



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

25 ביוני 2014

המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

א. הרפואה הראשונית

1. **פעולות להגברת הזמינות והנגישות של הרופא הראשוני** – באחריות משרד הבריאות, קופות החולים וההסתדרות הרפואית לבצע פעולות להגדלת מספר הרופאים הראשוניים בדגש על פריפריה חברתית וגיאוגרפית.
2. **מתן כלים לרופאים הראשוניים בתחומים נוספים** (למשל, פסיכיאטריה וגריאטריה).
3. **שיוך המבוטח לרופא ראשוני** – חובת שיוך של מבוטח לרופא ראשוני אחד שהוא הרופא המטפל אשר מרכז את הטיפול במבוטח. המבוטח יכול לבחור להחליף את הרופא המטפל אחת לרבעון.
4. **רופא בקהילה כמנהל הטיפול (Case Manager)** – רופאים ראשוניים בעלי התמחות של משפחה/ילדים/גריאטריה/נשים/פנימאי וכדומה (באירועים מסויימים) ישמשו כמנהלי הטיפול של החולים המשויכים אליהם.
5. **פנייה ישירה לרופאים יועצים מול פנייה דרך הרופא המטפל:**
 - א. יבוצעו פעולות לצמצום נטל פעולות בירוקרטיות מהרופא הראשוני, לרבות אישורים.
 - ב. במקרים של דחיפות רפואית תינתן עדיפות בקביעת תור לחולים שיופנו על ידי רופאי משפחה לרופא מומחה על פני מטופלים לא דחופים אחרים.
6. **העברת מידע רפואי על המבוטח לרופא המטפל:**
 - א. במעבר מקופה לקופה חובה על קופת החולים הנעזבת להעביר את התיק הרפואי של המבוטח לקופה החדשה באופן אלקטרוני ללא צורך בהתערבותו של המבוטח. יש לאפשר למבוטחים לבקש שלא להעביר את התיק הרפואי שלהם לקופה החדשה או להעביר את המידע באחת הדרכים הקיימות (לפי חוזר סמנכ"ל פיקוח על קופות חולים 7/2013).
 - ב. הבניית מערכות המידע כך שריכוז כלל המידע על המטופל יהיה אצל הרופא המטפל, הן מידע אודות האשפוזים (כולל מידע מידי אודות אשפוז של המבוטח) והן אודות פעולות אחרות שבוצעו במסגרת הקופה. יש להבטיח כי לרופא המשפחה יהיה זמן מספק לעיבוד המידע.
 - ג. העברת מידע מרופא פרטי/רופא הסדר לקופת חולים ולהפך מקופת חולים לרופא פרטי/הסדר, תעשה באמצעות המבוטח, אשר יבקש את המידע הרפואי הדרוש לו ולפי שיקול דעתו, יבקש להכניסו לתיק הרפואי.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- ד. יש לאפשר למבוטחים להכניס פריטים לתיק הרפואי האלקטרוני שמנוהל בקופת החולים, וזאת בכפוף למידע שיוגדר על ידי הקופות ובאישור רופא מהקופה.
- ה. כל הסעיפים הנוגעים להעברת מידע בין גורמים שונים, כפופה לאישורים המשפטיים הנדרשים.
7. **הרחבת זמינות הרפואה השניונית בקהילה :**
- א. באחריות משרד הבריאות וקופות חולים להרחיב את זמינות שירותי הרפואה השניונית בקהילה, בעיקר בפריפריה.
- ב. מתן דגש על מתן שירותי ייעוץ בקהילה והקצאה מושכלת של מקצועות הייעוץ (רפואה שניונית) בין בתי החולים לקהילה.
- ג. לגבי ארגון יעיל ומקצועי של הרפואה המקצועית בקהילה ובבית החולים, ישנם מספר פתרונות אפשריים :
- 1) שימוש יעיל ומשולב בתשתיות של קהילה ובית חולים.
 - 2) לשלב נציגי קופות חולים בבתי חולים.
 - 3) מתן העדפה למודל של רופא משולב "בית חולים – קהילה".
8. **מומלץ למצוא דרכים למתן דגש על רפואה מונעת ואורח חיים בריא, כגון :** חיסונים, בדיקות סקר, דיאטנית, הפסקת עישון, פעילויות ספורט והתנהגויות בריאותיות אחרות ופעילות מונעת מותאמת מגזרים/קבוצות אוכלוסייה.

ב. רפואה דחופה

9. הוועדה מאמצת את מסקנות הוועדה לקידום הרפואה הדחופה שמינתה שרת הבריאות. קידום ההמלצות יבחן בהיבטים לוגיסטיים ותקציביים. בנוסף, יתווסף לצוות המלר"ד גריאטר, בכפוף לזמינות, שיסייע בטיפול הראוי באוכלוסייה הקשישה.

ג. המלצות בנושא הגברת שיתופי הפעולה והתיאום בין המערכים הקהילתי והאשפוזי

10. קופות החולים ובתי החולים יפעלו על מנת לבנות מודל אשר יאפשר שמירת קשר שוטף בין הצוות הרפואי בבית החולים לרופא המטפל בקהילה אודות המטופל המאושפז.
11. יוקם צוות מקשר מטעם קופות החולים בתוך בתי החולים. הצוות המקשר יהיה ממקצועות הרפואה, ויעסוק במספר היבטים :
- א. תאום התהליך הרפואי המיטבי בין התחומים : האשפוז, הטיפול והשחרור הביתה או למוסד שיקום.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- א. ייעול תהליכים והפחתת נטל הבירוקרטיה המוטל על החולה.
- ב. סיוע לעדכון ההדדי בין הרופא שמנהל את הטיפול בחולה ובין הצוות הרפואי בבית החולים.
- ג. בתוך כך צריך לשים לב שלא מתחזקים שיקולים כלכליים על חשבון שיקולים רפואיים מקצועיים.
12. ההסכמים בין בתי החולים לקופות החולים יכללו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי.

ד. זמני המתנה

13. משרדי הבריאות והאוצר יקבעו כללים, תוך 120 יום, ויפעלו ליצירת סטנדרטים בנוגע לנגישות גיאוגרפית וזמני המתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, בהתחשב בדחיפות הפעולות, ויפעלו לייצר תמריצים לעמידה בכללים של קיצור זמני ההמתנה הקיימים היכן שנדרש. כללים אלו יעודכנו מעת לעת.
14. הקמת מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים – המרכז יאסוף מידע גולמי על מועדי ההפניה והתורים במערכת, ויאפשר למבוטחים שקיפות בזמן אמת (כולל בממשק אינטרנטי).
15. משרד הבריאות יפרסם מדי שנה דו"ח על אורכי התורים לפי פרוצדורות, בתי חולים וקופות חולים.

ה. מערכת האשפוז

16. הרחבה של מערכות תומכות קהילתיות, כולל חיזוק תשתיות הבירור והאבחון בקהילה והרחבת המערך לטיפול ואשפוז ביתי.
17. צמצום פניות מיותרות לחדרי מיון, בעזרת חיזוק יכולות קופות החולים בנושא הרפואה הדחופה עם תשתיות וכוח אדם איכותיים. תכנון היחידות יעשה בראייה לאומית.
18. קביעת תכניות טיפול משולבות למגוון של אוכלוסיות בסיכון: חולים כרוניים, מאושפזים חוזרים, חולים שמקבלים תרופות שלא נמצאות בסל וכו'.
19. שימוש באנשי מקצוע בעלי הכשרה רב-תחומית, על מנת לשפר את תהליכי העבודה והיעילות בבתי החולים.

"פולטיימר"

20. מודל הפולטיימר הוא מודל מומלץ ואף חיוני למערכת הבריאות. לדעת הוועדה, מודל זה חשוב במיוחד ליישום בשדרה הניהולית הבכירה ובמקצועות בהם נדרשת נוכחות מומחים



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- מעבר לשעות העבודה השגרתיות וכן במקצועות נוספים, לרבות במקצועות בהם יש או צפוי מחסור בכח אדם, כפי שייקבע מעת לעת.
21. בעת קיום מכרזים לתפקידים בכירים יינתן, ככל האפשר, משקל למי שבחר להיות פולטיימר.
22. עבודה נוספת של פולטיימרים המועסקים בבתי חולים ציבוריים – רופא אשר מכהן כ"פולטיימר", מחוייב לבית החולים הציבורי. עיקר זמנו של הפולטיימר יוקדש לבית החולים. על מנת למנוע פגיעה בקהילה, הרופאים המכהנים כ"פולטיימר" יוכלו לעבוד ברפואה ציבורית במסגרת הקהילה. "פולטיימר" לא יוכל לעבוד במקביל בבית חולים פרטי או בקליניקה פרטית. יש להבטיח כי יהיו תנאים שיאפשרו העסקה של צוותים רפואיים תומכים לרופאים אחר הצהריים.
23. יוקם צוות יישום אשר יקבע את הכללים והנהלים המדויקים בנושא, בהתאם לעקרונות המפורטים לעיל.

מיטות אשפוז

24. הוועדה ממליצה שהממשלה תפעל להמשך מגמת הוספת מיטות אשפוז כלליות, מעבר לתכנית הרב שנתית שנקבעה בהחלטת הממשלה, וזאת תוך מתן ביטוי לגידול האוכלוסייה והזדקנותה. קביעת היקף תוספת המיטות תתחשב גם בצורך לשמור על חוסן הקהילה, ביכולת הקהילה לתת שירותי אשפוז מחוץ לבתי חולים ולמנוע אשפוזים מיותרים, וכן בהתפתחויות טכנולוגיות המשפיעות על מספר המאושפזים בבתי החולים, לרבות באמצעות אשפוזי יום ואשפוזי בית. בגלל זמן ההיערכות הממושך הנדרש ליישום הנושא, מומלץ לקדם החלטות אלה בהקדם על מנת למנוע מחסור מיטות אשפוז.

1. איכות ושירות

25. המלצתנו היא לאמץ את איכות השרות כיעד אסטרטגי, תוך הקצאת משאבים משמעותיים ברמה הלאומית, וכפועל יוצא גם ברמה המוסדית. הובלת תהליכים ויצירת מחויבות אמיתית של מוסדות הבריאות (כולל משרד הבריאות) לאיכות השירות, בין היתר מתוך הכרה בהשפעות החיוביות שעשויות לצמוח משיפור האיכות למטופל, הן מבחינת ארון הציבור במערכת הבריאות הציבורית, והן מבחינת שיפור בריאותו ורווחתו של הפרט. כמו כן, יש לתת דגש מיוחד על איכות השירות ביחס ל:
- א. קשר "בית חולים – קהילה" וממשקיו.
 - ב. אוכלוסיות מיוחדות (חולים כרוניים, קשישים, בעלי מוגבלויות ועוד).
 - ג. פריפריה גיאוגרפית.
 - ד. מחלקות לרפואה דחופה.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- ה. ניתוחים.
- ו. צמצום פערים ואי-שוויון.

מדידה

- 26. סקרי שביעות רצון / התנסות המטופל:
 - א. ביצוע סקר שביעות רצון לאומי (בתי חולים וקהילה) בהובלת משרד הבריאות אחת לשנתיים.
 - ב. ביצוע סקר שביעות רצון מחלקה/מרפאה בהובלת המוסד הרפואי אחת לשנה.
 - ג. ביצוע סקר נגישות מוסדית (בעלי מוגבלויות, נגישות לשונית, קשישים ועוד) אחת לשנה.
- 27. הדרכה והכשרה – פיתוח סדנאות לטיפול מתן שירות למטופל, עבודה בלחץ וכו', לכלל הצוותים רפואיים והסיעודיים (בבתי החולים ובקהילה).
- 28. זמינות ונגישות:
 - א. מדידת אורך תורים.
 - ב. מדידת זמני מענה בטלפון.
 - ג. מדידת זמני המתנה במרפאות חוץ (תורים + זמני המתנה לכניסה לרופא).
 - ד. מדידת זמני המתנה לרופאים מומחים בקהילה.
 - ה. מדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים.
 - ו. מדידת זמני המתנה במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד).
 - ז. מדידת ביטול תורים / ניתוחים / בדיקות באשפוז ולא באשפוז.
 - ח. מדידת מספר מטופלים/שעה בקהילה בחתך סוג התור.
- 29. טיפול בפניות ציבור – לדוגמא: משך זמן לטיפול בפניית ציבור בחתך סוג הפנייה.
- 30. פרסום הממצאים להנהלות בתי החולים, קופות החולים ולציבור הרחב.
- 31. הגדרת יעדים לכל אחד מהפרמטרים ברמה הלאומית וברמה הפרטנית.
- 32. הגדרת אמנת שירות על ידי בית החולים שישוקף לציבור הרחב.

שיפור שירות

- 33. יש לפעול לשילוב נושא איכות השירות וחווית המטופל בלימודי הליבה של הסטודנטים למקצועות בריאות (בתי ספר לרפואה, בתי ספר לסיעוד, מזכירות רפואית וכיו"ב).
- 34. מינוי מנהל "התנסות המטופל" בכל בית חולים בכפיפות ישירה למנכ"ל בית החולים או סמנכ"ל רפואי, הכשרת מנהלי שירות ברמה הלאומית.
- 35. פיתוח תוכניות הכשרה וסדנאות למתן שירות למטופל, עבודה בלחץ וכו', לצוותים רפואיים, סיעודיים ואדמיניסטרטיביים (לדוג' מזכירות מחלקה).



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

36. שיפור רצף הטיפול וצמצום בירוקרטיה בממשק מטופל – בית חולים – קהילה.
37. תזכור תורים בקהילה.
38. תזכור תורים מרפאות חוץ.
39. תזכור ועדכון לפני ניתוח/פרוצדורה.
40. הרחבת היכולות הדיגיטליות של בתי החולים (לדוג' מתן דו"ח סיכום בדיקה/טיפול אצל רופאים בקהילה, לחילופין אפשרות הדפסת סיכום בדיקה/טיפול מתוך אתר האינטרנט של בית החולים/קופה).
41. הגבלת זימון יתר במרפאות חוץ.
42. הרחבת שירותים בערוצים ישירים (לדוגמא מוקד טלפוני / אינטרנט).
43. הרחבת הנגישות הלשונית (מוקד, אתר האינטרנט, שימוש במתורגמים).
44. מתן דף מידע למטופל/מאושפז בשפות.
45. תיעוד וניתוח תלונות/פניות הציבור.
46. שקיפות מוסדית (פרסום חלק מנתוני המדידה ודו"ח שנתי של פניות ותלונות הציבור).
47. ביצוע בקורות שנתיות השוואתיות בין בתי החולים בנושאים במיקוד איכות השירות. הגדרת תגמול ייעודי לבתי החולים על שיפור במדדי איכות השירות (זמינות תורים נמוכה, ציוני סקרי חווית המטופל, צמצום תלונות הציבור ועוד).

ז. כח אדם

48. הוועדה ממליצה להקים צוות מקצועי שיציע מנגנונים שיסייעו לקידום מקצועי של נשים במקצועות הבריאות. הצוות יבחן את החסמים הקיימים כיום, לרבות בחינת תהליכים להגברת שילוב נשים בתפקידי ניהול, השתלבות במודל ה"פולטיימר" והתאמת המערכת לכך.

רופאים

49. מספר הרופאים – לפעול להרחבת מסגרות ההכשרה בישראל לרופאים ל-1,000 סטודנטים ישראליים בשנה תוך 5 שנים, גם אם הצעדים כוללים הפחתת מספר הסטודנטים הזרים הלומדים רפואה בישראל (ברוח ועדת "אנדורן"). לקבוע יעד כולל של 1,400 רופאים חדשים בשנה (בוגרי ישראל וחו"ל), כך ששיעור הרופאים בישראל יעמוד על 2.9-3.0 רופאים לאלף נפש. מעת לעת משרד הבריאות יעדכן את היעד בהתאם לצרכים שיהיו במערכת והמטלות שיוטלו על הרופאים.
50. להגדיל את תמהיל מספר הסטודנטים הלומדים בתוכניות 4 שנתיות.
51. לבצע פעולות למיצוי החזרת רופאים ישראליים בחו"ל. הפעולות יכללו בין היתר: יצירת קשר עם הסטודנטים במהלך הלימודים, קורסי הכנה למבחן הרישוי, בחינת כללי הרישוי לרופאים



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- שלמדו בחו"ל, בחינת אפשרות לביצוע סיום הלימודים בישראל, בחינת אפשרות לתוכניות החזרת רופאים העובדים בחו"ל בדומה לתוכניות להחזרת מדענים. ביצוע פעילות הסברה וגיוס של רופאים עולים פוטנציאליים במדינות מוצא רלוונטיות.
52. לבחון, יחד עם המועצה הלאומית להשכלה גבוהה את נושא ההכשרה הקלינית במהלך הלימודים – מספר שבועות הוראה, הוראה בקהילה, סדר הלימודים, ושיטות תגמול (ועדת "גלזר-ישראלי").
53. נקיטת צעדים לשימור רופאים במקצוע, כגון: אפשרות להעסקה מעבר לגיל הפרישה, בחינת סיבות לפרישת רופאים מהמקצוע לפני גיל פרישה ונקיטת צעדים בנושא, בחינת סיבות מרכזיות להגירת רופאים מישראל, אפשרות לתעסוקה בחלקיות משרה לאחר גיל פרישה.
54. לנוכח המחסור והעודף ברופאים בהתמחויות מסוימות והצורך לתכנן ארוך טווח, משרד הבריאות בשיתוף עם המועצה המדעית, יקבעו מדיניות על מנת להתמודד עם הצרכים הלאומיים.
55. המועצה המדעית ומשרד הבריאות יבחנו את הצורך בשינוי מסלולי ההתמחות לרבות נושאים כגון – התמחות בקהילה, קיצור מדעי היסוד, מסלולים ישירים ותחילת התמחות בסטאג'.
56. תמריצים – בחינת תמריצים ארוכי טווח עם מחויבות להעסקה על פני זמן וכן בחינת פיתוח מסלול קריירה למקצועות במחסור.
57. הוספת תקנים למתמחים מתוך ראייה של שיעור הרופאים המומחים הנדרשים.
58. לבחון דרכים להקל על עבודת הרופא (כולל אלמנטים לוגיסטיים) והעברת תפקידים לבעלי מקצועות בריאות אחרים שקיבלו הכשרה מתאימה.
59. מידע אודות הרופאים הפעילים בישראל – לבחון את הצורך ברישום חוזר.
- 59א. נקיטת צעדים לשיפור סביבת העבודה של הרופאים.

אחיות

60. משרד הבריאות ימשיך לפעול להגדלת שיעור האחיות בישראל ויקבע יעד לשנים לקרובות, בהתחשב בתמהיל האחיות הנדרשות. היעד יתעדכן מעת לעת בהתאם לצרכים שיהיו במערכת והמטלות שיוטלו על האחיות. במסגרת זאת ימופו הצרכים והפערים במקצועות הסיעוד לסוגיהם.
61. משרד הבריאות יפעל לנקיטת צעדים לשימור האחיות במקצוע ולייעול זמן העבודה של האחיות, בין היתר באמצעות בחינת המשימות שאינן דורשות מומחיות בסיעוד והרחבת השימוש בכוחות עזר רפואיים.
62. הרחבת המידע אודות האחיות הפעילות בישראל – רישום חוזר, והשגת מידע על מקום תעסוקה.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

63. על מנת לעדכן את מנגנון התקינה, אנו ממליצים כי יוקם צוות רב-מקצועי אשר יכלול את הגורמים הרלוונטיים כולל משרדי הממשלה, איגודים מקצועיים (ההסתדרות הרפואית, איגוד אחיות וכדומה), קופות חולים, בתי חולים ובכירים ברפואה הקהילתית ובתי החולים. היישום יקבע במסגרת ההסכמים הקיבוציים.

ח. תמחור

64. הוועדה קוראת למשרדי הבריאות והאוצר לאתר את הפרוצדורות בהן יש תורים ארוכים ולתקן את המחירים באותן הפרוצדורות על מנת לקצר תורים.

65. תוקם ועדה לבחינת המחירים ושיטת התמחור, ההמחרה וההתחשבות במערכת הבריאות. הוועדה תמונה ע"י שרי הבריאות והאוצר.

ט. הסדרי בחירת בתי חולים

הוועדה ממליצה להרחיב את הסדרי הבחירה הקיימים כיום בין בתי החולים. לצורך כך אנו מבינים כי יהיה צורך לבחון שינוי בכללי המחירים וההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים. מומלץ לקבוע כללים מנחים נוספים שיחייבו להעניק למבוטחי קופות החולים מרחב של אפשרויות בחירה בין בתי חולים – מרחב בחירה שלא יפחת ממינימום מחייב.

66. הסדרי הבחירה, בכל שירות, יאפשרו לכל מבוטח לקבל שירות בלפחות 3 בתי חולים. ההסדרים יענו על הכללים הבאים:

- א. לפחות 2 בתי חולים באזור הגיאוגרפי.
- ב. לפחות 2 בתי חולים אשר נמצאים בבעלות 2 גורמים שונים (ממשלתי, כללית, ציבוריים אחרים).
- ג. בית חולים על (שאינו בהכרח באזור הגיאוגרפי).

משרדי הבריאות והאוצר (בשיתוף בתי החולים וקופות החולים) יקבעו את האזורים הגיאוגרפיים המחייבים לשם מימוש כלל זה, בשים לב לקרבת מגורים ומספר בתי החולים באזור.

67. הבחירה בין הספקים הכלולים בהסדר תהיה חופשית, בלי דירוג מחייב מצד הקופה. אולם, מומלץ לעודד את רופאי המשפחה והרופאים היועצים ליעץ למטופליהם על הספק המתאים ביותר.

68. קופת החולים צריכה להציע לפחות בית חולים אחד אשר זמן ההמתנה בו אינו ארוך ביחס למוצע. במידה וקופת החולים אינה מציעה הסדרי בחירה, שעומדים בכללים שנקבעו, המבוטח יוכל לבחור ספק שאינו כלול בהסדרי הבחירה.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

69. הסדרי הבחירה יאפשרו למבוטח לשמור על רצף טיפולי באותו מוסד רפואי.
70. הסדרי הבחירה לא יחולו על חולים במחלות קשות ורשימת פרוצדורות כפי שיקבע על ידי משרד הבריאות בהתייעצות עם קופות החולים, בתי החולים ומשרד האוצר. ככל שישנן משמעויות תקציביות, יקבע יחד עם האוצר.
71. משרד הבריאות יפעל לכך שקופות החולים תגברנה את רמת השקיפות של הסדרי הבחירה בפרסום לציבור. מומלץ כי משרד הבריאות ינקוט צעדים שיעודדו את המבוטחים לכלול גם את הסדרי הבחירה בין השיקולים המשפיעים על החלטה אפשרית לעבור בין הקופות.
72. משרד הבריאות יאשר באופן אקטיבי את הסדרי הבחירה בכפוף לכללים שנקבעו, ויאשר או יחייב חריגות מהכללים הנ"ל במקרה הצורך (למשל: עבור מחלות ייחודיות, אזורים מבודדים וכו'). אם לאחר תקופת מעבר (של 12 חודשים), לא הגישו קופות החולים הסדרי בחירה ו/או לא אישר המשרד את הסדר הבחירה שהציעה הקופה בתחום מסוים, יוכלו מבוטחי אותה קופה לקבל את השירות אצל כל נותני השירותים המספקים אותו, בלי הגבלה ובמימון קופת החולים.

י. אסדרת מערכת האספקה הפרטית

73. על משרד הבריאות לחזק את בקרות האיכות במערכת הבריאות הפרטית לרבות מרפאות, קליניקות ומרכזים רפואיים ולהפנות משאבים מתאימים לנושא. כל ההמלצות להלן מתייחסות לכלל הספקים במערכת הפרטית.
74. לקבוע כי במרכזים רפואיים פרטיים יבוצע תהליך של בקרת איכות רפואית ומעקב אחר בטיחות החולה טרם ביצוע הפרוצדורות על פי חוזר מינהל רפואה.
75. המרכזים הרפואיים הפרטיים יהיו אחראים באופן מלא על המטופל ברמת הטיפול הרפואי, השירות וברמת ההתחשבות. בהתאם לכך, הסדרת כל התשלומים תעשה ישירות מול המרכזים הרפואיים ותכלול את סך העלות שהמטופל, או מי מטעמו, משלם בגין הפעילות בבית החולים הפרטי לרבות התשלום לרופא.
76. לקבוע מנגנוני רגולציה לריסון וניהול המערכת הפרטית לרבות באמצעות מחירי השב"ן והביטוח המסחרי.
77. קביעת מנגנונים אשר ירסנו את גידול הפעילות של בתי חולים פרטיים לרבות באמצעות היטל ייעודי שיועבר למערכת הבריאות הציבורית (לצורך קיצור תורים והגברת נוכחות של רופאים בכירים בשעות אחר הצהריים) במטרה לשמור על איזון והפנמת עלויות חיצוניות. שיעור ההיטל ייקבע במטרה לרסן את התפתחות ההוצאה וייתכן שבאופן דיפרנציאלי לפי היקף הפעילות.
78. מרפאות כירורגיות בינוניות ידרשו לקבל אישור הקמה (CON) ממשרד הבריאות.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

יא. מנגנוני העדכון של התקציב הציבורי

79. לעגן בהחלטת ממשלה כי הפיצוי הדמוגרפי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי יעודכן ויביא לידי ביטוי באופן מלא את גידול באוכלוסייה.
80. לקבוע בחוק ו/או בהחלטת ממשלה כי התוספת הטכנולוגית השנתית לשירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא תרד מ-0.8% בשנה.
81. מנגנוני עדכון המחירים במערכת הבריאות יבדקו בשנת 2017, לאחר שייבחן השינוי שנקבע בהחלטת ממשלה מיום 13 במאי 2013. אנו ממליצים לבחון הצמדה מלאה יותר של התקציב לעלויות בפועל בין אם באמצעות הפחתת שיעור הפרוקסי תוך שימור מנגנון הפרוקסי או בדרך אחרת.
82. יש לפעול להגדיל את בסיס עלות סל שירותי הבריאות כך שיכלול חלק ניכר מהתקציבים המועברים היום לקופות החולים באמצעות הסכמי הייצוב. במקביל יש לפתח כלים חלופיים לחיזוק הפיקוח על ההתנהלות הפיננסית של קופות החולים.

יב. בעלות קופות החולים על בתי חולים

83. שרת הבריאות תקים (בתוך 30 יום) צוות אשר יבחן את נושא בעלות קופות החולים על בתי חולים ציבוריים ופרטיים.

יג. בריאות הנפש

84. הוועדה התרשמה עמוקות מהמצוקה באשפוז הפסכיאטרי וממליצה למשרד הבריאות לשים את הנושא בסדר עדיפות גבוה.

יד. מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים

85. הוועדה ממליצה שלא להתיר פעילות במימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים (מלבד הקיים ומותר כיום).
86. הוועדה ממליצה למשרדי האוצר והבריאות לפעול לשינוי ההסכם בנושא בית החולים באשדוד, כך שיותאם להמלצה בנושא בסעיף 20.

* המלצות הוועדה לא תומחרו ולא נדונו לעומק ההשלכות התקציביות



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

25 ביוני 2014

המלצות בנושא ביטוחים רפואיים (שב"ן וביטוחים מסחריים)

1. **Unbundle** – פירוק רבדי השב"ן לשלושה רכיבים בלתי תלויים שלא יהיה ביניהם סבסוד צולב:
 - א. ניתוחים וייעוץ אגב ניתוח, וכן ייעוצים וחוות דעת שנייה ("הרכיב הראשון");
 - ב. תרופות, הריון, שיניים (משקם ומשמר), התפתחות הילד, העמקת שירותי סל (תוספת פיזיותרפיה וכדומה) ("הרכיב השני");
 - ג. כל השאר ("הרכיב השלישי").
2. **הכיסוי** – יצירת תנאים אחידים לכל תכניות השב"ן של קופות החולים בנוגע לרכיב הראשון. בנוסף, יצירת תנאים אחידים לתכניות השב"ן ולחברות הביטוח בנוגע לרכיב הראשון. הגדרת הכיסוי ברכיב הראשון, לרבות כללי הגילוי הנדרשים, תיעשה במשותף על ידי נציגי אגף שוק ההון ומשרד הבריאות. המשרדים יוכלו לעדכן את הכיסוי מעת לעת, עדכון זה יחול על כלל המבוטחים הקיימים. הפוליסות תהינה אחידות גם בשיעורי ההשתתפויות העצמיות בהן. יש לקבוע רצפה ותקרה להשתתפות העצמית כך שהמינימום יהיה נקוב בשקלים והמקסימום באחוזים ("אך לא יותר מ-%X") לכל פרוצדורה כך שמחירים גבוהים של ניתוחים לא יגולגלו על הצרכן.
3. במסגרת יצירת האחידות לגבי הרכיב הראשון יקבעו, בין היתר, העקרונות הבאים:
 - א. חברות ביטוח והשב"ן לא יהיו רשאיות למכור כיסוי לניתוחים או ייעוץ מלבד הכיסוי שיוגדר מראש ללא אישור משותף של שני הרגולטורים.
 - ב. תעריפי הביטוח בשב"ן ובביטוחים המסחריים יבדקו אחת לתקופה ויעודכנו לפי צורך.
 - ג. בסוף תקופת הביטוח יקבע נוהל להודעה על חידוש הביטוח. במקרים שיוגדרו, המבוטחים בקופה/שב"ן יצטרכו להסכים מחדש לחידוש, בין היתר, כאשר תהיה העלאה במחיר אגב החידוש.
 - ד. **קביעת פרמיה** – מבטח או קופת חולים יקבעו מחיר אחיד אשר ישתנה לפי קבוצות גיל (יקבע שיעור מקסימלי של הנחה שמהמבטח יוכל לתת על המחיר האחיד). קבוצות הגיל יקבעו מראש ובאופן אחיד לקופות ולחברות על ידי הרגולטור. הפרמיות ייקבעו לפי קבוצות גיל רחבות ויקבע מנגנון איזון סיכונים בשל חיתום, למניעת "גרירת שמנת".
 - ה. יהיה ניתן לשנות את התעריף/פרמיה במועדים שיקבעו לכלל המבוטחים בתכנית (ולא למבוטח ספציפי ולא לפי מצב רפואי של קבוצה).
- ו. **הפרמיה תקיים אי-תלות חזקה עם שאר המוצרים** – לא יהיה מוצר שמחירו יהיה תלוי בשאלה אם מבוטח רכש או לא רכש את פוליסת הניתוחים האחידה והפרמיה לא תשתנה אם מבוטח רכש מוצר אחר.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- ז. **השתתפות עצמית** – יאסר על מכירת ביטוח, מוצר לכיסוי או הפחתה של ההשתתפות העצמית, על מנת לשמר את ההשתתפות העצמית ככלי ניהול ביקושים ברכיב הראשון.
- ח. ביצוע הניתוחים והייעוצים יהיה באמצעות רופאים שבהסדר בלבד (יאסר על החזר הוצאות בגין ניתוח אצל רופא שלא בהסדר), מלבד בחברות ביטוח בעל נתח שוק קטן (כל עוד נתח השוק שלהן קטן).
4. גורמי המקצוע יבחנו ביטול של כתבי השירות בביטוחים המסחריים שאין בהם צורך.
5. תקבע חובת שיבוב דו-צדדית בין הקופות לחברות הביטוח בפוליסות החדשות. בפוליסות הקיימות תקבע חובת שיבוב דו צדדית בכפוף לבדיקה משפטית.
6. ייאסר קשר בין חברת ביטוח לקופה בתפעול או בהסדרי רכש של השב"ן.
7. הרגולטורים יפעלו לקביעת קוד אתי בכל הקשור לפרסום ביטוחי הבריאות.
8. תקציבי השיווק והפרסום של תוכניות השב"ן יצמצמו ביחס לקיים היום. הנושא יישקל מעת לעת. תקציבי הפרסום של השב"ן לא יועמסו על הסל הבסיסי.
9. בכל מקום שיש חפיפה בין מוצרים בשב"ן ובפרטי, יבחן הצורך בקביעת הגדרות אחידות על ידי צוות משותף למשרד הבריאות ואגף שוק ההון.
10. יש לפעול לקיום בקרה של יועצי-על בלתי תלויים על ניתוחים פרטיים במערכת הפרטית (קופות וחברות ביטוח).
11. גורמי המקצוע במשרדי הבריאות והאוצר יגבשו מנגנון אשר ינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ הקיים להסטת חולים מהציבורי לפרטי, זאת מבלי שיופחת תקצוב סל הבריאות הציבורי. המנגנון אמור לנטרל את התמריץ שיש לקופה לכך שמבוטחיה יקבלו שירותים במגזר הפרטי וישלמו עליהם מהשקל הראשון (הנובע מכך שניתוחים וייעוצים אלו משולמים לקופה במסגרת הקפיטציה).
- א. כל קופה תעביר את מלוא עלות טופסי 17 ועלות הייעוצים על פי הקפיטציה לקרן ייעודית עבור כל מבוטח שלה שבחר להפעיל את הרכיב הראשון של השב"ן או את הפוליסה המקבילה של חברת הביטוח (יש לקבוע מנגנון דיווח מתאים). יש לשקול להקצות גם משאבים תוספתיים למנגנון האמור.
- ב. חלוקת תקציבי הקרן בין קופות החולים תקבע באופן שינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ הקיים להסטת חולים מהציבורי לפרטי.
12. תכולת השב"ן ברכיב השני והשלישי וההשתתפויות העצמיות יבחנו בוועדת "פיקוח-שב"ן" מייעצת, שתמליץ על פיקוח על התוספות לסלי השב"ן (שכולם רוכשים אותם כיום כי הם נמכרים בחבילה – Bundle). הוועדה תמונה על ידי משרד הבריאות. יקבע רף מינימלי ומקסימלי להשתתפות עצמית שיכולים להשתנות לפי סוג השירות. הרציונל לקביעת מינימום הוא בריסון ביקושים עודפים. הרציונל בקביעת מקסימום הוא במניעת הפיכתם של החולים למקור תקציבי לכיסוי פעילות הביטוח או השב"ן.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

13. יועמק המידע הזמין לרגולטורים ולציבור – לגבי שימושים, עלויות, מחירים ותורים בפרטי ובציבורי בניתוחים ובבדיקות כגון MRI, ברמת קופת חולים וברמת בית חולים ברמה חודשית. כמו כן, יימסר מידע אודות הוצאות השיווק בשב"ן ובביטוחים המסחריים.
14. הסדרי בלעדיות לגבי נותני שירותים ייאסרו (מנתחים ומוסדות – בתי חולים ומכונים), במטרה למנוע תחרות על גורמי הייצור שתוצאתה תהיה העלאת מחירים תוך הקטנת היצע.
15. משרד הבריאות יפעל להקצאת משאבים ממשלתיים להבהרת המצב החדש לאוכלוסייה. יפורטו השירותים בסל הבסיסי, תכולות הכיסויים בשב"ן, יוקם אתר השוואת מחירים וייעשה מאמץ להסביר את הערך הטמון למבוטח בכל סוג פוליסה.
16. הקמת אתר אינטרנט שיאפשר למבוטחים לברר אילו פוליסות בריאות ושב"ן יש להם והשוואה של הכיסויים העיקריים (בדומה לרעיון של האתר שמאפשר מידע על תוכניות פנסיה).
17. הפיקוח על הביטוח יבחן את ה-Loss Ratio של חברות הביטוח ויתערב במידת הצורך.
18. הפיקוח על הביטוח יפעל להסרת חסמים למעבר מבוטחים מפוליסות הפרט הקיימות לביטוחים המסחריים לפוליסות החדשות שיציעו חברות הביטוח, ככל שניתן. יש לציין כי חברות הביטוח לא תוכלנה לחייב את המבוטחים לעזוב את פוליסות הפרט.
19. בחינת כלים, מצד תשלומי הפרמיה, שיטיבו עם אוכלוסיות הנמצאות באזורים שאין בהם היצע רחב של רפואה פרטית.
20. הגברת שיתוף הפעולה בין הרגולטורים השונים.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

25 ביוני 2014

המלצות בנושא תיירות מרפא

סוכנים

1. הקמת מאגר ארצי של סוכני תיירות מרפא. תנאי הסף לרישום במאגר יהיו:
 - א. העדר עבר פלילי.
 - ב. ישות משפטית המדווחת לרשויות המס בישראל.
 - ג. ביטוח מקצועי/ערבות/קו אשראי.
2. רישום וניהול המאגר יעשה על ידי משרד הבריאות או מי מטעמו.
3. סוכן תיירות מרפא לא יכול להיות עובד מערכת הבריאות. בנוסף, עובד מערכת הבריאות אינו יכול לעבוד עבור סוכן תיירות רפואית בכל דרך שהיא.
4. פעילות הסוכן מול הנהלת בית החולים תוסדר במסגרת חוזה כתוב. הנהלת המוסד תדווח למשרד הבריאות על סוכן עמו היא התקשרה כ"סוכן רשום".
5. יגובש קוד אתי להתנהלות הסוכנים על ידי משרד הבריאות בהתייעצות עם גורמים רלוונטיים. העיקרון המרכזי של הקוד יהיה התחייבות לפעול לטובת המטופל ושמירה על טובת מדינת ישראל.
6. סוכן לא יוכל להתנות קבלת שירותי בריאות באמצעותו ברכישת שירותים נוספים.
7. המאגר יפורסם בשער מידע מרכזי (אתר אינטרנט) שירכז את כל המידע הממשלתי הרשמי בתחום של תיירות רפואית.
8. סוכנים שיחרגו מהנהלים יוצאו ממאגר הסוכנים ויוסרו משער המידע הממשלתי.
9. תיאסר פניה או התקשרות ישירה, בין הסוכן או התייר הרפואי לרופא או איש צוות שאינו מטעם ההנהלה. הכלל יחול בכל בתי החולים והמרכזים רפואיים.
10. באחריות הסוכן לוודא כי התייר מבין את כל זכויותיו.
11. הסוכנים יתוגמלו על ידי הנהלת המוסד באמצעות הסדר עמלה בלבד. תיאסר פרקטיקה של סוכן מחיר, גם במוסדות הפרטיים. התייר ישלם למוסד רפואי ולא לסוכן עצמו.
12. הנהלת המוסד תהיה אחראית לאופן פעילות הסוכן בתחומה. הרישום במאגר לא יהווה פטור מאחריות המוסד הרפואי לבחינת התנהגות ותפקודו של הסוכן ועמידתו בכללים. ההנהלה תדווח על חריגות מהנהלים שביצע הסוכן ותפסיק את ההתקשרות עמו. תיאסר עבודה עם סוכנים שאינם מופיעים במאגר האמור. אין בסעיף זה בכדי להפחית מאחריותו של הסוכן עצמו.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

13. המוסד הרפואי לא יחויב לעבוד באמצעות סוכן, תותר פעילות ישירה ללא מתווכים בין הנהלת המוסד לבין התייר הרפואי. במקרה זה הנהלת בית החולים תתחייב לעמוד בתנאי הקוד האתי שיגובש.

כלל בתי החולים

14. הזכות לטפל בתיירים רפואיים תהיה מותנית בקבלת רישיון ממשרד הבריאות וחידושו אחת לשלוש שנים. חידוש הרישיון יותנה בעמידה בתנאים המפורטים בהמלצות הוועדה.
15. משרד הבריאות יפעל ליצירת מערך סנקציות במקרה של אי עמידה בתנאי הרישיון.
16. בפרוצדורות בהן אורך התור לישראלים לא יעמוד בתנאים כפי שנקבע בסעיף העוסק בסטנדרטים של זמינות לחולים הישראליים לא יאושר טיפול לתיירים רפואיים.
17. יתקיים רישום חשבונאי נפרד לפעילות תיירות הרפואית הן בצד ההכנסות והן בצד ההוצאות.
18. טיפול בכל תייר רפואי יהיה רווחי עבור בית החולים. עיקרון זה יבוא לידי ביטוי כבר בשלב הצעת המחיר. הצעת המחיר לתייר תהיה מחייבת כל עוד אין שינוי מהותי באבחנה עמה פנה לקבלת השירות וזאת לאור החשש שהתייר יהפוך ללקוח שבוי לאחר שיגיע ארצה ויחל בטיפולו.
19. מחיר הטיפול עבור תייר מרפא לא יעלה על 200% ממחירון ג' של משרד הבריאות. למען הסר ספק ההיטלים והמסים לא כלולים במחיר זה.
20. משרד הבריאות יפעל לתמחור נפרד של תשתיות לאומיות שלא ניתן לפצות עליהן בכסף. המחיר ישקף את מכלול העלויות בגין הטיפול בתיירי מרפא.
21. תיירי מרפא יחויבו בהיטל ייעודי עבור שימוש בתשתיות-על של המדינה. גובה ההיטל – עד 15% ממחיר הטיפול והוא אינו חלק ממחיר המקסימום. הכנסות ההיטל הייעודי ישמשו לטובת קיצור תורים לישראלים והתאמת התשתיות עבור פעילות זו.
22. המוסד יפיק חשבונות מפורטת לתייר רפואי עבור הטיפול בו בשפה האנגלית או שפת האם של התייר.
23. המחירים הנגבים בפועל ידווחו למשרד הבריאות. המשרד יוכל לפרסם את טווחי המחירים לטיפולים שונים בשער מידע מרכזי.
24. כל הכללים הנוגעים לאיכות הטיפול, הן במערכת הציבורית והן במערכת הפרטית, יחולו גם על תיירים רפואיים.
25. המוסד הרפואי יספק שירותי Case Manager לתייר הרפואי שיהיה אמון על ראיית מכלול הטיפול בו. Case Manager יהיה רופא בעל רישיון ישראלי.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

המערכת הפרטית

26. המערכת הפרטית תישא במלוא האחריות על תייר שהגיע לטיפול בה. במקרים של סיבוכים בהם נדרש סיוע של מוסד רפואי אחר התשלום יתבצע על ידי המוסד בו החל הטיפול בתייר.
27. יבוטל פטור ממע"מ על פעילות תיירות רפואית במערכת הפרטית.
28. לא יופעלו תשתיות רפואיות פרטיות חדשות או קיימות בהן לא יינתן שירות לחולה הישראלי.

ביה"ח ציבוריים

29. היקף הפעילות בתיירי מרפא יוגבל על ידי זמינות התשתיות עבור הישראלים, זאת בהתחשב בהבדלי אופי הטיפול בישראלים ובזרים, שונות בין ביה"ח והמחלקות, היערכות לשעת חירום וכן עונתיות מסוימת. על כן, הזמנת תייר רפואי לארץ תתאפשר רק אם קיימת קיבולת מתאימה בבית החולים המאפשרת מתן טיפול ראוי בישראלים. ההגבלה תחול על מספר תיירי המרפא.
30. בית החולים המעוניינים ברישיון לעסוק בתיירות רפואית יקימו מערכת תמסורת להעברת הנתונים האמורים למשרד הבריאות, זאת תוך חצי שנה מיום פרסום ההמלצות. המערכת תכלול נתונים לגבי התפוסה בכל מחלקה, זמינות פרוצדורות וכל נתון נוסף שיידרש. הנתונים יועברו למשרד הבריאות בזמן אמת ואפיון המערכת יעשה בשיתוף גורמי תקשוב מוסמכים. יובהר כי אי קיומה של מערכת נתונים ימנע ממרכז רפואי לעסוק בפעילות תיירות רפואית בחלוף חצי שנה.
31. עד הקמת מערכת המחשוב, ההכנסות מפעילות תיירות רפואית לא תעלינה על 6% מהכנסות המרכזים הרפואיים. מרכז רפואי שהכנסותיו היום עולות על 6% תוגבל צמיחת הכנסותיו בשיעור של 10% לשנה.
32. טיפול בתיירים רפואיים יעשה אחרי שעות הפעילות הרגילות של בית החולים, פרט למקרים חריגים בהם קיים אילוץ רפואי המחייב את הטיפול, כפי שיוגדרו על ידי מינהל רפואה במשרד הבריאות.
33. למען הסר ספק, אחריות ההנהלה להבטיח קדימות אבסולוטית לחולה הישראלי בנגישות לכל תשתית בית החולים כולל מיטות אשפוז, מעבדות, מכשור, מרפאות וכ"ו.
34. האפשרות לטפל בתיירים רפואיים תותנה בעמידה של המרכז הרפואי ביעדים כפי שיוגדרו על ידי משרד הבריאות. המרכז יתחייב לפעילות נוספת לססיות אחר הצהריים. פעילות זו לא תהיה בהכרח בזיקה ישירה לתיירות רפואית ותוקדש בעיקרה לקיצורי תורים.
35. כל הרווחים מפעילות תיירות רפואית יופנו לבית החולים לטובת המטופל הישראלי.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

36. תגבה תקורה ייעודית של 20% מסך ההכנסות מתיירות רפואית לטובת פעילות קיצור תורים לישראלים באותו המוסד הרפואי.
37. הנהלת בית החולים תשקיע בהתאם ל"יתכנות פיתוח" שתאושר ע"י משרד הבריאות ובהתאם לצורך גם על ידי משרד האוצר. זאת על מנת להבטיח כי פעילות תיירות רפואית תורמת לחיזוק מערכת הבריאות ומשפרת את מצבם של החולים הישראלים, לצד הגברת יכולת תכנון התשתיות והתאמתן לצרכים הכוללים.
38. הנהלת בית החולים תשבץ מטפלים בהתאם לשיקולים רפואיים. עם זאת, רופא רשאי לבחור שלא לטפל בחולה מסוים מלבד במקרה חירום רפואי.
39. ההנהלה תתגמל את הרופאים. לא יתקיים קשר כספי ישיר בין רופא למטופל.
40. לא תינתן עדיפות למטופל בתיירות מרפא בתנאי אשפוז או מלונאות או בכל טיפול אחר שאינו מונגש לישראלים.

צוותים רפואיים

41. הוועדה מאמצת עיקרון של קדימות למטופלים ישראלים על פני תיירים רפואיים. על מנת למנוע העדפה של תיירים התגמול לצוותים הרפואיים לא יכיל תמריץ כלכלי להעדפת התיירים.
42. על התיירים הרפואיים יחולו אותם כללים החלים על החולים הישראלים בכל הנוגע לשיבוץ המטפלים.
43. הרופא לא יקבל תשלום ישיר מתייר רפואי או סוכן במסגרת טיפול במוסד רפואי עם רישיון משרד הבריאות.
44. ייאסר על צוות רפואי להעניק טיפול לאותו התייר במערכת ציבורית ופרטית בו זמנית ובתוך פרק זמן סביר.

ניהול תחום תיירות רפואית

45. יוקם שער מידע ממשלתי (אתר אינטרנט) שירכז את כל המידע הדרוש לתייר הרפואי. שער המידע יכלול מידע על ספקי השירותים בעלי היתר לטיפול בתיירים, סוכני התיירות הרשומים, טווחי מחירים לפי טיפול, אישורים נדרשים לכניסה וטיפול בארץ, זכויות התייר הרפואי, כתובת לתלונות, הפנייה לשירותי תיירות שונים ועוד. האתר יופעל על ידי משרד הבריאות בסיוע משרד התיירות.
46. תכנון לאומי של תחום התיירות הרפואית ייתן דגש מיוחד ועדיפות לגיבוש תוכניות בפריפריה. זאת במטרה לחזק את בתי החולים ולאפשר להם להציע שירותים משופרים לחולים הישראלים, בשים לב לזמינות המשאבים.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

47. לכל תייר יונפק כרטיס מזהה ע"י סוכן רשום או מרכז רפואי מטפל על מנת להבטיח מעקב אחר טיפול נאות.
48. תוקם ועדה קבועה לבחינת המדיניות בתחום ויישום ההמלצות.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

25 ביוני 2014

הסתיוגויות להמלצות הוועדה

א. הסתיוגויות להמלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

5. נקודה שנייה – משה בר סימן טוב, פרופ' גבי בן נון, עו"ד לאה ופנר, פרופ' לאה אחדות, פרופ' ארנון אפק.
7. עו"ד לאה ופנר.
13. משה בר סימן טוב
- 16-17. פרופ' יוגין קנדל – תלוי בבדיקת כדאיות המהלכים על מנת לא לגרום ליצירת תשתיות עודפות.
34. משה בר סימן טוב.
63. משה בר סימן טוב.
65. פרופ' יוגין קנדל, ד"ר שולי ברמלי, פרופ' קובי גלזר, ד"ר עזיז דראושה, עו"ד עדי ניב יגודה.
66. משה בר סימן טוב.
- 66-71. פרופ' יוגין קנדל, פרופ' קובי גלזר.
68. משה בר סימן טוב.
70. משה בר סימן טוב.
72. משה בר סימן טוב.
76. עו"ד לאה ופנר, פרופ' קובי גלזר, פנינה קורן, ופרופ' יוגין קנדל.
77. עו"ד לאה ופנר, פרופ' קובי גלזר, פנינה קורן ופרופ' יוגין קנדל.
79. פרופ' גבי בן נון, עו"ד לאה ופנר, עו"ד עדי ניב יגודה, פרופ' יוגין קנדל ופרופ' קובי גלזר – להוסיף "והזדקנות האוכלוסייה".
80. משה בר סימן טוב – מכלל הסעיף; לאה ופנר וקובי גלזר - לפחות 2%.
85. עו"ד לאה ופנר, פרופ' יוגין קנדל, פנינה קורן וקובי גלזר.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

86. פרופ' יוג'ין קנדל ופרופ' קובי גזלר.

דעות מיעוט

פרופ' לאה אחדות ופרופ' גבי בן נון – ממליצים שרופאים במערכת הציבורית שיעקר זמנם במערכת הציבורית, גם אם הם אינם "פולטיימר" – לא יכלו לעבור במערכת הפרטית או שיחולו עליהם מגבלות ההעסקה שיש על כל עובד ציבורי שרוצה לעסוק בעבודה פרטית.

ד"ר שולי ברמלי, ד"ר עזיז דראושה, ד"ר מיכל טביביאן, עו"ד עדי ניב יגודה – לגבי רופאים שאינם "פולטיימר" ממליצים שהם יועסקו במערכת הציבורית בהיקף משרה מינימלי שיקבע. הם יוכלו לעבוד מחוץ למערכת הציבורית תחת מגבלות על הפעילות שיקבעו מראש, באישור הנהלת בית החולים.

פרופ' לאה אחדות ופרופ' גבי בן נון – ממליץ לאמץ קדנציות ורוטציות בתפקידי ניהול של מחלקות בבתי החולים.

משה בר סימן טוב – המלצות הוועדה כפופות למגבלות תקציביות ומגבלות כח אדם כפי שהם מאושרים ע"י הכנסת בחוק התקציב השנתי.

עו"ד לאה ופנר, פרופ' קובי גזלר, פרופ' יוג'ין קנדל ופנינה קורן :

ביחס לסעיפים 76-77 – יש לאסדר את המערכת הפרטית מבחינה רפואית, ואנו גם בעד נקיטת צעדים ליעול המערכת הפרטית. אין מקום, בשלב זה, ל"ריסון" גורף ולצמצום הפעילות ללא מתן פתרונות הולמים עבור הרוב המכריע של אזרחי ישראל שכיום בוחרים בשירותי המערכת הפרטית, בעיקר לאור העובדה, המוסכמת על רוב חברי הוועדה, שהמערכת הציבורית סובלת מתורים ומחסור במשאבים ותשתיות ומהיעדר אפשרויות בחירת המטפל. מומלץ לדון בנושא זה רק לאחר שיפור ניכר במערכת הציבורית. הדרך לצמצם את השימוש במערכת הפרטית היא על ידי מודל מימון מאוזן ומפוקח, המאפשר בחירת רופא במערכת הציבורית תוך פיקוח הולם, הגדלת משאבים ונוכחות צוותים רפואיים בה.

אנו ממליצים לשרת הבריאות לשקול בכובד ראש מודל מאוזן ומפוקח של שימוש במימון פרטי במערכת הציבורית על מנת לאפשר בחירה בגורם המטפל ולמנוע התרחבות הפערים, תוך מתן תשומת לב להמלצות של ועדות קודמות בנושא ולהמלצות המומחים הבינלאומיים שהופיעו בפני הוועדה. זאת כיוון שקיים מחסור חמור במשאבים במערכת הבריאות הציבורית.

מומלץ להתחיל באופן מיידי בפילוט של מודל מימון פרטי, מפוקח ומאוזן ב-3 בתי חולים ממשלתיים או בבעלות הקופה על מנת לבחון את ישימות המודל, תרומתו, ובמקביל להדק את יכולת רגולציה של משרד הבריאות.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

פרופ' יוג'ין קנדל ופרופ' קובי גלזר :

ביחס לסעיפים 66-71 – מומלץ שהבחירה תהיה חופשית ולא תלויה בתמריצים כלכליים. כל הגבלה תהיה מנומקת ומאושרת על ידי משרד הבריאות כאשר טובת הטיפול הרפואי יהיה השיקול המנחה היחיד לעניין זה. על מנת למנוע פגיעה בקופות החולים עקב כך מומלץ לעבור למחירים אחידים בין בתי החולים וקופות החולים בכלל המערכת, תוך מתן תמריצים להתייעלות.

עו"ד עדי ניב יגודה, פרופ' יוג'ין קנדל, פרופ' קובי גלזר, ד"ר שולי ברמלי, ד"ר עזיז דראושה :

בעניין התמחור וההתחשבנות – נדרש שינוי דרסטי בשיטת התמחור וההתחשבנות בין קופות חולים ובתי חולים, על מנת לשפר תמריצים שכיום מעוותים הפוגעים במערכת הבריאות והחולים הנזקקים לשירותי האשפוז. אנו ממליצים לבטל את "שיטת האלפות", לשנות את "קביעת הקאפ" ולעבור לתמחור אחיד המכניס יציבות וודאות למערכת הבריאות ומאפשר תכנון ארוך טווח.

מומלץ לשקול בכובד ראש הקמת מנגנון מקצועי ועצמאי ללא ניגודי עניינים ושיקולים זרים, אשר יפעל לתכנון ארוך טווח, תמחור והתחשבנות בתוך מערכת הבריאות ברמת המיקרו (בדומה לרשויות עצמאיות אחרות בממשלה המאסדרות פעילות בתחומים שונים כגון ות"ת, מפקח על הבנקים, רשות חשמל, רשות המים, ועוד). המצב היום מאופיין כשוק לא יעיל עם כוחות מונופוליסטיים ללא יכולות רגולטוריות הולמות.

ד"ר שולי ברמלי, עו"ד עדי ניב יגודה, פרופ' גבי בן נון ד"ר עזיז דראושה ופרופ' לאה אחדות :

1. ניתוחים/פעולות פולשניות בבתי החולים :

- א. בחירת הרופא הבכיר הנוכח בניתוח היא ללא תשלום של המבוטח או כל גורם מטעמו.
- ב. משרד הבריאות והאיגודים המקצועיים יקבעו רשימה של ניתוחים/פעולות פולשניות בהן נוכחות רופא מומחה בחדר תהיה חובה.
- ג. לכל ניתוח/פעולה פולשנית לא דחופים שמבוצעים בבית החולים ונמצאים ברשימה שנקבעה בסעיף 2 תיקבע רשימה של לפחות שני רופאים מומחים אשר ניתן לבחור מבניהם ומתאימים לביצוע הפרוצדורה. אין התחייבות שהרופא שנבחר הוא המנתח אלא שהוא נוכח בניתוח. במקרים בהם יש רק רופא מומחה אחד בבית החולים אשר מבצע את הפרוצדורה לא חייבים לתת אפשרות בחירה.
- ד. מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר הזמין. למבוטח המעוניין לבחור את הרופא הבכיר בניתוח יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ה. כאמור בסעיף העוסק בהסדרי הבחירה, במידה וזמני ההמתנה חורגים מהכללים שנקבעו, זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים ויש להציג בפניו את האפשרויות השונות.

2. רפואה יועצת בבתי החולים

- א. אין בחירה של רופא יועץ במהלך אשפוז.
- ב. לכל שירות אמבולטורי שאינו במהלך אשפוז, תקבע רשימה של רופאים מומחים אשר נותנים מענה לנושא הנדרש.
- ג. למבוטח תינתן אפשרות לבחור מתוך הרשימה (במידה וקיים יותר מרופא אחד ברשימה).
- ד. במידה והמבוטח מעוניין לבחור רופא מהרשימה יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.
- ה. מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר הזמין.
- ו. כאמור בסעיף העוסק בהסדרי הבחירה, במידה וזמני ההמתנה חורגים מהכללים שנקבעו, זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים.

פרופ' יוג'ין קנדל ופרופ' קובי גזלר :

ממליצים להקים צוות מקצועי לבחינת סוגיית שירותי הרפואה הפרטית באשדוד שימליץ לשרי הבריאות והאוצר בנושא, תוך התייחסות לכיבוד ההסכמים.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ב. הסתייגויות ל המלצות בנושא ביטוחים רפואיים (שב"ן וביטוחים מסחריים)

1. פרופ' לאה אחדות, פרופ' גבי בן נון, משה בר סימן טוב ופרופ' עזיז דראושה.
2. פרופ' לאה אחדות, פרופ' גבי בן נון, עו"ד לאה ופנר, פרופ' עזיז דראושה ומשה בר סימן טוב.
3. פרופ' לאה אחדות, פרופ' גבי בן נון, ד"ר עזיז דראושה – לכלל הסעיף; עו"ד לאה ופנר ופרופ' יוג'ין קנדל – מסעיף ד ו-ח.
10. עו"ד לאה ופנר.
11. משה בר סימן טוב.
17. גבי בן נון.

דעות מיעוט

משה בר סימן טוב – פרמיות תוכניות השב"ן יקבעו בשיתוף עם משרד האוצר.

פרופ' יוג'ין קנדל :

סעיף 3ד', קביעת פרמיה – מומלץ לקבוע מנגנון מדורג שפרמיה עולה עם גיל ההצטרפות לרובד ראשון של פוליסת ביטוח בריאות (שב"ן או מסחרי) לשם מניעת נטישת צעירים וייקור הפרמיות למבוגרים.

סעיף 3ח', הסדר בלבד – תינתן אפשרות למתן החזר לא רק בביטוח פרטי אלא גם בשב"ן בפריפריה או בעבודה עם ספקים שנותנים שירות ייחודי.

פרופ' לאה אחדות וד"ר עזיז דראושה :

1. באופן עקרוני יש לבטל את רכיב בחירת המנתח בשב"ן. במקביל, לייקר את מחירו בביטוח המסחרי באמצעות מס/היטל שישקף את השפעותיו החיצוניות השליליות על המערכת הציבורית.
2. הפרמיה בשב"ן תותאם לביטול בחירת המנתח ובמקביל יועלה באופן פרוגרסיבי שיעור דמי ביטוח בריאות.
3. ביטולו של רכיב בחירת המנתח יידחה לפרק זמן של שנתיים-שלוש, עד ליישומן של מרבית המלצותיה המרכזיות של הוועדה לחיזוק המערכת הציבורית. עד אז, לא תיושמה ההמלצות שבמודל הביטוחים בנוגע לפירוק השב"ן לרבדים בלתי תלויים.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

4. יחד עם זאת, תיושמנה ההמלצות הקשורות לצמצום התמריצים להסטה של מבוטחים לפרטי על ידי הקופות, לקביעת ועדת "סל-שב"ן", לקביעת שיבוב בין השב"ן לביטוח המסחרי ולביטול כתבי השירות.

פרופ' גבי בן נון :

1. ביטול הכיסוי לבחירת מנתח ויעוץ הכלול כיום בביטוחי השב"ן וביטול מקביל של כיסוי זה בביטוחים המסחריים למצטרפים חדשים.
2. הרחבת טווח הבחירה ברופא בבתי החולים הציבוריים שלא במימון החולה או גורם ביטוחי פרטי אחר.
3. הפחתת פרמיות הביטוח בהתאם לשווי החיסכון בהוצאות תוכניות הביטוח הפרטי (שווי ההפחתה בשב"ן מוערך בכ-40% מרמת הפרמיות הנוכחיות).
4. העלאה של שיעור דמי ביטוח הבריאות ("מס בריאות") ב-0.5 נקודות אחוז – ביטול בחירת המנתח בשב"ן עשוי לחסוך כ-40% מההוצאות הרפואיות של ביטוחים אלה, ויוביל להפחתת הפרמיות בכ-1.6 מיליארד שקל בשנה (2012) המשולמים כיום באופן רגרסיבי על ידי המבוטחים (תשלום הפרמיה עולה עם הגיל). העלאת מס הבריאות ב-0.5 נקודות אחוז, תגדיל את ההכנסות ממקור מימון ציבורי פרוגרסיבי במעל ל-2 מיליארד שקלים.



הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

ג. הסתייגויות להמלצות בנושא תיירות מרפא

3. עו"ד לאה ופנר

9. עו"ד לאה ופנר – מסתייגת מהמילה "פנייה".

38. עו"ד לאה ופנר – יש להוסיף מנהלי מחלקות.