

מצגת לוועדת גרמן

Prof. Mordechai Shani

Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations

The nature of healthcare organisations has undergone enormous transformation in recent decades, with new organisational forms emerging in many countries. In England, for example, National Health Service (NHS) Foundation Trust hospitals have been created as a new form of independent legal entity, called Public Benefit Corporations.

The implicit assumptions underpinning FTs are that the more autonomous hospital organisations are, the better will be all aspects of their performance; health services will be better when delivered by FTs than by organisations under closer central control. Yet the literature

One argument advanced in support of giving hospitals greater autonomy is that management styles based on the private sector

עובדי בתי חולים ממשלתיים (2012)

18,748	אשפוז כללי
3,524	אשפוז פסיכיאטרי
<u>1,984</u>	אשפוז גריאטרי
24,256	סה"כ

זאת מתוך 66,700 עובדי ממשלה (37% מעובדי הממשלה).

בית חולים שיבא - יוני 2013

מקצוע	שיא כח אדם במדינה *	FTE בתאגיד הבריאות	סה"כ
רופאים	646.6	404	1050.6
אחיות כוח עזר	1,712.3	67 174	1,953.3
פארה-רפואיים	362.1	601	963.10
מינהל ומשק	813.4	528	1341.4
סה"כ	3,534.4	1,774	5,308.4

* - יש גם משרות בחודשי עבודה : סיעודי – 92.00
מנמ"ש – 117.75

מג

המלצות בנושא בתי החולים

1. **הקמת רשות לבקרת הפעילות הכספית של בתי החולים הציבוריים בישראל (בממשלתיים כולל כמובן תאגידי הבריאות).**
2. **להקים צבר של בית חולים כללי עם בית חולים פסיכיאטרי ובית חולים גריאטרי - "המרכז המשולב". (כפי שקיים בשיבא או למשל בית חולים רמב"ם + פלימן + טירת הכרמל).**
3. **למנות (על ידי ועדה ציבורית בראשות שופט) מועצת מנהלים ל"מרכז המשולב".**
פונקצית המטרה : ACCOUNTABILITY כספית ואיכותית.

המלצות בנושא בתי החולים - המשך

4. **דיון עם הנציבות לגבי התאמת התקשי"ר לעובדי בתי החולים הממשלתיים וסיכום על שילוב עם עובדי התאגיד.**
5. **מדיניות אקטיבית להפיכת 3 המרכזים הגדולים (איכילוב, רמב"ם, שיבא) לתאגידיים.
זאת על ידי העברת כל תקציב הרכש והתפעול לאחריות הקרנות, כך שמעל מחצית מהכנסות המרכז המשולב תהיינה בתאגיד.**
6. **להתמודד עם 3 נושאים ארגוניים מהסכם 1994.**

עמוד 7 להסכם הקיבוצי של הרופאים מיום 20.6.1994

11. ועדות פריטטיות

11.1. ימונו ועדות פריטטיות לדיון בנושאים הבאים:

11.1.1. רוטציה של מנהלי מחלקות.

11:1.2 שינוי קריטריונים לקביעת גודל מחלקות קטנות.

11.1.3 הכללת חטיבות רפואיות במבנה האירגוני

11.1.4 בחינת סדרי עבודה בחדרי מיון.

עמוד 4 בנספח השלמה להסכם הקיבוצי מיום 20.6.1994

16. הקמת מכנה חטיבתי בבתי חולים.

החל מ-1.1.95 תוקמה חטיבות בכל בית חולים בן 500 מיטות כלליות ומעלה

16.1 חטיבה היא צבר של מחלקות מכונים, שרותים ויחידות הנמצאים כולם באותו בית חולים והינם בעלי זיקה משותפת או ענין משותף בהתאם לתנאים הקיימים באותו בית חולים.

16.2 כמנהל חטיבת ייבחר מנהל מחלקה/יחידה או סגן מנהל מחלקה בכיר/או סגן מנהל מחלקה שהינו בעל נסיון של לא פחות מ-3 שנים בתפקידו.

16.3 מנהל חטיבה הוא הסמכות במסגרת יחידות החטיבה לנוהלי עבודה, התמחות, הוראה ומחקר ובלבד שלא יתערב בשיקול הדעת הרפואי לגבי החולה כפרט.

16.4 בכל מוסד רפואי החתום על הסכם קיבוצי זה ייקבע הרכב החטיבות והמבנה הפנימי שלהם, בהתאמה לצרכי המוסד ובהסכמת ארגון הרופאים.

16.5 מנהל החטיבה ייבחר לקדנציה של לא יותר מ-4 שנים. לאחר קדנציה אחת יוכל מנהל החטיבה להציג מועמדותו לקדנציה נוספת בת שנתיים בלבד. הבחירה תעשה בהצבעה חשאית ע"י כל הרופאים הקבועים בחטיבה.

16.6 מנהל חטיבה שסיים תפקידו ישוב לתפקידו הקודם ובלבד שישאר בדרגה אליה הגיע. דרגה זו תהפוך לדרגה אישית לאחר 3 שנים של שהייה בדרגה יהיה זכאי לתוספת שהייה בין שנשאר כמנהל חטיבה ובין שסיים תפקידו.

For one thing, to treat the 21st century's problems with a 20th century approach to health care would require an impossible number of doctors.

The Economist 2.6.2012

TECHNOLOGY WILL REPLACE 80% OF WHAT DOCTORS DO

By Vinod Khosla

Fortune.Tech, 4.12.2012

‘First World Health Care at Third World Prices’: Globalization, Bioethics and Medical Tourism

Regional and national governments in India, Thailand, Singapore, Malaysia, the Philippines and Indonesia regard the ‘medical tourism’ trade as an important resource for economic and social development

India’s national health policy recognizes care of international patients as an ‘export’.

The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health

Matthias Helble^a

According to a study by the World Health Organization (WHO) Regional Office for the Eastern Mediterranean, each year in Jordan more than 120 000 non-Jordanian patients are treated, generating an estimated US\$ 1 billion in annual revenue.

J Educ Health Promot. 2012; 1: 39.

Medical tourism in Iran: Issues and challenges

The Marketing Mix and Development of Medical Tourism in Shiraz

original paper • Mat Soc Med. 2013 Mar 25(1): 32-36

תיירות מרפא בשיבא

מעל 5 אחוז מההכנסות

מקור ל-125 תקנים (7.5% מתקני התאגיד)

בית חולים שיבא - תיירות מרפא – 2010 - 2013

ימי אשפוז

שנים	2010	2011	2012	מחצית 2013
כל המחלקות	6,418	8,446	7,464	3,043
פנימיות	280	274	200	* 170

ב-2013 היו שני אשפוזים חריגים בפנימית ב' בגלל זיהום (68 ימים).
בשיבא יש 70,000 ימי אשפוז לשנה בפנימיות ו-530,000 בכל בית החולים.

ניתוחים באשפוז

שנים	2010	2011	2012	מחצית 2013
סה"כ	532	709	663	289

כולל פעולות פולשניות בהדמיה ומכון הלב (אנגיו + צנתור לב) וקלאס קליניק (פלסטיקה)

ניתוחים של ישראלים בססיות במקום תיירות מרפא בוקר

שנים	2010	2011	2012	מחצית 2013
תיירות מרפא בוקר	252	331	307	121
ישראלים במקום אחה"צ	1,213	1,286	1,309	615

כולל פעולות פולשניות בהדמיה ומכון הלב (אנגיו + צנתור לב)

מגרעות בטיוטת חוזר משרד הבריאות

**חוזר מלא חסמים בלי שום תמריצים (כגון
הגבלה בתגמול הצוות הרפואי)**

**המגמה שמופיעה בשוק בשנה האחרונה
הסטת תיירים לשוק הפרטי (שם אין מגבלות)**

מגרעות בטיוטת חוזר משרד הבריאות

1. אי בהירות בנושא התור – תיירים צריכים להיות מנותחים רק אחרי הצהריים ואם הניתוח חייב להיות בבוקר – יש להקצות במקומו מקום אחרי הצהריים.

2. חסם בגובה ההכנסות.

3. סיוע לבתי חולים פריפרליים.

PRIVATE HEALTH INSURANCE COVERAGE 2009*

FRANCE	93.7
NETHERLANDS	90
ISRAEL	80.7
BELGIUM	76.4
CANADA	68
GERMANY	30.4
SWITZERLAND	29.5
DENMARK	18

* Health at a Glance 2011; OECD Indicators.

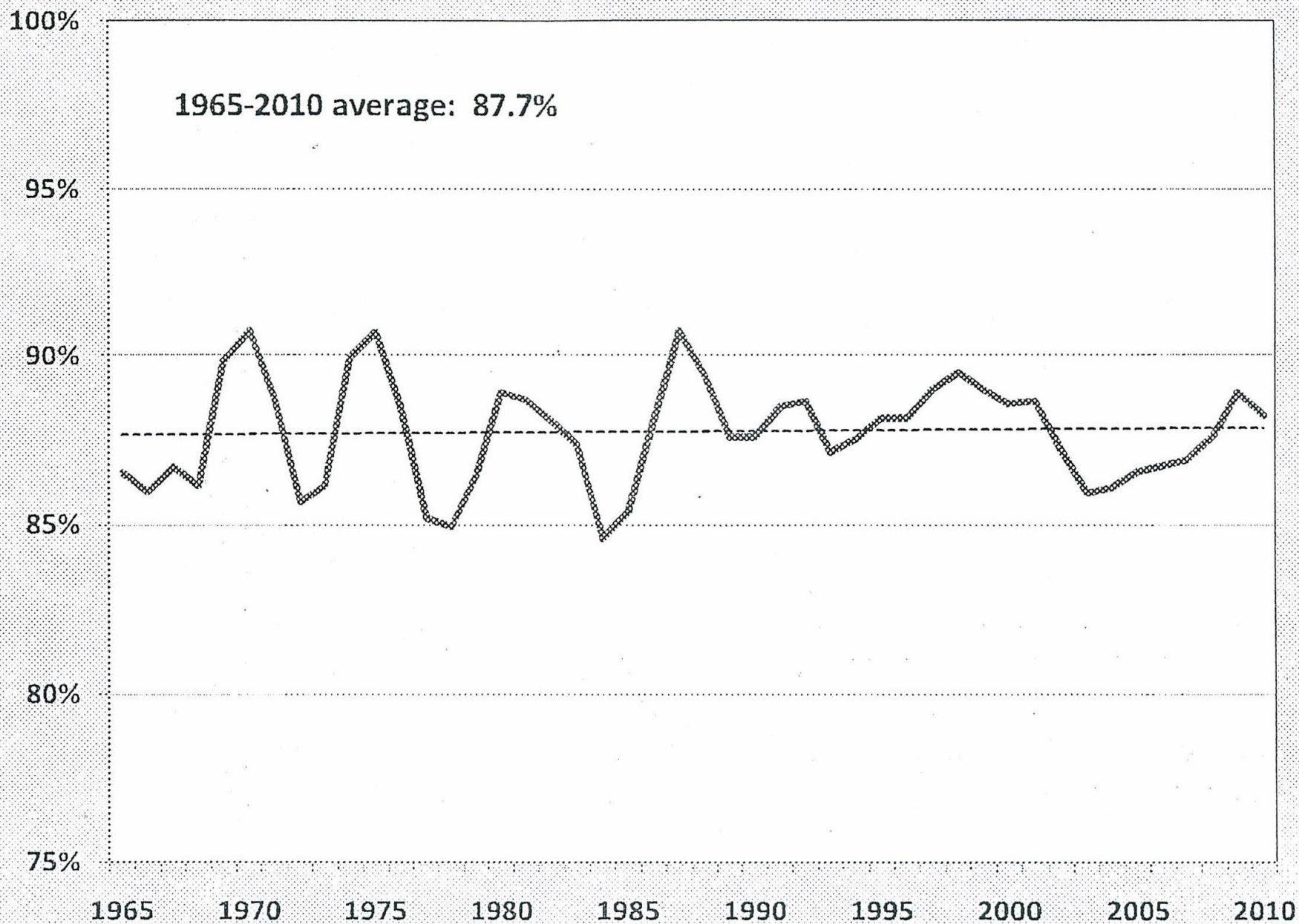
Scott E. Harrington

Medical Loss Ratio Regulation under the Affordable Care Act

The minimum medical loss ratio (MLR) regulations in the Affordable Care Act guarantee that a specific percentage of health insurance premiums is spent on medical care and specified activities to improve health care quality. This paper analyzes the regulations' potential unintended consequences and incentive effects, including: higher medical costs and premiums for some insurers; less innovation to align consumer, provider, and health plan incentives; less consumer choice and increased market concentration; and the risk that insurers will pay rebates if claim costs are lower than projected when premiums are established, despite the regulations' permitted "credibility adjustments." The paper discusses modifications and alternatives to the MLR regulations to help achieve their stated goals with less potential for adverse effects.

Inquiry 50: 9–26 (Spring 2013).

1965-2010 average: 87.7%



An empirical analysis of public and private medical practice in Australia

The blurring of public and private domains in the financing and delivery of health care has occurred in many countries, a phenomenon that has been documented and commented through the perspectives of a variety of disciplines such as economics, geography, organisation research and law (e.g. [1–4]).

Private health insurance in Sweden: a clash of cultures

As growing numbers of Swedes choose private healthcare, The Local's Clara Guibourg explores what's behind the trend and what it could mean for the quality of Sweden's public healthcare system.

Published: 10 Oct 11 10:59 CET

Private healthcare insurance plans have grown a whopping 400 percent in a decade and critics argue that the development could threaten the efficient provision of public healthcare.

Health Economics, Policy and Law (2011), **6**, 549–569 © Cambridge University Press 2010
doi:10.1017/S1744133110000216 First published online 12 August 2010

Choice and privatisation in Swedish primary care

ORIGINAL ARTICLE

Determinants for employer-paid health insurance coverage: a population-based study of the Danish labour force

Although the market for health insurance was almost non-existent before 2002, it quickly became significant, and by 2011, more than 1 million Danes had a supplementary health insurance [3], of these some are part of collective trade union agreements.

Can England's NHS Survive?

Nicholas Black, M.D.

N ENGL J MED 369;1 NEJM.ORG JULY 4, 2013

A sixth of hospitals in England have expanded private patient options this year, a *BMJ* investigation finds

As hospitals look for ways to boost their income, **Gareth Iacobucci** discovers that some are taking advantage of the rationing decisions being made by hard pressed commissioning groups

BMJ | 20 JULY 2013 | VOLUME 347

Blurring of the Public/Private Divide: The Canadian Chapter

Blurring of the public/private sectors appears to be occurring within health care systems around the world, including Canada's.

Thus although Canada is often lumped with Cuba and North Korea by those critical of universal health care systems, on average nearly 30% of the system is financed and an astonishing 65% of Canadians hold private health insurance.

on the whole the trend in the Canadian system as a result of blurring of public and private seems to be increasingly to wear away at the fabric of solidarity and push towards a greater legitimacy for the value that one is able to buy more and better care using one's personal resources or private health insurance.

מודל הבחירה הנקודתית

זכות הבחירה היא רק נקודתית

• ניתוח

פעולה פולשנית אחרת

התייעצות

הבחירה בכל רופא בכיר קבוע

אין בחירה ברפואה דחופה

זכות הבחירה לא שווה הקדמת תור

ישום "בחירת רופא"

1. אין לאשר שר"פ נוסח הדסה, אלא "בחירת רופא נקודתית".
לכן אין צורך במחלקות נפרדות, כהמלצת ארגוני החולים.
2. התשלום יהיה בתעריפי ססיות ולא יהיה קשר בין רופא וחולה.
הדבר יחייב שינוי בתקנות התאגידים.
3. בחירת רופא תתאפשר רק במסגרת תפוקות מוגדרות בשרות הציבורי
לרופא בודד ולמחלקה.
תהיה הגבלה של מכסת הפעילות הפרטית.
4. הבקרה על הפעילות הפרטית תעשה על ידי הרשות לבקרת הפעילות
הכספית בבתי החולים הציבוריים בישראל (כולל אסותא).

5. **תור החולים לפעילות טיפולית וניתוחים יהיה אחיד עם המערכת הציבורית ולא תהיה הקדמת תור (פיקוח הרשות).**
6. **ייקבע אחוז הכסף שיועבר לתקציב בית החולים.**
7. **מהכנסות בחירת רופא ימומן ביטוח משלים לעשירון התחתון.**
כמו בצרפת ב-1.7.2000.
8. **טופס 17 בביטוח יהיה רק 75% מערכו.**
החולה ישלם 25% מכיסו.
9. **אין בחירת רופא במקרים דחופים**
אחריותו של מנהל בית החולים להקצות הרופא הטוב ביותר.

פחדים מבחירת רופא

<u>תגובה</u>	<u>פחד</u>
<p>1. לא נכון. מספרם נמוך והם מרוויחים כבר כיום. במוסד הציבורי יהיה עליהם לבצע מכסה מוגדרת בשרות הציבורי ואחוז מוגדר בבחירת רופא.</p> <p>המרוויחים הגדולים יהיו מומחים יותר צעירים.</p>	<p>1. המרוויחים הגדולים יהיו הרופאים הכוכבים</p>
<p>2. לא נכון. לא מדובר בבחירת רופא לכל האשפוז אלא רק לפרוצדורה ספציפית.</p>	<p>2. יהיה צורך בבניית מחלקות נפרדות</p>
<p>3. לא נכון. התעריפים יהיו תעריפי ססיות שיקבעו על ידי הרשות לבקרה כלכלית</p>	<p>3. תהיה עליה בתעריפים</p>

פחדים מבחירת רופא - המשך

<u>פחד</u>	<u>תגובה</u>
4. יהיה צורך בניהול 2 מערכות מקבילות – ציבורית ופרטית	4. כבר כיום יש בבתי החולים הממשלתיים 2 מערכות מקבילות – תקציב המדינה ותקציב קרן המחקרים.
5. תהיה נהירת רופאים לבתי החולים הגדולים פגיעה בפריפריה	5. לא נכון. כי תהיה חובה לבצע מכסת פעילות במערכת הציבורית במקביל לבחירת רופא. בבתי החולים הגדולים ניתן להגדיל נפח הפעילות מקסימום בשליש
6. פגיעה ברופאים הפנימאים ורופא הטיפול הנמרץ	6. פגיעה זו קיימת כבר כיום יש כ-350,000 ש להתייעצויות בביטוח משלים

פחדים מבחירת רופא - המשך

<u>פחד</u>	<u>תגובה</u>
7. תהיה פגיעה באיכות הטיפול הדחוף	7. לא נכון. אסורה בחירת רופא בטיפול הדחוף. כאן חייבת הנהלת בית החולים להבטיח שהרופא המתאים ינתח.
8. יהיה גידול ניכר בעלות הביטוח הממשלתי	8. אכן יהיה גידול בעלות הביטוח המשלים כי הביקוש יגבר אך הוא ירוסן בכך שבכל מקרה של בחירת רופא על החולה לשלם מכיסו 25% מתעריף הפרוצדורה

יתרונות בחירת רופא בבתי החולים

1. צדק חברתי – מתן זכות בחירה לכל הציבור
2. ניצול מקסימלי ויעיל של המשאבים הקיימים.
3. יציבות כלכלית של בתי החולים.
יש ללוות המהלך בהקטנה הדרגתית של הסובסידיות לבתי החולים.
4. פיתוח הדרגתי של מודל רופא Full-Timer בבתי החולים הציבוריים.
5. הבטחת רופאים איכותיים בבתי החולים בכל שעות היממה.
6. מתן אפשרות בחירה בין כל נותני השרותים יבטל הצורך בכפל ביטוח ותרד ההוצאה לביטוחים פרטיים.
7. ההסטה לבתי החולים הציבוריים תביא למניעת ניתוחים ופעולות מיותרות בגלל בקרת עמיתים.