

## נייר עמדה

### "צדק, שוויון ועזרה הדדית"

#### חיזוק וביצוע מערכת הבריאות הציבורית, הפרדתה מהפרטית, שינוי המשלים, כינון מסלול בחירה ציבורי חסכוני ויעיל

מוגש לוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

- 1 מערכת הבריאות הציבורית מתדרדרת מהציבורי אל הפרטי .....
- 2 השלכות .....
- 3 מסקנה .....
- 3 צעדים מעשיים .....
- 4 לא שר"פ אלא מבי"צ – מסלול בחירה ציבורי .....
- 6 נספח – תחשיב הטמעת המשלים בציבורי וכינון מבי"צ .....
- 8 מי אנחנו .....
- 8 מקורות .....

### מערכת הבריאות הציבורית מתדרדרת מהציבורי אל הפרטי

הביטוי המובהק להתדרדרות זו הוא היחס בין המימון הפרטי לציבורי במסגרת ההוצאה הלאומית לבריאות. במקום שיעור של 70%-80% מימון ציבורי לעומת 20%-30% מימון פרטי כמקובל במערב-אירופה, הולכת ישראל ומתקרבת ל-60% מימון ציבורי לעומת כ-40% מימון פרטי. ההתדרדרות נובעת משחיקה בתקציבי המערכת הציבורית, ובמיוחד בתקציב סל השירותים הבסיסי, שנשחק ריאלית לפחות ב-25% מאז 1998 (אחדות ובן-נון, 2012). אמנם אפשר לייחס חלק מהגידול בהוצאה הפרטית לשינוי בדפוסי הצריכה של הציבור, אך אחריות כבדה רובצת על המדיניות הממשלתית, ששחקה את תקציבי בתי החולים הציבוריים (תקציבי הפיתוח) וקופות החולים (סל השירותים).

מן העבר השני פתחה הממשלה פתחי נשימה בדמות ערוצים ממוסחרים, שאליהם נדחפו נותני השירותים הציבוריים. כך התפשטו פרקטיקות של מסחור בתחום המימון (גביית השתתפויות עצמיות על ידי הקופות על שירותים שבסל הבסיסי), הביטוח (משלים, מסחרי), השירותים (אספקת שירותים פרטיים בבתי חולים ציבוריים) ועוד. כרבע מהפעולות הכירורגיות מבוצעות כיום בבתי חולים פרטיים, כולל אלו הממומנות ציבורית (מבקר המדינה, 2012). השר"פ – שירותי בריאות פרטיים המאפשרים בחירת רופא בתוך בית חולים ציבורי – התפשט מירושלים למרכז, נעצר לזמן מה, אך חזר לאחרונה בבית חולים חדש "פרטי-ציבורי" באשדוד.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> השר"פ הופעל מאז שנות החמישים בבית החולים הדסה, התפשט כפרקטיקה שחוקיותה שנויה במחלוקת לבתי חולים ממשלתיים במרכז, ונעצר בתחילת שנות האלפיים על ידי היועמ"ש לממשלה דאז רובינשטיין. עתירה שהגישו רופאים בכירים להתרת השר"פ נדחתה על ידי בית המשפט העליון (בג"ץ קרייתי 4253/02). בשנה האחרונה, בניגוד לכל היגיון כלכלי ורפואי, התווסף בית חולים חדש שנבנה באשדוד. אמנם המחוקק הורה על הקמתו, אך תוך העדפה להקמתו כבית חולים ציבורי-ממשלתי. בית החולים אסותא-אשדוד הוטבל בחוק התקציב האחרון כיציר כלאיים פרטי-ציבורי, שעטנו שמרבית הכסף להקמתו הועברה מידי המדינה ישירות לחברה מסחרית (מבקר המדינה, 2012), ובו הובטחה מראש הפעלת שר"פ ב-25% מהנפח. ניסיון לתקוף בפני בג"ץ את הכללת השר"פ במסגרת בית החולים באשדוד נדחה על הסף מטעמים פרוצדורליים (בג"ץ 2114/12 האגודה לזכויות האזרח נ' ממשלת ישראל 15.8.2012).

התדרדרות זו מלווה בשינויים מהותיים של אופי נותני השירותים המרכזיים, שינויים שיש להם השלכות חמורות על עתיד המערכת כולה:

**קופת החולים הפכה ליציר-כלאיים**, פרטי-ציבורי. מהותה הציבורית הולכת ומתרוקנת מתוכה, והיא הולכת ומאמצת התנהגות של גוף מסחרי. אמנם נפח פעילות המשלימים קטן ביחס לסל הציבורי (1:10), כ-3 מיליארד ₪ לעומת כ-35 מיליארד ₪), אך הם מהווים ממשק מורכב של אינטרסים ושל יחסי גומלין עם רפואה פרטית. למרות היותו מפקח על ידי משרד הבריאות על פי חוק ולמרות שאיננו כולל חיתום, הביטוח המשלים מתנהג בפועל ככל ביטוח מסחרי (מבקר המדינה, 2012). הקופות מחזיקות בתי חולים פרטיים בבעלות מלאה (מכבי) או חלקית (כללית), חברות מסחריות כמו רשתות השיניים, ועוד.

**בתי החולים הציבוריים הולכים ומתמסחרים**. גם אלה שאינם מפעילים שר"פ עוברים תהליכי עומק של מסחור והפרטה: שימוש בנכסים של בית החולים לצרכים מסחריים, הכנסת שירותים משפרים בתשלום, במיוחד בתחום המיילדות (אבני, 2012), ותיירות מרפא (מבקר המדינה, 2012). בשנים האחרונות בתי החולים תלויים כמעט לחלוטין בגיוס תרומות לצורך בינוי תשתיות (מיטות אשפוז, מכשירים יקרים), וזאת באמצעות תאגידי (קרנות מחקר) ואגודות ידידים. הדבר מעמיק מאוד את לחצי המסחור ואת הפערים בין בתי החולים במרכז ובפריפריה, ומתרחש ללא שקיפות ובקרה.<sup>2</sup> (מבקר המדינה, 2010).

**קשרי גומלין מזיקים בין הרפואה הפרטית לציבורית**: קשרי הבעלות על חברות מסחריות ועל ביטוח חצי-פרטי גרמו לשגשוג של פרקטיקות פסולות שבהן נוהגים הקופות, בתי החולים הציבוריים, הביטוח המסחרי ואף הרופאים (מבקר המדינה, 2012): למשל, רופאים בכירים בבית החולים הציבורי מעבירים את מעייניהם ואת זמנם אל הפרקטיקה הפרטית; חולה שמצבו הסתבך תוך כדי טיפול במערכת הפרטית (ובכך הוא הפך ל"סיכון ביטוחי" יקר) מועבר על ידי הביטוח הפרטי/משלים לטיפול במערכת הציבורית; הטיית חולה מהמערכת הציבורית אל הפרטית לשם ביצוע פעולה יקרה (המשתלמת לרופא ולמוסד הפרטי) והחזרתו ליעוץ "בחינם" במערכת הציבורית.

## השלכות

למעשה אבדה השליטה על הרפואה הפרטית – הוצאותיה והשלכותיה – ובכללה רפואה הפרטית המתקיימת תחת גג ציבורי. המשך ההתדרדרות משמעו התחזקות של ההיבטים השליליים הבאים:

א. **אובדן האמון במערכת הציבורית**: סקרים מראים על התרופפות אמון הציבור במערכת הציבורית, בעת קיומו של צורך בריאותי (ברמלי, 2012). מבקר המדינה הראה כי משך ההמתנה לתורים במערכת הציבורית מעודד פניה למערכת הפרטית (מבקר המדינה, 2012). רכישת הביטוחים המשלימים והפריטיים והשימוש בהם מעודדים תפיסה צרכנית בבריאות ומובילים אותנו לנקודת אל-חזור שבה מעמד בינוני מבוסס ינטוש סופית את המערכת הציבורית. זהו מצב אסוני שבו מעמד בינוני מבוסס יוביל תפנית שמשמעה קבלת פטור מתשלום מס ציבורי ויציאה לביטוח פרטי, כפי שקרה בגרמניה.

ב. **הקצאה לא יעילה של המקורות הציבוריים**: קשרי הגומלין בין המערכות הציבורית והפרטית, והביטוח המשלים המחבר בין שתי המערכות, גורמים לדליפת משאבים ציבוריים מהציבורי אל הפרטי. "שקל

<sup>2</sup> מנכ"ל משרד הבריאות הוציא חוזר שתכליתו איסוף כל המידע על התרומות ופרסומו המלא לעין הציבור, אך לפי ידיעתנו, הפרסום הראשון שהיה אמור להיות בחודש מאי 2013 עדיין לא התבצע.

ציבורי" מניב הרבה יותר בריאות מ"שקל פרטי", כפי שהוכח במקרה האמריקאי.<sup>3</sup> שקל ציבורי שזורם לפרטי הוא, אם כך, הפסד כפול, הן בשל ההוצאה הציבורית שדולפת ללא הכוונה, והן בשל הבזבזנות בשוק הבריאות הפרטי. משאבים אינם רק כסף. רופאים בכירים רוכשים ניסיון, מומחיות וקריירה במערכת הציבורית, ואז יוצאים לפרטית, ואיתם דולפים משאבי המומחיות.

ג. **כשלי שוק הולכים ומתעצמים**: אינפלציית מחירים "מלאכותית" בשוק הבריאות האופיינית לשוק הפרטי חדרה גם לישראל (גמזו, נבון וצ'רניחובסקי, 2010). תופעת טיפול-היתר (מבקר המדינה, 2012), מתחזקת בשל היעדר מובנה של פיקוח רפואי על פעולת רפואה פרטית, המתקיימת במסגרת "חופש מסחר" בין החולה הבוחר, הרופא המוכר, והביטוח או המוסד המתווכים ביניהם.

ד. **פערים הולכים וגדלים בבריאות**: התרחבות רכישת הביטוח המשלים גורמת למראית עין של שוויון, אולם מימוש הביטוח המשלים מותנה בהשתתפות עצמית. התפשטות רכישת המשלים משמעה דווקא פחות שוויון ופרישה על פני סולם ההולך ומתארך, שכן בעוד המשלים קולט לתוכו שירותים שצריכים להיות בסל הבסיסי, הביטוח עצמו מתפצל לרבדים ובהם זכאויות שונות בדרגות שונות של השתתפות עצמית. אלה מעצימים פערי בריאות בין עשירים לעניים, בין ערבים ליהודים, בין תושבי המרכז לתושבי פריפריה. הולכים ומתעצמים אי האמון במערכת הציבורית, אובדן הסולידריות וחרדה לגורל האישי.

## מסקנה

השילובים בין פרטי לציבורי הרסניים בטווח הארוך. בכל מקום שבו קיימים קשרי גומלין נמצא כי הציבורי מפסיד לטובת הפרטי. חלק קטן מקשרי גומלין אלה ניתן לשליטה באמצעות אסדרה. לגבי מרביתם, אסדרה תהיה מראית עין בלבד אשר בטווח ארוך תעמיק את התהליכים השליליים, אצבע בסכר שכבר נפרץ. במקום אסדרה, יש לחזק ולבצר את המערכת הציבורית תוך הפרדתה מהפרטית.

יש להציב מטרת על: חזרה ליחס המקובל במדינות ה-OECD של 75% מימון ציבורי ו-25% מימון פרטי.

## צעדים מעשיים

### א. תיקון שחיקת המערכת הציבורית

א.1. **תיקון השחיקה התקציבית**: עדכון דמוגרפי רטרואקטיבי (לפי הגידול בפועל), תיקון מהותי של מדד יוקר הבריאות על פי פסיקת בג"צ<sup>4</sup>; השלמת הרפורמות בתחום הנפש, השיניים לילדים ולקשישים והביטוח הסיעודי. יש להסביר לציבור ששירותים חברתיים ברמה מערב-אירופית מחייבים מס ברמה מערב-אירופית.<sup>5</sup>

### ב. שיפור הציבורי

ב.1. **השקעה ברפואה ראשונית ומניעתית** – אלה הוכחו כרובד המשפיע ביותר על תוצאות הבריאות. השקעה ציבורית ברפואה הראשונית הציבורית חוסכת אשפוזים ומצמצמת פערים (Van der Zee et al., 2013).

<sup>3</sup> בארצות הברית כ-55% מההוצאה הלאומית היא פרטית, ומצב הבריאות הוא מהגרועים בעולם המערבי בעוד ההוצאה לנפש היא הגבוהה בעולם (Chernichovsky & Leibowitz, 2010).

<sup>4</sup> בג"ץ 8730/03, 10778/03 שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר (21.6.2012)

<sup>5</sup> שיעור מס הבריאות במדינות בהן קיים מס בריאות ייעודי נע בין 8% ל-10% (Thompson et al., 2011).

2.ב. **תכנית ממשלתית לקיצור תורים** במערכת האשפוז ובקהילה, אשר תכלול דיווח מלא ומעודכן לציבור על זמינות שירותים; מסלול בחירה ציבורי כחלופה למסלולי הבחירה הפרטיים (ראו להלן) משתלב באופן אינטגרלי במערכת שקופה המדווחת ומנטרת תורים לשירותים ציבוריים.

3.ב. **תכנית ממשלתית לצמצום פערי נגישות וזמינות**, שתהפוך את המחויבות האסטרטגית הקיימת של משרד הבריאות לצמצום פערים בבריאות ("עמודי האש") להתחייבות ברורה על בסיס כמותי ובלוח זמנים (סבירסקי ואח', 2010).<sup>6</sup>

### ג. ניתוק פרטי מציבורי

1.ג. **ניתוק קשרי גומלין מזיקים בין נותני שירותים ציבוריים לבין פרטיים**: ניתוק הקופות מחברות הבת המסחריות ומרשתות בתי החולים הפרטיים (חלק מהחברות יכולות להפוך לעמותות או חברות לתועלת הציבור); איסור מוחלט על בתי החולים להפעיל בתוך כותליהם שירותים פרטיים (מלוניות, מיילדות וכיו"ב).

2.ג. **הסכם יום-מלא (פול-טיימר) בבתי החולים (מודל קנדי)**: יש למנוע את התופעה של יום עבודה חסר במערכת הציבורית. רופאים ואנשי צוות העובדים במערכת הציבורית צריכים להתפרנס בכבוד בשכר ראוי. הממשלה תקדם הסכם כללי שיחתם בין המדינה, המעסיקים והאיגודים המקצועיים, לפיו כל המועסקים בבית חולים ציבורי לא יוכלו לעסוק במקביל בפרקטיקה פרטית.

3.ג. **ריסון וצמצום הרפואה הפרטית**: יש לחזק את היוזמות הממשלתיות שתכליתן להגביל רכישה בבתי חולים פרטיים (חוק ההסדרים 2013); יש לאמץ את הצעת משרד הבריאות להפכו לגוף המאסדר את ביטוח הבריאות המסחרי, כולל הסיעודי (קידר וחורב, 2012).

### ד. הטמעת רכיבי הבחירה מהביטוח המשלים בסל הציבורי – כינון מסלול בחירה ציבורי<sup>7</sup>

1.ד. אנו מציעים להעלות את הכנסות המערכת הציבורית ולהקל את הנטל על מרבית משקי הבית באמצעות הטיית הפרמיות של הביטוח המשלים אל המערכת הציבורית תוך הפיכתן למס בריאות פרוגרסיבי. מהלך זה יכלול **כינון מסלול בחירה ציבורי (מנתח וחוות דעת שנייה)**.

2.ד. **הרחבה משמעותית של סל השירותים** כך שיכלול חלק מהשירותים המשפרים והתרופות הניתנים כיום במשלים בעלות כוללת של כ-1 מיליארד ₪. הקצאת תוספת קבועה לטובת סל התרופות והטכנולוגיות החדשות וכך להציבה על 2% מעלות סל השירותים.

3.ד. **מערכה הסברתית** שתשכנע את הציבור כי המערכת הציבורית ראויה לאמונו, וכי ספיגת המשלים בסל הציבורי לא תוסיף על הנטל המוטל על מרבית משקי הבית, אלא תקל אותו באופן משמעותי.

### לא שר"פ אלא מב"צ – מסלול בחירה ציבורי

#### סכנות התרחבות השר"פ

א. **אפליה** – רובדי שווים ושווים יותר בתוך מחלקות האשפוז; אי שוויון בזמני ההמתנה לתורים.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> ראו חומרים נוספים הנוגעים לדרישה החברתית לצמצום פערים בבריאות באתר [המטה הציבורי לשוויון בבריאות](#).  
<sup>7</sup> ראו הרחבה בסעיף הבא וכן תחשיב כספי בנספח.

- ב. **איבוד אמון במערכת האשפוז הציבורית**, שאמורה לפעול על בסיס קדימות רפואית בלבד.
- ג. **הטיית משאבים לפרטי** – משאבי זמן ומשאבי המערכת הציבורית זורמים לשירותים הפרטיים.
- ד. **ניגוד אינטרסים מובנה** – אינטרס הרווח עומד מול האני מאמין המקצועי של הרופא והמוסד המטפל.
- קווי יסוד לחלופה ציבורית – מסלול בחירה ציבורי (מב"צ) (המודל הקנדי)<sup>9</sup>**
- א. **זמן**: המב"צ יפעל בשעות הערב, אחרי יום העבודה התקני. הרופאים ואנשי הצוות הרפואי הנכנסים למסלול זה לא יוכלו לעבוד מעבר למכסת שעות סבירה, שתיקבע בהסכם עם האיגודים המקצועיים.
- ב. **מקום**: המב"צ יופעל בתוך כותלי המוסד הציבורי בלבד, באמצעות כוח האדם והתשתיות הציבוריות בלבד. הדבר יוביל לחיסכון משמעותי בשל עלויות התקורה לעומת קניית שירותים בבית חולים פרטי.
- ג. **הסכם יום-מלא (פול-טיימר)**: כל הרופאים ואנשי הצוות הרפואי בבתי החולים הציבוריים יהיו חתומים על הסכם יום-מלא. כמובן שהסכם זה יחול המשתתפים במב"צ.
- ד. **תעריפים**: המב"צ יבוסס על תשלום "פר שירות" שיועבר לרופא ולאנשי הצוות. התשלום יתבסס על תעריף **הוגן וקבוע**, ללא כל מו"מ מסחרי. תעריפי פעולות הבחירה יוסכמו מראש עם האיגודים המקצועיים. התשלום יעבור דרך מנהלת בתי החולים באופן שקוף, וכך יפוקח על ידי הממשלה.
- ה. **רשימת שירותים**: לפני החלטה על הכנסת שירות לתוך רשימת שירותי המב"צ, משרד הבריאות יערוך בירור של הכדאיות הכלכלית למערכת כולה, מידת הביקוש מצד הציבור, ובעיקר שיקולים רפואיים.
- ו. **הוגנות**: המב"צ יבוסס על בחירה והמתנה בתור הוגן וללא כל אפשרות להקדים את התור באמצעות תשלום. ההקדמה תבוצע רק כאשר הוכח צורך רפואי.
- ז. **בקרה וניהול רפואיים**: בניגוד לשר"פ, ואף להצעות לשר"פ "מפוקח", אנו מציעים לאחד את מזכירות מסלולי הציבורי והבחירה, כך שהמב"צ יהיה שקוף למנהלה הרפואית הרפואי של המחלקה. בדרך זו יצומצמו באופן משמעותי סיכונים כמו טיפול-יתר או המתנה ארוכה המזיקה לחולה.
- ח. **שקיפות ומידע ממוחשב לחולה**: החולה יוכל בכל רגע נתון לבדוק את זמינות התורים לפעולה/ייעוץ שבה הוא מעוניין וכך לבחור באופן מושכל ומתוכנן, היכן ועד כמה ברצונו להמתין לשירות.
- יתרונות המב"צ בולטים, הן ביחס למצב הקיים והן ביחס לכל תכנית עתידית של הכנסת שר"פ**: החזרת משאבים ציבוריים למערכת הציבורית, בקרה רפואית, הוגנות, החזרת אמון החולים במערכת הציבורית, העצמת החולה ומתן אפשרות לבחור מבלי שחולה אחר נפגע, הרופאים יתוגמלו על הישגיהם במערכת הציבורית. בחירה בתנאים אלה איננה מנוגדת לשוויון אלא אף מעצימה אותו.

<sup>8</sup> לעתים תומכי השר"פ טוענים כי השר"פ איננו נוגע לקיצור תור אלא רק לבחירה. בסקר שנערך לאחרונה נמצא כי זמן ההמתנה למרפאה ציבורית (מרפאות מייעצות) בהדסה היה בממוצע ארוך פי 8 מזמן ההמתנה לשר"פ באותו בית חולים (אקסלרוד ואח', 2012).

<sup>9</sup> לחישובי המסגרת התקציבית של המהלך – ראו בנספח. יש להדגיש כי חישובינו נשענים על המצב כיום, שבו שוק פרוץ ופרוע מתנהל מעצם טבעו ללא שליטה, ללא שקיפות וללא בקרה רפואית של ממש.

## נספח – תחשיב הטמעת המשלים בציבורי וכינון מב"צ

### תמצית החישובים (במיליוני שקלים)

#### הנחות מוצא

1% תוספת למס בריאות (לפי ממוצע של 5% מהשכר) = 3,400 (תקבולי מס כ-17,000 ₪)<sup>10</sup>  
3,200 (סך הפרמיות על הביטוח המשלים)  $\geq$  1% תוספת למס בריאות (לפי ממוצע של 5% מהשכר)  
3,000 (הוצאות הקופות כיום על הביטוח המשלים) = 1,000 (בחירת מנתח) + 600 (חוות דעת שנייה) +  
1,400 (שירותים אחרים - משפרים, מרחיבים ותרופות)

#### עלויות הבחירה כיום

1,000 (בחירת מנתח) + 600 (חוות דעת שנייה) + 120 (השתתפויות עצמיות מדווחות – שלוש קופות) + 80  
(הערכת השתתפויות בכללית) + 200 (הערכת השתתפויות שמשלם המבוטח ישירות לספק) = 2,000 (עלות  
בחירה כוללת)

#### מהלך הטמעת הבחירה

3,000 (מסגרת המהלך) = 2,000 (מסלול בחירה ציבורי) + 700 (הכנסת שירותים משפרים דרך וועדת הסל  
בשלב ההטמעה) + 300 (תוספת קבועה לתרופות וטכנולוגיות חדשות)

#### הסבר

הנתונים בעיקרם לקוחים מהדו"ח הציבורי המסכם על השב"ן של משרד הבריאות (טופר וברזילי, 2012).  
לפי דו"ח זה, הפרמיות המשולמות כיום למשלים מסתכמות בכ-3.2 מיליארד ₪. זהו סכום ששקול ואף  
נמוך מהסכום הצפוי להתקבל כתוצאה מהעלאה של כ-1% במס הבריאות.

הוצאות הקופות על בחירת מנתח וחוות דעת שנייה הן 1 מיליארד ₪ לסעיף הראשון ועוד 600 מיליון ₪  
לסעיף השני. העלות הכוללת של המסלולים מחייבת להוסיף לסכומים אלה את ההשתתפויות העצמיות,  
אלא שנתון זה איננו קיים בדו"ח המסכם וכנראה איננו קיים במקום אחר.

הנתון הקיים בדו"ח המסכם הוא סך כל ההשתתפויות המשולמות לשלוש קופות – מכבי, מאוחדת  
ולאומית – עבור כל השירותים שבמשלים, ללא הבחנה (לא כולל השתתפויות בתרופות). סכום זה מגיע לכ-  
120 מיליון ₪. נציין כי סכום זה איננו כולל השתתפויות שהמבוטח משלם ישירות לספק, ואיננו כולל  
כאמור את הכללית, שבה כל ההשתתפויות משולמות ישירות לספק. לכן אנו נאלצים להסתפק בהשערות  
הבאות:

אם נניח כי מרבית ההשתתפויות העצמיות המדווחות (120 מיליון ₪) משולמות עבור סעיפי הבחירה, וכי  
מבוטחי הכללית אינם שונים באופן מהותי ממבוטחי הקופות האחרות, כי אז ניתן לשער כי מבוטחי  
הכללית משלמים לא יותר מ-80 מיליון ₪ נוספים על השתתפויות (הערכה המבוססת על מספר המבוטחים

<sup>10</sup> 17 מיליארד ₪ כתקבולי מס בריאות הם כמובן השערה המבוססת על נתוני השנים האחרונות. סכום התקבולים משתנה משנה לשנה.

בכללית לעומת מבוטחי מכבי ועל סך ההשתתפות במכבי). יש לציין שתי הסתייגויות: ראשית, נתונים אלה כוללים עוד שירותים מלבד הבחירה (אך לא כוללים את התרופות). ושנית, ישנן השתתפויות שהמבוטחים משלמים ישירות לספקים, ואין זו פרקטיקה הייחודית לכללית. בדרך זו הגענו, אם כך, להערכה מקסימלית של 220 מיליון ₪. לחילופין, אנו יכולים לבחור בסטנדרט משוער לחישוב ההשתתפות העצמית לפיו נניח כי שיעור ההשתתפות של המבוטחים אינו עולה על 15% מהוצאות הקופות על הבחירה ברופאים מנתחים ויועצים במשלים. במקרה זה, סכום ההשתתפות יגיע לכ-500 מיליון ₪. נניח לפיכך כי ההשתתפויות העצמיות המשוערות של המבוטחים על סעיפי הבחירה נעים בין 200 מיליון ₪ ל-500 מיליון ₪, ונבחר לצורך החישוב בסכום של 400 מיליון ₪.

אם כך, החישוב הבא הוא חישוב עלויות סעיפי הבחירה בתנאים הקיימים כיום:

סך ההוצאה על בחירות מנתחים ורופאים מייעצים (חוות דעת שנייה) במסגרת הביטוח המשלים איננה עולה על כ-2 מיליארד ₪, שמורכבים מ: 1.6 מיליארד הוצאות קופה (מדווח) ועוד כ-400 (200-500) מיליון ₪ השתתפויות עצמיות (משוער). משמעות הדבר היא כי, מתוך כ-3 מיליארד ₪ שהם מסגרת המשלמים כיום (3.2 מיליארד תקבולי הפרמיות, 3 מיליארד הוצאות הקופות), יש להפחית כ-2 מיליארד עבור סעיפי הבחירה.

נותר, אם כך, סכום של כ-1 מיליארד ₪ (הוצאות קופות), שאותו אנו מציעים להקדיש להכנסת תרופות ושירותים משפרים הניתנים כיום במסגרת המשלים, הן בשלב ההטמעה והן באופן קבוע כתוספת המגדילה את הסכום הניתן לסל התרופות והטכנולוגיות החדשות. נציין כי סך ההשתתפות העצמית של מבוטחים על התרופות במשלמים נאמד בכ-550 מיליון ₪, אך אנו איננו מציעים להטמיע את כל התרופות כפי שהן, ואף לא להעביר את השירותים המשפרים (משפרים שירותים שקיימים בסל הציבורי) כפי שהם, אלא ליצור מסגרת תקציבית שתאפשר הרחבה משמעותית של הסל, ושתאפשר להטמיע שירותים אלה תוך הפעלת שיקול דעת של ועדת סל התרופות והטכנולוגיות החדשות.

## מי אנחנו

האגודה לזכויות האזרח ועמותת רופאים לזכויות אדם פועלות מזה שנים ארוכות, יחד עם שותפים רבים לדרך, כדי לקדם את הזכות לבריאות מתוך הבנה כי זוהי זכות חברתית יסודית, שבלעדיה נשמטת הקרקע תחת זכויות אדם אחרות. אנו מאמינים כי מערכת הבריאות הישראלית נבנתה על יסודות איתנים המנוסחים בעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995) – צדק, שוויון ועזרה הדדית, אולם בעשור וחצי האחרונים יסודות אלה הולכים ונשחקים. המערכת הציבורית הגיעה לנקודת אל-חזור, המחייבת לקיחת אחריות ומנהיגות כדי לבצע תפנית, שתכליתה לא פחות מהצלת המערכת הציבורית. בנייר זה אנו מציעים תכנית כוללת הנובעת מתחושת חירום זו.

## מקורות

אבני שלומית, "מלוניות לילדות בבתי חולים כלליים ציבוריים – פינוק נחמד או תת-מערכת של אי-צדק?", ון ליר, 2012.

אחדות לאה ובן-נון גבי, "בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ", מכון ון-ליר, 2011.

אקסלרוד תם, כהן מתן, קידר ניר, ברזיס מאיר, "תלמידי רפואה מגלים ממדי הפער בזימון תור למרפאה ציבורית לעומת שר"פ בהדסה" (מצגת), הדסה והאוניברסיטה העברית, ירושלים ומשרד הבריאות, 2012.

ברמלי שולי, גרוס רוויטל, "שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים: דיון בסוגיות מדיניות", גוינט-ישראל, 2003.

ברמלי שולי, גרוס רוויטל, "התפתחויות בסל השירותים עשור לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי", מאיירס-גוינט-ברוקדייל, 2011.

ברמלי שולי, פביאן ישראל, "ביטוח משלים וביטוח מסחרי זה לצד זה בישראל בעשור האחרון – האם קיימת סכנה ליציבות השוק", מתוך ביטוחי בריאות בישראל – היבטים סוציולוגיים, כלכליים וניהוליים. מועדון חוקרים – פברואר 2012, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות.

גמזו רוני, צ'רניחובסקי דב, נבון גיא, "גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הבריאות ובמחיריהם", נייר מדיניות מס' 12, מרכז טאוב, 2010.

טופר חבר-טוב רוויטל, ברזלי רביד דפנה, "דו"ח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנת 2011", משרד הבריאות וברזלי ושות', 2012.

מבקר המדינה, דו"ח שנתי 61ב, 2010.

מבקר המדינה, דו"ח שנתי 63ג, 2012.

מדינה-הרטום תמר, ברמלי-גרינברג שולי, "תמצית ממצאי הסקר התשיעי העוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות", מאיירס-גוינט-ברוקדייל, 2013.

סבירסקי ברברה (עורכת), "לצמצם היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות", המטה הציבורי לשוויון בבריאות, 2010.



פתאל ויקטור, שוורץ אליעזר, "ניתוח הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2013 – 2014". מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2013.

קידר ניר, חורב טוביה, "סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים", משרד הבריאות, 2012.  
"ביטוחי הבריאות בישראל – התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון", טיוטה לדיון, כנס ים-המלח ה-13, 2012.

Cohen Marcy, Priest Alicia, Rachlis Michael, "**Why Wait – Public Solutions to Cure Surgical Waitlists**", Canadian Center for Policy Alternatives, Canada 2007.

Chernichovsky D, Leibowitz AA., "**Integrating public health and personal care in a reformed US health care system**", American Journal of Public Health. 2010; 100(2): 205-11

Tuohy C.H., C.M. Flood, and M. Stabile, "**How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations**", *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 29, No. 3, June, pp. 374-375, 2004.

Flood Colleen M., Haugan Amanda, "**Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care**", in, Health Economics, Policy and Law, 5, 319–341, Cambridge University Press, 2010

Thompson et al, International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, London, 2011

Van der Zee J, Groenewegen P, Kringos DS, "**Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending**", *Health Affairs*, 2013 Apr;32(4):686-94