

14/10/2026

ג' חשוון תשפ"ז

נייר עמדה ארצי

תיקון מבחנים של משרד הבריאות לתמיכה בהוצאות הניתוחים של קופות החולים המבצעות תכנית להסטת פעילות ממימון פרטי למימון ציבורי ולקיצור תורים, התנגדות לטיטת התיקון

ארצי, ארגון הרופאים העצמאיים, המייצג כ-11,000 רופאים עצמאיים בישראל שהם כ-40% מהרופאים הפעילים בישראל, מתנגד לטיטת התיקון. השינוי במבחני התמיכה הוא חלק מתהליך הלאמת הרפואה הפרטית, שפוגע בזכויות המבוטחים והרופאים העצמאיים. הרפואה הפרטית חיונית לקיומה של תחרות וצמיחה במערכת הבריאות, וקיומה לצד הרפואה הציבורית מתחייב גם מזכויות היסוד של המטופלים והרופאים שזכותם לבחור את מסגרת הטיפול ואת מסגרת העיסוק, בהתאמה.

השינוי שיושם בעקבות התיקון

הטיטה מוצגת בדברי ההסבר כ"הבהרה". אולם בנוסח המבחנים עצמם מדובר בשינוי מהותי:

- ההגדרה "ספק ציבורי מורשה" בטלה, והמילה "ציבוריים" נמחקת מסעיף 4(א)(2). תמיכה תשולם על ניתוחים המתבצעים אצל כל ספק מורשה, לרבות מוסד פרטי שבבעלות הקופה המקבלת את התמיכה.
- הגדרת "ספק מורשה" מורחבת: במקום ספק "שמדווח" לאגף המידע, ספק "שנדרש לדווח ומדווח". מוסד שאינו חייב בדיווח ייחשב ספק מורשה גם בלי שידווח כלל.
- המחירון מוקפא: לפעולות שתומחרו מחדש בוועדת המחירים תחושב התמיכה לפי המחיר שלפני התמחר החדש, כשהוא מקודם.

התחולה המבוקשת היא **רטרואקטיבית**, מ-1 בינואר 2026, כעשרה חודשים טרם פרסום הטיטה להערות הציבור. כללי חלוקת תמיכות לפי סעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 אמורים להיות ידועים מראש; שינוי תנאי הזכאות, בדיעבד,



לאחר שהפעילות כבר בוצעה, מרוקן מתוכנו את הליך ההערות שבמסגרתו נמסרת עמדה זו.

פגיעה בזכויות המבוטחים והרופאים ובתחרות

העברת פרוצדורות מהרפואה הציבורית למוסדות רפואיים פרטיים שבבעלות קופות החולים תצמצם את זמינות השירותים הרפואיים הפרטיים, הן למטופלים המעוניינים בהם והן למטופלים הזקוקים להם. חדר ניתוח הוא משאב סופי, כלומר כל שעת פעילות שתוקצה לפעילות ציבורית נגרעת מהזמינות לפעילות פרטית באותו מוסד.

הפגיעה משמעותית במיוחד ביחס לפרוצדורות רפואיות שניתן לבצע רק במסגרת הרפואה הפרטית ואינן ממומנות בסל הבריאות הציבורי.

זכויות שנרכשו ולא ניתן לממש

מטופלים רבים זכאים לשירותי רפואה פרטית מכוח פוליסות שרכשו מחברות הביטוח או במסגרת השב"ן. כ-80% מהציבור מחזיקים ביטוח מעבר לסל הבסיסי, וכ-37% מחזיקים גם שב"ן וגם ביטוח מסחרי. מעל 50% מחזיק פוליסה מסחרית פרטית. מבוטחים שילמו פרמיות במשך שנים מתוך ציפייה לשמירת תנאי השירות וזמינותו. ניתוב מטופלי קופות החולים במסגרת מבחני התמיכה למוסדות רפואיים פרטיים יפגע ביכולת מבוטחי הפוליסות הפרטיות לממש זכות שרכשו ושילמו עליה, ובראשה חופש הבחירה במנתח וכמו כן יאריך את ההמתנה לביצוע פרוצדורות עבורם.

תחרות

התמיכה משולמת לקופות החולים, והקופות הן גם הבעלים או השותפות במוסדות הפרטיים המרכזיים. התיקון יוצר תמריץ כלכלי להפנות פעילות למוסד שבבעלות הקופה, לא מתוך שיקול קליני או שיקול של זמינות, אלא מתוך מבנה התמיכה. אין מדובר בחשש תיאורטי: מחקר מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל משנת 2024, שהוזמן ומומן בחלקו בידי משרד הבריאות, מצא כי בשנות הראשונות של התוכנית חלק ניכר מתקציבה זרם אל בתי חולים פרטיים שבבעלות הקופות וחיזק את מעמדם במערכת.

חופש העיסוק

גישה לחדר ניתוח היא תנאי לעיסוקו של מנתח עצמאי. כאשר המדינה מסבסדת ערוץ פעילות אחד באותו מוסד, היא משנה את תנאי הגישה של כל האחרים, בלי שהדבר נאמר ובלי שנמדד.

תנועת מלקחיים: הסתירה בתקנות הרישוי

זהו לב העניין, ואין מדובר בחשש פרשני. הוא עולה מצירוף שתי הסדרות: תקנות בריאות העם (אמות מידה לאישור הקמה למרפאות) (תיקון), התשפ"ו-2026, שאושרו בוועדת הבריאות של הכנסת ב-12 ביולי 2026, וטיוטת תיקון מבחני התמיכה שלפנינו. שתיהן פועלות לאותו כיוון: הפיכת קיבולת הניתוח הפרטית לתשתית שמשרתת בעיקרה מימון ציבורי, תוך מתן יתרון מובנה לקופות החולים.

- תנאי סף לשיעור מימון ציבורי, 30% בשנה הראשונה, 40% בשנייה ו-55% מהשלישית ואילך (במקום 70% בנוסח המקורי).
- חובת הנחה לקופות, התחייבות להעניק לקופות החולים הנחה מתעריפון המשרד, כתנאי לבחינת הבקשה.
- 50% ממשקל ההחלטה לשיקולים כלכליים (הופחת מ-60%), הנחה לקופות, שיעור מימון ציבורי מעבר לסף, וגובה התשלום למשרד תמורת האישור. איכות, זמינות ופריסה גיאוגרפית, במחצית השנייה.
- אי שוויון בין המתחרים, מרפאת קופה המיועדת למבוטחיה מקבלת אישור הקמה במנגנון יידוע, בלי הליך תחרותי, בלי שקילת אמות המידה, בלי התחייבות לשיעור מימון ציבורי ובלי תשלום. היזם הפרטי מתחרה, מתחייב, נותן הנחות ומשלם; הקופה מודיעה ומקבלת.
- חדרי ניתוח קיימים אינם נכללים בתקנות החדשות.

חלוקת העבודה בין שתי ההסדרות

העובדה שחדרי ניתוח קיימים אינם נכללים בתקנות החדשות אינה מרגיעה, היא משלימה את התמונה. התקנות מכפיפות את הקיבולת הפרטית החדשה למימון ציבורי בשיעור הולך ועולה; תיקון מבחני התמיכה שלפנינו עושה את אותו דבר **לקיבולת הקיימת**, באמצעות תמריץ כספי במקום תנאי רישוי. ביחד, שתי ההסדרות מכסות את מלוא השוק, הקיים והעתיד. זו הסיבה שאין לבחון את הטיוטה הזו במנותק מההסדר שאושר ביולי השנה.



התמונה המצטברת

במסלול הרישוי, מי שמבקש להקים עמדת ניתוח פרטית חייב להתחייב שרובה תשמש מימון ציבורי, להעניק הנחות לקופות ולשלם על האישור. במסלול התמיכה, המדינה משלמת לקופות על רכישת ניתוחים באותן עמדות, שלהן עצמן בעלות בחלקן. במקביל, הקופות מקבלות עמדות חדשות בהודעה. התוצאה אינה הסדרה של הרפואה הפרטית אלא צמצומה המתוכנן, לצד העברת מרכז הכובד לידי גופים שכיום הם גם מבטחים, גם משלמים וגם בעלי חדרי הניתוח.

הסתירה בספירת הקיבולת

אחת מאמות המידה לרישוי חדרי ניתוח, הקבועה בתקנה 3(3), היא היחס בין מספר עמדות הניתוח לנפש. לצורך בחינת יחס זה נזקפות כלל העמדות לקיבולת הרפואה הפרטית – לרבות עמדות שלפי תנאי הסף חייבות להקדיש את רוב פעילותן למימון ציבורי. כך נספרת אותה עמדה פעמיים: כקיבולת רפואה פרטית לעניין הרוויה, וכקיבולת רפואה ציבורית לעניין השימוש בפועל.

ככל שעולה שיעור הפעילות הציבורית בעמדות הקיימות, אמת המידה מאבדת את ההיגיון שלה. החסם שהיא קובעת על הקמת עמדות חדשות נשען במידה גוברת על עמדות שאינן משמשות לטיפול פרטי. לכך מצטרף העובדה שהקביעה מתי קיים צורך בעמדות נוספות נתונה בידי המשרד עצמו.

הסתירה בחובת הדיווח

תקנה 4 מטילה על היזם הפרטי דיווח רבעוני מפורט, כל הניתוחים לפי קודי פעולה, מחירים ואופן המימון, כתנאי סף לעצם הגשת הבקשה. באותה עת, טיוטת מבחני התמיכה מרפה את חובת הדיווח החלה על ספק המקבל כסף ציבורי, ומאפשרת להכיר בספק שאינו מדווח כלל. כלומר, דרישת השקיפות המחמירה ביותר חלה על מי שמבקש רישיון, והמקלה ביותר על מי שמקבל כסף. ללא ספק נדרשת התאמה של אמות המידה ושל חובות הדיווח בשתי האסדרות גם יחד, באופן שיאפשר הקמת מוסדות המיועדים לרפואה פרטית בפועל. אחרת, התוצאה היא הארכת זמני ההמתנה ועליית מחירים ברפואה הפרטית, חמורות במיוחד בפרוצדורות שניתן לבצע רק במסגרת פרטית ובטיפולים שמטופלים זכאים להם מכוח פוליסות ביטוח והשב"ן.

לא הוצגה תשתית עובדתית

החלטה בהיקף הזה חייבת להישען על תשתית עובדתית. במסגרת השינוי לא הוצגו:



- נתונים בדבר היקף השימוש הצפוי במוסדות הרפואיים הפרטיים לצרכים ציבוריים.
- השפעת השינוי על זמינות הפרוצדורות המבוצעות באופן פרטי, לרבות ההארכה הצפויה בזמני ההמתנה לניתוחים.
- נתונים המאפשרים לבחון אם קיימים די מוסדות רפואיים שאינם בבעלות קופות החולים ויוכלו לספק שירותי רפואה פרטית.
- בחינה של ההשפעה על יכולתם של מבוטחי שב"ן וביטוח מסחרי לממש את זכויותיהם.

במקביל, טרם פורסם דוח יישום מלא של התוכנית מאז שיצאה לדרך, סכומי הכסף שהועברו, לאילו ספקים, באיזה תעריף, ומה קרה בפועל לזמני ההמתנה. מדובר באפיק תקציבי משמעותי, כ-1.1 מיליארד ₪ בשנה בשנים 2018–2024, והרחבתו רטרואקטיבית בלי בחינה אינה עומדת באמות המידה המנהליות המקובלות.

גם בדיון ועדת הבריאות עלה הפער הזה. נציגת האגודה לזכויות החולה אמרה כי בדברי ההסבר לתקנות "לא ראיתי מילה אחת שמדברת על קיצור תורים". נציגת ההסתדרות הרפואית אמרה כי לא נשמע קול רופא אחד בגיבוש התקנות, וכי פגיעה ברפואה הפרטית תגרור פגיעה ברפואה הציבורית, שכן מקצועות שאין להם אופק ברפואה הפרטית הופכים למקצועות במצוקה. נציג רשות התחרות מסר כי לא הייתה חובת התייעצות עם הרשות לפי פקודת בריאות העם, כלומר, הסדר המשנה את מבנה התחרות בשוק גובש בלי עמדת רשות התחרות. נציג חטיבת הכספים בקופ"ח כללית טען בדיון כי לקופות "צריכה להיות עדיפות" בחלוקת הרישיונות, אמירה שממחישה בדיוק את החשש שלפנינו.

החלופה והבקשות

ארצי תומכת בקיצור תורים במערכת הציבורית. המחלוקת היא על האמצעי: בעיה בזמינות בבתי חולים ציבוריים נפתרת בחיזוקם, לא במיזוג קיבולת פרטית קיימת אל תוך המערכת הציבורית. לכן, אנו מבקשים:

1. להשיב את ההגדרה "ספק ציבורי מורשה" ואת המילה "ציבוריים" בסעיף 4(א)(2), ולבטל את התחולה הרטרואקטיבית.
2. להימנע מתמיכה על רכש מספק שהקופה מחזיקה בו בבעלות או בשליטה. מבנה שבו המקבל והספק הם אותו גוף מעוות את התמריץ ואת התחרות.

3. להפנות את המשאב לחסם האמיתי, חדרי ניתוח, מיטות ותקני כוח אדם בבתי החולים הציבוריים. תור שנוצר מחוסר תשתית ציבורית אינו נפתר בהעברת תקציב לתשתית פרטית.
4. לנצל את הקהילה והרפואה העצמאית לפעולות שאינן מחייבות אשפוז. כ- 11,000 הרופאים העצמאיים הם תשתית קיימת, פרושה גיאוגרפית, שהתוכנית אינה עושה בה שימוש.
5. להתאים את אמות המידה שבתקנה 3(3), כך שעמדות ניתוח המשמשות בפועל לרפואה ציבורית לא ייזקפו לקיבולת הרפואה הפרטית, ולבחון את תקנות הרישוי ואת מבחני התמיכה כמערכת אחת, ובפרט את תנאי הסף לשיעור המימון הציבורי, את משקלן של אמות המידה הכלכליות, ואת הפער בין הליך תחרותי ליזם פרטי לבין מנגנון יידוע לקופות.
6. לבצע ולפרסם בחינת השפעה על זמינות הרפואה הפרטית ועל מימוש זכויות המבוטחים, לצד דוח יישום של התוכנית עד כה, בטרם הרחבה.
7. לקיים דיון בהשתתפות מייצגי רופאים עצמאיים לפני גיבוש נוסח סופי. ארצי מבקשת להופיע ולהציג את עמדתה בעל-פה.

הסדר שלא מומש

גם ועדת אש, שהמליצה על הגדלת שיעור המימון הציבורי, קבעה (סעיף 9.8 לדוח) כי שיטת התמחור הציבורית מעמיסה על מחיר הפרוצדורה עלויות שאינן שייכות לה, הכשרת כוח אדם, הפעלת מערכי חירום ומחלקה לרפואה דחופה, והמליצה לתקצב עלויות אלה בנפרד ולתמחר את הפרוצדורה לפי עלותה בלבד, כדי ש"תוכל להתנהל תחרות בתנאים שווים בין כלל השחקנים". המלצה זו לא יושמה. היא הייתה מאזנת את מגרש המשחקים בדרך הנכונה, תיקון התמחור הציבורי, במקום הגבלת הצד השני. הרפואה הפרטית והרפואה הציבורית אינן מערכות מתחרות על אותה עוגה בלבד; הן משלימות זו את זו, וקיומן זו לצד זו הוא תנאי לתחרות ולחופש הבחירה. טיוטה המטשטשת את ההבחנה ביניהן, בלי תשתית נתונים ובלי התאמה לדיני הרישוי, פוגעת בשתייהן.

מקורות

- טיוטת תיקון מבחני התמיכה, אתר החקיקה הממשלתי · נוסח המבחנים הקיים.
- תקנות בריאות העם (אמות מידה לאישור הקמה למרפאות), תשע"ז-2017, ותיקון התשפ"ו-2026 שאושר בוועדת הבריאות ב-12.7.2026. הנתונים על השינויים שגובשו בדיון והציטוטים ממנו, לפי הודעת דוברות הוועדה.
- ברמלי-גרינברג ש., בורגר א., פן נ., "השינוי בתמהיל הניתוחים בישראל בעקבות התוכנית לקיצור תורים", מכון מאיר-רס-ג'וינט-ברוקדייל, דמ-24 2024, 029.
- מבקר המדינה, "היבטים במערכת הרפואה הפרטית, מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח".
- מרכז טאוב, פרק מערכת הבריאות, 2023, שיעורי החזקת שב"ן וביטוח מסחרי.
- "משרד הבריאות מקדם: מימון ציבורי גם לניתוחים בבתי"ח הפרטיים", Doctors Only, 4.10.2026.

