



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

### פרוטוקול וועדת גרמן – 3/4/14

**\*\* מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' רוני גמזו, עו"ד טליה אגמון - מרפאות כירורגיות. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

#### **(POWERPOINT).**

**פרופ' רוני גמזו:** ביקשתי להציג מצגת על דילמה שמתעצמת בעניינו וקשורה לוועדה. אנחנו כל פעם סוחבים עוד ועוד מילימטר ולא יכולים כבר שלא להכריע.

**עו"ד טליה אגמון:** בוקר טוב, אני אדבר על מרפאות כירורגיות בישראל. פקודת בריאות העם מאפשרת בתקנות לגבי רישום מרפאות מסוימים, ויש פטור לקופות חולים, במיוחד במרפאות מהסוג שבמצגת. התקנות קבעו מזמן איזה מרפאות חייבות ברישום, וזה הולך לפי רמת הכירורגיה שמתבצעת בהם, כירורגיה קטנה, בינונית, דיאליזה וכו'. מרפאות שיניים נמצאות באסדרה נפרדת. גם בקופות חולים הן פטורות מרישום. הפקודה מגדירה מהי מרפאה, הגדרה משנות ה-30 - מקום שהוא לא ביי"ח שנועד לספק פעולות רפואיות, וכן הגדרה למרפאות אונקולוגיות, שזה הייעוד של המרפאה, וגם מרפאות דיאליזה בקהילה. זה בנוי על מדרג פעולות כירורגיה שונות, פעולה רפואית פולשנית באדם. זה מספר של פעולות שקבועות בתקנון. כירורגיה זעירה לא מצריכה רישיון מיוחד. כירורגיה קטנה הן פעולות בלי הרדמה או הרדמה מקומית. בינונית זה הרדמה אזורית או כללית של עד חמש שעות, ויש רשימה של דברים שמותר לעשות רק בביי"ח. יש הבדל בין הרדמה מקומית לאזורית, וזה שונה מהרדמה נרחבת, ויש הרדמה כללית שהיא מעל 5 שעות. כל מה שבקטגוריה הזאת ומעבר לה, אסור לעשות במרפאה, כמו חדירה לאיברים מסוימים חוץ מחדירה דרך פתחי הגוף, אסור לעשות במרפאה ורק בביי"ח. רשימת האיסורים מופיעה במצגת. יש גם רשימת תנאים ודרישות, תנאים פיזיים, מכשירים, צוות מקצועי. אין אשפוז במרפאות, מעל 24 שעות של שהות זה נחשב אסור במרפאה. יש רשימה של פעולות שהמשרד פרסם שרק למומחה מותר לעשות אותן. אלה הדרישות למרפאות כירורגיות מבחינת חקיקה. אלה רשימת המרפאות הרשומות ברחבי הארץ בפריסה לא מאוד גדולה, רובן במרכז ובירושלים, ויש אחת בבאר שבע – במצגת. כירורגיה קטנה – במצגת. פה כבר יש פריסה יותר גדולה. למנכ"ל יש סמכות להקמת ביי"ח, כמו בפקודה במצגת. לדברים כמו הוספה של יחידה מקצועית, הסבה מסוג אחד לאחר של ביי"ח, לשם כך יש וועדה שעוסקת בהקמת בתי"ח חדשים, ואת זה עוזי מרכז.

**עוזי קרן:** יש וועדה שמייצעת למשרד והמחליט הוא המנכ"ל. זה נוגע למערכת הבריאות ולא חשוב לאיזה גוף הם משתייכים. המנכ"ל בסוף מאשר או לא, ורק אחרי שהוא מחליט אם הוא מאשר או לא, רק אז יוצאות ההודעות למבקשים. החברים הם נציגים מהמשרד ונציג משרד האוצר. סמכויות הוועדה הן הקמת בתי"ח מכל סוג, חדשים, מוסדות סיעודיים בעיקר, שינויים בבתי"ח, שינוי ייעוד מיטות – ממשיך במצגת. אחרי שהם מאשרים את תכנית פיתוח הקופות, אנחנו בודקים אם זה עומד בקריטריונים של המרפאות. היא לא דנה בפרויקטים ממשלתיים במימון המדינה. שיקולים למתן אישור הקמה לביי"ח או יחידה מקצועית – במצגת.

**פרופ' רוני גמזו:** הסעיף אומר ההוצאה הציבורית לבריאות ולא ההוצאה הלאומית לבריאות. לכאורה המערכת הפרטית מוחרגת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**עוזי קרן:** (מקריא את השיקולים). אין היום מגבלה בנושא מיטות סיעודיות ותשושי נפש. אנחנו נמוכים מהסטנדרט.

**פרופ' רוני גמזו:** אנחנו רחוקים מזה, אין לנו בעיה ואנחנו מאשרים כל דבר.

**פרופ' גבי בן נון:** אנחנו גם מתרחקים ממנו...

**עוזי קרן:** אין למנכ"ל סמכות בחוק למנוע הקמת מרפאות כירורגיות משיקולי מדיניות, כיוון שהן מעמסה על ההוצאה לבריאות או שאין בהן צורך - ממשיך במצגת. הם יכולים לבנות מרפאה ולהעמיד אותנו בפני עובדה, "בואו תנו רשות". אם נמצא תקלה בפרוגרמה של המרפאה, אנחנו יכולים לפסול אותה. הקמת מרפאה של הקופה - במצגת. יש בערך 40 חדרי ניתוח בכירורגיה קטנה ובינונית, ובין 2005-2010 נוספו 10 חדרי ניתוח לשם. סיבוכי הניתוחים מגיעים תמיד לבתי"ח הכלליים ולא נעצרים שם.

**עו"ד טליה אגמון:** יש בקשות חדשות שמגיעות כל הזמן מאז 2010. אנחנו כמעט ולא מאשרים חדרי ניתוח חדשים או מרפאות חדשות. חלק מהם מגיעים עם דרישה לתיירות מרפא, ואומרים שזה לא קשור להוצאה ותנו לנו. אילת מבקשים, והמגזר הערבי מבקשים. אנחנו מנסים לעכב את הבקשות, אבל אין לנו באמת סמכות חוקית להגיד לא אם הם עומדים בדרישות.

**פרופ' רוני גמזו:** כשזה סכנן אז אישרנו, אבל מ - 2010 לא בוצע אישור חדש, למעט אלה שהחלו לפני 2010.

**פרופ' גבי בן נון:** אני רוצה לפתוח מחר מרפאה, אני יכול?

**עו"ד טליה אגמון:** אם זה עומד בדרישות המקצועיות והטכניות, אי אפשר להגיד לך לא.

**פרופ' רוני גמזו:** אם אתה רוצה לשכפל מרכז רפואי בת"א כלשהו, אתה יכול.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** יכול להיות שקופ"ח כן פתחה במקביל לאלה שלא פתחו.

**פרופ' לאה אחדות:** הרוב פרטיות, גם הבינוניות וגם הזעירות.

**עו"ד לאה ופנר:** אתה מוטרד מהקטע הכלכלי או המקצועי?

**פרופ' רוני גמזו:** זה בעיניי שוב התפתחות המערכת הפרטית דרך שסתום לא מבוקר שאין לי שליטה עליו, ולכן נהגתי במדיניות של הגבלה. שאלתי הרבה שאלות לא לגיטימיות אבל מצאתי להן לגיטימציה. גם עמדנו לפני חקיקה בעניין הזה.

**פרופ' לאה אחדות:** אם אנחנו מקבלים המלצות לגבי תיירות מרפא עם מגבלות מסוימות, כמו שעולה מהדיונים עד כה בתת הוועדה, יש פה משהו שלא מוגבל על ידך. כאילו מגבילים, אבל יש ערוץ פתוח לעניין. אני רק שואלת.

**פרופ' רוני גמזו:** לפרוצדורות מסוימות אין יכולת מגבלה דרך מה שמותר לעשות במרפאות כירורגיות מסוימות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**עו"ד טליה אגמון:** אין לנו יכולת להגביל.

**דורון קמפלר:** אותו הדין לגבי הרחבת מרפאה קיימת?

**פרופ' רוני גמזו:** כן, יש כאלה שהביאו תכניות על מעבר מ - 2 ל - 4 - תאשר לי, המקום הזה קטן לי, קניתי חדרי ניתוח, אנא תאשר לי.

**עו"ד טליה אגמון:** יש רשימת בקשות שתלויות ועומדות – במצגת, מחולק לפי סוגי הבקשות, פתיחה מחדש, הרחבה, הוספת פרוצדורה וכו'.

**פרופ' רוני גמזו:** אסותא זה בשליטתי כי זה בחוק, אבל מצד שני הם רצו להגדיל שני חדרי ניתוח, והתחייבו לסגור שני חדרים אחרים של כירורגיה בינונית במרכז השלום, ובסוף הם רצו גם וגם וזה כבר תוספת.

**עו"ד טליה אגמון:** שאלו אותי מה זה השר"פ החדש בשיבא - מראה במצגת – כתוב "שר"פ תל השומר", אבל כולם מבינים שיש שר"פ חדש.

**פרופ' רוני גמזו:** פה מדובר גם על חדרי ניתוח.

**עו"ד טליה אגמון:** הייתה הצעת חקיקה בעבר.

**פרופ' רוני גמזו:** היתה נגד המדיניות.

**עו"ד טליה אגמון:** היא לא הובאה לממשלה בשום שלב. ההצעה הייתה לעשות את אותו תהליך כמו בבתי"ח, להעביר תכניות מראש. זה נמצא על השולחן.

**יוליה איתן:** שבע עיניים בב"ש זה בבעלות רופאת עיניים מסורוקה, נכון?

**עוזי קרן:** היא מנהלת רפואית.

**ניר קידר:** והרופאים שם הם רופאי המחלקה.

**עו"ד לאה ופנר:** רפואה זה לא רק דבר מפסיד, זה מה שזה אומר. כתפיסת עולם צריך לראות, אני לא רואה את כל זה קם במפעלי רווחה אחרים.

**פרופ' רוני גמזו:** אף אחד לא אמר שרפואה פרטית היא דבר מפסיד, זה אחלה ביזנס.

**יעל:** רפואה זה דבר רווחי באופן כללי, כל ביי"ח יכול להיות רווחי.

**עו"ד לאה ופנר:** הדבר היחידי שמטריד אותי, אני מבינה וחושבת שזה נכון שיהיו כללים ושיש צורך לנהל בראייה רחבה. אני דואגת משני דברים: 1. האם אנחנו לא זקוקים גם למשקיעים פרטיים שיהיו מוכנים להיכנס לתחום, ואיך בדיוק משאירים אותם במערכת? אם יש משקיעים פרטיים, אז הם רוצים לפגוש את הכסף שלהם בסוף



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

היום, צריך לשים לב לעניין הזה. 2. חבל שהאוצר לא פה, אבל אני ארגיש לגמרי אחרת אם הסמכות נשארת במשרד הבריאות. אני חושבת שעלול להיות שיקול איך נשמור את כל המערכת שלא תצמח ושהכל יהיה.

**פרופ' רוני גמזו:** המודל הוא 24 א', סמכות המנהל.

**פרופ' גבי בן נון:** הצגתם פה תמונת מצב, ולי חסר הצגה של יתרונות וחסרונות בנושא הזה. אני יודע אותם, אבל יש פה 2 סוגים של בעיות, חייבים לנמק כדי להסביר למה צריך חקיקה. אם הכל בסדר, אז למה לא? צריך להגיד למה כן? שימוש עודף, לא מפוזר נכון, זה סלקטיבי? חשוב להגיד את זה היום, שבו כל מה שנכנס למגזר הפרטי הוא מבורך.

**פרופ' לאה אחדות:** זה הרחבת צד ההיצע שאתה לא יכול להגביל אותו.

**פרופ' גבי בן נון:** אין לי בכלל ספק שזה צריך להיות מוגדר בחקיקה.

**פרופ' קובי גלזר:** זה מקרה קלאסי של certificate of need. התשובה היא לדעתי לא פשוטה. בהנחה שמישהו בא להקים דבר כזה ועומד בכל הקריטריונים, אז באיזה מובן זה שונה ממישהו שרוצה להקים היום מסעדה? בהנחה שעמד בכל הסטנדרטים והכל, במה זה שונה? חייבים להבין איך זה שונה ולמה להתערב. ברגע שיהיה מתקן כזה יעודדו ביקושים שחלקם יהיו מיותרים, אז אנחנו באים להגן על הצרכנים מפני צריכה מיותרת שהמערכת תנסה ליצור כדי לגרום לה להיות רווחית. המערכת הזאת תיצור תחרות על גורמי ייצור, מה שיעלה את השכר, וזה נכון גם למסעדה ולגורמים אחרים.

**פרופ' לאה אחדות:** אין לך כזה מחסור במסעדות.

**פרופ' קובי גלזר:** אם יש מחסור באלקטרוניקה, את תאסרי עליי להקים מפעל? הנימוק העיקרי שאני מכיר בספרות הוא induced demand. גוררים את המטופל לעשות פרוצדורה מיותרת.

**פרופ' לאה אחדות:** גם למהנדס אין השפעות חיצוניות כמו במקרה הזה.

**פרופ' קובי גלזר:** אני מזיק לציבורית על ידי זה שאני לוקח את גורמי הייצור שלהם.

**יעל:** זה בדיוק ההבדל.

**פרופ' קובי גלזר:** אני לא אומר שלא, אבל רק רציתי לחדד ואין לי פה תשובה. הפתרון יכול להיות לא בהכרח לאסור, אלא כמו שעושים עם סיגריות, בוא נטיל עליך מס. הוא יכול לא לאשר.

**יעל:** כן, אבל זה צריך לעמוד בסירוב של כל החלטה ממשלתית.

**פרופ' קובי גלזר:** איזה ארגומנט יש לך המערב שיקול דעת של לאסור? אפשר לחשוב על פתרון אחר, לאשר דבר כזה אבל להטיל עליו מס, שיבין את העלויות שהוא מטיל על הציבורית.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** זה במסגרת החלטות הוועדה על הרפואה הפרטית, מה שברח דרך חור קטן שהפך להיות מנהרה.

**פרופ' קובי גלזר:** מה הנימוק שהוא יוכל להגיד אם זה הוא מחליט או לא? השאלה אם הנימוק תופס.

**יעל:** השפעה על המערכת הציבורית.

**פרופ' רוני גמזו:** יש מרפאה כירורגית אחת שרוצה להכפיל את כמות חדרי הניתוח ואני שואל את עצמי למה? יש איזה תור ארוך? והוא אומר זה לא מעניין אותי, אני רוצה לעשות ביזנס. אם זה השיקול היחידי שלו, וכשאני רואה את כל המערכת והאזור, אפילו שיש שם ריכוז גבוה של מרפאות מאותו סוג, אני רוצה אפשרות משלי להגיד לא. עומדים עו"ד ואומרים לי "מי שמך? אני רוצה להגדיל את היכולת הכלכלית שלי".

**פרופ' קובי גלזר:** ואם הוא משכנע אותך שהוא רופא יותר יעיל או יותר טוב?

**פרופ' רוני גמזו:** זה טיעון טוב, אבל הם לא אומרים את זה. הם מכירים את החוק ואומרים שאין לך בכלל say.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** יש בעיה עם האמירה של אני רוצה שלא תעשה. כמו חנות למטה שמוכרת דברים שהם שטויות שאף אחד לא צריך, כמו חנות מתנות. אף אחד לא יכול לאסור עליהם.

**פרופ' גבי בן נון:** בריאות זה לא מסעדות ולא המכולת למטה, שלא איכפת לי מה יקנו אם זה לא מזיק.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה טוען שזה מזיק לבריאות של אנשים? יש לך זכות שם.

**פרופ' קובי גלזר:** ההבדל הוא רק ב – induced demand.

**יוליה איתן:** זה שני דברים שונים, משהו מזיק ומשהו לא נחוץ. אם יש חשש שזה מזיק, זה דבר אחד.

**פרופ' קובי גלזר:** השאלה היא אם צריך לאסור את זה לחלוטין.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** האם אנחנו רוצים שהגוף הזה יעסוק רק בדברים מיותרים? נניח שיעשה דברים שהיום מחכים להם 9 חודשים.

**יעל:** רוני הראה שיש לקונה בחוק. אין שום אפשרות לפקח, לבקר, לאסור או להרשות על מרפאות שעושות דברים מקבילים. עכשיו דנים האם מקדמים את הצעת החוק.

**פרופ' רוני גמזו:** שר"פ שיבא שחי 50 מטר משיבא, זו דוגמא קלאסית ואני לא יכול להגיד לו לא. אני רואה מה קרה שם אצל הרופאים.

**ניר קידר:** אם יש ניתוחים מיותרים שלא מזיקים אבל מיותר לעשותם, אני צריך שם 5 מרדימים לניתוחים מיותרים שלא מזיקים, ואותם מרדימים עוזבים את ביה"ח הציבורי, וביה"ח לא יכול לתת מענה נדרש לדברים חשובים יותר. זה פוגע ביכולת של המערכת הציבורית לספק טיפולים נחוצים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אותה דוגמא אפשר לתת על מהנדסים בתעשייה הבטחונית והאווירית וגם במפעל ורפאל. כולם צריכים את אותם אנשים.

**יעל:** מישוהו ימות בגלל זה? מה זה משנה אם זה יעשה פה או שם? זה לא אותו דבר. לא ימותו אם הוא יעבור מפה לשם, בעוד שאם עוברים מפה לשם במערכת הבריאות - אנשים ימותו. כיפת ברזל לא משנה איפה תעשה, היא יכולה להיעשות פה או שם, אין שום הבדל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני חש שיש הבדל, אבל אנחנו משתמשים בטיעונים...

**יעל:** זה לא מוצר כמו אלקטרוניקה או מסעדה. בריאות זה מוצר שונה, שצריך להתייחס אליו אחרת.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני מדבר על מוצר שנקרא בטחון ישראל.

**יעל:** אם אתה חושב שהוא עלול לסכן חיי אנשים, אתה גם תפעיל לחצים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** לא מפעילים.

**יעל:** ועוד איך מפעילים. אתה תיתן לכל אחד ליצור פצצות או מסכות מגן? לא!

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אבל המהנדס עוזב את אינטל והולך למקום אחר.

**פרופ' קובי גלזר:** זה בלבול בין שני ארגומנטים – גניבת כ"א וכושר ייצור ועודף שימושים.

**פרופ' גבי בן נון:** אתה אומר שהתופעה הזאת קורית גם במגזרים אחרים וזה נכון, אבל העוצמה בבריאות היא משמעותית יותר. זה נכון גם למוסד, בריחה של כ"א.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני רק אומר שהטיעונים שנזרקים צריך להיזהר איתם. אף אחד לא אומר שלא צריך לנהל את המערכת, אבל הטיעונים צריכים להיות יותר זהירים.

**פרופ' לאה אחדות:** לומר שיש השפעות החיצוניות על הרחבת המערכת הפרטית על הציבורית ובזה פתרת את הבעיות, זה נראה לי קצת נאיבי. כשאתה חושב שאם הטלת מס אז השווית את המחירים, אז לא בזה הדברים תלויים.

**יעל:** השאלה ממוקדת – יש פה אפשרות של ריסון ובקרה לבתי"ח, ואין במקרה הזה מחוץ להם. האם צריך להשוות אפשרות של פתיחת מרפאות פרטיות לאפשרות של פתיחת בתי"ח?

**פרופ' לאה אחדות:** מה השיקול שלך במערכת הציבורית? אתה צריך שיקול למה לא.

**פרופ' רוני גמזו:** אני עושה שיקולים.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' קובי גלזר:** נניח שרוצים לדעת מה הקריטריונים על פי הם תחליט למה אתה מאשר או לא, ולא בגלל שהמנכ"ל הוא חבר שלך.

**פרופ' רוני גמזו:** בהצעת חוק כתבנו שצריך להתחשב בזמני המתנה של פרוצדורות שעתידות להיות שם באגן ניקוז מסוים. אני צריך להתחשב בפרטים האלה, להתחשב בהוצאה הציבורית לבריאות. עלתה שאלה האם להשוות את סעיף 24 א' ולהפוך אותה ללאומית בשיקול של מנהל, אפילו יחד עם האוצר. המחשבה היא לא רק ציבורית, אלא גם לאומית. אלה בעצם שני השיקולים העיקריים.

**פרופ' קובי גלזר:** זה נושא שיכולים להיות עליו מאבקים משפטיים נוספים. מחר אני רוצה לפתוח מרפאה בחיפה - יהיה וויכוח על הרבה דברים, אני אגיד שזה יוריד מחירים ואתה אומר שזה יגדיל ביקושים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה בוודאות induced demand. מי יחליט?

**פרופ' רוני גמזו:** כרגע התחושה שלי היא כשאני שואל יותר שאלות לעומק בכל מקום חדש, הם מתבלבלים ולא מצליחים להשיג את התשובות. הם אומרים "למה אתה שואל? זה לא עניינך", ואז עו"ד שלהם אומר "נסיבות כלכליות". הם גם לא מתעמקים למה הם רוצים לעשות את זה, ונשארים עם "רוצים להתרחב". אני רוצה להתעמק קצת יותר. אומרים לי "סליחה, זה אושר בוועדה המקומית. מה אתה רוצה ממני? אושר לי המבנה, מי אתה שבא אליי? נזכרת עכשיו? כבר אושרו לי התכניות". ואז אני שואל "למה בחרת את המיקום הזה ליד שיבא?", והתשובה הפשוטה היא שיהיה נוח לרופאי שיבא, שיהיה להם ולחולים נוח לעבור אליי. ואז אני שואל שאלה קשה ולא יודע אם קיבלנו על זה תשובה - "האם יש לך הסכם עם שיבא?" ולא קיבלנו על זה תשובה, והוא אומר שאין התחייבויות ודברים כאלה.

**פרופ' קובי גלזר:** גם פה תדע לך שיש ארגומנטים. זה דיון לא פשוט למה כן לאפשר ולמה לא. אם אני רוצה להקים מרפאה בטבריה אולי זה כן יתן מענה או יצור תחרות על מונופול אחר, או שזה יצור induced demand. אחד יטען שזה מונופול ואחר לא. אתה נכנס לנישה משפטית שהיא בעיה להוכיח אם אתה צודק או לא. אני לא בעד מס אבל היתרון שבו, כמו בסיגריות, שכל אחד שמעשן ישלם לי 18% מס. מעבר לאישורים הרפואיים, בהיבט הכלכלי אני לא מאשר ורק רוצה שתשלם לי על זה מס מחזור. בחלק מהמקרים זה מוצדק ובחלק לא, אבל כך הפנמתי את העלויות שאתה מפיל על המערכת הלאומית, ואם לא תעמוד בזה - אל תפתח. אתה הולך על חלופה אחרת - אני צריך לאשר כל אחד ואז מתחיל דיון האם זה נכון או לא, במקום להטיל על כולם וזהו.

**יעל:** אתה בעד ריסון או ביקורת של המערכת הפרטית בכלל? האם אתה עושה הבחנה בין בתי"ח פרטיים למרפאות פרטיות?

**פרופ' קובי גלזר:** גם שם אני חושב שצריך רגולציה, אבל צריך לחשוב על רגולציה חכמה. אני גר ברמת אביב ורואה איך הם מוסיפים עוד קומה ועוד קומה, ולכן ההכנסות האלה הולכות?

**פרופ' רוני גמזו:** ועוד קומה ללא אישור, והם מראים לי שתמיד קומה אחת לא פעילה, אבל לך תוכיח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** הקטע של אספקה פרטית נידון, ולא תהיה לך בעיה לנמק. כל היתרונות והחסרונות שלהם ממופים, השפעות חיצוניות, סלקטיביות, שימוש בגורמי ייצור במסחור ושימוש בהיבט הפיזי, כל אלה זה קיים ואף אחד לא יתווכח איתך, וזה נותן לגיטימציה לסמכות להתערב. זה יכול להיות בעניין של מחיר, נוהלים, סטנדרטים ותקנות, וזה ישמש גם בשירות לציבור. יש לך הרבה מאוד כלים, אבל ה – case הוא פשוט. אני חושב שהמגמה הזאת תרוקן לך את בתי"ח ורק תחריף לך את הבעיה של התרוקנות בתי"ח בשעה 14:00.

**פרופ' רוני גמזו:** טוב, תודה רבה לכם!

**\*\* סוכם כי ההצעה שהעלה פרופ' רוני גמזו מקובלת על הוועדה, וכי יש לפעול לקידום שינוי חקיקה בנושא.**

**\*\* מציג שני בפני הוועדה: פרופ' יוג'ין קנדל ופרופ' קובי גלזר – המשך הצגת המודל. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

**(POWERPOINT).**

**פרופ' קובי גלזר:** פעם קודמת שמנו את המספרים ומה שעשינו היה לשאול כמה משאבים חסרים למערכת וכמה צריך להוסיף. כמה חסר זה לא פשוט, הראינו בשלוש גישות שונות שחסר הרבה. אחת הסתכלה על השחיקה, בואו נראה מה היה קורה אם היינו בעדכון לפי דמוגרפיה או טכנולוגיה, והגענו למספר שהוא יותר מ - 50 מיליארד ש"ח. צורה שנייה היא השוואה ל - OECD, וגם פה זה עוד 20 מיליארד ש"ח. גישה שלישית הייתה בואו נראה לאורך העדויות שהיו פה בוועדה, איפה יש חוסרים. הוא אמר שאם תשאלו אנשים כמה חסר אז יגידו מיליארד ש"ח או מיליארד וחצי ש"ח, ואני שואל איפה זה חסר. מנהלי בתי"ח בפרופיה יגידו עדויות למספרים אחרים מאוד משכנעים, וכל אחד יגיד משהו אחר, שחסר משהו אחר. חסרים הרבה מאוד משאבים פה לפי כל צורה שלא תהיה. אני מציע להסתכל על הספרות העולמית, ולכן שלחתי מאמר על אוסטרליה ויפן, כדי להראות שהם דואגים משמעותית מאוד לשם כך. כל מה שחשוב לי, ואני יודע שהייתה ספקטיות לגבי המספרים, וזה אולי 10 מיליארד ש"ח ולא 20, אבל לכולם ברור שחסר היום ויהיה חסר עוד, ואיך דואגים שאנחנו נקבל עוד, ואלה לא מספרים מצוצים מהאצבע.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מצד שני אין פה שום דבר קדוש בקווים האלה – במצגת. בקו הזו, לו היו ממשיכים כרגיל בשיעור גידול של 2.8% גידול כל שנה, היינו מגיעים לפה. אם היינו רוצים להישאר בהוצאה ציבורית לבריאות יחסית לתוצר, אנחנו צריכים לזה עוד 21 מיליארד ש"ח מצטבר, לכן זה טכני לגמרי. אם רוצים להגיע לשם זה משהו טכני, לא משהו ערכי. זה אומר שאם רוצים להגיע ל - 80% של איפה שאירופה נמצאת היום בעוד עשור - זה מה שצריך, לעסקים כרגיל צריך עוד 97 מיליארד ש"ח. אם אנחנו רוצים להגיע ל - 5.4% זה יורד ב - 30 מיליארד ש"ח. כל הנחה כזאת מורידה את זה. לכן אני חושב שעל הדבר הזה צריך לחשוב במובן הבא – 35-40 מיליארד ש"ח לבין 90 מיליארד ש"ח. כל דבר בטווח הזה נותן לנו רמת בריאות שונה. ברור לנו בכל מקרה שהמערכת נמצאת במחסור שהולך וגדל בגלל שיש התאמות של המערכת, שלא מספיקות בעסקים כרגיל, לא לדמוגרפיה, לא להזדקנות האוכלוסייה ולא לטכנולוגיה. לכן הפער הזה, לא משנה איפה הוא יהיה במספרים, המספרים לא חשובים, מה שחשוב זה שפיתחנו פער כבר, ואף אחד לא יקפיץ אותנו לא ב - 5 ולא ב - 10 מיליארד ש"ח בשנה הבאה. שלחתי לכם מאמר מהעיתון שמערכת הביטחון מבקשת לעצמה את כל תוספת התקציב. זה סתם, אבל





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בדברים האלה אני נוטה להאמין להם. מה שברור זה שכל תכנית שתצא מהשולחן הזה לא יכולה לסיים בזה שיש דרישות ויהיה טוב. צריך לשים תוואי שאומר לא 90 מיליארד ש"ח אלא 40 מיליארד ש"ח, ומאיפה הם יבואו להבטחת מערכת הבריאות ברמה שתתאים את עצמה?

**דוברות:** גם מגמת העסקים כרגיל, שהיא ברורה מאלה, היא לא כזאת. לקחנו גם כאן את כל ההשלמות, ואת הגידול המשמעותי ב - 3 השנים האחרונות, וראינו שהתקצוב הוא לא אחיד על פני הזמן. זה לא ערובה שנגיע לסכום הזה, לפי כל אלו.

**דוברות:** זה כל משרד יודע את זה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מה אנחנו אומרים פה? יש פה כוורת של פתרונות אפשריים. אנחנו לא אומרים אם צריך את זה או את זה, אלא חשבנו על כל האפשרויות לסגור את הפער הזה בין צרכים להכנסות. אפשרות אחת היא הקטנת הסל להורדת ההוצאות. הסל פה מאוד נדיב, זאת אופציה. יש התייעלות במערכת, וזה לא רק להשתמש בפחות רופאים או אחיות אלא גם על כניסת טכנולוגיות ורה-ארגון של המערכת, שיהיו פחות יחידות קטנות בכל בי"ח שמתמחה במשהו אזוטרי, אלא מרכזים. זה מגוון של דברים שאפשר לעשות. שר"פ מביא כסף נוסף, הגדלת תקציב בוודאות. הגדלת מס זה דרך הציבור או המיסוי, ושניהם אומרים הגדלת מיסים. אחד זה על ידי שרת הבריאות ואחת על ידי שר האוצר.

**יעל:** זה יכול לבוא על חשבון הביטחון.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה נכון, זה בסדרי עדיפויות. יש גם מיסוי של מערכת פרטית, לאו דווקא בחירת מנתח. זה לא מיסוי של כלל הציבור, אלא שיקול להגדלת שולי רווח מהפעילות הפרטית שהולכים לציבורית.

**יעל:** אתה יודע יפה מאוד שמיסוי הוא לא צבוע, וזו אחת הבעיות הגדולות של האוצר. איך עושים את זה?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** את קוראת לזה "היטל", וזה מתחיל וויכוח. כשאת קוראת לו מס - אין התחלה של המאבק.

**דוברות:** זו תהיה השלמה למימון הסל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זו סוגיה אחרת. מחקר קליני על בסיס שהוא משפר את היכולת המחקרית והקלינית בישראל ומביא משאבים למערכת, ומודל היברידי שזה בעצם ערבוב - ננסה להציע חלק מהדברים, חלקם יכולים לחיות יחד וחלק לא, אם אתה משתמש באחד לא תוכל להתשמש בשני. פה דובר הרבה מאוד על יחסים בין פרטי לציבורי ואנחנו רוצים לעשות בדיקת מציאות - בכל המספרים שאנחנו מדברים כרגע, בשנים הקרובות התזוזות תהיינה מינימליות. אם אתה לוקח מיליארד ש"ח, שזה סכום לא מבוטל, ומוסיף אותו לציבורית ואז מעביר מהפרטית לציבורית, השינוי לא יקפוץ ל - 70%, אנחנו מדברים על מספרים קטנים, בשוליים, יחסית לסך הכל ההוצאה לבריאות. כדי להזיז ב - 10% צריך להזיז 7 מיליארד ש"ח, וזה דברים שאנחנו לא מדברים עליהם באופטימום של הוועדה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** ביעד שלנו אנחנו רוצים לשנות את הפרופורציה. היחס הזה לא רלוונטי לגבי, מהבחינה שאני רוצה לשנות את היקף הציבורי, וזה גם לצמצם פרטי. היעד שלנו הוא לא צמצום היחס הזה אלא לחזק את המערכת הציבורית.

**יעל:** התוצאה של זה היא צמצום הפער.

**דוברות:** סך הכל השינוי לא יהיה דרמטי. בדבר הזה הוא צודק.

**דוברות:** לקח לך להגיע ל - 40-60 גם ארבעים שנה ויותר, יקח לך הרבה זמן לחזור לשם.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה לא בקלפים שלנו להביא בשורה כזאת. מה שמעניין אותנו זה האיכות של הרפואה הציבורית, מה נותנים ואיך, ופה אני חושב שאנחנו כן יכולים לעשות שינוי.

**דוברות:** יש הערכה מה יקרה ליחס הזה בתרחישים שהצגת?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אנחנו נדבר מבחינת הווקטור, לאן זה זז, האם עולה או יורד. לכל קומבינציה של דברים זה שונה. זו סוגיה שלא משנה מה נעשה ומאיפה זה בא, יש פה buffer, שהוא יותר מחצי מסך הכל הוצאות הבריאות. הדבר הזה לחלוטין נתון לשיקול של הממשלה בכל שנה ושנה, ולא רק לה אלא לכנסת כריבון, היא צריכה לאשר את זה. שם זה הופך להיות משחק מול בטחון, חינוך, רווחה וכו'. יש פה סכנה שנעשה הרבה דברים וכל מה שיעשה זה שהוספנו 2 מיליארד ש"ח ויקצצו את זה מלמעלה. אנחנו חשבנו להדביק את זה לאחוז תוצר. לא לאן אנחנו רוצים להגיע, אלא ללכת לפי קו, וזה מבטיח לך שהדבר הזה לא קורה. אפשר לעשות הצמדה אחרת של כל המרכיבים, זאת אלטרנטיבה, אבל זה עושה פחות או יותר אותו דבר, אבל פה נדע איך אנחנו במאקרו.

**יעל:** איך אתה עושה את זה?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני מחוקק חוק שההוצאה לבריאות לא יורדת מ - X, והדבר הזה עולה מ - A ל - B במשך השנים.

**דוברות:** בוא תתחיל עם ההוצאה הציבורית.

**דוברות:** הוא אומר תצמיד את זה לקצב הצמיחה במשק הישראלי. אנחנו יצרנו הצמדה למנגנון עדכון טכנולוגי, אבל לא משנה, הרעיון הוא הצמדה כלשהי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** לי בתור ראש המועצה הלאומית לכלכלה יש בעיה עם זה, כי זה יוצר לי בעיה בסדרי העדיפויות. אבל אם נותנים שסתומים לשחק עם זה במצב מלחמה למשל, זה כן אפשרי. בלי זה, המערכת הזאת לא תוכל להתנהל ליד שולחן עם הצבעות.

**דוברות:** אני חושבת דווקא שזו שיטה לא טובה להציג את הדברים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זאת הסוגיה אולי הכי חשובה. הנקודה הזאת הכי חשובה - אם אין מנגנון הצמדה, ואפילו אם זה 2.5 מיליארד ש"ח או 1.8 - זה פחות חשוב. על הדבר הזה יהיה קרב ובצדק. אם המערכת הזאת מקבלת את זה, דובר על זה בדו"ח ברודט למשל, זה יעורר מאבק.

**יעל:** אז ניצחו, וגם עכשיו אני מקווה.

**דוברות:** האם זו ההמלצה שלך? בואו נעגן בחקיקה, איזשהו סכום או יעד?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** באיזשהו מנגנון כן.

**דוברות:** ואיך אני מסביר למה בבריאות כן ולא בחינוך?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כי בחינוך יש חוק שאומר שכל פעם שבמקום מסוים יש כמות מסוימת של ילדים - אתה חייב לקלוט אותם. לא תגיד לילד תלך לכיתה א' בגיל 8.

**דוברות:** לי יש שיקולים למה כן. אני מנסה להקשות על עצמי.

**יעל:** נצטרך להצדיק את זה.

**דוברות:** בדיוק, להסביר את ההבדל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אם אתה לא תעשה את זה - זה ירד.

**דוברות:** זה הסבר אחד.

**יעל:** הוא צודק.

**דוברות:** במערכת החינוך יש הרבה מנגנונים אוטומטיים.

**יעל:** שמבטיחים שזה לא ירד מעבר למה שצריך לתת.

**דוברות:** יש הרבה מנגנונים מובנים. זה כן מייצר קושי בכובע השני, והיכולת להצדיק כזה מהלך...

**דוברות:** אנחנו צריכים להסביר.

**דוברות:** אני דווקא חושבת שהצורה הזאת של העדכון האוטומטי לתוצר, דווקא להיאחז בצרכים, נראה לי הרבה יותר משכנע.

**דוברות:** קשה לכמת צרכים. מנגנון של דמוגרפיה כבר מכירים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה צרכים. אתה צריך להיאחז במה שייחודי למערכת שלך, כדי להבדיל אותה בתקצוב הכולל מהמערכות האחרות. לשיטתו של יוג'ין, כל מערכת אחרת תבוא ותאמר גם אני רוצה 1 פסיק משהו...

**יעל:** היא אומרת שיראו שהרווחה והתחבורה למשל הם גם מתחת ל - OECD, ואז מה נעשה?

**דוברות:** אם אתה לא מראה שההוצאה הציבורית הכוללת שלך מתעדכנת במסלול כזה, אז אומרים למערכות אחרות שלא מתעדכנות אפילו לא לבעיית התוצר, לאורך זמן אתה אומר שהכל יהיה על חשבון מערכות אחרות. אתה לא חי בחלל. אם יוג'ין היה רוצה באמת להגדיל את ההוצאה, אני חושבת שהדרך הנכונה מבחינת כל המערכת זה קודם כל שיהיה גידול טוב ומתאים לסך הכל ההוצאה הציבורית, כי אני לא יכולה להפוך את מערכת הבריאות לאי בתוך כל התקציב.

**יעל:** אני ביקשתי מהאוצר שיראו לנו שחיקה של 5 שנים במערכות של חינוך, רווחה, תחבורה, עוד בסדנא במעלה החמישה.

**דוברות:** לכן אני חושבת שדווקא להיאחז בזה שמערכת הבריאות ייחודית, שהטכנולוגיה שם מייקרת, שיש דמוגרפיה, שהאוכלוסייה הקשישה מכפילה עצמה תוך שני עשורים, שהתשומות עולות מאוד מעבר למדד הכללי, כלומר ללכת יותר על דברים שמחזיקים אותך בשכנוע, מאשר ללכת על דברים שמערכת הבריאות היא שונה בהם.

**דוברות:** אני מנסה פה להוציא את מערכת הבריאות מהמשחק הפוליטי.

**דוברות:** הדו"ח צריך להראות איך מתפתחת ההוצאה. מהניסיון של השנים האחרונות למדנו שאין לנו מה להתחרות בביטחון, וגם אם נראה שאנחנו מקצצים, עד סוף השנה המערכת הזאת מקבלת מה שהיא רוצה. אתה מסתכל על כמה בריאות מקבלת, כמה חינוך, כמה קצבאות, ואתה רואה מערכת שהקוונטים שלה פחות או יותר אופקיים עם תנודות קטנות. מערכת הבריאות מקבלת 16% כל שנה, ואין לנו case לומר אחרת. את דווקא צריכה להיאחז בצרכים שלך, שהם יותר גדולים.

**יעל:** אם זה נכון והשחיקה שלנו יותר גדולה, למרות שאני חושבת שהיא כן, אז את צודקת.

**דוברות:** רק להוסיף – צריך להראות השפעה של מערכת הבריאות על מערכות אחרות. אנחנו יודעים שיש השפעות הדדיות. למערכת הבריאות יש השפעה מהותית יותר על מערכות אחרות.

**דוברות:** מסכימה איתך. אני אומרת שהשקעה בבריאות שווה דחיית גיל פרישה.

**יעל:** אנחנו נצטרך להצביע. כל אחד שיאמר את ההצדקות שלו, כי נצטרך לבקש בסופו של דבר ולראות.

**פרופ' קובי גלזר:** לגבי החוק – ההבדל בין בריאות להצדקות אחרות, זה שיש סל שאנחנו מחויבים בו, ואם המדינה מחויבת אז היא צריכה לתקן לפי הצרכים. אני לא חושב שלמערכות אחרות יש סל צרכים שהיא מחויבת לתת לאזרחים שלה. זו גם ההצדקה בחוק, אני מגדיר סל ומבטיח את המשאבים. יכול להיות שצריך להחליט על



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מנגנון אוטומטי שהוא לפי הצרכים, שחיקה, טכנולוגיה וכו', אבל לעשות חסמים - אם בשנה מסוימת הטכנולוגיה לא עלתה אז צריך שיהיו שוליים, מנגנון אחר שאנחנו עולים לפי המנגנון האוטומטי, אבל אם בשנה מסוימת זה גורם לחרیגה מסוימת לכיוון אחד אז באותה שנה עוצרים או מתקנים פחות, ואפשר לחשוב על מנגנון שיקח ממוצע - אם פיגרנו, אז נתקן כך שבממוצע לאורך כמה שנים ניתן את הפיצוי כמו שאנחנו רוצים. זה צריך להיות מנגנון שמתחשב בצרכי המערכת אבל לא מגזים. נניח שהתוצר לא יגדל, הטכנולוגיה והדמוגרפיה קיימת אבל במקרה כזה אנחנו עוצרים, יש חסם עליון ותחתון. אתה שם רצועה עם רוחב שאתה נותן לה, עד שהגעתי לחרیגה מסוימת. ואולי גם להיפך - אם התוצר עלה מאוד אז ניתן יותר.

**דוברות:** יש פה 2 סוגיות: 1. האם יש הצדקה למנגנון עיגון וחשיקה כלשהו, 2. איזה מנגנון - מבוסס על תוצר או משהו אחר או שילוב? נגיע למסקנה ונאמץ אותה, אך השאלה היא איך מצדיקים תעדוף של בריאות על פני חינוך? שינית זכאות בסל - אתה חייב להצמיד את זה בכסף. החוק אומר סל, ואם הוא משתנה אז צריך לתת.

**יעל:** גם החינוך והרווחה מעוגנים. ביטוח לאומי מעוגן.

**דוברות:** יש המון לוביסטים לחינוך וביטחון, זה חיצוני. בבריאות רובנו רוב הזמן בריאים, ואני אומר שזה תיעול, כי אין סניגורים לתקציב של סל הבריאות.

**יעל:** אתם רוצים - תפסיקו לטפל בבני 85 ומעלה. צריך להראות איך יש לנו שירותים אחרים שלהערכת מעוגנים, כמו חינוך ורווחה, ובריאות זה אחד השירותים שלא מעוגנים.

**דוברות:** אני מתחבר לגישה שלה לגבי הביקורתיות של הצמדה לתוצר. הרבה גורמים שאומרים שצריך לשים יעד, אפשר להוריד את התוצר וזה לא יחזק לנו את המערכת. אפשר לעשות את היחס הזה בצורה מצוינת בלי להוסיף שקל אחד למערכת הציבורית, אלא להוריד את הפרטית.

**דוברות:** זה לא יחס.

**דוברות:** אפשר לחשוב על עוד דרכים, כמו להוריד ביטוחים. הכל זה ביחס להוצאה האזרחית. בואו נגיד שהיא תהיה כמו ב - OECD, אבל כאחוז להוצאה האזרחית, ואנחנו לא נשחקים כי היא הולכת ויורדת. צריך לראות את המבנה של הנושא הזה. צריכים לדאוג לצרכים של המערכת, שבחשיקה יהיה מובטח שאם יש גידול באוכלוסייה אז הוא מתבטא כמו שצריך בתקציב, שזה לא יושפע ממדיניות אחרת. על גידול ילדים וטכנולוגיה צריך להבטיח את זה.

**דוברות:** אני מכירה את הניתוח ויודעת מה עושה כלל פיסקלי להוצאה האזרחית.

**דוברות:** בסופו של דבר, אם הכסף ילך לאן שאנחנו רוצים כמו שהוא אמר בזמנו, זה ילך לשכר ולא לדברים אחרים שאנחנו באמת רוצים.

**יעל:** יש הסכמה סביב השולחן, והשאלה היא למה מעגנים - למשהו פיסקלי כלכלי או למשהו שהוא הרבה יותר ברור וקשיח וגם יש לו אופק?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אין וויכוח. אנחנו מכירים את זה שההוצאה האזרחית הולכת ונשחקת כחלק מהתוצר. לשאלת ההצגה, אני חושבת שקובי אמר שזה לא אמין שנקשיח את המערכת ונריץ אותה רק לפי פרמטרים דמוגרפיים, וללכת רק לתוצר זה גם לא נכון, ויגויין לא דיבר על היחס בין הפרטי לציבורי. זה צריך להיות שילוב בין שני הדברים שמכניסים בשניהם עוגני יציאה. אם נלך רק לפי מקדמים אוטומטיים זה בורח מהמצב הכלכלי במשק, וזה לא יקרה פשוט, אם זה בא על חשבון יתר הצרכים.

**יעל:** השאלה היא מאיפה מתחילים? קובי אמר בואו נעשה רצועה עם מינימום ומקסימום, אבל השאלה היא איפה נקודות מוצא? שלכם או של הצרכים?

**דוברות:** לכוון אותה ליעד שאנחנו מדברים עליו.

**יעל:** ביקשתי להתחיל את הנימוקים כדי לעגן, כל מה שנאמר פה צריך לנסח. אפשר להגיע להסכמות, זה לא בעיה.

**פרופ' קובי גלזר:** אני מציע שהוא יאסוף את ההנמקות, ושנאנחנו נחשוב על המנגנון והרצועה. או משהו כזה...

**דוברות:** ולשלב את זה עם הנייר שכבר יש לנו, נייר שמסביר את הרציונל וכן הלאה.

**דוברות:** בעולם הקצבאות, הביטוח הלאומי עובד על פי חקיקה, וזה מייצר קושי מאוד גדול וזה דוגמא מצוינת לגרעון אקטוארי גדול שיש שם. יש צורך מהותי לטפל בזה. הכסף של ביטוח לאומי וקצבאות יוצא על פי החוק ומשולם על ידי המדינה, ולכן בחרו להקשיח אותה. בתוך ההקשחות אפשר לשחק הרבה, והיא יכולה לספר על זה.

**דוברות:** יש לי כמה הרהורי כפירה על העיגון – ההחלטה על גודל ההוצאה האזרחית היא פוליטית ואפשר לשנות אותה, אפשר להקטין את הממשלה ולקחת פחות מיסים, וזה נכון גם לסדרי עדיפויות, אלה החלטות פוליטיות. יש עמדות נגד להקטין את הממשלה ויש לזה נזק אם מקטינים יותר מדי, אבל יש ממשלה שהחליטה שהיא לא מעלה מיסים וזה מקטין את ההוצאות האזרחיות. בהקשר הזה אמורה להיות התנגדות אדירה לקבע את תקציב הממשלה. בבטחון קיבלו החלטה להקטין בתקציב וגם בתוצר.

**דוברות:** ולא הצליחו.

**דוברות:** בברודט הקטינו.

**דוברות:** הקטינו את התקציב הכולל ביחס לתוצר. כל החסכון הלך להפחתת מיסים בהוצאות ריבית ובטחון, זה הלך להורדת מיסים ולא הגיע להוצאה האזרחית. אני רק אומר שכמו שקשה לקבע את הגודל הכללי וכך גם את העיגון, צמצום הסל, ואני נגד זה וזה לא מחזק את מערכת הבריאות הציבורית, אבל אם יש ממשלה שלא מפנה את כל סדרי העדיפויות לבריאות, המשמעות צריכה להיות שמקטינים גם את הסל או העומק שלו או את ההשתתפויות העצמיות, משהו שיציף לציבור שלא מעבירים את התקציב הראוי לבריאות. עכשיו עושים נוסחה שמתעדכנת מדי שנה, עד שזה יגיע למדיניות ציבורית. זה מאוד רחוק מנקודת ההחלטה. במובן הזה, זה יציף את הצורך של צמצום המשאבים לרפואה או בכלל משאבים, ויהיה קשה לעשות שינוי בלי להבין מה המשמעות שלו. בהינתן זה שהממשלה החליטה פוליטית לצמצם את ההוצאה האזרחית, אז יכול להיות שברגע הייאוש





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** לחשוב איך מתמודדים במערכת שבה הציבורית מצטמצמת ויפנו אליה פחות משאבים, והפרטית תגדל. אבל יש בעיות קשות לקבע את ההוצאות לבריאות במתווה עולה בסביבה שבה ההוצאה האזרחית יורדת ביחס לתוצר.

**יעל:** מאוד מייאש מה שאתה אומר. איך אתה מגיע בסוף לאותו דבר?

**דוברות:** אני חושב שהעיגון הוא דרך להציף את המשמעויות.

**יעל:** אתה אומר שאתה בעד העיגון, אבל צריך להראות את האלטרנטיבה שהממשלה תבין מה היא.

**דוברות:** אם מחליטים לתת פחות, אז השירותים יצטמצמו והקופות יתנו פחות ולא יכנסו לגרעון.

**דוברות:** אין כסף - צמצמו את השירות.

**יעל:** את זה צריך להציג לציבור כדי שיבינו שאם אתם לא מעדכנים, המשמעות היא הורדת שירות לציבור, שתדעו מה אתם מקבלים.

**דוברות:** נעשה עיגון וקיבוע של שירותים, רק שלא נעשה עיגון וקיבוע של תקציב, או באופן חלקי.

**פרופ' קובי גלזר:** המינימום נעשה.

**דוברות:** המדינה קבעה מה ינתן וזה עיגון וקיבוע, אבל יש פיחות זוחל שבא לידי ביטוי בהצעה של המשרד במודל ביטוחים, שתרופות מצילות ומארכות חיים יהיו בשב"ן, ואז שוחקים את אותו קיבוע שכבר נמצא לנו בסל, ואז אנחנו מגיעים למקום שכל הזמן שוחקים. הקיבוע נמצא במימון ובצורה חלקית בשירותים. זכויות עולות כסף, וכשאני נותן זכות יש מצד שני חובה למדינה, למשל זכויות של נשים בצבא. הצבא אמר שזה עולה הרבה כסף לשים נשים בקורס טייס, אבל צריך לשים הרבה כסף כדי להגיע למקום מסוים.

**יעל:** כולנו מסכימים, אבל הוא אומר שיש גם מציאות ואנחנו מדינה דמוקרטית שנערכו בה בחירות ונבחרה ממשלה, והיא לא סוברת כמוך, אלא שצריך לצמצם את ההוצאה האזרחית, אז צריך לבוא ולומר לה מה המשמעויות של האמירה הזאת.

**דוברות:** האמירה היא שמי שרוצה להוריד את סל המקורות, צריך להוריד את סל הזכאויות. על זה בג"צ אמר אמירה נחרצת שהתהליך הזה לא יכול להימשך, בואו נסתמך גם על זה. אתם רוצים לתת פחות כסף זה בסדר, אבל גם תתקנו את הצד השני של המשוואה, לא יכול להיות שהיא תישאר כמו שהיא, יש שלב שבו הסוס מת.

**דוברות:** סכנת נפשות. פשוט ככה.

**פרופ' קובי גלזר:** היה היגיון בחוק, ומה שהוא עשה כדי שנבין, הוא אמר שיש דברים שאותם אני כן מצמיד ויש דברים שלא. אני מצמיד את המחיר ויכול לבוא מישהו ולהגיד שאנחנו מחויבים לסל, בואו נראה באמת מה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

המחויב כתוספת נגזרת והיא כנראה במחירים - אם הם עולים אז את אותו סל אתה חייב לתת ביותר מחירים ואנחנו מציעים גם לתקן את המדד. אלמנט אחר עליו יש לנו case זה הדמוגרפיה - באותו סל כמו היום, האוכלוסייה מזדקנת וצריך לתת יותר - זה שני דברים שמתבקשים אוטומטית מהסל. טכנולוגיה זה דבר שלא נגזר מהזכאויות, אפשר להחליט שהשנה לא מוסיפים על טכנולוגיה בכלל. זה ההיגיון שהיה אז, ואני יכול לראות את האוצר אומר אותו – מה שנגזר נגזר, וטכנולוגיה צריך להחליט עליה לפי המצב במדינה. אני פה מתחבר לטענה אחרת שנשמעה פה, שתמיד הבריאות באה בסוף, ואם לא נעדכן את הטכנולוגיה יש סיכוי שלא נקבל על זה, ויש סיכוי שלא נקבל את הפיצוי על זה. אבל על שני דברים יהיה להם יותר קשה להגיד - דמוגרפיה ומחירים, ועל טכנולוגיה יהיה להם יותר קל. בואו נעשה 80% לפי זה ו- 20% לפי הממוצע במשק, ומפה לא נעלה יותר לכיוון ה - OECD אלא נעצור קודם. חייבים לחשוב על משהו יותר ישים.

**דוברות:** אחת הטענות למה כן רוצים לשמור על זה, זה הניתוח המלאכותי. אנחנו מבטיחים קדימה ורמת בריאות. יש הגיון מובנה בשמירה על טכנולוגיה בסל ואני מסכימה, אבל מישו יבוא ויגיד שיש הגיון בריא בלשמור עליה כדבר מוגן במערכת. זה פעם אחת לעצמנו. הנימוק הזה של הבריאות תמיד בסוף התעורר אצלי כתובנה, אבל זה תחום שהתבהר לי כשעמותות "עוררו" הופיעו לפנינו. הם הציפו קשיים, וזה הורים שנלחמו עבור ילדיהם, ורוב החולים חולים בזמן אמת ונאבקים על הבריאות שלהם, וכשזה נגמר הם לא רוצים לחזור לזה. אם זה מבוגרים הם מסתלקים מהעולם ולא יודעים מה קרה שם. חלק מהעניין זה גם להראות את הכל. חלק מהעניין זה צורך, ועצם ההצפה של הנושא והדיון, שהייתי רוצה שיהיה יותר מעמיק וברור ויתנהל אחרת, אבל יש פה עדיין התעסקות.

**דוברות:** זה הנימוק שהעלית קודם, שבריאות לא נמצא בסדר העדיפויות.

**פרופ' קובי גלזר:** עד לאחרונה אף אחד לא רצה להיות שר הבריאות.

**דוברות:** אולמרט רצה... יש מנגנון של עדכון שהוא קיים, שלא תטעו, לא ממציאים פה דבר חדש. הוא נותן תשובה לנושא של דמוגרפיה ומחירים. הטענה שלנו היא שזה נותן תשובה חלקית, ושנית שזה לא מעוגן בחקיקה, בטח לא בנושא הדמוגרפיה, כל שנה מקבלים אחוז אחר. המו"מ הזה המתחדש אחת לשלוש שנים בו אנחנו נשחקים, ואת זה אנחנו רוצים לשנות. בטכנולוגיה ה - case הוא שונה – זה אומר שאני מגדיל את הסל, וזה לא עניין של שחיקה, וחברה יכולה להחליט שהיא לא מגדילה את הסל, תתחרו על הגדלת מספר התלמידים לכיתה במערכת החינוך. יש מנגונים שבהם אתה חייב מנגנון עדכון אוטומטי. מחירים ודמוגרפיה זה שני דברים מרכזיים, וזה עניין כבר של חקיקה. אנחנו חייבים להציג את ה - case הזה.

**יעל:** במיוחד אם עושים השוואה למה שקורה ב - OECD, שם טכנולוגיה עולה ב - 2% כל הזמן.

**דוברות:** זה בדיעבד.

**דוברות:** הם נותנים פיצוי טכנולוגי כש - 90% מזה הולך על קהילה. יש מנגנון של טכנולוגיה זוחלת שלא רואים את זה. זה מתבטא ביום אשפוז.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' קובי גלזר:** מעניין לדעת כמה זה.

**יעל:** זה נכון?

**דוברות:** זה מגיע לקופות חולים עבור שירותי קהילה, וגם את זה צריך לספוג.

**פרופ' קובי גלזר:** אנחנו אומרים בואו לא נעשה את זה שלא יודעים, תנו לנו אחוז וחצי ושהכל יהיה כתוב וברור.

**דוברות:** זה גרף שהופיע בדו"ח של בנק ישראל ביום שני האחרון. אנחנו מסתכלים על ההוצאה האזרחית בכללותה, ללא ריבית.

**דוברות:** חינוך עולה ובריאות יורד.

**דוברות:** (מנתח את הגרף) – הקווים די יציבים. בריאות עלה קצת ב – 2004-2005, גם בגלל ששאר הדברים קוצצו, אבל מאז נשאר ככה.

**פרופ' קובי גלזר:** חינוך זה פר ילד? מה קורה לגבי ילדים? מספר הילדים קטן.

**דוברות:** הוא גדל.

**פרופ' קובי גלזר:** עכשיו לאחרונה? הוא גדול, השאלה היא אם הקצב גדל? מספר הילדים גדל זה ברור.

**דוברות:** השאלה היא מה קורה לאחוז מהאוכלוסייה.

**דוברות:** זה אומר שזה גם בלי הביטחון, זה שזה בלי ריבית. ברגע שמסתכלים רק על ההוצאה האזרחית, היא יורדת בפני עצמה ועצם זה שאתה שומר על חלקך... במערכת החינוך הוקצבו והקידום הוא לפי מספר גולגולות באופן אוטומטי, ובריאות לא. כך יותר קל לראות את זה.

**דוברות:** פה רואים השוואה בין לאומית רק של הבריאות. כלומר ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מההוצאה האזרחית בלי ריבית ובלי כלום. בירוק מקווקו זה ישראל, ורואים שזה די יציב.

**יעל:** אז יש פה עלייה.

**פרופ' קובי גלזר:** תשווי למדינות אחרות ותראי מה קורה.

**דוברות:** ב – 95' היינו גבוהים יחסית מתוך ההוצאה האזרחית בסדרי עדיפויות לבריאות, ומאז נשארנו יציבים והשיעור ב – OECD עלה. ב – 2013 זה קצת ירד, ומאז אנחנו נהיים נמוכים יותר מהממוצע, יכול להיות בגלל המשבר וההשפעה שלו על מדיניות צנע בכמה מדינות.

**דוברות:** שוב תגיד שזה לא קשור להזדקנות האוכלוסייה.

**דוברות:** נכון, במקביל היא קרתה באוכלוסייה. אמרו שרוב העלייה לא היתה מדמוגרפיה, אלא מטכנולוגיה ואינפלציה של עלויות. זה מראה על סדרי עדיפויות בתוך התקציב ולא על גודל העוגה, רק על החשיבות של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

הבריאות. בהולנד הייתה רפורמה שהשפיעה מאוד, ואפשר לראות שאנחנו לא מאוד רחוקים מצרפת ולא היינו ממש רחוקים מהם. אנחנו די דומים להם.

**יעל:** הם גם עברו אותנו.

**דוברות:** בערך באותו אזור. דנמרק עלו מאוד והגיע לסדרי העדיפויות שלנו. אנחנו די במגרש המשחקים למרות שמגמתנו לא מתאימה ואנחנו כן נתרחק. לכן זה לא בעיה של סדרי עדיפויות בתקציב, אלא שכל ההוצאה האזורית נמוכה יותר. גם בגלל שהקטינו את תשלומי הריבית והעבירו הרבה יותר לביטחון, וזה גם להקטנה בתוצר ובמיסים.

**דוברות:** אנחנו לא יכולים לא לומר משהו על זה שקשה לטפל במצוקות במסגרת הוועדה הזאת, ובאחרות מתמודדים עם דברים אחרים, וההוצאה הכוללת הולכת ופוחתת כי כולם נלחמים עם המצוקות שלהם, על עוגה שאנחנו לא-לא צומחים אלא מוכנים להוציא פחות בהוצאה הציבורית. אי אפשר להיות מנותקים. נורא קשה לשרים לראות שמקבלים את החלטות הממשלה של תקציב המסגרת והיעדים, ואחר כך כשבאים לתקציב שלהם קשה לראות שכולם צריכים לשלם את המחיר הזה, לא רואים את זה מיד.

**יעל:** הם לא רואים, זה לא תפקידם. כל אחד ותפקידו. אני מבינה את מה שאת אומרת, אבל אם כל אחד יראה את הכל, אז מה יצא?

**דוברות:** לכל טיעון שתמצא אפשר להציג שקף מתאים. יציבות היא נטייה לירידה, אבל יש פה 2 הערות – 1. מאיפה אנחנו מתחילים? רמת התוצר וההוצאה שלנו יותר נמוכה, 2. להסתכל על המגמה הכללית של התקציב האזורי ביחס לתוצר, ואנחנו בירידה כל הזמן. זה מתחבר למאקרו כלכלה.

**דוברות:** יש לנו חובה מוסרית לשקף לנבחרי הציבור את המצב בבריאות, וזו המחויבות שלנו. זה חייב להיות בחפיפה למציאות הקיימת, אבל אנחנו יושבים על בריאות וזה המצב שאנחנו משקפים למרות תמונת המאקרו. אנחנו רוצים לשנות מדיניות, לכן ההמלצות חייבות להיות מחוברות. יש פה בריאות וזה חשוב יותר מדברים אחרים כדי לשנות מדיניות ציבורית.

**דוברות:** אם מישו מצפה שכל הכסף יגיע רק מהתקציב - זה לא מתחבר לתמונת המאקרו.

**יעל:** נצטרך לראות איך עושים את זה.

**פרופ' קובי גלזר:** יש עוד נימוק אחד שהוא שונה לחלוטין – נימוק נורמטיבי ופוזיטיבי. נורמטיבי זה מה נכון. נימוק נוסף הוא שאם אתה לא מביא כסף למערכת הציבורית - פורחת מערכת פרטית שהיא פחות יעילה ויותר בעייתית. יש פה ארגומנט של כשל שוק חזק שאומר בואו נחזק את הציבורית כדי שלא תתחזק הפרטית שהיא בעייתית, לא רק בגלל העניין של הצדק אלא גם בגלל עניין כשל השוק.

**דוברות:** אפשר להגיד גם למנוע את יוקר המחיה.

**יעל:** זה כשל שוק ברור.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני יודע שיש צד של שיווק ופולטיקה סביב עבודת הוועדה, אבל יש פה את נושא מנגנון העדכון ואנחנו די בשלים להגיע להמלצות.

**יעל:** דיברנו על החברים שיכתבו את ההמלצות בנושא הזה. אין וויכוח שצריך מנגנון עדכון, אבל איזה מהם? או שילוב של שני דברים בתוך רצועת מציאות קיימת? צריך לכתוב את זה, ואז אמרת שיש לנו כבר פרק על זה.

**דוברות:** קובי חידד כמה דברים על מה לשים דגש.

**יעל:** אני רוצה צוות קטן מהיר וזריז.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה שאני אמרתי שצריך לשאוף להגיע לשם, לא הייתה לי כוונה שצריכים להצמיד בתקציב את הסכום הזה – חוזר למצגת. אני רק אמרתי שצריך לקחת איזשהו סכום פה ולהצמיד. להצמיד את הסכום הזה, אולי לא הובנתי נכון ורציתי לחדד.

**דוברות:** 5.4% זה ציבורי. אתה מתכוון להצמיד למקורות ציבוריים או גם לא ציבוריים?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה פשוט לא יקרה ממקורות ציבוריים. הכל ציבורי.

**דוברות:** המטרה היא להגיע ליעד של הוצאה ציבורית על בריאות של 5.4%?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני רוצה שהמערכת הציבורית תקבל את הכסף הזה לצורך טיפול בציבור. חלק מהכסף יבוא מהפרטי ויחשב ככזה בסטטיסטיקה, אבל המערכת הציבורית תקבל אותו, מערכת האספקה הציבורית.

**דוברות:** אם מכבי קונה ממדיקל סנטר ב - 800 מיליון ש"ח זה חלק מזה?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** לא, אבל אם נכניס למכבי תייר מרפא ואתה מכסה את העלות שלו מהסכום הזה, הרווח נכנס לפה. זה תוספת משאבים לטיפול במערכת הציבורית.

**דוברות:** זה בא לו מהכוורת.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כן, זה מקורות לציבור הלא משלם במערכת ציבורית. זה זה. אם מישהו משלם משהו ומוציאים את זה עליו, זה לא נכנס לפה. רק הרווח שהולך לציבורית נכנס לפה.

**דוברות:** כלומר האספקה ציבורית ולא בהכרח המקורות.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** תבין שזה קצת יעוות את הסטטיסטיקה.

**דוברות:** תכניס את ההכנסות מתיירות מרפא ושר"פ ומהכוורת הזאת.

**דוברות:** אני לא רוצה חלוקה קלאסית של אספקה ומימון. הדגש הוא על החולה הציבורי, ובתוך זה יש מגוון אופציות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' יוג'ין קנדל:** חלק מההוצאות האלה על החולה הציבורי יחשבו בסטטיסטיקה כהוצאה פרטית.

**דוברות:** היום חלק מעלות הסל שבחוק זה גם הוצאה פרטית.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** נכון, זה דומה למימון של אחרים בעצמך.

**דוברות:** הייתי מציע בכוורת שתוסיפו גם את המס המקביל בנוסף למס בריאות, כדי להראות שדיברנו על האופציה הזאת.

**דוברות:** החשש הוא לא שזה ילווה בהקטנת הסובסידיה, שזה לא חשש אלא מבורך, אלא החשש שבגלל ההקטנה יגדלו המקורות. אני אסביר – יש יתרון שיש הקטנה של סובסידיה של המדינה כי עצרו את המערכת. החשש הוא שהמקורות לא גדלים כתוצאה מכך.

**דוברות:** אנחנו רוצים לראות שהסך הכל עולה ולא רק חלק מסוים ממנו.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** יש פה את הקו של לאן אנחנו רוצים לשאוף ויש את הקו שהוא נמצא באמצע, והייתי שמח אם היה קצת למעלה, ששם אני מוכן להמליץ שאכן יצמידו את זה. זה עדיין הרבה מתחת לצרכי המערכת.

**יעל:** איפה הוא יעבור? יש לך המלצה ספציפית?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** צריך לחשוב על זה.

**יעל:** בין הירוק לכחול.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מתקציב המדינה ומס הבריאות ביחד צריכה לבוא כמות שאני קובע אותה באיזשהו תוואי. יש פה שיקולים נוספים בכובע שאצטרך לחבוש בעוד חודשיים.

**דוברות:** הוא רצה להגיד שבסך המקורות שהוא אומר, זה לא רק מקורות ציבוריים אלא גם פרטיים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה לא אומר שאני לא מוכן להיות רק ציבורי.

**דוברות:** נתקדם – אנחנו הולכים לעבור על כל אחד מהמשושים בכוורת לעניין המס המקביל שהוא אמר, ברמת הצפת הרעיונות, זה כמו הרכבת סלט. כל אחד יכול לבחור מרכיבים לסלט ויש כאלה שלא יכולים לחיות יחד. יש תרחישים מה יקרה בכל אחת מההרכבות, כמה כסף זה מביא ומה זה עושה לנו במערכת. מס בריאות עומד לבד בכוורת, יכול להצטרף לכל מהלך אחר שנחליט לעשות. זה לא פותר מהלך אחר, ואת הגובה שלו אפשר להחליט עליו. פה עשינו חישוב של העלאה בחצי אחוז, וזה מביא אותנו ל - 2 מיליארד ש"ח.

**דוברות:** למה כתבת חד פעמית?

**דוברות:** יש פה הרבה חישובים. הסיבה שכתבנו חד פעמית היא כי הקפיצה היא כזאת ולאחר מכן התקבולים יגדלו. חד פעמית לבסיס, זאת הכוונה.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה סדרי גודל של 23 מיליארד ש"ח במושגים של הגרפים האלה, מתוך ה - 90 שדיברנו עליהם מקודם.

**דוברות:** מס הבריאות כיום הוא רגרסיבי, ואם נפתח את זה זו הזדמנות לעשות בו סדר. היום יש קבוצות משוחררות ממנו, וצריך לחשוב על צעדים בהקשר הזה עם שמירה על אותה עוגה.

**דוברות:** את חושבת שזה צריך להיות בבת אחת או בהדרגה?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אפשר לעשות בהדרגה, להחליק את זה. זו נקודה מעניינת.

**דוברות:** לא ניכנס לזה כרגע.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** גם זה, כמו שהיה צריך להעלות מס, ובאה הממשלה וביטלה את זה בחוק.

**דוברות:** צריך לחשוב על האופציות כי יכול להיות שזה יהיה קשה לבלוע.

**דוברות:** כשאנחנו באים ומשנים מס וזה דורש הגעה לכנסת, אנחנו יודעים מה השאיפות שלנו ולא עם מה נצא. יש הצדקה למס ייעודי למערכת הבריאות, אבל מערכות אחרות לא חושבות שזה הגיוני מס צבוע לבריאות.

**דוברות:** השם הרשמי הוא "דמי ביטוח בריאות", וזה עדיף על "מס".

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה כאילו בסיס, וחלק מהתכניות גורעות ממנו וחלק נבנות מעליו.

**יעל:** אנחנו כבר הגענו מעבר לקו האדום...

**דוברות:** הסובסידיה בהגדרה היום היא כחלק מדמי הביטוח, וזה פיצוי על מס מעבידים.

**דוברות:** למה אתם קוראים לזה סובסידיה?

**דוברות:** ככה זה מוגדר. יש אופציה נוספת, והיא אומרת שבעולם המיסוי נמסה את הפעולה הספציפית שנקראת מס בחירת רופא, אם זה לניתוח או ייעוץ. אם אנחנו יוצאים מנקודת הנחה שזה מלווה בתוצאות בעייתיות, נטיל על זה מס למבטחים. בואו נזקק את הפעולה שנקראת בחירת רופא במערכת, נמסה אותה. הצענו להגדיל את ההיטל בגובה של 10% עד 20%, ואנחנו הולכים רק למבטחים עצמם ולא רודפים אחרי ספקי הקצה אלא מאיפה בא הכסף. אני לא בטוחה שזה מספיק טוב, זה קצת מדבר עם האופציות של מס על סיגריות, וזה אני אומרת בזהירות כי סיגריה זה דבר לא רצוי, ובחירת רופא יש לזה עלות שצריך למסות עליה. זאת אופציה וצריך לחשוב עליה טוב טוב בהיבט המשפטי, וצריך לבדוק האם יש לזה הצדקה וזה עמיד. זה מקור כסף משמעותי שמביא איתו אלמנט מרסן על שכר הרופאים, כיוון שאם הביטוח יש לו פחות לשלם לרופא, יש להם עניין להתמקח על איך מתחלק הכסף, וזה נאיבי להניח שכל הכסף יגולגל אל הרופאים אלא יכנס לחברה בפרמיות. אני אומרת שיווצר לחץ לעלייה בפרמיות וחלקו יהיה מוצדק, ואנחנו לא רוצים שהשב"נים יהיו גרעוניים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אז איך עושים את זה?

**דוברות:** הסכמים חדשים מול הרופאים.

**דוברות:** בוא נבין את הטכניקה עד הסוף – את באה בסוף שנה לחברת הביטוח - ראינו שהיו כאלה וכאלה שימושים אצלך, עכשיו 10% מזה זה מס, נכון?

**דוברות:** לא, אם נלך על ההצעה של הוועדה של שלומי - פוליסה שמבודדת את רכיב בחירת רופא וחווה דעת שנייה - זה לא על השימושים.

**דוברות:** אז זה לא דומה לסיגריות כי שם זה שימושים.

**דוברות:** זה לא העלאת פרמיה, אני לא מאפשרת את זה.

**דוברות:** את ממסה את הפרמיה ולא את השימושים, נכון?

**דוברות:** אני מניחה שזה ישפיע על השימושים.

**דוברות:** אם השב"נים מוגבלים והם לא יכולים להעלות את הפרמיה...

**דוברות:** אני מציעה שנבין את ההצעה עצמה. המנגנון אומר כך - אני מסתכל על החלק של בחירת רופא, ולא משנה אם זה מבטח מסחרי או שב"ן, אני רוצה לגרום לכך שיהיה פחות מוקצב לעניין הזה, וחלקו יועבר לקופה ציבורית בשביל לפצותה על חוסר היעילות שנוצר בתוכה כתוצאה מהבחירה שנתתי. האם זה מספיק חזק כטיעון אני לא יודעת, ולכן זה מוצג כשאלה.

**יעל:** את ממסה את השימושים או את הרופאים שעושים את זה?

**דוברות:** אני הולכת על המבטחים, ממסה את השב"נים ואת חברות הביטוח.

**פרופ' קובי גלזר:** זה כמו מע"מ.

**דוברות:** אני לא מתעסקת עם משחקים חשבונאיים, אני הולכת לראש. זאת אופציה ואפשר להחליט שלא רוצים אותה. האופציה אומרת שאנחנו צריכים ללכת לראש וזה המבטחים עצמם. זה 4 שב"נים ו - 4-5 חברות ביטוח. אני מתעסקת עם הפרמיות שהם גובים מהציבור. כיון שאני מחליטה מה הפרמיה בשב"ן, צריך לעשות תהליך גולטורי מקביל שלא מאפשר העלאת פרמיות. בואו נזכור שאי אפשר לגלגל את כל העלויות על הרופאים ולכן ייווצר לחץ חוזר להעלאת פרמיות, וצריך להחליט מה יותר חשוב. יש לנו פתרונות אפשריים.

**דוברות:** אם עכשיו הם קיבלו הכנסות של מיליארד ש"ח שהולכים למדינה בהיטל, יש עכשיו הכנסות של 900, וזו שאלה של רווחיות. יש להם אופציה להקטין אישורים כדי שלא ישתמשו יותר, או להוריד את מחירי הרופאים. זה מודל.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** היא אומרת שיווצר לחץ ולא להעלאות של פרמיות.

**דוברות:** גמישות ההיצע של הרופאים וההנחה שלא מיצינו את כל המלאי, ושאפשר ללכת לרופא מדרג ב' ולא דרג א'. ההמלצה המתגבשת בביטוחים היא ללכת להסדרים, ומי שבחר לא להתגמש... יש פה מקום לשפר חוזים מול הספק, והמשמעות היא להוריד את המחירים של הרופאים.

**דוברות:** יכול להיות שגם מה שאסותא ומדיקל סנטר גובים זה אחוז מסוים. זה לספקים ולא רק לרופאים.

**דוברות:** נכון, ואמרתי רק 10% וזה לא דרמטי.

**פרופ' קובי גלזר:** בגלל שמרפאות פרטיות יוצרות עלויות למערכות, אחת האפשרויות זה למסות אותן. יש פה כל מיני כיוונים, אבל מדובר על הטלת מס על המערכת הרפואית שמשפיע על המערכת הציבורית ועל התוצר לנפש בכל מיני כיוונים. אפשר ללכת עם זה בכל מיני צורות וזה לא פשוט. אם זה לא יהיה רובד נפרד זה יותר מסובך, כי אז איזה פרמיה באה בדיוק לבחירת מנתח ולא לדברים אחרים? אם יהיה רובד נפרד זה יותר קל, ואז המוצר בחירת מנתח בביטוח יהיה כרוך במס. לדעתי, גם אם יטילו עליהם מס בלי קביעת פרמיה, המשמעות תהיה העלאת הפרמיה שתגרום לעזיבה של הביטוח על זה, או ללחץ על הספקים להקטין מחירים. רעיון שלישי, אם אין רובד נפרד, יכול להיות שהמס לא צריך להיות על הפרמיה אלא כהוצאות על התשלומים לספקים. על זה תשלמי לי 15%, לא על הפרמיה שלך, אלא על כמה שילמת על בחירת מנתח. יש פה רעיון שיותר קוסם כי הוא לא כמו הטלת מס על כל האוכלוסייה, אלא מטיל מס רק על מי שבחר לבחור רופא.

**דוברות:** זה לא סותר, אפשר להחליט שעושים גם וגם.

**דוברות:** דנו בסיפור גם בביטוחים, ובסופו של דבר זה ירד, לא לגמרי.

**דוברות:** עלתה עוד הצעה על השולחן וזה ניתוח תרחישים. הוצגה פה הצעה שאומרת בואו נוציא את בחירת מנתח מהשב"נים, נוריד את פרמית השב"ן, נעלה מס בריאות בהתאמה וניתן זכות בחירה חינוס. זו הצעה שהוצגה פה, והיא שווה בדיקה לראות מה זה עושה לנו, כמה כסף זה יכול להביא לנו. אני רוצה לדעת מה המשמעויות של ההצעה הזו בהיבטים הנוספים. אנחנו מייצרים פה תמריץ חזק לקופות להפנות חולים למערכת הפרטית. כבר בשב"נים יש להם תמריץ, ועכשיו אדרבא. גם אם נסכים שהמערכת תהיה מדהימה עוד 3 שנים, עדיין יהיה צורך של אנשים להבטיח לעצמם את הדבר הזה, בהינתן התורים לפנות לפרטי, גם בגלל שאנשים הצטרפו למערכת. 42% מהאוכלוסייה מחזיקים גם שב"ן וגם פוליסה פרטית, וחלק מחישובי הפרמיות של החברות מתחלקות בין לבין השב"נים.

**דוברות:** יש דברים שהם must לתיקון.

**דוברות:** נכון להיום יש כפל ביטוחים, הפרמיות נקבעות מתוך זה שהם לוקחים בחשבון שחלק מהעלויות מתחלקות עם השב"ן, וברגע שזה יוצא מהביטוח - העלויות יעלו. הגדלנו את הביקושים כי הציבור נכון להיום לא יסמוך את ידו על ההבטחה שהוא מקבל בחירה ציבורית, וירצה לבטח את עצמו, וזה חלק גדול מהוצאות השב"ן והציבור רוצה את זה, וגם בגלל השיקול של הכסף. אנחנו צופים הגדלה בפרמיה של הפרטי. מעבר לזה, אם נצליח



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

ונגרום למערכת לעבוד, חלק מהמטופלים יחזור לציבורית. הצלחת המודל זה שחלק מהאנשים שקודם השתמשו בשירות הפרטי יחזרו למערכת הציבורית. כלומר אותו חסכון באמצעות שב"ן, אנחנו לא חוסכים אותו ונצטרך לשלם עליו, וזה עולה כסף. התורים יתארכו עוד יותר ביחס להיום, כי היום התור הארוך הוא ללא הפרטיים. כולנו רוצים לשפר ולהקצות משאבים בשביל לקצר את המשאבים האלה, וזה ידרוש זמן רופא. כתוצאה ממתן הבחירה אנחנו נצטרך להקצות זמן רופא ולממן אותו. אנחנו מבינים שתהיה הקצאה פחות יעילה כי תהיה בחירה בחינם לכולם. גם אנשים שלא בחרו להתעסק עם זה, ברגע שזה חינם הם יצטרכו לבחור. בקיצור תורים, כתוצאה מכך אנחנו עלולים למצוא עצמנו בשחיקה נוספת של אמון הציבור. עכשיו יהיה קשה יותר להסביר למה הגעתי לרופא ספציפית ברגע שנתנו לי לבחור, וזה מסביר שיקולים של מעטפה שחורה. כל החישובים שנראה פה, אפשר להניח הנחות אחרות, אבל זה המשחק – במצגת.

**דוברות:** זה הכל במיליארדי שקלים.

**פרופ' קובי גלזר:** חשוב להבהיר שזה העלויות ולא הפרמיות.

**דוברות:** הפרמיות יותר גבוהות כי זה מכיל בתוכו את ה – LOSS RATIO.

**דוברות:** זו ההוצאה.

**דוברות:** עלויות אמיתיות ולא הפרמיות. כיוון שבאו מטופלים חדשים למערכת שאנחנו צריכים לטפל בהם, זה עולה לנו כסף. הסתכלנו כמה מעריכים באסותא שימוש בחדרי ניתוח, במבנה, בחשמל ובחומרים מסביב, והנתון המינימלי הוא 0.45 מהמערכת.

**דוברות:** זה מטופלים שחזרו למערכת הציבורית?

**דוברות:** זו לא אמירה ערכית, אני רק עושה ניתוח מספרי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** 70% מאלה שהיו בחוץ חוזרים חזרה, זו הנחה.

**דוברות:** ככל שהתכנית מצליחה יותר, העלויות עולות. ככל שהצלחנו להחזיר יותר - כך נשלם יותר וזה נראה לי מועדף, אבל בואו נדבר כסף, ולטפל בהם עולה כסף. הטיפול שעולה כסף כך גם הניתוח עצמו, והחישוב פה לוקח בחשבון רק אלמנטים של ניתוחים, גם פרטיים וגם שב"נים. הלקוח יגיד קיבלתי את זה בחינם אז אני יכול לוותר על הביטוח. אנחנו מתכוונים לזה כשאנחנו אומרים שאנחנו מציעים שירות משודרג.

**פרופ' קובי גלזר:** אפשר להתווכח, אבל זה המספר שאסותא נתנו.

**דוברות:** המספר הראשון אמור להיות כמה זה יעלה גם אם הם יחזרו. זה מה שהבנתי מהסעיף.

**דוברות:** זה לא כולל כ"א. אז 640 מיליון ש"ח זה רק ביי"ח שעובד אחר הצהריים. זה תוספת פעילות בגין חשמל, אביזרים רפואיים ואוכל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה נתון שחושב על ידי שלומי ואסותא, זה לא רווחים במערכת. 45% מהמחיר - ככה זה עולה לי באמת לטפל בבן אדם. זה לא כולל כ"א, אסותא לא כולל כ"א בכלל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה כולל כ"א מסביב ולא את הבחירה.

**דוברות:** האח הסיעודי שמגיע זה כלול בתוך זה, אבל לא הרופא המנתח עצמו שבבחירה.

**דוברות:** אני לא חושבת שהוא אמר שביטול בחירת הרופא מביא לו כסף. לא אמרנו אף פעם משפט כזה.

**דוברות:** המספר הראשון אומר כמה הקופות מוציאות היום על בחירת רופא וחוות דעת שנייה. כמה זה שווה בהכנסה אלטרנטיבית דרך מיסוי, זה מיתרגם לשם. עכשיו מתחיל שירשור של הפחתת עלויות שלא רלוונטי מבחינתי. אם תסתכלי על פתרון אלטרנטיבי, אנחנו רוצים שהיא תעשה יותר ותקצר תורים. הן יכנסו להוצאות של יותר תשלום על אשפוז ורופאים פול טיימרים. תסתכלו על זה בצורה אינטגרטיבית של פתרון.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מה שמצויר פה זו בדיוק ראייה אינטגרטיבית. אנחנו מסתכלים על הנטו. התחלנו מהעבודה שבמערכת חסר כסף וצריך להוסיף, אבל כמה יגיע נטו למערכת אחרי שסגרת את זה? בנטו כל מה שהלך למערכת אחרת כדי לפתור את הבעיה של מחסור במשאבים מצויר פה, ולכן זה דווקא אינטגרטיבי.

**דוברות:** החשבון הוא לא נכון, אני לא מבין את זה.

**יעל:** הוא אומר שכשאנחנו רוצים להבין את המשאבים, אנחנו לא רוצים להשאיר רווח, זה בדיוק למטרה הזאת.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** יש פה בלבול – אמרנו שהמערכת כפי שהיא היום היא במחסור. היא צריכה תוספת משאבים.

**יעל:** למה?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** לכל מיני דברים.

**יעל:** לקיצור תורים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** לקחת את 1.62 והפנית את זה לקיצור תורים. בעקבות העצה שלו, העלות הנוספת שבאה בעקבותיה זו תוספת עלות שאנחנו מסבירים כך – החסכון שדיבר עליו שלומי, האנשים האלה בכלל לא מטופלים בציבורית אלא באסותא, ו- 70% הצטרפו אליה. זה יעלה לך 650 מיליון ש"ח נוספים. 1.62 כבר ניצלת אותו.

**דוברות:** זה מקור שכבר יש בו שימוש.

**יעל:** אני מסיטה אותו למערכת הציבורית. מה אכפת לי על מה היא מוציאה אם אני מסיטה את התורים? זו המטרה שלי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני מבין, אנחנו רק אומרים לך שבנטו מבחינת המקורות זה עוד ממיליון ש"ח עד 400 מיליון ש"ח.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** קיצרתי תורים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** לא, קיצרת תורים ואז הוספת אותם למערכת.

**דוברות:** העלית מחירים ואז הורדת אותם.

**יעל:** הטענה היא שלא קיצרנו תורים.

**דוברות:** התחלנו מהמצב הנוכחי שבו תל השומר מראה לי את חדר הניתוח הריק אחר הצהריים ואיכילוב על הרופאים שבורחים לו וכן הלאה, שעומדים שם ועולים לי בהוצאות הקבועות. יש פה פוטנציאל עשייה גדול יותר מאשר בפועל, והפרדוקס הוא שיש תורים ואיזה מערכת מטומטמת, איך המערכת מאורגנת? אמרנו בואו נארגן את זה בין השאר על ידי המרת כסף פרטי בכסף ציבורי. מעבר לסיפור הזה יש פה גם מנגנון הרבה יותר יעיל של ניהול הכסף. אתה משתמש בתשתיות קיימות, מדבר עם רופא שאומר שהוא לא רוצה ללכת לאסותא. אני לא הסטתי, אני קיצרתי תור, נתתי יותר כסף למערכת הציבורית כדי לקצר את התור. ב - 1.62 אני יכול לקלוט הרבה יותר פעילות.

**דוברות:** אתם מתווכחים על המספרים, כמה ישאר בסוף.

**דוברות:** ההערכה שלכם היא שעלות של פול טיימרים זה הרכיב השלישי?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הרופא בפנים עולה 50% מהרופא בחוץ. הוא יעשה אותו דבר בחצי מחיר.

**דוברות:** זה בחוות דעת, אתה מתכוון 30%.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** בוא ניקח את המודל שלו ונקצין אותו מאוד. אני יכול לעשות ובלי עלות נוספת בכלל, אני נותן לכולם זכות בחירה וזהו. אני מראש אומר שאני לא נותן אגורה נוספת למערכת. מה עשיתי? הארכתי את התורים. אותם אנשים שחזרו אני צריך לטפל בהם? זה עולה יותר, אבל הם מתווספים לתור. אנשים שמקודם לא יכלו לבחור רופא, חלק ניכר מהם כן ירצו כי יש להם זכות.

**דוברות:** זה לא הולך ככה. 50% בוחרים ו - 50% לא. ככה זה היה בצנתורים.

**דוברות:** זה היה מקרה פרטני שלקחו 3 כוכבים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה לא יעלה אגורה נוספת, אבל אנשים במקום לקבל טיפול בשנה הבאה יקבלו בעוד שנתיים. אתה צריך להיות מסוגל להתכנס במודל כלשהו. לקחנו את המס והכנסנו למערכת, לא הוספנו כסף לטיפול בתורים וזה העלה אותם. כדי לצמצם אותם זה יעלה כסף, ואלה המספרים האדומים.

**יעל:** את זה היא יכולה לעשות. אני חושבת שכן אפשר לעשות מספר תרחישים. אנחנו נכנסים פה למעשה לתורת התורים. אני שומעת מה שהם אומרים ואני לא בטוחה שלא כך ולא כך. יש לנו לצורך העניין 100 ניתוחים ותור של





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

100, ו - 50 ניתוחים בפרטית עם תור של אפס. מחר לא כל החמישים יעברו ויגיעו 30. תעביר את השלושים למעלה ויש לנו 130 ניתוחים ו - 70 ממתניים.

**דוברות:** יש פה טעות מתמטית, לא עברו 30 עם כסף של 50. זה לא יכול להיות אנשים של השב"ן שאת זה ביטלת. ה - 20 שנשארו הם רק בביטוח הפרטי, ולא הבאת את הכסף הזה. עכשיו עירבתם שני מודלים.

**דוברות:** רק שב"ן, אבל לא כל האנשים שיפסיקו לשלם פרמיה בשב"ן יעברו, כי חלק יעברו לפרטי וישלמו שם יותר. דמי ביטוח בריאות יחושבו לפי הפרמיות בשב"ן.

**דוברות:** הכל בסדר, אבל תראה מה שאנחנו עושים – ב - 50 שעוברים ומתוכם זה רק 30 יש כמה אופציות. אם אתה בא ואומר שיש לך גם שב"ן וגם מסחרי, אתה לא יודע כמה כסף עובר וכמה כסף אתה חוסך. אתם קופצים לא רק מהמודל אלא גם מהכוורת. אם יש לך 50 איש, מתוכם אתה צריך לדעת לפחות כמה בהנחה שלך הם מסחרי וכמה שבן. רק מהשב"ן הכסף עובר לשם. אם יש לך מישהו מתוך ה - 50, אז רק השב"ן עובר.

**דוברות:** זה מודל נפרד והיא עקבית איתו.

**דוברות:** ב - 50 איש עוד לפני שעוברים יש לנו כמה אופציות – או שכולם היו שב"ן ואז כולם עוברים. איך יכול להיות שרק 70 עברו? מה קרה ל - 30?

**יעל:** יש להם גם ביטוח מסחרי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מכל השב"ן לקחנו את הכסף מראש, הוא כבר פה. זה לא הנחה.

**יעל:** על זה אנחנו מדברים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אנחנו מדברים על הגדלת עלויות.

**יעל:** רק 70% עברו.

**דוברות:** עשינו את המעברים האלה כשחישבנו.

**דוברות:** יש פה כמה הנחות חשובות לגבי כמה ישאר מעלות הטיפול ממי שעובר. הנחה יותר חשובה זה כמה העלויות לטיפול יהיו נמוכות מאשר בשב"ן. העלויות נמוכות בין 6% ל - 20%.

**דוברות:** עברו לנו גם אנשים שקודם החזיקו בשב"ן.

**יעל:** אתה אומר שיכול להיות שההוצאות יהיו הרבה יותר נמוכות.

**פרופ' קובי גלזר:** אני מחזק את מה שאמרתי, שתרחישים והערכות כלכליות זה כמעט בלתי אפשרי. אמרו לי סדר גודל, אבל זה לא שינוי קטן אלא דרמטי במערכת, עם המון השלכות, ונצטרך להפעיל common sense. הרעיון



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פה, ואני מתחבר למה שהיה בהתחלה, הוא שלמערכת חסר הרבה כסף ואנחנו רוצים לראות מה ההשלכות על המערכת. למערכת חסר כסף לא רק בשביל קיצור תורים, ראינו במשך הזמן חוסרים רבים. אנחנו רוצים לראות את השינוי שמוצע כן על כמה היבטים במערכת, ויש לזה השלכות חיוביות ושליליות. דבר ראשון שהתחלת לומר זה שביטוח יש ל – 80% מהאנשים, שרק להם יש אפשרות בחירה, ואתם מציעים הצעה של 100% בחירה והיא חיובית. שנית, הפרמיות במשלים הן מאוד גרסיביות, ואם מכניסים את זה במס בריאות זה שיפור של המערכת. שלישית, המערכת תהיה יותר יעילה, ובמקום לעשות הכל בפרטי זה יעשה בשיבא, וקשה לכמת את זה אבל זה יתרון. חלק מההשפעות ניסינו לכמת וחלקן יותר קשה לכמת. מה שאנחנו מראים פה זה שהשינוי הזה נמצא פה והוא מובן מאליו במספרים. זה שאיפשרת לכל המערכת לבחור מנתח וקיצרת תורים, החישוב פה במספרים האדומים זה אומר שחלק מהם נובע מזה שהרופאים שעכשיו היו עוזבים בשעה 16:00 או ב – 14:00, והם ישארו עד 18:00 או 19:00 וצריך לשלם להם יותר כסף, אז אני צריך לשלם.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה לא נכון, אתה מסלף את העובדות.

**פרופ' קובי גלזר:** אם אתה לוקח את הכסף ומכניס את החולים האלה למערכת, ונותן להם לבחור מנתח בציבורית ולא בפרטית אבל כמות הניתוחים פר חודש תישאר אותו דבר, ברור שאתה מאריך תורים. אם אתה רוצה לתת מענה לעלייה הזאת בביקוש כדי ליצור בכל זאת אפשרות שלא יתארכו התורים כי הכנסת עוד אנשים למערכת, אתה חייב להשאיר רופאים יותר שעות בביה"ח כדי שיעשו יותר פרוצדורות. אם אתה רק מכניס את האנשים האלה למערכת ומשאיר את הרופאים כדי לשמור על התורים כמו שהיו קודם, אתה חייב להשאיר אותם יותר בביה"ח, אין ברירה. אתה צריך עוד יותר כסף ואת זה לא תמחרנו. העלות שיש פה בעצם אומרת בואו ניקח את כל החולים שנכנסו למערכת הציבורית, עכשיו הם נכנסים למערכת הציבורית, וזה מעלה את הביקוש לפרוצדורות בציבורית, ואם אני רוצה לתת אותו את זמן המתנה אני חייב להשאיר את הרופאים. ואם אני רוצה לקצר עוד יותר את התורים, זה מצריך עוד יותר כסף כדי להשאיר את הרופאים. מנגנון הכנסת חולים לציבורית ולא השארת התורים אלא קיצור שלהם, מצריך יותר כסף.

**דוברות:** זה חישוב רק בשביל לשמור על המצב as is.

**פרופ' קובי גלזר:** רצינו לראות כמה כסף זה יתן למערכת כי היא בחוסר, רק כמה עוד כסף נכנס פה. זו לא המטרה, רק לראות את זה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** יש פה עוד 2 דברים – מה שדובר פה בשתי השורות האדומות זה בדיוק מה שקובי אמר, שורה שנייה ושלישית. שורה שלישית זה רווח שנשאר במערכת הציבורית. דבר נוסף – זאת לא פעולה ניטרלית בתוך המערכת. היום מבחינת הכסף, בציבוריים זה 18 מיליארד ש"ח ובפרטית זה 3 מיליארד ש"ח. הדבר היחיד שמשנתנה זה זכות הבחירה, וזה תוספת עלות למי שלא משתמש בה היום ומשלם על זה. זה יגרור עוד סכומים, זה הכל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה נושא מסובך. תראו, יש מיליארד 600 ש"ח, והם קונים מלאי מסוים במערכת. קניית המלאי הזה בניתוחים וייעוץ וחוות דעת שנייה וכן הלאה, זה לא יעיל בסכום הזה. אני כבר לא ביתרונות של קובי, אני מתקיף את הקטע הזה, זה מצב יציב ולא עשית שום דבר, זה יגדיל את התורים. אני אומר שזה יקצר את התורים, כי מנגנון יותר יעיל משתמש בתשתיות שאתה לא משתמש בהן היום. פונקציות המטרה שלנו בקטע הזה הן חשובות, אבל זה גם להפוך את המערכת הזאת ליעילה, ואם אני לא עושה קיצור תורים אז מה עשיתי? פונקציית המטרה של בחירת רופא היא לקצר תורים ולא בשביל הבחירה, ולמדנו מזה הרבה דברים. הולכים לחוות דעת שנייה בשביל קיצור תור ולא בשביל חוות דעת, בין השאר על ידי הפחתת מחירים וניצול תשתיות שעולות כסף בשעות אחר הצהריים. יש הרבה מניפולציות שעושים על הבחירה. אם היה לי 100 ש"ח, לשים את זה על בחירת רופא, היעילות של זה היא לא גדולה, אבל אני רוצה את הכסף הזה כדי לשלם לפול טיימר שישאר יותר ויעשה את הפעילות. אני לא רוצה את הכסף הזה בשביל לפתור את הבעיה של פסיכיאטריה או גריאטריה, אלא כדי לקצר תורים.

**דוברות:** כמו שאני מבינה את המודל, הטענה הבסיסית היא לא בחסכון של הכסף, אלא ביתרונות האחרים שיש למודל של מיסוי בריאות ובחירת רופא בציבורית לעומת בשב"ן. גם אם היינו מניחים שבסכום הזה היינו מצליחים לתת אותה רמת שירותים שהשב"ן נותן ולא הייתי חוסכת, הייתי נושאת בעלויות במעברים האלה. עדיין אפשר היה לתמוך בעמדה כזאת. זה לא ביצירת משאבים חסרים למערכת אלא זה שאני אומרת שאני יכולה בצורה עקיפה אולי, אפילו אם כולם היו עוברים, הייתי יכול לתת את אותה רמת שירותים שהשב"ן נותן באותה רמת יעילות או יותר נמוכה? אם רמת היעילות יותר גבוהה בגלל חדרי ניתוח לא מנוצלים ורופאים שמוכנים לקבל פחות כדי להישאר, סביר להניח שהאוכלוסייה שהייתה עוברת מהשב"ן הייתה יכולה לתת את אותה רמת שירותים כמו השב"ן. גם אם נשארו 400 מיליון ש"ח מחסכון ואני הולכת לשמרנות בקצה העליון... נניח שנעזוב את השיקולים הרלוונטיים של המודל הזה בצד. אם יש לי תשתיות לא מנוצלות אני יכולה לתת את אותם שירותים, ואז נשאר לי קצת כסף לקצר תורים.

**יעל:** זה מה שהם אומרים ויש פה וויכוח.

**דוברות:** אם המודל הזה הוא כולו קיצור תורים ובחירת רופא הוא אקט של מכירה של זה, אז אני מבינה את זה. כולם צריכים להבין שלפי דעתי אין פה ולא תהיה פה בחירת רופא בפועל. אנחנו כותבים את זה על הנייר וזה לא יהיה, לכן בעיניי אנחנו מקצרים תורים. אני לא רוצה שישארו, שהרופא יסכים וכל מה שאמרו, ואני מוכנה להסביר את זה - אני אומרת שלא תהיה פה בחירת רופא וקיצור תורים. מה שאני אומרת זה שצריך לראות את זה שבאים ואומרים אנחנו מבטלים את החלק הזה בשב"ן ומה המשמעות שלו, ואנחנו מבטלים בחירת רופא דרך שב"ן תמורת קיצור תורים במערכת הציבורית. מה לא נלקח בחשבון בסיפור הזה? אנחנו עלולים להביא לביטול שב"ן אמיתי. הכסף שיחסר לקופות, וזה בסדר בעיניי, רק צריך להבין, זה שכל השב"ן ילך כי רוב האנשים קונים בגלל המנתח ולא בגלל דברים אחרים. בתוך כל המודל הזה אני חושבת שצריך לקחת בחשבון שתהיה ירידה מאוד משמעותית בשב"ן ויהיה לזה אפקט משמעותי על הקופות, וזה הרבה יותר ממה שמופיע פה, כי לא יקנו.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני מבין את הטענה בדיוק, זה זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** רוב האנשים לא ירצו לקנות, השב"ן ירד משמעותית ואז לקופות יהיה חסר כסף, ואז נצטרך למלא להם את הכסף או להבין שחסר. הדבר האחרון שממש לא הבנתי במודל הזה, זה אם אתה כן מכניס את בחירת הרופא לשיטתך, אז בעצם ממה זה שונה מהדבר שאתה רוצה להימנע ממנו, שזה בחירת רופא באמצעות השב"ן בבתי"ח ציבוריים? בפעול זה נראה לי כמעט אותו דבר ברמה ערכית. אתה יכול להגיד אני רוצה לבטל שב"ן ולהעביר מס בריאות. הפרוגרסיביות זה טיעון שאני מקבלת אותו, אבל הוא כנגד השב"ן. יש טיעון שלה שאני מבינה אותו, שהשב"ן הוא פרוגרסיבי ומס בריאות הוא יותר פרוגרסיבי. ברמת המס אני מבינה, אבל ההתנגדות לבחירת מנתח היא התנגדות ברמת השימוש בתוך ביי"ח צבורי ולא התנגדות רעיונית. אני רוצה להבין מה ההבדל הערכי או האחר, שאתה יכול לבחור בתוך ביי"ח ציבורי את המנתח ושילמת לו פעם אחת באמצעות השב"ן ופעם אחת באמצעות המס? תבוא ותגיד לי שיש לי 20% שלא מבוטחים וזה לא שוויוני לכולם, והיה גם מודל שאמר שהמדינה תרכוש עבורם.

**יעל:** אנחנו ממשיכים במודל של יוג'ין כי יש גם בלי בחירת רופא.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** שמנו על השולחן שחסר כסף במערכת, ואנחנו מנסים להעריך כל מודל כמה הוא תורם בנטו למערכת.

**דוברות:** החלק של הטבלה שלא שמנו לו בסכומים אבל צריך לזכור את זה, כי זה משפיע על כיס האזרחים ועל ההוצאה הלאומית לבריאות. אנחנו מעלים את מס הבריאות, מעבירים מכיס לכיס וגורמים לכך שהביטוח הפרטי יעלה, והסברנו בשקף הקודם למה זה קורה, ואנחנו מניחים שהתמהיל ציבורי-פרטי עולה בחלק הציבורי. בנוסף לזה, הנחנו שהדיון יכול להגיע למקום שההצעה שלו הייתה בחירת רופא, בדיוק הדיון שהיה פה כרגע ולזה התייחסנו, מה המשמעויות של זה. אם אנחנו במצב שמבטלים בחירת רופא בשב"ן ולא נותנים בציבורית? יש לנו עלייה גדולה בביטוחים הפרטיים, כי זה משהו שאנשים רוצים ואמרנו להם לא לקנות את זה במשלימים. אנחנו מניחים שזה יגרום לאינפלציית שכר במערכת בעיקר בגלל יכולת המיקוח שהיא קטנה יותר מול הספקים, אנחנו יודעים שהשב"נים משלמים לרופא פחות. תהיה ירידה של אמון הציבור במערכת ואנחנו חושבים שזה הולך לפגוע, וזה חי בעולם של כלכלה פוליטית, זה נתפס כמשהו שקנתי ושילמתי עליו. אנשים שקנו את השב"נים עשו את זה בשביל לממש את זה ביום סגריר, והיום אמרו להם שזה לא שווה, אנחנו לא חושבים שאתם צריכים את זה יותר, וזה נתפס על ידי הציבור כזכות מוקנית, וחשוב להבין איזה אפקט יש לזה. יש קולות שאומרים שלאוכלוסייה חשוב בחירת רופא. זה יגדל לאותן הפרמיות של בחירת רופא בפרטי, ואחד הדברים היפים בשב"ן זה שאין אפליה, אין חיתום ואנחנו שמים במרכז את האוכלוסיות החלשות ללא מענה. הוא לא רצוי בחברות הביטוח, אבל כן מעוניין בשירות הזה. זה פגיעה במעמד הביניים ובמה שחשוב שלו, גם לקחנו לו זכות וגם העלנו מס, ואנחנו חושבים שזה יקדם רפואה שחורה במערכת. אותם אנשים שמחזיקים היום שב"ן, חלקם יקנו ביטוח פרטי וחלקם לא יוכלו כי הם קבוצה בסיכון והפרמיה יקרה מדי, והם יגיעו למערכת, שאנחנו רוצים שזה יקרה אבל לא בליט ברירה.

**דוברות:** אני מבין שאם לוקחים להם את זה בשב"ן ולא מעלים מס, אבל אם מעלים מס זה ילך למערכת הבריאות?

**דוברות:** רק אם הסובסידיה משלימה. זו שאלה טובה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** ואז מעמד הביניים יקבל עוד שירותים במערכת הציבורית.

**פרופ' קובי גלזר:** צריך לזכור שיש בעיה אחת עם שני המנגנונים עם בחירה או בלי בחירת רופא – הם יוצרים תלות כמעט מוחלטת במערכת של הקצאת משאבים ציבורית, מערכת שכמעט כולה תלויה בכסף ציבורי. יצרנו מנגנון שתלוי לחלוטין בכסף ציבורי, להזכירם – מס מקביל. כדי שיעבור לבתי"ח צריך להבטיח משהו במקביל לזה. זה יכול להגיע למקומות אחרים, ולכן אם מפעילים את המנגנון הזה או את הקודם, חייבים לצבוע את הכסף לטובת בתי"ח. לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ורצונות האוצר הם מתנגדים לצביעת הכסף ישירות לבתי"ח, והם מצפים שהכסף יגיע לקופות שילחצו על בתי"ח, שלא נחזור למצב שרצינו. שני המנגנונים אומרים בואו נוריד פרמיה ונחזור למס בריאות. בנטו זה נראה שלא עשינו שום דבר רע, העלנו דבר אחד והורדנו דבר אחר. ברגע שהוספנו חצי אחוז מס בריאות, בהיסטוריה יגידו הורדתם פרמיה, אבל זה יביא להעלאה של דברים אחרים שחסרים וזה כמעט בלתי אפשרי. אנחנו לוקחים כסף, צובעים אותו לקיצור תורים, בנטו זה נראה אותו דבר. אמרתי מה הבעיה עם מס מקביל? מורידים מס אחד והעלנו אחר. זה שהורדנו פרמיה ישכחו מהר מאוד, וזה שהעלינו מס יזכרו מהר מאוד. יהיה מאוד קשה להשיג את זה דרך מס בריאות. לבוא ולהגיד אני רוצה את הכסף הזה רק לקיצור תורים וכסף אחר יגיע ממקום אחר – אז תשכחו ממס בריאות.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** שני המודלים האלה שמחליפים כסף ציבורי בפרטי, ואת רוב הכסף הציבורי משאירים למערכת חוץ מ- 200 מיליון ש"ח. המודל שלו מוסיף למערכת בין 100 מיליון ל- 400 ש"ח וזה מוסיף 400 מיליון ש"ח. זאת העלות הדיפרנציאלית של מתן בחינם של בחירת רופא במערכת. זה ההבדל בין הדברים של כ- 2 מיליארד ש"ח.

**דוברות:** יש הבדל בין משהו שאני בוחר לעשות, לקנות שב"ן, לבין שכריבון אתם ממסים אותי ומחייבים אותי, ויש פה אמירה קשה כלפי אוכלוסייה שלוקחים לה זכות וממסים אותה, ופגיעה בקופות שהופיעה קודם וגם תהיה כאן. הכסף שהקופות יפסידו, זה החשש שהיא העלתה בנוגע לשב"ן בכללותו. רגולציה – אנחנו חושבים שלא משנה מה, אנחנו רוצים ליצור רגולציה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כל מודל שיופעל, אחרי 9 החודשים האחרונים ברור לנו שצריך להקים מערכת רגולטורית שתפקח על כל כיון של מערכת. מערכת רגולטורית צריכה להיות מורכבת, וזה עובד לכל סיטואציה. סדרת הנחיות כולל יעדים כמותיים שהרגולטור מעביר לבתי"ח שהם צריכים לעמוד בהם, מערכת בקרה ממוחשבת שאומרת שקל מאוד למדוד כמויות ומחירים, ויש מערכות כאלה שלא צריך ללכת רחוק, אפשר ללכת לאירופה שם מודדים כל דבר. אבל אפילו בתוך כללית שהיא מיני רגולטור על בתי"ח, יש לה מערכת של מדידה ובקרה ממוחשבת שיודעת ב – real time מה הם עושים, זה הרחבה של זה לכלל המערכת. זה בסך הכל פי 2 ולא משהו מיוחד, וחייבים לעשות את זה. המערכת הזאת מתריעה בפני הרגולטור על חריגות מהנחיות וכן הלאה, ויש מערכת בקרה בשטח כולל כלי אכיפה ואישורים על פעילות כזו או אחרת שהיום אין את זה. אמרנו שב"ח לא אוטומטית מקבל אישור לעשות את זה, אלא צריך לעמוד בתנאים מסוימים ואם לא – אז לא מקבלים. הנקודה השנייה היא שכל בתי"ח הציבוריים חייבים להיות תחת רגולציה בכל מקור אפשרי. זה לא אומר שבתי"ח פרטיים לא צריכים לעמוד תחת רגולציה כזאת, אבל יש סדרי גודל, היא שונה כמובן. זאת מערכת מאוד מקיפה וכוללת את כל





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הפעילויות של זה, שלא תהיה מערכת שתגיד את הפעילות הזאת אל תיקח. לכן המודל שיגיע אחריו צריך לפרש אותו בקונטקסט שהדבר הזה קיים ומתבצע. הקמה של כזה דבר זה לא משהו שצריך לקחת הרבה זמן.

**דוברות:** תשימו לב שבשתי האופציות של ביטול בחירת רופא, האופציה של מיסוי המבטחים נעלמת לנו. הכסף של מיסוי הפעילות באופציה שבה מבטלים את האופציה הזאת בתוך השב"ן - אין את מה למסות. את הכסף של מס בריאות אנחנו מפנים לטובת הדבר הזה.

**דוברות:** במקום שהפרמיות יעלו, תיקחו את זה מהציבור בדרך אחרת.

**יעל:** אנחנו רוצים להבין את המצגת והמודלים לעומק. תמשיכו.

**דוברות:** יש מודל שר"פ - משלמים לרופא כסף בשביל לבחור בו ושיטפל בי. יש לזה יתרונות ושמענו למה זה טוב, מתמרץ רופאים לעבוד, עבודה אפקטיבית וכל זה, וגם הושמעה כלפיו ביקורת. אני רוצה לדבר על המודל ההיברידי שאנחנו רוצים לדבר עליו, והמטרה שלנו היא להפוך את המערכת הציבורית למוקד העיקרי של מחויבות לטיפול. נקודת ההתייחסות שלנו היא החולה הציבורי, והם המטרה המרכזית של המערכת. זה לקוח מהסדנה של מעלה החמישה שם דיברנו על כך. אנחנו חושבים שמערכת בתיה"ח יכולה לתגמל בנפרד את הצוותים עבור פעילות אחר הצהריים, זה יהיה גלובלי ויכלול בונוסים, משמרת שנייה. חלק מהבונוסים יגיעו מדברים נוספים. מקורות המימון עבור ההנהלה יגיעו מהמבטחים, מתיירות מרפא. הכסף יגיע מכל מיני מבטחים להנהלת ביה"ח, שמחליטה שיש צוותים רפואיים שהיא רוצה להשאיר בשביל לבצע פעולות. אותה ההנהלה, כשהיא רוצה להשאיר את הצוותים, היא צריכה לשלם לצוות, ואני שואלת מאיזה כסף. ההצעה שלנו היא שלהנהלה מספר מקורות מימון, חלקם תלויים בממשלה וחלקם במבטחים, תיירות מרפא ומחקר, אם אנחנו מפתחים את הסעיף הזה. פעילות אחר הצהריים מטרתה היא להגדיל בהכרח את התפוקה הציבורית, והיא תותנה בעמידה ביעדים גם בשעות הבוקר. אני רוצה להגדיל את הסך הכל הציבורי שלי, ובשביל זה אני צריך כסף. התשלום בגין הטיפול יהיה ישירות לביה"ח ולא יהיה קשר כלכלי בין מקור הכסף לבין הרופא המבצע. האמירה פה היא שהרופא עובד אצל ההנהלה, היא מגדירה משימות ואין כסף שעובר מהמטופל לרופא. זאת נקודת המפתח של כל המודל הזה, וזה שינוי ביחס לדברים אחרים שאפשר היה לחשוב עליהם. הרופא לא יכול ליזום הליך טיפולי בתוך ביה"ח. התיקים הרפואיים של המטופלים יעשו באופן מרכזי על ידי ההנהלה, אין יותר לקבוע תור אצל הפרופסור ביומן. המערכת מאפשרת פתיחת תיק רפואי. הטיפול יכול להתבצע רק בתנאי שההנהלה מאפשרת את זה, ובשביל זה הגישה לתיק הרפואי של האדם תתבצע רק בתנאי שהדברים אושרו על ידי ההנהלה, וצריך לבחון את ההצעה שהוא העלה אותה, של יצירת מרכז זימון תורים ארצי. זה לא מותנה בזה, אבל זה יכול לשפר את יעילות זמן הרופא ואת תהליכי הבקרה. יתכן מודל שילך למצב של צמצום הסל הציבורי. מי שקובע את הרכב הסל זה הקופות, והן יוכלו להגיע להסכם עם הרופאים, זה גם יתכן. במצב הקיים היום זה הביטוחים המסחריים והשב"ן שיוכלו להגיע להסכם עם ביה"ח ובו הם מגבשים רשימה, ואנחנו מתחברים עם המודל של צוות עזיז שהוצג כאן, שאני בוחר כל דבר שאני רוצה לעומת לבחור במה שבי"ח יכול להציע, ורשימה של רופאים שאותם אני יכול לראות כדי לקבל חוות דעת לפני ניתוח. אנחנו חושבים שיש ערך בלתגמל צוותים רפואיים שמוותרים לחלוטין על הפרקטיקה הפרטית שלהם, וזה מסוג הדברים שאנחנו מעודדים אותם וזה יעלה כסף למערכת.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** המון כסף. זה must?

**דוברות:** לא, זה בנוסף.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני לא יכול לחייב אותו לעבוד אחר הצהריים, זה לא עבדות.

**פרופ' קובי גלזר:** אף שורה פה היא לא must, זה רעיונות שנזרקים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הדבר האחרון הוא יותר חשוב. רופא שבחר לא להשתתף יכול לעבוד בחוץ, אבל הוא צריך לעשות הפרדה מוחלטת בין פציינטים ציבוריים לפרטיים, שלא נעשית היום. הוא לא יכול לטפל גם וגם, לראות אותו במרפאה באיכילוב ולנתח אותו באסותא.

**דוברות:** אם יש מטופל שדרך רגלו בבי"ח ציבורי, אתה לא יכול לקחת אותו לפרטי.

**דוברות:** אתה לא לוקח אותו, הוא בא.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זו זכותו של פציינט.

**דוברות:** הוא צודק.

**דוברות:** זה בניגוד לחוק. אני מוציאה לך את החוזה.

**דוברות:** התקשי"ר אומר הפוך.

**דוברות:** כל מי ששואל אותי זה מה שאני אומרת.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני חשבת שזה לא קיים בכלל.

**דוברות:** כדי לא להשאיר את המצב הזה, אנחנו רוצים את האבחנה הזאת. אנחנו חושבים שבמודל כזה שבו כן מוציאים צוותים שעובדים את מלוא זמנם במערכת, אפשר להחליט שמבוטחי שב"ן יוכלו לפנות רק לציבורית. מי שיש לו שב"ן ולא קונה גם פרטית, יוכל לבחור במערכת הציבורית בלבד. זה המודל.

**יעל:** כסף ציבורי הולך לציבורי.

**פרופ' קובי גלזר:** יש בעיה איך אסותא נכנס לעניין הזה. קשה להאמין שהשב"ן של מכבי לא יאפשר ללכת לאסותא. השאלה איך אתה מגדיר את אסותא.

**יעל:** הוא בסימן שאלה.

**דוברות:** עוד מקום של התלבטות זה האם קובעים תעריף אחיד לכל המבטחים או תעריף שונה בכל בית. זה יכול להביא לריסון ההוצאה, אבל אנחנו לא רוצים ללחוץ את בתי"ח הקטנים. האם רוצים לאפשר הנחות מוגזמות,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

כן או לא? אנחנו אומרים שבמודל ההיברידי, כיוון שהוא מורכב וחדש, ושנחנו רוצים להפעיל אותו ולראות שהוא עובד, אנחנו חושבים שהוא מסוגל לעמוד בכזה דבר, ולכן צריך לאפשר את זה לבתי"ח מורשים. לא כל ביי"ח יוכל להפיק מודל היברידי. יש אפשרות גם לחזור בו, לאפשרות של בלי המודל הזה. סך התהליכים שמתגבשים בוועדה, כולל בביטוחים, זה שמשרד הבריאות הופך להיות מיניסטריון, רגולטור במאה אחוז מזמנו, ואנחנו מייצרים זרוע של ניהול ביום-יום, מייצרים קרקע פורייה ליישום מודל מהסוג הזה, ובסופו של דבר אנחנו מעמיסים כאן עומס גדול על ההנהלה שמנהלת את הרופאים שלה, ואנחנו חושבים שזה סביר לצפות ממנה. ידרשו כאן התאמות במבנה הנהלות בתי"ח.

**דוברות:** זה מודל שר"פ.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מה ששונה במערכת הזאת זה שהיא מערכת רגולטורית שמובנית על מחויבות ההנהלה, יכולת של אישור או אי אישור בעמידה בתנאים, ושני הדברים הכי חשובים הם שאין קשר בין אם הרופא מטפל באותו חולה פרטי, אין לזה קשר ישיר לשכר של אותו רופא. שר"פ בהדסה עובד בצורה הבאה - יש לי 5 חולים פרטיים, זה כפול חמש וכן הלאה. אני מכווין את האדם ומקבל את הכסף עבורו, ואם לא קיבלתי - אני הולך להנה"ח ומברר למה לא קיבלתי. מבחינה זאת הדסה ושערי צדק מהווים רק הנה"ח ולא באמת מנתקים את הקשר. מה שמוצע פה זה שלא יהיה קשר ישיר. מישוהו בחר אותך במערכת קביעת תורים, לך לא הייתה שום יכולת לקבוע לו את התור, ואתה היום לא תלך לנתח אותו אלא 3 מקרים דחופים אחרים בשבוע הקרוב כי זה מה שאני צריך אותך, והשכר שלך לא יפגע בגלל זה. זאת ההמלצה, לכן מבחינת המודל המוצע, יחסית למילה שר"פ שיש לה קונוטציה ברורה למה שקורה היום, לזה מתכוונים כשאומרים שר"פ - יש פה בחירת רופא ותשלום עליו, ופה יש הגדלה של פעילות ציבורית לרופא שרוצה להישאר אחר הצהריים כמה שעות שיבחר. חלק מהזמן הזה הולך מראש למערכת הציבורית, וזה לא מגבלה על הרופא אלא על ההנהלה. היא חייבת למלא את הזמן שלו כמו שזה עובד באנגליה, בתוספת על ה - 8 שעות הרגילות שלו, להוסיף לזה שעה-שעה וחצי, תלוי, ומזה נגזר השכר שלו. אם הרופא הזה מבצע יותר פעילויות פרטיות או ציבוריות זה לא משנה כי הוא לא בוחר, אבל יותר פעילות באיכות יותר גבוהה, והוא יקבל יותר בונוסים כי את הבונוסים הוא יקבל על פעילות.

**דוברות:** מה זה שונה מססיות?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** ססיות זה כמו שר"פ. עשית ססיה - קיבלת כסף פר ססיה וזה בדיוק שקול לשר"פ, רק שמקור הכסף הוא שר"פ. ההבדל הוא שזה תפקיד ההנהלה פה, היא שואלת כמה שווה לי האדם הזה בסך הכל, וזה כמה שאני משלם לו. בבוקר אני משלם לו שכר לפי הר"י, ובערב לפי כמה פעילות שהוא עושה. תזכרו שיש לו מגבלה על כמה אתה יכול להעמיס פרטי על כל רופא. תראי שזה מותנה בהגדלת פעילות אחר הצהריים, הנה זה כתוב.

**דוברות:** התפיסה היום בשר"פ היא שזה זמנו הפנוי של רופא שהוא משתמש במתקן של ביי"ח, והוא מעביר תקורה לביי"ח. אנחנו הופכים את המשוואה הזאת. בנקודה הזאת יש פה שינוי בכללי המשחק, וזה משפיע על אחוז הכסף שצריך לשלם.

**דוברות:** האם באמצעות המודל הזה, חוץ מבחירת מנתח, אוכל לקצר את התור שלי?



לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** האם התורים תלויים במשלם או לא?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הזמן של חולים פרטיים ציבוריים אחר צהריים מיועד לחולים שרוצים בחירת רופא.

**דוברות:** אבל אתה מקצר לכולם.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** גם הציבורי יתקצר כתוצאה מכך.

**דוברות:** המשמעויות התקציביות – במצגת. זה נותן רמה של עצמאות מהאילוצים והצרכים של הממשלה. זה תואם לחלק הכלכלי שדיברנו עליו בתחילת היום. אנחנו רוצים להבטיח איתנות ואי תלות במצב המאקרו כלכלי. היכולת להתאים את הצרכים האמיתיים בתחום הרפואה בשלב שבו קונים את המוצר משתנה.

**פרופ' קובי גלזר:** ההבדל הוא שפה חלק מהמקורות לא תלויים בכסף הציבורי, הוא תלוי בדברים אחרים. פה בנינו מנגנון עצמאי, ולדוגמא טכנולוגיות לא יתאפשרו להיכנס בכסף הציבורי. יותר עצמאות ופחות תלות בכסף הציבורי. זה נכון לכל מיני מודלים ולאו דווקא לזה שהצגנו. הכסף מגיע ישירות אליו ולא דרך המדינה לקופות.

**דוברות:** יש פה מודל של בחירת רופא בתשלום במימון הביטוחים המשלימים והמסחריים ברמה הבסיסית.

**דוברות:** בין היתר.

**דוברות:** זה ליבת המודל. יש פה שכלולים שמתקנים חלק מחסרונות של מודל השר"פ. אין ספק שזה משופר, אבל מדובר פה על מימון של ביטוחים משלימים ומסחריים, ואם נרחיב אותו על מעבר לירושלים, נעלה פה את הביקושים בצורה דרמטית. אני מאמץ את המודל הזה כמעט מילה במילה עם כמה תיקונים, כאשר המימון של זה הוא ציבורי. מילה במילה, רק אני לא מסכים עם המשמעויות התקצוביות. רק המימון הוא מימון ציבורי, כי פה באה הסוגיה העקרונית של אופי המערכת שאתה רוצה לתת לו. מימון ציבורי אי אפשר לסמוך עליו, יום אסל ויום בסל, וזה גם טוב כי אפשר לעגן את זה. הכסף הציבורי מאיפה בא? זה אחד מהמאפיינים הכי גדולים של המערכת הציבורית, ולהגיד שאנחנו אדישים לזה זה אוקסימורון וסתירה. הפרמיה שעולה היא פונקציה של סיכון, תשתמש יותר - תעלה את הפרמיות לחולים המשתמשים. מי יבחר רופא כדי לקצר תור? החולים והקשישים. למי תעלה את הפרמיות? לקשישים? זה יעלה את הפרמיה לפי 2 יותר גרסיבית. הסיבה היחידה שאתם מנמקים כרגע לגבי ההליכה במנגנון הזה ולא בציבורי, זה חוסר האמון בעובדה שהמדינה תיתן את הכסף, כך אני שמעתי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** ההבדל ביניהם הוא 2 מיליארד ש"ח.

**דוברות:** פה אנחנו חלוקים. זה 2 מיליארד ש"ח שאני מבקש להביא למערכת הציבורית, ואתה מבקש להביא אותם ממשקי הבית וכיסם הפרטי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אבל אין לך כסף, אז מה? הוא בא בדיוק מאותו מקום שהוא בא היום, הם כבר משלמים. הפרמיות ירדו כי תהיה לך הרבה תחרות ובחירת רופא תהיה הרבה יותר נמוכה. זו אותה יעילות שאתה דיברת עליה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אני חושבת שזה מודל כמו ששמענו מקודם, רק שכל מה שעשינו זה שזה כסף פרטי ולא ציבורי. ראיתי שחלוף של כסף. אנחנו מעבירים כוח אדיר להנהלה ובעיניי, זה לא סוד, זה מאוד מסוכן, כי אני לא אוהבת שלמישהו יש כל כך הרבה כוח. הנהלת ביי"ח תוכל להגיד לרופא אתה עושה ככה, תעשה פה ותעשה שם. ברמת ארגון עובדים אני חושבת שהוא חייב להיות מעורב בעניין הזה ולא יוכל לתת לזה להיות, כי הכוח ישפיע לא אחר הצהריים אלא על הבוקר. אתן לך להיות ככה אם תהיה בסדר בבוקר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אין הבדל בין הבוקר לאחר הצהריים, זה אותו שר.

**דוברות:** אתה מכניס את ארגון העובדים עם כל המשמעויות שלו על כל היום. לכאורה, הייתי אמורה להיות שמחה כי תנהל איתי את המו"מ על כל מה שהרופאים יקבלו על כל יום, וזה משהו שונה. אני חושבת שיש צורך אמיתי בקשר בין חולה לרופא בבחירה אמיתית. אי אפשר להגיד אני בוחר את הרופא הזה אבל אני לא יודע מתי וההנהלה תגיד לי מתי. זה ימצא את דרכו, בעיניי, באמצעות רפואה שחורה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** איך? אין על מה לשלם.

**דוברות:** כן, הם ישפיעו. מנהל ביי"ח לא יוכל לשלוט בתוצאה עד כדי כך. כשאני רואה משהו לא הגיוני - ימצאו את הוונטיל. לא אפרט עד הסוף אבל יוכל להיות הונטיל הזה כי לא יתנו את הדבר הזה. החולים רוצים משהו הרבה יותר, להיות עם הרופא ולדבר איתו ולא עם הצוות, הם בחרו והם שילמו ויכולות להיות לזה תוצאות, כי הנהלת ביה"ח שולטת מא' עד ת'. הרופא ידע מי שילם ומי לא, ואמרת שאתה לא רוצה. אין מצב שציבורי ולא ציבורי זה אותו דבר. לא יכול להיות מצב שהרופא לא ידע מי שילם בשביל להגיע אליו ומי לא. לכן כל מה שרוצים לעשות אותו זה מביא למשהו בעייתי. יהיו רופאים שיבחרו להיות פרטי במקום כזה מודל שהנהלה שולטת בהכל. אופציה אחרת זה שהם כן ישארו ויעשו דברים ליד, והמערכת תמציא עצמה מחדש. אני יכולה להבין שלא רוצים מו"מ בין הרופא לחולה, ויש מודלים כאלה, בסדר. בהדסה התעריפים פחות או יותר אחידים, ולהנהלה יש יכולת לשנות. אין לי בעיה שהם קובעים ולא הרופא, ושהרופא רואה את החולה ואומר לו תבוא דרך השר"פ. ברגע שאתה דורך בביי"ח - תחליט באיזה מסלול אתה רוצה להיות, וכמובן שצריך להשלים את זה באלף אחת דברים. המודל הזה לא רק לא ישים בעיניי, אלא אני חושבת שזה מאוד מאוד מסוכן להעביר כל כך הרבה להנהלת ביה"ח, ואני לא רואה דרך להעביר את הפיקוח לגמרי אליה. יהיה מאוד קשה לנהל את ביה"ח וגם הרשות לא תוכל. מבחינתי זה המודל הכי גרוע פה, כבר עדיף להשאיר את המצב כמו שהוא.

**פרופ' קובי גלזר:** הנושא הזה לא פשוט, וגם אנחנו התלבטנו בו וזה דורש תיקונים. אני רואה 2 יתרונות גדולים במודל הזה: 1. עצמאות תקציבית של ביי"ח שלא תלוי במערכת. 2. המנגנון הזה מביא כסף למערכת, יוצר תורים לא ארוכים כמו שהמודל שלך הביא, ולא כרוך בהעלאת מס. נכון שגם במודל הקודם לא היה מס כי זה משני הכיוונים, אבל במנגנון הקודם הוא עלה ופה לא. זה מאפשר להעלות את מס הבריאות בעוד חצי אחוז לטובת מה שחסר היום במערכת. במובן שלי, מבחינה המשפטית זה מביא כמה מיליארדים למערכת במנגנון הזה, יוצר הכנסות למערכת כמו שהיא, מנצל את היעילות שלה ולא מביא לעליית מס. אני יכול להביא עכשיו עוד חצי אחוז לדברים שהיו חסרים. ריאלית זה לא משתנה בגלל המס המקביל, אבל פרקטית זה שונה מאוד. בואו נעלה באחוז



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

במודל שלו, חצי יקוּוּז על ידי הפרמיה וחצי מדברים אחרים - זה לא ריאלי. להעלות באחוז מס בריאות, אני רואה איך עושים את זה בהדרגה תוך כמה זמן. שמענו את החברה הצעירים היום, המפגינים שאמרו אנחנו מוכנים לשלם עוד חצי אחוז מס.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה עוד עלויות.

**דוברות:** גם זה עוד עלויות.

**יעל:** אנחנו רוצים להעלות עוד את יוקר המחיה של האנשים?

**פרופ' קובי גלזר:** אני רואה מה קורה בעולם ומכיר את המספרים. אם אנחנו רוצים את הסל הזה, אנחנו צריכים עוד כסף לקיצור תורים ולדברים האחרים. יש עוד דרך לעשות את זה ודברים אחרים.

**יעל:** אתה מוכן שבסוף הוועדה הזאת נבוא לציבור ונגיד תשלמו יותר?

**דוברות:** מס! אם הסכמנו שחסר עוד, את הכסף הזה צריך להביא ממקום כלשהו. הציבור גם יכול להביא את הכסף.

**יעל:** צריך להביא את הכסף מהממשלה ולא מהציבור, לא להעלות את יוקר המחיה.

**פרופ' קובי גלזר:** המודל שלי לא בא ומוסיף מיסים על הציבור.

**דוברות:** בואו נניח שחסרים 2 מיליארד ש"ח, חסרים הרבה יותר. מאיפה נביא את הכסף? אפשר להביא באמצעות שימוש במנגנון של ביטוחים משלימים ופרטיים.

**יעל:** מה יקרה לכיס שלו?

**דוברות:** יהיה לו פחות כסף, אני לא ממליץ על זה. אפשר גם מהשתתפויות עצמיות וכדומה. אפשר לבקש מהמדינה להפחית את ההוצאה על ביטחון ולתת לבריאות אופציה שלישית, זה להגיד שזה ינתן באמצעות מס בריאות. או מיסוי, או שינוי סדרי עדיפויות, או מהכיס. אפשר גם לשלב.

**יעל:** שיהיה ברור - לא נצא מהוועדה הזאת ונגיד אתם רוצים יותר בריאות, אז תשלמו. נגיד - אנחנו מחזקים את הבריאות הציבורית ולא מעלים את ההוצאה הפרטית, כולל מיסים. יכול להיות שניתן להמיר פלוס להגיד לממשלה - את לא מורידה כי אנחנו מעלים את זה פה. זו החכמה הקטנה ביותר להגיד אתם רוצים עוד בריאות אז תשלמו על זה. אין הבדל בין העלאת המס מהכיס לבין זה שאני מעלה את הביטוח. זה בדיוק אותו הדבר.

**דוברות:** זה לא אותו הדבר.

**יעל:** בסוף בכיס שלי נשאר פחות כסף. זה גם מס שלא בטוח שישאר לי לעומת הביטוח שישאר.

**דוברות:** במיסוי אני לוקח יותר ממי שיש לו יותר כסף. בביטוח אני לוקח יותר ממי שחולה. יש פה הבדל ענק.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** יש הבדל מבחינת הפרוגרסיביות. לא נגדיל את ההוצאה הפרטית. אפשר לקרוא לזה מס או ביטוח. אם אני בסוף החודש צריכה לשלם עוד מס, אני קוראת לזה הוצאה פרטית. בשביל זה לא ישבנו פה שנה. את הפיתרון הזה יכולנו למצוא בשבוע. אנחנו לא ישבנו פה כדי למצוא רעיונות איך להיטיב עם הציבור באמצעות להגיד לו שתשלם יותר.

**דוברות:** תמהיל זה פיתרון.

**יעל:** לא נבוא ונגיד הממשלה לא יודעת לתת לך ביטחון, ולכן תשלם על הבריאות.

**דוברות:** אין מצב בעולם שאנחנו עומדים באקסיומה שאומרת יעל, ואנחנו מעלים מיסים.

**דוברות:** אם אתה מעלה את הפרמיה בשב"נים וגם מעלה מיסים, אתה משנה את התמהיל.

**דוברות:** באופציה של בחירה חנם. המהלך של מה שנקרא בחירה חנם והסבת מס משלים למס בריאות, לא מייצרת תוספת של כסף למערכת. היא הופכת אותה יותר צודקת ויעילה, אבל צריך להיות הוגן ולומר שהמהלך הזה עדיין יותיר אותנו עם בעיות.

**דוברות:** ופוגע בקבוצה ששילמה ורצתה שתהיה לה זכות ללכת לאסותא.

**דוברות:** אין אקטואריה בשב"ן.

**דוברות:** עזוב אקטואריה. אתה אומר לו שאין לו אפשרות כזאת. דיברתי על התחושה ולא על הקטע האחר...

**דוברות:** בהסדר שלי של בחירה בחינם, גם האישה בירוחם יכולה לבחור.

**דוברות:** תבוא אליי ותשמע אותם.

**יעל:** אני רוצה להעלות פה עוד שאלה למודל הזה - אתם באים ואומרים כך - היום בחירת רופא נעשית רק ב - X בתי"ח, שלושה-ארבעה. בסך הכל אנחנו מרסנים את הבחירה כי היא מוגבלת פיזית. מחר אנחנו פותחים את הבחירה וזה לא מוגבל ל- 4 בתי"ח אלא ל-24 בתי"ח, והם כן יוכלו. השאלה שלי האם זה לא יעלה את הביקוש בצורה דרמטית?

**פרופ' קובי גלזר:** התשובה היא לא.

**יעל:** יופי, אז מחר להסביר את זה. נעצור כאן בשלב הזה.