

פרופ' שוקי שמר
0506-800800
03-7644040
shemer@assuta.com

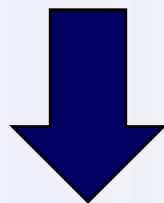
מצגת לוועדה לבחינת הרפואה הציבורית

בראשות השרה יעל גרמן

29.8.13

רקע

- מערכת הבריאות בחסר תקציבי, בעולם כלכלי המערכת הייתה מוכרזת כקרובה לחדלות פירעון.



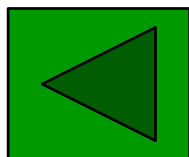
לכן, לא ניתן לברוח מהעובדה שנדרש פתרון תקציבי!!!



פתרונות נוספים:

- שינויים במבנה המערכת
- תמחיר המבוסס על כלכלה ולא על סבסודים צולבים (כללי התחשבנות)
- מחוללי התייעלות
- מחוללי תחרות ודינמיקה בשוק
- תמריצים לרפואה נכונה, לשירות מצופה ולתוצאות כלכליות נדרשות.

הוצאה פרטית לבריאות כאחוז מהוצאה לאומית לבריאות



על פי נתוני הלמ"ס אין עלייה בהוצאה הפרטית ב-6-7 השנים האחרונות

http://www.cbs.gov.il/hodaot2013n/08_13_197t1.pdf

בית חולים

האבחנה בין אספקת שירותים למימון שירותים

יש להבחין בין השאיפה למימון ציבורי רחב ככל הניתן לבין אספקת שירותים שצריכה להינתן בדרך היעילה והאיכותית ביותר

אספקת שירותים

צריכה להינתן על ידי כל
גורם איכותי ראוי

צריכה להינתן במחיר
שוק ריאלי.

מימון שירותים

צריך להינתן על ידי המדינה
ככל האפשר

בהעדר מימון מהמדינה הרי
שתוכניות ביטוח משלים וביטוח
פרטי עדיפות ממימון פרטי

אקסיומות לכאורה או הפרחת נתוני שווא של בעלי עניין

- ההוצאה הפרטית עולה בצורה דרמטית, האמנם?
- הרופאים בורחים אל המערכת הפרטית, האמנם?
- המערכת הפרטית יקרה מזו הציבורית, האמנם?
- המערכת הפרטית מבצעת רק שירותים רווחיים, האמנם?
- 6 מיליארד ₪ בורחים אל בתי החולים הפרטיים באמצעות הביטוחים, האמנם?
- בתי החולים עומדים ריקים ולא פועלים אחה"צ, האמנם?
- אין אקדמיה בשל הבריחה למערכת הפרטית, האמנם?
- המערכת הפרטית לעשירים בלבד, האמנם?
- שר"פ כפתרון למערכת, האמנם?

מרכיבי ההוצאה הפרטית	הוצאה חודשית ממוצעת של משק בית	ביאור
השתתפויות עצמיות בעת מימוש שירות ציבורי	116	הוצאה פרטית בגין שירות ציבורי
<u>משלימים</u> : הוצאות על שירותים המשלימים את סל הבריאות	312	רק 55 ₪ מתוך הסכום הנ"ל הנו בגין שירותי בתי חולים פרטיים.
<u>מקבילים</u> : שירותים הקיימים בשירות הציבורי אלא שבשל שירות גרוע לדעת הציבור בוחר האזרח בשירות פרטי	204	רק 72 ₪ מתוך הסכום הנ"ל הנו בגין שירותי בתי חולים פרטיים.
<u>צריכה</u> : תשלום בעת צריכה out of pocket money שאין לציבור עניין לסבסד זכאות ציבורית	55	
סה"כ	687	127 ₪ מתוך ההוצאה הפרטית מושקע בבתי"ח פרטיים

(המספרים בסוגריים הינם מרכיב ההוצאה המשולם באמצעות ביטוח משלום או פרטי)

ההוצאה הפרטית לבריאות

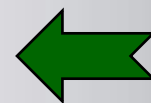
- יש לשאוף להקטין ההוצאה הפרטית לבריאות אך אין לכך כל קשר לספקים פרטיים, זוהי בעיה של מקורות/מימון ולא של אספקה.
- לצורך כך יש להקטין השתתפויות ולהרחיב מימון.

האם הרופאים בורחים אל המערכת הפרטית?

• בבתי החולים הפרטיים כמעט אין שכירים
במקצועות הכירורגיה.

• 1000 כירורגים פעילים במרכז הארץ ישנם רק כ
30 חדרי ניתוח פרטיים זמינים בכל רגע נתון,
היכן כל שאר ה 970 רופאים ?

**הרופאים של בתי החולים הם הבסיס
למערך הרפואה הקהילתית**



הגורמים לעליית המחירים במערכת

הציבורית

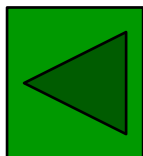


❖ **המערכת הפרטית זולה מהציבורית!!!**

❖ **בזכות המערכת הפרטית יש תחרות
והתייעלות.**

❖ **הסטת פעילות מהפרטי לציבורי תעלה את
ההוצאה הלאומית לבריאות.**

❖ **יש לעודד כניסת ספקים פרטיים נוספים**



האם קיימים 6 מיליארד ₪ פנויים?

$$\begin{array}{|c|} \hline 3.2 \text{ מיליארד ₪} \\ \hline \text{הפרמיות של השב"ן} \\ \hline \text{ב 2011} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline 2.16 \text{ מיליארד ₪} \\ \hline \text{הפרמיות של} \\ \hline \text{הביטוחים הפרטיים ב} \\ \hline \text{2011} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline 5.4 \text{ מיליארד ₪} \\ \hline \text{הפרמיות של ביטוחי} \\ \hline \text{הבריאות ב 2011} \\ \hline \end{array}$$

loss ratio
74%

loss ratio
54%



**אין 6 מיליארד ₪
פנויים!!!**

1. מרבית כספי ביטוחי הבריאות נמצא בשימוש ואיננו חופשי
2. מעבר הכסף ממערכת אחת לאחרת מלווה במעבר הוצאות גם כן.
3. היקף בתי חולים פרטיים מתוך כספים אלו עומד על 1.5 מיליארד ₪.
4. קיים עודף מסוים בביטוחים פרטיים הנובע מכפל הביטוח בו יש לטפל.

בית חולים

נסותא

סטנדרט של בריאות

האם קיימים 6 מיליארד ₪ במערכת הפרטית שיכולים לעבור לבתי החולים הציבוריים?

❖ מכאן שאין 6 מיליארד המסתובבים חופשי שכן אלו הם כספי ביטוח עבור שיניים, תרופות, סיעודי, פיצוי בגין מחלות, ניתוחים בחול, אביזרים רפואיים ועוד

❖ הפעילות הממומנת על ידי ביטוחי הבריאות בבתי חולים פרטיים הנמצאים בחפיפה עם השירות הציבורי הינה פחות ממיליארד וחצי.

❖ ספק אם מעבר של מיליארד וחצי ₪ יותיר עודף תפעולי כלשהו לבתי החולים וזאת בשל המחירים הנמוכים משמעותית במערכת הפרטית.

האם בתי חולים עומדים ריקים אחה"צ?

❖ בתי החולים פעילים מאד אחה"צ באמצעות תאגידי הבריאות ובהיקף משמעותי ביותר.

❖ **ניהול שתי מערכות כלכליות נפרדות גורם לתאגידי הבריאות לבחור לבצע אך ורק פעילות רווחית ולמעשה מרוקן את בית החולים הממשלתי מפעילות בעלת רווח ובכך מביא את בית חולים לגירעון.**

❖ **תאגידי הבריאות הם השסתום של בתי החולים הממשלתיים**

שיעורי צמיחה בבתי חולים ממשלתיים וקרנות מחקר שלצידם (אחוז הצמיחה כל שנה)



שיעור צמיחה נומינלי בתאגידי הבריאות שלידי בתי"ח ממשלתיים (קרנות מחקר)

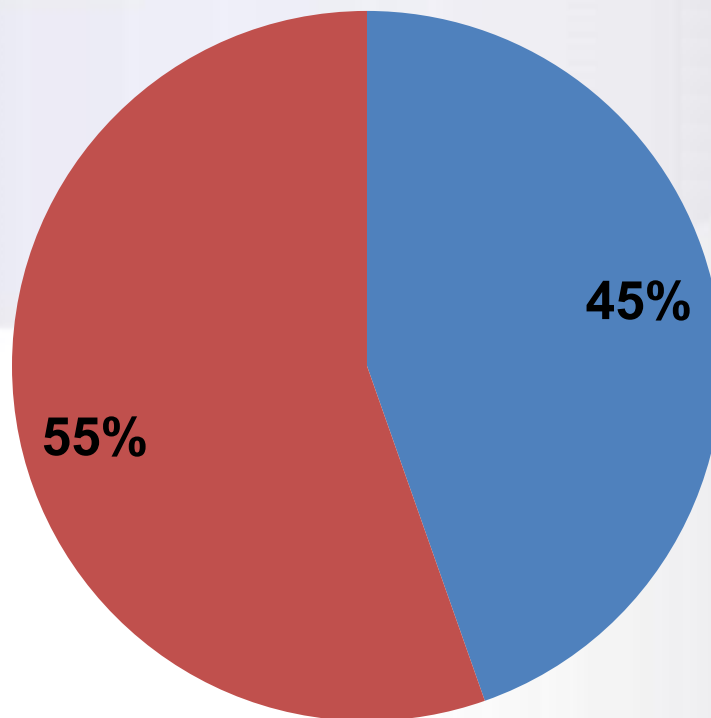
פעילות בתי"ח ממשלתיים

האם המערכת הפרטית מבצעת רק שירותים רווחיים?

- אסותא ביקשה רישיון להפעיל מחלקות פנימיות – התקבל סירוב
- אסותא ביקשה להפעיל מחלקת יולדות – התקבל סירוב
- אסותא היחידה המפעילה שירותים ניידים בפריפריה של MRI וממוגרפיה.
- אסותא הייתה היחידה שהסכימה להתמודד עם בניית בית חולים ציבורי חדש באשדוד בהשקעה של מעל 200 מיליון ש"ח.
- אסותא מפעילה שירותים רבים שהמערכת הציבורית איננה מעוניינת בהם משיקולים כלכליים.

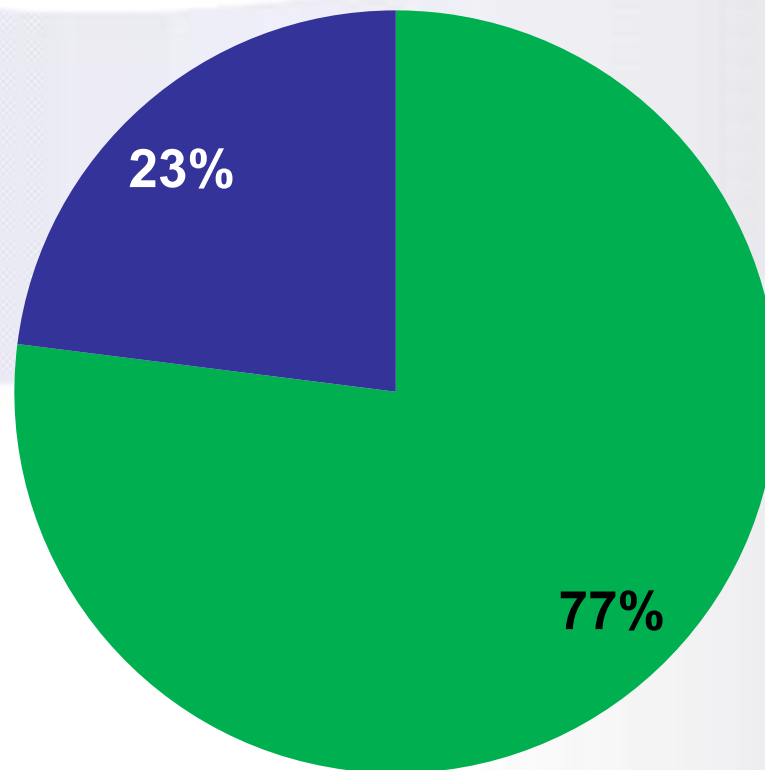
פעילות ציבורית של אסותא מול פעילות מבוססת בחירת רופא

■ ציבורי ■ פעילות מבוססת בחירת רופא



מקורות ההכנסה של אסותא

■ קופות חולים ■ לקוחות אחרים



האם אין אקדמיה בשל בריחה למערכת הפרטית?

- אסותא עושה כל מאמץ להיות חלק מהמערכת האקדמית בישראל ונתקלת בהתנגדות עזה של הגילדות.
- הבעיה האקדמית איננה נחלת המקצועות הכירורגים בלבד אלא קיימת בכלל המערכת יש להניח כי היא נובעת מעמסים גדולים על הצוותים שאינם מותירים זמן לאקדמיה ומהעדר השקעה באקדמיה.

האם המערכת הפרטית לעשירים בלבד?

שיעור המטופלים באסותא לפי שווי נדל"ן	הכנסה לפי למ"ס	שיעור המטופלים באסותא לפי הכנסה	עשירונים
12.72%	עד 3866	15%	1-2
15.36%	עד 6975	22%	3-4
21.1%	עד 10785	26%	5-6
22.46%	עד 16045	26%	7-8
28.37%	מ 17500 ומעלה	10%	9-10

האם השר"פ יציל את המערכת?

השר"פ הינו מודל יקר שאיננו
מוסיף רפואה אך מנגד ערך
בחירת הרופא מייצג את רצון
הקהל.

שיטת התמחור במודל שר"פ הירושלמי

$$\underbrace{P}_{\text{תקבול בית חולים}} + \underbrace{D}_{\text{שכר רופא פרטי}} = C1$$

P מחיר משרד הבריאות לפעולה כירורגית

D תוספת שעל הקופה לשלם לרופא פרטי

C1 העלות הכוללת של הקופה בעבור פעולה כירורגית עם רופא פרטי

שיטת התמחור במערכת הפרטית

$$(P - M) + D = C$$

תקבול בית חולים

שכר רופא פרטי

P מחיר משרד הבריאות לפעולה כירורגית

M ההנחה של בית חולים פרטי ממחיר משרד הבריאות כנגד הפחתת עלות הרופא

D תוספת שעל הקופה לשלם לרופא פרטי

C העלות הכוללת של הקופה בעבור פעולה כירורגית עם רופא פרטי בבית חולים פרטי

ההבדל בין שיטות התמחור

$$P - M + D = C$$

עלות לפעולה במערכת פרטית

$$P + D = C1$$

עלות לפעולה במודל השר"פ

$$C < C1$$

מסקנה

**או שהפעולה תעלה יותר לקופה ובית החולים
אכן ייהנה מהכנסה גדלה יותר
או שבית החולים יקבל תקבול מופחת ביחס
לתקבול היום ללא בחירה והקופה תהא
אדישה.**

מישהו צריך לשלם !!!

אז, האם השר"פ יציל את המערכת?

בשיטה הקיימת:

- ✓ שר"פ איננו מקור כספי חדש למערכת הבריאות אלא תוספת זכויות לצד תוספת הוצאה.
- ✓ שר"פ מקטין את כוח המיקוח של קופות החולים ולכן יעלה את כלל מחירי בית החולים.
- ✓ שר"פ יביא ללחצי שכר בכלל הסקטורים ומכאן לעלייה בהוצאות.
- ✓ שר"פ יביא למחסור כ"א מקצועי בקהילה.
- ✓ שר"פ איננו מביא מייצר פעילות חדשה אלא מעביר פעילות ממקום א' למקום ב'.
- ✓ שר"פ יפגע בהכשרת רופאים צעירים ובאקדמיה.

האם השר"פ יציל את המערכת?

ללא תוספת משאבים - שר"פ מסוכן

ועל כן יש לגשת אליו בזהירות שכן בחירה צריכה להיות פריווילגיה ולא כורך, מערכת הנמצאת במצוקה איננה יכולה להכניס שר"פ שכן היא לא מותירה לחולה אפשרות אחרת.

האם השר"פ יציל את המערכת?

בחירת רופא היא ערך חשוב שיש למצוא את הדרך לספקו גם במערכת הציבורית.

לכן אם מחליטים להתקדם יש...

- לייצב את המערכת טרם הפעלת שר"פ
- יש לקבוע תנאים ברורים בהפעלתו.

שאלות :

1. האם התפתחות המערכת הפרטית היא הגורם

למצב או התוצאה שלו?

2. האם המערכת הפרטית היא הפתרון או

הבעיה?

3. האם ספקי שירותים פרטיים במערכת מאיימים

על יציבותה של מערכת הבריאות?

4. האם ביטוח פרטי/משלים או תשלום פרטי פוגע

במערכת הבריאות?

תרומת המבטחים הפרטיים למערכת הבריאות

- ✓ מתן פתרון לפער שבין היכולת של המדינה לממן למול הצרכים של האוכלוסיה והיכולת של המערכת להעניק.
- ✓ **קיצור תורים** באמצעות פתיחת אלטרנטיבות נוספות
- ✓ **פתרון סוציאלי באופן יחסי** – הבריא והצעיר מממן את החולה והמבוגר.
- ✓ **הפחתת לחצים מהמדינה** להכללת שירותים רפואיים בסל.
- ✓ מקור מימון נוסף למימון **לחצי שכר** של הסקטור הרפואי באמצעות מנגנון המאפשר השלמת הכנסה.

תרומת ספקי שירות פרטיים למערכת הבריאות

✓ הפחתת לחצי שכר

✓ קביעת סטנדרטים גבוהים

✓ תחרות – הן ברמת המחיר והן ברמת השירות

✓ מתן אפשרות לשירותים מחוץ לסל

✓ קיצור תורים

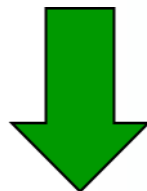
✓ שמירה על הרפואה השיוויונית בישראל (קיום מערכת

פרטית נפרדת שומרת על האפשרות להציע רפואה ציבורית-

שוויונית במערכת הציבורית)

בעיית המשאבים

- המערכת הפרטית מייצגת כ 3% ממיטות האשפוז בישראל.
- מחזור המערכת הפרטית מוערך בכ 1.5 מיליארד מתוך 67 מיליארד ₪ של ההוצאה הלאומית לבריאות.
- המדינה באמצעות מדיניות מכוונת (ריסון הוצאה לאומית) יוצרת מחסור משאבים במערכת.



המערכת הפרטית מייעלת את השימוש
במשאבים המעטים שיש

בעיית העומסים

- המערכת הפרטית מספקת שרותים ציבוריים רבים ללא תשלום המבוטח (על בסיס טופס התחייבות)
- שרות פרטי שניתן מפחית העומס מהמערכת הציבורית.
- המערכת הפרטית פועלת גם בפריפריה

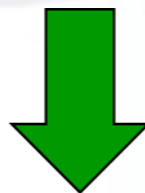


המערכת הפרטית מהווה חלק משמעותי במערך
נותני השירותים בישראל הן שירותים ציבוריים
והן פרטיים ובכך תורמת להתמודדות עם
העומסים

בעיית מחירים

- המערכת הפרטית זולה מהמערכת הציבורית עבור אותם שירותים.

- מחירם של שירותים רבים ירד מרגע שהחלו לפעול במערכת הפרטית במקביל לציבורי.



התחרות על מחיר שמכניסה המערכת
הפרטית מייעלת את המערכת כולה

זמינות שירותים

- במערכת הפרטית בדרך כלל התורים קצרים הרבה יותר.
- במערכת הפרטית אין תור סלקטיבי בהתאם לכדאיות הכלכלית של פעולה כפי שמופיעה במחירון הציבורי.



המערכת הפרטית יוצרת תחרות על
זמינות ובכך תורמת לשיפור המערכת

לחצי שכר

- במערכת הפרטית יש לרופאים יכולת השתכרות נוספת כזו ששום מערכת ציבורית לא תוכל על בסיס עקרון של שוויון וצדק לאפשר לכלל ציבור עובדי מערכת הבריאות הציבורית.



המערכת הפרטית מאפשרת מנגנון השלמת
הכנסה ובכך מפחיתה לחצי שכר בתוך
המערכת הציבורית

תחרות וסטנדרטים

- הסטנדרטים במערכת הפרטית מהווים נקודת ייחוס למערכת כולה ובכך התחרות תורמת לשיפור בכלל המערכת.



התחרות בין המערכות מרוסנת וככזו
תורמת לשיפור כלל המערכת.

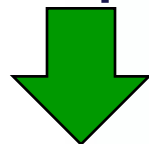
תיירות מרפא

תיירות מרפא

- תיירות מרפא מבוצעת במחירים המותירים רווח משמעותי לבית החולים
- תיירות מרפא מבוצעת על גבי עודפי תשתיות שיש למערכת ובכלל זה זמנם החופשי של הרופאים והצוותים.
- תיירות מרפא מכניסה כסף זר למדינה, יחסי ציבור טובים, שיפור איכות המערכת הרפואית ותחרות בזירה הבינלאומית.

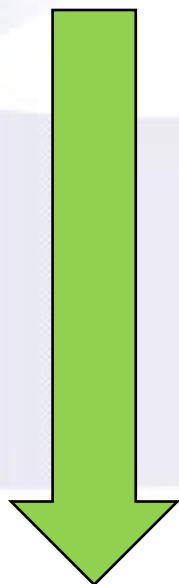


תיירות מרפא היא מקור תקציבי נוסף למערכת הסובלת מהעדר תקצוב



על כן יש לעודד תיירות מרפא באמצעות הרחבת רישיונות לבתי החולים העוסקים בכך בהתאם להיקף עיסוקם.
יש לוודא כי תעריפי תיירות מרפא לא יפחתו ממחיר מינימום וזאת על מנת להבטיח רווח למערכת.

תמצית התוכנית – אז מה צריך לעשות?



1. ביטול כפל התפקידים
2. תוספת תקציב באמצעים שונים
3. שיפור האיכות הרפואית
4. שיפור השירות

לסדר של ביצוע התוכנית יש משמעות רבה שכן בצפיפות הקיימת, איכות השירות הירודה, רמת המתקנים, חוסר האיזון התקציבי, הרי שקפיצה מהירה מידי להרחבת שירות עלולה להביא לקריסה של המערכת במקום להצלתה.

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

1. כפל התפקידים של המשרד - כדי שהדיון בכל פתרון אפשרי עתידי

למערכת יונהג על ידי משרד הבריאות, עליו לנקות עצמו מניגוד

העניינים בו הוא נמצא.

הפתרון: הקמת רשות בתי חולים עצמאית ליד שרת הבריאות שתפקידה

יהיה לפקח על הפעילות של בתי החולים ורגולציה מקצועית

בשני שלבים:

א. הכפפת בתי חולים ממשלתיים והפיכתם **לישות כלכלית עצמאית.**

א. בתי חולים ציבוריים ובתי חולים פרטיים

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

אין למדינה עוד כסף!

2. אמצעים שונים לגיוס תקציב

- התייעלות - הוספת תקציב של כ 1 מיליארד ₪
- מס ייעודי לבעלי הכנסות גבוהות
- מס מקביל

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

3. כפל ביטוחי - מניעת כפל ביטוח או טיפול בעודפי תשלום

הפרמיות המשולמות בגין כפל ביטוח:

- באמצעות בניית תכניות ביטוח פרטיות בצורה של רבדים.
- קביעה ברורה כי הביטוח היקר יותר יישא במלוא עלות התביעה כאשר קיים מצב של כפל ביטוח, לחלופין, איסור על פיצוי בגין תביעת גורם ביטוח אחר על כלל הפוליסות לרבות אלו שכבר נמצאות בשוק.

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

4. עידוד תיירות מרפא באמצעות הרחבת רישיונות ייעודיים לבתי חולים בהתאם להיקף פעילותם בתחום.

פעילות תיירות מרפא רווחית ובעלת תרומה משמעותית ליצוא וליח"צ של ישראל מנגד יש להבטיח כי השירות לישראלי לא יפגע ולכן יש ליעד תשתיות ייעודיות לתחום זה.

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

5. התייעלות - העברת פעילות מבתי חולים לקהילה באמצעות

קביעת יעד רב שנתי לחלוקת העוגה התקציבית מחדש שתביא

לידי ביטוי הסטת משאבים מבתי חולים לקהילה, השירות בקהילה

זול יותר ונכון יותר.

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

6. התייעלות - הרחבת אספקת שירותים ציבוריים על ידי ספקים

פרטיים, המערכת הפרטית יעילה יותר בשל גמישויות ניהוליות טובות יותר ועל כן יכולה לשמש כתשתית למתן שירותים ציבוריים.

יש לשקול פריסה רחבה יותר של ספקים פרטיים בדרום ובצפון על מנת לחזק הפריפריה וליעל את המערכת.

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

7. התייעלות:

- I. ביטול/שינוי הקפינג – במקום לרסן את ההוצאה לבריאות כיום המנגנון מבטיח הכנסה ובכך מגדיל את ההוצאה, פוגע בתמריץ להתייעלות ופוגע בשירות.
- II. ביטול/שינוי מחירון משרד הבריאות להוציא פעולות חיוניות שיש לפקח הרי שכל בית חולים צריך לתמחר ולשאת ולתת עם הקופות על בסיס כלכלי עבור מרבית השירותים.
- III. שינוי שיטת התקינה של מחלקות בית החולים כך שתאפשר למנהל בית החולים לקבוע סדר עדיפות בבניית מרכזי מצוינות ותיתן ביטוי לשינוי בצרכים על פני הזמן.

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

8. שיפור השירות הרפואי

א. שקיפות מלאה לאזרח כאמצעי לשיפור, התייעלות ותחרות

באמצעות בניית מודל **scoring** לבתי חולים המלווה בפרסום
הניסיון של בי"ח, שיעורי הצלחה, זיהומים, תפוסה, זמני המתנה,
שביעות רצון וכד

ב. שינוי מדיניות ה C.O.N. וביטול רכיבים רבים הכלולים תחת פיקוח
רישיונות.

ג. הכנסת תמריצים כלכליים בגין שיפור איכות השירות הרפואי כגון
מניעת זיהומים, הפחתת אשפוזים חוזרים, טיפול בפצע וכד'

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

9. הצפת המערכת באחיות, רופאים ופארמדיקים

יצירת מקצוע חדש הנקרא עוזר רופא המבוסס על הכשרת
פארמדיקים

התוכנית לחיזוק המערכת הרפואית

10. הרחבת זכויות האזרח באמצעות שר"פ (תנאי בסיסי להפעלה – איזון

תקציבי ושירותי של המערכת)

הדרך - מתן זיכיון להפעלת שר"פ לבתי חולים שיעמדו בתנאים הבאים:

- ישות כלכלית עצמאית.
- בית חולים שאיננו נתמך על ידי הממשלה.
- ביטול רצפת הקפינג.
- תשלום מע"מ על פעילות הפרטית.
- קביעת קדנציות ניהוליות במערכת.
- הפרדה מוחלטת של חולים פרטיים וציבוריים.
- אסדרה ופקוח של משרד הבריאות

הזיכיון יבחן מחדש אחת לשנתיים בהתייחס לעמידה בתנאי הזיכיון.

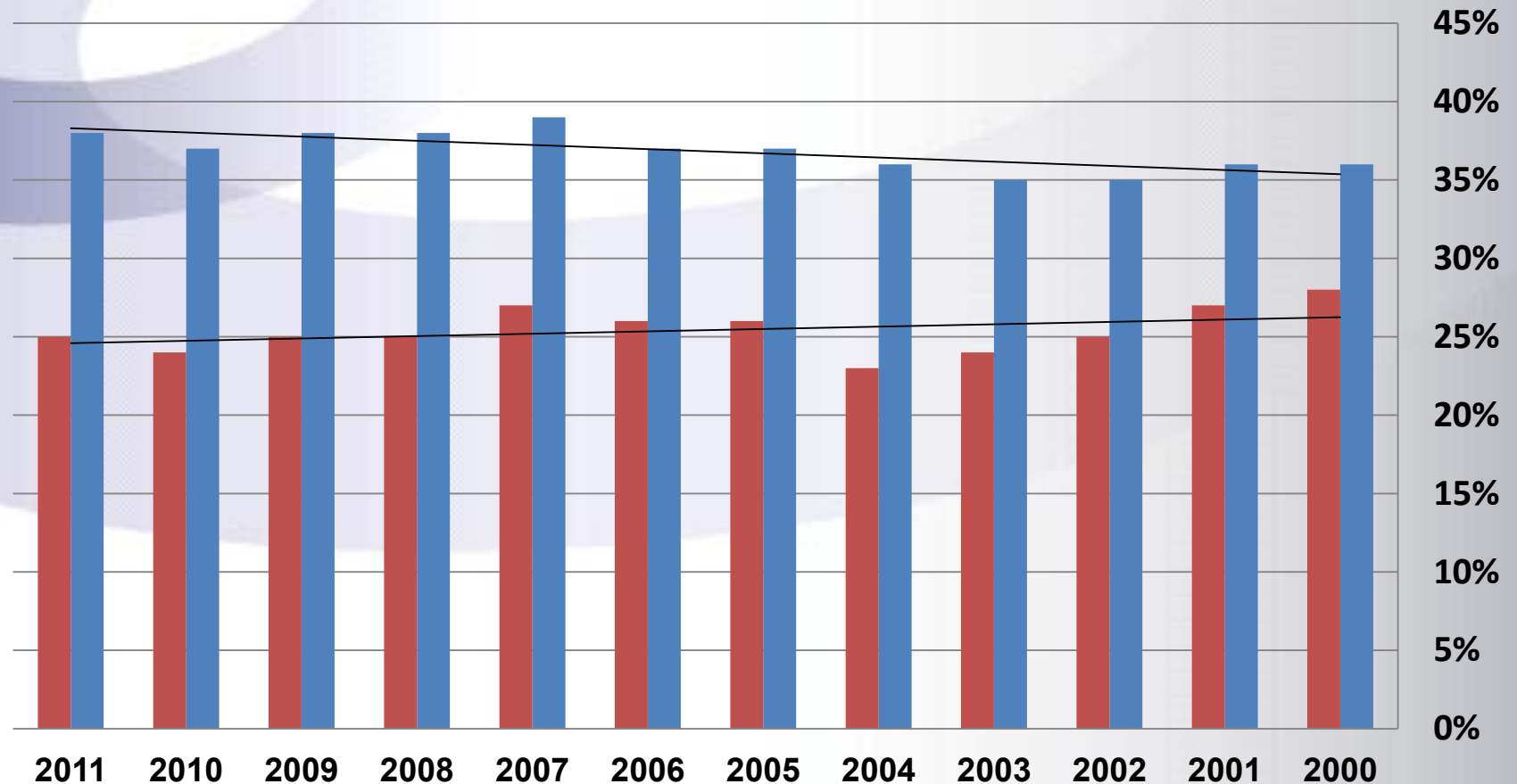
בית חולים

AMION
סטנדרט של בריאות

תודה

נספחים

ההוצאה הפרטית לבריאות

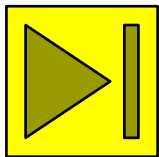


שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה לבריאות

שיעור התשלומים הישירים של משקי בית

ליניארי (שיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה לבריאות)

ליניארי (שיעור התשלומים הישירים של משקי בית)



בית חולים

הוצאות

השוואת מחירים במערכת הבריאות

(שירותים ציבוריים באספקה פרטית)

פעולה	מחיר אצל ספקים פרטיים	מחיר משרד הבריאות	חיסכון למדינה על כלל הפעילות
MRI	1,914	2,393	19 מיליון
CT	495	625	9 מיליון
PET-CT		4,387	זניח
ממוגרפיה + US		486	25 מיליון
מיפוי לב טליום ספקט	1,446	1,062	3 מיליון
מיפוי עצמות	435		12 מיליון
אקו לב	313		1.5 מיליון
אקו לב במאמץ	691	1,062	1.5 מיליון
US כללי	146	348	
שדה קרינה ברדיותרפיה	393	447	3 מיליון
כימותרפיה	1,183	1,416	1.5 מיליון

85 מיליון ₪ חיסכון למערכת הבריאות בשירותים אלו בלבד!!

השוואת מחירים במערכת הבריאות

פעולה	עלות ניתוח במערכת הפרטית כול <u>שכר רופא</u> <u>הסדר בתוכניות השב"ן</u>	מחיר משרד הבריאות	שר"פ הדסה
צנתור לב טיפולי	33,214	41,641	46,909
קטרקט	5,424	5,493	10,020
שרוול קיבה	52,261	56,129	74,162
צנתור לב אבחנתי	11,372	14,817	18,946
החלפת מפרק	43,769	48,085	60,737
כיס מרה	13,254	17,259	26,939
בקע מפשעתי	7,877	10,754	15,605
אבלציה	36,469	36,490	46,867
לב פתוח מעקפים	63,051	76,604	95,451
ארטרסקופיה	7,273	14,957	21,152
קבוע חוליות גב	50,137	55,143	67,604

הן במערכת הפרטית והן בציבורי קיימים הנחות מחזור בשיעורים דומים על מחירים אלו

השוואת מחירים במערכת הבריאות

פעולה	עלות ניתוח במערכת הפרטית כול <u>שכר רופא</u> <u>הסדר בתוכניות השב"ן</u>	מחיר משרד הבריאות	שר"פ הדסה
פרוסטטה רדיקלית	27,498	28,663	42,882
כריתת מיומה	10,126	13,501	23,878
הרניה בטנית POVH	15,309	27,271	35,714
כריתת בלוטת התירואיד	12,676	18,474	29,925
ניתוח להסרת שקדים	3,402	5,000	7,846
ניתוח ראש קרניוטומי	42,000	69,012	89,259
ניתוח עקמת – סקוליוזיס	102,570	122,052	147,646
כריתת שד חלקית	4,565	8,725	10,818
כריתת שד מלאה	11,459	17,208	23,982
ניתוח FESS מורכב	31,914	35,889	49,320
כריתת מעי	36,183	49,957	57,968
		33,661	50,572

