

הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

עמדת מכבי בנושאים:

- ✓ תיירות מרפא
- ✓ כפל ביטוחים: שב"ן / פרטיים
- ✓ כפל תפקידי הרגולטור
- ✓ שר"פ בבתי חולים ציבוריים

תיירות מרפא

מכבי רואה בתיירות המרפא מקור להגדלת המשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות. הגדלת המשאבים תתרום לחיזוקה של הרפואה הציבורית ובתנאי שלא תהיה פגיעה באיכות הטיפול והשירות לאזרחי ישראל.

תיירות מרפא

סוגיות אתיות, חברתיות וכלכליות

כפר המכבייה 29.5.2011

את מי מרפאת תיירות המרפא?

פרופ' גבי בן נון

המחלקה לניהול מערכות בריאות,
אוניברסיטת בן גוריון שבנגב

הועדה לבחינת תיירות המרפא בבתי חולים ציבוריים

דו"ח מסכם למנכ"ל משרד הבריאות

24.5.2011

תל-השומר, ישראל

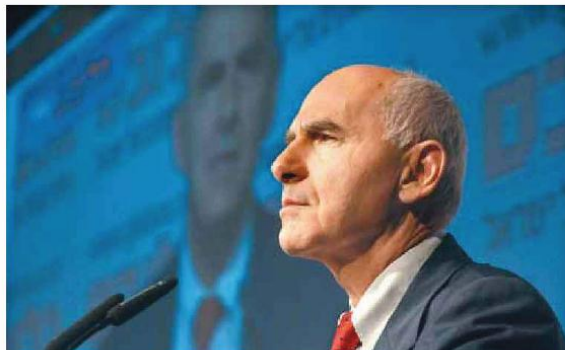
כפל ביטוחים: שב"ן / פרטיים

כפל הביטוח: חברות הביטוח לא יורשו להעביר עלויות הניתוחים בארץ לקופה"ח

המפקח על הביטוח הוציא טיוטת עמדה האוסרת פיצוי בכיסוי לניתוחים פרטיים בישראל • בענף מעריכים: הכיסוי הפרטי לניתוחים יתייקר משמעותית

בלבר "הוסיפה בפני מבוטח שמבקש לעבור ניתוח עומדות, בדרך כלל, שלוש חלופות: כיסוי עלות הניתוח על ידי הביטוח הפרטי, כיסוי עלות הניתוח על ידי השב"ן וביצוע הניתוח באמצעות המערכת הציבורית. במצב זה, לעתים לגורם מממן עשוי להיות אינטרס שהמבוטח יבצע את הניתוח באמצעות גורם אחר.

כאן נכנס היבט התמרוץ שהוציא את קצפי של משרד הבריאות, שגם זוכה, ככל הידוע, לתמיכת אנף התקציבים ומגבילי האוצר. כיום, ישנן פוליטיות ביטוח פרטיים המכסות ניתוחים פרטיים בארץ שכוללות סעיף שקובע כי אם עלות הניתוח, כולה או



(צילום: אלי יצחק)

שרי. מישירקו עם משרד הבריאות

על פרישתו מהאוצר, מנוגד לעמדת הפיקוח על הביטוח בנושא. בקרב חברות הביטוח ואף באנף שוק ההון, מציניים כי איסור כאמור יוביל להתיקרות רכיב הניתוחים בישראל בשיעור של עד 10% בממוצע. בענף גורסים כי המהלך אף יחריף את בעיית כפל הביטוח לגבי חלק מהמבוטחים.

רוב להחזרת השר"פ

גורמים במשרדי האוצר והבריאות ייחסו את המהלך ללחץ שהופנה בעניין זה בשנה האחרונה, אולם בעיקר לתחילת עבודתה של ועדת גרמן שעוסקת בבחינת הממשק בין הרפואה הציבורית

מאת רון שטיין ושי ניב

לאחר עימות חריף וארוך שנים בין אנף שוק ההון, ביטוח וחיסכון באוצר בראשות פרופ' עודד שריג, לבין משרד הבריאות והמגביל רוני גמזו, יכול האחרון לסמן וי ראשוני. שבועות אחרים לאחר שהציב אולטימטום שנועד למנוע שינוי בפוליטות ביטוחי הבריאות של חברות הביטוח במסגרת חוק ההסדרים, הוציא את מל (ב') שריג טיוטת "עמדת ממונה - פיצוי בכיסוי לניתוחים פרטיים בישראל", שבה הוא אוסר על חברות הביטוח למכור למבוטחים חדשים בעתיד פוליסות הכוללות רכיב פיצוי שמתמרץ את המבוטחים לממש קורם

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות וע"ר
The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס יום-המלח ה-13
20-19 בדצמבר 2012

ביטוחי הבריאות בישראל:
התפתחויות, קשרי גומלין,
בעיות ומתווים לפתרון

J

עמדת מכבי: על הרגולטור לקבוע כללים לחלוקה כלכלית נכונה בין המבטחים השונים בעת מימוש זכות המבוטח ולהחיל את השינוי על כל הזכויות החופפות ועל כלל הפוליסות הקיימות במשק

כפל תפקידי הרגולטור

ניגוד העניינים מבוקר למעלה מעשור וטרם נעשה כל שינוי בנושא

פעילות נציבות שירות המדינה בנושא ניגוד העניינים 1998 :

"מאחר ואנו עומדים בפתחם של ימי בחירות מן הראוי ומן ההגיוני שנמשיך לעסוק בתכנית זו מיד לאחר הבחירות". במאי 1999 סיימה הממשלה את כהונתה, והטיפול בנושא זה הופסק

דוח מבקר המדינה 53 ב' לשנת 2002 :

"...ריבוי תפקידים זה של המשרד פוגם ביכולתו למלא את תפקידיו הן כגורם מיניסטרילי והן כספק שירותים..."

דוח מבקר המדינה 54 ב' לשנת 2003

"...במציאות זו מובנה מצב של ניגוד עניינים, וזהי אחת הבעיות המרכזיות של מערכת הבריאות .."

דוח מבקר המדינה 59 ב' לשנת 2008

"... כל הוועדות העירו שיש קושי בתמהיל תפקידי המשרד : לייצר ולספק שירותי בריאות, לגבש מדיניות בריאות, לתאם ולפקח על מערכת הבריאות (רגולטור). בתפקידיו אלה מובנה מצב של ניגוד עניינים..."

דוח מבקר המדינה 60 ב' לשנת 2009.

"...במציאות זו מובנה מצב של ניגוד עניינים מוסדי. המלצות רבות על ניתוק ה משרד מבתי החולים הממשלתיים טרם יושמו."

מתוך דוח מבקר המדינה 59 ב' לשנת 2009

"...הדבר מקשה עליו למלא את תפקידיו בשל ניגוד עניינים. רצוי ליישם את ההמלצות הרבות על ניתוק בתי החולים הממשלתיים מהמשרד. כפל תפקידיו של משרד הבריאות, המשמש רגולטור וגם בעלים של בתי חולים, מקשה עליו במילוי תפקידיו בנושאי תמחור שירותי הבריאות. המלצות רבות לניתוק המשרד מבתי החולים הממשלתיים לא התמלאו ונוצרו עיוותים במערכת התגמולים לרכש שירותים רפואיים בבתי החולים הכלליים"

מתוך דוח מבקר המדינה 62 לשנת 2011

"...בכל הנוגע לסענת משרד האוצר על ניגוד העניינים שבו נמצא משרד הבריאות, ציינה הנציבות בתשובתה מאוקטובר 2011 כי לפני כשנה סוכם בין הנציב ובין מנכ"ל משרד הבריאות מתווה לפתרון; על פיו, תוקם יחידת סמך שבראשה יכהן מנכ"ל לניהול בתי החולים , ומנכ"ל המשרד יהיה המאסדר (הרגולטור). עוד נמסר כי בעת האחרונה העלה המשרד לפני הנציבות את הקושי ביישום המתווה, וכיום נדונות אפשרויות אחרות..."

עמדת מכבי: האחריות על בתי החולים צריכה להיות במנהלת עצמאית נפרדת מהרגולציה

שר"פ בבתי חולים ציבוריים עמדת מכבי

תמצית עמדת מכבי

1. חיזוק הרפואה הציבורית מחייב דיון באג'נדה שונה לחלוטין
2. הצעת המיקוד בדבר הרחבת השר"פ לכלל בתי החולים
הציבוריים הינה שגויה
3. משרד הבריאות לא נותן שהות למימוש היוזמות עליהן רק
עתה הודיע

הרחבת השר"פ לכלל בתי החולים - שגיאה

- תביא לעליה משמעותית בהוצאה הלאומית על בריאות
- תגרום לעליית שכר בכל מערכת הבריאות
- עלייה בהוצאות השכר אינה מלווה בכל תוספת "ערך" בתוצרי בריאות

בכנס ים המלח 2012, הכנס המרכזי של מדיניות בריאות הנערך אחת לשנה, נקבע:

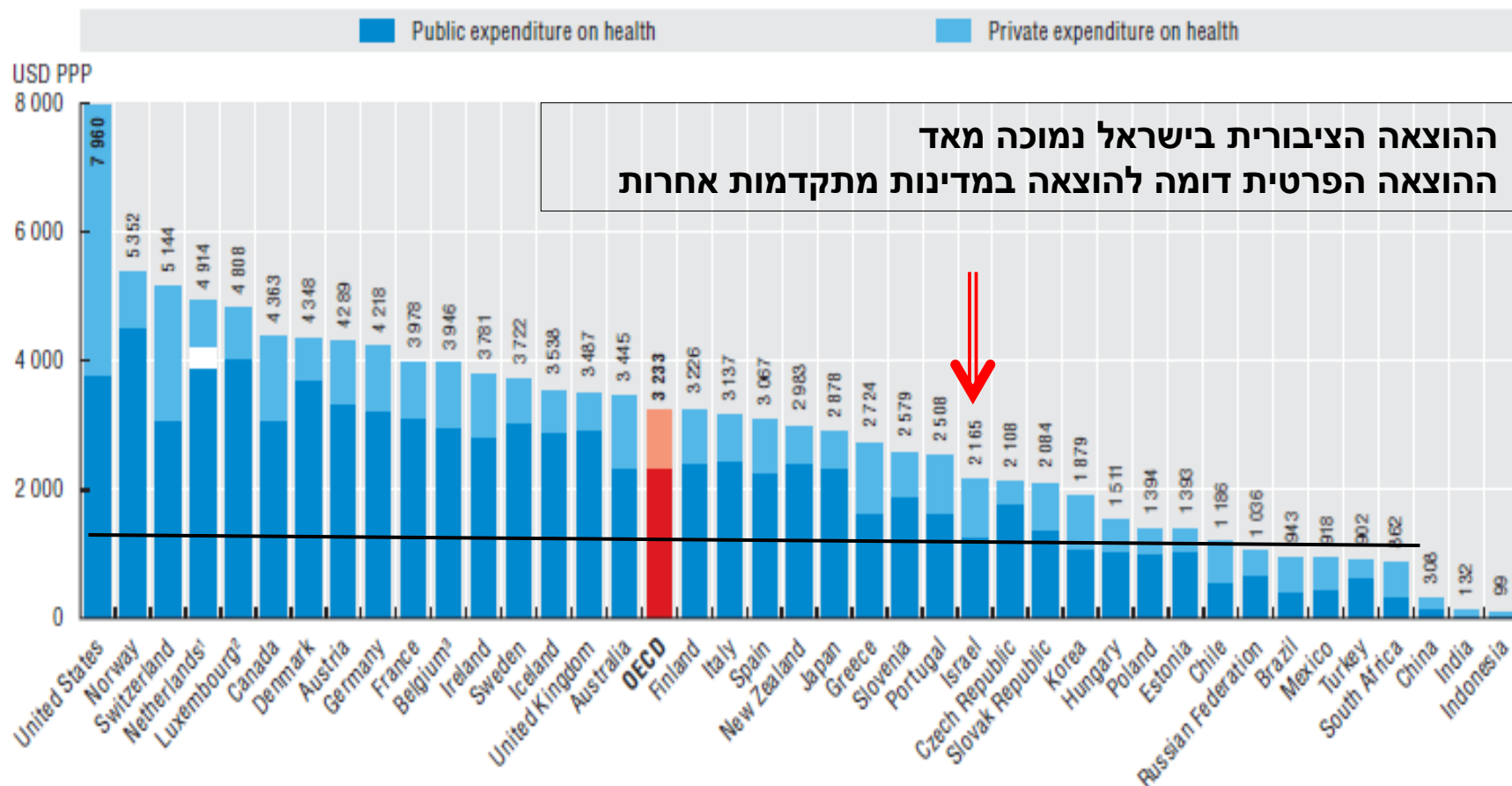
➤ **תורים ארוכים במערכת הציבורית דוחפים את הציבור לרפואה פרטית**

➤ **תובנה מרכזית: "עוצמת המערכת הפרטית היא תוצאה של חולשת המערכת הציבורית" ולא ההפך**

הוצאה ציבורית נמוכה מאד

הוצאה פרטית ממוצעת

7.1.1 Total health expenditure per capita, public and private, 2009 (or nearest year)



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Health expenditure is for the insured population rather than the resident population.
3. Total expenditure excluding investments.

Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

ועל כן בסיכום כנס ים המלח 2012 הומלץ:

➤ לשמור על חומות סיניות בין מערכת הבריאות הציבורית לפרטית בכל ההיבטים [מימון, מלונאות, ועוד], במיוחד בשל היבטים תפעוליים, אתיים ומקצועיים.

➤ לחזק המערכת הציבורית ולהעלות את ההוצאה הציבורית על בריאות בדומה למגמה במדינות ה-OECD.

מאפייני שר"פ

כיום השר"פ בבתי חולים ציבוריים בישראל מוגבל בהיקפו: הדסה ושע"צ בעיקר [בתי חולים בבעלות ייחודית].

יתרונות: זמינות גבוהה למטופלי שר"פ, מגביר תחרות והתייעלות, נותן מענה לדרישות/בהעדפות הציבור

חסרונות: יוצר שתי רמות של בריאות ומגביר אי-שיוויון, מעודד רפואה עודפת; גורר זחילת שכר בכל המערכת, ומעלה ההוצאה הלאומית ובמיוחד הפרטית על בריאות.

הרחבת שר"פ לכלל בתי החולים הציבוריים? האם מדובר ב"חיזוק הרפואה הציבורית"?

1. מהו הניסיון בעולם עם העסקה כפולה של רופאים בבתי חולים ציבוריים [שר"פ בצד שירות ציבורי]?
2. מהם תנאי הסף להיתכנות [מידע, תשתיות, רגולציה, פיקוח ובקרה]?
3. המשמעות לכלכלת הבריאות בארץ והאם אכן יחזק את המערכת הציבורית?
4. המשמעות למטופל – מה הוא ירוויח ומה הוא יפסיד?

העסקה כפולה של רופאים בבתי חולים ציבוריים (שר"פ בצד שירות ציבורי) – נסיון מהעולם

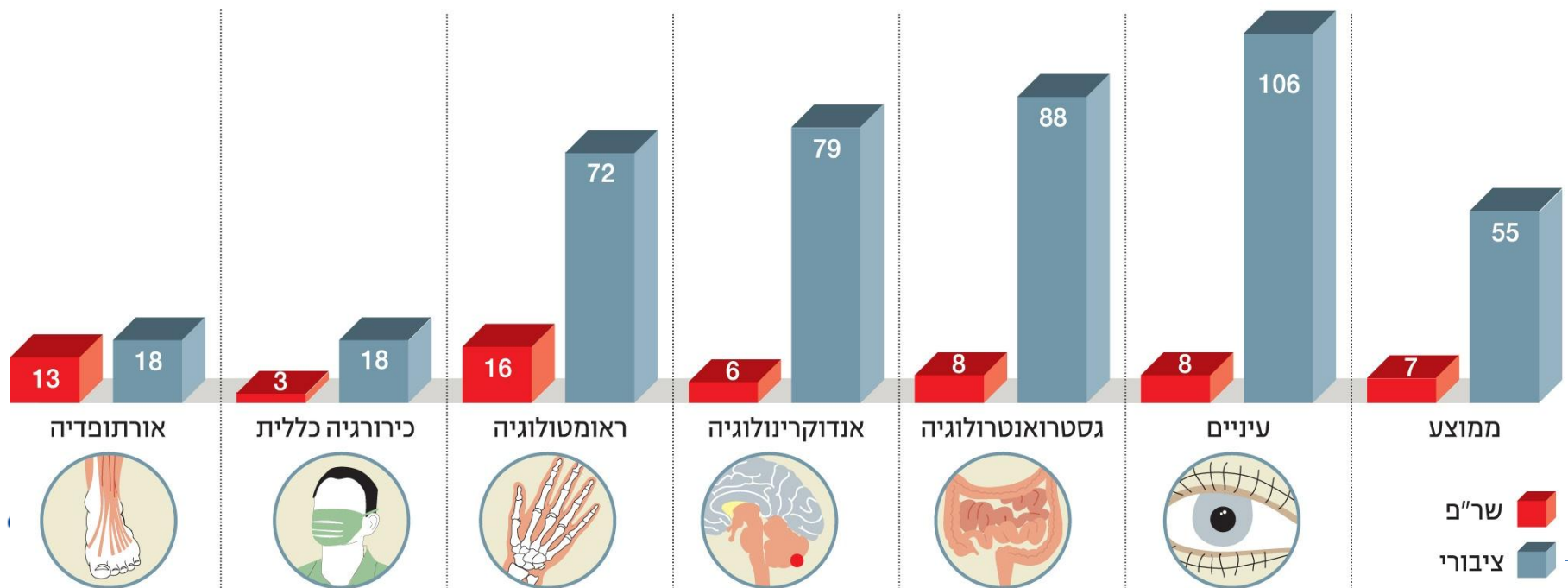
- הרופאים יוצרים תורים בשירות הציבורי
- "גריפת שמנת" - הסטת ניתוחים "קלים ובינוניים" לשר"פ
- רופאים שאינם מורשי שר"פ מתנהלים כרגיל והתורים מתארכים
- התוצאה – הארכת תורים ופגיעה באיכות השירות והטיפול בכלל המטופלים במסלול הציבורי = פגיעה קשה בשוויון!

זמן ההמתנה לתור בשירות הציבורי בביה"ח הדסה - פי 8 מבשרות הפרטי

מחקר שנערך בבית החולים הדסה מגלה פערים גדולים בין השירות הציבורי לשירות הפרטי: זמן המתנה ממוצע לתור במרפאה ציבורית הוא 55 יום, בעוד במסלול הפרטי הוא שבעה ימים בלבד ■ זמן ההמתנה המקסימלי לתור במרפאה ציבורית הוא 244 ימים, לעומת 38 ימים בלבד במסלול השר"פ

21.11.2012 מאת: [רוני לינדר-גנץ](#)

אין נסף? התאזרו בסבלנות מספר ימי ההמתנה הממוצע לתור במרפאות ציבוריות ובשירותי רפואה פרטיים



משכי המתנה בשר"פ לעומת ציבורי

	Time to get a regular appointment	Time to get an appointment for SHARAP (private service) in the same hospital
General Surgery (not including oncology)	1 year	3-4 months
Plastic Surgery	6 months	3-4 months
ENT Surgery	6-12 months	1-2 months
Eyes, Cataract	10 months	3-5 months

מהו הניסיון בעולם עם העסקה כפולה של רופאים בבתי חולים ציבוריים (שר"פ בצד שירות ציבורי)?

- בעייתי בהיבט כלכלי
- על פי הניסיון בעולם - ריבוי "מורשי שר"פ" מעלה בהרבה את היצע השר"פ, ויש עשייה עודפת
- במקום שהציבור יממן תוספת שולית על כל תוספת בפעילות במסלול ציבורי – הוא משלם FFS יקר לרופאים
- עלייה גדולה בהוצאה על רפואה פרטית ללא כל תמורה באיכות הטיפול
- יגרור בחירת מטפלים בתחומים נוספים

המשמעות למטופלים

- פגיעה נוספת בשירות לחולים שאינם בשר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים
- הגברת אי-השיוויון במערכת
- עודף של 10% בניתוחים יגרור תמותה סב-ניתוחית של עוד 34 איש לשנה
- פגיעה בהכשרת מתמחים - כאשר מסה קריטית של המומחים (המורים) עסוקים בשר"פ
- אובדן אמון הציבור במערכת הציבורית

האם אנו ערוכים להרחבת השר"פ לבתי החולים הציבוריים?

התנאים לכך – הן לגבי המערכת הציבורית והפרטית:

1. מידע על תורים לפעולות וניתוחים
2. שקיפות
3. רגולציה
4. פיקוח ובקרה

➤ גם במקומות אחרים בעולם האפקטיביות של פיקוח ובקרה מאד מוגבלת. (דוגמת 10% Rule באנגליה).

מידע ושקיפות לציבור



B.C. Home

Ministry of Health
Surgical Wait Times

[Surgical Wait Times Home](#)

- ▶ [Search Wait Times](#)
- ▶ [Health Information and Resources](#)
- ▶ [Adult Provincial Wait Times Information](#)
- ▶ [Pediatric Provincial Wait Times Information](#)
- ▶ [How is this data collected?](#)
- ▶ [Website Feedback](#)

Resources

- ▶ [News](#)
- ▶ [Statutes and Regulations](#)
- ▶ [Reports and Publications](#)
- ▶ [B.C. Government Directory](#)

Government

Quick access to information based on government's structure

- ▶ [B.C. Government](#)
- ▶ [Ministries and Organizations](#)
- ▶ [Other Levels of Government](#)

Search [Go](#)

[Main Index](#) [Help](#) [Contact Us](#)

Text Size [+](#) [-](#)

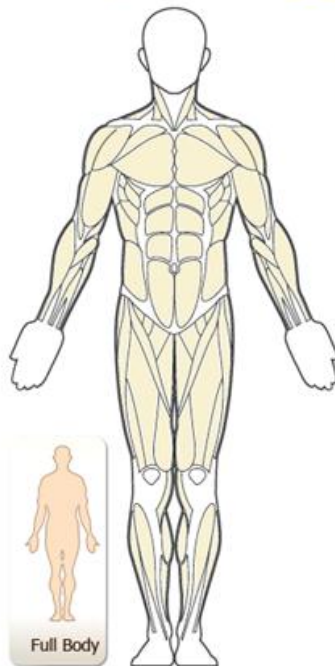
Printer Version

[B.C. Home](#) » [Ministry of Health](#) » [Surgical Wait Times](#) » [Surgical Wait Times](#)

Ministry of Health

Adult - Surgical Wait Times

Click on body part to search or click [here](#) for more information



Adult



Gastrointestinal/Digestive System
[Rectal Surgery](#)



Gynaecology
[Cone Biopsy](#)
[D&C and Related Surgery](#)
[Fallopian Tube/Ovarian Surgery](#)
[Uterine Surgery](#)
[Vaginal Repair](#)



Joint/Muscle/Bone
[Foot/Ankle Surgery](#)
[Hip Fracture Fixation](#)
[Hip Replacement](#)
[Knee - ACL Repair](#)
[Knee - Meniscectomy](#)
[Knee Arthroscopy](#)
[Knee Replacement](#)



Male Genitalia
[Male Reproductive Surgery](#)
[Prostate Surgery](#)

Urinary Tract

דוגמה מקנדה:

מידע לציבור על משכי
המתנה לניתוחים
שונים



Results for: Hip Replacement in all facilities

Day Surgery		Inpatient	All	Cancer Suspected	Cancer Not Suspected	All
Procedure / Health Authority / Facility / Specialist				Cases Waiting as of	Cases Completed	
Surgical Patient Registry				31-May-2013	50% Received Services Within (weeks)	90% Received Services Within (weeks)
Adult Statistics						
Hip Replacement (B.C.)				2241	11.9	30.6
Fraser				323	11.9	32.1
Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre				43	19.1	26.1
Lee, David Ching-Wei				7	24.0	28.8
Mehin, Ramin				23	19.1	24.3
Rose, James Cary				13	7.8	14.9
Wickham, David Michael				0	1.3	1.3
Burnaby Hospital				97	26.9	39.4
Belle, Ralph Michael				5	6.7	20.7
Kokan, Peter A.				8	26.9	27.0
Kostamo, Timothy				8	7.1	29.2
Pate, Graham Charles				76	27.6	42.6
Chilliwack General Hospital				26	4.7	7.6
Grover, Deepak				14	6.1	8.1
Kousaie, Kenneth Nicholas				8	3.8	6.0
Locht, Randall C.				< 5	4.4	7.0
Eagle Ridge Hospital				10	18.1	20.9
Stone, Trevor Brent				< 5	3.6	3.6
Viskontas, Darius				6	18.4	21.3
Langley Memorial Hospital				39	17.3	36.1
Chan, Kwok-Hong Albert				27	21.0	26.0

המשמעות לכלכלת הבריאות והאם אכן יחזק את המערכת הציבורית?

➤ עלייה נוספת בשיעור ההוצאה הפרטית בניגוד למדיניות המוצהרת – תוספת של כשני אחוזים להוצאה הפרטית ביחס לתמ"ג = תוספת של 1.8 מיליארד ₪!

➤ דמי החבר בשב"ן יעלו ב-55 אחוזים

➤ עליה בהשתכרות בכלל המערכת ללא תמורה ממשית בבריאות

➤ ערעור המערכת הציבורית – ולא חיזוקה

טענות שעולות נגד רפואה פרטית

➤ "הרפואה הפרטית מחלישה את הרפואה הציבורית ועל כן יש לפעול לריסונה"

➤ "רופאים נוטשים את המערכת הציבורית לטובת הפרטית"

➤ "לא יהיה מי שילמד את המתמחים"

➤ "קיימות בעיות אתיות בכך שרופא במערכת הפרטית קובע לבד את צורך בניתוח ועל כן יש חשש שינתח בעודף"

טענות שעולות נגד רפואה פרטית

➤ "הרפואה הפרטית מחלישה את הרפואה הציבורית ועל כן יש לפעול לריסונה"

הצגתי מציאות הפוכה לחלוטין – רפואה ציבורית חלשה מזינה רפואה פרטית, ולא להפך

➤ "רופאים נוטשים את המערכת הציבורית לטובת הפרטית"

➤ "לא יהיה מי שילמד את המתמחים"

➤ "קיימות בעיות אתיות בכך שרופא במערכת הפרטית קובע לבד את צורך בניתוח ועל כן יש חשש שינתח בעודף"

טענות שעולות נגד רפואה פרטית

➤ "הרפואה הפרטית מחלישה את הרפואה הציבורית ועל כן יש לפעול לריסונה"

➤ "רופאים נוטשים את המערכת הציבורית לטובת הפרטית":

- נבדק ע"י מבקר המדינה – מדובר במספר קטן של רופאים שעברו בשנים האחרונות (כ-6 FTE – מורכב מחלקיות משרה)
- בישראל 430 חדרי ניתוח לעומת כ-40 בלבד במערכת הפרטית
- רופאים עוברים מסיבות רבות (עיכוב קידום, עצמאות עיסוק)
- גם רופא שעוסק בשר"פ בתוך בית החולים פנוי פחות למטופלים במסלול הציבורי

➤ "לא יהיה מי שילמד את המתמחים"

➤ "קיימות בעיות אתיות בכך שרופא במערכת הפרטית קובע לבד את צורך בניתוח ועל כן יש חשש שינתח בעודף"

טענות שעולות נגד רפואה פרטית

➤ "הרפואה הפרטית מחלישה את הרפואה הציבורית ועל כן יש לפעול לריסונה"

➤ "רופאים נוטשים את המערכת הציבורית לטובת הפרטית"

➤ "לא יהיה מי שילמד את המתמחים"

• במצב של הרחבת זכויות שר"פ לרוב הבכירים בבתי החולים עלולה להיווצר בעיה, אך כל עוד שמצומצם לא בעייתי

➤ "קיימות בעיות אתיות בכך שרופא במערכת הפרטית קובע לבד את צורך בניתוח ועל כן יש חשש שינתח בעודף"

טענות שעולות נגד רפואה פרטית

➤ "הרפואה הפרטית מחלישה את הרפואה הציבורית ועל כן יש לפעול לריסונה"

➤ "רופאים נוטשים את המערכת הציבורית לטובת הפרטית"

➤ "לא יהיה מי שילמד את המתמחים"

➤ "קיימות בעיות אתיות בכך שרופא במערכת הפרטית קובע לבד את צורך בניתוח ועל כן יש חשש שינתח בעודף":

- הבכירים הם ברי הסמכא לקבוע הצורך בכל פורום
- מכבי מפעילה פרה-אוטוריזציה במספר תחומים
- עודף הניתוחים יורגש כאשר השר"פ יינתן למנתחים רבים ובמצב של פיקוח לא אפקטיבי

תמצית עמדת מכבי

1. חיזוק הרפואה הציבורית מחייב דיון באג'נדה שונה לחלוטין;
2. הצעת המיקוד בדבר הרחבת השר"פ לכלל בתי החולים הציבוריים הינה שגויה;
 - תביא לעליה משמעותית בהוצאה הלאומית על בריאות;
 - תגרום לזחילת שכר כלפי מעלה בכל מערכת הבריאות;
 - עלייה בהכנסות הרופאים - ללא כל "ערך" בבריאות;
 - שובר איזונים הקיימים במערכת;
3. משרד הבריאות לא נותן הזדמנות למימוש יוזמותיו.

סיכום עמדת מכבי

➤ מכבי מעוניינת בראש וראשונה שמבוטחיה יקבלו שירות איכותי במערכת הציבורית.

➤ אין למכבי כל עניין בחיזוק רפואה פרטית מעבר למה שנדרש כשירות נאות וזמין לציבור.

➤ מכבי מחוייבת למודל התפעול המייחד את הקופה – זה המבוסס על רפואה עצמאית מנוהלת, עם זכות המבוטחים לקבל שירות מרופאים שהם בוחרים, במקום מועדף עליהם לביצוע הפעולות.

סיכום עמדת מכבי

למכבי יש עניין בהבטחת החוסן הכלכלי של כלל מערכת הבריאות ועל כן:

➤ בעידן משאבים מוגבלים, מכבי דוגלת בעשיית שימוש נכון במשאבים ומניעת בזבז. בהיבט זה, נדרש להבטיח קבלת "ערך" עבור כל השקעה של כסף חדש במערכת.

➤ הכנסת שר"פ לבתי החולים הציבוריים תעלה הוצאות בכלל המערכת, ובמיוחד בפרטית, ללא כל תמורה בריאותית לציבור ואולי אף תוך פגיעה בו. על כן מכבי מסתייגת מצעד כזה.

➤ מכבי שואפת להגדלת המשאבים בכלל מערכת הבריאות הציבורית, תוך התחשבות בצרכי הקופות ולא רק באלו של בתי החולים הציבוריים.