



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ועדת המשנה לנושא ריבוי הכובעים של משרד הבריאות המלצות הכלליות



על מה דנה הועדה?

1. תחום בתי החולים: רפואה פרטית וציבורית, תיירות מרפא, ניגוד העניינים של משרד הבריאות כבעל בתי חולים

2. שב"ן וביטוחי בריאות פרטיים

היכן קופות החולים?

גבירותי ההיסטוריה חוזרת

• הצעה להחלטת ממשלה: הקמת רשות אשפוז

1978

• ועדת טוקטלי (רשות אשפוז)

1981

• נוהלי הפעלת בתי חולים במסגרת הסדר האוטונומיה

1987

• ועדת נגן (רשות אשפוז)

1988

• ועדת נתניהו (תאגוד)

1990

• ועדת אמוראי (תאגוד)

2002

• ועדת ליאון (תאגוד)

2004



ועדת נתניהו, 1990 *ההמלצה היחידה שלא בוצעה

"אחת הבעיות המהותיות במשרד הבריאות בישראל הינה כפל תפקידיו: מחד גיסא, מופקד המשרד על התוויית מדיניות, תיאום, פיקוח ובקרה על מערכת הבריאות בארץ, ומאידך גיסא מפעיל המשרד עצמו - במקביל - כמחצית מכלל מיטות האשפוז בבתי החולים ואת עיקר שירותי המניעה האישיים."

"המשרד אמור להיות גורם נייטרלי בין ספקים שונים של שירותי הבריאות, כגון קופת חולים כללית ומלכ"רים אחרים - ואילו הממשלה, כבעלת בתי חולים, מעמידה עצמה במצב של ניגוד אינטרסים בינה לבינם. מצב זה, המנוגד לסדרי מינהל תקינים, יוצר בעיות רבות."



ועדת אמוראי, 2002

"הניהול הישיר של בתי החולים ומתן שירותי בריאות לפרט בד בבד עם קביעת מדיניות לאומית, המחייבת את כלל מערכת הבריאות, יוצר מצב של ניגוד עניינים. נוצר מצב של ניגוד אינטרסים מול קופות החולים, למשל, והמצב אינו עולה בקנה אחד עם מנהל תקין."

"יישום התיאגוד יאפשר למשרד הבריאות להתפנות ולפעול כמיניסטרוון מתכנן, מארגן, קובע מדיניות ומפקח עליה, מפעיל מנגנוני פיקוח ובקרה, וכל זאת ללא חשש לניגוד עניינים ולהטיה. ההפרדה תגביר את התחרותיות בשוק שירותי האשפוז, והיא עשויה להביא להתייעלות ולהקצאת מקורות נכונה יותר."



ועדת ליאון, 2004

"כפל תפקידים זה גורם לכך שהמשרד עוסק רבות בכיבוי שרפות ובניהול שוטף של בתי החולים, ואינו מתפנה לביצוע התפקידים המיניסטריאליים. בנוסף, כפל תפקידים זה יוצר ניגוד אינטרסים מובנה בתוך משרד הבריאות."



אינדיקטורים לריבוי הכובעים :

1. רשיונות
2. מדדי מחירים וקפ
3. אפליית מימון בתי החולים
4. הימנעות ממדדי יעילות



1 רשיונות

רשיונות

- אינטרס משרד הבריאות כבעליו של בתי החולים הממשלתיים
גובר על האינטרס הציבורי, כפי שבא לידי ביטוי בשימור וחזוק
נתחי השוק באמצעות הקצאה מפלה ולא מיטבית של רשיונות
המיטות והמכשירים:
- פתיחת מחלקות נרחבת בבית החולים בנהריה, לעומת הגדלה
מינורית בבתי חולים בבעלות הכללית
- אי-אישור רשיונות למיטות סיעודי מורכב באיזורים בהם עלולים
להיפגע בתי החולים בבעלותו (כגון חיפה)
- מאיץ קווי לאיזור הצפון – אי-אישור מאיץ לבית חולים העמק



2.א מדדי מחירים



מדדי המחירים

➤ מדד הכנסות – מדד יוקר הבריאות:

➤ סל שירותי הבריאות מקודם מדי שנה לפי "מדד יוקר הבריאות", שהרכבו אמור לייצג את הוצאות קופות החולים

➤ מדד הוצאות – מחיר יום אשפוז:

➤ מחירי השירותים בבתי החולים מקודם מדי שנה לפי "מחיר יום אשפוז"

➤ הוצאות האשפוז מהוות למעלה מ- 42% מהוצאות קופות החולים, אך מחיר יום אשפוז אינו כלול במדד יוקר הבריאות

➤ ריבוי הכובעים:

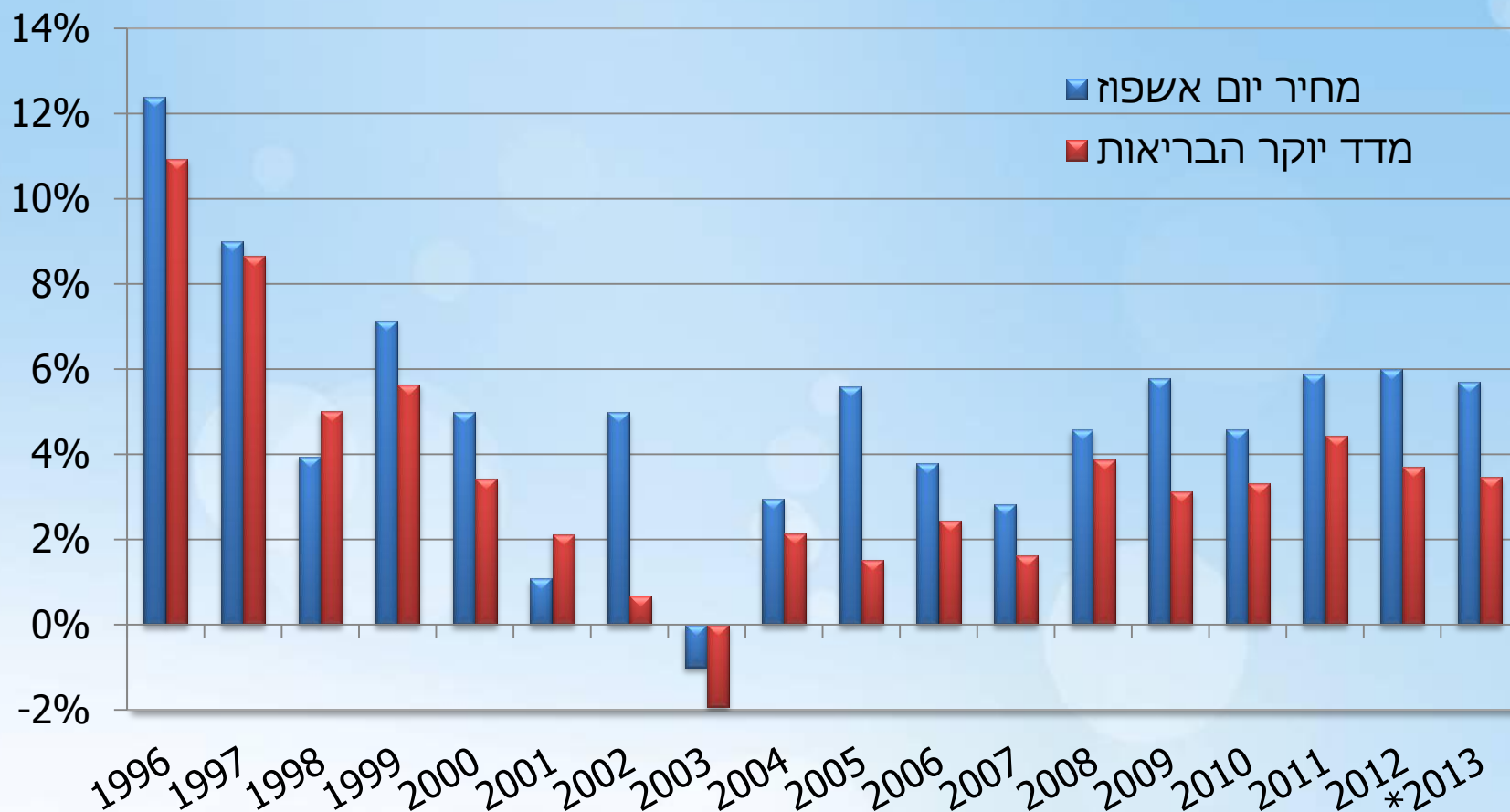
➤ מחד, משרד הבריאות אמון על הרגולציה, ובכללה הקצאת משאבים מיטבית דרך פיקוח על המחירים

➤ מאידך, משרד הבריאות מחזיק בכמחצית ממיטות האשפוז בישראל, וכבעלים מגן על הכנסותיהם [= הוצאות קופות החולים]



מדד יוקר הבריאות ומחיר יום אשפוז

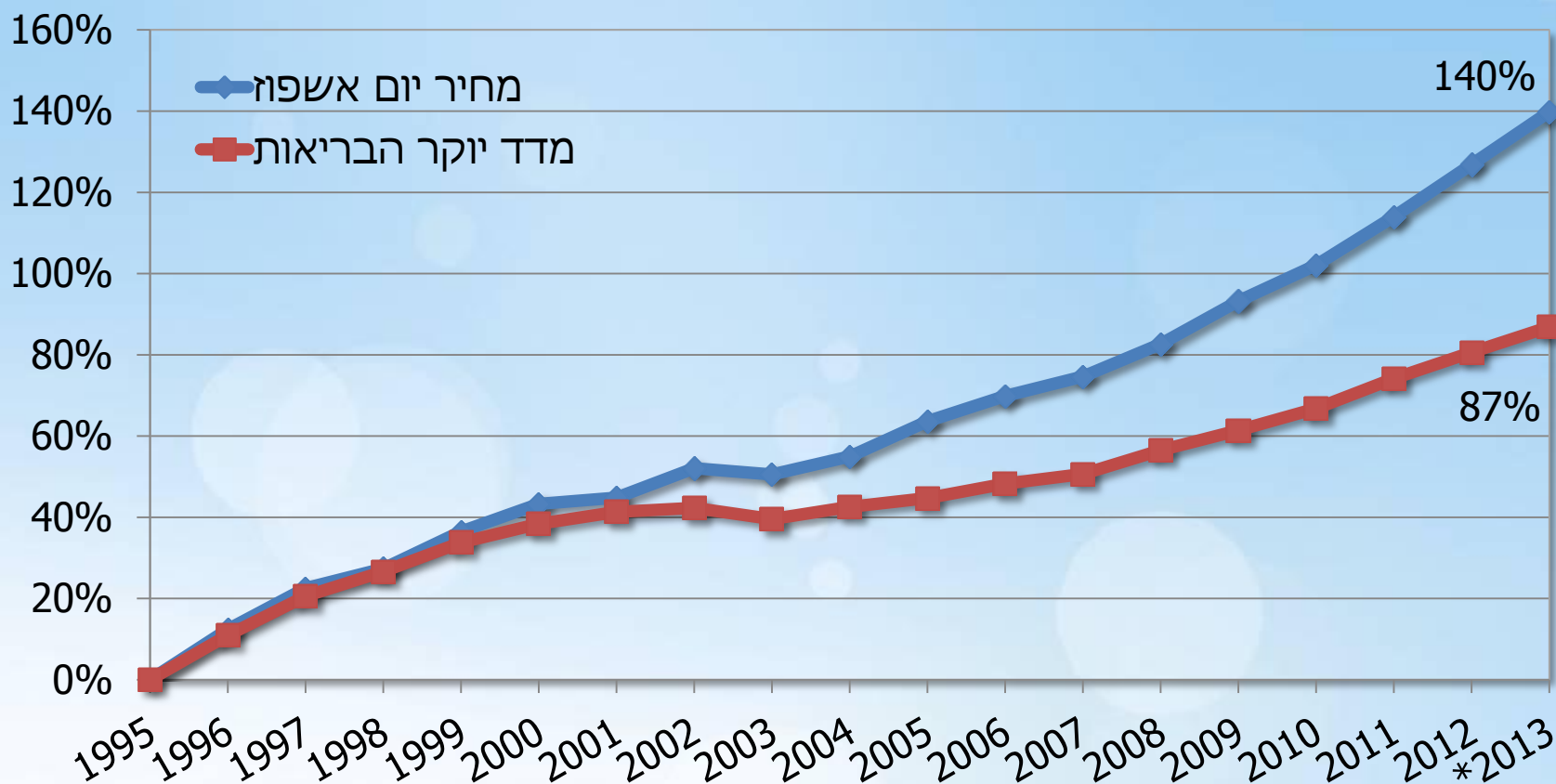
1995-2013





מדד יוקר הבריאות ומחיר יום אשפוז

שינוי מצטבר 1995-2013





בג"ץ 8730/03

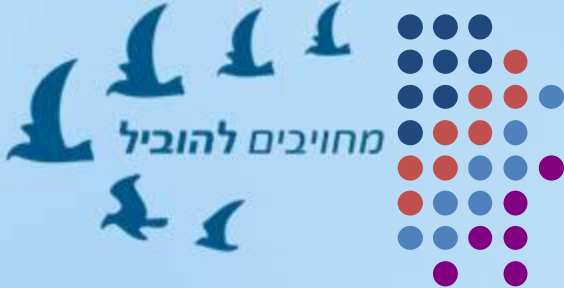
הכללית עתרה לבג"ץ כנגד שחיקת המקורות ואפליית המשאבים. בפסיקתו קבע בג"ץ:

"מדובר בשאלה הנוגעת במישרין לזכות לבריאות של כל אזרחי מדינת ישראל [...] זכות זו, אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוקנת אט אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, עליה נדמה שאין חולק."

2.ב קפ



עקרונות הקפ



מתוך הצעת חוק ההסדרים 2013-2014:

"הוצאות רבות בבתי החולים הן הוצאות קבועות אשר אינן משתנות לפי מספר ימי האשפוז המבוצע בפועל ועל כן מחירי השירותים משקפים את העלות הממוצעת הגבוהה מהעלות השולית.

במצב זה, קיים תמריץ לבית חולים להגדיל את הכמויות של ימי האשפוז ושל הפעולות המבוצעות בו, בעוד שלקופות החולים יכולת מועטה לשלוט בכמויות של השירותים הניתנים לחברים בהן בבתי החולים. מכאן, שבהעדר הסדר חקיקתי, תהיה נטייה לגידול מתמיד בכמויות, וממילא לגידול מתמיד בהוצאות הקופות לשירותי בריאות הנרכשים בבתי חולים.

כדי למנוע גידול בלתי מבוקר בהוצאות הקופות לשירותים הנרכשים בבתי החולים, הוצאה שהיא מרכיב עיקרי בהוצאות קופת חולים, הוחל במסגרת חוק ההסדרים 1997 הסדר התחשבנות המבוסס על תקרות צריכה.



קפ 2014-2016

- בהסדר הקפ לשנים 2014-2016 נקבעה רצפת צריכה לכל קופה, בכל בית חולים המבוססת על נתוני 2012, ומקודמת ב- 3.4% נוספים.
- תחת הסדר הקפ החדש, עבור אותו רכש ברוטו [= עבור אותן הוצאות של בית החולים], תידרש הכללית לשלם עשרות ומאות מיליוני ש"ח יותר מהתשלום ב- 2012
- רצפת התשלום הקבועה בקפ משמעותה: הפיכת הכללית לבנק להזרמת מזומנים בטוחה, יציבה ומתגברת לבתי החולים



משמעויות

- שחיקת המחירים וחובת התשלום בקפ נוגסות במשאבים העומדים לשירותי הקהילה
- עליית מחיר יום אשפוז מעלה את כדאיות האשפוז הפרטי, תופעה משלימה שמעצימה את אי-השוויון
- משרד הבריאות פועל על פי האינטרס הנובע מבעלותו על בתי החולים הממשלתיים, ולא על פי האינטרס הציבורי:
- יעילות מרבית תחת משאבים מוגבלים
- שוויון בהקצאת המשאבים



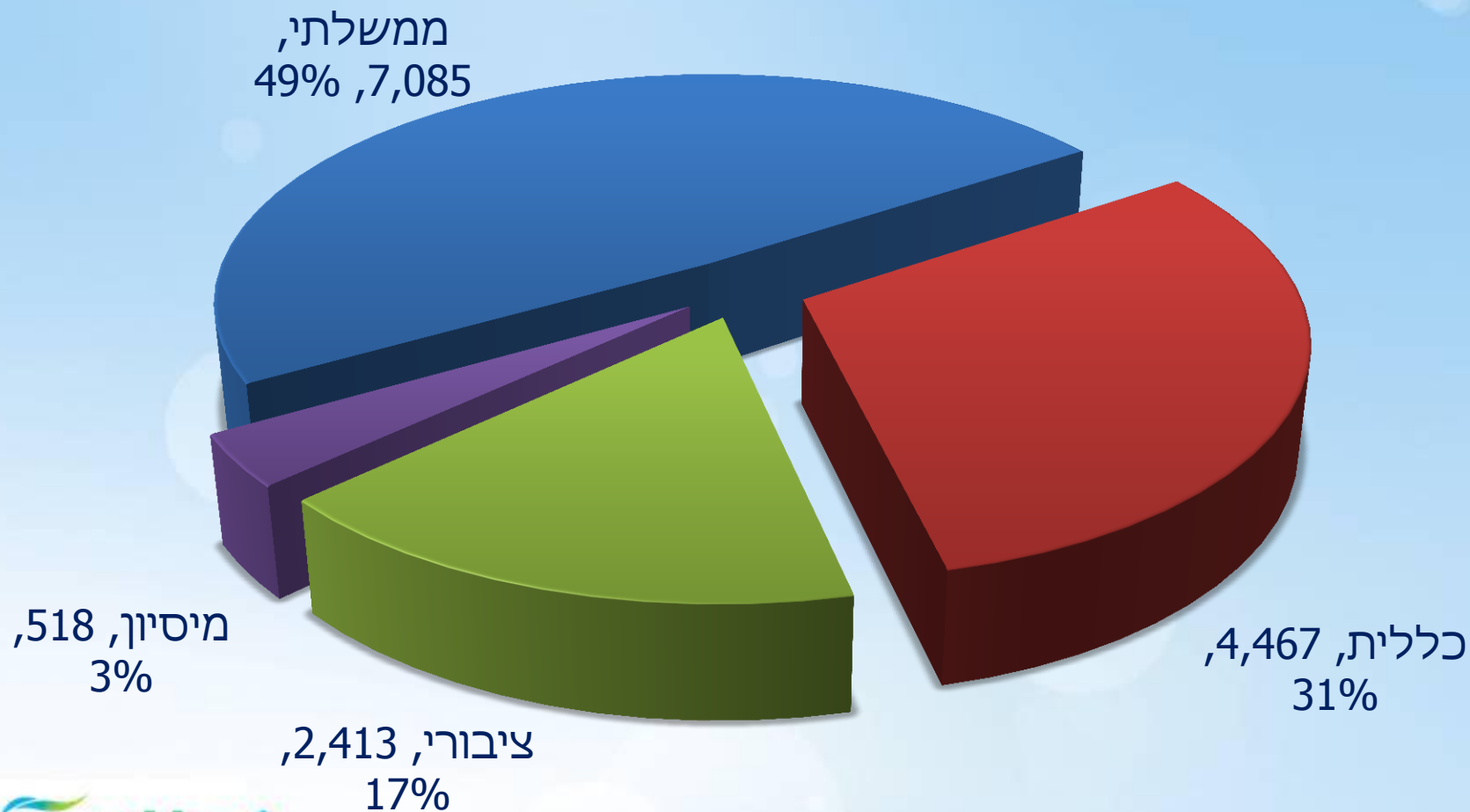
3

אפליית מימון בתי החולים



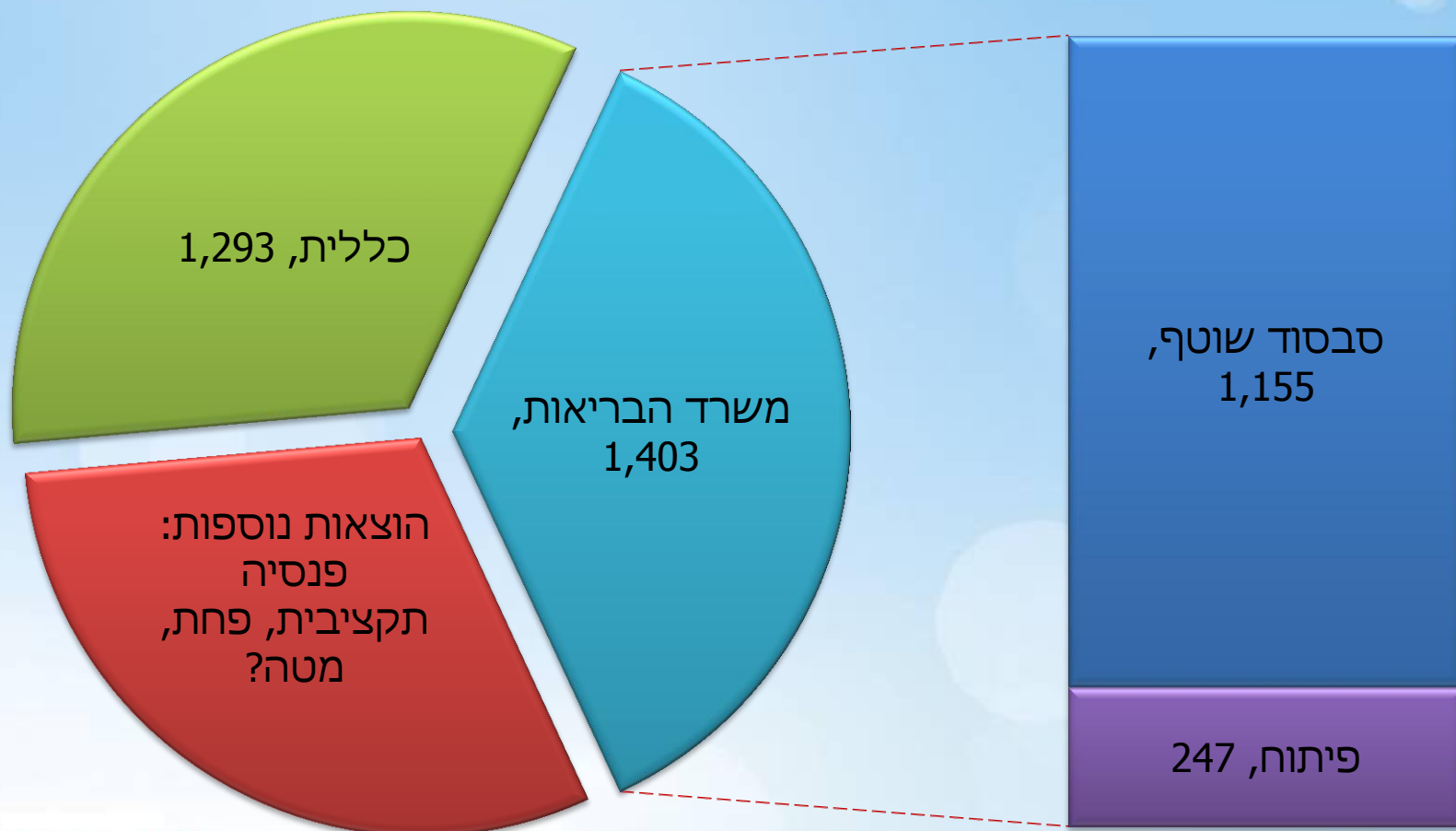
מערכת האשפוז בישראל - שחקנים

התפלגות מיטות האשפוז הכלליות-ציבוריות:



אפליית מימון בתי החולים

גירעון בתי החולים 2012 – כללית וסבסוד בתי החולים הממשלתיים:





משמעויות

➤ בתי החולים הממשלתיים זוכים למימון גירעונותיהם

➤ מימון גירעונם של בתי החולים של הכללית הוא על ידי הפליית
מבוטחי הכללית

➤ ושוב, אינטרס משרד הבריאות כבעלים גובר על האינטרס
הציבורי:

➤ אפליה בהקצאת המשאבים מצד המדינהפגיה במבוטחי
הכללית הנושאים בנטל המימון



4

הימנעות ממדדי יעילות ואיכות

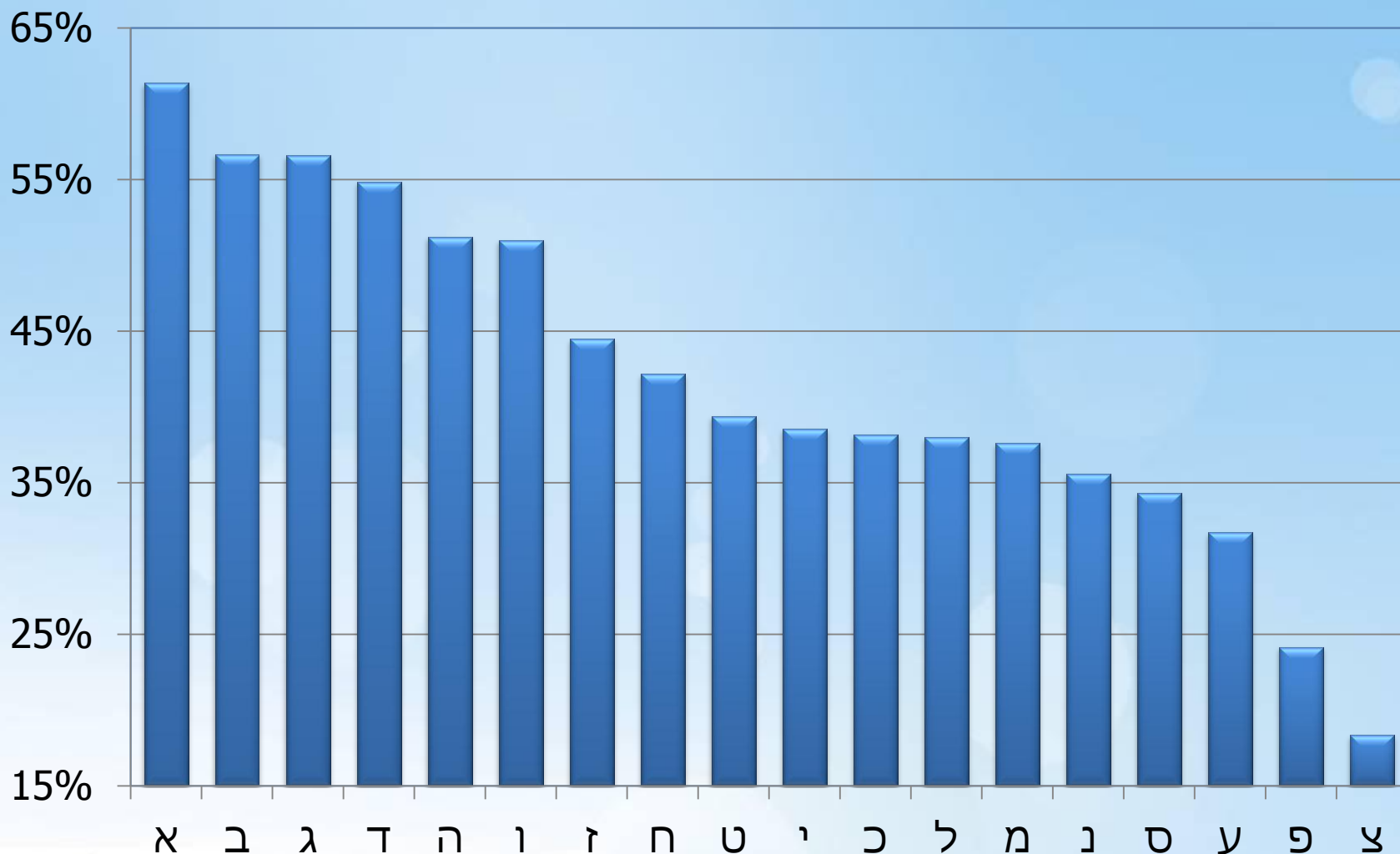


חוזרי משרד הבריאות

- היערכות לחורף 2013-2014, מס' 31/2013
- סל מזון לבתי חולים כללים, מס' 5/2013
- עדכון נוהל השתלות איברים מן החי, מס' 10/2013
- נוהל מתנדבי שירות לאומי/ אזרחי המסייעים לרופאים מתמחים- הגדרת תפקיד, מס' 24/2013
- נוהל חובת נוכחות רופא מומחה במלר"ד, מס' 21/2013
- נוהל איסור התניית מסירת הודעת לידת חי בתשלום חוב כספי, מס' 17/2013
- נוהל ניהול כספי פיקדונות מאושפזים (חוזר חשב משהב"ר), מס' 01/2013

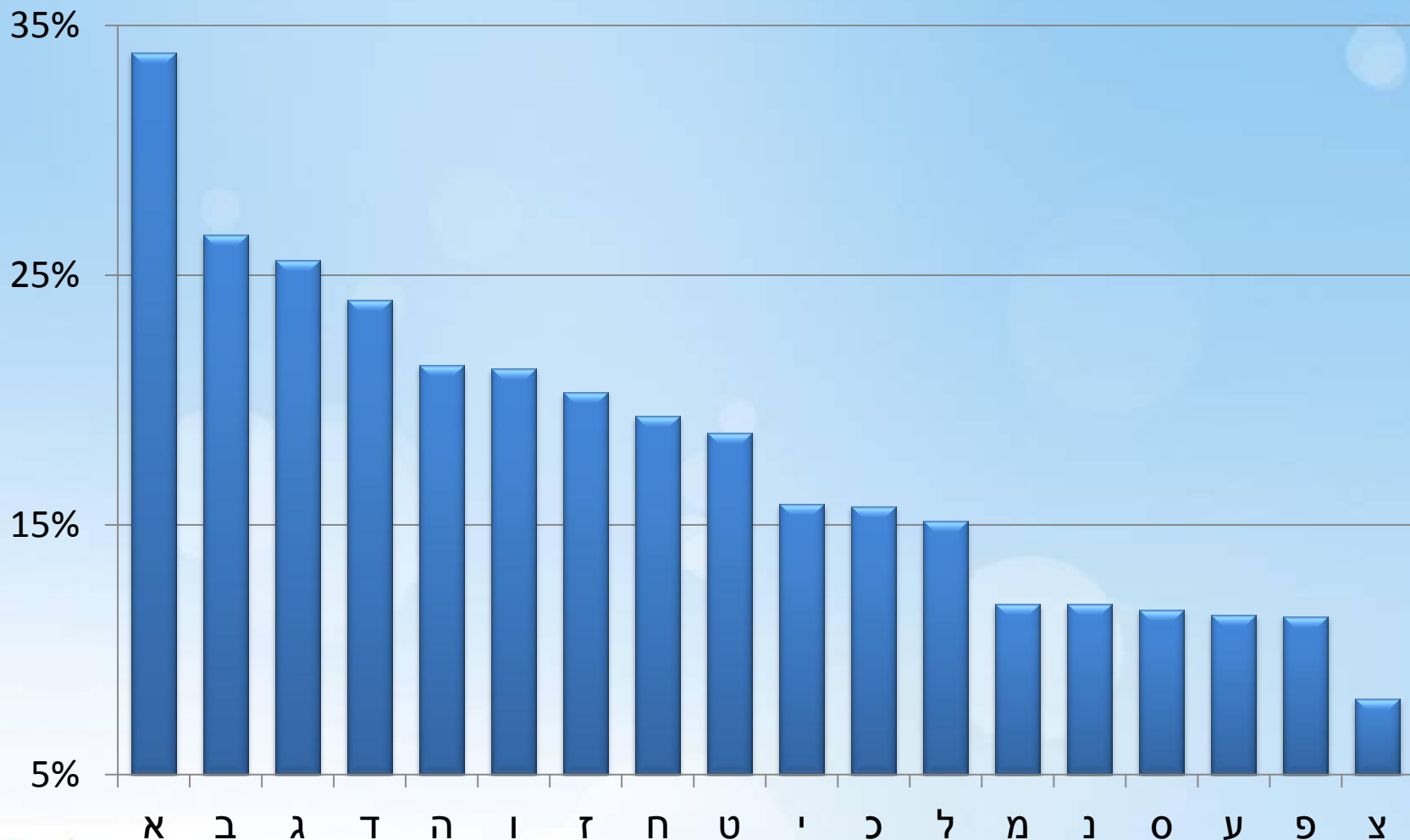


אשפוזים מיותרים – שיעור אשפוז ממיון פנימי, מבוטחי הכללית, 2012



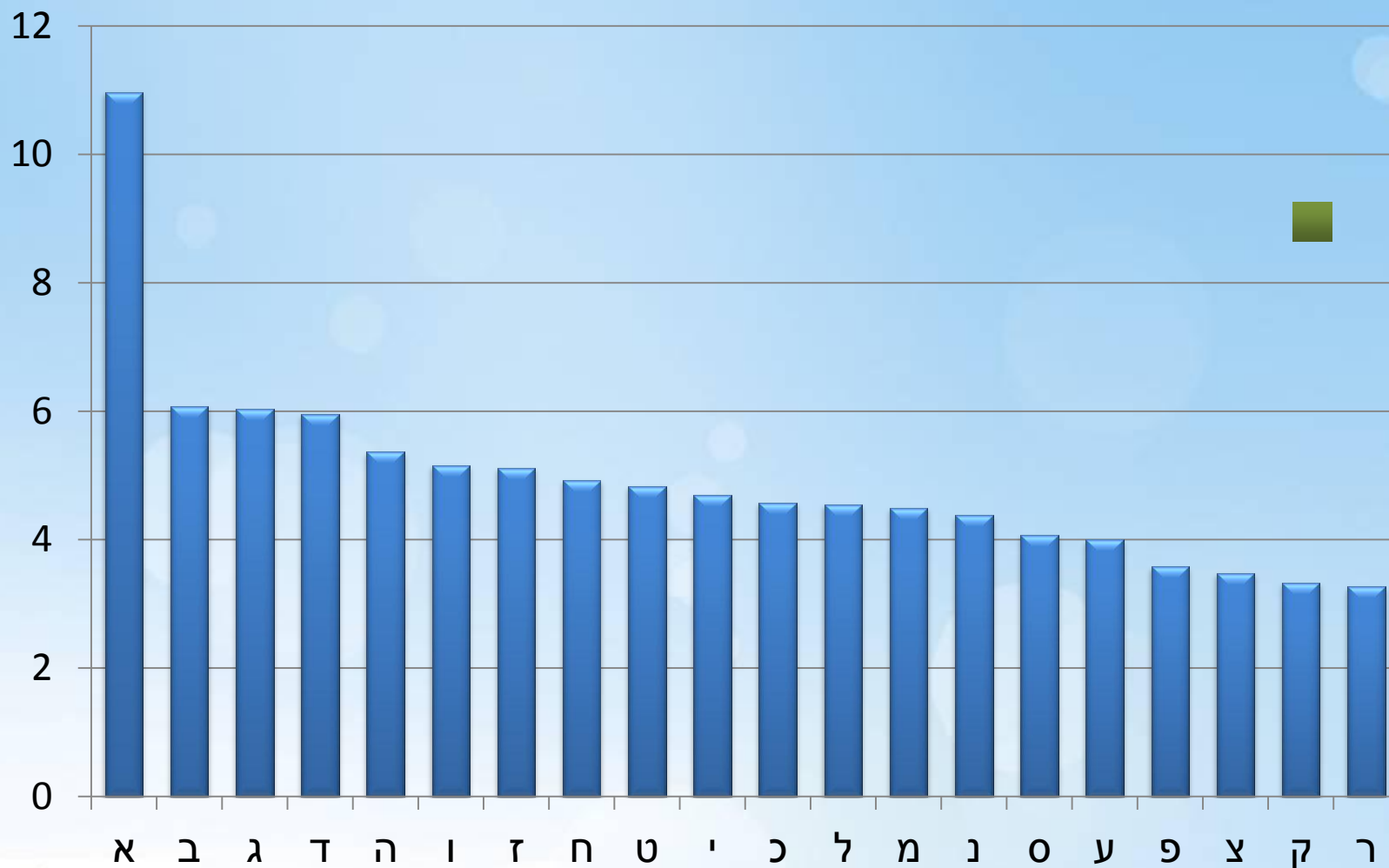


אשפוזים מיותרים – שיעור אשפוזים בני יום אחד, מחלקות פנימיות, מבוטחי הכללית, 2012





אשפוזים מיותרים – שהייה ממוצעת, מחלקות פנימיות, מבוטחי הכללית, 2012





OECD REVIEWS OF HEALTH CARE QUALITY: ISRAEL, 2012

"Poor information on hospital quality makes it difficult to assess whether frequent reports of quality shortfalls are highlighting systematic problems."

"Governance of the health system is fuzzy, with the ministry involved in both setting policy and operating half the country's hospitals, making it difficult to locate responsibility for driving change."

משמעויות

- חוסר אחידות בטיב הטיפול בין בתי החולים
- פגיעה באיכות השירות הרפואי
- אשפוזים מיותרים
- חוסר יעילות – ניתן לתת שירות רפואי מיטבי בקהילה



המלצה



OECD Economic Surveys: ISRAEL, 2013

"[...] their status as public-sector entities means there is a fundamental weakness in the governance of hospital care: the Ministry of Health is both a provider and regulator. This conflict of interest can potentially lead to a number of difficulties, such as a tendency to focus on the hospital sector in policymaking and the potential for internal tensions within the Ministry when there are reforms that run counter to the interest of the government-run hospitals."

"The health-care system would be improved if the government-run hospitals were not managed directly by the Ministry of Health, for instance by changing them to hospital trusts."

מרחב האפשרויות

~~סמן שמאלו: בתי חולים ממשלתיים~~



חלופה
מעורבת

חברה ממשלתית (דואר ישראל, נמל חיפה)



חברה ממשלתית חלקית (הספריה הלאומית)



מלכ"ר (הדסה, שערי צדק, לניאדו)



בעלות קופות החולים (דעת המיעוט בועדת ליאון)



~~סמן ימני: תאגיד למטרות רווח (אסותא)~~



גבירותי ההיסטוריה חוזרת?

• הצעה להחלטת ממשלה: הקמת רשות אשפוז

1978

• ועדת טוקטלי (רשות אשפוז)

1981

• נוהלי הפעלת בתי חולים במסגרת הסדר האוטונומיה

1987

• ועדת נגן (רשות אשפוז)

1988

• ועדת נתניהו (תאגוד)

1990

• ועדת אמוראי (תאגוד)

2002

• ועדת ליאון (תאגוד)

2004

• ועדת קן (?)

2014