

עמדת פרופ' זאב רוטשטיין בפני ועדת גרמן

1.8.13



נפתח בשחיטת פרות קדושות ושבירת פרדיגמות



**פרדיגמה א': יש בתי חולים ציבוריים ויש בתי
חולים פרטיים בישראל**

**לא נכון! אין באמת בתי חולים
פרטיים בישראל - יש בתי חולים
ציבוריים למיוחסים**





פרדיגמה ב': בבתי חולים ציבוריים ניתן
שירות ציבורי בלבד - ובמה שקרוי בית
חולים פרטי ניתן שירות פרטי

**לא נכון! השר"פ מתקיים כיום בעיקר
בבתי החולים הציבוריים**



בתי חולים
ציבוריים למיוחסים*
(אסותא, הרצליה)
אין רפואה דחופה ומיון
קיים שר"פ

בתי חולים ציבוריים
אחרים (הדסה, שערי
צדק, לניאדו ועוד)
רפואה דחופה ומיון
קיים שר"פ

בתי חולים ציבוריים
(ממשלתיים וחלק
מכללית)
רפואה דחופה ומיון
אין שר"פ

***בבעלות הקופות הציבוריות
ונבנו במימון ציבורי ונשענים על
רופאי בתי החולים הציבוריים**

**כלומר - שר"פ מתקיים כיום בבתי
חולים ציבוריים ולא בפרטיים**



**פרדיגמה ג': יש מערכת ציבורית לכל -
הממומנת ע"י המדינה**

**לא נכון! מדינת ישראל ביצעה
הפרטה מאקרו כלכלית של מערכת
הבריאות**



- ישראל מתרחקת מהמודל האירופאי (השתתפות מדינה: 70%-80%) ומתקרבת למודל האמריקאי של פעם (40%-50%)
- צפוי כי המדינה תמשיך לפגר בהוצאה הציבורית על רפואה בשל הגידול באוכלוסיה

יותר כסף יבוא מכיסם של האזרחים



- המצב בישראל: כולם מבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי
- למרות זאת:
- 73% משלמים לקופות "השלמה"
- 40% משלמים גם למבטחים פרטיים
- אלו שמשלמים מבקשים לקבל עדיפות בשירות:
 - קיצור תורים
 - בחירת מנתח

התוצאה: כפל ביטוח חסר תקדים בהשוואה בינ"ל



עלות התביעות העיקריות מהשב"ן בקופות

בניכוי השתתפות עצמית, באלפי ש"ח

	שיעור מסך עלות התביעות	עלות	מספר התביעות	סוג כיסוי
**	42.00%	1,094,698	264, 026	ניתוחים ובחירת מנתח
	13.00%	342,516	723,417	ייעוץ וחוות דעת שנייה
	10.00%	268,119		הריון ולידה
	9.00%	235,805		רפואת שיניים
	8.00%	217,494		תרופות וחיסונים
	3.00%	85,382		שרותים לילד
	1.00%	25,682		ניתוחים בחול
	14.00%	369,485		אחר(אביזרים, אסתטיקה, משלימה)
	100.00%	2,639,181		

• בביה"ח שיבא בשנה 614,000 ביקורי רופא

• בביה"ח שיבא מבצעים 45,000 ניתוחים בשנה

** 1.5 מיליארד ₪ מתוך פרמיה של 3.1 מיליארד ₪ ב 2011

פרדיגמה ד': יש שוויון במערכת הציבורית

לא נכון!

כיום במערכת הציבורית אין שוויון

במערכת הציבורית למיוחסים ניתנים שירותים שלא ניתן לתת במערכת הציבורית האחרת, לרבות סוג הטיפול ובחירת המטפל



פרדיגמה ה': שר"פ = מודל השר"פ בהדסה/ שע"צ

במקור, הכוונה בשר"פ היתה לזכות בחירה

**בפועל – השר"פ הקיים היום
בהדסה/שע"צ הינו מודל שגוי,
בו רב הנזק על התועלת**



מודל הדסה/שערי צדק:

- ניתוחי הבחירה בתשלום נעשים במהלך יום העבודה וכחלק ממנו
- דילמה אכזרית בשעות העבודה: העדפת משלמים על לא משלמים
- אפליית תורים עבור לא משלמים
- תשלום כפול למבצע (משכורת + דמי בחירה) עבור אותן שעות עבודה
- אין תמריץ לרופאים לבצע עבודה ללא בחירה
- תעריפים בשמים
- היעדר שקיפות, היעדר בקרת מחירים ובקרת תורים
- מודל כלכלי לא יעיל

מבטא עיוות מוסרי וחברתי



ובינתיים בבתי החולים הממשלתיים

- הרופאים הכי טובים - שעוזבים בצהריים
- הציוד הכי טוב - שאינו מנוצל באופן יעיל
- דור צעיר - שנוהר אחר עגל הזהב הפרטי וזונח את המסלול האקדמי
- עתודה רפואית לשעת חירום - שאינה מטופחת
- עתודה ניהולית - אינה קיימת
- נטל תקציבי - שאין לו פתרון

משאב לאומי בתת-ניצול



והפרדיגמה המרכזית: האפשרויות העומדות בפני הוועדה – החלת שר"פ או אי-החלת שר"פ בכל בתי החולים

כפי שראינו – כבר היום מתקיים שר"פ בבתי חולים הציבוריים
המיוחסים: לא שוויוני, לא מוסרי, לא ערכי ולא יעיל כלכלית

על כן יש לשבור את הפרדיגמה ולחפש מודל אחר



העיקרון המוביל בכל מודל שייבחר:

מתן זכות בחירה לכולם

צדק חברתי גם בבריאות



הפתרון: זכות הבחירה לכולם

**אזרח בישראל יוכל לבחור את הרופא שיטפל בו, ללא קשר
לסוג הביטוח שבעלותו, באחד משני המסלולים:**

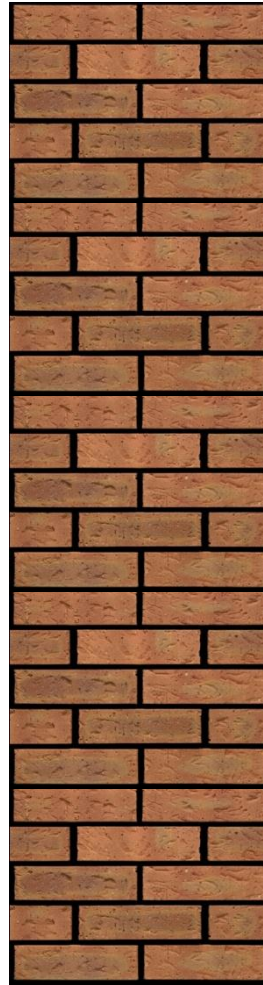
- מסלול בוקר - פתוח לכולם, ללא הפעלת ביטוח משלים/פרטי מכל מגוון הרופאים של בית החולים
- מסלול אחר צהריים - ניתן בהפעלת ביטוח משלים/פרטי, ומבוצע רק על ידי רופאים המתחייבים למכסות פעילות במסלול הבוקר - בתעריפים מוסכמים, שקיפות ובקרה מלאה

זכות הבחירה לא שווה הקדמת תור!



כל המסלולים פתוחים

**זכות בחירה
מעבר לשעות
העבודה**



**זכות בחירה
במסגרת שעות
העבודה**



מתווה "זכות בחירה לכולם"

- הגדרת יום העבודה לרופא בשעות ובתפוקות בוקר מוגדרות
- הגדרות חלונות ביצוע כלהלן:
 - חלון בוקר ללא בחירה
 - חלון בוקר בבחירה ללא תשלום

-
- חלון אחה"צ (ססיה) ללא בחירה, ללא תשלום (צדק חברתי גם לרופאים)
 - חלון אחה"צ בבחירה בתשלום

העיקרון: קדימות בתור ללא בחירה



מתווה "זכות בחירה לכולם"

- ניהול תורים מרכזי לבית חולים באחריות המנהל הרפואי - שקוף מבוקר ומתועד
- תום עידן הפנקסנות המחלקתית
- תור נפרד לכל מסלול בחירה (בוקר / אחה"צ)
- מחשוב מלא של מערכת התורים המבטיח שקיפות ואפשרות לבקרה מלאה, לרבות ע"י הרגולטור



עקרונות שילוב הרופאים בביצוע הבחירה

- זכות השילוב תינתן לכל רופא בכיר קבוע
- לכל בכיר משולב תוגדר מכסת בחירת בוקר כתנאי לביצוע בחירה בתשלום
- הגבלת בחירה בתשלום: ל- 50% עד 70% מביצוע בחירה ללא תשלום
- הגבלת אישור עבודה פרטית מחוץ לבית החולים בביצוע מכסת בחירה בוקר ללא תשלום
- הגבלת מתן אישור עבודה פרטית מחוץ לבית חולים, בקיום דיווח כמותי שיקושר למכסת הבוקר



מודל זכות הבחירה לכולם – עקרונות כלכליים

- מחויבות בית חולים לשמר את היקף פעילות הבוקר
- מכסות מבוקרות לעבודת אחה"צ (ססיות ובחירה)
- התשלום לבחירה אחה"צ ימומן משב"ן וביטוחים משלימים בלבד (לא ט' 17)
- תעריפי הבכירים יפוקחו, ויבטאו תעריפי שוק עם תקרות מוסכמות
- הנחת היסוד שלא יהיה גידול כולל בנפח הפעילות הניתוחית מעבר ל-20% (מגבלות "כושר ייצור")
- מקור הגידול: הסטה של ניתוחים מ"המיוחסים" ולא ביקוש מושרה
- בקרת עמיתים אמורה למנוע ביצוע פעולות וניתוחים שאינם מוצדקים

מודל זכות הבחירה לכולם – עקרונות רפואיים

- זכות הבחירה מוגבלת:
- פעולת הניתוח
- פעולה פולשנית אחרת
- התייעצות

אין בחירה במצבי חירום, רפואה דחופה, הצלת חיים



השפעות מקרו-כלכליות של המודל

- שיפור תחרות והורדת מחירים
- שיפור היציבות הכלכלית של ביה"ח הממשלתיים וניצול אופטימאלי של תשתיותיהם
- ניתן לקבוע תקרה להיקף ההוצאה על שר"פ
- כלי להתמודדות עם לחצי שכר
- הגדלת היצע
- תחרות תחרות תחרות



יתרונות כלכליים נוספים במודל

- בהינתן אפשרות בחירה בין כל נותני השירותים יתבטל הצורך בכפל ביטוח ותיבלם הנהירה לביטוחים פרטיים.
- הפחתת תעריפים לרופאים
- ביטול הצורך בפתיחת מיטות כירורגיות נוספות
- שימור המשאב האנושי במערכת הציבורית
- ניצול התשתיות הציבוריות לרבות ציוד רפואי יקר באופן מקסימאלי ויעיל



4 מיליארד ₪ של זאב וורמברנד / 1.8 מיליארד ₪ של רן סער

- אין כל ביסוס לעלות של 4 מיליארד או אפילו 1.8 מיליארד ₪ לדברי סער
- נתון כלכלי מופרך שאינו נשען על מודל כלכלי מוכר
- הנחת היסוד היא שתהיה הסטה של 100% מציבורי לשר"פ בכל המערכת
- חישובים אלו מתבססים על מחירי שב"ן הדסה שגבוהים ב 40% ממודל אסותא



מודל "זכות הבחירה לכולם" יאפשר:

- הגדלת שוויון - בתי חולים לכולם ולא רק לעשירים
- ניצול מלא של המשאבים הקיימים
- פיתוח הרופא ה"פולטיימר" בבית החולים הציבורי
- יציבות פיננסית של בתי החולים
- שקיפות ובקרה - שקיפות המכסה ושקיפות התורים
- הבטחת רופאים איכותיים בין כותלי בית החולים בכל שעות היום
- יצירת קריירה שפויה, מוסרית ומשתלמת לרופאים תחת קורת גג אחת

כולם מרוויחים ממודל "זכות הבחירה לכולם": WIN-WIN

הרופאים

- ✓ נאמנות לחולה והגשמת הייעוד של רופא מטפל, מחנך, חוקר
- ✓ מבנה שכר מתגמל יותר
- ✓ שיפור המעקב אחר חולה והבטחת הרצף הטיפולי
- ✓ עיסוק ברפואה ציבורית לצד הכנסה מרפואה פרטית
- ✓ פיתוח קריירה במקום אחד בו יוכל גם לעסוק במחקר והוראה

בתי החולים

- ✓ תגמול נכון יותר לרופאים המחויבים
- ✓ השארת הרופאים הטובים ברפואה הציבורית
- ✓ ניצול נכון יותר של הציוד וחדרי הניתוח
- ✓ תחרות הוגנת עם הרפואה הפרטית

המדינה

- ✓ מודל תחרות והקטנת מחירים
- ✓ שיפור השוויון, והגברת הצדק החברתי
- ✓ פתרון לבעיות השכר של הרופאים הבכירים
- ✓ מבטיחה כי כספי השב"ן ישמשו גם לשיפור הרפואה הציבורית
- ✓ מבטיחה מערכת בריאות טובה יותר
- ✓ הבטחת מערכת חירום טובה יותר

האזרח

- ✓ יכול לבחור מי מטפל בו ממגוון רחב יותר
- ✓ מקבל תמורה עבור התשלום לשב"ן
- ✓ אפשרות לבצע ניתוחים מורכבים בבית חולים אקדמי תוך בחירת המבצע
- ✓ נהנה מתחרות בין בתי החולים
- ✓ נהנה מרפואה שוויונית יותר
- ✓ נהנה מרפואה מתקדמת ובטוחה יותר

**לוועדת גרמן יש הזדמנות היסטורית
לחולל שינוי, לשבור פרדיגמות
ולעשות צדק חברתי גם במערכת
הבריאות**

מתן זכות בחירה לכולם

