לבתי חולים ציבוריים כלליים, שיכלול מדדים שונים אשר לפיהם יימדדו וידורגו כלל בתי החולים הציבוריים הכלליים לפי נתוני השנה הקודמת, ובהם, בין השאר, משך אשפוז ממוצע, שיעור אשפוזים חוזרים, שיעור אשפוזים לאחר ביקור בחדר המיון ושיעור אשפוזים בני יום אחד, וישוקלל בהתאם לגודלם של בתי החולים (בסימן זה – מדד הלימת אשפוז).

(ב) על אף האמור בסעיף 66(א)(3)(א) השרים רשאים לקבוע, בצו, עד יום י"ד בטבת התשע"ח (1 בינואר 2018) כי קופת חולים תשלם בעבור שירות אשפוז במחלקות פנימיות 25% מהמחיר המלא של השירות שרכשה מעבר לתקרת הצריכה ברוטו, לבתי חולים ציבוריים כלליים שידורגו בשליש העליון על פי מדד הלימת אשפוז.

69. (א) השרים רשאים לקבוע, בצו, עד יום ג' באדר התשע"ז (1 במרס 2017), כי קופת חולים תשלם תשלום מוגדל בגובה המחיר המלא בעבור שירותי אשפוז של מטופל המיועד להעברה בבית חולים ציבורי כללי, החל מהמועד שיקבעו השרים לעניין זה ובהתאם לתנאים ולכללים שיקבעו.

תשלום מוגדל בעבור צריכת שירות אשפוז בבתי חולים בדירוג גבוה במדד הלימת אשפוז

מטופל המיועד להעברה

ד ב ר י ה ס ב ר

לבתי החולים ובמקביל הגדלה של סל שירותי הבריאות, לגבי שנה מהשנים 2017 עד 2019, מוצע לאפשר לשרים לקבוע, בצו, לגבי אותה שנה, שקופות החולים ישלמו לבתי החולים תשלומים קבועים מעבר לתשלומים לפי סעיף 137 המוצע, ובלבד שסך הסכומים שישולמו כאמור לא יעלה על הסכום שהופחת בהתאם להחלטת הממשלה כאמור.

סעיף 68 מוצע שמשרד הבריאות יפרסם מדי שנה החל ב־1 בפברואר 2018 מדד הלימת אשפוז שימדוד, בין השאר, מדדים כמשך אשפוז ממוצע, שיעור האשפוזים החוזרים, שיעור האשפוזים מחדר המיון ושיעורי האשפוזים החד-יומיים וידרג את כלל בתי החולים הכלליים בהתאם למדד זה. בהתאם לכך השרים יהיו רשאים לקבוע שבתי חולים אשר יצטיין בהלימת האשפוז וידורג בשליש הראשון של המדד יקבל תשלום גבוה יותר בשיעור של 25% במקום בשיעור של 20% בעבור שירותי האשפוז במחלקות הפנימיות.

סעיף 69 שירותים מסוימים מסופקים בצורה יעילה ונכונה יותר מבחינה רפואית מחוץ לבתי החולים הכלליים ועל כן מוצע לבנות מערכת תמריצים שתעודד את קופות החולים לספק שירותים אלה במסגרות אחרות. לפיכך מוצע להסמיך את השרים לקבוע, בצו, כי בשל

לפי המוצע, קופת החולים תחויב להעביר לבתי החולים לא יאוחר מ־60 ימים מתום החודש שבו קיבלה הודעת חיוב מבית החולים את הסכום הגבוה מבין אלה:

(1) החלק היחסי מרצפת הצריכה נטו של אותו חודש שנקבעה לקופת החולים באותו בית חולים, אלא אם כן קיבלה אישור מהשרים או מעובד משרדם שהוסמך לכך שלא להעביר סכום זה;

(2) הסכום שאינו שנוי במחלוקת בהודעת החיוב;

(3) 95% מהסכום נטו הנדרש על פי הודעת החיוב, אלא אם כן הגישה קופת החולים ערעור בהתאם להוראת מינהל 23/05 או הוראה אחרת שתבוא במקומה, ובית החולים לא השיב לערעור זה בהתאם להוראת המינהל כאמור.

מכיוון שיייתכן שבשל הוראות אלה ישלמו קופות החולים לבתי החולים כספים ביתר או בחסר מוצע כי אם יתברר שאכן כך אירע, הכספים ששולמו ביתר או בחסר ישולמו או יוחזרו, לפי העניין, בתוספת ריבית לפי הוראות צו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (תוספת ריבית – בתי חולים), התשס"ה–2005.

סעיף 67 במקרה שבו התקבלה החלטת הממשלה על הפחתת סכומי התקצוב הישיר והתמיכות

(ב) עד מועד תחילתו של צו לפי סעיף קטן (א) יחולו הוראות סעיף 1 לצו לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014) (תשלום מוגדל בעד אשפוז של מטופל המיועד להעברה), התשע"ד-2014⁵⁷, ויראו אותו כאילו הוצא לפי הוראות סעיף זה לגבי השנים 2017 עד 2019.

(ג) בסעיף זה, "מטופל המיועד להעברה" – מי שמאושפז בבית חולים ציבורי כללי יותר מ-30 ימים ברציפות והוא בהנשמה ממושכת, או מי שמאושפז בבית חולים ציבורי כללי ומוגדר בהתאם להוראת מינהל חולה סיעודי מורכב או חולה שיקומי גריאטרי, ובלבד שמתקיימים לגביו שניים אלה:

(1) הוחלט כי ניתן להעבירו מחוץ לבית החולים הציבורי הכללי בהתאם להוראת מינהל ובהתחשב בצורך בשמירת הרצף הטיפולי;

(2) קופת החולים לא הציעה מקום אחר להעברתו אליו, העומד בהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובכלל זה בסעיף 3(ד) לחוק האמור.

70. (א) על אף האמור בסעיפים 16 עד 18 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, צרכה קופת חולים שירות אשפוז במחלקות פנימיות מעבר לסך תקרות הצריכה ברוטו שנקבעו לה בכל בתי החולים הציבוריים הכלליים (בסעיף זה – צריכה מצטברת מעבר לתקרת הצריכה ברוטו), יחולו הוראות אלה:

(1) בכל אחת מהשנים 2018 עד 2020 ייחשבו השרים או עובדי משרדם שהם הסמיכו לכך, לכל קופת חולים, את סכום הצריכה המצטברת מעבר לתקרת הצריכה ברוטו בשנה הקודמת (בסעיף זה – סכומי הצריכה העודפת) ואת חלקה היחסי של כל קופת חולים בסך תקרות הצריכה ברוטו של שירות האשפוז במחלקות הפנימיות, בשנה הקודמת (בסעיף זה – חלקה היחסי של קופת החולים); לעניין זה, "השנה הקודמת" – השנה שקדמה לשנה שבה מבוצע החישוב;

ד ב ר י ה ס ב ר

הסכומים בעד רכש של שירותי אשפוז במחלקות פנימיות מעבר לתקרת הצריכה, השונה ממנגנון החלוקה הקבוע בסעיפים 16 עד 18 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתאם למנגנון בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קופת חולים אשר צרכה שירותי אשפוז במחלקות פנימיות בשיעור יחסי גבוה יותר משאר הקופות תקבל סכומים נמוכים יותר מהסכום לחלוקה.

בהתאם למנגנון המוצע, במקרה שבו קופת חולים צרכה ימי אשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים מעבר לסך תקרות הצריכה ברוטו שנקבעו לה בכל בתי החולים, יחושב לכל קופת חולים בשנים 2018 עד 2020, סכום הצריכה העודפת שמעבר לתקרת הצריכה ברוטו והחלק היחסי של כל קופת חולים בסך תקרות הצריכה ברוטו של שירות אשפוז במחלקות הפנימיות.

עד יום 1 בנובמבר בכל שנה מהשנים האמורות, תועבר למוסד לביטוח לאומי הודעה שבה יפורטו הסכומים כאמור, ובהתאם להודעה זו ובתוך 30 ימים מיום קבלת ההודעה יקוז המוסד לביטוח לאומי 40% מסכומי הצריכה העודפת במחירי מלא, ויחלק מחדש את הסכום שקוּזו לכל קופת חולים בהתאם לחלקה היחסי בסך תקרות הצריכה ברוטו של שירות אשפוז במחלקות הפנימיות.

המשך אשפוזו של חבר הקופה אשר לפי הוראות משרד הבריאות ניתן להעבירו מאשפוז כללי למסגרת אחרת, וניתנה לקופה הודעה של בית החולים כי ניתן לעשות כן והקופה לא דאגה למקום העברה לאותו מטופל, תשלם הקופה מחיר מלא.

הוראה זו משקפת את האחריות של הקופה לפתח שירותים אלה בקהילה ולהעביר את חבר הקופה, שהוא במצב בריאותי כאמור, מבית החולים הכללי למסגרת אחרת המתאימה לו.

יובהר כי במסגרת ההסדר הקודם נקבעו צו לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014) (תשלום מוגדל בעד אשפוז של מטופל המיועד להעברה), התשע"ד-2014, הסדר דומה, ולפיו במקרה כזה על קופת החולים לשלם לבית החולים מחיר מלא. מוצע כי עד לקביעת צו חדש על ידי השרים לפי ההסדר המוצע, יחולו הוראות הצו הקודם.

סעיף 70 כדי להבטיח כי בעבור שירותי אשפוז שמחירים השולי מעבר לתקרת הצריכה הוא נמוך יותר ישולם מחיר גבוה יותר שיתמרץ את קופות החולים לפתח תחליפים לשירותים אלה בבתי חולים גריאטריים או בקהילה, מוצע לקבוע מנגנון של חלוקה מחדש של

⁵⁷ ק"ת התשע"ה, עמ' 1492.

(2) עד יום 1 בנובמבר בכל שנה מהשנים כאמור בפסקה (1), יודיעו השרים או עובדי משרדם שהם הסמיכו לכך, למוסד לביטוח לאומי (בסעיף זה – המוסד) מה הם סכומי הצריכה העודפת של כל קופת חולים ומה חלקה היחסי של קופת החולים, כפי שחושבו לפי הוראות פסקה (1) (בסעיף זה – הודעת השרים):

(3) בתוך 30 ימים מהודעת השרים, יקוז המוסד מחלקה של כל קופת חולים בסכום לחלוקה בהתאם לסעיפים 17 ו-18 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, 40% מסכומי הצריכה העודפת במחיר מלא (בסעיף זה – סכומי הקיזוז) ויחלק את סכומי הקיזוז בהתאם לחלקה היחסי של קופת החולים:

(4) חלוקה כאמור בפסקה (3) תיעשה תוך שמירה על כך שאם כל קופת החולים רכשו באותה שנה שירותי אשפוז במחלקות פנימיות מעבר לתקרת הצריכה ברוטו בשיעור שווה, תקבל כל קופת חולים את הסכום שקוזז לה בהתאם להוראות אותה פסקה.

(ב) הוראות סעיף קטן (א) יחולו גם על צריכה של קופת חולים בבית חולים כלליים שבבעלותה.

(ג) היו מאפייני האשפוז במחלקות פנימיות של מבוטחי קופת חולים מסוימת בבית חולים ציבורי כללי שבבעלות קופה אחרת, שונים ממאפייני האשפוז של מבוטחי קופת החולים שבית החולים הוא בבעלותה, וכתוצאה מכך היתה לאותה קופת חולים צריכה עודפת של שירות אשפוז במחלקות פנימיות (בסעיף קטן זה – צריכה עודפת), לא יחולו הוראות סעיף קטן (א) על הצריכה העודפת; בסעיף זה, "מאפייני אשפוז" – מאפייני האשפוז כפי שנקבעו במדד הלימת אשפוז, אלא אם כן קבעו השרים אחרת.

71. על אף האמור בסעיף 75(א)(7), בעד צריכת שירותי רפואה דחופה, תשלם קופת חולים לבית חולים ציבורי כללי סכום שלא יעלה על 82% מהמחיר המלא של שירותים אלה.

תשלום בעד שירותי רפואה דחופה (מיון)

72. השרים רשאים לקבוע, בצו, הסדר אחר להתחשבות בעד צריכת שירותי בריאות בידי קופת חולים בבתי חולים ציבוריים כלליים במסגרת שירותי רפואה פרטית, לרבות קביעת שיעורים שונים לתקרות צריכה ברוטו, תקרות צריכה נטו, רצפות צריכה ברוטו ורצפות צריכה נטו, שיעורים שונים לשיעור הקידום, לתוספת הריאלית, ולתשלום מופחת וכן תנאי תשלום שונים.

תשלום בעד שירותי רפואה פרטית

ד ב ר י ה ס ב ר

סעיף 72 שירותי הרפואה הפרטית כלולים כיום בהסדר ההתחשבות המוצע, עם זאת בשל השוני בשירותים אלה, מוצע, לקבוע כי השרים יהיו רשאים לקבוע בצו הסדר אחר להתחשבות בעבור צריכת שירותי בריאות בידי קופת החולים בבתי חולים ציבוריים כלליים במסגרת שירותי הרפואה הפרטית.

סעיף 73 במטרה להסדיר את ההתחשבות בין בתי החולים הממשלתיים או העירוניים לתאגידי הבריאות ולמנוע העמסה מוגברת של שיעורי תשלומים מופחתים על בית החולים ובכך לגרום לו לגירעונות, מוצע לקבוע, בדומה להסדר בחוק ההסדרים 2013, כי בבית חולים שבו פועל תאגיד בריאות, לא יפחת היקף החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת שיוחס לתאגידי הבריאות מסכום השווה ל-48.67% מכלל החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת כאמור.

יובהר שאם כלל הקופות רכשו באותה שנה שירותי אשפוז במחלקות פנימיות מעבר לתקרת הצריכה ברוטו בשיעור שווה, לא יוסטו כספים בין קופות החולים וכל קופה תקבל חזרה את אותו חלק שקוזז לה. לצורך יישום אפקטיבי של סעיף זה, ומניעת שינויי התנהגות לא רצויים, יימדד גם הרכש של קופת חולים בבתי החולים שבבעלותן, אך הרכש של קופת החולים בבתי חולים שבבעלות קופת חולים אחרת יימדד רק אם מאפייני האשפוז שלו יהיו דומים למאפייני האשפוז של מבוטחי הקופה שבית החולים הוא בבעלותה.

סעיף 71 מוצע להחריג תשלום בעד שירותי רפואה דחופה (מיון) מתחולת ההסדר המוצע. עם זאת מוצע בסעיף 75(א)(7), לקבוע כי התשלום בעד שירותים אלה לא יעלה על 82% ממחירם המלא.

73. בבית חולים ממשלתי כללי או בבית חולים שבבעלות רשות מקומית, שבו פועל תאגיד בריאות, לא יפחת היקף החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת כאמור בסעיף 66(א)(3) שיוחס לתאגיד הבריאות, מסכום השווה ל-48.67% מכלל החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת כאמור; השרים רשאים לקבוע, בצו, ביחס לבית חולים ולתאגיד בריאות הפועל בתחמו, לכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, שיעור אחר מכלל החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת כאמור, לאחר שמיעת עמדת בית החולים והתאגיד.

74. (א) על אף הוראות סימן זה, רשאים כל בית חולים ציבורי כללי וכל קופת חולים לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר אחר להתחשבות בעד רכישת שירותי בריאות בבית החולים, ובלבד שההסכם ימלא אחר תנאים אלה:

(1) בית החולים וקופת החולים יתחייבו בהסכם כי בבית החולים יינתנו לחברי הקופה שירותים ברמה נאותה ובאיכות וזמינות כמתחייב מהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי;

(2) ההסכם יקבע כי אם יחול גידול בסך היקף צריכת השירותים של קופת החולים בבית החולים, בכל שנה משנות ההסדר, לעומת תקרת הצריכה שנקבעה לאותה שנה, בשיעור העולה על 6%, תהיה שיטת ההתחשבות ביניהם בשנה שלאחר מכן, לפי הוראות סימן זה;

(3) ההסכם יכלול מנגנון לבירור חילוקי דעות בין הצדדים ביחס להתחשבות ביניהם;

(4) תקופת ההסכם לא תעלה על שלוש שנים או תהיה עד תום התקופה שבה יחולו הוראות סימן זה, לפי המוקדם;

(5) ההסדר המוצע לא ייצור הפליה מצד בית החולים בין חברים שונים בקופת החולים שעמה נחתם ההסכם או בינם לבין חברים בקופת חולים אחרת;

ד ב ר י ה ס ב ר

לעובד זה או שירות הניתן לקטין שאינו תושב. כמו כן מוצע להחריג מההסדר המוצע שירותים שהוחרגו על ידי השרים בצו בשנים קודמות, וכן מוצע להאריך את סמכות השרים שהיתה קיימת בהסדר הקודם להחריג מהסדר ההתחשבות שירותים נוספים לשנים 2017 עד 2019.

כמו כן מוצע, כי נוסף על השירותים שהוחרגו בהסדר הקודם יוחרגו מההסדר גם שירותי הרפואה הרחופה (מיון) (בכפוף להוראות סעיף 71 כאמור בדברי ההסבר לעיל). עוד מוצע להחריג את הפעילות של בית החולים החדש באשדוד שכן הוא צפוי להתחיל את פעילותו רק במהלך שנת 2017, אלא אם כן יקבעו השרים אחרת, בצו. לאור העובדה שמדובר בבית חולים חדש שטרם ידועה כמות הפעילות הצפויה בו, וכדי לאפשר לו להתייבב בשנים הראשונות לפעילותו. עם זאת יובהר, כי הגידול הצפוי בצריכת שירותי בריאות בשל פתיחת בית החולים האמור ייכלל בתוספת הריאלית כאמור בסעיף 65 המוצע.

עוד מוצע להסמיך את השרים לקבוע בצו, שיעורי תשלום הנמוכים מהמחיר המלא בעבור צריכת השירותים שהוחרגו כאמור, וזאת בדומה לסכום המופחת שנקבע לשירותי מיון.

סעיף 74 בהמשך להסדרי ההתחשבות שנקבעו בחקיקה בעבר מוצע, גם הפעם, לתת לקופת חולים ובתי חולים אפשרות, תחומה ומוגבלת בזמן, לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר התחשבות השונה מהקבוע בהסדר המוצע, ובלבד שימלא אחר התנאים המפורטים בסעיף המוצע. זאת, כדי להגדיל את חופש הפעולה של בתי החולים ושל קופת החולים לקבוע מראש ובהסכמה את שיטת ההתחשבות ביניהם תוך יצירת מנגנונים של חלוקת סיכונים. עם זאת נקבעו כמה הוראות שאותן חייבים הצדדים להטמיע בהסכם שביניהם וכמה הוראות שעליהן לא רשאים הצדדים להסכם להתנות, וזאת כדי שלא לבטל את היתרונות שבשיטת ההתחשבות הקבועה בפרק זה.

הסכמים אלה יועברו לשר הבריאות ושר האוצר אשר יהיו רשאים לבטלם אם אינם עומדים בהוראות ההסדר המוצע.

סעיף 75 בדומה להסדר בחוק ההסדרים 2013, מוצע לקבוע כי הסדר ההתחשבות לפי פרק זה לא יחול על השירותים המנויים בסעיף המוצע, אשר קופת החולים מספקת באמצעות רכש מבית חולים, אך אינם נמנים עם השירותים שקופת החולים מחויבת לספק מכוה חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כך למשל, שירות הניתן

(6) במסגרת ההסדר יהיה רשאי בית החולים לתת לקופת החולים הנחות תעריף על שירותי בריאות המהווים לא יותר ממחצית ממחזור ההתחשבות בין בית החולים לקופת החולים;

(7) ההסכם יכלול את הוראות סעיף 66(א)(3)(א)1) וההוראות שנקבעו לפי סעיף 72, ולא יתנה על ההוראות כאמור.

(ב) הגיעו בית חולים וקופת חולים להסדר על שיטת ההתחשבות ביניהם, יעבירו הצדדים העתק מההסכם שנחתם לעניין זה, לאישור השרים; סברו השרים כי ההסכם אינו עומד בהוראות סעיף קטן (א), רשאים הם לאחר ששמעו את הצדדים להסכם, לבטל את ההסכם, מנימוקים שיירשמו; החליטו השרים לבטל הסכם כאמור, ימסרו לצדדים את החלטתם בצירוף הנימוקים לה.

(ג) לא נחתם הסכם בין הצדדים כאמור בסעיף קטן (א) או לא הועבר ההסכם לשרים בתוך שישה חודשים מיום שניתנה לצדדים להודעה כאמור בסעיף 62, תהיה ההתחשבות בין בית החולים לקופת החולים בהתאם להוראות סימן זה.

(א) הוראות סימן זה לא יחולו על – 75.

איתחולה על שירותי בריאות מסוימים

(1) שירות בריאות הניתן לנפגע, כהגדרתו בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970⁵⁸;

(2) שירות בריאות הניתן לקטין שאינו תושב, לפי הסכם בין המדינה לבין קופת חולים או לפי כל הסדר משפטי אחר; לעניין זה, "תושב" – כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי;

(3) שירות בריאות הניתן לעובד זה, כמשמעותו בחוק עובדים זרים, התשנ"א-1991⁵⁹, הכלול במסגרת סל השירותים שקבע שר הבריאות לפי החוק האמור, אך למעט שירות הניתן לעובד זר השוהה בישראל לפי אשרה ורישיון לישיבת ארעי (א/1), כאמור בתקנה 6(א) לתקנות הכניסה לישראל, התשל"ד-1974⁶⁰;

(4) שירות בריאות הניתן לחייל לפי הסכם בין קופת חולים לבין צבא הגנה לישראל; לעניין זה, "חייל" – כהגדרתו בחוק השיפוט הצבאי, התשט"ו-1955⁶¹, למעט חייל בשירות חובה בתקופת שירות בלא תשלום, כאמור בסעיף 55 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי;

(5) שירות בריאות הניתן למטופל לפי הסכם בין קופת חולים לבין גוף אחר האחראי למתן השירות למטופל, על פי חוק, הסכם או חוזה ביטוח;

(6) שירות בתחום בריאות הנפש שחלות לגביו הוראות סימן ב';

(7) שירותי רפואה דחופה (מיון), בכפוף להוראות סעיף 71;

(8) שירותי בריאות הניתנים בבית החולים באשדוד, אלא אם כן קבעו השרים, בצו, אחרת.

(9) שירות בריאות נוסף שקבעו השרים בצו ההסדרים במשק המדינה (קביעת שירותים מוחרגים וקביעת הפחתות), התשע"ג-2013⁶²;

(10) שירות בריאות נוסף שקבעו השרים בצו בשנים 2017 עד 2019; צו כאמור ייקבע לא יאוחר מיום 1 במרס בשנה שבה חל יום תחילתו.

⁵⁸ ס"ח התש"ל, עמ' 126; התשע"א, עמ' 992.

⁵⁹ ס"ח התשנ"א, עמ' 112; התשע"ב, עמ' 486.

⁶⁰ ק"ת התשל"ד, עמ' 1517.

⁶¹ ס"ח התשט"ו, עמ' 171; התשע"ב, עמ' 128.

⁶² ק"ת התשע"ג, עמ' 1268.

- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א)8, בתוספת הריאלית כאמור בסעיף 65 ייכלל הגידול הצפוי בצריכת שירותי הבריאות בשל פתיחת בית החולים באשדוד.
- (ג) צריכה של שירותי בריאות כאמור בסעיף קטן (א) לא תובא בחשבון לצורך קביעת תקרת הצריכה ברוטו.
- (ד) על אף האמור בסעיף קטן (א), השרים רשאים לקבוע, בצו, שיעורי תשלום הנמוכים מהמחיר המלא בעבור צריכת שירותים כאמור באותו סעיף קטן.

סימן ב': התחשבות בעד שירותי בריאות הנפש

הגדרות

76. בסימן זה –

- "בסיס ההתחשבות" – סכום המכפלות של כל שירותי האשפוז הפסיכיאטרי שצרכו קופות חולים בבתי חולים פסיכיאטריים במחיר המלא של כל שירות כאמור, אף אם שולם בעבורו סכום מופחת;
- "בית חולים פסיכיאטרי" – בית חולים פסיכיאטרי או מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים ציבורי כללי, שכל אחד מהם הוא אחד מאלה:
- (1) בית חולים ממשלתי, לרבות תאגיד בריאות הפועל במסגרתו;
 - (2) בית חולים בבעלות קופת חולים;
 - (3) בית חולים בבעלות רשות מקומית;
 - (4) בית חולים שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי, כהגדרתו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה;
 - (5) בית חולים שאינו בית חולים כאמור בפסקאות (1) עד (4), שבתעודת רישומו לפי פקודת בריאות העם, 1940, כלולות עמדות לרפואה דחופה (מיון);
- "חוק ביטוח בריאות ממלכתי", "חוק הפיקוח", "השרים" ו"תאגיד בריאות" – כהגדרתם בסימן א';
- "מחיר מלא" – מחירו המרבי של שירות אשפוז פסיכיאטרי, כפי שנקבע בצו לפי חוק הפיקוח;
- "מספר המיטות המתוקנן", בבית חולים פסיכיאטרי – הסכום של שני אלה כשהוא מחולק ב-365:
- (1) מספר מיטות האשפוז או מיטות אשפוז היום, הרשומות בתעודת הרישום של בית החולים הפסיכיאטרי בתחילת השנה כשהוא מוכפל ב-365;

ד ב ר י ה ס ב ר

לסימן ב' – כללי

שבהם מחלקה פסיכיאטרית וכן בין קופות החולים לבין המרפאות לבריאות הנפש, לעניין רכש שירותי אשפוז פסיכיאטרי. מוצע כי הסדר ההתחשבות הקודם יחול בנוגע לשירותי בריאות הנפש גם בשנים 2017 עד 2019, בכמה שינויים והתאמות.

סעיף 76 מוצע להוסיף הגדרות הנחוצות להוראות המוצעות בסימן ב' בפרק זה.

הסדר ההתחשבות כפי שמוצע בסימן א' מותאם לרכש שירותי בריאות הגוף בבתי חולים ציבוריים כלליים ואינו כולל את נושא רכש השירותים בתחום בריאות הנפש. נוכח האפיונים הייחודיים של אספקה וצריכה של שירותים בתחום זה, שבו בדרך כלל, תקופת האשפוז ממושכת יותר והעלות השולית של האשפוז נמוכה, הוסף במסגרת ההסדר הקודם שנקבע בחוק ההסדרים 2013, סימן נפרד שבו נקבע הסדר מפורט נפרד לכללי ההתחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים הציבוריים הפסיכיאטריים והכלליים

(2) מספר מיטות האשפוז או מיטות אשפוז היום, המתוכננות להיווסף לתעודת הרישום של בית החולים הפסיכיאטרי באותה שנה כשהוא מוכפל במספר הימים שנותרו באותה שנה מהמועד המתוכנן להוספתן;

“צריכה” או “רכישה”, של שירותי אשפוז פסיכיאטריים בידי קופת חולים בבית חולים פסיכיאטרי – לרבות צריכה או רכישה של שירותים כאמור בידי קופת חולים, בבית חולים פסיכיאטרי שהוא תאגיד שבבעלות הקופה ולמעט צריכה או רכישה כאמור בבית חולים פסיכיאטרי הפועל במסגרת אותה קופה;

“תקרת הצריכה הבסיסית לשירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי”, בשנה מסוימת – הסכום של שני אלה:

(1) הסכום הכולל שהתקבל מחישוב המחיר המלא, באותה שנה של יום אשפוז פסיכיאטרי, כשהוא מוכפל ב־365 וב־95% ממספר המיטות המתוקנן של מיטות האשפוז;

(2) הסכום הכולל שהתקבל מחישוב המחיר המלא, באותה שנה של אשפוז יום פסיכיאטרי, כשהוא מוכפל ב־252 ובמספר המיטות המתוקנן של מיטות אשפוז היום;

לעניין הגדרה זו, יחושב המחיר המלא של יום אשפוז פסיכיאטרי ושל אשפוז יום פסיכיאטרי, לפי סוג המיטה שלה הוא מיוחס.

77. (א) תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז של קופת חולים בבית חולים פסיכיאטרי, בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, תהיה הסכום המתקבל מהכפלת תקרת הצריכה הבסיסית לשירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, בבסיס ההתחשבות של אותה קופה באותו בית חולים בשנת 2014 (בסעיף זה – שנת הבסיס), כשהוא מחולק בבסיס ההתחשבות של כלל קופות החולים באותו בית חולים בשנת הבסיס (בסימן זה – תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז פסיכיאטריים); השרים יפרסמו, בהודעה ברשומות, את תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז פסיכיאטריים של כל קופת חולים בכל בית חולים פסיכיאטרי; הודעה כאמור תפורסם עד יום 1 במרס של כל אחת מהשנים 2017 עד 2019.

תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז פסיכיאטריים לשנים 2017 עד 2019

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), השרים רשאים לקבוע, בצו, ששנת הבסיס לעניין סעיף קטן (א) תהיה שנת 2016 או חלק ממנה.

ד ב ר י ה ס ב ר

כמו כן מוצע שהשרים יהיו רשאים לקבוע כי תקרות הצריכה לשירותי אשפוז של קופת חולים בבית חולים פסיכיאטרי בכל אחת מהשנים 2017–2019 תהיה על בסיס נתוני שנת 2016 או חלק ממנה, וזאת לאור כניסתה לתוקף של הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, בשנת 2015, בהתאם להחלטת הממשלה מס' 4611, מיום י"ח באייר התשע"ב (10 במאי 2012) שעניינה העברת מלוא האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופת החולים (ר' לעניין זה צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשע"ג–2012) (ק"ת התשע"ג, עמ' 14).

בדומה להסדר המוצע לגבי בתי החולים הכלליים, מוצע שעד יום 1 במרס של כל אחת מהשנים 2017 עד 2019 יפרסמו השרים לכל קופת חולים ולכל בית חולים את תקרת הצריכה לשירותי אשפוז של כל קופת חולים בכל בית חולים פסיכיאטרי.

סעיף 77 מוצע בדומה להסדר הקודם לקבוע את “תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז”, לכל אחת מקופות החולים בכל אחד מבתי החולים הכלליים הפסיכיאטריים לעניין רכש שירותי אשפוז פסיכיאטרי, לשנים 2017 עד 2019, בהתבסס על היקף הצריכה של מבוטחי כל קופה בכל אחד מבתי החולים האמורים, בשנת 2014. סכום תקרות הצריכה הפרטניות של כל קופות החולים בכל בית חולים (“תקרת הצריכה הבסיסית לשירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי”) ייקבע בהתאם למספר מיטות האשפוז ומיטות אשפוז היום שבתעודת הרישום של בית החולים, הנדרשת לצורך פעילותו של מוסד רפואי לפי פקודת בריאות העם, 1940, ולפי מחיר השירותים כפי שנקבעו על ידי השרים בצו לפי חוק הפיקוח. “תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז” שנקבעת לכל קופה מותאמת כך שסכום התקרות כאמור, בכל בית חולים, שווה ל“תקרת הצריכה הבסיסית לשירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי”.

תשלום בעד
שירותי אשפוז
פסיכיאטריים

78. (א) בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, תשלם כל קופת חולים בעבור שירותי אשפוז פסיכיאטריים שרכשה בכל בית חולים פסיכיאטרי, סכומים כמפורט להלן:

(1) עד לתקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז פסיכיאטריים – לא יותר ממחירים המלא של שירותי האשפוז הפסיכיאטריים;

(2) מעבר לתקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז פסיכיאטריים – לא יותר מ-30% ממחירים המלא של שירותי האשפוז הפסיכיאטריים.

(ב) לענין סעיף זה, יחושבו שירותי האשפוז הפסיכיאטריים שרכשה קופת חולים בבית חולים פסיכיאטרי לפי מחירים המלא.

התחשבות
בין בית חולים
ממשלתי כללי
לבין תאגיד
בריאות

79. בבית חולים ממשלתי כללי שבו פועל תאגיד בריאות המפעיל שירותי אשפוז פסיכיאטריים, לא יפחת היקף החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת, כאמור בסעיף 78(א), שיוחס לתאגיד הבריאות, מסכום השווה ל-95% מכלל החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת כאמור.

הסכם בדבר שיטת
התחשבות

80. (א) על אף הוראות סימן זה, רשאים כל בית חולים פסיכיאטרי וכל קופת חולים, לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר אחר להתחשבות בעד רכישת שירותי אשפוז פסיכיאטריים, ובלבד שההסדר ימלא אחר תנאים אלה:

(1) בית החולים וקופת החולים יתחייבו בהסכם כי בבית החולים ייתנו לחברי הקופה שירותים ברמה נאותה ובאיכות ובזמינות כמתחייב מהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי;

(2) ההסכם יקבע כי אם יחול שינוי בסך היקף צריכת השירותים של קופת החולים בבית החולים, בכל שנה משנות ההסדר לעומת השנה שקדמה לה, מעבר לשינוי במספר המבוטחים המשוקלל של הקופה ולשיעור השינוי במחיר המלא של השירותים, בשיעור העולה על 6%, תהיה שיטת ההתחשבות ביניהם לפי הוראות סימן זה;

ד ב ר י ה ס ב ר

החולים מעבר לתקרת הצריכה תשלום מופחת בשיעור 30% מהמחיר המלא, נוצר תמריץ לבית החולים שלא להגדיל את היקף הפעילות המוצעת מעבר לתקרה.

סעיף 79 בדומה להסדר הנוגע לתאגידי בריאות המוצע בסעיף 73 ובהמשך לאמור בדברי ההסבר לאותו סעיף, כדי למנוע עיוות שעשוי להיווצר כתוצאה מחלוקת הפעילות וההכנסות בין בתי החולים לבין תאגידי הבריאות הפועלים במסגרתם ומפעילים שירותי אשפוז פסיכיאטריים, מוצע לקבוע כי לפחות 95% מכלל הפעילות במחיר מופחת, בכל מרכז רפואי, תיוחס לתאגידי הבריאות ולא לבתי החולים.

כלומר, 95% מכלל הפעילות שסיפק בית החולים מעל תקרת הצריכה בכל מרכז רפואי שנקבעה תיוחס לתאגידי כאמור.

סעיף 80 בדומה להסדר ההתחשבות המוצע בסימן א', גם כאן מוצע לאפשר לקופות החולים ולמוסדות המספקים שירותים בתחום בריאות הנפש (בתי החולים והמרפאות לבריאות הנפש) להגיע להסכמים בנושא ההתחשבות ביניהם, שלא על פי הכללים המפורטים בסימן המוצע, וזאת בכפוף לאותם תנאים שנקבעו לענין זה בהסדר ההתחשבות הרגיל לפי סימן א' המוצע.

סעיף 78 מוצע לקבוע את השיעור מהמחירים המרביים שתשלם כל קופת חולים בהתאם לצריכת שירותי אשפוז פסיכיאטריים, עד לתקרות הצריכה הפרטניות האמורות, והתשלומים שישלמו, לרבות תשלום מופחת בשיעור של 30% ממחירים המלא של השירותים האמורים, מעבר לתקרות אלה. בפרט מוצע לקבוע כי אם קופת החולים צרכה שירותים בהיקף עד לתקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז, היא לא תשלם יותר מהמחיר שקבעו השרים בצו, לפי חוק הפיקוח (בפרק זה – מחיר מלא), בעבור שירותים אלה.

תכליתם העיקרית של המחירים המרביים שנקבעים ביחס להיקפי הצריכה השונים של קופת החולים בבית החולים, היא לעודד את בית החולים להציע שירותים לקופת החולים בהיקף הדרומה או הקרוב, ככל האפשר, להיקף השירותים הנורמטיבי ביחס לגודל בית החולים, קרי למספר וסוג המיטות שבתעודת הרישום של בית החולים. בדרך זו אף מצטמצמת האפשרות של גידול בהוצאות קופות החולים בעבור השירותים המוצעים על ידי בתי החולים בהיקף החורג בשיעור ניכר מהיקף השירותים המתוכנן וממסגרת המקורות העומדת לרשותן. בכך שקופת החולים תשלם בעבור קבלת שירותים המבוצעים בבית

- (3) ההסכם יכלול מנגנון לבירור חילוקי דעות בין הצדדים ביחס להתחשבות ביניהם;
- (4) תקופת ההסכם לא תעלה על שלוש שנים או עד תום התקופה שבה יחולו הוראות סימן זה, לפי המוקדם;
- (5) ההסדר שבהסכם לא ייצור הפליה מצד בית החולים בין חברים שונים בקופת החולים שעמה נחתם ההסכם או בינם לבין חברים בקופת חולים אחרת.
- (ב) הגיעו בית חולים וקופת חולים להסדר על שיטת ההתחשבות ביניהם, יעבירו הצדדים העתק מההסכם שנחתם לעניין זה, לאישור השרים; סברו השרים כי ההסכם אינו עומד בהוראות סעיף קטן (א), רשאים הם לאחר ששמעו את הצדדים להסכם, לבטל את ההסכם, מנימוקים שיירשמו; החליטו השרים לבטל הסכם כאמור, ימסרו לצדדים את החלטתם בצירוף הנימוקים לה.
- (ג) לא נחתם הסכם בין הצדדים כאמור בסעיף קטן (א) או לא הועבר ההסכם לשרים בתוך שישה חודשים מיום שניתנה לצדדים הודעה כאמור בסעיף 77, תהיה ההתחשבות בין בית החולים לקופת החולים בהתאם להוראות סימן זה.

81. הוראות סימן זה לא יחולו על שירותים המנויים בפסקאות (1) עד (5) שבסעיף 75(א).
אי-תחולה על שירותי אשפוז פסיכיאטרי מסוימים

סימן ג': תחולה

82. הוראות פרק זה יחולו על שירותי בריאות ושירותי אשפוז פסיכיאטריים שרכשה קופת חולים בבית חולים ציבורי כללי או בבית חולים פסיכיאטרי, לפי העניין, עד יום ג' בטבת התש"ף (31 בדצמבר 2019).

פרק ז': עידוד השקעות הון

83. בחוק לעידוד השקעות הון, התשי"ט-1959⁶² (בפרק זה – חוק עידוד השקעות) –
(1) בכל מקום, במקום "מרכז ההשקעות" יבוא "הרשות" ובמקום "ראש המינהל למזקק ופיתוח תעשייתי" יבוא "הרשות הלאומית לחדשנות טכנולוגית";

ד ב ר י ה ס ב ר

פרק ז': עידוד השקעות הון

סעיף 83 חוק לעידוד השקעות הון, התשי"ט-1959
כללי (להלן – חוק עידוד השקעות, או החוק), מהווה כלי מרכזי של הממשלה לעידוד השקעות הוניות איכותיות בישראל, כדי להגביר את התחרותיות של המשק ולהגדיל את היקפי התעסוקה. בתחום התעשייה, החוק מעניק הטבות ובהן שיעורי מס מופחתים ומענקים כנגד השקעה. כמו כן יש בחוק מסלול מועדף מיוחד לחברות ענק. שילוב תמריצים אלה מביא להגשמת מטרות החוק, אך התברר כי קיימות כמה בעיות במתכונתו הנוכחית. ראשית, המסלול המועדף המיוחד אינו אפקטיבי ומיושם באופן מצומצם. זאת, בין השאר, בשל תנאי הסף הגבוהים שהוצבו למסלול זה, אשר עלולים למנוע מחברות היכולות לתת תרומה משמעותית למשק הישראלי, מלפעול בו. נוסף על כך, נמצא כי יש נושאים הטעונים שיפור, ובהם משך

סעיף 81 בדומה להסדר ההתחשבות הרגיל כאמור בסימן א' המוצע, מוצע לקבוע כי הסדר ההתחשבות בסימן זה לא יחול על השירותים המנויים בסעיף המוצע, אשר קופת החולים מספקת באמצעות רכש מבית החולים אך אינם נמנים עם השירותים שקופת החולים מחויבת לספק מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כגון שירות הניתן לעובד זר או שירות הניתן לקטין שאינו תושב.

סעיף 82 מוצע לקבוע שהוראות פרק זה יחולו על שירותי בריאות ושירותי אשפוז פסיכיאטריים שרכשה קופת חולים בבית חולים ציבורי כללי או בבית חולים פסיכיאטרי, לפי העניין, עד יום ג' בטבת התש"ף (31 בדצמבר 2019). כך יחולו הוראות ההסדר המוצע על שירותים כאמור שנרכשו מיום תחילתו של החוק המוצע (יום ג' בטבת התשע"ז (1 בינואר 2016)) עד תום שנת 2019.

⁶² ס"ח התשי"ט, עמ' 234; התשע"ו, עמ' 232.