



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**משרד הבריאות**

**ועדת גרמן**

**15.5.2014**

**חברי הועדה**

**היו"ר - השרה יעל גרמן**

**פרופ' גבי בן נון**

**פרופ' רוני גמזו**

**מר דורון קמפלר**

**דר' שולי ברמלי**

**מר עדי ניב**

**דר' עזיז דראושה**

**מר טוביה חורב**

**גב' רויטל טופר**



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' לאה אחדות**

**פרופ' קובי גלזר**

**גב' פנינה קורן**

**מר ניר קידר**

**מר ערן פוליצר**

**מר ניר בריל**

**דוברות:** בוקר טוב, אני מתנצל בשם יעל על העיכוב.

**השרה יעל גרמן:** אני מתנצלת עמוקות פשוט -

**דוברות:** כרגיל יש בלתימ'ים שמנצחים את הכול.

**פרופ' גבי בן נון:** אני אעשה איזה שהוא ניסיון להציג מודל אינטגרטיבי שלוקח בחשבון את כל הדיונים שנעשו עד היום

ואת כל המתווים של ההמלצות שאני חושב שהם מדברות אחת עם השנייה. כדי לעשות את זה סברתי שצריך להתחיל קצת לשחזר ואני יודע שיש פה קצת חזרה אבל בכל זאת זה נורא חשוב במה שנקרא: הצגת הבעיות שנגזרות מההתפתחויות האחרונות שחלו במערכת.

למה אני חושב שזה חשוב, כי כשנגיע לשלב של המלצות ונסגור אותם מה שנקרא, אז נורא חשוב שההמלצות האלה יהיו מחוברות לבעיות כי זה הסיפור, הן חייבות להיות רלבנטיות לבעיות ולכן נורא חשוב לי להקדיש עשר דקות, רבע שעה ואולי טיפה אפילו יותר להחזיר ולשחזר את הבעיות העיקריות במערכת.

השלב השני זה לראות מה היו ההתפתחויות ומה היו ההשלכות של ההתפתחויות האלה ואני אנסה לחדד את



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

ההבחנה של ההשלכות של ההתפתחויות האלה בשני מימדים כלכליים פופולאריים אבל יהיו גם פופולאריים אצלכם וזה המימד של היעילות של המערכת והמימד השני זה המימד של השוויוניות והסולידריות שלה ואחרי זה נעבור לשלב השלישי וזה השלב של מהן אכן ההמלצות אבל זה יותר מחובר אם יש לנו מה שנקרא את אחד ושניים, וכשאני אדבר על ההמלצות אז אני אקבץ אותם לכמה מקבצים של ההמלצות שזה העקרונות שלהם: אחד זה מימון ציבורי הרבה יותר גדול תוך הפחתת מימון פרטי, פרויקט של קיצור תורים, שינוי הסדרי העסקה של הרופאים, מתכונת של פול טיימר. בחירת רופא וחווה דעת שנייה בתוך הסל הציבורי וצעדים משלימים שמאפשרים בעצם להסדיר את כל הפעילות הזאת מבלי שנגלוש לאיזה שהוא סיכון שאני ער לו, שבו מה שנקרא המגזר הפרטי של הביטוח יגמור או יספוג את כל האילוצים שאנחנו מאלצים את הביטוח המשלים לבטל.

אז נתחיל באחד אבל, לפני שנתחיל באחד אני חוזר שוב להנחות היסוד שלנו, בכלל שם הועדה שמדברת על מה שנקרא חיזוק המערכת הציבורית, אבל התפיסה שאני מקבל שכולנו נתכנס סביבה והתפיסה שאומרת בריאות זה לא מוצר אלא בריאות זה זכות שצריך להבטיח אותה במידת האפשר ללא תלות במידת האפשר, באמצעים כספיים. ההבחנה הזאת היא נורא חשובה כי היא בעצם כוכב צפון זה guidelines שאנחנו חייבים לשים אותו כל הזמן וכל הזמן להגיד האם צעד מסוים שאנחנו מאמצים כאיזה שהיא מדיניות מקדם אותנו לכיוון הצפון הזה או מרחיק אותנו מהצפון הזה? מבחינתי הצפון הזה הוא נורא חשוב ונורא חשוב שיהיה למול העיניים שלנו כל הזמן.

**דוברות:**

אבל אם בריאות זה לא מוצר אתה גם מסכים שנוציא החלטה שלצרכן בריאות לא קוראים לקוח?

**פרופ' גבי בן נון:**

המשפטים האלה הם ממש סמנטיים.

**דוברות:**

נוציא את זה לקופה כהנחיה?

**פרופ' גבי בן נון:**

אין לי שום בעיה,

**דוברות:**

המילה הזאת מטריפה אותי תמיד.

**פרופ' גבי בן נון:**

אין לי שום בעיה עם זה.

**השרה יעל גרמן:**

מה המילה שאתה מציע ?

**דוברות:**

מטופל,

**דוברות:**

אני מציע מטופל, אני שונא את המילה מבוטח, זה לא רק נגמר בקופות זה גם בבתי חולים כבר

מתחילים לקרוא לקוח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

דוברות:

מטופל,

דוברות:

זה יוצר מציאות חדשה שזה מעביר את זה למישור שהוא יותר -

דוברות:

יש לזה הרבה השלכות זה לא המילה -

דוברות:

זה טרמינולוגיה שמייצרת הרבה פעמים מציאות ברמת נקודת הקצה.

דוברות:

נכון,

דוברות:

מטופל אני חושב,

דוברות:

מטופל זה מצוין,

פרופ' גבי בן נון:

דרך אגב, אבל זה מבטא באמת מציאות, זאת אומרת העניין הזה שהלכו לכיוון של מה שנקרא צרכן,

היא בעיקר מציאות של התפתחות של מערכת הבריאות הישראלית.

השרה יעל גרמן:

אבל אם מצד אחד זה אזרח, סליחה אם מצד אחד זה זכות אז מהצד השני מישור צריך להיות אזרח.

לאזרח יש זכויות.

פרופ' גבי בן נון:

יש תושב יש מדינה,

דוברות:

אני חושב מטופל רבתי,

פרופ' גבי בן נון:

אבל בואו נעזוב את המושגים.

השרה יעל גרמן:

הלאה, כן,

פרופ' גבי בן נון:

מעבר לסיפור של הגדרת הזכות לבריאות כזכות וקידום בריאות כמובן, בהצגת המטרה של קידום

בריאות האוכלוסייה אני רוצה לבוא ולומר שזה שילוב של מטרות. אסור לנו להתעלם מהעובדה שישנן הרבה מאוד

מטרות שאנחנו צריכים לכוון אליהם גם לא רק השוויון, אלא אנחנו צריכים לכוון גם לנושא של איכות, אנחנו צריכים

לכוון לכיוון של יעילות כלכלית, סיפור היום של ראשון לציון שמעתי אותו ברדיו, זעזע אותי.

דוברות:

של מה?

השרה יעל גרמן:

מרד ראשון, על מה אתה מדבר?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

המוסד הסיעודי בראשון לציון שבמשך עשר שנים יושבים שם מאתיים עובדים עם 40 מטופלים זה -

**פרופ' גבי בן נון:**

שמתי לזה קץ בהחלטה שלי, פשוט החלטתי יאללה קדימה.

**השרה יעל גרמן:**

כן אז זה סוג מסוים של איזה שהוא צעד של יעילות שפשוט אי אפשר שלא לעשות אותו וכמובן יש פה

**פרופ' גבי בן נון:**

את האלמנט של שביעות רצון.

אז אלה הם מימדים שנמצאים אצלי כל הזמן ברקע ואני כל הזמן בוחן את עצמי כאשר אני אמליץ על מה שאני אמליץ זה האם זה אכן מקדם או לא מקדם את האלמנטים האלה וגם ניסיתי לבוא ולומר וחיפשתי את הדרך הכי פשוטה להציג כי השתמשו פה במושג של מה שנקרא מושג "ההיברידי", איזה שהוא שילוב של מערכות בריאות. אז אני רוצה שזה יהיה ברור שאין מערכת בריאות שהיא רק ציבורית ורק פרטית, ישנן מערכות בריאות שבהם יש איזה שהוא תמהיל גם בצד של אספקה פרטי ציבורי וגם במימון פרטי ציבורי. הדיון איננו האם לבחור מודל כזה או מודל כזה, אלא הבחירה שלנו תהיה בעצם לגבי הפרופורציות של האפיון הדומיננטי, עד כמה אנחנו נמצאים ב A ועד כמה אנחנו נמצאים ב D ועד כמה אנחנו נמצאים ב B ועד כמה אנחנו נמצאים ב C כמובן ש A זה המודל הציבורי הטהור ומה שקרה בשנים האחרונות שבעצם הרבה מאוד מה D התחיל לחדור לתוך מה שנקרא המערכת הציבורית, הרי מימון פרטי מתחיל להיכנס לתוך המערכת הציבורית. השאיפה שלי לפחות זה לחזק חזרה שוב פעם את הרפואה הציבורית מבחינתי זה חיזוק ה A אותה מתכונת שבה מדברת גם האספקה הציבורית וגם על מימון ציבורי. שוב זה לא רק, אבל הרבה יותר חזק מאשר זה היום.

מה תמונת המצב על פני זמן, ראינו את זה לאורך תשעה חודשים שאנחנו יושבים, אני חוזר על הדברים, קודם כל לגבי ההוצאה הציבורית.

הדסה ספרה לי 11 חודש כבר.

**דוברות:**

הדסה צודקת, התחלנו ביוני,

**השרה יעל גרמן:**

אוקיי, אז הזמן עובר מהר כשטוב. אז הסיפור הזה מוכר וידוע אבל שוב חשוב לחדד אותו. אנחנו מבלי

**פרופ' גבי בן נון:**

לתת איזה שהיא עמדה שיפוטית או ערכית. אנחנו מוציאים על בריאות במדינת ישראל כמדינה, פחות כסף מרוב רובן של מדינות ארצות ה OECD גם כאחוז מהתוצר וגם כהוצאה לנפש, אנחנו נמצאים בצד השמאלי של הסקאלה וזה מאפיין אותנו בעיקר בעשור האחרון.

מה שעוד מאפיין אותנו בזה, זה נורא חשוב להציג שוב, אנחנו שונים במגמת ההתפתחות של ההוצאה הלאומית



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לבריאות בעשור האחרון, זאת אומרת לאורך שנים אנחנו התנהגנו כמו ארצות ה OECD ויש פה את החציון, ההוצאה עלתה ואני לא אכנס עכשיו למה היא עולה, היא עולה בכל העולם, תמיד היא עולה וכולנו מתמודדים עם איך לצמצם את קצב העלייה אבל לא לבטל את העלייה אבל ישראל הצליחה.

יאמר מי שיציג את זה כסיפור הצלחה, או ק"י, ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל חריגה מההוצאה של ה OECD מבחינת מה שנקרא קצב ההתפתחות שלה.

#### דברות:

למה בעשור האחרון ולא בשני העשורים האחרונים? מ 95,

#### פרופ' גבי בן נון:

משנת 2000 בערך, פלוס מינוס אני לא רוצה לקחת נקודה לזהות תאריך אבל איזה שהיא מגמה.

הסיפור הזה מעניין מבחינה זאת שהוא חריג. זאת אומרת אנחנו גם מוציאים נמוך וגם במגמה מסוימת של התקדמות שהיא שונה מאשר המגמה של OECD וזה נובע בגלל כל מיני סיבות שחלקן דיברנו שבוע שעבר נדמה לי או לפני שבועיים בנושא של עדכון מדד יוקר הבריאות ומדד דמוגרפי שזה חמישים אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, אתה שוחק את זה אז שחקת את ההוצאה הלאומית לבריאות.

מה שעוד קרה בתוך ההוצאה הלאומית וגם זה נורא חשוב לחדד שוב זה שההוצאה הציבורית לבריאות, אותו מרכיב שבא ממקורות ציבוריים שזה תקציב מדינה ודמי ביטוח בריאות זה מקורות ציבוריים, אז אנחנו נמצאים באחד המקומות הנמוכים בארצות ה OECD, כרגע אנחנו מוציאים 4.7% מהתוצר וזה לא - זה אותו דבר דרך אגב בהוצאה לנפש, גם מאוד מאוד נמוכה.

המקבילה של זה, זה הצד השני של המטבע, זה הסיפור של למה, זאת אומרת זה לא מפתיע, זה הוצג לפני שבועיים, ההוצאה הציבורית יורדת כי מנוע צמיחה הכי גדול של ההוצאה הציבורית זה מה שנקרא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ואם אתה את חוק ביטוח בריאות ממלכתי שוחק, שחקת את ההוצאה הציבורית לבריאות, זה לא צריך להפתיע.

השחיקה פה היא אדירה, אנחנו מדברים על סדר גודל מצטבר של כמעט 12 מיליארד שקל.

אני אציג את המספר הזה משתי סיבות, קודם כל כדי שנדע את ההיקף, ב' כדי שנתמודד גם עם הסוגיה, שאומרת כל הזמן תהיה ריאלי, אף אחד לא יתרום את הכסף.

במודל שאנחנו הצגנו גם קובי וגם אני בהקשר של כמה אנחנו שואפים, אנחנו לא ביקשנו - אני רוצה שזה יהיה ברור, אנחנו ביקשנו איזה שהוא מנגנון שיתקן קדימה וביקשנו איזה שהוא מתקן שיתקן טיפה אחורה, אבל טיפה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אחורה, אתה נדמה לי הערת את ההערה אמרת זה לא מספיק, גם אני חושב שזה לא מספיק אבל צריך להיות ריאליים. צמיחה מהריאליות אנחנו עושים לאור ה 12 מיליארד שקל האלה. זה מה שחסר למערכת.

נתרגם את זה במונחים כאלה ב 1995 הייתה כמות כסף פר מבוטח. היום יש פר מבוטח 35% פחות, באותו סל, אני לא מדבר על עדכון טכנולוגי.

הצד השני אמרתי יש ירידה במימון הציבורי, היא התמתנה בשנים האחרונות אבל עדיין היא ישנה. עוד מעט תראה אותה ויש עלייה במימון הפרטי, במרכיב של המימון הפרטי ב 2012 זה המספר האחרון שיש לנו זה 39%, את ה 39% אני אעגל בהמשך ומעכשיו נדבר על ארבעים אחוז.

אני אחרי זה אתחיל לדבר במושג של ארבעים שישים, או ארבעים פרטי שישים ציבורי, תזכרו זה שלושים ותשע שישים ואחד אבל כדי שאפשר יהיה ככה לעגל מספר עגול אז נעגל אותו וזה מספר מאוד מאוד גבוה.

הנה המגמה, ואני זוכר שהיה פה דיון שפה ישב משה בר סימן טוב ממשרד האוצר והוא אמר רגע, רגע, זה לא מדויק, ההוצאה הציבורית היא יחסית די יציבה, אז תלוי מאיפה מתחילים לספור והוא התחיל לספור את זה משנת 2000 אני מתחיל לספור את זה מ 95 כי זה נקודת ציון במערכת הבריאות, אבל גם אם מתחילים לספור משנת 2000 אנחנו עדיין יורדים, המימון הציבורי ירד מ 62 ל 59 המימון הפרטי עלה מ 38 ל 41 וזה עלייה והעלייה הזאת היא מטרידה בעיקר על רקע העובדה שהיא אחת הפרופורציות הכי גבוהות בעולם המערבי, שימו לב פה לסיפור הזה שזה מדהים.

ישב פה צוות של OECD ועשה סקר על כל מערכת הבריאות הישראלית, נתן ציונים לשבח לרפואה הקהילתית אבל נתן מה שנקרא כרטיס צהוב מאוד למערכת הבריאות הישראלית בגלל הסיפור הזה. שישים ארבעים בישראל מימון ציבורי מימון פרטי, שבעים ואחד עשרים ותשע ממוצע OECD. אנחנו חריגים, ממש חריגים.

דוברות: הכרטיס הצהוב לא היה על החלוקה הזאת. הכרטיס הצהוב היה על מספר המיטות ועל התשתית במערכת. על החלוקה הזו הוא לא העיר לרעה.

**פרופ' גבי בן נון:** עד כמה שאני זוכר אבל אני יכול לבדוק את זה.

**השרה יעל גרמן:** לא, הוא דיבר על מספר המיטות, הוא דיבר על מצב האשפוז, הוא דיבר על התורים, על זה הוא לא דיבר, על זה הוא לא אמר. להיפך הם מאוד מתפעלים איך אנחנו מצליחים לשמור בהוצאה כזו בכל זאת, על רמת בריאות גבוהה, אבל הם מעירים שאנחנו חייבים לשפר את כל תחומי האשפוז בבתי החולים. הנה רוני בוודאי זוכר



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

את זה אפילו יותר טוב.

**דוברות:**

אי אפשר לברוח מזה שאחד הוא תוצאה של השני, מספר המיטות בבתי החולים זה בגלל שההוצאה

הציבורית היא נמוכה.

**השרה יעל גרמן:**

כן נכון אבל-

**פרופ' גבי בן נון:**

אני בכל זאת רוצה להתעקש על מה שאני אומר ולומר את הדבר הבא, לפחות מהפרנס שאני קורא

ואני קורא כל הזמן את הדברים של ה OECD.

היה איזה שהוא שלב שבו אפילו ניסו ה OECD למקם מדינות באופן שהוא מדרג אני לא יודע אם אתם זוכרים את זה, נדמה לי שאתה זוכר את זה, אבל ממש למקם אותם אחד שתיים שלוש ארבע חמש שש. אחת הסיבות העיקריות למה אנחנו היינו במקום מתוך השלושים וארבע, היינו במקום עשרים ושתיים עשרים ושלוש זה היה זה והם אמרו את זה במפורש. הם אמרו שימו לב למה קורה למימון הפרטי ונדמה לי שזה היה מצוין גם בדוח האחרון אבל אם אני טועה-

**דוברות:**

יש מאמר על זה או יש תיעוד כתוב?

**פרופ' גבי בן נון:**

המון, המון,

**דוברות:**

כי ציטוט מסוכן והוא לא מדויק.

**פרופ' גבי בן נון:**

מה?

**דוברות:**

ההוצאה הפרטית לא הולכת על המיטות, היא לא הולכת על - זה אחד קשור לשני, ההוצאה הפרטית

זה בדיוק על אותם דברים שלא בטוח כמה המערכת צריכה אבל ההוצאה הציבורית חסרה את הכסף בשביל הדברים החשובים.

**פרופ' גבי בן נון:**

בכל מקרה זה העובדה, אוקיי, ועכשיו האם ה OECD נתן לנו ציון על זה או לא נתן, בואו נעזוב את זה

כרגע אבל זו העובדה, אנחנו חריגים במימון הפרטי של מערכת הבריאות הישראלית, חריגים לרעה לדעתי.

ביטוי נוסף לסיפור הזה, עכשיו את הביטוי הזה של למה יש מימון פרטי עולה אפשר לראות בכל מיני מימדים שזה שיקוף של אותו דבר. מימד אחד זה הוצאות משקי הבית על בריאות. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הולכת ובודקת כמה הוצאות משקי הבית לבריאות מוציאים כאחוז מסך כל ההוצאות לתצרוכת אנחנו רואים שיש פה





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מגמה של עלייה.

**דוברות:**

חמישים אחוז -

**פרופ' גבי בן נון:** לא, זה באחוזים חמישה אחוזים, משקי הבית מסך כל ההוצאות לתצרוכת חודשית של משק בית מוציאים היום כ 5.5 ב 1999 הם הוציא 4.

**דוברות:**

אז זה עלה 35%,

**דוברות:**

הוא צודק,

**פרופ' גבי בן נון:**

אתה מדבר על העלייה,

**דוברות:**

אכן,

**פרופ' גבי בן נון:**

אז יש פה עלייה,

**השרה יעל גרמן:**

1.4 מתוך 4.

**פרופ' גבי בן נון:**

כן והיא באה לידי ביטוי בהוצאות של משקי בית, היא באה לביטוי בעיקר כאשר אנחנו משווים את 1997 ל 2011, בעיקר בזה, זאת אומרת אנחנו רואים כל הזמן שמשקי הבית משלמים יותר ויותר כסף גם על ביטוחים משלימים וגם על ביטוחים פרטיים ואני אקדיש עשר דקות שלמות על מה שנקרא פנס מאיר על הביטוחים המשלימים והפרטיים כי מבחינתי זה אחד העיוותים הגדולים ביותר שקרו בעשור האחרון, ההתפתחות שהיו לה השפעות חיצוניות הכי קשות.

הנה הסיפור, אנחנו מדברים על מחזור כספי של שישה וחצי מיליארד שקל היום, מצטבר, ביטוחים משלימים ביטוחים פרטיים, עוד מעט תראו משהו שלא ראיתם קודם, עליתי עליו אתמול בלילה.

אם אנחנו מסתכלים על ההכנסות משב"ן גידול של פי חמש. זה לא להאמין. אני מנסה לחפש איזה שהוא מספר, יש כמה מספרים במערכת הבריאות הישראלית שגדלו פי חמש, זה לא היה תקציב משרד הבריאות שלא תטעו. אבל גידול של פי חמש תוך שנים עשרה שלוש עשרה שנה זה פשוט מדהים, פשוט מדהים.

תראו מה קרה לביטוחים המסחריים, פי שלוש. עוד ביטוי או שיקוף של הגידול הזה ניסיתי לעשות בניסיון לנטרל שני דברים, לנטרל עליית מחירים ולנטרל גידול של אוכלוסייה מבוטחת. אנחנו מסתכלים בואו נתחיל בשב"ן, אז אתה מסתכל על השב"ן אתה אומר ההכנסות שלהם גדלו ב 115% לקחתי את 2005 לא לקחתי את 2000 כי אז



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

אמרנו אולי- מספר המבוטחים גדל ב 16%. זאת אומרת שההוצאות למבוטח, אם אני מקזז כבר את הגידול -

**דוברות:**

אתה מניח פה לוס רשיו של מאה אחוז.

**פרופ' גבי בן נון:**

איך?

**דוברות:**

אתה מניח פה לוס רשיו של מאה אחוז בשב"ן, זה לא הוצאה -

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, הוצאה של מבוטח, סליחה,

**דוברות:**

הוצאה של מבוטח,

**פרופ' גבי בן נון:**

הוצאה של מבוטח, מצטער, צודק נכון. 85% גידול, זה מדהים, המדד עלה ב 19% עכשיו ניסיתי

לעשות את זה גם בביטוחי בריאות מסחריים אבל כמו שאתם יודעים אין לנו מספרים של מספר המבוטחים, אבל הגידול בהכנסות של חברות ביטוח בריאות מסחריות מהמבוטחים, 185%. תראו לי מרכיב הוצאה אחד, כולל הוצאה על דיור, שעלה במימדים האלה. וזה קרה לנו אל מול העיניים ואף אחד לא ראה את זה.

**דוברות:**

למה מאה שמונים זה נראה יותר.

**דוברות:**

זה כי מיליארד צריך להיות ב 2005.

**פרופ' גבי בן נון:**

תיירות מרפא, גם כן סיפור שקרה לנו למול העיניים. הנה הגידול בתיירות מרפא ויש לנו נתונים מצוינים

על בתי חולים ממשלתיים, לצערי אין לנו נתונים טובים על הנושא הזה בבתי החולים האחרים, אבל אנחנו מדברים היום על אומדן של כחצי מיליארד שקל.

עכשיו היום ההיקף שלהם זה 3.2% ואני קראתי באיזה שהוא מקום אני לא יודע, אם לייחס לזה חשיבות או לא לייחס לזה חשיבות אבל כל מי שמדבר על עשרה אחוז כאיזה שהוא רפרנס שאנחנו הולכים להמליץ עליו, לדבר על הגדלת היקף תיירות מרפא פי שלוש.

אז מה למדנו פה? מגמות, ודאי לא השלכות, למדנו שאנחנו יחסית מוציאים נמוך, ההוצאה אצלנו יציבה בניגוד למגמות בארצות ה OECD, למדנו שהמספרים הגדולים שהימיון הציבורי של ההוצאה נמצא במגמת ירידה והנה החיבור למה שקובי אמר, זה לא רק הסיפור של שחיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי זה גם שחיקה של מיטות וכוח אדם. אתה לא בונה מיטות אין הוצאה, אתה לא מוסיף תקנים אז אין הוצאה.

אלה שני מנועי צמיחה הכי גדולים, התשתיות מה שנקרא גורמי ייצור וחוק ביטוח בריאות ממלכתי אז לא צריך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

להיות מופתע אם זו התוצאה והמקביל של זה המימון הפרטי עולה ומה במרכיב המימון הפרטי עולה הכי הרבה, זה הביטוחים המשלימים, שבנים, והביטוחים המסחריים, גם קצת תרופות אבל פחות.

מה קרה כתוצאה מזה, זאת אומרת זה הניתוח של מה שנקרא הנקי של המספרים, אבל עכשיו שואלים את השאלה הבאה וזה איך המציאות הזו של הניתוח של המספרים השפיעה על המערכת ואני רוצה לדבר על כמה כיוונים של השפעה, כיוון כמו שאמרתי של שוויוניות כיוון של יעילות, כיוון של איכות ולכיוון של שביעות רצון לא כל כך נכנסתי כי אין צורך להיכנס.

אז מה הבעיות שאנחנו רואים אותם, אנחנו רואים קודם כל בעיות של פערים ברמה של הרגרסיביות של המימון הפרטי ואני אכנס לזה ואני אמחיש לכם עד כמה המימון הפרטי הוא רגרסיבי.

אנחנו רואים זליגה של מקורות למערכת הפרטית. שזה בעיה כי זה עוד מעט תראו פוגע באופייה הציבורי של המערכת. אנחנו רואים הרבה מאוד בעלויות צולבות, זה מדהים עד כמה כל שחקן יש לו יותר מתפקיד אחד.

תנסו שנייה אחת לחשוב על קופת חולים כללית זה מדהים היא גם מבטחת, גם מספקת שירותים גם בעלים של בית חולים פרטי וגם קשורה לחברת ביטוח פרטית, זה עושה בעיות, בטח בניגוד לאינטרסים.

חולשת הרגולציה דיברנו על זה, שבין השאר נובעת מריבוי הכובעים אבל לא רק. גירעונות מצטברים של כל השחקנים במערכת, כל השחקנים במערכת וגם את השקף הזה ראינו.

זאת אומרת אין היום שחקן אחד מרכזי במערכת הבריאות הישראלית שאין לו גירעון, כולל תל השומר אם עושים חשבון אמיתי. המנגנון הזה של מה שנקרא הסכמי ייצוב כפתרון לבעיה הזאת לדעתי הוא לא תקין, כי אתה בדיעבד מכסה גירעון וזה לא בסדר.

למה -

דוברות:

בגלל הסבסוד?

השרה יעל גרמן:

תל השומר עדיין -

דוברות:

תוסיף פנסיה ופיצויים ותראה איפה הוא עומד, זאת הוצאה רבותי.

פרופ' גבי בן נון:

עלות פנסיה תקציבית אפשר להתווכח.

דוברות:

גם שערי צדק אותו דבר, אם נוסיף את זה גם -

השרה יעל גרמן:



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** אפשר להוסיף עכשיו, ממחר אפשר להוסיף גם את הדסה לכאן, אני לא יודע כמה היא תקבל, אבל גם סבסוד בית חולים הדסה ייכנס לשם.

**דוברות:** חכה שנחתום, הנושים ואחר כך, בסדר?

**פרופ' גבי בן נון:** זה לא משנה יש פה את הנקודה העקרונית, יש פה שתי נקודות עקרוניות, אחד כל המערכת נמצאת בגירעון, שתיים מנגנון שמכסה גירעון בדיעבד זה לא מנגנון יעיל. והוא מחנך לתרבות לא טובה מבחינת ניהול כלכלי.

מה עוד הבעיות אנחנו רואים פה, התרחבות הביטוחים הפרטיים זה המשלים וגם המסחרי. למה זה רע כי אתה יכול להגיד אולי זה ביטוי. נשמע את הטענה באמת אני שמעתי אותה הרבה, רבותיי אומרים לי זה וולנטארי אנשים בוחרים לעשות ביטוח פרטי. למה שלא - אז אני אומר זה נכון בחלקו הקטן, בחלקו הגדול יש לזה השפעות חיצוניות, זה משפיע על המערכת הציבורית, זה משפיע על יעילות עוד מעט נראה את זה, זה משפיע על שוויוניות, זה משפיע על היקף השירותים, האיכות שלהם, מחירים, שכר, תמריצים זה מעוות לחלוטין את כל כללי המשחק ואנחנו כל הזמן בסיפור הזה שזה וולונטארי והציבור בוחר מבלי להיות ערים ומפנימים את החסרונות או את ההשפעות השליליות האדירות שיש לזה על המערכת והיום אם יש איזה שהיא בעיה במערכת הבריאות הישראלית זה זה, שחיקת הסל כן אבל גם זה. וחוסר יעילות מערכת הציבורית, אתה מדבר פה על תשתיות שחסרות אבל גם אותן תשתיות שחסרות לא מנוצלות באופן יעיל.

בשעות אחר הצהריים נטישת רופאים, אמצעי אבחון וחדרי ניתוח לא מנוצלים אנחנו קראנו לזה הגן הנעול אפילו נתנו לזה שם וזה שערורייה, אני עוד מעט אתן לזה גם שם. אבל אני חושב שאחת הבעיות המרכזיות שיש היום זה הסיפור של ההסטה. יש מערך תמריצים לקוי לקופות החולים וגם לרופאים, שמעודד אותם להסיט למערכת הפרטית.

חלק גדול מהתמריצים להסטה זה פרי ידיו. אנחנו קבענו את כללי המשחק האלה שיוצרים את ההסטה, זה לא צריך להפתיע אף אחד.

ומה התוצאה של כל הדברים האלה? אז כמובן בסוף זה בא לידי ביטוי ברמת השירות לאזרח, אז אנחנו משלמים על מצוקת אשפוז, על חולים במסדרון, המתנה ארוכה בחדרי מיון, התארכות תורים. אני מחכה לנתונים.

**השרה יעל גרמן:** אנחנו גם מחכים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** פגיעה באיכות, בזמינות בנגישות לשירותים של החולה הציבורי, העדפה של החולה הפרטי על החולה הציבורי. החולה הפרטי כולל התייר.

אני אמחיש גם את זה עוד מעט. סימנים להתרחבות בפערים באי שוויון בתוצרי הבריאות. אני פה מאוד זהיר כי אני לא רוצה להיכנס יותר מדי לכלכלת הבריאות ולקשר שבין בריאות לתוצאות אבל יש קצת בעיה בירוחם. זה מול הרצלייה.

**דוברות:** יש על זה נתונים?

**פרופ' גבי בן נון:** חלקית לכן אני אומר אני זהיר, אבל האגף -

**דוברות:** מינהל,

**פרופ' גבי בן נון:** מינהל אסטרטגי עושים על זה הרבה עבודות ומוציאים הרבה מאוד פרסומים.

**דוברות:** אתה יכול לראות הרבה מאוד מדדים -

**דוברות:** כן שאלה אם מתקנים את כל הדברים האחרים, ברור שיש פערים, יש הבדלים בחינוך בתעסוקה מיליון דברים.

**פרופ' גבי בן נון:** לכן לא רציתי אני אמרתי את זה נורא בזהירות.

**דוברות:** סתם מסקן אותי,

**פרופ' גבי בן נון:** אני זהיר,

**דוברות:** אני לא ראיתי,

**פרופ' גבי בן נון:** אבל צריך לקרוא את המאמרים ואת הפרסומים שיוצאים על ידי האגף לראות שיש פה איזה שהיא בעיה.

בסוף בסוף, כל זה בא לידי ביטוי בעובדה שיש פה שחיקה אדירה באמון. וזה אחת הבעיות הכי קשות שיש לנו, האמון. הציבור הישראלי מתחיל לאבד את האמון שלו במערכת הציבורית וזה סיפור שיהיה נורא קשה לתקן אותו, ייקח זמן לתקן אותו אפשר לתקן אותו, ייקח זמן.

אני מביא לכם פה רק דוגמאות, הרי אין לנו נתונים אז מה עושים אז בודקים את זה בכל מיני, מה שנקרא פידבקים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שאתה מקבל ואנחנו לאורך הועדה הזו, ה 11 חודש, קיבלנו המון פידבקים על קיומם של תורים.

אמר פה מנהל בית חולים סורוקה רבתי, התור לקטרקט אצלי הוא כמעט שנה וחצי. תן לי עוד טיפה כסף ואני עושה את זה אצלי בבית אין האוז, יש לי את המומחים בבית ודרך אגב הניתוחים הם לא הדברים הקשים. הם הדברים הפשוטים אבל שפוגעים מאוד באיכות החיים. לפעמים זה לא בא לידי ביטוי בחצי שנה. אבל כשאתה אומר לאימא שיש לה תינוק בן שנה שיש לו דלקת באוזניים התור בעוד חוש, אז מבחינתה חודש זה המון זמן.

אני רוצה עכשיו להיכנס טיפה מתוך כל מכלול הבעיות בזמן על הבעיות של ענף הביטוחים הפרטיים שאמרתי שזה בעיה מרכזית של מערכת הבריאות הישראלית ואני מדגיש את זה שוב ושוב כי בהמלצות שאנחנו נמליץ אם לא נתייחס לזה, אז פספסנו בגדול לדעתי חייבים להתייחס לזה אבל אנחנו נתייחס.

אם יש שישה מיליארד שאמרתי שזה 2012 הנתונים של 2013 כתוב אפילו שלוש ועוד שלוש שישה מיליארד והנה הנתון שעלה לי שלשום או אתמול. הלכתי ובדקתי כמה מכניס דמי ביטוח בריאות, דמי ביטוח בריאות מכניסים 13 מיליארד שקל, זאת אומרת שהיום הביטוחים הפרטיים שמכניסים שישה, מכניסים כמעט חצי מההכנסות של דמי ביטוח בריאות.

לא, זה יותר, גבי זה יותר זה באזור ה 19.

**דוברות:**

כן,

**השרה יעל גרמן:**

זה לא 13 זה 19.

**דוברות:**

מאיפה לקחת את ה 13 אולי לפני שלוש שנים.

**השרה יעל גרמן:**

זה היה לפני ב 2012, אז בוא ניקח את ה 19 אז או.קיי, אנחנו מדברים על 33 רבתי 49 זה המון 33

**פרופ' גבי בן נון:**

זה גם כן המון. ואם אנחנו לא נעצור את המגמה הזאת זה יה 49 תוך שנתיים אם אני לוקח את השיפוע של הקו של ההתקדמות של הגידול, תחשבו על זה רגע, תושבי מדינת ישראל דרך מיסוי משלמים סכום מסוים ודרך מה שנקרא מימון פרטי באמצעות ביטוח משלמים -

הם משלמים מס הכנסה זה לא, מה שאמרתי על שישים ארבעים אני מסכים איתך דרך אגב, המס

**דוברות:**

שמשלמים תושבי ישראל זה לא רק מס בריאות.

לא אמרתי,

**פרופ' גבי בן נון:**



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**דוברות:**

אז למה אז מה רלבנטי.

**פרופ' גבי בן נון:**

חשוב לי, חשוב לי כי יש פה איזה שהיא אמירה של קשר בין מה שנקרא תשלום דמי ביטוח וגם פה יש איזה שהיא אמירה של קשר של תשלום דמי ביטוח, ברור שיש גם מקורות מימון אחרים שאנחנו משלמים אותם אבל לא יודע, אותי גם אם זה יהיה שלושים אחוז, זה-

**דוברות:**

בנקודה הזו גבי הייתי רוצה לשאול שאלה. האם הווילינגלס לשלם עבור שירותי בריאות של אדם מהשורה עולה כשהוא לא רואה את כל הכסף שהוא משלם עבור בריאות. האם הווילינגלס לשלם שלו עבור בריאות בין אם זה ביטוח ובין אם out of pocket גדל כשהוא רואה לעצמו רק את הארבעה פלוס אחוז של ביטוח בריאות והוא לא רואה את כל היטל המס שלו. האם מס הבריאות בוא נאמר היה עשרה אחוז שהיה משקף בוא נאמר את כל עלות הסל, האם אז ווילינגלס לשלם שלו עבור ביטוח בריאות פרטי היה קטן, כי הוא היה אומר ככה אני משלם עבור בריאות היום, להערכתי האזרח לא רואה שהוא משלם הרבה עבור בריאות ואז הרצון שלו, היכולת שלו, ההסכמה שלו לשלם עוד במערכת הפרטית גדל. האם זה נכון כלכלית?

**דוברות:**

זה כלכלה התנהגותית במיטבה, אני לא מכיר תיאוריה כזו אבל זו תיאוריה מעניינת אולי כשאתה לא מרגיש שאתה משלם לא אכפת לך לקנות פרטי.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני רוצה להגיד לך -

**דוברות:**

זה מעניין, אבל אני לא מכיר את זה.

**דוברות:**

למרות - הסל נטו אחרי כל חישובי המס זה מה -

**דוברות:**

אתה לא רואה שאתה משלם, אתה משלם סכום יחסית-

**דוברות:**

אם תשלומי ביטוח בריאות גבוהה יותר, יכול להיות שזה היה משפיע על הגישה כלפי המערכת הציבורי.

**דוברות:**

יש טענה דומה שכשאתה משלם מכיסך אתה דורש יותר מהמערכת, כמו שהשתתפויות עצמית גורמות לך להיות יותר תובעני כלפי המערכת פה אתה פחות תובעני אולי כי אתה לא מרגיש שאתה בעצם משלם.

**פרופ' גבי בן נון:**

שאלת שאלה שאפשר לקחת אותה לכל מיני כיוונים אני אתן לך שתי תשובות. תשובה ראשונה שאלו אנשים, עשינו את המחקר הזה נדמה לי עם אוניברסיטת תל אביב לגבי הנכונות לשלם יותר מס בעבור אשפוז סיעודי. ואנשים היו מוכנים לשלם יותר מס בעבור אשפוז סיעודי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

כאשר אתה עושה ודיברנו דרך אגב באופן כמותי, להעלות בחצי אחוז וכן הלאה, זאת אומרת הם יכלו לתרגם את זה למונחים של מה קורה להכנסה הפנויה שלהם. אז אתה יכול להגיע תשמע, ברמה התיאורטית אנחנו מוכנים תמיד לשלם, אז יש את הבעיה הזאתי אבל זה אומר משהו, ואני חושב שזה אומר שאנשים רוצים לדעת את הביטחון לדעת שכשיקרה מה שיקרה משהו אחר יכסה את זה מאשר שכשיקרה מה שיקרה שאני אשלם את הכסף מכיסי הפרטי.

הערה שנייה לגבי התנהגות אני לא יודע מה עושה התשלום לגבי הדרישה שלי מהמערכת, לפעמים תשלום יכול רק להזיק, ודוגמאות בנושא הזה יש בכמה מאמרים אני לא אכנס לזה, אני לא רוצה להיכנס יותר מדי, אבל תראה מה קרה כאשר באמריקה אמרו שכל מי שמאחר ישלם קנס של עשרה דולר, אז כמות האיחורים רק גדלה כי כל אחד אמר קניתי את האיחור מה אכפת לי.

**דוברות:**

בארץ, בחיפה,

**פרופ' גבי בן נון:**

אבל לא ניכנס לזה, אז אני חושב שבכל זאת -

**דוברות:**

מה שאמרת יש לו רלבנטיות גדולה להצעה -

**פרופ' גבי בן נון:**

אנחנו רק ברקע הכללי אז אני חוזר שוב אני אומר, גם אם אתה שומע שההוצאות הפרטיות של ביטוח פרטי מהווים רק שלושים ומשהו אחוזים, זה עדיין לדעתי, אותי זה הפתיע, לא יודע מה זה עושה לכם אותי זה מאוד הפתיע.

אבל אנחנו רואים את זה כמובן בהרבה מאוד מקומות אחרים, אנחנו רואים את זה בכמות המבוטחים, יש עלייה, זה הסקר של ברוקדייל, של שולי. ויש עוד דבר שקורה שלא בא לידי ביטוי במספרים של המבוטחים וזה מה שנקרא תזוזה לכיוון עומק רובדים יותר עמוקים, למול העיניים שלנו ב 2012 הייתה קפיצה במכבי שלי שהיא לא הגדילה את מספר המבוטחים אבל היא הגדילה את ההוצאה בכמעט 400 מיליון שקל.

**דוברות:**

עוד לא זה עוד לא הגיע ל 400,

**פרופ' גבי בן נון:**

אני לא יודע כמה, שלוש מאות? שלוש מאות?

**דוברות:**

לא הגיעה,

**פרופ' גבי בן נון:**

זה יגיע, זאת אומרת קורה פה משהו שהמספר הזה של מספר המבוטחים לא מספר אותו בכלל וזה איזה שהיא דחיפה לכיוון של עוד רובד ועוד רובד ואני לא אכנס בכלל לתהליך קבלת ההחלטות בנושא הזה. כי





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

**Minister of Health Department**

תהיה לנו המלצה, תהיה לי המלצה בנושא.

רואים את זה כמובן גם בנושא של הוצאות משקי הבית על בריאות, הראיתי את זה קודם אבל פה אני אוסיף רק כמה אלמנטים שימו לב כמה עלה ביטוח בריאות הפרטי ויש פה עוד אלמנט אחד וזה שוב מימד כמותי כשאנחנו מסתכלים על הוצאות משקי הבית על בריאות היום שליש מזה, זה על ביטוחי בריאות פרטיים, שליש.

**דוברות:**

הוצאה out of pocket לא ירד,

**פרופ' גבי בן נון:**

לא ירד,

**דוברות:**

out of pocket עלה,

**דוברות:**

באחוזים, הוצאה אחרת. השיעור של הוצאות משקי הבית בביטוחים הפרטיים גדל, ביחס להוצאה לבריאות.

**דוברות:**

אבל השיעור של out of pocket לא ירד.

**דוברות:**

זה היה אמור להחליף עקרונית באמת את ה out of pocket אבל אתה רואה -

**פרופ' גבי בן נון:**

התשובה לזה מכיוון, הבנתי מה שאמרת, מכיוון שסך הכול ההוצאה עלה אז זה לא החליף.

**דוברות:**

זה בסדר, אני אומר באבסולוטי כן, אבל יכול להיות שאת הכסף הזה היו מוציאים out of pocket -

**פרופ' גבי בן נון:**

יכול להיות.

**דוברות:**

ודווקא עדיף שיהיה ביטוח מאשר הוצאה כזאת.

**דוברות:**

אני לא בטוח, אני הייתי מעדיף יותר out of pocket .

**השרה יעל גרמן:**

אם זה לוס רשיו של מאה אחוז. אתה כן תקבל- אצל מישהו אחר.

**דוברות:**

אתה נותן הרבה יותר. חד פעמית אתה קונה משהו שאתה חייב אותו באותו רגע אבל לא משנה -

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אגיד לך שני דברים פה, אחד אני אומר לך ככה, קודם כל היקף הביטוח הפרטי במדינת ישראל

כאחוז מהוצאות משקי הבית כמקור מימון הוא אחד הגבוהים בעולם המערבי. שניים, אם אתה עושה מה שנקרא את התחלופה -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

לא, לא הפוך,

**דוברות:**

קצת פחות מהממוצע של ה OECD.

**פרופ' גבי בן נון:**

יש לי נתון על זה, אני אראה לך אותו בסוף.

**דוברות:**

זה בדיוק העניין שיש לנו שיעור מבוטחים מאוד גבוה.

**פרופ' גבי בן נון:**

רגע, רגע, אבל עבורך במימון הפרטי תסתכל על הלוס רשיו, תראה כמה שזה - כי אם אתה מדבר על

תחלופה של בין זה לבין מה שנקרא -

**דוברות:**

מסחרי,

**פרופ' גבי בן נון:**

מסחרי, אז זה המגמה, זאת אומרת שורה תחתונה של המגמה הזאת נאמרה עשר פעמים אני חוזר

ומדגיש אותה כדי להמחיש לכם עד כמה המגמה הזאת היא ענקית, עד כמה היא אדירה, עד כמה למול העיניים

שלנו הייתה מהפיכה. לדעתי למול העיניים שלנו הייתה מהפיכה וחלק ראה אותה והתעלם ממנה חלק ראה אותה

וצעק רק לא הקשיבו.

**השרה יעל גרמן:**

לחלק היה לו נוח,

**פרופ' גבי בן נון:**

וחלק היה לו נוח מאוד במפורש. אז למה זה רע? ואני אנסה להמחיש את זה מכמה מימדים ואני רוצה

להתחיל דווקא במימד של השוויוניות. זה הסיפור של למה זה רע ברמה של השוויוניות. כשאנחנו מסתכלים על

הפרמיות או על שיטת התשלום של הביטוח המשלים השב"ן, שאומר שהוא הרבה יותר פרוגרסיבי זה נכון, הוא

יותר פרוגרסיבי מהביטוח הפרטי, אבל הוא עדיין מאוד רגרסיבי. הוא נקבע כפונקציה של גיל. כשאנחנו לא

מסתכלים פה ולקחתי פה הערה כללית כי זה אותו דבר בכל קופה. אבל זה הקו, הקו אומר ככל שהגיל עולה, גיל

זה מקדם הסיכון של הביטוח המשלים, ככל שהגיל עולה אתה משלם יותר ברובד השני זה 156 ובעוד שנה אם לא

נעשה שום דבר, כולם יהיו רובד שני. כמו מכבי.

**דוברות:**

יש מישהו שייגיד לך שגם הביטוח המסחרי, בזהירות וגם השב"ן הוא פרוגרסיבי. למה הוא פרוגרסיבי,

כי התחליף שלו זה out of pocket .

**פרופ' גבי בן נון:**

טפל בזה,

**דוברות:**

זה out of pocket הוא הכי אי שוויוני שקיים.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן נון:**

מסכים, אני מסכים איתך,

**דוברות:**

כי אתה אומר התחליף של זה, זה הסל, משהו יגיד לך אין לך את זה בסל. זאת אומרת אין לך את הייצור הזה, אין לך את האספקה הזו בסל, האספקה הזו הסל לא מצליח לספק את האספקה הזו, אתה צריך קודם כל, אם אתה רוצה להגיד שזה רגרסיבי תראה שהיה לו אופציה לקנות את זה בסל.

**פרופ' גבי בן נון:**

אוקיי, אז אני אתן לך את התשובה, בסדר? אני אתן לך את התשובה צר לי, קצת אקדמי, אבל- אפשר לקחת את מקורות המימון של כל מערכת ולשים אותם על ציר של פרוגרסיבי רגרסיבי, בסדר? הכי פרוגרסיבי מס הכנסה, נניח. אחריו מיסים עקיפים אני לא רוצה להיכנס. אחריו בא ביטוח לאומי הוא פרוגרסיבי אבל פחות ממס הכנסה. דרך אגב למה פחות בגלל התקרה.

אחריו בא הביטוח המשלים, אחריו בא הביטוח הפרטי ואחריו בא ההשתתפויות זאת אומרת זה הציר ועל הציר הזה אתה צריך לבחון ולהחליט מה אתה עושה.

עכשיו האם ביטוח פרטי יותר פרוגרסיבי מאשר תשלומים פרטיים? ודאי, כי יש פה חלוקת סיכון, אבל האם זה יותר פרוגרסיבי מאשר מס הכנסה או ביטוח לאומי? ודאי שלא ובדילמה שלך כדי להחליט באיזה מקור מימון אתה רוצה להעדיף? אז איזה שאלה אתה מעדיף מימון ציבורי מאשר מימון פרטי בכל מקרה ואי אפשר לטעון את הטענה זה יותר פרוגרסיבי מהשתתפויות עצמיות לכן זה טוב, לא, גם זה רע וגם זה רע. תסתכל על זה,

**דוברות:**

אנחנו לא חיים במדינת אוטופיה,

**פרופ' גבי בן נון:**

ממש לא אתה פספסת לפני זה, אמרתי באוטופיה הייתי מבקש 12 מיליארד, אני לא אבקש אותם.

אז זה סיפור של השווייוניות, גיל עולה אתה משלם יותר ורבותי גיל עולה בדרך כלל זה הכנסה יורדת. הנה הרגרסיביות ועוד נקודה אחת בשבילך במיוחד זה הסיפור הזה. אנחנו שכחנו לחלוטין את הסיפור של מה שנקרא הצמדה של הביטוח וההשתתפות העצמית שבביטוח. עשיתי ביטוח, אתה יודע כמה ההשתתפות העצמית בתרופות מכסה את התרופות שאני קניתי בביטוח? כמעט שמונים אחוז מההוצאה. דרך אגב זה עוד סיפור אחד, חלק גדול מההשתתפויות העצמיות בתוך השבנים לא מבטא בדוחות הכספיים של השב"ן. כן, לא מבטא.

תשלום לרופא בחירת רופא והשתתפות עצמית לרופא לא נספרת שזה מיליונים.

**דוברות:**

אתה אומר שהלוס רשיו הוא אחר?

**פרופ' גבי בן נון:**

כן, יפה, זה קשור, אני לא רציתי להגיד אבל זה קשור. חבר'ה זה קשור אבל אני רוצה להציג את זה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

כרגע לא בהקשר של לוס רשיו, כן נכון במידה מסוימת זה מטעה אותנו, הלוס רשיו הרבה יותר נמוך מאשר מבוטא כאן.

כי צריך להוסיף לזה, לסך הכול התשלומים של האוכלוסייה וכמה היא מקבלת וזה לא נעשה. איך עד עכשיו לא עלו על זה אני לא יודע אבל זה לא בוצע.

מה שאני רוצה פה להעיר זה לא על הלוס רשיו.

דוברות: - הטעיה גדולה מאוד,

דוברות: עניין של הגדרה,

דוברות: מה זה הטעיה אתה לוקח פרמיה ואתה מוציא, מה שאתה לוקח זה לא מה שאתה מוציא, אז זה לא הלוס רשיו אז מה?

דוברות: - אני משלם הרבה יותר לרופא ואני מקבל חלק אני מכניס את החלק שאני משלם לרופא, זה עניין שלי.

דוברות: תיקח את התרופות למשל.

דוברות: הלוס רשיו בודק את ההוצאות -

דוברות: קופת חולים גבתה פרמיות, תראה כמה היא מימנה הוא לוקח בחשבון גם את ההשתתפות העצמית הנפרדת, זה כבר איזה שהוא חשבון אחר שצריכים לעשות. חלק מהשתתפויות העצמיות בשב"ן היום משולמות ישירות לספקים ולא עובר דרך קופות החולים לכן בדוחות מציגים רק את ההוצאות של השב"ן עצמו וכן קופות חולים בלי לראות השתתפויות עצמיות.

דוברות: הפרמיות הן כן נכונות כי הן -

דוברות: אכן,

דוברות: השאלה אם זה לא נרשם לא בהכנסה ולא בהוצאה, או שזה -

דוברות: אין פה בעיה,

דוברות: הלוס רשיו נכון והפרמיות הן הוגנות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**דוברות:**

אז זה בסדר,

**פרופ' גבי בן נון:**

אני רוצה להחזיר את הדיון למה שאני רוצה להדגיש.

**דוברות:**

זה מופיע ב out of pocket .

**דוברות:**

בלמס יש לנו נתון אחר שראינו לפני כמה זמן שישיראל out of pocket הוא אחד הגבוהים בעולם.

**דוברות:**

בעצם זה מה שרציתי להגיד גם קודם בעצם המבוטחים מממנים ביטוח, סך ההוצאה לבריאות עשרה אחוז בעצם. זאת אומרת יש לנו שיעור מאוד גבוה של מבוטחים, שיעור הפרמיות הוא מאוד גבוה זאת אומרת אנשים משלמים הרבה פרמיה כחלק מההוצאה שלהם על בריאות אבל מסתכלים על הצד השני של ההוצאה הלאומית לבריאות הביטוחים מממנים עד עשרה אחוז. ראינו את זה גם במצגת של-

**השרה יעל גרמן:**

כאשר אנחנו מדברים על השלושים ותשעה אחוז של ההוצאה הפרטית זה כן כולל השתתפויות העצמיות.

**דוברות:**

כן, כן,

**דוברות:**

אבל מה שאת אומרת זה עשרה אחוז הביטוחים, שישים אחוז זה הציבורי,

**דוברות:**

כל השאר זה out of pocket ,

**דוברות:**

אז הגענו לשבעים אחוז ואז שלושים אחוז זה מהכיס?

**דוברות:**

כן, זה המון,

**פרופ' גבי בן נון:**

שזה המון,

**דוברות:**

אני מכיר נתון של עשרים אחוז מהכיס לכן אני מתפלא.

**דוברות:**

זה הנתונים שראינו אתמול, זה עד עשרה אחוז

**פרופ' גבי בן נון:**

יש לי את הנתון הזה דרך אגב אבל אני צריך ללכת לשם כדי להגיע אליו אני אראה לך אותו בסוף.

אבל אני רוצה לעזוב רגע את הדיון על הלוס רשיו שלדעתי ולעזוב רגע את הנושא של הרמה ההגדרתית אבל ברמה של החישוב מה שנקרא המהותי, זה לא נכון לקחת רק את הפרמיות וגם רק את ההחזר מבלי לקחת גם את



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

ההשתתפויות העצמיות, זה פשוט לא נכון ברמה של ניתוח כלכלי לא הגדרתי. אבל לא זה מה שחשוב לי כרגע, מה שחשוב לי כרגע זה לבוא ולומר תשלומים של פרמיה הם רגרסיביים כי הם הולכים לפי גיל והם עוד יותר רגרסיביים כי צמוד אליהם הרבה מאוד ההשתתפויות עצמיות ואמרתי עוד משפט אחד, חלק גדול מההשתתפויות העצמיות לא מדווח בחשבונאות של קופות החולים.

דרך אגב אותו דבר בביטוחים הפרטיים רק ששם הרגרסיביות יותר גדולה כי שמה זה לא רק - כי שמה זה גם מה שנקרא מבחן הסיכון.

**דוברות:**

גבי אם זה יהיה רק הסדר אז הבעיה תיפתר?

**פרופ' גבי בן נון:** לא ממש לא, תחליש אבל לא תיפתר אז גם שם אתה משלם יותר לפי קבוצת סיכון, וקבוצת סיכון זה כמובן האנשים החולים, זאת אומרת חולים משלמים יותר וזה רגרסיבי.

זה עוד נתון שמבטא את הנתון של הרגרסיביות זאת אומרת אני כל הזמן, שימו לב, אני תחת הכותרת של למה ההתפתחויות בביטוחים הפרטיים היא בעייתית. אז פן אחד שוויוניות, כן, זה מקור מימון רגרסיבי לאללה ואנחנו רואים את זה פה כשאנחנו מחלקים, או חותכים, את הוצאות משקי הבית לפי עשירונים תראו איזה הבדל ענק מבטא הנטל של ההשתתפות העצמית על מה שנקרא עשירון תחתון וכמה הוא מהווה נטל על העשירון העליון.

**השרה יעל גרמן:**

כאן דרך אגב הרגרסיביות הזו גם אופיינית לביטוח הבריאות, מפני שהעשירון הנמוך משלם יחסית -

**פרופ' גבי בן נון:**

באופן יחסי,

**דוברות:**

בשביל להראות את זה ביחס לרגרסיביות זה צריך להיות ביחס להכנסה ולא ביחס לתצרוכת, צריך להיות אחוז ההוצאה על הבריאות מסך ההכנסה. - על סך התצרוכת זה יהיה עוד יותר -

**פרופ' גבי בן נון:**

אוקיי, כי לא תמיד יש חפיפה בין מה שנקרא הכנסה ותצרוכת אתה צודק אבל המגמה זה מה שחשוב

לי -

**פרופ' גבי בן נון:**

אז זה הציר של השוויוניות וזה הציר הבעייתי שבכלל הסתכלות על אופציה של ביטוחים פרטיים כאופציה של מקור מימון כי אני גם שמעתי כל מיני רעיונות של תרופות מצילות חיים להעביר אותם לביטוח הפרטי, להעביר אותם לביטוח הפרטי פירוש של דבר להעלות את הפרמיות ולהעלות את מקור המימון הרגרסיבי שזה בדיוק אותו כיוון.

עכשיו אני לוקח את הפן השני שגם הוא נורא חשוב וזה הפן של ההשפעה של ההתפתחות של הביטוחים



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הפרטיים על היעילות של המערכת ולא רק על השוויוניות שלה, כי הטענה של השוויוניות זה באמת טענה שכל אחד בעמדתו אני לא רוצה להתווכח על עמדה אידיאולוגית, אני חושב שהנושא של היעילות חוצה עמדות אידיאולוגיות. כולנו רוצים להיות יותר יעילים כולנו רוצים שהמערכת הזאת תהיה יותר יעילה, תוכיח לי שזה יותר יעיל אני אתמוך בך ולכן נורא חשוב הטיעונים האלה של הפגיעה ביעילות ושוב, לחדד אותם, דיברתם קודם על מה שנקרא, על ההשפעות החיצוניות של ההתפתחות הזו ואני רוצה עכשיו לחתוך את זה ברמה של המבוטח ברמה של ספק השירותים וברמה של המערכת ואתם רואים כבר את ההערה שלי למטה. אני פשוט לא מבין אני עבדתי-

**דברות:**

ניסית לכתוב כמו דוד רוזן,

**פרופ' גבי בן נון:** כן אבל בואו נגיע להערה הזאת אבל קודם כל ברמת המבוטח אני אומר ביטוחי הבריאות הפרטיים, התופעות של הפחדה כמנגנון שמעודד גיוס מבוטחים זה היה מנגנון שבשלב מסוים רוני עצר אותו אבל היו תקופות שזה היה ממש מדהים. היו תקופות שבהם מה ששמעת בתקשורת אם לא תעשה ביטוח פרטי תהיה חולה. זה מה ששמעתם. יש פה מנגנון אדיר של הטעיה שגורם אחרי זה ודרך אגב הדרך לעודד להגיע למערכת הפרטית זה על השחרה של המערכת הציבורית שגם זה אסטרטגיה שאסור שתהיה מקובלת עלינו. יש הרבה מאוד תיעוד של קשיים במימוש זכויות, תשלומים עודפים של מבוטחים, מהלוס רשיו זה סיפור. שמענו פה שעה וחצי הרצאה למה הלוס רשיו צריך לקחת בחשבון כל מיני אלמנטים נוספים שבחלקו זה שכנע אותי מהפן של השלושים וחמישה אחוז אולי לא שלושים וחמישה אחוז אלא ארבעים אחוז אבל אם זה ארבעים אחוז אז מה?

יש מדינות שבהם קבעו לוס רשיו ברגולציה של שבעים אחוז.

**דברות:**

שמונים,

**פרופ' גבי בן נון:** שמונים אפילו, העניין הזה בכלל של ההפרטה שוב פעם כל התחרות או כל הפונקציה הזאת של תחרות שעשויה להיות מנגנון התייעלות מוסט לחלוטין מהסל הבסיסי לא מדברים על הסל הבסיסי מוסט לכיוון של הביטוחים המסחריים והמשלימים אפשר לחשוב שזאת המטרה שלי לעודד את הביטוחים הפרטיים. זה שוב פעם המשלים של הפגיעה ביעילות כי ככל שהתור במערכת הציבורית יותר ארוך, הביקוש לביטוח פרטי הוא יותר גדול ואנחנו שוב פעם יוצרים את ההסטה הזאת וזה במציאות שבה אנחנו חיים היום שאומרים יש תורים ומצד שני אומרים אני לא מפעיל את חדר הניתוח שלי אחר הצהריים איזה מילה אחרת חוץ מאשר שלומיאליות אפשר לקרוא לזה?

**דברות:**

זה לא שלומיאליות זה בכוונה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:**

כן אנחנו דיברנו,

**דוברות:**

רוני אפילו תמחר כמה -

**פרופ' גבי בן נון:**

אוקיי, בוא נקרא לזה בעיית יעילות ותפקידנו זה גם לשפר את היעילות של המערכת וצריך לדאוג לה שאם יש לזה סיבות אז צריך לתקן אותן, בטח שיש לזה סיבות עוד מעט אני אגיע אליהם.

**דוברות:**

באמת, המילה שלומיאליות היא לא מילה נכונה, יש הרבה מקרים מה שנקרא, שבמערכת כלכלית יש מה שנקרא אבטלה מבנית יש לך עודף גורם ייצור אחד וחוסר גורם ייצור אחר, נוצר מחסור נוצר בעיה שיש לך תשתית שעומדת ריקה, כי המשאב האחר יש לך איתו בעיה זה לא שלומיאליות אתה יכול להגדיר את זה איך שאתה רוצה אבל זה דבר -

**פרופ' גבי בן נון:**

אני חושב שזה שלומיאליות ואני אסביר לך גם למה.

**דוברות:**

ברמה הכללית -

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אגיד לך למה אני בכל זאת מתעקש על המילה שלומיאליות כי אני אומר הרי המצב הזה קורה במערכת הציבורית, המערכת הציבורית היא מערכת מנוהלת מפוקחת מבוקרת, אתה שולט על כללי המשחק שלה ואם אתה מאתר מצב כזה שמצד אחד יש לך פיגורים אדירים מצד שני תשתיות עודפות, ואתה לא מחבר אחד עם השני, זה בעיה שלך כמנהל מדיניות בריאות.

**דוברות:**

אבל גבי להגיד שזה, אתה שולט אבל אתה לא אלוהים, אתה יכול לשלוט על חלק מהדברים, אם אתה צריך בשביל להשאיר את הרופאים עשרים וארבע שעות פי שתיים כסף והכסף הציבורי מוגבל מאיזה שהיא סיבה אפשר להתווכח או לא, זה לא שלומיאליות, אתה לא -

**פרופ' גבי בן נון:**

לא זה כן שלומיאליות כאשר אתה אומר את הדבר הבא, אתה מאפשר לביטוח המשלים לגבות יותר כסף.

**השרה יעל גרמן:**

גבי אני חושבת שלא יקרה כלום אם תמחק את המילה שלומיאליות ותשים במקום זה חוסר יעילות.

**פרופ' גבי בן נון:**

אוקיי, אז נשאיר בחוסר יעילות.

**השרה יעל גרמן:**

או דורש שיפור,

**דוברות:**

גבי אתה לא חושב שכדאי להתייחס לנושא של איכות השירות ברמה השירותית בהיבט של כתיב





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שירות זה אולי ביטוי אחד לזה שהיום מוכרים שירות ולא בהיבט של קיצור תורים אלא בהיבט של יחס בהיבט של תנאים סביבתיים?

**פרופ' גבי בן נון:** תראה רמזתי על זה קצת כשאני דיברתי על מה שנקרא על הזקנה במסדרון אבל אני לא רוצה להיכנס יותר מדי למימד הזה.

**דוברות:** אם תיקח אסותא וביחס למכבי באפשרות כלומר אם לתמרץ אנשים לשירות יותר טוב במקום פרטי אבל דרך הביטוח המשלים.

**פרופ' גבי בן נון:** אני אתייחס לזה.

**דוברות:** לא התייחסת לכל העניין של חוסר יעילות להתייכרות שחר.

**פרופ' גבי בן נון:** חכו רגע רבותי, מי שלא יודע אני אמור לדבר עד שש בערב.

**דוברות:** אז זה חלק מהפגיעה ביעילות כאשר אתה משלם את אותו כסף על אותן קופות.

**פרופ' גבי בן נון:** או.קיי, לקחתי את המילה שלומיאליות ושמתי שם אי יעילות - אני לא רוצה להגן על המילה שלומיאליות אבל בוא נגן על המילה של חוסר יעילות מבחינה זאתי התוצאה הזאת של תורים מצד אחד-

**השרה יעל גרמן:** גבי אין ויכוח בוא נעבור הלאה. לא צריך למשוך את הזמן, אפשר להתקדם.

**פרופ' גבי בן נון:** פגיעה ביעילות בוא נמשיך בקטע הזה וזה ברמה של אספקת השירותים סינון מבטחים, סינון של מטופלים, לחצים להעלאת שכר ומחירים, פגיעה בהכשרת רופאים מתמחים, תשתיות לא מנוצלות במערכת הציבורית, אל מול התורים זה מה שקראנו לזה חוסר יעילות.

מצד אחד מחסור של כוח אדם מצד שני היעדרות של רופאים בכירים. העמקת גירעונות של בתי חולים ציבוריים אתה משלם את המשכורות, ההוצאה הקבועה רצה והסיפור של תמריצים גם הוא יקבל עוד דקה זום. התמריצים להסטה שפעילות המערכת הפרטית מצד הקופות ומצד - אני מדגיש לאה לא פה, מצד הקופות ומצד ה- זה פגיעה באיכות השירות הציבורי שאתה רמזת לזה, אני לא נכנס לזה הרבה כי אין לי ממדים כמותיים לנושא הזה. אבל אין לי ספק שיש גם פגיעה באיכות של השירות הציבורי.

אז חלק גדול מהבעיות האלה ובוא נחבר אותם, לא חלק, חלק מהבעיות לא גדול, אפשר לטפל בזה במהלכי הסדרה שונים של הענף שעוד מעט דרך אגב אני אפרט אותם, שצריך להסדיר ויש פה קונצנזוס לגבי חלק גדול של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הסדרת ענף הביטוחים הפרטיים אבל בלי שניגע בסוגיה של הבחירה, אנחנו כל הזמן לידה לפעמים גם נוגעים בה אבל לא מספיק זאת אומרת אנחנו לא נוגעים בה עד לעומק, בסוף נצטרך, אז ליבת הבעיה נותרת פתוחה. ואני אנסה גם להסביר למה. בבחירה כמובן נדבר על שר"פ או בחירת רופא בתשלום או לא בתשלום וכן הלאה.

כדי להסביר למה, אני רוצה שתי דקות לקחת אתכם לקטע של תשתית רפואית. זה הסיפור של הנתונים, אנחנו מוציאים 6.6 מיליארד שקל על ביטוחים פרטיים,

**השרה יעל גרמן:** לרבות שבנים?

**פרופ' גבי בן נון:** כן, כן, ביטוחים פרטיים זה מבחינתי שב"ן פלוס מסחרי אני קורא לזה ביטוח פרטי.

**השרה יעל גרמן:** 1.6 ועוד אחד.

**פרופ' גבי בן נון:** כשאתה מסכם את בחירת רופא וחווה דעת שנייה, אז זה 2.6 מיליארד. כסף גדול שכמו שאתם רואים כל הזמן גם עולה. והנה החלוקה פה בין שב"ן ביטוח פרטי ויש פה כמה דברים בשקף הזה שהם מאוד מעניינים, החלוקה בין בחירת רופא כמה זה בשב"ן וכמה זה בביטוח הפרטי, חווה דעת שנייה כמה זה פה וכמה זה פה והסך הכול של 2.6 ויש פה עוד נתון אחד מאוד מעניין, שהוא לא נתון שקיבלנו אותו באופן פורמאלי מהקופות, למרות שאני בפגישה השלישית בוועדה הזאת ביקשתי אותו וזה סיפור של טופס 17 אבל קיבלנו אותו אצל שלומי שהציג פה נתונים שהוא הצליח בכל מיני מנגנונים לבדוק אותו וזה הדבר הזה, כמה מתוך זה טופס 17.

אוקיי, אז אני אומר פה אני שם פה אומדן אני לא שלם על המספר הזה כי מבחינה זאת שאין לי אותו כנתון ממש, אבל קיבלנו אותו בכל מיני דרכים עקיפות והוא שווה זום כי לכאורה המספר הזה שלמה היה צריך להיות ממומן על ידי הסל הבסיסי.

**השרה יעל גרמן:** אולי הוא ממומן, אולי זה כפל.

**פרופ' גבי בן נון:** לא זה לא כפל, זה החליף.

**דוברות:** מה הם עושים הם מממנים באמצעות השב"ן את מה שהיו צריכים לממן לפי הסל, זאת אומרת השב"ן מממן את הסל, נכון?

**פרופ' גבי בן נון:** נכון,

**השרה יעל גרמן:** אבל למעשה קופת החולים קיבלה את זה כבר מהקפיטציה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** אבל מכיוון ששחקת את התקציב של קופות החולים בגלל מנגנון העדכון, אז מה עשו הקופות? הקופות

אמרו מה לעשות, אז עשו כל מיני דברים, דיברנו על זה מה הם עשו.

**דוברות:** הוא חוסך ולא מממן,

**דוברות:** זה בעצם תיאורטית מגביר את השוויוניות במערכת.

**פרופ' גבי בן נון:** איך בדיוק?

**דוברות:** המיליארד הזה תורם לשוויוניות.

**פרופ' גבי בן נון:** איך בדיוק?

**דוברות:** גם המיליארד לדעתי גם כשאי עשיתי חישוב וגם כשמשא עשה זה מסתובב סביב המספר הזה. זה לא

תשע מאות, מיליארד, זה לא,

**פרופ' גבי בן נון:** זה פלוס מינוס,

**דוברות:** פלוס מינוס,

**דוברות:** אני יכולה להגיד עוד משהו?

**פרופ' גבי בן נון:** חופשי,

**דוברות:** הביטוח הפרטי זה הרבה פחות אנשים, אז זה רק מרמז על מה שאמרנו קודם שהמחירים פה הרבה

יותר גבוהים, זאת אומרת לכל -

**פרופ' גבי בן נון:** אני רוצה דווקא לעשות הבחנה פה במיליארד הזה, ראשית קודם כל זה המספר פלוס מינוס, אנחנו

צריכים לזכור אותו.

**דוברות:** זה המספרים שחברות הביטוח משלמות, זאת אומרת שחברות הביטוח פחות יעילות בניהול ההוצאה

שלהם מהקופות זה מה ש -

**דוברות:** הן עושות שירות אחרת.

**השרה יעל גרמן:** אבל בואו נקשיב לגבי, גבי תמשיך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** אני רוצה לעשות הבחנה נוספת מעבר לסיפור הזה של ביטוח ה-2.6 מיליון שהוא מטופס 17 אני חושב

שחשוב לעשות גם הבחנה נוספת וזה בין מה שנקרא טופס 17 שמשלם השב"ן ובין הטופס 17 שהביטוח הפרטי משלם ואני לא רוצה לבזבז זמן אבל קל לי מאוד להגן על זה שביטוח פרטי ישלם גם טופס 17 יש לי בעיה אדירה להגן על זה ששב"ן ישלם טופס 17.

עכשיו מה עוד אנחנו יודעים, אנחנו יודעים גם שה-2.6 מיליארד רבתי הכסף ענק, יש איתו גם אפיון נוסף וזה שאני יכול לרכוש ממנו שירותים רק במגזר הפרטי ורק בבתי החולים של ירושלים. או.קיי? מפה באות הבעיות.

**דוברות:** אני יכול לשאול שאלה משהו שלא ברור לי על השקף הקודם. אתה אומר שמתוך זה הטופס 17 זה היה הסכום. מה זאת אומרת אומדני זה טופס 17 בפועל שהשב"ן מקבל אותו תשלום עליו או -

**דוברות:** השב"ן משלם את מה שהקופה הייתה אמורה לשלם -

**דוברות:** מה זה הפער בין המיליארד לשני מיליון.

**השרה יעל גרמן:** האם זה נספר -

**דוברות:** זה עוד פרוצדורות עוד כסף.

**פרופ' גבי בן נון:** דקה זה יהיה גם יותר מאוחר אבל אני אעשה את זה עכשיו כי שאלת את השאלה. בוא נניח שאני

מחליט לבחור רופא בהדסה, אני עושה את זה הכי פשוט, כי זה טיפה יותר מסובך. ואני עושה את זה במימון שב"ן כי יש לי ביטוח משלים. קורים שני דברים אחד יש הוצאה על בחירת הרופא ושנים יש הוצאה על האשפוז, הוצאה על האשפוז נקרא לה טופס 17 בסדר? לכן ההוצאה הכוללת של השב"ן שכוללת גם את בחירת הרופא וגם טופס 17 זה ה-2.6 או 1.6 פה אבל היא מורכבת מנתח אחד בעבור טופס 17 ונתח שני בעבור בחירת הרופא.

**דוברות:** אבל יש גם פרוצדורות שנעשות אני יודע בהרצלייה שהן לא נכנסות פה, כלומר ה-2.6 הזה זה גם פרוצדורות שמתבצעות בהרצלייה ובמקומות אחרים.

**פרופ' גבי בן נון:** כן, כן ודאי,

**דוברות:** שזה גם הרבה יותר פרוצדורות -

**דוברות:** לא אבל גם בהרצלייה הוא מפרק את זה, את החלק כאילו של התשלום על האשפוז נכנס במיליארד, החלק של התשלום לרופא הוא ב-11.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

מה מהשירותים הוא בסל, הניתוחים בסל?

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אתן דוגמא עוד מעט .

**דוברות:**

זה מאוד חשוב,

**דוברות:**

אני רוצה להבין אם הפער הוא 3.6 -

**השרה יעל גרמן:**

האם זה נוסף או זה יורד.

**דוברות:**

האם לצורך העניין מחר כולנו מחליטים שמבטלים את השבנים כמה כסף יחסר במערכת לטובת ביצוע

אותה כמות פעולות שמתבצעת היום? זה מה שאנחנו מנסים להבין.

**דוברות:**

גם בהנחה שאין פעולות מיותרות.

**דוברות:**

נשים את זה בצד.

**דוברות:**

גם בסל הבסיסי יש-

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אלך על ההנחה הזאת תיכף אני אתן דוגמא מספרית. אני עושה את ההבחנה הזאת, זה תשתית

הנתונים, יותר טובה ממנה אין לי, אני חושב שהיא סבירה מהפיד בק שאני מקבל מהביטוחים וכן הלאה, תזכרו את

הסיפור הזה, יש מרכיב של טופס 17 אני עושה הבחנה בין שב"ן לבין ביטוח פרטי. או.קיי, ואני הייתי כאן בקטע

של 2.6 מיליארד שקל כתוב שהם רק לירושלים ורק לאסותא ולמדיקל הרצלייה.

**דוברות:**

ולקליניקות פרטיות.

**פרופ' גבי בן נון:**

כן, כן ברור,

**דוברות:**

כל חוות דעת שנייה זה פרטיות.

**פרופ' גבי בן נון:**

המגזר הפרטי פלוס בתי החולים הכלליים בירושלים.

**השרה יעל גרמן:**

אנחנו יודעים לאן זה הולך, קדימה.

**פרופ' גבי בן נון:**

אם ננסה שנייה אחת לייצר איזה שהיא צורה ציורית של מה קורה היום, אז יש פה איזה שהוא משפך

של כסף שנכנס לכעשרים אחוז מהמערכת ושמונים אחוז מהמערכת עם שני הצדדים האחרים וזה קופות החולים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

ובתי החולים נמצאים שם, אבל קורה פה עוד משהו וזה שהמשפך הזה הולך וגדל, ה 2.6 היה הרבה פחות לפני עשר שנים,

**דוברות:** נכון,

**פרופ' גבי בן נון:** והוא יהיה יותר גדול -

**השרה יעל גרמן:** הצינור נשאר אותו צינור,

**פרופ' גבי בן נון:** נכון,

**השרה יעל גרמן:** והמשפך -

**פרופ' גבי בן נון:** המשפך הגדול-

**דוברות:** רוצים להרחיב את הצינור אין בעיה.

**דוברות:** אתמול בלילה צמצמנו.

**השרה יעל גרמן:** כן יהיה פחות שר"פ,

**דוברות:** קצת את צודקת שזה קצת בפועל אבל זה לדעתי זה יותר-

**השרה יעל גרמן:** כן כי זה עיקרון, מדברים על העיקרון של השר"פ שצריך לעמוד עליו, טוב יש אחת מן השניים או

לצמצם את המשפך או להרחיב את הצינור או שניהם.

**פרופ' גבי בן נון:** אני עוד מעט אציג את האופציות, יש כמה אופציות, המצב הנוכחי הוא לא טוב.

**דוברות:** זה פחות אני חושב כולם מסכימים.

**פרופ' גבי בן נון:** יש פה הסכמה,

**דוברות:** על זה יש קונצנזוס.

**פרופ' גבי בן נון:** ברור שהוא לא טוב כי אתה בעצם אומר כללי משחק מסוימים לעשרים אחוז מהמערכת, - לאחר כסף

יותר גדול אני קורא לזה צונאמי של כסף, שלוחץ ולוחץ יום אחד זה יתפוצץ.

זה המצב רק עוד דרך להציג את זה, המצב היום זה שבעצם בחירת רופא בוא נדבר רק על הרופא, בחירת הרופא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

אבל זה כמובן גם חוות דעת שנייה, היא לא אפשרית במימון הסל הבסיסי בבתי החולים הממשלתיים, ירושלים או פרטיים היא כן אפשרית במימון השב"ן והביטוח הפרטי, זאת אומרת יש פה איזה שהוא ארבע משבצות האלה שבהם זה כן משחק ותזכור שזה בחירת הרופא, וטופס 17 כל פעם כשיש בחירת רופא נלווה לזה גם תשלום וטופס 17 כל פעם. זה שני תשלומים ויש לי את הפרופורציות שביניהם. אומדן שוב,

**דוברות:**

מה הכי מפריע לך בטבלה הזאת?

**פרופ' גבי בן נון:** עוד מעט אנחנו נגיע לזה. הנה לכם דוגמא, שממנה נעשה את ההשלכה- עלות בחירת מנתח זה 5000, עלות אשפוז 8000 זה לא עובדתית מדויק.

**השרה יעל גרמן:**

לא חשוב,

**פרופ' גבי בן נון:** אבל זה לא חשוב לצרכי הדגמה, או.קיי, אז מה קורה כאשר אנחנו עושים את זה בסל, כשאנחנו עושים את זה בסל הרופא לא מקבל כלום או.קיי, ההכנסות בית החולים 6000 למה 6000? לקחתי את -

**דוברות:**

גם הוא מקבל משכורת.

**פרופ' גבי בן נון:**

כן, כן ברור,

**דוברות:**

זה כלום כמובן, לא, תחשוב,

**דוברות:**

זה לא בתוספת הזאת,

**פרופ' גבי בן נון:**

בחירת ניתוח הכירורגי של כריתת השקדים לא מוסיפה לו עוד כסף, בסדר?

**דוברות:**

וגם זה לא מדויק,

**דוברות:**

זה בססיות,

**פרופ' גבי בן נון:**

אני מדבר על הסל הבסיסי בלי הססיות, אתה צודק, אתה צודק, יש גם מרכיב של הססיות, דרך אגב

עוד מעט נדבר על הססיות עוד שקף אחד.

אבל בוא נעשה את זה ברמה הכי פשוטה, אני עובד מקבל משכורת אני לא עושה ססיות, בסדר? אז אני לא מקבל פר ניתוח אני מקבל משכורת ואז אני כרופא לא מקבל יותר, בית החולים לא מקבל את ה 8000 כי יש לנו את כל מנגנוני ההנחות והקפינג ובממוצע שוב בממוצע הוא מקבל 6000 הקופה שילמה 6000 וסך הכול ההוצאה של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הקופות היה 6000.

עכשיו בוא נראה מה קורה כאשר זה הולך במימון השב"ן, אז הרופא מקבל את ה 5000, בסדר? בית החולים מקבל את ה 6000 סך הכול התשלום של השב"ן הוא 11,000 ההוצאות של קופות החולים הם אפס.

זאת אומרת שבמצב שבו היום, אלה הם כללי המשחק, השב"ן מממן, יש שני מרוויחים גדולים, מרוויח אחד זה קופת החולים ומרוויח שני זה הרופאים. ואלה שני המנועים המרכזיים להסטה.

גם הבן אדם,

דוברות:

כן רק חסר לי עוד דבר אחד וזה הבן אדם.

השרה יעל גרמן:

אני יודע מה להגיד על המדינה, אני יודע שהמדינה -

פרופ' גבי בן נון:

המדינה צריכה להיות רובריקה נוספת גם פה וגם שם ואז ההערה היא צודקת כי הרופא כן עולה אבל צריך -

השרה יעל גרמן:

מה זאת אומרת עולה?

פרופ' גבי בן נון:

הוא עולה אנחנו צריכים לראות סך הכול אנחנו רוצים לראות את העלויות במערכת. אתה לא יכול להתעלם -

השרה יעל גרמן:

המקורות הבלתי תלויים,

דוברות:

הרופא נכלל בתוך ה 6000 התשלום של הקופה זה בעצם כולל גם -

דוברות:

מה שהממשלה מעבירה דרך הסל.

דוברות:

מגולם שכר הרופא,

דוברות:

נכון,

השרה יעל גרמן:

נניח שהעמסת נכון תמחרת נכון.

דוברות:

לא יעזור הויכוח עם התמחור הוא נכון או לא נכון -

דוברות:

אפילו אם התמחור הוא נכון ברגע שבנית תמחור נכון ושמת עליו הנחות, מראש יצרת היסט, נקודה.

דוברות:





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:**

זה סוגיה נפרדת שאני לא חושב -

**דוברות:**

היא לא נפרדת כי תמחור זה חלק מאוד חשוב.

**דוברות:**

חייבים להגיד שזה לא רווח של הקופה, זה חיסכון של הקופה זאת אומרת שהקופה לא עושה רווחים

פה אלא פשוט חוסכת הוצאות והגירעון היה פשוט הרבה יותר גדול אם לא היה-

**פרופ' גבי בן נון:**

רגע זה לא הוגדר פה כרווח, הוצאות קופת החולים הבסיסית זה 6000, זה לא הוגדר כרווח, אני

תיכף - הוצאות קופות החולים בסל זה 6000 ובשב"ן זה אפס, ההוצאה היא אפס זאת אומרת היא חסכה 6000 שקל.

**דוברות:**

אבל זה החיסכון לתקציב המדינה גם,

**דוברות:**

בסוף כי אז זה המדינה שהייתה צריכה -

**דוברות:**

לא המדינה ככל הפרטים שבה אבל זה היה החיסכון לתקציב.

**פרופ' גבי בן נון:**

כדי לא לשבת פה עד שש ואני מדבר אז צמצמתי המון שקפים. אחד השקפים שהיה לי זה הסיפור

הזה של הטופס 17, שווה לספר את הסיפור ההיסטורי מי שלא מכיר. פעם זה לא היה שלא תטעו, עד שנת 2000 זה לא היה. טופס 17 חויב על חשבון קופות החולים. בשלב מסוים לקופות החולים היה חסר כסף,

**דוברות:**

ואז התחשבנו,

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, לא, לא היה חיוב טופס 17 שילמה קופת החולים, תקשיב למה שאני אומר.

**השרה יעל גרמן:**

בדיוק זה בגלל הקפיטציה.

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, לא,

**דוברות:**

היא שילמה את זה מהמקורות שלה.

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, שוב דקה,

**השרה יעל גרמן:**

כי גם קיבלה את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**דוברות:**

גם היום היא מקבלת את זה.

**פרופ' גבי בן נון:**

דקה עד שנת 2000 עובדתית, זה העובדה, תבדקו אותי עד שנת 2000 קופת החולים שילמה את טופס 17 כאשר מישוהו בחר רופא. והשב"ן שילם רק את בחירת הרופא, בשנת 2000 התחילו הבעיות של קופות החולים התחילו הגירעונות של קופות החולים, שנבעו בין השאר בגלל מנגנון עדכון לא נכון. ואז קם מי שקם אני לא רוצה להגיד מי ואמר יש לי רעיון בואו נעמיס חלק מההוצאות של קופות החולים על השב"ן כי יש שם המון כסף, באמת זה נכון היה ואז אמרו 25% של טופס 17. ראו כי טוב העלו את זה לחמישים, ראו כי טוב העלו את זה ל 75, והיום זה נמצא על מאה אחוז.

דרך אגב, לא בתקנות, היה איזה שהוא שלב שאמרו רבותי אנחנו קובעים פה איזה שהוא כלל עבודה במערכת ואין לו הסדר חקיקתי וזה הגיע לכנסת טופס 17 והכנסת לא אישרה את זה. אבל השינוי הזה נותר והיום מאה אחוז מטופס 17 ממומן על ידי הביטוחים המשלימים.

עכשיו מה זה לא היה ידוע? ודאי שזה היה ידוע הייתה פה מידה רבה של עצימת עיניים, אני קורא לזה עצימת עיניים בעיקר של משרד האוצר שיצר פה איזה שהוא מנגנון לכסות את הגירעונות של קופות החולים. חלק מגירעונות קופות החולים הוסט לביטוחים המשלימים.

אבל פה אני רוצה להדגיש את הדבר האחר וזה דווקא את העניין הזה של התמריצים של ההסטה. אני אומר במנגנון שנותן באמצעות שב"ן תמריץ לרופא ותמריץ לקופה להפנות למערכת הפרטית, אז מה אתם מופתעים אחרי זה שהמערכת הפרטית משגשגת. אנחנו יצרנו את הכללים האלה, לכן זה השלומיאליות אנחנו יצרנו את הכללים האלה.

**דוברות:**

גבי, סליחה יש נקודה אחת שלומיאליות בעיני נתפס שישב איזה אידיוט ובשלומיאליות יצר איזה מערכת, זה פשוט לא, בעיני אני אומר זה לא מדויק, זה בכוונה. כשאתה לוקח וכולם יודעים את זה גג למערכת הציבורית חוסם אותה לא נותן לה לעבוד גורם לה כל פעם שהיא עובדת יותר להפסיד יותר גם אם התמחור נכון ואתה אחר כך מוסיף לו הנחות הם מפסידים על כל פעולה אז גם אם הם הצדיקים הכי גדולים עלי אדמות ורוצים לתת להם לא מסוגלים ומה אתה עושה וגם מסבסד אותם כדי שכל פעם אתה תגיד להם וואלה אתם גם יותר טובים ואתה עושה את כל הדברים האלה בונה הר כסף חוסם אותו נותן למערכת הפרטית, אז מה אתה מצפה? זה לא שלומיאליות זה בכוונה.

**השרה יעל גרמן:**

אנחנו מחקנו את המילה שלומיאליות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:**

או. קיי, אז אני אומר דרך אגב המשפט האחרון שלי התחבר למה שאתה אומר,

**דוברות:**

נראה לי שהוא אומר מילים יותר חריפות מאשר שלומיאליות.

**פרופ' גבי בן נון:**

כן, בדיוק, הוא אומר שזה בכוונת מכוון,

**דוברות:**

הוא אומר בזדוניות.

**דוברות:**

לא, לא אמרתי בזדוניות הכוונות של כולם טובות, זה מתוך מודעות ולא מתוך חוסר מודעות. אנשים מאוד חכמים נמצאים כאן כולל בזמנו במשרד הבריאות.

**פרופ' גבי בן נון:**

עזבו שלומיאליות עזבו את הסיפור של שלומיאליות אני אומר את הדבר הבא, שנייה, עם זה תסכים כי זה מסתדר עם מה שאתה אומר. אחד זה לא היה מקרי, שתיים אני הייתי אומר את המשפט היותר חזק זה היה מכוון וזה היה מנגנון שבאמצעותו משרד האוצר צמצם השתתפות בסל הציבורי והעביר חלק מהמימון של הסל הציבורי למערכת הפרטית.

**דוברות:**

אבל למה זה בלשון עבר?

**פרופ' גבי בן נון:**

למה זה בלשון עבר זה לא בלשון עבר עד היום.

**דוברות:**

זה בלשון עבר אני חושב שלפני שלוש ארבע חמש שנים משרד האוצר הבין ששסתום הלחץ שנמצא מערכת פרטית או מימון פרטי התפוצץ והחזיר את הלחץ בהצפה לתוך המערכת הציבורית.

**פרופ' גבי בן נון:**

אם נמשיך את מה שאמר רוני בשלב מסוים האסימון נפל במשרד האוצר והוא התחיל להבין שהפתרון של המערכת, הפתרון הזה של המערכת יוצר כל כך הרבה השפעות חיצוניות שזה לא שווה את התוספת של העלות שנותן לי את הביטוח המשלים ואז הוא עצר את הקופות בביטוחים המשלימים ואז הוא עצר בנייה של מיטות פרטיות כי - וכן הלאה היה לו איזה שהוא רוורס אבל זה היה מאוחר.

**דוברות:**

הרוורס נמשך,

**דוברות:**

אבל, תבינו לאן הלך הרוורס בעיני זה נקודה מאוד חשובה, הרוורס הלך להתחיל לעצור את המערכת הפרטית, נגביל אותה במיטות כולל הרעיון החדש של הקפ למערכת הפרטית, אבל לא הלך. יצירת שסתום חדש למערכת הציבורית ולהעביר את האפשרות למערכת הציבורית להתמודד עם התורים ואז אם אתה מדבר איתי על חוסר שוויוניות? קודם לפחות הייתה לך הצדקה, אמרת שב"ן שווה לכל נפש, למעט באמת מסכנים עלי אדמות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

כל אחד יכול כמעט להוציא את השב"ן ויש לו את הדרך וגם הוא בוחר רופא ואתה נותן לו את הזכות הבסיסית של כל אדם לבחור כי מותר לו לבחור אוטו אבל אסור לו לבחור רופא רחמנא לצלן ואז הוא עשה את זה. ועכשיו מה אנחנו אומרים? נגביל גם את המערכת הפרטית, לא ניתן למערכת הציבורית לתת מענה למערכת, אז עכשיו מי שיש לו הרבה כסף ייסע לקפריסין עם הרופא הישראלי שלו שהוא יביא אותו מכאן ושם הוא יבצע את הניתוח, אבל מי שאין לו כסף לנסוע לקפריסין? אם אנחנו לא ניתן שסתום חדש ההגבלה הרעיון הגאוני עכשיו נגביל את המערכת הפרטית יגרום לעוד יותר קטסטרופה.

כל כך הרבה דברים -

**דוברות:**

אני מציעה שזה יהיה חלק מהסיכומים. מה שאתה אומר זה סיכומים זה תוצאות, בוא נשמע את גבי

**השרה יעל גרמן:**

ולאחר מכן כל אחד -

זה כבר מה שאתה ממליץ לעשות כדי לשנות.

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, אני הסברתי מה קרה, לא אמרתי מה אני ממליץ אמרתי מה קרה.

**דוברות:**

כן חוזקו באופן משמעותי התשתיות שבשנים האחרונות התשתיות והמשאבים של מערכת הבריאות

**דוברות:**

הציבורית. להגיד שלא נעשה שום דבר לחיזוק המשאבים של המערכת הציבורית זה אמירה לא נכונה. נעשו צעדים מאוד מאוד גדולים בהרבה מאוד כסף ובהרבה מאוד תשתיות לחזק את המערכת הציבורית -

כולל התחשבות שיהיה קוסט אפקטיב שעבדו אחר הצהריים.

**דוברות:**

תשמע אני לא אגיד כדי לא לפתח את זה אבל אחר כך יהיה לי מה לומר על זה.

**דוברות:**

לאחר מכן כל אחד יצטרך לבוא ולומר בוודאי, מה הסכנות של המודל.

**השרה יעל גרמן:**

אני עוד חמש דקות מגיע לזה. אני כרגע פה, תזכרו איפה אנחנו נמצאים, אנחנו נמצאים שהייתה איזה

**פרופ' גבי בן נון:**

שהיא התפתחות אחרי זה תרגמתי אותם למונחים של השפעות על המערכת. דיברתי על השפעות בצד של השוויוניות, דיברתי על השפעות בצד של היעילות, השפעות חיוניות וכרגע אני מדבר על ההשפעה שלדעתי היא הכי קשה למערכת וזה מה שנקרא התמריצים להסטה. הקטע הזה שכללי המשחק שאנחנו יצרנו אותם יוצרים מצב שבו לקופת חולים משתלם והיא הבעלים של השב"ן לכן אני עושה את ההבחנה הזאת, להסיט לשב"ן ולרופא ודאי משתלם כי שם הוא מרוויח יותר.

ולמדינה,

**דוברות:**



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** החיבור של זה זה כמו, המשלים של זה זה תורים ככל שיש תורים יותר ארוכים המוטיבציות ללכת לכיוון של לחפש את הפתרון-

**השרה יעל גרמן:** שהם גם טוב וגם מסובב.

**פרופ' גבי בן נון:** הסיפור של התמריצים בבית החולים הציבורי בבוקר. כשאתה רופא ואתה עושה ניתוח בבוקר, בבית חולים ציבורי משכורתך משולמת אתה לא משלם דלתא של תשלום.

**דוברות:** עוד פעם, בבית חולים ציבורי.

**השרה יעל גרמן:** בבוקר לא,

**פרופ' גבי בן נון:** כן, לא, קיבלת משכורת יש לך משכורת. כשאתה עובד בססיה או בתאגיד אתה מקבל איזה שהיא דלתא וסדר הגודל שלה הוא 1500 שקל, לקחתי איזה שהיא פרוצדורה מסוימת, לא חשוב איזה. כשאתה עושה את זה במימון פרטי, לא במימון פרטי במימון של השב"ן כי יש גם פה הבדלים, אז אתה מקבל 3000 שקל. אתה עושה את זה במימון פרטי אתה קבל 4500 וכשאתה מנתח תייר אתה מקבל 10,000.

**דוברות:** מאיפה הנתונים האלה?

**פרופ' גבי בן נון:** הוצגו פה,

**דוברות:** כשאתה מדבר על ציבורי אתה לא מדבר על הדסה ושערי צדק.

**פרופ' גבי בן נון:** לא, אני לא יודע מה הסכימו מה היה ההסכם עכשיו האם נשארו-

**דוברות:** עכשיו שלא יהיה יותר דבל תשלומים עד עכשיו היה ובהסכם החדש לא יהיה יותר דבל תשלום.

**פרופ' גבי בן נון:** אבל כמובן הכסף יוצר העדפות וככל שהכסף יותר גדול אז זה יוצר יותר העדפה, היום יש רופאים שאומרים במפורש, אני לא מקבל ביטוח משלים, מבטחי ביטוח משלים, אומרים את זה. כי קופות החולים הגיעו להסדרים עם רופאים ואנחנו עודדנו אותם כדי להציע את המחירים אבל אין להם שום בעיה, הם הולכים לביטוח הפרטי ובכלל תייר אתה מקבל פי שש מאשר בססיה בתאגיד.

עוד בענייני הסטות, זה יהיה קצת אני מודה סגנון פחות מדעי, אבל בכל זאת זה סגנון. זאת אומרת אומרים יש מנגנונים סמויים בהסטה ואני אומר זה לא סמוי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** אז הרופאים מסיטים למערכת הפרטית כדי להגדיל הכנסות, קופות החולים שבבעלותם בתי חולים

פרטיים כדי להגדיל את הכנסותיהם דרך יש פה שני תמריצים של קופות החולים להשיג. אחד כדי לצמצם את ההוצאה שלהם בסל הבסיסי והשני כי זה בית החולים שלהם. הסימפטום של מכבי. מדיקל הרצלייה זה של כללית בעלות חלקית.

ההסטה למערכת הפרטית היא לא סמויה חלקה לא- כשאני צריך להמתין חצי שנה לתור, אז מה לעשות אז אני הולך למערכת הפרטית מקבל את זה תוך יומיים.

**דוברות:** ההסטה יוצרת את התורים -

**פרופ' גבי בן נון:** עידוד של תורים זה ביצה ותרנגולת.

**דוברות:** סליחה, א' אפילו חבל להגיד, א' לצערי הרב התורים לפעמים אפילו יותר ארוכים מחצי שנה והיום רק

שתבינו את המצב גם במערכת הפרטית למיניה אתה לא יכול להשיג תור למחרת כי גם זה כבר מוגבל והרבה פעמים מבקשים ממני תעזור לי אצל פרופ' איקס לקבל תור בשתיים בלילה שהוא רואה כי גם את זה כבר אי אפשר להשיג מהמערכת וגם היום יש תורים במערכת הפרטית שמראים כמה היעדר משאבים קשה.

**דוברות:** אותו פרופסור הוא מנהל מחלקה בבית חולים ציבורי אז בשתיים שלוש בלילה יקבל וינהל מחלקה -

**השרה יעל גרמן:** משמונה בבוקר.

**פרופ' גבי בן נון:** בוא נאמר את הדבר הבא, המשפט פה אומר את הדבר הבא, יכול להיות שיש גם במערכת הפרטית

אבל כמובן הכול יחסית, זאת אומרת התור במערכת הציבורית הוא הרבה, הרבה יותר ארוך מאשר התור במערכת הפרטית וזה הרעיון וכלל שהתור במערכת הציבורית יותר ארוך, החיפוש של האלטרנטיבות במערכת הפרטית עולה, זאת אומרת זה לא סמוי.

אני לא זוכר שהיה ציטוט על זה, אבל זה ממש, אמרתי רגע סליחה מה סמוי פה?

**דוברות:** מה שהוא אומר זה שאולי הבעיה היא לא זאת אלא הרבה יותר עמוקה -

**השרה יעל גרמן:** התורים הם אמיתיים כבר.

**דוברות:** בדיוק,

**פרופ' גבי בן נון:** חלק מזה נאמר כבר- חסר תשתיות במערכת, נכון,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:**

שזה לא משהו מתוכנן אולי זה התחיל כמשהו - אבל היום זה חסר -

**פרופ' גבי בן נון:**

הוא אומר שהגיעו למצב שגם התשתיות הפרטיות חסרות, עד כי כך זה הגיע.

**השרה יעל גרמן:**

נכון,

**דוברות:**

הגיע למסה קריטית -

**השרה יעל גרמן:**

ממש כך,

**דוברות:**

אתמול בהדסה ורק הדסה כדוגמא, אחת הטענת שלהם כלפינו שניסינו להסיט כמה שאפשר. יש לי תובנות על כמה מעט אפשר יחסית להסיט כמה שיותר לאחר הצהריים בפעילות. בתפיסת עולם שהשר"פ יהיה כמה שרק ניתן אחרי הצהריים, אחת הטענות שלהם, האמיתיות, שאין לנו את התשתיות לעשות את זה אפילו אחרי הצהריים, לא יכולים, אין לנו מספיק חדרי ניתוח, אין אחיות ואין לנו מרדימים, חדרי ניתוח לא פיזית, אלא חדרי ניתוח מבחינת צוות, אין לנו את זה היום.

**דוברות:**

בבוקר יש להם?

**דוברות:**

גם בבוקר זה מוגבל,

**דוברות:**

גם כוח אדם גם תשתיות פיזיות של חדרי ניתוח.

**דוברות:**

בהדסה זה הבעיה היא מרדימים ואחיות, כרגע בהדסה אחיות ומרדימים.

**השרה יעל גרמן:**

גם לא רק בהדסה שמענו שגם בתל השומר.

**דוברות:**

אני חושבת שיש פה -

**דוברות:**

מקובל להגיד שהבעיה היא מרדימים לא אחיות. בהדסה דווקא אחיות?

**השרה יעל גרמן:**

אחיות חדרי ניתוח, ספציפית.

**דוברות:**

נכון,

**דוברות:**

אבל יש פה עוד משהו שצריך לשים לב אליו וזה גם משהו ששמענו וראינו - שכלל שיש מחסור בתשתית התורים האמיתיים כי יש יותר חשש לרפואה שחורה ושימוש בכלים משלימים כדי להשיג את התור.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:**

כי הביטוח כבר לא מספיק,

**דוברות:**

אז פרוטקציה שזה הצד הרך של התופעה הזאת וככל שנמשיך ונצמצם את התשתיות יהיו לזה השלכות וגם את זה צריך לקחת בחשבון.

**השרה יעל גרמן:**

לצמצם לא מדובר, ככל שלא נרחיב.

**דוברות:**

אבל דובר -

**דוברות:**

זה המדיניות שמדברת על זה שרוצים לצמצם את הפרטי בכל מחיר.

**פרופ' גבי בן נון:**

עוד לא הגענו לשם חכי עוד לא הגענו לשם.

**דוברות:**

אני אומרת שמי שדוגל בתפיסה הזאת צריך לזכור מה שיש להזכיר ואז אנחנו מתחילים לשמוע-

**פרופ' גבי בן נון:**

אני עדיין לא בקטע של מה צריך לעשות כהמלצות שאני מביא אותם לשולחן הזה, אנחנו - תיכף נגיע.

**דוברות:**

אחד השימושים במשאבים שדיברנו עליהם לא פיתחנו את זה, כי זה עלה חזרה למשרד הבריאות, אבל אמרנו בפירוש הנושא של תשתיות כוח אדם ועלו כמה רעיונות לגבי איך אפשר להגדיל את הקצב כדי להדביק את הפיגור שקיים. אין תנאי הכרחי בכלל -

**השרה יעל גרמן:**

ממש כך וזה נאמר כאן עכשיו -

**דוברות:**

כל מה שאנחנו עושים הרבה דברים שאנחנו עושים פה בכלל לא יכול לבוא להביא יתרון בריא אם לא נטפל בבעיה הבסיסית הזאת.

**פרופ' גבי בן נון:**

זה יהיה עוד חמש דקות,

**דוברות:**

גם לצמצם את התחרות.

**השרה יעל גרמן:**

גבי בוא אנחנו ממשיכים ובוא נשמור הערות לסוף.

**פרופ' גבי בן נון:**

כל הרעיון של השקף הזה זה לחדש -

**השרה יעל גרמן:**

גבי ילך אוטוטרקטור נשמור את ההערות ואז נאמר אותם, קדימה גבי.

**פרופ' גבי בן נון:**

הרעיון של השקף הזה זה בעיקר לחדד שוב ושוב את הקטע של ההסטה בתמריצים להסטה שיש





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

במערכת כי זה בעיה ואם לא נתמודד איתה אז לא פתרנו את הבעיות של המערכת.

אני אומר מה זאת אומרת המדינה יצרה אותם, כן המדינה יצרה אותם והנה כמה דוגמאות זאת אומרת הביטוח הבסיסי שמסיט לשב"ן זה כללי משחק שהמדינה יצרה אותם זה לא בא אני לא יודע מה, והביטוח המסחרי מסיט לשב"ן זה גם כן כללי המשחק יצרו את זה והשב"ן מעלה פרמיות גם זה מנגנון שהמדינה אישרה אותו. זאת אומרת כל השרשור הזה בסוף הולך לכאן, ובסוף בסוף למי זה מגיע? כמובן למבוטח. המבוטח משלם את המחיר הזה גם בכסף וגם בתורים, זה הפרדוקס של מערכת הבריאות הישראלית היום. הוא משלם הרבה יותר 55% עלייה בפרמיות, בשבע השנים האחרונות והוא משלם בתורים. זאת אומרת יצרנו פה איזה מנגנון עוקף מערכת ציבורית שבסך הכול, בסך הכול לא פתרנו את הבעיה.

אז מה עושים,

#### דוברות:

כן אבל הצד השני שלך חסר לא הייתי מסיימת את השקף הזה ככה בלי לומר אלה שמשלמים גם נהנים

מהמערכת הזאת.

#### פרופ' גבי בן נון:

זה משפט מצוין, רמזתי עליו בעקיפין בהתחלה.

#### השרה יעל גרמן:

אני מבקשת שעכשיו נשמור את ההערות לעצמנו אחרת אני מרגישה איך זה הולך. לא הולך, אני רוצה

להתקדם.

#### פרופ' גבי בן נון:

אוקיי, עכשיו אנחנו מגיעים לקטע שגם הועדה נמצאת בו וזה להחליט לאור הבעיות האלה והיה חשוב

לי מאוד להגיד לאור הבעיות האלה מה אנחנו ממליצים.

#### השרה יעל גרמן:

כל זה הייתה הקדמה.

#### פרופ' גבי בן נון:

היא הייתה הקדמה זה נכון, היא הייתה הרבה יותר קצרה מאשר ההקדמה שעשו יוג'ין ויליה כאשר

הם הציגו את המודל שלהם, אבל אני אומר את זה בחוש הומור אבל זה היה חשוב לי לעשות את ההקדמה

הזאת כי זה צריך להתחבר להמלצות.

#### השרה יעל גרמן:

בסדר גמור זה הבסיס, בסדר,

#### פרופ' גבי בן נון:

אוקיי, אז אנחנו תזכרו אנחנו רוצים לחזק את הרפואה הציבורית ואנחנו צריכים לשאול את עצמנו מה

הדרך לעשות את זה מה המשמעות שלה ואיך הצעדים המומלצים אכן מקדמים אותנו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

כשאני עושה באמת אינטגרציה גדולה כי היו פה המון רעיונות, דרך אגב גם היו המון הסכמות, אני לא יודע אם שמת לב השרה אבל היה טווח די גדול של הסכמות פה אבל אם אני מקבץ נניח את המודלים שהוצגו בוועדה נדמה לי עם וריאציות שונות לכאן או לכאן שהיו שלושה מודלים מרכזיים, היה מודל אחד שאני קורא לו אני לא אתן פן אישי אבל אני קורא לו המודל שאומר בוא נעשה איזה שהם שינויים בשוק הביטוחים הפרטיים נעשה שינויים אבל נותיר את עיקרון בחירת הרופא בייעוץ בשב"ן לא נעשה את השינוי הזה. עוד מעט אני אכנס אליו.

המודל השני אמר לא, אנחנו נעשה שינוי אנחנו נרחיב את האפשרות של הבחירה גם במערכת הציבורית שאיננה רק ירושלים, זאת אומרת לאפשר בחירת רופא בתשלום, או המילה הגסה שר"פ, גם בתל השומר.

זה לא סותר אחד את השני, אחד ושתיים לא סותרים אחד את השני, הם יכולים לבוא ביחד.

**דוברות:**

נכון מאוד.

**דוברות:**

הם אפילו משלימים אחד את השני.

**דוברות:**

חלק של הצעדים שמוצע באחד יכול להשלים את השני, אבל אחד שונה לחלוטין מהשני.

**פרופ' גבי בן נון:**

יש את המודל השלישי שאני אנסה להציג אותו היום וזה אומר בוא ניקח את הנושא של הבחירה

**פרופ' גבי בן נון:**

והייעוץ מהשב"ן נוציא את זה מהשב"ן נשים את זה בסל הבסיסי ונפתור חלק גדול -

המודל שלך למעשה זה ביטול בחירת רופא וייעוץ בשב"ן.

**השרה יעל גרמן:**

והכנסתו לתוך הסל הבסיסי, לא רק ביטול. זאת אומרת בלי המשלים, זה לא הולך.

**פרופ' גבי בן נון:**

זאת אומרת להסיט 1.600 מיליארד, הסטה של 1.600 מיליארד -

**השרה יעל גרמן:**

שתיים נקודה,

**דוברות:**

לא, לא, שתיים נקודה-

**פרופ' גבי בן נון:**

מיליארד בפרטי הוא לא נוגע בפרטי.

**השרה יעל גרמן:**

תיכף נגיע,

**פרופ' גבי בן נון:**



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

הכוונה היא להסטה של מיליארד שש מאות שקלים ועשרות אלפי חולים.

**דוברות:**

שהטיפול בהם עולה כסף.

**השרה יעל גרמן:**

ללא ספק,

**דוברות:**

לא בסדר, זה לא רק כסף שנכנס למערכת זה חשוב מאוד להגיד את זה.

**השרה יעל גרמן:**

קודם כל ההערה נכונה ואנחנו -

**דוברות:**

לדעתי זה מהותי,

**דוברות:**

זה יעלה הרבה יותר,

**השרה יעל גרמן:**

אנחנו נצטרך לומר מה המשמעויות של המודל של גבי ומה הסיכונים. גבי תמשיך אבל לרשום את

הסיכונים. אנחנו רוצים להמשיך אנחנו תיכף נתחיל לדון במודל בוודאי יהיו הרבה הערות.

**פרופ' גבי בן נון:**

לפני שאני קופץ למודל השלישי, אני רוצה בכל זאת לומר כמה מילים על המודל הראשון והשני, חשבתי

שאני אדבר אחרי האוצר אבל האוצר כל פעם, אני לא מאשים אבל -

**השרה יעל גרמן:**

מסיבות מוצדקות,

**פרופ' גבי בן נון:**

כן סיבות מוצדקות אבל אני בכל זאת אתייחס למודל האוצרי.

**דוברות:**

יש לך את הזכות שאני משום מה נפל לי להגיע כל פעם שאתה מציג.

**השרה יעל גרמן:**

כן, גבי, אני מבקשת שלא. אתה תציג את המודל שלך ואנחנו נתייחס למודל שלך. אני מאוד מקווה

שבשבוע הבא אולי כבר ביום ראשון ואם לא בהמשך אנחנו נשמע את האוצר ואז אתה תתייחס למה שאתה תשמע

מהאוצר, בואו לא נקדים את המאוחר, תתייחס לשלוש שזה המודל שלך, אני חושבת שאם אנחנו נתחיל לרוץ-

**פרופ' גבי בן נון:**

לשתיים אפשר להתייחס?

**השרה יעל גרמן:**

לא תתייחס לשלוש.

**פרופ' גבי בן נון:**

שתיים הוצג פה.

**השרה יעל גרמן:**

אנחנו נדון בזה, זה כאילו עזוב, בוא תתייחס למודל שלך ואנחנו נשאיר את הדיון באחד ושתיים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

כשאנחנו נדון. שמעתי לכן אני אומרת בוא נעזוב אחד ושתיים נדבר על שלוש.

**פרופ' גבי בן נון:** תזכרו שיש לכם פרק, שני פרקים שמחייבים השלמה.

**השרה יעל גרמן:** נדון בזה, אני חושבת שזה לא נכון לעשות את זה כך.

**דוברות:** גם לא סיימנו להציג את המודל הזה.

**השרה יעל גרמן:** נכון ולא התחלנו אפילו -

**פרופ' גבי בן נון:** בסדר גמרנו קיבלתי.

**השרה יעל גרמן:** ממשיכים,

**פרופ' גבי בן נון:** אז אני מציג עכשיו את המודל השלישי ולא את המודל הראשון ולא את המודל השני, המודל השלישי

אומר בגדול ככה כמובן שעוד מעט תראו שיש לו הרבה מאוד מרכיבים אבל הוא אומר להוציא את בחירת הרופא וחווה הדעת השנייה שיש לה תג מחיר, אנחנו יודעים כמה היא עולה היום מתוך הסל המשלים לא הפרטי, ואני תיכף אתייחס גם לסיכומים של זה ולאפשר בחירה בתוך הסל הציבורי שחלק גדול מהמרכיבים שלה הוצג על ידי מה שנקרא ועדת האספקה, אספקת השירותים. זאת אומרת הבחירה כוללת מרכיב הרבה יותר גדול של בחירת בית חולים שזה חלק מהבחירה, היא כוללת מרכיב הרבה יותר גדול של בחירת רופא, מתוך קבוצת רופאים ודיברה על זה ועדת אספקה זה הסיפור. או.קיי? במקביל וכיוון שאנחנו יודעים שהנתח של הבחירה בתוך השב"ן הוא מיליארד שש מאות ואתה שם את זה בתוך הסל, ההצעה שלי אומרת להפחית את פרמיות השב"ן ב 45%. המשלים של הדבר הזה מכיוון שאתה מעביר כסף ואני מקבל הערה אתה מעביר גם ביקושים וגם מטופלים אין בעיה. אז אתה מעלה גם את דמי ביטוח בריאות בחצי אחוז.

**השרה יעל גרמן:** זה יוצא אותו דבר? מיליארד שש מאות?

**פרופ' גבי בן נון:** פלוס מינוס אני אעשה את החשבון עוד מעט.

**דוברות:** 19 מיליארד שקל.

**דוברות:** כשני אחוז,

**דוברות:** זה בין אחד ומשהו -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**השרה יעל גרמן:**

זאת אומרת בסך הכול בן אדם לא יוציא יותר מכיסו.

**דוברות:**

כן אבל -

**השרה יעל גרמן:**

יוקר המחיה לא יעלה.

**פרופ' גבי בן נון:**

זה הרעיון, הרעיון שמובנה פה זה אם צריך להגן עליו באיזה שהיא צורה מהצד ההוא, הוצאות משקי הבית אם כמיסוי או כהוצאות out of pocket מה שנקרא, כביטוח, בגדול לא השתנו, נחפש אם זה 0.45 זה למעשה 0.45,

**דוברות:**

זה יצא יותר פרוגרסיבי,

**פרופ' גבי בן נון:**

זה המשפט השני אבל מצד שני עברת ובשביל זה ההקדמה הייתה חשובה, עברת ממימון רגרסיבי לאיזה שהוא מימון פרוגרסיבי והדבר השני הכי חשוב התגברת על כל ההשפעות החיצוניות שעוד מעט נראה אותם.

**השרה יעל גרמן:**

אוקיי, למעשה אתה אומר זה לא רק להוסיף את ה 0.5% לביטוח הבריאות אלא גם באותה הזדמנות לשנות אותו בצורה פרוגרסיבית כך שה 0.5 לא יוטל -

**פרופ' גבי בן נון:**

לא אמרתי את זה כי זה אופציה מה שאמרתי -

**דוברות:**

אתה יכול להטיל את זה רק -

**פרופ' גבי בן נון:**

הרעיון של להעביר -

**השרה יעל גרמן:**

אוקיי, אבל אפשר לעשות את זה.

**פרופ' גבי בן נון:**

בטח שאפשר איזה שאלה.

**דוברות:**

אתה יכול להטיל את זה רק על השיעור הגבוה לא על השיעור המופחת.

**השרה יעל גרמן:**

בדיוק ואז את עושה את זה גם פרוגרסיבי.

**פרופ' גבי בן נון:**

אפשר בהזדמנות זו להפוך את הביטוח הלאומי הרבה יותר פרוגרסיבי ממה שהוא היום תוך כדי המהלך הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** צריך להעלות את זה יותר מאחוז, אם רוצים להשיג את הסכום הזה ותוריד אותו רק על המדרגה השנייה, זה להעלות בהרבה יותר מחצי אחוז.

**השרה יעל גרמן:** ביטוח לאומי יותר פרוגרסיבי מביטוח בריאות, ביטוח בריאות מתוך השלושה-מס הכנסה ביטוח לאומי וביטוח בריאות הוא הכי פחות פרוגרסיבי.

**פרופ' גבי בן נון:** היה איזה שהוא שלב בהתנהלות של משרד הבריאות, נדמה לי שזה היה ממש בהתחלת - היה איזה שהוא שלב בקדנציה שלך אני חושב.

**השרה יעל גרמן:** זה היה המאבק הראשון שלי שנכשל.

**פרופ' גבי בן נון:** אני זוכר,

**השרה יעל גרמן:** על האלכסון שכל כך רציתי לשנות את האלכסון, לא הצלחתי.

**פרופ' גבי בן נון:** אז בוא נדבר על ביטוח בריאות ואפשר להוסיף שאתה כותב את ההערות אפשר להפוך גם את מה שנקרא שיפור הפרוגרסיביות שבגביית דמי ביטוח בריאות, בסדר?

**דוברות:** לחלק זה יהיה יותר מחצי אחוז.

**פרופ' גבי בן נון:** נכון בהחלט,

**דוברות:** לחלק זה לא יהיה כלום ולחלק זה יהיה חצי אחוז עד שישים אחוז מהשכר הממוצע.

**דוברות:** הבנתי אבל זה אומר שאוכלוסייה מסוימת תשלם עכשיו אחוז בנוסף למה שהיא שילמה עד היום.

**דוברות:** כדי להגיע לאותו סכום,

**דוברות:** לא אחוז זה לא אחוז, זה פרופורציות אחרות.

**פרופ' גבי בן נון:** הוא צודק בהערה שלו,

**דוברות:** בסביבות אחוז אם זה רק על המדרגה השנייה זה בסביבות אחוז.

**השרה יעל גרמן:** כן,

**פרופ' גבי בן נון:** בקטע הזה אני לא נכנס לחשבון הטכני כי צריך לעשות אותו ומה שיוצא יוצא, אבל יש לי איזה שהוא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

מספר שאני רוצה להגיע אליו כיעד של מקור מימון אלטרנטיבי, מיליארד שש מאות תגבה אותו מהביטוח הלאומי ותעשה את זה פרוגרסיבי, בסדר? זה מה שאנחנו אומרים לביטוח הלאומי.

מה עוד נמצא בתוך זה, נמצאים הרבה מאוד מרכיבים כל אחד מהמרכיבים פה תיכף יעורר ודאי עמדות. להגדיל את המקורות הציבוריים האלה זה כמובן זה לא רק לתת את הבחירה וזה משהו שניסית לחזור עליו יותר כמובן כי לבחירה הזאת בסוף תהיה איזה שהיא תמורה שאותה אנחנו רוצים לעשות וזה לשפר קיצור תורים זאת אומרת להעסיק אנשים בפול טיים כדי שיקצרו תורים כי זה המטרה שלנו אנחנו לא רוצים סתם לאפשר את הבחירה.

הקטע של הבחירה והיכולת הרציונאלית של צרכן לעשות בחירה כבר עשינו על זה דיון, יש בזה הרבה מאוד בעיות, דרך אגב, חלק מהבעיות האלה תקף גם לגבי בחירת בית חולים שלא תטעו.

אם אני מתרגם את זה למונחים של השקף שהצגתי ממש בהתחלה אם אתם זוכרים בשקף בהתחלה בבתי החולים הממשלתיים והקופות לא היה אפשר לעשות שום דבר, ובירושלים בסל הבסיסי לא היה אבל פה היה אדום, אדום, אדום, בעצם במודל שלי יש רק מקום אחד שבו יש אדום וזה המודל של בתי החולים הפרטיים והמימון של הביטוח הפרטי, רק שם.

אני אומר שם תתאפשר בחירה והיא תתאפשר רק באסותא מדיקל הרצלייה ועוד מעט נדבר גם על זה ויותר מזה יהיה תשלום של טופס 17 מלא כי מי שרוצה שם ישלם מהשקל הראשון, שמה יש היגיון לעשות את זה ויותר מזה אני אומר אפשר גם למסות את מי שהחליט ללכת למערכת הפרטית. יש בזה הרבה מאוד הצדקה כי חלק גדול מהתשתיות של המערכת הפרטית ניזונים מהמערכת הציבורית.

**דוברות:**

אשדוד יותר להדסה מאשר - אשדוד יהיה יותר כמו אסותא או -

**פרופ' גבי בן נון:**

יש בולט של אשדוד גם כן. יש צעדים משלימים זה לא עושים רק את זה, עושים גם צעדים משלימים, דיברנו על העניין הזה של בתי חולים, זה לא רק רופאים אלא גם בתי חולים במערכת הציבורית. הצעד המשלים המאוד מרכזי שמתלווה לכל המערכת הזאתי זה הסיפור של פרויקט קיצור תורים זאת אומרת בלי זה תהיה פה בעיה אנחנו נשאיר את חלק מהבעיות במערכת.

**דוברות:**

רק שאלה מאיפה יבוא הכסף לזה לא הבנתי מתוך החצי אחוז הזה אתה מתכוון?

**פרופ' גבי בן נון:**

לא רק,

**דוברות:**

אני לא רואה אגורה -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:**

עוד מעט תראה, קודם כל זה,

**דוברות:**

זה לא מביא כלום כי זה מביא חולים,

**פרופ' גבי בן נון:**

אני ואתה ביקשנו עוד 900 מיליון שקל.

**דוברות:**

זה אני מסכים, אני אקבל את ה 900 אז נדבר.

**דוברות:**

בחירת רופא אתה מדבר על בחירת רופא כמו שהיום קיים בשב"ן?

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, לא,

**דוברות:**

או בוחר מנתח -

**השרה יעל גרמן:**

אני חושבת שצריך להוריד את זה, זה מאוד מטעה אם אנחנו נשאיר את המילה בחירה, לא תהיה

בחירה, תהיה הבטחה בבית החולים הציבורי שתמיד יהיה מומחה.

**פרופ' גבי בן נון:**

רבותיי יש מילה מאוד גדולה שאני בחרתי בה, אני כתבתי הרחבת טווח הבחירה לא אמרתי חופש

בחירה.

**דוברות:**

אבל למעלה כתוב בחירת רופא.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני קורא בחירת רופא במירכאות.

**השרה יעל גרמן:**

בסדר צריך לשנות את זה.

**דוברות:**

אבל זה המודל ש-

**פרופ' גבי בן נון:**

אני לא אכנס עכשיו הוא הוצג בועדת -

**השרה יעל גרמן:**

אז בואו לא ניכנס לסמנטיקה יש פה מהות כל כך גדולה שאם ניכנס לסמנטיקה אז זה ממש לפספס

את הדיון.

**פרופ' גבי בן נון:**

נכון אז אני מתחבר למה שאמרה ועדת האספקה, מה שתחליטו שם זה בסדר מבחינתי.

קיצור תורים זה פרויקט שחייבים לעשות אותו.

**דוברות:**

זה יעלה פחות מ 1.6,





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** רבותיי לא עשיתי את המאזן הכספי עדיין, עוד מעט כשנעשה את המאזן הכספי נגיע גם לזה ולפני שש בערב תאמיני לי, עוד רבע שעה.

**דוברות:** אני לא בטוחה שהרחבת הסדרי הבחירה אין לה עלות.

**פרופ' גבי בן נון:** לא יהיה לה, לא יהיה לה באופן ישיר.

**השרה יעל גרמן:** או.קיי, אני שוב חוזרת, אני כבר רשמתי לעצמי הרבה מאוד נקודות אני בטוחה שגם אתם יכולים, בואו ניתן לגבי לסיים ואחר כך נעשה דרך אגב הפסקה כדי שהדברים ישקעו ונחזור ונתחיל בדיון, גבי.

**פרופ' גבי בן נון:** העסקה בפול טיימר תוך קבלת התחייבות למערכת הציבורית בלבד. אני לא רוצה להיכנס לזה שוב פעם מודל האספקה זה שם, יש איזה שהוא נושא שנגענו בו ולא נגענו בו כל הזמן בנושא של מחירים והסדרי התחשבות, רבותיי אנחנו חייבים להתמודד עם הדבר הזה זאת אומרת גם כאן יש לי איזה שהוא משפט באיזה שהוא מקום אני לא יודע אם דילגתי עליו או לא אבל הסדרי ההתחשבות היום גם הם תמריץ להסטה, כשבית החולים הציבורי מקבל 15% על פרוצדורה או לא מקבל כלום, אז למה לו לעשות?

**דוברות:** או שיש לו תקרות בתאגידים.

**פרופ' גבי בן נון:** כן הסיפור של השיבוץ, דרך אגב אני לא מבין את ההיגיון שלהם במצב של תורים מה ההיגיון שלהם?

**דוברות:** ביטלתי אותם,

**פרופ' גבי בן נון:** טוב מאוד,

**דוברות:** התקרות בתאגידים?

**דוברות:** ביטלתי אותם בלי שיש לי בן זוג לביטול הזה, אבל -

**השרה יעל גרמן:** בן זוג יושב פה ומחייך,

**דוברות:** אני לא יודע אם אנחנו רוצים לפתוח בפורום הזה עכשיו את הדיון הזה.

**פרופ' גבי בן נון:** סיפור של שיווק. אנחנו מערכת הבריאות הציבורית נמצאת בעמדת נחיתות בלתי רגילה דרך אגב שאפשר לשנות אותה בקטע של שיבוץ והיום העולם, מה לעשות, זה שיבוץ. אז כשאני שומע כל יום את הסיפור הזה יש לך אולי ביטוח בריאות אבל אין לך הראל, אז צריך להגיב לדבר הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:** או.קיי.,

**פרופ' גבי בן נון:** כן יש לי ביטוח בריאות ואין לי הראל ולהתגאות בזה.

**דוברות:** יש לי תלמידה שעושה עבודת סמינר אני אולי אעביר את השקף הזה היא עשתה בעשור האחרון את הגידול בהוצאות שיווק בתוך המאזנים של הראל דקלה, תראו שזה פשוט עולה.

**פרופ' גבי בן נון:** אבל תקציב משרד הבריאות בנושא של שיווק אפס.

**השרה יעל גרמן:** הלאה, גבי, התקדמנו.

**פרופ' גבי בן נון:** הידוק הרגולציה על בתי חולים פרטיים זה גם כן חלק מאיזה שהוא צלע מאוד מרכזי בפאזל הזה של המודל האינטגרטיבי של הרפורמה, היום מי שלא יודע תחשבו על זה רגע, אסותא משכירה חדרים, זה מה שהיא עושה,

**השרה יעל גרמן:** ממש כך זה בית מלון,

**פרופ' גבי בן נון:** ככה, רופא בא משכיר את החדר וזהו זה. המתכונת הזאת של הפעלת בית חולים הפרטי במדינת ישראל צריכה להשתנות.

בקרה על רמות שכר ונתח פעילות, או שהם חלק מהמערכת או שהם לא חלק מהמערכת. אסותא זה בכלל, לא נגענו בזה הרבה אבל אסותא כשהיא רוצה היא בית חולים פרטי, כשהיא רוצה היא בית חולים ציבורי. לשמוע את הטענות לפעמים של מנהיגי אסותא זה פשוט לא להאמין, אתה פעם אחת טוען טיעון כזה, פעם אחת טיעון כזה, תלוי מה האינטרסים.

בדיוק הבקרה על ביטוחים פרטיים רבותיי, הביטוחים הפרטים התנהלו ללא שום קשר למערכת הבריאות. לא הייתה שם איזה שהיא התייחסות נפרדת שהבינה את הקשר הבלתי הגורדי כמעט, שבין ביטוחים פרטיים ובריאות ובין מערכת הבריאות. אנחנו מדברים שמה כן ששמרו יותר, על העלאת הלוסט רשיו זה ודאי. קוד אתי לפרסום ודאי ועוד ועוד, אני עוד מעט אכנס לזה יותר.

עכשיו מה זה יעשה, הרעיון הכללי זה כן לרסן את האינפלציה ושכר של עובדים ועובדים אחרים, לרסן, היום אין לזה תקרות וככל שקל יותר להעלות פרמיות, רבותיי הבוננזה הכי גדולה שמישהו יעשה זה הרופאים.

בלימת הבריחה של הרופאים במערכת הציבורית, מהמערכת הציבורית לפרטית, שים אותה כפול טיימר, תשלם לו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

בנוכחות תשלם לו יפה עבור הנוכחות הזאתי תבקש ממנו התחייבות הוא יישאר שם. תגדיל את טווח הבחירה של האוכלוסייה כולל חולה מירוחם רבותי שהיום משלם -

**השרה יעל גרמן:** בחירה במה?

**פרופ' גבי בן נון:** גם בבית חולים וגם ברופא, או.קיי, היום מבוטח בביטוח משלים שגר בירוחם מסבסד את המבוטח בתל אביב או בירושלים.

**השרה יעל גרמן:** בעיקר בירושלים גם תל אביב מסבסדת את ירושלים, כולנו מסבסדים את ירושלים.

**פרופ' גבי בן נון:** צמצום המימון הרגרסיבי של השב"ן זה מימון רגרסיבי וכשאתה מצמצם אותו על ידי הפחתה של 45% בפרמיה אתה מצמצם את המימון הרגרסיבי, ואתה עושה עוד דבר אחד, אתה מצמצם גם את ההשתתפות העצמית. כי כמו שאמרנו בהקדמה -

כשאני מחבר את ההמלצות האלה אני אומר - היא שאלה או.קיי, אז מה המשמעות של זה אבל היא יצאה ובכל זאת אני אענה לה במה שנקרא שיעור פרטי.

מה הצעדים שאני הצעתי עשויים לעשות או לתרום לבעיות כי התחלנו מבעיות. אז אני אומר כן ירסנו את האינפלציה של השכר של הרופאים, ועובדים אחרים בריחה של הרופאים תיפסק באופן משמעותי, טווח הבחירה יגדל, צמצום מימון רגרסיבי של שב"ן ישתנה, צמצום בהשתתפויות העצמאיות שמתלוות לסיפור הזה, שינוי היחס של ארבעים ששים שקיים כיום במימון הציבורי שהוא אחד הגבוהים ביותר בעולם המערבי, כל אלה תוצאות של המהלך האינטגרטיבי של ההמלצות.

צמצום התמריצים להסטה, אני אומר שוב פעם אני כותב את זה באדום אבל אחת הבעיות הגדולות שלנו אני המחשתי את זה אני מקווה מספיק זה הסיפור של ההסטה לא תהיה הסטה כי אין בביטוח המשלים בחירת רופא.

**דוברות:** אבל במסחרי יש,

**פרופ' גבי בן נון:** יישאר במסחרי אבל לא בבעלות הקופה.

**דוברות:** אבל לקופה יש תמריץ יותר חזק להמריץ כי היא לא משלמת לא בשב"ן ולא בשלה.

**פרופ' גבי בן נון:** נכון אבל הרבה פחות מהיום.

**השרה יעל גרמן:** רגע זו דעתך זו דעתו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**דוברות:**

זה לא דעה זה עובדה,

**דוברות:**

אני רוצה להבין את האמירה.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אומר ככה משהו אחד כרגע ואחרי זה-

**השרה יעל גרמן:**

לדעתך בסדר,

**פרופ' גבי בן נון:**

רבותיי -

**דוברות:**

השר"פ לא יעשה את אותה העבודה?

**השרה יעל גרמן:**

כן, גם קשור,

**דוברות:**

לא זה קשור -

**דוברות:**

אבל להגיד שלא יהיה תמריץ להסיט זה אמירה-

**דוברות:**

לא הוא לא אומר את זה.

**השרה יעל גרמן:**

טוב חברים יקרים בואו, אנחנו נכנסים למים סוערים ברור לכם, שפה באמת לכל אחד יש את הדעה

ואת ההערכה שלו, אף אחד מאיתנו לא קנה את החוכמה מאלוהים, או.קיי, אז בבקשה, בואו נשמור על הכבוד. זו דעתו, כל אחד יביע את עדתו, ואף אחד לא יבוא ויאמר כן נכון או לא נכון על דעה של מישהו אחר. בבקשה, גבי,

**פרופ' גבי בן נון:**

או.קיי, אז בוא נחدد, זו דעתי האישית, כמובן כל אחד יכולה להיות לו הדעה הזאת ושימו לב כתוב פה

צמצום התמריצים לא ביטולם. תמיד יישארו תמריצים לעשות את זה.

הגדלת הכנסות בתי חולים ציבוריים כי אם אתה מסיט ביקושים מסיט אותם חולים אז יש גם יותר הכנסות לבתי חולים ציבוריים, יש יעילות יותר גדולה בשימוש בתשתיות מערכת הבריאות הציבורית ואם אתה עושה את המהלכים האלה באופן אינטגרטיבי בסוף בסוף התוצאה זה ייקח קצת זמן אבל אתה מחזיר את האמון של מערכת הבריאות הציבורית של הציבור שזה אמרנו זה מאוד נשחק.

עכשיו קובי אמר וזה נכון יש פה סיכון, הסיכון הגדול זה אותה משבצת שנשארה פתוחה לבחירת רופא בתשלום במערכת הפרטית במימוש בבתי החולים הפרטיים, או.קיי? מול הסיכון הזה שעכשיו ביטלת את האופציה הזאת אז מה אתה מעמיד? אז אני רוצה להעמיד כמה נקודות שאני אומר הסיכון הזה עדיין קיים, אבל הוא חלש מאוד.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

הוא חלש מאוד כי שימו לב לצעדים שאנחנו הצענו.

אנחנו נתנו הרבה יותר בחירה חנים לכל הציבור במערכת הציבורית זאת אומרת המוצר הזה שנקרא לו בחירה, מעכשיו האלטרנטיבה תהיה לשלם בעבורו או לקבל אותו חנים. דבר ראשון, דבר שני ביטלנו, לא ביטלנו צמצמו באופן דרמטי את תמריץ ההסטה, היום השב"ן הוא של הקופה ההסטה הזאת היא קלי קלות אתה עושה אותה.

מחר זה כבר לא שם אין לקופה תמריץ להסיט או בוא נאמר כזה דבר, התמריץ להסיט הרבה יותר חלש. דרך אגב הוא גם מוגבל פיזית.

נקודה נוספת גם אותו מרכיב שני של הסטה שדיברנו עליו, הסיפור של ההסטה של הרופא, אין לו כבר את התמריץ להסטה. רופא בבית חולים תל השומר לא יסיט לאסותא כי הוא יוכל לעשות את זה אחר הצהריים בבית חולים תל השומר ולקבל על זה כסף כפול טיימר או קיצור תורם זה חייב להתלוות לזה.

זאת אומרת אותו מנוע של הסטה שגורם היום לציבור לחפש אלטרנטיבות כדי לקצר תורים לא כדי לבחור אלא כדי לקצר תורים, נאמר את האמת אז אם אתה באמת מטפל בזה אז אין כבר את המוטיבציה הזאת כי נתח גדול מהביקוש לבחירה ירד.

יותר נוכחות בכירים במערכת הציבורית, זה ישפר את האיכות של הרפואה, הידוק הרגולציה על המערכת הפרטית, אם אתה תשנה את כללי הפעולה של אסותא אז גם אם האופציה הפתוחה של הביטוח הפרטי למכור פוליסה שכוללת בחירה יש להם הרבה מאוד בעיות של - - הידוק הרגולציה על הביטוח הפרטי, לוסט רשיו וכן הלאה אני דיברתי על זה, כל אלה מאזנים במידה רבה אני אומר שוב, מישוה אחר יאמר משהו אחר אין לי בעיה עם זה, בוא נתווכח. אני אומר לדעתי ישנם מספיק מנגנונים מאזנים שעשויים להפחית באופן דרמטי את החשש האדיר של האוצר מהסטה במערכת - .

בוא נרכז את עיקרי ההמלצות ויש לי עשר דקות. אחד הדבר הזה ששכחנו אותו, בואו לא נשכח, אני מדבר לפחות בעתיד וודאי, אם אנחנו רוצים לעצור את השחיקה עצמו את ה 12 מיליארד בעבר אבל לעצור את השחיקה בעתיד חייבים לעשות את זה, בלי זה - ודיברנו על פיצוי רטרואקטיבי קטן כדי לתקן משהו מעיוותים של העבר, אז רבותי זה ההמלצה, כן.

תיירות רפואית גם כן נשכח מאיתנו ואני אומר ואני לא רוצה להיכנס כרגע לדיון כי הוא נעשה בתת הועדה הוא לא הגיע למליאה עדיין אבל הוא נעשה בתת הועדה. עמדתי היא שצריך לשמר את זה ברמתו הנוכחית כיום, ורמתו הנוכחית כיום היא בסביבות 3.2 במוצע בבתי החולים הממשלתיים, יש כאלה שעושים יותר, יש כאלה שעושים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

פחות זה הממוצע.

להגדיל את זה פירושו של דבר להביא איתך או לייבא את כל החסרונות שיש לזה, ויש לזה המון חסרונות בעיקר שוב, בכיוון של העדפה והסטה.

אחרי זה כמובן להסדיר, להסדיר את הנושא ששמה יש קונצנזוס להסדיר את הרגולציה של הסוכנים, ומה שנקרא תקרות המרכיבים שעושים את ההעדפה, זאת אומרת שהמטפל בחולה הישראלי יבין שזה מה שהוא מקבל למול החולה התייר המרפא לא שונה בצורה מהותית. אני לא רוצה להיכנס לזה יותר מדי אבל הרעיון הכללי זה לשמר את נפח הפעילות של תיירות המרפא, אני שוב פעם עניין של ריאליות אם זה היה תלוי בי הייתי מבטל אותו לחלוטין, במציאות הישראלית הנוכחית. אבל יש מציאות נוספת, אני מאמץ אותה אני רק אומר לגבי העתיד אני מאוד ממליץ לא לאמץ גישה אסטרטגית שאומרת בוא נעודד תיירות רפואית.

טיפול במצוקת תשתיות גם כן, זאת אומרת אני פשוט עשיתי לקט של דברים שחלקם היה קונצנזואליים אבל בוא נעשה להם שוב סיפור אינטגרטיבי.

שיעור המיטות במדינת ישראל אחד הנמוכים בעולם המערבי, תפוסה הכי גבוהה בעולם המערבי, אחת מהנמוכות בעולם. כמות המיטות שנוספה ועדיין אמורה להתווסף לא תעלה את שיעור המיטות לאלף נפש. 1200 מיטות לחמש שנים זה פחות מאשר גידול האוכלוסייה.

התאמת המיטות לרישיון, גם כן זה סיפור שמבחינתי זה פשוט ניהול תקין, אם יש מיטות ואין להם רישיון אז בוא נרשיין אותם. ואם לא אז לא, נסגור אותם.

כוח אדם, בעיה זאת אומרת לפעמים זה לא החדר של חדר ניתוח ואתם אמרתם את זה, יעל את אמרת את זה גם כן, יש גם את הקטע של הרופאים והאחיות שעובדים בחדר הניתוח ויש מחסור אנחנו מדברים על שיעור הנוכחי של עובדים אני מדבר, על ההנצחה שלו לפחות אבל הגדלת אנשים לסיעוד ניהול תהליך ההתמחות, גם זה עלה פה, עלה פה הרבה, העובדה שלמשרד כרגולאטור כמעט ואין בנושא הזה איזה שהיא נגיעה.

ארגון השירותים, חלק דיברנו, ההמלצה היחידה שיצאה באופן פורמאלי מהוועדה עד היום זה רשות אשפוז, צריך שם לבצע, חיזוק הרפואה הראשונית אמרה את זה הוועדה של האספקה, אין שאלה בכלל, הקשר שבין הרפואה הראשונית לקהילה, חיזוק הרפואה הדחופה, בריאות הנפש, יש פה שני דברים חדשים קצת וזה הסיפור של אשדוד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

אני אומר הסוסים לא ברחו בקטע של אשדוד, להסדיר שר"פ באשדוד זה לומר דבר שהוא ההיפוך של כל מה שאנחנו רוצים. ועוד לעשות את זה באשדוד בין אשקלון לבין קפלן, שני בתי חולים יחסית פריפריאליים זה פסק דין מוות עליהם, כולם יברחו לשם.

את האוצר אני ממש לא מבין, שמתנגד מצד אחד לשר"פ ותומך בשר"פ באשדוד, תחליט.

**דוברות:**

אני לא הוא,

**פרופ' גבי בן נון:**

אני יודע שבמקרה הזה ממש לא שלמה אומר ממש לא אגף תקציבים באוצר, אבל -

הסיפור של הבעליות אני מעלה את זה כנקודה שיוצרת בעיות, העובדה שבית חולים פרטי נמצא בבעלות חלקית או מלאה של קופת חולים ציבורית יוצרת בעיה. תסתכלו על הפרופורציה של רכש השירותים של מכבי באסותא. אני אומר לכם עוד דבר אחד, שככה נאמר פנה ולא זכה לתשומת לב, ההתחשבות בין אסותא למכבי נעשית בסוף שנה אחרי שהשנה מסתיימת. ואם זה לא נכון שמישהו יבוא ויגיד לי שזה לא נכון.

**דוברות:**

מה המשמעות של מה שאמרת עכשיו?

**פרופ' גבי בן נון:**

המשמעות היא שרואים בסוף שנה מה המצב הפינאנסי של כל אחד מהשחקנים ומחליטים כמה משלמים.

**דוברות:**

גם בכללית.

**דוברות:**

זהו השאלה אם ההצעה נוגעת גם לכללית ואם יש לך -

**פרופ' גבי בן נון:**

כן, כן, ודאי, ודאי,

**השרה יעל גרמן:**

בית חולים ציבורי וגם -

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אמרתי קופות חולים ציבוריות, מכבי וכללית מבחינתי זה אותה-

**דוברות:**

יש לך הצעה מגובשת בהקשר הזה?

**פרופ' גבי בן נון:**

לא מגובשת רק רעיון.

**דוברות:**

או.קיי.,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** מדדי איכות, הסיפור הזה של איכות, אין לי הצעה מגובשת אבל אני אומר אנחנו נותנים פה איזה

שהוא ניסיון לתת טיפה יותר כוח למטופל למבוטח נבחר את השם, אנחנו צריכים לצייד אותו בכלים לעשות החלטה על - חלק מהכלים האלה עוד מעט נדבר על זה, זה יהיה מה שנקרא מידע על תורים אבל חלק מזה כן מדדי איכות. מתחילים להיווצר מדדי איכות.

עשינו את זה בקהילה עשינו את זה יפה מאוד בקהילה, האתגר הבא שלנו זה בבתי החולים וצריך לעשות את זה, זה מסובך ותאמינו לא פשוט אבל אפשר לעשות אותו באיזה שהיא צורה.

בפרסום מבוקר כן מבוקר, זה לא ייתן את כל הפתרונות אבל משהו כן.

קיצור זמני המתנה שזה אחת הבעיות הגדולות של המערכת, וזה מחייב כסף רבתי עוד מעט נגיע לכסף, לא יודע אם אני אגיע - אבל להתחיל ביצירת תשתיות נתונים, זאת אומרת האמירה יש תורים במדינת ישראל חייבת להיות מגובה באיזה שהיא תשתית של נתונים שאפשר לבדוק אותה לאשש אותה לאמת אותה ולבדוק ברצף של זמן מה קורה לה. היא יורדת, היא עולה, היא משתנה, היא אולי בכללית יותר גדולה מאשר בממשלה. היום אנחנו אני לא יודע על זה. אני מקבל הרבה פידבקים אבל תשתית עובדתית אין. שזה מתחיל דרך אגב בהגדרות אחידות. שיש גם בעיה של הגדרות אחידות בנושא הזה וכן הלאה.

פרסום לציבור, כן, זה כלי לציבור. אם תור המתנה בבית חולים מסוים או בקופה מסוימת הוא ארוך מאוד שיחליט הציבור מה הוא עושה.

הקצאת תקציב נוספת שמיועדת לקופות החולים וקיצור תורים שתזכה את הקופה בכסף הזה רק אם תוכיח שהיא מקצרת תורים לא כחלק מקפיטציה.

מותר למדינה להחליט שיש יעד לאומי ולסמן כסף לנושא הזה שהוא מעבר לסיפור הכולל של ההקצאה. ולהתנות את זה, עמדת תקבל, לא עמדת לא תקבל.

באיזה שהיא מידה מסוימת אני יודע שפה זה קצת בעייתי, אני ער לבעיות של קביעת סטנדרטים ותקורות זמן המתנה סבירים, יש איזה בעיות ניסיון להתמודד עם זה עוד ב 98 אבל לאור המציאות הנוכחית כיום אין ברירה אלא ליצור איזה שהוא סטנדרט ועם כל החסרונות שבדבר.

הסדרי בחירה, דיברנו על זה, הסדרי בחירה בין בתי חולים כן לומר שבמערכת הציבורית יש יותר, להגדיר יותר ואני לא הייתי בעד הקטע הזה שאני אכנס יותר מדי לפרטים של להגדיר אלא להצהיר פה איזה השיא הצהרת





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כוונות ולומר עוד דבר אחד וזה אמצתי מהבוקר. לבוא ולומר שאם קופה לא מפרסמת את הסדרי הבחירה שלה ברירת המחדל זה בחירה חופשית לכל אחד ולכל בית חולים. ועוד דבר לומר לומר שהסדרי הבחירה האלה אין סיפור כזה של ליידע, חובה לאישור של הרגולטור.

היום המצב הוא שיש הסדרי בחירה, דרך אגב לא רעים לא מספיק אבל קופה יכולה לעשות את הסדרי הבחירה שלה ולשלוח במכתב לסמנכ"ל קופות החולים -

**השרה יעל גרמן:** זה מהדיון שלנו לפני שבוע,

**פרופ' גבי בן נון:** כן, בדיוק, אז אני אומר גם לעגן את זה באישור של המשרד, גם להרחיב את זה וגם ליצור ברירת

מחדל שאומרת אם אתה לא מייצר את זה ולא קיבלת אישור מהמשרד, אז חופש בחירה מוחלט, זה השוט.

בנושא של הרופא, אני לא רוצה להרחיב, אני מתחבר שוב פעם למודל, אמצתי המון דברים מהמודלים שלכם.

מודל של חיבור, של קבוצות ובחירה מתוך רופא בכיר מתוך קבוצת רופאים.

הסדרי העסקה שזה גם כן שוב חלק מהפתרון האינטגרטיבי, כן אתה מעסיק בפול טיימר, אתה מעסיק אותו כדי שיעבוד, כדי שיעשה את קיצור התורים שאתה רוצה אותו. אז נדבר על זה פול טיימר מחויבות עבודה במערכת הציבורית.

אני לא אכנס יותר מדי לפרטים פה כי זה יוצג על ידי הועדה אני רק אומר את הדבר הבא, צריך להיות איזה שהוא קשר, ראשית נורא חשוב שהתגמול בעבור הפול טיימר לא יהיה גלובאלי נקודה. חייב להיות בו מרכיב שצמוד לנפח פעילות. כדי לעודד אותו לעשות יותר כי אחרת הוא יקבל גלובאלי ויהיה שם אבל הוא לא יעשה כלום, אנחנו לא רוצים את זה.

צריך להיות את המרכיב הזה אבל גם מרכיב שהוא פונקציה של נפח פעילות.

ועוד דבר אחד, המרכיב הזה של הדלתא של נפח פעילות חייב להיות קשור גם למה שנקרא נפח פעילות בוקר. תעשה יותר בבוקר, תוכל לעשות יותר בצהריים או אחר הצהריים, כי אחרת מה יקרה, לא יעשו כלום בבוקר ויעשו הכול אחר הצהריים. אז אלה הם עקרונות, אני לא רוצה להיכנס יותר מדי לפרטים, אבל את העקרונות האלה נורא חשוב לאמץ כדי שזה יהיה מה שנקרא שינוי תנאי העסקה יהיה יעיל מבחינת קיצור התורים.

בתי חולים, כל הסיפור הזה של התחשבות למול הרופא, ולא למול בית החולים צריך להתבטל לחלוטין. זאת אומרת כמו שאמרתי זה היום חדר להשכרה וכל המשא ומתן מתנהל אל מול הרופא, או שזה בית חולים או שזה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לא בית חולים.

פיקוח על שכר כן. עכשיו כשאני אומר ריסון ההיצע של המערכת הפרטית זה משלים להרחבת ההיצע של המערכת הציבורית, זה לא בא כצעד בפני עצמו, יש לו את המשלים שלו. כי הפתרון באמת לרסן את המערכת הפרטית בלי לעשות שום דבר במערכת הציבורית זה לא פתרון.

עכשיו את יכולה לשאול מה שאת רוצה.

**דוברות:** השקף הקודם, אתה חושב שהרופאים שבוחרים אותו משלם יותר, שבוחרים בו יותר, שזה יהיה גם - למי שבוחרים בו? לשלם לפי זה ולא לפי הבחירה.

**פרופ' גבי בן נון:** בטח,

**דוברות:** אז אתה מתגמל את זה שבוחרים -

**פרופ' גבי בן נון:** אני חושב שהצמדת התגמול בעבור הבחירה היא לא נכונה.

**דוברות:** אז אם בוחרים בו - - זה יוצר עיוות אמיתי לאלה שבוחרים בהם אחר הצהריים.

הפסקה

**פרופ' גבי בן נון:** דיברתי על העסקת עובדים במערכת הציבורית, דיברתי על העקרונות הגדולים פול טיימר וכן הלאה. בתי חולים פרטיים דיברתי גם כן, מחירים ודפוס התחשבות.

יש פה שני דברים שאנחנו נצטרך להתייחס אליהם אני לא יודע מתי, לא יודע אבל צריך להתייחס אליהם.

זאת אומרת היום המצב הוא שיש בעצם שני הסדרים שמעוותים את המערכת. הסדר אחד הוא הגלובאלי, זאת אומרת מעבר לכמות מסוימת של כסף, אתה כבר לא מקבל את הכסף הזה, לא מקבל, עשית או לא עשית אתה לא מקבל. והדבר השני זה מה שנקרא הקפינג שעשוי להגיע למצב שבו על פרוצדורה מסוימת אתה מקבל, מהו המינימום עשרים אחוז? יש היום בעצם יש שני מערכי התחשבות. אחד זה מה שנקרא הסדר הקפינג שאומר לך מעבר לתקרה מסוימת אתה מקבל הרבה פחות, קפינג גמיש וכן הלאה זה אחד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

מעבר לזה יש את האופציה של תנאי חוזים, תנהל משא ומתן אל מול כל בית חולים הגעת לאיזה שהוא - גלובאלי בדרך כלל יוצר לך איזה שהיא תקרה של הכנסות לבית החולים, תקרה של הוצאות לקופה ובזה נגמר הסיפור. אם אתם לוקחים את השילוב של שני הדברים האלה, זה בעצם יצרת איזה שהוא מצב -

**דוברות:**

הוא מדבר על הנחות לקופות.

**השרה יעל גרמן:**

הנחות של קופות החולים לבתי החולים.

**דוברות:**

כל ההסכמים האלה בנויים על מעל תקרה מסוימת אתה ממשיך לקבל כסף, לא שהם בנויים רק הסכם-

**פרופ' גבי בן נון:**

לא אמרתי, אמרתי גם וגם אבל התוצאה הסופית של זה, זה שבעצם יש הרבה מאוד בתי חולים שמשלב מסוים לא משתלם להם לעשות יותר, לא משתלם להם לקצר תור, זאת אומרת אם רוצים להתמודד עם התורים, אחת הדרכים בין השאר זה לטפל בנושא של מחירים והתחשבות.

**השרה יעל גרמן:**

נכון,

**פרופ' גבי בן נון:**

למה אני עושה הפרדה בין מחירים והתחשבות, כי זה שני דברים שונים. יש מצבים שבו המחיר או התעריף הוא כל כך נמוך שלא משתלם לי, שזה סוג אחד שצריך לתקן אותו או קי"י, ויש מצבים שדפוס ההתחשבות כמו קפינג הוא הבעיה. זאת אומרת אני אקבל רק את הדלתא הקטנה הזאת בשוליים ולכן התמריץ שלי לעשות יותר. לכן את שני הדברים האלה צריך לתקן ולדעתי היה להם את היתרון שלהם בעבר, אבל אנחנו היום בסיטואציה שבה אנחנו נמצאים, אין ספק שיש קשר בין זה ובין תורים שיש במערכת.

דרך אגב חלק מהסדר של הדסה עושה תיקון פה, כי מישו סוף סוף נפל לו השכל והבין שאי אפשר להמשיך.

**דוברות:**

אתה מבדיל בין הכול או שאתה אומר כאלו- אתה יכול להגיד או קי"י, בכל זאת צריך לטפל בגלובאלי או אתה חושב שצריך לטפל בכל,

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, בכל, אני חושב שצריך לדבר במחירים ברמה של מחירים, להעביר יותר לנושא של תעריפים דיפרנציאליים, אני חושב שצריך לדבר על נושא של קפינג, אני חושב שהסיפור הזה של הקפינג שיש היום הוא פשוט לא יעיל, עזבו -

**דוברות:**

יש החלטה עקרונית שאם לא מקבלים אותה במסגרת הועדה, זה משהו - - אנחנו חושבים שהועדה רוצה לקבל החלטות קרדינאליות בנושא של המבנה, רמת הסוגיות שחייבים להתייחס לזה ואני פה מסכימה עם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

גבי שזה באמת סוגיה -

**פרופ' גבי בן נון:** לשם שינוי,

**דוברות:** מדברים על זה-

**פרופ' גבי בן נון:** לא אין ספק שזה משפיע באופן דרמטי על ההתנהגות.

**דוברות:** העניין של הקפינג זה דבר שהוא יהיה בר ביצוע בטווח המידי.

**דוברות:** אבל בגלל זה הפרדתי לא כולם אותו דבר, פעם אחת יש סוגיה של הסכם גלובאלי כי הסכם גלובאלי

אומר שכשאתה מגיע לטרגט אז באמת יכול להיות בעיה מסוימת של להמשיך ולעבוד זה לא בדיוק אותו דבר כמו מחיר עם הנחה, אז כשמסתכלים על הדברים האלה הם שונים בעיני גם הפתרונות יהיו שונים בהתאם בגלל זה שאלתי אותו איפה הוא רואה את זה.

**פרופ' גבי בן נון:** לכן זה ערוב, היום יש ערוב, גם זה וגם זה וגם זה וצריך לטפל בכל אחד וללכת על איזה שהוא מנגנון אחר.

**דוברות:** אני רוצה רק איזה מילה ברשותכם על הנושא של המחיר וההתחשבנות, היות והנושא הזה עלה כבר כמה פעמים והחלפתי מילה עם רוני על זה, רוני הבטיח לי שהוא ינחה את יאיר אסרף לבצע סימולציה איך תראה המערכת מה יקרה אם מבטלים את הקפ זה פעם אחת וזה משהו שהוא מעריך שיאיר יכול לעשות והדבר השני הוא אומר אם רוצים לטפל בנושא של המחירים זה עבודה של המשרד, זה לא מחר בבוקר זה לא חלק מהוועדה. אז אני חושב שמה שאפשר לסכם פה זה על ניסוח שלא צריך לחכות אפילו לדוח הוועדה, זאת אומרת יכולה לצאת הנחיה-

**השרה יעל גרמן:** לא, לא צריך דיון, אנחנו צריכים לקיים דיון האם באמת אנחנו הולכים למחירים אחידים, האם-משאירים את הקפ,

**דוברות:** בגלל זה אמרנו שנעשה את הסימולציה שיהיה יותר קל להבין על מה -

**דוברות:** לא אבל הסימולציה לביטול הקפ בלי מחירים אחידים, מה, אנחנו יודעים מה יהיה לא צריך סימולציה.

**פרופ' גבי בן נון:** רגע, אני רוצה כמה הערות.

**השרה יעל גרמן:** אני מבקשת, אנחנו חייבים דיון ואז נראה מי מגיע לדיון הזה, אבל -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

אפשר לקבל החלטה עקרונית.

**דוברות:**

אבל זה לא דיון שלנו. אני רוצה להביא את האנשים שמתעסקים בזה היום.

**דוברות:**

אבל דיון עקרוני האם צריך מחירים אחידים,

**דוברות:**

גם זה בסדר היום של הועדה.

**השרה יעל גרמן:**

זה הדיון,

**דוברות:**

גם מדיניות התמחור,

**דוברות:**

התמחור עצמו,

**דוברות:**

שני הנושאים מחירים והתחשבנות, זה לא -

**פרופ' גבי בן נון:**

אני רוצה לומר אבל מילה כללית למה שאתה אמרת תראה יהיו גם הרבה מאוד מקטעים אחרים של המלצות, שתהיה איזה שהיא רמה מסוימת שמעבר אליה לא ניכנס לזה, אתה משאיר עבודה למשרד, אתה משאיר עבודה לרגולאטור, אתה משאיר עבודה למשא ומתן אל מול ארגוני עובדים.

**השרה יעל גרמן:**

גבי זה בסדר, אני חושבת שהבנו, קדימה.

**דוברות:**

הסיכום שלי היה שיתקיים דיון בפורום הזה בנושא מדיניות התמחור, זה הסיכום.

**פרופ' גבי בן נון:**

מחירים ודפוס התחשבנות, בוא נעשה הפרדה.

**דוברות:**

מחירים ודפוס התחשבנות.

**פרופ' גבי בן נון:**

ביטוח מסחרי, על רקע כל הבעיות שאמרתי שמיוצרות על ידי ההסדרים הקיימים אנחנו מדברים הרבה יותר בקרה, בקרה משותפת של משרד הבריאות ולא רק משרד האוצר, תקורה כן תקורה על כל המקורות הציבוריים שהם מוצאים להם שימוש כטרמפיסטים, העלאת הלסט רשיו, פיקוח על עמלת סוכן. רבותיי עמלת סוכן בבריאות היא אחד הרווחים הכי גדולים של סוכני ביטוח ואנחנו משאירים את זה פרוץ לחלוטין.

קוד אתי לפרסום רגולציה, פרסום כללי, שיווק, שקיפות מידע למבוטח.

**דוברות:**

לא הבנתי, לא הבנתי מה זה קוד אתי למה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** היום אין קוד אתי, הקופות היום קצת התרסנו בשנה האחרונה, אבל לפני זה, זה היה שערורייה, זאת אומרת האגרסיביות-

**דוברות:** עד עכשיו אתה מגביל, עד עכשיו זה לא היה בשקף האחרון?

**פרופ' גבי בן נון:** שקיפות מידע למבוטח ולרגולאטור שזה גם כן דבר נורא חשוב, אני לא יודע מה מספר המבוטחים בחברות ביטוח פרטיות, לא יודע.

הידוק שיתוף הפעולה בין הרגולאטורים, חוסר הידברות פה זה לרעת מערכת הבריאות וכל הדברים האלה צריכים להיות בביטוח המסחרי בביטוח המשלים או השב"ן, ביטול בחירת רופא, דיברתי הפחתת פרמיות ב 45% זה השווי הכספי של הבחירה היום, אבל יש בזה מעבר לזה הרבה מאוד אלמנטים נוספים שעלו בתת הועדה של הביטוח המשלים ושהסכמנו עליהם. לא על הכול הסכמנו אבל על אלה הסכמנו. הסיפור הזה של מנגנון האישור והשינוי של התוכניות, לא רק של הפוליסה של התוכנית, לא רק של הפרמיה של התוכנית אלא גם הנושא של ההשתתפויות, כל דבר. היום זה מנגנון בירוקראטי נורא פשוט, שעשוי דרך אגב לעקוף את השרה או את השר. יש סמכות היום של מנכ"ל קופות החולים לעשות מה שהוא רוצה כמעט, לא חקיקה, לא הגעה לכנסת לא השרה לא שום דבר ודרך אגב במבחן קבלת ההחלטות אני אומר את זה, זה מה שקרה.

הצטרפות אקטיבית של מבוטחים לתוכניות ביטוח לפחות מכאן והלאה, זאת אומרת ההסדר הזה שאתה באופן קולקטיבי אומר לכולם אתם מבוטחים, תגיד לי שאתה לא רוצה, אסור לאמץ את זה.

**דוברות:** בשב"ן יש את זה, מה שאתה אומר עכשיו זה בביטוח המסחרי לא בשב"ן.

**פרופ' גבי בן נון:** אני אומר צריך לעגן את זה בהסדרים שאנחנו צריכים להמליץ עליהם, שאף אחד לא יחשוב בעתיד שהוא הולך ועושה רובד נוסף, מצרף את כולם ותגיד אם אתה לא רוצה.

**דוברות:** הבנתי או.קיי.,

**דוברות:** זה טיפול מניעתי פריבנטיב.

**דוברות:** זה משהו שיש או.קיי.,

**פרופ' גבי בן נון:** או.קיי., ביטול כתבי ביטוח חלק מזה טופל, איסור כיסוי השתתפות עצמית. אנחנו לא רוצים שיהיה

מצב שכיסוי ההשתתפות העצמית שחלקה, אני אומר חלקה יזום על ידינו כאיזה שהוא כלי למה שנקרא שימושים עודפים, אל תעשה ביטוח כי ביטלת את הפוטנציאל הכלכלי של זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אימוץ עיקרון חשוב נורא ודרך אגב זה היה אחת הפתיחות הכי חשובות של תת הועדה של ביטוח משלים ולתקשורת היא לא הגיעה וזה האמירה -

**דוברות:** זה טוב, לא?

**פרופ' גבי בן נון:** לא אני אגיד לך למה זה לא טוב, זה לא טוב כי זה מצג שווא של מה שכן הסכמנו, אנחנו שמה הסכמנו ששיפור איכות לא ייכלל בחלק מהסל המשלים.

**דוברות:** אבל הועדה הזאת לא החליטה אז מה זה מעניין מה היא הגיעה-

**השרה יעל גרמן:** רק רגע, אנחנו לא מתווכחים, זה ההצעה של גבי אנחנו עוד לא התחלנו לדון, תיכף נתחיל לדון.

**פרופ' גבי בן נון:** הכניסה בכלל למתווה הזו של שיפור איכות עשויה להסתייע ב-

**השרה יעל גרמן:** גבי בוא תמשיך זה דעתך.

**פרופ' גבי בן נון:** טוב ויש נקודה אחרונה שאני שם אותה ככותרת אני מודה אין לי בשבילה פתרונות אבל יש את הקטע של מה שנקרא שב"ן כללי ודקלה. שזה איזה שהוא הסדר בין חברת ביטוח פרטית לבין שב"ן בבעלות קופת חולים מה קורה שם בהתחשבוניות הכפולות אני לא יודע.

בסוף כמובן הגדלת המקורות הציבוריים, בלי זה וצריך לומר דברים מה שנקרא כהווייתם אי אפשר להתחמק מזה. השחיקה הארוכה לאורך השנים במימון הציבורי של המערכת, חייבת לקבל איזה שהוא פתרון אחרת לא יצא הרבה.

מנגנון העדכון זה מנגנון אחד, מנגנון הזה נותן לנו סדר גודל של המלצות שלנו של 900 מיליון שקל, העלאת דמי ביטוח בריאות והכנסת הפרמיות בביטוח משלים לא מייצרת כסף חדש אלא משחלפת כסף קיים בכסף פרוגרסיבי, כסף של ביטוח משלים וכסף של יישום והגדלת השתתפות תקציב המדינה -

**דוברות:** כן מעבירה כסף -

**פרופ' גבי בן נון:** כן ודאי זה עושה המון שינויים וזה עושה תמריצים, יש המון שינויים בזה אני רק מציג את - מבחינת המקורות שיוצרים למערכת זה הסטה, זה משנה את כללי המשחק באופן דרמטי אחרת לא הייתי עושה את זה, לא הייתי ממליץ לעשות את זה.

והגדלת תקציב המדינה בין השאר לסיפור הזה של פרויקט קיצור תורים כסף מסומן ומשם לסיפור של הפול טיים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שחלקו יומן מהכסף שאנחנו מרוויחים פה אבל חלקו מחייב איזה שהיא תוספת.

בגדול אם אתם זוכרים על השישים ארבעים שזה היה המצב היום ואמרנו מה קרה בעשור האחרון, בעשור האחרון מה שקרה שהאדום הלך וגדל והכחול הלך והצטמצם וזה איזה שהוא רגע שבו ההחלטות שלנו צריכות ללכת בכיוון של חיזוק רפואה ציבורית, מה זה חיזוק רפואה ציבורית אם לא להגדיל את הכחול ולצמצם את האדום.

אני חושב שההתפתחויות בעשור האחרון וזה לא משנה למה והאם היינו אחראים להם, לא נלך לסיפור של הטלת אשמות אבל ההתפתחות האלה לא לטובת מערכת הבריאות ולא היו לטובת מערכת הבריאות גם בפן של היעילות, אני אומר שוב וגם בפן של השוויוניות, אני אדגיש רגע את הפן של היעילות, היעילות השוויוניות הבנו, מה שעומד בשורה אחת מאחורי הטענה של היעילות זה האמירה הבאה, אנחנו אומרים וזה הוכח שוב ושוב בהרבה מאוד מקומות שבשקל ציבורי אתה קונה יותר בריאות מאשר אותו שקל במערכת הפרטית, ברמה של יעילות.

**דוברות:**

שוב,

**פרופ' גבי בן נון:** שקל ציבורי אותו שקל של שקל ציבורי אתה יכול לקנות הרבה יותר קילוגרמים של בריאות מאשר שקל פרטי.

**דוברות:**

במערכת ציבורית,

**פרופ' גבי בן נון:** ודאי אני מדבר על מערכת ציבורית.

**דוברות:**

זה אותו שקל כלומר לא זהות השקל אלא -

**פרופ' גבי בן נון:** זהות המקור שלו, אני מדבר על זהות של מקור, מקור ציבורי מקור פרטי מבחינת הסכום. או ק"י, יש לי סכום אחד שהוא ציבורי ויש לי סכום אחד שהוא סכום פרטי ואני אומר בסכום של הפרטי, בכללי המשחק שקיימים היום אתה קונה פחות.

דוגמאות לוסט רשיו אתה משלם שקל ואתה מקבל שלושים אגורות. דוגמאות יעילות, כן יעילות תסתכלו מה עושה אסותא, הסלקטיביות של העשייה שלה. התמיכה שהיא מקבלת מאיכילוב כאשר מקרה מסתבך.

**דוברות:**

זה לא המקור של הכסף זה -

**פרופ' גבי בן נון:** לא, לא, זה כן המקור של כסף אבסולוטי כן המקור של כסף. וזה שוב פעם אני אחזיר אותך, אני לא





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

יודע אם את היית פה, אבל המטריצה שעשיתי C B A - D אני מדבר על המטריצה שמדברת אספקה ציבורית ומימון ציבורי, זה מבחינת שקל ציבורי.

אנחנו עובדים באיזה שהיא צומת החלטה שחייבים לקבל החלטות אבל ההחלטות חייבות להיות החלטות מה שנקרא דרמטיות, כן הן יהיו דרמטיות ואם יש להם איזה שהוא עוגן אחד מרכזי זה הגדלת המימון הציבורי שיביא בסוף גם להחזרת האמון במערכת הציבורית.

אם אנחנו לא נעשה את זה אז כל המגמות שציירתי עד 2012 ימשיכו 2013, 2014, וכן הלאה ואני אומר לכם אם אתם זוכרים את השקף של המשפך שיש לו גם מימד כמותי בשלב מסוים המשפך הזה יתפוצץ זאת אומרת אי אפשר לאורך זמן לרסן את גבי ברבש ואת רוטשטיין שצודקים במפורש בטענה שלהם, סליחה גם אני רוצה כסף, לא יכול להיות שיש פה כסף, צונאמי של כסף שאתה אומר רק שם. מה איתי יאמר גבי ומה איתי יאמר זה והוא צודק. ולכן אנחנו צריכים לקבל החלטה. כי אני אומר אם אנחנו לא נקבל החלטה אז רבותי זה יתפוצץ ויהיה שר"פ.

זאת אומרת מבחינה זו מי שתומך בשר"פ שלא יעשה שום שינוי, כי שר"פ יבוא לבד. תודה רבה,

**השרה יעל גרמן:**

תודה רבה גבי זה היה מקיף וממצה.

**פרופ' גבי בן נון:**

תודה לכם,

**השרה יעל גרמן:**

תודה גבי אז שוב אני חוזרת ואומרת זו באמת הייתה סקירה מאוד מאוד ממצה. מה שאנחנו נעשה כרגע נפתח את זה בהחלט לדיון, מה שאני מבקשת בתוך הדיון זה גם לציין את הסיכונים ואיומים של המודל הזה. גם את האפשרויות כמובן אבל גם את הסיכונים והאיומים.

**דוברות:**

אני אהיה ראשונה אבל ברשותך זה יהיה מהאמצע מאיפה שהייתי כי מה שלא הייתי אני גם לא ראיתי ולא זה. יש לי עוד הערה שאני אמרתי את זה קודם, אני רוצה אם אפשר להגיד את זה בנוכחותך, אני ביקשתי מדורון, אני גם הייתי רוצה חצי שעה מתי שתחליטו כדי להציג כי כרגע זה נראה שיש לי הערות, שאלות קושיות אבל הייתי רוצה בסוף להציג סוג של מודל, אז כרגע אני לא עושה את זה ואני אומרת את זה גם לגבי כל השאלות שישאלו אותי אז מה התשובה, אז אני רוצה להציג את זה בצורה מסודרת בגלל כל האילוצים שאתם יודעים לא כתבתי את זה, אז זאת הבקשה שלי.

אני אמרתי לגבי, גבי ברשותך אם נגיע לקטע של הרופאים ממה שאני רואה פה אני אדבר על הסכנות.

קודם כל אני באמת חושבת שאני מזהה שחסר כסף במערכת לדעתי כולם מזהים את זה. השאלה העיקרית היא



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כמה כסף חסר. אבל מה שהכי מדאיג אותי ועל זה אני לא רוצה להיכנס כרגע לסוגיה כמה כסף, שאנחנו נגיע להמלצות או הערות שלא יהיה בגינן את הגיבוי הכספי המתאים.

**פרופ' גבי בן נון:** את?

**דוברות:**

הגיבוי הכספי המתאים ואז חלק יוכל לשתוק כי יצאנו בהמלצה כמו שפה כתוב הגדרת המרחק והגדרת הזמן וקיצור התור וכל הדברים שאני מסכימה עם כולם, הבאת יותר מידע לציבור, מתן יותר אפשרויות בחירה, אני לא אמרתי עכשיו בכסף או בלי כסף זה לא משנה, כל האופציות שאנחנו מדברים עליהם, אבל שבסופו של דבר לא יינתן למערכת גיבוי תקציבי הולם ואני בכוונה משאירה את המילה הולם פתוח כי אני בטוחה שגם על זה אפשר לקיים תילי תילים של דיונים ואני לא רוצה להגיע לזה. זאת אומרת זה בעיני סכנה מאוד גדולה של כל העקרונות ושל כל המודלים ובעיקר מדאיג אותי הגישה שמדברת שהכול חייב להיות רק ציבורי למרות שאני יכולה להתחבר לזה וגבי מכיר את דעותי הרבה מאוד שנים, אבל אני חושבת שבשם עקרונות שזה יהיה רק ציבורי ולא יהיה ערוב של כסף פרטי תהיה פשרה על כמות הכסף הנדרשת למערכת. בגלל שאם נגיד שיש יותר שצריך המון כסף וכולנו מבינים שהממשלה אולי לא יכולה בגלל סדרי עדיפויות אז המסקנה תהיה כמו שגם שם חס וחלילה ש"פ אני לא רוצה להגיד כרגע את דעתי בעניין הזה, כי גם עדיין לא התגבשה עד הסוף ואז הפתרון היותר פשוט לבוא ולהגיד או.קיי, אז בוא נגיד שחסר פחות כסף אנחנו נגיד שאנחנו יכולים לקצר תורים בפחות כסף ובסוף המערכת לא תעמוד בזה. אז זה בעיני סכנה אחת.

לגבי הדברים הספציפיים שגבי אמר, אני רוצה להתייחס לנושא של הפול טיים אני רוצה לחזור על זה עוד פעם.

כל פתרון שאנחנו מציעים למערכת צריך להיות כזה שהיא מסיטה את המערכת במעט או בהרבה אבל לא בצורה קיצונית בכמה מהדברים כי אני חושבת שהשחקנים צריכים באיזה שהוא מצב להיות און בורד ולהיות שותפים לה.

אז אני לא אומרת שאנחנו חייבים לעשות מה שהשחקנים רוצים, אבל אנחנו לא יכולים ללכת לקיצון. בסיפור של הפול טיימר זה הופיע הרבה אצל גבי וכבר דיברתי על זה גם בשבוע שעבר, אני אתחיל ואני אומר שאני חושבת שפול טיימר הוא פתרון טוב מאוד, הוא לא חזות הכול והוא לא פתרון שייתן את מלוא המענה הוא פתרון מסוים שצריך לדעת להשתמש בו.

בסיטואציה שגבי הציג הדבר שהכי מפחיד אותי -

**דוברות:**

הוא לא פתרון הוא אמצעי להשגת מטרה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

דוברות:

לא, בסדר, אבל גם הוא-

דוברות:

הוא לא פתרון, NEVER הועדה היא לא -

דוברות:

אני מקבלת,

דוברות:

הוא אמצעי להשגת מטרה מסוימת.

דוברות:

אני מקבלת את זה אבל אני גם אומר שהוא לא יכול להיות האמצעי היחיד ואי אפשר לשים את הכול עליו ואני אחר כך אמרתי כשאני אציג אני אציג איך אני חושבת שהוא צריך להיות.

הדבר שהכי מפחיד אותי זה מה שגבי מציע שרופא יבחר או /או, אני אמרתי שני דברים שיכולים לקרות, או מערכת פרטית או מערכת ציבורית.

קודם כל במובן הכי פרקטי בנקודת הבחירה כל מי שנמצא מבוסס וכבר נהנה מהמערכת בנקודות מפתח יגידו או.קיי., תודה רבה אנחנו לא רוצים ואנחנו יוצאים החוצה ונישאר עם האנשים שעד שהם יגדלו ועד שהם יהיו, זאת אומרת יהיה לנו גאפ של מה שיהיה.

דבר שני אני חושבת שצורך של בחירה או/ או עלולה להוביל את כל ציבור הרופאים לכעס כזה שבקטע הזה אנחנו נמצא אותם או מחליטים או עושים צעד שלא לזה התכוונו וגם לא בטוח שצריך את זה.

אני חושבת שזה כן לגיטימי וכן צריך לבנות את זה שהרופאים א' ירצו לבחור להיות פול טיימר, בגלל שהם יכולים להיות גם פול טיימרים ולא פול טיימרים בתוך המערכת ויש עדיפויות ואפשר לדבר על זה, למי שבחר פול טיימר.

לכן אנחנו גם נרצה שזה יהיה מערכת שמצד אחד תאפשר לכל מי שרוצים אבל מראש זה לא צריך להיות כל הרופאים, במודל שגבי מתאר אותו בסוף התהליך, כל המערכת הציבורית היא כולה פול טיימרים וזה לדעתי ממש לא צריך את זה, לא נכון ולא יביא אותנו לתוצאה שאני הייתי רוצה לראות אותה.

דוברות:

הוא לא אמר את זה.

דוברות:

בסוף אם אתה אומר לו אתה בוחר או פה או פה אז כל מי שבחר להישאר בציבורי בהכרח הוא פול טיימר, אז זה מה שהוא אמר.

השרה יעל גרמן:

ואם הוא לא פול טיימר אז הוא עוזב בשעה שלוש ונמנע מלהרוויח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דברות:**

לא , גבי אמר מה שהמודל פה יותר קיצוני, אתה בוחר- אתה במערכת הציבורית, גבי תראה את השקף, לפחות כך זה היה כתוב בשקף, שאתה בוחר אם אתה במערכת הציבורית או במערכת הפרטית, הפרדת חומה ואתה לא יכול להיות עד שלוש, כי זה אני יכולה לקבל בדבר הזה אבל ההפרדה הזאת שאומרת חומה, ואתה או פה או פה, אני אומרת זה לא דבר שאנחנו רוצים אותו. אלה שיישאו יישארו ירגישו לכודים, אלה שיצאו יצאו, מאוד בעייתי.

הדבר הנוסף שזאת דילמה אמיתית, לטובת הפרוטוקול אם לה היה, הדבר השני שזאת דילמה אמיתית ואני אומרת את זה אז לכל הרופאים, אני חושבת שיש לנו דילמה אמיתית שאין לי פתרון ואתם הרופאים צריכים לפתור אותו אמיתית. זה הקטע בסיפור של המתמחים והלימוד. בקטע הזה -

של מה?

**דברות:**

**דברות:**

הלימוד, הלימוד של ההתמחות. בהצעה שכמו שאני הבנתי את ההצעה של גבי, יכול להיות שלא התכוונת לזה, אני אומרת מה אני הבנתי אז על זה צריך לתת פתרון, כתוב שכל אחד שמגיע לבית חולים יכול לבחור מתוך צוות מנתחים רופא בכיר. תעזבו את סוגיית הכסף, כי זה כרגע לא מה שאני חושבת שהוא בעייתי, אבל אני אומרת שאני כמעט לא רואה סיטואציה שבה מישו יגיד או.קיי, אני מסתפק במתמחה גם אם הוא לקראת הסוף, זאת אומרת-

כמה פעמים מתמחה נמצא כמוביל ניתוח?

**דברות:**

אני לא אמרתי את זה, אמרתי כמו שזה מופיע,

**דברות:**

לרוב זה בכירים,

**דברות:**

רוני - אני -

**דברות:**

לא זה מה ששמענו.

**דברות:**

**דברות:**

אני אגיד שני דברים, קודם כל אני אומרת איך זה מופיע, לא יודעת כמה פעמים כך או אחרת, אמירה של הדבר הזה אומר שכל אחד יידע שהוא בוחר ולא אמרתי בוחר בחדר לא בחדר גם אם אתה רוצה להגיד את זה, אז זה שינוי ממה שיש, מה אני רוצה רופא בכיר, אני לא מוכן שמתמחה ינתח אותי, זה אחד.

שתיים יכול להיות שמספרים לי דברים שהם לא נכונים או לא עובדיים אבל לפחות הרופאים שאני נתקלת בהם אומרים לי שיש ניתוחים ולא אחד ולא שניים שמתמחה בכיר בסיום קרוב לסיים ההתמחות-



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

שמענו פה,

**דוברות:**

יכול להיות ביחד עם מתמחה צעיר בהתחלת הדרך. אז אני אמרתי שלגבי זה צריך לראות איך משלבים בין השניים, ואין לי פתרון אני רק אמרתי שהמודל הזה שאומר שאתה יכול לבחור אתה מגיע לבית חולים ציבורי ואתה אומר אני עכשיו רוצה לבחור ואני יכול לבחור מנתח בכיר תהיה בעיה, כי המתמחים לא יבחרו אותם. זה שונה לחלוטין מאשר מה שאתה אומר לו היום שאתה אומר לו אתה נכנס לבית חולים ציבורי ויכול להיות שהרופא הכי מתאים לך ינתח אותך ויכול להיות שזה יהיה מתמחה בסיום ההתמחות.

אז אמרתי שצריך לשים את זה בתור בעיה אלה הבעיות שמאוד מטרידות אותי והדבר האחרון שרציתי להגיד זה ואמרתי את זה גם קודם אבל אני רוצה שאתם גם תשמעו את זה בסיפור של הסדרי הבחירה שאני כמובן מאוד בעד לפתוח אותם אבל בהחלט צריך לשים לב למה שרוני אמר פעם שעברה על בתי החולים בפריפריה.

אז או שאנחנו משנים את זה איכשהו בתוך הסדרי הבחירה או שהמדינה ותחזיקי חזק, דואגת לתת סובסידיות מתאימות לבתי החולים בפריפריה שאיכשהו יוכלו לבסס את מה שיש.

**דוברות:**

המדינה נותנת,

**דוברות:**

אני אומרת יצטרך להיות או מאוד גדול כי אם לא אנחנו בהחלט יכולים למצוא את עצמנו שתוך כמה שנים אנחנו נכפיל את בתי החולים בתל אביב אני בעד מאוד אבל אנחנו נמצא שבתי החולים בפריפריה פשוט, אני לא רואה את האנשים בבתי החולים בפריפריה.

**דוברות:**

מה עם האוכלוסייה של הפריפריה בהקשר הזה?

**דוברות:**

אז אני אמרתי זאת דילמה אמיתית, זה בדיוק מה שאמרתי שאין לי תשובה, זאת דילמה בין האוכלוסייה -

**דוברות:**

מעבר לרצון האישי, אני חושבת שיש פה אוכלוסייה שלמה -

**דוברות:**

אני מתנצל אני לא מדייק, אני לא זוכר - תשמעו הוא בא ותומך בסוף בזכות החולה לבחור, וזה נקודה מאוד חשובה בעיני וב' גם מותר לו לבחור ללכת לבית חולים במרכז מתוך הבנה שיש הבדל בין בתי החולים במרכז לפריפריה. לפסק דין הזה יש משמעות גדולה מאוד באשר להסדרי הבחירה של קופות החולים במיוחד באמת וצריך לקחת אותו בחשבון את הפסק דין הזה הוא חשוב לנו וצריך להבין אותו.

חיזוק הפריפריה הוא סופר קריטי אפשר לעשות אותו לא באמצעים של כפייה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

אני בעד, אני בעד, רק אמרתי שצריכים לקחת בחשבון, דבר אחרון אם אתה מדבר על הסדרי בחירה, אני אגיד בכל זאת, אני גם לא הייתי רוצה יש לנו בעיה שאנחנו תמיד מדברים על בתי החולים לא מאותה קופה, צריך לזכור שבסוף היום אנחנו קובעים כלל שהו רק ייחודי לקופה אחת, צריך לחשוב על זה בסוף איך מנסחים את זה, שגם את זה אנחנו צריכים.

**השרה יעל גרמן:**

יש לך גם את מכבי שהיא מסיטה הרבה לאסותא וכמובן בתי החולים - לאסותא גם בתור ציבורי.

**דוברות:**

העסקה פרטית במימון ציבורי, גם של ניתוחים.

**דוברות:**

אגב צריך להבין את הבעיה, אני דווקא לא כל כך מבינה את הבעיה בקטע הזה אבל בוא לא נפתח כרגע את זה, כי זאת סוגיה אחרת.

**דוברות:**

דבר ראשון התייחסתי בהרחבה בדיון הקודם שבו אני הייתי לסוגיית השחיקה שגבי מציג, בהיי לייטים אני אתייחס כי חשוב כל פעם שמציגים את זה להציג את ההתייחסות אבל זה יהיה באמת בקצרה. תיקון דמוגרפי על הסל, נעשה! הממשלה עשתה תיקון משמעותי לפיצוי הדמוגרפי, לא צריך פיצוי מלא, יש יתרון לגודל בפונקציית הייצור ולא צריך פיצוי מלא, -

**דוברות:**

הפרעה קטנה בנושא של תיקון דמוגרפי מותר?

**דוברות:**

אני לא מנהל את הדיון.

**דוברות:**

אני כמנכ"ל התרברבתי בזה אפילו כאחד מההישגים שלי, של המשרד, של השרים וכו', אבל כשאתה מסתכל על נפשות מתוקננות לא קצב גידול נפשות במדינת ישראל, קצב גידול הנפשות המתוקננות, הפער שהיה בתחילת תפקידי מאז שהמקדם הדמוגרפי היה 0.9 למול המתוקננות נשאר.

**דוברות:**

יכול להיות שאני טועה,

**פרופ' גבי בן נון:**

אפשר לבדוק את זה, זה נתונים.

**דוברות:**

נשאר, זאת אומרת מה שהצלחנו לעשות לאוצר זה למנוע את המשך הפער.

**דוברות:**

אגב אני אבדוק את הנתונים כי זה מעניין. אז דיברתי על דמוגרפיה. מחירים כמו שאמרתי עשינו תיקון מאוד משמעותי, גם אחד מההישגים של המנכ"ל, של השרה סליחה אני מתנצל נעשה תיקון מאוד משמעותי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

למחירים של לפני כשנה צריך לראות איך זה משפיע, איך זה מתקדם זה נעשה בשני צדדים גם מחיר יום אשפוז וגם במדד יוקר הבריאות, צריך לראות איך זה מתבטא בשני הרכיבים האלה ולראות שבאמת ההלימה הזאת מתקיימת ופותרת את הבעיה. אי אפשר ולא צריך לעשות בזה עכשיו עוד שינוי עד שרואים מה התוואי של הדבר הזה.

לזכור תמיד שבעולם הטכנולוגיות, הקופות מפוצות בעודף כי הטכנולוגיות מתקבלות נומינאלית צמודות למדד המחירים ומחירי התרופות אנחנו יודעים יורדים באופן דרמטי אחרי שמשתחררים פטנטים.

אז רק לחדד את האמירה.

דוברות:

האמירה היא כשאתה מכניס תרופה לסל, אתה מכניס אותה במחיר של מאה שקל, בסדר? כשהיא בתחילת דרכה היא בפטנט היא הרבה יותר יקרה, אחרי שמשתחרר הפטנט יורד המחיר באופן דרמטי ואני לא מעדכן את הסל בגין זה, ברור?

דוברות:

זה ההתייחסות הקצרה שהתייחסתי יותר ברחבה בדיון הקודם. לגבי סוגיית חיזוק המערכת הציבורית כפתרון לשאלת המערכת הציבורית, חיזוק המשאבים של המערכת הציבורית ולהתייחסות של שלא נעשתה שום פעולה לחזק את המערכת הציבורית.

אז נעשו המון פעולות לחזק את התשתיות במערכת הציבורית בחמש שנים האחרונות, אני לא נוקב את זה לזכות משרד האוצר, הממשלה עשתה.

כמו הגדלת התקציב בחמש שנים ב 14 מיליארד שקל, 44% כאשר תקרת ההוצאה גדלה באותו זמן ב 30% היינו ניתן תיעדוף משמעותי לבריאות מתוך כלל ההוצאות. במסגרת ההוצאות שבודקים בחמש שנים האלה מה גדל הכי הרבה,

14 זה -

דוברות:

14 זה נומינאלי, תקרת ההוצאה גם נומינאלית גדלה ב 30% באותן שנים.

דוברות:

בתחום הבריאות בארבעת המקומות הראשונים שהמדינה הגדילה אותם בשנים האלה, יחד עם חינוך, ביטחון פנים ותחבורה, אני מניח שגם חברי הועדה מבינים שזה גם תחומים שיש להם חשיבות למדינת ישראל.

אז המדינה נותנת סדרי עדיפויות גם כשאתה מסתכל על זה ממבט מקרו, אגב אנחנו אני מקווה שנציג את זה ביום ראשון, כשמסתכלים על נתוני השוואה בינלאומיים מה קצב הגידול בהוצאה הציבורית לבריאות אתה רואה שגם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שם ישראל מככבת בקצב הגידול על פני מדינות אחרות.

אם נפרוט את זה גם יותר זה מתבטא שוב באותו גידול דמוגרפי עדכון המחירים בסל, גידול תעריפים של לידות ופגים, גידול התמיכות בקופות ובבתי חולים וגם בגידול במשאבים של מערכת האשפוז. גידול בכמות המיטות, גידול בכמות התקנים במערכת, הסכם הרופאים, אלף תקנים למערכת. הסכמי אחיות מאות תקנים למערכת האשפוז.

הכפלת הקפ מ 2008 עד 2014 היקף הקפ הוכפל, לא פחות זאת אומרת המשאבים נומינאליים המשאבים שעומדים לרשות מערכת האשפוז גדלו בפי שתיים בין השנים 2008 ל 2014, 2014 זה עוד לא הקפ עוד לא יצא בגלל סוגיית הדסה שערכה פה את כל הסיפור אבל זה הקאפ הצפוי סך התקרה הכוללת אנחנו יודעים אותה היא לא, אין עליה דיבייט. פי שתיים מאזור השבעה מיליארד שקלים לאזור ה 14 מיליארד שקלים.

עכשיו למה כל זה ואנחנו חוזרים על זה ואומרים כל הזמן, למה כל זה לא מתבטא בהתחזקות אמיתית מספקת של מערכת הבריאות הציבורית, כי ההתחזקות הפנומנאלית שקרתה במקביל של המערכת הפרטית, שחקה את המערכת הציבורית והמדינה לא מצליחה לעמוד בקצב וזה גורם בעיקר דרך אינפלציה מחירים מאוד חזקה במערכת לכן כל המספרים, גם שאני נוקב בהם הם מספרים נומינאליים כי אי אפשר לדבר על מספרים ריאליים במערכת הבריאות כי המחירים במערכת הבריאות מתקדמים בקצב הרבה יותר מהר מאשר המחירים בשאר המשק.

לכן לא יהיה פתרון וכמובן נציג את זה ביום ראשון בתקווה אם לא יהיה איזה זה, הפתרון חייב לבוא דרך צד של ריסון המערכת הפרטית כדי לפתור את הבעיות של המערכת הציבורית.

איך?

דברות:

אני לא רוצה להיכנס לפרטים, חלק מהמנגנונים גבי הציג והם מקובלים ואנחנו נציג מנגנונים נוספים ביום ראשון, מה שאני אומר זה התייחסות לגבי אני לא מציג פה את עמדת האוצר.

דברות:

עכשיו התייחסות פרטנית לנקודות ממש פרטניות שעלו במצגת של גבי. הסדרי הבחירה הצגנו גם כן את העמדה בדיון הקודם שבו אני נכחתי, שביטול הסדרי הבחירה במערכת משמעותם הרבה מאוד כסף. עלות תקציבית מאוד כבדה על קופות החולים, משמעותם הפקעת היכולת לנהל את אספקת שירותי האשפוז למטופלים מקופות החולים שהן אמונות על הניהול וברגע שמפקיעים את היכולת הזאת לא תהיה להם יכולת להיות אחראים על איכות הטיפול הרפואי שהם מקבלים, על האינטגרציה בין הקהילה לבין בתי חולים בכל מה שקשור לאיכות הטיפול





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

הרפואי וגם לא יהיה להם יכולת לנהל אספקטים מאוד רחבים של ההוצאה החל בלשלוח מטופל לבית חולים שפחות משתמש בהפניה כשער כניסה לבית חולים ויותר לבית חולים ששומר על הטיפול האמבולטורי בלבד בלי להשתמש בהפניה של הקופה לטובת הוספת חיובים נוספים על המטופל, משהו שהקופה מאוד דואגת עליו, מי שמכיר שיקולים של הקופה, הקופה אומרת אני נמנעת, למה אני נמנעת מלשלוח אנשים לבתי חולים, הרבה פעמים בטיפול אמבולטורי, כי אני שולחת אותו לטיפול אמבולטורי לבית חולים זה שער הכניסה לבית חולים כדי להעמיס עלויות נוספות מיותרות לדעתי או שאני יכולה לספק בצורה יותר טובה, יותר יעילה בקהילה.

להוריד את היכולת מיקוח הזאת מהקופות, משמע בתי חולים ייקחו עליהם טיפולים שאמורים להתבצע בקהילה כי לא תהיה יכולת של הקופות לשלוח על זה, שטיפולים שצריכים להתבצע בקהילה, יתבצעו בבתי חולים.

לגבי סוגיית בחירת רופא בתוך הסל. שוב, לקחת את המערכת למקומות של בחירה, להמשיך ולהרחיב את האתוס של בחירת רופא בתוך המערכת הציבורית יפגע בעיקרון עליו מושתת מערכת הבריאות הציבורית כיום, שבו יש קופה שהיא אחראית לנהל את הצרכים הרפואיים של המטופל ומה שהופך את המערכת הציבורית בישראל לאחת מהיעילות בעולם.

הפגיעה הזאת תחליש את היעילות במערכת, זה מה שהופך את מערכת הבריאות בישראל, יש ציון מדד כזה של יעילות, מהיעילות בעולם מבחינת הוצאה ביחס לתפוקות בריאות, זה מה שהופך אותה לכל כך חזקה, קופות חזקות שידועות לנהל את השירות הרפואי שניתן למבוטחים המטופלים מה שאנחנו נבחר לאמץ כשפה.

ביטול הקפ במחירים יהיה על זה דיון נפרד גם כן, עלויות מאוד מאוד כבדות על המערכת, על קופות החולים משמע על מערכת הבריאות ביטול מנגנונים שמרסנים את היצע של בתי החולים, יגדיל באופן דרמטי את היקף הפעולות המתקיימות במערכת ושוב אני מזכיר את מה שאמרתי קודם, הקאפ הוכפל בין השנים 2008 ל 2014.

מחירים אחידים יש להם בעיה שמייצרים עיוותים מאוד קשים בין מקומות עם שונות גדולה ביניהם בעלויות, לחשוב שרגולאטור מסוגל לקבוע מחירים מדויקים לאלפי פרוצדורות עם שונות מאוד גדולות בין מקום, זמן, גיל, מין, וכדומה זה מאוד בלתי סביר. אני כבר מסיים, לגבי הסוגיה שגבי העלה לזה שהשב"ן משלם את כל טופס 17 כשיש בחירת רופא, אז הצגתי את זה כאילו זה גם היסטורית כי האוצר רצה לחסוך משאבים אז בהתחלה 25% לא מכיר בדיוק את ההיסטוריה ומה הייתה ההתגלגלות ומה השיקולים שעמדו בפני מקבלי ההחלטות בהיסטוריה, השיקולים העומדים היום הם שיקולים שבו אתה לא רוצה שהסל יסבסד פעילות שר"פ אתה רוצה שמי שמבצע פעילות שרפית ישא במלוא העלויות של פעילות שרפית. משמע גם פעילות מחיר ביצוע הפרוצדורה. הפסקה למשל של הדבר הזה והחזרה של זה לסל משמע לעודד את השבנים ולעודד את הביטוחים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

המסחריים ולעודד לבצע עוד פעילות שר"פ וזה לתפיסתנו זה מהלך שיעוות את התמריצים והוא רע.

זה נכון שזה גורם למצב שבמידה כזו או אחרת השב"ן מסבסד את הסל, אני לא אומר שהתזה הזאת היא לא קשורה למציאות, ולכן צריך למצוא מנגנונים שמתמרצים את הקופות לא להסיט פעילות מהסל לשב"ן.

אני מסתייג מאמירתך שאין בית חולים לא מסובסד, אני חושב שזה אמירה שלא נבדקה כראוי.

דוברות: אין יותר מאחד, שניים,

דוברות: מי השני?

דוברות: שערי צדק ושיבא,

דוברות: צריך להגדיר מה זה סובסידיה,

השרה יעל גרמן: גם שערי צדק לא מאוזן.

דוברות: צריך להגדיר מה זה בדיוק סובסידיה, אין לי בדיקה מדויקת מה קודם אני מסתייג מהאמירה הזאת.

לגבי סוגיית העלאת מס בריאות בחצי אחוז, כל סוגיית העלאת מס בריאות איננה מנותקת משיקולי המיסים הרחבים של מדינת ישראל, שעליהם מחליטה הממשלה. שר האוצר, וראש הממשלה הכריזו בצורה מובהקת, אני חושב שקשה להתעלם ממנה, שלא יהיו העלאות מיסים בעתיד הקרוב בכל אופן אז צריך לקחת את זה בחשבון, מס בריאות הוא לא נפרד מכלל ההסתכלות על נטל המס ומנגנון המיסוי במדינת ישראל ומסתכלים עליו כעל מקשה אחת.

התייחסות קטנה לגבי אספקה פרטית, צריך מאוד להבדיל בין מימון פרטי לאספקה פרטית, מה זה בדיוק אספקה פרטית במימון ציבורי זה משהו שיש עליו סימן שאלה מאוד גדול מה הופך אותו לפרטי, כי מה הופך בדיוק את האספקה באסותא לפרטי, היא סימן שאלה מאוד גדול, האם בגלל שהוא חברה בע"מ, אז תגידי בגלל שאין לו - אז מהן ההגדרות המדויקות, זה בית חולים אלקטיבי שיהיה בבעלות של עמותה, אז הוא פרטי או לא פרטי, בית חולים אלקטיבי שיהיה בבעלות המדינה, עלול להיות מצב כזה שתחליט שרת הבריאות לפתוח בית חולים אלקטיבי בבעלות המדינה, נגיד אז מה זה, זה אספקה פרטית או אספקה ציבורית, אז צריך -

דוברות: למה זה משנה לך אבל?

דוברות: לא, מה שאני אומר, מה שחשוב בהקשר הזה, מה שאני יודע להגיד בוודאות מה זה פרטי, פרטי זה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מימון פרטי.

**דוברות:**

צודק אני איתך במאה אחוז.

**דוברות:**

אספקה של בית חולים, אני בכל אופן לא סבור שאספקה של בית חולים אסותא לכסף במימון סל, יש לו איזה בעיה מהותית, מעבר לזה, לסוגיית הבעלות הצולבת שאולי מייצר תמריצים בעייתיים אבל בלי אם נצא שנייה מהעלות הצולבת, בית חולים אלקטיבי שמספק שירותים לסל הבריאות במימון, לא רואה פה איזה שהיא בעיה שזה מייצר בעיה לאף אחד.

התייחסות אחרונה, כאשר מתייחסים לצרכים של המערכת צריך להתייחס לבעיות בתפוקות של המערכת ולא בתשתיות של המערכת, צריך לשאול את עצמנו מה לא בסדר בתפוקות של המערכת משך תור, סטנדרט שירות שלדעתנו לא מספיק טוב וכדומה ואז לגזור מה צריך לעשות כדי לשפר את הסטנדרט תפוקות של המערכת. לא לנתח את התשתיות של המערכת כי זה פחות חשוב, מה שחשוב זה שהתפוקות יהיו טובות וככל שיש תפוקות יותר טובות על פחות תשתיות זה רק יותר יעיל ומצבנו יהיה יותר טוב, עד כאן.

**השרה יעל גרמן:**

תודה רבה, את רוצה?

**דוברות:**

האמת היא שאני רוצה שתי הערות שהן כלליות יותר. יש לי איזה שהוא חשש שמקנן ב', הרבה דברים שגבי הציג פה אני מסכימה איתם, אבל יש לי איה שהיא תחושה שיש לנו בחלק מהדברים המלצות מרחיקות לכת. כך אני מרגישה מהבחינה הזאת של מערכת-

**השרה יעל גרמן:**

של גבי, את מדברת על ההמלצות של גבי.

**דוברות:**

כן אבל זה משתלב גם עם הסדרי בחירה וזה משתלב גם עם המלצות במודלים אחרים, בנושא של ההתחשבות ושל המחירים האחידים. כן, לא חשבתי שיש באמת הרבה המלצות מרחיקות לכת, שני דברים מפריעים לי. האחד הוא שבהרבה מקרים אין לנו איזה שהיא תשתית מחקרית מספיק איתנה כדי ללכת להמלצות מאוד מרחיקות לכת, אני חשה אי נוחות לומר למשל מבחינת חברת ועדה בוא נלך על מחירים אחידים, סתם לדוגמא בלי לומר מה אני חושבת על זה, ולא היה דיון באמת מעמיק בתוך הועדה, לא היה דיון כזה על מחירים אחידים.

עלה הרעיון במודל אבל לא היה דיון. אני חושבת שיש פה איזה שהיא אחריות שלנו מאוד גדולה שיש לנו איזה שהיא מערכת, זאת אחריות גדולה להציע, גם אין לנו ניסיון בהרבה מהמקרים מתוך עשייה של מדיניות בתוך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הממשלה שהרבה מאיתנו מנוסים בה, תמיד כשאנחנו באים לשנות מדיניות אנחנו לפחות עושים איזה שהן הערכות של השלכות, אם השלכות של היתרונות של ההצעה שלנו, אם מהבחינה של הסיכונים שאנחנו לוקחים על עצמנו בהצעה הזאת. אם מבחינת אפילו באיזה סדר גודל של הוצאה או חיסכון הדבר כרוך.

לדוגמא, הסדרי בחירה, נראה מאוד אטרקטיבי ההצעה כן של הסדרי בחירה להרחיב אותם יותר, יש כאלה שאומרים להרחיב בכלל יש חופשי לחלוטין יש כאלה שאומרים בוא נעשה לאט לאט, אבל יכול להיות שזה כרוך בהוצאה מאוד גדולה של קופות החולים ויכול להיות שאת ההוצאה הזאת הייתי רוצה לשים במקום אחר ולא דווקא בהסדרי הבחירה, כי יש לי בעיות אקוטיות אחרות.

הדבר השני הוא שאין לנו הערכה של הסיכונים ואני לא יכולה להתעלם שיש בהרבה מקומות המערכת מתפקדת טוב, כלומר לא בכל דבר היא רעה.

קופות החולים כמו שהוא אומר הם באמת בסך הכול עובדות מאוד יפה, הרפואה הקהילתית שלנו מקבלת ציונים טובים יחסית, זה לא אומר שאין בעיות במערכת היחסים שבין הקופות לבין בתי החולים ולא צריך לתקן. אבל איכשהו אני מרגישה שיש בחלק מההמלצות סיכונים מאוד גדולים, עלולים להיות אני לא יודעת להצביע על כל דבר ודבר, אבל עלולים להיות סיכונים מאוד גדולים שאנחנו לא מתייחסים.

אני קראתי את התגובה של קובי להסדרי הבחירה וכתבתי משהו עכשיו זה לא אומר שלא קראתי אותה חמש פעמים, ואמרתי אני רוצה לדבר איתך על זה. איפה הסיכונים? איפה ההוצאה של קופות החולים? זאת התחושה שלי - כי באמת אני מסתכלת גם על המודל של גבי וגם על מודלים אחרים, זה דברים מאוד מרחיקי לכת ולא בכל מקום אנחנו יש לנו איזה שהיא לא תשתית מחקרית ולא הערכות שאומרים לנו אתה יודעים מה, בכל דבר זה בלון ניסוי? לא יש משהו שאנחנו רוצים ללכת איתו יותר בטוח.

אז זאת התחושה הכללית שלי ביחס לדברים שהם מבחינה רעיונית הייתי אומרת לא מבחינה מעשית, מבחינה רעיונית ברוב הדברים אני-

**השרה יעל גרמן:** הם נפלאים אני מקווה שכולם - -

דוברת: יש את העניין של למשל דבר אחד שאני עדיין לא יודעת אם להסכים עם גבי בעניין של הביטוי של

בחירת מנתח שזה בעצם פחות או יותר מהשבוע הראשון-

**השרה יעל גרמן:** את מתכוונת בשב"ן ,



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:**

בשב"ן, בשבוע הראשון הדילמה הזאת מלווה אותי, ולדעתי עד הרגע שבו תאלצי אותי לומר מה דעתי

אני לא יודעת מה לומר.

**השרה יעל גרמן:**

עד שנצטרך לגבש דעה,

**דוברות:**

כן עד שנצטרך לגבש דעה אני עדיין כאן,

**השרה יעל גרמן:**

נאמר כשהראש פתוח זה דבר הכי טוב.

**דוברות:**

אז פשוט אני מרגישה שגם קצת זהירות גם -

**השרה יעל גרמן:**

צניעות,

**דוברות:**

כן גם אנחנו זקוקים לה.

**השרה יעל גרמן:**

תבינו שלא כל החוכמה נמצאת ואנחנו צריכים לקחת סיכונים שלא עשינו עליהם הערכת סיכונים.

אוקיי, זה היה ממש מקסים, כן, בבקשה, כעת אתה.

**דוברות:**

אני גם אתייחס בכלליות ואז אני אתייחס גם למודל. אני חושב שפונקצית המטרה של כולנו זה לחזק

את הרפואה הציבורית והשגת המטרה היא לא בהכרח להילחם ברפואה הפרטית. אנחנו צריכים לייצר תמריצים

חדשים על התמריצים והעיוותים שנוצרו במערכת.

אנחנו צריכים, לגיştית ללכת על מכסימום תמריצים, מינימום כפייה או למעשה תמריצים במשטר של פיקוח

אפקטיבי ורגולציה. זה עקרונות כלליים לפתרון שיגיע, פתרון שמצד אחד הוא צריך לקחת איזה שהוא טווח של

אפשרות תיקון אחורנית זאת אומרת שאם רואים שזה הולך לכיוונים שלא נחזו פה, זה -

**השרה יעל גרמן:**

שזה לא יהיה אי רוורסבילי,

**דוברות:**

נכון ודבר נוסף זה לא להסתכל רק על הבעיות של היום אלא גם על הבעיות של מחר וזה מאוד חשוב

כי אנחנו מדברים היום על הרבה בעיות שקיימות היום אנחנו אולי מסתכלים על הבעיות של המחר, אבל אולי

בדברים אחרים אנחנו צריכים להרחיב את המבט מתוך הפתרונות שלנו.

בהתייחס למודל, אחד הדברים שעלו בצורה משמעותית זה הנושא של ישימות ואת הישימות הזאת אני מפצל

לשניים, אחד בהיבט התקציבי, כי גם השנה אנחנו נקבל כסף לשנה הבאה ולעוד שנתיים, עדיין לא מצאנו מנגנון

תקציבי אני קורא לו מאובטח, מה זאת אומרת מנגנון תקציבי מאובטח מנגנון שבא ואומר שיש הבטחה תקציבית



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

להמשיך ולקיים את זה מעבר לטווח -

**השרה יעל גרמן:**

זאת אומרת הסיכון שאתה אומר המודל הזה לא מאובטח.

**דוברות:**

נכון, ברמה התקציבית זאת אומרת או שבסוף זה יישחק או שבסוף זה יתמוסס למקומות אחרים, זה אחד וזה אני משייך את זה לשימות.

**השרה יעל גרמן:**

ברשותך אני חושבת שגם גבי, אתה בעצמך התייחסת, זאת אומרת כשאתה בא, שנייה, כשאתה בא ואתה אומר שאנחנו נעלה ב-0.5% אתה יודע שזה רק חלק הרי אנחנו אם נעלה ב-0.5 ויורידו לנו ב-0.5 אם לא היום אז מחר מההשלמה מה עשינו, אז זה הסיכון, אני חושבת שזה הסיכון העיקרי וגם אתה יודע שזה הסיכון העיקרי, דיברנו על זה.

**דוברות:**

סיכון נוסף שמתקשר לשימות זה מה שאני קורא לו השטח, אנחנו יכולים להוציא פה המלצה שבסוף השטח יצביע ברגליים, ואנחנו נישאר עם איזה שהיא אמירה ערכית אולי אמירה שהיא טובה לנייר אבל בפועל - הנושא הזה של השטח ועוד פעם לגישתי התפיסה צריכה להיות של כמה שיותר גזרים וכמה שפחות אזיקים מה זאת אומרת? אנחנו צריכים לייצר תמריצים חיוביים וכמה שפחות הגבלות והגבלות מה שאני קורא לזה אזיקים. מה שאני אומר שהפתרון עוד פעם בתפיסה של מהי מדינה ומהו תפקידה זה כמה שיותר גזרים וכמה שפחות אזיקים והאזיקים צריכים להיות במקומות שבהם אין לי אפשרות אחרת להתמודד עם זה, וזה בהיבט של השטח. זאת אומרת אנחנו יכולים להביא המלצות שאנחנו בסופו של דבר האפקט השלילי שלהם יהיה שאנחנו נגרום לנזק יותר מאשר נביא תועלת

**השרה יעל גרמן:**

למה אתה התכוונת שהשטח יצביע ברגליים, שכולם יעברו לרפואה פרטית כי שם יש בחירה ופה אין?

**דוברות:**

לא שכולם יעברו לרפואה פרטית אלא שהתמריץ יהיה לא להיות פול טיימר, זאת אומרת שאם בצומת הזאת הרופא יצטרך לבוא ולהחליט האם אני הולך להיות פול טיימר או שאני הולך למשהו שהוא יותר נוח לי לעכל אותו הם לא ירצו את הפול טיימר, כי התמריץ הכלכלי עובד ואנחנו חייבים -

**השרה יעל גרמן:**

זאת אומרת הסיכון השני שאתה אומר מי מבטיח לנו בכלל שהרופאים יישארו במערכת,

**דוברות:**

נכון בטח לנוכח ההשתנות התפיסתית שאנחנו רואים בעמדות גם של סטודנטים וגם של מתמחים בתעודף שלהם איפה הם שמים נגיד את הכסף, את המשפחה, את המקצוע וכן הלאה, אנחנו חייבים להיות ערים



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לזה, ולכן כל פתרון שאנחנו נביא בסופו של דבר מגלם יתרונות וחסרונות, אנחנו צריכים להכיר את זה, לכל פתרון שנעלה פה יהיו גם את החסרונות אנחנו צריכים למצוא את הפתרון שבסופו של דבר מאזן בין היתרונות לחסרונות וממקסם את היתרונות בשימויות בעיני זה יתרון שהוא סופר קריטי. כי זה ההבדל בין דוח שנמצא בארון ולא קורה איתו שום דבר לבין משהו שבאמת ניתן לעבוד איתו בשטח.

#### השרה יעל גרמן:

מי עוד רוצה להתייחס? בבקשה,

#### דוברות:

אני חושב שיש לי יותר הערות לשלמה מאשר לגבי ואני אתרכז בהערות לגבי. רק בכל זאת שלמה ציטט אותי אני רוצה להגיד התייחסתי בדיון שעבר ליוקר הבריאות ואמרתי שב 2005 הוציאו את מרכיב התרופות שדחף את המדד כלפי מטה ועשו איזה שהוא תיקון באמת הנושא של מחירי תרופות במדד מחירים משנה לשנה המחירים יורדים יש מעבר לגנרי, אני חושב שזה חלק מהסיפור, אבל אני אגיד רגע לגבי – כן אבל זה השינוי שנוצר, לגבי הנושא של גבי החשש הגדול שלי זה ממה שזה יעשה לביטוחים הפרטים, ברגע שאני מבטל את בחירת המנתח בשבנים, אני מציע איזה שהיא חלופה בסל שהיא לא החלופה המלאה, כי עדיין אתה לא בוחר את המנתח. חברות הביטוח אני אומר יצאו בקמפיינים שוב, "פוגעים לכם בשב"ן, בואו לעשות אצלנו, אנחנו היחידים שיכולים להבטיח לכם בחירת מנתח. בשב"ן כבר אי אפשר לקבל את זה, בביטוח הציבורי גם אי אפשר לקבל את זה, כי מציעים לכם בחירת רופא מומחה בחדר אם אתם רוצים להיות בטוחים שתקבלו את המנתח שאתם רוצים באמת את המומחה הרלבנטי, בואו אלינו לחברת הביטוח, אנחנו היחידים שיכולים להציע לכם את זה בחוזה וזה לא תלוי בתקציב של המדינה וזה לא תלוי בעוד שינויים שיעשו וכדומה והנה תראו גם לדברים אחרים, מהשב"ן כל יומיים משתנה ובנו לא נוגעים."

אני חושב שמה שזה יעשה, זה ידחוף הרבה מאוד אנשים שגם נמצאים בשבן לעשות את הביטוח הפרטי שהוא גם עולה יותר כסף, הוא גם עם השפעות שליליות גדולות יותר על המערכת הציבורית וגם אזרחים פחות מקבלים כסף חזרה מהביטוחים האלה.

אני חושב שזה חשש מאוד גדול שגם בשיפורים שזה עושה במערכת הציבורית אני לא רואה איך זה עונה לפריחה שתהיה לביטוחים הפרטיים במצב הזה וההשלכות ארוכות הטווח באופן כללי לגבי האופי של השבנים.

שוב, בשבנים קובעים והביטוחים המסחריים נשארים כמו שהם יציבים חוזה לכל החיים ואני חושב שזה יכול להיות מאוד הרסני בערעור שזה יעשה בשוק הביטוח ובהשפעות השליליות של זה.

זה אני חושב הערה מאוד משמעותית שעדיין לא מצאה פתרון גם באיך שזה הוצג במודל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**השרה יעל גרמן:**

תודה רבה מאוד, אתה רוצה להתייחס למודל של גבי?

**דוברות:**

כותב גבי בסוף, מי שמתנגד לשר"פ בכל המערכת צריך לתמוך בפתרון הציבורי של בחירה הכלולה

בסל.

זאת אומרת גבי בא ואומר הבחירה זה ערך, זאת אומרת אתה מתנגד לשר"פ בכל המערכת אז תן את זה בסל.

אם אתה מתנגד וזה בתוך המסגרת הפרטית, תן את זה כזכאות בסיסית.

אני כאן אמרתי כמה פעמים את דעתי, זאת לא זכאות בסיסית ואסור לנו להעמיק את ההטמעה הזאת שהבחירה

זאת זכאות בסיסית, אסור.

כי זה ייצור מצב שאנחנו אם אנחנו גם נשים את זה בסל אנחנו מחשקים אותנו עוד יותר בתוך ההוצאה

הממשלתית, בתוך הסל לבוא ולתת את הבחירה וכשאתה נותן את הבחירה המהות של הבחירה זה לא שניים

שלושה ארבעה, זה צריך בחירה, צריך משהו רחב ואכן הסכנות אז יהיו שאנשים יגידו או.קיי, בחירה זה דבר

שאני כבר לא, אין פרוצדורה רפואית שתהיה בלי בחירה ואם אתה תיתן לי בתוך הסל בחירה כזאת, אז אני אלך

לביטוחים הפרטיים ואעשה שמה את הבחירה האמיתית.

אני לא חושב שזה נכון להכניס את הבחירה לתוך הסל הבסיסי, זה יוצר מערכת שאולי עכשיו אתה תתחיל עם ה

1.6 מיליארד אולי זה יהיה 2 מיליארד לא יודע כמה, בהמשך תצטרך לממן את זה, תצטרך לרדוף אחרי העלות

של הבחירה בתוך הסל, אתה תצטרך לתת שם יותר כסף, על חשבון טכנולוגיות. זה להיכנס לתוך ג'ונגל שאני

חושש ממנו.

לכן גבי מתאר פרפקט את כל הבעיות בתוך המערכת הוא מתאר בצורה מדויקת את הבעייתיות של השב"ן, מה

שהוא גוזר מזה, מה שאתה גוזר מזה, כי בואו נבטל את הבחירה בשב"ן ונשים אותה בתוך הסל, להערכתי זה

פתרון פחות טוב ב LONG RUN.

**השרה יעל גרמן:**

אבל אתה בעד בחירה, בעד ביטול הבחירה, לא להעביר אותה לסל אבל לבטל את הבחירה.?

**דוברות:**

לא, לא, אני בעד הסדרה של המסחרי ושל השב"ן בנושא הבחירה ואני אמרתי ששלומי פריזט הציג

את המודל שלו אמרתי את מה נראה לי מצוין במודל, האחדה, יותר מידע, הכול יותר ברור, מאז אני גם יודע מה

לא טוב במודל, כי עשיתי לי הפנמה פנימה של הדברים הבעייתיים במודל, ישבתי עם שלומי אתמול, היה לנו גם

דיון פנימי שכזה.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

יש שם בעיות שצריך להידרש להם זה תורת משחקים מאוד מורכבת שכל תזוזה קטנה שלנו אנחנו משנים המון דברים ואי אפשר לדעת במשק כנפי הפרפר מה ההשלכות וצריך לחשוב על זה המון, ולהתמקד המון ואחד הדברים שאמרתי לשלומי שלא הספקנו בכלל

, אתם זוכרים שהוא הציג את זה כאן הרמתי טלפון בבוקר ו- זה לא היה ממש -

**השרה יעל גרמן:** לא התקיים דיון,

**דוברות:**

נכון אז זה כאן צריך לקיים דיון, צריך להגיד בנושא של המס, שאנחנו במלכוד, כי אנחנו רוצים לחזק את הרפואה הציבורית, צריך להבין מדינת ישראל משתנה, ההזדקנות זה שינוי מהותי אין ברירה צריך להבין את זה. ולא מה לקחת מהביטחון יש הרבה מאוד צרכים אבל צריך להבין את זה, זה שינוי מהותי שבלי מיסוי אני לא רואה עוקרים כל כך הרבה סכומים של מיליארד, אחד שניים מתוך מערכות אחרות. ואני לא משוכנע שהאזרח לא יבין דווקא את האלמנט המיסויי הזה.

אז זה נכון, זה מקרו וזה אני יודע רשות המיסוי וכל הדברים, מערכת המיסוי זה פתגם שכזה, נטל המס, יש כאן שינוי מהותי במדינת ישראל שהוא ימשיך להיות, זה שינוי שאתה רואה עכשיו רק את ההתחלה שלו, אנחנו עוד לא ב 11% קשישים ואנחנו תוך עשור וחצי ב 13% קשישים, זה מהותי, זה מהותי בתוך המערכת ולכן מיסוי שהאוצר יצטרך לשקול אותו בכובד ראש ולהתמודד עם השאלה הזאת, כי להערכתי בסופו של דבר לא תהיה ברירה.

- גבי מתכוון באופן כללי להסדיר תקורה - -

**דוברות:**

**דוברות:**

דיברנו בדיון הקודם על מה המהות של הסדר הבחירה, עוד משהו אחר הערה לגבי הטכנולוגיות והקידום של הטכנולוגיות. עוד אחד מהתרברבויות שלנו בתוך המשרד שאנחנו מרגישים לא בנוח איתו, שאנחנו שמרנו על ה 300 מיליון טכנולוגיות בשש שנים ארבע שנים האחרונות ועוד שלוש שנים קדימה. כולנו יודעים שזה שחיקה, זה נומינאלי ואתה מדבר על תרופות שיורדות. אני יכול להראות לך טכנולוגיות שעולות ובכל העולם הטכנולוגיות עולות אנחנו לא מדינה מיוחדת במינה. אז נכון שאנחנו עושים עוד תרגילים ואנחנו עוד עושים ציטוטים כאלה ומורידים עוד קצת את המחירים והכול והכול, תזכור משהו אחד, תזכור שאנחנו היה לנו שמונה ומשהו אחוז השתתפות עצמית מתוך הסל, במדיניות שלנו של משרד הבריאות אני חושב שגם האוצר היה וגם ועדת הסל, הורדנו את ההשתתפות העצמית הזאת. מה זה עשה אתה מדבר על תוספת מקורות לקופות הורדנו כמעט אחוז שזה 400 מיליון, 500 מיליון השתתפויות עצמיות שלקחנו להם. בתהליך הדרגתי של עבודה שאנחנו האמנו בה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שהיא עבודה שמצמצמת את אי השוויון. אז זה עוד סוגיה שבאה ומביאה את הקופות לחוסר משאבים שאנחנו צריכים להתמודד איתם.

**השרה יעל גרמן:** או. קיי. בבקשה,

**דוברות:**

כמה הערות שאספתי תוך כדי, בסך הכול המעבר מתשלום שב"ן למס בריאות הוא מעבר חיובי בעיני, התשלום של מס בריאות הוא הרבה יותר פרוגרסיבי מתשלום הפרמיות כמו שגבי אמר ואני חושב וגם מסכים שהוא יותר יעיל בדרך כלל בכללים שקיימים היום בקנייה של בריאות, כלומר כסף ציבורי יותר יעיל מאשר כסף פרטי.

אומנם התשלום הזה של מס בריאות פחות פרוגרסיבי ממס הכנסה אבל במובן הזה צריך להסתכל על כלל מערכת המס אבל זה לא כל כך נורא כי מערכת המס כנראה הגיעה לאיזה שהוא מצב שהיא טיפה יותר מדי פרוגרסיבית והעלייה במס בדרגות הגבוהות,

**דוברות:** מס הכנסה,

**דוברות:**

מערכת המס בכלל, היא הגיעה למצב שהיא טיפה יותר מדי פרוגרסיבית בהשוואה בינלאומית מאוד גבוהה, השיעור השולי הגבוה מאוד גבוה וברמות הביניים המס ירד מאוד במהלך הרפורמות האחרונות מאז 2004 ולא עלה כל כך הרבה ואפילו הופחת אחרי טרכטנברג קצת אז הפערים גדלו והגדלה של מס בריאות סך הכול תהיה איזון טוב למערכת וזה לא נורא שזה לא נעשה דרך מס הכנסה זה מבחינת המקור.

החשש שלי באמת הכי גדול מההצעה של גבי זה, החיזוק של הביטוח המסחרי. אני חושב שאם משהו שיעשה באבחנת חרב כזאת יכול באמת לדחוף הרבה מאוד אנשים לביטוח המסחרי ולהוות איזה שהוא גורם שיווק חזק שלהם שם. אולי אפשר לחשוב על משהו שיהיה יותר מתווה הדרגתי, מתווה של העלאה של מס בריאות, בטח שאם צריך להגדיל את הסל, שזה יהיה אחד ממקורות המימון שלו ומתווה מקביל של הפחתת פרמיות. אם על ידי זה העלאת מס בריאות תקטין את התורים במערכת הציבורית ותקטין את השימושים בקופות החולים ואז גם הפרמיות ירדו כי הרגולאטור ידאג לזה ובמסחרי אפשר לעשות את זה באמצעות הבטחה של לוסט רשיו מינימאלי שאני מקווה שחלק מזה יביא להקטנת הפרמיות.

אז אם יהיו שני מתווים כאלה אז אולי זה משהו שיהיה יותר הדרגתי ופחות מסוכן, מה שכן יכול להיות שמבחינת איך שזה ייתפס זה כן ייתפס כהגדלה של יוקר המחיה כי לדברים ייקח זמן והמס עולה מיד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:**

גם אם אתה מעביר?

**דוברות:**

אם אני מעביר זה בסוף יכול להתאזן, אבל זה לא חד כמו ההצעה שגבי מציע שאני אומר אני מעביר מכיס אחד שלך לכיס שני, אני אומר אני לוקח לך מהכיס ואני אדאג עכשיו שאתה תשלם פחות במקום אחר ואז הציבור יגיד אני לא מאמין לך, קודם תיקח את זה למקום אחר.

חוסר האמון של הציבור במערכות השלטון ובזה שהכסף שהמדינה גובה באמת יגיע לשירותים שהיא מבטיחה זה בעיה כללית והיא רלבנטית גם פה בעניין של מערכת הבריאות.

אבל משהו הדרגתי שיגדיל את האטרקטיביות של המערכת הציבורית במקביל, אולי יהיה יותר סביר ואני חושב שאם מה ששמענו על התורים הארוכים שכבר יש בפרטי, אני לא יודע כמה הם ארוכים אבל בטח מתארכים כי המשרד שומר על המשאבים שם מצומצמים והכסף שמגיע לשם רק גדל אז התורים יתארכו, אז אם אנחנו נצליח לקצר את התורים בציבורי בזמן שהתורים בפרטי מתארכים ומתקבלים קצת לציבורי זה גם יהיה איזה שהוא משהו שיקטין את הסיכון של המשיכה הגדולה של המסחרי, כי גם הם לא יוכלו להציע תור שהוא הרבה יותר קצר.

**השרה יעל גרמן:**

במיוחד אם יהיה להם איזה שהוא -

**דוברות:**

יש כל מיני מנגנונים להגביל את זה עוד יותר אפשר, אבל כבר עכשיו כנראה מתחילים להצטבר תורים בפרטי וככל שהפערים בין הפרטי לציבורי יצטמצמו אז גם האטרקטיביות שלהם תקטן כי אנחנו יודעים ושמענו את זה הרבה פעמים שהרבה מאוד מהאנשים שמשתמשים בבחירת מנתח בעצם רוצים קיצור תור ולא בחירת מנתח. בטח אם יהיה איזה שהוא סוג של בחירה בתוך המערכת הציבורית אז זה גם מקטין את הסיכון.

עוד כמה הערות לדברים שהיו. תקציב ייעודי לקיצור תורים, זה שיטה שיש מסמך מאוד רחב ומעמיק של ה OECD על מה עובד בקיצור תורים, והשיטה הזאת של לתת תקציב ייעודי לפרויקט לקיצור תורים ניסו אותה שוב ושוב בהרבה מאוד מדינות ושוב ושוב היא נכשלה כי אחרי כמה שנים שהתורים קצת מתקצרים אז איכשהו התקציב הזה תמיד נעלם.

התמריצים במערכת לא משתנים ואז כשהתקציב הזה שהוא כבר צריך להגדיל אותו כל הזמן, לא מספיק בפרויקט הראשוני, אז התורים חוזרים ובגדול עוד יותר ממה שהם היו קודם.

**השרה יעל גרמן:**

אז מה כן עוזר?

**דוברות:**

מה שכן עוזר זה דברים גם שהמלצנו עליהם במודל האספקה, הגדרת זמני מכסימום, שגבי חשש מזה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אבל אני חושב שזה חלק קריטי בפתרון והמשמעות היא שצריך יותר תקציבים אבל לתת אותם צבוע לקיצור תורים זה לא עובד, תתני אותם למערכת בכלל לקופות החולים ובאמצעות זמני המתנה מכסימאליים תכריחי אותם בעצם להשתמש בחלק גדול יותר מהמשאבים שלהם כדי לקצר תורים כדי לספק תורים בזמן המתנה קצר יותר וזה פתרון שהחזיק מעמד בהרבה מדינות והצליח לקצר תורים.

**השרה יעל גרמן:** עם סנקציות כמובן,

**דוברות:**

כן אז גם עם סנקציות גם עם מערכת מידע שעוקבת אחרי התורים בזמן אמת, ומאפשרת לשקף את זה למטופלים כדי שיוכלו לראות איפה כדאי להם או מה המשמעות של בחירה בבית חולים מסוים, אז זה מנגנונים שמשנים את התמריצים במערכת ועובדים לקיצור תורים או עבדו במדינות שניסו אותם.

פרויקטים חד פעמיים תקציביים ייעודיים וצבועים זה פשוט לא עבד, כשהפרויקט נפסק כי לכאורה יש איזה ירידה זמנית התורים מתפרצים בחזרה והיו כמה מדינות שעשו כמה סבבים שוב ושוב של פרויקטים כאלה עד שהבינו שהם צריכים לשנות משהו יותר תשתיתי במערכת מבחינת תמריצים ומבחינת תקצוב. אז זה לגבי קיצור תורים.

לאה התייחסה לפול טיימרים בבחירת רופא, אז אני רק רוצה להזכיר שמה שאנחנו המלצנו בצוות אספקה קצת שונה ממה שגבי המליץ פה. אנחנו התלבטנו אבל היו שתי אפשרויות אבל אחת מהן לגבי הפרדה בין פרטי וציבורי הייתה שלא תהיה הפרדה מוחלטת אלא יהיו מגבלות על הפעילות הפרטית של הרופאים הציבוריים כלומר או שתהיה מגבלה על הפעילות כלומר כמה שעות או כמה פרוצדורות הם עושים.

ללא קשר -

**דוברות:**

לא בלי קשר, מי שבפול טיימר אז הוא מופרד אבל מי שלא בפול טיימר תהיה מגבלה על הפעילות שלו או מבחינת כמות הפעילויות שהוא עושה בחוץ ביחס לפעילות שהוא עושה בציבורי, אם אני יורד במשרה אז אני יכול להרשות לך פחות גם בפרטי, זה תמריץ להישאר יותר בציבורי, או מבחינת הכסף שאתה מכניס זה כאילו בטח זה יהיה דיון עם לאה מה הרופאים יעדיפו או מה שהם פחות לא יעדיפו אבל זאת ההצעה שהייתה.

לגבי בחירת רופא גם פה זה מה שנכתב או מה שהיא התייחסה אליו זה לא בדיוק מה שאנחנו הצענו, אנחנו הצענו שתהיה רשימת ניתוחים שיחליטו עליה שהיא תחייב בכיר בחדר, והמערכת תבטיח בעצם למנותח שמגיע למטופל שיהיה לו רופא מתאים בחדר מתוך הרשימה של הרופאים שהם עברו קרדיטציה שהיא כבר קיימת כמו שהבנתי מרונ.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

בעצם הבטחה למטופל שלא יקרה מצב שכולם חוששים ממנו אבל כנראה בפועל הוא כמעט ולא קורה, שמישהו שלא מוכשר לקיים את הניתוח יערוך אותו כי אין אנשים כי הוא מתמחה וכי הבכיר מנתח באסותא ורק שם אני אוכל לקבל אותו. ומי שזה לא יספק אותו והמערכת צריכה ללמוד לא לדחוף את האפשרות הזאת וזאת שאלה איך עושים את זה שזה לא יקרה, מי שזה לא יספק אותו יוכל לבחור מתוך הרשימה של הרופאים שמורשים ושמם יבחרו את המנתח שלו לבחור מנתח אחד מתוכם שיהיה נוכח בחדר ולאו דווקא יחתוך אותו, והוא יכול להיות שישלם את זה בתור. זאת הייתה ההצעה שלנו והיא לא בדיוק מה שהיה פה אז אני רק חוזר עליה.

התייחסות למה שנאמר לגבי הבחינה של עלות של טכנולוגיות שהוכנו ועכשיו הן זולות יותר. אז בהרבה מדינות יש הליך מקובל של בחינה רטרואקטיבית של עלויות בסל, מעט מאוד עושות בחינה כוללת של הכול, אבל בהרבה מדינות יש כשמכניסים טכנולוגיה חדשה לתחום מסוים, בודקים את כל הטכנולוגיות שהיו בסל או התרופות שהיו בסל קודם לאותה בעיה או האם יש תרופות זולות יותר למשל, גנרית ומה זה אומר בעלות הסל. פה לא עושים את הבדיקה הזאת -

דוברות:

מי אמר -

דוברות:

זה מה שאני מבין,

דוברות:

כשכנסת טכנולוגיה מסוימת האם אתה בודק מה היה קודם לטיפול באותו מצב?

דוברות:

בטח, ועדת המשנה -

דוברות:

ומקזז את העלות.

דוברות:

בטח, ועדת המשנה מחשבת דלתות בלבד. היא אומרת זה הטיפול עד כה, זה וזה, זה מחליף את זה, זה עולה ככה, זה עולה ככה, בהחלט ואני אומר היא גם רואה פני עתיד, היא רואה טכנולוגיה אומרת יש לי בצנרת עוד שנה שנתיים הולכת להיכנס גנריקה, אתם לא תקבלו את המחיר העכשווי, אני מוריד לכם כבר עכשיו מעלות השוק של המחיר מכיוון שבדרך יש גנריקה.

עכשיו אנחנו עושים עוד פעולה אחת החל משנת 2011, אנחנו עושים רטרו, עשינו רטרו 2002 עד 2006 פעם ראשונה באנו לקופות אמרנו חבר'ה, מאה חמישים מיליון עודף בארבע שנים האלה.

עכשיו יש לך אתה צריך להיזהר בלהגיד להם אני לוקח לכם את כל ה- 150 מיליון שקל, כי חלק מה 150 מיליון שקל זה ההצטיינות זה תלמיד מצטיין, תלמיד מצטיין שהוריד מחירים ועשה עוד דברים. אתה אסור שתיקח להם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

ואתה הופך אותם לאדישים וזה, אז לקחנו להם שליש. איך לקחנו שליש? לא לקחנו אלא פשוט הקטנו השתתפויות עצמיות בשליש.

עכשיו אנחנו עושים אותו דבר 2006 עד 2010 כולל, הקופות עכשיו הרבה יותר זהירות כי הם מבינים שאנחנו we mean business אז הם הכול חישובו הכי קטן מסתכלות עלינו.

**דוברות:**

מה שדיבר על ה 150 מיליון שקל שנעשתה בדיקה של הוזלה אני לא זוכר את המספרים אבל אני אומר חשוב גם לחדד למיטב ידיעתי ותקן אותי אם אני טועה, מה שאתה מתאר, הבדיקה מאוד מדויקת של טכנולוגיות שיכנסו בעלות מתאימה היא פיתוחים של השנים האחרונות. בעבר היו יותר - אני רק אגיד לך מה זה השנים האחרונות 2004 - 2005, עד 2004 2005 הייתה פחות התמקדות לזה המערכת השתפשפה הקופות התחילו להבין שיש להם רגולטור היו שני דוחות של מבקר המדינה ע 2005 2006 שיצרו את זה.

אני חייב לומר לכם שהסיטואציה היא מאוד קשה, אנחנו לוקחים את הקופות בעניין הזה והפרשנות שלנו של הסל בעקרונות של דינאמיקה של הסל, בעקרונות של מה זה קו ראשון, מה זה קו שני, מה זה קלס אפקט, הם פרשנויות מחמירות מאוד כלפי הקופות מאוד מתלוננות על זה, וסיטואציה מאוד לא פשוטה, אני טועה?

**דוברות:**

לא,

**דוברות:**

הטענה הזאת לגבי זה שיש תרופות גנריות ודברים חדשים ומוזילים היא לא נכונה?

**דוברות:**

היא לא נכונה,

**דוברות:**

היא נלקחת בחשבון,

**דוברות:**

תעשו בדיקה ו 150 מיליון שקל הוזל לקופות.

**דוברות:**

אתה מדבר על 2002,

**דוברות:**

אתה מדבר על 2002 2006 יש לך עכשיו תקופה חדשה, קח בחשבון שאני הכנסתי לשמה בבדיקה הנוכחית מכשירי שמיעה, שהם 2011, אבל הכנסתי אותם בפנים כי הקופות התרעמו ואנחנו יודעים שיש בעיה במכשירי שמיעה שלא נצפה שאנחנו עכשיו -

**השרה יעל גרמן:**

זה לא יגיע למאה חמישים.

**דוברות:**

לא,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

רוני גם צריך לקחת בחשבון שאתה צריך להשאיר כסף בגלל שהטכנולוגיה עם השנים כמובן הכסף עולה אז גם זו סיבה שאתה לא יכול לעשות את זה בדיוק, השימושים הרי עולים.

**דוברות:**

כן,

**דוברות:**

זה דמוגרפיה,

**דוברות:**

לא זה לא קשור לדמוגרפיה, יש בעיה אחרת.

**דוברות:**

השימושים עולים,

**דוברות:**

לא, זה לא דמוגרפיה.

**השרה יעל גרמן:**

בבקשה תשלם את ההתייחסות שלך,

**דוברות:**

אוקיי, היא דיברה על החלטות בלי תשתית מחקרית וזה נכון בהרבה דברים שאנחנו עוסקים בהם כי חסרים לנו נתונים חלק לא קיבלנו או שלא נאספו אף פעם אז לפעמים צריך להתנהל בערפל קרב כזה כשאינ ברירה אלא להחליט משהו. מה שכן זה כן מחזק את הצורך לעקוב אחרי ההשלכות של כל ההחלטות שכן נגיע אליהם והממשלה תאמץ אותם בסוף, זה לא יכול להיות שגר ושכח מה שנחליט פה ואולי כבר בתוך הדוח צריך להתייחס לאיזה שהם אבני דרך שצריך לבחון, קריטריונים שצריך לבדוק-

**השרה יעל גרמן:**

מעקב,

**דוברות:**

- מול את ההצלחה או את הכישלון של ההצעות שנציע, זאת אומרת זה תמיד טוב כי אתה לא יודע עכשיו אבל אתה צריך להחליט משהו אז זה חשוב. זהו,

**השרה יעל גרמן:**

תודה, נשמע את ההתייחסות שלך, בבקשה,

**דוברות:**

גבי א' תודה על ההצגה וגם על ההערות המכימות.

**השרה יעל גרמן:**

סיעור מוחות אמיתי.

**דוברות:**

כן, תראו אני אחלק את הדברים קצת וגם ההצגה של גבי בדיון הוא כל הזמן נע על הציר של מה היה בעבר, מה קורה לנו היום או בואו ננסה להבין איך זה קשור לעבר ולכן אנחנו הולכים מכאן.

אז הסיבות ההיסטוריות והניתוח חלקו ברובו אנחנו יכולים להסכים, יש לי קושי מסוים לבוא ולהגיד שכל



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

הסימפטומים של ההווה פועל יוצא של כניסת ביטוחים פרטיים למערכת.

אני חושבת שברוב המקרים הפרטי בא לפצות על שחיקה בציבורי כלומר נכון שיש גם שינוי בטעמים, נכון שיש פה גם תמריצים ושחקנים שפועלים בשביל לתדלק את הדברים שקורים בשוק הפרטי, אני ממש לא מתעלמת, אבל ללא ספק אחת הסיבות שהפרטי צומח בקצב שהוא צומח זה לא רק קיומם של הקשרים פיננסיים אלא גם אי מתן מענה בתוך מערכת ציבורית לצרכים של אנשים.

שינוי טעמי ציבור לאורך השנים.

**דוברות:**

וגם שינוי טעמים אני בהחלט מסכימה אני חושבת שהמודעות לאוטונומיה על הגוף על הצורך של בן אדם לקבל החלטות קרדינאליות. אנחנו יכולים לבחור רכב שבו אנחנו נוסעים ואת צבע השרוכים שלנו ואת הספר שלנו אבל מי ייכנס לנו לתוך המוח, היום זה לאו דווקא נגיש, אלא אם כן אתה בן אדם עשיר ומחזיק בביטוחים וככל שאנחנו נלך לכיוון שגבי מדבר עליו זה יצטרך להיות בן אדם מאוד עשיר ואנחנו גם הצבנו והסברנו בהצגת המודל שלנו מה תהיה הדינאמיקה בחלקה והוא התייחס אליה מבחינת עליית הפרמיות מבחינת היכולת להנגשת השירות הזה באמת לציבור הרחב, זה פעם אחת.

**דוברות:**

פעם שנייה לעניין המקורות, אנחנו כן דיברנו על הצרכים שיש בהווה ואנחנו רואים את הבצבוצים של הבעיות בתוך המערכת, כיוון שאנחנו עדיין נשענים על הישגי עבר וניתחנו דיברנו על כך ארוכות בתוך הועדה. המערכת עדיין מתפקדת והמערכת יש בה מה זה עדיין מתפקדת, יש בה איים של מצוינות וסך הכול אנחנו זוכים להרבה מאוד שבחים אבל אם אנחנו מסתכלים על המגמות ועל הדינאמיקות אנחנו גם מבינים שאנחנו הולכים וחלק מזה רוני התייחס הולכים למקומות הרבה יותר מורכבים ממה שאנחנו נמצאים בהם היום.

השחיקה לאורך השנים מתחילה להצטבר ויש היום דברים שמתחילים לקרוס כתוצאה מהדברים שיכולנו להחזיק. אתם יודעים רצינו שהסוס התייעל הכנסנו אותו לכושר אבל באיזה שהוא שלב הוא כבר לא מצליח מגיעים לאיזה שהיא רמה שבה הסוס כבר לא בכושר אלא עוד שנייה מתמוטט.

אז בטח היכולת שלו לעשות עוד RUN ארוך בתוך מציאות של אנשים מזדקנים, לתוך מציאות של טכנולוגיות מתקדמות ומתפתחות וקובי לא נמצא פה אבל הוא זה שמדבר על כך רבות והאיר את עיני גם בהקשר הזה של תחום הבריאות הוא התחום היחיד שבו ככל שנכנסות יותר טכנולוגיות המחירים עולים כתוצאה מזה וזה גם משפר בריאות ומונע סבל שיש לזה ערך בפני עצמו אבל רק שנבין מבחינת העלויות והצרכים שלנו איפה אנחנו נמצאים ולאן אנחנו הולכים, זה משהו שלפתחנו ולכן גם אומנם יש פה ככה גם הפסקה ארוכה בדיונים אבל חלק





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מהדברים גם הצגנו וגם הראינו את הצרכים התקציביים אני מתייחסת כרגע להערה לגבי תפוקות לעומת תשומות. מה נדרש איזה תשומות נדרשות על מנת לשמר את התפוקות של היום או לצורך העניין איפה אנחנו צריכים להיות. אתם זוכרים היה פה שקף משולשים אם אתה זוכרים אותו, שדיבר על מה הדלתות שנדרשות למערכת על מנת לשמר אפילו את רמת ההוצאה של היום. להישאר באותם ארבעים שישים ואני לא מדברת על לשפר את היחס, בין ההוצאה הציבורית לפרטית, שלא נדבר על איזה שהוא ניסיון להשתפר ואיכשהו להתקרב למבנה העלויות שמונים אחוז מהוצאות ה OECD שהם היום במבנה הגילאים שאנחנו נהיה בעוד 15 שנה.

למה אני מזכירה את זה, כי סוגיית המשאבים שהמערכת זקוקה להם היא לא שאלה זניחה של NICE TO HAVE בסדר? גם בשביל להיות איפה שאנחנו היום בעוד איקס זמן ולא איקס גדול מדי אגב היא שאלה שאי אפשר לסיים את הועדה הזאת עם פתרונות קוסמטיים ופה אני מתחברת אליו. כלומר האמירה שלו של ללכת לפתרון זמין פשוט on the shelf זה משהו שאולי באיזה שהוא מקום בטח בנקודת הזמן שבה אנחנו נמצאים אנחנו כולנו רוצים כבר לצאת עם משהו, חייבים לחשוב על פונדמנטלס של המערכת ואיך המערכת הזאת יודעת לחיות לאורך זמן ואיך מאבטחים את המנגנונים.

אגב גבי אתה גם מדבר על זה, כלומר המודל שלך מבחינתי כל עניין עדכון נכון של המחירים, יצירת מנגנוני עדכון נכונים זה בהחלט משהו שצריך להיות וזה הבסיס לתוך התהליך הזה.

אני לא למדתי מתוך המודל כיצד הוא מתמודד עם שאלת המשאבים. למיטב חישוביי ויכול להיות שאני כמובן אשמח שאנשים נוספים מעבר לאלה שכבר ראו את החישובים במודל שאתה מציג גבי אנחנו מרוויחים מעט מאוד כסף אם בכלל וזה קשור להערה שקובי העיר אותה פה קודם.

כיוון שביטול שב"ן ומתן זכות בחירה בציבורי מביאה איתה לא רק את הכסף של השב"ן אלא גם את המטופלים שהיום מטופלים בשב"ן, אנחנו כנראה ביוזמת ההכנסה של הכסף נראה מעט מאוד כסף אבל יותר מזה, היא גם יכולה להביא את אלו שהיום משתמשים בפרטי ולא רק את השב"ן ואת הכסף של הפרטי אנחנו לא נראה. ולמה זה יכול להביא את הפרטי פנימה? כי הפרמיות של הפרטי כנראה יעלו משמעותית וחלק מאלו שיכולים לקנות היום את הפרטי יאלצו או יבחרו או ירצו לקבל את השירות חנם בתוך המערכת הציבורית.

למה הפרמיות של הפרטי יעלו?

דוברות:

כיוון שאין לך תחרות.

דוברות:



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:**

זה שהם יעלו זה ברור, הם יהיו בלעדיות.

**דוברות:**

שלא לדבר על זה שהיום יש לנו בחירה.

**השרה יעל גרמן:**

אף אחד לא יהיה לו בחירה.

**דוברות:**

ההערה שלי הייתה שהיום חלק מהביטוחים הם כבר רוכבים על השבנים כדי להוריד את העלויות שלהם, זה כבר לא יהיה ואז זה יעלה.

**דוברות:**

מבנה הפרמיות לפחות חצי מיליארד, היום בנוי על זה ששבן מכסה זה שאלת השיבוב המפורסמת של ועדת הביטוחים שתצטרך להידרש גם אליה.

לכן אנחנו לפחות למיטב הבנתי במודל שאתה מדבר עליו כסף תוספתי משאבים שאנחנו מדברים עליהם כאחד היעדים של הועדה, אנחנו לא מקבלים אלא מקבלים דברים אולי אחרים אני לא בטוח ואם זאת הדרך אני - אבל לדעתי בסוף הועדה נצטרך לצאת עם איזה שהוא מודל משאבים שיוזע לענות על הצרכים של המערכת שצריך להתייחס לזה.

אגב הקישור האינטואיטיבי לכאורה למרות שבעיני הוא בכלל לא אינטואיטיבי בביטול שב"ן להעלאת מס בריאות הוא לא ברור לי ואני אסביר למה.

העלאת מס בריאות במידה ומחליטים שזה צעד לגיטימי ושהדרג המדיני הדרג הנבחר מעוניין בו, לא קשור הוא לא בהכרח קשור לביטול שב"ן. זה צעד שאפשר לבצע אותו גם ללא כל קשר.

אגב לגבי הצעד הזה צריך לזכור מה שהשרה אמרה שזה לא מבטיח שיהיה יותר מקורות בתוך המערכת כלומר זה חוזר לשאלה הפונדמנטלית איך מבטיחים שיהיה באמת יותר מקורות במערכת. מה הכלים לעשות את זה.

אבל בואו רק אנחנו גם לא נטעה ונעשה קישור שהוא הכרחי בין ביטול בחירה וביטול בשב"ן לבין העלאת או אי העלאת של מס בריאות כי זה כלי שהוא -

**דוברות:**

יותר שיווקי מאשר -

**דוברות:**

זה יותר שיווקי אני אגיד לך יותר מזה, זה גם אוכל לך את האפשרות להעלות מס בריאות בעתיד, כי אתה בעצם בא, מה אתה בא אומר? אני מעלה מס בריאות -

**דוברות:**

כנגד משהו אני מוריד משהו אחר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אני מוריד משהו

**השרה יעל גרמן:**

**דוברות:** ואני קונה בזה שירותים של בחירת רופא שאתם יודעים מה, אני לא בטוחה שכלקוחה, אני כרגע לקוחה

אזרחית נקרא לזה, לקוחה של המדיניות בסדר?

**דוברות:** עד כה קראנו לך מטופלת,

**דוברות:** לא של המדיניות אני לקוחה של המדיניות אני מטופלת לשמחתי -

**דוברות:** אנחנו לא רוצים להשתמש במילה לקוח,

**דוברות:** אני אסביר את עצמי, אזרחית שהיא לאו דווקא חולה היום, אני לא לקוחה של מערכת הבריאות.

**דוברות:** היא עוד לא מטופלת,

**דוברות:** אני לא מטופלת אלא אני לקוחה, בעיני יש פה הבדל עצום בין החלטה רצונית שלי ללכת ולרכוש משהו,

לבין מצב שבו מכריחים אותי לשלם מס. לכן האמירה שבה אומרים לי שזה העברה מכיס לכיס וזה היינו הך היא לא מדויקת. שב"ן אנשים בוחרים, יכולים להחליט ברגע מסוים לבטל את הקנייה הזאת. יש סיבות למה אנשים בוחרים לקנות שב"ן ושולי הציגה את זה פה ולהמשיך ולהחזיק בו. מס זה החלטה ריבונית של המדינה שאני מרגישה שהיא נכנסת לי לכיס ומחליטה בשבילי שאני אוציא עכשיו יותר כסף, משהו שקיבלתי אותו כבר קודם אבל מתוך בחירה.

**דוברות:** אני יכול לבחור לקנות שב"ן או לא אבל אני לא יכול לבחור לעשות את הניתוח שקדים לילד שלי עוד

שנה וחצי זה מה שאת אומרת פה.

**דוברות:** לא,

**השרה יעל גרמן:** לא, היא אומרת -

**דוברות:** אני אלך לפרטי,

**דוברות:** אז או שאני אחכה שנה וחצי או אני אקנה שב"ן, גם שב"ן הוא לא - הוא נהפך למס ברגע שהאופציה

שלך החלופה היא של תור מאוד ארוך.

**דוברות:** אין בחירה חופשית אם לעשות שב"ן או לא לעשות שב"ן כי התמריצים והמערכת יצרה את זה, שזה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הפך להיות MUST ולא-

**דוברות:**

זה לא כמו מס אבל זה לא רחוק מ-MUST.

**דוברות:**

הרבה עושים את זה.

**דוברות:**

אגב אם זה MUST האמירה שלך, היא מאוד נכונה וזה חוזר לאמירות, שבואו נשפר את המערכת הציבורית וזה יפסיק להיות MUST.

כלומר היכולת שלי להחליט האם להמשיך ולקנות היא תלויה הרי בסופו של דבר באלטרנטיבות אם הסל הציבורי יהיה מספיק עשיר, הנגישות לשירותים תהיה טובה, יהיה מספיק מקורות ציבוריים, הוא יצא כרגע אבל אנחנו נמשיך את השיח זה חלק מהעניין.

לכוא להכריח אותי לשלם על משהו שבצדק נאמר פה שחלק מהסיבה שמשתמשים בשבנים זה קיצורי תורים, כי התורים בתוך מערכת ציבורית הם כל כך גדולים וחזרנו לסיבה ומסובב ולכן כן חשוב הדיון על מה עבר שבסופו של דבר הצמיחה בשוק הפרטי או ברפואה הפרטית היא פיצוי על שחיקה ברפואה הציבורית והיא לא רק כתוצאה מקיומם של כלים פיננסיים, אז אני מסכמת כי דיברתי מספיק.

לא ראיתי כסף, אני חושבת שהחיפוש אחר הכסף הוא לא גרידיות אלא באמת התמודדות אמיתית עם אתגרים שהועדה הזאת עומדת בפניהם כי הועדה הולכת להציע סט המלצות קרדינאליות אגב, זה לא כל שנה מתכנסת ועדה שפותחת מחדש -

**השרה יעל גרמן:**

שיושבת שנה,

**דוברות:**

זה קורה כל יום אני מבלה בהרבה ועדות זה ממש לא עניין של כמה זמן.

**דוברות:**

כמה זמן שלקח לנו להגיע אליה.

**דוברות:**

לעומק,

**דוברות:**

ועדות יש למכביר זאת לא הנקודה, אבל הנכונות ליצור חלון הזדמנויות שבו באמת הופכים כל אבן ובאמת מבצעים תהליך למידה מעמיק ויושבים פה אנשים מצוינים שמקדישים הרבה מאוד אנרגיות וחשיבה וניתוח של המערכת ויש חלון הזדמנויות ורצון אני מעריכה עם כל הצניעות גם של מקבלי ההחלטות לעסוק בסוגיית הבריאות וזה לא רצון שהוא קיים תמיד ואנחנו מודעים לזה, צריכה להציע בסופו של דבר מהלכים משמעותיים, אז נכון שחלק



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

**Minister of Health Department**

מהמהלכים ניכנס אליהם בידיעה והבנה שאנחנו לא מבינים את ההמשך ולהתגלגל כמו בכל תחום ותחום ולכן זה צריך להיות מנגנוני מעקב ותיקון וכל מה שיידרש.

אבל נכון תשתית מחקרית כמעט בשום מקרה לא תהיה לנו מלאה וצריך להפעיל קומנסנס ותחושות נוספות.

זהו יש לי עוד הרבה מה להוסיף אבל בגדול האמירה בסופו של יום אני רוצה להבין איך מודלים שאנחנו בונים, עונים על הצרכים האמיתיים של המערכת בהווה ובעתיד ולא נתפסים לסימפטום במקום לבעיה האמיתית.

**השרה יעל גרמן:** או. קיי., לפני שאתה עונה אני רוצה לומר מה החששות שלי. אתה מדבר על כך, על איזה שהוא תהליך

שאנחנו באמת נבטל בשב"ן את הבחירה ועל ידי כך נוריד את הפרמיות.

אני חושבת שגם אתה מנוסה בכך שאו קיי אנחנו נוריד באותה שנה זה ירד, לאחר מכן זה יעלה. מכל מיני סיבות ותאמין לי שמי שעוסק בביטוחים כבר ימצא למכור לעם ישראל.

זאת אומרת שמצד אחד אנחנו לקחנו לו משהו שהוא קיבל ומצד שני הוא ימשיך לא באותה שנה אלא אחרי שנתיים שלוש הוא ימשיך לשלם להערכתי גם על השב"ן וגם את המס.

אחת המטרות ואני אמרתי את זה כאן כמה פעמים אנחנו לא ישבנו פה שנה שלמה כדי שבסופו של דבר מה שלא נגיע אנחנו נבוא לעם ישראל ונאמר לו או. קיי., בשביל בריאות יותר טובה תשלמו גם יותר אני חושבת שזה לא בא בחשבון.

אני גם חוזרת שוב על מה שאמרתי קודם, עדיין אתה לא הצגת את המנגנון שיבטיח אכן שיהיו יותר מקורות תקציביים, שלא יצא מצב שאומנם מס הבריאות עלה אבל ההשלמה של המדינה ירדה וגם שוב, אני לא מדברת באותה שנה, באותה שנה כולם יהיו ברצון טוב ואולי גם בשנה שנייה ואז בשנה שלישית, יש מלחמה או איזה שהיא בעיה אחרת ומורידים לנו את ה-

זאת אומרת אני לא בטוחה כאשר באמת המקורות הם פרטיים, אז יש פה גם את הרצון וגם את הבחירה החופשית שלנו, אבל יש כאן גם איזה שהוא ביטחון שהוא הרבה יותר מאשר אנחנו מסתמכים על הממשלה

אני מאוד מאוד חוששת מהגידול בביטוח הפרטי, שיביא לידי כך שיהיה לחץ גדול מאוד למרות שאנחנו נרצה לרסן את המערכת הפרטית, אבל יהיה לחץ מאוד מאוד גדול לפתוח עוד חדרי ניתוח ועוד מיטות ועוד בתי חולים פרטיים.

בעקבות זה מה שאני הכי חוששת זה שאנחנו נעמיק את הפערים בבריאות. אנחנו כל הזמן מדברים על שוויון, ומה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שאנחנו עלולים, או המודל שאתה מציג בהנחה שבאמת אנשים שירצו בחירה לא ימצאו אותה היום במערכת הציבורית ועדיין יחשבו שהם מאוד מאוד רוצים גם בהתחשב בתרבות הישראלית של בחירה הרי את הפתרונות אנחנו צריכים לבסס גם על התרבות שקיימת כאן על מה שאנחנו רגילים. אני מאוד חוששת שהבריחה לפרטי והשימוש בפרטי יעשה את מה שאני כל כך חוששת, שיהיה לנו את הרפואה הציבורית שאולי תהיה יותר טובה, אבל תהיה לנו את הרפואה הפרטית שתהיה טובה מאוד ואז יהיו לנו אנשים שאין להם ברפואה הציבורית וכל מי שיש לו מרמה מסוימת ילך לרפואה הפרטית, ומה עשינו? הגדלנו פערים במקום לצמצם אותם.

בעיקר כאשר באמת אם אנחנו לא מבטלים בכלל את הבחירה ואי אפשר לבטל את הבחירה אתה לא יכול לבוא לפרטי ולומר לו אל תבחר, אם אתה עדיין משאיר את הבחירה וזה אולי צריך היה לבוא לפני מה שאני אמרתי לפני רגע, אני לא רואה איך אתה מבטל את התמריץ להסטה. התמריץ להסטה של בתי החולים יהיה עדיין מאוד מאוד גדול והתמריץ של האנשים כפול מפני שאין להם השתתפות עצמית.

זאת אומרת אותה מערכת שהיום אנחנו אומרים שגורמת לכך שאנשים רוצים או שנוח למספר גורמים לעבור למערכת הפרטית תהיה הרבה יותר חזקה מפני שהיום בפרטי אתה לא מקבל השתתפויות לא משלם השתתפויות עצמיות קופות החולים ישלחו אותך לפרטי כי אז הם לא משלמות כלום. אז אנחנו גם לא פתרנו את בעיית ההסטה, אלה החששות שלי.

**פרופ' גבי בן נון:** טוב, אני אנסה להתייחס לסדר ההערות לא לחשיבות כי כולם היו באמת חשובות ומעניינות.

אני רק אומר איזה שהוא משפט פתיחה וזה שאין מודל אידיאלי, זאת אומרת מי שחושב שיש פה איזה מודל של בית ספר או של אקדמיה להפעלת מערכת בריאות אידיאלית אין כזה דבר. יש יתרונות ויש חסרונות לכל צד וצריך באמת לשקול את האיזונים ביתרונות והחסרונות ולהחליט אם זה יותר בצד היתרונות או בצד החסרונות.

**דוברות:** זה נכון לגבי כל מודל שהוא.

**פרופ' גבי בן נון:** כן אני אומר את זה. עוד הערה אחת קטנה, אני בכוונה הקדשתי זמן, לדעתי במינון נכון, לחזרה על הבחנה של הבעיות כי בדיוק כמו בתהליך טיפולי אתה עושה אבחנה נכונה, הטיפול הוא נכון, לא עשית אבחנה נכונה ועשית טיפול, פספסת הכול.

היה לי חשוב לעשות את האבחנה הזאתי והאבחנה הזאתי היו לה כמה דגשים לא אחד וזה בכלל עוד הערה אחת נוספת, זה לא דבר אחד שאני רוצה, היה דגש אחד של תמריצים אדירים להסטות, היה מסר שני של חוסר יעילות במערכת, היה מסר שלישי של פגיעה בשוויוניות אלה היו המסרים המרכזיים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

לכל המסרים האלה אחרי שעשיתי את האבחנה הזאת, יצקתי סט של פתרונות שהוא מאוד גדול הוא לא יחיד, הבעיה של המערכת איננה רק הביטוחים הפרטיים, אבל לביטוחים הפרטיים הייתה תרומה אדירה לבעיות של המערכת.

השחיקה של המערכת המקורות הציבוריים היא בוודאי תרמה לזה, חלק מהנהירה אחר הביטוחים הפרטיים הייתה שחיקה של הסל הציבורי אף אחד לא אמר שזה לא נכון, אני מסכים.

לכן במודל האינטגרטיבי כשאני אמרתי שם, נדמה לי שההמלצה הראשונה שלי הייתה לעדכן את מקורות החוק.

בוא נלך עכשיו אחד אחד, אני לא רוצה להיכנס יותר מדי לפרטים, באמת להישאר ברמה של היי לייטס.

התיקונים של האוצר במנגנון העדכון, היו בכיוון הנכון. קרדיט לכם, אבל הפער ממשיך להתרחב.

**השרה יעל גרמן:** נלחמנו הרבה מאוד.

**פרופ' גבי בן נון:** זאת אומרת הפער ממשיך להתרחב.

**השרה יעל גרמן:** אבל הם היו מוכנים מההתחלה הם רק אוהבים להילחם.

**פרופ' גבי בן נון:** יש לנו איזה שהוא מתווה ורוני באופן מאוד ישיר אמר מה אני מוכר בסדר, התקשורת זה בסדר אבל אני יודע שהפער ממשיך לגדול. הפערים האלה עדיין ממשיכים לגדול- לא שומר על אותו הפער.

אני מצמצם את קצב הגידול של הפער וזה נכון בדמוגרפיה וזה יהיה נכון עוד יותר בשנים הקרובות כי האוכלוסייה מזדקנת.

זאת אומרת הקטע הזה של עדכון גם מחירים וגם דמוגרפיה חייבת להיות איזה שהוא MUST שאנחנו חייבים לכלול את זה כי אחרת נמשיך לדשדש.

**השרה יעל גרמן:** אני לא חושבת שיש על זה ויכוח.

**פרופ' גבי בן נון:** או.קיי, אז אמרתי,

**השרה יעל גרמן:** חוץ מאשר אולי עם האוצר, אני חושבת שכאן יש קונצנזוס על העניין.

**פרופ' גבי בן נון:** או.קיי, הסיפור של טכנולוגיה אמרו כבר את כל מה שצריך להיאמר פה אבל רבותי, גם כאן אין פתרון

בית ספר להתחשבן עם קופות החולים בדיעבד, אחרי שהם נותנות את החשבון להוציא, זה השיטה הכי לא יעילה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

להתחשבן עם טכנולוגיות.

אתה נותן תקציב מראש, אם עשית את העבודה נכון ועשית אומדן של כמויות ומחירים נכון, יצרת תמריצים לקופה לעשות גם מחירים יותר נמוכים וגם כמויות יותר נכונות ויש להם עודף של חמישים שיישאר אצלם, כי האלטרנטיבה של זה זה לבזבז ולייקר את התהליך. רבותיי לפעמים מפסידים לפעמים מרוויחים. תראו מה קרה במכשירי שמיעה פספסנו בגדול, אז מה? מה שצריך זה פשוט לתקן את התהליך ולעשות אותו יותר טוב ועשו את זה. הקימו תת ועדה כן הלאה.

אבל אני ממש ממליץ לשמר את התהליך הזה, לא להתחשבן עם הקופות וליצור מנגנון מעוגן בחקיקה של עדכון טכנולוגי.

השינויים של קאפ ומחירים שיש להם את היתרונות שלהם את מה שהציג שלמה וכן הלאה, תראו מה אנחנו בעצם עושים? אנחנו הרי בסוף יצרנו איזה שהוא מנגנון שבו בסוף שנה אנחנו משלמים גירעונות של בתי חולים ממשלתיים בגלל שעשינו קאפ. הרי משהו שילם את זה, המשכורות של העובדים במערכת הבריאות הממשלתית שולמו, ההוצאה יצאה, נוצר גירעון, באה המדינה וכיסתה אותו.

מה שאנחנו אומרים זה לנסות וליצור מנגנון של מחירים בהתחשבות שמאזן את בתי החולים זה כל מה שאנחנו אומרים כי הסיפור הזה כאן ראשית עולה לך כסף שלא תטעה.

אפשר משפט?

דוברות:

חשוב, כן,

השרה יעל גרמן:

הסובסידיה לבתי חולים נועדה לא לכסות גירעונות, נועדה לתקן את הפער ופונקציית הייצור בין בתי

דוברות:

חולים קטנים לבתי חולים גדולים, בין בתי חולים בפריפריה -

אם זה ככה לא היו מסתכלים על האפס.

פרופ' גבי בן נון:

זה הסיבה שקיימת סובסידיה אחרת אפשר היה לקחת את הסובסידיה הזאת להכניס אותה למחירים

דוברות:

ועל קיום הסובסידיה-

אבל השליטה לא היה לך,

דוברות:

תראו יש היום -

פרופ' גבי בן נון:





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:** אני רוצה בכל זאת לומר, כל הנושא הזה של מקח וממכר זה דווקא נובע מתוך הרצון של האוצר לשמור על איזה שהיא מערכת של שוק חופשי, ושל ויכוחים בין קופות החולים לבין בתי החולים שבסך הכול מתוך הוויכוחים האלה המחירים ירדו. יש פה רעיון נכון במקח וממכר הזה.

**דוברות:** הם יכולים לנהל את הויכוח הזה תוך כדי שהם יודעים שבסוף הם צריכים להגיע לתקציב מאוזן-

**פרופ' גבי בן נון:** יש פה בעיה בדיעבד ומראש,

**דוברות:** ולא שבסוף הם יחליטו מה שיחליטו כי המדינה תשלם.

**השרה יעל גרמן:** נכון,

**דוברות:** אם אתה תכניס עוד כסף למחירים יבלעו אותו בתי החולים הגדולים על חשבון בתי החולים הקטנים זה מה שיקרה. ואז שוב המדינה תצטרך להכניס יד לכיס ולעזור לבתי החולים הקטנים.

**השרה יעל גרמן:** ביום ראשון אני אבקש ממשה שיתייחס לרציו של כל השיטה הזו, אני אבקש ממשה שיסביר את השיטה, יש לו שיטה, היגיון, אני חושבת שהמציאות ומה שקרה אומר שצריך לחשוב עליה מחדש אבל היה לה איזה שהוא בסיס הגיוני.

**פרופ' גבי בן נון:** אז אני אתחבר לזה, ראשית ברמה העובדתית בסך הכול יש סבסוד של מדינה את בתי החולים שזה ההפרש שבין ההכנסות להוצאות. שאיננו נובע מהתפלגות ההכנסות אלא יש סבסוד נטו, יש עשרים אחוז או שבע מאות מיליון שקל שהמדינה נותנת לבתי החולים, אין מה לעשות זה העובדה. עכשיו יכול להיות שיש לזה היגיון ודרך אגב יש לזה היגיון ריסון מחירים וכל מיני סיפורים, אבל היגיון מסוים שתקף בזמן מסוים הופך להיות שטות בלתי רגילה בזמן אחר, במצב היום שבו יש תורים אדירים שנובעים בין השאר מהסדרי ההתחשבות והמחירים מחייב אתכם באיזה שהיא חשיבה מחדש.

**השרה יעל גרמן:** אני הייתי מוחקת את המילה שטות, מחייב חשיבה מחדש במצבים משתנים.

**פרופ' גבי בן נון:** תחשבו שנייה אחת, אני עוסק בנושא הזה כל כך הרבה זמן גם פה וגם שם, יש יתרונות וחסרונות הם טובים לזמנם ואתה צריך לבחון אותם למול מציאות משתנה והמציאות השתנתה זה הכול.

סיכונים שאנחנו לוקחים באיזה שהוא תהליך של שינוי, כמובן שיש.

אני בכוונה לא מציין, אין ודאות גמורה, אנחנו עוסקים במדיניות ואנחנו עוסקים בחיים אמיתיים וזה לא איזה שהיא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מעבדה שבה אפשר לעשות ניסיון והטעיה ולתקן וכן הלאה. אין מה לעשות. אבל יש פה איזה שהיא אווירה שנורא חשוב לי לומר אותה וזה אי אפשר לטעון את הטענה של הסיכונים כטענה שחוסמת אותך משינוי, עוצמת המשבר היום היא כזו שהיא מחייבת שינויים גדולים תוך לקיחת סיכונים. כי אם לא נעשה את זה אז אנחנו רבوتיי לא יודע אם אתם יכול להיות שגם אני לא, אבל עוד חמש שנים ניפגש שוב פעם.

יש משבר אמיתי במערכת הבריאות הישראלית והציונים של ה OECD בקהילה הם בסדר גמור אבל יש בעיה אדירה, שוב אני חוזר לאבחנה, הסטות, חוסר יעילות תורים, חוסר שוויוניות, אלה הם בעיות שיקום מישור ויגיד לי שהאבחנות האלה אינן נכונות. אף אחד לא אמר שהם לא נכונות.

זיהומים, מונשמים במסדרון.

**דוברות:**

**פרופ' גבי בן נון:** כן בסדר אז אמרתי פגיעה באיכות וכן הלאה. אז אלה האבחנות אותם צריך לתקן ורבوتיי ויאמר את זה כנראה מחר האוצר, שינויים מינוריים בתיקון כללי המשחק לא יעזרו, אנחנו ניפגש שוב פעם עם אותם משברים.

עוצמת המשבר מחייבת עוצמה זהה של פתרון וכן יש בו סיכונים תיכף אני אתייחס לסיכון הכי גדול שאת הצגת אותו אז תיכף אני אדבר עליו.

ודאות של הפתרונות. רבوتיי אין ודאות בשום דבר, אנחנו נמצאים במדינה שמקבלת החלטות על בסיס סדרי עדיפויות וסדרי עדיפויות משתנים. אנחנו עושים במידת האפשר לנסות ולעגן מקורות של המערכת בחקיקה ואני מאוד ממליץ לעגן מקורות בחקיקה. אבל לפעמים זה בלתי אפשרי, חצי מהמקורות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי זה תקציב. מה אני יכול לעשות אלה הם החיים ויש מידה מסוימת של היגיון בזה שאלה הם החיים כי המדינה לא רוצה להיות מחושקת בכל סדרי העדיפויות שלה לחקיקה.

אנחנו ננסה במדינה דמוקרטית לבחור במי שאנחנו חושבים מבטא את סדרי העדיפויות שאני רוצה לבחור. אבל אני לא יכול להציג וודאות מלאה, אני יכול לחזק את הוודאות של קבלת הכסף, בנושא של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בטוח שצריך למה כי הזכאות מעוגנת בחקיקה ולכן המקורות חייבים להיות מעוגנים בחקיקה.

אבל וודאות מלאה בחיים לא אצליח להשיג, אין מה לעשות וזה בסדר. זה המשחק הדמוקרטי.

הביטוחים הפרטיים כסיכון אני רוצה להתייחס לנושא הזה כי זה באמת אתה אומר, אתה מבטל את הבחירה ואתה משאיר אותה בביטוח הפרטי ילכו כולם וילכו לסיפור הזה של הבחירה. אני חוזר ואומר תסתכלו על האינטגרציה של המערכת. ראשית אל תזלזלו בעוצמת הרחבת הבחירה שאנחנו שמים בסל הבסיסי, ואני אתייחס להערה שלך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

רוני עוד דקה. נתנו בחירה חיים, תשווקו את זה, גם יותר בבתי חולים גם ביותר ברופאים, יותר הרבה יותר. ייתרתי חלק מהצורך של ללכת לפרטי.

המודל פול טיימר, כל החגיגה הזאת של לעזוב בשתיים אחרי הצהריים נפסקת או נחלשת בצורה דרמטית. שילמת יותר בתוך המערכת הציבורית, קיצרת תורים רבותי חלק גדול מהבריחה לביטוח הפרטי נובעת מקיצור תור, קיצרת תורים חסכת את הביקוש. זאת אומרת ישנם פה המון מהלכים שמאזנים את החשש הגדול של הביטוחים הפרטיים, הוא קיים, אבל אני לא מפחד ממנו אם אכן עושים את כל האיזונים הנכונים. רגולציה לביטוחים הפרטיים, הפחתת התמריץ הזה של הלוסט רשיו, הם יפסיקו להרוויח כל כך הרבה, הסוכנים יפסיקו להרוויח כל כך הרבה. עושים תקרה לשכר בביטוחים הפרטיים במערכת הפרטית וכן הלאה.

תעשה את כל המהלכים האלה והחשש הגדול שירוצו לביטוחים הפרטיים לדעתי עשוי להתאזן על ידי שורה ארוכה מאוד שאני הצגתי אותה בשקף שלם, אני לא רוצה לחזור עליו עכשיו כי באמת ניפגש בשש.

רוני אמר אתה יודע מה אני אחזק עוד יותר את מה שאתה אומר, אמרת את זה באיזה שהוא מקום אחר. אתה אומר בחירה זה ערך, אני לא חושב שבחירה זה ערך, לא אמרתי את זה בשום מקום, ממש לא אמרתי את זה בשום מקום. מה שאני אומר, אתה אמרת עוד משפט דרך אגב לא אמרת אותו היום אז אני אגיד אותו, אמרת שאם יש לי שקל, ואני צריך להחליט איפה אני שם אותו אני לא שם אותו בבחירה ופה גם אני מסכים איתך. אז אני מסכים שבחירה זה לא ערך ואני מסכים שבאלטרנטיבה בין לשים את זה בבחירה לבין לשים את זה בתרופות, הייתי שם את זה בתרופות אולי סתם -

מבחינת קיצור תור,

**דוברות:**

**פרופ' גבי בן נון:** רגע, רגע, זה בדיוק הנקודה. הנקודה היא, שתי נקודות אני רוצה לחדד אותן. האמירה שלנו לגבי הבחירה היום נובעת מאיזה שהוא סיפור שאנחנו לא יכולים לעצום את העיניים שלו וזה נקרא הצבעה ברגליים של ציבור.

ציבור היום ער לנושא של הבחירה, אמרה את זה לאה, אמרה את זה יוליה במידה מסוימת, יש איזה שהוא רצון אצל הציבור להיות טיפה יותר מה שנקרא עצמאי בקבלת ההחלטות שלו.

לקצר את התור.

**דוברות:**

**פרופ' גבי בן נון:** רגע, חכה, זה הטיעון השני, דקה אני אומר קודם כל - אני אתן את המינון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

אני חושב שזה לא ערך ואני חושב שיש היום בעיה אדירה של בחירה מושכלת שהציבור יכול לעשות מי זה רופא טוב ומי זה לא רופא טוב. דרך אגב אותו דבר תקף לגבי בית חולים. מה הם מכירים שיש לבחור בית חולים.

הבחירה אצלי זה לא פונקציית המטרה אבל אני אומר אחד יש לי מציאות שבה יש מידה מסוימת של בחירה ואני צריך לתת פתרון. אני חייב לתת פתרון, או שר"פ שזה פתרון, או פתרון של בחירה בסל הציבורי אין פתרון אחר. אני חייב אל מול המציאות הנוכחית שבה יש רק בחירה בירושלים ובפרטי אני צריך לתת איזה שהיא תשובה, המודל הזה לא יכול להמשיך. אז תבחרו או שר"פ או זה, לכן אמרתי בחירה בציבורי בצורה מסודרת מבוקרת ביחד עם בחירה בבית חולים, וזה לא סוף העולם ואני לא עושה את זה כאידיאולוגיה כפגיעה בזכות. אני חושב שיש פה המון בעיות.

הדבר השני שאני רוצה להגיד רבותי, אני לא שם את השקל, וזה התשובה לשקל, אני לא שם את השקל לבחירה, אני שם אותה על קיצור תור. כל הסיפור תסתכלו על כל הסיפור הזה, הסיפור-

**דוברות:**

אז למה בשביל לקצר תור צריך לבחור?

**פרופ' גבי בן נון:** רגע, בסדר, אני משלב את שניהם, אבל אם לא הייתה לי בעיה של תורים יכול להיות שאני לחלוטין לא הייתי ממליץ על בחירה, הייתי אומר לך לבטל את הבחירה בשב"ן, נקודה. ממש בשב"ן נקודה, זהו זה.

אבל אני אומר, עכשיו יש מצב של תורים ואני רוצה לפתור את הבעיה של התורים ולשלב את זה עם הרעיון שהציבור מצביע ברגליים לגבי כיוון של בחירה ואני עושה שילוב של שניהם ואני אומר או ק"י, בוא נעשה את זה בתוך המערכת הציבורית אבל אני שם את השקל בקיצור תור וצריך לשים שמה שקל בקיצור תור.

**דוברות:**

זה לא דווקא אומר שאם תאפשר בחירה תקצר תורים, לא ייכנס -

**פרופ' גבי בן נון:** לא, אני לא אמרתי את זה, רבותי אז פספסת את הנקודה שאני אמרתי. אני אמרתי -

**דוברות:**

מה זה שקל הנוסף?

**דוברות:**

זה תקציב שמשרד האוצר -

**פרופ' גבי בן נון:** אני הרי אמרתי, הבחירה לכשעצמה זה לא המנגנון לקצר תור, זה ממש לא אמרתי, המנגנון לקצר תור פירושו של דבר אחד פול טיימר, שיעסוק בתוך המערכת הציבורית יותר ולא יברח לי לעשות את זה במקום אחר. ושתיים לשים תקציב כסף עוד מעט אני אגיע לנקודה של הכסף לפרויקט של קיצור תורים, זה הסיפור.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הרי צריך יותר כסף לקצר תורים מי שחושב שאפשר לעשות את זה בלי כסף טועה. צריך יותר כסף, סדרי הגודל של הכסף שאני שומע לגבי קיצור תורים לא קיבלתי נתונים, אני אקבל נתונים אפשר לכמת את זה, סדרי גודל של מיליארד מיליארד וחצי זה ישנו שם בהצגה הכספית שלו התוכנית העסקית שלי או.קיי, אז יש שם את הדבר הזה.

אבל אני אומר כרגע אני לא שם את השקל הנוסף בבחירה, אני שם אותו בקיצור תור וככה צריך גם למכור אותו מבחינה שיווקית, אתה רוצה למי שמבין בנושא הזה צריך זה הסיפור.

מתווה הדרגתי כאופציה לאימוץ חלק מהרעיונות של היישום, אני לא פוסל אותו, אבל אני אומר לכם מניסיוני כשאתה דוחה יישומים של דברים שאתה מאמין בהם, אתה בסוף תקוע כמו שהיינו תקועים בנושא של התוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אני אומר רק יש פה סיכון, בסדר? לפעמים כשאתה דוחה זה לא מתקיים, והפסיכיאטריה נכנסת אחרי 18 שנה חשבנו שהיא צריכה להיכנס ב 1995, אז יש פה סיכון, לכן אני בעד דווקא, שים את זה על השולחן.

רבותי כשאנחנו נשים על השולחן את ההמלצות שלנו מה נגמרה העבודה?

**השרה יעל גרמן:** תתחיל,

**פרופ' גבי בן נון:** רבותי רק מתחילה העבודה,

**השרה יעל גרמן:** ודאי,

**פרופ' גבי בן נון:** מתחיל תהליך של חקיקה, מתחיל תהליך של משא ומתן, הסתדרויות של עובדים, מתחיל משרד האוצר, מתחיל ללכת לפוליטיקה. רבותי, מתחילה השרה צריכה להביא כסף, זה המון דברים.

אבל אנחנו צריכים לשים אותם ולכן בקטע של ההשמה של הדברים פה לא אנחנו נעשה את הפשרות, שמישהו אחר יעשה את הפשרות זה בסדר גמור זה תפקידו. אנחנו צריכים לבוא ולומר במידת האפשר מבחינה מצפונית מה הפתרון המקצועי הנכון ביותר שאנחנו חושבים ביעילות שאין לנו כל יום גז. כי אם היה לנו כל יום גז, אני רוצה 11 מיליארד שקל על השחיקה. עולה לי 11 מיליון שקל השחיקה. אבל לפחות לעתיד לתקן את העדכון רבותי זה הרי כל כך obvious שלמה לחזור על זה בכלל?

תקציב לקיצור תורים כשהוא נעשה רק כמהלך נפרד וכך הוא נעשה באנגליה ונכשל דרך אגב, הוא בעייתי. אסור לעשות את זה כמהלך בלבד, אבל כאשר הוא בא בשילוב עם הרבה מאוד מהלכים אחרים, אז יש לו את ההיגיון



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ברמת התורים שיש לנו כיום בארץ. זאת אומרת היא כזאת, אני לא רוצה דרך אחרת בטווח הקצר אחרי זה צריך כמובן בהמשך לעקוב אחרי הדבר הזה ולראות כמה זה אפקטיבי כמה זה יעיל, האם התורים קוצרו או לא קוצרו, זאת אומרת אתה חייב ליצור מנגנון ואמרת את זה שם.

ראשיתו של טיפול בפרויקט קיצור תורים זה ביצירת תשתיות מידע זמינות ואיכותיות, שהקופה תדווח על קיצור תורים אצלה, אז אני אדע שזה אותה עגבנייה שבית החולים מדווח לי עליה ולא שזה מדבר על פלפלים וזה על עגבניות. אז כן צריך לדעת, כן צריך תקציב ייעודי, כן צריך לבחון את זה מפעם לפעם, וכן צריך לתמרץ את הקופות ואת בתי החולים בנושא הזה, התמריץ צריך להיות הדדי גם שם וגם שם.

חלק מהאחריות צריכה לפול על הקופות, דרך אגב חלק מהתורים זה בקהילה בכלל. תנסה לעשות תור לאף אוזן גרון לילד שלך. זה בכלל לא בבית חולים. אז יש פה גם בתי חולים, כן תקצר תור תקבל יותר כסף וגם לקהילה כן תקבלי יותר כסף לא תעשי אז לא תקבלי ויצביע האוצר אם תפרסם את התורים ויעבור קופות,

אם היום שיעור המעבר הוא אחוז אחד שיעלה לשלושה אחוז מבחינתי אם זה הפתרון מעלה את הנושא הזה של תורים או דיון בתורים בסדר גמור.

אני לא אכנס יותר מדי לפרטים של הפול טיימר, צריך למצוא את ההסדר, נדמה לי שאתם עוסקים בנושא הזה ויש לכם איזה שהוא גייד ליינס שקובע את העקרונות. אני רק רמזתי לכיוון של העקרונות הגדולים. העיקרון הגדול זה אחד גלובלי מרכיב שני פר פעילות, מרכיב שלישי להצמיד את זה לעשיית בוקר, כדי שלא יברחו לי רק אחרי הצהריים ולא יעשו כלום בבוקר.

אחרי זה אתם הועדה אני באמת לא רוצה להיכנס -

**דוברות:**

- גם מקובלים עלינו.

**פרופ' גבי בן נון:**

חלק זה לא גבי, חלק מהפתרונות פה זה פתרונות שאתם העליתם.

**דוברות:**

לא, לא, אני מדברת על מודל מימוני גם אני אומרת שעקרונות של איך מפעילים שבעצם בסופו של דבר רצינו לגרום לרופא להישאר כמה שיותר בתוך המערכת הציבורית מתוך זה שמושכים אותו ומתגמלים אותו על זה, זה עיקרון שהוא מקובל עלינו. השאלה שנשארת זה האם המימון יכול להיות מימון שהוא רק ציבורי, או שאפשר לחשוב על מקורות מימון מגוונים, אבל האוטו פוט של שהרופא שעובד יותר שעות בתוך המערכת הציבורית, זה האוטו פוט שכולנו -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** בואו אני מתנצל אבל לא נתת לי להציג את פרק שתיים ואת פרק אחד בקטע של מה לא בסדר בפתרון הזה.

**השרה יעל גרמן:** תוכל להתייחס כאשר נדון בהם.

**פרופ' גבי בן נון:** נתייחס לזה שם לכן אני לא רוצה לדון בזה.

**השרה יעל גרמן:** מזל שלא הצגת כי הגענו לדיון שאני חושבת שהוא אחד הטובים שהיו לנו.

**פרופ' גבי בן נון:** אני חוזר להערה של יוליה, הכשל של הביטוח הפרטי היה אחד המרכזיים במערכת בעשור האחרון אם לא היחיד או ק"י, וחשוב לשים את זה בפרופורציה שמתי פה סדרה של כשלים. התחלתי במנגנון העדכון או ק"י,

**דוברות:** אתה לא רואה שאולי זה גם נתן פתרון?

**פרופ' גבי בן נון:** בוודאי לשחיקה של הסל הציבורי.

**דוברות:** או ק"י,

**פרופ' גבי בן נון:** נכון איזה שאלה אבל זה הפתרון שאני רוצה לתת, האם הפתרון שאני רוצה לתת זה בעצם להנציח את המצב של שחיקת הציבורי כדי להסיט אנשים לפרטי? אם זה הפתרון נמחק את שם הועדה.

**דוברות:** לא אני מאוד מרוצה מהתשובה רציתי שיבחרו, זה מה שהיא אמרה, שזה נתן לה פתרון.

**פרופ' גבי בן נון:** חלק גדול מהבריחה של האנשים למערכת של הביטוחים הפרטיים וכן הלאה נבעה מהסיפור של השחיקה של סל ציבורי אני מודה בזה ומתוודה, זה לא - אין פה - צריך כסף חדש.

**דוברות:** אני רוצה להמשיך משהו בעניין הזה. הרי אם אתה מודה אחת הסכנות אלא אם כן לא הבנתי נכון, ריסון בוא נקרא לזה ריסון המערכת הפרטית לטעמי ריסון יתר לא משנה מה, יכול להביא לידי כך שלא היינו רואים את המצוקה. אני פשוט רוצה לראות איך אתה רואה את זה, הרי את המצוקה של המערכת הציבורית ראינו בין השאר בגלל שאנשים עשו את האופט ברגליים כי היה להם את זה. ואם אנחנו נעשה את הפוקוס רק על הריסון של הפרטי או לא רק אבל אם נעשה שם יותר מדי פוקוס, הכול הרי זה שאלה של מידה אין דבר אחד. אז אם אתה לא רואה שצריך מאוד להיזהר מפני ריסון יתר כי אז יהיה קל אנחנו פשוט לא נגלה ולא נראה איך לאט לאט המערכת הציבורית תשקע כי בעיני הסיבה שהועדה כאן אחד הדברים שהיה יכול להביא את זה, שכולנו הרגשנו לא נוח בפריחה של הפרטי ואז הבנו גם, חלק אני הבנתי, שהמערכת הציבורית חסרה ומה שקצת חסר לי במודל שלך -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**השרה יעל גרמן:**

או.קיי., בואי תשלימי, כי גבי היה באמצע.

**דוברות:**

הבעיה הכי גדולה בעיני במערכת הבריאות שאני חושב שאי אפשר לזהות בזמן את המגמות. אתה לא יכול לדעת את זה, כי זה לוקח זמן. המערכת יש לה המון אנרציה אז אתה מתחיל לגלות כשזה הרבה יותר מאוחר. אם זה קשור למחסור בכוח אדם, והזמן שיש לעשות את זה. אם זה מדדי איכות שלא ברור מה שיש.

אני חושבת שאנחנו יש לנו הזדמנות נדירה אמרו את זה קודם ואני רוצה לחזק את זה, לא רק בגלל, בגלל שבאמת בלי לחלק מחמאות היה את החזון להקים את הועדה שאנחנו עדיין לא בתוך התהום ואז אפשר לשנות מגמות ואפשר לעשות דברים לפני שזה יקרה.

אחת הסיבות הגדולות שיכולנו לראות את זה, זה באמת רק בזכות המערכת הפרטית, כי אם אתה היית שומע מה שאני שמעתי כל השנים, המערכת הכי טובה, הפרמטרים הכי נהדרים, אנחנו אור לגויים וכו' וכו' ולא היה שום מקום שלא פתחנו בדבר הזה אז לא היית יושב פה.

אחד הדברים שאף אחד לא יכול היה להגיד, אמרו רבותי יש לנו בעיה גדולה מאוד בשישים ארבעים שכולם הרגישו לא טוב באי שוויון וכו', ואז מתחילים לגרד ולבדוק ופתאום יש תורים.

אתה יודע שלפני חצי שנה, לא חצי שנה, בטח שנה וחצי הזמנים שלי לא נכונים, כולם אמרו אין תורים במערכת, אני יכולה להראות לך את זה. אין תורים במערכת. עכשיו התורים לא צמחו. התורים לא נולדו השנה, הם כבר היו כל הזמן, זה לא יום אחד פתאום יש תורים של שנה וחצי זה לא קורה.

אז לכן אני אומרת שצריכים לשים לב שהעובדה שלמערכת הפרטית ומה שקרה לה, אפשר לנו ושם זרקור על הבעייתיות ואני בסך הכול רוצה להגיד שלכן לא אמרתי שמישהו צריך לתת לה לא להתרסן, זאת אומרת - ללא ריסון וכו', אבל יש לזה גם יתרון ואנחנו צריכים לשים לב אליו.

**דוברות:**

אחד מהאינדיקטורים למערכת הציבורית, אגב אחת הבעיות זה שלא היו אינדיקטורים למה שקורה בפנים,

**דוברות:**

נכון,

**דוברות:**

אני אומר אנחנו חייבים לייצר אינדיקטורים שיכילו לנו את המערכת ויסמנו האם היא בכיוון ומהי המגמה.

**פרופ' גבי בן נון:**

אחת הדרכים -





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:**

גבי אתה מקבל חזרה את רשות הדיבור.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אתייחס בקצרה, קודם כל הסיפור של התורים הוא לא סיפור, אנחנו לא ידענו קיומם של התורים לא לא ידענו אם יש תורים כי אף אחד לא עשה לא בדק, אבל כשאני לפני שש שנים ביקשתי מהמזכירה שלי לצלצל רבותי היו תורים. או כשהבת שלי הלכה לרופא וחילתה שעתיים היו תורים. כל אחד מהניסיון שלו ראה את התורים רק שזה לא הצטבר לאיזה תמונה אינטגרטיבית של מערכת, אבל תורים היו גם לפני שנה ולפני שנתיים, זה לא משהו שקרה במערכת בחצי שנה האחרונה. זה תהליך שהולך ומצטבר לאורך השנים שאני הצגתי אותו פה.

**השרה יעל גרמן:**

אתה למעשה מחזק אותה.

**פרופ' גבי בן נון:**

כן אנחנו פשוט לא ידענו, צריך לדעת. שתיים בקטע של - אני לא רוצה לפסול לחלוטין את מה שהיא אומרת, יש מידה מסוימת של יתרונות למגזר פרטי בתוך מערכת של אספקת שירותים גם בתוך מערכת ציבורית. אתה לא רוצה שהכול יהיה ציבורי, דרך אגב אף אחד לא אומר את זה, אנחנו מדברים על איזה שהוא מינון, לפעמים מינון מסוים מעודד תחרות, אתה רואה את המערכת שמה אתה מנסה להתחרות וכן הלאה. אבל צריך גם להיות ער לסיכונים של מערכת פרטית דומיננטית בתוך מערכת בריאות. יש שתי בעיות מרכזיות של מערכת פרטית כספקית שירותים. אחד שימוש עודף כי פונקציית המטרה היא מכסום רווחים ו- משפיע על הביקוש אתה מייצר ביקושים עודפים והדבר השני סינון. היכולת לבחור את החולה הקל ולטפל רק בו ולא במטופל אחר, לכן צריך להיות נורא זהיר. ושלוש מה שאני אמרתי זה לא לרסן, אני אמרתי להגדיל את המערכת הציבורית, זה הפתרון, לא לסגור את אסותא, אמרתי להסדיר את הפעילות של אסותא אבל להגדיל את המערכת הציבורית אמרתי יותר מיטות, יותר רופאים יותר אחיות אני לא יודע איפה אתם הייתם זה היה שם חלק מהשקף, להגדיל את התשתיות הציבוריות. בסדר לא אני לא בא בטענות אבל אני אומר תסתכלו שוב, אף אחד לא הולך להוציא להורג את המערכת הפרטית, היא שם עם היתרונות שלה והחסרונות שלה צריך לפקח עליה ולבקר. שהיא לא תשתולל ועכשיו היא משתוללת. לתגבר ולחזק מאת המערכת הציבורית.

**דוברות:**

יכול להיות שחיברנו בין ההערות שלו לדברים שהצגת יכול להיות שחלק מהדברים -

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, אין לי בעיה, הטענות כאן נאמרות כחלק מהדיון.

**דוברות:**

לא אישי,

**פרופ' גבי בן נון:**

ממש לא, עכשיו אני מגיע להערות של השרה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

ולשאלה איפה הכסף,

**פרופ' גבי בן נון:**

אני מגיע לזה,

**דוברות:**

שאתה אומר שנטל המס הוא פרוגרסיבי בישראל, מה אתה מתכוון?

**דוברות:**

מדד פרוגרסיביות באיזו מידה המס סוטה ממס יחסי.

**דוברות:**

לא התכוונו -

**דוברות:**

אנחנו לא פרוגרסיביים.

**פרופ' גבי בן נון:**

קצת על הקטע של ההצטרפות לשב"ן כאיזה שהוא אקט וולונטארי שנעשה מבחינה חופשית ולכן זה

בכלל לא מס, אז אני לא רוצה לזרוק את הטענה הזאת לחלוטין, יש בה מידה קטנה של אמת אבל מידה גדולה של אי אמת. היום התשלום לביטוחים המשלימים נתפס אצל האנשים כמעט כמו מס. הם מזהים ביטוחים משלימים עם קופה, הם יוצרים, הקופות דרך אגב, יוצרות את האשליה שיש התניה בין איכות השירות בסל הבסיסי ובסל המשלים, וחלק גדול מהציבור בעצם קונה את הדבר הזה כי הוא מבין שזו הדרך היחידה לקצר בכלל תור. לכן להסתכל על זה כעל וולונטארי ואני בעד וולונטאריות תקנה מרצדס אם אתה רוצה אבל נעצר פה.

הביטוחים המשלימים הם בבעלות הקופות, הזהות פה היא נחרצת ולכן התכונה הזאת של הוולונטאריות נחלשת מאוד, התכונה של ה MUST של זה מתחזקת ואז באה הטענה שמש רגרסיבי כי זה אשקרה מס רגרסיבי ואני לא רוצה להשתמש במנגנון הזה כדי להגדיל מקורות. ממש לא.

לכן בכל שלב שבו נגיע להחלטות ולהמלצות אם אנחנו ניצור את זה כמקור, אז מה הועילו חכמים בתקנתם? הגדלנו את הפער, הלכנו וחיפשנו מקורות וחיפשנו אותו מתחת לפנס.

ועוד הערה אחת, רבותי, הכסף הפרטי הוא היותר בטוח מאשר מהכסף הציבורי? ממש לא מדויק, היה איזה שהוא שלב שבו אנשים יצביעו ברגליים ויגידו סליחה עד כאן ויצאו לרחובות כמו בספטמבר 11 וזה לא יהיה הקוטג' זה יהיה מחירי הביטוח המשלים.

אז גם כאן יש סיכון ופוליטיקאים לא אוהבים לקחת סיכונים כאלה וזה בסדר גמור.

**דוברות:**

אף אחד לא אמר שזה או או.

**פרופ' גבי בן נון:**

אמרת השרה, אנחנו נוריד את הפרמיות בביטוח המשלים ואחר כך הם ירדו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:**

אחר כך הם יעלו,

**פרופ' גבי בן נון:**

אחרי זה הם יעלו, רגע מי מאשר את העלייה ואת הירידה? אני הצעתי מנגנון. תבוא קופה תגיד שהיא

רוצה להעלות תגידי לה לא. היום היא באה -

**השרה יעל גרמן:**

היום ומחר מישהו אחר יגיד.

**פרופ' גבי בן נון:**

מי? מי? זאת אומרת בסדר -

**השרה יעל גרמן:**

מישהו שישתכנע שגם חתם על -

**פרופ' גבי בן נון:**

אבל אלה הם החיים זאת אומרת אנחנו לא יכולים להבטיח, שר הבריאות זה שר הבריאות קדנציה

מסתיימת אבל זה סדרי העדיפויות אין מה לעשות. אבל אם תיצרי מנגנון שמחייב מצידי אפילו בחקיקה שינוי של

פרמיה בביטוח משלים, בבקשה.

**דוברות:**

מה שאמרת זה שהיום יש שיקול דעת יחיד ללא קריטריונים.

**פרופ' גבי בן נון:**

נכון,

**דוברות:**

וזה מצב בעייתי,

**פרופ' גבי בן נון:**

אין קריטריונים.

**דוברות:**

ועדת סל -

**פרופ' גבי בן נון:**

דרך אגב אין שיח ציבורי יש החלטה -

**השרה יעל גרמן:**

מה שהוא אומר זה באמת נכון, לא לאפשר את זה להחלטה של בן אדם אחד,

**פרופ' גבי בן נון:**

נכון,

**השרה יעל גרמן:**

אלא להוציא את זה לאיזה שהיא ועדה.

**פרופ' גבי בן נון:**

זו בדיוק הנקודה.

**דוברות:**

הצירוף של משרד הבריאות והאוצר.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני לא יודע אפשר לחפש את הדרך, אפשר לבחון את הדרך הנכונה יותר. אבל המנגנון הקיים היום



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

שבו אני לא מזלזל אני הייתי שם, אבל פקיד במשרד הבריאות יכול להחליט להעלות פרמיות לשנות השתתפויות עצמיות או לשנות תכולה, הוא לא תקין.

**השרה יעל גרמן:** שר,

**פרופ' גבי בן נון:** אז אני אומר בוא ניצור מנגנון.

**דוברות:** הואצל, אבל זה הואצל,

**דוברות:** כל שר יכול לעשות - -

**דוברות:** הרעיון הוא בואו נגיד משהו למרות שאני לא מתה על הדבר הזה גבי אבל פשוט צמצמת גם בזה קצת יותר מדי. הרעיון היה שדווקא דרג מקצועי יחליט, סליחה שאני אומרת את זה, זה לא היה רעיון כל כך גרוע, הרעיון היה דווקא שהיה בדרג פוליטי לגמרי אז אתה יכול להגיד שבדיוק כמו שהשרה אמרה פעם אחת יש לך את זה פעם אחת יש לך את זה ולא תמיד זה לא לגופו של בן אדם, דווקא כשזה היה לדרג שהוא דרג מקצועי בתוך המשרד, אז פשוט אני רוצה להגיד אי אפשר לבטל את ההיגיון שהיה מאחורי זה, זה אחד וב' שאתה צריך גם שהדברים ילכו קצת יותר במהירות אז צריך במקום זה כשנציע מנגנון אחר, אם אתם רוצים להציע, אז הוא צריך להיות גם מנגנון ששומר בעיני גם על העקרונות של המקצועיות במובן הזה שדווקא הפוליטיקה פחות בעיניי הזה וגם בקטע שזה לא יהיה מנגנון שישתק.

**פרופ' גבי בן נון:** בוא נסכים שהמנגנון הקיים כיום הוא לא תקין,

**דוברות:** לא אני לא מסכימה לא תקין אני אומרת המילה הזאת קשה לי מאוד.

**פרופ' גבי בן נון:** אז דעתי היא שהמנגנון הקיים כיום הוא לא תקין ולמה אני אומר את זה -

**דוברות:** אני מאוד רגישה לכל דבר אני אומרת לא אידיאלי.

**פרופ' גבי בן נון:** אני אומר זה דעתי וזה לא הסכמה, אני אומר אתן לכם דוגמא בסדר הנה דוגמא, מנגנון למה אני קורא מנגנון לא תקין, תראו שנייה אחת באמת תחשבו שנייה אחת על המנגנון של אימוץ תרופות חדשות במערכת. יושבת ועדה ציבורית, יש לה מגבלת תקציב בוחנת עלויות מול תועלות, באמת.

**השרה יעל גרמן:** מכינה את זה שנה מראש,

**פרופ' גבי בן נון:** מכינה את זה שנה מראש, באמת עשייה ממש כבדה כולל פן ציבורי לתהליך הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מקצועי,

**דוברות:**

**פרופ' גבי בן נון:** תשוו את התהליך הזה של מה קורה בביטוח המשלים, רבותי, אין ועדה ציבורית, אין החלטות קולקטיביות, אני לא רוצה יותר להיגרר בסדר? זה לא תקין, את זה צריך לשנות. עד לאן אנחנו הולכים עד לחקיקה ועד לכנסת אני לא יודע, יכול להיות שצריך לבחון איזה שהוא מנגנון.

סל זה עד חקיקה,

**דוברות:**

**פרופ' גבי בן נון:** כן בסוף כן, יכול להיות שצריך להיות טיפה יותר מתון, לשנות את התהליך הנוכחי. תראה איך זה יכול להיות שהפרמיות בביטוח המשלים עלו פי חמש בשמונה שנים האחרונות, איך זה יכול להיות? הדרך היחידה שאפשרה את זה זה הקלות הבלתי נסבלת ללחוץ על הכפתור שאומר תעלה.

**דוברות:** זה מאוד משנה פי חמש, כי אם אתה עלית ואני אומרת שוב אני לא מאמינה איפה אני מוצאת את עצמי, אבל יש הבדל אם אתה עלית משמונה שקלים לעשרים שקלים לבין אם אתה עלית מ 200 שקלים ל 250 שקלים, זה לא אותו דבר.

**פרופ' גבי בן נון:** אז יכול להיות שאתה היית בהדסה בדיוק אבל אני ידעתי בדיוק את הפן הכמותי. אנחנו מדברים היום על 5.3 בהוצאות לתצרוכת של משקי הבית. זה הרבה כסף. זה הרבה כסף אתה מדבר על סדר גודל של 300 שקל כמעט פרמיה ברובד השני לאוכלוסייה שהיא הקשישה ביותר שיש. זה הרבה כסף.

- מזון ומשק בית מוציאים בממוצע 17% -

**דוברות:**

**פרופ' גבי בן נון:** תראי את האלטרנטיבה, יש אנשים שאומרים אנחנו מוותרים על מזון כדי לקנות תרופות או לקנות -

אולי ניתן לגבי לענות על הכול.

**השרה יעל גרמן:**

**דוברות:** רק צריך לשים לב שאם אנחנו מדברים על זה שצריך מנגנון עדכון אוטומטי לסל הציבורי, כנראה שגם מחירי השב"ן צריכים להתעדכן, כלומר בואו נזכור שכפי שהיו סיבות למה הכסף הציבורי היה צריך להתעדכן -

חמש מאות אחוז?

**דוברות:**

**דוברות:** לא אמרתי לרגע שחמש מאות אחוז זה דבר סביר אז בוא לא נחשוב שלא הייתה עלייה אמיתית.

טוב, זאת הייתה הערה, גבי.

**השרה יעל גרמן:**



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן נון:** אמרתי הנושא של עליית הפרמיות, אני עכשיו מציג את הסיכונים שהשרה הציגה וכולם ממש, כן הם חשובים.

אם אנחנו לא רוצים שהפרמיות יעלו אחרי שהורדנו אותם אז ניצור מנגנון שיבטיח שהם לא יעלו זה הכול בידיים שלנו, המנגנון צריך להיות מוסדר, לא יודע אם מעוגן בחקיקה אבל שיהיה איזה שהוא מנגנון טיפה יותר אינטליגנטי מהמנגנון היום, היום הוא לא אינטליגנטי צר לי. זו אחת הסיבה למה הוא כולל כל כך הרבה קשקושים.

הקטע של הבטחת המקורות שזה דילמה, אני אמרתי שוב, יש איזה שהיא מידה מסוימת של הבטחת מקורות שאנחנו יכולים להבטיח ומעבר לזה אי אפשר. אז חלק מזה, דרך אגב גם חקיקה אפשר לשנות, ביטלו את המס המקביל היה מעוגן בחקיקה, זה היה מקור, חשבנו בחיים לא ישנו את המקורות, ביטלו את זה.

אנחנו צריכים לשאוף לעגן בחקיקה מנגנונים של עדכון מקורות שאנחנו יכולים, אבל כל השאר אין מה לעשות זה משחק פוליטי של הגדלת תקציב, זה יישאר ככה תמיד, אין ביטחון מוחלט בכלום ומי שחושב שכסף פרטי יותר בטוח, לדעתי ממש לא, ממש ממש לא.

החשש לביטוח הפרטי אמרתי הוא קיים והוא נכון אבל לדעתי במודל האינטגרטיבי הוא מתאזן בהרבה מאוד מהלכים משלימים אני לא אחזור עליהם אני אומר שוב פעם רגולציה הדוקה על הביטוח הפרטי, באמת רגולציה, שינוי כללי המשחק, העלאת הלוסט רשיו, מיסוי של 15% עליהם, הגדלת הבחירה, פול טיימר כל זה תסתכלו על זה, למה שאני אקנה ביטוח פרטי? ושיווק נכון רבותי,

**דוברות:** ביטול החזרים?

**פרופ' גבי בן נון:** גם, גם יש שם סדרה ארוכה של צעדים אוקיי, ומי שירצה בחירה ימצא אותה בסל הציבורי, צריך לשווק את זה יש לך בחירה.

איפה הכסף זאת אומרת בפתרון בסוף של כל מה שאני אומר מחייב כסף נוסף, שלאף אחד לא תהיה אשליה.

**השרה יעל גרמן:** לא התייחסת לפערים שילכו ויגדלו.

**פרופ' גבי בן נון:** אני חושב שהם ילכו ויצטמצמו, אני חושב שכלל שהמנגנון של גביית כסף מהציבור או out of pocket או בביטוחים פרטיים או בביטוחים של שבנים כמענה לפתרונות של בעיות המערכת ילך ויגדל אז הרגרסביות תעלה ואיתה בעצם מה שיקרה יתרבו יותר המצבים שבהם אנשים יוותרו על זה כי לא יהיה להם כסף. זה היה חלק מההתייחסות לנושא של השר"פ במימון הביטוח המשלים הרי מה יקרה שם? מימנו את הביטוח המשלים,



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

את השר"פ ובחירת רופא במשלים והעלינו באופן דרמטי את ההוצאה, העלינו באופן דרמטי את ההוצאה יעלו הפרמיות, יעלו הפרמיות מי ישלם אותם? הציבור. ואז נרד משבעים וחמישה אחוז לשישים אחוז ואז בעיה אדירה של רגרסיבית, להיפך כל המאמרים שאני אומר הם פרוגרסיביים בצורה בלתי רגילה הם מצמצמים את המימון הרגרסיבי מעלים את המימון הפרוגרסיבי.

אני מצמצם את התשלומים בביטוח המשלים, דרך אגב אני עשוי גם לצמצם את התשלומים בביטוח הפרטי תעלי את הלוסט רשיו תקטיני את הרווח שלהם אז עשית איזה שהוא משהו, אפשר להוריד את הפרמיות בביטוח הפרטי, הבוננזה שעושים חברות הביטוח, רבותי ענף הביטוח הפרטי בבריאות הוא ענף הכי רווחי שיש לחברות ביטוח. אין ענף יותר רווחי מזה. תחברו את זה עם הסיפור הזה של התמריצים האדירים לסוכני הביטוח, שהם מוכרים את זה ומרוויחים מאה אחוז שנה ראשונה מהפרמיה, איפה נשמע כזה דבר? את זה צריך לתקן.

תמריץ של הקופות לשלוח לפרטי היום התמריץ הזה לשלוח לפרטי קיים כי הם הבעלים של השבן, מחר הם השבן פרטי, אין בחירת רופא פרטי. יש להם קצת בעיות לשלוח, מה זאת אומרת לשלוח לפרטי, מה זה לשלוח לפרטי.

ואז מה?

**דוברות:**

**פרופ' גבי בן נון:** היום השבן זה שלהם, דרך אגב גם אסותא היא שלה וגם המדיקל הרצלייה זה שלהם וכל השעטנז הזה של העירוב צולב של בעלויות פה יוצר אינטרסים חבל על הזמן.

חלק מהפתרון שאני אמרתי זה לנתק את הבעלות, שלקופת החולים לא יהיה תמריץ להסיט לא מהכיוון של להקטין הוצאה אלא מהכיוון של להגדיל את ההכנסות של אסותא.

היום מכבי מסיטה לאסותא בין השאר כי זה בעלים שלה, היא רוצה שיהיו להם הכנסות. יש פה שני תמריצים שצריך את שניהם לשבור. בסוף איפה הכסף.

**דוברות:**

אבל הבעיה רק תמקד לא כי אני מפקפקת הבעיה שאתה רואה בכך שמכבי שולחת לאסותא? רק שאני אבין? אם MRI ואתה לא משלם כסף ציבורי רגיל, היא אומרת תעשה אצלי את ה MRI אצלי באסותא ולא במקום אחר, איפה אתה רואה את הבעיה בזה? אני שוב אומרת כסף ציבורי לא בעיה, מבטח של מכבי אומר לו ללכת לאסותא.

**פרופ' גבי בן נון:** אם לדוגמא יש מידה מסוימת של טענה שאני רוצה להשתמש בה עם אסותא אבל היא יותר אגרסיבית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

באותו אופן אני יכול להגיד על קופת חולים כללית לגבי גם מדיקל הרצלייה וגם בתי חולים שבבעלות של קופת חולים גם זה שם קיים.

אתה צריך לבחור במידת האפשר לקבל את השירות למבוטח שלך על בסיס של משך התור אבל בסיס איכות השירות, אלה שיקולים שהם לטובת המטופל. פה כאשר יש לך את הבעלות והבעלות על מוסד שמחלק דיבידנדים בסוף שנה, רבותיי זה לא מוסד ציבורי.

**דוברות:** אבל -

**פרופ' גבי בן נון:** דקה, דקה, אתה עשוי -

**דוברות:** מי מחלק דיבידנדים?

**דוברות:** אסותא מעולם לא חילקה דיבידנדים.

**פרופ' גבי בן נון:** יגיע הרגע, איך אתה יודע?

**דוברות:** מה זאת אומרת, זה חברת בת היא ברגולציה שלנו זה אסור זה מוקפץ למעלה.

**פרופ' גבי בן נון:** טוב, אני לוקח בחזרה את הדברים שלי למרות שאני אומר את זה קצת בציניות רבותיי.

**דוברות:** איפה אתה רואה את הבעיה לאזרח.

**דוברות:** הנושא של המחירים,

**דוברות:** רגע אבל גבי תסביר לי על האזרח שהוא מבוטח של מכבי שאומר לו מכבי יש לך תור בעוד יומיים, לא

בעוד שנתיים באסותא שירות בסדר, אז איפה הבעיה?

**פרופ' גבי בן נון:** אני אסביר לך איפה הבעלים, כי בעלים של בית חולים אסותא ואני קופה, בסדר? לכאורה -

**דוברות:** אני לא מבינה את -

**פרופ' גבי בן נון:** אתן לך דוגמא פשוטה, אתן לך דוגמא פשוטה אני יכול ללכת לתל השומר ולומר לו זה המחירים שאני

יכול לשלם, לא רוצה לשלם יותר.

**דוברות:** כן,





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:**

א.קיי., לא תיתן לי שירות אני שולחת אותם לאסותא.

**דוברות:**

אבל למה אכפת לי בתור מבוטח על זה, לי בתור מבוטח מרגע ש-

**דוברות:**

אני אגיד לך בתור מבוטח,

**דוברות:**

זה אף פעם לא הבנתי.

**פרופ' גבי בן נון:**

גם בתור מבוטח וגם בתור מערכת,

**דוברות:**

לא, לא בתוך מערכת אני מבינה, אם אנחנו מחליטים ולא אמרתי שלא, שאז מה שחשוב זה באמת שאנחנו צריכים לשמור על הספק הציבורי. אבל אני אומרת בתור מבוטח שהקופה באה ואומרת הנה בואי נהדר, יפה, ומחר התור, איכות מעולה, למה זה צריך להפריע.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני אתן לך תשובה.

**דוברות:**

כי במידה מסוימת מכניסים את המבוטח לנתיב שנכון כרגע שהוא מקבל MRI אולי הכול רגיל, אבל אחרי MRI יכול להיות שזה חוות דעת שנייה על ה MRI והנתיב מגיע מיד לביטוח על ידי בחירת המנתח, אתה מגיע לנתיב שבבית חולים הציבורי הנתיב מנותב להפעלה ציבורית על כל דבר ופה הנתיב מנותב באופן מגוון. רמת השימושים בבחירת מנתח ובהפעלה של הביטוח הפרטי השבני או המסחרי כשאתה נמצא בנתיב הזה בוודאי גדולה יותר, אני לא יודע, אין על זה מחירים אבל בוודאי.

**דוברות:**

אני רוצה לחזק את זה אני רוצה להתייחס לנקודה נוספת שאנחנו פחות מדברים עליה אבל בעיני היא לא פחות חשובה מאשר אורך התורים וזה איכות השירות וחוויית המטופל. כאשר אנחנו שמים את המבוטח הזה בתוך אסותא, חווית השירות וחוויית המטופל שהוא מקבל שמה, מדגיש את הפער בין הציבורי לבין הפרטי, מה שבסופו של דבר בדרך שיווקית כזו או אחרת מושך אותו אולי יותר לפרטי. אחד מהדברים ואנחנו כל הזמן מדברים -

**דוברות:**

מושך אותו למכבי,

**דוברות:**

לא רגע, לא בהכרח למכבי כמו לפרטי ואנחנו כל הזמן מדברים על אורך התורים ואחת הבעיות הקרדינאליות של המערכת בצמוד לאורך התורים זה איכות השירות וחוויית המטופל וזה גורם לפיחות באמון הציבור ואנחנו חייבים כל פעם שאנחנו מדברים על אורך התורים לדבר בד בבד על חווית המטופל כי שני הדברים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

האלה ביחד הם אלה שיחזרו את אמון הציבור למערכת, אם אנחנו נעביר אותם למקום שבו אנחנו יודעים שהם מקבלים שירות יותר טוב וזה ממש כמו מכללות ואוניברסיטאות ביחס של שירות, אנחנו נסיט אותם לרפואה הפרטית.

**דוברות:**

אני עדיין אומרת ברמת המטופל, אני כאילו מה שאתם אומרים פה שבגלל ש- אני אגיד לכם למה זה קשה לי כאילו אתם אומרים שבגלל שהמערכת הציבורית באספקה לא דיברתי במימון היא באמת בעייתית ואנחנו אומרים את זה ולא משקיעים בה מספיק והיא נראית חוויה מאוד מאוד קשה, אז עכשיו באה הקופה שיכולה להרשות למבוטחים שלה להיות בחוויה מדהימה וכמו שאמרתי שיש וכו', ולא באיכות ולהגיד לא ניתן לך להיות שם כדי שהמטופלים שלך לא ידעו שיש דבר כזה הם צריכים ללכת לחוות חוויה פחות טובה בציבורי כדי שכולנו לא נדע שיש משהו יותר טוב.

**דוברות:**

זה לא נדע, לא אומרים שלא נדע לא להסתיר,

**דוברות:**

אגב את הטיעון שלך הבנתי,

**דוברות:**

זה טיעון שקשה להבין אותו, כי האינסטינקטים גם את שומעת את האינסטינקטים שלו שאומר מה אכפת לך אם הספק הפרטי הוא ספק פרטי - בלי טופס 17 אז אני אומר זה כי אתה מכניס אותו בשער כניסה, שער הכניסה הזה יגדיל שימושים, הוא יגדיל שימושים הוא שער כניסה שנראה יותר יפה כי המערכת עצמה לא חילקה דיבידנדים והשאירה את הכסף כדי לשים את השיש.

**פרופ' גבי בן נון:**

תני לי שנייה אחת לא נסיים את הדיון בנושא הזה.

**השרה יעל גרמן:**

אף אחד לא נתן תשובה למה זה רע.

**פרופ' גבי בן נון:**

אז אני אתן שלוש תשובות, שתי תשובות. תשובה ראשונה אני אומר זה לא רע בכלל, זאת אומרת אם אני מנסה לבוא ולומר אמרתי מי מספק את השירות, מגזר פרטי מגזר ציבורי, יש יתרונות למגזר פרטי שלא תטעי, זה לא פוסל את זה.

אני אומר אבל ככה כאשר קופה היא בעלים של בית חולים פרטי. היא עשויה בסדר, לקבל החלטות שנובעות מהאינטרס על בעלות ולא מהאינטרס של איכות השירות.

**השרה יעל גרמן:**

שהיא בעלים נקודה, זה לא משנה אם -

**פרופ' גבי בן נון:**

כן, כן,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**השרה יעל גרמן:** פרטי או -

**פרופ' גבי בן נון:** אמרתי זה דומה גם דרך אגב לטענה בכללית, לגבי בתי החולים שלה, זה טענה אחת.

הטענה השנייה אומרת אנחנו מעבר לסיפור הזה של מגזר פרטי שכן הוא מעודד תחרות ויש לי על מי להסתכל ואני כשאני מסתכל על אסותא אני משפר גם אצלי, אבל אמרתי יש עדיין סיכונים וזה צריך להיות נורא זהיר. הסיכונים של מגזר.

למה מגזר פרטי בבריאות לא דומיננטי בשום מקום בעולם? עזבו את ארצות הברית?

**דוברות:** אבל אספקה שלך -

**פרופ' גבי בן נון:** שנייה, אני מדבר על אספקה,

**השרה יעל גרמן:** למה גבי?

**פרופ' גבי בן נון:** הסיבה המרכזית -

**דוברות:** בהולנד זה לא פרטי?

**פרופ' גבי בן נון:** מה פתאום,

**דוברות:** אז אולי לא הבנתי,

**השרה יעל גרמן:** למה גבי?

**פרופ' גבי בן נון:** הסיבה המרכזית אני אומר הוא לא דומיננטי ואם נעשה פרופורציות של סך הכול ממוצע ארצות OECD

תמצאו טיפה יותר בארצות הברית טיפה יותר בהולנד אבל בגדול ש 75 - 25. עשרים וחמישה פרטי שבעים וחמישה ציבורי והסיבה המרכזית למה לא, זה הסיפור שדיברנו עליו, הצע יוצר ביקוש, רוני אמר את זה, תארו לעצמכם מערכת פרטית, מאה אחוז פרטית במערכת הבריאות, רבותי the sky is the limit.

השליטה שלה בביקושים היא אדירה, מחר ינתחו כל מי שעולה במעלית. לכן אין מדינה בעולם שאומרת שוק חופשי באספקה פרטית של בריאות.

**השרה יעל גרמן:** נכון,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** באספקה לא במינון וסיבה שנייה היכולת לבצע סינון, אסותא וזה עובדה היסטורית סגרה מחלקת

יולדות כשהיא גילתה שהיא מפסידה. גבי ברבש לא יסגור בחיים מחלקת יולדות גם אם היא מפסידה.

**דוברות:** הוא לא מפסיד את זה.

**פרופ' גבי בן נון:** לא רבותיי השיקול הדומיננטי של כסף במערכת הפרטית, זה מערך שונה לחלוטין של קבלת החלטות.

**דוברות:** זה הדבר הראשון, המחלקה היחידה שמרוויחה בציבורי ומפסידה בפרטי. משהו מוזר.

**פרופ' גבי בן נון:** דרך אגב, זה רק עניין של זמן, תלוי מה נעשה, רק עניין של זמן עד שאסותא תבקש גם יולדות. זה רק עניין של זמן.

**דוברות:** אני מצטט את מה שאתה אומר סגרה כי היא לא רוחנית.

**פרופ' גבי בן נון:** אז, אחרי - פעם זה לא -

**דוברות:** גם זה וגם זה הכסף הוא מהביטוח הכללי, אז זה לא היה.

**פרופ' גבי בן נון:** אני אסיים -

**דוברות:** בין אספקה של חברה בין אספקה אלקטיבית לבין אספקה דחופה.

**פרופ' גבי בן נון:** אני לא רוצה לטאטא ולהעלים כדי שגם היא לא תשאל אותי אחרי זה עוד פעם באיזה שהוא סיבוב

אחר, אני לא מעלים את זה, כן אני מדבר על הגדלת המקורות הציבוריים של המערכת, מבחינתי הסיפור של ביטול השבן, הפחתת הפרמיות בשבן והעלאת המס, זה לא הגדלת מקורות, זאת אומרת זה שחלוף של מקורות וניצול יעיל יותר של מקורות ואני לא מזלזל בסיפור הזה רבותיי, ניצול יעיל יותר של מקורות או.קיי, אני יכול לקנות במהלך הזה הרבה יותר קיצור תורים מאשר קיצור תורים שנעשה היום באותו כסף.

**דוברות:** זה כן הגדלת מקורות של הספקים הציבוריים.

**פרופ' גבי בן נון:** כן, נכון, לכן -

**דוברות:** נכון,

**השרה יעל גרמן:** זאת הערה מאוד נכונה,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

אל תגיד זה לא הגדלת - זה כן הגדלת מקורות.

**פרופ' גבי בן נון:**

בסדר, בסדר,

**דוברות:**

- טופס 17 ואז היא הופכת להיות ספק ציבורי מבחינתי.

**דוברות:**

לפני שמתאהבים בזה, זה לא בהכרח זה יכול גם לעבוד אחרת ושנינו גם -

**פרופ' גבי בן נון:**

לא מתאהבים בכלום, אני לא בקטע של להתאהב אנחנו בקטע שבאמת בוחנים ומנסים.

אני במפורש אומר הגדלת התקציב הציבורי, המנגנונים להגדלה יש פה שני יעדים מרכזיים להגדלת התקציב הציבורי, דרך אגב אפשר לכמת אותם. היעד הראשון זה נושא של תיקון מנגנון עדכון הסל, ושם אנחנו מדברים על מיליארד שקל נוסף, במערכת הציבורית.

**השרה יעל גרמן:**

תשע מאות אלף, כן,

**פרופ' גבי בן נון:**

כן להוסיף מיליארד שקל, אני אומר להוסיף מיליארד שקל. ואני מדבר על פרויקט קיצור תורים שההיקפים שלו זה פלוס מינוס מיליארד מיליארד וחצי שקל נוספים למערכת.

**דוברות:**

כמה?

**פרופ' גבי בן נון:**

מיליארד מיליארד וחצי צריך לראות את הנתונים, צריך-

**דוברות:**

לשנה?

**פרופ' גבי בן נון:**

כן ודאי,

**דוברות:**

לקיצור תורים,

**פרופ' גבי בן נון:**

מה שאני מדבר -

**דוברות:**

לבסיס, אתה מדבר על הבסיס.

**פרופ' גבי בן נון:**

שום דבר הוא לא חד פעמי.

**דוברות:**

לא לא, אבל זה מה שאמרנו לבסיס.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני מדבר על הבסיס.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:**

גם קיצור תורים שאתה מדבר עליו הוא לא חד פעמי?

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, ממש לא,

**השרה יעל גרמן:**

את זה אני לא מבינה, מה זאת אומרת זה לא, ודאי שזה חד פעמי. להוסיף כל פעם אותו מספר רופאים, אתה מוסיף את זה פעם אחת ומשלם את זה לאורך הדרך.

**פרופ' גבי בן נון:**

אני פועל לקיצור תורים,

**דוברות:**

הוא צריך להחזיק את המקורות האלה כדי שלא ייווצרו מחדש תורים.

**השרה יעל גרמן:**

כן להחזיק כן, אבל זה לא נוסף כל שנה.

**פרופ' גבי בן נון:**

לא, דקה,

**השרה יעל גרמן:**

- נוסף כל שנה המיליארד וחצי זה חד פעמי.

**דוברות:**

אבל זה בבסיס,

**פרופ' גבי בן נון:**

המיליארד וחצי אני לא רוצה להגדיר אותו כחד פעמי כי לא תסיימי פרויקט קיצור תורים בשנה, זה פרויקט יותר ארוך.

**השרה יעל גרמן:**

א.ק"י, בסדר,

**פרופ' גבי בן נון:**

צריך לבחון את זה כל פעם מחדש וכמובן להתאים את התקציב הזה לקיצור תורים, אם אין תורים לא צריך קיצור תורים זה ברור. איזה שאלה.

**דוברות:**

אבל חייב להיות מנגנון ששומר שלא יהיה תורים חדשים.

**פרופ' גבי בן נון:**

בדיוק, ופה -

**השרה יעל גרמן:**

- שלוש פעמים מיליארד וחצי לתקציב.

**דוברות:**

מיליארד וחצי זה תקורות וכוח אדם וכו' וכו'. ואת עושה התאמות -

**השרה יעל גרמן:**

פעם אחת ולשומר.

**פרופ' גבי בן נון:**

הוא צדק, החוכמה היא לא לעשות לכן אני לא קורא לזה חד פעמי החוכמה היא לא לעשות איזה שהוא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

פרויקט חד פעמי קיצור תורים כי הניסיון מוכיח כל פעם שעשית פרויקט חד פעמי, זה מיד הם יתארכו.

צריך לעשות את זה בצורה מדורגת, לבחון את זה מחדש ולשנות את התמריצים בהתאם אבל כסף שם תצטרכי.

המרכיב השלישי של התקציב הנוסף שאני חושב שצריך לומר אותו, זה המרכיב של השקעה, אנחנו דיברנו על השקעה גם בתשתיות של מיטות, גם בתשתיות של כוח אדם.

**דוברות:** זה בנוסף למיליארד?

**פרופ' גבי בן נון:** בוודאי,

**דוברות:** בסדר אני רוצה -

**פרופ' גבי בן נון:** עכשיו אפשר לבוא ולומר, זה לא יגיע לסדרי גודל של עשרה מיליארד שקל, זה לא יגיע לסדרי גודל של שמונה מיליארד שקל אבל זה יהיה מיליארדים תראו.

יש פה, אני בזה מסיים, אפשר לבוא ולומר את מה שאני שומע הרבה, תגיד לי איפה אתה חי, מי ייתן לך כסף, תראה מה קורה עם תקציב המדינה.

**השרה יעל גרמן:** הגעת עכשיו לארבעה חמישה מיליארד.

**פרופ' גבי בן נון:** סדר גודל, נכון, מסכים,

**דוברות:** אני אמרתי לך התחלתי להיות מאושרת.

**פרופ' גבי בן נון:** נכון מסכים, אז אפשר לבוא ולומר לי תשמע, ביטחון עניינים, מה גילינו בוננזה בחיך ואני אומר ברור לי שיש אילוץ של תקציב, אבל אני רוצה שאתה גם, סליחה על השימוש בביטוי, תג מחיר, אני רוצה שארבעה מיליון שקל האלה יהיו על שולחן מקבלי ההחלטות ושהם יעשו את התעדוף, זה כל מה שאני רוצה.

כי אם אנחנו נתחמק ומראש נוותר, זה פשוט לא יהיה שמה, אז יהיה שם עוני, יהיה שם ביטחון יהיה שם כל מיני דברים ולא יהיה בריאות. אני חושב שזה החוב שלנו לשים את זה על השולחן ואחרי זה שילכו מקבלי ההחלטות ושיחליטו מה הם מעדיפים.

**השרה יעל גרמן:** אני חושבת שאפשר בהחלט למחוא כפיים, אני באמת חושבת שזה אחד הדיונים הטובים ביותר שהיו

לנו, קודם כל, כל אחד הקשיב לשני בשקט ולא היו התפרצויות. שנית באמת היה כאן דיון מעמיק.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

דורון, אנחנו נשלים את המודל של משרד האוצר, האם יש איזה שהוא מודל נוסף שלא הושלם, כן? יוג'ין יוליה.

**דורון:**

מה שהודעתי לסדר יום ביום ראשון משתיים עד חמש בר סימן טוב ואורי, הפסקה של חצי שעה השלמת המודל של יוג'ין ושל קובי, חסר שם כל הפרק של המספרים הם לא נכנסו אליו עוד בכלל. אם יותר זמן ואני מעריך שיותר זמן אז נדבר על מודל התמחור שהוזכר היום, זה לא לתמחור עצמו אלא על מדיניות התמחור, אני לא מעריך שיישאר הרבה זמן אבל אם יישאר זה סדר הגודל.

הדיון מתחיל בשעה שתיים ונגמר בשעה תשע,

**דוברות:**

שנדע להכין את עצמנו אתה צופה שהוא ידבר על תמחור ביום ראשון?

**דוברות:**

אני הכנסתי את זה לסדר היום.

**סוף**