

בחינת רכש התרופות והציוד
הרפואי במערכת הבריאות
הממשלתית

אפריל 2016

ד' בניסן התשע"ו
12 באפריל 2016

אל:
גב' מיכל עבאדי-בויאנג'ו
החשבת הכללית
משרד האוצר

ג.נ.

הנדון: בחינת רכש התרופות והציוד הרפואי במערכת הבריאות הממשלתית - דוח סופי

ביום 8 יוני 2014 מינית אותי לעמוד בראש צוות בין-משרדי לבחינת רכש התרופות והציוד הרפואי במערכת הבריאות הממשלתית. הצוות כלל את נציגי החשב הכללי ואגף התקציבים באוצר וכן נציג משרד הבריאות. לצערי, לאחר תקופה של עבודה משותפת, פרש נציג משרד הבריאות מהצוות. למרות פרישתו של נציג משרד הבריאות ולאור חשיבות הנושא הנדון למשק המדינה, מצאתי לנכון להשלים את עבודת הבחינה עליה הופקדתי בשיתוף עם נציגי האוצר. הדו"ח המצורף למכתבי זה הוא הדוח הסופי המסכם את ממצאי הבחינה, מסקנותיה והמלצות לגבי התנהלות המדינה בעתיד ביחס לחברת שראל פתרונות לוגיסטיים ומוצרים לרפואה מתקדמת בע"מ (להלן - **חברת שראל**). אני תקווה שהוא יועיל בעיצובם של מנגנוני הרכש של תרופות וציוד רפואי במערכת הממשלתית מכאן ולהבא. לצערי, השלמת הדו"ח התעכבה בעיקר עקב "גרירת רגליים" וחוסר נכונותה של חברת שראל לשתף פעולה עם הבחינה. דו"ח זה נכתב ללא שנתקבלו הנתונים שביקש הצוות מחברת שראל, עקב סירובה של החברה להעבירם. יתכן בהחלט שלו הייתה התמונה העובדתית המלאה מונחת בפניי, המסקנות היו משתנות בחלקן. לצערי, ללא שיתוף הפעולה של חברת שראל לא ניתן יהיה להגיע לתמונה מלאה כאמור.

התנהלותה של חברת שראל בהקשר זה מלמדת כאלף עדים על העדר פיקוח אפקטיבי והעדר שליטה של המדינה בפעילותה. אני משוכנע שגוף העוסק ברכש של מעל מיליארד ₪ בשנה מכספי הציבור חייב להיות שקוף ומבוקר עד לפרטי הפרטים על ידי נציגי המדינה.

למגינת ליבי, במצב הקיים, אנו רחוקים מכך כרחוק מזרח ממערב.

בכבוד רב ובברכה,

ד"ר שלומי פריזט,



תוכן עניינים

3	פרק 1- רקע
3	1.1 הרקע להקמת ישראל
3	1.2 הקמת ישראל- מבנה תאגידי
4	1.3 אופן ההתקשרות עם הממשלה
5	1.4 תמצית האירועים עד כאן
7	1.5 ההליך הנוכחי
9	פרק 2- סקירה בינלאומית
9	2.1 ארה"ב
25	2.2 אנגליה
32	2.3 אוסטרליה
35	פרק 3 - תיאור המצב הקיים – רכש תרופות וציוד רפואי במערכת הממשלתית
35	3.1 רקע- מערכת הבריאות בישראל
35	3.2 חברת ישראל
36	3.3 היקפי הרכש הכולל במערכת הבריאות הממשלתית בשנת 2014 במרכזים הרפואיים הממשלתיים
37	3.4 פעילות ישראל מול מערכת הבריאות הממשלתית
39	3.5 ניהול וריכוז פעילות בתי החולים על ידי החברה
41	3.6 ישראל כמשווק משנה של כל הספקים בארץ
41	3.7 חובת רכש גומלין
42	פרק 4 - בחינת התועלת המשקית מפעילותה של ישראל
42	4.1 ריכוז כוח קנייה של ציוד רפואי ותרופות במערכת הממשלתית
45	4.2 התועלת מקיומו של מערך לוגיסטי אחוד לבתי החולים הממשלתיים
46	4.3 יצירת גוף מונופוליסטי ובעיית הסוכן
51	פרק 5 - מסקנות, חלופות ליישום מדיניות והמלצות
51	5.1 הצגת המסקנות המרכזיות לאור הניתוח שהובא בדו"ח
52	5.2 חלופות לביצוע רכש התרופות והציוד הרפואי
53	5.3 המלצות
56	נספח א' - התייחסות לדו"ח גיזה זינגר אבן בע"מ מיום 30 באפריל 2015
58	נספח ב'- התייחסות לבחינת משרד הבריאות את יעילות חברת ישראל בביצוע רכש מרכזי
63	נספח ג' - רשימת פגישות שערך הצוות לבחינת רכש התרופות והציוד הרפואי

פרק 1 - רקע

1.1 הרקע להקמת ישראל

ביום 12 באפריל 1992 החליטה הממשלה לאשר לבתי החולים הממשלתיים לייסד תאגיד משותף לאספקת תרופות, תכשירים, ציוד רפואי, ציוד פונקציונלי ומוצרים ושירותים מרכזיים אחרים הנחוצים להם. בהחלטה נקבע כי על משרדי האוצר והבריאות להסדיר את הקמת התאגיד ואת העברת המלאי והעובדים מהיחידה לשירותי אספקה במשרד הבריאות (להלן - היחידה) לידיו. בהחלטה נוספת בנושא זה, שקיבלה הממשלה באוגוסט 1993, נקבע כי מניות התאגיד יוחזקו בידי עמותה ציבורית שהתקנון שלה יאושר במשרד האוצר ובמשרד הבריאות וחבריה יהיו אישי ציבור. ההחלטה התקבלה במסגרת הרפורמה במערכת הבריאות הציבורית בעקבות דו"ח ועדת נתניהו שקבע כי בכל הקשור לרכש ציוד רפואי ותרופות, גוף ממשלתי אינו פועל כיחידה כלכלית-עסקית והוא מתקשה להתמודד בתנאי שוק עם גופים מסחריים ולספק מוצרים ביעילות הדרושה ובמחירים אופטימאליים. כמו כן, על היחידה לשירותי אספקה במשרד הבריאות, שהייתה אחראית לאספקת הציוד והתכשירים הרפואיים לבתי החולים, שפעלה עד שנת 1994 והעסיקה 69 עובדים, התקבלו תלונות רבות מבתי חולים, בעיקר בדבר איכות השירות ומחירי הציוד הרפואי והתרופות. לפיכך החליטה הממשלה כי יוקם תאגיד "אשר יטפח מומחיות ומקצועיות, יפעל באורח עצמאי בשיטות מסחריות-תחרותיות, ירכז כח קנייה ויביא לייעול, חיסכון במשאבים, לביטול פערי התיווך ולהורדת מחירים".

1.2 הקמת ישראל - מבנה תאגידי

על-פי החלטות הממשלה הוקמה בשנת 1994 עמותת בתי-חולים ציבוריים למען הציבור (ע"ר) 580235083 (להלן - העמותה), המחזיקה ב-100% ממניות חברת ישראל, ובשנת 1995 הוקמה חברת ישראל-פתרונות לוגיסטיים ומוצרים לרפואה מתקדמת בע"מ (להלן - החברה או ישראל) (לשעבר - ישראל שירותים ואספקה לרפואה בע"מ). המניות הרגילות בחברת ישראל מעניקות לבעליהן זכות להיות מזומן, להשתתף ולהצביע בכל האספות הכלליות של החברה וכן זכויות שוות לקבל חלק יחסי מכל רווחי החברה. כמו כן כל מניה תקנה למחזיק בה את הזכות לקבל חלק יחסי מנכסי החברה שיעמדו לחלוקה בעת פירוקה. מייסדי העמותה וחברי הועד המנהל הם אנשים פרטיים ואין הסכם נאמנות בינם לבין הממשלה. מטרות העמותה, על פי תעודת הרישום, הן כדלקמן: "לפעול למען עידוד יחסי גומלין בין בתי חולים ציבוריים לבין גורמים בקהילה ובחברה. לסייע במימון משאבי אנוש וטכנולוגיה בבתי חולים הציבוריים ולקיים פעילות משותפת לייעול ולהקטנת הוצאות והפחתת עלות השירותים לחולה, לסייע למשרד הבריאות ולמוסדות משרד הבריאות ולמוסדות רפואיים אחרים בתחום הרכש האספקה והלוגיסטיקה".

במהלך השנים 1994 ו-1995 קיבלה העמותה סך של 15 מלש"ח ממשרד האוצר לטובת תחילת פעילותה של החברה. במקביל לקבלתם, השקיעה העמותה בחברה סך של 15.2 מלש"ח. על פי בדיקה שנערכה מול רשות התאגידיים, לעמותה אין פעילות עצמאית מיום הקמתה למעט קבלת הסך הנ"ל ממשרד האוצר וההשקעה במניות החברה וכי לא ניתן לה אישור ניהול תקין מאז הקמתה¹.

הקמת חברת ישראל התבססה על הציפייה להשיג שני יתרונות מרכזיים: האחד, ניצול יתרון הגודל של חברת הרכישה שתשרת את כל בתי-החולים הממשלתיים (ובעיקר את הבינוניים-קטנים והפריפריאליים) כדי להוזיל מחירים ולהשיג

¹ מייל מעו"ד יאיר זילברברג, מנהל חטיבת חינוך חברה ובריאות- רשות התאגידיים (מלכ"רים) מיום 15.6.15.

תנאי רכישה מיטביים; האחר, ריכוז הרכש בידי גורם מרכזי אחד אשר יבטל את הצורך להקים בכל בית-חולים מנגנון רכש שעלותו למוסד גדולה ויעילותו עשויה להשתנות בין מוסד למוסד.

1.3 אופן ההתקשרות עם הממשלה

בין החברה לממשלה נחתם הסכם מסגרת לפיו כל התפקידים והמטלות שנוהלו ביחידת שירותי האספקה במשרד הבריאות הועברו לחברה החל מיום 1.1.95, לתקופה של שלוש שנים. כמו כן, ניתן לבתי חולים ולגופים ממשלתיים היתר להתקשר עם החברה ללא חובת קיום מכרז. על פי ההסכם שנחתם עם המדינה, עובדי היחידה הפכו לעובדי החברה, על פי תנאי הסכם מעבר מיוחד, המסדיר את המשך העסקתם ושמירת זכויותיהם, לרבות לעניין תנאי פנסיה, פיצויי פרישה ופיצויי עבודה חופשת מחלה שלא נוצלה. כמו כן, הועברו לחברה נכסי היחידה והמלאי שהיה ברשותה ובתמורה הקצתה החברה בדצמבר 1994 אגרת חוב בסך 20 מלש"ח, צמודה למדד ונושאת ריבית שנתית בשיעור של 3.8%. להבטחת התחייבותה של החברה לממשלת ישראל בגין אגרת החוב, רשמה החברה שיעבוד לטובת ממשלת ישראל עד לסכום אגרת החוב על כל הנכסים מכל מין וסוג שהם לרבות מלאי, זכויות כספיות כלפי צדדים שלישיים ורכוש קבוע שיש לחברה ושיהיה לה בעתיד, למעט חובות לקוחות החברה, על פי בחירת החברה, ולמעט נכסים קבועים שנרכשו באמצעות מימון מתאגיד בנקאי או גוף אחר, ואשר לא היו קיימים במועד הנפקת אגרת החוב, וכל זאת ללא צורך בקבלת הסכמת הממשלה. החברה פרעה את התחייבויותיה לממשלת ישראל בגין אגרת החוב וכיום אין לה התחייבות בגינה.

החל משנת 1998, מתכונת ההתקשרות של המדינה עם החברה הייתה באמצעות פטור ממכרז אשר הוארך מעת לעת. בחודש יולי 2010 אישרה ועדת הפטור המרכזית במשרד האוצר (להלן - ועדת הפטור) את המשך ההתקשרות עם החברה למשך שלוש וחצי שנים (עד ליום 31.12.13). זאת, לאחר שבתום משא ומתן ממושך, ולראשונה מאז הקמת החברה, גובש עם החברה הסכם ארוך טווח, אשר הביא לשינוי מהותי במערכת היחסים ובתנאי ההתקשרות שלה עם המדינה.

מטרת ההסכם היא להסדיר את היחסים בין הממשלה לבין החברה בכל הנוגע להתחייבויות החברה לרכוש עבור בתי חולים ומשרד הבריאות תרופות וציוד רפואי ולסייע בביצוע ריענון ורכש המלאי לשעת חירום של הממשלה, וכן להסדיר אמצעי בקרה ופיקוח הנדרשים על אופן פעילותה של החברה לשם הבטחת קיום התחייבויותיה כלפי הממשלה. ההסכם נועד לתת מענה לצרכי משרד הבריאות ולתקף את כוונת הצדדים למקסם ולייעל באמצעותו את רכש הציוד הרפואי ולבצע ככל הניתן את הרכש האמור באופן מרכזי באמצעות החברה.

עיקרי ההסכם:

- מניעת סבסוד צולב בין בתי החולים באמצעות קביעת מחירים אחידים לכל מוצר.
- ניצול אפקטיבי של היתרון לגודל להבטחת ביצוע יעיל (ניוד מלאים בין היחידות השונות) ומחירים כדאיים באמצעות שני מחירונים – מחירון א' המבוסס על תחזיות רכש של יחידות המשרד בכל תחילת שנה ומחירון ב' לדרישות רכש מעבר לתחזית.
- התחייבות החברה כי תנקוט במדיניות של ביצוע רכש יעיל, תבטיח מחירים כדאיים ותנקוט במדיניות הוצאה שתאפשר את השגת מטרתו.
- הגברת השקיפות והפיקוח על החברה באמצעות מינוי נציגי ממשלה לדירקטוריון החברה:

- נציג מטעם אגף החשב הכללי שיכהן כחבר דירקטוריון החברה, יו"ר ועדת כספים ויו"ר ועדת ביקורת.
- נציג נוסף מטעם אגף החשב הכללי שיכהן כחבר ועדת המכרזים (החשב הכללי רשאי לקבוע שנציג אחד מטעמו ימלא את שני התפקידים הנ"ל).
- נציג משרד הבריאות (שימונה על ידי מנכ"ל המשרד) שיכהן כחבר דירקטוריון בחברה.
 - החברה תפעל אך ורק בתחום רכש הציוד הרפואי, אחסנתו והפצתו. היקף השנתי של השירותים שתעניק החברה למשרד הבריאות (ובתי החולים בבעלותו) לא יפחת מ-60% מסך פעילות החברה.
 - העודפים שנצברו בחברה יוחזרו ליחידות המשרד שרכשו מהחברה בהתאם לשיעור רכישתם - ימונה רו"ח שיקבע את גובה הסכומים שיוחזרו ליחידות המשרד ואת גובה ההון העצמי הנדרש לתפקודה התקין של החברה והבטחת חוסנה הפיננסי.
 - ביצוע "ריענון" מלאי החירום של האגף לשעת חירום במשרד הבריאות.
 - אחזקה ואחסון של חיסונים בעבור משרד הבריאות על פי דרישותיו.
 - התקשרויות החברה יעשו בהתאם לחוק חובת מכרזים התשנ"ב-1992.
 - חובת העברת דיווחים ופעילות בשקיפות מלאה כלפי נציגי הממשלה.
 - אספקת צרכי המשרד בשעת חירום.

בחודש מרץ 2013 אישרה ועדת הפטור את הרחבת ההתקשרות עם החברה לצורך אספקת הקנאביס הרפואי בהיקף של 33 מלש"ח לשנה. זאת בהתאם להחלטת הממשלה מס' 3609 המטילה על משרד הבריאות אחריות להסדרת מקור אספקה לקנאביס למטרות רפואיות ומחקר (פירוט על נושא הקנאביס יובא בהמשך).

במהלך שנת 2013 התנהל משא ומתן בין המדינה לחברה להסדרת תנאי ההסכם לשנים הבאות אולם מאחר והגעת הצדדים להסכמה התעכבה, ביום 12.1.2014 אישרה החשבת הכללית את הארכת ההתקשרות עם החברה מיום 1.1.14 ועד ליום 30.6.14 במטרה לסיים עד למועד זה את הליך המשא ומתן עם החברה. לאור עבודת הצוות, התנהלות החברה ומשרד הבריאות, כפי שיפורט בהמשך, אישרה החשבת הכללית ביום 31.1.15 להאריך את ההתקשרות עם החברה לשנה אחת בלבד מיום 1.2.15 ועד ליום 31.1.16 והחל מאז לתקופות של 45 ימים בלבד, כך שכרגע מערכת הבריאות הממשלתית מקבלת את מלוא השירותים משרא"ל באמצעות פטור ממכרז לתקופה מוגבלת.

1.4 תמצית האירועים עד כאן

כאמור לעיל, למדינה ולחברה התקשרות ארוכת שנים אשר החלה למעשה משנת 1995, מועד הקמת החברה והעברת סמכויות האגף לאספקה במשרד הבריאות לחברה. במשך השנים נערכו מספר בחינות של ההתקשרות וביקורות על העמותה והחברה. להלן תמצית קצרה של הנעשה עד כה:

- בשנת 2000 נערכה בעמותה ביקורת מטעם רשם העמותות. בדו"ח הביקורת נקבע בין השאר כי פרט להחזקת מניות חברת שרא"ל, אין כל פעילות בעמותה, וכי חברי העמותה הם בעלי תפקידים בחברת שרא"ל. דו"ח ממצאי הבדיקה הועבר למשרד האוצר ולגורמים נוספים.
- ביום 11.11.2001 הועבר למר צבי חלמיש, סגן בכיר לחשב הכללי דאז, דו"ח שהוכן על ידי משרד רו"ח הוגן, גינזבורג, אבני ושות' הכולל בחינה מדגמית שמטרתה השוואה בין המחירים בהם רוכשים בתי החולים פריטים משרא"ל לבין מחירי פריטים אלה על פי מחירון שרא"ל לבין מחירי הרכש של פריטים אלו מספקים אחרים

(להלן - דו"ח גינזבורג). עורכי הבחינה קיבלו משני בתי חולים (קטנים יחסית), פורייה וזיו, קבצים המכילים את נתוני הרכש אשר בוצע על ידי בית החולים דרך ישראל, את מחירון חברת ישראל לעת הרלוונטית והתייחסות למחירי הרכש של שני בתי חולים אחרים, שיבא ואיכילוב, ובית חולים כללי שאינו ממשלתי לחלק מהפריטים. מהבחינה התגבש מסד נתונים הכולל 134 פריטים שונים בציון המחירים בהם נרכשו. מהנתונים עלו מספר מגמות המראות לכאורה כי ישראל אינה מהווה ספק אופטימלי לרכישת הפריטים מבחינת בתי החולים היות ובתי החולים הקטנים תלויים בה ולפיכך עומדים בפניהם מחירונים קשיחים, שלא בהכרח מייצגים את המחירים הזולים ביותר בשוק, ומאידך בתי החולים הגדולים מעדיפים לקיים מערך רכש עצמאי משלהם. הדו"ח התמקד בנתונים שעלו בבית החולים שיבא ולפיהם החיסכון שהושג על ידי רכש עצמאי בסל של 103 פריטים עמד על כ- 16.28%. לדעת מחברי דו"ח גינזבורג, על אף שהנתונים אינם מהווים מדגם מייצג במשמעותו הסטטיסטית, ניתן לקבל מהם אינדיקציה על קיום פוטנציאל לחסכון בהיקף משמעותי בעלות סל הרכש של בתי החולים הממשלתיים.

■ בשנים 2004-2005 נעשתה עבודת מטה משותפת של משרדי האוצר והבריאות במטרה להסדיר את רכש התרופות והציוד הרפואי לבתי החולים ותוכנן לצאת למכרז להכנסת גורמים נוספים שיבצעו רכש ולוגיסטיקה עבור בתי החולים. מכרז כאמור לא פורסם.

■ בחודש מאי 2005, בהמשך לדו"ח הביקורת של רשם העמותות וממצאי דו"ח גינזבורג, פנו החשב הכללי ומשרד הבריאות אל רשם העמותות בבקשה שימנה חוקר לעמותה. העמותה מצדה פנתה אל בית המשפט בבקשה שיבטל את ההחלטה. כמו כן, בדצמבר 2005 הוכנה לבקשת עמותת בתי החולים הציבוריים וחברת ישראל חוות דעת על ידי חברת הייעוץ קסלמן פיננסים הבוחנת את הנתונים המפורטים בדו"ח גינזבורג ואת המסקנות המוצגות בו. עיקרי חוות הדעת הן:

(1) המתודולוגיה שנקטה בדו"ח גינזבורג שגויה ביסודה.

(2) הסתמכות בלעדית של חוות דעת גינזבורג על המדגם שגובש בהתייחס לשיבא מובילה למסקנה שגויה שכן הנתונים על בתי החולים האחרים מצביעים דווקא על חיסכון ברכש לו היה מבוצע דרך ישראל.

(3) ההשוואה של מחירי הרכש של שיבא למחירון ישראל שגויה שכן היא אינה מגלמת עלויות נוספות הכרוכות ברכישת מוצרים ישירות מהספק.

■ במאי 2006, בהסכמת שני הצדדים, מונה בודק חיצוני, ולא חוקר, לבדיקת העמותה. במקביל הסכימו משרד הבריאות והחשב הכללי במשרד האוצר כי תוקם ועדה משותפת לבדיקת הליך הרכש בבתי החולים הממשלתיים. לצורך הבדיקה שכר אגף החשב הכללי את שירות חברת עדליא ייעוץ כלכלי בע"מ שתבחן את נושא הרכש.

■ בספטמבר 2006 הוצג דו"ח ביניים בנושא "הגברת התחרותיות ברכש תרופות וציוד רפואי עבור בתי החולים הממשלתיים" שהוכן על ידי חברת עדליא. הדו"ח מציג תובנות עיקריות בדבר פעילות הרכש וכן סוקר חלופות אפשריות. לא יצא דו"ח סופי שהשלים עבודה זו.

■ כאמור לעיל, בשנת 2010 נחתם לראשונה הסכם ארוך טווח עם החברה אשר הסדיר את מערכת היחסים של המדינה מול החברה. טרם חתימה על ההסכם, אושרו מעת לעת התקשרויות בפטור ממכרז קצרות טווח בהיקפים מוגבלים. בתקופה זו הרכש הרפואי הממשלתי סבל ממספר בעיות מרכזיות:

- מחירים לא תחרותיים ולא אחידים בין בתי החולים.

- צבירת רווחים בקופת החברה מבלי יכולת של המדינה לפקח על השימוש ברווחים אלו.
 - אי מיצוי היתרון לגודל.
 - מתן אשראי לבתי החולים על ידי חברת שראל שלא חייבה בריבית בגין פיגור בתשלומים.
 - היעדר פיקוח ובקרה מספקים על החברה- לממשלה לא היה מידע על ההתנהלות העסקית והארגונית של שראל.
- ההסכם שנחתם בשנת 2010 נועד לענות על חלק מהקשיים המתוארים לעיל וזאת כמפורט בסעיף 1.3 לעיל.

1.5 ההליך הנוכחי

במסגרת הליך חידוש ההתקשרות עם החברה ולאור תלונות שנתקבלו, מינתה החשבת הכללית צוות לבחינת רכש התרופות והציוד הרפואי במערכת הבריאות הממשלתית בראשות כלכלן בכיר ובהשתתפות נציגי משרד הבריאות ומשרד האוצר (להלן - הצוות). הצוות בחן בין היתר את מודל ההפעלה של החברה, על מנת לבדוק את יעילות מתכונת הרכש הקיימת, לבחון חלופות אפשריות אחרות ככל שקיימות כאלה ולוודא את ניצולו של היתרון לגודל, בהיקפי הפעילות הקיימים במערכת. זאת לצורך ביסוס החלטה על מתן פטור ממכרז לחברה.

במסגרת עבודת הצוות, ולצורך גיבוש המלצות בנוגע למתכונת הרכש כאמור, ביום 10.9.2014 נשלחה לחברה בקשה לקבלת נתונים על הרכש והמכר שמבצעת החברה. הצוות נתקל בהתנגדות מצד החברה להעברת נתונים על הרכש והמכר שהיא מבצעת. בשל חשיבות העברת הנתונים, החל מחודש ספטמבר, התקיימו מספר רב של פגישות עם נציגי החברה במטרה לקבל את כל הנתונים שנדרשו לצורך עבודת הוועדה. במהלך ניסיונות ההידברות מול החברה אשר כללו פגישות רבות ושימוש בערוצים נוספים וארכו למעלה משנה, החברה דבקה בהתנגדותה להעברת מכלול הנתונים, כפי שהתבקשו על ידי הצוות. יוער כי הגם שהחברה העבירה, לאחר דחיות רבות, אך ורק את נתוני המכר (מחירי המכירה לבתי החולים), הללו הועברו באופן חסר תוך הצגת פערי מידע מהותיים ומבלי שהחברה נכונה לספק הסברים מלאים בדבר הפערים, למרות פניות רבות בכתב ובעל פה. יתרה מזאת, יצוין כי הנתונים שהועברו כשלעצמם אינם מאפשרים לצוות לבחון באופן ממשי את היעילות הכלכלית של הרכש שמבצעת החברה. אי העברת הנתונים עיכבה את פעילות הצוות והותירה את המדינה בעמדה לא נוחה של התקשרות עם חברה בפטור ממכרז ללא יכולת ביצוע פיקוח ובקרה עליה וללא יכולת אמיתית לבחון ולהבין את יעילות המנגנון הקיים. כמו כן, יצוין כי על אף מספר פניות שנעשו אליה, החברה לא הסכימה לחתום על הסכם התקשרות לצורך הארכת ההתקשרות בשנה הנוספת, ותקופה ארוכה התנהלה כל הפעילות, בהיקף של למעלה ממיליארד ₪, ללא הסכם חתום. רק לאחרונה נחתם ההסכם בין המדינה ושראל.

לאור האמור, בנוסף לעבודת הצוות, הוחלט באגף החשב הכללי שבמהלך תקופת הפטור המוגבלת לשנה אחת, ייבחנו חלופות אפשריות לביצוע השירותים שמספקת שראל הן בטווח זמן המידי והן בטווח זמן הארוך והוחלט על הקמת מנגנון רכש חלופי מצומצם. מטרת הקמת מנגנון הרכש החלופי היא איתגור פעילות הרכש המתבצעת כיום על ידי שראל וכן בחינת המשמעות של הכנסת גורם נוסף למערכת בהיבט של יצירת תחרות מחד והגדלת תקורות ותשתיות מאידך.

לאור האמור לעיל, ועל בסיס בחינה ראשונית שנערכה באגף החשב הכללי, נעשה מיפוי של מגוון השירותים אשר ניתנים לבתי החולים הממשלתיים ולמשרד הבריאות בניסיון לבחון את סוגי השירותים בהם יתמקד מנגנון הרכש החלופי בשלבים הראשונים להקמתו. סוגי השירותים נבחנו בהתאם לפשטות אספקתם והערך המוסף שביצועם ייתן

לממשלה באמצעות היכרות השוק והשוואת התוצאות לשירות הניתן על ידי ישראל. בשלב ראשון הוחלט להתחיל את מנגנון הפיילוט ברכישת חיסונים לאגף שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות. מדובר ברכש של כ-250 מלש"ח בשנה כאשר כ-170 מלש"ח מתוכם מבוצע על ידי חברת ישראל. מדובר בסוג שירות ייחודי אשר מובחן מיתר הפעילות המרכזית. לשם כך ניתן למשרד הבריאות פטור ממכרז ייעודי לרכש זה עד לסוף שנת 2016 ובמקביל בחודש אפריל 2015 הוקמה ועדת מכרזים בין-משרדית משותפת למשרדי הבריאות והאוצר על מנת לגבש מכרז לרכישת חיסונים עבור משרד הבריאות. בתום שנת 2015 סיימה ועדת המכרזים לגבש מסמכי מכרז בשיתוף פעולה מלא של כלל הגורמים המקצועיים במשרד הבריאות לרבות גורמים אשר אינם נמנים על חברי הוועדה (אגף הרוקחות, אגף אפידמיולוגיה, תחום רכש ונכסים וכו'). המכרז החדש במתכונתו המוצעת שיפר את רמות השירות והזמינות של הגוף שייבחר, הגדיל את מחויבותו ובעיקר, משפר ומשמר את הידע המקצועי הנדרש של הרגולטור, זאת, בניגוד למצב הקודם. לאחר תום עבודת הוועדה והגעה לכדי הסכמות, החליט מנכ"ל משרד הבריאות למנוע את הוצאתו לפועל של המכרז שגובש, מסיבות שונות.

פרק 2 - סקירה בינלאומית

2.1 ארה"ב

שוק הבריאות

ההוצאה על בריאות בארה"ב בשנת 2013 עמדה על סכום של 2.9 טריליון דולר, נתח של 17.4% מהתמ"ג שנשאר קבוע מאז 2009. עלות הטיפולים בבתי חולים היא כשליש מסך ההוצאה, 937 מיליארד דולר². התפלגות ההוצאה לפי מקורות מימון³:

מימון ממשלתי ⁴	מימון פרטי	אחר
35%	45%	20%

באותה שנה, נספרו באיגוד בתי החולים האמריקאי כ-5,686 בתי חולים, בהם 914 אלף מיטות⁵. התפלגות בתי החולים לפי בעלות⁶:

בתי חולים פרטיים	בתי חולים ציבוריים	אחר
70%	22%	8%
לא למטרות רווח	בשליטת המדינה או המחוז	בשליטה פדרלית
51%	18%	4%
למטרות רווח		
19%		

כ-13% מהוצאות הבריאות הינן הוצאות לרכש של ציוד רפואי ותרופות. סוכנות של משרד הבריאות בארה"ב סקרה נושאים עיקריים בתחום ההוצאה על בריאות בשנת 2013, ואפיינה שלוש קטגוריות של רכש מוצרים רפואיים. ההוצאה על תרופות מרשם עמדה על 271 מיליארד דולר, ההוצאה על מוצרים רפואיים ברי קיימא הייתה 43 מיליארד דולר, ועל מוצרים רפואיים מתכלים, כגון ציוד רפואי, הלבשה כירורגית או תרופות ללא מרשם הייתה 56 מיליארד דולר⁷. סה"כ מדובר על הוצאה בסך 370 מיליארד דולר.

GPOs בשוק האמריקאי - רקע

בשוק הרכש של ציוד רפואי ותרופות פועלים ארגונים הנקראים GPOs – Group Purchasing Organizations. ארגונים אלו נותנים שירות לספקי בריאות שונים וביניהם בתי חולים, בעיקר על ידי איגוד כוח הקנייה של האחרונים וניהול מו"מ על חוזה רכש של מוצרים רפואיים מול ספקים, יצרנים או מפיצים. כך, באופן עקרוני נוצרות לבתי החולים שתי אפשרויות לביצוע רכישות. האחת, באופן עצמאי לחלוטין הכולל ניהול משא ומתן וחתימה על חוזה בין בית

²Center for Medicare and Medicaid Services, "National Health Expenditures 2013 Highlights", N.D., <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/highlights.pdf>

³Center for Medicare and Medicaid Services, "National Health Expenditures..."

⁴Medicare ו-Medicaid הינן תכניות בריאות פדרליות המהוות תחליף ביטוחי לקשישים ובעלי מוגבלויות, ולבעלי הכנסה נמוכה, בהתאם.

⁵American Hospital Association, "Fast Facts on US Hospitals", January, 2015, <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml> [accessed: May 12, 2015]

⁶American Hospital Association, "Fast Facts..."

⁷Center for Medicare and Medicaid Services, "National Health Expenditures..."

החולים לספק. השנייה, רכש באמצעות חוזה שנחתם על ידי GPO. במצב האחרון התשלום בגין העסקה עובר ישירות מבית החולים לספק, אך העסקה מתבצעת בכפוף לתנאי החוזה של ה-GPO. כיום כ-73% מסך הרכש של בתי החולים מתבצע בתיווכם של ארגוני GPO.⁸

ה-GPO הראשון הוקם בארה"ב לפני למעלה מ-100 שנים, ועד אמצע שנות ה-70 צמיחת הענף הייתה איטית ומספר הארגונים שפעלו בשוק היה דו ספרתי לכל היותר. מסוף שנות ה-70 ואילך גדל מספר ה-GPOs בחדות והמשיך לצמוח עד שכיום פועלים למעלה מ-600 ארגונים.⁹ עם זאת, קיימת ריכוזיות גבוהה בשוק זה, רק 30 ארגונים נחשבים כארגונים משמעותיים בשוק המספקים לחבריהם גישה לחוזים גדולים. שאר הארגונים פועלים כמתווכים עבור הארגונים הגדולים, או מספקים גישה לחוזים מול ספקים מקומיים בתחומים מסוימים בלבד.¹⁰ בשנת 2003 דווח בפני נציבות הסחר הפדרלית (FTC), המקבילה הפדרלית לרשות ההגבלים העסקיים, כי 85% מרכישות בתי החולים אשר מתבצעות באמצעות חוזה GPOs שייכות לשבעת הארגונים הגדולים בשוק.¹¹ בשנת 2012 נתח שוק דומה מוחזק על ידי מספר מצומצם אף יותר של חמשת הארגונים הגדולים.¹²

הערכת סכומי הרכש המתבצע באמצעות חוזים של תשעת הארגונים הגדולים בשוק¹³:

GPO Name	2010 Number of Hospitals Served	2012 Adjusted Purchasing Volume (Billions)	Top five GPOs Total APV
MedAssets	1,700	48	150.2
Novation LLC	2,911	43	
Premier Inc.*	2,500	~30	
HealthTrust Purchasing Group	1,400	21.2	
Amerinet Inc.	2,570	8	

⁸ Eugene S. Schneller, "The Value of Group Purchasing - 2009: Meeting the Needs for Strategic Savings", April, 2009, p 12, Retrieved from: https://www.novationco.com/media/industryinfo/value_of_gpo_2009.pdf

⁹Healthcare Supply Chain Association, "A Primer on Group Purchasing Organizations" N.D., http://c.ymcdn.com/sites/www.supplychainassociation.org/resource/resmgr/research/gpo_primer.pdf

¹⁰Healthcare Supply Chain Association, "A Primer on Group Purchasing..."

¹¹ בעדותה של נציגת ה-GAO Government Accountability Office – GAO בפני נציבות הסחר הפדרלי, ה-FTC ב-2003. Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings on Health Care and Competition Law and Policy", September 26, 2003. P 119. https://www.ftc.gov/sites/default/files/documents/public_events/health-care-competition-law-policy-hearings/030926ftctrans.pdf

¹² MedAssets Inc, "Form 10-K (Annual Report)", 23 March 2014;

לפי בדיקה של האתר Health Purchasing News על פי דיווחים רשמיים של הארגונים. האתר מציען שהגדרות הסכומים בידי הארגונים משתנה, וכי לעיתים סכומים נרשמים באופן כפול או לחלופין נרשם סכום רכישה של בית חולים בעזרת הארגון כסכום הרכש הכולל אותו ביצע בית החולים, גם אם בפועל רק אחוז מהרכש התבצע באמצעות הארגון.

Health Purchasing News, "GPO Facts & Figures" October, 2012.

<http://www.hponline.com/resources/GPOs.html> [accessed: May 12, 2015]

¹³Health Purchasing News, "GPO Facts..."

GPO Name	2010 Number of Hospitals Served	2012 Adjusted Purchasing Volume (Billions)	Top five GPOs Total APV
PDM Healthcare*	no data	~6.5	
U.S. Department of Defense	no data	5.1	
U.S. Department of Veterans Affairs*	no data	~2.5	
Resource Optimization & Innovation	no data	0.817	Share of top five GPOs APV
Total		165.117	91%
* עבור ארגונים אלה לא ניתן היה לקבל נתונים מדויקים על נפח הרכישה. עם זאת המקור מעריך לפי נתונים אחרים את מיקומם בדירוג. לכן סכום הרכש העובר דרכם הינו הממוצע בין הארגונים הסמוכים.			

כל ה-GPOs הגדולים הינם ארגונים למטרות רווח וכך גם מרביתם של הארגונים הקטנים יותר. בסקירה שביצע ה-GAO - Government Accountability Office ב-2002 נמצא ששמונת הארגונים הגדולים בשוק באותה התקופה פעלו למטרות רווח.

עם זאת, קיימת שונות גדולה בסוג הבעלות על ארגוני ה-GPO. ארגונים כמו Novation ו-HealthTrust נמצאים בבעלות של קבוצות בתי חולים וספקי בריאות אחרים כגון מרפאות או בתי אבות, שהם בעצמם ארגונים למטרות רווח. Premier מוחזק בידי קבוצה של 203 ארגונים המפעילים 900 בתי חולים ומרפאות שלא למטרות רווח. GPOs אחרים, כמו Amerinet או Broadlane¹⁴, נמצאים בבעלות מעורבת של בתי חולים, חלקם לא למטרות רווח וחלקם למטרות רווח, חברות אחזקה ומשקיעים פרטיים. סקר של אוניברסיטת פנסילבניה מ-2008 בהשתתפות מנהלי מחלקות רכש בבתי חולים חקר בנושא פעילותם המשותפת עם GPOs, ומצא כי מעל 40% מבתי החולים מחזיקים מניות ב-GPO באמצעותו הם פועלים¹⁵.

המוצרים והשירותים אותם אפשר לרכוש באמצעות ה-GPOs הינם רבים ומגוונים. אלו כוללים מכשירים רפואיים, ציוד רפואי מתכלה, תרופות מותג ותרופות גנריות, ובנוסף גם שירותים לוגיסטיים שונים כמו אספקת מזון, כביסה ועוד. GPOs מדווחים שכחלק מהצורך להישאר תחרותיים, הם מרחיבים את פעילותם למגוון של שירותים נוספים כמו למשל ייעוץ בנוגע לחתימת חוזים חד פעמיים - עבור מוצרים שאינם חלק בהיצע החוזים שמציע ה-GPO או עבור

¹⁴ נרכש ע"י MedAssets ב-2010, שירת 1,100 בתי חולים קודם לכן.

MedAssets. MedAssets Completes Acquisition of The Broadlane Group. N.D., <http://ir.medassets.com/releasedetail.cfm?ReleaseID=530857>

¹⁵ Burns, L. Lee, J., "Hospital purchasing alliances: Utilization, services, and performance", *Health Care Manage Rev*, (2008), 33(3), p 211

השגת מחיר נמוך מהנקוב בחוזה קיים. כמו כן, הם מספקים שירותי ניתוח מידע, מערכות מידע ומסחר אלקטרוניות, שירותי ייעוץ וניתוח שוק ואף ביטוחים¹⁷¹⁶.

בסקר של אוניברסיטת פנסילבניה נמצא שרוב בתי החולים רוכשים יותר ממחצית מהציוד הרפואי המתכלה והתרופות באמצעות חוזים של GPO. עם זאת, רק מיעוט מבתי החולים מבצעים את עיקר רכישותיהם באמצעות GPO בתחומי הציוד הרפואי בר קיימא ובקשות מיוחדות של רופאים, או ברכישות כלליות כמו ציוד תקשורת¹⁸.

המודל העסקי של ה-GPOs

הסכם רכש בין GPO לספק כולל עמלת חתימת חוזה, הנקובה באחוזים. הספק משלם ל-GPO נתח בגובה העמלה מסכום הרכש הכולל שהגיע דרך החוזה. כך למשל, אם לקוחות ה-GPO רכשו מוצרים תחת חוזה מסוים בשווי של 100 אלף דולר, ועמלת חתימת החוזה הינה 3%, ה-GPO יקבל תשלום מספק הציוד על סך של 3,000 דולר.

זהו רכיב המימון העיקרי המניע את הארגונים האלו, והם משתמשים בהכנסות מהעמלות בכדי לכסות את הוצאות הפעילות שלהם. לעיתים הם מחזירים חלק מהרווחים ללקוחות שלהם, ספקי הבריאות, או משקיעים אותם בחברות אחרות. במקרים אחרים משתמשים בהם להשקעה חוזרת להגדלה או הרחבה של הפעילות לשירותים שונים כפי שתואר לעיל. 92% אחוז בממוצע מהכנסת ה-GPOs מגיעים מהכנסות בגין עמלות חתימת חוזה שנעות בממוצע קצת מתחת ל-3% ממחיר המכירה של המוצרים¹⁹.

עם זאת, במקרים מסוימים עמלות חתימת החוזה גבוהות מ-3%, ובמקרה אחד שנבדק ע"י ה-GAO ב-2003 הגיעה העמלה ל-18%²⁰. בבדיקה נוספת של ה-GAO ב-2008 נמצא כי שני GPOs, מתוך ששת ה-GPOs הגדולים בשוק, דיווחו ש-5 עד 10 אחוז מהחוזים שנחתמו כללו עמלת חתימת חוזה גבוהה מ-3%²¹. גובה עמלת חתימת החוזה תלוי במספר משתנים. בין היתר, בחוזים בהם בית חולים רוכש את המוצר בלעדית מספק יחיד העמלות גבוהות יותר²². בחוזים החתומים מול יצרנים העמלה תהיה גבוהה יותר מאשר חוזים החתומים מול מפיצים. גם בקטגוריית התרופות ישנה שונות כאשר על מוצר גנרי תוטל עמלה גבוהה יותר, לעיתים קצת מעל 3%, לעומת מוצר ממותג, עליו מוטלת עמלה עד גובה של 2%²³.

סה"כ הכנסות מעמלות המוטלות על הספקים הגיעו ב-2012 ל-2.3 מיליארד דולר. לעומת זאת, ב-2008 הסתכמו הכנסות אלו בסכום נמוך בהרבה של 1.7 מיליארד דולר. הנתונים משקפים גידול של 20% בהתחשב באינפלציה. הגידול המהיר בהכנסות ה-GPOs מוסבר על פי נציגיהם בהגדלת היקפי הרכש שעברו דרכם, ומוצרים חדשים שנוספו

¹⁶ United States Government Accountability Office, "GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS - Funding Structure Has Potential Implications for Medicare Costs", October, 2014, p 4

¹⁷ United States Government Accountability Office, "Group Purchasing Organizations: Services Provided to Customers and Initiatives Regarding Their Business Practices", August, 2010, p 7

¹⁸ Burns, L. Lee, J., "Hospital purchasing alliances...", p 211

¹⁹ Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 18

²⁰ United States Government Accountability Office, "GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS - Use of Contracting Processes and Strategies to Award Contracts for Medical-Surgical Products", 16 July 2003, p 10

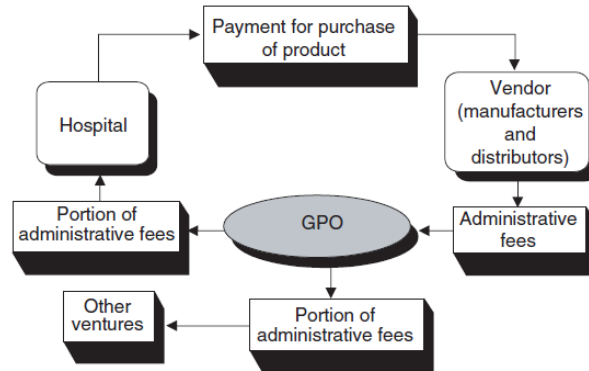
²¹ Accountability Office, "...Services Provided to Customers...", 2010, p 12

²² United States Government Accountability Office, "GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS - Pilot Study Suggests Large Buying Groups Do Not Always Offer Hospitals Lower Prices", 30 April 2002, p 8

²³ Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 18

לחוזים. ה-GAO מציין כי הנתונים לגבי שיעור העמלות שנגבו ב-2008 וב-2012 דומים, אך מעבר לכך אינו מסביר מדוע צמחה הגבייה מעמלות ספקים בקצב כה גבוה.²⁴

Figure 1: Money Flows Related to Hospital Purchases Using a GPO



Source: GAO interviews with GPOs and a GPO trade association.

מקור: Accountability Office, "...Funding Structure ...", 30 April 2002

בנוסף לעמלת חתימת החוזה, ה-GPO מקבל כסף גם מבתי חולים שמעוניינים להיות לקוחותיו, וליהנות מהאפשרות לרכוש מהחוזים אותם הוא מנהל. סעיף זה הוא סעיף קטן יחסית בתמהיל הכנסות ה-GPOs ושווה בממוצע ל-3.3% מהכנסותיהם.²⁵ ב-2008 עמדו ההכנסות שלא מעמלות חתימת חוזה על 320 מיליון דולר. על פי החלק היחסי של דמי מנוי מהכנסות אלו, ניתן להעריך אותן בכ-130 מיליון דולר.²⁶

ה-GAO מצא כי GPO גדול בפריסה לאומית גובה דמי מנוי בגובה 50 אלף דולר בשנה מכל בית חולים עבור כניסה למערכת מקוונת, המספקת מידע לגבי מחירים, קשר ישיר עם ספקים ומידע על שרשרת האספקה.²⁷ בסקר של אוניברסיטת פנסילבניה מ-2008 נמצא כי אגד בתי חולים קטן נדרש לשלם דמי מנוי בגובה 300 עד 600 אלף דולר מדי שנה.²⁸

מבנה החוזים וההתקשרות בין ה-GPOs לספקים

תהליך חתימת החוזה של GPO מול ספקים הינו בעל שלושה שלבים. הארגון מפרסם לויז' למכרז או בקשה לקבלת הצעת מחיר, עובר על ההצעות ומדרג את הספקים ולבסוף נכנס למשא ומתן עם הספקים וחותם על חוזה רכש. הספקים יכולים, כחלק מהגשת ההצעה, לנקוב בגובה העמלה שיהיו מוכנים לשלם ל-GPO עבור חתימת החוזה. לחלופין

²⁴ Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 17

²⁵ Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 17

²⁶ התפלגות הכנסות GPOs – 92% הכנסות מעמלות חתימת חוזה, 2% הכנסות מעמלות רישיון (למותג פרטי), 3.3% הכנסות מדמי מנוי, 2.2% הכנסות מהשקעות, 0.5% אחר;

Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 17

²⁷ Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 22

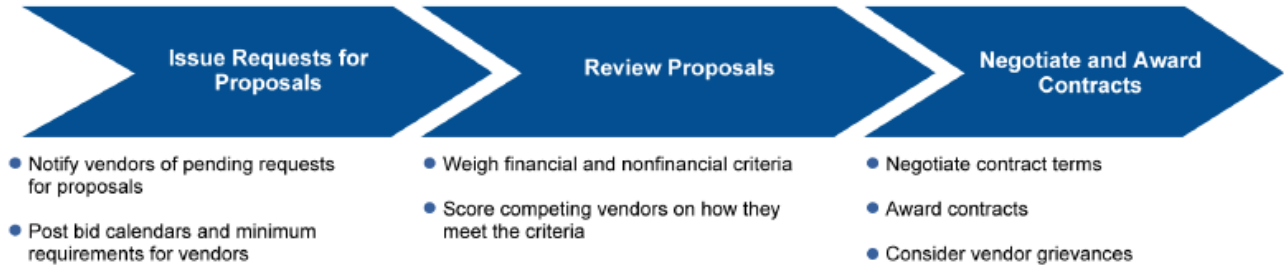
²⁸ Burns, L. Lee, J., "Hospital purchasing alliances...", p 206;

בארה"ב קיימים יותר מ-3000 איגודים של בתי חולים הפועלים יחדיו. באתר Becker's Hospital Review מציינים שהאגד הקטן ביותר מבין חמשת הגדולים כולל 38 בתי חולים. לכן סביר להניח שאגד קטן כולל מספר חד ספרתי או דו ספרתי נמוך של בתי חולים.

Lindsey Dunn and Scott Becker, "50 Things to Know About the Hospital Industry", *BEKER's Hospital Review*, 23 July 2013, <http://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/50-things-to-know-about-the-hospital-industry.html>

מתנהל משא ומתן על גובה העמלה כחלק מהשלב השלישי של התהליך, לאחר שההצעות שהוגשו דורגו ונפתחו מגעים בין ה-GPO לספקים פוטנציאליים.

Figure 2: GPOs' Three-Phased Competitive Bidding Approach to Negotiating Contracts



Source: GAO analysis of GPO-reported information. | GAO-15-13

מקור: Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014

מי שמחליט על הענקת החוזים לספקים הם וועדות המורכבות מבעלי תפקידים ב-GPO ומנציגים של לקוחותיו. לרוב מדובר בנציגי בתי חולים החברים בארגון, מומחים מטעם ה-GPO ונציגי מחזיקי המניות של ה-GPO.²⁹

מחויבות לרכש בנפח ואו בשיעור גבוה

מחיר המוצרים יכול להשתנות לפי נפח הרכישה שמבצע בית החולים באמצעות החוזה. חלק מהחוזים מכילים מחויבות מראש לקנייה בנפח או בסכום מסוים. סעיפים אחרים דורשים שאחוז רכש גבוה של מוצר מסוים יעבור דרך החוזה, כלומר שבית החולים יתחייב לרכוש את רוב הפריטים בקטגוריה מוצר מסוימת דרך החוזה ולא באמצעים אחרים. מחיר היחידה נגזר בדיעבד מביצוע הרכש בפועל על ידי בית החולים על פי המחויבויות השונות. כך למשל, נמצא בקטגוריה שתלים ללב כי במידה ובית חולים מעוניין לרכוש רק 25% מיצרן מסוים, מחיר כל שתל יהיה גבוה פי שלושה לעומת המחיר במקרה שיבצע את כל הרכישה מאותו היצרן.³⁰ בהקשר זה נודעת כמובן חשיבות רבה ליכולתו של בית החולים לכפות סטנדרטיזציה (מלאה או חלקית) של הציוד הרפואי בו נעשה שימוש על מנת להפחית את הוצאותיו וליהנות מאיגום הביקושים על ידי ה-GPO.

מבין שבעת ה-GPOs הגדולים ב-2003 נמצא כי אצל הקטנים יותר, התחייבות לקוחותיהם לקנייה בשיעור מסוים הייתה הגורם המשמעותי ביכולת להשיג מחירים נמוכים. אצל שני הארגונים הגדולים מהשבעה נמצא כי נפח הרכש היה גורם משמעותי יותר.³¹ מאידך, העמידה בהתחייבות עלולה להגביל את חופש הבחירה של בתי החולים. כך לדוגמה דיווח GPO מסוים כי גובה ההתחייבות הממוצעת בחוזים שלו מגיעה ל-80%, וקרה שהופסקה חברותו של לקוח בארגון עקב אי עמידתו בתנאים האלו.³²

בתי החולים מקבלים החזרים מה-GPOs שמקורם בהכנסות מעמלות החוזה הנגבות מהספקים. החזרים אלה תלויים במקרים רבים בסכום הרכש, ולכן ככל שבית החולים רוכש יותר באמצעות חוזים המנוהלים ב-GPO הוא מוריד את עלויות הרכישה ומעלה את ההכנסות מהחוזים. מבנה החזרים זה מתמרץ את בית החולים לעבוד בעיקר מול GPO

²⁹ בעדותו של מנכ"ל GPO בפני ה-FTC ב-2003.

Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 205

³⁰ Accountability Office, "...Pilot Study...", 2002, p 7

³¹ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 12

³² Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 12- 13

אחד בכל מוצר ספציפי או קטגוריית רכש. לעיתים החוזים מנוסחים כך שקיימת רמת סף מסוימת לרכש מתחתיה מאבד בית החולים את כל ההחזרים מהחווה. חשוב לציין כי גם בחוזים שנחתמים באופן פרטני בין בתי חולים וספקים יש חשיבות גדולה להתחייבות לרכש בנפח מסוים.³³

חווה של ספק יחיד

פרט למקרים בהם קיים מוצר חדשני יחיד מסוגו המיוצר באופן בלעדי על ידי יצרן יחיד, עבור רוב המוצרים הרפואיים קיימים בשוק מספר יצרנים. עבור מוצרים אלו חותמים ה-GPO שני סוגים של חוזים: חוזים הנחתמים מול ספק יחיד וכאלה שמאפשרים בחירה בין שני ספקים או יותר. בחוזים של ספק יחיד עמלות חתימת החווה עבור ה-GPO בדרך כלל גבוהות יותר, באופן שמשקף את הבלעדיות לה זוכה הספק.³⁴ חלק מהארגונים משתמשים בחווה של ספק יחיד באופן רחב יותר מאחרים, כך במיוחד עבור שני הארגונים הגדולים בשוק בשנת 2003 שמשתמשים בשיטה זו בממוצע ב-19% וב-42% מהחוזים שלהם.³⁵

ברוב הארגונים, המוצרים הרפואיים בהם אין העדפה רפואית מובהקת (commodities) מהווים חלק גדול יותר מהחוזים של ספק יחיד. עבור חמישה GPOs מתוך שבעת הגדולים ב-2003 בין 62% ל-91% מחוזי ספק יחיד הם למוצרי commodity. עבור אחד משני ה-GPOs הגדולים ביותר, דווקא הקטגוריה השנייה של מוצרים רפואיים בהם רופאים שונים מעדיפים יצרנים שונים (clinical preference) היוו כ-82% מסך ההוצאה בחוזים של ספק יחיד.³⁶

היצע של חבילות מוצרים (Bundles)

קיימים חוזים הקושרים בין מוצרים דומים או שונים. לרוב כאלו הנצרכים ביחד או קשורים אחד לשני בשל המותג או היצרן. ארבעה מתוך שבעת הארגונים שנבדקו ב-2003 ציינו כי הם משתמשים בחוזים של חבילות מוצרים משלימות, אולם לא נמצאו יותר משלושה חוזים כאלה באף ארגון. עוד נמצא כי שלושה ארגונים ניהלו חוזי חבילות הנקראים חוזי תאגיד, בהם ניתנו הנחות עבור קנייה של מספר מוצרים שאינם קשורים זה לזה אך נרכשים מיצרן יחיד. אחד משני הארגונים הגדולים ביותר דיווח כי 40% מסך חוזי הרכש שלו בתחום המוצרים הרפואיים-כירורגיים הינם חוזי תאגיד.³⁷

ארבעה ארגונים, כולל אחד משני הארגונים הגדולים, השתמשו בסוג שלישי של חוזי חבילה. חוזים אלו קשרו בין מוצרים של יצרנים שונים והתנו את מתן ההנחה בגין הרכישה בהתחייבות לרכוש נתח מינימלי בכל קטגוריית מוצרים בחבילה.³⁸ חווה שנחתם על ידי אחד הארגונים כלל תריסר מוצרים ברמת התחייבות של 95%. אחד משני הארגונים הגדולים ביותר דיווח שחוזים מסוג זה מהווים 20% מסך רכש המוצרים הרפואיים-כירורגיים בשנת 2002.³⁹

חוזים לרוב נחתמים לתקופה של 3 שנים, ועבור חלק מהמוצרים לתקופות ארוכות יותר לפי הצורך. חלק מהחוזים נחתמים לתקופות של 5 שנים ויותר. במקרים כאלה נחשב החווה להיות ארוך טווח וההנחה שניתנת על המוצרים הכלולים בו משמעותית יותר. התנהלות זו קיימת בכל הארגונים, אולם בקרב שני הארגונים הגדולים בשוק היא הייתה

³³ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 5, 13;

Accountability Office, "...Services Provided to Customers...", 2010, p 12

³⁴ Accountability Office, "...Pilot Study...", 2002, p 8

³⁵ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 11

³⁶ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 12

³⁷ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 13

³⁸ Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 168

³⁹ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 13-14

ב-2003 נפוצה אף יותר וקיימת ברוב החוזים שלהם. בחלק מהחוזים, הרגילים או ארוכי הטווח, תקופת הארכת החוזה כלולה בתוך תקופת החוזה עצמו⁴⁰, התנהלות המקנה יתרון לספק שנמצא בתוך חוזה פעיל.

מותג פרטי

חלק מה-GPOs מפעילים מסלול רכש באמצעות מותג פרטי בו לרוב העמלה גבוהה יותר. שני GPOs הגדולים שמפעילים מסלול כזה דיווחו ב-2012 ל-GAO על עמלות בגובה 9.9% ו-11.12%. עמלה גבוהה זו מורכבת מעמלת חתימת חוזה, ועמלת רישיון שמשולמת על ידי היצרנים במטרה לכסות את הוצאות השיווק של המוצר והשימוש בשם של ה-GPO. נציג של ה-GPO הראשון הסביר שהספק הסכים לשלם עמלה כה גבוהה כיוון שהקונים התחייבו לרכש מראש. במקרה של ה-GPO השני נטען כי העמלה נקבעה במשא ומתן עם ספק שמספק חמש תרופות גנריות דרך מסלול המותג הפרטי⁴¹.

GPOs ובתי חולים, האם נוצר חיסכון למערכת?

בית חולים משתמש במוצע בשירותיהם של 2 עד 4 GPOs שונים, וכמעט בכל בתי החולים בארה"ב מתבצע רכש בעזרת לפחות GPO אחד⁴². מבדיקה שערך ה-GAO ב-2003 נמצא כי אחד משני הארגונים הגדולים ביותר אסר על לקוחותיו להיות חברים ב-GPO נוסף בפריסה לאומית⁴³. יש לציין כי לא נמצא מידע דומה מאז.

סקר של אוניברסיטת פנסילבניה ב-2008 בהשתתפות מנהלי מחלקות רכש בבתי חולים, חקר בנושא פעילותם המשותפת עם GPOs. בסקר נמצא שרוב בתי החולים רוכשים את רוב המוצרים דרך GPO יחיד הפועל בפריסה לאומית. לדעתם של מנהלי הרכש הגורמים לכך הם העלות הניכרת של חברות בארגון כזה, השוונות הקטנה במחירים של GPOs בפריסה לאומית והעלות העודפת של ניהול מחלקת רכש במידה ומתנהלים מול הרבה ארגונים. על פי הסקר, בתי חולים שחברים ביותר מארגון אחד עושים זאת לרוב על מנת ליהנות מחוזים ייחודיים בקטגוריות מוצרים מסוימות ורוכשים מעט דרך ה-GPO הנוסף⁴⁴.

במחקר אחר מ-2009⁴⁵, שמומן על ידי איגוד ה-GPOs, נטען כי ישנה שוונות רבה בשיעור השימוש של בתי החולים בחוזים של GPOs, הנע בין 30% מכלל הרכש ועד ל-90%, כאשר הממוצע עומד על 73%⁴⁶. עוד נמצא כי האחריות

⁴⁰Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 14

⁴¹Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 18-19

⁴² הערכה של איגוד האספקה של מערכת הבריאות.

Healthcare Supply Chain Association, "A PRIMER ON GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS Questions and Answers", N.D., http://c.ymcdn.com/sites/www.supplychainassociation.org/resource/resmgr/research/gpo_primer.pdf

⁴³Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 5

⁴⁴ Burns, L. Lee, J., "Hospital purchasing alliances...", p 206

⁴⁵ המחקר בדק 429 בתי חולים, בממוצע 380 מיטות לבית חולים ו-20 אלף אשפוזים בשנה. המדגם מייצג בחסר את בתי החולים הקטנים בארה"ב. ההוצאה הממוצעת של בית חולים על רכש הייתה 62 מיליון דולר. ההוצאה המקסימלית שנדגמה הייתה 230 מיליון דולר.

Meeting the Needs for Strategic Savings", April, 2009, Eugene S. Schneller, "The Value of Group Purchasing - 2009 Retrieved from: https://www.novationco.com/media/industryinfo/value_of_gpo_2009.pdf

⁴⁶Eugene S. Schneller, "The Value of Group Purchasing...", 2009, p 12

העיקרית לרכש מוטלת על ה-GPOs ונציגייהם, ספציפית בתחום הזיהוי של מוצרים, שירותים וספקים שונים, ושליחת הבקשות להצעת מחיר. ההשתתפות של בתי החולים עצמם נשארת ברמת הפיקוח⁴⁷.

ה-GPOs מספקים ללקוחותיהם מספר יתרונות, למשל, על ידי איגוד כוח הקנייה המשותף להרבה בתי חולים, הם משיגים חוזי רכש במחירים נמוכים יותר. דרך אחרת להשיג מחירים נמוכים היא סטנדרטיזציה של מוצרים, הנוצרת כאשר גם במוצרים בהם רופאים שונים מעדיפים יצרנים שונים (clinical preference) בתי החולים מתעקשים לעבוד עם ספק יחיד העונה על דרישותיהם של רוב הרופאים. יתרון נוסף הוא השימוש שעושים הלקוחות במחירים הנקובים בחוזי ה-GPO כנקודת משען לפתיחה וניהול של משא ומתן באופן ישיר מול ספקים. וגם, כפי שצוין, ה-GPOs מעבירים ללקוחותיהם החוזרים מההכנסות המגיעות מעמלות חתימת החוזה.

ישנה הסכמה רחבה מאוד בתשובותיהם של מנהלי מחלקות הרכש לסקר שערכה אוניברסיטת פנסילבניה, לכך שבתי החולים נהנים מחסכון בקניית מוצרים בזכות ה-GPOs, וכמו כן קיימת שביעות רצון גדולה מפעילותם. לעומת זאת, אין הרבה הסכמה לטענה ש-GPOs מביאים לחסכון בעזרת טכנולוגיות מידע ואף אין הסכמה לכך שהם מסייעים בצמצום כוח אדם⁴⁸.

במחקר אחר נטען כי כמות העובדים במשרה מלאה תגדל בממוצע ב-15% במידה ובית חולים ימנע מחברות ב-GPO כלשהו. החיסכון הגלום במצב הנוכחי, בו חלק ניכר מפעילות הרכש וכוח האדם נמצאת באחריות ה-GPO, מוערך ב-368 אלף דולר לבית חולים בממוצע⁴⁹. החיסכון לשוק הבריאות בכללותו מוערך בסכום של 1.8 מיליארד דולר על הוצאות מנהליות ושכר לעובדים⁵⁰.

בכדי לבדוק את הטענה העיקרית בדבר היתרון למחיר היחידה אותו משיג ה-GPO ללקוחותיו, בין 2001 ל-2002 ביצע ה-GAO מחקר פיילוט שסקר 18 בתי חולים המשרתים מטרופולין גדול⁵¹. במחקר נבדקו מחירים חציוניים שהתקבלו בחוזים שנחתמו על ידי GPO וכאלה שהתקבלו בחוזים שנחתמו עצמאית בין בתי חולים לספקים. המוצרים שנבדקו הם 42 סוגים של קוצב לב ו-23 סוגים של מחט ביטחון. המסקנות העיקריות מהמחקר הן כי לרוב בתי חולים שהשתמשו בחוזים שנוהלו דרך GPO שילמו יותר הן על המחטים והן על קוצבי לב לעומת בתי חולים שניהלו את החוזים בעצמם. לבתי חולים קטנים ובינוניים היה סיכוי גדול יותר לעומת בתי חולים גדולים לחסוך בעלויות על ידי שימוש בחוזים שנוהלו בידי GPO. אבחנה נוספת חשובה היא שבניגוד להנחה, GPOs גדולים, בעלי נפח רכישה שנתי של מעל 6 מיליארד דולר, לא הפגינו ביצועים טובים יותר בחיסכון עלויות מ-GPOs קטנים.

⁴⁷Eugene S. Schneller, "The Value of Group Purchasing...", 2009, p 16

⁴⁸Burns, L. Lee, J., "Hospital purchasing alliances...", p 211-212

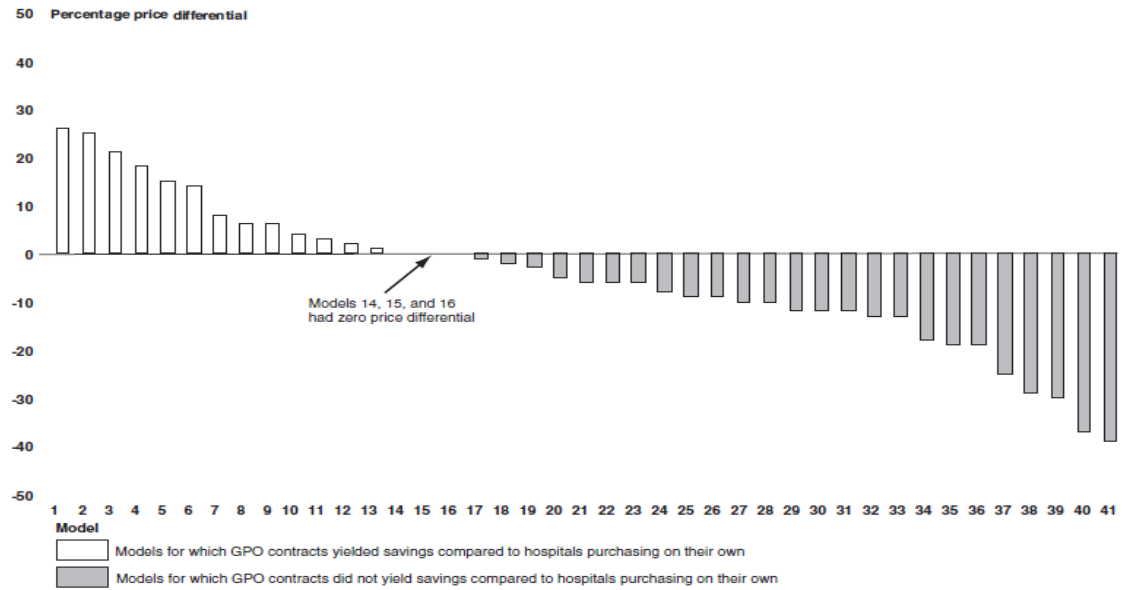
⁴⁹Eugene S. Schneller, "The Value of Group Purchasing...", 2009, p 23

⁵⁰Eugene S. Schneller, "The Value of Group Purchasing...", 2009, p 5

⁵¹Accountability Office, "...Pilot Study...", 2002, p 2

איכות ביצועי ה-GPOs השתנו על פני הדגמים השונים של המוצר הנבחר. כך, ניתן לראות כי עבור 25 דגמים שונים של קוצבי לב, רכישה באמצעות חוזים עצמאיים הניבה לבתי חולים חיסכון גדול יותר, ברוב המקרים.

Figure 2: Differences between Median GPO Contract Prices and Median Non-GPO Contract Prices for 41 Pacemaker Models



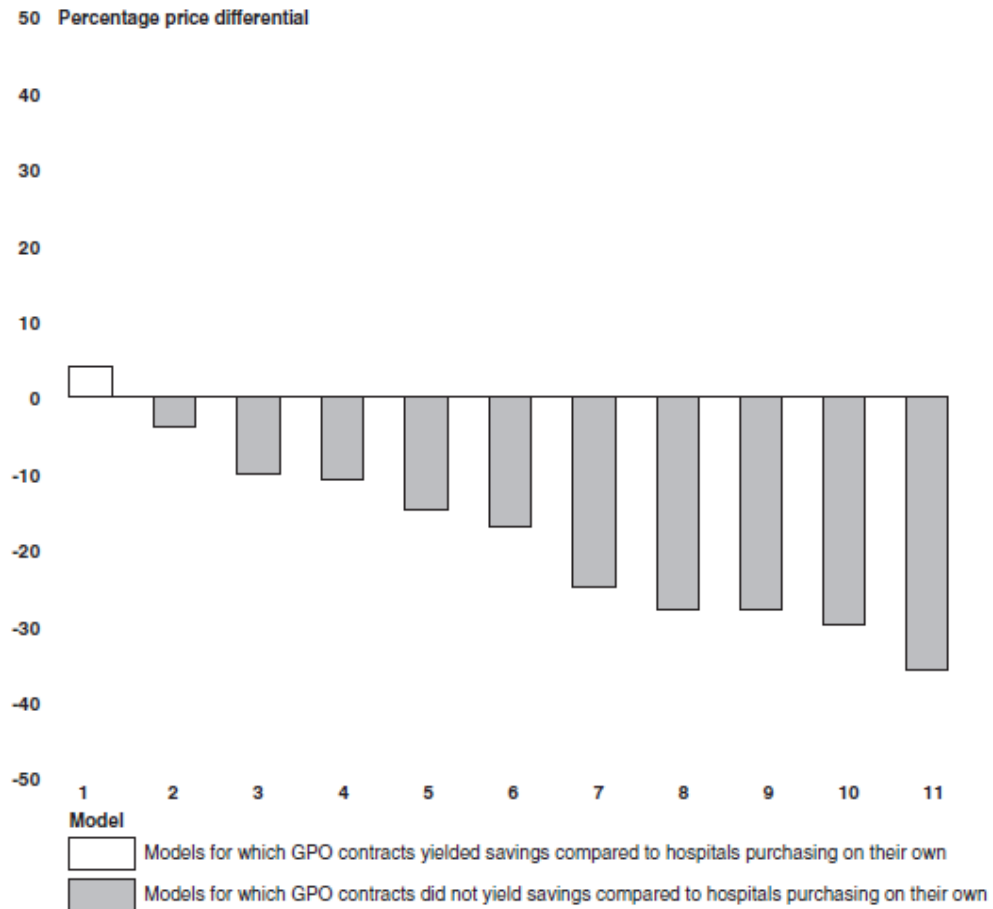
Note: Each bar refers to a different model of pacemaker. The length of the bar reflects the difference between the price paid by hospitals using GPO contracts and the price paid by hospitals not using GPO contracts to purchase the same model. Median prices were calculated and used in comparisons that included more than one GPO-negotiated price or hospital purchasing on its own.

Source: GAO survey of hospitals in a greater metropolitan area.

מקור: Accountability Office, "...Pilot Study...", 2002

בתרשים הבא ניתן לראות כי בתי חולים גדולים חסכו יותר כסף ברוב המקרים בהם רכשו דגמים של קוצבי לב בחוזים שנחתמו באופן עצמאי מול ספקים, למעט מודל אחד.

Figure 4: Differences between GPO Contract Prices and Non-GPO Contract Prices for 11 Pacemaker Models Purchased by Large Hospitals



Note: Each bar refers to a different model of pacemaker. The length of the bar reflects the difference in the price paid by large hospitals using GPO contracts and the price paid by large hospitals not using GPO contracts to purchase the same model. Large hospitals are hospitals with 500 or more beds. Median prices were calculated and used in comparisons that included more than one GPO-negotiated price or hospital purchasing on its own.

Source: GAO survey of hospitals in a greater metropolitan area.

מקור: Accountability Office, "...Pilot Study...", 2002

עוד נמצא במחקר כי מוצרים שנוהלו בחוזים של GPOs נרכשו לרוב מיצרנים גדולים, ובתי חולים רכשו רק במקרים בודדים דרך יצרנים קטנים ובדרך כלל בחוזים שנחתמו עצמאית. למרות הממצאים המדאיגים שעלו במחקר, בנוגע לנתונים בשטח אודות יכולתם של הארגונים הללו להביא לחסכון אמתי ללקוחותיהם, מדגישה הוועדה כי זהו מחקר פיילוט בלבד שכלל מספר קטן של GPOs ובתי חולים באזור גיאוגרפי אחד, ונדרש עוד מידע ואיסוף עדויות בצורה רחבה יותר על הפעילות בשוק. מחקר שכזה טרם בוצע על ידי הממשל האמריקאי.

במחקר אחר, שמומן על ידי איגוד ה-GPOs נטען כי החיסכון הכללי של בתי החולים ברכש תרופות ומכשירים רפואיים כירורגיים מגיע לשיעור של 18.7% מסך הוצאותיהם (שהיו 99 מיליארד דולר בשנת 2008). המחקר נסמך על סקר שנערך בקרב בתי חולים העובדים עם GPOs ובו נתבקשו בתי החולים לפרט את החיסכון בקטגוריות השונות. כך נטען כי ברכש תרופות ישנו חיסכון של 15%, וברכש של מוצרים רפואיים-כירורגיים החיסכון מגיע ל-20%. ברכש של

מוצרים שנבחרים באופן אישי על ידי רופאים כמו שתלים אורתופדיים או מכשירים קרדילוגיים, מגיע החיסכון ל-15% ול-17% בהתאמה⁵². המחקר לא מציין מה היה שיעור ההיענות לסקר או איך נבחרו בתי החולים⁵³.

במכתב שנשלח לוועדת הכספים בסנאט על ידי ה-GAO ב-2010 מצוין כי בחיפוש אחר מאמרים שעוסקים בנושא החיסכון למערכת הבריאות מפעילותם של ה-GPOs נמצא מאמר יחיד שעבר ביקורת עמיתים. המאמר הינו הסקר של אוניברסיטת פנסילבניה שהוזכר לעיל, והודגש שהסקר כפוף לדעותיהם האישיות של מנהלי רכש, ואינו משתמש בנתונים כספיים. בנוסף צוין שאחוז ההיענות לסקר היה נמוך, כ-16%⁵⁴.

המצב התחרותי בענף

קיימות מספר טענות לבעיות הנוגעות למודל המימון של ה-GPOs, להתנהלות העסקית והחוזית שלהם, ולרמת התחרותיות בשוק הרכש של מוצרים רפואיים. בעיות אלו נוגעות לצרכנים, לבתי החולים, לנותני שירותי הבריאות, ליצרנים ולספקים של המוצרים הרפואיים וגם לכספי משלם המיסים האמריקאי דרך ביטוחי הבריאות הפדרליים. הטענות עלו גם במסגרת בדיקות שונות שנערכו על ידי מספר גופי ממשל אמריקאים. הדו"חות שייסקרו להלן כוללים בין היתר, שבעה דו"חות של ה-GAO בין 2002 ל-2014 שנכתבו עבור בדיקות שערכו חברי קונגרס, ועבור ועדות הסנאט לכספים והגבלים עסקיים ותחרות. כמו כן, סדרת שימועים מיוחדים בנוגע לתחרות בשוק הבריאות ולתפקידם של ה-GPOs, שקיימו משרד המשפטים וה-FTC במהלך 2003. להלן הטענות:

• עמלות חתימת חוזה

- (1) יותר מ-90% מהכנסות הארגונים נובעות משני גורמים בבסיס חוזי הרכש אותם הם מנהלים. ההכנסות גבוהות יותר ככל שעמלת חתימת החוזה גבוהה יותר, אך גם כאשר המחיר ליחידה גבוה יותר. ברור כי לארגון יש תמריץ להגדיל את הכנסותיו, אך במקרה זה הדבר עומד בניגוד לאינטרס של לקוחותיו⁵⁵.
- (2) בנוסף לתמריץ הארגוני ישנו גם תמריץ אישי הניתן למנהלים של ה-GPOs כאשר חלק משכרם נגזר מעמלות חתימת החוזה שהם גובים מהספקים⁵⁶.
- (3) יצרנים קטנים טוענים כי אין להם את המשאבים והיכולת להתמודד עם הליך חתימת החוזה והעמלה הגבוהה שנדרשת על מנת להתחרות ביצרנים הגדולים⁵⁷. בנוסף לגובה העמלה, הקושי ליצרנים קטנים מצוי גם במחיר ליחידה המוסכם בחוזה. מחיר נמוך ועמלה גבוהה יגרמו להם להפסדים כספיים⁵⁸.
- (4) יש הטוענים שכאשר הכנסות ה-GPOs מגיעות מעמלות חתימת חוזים עם הספקים, הם הופכים למעשה לסוכנים של הספקים ועוזרים להם למנוע תחרות בשוק. כך למשל, יצרן גדול וחזק בשוק יכול להסכים לחוזה

⁵²Eugene S. Schneller, "The Value of Group Purchasing...", 2009, p 12-13

⁵³ United States Government Accountability Office, "GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS – Research on Their Pricing Impact on Health Care Providers", 29 January 2010, p 1 fn 3

⁵⁴ Accountability Office, "...Research on Their Pricing...", 2010, p 2

⁵⁵ Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 19

⁵⁶ Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 181

⁵⁷ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 7

⁵⁸ Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 10

- בתנאים מועדפים על ה-GPO⁵⁹. מנגד טוענים נציגי GPOs כי זהו תפקידם להביא למחירים נמוכים ללקוחותיהם, וכל עוד הליך בחירת היצרן נעשה בצורה תחרותית אין בכך פסול⁶⁰.
- (5) המימון לבתי החולים, אשר מגיע גם דרך ביטוח הבריאות הפדרלי, Medicare⁶¹, מתעדכן על פי הוצאותיהם של בתי החולים, ביניהן הוצאות על רכש. ה-GAO מביע חשש שהמודל מבוסס העמלה מביא לתנודתיות במחירי המוצרים הרפואיים ובחלק מהמקרים לעלייתם, וכך משפיע על ההוצאות הפדרליות דרך Medicare⁶².
- (6) החזרים שבתי חולים מקבלים מה-GPOs אינם מדווחים כראוי בדו"חות הכספיים כהפחתה בעלויות הרכש. משרד הבריאות ערך ב-2005 דגימה של לקוחות נבחרים של ארגוני רכש הפועלים בכמה מדינות, ומצא שרוב הלקוחות אינם מדווחים על כך כראוי בדו"חות העלויות שלהם. מאז ועד סוף 2014 לא בוצעו בדיקות נוספות כאלו. המשמעות היא שהעלות "על הנייר" של רכש הציוד או התרופות מוטה כלפי מעלה, שכן היא לא כוללת את ההחזרים בגין הפעילות מול ה-GPO⁶³.

• ההתנהלות החוזית של ה-GPOs

- (1) קיימת בעיה בחוזים של ספק יחיד (חוזי בלעדיות) הנחתמים לטווח ארוך. מקובל שאגד או רשת של בתי חולים חותמים על חוזה מסוג זה בכדי לזכות בהנחה במחיר ליחידה. אולם, הבעיה התחרותית נוצרת כאשר ספק דומיננטי בשוק מצליח להשיג חוזים של יותר מ-GPO גדול אחד, במקרה כזה לספקים קטנים לא נשאר נתח שוק מספיק להתחרות עליו⁶⁴.

"The GPOs, I believe, in essence, today are selling protected market share to dominant suppliers in exchange for fees".

- (2) מנגד טוענים נציגי GPOs שהדרישה לחוזים מסוג זה מגיעה מהיצרנים עצמם⁶⁵. מנכ"ל GPO שהעיד גם הוא בפני הוועדה טוען שגם יצרנים קטנים נהנים מחוזים של ספק יחיד⁶⁶.

⁵⁹Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 170

⁶⁰Accountability Office, "...Pilot Study...", 2002, p 9

⁶¹ ע"פ חוק הביטוח הלאומי בארה"ב, אסור לאדם או ארגון לתת או לקבל כל תמורה על מנת לתמרץ עסקאות הממומנות מכספי ביטוחי הבריאות הפדרליים Medicare ו-Medicaid. לצורך העניין, תשלום עמלת החוזה ע"י המוכר ל-GPO אינו חוקי ויכול לגרום קנס ולאז מאסר. עם זאת, ל-GPOs יש החרגה מהחוק תחת מספר תנאים, ביניהם איסור לקיום עמלת חתימת חוזה גבוהה מ-3%, או לחילופין כל סכום מוסכם אחר וכל זאת בתנאי שקיים הסכם כתוב בין הארגון ללקוחותיו. תנאי חשוב נוסף הוא שה-GPOs ידווחו את הסכומים אותם קיבלו, באופן יחסי עבור כל לקוח, לפחות אחת לשנה לכל הלקוחות, ולמשרד הבריאות על פי דרישה. לאור סעיפים 1.6 ו-1.7, טוענים מומחים בדו"ח ה-GAO שניתן למנוע את הנזקים האלו לביטוח Medicare במידה וההחרגה של GPOs מחוק הביטוח הלאומי תבוטל.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, "Medicare and State Health Care Programs: Fraud and Abuse; OIG Anti-Kickback", 29 July 1991, <https://oig.hhs.gov/fraud/docs/safeharborregulations/072991.htm>

⁶²Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 22

⁶³Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 23

⁶⁴ הערת מומחה ומנהל רכש שהעיד בפני וועדה השימועים של ה-FTC, 2003.

Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 169-170

⁶⁵Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 11

⁶⁶ הערתו של מנכ"ל Consortia בשימוע בפני ה-FTC, 2003.

Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 195

(3) דווקא מתוך בתי החולים, מתחת למחלקות הרכש, עולה הדרישה לחוזים מרובי ספקים כיוון שלרופאים רבים העדפות שונות ומאוד מסוימות לגבי היצרנים ואיכות המוצרים שהם מעוניינים לרכוש ולכן הצורך שלהם במגוון.⁶⁷

(4) הדרישה לחוזים של ספק בלעדי מגיעה ממחלקות הרכש של בתי החולים שמעוניינות לבצע סטנדרטיזציה של הרכש, ומבינות את הפוטנציאל הגלום בחסכון במקרה שהרכש יתבצע מול ספק בודד ובהתחייבות לכמות מסוימת.⁶⁸

(5) חוזי חבילות פוגעים בתחרות במידה ולאחד הצדדים יש אחיזה משמעותית בשוק, והחווה יוצר מצב שבכדי להתחרות יצרנים אחרים צריכים לתת הנחות לא פרופרציונלית.⁶⁹ כאשר יצרן שהוא מונופול במוצר מסוים קושר בחוזה את קנייתו במספר מוצרים אחרים בהם אין יצרן דומיננטי, יתכן שהמצב יגרום להדרת מתחרים מהשוקים של המוצרים האחרים ויגדיל את כוחו של המונופול.⁷⁰

(6) במצב כזה נגרם לבית חולים חסם משמעותי לבחירה של צורת הרכש של המוצרים האחרים באופן חופשי. חוזי החבילות מגיעים לרוב עם רמת התחייבות גבוהה מאוד לכל אחד מהמוצרים שעל מנת לקבל הנחה על המוצרים או החוזים יש לעמוד בה בכל אחת מהקטגוריות. הלקוח מחויב לקנות את המוצר של היצרן המונופוליסטי דרך חוזה החבילה כיוון שאין לו אפשרות אחרת. במצב זה במידה והוא רוצה לרכוש מוצרים אחרים לא בחוזה החבילה הוא צפוי להפסד כספי. וכך, למרות שבתי חולים רשאים לרכוש מחוץ לחוזה GPO, למעשה נוצר חסם לקנייה באמצעות חוזים פרטיים ביניהם לספקים.⁷¹

(7) ישנן טענות כי לצד הפסדים כספיים קיימים גם קנסות. במידה ובית חולים מפסיק חוזה, ההחזרים הכספיים לא רק מופסקים, אלה בתנאים מסוימים ה-GPO ידרוש שבית החולים ישיב חלק מההחזרים שקיבל בעבר.⁷²

● פגיעה בתחרות בין יצרני המוצרים הרפואיים

(1) שילוב בין מרכיבי החוזים לעיל: חוזים של ספק יחיד, עם קשירה של מספר מוצרים לחבילות, רמות התחייבות גבוהות ותקופה ארוכה, פוגע מאוד בתחרות.⁷³ במקרה כזה יצרנים קטנים יותר מאבדים נתח שוק משמעותי ויתכן ויאלצו לצאת מהשוק.⁷⁴ בטווח הארוך החוזים האלו מטפחים היווצרותם של יצרנים מונופוליסטים שמגדילים את השליטה שלהם בשוק וחוסמים מתחרים עד למצב שבו ה-GPO יכול לקנות רק מהיצרן היחיד שנותר.⁷⁵ במצב כזה ההשפעה של איגוד כוח הקנייה אינה אפקטיבית יותר.

⁶⁷Burns, L. Lee, J., "Hospital purchasing alliances...", p 212

⁶⁸Burns, L. Lee, J., "Hospital purchasing alliances...", p 212

⁶⁹Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 123

⁷⁰Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 135

⁷¹Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 169-170

⁷²Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 199-200

⁷³ לעומת זאת, מנכ"ל GPO שהעיד בפני ה-FTC טען כי לעיתים ההערכה הקלינית של מוצר חדש היא יקרה מאוד וארוכה מאוד. בדוגמא שנתן לקח להם שנה וחצי לבחון מוצר תחת 8,500 מקרים כירורגיים ועלות של 150 אלף דולר. לאחר הבדיקה החליטו הבעלים של ה-GPO כי תקופת החוזה ל-3 שנים אינה מצדיקה את העלות והזמן של הבדיקה ויש לחתום על חוזה ל-5 שנים.

Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 158-159

⁷⁴Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 11

⁷⁵Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 123, 128, 136, 143-145

(2) בדו"ח ה-GAO ב-2003 נמצא כי בממוצע שליש מהחוזים של ה-GPOs הגדולים מוענקים לספקים חדשים, איתם ל-GPOs לא היו התקשרויות קודם לכן. בדיון בפני ה-FTC ב-2003 מגיב אחד העדים⁷⁶:

"Many of the contracts that came out were in a flurry of activity that took place in late 2002 after the first GPO hearings in the Senate Antitrust Subcommittee. What you saw happen in many cases, and this would have skewed the numbers, was that large GPOs opened their contracting to very large numbers of small suppliers".

(3) עד אחר, מנכ"ל של יצרנית מוצרים רפואיים⁷⁷ מוסיף כי כמות החוזים אינה חשובה, אלא נתח השוק הנובע מחוזים אלו, ההזדמנות לחדור לשוק ותנאי החוזים האלו והאחרים באותה הקטגוריה. כך למשל, אם הקנסות הכספיים ורמות ההתחייבות בחוזים של יצרנים דומיננטיים נמצאים ברמות שכופות, הלכה למעשה, את בית החולים להמשיך ולרכוש דרכם, אזי אין שום משמעות להענקת החוזים ליצרנים קטנים כיוון שלא נעשה בהם כמעט, או בכלל, שימוש.

(4) עלו טענות שהליך חתימת החוזים בצורתו הנוכחית עלול למנוע חדשנות במוצרים, ושלמרות שעל פניו הליך הגשת הצעות המחיר והערכתן הינו תחרותי יתכן שפעילות ה-GPOs מפריעה לתחרות בין היצרנים⁷⁸.

(5) נושא המחסור בתרופות נמצא בדיון ציבורי בארה"ב מספר שנים. ב-2014 בדק ה-GAO טענות בנוגע להשפעת ה-GPOs על התופעה, ומצא כי בחמישית מהמחקרים שנבדקו עולות טענות כי מבנה הפעילות של ה-GPOs תורם לצמצום מספרם של יצרני התרופות הגנריות. אחד המחקרים טוען כי מבחינה תיאורטית ליצרן תרופות גנריות אין סיבה להישאר בשוק לתרופה מסוימת לאחר שהפסיד במכרז של GPO גדול, כיוון שאין מספיק נתח שוק עבורו להצדיק את הפעילות. במחקר אחר נטען שה-GPOs תורמים לשחיקת הרווחיות בתחום יצור התרופות הגנריות⁷⁹.

(6) נגד הטענות לפגיעה בתחרות בשוק היצרנים טוענים GPOs שהפעילות שלהם מספקת תועלת לא רק ללקוחותיהם, אלה גם לספקים דרך חסכון בהוצאות הקשורות לשיווק, מכירה והתקשרויות בחוזים⁸⁰.

(7) בשנת 1993 הותקנו תקנות על ידי משרד המשפטים ונציבות הסחר הפדרלית בנוגע לפעילות ה-GPOs במסגרת החוקית של הגבלים עסקיים בשוק הבריאות. התקנה בנויה משני חלקים שקובעים מהי הפעילות המותרת של GPOs, ומהווה "נמל מבטחים" כך שלא תחשב כאנטי-תחרותית ברוב המקרים. החלק הראשון, והרלוונטי לדיון, דורש שלא יותר מ-35% מסך המכירות של מוצר או שירות מסוים יעברו דרך GPO יחיד.

⁷⁶Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 211; Accountability Office, "...Use of Contracting Processes...", 2003, p 14

חלק מהארגונים דיווחו כי בעתיד יתכן והחוזים יתקצרו ושני ארגונים אף טענו כי מרבית החוזים שלהם התקצרו בשנה. אחד משני הארגונים הגדולים ביותר דיווח כי הוא ביטל את האפשרות הכפולה להארכה בשנה נוספת של חוזה ובעתיד בעת פקיעת חוזה הארגון יפרסם בקשה לקבלת הצעות מחיר.

⁷⁷Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 211-212

⁷⁸Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 14-15

⁷⁹United States Government Accountability Office, " DRUG SHORTAGES - Public Health Threat Continues, Despite Efforts to Help Ensure Product Availability", February, 2014, p 33-34

⁸⁰Accountability Office, "...Pilot Study...", 2002, p 7

המטרה של חלק זה היא לדאוג לכך שאף ארגון לא יהיה עם כוח קנייה גדול מדי בשוק כלשהו, וכתוצאה מכך יוריד את המחירים בצורה שתפגע ביצרנים עד כדי כך שיאלצו לצמצם ייצור, לפגוע באיכות או בחדשנות.⁸¹

• חסמים לבתי חולים, והיעדר תחרות בין ה-GPOs

(1) נגד הטענות בדבר התמריצים המעוותים של ה-GPOs הנובעים ממודל המימון, והחשש מעליית מחירי הרכש, ישנם הטוענים כי התחרות בשוק ה-GPOs אינה מאפשרת להם לחתום עם ספקים על מחירים גבוהים על חשבון הלקוחות. לקוחות שיעמדו בפני מחיר גבוה פשוט יפסיקו לעבוד עם אותו ארגון שיפעל כך, יעברו לארגון מתחרה או יקנו ישירות מיצרנים, בעיקר גדולים, שנמצאים גם הם בתחרות ישירה עם ה-GPOs. בנוסף נטען שמודל העמלה בנוי כך שה-GPO זכאי לעמלה רק עבור המוצרים שבסופו של דבר נמכרו.⁸² כלומר, העמלה מתקבלת רק עבור מוצרים שבית החולים בחר במודע לקנות דרך ה-GPO, ולא על עצם העמדת הצעת המחיר לבית החולים.

(2) בנוסף נטען כי כמעט לכל החוזים של ה-GPOs יש סעיף ביטול תוך 60-90 יום, וכך נוצר תמריץ להתייעל כל הזמן ולהמשיך ולהציג ערך ללקוחות.⁸³

(3) מנגד, עלתה טענה כי מעבר בין GPOs כרוך בעלויות מעבר⁸⁴ וגם – ראה סעיף 2.7.

(4) בדיון בפני ה-FTC ב-2003, טוען מנכ"ל יצרנית המוצרים הרפואיים⁸⁵ שקיימת בעיית אינפורמציה ונותן דוגמא:

*"..A situation that would save them, let's say, \$200,000 on a \$500,000 purchase and have higher ups in the hospital say, boy, this looks really interesting. That would help a lot. We have to check with our J&J sales rep and find out if we can do this. When you ask them what does that mean, the answer is, well, we need to know if we comply. Time after time with documented example after example, the Ethicon person or the J&J person, what have you, will come in and will always start with, you won't comply. That savings of \$200,000 will cost you another \$300,000 in future price increases. Then we go through the numbers. More often than not, we find the so-called mathematical errors. But it's a **back and forth situation where the customer doesn't really know**. It's a shell game. Then, when we're done with the pricing of the individual products and their bundling, then we get into the so called rebates. There's another shell game."*

⁸¹U.S. Department of Justice & Federal Trade Commission, "Statements of Antitrust Enforcement Policy in Health Care", August 1996, Statement 7

<http://www.justice.gov/atr/public/guidelines/0000.htm> [accessed: 13 May 2015]

⁸²Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 19

⁸³ עדותו של מנכ"ל חברה לייצור מוצרי טקסטיל בפני ה-FTC, 2003.

Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 194

⁸⁴Accountability Office, "...Funding Structure ...", October, 2014, p 20

⁸⁵Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 203

- (5) קשה לחשב את החיסכון האמתי לבתי החולים. רשימת המחירים אליהם משווים ה-GPOs את המחיר בפועל מורכבת ממחירי מדף של המוצרים. השוואה זו מטה את החיסכון כלפי מעלה כיוון שיש להשוות לרשימת מחירים המורכבת ממחיר קנייה ממוצע של בתי חולים הרוכשים בחוזים פרטיים.⁸⁶
- (6) מנהל לשעבר באחד מה-GPOs הגדולים, כתב טור דעה ב-2009 למגזין Forbes, והעלה את הטענה שמנהלי בתי חולים בוחרים מוצרים שמשפיעים בסופו של דבר על גודל ההחזר שיקבל בית החולים מ-GPO. לדוגמה, בוחרים במוצר יקר יותר במידה וחישוב ההחזר שיקבלו מה-GPO, המושפע מתמהיל המוצרים שנרכשו וביניהם המוצר הנ"ל, יהיה גבוה יותר. יתר על כן, טוען המנהל שבגלל שמדיניות ההחזרים אינה חשופה וברורה, בתי חולים גדולים וחזקים בשוק יכולים לדרוש החזרים גבוהים יותר בתנאים טובים יותר. זאת לעומת בתי חולים קטנים שיצאו נפסדים מהתנהלות זו.⁸⁷

2.2 אנגליה

שוק הבריאות

ההוצאה על הבריאות כחלק מהתוצר נמצאת במגמת ירידה מאז המשבר הכלכלי ב-2008/9 והגיעה לרמה של 8.8% תוצר ב-2013. במונחים אבסולוטיים צמחה ההוצאה בקצב נמוך, של 2% בממוצע וב-2013 הגיעה ההוצאה על בריאות לסכום של 150.6 מיליארד פאונד. כ-83.3% מסך ההוצאה ממומנת בידי הממשלה, שלאורך השנים הגדילה את חלקה בסך מימון הוצאות הבריאות על חשבון המימון הפרטי.⁸⁸

מערכת הבריאות באנגליה עברה שינויים רבים בשנים האחרונות, האחרון שבהם באפריל 2013 עם כניסתו לתוקף של חוק בריאות חדש. החוק מעצים את ההפרדה במערכת הבריאות בין ספקי שירותי בריאות לגופים המספקים מימון והכוונה למערכת.⁸⁹ מצד אחד ישנם ספקי בריאות כגון בתי חולים מרפאות ומכונים, אלו מאוגדים תחת קרנות נאמנות מסוגים שונים. בבדיקה שנערכה נמצאו מעל 170 קרנות אזוריות ולאומיות, רובן מאגדות מספר חד ספרתי או דו ספרתי נמוך של בתי חולים ומרפאות.⁹⁰

קיימים מספר גופים ציבוריים המפקחים על פעילות הקרנות וספקי שירותי הבריאות. ה-NHS National Health Services, היא הרשות העיקרית האחראית על המערכת מבחינת המימון, הפיתוח והפיקוח על שירותי הבריאות. המימון למערכת הבריאות מגיע ישירות ממשרד האוצר אל משרד הבריאות ורובו עובר ל-NHS. התשלום לספקי

⁸⁶ טענה שעולה בידי מנכ"ל של יצרנית מוצרים רפואיים, מומחה רכש ונציגה מקרן הון סיכון בעדותם בפני ה-FTC.

Federal Trade Commission, "Joint FTC/DOJ Hearings...", p 145

⁸⁷ Daniel DeLay, "Watch Out For GPOs", *Forbes*, 11 December 2009, <http://www.forbes.com/2009/11/12/gpo-medicare-hospitals-medical-health-opinions-contributors-daniel-delay.html> [accessed: 13 May 2015]

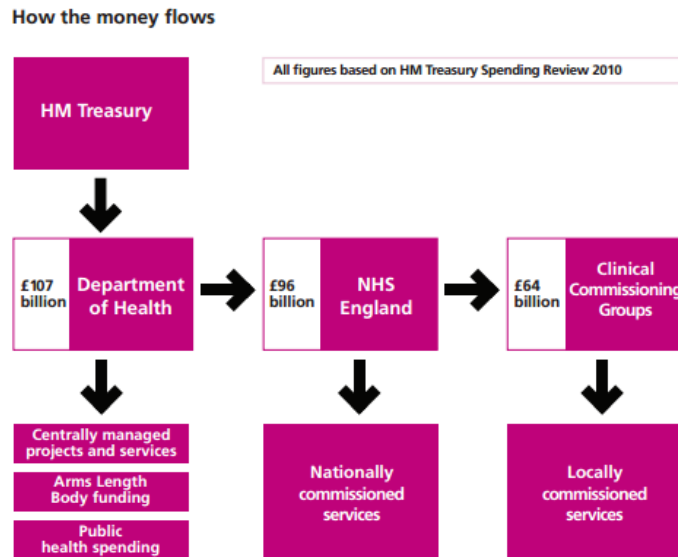
⁸⁸ Office for National Statistics, "Expenditure on Healthcare in the UK, 2013", 26 March 2015, http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_399822.pdf

⁸⁹ Department of Health, "The role of the Department of Health in the new system", N.D., <https://www.gov.uk/government/publications/the-health-and-care-system-explained/the-health-and-care-system-explained#the-role-of-the-department-of-health-in-the-new-system> [accessed: 13 May 2015]

⁹⁰ נמצא בבדיקה מדגמית בין הקרנות השונות הרשומות באתר.

NHS Choices, "Acute trusts, Health & care trusts", N.D., <http://www.nhs.uk/ServiceDirectories/Pages/AcuteTrustListing.aspx#> [accessed: 13 May 2015]

שירותי הבריאות מגיע מה-NHS והגופים הכפופים לו, והתבצע בעבר בצורה של העברה תקציבית קבועה. אולם, כבר ב-2004 וביתר שאת לאחר השינוי ב-2013 הוכנסה מדידה של איכות וביצוע שירותי הבריאות לשקלול התשלום, והמגמה היא לעבור לתשלום המבוסס בעיקר על מדדים כאלו.⁹¹



מקור: NHS England, "UNDERSTANDING THE NEW NHS", 2014

הרשות המפקחת על קרנות בתי החולים היא גוף של ה-NHS, Trust Development Authority – TDA. היא אחראית לקבוע את המדדים של איכות הטיפול, ולהתערב כאשר היא מזהה בעיה בדמות תוצאות טיפול ירודות, או בעיות פיננסיות.⁹² בנוסף, רשות הפיתוח מסייעת בהפיכתן של קרנות בתי החולים לישויות עצמאיות מן הבחינה המשפטית והפיננסית במטרה להוביל לניהול, קבלת ההחלטות וביצועים טובים יותר. על פי התוכנית, הקרנות העצמאיות ינוהלו על ידי דירקטוריון שיכלול חולים, אנשי צוות, אנשי ציבור ונציגים של ארגונים בעלי עניין ברמה המקומית. עצמאותן הפיננסית תאפשר להן לגייס הון ציבורי או פרטי, והן יוכלו להשקיע בחזרה את רווחיהן על מנת להגדיל את פעילותן.⁹³

רכש מוצרים רפואיים

סך כל ההוצאה על רכש מוצרים ושירותים תחת ה-NHS הינו 22 מיליארד פאונד בשנה. סכום זה שווה ל-30% מהעלויות התפעוליות של ה-NHS שלא כוללות שכר.⁹⁴ העלייה בהוצאות ומגמת העצמאות של הקרנות מקשות על היכולת לשלוט בפועל על הוצאות הקרנות, וקשה ליישם תכניות לחיסכון בתקציב בתחומים כגון רכש. לא ברור כיצד במבנה החדש של המערכת יש לקרנות תמריץ להפגין מאמץ משותף בתחום, למשל רכש מאוגד או סטנדרטיזציה ושיתוף מידע, שיכולים להוזיל עלויות.

⁹¹NHS England, "UNDERSTANDING THE NEW NHS", 2014, p 10-11

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Documents/simple-nhs-guide.pdf>

⁹²NHS Trust Development Authority, "Delivering for Patients: the 2015/16 Accountability Framework for NHS trust boards", N.D., http://www.ntda.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/04/TDA_framework_final.pdf

⁹³NHS Choice, "The NHS in England/ NHS Trusts/ What is a foundation trust?", 07 January 2015, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx> [accessed: 13 May 2015]

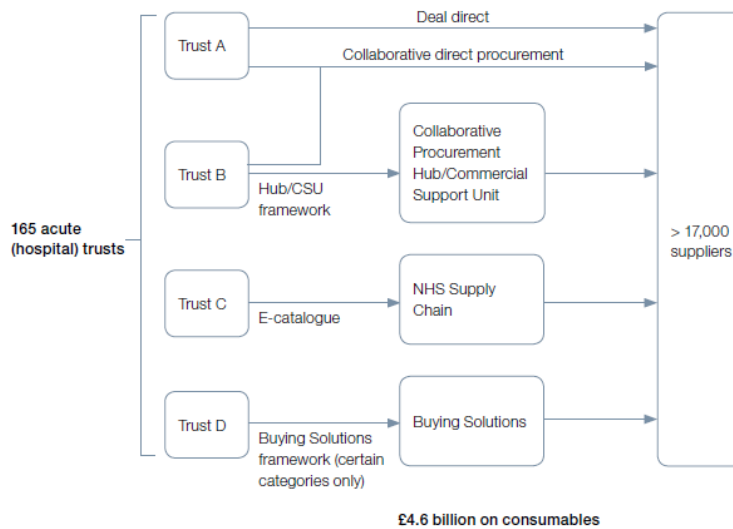
⁹⁴ התכתבות עם נציג משרד הבריאות הבריטי, John Warrington, 02.10.2014.

חששות אלה ואחרים עלו בשני דו"חות חשובים מ-2011, האחד של משרד החשב הכללי ולאחריו דו"ח של הוועדה הפרלמנטרית לכספי ציבור (מקבילה לוועדת הכספים), שבחנו את נושא רכש מוצרי הצריכה בידי קרנות בתי החולים שתחת ה-NHS. הם נכתבו בתקופה בה הייתה ל-NHS שליטה רבה יותר על קרנות בתי החולים, אולם כבר אז עלו חששות שחלק מהתחייבויות החיסכון של משרד הבריאות יהיו קשות להשגה עקב מגמת העצמאות של הקרנות.⁹⁵

דו"ח החשב הכללי בדק מגוון מוצרי צריכה כלליים לבתי חולים וציוד רפואי מתכלה, העונים לקריטריונים של תחלופה מהירה ואורך חיים מוגבל, ולכן מתקיים בהם רכש חוזר ונשנה בתקופה קצרה. בנוסף נבדקו מוצרים רפואיים וכירורגיים המושגים אצל חולים, כמו קוצבי לב ושתלים. בדו"ח נבדקו כ-61 קרנות בתי חולים מתוך 165 קרנות שקנו ב-2009/10 ציוד רפואי מתכלה בסכום של 4.6 מיליארד פאונד בשנה – בממוצע 28 מיליון פאונד לקרן או 25% מסך ההוצאה שלא כוללת שכר.⁹⁶

Figure 1

NHS hospital trusts can buy consumables in various ways



NOTE

1 The NHS' use of frameworks run by the government agency Buying Solutions, to purchase products within the scope of our study, is minimal. Buying Solutions typically provides frameworks for areas outside the scope of our study, such as energy, fleet vehicles and information technology.

Source: National Audit Office

מקור: National Audit Office, "The procurement...", 2011

באופן כללי, כמו כל רשות ציבורית גם ל-NHS ולקרנות בתי החולים יש את האפשרות ליהנות מחוזי הרכש של Crown Commercial Service – מנהל הרכש הממשלתי.⁹⁷ מטרת מנהל הרכש היא לרכז חוזי רכש בכמויות גדולות ועקב כך לחסוך בהוצאות הממשלה, כמו כן המנהל מסייע בשיפור חוזים ומתפקד כגוף מכווין רכש מגבוה.

⁹⁵House of Commons Committee of Public Accounts, "The procurement of consumables by National Health Service acute and Foundation Trusts", 19 May 2011, p 5

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmpubacc/875/875.pdf>

⁹⁶National Audit Office, "The procurement of consumables by NHS acute and Foundation trusts", 2 February 2011, p 10, <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/02/1011705.pdf>

⁹⁷ קודם לכן היה מכונה Buying Solutions.

בפועל קרנות בתי החולים מבצעות רכש בסך 2.2 מיליארד פאונד דרך המנהל, בעיקר בתחומים כלליים כמו מחשוב, אנרגיה וצי רכב.⁹⁸

מלבד הצורך לעמוד בסטנדרטים אירופאיים ותקנות של משרד האוצר, רוב ההחלטות בנושא הרכש מתקבלות בקרנות באופן עצמאי לחלוטין. לקרנות יש בחירה בין רכש עצמאי ישירות מספקים, רכש מרשת האספקה של NHS או קנייה דרך המרכזים האזוריים לרכש מאוגד - Hubs. לעיתים ישנן יוזמות עצמאיות וחד פעמיות של מספר קרנות להסכמי רכש קבוצתיים בנפרד מהאפשרויות האחרות.⁹⁹

ברוב הקרנות קיימות מחלקות רכש בגודל ממוצע של 12-13 עובדים, ובחלקן הקימו מחלקות רכש גדולות יותר בשיתוף קרנות שכנות. הרכש מתבצע בפועל ע"י חתימת הסכמי מסגרת, גם במקרה של רשת האספקה של ה-NHS וגם במקרה של ה-Hubs. ההסכמים מאפשרים בחירה בין ספקים רשומים בקטגוריות רכש נבחרות, ויכולים, אך אינם מחויבים, לכלול מחיר מוסכם, ואין בהם התחייבות מראש לכמות. לכן בהסכמים אלו לרוב משתמשים במחירי מדף יקרים.¹⁰⁰

רשת האספקה של ה-NHS

משרד הבריאות מעוניין לקדם את רשת האספקה של ה-NHS כנתיב העיקרי לרכש¹⁰¹. ב-2006 הופרטה הרשת ונחתם חוזה עם חברת DHL להפעלתה לתקופה של 10 שנים. בחוזה מפורטות בין היתר דרישות לממשל תאגידי תקין, למשל דירקטוריון משותף ל-DHL והחטיבה ב-NHS האחראית על החוזה, דירקטוריון לקוחות ודירקטוריון ספקים. וכמו כן תהליכים משותפים של בקרה על פעילות הרשת. DHL מחויבת לחשוף בפני NHS את תוכנן של כל העסקאות שביצעה ואת תוכנם של כל החוזים שהעניקה לספקים.

בסעיף התגמול בחוזה מתואר כי הוא מורכב ממרווח שיווק על המוצרים אותם רוכשת הרשת מהספקים ומספקת לבתי החולים. בנוסף לכך הרשת יכולה לקבל החזרים בדיעבד ועמלות ניהול. בסוף כל שנה רווח מעל התקרה שנקבעה בחוזה יוחזר ל-NHS¹⁰². במועד חתימת החוזה הוערך הרווח ל-DHL בכ-260 מיליון פאונד לכל התקופה¹⁰³.

הרשת מדווחת כי בשנת 2013 הרווח הגולמי שלה היה בין 12% ל-14% כולל החזרים בגין הנחות על מוצרים בדיעבד, ואילו הרווח התפעולי לפני מיסים וריבית עומד בטווח של 2 עד 3 אחוזים¹⁰⁴. היקף הרכש שעובר דרך רשת האספקה

⁹⁸ התכתבות עם נציג משרד הבריאות; להרחבה ראה:

Crown Commercial Service - <https://www.gov.uk/government/organisations/crown-commercial-service>

⁹⁹National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 10,14

¹⁰⁰ National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 11

¹⁰¹National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 7

¹⁰²NHS Business Services Authority, "Summary of the Master Services Agreement (MSA)", July 2014, p 8
http://www.nhsbsa.nhs.uk/CommercialServices/Documents/CommercialServices/MSA_Summary_Document_to_customers_V1_April_2015.pdf

¹⁰³National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 18

¹⁰⁴ רווח תפעולי, רווח גולמי וחיסכון.

NHS Supply Chain, "Contract Governance and Financial Performance", 12 February 2014,
https://www.supplychain.nhs.uk/about-us/customer-board/corporate-documents/useful-documents/~/_media/Files/Customer%20Board/Corporate%20Documents/Useful%20Documents/Member%20Useful%20Documents/Customer%20Board%20Transparency%20document.ashx

מוערך ב-1.5 מיליארד פאונד לשנה¹⁰⁵. החיסכון הצפוי לארגוני ה-NHS על פני תקופת החוזה הוא מעל מיליארד פאונד, היעד הראשוני שנקבע במועד חתימת החוזה¹⁰⁶.

מיקור החוץ של הרשת נתן פתרון לא רק לניהול המלאי אלא גם להובלה וההפצה שמבוצעים ע"י חברה מנוסה. קרנות בתי החולים רוכשות מהרשת בעיקר ציוד רפואי מתכלה במחירים נמוכים ובכמויות גדולות באמצעות קטלוג מקוון¹⁰⁷. עם זאת, מציינים ברשת שלאחרונה הוכנסו קטגוריות מוצרים נוספות לקטלוג כגון שתלים וציוד של חדרי טיפול וניתוח¹⁰⁸.

יתרונות נוספים של הרשת היא יכולת האספקה בתוך בתי החולים עצמם, לעומת אספקה רגילה שמתבצעת לפתח מחסן בית החולים. בנוסף יש יתרונות מנהלתיים ביכולת לנהל מכרזים לפי תקנים של הממשלה או של האיחוד האירופאי, וכן יתרונות במערכות חיוב, תשלומים והזמנה אחודות¹⁰⁹. בנוסף לשירותי הרכש, הרשת מספקת לקרנות שירותי ייעוץ בנוגע לשרשרת האספקה ומארגנת קבוצות מומחים לבחירת מוצרים על מנת לקדם סטנדרטיזציה¹¹⁰.

בבדיקה שערך משרד החשב הכללי ב-2011 נמצא כי מחצית מהמוצרים שנרכשים דרך הרשת הם במחיר זהה או נמוך לעומת רכש מחוץ לרשת והשאר במחיר גבוה יותר. אחד הגורמים לכך היא העובדה שהרשת אינה חותמת על חוזי כמויות בהתחייבות מראש, ולכן מתקשה להוריד מחירים. בהעדר סטנדרטיזציה משמעותית, הקרנות מעוניינות לקבל מגוון גדול של מוצרים וספקים, ולכן התמריץ של הרשת הוא לבזר את אפשרויות הרכש במקום לרכז אותם וליהנות מכוח הקנייה שיבטיח מחירי יחידה נמוכים¹¹¹.

בעיה נוספת היא היכולת של הספקים לחתור תחת המחיר שהם מספקים לרשת כך שהוא משמש כמחיר תקרה בלבד. בשני הדו"חות עלתה הטענה שישנם ספקים המנסים להוציא את הרשת מהשוק עבור המוצרים שלהם על ידי מכירה לרשת במחיר גבוה ממחיר השוק של מוצריהם¹¹².

Hubs

מרכזי רכש משותף אזוריים הינם ארגונים שהוקמו במימון ראשוני על ידי משרד הבריאות בסביבות 2006 אך כיום עוברים שינויים רבים. ב-2011 פעלו 9 מרכזים כאלו¹¹³ לעומת 6 שפועלים כיום. אחד מהם נמצא בבעלות פרטית של GPO אמריקאי, מרכז נוסף נמצא בבעלות משותפת של חברה פרטית צרפתית ומשרד הבריאות. ארבעת המרכזים האחרים נמצאים בבעלות בתי החולים החברים בהם. ההערכה היא כי היקף הרכש שעובר דרך המרכזים האלו מגיע ל-2 עד 3 מיליארד פאונד¹¹⁴.

¹⁰⁵ התכתבות עם נציג משרד הבריאות

¹⁰⁶ National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 18; NHS Supply Chain, "Welcome to NHS Supply Chain", N.D., <https://www.supplychain.nhs.uk/> [accessed: 13 May 2015]

¹⁰⁷ התכתבות עם נציג משרד הבריאות

National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 18

¹⁰⁸ התכתבות עם נציג משרד הבריאות

¹⁰⁹ National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 21

¹¹⁰ NHS Supply Chain, "About NHS Supply Chain", N.D., <https://www.supplychain.nhs.uk/about-us/our-supply-chain/> [accessed: 13 May 2015]

¹¹¹ National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 20

¹¹² National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 21

¹¹³ National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 16

¹¹⁴ התכתבות עם נציג משרד הבריאות

המימון השוטף למרכזים מגיע מספקי שירותי בריאות, קרנות בתי החולים לרוב, המשלמים דמי מנוי עבור הזכות ליהנות מגישה לחוזי הרכש. ב-2009/10 ההכנסה הכוללת של המרכזים הייתה 23 מיליון פאונד. מודל מימון זה זכה לביקורת בהיותו לא ברור וחסר יכולת להתקיים לאורך זמן. ב-7 מתוך 9 מרכזים אזוריים ב-2011 בחרו חלק מהקרנות באזור שלא להצטרף לחברות. אחת הסיבות היא ניסיון של קרנות להתחמק מתשלום דמי החבר, תוך ראייה קצרת טווח של החיסכון מהחלטה זו לעומת הפוטנציאל של החיסכון ארוך הטווח ברכש משותף¹¹⁵.

הפעילות מוכתבת על ידי הארגונים החברים, אך מתמקדת ברובה בחוזי מסגרת ומיעוטה בחוזים עם התחייבות לכמות שבהם ניתן להשיג מחירים נמוכים יותר. בין 2004 ל-2008 הוערך החיסכון שמגיע מפעילותם של ה-Hubs ל-170 מיליון פאונד, רק 63% מהיעד לחסכון באותה התקופה שנקבע על ידי משרד הבריאות והיה 270 מיליון פאונד. בנוסף, נמצא כי הפעילות של המרכזים חופפת ב-30% בממוצע לפעילות של רשת האספקה של NHS. לכן, חלק מהקרנות בוחרות לאגד את מחלקות הרכש שלהן ולחתום על הסכמים של רכש מאוגד ללא תיווך מרכזי¹¹⁶.

למרות כל האמור, נראה שקיימת ההבנה שרכש מאוגד היא פעולה כדאית וניתן להגיע לחיסכון משמעותי. בדוגמא המובאת בדו"ח בוצע פרויקט לרכש של שתלים ללב במרכז רכש בצפון אנגליה, 8 קרנות בתי חולים ריכזו יחדיו את הביקוש הצפוי שלהן והצליחו להביא לחיסכון של 22%-33% בשנים בהן החוזה היה בתוקף, לעומת התמחור תחת החוזה הקודם¹¹⁷.

הממצאים העיקריים לגבי הרכש במערכת הבריאות

1. כפי שצוין, סה"כ הרכש המרוכז דרך מנהל הרכש הממשלתי, רשת האספקה של ה-NHS וה-Hubs האזוריים מוערך בין 25% ל-30%, 5.7-6.7 מיליארד, מתוך 22 מיליארד פאונד מסך הרכש. ההשפעה של גופים אלו אינה גדולה מספיק בכדי להביא לחיסכון משמעותי בהוצאות הבריאות. משרד הבריאות הוציא ב-2014 מכתב ל-DHL בו הוא מודיע כי אינו מעוניין להשתמש בסעיף הארכת החוזה בחמש שנים להפעלת רשת האספקה של ה-NHS, וכי הוא בודק אפשרויות למודל רכש ואספקה חדש¹¹⁸.
2. הקושי העיקרי בניתוח הנתונים הוא היעדרו של מאגר מידע אחד לכל הרכש המתבצע על ידי הקרנות השונות וחוסר היכולת להשוואה. הדבר בולט במיוחד בנושא המרכזים האזוריים שכן חישוב התגמול והחיסכון של כל ארגון חבר מחושב באופן שונה בין מרכז אחד למשנהו¹¹⁹.
3. קיימת שונות גדולה בין הקרנות, במחיר ליחידה עבור ציוד רפואי מתכלה. לעיתים גם בתוך אותה הקרן יש שונות במחיר בין רכישה לרכישה. עקב כך מעריכים בדו"ח כי ניתן להשיג חסכון של לפחות 3.3% מההוצאה על רכש - 150 מיליון פאונד - אם השונות תפחת¹²⁰.
4. מספר ההזמנות בסכומים קטנים עבור חלק מהמוצרים הוא גדול מאוד. עבור כפפות לדוגמא, 80% מההזמנות נעשות על סך של פחות מ-50 פאונד. מדובר בסכום שנמוך מהסכום המנהלתי המוערך בטיפול בכל הזמנה. ריכוז

¹¹⁵National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 16-17

¹¹⁶National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 16-17

¹¹⁷National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 16-17

¹¹⁸NHS Business Services Authority, "MASTER SERVICES AGREEMENT", 9 October 2014, <http://www.nhsbsa.nhs.uk/Documents/NHSBSAPress/2014-10-09 - Master Services Agreement.pdf>

¹¹⁹National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 22

¹²⁰National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 25

- הזמנות של כפפות, אינפוזיות, ציוד לאינפוזיות ונייר - הפריטים שנדגמו - יכול להביא לחסכון של מיליון פאונד ממחיר הרכש. בניסיון לכמת את החיסכון הפוטנציאלי בעלויות המנהליות מפעילות הזו (ככל הנראה לגבי כל המוצרים בהם מתבצעות הזמנות קטנות), נמצא כי ניתן להגיע לחסכון של 7 מיליון פאונד במידה והקרנות יקצצו את מספר הרכישות החד פעמיות לרמה של 25%¹²¹.
5. תהליך סטנדרטיזציה באפיון המוצרים הוא נושא שעלה בדו"ח החשב הכללי בצורה פחות בולטת כיוון שהכותבים טוענים שאין להם את הידע המקצועי להעריך את היקף החיסכון. עם זאת, הם טוענים שכמויות המוצרים השונים מאותה קטגוריה שנרכשו היא גדולה מאוד, לדוגמא ממוצע סוגי הכפפות או צינורות האינפוזיה השונים שנרכשו הוא 72 ו-98 בהתאמה, המקסימום הוא 177 ו-287¹²².
6. כמעט שאין במערכת הנחות על התחייבות לרכוש כמות גדולה. רשת האספקה של NHS רוכשת דרך חוזים כאלה רק 5% מסך הרכש, אחת הסיבות לכך היא שאין חובה על קרנות לרכוש דרכה. חוזים כאלה גם אינם שכיחים אצל מרכזי רכש, אם כי כאשר קרנות כן מאגדות את הרכש דרך מרכזים הן יכולות להגיע לחסכון משמעותי של מספר אחוזים דו ספרתי¹²³.
7. אחת הבעיות שמצוינות בדו"ח היא ההחלפה המהירה והלא נחוצה של חוזים ישנים בחדשים בכל הגופים הרלוונטיים - קרנות, רשת האספקה של NHS ומרכזי רכש. החפיפה שנוצרת יוצרת עומס מנהלי ולעיתים רכש בעלות גבוהה יותר מזו הנקובה בחוזה הישן¹²⁴.
8. דו"ח מ-2008 של משרד המסחר מצא בלבול, כפילות וחוסר תפקוד בגלל מחסור במודל רכש ברור ואחיד שמקובל על כל ארגוני ה-NHS¹²⁵.
9. בעיית הסטנדרטיזציה של המידע הקיים במערכת קיבלה דגש רב. ישנו רצון להתחיל בסימון מוצרים ע"פ GS1 – Global Standard 1 הנפוץ מאוד בשימוש בתרופות. כמו כן זה תהליך נפוץ בשוק האספקה הפרטי. בנוסף קיים חוסר בסטנדרטיזציה של מערכות המידע הארגוניות של תשלומים, חיוב והזמנות וישנה כפילות בקטלוגים המקוונים בין הקרנות השונות. היעדר שיתוף וניתוח של מידע על הרכש שמבצעות הקרנות, מונע שיתוף פעולה אסטרטגי בין קרנות - למשל רכש מאוגד. כמו כן חסר מידע גם ברמה הלאומית שיכול Ex-post להכווין מדיניות ושיפורים עתידיים. שיפורים אלו יכולים להשפיע גם על ניהול המלאי והחומרים במחסני בתי החולים, נקודה קריטית עם פוטנציאל לחיסכון בשרשרת האספקה¹²⁶.
10. כפועל יוצא, הקרנות מתקשות לקבל קנה מידה למחירים. המחירים שהן חשופות אליהם הם כאלו שקיימים בחוזים של רשת האספקה של NHS, הסכמי מסגרת של המרכזייה האזורית – Hub בה הם חברים או דרך גישה ישירה לספקים¹²⁷.

¹²¹National Audit Office, " The procurement...", 2011, p 27-28

¹²²National Audit Office, " The procurement...", 2011, p 28-30

¹²³National Audit Office, " The procurement...", 2011, p 30

¹²⁴National Audit Office, " The procurement...", 2011, p 31

¹²⁵National Audit Office, " The procurement...", 2011, p 12

¹²⁶National Audit Office, " The procurement...", 2011, p 15,13

¹²⁷National Audit Office, " The procurement...", 2011, p 15

11. כתגובה לדו"חות משרד הבריאות לקח על עצמו את האחריות בנוגע להתוויית מדיניות הרכש, וגם הוקמה המועצה הלאומית לרכש עם נציגים של משרד הבריאות, NHS והתעשייה. מטרת המועצה היא להתוות חזון ומודל רכש טוב יותר¹²⁸.

12. על ידי תיקון הליקויים שהובאו בדו"חות, משרד החשב הכללי מעריך שניתן לחסוך כחצי מיליארד פאונד בשנה על ציוד רפואי מתכלה, כמעט 11% מסכום של 4.6 מיליארד, ויתכן שסכומים גדולים יותר בקטגוריות רכש אחרות. בדו"ח החשב הכללי מציינים דו"חות נוספים שהעריכו את היקף החיסכון ברכש - כך למשל דו"ח מקינזי ממאי 2010 העריך שניתן לחסוך 1.1-1.9 מיליארד פאונד בשלוש עד חמש שנים ע"י שיפור בכל מדיניות הרכש של ה-NHS, כולל במרפאות ובבתי החולים. דו"ח של משרד האוצר הבריטי מ-2009 העריך שניתן לחסוך על רכש ציבורי בכל המדינה כ-6 מיליארד פאונד מתוך 175 מיליארד, כ-3.5%, במידה וישתמשו בהליכים של רכש מאוגד¹²⁹.

2.3 אוסטרליה

ההוצאה הלאומית על בריאות באוסטרליה בשנים 2011-2012¹³⁰ עמדה על כ-140 מיליארד דולר אוסטרלי¹³¹ שהם כ-9.5% מהתמ"ג. מסך זה, היקף הרכש הציבורי של מוצרי בריאות וציוד רפואי מוערך בסכום הנע בין 16 ל-21 מיליארד דולר אוסטרלי, שהם 15%-11.5% מסך ההוצאה הלאומית¹³².

מקורות המימון להוצאה הלאומית על בריאות¹³³:

אחר	מימון פרטי		מימון ממשלתי	
5%	25%		70%	
	הוצאה במזומנים	ביטוחים	הממשלות האזוריות	ממשלת אוסטרליה
	17%	8%	27%	43%

ההוצאות השוטפות של בתי החולים הציבוריים והפרטיים הינן 53.5 מיליארד דולר אוסטרלי, כ-38% מסך ההוצאה הלאומית. המימון הציבורי מגיע ברובו לבתי החולים הציבוריים וחלקו גם לבתי החולים הפרטיים. בתי החולים

¹²⁸National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 13

¹²⁹National Audit Office, "The procurement...", 2011, p 31-32

¹³⁰ שנת כספים באוסטרליה נספרת מתחילת חודש יולי עד סוף חודש יוני שנה לאחר מכן.

¹³¹Australia Institute of Health and Welfare, "Australia's Health 2014", N.D., Chapter 2 Section 2.2, <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/#2> [accessed: 13 may 2015]

¹³² הוצאות ביי"ח על ציוד מתכלה - 3.8 מיליארד ועל תרופות 1.9 מיליארד. 10.5 מיליארד על תרופות בשירותי רפואה מקדימים. כ-5.2 מיליארד הוצאות ציבוריות על בינוי ורכש בר-קיימא (אין הפרדה). סה"כ: 16-21 מיליארד. עיבוד מהמקורות הבאים:

Australia Institute of Health and Welfare, "Health expenditure Australia 2012-13", 23 September 2014,

<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129548871> [accessed: 13 May 2015];

Australia Institute of Health and Welfare, "4. Australia's hospital resources", N.D.,

<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129547090>

¹³³Australia Institute of Health and Welfare, "Australia's Health 2014"

הציבוריים מחזיקים כשני שלישי ממספר המיטות באוסטרליה אך הם מהווים רק קצת יותר ממחצית ממספר בתי החולים הכולל העומד על 1,345 בשנים 2011-2012.¹³⁴

בתי החולים הציבוריים, וכמו כן מוסדות רפואיים נוספים, נמצאים תחת אחריות, ניהול ופיקוח של משרדי הבריאות בממשלות המקומיות. המימון שמגיע מהממשלה הפדרלית עובר דרך משרדי בריאות אלו. נמצא כי תחת משרדי הבריאות במדינות NSW - New South Wales ו-Victoria, שתי המדינות הגדולות שמהוות ביחד 57% מהאוכלוסייה¹³⁵, פועלים ארגונים ממשלתיים עצמאיים שאחראים על תכנון, ניהול וביצוע הרכש עבור מערכת הבריאות, וכן מספקים שירותים תומכי בריאות נוספים. במדינות הקטנות יותר - Queensland, Western Australia ו-South Australia - פועלות מחלקות רכש קטנות יותר שמבצעות רק את התכנון והניהול של המכרזים.

המידע שנאסף מצביע על כך שמרבית הרכש מתבצע בהליכי מכרז בדרישות שונות לפי סכום הרכש, ככל שהסכום גבוה יותר הפיקוח האדמיניסטרטיבי והדרישה לתחרות במכרז עולה. בהתאם למדיניות Whole of Government שמוכתבת מהממשלה הפדרלית, חלק מהרכש מתבצע תחת חוזים כלליים המתאימים לכל המוסדות הציבוריים. מטרת החוזים הללו לקדם מטרות שונות, ביניהן חסכון בכסף על ידי איגוד הרכש של גופים רבים ושימוש ביתרון לגודל במכרזים כאלו לקבלת הנחה במחיר¹³⁶. עם זאת, חוזים כאלו כמעט שאינם קיימים במערכות הבריאות, נהלי הרכש מעודדים ביצוע מכרזים במשותף על ידי מספר מוסדות אך אינם כופים זאת. במדינות הקטנות לא נמצאה מדיניות של מחלקות הרכש המיועדת לרכישות קבוצתיות.

בשני הארגונים העצמאיים במדינות הגדולות נמצאו יותר עדויות לתהליכי חסכון בניהול הרכש והלוגיסטיקה של שרשרת האספקה. ארגון HealthShare האמון על אספקת שירותים תומכי בריאות ב-NSW רוכש ציוד רפואי מתכלה, ומוצרי צריכה כלליים באופן עצמאי, מנהל את המלאי ומבצע את ההובלה בפועל לבתי החולים שמזמינים את המוצרים ממנו. על מנת לבצע זאת הארגון מחזיק מחסנים וצי רכב. הרכישות של הארגון מתבצעות בעדיפות דרך חווי Whole of Government או חוזים של הממשלה המקומית. הזמנות רכש בסכומים קטנים של פחות מרבע מיליון דולר אוסטרלי מנוהלים בידי מוסדות הבריאות בצורה פרטנית¹³⁷.

מלבד ניהול הרכש, הארגון מספק שירותים נוספים למערכת הבריאות בדמות הנהלת חשבונות וכוח אדם, הסעדה וניקיון, מערכות ניהול מידע ועוד. יתכן שהיתרון לגודל שמספק ארגון HealthShare עבור מוסדות הבריאות במדינה מגיע לידי ביטוי בריכוז וניהול חווי הרכש, אולם לא נמצא נוהל ייחודי רלוונטי לעניין רכישות קבוצתיות. בנוסף יש לציין שלמרות שקיימים תנאים לקנייה מחוץ לחוזה, מחיר נמוך אינו מהווה עילה מספקת לכך¹³⁸.

¹³⁴Australia Institute of Health and Welfare, "Australia's Health 2014"

¹³⁵Australian Bureau of Statistics. "3101.0 - Australian Demographic Statistics", Sep 2014
<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3101.0>

¹³⁶Australian Department of Finance, "Whole-of-Government Procurement", N.D.,
<http://www.finance.gov.au/procurement/wog-procurement/> [accessed: 13 May 2015]

¹³⁷HealthShare, "About us", N.D. <http://www.healthshare.nsw.gov.au/about> [accessed: 13 May 2015];
NSW Health. "Goods and Services Procurement Policy", March 2014,

http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2014/pdf/PD2014_005.pdf

¹³⁸HealthShare, "About us", N.D. <http://www.healthshare.nsw.gov.au/about> [accessed: 13 May 2015]

ארגון Health Purchasing Victoria מנהל עבור משרד הבריאות של Victoria חוזי רכש בשווי 600 מיליון דולר אוסטרלי עבור 85 בתי חולים. מלבד אספקת הציוד הרפואי, הארגון מספק שירותי מערכות מידע ומייעץ למערכת הבריאות בנושאים שונים. נהלי הרכש במדינה אינם שונים מהותית מ NSW וגם כאן ניתנת האפשרות למוסדות בריאות לחתום על חוזים פרטניים עם ספקים, בהינתן פטור או אי קיום חוזה קולקטיבי של הארגון¹³⁹.

באוקטובר השנה פרסם הארגון הזמנה למחקר עבור ביצוע רפורמה שתשיג יעילות גבוהה יותר במערכת הבריאות ובפרט בשרשרת האספקה. כחלק מההכנה לרפורמה התבצע ניסיון לאגד רכישות של מספר מוסדות בריאות ולבצע מיני-מכרז לקנייה קבוצתית בין ספקים רשומים עם חוזים פעילים. פעילות זו הצליחה להביא לחסכון נוסף של 9% מעל 19% החיסכון של מחיר הגג הנקוב בחוזים. מהשנה צפויה להיפתח האפשרות לביצוע מיני-מכרזים לרכש מאוגד תחת כל סעיפי הרכש. בנוסף כבר כעת טוען הארגון שבשנת הכספים 2013 הצליח בעזרת נהלי רכש חדשים לחסוך כ-55 מיליון דולר אוסטרלי¹⁴⁰.

בנוסף למחלקות הרכש במשרדי הבריאות של המדינות ורשויות הבריאות העצמאיות כפי שתואר, ישנם צעדי מדיניות פדרליים המוטמעים כחלק מתוכניות הרכש של משרד האוצר או תכניות העבודה של משרד הבריאות. כך למשל, כחלק מפיתוח מערכת הבריאות באוסטרליה בתחילת העשור הקודם, הוקמה ב-2005 רשות ממשלתית חדשה, NEHTA - National E-Health Transition Authority. תפקידה של הרשות הינו להטמיע מערכות בריאות מקוונות ברמה הלאומית ולקדם סטנדרטיזציה במידע ובמוצרים. כחלק מפעילותה הקימה הרשות קטלוג מוצרים לאומי שמטרתו לספק אחידות במידע הקיים לגבי מאפייני המוצרים, מיקומם בשרשרת האספקה ברחבי המדינה ומניעת טעויות אנוש. קטלוג זה מוטמע בכל מערכות הבריאות של המדינות על ידי הגופים הרלוונטיים שתוארו לעיל. הערכת הרשות היא שהטמעה מלאה של הקטלוג בכל המדינה יביא לחסכון של 200 מיליון דולר אוסטרלי בשנה¹⁴¹.

צעדי רפורמה עדכניים ברמת המדינות וברמת הממשלה הפדרלית מקדמים את מערכת הבריאות האוסטרלית לעבר סטנדרטיזציה ברכש ושיתוף מידע כולל במערכת. עם זאת מירב הרכש מתבצע עדיין על בסיס הליך מכרז פרטני של מוסדות בריאות, לרוב באמצעות מחלקת רכש או רשות בריאות סטטוטורית כמתווכים. בהליכים אלו יושמו דגשים רבים לביצוע ניתוחי שוק, גישה תחרותית לספקים ומינוף הזדמנויות לחסכון ברכש, אולם לא נמצאו כמעט כלל הליכי מכרזים המאגדים תחתם מספר מוסדות בבת אחת לניצול יתרון לגודל על מנת להוביל להנחה במחיר או בכמות. מלבד אומדן החיסכון של רשות הבריאות של מדינת Victoria לא נמצאו אומדנים דומים, כמו כן חשוב להדגיש שלא ברור מהי העלות האדמיניסטרטיבית של רשות זו ודומותיה.

¹³⁹Health Purchasing Victoria, "About us", N.D, <https://www.hpv.org.au/about-hpv/> [accessed: 13 May 2015];

Health Purchasing Victoria, "Health Purchasing Policy", June 2014, <https://www.hpv.org.au/assets/General/healthpurchasingpolicies-completefile-1.pdf>;

Health Purchasing Victoria, "In Focus", 2013, <https://www.hpv.org.au/assets/Uploads/HPV-Corporate-Documents/hpv-corporate-profile-brochure-1.pdf>

¹⁴⁰Health Purchasing Victoria, "In Focus"

¹⁴¹National E-Health Transition Authority, "DELIVERING E-HEALTH'S FOUNDATIONS", 29 January 2007, http://www.nehta.gov.au/component/docman/doc_details/61-delivering-e-health-s-foundations-nehta-update?Itemid [accessed: 13 May 2015];

National E-Health Transition Authority, "Supply Chain", N.D., <http://www.nehta.gov.au/our-work/supply-chain> [accessed: 13 May 2015];

National E-Health Transition Authority, "About us", N.D., <http://www.nehta.gov.au/about-us/about-nehta> [accessed: 13 May 2015]

פרק 3 - תיאור המצב הקיים – רכש תרופות וציוד רפואי במערכת הממשלתית

3.1 רקע- מערכת הבריאות בישראל

ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל בשנת 2014 עמדה על כ-83.6 מיליארד ₪ שהם כ-7.6% מהתמ"ג. מקורות המימון להוצאה הלאומית על בריאות:¹⁴²

מימון פרטי		מימון ציבורי	
פרטיים	ביטוחים ושונות ¹⁴³	מימון ממשלתי מתקציב המדינה	דמי בריאות
	15%	23%	24%

בשנת 2012 היו ההוצאות השוטפות של בתי החולים (כולל מחקר) כ-34% מסך ההוצאה הלאומית, ההוצאות על מרפאות ציבוריות ורופאים פרטיים היו כ-36.6% מההוצאה הלאומית וההוצאות על אספקת תרופות, חומרי רפואה ומכשירים רפואיים (לא כולל אספקה לבתי חולים) היו כ-13.8% מסך ההוצאה הלאומית.¹⁴⁴ היקף הרכש הציבורי של מוצרי בריאות וציוד רפואי מוערך בכ-11 מיליארד ₪ כאשר כמעט מחציתו נעשה באופן מרוכז על ידי שירותי בריאות כללית, גם עבור בתי החולים שלה.

בסוף שנת 2013 היו בישראל 45 בתי חולים כלליים, 12 בתי חולים לאשפוז פסיכיאטרי, 27 בתי חולים לאשפוז גריאטרי ו-2 בתי חולים לאשפוז שיקומי. מתוך בתי החולים הנ"ל, 24 בתי חולים הם בתי חולים ממשלתיים. בסוף שנת 2013 היו בישראל 44,257 מיטות אשפוז בתקן מתוכן כשליש (35% לאשפוז כללי) וכמחצית (56%) לאשפוז גריאטרי וסיעודי.

3.2 חברת שראל

בחברה מועסקים כיום כ-140 עובדים. בשנת 2014 מחזור המכירות שלה היה 1,043 מלש"ח.¹⁴⁵

מניתוח פיננסי שנערך לחברה על השנים 2010-2013 על ידי חשבות משרד הבריאות עולה כי ניתן לראות גידול במכירות ובמקביל גידול ברווח הנקי. שיעורי הרווח באותן שנים נשמרים בצורה עקבית, כך ששיעור הרווח הגולמי עומד על כ-3% בממוצע, שיעור הרווח התפעולי עומד על כ-2.5% בממוצע ושיעור הרווח הנקי עומד על כ-1% הממוצע. בדירקטוריון החברה 11 דירקטורים, בהם נציג משרד הבריאות ונציג החשב הכללי במשרד האוצר.

לאור היעדר השקיפות וסירובה של החברה להעביר למשרדי האוצר והבריאות מידע ונתונים לגבי הרכש שהיא מבצעת, ובפרט את המחירים בהם היא רוכשת את הציוד הרפואי והתרופות המשווקים לבתי"ח הממשלתיים וליחידות משרד

¹⁴² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201508217

¹⁴³ הוצאות של מלכ"רים פרטיים והוצאות של בתי חולים כלליים ששייכים להם ותרומות מגורמים פרטיים שונים.

¹⁴⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

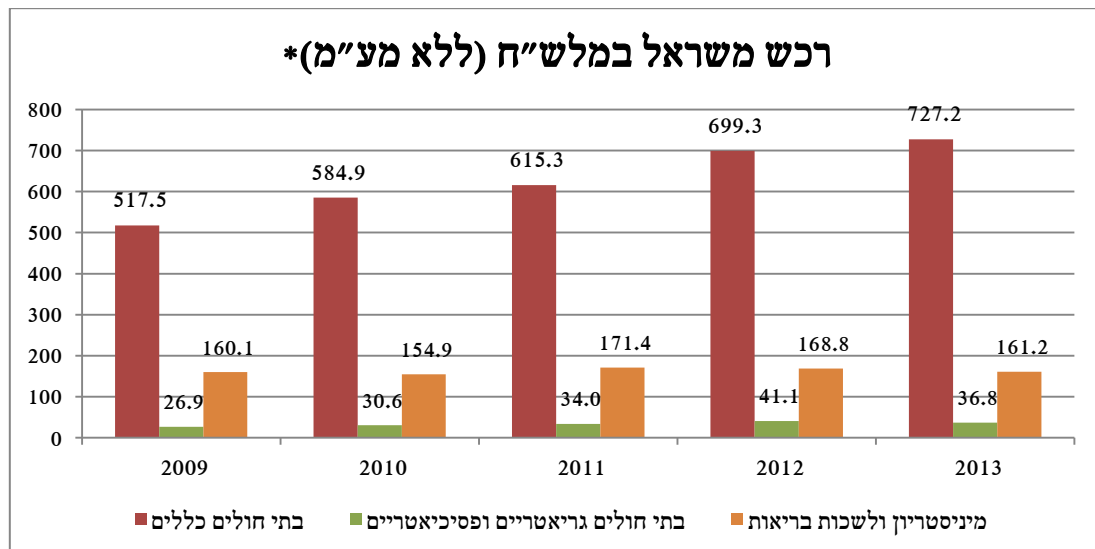
¹⁴⁵ <http://duns100.globes.co.il/companies-1000856119>

הבריאות, אין אפשרות לחשב את המרווח המדויק שגובה החברה על פעילותה כמו גם את יעילות הרכש, יתרונות לגודל וכו'. בחוות דעת כלכלית שהועברה לאגף החשב הכללי על ידי החברה והוכנה עבורם על ידי חברת ייעוץ כלכלי נרשם כי בשנים 2012-2013 הפער בין המכירות ללקוחות ממשלתיים לערך הרכש של אותן מכירות גילם מרווח שיווק של כ-4% בממוצע. עוד יצוין כי רק בנוגע לרכש חיסונים מוגדר אחוז תקורה שנגזר ממחיר כל חיסון והוא עומד על בין 3.5% ל-4%.

3.3 היקפי הרכש הכולל במערכת הבריאות הממשלתית בשנת 2014 במרכזים הרפואיים הממשלתיים

שיעור הרכש הרפואי משראלי	כלל הרכש הרפואי	רכש ציוד אחר משראלי	רכש רפואי (תרופות וציוד רפואי) משראלי	בתי חולים ותאגידים ¹⁴⁶ (אלש"ח)
5%	337,435	6,003	18,080	שיבא
54%	219,465	11,919	118,629	איכילוב
36%	192,006	0	68,994	רמב"ם
67%	113,268	18,077	76,250	אסה"ר
87%	66,243	19,935	57,305	הלל יפה
82%	55,685	14,392	45,874	בני ציון
81%	78,162	6,157	63,351	ברזילי
88%	153,354	12,302	135,666	נהריה
78%	63,628		49,630	פוריה
73%	62,500	7,029	45,487	זיו
92%	103,194	4,879	94,943	וולפסון
54%	1,444,941	100,693	774,209	סה"כ

מגמות בהיקף הרכש¹⁴⁷:



¹⁴⁶ מבוסס על נתונים שהועברו על ידי בתי החולים הממשלתיים, יצוין כי נתוני בתי החולים הינם במונחי ברוטו (לפני הטבות), הנחות וכו'.
¹⁴⁷ מבוסס על נתונים שהועברו על ידי החברה.

מהסתכלות אגרגטיבית על כלל הרכש שבוצע משראל בחמש השנים האחרונות, עולה כי שיעור הגידול השנתי הממוצע עומד על 8%. ניתן לראות כי קיימת מגמה של גידול בהיקף הרכש שמבצעות יחידות משרד הבריאות השונות באמצעות שראל וכתוצאה גידול משמעותי בהיקף הפעילות של שראל שצמחה באופן משמעותי ממועד הקמתה ועד היום. יצוין כי שיעור הגידול השנתי הממוצע של בתי החולים בהיקף הפעילות ברוטו בשנים אלו עמד על 9.9%.

3.4 פעילות שראל מול מערכת הבריאות הממשלתית

3.4.1 רכש חיסונים למיניסטריון ולשכות הבריאות - עיקר הרכש למיניסטריון מבוצע עבור האגף לבריאות הציבור לרכישת חיסונים. האגף לבריאות הציבור רוכש מדי שנה חיסונים בהיקף של כ-250 מלש"ח כאשר היקף הרכש משראל הינו כ-170 מלש"ח (קיים חיסון ספציפי אותו רוכש המשרד ישירות מהספק בהיקף של כ-80 מלש"ח מדי שנה, מדובר בספק יחיד שהעדיף לעבוד ישירות מול משרד הבריאות). חברת שראל מבצעת את תהליכי הרכש וניהול המכרזים מול ספקי החיסונים, וכן אחראית לשינועם והפצתם למחוזות משרד הבריאות, לקופות החולים ולחברה שמבצעת את שירותי הלוגיסטיקה לספקי משרד הבריאות אשר מתפעלים את פעילות החיסונים בבתי ספר. בנוסף החברה מחזיקה "מלאי ברזל" לחיסונים אלו בהתאם למדיניות שקובע האגף לבריאות הציבור ומחזיקה את המלאי התפעולי השוטף.¹⁴⁸

3.4.2 רכש וריענון המלאים של האגף לשעת חירום במשרד הבריאות- האגף לשעת חירום מתפעל ומתחזק מרכזים לוגיסטיים ומחסנים בהם מוחזקים תרופות וציוד רפואי המיועדים לספק מענה הולם למערכת הרפואה האזרחית בשעת חירום. האגף נערך לאספקת שירותים בחירום בתרחיש קונבנציונלי (לדוגמא עומס על שירותי הרפואה בעת מלחמה) בהתאם לתרחישי הייחוס וכן לאספקת שירותים חירום גם בתרחישים שאינם קונבנציונליים (מתקפת אנתרקס וכו'). רכש התרופות, החיסונים, הציוד הרפואי והציוד המשקי, הנדרש למוכנות הלאומית של מערכת הבריאות בחירום, נרכש ברובו המוחלט באמצעות חברת שראל.

תקציב האגף לשעת חירום (הכולל אחסנה, תחזוקה, רכש, אבטחה וכו') הוא כ-13 מלש"ח בשנה. בנוסף, לאגף תקציב שנתי של כ-6 מלש"ח המועבר ממשרד הביטחון לצורך מענה בתחום הבלתי-קונבנציונלי. היקף הרכש השנתי של האגף מהחברה הינו כ-8 מלש"ח. נוסף על האמור, חברת שראל מבצעת ריענון למלאים של האגף לשעת חירום, כלומר החלפת תכשיר רפואי קיים בתכשיר רפואי חדש עם אורך חיי מדף ארוך יותר, באמצעות מכירת התכשירים ישנים לגופים בהם השימוש הוא תדיר יותר, לרוב לבתי החולים הממשלתיים. סך המלאי באגף מוערך בכמיליארד ₪ כאשר כ-20% מרועננים מדי שנה (15% על ידי שראל ו-5% הנותרים על ידי אחרים). לטענת האגף לשעת חירום, פעולה זו חוסכת הוצאות בלאי והוצאות רכש בהיקף של כ-30 מלש"ח מדי שנה היות וחברת שראל אינה משיתה עלויות על האגף בשל הריענונים. האגף ציין את יכולת החברה לספק תרופות וציוד רפואי גם בעתות חירום, תחת לוחות זמנים מגבילים וללא קבלת הזמנת רכש.

¹⁴⁸ החברה גם מספקת שירותי מכירה לנסיוביום אשר מיוצרים על ידי אגף בריאות הציבור ומוכרת אותם לבתי החולים הכלליים. היקף פעילות זה מוערך במיליונים בודדים לשנה.

- 3.4.3 אפיון- שראל מבצעת את אפיון המוצרים הנדרשים טרם היציאה למכרו. לעיתים כשבית חולים או יחידה אחרת מבקשת לרכוש משהו ספציפי, האפיון נעשה בשיתוף של היחידה/בית החולים.**
- 3.4.4 כתיבת מכרזים והוצאתם- החברה מכינה את כל מכרזי רכש התרופות והציוד הרפואי ומוציאה אותם לפועל. החברה מוציאה לפועל מכרזים מורכבים בשיתוף בתי החולים.**
- 3.4.5 ביצוע הרכש- החברה רוכשת את הציוד הרפואי/התרופות בהתאם להסכמים שהיא יוצרת עם הספקים. התשלום לספקים מתבצע ישירות על ידי שראל במועדים הנקבעים על ידי שראל והספקים. יצוין כי מדיונים שנערכו עם בתי החולים עולה כי לעיתים אנשי הרכש של בתי החולים מנהלים מו"מ מול הספקים ולאחר גיבוש הסכמות מבצעים את ההזמנה דרך שראל. יתרה מזאת, כאשר הספק מעביר ישירות הצעת מחיר לבית החולים, בית החולים מבקש לקנות דרך שראל במחיר הנקוב בהצעת המחיר. מאחר ושראל גובה עמלה מסוימת, על מנת שלא להעלות את המחיר לבית החולים, הספק נאלץ להוריד את המחיר לשראל ובכך בעצם הוא סופג את העמלה או לחילופין להעלות את המחיר מלכתחילה.**
- 3.4.6 אספקה- האספקה לבתי החולים מתבצעת בשני ערוצים מרכזיים :**
- (1) אספקה ישירה- מקרה בו הזמנת הרכש מבוצעת דרך שראל אך האספקה מבוצעת ישירות על ידי הספק (יצרן/יבואן). בציוד רפואי, כ-70% מהאספקה מבוצעת בצורה זו. בתרופות כ- 10% מהאספקה מבוצעת בצורה זו. במקרים אלו, המלאי לא מוחזק בשראל אלא אצל הספק והוא זה שאחראי על ההפצה.
- (2) אספקה מרוכזת באמצעות שראל- משלוחים שמגיעים באופן מרוכז לשראל ומופצים על ידה. משיחות שערכו חברי הצוות מול בתי החולים עולה כי בתי החולים מעדיפים את צורת האספקה המרוכזת אשר מונעת תנועה רבה של משאיות של ספקים בבית החולים.
- 3.4.7 ניהול מלאי- לשראל מלאי אשר מוחזק ומנוהל במחסנים שלהם. בתרופות קיים מלאי גדול ולשראל יש את המתקנים הפיזיים הנדרשים לאחזקת מלאי זה. מול בתי החולים ומול יחידות המשרד קיימים בחלק מהפריטים הסכמי מסגרת לרכש כמות מסוימת של תרופה ושראל מספקת ליחידת הקצה את הפריט בהתאם לצורך. במקרים אחרים נרכש מלאי מראש שמועבר לבית החולים. רמות המלאי המחוזקות על ידי שראל חוסכות את הצורך באחזקת מלאים גבוהים בבתי החולים ובהשקעה בתשתיות לוגיסטיות לצורך זה. כמו כן, המלאי המוחזק אצל שראל מאפשר לבתי החולים זמינות של פריטים דחופים ומונע עיכובים התלויים בהליך המכרזי או בבעיות מלאי שייתכן וקיימות אצל הספקים.**
- 3.4.8 תהליכים רגולטוריים- שראל מעבירה מוצרים בדיקות רישוי- אמ"ר, וכן פועלת לקבלת אישור משרד הבריאות לייבוא תרופות שאינן רשומות בארץ מחו"ל בהתאם לדרישה (29ג).**
- 3.4.9 אספקת מלאי חדרי ניתוח בבית חולים איכילוב- בית החולים איכילוב החליט לבחון אופציה של מיקור חוץ למחסן חדרי הניתוח במטרה לצמצם עלויות ולהביא לשיפור הזמינות. בעבר מלאי חדרי הניתוח היה מנוהל על ידי צוות חדר ניתוח. כיום הציוד במחסן ומערכת המחשוב שייכים לשראל. התשלום מתבצע לפי הצריכה בפועל ובית החולים משלם בנוסף גם דמי תפעול. שראל למעשה**

מספקת את הציוד וממלאת את העגלות לפי הנדרש לכל חדר ניתוח על מנת לעמוד בדרישות ההצטיידות של מתחם חדר ניתוח.

3.4.10 מקור ידע- שראל כיום מהווה מקור ידע משמעותי בכל הקשור לרכש תרופות וציוד רפואי. שראל מרכזת ועדות מקצועיות של משרד הבריאות והמועצה הלאומית ללוגיסטיקה שתפקידיהן הן כתיבת המלצות לסטנדרטיזציה של ציוד רפואי במערכת הבריאות, הפעלת מודל לבחינת מוצרים חדשים, ברמת משתמש, כחלק מתהליך הסטנדרטיזציה, ואיסוף מידע, בחינה ואיתור של פיתוחים ומידע טכנולוגי.

3.4.11 קנאביס רפואי- החלטת ממשלה מס' 3609 הטילה על משרד הבריאות אחריות להסדרת מקור אספקה לקנאביס למטרות רפואיות ולמטרות מחקר. בהתאם להמלצת משרד הבריאות, הוחלט בשנת 2013 להרחיב את ההתקשרות עם החברה לצורך ביצוע אספקת הקנאביס הרפואי, על כל הנדרש בהתאם להחלטת הממשלה (רכש, אחסון, שינוע, רוקחות ולוגיסטיקה בפריסה ארצית). נכון להיום, שראל הכינה שבעה מכרזים המוכנים לפרסום לכל שרשרת התהליך, ביצעה את עבודות התכנון להקמת מפעל לאומי לקנאביס (הכספת הלאומית) וביצעה את תכנון והקמת המערך בחברה שיתכלל את כל הפעילות בנושא מול הזוכים במכרזים (כ-200 ספקים). ארגון מגדלי הקנאביס הגיש בג"ץ כנגד החלטת הממשלה והחלטת משרד הבריאות להסדיר את הנושא באמצעות שראל. ביום 27.5.15 קבע בית המשפט העליון כי מושא העתירה יובא בפני סגן שר בריאות ובפני שר האוצר כדי שיתנו דעתם למספר סוגיות הקשורות להסדרת הקנאביס הרפואי, לרבות סוגיית מעמדה של חברת שראל בע"מ בכל הקשור לתחום זה. עמדת החשב הכללי היא כי אין מקום שהחברה תזכה לעדיפות כלשהי בחלק ממתווה האסדרה החדש שיגובש בתחום הקנאביס הן מאחר ולחברה אין כל יתרון בתחום הקנאביס והן לאור השאלות היסודיות העומדות בבסיס בחינת המשך ההתקשרות בפטור ממכרז עם החברה כפי שהן מתוארות בדו"ח זה.

3.4.12 אשראי- תנאי התשלום שנקבעו בהסכם בין שראל ובין המדינה (הסכם אשר כאמור אינו בתוקף) הם "שוטף + 60". כאשר יש פיגורים בתשלום, החברה אמורה לדווח לחשב משרד הבריאות. בהסכם מעוגן מנגנון של הוספת ריבית חשב כללי לסכום התמורה החל ביום העוקב לתום תקופת התשלום. מבתי החולים נמסר כי שראל מוציאה חשבונות על חיובי הריבית וכך בתי החולים בעצם משתמשים בשראל כמקור מימון נוסף (בהתאם לדו"ח הכספי של שראל לשנת 2013 הכנסות המימון נטו בשנים 2012-2013 היו בממוצע 2.59 מלש"ח).

3.5 ניהול וריכוז פעילות בתי החולים על ידי החברה

3.5.1 תהליך העבודה- להלן מתואר תהליך העבודה כפי שנקבע בהסכם האחרון שנחתם עם החברה; בתי החולים נדרשים להעביר לחברה תחזית רכש שנתית הכוללת אומדן של כמויות הציוד הרפואי, לסוגיו, ומועדי אספקה משוערים של הציוד הרפואי. תחזית הרכש מהווה התחייבות של בית החולים בנוגע לציוד הרפואי, לסוגיו, אשר יירכש אך ורק מהחברה במהלך אותה שנה. בית חולים שמעביר תחזית כאמור מקבל את **מחירון א'** של שראל לבתי החולים הממשלתיים. בתי חולים שאינם מעבירים תחזית רכש כאמור רוכשים את הציוד בהתאם למחיר המופיע במחירון ב', שהוא גבוה יותר. המחיר

שתקבע שראל ללקוחות נוספים שאינם בתי החולים הממשלתיים לא יפחת ממחיר מחירון א' או ב', לפי העניין, וכל אחד מהמחירים האמורים יחולו על הלקוחות הנוספים לפי התנאים לקביעתם כאמור לעיל.

3.5.2 הנחות- בהסכם האחרון עם החברה נקבע כי החברה לא תהיה רשאית לתת הנחות לבתי החולים הממשלתיים למעט הנחה ממחיר המחירון לכלל בתי החולים באופן שווה, זהה ואחיד, לפי מדרגות המבטאות את שיעורי הרכש מפוטנציאל הרכש של בתי החולים. כמו כן, נקבע כי החברה לא תהיה רשאית לתת הטבה כלשהי, בין בכסף ובין בשווה כסף, אשר תביא להפחתה ישירה או עקיפה של התמורה שצריכה להשתלם לחברה מאותם לקוחות. יודגש כי משיחות שנערכו עם בתי החולים עולה כי בפועל מתנהל לעיתים משא ומתן מול הספקים, גם במקרים בהם הרכש מבוצע דרך שראל, ומתקבלים "בונוסים" ישירות מהספקים בצורה העוקפת את עקרונות ההסכם ואת מנגנוני הבקרה הקבועים בו.

3.5.3 הנחות מחזור ביחס למחיר המחירון- בהסכם קבוע מנגנון לפיו הסכום המתקבל מההפרש שבין העודפים שנצברו בחברה לבין ההון העצמי של החברה שייקבע על ידי רואה חשבון, יחולק בחזרה לבתי החולים ולמשרד הבריאות. יצוין כי מדיונים שנערכו עם בתי החולים עולה כי אגפי הרכש והאספקה בבתי החולים לא בהכרח לוקחים בחשבון את נושא הבונוסים והנחות המחזור שניתנות על ידי שראל בשיקולים האם לרכוש משראל מאחר ומדובר בהנחות עתידיות המחושבות במנגנון שאינו שקוף ולא נתון לבקרה ומעקב על ידי בתי החולים. במנגנון הקיים, אגפי הרכש לא יכולים לבצע השוואה אמיתית של המחיר הסופי של כל פריט ולקבוע האם ביצוע הרכש דרך שראל בהכרח יהיה זול יותר. בנוסף, עד היום חברת שראל קבעה באופן חד צדדי את גובה הנחות המחזור שלא בהתאם למנגנון הקבוע בהסכם.

3.5.4 מערכת CRM של החברה- לחברה מערכת שמותקנת במערכות המחשוב של בתי החולים. הקטלוג והמחירון מופיעים במערכת ודרכה מבוצעות ההזמנות. במערכת החברה מותקנת מערכת MIN/MAX אשר מאפשרת ניהול מלאי מרחוק של כל בית חולים ובכך מסייעת בתכנון הרכש. על פי השיטה המבוססת על טכנולוגיה אינטרנטית, נקבעת מסגרת מינימום ומקסימום לכל פריט. שראל מקבלת שידור ממוחשב מבית החולים בהתאם למצאי הפריט מול רמת המלאי שהוגדרה, ובהתאם לכך נוצרת הזמנה ולאחר אישור ההזמנה על ידי הגורם הרלוונטי בבית החולים, הפריטים נשלחים לבית החולים.

3.5.5 סחר אלקטרוני - שראל פיתחה והרחיבה את ממדי הסחר האלקטרוני והקימה פלטפורמה רחבה על גביה מתבצעות כל העסקאות המתנהלות בינה לבין לקוחותיה. המערכת הפנימית של שראל מתממשת למערכות המחשוב הלוגיסטיות הנמצאות בבתי החולים ומאפשרת ניהול בקשה להצעת מחיר, מענה להצעת מחיר, הזמנות, הזמנות-מסגרת, מתן הוראות ביצוע מתוך הזמנות-מסגרת, ניהול רשימות מובנות ותמיכה בסבבי אישורים וחימום בבית החולים ובשראל.

3.6 שראל כמשווק משנה של כל הספקים בארץ

שראל כאמור מבצעת רכש מרוכז לבתי החולים הממשלתיים אך היא מוכרת גם לגורמים נוספים בשוק הישראלי ומחוצה לו. כיום כ-10% מהיקף המכירות של שראל הינו מחוץ למערכת הבריאות הממשלתית. כלומר, לא ניתן לראות את שראל כנקודת מכירה סופית. יוצא אפוא, שלחלק מהספקים בארץ, החברה מהווה גם לקוח וגם מתחרה, שכן החברה יכולה לרכוש מוצר מספק מסוים ואחר כך להתחרות באותו ספק, עם המוצר שרכשה ממנו, במכרזים של גורמים חוץ ממשלתיים (שירותי בריאות כללית, הרשות הפלסטינאית, אסותא, וכו') ולעיתים אף מוכרות מוצרים אלו בחו"ל.

3.7 חובת רכש גומלין

נעיר כי בהתאם למקובל בהסכמי סחר עליהם חתומה המדינה מומלץ לבחון בתיאום עם משרד הכלכלה הטלת חובת רכש גומלין על ספקים זרים בגין רכישות מערכת בתי החולים הממשלתיים.

פרק 4 - בחינת התועלת המשקית מפעילותה של ישראל

פרק זה מציג את מסגרת הניתוח בה נעשה שימוש לבחינת התועלת המשקית מפעילותה של ישראל והממצאים המרכזיים באשר להיבטים השונים של פעילותה כאמור. יוער כבר בתחילת הדברים כי ראוי ורצוי לקיים דיון נפרד בסוגיית התועלת המשקית מהיבטים שונים של קיומו של רכש מרכזי (שאנם תלויים בזהות הרוכש) ובתועלות הנובעות מקיומו של המבנה הנוכחי במסגרתו של ישראל היא אותה גוף רכש מרכזי. בפרט, דומה שקיימות תועלות משקיות מקיומו של גוף רכש מרכזי שאינן באות לידי ביטוי במצב הקיים. ככלל, ניתן לבחון את התועלות מעצם קיומו של גוף רכש מרכזי ומקיומה של ישראל, במתכונתה הנוכחית, לאורם של הקריטריונים המרכזיים הבאים:

4.1 ריכוז כוח קנייה של ציוד רפואי ותרופות במערכת הממשלתית

ריכוז כוח הקנייה של ציוד רפואי ותרופות במערכת הממשלתית נעשה במטרה להפחית את התקורות הקבועות הקשורות עם הליכי הרכש והלוגיסטיקה, לפעול להאחדת המחירים שמשלמים בתי החולים השונים ללא קשר לגודלם היחסי (ובכך לסייע לבתי החולים הקטנים והפריפריאליים באמצעות שימוש בכוח הקנייה של בתי חולים גדולים ומרכזיים), לייצר יתרון לניסיון הרב, לידע ולגודל לבתי החולים הקטנים על מנת לקבל הנחות ממחירי השוק שהיו נהוגים אלמלא ריכוז הרכש ולפתח מומחיות בניהול מערכי רכש.

בכל הקשור לריכוז כוח הקנייה בהיבט של הפחתת התקורות הקבועות יש לבצע אבחנה בין תהליכי הרכש (הליכי מכרז, חוזים וכו') לבין הלוגיסטיקה (שינוע, אחסנה, הפצה וכו').

לעניין הפחתת התקורות הקשורות עם תהליכי הרכש, הממצאים מלמדים שהיקף התקורות הקשור ישירות במנגנון הרכש הוא נמוך יחסית. בפרט, ניתן (ובתי חולים פרטיים או ציבוריים רבים עושים זאת בהצלחה) לקיים מנגנון רכש אפקטיבי באמצעות מספר נמוך יחסית (כ-10-8) של עובדים מומחים. לעומת זאת, בתי חולים ממשלתיים רבים (בעיקר הקטנים שביניהם) אינם מחזיקים מערך רכש עצמאי מפותח ונסמכים במידה רבה על רכש משראלי. לפיכך, סביר לקבוע שהיקף החיסכון בתקורות ניהול הרכש כשלעצמו אינו מצדיק את קיומו של גוף רכש מרכזי אחד בלבד. ברי, כי אין שום צורך או הגיון כלכלי בהקמת מערך רכש עצמאי בכל אחד ואחד מבתי החולים הממשלתיים בישראל, אולם על סמך האמור, סביר בהחלט להקים מספר מועט של גופי רכש מרכזיים אשר יתחרו ביניהם, בצורה שתאפשר ניצול יתרונות לגודל על ידי כל אחד מהם ומביאה לתועלת משקית נוספת כתוצאה מהגברת התחרות¹⁴⁹.

במטרה לבחון האם מתקיימת בפועל האחדת מחיר בין בתי חולים שונים נתבקשה ישראל להעביר בסיס נתונים מפורט שכלל, בין היתר, נתונים לגבי מכירותיה ולגבי הבונוסים השונים (לא רק בונוסים בסוף השנה אלא גם העברות של ציוד ללא תשלום וכד') לפי בית חולים ולפי פריט. זאת בין היתר לאור טענות בדבר חוסר בהירות בדבר מנגנוני קביעת הבונוסים שעלו בשיחות מול בתי החולים. ישראל סירבה להעביר לצוות את בסיס הנתונים המלא שנתבקש כפי שתואר באופן מלא בפרק 1 לדו"ח זה. לאור האמור, לא ניתן לקבוע האם ועד כמה מטרה זו מושגת במנגנון הקיים כיום.

¹⁴⁹ יוער כי קיומם של מספר גופי רכש אינו סותר את עקרון ריכוז הרכש במוצר נתון, שכן סביר שבתי החולים יעדיפו לרכוש מגוף הרכש הזול, אשר ירכז למעשה את כלל הרכש באותו מוצר. התחרות בין הגופים תהיה לפיכך, בין היתר, על הזכות לספק את כלל הרכש במוצר נתון.

בנוסף, קיומם של בונוסים ישירים, בין הספקים לבתי החולים (ככל שאלו קיימים), עשוי לפגוע במטרה האמורה ויש לבחון בקפידה את התנהלות בתי החולים בהקשר זה.

בהיבט פיתוח מומחיות בניהול מערכי הרכש, הן בשירותי בריאות כללית, הן באסותא והן בבתי חולים אחרים קיימת מומחיות בניהול רכש עצמאי. לאור ממצאים אלו סביר שהשגת מטרה זו כשלעצמה אינה מחייבת קיומו של מנגנון רכש מרכזי. בנוסף, כפי שיפורט להלן, שראל אינה חולקת את הידע המקצועי שלה עם אף גורם במדינה (אף לא עם לקוחותיה) ולפיכך קשה להצדיק את יצירת המומחיות ושימורה כאמור דווקא אצלה. בפרט, שראל פיתחה מערכות ניהול מלאי והזמנות וכן קטלוג מוצרים ייחודי המאחד את כל המק"טים של הציוד הרפואי והתרופות בכל בתי החולים (כל בית חולים פועל על פי קטלוג מק"טים שונה למוצרים זהים ואין אחידות ברישום בין בתי החולים). נושא השליטה על מערכות אלו והמידע הכלול בהם, אשר פיתוחן מומן מכספי בתי החולים הממשלתיים (שכן אלה באו על חשבון הנחות בסוף שנה), לא נדון על במסגרת הדו"ח אך חשוב להדגיש שכרגע אין לממשלה גישה לאותן מערכות. יתרה מכך, יצוין כי המנגנון הנוכחי יוצר אובדן של ידע מהותי בבתי החולים וזה כשלעצמו תהליך בעייתי. בנוסף, העובדה ששראל אינה חולקת את הידע המקצועי שלה עם בתי החולים או משרד הבריאות הופכת את לקוחות החברה לשבויים בידיה. בהיבט זה בתי החולים משרתים את האינטרסים של החברה ולא להיפך כפי שצריך היה להיות.

הצוות ניסה לבחון האם ובאיזו מידה יוצרת שראל הפחתת מחירים ביחס למחירים שהיו מתקבלים אצל בתי החולים אלמלא קיומה. לצורך כך, פנה הצוות לקבל בסיס נתונים מפורט משראל ביחס למחירי הרכישה שלה (המחירים בהם שראל רוכשת את התרופות והציוד הרפואי) וכן נתונים נלווים נוספים בהקשר האמור. כפי שתואר בדו"ח זה, שראל סירבה להעביר לצוות את בסיס הנתונים שנתבקש.

לפיכך, הממצאים להלן נסמכים על הספרות הבינלאומית בהקשר זה ועל אינדיקציות רבות שהתקבלו במהלך עבודת הצוות לעניין זה לרבות פגישות עם גורמים שונים שערכו חברי הצוות. ראשית, בתי חולים וספקים טענו שקיימים מקרים לא מעטים בהם ניהול המשא ומתן נעשה ישירות בין בית החולים והספק ולאחר סיכום המחיר מועברת ההזמנה לשראל על מנת "לעקוף" את חוק חובת המכרזים. בעסקאות פרטניות כאלו סביר שיתרונות הרכש המרכזי כלל לא באים לידי ביטוי. בנוסף, מספר בתי חולים (הן ממשלתיים והן פרטיים או ציבוריים) טענו שהמחירים שהם משיגים במשא ומתן ישיר נמוכים מאלו המושגים באמצעות שראל. טענה זו עולה בקנה אחד עם הממצאים בספרות הבינלאומית בהקשר זה.

כך למשל מצא משרד ה-GAO האמריקאי במחקר שנערך בין 2001-2002 על 18 בתי חולים, שבתי חולים שעשו שימוש במנגנון רכש מרכזי (GPO) שילמו לרוב יותר מכפי ששילמו בתי חולים אחרים שלא עשו שימוש במנגנוני רכש מרכזיים. בנוסף, לבתי חולים קטנים ובינוניים היה סיכוי גדול יותר לעומת בתי חולים גדולים לחסוך בעלויות על ידי שימוש בחוזים שנוהלו בידי GPO. אבחנה נוספת חשובה היא שבניגוד להנחה, GPOs גדולים, בעלי נפח רכישה שנתי של מעל 6 מיליארד דולר, לא הפגינו ביצועים טובים יותר בחיסכון עלויות מ-GPOs קטנים (פירוט מלא של תוצאות המחקר נמצא בפרק ו' לעיל). ממצאים דומים עלו גם במחקר שנערך ב-2009¹⁵⁰.

¹⁵⁰ THE PERFORMANCE OF GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS (GPOs) IN THE HEALTH CARE VALUE CHAIN: A LITERATURE REVIEW, September 2014, page 11
http://c.ymcdn.com/sites/www.supplychainassociation.org/resource/resmgr/Research/AHA_AHRMM_Wharton_2014_LitRe.pdf

מפגישות שנערכו עם בתי חולים פרטיים, ציבוריים וממשלתיים עולה כי ישראל עצמה משתתפת כספק עצמאי במכרזים שהם עצמם מוציאים לרכש ציוד אך זוכה בהם לעיתים רחוקות יחסית בשל מחירים גבוהים יחסית לספקים אחרים. כתוצאה, רבים מבתי החולים הפרטיים או הציבוריים ציינו בפנינו כי הם אינם רוכשים חלק משמעותי מרכישותיהם משראל. גם בתי החולים שיבא ורמב"ם אינם רוכשים חלק משמעותי מהציוד הרפואי והתרופות שלהם משראל. עם זאת, בתי חולים קטנים יחסית מהווים הלכה למעשה לקוחות שבויים של ישראל כיוון שאין להם מנגנוני רכש עצמאיים, ידע וניסיון מקצועי מספיק ואין להם היקף רכש שמאפשר להם לקבל מחירים נמוכים לבדם.

המסקנה הברורה היא שבתי חולים שמסוגלים בפועל לבחור שלא לעבוד עם ישראל בהיקפים גדולים – אכן בוחרים שלא לעשות זאת. החריג היחיד לכך הוא בית החולים איכילוב אולם אף הוא הגדיל את היקף הרכש שלו משראל רק בשנים האחרונות. על פי מחקר ה-OECD, יש חשיבות רבה לממצא שלקוחות פוטנציאליים, שיש להם אפשרות בחירה, בוחרים בפועל שלא לעבוד מול מנגנון הרכש המרכזי, שכן הוא מצביע על חוסר יעילות של מנגנון הרכש. הציטוט הבא, שנלקח מתוך חוות דעת שהכינה חברת גיזה עבור ישראל והוגשה לצוות, מאשר את חשיבות האינדיקטור האמור ואת חשיבות הממצא שפורט לעיל כאינדיקציה מרכזית לחוסר יעילותו של מנגנון הרכש המרכזי שמפעילה ישראל:

"Another type of information that might be useful in evaluating the performance of a CPB is how actual sales develop. For CPBs with services that are voluntary for procuring entities, the development of sales is perhaps the best indication of how attractive a CPB's services are. It is a form of market test. If procuring entities that are free to buy from whatever source they find to be the most suitable increasingly choose to source from a CPB, this indicates that the services offered by the CPB are considered to be more competitive. Customer satisfaction surveys are another method used for determining the performance of CPBs."

[Centralized Purchasing Systems in the European Union; Sigma Papers, No. 47; OECD 2011, Ch. 8.9;

(*) CPB = Centralized Purchasing Bodies; כאן] ¹⁵¹הדגשה נוספת

על יסוד האמור, אין עובדות התומכות בכך ששראל מצליחה להשיג עבור בתי החולים הממשלתיים מחירים מיטביים באופן שיטתי. כמו כן, בעוד שיש יתרונות רבים לאיגום הרכש במערכת הבריאות כשלעצמו, הרי שבמנגנון הקיים, יתרונות אלו אינם באים לידי ביטוי בצורה שמביאה לתועלת משקית.

היבט נוסף שיש להסב אליו את תשומת הלב בקשר עם ריכוז הרכש הוא נושא סטנדרטיזציה של הציוד הנרכש. לריכוז כוח הקנייה יש שני היבטים מרכזיים הראשון הוא היבט ריכוז הכמויות מסוג מוצר מסוים והשני הוא ריכוז רכישות מספק מסוים (גם של מוצרים שונים זה מזה). שני אלמנטים אלו פועלים להפחתת המחיר שיקבל בסופו של דבר גוף הרכש המרכזי. ההתרשמות הכללית מהפגישות שנערכו היא שכיום במערכת בתי החולים הממשלתית לא מתקיימת סטנדרטיזציה בתחום הציוד הרפואי באופן שמאפשר למצות את התועלת בהיבט ריכוז הכמויות הנרכשות. לשם

¹⁵¹ חוות דעת גיזה, בעמוד 37.

המחשה, קופת החולים כללית הקימה מערך מוסדי (ועדת מומחים) אשר דנה באופן יזום בחלופות ההצטיידות ופועלת על מנת ליצור אחידות בין כל בתי החולים בבעלות הקופה. במערכת הממשלתית, ישראל מובילה את הוועדות המקצועיות בנושא חשוב זה (על פי עדותה) אולם ברור שיש מקום לנקוט במאמץ ממשלתי מכוון בעניין זה ולא להשאיר את הפעילות ליוזמות (מבורכות!) שמתרחשות ברמת השטח¹⁵².

4.2 התועלת מקיומו של מערך לוגיסטי אחוד לבתי החולים הממשלתיים

במצב הקיים ישראל מספקת לבתי החולים שירותי רכש (הוצאת מכרזים ואפיון מוצרים), שירותי מערכות מידע בתחום ניהול הרכש והמלאי (קטלוג מוצרים ומערכת מחשוב הזמנות), פתרונות לוגיסטיים והובלת מוצרים בפועל, שירותי ניהול מלאי תרופות (ריענון ופגי תוקף) ואף פועלת בתחום ניהול מחסני חדרי הניתוח באיכילוב, כפי שפורט בפרק 3 לדר"ח זה.

למעט שירותי הרכש עצמם – שריכוזם הוא בעל רציונל כלכלי (ובתנאי שהוא מנוהל ומפוקח נכון והתמריצים לגוף הרכש הם מיטביים) ובעל ערך משקי בהיבט של ניהול ידע, יצירת מומחיות ויכולת פיקוח ובקרה, אף לא אחד מהשירותים אינו בעל מאפיינים כלכליים המצדיקים שימוש בספק יחיד, ובוודאי לא בכזה הפועל ללא תחרות למשך תקופות ארוכות.

השירותים הלוגיסטיים (שינוע, אחסנה ניהול מלאי וכו') מצריכים מומחיות לוגיסטית שאינה שונה בין בתי החולים הממשלתיים לשאר היחידות במערכת הבריאות (בתי חולים אחרים, קופות חולים וכו'). בנוסף אין צורך בשימור הידע הלוגיסטי היות והוא אינו משמש כ"נכס" ביכולת התמחור (בשונה משימור הידע בשירותי רכש). אשר על כן עולות מספר שאלות: הראשונה, מהי ההצדקה להימנע מתחרות על מתן שירותי לוגיסטיקה והאם צריך לספק זיכיון לביצוע הרכש הלוגיסטי לתקופות ארוכות והשנייה מדוע יש לקשור בין שירותי הרכש לשירותי הלוגיסטיקה ואין להפריד ביניהם.

במצב הקיים היום, מחסנאי בתי החולים מעדיפים מטעמי נוחות התפעול לקבל את כל הסחורה מספק לוגיסטי יחיד. עם זאת, כיום זה אינו המצב שכן, כפי שנסקר לעיל, חלק גדול מהתרופות והציוד הרפואי מסופקים על ידי היצרנים ישירות לבתי החולים. אם תחליט הנהלת בית החולים שהיא מעדיפה לעבור למודל של "משאית אחת", הרי שבית החולים (או גוף הרכש שמייצג אותו) יכולים בהחלט לצאת למכרז לקבל שירות כאמור ולתת למגוון חברות שינוע התרופות והציוד הפועלות בישראל את ההזדמנות לספק את השירות. בפרט, אין זיקה מובנית בין שירותי הרכש לשירותי הלוגיסטיקה והעובדות הן שבפועל חלק ניכר מהציוד והתרופות כלל לא מסופקים פיזית על ידי ישראל אלא על ידי יצרני הציוד או ספקיו. לכן, אין הצדקה למנוע את פתיחת שירות הלוגיסטיקה לתחרות בשוק החופשי. עם זאת, במספר בתי חולים, קופות חולים ובמשרד הביטחון מערכי הרכש ומערכי הלוגיסטיקה הם שירותים נפרדים זה מזה, הנרכשים בנפרד ואין יתרון נראה לעין מכריכתם יחד אצל ספק יחיד.

דברים דומים, מקל וחומר, ניתן לומר על ניהול מחסני חדרי הניתוח באיכילוב (שהרי ברור שאין קשר בין פעילות זו לריכוז הרכש הממשלתי בתחום).

בתי החולים השונים מחזיקים במערכות מחשוב לניהול מלאי התרופות והציוד הרפואי שלהם כמו גם קטלוגי ציוד ותרופות ממוחשבים. ככל שנדרשים שיפורים ושינויים במערכות הנ"ל הרי שעל מדינת ישראל לאפיינם ולרכשם

¹⁵² חוות דעת גיזה, בעמוד 28.

במשותף לכלל בתי החולים. בפרט, כאשר מערכות ישראל נמצאות בתוך בתי החולים עלולה לעלות שאלה באשר לשליטה על המידע והידע הרב המצוי בהן. שאלה, שכפי שנדמה לעת הזו היא שאלה נטולת פתרון בכלים הקיימים למדינה כיום - שכן ישראל יכולה פשוט לסרב להעמיד לרשות המדינה מידע ונתונים כפי רצונה.

מעבר לעובדה שלמידע יש ערך כספי ותפעולי רב, מצב כזה אינו תקין ואינו סביר ולפיכך חשוב מאוד ליצור הפרדה בין מערכות בתי החולים ומערכות ישראל (או כל חברה פרטית אחרת) באופן שלא יאפשר לחברות פרטיות שליטה כה עמוקה על מידע ציבורי רגיש.

ניהול פגי תוקף וריענון מלאים בבתי החולים מבוצע על ידי ישראל באופן שמאפשר לבתי החולים השונים לחלוק את מלאי התרופות כך שבכל רגע נתון מצטמצמת החשיפה של בתי החולים לתוקף המלאי הספציפי שלו. דומה שהן בתי חולים פרטיים והן משרד הביטחון דורשים מספקי התרופות שלהם לנהל אצלם את מלאי פגי התוקף באופן שלא מאפשר להם להעביר למחסני הלקוח תרופה שתאריך תפוגתה קרוב מתאריך נתון. לא ברור מדוע בתי החולים הממשלתיים לא עושים שימוש בשיטה האמורה, באופן שהיה חוסך משרד חלק מאותן השקעות עצומות הקשורות עם הצורך להקים מרכז לוגיסטי ומחסני תרופות הדרושים לצורך ניהול מלאים בהיקפים אלו. גם שירות זה אינו נגזר או תלוי ברצינות הכלכלי שמצדיק את ריכוז הרכש ולכן לא ברור מדוע יש לפטור פעילות כאמור ממכרז (גם משרד הביטחון רוכש את כל צרכי התרופות שלו במרוכז לכלל היחידות).

ריכוז שלוש השירותים – רכש, לוגיסטיקה ומחשוב – אצל ספק יחיד, הקושר אותם יחדיו ושלא נחשף לאיום תחרותי במשך שנים רבות הוא מנוגד להגיון הכלכלי, אינו יוצר יתרונות ממשיים ברמה המשקית ויוצר גוף פרטי חזק השולט הלכה למעשה בכל שרשרת הערך הרלוונטית באופן שלא מאפשר למדינה יכולת להתמודד מולו. בפרט, הצורך לרכז את מערך הרכש (חוזים ואפיון) אינו מצדיק את ריכוז הפעילויות הנוספות באופן שיוצר חוסר כדאיות מוחלט בפנייה לספקים אחרים שמספקים שירותים בתחומי הלוגיסטיקה והמחשוב.

4.3 יצירת גוף מונופוליסטי ובעיית הסוכן

ריכוז הרכש אצל גוף יחיד נסמך על התובנה שבכך נוצרות תועלות בדמות חסכון, תקורות, מחירים נמוכים יותר ומומחיות כאמור לעיל. תועלות אלו נוצרות, מטבע הדברים, לגוף הרוכש אך לא ברור מהם התמריצים של אותו גוף להעביר את אותן תועלות הלאה ללקוחותיו (ולא לדוגמא להשתמש בהם לפיתוח עסקיו, השקעות שונות וכד'). סוגיית אי ההתאמה בתמריצים היא אחת הבעיות הידועות ביותר בתחום הכלכלה, שבספרות הכלכלית מוכרת בשם "בעיית הסוכן" או "בעיית המנהל והסוכן" – Principal-Agent Problem¹⁵³.

בעיית הסוכן היא ביסודה בעיה של חוסר זהות בתמריצים (ניגוד אינטרסים) בין בעל עניין בביצועה של משימה מסוימת (ממשלת ישראל בהקשר זה) לבין מבצע המשימה בפועל (ישראל) בתנאים של פיקוח לא מושלם על תוצאות המשימה ומאמצי הסוכן.

לעיתים, בעיית הסוכן היא רק קושי שולי ביחסים הכלכליים: כאשר המנהל יכול בקלות לשפוט כמה מאמץ הושקע בעבודה לפי התוצאות של כל משימה וקיימות משימות רבות וקטנות באופן שהמנהל "לומד" לאורך זמן מיהו עובד

¹⁵³ בעיית הסוכן נחשבת לנושא מרכזי ומשמעותי בכלכלה המודרנית (העוסקת בתמריצים והשפעתם על שווי המשקל בשווקים). הנושא נדון רבות וארוכות בספרות הכלכלית המקצועית והוא נלמד בכל הקורסים המתקדמים בכלכלה בכל אוניברסיטה. לניתוח מקיף ונרחב של הסוגייה ראה:

Laffont, J. J., & Martimort, D. (2001). *The Theory of Incentives: the Principal-Agent Model*. Princeton University Press.

משקיע ומי אינו כזה. במקרה כזה, ההפסד הנובע מכישלונן של חלק מהמשימות הוא "שכר הלימוד" של המנהל שעליו לשלם על מנת לדעת מיהם העובדים העדיפים עבורו. כאשר גובה "שכר הלימוד" הוא נמוך יחסית – המנהל יוכל לתפקד ללא קושי רב גם כאשר תמריצי העובדים אינם תמיד זהים לשלו.

במקרים אחרים בעיית הסוכן יכולה לייצר קושי עצום: כאשר יש פרויקט שערכו עצום וחיבתו רבה למנהל, כאשר העובד הוא מומחה ייחודי בתחום מסוים ולמנהל אין את הכלים לשפוט את איכות העבודה ישירות (עלות המעקב היא לפיכך עצומה ועלות הכישלון גם היא).

בעיית הסוכן מקבלת ביטוי במגוון רחב של מקרים ובין היתר בפיקוח ממשלתי על תעשיות שונות. להמחשה, רבים וטובים סבורים שהפיקוח הממשלתי על חברת החשמל, הנמלים ומקורות (שכולן חברות ייעודיות, שהוקמו על ידי הממשלה לצורך ביצוע משימה מוגדרת), אינו מושלם בלשון המעטה. כך, לכל אחת מהחברות הללו (שהוקמו כ-"סוכן" של הממשלה) יש תמריצים שונים מאלו שרואה לנגד עיניה הממשלה ("המנהל"), כגון קבלת שכר גבוה יחסית לביצועים, הטבות שונות לעובדים ומאמץ נמוך לשיפור היעילות ואיכות השירות. ולפיכך קיים ניגוד אינטרסים ברור בין הממשלה לאותן חברות במקרים רבים.

על היקף הבעיה וחיבתה עומד זוכה פרס נובל בכלכלה Kenneth J. Arrow באחד ממאמריו הרבים בנושאי Moral Hazard ובעיית הסוכן:

"The principal-agent relation is very pervasive in all economies and especially in modern ones; by definition the agent has been selected for his specialized knowledge and therefore the principal can never hope completely to check the agent's performance"¹⁵⁴

המסקנה העולה מהדברים היא ברורה: הספרות הכלכלית מכירה כבר מאמצע המאה שעברה בתופעה הקרויה "בעיית הסוכן", לפיה בהתקשרות בין יזם או מנהל פרויקט לבין עובד או סוכן לצורך ביצוע משימה כאשר מידת ההצלחה תלויה במאמץ של הסוכן שאינו ניתן למדידה ומעקב בצורה מושלמת על ידי המנהל (לעיתים בשל מגבלות עלות המעקב, או בשל העדר מומחיות לשפוט מצדו) – קיימים ניגודי אינטרסים בין המנהל (המבקש שיוקדש מאמץ רב ככל הניתן לפרויקט) לבין העובד (שנושא לבדו במלוא עלות המאמץ ולכן מעדיף שלא להשקיע את מירב המאמץ).

בהקשר הנדון כאן, ישראל היא הגוף היחיד שיכול, לעת הזו, לבצע את פעילות הרכש המרוכזת לאחר שביצעה זאת כבר שנים רבות. אין לאף יחידה ממשלתית או גוף אחר היכולת להחליף את ישראל בטווח זמן המידי. עובדה, ההופכת את ישראל לגוף מונופוליסטי וחסר תחליף מול מערכת בתי החולים והממשלה. בנוסף לכך, גם מצד הממשלה, הן כמשרד הבריאות והן כבתי חולים ממשלתיים, נאבד ידע מקצועי רב בכל הקשור לניהול הרכש, לוגיסטיקה ומערכות המידע אשר יידרש זמן רב לבנות אותם מחדש.

כמו כן, כפי שהוסבר לעיל, לבתי החולים הקטנים אין ברירה אלא לרכוש משראל שכן הקמת מערכי רכש עצמאיים עבורם אינה כלכלית (ובתי החולים הגדולים אכן רוכשים ממנה פחות).

¹⁵⁴ Kenneth J. Arrow, "The Economics of Moral Hazard: Further Comment", The American Economic Review, Vol. 58, No. 3, Part 1 (Jun., 1968), pp. 537-539.

לבסוף, העובדות מלמדות שבמצב הקיים כיום לממשלת ישראל אין כלי פיקוח ובקרה אפקטיביים על פעילותה של ישראל.

בתנאים הללו אין לראש תמריץ ממשי להעביר את היתרונות הנובעים מפעילותה אל בתי החולים השונים. להלן יובא פירוט הדברים:

על פי הצהרותיה של ישראל גובה היום מבתי החולים הממשלתיים עמלת תיווך של כ-4%¹⁵⁵. זאת, למרות שעל פי מחקר ה-OECD בנושא רכש מרכזי, שעליו מסתמכת עמדת ישראל כפי שהוגשה לצוות, שיעור העמלות של גופי רכש מרכזיים באירופה נמוך בהרבה. בפרט, הארגונים בדנמרק, פינלנד ובריטניה מפקים את הכנסותיהם מעמלות מכירה המוטלות על הספקים. לעומתם בצרפת ובהונגריה מטילים עמלות אלה על הרשויות הציבוריות הרוכשות את המוצרים. גובה העמלות נע בין 0.6 ל-2 אחוזים, אם כי חשוב לציין שרק בהונגריה העמלות הן 2% וזהו גובהן המקסימלי, בפינלנד העמלות המקסימליות הן 1.5% ואילו בדנמרק הממוצע הוא 0.82% ובריטניה 0.6%. אמנם המחקר האמור אינו עוסק בגופי רכש מרכזיים בתחום הציוד הרפואי אך זו בוודאי אינדיקציה לכך שמרווחי התיווך של ישראל כיום אינם נמוכים.

מחקר של ממשלת ארה"ב בשנת 2014 בתחום רכש מרכזי של ציוד רפואי מצביע על כך שבממוצע עמלות ארגוני הרכש בארה"ב הן מתחת ל-3%¹⁵⁶. מחקר דומה משנת 2003 מלמד שגובה העמלה הממוצעת היה מתחת ל-3% והעמלה השכיחה הייתה 2% בלבד¹⁵⁷. כפי שנסקר לעיל, גופי הרכש בארה"ב פועלים בשוק תחרותי כאשר בתי החולים יכולים לבחור מול איזה גוף רכש (או מספר גופים) הם רוצים לעבוד. ב-2010 ערכה הממשלה האמריקאית מחקר נוסף שמצא שעמלות גופי הרכש המרכזיים ירדו ל-2.25%-1.22% בלבד¹⁵⁸.

בשים לב לעובדה כי ישראל לא הסכימה לאפשר למדינת ישראל לבדוק באופן מקצועי את גובה העמלות שהיא גובה, ובהסתמך על הצהרותיה בלבד, עמלות ישראל לפיכך גבוהות פי 2.3 מהעמלות הנהוגות בארה"ב בתחום רכש הציוד הרפואי והתרופות וגבוהות בפי 1.3 עד פי 6.6 מהעמלות הנהוגות באירופה במערכות רכש מרכזיות שאינן בתחום הציוד הרפואי. אם עמלות ישראל היו ברמה של 1.5% בלבד, לפי העמלות ברכש ציוד רפואי ותרופות בארה"ב – מדובר בחסכון משקי של כ-25 מלש"ח בשנה.

על פי הממצאים, ממשלת ישראל לא מסוגלת היום לבקר ולפקח בצורה אפקטיבית על פעילותה של חברת ישראל. למרות הימצאותם של נציגי הממשלה בדירקטוריון ולמרות ההסכם המקנה לממשלה יכולת פיקוח לכאורית, הרי כשנדרש הצוות "לרדת לפרטים" ולקבל את בסיס הנתונים שיאפשר לערוך ניתוח כמותי מסודר של פעילותה של החברה, סירבה החברה להעביר את בסיס הנתונים לידי הצוות בטענות שונות. למרות פגישות רבות בהן ניסתה הממשלה למצוא דרך לקבל את הנתונים ולמרות ישיבת דירקטוריון ישראל שדנה בנושא - לא עלה בידי הצוות לקבל את הנתונים הדרושים לו.

¹⁵⁵ חוות דעת גיזה בעמוד 40.

¹⁵⁶ United States Government Accountability Office, "GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS - Funding Structure Has Potential Implications for Medicare Costs", October, 2014, p 4

¹⁵⁷ United States Government Accountability Office, "GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS - Use of Contracting Processes and Strategies to Award Contracts for Medical-Surgical Products", 16 July 2003, p 10

¹⁵⁸ Government Accountability Office. Group Purchasing Organizations: Services Provided to Customers and Initiatives Regarding Their Business Practices. (Washington, D.C.: GAO, August 2010).

מצב כזה, כאשר חברה שמתיימרת להיות גוף סמי-ציבורי (בבעלות עמותת בתי החולים הציבוריים) ואשר כ-90% מהיקף מכירותיה השנתיות (כ-900 מיליון ש"ח) מגיעים מכספי המדינה ומתקציבה (דרך בתי החולים), מונעת גישה לנתונים ולא מאפשרת לצוות בדיקה לבחון את תוצאותיה בפועל הוא לא פחות מאשר כישלון רגולטורי של המדינה, אשר מאפשרת למצב להמשך כבר שנים רבות. מעבר לעובדה שאי העברת הנתונים על ידי החברה מעלה חששות וחדשות כבדים כאשר למניעי הסתרת הנתונים, אין שום אפשרות להסכים לסיטואציה שנוצרה בה מאות מיליונים מכספי הציבור עוברים לחברה פרטית שמסרבת לעמוד לבקרה. כמו כן, התנהלותה של ישראל בהקשר זה עומדת בניגוד להסכם שלה עם המדינה המחייב את ישראל ובניגוד למנהל תקין המתחייב ביתר שאת נוכח המבנה הייחודי בו נוסדה החברה. למרות האמור, למדינה לא הייתה שום סנקציה ממשית מול החברה או הנהלתה בתגובה למצב.

ישראל חתמה על הסכם עם המדינה אשר קובע לה הון עצמי מינימלי שייקבע בסיכום מול המדינה. למדינה אין כלים להעריך מה דרישות ההון הרצויות לישראל. להמחשה, אין למדינה כלים להעריך האם ובאיזו מידה יש צורך בהקמת מרל"ג חדש שבכוונת החברה להקים והאם לא ניתן לרכוש שירותי לוגיסטיקה מצדדים אחרים במחירים נמוכים הרבה יותר מכפי שמשלמת המדינה היום. התמריצים של ישראל להשקיע ולפתח את עסקיה (על מנת שרמת ההון העצמי המאושר שלה תגדל) והעדר הפיקוח האפקטיבי של המדינה על פעולותיה אלו, הם ביטוי חד וברור של ניגודי האינטרסים הנגזרים מבעיית הסוכן. דוגמא נוספת לתופעה זו היא מתן האשראי לבתי החולים על ידי ישראל ככלי לעקיפת המגבלות התקציביות של בתי החולים ובניגוד למדיניות הממשלה ואגף החשב הכללי בהקשר זה. על פי המידע הקיים, לפחות בתחילת התקופה, מתן האשראי נעשה ללא ידיעת אגף החשב הכללי וללא אישורו.

חשוב לציין שבפגישות ושיחות שערך הצוות עולה שביעות רצון רבה של מערך הרכש בבתי החולים מתפקודה של ישראל ומהתפקיד שהיא ממלאה במערך הרכש. זאת, הן מבחינת איכות השירות, זמני התגובה, מקצועיות הצוות ובהיבטים רבים אחרים. הנוחות האדמיניסטרטיבית של מנהלי הרכש בהתקשרות מול ישראל היא גבוהה (אין צורך במכרז), מגוון המוצרים הוא רחב והחברה מוסיפה מוצרים חדשים לפי בקשת בתי החולים. שביעות רצון זו בהחלט מצביעה על כך שבהיבט איכות השירות המסופק, בוודאי מנקודת מבטם של בתי חולים קטנים, שאין להם אלטרנטיבה ממשית לעבודה עם ישראל, החברה מספקת שירות טוב ואיכותי.

כפי שנסקר לעיל, ישראל פועלת במקרים מסוימים לא רק כגוף רכש (המייצג את מערכת בתי החולים הממשלתיים) אלא גם כספק ציוד רפואי ותרופות לבתי חולים אחרים (פרטיים) או ללקוחות אחרים. בנוסף, פועלת ישראל כיבואן של ציוד רפואי בהקשרים מסוימים. שתי הפעילויות האחרונות של ישראל יוצרות חשש ממשי לניגוד עניינים בינה לבין בתי החולים הממשלתיים עבורם היא אמורה לפעול.

כך, בכובעה כספק המתחרה מול ספקי ציוד רפואי ותרופות אחרים במכרזים מחוץ למערכת בתי החולים הממשלתיים, יוצרת ישראל לספקי הציוד והתרופות האחרים תמריץ לצמצם את ההנחות הניתנות לה ברכש הציוד והתרופות בידעם שהנחה זו תשמש לאחר מכן את ישראל בתחרות מולם בבתי החולים הפרטיים. אם ישראל הייתה מייצגת את בתי החולים הממשלתיים בלבד (כקונים סופיים שאינם סוחרים) סביר שהתמריץ להעניק לה הנחות ברכש היה גדל ועמו הייתה הפחתה במחירים שמשלמים בתי החולים הממשלתיים. ניגוד עניינים זה מקבל משמעות הולכת וגוברת ככל שהשוק הראשוני לאספקת הציוד או התרופות כאמור הוא שוק ממועט מתחרים (כפי שאכן מתרחש ברבים מהשווקים האמורים). לכאורה, ניתן היה לחשוב כי עצם העובדה שהחברה יכולה למכור גם ללקוחות מחוץ למערכת הבריאות הממשלתית, כאשר בהתאם להסכם המחיר עבור לקוחות חיצוניים לא יהיה נמוך מהמחיר למערכת הבריאות

הממשלתית, תהווה הגנה למחיר למערכת הממשלתית. אולם, בשל העובדה שמדובר באחוז יחסית קטן, טענה זו אינה עולה על היתרון בטענת הלקוח הסופי. לראיה ניתן לראות שקופות החולים משמשות כלקוח סופי על אף יתרון לכאורה בהגדלת כח הקנייה ומכר לגופים נוספים.

כאשר שראל פועלת כיבואן של ציוד רפואי ותרופות (למעט תרופות בנוהל 29ג) נוצר עיוות של מערכת התמריצים שלה להצגת מערכת מחירים מול בתי החולים הממשלתיים שמשקפת את עלויות רכש הציוד בפועל. בפרט, במקרים בהם שראל מעוניינת להגדיל רכישות מוצר שהיא עצמה מייבאת כל שנדרש ממנה הוא להעלות במערכת המכר שלה את המחיר למוצר המתחרה. כיוון שאין קשר חד-חד ערכי בין מרווחי המכירה למחירי הרכישה (לעיתים שראל תיקח 2% מרווח ולעיתים יותר או פחות ביחס למחיר הרכישה) – שראל למעשה יכולה לנווט את העדפות בתי החולים תוך שהיא שולטת על מחירי המתחרים שלה. מצב כזה בו המתווך הוא גם מתחרה של הספקים בינם לבין בתי החולים הוא אמור לתווך – לא פועל לטובת מערכת בתי החולים הממשלתיים.

בסיכום הדברים, המסקנה המתבקשת היא ששראל קיבלה ממדינת ישראל מעין "זיכיון", שאפקטיבית קשה עד בלתי אפשרי להגביל אותו בזמן, לרכש התרופות והציוד הרפואי והיא נהנית כיום מכוח מיקוח עצום מול המדינה ובתי החולים כאשר אין למעשה שום תחליף זמין לשירותיה והיא נהנית ממעמד מונופוליסטי בלתי מפוקח להלכה במשך שנים רבות מאוד. קשה לחשוב על מקרה דומה במשק הישראלי בו גוף פרטי מקבל לידיו שליטה על מערכת משקית חשובה ורגישה, ללא מגבלת זמן אפקטיבית, ללא תיחום גבולות וללא פיקוח או בקרה אפקטיביים מצד המדינה.

פרק 5 - מסקנות, חלופות ליישום מדיניות והמלצות

5.1 הצגת המסקנות המרכזיות לאור הניתוח שהובא בדו"ח

- 5.1.1 קיים רציונל כלכלי לריכוז רכש הציוד הרפואי והתרופות במערכת בתי החולים הממשלתיים אך האופן שבו הדבר נעשה כיום אינו מייצר תועלת מיטבית למשק ולמערכת.
- 5.1.2 מרווחי התיווך של ישראל העומדים על פי הצהרתה על כ-4%, פי 2.3 מהנהוגים בארה"ב בתחום רכש הציוד הרפואי והתרופות וגבוהות בפי 1.3 עד פי 6.6 מהעמלות הנהוגות באירופה במערכות רכש מרכזיות שאינן בתחום הציוד הרפואי. אם עמלות ישראל היו ברמה של 1.5% בלבד, לפי העמלות ברכש ציוד רפואי ותרופות בארה"ב – מדובר בחסכון משקי של כ-25 מלש"ח בשנה. גם העובדה שרבים מבתי החולים הפרטיים וחלק מבתי החולים הממשלתיים לא רוכשים כמעט משראל מצביעה על כך ששארל לא מצליחה להשיג מחירים מיטביים ביחס לשוק.
- 5.1.3 עמלות התיווך שגובה החברה בפועל נגזרות ככל הנראה מהיקף המכירות של החברה. הדבר יוצר תמריץ שלילי לחברה להפחתת עלויות הרכש והמחירים העומדים בפני הלקוחות.
- 5.1.4 ממשלת ישראל לא מחזיקה כיום מנגנוני פיקוח ובקרה אפקטיביים על פעילותה של ישראל. סירובה של ישראל להעביר נתונים הדרושים למדינה על מנת לבחון את פעילותה בתואנות כאלו ואחרות עומדת, לפחות על פני הדברים, בניגוד להסכם עליו חתומה ישראל מול המדינה. העובדה שלאור התנהלותה זו של החברה לא נותרה למדינה ברירה של ממש אלא להורות לצוות לסיים את עבודתו ללא הנתונים האמורים חייבת לשמש כפעמון אזהרה המלמד שהמצב הקיים לא יכול להמשך.
- 5.1.5 נטילת סמכויות המדינה בהקצאת משאבים עודפים - חברת ישראל אשר קובעת באופן חד צדדי את גובה הנחות המחזור ביחס למחירון היא הקובעת הבלעדית, הלכה למעשה, את היקף חלוקת הרווחים לבתי החולים. בנוסף, המצב בפועל בו בתי החולים מקבלים "בונוסים" באופן ישיר מהספקים בצורה העוקפת את עקרונות ההסכם, פוגע בעיקרון אחדות המחיר. היקף חלוקת הרווחים ויציירת סבסוד הצולב הם החלטות שלטוניות אשר ראוי כי יתקבלו באופן בלעדי על ידי המדינה.
- 5.1.6 פעילותה של ישראל כוללת מגוון רחב של שירותים שרק לגבי אחד מהם – ריכוז הרכש - מתקיים הרציונל הכלכלי הבסיסי של מתן פטור ממכרז. אין סיבה ממשית ששירותי המחשוב, הלוגיסטיקה ומגוון שירותים אחרים שמספקת החברה למערכת בתי החולים ייהנו מאותו פטור.
- 5.1.7 פעילותה של ישראל כספק ציוד רפואי ותרופות מחוץ למערכת בתי החולים הממשלתיים וכיבואנית של ציוד רפואי ותרופות (שלא לפי 29ג) יוצרת ניגוד עניינים בינה לבין מערכת בתי החולים הממשלתיים. בפרט, במצב הקיים, לספקי הציוד והתרופות יש תמריץ נמוך להעניק לשארל הנחות משמעותיות מחשש שאלו ישמשו אותה לאחר מכן להתחרות בהם. פעילותה של ישראל כיבואנית מתחרה של מוצרים תוך שהיא שולטת על מחירי המתחרים שלה (כפי שאלו מוצעים לבתי החולים הממשלתיים במערכת הרכש שלה) פועלת אף היא להפחתת התמריץ של ספקי הציוד המתחרים לתת הנחות משמעותיות לשארל באותם מוצרים.

- 5.1.8 ההסכם הנוכחי מול ישראל יוצר תמריץ להשקעות יתר ופיתוח עסקי החברה במטרה להצדיק הותרת חלק גדול יותר מרווחיה כהון עצמי הנדרש לפעילותה ואין למדינה יכולת פיקוח ובקרה אפקטיבית על מנת למתן השפעה זו.
- 5.1.9 קיימת שביעות רצון רבה של מערך הרכש בבתי החולים מתפקודה של ישראל ומהתפקיד שהיא ממלאה במערך הרכש. זאת, הן מבחינת איכות השירות, זמני התגובה, מקצועיות הצוות ובהיבטים רבים אחרים. שביעות רצון זו בהחלט מצביעה על כך שבהיבט איכות השירות המסופק, בוודאי מנקודת מבטם של בתי חולים קטנים, שאין להם אלטרנטיבה ממשית לעבודה עם ישראל, החברה מספקת שירות טוב ואיכותי.
- 5.1.10 הניסיון הבינלאומי מלמד שניתן להפעיל מספר גופי רכש במקביל ולאפשר לבתי החולים לרכוש באופן עצמאי וזאת מבלי לאבד את יתרונות ריכוז הרכש והפחתת המחירים.
- 5.1.11 בתי החולים הממשלתיים הגדולים, המסוגלים שלא לעבוד עם ישראל אכן בוחרים שלא לעשות כן. חריג מכך הוא בית חולים איכילוב אשר הגדיל את היקף הרכש משראל רק בשנים האחרונות וזאת בין היתר, בשל שירותים נוספים ששראל מעניקה לו כפי שפורט בדו"ח זה. כלומר גם בבתי חולים אלה קיימים מנגנונים לביצוע רכש תרופות וציוד רפואי ולוגיסטיקה, זאת לצד פעילות חברת ישראל.

5.2 חלופות לביצוע רכש התרופות והציוד הרפואי

- 5.2.1 בחינת החלופות האפשריות לביצוע רכש התרופות והציוד הרפואי ולאור הבעיות והקשיים הקיימים במנגנון הנוכחי כפי שתואר בדו"ח זה, נעשו בכפוף למספר עקרונות בסיסיים:
- (1) שמירה על מנגנון שמרכז את רכש התרופות והציוד הרפואי.
 - (2) שמירת האינפורמציה והמומחיות צריכה להיעשות במדינה או בגוף שמהווה זרוע ביצוע ישירה של המדינה ופעילותו שקופה לחלוטין למדינה באופן שוטף.
 - (3) עיקר המומחיות, הניסיון בתחום ניהול הידע, אפיונו ושימורו נדרש בתחום של רכש התרופות והציוד הרפואי בשל מאפייני הממשלה כרוכש מרכזי בעל צרכים ייחודיים בשוק זה. לעומת זאת, בתחום הלוגיסטיקה קיימות חברות רבות אשר עוסקות בלוגיסטיקה של תרופות וציוד רפואי ועל כן בתחום זה אין למדינה יתרון ביצירת מומחיות וניסיון.
 - (4) יש לפעול ליצירת מערכת תמריצים שתיטיב עם הלקוח- יחידות הבריאות הממשלתיות. המנגנון צריך להיות מובנה בצורה בה יישמרו התמריצים להורדת מחירים ואספקת שירותים בצורה מיטבית.
 - (5) יש למקסם את היתרונות לגודל שקיימים במערכת הבריאות הממשלתית ומיצוי מנגנוני הרכש הקיימים במערכת זו.
 - (6) יש לפעול ליצירת מנגנון יעיל שייצר חיסכון במערכת.
- 5.2.2 להלן החלופות המרכזיות שנבחנו:
- (1) שימור המצב הקיים תוך ביצוע התאמות להסכם ולמבנה ההתקשרות. היתרונות המרכזיים של חלופה זו הם פשטות ושימור לביצוע, ניצול מקסימאלי לכאורה של היתרון לגודל,

צמצום מנגנוני הרכש בבתי החולים ויצירת התמקצעות בתחום הרכש. יחד עם זאת, מצב זה אינו עונה על העקרונות המתוארים לעיל ואינו נותן מענה מספק לקשיים העיקריים שעולים במנגנון הנוכחי:

- בריחת ידע מחוץ לממשלה ופיתוח תלות במומחיות של גוף חיצוני.
- חוסר זהות אינטרסים של גוף חיצוני לאינטרסים של המדינה.
- פעילות בסביבה לא תחרותית.
- שימור בעיית סוכן.

(2) ביצוע השירותים על ידי חברה/חברות חיצוניות בשוק הפרטי- בהתאם לחלופה זו יפורסם מכרז לבחירת חברה אחת או מספר חברות אשר יבצעו את שירותי הרכש והלוגיסטיקה. לחילופין, נבחנה אפשרה גם להפרדת שירותי הרכש והלוגיסטיקה תוך ביצוע מכרז על כל תחום בנפרד. היתרון המרכזי של חלופה זו הוא יצירת תחרות שיכולה להוות תמריץ להוזלת מחירים ושיפור תנאי השירות. כמו כן, המבנה התחרותי מביא ליצירת כלכלית אשר מפחיתה את הצורך בביצוע פיקוח ובקרה על גופי הרכש. על אף האמור, מבדיקתנו את השוק אנו יודעים שאין בשוק גופים רבים שיכולים לספק את מכלול השירותים. כמו כן, יצירת התקשרות עם מספר גופים יוצר כפל מנגנונים ומכפיל את עלויות התקורות. ככל שתבוצע הפרדה של הרכש מהלוגיסטיקה, החסרונות של ביצוע רכש על ידי גוף חיצוני מתוארים לעיל.

(3) ביצוע השירותים על ידי גוף ממשלתי תוך הפרדת שירותי הרכש מהלוגיסטיקה- כפי שיתואר בפרק הבא, אנו סבורים שיש ליצור מומחיות בביצוע הרכש על ידי גוף ממשלתי אשר יהיה בעל זהות אינטרסים מלאה בינו לבין המדינה ויאפשר פיתוח מומחיות ושימור ידע בתוך המדינה. בנוסף, הידע שיפתח יוכל לתרום לתהליכים תומכים חשובים כגון סטנדרטיזציה ופיתוח מערכות מידע אחידות.

5.3 המלצות

5.3.1 בטוח הארוך:

- (1) יש ליצור גוף רכש מתחרה לשראלי אשר יהווה Benchmark לפעילות שראלי. גוף זה חייב לקום במסגרת חברה ממשלתית או כגוף ביצוע צמוד למדינה, כך שלמדינה תהיה עליו יכולת פיקוח ובקרה עמוקה תוך שימור הידע והמומחיות הנדרש, בניגוד למצב שקיים כיום בשראלי. גוף הרכש יוכל לבצע מכרז על שירותי הלוגיסטיקה, ככל שיידרש, ויהיה אחראי לניהול ופיקוח על הזכיין שיבחר. לא סביר שניתן, בשינויים בהסכם שראלי (למעט שינויים מבניים ותאגידיים מהותיים) להגיע למצב זה אלא שיש לפעול לשינוי מבני עמוק באופן פעולת הרכש בבתי החולים.
- (2) בתי החולים יקבלו פטור ממכרז גם בהתקשרויות רכש מול גוף הרכש החדש בצורה שתאפשר תחרות בין שני גופי הרכש על בתי החולים כלקוחותיהם.

- (3) יש לשמר את מנגנוני הרכש בבתי החולים הממשלתיים הגדולים באופן שיאפשר למדינה ללמוד על מחירי השוק גם ממקורות נוספים.
- (4) יש לאסור על שראל ועל הגוף החדש שיוקם לפעול אלא לצורך ריכוז רכש לבתי החולים הממשלתיים וליחידות משרד הבריאות ולא לגופים אחרים. האספקה צריכה להתמקד בציוד רפואי ותרופות.
- (5) כל המידע בנושא רכש הציוד הרפואי והתרופות (היקפיו ומחירי הציוד) צריך להיות מרוכז בידי הממשלה ולהבחן באופן שוטף.

5.3.2 בטוח הקצר-בינוני:

- (1) יש להקים גוף במסגרת חברה ממשלתית או במסגרת ממשלתית שיתחיל לצבור מיומנות וידע בתחום הרכש של ציוד רפואי ותרופות. תחילה, גוף זה יפעל בתחום התרופות והציוד הרפואי הסטנדרטי בלבד ועם התפתחות יכולותיו יעבור גם לציוד מורכב יותר.
- (2) יש להורות לגוף הרכש החדש לפעול ככל הניתן להוצאת מכרזים הכוללים את שירותי האספקה בפועל כך שמקטע הלוגיסטיקה יהפוך לתחרותי ולא ייחנה מפטור אוטומטי לספק יחיד.
- (3) על בתי החולים הממשלתיים תוטל חבות רכישה של לא פחות מ-אחוז שיקבע ויעלה עד לגובה 30% מכלל הרכש שלהם אצל הגוף החדש.
- (4) תיאסף בהקדם האפשרי מערכת הנתונים שתאפשר למדינה לפרסם ולתחזק קטלוג מקט"ים הכולל את כל הציוד של בתי החולים בישראל ובתהליך מדורג יש לשאוף להטמעתו בכלל בתי החולים באופן שיקל על השוואת המחירים בין בתי החולים.
- (5) תוגדר מערכת נתונים שתועבר באופן שוטף כדיווח חודשי משראל ומגוף הרכש החדש אל אגף החשב הכללי ומשרד הבריאות שבמסגרתה יועברו כל נתוני הרכש, ההסכמים והמכירה של ציוד רפואי ותרופות עבור בתי החולים הממשלתיים.
- (6) עד להקמת הגוף האמור לעיל, יוקם מנגנון רכש משותף בין בתי החולים הממשלתיים, כולם או חלקם, המבוסס על תשתיות וידע הקיימים כיום במערכת. מנגנון הרכש המשותף ינוהל באחד או יותר משלושת בתי חולים הממשלתיים הגדולים ויאפשר לבתי החולים הבינוניים-קטנים לבצע רכש באמצעותם. מנגנון זה יקיים זהות אינטרסים מלאה בינו לבין המדינה ויאפשר פיתוח מומחיות ושימור ידע בתוך המדינה.

- 5.3.3 **רכש וריענון המלאים של האגף לשעת חירום במשרד הבריאות - סוגיית הטיפול של חברת שראל במסגרת צרכי משרד הבריאות לשעת חירום לא מוצתה בדו"ח לאור ההיבטים הרבים והייחודיות של אופי פעילות זה. פעילות האגף באמצעות חברת שראל במתכונת הנוכחית יכולה להתקיים בתרחישים שהומלצו. יחד עם זאת ראוי לבצע בחינה מקיפה של סוגיה זו לאור ההיבטים הייחודיים של פעילות זו והשינויים המוצעים במתכונת הרכש.**

- 5.3.4 יש להתנות את המשך ההתקשרות עם חברת שראל ביישום שורה של צעדים אשר יספקו מענה לחלק מהכשלים הקיימים במנגנון הקיים כיום ויאפשרו את יישום ההמלצות המפורטות בדו"ח לרבות שינוי תקנון החברה, ביצוע שינויים במשטר התאגידי של החברה וחתימה על הסכם התקשרות חדש עם המדינה שיכלול מענה לבעיות המוזכרות בדו"ח זה.
- 5.3.5 על משרד הבריאות להקים ועדה מקצועית בשיתוף מנהלי בתי החולים שתפעל ליישום סטנדרטיזציה של ציוד רפואי ותרופות בהתאם לקביעה מקצועית ולשיקולים כלכליים ולהכפיף את רכש בתי החולים להאחדת הרכש ככל הניתן וזאת על מנת למקסם את היתרון לגודל במערכת הבריאות.

נספח א' - התייחסות לדו"ח גיזה זינגר אבן בע"מ מיום 30 באפריל 2015

לבקשת חברת ישראל הוגש דו"ח שהוכן על ידי גיזה זינגר אבן בע"מ (להלן - גיזה) בנושא רכש התרופות והציוד הרפואי במערכת הבריאות הממשלתית מיום 30 באפריל 2015.

להלן הערות עיקריות בהתייחס לתוכן הדו"ח:

1. בהקדמה לדו"ח נכתב כי עבודה זו בוחנת את תרומתה של חברת ישראל למערכת הבריאות הממשלתית. כלומר, העבודה בוחנת שני מצבים בלבד: רכש של מערכת הבריאות הממשלתית באמצעות ישראל ורכש של כל בית חולים ממשלתי בעצמו במקרה של אי חידוש ההסכם עם ישראל והפטור ממכרו לרכש ממנה. אין התייחסות בעבודה זו לבחינת טווח רחב של חלופות אפשריות, כפי שנדרש מחברי הצוות ונבחן על ידו. או דרכי פעולה משולבות, אשר עשויות להביא, בטווח הארוך, להוזלה ויעילות הרכש בתי החולים הממשלתיים. כיוון שהצוות מעולם לא סבר שרצוי שכל בית חולים יבצע רכש עצמאית- הניתוח האמור (שהוא מרכז חוות הדעת) אינו רלוונטי לדיון בחלופות הנבחנות על ידי המדינה.

2. בסעיף א' 6 לסיכום המנהלים בעבודה זו נאמר כי "חברת ישראל פועלת במסגרת ובהתאם לממשל תאגידי מובנה ומסודר, אשר מבטיח את נאותות התנהלותה ביחס לבעלי העניין בחברה ולקוחותיה העיקריים, בתי החולים הממשלתיים ומשרד הבריאות, ומאפשר שקיפות, ויכולת התערבות של הגורמים הממשלתיים הרלבנטיים במידת הצורך".

אכן, דירקטוריון ישראל כולל דירקטורים מטעם המדינה, אולם אין בכך כדי להעניק שקיפות של ישראל כלפי המדינה, מאחר שחובת נאמנותם של הדירקטורים היא בראש ובראשונה לחברה. כמו כן, סירובה של ישראל להעביר נתונים שהתבקשו על ידי הצוות, הוכיחה את חוסר השקיפות של ישראל והיעדר הבקרה של המדינה על הנעשה בחברה לא רק במהלך העניינים השוטף, אלא בפרט כאשר האינטרסים של המדינה עלולים להתנגש עם אלו של ישראל (ורבים המקרים שהאינטרסים של לקוח לא יתאמו במלואם את אלו של הספק). על רק הדברים הללו התפטור לאחרונה נציג החשב הכללי בדירקטוריון החברה.

3. סעיף א' 8 לסיכום המנהלים בעבודה זו מסיק כי תפיסת הערך של ישראל בעיני לקוחותיה גבוהה וזאת עקב העובדה שלמרות שהרכש משראלי אינו חובה קיימת צמיחה חדה בפעילות החברה.

מסקנה זו לא מביאה בחשבון העדר מחלקות רכש מלאות בבתי החולים הבינוניים והקטנים מאז הקמתה של ישראל, אשר לא מאפשר להם לבצע רכש בעצמם והפטור ממכרו לרכש משראלי מקל עליהם, מאפשר להם נוחות ופשטות בביצוע הרכש והופך אותם ללקוח שבוי "מבחירה". כמו כן, ישראל מהווה מקור מימון לבתי החולים לצורך פעילות הרכש שלהם, מאחר שאינם יכולים לקבל מימון מבנקים מסחריים ומסגרת האשראי שניתנת להם מהמדינה מוגבלת על פי חוק. כך שבעת הקלע בית חולים (כולל רמב"ם ואיכילוב) למצוקה תזרימית, ישראל מספקת לו אשראי ולכן הוא מגדיל את רכישותיו ממנה.

באותה מידה, שחברת גיזה מסיקה מהגידול ללקוחות הממשלתיים על תפיסת הערך של החברה בעיניהם, ניתן לומר כי חוסר הצמיחה של ישראל במכירות ללקוחות שאינם ממשלתיים, למרות שלא הייתה לה כל מניעה

למכור ללקוחות כאלה, עשוי להעיד על חוסר כדאיות כלכלית לרכוש משראל ועל כך שהמחירים שלה אינם תחרותיים.

4. סעיף א' 9 לסיכום המנהלים בעבודה זו מציין כי "ככל שיש לשראל רווחים עודפים, אלה מועברים לבתי החולים הממשלתיים". ברצוננו להדגיש כי שראל מחליטה בעצמה על גובה ה"רווחים העודפים" שלה, בניגוד להסכם בינה לבין המדינה על פיו גוף חיצוני היה צריך לקבוע את סכומם. כך שבעצם חלוקת ה"רווחים העודפים" לבתי החולים היא הענקת "בונוסים" או הנחות לבתי החולים, ללא קשר ל"רווח עודף".

5. אמירות שונות בסעיפים רבים בעבודה זו (כגון סעיף 9, המציג נתוני מרווח ונתונים תפעוליים) מבוססות לכאורה על נתונים שאינם פרטניים, לא הועברו לבחינתנו ולא מופיעים בדוחותיה הכספיים המבוקרים של החברה ועל כן אין ביכולתנו לאמתם או לתת התייחסותנו. כמו כן, נתונים רבים, עליהם מתבססים החישובים, האומדנים וההערכות הכספיים בעבודה זו מבוססים על מידע שסופק על ידי שראל ולא אומת על ידי גיזה או גורם אחר ולא בוקר על ידי רו"ח, כך שקשה להתייחס לאמיתותם ונכונותם.

6. סעיף א' 10 לסיכום המנהלים בעבודה זו נוקב בטווח של תוספת עלות שנתית שתיגרם למערכת הבריאות ללא שראל.

א. סעיף זה יוצא מנקודת הנחה, כאמור בהערה 1 לעיל, כי אין חלופות אחרות אפשרויות מלבד רכש של המערכת משראל או רכש של כל אחת מהיחידות בעצמה - הנחה מוטעית ביסודה.

ב. חישוב תוספת העלות נובע מהנחות רבות, המצוינות בנספח לעבודה, שאינן מבוססות כלל (כגון: ההנחה כי בהיעדר שראל מחירי התרופות והציוד הרפואי יעלו ב- 10%-2.5% או ההנחה כי שראל ממזער את ה"זליגה" של התרופות במעבר מבית המרקחת למחלקות בבית החולים וכתוצאה מכך מקטינה את השמדות המלאי בבתי החולים).

7. סעיף א' 11 לסיכום המנהלים בעבודה זו מציין הערכה של שראל להוצאות הקשורות לייעול שרשרת האספקה והשיפור ברווחיות שהוא יכול להביא, אולם הוא לא מציין כיצד חושבו שיעורים אלה וכיצד ניתן לראותם באים לידי ביטוי ברכש של בתי החולים משראל (כאשר מרבית האספקה של הרכש משראל נעשית ישירות מהספקים לבתי החולים ללא התערבותה של שראל או תרומתה).

8. סעיף ב' 1 - אמנם לא ברור מאליו כי גוף אחר או שינוי המבנה הארגוני של שראל יוביל לתוצאה טובה יותר מבחינת מערכת הרכש הממשלתית, אך עבודה זו לא בחנה אפשרויות כאלה, לכן לא ניתן להגיע למסקנה כזאת או אחרת ממנה.

9. סעיף ב' 2 - מסקנה זו איננה נכונה לאור האמור בהערה 3 לעיל.

10. סעיף ב' 3 - מסקנה זו לא הוכחה בעבודה זו. גם הנתונים בסיפא של המסקנות לא מבוססים על נתונים שהוצגו בעבודה זו, כך שהם נראים כאמירה בעלמא.

11. סעיף ב' 5 - לא ברור כיצד גיזה הגיעה למסקנה זו בלי שבחנה חלופות אפשריות.

נספח ב' - התייחסות לבחינת משרד הבריאות את יעילות חברת ישראל בביצוע רכש מרכזי

לאחר העברת טיוטת דו"ח הצוות הבין-משרדי אל משרד הבריאות, ולאור המסקנות המופיעות בו בקשר עם פעילותה של חברת ישראל, ביקש מנכ"ל משרד הבריאות ממר רם בלינקוב ביום 15 דצמבר 2015, לבחון את הנושאים הבאים: מידת יעילות ביצוע הרכש באמצעות ישראל, מידת מיצוי היתרון לגודל למערכת הבריאות הממשלתית הגלום ברכש מהחברה והצעת כלים לשיפור היעילות והפיקוח על החברה, ככל שהם נחוצים. דו"ח בלינקוב הוגש למנכ"ל משרד הבריאות במרץ 2016. להלן תוצג התייחסות תמציתית לדו"ח בלינקוב:

בחינה מסודרת של הניתוח שנערך בדו"ח בלינקוב מעלה כי בהתאם לממצאים המרכזיים שפורטו בהרחבה לעיל, גם מר בלינקוב מוצא:

1. חוסר שקיפות מצד ישראל מול לקוחותיה - ישראל שומרת בחשאיות על מחירי הרכש שלה ועל נוסחת התמחור לפיה מחושבת העמלה אותה היא גובה מבתי החולים הממשלתיים.
2. חוסר שקיפות מצד ישראל מול המדינה - בסיס הנתונים לגבי מחירי הרכש שנתבקש על ידי הצוות הבין-משרדי לא הועמד למיטב ידיעתנו, גם לרשות מר בלינקוב. כתוצאה מכך, וכמו הצוות הבין-משרדי, גם מר בלינקוב לא יכול היה לערוך ניתוח של יעילות הרכש של ישראל. החשבת הכללית מינתה את הצוות הבין-משרדי ביוני 2014, וגם כיום – כמעט שנתיים לאחר תחילת הבדיקה הממשלתית – הצליחה ישראל למנוע את קיומה של בחינה מהותית בקשר לפעילותה עבור המדינה.
3. תלות בישראל מצד חלק ניכר ממערכת הבריאות – דו"ח בלינקוב קובע שאין למערכת הבריאות (בתי החולים ומשרד הבריאות) המידע הנדרש לצורך השוואת חלופות בעת ביצוע הרכש משראל וכן שכיום, אין בידי בתי החולים, או בידי גוף מקצועי כלשהו, כלים נאותים להערכת איכות מחירי הרכש המתבצע על ידי בתי החולים, או על ידי גוף הרכש המרכזי.
4. ניגודי עניינים מול טובת המשק בפעילותה של ישראל - פעילותה של ישראל מול לקוחות חיצוניים מציבה אותה במצב פוטנציאלי לניגוד עניינים ותמריצים שליליים שאינם עולים בקנה אחד עם טובת המשק או עם טובת מערכת הבריאות.
5. הגדלת פעילותה של ישראל על חשבון טובת הלקוחות – הממצאים לעיל קבעו כי תמריציה של ישראל להשקיע ולפתח את עסקיה (על מנת שרמת ההון העצמי המאושר שלה תגדל) יוצרת בעיית סוכן ועומדת בניגוד לטובת הלקוחות. בהתאם לממצאים אלו, קובע גם דו"ח בלינקוב שהחלטת ישראל להקים מרכז לוגיסטי חדש הקטינה במידה משמעותית את יכולתה העתידית להעניק ללקוחותיה הנחות מחזור, גם בהיקף המועט שניתן עד כה.
6. התמודדותה של ישראל במכרזים שמפרסמים בתי חולים ממשלתיים אשר בחרו שלא לבצע את הרכש באמצעותה, תוך שהיא מתחרה באותם גופים המהווים ספקים שלה, יוצרת השלכות בעייתיות מנקודת מבט כלל המערכת.

כלומר, באבחנת המצב הקיים, מסקנותיו של דו"ח בלינקוב דומות להפליא לאלו שפורטו בהרחבה בדו"ח לעיל. עם זאת, מעבר להסכמה הכללית על הכשלים המהותיים הקיימים במערכת כיום, דומה שהניתוח שנערך בדו"ח בלינקוב באשר לחלופות האפשריות לתיקון הכשלים האמורים הוא חלקי ומתעלם בחלק מהמקרים מעובדות מרכזיות ובעלות משקל.

להמחשת האמור, כאשר בוחן דו"ח בלינקוב את מכרזו שירותי רכש התרופות (עמוד 28 לדו"ח), הוא בוחן אך ורק את האפשרות להוציא מכרז מסוג COST+ ופוסל אותה. אכן, ברור לחלוטין שאין הגיון במכרז מסוג COST+ בהקשר הנדון כאן אשר יוצר תמריצים לזוכה במכרז לנפח את מחירי הרכש ולא להפחיתם (וזו, לא במפתיע, גם המסקנה שמגיע אליה דו"ח בלינקוב). אולם מה הקשר בין העובדה שקיימות שיטות מכרז גרועות, לבין המסקנה הגורפת, אליה מגיע הדו"ח, לפיה אין להוציא למכרז את פעילות הרכש? (נניח בתחרות על שיעור ההפחתה ממחירון שראל הקיים עבור מוצרים קיימים ובעמלה קבועה שאינה תלויה במחיר עבור מוצרים חדשים).

הטעות הלוגית בהקשר זה היא - עצם העובדה שמכרז COST+ אינו חלופה סבירה אינה מלמדת שלא ניתן כלל לפעול למכרז פעילות הרכש. לכן בהקשר זה הניתוח שנערך בדו"ח בלינקוב הוא חלקי ומוטעה והמסקנה המבוססת על ניתוח כאמור אינה יכולה ואינה צריכה לעמוד.

חוסר עקביות דומה בנייתו מתגלה בעת בחינת החלופות המומלצות (ראה עמודים 32-33): פיקוח לקוחות מודל עמלה קבועה ופיקוח לקוחות במודל ניהול מרכזי. החלופה הראשונה כוללת שיקוף מלא של כל מחירי הרכש ללקוחות והגדרת עמלה קבועה ללא קשר למחיר הפריט. החלופה השנייה כוללת העברת פריטי הרכש אל הלקוחות במחירי הרכישה (ללא רווח) ותשלום הוצאות התפעול של החברה על ידי משרד הבריאות, במנותק מפעילות הרכש.

גם אם נניח שאלו חלופות סבירות ורצויות (ומיד יוסבר מדוע לדעתנו אין זה המצב) הרי נשאלת השאלה המתבקשת – מדוע חלופות אלו לא כוללות הוצאה למכרז של השירותים האמורים? כלומר מדוע גובה "העמלה הקבועה לפריט" צריך להיקבע במו"מ בין המדינה לשראל (כיום, במצב בו למדינה אין שום חלופה לשראל) ולא במכרז? ומדוע שאותן עלויות תפעול קבועות שישלם משרד הבריאות בחלופה השנייה לא ייקבעו במכרז תחרותי?? הרי ברור שאין למדינה שום יכולת סבירה לקבוע מהן הוצאות נדרשות (מרלו"ג? משאיות? תשתיות מחשוב?) ומה עלותן הראויה. לא כל שכן במו"מ בו המדינה "שבויה" (כמו היום) מול שראל וללא שום חלופה ראויה.

כאשר בוחן דו"ח בלינקוב את חלופת המכרז – הוא מציע חלופה אחת, בלתי סבירה בעליל ופוסל אותה (בצדק!). אך כאשר הוא מציע חלופות שהן ראויות וסבירות לדעתו – הוא כלל לא בוחן את אפשרות השימוש במכרז למרות שהדבר פשוט מתבקש.

קשה להבין את המסגרת המתודולוגית שהובילה לתוצאות אלו.

עוד יותר קשה להבין מדוע בניתוח לעיל "מכרז" הוא חלופה ל-"מודל עמלה קבועה". אם סבורים מחברי הדו"ח שמודל עמלה קבועה הוא חלופה ראויה, הרי שמכרז הוא אמצעי משלים קריטי (וכלל אינו חלופה!) על מנת להבטיח את קביעת העמלה באופן הוגן, שוויוני, תחרותי ושיקוף כלפי כלל המערכת.

לבסוף, ממליץ דו"ח בלינקוב על שתי חלופות מרכזיות: רכש במחירי עלות (מודל ניהול מרכזי) ופיקוח לקוחות (מודל עמלה קבועה). יסודה של ההמלצה טמון בקיומן של שתי הנחות מרכזיות שכפי שיובהר להלן, אף לא אחת מהן מתקיימת בפועל.

הנחות המוצא מהן נגזרת ההמלצה על שתי החלופות הן:

- א. שקיפות מחיר הרכש כלפי הלקוחות תיצור בקרה אפקטיבית שלהם על יעילות מחירי הרכש. זאת, כיוון שהלקוחות לכאורה מכירים את מחירי הציוד והתרופות ולכן יכולים לקבוע האם מחיר מסוים הוא סביר או לא.
- ב. למדינה יש היכולת להגיע עם ישראל להסכמה על גובה העמלה או סך התקורות באופן שישורת בצורה מיטבית את מטרות המשק. כמו כן, למדינה יש היכולת לפקח ולבחון את הוצאותיה של החברה ואת פעילותה.

אולם, חשיפת מחירי הרכש כלפי הלקוחות לא תיצור בקרה אפקטיבית וזאת מהסיבות הבאות:

1. כיום בתי החולים מכירים היטב את מחירי הרכישה שלהם משראל (שהוא המחיר הרלוונטי מולו הם צריכים לבחון חלופות רכש). מחירון ישראל לבתי החולים גלוי גם למשרד הבריאות. למרות זאת, לא בתי החולים ולא משרד הבריאות מסוגלים לקבוע האם המחירים ששראל גובה הם סבירים (ראה עמ' 12).
2. הרי אם בתי החולים יודעים את מחירי השוק של המוצרים, כפי שמניח דו"ח בלינקוב (שאחרת איך יוכלו לפקח על רכש ישראל במודל פיקוח הלקוחות?) הם היו יודעים כבר כיום אם המחירים שגובה מהם שראל הם מופרזים. אך כאמור גם דו"ח בלינקוב לא טוען כך. לכן ברור שזהו אינו המצב.
3. יתרה מזו, על פי המלצותיו, דו"ח בלינקוב שואף להגיע למצב של חובת רכש על מנת למצות יתרונות לגודל. מטבע הדברים במצב זה לא יהיה לבתי החולים מידע כלל על מחירי המוצרים בשוק (כיוון שהם לא יוכלו לרכוש בשוק החופשי דבר). ניתן להמחיש את הדברים כבר כיום באמצעות רמת הידע שיש לבית חולים קטן מהפריפריה שכלל אין לו מנגנון רכש ואת כל תצרוכתו רוכש משראל כבר שנים. כיצד בדיוק יהיה לאותו בית חולים מידע על מחירי השוק של הציוד הרפואי והתרופות?

לכן – גם בטווח הארוך וגם בטווח הקצר – חשיפת מחירי הרכש לא תהפוך את בתי החולים לגורם מפקח ממשי על יעילות הרכש של ישראל (בדיוק כמו שאינם מהווים גורם כזה כיום).

כל העובדות והנתונים הקיימים מלמדים שגם ההנחה הקריטית השנייה העומדת בבסיס המלצת דו"ח בלינקוב אינה מתקיימת:

1. כאשר ישראל מסרבת להעביר למדינה נתונים – אין למדינה שום כלי אפקטיבי להכריח את ישראל לעשות כן.
2. כאשר היו חילוקי דעות בעבר עם ישראל ביחס לטיטת ההסכם מול הממשלה – שראל פשוט לא חתמה עליו וסירבה לפעול לפיו.
3. עיגון זכותה של המדינה לקבל נתונים ולבצע בקרה (ראה לדוג' עמ' 33 ו-38) לא מהווה שום חידוש. הדברים מופיעים בטיטת ההסכם ששראל הייתה חתומה עליו.
4. יתרה מזו – על פי ההסכם הקיים שראל מחויבת להעביר נתונים למדינה. נתונים שהיא סירבה ומסרבת כבר כמעט שנתיים להעביר.

5. כיצד בתנאים אלו סבורים מחברי דו"ח בלינקוב שמשרד הבריאות יוכל לכפות על ישראל עמלה או תקורה קבועה שמיטיבה עם הציבור אך פוגעת בהכנסותיה של ישראל והיא אינה מסכימה לה? מדוע ששאל פשוט לא תסרב לחתום גם על הסכם זה? והרי זו אחת הסיבות המרכזיות שהמדינה נדרשה לבחינת מערכת היחסים שלה עם ישראל מלכתחילה!

6. דו"ח בלינקוב לא מציע שום פתרון למצב זה אלא חוזר במעין טיעון מעגלי על מילות "קסם" כגון פיקוח, בקרה, הידוק הפיקוח ועיגון הבקרה. ביטויים, שכבר הוכחו בהקשר של חברת ישראל שאינן יותר ממילים ריקות כאשר הן נתקלות בסירובה התקיף של החברה לתנאים אלו או אחרים.

כיוון שהנחות העבודה המרכזיות המקימות את בחירתן של חלופות "פיקוח הלקוחות" אינן מתקיימות – ברור שחלופות אלו אינן חלופות שיובילו לשיפור תפקוד רכש התרופות והציוד הרפואי במערכת הממשלתית.

דו"ח בלינקוב אינו נדרש כראוי לסוגיית היקף פעילותה של ישראל. על פי מחברי הדו"ח, ישראל עוסקת באספקת מלאי חדרי ניתוח בבית חולים איכילוב וכן באספקת מערכות המחשוב התומכות בכך (ראה עמוד 23). מהם היתרונות לגודל או השיקולים הכלכליים שמצדיקים שפעילות זו לא תוצא למכרז על ידי בית החולים אלא שתמורת השירותים תיקבע במו"מ בין איכילוב לישראל, באופן שאינו שקוף, אינו מבוקר ואינו מפקח על ידי איש? מנין מומנה הקמת מערכת המחשוב התומכת בפעילות זו? האם מכספי העודפים שנובעים לישראל משירותיה את בתי החולים? מחברי הדו"ח אינם מסבירים "מהו הגבול" לפעילותה של ישראל, מהם השיקולים לקביעתו וכיצד הוא צריך להיאכף בפועל.

למגינת הלב, מצב עניינים זה אינו ייחודי לבית החולים איכילוב אלא שהוא בא לידי ביטוי גם בעובדה ששאל מספקת שירותי לוגיסטיקה ומחשוב לבתי החולים. לכן, לא ברור מדוע התייחסו מחברי הדו"ח לחלופה של הפרדת הרכש מהלוגיסטיקה כחלופה שעומדת כנגד שאר החלופות, ואינם סבורים שעל תהליך זה להיבחן במקביל ובנפרד ליישום כל חלופה אחרת. בשוק הלוגיסטיקה חלה התפתחות משמעותית בשנים האחרונות תודות לכניסת שחקנים בעלי יכולת אספקה בהיקפים משמעותיים. כך, להמחשה בתי החולים הפרטיים בישראל אינם נוהגים לרכוש שירותי לוגיסטיקה מספק יחיד, למרות היתרונות שמונים מחברי דו"ח בלינקוב (ראה עמ' 23) לכך. נשאלת השאלה מדוע מתעלמים בתי החולים הפרטיים מכל אותם יתרונות ובוחרים לעבוד עם מספר רב של ספקי לוגיסטיקה? סוגיות אלו אינן מקבלות מענה בדו"ח בלינקוב פרט לאמירה הכללית ששאל היא One Stop Shop (ושוב עולה השאלה מדוע בתי החולים הפרטיים לא סבורים שזו הדרך "המנצחת" להתנהל?). אם אין הגיון כלכלי לריכוז כוח קנייה בלוגיסטיקה ובמחשוב – מדוע יש לוותר על חובת המכרז בהקשר זה? למעשה – דו"ח בלינקוב לא קובע "גדרות" לפעילותה של ישראל או קריטריונים סבירים לקביעת גדרות כאמור. אם מחר בבוקר תחליט ישראל לפעול בתחום חדש בבית חולים פריפריאלי – האם גם אז מוצדק לאפשר לה לעשות זאת בפטור ממכרז? ומדוע כל התקשרות עם ישראל צריכה להיות פטורה ממכרז?

דו"ח בלינקוב חסר כל התייחסות למגוון הסיכונים הכרוכים בעבודה מול ספק יחיד אשר ההתקשרות עמו ניתנה מכוח פטור ממכרז, ובפרט להשלכות של חוסר שימור הידע וההתמחות במדינה. הנצחת המצב הנוכחי, לפיו ישראל היא הגוף היחיד המסוגל ושיש לו המיומנות המתאימה לבצע רכש ברמה הלאומית, מעבר לעובדה שהינו מנוגד לכללי מנהל תקין, הופכת אותו לגוף מונופוליסטי בעל מנפוי לחץ חסרי תקדים מול מערכת בתי החולים והממשלה. מתן הזיכיון לרכש עבור מערכת הבריאות לגוף פרטי יחיד מבלי יצירת מנגנון של שימור ידע קיים, יצירת ידע חדש ומיומנות בידי

המדינה הינו מהלך חסר כל הצדקה כלכלית או אחרת ויכול להיות בעל השלכות הרסניות לעתיד מערכת הבריאות הציבורית. בעניין זה, לשראל אינטרס מובהק לשמר את הידע אצלה, וכתוצאה מכך, את תלות המדינה בשירותיה.

על מנת למנוע אי הבנות בתהליך בין המשרדים, פנתה החשבת הכללית אל מנכ"ל משרד הבריאות במכתב מיום 15.2.2016 וביקשה שדו"ח בלינקוב יכלול ניתוח מסודר ותשובות לשאלות הבאות:

1. בנוסף על תשלום התקורות לחברת ישראל, מה עמדת משרד הבריאות באשר לגובה מחירי הקנייה ששראל מגלגלת לבתי החולים? האם מחירים אלה תחרותיים בהשוואה ענפית לשחקנים מרכזיים בשוק? האם קיימים מספיק תמריצים לחברת ישראל לשפר מחירים אלו? מהי רמת סבירותם ביחס לשווקים דומים בעולם?
2. כיצד משרד הבריאות יכול להבטיח רמת שקיפות ובקרה נאותה על משאבי הציבור המועברים לחברה, וכיצד המשרד מבטיח העברת מלוא הנתונים (רכש, מכר ותקורות) באופן שוטף לגורמי הממשלה, לאור סירובה של החברה לעשות כן בשנה האחרונה?
3. כיצד משרד הבריאות מצדיק כלכלית את קיומו של ספק יחיד בין היתר, בתחום הלוגיסטיקה זאת לאור ריבויים של שחקנים מסוג זה בשוק? ומהי רמת הפגיעה בשוויון ההזדמנויות כלפי שחקנים אחרים זאת ביחס להוראות חוק חובת המכרזים התשנ"ב-1995.
4. כיצד מבטיח משרד הבריאות שמירה קפדנית על גבולות הפעולה של חברת ישראל, שמסתבר שפרט לרכש ציוד רפואי ותרופות בשם בתי החולים (פעילות שאמורה להתמצות בחוזי מסגרת) היא מספקת גם ציוד שאינו רפואי לבתי החולים, עוסקת ביבוא עצמאי, מפתחת מערכות מחשוב לניהול מלאי וכד'.

קריאה מדוקדקת בדו"ח בלינקוב מעלה מסקנה ברורה – למגינת הלב, הדו"ח אינו מכיל תשובות של ממש לשאלות מרכזיות אלו.

נספח ג' - רשימת פגישות שערך הצוות לבחינת רכש התרופות והציוד

הרפואי

17.7.2014 - בית החולים איכילוב

מר שמואל עמר, מנהל אגף רכש ואספקה

30.7.2014 - ענף ציוד רפואי, איגוד לשכות המסחר

מר יהודה גיל - יו"ר הענף

מר עמי לפידות

מר משה ראובני

מר משה מרגלית

גב' יהודית גל

מר מיכאל שפיר

גב' חנה לאיידרשניידר - מנהלת תחום ענפי

30.7.14 - ח"כ משה פייגלין

מיכאל - עוזר מחקר

שי - עוזר פרלמנטרי

31.7.2014 - בית החולים וולפסון

גב' אירינה דביר - מנהלת כספים

גב' אריאלה הרשקוביץ - בית מרקחת

מר עמיר לוזון - אפסנאות רפואית

מר יוני טולדנו - מנהל רכש ציוד משקי

31.7.2014 - בית החולים פוריה

מר שמעון סבח - מנהל אדמיניסטרטיבי

13.8.2014 - ישראל

מר אבי בוסקילה

גב' מיכל קליין

14.8.2014 - חברת טבע ישראל

מר נעם ספיר - מנכ"ל טבע ישראל

מר חיליק אבקסיס - מנהל קשרי מסחר, טבע ישראל

גב' מיכל חומסקי הסלמן - מנהלת קשרי ממשל, טבע ישראל

21.8.2014 - קופת חולים כללית

מר אבי שטיינברג - ראש אגף גזברות

יוסי גל - ראש אגף אספקה

שלומי גרוסמן - ראש אגף רכש

21.8.14 - שולחן מגדלי הקנאביס הרפואי בישראל

מר שי אברהם - מגדל

מר נמרוד הגלילי - מנהל תחום איגוד לשכות המסחר

מר אהרון לוצקי - תיקון עולם

עו"ד נגה רובינשטיין - גולדפרב זליגמן ושות', עורכי דין

עו"ד מוהנד נאסר - גולדפרב זליגמן ושות', עורכי דין

26.8.14 - מנהל הרכש משרד הביטחון

מר מיכאל שקולניק - ראש חטיבת דלק, רפואה ואב"כ

גב' אורית - ראש ענף ציוד רפואי ורוקחות, מקרפ"ר

מר משה לדר- חטיבת אב"כ ורפואה
גב' גילה בן בסט- ראש מערכה באגף הכספים

27.8.14 - בית החולים שערי צדק
גב' רות רלב"ג- מנהלת הכספים, שערי צדק

4.9.14 - אסותא
מר חמי שמיר- ראש אגף לוגיסטיקה

4.9.14 - שראל
מר אבי בוסיקלה - מנכ"ל חברת שראל
גב' מיכל קליין - סמנכ"ל הכספים חברת שראל

4.9.14 - שיבא
מר אריה שמואלוב

10.9.14 - פורום בתי חולים
מר איתן כהן- ברזילי
פרופ' שמעון רייסנר- רמב"ם
מר זיו שרון- רמב"ם
מר אילן יפתח- אסף הרופא
מר מאיר אורן- הלל יפה
מר אמנון בן משה- הלל יפה

19.2.15 - הלל יפה
גב' דניאלה וייצמן

22.2.15 - שיבא
מר גיל דר- מנהל הרכש

25.2.15 - אגף שעת חירום
מר עוזי קרן ונציגי האגף