

# **המלצות לחיזוק הרפואה הציבורית**

- 1. ההתפתחויות מרכזיות במערכת הבריאות – תמונת מצב ומגמות על פני זמן**
- 2. השלכות, התפתחויות אלה על יעילות ושוויוניות המערכת תוך שימת דגש על ענף הביטוחים הפרטיים (שב"ן + מסחרי).**
- 3. עקרונות מוצעים לחיזוק הרפואה הציבורית:**
  - הגדלת המימון הציבורי, וצמצום המימון הפרטי**
  - פרויקט קיצור תורים,**
  - שינוי הסדרי ההעסקה עם הרופאים,**
  - הכללת בחירת רופא וחוות דעת שניה בסל הציבורי.**
  - צעדים משלימים נוספים במימון ואספקת שירותי הבריאות**

**מאי 2014**

**גבי בן נון**

## **הנחת יסוד:**

**בריאות היא זכות חברתית בסיסית, אותה**

**יש להבטיח לכלל תושבי המדינה, במידת**

**האפשר ללא קשר ליכולת התשלום.**

**בריאות היא "זכות" ולא "מוצר"**

# מטרת העל של המערכת

**קידום בריאותם של כל תושבי המדינה באמצעות  
הבטחת אספקתם של שירותי בריאות איכותיים  
זמינים ונגישים לכל.**

- **ממטרות משנה הנגזרות ממטרת על זו:**
- **שוויון**
- **איכות**
- **יעילות**
- **שביעות רצון**

**מטרת הוועדה : "חיזוק הרפואה הציבורית בישראל"**

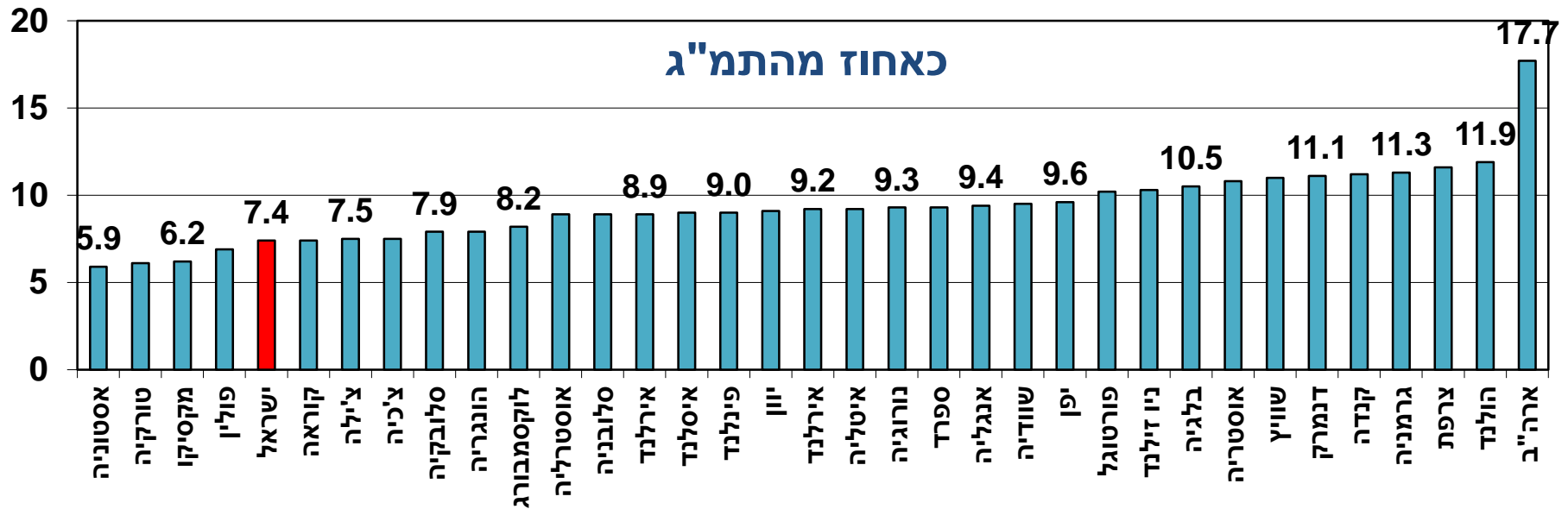
# התמהיל הציבורי/פרטי במערכת הבריות

|       |        | אספקה  |      |
|-------|--------|--------|------|
|       |        | ציבורי | פרטי |
| מימון | ציבורי | A      | B    |
|       | פרטי   | D      | C    |

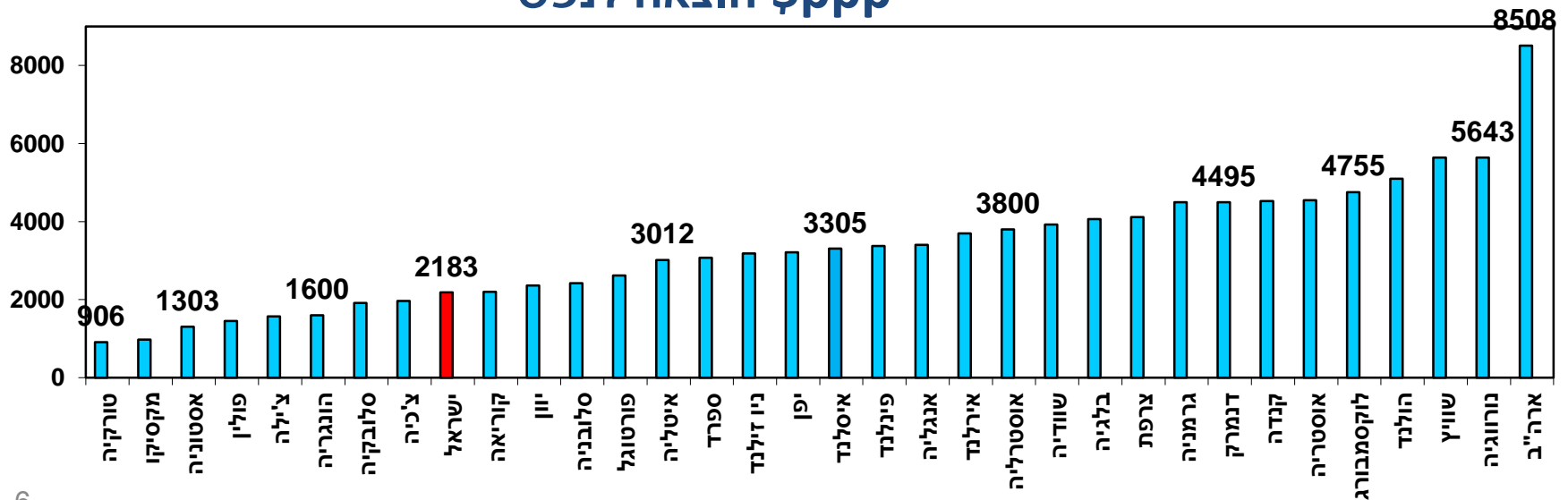
"חיזוק הרפואה הציבורית בישראל" = חיזוק A

# תמונת מצב ומגמות על פני זמן

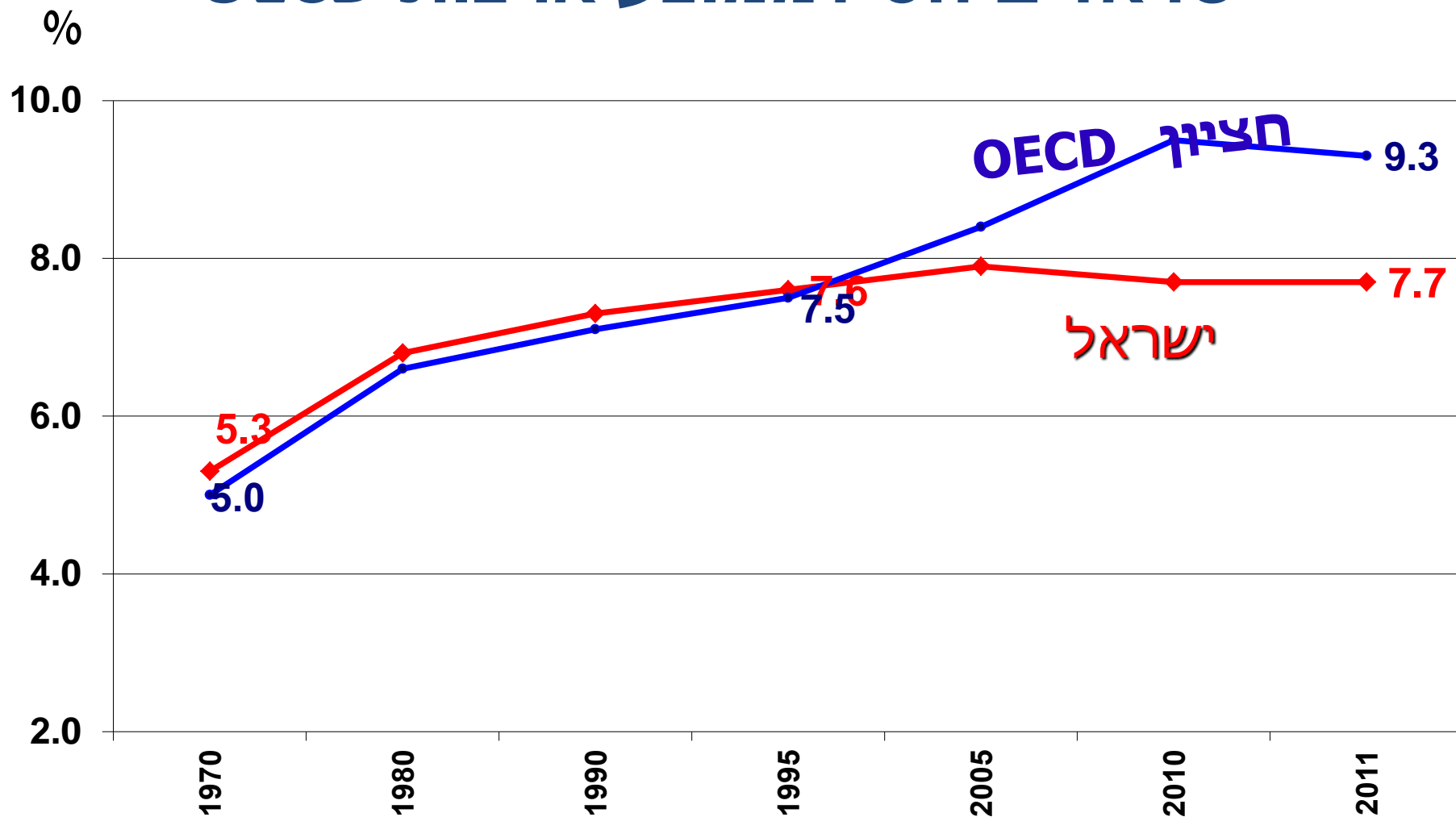
# ההוצאה הלאומית לבריאות - 2011



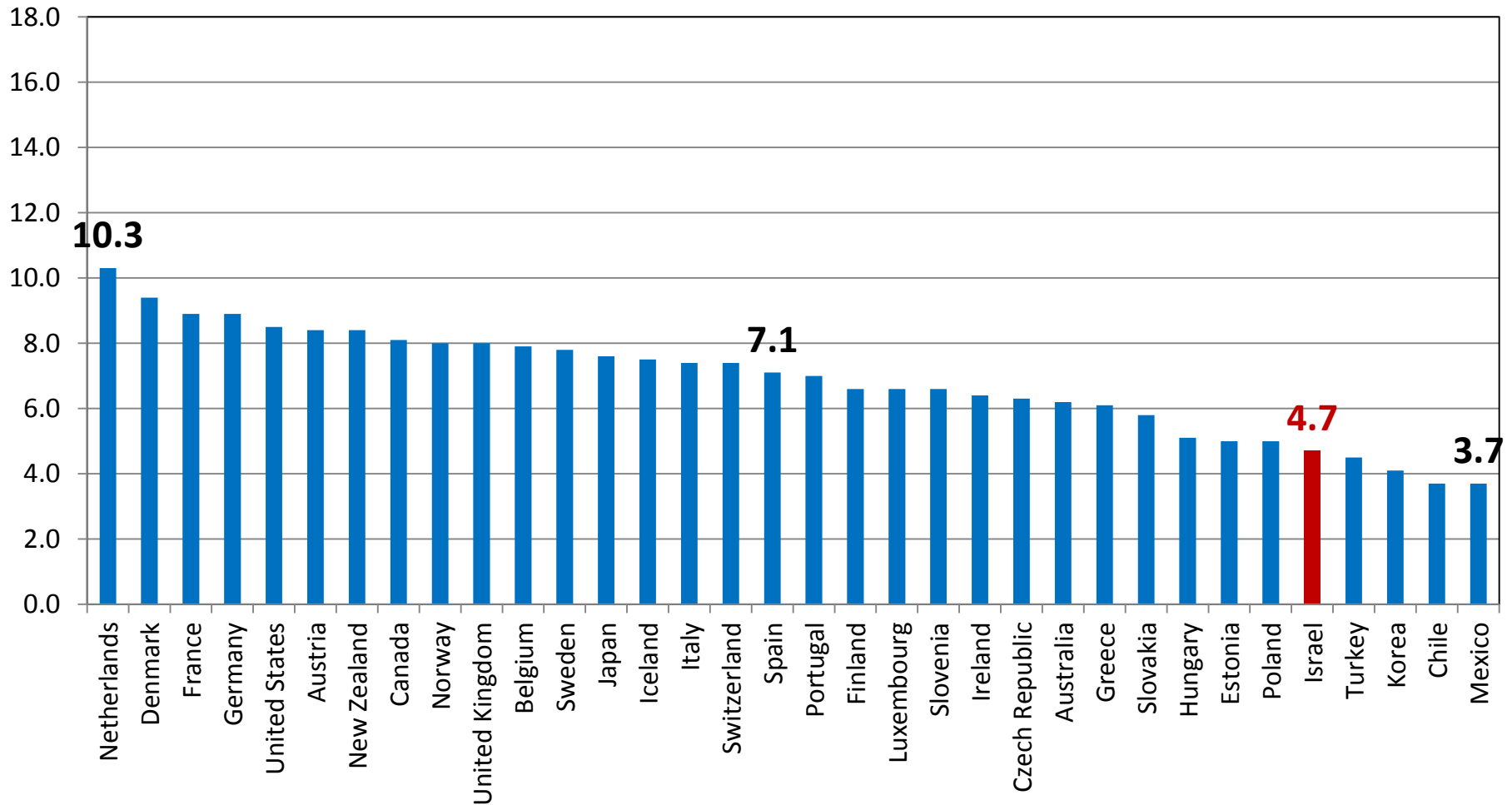
## \$ppp הוצאה לנפש



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



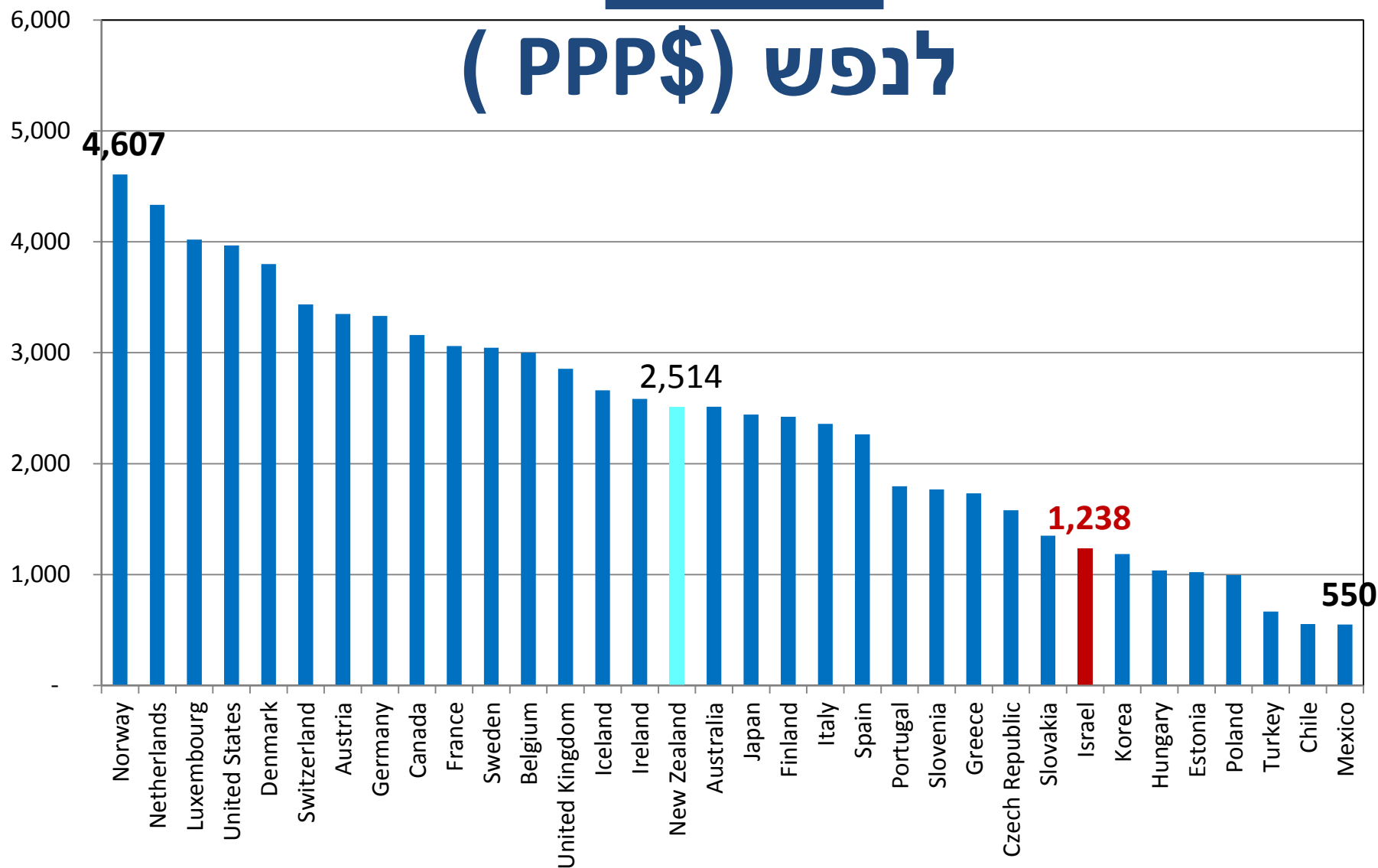
# הוצאה ציבורית לבריאות כאחוז מהתוצר





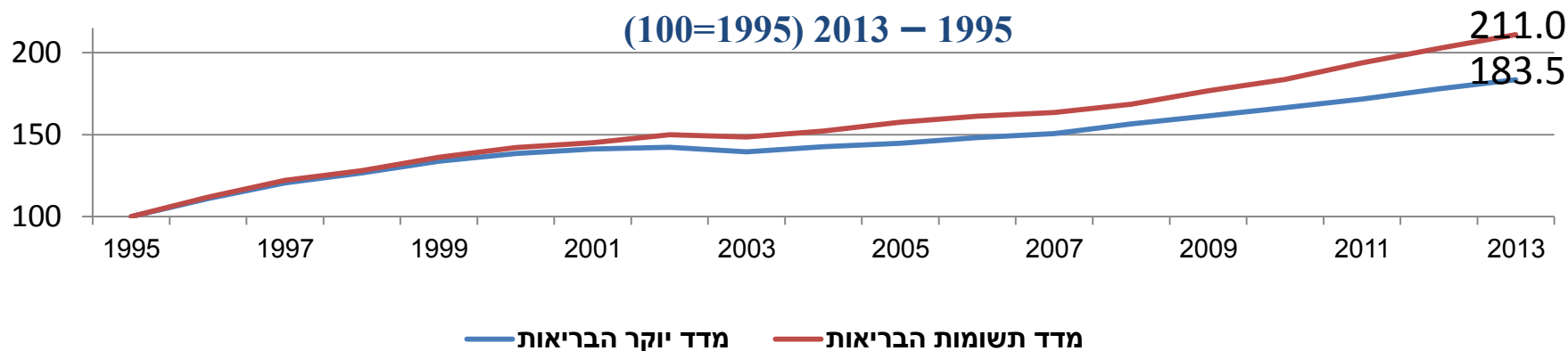
# הוצאה ציבורית לבריאות

## לנפש (PPP\$)

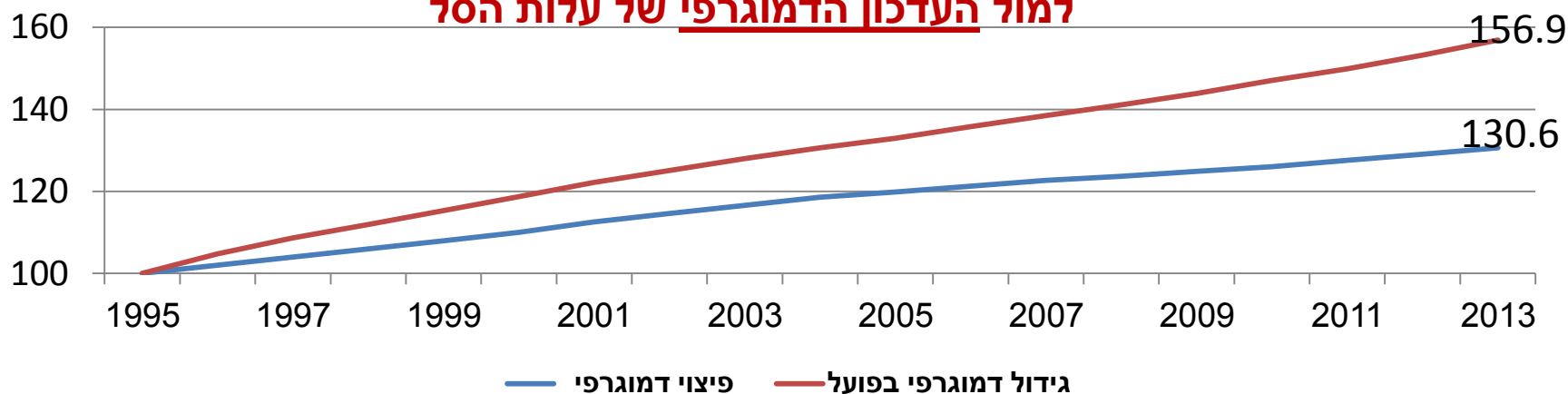


# השחיקה במדדי העדכון של עלות הסל

מדד יוקר הבריאות לעומת מדד תשומות הבריאות

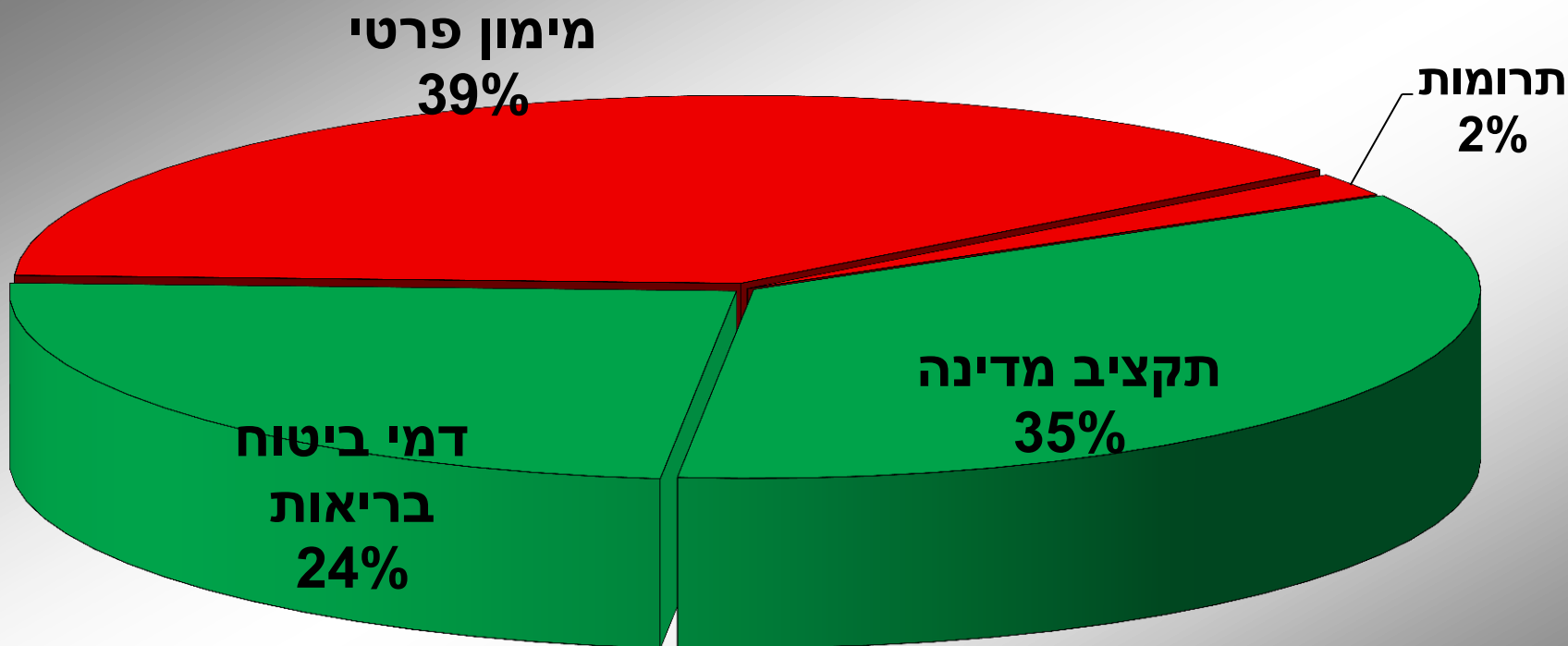


הגידול המצטבר במספר הנפשות המתוקננות  
למול העדכון הדמוגרפי של עלות הסל



פער מצטבר של - כ 35% המהווים כ 12.5 מיליארד ש"ח

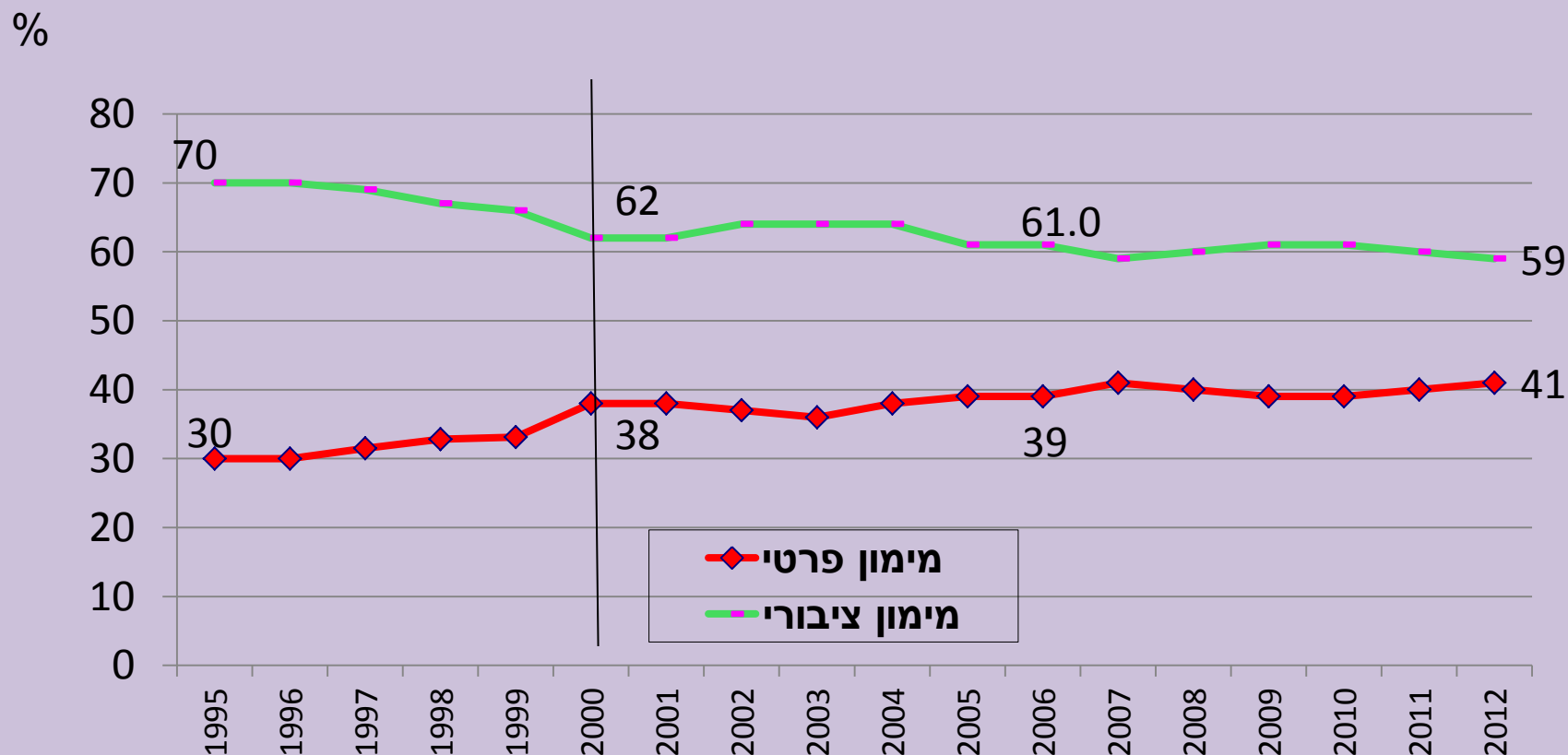
# מימון ההוצאה הלאומית לבריאות - 2012



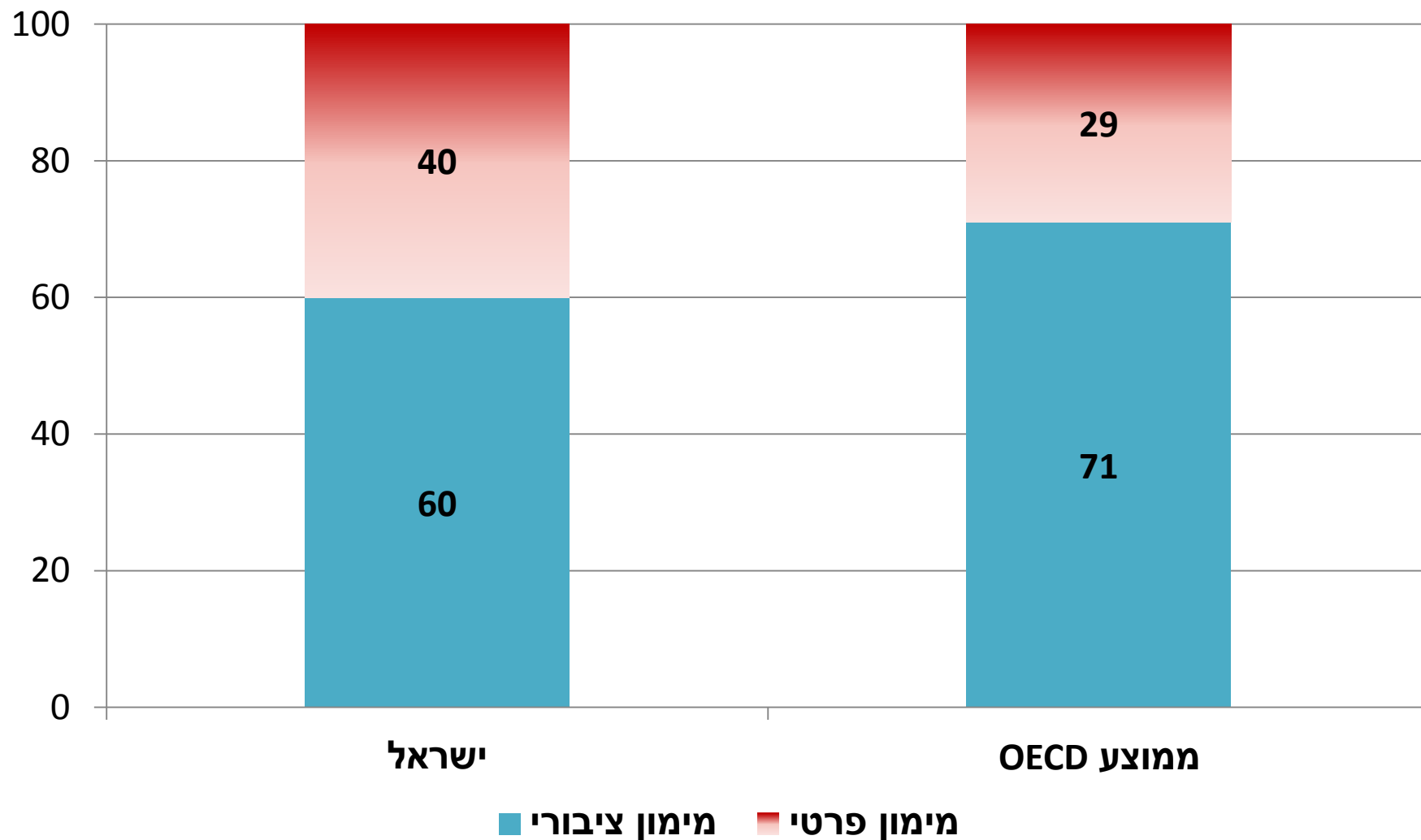
סה"כ הוצאה – 73.8 מיליארד ש"ח

# מקורות מימון ההוצאה הלאומית לבריאות

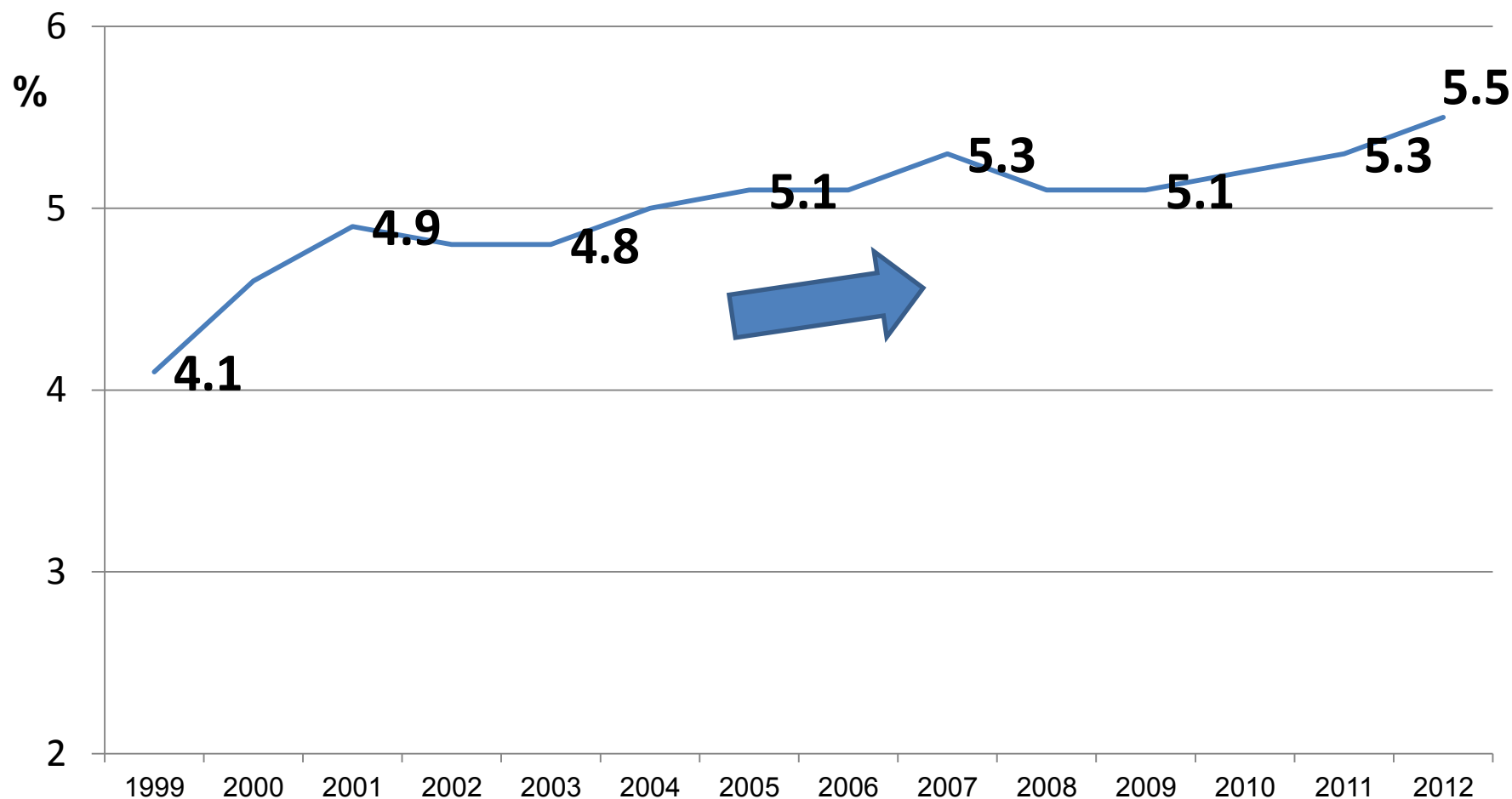
## 1995 – 2012 (באחוזים)



# מקורות המימון של מערכות בריאות (2011 באחוזים)

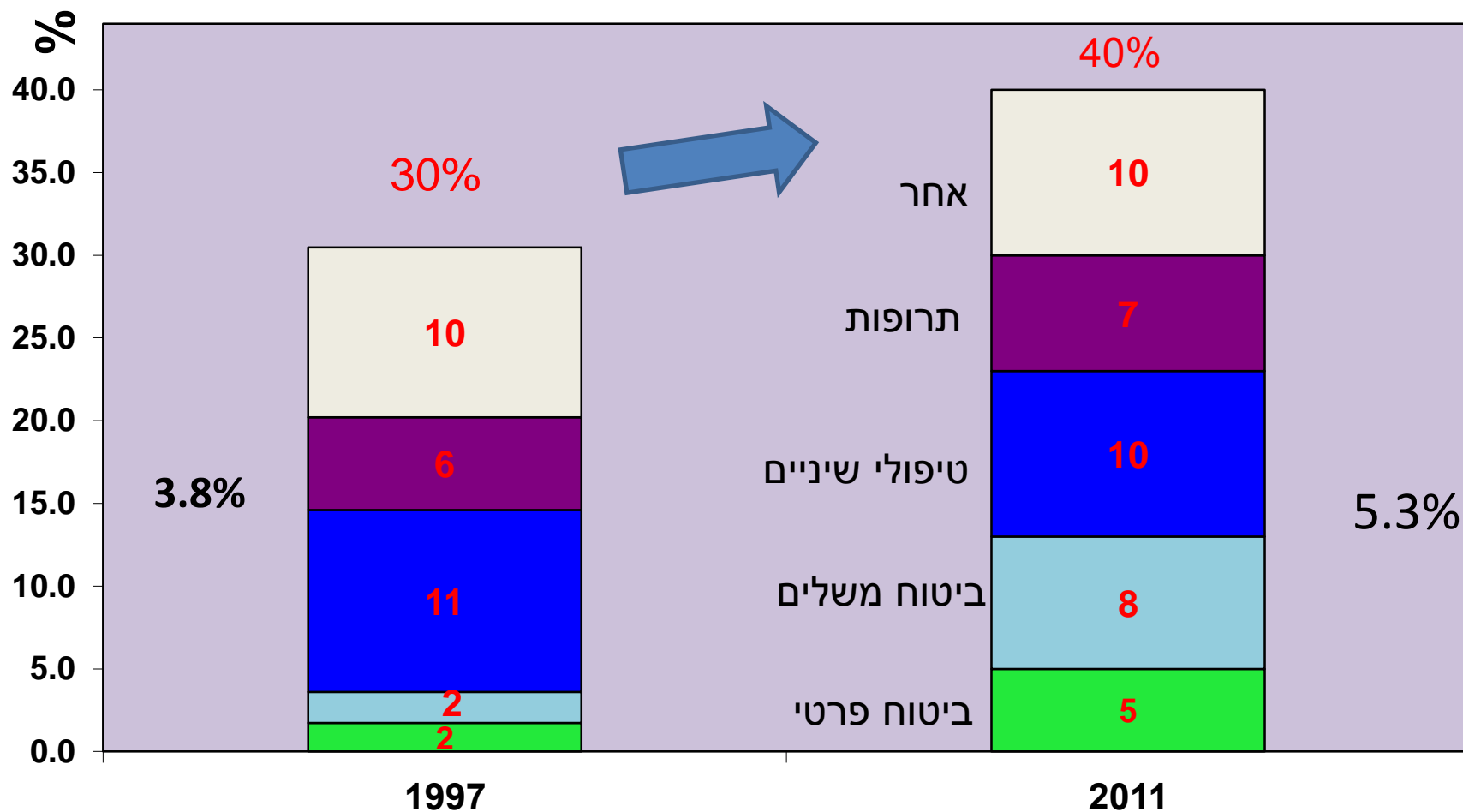


# הוצאות משקי הבית על בריאות כאחוז מסה"כ ההוצאות משקי הבית לתצרוכת



# עיקר העלייה בהוצאות משקי הבית על בריאות הייתה בביטוחים פרטיים

מבוסס על סקר הוצאות המשפחה של הלמ"ס

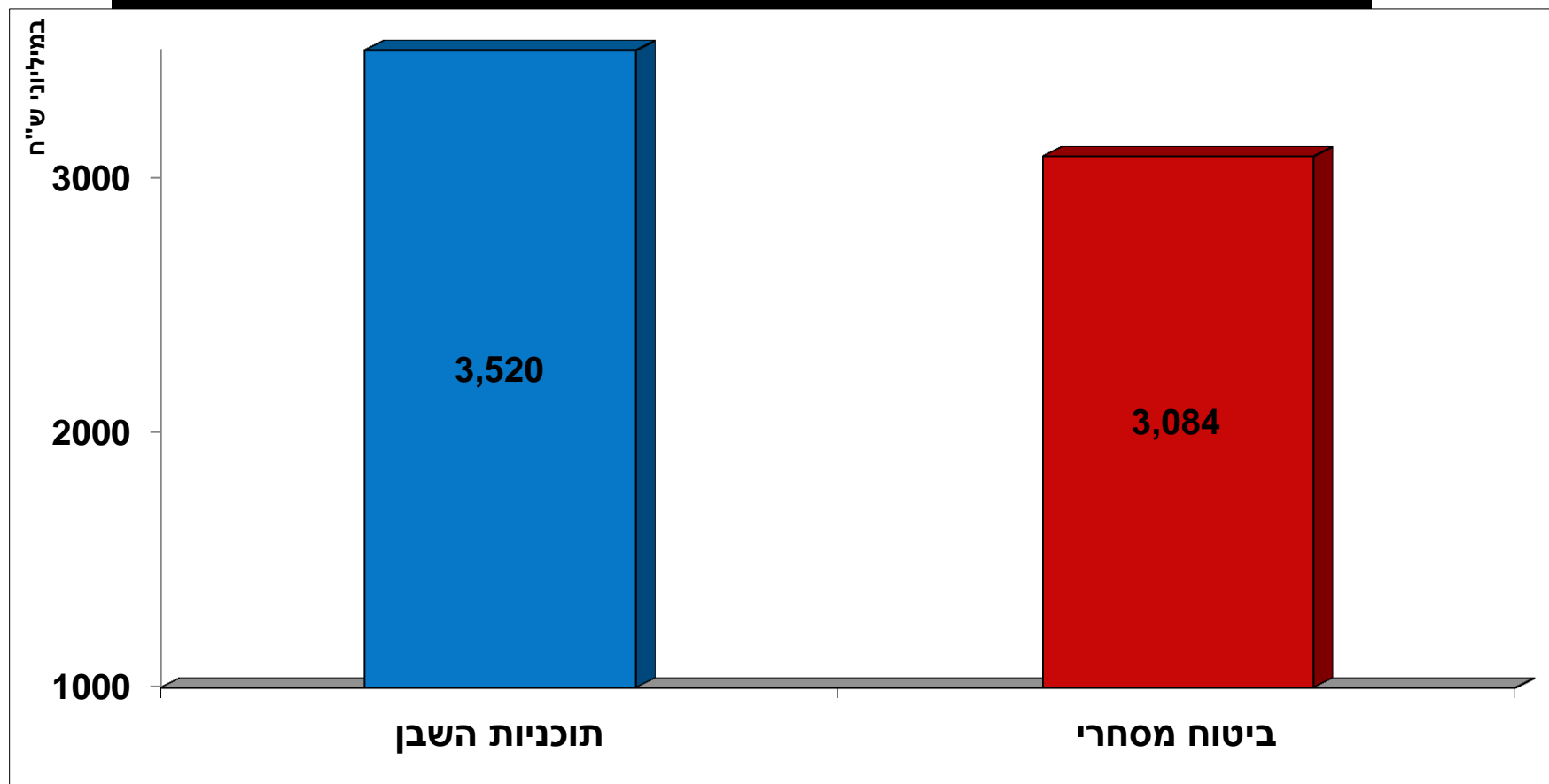


בשנת 2012 – הוצאות משקי הבית על בריאות עלו ל - 5.5%

# תמונת מצב נוכחית

המחזור הכספי של תוכניות השב"ן והביטוחים המסחריים  
(2012 במיליוני ₪)

**סה"כ תשלומי ביטוח פרטי – 6.5 מיליארד ₪**



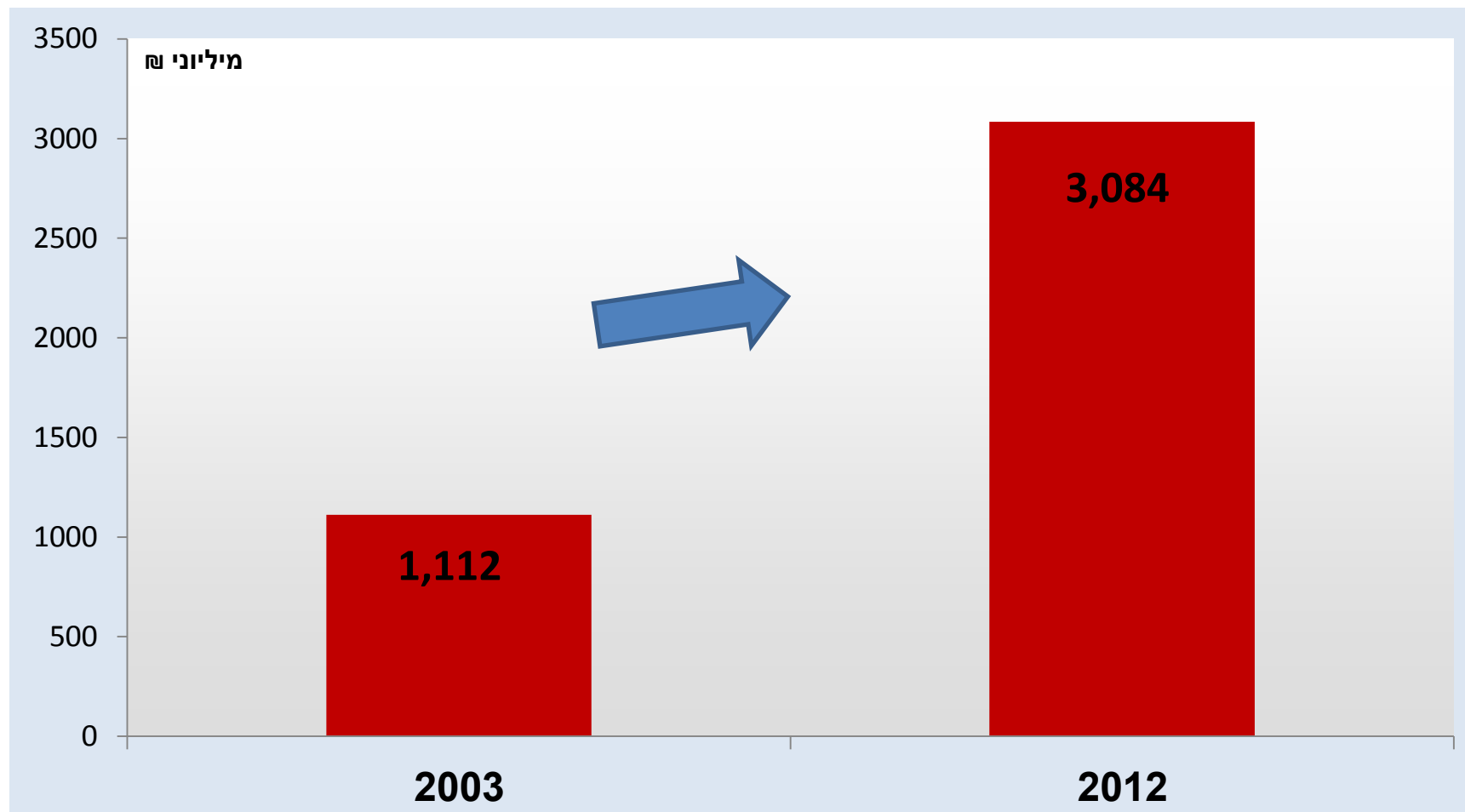
\* בביטוחי הבריאות המסחריים נכללים הוצאות רפואיות ומחלות קשות בלבד



# הכנסות תוכניות השב"ן (במיליוני ש"ח)



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



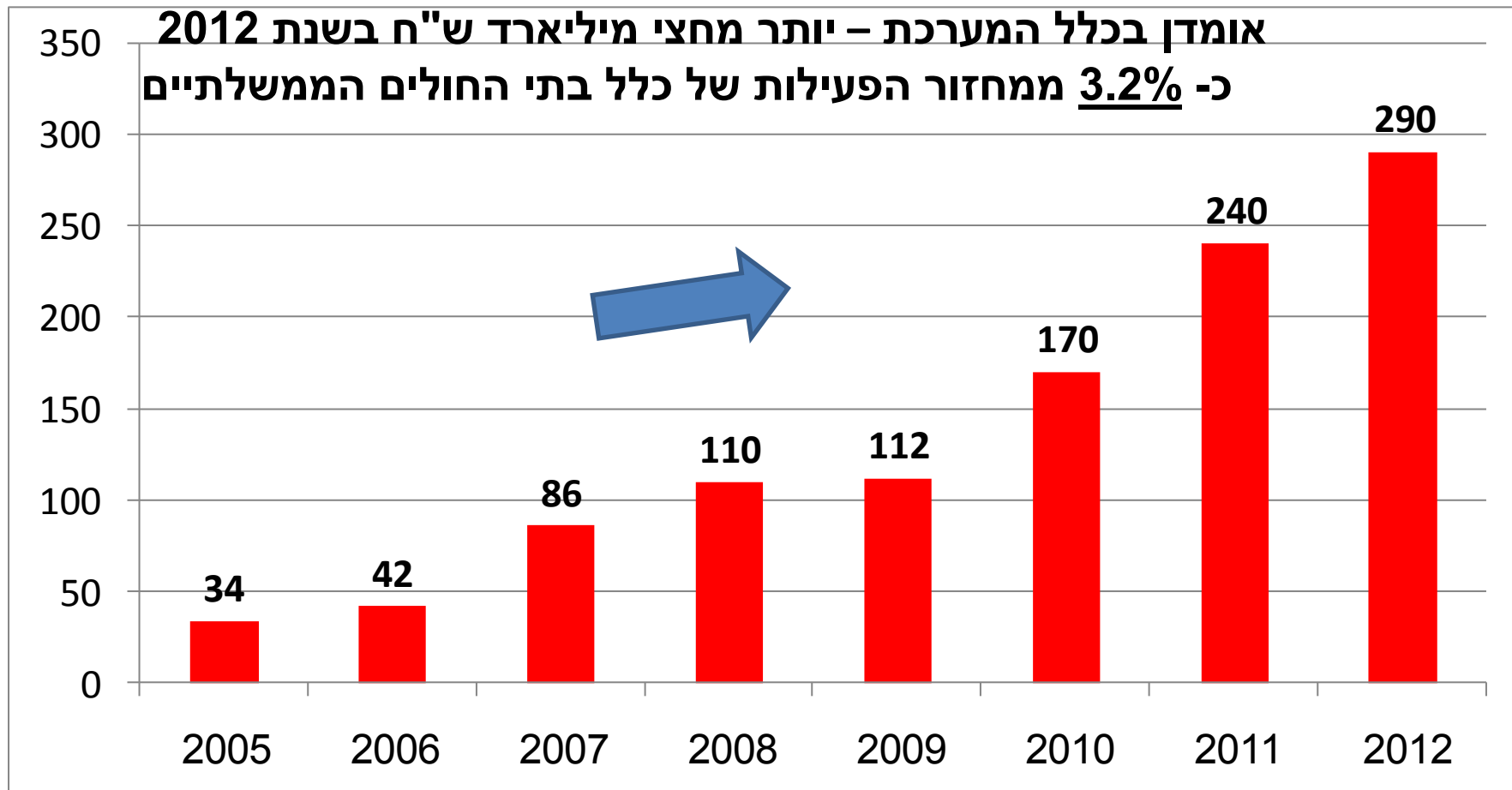
\* בביטוחי הבריאות המסחריים נכללים הוצאות רפואיות ומחלות קשות בלבד

# הגידול בהכנסות הביטוחים הפרטיים מתשלומי פרמיה : 2012 למול 2005

| <u>אחוז שינוי</u> | <u>2012</u> | <u>2005</u> |  |
|-------------------|-------------|-------------|--|
| 115%              | 3,519       | 1,640       | הכנסות השב"ן מתשלומי פרמיה (במיליוני ש"ח)        |
| 16%               | 5,810       | 5,000       | מספר מבוטחים (באלפים)                            |
| 85%               | 606         | 328         | הוצאה למבוטח                                     |
|                   |             |             |  |
| 222%              | 3,084       | 1,390       | הכנסות חברות ביטוח בריאות מסחריות (במיליוני ש"ח) |
|                   | ?           | ?           | מספר מבוטחים                                     |

הערה : שיעור עליית המדד בתקופה המקבילה היה 19%

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



## סכום מגמות

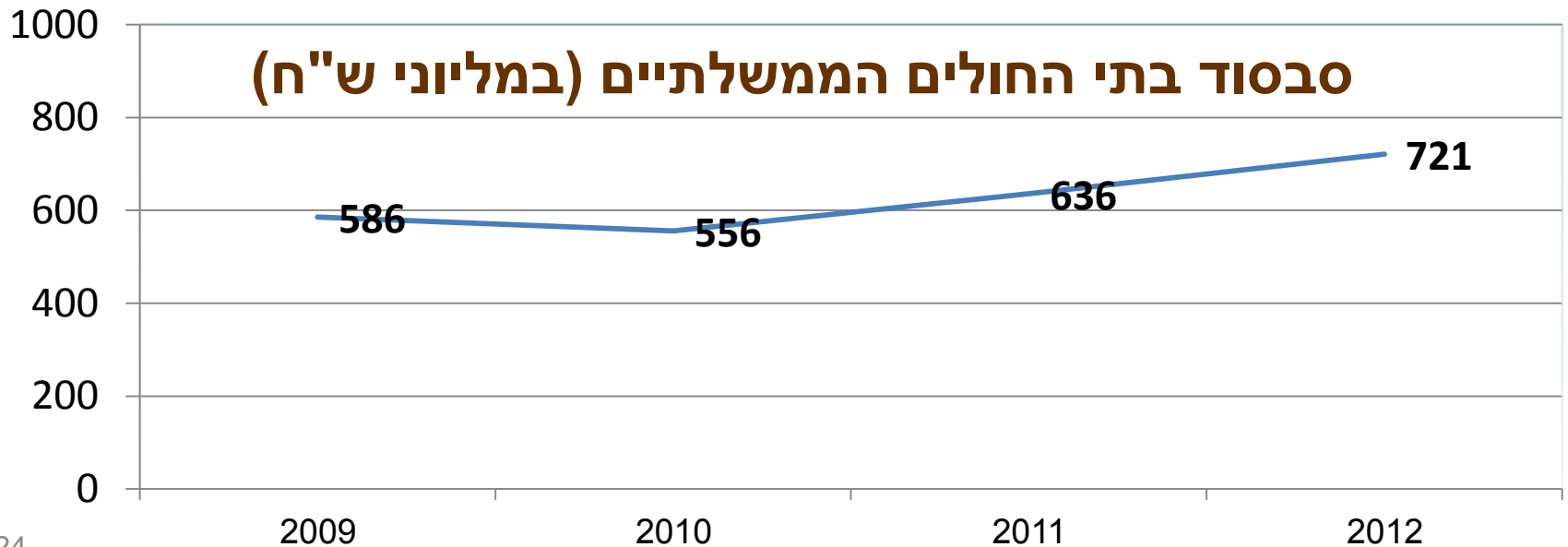
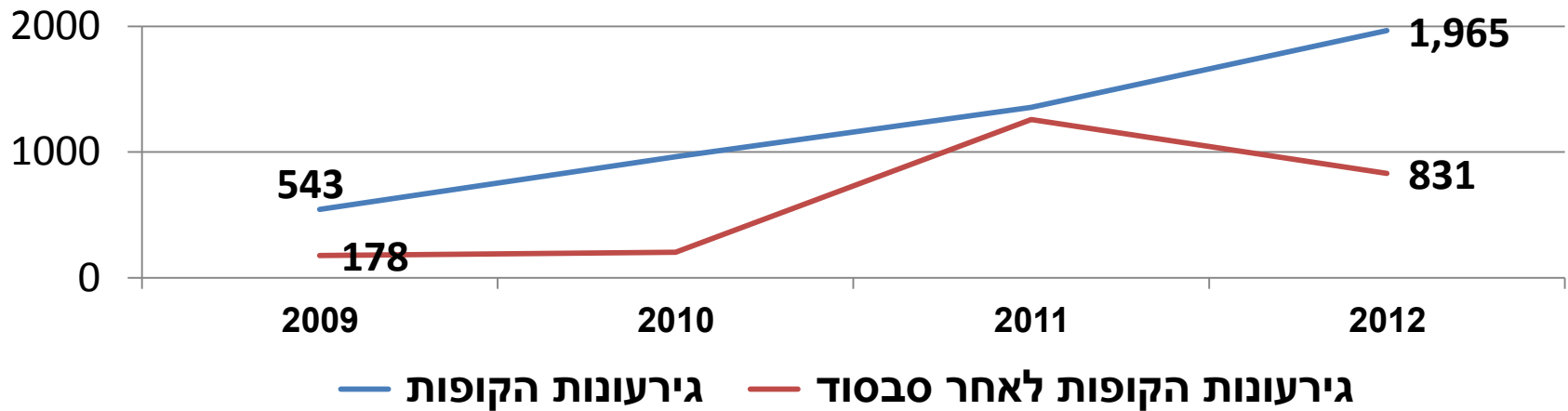
- **הוצאה לאומית לבריאות** – נמוכה ביחס למדינות OECD .  
הוצאה יציבה למול עלייה בהוצאה בארצות OECD.
- **המימון הציבורי של ההוצאה** – במגמת ירידה – צמצום  
מקורות ריאלי של הסל , העדר השקעה בתשתיות  
(מיטות כוח אדם).
- **המימון הפרטי עולה** – מנוע הצמיחה המרכזי - הוצאות  
משקי הבית על ביטוחים מסחריים ומשלימים.

**הבעיות הנגזרות מהתפתחויות אלה :**

# תמונת מצב נוכחית ובעיות עקריות

- **פערים ואי שוויון –** עלייה בהיקף המימון הפרטי וזליגת מקורות למערכת הפרטית - מעלה בעיות בתחום אופייה הציבורי של המערכת.
- **בעלויות הצולבות במערכת** (קופות/בתי חולים) - פתח לניגודי אינטרסים
- **חולשת הרגולציה -** ריבוי הכובעים של משרד הבריאות
- **גירעונות מצטברים -** כל השחקנים המרכזיים במערכת מצויים בגרעון – מנגנון של כיסוי גירעון בדיעבד – אינו יעיל

## גירעונות קופות החולים (במיליוני ש"ח) 2009-2012





# תמונת מצב נוכחית ובעיות עקריות

- **התרחבות השפעת הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על המערכת הציבורית:**

- השפעות חיצוניות שליליות על יעילות
- השפעות שליליות על השוויוניות
- השפעות על היקף ואיכות השירותים
- השפעות חיצוניות על מחירים, שכר ותמריצים.

- **חוסר יעילות המערכת הציבורית - ניצול לא יעיל של תשתיות מערכת האשפוז הציבורית אחר הצהריים - נטישת רופאים, אמצעי אבחון וחדרי ניתוח לא מנוצלים.**

- **תמריצים להסטה - מערך התמריצים לקוי לקופות החולים ולרופאים התורם להסטות למגזר הפרטי וחוסר יעילות של המגזר הציבורי.**

# תמונת מצב נוכחית – בעיות עיקריות

## התוצאה ברמת השירות לאזרח:

- מצוקת אשפוז – חולים במסדרון, המתנה ארוכה בחדרי מיון,
- התארכות תורים לסידרה ארוכה של שירותי רפואה חיוניים.
- פגיעה באיכות, בזמינות ובנגישות לשירותים של החולה הציבורי
- העדפה של החולה הפרטי (או התייר) על החולה הציבורי
- סימנים להתרחבות הפערים ואי השוויון בתוצאי הבריאות

## שחיקה באימון הציבור במערכת הציבורית

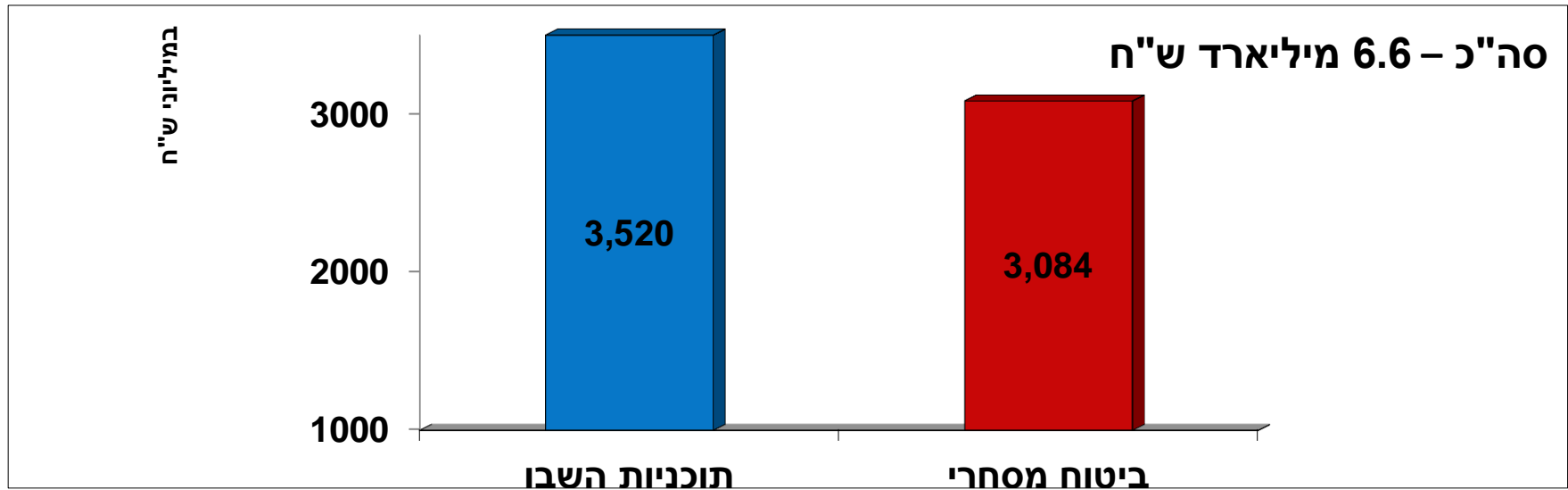
# תמונת מצב נוכחית – בעיות עיקריות

## משכי המתנה ארוכים – שעלו במהלך עבודת הוועדה

- קטרקט
- ניתוחי אוזניים בילדים
- החלפות מפרקים
- ניתוחי עמוד שדרה
- נתוחי ברכיים
- ניתוח בקע,
- בדיקות שמיעה,
- יעוץ גסטרו, פרוסטטטה
- ניתוח שקדים
- בדיקות גנטיות לאיתור סרטן
- תורים לרופאים מומחים (עניים, סכרת, קולונוסקפיאה..)

**הבעיות הנגזרות מהתפתחויות בענף הביטוחים הפרטיים  
(ביטוח משלים + ביטוחים פרטיים):**

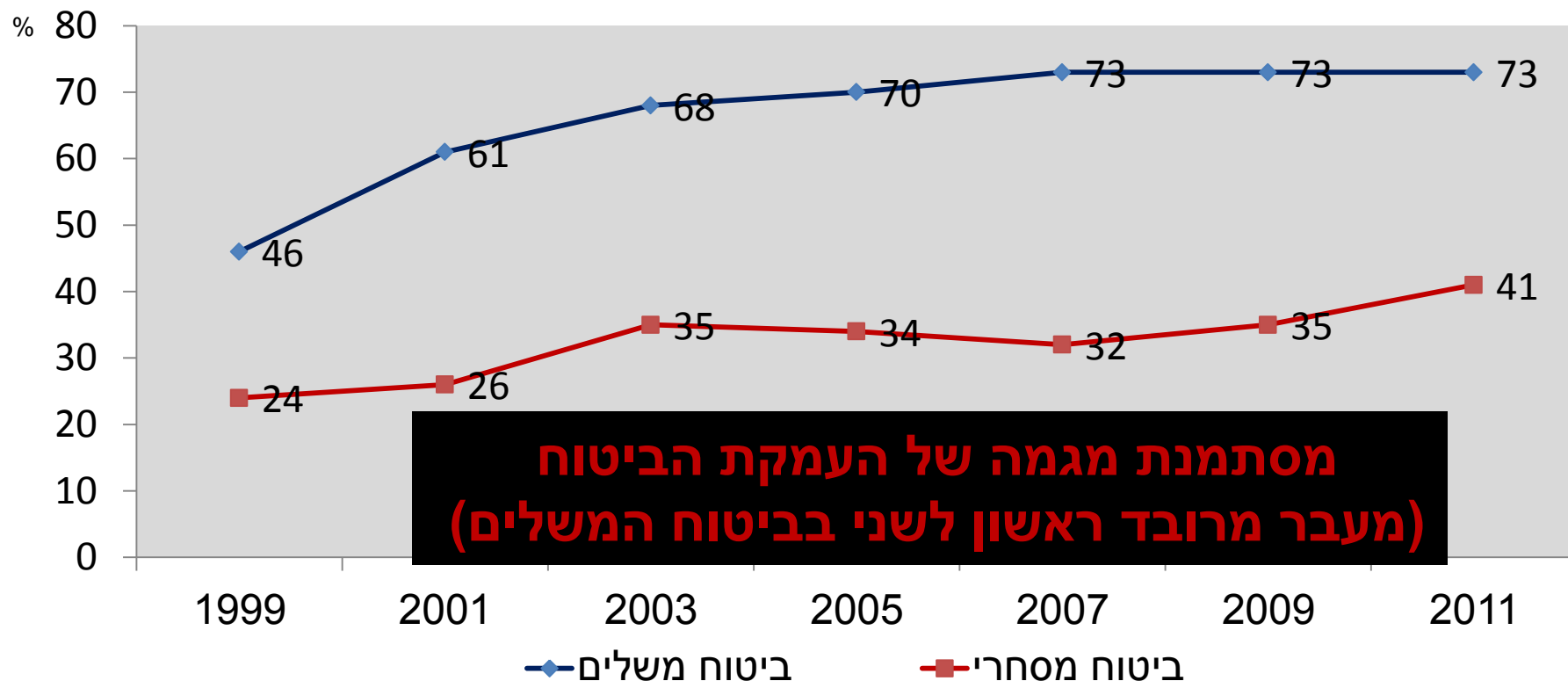
# המחזור הכספי של תוכניות השב"ן והביטוחים המסחריים- 2012 (2012 במיליוני ₪)



**סה"כ תשלומי דמי ביטוח בריאות - 18.8 מיליארד ₪**

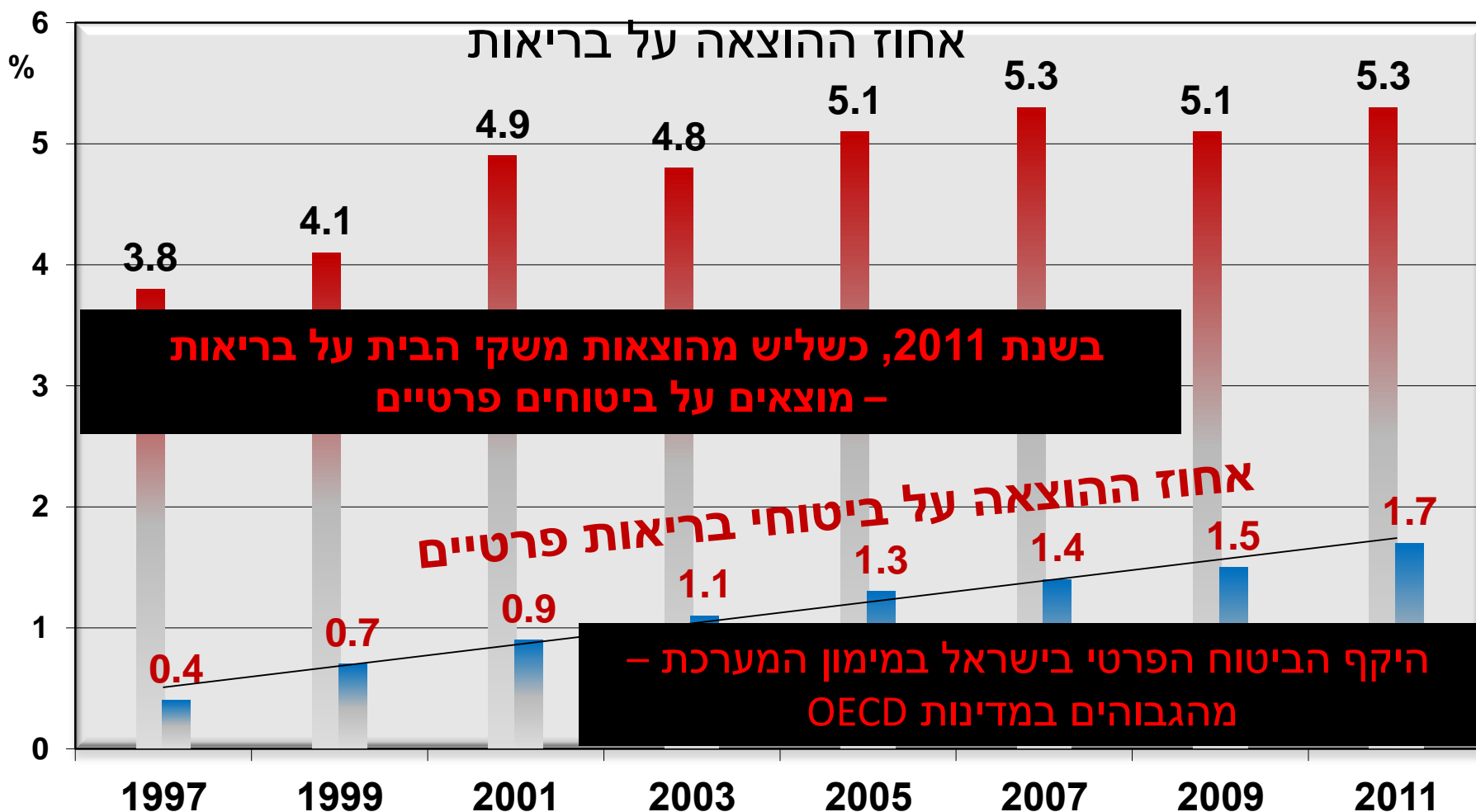
**סה"כ התשלומי פרמיות ביטוח פרטי - 6.6 מיליארד ₪  
(35%)**

# מבוטחים בשב"ן ובביטוחים מסחריים כאחוז מסה"כ האוכלוסייה



הערות : הנתונים לגבי הביטוח המסחרי הם מתוך האוכלוסייה הבוגרת  
ישנם מבוטחים בעלי כפל ביטוח (גם במשלים וגם במסחרי)

# הוצאות משקי הבית על בריאות וביטוחי בריאות כאחוז מהוצאות משקי הבית

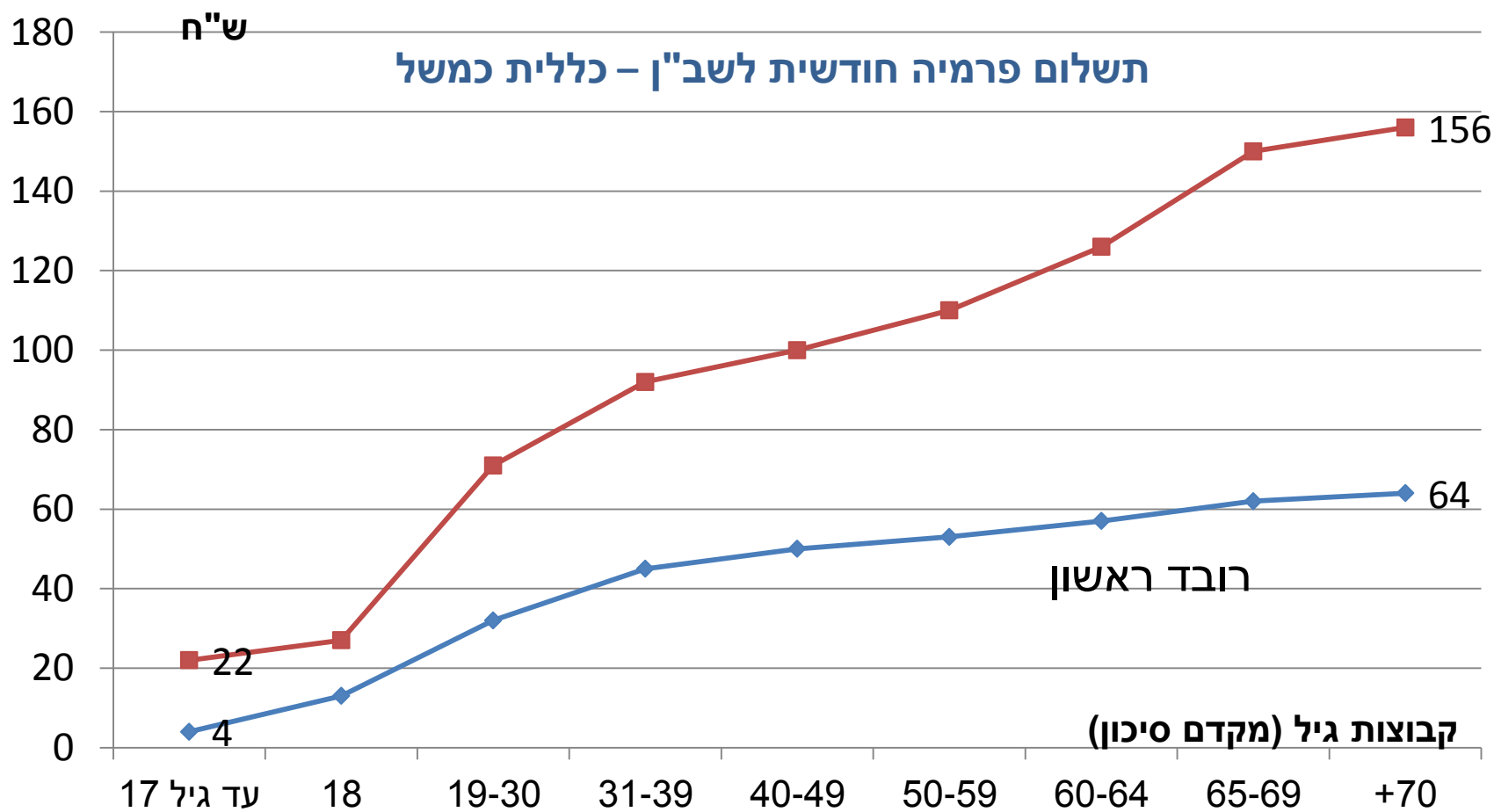


**למה זה רע?**



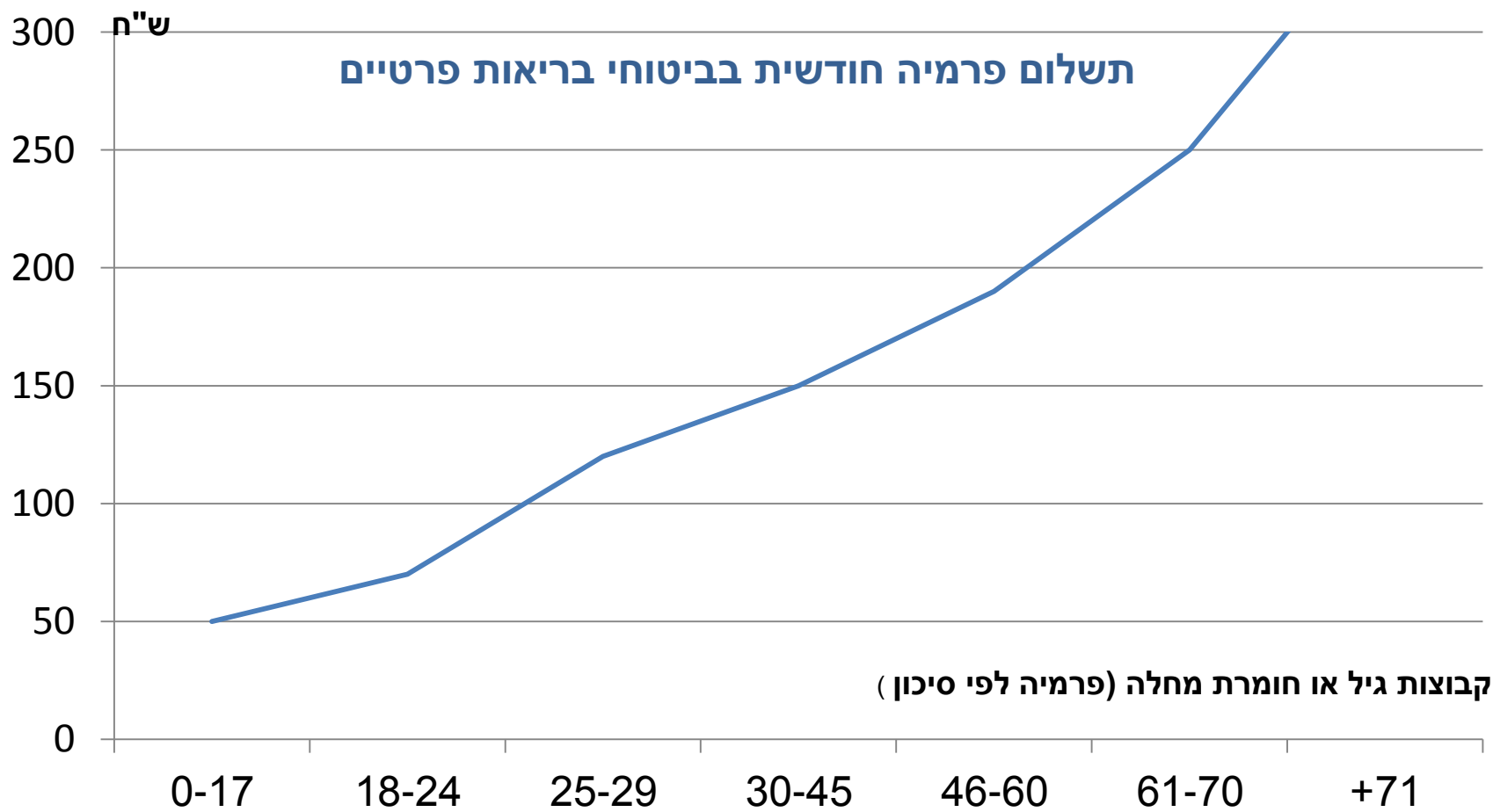
# הבעיות הנגזרות מהתפתחויות בענף הביטוחים הפרטיים:

## בעיית שוויוניות – גידול במימון הרגרסיבי של המערכת



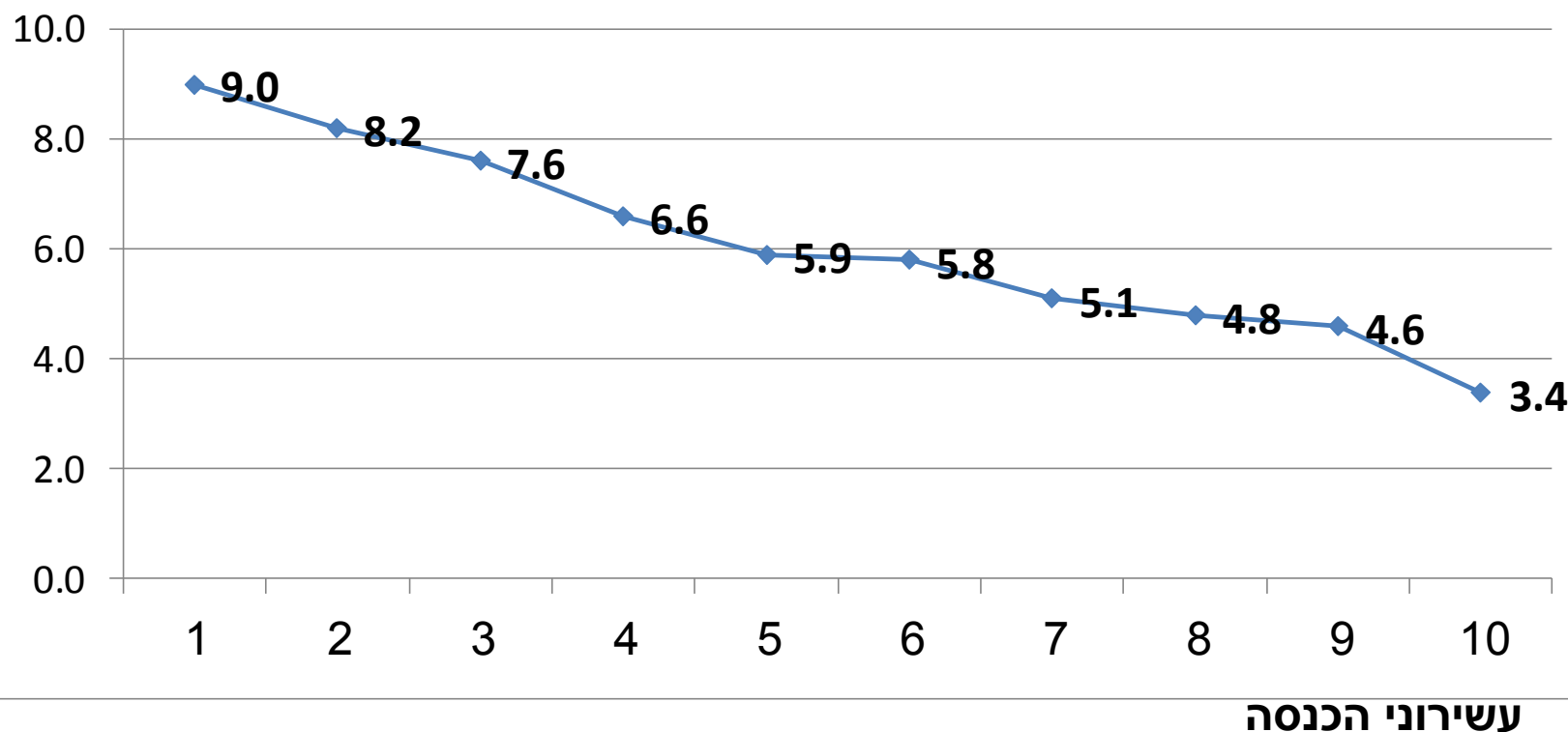
המימד הרגרסיבי בשב"ן מתחזק גם בשל **ההשתתפויות העצמיות** הכרוכות במימוש התוכנית

# הבעיות הנגזרות מהתפתחויות בענף הביטוחים הפרטיים: בעיית שוויוניות – גידול במימון הרגרסיבי של המערכת



# הבעיות הנגזרות מהתפתחויות בענף הביטוחים הפרטיים: בעיית שוויוניות –

אחוז ההוצאה החודשי על בריאות של משקי הבית מס"כ  
ההוצאה לתצרוכת לפי עשירונים (למ"ס 2011)



בעיות עקריות כתוצאה מההתפתחויות בענף הביטוחים הפרטיים:

## פגיעה ביעילות

### • ברמת המבוטח

- פערי מידע – הפחדת ציבור המבוטחים
- ירידה באימון של המבוטחים במערכת הציבורית
- קשיים במימוש זכויות
- תשלומים עודפים של מבוטחים
- שיעור תמורה נמוך למבוטח (LR)
- הסטת תחרות מהסל הבסיסי לביטוחים המשלימים והמסחריים
- הארכת תור לחולה הציבורי

**הערה: קיומם של תורים, ביחד עם קיומם של תשתיות לא מנוצלות במערכת הציבורית, - אחד הביטויים הקשים ביותר לחוסר היעילות במערכת**

# בעיות עקריות כתוצאה מההתפתחות בענף הביטוחים הפרטיים:

## פגיעה ביעילות

### • ברמת אספקת השירותים

- סינון מטופלים
  - לחצים להעלאת שכר ומחירים
  - פגיעה בהכשרת רופאים מתמחים
  - תשתיות לא מנוצלות במערכת הציבורית למול תורים ארוכים לשורה של פרוצדורות רפואיות.
  - העדרות רופאים בכירים והחרפת המחסור בכ"א במערכת הבריאות הציבורית
  - העמקת הגירעונות של בתי החולים הציבוריים
  - תמריצים להסטת פעילות למערכת הפרטית מצד הקופות ומצד הרופאים
  - פגיעה באיכות השירות הציבורית
- חלק מהטיפול בבעיות אלה יכול להיעשות על ידי מהלכי הסדרה שונים של הענף,

**אבל:**

**ללא טיפול כירורגי "בבחירה" בביטוחים הפרטיים - ליבת  
הבעיות נותרת בלתי פתורה.**

# הוצאות הביטוחים הפרטיים על בחירת רופא וחוות דעת שניה

## מצב נוכחי - 2012 (במיליוני ש"ח)

- הוצאות משקי בית לרכש ביטוחים פרטיים – 6.6 מיליארד ש"ח מתוכם הוצאות על בחירת רופא וחוות דעת שניה - 2.6 מיליארד ש"ח

| סה"כ         | ביטוח פרטי   | שב"ן         |               |
|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 2,030        | 770          | 1,260        | בחירת רופא    |
| 590          | 230          | 360          | חוות דעת שניה |
| <u>2,620</u> | <u>1,000</u> | <u>1,620</u> | <u>סה"כ</u>   |

|       |     |     |                                |
|-------|-----|-----|--------------------------------|
| 1,000 | 350 | 650 | מתוכם מימון טופס 17<br>(אומדן) |
|-------|-----|-----|--------------------------------|

# **הוצאות הביטוחים הפרטיים על בחירת רופא וחוות דעת שניה**

## **מצב נוכחי - 2012 (במיליוני ש"ח)**

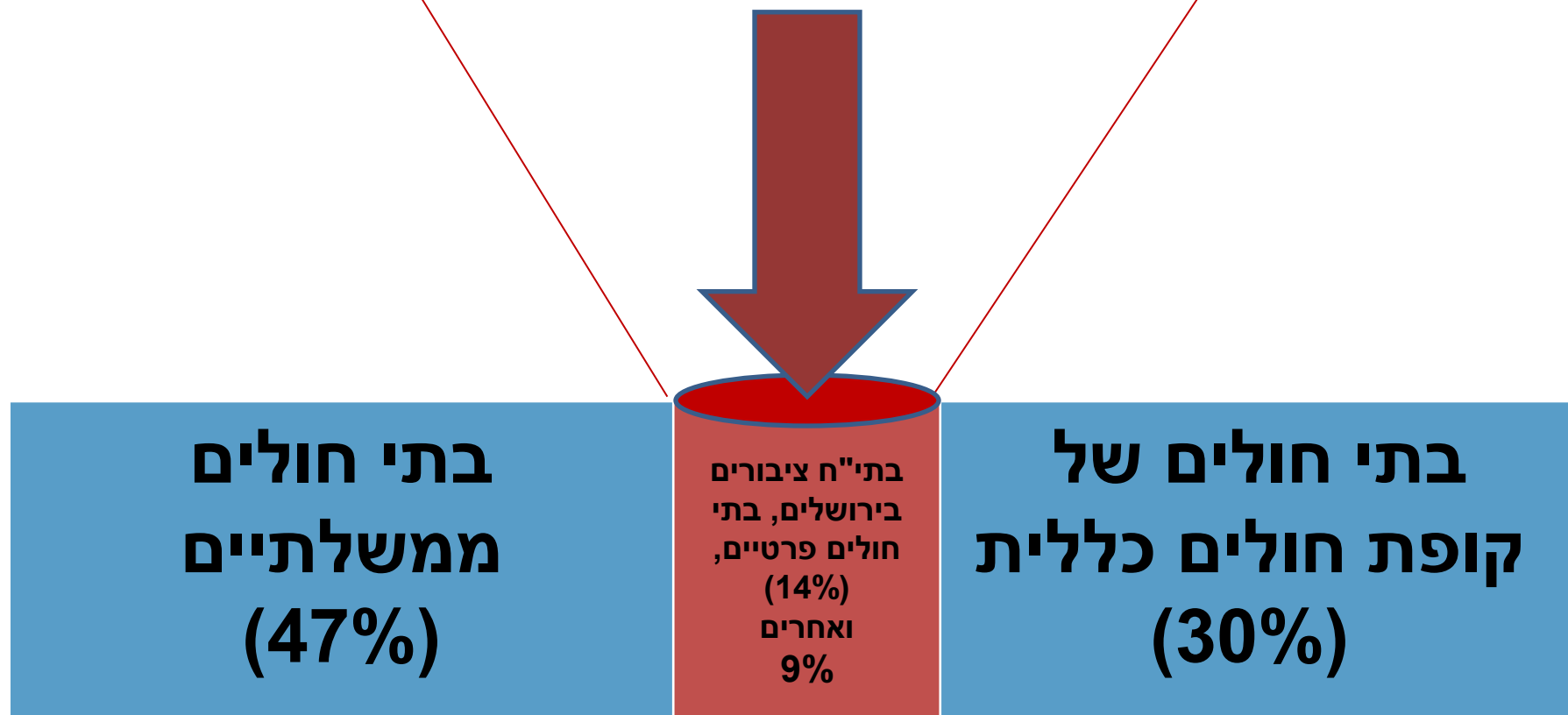
**מימוש בחירת רופא וחוות דעת שניה**  
**(2.6 מיליארד ש"ח)**

**אפשרי כיום**

**רק בקרב ספקי שירותי בריאות במגזר הפרטי ובבתי  
החולים הכלליים בירושלים**

# "הבחירה" במימון הביטוחים הפרטיים – תמונת מצב 2012

הוצאות הביטוח הפרטי על בחירת רופא  
וחוות דעת שניה:  
**2.6 מיליארד ש"ח**





# מימון ואספקת בחירת רופא וחוות דעת שניה - מצב נוכחי

ההוצאות על "הבחירה" כוללות תשלום עבור הרופא +  
תשלום עבור הוצאות הטיפול הרפואי (טופס 17)

## אספקה:

| מימון:            | בתי חולים ממשלתיים וקופות (77%) | בתי חולים בירושלים + אחרים (20%) | בתי חולים פרטיים (3%) |
|-------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| מימון סל בסיסי:   | אין                             | אין                              | אין                   |
| מימון שב"ן:       | אין                             | יש + טופס 17                     | יש + טופס 17          |
| מימון ביטוח פרטי: | אין                             | יש + טופס 17                     | יש + טופס 17          |

# בעיות עקריות כתוצאה מההתפתחות בענף השב"ן:

## פגיעה ביעילות: חיזוק התמריצים להסטה למערכת הפרטית

כריתת שקדים : עלות בחירת המנתח = 5,000 ש"ח . עלות האשפוז = 8,000 ש"ח (ללא הנחות)

| הוצאות קופת החולים | סה"כ תשלום | הכנסות בית חולים (טופס 17) | רופא |                             |
|--------------------|------------|----------------------------|------|-----------------------------|
| 6,000              | 6,000      | 6,000 (אחרי הנחה)          | 0    | ביצוע הניתוח דרך הסל הבסיסי |

### השפעת מימון ניתוח כריתת שקדים על ידי השב"ן

| הוצאות קופת החולים | סה"כ תשלום השב"ן | הכנסות בית חולים (טופס 17) | רופא  |  |
|--------------------|------------------|----------------------------|-------|--|
| 0                  | 11,000           | 6,000                      | 5,000 | תשלום השב"ן בבית חולים פרטי (או ירושלמי) |

**תמריץ כלכלי הן לרופאים והן לקופות החולים להסיט חולים לערכת הפרטית (בין השאר על ידי יצירת תורים במערכת הציבורית):**

**בעיות עקריות כתוצאה מההתפתחות בענף השב"ן:**  
**פגיעה ביעילות: חיזוק התמריצים להסטה למערכת הפרטית**  
**על ידי הרופא**

**שב"ח**

- **ניתוח בבוקר בבית חולים ציבורי - 0**
- **ניתוח בססיה או בתאגיד 1,500**
- **ניתוח בבי"ח פרטי במימון השב"ן 3,000**
- **ניתוח בבי"ח פרטי במימון ביטוח פרטי 4,500**
- **ניתוח במימון תייר 10,000**

# עוד בענייני הסטות:

- "המנגנונים הסמויים להסטה .." כלל אינם סמויים:
  - **רופאים** מסיטים למערכת הפרטית כדי להגדיל הכנסות.
  - **קופות** שבבעלותם בתי חולים פרטיים - כדי להגדיל את הכנסותיהם.
- "המנגנונים הסמויים להסטה.." כלל אינם סמויים - **התורים במערכת הציבורית יוצרים אותם.**
- "המנגנונים הסמויים להסטה.." כלל אינם סמויים - **המדינה יצרה אותם:**
  - **הביטוח הבסיסי מסיט לשב"ן** כדי לצמצם גירעונות הסל הבסיסי ולפצות עצמו על הכסף החסר בעדכון הסל.
  - **הביטוח המסחרי מסיט לשב"ן** כדי לצמצם החזר הוצאות.
  - **השב"ן מעלה פרמיות** - מפצה עצמו על הגידול בהוצאות ההסטה (הן מהבסיסי והן מהמסחרי), על ידי העלאת הפרמיות –

## והמבוטח משלם את המחיר:

### • בכסף

(עליה ריאלית של 55% בפרמיה הממוצעת למבוטח ב 7 השנים האחרונות)

### • ובתורים

מגמות על פני זמן  
תמונת המצב הנוכחית  
בעיות עקריות

## לאן רוצים ללכת?

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

# שלושה מתווים של פתרונות אפשריים:

(1) הכנסת מספר שינויים בענף הביטוחים הפרטיים תוך הותרת עקרון בחירת רופא ויעוץ בשב"ן.

(2) הרחבת אפשרות בחירת רופא ויעוץ בכלל בתי החולים בישראל במימון הביטוחים הפרטיים (שר"פ, או שר"פ מרוכך).

(3) הסדרת ענף הביטוחים הפרטיים תוך ביטול בחירת רופא ויעוץ בשב"ן והכללתו בסל הבסיסי.

### (3). "בחירת רופא" בסל הציבורי

- הכללת בחירת רופא וחוות דעת שנייה כחלק מהזכאויות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובמימון הסל הציבורי.
- **הבחירה תתאפשר לקבוצות רופאים מומחים שיתחייבו לעבוד רק במערכת הציבורית במתכונת העסקה של משרה מלאה.**
- מנגנון הוויסות – זמן המתנה .
- הפחתת פרמיות השב"ן ב 45% (1.6 מיליארד ש"ח).
- העלאת דמי ביטוח בריאות בחצי אחוז
- שיפור הפרוגרסיביות בגביית דמי ביטוח בריאות
- הגדלת המקורות הציבוריים תיועד לרופאים המתחייבים לעבודה מלאה במערכת ובתמורה להשתתפות בפרויקט קיצור תורים.

## (3) מימון ואספקת בחירת רופא – בסל הציבורי

### אספקה:

| בתי חולים פרטיים<br>(3%) | בתי חולים בירושלים<br>+ אחר<br>(20%) | בתי חולים<br>ממשלתיים וקופות<br>(77%) | מימון:           |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| יש                       | יש                                   | יש                                    | מימון סל בסיסי   |
| אין                      | אין                                  | אין                                   | מימון שב"ן       |
| יש + טופס 17 +<br>15% מס | אין                                  | אין                                   | מימון ביטוח פרטי |



### (3). "בחירת רופא" ללא תשלום בסל הציבורי צעדים משלימים – מודל האספקה :

- הרחבת טווח הבחירה בבתי חולים וברופאים במערכת הציבורית
- הפעלת פרוייקט לאומי לקיצור תורים (כולל תקצוב נוסף ייעודי לנושא)
- מעבר להעסקה ב"פול טיימר", תוך קבלת התחייבות לעבודה במערכת הציבורית בלבד.
- הסדרת מערך המחירים ודפוסי התחשבנות במערכת (קופות חולים למול בתי חולים).
- מאמצי שיווק לחיזוק האמון במערכת הציבורית ("כן יש לי ביטוח בריאות ואין לי צורך בביטוח הראל..")
- הידוק הרגולציה על בתי חולים פרטיים (אין יותר חדרים להשכיר, בקרה על רמות שכר ועל נפח פעילות).
- הידוק הבקרה על ביטוחים הפרטיים (תשלום תקורה של 15% של הביטוח המסחרי, העלאת L.R, קוד אתי לפרסום ורגולציה הדוקה על פרסום –(ראו מקרה תחנות האם וילד), ועוד.

## **(3). "בחירת רופא" בסל הציבורי : השלכות**

- **ריסון אינפלציית השכר של הרופאים ועובדים אחרים**
- **בלימת הבריחה של רופאים מהמערכת הציבורית לפרטית**
- **הרחבת טווח הבחירה לכלל האוכלוסייה (כולל לחולה בירוחם).**
- **צמצום המימון הפרטי הרגרסיבי של השב"ן**
- **צמצום השתתפויות העצמיות**
- **שינוי היחס 40/60 הקיים כיום במימון פרטי/ציבורי במערכת הבריאות הישראלית (מהגבוהים בעולם המערבי).**

### **(3). "בחירת רופא" בסל הבסיסי: השלכות**

- **צמצום התמריצים להסטה של קופות החולים והרופאים לבתי החולים הפרטיים.**
- **הגדלת הכנסות בתי החולים הציבוריים**
- **הגברת יעילות השימוש בתשתיות המערכת הציבורית אחר הצהריים**
- **החזרת האימון במערכת הבריאות הציבורית**

**(3). "בחירת רופא" בסל הבסיסי – סיכונים :**

## **עליה בביקושים לביטוח הפרטי**

**למול סיכון זה ישנם כמה מהלכים מאזנים :**

- יותר **בחירה חנם** בסל הציבורי של בתי חולים ושל רופאים
- ביטול התמריצים של **הקופות להסיט** ביקושים למערכת הפרטית
- **צמצום התמריצים של הרופא** להסטה למערכת הפרטית
- **פרויקט קיצור תורים**
- יותר **נוכחות בכירים** במערכת הציבורית
- **רגולציה הדוקה של הביטוח הפרטי**
- **רגולציה הדוקה של כללי פעילות בתי חולים פרטיים**
- **חיזוק האימון** של הציבור במערכת הבריאות הציבורית

**כל אלה יאזנו במידה רבה את הסיכון לעליה**

**בביקוש לביטוחים המסחריים**

# ריכוז עקרי המלצות המוצעות לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל

# המלצות: מנגנון עדכון עלות הסל

- עיגון בחקיקה של העדכון הדמוגרפי כך שיבטא את מלוא השינויים הדמוגרפים (גידול האוכלוסייה והזדקנותה), כפי שהם נמדדים על ידי הנפשות המתוקננות המדווחות על ידי המוסד לביטוח לאומי.
- שינוי מקדמי ומשקולות מדד יוקר הבריאות כך שיבטאו באופן מדויק יותר את עליית מחירי תשומות קופות החולים ((שהעיקרי בהם הוא מחיר יום אשפוז).
- עדכון קבוע ומעוגן בחקיקה של סל הבריאות בגין תרופות וטכנולוגיות חדשות, בשיעור של 1% בשנה.
- תיקון בסיס עלות הסל ופיצוי שנתי על השחיקה משנים קודמות, של 1%-2% בכל אחת מחמש השנים הקרובות

# המלצות : תיירות רפואית

- הסדרת בתקנות של עבודת סוכנים והידוק הרגולציה בנושא
- הסדרת מנגנוני הדיווח
- הגבלת היקף הפעילות לרמתה הנוכחית כיום והסדרתה כדי למזער במידת האפשר את הפגיעה בחולה וציבורי:
  - נפח פעילות:
    - עד 1% מסה"כ האשפוזים בבית החולים.
    - עד 2% מכלל הפעילות האמבולטורית
    - עד 10% מסה"כ המטופלים ברמת המחלקה וברמת הרופא\*.
  - נפח הכנסות - עד 3% ממחזור ההכנסות של המרכז הרפואי. הכנסות מעבר לסכום זה יועברו לטובת תעודף מרכזי במשרד הבריאות.
  - מחירון הטיפול בתיירי המרפא – הכנסות בית החולים פר פרוצדורה לא יעלו על תעריפון התייר (פי שתיים מתעריפון משרד הבריאות לחולה הישראלי)
  - תגמול עובדים לא יהיה יותר גבוה מ 10% מרמת השתכרות של העובדים המקבילים במסגרת הססיות לחולה הישראלי.

# המלצות – מערך אספקת השירותים

## • טיפול במצוקת תשתיות:

- מיטות אשפוז (תוספת 3000 מיטות עד שנת 2020)
- התאמת מספר המיטות בפועל למיטות ברישיון.
- הרחבת מסגרות הכשרת כוח אדם – רופאים ואחיות: שמירה על שיעור נוכחי ברופאים, הגדלת השיעור בסיעוד, ניהול תהליך ההתמחות.

## • ארגון השירותים

- רשות אשפוז
- חיזוק מערך הרפואה הראשונית (כולל מניעה וקידום בריאות, רפואה דחופה)
- הידוק הקשר רפואה ראשונית ומקצועית בקהילה עם הרפואה בבתי חולים
- חיזוק הרפואה הדחופה
- תגבור שירותי בריאות הנפש
- ביטול הסדר שר"פ באשדוד
- שינוי בעלויות קופת חולים ציבורית/ בית חולים פרטי

## • מדדי איכות

- יצירת מדדי איכות אחידים בכלל בבתי חולים הכלליים
- הקמת מרכז ארצי למעקב ובקרה על מדדי איכות בבתי חולים
- פרסום מבוקר של מדדי האיכות לציבור



# המלצות – מערך אספקת השירותים

## • קיצור זמני המתנה

– יצירת **תשתיות נתונים** איכותית ושוטפת לגבי משך התור לניתוחים אלקטיביים ולרופאים מקצועיים בבתי חולים ובקהילה (משרד הבריאות)

– **פרסום לציבור** נתוני משך התורים ברפואה המקצועית ובבתי החולים

– **הקצאת תוספת תקציב** לקופות החולים המיועדת לקיצור תורים – רק עמידה ביעדים תזכה בתקציב.

– **קביעת סטנדרטים ותקרות לזמן המתנה ומרחק סבירים**

# עקרי המלצות – מערך אספקת השירותים

## • הסדרי בחירה

- הרחבת הסדרי הבחירה בין **בתי חולים** באזורי המגורים של המבוטח
- הרחבת הסדרי הבחירה (ללא תשלום של המבוטח או חברת ביטוח פרטית) **ברופא בכיר** מבין קבוצת רופאים מנתחים או מבין קבוצת רופאים מומחים מייעצים.
- הקדמת תור לחולה שאינו בוחר.

## • העסקת רופאים במערכת הציבורית

- **הקצבת מכסת העסקה מוגדרת של רופאים בכירים** (ראשי מחלקות או ראשי יחידות) בכל בית חולים **כפול טיימר**
- **מחויבות לעבודה רק במערכת הציבורית** – בתקופת מעבר של שנתיים כל רופא בכיר יוכל לבחור האם הם מסכימים להסדר המחייב עבודה במערכת הציבורית בלבד או שהם מעדיפים לפרוש מהמערכת הציבורית
- **השכר ישולם בחלקו כשכר גלובאלי** ובחלקו בהתאם ליחס רצוי של תפוקות הנעשות אחר הצוהרים ביחס לתפוקות בוקר
- התעריפים לפרוצדורות אחר הצהריים – אחידים בכל בתי החולים

# עקרי המלצות – מערך אספקת השירותים

- **בתי חולים פרטיים**

- התחשבות כוללת למול בית החולים ולא למול הרופא
- פיקוח על רמות מחירים ושכר
- ריסון היצע

- **מחירים ודפואי התחשבות**

- **תיקוני מחירים** - במצבים שבהם התעריף הנמוך תורם לייצירת התורים. בנוסף – יצירת תעריפים גמישים צמודי זמן המתנה.
- **תיקון דפואי ההתחשבות** – כדי לצמצם את תרומתם להארכת התורים

הערה: הסדרים גלובאליים והסדרי הקפ בעשור האחרון הקטינו את התמריצים לפעילות מקצרת תורים.

# עקרי ההמלצות – מערך הביטוח הפרטי

## • ביטוחים מסחרי

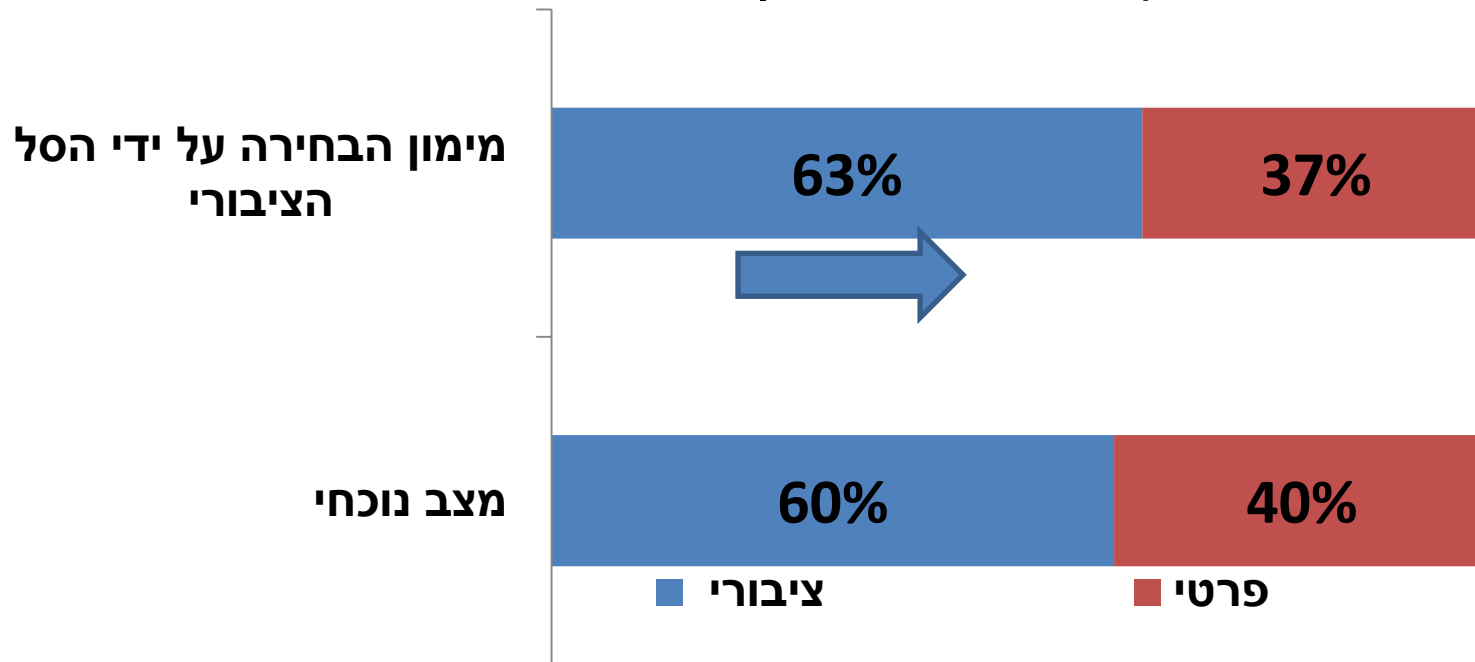
- הידוק הבקרה על ביטוחים הפרטיים
- תשלום תקורה של 15% של הביטוח המסחרי
- העלאת L.R , פיקוח על עמלות סוכן
- קוד אתי לפרסום ורגולציה הדוקה על פרסום
- כללים לפרסום ושיווק ("כן יש לי ביטוח בריאות ציבורי ואני לא צריך ביטוח נוסף..")
- שקיפות מידע למבוטח ולרגולטור
- הידוק שיתוף הפעולה בין הרגולטורים – וועדה מתמדת בריאות/אוצר לאגפיו השונים

## • שב"ן

- ביטול בחירת רופא וחוות דעת שניה
- הפחתת פרמיות ב 45%
- הסדרת מנגנון לשינוי ואישור תכולת התוכניות, רמת הפרמיות, וההשתתפויות העצמיות
- הצטרפות אקטיבית של מבוטחים חדשים לתוכניות הביטוח
- ביטול כפלי ביטוח
- איסור כיסוי השתתפות עצמית
- איסור הכללת מרכיבים משפרי איכות סל בסיסי
- הפרדת ניהול שב"ן כללית מדיקלה

# עקרי ההמלצות – הגדלת המקורות הציבוריים

- שינוי מנגנון עדכון מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי
- העלאת דמי ביטוח בריאות בחצי אחוז כנגד הפחתת פרמיות הביטוח המשלים
- הגדלת השתתפות תקציב המדינה במימון מערכת הבריאות



## **לסכום:**

**ההתפתחויות בהמערכת הבריאות בעשור האחרון  
פגעו הן ביעילות המערכת והן במימד השיוויוניות  
והסולידריות שבה**

**התפתחויות אלה בעשור האחרון מחייבות שינוי  
מערכתי שבבסיסו הגדלת המימון הציבורי והחזרת  
אימון הציבור במערכת הציבורית**

**בהעדר שינוי משמעותי במערכת – תמשך ההדרדרות של  
המערכת הציבורית ואימוץ השר"פ יהיה רק עניין של זמן**

**מי שמתנגד לשר"פ בכל המערכת - צריך לתמוך  
בפתרון הציבורי של "בחירה" הכלולה בסל,  
ובצעדים הנלווים לחיזוק הרפואה הציבורית**

תודה