

מתווים להמשך עבודת ועדת גרמן

בן נון גבי

נובמבר 2013

הנחת יסוד

**בריאות היא זכות חברתית בסיסית, אותה
יש להבטיח לכלל תושבי המדינה, במידת
האפשר ללא קשר ליכולת כלכלית.**

בריאות היא "זכות" ולא "מוצר"

וועדות בדיקה

- וועדת נתניהו (1990) – תפקודה ויעילותה של כלל המערכת
- ועדת טל (2000) – מקורות מימון חוק ביטוח בריאות
- ועדת אמוראי (2002) – מעמד הרופא
- וועדת לאון (2004) – בעלות על בתי חולים ממשלתיים
- ועדת גרמן (2013) – חיזוק הרפואה הציבורית



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

למה הכוונה בהצגת היעד של "חיזוק
"מערכת הבריאות הציבורית"?

מתוך כתב המינוי:

"הוועדה **תבחן** את מצבה של מערכת הרפואה
הציבורית בישראל ותמליץ על צעדי המדיניות
הרצויים....."

בין היתר **יישקלו** ההיבטים הבאים:

- בחינת היחס בין הרפואה הציבורית לבין הרפואה הפרטית, ובין ההוצאה הציבורית להוצאה הלאומית והפרטית בתחום הבריאות.
- ביטוחים רפואיים (שב"ן וביטוחים מסחריים).
- תיירות מרפא.
- מעמדו המעורב של משרד הבריאות כספק שרות, מבטח ורגולטור וסוגית "הפרדת הכובעים".

מגמות על פני זמן

מה הם השינויים המרכזיים שחלו
במערכת מאז חוק ביטוח בריאות
ממלכתי ?

תמונת המצב הנוכחית

מה הם הבעיות העיקריות של מערכת
הבריאות כיום?

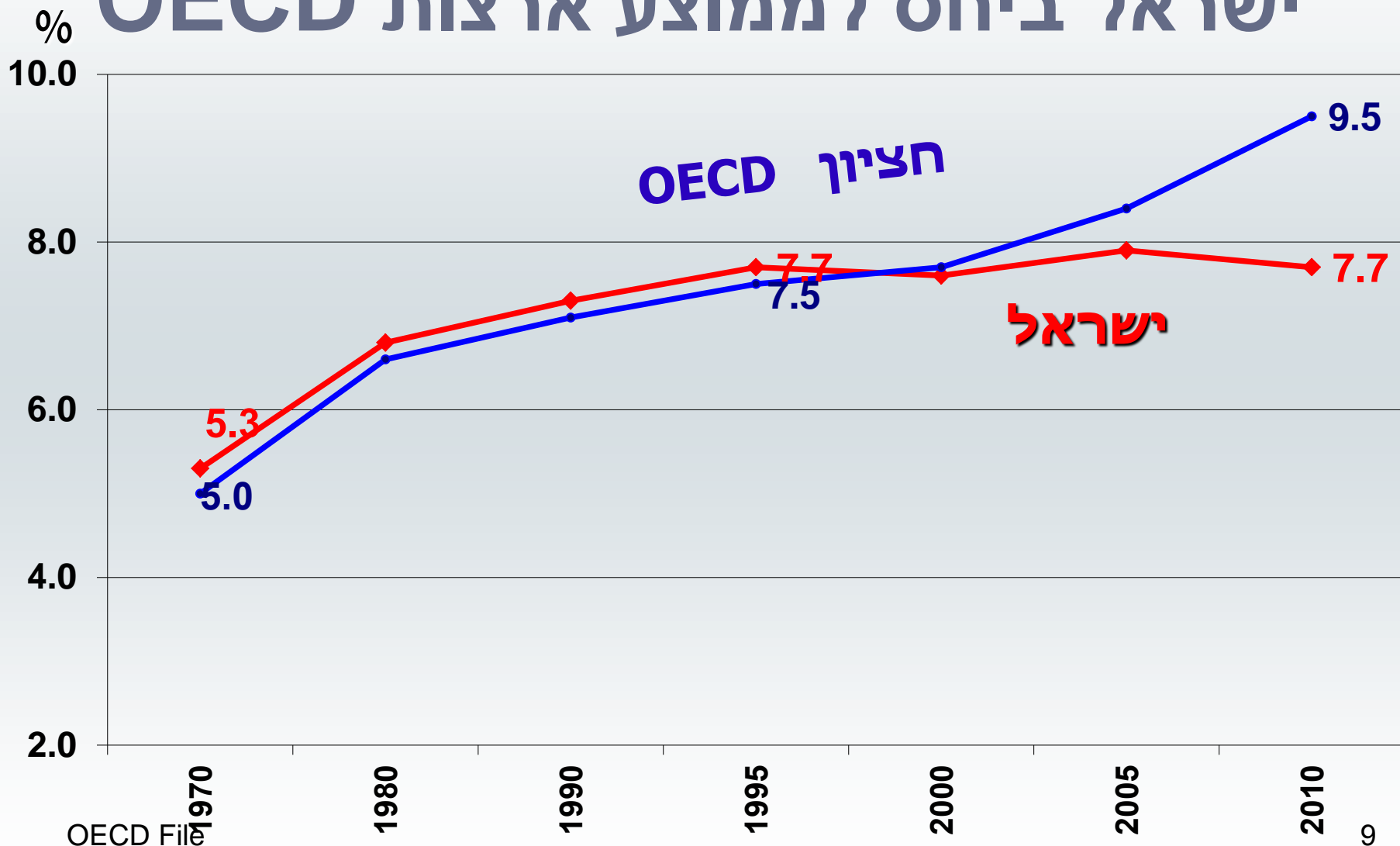
תמונת המצב הנוכחית

לאן רוצים ללכת?

- מהם היעדים, המטרות שאנו רוצים להגיע כדי "לחזק את הרפואה הציבורית".
- מה הדרכים להשגתם של יעדים אלה?
- מה המשמעויות שלהם (הנחות עבודה, תסריטים צפויים)?
- כיצד הצעדים המומלצים מקרבים אותנו מהשגת היעדים?

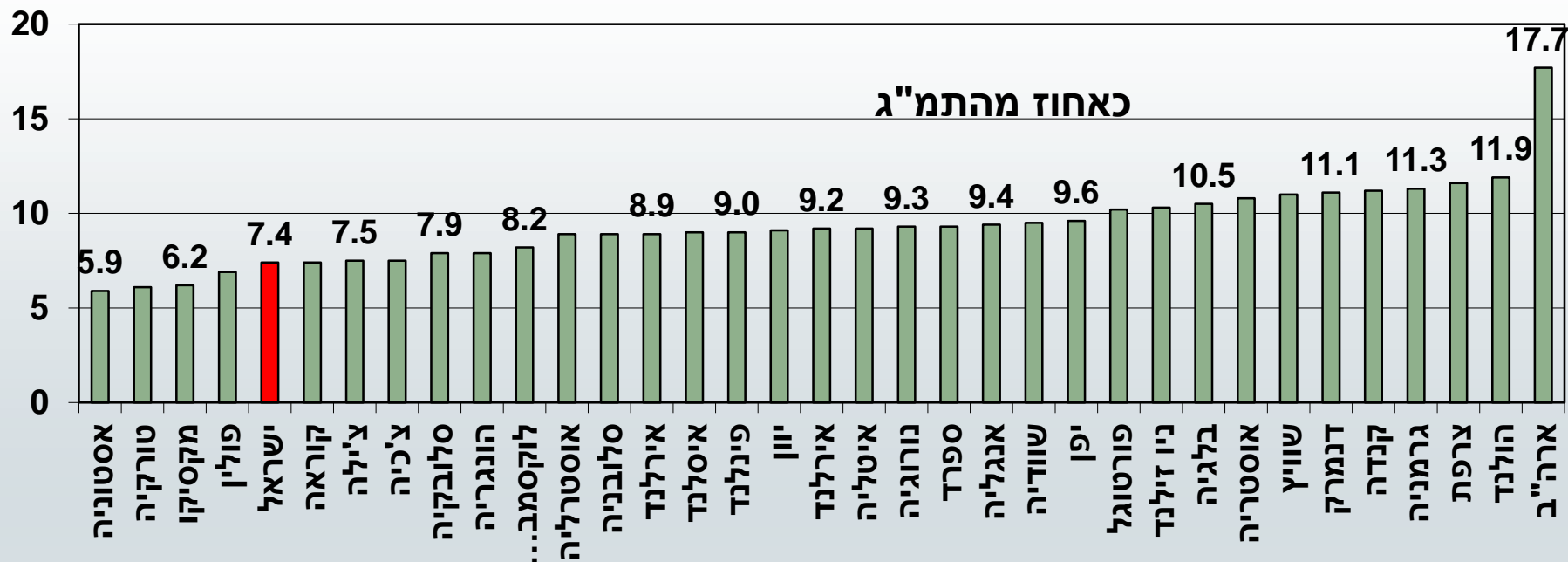
מגמות על פני זמן

אחוז ההוצאה הלאומית מהתמ"ג : ישראל ביחס לממוצע ארצות OECD

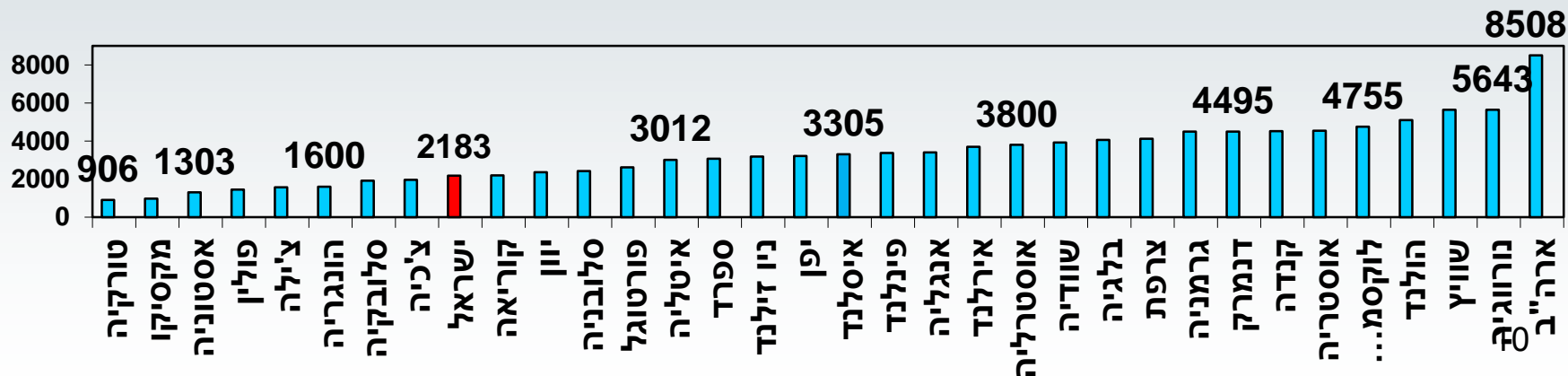


הערה : כדי לאפשר השוואות ההוצאה בישראל על פני השנים לא שוני נתוני התמ"ג

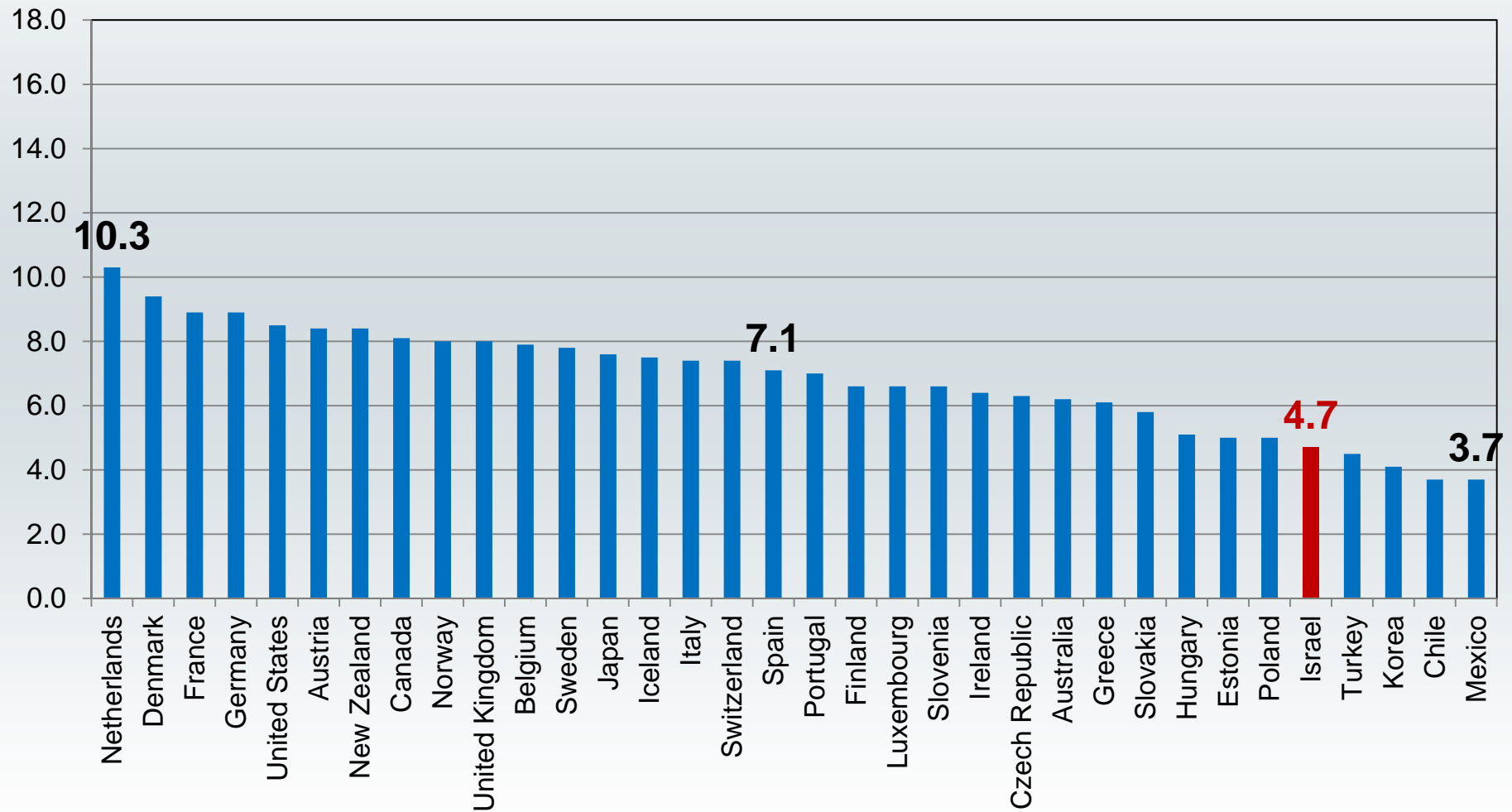
ההוצאה הלאומית לבריאות 2011



\$ppp הוצאה לנפש

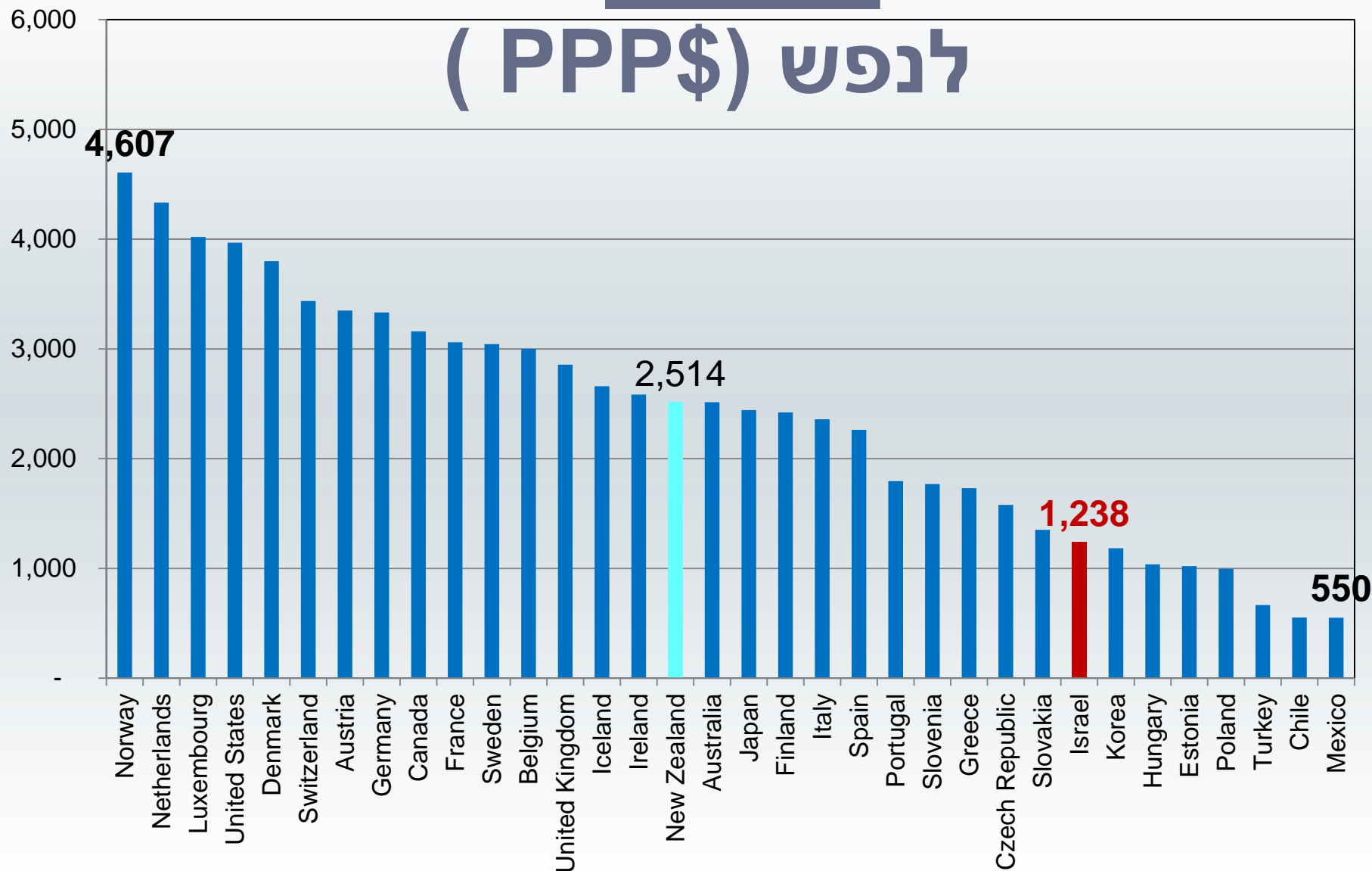


הוצאה ציבורית לבריאות כאחוז מהתוצר



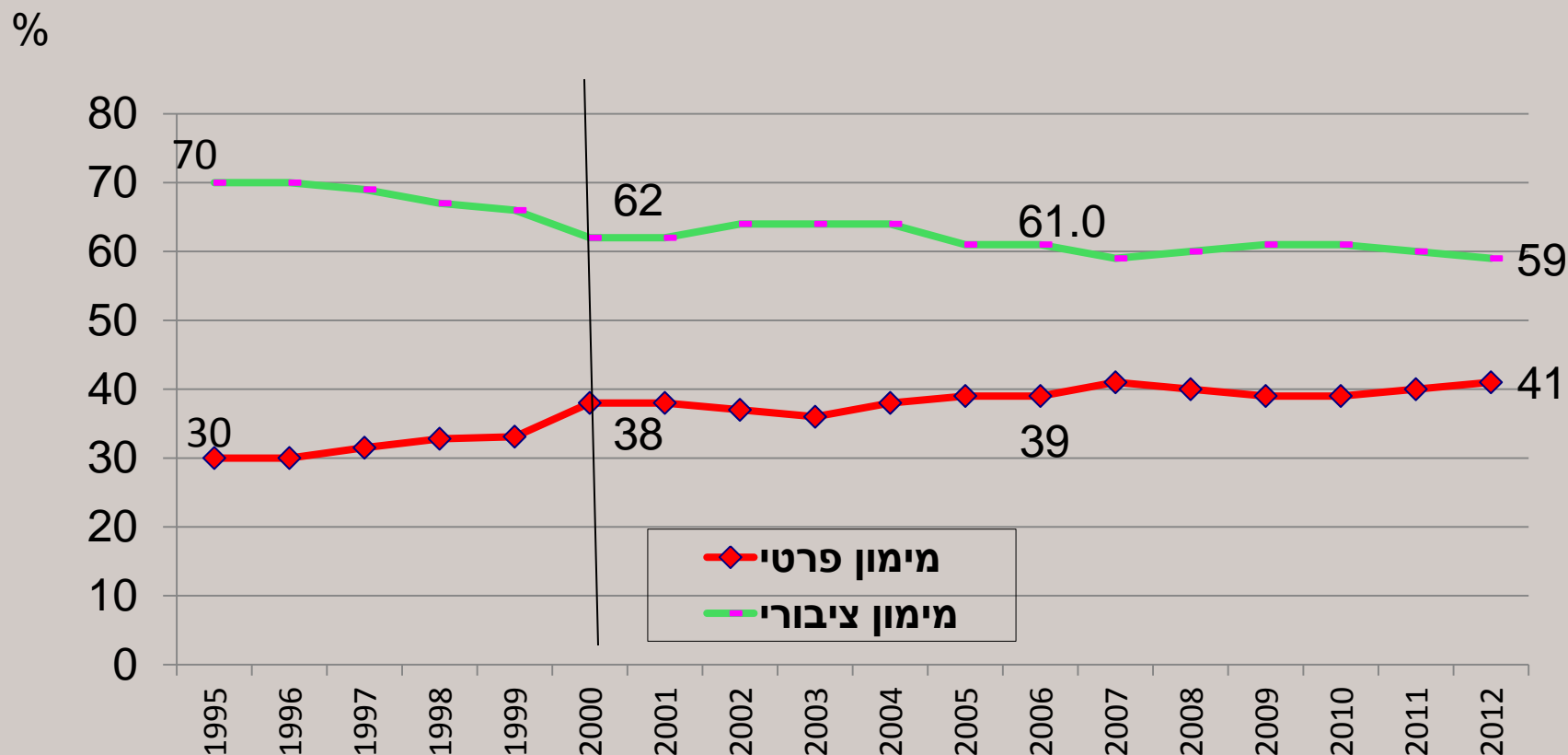
הוצאה ציבורית לבריאות

לנפש (PPP\$)



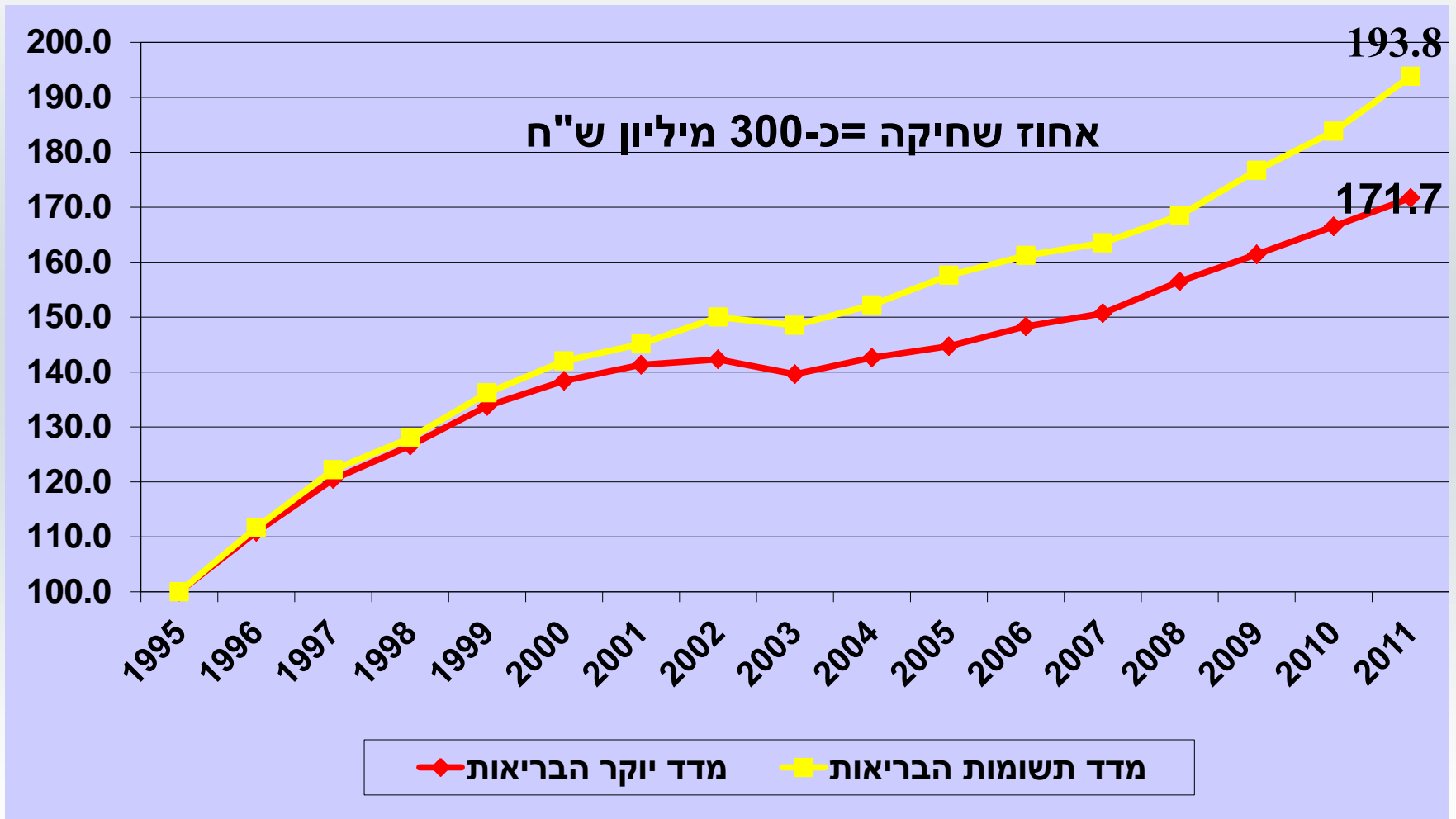
מקורות מימון ההוצאה הלאומית לבריאות

1995 – 2012 (באחוזים)

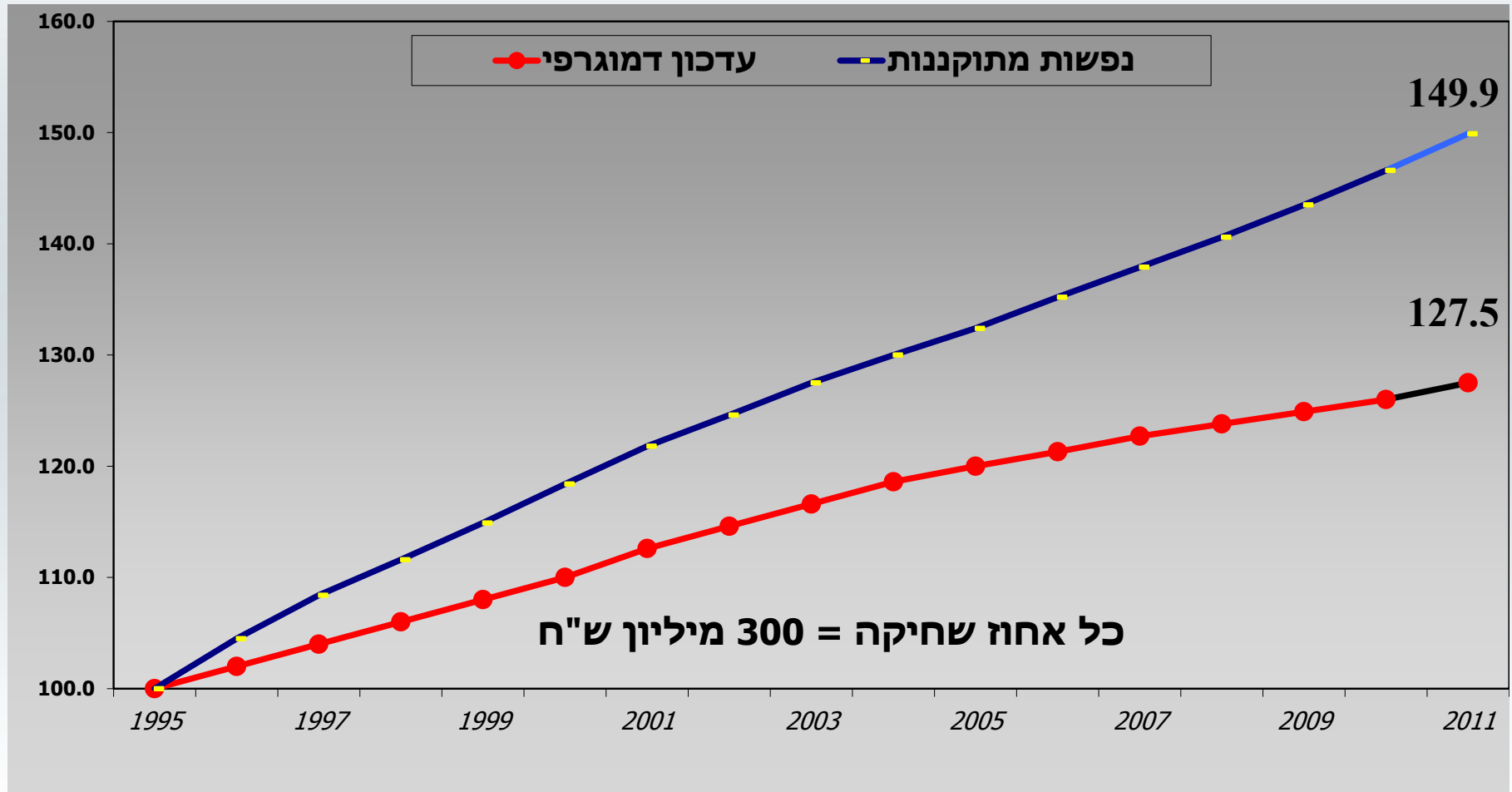


השינוי המצטבר במדד יוקר הבריאות לעומת מדד תשומות הבריאות

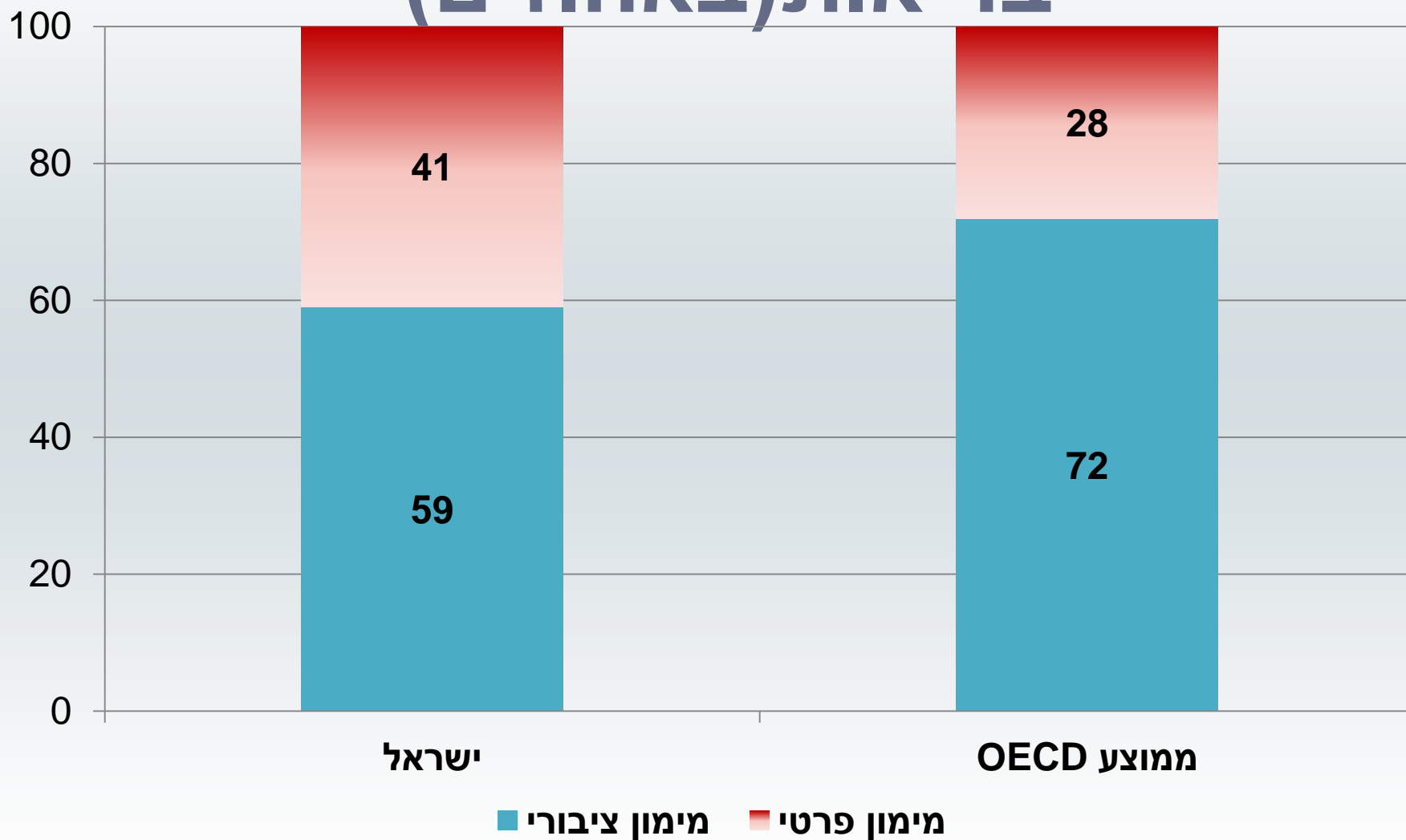
1995 – 2011 (100=1995)



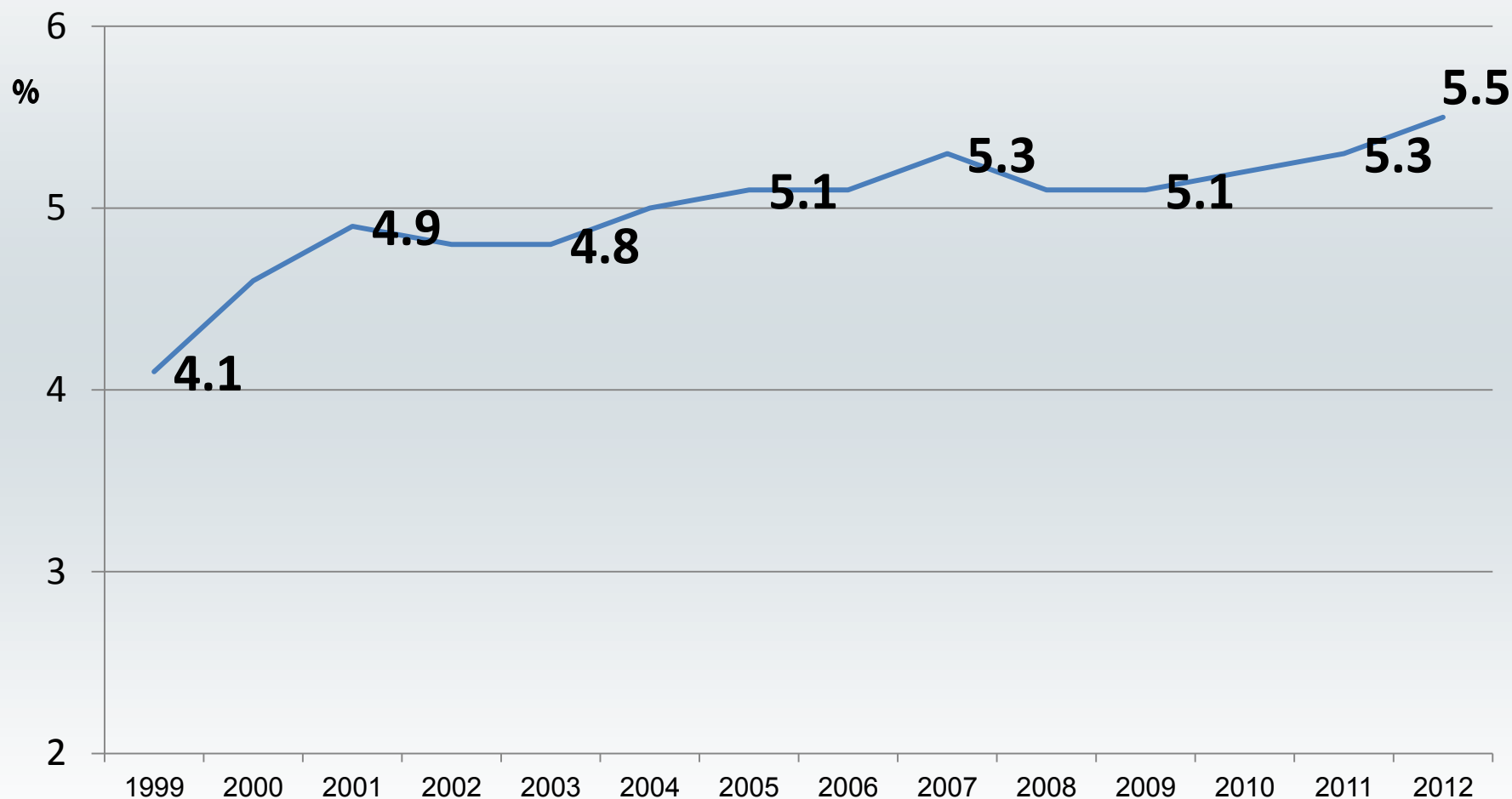
הגידול המצטבר במספר הנפשות המתוקננות למול העדכון הדמוגרפי של עלות הסל (100=1995) 1995-2011



מקורות המימון של מערכות בריאות (באחוזים)

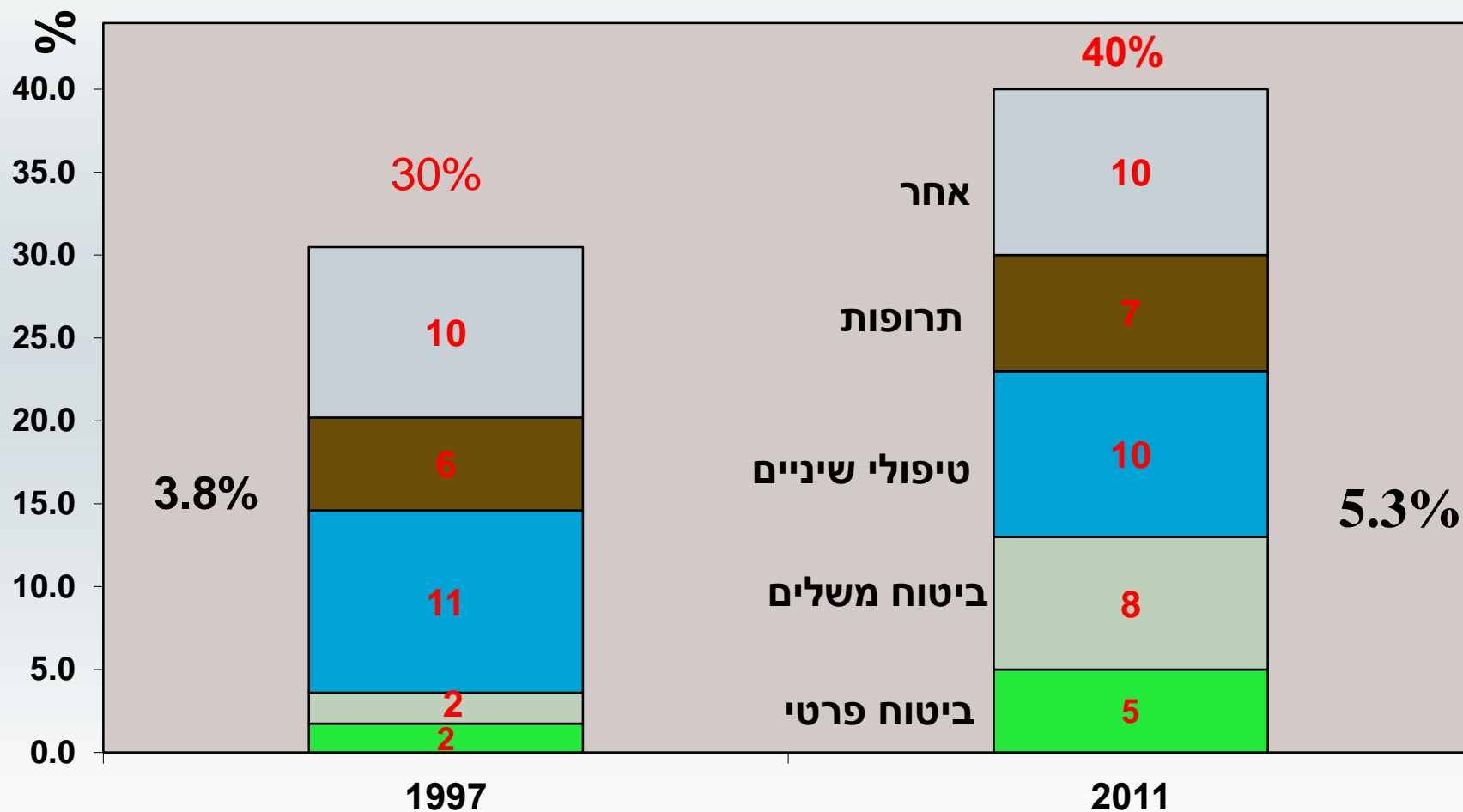


הוצאות משקי הבית על בריאות כאחוז מסה"כ ההוצאות משקי הבית לתצרוכת



עיקר העלייה בהוצאות משקי הבית על בריאות הייתה בביטוחים פרטיים

מבוסס על סקר הוצאות המשפחה של הלמ"ס

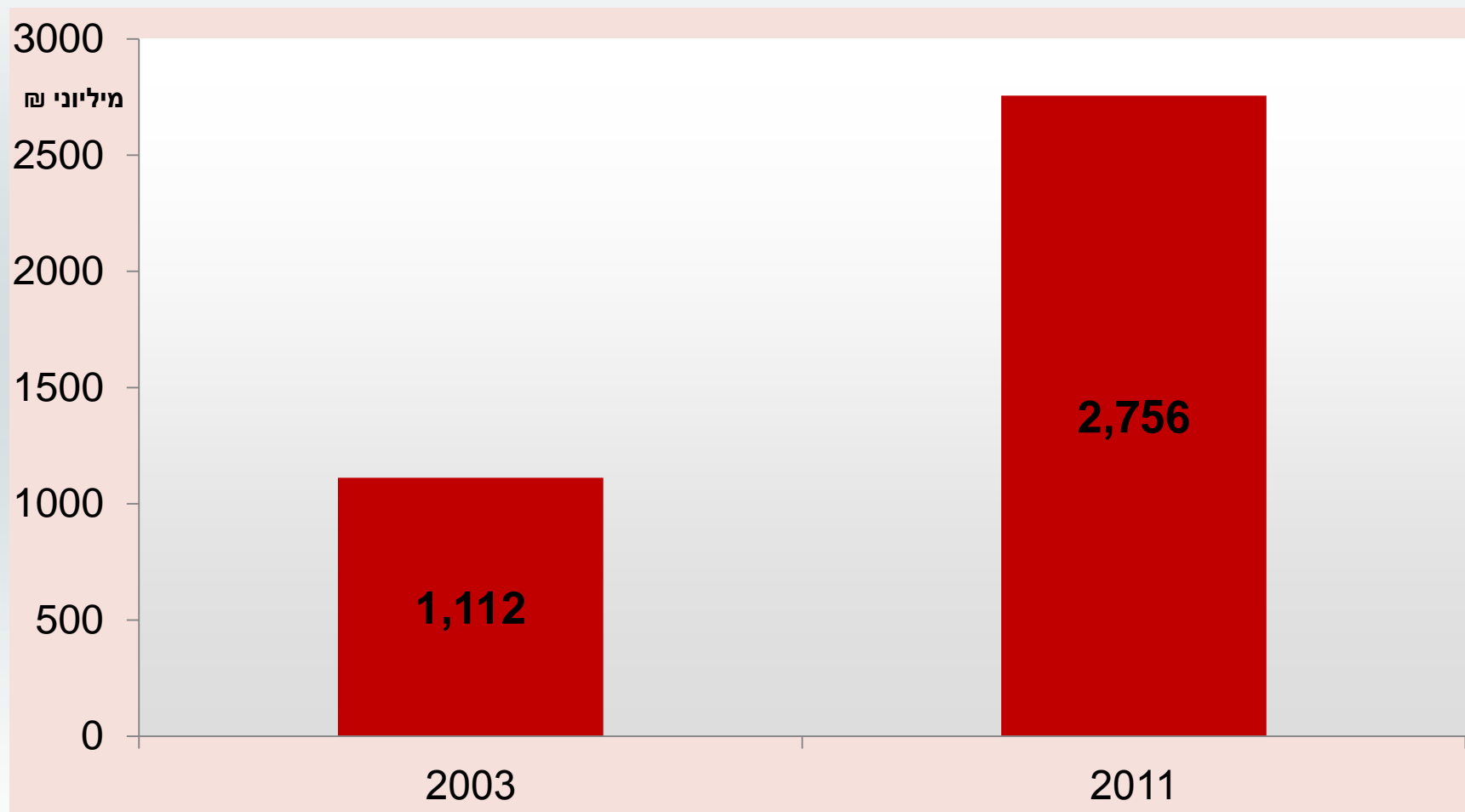


בשנת 2012 – הוצאות משקי הבית על בריאות עלו ל - 5.5%

הכנסות תוכניות השב"ן (במיליוני ש"ח)

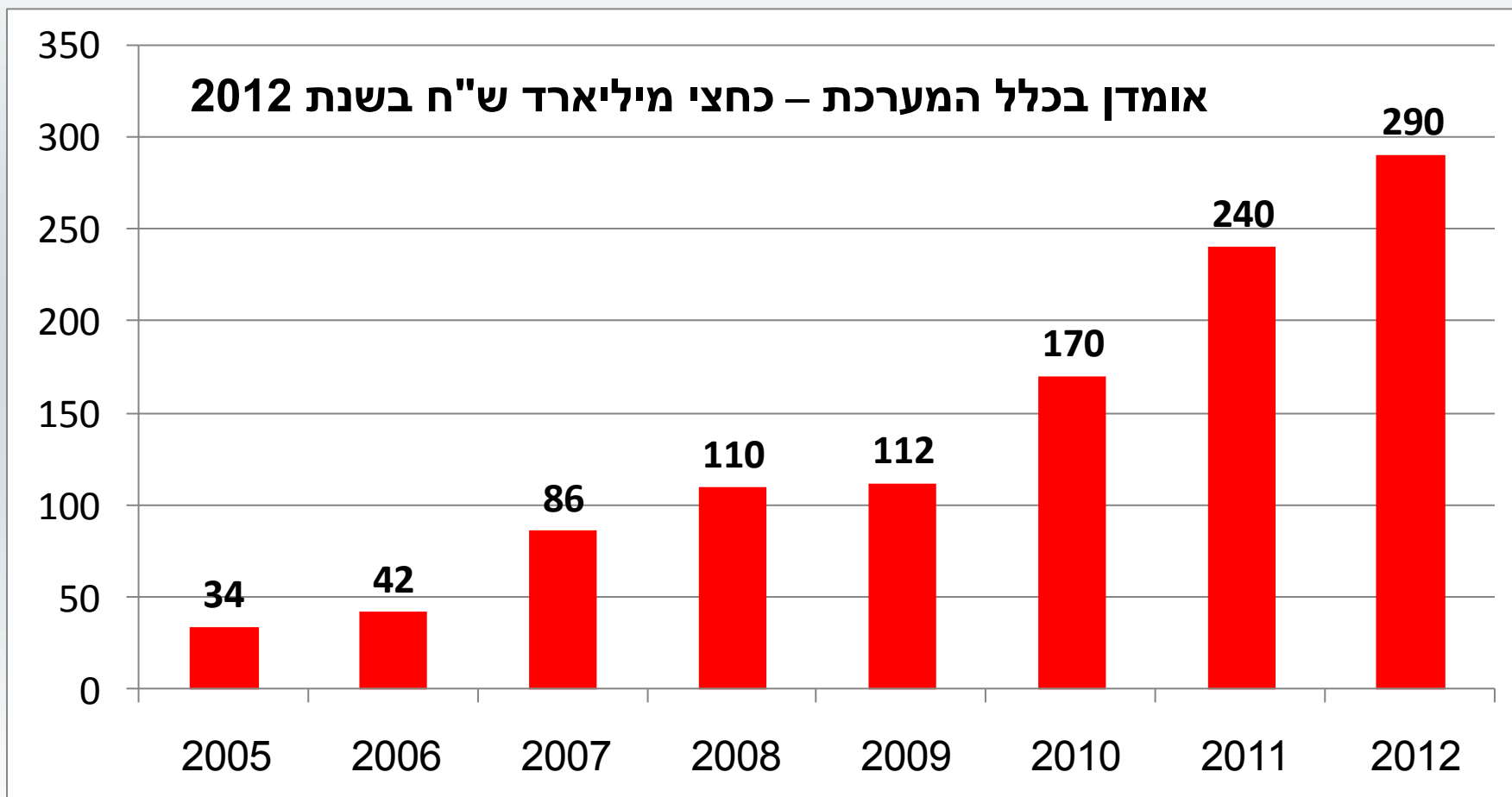


מחזור כספי של תכניות ביטוחי בריאות מסחריים* (במיליוני ₪)

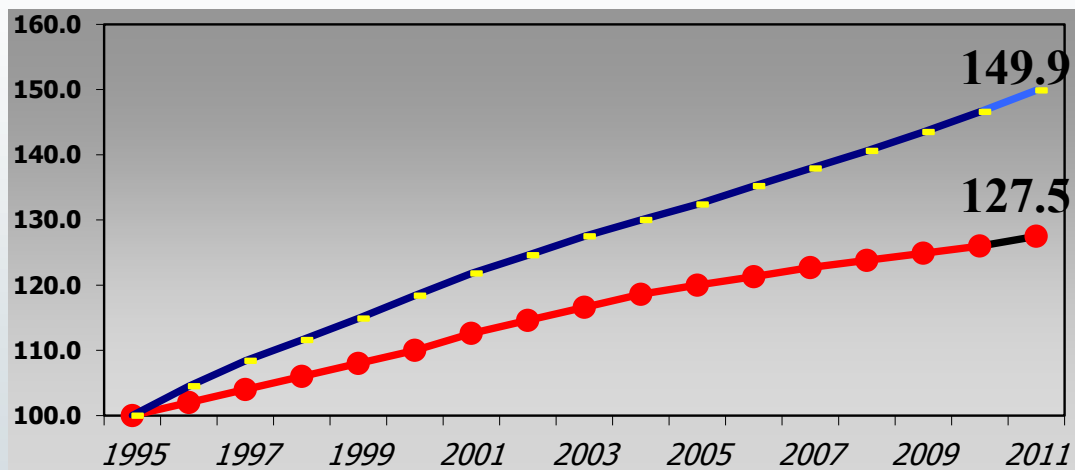


* בביטוחי הבריאות המסחריים נכללים הוצאות רפואיות ומחלות קשות בלבד

– הכנסות מתיירות מרפא (בתי חולים ממשלתיים) (במיליוני ש"ח)



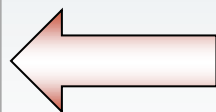
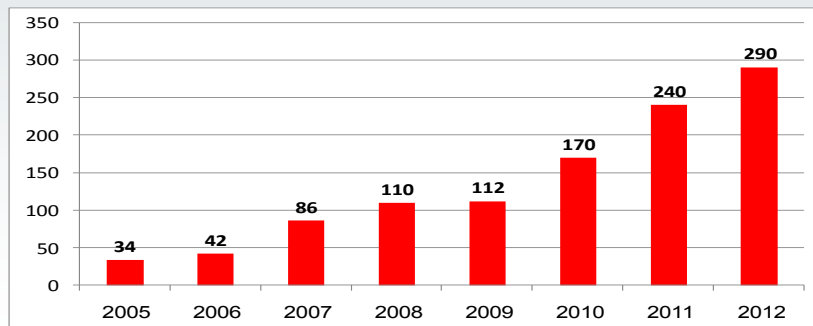
האם מגמות אלה היו מתוכננות ?



• בחלקם כן ←

• אבל חלק נכבד מגמות ההתפתחות במערכת

הבריאות הישראלית בעשור האחרון עוצבו מלמטה :



השטח יוצר עובדות

תמונת מצב נוכחית הבעיות

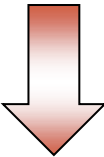
תמונת מצב נוכחית - הבעיות

- **ברמת השירות לאזרח - מצוקת האשפוז – תורים, חולים במסדרון, המתנה בחדרי מיון, נוכחות דלה של סגל אחר הצהריים, שחיקה באימון הציבור במערכת הציבורית ...**
- **מחסור בתשתיות – כוח אדם רפואי, מיטות אשפוז**
- **שחיקת מקורות מחקר והוראה**
- **תכנון והכשרת כוח אדם**
- **רמות השתכרות(בעיקר של רופאים)**
- **פסיכיאטריה, אשפוז סיעודי, רפואה מונעת, עדכון טכנולוגי**
- **כל השחקנים המרכזיים במערכת מצויים בגרעון –שחיקה במימון תקציב המדינה.**
- **שינוי נוסחת הקפיטציה.**
- **פערים ואי שוויון – עלייה בהיקף המימון הפרטי**

תמונת מצב נוכחית – בעיות המערכת

- ניצול לא יעיל של תשתיות מערכת האשפוז הציבורית אחר הצהריים - נטישת רופאים, אמצעי אבחון וחדרי ניתוח לא מנוצלים.
- כפילויות של תשתיות קהילה /בתי חולים
- **מערך התמריצים - תמחור, דפוסי התחשבות ברמת בית החולים וברמת הרופא (גורמים להסטות למגזר הפרטי וחוסר יעילות של המגזר הציבורי).**
- הערובים והבעלויות הצולבות במערכת (קופות/בתי חולים)
- התרחבות פריסת והשפעת הביטוחים הפרטיים על המערכת הציבורית
- יחסי קופות חולים/בתי חולים
- **ריבוי הכובעים של משרד הבריאות**

סכום מגמות ובעיות המערכת

- **ההוצאה הציבורית** לבריאות נמוכה ומצויה במגמת ירידה.
 - התרחבות ענף ביטוחי הבריאות פרטיים) גם הביטוח המשלים וגם המסחרי) - מקיפים **יותר מבוטחים ויותר כסף**
 - התרחבות ענף **תיירות המרפא**.
 - מערכת שבה כל השחקנים הציבוריים המרכזיים מצויים בגרעונות (בתי חולים וקופות החולים).
- 
- שחיקה באמון וברמת השירות הציבורי לאזרח (בעיקר בתחום שירותי האשפוז הכללי).
 - התרחבות הפערים ואי השוויון.

עבודת הוועדה

- לא נוכל לדון בכל מכלול הבעיות – ואנו צריכים להתרכז במימדים המרכזיים המשפיעים על אופייה הציבורי של המערכת.
- מנדט הוועדה כלל את בחינת נושאי הביטוחים הפרטיים (משלים+מסחרי), השר"פ, ריבוי התפקידים של משרד הבריאות (וגם בתיירות מרפא) – בדיון בנושאים אלו **אנו נוגעים בחלק נכבד של הבעיות שהוצגו ובנגזרות של בעיות אלה .**

אבל

בהנתן המנדט של הוועדה – "חיזוק הרפואה הציבורית בישראל" – אי אפשר שלא לדון גם בסה"כ המקורות הציבוריים של המערכת ומנגנוני העדכון שלהם.

הערות משלימות:

- על השולחן של הוועדה חייבים להיבחן כל מקורות המימון האפשריים של מערכת:
 - תקציב מדינה (מיסוי),
 - מימון משקי בית,
 - התייעלות
- כיום ישנו תמהיל ציבורי/פרטי נתון במערכת והוא **לא יעיל ולא שוויוני**.
- הוועדה תצטרך להכריע מהו תמהיל המקורות הנכון שיביא ל"**חיזוק מערכת הבריאות הציבורית**"

הערות (המשך)

- חשוב לזכור שתיירות מרפא, או שר"פ – הם **אמצעים** להשגת מטרות:
 - תמיכה בהסדרתם מחייבת לנמק כיצד הם מקדמים את "חיזוק המערכת הציבורית"
 - דחייתם מחייבת הצגת אלטרנטיבות אחרות לחיזוק המערכת הציבורית.
- **סביבת העבודה:** מערכת דינמית וגמישה, שינויים דימוגרפים, התנהגות צרכנית של הציבור

הערות אחרונות

- יש צפיות מהוועדה
- מבחן הישום
- מגבלת הזמן ורמת הרזולוציה של הוועדה
- תשתיות נתונים
- תחזיות
- חשוב שההמלצות והפתרונות עליהם נמליץ יהיו עקביים עם המטרה ("חיזוק הרפואה הציבורית") ואינטגרטיבים.

ולבסוף

בהנתן המנדט של הוועדה – "חיזוק הרפואה
הציבורית בישראל" – עמדתי היא שחובתינו
להוסיף לדיוני הוועדה גם את נושא **סה"כ**
המקורות הציבוריים של המערכת, דרכי
הבטחתם ומנגנוני העדכון שלהם.