

נוסח מעודכן לדיון בוועדת הכספים ביום 27.11.2016

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

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

הגדרות 58. בסימן זה –

~~”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
(להלן – בית חולים ממשלתי כללי);

(2) בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים, לרבות תאגיד בריאות
הפועל במסגרתו (להלן – בית חולים כללי שבבעלות קופת חולים);

(3) בית חולים כללי שבבעלות רשות מקומית (להלן – בית חולים
כללי שבבעלות רשות מקומית);

(4) בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כהגדרתו
בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה¹;

(5) בית חולים כללי שאינו בית חולים כאמור בפסקאות (1) עד (4),
שבתעודת רישומו לפי פקודת בריאות העם, 1940², כלולות עמדות
לרפואה דחופה (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 מעודכנות למחירי שנת 2017 לפי שיעורי
העדכון לאותן שנים, בתוספת שיעורי הקידום;

[22.11 - הוועדה ביקשה דיווח על היקפי הגרעונות בשנים אלה]

”הוראת מינהל” – הוראת מינהל שקבע המנהל הכללי של משרד הבריאות או
מי שהוא הסמיך לעניין זה;

¹ דיני מדינת ישראל, נוסח חדש 6, עמ' 120.

² ע"ר 1940, תוס 1, עמ' 191.

"הנחת מחזור" – הנחה בעבור שירותי בריאות שקופות החולים רוכשות בבת החולים הממשלתיים הכלליים, שנקבעה בהוראת מינהל;

"הנחת תעריף" – הנחה בעבור שירותי בריאות מסוים שקופת חולים רוכשת בבית חולים ציבורי כללי, מעבר להנחת מחזור ולכל הנחה אחרת שאינה בעבור שירותי בריאות מסוים;

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי" – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994³;

"חוק הפיקוח" – חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996⁴;

"מחיר ברוטו" – מחיר מלא בניכוי הנחת מחזור והנחת תעריף שניתנו בעבור אותו שירות בשנים 2013 עד 2015;

22.11-הוועדה ביקשה לבחון את הטענות לעניין הסתמכות על הנחות שניתנו בשנים 2013-2015

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

"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 שבבעלותה, ולמעט צריכה או רכישה של שירותי בריאות המנויים בסעיף 75(א);

"שיעור הקידום" – שיעור כמפורט להלן, לפי העניין:

(1) משנת 2013 לשנת 2015 – 3.12%;

(2) משנת 2014 לשנת 2015 – 1.4%;

³ ס"ח התשנ"ד, עמ' 156.

⁴ ס"ח התשנ"ו, עמ' 192.

(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 חולים⁴ – שיעור חלקה של קופת החולים מתוך הסכום לחלוקה שקובע המוסד לביטוח לאומי לפי הוראות **סעיף סעיפים 17 ו-18 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**;

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

[22.11 – הוועדה ביקשה פירוט של המחלקות שיובאו בחשבון כשירותי אשפוז במחלקות פנימיות]

”**סוגי שירות בריאות**” – שירות אשפוז במחלקות פנימיות, שירות דיפרנציאלי **או** שירות בריאות אחר;

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

[22.11 – הוועדה ביקשה פירוט של השירותים הדיפרנציאליים]

”השרים” – שר הבריאות ושר האוצר;

”תאגיד בריאות” – כהגדרתו בסעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ”ה-⁵1985;

"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 לסוג שירות בריאות" – כמשמעותן בסעיף 59(ב).

תקרת צריכה ברוטו 59. (א) היקף הצריכה במחיר מלא, של שירותי בריאות, בידי כל קופות החולים בכל בית חולים ציבורי כללי, אשר בעבור צריכה, שתחושב במחיר מלא, 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:

(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 מסוגי שירותי הבריאות בנפרד (בסימן זה – תקרת צריכה ברוטו לסוג שירות בריאות).

תקרת צריכה נטו 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.

רצפת צריכה ברוטו 61. (א) היקף הצריכה המזערי, שיחושב 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-לשנה הקודמת – מכפלת שיעור הצריכה בפועל בשנה הקודמת מבתקרת 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. רצפת צריכה נטו
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.

63. שינוי תקרת הצריכה ברוטו
התקבלה החלטת ממשלה לעניין על הגדלת תקרת הצריכה ברוטו, תוך הגדלה מתאימה של במקביל להגדלת עלות סל שירותי הבריאות כהגדרתו בסעיף 7 לחוק ביטוח בריאות למטרת רכש בבתי חולים (בסימן זה – עלות סל שירותי הבריאות), בשנה מהשנים 2017 עד 2019, יקבעו השרים, בצו, תקרת צריכה ברוטו הגבוהה מהתקרה הקבועה בסעיף 59, ובלבד שהסכום שייוסף 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, רצפת הצריכה נטו ושווי ההנחות 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 המעודכנות שנקבעו להם לאותה שנה בהתאם להוראות סעיפים 61(א)(2) ו-62.

(ג) על אף האמור בסעיפים 58 ו-6566, השרים [באישור וועדת הכספים / ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת], 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 של כל קופות החולים בכל בתי החולים, בניכוי שיעור העדכון, לבין סך תקרות הצריכה ברוטו ותקרות הצריכה נטו של כל קופות החולים בכל בתי החולים, בשנה הקודמת, לא יעלה על שיעור הקידום והתוספת הריאלית לאותה שנה :

(1) שינוי בשיעור הקפיטציה במספר המבוטחים המשוקלל של קופות החולים 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-1994⁶ ;

(3) שינוי בצריכת שירותי בריאות כתוצאה מפתירתו של בית החולים שיוקם מכוח חוק בית חולים באשדוד (הקמה והפעלה), התשס"ב-2002⁷ (בפרק זה – בית החולים באשדוד).

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

(1) בעבור שירות דיפרנציאלי – תוספת בהתאם לשיעור הגידול באוכלוסייה בפועל בשנה הקודמת, כפי שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ;

(2) בעבור שירות אשפוז במחלקות פנימיות – 0.8% ;

(3) בעבור כל שירות בריאות אחר – 1.2%.

⁶ ק"ת התשנ"ד, עמ' 1232.

⁷ ס"ח התשס"ב, עמ' 124.

[לדיון: לפי מה נקבעו השיעורים?]

תשלום בעד שירותי 66. (א) קופת חולים תשלם בעבור שירותי בריאות שרכשה בכל בית חולים בריאות
ציבורי כללי, 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.

(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-המלא** 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 ושנוי הנחות התעריף תקרת הצריכה לפי מחיר מלא~~ – לא יותר מ-55% מהמחיר המלא של השירות; בפסקה זו, "~~תקרת הצריכה לפי מחיר מלא שנוי הנחות התעריף~~" – תקרת הצריכה ברוטו, בצירוף הסכום 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 על הסכום האמור;

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

(ב) על אף הוראות פסקת משנה (א) –

(1) רכשה קופת החולים סוג שירות בריאות בבית חולים ציבורי כללי, בשנה מהשנים 2017 עד 2019, בסכום הנמוך מתקרת הצריכה ברוטו לאותו סוג שירות, ייוסף ההפרש שבין הרכש בפועל של אותו סוג שירות ובין תקרת הצריכה ברוטו לאותו סוג שירות, לתקרת הצריכה ברוטו של סוג שירות הבריאות שבעבורו משולם הסכום המופחת הגבוה ביותר באותה שנה, ההפרש שבין הרכש בפועל של אותו סוג שירות לתקרת הצריכה ברוטו; לעניין זה, "סוג שירות הבריאות שבעבורו משולם הסכום המופחת הגבוה ביותר" – סוג שירות הבריאות שרכשה קופת החולים מעבר לתקרת הצריכה ברוטו, אשר הסכום המופחת בצעד בעבור רכישתו נקבע סכום מופחת לפי פסקת משנה (א) הוא 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 התקרת הצריכה בשנים אחרות.

(ב) קופת חולים תעביר לבית חולים ציבורי כללי, לא יאוחר מ־60 ימים מתום החודש שבו קיבלה מבית החולים הודעת חיוב חודשית, 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 החודשי היחסי מרצפת הצריכה נטו של אותו חודש שנקבעה לקופת החולים באותו בית חולים ציבורי כללי, אלא אם כן קיבלה קופת החולים אישור מהשרים או מעובד משרדם שהוסמך לכך שלא להעביר את הסכום האמור בשל כך שבית החולים לא סיפק לקופת החולים שירותי בריאות הדומים לשירותי הבריאות שסיפק לה בשנה הקודמת כאמור בסעיף קטן (א)(1);

(2) הסכום שאינו שנוי במחלוקת בהודעת החיוב;

(3) 95% מהסכום נטו הנדרש על פי הודעת החיוב לעניין השירותים המובאים בחשבון בתקרת הצריכה ברוטו ושירותי רפואה דחופה (מיון), אלא אם כן היתה הכרעה אחרת בהתאם למנגנון בירור לפי הוראת מינהל או בתקנות כאמור בסעיף קטן (ב1). הגישה קופת החולים ערעור בהתאם להוראת מינהל 23/05, ובית החולים לא השיב לערעור זה בהתאם להוראת המינהל כאמור; לעניין זה, "הוראת מינהל 23/05" חוזר המנהל הכללי מס' 23/05, בנושא רישום חשבונאי והתחשבות בתי חולים – קופות חולים, מיום י' באייר התשס"ה (19 במאי 2005), או הוראה אחרת שתבוא במקומה.

[לדיון: במה מועיל מנגנון הערעור והתגובה? איזה בעיות הוא פותר? האם יש בכוחה של הוראת הנוהל כדי להכריע בשאלת החבות של קופת החולים?]

(ב1) השרים יקבעו הוראות לעניין דרך בירור טענות בעניין הודעת חיוב ובעניין הסכמה לאספקת שירותים כנדרש לפי סעיף קטן (א1).

(ג) סכומים עודפים ששילמה קופת חולים לבית חולים ציבורי כללי בשל הוראות סעיף קטן (ב) או סכומים שהיה על קופת חולים לשלם לבית חולים כאמור ולא שולמו בשל הוראות הסעיף הקטן האמור, ישולמו או יוחזרו, לפי העניין, בתוך 30 ימים מקבלת הכרעה בעניין, בתוספת ריבית לפי הוראות צו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (תוספת ריבית – בתי חולים), התשס"ה – 2005.⁸

[מי מקבל הכרעה בעניין? מה המנגנון?]

⁸ ק"ת התשס"ה, עמ' 959.

תשלום קבוע 67. (א) התקבלה החלטת הממשלה לעניין על הגדלת עלות סל שירותי הבריאות לעניין רכש בבתי חולים, כנגד באמצעות הפחתה מקבילה בתקצוב הישיב בסובסידיה לבתי החולים הממשלתיים הכלליים, שחלות עליהם הוראות סימן זה ובכספי התמיכות המועברים לבתי החולים הציבוריים הכלליים שחלות עליהם הוראות סימן זה ושאינם בתי חולים ממשלתיים כלליים, לגבי שנה מהשנים 2017 עד 2019, רשאים השרים, באישור ועדת הכספים/ועדת העבודה הרווחה והבריאות, 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 הוגדלה עלות הסל כאמור ועל הסכום שבו הופחתו התקצוב הישיר וכספי התמיכות המועברים לבתי החולים הציבוריים הכלליים.

[לדיון: לפי איזה מפתח מבוצעת החלוקה של התשלום הקבוע בין קופות החולים ובין בתי החולים? איך מובטחת חלוקה נכונה של הנטל על הקופות? איך מובטחת חלוקה נכונה של הכספים לבתי החולים? האם התשלום ישולם אף אם בתי החולים לא עומדים בתנאים נדרשים?]

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

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

[לדיון: מדוע נדרש מדד שכזה? מה הוא צפוי לכלול? מדוע יש לגבי קביעתו הגבלת זמן עד 2018? איך יערער בית חולים על מיקומו במדד? מדוע תחויב קופת חולים בתשלום מוגדל על רכש שירותים במוסד יעיל? האם זה תמריץ לשיפור בבית חולים שאינו יעיל?]

69. מטופל המיועד להעברה (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.

(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-2014⁹, 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.

[לדיון: האם חובתה של קופת החולים או של המדינה לפתח חלופות להעברה?]

⁹ ק"ת התשע"ד, עמ' 1492.

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 צריכה עודפת**), יחולו הוראות אלה:

חלוקה מחדש של סכומים בעבור צריכת שירות אשפוז במחלקות פנימיות מעבר לתקרת הצריכה ברוטו

[לדיון: מה ההצדקה לפגוע בנוסחת הקפיטציה?]

(1) **עד ליום 1 בנובמבר** 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, **באותה שנה הקודמת** (בסעיף זה – חלקה היחסי של קופת החולים); **לעניין זה, "השנה הקודמת" – השנה שקדמה לשנה שבה מבוצע החישוב;**

(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 **כל** קופת החולים, כפי שחושבו לפי הוראות פסקה (1) (בסעיף זה – הודעת השרים);

(3) בתוך 30 ימים מהודעת השרים, **ולאחר שהשרים או עובד משרדם נתנו לקופת החולים הזדמנות להשמיע את טענותיה**, 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;

[לדיון: מה מייצג השיעור של 40%? למי יכולה הקופה לערער על קביעות אלה?]

(4) חלוקה כאמור בפסקה (3) תיעשה תוך שמירה על כך שאם כל קופות 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.

[לדיון: מה נועד להשיג מהלך הקיזוז? האם ייתכן מצב שכל הקופות חורגות בדיוק בשיעור שווה?]

(ב) הוראות סעיף קטן (א) יחולו גם על צריכה של קופת חולים בבית חולים כלליים שבבעלותה, ולצורך סעיף זה בלבד תחושב לקופת החולים בכל בית חולים שבבעלותה תקרת צריכה לשירותים במחלקות פנימיות.

(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 הוראות אחרות לעניין מאפייני אשפוז.

תשלום בעד שירותי 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. רפואה דחופה (מיון)

תשלום בעד שירותי 72. השרים, באישור ועדת הכספים / העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאים לקבוע, בצו, הסדר אחר מהקבוע בסימן זה 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 לסוג שירות בריאות זה, שיעורים שונים לשיעור הקידום, לתוספת הריאלית, ולתשלום מופחת וכן תנאי תשלום שונים.

[לדיון: מה המטרה של קביעת הוראות לעניין שר"פ? מוצע לציין המטרה או השיקולים בנוסח הסעיף.]

מדוע לא קובעים כבר עתה את ההוראות, בחקיקה ראשית כיתר הוראות ההתחשבות? יצויין כי הוראות אלה צריכות לחול רק מאותו מועד ואילך]

73. התחשבנות בין בית חולים לבין תאגידי בריאות

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 בתחומו, לכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, שיעור אחר מכלל החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת כאמור, לאחר שמיעת עמדת בית החולים והתאגיד.

74. הסכמים בין קופת חולים לבית חולים בדבר שיטת ההתחשבנות ביניהם

(א) על אף הוראות סימן זה, רשאים כל בית חולים ציבורי כללי וכל קופת חולים לקבוע בהסכם בכתב ביניהם הסדר אחר להתחשבנות 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 ההתחשבנות ביניהם בשנה שלאחר מכן, לפי הוראות סימן זה;

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

(6) במסגרת ההסדר יהיה רשאי בית החולים לתת לקופת החולים הנחות תעריף על שירותי בריאות המהווים לא יותר ממחצית ממחזור ההתחשבנות בין בית החולים לקופת החולים; לעניין זה "מחזור ההתחשבנות" – סך כל ההיקף הכספי של השירותים שמובאים בחשבון בתקרת הצריכה ברוטו, שרוכשת קופת החולים מבית החולים.

(7) ההסכם יכלול את הוראות סעיף 66(א)(3)(א)(1) וההוראות שנקבעו לפי סעיף 7271, 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), יודיעו על כך בתוך 60 ימים ממועד שהועבר אליהם ההסכם לקופת החולים ולבית החולים, ורשאים השרים 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 6264, או שהסכם כאמור בוטל כאמור בסעיף קטן (ב), תהיה ההתחשבות בין בית החולים לקופת החולים בהתאם להוראות סימן זה.

[לדיון: האם יש צורך להעביר הסכם לאישור מדי שנה? האם ההוראות מתאימות גם להסכם שנעשה מראש לשלוש שנים?]

אי-תחולה על שירותי בריאות מסוימים 75. (א) הוראות סימן זה לא יחולו על –

(1) שירותי בריאות הניתן לנפגע, כהגדרתו בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970¹⁰;

(2) שירותי 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) שירותי בריאות הניתן לעובד זר, כמשמעותו בחוק עובדים זרים, התשנ"א-1991¹¹, 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-1974¹²;

¹⁰ ס"ח התש"ל, עמ' 126, התשע"א, עמ' 992-
¹¹ ס"ח התשנ"א, עמ' 112, התשע"ב, עמ' 486-
¹² ק"ת התשל"ד, עמ' 1517.

(4) שירות בריאות הניתן לחייל לפי הסכם בין קופת חולים לבין צבא הגנה לישראל; לעניין זה, "חייל" – כהגדרתו בחוק השיפוט הצבאי, התשט"ו-1955¹³, 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, ובכפוף להוראות סעיף 65; קבעו השרים כאמור, יחולו הוראות סימן זה בשנה שלאחר השנה שבה קבעו השרים כאמור גם על בית החולים באשדוד.

(9) שירות בריאות נוסף שקבעו השרים בצו ההסדרים במשק המדינה (קביעת שירותים מוחרגים וקביעת הפחתות), התשע"ג-2013¹⁴;

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

(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. נכתב בהגדרה צריכה~~

(ד) על אף האמור בסעיף קטן (א), השרים, באישור ועדת הכספים / העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאים לקבוע, בצו, שיעורי תשלום הנמוכים מהמחיר המלא בעבור צריכת שירותים כאמור באותו סעיף קטן.

[לדיון: מה ההצדקות שיוכלו להיות לקביעת הוראות מעין אלה? מדוע שהוראות כאלה לא ייקבעו בחקיקה ראשית?]

¹³ ס"ח התשט"ו, עמ' 171, התשע"ב, עמ' 128.

¹⁴ ק"ת התשע"ג, עמ' 1268.

סימן ב': התחשבנות בעד שירותי בריאות הנפש

הגדרות

.76 בסימן זה –

"בסיס ההתחשבנות" – 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;

(2) מספר מיטות האשפוז או מיטות אשפוז היום, המתוכננות להיוסף 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. תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז פסיכיאטריים לשנים 2017 עד 2019

(א) תקרת הצריכה הפרטנית לשירותי אשפוז של קופת חולים בבית חולים פסיכיאטרי, בכל אחת מהשנים 2017 עד 2019, תהיה הסכום המתקבל ~~מהכפלת-ממכפלת~~ תקרת הצריכה הבסיסית לשירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, ביחס שבין בסיס ההתחשבות של אותה קופה באותו בית חולים בשנת 2014 (בסעיף זה – שנת הבסיס), ~~כשהוא מחולק ב-3 ובין סך~~ בסיס 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.

[לדיון: מדוע שנת 2014 היא שנת הבסיס? האם גם לשאר שירותי הבריאות אפשרי פרסום התקרות ברשומות?]

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), השרים באישור ועדת הכספים / העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאים לקבוע, בצו, ששנת הבסיס לעניין סעיף קטן (א) תהיה שנת 2016 או חלק ממנה.

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

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

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

לדיון: מה תהיה התוצאה של העלאה כזאת של המחיר לעומת החוק הקיים?]

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

התחשבנות בין בית 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)(2), שיוחס לתאגיד הבריאות, מסכום השווה ל-95% מכלל החשבונות שבעדם משולם סכום מופחת כאמור. חולים ממשלתי כללי לבין תאגיד בריאות

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

(1) בית החולים וקופת החולים יתחייבו בהסכם כי בבית החולים יינתנו 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 ההתחשבנות ביניהם לפי הוראות סימן זה;

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

(4) תקופת ההסכם לא תעלה על שלוש שנים או עד תום התקופה שבה יחולו הוראת 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.

[לדיון: מ האם יש מקום להגביל גם הסכמים אלה במקסימום שיעורי ההנחה מתוך המחזור?]

(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), יודיעו על כך בתוך 60 ימים ממועד שהועבר אליהם ההסכם לקופת החולים ולבית החולים, 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, או שהסכם כאמור בוטל כאמור בסעיף קטן (ב), 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. פרק ו' – תחולה
 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).
