

יולי, 2014

סקירה ביקורתית

המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ("ועדת גרמן")

האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה

הניתוח והתגובות [להמלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית](#) המובאים כאן נובעים מתפיסותינו העקרוניות ביחס לזכות לבריאות, ולעקרון השוויון המונח בבסיסה. אנו נשענים על הניסיון הבינלאומי, שמלמד שמערכת בריאות ציבורית ושוויונית יעילה הרבה יותר מאשר מערכות פרטיות או פרטיות למחצה. במהלך עבודתה של ועדת גרמן, העבירו לה הארגונים החתומים על נייר זה המלצות קונקרטיות ביחס לשינוי המבני הרצוי לדעתנו במערכת הבריאות הציבורית, אשר נכללו בנייר העמדה "[בלי הבדל בין עשיר לעני](#)". מאוחר יותר הועברה עמדה ביחס [לתיירות מרפא](#). כמו כן, שלושת הארגונים פעלו בשנים האחרונות במספר ערוצים שכללו פעילות ציבורית ומשפטית וכן הוציאו ניירות עמדה בנושאים כגון השתתפות עצמית, צמצום פערים בין מרכז לפריפריה ועוד.

בסקירה זו מובאות תגובות הארגונים להמלצות ועדת גרמן. המסמך מתחלק לשלושה חלקים: **חלק א' – המלצות שלהן אנו מתנגדים**: סיבת ההתנגדות, תרחיש שאליה יוביל לדעתנו קבלת ההמלצה הנדונה, וחלופה שאנו מציעים להמלצה זו. **חלק ב' – המלצות שבהן אנו תומכים תוך הסתייגות**: סיבת ההסתייגות, תרחיש וחלופה או תוספות להמלצה. **חלק ג' – המלצות שבהן אנו תומכים במלואן**: עמדתנו, תרחיש והערות.

2	חלק א' – התנגדות
2	ביטוח משלים – פוליסת בחירת רופא יקרה ויוקרית
2	ביטוח משלים – פוליסה המספקת הרחבה לשירותי הסל הציבורי ושיניים
2	ביטוח משלים – ועדת סל ב' להכנסת תרופות לביטוח המשלים
3	תיירות מרפא – היתר להפעלה בכל בתי החולים הציבוריים
3	תיירות מרפא – מכסה להגבלת הכנסות מתיירות מרפא
4	חלק ב' – תמיכה מסויגת
4	זמינות ונגישות רפואה ראשונית
4	חיזוק הרופא הראשוני
4	הרחבת זמינות רפואה שניונית בקהילה
4	מערכת האשפוז
5	פול-טיימר (יום-מלא)
5	מיטות אשפוז
5	הגדלת שיעור האחיות
6	אסדרת מערכת הרפואה הפרטית
6	מנגנוני עדכון תקציב ציבורי – עדכון דמוגרפי
6	מנגנוני עדכון תקציב ציבורי
7	בעלות קופות חולים על בתי חולים
7	בריאות הנפש
7	מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים
7	ביטוח משלים – קשר עם חברות ביטוח
8	ביטוח משלים – קרן לטופסי 17
9	חלק ג' – תמיכה מלאה
9	קידום נשים במקצועות בריאות
9	הרחבת הבחירה בבתי חולים
9	קיצור תורים
9	איכות שירות, מדידה
10	הגדלת שיעור הרופאים
10	זמני המתנה ואורכי תורים – קביעת סטנדרטים

חלק א' – התנגדות

ההמלצה	תוכן ההמלצה	סיבת ההתנגדות	תרחיש	חלופה
ביטוח משלים – פוליסת בחירת רופא יקרה ויוקרתית סעיפים 1-20 בפרק ביטוחים	פירוק הביטוח המשלים לשלושה רבדים: רכיב א' – כינון פוליסת בחירה אחידה שתימכר על ידי הביטוח המשלים ועל ידי ביטוח פרטי.	הוועדה מצביעה על בעיית הבעיות – היחסים בין רפואה פרטית לציבורית, אך איננה מתמודדת עם הממשק המערבב באופן יומיומי בין שתי המערכות, הפרטית והציבורית – הביטוח המשלים – המנגנונים המוצעים לא יוכלו לעמוד בפני הלחץ שמפעיל הכסף הפרטי בדמות לחצי קניה של חולים ובדמות אינטרסים מסחריים של רופאים וקופות (ראו תרחיש).	מנגנוני ההגנה והפיצוי המוצעים (שיבו, קביעת פרמיה, ניסיון למנוע סלקציה של מבטחים ועוד) עלולים להתרסק מול הלחצים שיווצרו כתוצאה מקיומה של פוליסת הבחירה היוקרתית החדשה. תפיסות מסחריות של החולה כצרכן ומבוטח יעמיקו בקרב קופות החולים; שכבה רחבה בציבור תתרגל לבעלות על הזכות לבחירת רופא אם דרך המשלים ואם דרך הביטוח המסחרי. שכבה זו לא תסתפק לאורך זמן באפשרות הבחירה המוגבלת ותתבע שר"פ בבתי חולים ציבוריים או שתאיים לפרוש מהמערכת הציבורית. בהחלט ייתכן ששכבות רחבות ומבוטחות פחות יתפסו את הפוליסה היוקרתית כמחויבת המציאות וישאפו לקנות אותה. כך דווקא יגדל הנטל הכלכלי על משקי הבית ולא יקטן.	יש לבטל את הביטוח המשלים, ולהעביר את מקורותיו הכספיים (מעל 3 מיליארד ₪) אל הסל הציבורי באמצעות הפיכת הפרמיה למס ציבורי. יש לספק באמצעות הסל הציבורי בחירת רופא בבתי החולים הציבוריים לכל תושבי ישראל באופן יעיל וחסכוני; להרחיב שירותים קיימים (כמו התפתחות הילד) שאינם מספיקים לצרכי הציבור, וכן שירותים רפואיים נחוצים כמו בריאות שיניים וביטוח סיעודי ציבורי.
ביטוח משלים – פוליסה המספקת הרחבה לשירותי הסל הציבורי ושיניים סעיפים 1-20 בפרק ביטוחים	פירוק הביטוח המשלים לשלושה רבדים: רכיב ב' יכול לשירותים רפואיים נחוצים (כמו שיניים) שנמצאים בסל הציבורי ומורחבים במשלים. תוקם ועדה מיוחדת לבחינת הרכב השירותים במשלים.	כאמור למעלה, הוועדה לא רק שלא התמודדה עם עצם קיומו של הביטוח המשלים אשר מחבר יום-יום בין רפואה פרטית וציבורית, אלא הציעה מנגנונים להמשכו ולהעמקתו. סל ב', סל שירותים במשלים שאינם אלא שירותים של הסל הציבורי הניתנים באופן מועדף ומורחב במשלים, הוא הכרה בפשיטת רגל של מערכת הבריאות הציבורית ועקרונות ביטוח הבריאות הממלכתי.	לשירות שמסופק באמצעות הביטוח המשלים יש סיכוי נמוך להיכנס לסל הציבורי. כך גם ביחס לשירות שניתן במשלים בתנאים מורחבים (למשל התפתחות הילד) – מהיכן ייצא הלחץ הציבורי או המקצועי להרחיב את השירות בסל הציבורי שעה ששכבות רחבות במעמד הבינוני מקבלות אותו דרך הביטוח המשלים? בזמן שסל ב', סל המשלים, הולך וצובר תאוצה ומעמיק בחדירתו לתודעת המעמד הבינוני, באותו זמן נתון הסל הציבורי (ובתוכו התרופות החדשות) בקשיים. זהו הרקע ללחץ הכבד כיום להחזיר לביטוח המשלים תרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים". זהו צעד נוסף בהשתרשות שתי רמות בריאות לשני חלקי אוכלוסיה לפי מצבם הכלכלי.	ראו למעלה
ביטוח משלים – ועדת סל ב' להכנסת תרופות לביטוח המשלים סעיף 12 בפרק ביטוחים	רכיב ב' – המשך: תוקם ועדת "פיקוח-שב"ן" שתנהל את סל השירותים של רכיב ב' ותקבע סכום מינימלי ומקסימלי להשתתפות העצמית.	ועדת סל ב' היא ההוכחה לתהליך ההופך את הביטוח המשלים לתחליף לסל הציבורי באמצעות כוח הקנייה של שכבות המעמד הבינוני ותוך פגיעה קשה במדינת הרווחה, המבוטסת על סל ציבורי לכל בתמורה למיסים פרורגסיביים.	לחצים מצד הקופות, ציבור המבוטחים (בעיקר זה היותר מבוסס), רופאים וחברות ביטוח – כולם יתנקזו לסל ב' של המשלים. בכך יושלם המהלך של שתי רמות רפואה ציבוריות – ציבורית לחלוטין (לעניים) וציבורית-פרטית (למעמד הביניים המבוטס). מי שמצוי בתווך, יעשה כל מאמץ לקנות את דרכו אל הסל המיועד למבוטסים.	ראו למעלה

ההמלצה	תוכן ההמלצה	סיבת ההתנגדות	תרחיש	חלופה
<p>תיירות מרפא – היתר להפעלה בכל בתי החולים הציבוריים</p> <p>פרק תיירות מרפא עמ' 14 ואילך</p>	<p>מתן היתר לתיירות מרפא בכל בתי החולים הציבוריים – הפעלת מאגר ממשלתי לרישום מטופלים, הפעלת פיקוח ממשלתי, תעריפי מקסימום לתשלום, צמצום פגיעה בישראלים.</p>	<p>המנגנונים המורכבים לפיקוח על תיירות המרפא בבתי החולים הציבוריים אינם יכולים להסתייר את השינוי המבני שמתחולל באמצעות תיירות המרפא – אין זו אלא הכשרה של מה שנאסר לביצוע באמצעות השר"פ לישראלים, ופתיחת הדלת האחורית בעתיד לשר"פ.</p>	<p>ההמלצות כוללות אמנם מנגנוני הגנה מורכבים, אך, גם בתנאים אלה, ואפילו במצב האידיאלי ביותר, יבוא הטיפול בהכרח על חשבון זמינות הטיפול לישראלים.</p> <p>מנגנוני הפיקוח לא ישנו את העובדה שאיננו שרויים במצב של עודף אלא במצב של מחסור בהיצע שירותים רפואיים יחסית לביקוש ולצורך.</p> <p>למרות מנגנוני ההגנה, התרה של תיירות מרפא ללא הגבלה על מכסת הכנסה לבית החולים (ראו למטה), היא בבחינת מדרון חלקלק.</p> <p>לאורך הזמן, בעקבות הפעלת תיירות המרפא בשיעורים גדלים, ידרוש חלק מהציבור הישראלי תנאים דומים של בחירה בתשלום בתוך מערכת האשפוז.</p>	<p>בתנאים הנוכחיים ובמצבה של מערכת האשפוז (תפוסה המתקרבת ל-100%, שיעור מיטות לאלף מהנמוכים ב-OECD, מצוקת אשפוז בטיפול נמרץ בפריפריה), אין כל הצדקה להכנסת תיירות מרפא. יש לאסור על כל תיירות המרפא עד לשיקום מערכת האשפוז ומערכת הבריאות הציבורית.</p>
<p>תיירות מרפא – מכסה להגבלת הכנסות מתיירות מרפא</p> <p>סעיף 31 בפרק תיירות מרפא</p>	<p>בבתי חולים ציבוריים, עד הקמת מערכת המחשוב המיוחדת, יוגבלו ההכנסות לתיירות מרפא עד 6% מכלל ההכנסות. לאחר הכנסת המערכת, אין בהמלצות כל הגבלה על שיעור ההכנסה מתיירות מרפא.</p>	<p>מעבר לכל מנגנוני ההגנה, סעיף זה מוכיח כי בסופו של דבר, הכשרת תיירות המרפא איננה אלא תחליף (זמני) לשר"פ.</p>	<p>לאחר תקופת ההסתגלות והרגולציה, שבה מוגבל שיעור ההכנסות מתיירות המרפא, לא תהיה עוד שום מגבלה. מנגנוני הגנה, מתוחכמים ככל שיהיו, לא מסוגלים לעמוד בלחצי הביקוש מצד תיירים ובעוצמת האינטרסים של רופאים ובתי חולים, ובהיעדר מכסת הכנסה קשיחה, הם עלולים לקרוס ותיירות המרפא תהפוך לשער הפרטה הראשי של בית החולים הציבורי.</p>	<p>יש לאסור תיירות מרפא בכל בתי החולים הציבוריים.</p>

חלק ב' – תמיכה מסויגת

ההמלצה	תוכן ההמלצה	ההסתייגות	תרחיש	חלופה
זמינות ונגישות רפואה ראשונית סעיף 1 בפרק א'	"באחריות משרד הבריאות, קופ"ח וה"רי להגדיל מספר רופאים ראשוניים עם דגש על הפריפריה".	אנו מזדהים עם רוח הדברים, אך ההמלצה עמומה ואינה מסבירה כיצד הדבר ייעשה.	חיזוק הרפואה הראשונית מחזק את הקהילה, מעצים את החולה ומגן על זכותו לכבוד. רפואה ראשונית טובה מקלה על החולים אשר מקבלים טיפול קרוב למקום המגורים והוכחה כחוסכת משאבים.	יש לקבוע סטנדרטים מחייבים לפיהם ייקבע מינימום של מספר רופאים פר אוקלוסיה ביחידה גיאוגרפית. יש להגדיר את הרפואה הראשונית כמקצוע בעדיפות לאומית גבוהה, לעודד הוראה כולל במקצועות הסיעוד (אחיות), ולתקצב מחדש את מענקי הפריפריה (ראו נייר העמדה של רופאי המשפחה לוועדת גרמן).
חיזוק הרופא הראשוני סעיפים 2-6 בפרק א'	חיזוק הרופא הראשוני כ"קייס מנג'ר", שיוך חולה אליו, העברת מידע.	אנו תומכים בהצעות אלה, שמהוות דוגמה לשינוי המבני הדרוש. עם זאת, תנאי מקדים לקיומן הוא הגדלת כמות הרופאים הפעילים בישראל.	חיזוק הרפואה הראשונית מחזק את הקהילה, מעצים את החולה ומגן על זכותו לכבוד. רפואה ראשונית טובה מקלה על החולים אשר מקבלים טיפול קרוב למקום המגורים והוכחה כחוסכת משאבים.	דרושה הגדלת כמות הרופאים (הארכת משך המפגש הטיפולי) ופרישה שוויונית. בנוסף לנאמר למעלה, יש לעודד בדרכים שונות פניה להכשרה של רופאים ואחיות מתושבי הפריפריה וקבוצות מוחלשות בחברה הישראלית. הכנסת סטנדרטים שיחייבו פרישה שוויונית ואף העדפה מתקנת בתחום רפואה ראשונית, צריכים להיות חלק מתהליך זה.
הרחבת זמינות רפואה שניונית בקהילה סעיפים 7-8 בפרק א'	הרחבה בפריפריה, ארגון יעיל.	ההמלצה עמומה ואינה מסבירה כיצד הדבר ייעשה.	הגדלת הזמינות של רפואה שניונית תשפר את הנגישות לרפואה שניונית במסגרת הקהילה, תקל על המטופלים, במיוחד על ציבור החולים הכרוניים ובתוכם הקשישים והעניים, ותחסוך משאבים (כגון אשפוזים מיותרים).	יש לקבוע סטנדרטים מחייבים לפיהם ייקבע מינימום של מספר רופאים פר אוקלוסיה או ייקבעו זמני המתנה מינימליים (מופיע בסעיף אחר בהמלצות הועדה). יש לאכוף את הסטנדרטים על קופות החולים. יש מקום להשתמש בכלי הקפיטציה (עידוד לפריפריה) באופן שיחייב קבלות על פעולות של הקופה, ובמיוחד הרחבת השירותים בפריפריה.
מערכת האשפוז סעיפים 16-19 פרק א'	הרחבת חלופות אשפוז בקהילה ובבית כולל אבחון בקהילה.	ההמלצות עמומות ולא כוללת כל לוח זמנים או הטלת חובה ברורה.	ההמלצה עלולה להישאר ברמת האמירה ללא יכולת מימוש.	יש לחייב ולתקצב את קופות החולים כדי שיקימו מרכזים לאבחון טרום-מיון בלילה בדומה ל"טרם", וזאת תוך שימת דגש על הפריפריה ובמימון מדינתי, ללא הישענות על תורמים. מרכזים כאלה קיימים אך

<p>בעיקר כיוזמה מסחרית במרכז ובערים הגדולות. יש "לעשות סדר" בסעיפי החוק ולהטיל על הקופות חובה ברורה להנגשת רפואה דחופה בלילה.</p>				
<p>חלופה</p>	<p>תרחיש</p>	<p>ההסתייגות</p>	<p>תוכן ההמלצה</p>	<p>ההמלצה</p>
<p>יש ליזום הסכם יום-מלא בכל מערכת הבריאות הציבורית, בתיאום מלא עם האיגודים המקצועיים, תוך קביעת תעריפי תשלום אשר יבטיחו שכר הוגן לרופאים ויאפשרו מניעת אינפלציה – התייקרות בלתי נשלטת של שירותי הבריאות. הצד השני של מודל היום-מלא הוא איסור על רופאים המשתתפים בו לעבוד במקביל במערכת הרפואה הפרטית, בדומה למודל הקנדי.</p>	<p>דווקא ההגבלה לשכבת רופאים בכירים עלולה ליצור אפקט של דרישה להעלאת שכר. אפילו רק מבחינה זו (וכן מבחינה מוסרית עקרונית), עדיף היה לאמץ שינוי מבני רחב יותר שיכלול את כל הרופאים העובדים במערכת הציבורית, שיאפשר יותר שליטה על שכר הרופא שעובד במסגרת "יום-מלא". כך הציעו בדעת מיעוט פרופ' לאה אחדות ופרופ' גבי בן-נון.</p>	<p>אנו תומכים ברעיון היום-מלא, וכך אף הצענו בעצמנו, אך יש להפוך אותו מהמלצה למציאות. זו מצריכה הגעה להסכמה עם איגודים מקצועיים (התומכים כיום בשר"פ).</p>	<p>הסכמים עם רופאים בכירים ומנהלים כדי שיישארו בשעות הערב בבית החולים הציבורי ללא אפשרות לעבודה פרטית.</p>	<p>פול-טיימר (יום-מלא) סעיפים 20-23 בפרק א'</p>
<p>יש להוסיף עוד כ-3,000 מיטות על התוספת המובטחת כיום ולחלקן לפי תחומי המצוקה ואזורי עדיפות, בעיקר בדרום ובצפון, שבהם שיעור המיטות הכלליות הוא כחצי מהשיעור במרכז. הפער בשיעור מיטות טיפול נמרץ ילדים אף גדול יותר ומחייב התערבות דחופה (ראו פרסום של משרד הבריאות "אור וצל בהתפתחות ויישום של חוק ב"מ").</p>	<p>כבר כעת ממוקמת ישראל באחד המקומות הנמוכים ביותר במדינות ה-OECD ככל שמדובר במצוקת אשפוז במערכת הציבורית, במיוחד בתחומים כמו טיפול נמרץ, מצוקה שתוצאתה קטלנית.</p>	<p>המלצותיה של הוועדה עמומות, אינן מוגדרות בזמן ולא קבעו כל רף כמותי.</p>	<p>המלצה לקדם הוספת מיטות אשפוז כלליות מעבר לתכנית הממשלתית.</p>	<p>מיטות אשפוז סעיף 24 בפרק א'</p>
<p>ראו כאן המלצות של פורום דרום בריאות על הדרך להגדיל את שיעור האחיות בפריפריה הדרומית, ובהן הפתרונות הבאים שעדיין לא נוסו במלואם:</p> <ul style="list-style-type: none"> • מענקים בכסף; • הגדרת מקצוע הסיעוד בנגב כמקצוע במצוקה/מועדף; • הקלות בדיוור, במעונות לילדים, סיוע במציאת עבודה לבן/בת זוג, מסלולי הכשרה אישים וייחודים; • הגדלה משמעותית של מספר תלמידי הסיעוד בדרום; • פטורים משכר לימוד 	<p>מקצוע הסיעוד אינו זוכה ליוקרה ולשכר הראוי, במיוחד לאור התפקיד החיוני שלו במערכת הבריאות הציבורית. הגדלת שיעור האחיות תגדיל את זמינות האחיות עבור אוכלוסיות, במיוחד אוכלוסיות חולים, קהילות חלשות ופריפריאליות</p>	<p>שיעור האחיות נמצא בשפל. שיעור האחיות בישראל הוא כמחצית מהמוצע ב-OECD, והמצב ככל הנראה חמור בפריפריה. יחסית למצב זה, ההמלצות אינו קונקרטיים דיין יחסית לחומרת המצב</p>	<p>המלצות להגדלת שיעור האחיות ושימורן במקצוע, תוך השגת מידע מהימן אודות אחיות פעילות ושינוי תקינה.</p>	<p>הגדלת שיעור האחיות סעיפים 60-63 בפרק א'</p>

לסטודנטים המתחייבים לעבודה בנגב; • תוכניות לניצני סיעוד בתיכון.				
חלופה	תרחיש	ההסתייגות	תוכן ההמלצה	ההמלצה
יש להפריד לחלוטין בין הרפואה הציבורית לפרטית כדי להגן על הראשונה. לשם כך, יש לבטל את הביטוח המשלים ולהעביר את מקורותיו (מעל 3 מיליארד ₪) שיהפכו מפרמיה למס ציבורי, אל המערכת הציבורית. יש לנתק את הקופות ואת בתי החולים הציבוריים מכל מיזם פרטי. כל מעורבות של פרטי עם ציבורי מתחילה בכוננות טובות ומסתיימת בהתחזקות הפרטי ונוכחותו בציבורי.	התערבות ברפואה הפרטית עשויה לרסן אותה וכך לצמצם תופעות כמו אינפלציה "מלאכותית" במחירי שירותי הבריאות, ניתוחי יתר וניצול חולשת החולים על ידי רופאים וחברות ביטוח. עם זאת, שימוש בביטוח המשלים עלולה להשיג את התוצאה ההפוכה, שכן בכך מתחזקת השפעתו המזיקה של הביטוח המשלים על קופות החולים אשר מתנהגות כחברות ביטוח מסחריות, ודפוסים אלה מחלחלים לכל המערכת הציבורית.	אנו תומכים באופן מלא בריסון הרפואה הפרטית, אך מתנגדים להצעות שמערבות שימוש בביטוח המשלים.	חיזוק הפיקוח על הרפואה הפרטית: ריסון מחירים, היטל על הרפואה הפרטית שיעבר למערכת הציבורית, התערבות בתעריפים שמשלם הביטוח המשלים	אסדרת מערכת הרפואה הפרטית סעיפים 73-78
יש לקבוע עדכון דמוגרפי הנותן ביטוי פשוט וישר לגידול המספר הנפשות, למשל, לקבוע כי בסוף כל שנה ייקבע המספר המדויק של הנפשות (המתוקנות) שהתווספו למגל מבוחי הקופות ועל בסיס מספר זה יחושב התקציב בשנה שאחריה. יש לתת משקל רב יותר להזדקנות האוכלוסייה ולא רק לגודלה המספרי.	עדכון דמוגרפי הולם יקטין חלק משחיקת התקציב שמועבר לקופות כדי לספק את סל השירותים, תקציב שנשחק ב-30-40 אחוזים (תלוי במקור הנתון) מאז 1998. הדבר יצמצם את התופעות שנובעות מרצון של הקופות לצמצם את הגירעונות הכרוניים ויטיב עם החולים.	אנו תומכים בכוונה וביעד, אך הדרך לא הוצהרה במפורש.	לעגן בהחלטת ממשלה עדכון דמוגרפי קבוע.	מנגנוני עדכון תקציב ציבורי – עדכון דמוגרפי סעיף 79 פרק א'
החלופה להמלצה זו הוצגה פעמים רבות במהלך למעלה מעשור: תוספת אוטומטית של כ-2% מעלות סל השירותים – כלומר יותר מפי שניים מההמלצה.	עדכון אוטומטי חשוב במיוחד כדי למנוע מניפולציות של האוצר בסעיף זה בכל תקציב. כמו כן, העדכון האוטומטי צריך לעמוד על 2% ולא 8%. עדכון בסדר גודל כזה יאפשר לוועדת הסל להיכנס לשגרת דיונים משנה לשנה תוך ידיעה מראש של שיש בידה תקציב מספיק. ¹ החשוב מכל הוא שתקציב ראוי מחזק את אמון הציבור כולו, ובתוכו ציבור החולים, במערכת הציבורית. תקציב חסר, יחד עם התפשטות הביטוחים המשלימים והפרטיים, מערער את האמון במערכת הציבורית וברשת הביטוחן המדינתית.	אנו תומכים בכוונה, אך תוספת זו קטנה באופן משמעותי מהדרוש יחסית לקצב עדכון הטכנולוגיה.	לקבוע בחוק או בהחלטת ממשלה תוספת קבועה של 0.8% לתרופות וטכנולוגיות חדשות.	מנגנוני עדכון תקציב ציבורי סעיף 80 פרק א'

¹ אמנם בשנים האחרונות, מאז "הסדר אורון" של 2008 (בו הסכימה הממשלה לקבוע מראש את תוספת התקציב לתרופות וטכנולוגיות חדשות בתמורה להסרת התנגדות הח"כים לאיסור להכניס תרופות מאריכות חיים לביטוח המשלים) נקבע התקציב למשך יותר משנה, כלומר, לשנתיים או לשלוש שנים מראש, ועמד על סכום המהווה מעל 1% מעלות הסל, אך גם תקציבים אלה מסתיימים ושוב מגיעה שנה בה אין הוועדה יודעת מראש מה יהיה תקציבה לצורך הכנסת תרופות וטכנולוגיות חדשות.

המלצה	תוכן ההמלצה	ההסתייגות	תרחיש	חלופה
בעלות קופות חולים על בתי חולים סעיף 83 בפרק א'	תוך 30 יום יוקם צוות לבחינת בעלות קופות חולים על בתי חולים ציבוריים ופרטיים.	אנו תומכים בצעדים קונקרטיים שיובילו לניתוק הקשר בין קופת חולים (גוף ציבורי) לבין מיזם מסחרי (בית חולים פרטי), אך צעדים כאלה לא הוצעו בהמלצות.	ללא ניתוק קשרי הבעלות של קופות על מיזמים מסחריים המספקים שירותי בריאות בתשלום, הולכת ומתחזקת דמותה והתנהגותה של הקופה כגוף מסחרי במקום גוף ציבורי. קשר זה כבר מושרש בשל קיומו של הביטוח המשלים, שהופך את הקופה לסוג של חברת ביטוח מסחרית. כאשר מתווספת לכך בעלות על בית חולים פרטי יש לקופה אינטרס מובהק לפעול לפי עקרון הרווח, כלומר לשלוח את החולה למוסד לפי מה שהכי ריווחי לקופה – פעם לבית החולים הפרטי, פעם למוסד ציבורי, פעם על חשבון המשלים ופעם על חשבון הסל הציבורי.	ניתוק מוחלט של כל קשרי הבעלות של קופות על מיזמים מסחריים: ביטוחים פסאודו-ציבוריים (משלים), חברות-בת מסחריות (כגון השיניים), ולבסוף, בתי חולים פרטיים הפועלים למטרת רווח. ניתן לשקול לבצע מהלך שיהפוך את בתי החולים הפרטיים הללו (או לפחות את חלקם) לבתי חולים ציבוריים וכך להקל את מצוקת האשפוז הציבורי בארץ.
בריאות הנפש סעיף 84 בפרק א'	הוועדה ממליצה לשים את נושא מצוקת האשפוז הפסיכיאטרי בסדר עדיפות גבוה.	לנוכח המצב ולאור התקדמותה של הרפורמה לבריאות הנפש, נראית המלצת הוועדה עמומה מדי.	המשך מצוקת האשפוז הפסיכיאטרי. הרפורמה כוללת בתוכה שינוי מבני גם בתחום בריאות הנפש בקהילה, אך יש בה גם היבטים מטרידים של הפרטה (מסלול בחירה באמצעות השתתפות עצמית).	אנו תומכים באופן כללי ברפורמה בבריאות הנפש, בדגש על מנגנוני טיפול בקהילה, ובפעולות שתכליתן הטמעת בריאות הנפש בתוך סל השירותים הציבורי, ותוך הבטחת זמינות השירותים בדומה לרפואה השניונית ולבתי החולים הכלליים.
מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים סעיפים 85, 86 בפרק א'	לא להתיר פעילות במימון פרטי בבתי חולים ציבוריים מלבד הקיים והמותר כיום. לבחון את המצב באסותא-אשדוד כך שיותאם להמלצה מס' 20 (פול-טיימר).	סעיף זה מנוגד להתיר הגורף שנתנה הוועדה לתיירות מרפא. המלצת הוועדה מעבירה מסרים הפוכים: מחד גיסא אסורה פעילות נוספת במימון פרטי; מאידך גיסא מותרות הפעילות "הקיימות והמותרות".	התרת הפעילות הקיימת והמותרת יכולה להתפרש כהיתר להפעיל שירותים שמשרד הבריאות פסל אותם מפורשות: מלוניות ליולדות בתשלום (ראו כאן <u>נייר עמדה בנושא</u>), שירותי מיילדת אישית בתשלום, קשרים בין חברות ביטוח פרטיות לבין בתי חולים ממשלתיים. היתר זה יכול להתפרש כמתן אור ירוק להרחיב שירותים כאלה למרות שבכל המקרים מדובר במימון פרטי בתוך האשפוז הציבורי. היתר תיירות המרפא מנוגד לכאורה לרוחו של סעיף זה.	יש לאסור על כל פעילות במימון פרטי בתוך כותלי בית החולים הציבורי, הן זו הקיימת והן כל פעילות אחרת שתומצא בעתיד, ובכלל זה תיירות מרפא.
ביטוח משלים – קשר עם חברות ביטוח סעיפים 6-11, 13-20 בפרק הביטוחים	איסור קשר בין קופת חולים (ביטוח משלים) לבין חברות ביטוח מסחריות, איסור על העמסת תקציבי פרסום של המשלים על הסל הבסיסי, ניטרול התמריץ להסטת חולים מהציבורי לפרטי, מידע למבוטחים, איסור על ספק שירותים.	המנגנונים שהוצעו בתת-פרק זה נכללים בחלקם בתקנות הקיימות של הפיקוח על המשלים. השאלה המטרדה היא: האם ניתן לאורך זמן לממש את הכוונות הללו לנוכח צירופי אינטרסים של קופות וחברות ביטוח מסחריות?	קיים חשש כבד, המבוסס על ניסיון העבר, שלפיו מנגנונים אלה ייעקפו בדרכים שונות. משרדי הממשלה מתקשים להגיע לרמת פיקוח ושליטה המאפשרת להתערב בכל מסכת הקשרים שבין קופות החולים לבין חברות הביטוח המסחריות, כל עוד יש תמריצים כלכליים הדוחפים להעמקת קשרים אלה.	יש לבטל את הביטוח המשלים ואיתו את התמריצים שהוא גורר. ראו בפרק א' – חלופה מלאה לביטוח המשלים.

חלופה	תרחיש	ההסתייגות	תוכן ההמלצה	ההמלצה
<p>יש לבטל את הביטוח המשלים ואיתו את התמריצים שהוא גורר. ראו בפרק א' – חלופה מלאה לביטוח המשלים.</p>	<p>מנגנון זה עלול להפוך לאות מתה, או, גרוע מכך, לעלה תאנה המסתיר את המשך ההתפשטות וההעמקה של הביטוח המשלים ודרכו חדירת הרפואה הפרטית לציבורית.</p>	<p>מנגנון שאפתני זה מבסס תמריץ נגדי להפעלת השב"ן. הכוונה בו טובה אך הפעלתו אפשרית רק על ידי גוף חיצוני נטול אינטרסים. לפי ההמלצות, אותו גוף בדיוק (הקופה) אשר אמור להעביר את הכספים (מעין סנקציה) הוא גם זה אשר עתיד להינזק מדיווח על הפעלת רכיב השב"ן.</p>	<p>קופה תעביר את עלות טפסי 17 והייעוצים שקיבלה במסגרת הקפיטציה לקרן ייעודית ברגע שמבוטח מפעיל רכיב ראשון בשב"ן. קרן זו תחולק בדרך כלשהי בין הקופות כדי לצמצם הסטת חולים לפרטי.</p>	<p>ביטוח משלים – קרן לטופסי 17 סעיף 11 בפרק הביטוחים</p>

חלק ג' – תמיכה מלאה

ההמלצה	תוכן ההמלצה	תגובה	תרחיש	הערות ותוספות להמלצה
קידום נשים במקצועות בריאות סעיף 48 בפרק א'	הקמת צוות מקצועי שיציע מנגנונים לקידום מקצועי של נשים.	תמיכה מלאה		אנו רואים בכך חלק מתהליך מיגדור שמרכז אדוה מסגור עליו מזה זמן. ועדה של משרד האוצר (הוועדה לבחינה מגדרית של תקציב המדינה בישראל) המליצה על יישומו של תהליך זה בדוח הביניים שלה ביוני 2014.
הרחבת הבחירה בבתי חולים סעיפים 66-72 בפרק א'	הרחבת בחירה עבור המבוטח ל-3 בתי חולים תוך הצעת גיוון מתאים, פיקוח על זמן המתנה, בחירה מלאה לחולים במחלות קשות ומספר פרוצדורות וכן בחירה מלאה כסנקציה נגד קופה שלא משתפת פעולה.	תמיכה מלאה. פתיחה מידתית של הסדרי הבחירה צריכה להיות מותנית באכיפת סטנדרטים שיבטיחו שירות קרוב וזמין (נקבע בסעיף אחר).	הפסקת המדיניות הפסולה של הסטת חולים מבית חולים אחד למשנהו כדי להפעיל לחץ במהלך מו"מ בין קופות חולים לבין בתי החולים. העצמת החולה וצמצום ה"בריחה" של החולים אל המערכת הפרטית מתוך רצון לממש את רצונם לבחור מקום טיפול.	השילוב המוצע בין בחירה לבין הבטחת שירות זמין בפריפריה הוא השילוב הנכון, בהנחה שמתקיימים התנאים המקדימים הבאים: א. הקמת רשות אשפוז נפרדת. ב. פיקוח ממשלתי על התעריפים והתערבות הוגנת בהסכמים בין קופות לבתי חולים. ג. סטנדרטים לאספקת שירותים המבטיחים כי בתי החולים האזוריים ימשיכו להיות עדיפות ראשונה טבעית עבור מרבית החולים.
קיצור תורים סעיפים 14, 15 בפרק א'	המלצה לאתר פעולות שבהן יש תורים ארוכים ולהשפיע עליהן באמצעות התערבות בתמחור.	תמיכה מלאה. אנו טוענים מזה זמן כי משרד הבריאות צריך לצמצם את החופש המוגזם הניתן לנותני שירות לנהל ביניהם הסכמים מסחריים ולהתערב בהם לטובת החולים.	קיצור תורים תוך צמצום חופש המוגזם הניתן לנותני שירותים (קופות, בתי חולים, ספקי שירותים המוכרים לקופות) לנהל ביניהם יחסים חוזיים מבלי שמשרד הבריאות מתערב בתהליך זה כמעט לחלוטין.	יש מקום לשקול שינוי מבני כולל ולהכניס את המשרד כגורם שקובע תעריפים (שירותים, מטפלים) ומצמצם באופן משמעותי את החופש הניתן כיום לקופות לנהל מו"מ עם ספקים. כמוכן, שינוי זה כולל את מימוש הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות באמצעות הקמת רשות אשפוז נפרדת. המצב כיום גורם לעיוותים המשפיעים על מימוש הזכות לבריאות בשל העדפות כלכליות של הקופות. ראו המשך דיון בנושא בהמלצות העוסקות בהסדרי הבחירה.
איכות שירות, מדידה והמדידה והשירות. סעיפים 25-47 בפרק א'	המלצות לשיפור מודי האיכות והמדידה והשירות.	אנו תומכים באופן מלא בהמלצות אלה, ובמיוחד בהמלצות למדידת זמני תורים לניתוחים ולייעוץ.	מדידה שמלווה בדיווח תקופתי ושקוף מביאה תועלת שלא תסולא בפז, הן בשל התמריץ החיובי הפועל על המערכות והמוסדות והן מנקודת המבט של העצמת הפרט והקהילה, במיוחד החלשים והחולים.	בעניין ההנגשה הלשונית שנכלל בהמלצות, יש לציין כי אין צורך בהמלצות אלה, אלא במימוש ואכיפת חוזר המנכ"ל בתחום הנגישות הלשונית. יישומו של חוזר זה מתקדם, אך זו התקדמות

<p>איטית ויש נותני שירות שכלל לא החלו במימוש.</p>				
<p>ההמלצות לא התייחסו למנגנון המענקים לפרפריה, שהיה אחד מהישגי ההסתדרות הרפואית, ולא הציעו להמשיך בו (תוך תיקון סוגיית המס המנוכה מהמענק).</p>	<p>הגדלת שיעור הרופאים בישראל תגדיל את זמינות הרופאים עבור אוכלוסיות, במיוחד אוכלוסיות חולים, קהילות חלשות ופרפריאליות.</p>	<p>תמיכה מלאה. עם זאת, אנו מעירים כי שיעור הרופאים הנמוך איננו נמוך באופן שווה בכל הארץ, אלא יש פערים עד כדי שיעור קטן פי 2 בנפות פרפריאליות ויש לתקן זאת באופן קונקרטי.</p>	<p>המלצות להגדלת שיעור הרופאים על ידי שינויים במבנה הכשרות, התמחויות ותמריצים למקצועות במחסור</p>	<p>הגדלת שיעור הרופאים סעיפים 49-59 בפרק א'</p>
	<p>הספקת שירותים באופן שוויוני יותר, במיוחד באזורי פרפריה גיאוגרפית וחברתית. הדבר כרוך בהוספת תקציב, שכן סטנדרטים מקטינים את יכולת הקופה לפעול באופן חופשי במסגרת הסכמים עם ספקים.</p>	<p>אנו תומכים באופן מלא בהמלצה זו, אשר נדרשת מאז בוטלה ב-1998 החובה להקנות מובן לדרישת החוק לזמן, מרחק ואיכות סבירים. ההמלצה כללה לוח זמנים לקביעת כללים תוך 120 יום!</p>	<p>קביעת כללים לנגישות גיאוגרפית וזמנית המתנה בתוך 120 יום, הקמת מרכז ארצי למעקב, דו"ח שנתי קבוע על אורכי תורים.</p>	<p>זמני המתנה ואורכי תורים – קביעת סטנדרטים סעיפים 13-15 בפרק א'</p>