



# הוועדה הציבורית לבחינת מערכת הבריאות

## עמדת הכללית

אוגוסט 2013

אלי דפס,  
מנכ"ל כללית

מהי

"רפואה ציבורית"?

מי אחראי למתן השירותים?



## מי אחראי?

בתי חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים

קופות חולים \*

קופות חולים

בתי חולים

## שירות רפואי

לידה

טיפול חלב

חיסונים

התפתחות הילד

חינוך לבריאות

מעקב הריון

תחלואה "מזדמנת" עונתית

תחלואה כרונית

טיפול תרופתי ומעקב

טיפולים פארא רפואיים

רפואה יועצת

מכוני דימות ואבחון

ניתוחים ואשפוז – ציבורי, ממושך

# מי מטפל?

מגעים לשנה	אדם בשנות חייו (80)	
<b><u>קופות החולים</u></b>		
רפואה ראשונית	7.8	624
רפואה מקצועית ומכונים	2.55	204
בתי מרקחת	9.8	784
<b>סה"כ</b>	<b><u>20</u></b>	<b><u>1,612</u></b>
<b><u>בתי חולים</u></b>		
מגעים ללא אשפוז	1.8	144
אשפוז	0.65	52
<b>סה"כ בתי החולים</b>	<b><u>2.45</u></b>	<b><u>196</u></b>



# קופות החולים הן האחראיות למתן הרוב המכריע של הרפואה הציבורית



- בתי החולים הינם  
אחד הכלים בידי הקופות  
למימוש אחריותן

- הוועדה עוסקת בבעיית  
"אחד הכלים"

- מטפלים בסימפטום  
ולא בבעיה



# בתי החולים לעולם לא יתנו מענה למערכת בריאות קהילתית קורסת



**קופות החולים  
אינן ערוכות למתן  
שירות בזמינות  
ובהיקף הנדרש !!!**





# 21% בגילאי +65 סובלים מ-5 מחלות כרוניות

סכרת  
CVA  
COPD  
מחלת לב איסכמית  
אי ספיקת לב  
אי ספיקת כליות  
גלואקומה  
אסתמה



עלות 21% מאוכלוסיה זו עומדת על 47% מסך ההוצאות



# ישראל לא מוכנה!

**תוך 20 שנה: חלקם היחסי של בני 65+  
באוכלוסיה יגדל בכ-40%**



**עומס כבד על מערכת הבריאות והרווחה  
ומערכות התמיכה הסוציאליות**

# מהם כשלי מערכת הבריאות הציבורית ?



**הוצאה  
פרטית  
גבוהה**

**בעיית זמינות  
שירותים**

**מחסור צפוי  
בכ"א**

**היעדר  
שוויוניות**

**שחיקת  
מקורות**

**שיטת  
התחשבנות  
מעוותת**

**הזדקנות  
האוכלוסייה -  
הטיפול  
בקשיש**

**ניגוד עניינים  
במשרד  
הבריאות**

**פריפריה  
מול מרכז**

**בעיית כפל  
ביטוחים**

**חוסר תכנון  
ארוך טווח**

**מניעה**

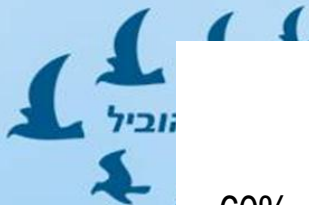


# אף אחד מהכשלים אינו בטיפול שוטף ובאחריות בתי החולים

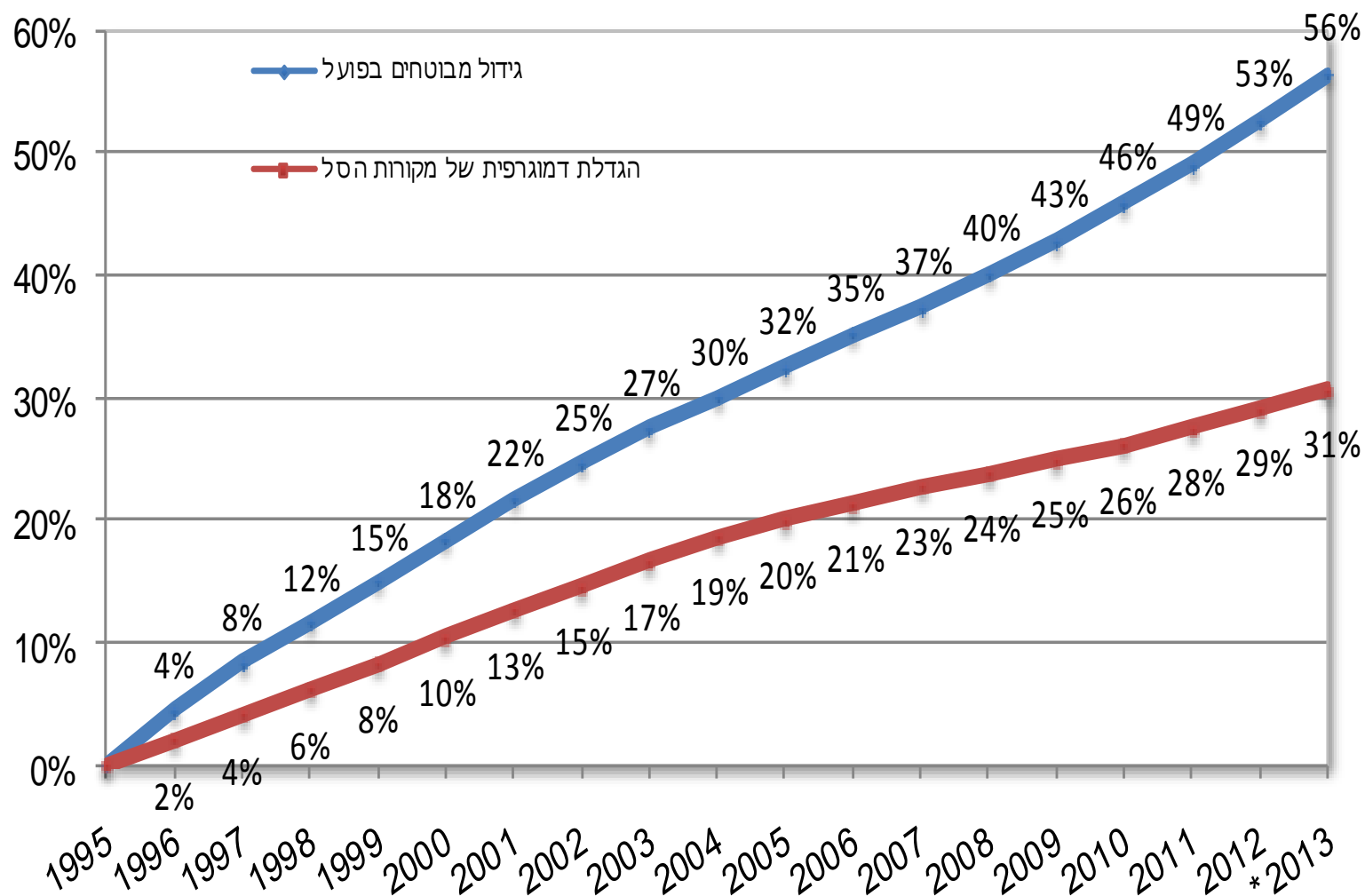


שחיקת  
מקורות

# שחיקת מקורות



## שחיקה דמוגרפית - גידול סל מול גידול דמוגרפי בפועל



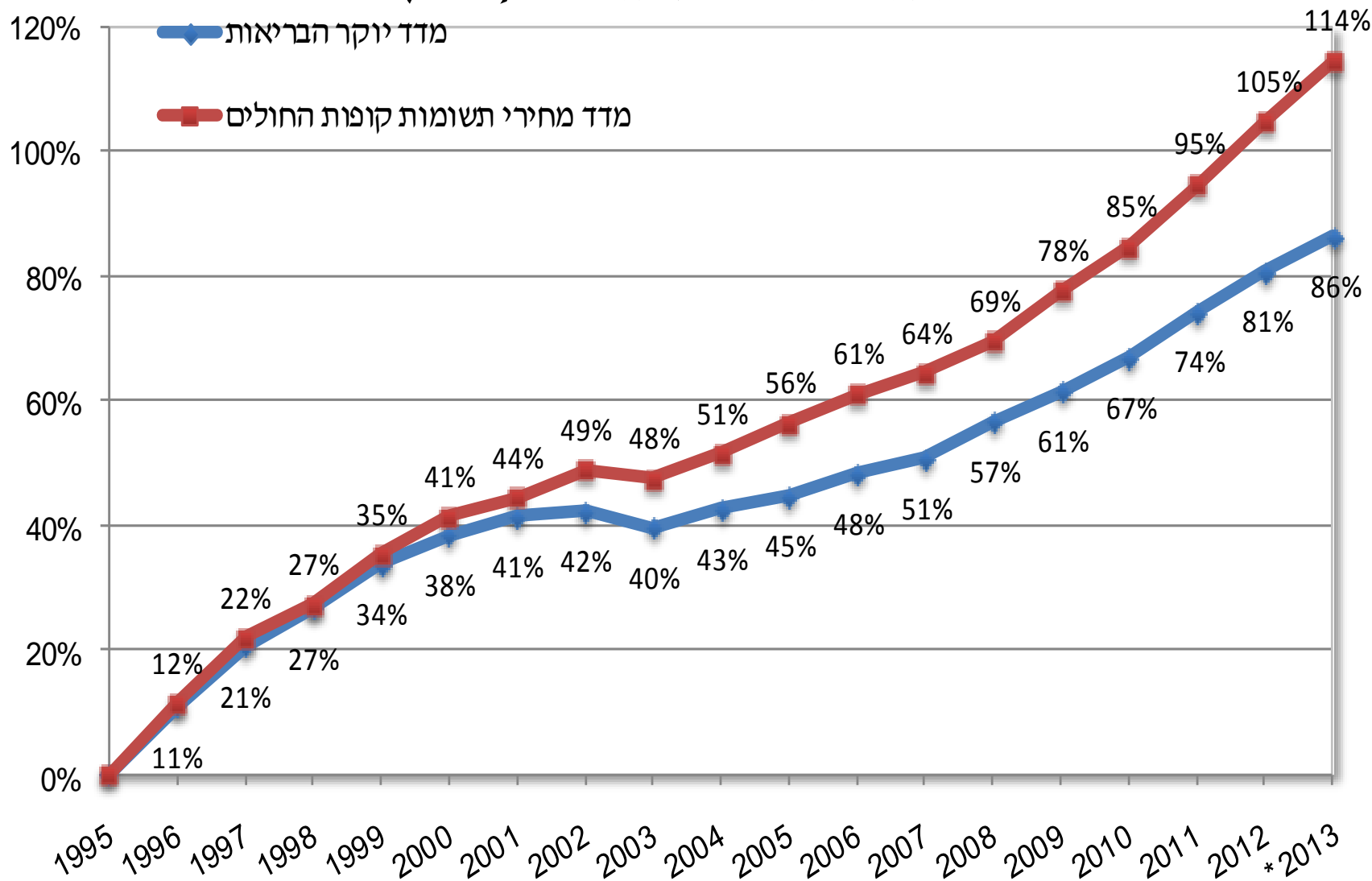


# שחיקה דמוגרפית:

## 8.2 מיליארד ש"ח עד כה!



## מדד יוקר הבריאות ומדד מחירי תשומות קופות החולים - גידול ביחס לשנת הבסיס (1995)





# שחיקת מחירים:

## 6 מיליארד ש"ח עד כה!

**אפריל 2013**

התקציבים המועברים  
לקופות החולים הולכים  
ונשחקים ביחס להוצאות  
הנדרשות לצורך הספקת  
השירותים הכלולים בסל  
הבריאות הציבורי.

מעבר לגורמים החד-פעמיים להרחבת הגירעון, יש מספר סיבות מבניות לשחיקה מתמשכת בתקציבים המועברים לקופות החולים לעומת ההוצאות הנדרשות לצורך אספקת השירותים בסל הבריאות הציבורי. ראשית, התקציב המועבר לקופות החולים מעודכן מדי שנה בשנה בהתאם לעלייה במודד "יוקר הבריאות", שאינו משקף את מלוא העלויות של קופות החולים, ובפרט אינו כולל את מלוא המחיר של שירותי האשפוז בבתי החולים (אלא רק את רכיב השכר במערכת הבריאות, שהוא חלק ממשקל נמוך). זאת אף על

השירותים בסל הבריאות הציבורי. ראשית, התקציב המועבר לקופות החולים מעודכן מדי שנה בשנה בהתאם לעלייה במודד "יוקר הבריאות", שאינו משקף את מלוא העלויות של קופות החולים, ובפרט אינו כולל את מלוא המחיר של שירותי האשפוז בבתי החולים

שחיקת תקציבי קופות החולים והזדקקותן לתקציבים משלימים, המותנים בעמידה ביעדים, מאפשרות לממשלה לשמר לחץ תמידי להתייעלות המערכת ולשליטה על היקף



**האם אנו מקשיבים?**

**האם אנו מפנים**

**מקורות תקציב בהתאם?**

**לא !**

**ממשיך פיתוח בתי החולים...**

תוספת מיטות 2012 - 2008	אחוז אשפוזים ממיון פנימי - 2012	בי"ח
42	61%	נהרייה
42	57%	ברזילי
91	45%	הלל יפה
40	56%	רמב"ם
7	24%	כרמל
0	39%	קפלן
13	39%	מאיר



**הגדלת היצע מיטות ללא  
תכנון אסטרטגי**

**=**

**טעות אסטרטגית בהקצאת  
משאבים**



# תגביר את ההוצאה של הקופות

## תחליש את מערכת הרפואה הציבורית הקהילתית

להיצע המיטות  
לעולם יהיה ביקוש...

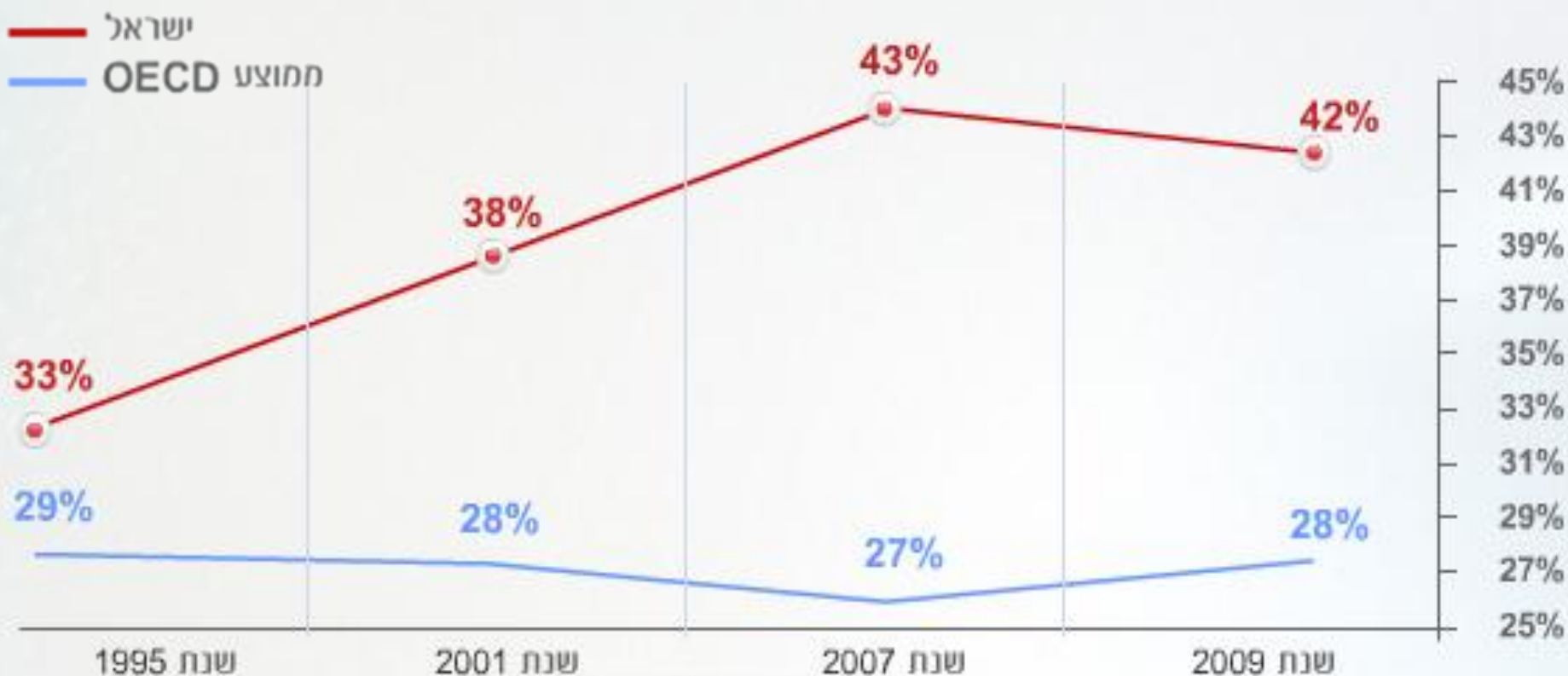


הוצאה  
פרטית  
גבוהה

# הוצאה פרטית גבוהה



# שיעור המימון הפרטי מתוך ההוצאה הלאומית על הבריאות



OECD Health Data 2011



# שחיקת סל הבריאות 2009 - 2011

שנה			סה"כ
2009			26.3
2011			29.5
גידול			+3.2

# שחיקת סל הבריאות 2009 - 2011

**האזרחים משלמים 2.7 מיליארד ₪ המדינה 470 מ"ש"ח**

שנה	מדינה	אזרחים (מיסים)	סה"כ
2009	11.3	15	26.3
2011	11.8	17.7	29.5
גידול	+0.5	+2.7	+3.2

**\* בביטול מס מקביל הוגדר שהמדינה תיתן את חלקה  
בעלות הסל כמידת הגביה מהאזרחים**



# טיפול באתגרי העתיד



# מחסור

# מעמיק בכ"א

**קצב ההכשרה אינו מספיק!**



# המלצת הכללית

חייבים להגדיל דרמטית כניסת רופאים ואחיות למערכת.

**למה זה לא קורה??!**

ההיצע יבלום עלויות שכר ולחצים עתידיים.

\* כ- 120 תלמידי חו"ל. **להם יש מקום?!**

כיוונים נוספים:

1. הרחבת סמכויות כ"א סיעודי לחלק ממטלות הרופאים

2. הרחבה מיידית של שירותי רפואה מקוונים



# הגדלת שוויוניות



# תיקון נוסחת הקפיטציה

תיקון הקצאת משאבים ולא בסכום "אפס"

בהתאם לתחלואה, נכות, סוציו, קבוצות גיל מבוגרות

(המדינה לא מתנהגת באומץ כי פוחדת מ"זעזועים")





# הפחתת תקרות השתתפות

## בתרופות לפחות ב-50%

## לאוכלוסיה מוגדרת

לדוגמא:

1. מקבלי גמלאות קיום:  
הבטחת הכנסה בגיל העבודה, מזונות ונכות כללית
2. מקבלי קצבת זקנה
3. המשתכרים שכר נמוך, מקבלי דמי אבטלה

ושאינם עובדים



# הזדקנות האוכלוסייה הטיפול בקשיש



# המלצת הכללית

מחייב תכנון מקצועי ותקציבי:  
מערך טיפול ואשפוז ביתי בקשיש, לרבות מונשמים ושיקום  
- הכנסה לסל עם מקורות הולמים

**\* במחוז ירושלים 295 מאושפזי בית**

**(יש אפשרות להכפיל ויש אפשרות לסגור..)**

# המלצת הכללית

- חיזוק הביטוחים הסיעודיים של השב"ן באמצעות הקלות מס לחוסכים לביטוח סיעודי. יעודדו אשפוז ביתי על פני אשפוז ממוסד.
- **רפורמה בסיעוד – לא לזנוח !**



# מניעה

# וקידום בריאות

# המלצת הכללית

נדרשת תכנית לאומית בשיתוף ותקצוב משרד הבריאות  
ויישום על ידי קופות החולים לקידום אורח חיים בריא  
בקהילה.

# אלו צעדים יחזקו את המערכת הציבורית?



• **תיקון השחיקה הדמוגרפית**

• **תיקון שחיקת המחירים:**

מדד יוקר  
מחיר יום אשפוז

• **העברת מקורות מפרטי לציבורי:**

צמצום ביטוחים משלימים  
"פול טיימר"  
קצ"ת





# צמצום הביטוחים המשלימים מקור חלקי למערכת הציבורית

## השיטה:

1. צמצום הכיסוי במסגרת השב"ן בכ- 30%

2. הפחתת הפרמיה המשולמת בהיקף זהה

(כיום רגרסיבית ולא שוויונית)

3. העלאת מס בריאות בגובה ירידת הפרמיה

ב- 0.25% בממוצע (הוספת מדרגות, כולל מדרגת אפס

= יותר פרוגרסיבי ויותר שוויוני)

היקף הרפורמה - כמיליארד ₪ בשנה

על המדינה להוסיף כמיליארד ₪ בפריסה תלת שנתית

**שני מיליארד ₪ נוספים  
למערכת הציבורית**

**מתחייבת רגולציה שתגדיר מחדש**  
**את זכויות העמיתים וחובות חברות**  
**הביטוח לרסן ביקושים פרטיים**  
**(במקום תקנות שמגבילות הכנסות בתי**  
**חולים פרטיים)**

# מרוצים מקופות החולים - לא סומכים על מערכת הבריאות

החולה הישראלי סומך על הרופאים שלו ושבע רצון מהשירות בקופות החולים, אך האמון שלו בכך שמערכת הבריאות תסייע לו בעת משבר או מחלה קשה, נמוך ביותר - כך עולה מסקר מקיף שערך מכון ברוקרייל • התוצאה: חלק לא מבוטל מחזיקים בכמה ביטוחים פרטיים ומערכת הבריאות הפרטית מתחזקת • משרד הבריאות: "חברות הביטוח וקופות החולים משרדות שהרפואה הציבורית לא מספיק טובה"



# הכנסת

# תרופות מצילות חיים

# לשב"נים

## עיקרי ההצעה:

1. פתרון לתרופות מחוץ לסל ומצילות חיים, במסגרת פרק נפרד בשב"ן
2. הכיסוי ישמר במחיר נמוך ושווה לכל נפש, תחת פיקוח, זמין לכלל המבוטחים. אפשרות גם ללא חברות בשב"ן
3. אוכלוסייה בעלת הכנסה נמוכה - הענקת זכאות במימון מוסדות המדינה הייעודיים לכך תחת מבחנים קיימים
4. המדינה לא תתפרק מאחריותה לקידום טכנולוגיות בסל

# השימוש במקורות

## (2 מיליארד)

# בלימת שחיקת קופות חולים

✓ מדד יוקר בריאות

✓ דמוגרפיה

✓ קידום שירותים



# חיזוק בתי החולים

✓ מודל "פול טיימר"

✓ מודל קיצור תורים (קצ"ת)

# מודל "פול טיימר"

1. כל בית חולים יחזיק רופאים מומחים מעבר לשעות העבודה בחוזה מיוחד (מחויבות לאי עבודה פרטית בתשלום נוסף)
2. יועסקו במחלקות שיוגדרו : מלר"ד, הרדמה, אשפוז, כירורגיה וכד' – במשמרת ערב
3. בכפוף לתנאים שיגדיר הממונה על השכר (תפוקות ושכר)

## יתרונות:

- ✓ אין בחירת רופא
- ✓ עלות נמוכה מפרטי
- ✓ הגדלת ההיצע הציבורי
- ✓ חיזוק השייכות לבית החולים

## חסרונות:

מחייב רגולציה ובקרה הדוקה לתפוקות

# מודל קיצור תורים

1. תגמול מיוחד עבור עבודת צוות רפואי מנתח בשעות אחר הצהריים  
במסגרת בית החולים הציבורי

2. מותנה בשמירה על תפוקות בוקר

3. מחייב רגולציה ופיקוח הדוק

**יתרונות:**

✓ ללא בחירת רופא

✓ עלות נמוכה יחסית לפרטי

✓ השארת רופאים בבתי החולים

**חסרונות:**

הרופא יכול לעבוד גם בפרטי



# שכר רופא מנתח, פעולות נבחרות, 2012

**קצ"ת - הדרך הכדאית ביותר להוספת תפוקות**

**וניצול משאבי המערכת!**



# שר"פ בפריפריה – לא !!

- בעיית הזמינות תוחלף ב"תחלואי" השר"פ
- מהם גבולות הפריפריה?
- לחץ מאסיבי לשר"פ לשאר בתי החולים

בבריאות הפריפריה אינה רק גיאוגרפית אלא:  
חברתית, תרבותית, סוציאלית, השכלה ...



# תיירות מרפא

# המלצת הכללית

1. לא תעלה על 10% מפעילות הניתוחית של המחלקה
2. רגולציה על אורכי תורים מול המערכת הציבורית
3. קיום בקרה רגולטורית והכפפה לתקרת השתכרות
4. קביעת ייעוד השימושים ברווחים לפי סדרי עדיפויות לאומיים בבית החולים



# משרד הבריאות כרגולטור ונותן שירותים





## הפתרון:

**רשות לאומית לפיקוח על בתי  
חולים הממשלתיים במסגרת רשות  
החברות  
(הפרדה מלאה ממשרד הבריאות)**



## דוגמאות:

**מצב קודם:** יחידות סמך במסגרת המדינה

**מצב חדש:**

חברה בבעלות ממשלתית מלאה.

מונה דירקטוריון. נחתמו הסכמים (עבודה תפעול מימון והעברת תשתיות)

כיום שתי החברות מראות עודף ורווח תפעולי.

**עיקרי השינוי:**

✓ התמודדות בעולם תחרותי. יעילות. הטלת אחריות על החברה בנוגע למאזן הכספי.

✓ הפרדת המדינה כרגולטור ונותן שירותים במקביל.



**מינוי סמנכ"ל לבתי החולים**

**במשרד הבריאות**

**פתרון שגוי**

**יחשק וינציח את ניגוד העניינים**



# תודה



# כללית <sup>מעל</sup> 100 שנה

הכי טובה למשפחה