

במהלך הדיונים נשאלנו מספר פעמים מה תהייה עמדתנו ביחס לשילוב הרפואה הפרטית במסגרות המערכת הציבורית (שר"פ), אם כמות המשאבים שתעמיד הממשלה לרשות המערכת הציבורית תהייה גדולה מספיק.

לפני שנתייחס לשאלה זו במפורש חשוב לנו להבהיר שאיננו תומכים בשר"פ במתכונתו הלא מפוקחת כפי שהוא מתקיים היום. מצד שני, חשוב גם להבהיר שאנו בהחלט סבורים שיש מקום לרפואה פרטית במדינת ישראל. השאלה היחידה העומדת על הפרק, בעינינו, איננה אם תהיה או לא תהייה רפואה פרטית בישראל, אלא מהו המודל הנכון ביותר לשילוב בין השתיים.

תמיכתנו במבנה ובמתכונת של ה"מודל המשולב" כפי שהוצע על ידינו נובעת ממספר סיבות שונות, כל אחת חשובה בפני עצמה. שלושת הסיבות העקריות הינן:

1. תוספת משאבים משמעותית למערכת הציבורית אנו סבורים ששילובה של המערכת הפרטית במסגרת המערכת הציבורית עשויה להוסיף כמות משמעותית של משאבים למערכת הציבורית. להערכתנו (ואנו אומרים זאת בזהירות) מדובר בלמעלה מחמש מאות מיליוני שקלים בשנה של כסף חדש שיכנס למערכת הציבורית (במקום הרווחים של בעלי העניין השונים ותשלומי השכר הגבוהים מאד הנהוגים כיום במערכת הפרטית). מעבר לכך, יהיו למודל יתרונות רבים עקיפים, ביניהם נוכחות של רופאים בבתי החולים וניצול נכון יותר של המשאבים הציבוריים. אנו סבורים, שלאור הצרכים הגדולים מאד של המערכת הציבורית הנדרשים לה הן כדי לחזור לדרך המלך (קיצור תורים, הנהגת מודל הפול טיימר, שיקום התשתיות, חיסול גרעונות קופות החולים, הקטנת ההשתתפויות העצמיות בסל הציבורי, הגדלה משמעותית מאד של כוח האדם, שיקום בריאות הנפש, קידום משמעותי של תחום הרפואה המונעת ואורח חיים בריא ועוד), הן לאור ההתפתחויות הטכנולוגיות הרבות והחשובות הצפויות לנו בשנים הקרובות (אם להסתמך על הניסיון בשלושת העשורים האחרים) והן לאור הזדקנות האוכלוסייה המהירה בישראל, הרי שגם אם הממשלה תעמיד לרשות המערכת תקציבים נאותים, תוספת המשאבים לה נדרש בשנים הבאות היא כל כך גדולה וחשובה, שזו תהייה טעות גדולה מאד ופגיעה בחולים, אם נוותר על מקורות אלה. **מובן שנקודה זו מתעצמת אם הממשלה לא תעמיד לרשות המערכת כמות סבירה של משאבים.**

2. ייעול המערכת הפרטית אנו מכירים היטב את כשלי השוק וההשפעות החיצוניות (השליליות והחיוביות) של המערכת הפרטית. כשלים אלה, אין משמעותם שיש לנסות ולחסל לחלוטין מערכת זאת, דבר שהוא, כאמור, לא רק לא נכון אלא גם בלתי אפשרי, ובסופו של דבר עלול לגרום ליותר נזק מאשר תועלת. בעינינו הדרך הנכונה והפרקטית ביותר ליעל ולנהל את המערכת הפרטית היא לא על ידי הרחקתה (מהעין) אלא על ידי הכלתה במסגרת המערכת הציבורית. אחד הנימוקים המרכזיים להתנגדות למודל המשולב, אותו הצענו, בקרב כמה מחברי הוועדה ורבים מחוץ לוועדה היה ש"לא ניתן יהיה לפקח עליו". ברור שפיקוח כזה, אם נרצה, לא רק אפשרי אלא גם קל לביצוע כפי שניתן ללמוד ממדינות רבות ומהמלצות המומחים. יתירה מכך, אף אחד מאלה שהעלו טיעון זה לא שכנע אותנו שאם הרפואה הפרטית תתבצע בעשרות ואולי מאות המרפאות, בהן היא מתבצעת היום ועוד רבות שתתווספנה בשנים הבאות, מחוץ למתקני המערכת הציבורית, אזי כן ניתן יהיה לפקח עליה ביתר קלות. נהפוך הוא, אנו משוכנעים שכמעט כל מנגנון של פיקוח או ריסון המערכת הפרטית שניתן לחשוב עליו, יהיה קל ויעיל יותר להפעלה, עם סיכויי הצלחה גדולים הרבה יותר, אם עיקר הרפואה הפרטית תתבצע במסגרת המערכת הציבורית. **בהקשר זה אנו סבורים, שבמידה רבה, ההתנגדות למודל המשולב על בסיס חוסר היכולת לפקח עליו, כמוה כמדיניות של בת יענה: אם לא רואים את זה (במערכת הציבורית), אז זה לא קיים. אנו חושבים שכמו בהרבה מחלות לא פשוטות המצב הוא**

בדיוק הפוך, ככל שאנחנו רואים את זה פחות היום, נרגיש את זה יותר מחר. רק שאז זה כבר יהיה מאוחר!

3. מתן עצמאות תקציבית מסויימת למערכת הבריאות הציבורית השחיקה שחווינו במערכת הבריאות הציבורית בחמש עשרה השנים האחרונות, ממחישה לנו יותר מכל את התלות הכמעט מוחלטת של מערכת הבריאות הציבורית בשיקולים תקציביים (שבמקרים רבים הם קצרי טווח) כמו גם באילוצים, העדפות, עמדות ודעות של משרד האוצר. (בהקשר זה, דיוני הוועדה, בעיקר בתקופה האחרונה, היו מעין מיקרו קוסמוס של אשר קורה, בכל הקשור להקצאת המשאבים, במערכת הבריאות). המערכת זקוקה למקורות תקציביים נוספים בלתי תלויים ומנותקים ככל האפשר מהאילוצים והשיקולים לעיל (כפי שהתכוון המחוקק בחוק בריאות הממלכתי). המערכת הפרטית יכולה בהחלט לשמש מקור תקציבי זה. מעבר לכך, מקור זה הוא גם יחסית פחות רגיש לזעזועים ושינויים מקרו כלכליים והוא מומלץ ע"י מומחי ה-OECD.

שילוב הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית הוא איננו נטול סכנות ובעיות. אנו בהחלט ערים להן וחרדים מהן. אולם, אנו עדיין סבורים, שבהתנהלות נכונה, ניתן להתמודד עם בעיות אלה בצורה טובה יותר מאשר עם כל הבעיות שמתעוררות עם החלופות האחרות (לפחות אלה הריאליות) שהוצעו.

מכל הסכנות הכרוכות בהנהגת המודל אנו חושבים שהגדולה ביותר היא העובדה שעל ידי יצירת מקור הכנסה נוסף למערכת הציבורית, אנו למעשה פותחים את הדלת בפני הממשלות הבאות להקטין את מחויבותן למערכת הבריאות הציבורית. זהו כאמור חשש רציני מאד. לאור זאת, עמדתנו (כפי שהבענו אותה גם מספר פעמים בדיוני הוועדה) היא שעלינו לנקוט בשלושה צעדים מקבילים, המשתלבים זה בזה, ובשום אופן אל לנו לתמוך באחד ללא האחרים. שלושת הצעדים הם:

- תוספת משאבים משמעותית כפיצוי על השחיקה בחמש עשרה השנים האחרונות ועל מנת שהמערכת תוכל לבצע את השינויים הנדרשים לה כדי לחזור לדרך המלך (כפי שנאמר לעיל בעניין זה).

- הנהגת מנגנון עדכון אוטומטי, בהתאם לזה שהוצע על ידי גבי בן נון וקובי גלזר, על מנת להבטיח את המשאבים גם בשנים הבאות.

- הכללת המודל המשולב במסגרת המערכת הציבורית.

עמדתנו היא שללא נקיטת כל שלושת הצעדים הללו, כמות המשאבים שתעמוד לרשות המערכת לא תספיק לה כדי לבצע את כל אותן הפעולות והשינויים להם היא נדרשת. ללא נקיטת שלושת הצעדים הללו, קיים חשש אמיתי לעתידה של מערכת הבריאות הציבורית, בכלל, ולישום חלק גדול מההמלצות של הוועדה שאנו חברים בה, בפרט. יתירה מכך, אם המלצות הוועדה כן תיושמה ללא התוספת הנדרשת של משאבים, הרי ישנה סכנה שיישומן יבוא על חשבון רכיבים אחרים, חשובים לא פחות.

בברכה

קובי גלזר יוג'ין קנדל