

## הגדרת מטרות מע' בריאות ציבורית ופרטית – 20-10-13

הנחת מוצא (הצעת פשרה שלי במקום "זכות לבריאות" שהיתה במחלוקת) –

**עיצוב, פיקוח ורישוי מערכות הבריאות השונות (ציבורית ופרטית) תיעשה לאור תפקידה של המדינה לפעול להגדלת רווחת תושביה ותוך הכרה בתרומתה הניכרת של בריאות הפרטים לרווחתם כאמור.**

### מטרות מערכת ציבורית:

קידום ושיפור בריאות תושבי המדינה לאורך זמן, באמצעות אספקה של שירותי בריאות בהיקף ובאיכות סבירים, על בסיס צורך רפואי בלבד, ועל יסוד עקרונות של שוויון, **צדק** וערבות הדדית. זאת, במימון ציבורי, בהקצאה יעילה של משאבי המערכת ותוך שהיא זוכה למידת אמון ציבורי גבוהה.

הגדרות והבהרות –

**קידום ושיפור בריאות** – לרבות מניעה (חיסונים וכד'), עידוד אורח חיים בריא וטיפול בחולים/נפגעים.

**לאורך זמן** – התפתחות דינאמיות של המערכת. על המערכת להכיל את הכלים לשימור ושיפור איכותה וביצועיה על פני זמן (אימוץ טכנולוגיות, מחקר רפואי, הוראה והכשרת רופאים וצוותי רפואה וכד').

**שירותי בריאות** – מכלול הטיפולים והפעולות שבוססו מדעית כתורמים לקידום ושיפור הבריאות, התשתיות פיזיות הדרושות לאספקתם וכוח האדם הדרוש לכך.

**אספקה** – מתן טיפול בעין ולא פיצוי כספי או החזר.

### היקף ואיכות –

**היקף סביר:** מגוון התרופות, הפרוצדורות והטיפולים המהווים, באותה עת, הסטנדרט המקובל והשכיח במדע. יובהר שאין הכוונה לטכנולוגיות/תרופות המתקדמות ביותר בהכרח אך בוודאי יותר מאשר המינימום הנחשב סביר בקריטריונים רפואיים מקובלים. ההיקף ייבחן מנקודת מבט כלל משקית ולא מנקודת מבט של כל פרט ספציפי (לאמור, יתכנו מקרים בהם יסופק טיפול חדשני למחלה X וטיפול מינימלי, או אף העדר טיפול, למחלה Y בהתאם נניח, למספר הנזקקים הכולל במשק לכל אחד מהטיפולים כאמור ושיקולי תקצוב)

**איכות סבירה:** זמינות, נגישות, משך המתנה לטיפול, וסטנדרט רפואי [כאן חסר בנצ'מארק – עולמי? (נגיד שלא יפחת מהמוצע ב-10 מדינות מפותחות?) או אולי מהפרטי? (שלא יפחת ממה שאפשר לקבל במימון פרטי?) או שמא נחפף ונשתמש במונח השסתום "סביר" שלא באמת עושה את העבודה]. בניגוד להיקף, איכות הטיפול תבחן מנקודת מבט של כל פרט ופרט.

**על בסיס צורך רפואי בלבד** – שלא בתלות במאפיינים אחרים של המטופל כגון – מיקום גיאוגרפי, אמצעים כספיים ואח'. העדר אפליה בין קבוצות שונות באוכלוסייה.

**שוויון** – מהותי, בבחינת תוצאות ביצועי המערכת בין פרטים שונים (השגת יעדיה במונחי נגישות, זמינות וסטנדרט רפואי) ולא בבחינת תוצאות טיפול. העדר אפליה גם בין חולים שונים באותו מצב רפואי (בכך שונה מהצורך הרפואי).

**צדק** – בפגישה שלנו אף אחד לא העלה צדק אבל זה בחוק – האם רוצים את זה בפנים ואם כן, יש למישהו הגדרה שאינה כרוכה בלימודי אסטרונמיה?

**עזרה הדדית** – מערכת ציבורית תקינים מבנה של ביטוח הדדי בין תושבי המדינה. במסגרתו, הפרט המשלם אינו בהכרח זה המשתמש בשירותיה אלא שמתקיים סבסוד צולב ופיזור סיכונים בין אלו שנזקקים לטיפול ואלו שאינם (לדוג בין קבוצות גיל שונות באוכלוסייה, בין

**אמון ציבורי** – מערכת ציבורית לעולם תעמיד את האזרח במרכז ותשפט לפי ביצועיה ותפקודה כפי שהם נתפסים על ידי לקוחותיה היחידים – תושבי המדינה. מידה גבוהה של אמון – ביחס למוסדות אחרים של המדינה וביחס למערכת הפרטית.

### **מטרות המערכת הפרטית**

מערכת פרטית נועדה להציע הסדרי ביטוח למימון או הסדרי אספקה בעין של כל אותם שירותים שאינם מסופקים במסגרת המערכת הציבורית כלל, או להציע הסדרי ביטוח או הסדרי אספקה בעין עבור שיפורים לשירותים המסופקים במערכת הציבורית, תוך הקפדה על קיומה של בחירה מושכלת מצד הפרטים וכל עוד תוצאתם של הסדרים אלו אינה צפויה לפגוע בהשגת מטרות המערכת הציבורית.

הבהרות

הסדרי ביטוח למימון – כאשר חברת ביטוח נכנסת בנעלי המטופל לעניין חיוביו בקשר עם טיפול מסוים.

אספקה בעין – כאשר פרט רוכש שירות רפואי מהשקל הראשון על חשבוננו (הואיל וחברת ביטוח לא יכולה לדעתי להיות בעלים של ספק שירות רפואי)

אין מניעה שמערכת פרטית תשמש כקבלן משנה לאספקת שירותים למערכת הציבורית

תחרות בין המערכת הפרטית לציבורית היא רצויה כל עוד תוצאתה המסתברת היא שיפור או ייעול המערכת הציבורית ולא פגיעה באפשרותה לבצע את מטרותיה (להבדיל למשל מפגיעה במערכת הציבורית על דרך של אובדן נתח שוק בניתוח מסויים שאין בה כדי לפגוע בהכשרת כוח אדם בטווח הארוך ושאין למערכת הציבורית כלים נאותים ל).

פגיעה במטרות המע' הציבורית – לרבות פגיעה בבריאות הציבור או ביציבותה לאורך זמן או בגידול היקף המשאבים הנדרש על מנת לקיים סל שירותים נתון בעקרונות המתחייבים.

### **על מה נדון בפגישה הבאה – הנחות היסוד של המודל**

על מנת להתכונן לפגישה הבאה אבקש מכל אחד מכם לחשוב על כל אחד מהשחקנים השונים במערכת - פרטים (חולים, צרכני ביטוח וכד'), קופות חולים, בתי חולים, חברות ביטוח, רופאים, משרד הבריאות (כרגולטור), ולנסח את הנחות היסוד בקשר להתנהלותם במערכת הבריאות. כלומר עבור כל אחד מהשחקנים, אבקש מכם לנסח 2-4 הנחות יסוד על אופן פעולתו, תמריציו וכד'.

להלן מספר דוגמאות להנחות יסוד אפשריות –

הפרטים סובלים מהעדר אינפורמציה באשר למידת נחיצותו של טיפול רפואי במצבם, כיום הפרטים אינם מסוגלים לקרוא ולהבין פוליסת שב"ן או פוליסת ביטוח של חברה מסחרית ללא סיוע מקצועי וכד'. לפרטים יש יכולת להעריך מיהו המנתח הטוב ביותר עבורם (רפואית) ולהעריך את מחיר השוק/ העלות של פעולה רפואית זו או אחרת.

לגבי קופות החולים – מהם התמריצים המרכזיים שלהן להצעת תוכנית שבן? מה קובע את ההיקף של השירותים שיוצעו? כיצד והאם קופות החולים מתחרות זו בזו? מדוע?

לגבי רופאים – מידת החשיפה של המערכת לביצוע פעולות עודפות לאור תמריץ כספי/ רגולטורי (רשלנות רפואית) (כלומר עד כמה ובאילו תנאים היצע יוצר ביקוש).

לגבי חברות ביטוח – כוח המיקוח של חברות הביטוח מול מערך אספקת השירותים הרפואיים הוא טוב כמו של קופות החולים, לחברות הביטוח יש תמריץ חלש ביחס לקופות החולים לשמור על היקף ההוצאה לבריאות

לגבי משרד הבריאות – משרד הבריאות מפעיל היום מערכת רגולטורית אפקטיבית על המערכת, יש למשרד הבריאות את הידע והמשאבים לפקח על פעילות קופות החולים/בתי החולים/....

וכן הלאה והלאה

שלומי שלום  
צל"ש על מהירות התגובה.  
אני מצרף בעקוב אחר שיניים מספר הערות לסיכום.

לגבי ההמשך:

הרשה לי להציע מתווה אחר של התקדמות (בעיקר בשל אילוצי הזמן).

1. לוועדה שלנו ישנה משימה מרכזית אחת והיא לדון בענף הביטוח הפרטי בישראל ( הביטוח המשלים והמסחרי) .
2. עברנו את השלב שבו הגדרנו את מטרות מערכת הבריאות תוך אבחנה מסויימת בין המגזר הציבורי והפרטי (הן באספקה והן במימון) .
3. יש במערכת הבריאות הישראלית מציאות קיימת של רובדי ביטוח (מסחרי ופרטי) מעבר לביטוח הציבורי.
4. הדיון שאני מציע לקיים (על בסיס המטרות שהגדרנו) הוא בשאלות הבאות:  
מהם הם לדעתנו הכשלים או התרומות המרכזיות של מערכי הביטוח הפרטי (משלים ומסחרי) הנוכחי להשגתם של יעדים אלו?  
מה צריך לתקן כי הוא מקולקל ובמה לא צריך לגעת ?  
האם כוונת ההתפתחות של הענף בעשור האחרון (והיו הרבה התפתחויות ) הם בכוון הרצוי (רצוי מבחינה זו שהם מקדמים את מטרות המערכת כפי שהגדרנו אותה)  
האם צריך לשנות כוון , האם צריך לשנות מינון ?  
מה הם כשלי השוק המרכזיים במערכת המחייבים הסדרה אחרת מזו שנעשתה עד היום ?

5. מטבע הדברים נצטרך להקדיש תשומת לב רבה לנושא הבורע ביותר כיום במערכת והוא בחירת הרופא בתשלום בתוך המערכת הציבורית וההסדרים הנוכחיים לקיומו במערכי הביטוח הפרטי והציבורי.

6. בעוד שלגבי מטרות מערכת הבריאות , במפגש אחד מנוהל טוב (צל"ש לשלומי גם על הנהול) , הצלחנו להתכנס בגדול סביב מטרות מוסכמות , הרי לגבי כלל השאלות שהעלתי , מגוון הדעות והעמדות הוא גדול ואיני בטוח שנצליח להתכנס לעמדה אחת מוסכמת. אבל ישנה חשיבות רבה לנסות במסגרת וועדת המשנה למפות את מגוון האלטרנטיבות , היתרונות , החסרונות והמשמעויות שלהם כדי להקל בסופו של יום על הוועדה הציבורית לגבש המלצה מוסכמת.

גבי

