



אתגרים במערכת הבריאות

2013-2030

ד"ר טוביה חורב

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

משרד הבריאות



מהלך ההצגה

- ☐ ייעוד המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי
- ☐ האתגרים המרכזיים העומדים בפני המערכת :
 - הזדקנות האוכלוסייה ועליית היקף התחלואה הכרונית
 - מחסור במשאבי כ"א ותשתיות
 - עלויות הולכות וגוברות של הטיפול הרפואי
 - שילוב נכון בין בתי החולים לקהילה
 - התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים
 - פערים ואי שוויון שהולך ומעמיק
- ☐ סיכום והמלצות



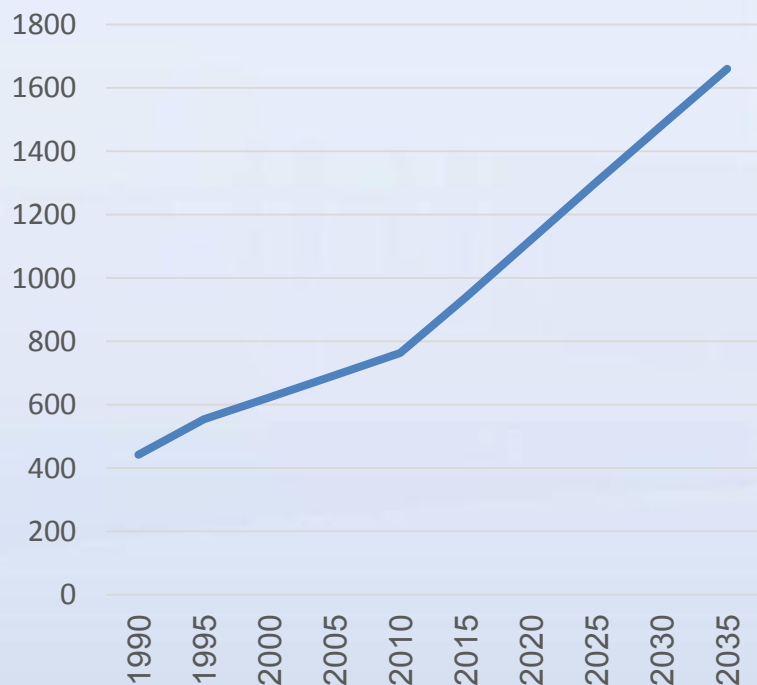
ייעוד המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי

המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי הינו גוף מטה העוסק בתכנון אסטרטגי ארוך טווח של מערכת הבריאות, מספק מידע והמלצות בראיית מאקרו להנהלת המשרד לצורך תכנון תשתיות וקביעת מדיניות לאומית בתחום הבריאות, תוך הדגשת ההיבטים הכלכליים-חברתיים



אתגרי מערכת הבריאות: הזדקנות האוכלוסייה ועליית היקף התחלואה הכרונית

מספר בני 65+ בישראל -1990
2035



אחוז בני 65+ בישראל -1990
2035 (תחזית)





יחס תלות של בני 65+ בגילאי 15-64 (2011) ותחזית ישראל ל-2035





'FOUNTAIN OF YOUTH' FOR WOMENFOLK?

150-Year Span of Life Predicted by 1999

ATLANTIC CITY, N. J., June 8.—(INS)—An Arkansas physician predicted today that by the year 1999 men will have a life span of 150 years and women will stay "young, beautiful and shapely indefinitely."

He added that human infectious diseases will be eradicated, cancer will be "successfully treated by a virus vaccine," new surgery techniques will restore sight to the blind, the deaf-mute will "speak electronically," and the common cold "will be only a memory" — all within the next half century.

The predictions for medicine on Dec., 31, 1999, were made by Dr. Lowry H. McDaniel, of Tyrone, Ark., in his chairman's address to the section on general practice of the American Medical Assn. convention in Atlantic City.

ONLY MENTAL health problems clouded the rosy picture of the future Dr. McDaniel outlined: He called mental illness "the problem for American medicine to solve in the last half of this 20th Century."

Dr. McDaniel declared "medicine has made more progress in the first half of the 20th Century than in the 6,000 previous years" and recounted the diseases he had seen conquered within his own 33 years of practice.

Malaria, pellagra, typhoid, cramp colic, dysentery, tuberculosis, diphtheria, and infant cholera, among others. He added:

"How happy the young physician, how happy any physician should be that those former fallures, or shall I call them inadequacies, will soon be only a memory."

He then offered these ten pre-

dictions for 1999:

1—A man 90 years old will be considered "young," a man of 135 "more mature" and there will be "a minimum of senility because the heavy cholesterol which determines the age of our arteries will be absent."

2—"Our women, thanks to proper hormone medication, would stay young, beautiful and shapely indefinitely."

3—The Salk killed-virus vaccine "which is doing a tremendous job now" will be replaced in a few years by a living modified virus vaccine.

4—All human infectious disease, including rheumatic heart disease and venereal diseases, will be eradicated by "use of vaccines, antibiotics and multiphasic screening tests."

5—Cancer will be "successfully treated by a virus vaccine or ra-

dioactive compounds."

6—**THE COMMON** cold and "even the more serious respiratory virus infections will be only a memory."

7—"Even greater victories await the highly-trained surgeon" of the future. Eye surgeons will restore vision to today's hopeless cases.

8—Synthetic foodstuffs will bring an end forever to famine and starvation.

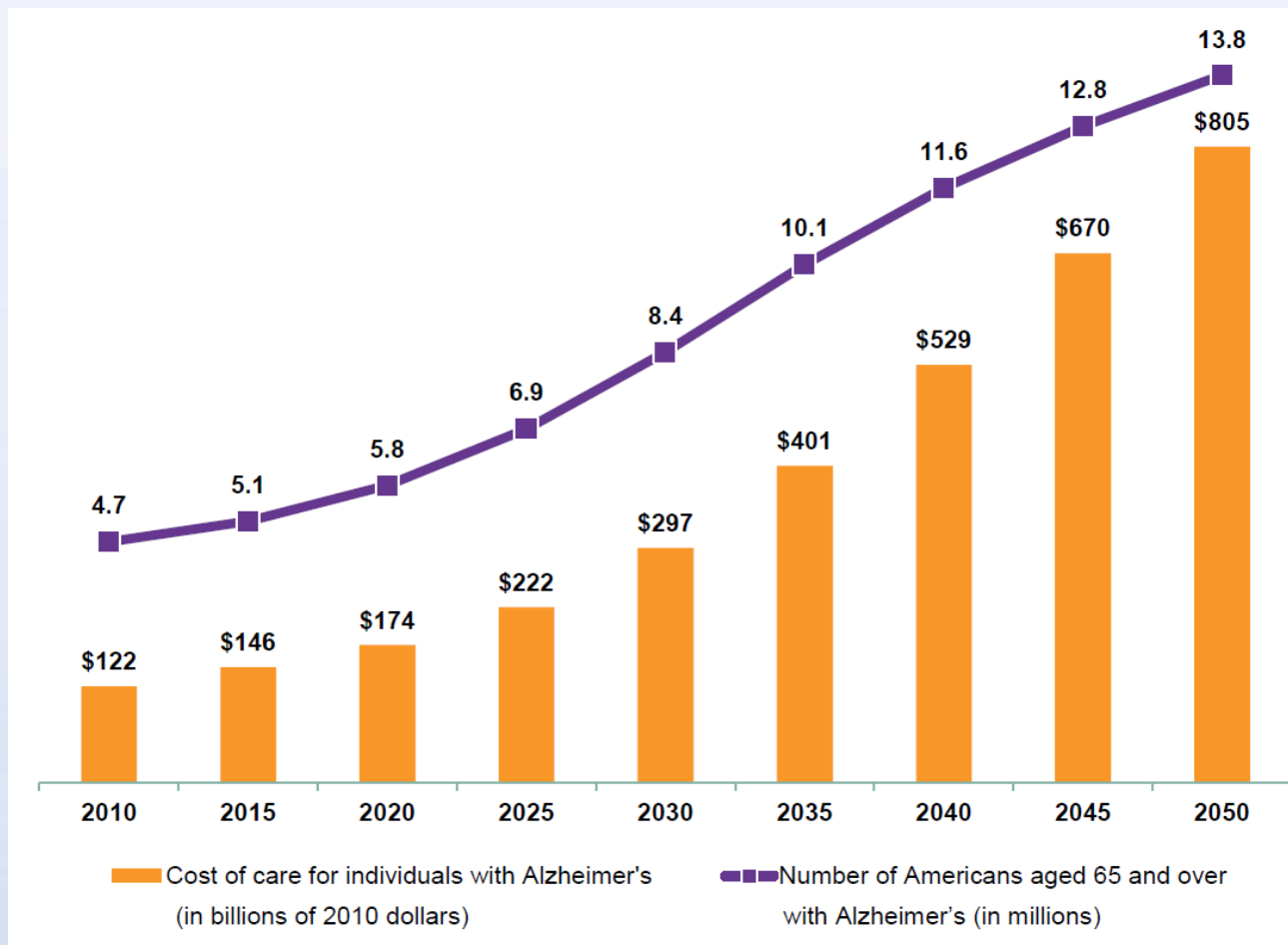
9—Electronic devices will enable deaf mutes to "speak." Initial research is underway by the Radio Corporation of America.

10—Insulin will be given in tablet form for the control of diabetes. Medical science will discover an "effective treatment" against the blood, heart and degenerative diseases of old age.



תחזית שכיחות מחלת האלצהיימר ועלות הטיפול בה בארה"ב

ל- Medicare ו- Medicaid



אתגרי מערכת הבריאות:

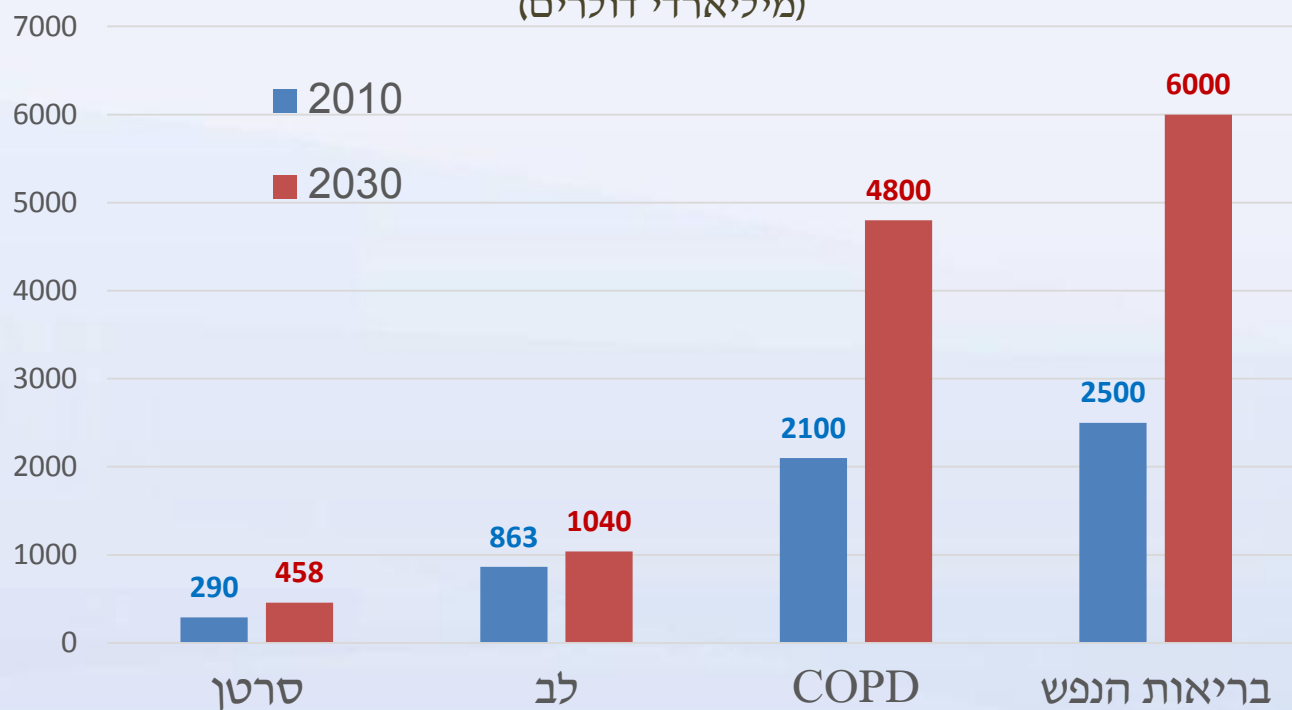
הזדקנות האוכלוסייה ועליית היקף התחלואה הכרונית



עלויות ישירות ועקיפות של מחלות נבחרות

2010-2030

(מיליארדי דולרים)



אתגרי מערכת הבריאות:

הזדקנות האוכלוסייה ועליית היקף התחלואה הכרונית



משרד הרווחה

זה לא
אנחנו זה
הרווחה

קופות החולים

זה לא
אני, זה
ביטוח
לאומי

ביטוח לאומי

זה לא אני,
זה משרד
הבריאות

זה לא
אני, זה
בקופות

משרד הבריאות



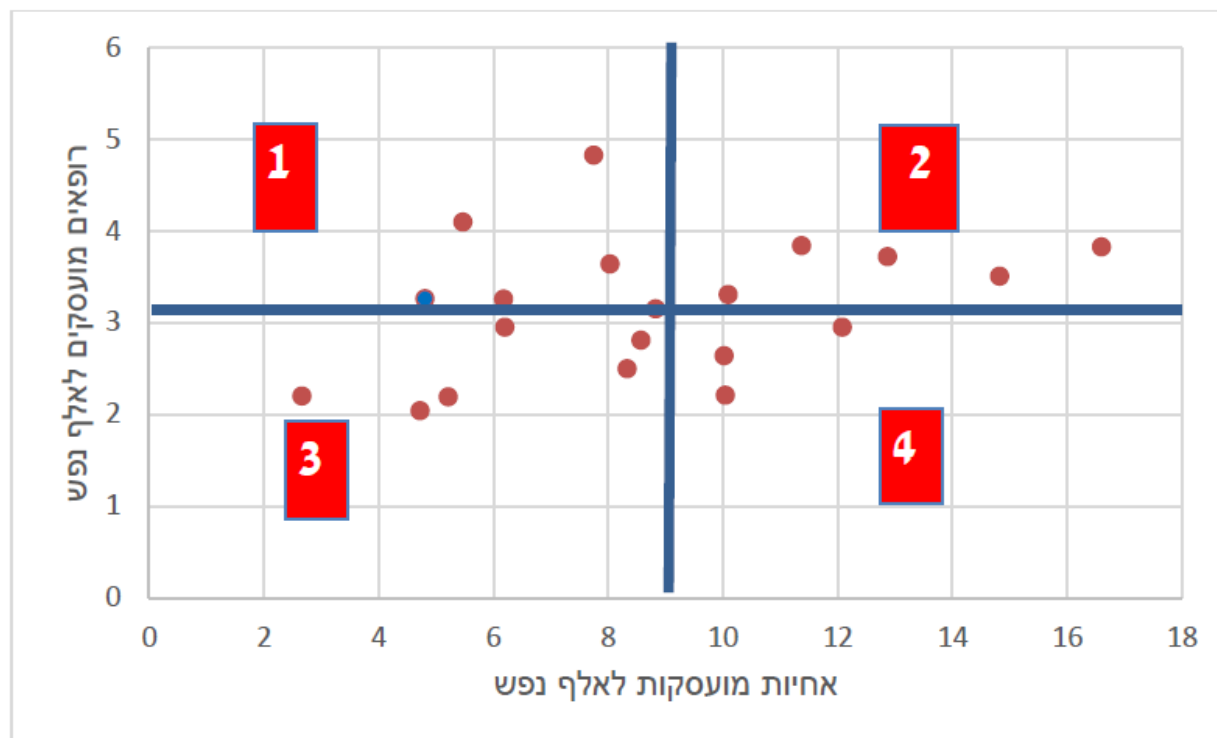
אתגרי מערכת הבריאות: הזדקנות האוכלוסייה ועליית היקף התחלואה הכרונית

סיכום ביניים

- הזדקנות ותחלואה
- חוסר יעילות בארגון מערך השירות
- עלייה משמעותית בהיקף המשאבים שידרשו ממערכת הבריאות (משאבים מכל הסוגים)



שיעורי רופאים ואחיות מועסקים במדינות ה-OECD לאלף נפש 2010

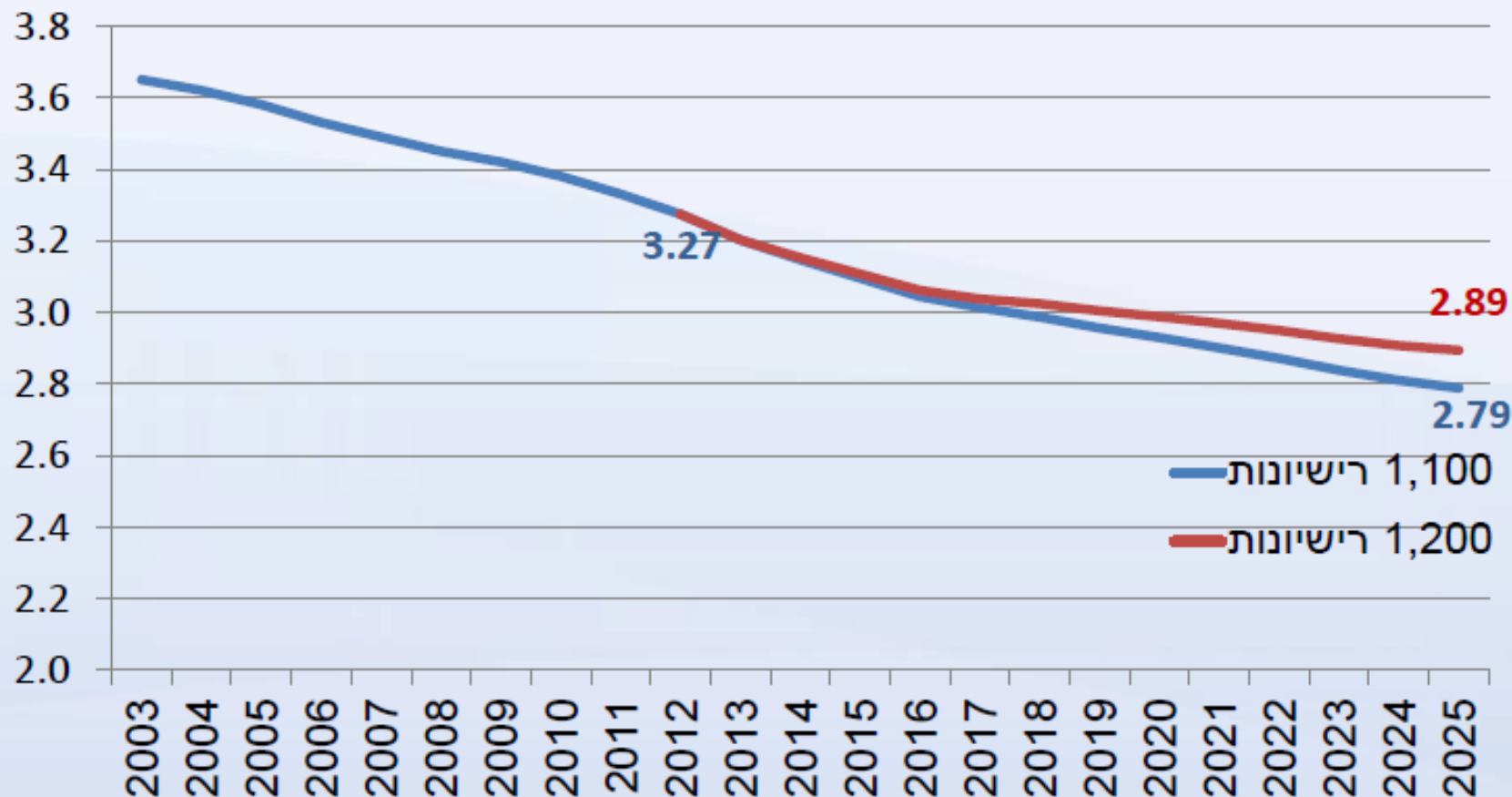


ישראל – שיעור בעלי רישיון עד גיל 65



שיעור רופאים עד גיל 65 לאלף נפש 2003-2012 ותחזית ל-2025

2010





תחזית שיעור אחיות עד גיל 65 לאלף נפש לפי תחזיות ההכשרה





מה נעשה בשנים האחרונות (דוגמאות)

רופאים

- הגדלה מסגרות ההכשרה מ-300 ל-750 סטודנטים והגדלה עתידית ל-850
- קיצור משך הכשרה
- פעילות למתן רישיונות לישראלים שלמדו בחו"ל
- הגברת הלימודים בקהילה
- עוזרי רופא

אחיות

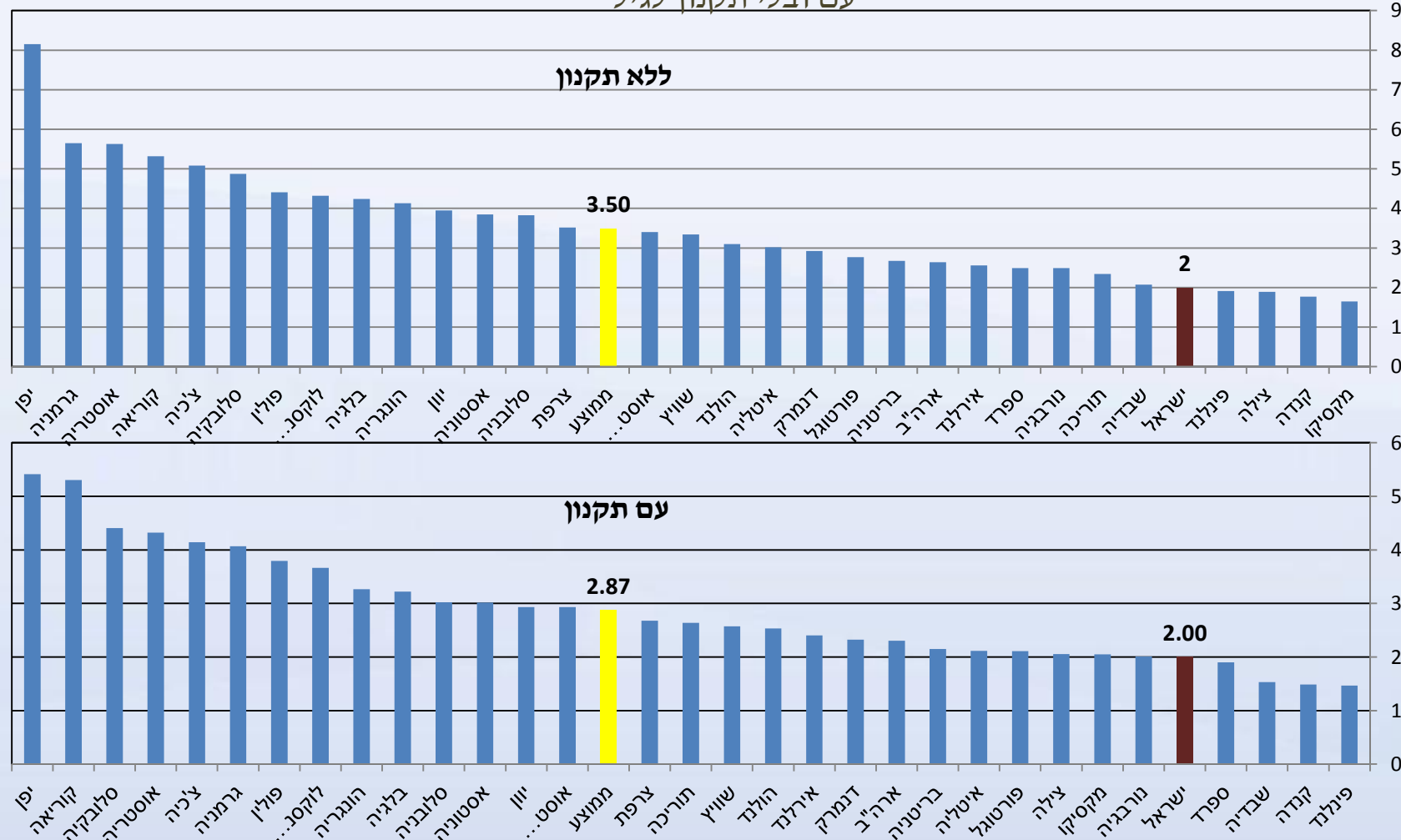
- הכפלת מסגרות ההכשרה
- פיתוח מקצוע אחות מומחית

האם די בכך?



השוואה של מיקום ישראל בשיעור מיטות אשפוז כלליות לאלף נפש (כדוגמא)

עם ובלי תקנון לגיל





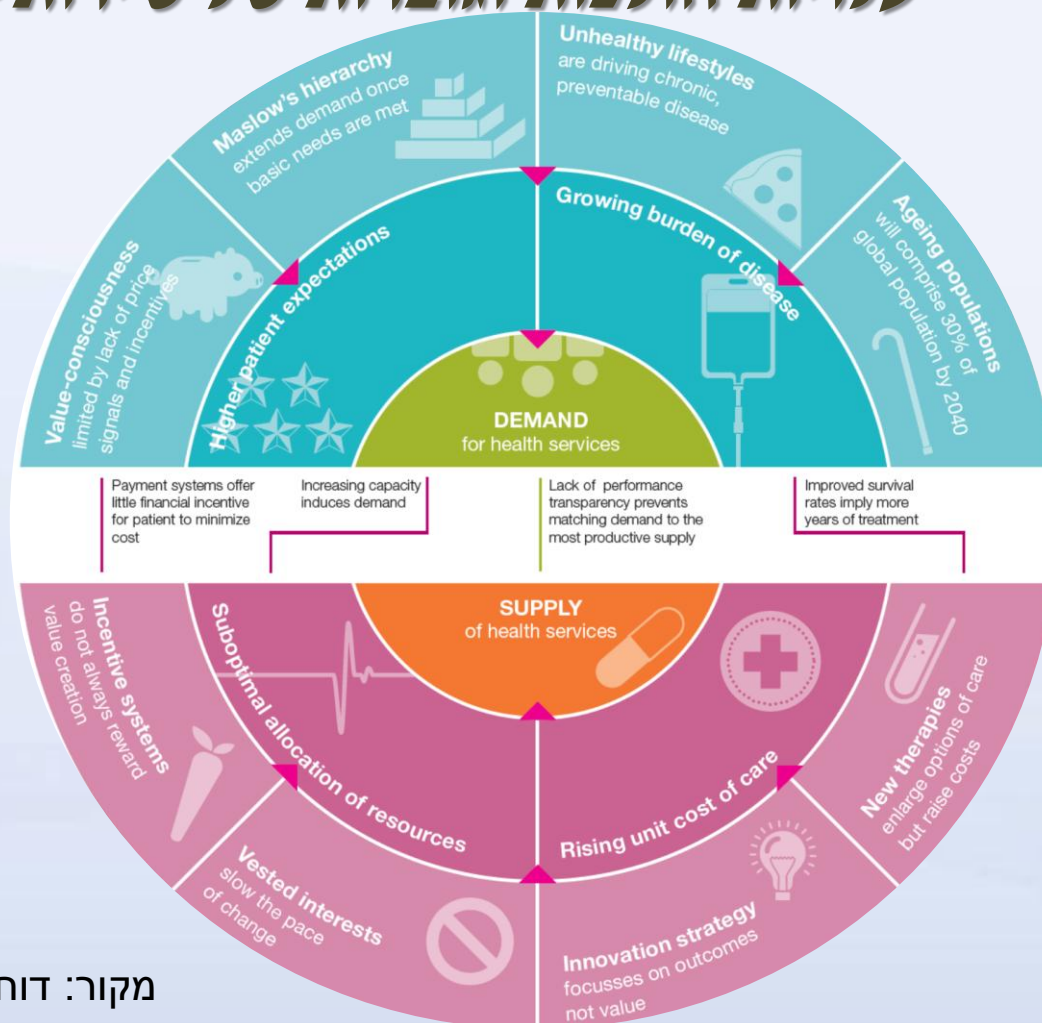
אתגרים בתשתיות

סיכום ביניים

- ☐ ירידה בשיעור הרופאים לאלף נפש (מתמתנת עקב העלייה בהכשרה)
- ☐ צורך בתכנון והתערבות במקצועות רפואיים במצוקה
- ☐ צורך בשינוי מגמה בשיעור האחיות ביחס לאוכלוסייה
- ☐ שיעור מיטות נמוך מאוד - מגמת המשך הירידה נבלמה לעת עתה
- ☐ חוסר בתשתיות פיזיות חיוניות בדגש על הפריפריה – הצורך בהיערכות בדרום הארץ – עם מעבר צה"ל לנגב (לרבות ביי"ח נוסף)



עלויות הולכות וגוברות של שירותים רפואיים



מקור: דוח מקינזי והפורום הכלכלי העולמי.

עלויות הולכות וגוברות של שירותים רפואיים

דוגמאות לטכנולוגיות שנכנסו לסל בשנתיים האחרונות עלות למול תועלת

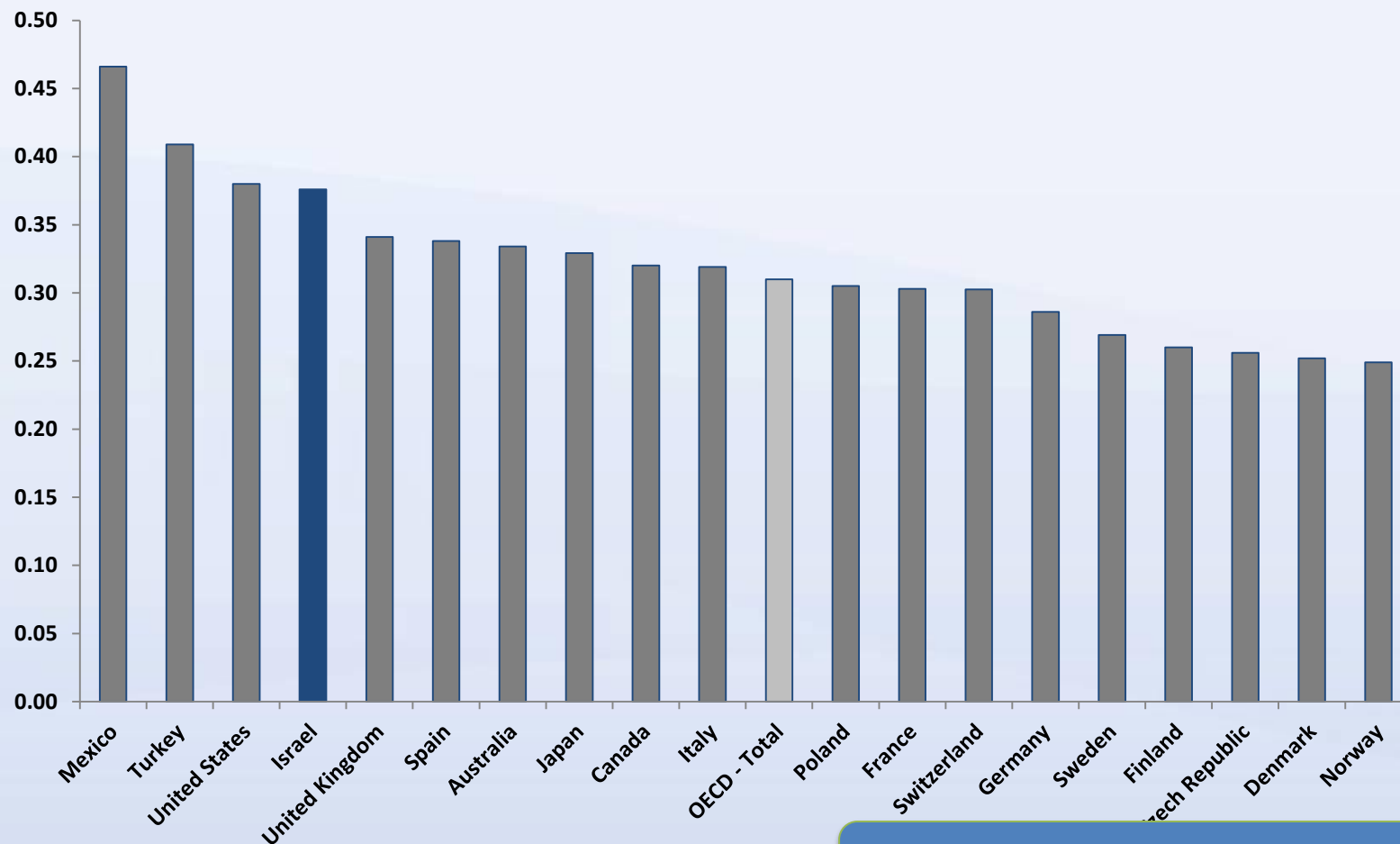
המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2013

שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	עלות נטו למטופל (₪)	היקף חולים צפוי	עלות שנתית לכלל החולים (מיליון ₪)
גינקולוגיה					
58	שקיפות עורפית ובדיקת סקר ביוכימי בטרימסטר ראשון, בהשתתפות עצמית של 40 ₪ למבוטח		360.00 ₪	52,000.0	18.720 ₪
59	אבחון גנטי טרום השרשה לנשים בסיכון גבוה למחלה התורשתית Li-Fraumeni Syndrome (LFS)		52,480.00 ₪	1.0	0.052 ₪
נירולוגיה					
60	Trobalt Retigabine	טיפול באפילפסיה כקו טיפול רביעי	6,233.68 ₪	2,800.0	17.454 ₪
61	Buccolam Midazolam	טיפול בהתקפי פרכוסים חריפים ממושכים בילדים עד גיל 18	1,543.98 ₪	900.0	1.390 ₪
62	Botox Botulinum toxin	טיפול באי שליטה במתן שתן בחולים עם שלפוחית שתן ניורוגנית על רקע פגיעה בחוט שדרה או טרשת נפוצה.	5,477.00 ₪	250.0	1.369 ₪
63	משאבה להזרקה תת-עורית של אפומורפין בחולי פרקינסון, הנדרשים לטיפול מתמשך בהזרקות מרחבות של אפומורפין תת-עורי לשיפור איזון מחלתם (בהתוויות מסוימות).		20,959.00 ₪	15.0	0.314 ₪
מחלות מטבוליות					
64	Naglazyme Galsulfase	טיפול אנזימטי חלופי בתסמונת Maroteaux-Lamy (MPS VI)	1,220,742.43 ₪	1.0	1.221 ₪



פערים חברתיים-כלכליים והשפעתם על מערכת הבריאות

מדד אי-שוויון בהכנסות (מדד ג'יני) במדינות נבחרות 2010



פערים ואי-שוויון חברתי כלכלי



שילוב מיטבי בין קהילה ואשפוז

A key area where health funds ought to focus their attention to improve the quality of care is the co-ordination of care between primary health care services and hospitals. While a patients' key health information, diagnostic test results and recent medications are often recorded, this information is not transferred to hospitals often enough. Health funds ought to use their financial influence across both hospitals and primary care to improve information exchange, and beyond this, encourage more communication between health professionals across facilities so that care can be better tailored to the patients' needs. This problem of care co-ordination looms large for those living with diabetes, who are often more susceptible to multiple health conditions. As they require care from multiple specialists,

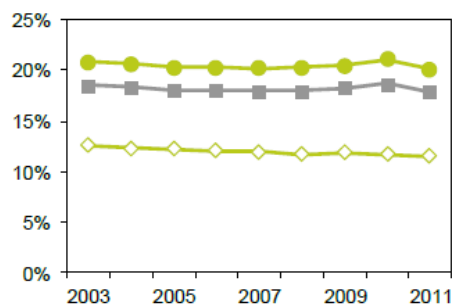




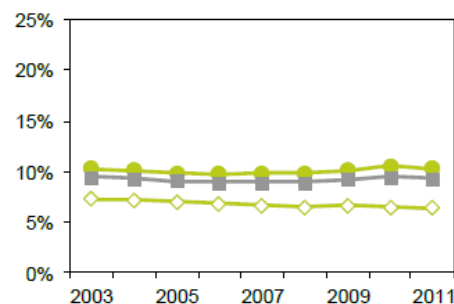
אחוז אשפוזים חוזרים עד חודש ממועד השחרור

— סה"כ ● מחלה ◇ סיבות חיצוניות

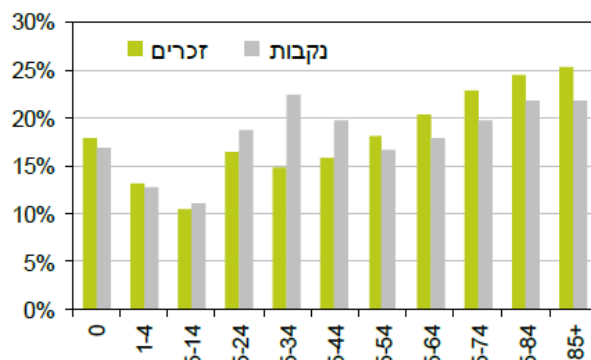
בתוך חודש



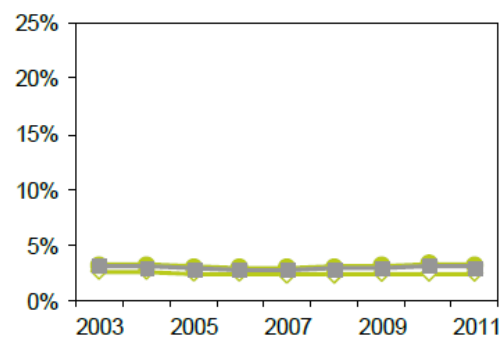
בתוך שבוע



בתוך חודש לפי גיל ומין



בתוך 24 שעות





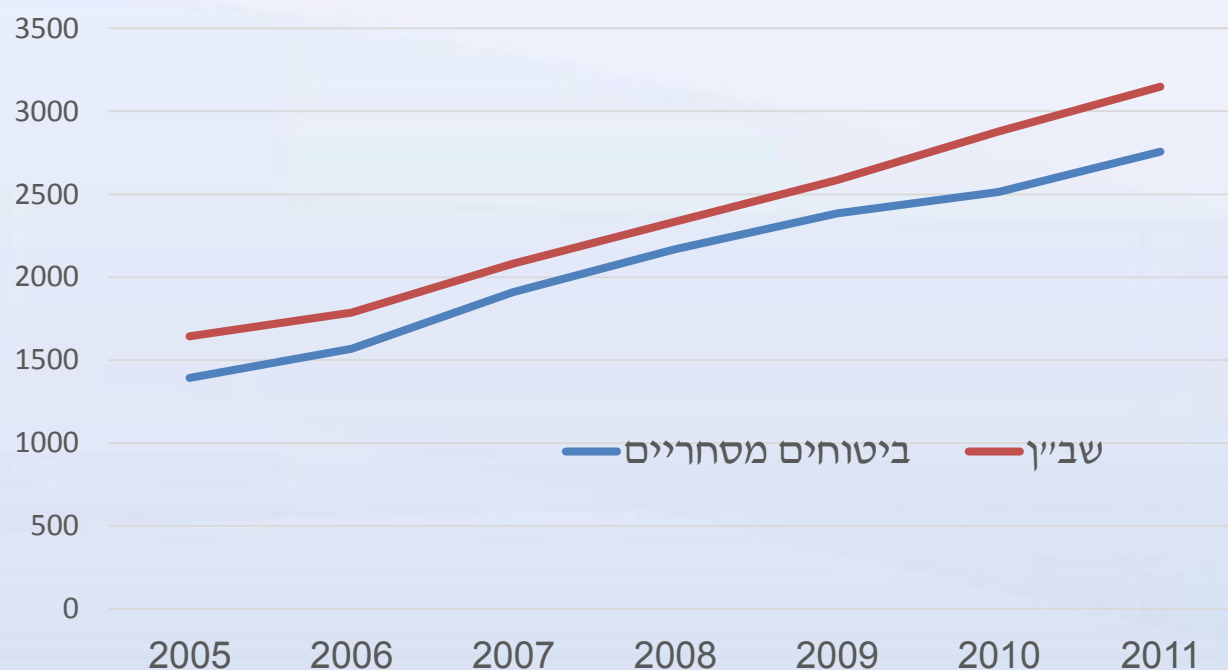
שינוי אופן מתן הטיפול



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים - מימון

תוספת של יותר מ-
3 מיליארד ש"ח
תוך 5 שנים

הכנסות מפרמיות – שב"ן וביטוחים מסחריים
2005-2011 (מיליוני ש"ח)



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים - מימון



הכרטיס שדואג
לביטוח הבריאותי
המקיף והרחב ביותר
להצטרפות מקוונת <

חדש
חובי

*4535
הצטרפות

לחיים בריאים יותר

אולי יש לך ביטוח בריאות... אבל אין לך הראל.



ביטוח ופיננסים

בשביל השקט הנפשי שלך



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים - מימון

מהנעשה ב-11 החודשים האחרונים....

☐ אישור רובד "מכבי שלי" – תוספת של

חצי מיליארד ש"ח הוצאה פרטית

☐ אישור העלאת פרמיות "כללית

פליטנום" והוספת שירותים חדשים

☐ ביטול הגדרות "מחלות קשות"

בביטוחים המסחריים

התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים - מימון

☐ כשלי שוק המחייבים אסדרה

☐ הגדרת 'השוק'

☐ זווית הראייה של הרגולטורים – על מה הם מסתכלים ומה הם רואים



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים - אספקה

בפני אילו תמריצים עומדים הרופאים?

Pages/doctors.aspx?k=%28efirstname%3A%20ואוני%20AND%20esectorcode%3A7%29&module=Doctors&firstName=עאונ'י&r=

Translate למ"ס Gmail

כלית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

חיפוש:

רופאים מרפאות ומכונים רפואה דחופה בתי מרקחת מטפלים תומכי רפואה בתי חולים

רופאים

חפשו רופאים של כלית או של כלית מושלם, לפי שם הרופא, לפי יישוב או לפי תחום עיסוק (אף אזור גרונ, אורתופדיה, כירורגיה)

תחום עיסוק: שם פרטי: שם משפחה: יישוב:

חיפוש

נמצאו 1 תוצאות חיפוש עבור: שם פרטי - עאונ'י, מומחיות - מומחה סוג הסכם - קהילה

סינון תוצאות לפי:

חזרה לתוצאות חיפוש

מומחיות (1) מומחה

מדע נוסף

https://mushlam.clalit.co.il/mishpaha/consultation/Pages/sector

Translate למ"ס Gmail

שם נותן השירות: בחר נותן שירות

שם שירות: בחר שירות

התייעצות עם רופא מומחה למתן חו"ד שניה: מין הרופא: שפות דיבור הרופא: בחר שפת דיבור

אורתופדיה: התג רק יועצים שהינם מנתחים בהסכם עם כלית מושלם

יצירת:

חזר **נקה** **חפש**

תפקיד: רופא בכיר בב"ח מרכז רפואי

תחומי עיסוק: אולטראסאונד אבחנות, גפיים עליונים, ילדים בלבד, כירורגיה של המפרקים - ברך, כירורגית קף היד

שפות דיבור: עברית, אנגלית, ערבית, רומנית

שירות: רופא יועץ ברשת הרופאים

רשתות: נשפחות נשפחות של 100 ש' בלבד

מדע נוסף: מנתחים בהסכם עם כלית מושלם





התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים שר"פ, מב"ר ומה שביניהם

- ☐ לשר"פ יתרונות וחסרונות
- ☐ הוא אמור להיות אמצעי לפתרון בעיות מסויימות ולא מטרה בפני עצמה
- ☐ היתרונות של השר"פ מתרכזים בעיקר בתוספת משאבים למערכת הציבורית, אפשרות להעסקת רופאים אחר הצהריים והגדלת הזמינות של השירותים לאזרח – וגם על אלו יש ויכוח.
- ☐ השקפים הבאים יציגו את הצדדים השליליים של התופעה.



טיעוני השוויוניות: על זה כבר שמעתם..



הנחות ייסוד - רקע

- ☐ ניתוח כלכלי בלבד ולא ניתוח מוסרי ערכי
- ☐ שימוש בנתוני שערי צדק, שב"ן, ביטוחים מסחריים וקופות החולים
- ☐ הנחות שונות לגבי השינויים בכמויות ובמחירים



כמויות ומחירים – ניתוחים פרטיים

☐ סה"כ – כ-235 אלף ניתוחים במימון שב"ן ומסחרי

☐ עלות של 1.8 מיליארד ש"ח



מודל א' – החלת כללי שע"צ על כל בתי החולים הממשלתיים ושל כללית – חלק ראשון

- ☐ תוספת עלויות למערכת (שכר רופאים) של 1.8 מיליארד ש"ח.
- ☐ ירידה בהוצאות טפסי 17 לסל הציבורי של 1.9 מיליארד ש"ח.
- ☐ תוספת עלויות לשב"ן של 2.3 מיליארד ש"ח.

- ☐ תוספת חודשית נדרשת לפרמיות השב"ן לפי גיל – החל מ- 109 ש"ח בחודש לגילאי 65-69 דרך 50 ש"ח לגילאי 50-59 ועד 5 ש"ח לגילאי 0-18.



החלת כללי שע"צ על כל בתי החולים הממשלתיים ושל כללית הנחות ייסוד

- ☐ הסטת פעילות מציבורי לפרטי
- ☐ תוספת פעילות
- ☐ שינוי במחירים
- ☐ אפשרות תיאורטית לחלוקת עלות טפסי 17 עם הסל הציבורי
- ☐ תוספות שכר לסקטורים נוספים
- ☐ שינוי ביעילות העבודה בשעות הבוקר
- ☐ שינוי ביעילות עקב הקצאת כ"א לפי שיקול כלכלי ולא קליני

ארבעת הנקודות הראשונות יבואו לידי ביטוי במודל. הנקודות
האחרונות יתווספו בשלב השני



החלת כללי שע"צ על כל בתי החולים הממשלתיים ושל כללית שלב ראשון - ניתוחי רגישות

מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל שע"צ	
5%	0%	-10%	0%	שינוי במחירים
8%	8%	3%	0%	הסטת כמויות
15%	10%	5%	0%	תוספת כמויות
0%	20%	50%	0%	העברת חלק מעלות טופס 17 לסל
4.4	3.8	2.5	1.8	תוספת עלות למערכת* (מיליארד ש"ח)
3.7	3.5	2.0	2.3	תוספת עלות לשב"ן (מיליארד ש"ח)
1.3	1.7	0.6	1.9	"חיסכון" לסל (מיליארד ש"ח)
142	133	75	87	תוספת פרמיית שב"ן לגיל 65 (ש"ח לחודש)



החלת כללי שע"צ על כל בתי החולים הממשלתיים ושל כללית

שלב שני

☐ תוספות שכר לסקטורים נוספים – כל 10 אחוז תוספת שכר משמעותה

תוספת הוצאה של 540 מלש"ח

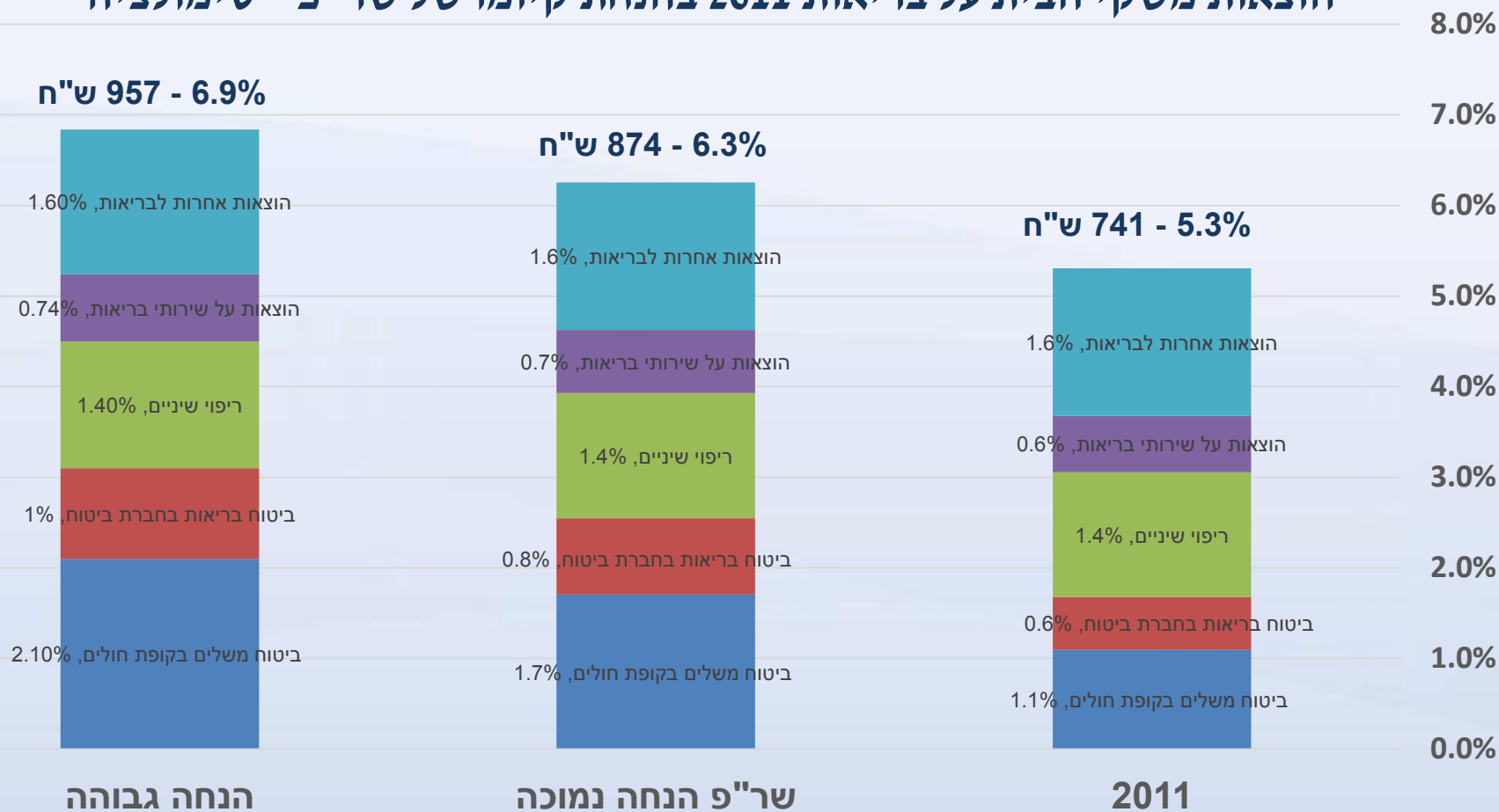
☐ שינוי ביעילות העבודה בשעות הבוקר

☐ שינוי ביעילות עקב הקצאת כ"א לפי שיקול כלכלי ולא קליני



הוצאות משקי הבית על בריאות

הוצאות משקי הבית על בריאות 2011 בהנחת קיומו של שר"פ - סימולציה





התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים שר"פ, מב"ר ומה שביניהם

יעילות בעידן השר"פ

☐ בתי החולים הציבוריים יפעלו יותר שעות. אבל....

☐ הקצאת משאבים (כ"א וחדרי ניתוח) לא לפי שיקולים קליניים אלא

לפי שיקולים כספיים של הרופא

☐ אינפלציה של מחירים במערכת

☐ הסטת פעילות משעות הבוקר לאחר הצהריים

☐ תוספת פעולות מיותרות

☐ האם אכן לא ניתן להגיע להפעלת בתי החולים במשך שעות

ארוכות יותר ביממה – באמצעים אחרים?



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים שר"פ, מב"ר ומה שביניהם

"יש לאחוז את השור בקרניו ולומר דברים כהווייתם, חלק מרכזי, שלא לומר עיקרי, בפיתוח רעיון השר"פ, הוא הרצון לאפשר הכנסות גדולות יותר לרופאים, קרי תגמול לרופאים בתמורה לצורכיהם של הנזקקים לטיפול - שיקול כלכלי"



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים שר"פ, מב"ר ומה שביניהם

מה הבעיה ומה רוצים להשיג?

- ☐ השארת רופאים לאורך שעות רבות יותר במערכת הציבורית? מדוע לא ללכת על Full timer?
- ☐ מניעת מעבר רופאים מהמע' הציבורית לפרטית? כמה מקום יש שם? כמה יעברו?
- ☐ הציבור רוצה יותר חופש בחירה? לפי מה נקבע? לא על כך מצביעים ממצאי ברוקדייל
- ☐ תגמול גבוה יותר לרופאים במערכת הציבורית? לכולם? האם חייבים לשם כך מימון פרטי?
- ☐ עידוד תחרות בין רופאים במערכת הציבורית? תחרות על מה? על איכות השירות להם או על ההכנסה הכספית בגינם? מסלולי קידום, אקדמיה, תמריצים וכדו' – למה דווקא באמצעות שר"פ
- ☐ תחרות בין בתי החולים? –היכן זה יעמיד את בתי החולים הפריפריאליים לעומת המרכז?

האם זו החלופה היחידה?

- ☐ מה המחיר? האם ניצור בעיה חמורה כדי לפתור בעיה אחרת?



סיכום והמלצות



הזדקנות האוכלוסייה ועליית היקף התחלואה הכרונית

- ☐ השקעה במניעה שניונית ושלישונית
- ☐ מיטות וירטואליות וחיזוק המנגנון של טיפולי בית
- ☐ גישה פרואקטיבית ויישוג – יישום מודל דוגמת MOMA
- ☐ חיזוק הרצף הסיעודי רפואי
- ☐ תשתיות ייעודיות
- ☐ מקצועות (מנהלי מקרה, אחות מומחית גריאטריה וכו')
- ☐ מסלולי ההכשרה
- ☐ מיטות
- ☐ רפורמה בטיפול בקשיש הסיעודי (שינוי מערך התמריצים, התייעלות, הצבת הקשיש במרכז ועוד)



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים

אספקה

- ☐ הגבלת הגידול במיטות פרטיות
- ☐ איסור על שר"פ במסגרת בתי חולים ציבוריים
- ☐ איסור על רופאים עצמאיים הקשורים עם הקופות להפנות מבוטחים "ציבוריים" לטיפול על ידם במסגרת פרטית
- ☐ הגבלת הקשר בין מבטחים מסחריים לבין קופות החולים
- ☐ התמודדות עם סוגיית כפל הכובעים של המשרד
- ☐ שמירה על עקרון של 'שירותים בעין' במסגרת הציבורית (איסור על ואוצ'ר)
- ☐ שמירה מפני "מעקף" של הסדרי הבחירה בתוך המערכת הציבורית באמצעות מערכת ביטוח פרטית
- ☐ שמירת "תיירות מרפא" בקנה מידה מצומצם שלא פוגע בתושב הישראלי. שיתוף המערכת הציבורית ברווחים



התמהיל הציבורי-פרטי במימון ואספקת השירותים

מימון

- ☐ פרסלציה חדשה של "שוק" ביטוי הבריאות
- ☐ קביעת כללי הפעילות של הביטוחים המסחריים
- ☐ הסדרה הדוקה יותר של תוכניות השב"ן והתמקדות בייעודן העיקרי
- ☐ הקפאת הגידול של סלי השירותים בשב"ן ל-3 שנים
- ☐ הקמת מנגנון בין-משרדי שימונה על ידי שר האוצר ושרת הבריאות (נציגים מאגף שוק ההון ואגף תקציבים באוצר, וממשרד הבריאות) לקביעת מסגרות הפעילות של השחקנים בשוק הביטוח, כללי ההסדרה, ומנגנון שיאפשר הסדרה "משתפת" ויישוב מחלוקות של בין גורמים מסדירים



משאבי המערכת

מימון

- ☐ הבטחת מנגנון עדכון הולם של עלות הסל (תוס' שנייה ושלישית) ושל תוספת הטכנולוגיות לשם הבטחת מקורות המימון של המערכת ויציבותן לאורך זמן (sustainability)
- ☐ התייעלות ופיתוח מנגנונים של תשלום לפי ביצועים במערכת הבריאות

כ"א

- ☐ פיתוח מקצועות עזר (בסיעוד וברפואה)
- ☐ פיתוח השימוש בטלה-מדיסין
- ☐ הרחבת היקף ההכשרות במקצועות שבמצוקה (קיימת ועתידית) ובאזורי הפריפריה ומשיכת סטודנטים ישראלים מחו"ל
- ☐ הסדרת נושא השדות הקליניים ופיתוח מודל הדרכה מעשית במקצועות השונים
- ☐ הרחבת ההכשרות של מקצועות הבריאות לסוגיהם מקרב קבוצות מיעוטים
- ☐ "מקל וגזר" לרופאים במגזר הציבורי- תוספות שכר ובחירה בין עבודה בפרטי לציבורי

תשתיות פיזיות

- ☐ במקביל לכל האמור לעיל - השקעה מסיבית בפיתוח תשתיות פיזיות, כגון:
 - ☐ אשפוז ברה"ג, ט"ג ילדים..
 - ☐ מיטות בפריפריה



עלויות הולכות וגוברות של הטיפול הרפואי

צד ההיצע

- ☐ חיזוק הטיפול הקהילתי ופיתוח תחליפי אשפוז
- ☐ שינוי מערך התמריצים למניעת אשפוז וצמצום אשפוזים חוזרים
- ☐ שילוב נכון בין בתי החולים לקהילה
- ☐ בחינת מחודשת של תיעדוף הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל (דגש רב יותר על CEA ועל מניעה)
- ☐ פיתוח מערכות IT תומכות החלטה (קלינית) וניהוליות (לשיפור בקרת איכות, התערבויות יזומות בקרב אוכלוסיות בסיכון וכדו')

צד הביקוש

- ☐ חיזוק האמון של הציבור במערכת הציבורית
- ☐ צעדים לשינוי סגנון חיים ואימוץ אורח חיים מקדם בריאות



שיתוף הציבור וצמצום אי השוויון

- ☐ השקעה במניעה
- ☐ הסרת חסמים כלכליים (צמצום השתתפויות עצמיות ופיתוח מנגנוני הגנה)
- ☐ פיתוח תוכניות התערבות ממוקדות מגזר וממוקדות מצבי תחלואה נבחרים
- ☐ הגברת הנגישות לשירותי בריאות ושיפור יכולות של המערכת לגשר על הבדלים לשוניים ותרבותיים
- ☐ הגברת שת"פ עם
 - ☐ משרדים ממשלתיים אחרים (חינוך, כלכלה, רווחה, נגב גליל, אוצר)
 - ☐ שלטון מקומי
 - ☐ מנהיגות אזרחית
- ☐ פיתוח והרחבה של מנגנונים קיימים של שיתוף הציבור בקבלת החלטות (מדיניות)



תודה רבה !



מב"ר

☐ אם לכולם יש זכות לבחור את ה"טובים ביותר" – איזו משמעות יש לבחירה

☐ בחירה בתשלום מוסדר אחה"צ = שר"פ על כל חסרונותיו

☐ רופאים בכירים יעסקו גם בניתוחים פשוטים

☐ אשר למב"ר, ללא תשלום:

☐ ייווצר לחץ על הרופאים הבכירים שכולם יחפצו בהם

☐ כיצד יעקפו את התורים שיווצרו לשירותיהם?

☐ האם זה יעודד רפואה שחורה?

☐ האם תהא דרך יעילה למנוע באופן אפקטיבי קיצור תורים?

☐ האם גם אנשי פריפריה יוכלו להגיע לאיכילוב למנתח על פי בחירתם?

☐ אם יסתבר שהמערכת יוצאת משליטה – האם תהיה דרך חזרה? נודיע

למבוטחים שאין יותר חופש בחירה?