



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

### פרוטוקול וועדת גרמן – 20/3/14

**\*\* מציגה ראשונה בפני הוועדה: עו"ד טלי שטיין, בריאות הנפש בישראל. מציגה מצגת (מצורף בקובץ**

**(POWERPOINT).**

**עו"ד טלי שטיין:** למרות שסיכמנו שמעבירים את הנושא הזה לוועדת משנה, וועדה ייעודית, חשבנו שזה חשוב להגיד כאן כמה מילים בכל זאת. כמובן שתחום בריאות הנפש זה מהאוכלוסיות החלשות ביותר במדינה. קשה להם להביע את מצוקותיהם בתחומים הכרחיים – תנאי אשפוז, טיפול ראוי ונאות. זה נחשב לחצר האחורית של מערכת הבריאות, והרבה פעמים אומרים בארה"ב "not in my back yard", לא מוכנים שזה ייגע בהם. משתמשים בכל מיני מונחים לתאר אותם - חולי נפש, מתמודדי נפש. לאוכלוסייה הזאת מאוד קשה להביע מצוקות, לפעמים הם חולים מאוד וקשה להם להתבטא קוהרנטית. שנית, אפשר בקלות לפגוע בביטחון העצמי של החולה והמחלה מדברת מגרוננו, וזה לא נכון כי הם יכולים להביע בצורה רציונלית את מה שמציק להם.

**יעל:** הם לא מפגרים.

**עו"ד טלי שטיין:** בהחלט לא, זה כמו כל מחלה אחרת. הם זכאים לרמת שירות הולמת. הייתי 8 שנים חברה בוועדה לשירות בקהילה של חולי נפש, ואין תמיד זהות בין החולים למשפחותיהם, לא תמיד יש זהות אינטרסים ויש משפחות שמתנערות מהמטופלים. בעיה נוספת שהיא מאוד ברורה, שקשה להם מאוד להתארגן בארגון גג אחד. יש המון מחלקות בין הקבוצות השונות, וקשה להם להתארגן בארגון אחד שיגיד מה חשוב ומה לא ומהן הבעיות. גם החולים במחלות הנפשיות וגם המוסדות המטפלים בהם סובלים מתדמית נמוכה, והציבור לא רוצה להתעסק איתם, לעזור להם ולהם לעזור לעצמם, וזה מביא קושי להציף את הבעיות שלהם, ולכן אנחנו צריכים להיות הפה שלהם, הם לא מסוגלים ליצור לעצמם לובי חזק. אני מקווה שזה ברור לכם שזו מחלה כמו כל דבר אחר, כמו בעיות בכליות או מחלת לב. הנפש לא מתנתקת מהגוף בשעת המוות, אנחנו כולנו מורכבים מכימיקלים ומנוירורנסמיטורים, אנחנו לא כל כך נפש.

תחום בריאות הנפש זה מהתחומים הכי קשים ברפואה, כי הדיאגנוזה נעשית על סמך דו-שיח בין הרופא למטופל, ועל סמך זה והתרשמות אומרים מה האבחון ולכן זה עדין ומורכב. גם לא כל כך יודעים מי הם חולי הנפש. אם שואלים מי הם, זה לא ברור כל כך. חוק הטיפול בחולי נפש מגדיר חולה כאדם שסובל ממחלת נפש, והרוב לא יודעים להגדיר אותו. ברור שיש מחלות כמו סכיזופרניה, דיכאון מזוירי או מאניה-דיפרסיה. המון מסתמכים בארץ על ה- DSM האמריקאי, וגם עליו מתווכחים והוא לא תורה מסיני. אנחנו יודעים שהומוסקסואליות נחשבה עד שנת 1973 למחלת נפש ואז הוצאה מהמדריך, כך שיש חוסר הסכמות באבחון. אני רוצה להזכיר דבר אחד שאיפשר את הרפורמה – ב - 20-30 שנה האחרונות חלה התקדמות פראית בטיפול במחלות נפש לעומת תחומים אחרים. יש היום תרופות שעובדות תוך שבועיים-שלושה, כשבעבר זה לקח המון זמן והיו להן המון תופעות לוואי. זה איפשר את מגמת העברת החולים מבתי"ח לקהילה וזה דבר אחד טוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מבחינת המסגרת החקיקתית – חוק זכויות חולה הנפש - חולה נפש הוא כמו כל חולה אחר ונכנס גם לחוק זכויות החולה. סעיף 1 לחוק קובע שסעיף המטרה שחל על כל החולים, להגן על כבודם ופרטיותם, הוא חוק יסוד, אז מתייחסים אליו בפסיקה כחוק מעין חוקתי, ובפסיקה יש לזה מעמד מעין חוקתי, אז אנחנו מתייחסים לדבר הזה ברצינות. חוק זכויות החולה זרוע הוראות שאומרות שצריכים לכל חולה לתת טיפול רפואי נאות מבחינת רמה מקצועית, איכות רפואית ויחסי אנוש. עוד סעיף – מטפל וכל מי שעובד בביקור או עובד במוסד ישמרו על כבודו ופרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי. הם זכאים לכבוד, לפרטיות, לרמה נאותה של טיפול רפואי ויחסי אנוש, ואני לא בטוחה שראינו את זה איפה שהיינו בביקורים שלנו. החוק חוקק ב - 1991, ובזמנו היה חוק מאוד מתקדם, וזו אחת השאלות שאעלה בסוף - האם צריך לעשות רפורמה בחוק הזה - זה לדיון. הוא קבע את המסגרת הטיפולית בהם. באופן עקרוני הוא די חופף את עקרונות חוק זכויות החולה, אבל יש שינויים בנושא כפיית טיפול רפואי, אשפוז כפוי וכו'. יש סתירה בין החוקים, וחוק זכויות חולה הנפש גובר כי הוא ספציפי יותר. חשוב לציין כי נקבע בחוק טיפול בחולה נפש כי הוא זכאי לקבל מידע על הטיפול בו, לשמור על נכסיו וחפציו האישיים, זכותו לפרטיות ולסרב לטיפול רפואי למעט טיפול חירום. הוא זכאי לקבל מידע בקשר למצבו. גם בחוק הזה מנסים לשמור על זה שחולה נפש הוא כמו כל חולה אחר וזכאי לאותם דברים. חוק שיקום נכי נפש בקהילה – בשקופית הבאה – חוק חשוב שחוקק על ידי תמר גוז'נסקי ומדבר על שיקום בקהילה. מטרתו היא לשקוד על שיקוםם ושילובם בקהילה של חולי נפש, כדי לאפשר להם דרגה מירבית של איכות חיים ותפקוד. חוק זה מאפשר שיקום בתחומי דיור, תעסוקה, הכשרה מקצועית, השכלה, פנאי וכו'. הבעיה העיקרית בחוק הזה לא רק מי זכאי להיכנס לזה, אלא להיות מוכר כנכה נפש בשיעור של 40% לפחות. מי שצריך להוכיח את זה זה אדם שקשה לו להביע את עצמו, מאוד קשה להם לעמוד על זכויותיהם, וזה קשור לתחום השיקום שנשאר בידי המדינה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי – בזמ שחוקק החוק הזה, היה מדובר על זה שכמעט כל הטיפולים הרפואיים יעברו לקופות החולים והן יעסקו במתן טיפול. הושארו בידי המדינה כמה תחומים ביניהם בריאות הנפש. הרפורמה בתחום בריאות הנפש – יש כמה חלקים – מבני, שיקומי וביטוחי. הרכיב הביטוחי שרלוונטי לימינו מתבטא בעיקר בהעברת האחריות על אספקת השירותים ממשרד הבריאות לקופות החולים, ברפורמה שיצאה ב - 2012. הרפורמה תיכנס לתוקפה ביולי 2015, עד אז ימשיך המשרד לספק שירותים לחולי נפש, עד היערכות של הקופות מבחינה מבנית וכ"א, והיערכות בתחום השירותים. זו רפורמה מסובכת ביותר, ומטרתה הן הסרת העמימות בין התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שבאחריות המדינה לשנייה שבאחריות הקופות. המטרה החשובה ביותר היא הורדת הסטיגמה של התחום. בתחום הפסיכולוגי כבר אין כל כך סטיגמה לעומת זאת. יש התקדמות מאוד גדולה בעניין הסטיגמה בטיפולים פסיכולוגיים, אבל להגיד שאתה בטיפול פסיכיאטרי זה כבר אחרת... למרות שאנחנו יודעים שיש הרבה שהולכים לטיפול בסטרס, וזה מאוד נפוץ, וזה לא הופך אותם לחולי נפש.

**דוברות:** זה יכול להתקשר לאבחנה הקודמת בין מחלות רגילות למחלות בבריאות הנפש, שבבריאות הנפש יש עדיין תדמית חברתית שאין במחלות אחרות. בבריאות הנפש נצמדת לזה סטיגמה חברתית כמו באידס, וזה עושה את השונות לעומת מחלות אחרות.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**עו"ד טלי שטיין:** נכון, אבל באופן בסיסי כולן פיזיולוגיות. פרויד בזמנו, שלא היה אז בסיס מחקרי, אמר שהוא לא יודע, אבל הוא בטוח שבעתיד ימצאו בסיס פיזיולוגי לכל הדברים שמדברים עליהם, ושיהיה לזה ביסוס ביולוגי בעתיד.

תחום האשפוז – שמענו על תנאי האשפוז הקשים במוסדות לבריאות הנפש הממשלתיים. עיקר הדברים הופנו לבי"ח בירושלים, למזרע, לאברבנאל. מיעוטם של בתי"ח הם פרטיים, ולכן פנו ל - 10 בעיקר.

**דוברות:** אין פרטיים, יש שניים ואנחנו סגרנו את ההתקשרות איתם והודענו להם על סגירה, וכך שיעור המיטות ירד עוד יותר.

**עו"ד טלי שטיין:** אני עוברת לביקור הוועדה בבי"ח מזרע - היינו עדים לצפיפות בלתי נסבלת בחדרי האשפוז שלא מאפשר שמירה על פרטיות וכבוד המטופל, ואמרו לנו שאין מה לעשות. נחרדנו לראות תנאי מחיה ירודים למרות שניסו לעשות את זה יותר טוב. מאוד בלט שבכל חדר יש אנשים שסובלים ממחלות נפש ופגיעות שונות, ואני לא יודעת עד כמה זה טוב שאחד מאני-דפרסיבי ואחד סכיזופרני. מה שבטוח לא עוזר זה שאין פרטיות. נושא נוסף זה בריאות השן וראינו את זה. התרשמנו שלא מקבלים מענה בתחום הזה.

**דוברות:** הבעיות הגדולה שלנו בהקשר הזה היא העובדה שאנחנו לא נותנים בכלל זכאות של בריאות השן למאושפזים הלא מאושפזים, אותם אנשים שנמצאים במגורים טיפוליים, והם כאילו לא מאושפזים בתוך ביה"ח והם לא בסל השיקום, הם בין לבין, והם אוכלוסייה שאם אחד מהם הולך לבג"צ אז אנחנו נהיה חייבים לתת להם טיפולי שיניים וזו עלות ענקית, 80 מיליון ש"ח אם אני זוכר נכון. כרגע אנחנו שורדים את המצב הזה.

**עו"ד טלי שטיין:** זה רק מחזק את זה, כי אם מישהו מגיש בג"צ אנחנו בצרות.

**דוברות:** והוא זכאי סל שיקום 40%. הוא לא משתקם, אנחנו משקמים אותו בתוך משהו שהוא תחליף לבי"ח.

**עו"ד טלי שטיין:** בדיון שהיינו בפברואר 2011, זה היה הדיון האחרון.

**דוברות:** כתוצאה מכך לקחנו את תקציבי הפיתוח בתיאום עם האוצר לבריאות הנפש.

**עו"ד טלי שטיין:** לא אצטט, רק אגיד שבדיון אדטו אמרה ש - 14 חולי נפש בחדר אחד במזרע זה גנאי לנו בתור חברה שזורקת אותם רחוק מהעין ורחוק מהלב. אי אפשר לזרוק את האנשים לשוליים ולא להתייחס אליהם, כי זה מראה עלינו כחברה. אני אצטט את ליצמן שערך ביקור פתע בכפר שאול, הוא אמר ואני הייתי בדיון הזה, ש - 10 שנים ביה"ח נמצא בתנאים תת-אנושיים, ושאסור לאשפז אנשים במקומות כאלה. המנכ"ל אחרי שחזר מאברבנאל אמר שיומיים לא אכל ולא שתה ולא ישן, ואז אמר ליצמן שכמעט סגר את זה. נעבור למסקנות ולשקף האחרון – החלטנו שאנחנו מעבירים את זה לוועדה מיוחדת שתדון בנושא עם דגש על האשפוז. זה מוסכם על כולם?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** בואו נזכור שיש לנו רפורמה ברקע, ואני לא רוצה שבמנדט של איזשהו צוות תהיה שאלת הרפורמה, שהם יבטלו אותה או יעכבו את הצו.

**יעל:** לא נכנסים לרפורמה. עשינו הבחנה ברורה שאנחנו מדברים על האשפוז הפסיכיאטרי ולא על הרפורמה, ואני מסכימה לחלוטין שזה החצר האחורית. במקום לדבר צריך לשים כסף, וזו בעיה יותר גדולה. אני מקבלת את ההערה.

**עו"ד טלי שטיין:** (מקריאה מהשקף במצגת). אפשר לנסח את זה כך או אחרת.

**יעל:** מה זה תחקיר מצב?

**עו"ד טלי שטיין:** לבדוק את המצב ומה צריך לבצע. אני חושבת שיהיו אנשים שיהיו צריכים לעשות עבודת שטח.

**יעל:** את ממליצה לנו להמשיך את העבודה בתחום האשפוז ולמקד את המחקר בתחום הפסיכיאטרי.

**עו"ד טלי שטיין:** מה שקורה היום בתחום האשפוז על פי התרשמותנו, זה שזה לא עומד בשום סטנדרט, בחקיקה, במטרות הרפורמה ולא בשום דבר שרוצים, ולא בתנאים סבירים של כל מטופל אחר, אז צריך לבדוק את המצב האשפוזי.

**יעל:** מה שאת אומרת עכשיו אנחנו יודעים. בשביל מה צריך להקים תת-וועדה?

**עו"ד טלי שטיין:** את רוצה שנעשה את זה בוועדה?

**יעל:** אם אנחנו יודעים שהמצב הוא גרוע, בשביל מה צריך תת-וועדה?

**עו"ד טלי שטיין:** אני רוצה ביסוס של תנאים במספרים, צריך לבדוק את זה יותר. התבססתי על נתונים מהמשרד וגם מהכנסת ממחלקת המחקר.

**דוברות:** במסגרת הרפורמה, אני מתכוון להעברה לקופות, אבל במסגרת זו האחריות היא גם על האשפוז לא?

**דוברות:** האחריות הביטוחית, זה כמו תוספת שנייה.

**דוברות:** ואז הן יקנו שירותים מבתי"ח.

**דוברות:** החלטנו לא לשנות בשלב הזה את מסגרת נותני השירותים האשפוזיים. הם ימשיכו כך שיהיו בעיקר ממשלתיים ועוד שניים של הכללית.

**דוברות:** היא יכולה להגיד שאתם מבקשים ממני לטפל בחולים ולא נותנים לי שירותים.

**דוברות:** היא תיבנה שירותים מרפאתיים. יש לה אותה אחריות כמו ברפואת הגוף.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** גם לה יש אינטרס שהחולים ישתפרו. צריך לזכור שזה עדיין נוגע לחוק כי עדיין יש פה אחריות של הקופות.

**דוברות:** אתן לך דוגמא, תאגידי הבריאות – שר האוצר והבריאות יכולים להחליט לפתוח בתי"ח לבריאות הנפש, והממשלתיים מאוד רוצים, ואמרנו להם לא. אנחנו רואים בתאגיד מנוף לפיתוח אבל גם אקסטרה הוצאה, אז אמרנו שלא נכניס את הקופות לסיטואציה אחרת. קודם כל טיפול בקהילה ושלא יגררו להשפעה בתוך בתי"ח, אז בוודאי יש לזה שרשור של השפעה על הקופות.

**עו"ד טלי שטיין:** יש נושא שהעלתה שרונה אבר-אדני וביקשה שאציג אותו – היא לא מבינה איך במסגרת הרפורמה לבתי"ח פסיכיאטריים יהיה מספיק כוח כדי לנהל מו"מ מול הקופות?

**דוברות:** יש יו"ר רשות שיעזור להם, ויקבל מתישהו את בתי"ח הללו. זה נכנס לצו ה - CAP שמבטיח להם מסגרת הכנסה מסוימת. אין לנו כאן הדסות, זה דבר נוסף, זו מסגרת שנמצאת כולה תחת תקצוב ממשלתי או תחת הכללית. אם לא יצליחו להשיג מו"מ טוב, הם יעשו שירות מצוין. הכנסותיהם ירדו, אבל יש מדינה מאחוריהם, ואני לא רואה בזה חשש גדול.

**דוברות:** אם המדינה היא ספקית יחידה והקופות לא מרוצות מהשירות, מה הן עושות?

**יעל:** מגישות בג"צ.

**דוברות:** מה הן עושות בבריאות הגוף?

**דוברות:** יש להן בחירה.

**דוברות:** איזה בחירה יש באזור המרכז?

**יעל:** זה בשוליים. השאלה נכונה אבל נתרכז במסקנות.

**עו"ד טלי שטיין:** שרונה גם אמרה שהחוק היה בזמנו מתקדם ביותר. האם אנחנו רוצים שהוועדה תעזוב את החקיקה ותעסוק רק באשפוז?

**יעל:** כן. השאלה שלה על האינטראקציה בין הרפורמה לאשפוז תצטרך לעלות, זה ברור, אבל בלי להיכנס לרפורמה אלא רק למשיקים. אלו דברים שאני מעלה בפורומים אחרים שעולים בשולחן הזה. בתוך הוועדה הזאת יהיו נציגי ציבור וקופות, ומסקנותיהם ישמעו יותר מאשר צוות מצומצם כאן.

**דוברות:** המטרה היא גם לייצר תמריצים בתחום הזה.

**דוברות:** זה מאוד חשוב.

**עו"ד טלי שטיין:** הייתי מבקשת שתת-הוועדה תעשה עבודת תחקיר כדי שנדע מספרים לאשורם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני חושבת שזה נושא סופר חשוב וראוי להתייחס אליו מכל כיוון, ושכולם מדברים בגינו ועושים מעט. כולם מרגישים לא נוח, אבל אחרי משסיימים את "הטיול" - זה נשכח, כמו שאמרתי. אני משוכנעת שהדרך היחידה להביא לשינוי כלשהו זה ברמת כסף ותמריצים, ואם לא יהיה מבנה נכון של הכסף - איך הוא הולך ואיך מפקחים - הכל יישאר ברמת סיסמאות ואמירות. זה קשור במבנה הנכון של העברת הכסף. משיחות עם 3 קופות בשבוע האחרון באופן לא פורמלי, אמרו לי שלא נערכים לרפורמה, לא בגלל שהם אנשים רעים אלא בגלל הגרעונות.

**דוברות:** עם מנכ"ל קופות?

**דוברות:** כן.

**דוברות:** הם אמרו לך את זה כדי לבסס את טענת הגרעון.

**דוברות:** לא אמרתי שזו האמת אלא שזה מה שנאמר לי. זה כן הגיוני שבמדינה יהיה גרעון. בשנת 2020-2025 אם לא יהיה מנגנון שיבטיח את הטיפול בחולי הנפש, הם אוכלוסייה חלשה ולא יהיה מי שיצחק כדי שזה יגיע. אני הייתי רוצה שהוועדה תמליץ בעיניי על הצורה הנכונה של ההקצאה של הכסף ועד ההגעה שלו לחולה. בהינתן המצב של המוסדות כרגע, של האשפוז של חולי הנפש בבת"ח פסיכיאטריים ובמוסדות בכלל, צריך לתת את הדעת ויש התייחסות לזה ברפורמה. צריך לחשוב איך עושים פה boost משמעותי, כי אי אפשר להמשיך ככה שבמדינה מישו ילך לבקר בהם והם ישארו באותה מתכונת. זו בושה למדינה וצריכה להיות התייחסות. תת הוועדה חייבת להתייחס לזה, צריך שם כסף צבוע ייעודי, שגם הקופות לא יוכלו להגיד שאין.

**דוברות:** אנחנו התנגדנו בתהליך הזה לכספים צבועים בתוך סל הבריאות. תבצע את השינויים, את הקשישים, את הסיעודי המורכב, את בריאות הנפש... לגבי צביעה - בוא נגיד שצבעת ואמרת 400 מיליון ש"ח יוקצה והקופה באמת הוציאה את חלקה, ועכשיו את אומרת שאת לא עושה טוב, יש לך תורים, אז היא תגיד "תצבע אדוני, אתה רוצה שנחרוג?".

**יעל:** אנחנו לא מתווכחים ולא מקבלים החלטה, זו דעה.

**דוברות:** אני חושבת שגם נציגי המשפחות צריכים להיות בתת-הוועדה.

**עו"ד טלי שטיין:** במועצה לנכי נפש בקהילה יושבים גם נציגים, גם משפחות וגם מטפלים בקהילה, וגם חולים.

**דוברות:** אתחבר למה שהיא אמרה - האשפוז והאחריות עליו עוברת לקופות וזה צריך להיות ברור. נושא של תשתיות הוא באחריות המדינה. לגבי האבחנה, יש בעיה אדירה של תשתיות בבת"ח ממשלתיים, ולכן הפתרון צריך להיות דרך הממשלה, המדינה אחראית לזה. שנית, אנחנו נכנסים לעידן של אחריות הקופות והן אחראיות על האשפוז, ובואו נקביל את זה לאשפוז הכללי - איך מבטיחים מדדי איכות, עניין המחירים, שלא ירוקנו את התקציב. כל המרכיב של דפוסי התחשבות, בקרת איכות, צמצום מניפולציות. כל זה חייב להיות בדיון בצורה כלשהי.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אתם חושבים שאני לא נערך לזה?? זה מכעיס אותי! אני מנהל את זה במשך שנה וחצי, ואתם אומרים שצריך וצריך לעשות... צאו מנקודת הנחה שאני מבצע את תפקידי.

**דוברות:** אפשר להגיד את זה על כל דבר.

**יעל:** יש דברים רבים שאנחנו דנים עליהם בוועדה ולא יודעים מה קורה בשטח. הוא צודק ואומר שבחלק ניכר מההערות שלו אנחנו עוסקים בהן כבר שנה וחצי. הוא מרגיש הוא עושה, ויושבים פה אנשים... לא צריך לכעוס, אבל אני רוצה להעמיד דברים על דיוקם - המשרד עובד, יש מנהלת רפורמה.

**דוברות:** צריך להציג את זה מול הוועדה.

**יעל:** לכן אמרתי שלא נדון ברפורמה.

**דוברות:** נושא האשפוז הוא מרכיב מרכזי ברפורמה, אתה התפרצת לדלת פתוחה. אין פה עניין להקים תת-וועדה כדי לאסוף נתונים ושתגיד שיש מצוקה. זה ברור וידוע, וצריך לוודא שמנהלת הרפורמה, שאני מניח שעושה את זה אבל שתעשה חזק יותר, שתשים לב לנושא התשתיות שנשארות במשרד, ולכללי המשחק החדשים שיהיו של מכירת שירותים לגורם מבטח, איך זה מובטח באופן שוטף ולתת למשרד לעשות את עבודתו.

**יעל:** אתה אומר שלמעשה לא צריך להקים תת-וועדה?

**דוברות:** לא.

**דוברות:** אני ספגתי הרבה מאוד ביקורת מאנשי בריאות הנפש. הכרתי את האנשים והייתי בין אלה שהתנגדו להכנסת בריאות הנפש לסל, למרות חשיבות הדבר הזה מבחינת רצף הטיפול וכו', ולא בגלל דעתי אלא בגלל שהדעה בעולם אומרת שהקופות מתחרות על המבוטחים, והאחרונים שהן יתחרו עליהם זה חולי הנפש - אין להם יכולת שיפוט מה טוב ומה לא, וגם הם אנשים יקרים. מנכ"ל בארבה אמר שאני לא רוצה שידעו שאני טוב בזה כדי שלא יבואו אליי. הקופות יקבלו את הכסף הזה ויקדישו אותו לדברים אחרים כי אין על החולים האלה תחרות. תמיד אפשר לרמות, מה זה לצבוע... אין ברירה אלא להכניס לסל למרות שבעולם קורים תהליכים אחרים של הוצאה מהסל, שעדיף לטפל בהם בנפרד. אני סומך עליכם, אבל חשוב לדאוג שהכסף שניתן לקופות עבורם יגיע לחולים האלה ולא לדברים אחרים. הקופות מתחרות על אנשים שיותר רווחיים להם, והם הכי חולים והכי יקרים. איזה אינטרס יש היום לקופות להקדיש כסף לבתי"ח כדי שיטפלו בחולים האלה? אני לא אומר שהם רשעים, אבל אין להם תמריץ שיטפלו בהם באמת כמו שצריך. עדיף לקחת את הכסף ולעשות איתו דברים אחרים. צריך לוודא שהם יקבלו את הכסף, ויכול להיות שכל נושא התגמול לא צריך להיות במו"מ בין הקופות לבתי"ח אלא מנגנון מחירים מובטח, וברור שלקופות לא יהיה בו say. הוא יהיה בלי אפשרות להנחות ועם מדדים בדברים מסוימים. אני פוחד מממדדי איכות אבל פה אולי אין ברירה.

**דוברות:** אני רוצה להציג לוועדה את התמונה הכוללת ומה נעשה בשנים האחרונות. אין ספק שמדובר בקבוצה חלשה והרפורמה השקיעה בכך. הממשלה השקיעה 300 מיליון ש"ח, הגדילה את הסל במטרה לחזק את הקהילה בנושא הזה, וזה עובר ב - 300 מיליון ש"ח. משרד הבריאות טוען בצדק שצריך לפתח את השירותים עבורם



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בקהילה. כסף בנוסף שהושקע זה עוד 50 מיליון ש"ח עבור פתיחת מרפאות נוספות ומיטת אשפוז, וזה מגיע להשקעה כוללת של חצי מיליארד ש"ח, וזה גם מיועד לפתוח מרפאות בבתי"ח כלליים. זה מפחית את הסטיגמה כי זה שם, והאשפוז שם הוא ברמה יותר גבוהה מאשר בבתי"ח שמיועדים לאשפוז בבריאות הנפש בלבד. צריך להתרכז בהעברת הרפורמה בצורה הטובה ביותר. אני לא חושב שצריכה להיות מנהלת בראשות המנכ"ל ושתהיה כאן תת-וועדה שתשיג מטרה הפוכה.

**יעל:** אסכם ואומר שאנחנו תמימי דעים שהאשפוז הפסיכיאטרי נראה כמו החצר האחורית נכון לעכשיו. תנאי האשפוז אפילו במקומות היותר טובים בהם ביקרתי, הם לא טובים, החל מנוחיות ועד למה שעושים או לא עושים אחר הצהריים. יש וויכוח האם צריך לאשפוז בבתי"ח פסיכיאטריים ייעודיים או לבטלם ולהעבירם לבתי"ח כלליים, מתוך הנחה שכמעט כל מאושפז פסיכיאטרי יש לו עוד מחלה ואז זה יתרון שהוא שם, ואז הסטיגמה מתעמעמת. יש גם שיטות נוספות – פרופ' רוני גמזו קיבל החלטה לפני חודש על ניסוי של אשפוז מחוץ לבי"ח, לא אשפוז בבית אלא משהו מצומצם כמו בהוסטל. צריך להסתכל אל פני העתיד בתחום הזה ולא על מה שיש. צריך לבוא ולחשוב איך היינו רוצים שהאשפוז הפסיכיאטרי יהיה. כל עוד שאנחנו מטפלים בבריאות הנפש כרגע, זה לא נכון לעשות תת-וועדה נפרדת, אבל כן צריך לשבת צוות, או וועדה, שחושב רק על הנושא הזה של האשפוז הפסיכיאטרי, על צורותיו השונות ומה עושים בתקופת הביניים עד הרפורמה. אני מניחה שיחלפו 15 שנה ולא פחות, עד שנבטל את בתי"ח הפסיכיאטריים, וזה הרבה זמן להשאיר את המצב כמו שהוא, עד שנעביר הכל לבתי"ח הכלליים או לאשפוז חלופי כמו שמציעים. אני כן ממליצה שנקים תת-וועדה בתוך המשרד ואם פרופ' רוני גמזו ירצה, הוא יעמוד בראשה. מי שעוסק בנושא כרגע זה גבי לובין, ויש מכרז כרגע. אני חושבת שהוא זה שצריך לעמוד בראש הוועדה ת"פ המנכ"ל בשיתוף הקופות, ארגוני החולים, פסיכיאטרים, המועצה הלאומית והחולים וכל מי שעוסק בנושא, לבוא ולומר ולהעיר מהם תנאי האשפוז. אנחנו יודעים את זה, אבל לא כולם, מהי עלות יום האשפוז, אולי מעלים אותו. זה הדבר האלמנטרי שצריך לעשות, כי היום הוא לא ריאלי להערכתי. לדעתי, אם הוועדה תקבע - היא תוכל לקבל החלטות ליישום. אני מציעה שכל ההקדמה או האמירות הכלליות שאמרה טלי, ואני חושבת שכולנו מסכימים עימן, יאמרו כהתרשמות של הוועדה לאמירות האלה, וההמלצה תהיה להקים צוות ייעודי בתוך המשרד בהשתתפות כל הנוגעים בדבר, לרבות הקופות, פסיכיאטרים וארגוני החולים. הצוות יהיה בתוך המשרד כחלק מהרפורמה, ומבחינתי הוא צריך בתוך חודשיים להגיש מסקנות. כל הנתונים ידועים.

**דוברות:** בסיקור התקשורת של וועדת קן הסבירו שבת"ח פסיכיאטריים לא יכנסו תחת הרשות, וזה לא מופיע בדו"ח עצמו.

**יעל:** רונית אמרה לי שבועדה דיברו רק על הכלליים, ואין ספק שזה לא יכול להיות, צריך בוודאי גם את הגריאטריים וגם את הפסיכיאטריים. היא אמרה שלא דנו בזה כי כולם כלליים ורק שניים של הכללית, אז אין ניגוד עניינים. זה לא דומה לנושא אחר שבו כולם פרטיים. אין ספק שמדובר על רשות של מרכזים רפואיים ממשלתיים, ואי אפשר להשאיר בחוץ את הפסיכיאטריים והגריאטריים.

**דוברות:** בעצם ההפרדה המבנית וההרחקה של הציבור הזה מהקהילה, אנחנו משרתים את הסטיגמה ומאמצים אותה, ואולי האמירה צריכה להיות להחזיר את זה לקהילה באמצעות הרפורמה. זה המסר, שזה חוזר לקהילה.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** בריאות הנפש מטופלת ויש רפורמה, מוקדשים לזה תקציבים ברורים ויש לה גורמים מטפלים במשרד. האשפוז הפסיכיאטרי הוא בעייתי כי הוא עומד בפני תקופת ביניים, מפני שזה בין האשפוז הנוכחי לבין העתיד.

**דוברות:** כשאנחנו עשינו את הדיון בנושא רשות האשפוז אני הבנתי שאנחנו מדברים על בתי"ח הממשלתיים הכלליים, כי חשבנו שזו האלטרנטיבה הכי ישימה. הדילמה של להכניס גם את הגריאטריים והפסיכיאטריים הממשלתיים לא מוצתה, ואני לא חושב שכדאי להעמיס על ההצעה הזאת של הרשות כרגע, גם אותם. גם ככה יש קשיים והתנגדויות, ולהעמיס על זה עוד מורכבות זה עלול לסבך את התהליך. זה סוג שונה של בעיות.

**יעל:** אנחנו לא פותחים את הדיון על זה. ההחלטה כרגע הייתה על בתי"ח הכלליים, כך הצגנו את זה. רונית דיברה על כך במפורש וגם שאלתי אותה. בשלב הראשון זה בתי"ח הכלליים. אין ספק שלאחר מכן, לאחר שהרשות תקום, צריך יהיה בהחלט לדון ולחשוב גם עליהם. זה לא בשלב הראשון. נעבור לנושא הבא.

**דוברות:** אנחנו עוברים לחלק השני שלנו היום, שזה מצגת בנושא ביטוחי הבריאות.

### **\*\* מציג שני בפני הוועדה: דר' שלומי פריזט. ביטוחים חלק א'. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**דר' שלומי פריזט:** אסכם את הממצאים שלנו עד כאן מבחינה עובדתית. הבאתי עובדות שחשבתי שיעניינו את המליאה. קצת דברים שהם לעומק הנתונים כדי לראות את התופעות ברמת המקור. יש 2 דברים שצריך לקחת בחשבון – מערכות הנתונים של הקופות התקשו מאוד להפיק נתונים זה under statement. לדעתי, קופ"ח לאומית הייתה מצטיינת בעניין הזה, כמעט קיבלתי את זה בפתקים... מקופ"ח מאוחדת 95% ממה שביקשנו היה אצלנו תוך שבועיים. מכבי וכללית עשו מאמצים, אבל עדיין מגבלות הנתונים שיש במערכת ושניתן להפיק הן פשוט פנומנוליות. חברות הביטוח מצד שני, שבהתחלה די סירבו לשתף פעולה, אחרי ההתערבות של אגף שוק ההון העבירו הכל, וזה נמצא אצל שרונה שכרגע עושה אגרגציות ואתמול קיבלתי את ההתחלה של זה. כרגע אני אומר את זה כמי שעסק ברגולציה בחיים שלו. היום עמדתי האישית היא שאין שום אפשרות לבצע רגולציה אפקטיבית ברמת המידע הקיים במערכת היום, לא יודעים מה קורה. אראה לכם דברים שישכנעו אתכם כן או לא. אתה קובע כלל, בודק שהוא מתקיים ואוכף במקום שבו הופר הכלל. כלל אתה יכול לקבוע, אבל את כל השאר לא. אתה לא יודע מה קורה. מבחינת רמת ה- data שקיים, לא פיזית, יש בעיה של design.

**דוברות:** נתת להם חודשיים, זה חשוב. למכבי היה חודש, צריך להזכיר את זה, לא לכולם היה מספיק זמן.

**דר' שלומי פריזט:** קצת נתונים כדי שנדע – ל – 76% יש שב"ן, וזה ממוצע שיש לו שונות באוכלוסייה – פירוט במצגת. המגזר היהודי שונה מהלא-יהודי. מתוך האוכלוסייה היהודית, מתוך מכבי, היהודים ששייכים למכבי, 86% מהם יש להם רובד אחד לפחות של שב"ן. במגזר הלא-יהודיים זה נראה הרבה פחות. במובן מסוים צריך לשאול כאן 2 שאלות – למה כל כך הרבה אנשים קונים שב"ן? אם זה בסדר וחשוב ובסיסי, למה כל כך הרבה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

נשארים בחוץ? אם זה לא חשוב מצד שני, למה זה must have אצל היהודים מצד אחר? ואז מה קורה באוכלוסייה הערבית? למה הם אומרים שהם לא צריכים או לא רוצים?

**דוברות:** זה מנטרל מצב כלכלי?

**ד"ר' שלומי פריזט:** זה גולגולות.

**דוברות:** זה מתוקן?

**יעל:** שלומי תמשיך. יהיה זמן להעיר הערות בסוף.

**ד"ר' שלומי פריזט:** מבחינת הכנסות-הוצאות שב"ן שאנחנו מכירים – במצגת. יש chunk מאוד גדול של ניתוחים מבחינת בחירת מנתח, שלוקח הרבה מתשומת הלב בנושא הזה, מבחינת שימושים, היקפים או סוגים משתנים בין מחוז למחוז. אם רואים לפי מחוז כמה תביעות לנפש יש, יש קצת שונות על פני הזמן. בדרך כלל הדרום והצפון יהיו למטה יחסית, ושרון ומרכז למעלה יחסית. זה יכול לבוא מכמה דברים – ידע לממש את מה שיש להם, נגישות לתשתיות, וזה בא לידי ביטוי בהיקפי שימושים.

**דוברות:** גם היכולת לשלם.

**דוברות:** לא, כי כבר יש להם ביטוח.

**ד"ר' שלומי פריזט:** בכללית החלוקה היא קצת אחרת, אבל היחסים בין המחוזות הם 1:1.5, חיפה נמוך, ירושלים קצת יותר גבוה. יותר מעניין זה הנושא של הבדלים בשימושים על פני המדינה. זה משתמע גם על פני אוכלוסיות כי חלקן גרות בצפון ובדרום. מבחינת שימוש באוכלוסייה הבוגרת בביטוחים מסחריים, מכון ברוקדייל הביא אינדיקציה של 16% במגזר הערבי, ויש פער גדול גם שם לעומת היהודי, ויש כאן חלוקה לביטוח קבוצתי ולפרט – במצגת. דבר שאנחנו מכירים ובעייתי בעינינו זה יחס תביעות בענף הוצאות רפואיות. זה מספר גבוה בהשוואה לשב"ן, זו פוליסה מתחדשת. יש LOSS RATIO יחסית נמוך מאוד בביטוחי הפרט ואנחנו חושבים שזה בעייתי. אגף שוק ההון בונה ניתוח של הדבר הזה כדי שנוכל להשוות לדברים אחרים, כי הוא לא פוליסה מתחדשת. צריך לבדוק כמה זה נמוך וכמה זה בעייתי, אנשים משלמים הרבה ומקבלים קצת בחזרה.

קצת על ההוצאה הפרטית לביטוחים כדי לראות אומדן למה זה נעשה, כהשפעה מרכזית של ביטוחים בשב"ן ומסחריים – אומדן העלות הוא בין 45-50% מהעלות לאשפוז. אם מורידים קצת מהביטוחים המסחריים, פוליסות משלימות שב"ן שהן לא ניתוחים בעצם ואפשר להוציא אותן החוצה, אז מקבלים אומדנים לגבי עלות האשפוז – במצגת. בסך הכל זה מגיע לסכום נורא גדול שנחסך מהסל לכאורה, כי עלות טופס 17 יושבת בשב"ן מהשקל הראשון. אבל תגידו שלא כל הניתוחים קורים בסל, יש שם בקרה יותר טובה, בקרת עמיתים וכו'. אבל גם אם נחתוך את המספר הזה, עדיין יש שם 600 מיליון ש"ח. השאלה מה עושה המספר הזה? ליד המבוגר האחראי של מערכת הבריאות, שזה הקופות בסוף, חלק גדול מהניהול השוטף והקצאת המקורות נעשו על ידן, ושמן לאותו מבוגר אחראי, לאותו מנהל בפועל מבחינת ביצוע מדיניות, שמנו לו תירוץ מאוד גדול להסיט אנשים לפרטי - פעם אחת לגרום להם לקנות אותו ופעם שנייה לגרום להם או לא למנוע מהם להשתמש בו, ומדובר בהרבה מאוד כסף



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

במונחים שנתיים. גם חצי מהסכומים האלה יוצרים תמריץ מאוד גדול לקופה להסטה. אלה דברים שהוא מדבר עליהם – למה רואים הסכמי SLA לקיצור תורים בבתי"ח, ויש בעיית תורים בחלק מהפרוצדורות? היינו מצפים מהקופות, כחלק שאחראי על האיות, שיטפל בבעיה הזאת. היא לא בוחרת להגיד תן לי הנחה יותר קטנה, אבל תן שירות יותר טוב בבי"ח. חלק מהתופעה מוסבר בזה שלקופה יש תמריץ כספי להעברת פרוצדורות שאפשר, להעביר לפרטי. הם מקבלים אותו בקפיטציה ומעבירים לפרטי, וזו מערכת שעוברת רגולציה במלמעלה. אנחנו יודעים כמה כסף יש בשב"ן, אבל התוצאות והמנגנון הם לא מפוקחים לגמרי. כדי לנסות לשכנע אתכם, אלה הנתונים של מכבי, 20 הניתוחים הכי שכיחים בשב"ן, כמה מבוטחים בסך הכל יש להם וכמה מתוכם בשב"ן – אז תראו במצגת. הרמתי טלפון היום בבוקר כדי לוודא את המספרים האלה עם חניאלה ממכבי. האחוזים הם מאוד משמעותיים, והיא אמרה שזה נשמע לה סביר. אם המערכת מפוקחת אז אנחנו הפרטנו אותה. אם המילים "השב"ן נמצא ברגולציה קפדנית" הן נכונות, אז זו תמונת המצב. יש ניתוחים שאין להם DRG ואז זה לפי ימי אשפוז וזה עושה רעש ב - data, אז גם אם זה קצת פחות אנחנו מרגישים יותר טוב? זו בעיה רגולטיבית, כי אם יש חשש להסטה, אתה רוצה לשים לב מי מסיט ולאן. למכבי יש בי"ח פרטי, רופאי ייעוץ בקהילה של מכבי רשאים להפנות לניתוחים ולעשותם לבד להבנתי.

כשאנחנו מסתכלים על אותו סוג של data, אם נסתכל על 20 הניתוחים השכיחים בסל, אנחנו רואים את הקטרקט שוב עם 70 ומשהו אחוז שעדיין יחסית גבוה, יש פה קצת רעש, אבל אלו מספרים יותר נמוכים ולא 90%, שזה בלתי סביר. אנחנו עדיין רואים כמה דברים – בכריתת שקדים בכללית יש בעיית תורים, אבל אין כל כך הרבה שימושים, כלומר כשהקופה רוצה לטפל בבעיית מסוימת, היא יודעת. אנשים לא מחכים כל כך הרבה, הם היו מפעילים שב"ן אם זה היה המצב. בניתוחי לב, לרבות מעקפים, השימושים הרבה יותר נמוכים לעומת דברים קלים כמו כריתת שקדים. למטה זה ניתוחי סל שלא באמת יש בהם נוכחות שב"נית משמעותית. שכחנו את מערכת הניתוחים הפרטית שהיא שמה עוד כמויות. מתוך סך ההרניות, אם מכבי זה 90% והכללית זה 40%, יש תוספת של הרניות שאנחנו לא רואים אותה, כי ה - data יושב במקום אחר. אז צריך לשים לב שיש עוד כמויות של ניתוחים והמערכת הפרטית בדברים האלה היא די גדולה, ויש ניתוחים שבהם היא כמעט ה - main stream. אם ל - 80% יש שב"ן, ומתוך ניתוחי הסל של כללית בהרניה או קטרקט יש 70% שמבצעים בפרטי, יש לנו אינטגרציה בין המערכות כבר, היא נותנת שירותי סל כמעט לגמרי. זו נקודה לגבי עומק הבעיה או איך נראית מערכת בוערת. מערכת של מכבי עם 90 ומשהו אחוז עם ניתוחים נפוצים בשב"ן, זה נראה לי מסובך להגיד שהגענו לשם ביוזעין, זה נראה שזה ברח. יש שאלה שהטרידה אותי הרבה – האם בסוף אנחנו נמצאים בעולם של בחירת מנתח? שיח של זכויות זה העניין? האם אנחנו בעולם של בחירת חולה? כשהרופא במכבי רואה אותך בקהילה הוא יכול להפנות אותך לניתוח אצלו, והאם זה בסוף קיצור תור? האם אנחנו משרתים בכסף הפרטי הענק הזה ערך עליון גדול וחשוב? ובאיזה תמהילים? אז אנחנו רואים בנתונים הסטה משמעותית מהציבורי לפרטי.

**דוברות:** באותם ניתוחים שהראית, במקום שהפרטית רוצה את זה היא מסוגלת לקרוא אליה. התמריצים הכספיים של הקופה ושל הרופא ושל ביה"ח, כי הקופה לא אוכפת משהו אחר, זה לא כדי למנוע את הדברים האלה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ד"ר שלומי פריזט:** במצב שנוצר בקופות יש היעדרות בכירים ותשתיות, נוצרים תורים כי לאף אחד אין אינטרס לעצור את זה, ביה"ח לא יחתום על זה וגם הקופה לא כי זה עושה לה כסף. הרופא ישמח לקבל תוספת לא בגלל שהוא לא בסדר, אלא כי אנחנו אנשים, ותמריצים כלכליים עובדים ואי אפשר לשכנע אותי אחרת. איכות השירות יורדת, ושכר מנתח עולה – ממשיך במצגת. עלויות בשב"נים של ניתוחים כלפי זמן - מרגיש שאנחנו בתוך גלגל שהולך ומתעצם ולא נשלט היום, וזה מסר מרכזי. חלק מהנתונים פה אני לא חושב שהיו קודם. עיקר המימושים זה ניתוחים עם אופי ציבורי. יש הרבה מאוד מימושים בניתוחים שבהם מאוד משנה המנתח, כמו אסתטיקה. אבל בניתוחים כבדים יחסית שיעור בוחר המנתח הוא קטן. אם הניתוח מסובך מספיק - אתה מעדיף את הציבורי. מצד שני, כשאני מנסה לקבל מהקופות הסברים איך אני מקבל תור בשקדים, אף אחד לא מבין את זה. הסבר של קיצור תור הוא מאוד משמעותי. זו התרשמות אישית שלי ואין פה אנליטיקה של גורמים. התמריץ של בחירת חולה, כמו שאנחנו עלולים לראות במכבי, וקיצור תור בשב"ן, משקלם יותר גדול מאשר בחירת מנתח כערך לכשעצמו. זה לא שהוא לא קיים, אבל במאסות הגדולות הוא לא שם.

נתון מוזר אחר הוא שיעור המימושים – מתוך אנשים שיש להם שב"ן, יש בכל זאת כאלה שעושים בסל. מסתבר שכ - 65-70% מאלה שעשו בסל יש להם שב"ן והם לא הפעילו אותו - מה קרה להם? הם לא רוצים לבחור מנתח? יכול להיות, ואולי הם קיבלו תור קצר וזה בסדר להם, אין להם בעיה להינתח בציבורי, ויכול להיות שהם לא ידעו. מישהו שלא יודע או לא מצליח לממש כי זה שיעורים מאוד גבוהים, וכל מה שהם צריכים לעשות זה ללחוץ על הכפתור.

**דוברות:** יש השתתפות עצמית שאתה שוכח...

**ד"ר שלומי פריזט:** יש ניתוחי סל מובהקים וניתוחי שב"ן מובהקים, ומתחיל להיות split כזה. אנחנו במערכת פרטית- ציבורית אינטגרטיבית כבר היום. הרעיון של השתתפות עצמית הוא טוב, וזה לא היה לי בראש.

סוגית הסדר והחזר - ההחזר מאפשר גישה אינסופית למרחב הייעוצים. אתה מקבל כסף ותעשה מה שאתה רוצה. זה משאיר את הפרט, שהוא עורך המו"מ הכי פחות מוכשר ואין לו ניסיון במו"מ על קבלת שירותים רפואיים כמו חברת ביטוח או קופה, אז הוא נשאר מול נותן השירותים. במכבי, שעושה הרוב החזרים אצלה, סכום חשבונית ממוצעת זה 800 ש"ח. כשאנחנו רואים את ההסדרים של הכללית, 100 ש"ח למבוטח ועוד 400 ש"ח מהקופה, יש פער מחירים לא מבוטל שיכול להשתמע לשני תחומים – יש רופאים שהמחיר שלהם יותר גבוה, ומכבי כמעט הכל עושה החזרים אז זה לא הסבר. שנית, ברגע שאתה משאיר את הפרט לעשות מו"מ - הוא משלם יותר. הם לוקחים את המחיר שלהם פלוס משהו. לפחות המחשבות שלנו וההצעות שלנו, וזה לא מודל סופי ומגובש אלא לדיון, מתחילות מהקביעה שיש ב - data - אין מספיק נתונים כדי לעשות ניתוח של השפעות שליליות של השב"ן, אבל אנחנו רואים קיום של הסטה שפוגעת בשירותים ובאיכות המערכת הציבורית בסופו של דבר. זה מודל לדיון שחייב לבוא יחד עם צד האספקה. שניהם צריכים לנגן יחד, וזה שצד האספקה נדון במליאה זה קשה, אבל יש מספיק חברי וועדה מהמליאה גם בביטוחים וזה מתכנס, והם שמים בחשבון את מודל האספקה. מרבית חברי הוועדה תומכים בעקרונות שאציג – טבלה במצגת. יהיו מקומות שאגיד שיש מחלוקות, אנשים שחושבים אחרת.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

## דוברות: אל מול מה אתה בוחן כל מודל?

**ד"ר שלומי פריזט:** את מסגרת הבעיות הצגתי בפעם הקודמת, אז את זה חסכתי. אנסה לקשור את הדברים. החלק הראשון הוא נושא הכיסויים, ונשמע קול אחד לפחות לביטול בחירת מנתח בשב"ן. כמו שאמרנו בפעם הקודמת, נושא שבניגוד לקופות שקובעים להן סל והן מתחרות על איכות, השב"ן קובע את ההיצע שלו ושאלתנו הייתה איזה מטרה הדבר הזה משרת - האם זה משרת את מה שאחנו רוצים או שזה מבטא ריצה למקומות פחות רפואיים, ויותר דברים שקונים אנשים צעירים ובריאים? כשאתה נותן להם לקבוע תמהיל שירותים והוא לא נקבע לבד, ברגע שהם יכולים להשפיע על התמהיל, יש להם העדפה והם לא אדישים לגבי מה שהם מציעים.

לגבי הנושא של כתבי שירות, כולם הסכימו שכאשר חברות ביטוח מוכרות סל שירותים מובטח או קיצור תור, כולם הסכימו שאין לזה מקום במערכת, ושצריך לקבוע החלטה כוללת - אם מותר אז מותר לכולם ואם אסור אז לכולם. זה נראה לנו דבר שלא במקומו.

סוגיית הרבדים וה- bundle של השב"ן – השב"ן כיום נמכר כמקשה אחת עם היצע רחב של שירותים בכל רובד. מבחינה אפקטיבית, תוספת של שירות לאותה חבילת בסיס לא באמת מעמידה את הפרטים בפני בחירה אפקטיבית האם הם רוצים את השירות הזה - כן או לא, כי השב"ן נותן הצעה של take it or leave it - אתה לא רוצה? אין בעיה, לא תקבל גם דברים אחרים. זה מנגנון שמאפשר כניסה של שירותים על השוליים שאולי אין להם צורך או ביקוש של הפרטים, ומעצם זה שכולם נרשמו לזה אי אפשר ללמוד מזה על השוליים. אולי הם לא היו קונים את זה אם היו נותנים להם את האפשרות. פעם שנייה - השב"נים בינם לבין עצמם, זו ההתרשמות, אין מעבר בין הקופות בגלל השב"נים. יש מעבר כאשר יש ארביטראז' בין שב"נים, אבל זו לא תחרות על איכות אספקת השירותים שאנחנו מדברים עליה. היינו רוצים שאם איכות השירותים בשב"ן היא א', אז היית עובר לב', אבל זה אומר לעבור קופה. צריך לוותר על כל זה כדי לעבור שב"ן. יש מחלוקת האם צריך לנתק שב"ן מקופה. המחשבה הייתה קצת לאוורר את המערכת הזאת כדי לתת לפרטים זכות בחירה אמיתית במה הם רוצים ובמה לא. מוצע לקחת את השב"ן ולרבד אותו ל- 3 תכניות בלתי תלויות – ניתוחים וייעוצים, טיפולי שיניים, הריון, סל תרופות, התפתחות הילד – הרפואיים וכל היתר, ואפשר לקנות בנפרד ואני יכול להחליט מה אני רוצה לקנות. מכיוון שאנחנו יודעים שאין תחרות היום על מבוטחי שב"ן מכבי מצד כללית, זה לא מכתוב מה היא תעשה ובאיזה איכות היא תספק את שירותיה, אז חשבנו שאם לא מנתקים את הזיקה בין הקופה לשב"ן אז לאפשר למסחרי להיות התחרות הזאת, כדי לשמור על איכות השירותים במערכת. ליצור פוליסה זהה בשב"ן לא נצליח ככל הנראה, שתהיה חובה למכור אותה והיא תהיה כמה שיותר זהה לשב"ן, ואפשר יהיה לעשות כמה שיותר דברים. לשם כך הפרטים לא יצטרכו לקרוא 3-4 פוליסות שונות ולהשוות, הם לא יודעים לקרוא את השפה ומה תמהיל השירותים שהם יזדקקו לו. כשאני צעיר, אני לא יודע עדיין באמת מה אני צריך, ושחברות הביטוח ישמשו תחרות לרובד הזה בשב"ן, ושכל השאר יעשו מה שהן רוצות. כאשר מבצעים וצריך לקחת את זה בחשבון, יש פה עלויות תפעול מאוד גבוהות. יש לו עכשיו פוליסות ניתוחים אז מחר בבוקר הוא יהיה רשום לשלושת התכניות, ואם יש לך - אז תצא. לא בטוח שזה המודל המועדף עלינו, לפחות בפוליסת הניתוחים. אולי כדאי שם לעשות opt-





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

In - מי שיש לו זכויות לא מאבד תקופת הכשרה וכל זה, אבל הוא צריך להגיד "רוצה אני" מחדש. זה מאפשר תחרות בין הקופות לחברות הביטוח, ואולי נגלה שהרבה פחות אנשים רוצים את זה ממה שחשבנו. אפשרות אחרת שלא מצריכה את המערכת הזו, תגיד את הדבר הבא - אגף שוק ההון מציע עוד אפשרות - אנחנו לא מצליחים לפצח את ביטוחי הפרט, שכל אדם יבחר בו, התחרות, המחירים והמעבר לא נראים לנו, אבל מצד שני הקבוצתי מתנהג ממש טוב. בואו נבקש מהמדינה שהיא תהיה בעלת הפוליסה ותוציא אותה למכרז על אזרחי המדינה בלי החרגה ובלי חיתום ובסל שירותים שנתנה המדינה. רק בניתוחים וייעוצים, כי לא מצליחים שם לפצח את הפרט לעומת הקבוצתי. זה לא שיש משהו אינהרנטי ב - LOSS RATIO של 30%. אם לוחצים אותם מספיק טוב הם גם עושים 87%. אז מצאנו את הבריון הכי גדול בשכונה וזה המדינה. צריך לקבוע ולהאחיד מהי פוליסת ניתוחים, כדי שהפרט לא יתחיל לספור מה נכנס ומה לא, ומה כדאי לו. שהמדינה תגיד מה היא רוצה לראות שם, ושחברות הביטוח יתחילו להציע ואז לאפשר לקופות להשתתף, או לחל"צים אחרות כי זה לא לכל החיים, תרצה - תקנה, או שלא. במובן הזה זה ישמור את עקרונות אי ההחרגה וכן הלאה.

**דוברות:** יהיה יותר מזוכה אחד?

**ד"ר שלומי פריזט:** כן, זה כבר עניין נציבותי. אני רוצה לרגע לצאת מהרף של הדבר הזה ולהגיד איפה עדיין נשארת חלק מהבעיה - בכך שהקופות עדיין נשאר להן תמריץ כספי להסיט בכל אחת מהנקודות האלה. ככל הנראה, פתרון אפשרי להסטה שיהיה בדרכי מימון יהיה בלתי אפשרי, וצריך מודל אספקה משלים לטפל בעניין הזה. הצענו לקנוס את הקופות על כל אדם שיפנה לשב"ן, והוא בא ואמר מה אתה עושה? אם אתה קונס את הקופה לאן הולך הכסף? זה יפגע בקהילה וביעילות הפיננסית של הקופות, ואני לא רוצה את זה. מצד שני, הקופה כמנהלת המערכת שיושבים על הסכמים עם הרופאים ובתיה"ח, צריך להיפטר מהתמריץ הזה להסטה לפרטי במידה שזה קיים לה. לכן יש מחשבות איך אפשר להטיל עונשים או קנסות על השוליים, להעביר את הכסף לקופות אחרות אולי - מי שבשב"ן שלו השתמשו אנשים, הוא נענש בהעברת הכסף לקופות אחרות שנתנו שירות טוב בציבורי. לאנשים אין אידיאל פרטי - תן להם מספיק טוב בציבורי, הם יעשו את זה. אלה שהם die hard, לא משנה מה תעשה - הם יקנו בפרטי. נניח שחלק מהאוכלוסייה יבחרו בפרטי לא משנה מה יהיה, אבל מהשאר צריך למשוך חזרה את הכסף שיישר את המערכת. היא יודעת לעשות את זה, אבל כרגע אין לה תמריץ.

לגבי מנגנון שינוי תכולה - כאן יש חוסר שביעות רצון מהמנגנון שקיים היום, ויש הסכמה של רוב חברי הוועדה בעניין הזה. יש רצון להוסיף התייעצות עם משרד רלוונטי על הוספה והרחבה של כיסויים, מכיוון שבמודלים הקיימים היום יש לחץ בקופה להוסיף דברים. רוצים להחליט בזה ולהציג חזית רגולטורית רחבה מבחינת היקף השירותים שלא יגדלו, מבחינת היקף הפרמיות שלהם. לגבי הביטוח המסחרי, בהתייעצות עם משרד הבריאות לגבי תרופות. בכל אחד מהמודלים, הפוליסה נקבעת על ידי אלמנט התרופות גם ככה. ניתוחים בכל אחד מהחלופות נקבע - אם זה במדינה, זה נקבע גם ככה. וועדת סל-שב"ן שתשים עין ותשב על המספרים אם זה עונה על המטרות ולא פוגע ביציבות, לעבות את מנגנון הפיקוח על השב"ן כי הרגשת החברים בסופו של יום היא שזה גדל יותר ממה שהתכוונו ולא עושה את מה שהתכוונו, לצד הרבה דברים חיוביים. זה מרחיב תרופות ונותן טיפולים פיזיותרפיים יותר, וזה מצוין, אבל מבחינת ההסטה זה עושה מה שלא רצינו שיעשה. רצינו לתת לאנשים





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לבחור, והגענו להפרטה של המערכת. הוא מאוד התעקש על אחידות בקבוצות הגיל לצורך קביעת הפרמיה, כדי שאפשר יהיה להשוות מי שרוצה לעבור. לגבי שתי התכניות האלה - שהמדינה תגיד מה היא רוצה פה ופה, בניתוחים ובפרופאייס, ושהקופות יגידו כמה זה עולה וזה בסדר. אם אני חושב שמכבי לוקחת לי על אותו דבר יותר מדי, אני יכול לעבור, או שאיכות השירותים שם יותר טובה ואז אני עובר לשב"ן שלה, למרות שאני מבוטח של קופה אחרת. להשתיק את התחרות על מגוון השירותים כמעט, ולהגיד זה מה שאתם צריכים לספק ותגידו כמה זה עולה, תגידו לי גם באיזה איכות אתם נותנים את זה - זה מה שיקבע את ביקוש הפרטים. אנחנו מציעים להעתיק את מודל התחרות בשב"נים לכאן וגם לכאן. גם חברות הביטוח עושות את זה. הן יציעו מה שמוכר ולא בהכרח את מה שהפרט צריך, וזה לא חייב להיות אותו דבר.

הנושא של הגדרות אחידות - צריך לעשות איזושהי האחדה, שתהיה האחדה בין הפוליסות בהגדרות שלהן, מה זה אומר מחלה, אירוע ביטוח, מה מכוסה, שזה יהיה אותו דבר, כי אנחנו מתקשים להאמין ביכולת הפרטים לנתח את מרחב המידע הזה. אפשר לספק להם אותו, אבל אנחנו לא מאמינים ביכולת לנתח אותו באופן שוטף. אולי לעשות את זה פעם בשלוש שנים. ברגע שההגדרות הן אחידות וזה לא אומר כל פעם משהו אחר כי אין בזה ערך תחרותי או משהו, יש לזה המון חשיבות בהאחדת ההגדרות.

סוגיית הסדר-החזר - פה יש עמדה של חברי הוועדה שעומדים מאחורי המודל הזה ללכת רק להסדר לרבות מה שזה אומר - יש חוזה בין הקופה לספק השירותים ואתה לא קונה איפה שאתה רוצה. פה מתחילות שתי בעיות - במשחק חוזר אנשים שיש להם מספיק ביקוש ירצו לצאת מההסדר וללכת להחזר, כי זה מאפשר להם לעשות מו"מ מול הפרט ולא מול הקופה. שיעורי ההחזר לא כאלה גבוהים, וזה לא ביטול נפח גבוה של הפעילות. אם חברות ביטוח יוכלו להציע הסדרים כולם ירצו לשם, ולכן ההצעה היא לכפות רק הסדר גם בחברות הביטוח. אבל אז מה קורה לקופה קטנה שלא יכולה להגיע להסדר? אז יכול להיות שתהיה גמישות לתקופה כלשהי, תינתן אפשרות לעשות החזר עד לרף מסוים. לעשות מזה סיפור גדול זה לא טוב, אז אולי אפשר לעשות שיתופי פעולה.

**דוברות:** כמו פול של חברות שלא יכולות לעמוד בפני זה...

**ד"ר שלומי פריזט:** לכן צריך לתת להם גמישות בדבר הזה. במצב שיש רק החזרים עלול להיווצר מצב של חתימה על הסכמי בלעדיות, בידול באמצעות רופאים שיש רק להן. השאלה היא עד כמה באמת בזמן קניית הפוליסה אתה יכול לדעת איזה סוג של פרוצדורות ומומחים אתה תצטרך כדי לקבל החלטה? כמה זה משקל גדול במערכת השיקולים של הפרט? כל אחד יגיד שאצלו הכי טוב, אבל השאלה היא מה יחליט הפרט? בעניין הזה אנחנו חושבים שהציבור יכול להיות עם זה. אנשים עושים בחירה באפס ואנחנו לא רוצים את זה, יש לזה ערך בשינוי התנהגות. המערכת חייבת להבטיח שמי שרוצה לשנות התנהגות, יש לפרט אופציה קיימת לעשות את זה.

אם אני קופץ להשפעות חיצוניות של המערכת הציבורית - נלקחים הרופאים, מתארכים התורים, כל מה שהפרטית יוצרת על הציבורית כהחצנה. נאמר שצריך לעשות קנס, שישלמו, שמיסוי מתקן התנהגות. בעניין הזה יש קצת מחלוקת ואני מהצד החולק. כל עוד הפרטים לא באמת יכולים לשנות התנהגות, ואם האלטרנטיבה היא לשלם יותר ביוקר אבל לעומת זאת לחכות הרבה יותר זמן בציבורי, אז אין לי אופציה. אני מוכן לשנות התנהגות,



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אבל תנו לי תור יותר קצר. אין בעיה עם מי שמייצר את ההשפעה החיצונית שישלם את ערכה, אבל מי שמבין את המחיר המשקי ואומר אני לא רוצה לעשות את זה, אז תנו לו אופציה אחרת, אבל השאלה מה בא קודם? מס או פרס? צריך לעשות מנגנון קיצור תורים שפועל לפני המיסוי ואנחנו מנסים לגבש את זה בוועדה, כזה שמאפשר פנייה לאזרחים כמו "תאמינו לנו יהיה בסדר עוד שנה-שנתיים אם ניקח מכם עכשיו יותר", זה נשמע בסדר בשווקים אחרים.

התחשבות סל-שב"ן – אנחנו מסכימים שהסל הציבורי לא צריך לשלם את הפרטית, את הטופס 17, זה רעיון נכון שמכווין התנהגות. מי שעושה דרך הפרטית שיעשה מהשקל הראשון. הבעיה עם זה היא שהאידיאולוגיה נשארה כי בקפיטציה נמצא הכסף. אנחנו לא יודעים עוד לפרט את המנגנון ולומר נעשה את זה ככה או אחרת. אנחנו עוד לא מגובשים כדי להציג משהו כאן.

בנושא שב"ן-מסחרי או סוגיית כפל הביטוח – אם אנחנו עוברים למודל שבו אין או לא יכול להיות כפל ביטוח, ואם זה יקרה צריך להגיד להם בצורה חזקה, מפה והלאה נפתרה הבעיה, אבל יש לנו מלאי אחורה של פוליסות שצריך לטפל בהן, ואנחנו מציעים שיבוב דו-צדדי במחירון נורמטיבי – לא פתיחת ספרים אלא רשימה מוסכמת. עושים את זה כבר היום בניתוחים בחו"ל – יש רשימה, בודקים כמה כל אחד עשה והכסף עובר. אז כן לשים על הביטוח המסחרי את העלויות שהוא מייצר לשב"ן, בין אם הוא אומר לרופא או לחולה לעשות את זה.

לגבי ייעוץ – סוגיית הייעוץ שמשמשת להפניית המבוטחים. לא מצאנו מנגנון מימוני לפתור את זה, חשבנו על בקרת עמיתים שזה צד האספקה, אבל אנחנו לא מספיק מומחים בזה. הייעוץ עושה שני דברים – מקצר תור וזה גם חוות דעת שנייה. אם אתה רוצה ללכת ליעוץ, תראה קודם gate keeper בקהילה. היום זה חוות דעת ראשונה בעצם, והיא משמשת לקיצור תור וזה דבר שאנחנו לא רוצים. אנחנו רוצים לשים בפוליסת השב"ן חוות דעת שנייה בלבד במסגרת הזו, ויש מצבים שבהם הרופא יכול להפנות אותך לניתוח. במכבי זה יכול לקרות, זה חוקי וקורה. אנחנו מבינים את הבעיה, וחושבים שזה מנגנון לא טוב שיוצר ביקוש שנוצר על ידי ההיצע בסופו של דבר, אבל אין לנו מנגנון מימוני כדי למנוע את זה. חלק מהאפשרויות זה איסור על מי שנתן ייעוץ בקופה לנתח במחוז אבל זה לא צד המימון אלא האספקה, וצריך שם פתרון.

לגבי ה – LOSS RATIO בפרטי – בכפוף להשלמת הבדיקות של אגף שוק ההון, אם זה לא מתיישר אנחנו רוצים פיקוח. כפל ביטוח להבנתנו טופל בכל מקרה.

קשר בין חברות בקופה לשב"ן – פה הדעות חלוקות, רק אני חושב בוועדה שצריך לנתק. בתת-וועדה אני מיעוט. כשהמטרה היא לעודד תחרות בין הקופות בינן לבין עצמן, ויש תחרות ב – boost אמיתי בין השב"נים, ולא מי מציע עוד שירות יותר טוב או פחות טוב.

נושאים נוספים – הנושא של הצטרפות, הצטרפות אקטיבית לניתוחים, להגיד "אני רוצה", הסכמה של בן אדם. לעשות רגולציה על שיווק, שאסור להגיד שהאיכות של הרופאים או שהסל הציבורי זה לא טוב. אלה דברים שעלולים ליצור אצל המבוטחים רושם שאספקת השירותים בציבורי היא לא באיכות מספיק טובה, ואנחנו לא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

רוצים שזה יהיה. בדרך כלל אומרים שצריך אמת בפרסום. אני חושב שהמידע למבוטח, אין עליו חולק על חשיבותו ועל ההנגשה שלו. אני חושב שמידע לרגולטור הוא קריטי אם אנחנו רוצים להאמין במה שאנחנו עושים, אנחנו לא יודעים כמעט כלום. אני רוצה להודות לחברי הוועדה על העבודה הרבה וההשקעה בוועדה.

**דוברות:** חשוב מאוד להודות לשלומי על ניהול הוועדה. הוועדה התנהלה בצורה לא פשוטה ופה ראוי לציין את ההובלה והמנהיגות של שלומי. למרות כל הקושי, הוועדה הגיעה בסוף לסיכומים מקצועיים מאוד. חשוב להגיד ששלומי גם הצליח להביא לוועדה נתונים שלפי דעתי לא היו למשרד הבריאות, וגם אנחנו במשרד האוצר, למרות המאמצים לא הצלחנו להשיג את הנתונים.

**\*\* מציג שלישי בפני הוועדה: פרופ' גבי בן נון, ביטוח משלים ומסחרי. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

**.(POWERPOINT**

**פרופ' גבי בן נון:** אנחנו מסכימים על 80% מהסיכום. אני לא מסכים על נושא בחירת המנתח בשב"ן. יש היום יותר עומק וכסף בביטוחים, הם יותר דומיננטיים במערכת הבריאות הישראלית. זה כבר 34% מההוצאה של משקי הבית על הבריאות. צריך לוודא שזה מה אנחנו רוצים שזה יהיה. שלומי ציין את הבעיות בדיון הקודם ודילג עליהן הפעם, אבל תמיד למול עינינו צריכים לראות את הבעיות ואת הפתרונות. כל פתרון יכול ליצור בעיות אחרות. אני רוצה להתמקד בנושא של בחירה, כי בכל השאר אני מסכים עם שלומי. יש לנו כ- 6.5 מיליארד ש"ח, שזה הוצאות משקי הבית לרכש ביטוחים פרטיים, שזה משלים ומסחרי יחד – מתייחס למצגת. סדר גודל ענק של כסף שבו הביטוח הפרטי המשלים או המסחרי שהוא הטופס 17, וההתחשבות הזאת יוצרת הרבה מאוד בעיות למערכת. עוד דבר אחד – היכולת לממש את הזכות הזו מותרת רק בבתי"ח פרטיים ורק בבתי"ח בירושלים ולא בשום מקום אחר. בחוסר השוויון הזה במימוש של זכות, אנחנו בבעיה. אם נקבל פרופורציה של מה קורה פה, בשוק האשפוז הכללי במדינה, 23% מהמיטות הרשומות זה בירושלים ובבתי"ח פרטיים, 30% זה כללית, ו- 40% אחוז בתי"ח כלליים. נוצר לנו תהליך מעניין – המשפך הזה הולך וגדל מבלי שפתחנו את שני הצדדים לגבי האספקה. נוצר פה צונמי של אספקה, והשאלה היא למה לא לכל המערכת? לבלנסון? לתל השומר? אמנם שמנו CAP על הגידול בפרמיות, אבל גם עכשיו לא הקטנו אותו. נפח הכסף הזה שימשיך וילחץ על 23% מהמערכת יגרום לה להתפוצץ. בעיות ההסטה נשארו, הגן הנעול של תל השומר, הרופאים הבורחים, והסיפור הזה ניזון מהכסף שמתועל רק להדסה ולבתי"ח הפרטיים. כל ההצעות שהצענו לא פותרות את הבעיות הללו, של הסטה, של עלויות ורשיוניות, וזה היקף אדיר בעולם המערבי. בהיעדר הכרעה בנושא, הטענה שלי היא שהיקף המימון הפרטי ימשיך לעלות, הלחץ על הגדלת השר"פ יגדל, והפתרון יהיה בחירת רופא בתשלום כי קשה להתמודד עם השאלה של מנהלי בתי"ח פרופ' רוטשטיין ופרופ' ברבש – "למה לנו אסור? מיטב הרופאים שלנו בורחים אחר הצהריים לאסותא", ואני מנסה לצאת מהעיר הגדולה לערוצים המרכזיים.

יש שלוש תפיסות מרכזיות בכיוון שהמערכת צריכה ללכת אליו – הסדרת ענף הביטוחים הפרטיים בכל מה שאתם רוצים, אבל להתיר בחירת רופא במשלימים. כלומר את ליבת הכסף להשאיר שם. אופציה שנייה, ויום אחד נצטרך להגיע אליה, זה להרחיב את בחירת הרופא גם על בתי"ח אחרים, ולהסדיר בחירת רופא בתשלום במימון



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

הפרטיים. ואופציה שלישית שאני אגן עליה זה להוציא בחירת רופא מהמשלימים, להכניס אותה לבסיסי ולתת פתרון או מענה להרבה מהבעיות. אדבר על כל אופציה – 1. פירוט במצגת. אני בעד הכל כי כולם צעדים שנעשים ללא קשר לעמדתך בנושא, רק שהם מנציחים את הסיפור של בחירת רופא. לטעמי, בהסדרה כזאת חלק מהדברים נשארו ללא פתרון. נטישת המערכת לא נפתרה, מימון רגרסיבי לא נפתר, הסטה לפרטית לא נפתרה, חדרי ניתוח סגורים לא נפתרו. פותרים חלק, אבל הרבה עדיין נותר. אני חושב שאם נסתפק רק בזה ונעשה רק את זה, נגיע לזה שיהיה שר"פ, וכל מי שרוצה שר"פ צריך לתמוך בעמדה הזאת, כי יגידו למה בהדסה כן ובשאר לא. למה לא מאפשרים לפתור את הבעיות הללו? 2. פתרון שגם צריך להחיות. נקודת המוצא שלי היא של פתרון שנמצא כאן, שכדי שנאמץ אותו הוא חייב להיות אינטגרטיבי עם נושא האספקה. לא מספיק להגיד שאתה בעד שר"פ אלא מה הראייה שלך לגבי מערכת האספקה. זה מוגבל לפרטי וזה יוכל לכלל המערכת. מהם הטיעונים המרכזיים למהלך הזה? ל – 25% אין ביטוח משלים לסבסד אותו. נאפשר באמצעות הבחירה בבי"ח ציבורי, זה יאפשר למנוע בריחה של סגל, ניצול יעיל של התשתיות. אני לא רוצה להתעמת עם זה, אבל אני שם פה כי הציבור רוצה. אני יודע שהוא רוצה יותר קיצור תור מאשר בחירת רופא, אבל נעזוב את זה, ויש פה הרבה בעיות. בפרקטיקה, כשאני מנקה את ביה"ח הסקוטי והצרפתי, ל – 25% יש אפשרות לבחור רופא. אם נפתח את ה – 75% הנותרים, אנחנו פותחים את כל ההיצע של הבחירה בארץ, ותהיה פה עלייה בכמויות ואני לא מדבר על מחירים. זה יתאפשר פרקטית בעלייה אדירה בכמות בכל ביה"ח. ברגע שתהיה עלייה בכמות, הביטוחים המשלימים יעלו את הפרמיה כי הם קובעים אקטואריה כל שנה. זו עלייה לא ממוצעת ואחידה, היא תהיה דיפרנציאלית וסלקטיבית שתותאם לסיכונים, כמו שאוכלוסייה זקנה או חולה שמשתמשת יותר בשירותים. תהיה עלייה דיפרנציאלית בפרמיות, וכל מי שיש לו סדר עדיפות חברתי יבין שיש פה בעיה רצינית. נגיד שפתחנו, ובכל ביה"ח אפשר יהיה לבחור רופא בתשלום, אז הקטע של הבחירה נשחק כי כולם יכולים לבחור. נוצר פה עוד bundle שאומר בוא אליי ואקצר לך את התור ואתן לך עוד רובד נוסף, וזה יהיה חסר משמעות. היכולת לרכוש ביטוחים פרטיים תלך ותקטן, ובסוף בסוף כל החסרונות של השר"פ שעומד בפני עצמו, ולא משנה מאיפה הוא ממומן, הוא יוצר הרבה בעיות במערכת, של קיצור תור, של שימוש עודף וכן הלאה. לכן גם האופציה הזאת בעייתית בצורה בלתי רגילה, ולא פותרת הרבה בעיות אחרות. כשאנחנו מסתכלים על רמת המאקרו של המימון, אנחנו נמצאים בחלוקת מימון של 40-60 לטובת הציבורי. אם יש וויכוח, הוא יהיה בעיקר לכיוון עוצמת השינוי. כיוון השינוי הוא כזה שקשה לי להאמין שיש מי שחושב שזה לא יקרה – במצגת. 3. לאפשר בחירת רופא בסל הציבורי חינוס לכולם, עם השתתפות עצמית כחלק מהזכויות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זה יתאפשר רק להסדר, כלומר רק רופאים מומחים שיתחייבו לעבוד רק במערכת הציבורית במתכונת של פול טיימר, במשרה מלאה. מי שירצה לתת את ההתחייבות הזאת יקבל תמורתה כסף, אבל מי שישלם אותו זה הקופה הציבורית ולא החולה. מה יהיה מנגנון הוויסות של הנושא הזה? זמן המתנה? מנגנון ההמתנה יצור וויסות בין להמתין או לא, אם אני רוצה את הרופא הספציפי הזה. מי שיממן את זה יהיה התקציב הציבורי. ב – 1.2 מיליארד ש"ח אפשר לממן הרבה מאוד פול טיימרים במערכת, ובמקביל תיעשה הפחתת פרמיות והמתן בסל הבסיסי. זה נעשה בבריאות השן, מהלך שיש לו תקדימים.

**יעל:** שם עשית את זה בלי לשנות את סל הבריאות.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן נון:** נכון, אני לא אומר מאיפה יבוא הכסף. האם הוא יבוא מהתקציב? מהמס? מהעלאת המע"מ? אני לא נכנס לשם, זה פתוח בפני מקבלי ההחלטות, אבל אני כן אומר כסף ציבורי במקום פרטי. מה צריך להשלים? זה לא מספיק לעשות את זה בלבד – במצגת. טווח בחירה זה לא כן או לא כמו שהוא אמר בזמנו. כדאי שנאמין בסיפור הזה שזה לא רק סיסמא, יש מקומות שבהם זה עובד.

בעיית המידע מלווה אותנו לכל האורך, אבל אם יש לנו מידע טוב ומנגנון שעוקב אחרי התורים, בואו נקצר אותם. "יש לך ביטוח בריאות אבל אין לך הראל"... פעם אמרו שאם אין לך ביטוח פרטי אתה תהיה חולה... למה משרד הבריאות לא אומר כזה דבר?

דבר נוסף זה הידוק הרגולציה. אין סיפור של חדר להשכיר במערכת הפרטית. רופא שמתקשר ישירות עם החולה זה מנגנון שאי אפשר להתיר אותו. ההשלכות של זה – במצגת. הרופאים יקבלו יותר במערכת הציבורית, הם לא יברחו כי תהיה להם אופציה לקבל יותר. תהיה הרבה יותר בחירה לאוכלוסייה גם בירוחם, שמי שגר שם לא יכול לממש אותה כמו במרכז. מימון השב"ן הוא גרסיבי כשהוא לפי גיל ולפי סיכון. צמצום השתתפויות עצמיות, יש פה חוסר של מידע, לא מראים השתתפויות עצמיות בתוך השב"ן ומדובר שם על עשרות מיליוני ש"ח. השתתפויות עצמיות בבחירה נועד לעשותה יותר רציונלית. וכן גם שינוי היחס 40-60 של מימון ציבורי במערכת, וזה כיוון בדיוק הפוך לפתרון השב"ן. אתה מגדיל מימון ציבורי ומקטין פרטי, וזה הכיוון שצריך ללכת בו. שלומי הדגיש מאוד את העיוות האדיר של כללי המשחק שהרגולטורים יצרו, מבלי שהם ידעו שיצרו אותם. הסל הבסיסי מקבל פטור מתשלום של טופס 17, וזה מנגנון אדיר להסטה. זה מפתיע אתכם שיש 80% ניתוחים באסותא? הייתי שולח 100% אם הייתי יכול. נגדיל ככה את ההכנסות של בתי"ח ציבוריים שצועקים שיש להם תשתיות של חדרי ניתוח ריקים אחר הצהריים, וגם נדאג כך להחזרת האמון במערכת הבריאות הציבורית. יש סיכונים ואין מהלך שנמליץ עליו בלעדיהם. הסיכון הכי גדול כשאנחנו מעלים את זה הוא שאנשים ילכו לביטוח הפרטי. אני אומר שהוא קיים ואסור להתעלם מזה, אבל מנגנון שעושה שינויים בצד האספקה והמימון זה מוריד את הסיכון ללכת לפרטי. קודם כל יש הרבה יותר בחירה במערכת הציבורית, ולא קיצור תור. אבל אם תהיה בחירה הוגנת בסל הציבורי, זה יקצר את הצורך לקצר תורים. במערכת האינטגרטיבית שבה אתה מסדיר את האספקה והמימון, ההליכה לפרטי לא מתייגת, אבל זה יורד דרמטית ויוצר תמריצים אחרים. למה לי ללכת לאסותא כשאני יכול למצוא את הרופא שלי בתל השומר אחר הצהריים? אני מקווה ומאמין שהאמון של הציבור במערכת הציבורית יהיה הרבה יותר חזק. כל אלה יאזנו את הלחץ של הבריחה למסחריים.

אני אסכם – אנחנו נמצאים בנקודה שחייבים לעשות משהו. כאן יש קונצנזוס כי קרה פה משהו למערך הביטוח בלי שהתכוונו לזה, וחלק גדול ממנו זה תוצאות לא מתוכננות. זה דיון שעשינו בוועדה אצל שלומי. התחלנו את הדיון בהגדרת מטרות המערכת, ואני כעסתי ואמרתי שאני מלמד את זה כבר 30 שנה, אבל זה באמת היה חשוב, לעשות refresh ולהגיד מה שאנחנו רוצים בתמהיל הבחירה והתחרות במערכת, כי מכאן יגזרו ההמלצות שלנו. אם לא נעשה, אם יש אנשים שמתנדנדים בין הבחירה הזאת להסתפקות במועט של המודל שלך, בהיעדר שינוי משמעותי - יש שר"פ במערכת. מי שבעד שר"פ זה יופי, אז זה יקרה לבד, אבל מי שנגד צריך לתמוך בעמדה הזאת. תודה!





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני רוצה להגיד שזה היה מאוד יפה ונהניתי. לגבי LOSS RATIO, אם יבוא לפה אקטואר הוא יגיד ש – LOSS RATIO של שני הביטוחים האלה זה 2 חיות שונות – אחד מתחדש כל הזמן, ולכן בהגדרה אם מפסידים ומרוויחים זה מתעדכן. LOSS RATIO בפרטי לעומת זאת, אם אתה נכנס צעיר אתה משלם מעט בהתחלה ובסוף יותר. כמה הם צריכים לשמור כעתודות זה סוגיה שלהם, ואני מניח שהם יודעים מה הם עושים. שנית, הייתה לך נקודה של ה - 700 מיליון ש"ח שמתוכננים בתוך המערכת.

**דוברות:** העלות הכוללת זה פלוס ההשתתפות.

**דוברות:** הוא אומר שזה בעצם היה מתקצב בסל הבריאות, ואם היינו בגרמניה זה היה אכן נכון, אבל אם סל הבריאות מתקצב בחסר, אז אני לא יודע מה זה.

**יעל:** הערה מצוינת.

**דוברות:** אפשר להסתכל על זה כך או כך, אבל אם היה לו חוסר אז איך הוא חסך כסף? בשוליים אין לי ויכוח איתך לגמרי. יש פה ניצול בניתוחים, בדברים האלה צריך להיזהר. אם אנחנו הולכים לצפון או לדרום, היכולת של המבוטח לעשות בפרטי היא מאוד נמוכה. הוא צריך לנסוע הרבה כדי לעשות את זה בפרטי. צריך להסתכל גם במרכז, אם אני צריך ניתוח לב בלי בחירת רופא אבל בבי"ח שיועד לטפל בי גם במשבר, ואם אני הולך לאסותא וזה קורה, יש לו בעיה. אם יש לך נתונים תסתכל על אזור המרכז, ירושלים וצפון, כי זה שלושה מודלים שונים לחלוטין.

**דוברות:** אלה אנשים שיש להם שב"ן. גם אם הם גרים באילת, לשלם הם שילמו. אני מבין, ראינו את זה.

**פרופ' גבי בן נון:** הוא רוצה להצליב את שניהם.

**דוברות:** כמות עקירת השיניים שיש כדי לחבר את מערכת הניתוחים של השן עם מערכת הסל היא מטורפת.

**דוברות:** בחמשת הניתוחים האלה אפשר לחבר את זה. זה יותר סטטיסטיקה. זה גם החלוקה של האלה בפרטי, זה אותו דבר. זו נקודה שצריך להיזהר בה.

**דוברות:** ברור שקיימת שונות אזורית גם במימון, גם בסוג הניתוחים במימוש, כאשר ברור שהשונות בתשלום היא מצומצמת למדי בגלל אלה שיש להם.

**דוברות:** זה לא בהכרח הטענה שיהיו רופאים שונים באזורים שונים, אלא שכן יכולה להיות סלקציה של רופאים אם אתה שם בשניהם. צריך להיזהר משני דברים – מהחרגה על ידי זה שביטוח פרטי יוכל לבחור בריאים וצעירים, והביטוח הציבורי יאבד אותם.

**דוברות:** זה פה בסכנות.

**דוברות:** תדגיש שזה הרובד הבסיסי.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** לגבי מכרז המדינה זה רעיון מעניין, הציעו גם דבר כזה לפנייה. צריך להיזהר מהדבר הבא – אם המדינה עושה את זה לכולם, ישארו מעט גופים שתהיה להם מיומנות לעסוק בזה. אם גופים אחרים נותנים מחיר יותר גבוה – מה תעשה? השיפור של ההצעה הזאת הוא שגופים שעושים את זה ממילא במקומות עבודה תעזוב אותם, וכל השאר שלא מאוגדים להם תיתן, כי כל השאר במילא עובד, ואז יש תחרות בציבורי ועל קבוצות עבודה. זה פשוט עושה לך אותו דבר, רק משפר ומאפשר לך כניסה כי המודל שלך לא מאפשר כניסה. אם לא נכנסת אתה צריך לחכות 3 שנים למכרז הבא, כי לא כולם נכנסים, אחרת על מה ניצחתי אם כולם מציעים את המחיר שאני הצעתי? אני אציע מחיר גבוה. דבר אחרון – כשאתה הצעת הגבלה על השב"ן, את הרובד הראשון הגדרת אחד והוא לא יגדל, ואם שני הרבדים רפואיים והשאר זה חדר כושר וכו', למה אתה רוצה להגביל אותם בגדילה? אם אדם לא רוצה חדר כושר, שלא יקנה. לא ברור לי על מה דיברת בהגבלת השב"ן.

**דוברות:** הגבלה של שלושת הראשונים, ובשלישי שיעשו מה שהם רוצים.

**דוברות:** על אמירה שהסל מתקצב בחסר אני לא מסכים. הוספנו המון כסף ואני לא אאריך על זה כי זה לא הדיון.

**דוברות:** השב"ן מתחשבן עם הסל back to back על האלפות אחר כך. התוספת היא בתוך ה - CAP היום. דיברתי רק על טופס 17.

**דוברות:** הוא מצפה שתגדיל את התקורות.

**דוברות:** השב"ן מגדיל ביקושים והתייחסת לזה, והוא מגדיל את המחירים ואת שכר המנתחים. אם לא היה השב"ן, המחירים היו הרבה יותר מרוסנים והקופה הייתה משלמת פחות. אני סבור ואני לא יכול להוכיח את זה, שאם לא היה שב"ן ובחירת מנתח אז המחירים במנתח היו יותר מרוסנים, והקופה הייתה מוציאה פחות וגם בתיה"ח, ו - 600-700 מיליון ש"ח היו נחסכים. אני איתך, אבל אם זה לא היה קורה אז הקופה הייתה בכלל חוסכת כסף, והייתה יכולה לעשות עם אותו כסף יותר פעילות.

**דוברות:** אז למה התנגדת לביטול בחירת מנתח?

**דוברות:** הוא אמר מאיפה יבוא הכסף. אם הפעילות של אסותא ובתיה"ח פרטיים הייתה מרוסנת, אז הקופה הייתה יכולה לעשות הרבה יותר בכסף הקיים.

**דוברות:** הוא עשה את ההבדלה ואני לא בטוח שאתה עשית. יש את טיעון המאקרו שחלק מהכסף שמגיע לקופות הוא פרטי, וזה לגבי תקצוב הסל. זה פחות הטריד אותנו. שאלה נוספת זה האם זה יוצר תמריץ להסיט.

**דוברות:** אני מסכים, וצריך לטפל בזה. עניתי לו ששאל מאיפה הכסף בסל.

**דוברות:** הקופות קונות שירותי ב"ח פחות או יותר במחירים המקובלים ולא ביוקר. הן לא נקרעות במחיר בשירותי האשפוז. במנתח אולי מעלים מחירים וזה בתוך ה - CAP. אני לא יודע מה קורה בין מכבי לאסותא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** הדברים האלה גורמים לכל המחירים לעלות.

**דוברות:** מחיר ביי"ח הוא בתוך ה – CAP וזה אותו מחיר. הוא מדבר על מחיר מנתח.

**דוברות:** דבר אחרון - דיברנו על זה בוועדה ולא הכרענו, וזה הסבסוד בין המחוזות.

**דוברות:** נכון, פרמיה משתנה לפי אזור מגורים.

**דוברות:** שיפנימו את העלויות.

**דוברות:** בנתונים שהצגת בדו"ח, זה מהדו"ח שלי?

**דוברות:** ערבי-יהודי קיבלנו משלנו, אז לא.

**דוברות:** זה צריך להיות תואם.

**דוברות:** המחוזות זה שלך.

**דוברות:** כבר אמירה – לבוא ולומר שאין נתונים, זה לא הוגן להגיש שבשב"ן אין נתונים - יש המון. לגבי מה שהצגת, יש את זה במצגת שלי שהצגתי בפני הוועדה, זה לא היה נתונים מ - 2013 ואמרתי שאת זה עדיין אין לי, אבל ביקשת ותקבל, וזה לא פייר לומר את זה, הקופות קיבלו מייל באיחור. לא ראיתי נתון אחד מאגף שוק ההון, מה שהצגת זה ממכון ברוקדייל, כשיציגו גם משם אז נדבר, הוועדה לא ראתה נתון אחד. אתה גם הצגת משהו שקיבלת אתמול בלילה. כמות הנתונים שביקשת מהשב"ן הייתה פי 10. לגבי נתוני הניתוחים, 20 הניתוחים הכי שכיחים, צריך לזכור שזה הכי שכית, ואנחנו מכירים את הניתוחים האלה שפשוט אין בציבורי תורים להשיג – שקדים, כפתורים וכל זה.

**יעל:** למה?!

**דוברות:** אני רק מסבירה, אין לי וויכוח פה. זה בגלל המחיר. גם אם יעלו אותו, יש עדיין עלות חלופית. במקום לעשות ניתוח של 3,000 ש"ח של שקדים, אז ברור שבבי"ח יעדיף לעשות ניתוח של 50,000 ש"ח. עדיין ישתלם לבי"ח לעשות אותו גם אם תעלי ל - 5,000 ש"ח. יש פה את העניין של ניתוחים במערכת ששלומי הציג, וזה נכון ולא חדש, שניתוחים מסוימים, במיוחד אלה שהוצגו, שבאמת יש לנו בעיה בקטע של המחיר ואין תורים, ואמא לא תחכה שנה לניתוח כפתורים עם הילד שלה. השב"ן מייצג את הבעיה הזאת ואותה צריך לפתור, ולא את תוצר הלוואי שלה. לגבי מה שגבי הציע – אתה מדבר על ביטול של הסדרי בחירה? בסופו של יום קופ"ח מתקשרת עם רופאים מסוימים.

**פרופ' גבי בן נון:** הרחבה הרבה יותר גדולה של הסדרי בחירה. אני משתמש במילה בזהירות.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זה שאתה נותן לבחור רופא בתוך ביי"ח זה בסדר, אבל קופ"ח כללית עובדת בעיקר מול בתי"ח שלה אז זה לא עזר שנתת לבחור רופא, לא עשית בזה כלום.

**דוברות:** אבל יש את מודל האספקה שלו.

**דוברות:** זה בסדר, את פותרת את הבעיה בתוך בתי"ח ולא של הסדרי הבחירה. אני לא רואה בזה בעיה, אבל יש בזה עלות מאוד גבוהה וצריך לקחת את זה בחשבון.

**דוברות:** תרחיבי.

**יעל:** קופ"ח כללית אומרת שזה יעלה לנו 500 מיליון ש"ח כי היום יותר משתלם להם לשלוח.

**דוברות:** צריך לומר את האמת - הם צודקים.

**דוברות:** במרכז מן הסתם יש מחירים יותר טובים, וכשאתה מחויב לכל המערכת זה משפיע על המחיר.

**דוברות:** המדינה תצטרך לכסות פחות גרעון, וזו בדיוק הנקודה. זה לא מוסיף עלויות. תסביר לי.

**דוברות:** יש לך בסופו של דבר משק קהילה ומשק בתי"ח, והאתגרים במשק הקהילה הם עצומים. אנחנו בסיגמא הכללית של הכסף שאנחנו מעניקים, אנחנו רוצים להיזהר שבמשק בתי"ח שיכול להגיע למצב של חוסר יעילות, שימושים גדולים מדי, כסף שהולך לשכר מנתחים - אנחנו צריכים להיות זהירים. זה לא גוף עם תקציב נתון, זה גוף שמוכר שירותים. אתה תעשה את זה ותצטרך אולי להישאר עם אותו גרעון ואותו סבסוד. עלות הפעולה בתוך ביה"ח תגדל, וצריך לקחת את זה בחשבון.

**דוברות:** אם אתה היום לוקח לקופ"ח את הכסף, אז תפתח את הבחירה ותפסיק לשגע את בתי"ח לעשות פעולות הפסדיות בשוליים, אלא תשלם מה שעולה באמת ואז הכסף יעבור מקופ"ח לבתי"ח. אתה בעצם משנה את הגרעון. זו השפעה מסדר ראשון, אתה מסכים איתי?

**דוברות:** בהנחה שהמערכת יעילה, השפעת הכסף פר תוצר פה ופה תישאר שווה.

**דוברות:** מחר אתה תצטרך לכסות פחות גרעון של ביי"ח ותיתן יותר במקום אחר.

**דוברות:** שוב, אתה מניח שהשקעה פר תוצר תישאר אותו דבר.

**דוברות:** אציג לך עובדה - תיירות מרפא סיבסדה את בתי"ח בחצי שנה האחרונה, אבל הסובסידיה לא ירדה. אני בספק.

**דוברות:** זה נכון שתוספת הכנסה או מקורות לאו דווקא תגרום לביה"ח לעבוד באותה רמת פעילות.

**דוברות:** אם אתה לוקח 500 מיליון ש"ח ממערכת הבריאות, איכות הבריאות הציבורית לא תשתנה. היא לא רק במחסור, אלא בעודף של 500 מיליון ש"ח.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זה לא מה שאמרתי.

**יעל:** אעזור לך - למרות ה - 500 מיליון ש"ח, תוספת התורים גדלה והמצב יותר גרוע.

**דוברות:** לא, כי המחסור הרבה יותר גדול.

**דוברות:** זה תרם לא לשירות למטופל אלא להכנסות לרופאים.

**דוברות:** נראה לי שסטינו.

**דוברות:** תזכרו את המצגת שלו שהראתה את העיקרון של selective contracting בתוך מערכת הבריאות. נכון שזה מביא ליעילות בתהליכי הרכש במערכת, ואני גם לא בטוח ואני לא מפרש נכון אולי...

**דוברות:** ה - selective contracting מביא את בתי"ח לתת הנחות, כי הקופה אומרת אני לא מרשה לאנשים שלי ללכת ל - X אם לא תיתנו שם הנחות. זה מביא להורדת מחירים. אם זה מביא להתייעלות של בתי"ח אני לא בטוח.

**דוברות:** ברגע שאתה מבטל את הסדרי הבחירה המחירים יעלו, כי זה לא העברת כסף, זה תוספת של כסף.

**דוברות:** הוא טוען שהסובסידיה תרד, ואני חושב שלא.

**דוברות:** נכון שיש ניתוחים שבוחרים לעשות בציבורי מכל מיני סיבות, ולאו דווקא בגלל בחירת מנתח. היעוץ בפוליסות המסחריות, ממילא יש ניתוחים וייעוצים כרובד אחיד, אז לא צריך הסכמה וייעוץ של משרד הבריאות. אני לא חושבת שאני צריכה להיות מעורבת שם.

**דוברות:** אתם לא תתערבו לי, זה מה שאת אומרת. צריך להיות שיתוף. אולי כדאי לעבוד ביחד כדי לברר את זה.

**דוברות:** דיברנו על שולחן עגול ושיתוף פעולה, לא אמרנו "באישור". יש הבדל.

**פרופ' גבי בן נון:** אנחנו דיברנו כל הזמן בנושא של מה שנקרא מנגנון מעוות או חלקי של עדכון המקורות במערכת. מערכת הבריאות הציבורית מבחינת היקף המקורות שלה נשחקת, וכולם אומרים את זה. חלק מהשחיקה הזאת נספג על ידי הביטוחים המשלימים. שנית, כמות התשלומים שהאזרח משלם עולה. שלישית - תורים. לקופות אין כסף אז הן האריכו תורים, פשוט ולעניין. חלק מהגרעונות של קופות החולים ובתי"ח בסוף יכולה במנגנון של בדיעבד, אחרי שקרה ובאופן חלקי. הביטוי הכי אכזרי לכך היה הדסה, ויש לזה ביטויים נוספים.

**יעל:** אל תכניס את הדסה.

**פרופ' גבי בן נון:** אנחנו בוועדה נביא את הסיפור של מנגנון עדכון המקורות במערכת, וצריך להתייחס לזה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** מאחר והצגת פה את החלופות, הראשונה לא נראה לי שמטרידה אף אחד. נדבר על האחרות – מודל השר"פ והחלופה שלך. אני חושב שיש עוד חלופות שאומרות שלא בהכרח לכולם יש שב"ן, אלא שיהיה רק למי שבוחר עם LOSS RATIO של 30%. אני לא מסכים עם ההצעה שלך, אבל הנקודה שברחת ממנה בהצגה שלך, ואני מקווה שתחזור אליה, זה מקורות הכסף במערכת הציבורית. אתה אמרת בואו נוריד את בחירת מנתח, זה נותן לנו 600 מיליון ש"ח ונכניס את זה לסל הציבורי. כמו שאנחנו יודעים, אני ואתה, למערכת חסר הרבה יותר, וזה לא יבוא מעצמו. צריך עוד כסף למערכת, מה שאתה לא אמרת, ולכן תומכי השר"פ אומרים "מה יקרה אם המדינה תגיד שאני לא נותנת לכם את זה?" - יבוא האוצר ויגיד שאתם דורשים תוספת כל שנה שאני לא מסוגלת לתת, מה עושים אז? פה בא הפתרון של השר"פ ותיירות המרפא. השר"פ הוא לא השארת השב"נים אלא פתרון של מקורות נוספים למערכת, שהאוצר או הממשלה לא יהיו מסוגלים לתת אותם.

**דוברות:** איפה אתה עוצר?

**דוברות:** לא אתייחס לזה, אבל אני חושב שיש היום ביקוש לבחירת מנתח ולקיצור תורים, וגם אם נכניס בחירת מנתח בסל הציבורי, אז אני חושב שיהיו ביקושים לבחירת מנתח במערכת מעבר לציבורית, ואם אנחנו רוצים לשמר אותם ולמכור אותם במערכת הציבורית כמקור הכנסה נוסף לבתי"ח ולקופות החולים...

**יעל:** זה לדיון על השר"פ ועל מקורות המימון.

**דוברות:** מיליארד ו- 600 מיליון ש"ח זה לא לרופאים, זה לכל השאר.

**דוברות:** זה פתרון חלקי שלא מתמודד עם בעיה אחרת.

**פרופ' גבי בן נון:** אתה אומר שאתה יוצא מנקודת הנחה שאני לא מקבל כסף. הסבירות שנקבל היא מאוד נמוכה. אני חושב שהבחירה לתת כסף או לא זה פרוגטיבה של מקבלי החלטות, ואנחנו צריכים להציג את האלטרנטיבה הטובה ביותר למערכת, ואחרי זה יעלו השיקולים שלה. אבל להרים ידיים מראש ולהגיד שלא יכנס כסף זו עמדה תבוסתנית.

**דוברות:** לדעתי זו עמדה שמתעללת בחולים.

**דוברות:** ברור שאין מודל שהוא נקי מחסרונות.

**יעל:** אין ספק שהנושא הזה שעד היום לא עלה - יעלה, ואנחנו נעמיד שני מודלים עיקריים שכל אחד יצטרך לדון בו, להצדיק אותו וגם להראות את הסיכונים.

**דוברות:** אני חושבת שמודל שלישי הוא לא מיותר לגמרי אולי, זה לפחות לדיון.

**יעל:** אז אולי נעמיד 3 מודלים.

**דוברות:** אתה יכול ליצור מערכת שתעשה בחירת רופא בתשלום פחות, ופחות לחוצה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** אולי יהיה עוד מודל של סינתזה. מכיוון שזה באמת לב המחלוקת, אנחנו נצטרך להקדיש לזה להערכתי שוב סופ"ש אחרי שנתפור את הכל מסביב. כדי שהכל יתחבר צריך יהיה לדון בזה.