

International Workshop:

HOSPITAL BUDGETING

Background of the Israel's Hospital Budgeting

Gabi Bin Nun

Yitzhak Berlovitz

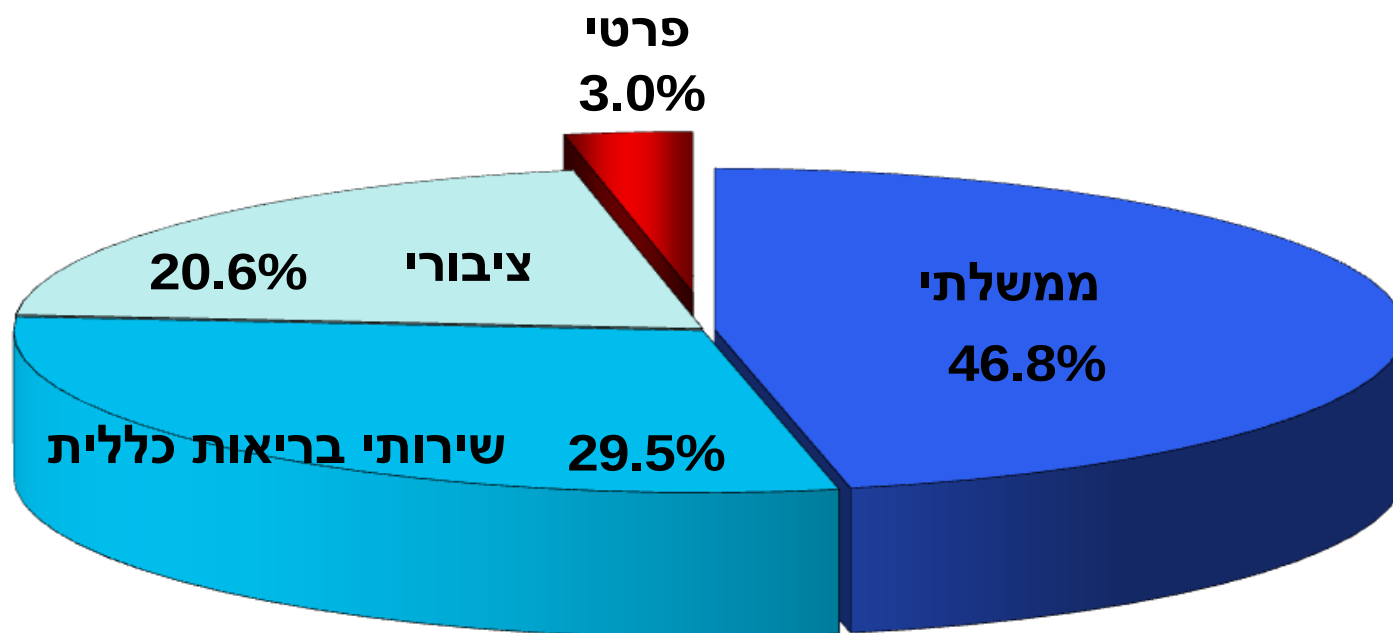
גבי בן נון יצחק ברלוביץ

July 6-7, 2016

בתי החולים הכלליים בישראל - תמונת מצב

- **מועסקים בבתי חולים** - כמחצית מהמועסקים במערכת הבריאות
- **הוצאות בתי חולים** - כרבע מההוצאה הלאומית לבריאות
- **כ-40% מהוצאות קופות החולים**
- **מקורות ההכנסות** - בעיקר 4 קופות חולים
- **דפוסי התחשבנות** - שילוב של מחיר יום אשפוז, תעריפים דיפרנציאליים (PRG), תקרת הכנסה (לכל בית חולים למול כל קופה - CAP), וחוזי רכש גלובאליים על מתן הנחות

תמהיל מיטות האשפוז הכללי לפי בעלות - 2016



סה"כ – 15,497 מיטות אשפוז

אפיון מערך שירותי האשפוז הכללי

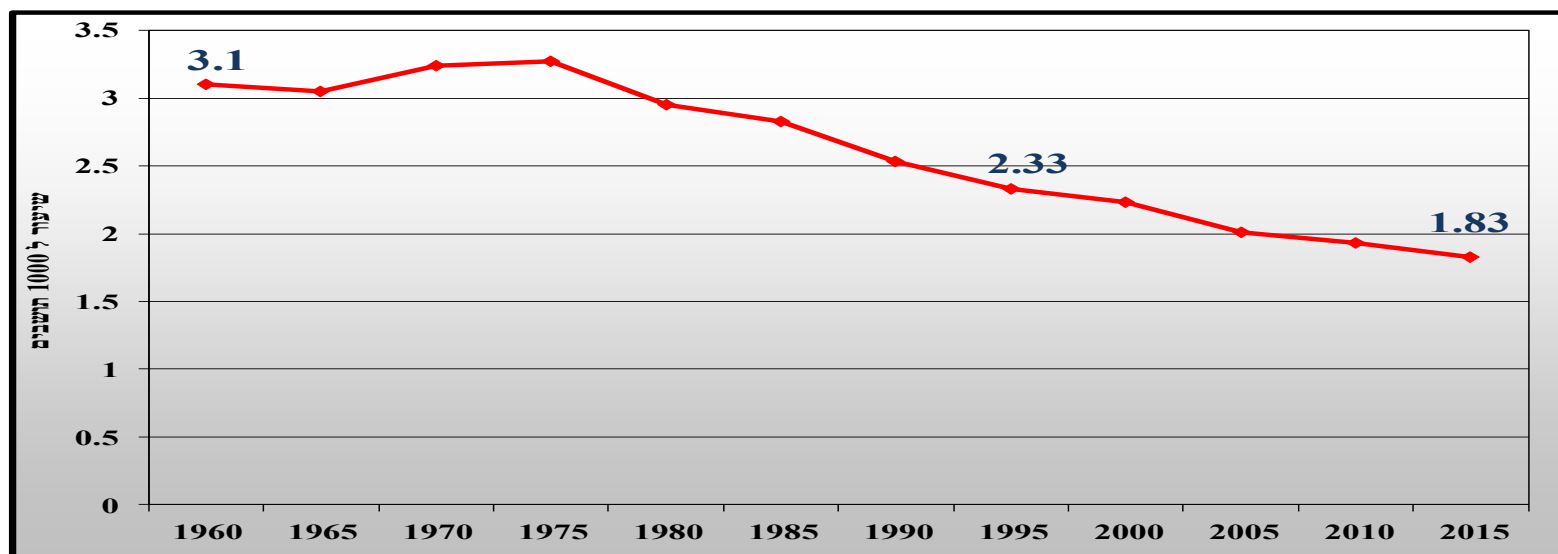
■ 77% ממיטות האשפוז הכללי בישראל מצויות

בבעלות רשתות אשפוז:

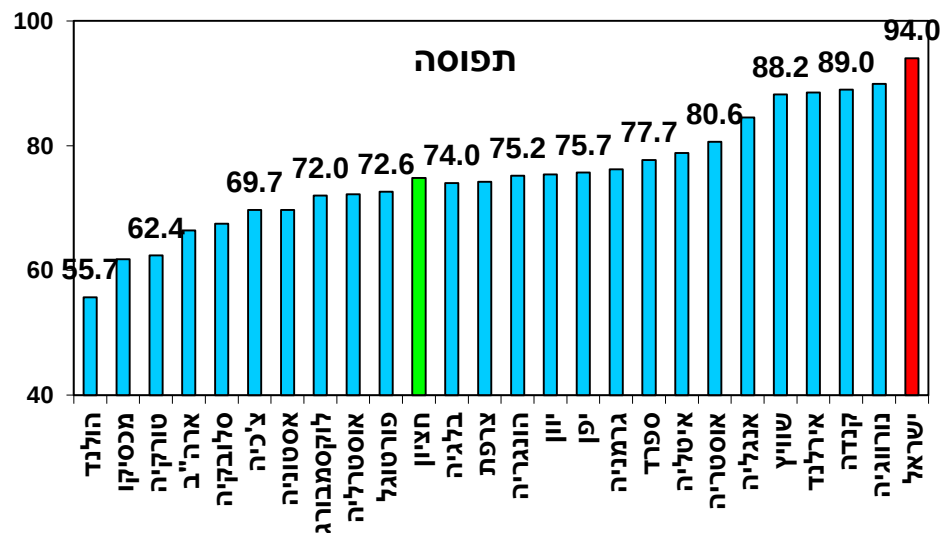
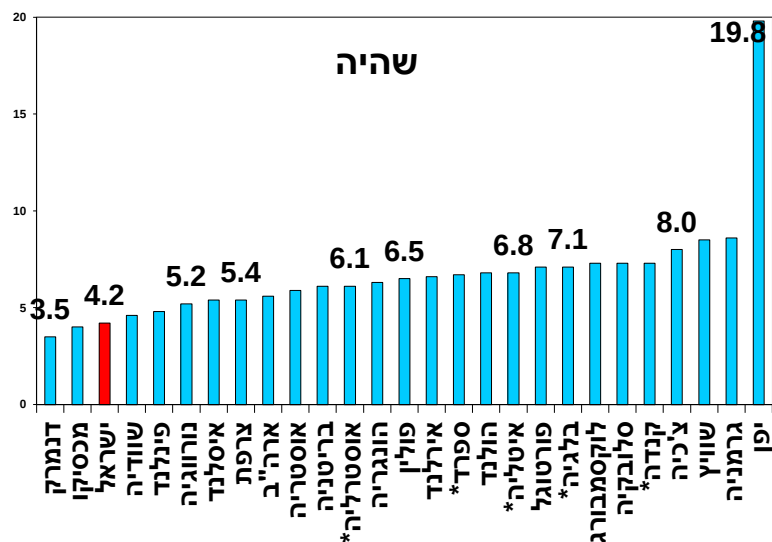
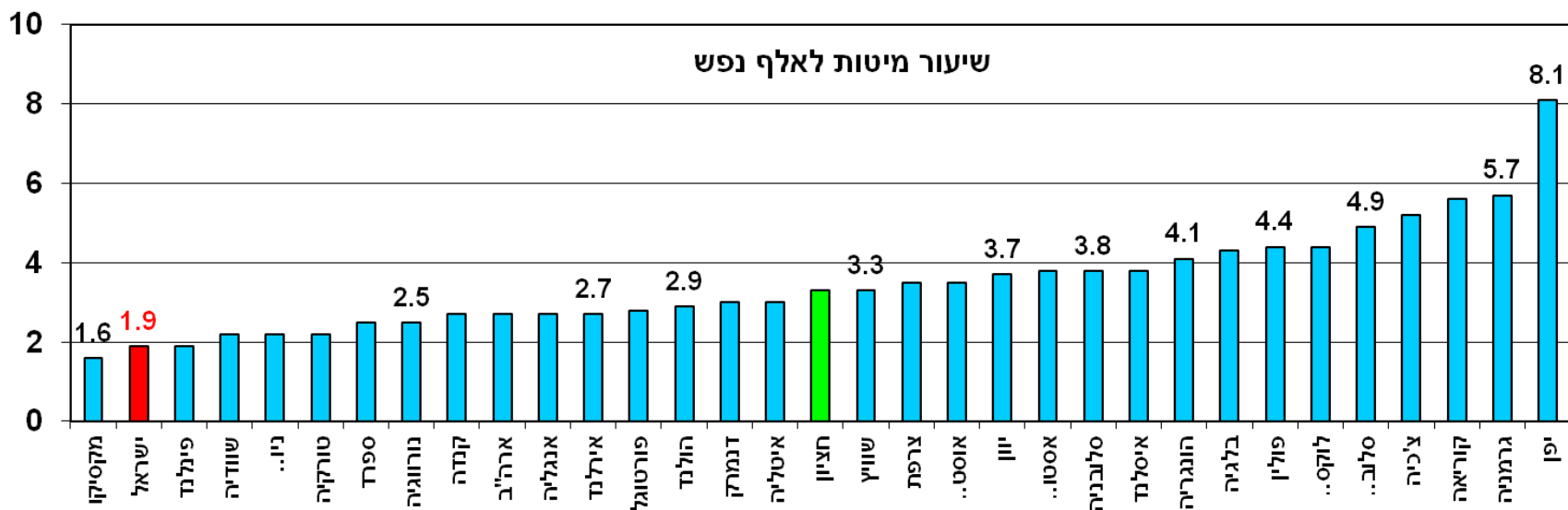
- רשת בתי החולים בבעלות ממשלתית (משרד הבריאות)
- רשת בתי החולים בבעלות שירותי בריאות כללית

■ 97% ממיטות האשפוז הכללי - בבעלות ציבורית

■ שיעור יורד של מיטות אשפוז כללי לאלף נפש



אשפוז כללי – השוואות בינלאומיות



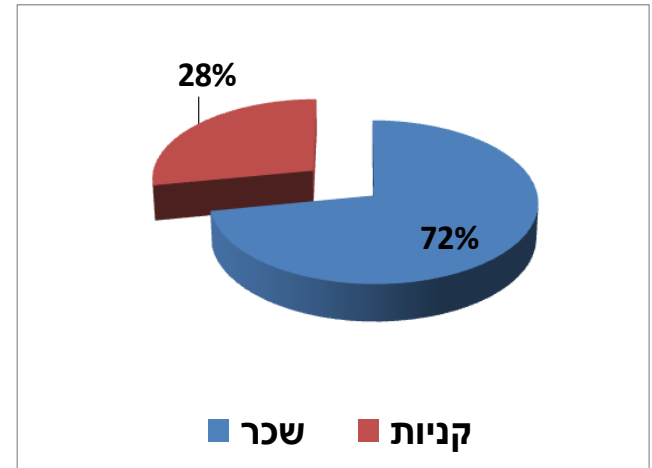
אפיון הוצאות בתי החולים*

• שכר (72%):

- רופאים 34%
- אחיות 39%
- אחר 27%

• קניות (28%):

- תרופות 27%
- אחר 63%



- אומדן סה"כ ההוצאה – 22 מיליארד ₪
- מרכיב גדול של הוצאות קבועות

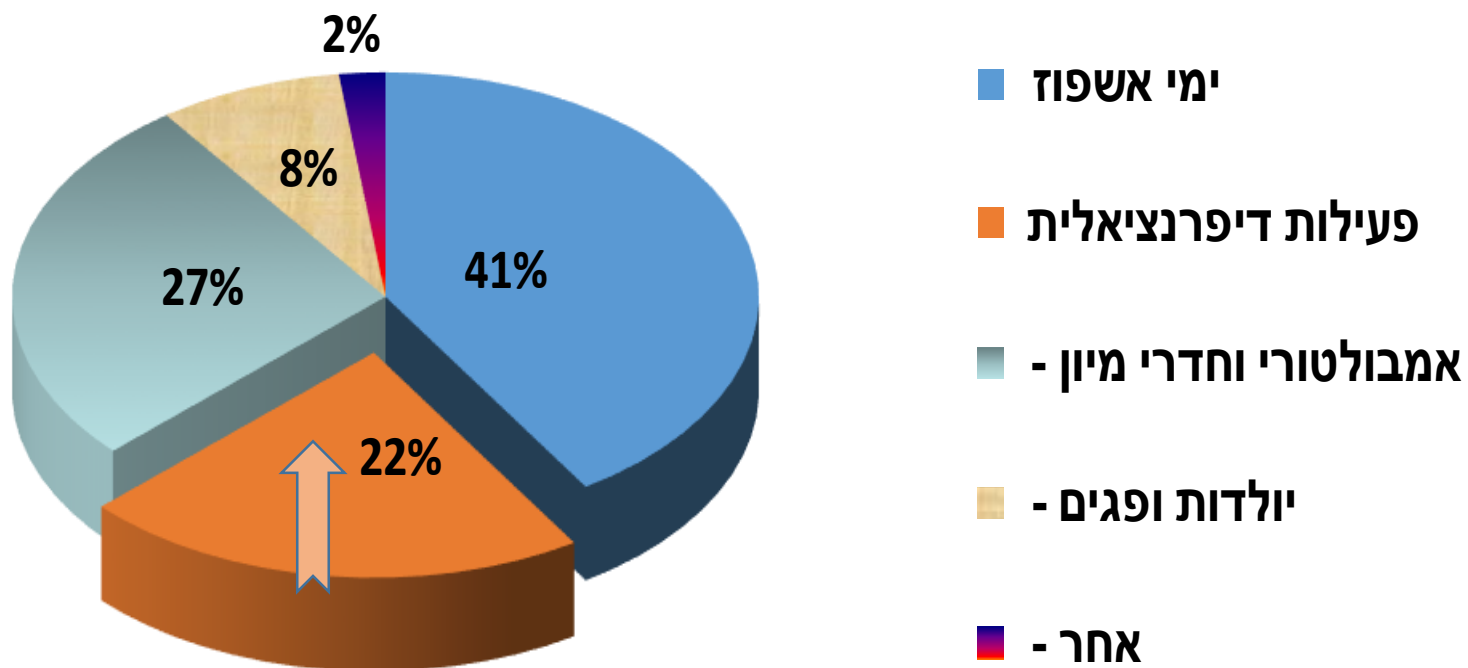
*מבוסס על נתוני בתקציב בתי החולים הממשלתיים

אפיון מקורות ההכנסה של בית החולים*

71%	■ קופות חולים
10%	■ ביטוח לאומי
3%	■ משרדי ממשלה (ביטחון, צה"ל)
6%	■ אחרים
10%	■ סבסוד בתי חולים ממשלתיים

*מבוסס על נתוני בתי החולים הממשלתיים.
הכנסות בתי החולים הם לאחר הנחות (הנחת מחזור, הנחות "קפ" והסכמים גלובאליים)

התפלגות הכנסות בתי החולים*



*מבוסס על נתוני בתי החולים הממשלתיים.

אפיון מערך שירותי האשפוז הכללי

בעיות עיקריות:

- היעדר סל שירותים לבתי החולים ותקינה מחייבת של כוח אדם
- שיעור מיטות נמוך - (חולים במסדרון)
- משכי המתנה ארוכים
- תחרות למול המגזר הפרטי
- מבנה ארגוני:
 - בעלות משרד הבריאות: ספק שירותים + רגולטור
 - שירותי בריאות כללית: ספק שירותים + מבטח
- גירעונות המכוסים בדיעבד
- גמישות תפעולית מוגבלת
- שחיקת תשתיות
- **תקצוב ותגמול בתי החולים (היעדר תמריצים ליעילות ואיכות)**

סוגיות בתקציב משרד הבריאות - דוח מבקר המדינה 2015

..משרדי הבריאות והאוצר קובעים את תקציב 11 בתי החולים הכלליים-ממשלתיים, ובכלל זה את "יעד ההכנסות", ה"קניות" והשכר בבתי חולים אלה... על בסיס היסטורי, לפי היעדים של השנה הקודמת, ללא בדיקה מקיפה של הצרכים בפועל של בתי החולים באזורים השונים בארץ.יש פערים משמעותיים בין תכניות העבודה של בתי החולים לתקציב שאושר להם.רק בסוף השנה יודעים בתי החולים מה התקציב שאושר להם

.....הסבסוד שמועבר בפועל לחלק מבתי החולים הכלליים-ממשלתיים גבוה באופן מהותי מהסבסוד שאושר בספר התקציב... ..במהלך השנה עושים משרדי האוצר והבריאות "התאמות" בדרך של תוספות תקציביות לבתי החולים. 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

ההתפתחות בדרכי התיקצוב והתגמול של בתי החולים הכלליים

א. עד סוף שנות השבעים.

ב. מסוף שנות השבעים ועד תחילת שנות התשעים.

ג. החל משנות התשעים

דפוס י התקצוב והתגמול של בתי החולים

א. עד סוף שנות השבעים

- **בתי החולים הממשלתיים:**

מתוקצבים על ידי משרד הבריאות ואין התחשבות אמיתית
למול קופות החולים

- **בתי החולים בבעלות שירותי בריאות כללית:**

מספקים את מירב השירותים למבוטחי הקופה ומתוקצבים
על ידי מרכז קופת חולים

- **בתי החולים ציבוריים אחרים**

סבסוד חלקי על ידי המדינה (בדרך כלל בדיעבד). תרומות
כמקור נוסף לפעילות השוטפת של בית החולים

דפוס התקצוב והתגמול של בתי החולים

א. עד סוף שנות השבעים

- לא מתבצעת במערכת אבחנה אמיתית בין קונה ומוכר שירותי אשפוז
- פער בין מערכי המחירים ועלויות השירותים
- משמעות מצומצמת לדפוס תגמול והתחשבנות
- משמעות מצומצמת להכנסות ממכירת שירותים
- תקציב בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים שבבעלות קופת חולים כללית, מבוססים בעיקר על "תקציב היסטורי"

מאפייני התקציב על בסיס היסטורי

- תקציב שנת t_1 מבוסס על תקציב השנה הקודמת (t_0) בתוספת התאמות שונות
- התקציב ההיסטורי מניח שכל ההוצאות בעבר הן חיוניות ללא צורך בהוכחה. בשיטה זו רק תוספת תקציב מחייבת הצדקה
- התקציב ההסטורי מבוסס על תשומות (שכר וקניות)
- התקציב ההיסטורי מבטא בעיקר את הרעיון של "הרשאה להוצאת כסף"

מאפייני התקציב על בסיס היסטורי

יתרונות:

יחסית קל להכנה, הצגה פשוטה ותמציתית

חסרונות:

- מניח שכל מה שהוצא בעבר נחוץ גם עתה
- מנציח את מסגרות התקציב של כל בית חולים, ללא הערכה מחודשת של יעילות, איכות
- אין הערכה לגבי צרכים משתנים של בתי החולים והתאמת מסגרות התקציב לצרכים אלה
- בית החולים ישאף תמיד להוציא את כל מסגרת התקציב עד לסוף השנה
- אין תמריץ לחסכון או ליעילות

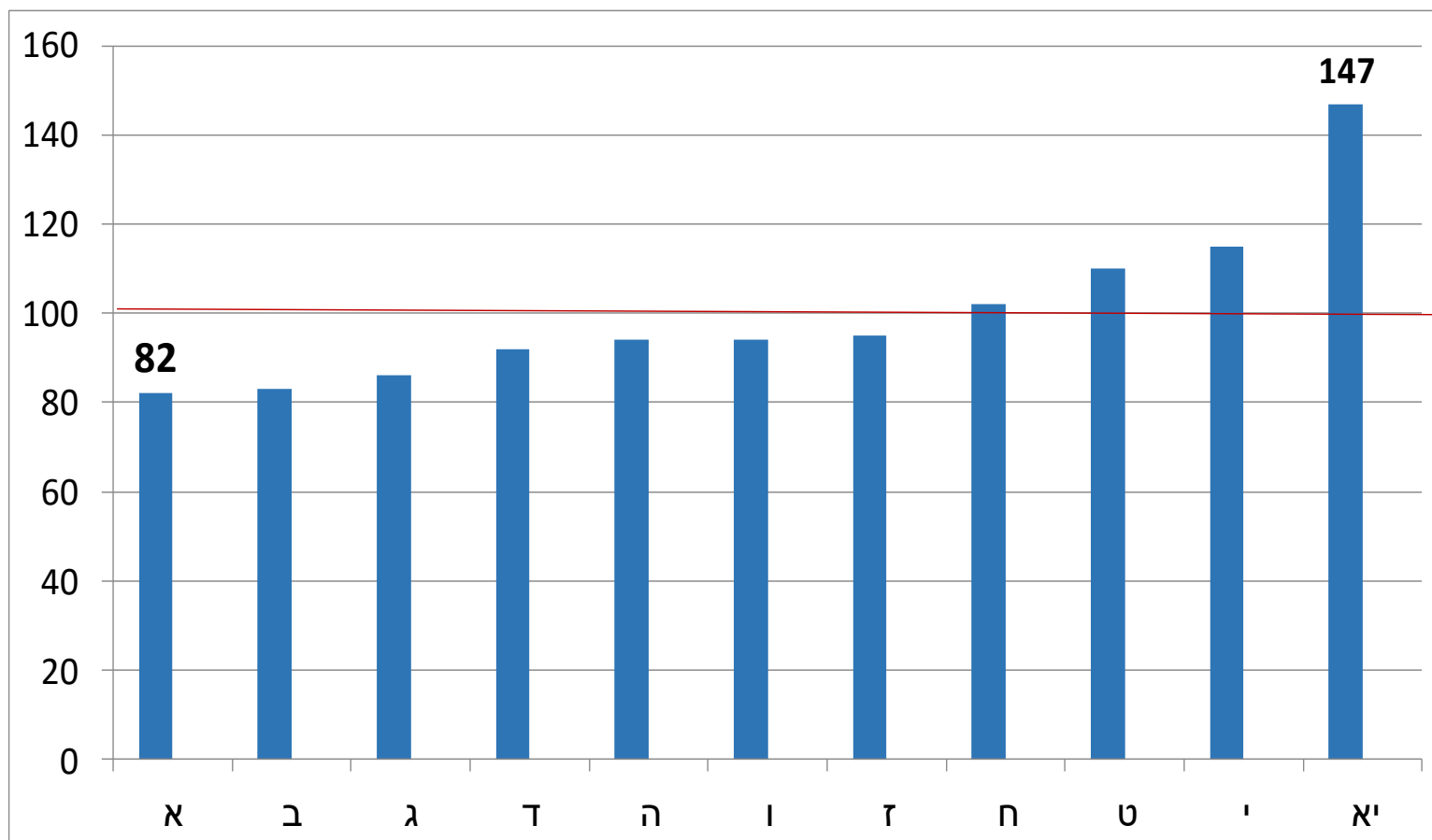
מאפייני התקציב על בסיס היסטורי

התוצאה:

- טענות על "אי-צדק חלוקתי" בחלוקת התקציב בין בתי החולים
 - העדר תמריצים להתייעלות או לאיכות
 - חוסר שביעות רצון
 - תורי המתנה לפרוצדורות יקרות
 - שונות גבוהה (ולא תמיד מוסברת) ברמת התקצוב של בתי החולים
- הן בסעיפי שכר (הוצאה ותקינה) והן בסעיפי הוצאה

הוצאה ממוצעת למיטה (ממוצע = 100)

בתי חולים ממשלתיים



שינויים בדפוס התקצוב והתגמול

ב. מסוף שנות השבעים של המאה הקודמת:

מעבר לתגמול על בסיס מחיר יום אשפוז ממוצע אחיד

בתי החולים הממשלתיים:

- מתחילה התייחסות להכנסות מקונה השירותים (הוצאה מותנית בהכנסה)
- במודל התקציב התיאורטי של בתי החולים הממשלתיים – ההכנסה ממכירת שירותים של כל בתי החולים, הייתה אמורה לכסות את כל הוצאותיהם, בתוספת יתרה לכיסוי הוצאות המדינה עבור פנסיה ופיצויים

פנסיה ופיצויים	תקציב הוצאות בתי החולים הממשלתיים
תקציב הכנסות בתי החולים ממכירת שירותי אשפוז	

ומה קרה בפועל?

המעבר לתגמול על בסיס מחיר יום אשפוז אחיד

בתי חולים ממשלתיים:

- רמת המחירים (ממוצע אחיד של יום אשפוז + מרפאות החוץ וחדרי המיון), לא כיסתה את העלויות הממוצעות של פעילות כלל בתי החולים
- ישנו סבסוד ישיר של בתי החולים הממשלתיים שהתבצע בדרך כלל בסוף שנת התקציב
- קיים סבסוד צולב בין בתי החולים הממשלתיים
- רמת ההוצאה של בתי החולים הממשלתיים נגזרת רק בחלקה ממסגרת ההכנסות
- תגמול בית החולים נגזר עדיין ממסגרת "תקציב ההכנסות וההוצאות המאושר"

עמידה במסגרת התקציב מאושר:

עמידה גם במסגרת יעד **הוצאות** וגם מסגרת יעד **הכנסות**

המעבר לתגמול על בסיס מחיר יום אשפוז ממוצע אחיד

בתי החולים שבבעלות כללית:

- כ-85% מהמאושפזים בבתי החולים שבבעלות כללית הם של מבוטחי כללית – מקטין את הצורך הפרדה בין קונה למוכר השירותים
- למעבר למחיר יום אשפוז ממוצע אחיד ישנה השפעה קטנה יחסית על מסגרות ההוצאה של בתי החולים בבעלות הקופה
- מסגרות התקציב של בתי החולים נקבעות על ידי מרכז קופ"ח בהתבסס על "תקציב היסטורי" ותוך ביצוע התאמות שונות
- לאורך השנים ישנם מספר ניסיונות לבצע הפרדה בין קונה ומוכר שירותים בכללית
- ישנם מספר ניסיונות למעבר לתקציב על בסיס קריטריונים אחידים

התפתחות בדפוס התקצוב של בתי החולים

ג. החל משנות התשעים של המאה הקודמת

- הרחבת האוטונומיה הניהולית/ארגונית בבתי החולים
- ניסיונות מעבר מ"תקציב היסטורי" לתפיסת התקציב ככלי ניהולי כלכלי:
 - מתקציב כ"הרשאה להוצאת כספים" לתקציב המבוסס על קריטריונים אחידים והמאפשר תכנון, הערכה בקרה
 - מתן ביטוי לתמהיל הפעילות הרפואית בכל בית חולים
 - ביטוי לתשתיות הפיזיות והסביבתיות שבהם פועל בית החולים
 - צדק חלוקתי – ניסיונות לחלוקת התקציב על בסיס קריטריונים אחידים
 - הידוק הקשר בין הוצאות בית החולים וההכנסות מפעילות
- ניסיונות ראשונים להכללת תמריצים לעידוד התנהגות "רצויה" של בתי החולים:
 - ✓ תמריץ להתייעלות (פחות הוצאה ליחידת תפוקה)
 - ✓ תמריץ לאיכות
 - ✓ תמריץ לשביעות רצון

קשיים בהתפתחות דפוסי התקצוב של בתי החולים

- תפוקות בבריאות בכלל ובבתי חולים בפרט – קשות לכימות ולמידה:
מה הם אותם ק"ג של בריאות שמייצרים בתי החולים?



- ✓ קבלות, ימי אשפוז, תפוסה, שהיה
- ✓ פעילויות דיפרנציאליות לסוגיהם השונים
- ✓ ביקורים במרפאות חוץ
- ✓ ביקורים בחדרי מיון
- ✓ הכשרה מקצועית: בי"ס לרפואה, בי"ס לאחיות, סינוף אקדמי
- ✓ מחקר

- כיצד להביא למכנה משותף אחד את כלל פעילות בית החולים?
- כיצד לבטא את תמהיל הפעילות הדיפרנציאלי של כל בית חולים:
תמהיל החולים (גיל, חומרת מחלה), תמהיל המיטות במחלקות, סינוף אקדמי (הוראה ומחקר), הערכות לשעת חירום, תשתיות פיזיות

התפתחות בדפוס התגמול של בתי החולים

ג. החל משנות התשעים של המאה הקודמת

- מעבר ממחיר יום אשפוז ממוצע אחיד בכלל המערכת לתעריפים דיפרנציאליים (PRD) -

- מתשעה תעריפים דיפרנציאליים בתחילת שנות התשעים לכ-330 בשנת 2016

- נועד לתת ביטוי לאופי הפעילות הדיפרנציאלי של כל בית חולים

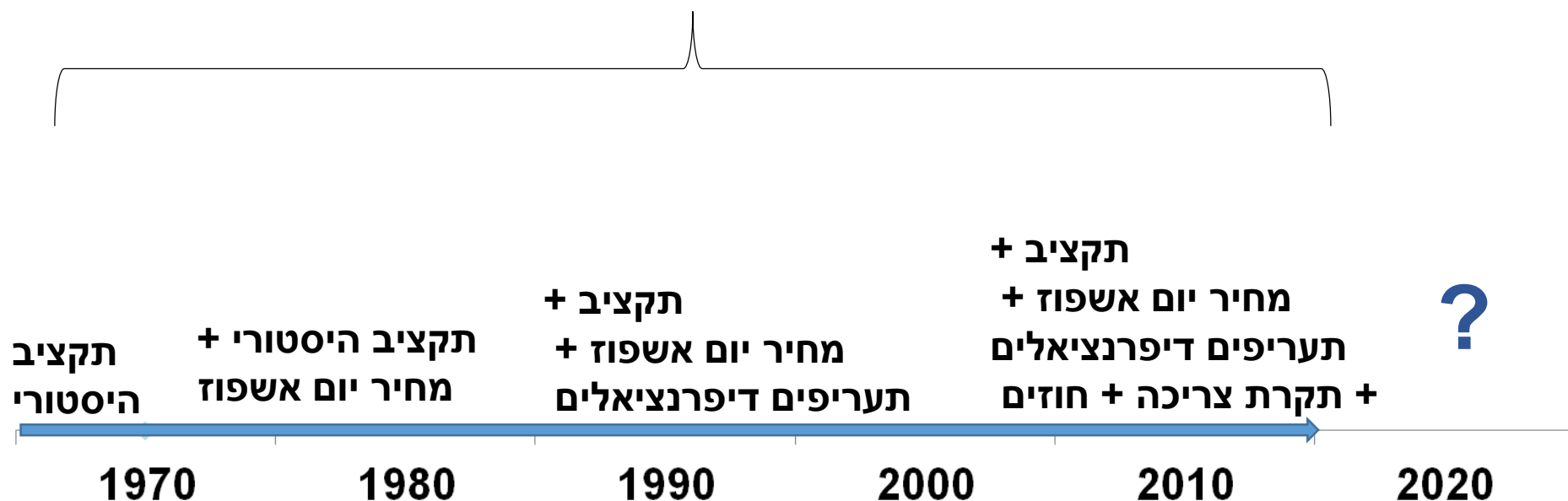
- תקרות צריכה (CAP) – החל משנת 1995

- חוזי רכש שירותים בין בתי החולים וקופות החולים

- נועדו בעיקר לרסן את קצב הגידול בהוצאות מערך האשפוז

התפתחות בדפוסי התקצוב והתגמול של בתי החולים

סבסוד ממשלתי (ישיר ועקיף)



עיקרי הבעיות בתהליכי התקצוב והתגמול הנוכחיים:

- תקצוב חלקי לתשתיות (הסתמכות על תרומות)
- שאריות של "תקציב היסטורי"
- התייחסות חלקית לרכיבי פעילות ייחודים - מוכנות לשעת חירום, פריפריה הוראה/מחקר וכו'
- צדק חלוקתי - העדר זיקה בין היקף התקציב ותמהיל הפעילות - שונות גדולה בין תקציב בתי חולים דומים
- סבסוד צולב - בין בתי חולים באותה רשת או בעלות
- סבסוד בדיעבד של גירעונות בתי החולים בסוף שנה
- גמישות תפעולית מוגבלת - תקינה, יחסי עבודה, תקשיר, חוק התקציב
- העדר תמריצים מובנים בתקציב - לעידוד יעילות תפעולית, או יעדי איכות מוגדרים



עיקרי הבעיות בתהליכי התקצוב הנוכחיים

- בעיות תמחור
- משמעות מוגבלת למחירים בסביבה של הנחות
- התחרות בין הקופות ובתי החולים היא על גודל ההנחות (או מיקום הגירעונות - משיכת שמיכה קצרה)
- כשלי תחרות בענף - בין מגזר הציבורי למול הפרטי, הבאים לידי ביטוי בעיקר בהתנהגות סלקטיבית של המגזר הפרטי (חולים, מגוון פעולות, מחלות, מיקום)
- תורים ומשכי ההמתנה במערכת הציבורית
- חופש בחירה מוגבל בין בתי החולים – מונע מהלקוחות להצביע ברגליים

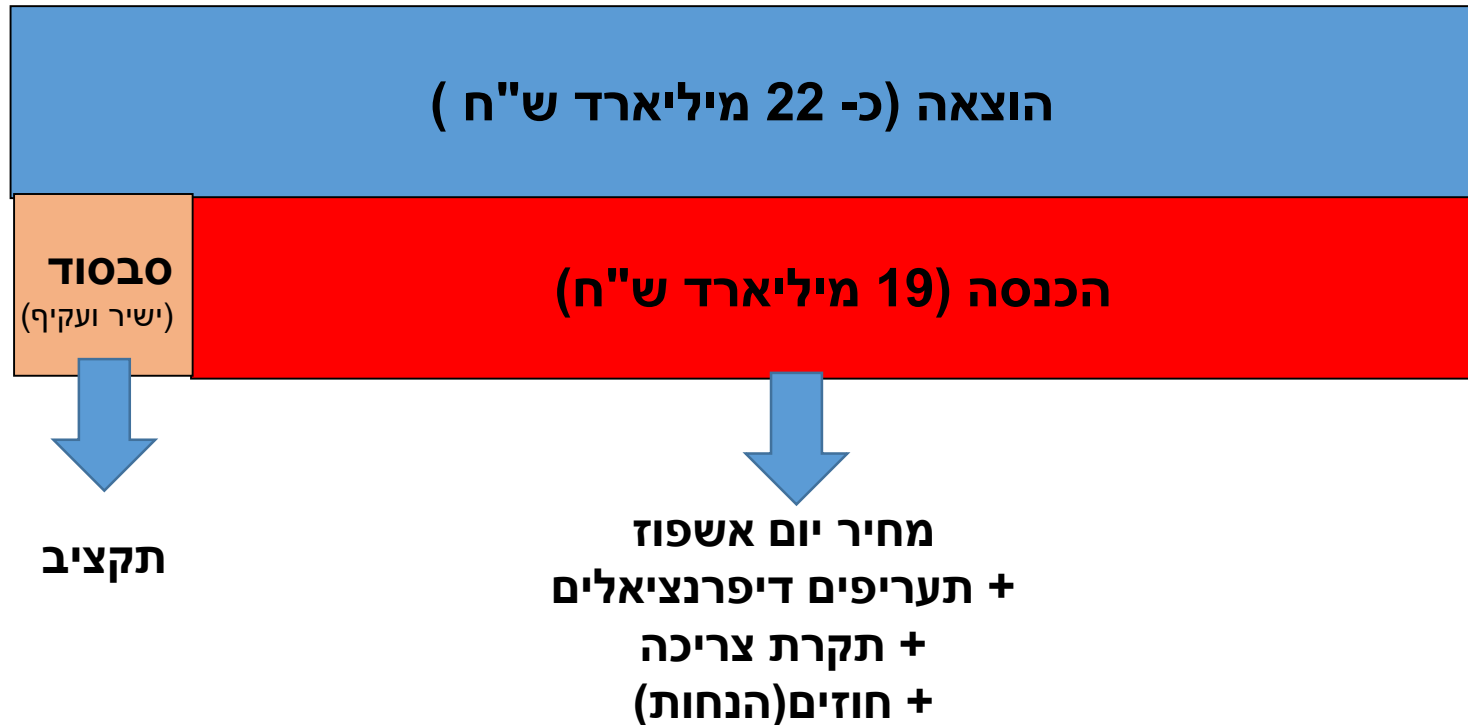
✓ באבחנות של הבעיות בשיטה הנוכחית – מידת המחלוקת מועטה

✓ ישנן מחלוקות לגבי מתווה הפתרונות



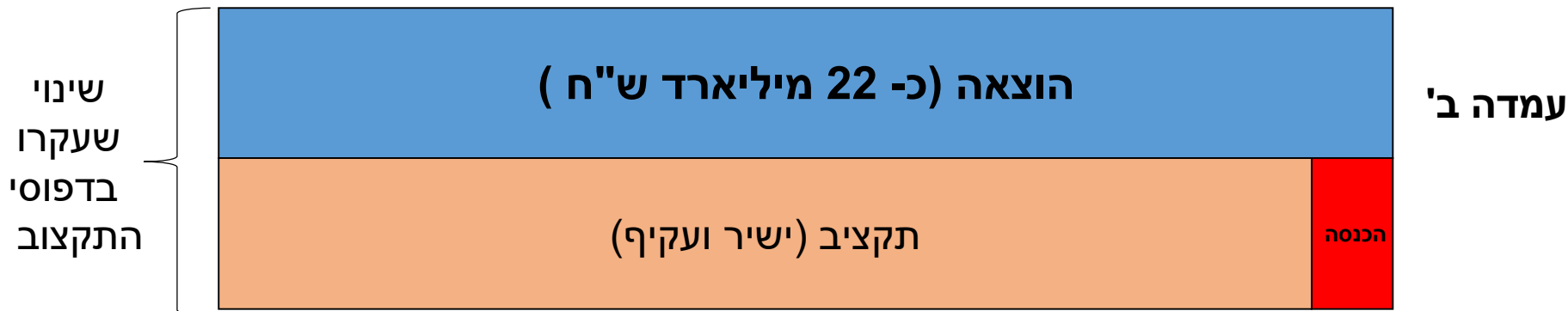
סיכום:

תמונת מצב של תגמול ותקצוב בתי החולים הכלליים



סכום:

שתי עמדות קצה לשינוי דפוסי התקצוב והתגמול של בתי החולים



הערה :

כל שינוי בדפוסי התקצוב והתגמול של בתי החולים
מחייב גם התאמה של "עלות הסל"

סכום:

סוגיות נוספות בכל מתווה של הפתרונות

- היקף התקצוב למול היקף התגמול (הכנסות ממכירת שירותים)
- האם התקצוב מתבצע מראש או בדיעבד
- מה הם הקריטריונים לתקצוב
- האם הסבסוד הוא ישיר או עקיף
- עד כמה להמשיך במגמת המעבר לתעריפים דיפרנציאליים
- עד כמה לפתח דפוסי תגמול לאבטחת איכות (P4P), או תגמול על בסיס תוצא (Health outcome)
- הרשאה להנחות – כן/לא ומה הקיף ההנחות
- מחירים אחידים ומחייבים או מחירי מקסימום
- מנגנוני תקצוב נפרד לפיתוח, תשתיות, הוראה ומחקר, פריפריה



סכום: **סוגיות נוספות בכל מתווה של הפתרונות**

רפורמות נוספות על שולחנה של המערכת:

- מעבר לפול טיימר
- פרויקט קיצור תורים
- הרחבת מידת חופש הבחירה ברופא בבית חולים
- הקמת חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
- חיזוק המערכת הציבורית למול המערכת הפרטית
- רופאים בהסדר (ולא בהחזר)

כיצד מהלכים אלה משתלבים עם השינויים

המתוכננים בדפוס התקצוב והתגמול?

THANK YOU

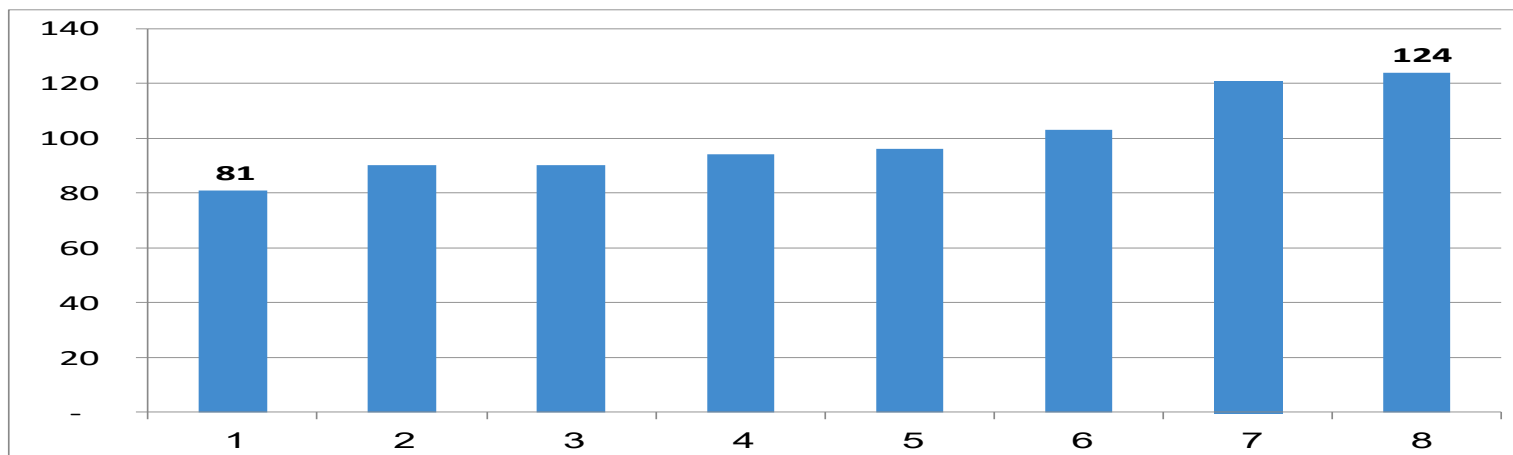
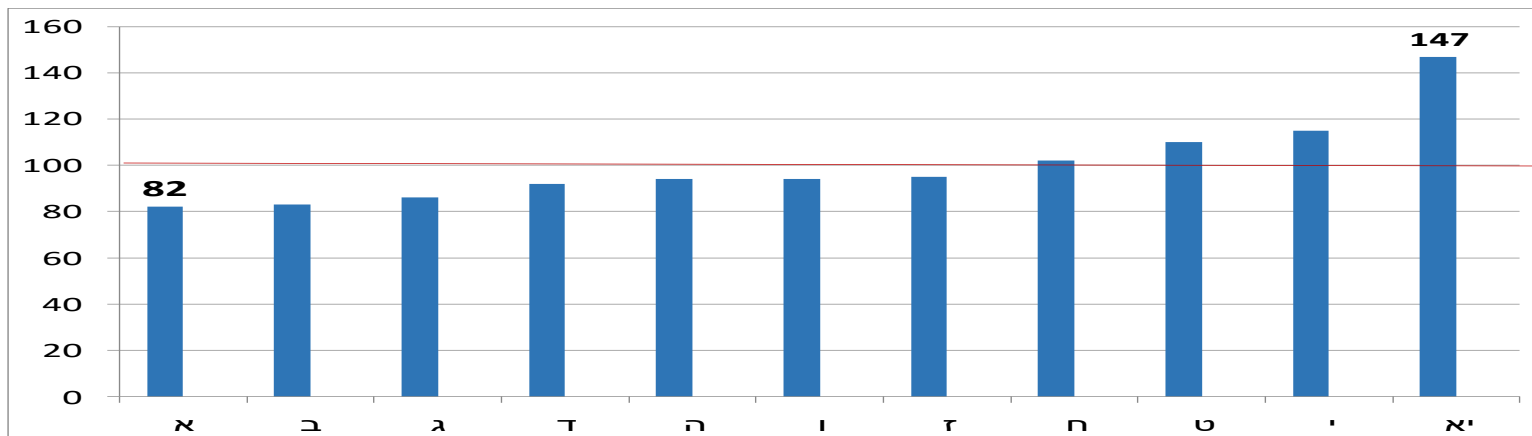
"If you can dream it.. You can do it"

(Walt Disney)

יצחק ברלוביץ

גבי בן נון,

הוצאה ממוצעת למיטה (ממוצע = 100)



משמעות המושג גירעון בבית חולים מתוקצב

<u>ביצוע (במיליוני ש"ח)</u>	
90	הוצאות:
100	הכנסות:
<u>10</u>	עודף:

עודף/גירעון	ביצוע	תקציב	(במיליוני ₪)
1	89	90	הוצאות
-10	90	100	הכנסות
-9	1	10	הפרש

גירעון = חריגה מתקציב ההוצאות, או חריגה מתקציב ההכנסות

Current Problems

- Still based on "**historic**" budget.
- The lack of reference to specific elements – emergency, teaching/research periphery etc.
- Distributive justice – the lack of connection between the budget and scope of the different activity mix.
- **Cross subsidization between hospitals** on the same network or ownership.
- **Retroactive funding of hospital deficits** at the end of the year.
- Limited operational flexibility.
- The lack of incentives on ways to encourage budget, operational **efficiency or quality goals**.

Current Problems

- The competition between the Health Plans and hospitals is about the size of discounts.
- **Competition** between public sector vs. private sector, are expressed mainly in the selective behavior of the private sector.
- **Limited freedom of choice** among hospitals prevents customers vote with their feet (mainly in the periphery)
- **Waiting list** in the public system.

Issues in Structuring Solutions

The Scope of Government Budgeting (Subsidy) vs. Reimbursement

- Will subsidized budgeting be in advance or after the fact?
- What would be the criteria for subsidized budgeting?
- Will subsidization be direct or indirect?
- Permission to discount – yes/no?
- Will there be Uniform prices or maximum rates?
- How to reward teaching, research, infrastructure?

Issues in Structuring Solutions

How the Budget Reforms Combine with Other Reforms on the Agenda:

- Short queues.
- Full timer.
- Expanding the degree of freedom of choice.
- The establishment of a Government Hospital Authority.
- The step toward strengthening public system in front of the private system.

Characterization of general hospitals in OECD Countries

- **Ownership** – Dominance of public ownership: governmental, municipality, other public not-for-profit hospitals.
- **A small portion of private for profit hospital.**
- A minority of Countries where there are hospitals owned by health funds .
- **Reward patterns-** a combination of methods:
 - Historic budget — partly based on criteria (Num. of patients, mix of beds, admissions).
 - Fee for service (DRG).
 - Negotiations on global Reward.
- **State involvement in setting price** levels and patterns of reward In almost all countries
- In almost all countries, there is a degree of **government subsidies**

Trends of reforms in OECD countries

- **Split between Perchance and Provider**
- Delegating authority and responsibility to hospitals
- Strengthening the **connection** between hospital **expenses and revenue**
- Incentives to encourage **quality**
- More **freedom of choice** to improve satisfaction.
- Means to **reduce expenditure**