

התוכנית הכלכלית-חברתית של המחנה הציוני

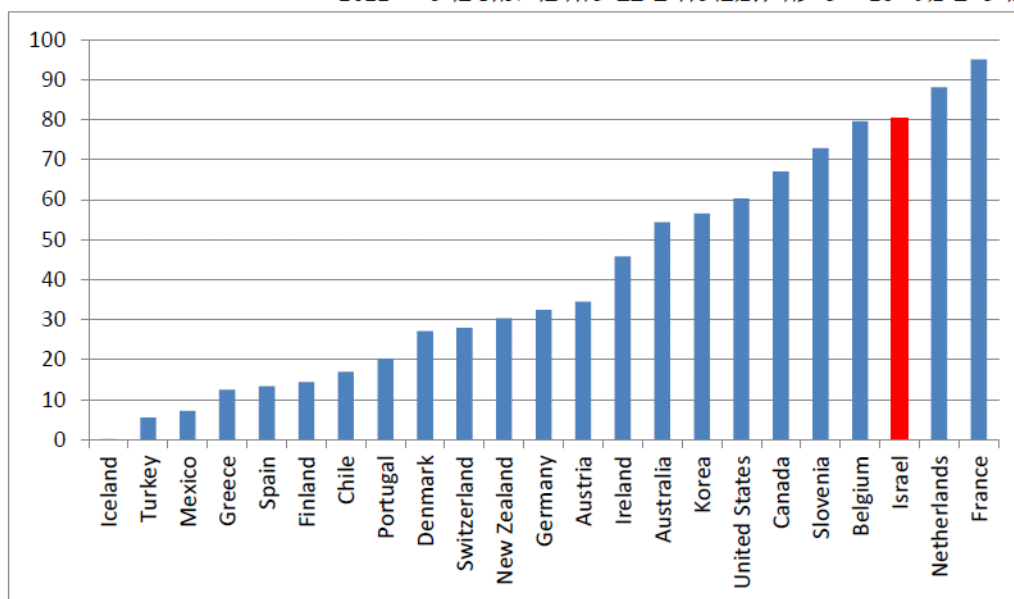
כלכלה אנושית הנהגה מקצועית

שירותי הבריאות בתכנית הכלכלית של המחנה הציוני

תיאור ואבחון המצב הקיים

מדדי תפוקה ותשומה מקובלים מצביעים על כך שמערכת הרפואה הציבורית בישראל היא מהטובות והיעילות בעולם. למרות זאת יותר ויותר אזרחים מוציאים מכיסם סכומים הולכים וגדלים לרכישת שירותי רפואה באופן פרטי, לכיסוי ביטוח פרטי מחברות הביטוח, שב"נ (שירותי בריאות נוספים) מקופות החולים ולעיתים את שניהם גם יחד. כיום, על פי נתוני ה-OECD, ישראל נמצאת במקום השלישי בעולם בתחום זה עם שיעור בעלות של כ-80%¹.

תרשים מס' 16 – שיעור המבוטחים בביטוח בריאות פרטי - 2012



מקור: OECD HEALTH DATA 2014

מאז חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נמצא משקלה של ההוצאה הציבורית בסך ההוצאה הלאומית לבריאות בירידה, והוא אינו מספק פיצוי נאות בגין ההתפתחות הדמוגרפית, הזדקנות האוכלוסייה או התייקרות תשומות הבריאות²:

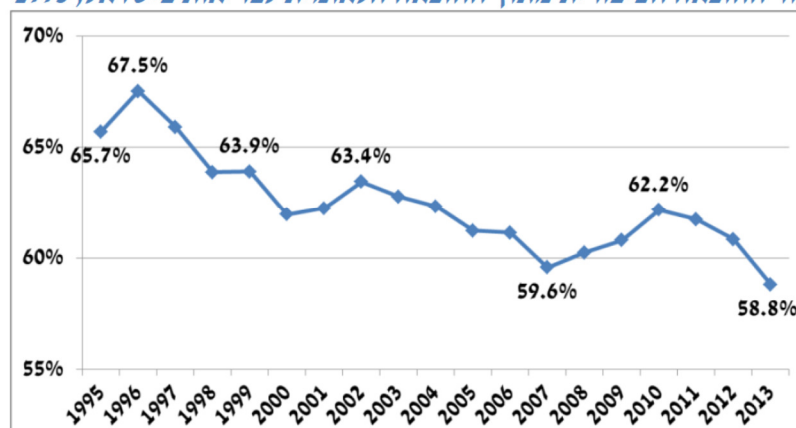
¹ דוח הוועדה המייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית, עמ' 182
<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/publichealth2014.pdf>

² שם, עמ' 101
ההתפתחות טכנולוגית באה לידי ביטוי בתוספת שנתית של 300 מלש"ח לסל הבריאות.

התוכנית הכלכלית-חברתית של המחנה הציוני

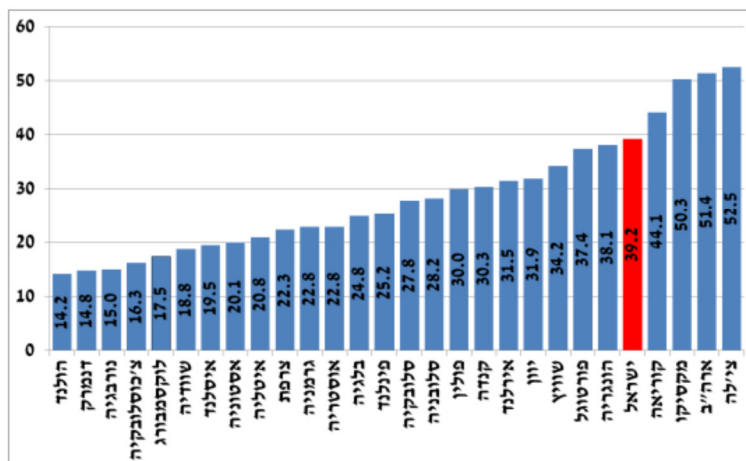
כלכלה אנושית הנהגה מקצועית

איור 6 : שיעור ההוצאה הציבורית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל, 1995 - 2013



מצד שני, היקפיה של ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל הוא בין הגבוהים במדינות המפותחות.³

איור 9 : שיעור ההוצאה הפרטית¹⁰⁸ מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות ה-OECD, 2012



כך, מערכת הבריאות הציבורית בישראל, המושתתת על עקרונות יסוד מצוינים, הלכה והתעוותה לאורך זמן כתוצאה של חסרים תקציביים ציבוריים מחד, וכמשקל-נגד צמיחה מהירה של הרפואה הפרטית, ואי הסדרה של יחסי הגומלין בין השחקנים הראשיים (קופות החולים, בתי החולים הממשלתיים ומשרד הבריאות). הסממנים הבולטים של מגמות שליליות אלו הם התורים הארוכים לניתוחים אלקטיביים, המחסור במיטות בבתי החולים, הצמיחה של ביטוחים משלימים כפולים ומכופלים, הירידה במספר הרופאים לנפש וכדומה. למגינת הלב, דומה שלכל הגורמים במערכת (פרט לאזרח) יש תמריץ, במצב

³ שם, עמ' 103

התוכנית הכלכלית-חברתית של המחנה הציוני

כלכלה אנושית הנהגה מקצועית

הקיים, שתהליך זה יימשך (רופאים מנתחים ויועצים, קופות חולים, בתי החולים וחברות הביטוח). כלומר, זה "שיווי משקל" גרוע שמזין את עצמו ופוגע ברוב הציבור, אך מספיק שחקנים נהנים מכך ועל כן קשה לחולל שינוי.

בניגוד למדיניות המוצהרת של משרד הבריאות, התמונה המציירת היא שחלקים משמעותיים של מערכת הבריאות נמצאים בתהליך של מעין הפרטה לא מבוקר, אשר במסגרתו הן האספקה והן המימון של שירותי הבריאות עוברים מאחריות המדינה ובתי החולים הציבוריים אל כתפיהם של האזרחים ובתי החולים הפרטיים.

הלוח הבא מציג את 20 הניתוחים השכיחים ביותר המבוצעים במסגרת השב"נ ואת שיעורם של ניתוחים אלו מכלל הניתוחים בישראל עבור קופת חולים מכבי⁴:

סה"כ מנתחים 2012	מזה, בשב"נ	סה"כ מנתחים 2011	מזה בשב"נ	
7,664	85%	7,434	87%	קטרקט-השתלת עדשות תוך עיניות - כולל עדשה
2,312	86%	2,576	90%	הוצאת נגע בשיטת מוס
1,494	91%	1,337	86%	כריתת צלקת רקמה רכה
2,093	50%	1,980	57%	כריתת כיס מרה בלאפ
1,444	61%	1,134	64%	הצרת קיבה- שיריז בלאפ
1,835	85%	1,926	87%	ארתרוסקופיה טיפולית לברך
1,225	76%	1,159	80%	שחרור תעלה קרפלית
				תיקון מחיצה באף
1,249	88%	1,239	93%	כריתת של קונכה
989	93%	1,118	93%	שקד שלישי - אדנואיד
687	91%	802	95%	הכנסת כפתורים
2,528	50%	2,618	55%	תיקון בקע מפשעת-מבוגר - כולל רשת
653	94%	824	95%	הרניה-ילדים (עד גיל 14) - כולל רשת
				הרניה חד צדדית בלאפ - כולל רשת
771	93%	829	94%	תיקון בקע טבורי
4,445	21%	4,037	24%	צנתור לב אבחנתי - כולל קליפס
3,571	19%	3,503	21%	צנתור לב בלון PTCA - כולל סייפר וקליפס
690	81%	734	82%	כ' שחלה ציסט/חצוצרה בלאפ
1,327	51%	1,376	57%	היסטרוסקופיה טיפולית

מזה אנו למדים על השכיחות הגבוהה מאוד של ניתוחים במסגרת השב"נ, ולא במסגרת הרגילה. תהליכים אלה מטילים שורה של השפעות לוואי שליליות על המערכת הציבורית: יצירת תורים, יציאת רופאים בכירים מבתי החולים ומהמרפאות הציבוריות לעבר עיסוק פרטי, טיפול ציבורי בניתוחים

התוכנית הכלכלית-חברתית של המחנה הציוני

כלכלה אנושית הנהגה מקצועית

שהסתבכו בפעילות פרטית, יצירת לחץ להעלאת שכר במערכת, יצירת הילה שלילית למערכת הציבורית, וכדומה.

הלוח הבא מציג את זמני ההמתנה הממוצעים לניתוחים נבחרים בשנת 2013⁵:

לוח 3 : זמני המתנה ממוצעים לניתוחים אלקטיביים שנערכו ברבעון האחרון של שנת 2013, ב- 16 בתי חולים ציבוריים³⁴ (ימים)

שם הפרוצדורה	ממוצע המתנה	חציון המתנה	ממוצע בביה"ח עם הזמן הארוך ביותר	ממוצע בביה"ח עם הקצר ביותר
החלפת מפרק הירך	59	27	149	9
החלפת מפרק הברך	81	61	366	8
החלפת מפרק למעט ירך וברך	88	78	212	6
ניתוח ראש - קרניוטומיה	45	16	104	15
ניתוח עמוד שדרה, לרבות תיקון עקמות - סקוליוזיס	61	24	131	5
כריתת בלוטת התריס	55	44	98	4
ניתוח כפתורים	53	24	160	7
יישור מחיצת האף (שלא למטרות קוסמטיות)	122	86	203	14
ניתוח שקדים/אדנואידים	70	33	185	6
ניתוח קטרקט	72	42	146	5
ניתוח הכנסת/הוצאת עדשה תוך עינית	72	48	135	5
כריתת זוגית העין (ויטרקטומיה)	67	29	161	3
תיקון בקע - מפשעתי, פמורלי, טבורי ודופן הבטן	69	35	144	16
כריתת המעי הגס	53	32	143	3
ניתוח מעקפים - CABG	40	5	61	3
כריתת פקקת מעורק התרדמה - אנדארטרקטומיה	27	12	59	3
טיפול במפרצת של האאורטה באמצעות תומך או שתל	102	42	126	3
ניתוח בריאטרי	96	62	226	6
כריתת כיס מרה	40	28	105	4
כריתת ערמונית	48	40	134	4
כריתת רחם	49	27	107	7
ארתרוסקופיה לא טיפולית	67	37	192	8
כריתת ושחזור שד לא למטרות קוסמטיות	42	21	89	3

כך, כיסוי בחירת המנתח ובחירת היועץ, המסופקים במסגרת הרפואה הפרטית, מספקים בעיקר פתרון של קיצור תורים – קרי, פתרון לבעיה שנוצרה ונוצרת במידה רבה עקב קיומו שלו. וככל שבחירת המנתח

⁵ מקור: דוח הוועדה המייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית, עמ' 50
<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/publichealth2014.pdf>

התוכנית הכלכלית-חברתית של המחנה הציוני

כלכלה אנושית הנהגה מקצועית

ו/או היועץ תופעל יותר כך תחמיר הבעיה וכתוצאה ממנה קיצור התור יהיה שווה יותר ויירכש יותר וחוזר חלילה. למעגל הזה יש השפעה שלילית מרחיקת לכת על השוויון והגישות לשירותי רפואה באוכלוסייה.

המשמעות לאזרח: שירות פחות טוב בעלות גבוהה יותר, והרחבת אי השוויון

צעדי מדיניות בתחום הבריאות

הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ("וועדת גרמן") עשתה עבודה מקצועית טובה, אשר יכולה לספק בסיס ראוי לגיבוש מדיניות בהמשך, לצד עבודה משלימה והכנסת שיקולים כלכליים-חברתיים וערכיים נוספים. העיקרון המסדר הראשי שעל פיו נפעל בתחום הבריאות הוא שיש לשקם את מערכת הבריאות הציבורית כך שרוב רובו של השירות יינתן במסגרת מערכת זו בצורה מיטבית ושוויונית לכל אזרחי המדינה. הדבר יצריך גיבוש של תכנית רב שנתית המגובה בתקציב רב השנתי אמין, אשר ייתן מענה הדרגתי לפערים התקציביים שנוצרו, יחזיר את האמון במערכת, יפחית בצורך לנדוד לעבר הפתרונות הפרטיים. כמו כן, הדבר יצריך חיזוק של הרגולציה ושל משרד הבריאות כגוף המופקד על כך, בפרט אל מול עצמתם הרבה של כמה בתי חולים ממשלתיים.

- 1. הקצאת תקציבים** ומתן תמריצים לפעילות רציפה מלאה כל שעות היום בבתי החולים הציבוריים, תוך נוכחות רופאים מומחים בהם לאורך כל יום העבודה. הדבר יאפשר בין היתר קיצור תורים, ניצול של תשתיות יקרות, ושיפור איכות הטיפול.
- 2. מניעת שר"פ** בבתי החולים הציבוריים.
- 3. תמרוץ קופות החולים** למתן שירות איכותי בסל הציבורי וצמצום הצורך בביטוחים המשלימים והפרטיים. בפרט, **עדכון נוסחת הקפיטציה** באופן שלא יהיה לקופות החולים תמריץ לחסוך עלויות כתוצאה מהסטת מטופלים לייעוץ או ניתוח במערכת הפרטית.
- 4. הרחבת תפקידה**, זמינותה ואיכותה של **רפואת המשפחה** והקהילה.
- 5. מניעת כפילויות** בין הביטוחים המשלימים והמסחריים, צמצום תפקידם והפסקת הסבסוד הצולב הגלום בין בחירת המנתח ובחירת היועץ לבין שאר רכיבי השב"נ.
- 6. חיזוק הרגולציה** על המערכת הציבורית והפרטית.
- 7. הקצאת משאבים ייעודיים לחיזוק חדרי המיון** וקיצור משך ההמתנה לטיפול ראשוני בהם.
- 8. איסוף ופרסום נתוני** משך תורים לניתוחים, בדיקות נבחרות (לרבות MRI, CT וכו') ולייעוץ עם רופא מומחה במקומות שונים בארץ באופן שקוף ונגיש לציבור.