

מנהל מערכות בריאות 31/10/17

פרופ יעקב הרט

שעור א:

ההוצאה הלאומית לבריאות היא 7.5-7.6% מסה"כ התל"ג

בארהב 17-18%

באירופה 8.5-13%

בכל העולם ההוצ' הלאומית לבריאות נמצאת כל הזמן בעליה:

גידול באוכלוסיה, אוכל' מזדקנת, יותר מחקר של תחלואה, התייקרות הרפואה, והתרופות. אחת הבעיות בכל העולם היא ההתייקרות המתמדת של שירותי הבריאות: חולים זקנים צורכים פי 4 מחולים צעירים, מחלות כרוניות,

הופעת טכנולוגיות (תרופות בדיקות מכשור שיטות) יקרות, כמו בסרטן פעם כימוטרפיה כמה מאות לחודש, היום התרופה עולה עשרות אלפים בחודש. אי ספיקת לב דיודוקסין שעלה 100 ש"ח לחודש, היום עשרות אלפים. פעם צילום רנטגן היום פט סיטי וכו'. האוכלוסיה בכל העולם הופכת למשכילה ומודעת יותר, דורשים טיפולים ובדיקות ותרופות. התקשורת היום השתנתה, עידן של תקשורת מיידי, תרופה חדשה מידע חדש, יודעים מיד

תביעות נגד מע הבריאות על רשלנות מקצועית, הסכמים גורמים להוצאה כבדה, כולל ביטוחי אחריות מקצועית.

לאף מדינה בעולם אין את כל הכסף לממן את הרמה הכי גבוהה לכל האוכלוסיה. וגם אם יהיה את הכסף למדינה לא יהיה לדברים אחרים: חינוך ואצלו בטחון

בכל נעולם מחפשים בכל דרך איך להוריד את ההוצ' הלאומית לבריאות,

אצלו דווקא ירדה, בעשר השנים האחרונות ירדה. למה?

נמוכה ביחס לעולם, לנו יש פחות רופאים, אחיות וכו', כי זו המדיניות של הממשלה.

כמה אנחנו מוציאים מהכיס שלנו?

מס בריאות +רפואה פרטית +תרופות +בטוחים פרטיים: מעל 40% מכיסנו על שרותי בריאות לעומת 23-28% בעולם.

למה?

כי זאת המדיניות שלנו.

מה צריך לעשות?

מופיע בתקשורת כל יום בכל העולם משהו שקשור בבריאות, כי הנושא מעניין את האוכל' מה קורה איפה אם יש תורים או לא אם יש תרופה חדשה וכו

כל אחד יכול וחייב להשפיע, יש לנו את הכח.

מצב מערכת הבריאות בישראל בכי רע, עם פערים בין המרכז לפריפרייה,

ב 2011 נחתם הסכם שכר עם האוצר, השכר במערכת הציבורית נקבע ע"י משרד האוצר, אין למנכל או למנהל בית חולים אפשרות לסטות מקביעת האוצר, ולא יועמד לבירור והפיכת החולה, ההסכם לרופאי פריפריה היה משמעותי בשל המחסור בכל המקצועות התקבלו מענקים של 300-500 אלף שח לכל רופא שיעבור להתמחות בפריפריה. כעבור שנתיים הופסקו המענקים וקמה זעקה לקראת 2017 שוב נגמר התקציב אך שוב נחתם ב 11/17 הסכם מול מע' הבריאות להארכת ההסכם לשנה עד שנתיים, לא לכולם אלא בהתאם לצורך.

שעור שני:

מבוא לשירותי בריאות 1

רופא עצמאי: במרפאה פרטית הוא מכסה את ההוצאות של המרפאה שירותי פקידות וכו. בשנים האחרונות נפתחו מרפאות עצמאיות שם יושבים רופאים עצמאיים, שיכול להיות עצמאי או גם עצמאי וגם של קופה יכול לעבוד בבקר בקופה בערב עצמאי לשלב עבודה בבית חולים וכו.

תגמול רופא: רופא עצמאי לפי מספר מטופלים. רופא שכיר: שכר חודשי ותוספת על מספר מטופלים רק מעל מספר מסוים. רופא מקצועי לפי מספר טיפולים רבעוניים

הקופה ציבורית: הכסף מחולק מאותה עוגה לכל הגורמים צריך להיות טעם בכספים במשכורות כי הכל מאותה עוגה. השיקולים צריכים להיות לטובת הציבור זה עסק ציבורי לא פרטי, יש השלכות לכל דבר לאורך ולרוחב, ואם ידוע משהו פגום צריך וחייב לתקן גם אם זה חוקי, אבל בלי טעם טוב.

חוק להסדרת התחרות בין קופות החולים:

החוק מסדיר את התחרות בין קופות החולים, החוק טרם חל,

לא ניתן באינטרנט יותר, רק בדואר – מקשה ולכן יגרום לפחות העברות.

תיאסר הפעלת מוקדי שירות הקופות להעברת מטופלים מקופה לקופה.

יחול צינון של שנה על רופא שעובר מקופה לקופה לטפל בחולים שהיו בקופה הקודמת שלו.

מנהל בית חולים: מנהל בית חולים צריך להיות רופא כי צריך מנהל שמבין ברפואה שבית החולים לא יתנהל כמו עסק אלא יכנסו שיקולים רפואיים לטובת החולים. שמא מנהל שאיננו רופא יראה רק את המבט הכספי ובבית חולים צריך שיראו גם את העניין הרפואי, אמנם ב 2016 נעשה תיקון בחוק היבש שמנהל בית חולים לא חייב להיות רופא ובתנאי שהמשנה שלו יהיה רופא. בבתי חולים של הכללית יש מנהל אדם ומנהל רפואי, המנהל האדמ כפוף למנהל בית החולים. מנהל בית חולים עובר כיום הכשרות ניהוליות וחפיפות.

תקצוב בתי חולים: בתי החולים בארץ מנוהלים בתת תקצוב, יש דרישות של משרד הבריאות לקבלת חולים מסוימים אך תקציב לא תמיד מתקבל, דבר היכול לגרום לגירעונות כמו בית חולים נהריה שמטפלים בכל הפצועים הסורים ללא תקצוב.

השתתפות בתשלום על הבריאות: אנחנו משלמים כ 40% על בריאות באירופה רק 25%

חוק ההסדרים: יהיה בבחינה!!!!

חוק שנחקק לראשונה ב1985 ששמעון פרס היה ראש הממשלה ויצחק מודעי היה שר האוצר, נחקק בימים שהייתה אינפלציה גבוהה והייתה סכנה גדולה. שר האוצר באשור ראהמ"מ העבירו חוק ההסדרים חלק בלתי נפרד מחוק התקציב, תפקידו לשמור על התקציב. משרדי ממשלה קבלו תקציב אך חרגו מימנו בסוף השנה, החריגה נעשתה והממשלה צריכה לכסות וכך נגרמת אינפלציה, חוק ההסדרים שומר שלא יהיו חריגות בתקציב. אם נקבע למשרד מסוים שלא יקבל תקציב על משהו מסוים, אז אסור לעשות פעולות שירמו להוצ' כך או לאשר הוצ' כאלו, החוק רק לימי חירום, והוא מוגש יחד עם חוק התקציב המוגש עי הממשלה לכנסת, הכנסת חייבת לאשר עד 31.12 אחרת הממשלה תיפול. המחוקק לא רצה שהממשלה תיפול בקלות אז נתן הארכה של 3 חודשים, בהם המשרדים עובדים לפי תקציב שנה קודמת. שמצביעים על חוק התקציב מצביעים גם על חוק ההסדרים בצמוד, וגם בגללו הממשלה יכולה ליפול. בפועל לא נפלה אף פעם ממשלה בגלל זה. ולמה? כי האינטרס שלא תיפול ממשלה היא של כולם, השיטה של ההצלחה תמיד היא משרד האוצר מזהה את המתנגדים וקונה אותם.

חוק ההסדרים הוא חוק עוקף כנסת.

שעור 3: דר יעקב זיברג

OECD מדדים בסיסיים בהשוואה למדינות

אנחנו מדינה צעירה יחסית. % בני 65+ הוא נמוך אך בעליה. ב2030 נהיה כ-13%, יפן היום 25% איטליה וגרמניה 21% היום.

שעור הרופאים לאלף נפש במדינות ישראל מקום 7 במדינות המפותחות יש מחסור בעולם של אחיות, אבל לרופאים לפי הטבלאות יש הגזמה בעניין המחסור היה לפני כמה שנים 3.4 לאלף נפש, אך התחזית אומרת שתהיה בעיה, ב2017 חצינו את הממוצע שהוא 2.75 לאלף נפש. מיפוי הבעיות: גיל פרישת הרופאים, בשנים הקודמות היה גל עליה של רופאים שנגמר, יש גל קטן של רופאים מצרפת. בוגרי הארץ מאז ומתמיד עוזבים לחול. ב72% 40% מבוגרי הארץ עזבו לחול היום גם. אין ירידה בביקוש להיכנס לבית ספר לרפואה, קשה להתקבל ללימודים, יש 4 מקומות לימודים.

תוחלת החיים: אנחנו בין המדינות המובילות. נתוני 2009 גברים 80 נשים 82. יש הבדל בין תוחלת החיים של יהודים לערביים, לטובת היהודים אצלנו טוב יותר מארהב ודנמרק. אנחנו מקום 5 בעולם בגברים, בנשים פחות. מקום 6: 80.6 גברים נשים 84.3 שנים.

תמותת תינוקות: פער גדול בין אוכלוסיית ישראל לערבית, יהודים מקום טוב מאוד מקום 5 איסלנד, יפן, פינלנד, יפן וישראל.

לא יהודים מקום אחרון במדינות המפותחות. סיבות: זיהומים, רמת רפואה, השכלה, נישואים בתוך המשפחה, חינוך לבריאות, חיסונים, בדיקות סקר, גם בלא יהודים יש מיפוי: נוצרים בדואיים מוסלמים וכו'. הנתונים בירידה.

המדינות הבריאות ביותר בעולם: ב2017 מקום תשיעי, איטליה מקום ראשון. המדינות הבריאות ביותר בכל המדדים כמות תמותת תינוקות תוחלת חיים וכו', לכל מדד משקל

מקום לשיפור: תפוסת מיטות כלליות: אנחנו במקום הכי גבוה, 93% תפוסה שזה לא טוב.

הוצאה לאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג 2009: תמ"ג מודד את הערך הכולל של הסחורות והשירותים, אנחנו באחוז נמוך להוצאה לבריאות מול העולם. מקום עשירי מהסוף, אחרינו הונגריה ולפינו סלובקיה.

7.8 ישראל ב2009, ממוצע 8.7. ארהב מקום ראשון 16.

ב2008 הוצ לאומית לבריאות לנפש ב2008: ישראל 2171 ממוצע 3012 ארהב 7538.

זה מושג מה שאפשר לקנות בדולר בכל מקום. \$PPP

ההוצאה הציבורית לבריאות מהתמ"ג מה הממשלות מוציאות, אצלנו הולכת וקטנה מדינות או אי סי די נותר בערך אותו הדבר בארהב עולה. אנחנו 40% ארהב 60%

התפתחות ההוצאה הלאומית והציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג: הולכת ויורדת

2006 מול 2016 אין תזוזה בהוצאה לאומית לבריאות: מימון עצמי 36% ב2016.. אם נוסף את מס הבריאות זה יהיה מעל 50%

היכן הרפואה היעילה ביותר: תוצאה מול כסף שהושקע: אנחנו במקום לא רע

שביעות רצון: 2010 או אי סי די: אנחנו במקום מאוד גבוה 9.

את המדדים ערכו חב בלומברג שהיא חב פרטית.

מערכת הבריאות בישראל:

שחקנים:

משרד הבריאות

קופות חולים

בתי חולים

חב ביטוח

מוסדות פרטיים

אגודות ועמותות שונות

ארגוני עובדים

היסטוריה: בית חולים ראשון בארץ בית חולים אנגלי. יש בתי חולים היסטוריים כמו הצרפתי בנצרת (עדיין עובד) עם תרומה גדולה לרפואת האוכ בנצרת (בנצרת תמותה נמוכה יחסית לערבים), הרוסי, האיטלקי, אוגוסטה ויקטוריה בהר הזיתים (עדיין עובד), בתי חולים סקוטי בנצרת, וכו בתי חולים מסיונרים שנתנו מענה רפואי וגם לנצר את האוכ ללא הצלחה עם היהודים אך כן עם הערבים. לאחר שקמה זעקה קמו בתי חולים יהודיים.

תרומתם של הבריטים: 1917-1948

הקמת אדמיניסטרציה

פע בתחום הרפועה המונעת

מלחמה במגפות

רישוי רופאים

1911 בעקבות תאונת עבודה של ברוך פריבר הוקמה כללית הסתדרות מפלגת העבודה

1931 נוסדה קופח עממית מאוחדת

1933 לאומית קשורה למפלגת חירות

מכבי היחידה שכביכול לא קשור למפלגה.

בטוח בריאות:

רפואה ציבורית: בטוח בריאות חובה, בטוח בריאות מס בריאות:

רפואה פרטית: תשלום ישיר פרטי ותשלום דרך בטוח פרטי

1994 חוקה חוק בריאות ממלכתי חובה. נכנס לתוקפו ב 1.1.95

לפני החוק: מיסוי כללי הממשלה לקחה חלק מהעלות בבריאות היה מס על המעסיקים, מס בריאות מיוחד מקביל, בטוח חובה היה לעובדי ההסתדרות, כל העובדים היו חברים, שילמנו מס אחיד להסתדרות, מס חברות בהסתדרות וגם חברות בקופת חולים כללית. 70% היו חברים בקופת חולים חובה פנקס אדום, יתר האנשים היו משלמים מס דמי בטוח בריאות לקופות אחרות, אחרים היו בוחרים אחד מ-3 קופות אחרות.

מס מקביל 1973: ממשלה חייבה שעל מעביד היה צריך להעביר כסף לממשלה להעביר בנוסף למס על העובד. לקופה היה 3 מקורות: ממשלה, עובד ומעביד.

עצמאיים: משלם מס בריאות לקופה ומס מקביל לבטוח לאומי.

החוק בוטל ב-1977. עי ביבי נתניהו.

יש טענות על ביטול החוק

ב-2014 חיים ויצמן מרצה למדיניות ציבורית מדבר על הביטול: נתניהו חשב שהמס המקביל מכביד על המעסיקים, לא באמת הוכח. אבל עם ביטול החוק השירות גרוע יותר לפי המאמר. , אך לא נכון לפי המרצה.

ב-1995 שילמנו מכיסנו 45 אחוז היום כשני שלישי ללא שיפור – לפי המרצה יש שיפור.

היום יש רק מס אחיד.

החוקים המשפיעים על מע בריאות:

חוק יסודות התקציב 1982: קופה חייב לקבל אשור שר בריאות, שר בריאות ומשרד האוצר יקבע איך יפעל, התקציב מחולק ל2 פיתוח ורגיל. החוק קובע את ההוצ המרבית שהממשלה יכולה לעזור לקופות. הקופה היחידה שלא בגרעון היא מכבי השנה.

חוק כבוד האדם וחירותו 1992

חוק בטוח בריאות ממלכתי 1994

נציבות הקבילות לחוק בבמ 1995

חוק זכות החולה 1996

חוק למניעת אפלייה 2000

תקנות בטוח בראות ממלכתי 2006

רפואה בקהילה בארץ:

משרד הבריאות: בעיקר טיפות חלב

קופות חולים שחקן ראשי

גופים פרטיים

עמותות.

קופות החולים – לבחינה.

כללית

מכבי

לאומית

מאוחדת

בעיות לפני החוק: עובדי ההסתדרות מקובעים לקופה, ומי שלא חבר הסתדרות יכל להיות חבר.

כולם שילמו מס אחיד לקופה, חברי ההסתדרות 63% מהאוכ שילמו חברות להסתדרות, מס אחיד שחלק מימנו עובר לקופת חולים. תעריפי חב בקופות שונות היו שונים גרם לאפלייה אוכלוסית. קופות היו רשאיות לא לקבל את החברים. מקרי הסעד היו מבוטחים בכללית, 5% היו ללא ביטוח.

מאוחדת ומכבי עשו "גריפת שמנת" ולקחו רק את השמנת

שעור 4:

מצב לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי

שקף 1

מי שעבד בהסתדרות או במוסדות גדולים חברי הסתדרות – היו בכללית לאומית – קשורה למפלגות ימין ומבחינה אידאולוגית לא סרבו לקבל אף חבר מכבי ומאוחדת – קבלו רק את מי שרצו: "גריפת שמנת".

מקרי סעד בגלל הסכם בין ממשלה וקופת כללית ישר לכללית

5% מהאוכלוסייה לא היו חברים כלל בקופה. היום לא קורה. זה רק לפני החוק.

מי שלא היה לו ביטוח זה אלפיון עליון שלא טרחו להירשם לאף קופה. ובעיקר צעירים שלא נרשמו לקופה, ואז הצטבר חובות אבודים שאלו שלא היו מבוטחים ובאו לבית חולים. התוצאה לבתי חולים חובות אבודים כבדים.

שקף 2

התפלגות הקשישים בין הקופות לפני החוק – בכללית הכי הרבה 75% קשישים מהמבוטחים שלה היו קשישים, לאומית אחרי ויתר הקופות פחות.

אחרי החוק – יש שינוי אבל עדיין קשישים בעיקר בכללית, השינוי לוקח זמן.

שקף 3

השפעת הגיל – מס ביקורים לנפש אצל אחות עולה עם הגיל.

שקף 4

שימוש בתרופות גם הוא מושפע מהגיל

שקף 5

גם מספר ביקורים לנפש רפואת מומחים עולה

שקף 6

שימוש בשירותי קהילה ובתי חולים: גיל 0-1 ובגילאים המבוגרים משתמשים בשירותי רפואה יותר מאמבולטוריה, ובין הגילאים משתמשים באמבולטוריה יותר.

1976-1982 מתחילה קריסה של "כללית": הסיבות לחקיקת החוק.

כללית בשיאה בטחה 80% מהאוכלוסייה לפני החוק ירד ל 60% ובעיקר בפריפריה. ב-1977 בוטל סבסוד מחירי האשפוז, עד אז הקופות שילמו על האשפוז לממשלה בערך 60% מיום אשפוז והממשלה הייתה מסבסדת את המחיר ומשלימה לבתי החולים. לקופות השתלם לשלוח לאשפוז. ב-1977 הליכוד ניצח בבחירות והנהיג ליברליזציה במשק. פגיעה במפעלה של ההסתדרות, בוטלה הסובסדיה, הממשלה כבר לא מסבסדת.

ב-1978 היה הסכם רפואה מקצועית בקהילה- מאז ועד היום כדאי לרופאים מומחים להיות בקהילה, הסכם עבודה בין הסתדרות הרופאים למעסיקים ולמשרד הבריאות.

1987 כונס נכסים להסתדרות, מכירת מפעלי "כור" הקריסה נוצרה.

המשך בשקפים.

1985-1992:

המשבר בכללית הלך וגדל. (משבר בכללית משמעו משבר במשק, רוב החולים, רוב ללא תקציבי פיתוח, ללא מכשור. הוקמה ועדת נתניהו.

ועדת נתניהו:

לאומית – מצבה היה גרוע מכללית, מפלגות השמאל ששלטו עזרו לכללית. ונהפך השלטון לימין הם עזרו ללאומית וגם לאומית הסתדרה איכשהו.

1988 – הוקמה הועדה, שושנה נתניהו עמדה בראש הועדה. פרופסור מוטקה שני היה חבר בוועדה.

הוועדה עבדה כשנתיים, עיקר ההמלצות: חוק ביטוח ממלכתי חובה. המלצה נוספת: ניתוק בתי החולים מהמדינה. ההצעה הראשונה התקיימה השנייה לא.

ועדות חקירה:

ועדת נתניהו 1990

ועדת טל 2000

ועדת אמורי 2002

ועדת גרמן 2014

חברות בכללית לקראת החוק הלכה וירדה אך עדיין היה הרוב.
השנה חוץ ממכבי כל הקופות ירדו באחוזים, אך במספר אפסולוטי גדלו כולם.

לפני החוק:

כללית בגרעון ענק, 4-5 שנים לפני הקריסה ניהול כושל והמבוטחים קשישים ועניים בעיקר.
63% מהאוכלוסייה.

מכבי כ 19%

מאוחדת ולאומית כל אחת כ 9%

החוק 1992:

אביגדור קפלן מונה למנכל הקופה לאחר הדחת המנכל הקודם עקב ניהול כושל ופוליטי, ברקע שוב השמאל עלה לשלטון.

הסכם הבראה של "כללית"

איחוד בתי חולים

פיתוח של רפואה מקצועית בקהילה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

זכות לשירותי בריאות – זכות יסוד

חובת המדינה לספק מינימום מצרכיו של האזרח, אחד מהם מרפא.

1930 כללית הציעה לממשלת מנדט חוק ביטוח בריאות ממלכתי

1973 שוב עלה החוק ההסתדרות הציעה חוק

1994 החוק שנכנס לתוקפו ב 1995

1988-1990 ועדת נתניהו: כל הועדות הקודמות היו פוליטיות שרצו להשאיר קשר בין הסתדרות לקופה או לחסל קופות אחרות, נתניהו הראשונה שרצתה לנתק קשר בין הסתדרות לקופה ולשמור על כל הקופות.

היה צריך להתבשל האווירה כדי שתיווצר המהפכה. המרכבים העיקריים:

וועדת נתניהו

משבר עמוק שיביא התמוטטות וקריסה כלכלית

מנהיגות והסכמה פוליטית רחבה – היה חיים רמון, שר הבריאות, גם מפלגת העבודה מאסה מההסתדרות, 1994 חיים רמון פורש, יצחק רבין מונה במקומו לכהן כשר בריאות חצי שנה. אחריו יצחק רבין.

1994 חוק ביטוח בריאות שנכנס לתוקפו ב-1995:

מקורות המימון לפי החוק המקורי ב-1994: דמי ביטוח בריאות, המס המקביל של המעסיקים, תקציבים ממשלתיים ותשלומים ישירים של החולים לקופת חולים.

ב-1995 אחרי שהחוק נכנס לתוקפו:

כל התושבים מבטחים

קופח אחראים לרשומים אצלם, הם קבלני משנה, מבוטח כללית הוא מבוטח עי המדינה שבחרתי לקבל שירותים מכללית (למעט המושלם שם זה ישיר עי הקופה), כל הקופות מחויבות לספק סל בריאות בסיסי בחינם או בהשתתפות שנקבעה עי המדינה. כולם משלמים מס בריאות פרוגרסיבי 3.1% משכר נמוך ומגבוה 5%. אין הקלות כולם משלמים (לפני החוק היו הסכמים של הנחות עם חרדים, קיבוצים מושבים והיו גם כאלו שקיבלו פטורים), היום כולם משלמים. המוסד לבטוח לאומי גובה ויש נוסחת קפיטציה שמחלקת את הכספים בין הקופות ובנוסף פיצוי עבור מחלות קשות.

חברות בקופות חולים

נרשמים בדואר, בבטוח לאומי, באתר הקופה היה אפשר גם, מדובר על ביטול. (בגדר הצעה של החכ אמסלם, כדי להקשות על הזילות במעבר ומניעת זיופים).

הקופות חייבות לקבל כל אחד

חיילים לא חברים בקופה. חייל מקבל טיפול רק במסגרת ההסכמים של הצבא

אסירים בשרותי בתי הסוהר

תושבים חוזרים יש תקופת צינון

כולם מבוטחים.

הרשמה לקופה:

פעמיים שנה מותר לעבור קופה ב-6 מועדים לשנה להגשת בקשת מעבר.

המעבר בין הקופות אינו פוגע בסכום

תינוק שנולד הוא חבר קופה, וצריך לרשום אותו למרפאה.

ההכנסות:

הקופות מקבלות מהמוסד לביטוח לאומי שהם אחראים על הגביה לפי הקפטציה:

קפיטציה מהמילה ראש. לפי אוכלוסיה משוקללת. לפי כל גיל משקל אחר.

מפתח קפיטציה מתעדכן פעם ברבעון עי משרד הבריאות.

לקופה יש סיכון.

חישוב הנוסחה: לוקחים בחן כמה בכל גיל ממוצע שימוש בשרותי בריאות: אמבולטורי קהילה ומרפאות חוץ

(מרדכי שני אבי השיטה) הראשונה ב 1995 שונה מאז פעמיים. ב 2005 היה שינוי.

לכל גיל משקל משלו, לאוכלוסיה המשוקללת.

הנוסחה עושה סדר מסוים וצדק קטן, אך לא לגמרה. עד גיל 4 שימוש גבוה ומגיל 75 שוב גבוה.

הכסף בא לפי הכנסה של המבוטח, אך מחולק לקופה לפי כמות המבוטחים בכל קופה לפי הקפיטציה.

המספר הקפיטטיבי הוא לא המספר הנומינאלי.

כל אחד יקבל משקל לפי גילו. הצעירים בין גיל 44-5 המשקל פחות מאחד

0-4 ו45 ומעלה יותר מ1.

הכסף שנגבה עי בטוח לאומי בפועל מחולק לקופות לפי הקפיטציה.

בלי התחשבות לכך שיש בתי חולים לקופה.

האם בתי חולים הם נכס או נטל?

שעור חמישי

יעקב הרט

שירותי בריאות בעולם וניהולם:

בכל העולם תקציב הבריאות מוגבל, גם שהוא גדול, אם לא ננצל אותו נכון ונבזבז לא נכון – לא יישאר כסף כדי לעשות מה שצריך.

מטרת הלימודים הסופית היא: להבטיח בריאות טובה יותר לציבור באמצעים העומדים לרשותינו.

לו היה למדינה אין סוף הוצאות – היה אינפלציה שהיתה מובילה להתמוטטות וכל האזרחים היו סובלים.

יש מדינות שמשקיעות יותר ויש פחות. בהשוואה לעולם: ישראל משקיעים פחות בבריאות, האזרחים משקיעים יותר

מה הסיבה: סדרי עדיפויות של הממשלות הרבה מאוד שנים.

מה הם הגורמים שמשפיעים על אדם שהופך להיות חולה מבריא:

שקף 1 הגורמים המשפיעים על בריאות האדם:

סביבה פיסיקאלית:

עבודה

שמש אדמה מים

סביבת מגורים אקלים

גנטיקה

חינוך

מצב כלכלי

סביבה חברתית ונפשית

עבודה משפחה חברה

סביבה ביולוגית

וירוסים

חיידקים

פטريات

הגדרה לבריאות:

עי ארגון לבריאות הבינלאומי:

מצב של שלמות פיסי, נפשית וחברתית ביחד עם תחושת הרגשה טובה ולא רק העדר מחלה או נכות.

בשקף גם יש.

אי אפשר להגיע למצב של שלמות פיסית נפשית וחברתית: כחברתית לא אנחנו אחראיים.

תחושת הרגשה טובה: לא אנחנו אחראיים, למשל מערכת ביוב לא אנחנו אחראיים וזה גורם למחלות אם היא לא תקינה.

WINSLOW שקף הבא: הגדרת

לבריאות הציבור: נקבע לפני כ-50 שנה, נכון עד היום

בריאות הציבור זה מדע ואומנות שתפקידיו:

בשקף.

שקף הבא:

תפקיד שירותי הבריאות לפי ארגון הבריאות: נקבע עי הארגון לבריאות הלאומי לפני הרבה שנים.

קידום הבריאות: הפעלת החינוך, המדיה התקשורת. אנחנו לעצמנו יכולים לקדם את הבריאות שלנו ושל משפחתנו: לא לעשן גם לא פאסיבי, לאכול נכון, להתעמל, לנסות להיות רגוע.

מניעת מחלות:

טיפול בחולה

שיקום

טיפול בחולים כרוניים וקב מיוחדות

מחקר

הוראה והכשרת פרסונל רפואי

שקף הבא:

שירותי רפואה מונעת:

שירותים אישיים א.

כלליים:

חיסונים

בריאות הילד

בריאות הקשיש

בריאות הנפש

בריאות השן
בריאות האם
טיפול במוגבלים

מיוחדים

סכרת
שחפת
מחלות מין
סרטן

ב. שירותים סביבתי

מים חלב ומזון

דיור קרינה

זיהום אויר

רעש חום מזיקים

מעבדות לבריאות הציבור

במים בודקים מזהמים ביולוגים: אי קולי בלבד. כי הוא נמצא בכל ההפרשות של בני אדם, אין אפשרות לבדוק הכל, חסר כסף וזה מיותר (פוליו בודקים נקודתית), אם יש אי קולי המים מזהמים, אי קולי הוא האנדיקטור הרגיש ביותר לזיהום מים מצואת אדם, נמצא בצואה של כל בני האדם, יש אי קולי במים – יש צואה, וזה מקור לכל המזהמים הביולוגים האחרים. ואז משרד הבריאות מודיע שלא להשתמש במים ישירות ללא הרתחה, זה עקב בדיקות שי אי קולי, מתקנים את התקלה (חדירת ביוב למים) ונפתרים מהזיהום. ביוב נבדק רק שיש התפרצות מחלה עקב מזהמים.

שקף:

ענפי המדע של בריאות הציבור:

דמוגרפיה

אפידימולוגיה

וכו

שקף:

רפואה חברתית:

ענף ברפואה הציבורית שעוסק ב

1. רקע הסיבתי חברתי של המחלה

2. ההשפעה של המחלה על החברה.

מצב חינוך מושפע ומשפיע על מצב בריאות מושפע ומשפיע על מצב משקי וכלכלי.

ככל שהמצב המשקי והכלכלי של המדינה טוב יותר יש יותר כסף להשקיע אישית ומדינית בבריאות

שקף:

מצב הבריאות

סביבה

מע שירותי בריאות

אוכלוסיה: מצב כלכלי משקי תרבותי פוליטי מינהלי כח מקצועי

הכל זו מערכות שקשורות אחת בשניה – אם נשקיע בבריאות יותר ישפיע לטובה על הכל

מבנה שירותי הבריאות בעולם:

הרצאה 2

מבנה ש. בריאות בכל העולם משפיעים:

מבנה פוליטי: סוציאליסטית יהיה שירותים ציבוריים אחרת פרטי

כלכלי: יותר כסף – יותר שירותים

השקפת עולם

מבנה חברתי

מבנה ש. בריאות:

A

סוציאליסטי:

ברית המועצות

מערב אירופה – נדבר הרבה

ארהב – מוציאה הכי הרבה בעולם לבריאות ובקרב העולם המערבי ארהב עם אוכ הכי גדולה ללא ביטוחים.

מדינות מתפתחות – רק עד 5 אחוז מתל"ג מושקע בבריאות

ישראל 7.9 אחוז

B

הבדלי תרבות

סוציאליזציה של הרפואה: סקלה מ0 עד 100% (סוציאליזציה מלאה) כל השירותים ציבוריים זה סוציאליזציה 100% ב0% זה כל השירותים פרטיים. ברית המועצות הייתה כמעט 100% למעט שוחד שקבלו הרופאים מפציינטים. ארה"ב יש קצת רפואה ציבורית – היא תשב באמצע. ישראל תשב ב60% סוציאליזציה. כל העולם הולכים בכיוון של יותר סוציאליזציה של הרפואה. כי הרפואה מתייקרת מאוד ולאזרחים אין הכסף לשלם את המחיר, חוץ מקובה סין ומברית המועצות שהולכת בכיוון רפואה פרטית (להתאזן) וישראל מ80% ציבורי בזמן חיקוק החוק (הסדרים) ל60% ציבורי. (40% האזרח מוציא מכיסו).

דפוסי השילטון והמינהל:

שקף

שרות רפואי ציבורי

היה פעם בברית המועצות בסין, וקצת קובה, וזה משתנה.

הממשלה מממנת את כל השירותים

כל השירותים ניתנים ללא תשלום ישיר

המיסים מהאזרחים פרוגרסיביים

רפואה פרטית שקף

אין מדינה כזאת

הכל לפי רווחים כספיים

השירותים נתמכים עי גורמים פרטיים בשוק חופשי

השרות נמכר רק למי שיכול לשלם

שקף

השירות הרפואי בברית המועצות

המדינה אחראית על הכל היה דגש חזק על רפואה מונעת אשפוז בבתי חולים ממשלתיים, חלוקות לסוגי בתי חולים כמו אוניברסאים, באזורים נדחים היו אחים מוכשרים שידעו לעשות כל מה שרופא ידע לעשות, רפאים מוכשרים מאוד שהיו מקבלים הכשרה טובה. הבעיה היתה שהרמה לא היתה שווה בין המקומות, פערים בתוך העיר, בבתי חולים בתוך אותה עיר בחלק היו אספקה בחלק לא.

שקף

שרות רפואי בארה"ב

האזרח אחראי לבריאותו – המאפיין

התפתחות רפואה פרטית יקרה

למרות שהמדינה עשירה למי שזקוק אין מספיק כסף לשלם על השירות הרפואי.

1868 חברת הרכבות פתחה שרות רפואה לעובדיה: היה ועד עובדים שדרש בגלל ריבוי תאונות עבודה, כדי לסלול רכבות באזורים לא מיושבים, (ביערות וכו), שילמו לעובדים הרבה כסף, כדי שיסכימו להיות באזורים הנידחים. שעובדים מקבלים הרבה כסף ונמצאים רחוק מהבית, העובדים בזבזו את הכסף על אלכוהול פוקר וכו, נהיו חולים או נפצעו לא נשאר להם כסף לטיפול הרפואי, יום אחד ועד העובדים ארגן שביתה ודרש מההנהלה שרותי בריאות.

1911 גם מפעלים בתעשייה החלו

1942 קייסר פרמננטה – בעיקר במע ארהב גם היום, הקימו ש.בריאות עם ארגוני העובדים

1930 באונברסיטה לעובדים בהתחלה וגם למשפחות בהמשך

1937 ארגון בתי חולים הקים מלכר "בלו קרוס", לאשפוז. כל מבוטח משלם ושזקוק לאשפוז הבלו קרוס ישלם.

האשפוז עלה הרבה כסף, וכדי להבטיח את מצב הכלכלי של בית החולים רצו להכניס כסף לבית החולים מהבריאים, כדי למנוע גרעונות. עד היום בתי החולים בגרעונות קשים בארהב

"בלו שילד" מימון רפואה קהילתית כל מה שלא אישפוז הוקם עי ההסתדרות הרפואית האמריקאית, הוקם בשל חשש שירדו תעריפי השכר של הרופאים אם יוקמו חברות פרטיות – החזיק מעט אבל לא הרבה, בחלק מהארצות כמו קליפורניה, ניו יורק ועוד ניסו להקים ביטוח ציבורי כללי, אבל הרופאים התנגדו. עובדים בארהב מבקשים מהמעסיקים בטוח רפואי, (כמו בארץ), יש מוסדות וארגונים גדולים שעושים, יש אלפי חב שמשתתפות בתמיכה כספית.

1947 ראש עיריית ניו יורק הציע תוכנית לה גרדיה שלא יצא לפועל עקב התנגדות רופאים ובעלי אינטרסים.

BLUE CROSS

הטיפול הרפואי מתייקר במיוחד בבתי החולים, ציבור ללא ביטוח אין לו יכולת לשלם לבתי החולים:

בית החולים נכנס לגרעון כי לא מקבל תשלום.

הזקוק לטיפול לא מתאשפז אם אין לו כסף.

רעיון הביטוח: עלות זולה לבריאות ולא יכנסו לאישפוז ואז יהיה רווח וכך יהיו יותר לקוחות – חולים שיכסו את הגרעונות.

MEDICAID

ביטוח ממשלתי עבור דלת העם

MEDICARE

ביטוח אשפוז חובה לקשישים מעל 65

HMO

חברות ביטוח

המטופל יכול להגיע רק לרופאים שקשורים לחברת הביטוח, יתרונות: מחיר נמוך מביטוח פרטי, הבטחת שירות HMO כוללני, אשפוז+אמבולטורי, רמת שירות טובה ופיקוח עליו, תוכנית אובמה קר חסמה את צמיחת ביטוח יותר רופאים הצטרפו אליה, משלמים מהחברה ויש תנועת לקוחות חולים פרטיים 20% לא משלמים להם ומרגישים יותר מגובים.

שיעור:

קיים ענף הנקרא רפואה חברתית העוסק ב:

1. ברקע הסיבתי חברתי של המחלה
2. השפעת המחלה על החברה

מצב בריאות אוכלוסיה קשור במצב המשקי והכלכלי של המדינה, ככל שהיא עניה יותר כך מצב בריאות האוכלוסיה יהיה פחות טוב. במדינה עשירה תנאי המחיה ושירותי בריאות וסביבה טובים כולל תזונה, מצבם יהיה טוב יותר. ככל שמצב בריאותם טוב יותר, מצבם הכלכלי משקי טוב יותר, כי הם מסוגלים לעבוד יותר. במדינות המתפתחות יש יותר מחלות, פחות עובדים, כך גם לגבי תרבות וחינוך מודעות קיימת לשמירה על הסביבה ועל הבריאות. באופן כללי רואים מערכת משולבת בה גורם אחד משפיע על השני והם גם משפיעים אחד על השני.

מבנה שירותי הבריאות בעולם, בכל מדינה הם תוצאה של:

1. מבנה פוליטי: סוציאליזם / קפיטליזם.
2. כלכלי
3. השקפות עולם
4. מבנה חברתי

מבני שירותי בריאות:

A	B
ברית המועצות	הבדלי תרבויות
מערב אירופה	סוציאליזם של הרפואה
ארהב	דפוסי שילטון ומינהל

מדינות מתפתחות:

פרופיל מדינה אחד אינו מתאים למדינה אחרת לכן לא ניתן להעתיק מערכות בריאות בין המדינות, אם מעוניינים לעשות שינוי צריך להתאים למדינה הקולטת.

שיעור שישי:

קפיטליזם – המשך על הנוסחה

לא נלקח בחשבון:

מהיום שהקימו ניסו לשנות: מה שלא נילקח בהתחלה:

מקדמים שניתנו לקשישים לא משקפים את השימוש האמיתי בשירותים

לא נלקח בחשבון מחלות כרוניות

מגורים בפריפריה

מין – נשים משתמשים יותר מגברים

מצב סוציאקונומי

שונה במהלך הזמן: מין ופריפריה.

לא הצליח: זקנים נשאר לא מספיק, כרוני, נכים, סוציאקונומי.

נכים:

משתמשים יותר בשירותים, גם היום לא נכלל בקפיטציה נמשך המאבק לכלול את הנכות בקפיטציה, זה לא פשוט

כי צריך להכניס מרכיב נכות לנוסחה

נכה משתמש בערך פי 2

מחלה כרונית מול לא כרונית: פי 2.7.

מצב כלכלי חברתי:

הכנסה ממוצעת בכללית ובלאומית נמוכה: מהממוצע הארצי לעומת מכבי ומאוחדת. משמשים פחות אבל יותר

יקר

רמת השכלה: עד 8 שנות לימוד בכללית 20% לאומית 13% מכבי 5% מאוחדת 7%

היום נוסחת פריפריה: מ1/11/2010

מין, פריפריה ונשים.

הקופות מקבלות כסף לפי קפיטציה וגם על מחלות קשות:

מחלות קשות:

אי ספיקת כליות כרונית דיאליזה 207,378 סכום למטופל לשנה

גושה סכום למטופל לשנה 374,525

תלסמיה מיג'ור או אינטרמידיה 78,560 סכום למטופל לשנה

הומופיליה 129,597 סכום למטופל לשנה

HIV משנת 1998: אידס המטופלים באמצעות מעכבי פרוטייס

ויכוח על גובה התגמול וניצחון בבג"ץ*.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994:

סעיף 7 – סל שירותי הבריאות

"סל השירותים הבסיסי" זהה לכל הקופות, ניתן ללא תוספת כסף, חוץ ממעט שירותים שיש עליה השתתפות שם יכול להיות שינוי קל בין הקופות.

הסל הבסיסי: מפורט בתוספת השנייה לחוק.

יש חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולא שלוש תוספות. תוספת ראשונה מתייחסת לחוקים ותת חוקים. תוספת שנייה היא סל השירותים הבסיסי, התוספת השלישית זה מה שהקופות לא חיבות לספק, שייך למשרד הבריאות. למשל בתוספת השלישית היה פסיכיאטריה עד לרפורמה בבריאות הנפש. ואז זה עבר לתוספת השנייה. (בשום תוספת לא מוזכר ביטוחים משלימים).

סל השירותים:

סל הבריאות נקבע בחוק ומתעדכן מעת לעת. הוא הינו אחיד והזכאות לו אינה תלויה בשייכות לק"פ זו או אחרת.

ק"ח האחריות למתן שירותי הבריאות המצויים בתוספת השנייה לחוק.

משרד הבריאות: אחראי למתן שירותים המצויים בתוספת השלישית לחוק.

החוק הוא חוק טוב, יש בו בעיות כמו המשפט הזה, שהוא עמום. "סביר" מה זה סביר?

בקופות החולים סל הבריאות היה דל ביותר בכללית, והיחידה שהיא כתבה בספר מסודר את הסל, חיים רמון היה שר הבריאות.

סל השירותים הבסיסי:

רפואה ראשונית חינם

רפואת מומחים רפואה יועצת חינם

אשפוז במערכת הציבורית חינם

תרופות בסל תמורת תשלום עבור מנה

מיון – אם יש הפניה חינם, אם לא אז בהשתתפות, יש פטורים כמו אישה בהריון, או חתך מדמם לילדים וכו השירותים שבסל ניתנים חינם, אך הקופות באישור משרד הבריאות רשאיות לגבות דמי השתתפות עבור חלק מהשירותים שבסל.

מימון עלות סל הבריאות:

ב88% קפיטציה

מחלות קשות 6%

הכנסות עצמיות 6% (השתתפות)

כללית בגרעון עמוק. כללית מושלם ברווחים גבוהים.

עדכון הסל:

1998 "ועדת הסל"

1999 "ועדת טל" המליצה להוסיף 2% מקדם טכנולוגי עבור התפתחות הטכנולוגיה שמיקרת את העלויות של הבדיקות. (חוזר על הקביעה שהייתה בחוק ב 1994)

בהיעדר אמות מידה מחייבת, ההחלטה על גובה עדכון הסל נותרה בידי הממשלה.

בפועל גובה העדכון של סל השירותים עמד במשך יותר מעשור ע 1% בממוצע התוצאה מחסור תקציבי מצטבר.

ממערכת הבריאות טוענים ונאבקים עם משרד הבריאות על הקמת מדד מיוחד לבריאות, שונה ממדד המחירים הרגיל, שלא לוקח בחשבון למשל עליות בשכר, מכשור חדש וכו.

מדד גאוגרפי: בנוסחת קפיטציה: גיל אוכלוסייה עולה אך הכסף לא עולה, ב 1994 הטענה הבסיסית היא שצריך לקדם כל שנה 2% כי האוכלוסייה מתבגרת.

ועדת הסל: "סל הבריאות" מ1998 עד היום:

נציגי קופות, נציגי ציבור, מומחים מכל מיני תחומים: לקראת כל שנה, כל מיני גורמים: רופאים, חב תרופות, יזמים מגישים בקשות להכניס תרופה/טיפול/ מכשור וכו', לסל בחינם או בהשתתפות, חברי הוועדה יושבים ודנים בקפדנות. אם הוכח שזה יעיל יכנס. בפועל חלק מבקשות לא נכנסות לדיון. יש תרופות שגם יוצאות מהסל.

ב 2014 ניתנה הבטחה לעידכון סל ב 300 מיליון ש"ח כל 3 שנים.

ב 20/7/16 ליצמן הבטיח שב5 שנים הקרובות יוסיף 550 מיליון ש"ח, הכסף יכנס מהשבן ומהבטוחים הפרטיים.

בפועל:

כ500 מיליון ש"ח יעמוד לרשות הוועדה. 40 מיליון לבריאות השן.

יו"ר הוועדה רוני גמזו מנהל איכלוב.

הוגש לוועדה מעל 700 בקשות.

19/12/17

סרט

דוגמאות לשאלות מהסרט:

1. בארהב זקנים שאינם מסוגלים לשלם לבי"ח:

א. ביח מביא לביתם.

ב. מעביר למוסד מתאים ביח.

ג. משאיר אותם ברחוב.

ד. יש קרן מיוחדת.

2. עובדי ההצלה שעבדו ב 11/9

א. מקבלים בקלות את מלוא ההטבה.

ב. מקשים עליהם.

ג. מבטחים עי הממשלה.

ד. העיריה ביטחה את כולם.

3. השבויים והטרוריסטים בגוואנטנימן

- א. אינם מקבלים טיפול
- ב. יש להם טיפול חינוכי
- ג. מקבלים חלק מהטיפול

4. בקובה יש

- א. שירות ציבורי כללי
- ב. ההוצאה בקובה גבוהה מארהב
- ג. רק רפואה פרטית
- ד. כל בתי החולים פרטיים ובתשלום

5. בקובה התרופות

- א. זולות מאוד
- ב. יקרות מאוד

02/01/18

25 שאלות אמריקאיות.

שאלה ראשונה: חוק ההסדרים. תמיד. שאלה אחת על חוק ההסדרים.

חוק שהממשלה מביאה לאישור הכנסת בכל שנה לצד חוק התקציב, ומאגד חוקים ותיקוני חקיקה רבים שהממשלה רואה צורך באישורם בכנסת כדי ליישם את מדיניותה ותוכניותיה הכלכליות. בשנים האחרונות הוא נקרא "חוק המדיניות הכלכלית" ו"חוק התוכנית". להבראת כלכלת ישראל.

כחוק לשעת חירום, ושר האוצר יצחק מודעי, שמעון פרס, על-ידי ראש הממשלה אז 1985 חוק ההסדרים" נחקק לראשונה בשנת המשלים את התוכנית הכלכלית לייצוב המשק. הממשלה קיבצה אוסף של חוקים ותיקוני חקיקה בתחומים רבים והביאה אותם לאישור הכנסת כמקשה אחת. מאז, "חוק ההסדרים" מלווה את חוק התקציב דרך קבע.

החוק הוא מכשיר שלטוני ייחודי המאפשר לממשלה ליזום חקיקה, להביא להשלמתן של פעולות חקיקה, וכן לעכב או לבטל חוקים פרטיים של חברי הכנסת שהכנסת חוקקה, ובתוך כך להתגבר על מכשולים פרלמנטריים מתוך הסתמכות על הרוב הקואליציוני. הנימוק לחקיקת "חוק ההסדרים" הוא שעלות יישומם של חוקים שהוא מבקש לשנות או לבטל לא תאפשר עמידה במסגרת התקציב. – והוא נדון בדרך כלל עד סוף דצמבר – בחודש אוקטובר החוק מוגש לכנסת לקראת תחילתה של שנת תקציב חדשה.

חוק ההסדרים" נבדל מרוב החוקים הנחקקים בכנסת במבנהו ובהליכי חקיקתו. הצעות חוק רגילות עוסקות בנושאים מוגדרים, ואילו " חוק ההסדרים מקבץ חוקים ותיקוני חקיקה בנושאים שונים. הצעות חוק רגילות מועברות לדיונים בוועדות הכנסת שבתחום ענייניהן הן נמצאות, כמקובל בתהליכי חקיקה במערכות פרלמנטריות. לעומת זאת, הצעת "חוק ההסדרים" היתה מועברת בעבר כיחידה אחת לוועדת הכספים, וזו דנה בכל הנושאים שבה בפרק זמן קצר וקצוב, ובסופו הביאה אותה לאישור סופי במליאת הכנסת לצד חוק התקציב. חוק התקציב הוגש כאילו כל סעיפי "חוק ההסדרים" כבר התקבלו. בשנים האחרונות מועברים חלק מהנושאים של "חוק ההסדרים" לוועדת הכספים, לפי בקשת הממשלה, וחלקם מועברים לוועדות הכנסת האחרות לדיון ולהחלטה, לפי תחומי עיסוקיהן, ולבסוף מועברים מקצתם לוועדת הכספים להחלטה ולאישור סופי. ועדת הכספים מניחה את הצעת החוק כיחידה אחת על שולחן הכנסת לקריאה שנייה ולקריאה שלישית.

חוק ההסדרים" מעורר ביקורת נוקבת בכנסת ומחוצה לה. מבקרי החוק טוענים כי הוא אינו משרת את חקיקת התקציב, וצופן בחובו " חקיקה ממשלתית הנוגעת לרפורמות מרחיקות לכת במשק וחקיקה שאינה הכרחית להעברת התקציב. עוד נטען כי החוק למעשה מייטיר את עבודתן של ועדת הכנסת בתחום החקיקה, וכי הוא מתקבל בהליך חפוז, שאינו מאפשר לחברי הכנסת לנהל דיון מעמיק – אמורים להיות – כחודשיים "וממצה ולגבש עמדה מבוססת על כל אחד מנושאים: במסגרת הזמן שיוחדה לדיונים ב"חוק ההסדרים נדונים חוקים שעל חקיקתם שקדו גופים מקצועיים חודשים רבים ואף שנים. יתר על כן, המשמעת הקואליציונית והאופוזיציונית "מכתיבות לחברי הכנסת קו הצבעה אחד למגוון הנושאים שב"חוק ההסדרים

שירות רפואי במערב אירופה:

ביטוח הבריאות משולב בין אחריות הפרט והחברה.

הפוך מארה"ב.

החב דואגת במידה רבה... שקף ראשון.

מערכת הבריאות – נורבגיה

1. כל אזרחי המדינה מבוטחים, גם שוהים חוקיים ולא חוקיים זכאים לשירותי רפואה וחיסונים, היתר בשקף "אבני דרך נורבגיה"

1956 נחקק חוק ביטוח בריאות חובה לכל אזרחי המדינה לכל האזרחים הזרים השכירים העובדים בנורבגיה ברשות.

למה לקח זמן? שמחוקקים חוק חובה צריך שיהיו תשתיות מתאימות, התפתחו שירותים ותשתיות מ 1900 עד 1956 שנחקק החוק.

כל המדינות הסקנדינביות נחשבות עשירות ועם גישה סוציאלית ציבורית.

1970 בעקבות טענות שאין התאמה בין גודל האוכ לחוק – שפרו את החוק עוד

1982 חקיקה: חוק הרפואה המשך בשקף

עקרונות מע הבריאות:

כיסוי אונברסלי כ 4.9 מיליון ב 2010

לכלל האזרחים יש שיוויון בגישה לשבכ

כל אזרחי האיחוד האירופאי זכאים לשירותי הבריאות בנורבגיה.

זרים כולל תושבים לא חוקיים זכאים לקבל טיפול רפואי דחוף. ומבין הזרים – נשים בהריון וילדים זכאים גם

לקבלת חיסונים וטיפולים רפואיים ראשוניים כמו כל אזרח חוקי בנורבגיה.

למה עשו את האיחוד האירופאי? כדי שנורבגיים יקבלו גם הם שירותי בריאות באירופה.

הכיסוי לפי החוק:

בתי חולים

אמבולטוריה

ר. שיניים

וכו.

בשקף.

10. רק רופאים או שירותי אמבולנס יכולים להפנות חולים לרפואה דחופה בבתי חולים. טוב: שומרי סף, מינוס: רופאים כלליים יכולים לפספס כי לא תמיד יודעים מומחיות מסוימת. מינוס: עומס ל רופאים כלליים, מינוס נוסף: לפעמים צריך רופא מומחה, ולא כללי. גניקולוג עיניים וכו'.

בנורבגיה אין כמעט רפואה פרטית, רפואה משלימה לא כלולה בסל. בשקף עוד.

השתתפויות בנורבגיה:

הסיבות:

לצמצום בזבז שירותים, לצמצם צריכה מיותרת.

מקור הכנסות לתקציב. בשנת 2009 ההכנסות מהשתתפויות היוו 15% מכלל תקציב הוצאות לבריאות. על מה משתתפים בהוצאות:

1. שירותי רפואה ראשונית ע"י רופאים כלליים החולים משלמים כ 37% מסה"כ עלות השירות.
2. אשפוז בבתי חולים ציבוריים כולל תרופות ללא עלות
3. ביקור אצל רופא כללי יעלה \$33 ארהב 2011
4. ביקור אצל רופא מומחה יעלה \$56 2011

בארץ מדברים הרבה על הכנסת השתתפויות אך לא מתאים פוליטית.

5. פיזיאותרפיה

6. תרופות עד \$95 למרשם

7. המשך בשקף

יש תקרה \$339 לשנה לא כולל טיפול סיעודי. לאדם.

יש תיקרה לבית אב.

מימון: 84% ממומן ממס כללי פרוגרסיבי עם הטבה למי שיש הוצ בריאות.

ביטוח בריאות: רק ל5% יש והרוב דרך העבודה.

רופאים כלליים: בשקף

תשלום לרופא כללי: נבחן לפי עלות ויעילות: השכר קומבינציה של הכל בנורבגיה.
שכר בסיס יפה עלות 1 יעילות 1
קפיטציה: פר גולגולת לפי מטופלים עלות 2-3 יעילות 2-3
פר ביקור: על כל ביקור הקופה / החברה המבטחת / הממשלה עלות 4 יעילות 2-3
FFS: לפי פעולה / שירות. עלות 4 יעילות 2 (יותר מידי בדיקות)
תשלום פרטי של המטופל. עלות 3-4 יעילות 3-4
רופאים כלליים בנורבגיה – הם שומרי סף. חשוב לבחינה

טיפול ממושך:

הרשויות העירוניות אחראיות:

אזרחים משתתפים לפי הכנסה.

מעט מאוד תושבים משלמים הכל לפי תעריף מלא.

פסיכאטרי:

המרכזים משתדלים לטפל בבית.

המתנות: רבות וארוכות, אזרחי נורבגיה נוסעים לארצות אחרות באירופה

ממשלת נורבגיה מממנת טיפולים בחול פזוריאסיס וכו.

רמת שירותים גבוה, רופאים כלליים טובים מאוד, רמת שירותים גבוה

הממ קובעת מדיניות ומפקחת.

חסרונות:

השתתפות

ברוקרטיה

הוצאה גבוה

זמני המתנה

ביטוח בריאות:

התייקרות הרפואה מובילה לביטוח השלבים:

רשות לחובה

חלקי לכללי
ביטוח פרטי לביטוח ציבורי ללא מטרת רווח

בשוק הסבר.
בארץ עבר בקלות מרשות לחובה.
בכל העולם המערבי מגמה לעבור מבטוח פרטי לציבורי

שיטת מימון: ממשלה / מעסיקים / אזרחים/ שילוב של שניים או יותר.

עקיף אוסטרליה גרמניה הולנד
יש פירוט בשקף.

ככל שלממשלה יהיה אכפת יותר נרגיש את זה.

נורבגיה:
סיכום בשקפים.
בארץ קרוב ל 40% בנורבגיה 15%

7.5% ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל, מול 9.3% בנורבגיה. זה ועוד מסביר שלנורבגיה אכפת מבריאות תושביה.

רמת רפואה גבוהה.
סיכום וחזרה בשקפים.

09/01/18

25 שאלות אמריקאיות. חוק ההסדרים שאלה בטוחה.

שירותי בריאות גרמניה

לגרמניה ביטוח בריאות כללי הוותיק ביותר באירופה. הי אחת המדינות המוצלחות בבטוח הבריאות שלה.
באירופה להבטיח ביטוח בריאות הייתה הראשונה באירופה לכלל האוכלוסיה.
ההיסטוריה של ביטוח הבריאות בגרמניה מתחילה עם החוקים שהנהיג ביסמרק (אוטו פון ביסמרק) ב 1883
הראשון בעולם להנהיג ביטוח בריאות לציבור.

תוכנית הביטוח הסוציאלי של ביסמרק כלל:

- א. ביטוח בריאות 1883
- ב. ביטוח בריאות 1884

פנסיה לזקנים וביטוח נכות 1889 ג.

הביטוח הראשוני היה מיועד לעובדי מדינה ולמיעוטי יכולת – בהמשך התוכנית הורחבה גם לבני המשפחה ולכלל האוכלוסייה.

ב1970 נכללו בחוק ביטוח בריאות גם סטודנטים חקלאיים ונכים.

1980-1990 היו 14 רפורמה במע' הבריאות.

מ 2009 כל אזרחי גרמניה המבוטחים ע"פ חוק יכולים לבחור בין ביטוח ממ לבין ביטוח פרטי.

ביסמארק קבע פנסיה בפעם הראשונה.

יש רפורמות ברפואה: התייקרות תמידית: אוכ מזדקנת, יותר חולים כרונים, ממ מתחלפות, לפוליטיקה יש השפעה משמעותית על מע הבריאות (טוני בלר, מארגרט טאצר, בוש, ביסמארק), שיטות חדשות, מכשירים חדשים.

מערכת הבריאות:

לא מהווים שומרי סף.GP בגרמניה רופאי משפחה וה

טוב ורע: טוב אתה יכול להגיע למומחים בקלות, מוריד לחץ מרופאי המשפחה. רע מוריד ריכוזיות מרופא משפחה, מבזבז כסף גורם לעליה והוצאות מיותרות. אז זה טוב או רע? תלוי את מי שואלים, תלוי באיזה מדינה אנחנו נמצאים, מה ההיסטוריה של המדינה וכו. (בישראל לא בדיוק "גייט קיפר": יש רופאים שלא צריך הפנייה, יש שכן, בית חולים אפשר בלי הפנייה עם תשלום כסף ופטורים במקרים מסוימים ויש רפואה פרטית.)

ביטוח הבריאות מכסה רפואה ראשונית שניונית ושלישונית.

כל חולה יכול לפנות לאיזה מומחה שירצה. אין פיקוח ואכיפה על פניה למומחים למרות שהנוהל הוא שאתה מוצמד למשך רבעון למומחה שפנית אליו.

1994-1995 הונהג ביטוח בריאות לטיפול ממושך.

ביטוח הבריאות בגרמניה נחשב אחד הטובים עולם המתקנים הרפואיים כולל בתי חולים מצויידים בטכנולוגיות הטובות והעדכניות.

יש פיזור נרחב של בתי חולים.

77% ממומן ע"י הממ. 23% עי התושבים.

פי 2 אחיות מישראל 8 ל1000

אוכ 82 מיליון.

מעל 11 אחוז הוצאה מהתלג

יש 2 סוגי ביטוחים עפי חוק. 1 קופות חולים ציבוריות ופטרויות לא למטרת רווח לכלל האוכ, ולאוכ הגבוהות בטוח פרטי גם השתת של המעסיק. הרוב גם העשירים מעדיפים להיות בציבורי, כי הפרטי מתייקר כל הזמן.

מיעוט קטן של אזרחים מכוסים עי ממשלה, או ממ+מעסיקים.

רוב בתי החולים עצמאיים-ציבוריים שלא למטרת רווח.

9DRG ימים ממוצע לאישפוז. פחות מ 17% הם מיטות פרטיות. התשלום לבתי חולים לפי

החל משנת 1980 יש השתת עצמית גם על שירותים הקיימים בסל וזאת כדי לשלוט על ההוצאות ולצמצם בזבזים.

הפרמיה לביטוחים הפרטיים והמשלימים אינה מחושבת עפי ההכנסה אלא עפי גיל מין מצב בריאות.

יש ביטוח משלים / חילופי הכולל שירותים שאינם מוצעים בסל.

ביטוח תאונות אישיות מכוסה כולו עי המעסיק.

יש ביטוח לכיסוי הוצ לחולים סיעודיים מממומן חצי עי המעסיק חצי עי העובד.

השתתפות קוסט שרינג (2012)

יש הסדרים בכל איזור למתן שירותי מרפאה במשך כל היממה

רופאים מחוייבים לתת מס שעות לשירות מחוץ לשעות העב הרגילות

יש בכל איזור רשת של שירותים דחופים

יש הששת של 14 דולר עד 28 יום אשפוז (נתוני 2012)

עד גיל 18 אין השתתפויות.

אין כמעט תורים – ההכנסה גבוהה לרופאים, רוצים להיות רופאים יש מספיק רופאים, הממ משקיעה הרבה כסף ברפואה, יש תשתיות.

הבעיה – עלות גבוהה, התייקרות מתמדת, קו פיימנט – השתתפות האזרח עבור שירותים בעליה

לא תושבים: ללא רישיון לא מקבלים, אזרחי חוץ ברישיון מקבלים.

שאלות: חוק הסדרים 1985, חוק חירום להילחם באינפלציה, בא כדי להעביר רפורמות חדשות. איך הוא קשור לבריאות: דוג מנהלים של בתי חולים לא חייבים להיות רופאים, בדיקות אמ אר אי וסי טי יהיו בבתי חולים. חוק ההסדרים 2016 נכנס לתוקף 7/17 – קבע כמה רפורמות שנוגעות לרופאים : רופא שטיפל בחולה במקום ציבורי לא יטפל בו בפרטי, גרם למומחים גדולים מתחמקים מלראות חולים במרפאות בתי חולים. הביטוחים המשלימים של קופות חולים יפנו ל 50 רופאים של אותה קופה, רופאים שלא ברשימה לא יכולים לקבל דרך המושלם. כל זה לחזק את הרפואה הציבורית ולצמצם את הפרטית, זה לא נעשה נכון, היו צריכים לחזק את הרפואה הציבורית, כך גרמו לתורים לרופאים מומחים. עברו רפורמות נוספות כמו שהם לא יעבדו יותר מ 26 שעות במשמרת