

סוגיות בתקציב מערכת הבריאות

תקציר

רקע כללי

ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים שוטפים בשנת 2012 הסתכמה ב-73.8 מיליארד ש"ח (7.9% מהתוצר המקומי הגולמי). 35% ממנה מומן מתקציב המדינה¹. חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, קובע, בין היתר, כי בתקציב יצוינו סכומי הוצאה, סכומי הוצאה המותנית בהכנסה, הרשאה להתחייב ומספרי שיא כוח אדם². תקציב המדינה לתחום הבריאות שאישרה הכנסת לשנת 2012 כולל את תקציב מטה משרד הבריאות בסך 23.9 מיליארד (כולל העברות לקופות החולים עבור סל הבריאות בסך 14 מיליארד ש"ח), את תקציב בתי החולים הכלליים-הממשלתיים בסך 7.3 מיליארד ש"ח³ ואת תקציב הפיתוח בסך 0.39 מיליארד ש"ח⁴. אישור של חוק התקציב בכנסת מאפשר לרשות המחוקקת להשפיע על קביעת סדרי העדיפות בתקציב ועל אופן הקצאת כספי התקציב. שקיפות בהכנת התקציב ובדיווח על השימוש שנעשה בו מאפשרים ביקורת ציבורית על ניצול המשאבים לייעודם.

אגף התקציבים במשרד האוצר (להלן גם - אג"ת במשרד האוצר) הוא יחידת המטה לניהול המדיניות הכלכלית-תקציבית של הממשלה. בתוקף כך מכין אג"ת במשרד האוצר את התקציב השנתי והוא הקובע את יעדי התקציב ואת הקצאת המשאבים לפעילותם של משרדי הממשלה השונים ובהם משרד הבריאות, לרבות שינויים בתקציבי המשרדים. האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות (להלן גם - אג"ת במשרד הבריאות), אחראי לתכנון התקציב ועל הקצאת המשאבים למערכת הבריאות והוא שמוביל את התכנון של תכנית העבודה השנתית של המשרד. בשנים האחרונות מתמודדת מערכת הבריאות עם גירעונות בהיקף של מיליארדי שקלים.

- 1 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הודעה לעיתונות מ-22.7.13.
- 2 כמות המשרות המרבית המוקצבת להעסקת עובדי מדינה.
- 3 רובו המוחלט של תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים מגיע מקופות החולים שמשרד הבריאות מעביר להן כסף במסגרת סל הבריאות.
- 4 אין לחשב את נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות כסיכום של תקציב הבריאות ושל תקציבים אחרים, שכן קיימות כפילויות שיש לנטרל לצורך קבלת תוצאה אמינה (פירוט ראו להלן בטקסט המלא).

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר 2013 - יולי 2014 בדק משרד מבקר המדינה היבטים מרכזיים בתקציב מערכת הבריאות; בין השאר נבדקו המשבר התקציבי במערכת הבריאות - הגירעונות הכבדים של קופות החולים, של בתי החולים הכלליים-ממשלתיים ושל בית החולים הציבורי הדסה; הליך הכנת התקציב ועדכונו; השקיפות בתקציב והתכנון הלאומי של מערכת הבריאות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, במשרד האוצר, אצל רשם התאגידים, בכמה בתי חולים כלליים-ממשלתיים ובארבע קופות החולים (להלן גם - הקופות).

הליקויים העיקריים

גירעונות בתקציב קופות חולים

משבר תקציבי

1. קופות החולים מתנהלות בשנים האחרונות בנסיבות קבועות של מצוקה תקציבית. על כך עמדו גם בג"ץ, בנק ישראל, מועצת הבריאות⁵ והוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (להלן גם - ועדת גרמן). שרי הבריאות והאוצר ומשרדיהם סיפקו מענה למצוקה זו מדי פעם בפעם באופן נקודתי.

2. עדכון המדדים של סל שירותי הבריאות: מדד יוקר הבריאות, מדד הגידול הדמוגרפי ועדכון בגין טכנולוגיות חדשות הם שלושה מרכיבים לקביעת סל שירותי הבריאות, שעל אופן עדכונם שוררת מחלוקת בין הגורמים השונים במערכת הבריאות; וייתכן שאלה הם גורמים משמעותיים ביצירת הגירעונות הגדולים בתקציב הקופות.

סיוע כספי

סכומי הסיוע הניתנים לקופות הולכים וגדלים, כך שמשנת 2009 עד שנת 2012 חל בסכומים אלה גידול של יותר מ-100%. במהלך השנים מתבססות הקופות יותר ויותר על תקציב הסיוע. בכך משרדי הבריאות והאוצר משדרים לקופות שבאפשרותן לא לעמוד ביעדי התקציב ועם זאת להמשיך לקבל מכספי הסיוע.

5 פרק י"א בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, עוסק במועצת הבריאות. תפקיד המועצה לייעץ לשר הבריאות לעניין החוק בנושאים המפורטים בו.

חתימת הסכמי ייצוב

1. הסכמי הייצוב⁶ עם הקופות לכיסוי הגירעונות שלהן נחתמים באיחור ניכר, והחתימה המאוחרת מותירה את הקופות בחסר תקציבי ובאי-ודאות.
2. יעדי האיזון הכספי אינם נקבעים לאחר ניתוח ותכנון מושכל של מטרות שמשדר הבריאות רוצה שהקופות יעמדו בהן, אלא נגזרים מהתוצאות הכספיות שהקופות כבר השיגו בפועל. מצב זה מקשה על משרד הבריאות למלא באופן מיטבי את תפקידו כמאסדר (רגולטור) של מערכת הבריאות.

מקדמות

עקב האיחור בחתימה על הסכמי הייצוב, בשנים האחרונות⁷ מעבירה המדינה לקופות החולים מדי שנה בשנה מקדמות למימון פעולותיהן בסכום של מאות מיליוני שקלים, ובמקרה אחד ביותר ממיליארד ש"ח. המקדמות כלולות בתקנה תקציבית מסוימת, אך שם התקנה אינו מצביע על היכללותן בה ויש בכך משום פגיעה בשקיפות התקציב. משרדי הבריאות והאוצר לא קבעו חוקים, תקנות או הוראות מתאימות להעברת מקדמות אלה.

ניהול לקוי של תקציב משרד הבריאות

היקף שינויים גדול ומועד השינויים

1. במהלך כל שנה מעביר אג"ת שבמשרד האוצר לוועדת הכספים של הכנסת עשרות פניות לשינויים תקציביים. בשנים 2011-2012 הוא העביר את הפנייה האחרונה בשבוע האחרון של השנה, אף שהפנייה כללה שינויים בעשרות תכניות, שחלקן מסתכם בעשרות מיליוני ש"ח. היקף שינויים גדול מעין זה עלול להצביע על ליקוי בתכנון התקציב.
2. בעייתיות נוספת טמונה במועד השינויים, שכן יחידות שמקבלות תקציב בסוף השנה לא יוכלו תמיד לנצל בצורה מיטבית, מאחר שיש החלטות שביצוען דורש תכנון, רמה מספקת של מלאי אצל ספקים, צורך במכרז וכדומה.

ריבוי תקנות בתקציב משרד הבריאות

שלושת הסעיפים של תקציב משרד הבריאות מכילים יותר מ-1,000 תקנות, הדבר יוצר נטל בירוקרטי בין השאר בשל כך שכל שינוי הכרוך בהעברת תקציבים ביניהן, דורש את אישור משרד האוצר (להלן גם - האוצר).

6 אחת לשלוש שנים חותם משרד הבריאות עם הקופות על "הסכמי ייצוב", שמטרתם להביא לכך שקופות החולים יפעלו באיזון ויעמדו ביעדים שונים. לכל קופה נקבע יעד גירעון שנתי ותלת-שנתי. משנת 2006 לפחות.

7

שיהוי בטיפול בפניות תקציביות

1. החלטת ממשלה מספטמבר 2001⁸ קובעת כי פרק הזמן המרבי לטיפול בפניות תקציביות של משרדי הממשלה יהיה עשרה ימים. בשנים 2011-2012 הועלו מקרים אחדים שבהם חל עיכוב של עד כחצי שנה בין מועד הפנייה של אג"ת במשרד הבריאות לאג"ת במשרד האוצר ובין העברת הפנייה לוועדת הכספים של הכנסת (להלן גם - ועדת הכספים) או לאישורה בידי משרד האוצר.
2. אג"ת במשרד האוצר לא הכין נוהל עבודה מקובל ושקוף לעבודתו מול משרדי הממשלה כפי שהודיע למשרד מבקר המדינה שיעשה כבר בשנת 2005.

אי-תמיכת מערכת המחשוב

מערכת המחשוב במשרד הבריאות אינה תומכת בתכנון התקציב ובמעקב אחר השינויים שבו.

היעדר שקיפות בהצגה של תקציב משרד הבריאות לכנסת ולציבור**תקציבים חד-פעמיים**

משרדי הבריאות והאוצר אינם מיידעים את הכנסת על תוספות תקציביות חד-פעמיות שאושרו עוד לפני אישור התקציב, אף שלעיתים תוספות אלה הן משמעותיות ומתפרשות על פני כמה שנים. יוצא שלכנסת מוצגת תמונה חלקית בלבד של תקציב משרד הבריאות. הצגה חלקית כזו פוגעת בשקיפות התקציב ועלולה לפגוע ביכולת של מקבלי ההחלטות להגיע להחלטה מיטבית בעת אישור התקציב. הדבר גם מגביל מאוד את יכולתו של הציבור לעמוד על סדרי העדיפות הלאומיים בהקצאת תקציב המדינה.

פירוט חסר

דברי ההסבר שמצרף אג"ת במשרד האוצר לפניות המוגשות לוועדת הכספים, לא פירוטו תמיד מהם השינויים הנדרשים ומדוע הם נחוצים.

חוסר שקיפות בתקציב תאגידי הבריאות

ליד כל בית חולים כללי-ממשלתי יש "תאגיד בריאות"⁹, יחד הם מהווים מרכז רפואי. תקציב תאגיד יכול להגיע עד כדי 40% מתקציב המרכז הרפואי. כך למשל סך הכנסות המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא (להלן - המרכז הרפואי שיבא) ל-2012 היו כ-2.2 מיליארד ש"ח ומתוכם תאגיד הבריאות-840 מיליון ש"ח (38%). התאגידים גם מעסיקים אלפי עובדים.

8 החלטה 770 מ-16.9.01.

9 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא גוף משפטי המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי תוך שימוש במתקני בית חולים. ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 959 (2009), בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

התקציב המוצג לכנסת הוא של בתי החולים בלבד, ותקציב תאגידי הבריאות של אותם בתי החולים, שאינו מתקציב המדינה, אינו מוצג אפילו בדברי ההסבר לתקציב. יוצא, שבממוצע כ-22% מתקציב כל המרכזים הרפואיים הכלליים-ממשלתיים, אינו מוצג לכנסת ומוצגת תמונה חלקית בלבד של תקציב בתי החולים הממשלתיים. הצגה חלקית כזו פוגעת בשקיפות התקציב ועלולה לפגוע ביכולת של מקבלי החלטות להגיע להחלטה מיטבית בעת אישור התקציב. הדבר גם מגביל מאוד את יכולתו של הציבור לעמוד על סדרי העדיפות הלאומיים בהקצאת תקציב המדינה.

גירעונות בתקציב בתי החולים הכלליים

אי-בדיקת צורכי בתי החולים הממשלתיים

משרדי הבריאות והאוצר קובעים את תקציב 11 בתי החולים הכלליים-ממשלתיים, ובכלל זה את "יעד ההכנסות", "הקניות" והשכר בבתי חולים אלה. משרד הבריאות מתכנן את התקציב של כל אחד מבתי החולים על בסיס היסטורי, לפי היעדים של השנה הקודמת, ללא בדיקה מקיפה של הצרכים בפועל של בתי החולים באזורים השונים בארץ.

אי-התאמות בתקציב ובפעילות של בתי החולים

1. ספר התקציב של המדינה אינו משקף כלל את תכניות העבודה התקציביות שקובע משרד הבריאות ל-11 בתי החולים הכלליים-ממשלתיים ולא את התקציב שלהם בפועל, הן מהיבט ההכנסות והן מהיבט ההוצאות.
2. יש פערים משמעותיים בין תכניות העבודה של בתי החולים לתקציב שאושר להם.
3. רק בסוף השנה יודעים בתי החולים מה התקציב שאושר להם, ועל כן במהלך השנה הם עובדים בתנאי אי-ודאות ואינם יכולים לתכנן את פעולותיהם באופן מושכל.
4. הסבסוד שמועבר בפועל לחלק מבתי החולים הכלליים-ממשלתיים גבוה באופן מהותי מהסבסוד שאושר בספר התקציב. עקב התנהלות זו נכשלים משרדי הבריאות והאוצר בקביעת תקציב שמתאים לדרישות מבתי החולים ובאכיפת התקציב שמאושר לבתי החולים במסגרת אישור תקציב המדינה, והדבר אף גורם לחוסר הצלחת משרד הבריאות באחד מתפקידיו כרגולטור - פיקוח על הגופים שבאחריותו.
5. ברוב המרכזים הרפואיים הכלליים-ממשלתיים לא מונה סמנכ"ל כספים האחראי לכלל הפעילות הכספית במרכז הרפואי.

פעילות ב"תרבות של מצוקה"

תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים, הנקבע בתחילת השנה, נמוך בהרבה מהתקציב שאמור לשקף את פעילותם, שכן במהלך השנה עושים משרדי האוצר והבריאות "התאמות" בדרך של תוספות תקציביות לבתי החולים. מדובר בדפוס פעולה הידוע לבתי החולים, למשרד הבריאות ולמשרד האוצר. זו שיטה לא ראויה הגורמת אי-שקט, חוסר ודאות והתנהלות ב"תרבות של מצוקה". שיטה זו מונעת תכנון רב-שנתי, התייעלות מערכתית ועבודה שיטתית ונכונה, משום שהגורמים במערכת עסוקים בפתרון בעיות הצפויות להתעורר "מחר בבוקר".

בתי חולים ציבוריים

1. הדסה הוא בית חולים ציבורי. כבתי חולים ציבוריים אחרים גם הוא כפוף לרגולציה של המדינה בהיבט הרפואי, דהיינו ביחס לשירותים שהוא חייב לספק; למחירי השירותים ועוד, אולם הוא מנהל את תקציבו באופן עצמאי ואינו זכאי לסיוע קבוע מהמדינה. החל משנת 2003 ישנה עלייה עקבית בגירעון המצטבר של המרכז הרפואי, שהגיע בסוף שנת 2012 לכ-67% מהמחזור. משבר הדסה מצביע על הכשל הטמון בעובדה שמשרד הבריאות אינו יכול לפקח על היבטים ניהוליים וכספיים של מוסדות רפואיים מסוימים שנותנים שירות לציבור ונשענים, בין השאר, על מקורות כספיים ציבוריים. המדינה חתמה עם הדסה על תכנית הבראה הכוללת סיוע כספי בסך של 1.4 מיליארד ש"ח.
2. משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה בשנת 2012 כי יפיץ בתחילת שנת 2013 נהלים להפעלת שר"פ (שירותי רפואה פרטיים) הנהוג בבתי חולים ציבוריים, אך עד נובמבר 2014 הוא לא הפיץ את הנהלים. בהיעדר נהלים שיסדירו את השר"פ עלולים שירותי הבריאות במערכת הציבורית להיפגע.

היעדר תכנון לאומי של מערכת הבריאות

כפל תשתיות במערכת הבריאות

משרד הבריאות לא קבע תכנון לאומי לגבי חלוקת האחריות לפעילות הרפואית בין בתי החולים ובין הקהילה, דבר הפוגע ביכולת לקבוע תקציב יעיל למערכת הבריאות. בשנים האחרונות מעודד משרד הבריאות את קופות החולים לפתח שירותי בריאות בקהילה, אולם עלה שפיתוח התשתיות אינו מתואם, והוא נעשה, בין היתר, משיקולי עלות נקודתיים של גוף זה או אחר וללא בדיקת צורכי הבריאות הלאומיים. כך נוצר לעתים כפל תשתיות, המוביל לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות. כפל תשתיות קיים גם בבתי חולים סמוכים גאוגרפית, על אף החשיבות בקיום של איזון בין המספר הראוי של ספקי השירות לבין העלות הכרוכה בהקמת השירות ובאחזקתו.

התחשבות בין קופות חולים לבתי החולים

1. על רכש שירותי אשפוז ושירותים אמבולטוריים (שלא באשפוז) של קופות החולים מבתי החולים חלים כמה כללים רגולטוריים כגון קביעת יעד הכנסות לבתי החולים וקביעת תקרת צריכה¹⁰. שיטת ההתחשבות הקיימת גורמת לכמה נזקים ובהם קשיים בפיתוח שירותים חדשים בקהילה בשל החובה המוטלת על הקופות לרכש מינימלי מבתי החולים, בהיקף זהה כמעט לרכש בשנה הקודמת.
2. לפני חתימת הסכם רכש חדש, לעתים נוהגות קופות החולים ובעיקר "שירותי בריאות כללית" שלא להפנות במשך תקופה ארוכה חולים שלהן לבית חולים כללי-ממשלתי מסוים. הדבר פוגע במבוטחים הנזקקים לבתי חולים באזור מגוריהם, בהכנסות בית החולים שממנו מוסט הרכש ומעמיס על בתי החולים שאליהם מוסטת הפעילות.

תכלול נושאים תקציביים במשרד הבריאות

במשרד הבריאות מכהנים כיום כמה בעלי תפקידים המשפיעים בהחלטותיהם, כל אחד בתחומו, על היקף ההוצאה הלאומית - סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור; סמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים; חשב המשרד (נציג האוצר); ראש מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי; ולאחרונה גם מנכ"לית הרשות למרכזים רפואיים¹¹. עם זאת אין במשרד גורם אחד המתכלל את עבודת בעלי התפקידים בנוגע להיבטים תקציביים.

ההמלצות העיקריות

סדרי קביעת תקציב קופות החולים

על משרד הבריאות לבחון את צורכי קופות החולים בהתחשב בגידול האוכלוסייה והארכת תוחלת החיים, בהתפתחויות הטכנולוגיות והתשומות הרלוונטיות להן; על בסיס בחינה זו, על המשרד לבחון את הסיכונים למערכת הבריאות - חוסנה הכלכלי כמו גם בריאות הציבור ולקבוע את סדר העדיפות להקצאת התקציב.

10. טווח של היקפי רכש כספיים שעד גבולם העליון משלמות הקופות מחיר מלא, ותמורת צריכה החורגת מהתקרה הן משלמות מחירים מופחתים.
11. כדי להתיר את ניגוד העניינים שבו מצוי משרד הבריאות החליטה הממשלה במאי 2014 להקים "רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים" שתרכז את מלוא התפקידים והסמכויות הנוגעים לבתי החולים הכלליים-ממשלתיים.

ניהול תקציב משרד הבריאות

על משרדי הבריאות והאוצר לשנות את דפוסי פעולתם כך שהליך השינויים התקציביים ייעשה ביעילות - יש לצמצם ככל האפשר את מספר השינויים התקציביים ולטפל בהם עם התעוררותם ולא לדחותם לסוף השנה; על אג'ית במשרד האוצר לשקף בדברי ההסבר של הבקשות לשינויים תקציביים את מרב המידע הנחוץ למקבלי החלטות, כדי שיוכלו לקבל החלטות מושכלות; ראוי גם שמשרד האוצר יבחן מחדש כיצד ניתן לפשט תהליכים בכל הנוגע לשינויים בתקנות התקציב. במקביל על משרד הבריאות להמשיך לפעול לצמצום מספרן של התקנות. ראוי שמשרד האוצר ישקול להציג לוועדת הכספים בכנסת, אחת לתקופה שתיקבע ובסמוך להגשת פניות לשינויים בתקציב, את השינויים שנעשו בתקציב המדינה מאז תחילת שנת התקציב. על משרדי הבריאות והאוצר להגביר את השקיפות בקשר לתקציב מערכת הבריאות בכלל ותקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים ותאגידי הבריאות שלהם בפרט.

בתי החולים הכלליים-ממשלתיים

1. ראוי שמשרד הבריאות ינחה את הרשות למרכזים רפואיים, לאפיין את הצרכים והיכולות של בתי החולים ולתקצבם אל מול המקורות באופן שמתאים לפעילות הנדרשת מהם על ידי הממשלה, כך שיתאפשר להם לפעול באווירת ודאות תקציבית.
2. על משרד הבריאות להנחות את הרשות כי עליה לקבוע יעדים בנוגע לדרכי הממשל התאגידי במרכזים הרפואיים שבאחריותה ולעקוב אחר השגתם.

בקרה על פעילות מרכזים רפואיים ציבוריים

ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר ייצרו כלים שיאפשרו להם לעקוב מקרוב אחר אופן ניהולם של המרכזים הרפואיים הכלליים-ציבוריים, תוך קבלת נתונים כספיים ותקציביים ואף נתונים על תפוקות ופעולות של גופים אלה, לרבות כללים להפעלת השר"פ.

היעדר תכנון לאומי של מערכת הבריאות

1. על הממשלה בכלל ושרי הבריאות והאוצר בפרט להמשיך ולעמוד על המקורות היוצרים את הגירעון המובנה במערכת הבריאות ולבחון את הדרכים לחסלו.
 2. על המשרד לערוך עבודת מטה לצורך קביעת מדיניות תכנון ארוכת טווח, שבמסגרתה יוסדרו בין השאר דרכי ההתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים; תוגדר חלוקת האחריות לפעולות בין בתי החולים לבין הקהילה; ייקבעו הפעולות שאין הכרח שיבוצעו בידי שני הגורמים, ואגב כך ייעשה לצמצום כפל התשתיות. כל אלה יביאו לייעול ניצולו של תקציב הפעולות של קופות החולים ובתי החולים. על משרד הבריאות להתחשב במסקנות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית.
- נוכח מורכבות מערכת הבריאות והיקפה העצום, מומלץ למשרד הבריאות לרכז את כלל ההיבטים התקציביים אצל גורם אחד שיוכל לסייע לשר הבריאות ולמנכ"ל משרד הבריאות בקבלת החלטות.

סיכום

תקציב מערכת הבריאות הוא השלישי בגודלו מבין תקציבי משרדי הממשלה. משנת 2009 נמצאת מערכת הבריאות במשבר תקציבי ההולך ומעמיק, שבא לידי ביטוי בגירעון תקציבי מובנה וקבוע בכל מרכיביה. דוח זה מצביע על ליקויים רבים הנוגעים לניהול תקציב מערכת הבריאות, אשר מקורם הן בהתנהלות של משרד הבריאות והן בהתנהלות של משרד האוצר. משרד מבקר המדינה רואה בחומרה את אי תיקון ליקויים מדוחות קודמים. חלק מהליקויים שעלו בבדיקה הנוכחית הנוגעת למשרד האוצר אמנם מתייחסים לתקציב משרד הבריאות, אולם הם טיפוסיים, ויש בהם כדי ללמד על ניהול תקציב המדינה כולו.

המשבר התקציבי מחייב חשיבה מחודשת בנוגע לשיטת התקצוב הנכונה לכל הגורמים במערכת הבריאות. נוכח הממצאים החמורים שעלו בדוח והמשבר התקציבי העמוק והמתמשך בשנים האחרונות בכלל מערכת הבריאות, שהוביל אותה לסף קריסה, נדרש טיפול שורש לחיסול הגירעון המובנה בתקציב הבריאות, כך שיובטח חוסנם הכלכלי של בתי החולים ושל קופות החולים שהם נדבך מרכזי במערכת הבריאות. כל זאת כדי שהציבור כולו יזכה לשירות רפואי הולם וזמין. לאחר מועד סיום הביקורת נעשו כמה שינויים בתשתית תקצוב מערכת הבריאות. משרד מבקר המדינה רואה בחיוב את הצעדים שכבר ננקטו. עם זאת, על משרד הבריאות ומשרד האוצר להוסיף ולבחון האם המענה שניתן עד כה למשבר התקציבי הולם דיו; בין היתר עליהם לבחון את צורכי מערכת הבריאות אל מול מקורות המימון שלה (הן המקורות החיצוניים והן אלה הנובעים מהתייעלות פנימית). על הממשלה בכלל ושרי הבריאות והאוצר בפרט להמשיך ולעמוד על הסיבות להיווצרות הגירעון המובנה במערכת הבריאות, להצביע על הדרכים לצמצמן ככל הניתן ולמנוע המשך השחיקה בהוצאה הציבורית לבריאות. כמו כן על המשרד לערוך עבודת מטה לצורך קביעת מדיניות תכנון ארוכת טווח, שתבטיח שכל ספקי השירות בתחום הבריאות יעניקו לציבור שירות איכותי, זמין ונגיש. ראוי גם שעבודת המטה תתחשב בהמלצות ועדת גרמן ושתוצאותיה יובאו לאישור הממשלה. על ראש הממשלה ועל שר הבריאות לעקוב באופן צמוד ועקבי אחר התקדמות הפעולות לשיקום תקציב הבריאות עד להיחלצות מהמשבר.



מבוא

ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים שוטפים בשנת 2012 הסתכמה ב-73.8 מיליארד ש"ח (7.9% מהתוצר המקומי הגולמי). 35% ממנה מומן מתקציב המדינה (25.8 מיליארד ש"ח), 24% - ממס בריאות הנגבה ישירות מהתושבים (17.7 מיליארד ש"ח), 39% - ממימון פרטי ישיר¹² (28.8 מיליארד ש"ח) ו-2% - מתרומות מחו"ל (1.5 מיליארד ש"ח)¹³. השוואה לארצות ה-OECD לשנת 2012 מראה כי שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתוצר המקומי הגולמי בישראל (7.9%) היה נמוך מחציון ההוצאה לבריאות במדינות ה-OECD (9.3%); שיעור המימון הפרטי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות היה כ-39% בישראל לעומת ממוצע של 27.9% במדינות ה-OECD¹⁴.

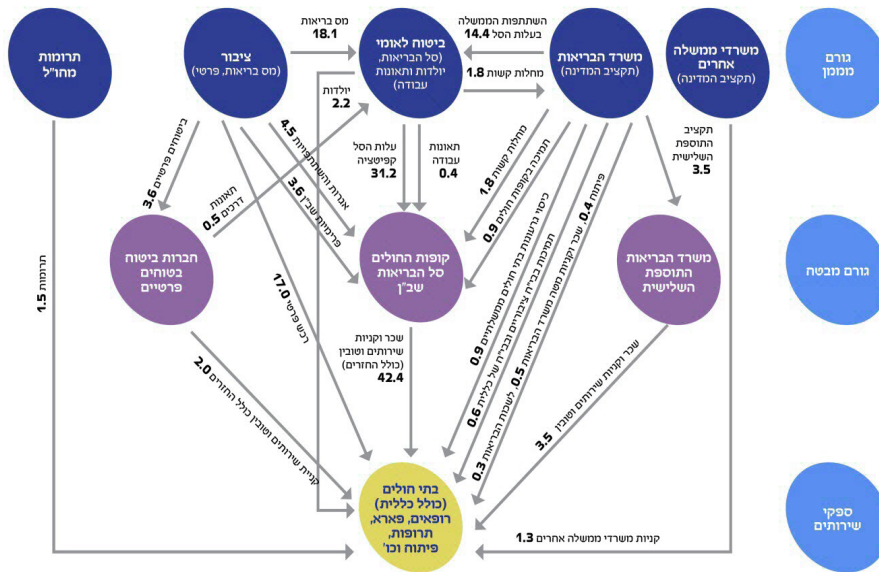
התקציב ותכניות העבודה אמורים לשקף את יעדי משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) ואת סדר העדיפויות שלו בחלוקת המשאבים העומדים לרשותו. תקציב משרד הבריאות הוא הכלי שבאמצעותו מיושמת מדיניות המשרד שמתורגמת לתכניות עבודה. הדיווח על ביצוע התקציב אמור לשקף לא את ההוצאות הכספיות בלבד אלא גם, ובעיקר, את אופן השגת היעדים ואת התוצאות של הפעולות שמומנו מכספי התקציב.

חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 (להלן - חוק יסודות התקציב), קבע, בין היתר, כי בתקציב המדינה יצוינו סכומי הוצאה, סכומי הוצאה מותנית בהכנסה¹⁵, הרשאה להתחייב¹⁶ ומספרי שיא כוח אדם¹⁷. תקציב המדינה לתחום הבריאות שאישרה הכנסת לשנת 2012 כולל את תקציב מטה משרד הבריאות בסך 23.9 מיליארד ש"ח (כולל העברות לקופות החולים עבור סל הבריאות בסך 14 מיליארד ש"ח), את תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים בסך 7.3 מיליארד ש"ח¹⁸ ואת תקציב הפיתוח בסך 0.39 מיליארד ש"ח¹⁹. אישור שנתי או דו-שנתי של חוק התקציב בכנסת מאפשר לרשות המחוקקת להשפיע על קביעת סדרי העדיפות בתקציב ועל אופן הקצאת הכספים ולעשות בקרה על השימוש בכספים. שקיפות בהכנת התקציב ובדיווח על השימוש שנעשה בו מאפשרים גם ביקורת ציבורית על ניצול המשאבים לייעודם.

להלן בתרשים 1, מבנה הקשר בין הגורם המממן במערכת הבריאות (בכחול) לבין הגורם המבטח (בסגול) וספקי השירותים השונים (בצהוב). (הנתונים המספריים הם כספים הנקובים במיליארדי ש"ח ונכונים לשנת 2012)²⁰:

12	המימון הפרטי כולל בעיקר תשלומים של משקי בית לתרופות, שירותים רפואיים וביטוחים פרטיים.
13	הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - הודעה לעיתונות מ-22.7.13.
14	השוואת בין-לאומית של מערכות בריאות: ארצות ה-OECD וישראל 2012, משרד הבריאות, יוני 2014. רוב המימון להשקעה מגיע ממקורות פרטיים. ראו "ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל", בנק ישראל, נובמבר 2014.
15	הוצאה שניתן להוציאה רק כנגד קבלת הכנסה.
16	הסכום עליו ניתן להוציא התחייבות עתידית.
17	ראו הערת שוליים מס' 2.
18	ראו הערת שוליים מס' 3.
19	ההוצאה הלאומית לבריאות כוללת את ההוצאות על כל שירותי הבריאות הניתנים במרפאות, בבתי החולים, בשירותי הרופאים הפרטיים ורופאי השיניים; בהוצאות על תרופות ומכשירים רפואיים, מחקר ומינהל ממשלתי בתחום הבריאות והשקעה במבנים ובציוד במוסדות הבריאות. אין לחשב את נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות בדרך של סיכום תקציב המדינה בתחום זה עם תקציבים אחרים, שכן קיימות כפילויות בתקציבים השונים, שיש לנטרל אותן לצורך קבלת תוצאה אמינה.
20	כנס ים המלח ה-14 בדצמבר 2013, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות.

תרשים 1
קשרי הגומלין בין הגורמים המממנים במערכת הבריאות



אגף התקציבים במשרד האוצר הוא יחידת המטה לניהול המדיניות הכלכלית-תקציבית של הממשלה, והוא המכין את התקציב השנתי וקובע את יעדי התקציב ואת הקצאת המשאבים לפעילותם של משרדי הממשלה ובהם משרד הבריאות. הוא גם ממלא תפקיד מרכזי באישור בקשות של משרדי הממשלה לעשות שינויים בתקציבם במהלך שנת הכספים. האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות (להלן גם - האגף לתקצוב במשרד הבריאות), שבראשו עומד סמנכ"ל, מהווה חלק ממטה משרד הבריאות. אגף זה שותף לתכנון ולגיבוש מדיניות משרד הבריאות בהיבט הכלכלי; הוא האחראי לתכנון ולהקצאת המשאבים למערכת הבריאות באמצעות תקצוב וקביעת מנגנוני פיקוח, והוא המוביל את תהליך התכנון של תכנית העבודה השנתית של המשרד.

בחודשים פברואר 2013 - יולי 2014 בדק משרד מבקר המדינה היבטים מרכזיים בתקציב מערכת הבריאות. בין השאר נבדקו המשבר התקציבי במערכת הבריאות - הגירעונות הכבדים בקופות החולים; הגירעונות בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים; גירעון בבתי חולים ציבורי - משבר הדסה; הליך הכנת התקציב ועדכונו; שקיפות בתקציב וסוגיות בתכנון הלאומי של מערכת הבריאות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות - אצל הסמנכ"ל לתקצוב; אצל ראש מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי; אצל ממלא מקום הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי הבריאות הנוספים (שב"ץ); בשירותי בריאות הציבור ובחשבות משרד הבריאות, במשרד האוצר - באגף תקציבים ובאגף החשב הכללי; אצל רשם התאגידים; בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים: הלל יפה בחדרה, פורייה בטבריה, וולפסון בחולון ואסף הרופא בצריפין, ובארבע קופות החולים: שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת), לאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית).

גירעונות כבדים של קופות החולים

קופות החולים מספקות לאוכלוסייה סל שירותים רפואיים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן גם - החוק), קבע מסגרת הוצאה מוכרת לקופות להבטחת הספקתו של סל השירותים שבאחריותן (להלן - סל הבריאות או הסל), שעלותו הכוללת לקופות הסתכמה בשנת 2012 בכ-34.7 מיליארד ש"ח. המקורות לתקציב הקופות הן: (א) המוסד לביטוח הלאומי (להלן - הביטוח הלאומי), שמעביר לקופות החולים את מס הבריאות שהוא גובה מהאוכלוסייה. בשנת 2012 הסתכמה הגבייה של הביטוח הלאומי ב-18.5 מיליארד ש"ח. (ב) המדינה מחויבת על פי חוק²¹ לתת את סל שירותי הבריאות, ומתוך תקציב משרד הבריאות לשנת 2012 שהסתכם ב-24 מיליארד ש"ח²² סך של 14 מיליארד ש"ח הועבר גם הוא, באמצעות הביטוח הלאומי, לקופות החולים. (ג) השתתפויות עצמיות של מבוטחים בסך 2.2 מיליארד ש"ח.

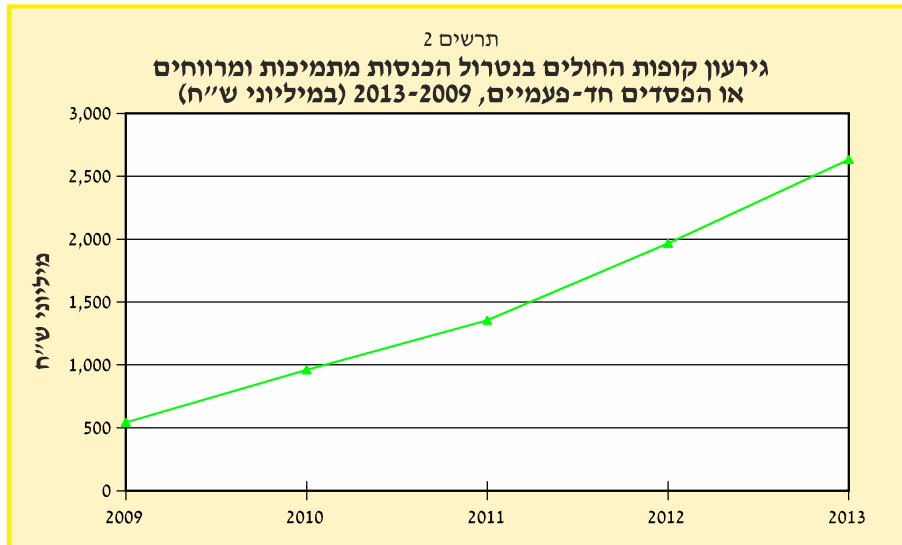
סל הבריאות (סך של 34.7 מיליארד ש"ח) מתעדכן מדי שנה בשנה על פי שלושה מדדים מרכזיים קבועים: (א) מדד יוקר הבריאות²³; (ב) גידול דמוגרפי של האוכלוסייה בישראל; (ג) תוספת לשיפורים טכנולוגיים. יש שנים שבהן נעשים עדכונים נוספים²⁴.

משבר תקציב מתמשך בארבע קופות החולים

מנתוני קופות החולים, כפי שמשקף מדוחותיהן הכספיים, עולה שמוזה יותר מעשור (פרט לשנת 2004), הן רושמות גירעונות²⁵. מנתוני משרד הבריאות לשנים 2007-2013 עולה שגירעונן של הקופות בשנת 2007 עמד על סך 46 מיליון ש"ח; בשנת 2008 - על 403 מיליון ש"ח; בשנת 2009 - על 178 מיליון ש"ח; בשנת 2010 על כ-203 מיליון ש"ח; בשנת 2011 על 1.3 מיליארד ש"ח; בשנת 2012 - על 848 מיליון ש"ח ובשנת 2013 - על 405 מיליון ש"ח. יש לציין שבחישוב של היקף הגירעון השנתי שהוצג נלקחו בחשבון התמיכות והסכמי הייצוב עם קופות החולים (ראו להלן) ופעולות חד-פעמיות.

להלן בתרשים 2 נתונים המשקפים את התפתחות הגירעון, בנטרול הכנסות מתמיכות ומרווחים או מהפסדים חד-פעמיים בשנים 2009-2013, כפי שהתקבלו ממשרד הבריאות:

21	חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, סעיף 3 (ב).
22	ללא תקציב בתי החולים ותקציב הפיתוח, שמופיעים בספר התקציב בסעיפים נפרדים.
23	(א) 65% ממנו ייקבעו לפי מדדי שכר (מזה 62% לפי מדד השכר למשרת שכיר במגזר הבריאות, 28% לפי מדד השכר למשרת שכיר במגזר הציבורי, ו-10% לפי מדד השכר למשרת שכיר בממשלה מרכזית); (ב) 32% ממנו ייקבעו לפי מדד המחירים לצרכן; (ג) 3% ממנו ייקבעו לפי מדד מחירי תשומות הבנייה.
24	למשל העברת האחריות למימון תאונות דרכים לקופות החולים ב-2011 - שגרמה להעלאת ערך הסל.
25	בין השנים 2006-2009 רק שתי קופות היו בגירעון.



תרשים 2 מציג את העמקת הגירעון של קופות החולים: משנת 2009 ועד 2013 עלה היקף הגירעון פי חמישה - מכ-500 מיליון ש"ח עד לכ-2.6 מיליארד ש"ח.

מצבן הכספי הקשה של הקופות בא לידי ביטוי גם בגירעון בהון החוזר²⁶, שבשנים 2010-2013 עלה בהתמדה מ-5.2 מיליארד ש"ח בדצמבר 2010 ל-8 מיליארד ש"ח בדצמבר 2013 ובירידת ערך הנכסים נטו²⁷ של קופות החולים באותן השנים - מעודף של 1.3 מיליארד ש"ח לגירעון של כמיליארד ש"ח²⁸. כמו כן הגירעון המאזני הכולל, ללא רכוש קבוע, למחצית שנת 2013, שהוא למעשה הגירעון הכולל לשימוש שוטף, הגיע לכ-13 מיליארד ש"ח. גירעון מאזני זה משקף גם בעיה תזרימית קשה, וחלק מהקופות התחילו כבר להציג תזרימים שליליים מפעילות שוטפת²⁹.

המדדים החשבונאיים שהוצגו לעיל מצביעים על קשיי נזילות בקופות החולים ועל חשש כבד לאינתנות הפיננסית. עולה מכך חשש ממשי שהתמודדות עם גירעונות אלה לצורך ייצוב מערכת הבריאות תדרוש, כצעד בלתי נמנע, הזרמת תקציבים ממשלתית משמעותית. יש לציין כי בחברות פרטיות מצב כזה מביא לפשיטת רגל. על משרדי הבריאות והאוצר למנוע את המשך ההידרדרות במצבן, הידרדרות העולה לפגוע ברפואה הציבורית ובשירות שהיא מציעה לציבור.

- 26 יחס פיננסי המתאר את הנזילות לטווח קצר הקיימת בעסק מסוים. הוא מחושב כנכסים שוטפים פחות התחייבויות שוטפות. חשיבותו של יחס פיננסי זה נעוצה ביכולת לזהות באמצעותו מצבים שבהם חברה יכולה להיות עתירת נכסים ורווחיות ובה בעת להיות חסרת נזילות, אם לא ניתן לתרגם נכסים אלו למזומנים תוך זמן קצר. הון חוזר חיובי מצביע על יכולת החברה להתמודד עם משברים בזמן הקצר; הון חוזר שלילי יכול להעיד על קשיים במימון חובות.
- 27 נכסים פחות התחייבויות. יחס זה משקף את יכולת הקופות לכסות את התחייבויותיהן בעזרת הנכסים שלהן.
- 28 משמעות הדבר היא שמכירת כל נכסיהן לא תכסה את כלל התחייבויותיהן.
- 29 לפי הצגה אחרת המקובלת במלכ"רים (מוסדות ללא כוונת רווח), יש הפרדה של יתרת הנכסים שלא קיימת לגביהם הגבלה בין אלו ששימשו לרכוש קבוע ובין אלו ששימשו לפעילויות.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב אגף התקציבים באוצר כי הממשלה ביצעה צעדים משמעותיים בתשתית התקצוב של קופות החולים (ראו להלן). כמו כן, בהמשך לשינוי הממשל התאגידי בלאומית פועלים משרדי הבריאות והאוצר לקידום שינוי הממשל התאגידי ביתר הקפדות, כך שבין היתר תגדל האחזיות של נושאי משרה בקופות החולים לעמידה ביעדי התקציב.

עדכון המדדים המרכיבים את סל שירותי הבריאות לקופות החולים

עיקר פעילות קופות החולים ממומן באמצעות תקציב סל הבריאות, והקופות מחויבות לספק למבוטחיהן סל זה. אי לכך כל שינוי או היעדר שינוי בתקציב סל הבריאות משפיע על מצבן הפיננסי של הקופות וממילא על היקף השירותים שהן נותנות ועל טיבם.

עדכון מדד יוקר הבריאות: החוק קובע ששר הבריאות ושר האוצר רשאים, על פי המלצת מועצת הבריאות³⁰ ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, לשנות בצו את הרכב מדד יוקר הבריאות או לעדכן את עלות הסל לקופות בשל שינויים דמוגרפיים - שינויים בגודל האוכלוסייה ובחתיך הגילים שבה. המדד מתבסס על שלושה מדדי שכר³¹, על מדד המחירים לצרכן ועל מדד מחירי תשומות הבנייה, אולם אף שעלות יום אשפוז היא מרכיב מהותי מתוך כלל התשומות של קופות החולים³² (כ-42% מהן), השינוי בעלות יום האשפוז אינו מהווה מרכיב במדד יוקר הבריאות. חישוב שערכו הקופות הראה כי כיוון שמאז שנת 1996 עלה מחיר יום אשפוז בכ-124%, אולם מדד יוקר הבריאות עלה בכ-86% בלבד "אילו היה מחיר יום אשפוז נכלל במדד יוקר הבריאות היה צריך להוסיף לסל הבריאות כ-3.6 מיליארד ש"ח"³³.

כתוצאה מכך נוצרה שחיקה מתמשכת בהכנסות קופות החולים שמקורן בחוק, אשר סביר שהשפיעה ישירות על מצבן הכספי.

במאי 2013 החליטה הממשלה על שינוי משקל המרכיבים השונים בחישוב מדד יוקר הבריאות³⁴. בהצעת חוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014)³⁵, התשע"ג-2013, נקבעה שיטת התחשבות חדשה בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים-ציבוריים. בנוסף חתמו שרי הבריאות והאוצר על הסכם שבמסגרתו נקבעו עדכונים לשנים 2014-2016, ובו, בין השאר, עודכנו המנגנון לעדכון עלויות סל הבריאות והמנגנון לעדכון מחיר של יום אשפוז.

- 30 מועצה שהוקמה לפי פרק י"א בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומתפקידה לייעץ לשר הבריאות בנושאים כגון שינויים בסל בהתחשב, בין היתר, בטכנולוגיות חדשות ובעלויות; באמות מידה להקצאת מקורות להרחבת שירותי הבריאות ובתשלומי מבוטחים בעבור שירותי הבריאות. עוד מתפקידה לפרסם באופן שוטף מידע עדכני לחברי קופות החולים בדבר זכויותיהם החוקיות, השירותים העומדים לרשותם, מקום קבלתם ונותני השירותים מטעמן.
- 31 השכר הממוצע למשרת שכיר במגזר הבריאות, שכר ממוצע למשרת שכיר בסך-כול השירותים הציבוריים ושכר ממוצע למשרת שכיר בממשלה.
- 32 ההוצאות שיש לקופות החולים, שתכליתן לספק את השירותים שהן מחויבות לספק על פי חוק.
- 33 כנס ים המלח ה-14, דצמבר 2013.
- 34 החלטה 146 מ-13.5.13.
- 35 11.6.13.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד האוצר כי משמעות השינוי היא תוספת תקציבית בסך 250 מיליון ש"ח לבסיס תקציב סל הבריאות בשנת 2014 ו"תוספת צומחת" של 75 מיליון ש"ח בכל שנה, כך שבשנת 2016 תסתכם התוספת לסל הבריאות ב-150 מיליון ש"ח.

עדכון מדד הגידול הדמוגרפי: עדכון המדד הדמוגרפי בסל הבריאות מתבצע מתוקף החלטות ממשלה, והוא נקבע לאחר משא ומתן בין משרדי הבריאות והאוצר והקופות. מאז שחוקק החוק עדכון עלות הסל בגין הגידול הדמוגרפי היה בשיעור נמוך יותר מאשר הגידול בפועל. לטענת הקופות, אילו עודכנה עלות הסל על פי מלוא הגידול הדמוגרפי³⁶ מאז שנת 1996, היו נוספים לעלות הסל שישה מיליארד ש"ח³⁷. במאי 2013 סיכמו משרדי הבריאות והאוצר כי שיעור עדכון הסל בגין המרכיב הדמוגרפי יעלה בהדרגה מ-1.2% בשנת 2013 ל-1.6% בשנת 2016. על כך ציין בנק ישראל בסקירה מדצמבר 2013 כי שיעור גידול זה אינו מספיק, ובהיעדר הכנסות נוספות הוא יוביל לפגיעה ברמת השירותים הניתנים במסגרת הסל וכי החלטת הממשלה אינה מפצה על פערים שכבר נוצרו בתקצוב סל הבריאות בעבר³⁸.

לאחר מועד סיום הביקורת, באוקטובר 2014, תוקנה החלטת הממשלה ממאי 2013, בהתאם להמלצות הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (להלן - ועדת גרמן) בעניין הקידום הדמוגרפי של סל הבריאות. בתיקון נקבע שהמקדם הדמוגרפי לקופות החולים ייקבע החל משנת 2014 על פי קצב גידול האוכלוסייה הממוצע בשנה שקדמה לשנת עדכון הסל³⁹. לטענת מכבי החלטת הממשלה נותנת מענה לגידול שנתי של 1.88%, אולם הגידול הדמוגרפי כולל הזדקנות האוכלוסייה עומד על כ-2.4%. מכבי עודכנה בתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כי שוויו של 1% הוא כ-350 מיליון ש"ח לכל הקופות. הכללית עודכנה בינואר 2015 כי קיימת שחיקה מצטברת בסיסית בעלות הסל של יותר מ-20% - כשישה מיליארד ש"ח בשנה. קידום דמוגרפי של הסל בחסר בגין הגידול באוכלוסייה משול לקיצוץ בסל הבריאות ללא הקטנת שירותים מקבילה. משרד האוצר סבור שאין לקבל את עמדת הקופות לעדכון בהתאם לגידול במספר הנפשות המתוקנן⁴⁰, שכן הגידול משפיע רק על ההוצאות המשתנות שלהן ואינו משקף לא את הוצאותיהן הקבועות ולא את יתרונותיהן לגודל.

שיפור זה, הכולל את החלטת הממשלה מאוקטובר 2014, אין בו כדי לצמצם פערים של מיליארדי שקלים שכבר נגרמו בתקצוב הקופות.

עדכון בגין טכנולוגיות חדשות: אמצעים שהם בקדמת הטכנולוגיה הרפואית מאפשרים מתן טיפולים שעד כה לא היו בנמצא או לחילופין מקלים על הסבל שכרוך בטיפול הרפואי. הטכנולוגיות החדשות שנוספות לסל מדי שנה בשנה נקבעות בשלב הראשון בהתאם להחלטת ממשלה הקובעת את מסגרת התקציב ואחר כך על פי המלצות ועדה ציבורית המתעדפת את הטכנולוגיות (ועדת הסל). אף שהצרכים רבים ועלותם עומדת על כשני מיליארד ש"ח בשנה, החל משנת 1998 מתווסף לתקציב הסל סכום של כ-300 מיליון ש"ח בכל שנה; כך גם סיכמו משרדי הבריאות והאוצר במאי 2013 לגבי 2014-2016⁴¹.

36	בגין הגידול באוכלוסייה והזדקנותה.
37	כנס ים המלח ה-14, דצמבר 2013.
38	ראו:
	http://www.boi.org.il/he/NewsAndPublications/RegularPublications/DocLib3/RecentEconomicDevelopments/develop136h.pdf
39	החלטת ממשלה מספר 7.10.14 מ-2014.
40	בגין הגידול באוכלוסייה והזדקנותה.
41	נוסף על כך, עבור עדכון הסל בגין טיפולי שיניים לילדים נוספו בשנת 2010-76 מיליון ש"ח, בשנת 2011 - 116 מיליון ש"ח, בשנת 2012 - 80 מיליון ש"ח ובשנת 2013 - 62.5 מיליון ש"ח.

יש לציין כי גורמים שונים במערכת הבריאות, כדוגמת ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), האגודה לזכויות החולה ועוד, סבורים שיש לעגן בחקיקה את מנגנון העדכון של טכנולוגיות חדשות בהיקף של 2% מערך הסל מדי שנה. ביוני 2014 המליצה ועדת גרמן לקבוע בחוק או בהחלטת ממשלה כי התוספת הטכנולוגית השנתית לשירותים הניתנים במסגרת החוק לא תפחת מ-0.8% בשנה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד האוצר כי בשנים האחרונות הממשלה ביצעה צעדים משמעותיים בתשתית התקצוב של קופות החולים אשר אמורים להגדיל את בסיס התקציב של קופות החולים בשנת 2015 בכמיליארד ש"ח לעומת שנת 2013.

משרד מבקר המדינה מעיר כי שינויים אלו אינם מכסים על גירעונות העבר של קופות החולים וכי על משרדי הבריאות והאוצר לבחון, לאחר תקופת זמן שיקבעו, אם השינויים השיגו את מטרותם והפסיקו את מגמת הגידול בגירעונות קופות החולים, כך שהשירות לציבור לא ייפגע. עדכון ראוי של תקציב הקופות צריך לאזן בין הצורך בהתייעלות המערכת ובין הצורך בהתנהלות כלכלית מושכלת ומתוכננת של הקופות, בלי לפגוע ביכולתן לעמוד בחובתן לספק שירותי בריאות הולמים למבוטחים.

עמדות והמלצות של גופים נוספים בקשר לגירעונות קופות החולים

בשנת 1999, בין השאר בעקבות המשבר התקציבי, הוקמה ועדת נתניהו, ועדת חקירה שנועדה לחקור את דרכי יישומו ומקורות מימונו של החוק. ועדת אמוראי, שמונתה בשנת 2000, עסקה אף היא באופן עדכון מרכיבי עלות סל שירותי הבריאות ומקורות המימון של החוק. להלן עמדות והמלצות בנושא זה מהשנים האחרונות:

בג"ץ קופות החולים⁴²: הצורך במנגנון לעדכון מדד יוקר הבריאות קיבל ביטוי גם בהחלטת בג"ץ; בדיון בעתירות של הכללית ומכבי ביוני 2012 בנושא אי-שינוי הרכב מדד יוקר הבריאות קבע בג"ץ כי הזכות לבריאות, אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוננת אט אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, שעליה נדמה שאין חולק, וכי התנהלות שרי הבריאות והאוצר בעניין עדכון מדד יוקר הבריאות אינה סבירה. בג"ץ פסק כי שר האוצר ושר הבריאות בתפקידו גם כיו"ר מועצת הבריאות יפעלו ביעילות לגיבוש הסכמה בנוגע למתווה הפעולה המתאים וליישומו. כאמור במאי 2013 הגיעו משרדי הבריאות והאוצר לכלל הסכמה על עדכון הרכב מדד יוקר הבריאות.

בנק ישראל: על פי סקירת בנק ישראל מדצמבר 2013, שאוזכרה לעיל, בחמש השנים האחרונות התרחב הפער בין תקציב סל הבריאות לבין העלויות הכרוכות באספקת התרופות והשירותים שבסל. הפער מאפשר לממשלה לשמר לחץ לריסון הוצאות במערכת הבריאות, אך הוא תרם לגידול ניכר בגירעונות של קופות החולים, שב-2007 היו קרובים לאיזון, ולגידול בגירעונות התפעוליים של בתי החולים.

42 בג"ץ 8730/03, שירותי בריאות כללית נ' שר האוצר, שר הבריאות ויו"ר מועצת הבריאות, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת, קופת חולים לאומית ובג"ץ 10778/03, מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר, שר הבריאות ויו"ר מועצת הבריאות, שירותי בריאות כללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מאוחדת, פסקאות 49,48 לפסק דינו של השופט ג'ובראן (פורסם בתקדין, 21.6.12).

התייחסות בנק ישראל לתקציבים החיצוניים הנוספים לסל הבריאות: בנק ישראל קובע כי שורה של תקציבים ושל תמיכות מחוץ לסל הבריאות הרשמי מגשרת חלקית על הפער שנוצר בעדכון תקציב הסל (ראו להלן בפרקים "מקדמות לקופות החולים" ו"סיוע כספי"). התלות הגוברת של מערכת הבריאות הציבורית בתקציבים כאלה משמרת לחץ לריסון הוצאות, אך מונעת ודאות תקציבית ומקשה על ניהול קופות החולים ובתי החולים והיא עלולה לפגוע בייעילותה של המערכת וביכולתה לספק ברמה טובה ויציבה את השירותים הנכללים בסל הבריאות. בנק ישראל ממליץ לשקול להעביר חלק מהתקציבים החיצוניים (תקציבים נוספים כגון תמיכות הניתנות תמורת השגת יעדים על ידי קופות החולים) ולהעבירם אל תוך סל הבריאות הרשמי ובמקביל לשקול להקשיח במידה ניכרת את מסגרת ההוצאות של קופות החולים ושל בתי החולים. כחלופה ממליץ בנק ישראל לקבוע את חלוקת התקציבים אשר מחוץ לסל באמצעות גיבוש קריטריונים ארוכי טווח, אחידים וקשיחים⁴³.

התייחסות בנק ישראל למנגנון עדכון תקציב סל הבריאות: כחלופה להצמדה האוטומטית של סל הבריאות למדד יוקר הבריאות ממליץ בנק ישראל⁴⁴ להגדיל בשיעור קבוע של 2% בשנה את הרכיב בסל הבריאות המתעדכן כיום לפי מדד המחירים לצרכן, להצמיד את רכיב השכר בנוסחה לעדכון מדד יוקר הבריאות להסכמים הקיבוציים של הממשלה והסתדרות העובדים ולערוך התאמות חד-פעמיות בתקציב הסל בעקבות הסכמי שכר שיכתיבו תוספות ייחודיות לשכר הרופאים או לשכר האחיות.

מועצת הבריאות⁴⁵: במרץ 2014 התכנסה מועצת הבריאות לדון במצב הכספי הקשה של מערכת הבריאות. מפרוטוקול הדיון עולה כי למעלה ממחצית חברי המועצה דרשו להצביע על הצעת החלטה הקוראת לתיקון יסודי של המשבר התקציבי, לרבות מחיקת הגירעון הקיים ועדכון ריאלי של המדדים. יו"ר מועצת הבריאות, שרת הבריאות, ביקשה לא להעלות להצבעה את ההחלטה בגלל עבודת ועדת גרמן וקבעה כי הדיון הבא ייערך כחודשיים מאוחר יותר. הדיון התקיים באוקטובר 2014, והמועצה החליטה לברך את משרדי הבריאות והאוצר על ההישגים בתקצוב מערכת הבריאות בשנת 2014, אך קראה להם להתאמץ לסגור את הפערים בתקציב. המועצה הפנתה להחלטות ועדת התשלומים שלה ממאי 2014 שהביעה דאגה מהקושי הגובר באספקת שירותים זמינים הכלולים בסל, הנובעת מהשחיקה רבת השנים במקורות המימון המוקצים לקופות. הוועדה המליצה כי ייקבע בחוק מנגנון לעדכון דמוגרפי של עלות הסל, לפיו בסיס עלות הסל יעודכן מדי שנה בשנה, בהתאם למלוא שיעור הגידול במספר הנפשות המתוקנות בשנה הקודמת.

ועדת גרמן מ-2014: הוועדה המליצה ביוני 2014 על המהלכים הבאים: לעגן בהחלטת ממשלה כי הפיצוי הדמוגרפי בחוק יעודכן כך שיוכל להביא לידי ביטוי מלא את הגידול באוכלוסייה; ולקבוע כי מנגנוני עדכון המחירים במערכת הבריאות ייבדקו בשנת 2017, לאחר שייבחן השינוי שנקבע בהחלטת הממשלה ממאי 2013. הוועדה המליצה לבחון הצמדה מלאה יותר של התקציב לעלויות בפועל וכמו כן לפעול להגדיל את בסיס עלות סל שירותי הבריאות, כך שיכלול חלק ניכר מהתקציבים המועברים כיום לקופות באמצעות הסכמי הייצוב (ראו להלן). הוועדה קבעה עוד כי במקביל לכל אלה יש לפתח כלים חלופיים לחיזוק הפיקוח על ההתנהלות הפיננסית של קופות החולים. כאמור, באוקטובר 2014 החליטה הממשלה לשנות את המקדם הדמוגרפי בסל הבריאות.

43 ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים, אפריל עד ספטמבר 2013, בנק ישראל, חטיבת המחקר, ירושלים, טבת התשע"ד, דצמבר 2013.
 44 דוח בנק ישראל לשנת 2013, פרק א' המשק והמדיניות הכלכלית, עמ' 28.
 45 ראו הערת שוליים מספר 5.

מקדמות לקופות החולים

בשנים האחרונות⁴⁶ מעבירה המדינה לקופות החולים מדי שנה בשנה מקדמות למימון עלות סל שירותי הבריאות בסכום העולה על הערכת עלות הסל לשנה הקרובה, בהתאם להערכת מדד יוקר הבריאות. המקדמות ניתנות לצורך שיפור תזרים המזומנים השוטף של הקופות. מדובר למעשה בהלוואה ללא ריבית שנותנת המדינה לקופות החולים.

הבסיס החוקי למתן המקדמות: הביקורת העלתה כי המקדמות שמעניקה המדינה לקופות ניתנות בלי שהדבר הוסדר בהוראות מתאימות. מדובר למעשה בהלוואה שנתית קבועה שמשרד הבריאות ומשרד האוצר נותנים לקופות החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, היות שמדובר במקדמות הניתנות לקופות מזה כמה שנים ברצף ונוכח החשיבות בשקיפות של העלות המיועדת להשלמת סל הבריאות, על משרדי הבריאות והאוצר להסדיר את תשלומי המקדמות בתקנות או בהוראות מתאימות, כגון במסגרת תקצוב הקופות בתקנה "יעודה לתמיכה בקופות", אשר כבר קיימת בתקציב, או בכל דרך אחרת.

סכומי המקדמות: הביקורת העלתה כי במסגרת התקציב שנקבע להשלמת עלות הסל, תוקצבו בין השנים 2010-2012 מדי שנה בשנה סכומים הגבוהים מתקציב ההשלמה המוערך. היקף תוספת ההשלמה האמיר מדי שנה במאות מיליוני ש"ח ובשנת 2011 אף ביותר ממיליארד ש"ח מעבר לעלות סל הבריאות המוערכת.

להלן בלוח 1 תקציב משרד הבריאות להשלמת עלות סל הבריאות.

לוח 1

תקציב משרד הבריאות להשלמת עלות סל הבריאות, 2010-2012 (מיליארדי ש"ח)

ההשלמה בפועל	תוספת להשלמה (שיעור התוספת מהשלמת משרד הבריאות לעלות הסל) - מקדמות	השלמת סל הבריאות ⁴⁷	
14.9	0.9 (6.3%)	14.0 ⁽¹⁾	2012
14	1.2 (9.3%)	12.8 ⁽²⁾	2011
12.7	0.8 (6.6%)	11.9 ⁽³⁾	2010

- (1) עלות סל הבריאות לשנת 2012 הייתה כאמור 34.7 מיליארד ש"ח. מתוך סכום זה 2.2 מיליארד ש"ח היא השתתפות נורמטיבית. הגבייה מהביטוח הלאומי באותה השנה הסתכמה ב-18.5 מיליארד ש"ח.
- (2) עלות סל הבריאות לשנת 2011 הייתה 32.7 מיליארד ש"ח. הגבייה מהביטוח הלאומי באותה השנה הסתכמה ב-17.7 מיליארד ש"ח.
- (3) עלות סל הבריאות לשנת 2010 הייתה 30.3 מיליארד ש"ח. הגבייה מהביטוח הלאומי באותה השנה הסתכמה ב-16.5 מיליארד ש"ח.

46 משנת 2006 לפחות.

47 החלק שאותו נדרש משרד הבריאות להעביר לקופות להשלמת עלות סל הבריאות. סכום זה בתוספת סכומי הגבייה מהביטוח הלאומי ובהפחתת השתתפות הנורמטיבית (סעיף 13(א)(5) לחוק קובע שהשלמת עלות הסל תהיה לאחר הפחתת השתתפות נורמטיבית של 6.45% מעלות הסל לקופות) משלימים את עלות סל הבריאות.

מהלוח עולה כי בין השנים 2010-2012 העביר משרד הבריאות לקופות החולים מקדמות בסכום שנתי ממוצע של קרוב למיליארד ש"ח, המהווה כ-7.5% מהסכום הממוצע הכולל, שמשרד הבריאות העביר לקופות להשלמת עלות סל הבריאות.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרדי הבריאות והאוצר שלמקדמות המועברות במסגרת השלמת עלות סל הבריאות, העומדות לרשות הקופות לצורך שיפור תזרים המזומנים שלהן, לא ניתן גילוי נאות בתקציב משרד הבריאות.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה כתב משרד האוצר כי המקדמות מהוות כלי מימוני שנועד להקל על מצבן התזרימי של קופות החולים, במיוחד בתקופות שבהן הסכמי הייצוב מתעכבים והממשלה רואה צורך להקל על מצבן התזרימי של הקופות.

חיזוק לטענה בדבר הגידול הבלתי מבוקר במקדמות המועברות לקופות ובדבר מידת חיוניותן לתזרים המזומנים שלהן ניתן לראות בהתנגדות של מנכ"ל משרד הבריאות ושל הקופות להודעתו של חשב משרד הבריאות לקופות החולים מאוקטובר 2012, שלפיה סכום של 390 מיליון ש"ח מתוך תשלומי היתר שניתנו להן באמצעות העברת המקדמות, יקוזז מהתשלומים השוטפים של סל הבריאות. למרות ההתנגדות, לא שונתה החלטת חשב המשרד והקוזז התבצע, דבר שאכן הביא לפגיעה בתזרים המזומנים של הקופות באותה שנה.

על משרדי הבריאות והאוצר לדון בשאלה האם שיטה זו של מקדמות היא שיטה יעילה ונכונה, ואם כן להסדיר את עצם מתן המקדמות, את המתכונת לקביעת גובהן ואת התנאים לקבלתן. יש גם לתת לכך ביטוי שקוף בתקציב המדינה.

סיוע כספי

אחת לשלוש שנים חותמים משרדי הבריאות והאוצר עם הקופות על "הסכמי ייצוב", שמטרתם להציב לקופות יעדי התייעלות ושיפור⁴⁸ ולקדמן לעבר איזון כלכלי. בתמורה לעמידתן בתנאים אלו הן אמורות לקבל תקציב נוסף. במסגרת הסכם הייצוב נקבע לכל קופה יעד גירעון שנתי לכל אחת משלוש השנים הבאות. נוסף על כך, נאמר בהסכמי הייצוב שעל הקופות לעמוד ביעדים איכותיים, כגון צמצום אשפוזים חוזרים ומתן חיסוני שפעת, כפי שיפורט במבחני תמיכה שיפורסמו. עוד מתפרסמים מבחני תמיכה⁴⁹ כגון הנחות לקשישים בקניית תרופות⁵⁰, פטור מאגרות טיפות חלב⁵¹ ועוד.

48	כגון הסדרת המבנה הארגוני שלהן, שיפור איכות הטיפול במבוטחים, הפעלת תכנית לצמצום אשפוזים חוזרים וכדומה.
49	שאינן במסגרת הסכמי הייצוב.
50	המשרד משתתף בעלות ההפסד לקופות.
51	תמיכה לקופות שמפעילות תחנות טיפת חלב, אשר אינן גובות תשלום עבור שירות זה.

להלן בלוח 2 נתוני הסיוע הכספי בקופות על פי סוג התמיכה:

לוח 2
הסיוע הכספי לקופות, 2008-2013, (מיליוני ש"ח)⁵²

2013	2012	2011	2010	2009	2008	סוג הסיוע
837	807	711.5	461.4	301	205	סיוע שתלוי באיזון תקציבי
439	64	41.3	183	38.9	49	תמיכות אחרות*
102	100.4	82.4	55.6	97	61.4	סיוע שהוא החזר**
38	36.4	40.6	178	203	136	תשתיות בתי החולים של הכללית
1,415.4	1,007	879	878	640	452	סך הכול

* תמיכות שאינן תלויות באיזון אלא בעמידה של הקופה ביעד איכותי, כגון צמצום אשפוזים חוזרים.
** סיוע עבור נושאים שבהם הקופות מפסידות הכנסה, כגון הנחה לקשישים בקניית תרופות, שבגינן מתחייב המשרד להשתתף בעלות ההפסד.

מלוח 2 עולה כי סכומי הסיוע הכספי שתלויים באיזון תקציבי הולכים וגדלים מדי שנה בשנה. משנת 2008 עד שנת 2013 חל גידול של יותר מ-300% בסיוע הכספי לקופות החולים. ככל שחולפות השנים מתבססות הקופות יותר ויותר על תקציב הסיוע הממשלתי.

מאחדת מסרה בתשובתה מספטמבר 2014 כי בניגוד לכספים המועברים לקופות על פי החוק כספי התמיכה מוקצים ביניהן באופן שאינו שוויוני, בשיעורים החורגים ממשקלות הנוסחה לחלוקת תקציב סל הבריאות בין קופות החולים⁵³. בכך מתעוותת הקצאת המשאבים בין הקופות. הכללית מסרה בתשובתה מינואר 2015 כי מנתוני משרד הבריאות עולה שבהשוואה של סכום התמיכה לנפש קיים שוני מהותי בין הקופות, ללא הצדקה או מבחנים אובייקטיביים, וזאת כאשר חלק מהקופות אינן מחזיקות בתי חולים. לדבריה, משרד האוצר מעוות את אחת ממטרותיו העיקריות של החוק של חלוקת משאבים שווה, ומפלה מבוטחים לפי השתייכותם לקופות בהקצאת המשאבים. הרשות המבצעת אינה נוהגת לפי הוראות החוק. סכומי התמיכות מהווים שיטה לחלוקה עוקפת החוק ובשיעור עולה בהשוואה לכספי הסל. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מפברואר 2015 כתב משרד האוצר כי הטענה בדבר עיוות בהקצאה אינה נכונה, וכי כל התמיכות המועברות לקופות החולים הן תמיכות שוויוניות שאינן מפלות מבוטחים ואינן מהוות שיטה עוקפת להקצאת המשאבים שלא בהתאם לחוק.

52 הסיוע מוצג לפי שנת הזכאות החשבונאית ולא לפי שנת התשלום בפועל; על פי נתוני הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים.

53 הכספים מחולקים לפי נוסחת קפיטציה, שלוקחת בחשבון את היקף המבוטחים של כל קופה, את גילם ואת מקום מגוריהם. ראו גם דוח שנתי 62 (2012), "מעקב מורחב - חלוקת המקורות הכספיים בין קופות החולים", עמ' 97 ואילך.

מועד החתימה של הסכמי ייצוב: הביקורת העלתה כי משרדי הבריאות והאוצר וקופות החולים חותמים על הסכמי הייצוב רטרואקטיבית, לאחר תחילת התקופה שאליה מתייחס ההסכם. על כן לא זו בלבד שהם מקצרים את התקופה המוסכמת, שבמהלכה היה על הקופה לעמוד ביעדים שנקבעו לה, אלא שגם היעדים עצמם נקבעים על בסיס התפוקות של הקופות בפועל ולא על בסיס תכנון מושכל, שיוביל להתייעלות ולשיפור. להלן פירוט: הסכמי הייצוב לשנים 2008-2010 נחתמו עם הכללית, עם מכבי ועם מאוחדת רק בנובמבר 2008 ועם לאומית ביולי 2010 (שנתיים וחצי לאחר תחילת תקופת ההסכם); הסכמי הייצוב לשנים 2011-2013 נחתמו עם כללית ולאומית רק בדצמבר 2012 (שנתיים לאחר תחילת תקופת ההסכם ושנה לפני סיומו), עם מכבי - באפריל 2013 (שמונה חודשים לפני סיום ההסכם) ועם מאוחדת - רק בדצמבר 2013; עד חודש דצמבר 2014 טרם נחתמו הסכמי הייצוב עם מכבי ולאומית לשנים 2014-2016.

משרד האוצר השיב שמדובר בתהליך מורכב, המושפע ממנגנונים רגולטורים נוספים כגון פרסום מנגנון הקאפ⁵⁴ המסדיר את ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים (ראו להלן בפרק היעדר תכנון לאומי של מערכת הבריאות - יחסי מערכת האשפוז והקהילה), חתימה על הסכמי שכר, מנגנוני עדכון מחירים ועוד.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרדי הבריאות והאוצר כי השיהוי בחתימה על הסכמי הייצוב ובקביעת יעדי האיוון של הקופות גורם לכך שהיעדים אינם נקבעים לאחר ניתוח ותכנון מושכל של המטרות שמשרד הבריאות רוצה שהקופות יעמדו בהן, אלא הם נגזרים מהתוצאות הכספיות שהקופות כבר השיגו בפועל. הדבר גורם לכך שהקופות מתנהלות ללא יעדי תוצאות והן אינן פועלות מתוך תמרוץ לחיסכון, להתייעלות ולחתימה לאיכות. כמו כן החתימה המאוחרת מותירה את הקופות בחסר תקציבי ובאי-ודאות. מצב זה מקשה על משרד הבריאות למלא באופן מיטבי את תפקידו כרגולטור של מערכת הבריאות.

תוכן הסכמי הייצוב: הסכמי הייצוב עם הקופות כוללים סעיף של מיצוי תביעות בכל מחלוקת בין הקופות למדינה הקודמת לחתימת ההסכם. כך למשל, הקופות חותמות שהן מוותרות על עילות הנוגעות למעשה או מחדל של רשות מרשויות המדינה, בין אם אלה נוגעים לתפקידיה השלטוניים, ובין אם לאחרים, לרבות כאלו הנוגעים לחוזרים ונהלים המכוונים לקופות חולים או למוסד ממוסדותיהן. כמו כן, הקופות מוותרות על עילות לפי סעיף 22 לחוק המקנה לקופת החולים זכות מיוחדת לחזור אל המדיק ולקבל ממנו החזר בגין הוצאות הטיפול שנגרמו בגינו, זכות שנועדה לשפות את קופות החולים על הוצאות שאינן מכוסות במסגרת סל הבריאות ולפיכך - אינן ממומנות על ידי המדינה. כן כלולות בסעיף דרישות, טענות או תביעות תקציביות מכל מין וסוג שהוא. הסעיף כולל גם חזרות של נושאים מיוחדים.

מכבי ומאוחדת מסרו בתשובותיהן מספטמבר 2014 כי יש בכך משום עוול. מאוחדת אף הוסיפה כי בכך "נאנסת" הקופה לוותר על זכויותיה ועל היכולת להביא מחלוקת לידי בירור משפטי. יש בכך משום עוול כפול: המדינה מתקצבת את עלות הסל בחסר, תוך התעלמות מרוחה של פסיקת בג"ץ, וכאשר היא מתקנת במעט את העוול בהסכמי תמיכה, היא דורשת ויתור על תביעות בנושאים שהם בליבת זכויותיה של הקופה. מאוחדת הציעה כי בכל האמור לתביעות תלויות ועומדות בבתי משפט, ההחלטה על משיכתן תימסר לבורר חיצוני (שופט בדימוס), והוא יחליט האם יש מקום להמשך בירור התביעה.

54 היקפי רכש כספיים שעד אליהם משלמות הקופות מחיר מלא, ותמורת צריכה החורגת מהתקרה הן משלמות מחירים מופחתים.

מכבי הוסיפה בינואר 2015 כי היקפי הנושאים וסוגיהם גדלו עם השנים, מאז החלה המדינה לחתום עם הקופות על הסכמי הייצוב. לטענתה, בחזור מינהל רפואה בעניין הגדרת מחלקה בשם "פנימית גריאטרית" - הגדרה שמשמעותה הכספית היא ייקור של כ-40% בתעריפי אשפוז במחלקות גריאטריות בלא תוספת תקצוב לקופות - הוחרגו מסעיף מיצוי התביעות רק דרישות, טענות או תביעות שאינן כספיות. בפועל, נמנעה מהקופות האפשרות להשיג על החוזר. כמו כן, מתן אפשרות לקופת החולים לוותר על הזכות שקבועה בסעיף 22, שהוא סעיף בעל אינטרס ציבורי, כנגד המדינה, על זרועותיה השונות, משמעותו הפרה של האיזון הקבוע בחוק בין היקף השירותים שהקופה מחויבת לספק ובין מקורות המימון העומדים לרשותה לצורך כך, וכפועל יוצא - פגיעה באיכות השירותים הרפואיים שניתנים לציבור. ויתור על זכות כזו מנוגד לתכלית החוק ולאינטרס הציבורי.

הכללית מסרה בתשובתה מינואר 2015 כי מדובר ב"סחיטה שלטונית". כך האוצר מצד אחד שוחק את הסל הבסיסי ומחזיק את מערכת הבריאות ללא משאבים, ומצד אחר מונע מהמערכת להגן על עצמה ולתקן את העיוותים לפי הדין. מדובר בסעיף דרקוני שאינו מאפשר לקופות לתבוע עבור כל עילה שהייתה ידועה במועד החתימה, ובכך מונע מהן לתבוע את תיקון העיוותים בבסיס התקציב והסל עבור מקורות המגיעים להם בדין.

בניגוד לתשובות קופות החולים המובאות לעיל, משרד הבריאות טען בתשובתו כדלהלן: מקובל לכלול סעיף כזה בהסכם תמיכות; לא נעשתה הרחבה מאז הסכמי הייצוב הראשונים; המדובר רק בעילות שהיו קיימות ערב חתימת ההסכמים; סכומי תמיכה ניתנים לקופות מעבר למחויבות המדינה על פי חוק, וזכות המדינה לדרוש כי קופות חולים המעוניינות בתמיכה יוותרו על תביעות נוספות. טענת המשרד הייתה כי ויתורו על סעיף זה היה כרוך בהקטנת סכומי התמיכות לקופות; לקופות אפשרות להעלות דרישה להחרגה, המשרד מפעיל שיקול דעת, דן בדרישות לגופן ומחריג סעיפים שונים. מיצוי התביעות מבטיח מיקוד ניהולי של המערכת - המדינה והקופות כאחד - ויכולת תכנון נאותה, במקום בזבוז הזמן והמשאבים הכרוכים בהתדיינות משפטית. סעיף זה גם מהווה "יישור קו" בין הקופות, מונע מצב שבו כל קופה תנסה להשיג מן המדינה נתח העולה על חלקה בסכומי התמיכה על בסיס מדיניותה בהגשת תביעות, ובמצבים מסוימים, הוא אף מונע כפל תקצוב, למשל במצבים שבהם תחום ההוצאה משתקף בבסיס תקציבן של הקופות (למשל, תביעות לפי סעיף 22 לחוק).

לדעת משרד מבקר המדינה, תיאור הדברים מעלה סוגיה חשובה ביותר שעל משרד הבריאות, משרד האוצר והקופות לתת עליה את הדעת בהקדם לקראת חתימת הסכמי הייצוב לשנים 2017-2019.



הנתונים שהוצגו לעיל מצביעים על התנהלות קופות החולים בנסיבות קבועות של מצוקה תקציבית. על כך עמדו גם בג"ץ, בנק ישראל, מועצת הבריאות וועדת גרמן. שרי הבריאות והאוצר ומשרדיהם סיפקו מענה למצוקה זו מדי פעם בפעם, באופן נקודתי. ועדת גרמן, שהגישה את המלצותיה ביוני 2014, התייחסה לסוגיה זו, והמלצותיה מצביעות על דרכים אפשריות לתיקון המצב ולהסדרת תקציב ריאלי לקופות החולים. החלטות הממשלה ממאי 2013 ומאוקטובר 2014 מהוות מענה שיש לבדוק בהמשך האם הוא מספק, ובכל מקרה הן אינן מפתות על גירעונות העבר. יש גם לבחון את שיטת המקדמות והסיוע הכספי שניתנים לקופות. על משרדי הבריאות והאוצר בשיתוף קופות החולים לקדם בהקדם עבודת מטה שתבחן את המתווה להיחלצות קופות החולים מהמשבר הפיננסי שבו הן מצויות, תוך מעקב אחר יישומו. בדרך זו אפשר יהיה לבלום את המשך ההידרדרות במצבן, ובכך למנוע פגיעה בשירות לאזרח וברפואה הציבורית ולהצמיח התנהלות יעילה ואפקטיבית בקופות החולים תוך שמירה על זכויות המבוטחים וחיזוק אמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית.

על משרד הבריאות לבחון את צורכי קופות החולים בהתחשב בגידול האוכלוסייה והארכת תוחלת החיים, בהתפתחויות הטכנולוגיות ותשומותיהן הרלוונטיות; על בסיס בחינה זו, על המשרד לבחון את הסיכונים למערכת הבריאות, העלולים לפגוע בחוסנה הכלכלי כמו גם בבריאות הציבור ולקבוע את סדר העדיפות להקצאת התקציב.

הכנת תקציב משרד הבריאות ועדכון

הכנת תקציב לשנה מסוימת מתחילה כחצי שנה לפני תחילת שנת התקציב. בסביבות חודש יוני מכין משרד האוצר את דפי המעבר: אג"ת במשרד האוצר מכין את הצעת התקציב השנתי באמצעות מנגנון עדכון אוטומטי של התקציב המקורי של השנה השוטפת ("הטייס האוטומטי"). בתוך כך מחשבים את התוספות ואת ההפחתות שיירשו בשנה הבאה בכל סעיף תקציב, ומוסיפים אותן לסעיף בתקציב המקורי של השנה השוטפת. נתונים אלה נרשמים ב"דפי מעבר", שנבנים על סמך המחירים הקבועים של התקציב המקורי של השנה השוטפת; רק לקראת הגשת הצעת התקציב לכנסת מעדכן אג"ת במשרד האוצר את פרטי התקציב בהתאם לתחזית המחירים לשנה הבאה. אג"ת במשרד האוצר מכין דפי מעבר לחמש שנות כספים - השנה הבאה וארבע השנים שאחריה. במקביל, מקבל משרד האוצר באותו חודש החלטות לגבי "גגות התקציב"⁵⁵, ומשרד הבריאות בונה את התקציב המשרדי שלו.

במהלך החודשים יולי-אוגוסט בכל שנה נערכים דיוני התקציב בממשלה, שעל פי תוצאותיהם נקבעים גגות התקציב במחירי השנה השוטפת. במקביל מציג משרד הבריאות למשרד האוצר את הדרישות התקציביות שלו, לאור סדרי העדיפויות שקבעה הנהלת המשרד, ומקיים מולו משא ומתן לגביהן, ובסיומו חותמים שני המשרדים על הסכם (להלן - הסכם בריאות-אוצר)⁵⁶. לאחר שהתקציב המתוכנן נקבע, מגבש המשרד תכנית עבודה משרדית שנתית. בסוף אוקטובר מגיש משרד האוצר את הצעת חוק התקציב לכנסת, ובמהלך נובמבר-דצמבר מקיימת הכנסת דיונים על הצעת התקציב

55 מסגרת ההרשאה המרבית המותרת לכל משרד.

56 ההסכם נחתם אחת לשנה - שנתיים ומשקף הסכמות שמישגים המשרדים בעיקר בקשר לנושאים מרכזיים כמו רפורמות גדולות, כגון הסדרת תחום בריאות הנפש, הכשרה ותגבור של כוח האדם במערך הסיעוד ועוד.

ומאשרת אותו. לאחר שחוק התקציב מאושר קובע שר האוצר, מתוקף סמכותו על פי חוק יסודות התקציב, הוראות מינהל בכל הנוגע לפירוט נוסף של תכניות התקציב (להלן - תקנות)⁵⁷. בשנת 2010 החליטה הממשלה כי תקציב המדינה לשנים 2011-2012 יהיה תקציב דו-שנתי⁵⁸.

עדכון תקציבי לשירותים שבתוספת השלישית

המשרד אחראי למימון שירותים כחלק מסל הבריאות. שירותים אלה, כגון אביזרים לנכים ומכשירי שיקום ניידים⁵⁹ מפורטים בתוספת השלישית לחוק. בניגוד למנגנונים הקיימים לעדכון סל השירותים של קופות החולים, אין שום מנגנונים מוסכמים לעדכון התקציב בגין גידול אוכלוסייה, עליות מחירים ושיפורים טכנולוגיים, ולדברי אג"ת במשרד הבריאות לא כל תקציבי השירותים מקודמים והם אינם מקודמים בכל שנה.

אי-קביעת מנגנון מוסכם לעדכון סל השירותים עלולה להביא לשחיקה של סל השירותים שהתושבים זכאים לו מתוקף חוק, לחוסר ודאות תקציבי ולגירעון. ואכן, אג"ת במשרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה כי בשנת 2014 צפוי גירעון של מאות מיליוני שקלים בתקציבי השירותים המפורטים בתוספת השלישית לחוק.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד הבריאות כי אג"ת במשרד הבריאות מעלה את הבעיה באופן שוטף בפני משרד האוצר, עד כה ללא מענה הולם.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד האוצר כי תקציבי התוספת השלישית לחוק מקודמים בכל שנה הן בגין התייקרויות מחירים והן בגין גידול דמוגרפי, וכי בין השנים 2012-2015 גדל היקף התקציב המיועד לשירותים אלה ביותר מ-50% לעומת גידול מוערך של כ-17% בתקציב סל הבריאות.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד האוצר כי יש חשיבות גם לסוג המקדם שנבחר (סוגי התייקרויות, גידול דמוגרפי ועוד). על משרדי הבריאות והאוצר לדון בעבודת המטה שכבר נעשתה במשרד הבריאות לצורך בחינת מאפייני השירותים השונים בתוספת השלישית והמקדם הראוי לכל אחד מהם. ראוי לקבוע מנגנון מוסכם לאופן הקידום של השירותים כדי לא לגרום לשחיקת סל השירותים שהתושבים זכאים לו וליצור ודאות תקציבית.

בפברואר 2015 עדכן אגף התקציבים במשרד האוצר כי לקראת הסיכום התקציבי בשנת 2015 הוא דן עם משרד הבריאות בעבודת המטה שביצע משרד הבריאות לעניין תקצוב התוספת השלישית ותקציבים נוספים הנדרשים לפעילות המשרד והגיעו לסיכום על תוספת "חסרת תקדים" של 480 מיליון ש"ח. תוספת זו השתקפה בהצעת התקציב לשנת 2015 שאישרה הכנסת בקריאה ראשונה.

57 התקנות מפורטות בחוברת "הוראות התקציב (פירוט נוסף של תכניות) ובאינטרנט.
58 ראו מבקר המדינה, הכנת תקציב 2011-2012 ועמידה ביעד הגירעון (יולי 2014).
59 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2015 (2008), בנושא "סדרי הקצאת אביזרים רפואיים למבוטחים בקופות החולים", עמ' 549.

ניהול התקציב

תקציב המדינה כולל ארבעה מדרגי הוראות: סעיף תקציב, תחום פעולה, תכנית ותקנה. בתקציב משרד הבריאות יש שלושה סעיפים: (א) סעיף 24 - משרד הבריאות (משרד ראשי, מינהל רפואה, בריאות הציבור, סבסוד בתי חולים ממשלתיים, פעילות בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי⁶⁰ ועוד); (ב) סעיף 67 - בריאות (פיתוח: בניית מבנים בבתי חולים ממשלתיים, תשתיות ועוד); (ג) סעיף 94 - 11 בתי חולים כלליים-ממשלתיים. בכל אחד משלושת הסעיפים יש כמה תחומי פעולה, וכל אחד מהם מחולק לתכניות. הפירוט בהצעת חוק התקציב המוגשת לכנסת הוא עד רמה של תכניות. התקנות והשינויים שנעשים בתקנות במהלך השנה אינם מוגשים לאישור מליאת הכנסת, אלא משמשים בסיס לניהול הפעילות השוטפת של המשרד ולבקרה של אג"ת במשרד האוצר ושל אגף החשב הכללי באוצר על ביצוע התקציב.

כל שינוי הכרוך בהעברה של תקציבים בין תקנות באותה תכנית מחייב אישור של אג"ת במשרד האוצר. לפי הוראות סעיף 11 לחוק, שינויים הדורשים העברה בין תכניות מחייבים הודעה או אישור של ועדת הכספים של הכנסת (להלן - ועדת הכספים), בהתאם לסכום השינוי ולהיקפו. הדבר מבוצע באמצעות פנייה תקציבית של אג"ת במשרד האוצר לוועדת הכספים (להלן - פנייה תקציבית או פנייה). יצוין כי לעתים פנייה תקציבית אחת כוללת עשרות שינויים בתקנות.

בשנת 2005 הודיע אג"ת במשרד האוצר למשרד מבקר המדינה⁶¹ כי בכוונתו לתאם עם המנכ"לים של משרדי הממשלה צעדים לשיפור הניהול השוטף של התקציב, לרבות הטיפול בשינויים תקציביים. אג"ת במשרד האוצר הוסיף כי הוחלט להקים צוות בין-משרדי לשם גיבוש נוהל עבודה מקובל לעבודת אג"ת במשרד האוצר עם משרדי הממשלה, בין השאר בנוגע לפניות של המשרדים לאישורים תקציביים, למשך הזמן הנדרש לטיפול בהן ולכמות הפניות התקציביות שיוכל כל משרד להגיש לאג"ת במשרד האוצר במשך פרק זמן נתון.

ואולם עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2013, לא הכין אג"ת במשרד האוצר נוהל בנוגע לפניות של המשרדים לאישורים תקציביים.

תקציב הפיתוח: מנתוני חשבות משרד הבריאות עולה כי רק כמחצית מתקציב הפיתוח מנוצל. בשנת 2011 הסתכם תקציב הפיתוח המעודכן⁶² ב-917 מיליון ש"ח. הביצוע של תקציב הפיתוח באותה שנה היה 493 מיליון ש"ח בלבד (54%). בשנת 2012 תקציב הפיתוח המעודכן הסתכם ב-772 מיליון ש"ח. הביצוע באותה שנה היה 356 מיליון ש"ח (46%). יש לציין כי ההשקעה הכוללת בפיתוח מערכת הבריאות עומדת על כשני מיליארד ש"ח, מדי שנה בשנה⁶³. עוד עולה כי בשנת 2011 עמד תקציב הפיתוח המקורי של משרד הבריאות על סכום של 396 מיליון ש"ח, המקור של 107 מיליון ש"ח מתוכם (27% מתקציב הפיתוח המקורי) הוא בעודפים משנה קודמת; בשנת 2012 עמד תקציב הפיתוח המקורי על 388 מיליון ש"ח, כשהמקור של 264 מיליון

60 בעיקר העברת תקציב סל הבריאות לקופות החולים.
 61 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2005 (2005) (להלן - דוח 2005), בנושא "תקציב המדינה תהליך הכנתו ועדכונו", עמ' 252.
 62 תקציב הגג של המשרד שעומד לרשותו בסוף השנה, לאחר כל השינויים שחלו בו במהלך שנת הכספים, נקרא גם התקציב על שינויי.
 63 ראו "ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל", בנק ישראל, נובמבר 2014; ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, (2013), "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות".

ש"ח מתוכם (68% מתקציב הפיתוח המקורי) הוא בעודפים משנה קודמת. מדובר בשיעור גבוה במיוחד של עודפים ביחס לעודפי התקציב ביתר משרדי הממשלה, שעמדו על כ-8% בלבד.⁶⁴

סמנכ"ל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות טען בפני נציגי משרד מבקר המדינה כי משרד האוצר מנצל את סעיף הפיתוח של משרד הבריאות כדי להעביר אליו בסוף השנה תקציב שהוא התחייב להעביר לצורך מימון הפעילות הצפויה בשנים הבאות. הדבר גורם לכך ששיעור הניצול של הסעיף נמוך. סגן הממונה על התקציבים באג"ת במשרד האוצר טען בפני נציגי משרד מבקר המדינה לעומת זאת כי הוא אינו מעביר למשרד הבריאות כספים שאין הוא מחויב להעביר באותה שנה.

על משרד הבריאות ומשרד האוצר לבחון את מתכונת התקצוב הקיימת של סעיף הפיתוח ולפעול לכך שהיא תהיה יעילה יותר ותשקף את הביצוע האפשרי בפועל.

ריבוי שינויים בתקציב משרד הבריאות: תקציב המשקף כראוי את תכנית העבודה מאפשר לגוף לפעול ברמת ודאות גבוהה, יוצר רציפות תפעולית וחלוקה התואמת את פעילות היחידות בארגון, והוא אף מאפשר רמת ביטחון גבוהה בתשלומים לספקים. שינויים רבים ותכופים בתקציב במהלך השנה, יש בהם כדי להצביע על ליקוי בתכנון התקציב.

בספטמבר 2001 החליטה הממשלה⁶⁵ להרחיב את "דרגות החופש של משרדי הממשלה בשינויים תקציביים, ובה בעת לשמור על עמידה במסגרת התקציב וכללי תקצוב נאותים". לצורך כך נקבע נוהל שפירט את מסגרת הפעולות שיש לבצע לצורך עדכון התקציב. כן הוחלט כי לקראת תקציב 2003 יבחן הנוהל מתוך מגמה להפיק לקחים בהתאם. בין השאר נקבע בנוהל כלהלן:

1. יתאפשר חופש פעולה בהעברות תקציביות פנימיות בתוך תקציב המשרדים, על-פי קריטריונים שייקבעו (בהמשך ההחלטה פורטו כללי התקצוב הבסיסיים, שתכליתם עמידה בפועל במסגרת התקציב השנתית ואי-יצירת מחויבויות שיביאו להגדלה אוטומטית של התקציב בשנים הבאות).

2. כל פנייה לשינוי תקציבי תועבר למשרד האוצר לצורך בקרה וכן לצורך רישום במערכות החשב הכללי. משך הטיפול של משרד האוצר בפניות תקציביות של המשרדים יוגבל לעשרה ימים בלבד. לא יאוחר מפרק זמן זה תועבר הפנייה התקציבית לאישור ועדת הכספים של הכנסת, אלא אם כן נמצא כי היא אינה עומדת בכללים שפורטו לעיל, ובמקרה כזה תועבר למשרד תשובה בכתב. משרד מבקר המדינה כבר העיר כי מנוסח ההחלטה לא ברור האם בהתקיים הקריטריונים שצוינו בה, כל משרד יכול לעשות שינויים פנימיים בתקציבו בלא להידרש לאישורו של אג"ת במשרד האוצר (ראו גם בהמשך בתת-פרק "שיהוי בטיפול בבקשות לשינויים תקציביים של אגף התקציבים במשרד הבריאות")⁶⁶. עם זאת אפשר להסיק מהחלטת הממשלה כי היא מעוניינת להקטין את מספר השינויים שמשרדי הממשלה מבקשים ממשרד האוצר במהלך השנה.

הבדיקה, שנעשתה בשנת 2005 בחלק ממשרדי הממשלה בנושא הטיפול בבקשות לשינויים תקציביים, העלתה כי בשנת 2003 לא חל שינוי במידת חופש הפעולה של משרדי הממשלה⁶⁷. אז העיר משרד מבקר המדינה כי כמות גדולה של בקשות לשינויים תקציביים במהלך השנה, ובעיקר בסופה, מעידה על כמה בעיות: (א) התקציב המקורי שאושר בפריטי התקציב של כל משרד אינו

64 מרכז המחקר והמידע של הכנסת "תיאור וניתוח השינויים בתקציב המדינה", 24.7.13.
65 החלטה 770 מ-16.9.01.
66 ראו דוח 355, עמ' 207.
67 ראו דוח 355, עמ' 251.

משקף דיו את צורכי המשרד ואת פעילותו המתוכננת. (ב) גם במהלך השנה המשרדים אינם בודקים במועד את צורכיהם ביחס לפירוט התקציב העומד לרשותם כדי לרכז בקשות לשינויים בתקציב ולהעבירן לאג"ת במשרד האוצר מוקדם ככל האפשר. (ג) ככל שמועד האישור של השינויים קרוב לסיום השנה, כך יש סיכוי סביר שהמשרדים לא יוכלו לנצל את מלוא התקציב, וייווצר עודף שאג"ת במשרד האוצר יתבקש להעבירו לשנה שלאחר מכן, וחוזר חלילה.⁶⁸

הביקורת הנוכחית העלתה כי במהלך שנת 2011 הגיש אג"ת במשרד הבריאות 34 פניות תקציביות לאג"ת במשרד האוצר.⁶⁹ אג"ת במשרד האוצר הגיש פניות לוועדת הכספים בכנסת לפי החלוקה הרבעונית הבאה: ברבעון הראשון - שבע פניות; ברבעון השני - שמונה פניות; ברבעון השלישי - שתי פניות וברביעי - 17 פניות. בשנת 2012 הגיש אג"ת במשרד הבריאות 49 פניות לאג"ת במשרד האוצר,⁷⁰ אשר העבירן לוועדת הכספים של הכנסת: ברבעון הראשון - 12 פניות; ברבעון השני - 10 פניות; ברבעון השלישי - תשע פניות וברבעון הרביעי - 18 פניות. ההיקף הכספי של הפניות נע בין מיליונים בודדים למאות מיליוני ש"ח. בשנת 2012 ביקש משרד הבריאות לבצע 495 שינויים בתכניות בסך הכול לעומת 358 שינויים בשנת 2011 - דהיינו גידול של 38% בכמות השינויים.⁷¹

מכאן שמשרד האוצר לא שינה את דרגות חופש הפעולה הנהוג במשרד הבריאות, ואג"ת במשרד הבריאות ממשיך להגיש לאג"ת במשרד האוצר מדי שנה בשנה עשרות פניות שכוללות מאות שינויים.

משרד מבקר המדינה חוזר ומעיר כי נוכח מספר הבקשות הרב של משרד הבריאות לשינויים תקציביים במהלך שנת הכספים, כפי שעלה בביקורת הנוכחית, ראוי שמשרד האוצר יבחן מחדש כיצד ניתן לפשט תהליכים בשינויים בין תקנות התקציב. בכך יינתן גם מענה להחלטת הממשלה משנת 2001 בנוגע לגמישות משרדי הממשלה, כל זאת בכפוף לשמירה על מסגרות התקציב ולעמידה בכללים שנקבעו בעניין האמור. הגברת חופש הפעולה של משרדי הממשלה לגבי שינויים תקציביים, אגב קיום בקרה הולמת של משרד האוצר על השימוש שהם עושים בכספים, תקל על המשרדים את הניהול השוטף של התקציב העומד לרשותם ותאפשר להם לנצל ביתר יעילות. מן הראוי כי יחד עם הרחבת סמכותם של המשרדים בעניין ניצול תקציבים יחויבו המשרדים והשרים העומדים בראשם להמשיך ולשאת במלוא האחריות להשגת היעדים שהם מופקדים עליהם במסגרת התקציב שאושר להם.

שיהוי בטיפול בבקשות לשינויים תקציביים של אג"ת התקציבים במשרד הבריאות: החלטת הממשלה מספטמבר 2001 קובעת כי פרק הזמן המרכזי לטיפול בפניות תקציביות של משרדי הממשלה יוגבל לעשרה ימים בלבד. בשנים 2011-2012 הועלו מקרים אחדים בהם חל עיכוב של עד כחצי שנה בין מועד הפנייה של אג"ת התקציבים במשרד הבריאות לאג"ת התקציבים באוצר ובין העברת הפנייה לוועדת הכספים או לאישורה בידי משרד האוצר. להלן דוגמאות:

1. בינואר 2011 התקבלה החלטת ממשלה לחיזוק יישובי עוטף עזה.⁷² על פי החלטה זו יועברו למשרד הבריאות כ-4.6 מיליון ש"ח כהשתתפות של משרדי ממשלה אחרים לצורך הפעלת

68 ראו דוח 355, עמ' 207.

69 כולל פניות להפחתה בתקציב בהתאם להחלטות הממשלה.

70 מתוכן שש פניות להפחתה בתקציב, בהתאם להחלטות הממשלה.

71 ביום 25/12/13 הוגשה עתירה לבג"ץ בעניין ההעברות התקציביות, (בג"ץ 8749/13, חה"כ סתיו שפיר

נגד שר האוצר וועדת הכספים של הכנסת). ביום 18/6/14 התקבלה החלטה בעתירה, ולפיה ראוי שכל

הגורמים המעורבים בעניין ינסו להגיע להסכמות שיגובשו בצורה של נוהל.

72 החלטה 2664 מ-2.1.11.

מרכזי חוסן ליישובים, וחמישה מיליון ש"ח נוספים יועברו לתגבור ניידות לטיפול נמרץ, להפעלת מוקד לילי ולתגבור התחנה לבריאות הנפש בשדרות. בחודשים מרץ, יולי ואוגוסט 2012 העביר אג"ת במשרד הבריאות פניות בנושא זה אולם רק באוקטובר 2012, שבעה חודשים לאחר הפנייה הראשונה ושנה ועשרה חודשים לאחר החלטת הממשלה, העביר אג"ת במשרד האוצר את הפנייה לוועדת הכספים של הכנסת. ב-16.10.12 אישרה הוועדה את הפנייה.

2. ב-1.5.12 העביר אג"ת במשרד הבריאות פנייה לאג"ת במשרד האוצר להעברת 2.5 מיליון ש"ח לשם ביצוע תקנה של חלוקת עיזבונות במשרד הבריאות. היות שמדובר בהעברה בין תקנות, לא נדרש אישור של ועדת הכספים אלא אישור של אג"ת במשרד האוצר. אולם רק לאחר כחצי שנה, בסוף אוקטובר 2012, אישר אג"ת במשרד האוצר את ההעברה.

בתזכורת ששלח אג"ת במשרד הבריאות לאג"ת במשרד האוצר בנובמבר 2012 לגבי כמה פניות, הוא ביקש לסיים להעביר את הפניות "עוד השבוע", כיוון שחשב משרד הבריאות "עוצר את הפעילות השוטפת של יחידות המשרד".

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד הבריאות כי מזה זמן רב הוא מלין על משך הטיפול בפניות מצד אג"ת במשרד האוצר. משרד האוצר השיב כי יש להבחין בין פניות תקציביות מוסכמות בין משרדי הבריאות והאוצר, שבהן הוא מחויב לטפל בפרק זמן קצר מיום הגשתן, לפניות תקציביות שאינן מוסכמות. כאשר משרד הבריאות מכניס את תקציבו להריגה, משרד האוצר מחויב לבצע הליך של בירור לסיבת החרגה ולבצע צעדים המבטיחים כי חריגה שכזו לא תחזור על עצמה וכי משרד הבריאות יתכנס למסגרת תקציבו. בפברואר 2015 כתב משרד האוצר כי משרד הבריאות מעביר קובץ הכולל את כל השינויים בתקציב שהוא מבקש לבצע. אם השינוי אינו דורש תוספת תקציב, אזי הבדיקה מהירה (תוך שבוע) ומועברת לאישור לאחר מתן תשובות לשאלות. אולם, בדרך כלל המשרד מבקש תוספות תקציביות. בהתאם לכך, מתנהל דיון ענייני על התוספות המבוקשות. יש למדוד את משך זמן הטיפול רק לאחר הגעה לפניה מוסכמת שכן לא ניתן לקדם פניות שאינן מוסכמות. בהתאם לכך, אין לראות בדואר אלקטרוני שאג"ת במשרד הבריאות שולח לביצוע שינוי שהוא מבקש לבצע בתקציב כבקשה לפנייה תקציבית. משרד האוצר הדגיש שהוא אינו מעכב פניות במשך חודשים אחדים.

משרד מבקר המדינה אינו מקבל את תשובת משרד האוצר כי "אין לראות בדואר אלקטרוני.... כבקשה לפניה תקציבית". משרד מבקר המדינה מעיר למשרד האוצר כי בנוהל שנקבע בעקבות החלטת הממשלה מספטמבר 2001 נאמר כי על משרד האוצר להעביר תשובה בכתב למשרד ממשלתי שנמצא כי הפנייה התקציבית שלו אינה עומדת בכללים שנקבעו. משרד האוצר לא סיפק למבקר המדינה מסמכים שהעביר למשרד הבריאות המתעדים את נימוקיו לדחייה של העברת הפניות התקציביות, נימוקים שנבעו לטענתו מ"דרישה תקציבית החורגת מהמקורות המוסכמים בינו לבין משרד הבריאות". טיפול ממושך בפניות תקציביות גורם לעיכוב בפעילות משרד הבריאות. יש בכך גם משום פגיעה בסדרי מינהל תקין.

על משרד האוצר להסדיר נוהל עבודה מקובל ושקוף לעבודתו מול משרדי הממשלה בנוגע לשינויים תקציביים, כפי שהודיע למשרד מבקר המדינה שיעשה כבר בשנת 2005.

מועדי השינויים: בעייתיות נוספת טמונה במועד השינויים, שכן יחידות שמקבלות תקציב נוסף בסוף השנה לא תמיד יוכלו לנצל בצורה המיטבית נוכח פרק הזמן הקצר מדי שעומד לרשותן לצורך מימושו, בין היתר בשל היעדר מלאי מתאים אצל ספקים, בשל צורך בביצוע מכרו בשל תכנון מוקדם הנדרש לצורך קבלת החלטות וכדומה.

בביקורת הנוכחית עלה שבשנת 2011 העביר משרד האוצר לוועדת הכספים את פניית סוף השנה של משרד הבריאות רק ב-26.12.11 ובשנת 2012 - ב-25.12.12. הפנייה שנעשתה בסוף שנת 2011 והפנייה שנעשתה בסוף שנת 2012 כוללות שינויים ב-94 וב-53 תכניות בהתאמה, שחלקן מסתכס בעשרות מיליוני שקלים.

בביקורת עלה עוד כי משרד הבריאות ומשרד האוצר מעכבים את הגשת הבקשות לשינויי תקציבי עד למחצית השנייה של השנה, גם כשהצורך בשינויים אלה היה ידוע זמן רב קודם לכן. בשנת 2011, למשל, הגיש אגף התקציבים במשרד האוצר לוועדת הכספים פנייה אחת בלבד לאישור שינויים בתקציב בתי החולים. הפנייה הוגשה ימים ספורים לפני תום השנה, ב-26.12.11, וועדת הכספים אישרה אותה למחרת היום. בשנת 2012 אישרה ועדת הכספים שלוש פניות לשינויים בתקציב בתי החולים. את הפנייה הראשונה הגיש אגף במשרד האוצר רק ביולי 2012, אף שבתי החולים אינם פועלים לכל אורך השנה לפי התקציב שאושר להם בספר התקציב (ראו להלן בפרק "תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים"). שתי הפניות האחרות הוגשו לאגף במשרד האוצר רק בספטמבר ובדצמבר 2012.

מנייר עמדה של חשבונות משרד הבריאות ממאי 2012⁷³ עולה כי העבודה לפי תכניות עבודה של בתי החולים גורמת לכך שעד סוף חודש דצמבר אין תקציב ריאלי ומעודכן ואין ודאות לגבי המקורות התקציביים שעליהם ניתן להסתמך לצורך ביצוע פעולות בבתי החולים, וכשכבר יש תקציב מעודכן, מאוחר מדי להתאים את הביצוע לתקציב. עוד עולה מנייר העמדה כי המצב, נכון למאי 2012, הוא שכיוון שפניות תקציביות "לא עברו", בתקציבי בתי החולים הממשלתיים-הכלליים קיים גירעון של כ-674 מיליון ש"ח לעומת התחזיות של בתי החולים.

מאחר שמשרדי הבריאות והאוצר אינם מבקשים במועד שינויים הנדרשים בתקציב בתי החולים, הם גורמים לכך שרק בסוף השנה יידעו בתי החולים מה התקציב שמאושר להם. כתוצאה מכך הם עובדים במהלך השנה שלא בהתאם לתקציב שהוקצה להם, "בתרבות של עבודה במצוקה" ובתנאי אי-ודאות, המקשים עליהם לתכנן את פעולותיהם. עבודה בתנאים אלה פוגעת ביעילות הפעילות של בית החולים ובשירות לחולים עצמם⁷⁴.

על משרדי הבריאות והאוצר להפנות לוועדת הכספים את הבקשות לשינויים הנדרשים בתקציבי בתי החולים, במועד המוקדם האפשרי, כך שבתי החולים יוכלו לפעול במהלך השנה בתנאי ודאות בהתאם לתקציב שנקבע להם.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד האוצר ולמשרד הבריאות כי העברות תקציב בעשרות תכניות בהיקפים של עשרות מיליוני שקלים שמתבצעות לקראת סוף שנת הכספים, לא תמיד מאפשרות ליחידות שקיבלו תקציב נוסף לנצלו כראוי, שכן ישנן פעולות, עריכת מכרז למשל, הכרוכות בהליכים שנדרש פרק זמן ארוך ליישומם. כמו כן כמות גדולה של בקשות לשינויים תקציביים המועברת לוועדת הכספים בזמן קצר, אינה מאפשרת לוועדה לשקול את השינויים המבוקשים באופן יסודי.

על משרדי הבריאות והאוצר לשנות את דפוסי פעולתם, כך שהליך השינויים התקציביים ייעשה ביעילות; יש לצמצם ככל האפשר את מספר השינויים התקציביים ולטפל בהם לאורך כל השנה ולא לדחות לימים האחרונים בשנה.

73 חשבונות משרד האוצר, "נייר עמדה בנושא התנהלות מול בתי החולים הממשלתיים במהלך השנה לפי תכניות עבודה", מאי 2012.

74 ראו גם בקובץ דוחות זה בפרקים: "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 000; "בדיקות דימות מתקדמות", עמ' 000.

א-י תמיכת מערכת המחשוב בתכנון התקציב ובמעקב אחר השינויים שבו: ניהול תקציב המדינה, לרבות הבקרה והמעקב אחר ניצולו ועדכונו השוטף, נעשה באמצעות מערכת מרכב⁷⁵.

בביקורת עלה כי העיכוב בהעברת הפניות התקציביות ובאישורן גורם לפער זמנים בין מועד החלטה על שינוי בתקציב לבין עדכונו במרכב⁷⁵. לדוגמה התייקרות עלויות של יום אשפוז, של הסכמי שכר או של סל הבריאות גורמים לעלייה מתוכננת בהוצאות, בלי שהתקציב במרכב⁷⁵ מתעדכן במקביל. מערכת המרכב⁷⁵ גם אינה מאפשרת מעקב אחר פניות תקציביות, כך שלא ידוע מה הסטטוס של כל פנייה. כדי להתגבר על בעיות אלו משתמש אגף התקציבים במשרד הבריאות בגיליון אלקטרוני, אקסל, אמצעי שאינו מהווה מסד נתונים סדור, המאפשר שליטה, בקרה ומעקב שלמים על ניהול התקציב.

ראוי שמשרד האוצר ישקול לפתח מערכת ממוחשבת, אם באמצעות מערכת מרכב⁷⁵ ואם בדרך אחרת, שתיתן מענה לסוגיית תכנון התקציב ולמעקב אחר השינויים בו ושתגביל את זמנו של כל גורם. במסגרת זו ראוי לבחון פיתוח אפשרות שתצביע בכל רגע נתון על הסטטוס של הפנייה - ממתנה לאישור באג"ת במשרד הבריאות; בחשבות משרד הבריאות; אצל רפרנט בריאות באג"ת במשרד האוצר וכו'. הדבר יאפשר לכל גורם במערכת לעקוב אחר מיקום הפנייה במערך האישורים. מן הראוי גם לשקול שהמערכת תתריע בפני הגורמים שיקבע משרד האוצר בשיתוף עם משרדי הממשלה כאשר אחד הגורמים גורם לעיכוב בטיפול בפנייה.

בתגובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד האוצר כי באוקטובר אותה שנה פרסם אגף התקציבים מכרז לרכישת מערכת תכנון תקציב.

שקיפות

שקיפות התקציב לעין הכנסת ולעין הציבור

שקיפות התקציב בעקבות תוספות חד-פעמיות: שקיפות של התקציב מאפשרת לכנסת המופקדת על אישור התקציב לקיים מעקב ובקרה על חלוקת משאבי התקציב ועל ניצולו.

במהלך השנה, לאחר שאושר התקציב, מתבצעות פעולות אשר מחייבות שינוי בתקציב המאושר והגדלתו באמצעות תוספות חד-פעמיות. כך למשל יש לעדכן את התקציב בעקבות החלטות ממשלה או בעקבות ההסכמים הנחתמים בין משרד הבריאות למשרד האוצר. תוספות חד-פעמיות לא נכללות במסגרת בסיס התקציב, גם אם לעתים מדובר בתקציבים שנועדו להתפרש על פני כמה שנים, חלקם בסכומים גבוהים. תוספת תקציב חד-פעמית שהוקצתה למשרד מאושרת בידי ועדת הכספים לאחר שאג"ת במשרד האוצר הגיש לה פנייה לאישור. תוספת זו לא תיכלל בבסיס התקציב.

75 מרכב⁷⁵ - מערכת רוחבית כוללת במשרדי הממשלה, שהיא מערכת ארגונית-תשתיתית, החובקת את המערכות המינהליות ברובו של המערך הממשלתי. המערכת הוטמעה במרבית משרדי הממשלה.

בביקורת נמצא כי כאשר הכנסת מאשרת את התקציב השנתי, משרדי הבריאות והאוצר לא מצרפים להצעת התקציב מידע הנוגע לכל ההתחייבויות והתוספות שאושרו בשנים שעברו, בתקציבים חד פעמיים, ושהן עדיין תקפות. מדובר בנוהג אופייני לכלל תקציב המדינה ולא רק למערכת הבריאות.

יש לציין כי נושא הדרישות התקציביות במהלך שנת הכספים אינו אופייני למערכת הבריאות בלבד. גם ועדת המשילות⁷⁶, שהמלצותיה אומצו על ידי הממשלה, סברה שיש להעדיף תקצוב במסגרת בסיס התקציב ולהמעיט ככל הניתן בדרישות תוספתיות לאורך השנה. לדעתה, ככלל דרישות תוספתיות במהלך השנה צריכות להתאפשר במקרים בלתי צפויים, שאי אפשר לדחות את הטיפול בעניינם עד לדיוני התקציב. על מרבית התוספות יש לדון כחלק מתהליך התקציב ובמסגרת של סדרי עדיפויות. הוועדה המליצה, בין השאר, על ביצוע פיילוט בארבעה משרדי ממשלה, שבמסגרתו יסכמו משרד האוצר והמשרדים הנ"ל על הכללת תקציבים תוספתיים ולוונטיים בבסיס תקציב המשרד בתמורה להתחייבות המשרד להימנעות מהעלאת דרישות תוספתיות במהלך שנת התקציב.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב אג"ת במשרד האוצר כי הוחלט לקיים את "פיילוט המשילות" במשרד החקלאות בלבד וכי בכוונת משרד האוצר לפעול ליישום "פיילוט המשילות" באופן מלא בשנת תקציב 2016.

יצוין שמרכז המחקר והמידע של הכנסת המליץ בדוח שפרסם ביולי 2013⁷⁷ לשקול לפרסם לציבור עדכונים תקופתיים של נתוני תקציב הזמינים לציבור, וזאת לאחר אישור שינויים בתקציב והגשת דוח תקופתי לוועדת הכספים, המסכם את השפעת כלל השינויים שבוצעו בתקציב. ארגון בין-לאומי העוסק בשקיפות תקציבית ממליץ כי הגוף שמגיש את התקציב השנתי יגיש בנוסף דוח-חצי שנתי על השינויים בתקציב⁷⁸.

להלן דוגמאות לתוספות חד-פעמיות שלא נכללו בבסיס התקציב של משרד הבריאות:

1. הקמת סרפנטריום⁷⁹: הצורך בהקמת סרפנטריום בא לידי ביטוי בהסכם בריאות-אוצר בשנת 2007, שקבע כי במהלך שנת 2007 תינתן תוספת חד-פעמית של 10 מיליון ש"ח למימון הקמת הסרפנטריום. ההסכם לשנת 2009 קבע כי במהלך שנת 2009 יוקצו לצורך כך 15 מיליון ש"ח⁸⁰.
2. שינויים בתקציב בעקבות החלטות ממשלה: ישנם שינויים בתקציב המאוסר, שנעשים בעקבות החלטות ממשלה, כגון החלטת הממשלה בנושא תכנית לאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא⁸¹, להוסיף לתקציב המקורי⁸² 26 מיליון ש"ח ו-13 תקנים בכל

76 הצוות לשיפור עבודת המטה ויכולות הביצוע של משרדי הממשלה ממרץ 2013.

77 מרכז המחקר והמידע של הכנסת, "תיאור וניתוח השינויים בתקציב המדינה", 24.7.13.

78 International Budget Partnership, Guide to Transparency in Government Budget Reports, accessed: July 24, 2013.

79 קייצור בטכנולוגיות חדישות לייצור נסיוב לטיפול בהכשות נחשים.

80 מאז שנת 2010 הקצו משרדי הבריאות והאוצר עבור הקמת הסרפנטריום תקציבים שנתיים חד-פעמיים: בשנת 2010 לא הוקצה תקציב לסרפנטריום אולם התקציב בפועל הסתכם ב-11.9 מיליון ש"ח. התקציב המקורי לשנת 2011 עמד על 700,000 ש"ח, והתקציב בפועל הסתכם ב-6.274 מיליון ש"ח. התקציב המקורי בשנת 2012 עמד על 700,000 ש"ח. התקציב בפועל היה 3.147 מיליון ש"ח.

81 החלטה מ-3921.11.12. מטרת החלטה להפחית את רמת התחלואה והתמותה הקשורה בהשמה, מחלות לב וכלי דם, סרטן וסוכרת בישראל.

82 התקציב המקורי בתקנה מספר 24160173, חינוך וקידום בריאות, היה בכל אחת מהשנים 2011, 2012 - 3.6 מיליון ש"ח וכמו כן תקציב מותנה בהכנסה של 2.1 מיליון ש"ח.

אחת מהשנים 2011, 2012. תוספת התקציב בפועל הייתה 9.1 מיליון ש"ח בשנת 2011 ו-25.2 מיליון ש"ח ועוד שני מיליון ש"ח הוצאה מותנית בהכנסה בשנת 2012.

לדעת משרד מבקר המדינה, אי-הצגת התוספות התקציביות החד-פעמיות בעת אישור התקציב, משמעה שלכנסת מוצגת תמונה חלקית בלבד של התקציב המלא של משרד הבריאות. הצגה חלקית כזו פוגעת בשקיפות התקציב ועלולה לפגוע ביכולת של מקבלי ההחלטות לאשר את התקציב על בסיס הנתונים שהוצגו בפניו. הדבר גם מגביל מאוד את יכולתו של הציבור לעמוד על סדרי העדיפות הלאומיים בהקצאת תקציב המדינה. ראוי גם שמשרד האוצר ישקול להציג לוועדת הכספים בכנסת, אחת לתקופה שתקבע ובסמוך להגשת פניות לשינויים בתקציב, את השינויים שנעשו בתקציב המדינה מאז תחילת שנת התקציב.

שקיפות ביעוד תקנות: הסכומים שמשרדי הבריאות והאוצר קובעים בתקציב השנתי צריכים להתאים להוצאה הצפויה. שם התקנה שנקבעת אמור לשקף את המטרה שלשמה ביקשו את התקציב.

הבדיקה העלתה כי התקנה "העברה למימון פעילות כללי" שימשה במהלך שנת 2011 להעברת תקציב לכיסוי גירעונות בתי החולים; התקנה "העברת הכנסות מאשפוז למימון תביעות רשלנות רפואית" בסעיף בתי החולים שימשה בחלקה למימון תביעות רשלנות רפואית של לשכות הבריאות במשרד הבריאות; התקנות "העברה להעסקת מתמחים" ו"העברה למחשוב ועיבוד" בסעיף בתי החולים הועברו במלואן לתקציב משרד הבריאות.

שקיפות בתקציב של המעבדות ושל לשכות בריאות הציבור (הוצאה מותנית בהכנסה): חלק מהתכניות של המשרדים כרוכות בתקציב המותנה בהכנסות מגורמים שונים. בתכניות אלה נוסף על סכומים ל"הוצאה רגילה" מאשרת הכנסת גם סכומים המתוקצבים כ"הוצאה מותנית בהכנסה". הוצאה כזו מאושרת לביצוע רק בכפוף להכנסה שמתקבלת באותה תכנית.

אחד התחומים שבאחריותו של משרד הבריאות הוא בריאות הציבור. תחום זה כולל את מטה בריאות הציבור, את לשכות הבריאות, ואת המעבדות, שהעיקריות שבהן הן מעבדות בריאות הציבור באבו כביר שבתל-אביב והמעבדה המרכזית לנגיפים במרכז הרפואי שיבא.

בספר התקציב לשנים 2011-2012 הוקצו למעבדת בריאות הציבור בתל אביב עבור קניות 6.6 מיליון ש"ח בכל שנה כ"הוצאה מותנית בהכנסה". הביצוע בפועל בשנת 2011 הסתכם ב-10.3 מיליון ש"ח ויתרת התחייבויות לביצוע במהלך השנה הייתה - 2.2 מיליון ש"ח; הביצוע בפועל בשנת 2012 הסתכם ב-10.1 מיליון ש"ח, ויתרת התחייבויות לביצוע השנה בסך 1.7 מיליון ש"ח. דהיינו, בפועל, מסגרת התקציב להוצאה מותנית בהכנסה הייתה גבוהה ביותר מ-3.5 מיליון ש"ח מהקצאת הממשלה, כאשר תוספת התקציב לא הגיעה מהכנסות של המעבדה לבריאות הציבור בתל אביב, אלא מתקנה אחרת באותה תכנית - "הכנסה מבדיקות שירות המזון"⁸³.

הבדיקה העלתה כי מאז שנת 2008 ההכנסות השנתיות מבדיקות שירות המזון לא פחתו מ-15 מיליון ש"ח. בדומה לכך, על פי ספר התקציב לשנים 2011-2012, הכנסות המשרד מבדיקות שירות המזון צפויות היו להיות 12.4 מיליון ש"ח בכל שנה. בפועל ההכנסות בשנים אלה היו גבוהות יותר והסתכמו ב-18.4 ו-18.7 מיליון ש"ח בהתאמה.

83 אג"ת במשרד הבריאות מבקש להעביר את הכסף לתקנה אחרת במסגרת פנייה תקציבית.

לטענת "שירותי בריאות הציבור" במשרד הבריאות, לשכות הבריאות והמעבדות שתחת אחריותן מתוקצבות בחסר, וזאת בשל אי-עדכון דמוגרפי⁸⁴ ובשל אי-עדכון של מדדי המחירים; כתוצאה מכך עודף ההכנסות המתקבל משירות המזון מנוצל לטובת מימון ההוצאות של הלשכות ושל המעבדה לבריאות הציבור בתל אביב.

יוצא שתקציב ההוצאה המותנית בהכנסה מבדיקות מזון בתקציב "שירותי הבריאות לציבור", כפי שמפורט בתקנות הן מצד ההוצאות והן מצד ההכנסות, אינו משקף את המציאות הצפויה, וכי עודף ההכנסות מופנה למטרה אחרת, שאינה מתוקצבת.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד הבריאות כי הוא פועל להתאמת התקציב שבספר התקציב לגובה ההכנסות וההוצאות בפועל בכל התקנות התקציביות, על פי הצורך.

על משרדי הבריאות והאוצר לבחון אם יש תקנות נוספות שמתוקצבות בחוסר ושגם אליהן מעבירים משרדי הבריאות והאוצר באופן קבוע תקציב נוסף במהלך השנה. אם ימצאו שקיימות תקנות כאלה, יש לתקצבן מראש בהתאם לצרכים.

שקיפות בתקציבים של תאגידי הבריאות ליד בתי החולים הכלליים - ממשלתיים⁸⁵: תקציב 11 בתי החולים הכלליים-ממשלתיים עמד ב-2012 על כ-8 מיליארד ש"ח; תקציב תאגידי הבריאות שלידם עמד על כ-2.3 מיליארד ש"ח. סך הכנסות המרכז הרפואי שיבא ל-2012 היו למשל כ-2.2 מיליארד ש"ח ומתוכם תאגיד הבריאות - 840 מיליון ש"ח (38%). יצוין כי כ-40% מעובדי המרכזים הרפואיים הגדולים (שיבא, המרכז הרפואי תל-אביב [איכילוב] והמרכז הרפואי רמב"ם) הם עובדי תאגיד, ובתאגידים אלו מועסקים אלפי עובדים⁸⁶.

תקציב התאגידים הרפואיים מנוהל עצמאית על ידי המרכז הרפואי והוא אינו חלק מתקציב המדינה. הפיקוח על התאגידים נעשה באמצעות חשבות משרד הבריאות, שמעבירה דוח פיננסי שנתי של המרכזים הרפואיים לשר הבריאות, לקופת החולים וליו"ר ההסתדרות הרפואית. כמו כן מפורסם הדוח גם באתר האינטרנט של משרד הבריאות. הדוח האחרון עם נתוני שנת 2012 פורסם בפברואר 2014.

בביקורת עלה כי אף שהתקציבים של תאגידי הבריאות מהווים נתח משמעותי (22%) מתוך תקציבי המרכזים הרפואיים, דברי ההסבר הנלווים לספר התקציב המוגש לאישור הכנסת והממשלה לא כוללים התייחסות אליהם. משמעות הדבר היא שיותר מחמישית מתקציבי המרכזים הרפואיים-הכלליים-ממשלתיים מתנהלת מבלי שתובא לידיעת הכנסת⁸⁷. הצגה חלקית כזו פוגעת בשקיפות התקציב ועלולה לפגוע ביכולת של מקבלי ההחלטות להגיע להחלטה מיטבית בעת אישור התקציב. הדבר גם מגביל מאוד את יכולתו של הציבור לעמוד על סדרי העדיפות הלאומיים בהקצאת תקציב המדינה.

84 אף על פי שמספר התינוקות המטופלים בתחנות לטיפת חלב גדל ועלויות הלשכות גדלות.
 85 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור". ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2009, בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.
 86 שם.
 87 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, בנושא "תרומות לבתי חולים וקשריהם עם אגודות הידידים", עמ' 758 ואילך.

בהיעדר פירוט, לפחות חלק מפעילות בתי החולים האמורים נעשית בלא שקיפות ציבורית. כך, אף שהכנסת היא המאשרת את שיא כוח האדם של כלל בתי החולים, המרכזים הרפואיים יכולים לעקוף את החלטות הכנסת, ולהעסיק באמצעות התאגידים הרפואיים כוח אדם נוסף, בהיקפים משמעותיים ביותר, כפי שאכן הם עושים. בעבר כבר העיר מבקר המדינה כי יש חשש שבמסגרת התאגידים מבוצעות פעולות שבהן שיעור הרווח גבוה יותר, ואילו תחת בית החולים מבוצעות הפעולות הרווחיות פחות או אף הגירעוניות.

לדעת משרד מבקר המדינה, היות שדברי ההסבר הנלווים להצעת התקציב הם המבהירים למקבלי החלטות היבטים שקשורים לתקציב המדינה, ראוי שהסברים אלו יתייחסו לכל הפעילויות המרכזיות של המרכזים הרפואיים, לרבות הפעילויות של תאגידי הבריאות שליד בתי החולים. הבאת פרטים על תאגידי הבריאות בדברי ההסבר בספר התקציב תביא לכך שחברי הכנסת יהיו מודעים גם לפעילות התאגידים בעת הצבעתם על תקציב המדינה. במסגרת הגברת השקיפות יש לשקול גם פרסום של הדוחות הכספיים של תאגידי הבריאות ושל בתי החולים, כל אחד בנפרד, וכן במיוחד במסגרת הדוח הפיננסי שמפרסמת חשבות משרד הבריאות.

פניות לוועדת הכספים לצורך שינויי תקציב

במסגרת תפקידו מגיש אגף התקציבים באוצר לוועדת הכספים של הכנסת פניות לאישור שינויים בתקציבים של משרדי הממשלה או לדיווח על שינויים אלה. כדי שהכנסת תוכל לפקח על השינויים בתקציב, כדי ליצור שקיפות כלפי הציבור והכנסת ועל מנת שהכנסת תוכל לאשר או לדחות פניות אלה בהתאם לסדר העדיפויות הלאומי - אג"ת במשרד האוצר מצרף לבקשות דברי הסבר המבהירים את מהות השינוי ואת הנימוקים לנחיצותו.

בביקורת עלה כי לעתים משרד האוצר מציין בדברי ההסבר לפניות המוגשות לוועדת הכספים לגבי שינויים בתקציב משרד הבריאות דווקא את השינויים המתקצבים בסכומים הנמוכים יותר כ"עיקריים", ואילו את השינויים בסכומים הגבוהים יותר הוא אינו מגדיר כך; כמו כן, דברי ההסבר שהוא צירף לפניות התקציביות לא פירוטו מידע רלוונטי למהות הבקשה שבפנייה ואת הנימוקים לה.

להלן דוגמאות: (א) בדברי ההסבר לוועדת הכספים לפנייה ממאי 2012 ביקש משרד האוצר, בין השאר, אישור לשינוי בסך 66.8 מיליון ש"ח לצורך הגדלה של שירותי מחשוב וכן לפרויקטים בסכום של 41.3 מיליון ש"ח. בדברי ההסבר לבקשה לא הוצגו הנימוקים לשינויים ולצורך בהגדלת התקציבים. ועדת הכספים אישרה את הבקשה ביולי 2012; (ב) בדברי ההסבר לפנייה לוועדת הכספים מדצמבר 2012 ביקש משרד האוצר להעביר סכום של 90.3 מיליון שקלים, אולם הוא לא פירט לאילו צרכים נחוץ שינוי זה. השינויים העיקריים שאושרו במסגרת פנייה זו היו העברה של 253 מיליון ש"ח לתמיכות והעברות לבתי חולים ציבוריים ו-226 מיליון ש"ח להשלמת עלות הסל. באותו יום אישרה ועדת הכספים את הבקשה.

מרכז המידע והמחקר של הכנסת התייחס ביולי 2013 להיעדר פירוט בדברי ההסבר לשינויים המבוקשים והמליץ על קבלת דברי הסבר מפורטים יותר בנוגע לשינויים המוצעים ולסיבה שבעטייה הם לא נכללו בתקציב המקורי אשר אושר בכנסת⁸⁸.

88 מרכז המחקר והמידע של הכנסת, תיאור וניתוח השינויים בתקציב המדינה, 24.7.13.

מן הראוי שאג"ת במשרד האוצר יקפיד לשקף, ככל האפשר, בדברי ההסבר של כל בקשה לשינוי תקציבי המוגשת לוועדת הכספיים את המידע הרלוונטי הנחוץ למקבלי החלטות, כדי ליצור בסיס לקבלת החלטות מושכלות.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב אג"ת במשרד האוצר כי החל משנת 2014 הוא החל להוסיף דברי הסבר לפניית הכוללים תיאור של עיקרי הפנייה, את הסיבות בגינה היא מוגשת ואת ההשפעה, ככל שישנה, על כוח האדם.

תהליך יישום התקציב - ריבוי תקנות וצמצום הריכוזיות

ההוראה שמעמדה הוא הנמוך ביותר בתכנית התקציב היא התקנה. ככל שכמות התקנות גדולה יותר, מאפשר הדבר מעקב פרטני יותר של המשרד אחר ביצוע התקציב ומעקב של חשבות המשרד אחר ההוצאות. מנגד, היות שהעברת תקציב מתקנה לתקנה מחייבת את אישור משרד האוצר, יוצא שהיתרון שבריווי התקנות יוצר עודף בירוקרטיה, מכביד על העבודה השוטפת של המשרדים ומגביר את הריכוזיות ואת התלות של משרדי הממשלה באג"ת במשרד האוצר. מערכת הבריאות היא מערכת דינאמית, ובמציאות שמתנה לבקרים, המתאפיינת גם במחסור תמידי בתקציבים, לעתים קרובות צריכים אנשי אגף התקציבים בבריאות לגלות גמישות ויכולת לתעדף תכניות ותקציבים.

צמצום מספר תקנות התקציב בתקציב המדינה

מבנה התקציב בישראל ייחודי בכך ששינוי ברמת פירוט של תקנות, שהיא רמת פירוט נוספת מעבר לרמה שמאשרת הכנסת, הוא בסמכות משרד האוצר, וזאת לעומת מדינות אחרות שבהן הסמכות היא בידי המשרד המבצע.⁸⁹ ברוב המשטרים הפרלמנטריים מקובל שבמשרד ממשלתי יש מאות תכניות, שהעברות של תקציבים בינן לבין עצמן מחייבות אישור של הפרלמנט ושל משרד האוצר.⁹⁰ לעומת זאת, בשלושת הסעיפים של תקציב משרד הבריאות יש יותר מ-1,000 תקנות⁹¹, שכל שינוי ביניהן דורש את אישור האוצר. הדבר יוצר, בין השאר, נטל בירוקרטי. ועדת המשילות המליצה במרץ 2013 כי יצומצם מספר התקנות בתקציב המדינה, שהיקפן הכולל הוא כ-7,400, כך שבתקציב 2017 הוא לא יעלה על 1,500. ביוני 2013 החליטה הממשלה לאמץ את המלצות ועדת המשילות בנושאי התקציב וההתקשרויות של המשרד הממשלתי ובין השאר לצמצם את מספר תקנות ההוצאה בתקציב.⁹²

התקנות בתקציב משרד הבריאות

החל משנת 2007 מבצע משרד הבריאות לסירוגין צמצום במספר התקנות שלו והסדרתן. בשנת 2007 כלל תקציב משרד הבריאות 1,203 תקנות. בשנת 2010 ביצע המשרד הסדרה של מספר

89 דוח הצוות לשיפור עבודת המטה ויכולות הביצוע של משרדי הממשלה ממרץ 2013.
 90 דוח הצוות לשיפור עבודת המטה ויכולות הביצוע של משרדי הממשלה ממרץ 2013, עמ' 17.
 91 כולל תקנות שבהן לא היה ביצוע בפועל.
 92 החלטה 482 מיום 30.6.13.

התקנות והתאימן למבנה הארגוני של המשרד, כך שבסוף אותה שנה היו 1,091 תקנות. בשנת 2012 ירד מספר התקנות ל-1,073.⁹³

משרד הבריאות לא קבע יעד שנתי ויעד סופי לצמצום מספר התקנות בתקציבו, ולכן לא ניתן להעריך האם הירידה היא מספקת.

להלן דוגמאות לריבוי תקנות באותו נושא:

תקנות המשמשות לרזרבה: בסעיף 24 - "משרד הבריאות" יש שבע תקנות המסדירות שימושי רזרבה להתייקרויות בשכר. להלן פירוט: בתחום "עתודה להסכמי תקינה"⁹⁴ יש שש תקנות (חלקן ללא תקצוב) המשמשות כרזרבה להסכמי שכר שכבר נחתמו, ובתחום אחר: "רזרבה להתייקרויות", שנשמרת להוצאות לא צפויות, יש תקנה של "רזרבה להתייקרויות שכר בתחומי פעולה". סעיף 94 - "בתי החולים" כולל את התחום הקרוי "מאגר הכנסות מרכזיות", אשר בו עשרות תקנות לרבות תקנות רזרבה. למשל, "העברה לרזרבה להתייקרויות שכר - אשפוז כללי"; "העברה לרזרבה להתייקרויות קניות - אשפוז כללי"; "העברה לרזרבה לעמידה ביעדי התקציב" ועוד.

תחום "חוק ביטוח בריאות ממלכתי"⁹⁵: תחום זה כולל כמה תכניות, שבהן שתיים הדומות זו לזו והמיועדות להשלמת עלות הסל: התכנית "יעודה להשלמת עלות סל שירותי בריאות עפ"י סעיף 13 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי"⁹⁶ והתכנית "השלמת עלות סל שירותי בריאות עפ"י סעיף 13 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי"⁹⁷. כל אחת מהתכניות כוללת תקנה אחת בלבד: בתכנית הראשונה - "רזרבה להשלמת עלות סל שירותי בריאות, עפ"י סעיף 13 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי"⁹⁸, אשר תוקצבה בשנת 2012 ב-424 מיליון ש"ח, ובתכנית השנייה - "רזרבה להתייקרויות"⁹⁹, שתוקצבה בשנה זו ב-484 מיליון ש"ח.

תחום "חוק ביטוח בריאות ממלכתי"¹⁰⁰: תחום זה כולל תקנות המיועדות לאותו שימוש: "תמיכה בקופות חולים בגין עמידה ביעדי גירעון 2002", שתוקצבה בשנת 2012 ב-240 מיליון ש"ח; "יעודה לתמיכה בקופות חולים"¹⁰¹, שתוקצבה בשנה זו ב-210 מיליון ש"ח ו"רזרבה לתמיכה בקופות חולים על פי קריטריונים"¹⁰², שתוקצבה בשנת 2012 ב-230 מיליון ש"ח.

על משרדי האוצר והבריאות לבחון מהי מידת הפירוט הרצויה לתקנות של תקציב הבריאות ולרמת הפרדתן של התקנות, על פי ייעודן. כמו כן עליהם לבטל את התקנות הכפולות, שיוצרות בלבול אצל הקורא ועל כן פוגעות בשקיפות. עליהם להביא בחשבון את המלצות ועדת המשילות בדבר הצורך לייעל את מבנה התקציב, בין השאר באמצעות צמצום מספר התקנות שבו.

93	כולל תקנות שבהן לא היה ביצוע בפועל.
94	תחום 2431.
95	תחום 2420.
96	תכנית 242002.
97	תחום 242003.
98	תקנה 24200201.
99	תקנה 24200302.
100	תחום 2420.
101	תקנה 24200318.
102	תקנה 24194801.

על מנת לעמוד בהמלצות ועדת המשילות, על משרד האוצר לקבוע בכל משרד ומשרד לוח זמנים שנתי לצמצום מספר התקנות כך שבסופו של דבר יושג היעד שקבעה ועדת המשילות, אשר לפיו יעמוד מספר כלל התקנות על 1,700. תהליך זה יביא לשיפור תהליכי העבודה, יאפשר בקרה ומעקב יעילים יותר עליהם ויצמצם את עודף הביורוקרטיה.

עודף של תקנות יוצר מצב של עומס עבודה, עודף ביורוקרטיה ופירוט יתר הן במשרד הבריאות והן במשרד האוצר. עם זאת, צמצום במספר התקנות יחייב שימוש באמצעי חלופי למעקב אחריהן, כדי למנוע מהמשרד העברת כספים בין נושאים שונים בניגוד למדיניות הממשלתית. כך למשל ישנה האפשרות שהמשרד ידווח על פעולותיו לחשב שלו, שהוא נציג משרד האוצר¹⁰³.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד הבריאות כי הגיש כמה פעמים הצעה לצמצום נוסף של התקנות, אולם אג"ת במשרד האוצר סירב לדון בהצעה. כמו כן, בתקציבו קיים נוהג שחלק ניכר מהתקנות כלל אינן בניהול של אג"ת במשרד הבריאות אלא בניהול ישיר של אג"ת במשרד האוצר. כמו כן קיים חוסר שקיפות לגבי מהות רובן של התקנות האלה, והן משמשות בפועל לנושאים שהן אינן מכוונות אליהם. עם זאת, בהסכם התקציבי האחרון בין המשרדים הוסכם על ניהול בשקיפות הדדית של כל סעיפי התקציב של המשרד.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד האוצר כי בעת בניית תקציב 2015 בוטלו מספר לא מבוטל של תקנות תקציביות מיותרות. כמו כן בהתאם להסכמות בין אג"ת במשרד האוצר לאג"ת במשרד הבריאות, בחודשים הקרובים צפויים להתקיים דיונים על המבנה המתאים לתקציב משרד הבריאות במטרה ליישם תהליך של צמצום תקנות משמעותי במסגרת תקציב 2016.

משרד מבקר המדינה רואה בחומרה את אי יישום הערותיו משנת 2005, כי ראוי שאג"ת במשרד האוצר ינהג בהתאם להחלטת הממשלה ויאפשר למשרדי הממשלה גמישות רבה ככל הניתן ביחס לשינויים הפנימיים בתקציביהם, בכפוף לשמירה על מסגרות התקציב ולעמידה בכללים שנקבעו בסוגיות הרלוונטיות. במקביל, על המשרדים להמשיך לפעול לצמצום התקנות, כפי שהחליטה הממשלה בעקבות המלצת ועדת המשילות.

חוזרים ונהלים של המשרד שאינם מגובים תקציבית

בתפקידו כמאסדר מוציא משרד הבריאות חוזרים ונהלים הכוללים הנחיות מקצועיות לקופות החולים ולבתי החולים, שחלקם נועדו להבטיח את יישום החוק ואכיפתו וחלקם הם חידושים שמטרתם לשפר את איכות פעילותם. מטבע הדברים, לפחות חלק מהחוזרים נוגעים לפעולות שנדרש להקצות תקציב ליישומן. להלן דוגמאות:

103 אבי בן בסט ומומי דהן, בספרם "מאזן הכוחות בתהליך התקצוב" בפרק ט' 'הצעה לרפורמה בתהליך התקצוב בישראל' עמ' 179, מציעים כי העברה תקציבית בין תקנה לתקנה תיעשה על ידי המשרד הרלוונטי ובדיווח לחשב המשרד, וכי במקרים חריגים יהיה החשב רשאי להתנות את ביצוע השינוי באישור שר האוצר.

1. חוזר בנושא "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות"¹⁰⁴: במרץ 2012 העריכה הכללית את התוספת הנדרשת ליישום החוזר בסכום של 40 מיליון ש"ח כהוצאה שוטפת וסכום דומה להוצאה חד-פעמית.
2. חוזרים שונים בנושא מניעת זיהומים¹⁰⁵: החוזרים מנחים את הקופות לנקוט פעולות למניעת זיהומים. בינואר 2014 כתב מנכ"ל הכללית מר אלי דפס למנכ"ל משרד הבריאות דאז פרופ' רוני גמזו כי "אין בידי הכללית לקיים... בלא שיועמד תקציב ייעודי לכיסוי העלות הנוספת הכרוכה בביצוע". המנכ"ל לא ציין באיזה סכום מדובר.

בשנים 2012-2013 התריעו הקופות לפני משרד הבריאות כי נוכח מצבן הכספי הן לא יוכלו לעמוד בהוצאות הכספיות הנדרשות לצורך יישום ההנחיות שבחוזרים שהוא מפרסם. משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה כי עלות יישומו של חוזר היא שיקול רלוונטי ובעל משקל, אך אינו בלעדי או מוביל, מה גם שעמידה בתנאי חוזרי המשרד עשויה להביא, לאורך זמן, לחיסכון תקציבי, לצד תועלתיה לציבור המטופלים והמבוטחים. המשרד טוען כי על הקופות ובתי החולים להיערך ליישום של החוזרים, בין היתר על ידי ביצוע תיעודף פנימי. משרד הבריאות טוען כי הוא מפיץ את החוזרים להערות כלל הגורמים הרלוונטיים טרם הוצאתם, ומצופה מכל ארגון להציג את היבטי העלות, באופן מפורט, ולא להסתפק בטעונום כוללניים. המשרד אמון על מציאת "שביל הזהב" בין שיקולים הקשורים לטובת המבוטחים והמטופלים, ושיקולים הקשורים בשמירת יציבותם של ארגוני הבריאות השונים, ויש לו המעמד והמומחיות לבצע איזון מתאים בין מכלול השיקולים, ומתוך התחשבות בכלל האינטרסים.

משרד מבקר המדינה סבור כי חיזוק הרגולציה של משרד הבריאות, לרבות באמצעות חוזרים, חשוב ונדרש לטובת כלל ציבור המבוטחים, ובפרט אוכלוסיות חלשות שלא התערבות לא יזכו בהכרח לחלקן ההוגן בהקצאת המשאבים. עם זאת, בטרם יפרסם משרד הבריאות חוזרים ונהלים לקופות החולים ולבתי החולים, עליו לבחון את ההשלכות התקציביות והכספיות הכרוכות ביישום חוזרים ונהלים אלה ואת מידת יכולתם של הקופות ובתי החולים למלא את הוראותיהם. לצורך התמודדות עם טענות הגופים האמורים לעיל בנוגע לעלות כבדה של יישום החוזרים, משרד הבריאות יכול לנקוט את הפעולות שלהלן: להחיל את החוזרים באופן הדרגתי; לבחון את משמעותם הכלכלית לאחר תקופה מסוימת על בסיס הניסיון שהופק מיישוםם ותוך בחינתם החוזרת מדי פעם ופעם ושינויים בעת הצורך או שילוב של פעולות אלה ופעולות אחרות. כל זאת באופן שיקל על המוסדות השונים הכפופים לחוזרים להיערך ולהפנים את העלויות הכרוכות ביישוםם.

הפחתות רוחביות (קיצוצים) בתקציב

בשנים 2010-2012 ביצעה הממשלה שמונה הפחתות רוחביות בתקציב המדינה. הפחתות רוחביות חלות על ה"תקציב הגמיש" של המשרד ולא על תשלומים ושירותים שהמשרד מחויב להם על פי חוק או הסכמים מחייבים. כאשר המשרד מתכנן את תכנית העבודה שלו, עליו לכלול בתוכה את המחויבויות שלו על פי חוק והסכמים מחייבים, ורק לאחר מכן, במסגרת התקציב הנוטר, יש באפשרותו לתעדף פעילויות שבתחום אחריותו ואשר ברצונו לפתח, בהתאם למדיניות הממשלתית.

104 7/11.

105 31/2008 מיוני 2008; 24/2009 מאוגוסט 2009; 12/2010 ממרץ 2010; 9/2012 ממרץ 2012.

כך למעשה באים לידי ביטוי סדרי העדיפויות של המשרדים בעיקר בחלק הגמיש של התקציב. כאשר הפחתות רוחביות חלות על "התקציב הגמיש", השפעתן המשמעותית היא דווקא על יכולת המשרד לתכנן את פעילותו בהתאם לסדרי העדיפויות של מדיניותו, ובפרט כאשר הקיצוצים חלים על בסיס התקציב של המשרד ולא על התוספות.¹⁰⁶

כאשר הממשלה מחליטה על קיצוץ רוחבי, מעדיף משרד הבריאות לקצץ ראשית בתקנות הרזרבה של משרדו מאשר לפגוע בתקציב הפעולה של היחידות. כך לדוגמה ביולי 2012 החליטה הממשלה¹⁰⁷ על קיצוץ רוחבי של 5% בשנת 2012. בעקבות זאת, בנובמבר 2012 קיצץ משרד הבריאות תשעה מיליון ש"ח מתקנת הרזרבה בתקציבו - "תמיכה בקופות החולים בגין עמידה ביעדי גירעון 2002". אג"ת במשרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה כי בשנת 2013 נעשה קיצוץ בתקציב הקניות של המשרד, שהוביל לפגיעה בפעילות המשרד.

הפחתות רוחביות בהיקפים גדולים שמוטלות על סעיפים תפעוליים פוגעות בפעילות המשרד וכן בוודאות שלו לגבי מצבו הפיננסי, שהיא הבסיס ליכולתו לתכנן את מהלכו ולממש את מטרותיו.

היות שמרבית תקציב משרד הבריאות נועד ליישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי¹⁰⁸ (העברת סל הבריאות לקופות החולים), ויש גם בתקציב סעיפים קשיחים כגון שכר, הרי שקיצוץ רוחבי מבוצע בפועל על חלק קטן מהתקציב. בעניין זה כבר העיר משרד מבקר המדינה בעבר כי הקיצוצים הרוחביים שנעשו במהלך השנים בכל תקציבי משרדי הממשלה, ובכללם בתקציב משרד הבריאות, פגעו בתכניות בינוי של בתי החולים¹⁰⁹. גם מרכז המחקר והמידע של הכנסת טען כי הצורך בחלק מההפחתות הרוחביות נוצר עקב התחייבויות ממשלתיות בשנים קודמות, שלא בהכרח התאימו למסגרת התקציבית¹¹⁰. כבר בשנת 2005 כתב אגף התקציבים באוצר בתגובתו לדוח מבקר המדינה בנושא "תקציב המדינה - תהליך הכנתו ועדכונו", כי הוא "אינו מעודד החלטה על הפחתה רוחבית..."¹¹¹.

כבר בשנת 2011 העיר משרד מבקר המדינה¹¹² כי ההפחתות הרוחביות המתבצעות בתקציב מעצימות במרוצת השנים את ההשפעות השליליות של היעדר תכנית תקציב רב-שנתית מפורטת על תכניות משרדי הממשלה, וכי לא זו בלבד שתמונת ההוצאה העתידית אינה ברורה דיה, אלא שעל התקציב מושגות הפחתות שאינן תואמות בהכרח את תכניות העבודה של המשרדים, ואינן עולות בקנה אחד עם סדרי העדיפויות של הממשלה. עקב כך הממשלה אינה יכולה לדעת בוודאות שהיא אכן פועלת באופן מיטבי להשגת מטרותיה ויעדיה.

יש לציין עוד בעניין זה כי ועדת המשילות המליצה שפורום של סמנכ"לי תקציב משרדי הממשלה ומאגף התקציבים במשרד האוצר יפעל ליצירת דרכי מימון חלופיות, שיבטאו שינוי בסדרי העדיפויות ויצמצמו את הפגיעה ביכולת המשרד לנהל את תקציבו. הממשלה אימצה כאמור את המלצות הוועדה.

106 דוח הצוות לשיפור עבודת המטה ויכולות הביצוע של משרדי הממשלה ממרץ 2013, עמ' 14.
 107 החלטת ממשלה מספר 5000 מ-30.7.12, בנושא חבילת צעדים לצמצום הגירעון ולהתמודדות עם השלכות המשבר בכלכלה העולמית על המשק הישראלי ועל השינוי בסדרי העדיפויות.
 108 תקציב משרד הבריאות כולל תקציב הפיתוח לשנת 2012 הסתכם ב-24.3 מיליארד ש"ח, מתוכם 17.5 מיליארד ש"ח בעבור חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מכאן שהשלמת סל הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה 72% אחוז מתקציב המשרד.
 109 מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 761.
 110 מרכז המחקר והמידע של הכנסת "תיאור וניתוח השינויים בתקציב המדינה", 24.7.13, עמוד 20.
 111 מבקר המדינה, דוח 2013, עמ' 207.
 112 מבקר המדינה, דוח שנתי 2012, "תהליך הכנתו ועדכונו של תקציב המדינה", עמ' 126.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד האוצר לפעול למציאת דרכי מימון לפעולות שנקבעו בהחלטות הממשלה, אשר יבטאו את שינוי סדרי העדיפויות של הממשלה ויצמצמו ככל הניתן את הפגיעה בתכניות העבודה של המשרד.

בתגובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב אג"ת במשרד האוצר כי בכוונת משרד האוצר לרכז ועדת משנה במסגרת "פורום לשיתוף פעולה תקציבי" לבחינת תחליפים לקיצוצים רוחביים. הוועדה תגיש את המלצותיה בשנת 2015.



העברות תקציביות בעשרות תכניות בהיקפים של עשרות מיליוני שקלים, שמתבצעות רק לקראת סוף שנת הכספים לא תמיד מאפשרות ליחידות שקיבלו תקציב נוסף לנצלו כראוי. כמו כן, העברת כמות גדולה של בקשות לשינויים תקציביים לוועדת הכספים בזמן קצר אינה מאפשרת לוועדת הכספים לשקול את השינויים המבוקשים באופן יסודי. על משרד האוצר להסדיר נוהל עבודה מקובל ושקוף לעבודתו מול משרדי הממשלה בנוגע לשינויים תקציביים, כפי שהודיע למשרד מבקר המדינה שיעשה כבר בשנת 2005.

ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יגבירו את השקיפות בניהול תקציב מערכת הבריאות. כך למשל, ראוי שדברי ההסבר הנלווים להצעת התקציב יתייחסו לפעילויות העיקריות של המרכזים הרפואיים, לרבות אלו של תאגדי הבריאות שליד בתי החולים. כמו כן, על אגף התקציבים באוצר לשקף בדברי ההסבר של כל בקשה לשינוי תקציבי המוגשת לוועדת הכספים, את מרב המידע הנחוץ למקבלי ההחלטות. ראוי גם שמשרד האוצר ישקול להציג לוועדת הכספים בכנסת, אחת לתקופה שתיקבע ובסמוך להגשת פניות לשינויים בתקציב, את השינויים שנעשו בתקציב המדינה מאז תחילת שנת התקציב. בטרם יפרסם משרד הבריאות חוזרים ונהלים לקופות החולים ולבתי החולים, עליו לבחון את ההשלכות התקציביות והכספיות הכרוכות ביישם החוזרים ונהלים ואת מידת יכולתם של הקופות ושל בתי החולים למלא את הוראותיהם.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שאג"ת במשרד האוצר ינהג בהתאם להחלטת הממשלה ויאפשר למשרדי הממשלה גמישות רבה ככל הניתן בכל הנוגע לשינויים פנימיים בתקציביהם, בכפוף לשמירה על מסגרות התקציב ולעמידה בכללים שנקבעו בעניין האמור. במקביל על המשרדים להמשיך לפעול לצמצום התקנות, כפי שהחליטה הממשלה בעקבות המלצת ועדת המשילות. מן הראוי שאג"ת במשרד האוצר יפעל להטמעת מערכת תכנון תקציב בהקדם האפשרי.

על משרד האוצר לפעול למציאת דרכי מימון להחלטות הממשלה, שיבטאו את שינוי סדרי העדיפויות של הממשלה ושיצמצמו ככל הניתן את "הקיצוצים הרוחביים" ואת הפגיעה בתכניות העבודה של המשרד.

תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים

תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים מופיע בתקציב המדינה כסעיף נפרד ממשרד הבריאות (מספר 94)¹¹³. תקציבו של כל בית חולים מורכב מ"יעד הכנסות", "יעד קניות" ו"תקציב שכר". בתי חולים שהיקף הקניות והשכר בהם (להלן - הוצאות בתי החולים) עולים על היקף הכנסותיהם מסובסדים על ידי בתי חולים אחרים שלהם עודף הכנסות (לגבי בתי חולים ראו גם בתת פרק שקיפות בתקציב - תאגידי הבריאות שליד בתי החולים הכלליים-ממשלתיים).

החל משנת התקציב 1998 בתי החולים הכלליים-ממשלתיים מוגדרים כ"מפעלים עסקיים". לעניין התקציב, ולפי הוראות סעיף 8(ה) לחוק, המשמעות היא כי ההכנסות וההוצאות נרשמות על בסיס מצטבר¹¹⁴ ולא על בסיס מזומן¹¹⁵, כנהוג בתקציב המדינה. כאשר הוצאות כלל בתי החולים עולות על כלל הכנסותיהם נדרשת סובסידיה של המדינה, שנעשית באמצעות העברה מהתקציב הרגיל של משרד הבריאות לתקציב בתי החולים.

משרד הבריאות הוא המאסדר (רגולטור) של מערכת הבריאות הלאומית. בין תפקידיו המרכזיים לקבוע את מדיניות הבריאות הלאומית, לספק שירותי בריאות לציבור, להפעיל את מערך שירותי הבריאות ובכלל זה את בתי החולים הכלליים-ממשלתיים שבבעלות המדינה ולפקח על כל בתי החולים בארץ, גם אלו הפרטיים. משרד מבקר המדינה העיר כבר בעבר כי במציאות זו מובנה מצב בעייתי של ניגוד עניינים, המקשה על המשרד במילוי תפקידיו¹¹⁶.

לאחר שמתחילת שנות התשעים של המאה העשרים עסקו כמה ועדות ממלכתיות בצורך להתיר את ניגוד העניינים שבו מצוי משרד הבריאות, ולאחר שגם מבקר המדינה העיר על כך¹¹⁷ - במאי 2014 החליטה הממשלה¹¹⁸ להקים "רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים". על פי ההחלטה, אחד מתפקידי הרשות יהיה לגבש מערך של "ממשל יחידתי" בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים.

קביעת תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים

קביעת יעדים: כאשר משרדי הבריאות והאוצר צופים שהכנסות בית החולים יכסו את הוצאותיו לשכר ולקניות, נקבעים לבית החולים "יעד הכנסות", "יעד קניות" ו"יעד הוצאות שכר", ללא כל סבסוד של המדינה¹¹⁹.

- | | |
|-----|--|
| 113 | בתי החולים הם מפעלים עסקיים. |
| 114 | בסיס מצטבר - עיתוי ההכרה בהכנסה או בהוצאה הוא תאריך העסקה שבגינה נוצרה ההכנסה או ההוצאה, ולא תאריך התשלום או התקבול בפועל. |
| 115 | בסיס מזומן - עיתוי ההכרה בהכנסה או בהוצאה הוא תאריך התשלום או התקבול בפועל. |
| 116 | ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54 (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445. |
| 117 | מבקר המדינה, דוח 63 (2013), בפרק היבטים במערכת הרפואה הפרטית-מדינית, אסדרה וכלי פיקוח, עמ' 601 דוח שנתי 59 (2009), בפרק "תאגידי הבריאות ליד בתי החולים הכלליים ממשלתיים", עמ' 464. |
| 118 | החלטה מספר 1622. |
| 119 | לדוגמה תקציב המדינה שאושר לשנים 2011-2012, לא כלל סבסוד למרכז הרפואי שיבא. |

הועלה כי משרד הבריאות מתכנן את יעדי ההכנסות, הקניות והשכר של כל אחד מבתי החולים באופן היסטורי, על בסיס היעדים של השנה הקודמת. משרד הבריאות לא עורך בדיקה פרטנית ומקיפה של צורכי בית החולים בהתאם לאפיונו - למשל יש בתי חולים שבהם פעילות כירורגית רבה, לאחרים פעילות רבה של השתלות איברים וכו'.¹²⁰ המאפיינים השונים של בית החולים יוצרים שוני בהיקף ההוצאות הנדרשות בכל אחד מהם, דבר המשפיע על תקציבם (בעניין התאמת הפעילות של בתי חולים לתקציב שנקבע להם ראו להלן בפרק "תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים - אי-התאמה בין האמור בספר התקציב, בין אישור משרד הבריאות ובין התנהלות בתי החולים").

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות יאפיין את הצרכים והיכולות של כל אחד מבתי החולים ואת התקציב הנדרש לכולם עוד לפני התימת הסכם בריאות-אוצר. על משרד הבריאות לבחון, לפחות אחת לתקופה, האם חל שינוי במאפיינים שהוא קבע. בדיקה כזו תאפשר להעריך את היעילות והמועילות של בתי החולים.¹²¹ מהאמור יוצא שתקציב בתי החולים נעשה באופן שאינו תקין.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד הבריאות כי תקציב הבסיס אינו מעודכן בהתאם לצרכי בתי החולים בשל התנגדות האוצר לכך, ולכן התכנון של משרד הבריאות בא לידי ביטוי בתקציב על שינויי בסוף השנה התקציבית בלבד. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מפברואר 2015 כתב משרד האוצר כי הוא מתנגד להקצאת תוספת תקציבית מעבר לסיכום התקציב החתום של משרדי הבריאות והאוצר כיוון שמדובר בהליך שאינו תקין.

כשיטה יש לתקצב את בתי החולים כראוי כבר בתחילת השנה כדי ליצור ודאות תקציבית.

משרד האוצר בתגובתו מנובמבר 2014 השיב כי בתי החולים תוקצבו בשנת 2015 במלוא התקציב שעמד לרשותם בבסיס התקציב, והתקציב לשנה זו אף הוגדל ללא השארת עודפי תקציב ברורה.

קביעת הוצאות שכר בתי החולים הכלליים - ממ של תיים : הוצאות השכר של כלל בתי החולים היוו בשנת 2012 72% מסך מחזור הכנסותיהם. כמו כן איוש המשרות מתבצע על פי הסכמי תקינה מיושנים.¹²² כדי להתגבר על מצוקה זו ולהתאים את כוח האדם לצרכים, מעסיקים המרכזים הרפואיים עובדים רבים גם באמצעות תאגידי הבריאות. פעמים רבות עובדים, הן רופאים והן עובדים אדמיניסטרטיביים, מקבלים שכר משני הגורמים - מהתאגיד ומבית החולים. יש גם מקרים שבהם עובדים בבתי החולים מקבלים שכר מתאגיד הבריאות בלבד.

מכך נובעת המסקנה שתקציב המדינה אינו משקף את ההוצאה האמתית עבור השכר במרכזים הרפואיים הכלליים-ממשלתיים.

- 120 לגבי ליקויים בתהליך התכנון של תקציב המדינה בכללותו ראו מבקר המדינה, דוח 62 (2011), בפרק "תהליך הכנתו ועדכונו של תקציב המדינה", עמ' 131.
- 121 עובדי אג"ת במשרד הבריאות טענו בפני נציגי משרד מבקר המדינה שלפני כמה שנים נערכה בדיקת צרכים לצורך תקצוב, אולם לא המציאו מסמכים ואסמכתאות המעידים על כך.
- 122 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), בנושא "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 388 ואילך.

תקציבים לבתי החולים הכלליים-ממשלתיים שאינם כלולים בבסיס התקציב

מדריך התכנון הממשלתי מציג הנחיות לתכנון שיטתי, ובהן קביעת יעדים, מטרות, סדרי עדיפויות ודרישה לקביעת מנגנוני בקרה לצורך הערכת מצב. בהתאם לכל אלה יש לבנות את התקציב. החל משנת 2008, במסגרת ההסכמים שחותמים משרדי הבריאות והאוצר, מקצה משרד האוצר לבתי החולים הכלליים-ממשלתיים תקציב שנתי של 35 מיליון ש"ח, וזאת כנגד עמידתם ביעדי ההוצאה וההכנסה שייקבעו בתקציביהם. נוסף לסבסוד זה, על פי ההסכמים, הופחת היקף ההכנסות שעל בתי החולים להשיג בעצמם ב-40 מיליון ש"ח. סך הסבסוד השנתי עומד אם כן על 75 מיליון ש"ח.

מהביקורת עלה כי התקציבים התוספתיים הללו אינם נכללים בבסיס התקציב של משרד הבריאות, הם נשארו קבועים מאז 2008, ומשרד האוצר מתייחס אליהם כאל תקציבים חד-פעמיים, והוא אינו מוכן להתחייב להמשך התשלום בגינם גם בשנים הבאות.

לדעת משרד מבקר המדינה, תקציבים חד-פעמיים אשר ניתנים בקביעות והמשמשים למימון הוצאות שוטפות, עלולים להיתפס על ידי בתי החולים כתקציבי קבע מובטחים. על משרדי הבריאות והאוצר לכלול בעבודת המטה שעליהם לקיים גם בחינה של היקפי התוספות התקציביות השנתיות הניתנים לבתי החולים, ולקבוע האם יש להכלילם במסגרת בסיס התקציב או לבטלם.

תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים - אי-התאמה בין האמור בספר התקציב, בין אישור משרד הבריאות ובין התנהלות בתי החולים

משרדי הבריאות והאוצר אחראים לקביעת התקציב השנתי בבתי החולים במסגרת ספר התקציב. לאחר שהממשלה והכנסת מאשרות את התקציב השנתי, על משרד הבריאות כרגולטור וכבעלים של בתי החולים לוודא שבתי החולים פועלים במסגרת התקציב שאושר להם. על בתי החולים לעבוד לפי תכנית עבודה התואמת את התקציב המאושר, אלא אם חל שינוי בתקציב זה - דבר המחייב פנייה של בתי החולים למשרד הבריאות, פנייה של משרד הבריאות למשרד האוצר וקבלת אישור האוצר כנדרש בחוק.

סבסוד בתי החולים: הביקורת העלתה כי יש הפרשים של עשרות מיליוני שקלים בנתוני הסבסוד של בתי החולים הכלליים-ממשלתיים על פי כל אחד מהתקציבים (בתקציב המדינה, בתכנית העבודה התקציבית שקבע משרד הבריאות ובסבסוד בפועל). הפרשים אלה נובעים מפערים משמעותיים בין תכנית העבודה התקציבית שעל פיה פועלים בתי החולים הכלליים-ממשלתיים, לבין התקציב כפי שהוא מופיע בספרי תקציב המדינה ובין לבין התקציב שמשרד הבריאות קבע לבתי החולים לאחר אישור התקציב.

לדוגמה, על פי נתוני ספר תקציב המדינה לשנת 2012, בית החולים הלל יפה היה צריך לעמוד ביעד הכנסות של 388.4 מיליון ש"ח, הוצאות השכר והקניות שלו היו צריכים להיות 290.1 מיליון ש"ח ו-102.6 מיליון ש"ח בהתאמה. תכנית העבודה התקציבית של משרד הבריאות קבעה לו יעד הכנסות של 418.9 מיליון ש"ח והוצאות שכר וקניות בסך 304.7 מיליון ש"ח ו-137.9 מיליון ש"ח בהתאמה.

מכאן שעל פי ספר התקציב הסבסוד של בית החולים היה צריך להסתכם ב-4.3 מיליון ש"ח, אולם על פי תכנית העבודה שקבע המשרד לבית החולים, הסבסוד היה צריך להסתכם ב-21.3 מיליון ש"ח (17 מיליון ש"ח יותר). בפועל פעל בית החולים לפי תכנית עבודה תקציבית שהסתכמה בסבסוד של 57.85 מיליון ש"ח (53.55 מיליון ש"ח יותר מהסבסוד שנקבע בספר התקציב ו-36.5 מיליון ש"ח יותר מהסבסוד שמשרד הבריאות קבע בתכנית העבודה של בית החולים).

תקציב תקנת 'השלמת הכנסות לבתי חולים' בספר התקציב אמור לשקף את היקף הסבסוד שהמדינה נותנת לכלל בתי החולים הכלליים-ממשלתיים. התקציב שאושר בתקנה זו הסתכם ב-552 מיליון ש"ח בתחילת שנת 2011. לאחר שנעשו פניות תקציביות במהלך השנה, הוא הסתכם ב-765 מיליון ש"ח; תוספת של 210 מיליון ש"ח, 38% יותר מהתקציב שאושר במסגרת אישור התקציב הממשלתי. בתחילת שנת 2012 תקציב התקנה היה 552 מיליון ש"ח, ולאחר פניות תקציביות שנעשו במהלך השנה הוא גדל ל-865.5 מיליון ש"ח - תוספת של 313.5 מיליון ש"ח, 57% יותר מהתקציב שאושר במסגרת התקציב הממשלתי.

גם בשנת 2013 המשיכו משרד האוצר, משרד הבריאות ובתי החולים לפעול לפי שלושה אומדנים שונים, והדבר בא לידי ביטוי בהיקף הסבסוד הנדרש. להלן הפרטים: באוקטובר 2013 ביקש אג"ת במשרד הבריאות מאג"ת שבמשרד האוצר סבסוד שנתי בסך 633 מיליון ש"ח, כאשר כבר מנתוני ביצוע התקציב של בתי החולים עד ספטמבר 2013 היה גירעון של 760 מיליון ש"ח. אג"ת שבמשרד האוצר צפה שהסובסידיה השנתית תהיה 720 מיליון ש"ח.

הועלה כי גם בשנת 2014 נקלעו בתי החולים הכלליים-ממשלתיים למשבר תקציבי. כחודש יוני בשנה זו העריכו בתי החולים כי כבר בספטמבר הם יסיימו את תקציבם התפעולי, ולכן לא יוכלו לבצע הזמנות רכש ושירותים. המנהלים האדמיניסטרטיביים של בתי החולים התריעו בפני שרת הבריאות גב' יעל גרמן ובפני מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' ארנון אפק, כי תקציבם נשחק מאוד בשנים האחרונות וכי הוא אינו עונה על הצרכים הבסיסיים של בתי החולים. לאחר סיום הביקורת, באוקטובר 2014, פנו מנהלי הכספים של בתי החולים הכלליים-ממשלתיים להנהלות משרדי הבריאות והאוצר והתריעו על גירעון צפוי של מעל 1 מיליארד ש"ח ועל גירעונות בתקציב הקניות שלהם הנובעים מטיפולים מצילי חיים.

ההוצאות של כלל בתי החולים בסוף השנה גבוהות כאמור מהתקציב שאישרה להם המדינה, ולכן נדרשת המדינה לסבסד בקביעות את בתי החולים בסכום גבוה מהסכום שהקצתה לכך מראש. כיוון שבבתי החולים יודעים שבסופו של דבר הם יקבלו סבסוד גבוה מהמתוכנן, הם ממשיכים לפעול על פי התכנון המקורי שלהם ללא גיבוי תקציבי מאושר. הסבסוד בפועל בסוף כל שנה נקבע כאילוץ, מתוך עובדות בשטח ולא מתוך ראייה כוללת ותכנון תקציבי נאות. עקב התנהלות זו נכשלים משרדי הבריאות והאוצר בקביעת תקציב שמתאים לדרישות מבתי החולים ובאכיפת התקציב שמאושר לבתי החולים במסגרת אישור תקציב המדינה, והדבר אף גורם לחוסר הצלחה של משרד הבריאות בניהול הפיקוח על הגופים שבאחריותו - תפקידו כרגולטור.

גם בנק ישראל העיר כי הסובסידיות שנדרשו לכיסוי הגירעונות התפעוליים בבתי החולים הממשלתיים, המחזיקים קרוב למחצית מיטות האשפוז בישראל, תפחו מ-550 מיליון שקל ב-2007 ל-865 מיליון ב-2012¹²³.

123 סקירה של ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים, אפריל עד ספטמבר 2013, דצמבר 2013.

יצוין גם כי מחד גיסא נותנים המרכזים הרפואיים הנחות לקופות החולים ומאידך גיסא הם מקבלים סבסוד ממשרד הבריאות. כאשר ההנחות לקופות גדולות, גירעונות בתי החולים גדלים ונדרש סבסוד גבוה יותר מהמשרד. כבר בשנת 2010 העיר משרד מבקר המדינה כי במסגרת המשא ומתן בין הקופות למרכזים הרפואיים חל בשנים האחרונות גידול ניכר בהיקפים ובשיעורים של ההנחות שנותנים המרכזים הרפואיים הממשלתיים, שמרביתם גירעוניים, לקופות החולים בגין שיטת ההתחשבות, שבעטייה הסתכמו ההנחות בשנת 2008 לכ-700 מיליון ש"ח. עקב הרעה במצבם הכספי של המרכזים הרפואיים, בין היתר בגין הסדרים אלה, גדל במקביל הסבסוד של המשרד לכיסוי גירעונותיהם והגיע לכ-650 מיליון ש"ח בשנת 2008.¹²⁴ מצב זה משמר את תלות המרכזים הרפואיים במשרד ומקשה על עצמאותם הכלכלית ועל הפיכתם לתאגידים עצמאיים. בשנת 2012 הגיעו ההנחות לכ-1.47 מיליארד ש"ח.

לפי החלטת הממשלה¹²⁵, הרשות למרכזים רפואיים-ממשלתיים שתוקם תהיה במעמד של יחידת סמך ממשלתית עצמאית בכפיפות לשרת הבריאות. הרשות תרכז את מלוא התפקידים והסמכויות הנוגעים לניהול ולפיקוח על התנהלות בתי החולים הממשלתיים-הכלליים, ולצורך כך היא תקבל את מלוא הסמכויות הנתונות למשרד הבריאות בתחומי האחזקה האמורים.

על משרד הבריאות להנחות את הרשות למרכזים רפואיים ממשלתיים לבחון את צורכי המרכזים הרפואיים ולתקצבם אל מול המקורות באופן שיתאים לפעילות שהממשלה דורשת מהם, כך שיתאפשר להם לפעול באווירת ודאות תקציבית.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב משרד הבריאות כי תקצוב בתי החולים הוא רק דוגמה לשיטה שבה נוקט האוצר בידועין, שעיקרה תקצוב בחסר של המערכת בתחילת השנה וסגירת גירעונות בדיעבד. עוד הוסיף המשרד כי הוא הציג לא אחת את הסיבות לגירעון במערכת הבריאות, ואת הדרכים לפתרון אולם הסמכות לביצוע השינוי אינה בידיו.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה כתב חשב המשרד לשעבר מר אבי ברף כי משרד הבריאות עורך את תכניות העבודה שלו לפי תקציב שאינו קיים ושהוא יודע שלא יקבל. תקציב משרד הבריאות ובתי החולים צריך להיקבע כתקציב ריאלי ולא סתם מספרים שהקשר בינם לבין המציאות רחוק מאוד. כיום כולם יודעים שהתקציב אינו ריאלי ובתי החולים "אומרים לעצמם" ממילא אין סיכוי לעמוד בתקציב כזה או נחרוג. הסבסוד הנמוך שנקבע בתחילת שנה הוא פונקציה של התקציב הלא ריאלי.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתב אג"ת במשרד האוצר כי הבעיה בניהול תקציב בתי החולים אינה נעוצה רק בשיטת התקצוב אלא בתהליך הניהול הפיננסי של בתי החולים, על פיו בית החולים מוציא הוצאות כראות עיניו והמדינה מאשרת את תקציבו בדיעבד. במקביל, לאורך השנים גורמי המטה של הממשלה לא פעלו באופן נחוש כדי לבקר ולרסן התנהלות זו, ואכן תקצבו את בתי החולים בדיעבד על חריגתם ממסגרת התקציב. בשבועות האחרונים החלו צוותים של משרד הבריאות, האוצר ומנהלת הרשות לניהול המרכזיים הרפואיים הממשלתיים בעבודת מטה ליצירת מנגנונים אשר יבטיחו כי שיטת פעולה בעייתית זו תעבור מן העולם.

124 עוד בעניין הנזק שנגרם בשל ההנחות שבתי החולים נותנים לקופות החולים, ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 60 (2010), "הסדרים כלכליים בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 525 ודוח שנתי 63 (2013), בנושא "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 767.
125 החלטה מספר 1622.

סמנכ"ל כספים במרכזים הרפואיים הכלליים- ממשלתיים : הועלה כי ברוב המרכזים הרפואיים הכלליים-ממשלתיים לא מונה סמנכ"ל כספים האחראי לכלל הפעילות הכספית במרכז הרפואי. בבית החולים יש גובר הכפוף למנהל האדמיניסטרטיבי, והוא אינו חבר הנהלה; בתאגיד הבריאות יש מנהל כספים, בדרך כלל בדרגת סמנכ"ל. בכך אין ראייה כוללת של המרכז הרפואי.

בתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2014 כתבה החשבת הכללית במשרד האוצר כי לדעתה לא ניתן להבטיח את המשילות במערכת הבריאות הממשלתית ואת הידוק הפיקוח והבקרה על המערכת ללא חיזוק מעמד של מנהלי הכספים בבתי החולים: יש להכפיף אליהם את פעילות כלל המרכז הרפואי, את בית החולים ותאגיד הבריאות שלידו, להגדירם כחברי הנהלה, להכפיף למנהלי בתי החולים ולהעלות את מתח הדרגות של תפקידם. לפי התפיסה המקובלת, כל מרכז רפואי-ממשלתי הוא בית חולים ממשלתי שלצדו פועל תאגיד בריאות ולא להפך. לפיכך, האחריות הכללית על מערך הכספים האחד והתיאום בין בית החולים לתאגיד הבריאות צריכה להיות מוטלת על מנהל הכספים של בית החולים ולא כפי שקורה היום בחלק מהמרכזים הרפואיים. כמו כן יש לקבוע קנציות לתפקיד מנהל הכספים ולשקול את האפשרות לבצע רוטציה בין מנהלי הכספים בבתי החולים השונים. אג"ת במשרד האוצר תומך בתפיסת החשבת הכללית.

ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יבחנו מינוי של איש כספים בכיר בבית החולים שיהיה אחראי על האיוון הכספי של המרכז הרפואי כולו.



תקציב בתי החולים הכלליים-ממשלתיים, הנקבע בתחילת השנה, נמוך מאוד ביחס לזה המתעדכן במהלך השנה. מדובר בדפוס הידוע לבתי החולים, למשרד הבריאות ולמשרד האוצר - התקציב המקורי שנקבע אינו משקף את פעילות בתי החולים ולכן במהלך השנה נדרשים משרד האוצר ומשרד הבריאות להתאים ולעדכן את התקציב.

מדובר בשיטה לא ראויה, הגורמת לאי-שקט, לחוסר ודאות, לאי יכולת לעבוד באופן מושכל, לחיים ב"תרבות של מצוקה" והמונעת תכנון רב-שנתי, התייעלות ועבודה שיטתית ונכונה, משום שהגורמים במערכת עסוקים בפתרון בעיות הצפויות להתעורר "מחר בבוקר". על מנת לאפשר למרכזים הרפואיים עצמאות כלכלית, על משרד הבריאות, משרד האוצר והרשות החדשה, בשיתוף בתי החולים, לערוך שידוד מערכות בנוגע לתקציב בתי החולים: יש לתקצב אותם כבר בתחילת השנה באופן שמתאים לפעילות שהממשלה דורשת מהם, וזאת כדי לאפשר להם לפעול בוודאות תקציבית. יש להתאים את תכניות העבודה של בתי החולים לתקציב שנקבע בתחילת השנה. אם יש צורך בשינויים תקציביים, יש לעשותם מיד, ברגע שנודע עליהם, ולא ימים ספורים לפני סוף השנה. יש לקחת בחשבון את מורכבות המערכת ולפעול כך שאם תינתן תוספת משאבים לצד אחד, כדוגמת קופות החולים לא יבוא הדבר על חשבון הצד האחר, כדוגמת בתי החולים. כך למשל מתן הנחות לקופות החולים מגדיל את גירעונות בתי החולים; עלייה במחיר יום אשפוז גורמת לגידול בגירעונות הקופות. על משרד הבריאות להורות לרשות למרכזים רפואיים ממשלתיים לקבוע יעדים בנוגע לדרכי הממשל התאגידי במרכזים הרפואיים שבאחריותה, להנחותה כיצד לקדם יעדים אלה ולעקוב אחר השגתם.

גירעון בבית חולים ציבורי - משבר הדסה

במערכת הבריאות פועלים מספר בתי חולים ציבוריים שאינם כבעלות המדינה. הגדולים שבהם הם המרכז הרפואי הדסה והמרכז הרפואי שערי צדק בירושלים. בתי החולים הציבוריים כפופים לרגולציה של המדינה בהיבט הרפואי, ולכן הם מחויבים בין היתר להפעיל חדר מיון, לקיים הסכמי שכר קיבוציים ולפעול בכפוף למחירים שקובעת המדינה. אולם בניגוד לבתי החולים הממשלתיים, הם אינם זכאים לסיוע קבוע מהמדינה; תזרים המזומנים שלהם הוא באחריותם, עליהם לגייס אשראי מהבנקים המסחריים ויכולתם לשאת בהוצאות שונות מותנית בהשגת מקורות הכנסה מספיקים. כתוצאה מכך נוצר מצב שבו בתי החולים הציבוריים פועלים באותה סביבה עסקית-רפואית שבה פועלים בתי החולים הממשלתיים, אם כי בסביבה כלכלית-תחרותית שונה בתכלית. משרד הבריאות מפעיל מערך פיקוח ובקרה על הפעילות הרפואית של כלל בתי החולים בארץ, לרבות על פעילותם של בתי החולים הציבוריים.

ההסתדרות המדיצינית הדסה, הכוללת את בית החולים הדסה עין כרם ואת בית החולים הדסה הר הצופים (להלן - המרכז הרפואי הדסה או המרכז הרפואי), הוקמה על ידי הדסה, ארגון נשים ציוניות באמריקה (להלן - ארגון נשות הדסה). המרכז הרפואי הדסה מאוגד כחברה לתועלת הציבור (להלן - חל"צ)¹²⁶. חברי החל"צ הם ארגון סיוע רפואי של הדסה ובעלי תפקידים בארגון נשות הדסה. ארגון נשות הדסה הוא גם הבעלים של המרכז הרפואי הדסה וגם מי שמחזיק בזכויות ההחלטה במרכז הרפואי באמצעות הרוב שלו בדירקטוריון. כמו כן שמורה לארגון זכות הוטו על כל החלטות הדירקטוריון¹²⁷.

למעלה מ-50% מהכנסות המרכז הרפואי הדסה נובעים ממתן שירותים רפואיים שמקורם בקופות החולים. קופות החולים מממנות, במסגרת שירותי בריאות נוספים (להלן - שב"ן), שירותי רפואה פרטית (להלן - ש"פ) במרכז הרפואי. נוסף על כך, המדינה משתתפת בהוצאות נקודתיות של המרכז הרפואי הדסה כגון בניית מגדל האשפוז החדש שעלה כ-360 מיליון דולר, שכ-180 מיליון ש"ח מתוכם¹²⁸ הם ממימון המדינה.

מתחילת שנת 2014 נמצא המרכז הרפואי הדסה בהקפאת הליכים בעקבות משבר תקציבי שאליו נקלע - גירעון נצבר של כ-1.3 מיליארד ש"ח¹²⁹. מהדוחות הכספיים של המרכז הרפואי הדסה לשנת 2012 עולה כי הגירעון המצטבר עמד על 1.1 מיליארד ש"ח. נוסף על כך עולה מהביאורים לדוחות כי בית החולים נמצא במשבר כלכלי.

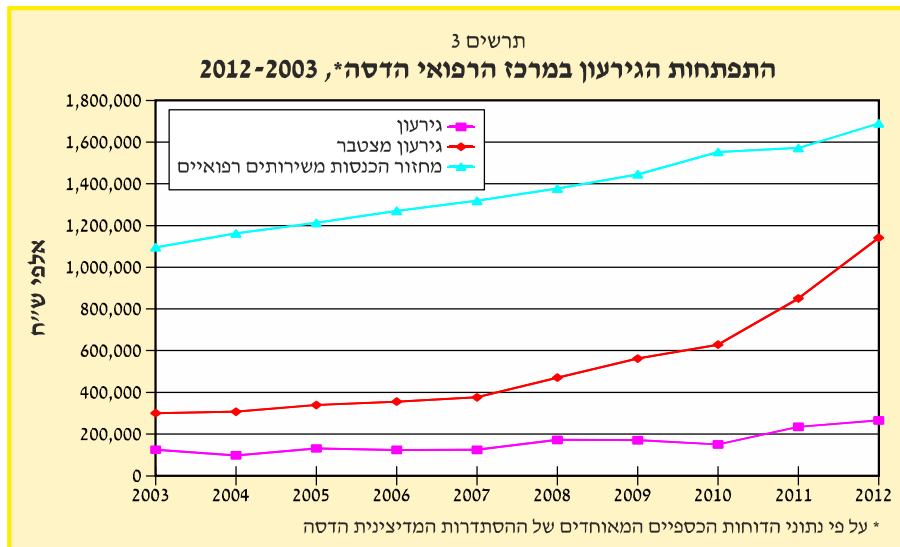
126 חל"צ היא חברה שבתקנונה נקבעו מטרות ציבוריות בלבד, וכן איסור על חלוקת רווחים או חלוקה אחרת לבעלי מניותיה. חוק החברות, התשס"ז-2007, פרק ראשון א': חברה לתועלת הציבור, סימן א' חברה לתועלת הציבור - הוראות כלליות סעיף 345 א. (א).

127 ראו גם "המלצות דוח הצוות לבחינת משבר הדסה", אפריל 2014.

128 הסיוע ניתן לאחר שתרומות שהובטחו להדסה לא הגיעו עקב המשבר הכלכלי העולמי, שהחל בשנת 2008.

129 המרכז הרפואי הדסה כולל בית חולים אוניברסיטאי שלישוני (בית חולים עם כלל תחומי המומחיות) בעין כרם ובית חולים קהילתי בהר הצופים. במרכז הרפואי למעלה מ-1,000 מיטות אשפוז, 36 חדרי ניתוח, תשע יחידות לטיפול נמרץ ולמעלה מ-120 מרפאות חוץ. מדי שנה בשנה מטופלים במרכז הרפואי הדסה כמיליון איש. ערכי מחזור הפעילות השנתי של המרכז הרפואי קרובים לשני מיליארד ש"ח.

תרשים 3 מציג את התפתחות גירעון הדסה החל משנת 2003 (באלפי ש"ח):



החל משנת 2003 ישנה עלייה עקבית בגירעון המצטבר של המרכז הרפואי, שהגיע בסוף שנת 2012 לכ-67% מהמחזור.

לפי כללי רשות התאגידים, כאשר נמצאו ליקויים בהתנהלות עמותה המצדיקים הפעלת סמכויות של הרשם, ובשים לב לנסיבות העניין ולמהות הליקויים, ישקול רשם העמותות מתן הזדמנות לעמותה לתקן את הליקויים כתנאי למתן אישור ניהול תקין¹³⁰. רשות התאגידים מגדירה כאחד מהליקויים הללו, מצב של גירעון מצטבר מפעילות שוטפת של עמותה המסכן את המשך תפקודה. על פי רשות התאגידים, במקרה שהגירעון המצטבר עולה על 50% מהמחזור הכספי, בנסיבות מסוימות תידרש העמותה, לאחר בחינת הסיבות לגירעון, להתחייב לעמידה בתכנית כלכלית להקטנת הגירעון ולהגשת מאזני בוחן ומסמכים נוספים לצורך בחינת עמידתה בהתחייבות¹³¹.

בסוף שנת 2010 עמד הגירעון של הדסה על 629 מיליון ש"ח. בספטמבר 2011 הוציאה רשות התאגידים למרכז הרפואי אישור על ניהול תקין לשנת 2012. בנובמבר 2012 שוב שלחה רשות התאגידים למרכז הרפואי אישור ניהול תקין לשנת 2013, בצירוף מכתב שבו היא ביקשה מהמרכז הרפואי לתת הסברים לגירעון המצטבר הגבוה ולגירעון השוטף בסך 235 מיליון ש"ח, ולפרט את הצעדים שהוא נוקט לצמצום גירעון זה. בינואר 2013 פירט סמנכ"ל הכספים של המרכז הרפואי לרשות התאגידים סיבות לגידול בגירעון ועדכן כי ההנהלה נערכת ליישם תכנית הבראה. במרץ 2013 דיווחה רשות התאגידים לחשב משרד הבריאות במכתב על גירעון במרכז הרפואי הדסה. בינואר 2014 פנה נציג החשב הכללי לרשות התאגידים והסביר שמתנהלים מגעים מתקדמים לחתימה על הסכם הבראה, ולכן הם מבקשים להימנע ממצב של הפסקת אישור ניהול תקין להדסה. במהלך שנת 2014 ניהלו משרדי הבריאות והאוצר מגעים מתקדמים עם המרכז הרפואי הדסה

130 במסגרת אישור ניהול תקין רשם התאגידים נותן אישור כי החברה מקיימת את דרישות חוק החברות (תיקון מספר 6), התשס"ז-2007 בכל הנוגע להגשת דוחות, הודעות ופרוטוקולים.
131 אתר האינטרנט של רשות התאגידים, "ניהול תקין של עמותות".

במטרה לחתום על הסכם הבראה. רשות התאגידיים ידעה כי מתנהלים מגעים ולכן הוציאה למרכז הרפואי אישור על ניהול תקין לשנת 2014.

בתחילת יולי 2014 אישרה ועדת הכספים של הכנסת, בהתאם להסכם ההבראה שגובש ואושר בידי בית המשפט, סיוע שבע-שנתי למרכז הרפואי הדסה. לדברי החשבת הכללית הסיוע יינתן באמצעות תמיכות ייחודיות, כגון מתן הלוואות, הנזלת נכסים ומענקים חד פעמיים, מימון צמצום משרות, חיזוק ייעודה לביטוח אחריות מקצועית וחיזוק תשתיות; כל זאת בסכום של כ- 1.4 מיליארד ש"ח לתקופה של שבע שנים.

החשבת הכללית במשרד האוצר הסבירה בתשובתה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2014 כי ביטול אישור ניהול תקין לבית החולים היה גורם ל"כדור שלג", שהיה מונע מהממשלה אפשרות להעביר כספי תמיכה וסיוע לבית החולים, שכן אין באפשרות הממשלה להעביר כספים לגוף שאינו מחזיק באישור על ניהול תקין. מצב כזה עלול היה אף להוביל לסגירת קווי אשראי מהמערכת הבנקאית ולעצירה מוחלטת של אספקה רפואית לבית החולים מצד ספקיה השונים. השלכות צעדים אלו יכולות היו להיות הרסניות לבית החולים וליכולתו לספק שירותי בריאות. הפנייה של החשכ"ל לרשות התאגידיים נעשתה מתוך ידיעה ברורה, כבר אז, שהמדינה תהיה צד משמעותי בתכנית ההבראה המתגבשת של בית החולים, ומתוך רצון לשמור על יציבות בית החולים ולמנוע הידרדרות נוספת.

הפיקוח על הפעלת השר"פ בהדסה

בשנת 2012 העיר משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות כי הוא אינו מפקח כיאות על הפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים, וכי יש חשש שניתוחים פשוטים מבוצעים במסגרת השר"פ על ידי רופאים מומחים בכירים שזמנם יקר¹³², דבר העלול להוות פגיעה בשירות של המערכת הציבורית. משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה כי הוא יפעל לבצע בקרה על פעילות שר"פ בבתי החולים שבהם הוא מופעל, וכי הוא מתכוון להפיץ בתחילת שנת 2013 נהלים להפעלת שר"פ.

הסכם ההבראה של הדסה ממאי 2014 כולל כללי פעולה חדשים בנוגע להפעלת השר"פ.

מהביקורת עלה כי עד יולי 2014 לא הפיץ משרד הבריאות נהלים להפעלת השר"פ, שימנעו פגיעה בשירות הרפואי במערכת הציבורית.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי עליו להאיץ את הפעולות לגיבוש הנהלים שבהם יינתנו הוראות והנחיות הן באשר להיבטים הרפואיים של הפעלת השר"פ והן באשר להיבטים הכלכליים והכמותיים אשר להם השפעה על איתנות בתי החולים המפעילים שר"פ. כמו כן על משרד הבריאות למסד ולהפעיל מערך בקרה ופיקוח על יישומם של נהלים אלה במוסדות שבהם פועל שר"פ.



132 מבקר המדינה, דוח שנתי 63ג (2013), בנושא "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמ' 601.

משבר הדסה מצביע על הכשל הטמון באי-יכולתו של משרד הבריאות לפקח על היבטים ניהוליים וכספיים של מוסדות רפואיים מסוימים שנותנים שירות לציבור והנשענים, בין השאר, על מקורות כספיים ציבוריים. המגמה שהסתמנה החל משנת 2003 של גידול חד בגירעון הכספי המצטבר של הדסה, לרבות גידול בשיעור הגירעון ביחס למחזור הכספי, הייתה צריכה להיות תמרור אזהרה שיגרום הן למשרד הבריאות והן למשרד האוצר להיכנס לעובי הקורה, ולפתוח במהלך של מעקב, בקרה ופיקוח הדוקים על ההתנהלות במרכז הרפואי. אולם היות שמדובר בגוף שאינו מפקח על ידי משרד הבריאות, בקרה זו נמנעה, ורק בדיעבד, כשהמרכז הרפואי נקלע למשבר, משרדי הבריאות והאוצר התערבו בו.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר ייצרו כלים שיאפשרו להם לעקוב מקרוב אחר אופן ניהולם של המרכזים הרפואיים הכלליים-ציבוריים, תוך קבלת נתונים כספיים ותקציביים ואף נתונים על תפוקות ופעולות של גופים אלה.

היעדר תכנון לאומי של מערכת הבריאות - יחסי מערכת האשפוז והקהילה

תכנון לאומי ראוי לשמו אמור להתייחס למכלול המרכיבים המשפיעים על מערכת הבריאות, ועליו להתבצע בראייה כוללת ומערכתית. במערכת הבריאות פועלים גורמים רבים כמו קופות חולים, בתי חולים כלליים-ממשלתיים ובתי חולים פרטיים וציבוריים, בתי חולים פסיכיאטריים וגריאטריים ונותני שירותים שונים¹³³, ולכל אחד מהם אינטרס אחר. רק לאחר תכנון לאומי של מערכת הבריאות ניתן יהיה לקבוע יעדים ומטרות ובהתאם להם לבנות תקציב שיאפשר חיסכון בעלויות וייעל את עבודתם של כלל הגורמים.

משרד הבריאות קבע בשנת 2010 יעדים אסטרטגיים לפיתוח מערכת הבריאות ("עמודי האש")¹³⁴. להלן דוגמאות למצבים המעידים על חוסר תכנון לאומי:

שירותים דומים בבתי חולים סמוכים: בתי חולים הממוקמים במרחק גאוגרפי קצר יחסית זה מזה נותנים לציבור שירותים זהים, כגון הפרייה חוץ גופית, השתלות - לדוגמה מחלקת השתלות הקיימת בבתי החולים איכילוב, שיבא ובילינסון הסמוכים זה לזה - ועוד. במערכת כזו חשוב לקיים איזון בין המספר הראוי של ספקי השירות לבין העלות הכרוכה בהקמת השירות ובאחזקתו. תכנון לאומי של מערכת הבריאות יגרום לתקצוב נכון יותר ולייעול המערכת בכללותה.

משרד מבקר המדינה חוזר על הערתו משנת 2013 כי משרדי הבריאות והאוצר לא ביצעו פעולות למניעת כפל תשתיות בין בתי החולים במערכת הבריאות¹³⁵, ורואה את אי ביצוע הפעולות בחומרה.

133 רופאי שיניים, מד"א וכו'.

134 חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות; צמצום אי השוויון; קידום תחום בריאות הציבור; הבטחת איכות הרפואה ושירותי הבריאות בישראל; התאמת תשתיות שירותי הרפואה למגמות והתפתחויות עתידיות; שיפור תפקוד ורמת השירות של המשרד וחיזוק מעמדו כגורם יוזם ומוביל; הפרדה מבנית בין שלושת תפקידי משרד הבריאות.

135 מבקר המדינה, דוח שנתי 2013 (2013), בנושא "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 767.

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2014 כי בעבר הפיקוח על הפעלת שירותים במערכת הבריאות בכלל ועל האשפוז בפרט בוצעו על פי שיקולים מקומיים. כיום משרד הבריאות עוקב אחר נושא השירותים הדומים הניתנים בבתי חולים סמוכים ואינו מאפשר פתיחת שירותים שאין בהם צורך.

שירותים בקהילה מול שירותים בבתי החולים: כחלק ממגמה עולמית בשנים האחרונות מעודד משרד הבריאות את קופות החולים לפתח שירותי בריאות בקהילה. קופות החולים יכולות לספק טיפולים אמבולטוריים¹³⁶ רבים במסגרת הקהילה ובעלויות נמוכות מהעלויות שאותן הן משלמות לבתי החולים. כמו כן בבתי החולים חשוף המטופל לזיהומים שונים¹³⁷, ואילו טיפול בבית, במסגרת המשפחתית, תורם להבראת החולה. מסיבות אלה ואחרות מוסכם על הגורמים המקצועיים כי טיפול באיכות זהה שניתן בקהילה עדיף על השהייה בבית החולים. אולם מנגד - פיתוח שירותי הקהילה לטיפולים אמבולטוריים שבהם עוסקים גם בתי החולים, מהווה ככל תשתיות.

הועלה כי תהליך הקמת התשתיות אינו מתואם, והוא נעשה בין היתר משיקולי עלות נקודתיים של גוף זה או אחר, וללא בדיקה של צורכי הבריאות הלאומיים.

אמנם חלק מהכפילות בתשתיות היא בלתי נמנעת, משום שבתי החולים מחויבים לקיים שירותים מסוימים לטובת המאושפזים, וגם המבטחים מעוניינים לקיים שירותים נגישים וזמינים בקהילה. אולם נוצר כפל תשתיות שמוביל לאי-ניצול מלוא הפוטנציאל של התשתיות הקיימות.

בתגובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2014 כתב משרד הבריאות כי יש לשאוף לצמצום כפילות מיותרת ב"מקומות/שירותים מסוימים" באמצעות בחינה מחודשת של מערך התמריצים.

בתשובתה למשרד מבקר המדינה כתבה מאוחדת כי בישראל יש עודף היצע של חלק ניכר משירותי בתי החולים. אף על פי כן ממשיך משרד הבריאות לקבוע חובת רכש גבוהה מהנדרש מתוך שיקולים של הגנה על בתי חולים ותוך התעלמות משיקולים של יעילות וחסכון, שעליהם ממונה המשרד.

תוספת מיטות ניכרת מעבר לרישיון בתי החולים: בכל בתי החולים משמשות לאשפוז מיטות בכמות שהיא מעבר לרישיון ההפעלה. גם תוספת המיטות והשירותים נעשית ללא כל תכנון לאומי, והיא בבחינת קביעת עובדות בשטח. תוספת זו ממומנת ממכירת שירותים לקופות חולים ומחריפה על כן את הגירעון שלהן. כמו כן תוספת של מיטות ושירותים ללא תכנון מגבירה את המחסור במשאב כוח האדם הרפואי והסיעודי.

הסכמי רכש בין בתי החולים לקופות החולים, היוצרים נזקים לטווח ארוך: התשלום של הקופות לבתי החולים הוא מרכיב ההוצאה הגדול ביותר שלהן. על רכש שירותי אשפוז ושירותים רפואיים אמבולטוריים¹³⁸ המתקיים בין קופות החולים לבתי החולים, חלים כמה כללים רגולטוריים, כגון קביעת יעד הכנסות לבתי החולים, תקרות צריכה

136 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים.
 137 בעניין זה ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2012, 63 (2012), בנושא "ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה", עמ' 671.
 138 שירותים הניתנים בשירות חוץ-אשפוזי, בעיקר במרפאות החוץ של בתי החולים.

(קאפ) ¹³⁹ ועוד. כל קופה חותמת עם חלק ניכר מבתי החולים הסכם גלובלי¹⁴⁰ שתוקפו שלוש שנים. להלן דוגמאות לנוקמים הנרבעים משיטת ההתחשבנות הזו:

פיתוח שירותים בקהילה: בשנים 2011-2012 קבע המשרד לקופות החולים כי תחול עליהן חובת מינימום לרכש מבתי החולים בשנה מסוימת, שתעמוד על 95% מהרכש של השנה הקודמת. התוצאה הנגזרת ממהלך זה היא חוסר יכולת של קופה המעוניינת לפתח שירותים בקהילה לעשות זאת. כך למשל קופה שרכשה שירותי דיאליזה בבית חולים מסוים מתקשה לפתח מכוני דיאליזה בקהילה, כיוון שהיא חייבת במינימום רכש באותו בית חולים.

"ייבוש בתי חולים" לקראת הסכם רכש: משרד מבקר המדינה כבר העיר שלעיתים תקרות הצריכה וההסכמים הגלובליים כמו גם היעדר הסכמים בין הצדדים, גרמו לקופות החולים, ובעיקר לכללית, להסיט מבטוחים מבית חולים אחד למשנהו, ובכך פגעו במבטוחים הנוקמים לבתי חולים באזור מגוריהם. הדבר גם עלול לפגוע בבתי חולים שהקופה לא מפנה אליהם חולים בכמות מספקת, בעיקר בתי חולים בפריפריה, שכן רופאים המעוניינים בהתמחות מקצועית עלולים לעזוב אותם ולעבור למרכז הארץ. הסטת חולים אף מקטינה את הכנסות בית החולים שממנו מוסטת הפעילות. במקרה כזה הנוק למדינה הוא כפול: מצד אחד - גירעון בית החולים שממנו מוסטת הפעילות עלול לגדול, ועל כן יהיה על המדינה להגדיל לו את הסובסידיה; מהצד האחר - הקופה עלולה לחרוג מתקרת הצריכה בבית החולים שאליה מוסטת הפעילות, ואז היא משלמת לבית החולים מחיר נמוך מאוד עבור השירותים שמעל תקרת הצריכה, ולעתים אף אינה משלמת כלל¹⁴¹. בשנת 2014 נהגה כך הכללית מול המרכז הרפואי לגליל (בית החולים נהרייה); בשנת 2008 - מול המרכז הרפואי שיבא וכן המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון בחולון; ובשנת 2004 - מול המרכז הרפואי זיו בצפת.

חשבות משרד הבריאות, המרכז הרפואי אסף הרופא והמרכז הרפואי שיבא טענו בתשובותיהם כי כל קופות החולים מסיטות חולים מהמרכזים הרפואיים. הכללית טענה כי נתוני הרכש שלה מצביעים אחרת וכי הביקורת המופנית כלפיה אינה מוצדקת.

משרד מבקר המדינה מעיר לכללית כי הסטת החולים סוקרה בהרחבה באמצעי התקשורת ואף הצריכה את התערבות משרד הבריאות.

חיוכים מבתי חולים: מכבי בתשובתה טענה לחיובים שגויים מצד בתי החולים בסכומים של מיליוני שקלים מדי שנה בשנה. משרד הבריאות הורה לקופות לשלם באופן אוטומטי 95% מכל חשבונית שגויה, ורק אחר כך להתווכח על העלות הנקובה בחשבונית, כולה או חלקה¹⁴². לדעת הקופות, בדרך זו של "משלמים ורק אחר כך מתווכחים", אין תמריץ לבתי החולים לשפר את מערכת ניהול החשבונות והחיובים שלהם. נוכח העיסוק בכספי ציבור עולה חשש כי שיטה זו של "חיוב שגוי" עלולה לגרום לאי-סדרים מהותי ולבזבוז משאבים שגם כך ניכר בהם חסר עמוק.

139 היקפי רכש כספיים שעד אליהם משלמות הקופות מחיר מלא, ותמורת צריכה החורגת מהתקרה הן משלמות מחירים מופחתים.

140 להסכמים הגלובליים יתרונו אחדים. לבתי החולים: צמצום אי-הוודאות בעניין השגת יעד הכנסותיהם, הבטחת תזרים מזומנים קבוע, אפשרות תכנון לטווח הארוך משנה ואפשרות לקבוע מחירים שיכסו את העלויות. לקופות: צמצום אי-הוודאות לגבי חלק ניכר מהוצאותיהן, חיסכון בעלויות ואפשרות תכנון של פעולות לטווח הארוך משנה.

141 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2010 ב (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבטוחים", עמ' 523.

142 ההוראה ניתנה במסגרת הסכמי הייצוב שהמשרד חותם עם קופות החולים.

ביוני 2014 פרסמה ועדת גרמן את מסקנותיה. בין השאר ממליצה הוועדה להרחיב את הסדרי הבחירה הקיימים כיום בין בתי החולים באופן כזה שיאפשרו לכל מבוסס לקבל כל שירות בשלושה בתי חולים לפחות.

כיום אין תכנון לאומי לגבי חלוקת הפעילות הרפואית בין בתי החולים ובין הקהילה, ולכן אי-אפשר לקבוע תקציב יעיל למערכת הבריאות.

אין מניעה כי פעולות שאפשר לעשותן בקהילה ייעשו גם במסגרת בית החולים ולהיפך, אולם לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יערוך עבודת מטה שתקבע כיצד על מערכת הבריאות בישראל להיראות בטווח הארוך. במסגרת עבודת המטה על המשרד לבחון את היקף התשתיות הקיים לעומת היקף התשתיות הנדרש. יש לבחון את האמור גם בהקשר של מיקום הפעילויות, בהתחשב ברצף הטיפולי¹⁴³ בחולים¹⁴⁴. כמו כן יש לבחון את הסדרי ההתחשבות בין קופות החולים ובין בתי החולים לשם השגת יעילות בהקצאת המשאבים ובחלוקתם ביניהם. על המשרד להתחשב במסקנות ועדת גרמן, להוביל מהלך שיתיר חסמים ולנהל מדיניות רפואית ותקציבית בהתאם למסקנות עבודת המטה.

תכלול נושאים תקציביים במשרד הבריאות: ההוצאה הלאומית לבריאות מסתכמת בכ-73.8 מיליארד ש"ח. במשרד הבריאות מתקיימת התעסקות יומיומית מורכבת ביותר בנושאי כלכלה וכספים, אשר לה נדרשים שר הבריאות ומנכ"ל משרד הבריאות (בדרך כלל רופא שאינו בעל רקע כלכלי חשוב), אשר חולשים למעשה על נתח ההוצאה הלאומית הגבוה ביותר לצד תקציב מערכת הביטחון.

העיסוק היומיומי בנושא ההוצאה הלאומית בתחום הבריאות כולל בין השאר קריאה וניתוח של הדוחות הכספיים של ארבע קופות החולים, של כל התאגידים וחברות הבנות של קופות החולים, של בתי החולים ושל תאגידי הבריאות שלידם.

במשרד הבריאות מכהנים כיום כמה בעלי תפקידים בכירים בדרג סמנכ"לים וראשי מינהלים, שפעילותם רלוונטית להוצאה לאומית זו על היקפיה: (א) סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור; (ב) סמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים (סמנכ"ל קופו"ח); (ג) חשב משרד הבריאות (נציג משרד האוצר); (ד) ראש מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. סמנכ"ל התקציבים אחראי להכנת תקציב משרד הבריאות (ואינו שותף בעניין תקציבי קופות החולים); לסמנכ"ל קופו"ח השפעה משמעותית על הפעילות התקציבית והכספית של הקופות; ראש המינהל אחראי לחישובי ההשלמות לסל הבריאות בסך כ-17 מיליארד ש"ח; חשב המשרד מפקח מטעם משרד האוצר על ביצוע התקציב. נוסף על כך מונתה באוגוסט 2014 גם מנכ"לית לרשות בתי החולים הממשלתיים.

בתגובתה למשרד מבקר המדינה מינואר 2015 כתבה הסמנכ"לית לקופו"ח כי היות ובמערכת הבריאות קיימים גורמים רבים בעלי אינטרסים מנוגדים, חשוב מאוד ששר הבריאות יהיה חשוף באופן בלתי אמצעי לנקודות השקפה שונות, שכל אחת מהן מבטאת מגזר בריאות שונה. לדבריה, המחשבה שיהיה גורם כלכלי אחד שיהיה מסוגל לשקף את האינטרס הכלל-מערכתי לא הגיונית או ריאלית.

143 האפשרות של חולה שהחל לקבל טיפול בבית חולים מסוים להמשיך לקבל את הטיפולים הנוגעים למחלתו באותו בית חולים.

144 ראו גם כנס ים המלח ה-14 (דצמבר 2013) המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, בפרק "חלוקת האחריות בין הקהילה ובתי החולים", עמ' 106.

משרד מבקר המדינה מעיר כי למרות מורכבות מערכת הבריאות והיקפה העצום אין במשרד הבריאות גורם אחד המתכלל את עבודת בעלי תפקידים. מומלץ למשרד הבריאות לרכז את כלל ההיבטים התקציביים אצל גורם אחד, שיוכל לסייע לשר הבריאות ולמנכ"ל משרד הבריאות בקבלת החלטות בסוגיות מרכזיות, כגון אשפוז, קהילה (קופו"ח) וסוגיות מקרו-כלכליות אחרות.

סיכום

ההוצאה הלאומית לבריאות הסתכמה בשנת 2012 בכ-73.8 מיליארד ש"ח. תקציב משרד הבריאות, בסך יותר מ-30 מיליארד ש"ח, הוא השלישי בגודלו מתקציבי כל משרדי הממשלה. התקציב ותכניות העבודה של היחידות השונות במשרד הבריאות אמורים לשקף את יעדי משרד הבריאות ואת סדר העדיפויות שלו בחלוקת המשאבים העומדים לרשותו. הדיווח על ביצוע התקציב אמור לשקף לא רק את ההוצאות הכספיות, אלא בעיקר את אופן השגתם של היעדים האלה ואת תוצאות הפעולות שמומנו מכספי התקציב.

דוח זה מצביע על ליקויים רבים הנוגעים לניהול תקציב מערכת הבריאות, אשר מקורם הן בהתנהלות של משרד הבריאות והן בהתנהלות משרד האוצר. משרד מבקר המדינה רואה בחומרה את אי תיקון ליקויים מדוחות קודמים. חלק מהליקויים שעלו בדוח זה בנוגע למשרד האוצר אמנם מתייחסים לתקציב משרד הבריאות, אולם ליקויים אלה הם טיפוסיים לאופן שבו מנהל תקציב המדינה. כדי לתקנם יש להפוך את התקציב לשקוף, יעיל ומתוכנן.

נוכח הממצאים החמורים שעלו בדוח זה והמשבר התקציבי העמוק והמתמשך בשנים האחרונות בכלל מערכת הבריאות, שהוביל אותה לסף קריסה, נדרש טיפול שורש לחיסול הגירעון המובנה בתקציב הבריאות, כך שיובטח חוסנם הכלכלי של בתי החולים ושל קופות החולים שהם נדבך מרכזי במערכת הבריאות. כל זאת כדי שהציבור כולו יזכה לשירות רפואי הולם וזמין. לאחר מועד סיום הביקורת נעשו כמה שינויים בתשתית תקצוב מערכת הבריאות. משרד מבקר המדינה רואה בחיוב את הצעדים שכבר ננקטו. עם זאת, על משרד הבריאות ומשרד האוצר להוסיף ולבחון האם המענה התקציבי שניתן עד כה למשבר התקציבי הנו הולם, בין היתר, באמצעות בחינה של צורכי מערכת הבריאות אל מול מקורות המימון שלה (הן המקורות החיצוניים והן אלה הנובעים מהתייעלות פנימית). על הממשלה בכלל ושרי הבריאות והאוצר בפרט להמשיך ולעמוד על הסיבות להיווצרות הגירעון המובנה במערכת הבריאות, להצביע על הדרכים לצמצמו ככל הניתן ולמנוע המשך השחיקה בהוצאה הציבורית לבריאות. כמו כן על המשרד לערוך עבודת מטה לצורך קביעת מדיניות תכנון ארוכת טווח, שתבטיח שכל ספקי השירות בתחום הבריאות יעניקו לציבור שירות איכותי, זמין ונגיש. ראוי גם שעבודת המטה תתחשב בהמלצות ועדת גרמן ושתוצאותיה יובאו לאישור הממשלה.

על ראש הממשלה ועל שר הבריאות לעקוב באופן צמוד ועקבי אחר התקדמות הפעולות לשיקום תקציב הבריאות עד להיחלצות מהמשבר.