

# וועדה מייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

## *עמדת קופ"ח מאוחדת*

**זאב וורמברנד**

**מנכ"ל**

**ביטוחים רפואיים :  
שב"ן וביטוחים  
מסחריים**

**בחינת היחס בין  
הרפואה הציבורית  
לבין הרפואה  
הפרטית**

**מעמדו המעורב של  
משרד הבריאות  
כספק שרות,  
מבטח ורגולטור**

**תיירות רפואית**

הנושא הבא: אופי  
הניהול של בתי  
החולים הממשלתיים

התוצאה תהיה  
ריענון במערכת  
הבריאות

טיפול ע"י השרה  
בנושאי הליבה עם  
כניסתה לתפקיד

הנושאים המוצגים  
יקבעו את האסטרטגיה  
לשנים הקרובות

הנני מברך  
על הרעיון  
להקמת  
הועדה

**כל תוצאה שתתקבל תייצב  
את המערכת לתקופה ארוכה**

# רקע

**70%**

שיעור המימון הציבורי מסך ההוצאה  
ערב החלת חוק ביטוח בריאות



**60%**

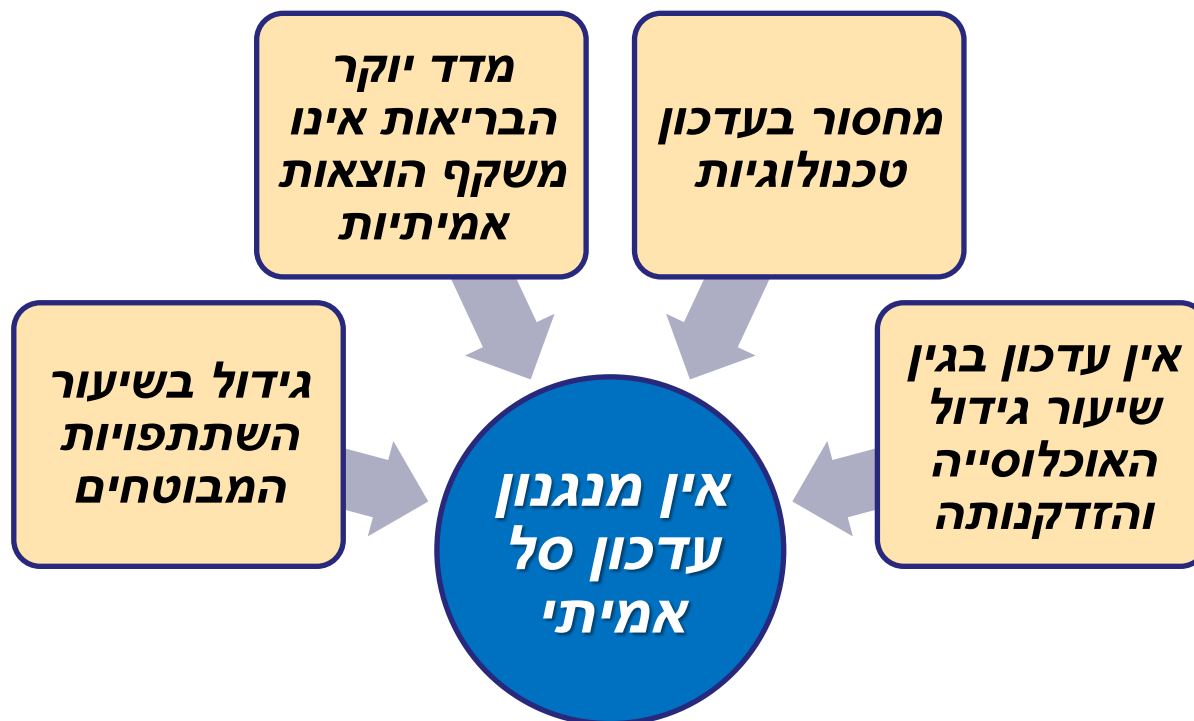
שיעור המימון הציבורי מסך ההוצאה  
כיום



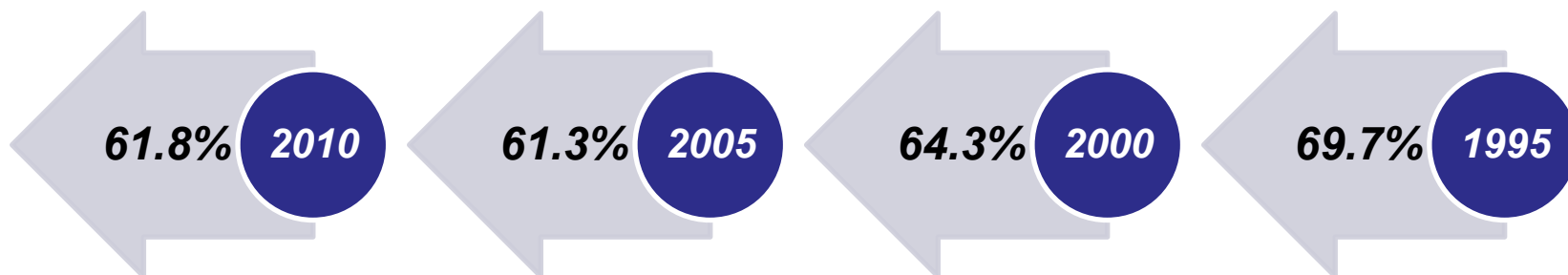
**המשמעות: פגיעה בביטחון  
החברתי-כלכלי ובעקרונות החוק**

# חיזוק המערכת הציבורית?

**הוצאה לנפש ללא שינוי**



## שיעור המימון הציבורי



## חיזוקה של הרפואה הקהילתית יוביל לשיפור האיכות הרפואית ולהקטנת השימושים בבתי חולים

**פיתוח חלופות אשפוז  
כגון: שיקום, אשפוז  
בית, הוספיס בית  
ויחידות המשך טיפול**

**הנגשת שירות  
והתאמה תרבותית  
לאוכלוסיות כגון:  
חרדים, מיעוטים, עולים  
ועוד**

**בניית תוכנית לצמצום  
הפערים בנגישות  
ובזמינות השירותים בין  
פריפריה ומרכז**

**קביעת נורמות לזמינות  
שירותים במערכת  
הבריאות**

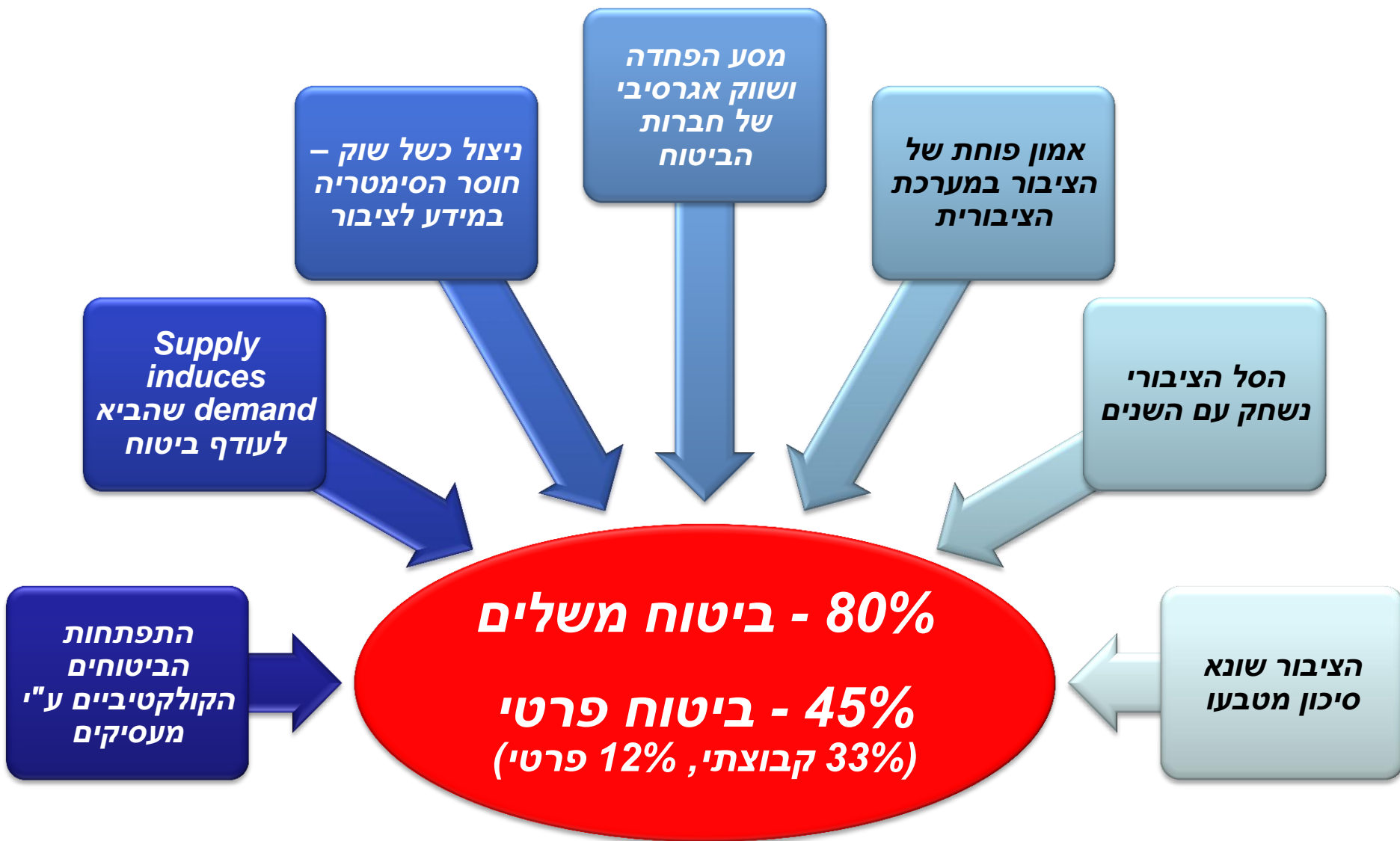
**חוסר הצלחה בהעברת שירותים מהתוספת  
השלישית לאחריות קופות החולים וניתוק  
משרד הבריאות מאחריותו כספק שירותי  
בריאות**

**שימוש רב ובלתי עקבי בכלי חקיקה ורגולציה,  
חוק הסדרים, ועדות מחירים, מנגנון הקאפ**

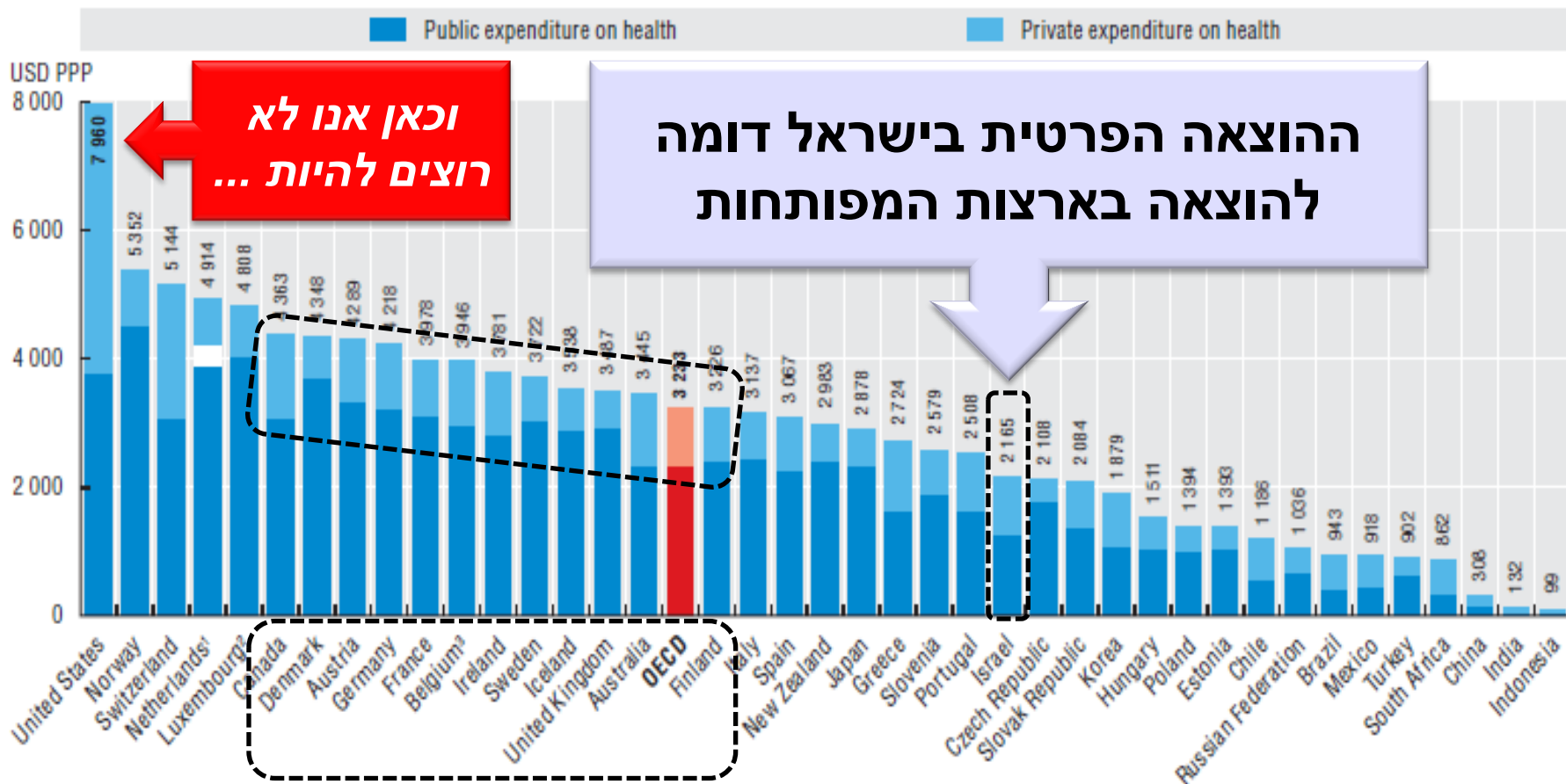
**הימנעות מרגולציה בנושאים הנוגעים  
למערכת האשפוז**

**זווית  
ההסתכלות  
מייצרת  
דיסוננס**





# **בחינת היחס בין הרפואה הציבורית לבין הרפואה הפרטית**



וכאן אנו לא  
רוצים להיות ...

ההוצאה הפרטית בישראל דומה  
להוצאה בארצות המפותחות

ומנגד, ההוצאה הציבורית לא ...

### הגדלת היצע

לדוג' הגדלת כמות חדרי ניתוח לרשות המערכת הפרטית



ישראל תהפוך לאחת הארצות המובילות  
בהוצאה הפרטית ולצידה מערכת ציבורית  
חלשה



המסקנה: אין להרחיב עוד את ההוצאה  
הפרטית

# **ביטוחים רפואיים**

## **שב"ן וביטוחים מסחריים**

### תוכניות השב"ן תפחו וההוצאה בגינן גדלה משמעותית

הגידול בתוכניות השב"ן  
ובביטוחים המשלימים  
תרם לגידול בשיעור  
ההוצאה הפרטית מסך  
ההוצאה הלאומית

התחרות בין קופות  
החולים מתמקדת בעיקר  
בשב"ן ולא בסל הבסיסי

קיימת בעייתיות עקב  
יחסי גומלין הקיימים בין  
סל השירותים הבסיסי  
לבין סל שירותי השב"ן

**אין תיאום- כפל ביטוחים, הכנסת שירותים לא  
חיוניים ועוד**

נקודת המוצא	בי"ח מספר 1 בישראל	הציפייה: בי"ח עצמאי ואחראי	ישמש כמודל לחיקוי
התוצאות	חוסר יעילות תפעולית תפוקת רופאים נמוכה בכ- 15% בהשוואה לרבין ואיכילוב	מחירים גבוהים מאשר באסותא 50% יותר	משכורות עתק לרופאים
	השורה התחתונה	גירעון מצטבר של מיליארד ש"ח	בי"ח איבד מיוקרתו הרפואית
בירושלים, אחת מהערים העניות בישראל, עלות שב"ן גבוהה פי 3.5 מדרום הארץ			

למרות דירקטוריון והנהלה מהטובים שהיו, בית החולים התדרדר לכינוס נכסים – אם היה בי"ח פרטי

**סך ההוצאה של השב"ן וחברות הביטוח בגין  
בחירת מנתח - 2.1 מיליארד ₪**

**מצב קיים**

**הסטת הפעילות  
לאחר הצהריים**

**תתרוקן פעילות הבוקר  
ותמומן ע"י המדינה  
באמצעות הקופות**

**היצע חדרי הניתוח בירושלים ובשפלה  
כ- 40, בארץ קיימים עוד 250 חדרים.  
באם יוגדל היצע חדרי הניתוח עבור  
ביטוחי הבריאות הפרטיים**

**ההוצאה הלאומית תגדל  
ב- 4 מיליארד ₪**

**התוצאות**

**ניהול בתי החולים יעבור לניהול ע"י  
חברות הביטוח ומנהלי הקולקטיבים**

**השורה  
התחתונה**



### מצב קיים

45% מבוטחים בביטוח פרטי - 33% מבוטחים בביטוח קולקטיבי

חברות  
מובילות

בנקים,  
אמדוקס,  
בזק, חברת  
חשמל, רבוע  
כחול,  
שופרסל ועוד

חברות  
מעדיפות  
לתת הטבה  
ע"י מוצר  
הנתפס  
משמעותי  
וחשוב  
במקום  
רווחה וכו'

הטבה זו  
יוצרת  
הזדהות  
ארגונית  
גבוהה  
ומשמרת  
את  
העובדים

העובדים  
רואים  
בביטוח  
הטבה  
משמעותית  
בעיקר לאלה  
שידם אינה  
משגת

בביטוח  
הקולקטיבי  
שיעור  
ההחזר  
למבוטח  
עומד על כ-  
90%

המס המקביל חוזר ... למערכת הפרטית

**מה יהיה?**

הגדלת היצע לטובת שירותים  
פרטיים  
250 חדרי ניתוח

הגדלת השימושים בכל הארץ  
היצע יוצר ביקוש  
גידול של 4 מיליארד ש"ח

**התוצאות**

תינתן  
עדיפות  
לביטוחים  
הקולקטיביים  
על פני  
השב"ן

הגדלת פערי  
הזמינות  
בבתי החולים  
(בוקר/שר"פ)

מנכ"לי  
חברות  
הביטוח ינהלו  
את בתי  
החולים  
עליה בשכר  
הרופאים

פעילות בוקר  
בבי"ח  
גרעונית

**השורה  
התחתונה**

שירות  
ללקוחות  
הקופות  
מחמיר וגם  
הגרעון  
מתרחב

הגדלת הפרמיות  
ועליה במחיר ביטוחי  
הבריאות הפרטיים  
קיטון במספר  
המבוטחים בשב"ן

הגדלת אי השוויון  
עליה בהוצאה הלאומית  
ללא תוספת ערך ממשי  
גירעונות גדלים בבתי  
החולים ובקופות

**אין להעביר כסף פרטי לבתי חולים ממשלתיים  
תחת שום כותרת**

**העברה = שר"פ**

לקופות אינטרס כפול בהפניית מבוטחים לבתי החולים  
הפרטיים שלהם ולכן עליהן **למכור** את אחזקותיהם בבתי"ח

**כסף ציבורי קונה יותר**

הקצאת 120 מלש"ח לטובת שכר  
רופאים מובילים להסטת פעילות

**מדידה**

זמינות שירותים  
בבתי החולים  
ובקהילה וקביעת  
נורמות

**הגבלת גידול**

הגבלת קצב הגידול בבתי חולים  
פרטיים בגין פעילות השב"ן,  
הגבלה של הגידול בשב"ן  
בניתוחים ובפעולות

**מודל תגמול - פול טיימר**

רופאים שיעבדו רק במערכת  
הציבורית בתמורה לתפוקות

**מוגדרות** (הקצאת כמות רופאים לפי גודל בית  
חולים 7 רופאים בבית חולים בינוני, 10-15 רופאים  
בבית חולים על)

**ביטוחים פרטיים יעברו רויזיה ויהיו 2 ביטוחים בלבד שיכילו מרכיבים  
נוספים מעבר לשב"ן כגון תרופות מצילות חיים וטכנולוגיות**

**עידוד ביטוחים  
קבוצתיים – יש  
למנוע כפילויות**

**פוליסת פיצוי משלימה לשב"ן**

**פוליסת שיפוי שלקוח יקנה ויקבל  
אותה ללא קשר לשב"ן**

# תיירות רפואית

**3% מאוכלוסיית העולם  
השתמשה עד כה  
בתיירות רפואית**

**קצב גידול 20%-  
30% בשנה**

**שוק של 70-100  
מיליארד דולר**

**התעניינות  
ברפואה  
הישראלית  
מהמגזר הרוסי  
בגלל שפה**

**התעניינות  
ברפואה  
הישראלית  
שהינה בעלת  
מוניטין עולמי**

**חיפוש אחר  
פתרונות זולים  
לקבלת שירותים  
ברמה סבירה  
בזמני המתנה  
סבירים**

**תיירות מרפא  
הוכרזה ע"י  
מדינות רבות  
כתעשייה לאומית  
הכוללת תמיכה  
ממשלתית**

**פוטנציאל עסקי גבוה במתכונת שר"פ**

**פוטנציאל צמיחה משמעותי**

<b>2013</b> 950 מלש"ח	<b>2012</b> 800 מלש"ח	<b>2007</b> 160 מלש"ח	<b>2006</b> 110 מלש"ח	<b>צמיחת השוק</b>
אישור לבתי החולים לתיירות רפואית- עד 5% מההכנסות	התעניינות של משרדי ממשלה (משרדי הבריאות והתיירות – ביטול ויזות, מלונאות ועוד)	הסמכת JCI של בי"ח של הכללית והממשלתיים	הקצאת כ"א ייעודי ומאמצי שיווק על ידי הדסה, אסף הרופא, איכילוב, שיבא ורמב"ם	<b>התפתחויות בישראל</b>
מאפשר פיתוח יחידות מצוינות ומקטין את העבודה הנוספת של רופאים מחוץ לבתי החולים	מאפשרים פיתוח רכש ציוד ושיפור תשתיות שלא על חשבון תקציב המדינה	מורידים את הלחץ מבתי החולים	<b>יתרונות</b>	

## **הזדמנות להזרמת כסף חיצוני למערכת מינון נמוך על מנת שלא להפקיע תשתיות ציבוריות לטובת תיירים**

**קביעת תקרה להיקף הפעילות ברמה  
הלאומית וברמת בית חולים**

**השירות יינתן בישראל בעבודה  
נוספת או לחילופין בשעות הבוקר  
בהקצאת תשתיות ייעודיות**

**המדינה תעודד ביטול ויזות, פתרונות  
למלונאות, הוזלת טיסות ועוד**

**בניית מנגנון פיקוח כלכלי בלבד  
להבטחת הפניית הרווחים לפיתוח  
בתי חולים, רכישת ציוד חדש ושיפור  
תנאים פיזיים**

**מעמדו המעורב של משרד הבריאות  
כספק שרות, מבטח ורגולטור וסוגיית  
"הפרדת הכובעים"**



**אחראי לאספקתו של סל  
השירותים המוגדר  
בתוספת השלישית לחוק  
ביטוח בריאות – טיפת  
חלב, סיעוד, בריאות הנפש**

**ספק שירותי אשפוז –  
בעלות על 3 בתי חולים על  
ו-8 בתי חולים כלליים.**

**מוביל  
לניגוד  
עניינים**

**בתחילת שנות ה-90 סוכמו עקרונות לתאגוד והובטח כי בית חולים  
אשר יהפוך לתאגיד יוכל לספק שירותי רפואה פרטיים**

**חלופה נוספת  
שנבדקה היא  
הקמת רשות  
אשפוז - לא  
צלח**

**לא סוכם  
המבנה  
המשפטי  
שלהם**

**לא סוכמה  
מידת  
האוטונומיה  
של  
התאגידים**

**הוקמו קרנות  
מחקר**

**כל אלה גרמו לכך שלא תואגד אף בית חולים  
רעיון תאגוד בתי החולים נזנח**

**העברת בתי החולים הממשלתיים לאחריות הקופות- יש לבצע מהלך הדרגתי  
כך שתוך 6 שנים יועברו 7 בתי החולים שרובם אינם בתי חולים על**

**לדוגמא: העברת בית החולים תל השומר או העברת אסף הרופא והלל יפה  
לקופ"ח מאוחדת – מותאם לריכוזי הלקוחות של הקופה ולפרופיל המבוטחים**

**כללי משחק  
שיוצרים  
אינטרסים  
משותפים  
ללא ביצוע  
תפוקות  
מיותרות**

**צמצום  
תופעת כפל  
השירותים  
והגברת  
היעילות  
התפעולית**

**מינויים  
קדנציאליים  
לכל צוותי  
הניהול  
במחוזות  
ובתי החולים**

**ניהול עם  
סמכות  
ואחריות**

**דירקטוריון  
אחד לקופה  
ולבתי  
החולים**

**ניסיון טוב  
של הכללית  
ואסותא**

**הוצאה נמוכה לנפש לשירותים רפואיים באגני אשפוז בהם  
קיימים בתי החולים של הכללית: מאיר, קפלן, סורוקה  
והעמק**

## יש לבצע צעדים משלימים להצלחת התהליך

אחריות של הממשלה לבי"ח  
חולים שיועבר גרעוני במשך 5  
השנים הראשונות- השלמת  
תקציב בגובה הגרעון שיופחת  
בהדרגה ב- 20% לשנה

הממשלה תהיה  
אחראית על  
התחייבות בתי  
החולים בעבר  
לעובדים

יוסדר מינוי  
מנהלי בתי  
חולים  
לקדנציות של  
4 שנים (2X)

הממשלה תממן ביטוח  
אחריות מקצועית ב-3  
השנים הראשונות

לקופה תהיה גמישות  
להחלפת/צמצום כ"א  
ניהולי בבתי החולים  
בהיקף של עד 3%

בבתי חולים  
שיתואגדו לא  
יונהג שר"פ  
לפחות שנתיים

# בכל בקשה ושאלה ניתן לפנות אלי באופן אישי

[zeev.v@meuhedet.co.il](mailto:zeev.v@meuhedet.co.il)