



מצגת שב"ן תת ועדת גרמן

יואל ליפשיץ, עו"ד

לביא מדסק

17/11/2013

תוכן עניינים

סקירה כללית

שב"ן

סיכום

המלצות אפשריות

שוק הבריות בנוי מהמרכיבים הבאים

"צורך"

"רצון"

מגמות

- תחילת מאה-20 - מדינות דואגות שתושבים יקבלו את מה שצריכים.
- מחצית שניה - מאה-20 - התפתחות טכנולוגית מואצת, תקשורת מתקדמת, מחקר מקיף יותר על אופי ומרכיבי מחלות ודרכי התערבות, רמת החיים עולה - מטופלים יודעים מה הם רוצים.
פער בין צורך לרצון הוא אדיר
- **בכל העולם המערבי - קצב צמיחת מערכת הבריאות גבוה מקצב צמיחת התל"ג.**

פער בין תל"ג לקצב צמיחה בבריאות

מציב אתגר בפני מקבלי ההחלטות

בניית תוכניות משלימות

- פתרון סוציאלי סביר, צעירים ובריאים מסבסדים מבוגרים וחולים
- מקדם שוויון?

לבקש מהציבור לשאת בעלות שירות שאינו מכוסה

- מרבית אנשים לא יוכלו לטפל בבעיות רפואיות
- פגיעה בשוויון

לא לספק את השירות

- מוביל לשוק שחור

מגמות

המטופל יודע יותר, נגיש למידע באמצעות
האינטרנט והרשתות החברתיות. מכיר תרופות
חדשות בשוק, דרכי טיפול, המלצות על רופאים
דורש שיתאימו לו את השירותים בזמינות שהוא
בוחר

הגבלת הצריכה בלתי אנושית- בלתי אפשרית

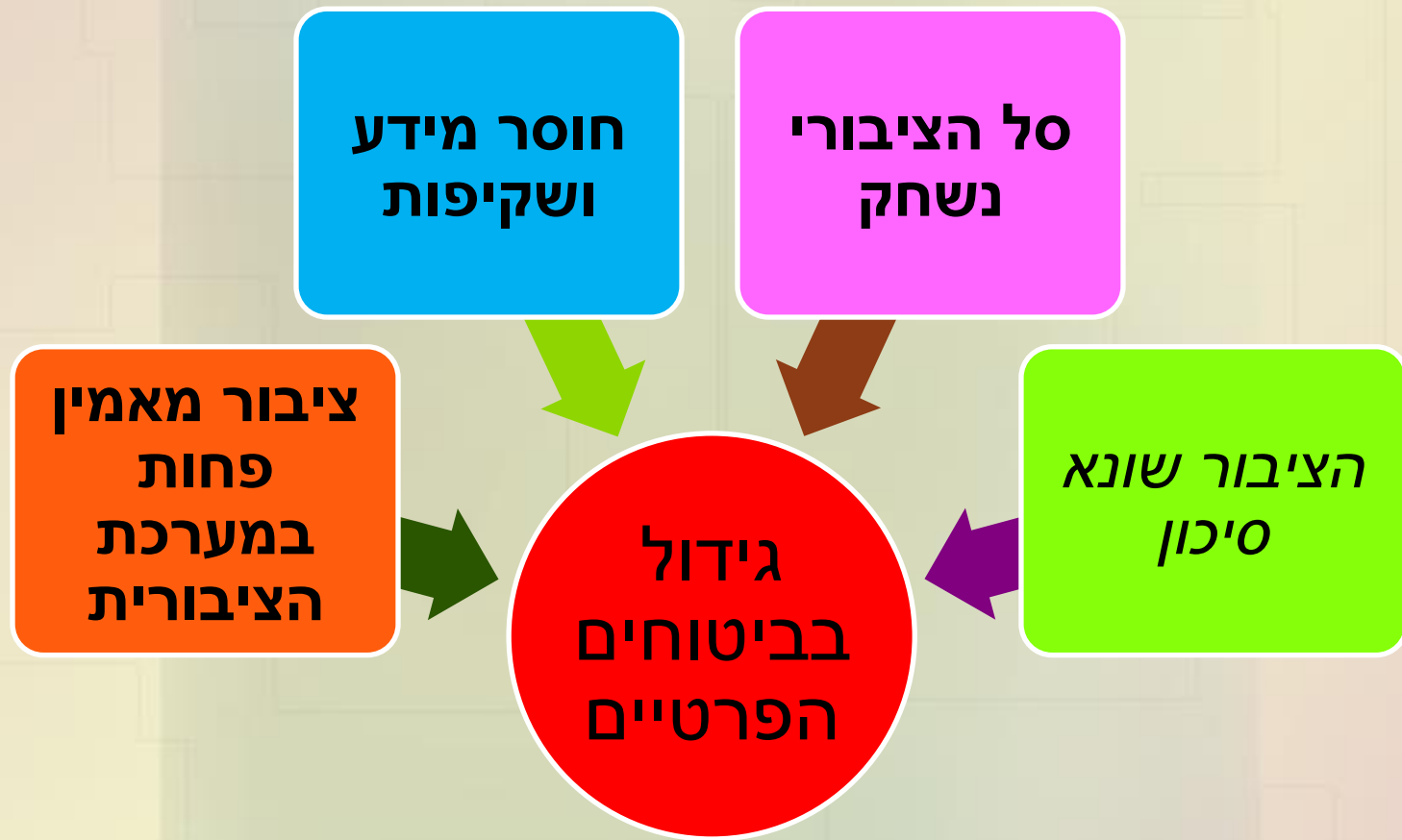
מאפייני שרותי הבריאות

סל בסיסי

- שרותי בריאות - זכות בסיסית
- שירותי בריאות – מוצר ציבורי
- שרותי בריאות – מוצר צריכה

שב"ן + פרטי

ביקוש לרפואה "פרטית" - סיבה ותוצאה



שאלות למחשבה?

התשובות לסוגיות אלה נעוצות הן בפן הערכי והן בפן הכלכלי ואינן חד משמעיות

- האם יש למנוע מתושבים לצרוך את מה שהם "רוצים" מעבר למה שהם "צריכים".
- מדוע למנוע ממטופלים גישה לטכנולוגיה שאינה מסופקת על ידי הממשלה בגלל מגבלת תקציב?
- מדוע תושב לא יוכל לבחור בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית.
- מדוע לא יוכל אדם להימנע מתור בשירות הציבורי על ידי פניה למערכת פרטית.
- נסיגת הגישה הפטרנליסטית של הרופאים מפני שיתוף החולה בתהליך קבלת החלטות ומידע הרפואי.
- האם מדיניות של צריכה חופשית בלתי מוגבלת היא מדיניות נכונה עבור מדינה עם מגבלת תקציב.
- מי באמת פוגע בשוויון.

הבעיה האמתית של מערכת הבריאות

נמצאת במערכת הציבורית

- **מחסור תקציבי**
- **בתי חולים בישראל הצפופים בעולם - מחסור מיטות.**
- **חדרי מיון - בקריסה - לא נותנים שירות.**
- **קופות חולים בגרעון. שחיקת תקציבים**
- **מחסור ברופאים - פנימית, הרדמה, גריאטריה, טיפול נמרץ רפואה פיסקאלית ושיקומית (לא בכירורגים).**
- **זיהומים.**

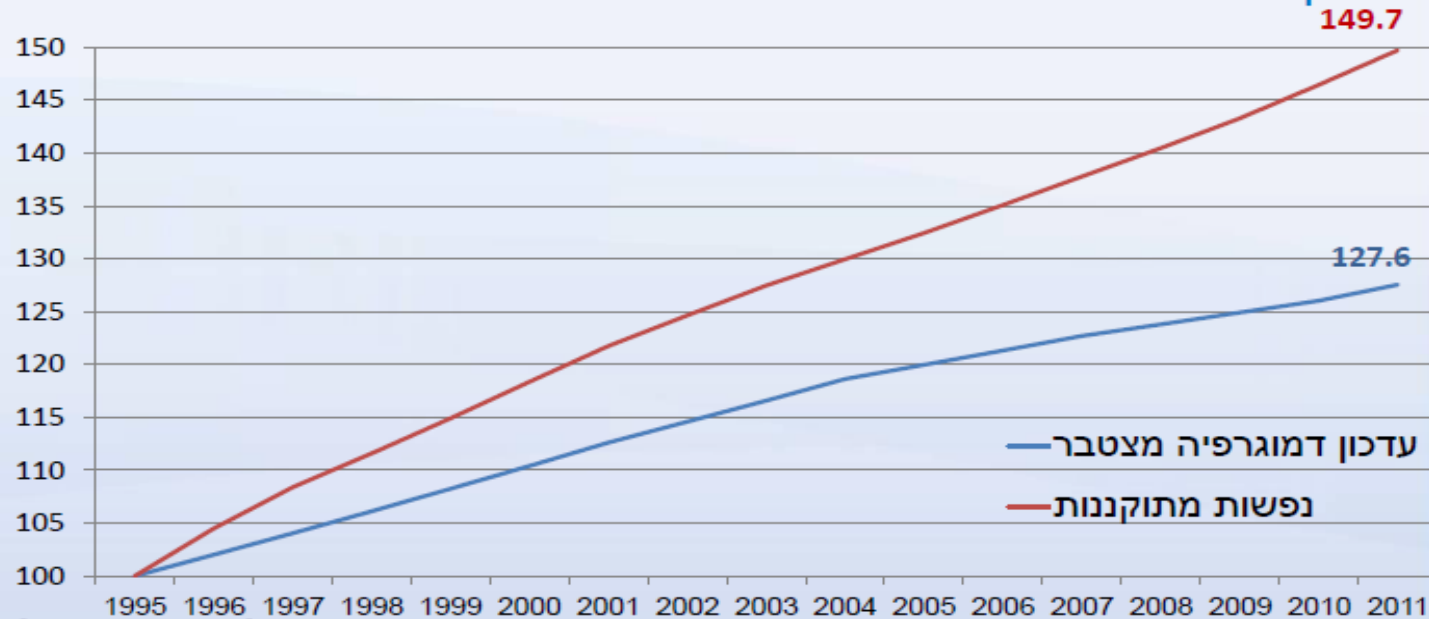
איך השר"פ או ביטול השב"ן יפתור את הבעיה?

כל אחוז שחיקה = 300 מליון ש"ח

ריאים יותר

מנגנוני עדכון הסל - דמוגרפיה

9ב(3) - שר הבריאות ושר האוצר רשאים ... לעדכן את עלות הסל לקופות בשל השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסיה.



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

מקור: אריאלי, חורב וקידר 2012

מדוע יש להגביל את ההוצאה הפרטית

- שוק הבריאות מאופיין במספר כשלי שוק.
- המטופל לא יודע מה הוא צריך.
- ספק השירותים מחליט עבורו.
- אין אפשרות אמיתית לבדוק את הרופא המטפל.
- אין לפרט יכולת לקבל החלטות יעילות.
- תחום רגיש - שונאי סיכון - יכולת הערכה נמוכה למוצר.
- על הממשלה להגביל צריכה פרטית על מנת "להגן" על הפרט ולעזור לו לבצע הקצאת משאבים יעילה

מדוע יש להגביל את ההוצאה הפרטית

- השפעת המערכת הפרטית על הציבורית.
- הוצאה פרטית עולה-פחות הכנסה פנויה
- לחץ לעליית שכר במערכת הציבורית.
- תשתיות כפולות.
- אימוץ בילתי מבוקר של טכנולוגיות.
- פגיעה בשיוויוניות.

מדוע יש להגביל את ההוצאה הפרטית

- לחץ אדיר על הממשלה לכלול את אותן טכנולוגיות חדישות בסל הציבורי- במצב שהשוק הפרטי חופשי ממגבלות מתקיים לחץ מתמיד להעלאת ההוצאה הציבורית
- תרופות מצילות חיים- דוגמא טובה לשנת 2008-2010.
- בחירת מנתח- דוגמא רעה- 2014 ?.

מדוע אין להגביל את ההוצאה הפרטית

- **חופש בחירה הוא עקרון בסיסי-** (ברור שלא נמנע מאף אחד לשלם באופן פרטי עבור טיפול רפואי או תכשיר רפואי).
- **אין הצדקה למנוע מאדם לשפר את מצב בריאותו.**
- אין תחליף אמיתי למנגנון של שוק חופשי
- גידול בהוצאה הפרטית לבריאות מעידה על העדפות של צרכנים.
- **שיפור בתועלת משירותים וטכנולוגיות רפואיות**
- הערך הכלכלי שהפרט מייחס להוצאה על בריאות גדל עם השנים.

מדוע אין להגביל את ההוצאה הפרטית

- מצב בו הממשלה מצליחה להקטין משמעותית את ההוצאה הציבורית לבריאות הינה בעיה לטווח ארוך.
- הפחתת ההוצאה הלאומית דרך הגבלת השוק פרטי וחסידה של טכנולוגיות חדשות יביאו להקטנה בסיכון שחברות אלו לוקחות בהבאתן הטכנולוגיות לישראל-הקטנת הנגישות לשיפורים הטכנולוגיים- ופגיעה בטווח הארוך באיכות חיי הפרט.
- פוגע בנגישות.
- מגביר תחרות.

מדוע אין להגביל

- מנגיש טכנולוגיות חדשניות.
- מגביר שיוויוניות
- מחסל רפואה שחורה
- המטופל יודע יותר, נגיש למידע באמצעות האינטרנט והרשתות החברתיות. מכיר תרופות חדשות בשוק, דרכי טיפול, המלצות על רופאים דורש שיתאימו לו את השירותים בזמינות שהוא בוחר

ההוצאה הלאומית לבריאות כחלק מהסוגיה

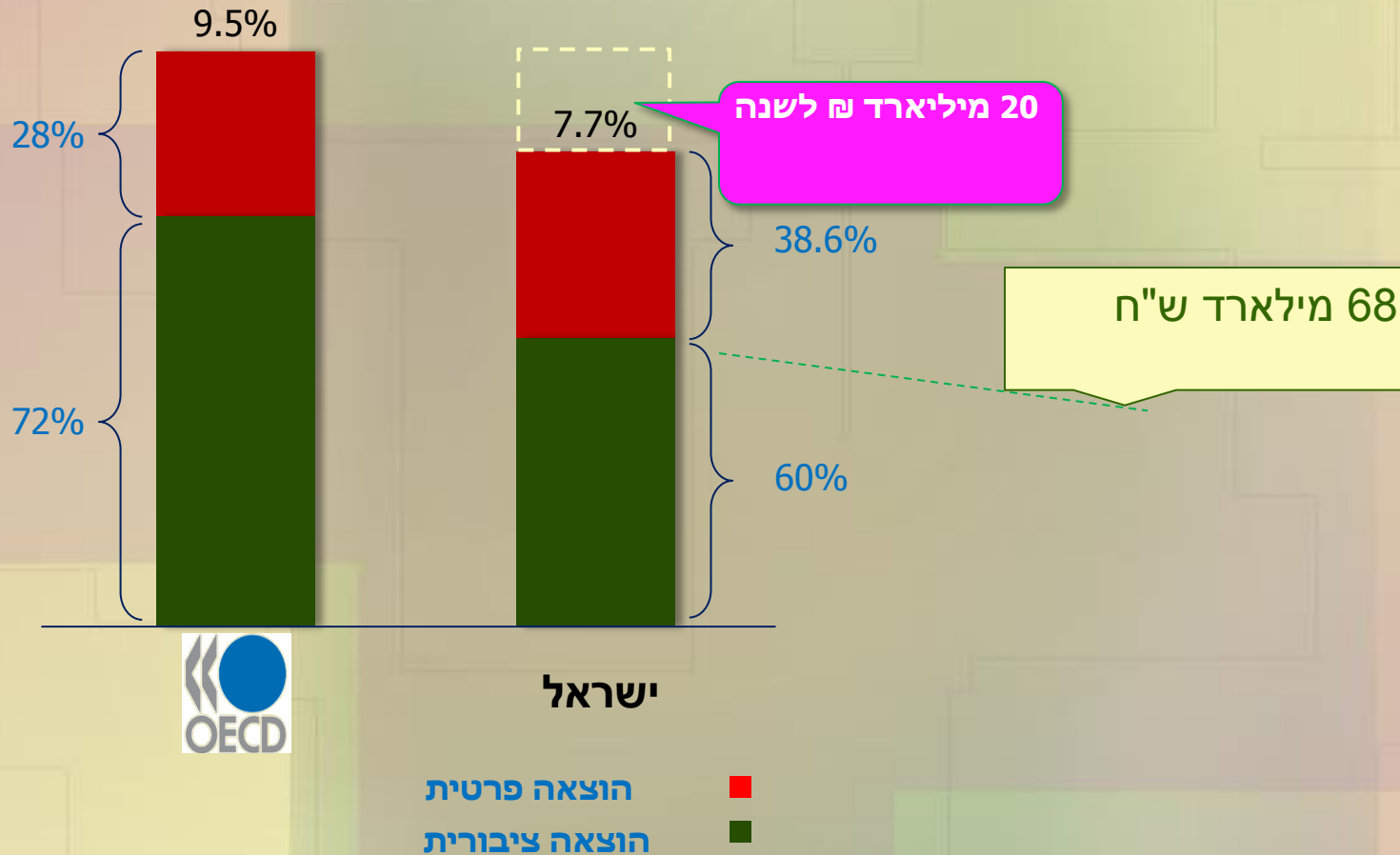
- מורכבת מהוצאה ציבורית והוצאה פרטית.
- אין כל ויכוח על הצורך להגביל את ההוצאה הציבורית לבריאות.
- לדיון בהגבלה של ההוצאה הלאומית קיימת השלכה ישירה על הצורך בהגבלת ההוצאה הפרטית.

מעורבות הממשלה בישראל להגבלת ההוצאה הלאומית

- הגדלה הדרגתית של השתתפות העצמית בתשלומי הביטוח הציבוריים.
- הגבלת ביקוש באמצעות CON.(פתיחת מיטות, בתי חולים, מכשירים רפואיים מיוחדים).
- שליטה בהיצע בשוק תמנע את הביקושים.
- פיקוח על מחירים
- אי עדכון ריאלי של מדדי הבריאות = שחיקה
- קפינג

הוצאה לאומית על בריאות

שיעור הוצאה הלאומית על בריאות מהתמ"ג, ישראל ביחס למדינות – OECD



גבי בן-נון

סכום ביניים לגבי התפתחות ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל

- שעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג – נמוך יחסית למדינות OECD
- שעור ההוצאה לבריאות בישראל כאחוז מהתמ"ג הוא יציב - בניגוד למגמה בארצות OECD
- ריסון ההוצאה הלאומית לבריאות הושג באמצעות שני כלים מרכזיים:
 - **ריסון היצע שירותי הבריאות: כ"א , מיטות**
 - **צמצום מקורות סל השירותים הציבורי**

מצגת קלאסית של גבי בן-נון

לסכום:

הגבלת ההוצאה הממשלתית בעידן של כלכלה צומחת:

- הגידול השנתי בתוצר - 3%-4%
- הגידול השנתי בתקציב המדינה - 1%-2%

הנימוק הכלכלי:

התייעלות ציבורית, צמצום יחס ההוצאה הממשלתית לתוצר, (הפחות על מותניים צרות...)

התוצאה המצטברת:
הצמיחה הכלכלית בשנים האחרונות
מדלגת על מערכת הבריאות הציבורית

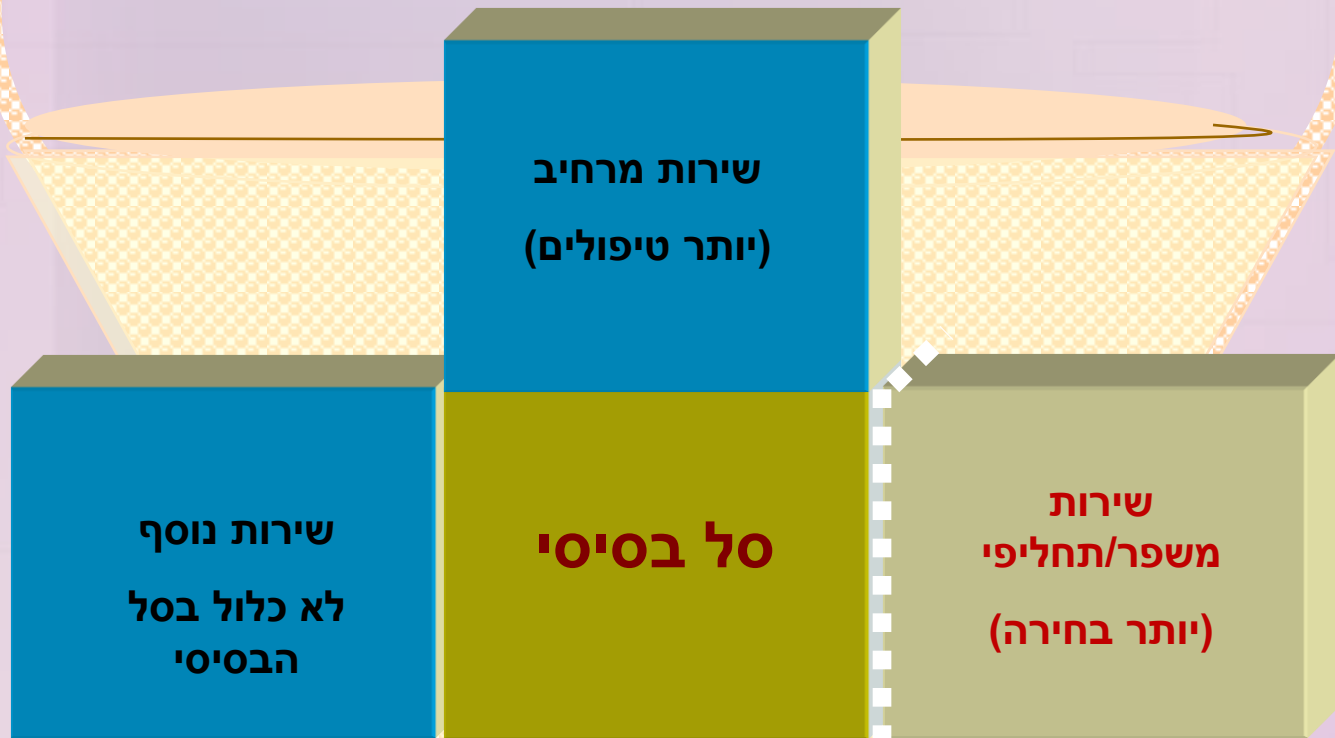
- שחיקה מתמשכת בחלקו של המגזר הציבורי בתוצר.
- עלייה במימון המגזר הפרטי
- פגיעה בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות.

- כאשר ההוצאה הציבורית היא מספקת- ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה "נתפסת" כהוצאה על צריכה שאינה מעניינת את הציבור- ואינה נושא לדיון ציבורי.
- כאשר המימון הציבורי "איננו מספק" והאמידים יותר קונים בכספם יחסית לעניים נגישות גבוה יותר, לשירות רפואי חיוני (תרופות מצילות חיים- רפואת שיניים)- מתחיל דיון ציבורי על ההוצאה הפרטית והשוויון.
- לכן הדיון חייב להתחיל בשאלה- מה היא ההוצאה הציבורית "הראויה"- ולא רק ביעילות הטיפולים (תלוי השקפת עולם)

שב"ן

- כל הקופות היו כאן והסבירו מה הם עושים.
- את החוק אתם כבר מכירים.

הקשר בין שירותי השב"ן לשירותי הסל הבסיסי



מבנה השב"ן

השב"ן משלים את סל הבריאות הבסיסי בשלושה פרמטרים:

שיפור

שירות המכוסה בסל
הבסיסי אך ניתן בתנאים
משופרים בשב"ן.

לדוגמא: בחירת מנתח

הרחבה

הרחבת השירותים
הקיימים בסל הבריאות
הבסיסי.

לדוגמא: טיפולי התפתחות
הילד / פיזיותרפיה

השלמה

שירותים שאינם
ניתנים בסל הבסיסי.

לדוגמא: תרופות /
טיפול שנייים למבוגרים /
אבזרים אורתופדיים

דוגמא לסוגי שירותים הכלולים בשב"ן

- **טיפול שיקום**
- הבראה לאחר אשפוז
- התפתחות הילד
- רפואת ספורט
- החזר הוצאות לתושבי אילת
- רפואה משלימה
- **טיפול פסיכולוגי**
- שירות אופטיקה
- **הסעה באמבולנס**
- רפואה אסטטית
- הפריות חוץ-גופיות,
- השתתפות במכשירי שמיעה
- ניתוחים וטיפולים בבתי-חולים פרטיים.
- **ניתוחים וטיפולים בחו"ל,**
- טיפולי כאב
- טיפולי פזיותרפיה (מעבר לסל)
- חוות דעת נוספות של מומחים,
- **רפואת שיניים,**
- בדיקות לנשים הרות,
- **בדיקות גנטיות לשלילת מומים,**
- **אביזרים רפואיים,**
- ניתוחי לייזר לתיקון ראייה.
- **תרופות וחיסונים שאינם בסל.**

יתרונות השב"ן

שוויוניות- אין סינון של מבוטחים באמצעות חיתום והחרגה. תוכניות השב"ן מחויבות לקבל כל מבוטח ללא קשר לגילו או למצבו הרפואי הקודם.

נגישות- כ- 75% מהאוכלוסייה חברה בתוכניות השב"ן לעומת כ- 30% בביטוחים המסחריים.

פרמיה נמוכה- תוכניות זולות למול ביטוחים מסחריים, בשל היתרון לגודל ובשל העובדה כי הקופות פועלות שלא למטרות רווח במחיר השווה לכל נפש מסופקות תרופות חיוניות שעלותם בשוק הפרטי אלפי ₪ בחודש.

מחולל שינוי- מגביר תחרותיות ומאפשר בדיקה של טכנולוגיות רפואיות

- **רצף טיפולי-** אין הפסקת טיפול עקב תקרות כספיות כנהוג בביטוחים מסחריים. קופה מחויבת להמשיך הטיפול התרופתי גם לאחר קביעת תקרה כל עוד המבוטח זקוק לתרופה והיא איננה כלולה בסל.
- **פיקוח אדוק-** לא ניתן לשנות זכויות או פרמיות של התוכניות ללא אישור משרד הבריאות
- **מגבלת תקציב-** למדינה תמיד תהיה מגבלה תקציבית לצורך הכללת טכנולוגיות לסל.

**התכניות לשירותי בריאות נוספים אינם תחליף לסל
אך מגשרות על פערי כסף וזמן עד להכללת חלק
מהשירותים בסל הבסיסי.**

יתרונות השב"ן

- תקצוב סל הבריאות הממלכתי נמצא בחוסר תקציבי מתמיד, לא כל הצרכים של האוכלוסייה מקבלים פתרון בסל הבסיסי.
- שב"ן עונה על "צורך" - (לא מייצר אותו)
- שב"ן עונה על "רצון" - (מייצר אותו)

שב"ן

**"הביטוחים המשלימים מאפשרים לשכבת
הביניים את היתרונות הבריאותיים העיקריים
של ביטוחי הבריאות תוך יעילות ומומחיות
ניהולית של הקופות, המשכיות רפואית למול
הסל הבסיסי ובחלק מן המקרים - חיבור של
המימון עם האספקה....."**

רוני גמזו כנס ים המלח 2012

טיעוני (האוצר) לביטול/צמצום השב"ן

- פגיעה בתחרות בין הקופות בסל הבסיסי. ופגיעה בתמריץ הקופות להוספת טכנולוגיות ושירותים שאינם כלולות בסל.

- מנוגד לעקרון השוויון שבבסיס החוק.

- יגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות

פגיעה בתמריץ הקופות להכללת שירותי/טכנולוגיות לסל הבסיסי

- בחלוף למעלה 18 שנים מעת חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי - אין עוד טעם רב, להתבסס על שיקולים תיאורטיים.
- במבחן המעשה - קופות החולים ממעטות לספק שירותים שאינם בסל, וודאי שאין הן נוקטות פרקטיקה של מתן תרופות וטכנולוגיות שאינן בסל.

פגיעה בתמריץ הקופות להכללת טכנולוגיות ושירותים לסל הבסיסי-

המשך

- תביעות לביה"ד לעבודה, כנגד קופות החולים והמדינה, וכן עתירות לבג"צ על אי הכללתן של תרופות חיוניות בסל או שירותים רפואיים, חושפות תמונה, לפיה- בהיעדר כיסוי לתרופות שונות בסל, ניצבים המבוטחים, ברובם המכריע של המקרים, מול "שוקת שבורה".
- הסיכון המשפטי מהווה לא אחת שיקול המרתיע קופות חולים בקבלת החלטות בדבר מתן שירותים שאינם בסל, משיקולים הנוגעים להשפעות רוחב.

פגיעה בתמריץ הקופות להכללת שירותים וטכנולוגיות לסל הבסיסי

- המדינה אינה רשאית לצפות, כי אילוצי התקציב, המונעים ממנה להכליל שירותים חיוניים לסל, "יפסחו" על קופות החולים, אשר "תשלמנה" את שהחסירה המדינה,

- לסיכום- הקופות לא מוסיפות שירותים חיוניים לסל הבסיסי ללא מקור מימון ראוי כך שהשב"ן לא פוגע בתמריץ התחרות של הקופות. גם לאחר ביטול

הכללה של תרופות מצילות חיים

מנוגד לעקרון השוויון שבבסיס החוק

האמנם?

- סעיף 10 לחוק מאפשר לקופות לכולל בשב"ן כל שירות רפואי שאינו כלול בסל למעט סיעוד, תרופות מצילות חיים ובחירת מנתח ללא תשלום.
- סעיף 10 ממיר את ערך השוויון ה"אנכי" (בין מבוטחי השב"ן לבין המבוטחים במסגרת הסל הבסיסי), בערך שוויון "אופקי" (בין מבוטחי השב"ן לבין עצמם, ובעיקר בין האוכלוסייה שתוכניות השב"ן פתוחה בפניה, בהתחשב בעקרונות ה"צירוף החופשי" המתחייבות בחוק, לבין האוכלוסייה של אזרחים בריאים או בעלי אמצעים שיכולים לרכוש פוליסות "ביטוח רפואי" מסחריות, או לרכוש לעצמם שירותים שאינם כלולים בסל).
- הנחת המחוקק כי את ההגנה על השוויון בין סוגי השירותים שיהיו פתוחים בפני כל מבוטח- יש להגשים במסגרת ה"סל הבסיסי", הניתן במימון ציבורי, בעוד שקידום השוויון, במובנו המהותי והעמוק יותר, ביחס לשירותים שאינם בסל- מושג, בצורה טובה יותר, על ידי הגברת נגישותו של הציבור הרחב לשירותים אלה, כשהם ניתנים במסגרת הכפופה לעקרונות הביטוח הסוציאלי ההדדי, ואינה מפלה בין מבוטחים, על רקע גילם ומצבם הבריאותי

מנוגד לעקרון השוויון שבבסיס החוק

האמנם?

- מעל 73% מאוכלוסיית ישראל מבוטחת בשב"ן.
- מנגד כ- 27% מאוכלוסיית ישראל אינה מבוטחת בשב"ן.
- כ- 20% מהאוכלוסייה אין לא שב"ן ולא ביטוח מסחרי.
- 35% מחזיקים ביטוח מסחרי בלבד.
- כ- 32% מחזיקים גם שב"ן וגם ביטוח מסחרי.
- על פי מכון ברוקדייל השימוש בתוכניות השב"ן מתבצע יותר ע"י מבוטחים קשישים וחולים כרוניים כך שמבחינה זו השב"ן מאפשר להם נגישות גבוהה יותר לשירותים ותרופות חיוניות.
- ביטול זכויות בשב"ן יותיר למעשה למעלה ממיליון קשישים וחולים כרוניים אשר תמנע מהם נגישות בהעדר יכולת לרכוש ביטוח מסחרי עקב חיתום והחרגה. **הפתרון היחיד בשבילם- הרחבת הסל הבסיסי.**

שוויון

**השב"ן פוגע בשוויון במידה מסוימת אבל אי עדכון
הסל באופן מהותי וקבוע פוגע בשוויון קשות**

**"אמנם השב"ן פוגע בשוויוניות כלפי 21% מהאוכלוסייה
אך תורם לרמת הבריאות הממוצעת באוכלוסייה לאור
היקף השימוש הרחב בו, מחירו הנמוך יחסית והעובדה
שאינו דורש חיתום, בכך משדרג השב"ן את שירותי
הבריאות העומדים לרשות רוב האוכלוסייה".**

כנס ים המלח השמיני 30/5/2007

גידול בהוצאה הלאומית

- מי אמר שזה רע? במיוחד שלא מגדילים את ההוצאה הציבורית.
- הרחבה בתוכניות השב"ן נובעת בין היתר מגידול משמעותי במספר המבוטחים בתוכניות.
- משנת 2000 ועד סוף 2011 גדל מספר המבוטחים בשב"ן מ- 2.823 מיליון ל- 5.57 מיליון,
- קופ"ח מכבי, למשל, לא הגדילה את הפרמיה הנגבית מאז 1998 עד להרחבת הכיסוי בתחום התרופות בשנת 2007, (למעט הצמדה למדד).
- מודעות המבוטחים לזכויותיהם וניצולן (עניין חיובי לכל הדעות) גברה אף היא.

ההוצאה הלאומית

- שליטה על ההוצאה הלאומית לבריאות עשויה לחייב דווקא "ניתובה" של ההוצאה הפרטית לתחומי כיסוי בעלי מקדם חיוניות גבוה. טענה (משרד האוצר), כי יש ליחד את הביטוח המשלים לשירותים בעלי מקדם חיוניות נמוך (שאינם ממין השירותים שב"ליבת" סל שירותי הבריאות) חותרת תחת הגיון זה.
- מתוך "דאגה" לריסון ההוצאה הלאומית האוצר לא אסר על חברות ביטוח מסחריות לשווק תרופות מצילות חיים בתוכניות שלהם- (להיפך הוא מעודד אותם).

אפשרויות העומדות היום בפני המבוטח

לביצוע ניתוחים

ביצוע ניתוח בחו"ל

שיפוי מלא
למבוטח
בתיאום
מראש

ביצוע ניתוח – פוליסה פרטית

פוליסה
מהשקל
הראשון

אין
השתתפות
עצמית

ביצוע ניתוח באמצעות שב"ן(לא בהסדר)

רופא או בית
חולים אינם
בהסדר שב"ן

השתתפות
עצמית
מוגדלת

מבוטח מקבל
מביטוח מסחרי
פיצוי/ החזר
השתתפות

ביצוע ניתוח באמצעות השב"ן(הסדר)

רופא ובית
החולים
בהסדר עם
השב"ן

יש
השתתפות
עצמית של
מבוטח

מבוטח מקבל
פיצוי מחברת
ביטוח

ביצוע ניתוח בבית חולים ציבורי

תור ארוך

אין אפשרות
בחירה

מבוטח מקבל
פיצוי מחברת
ביטוח

שב"ן מחולל שינוי

- תרופות מצילות חיים- שבר את מחסום התיקצוב לסל- 2008-2010- אין יותר ויכוח שצריך לתקצב את הסל בסכום של מאות מליוני ₪- שחיקה- (הוספת תוספת שלישית).
- שיניים- הכללה בסל הבסיסי- שחיקה.
- בדיקות הריון.-2012
- בדיקות גנטיות.2011-2012
- חיסונים.

תרופות חיוניות שאינם בסל

- רשימה סגורה- איכות בטיחות ויעילות. רשומה בישראל
- רשימה פתוחה-
 - רשומה במדינה מוכרת.
 - מחלות קשות- ותרופות יתום.
 - רצף טיפולי.
- **מכבי**- אין תכשיר חלופי בסל
- כללית- מיצוי טיפולי סל+ דירוג מיקרומדקס-
עוצמת המלצה, חוזק ראיות יעילות

דוגמאות תרופות

- מעל 300 מליון ₪ תרופות חיוניות בשנה. מעל 30 אלף מטופלים.

שם	התוויה	עלות למטופל	היקף חולים	עלות כוללת מילוני ש"ח
Daliresp	COPD	2,642.03 ₪	3,000.0	7.926
Yervoy	מלנומה גרורתית - קו טיפול ראשון	321,099 ש"ח	24.0	7.706
Zaltrap	סרטן גרורתי קולורקטאלי - קו טיפול מתקדם	49,000 ₪	210	10.3
Duodopa	פרקינסון	224,372 ₪	100	22.4
Avodart	BPH	1,135 ₪	57,300	65.3
Pradaxa	מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי	4,325	4,300	18.70
Signifor	מחלת קושינג	266,000	14	3.7

מסקנה

**ביטול/ צמצום השב"ן ללא עדכון מהותי קבוע של הסל
הבסיסי :**

1. לא יתמרץ את הקופות להכליל טכנולוגיות בסל.
2. לא יקדם את השוויון לכלל המבוטחים
3. לא ישפיע על ההוצאה הלאומית לבריאות
4. לא יפתור את בעיות מערכת הבריאות הציבורית.
5. יצמצם את התחרות ולא יחולל שינויים במערכת.

מסקנה-המשך

- הבעיה של מערכת הבריאות הציבורית איננה השב"ן ומכאן שהשב"ן איננו הפתרון.
- השב"ן עונה על צורך אמיתי ואינו מייצר אותו.
- בעידן של מגבלת תקציב ואלמנט בחירה - השב"ן מקדם את השיוויון.
- השב"ן הוא הפתרון הסביר לנסיבות הקיימות.

בחירת מנתח- שר"פ-הכללה בסל

- מתן בחירה לכולם- משמעות אין בחירה לאף אחד.
- חזרה של רפואה שחורה.
- שירות מחליף ללא תועלת אמיתית.
- טעות להכליל בסל.- בכל מודל.
(קריסה של פריפרייה)
- צמצום בשב"ן- חייב להיעשות בהתייחסות לביטוחים מסחריים- אחרת לא עשינו כלום.

המלצות

חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות

- הזרמת כסף חדש לסל הבסיסי. הרחבת המימון הציבורי- ממשלתי
- הכללת שירותים חדשים בסל הבסיסי.
- הכללת שירותים מהשב"ן לסל הבסיסי.
- הסדרת כללי הפעילות של השב"ן בתקנות
- הפחתת תעריפים.
- תשלום תקורות למערכת הבריאות הציבורית.
- הגבלת שכר מנתחים בשוק פרטי. (פיקוח מחירים).
- תיקון הוראות התקשי"ר- עבודה פרטית של רופאים עובדי מדינה ועובדי קופות חולים.

המלצות

- תיקון הוראות התקשי"ר- עבודה פרטית של רופאים עובדי מדינה ועובדי קופות חולים.
- החלת דין משמעותי.
- איסור הפניית מבוטחים
- החלת חובה על בתי חולים לספק שירותים שכלולים בסל.
- מידע- שקיפות.
- התייעלות- מחירון DRG של המשרד

תודה על ההקשבה

תת ועדת גרמן- ביטוחים

יואל ליפשיץ, עו"ד

17/11/2013

מתוך מחקר בנק ישראל יוני 2013

- לסיום יש לציין כי השוואה בין-לאומית של הוצאות בריאות לבדן מציירת רק תמונה חלקית של איכותה של מערכת הבריאות בכל מדינה. זאת כיוון שההוצאות משקפות את עלות שירותי הבריאות שנצרכו ולא את תוצאות הבריאות עצמן, תוצאות ששיפורן הוא היעד המרכזי של כל מערכת בריאות. אם שני תמהילים שונים של צריכת שירותי בריאות משפרים את בריאות האוכלוסייה באותה מידה, הרי ברור שעדיף לבחור בזול ביניהם הואיל והוא יאפשר להשיג יותר בריאות במסגרת מגבלות התקציב..
- מפאת קוצר היריעה לא נציג כאן בחינה מעמיקה של תוצאות הבריאות בישראל, אך כדאי להזכיר כי במקביל לכך שהוצאות הבריאות בארץ נמוכות (גם בניכוי הגורם הדמוגרפי), המדדים המקובלים למצב הבריאות הלאומי (כמו תוחלת חיים, שיעורי תמותת תינוקות, אובדן שנות חיים פוטנציאליות, הערכת בריאות עצמית וכו') מצביעים על תוצאות טובות בהשוואה בין-לאומית. נוסף על כך זוכה מערכת הבריאות הישראלית לשבחים בסקירות בין-לאומיות. צירוף זה עשוי ללמד על כך שבהשוואה למדינות אחרות, מערכת הבריאות בישראל מתאפיינת ביעילות גבוהה יחסית במבחן עלות-תועלת מצרפי. יש לציין כי המדדים המצרפיים שהוזכרו אינם מתייחסים לאי-שוויון בין קבוצות אוכלוסייה מבחינת תוצאות הבריאות, וכן הם מתעלמים מרמת "שירות הלקוחות".