



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

משרד הבריאות

ועדת גרמן

יום ראשון, י"ח באייר התשע"ד, 18.5.14

חברי הועדה

היו"ר - השרה יעל גרמן

פרופ' רוני גמזו

פרופ' ארנון אפק

פרופ' גבי בן נון

פרופ' יוג'ין קנדל

ד"ר שולי ברמלי

עו"ד לאה ופנר

ד"ר עזיז דראושה

פרופ' לאה אחדות

מר אורי שמרת

פרופ' קובי גלזר

גב' יוליה איתן

גב' פנינה קורן



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מר ניר קידר

מר ערן פוליצר



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ישיבת הוועדה

גב' יוליה איתן:

האמת היא שאנחנו ממשיכים את הצגת המודל. כיוון שהיה הפרש די גדול בזמנים בין הפרק הקודם לבין המשך ההצגה אנחנו נעשה תקציר מאוד מאוד קצר ונגיע לתכל'ס, ונקווה לסיים את זה. יוג'ין יצטרף אלינו בהמשך, קובי ואני נציג את המודל. נתחיל עם קובי.

פרופ' קובי גלזר:

אני רוצה להתייחס בקצרה מאוד לנושא שהיה בדיונים הקודמים וגם שלחתי עליו מסמך, אבל הוא חלק מהמודל שלנו, לכן יש לו מקום בהצגה שלנו. זה מה שאני קורא שני הדברים ביחד, גם הסדרי הבחירה וגם המחירים. אולי לפני כן משפט אחד שמאוד חשוב לי להגיד אותו, הוא נכון לכל מה שאנחנו עושים פה, הוא בטח נכון לחלק הזה. יש לא מעט לחץ עלינו לסיים את העבודה וזה בסדר, אני חושב שאולי גם בצדק, אני לא יודע, אבל התקשורת לוחצת, כולם לוחצים. אני רוצה לעשות הבחנה בין הזמן לסיים את העבודה לבין הזמן שיתבקש ליישם את כל המסקנות. אני רואה את העבודה שאנחנו עושים פה כאיזה שהיא מפת דרכים ואני גם חושב שעם חלק מהדברים צריך לחשוב על זה כמשהו שייקח שנתיים ושלוש. אני לא נבהל מזה, אני מעדיף פתרון נכון ויסודי שייקח קצת יותר זמן על משהו שאולי אפשר לעשות אותו תוך שנה, אבל הוא לא באמת מה שאנחנו היינו רוצים לעשות. לכן אני חושב שגם אם אנחנו מחליטים היום על הכוונות, לא היום, אבל ממליצים על הכוונות ומקימים אחרי זה איזה שהוא צוות יישום, כמו שקרה עם חוק בריאות ממלכתי, שגם לא יושם מיד אחרי שהמלצות ועדת נתניהו בזמנו יצאו, אז זה גם נכון מבחינתי, ואני אומר את זה כי חלק מהדברים שאני הולך להגיד, או שאנחנו נגיד ואחרים אמרו, גם בנושא הביטוחים ודברים אחרים, זה דבר שהוא נראה קצת שינוי דרמטי, זה לא משהו שמחר בבוקר עושים אותו. הוא דורש התארגנות של השחקנים, של המערכת, אבל אני עדיין שלם איתו.

לגבי הסדרי הבחירה, אז היה דיון, וגם לפני שהיה דיון אני כבר כתבתי מספר מסמכים בנושא הזה וגם שלחתי מייל ארוך ומפורט לוועדה, מה עמדתי או עמדתנו. אני רק רוצה באמת את העקרונות, אני לא אכנס יותר מדי לנימוקים, כי הם כבר הופיעו ואפשר לדבר עליהם, אני רק אומר בעיקרון. אני חושב שהשינוי הראשון שצריך להתבצע, אבל הוא חייב לבוא במשולב עם הדברים האחרים, הוא לא יכול לבוא כשלעצמו, זה שהדיפולט יהיה שאנשים יכולים לבחור איזה בית חולים שהם רוצים. הנימוקים, כבר כתבתי אותם ואמרתי אותם, אבל זה הדיפולט. כלומר אנחנו מחליטים שמעוד איקס זמן כל מבוטח יכול לבחור בכל בית חולים שהוא מעוניין בו.

אם קופה רוצה להגיע להסדר מיוחד עם בית חולים או קבוצת בתי חולים, לגבי פרוצדורה מסוימת או אוכלוסייה מסוימת, אני חושב שזה בסדר, ואני חושב שיהיו אולי הרבה כאלה ואני חושב שקופה שדואגת למבוטחים שלה צריכה בהחלט לעשות את זה. אני רוצה לראות מצב שבו מנכ"ל כללית יושב עם מנכ"ל תל השומר ומנכ"ל רמב"ם ואומר, 'רבותי', אני רוצה לעשות משהו למבוטחים שלי אצלכם, הנה המודל שאני חושב עליו, הנה הכסף שאני שם על המודל הזה ועכשיו בואו נסכים על משהו, ואם זה יקבל את אישור משרד הבריאות אז יופי, אז אני לא שולל את הדבר הזה. אבל אני חושב שרק אחרי שהשתכנענו שיש מקום



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

באמת להסכם כזה שהוא טוב למבוטחים וטוב למערכת ואז אני בעדו. אבל זה בעיניי היוצא מן הכלל שאולי יהפוך לכלל, אבל הכלל הוא שלמבוטחים יש את זכות הבחירה ועל ידי זה מה שאני עושה זה שהתחרות בין בתי החולים תהיה על איכות הטיפול למטופלים, מה שלא קורה לדעתי מספיק היום. היום עיקר התחרות בין בתי החולים, ואמרתי את זה כבר כמה וכמה פעמים, אין טעם שאני אחזור על זה, היא בהרבה מובנים מול הקופה, מול מי שיתן לקופה את התנאים הטובים יותר, את ההסדרים הטובים יותר, שבעיניי לא בהכרח עוזר למבוטחים.

אז אני לא אאריך עכשיו בנימוקים, אני מוכן כמובן לענות על שאלות בהקשר הזה, אני טוען שבמודל הישראלי היום לקופות החולים אין תמריץ ליצור התקשרויות מהסוג שתועיל למבוטחים ולכן עיקר ההתקשרות היא על בסיס ההנחות ואני חושב שזה לא נכון.

החלק השני שהוא בעיניי מאוד חשוב, ואני כתבתי עליו עוד לפני 15 שנה ו-20 שנה ולצערי ההצעה אז לא התקבלה והתקבלו הצעות אחרות, כמו מודל הקאפינג, שלדעתי זה היה יישום גרוע של רעיון שבבסיסו היה נכון. הרעיון הוא שקופות החולים תשלמנה לכל בתי החולים את אותו תעריף על כל פרוצדורה, או על כל דיאגנוזה, אני בעד מודל ה-DRG, אבל מבחינת המחיר שהן משלמות לרמב"ם או לאיכילוב או למי שזה לא יהיה, בית חולים אחר, הוא אותו תעריף, כך שהן אדישות לאיזה בית חולים הוא הולך. שוב, אני לא מדבר על ההסדרים המיוחדים, והמחיר הזה צריך להיות בעצם בגדול, לא תמיד קל לעשות את זה, ההוצאה המשתנה בממוצע על הפרוצדורה הזו, או על הדיאגנוזה הזו. אני לא חושב שקופת החולים צריכה במחיר שהיא משלמת לשאת בכל מיני עלויות שהן עלויות של בית החולים והן חשובות מאוד, ואני עוד רגע אומר עליהן משהו, אבל הן לא צריכות להיות חלק מהמחיר שהקופה משלמת. שוב פעם, מה שאני אומר בעיניי זה א'-ב' של כלכלה. סבסוד צולב בדרך כלל בהיבטים האלה הוא דבר לא נכון, עיוות של המחירים בכל מיני צורות, להפיל על המחיר שהקופה משלמת עבור ניתוח, גם את עלויות המחקר וגם הוצאות קבועות וגם סבסוד פריפריה וגם מה שאתם רוצים, לדעתי זה לא נכון. המחיר צריך להיות המחיר שמשקף את ההוצאה. זו נקודה ראשונה, ובי"ת, המחיר הזה צריך להיקבע על ידי גוף מקצועי ולא על ידי המנגנון שקיים היום, שהוא מנגנון של משאים ומתנים.

בעצם פה יש שני מודלים חילופיים, מודל חילופי אחד שקופת החולים, יש לה את הזכות לבחור עם איזה בתי חולים להתקשר והכוח שיש לה בעזרת הזכות הזו, או הזכות הזו נותנת לה את הכוח לנהל משא ומתן מול בית חולים ולומר לבית החולים 'אם אתה לא נותן לי את התנאים שאני רוצה, כקופה, אז אני יכולה להפנות את החולים שלי לבית חולים אחר' והיא משתמשת בכוח הזה לטובת הנחות ואולי לטובת שיפור האיכות. במציאות אחרת, במערכות אחרות, יותר גדולות, יותר תחרותיות, כמו המערכת האמריקאית אולי או האנגלית, אינני יודע מה, יכול להיות שהמודל הזה של משאים ומתנים עם selective contracting הוא המודל הנכון. במודל הישראלי, שזו מדינה יחסית קטנה עם ארבע קופות, כשבעצם שתיים מתוכן יחסית חזקות ואחרות פחות, אני לא מכיר שום תיאוריה, שום כלכלה, שאומרת שהשיווי משקל שמתקבל במשאים ומתנים האלה הוא יעיל, ולכן היה חשוב לי גם



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

במסמך לעשות הבחנה בין הורדת עלויות להתייעלות. הורדת עלויות זה דבר שהרבה פעמים קל מאוד לעשות אותו, אני יכול מהר מאוד להוריד את העלויות של קופת חולים בחצי, האם זו התייעלות? זו פשוט פגיעה באיכות, או פגיעה בעובדים, או אינני יודע מה. אני חושב שהמודל היום של ההנחות שמתקיים, של משאים ומתנים, מביא להורדת עלויות של בתי החולים, האם זה מביא להתייעלות? לחלוטין לא, בעיניי, ואני גם לא, שוב פעם, כמה שאני מכיר את הספרות ואני חושב שאני מכיר כלכלה לא רע, לא רק מבריאות, אין שום סיבה לחשוב שהמשא ומתן הזה בין מונופולים למונופסונים מגיע למודל יעיל. אין שום סיבה. לכן אני חושב שהחלופה היא שאין משאים ומתנים אלא במקרים חריגים, שוב פעם, ומיוחדים, והמודל הוא שהמחירים נקבעים על ידי גוף מקצועי שאומד את ההוצאות המשתנות. זה לא פיזיקה, לא נגיע פה למספר מדויק, ולכן בית החולים מקבל מהקופה תעריף לפי אותו מנגנון שנקבע על ידי גוף מקצועי. אני בעד מודל ה-DRG, אבל אולי אפשר לחשוב על מודלים אחרים.

דוברת: קובי, אתה אומר שאתה לא מכיר מודל או מקום שבו בתיאוריה מדברים על זה שבמאפיינים הישראליים של מערכת הבריאות ימצא שיווי משקל. האם אתה מכיר מקום אחר ששיווי המשקל, שהוא לא במשאים ומתנים וקונטרקט, כן מתקיים?

פרופ' קובי גלזר: לא, אני מכיר את הספרות, אני לא מכיר את המציאות, כי במציאות כל מודל הוא אחר. בספרות הכלכלית, ואנחנו יודעים ממזמן, תחרות משוכללת, כשיש הרבה קונים והרבה מוכרים, מביא ליעילות. יש אינפורמציה מלאה ושיעור ראשון בכלכלה. זה לא המצב, זו אחת הבעיות הגדולות בכל עולם הכלכלה שלקחו תיאוריה, שהייתה נכונה למצב מאוד מאוד מאוד תיאורטי ולא אמיתי, ולא ניכנס לזה עכשיו, ומיישמים אותה בכל מקום שהוא לא רלוונטי לחלוטין. במערכת הבריאות הישראלית, המודל של תחרות משוכללת שמביא ליעילות לא נכון לחלוטין, ואז כולם מסכימים שצריך, מה שאנחנו קוראים תחרות מנוהלת, או רגולציה, או איך שתקראו לזה. אני, במודל הישראלי, רואה שתי חלופות. אם מישו יציע חלופה שלישית אפשר לחשוב עליה, אני חושב שהחלופה שאני מציע או שאנחנו מציעים, שבה רגולטור מקצועי קובע את התעריפים ואני לא סוגר את הדלת, אם מחר קופה רוצה להגיע להסכם מיוחד עם בית חולים מיוחד ויש לה הנמקה, או רפואית או כלכלית, יכול להיות שנבוא ונגיד, תבוא קופה ותגיד, 'רבותי', אני לא רואה היגיון שכל החולים שלי בפרוצדורה הזו יתפזרו בין עשרה בתי חולים, עדיף לי לרכז אותם בשניים טובים, זה גם יחסוך עלויות, זה גם יעשה שיפור באיכות, זה גם ייתן לי תעריף יותר טוב, אני מוכן לחיות עם זה. אין לי שום בעיה עם זה, אבל אני לא חושב שזה הכלל, אני חושב שזה צריך להיות איום על הקופה, תדעי, אם את לא מגיעה להסדרים כאלה טובים עם המבוטחים, המבוטחים יבחרו איך שהם רוצים. ובחלק מהפרוצדורות אני מקווה ומאמין שזה מה שיקרה.

דוברת: קובי, שאלה קטנה. זאת אומרת כללית תשלם לרמב"ם ולכרמל אותו דבר?

פרופ' קובי גלזר: כרמל זה קצת בעיה, בגלל שכרמל זה שלה.

דוברת: בסדר, אז תשלם לרמב"ם ולשיבא אותו דבר, האם שיבא יכול לקבל מכללית, בשונה מאשר הוא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מקבל ממכבי?

פרופ' קובי גלזר: לא, התעריפים הם תעריפים של המדינה, שכל הקופות משלמות לכל בתי החולים אותו תעריף.

דוברות: אז למה כרמל?

פרופ' קובי גלזר: חכי, יש פה סעיף רביעי לגבי בעלויות, כי בכרמל זו בעיה שזה בית חולים שהוא שייך.

מעבר לזה כמובן שבית חולים עושה עוד הרבה דברים שדורשים פיצוי או תגמול או תמרוץ. קודם כל יש הוצאות קבועות, שנית יש מחקר, שלישית יש הוראה, רביעית יש אולי סבסוד שאנחנו רוצים לתת לפריפריה כי הוא נמצא שם ואני רוצה לעודד את הפריפריה. אני לא חושב שהעידוד של הפריפריה צריך להיות דרך המחיר שקופת חולים משלמת לבית חולים. ולכן אני חושב, וזה משהו שכבר הצעתי מזמן, ושוב פעם, זו לא המצאה שלי, זה מודל קיים בהרבה מאוד מקומות, לא רק בבריאות, לעשות תקציב נפרד בידי משרד הבריאות או גוף אחר, שנועד לממן כל מה שמעבר להוצאות המשתנות או ההוצאות עבור הפעילות או עבור הססיות. התקציב הזה, שיהיה בידי משרד הבריאות, יכסה קודם כל חלק מההוצאות הקבועות. אפשר אולי חלק קטן מההוצאות הקבועות להפיל גם על המחירים, אבל בגדול חלק מההוצאות הקבועות ימומנו על ידי אותו תקציב. המחקר ימומן על ידי התקציב הזה או על ידי תקציב ות"ת, יש את המסמך שאבי ישראלי ואני כתבנו, בדיוק איך האוניברסיטאות צריכות לשלם לבתי החולים על המחקר ועל ההוראה. אני חושב שזה בהחלט לגיטימי שבתי החולים יקבלו כסף למחקר והוראה, אבל לא דרך התעריף שקופת חולים משלמת. ואם אנחנו רוצים לעודד פעילות מסוימת בפריפריה ואנחנו חוששים שבגלל מה שקורה היום רוב האנשים יגיעו דווקא לשיבא וחשוב לנו שהם יגיעו גם לפריפריה, בואו ניתן לבית החולים בפריפריה איזה שהיא סובסידיה לחזק את הפרוצדורות האלה או את המחלקות האלה. שוב, אני בעד זה מאוד אבל זה לא חלק מהמחיר ואני חושב שהמנגנון הזה הוא מנגנון שלדעתי הוא יותר נכון כלכלית, יותר יעיל והוא לטובת המבוטחים או לטובת המטופלים.

שאלה מאוד גדולה, יש לי דעה עליה ואני חושב שאפשר לעשות אותה, זה לא קורה מהיום למחר, זה הנושא של מה קורה עם בתי חולים שהם בבעלות הקופה, איך אז המודל משתלב עם הדבר הזה. ושוב, אני לא מדבר על משהו שקורה מהיום למחר. אני רק רוצה להזכיר לכם משהו שהוא לחלוטין לא רלוונטי אבל הוא קרה. לפני 20 שנה מדינת ישראל החליטה שהבנקים, שעד אז הייתה להם גם פעילות פיננסית וגם פעילות ריאלית ענקית, הבנקים הגדולים, להזכיר לכם, דיסקונט שלט ב-IDB, לאומי שלט בכלל או בכור, באה המדינה ואמרה, 'רבותי', בנקים זה בנקים ופעילות ריאלית זה פעילות ריאלית ואנחנו עכשיו עושים הפרדה'. אני חושב שצריך לשקול לעשות איזה שהיא הפרדה בין בתי החולים של הקופות, או של הקופה, או של הקופות אם אנחנו מדברים על אסותא, לבין הקופה. יכול להיות שהמודל הנכון הוא שהבעלות תישאר, כי אחרת זה בעיה של עובדים ושל נכסים ולשערך את הנכסים, יכול להיות שהבעלות תישאר, אבל לעשות הפרדה במובן שאני כקופה אני בעלים של זה ואני בעלים של זה, אבל זה לשני גופים עם דירקטוריונים נפרדים, כלומר דירקטוריון של בית החולים הוא דירקטוריון של בית החולים, הוא דואג לאינטרסים של בית החולים, הדוחות הכספיים הם הדוחות הכספיים של בית החולים. אם אנחנו מסכימים על מודל כזה, שוב פעם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הקופה לא מוותרת על בית החולים כנכס, אבל היא מוותרת עליו כבעלים במובן העסקי ואז בעצם ההתקשרות בין בית החולים לקופה תהיה על אותו בסיס של אותם מחירים בדיוק, כי יש לנו כבר את המחירים שנקבעו. זה כמו בעצם היום שהמדינה היא בעלים של בנק.

דוברות: זה כמו רשות אשפוז, מה שאתה מציע.

פרופ' קובי גלזר: בדיוק אותו דבר. המדינה היא בעלים של בנק, עדיין זה לא אומר שהיא מתערבת נגד הבנקים האחרים. אני חושב, שאם מדברים שלוש או ארבע שנים קדימה, זה שתי - - -

דוברות: אי אפשר לעשות, מדינה מול קופה, זה - - -

פרופ' קובי גלזר: לא מדינה מול קופה, זו קופה שהיא בעלים של בית חולים, אבל לבית החולים יש דירקטוריון עם דוחות כספיים וההתקשרות בינו לבין הקופה בנושא של רכישת שירותים היא כמו ההתקשרות בין בית החולים למכבי. במובן הזה אינני רואה סיבה מדוע בלינסון לא יכול להתקשר עם מכבי כמו שהוא מתקשר עם הקופה כשהתעריפים נקבעים.

יש כמובן עוד שאלות שצריכות להיסגר פה, אני לא רוצה לומר שזה פשוט יותר, אבל בגדול אלה הרעיונות לגבי הנושא הזה של הבחירה.

דוברות: איזה סיכונים אתה חושב שיש להצעה כזאת?

היו"ר השרה יעל גרמן: רגע. אנחנו לא נענה על השאלות, חברים, אני רוצה הפעם שנסיים ואנחנו נמצאים עכשיו רק בתמצות. אז תרשום לך את השאלה.

דוברות: לי יש רק שאלת הבהרה.

היו"ר השרה יעל גרמן: אז גם תרשמי לך, כי את תשאלו והוא ישאל וזה ואנחנו לא ננוע קדימה, נהיה במקום. בוא נמשיך עד הסוף, אז אנחנו נפתח.

גב' יוליה איתן: אז בואו נרוץ. שקף שכולנו כבר בטח שינו וזוכרים אותו ובכל זאת אני רק רוצה שתשימו לב, ממוצע ה-OECD, אני רוצה שתחברו לזה גם את מבנה הגילאים ואת המבנה ורמת השירות ותזכרו איפה נמצאת ישראל. ההוצאה שלנו היא הקטנה יותר. יש הרבה הסברים לפעמים בינינו לבין ממוצע ה-OECD ואנחנו רוצים להתייחס לזה. בעצם אנחנו רוצים להציע איזה שהוא יעד שיקרב אותנו ל-80% מההוצאה של ה-OECD היום ביחס למצבה של ישראל ב-2024. כלומר שבועד עשור ההוצאה הציבורית שלנו תהיה ל-80% מההוצאה של ה-OECD היום. כשבעצם הטענות המרכזיות יכולות להיות זה שאנחנו צעירים, האמירה היא נכונה, אבל בעוד עשור אנחנו נהיה דומים בגילאים למה שה-OECD היום ואנחנו יותר יעילים, וזה גם נכון, ולכן אנחנו מציעים 80% ולא 100% ממבנה העלויות של OECD. שוב, הרמה של אירופה היום בעוד עשור. אנחנו לוקחים פה את



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הנתונים כאשר - - -

דוברות: מה ההערכה של האירופאים ב-OECD בעוד עשור?

היו"ר השרה יעל גרמן: הוא רוצה לדעת כמה ב-2024 יהיה ה-OECD, יכול להיות שזה יהיה 60% או 70%.

גב' יוליה איתן: כן. אנחנו לא רצינו להיצמד לזה, כי מה שחשוב זה שאנחנו נתבונן על עצמנו ואנחנו, במבנה הגילאים שלנו ומקדמים נוספים, נהיה דומים ל-OECD כפי שהם היום, ועל מנת להגיע לשם אנחנו צריכים להבין שההוצאה הציבורית בישראל תהיה 5.4 מהתמ"ג, כלומר אנחנו עדיין נהיה נמוכים יותר מממוצע ה-OECD כאשר המשמעות של הגעה ליעד של 5.4 זה גידול בקצב ההוצאה של 5.8. בשביל להיות 5.4 בעוד עשור אנחנו צריכים לגדול בקצב של 5.8 והמשמעות בכסף היא תוספת של כ-2.5 מיליארד כל שנה. אני רוצה בנקודה הזאת להזכיר שאנחנו הגענו לחישוב הזה מחישוב של איזה שהוא ערך נורמטיבי, החישוב הזה מאוד דומה לחישוב של מודל גבי וקובי, שעשה את החישוב אחורנית ועשה קידומי מחירים ודמוגרפיה ודברים נוספים. אגב, באמת שלא עשינו פה reverse engineering. הופתענו, כי בהתחלה כשראינו את המספרים שלהם חשבנו שהם מוגזמים לחלוטין.

ובעצם אנחנו רוצים להגיד מה המשמעות של אותה עמידה ביעד נורמטיבי. מה שאתם רואים לפניכם זה שאם אנחנו ממשיכים לצמוח בהוצאה ציבורית לבריאות - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: הציגו. רוצי מהר, כי אחרת לא נסיים היום. כולנו זוכרים את זה, זו הייתה מצגת נהדרת.

גב' יוליה איתן: או קיי, גם במצב העסקים כרגיל, כולל התוספות הגדולות שהמדינה נתנה בחמש השנים האחרונות אנחנו ממשיכים לרדת, גם אם אנחנו ממשיכים באותו מצב. בשביל לשמר את המצב הקיים אנחנו צריכים לגדול ב-4.4 וה-5.4, וזו המשמעות בכסף. התוספות בכסף, זה לא ערך מהוון, כשהדגש הוא על זה שעסקים כרגיל זה לא דבר מובטח אלא אנחנו צריכים לחשוב על מנגנונים שיודעים להביא אותנו לכאן.

בעצם אני מגיעה למודל ההיברידי. שימו לב, אנחנו באנו ואמרנו, יש הרבה כלים כיצד אפשר לגבש את אותו סכום משאבים שאנחנו מחפשים ומייחלים לו על מנת לספק את רמת הרפואה שאנחנו מדברים עליה. אנחנו לא ניכנס עכשיו לכל אחד מהרכיבים בתוך הכוורת. אני רוצה להדגיש שיש שר"פ ויש מודל משולב, ויש הבדל בין שר"פ למודל משולב וההבדל המרכזי והמהותי זה הקשר הכלכלי הישיר בין המטופל לבין הרופא המטפל. שר"פ מניח קשר ישיר, במודל שלנו אנחנו מנתקים את הקשר הכלכלי בין המטופל לבין הרופא המטפל ומכניסים מנגנונים של סינון ובקרה וניהול שלא קיימים בשר"פ.

זאת תזכורת, אבל כדאי שהיא תלווה אותנו בחשיבה כשאנחנו נסתכל על כל המודלים. כל תוספת המקורות, גם המודל המשולב וגם עם מס בריאות וכל מה שזה לא יהיה, כל עוד לא נמצאה השיטה לעגן את התקציבים הקיימים זה תמיד יכול לבוא כקיזוז אל

מול הסובסידיה הממשלתית וזה תקף גם לגבי המודל המשולב. אנחנו לא מתחמקים מהנקודה הזו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יש אמירה מסוימת לגבי הרגולציה, כי זה הבסיס לכל היכולת שלנו להבנות את המודל. אנחנו מניחים שרגולציה אפשרית. רגולציה אפשרית ברגע שהולכים על רגולציה של כמויות ותפוקות ברמה המספרית. וזאת רגולציה יחסית פשוטה, אנחנו חושבים שאפשר לייצר בעידן הדיגיטלי ובהינתן כל האינפורמציה הזורמת בתוך בתי החולים מערכי בקרה טובים ויעילים, במיוחד אם נוצרים תמריצים לכך ומבחינתנו כל בתי החולים, ופה אנחנו חושבים שיש מקום להכניס את כל בתי החולים, גם של כללית וגם בתי חולים פרטיים, לאיזה שהם מהלכי רגולציה כוללים ורוחביים, כי היום אנחנו רואים פערי רגולציה ואנחנו חושבים שזה לא לטובת המטופל הישראלי, וזה עומד ברקע מבחינתנו.

המודל המשולב, אני רוצה רגע להציג את המודל עצמו. בעצם המטרה של המודל הזה היא להפוך את המערכת הציבורית למוקד העיקרי של המחויבות ופעילות עבור הצוותים המטפלים לטובת החולים הציבוריים. אנחנו באים ואומרים מבחינתנו הפעילות הרפואית בעיקרה צריכה להיווצר בתוך המערכת הציבורית. אנחנו אומרים שלבתי החולים תהיה נגישות לכל סוגי מקורות המימון, ציבורי ופרטי, לטובת השגת אותה המטרה כאחד, אבל לא יהיה כל קשר כלכלי בין המטופל לרופא. אנחנו בעצם עוברים פה ממודל אמריקאי הקלאסי שבו בעצם הרופא השתמש בתשתית המודל השר"פי, נקרא לזה ככה, שבו הרופא משתמש בתשתית של בית חולים בשביל למכור שירותים פרטיים למודל שבו בית החולים מעניק שירותים באמצעות הרופאים שעובדים אצלו, ההוספיטליסט.

פרופ' קובי גלזר: זו היום מגמה בארצות הברית, מי שמכיר, שעד לא מזמן בארצות הברית בתי החולים היו בעיקר מודל כמו אסותא, שבו הרופא מקבל זכות בבית החולים להביא את החולים שלו. הוא מתקשר עם החולה, מסכמים מחיר ואז משתמשים בתשתית. היום בארצות הברית עוברים יותר ויותר למודל ההוספיטליסט, שבו הרופא הוא עובד מלא של בית החולים, הוא מקבל משכורת, או לא משנה לפי איך הוא מתוגמל, אבל ההתקשרות היא לא בינו לבין החולים, אלא בינו לבית החולים ובית החולים יוצר את הקשר עם המשלמים, המבטחים וכדומה. זו המגמה החדשה שישנה.

דוברות: אבל המטופל בוחר ברופא.

פרופ' קובי גלזר: יש כל מיני מודלים. הוא יכול, אבל הרופא הוא עובד של בית החולים ולכן ההתקשרות היא בין בית החולים למבוטח. שוב, באמריקה יש הכול, אני רק אומר שזו מגמה שקיימת היום.

דוברות: במה זה שונה מהדסה?

גב' יוליה איתן: כי זה לא נעשה כביכול בזמן הפנוי של הרופא שבו הוא מעביר תקורה על שימוש בתשתיות לבית החולים. התפיסה היא אחרת. התפיסה שהפעילות נעשית על ידי בית החולים ובית החולים הוא היזם של הפעילות והרופא מתוגמל על זה שהוא עושה פעילות נוספת. השאלה היא מי הוא יוזם המהלך.

דוברות: למה לא לקרוא לילד בשמו? פול טיימר?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

היו"ר השרה יעל גרמן: סליחה, הערות בסוף. יוליה, תמשיכי. אחר כך כל אחד יביע את דעתו כמו שעשינו בישיבה האחרונה.

גב' יוליה איתן: יש פה השלכות על מי מנהל את ההתקשרות הכספית, מי מנהל את החוזים ומי אחראי על הבקרה והפיקוח, יש לזה הרבה מאוד השלכות והשפעות.

אגב, אפרופו פול טיימר או לא פול טיימר, אני חושבת שהנקודה היא שהאאוט פוט הוא של הרופא שעובד בבית החולים, השאלה מה מקורות המימון לאותו אאוט פוט שכולנו רוצים לראות אותו.

מעבר לכך בית החולים התחייב על מנת לעבוד במודל המשולב. בית החולים מתחייב לעמוד ביעדים כמותיים בתחום הציבורי. כלומר אנחנו לא רוצים לראות מצב שבו הפעילות מוסטת לשעות הערב ולכן על מנת להיכנס למודל יצטרך להיות פה מערך רגולציה כמותי שהוא אפשרי - - -

דוברות: כלומר העבודה הנוספת מוסטת לשעות הבוקר.

גב' יוליה איתן: כדי שיהיה ברור שפעילות אחר הצהריים היא פעילות תוספתית לשעות הבוקר, אחרי שעמדנו ביעדים של שעות הבוקר ולא במקום, ולא רק זה, בפעילות שקורית אחר הצהריים בהכרח יהיה נפח משמעותי ורלוונטי בהתאם לרגולציה שתקבע של פעילות ציבורית.

אז, שוב, המודל המשולב הוא דבר שמחייב רגולציה. דיברנו על זה, הרגולציה נוגעת גם לשעות הבוקר וגם לשעות אחר הצהריים. הנהלת בית החולים תוכל לתגמל בנפרד את הצוותים שיסכימו להישאר ולבצע פעילות אחר הצהריים. התגמול, אנחנו מציעים שהוא יהיה גלובלי ויכלול בונסים על פעילות נוספת, כשהגדרה של מה היא פעילות נוספת יכולה לקחת בחשבון גם איזה שהיא הצטיינות בשעות הבוקר או טיפול בחולים מורכבים וייקבעו איזה שהם סטנדרטים לעניין הזה.

התורים והתיקים האישיים ינהלו בצורה מרכזית. זאת נקודת מפתח חשובה, מדיניות הצ'טלך שכל מזכירה מנהלת עבור הרופא שלה את הסדר והתורים, אנחנו באים ואומרים בואו נעשה את זה מסודר, שיהיו בקרה ופיקוח, הדברים יצטרכו לעבור דרך מערכות מחשוב ואנחנו חושבים שבשלב הראשון זה צריך להיות ברמת בית חולים וכן יש מקום לשקול הקמה של מרכז זימון תורים ארצי בדומה למודל הפורטוגלי. יש יתרונות לעניין.

אנחנו מוסיפים ואומרים שבעצם המשמעות של הניהול המרכזי היא שהיזום של הפעילות, אצל מי היוזמה, היא יוזמה של ההנהלה ולא של הרופאים. הדבר הזה חשוב לעניין התמריצים ודברים שדנו בהם בעבר, לעניין החששות שיכולים להיות על ההשפעה של פעילות פרטית בשעות אחר הצהריים.

יותר מזה, אנחנו כן באים ואומרים, וזה מתייחס קצת להערות הקודמות של קובי, שאפשר יהיה להגיע להסכמות ייחודיות בין המבטחים לבין בתי החולים בחלק של השירות הנוסף. לא חייבים, אבל אפשרי. כלומר אנחנו לא אומרים מעכשיו שכל מבטח יצטרך להנגיש את כל בתי החולים, אלא כן, יש פה מקום ל-selective contracting וכן יש פה מקום למציאת ההסדר המתאים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ביותר לגורם המבטח, גם לפרטיים וגם לשב"נים.

דברות: שזה מה שקובע.

פרופ' קובי גלזר: זה שני דברים שונים, זה הציבורי וזה הפרטי.

דברות: אתם מדברים לגבי המבטחים הפרטיים.

פרופ' קובי גלזר: כן, זה השב"נים והפרטי, לא הציבורי.

גב' יוליה איתן: אבל אנחנו לא מחייבים את השב"ן להגיש את כל בתי החולים, אלא אנחנו באים ואומרים שצריך לנהל פה שיח מי נותן את השירות הטוב ביותר. אנחנו כן חושבים שצריך לפרסם רשימות, כדי שזה יהיה כלי תומך החלטה בבחירה, אפרופו הדיון על הביטוחים שבטח יתקיים פה בהמשך, לבחירה באיזה סוג פוליסה בן אדם רוצה לקבל את הכיסוי, כי זה דבר שיכול לסייע בבחירה. אנחנו חושבים שיש ערך לזה שהצוותים הרפואיים לא יתחרו בפעילות של בתי חולים שבהם הם עובדים ולכן יש מקום לשקול תגמול נוסף למי שמוותר על פעילות מחוץ לבית החולים לחלוטין. בכל מקרה, מי שמטפל בבית החולים ובחוף, מי שלא ויתר לחלוטין, כי זה יקר, הסיבה המרכזית שאנחנו לא באים ואומרים שכולם חייבים להיות רק בתוך בית חולים ציבורי, זה גם כי זה פשוט המון כסף, זה מייצר לחצים מאוד מאוד גדולים על השכר במגזר הציבורי, במידה שנדרוש כזה דבר, בעצם שלשלאות שלא נדע לעמוד בהן, וגם לא ברור שצריך ויש צורך בכולם. כלומר זאת הדרך להבטיח שנשארים מי שזקוקים להם ומי שלא מתאים להם להישאר אחר הצהריים בבתי החולים הציבוריים, תהיה להם אפשרות לצאת. בכל מקרה אנחנו חושבים שזה מצב בעייתי, שבו רופא מטפל באותו מטופל גם במערכת הפרטית וגם במערכת הציבורית. הדברים שיכולים לנבוע כתוצאה מהמעברים האלה - - - אגב, המצב קיים היום, לא צריך לעשות שום שינוי, המצב כפי שהוא היום, גם אם לא נעשה כלום, הסיטואציה הזאת מאוד בעייתית, היכולת לטפל באותו מטופל בשתי המסגרות.

האם מבטחי שב"ן, יש לנו בעצם שני מקורות מימון מרכזיים לאותה פעילות אחר הצהריים, יש את הביטוחים הפרטיים ויש את ביטוח השב"ן. אנחנו חושבים שנכון שרוב מבטחי השב"ן יטופלו בתוך מערכת ציבורית, אנחנו היינו רוצים לראות אותם מגיעים לתוך מערכת ציבורית וחושבים שיש דרכים לתמרץ אותם לעשות את זה, לדוגמה להנמיך להם את ההשתתפות העצמית, או דברים נוספים שאפשר לשקול אותם כאיזה שהיא הטבה ויצירת אטרקטיביות של מערכת ציבורית על פני מערכת פרטית.

אנחנו חושבים שהמודל המשולב, בגלל אלמנט הרגולציה שדיברנו עליו קודם, צריך להיות מודל שמופעל לא בהכרח בכל בתי החולים ובטח לא על ההתחלה, אלא בבתי החולים שיקבלו רישיון לעסוק בפעילות המשולבת. הרישיון יונפק על ידי משרד הבריאות ויהיו בו תנאים מגבילים. בהתחשב בתמריצי ההנהלה אנחנו חושבים שזה ייצור קומפליינס הרבה יותר גדול לרגולציה, כלומר הדבר הוא לא זכות מוקנית אלא כלי שמרחיב את הפעילות האפשרית ואת מקורות המימון של אותו בית חולים, לכן אנחנו חושבים שתיווצר פה זיקה יותר חזקה והבנה שבמידה שלא עומדים בתנאי הרגולציה אז הדבר הזה יכול להילקח מהם. זה גם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

י אפשר לנו איזה שהוא תהליך של למידה והדרגתיות בהכנסת הכלי, כדי לראות שאנחנו באמת בכיוון - - -

דוברת:

אפשר להדפיס כמה שקפים? האמת היא שאני לא יכולה לעקוב אחרי הפרטים, זאת אומרת

מתעוררת לי שאלה ואני חושבת עליה ב - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: את לא יכולה לרשום?

דוברת:

לא, לראות דברים ביחד. למה אנחנו לא יכולים לקבל משהו מודפס מול העיניים? זה מאוד מפריע, לי

לפחות, לראות את כל התמונה בבת אחת של כמה דברים. אני רוצה רגע לחזור למבטחים בפרטי, כדי לראות מה ההבדל ביניהם לבין מבטחי השב".

היו"ר השרה יעל גרמן: תנסי בכל זאת לרשום את השאלות,

דוברת:

אין בעיה, אני מאבדת את הרצף.

פרופ' קובי גלזר:

זה היום מפריע לך פעם ראשונה?

דוברת:

לא, מאוד מפריע לי שגם אחרי ההצגה לא עומדת לרשותנו מצגת שבבית אנחנו יכולים לעבור על

הדברים ולשאול.

דוברת:

אני אשלח לך את המצגת שלי.

היו"ר השרה יעל גרמן: וגם המצגת הזו. יוליה, אין בעיה לשלוח את המצגת.

פרופ' קובי גלזר:

גם את זה שלחנו, לא? אני חושב שזו הגיעה כבר, מזמן.

היו"ר השרה יעל גרמן: את תקבלי את המצגת. הערה במקום.

גב' יוליה איתן:

אני חוזרת לעניין הרגולציה, הצורך בהכנסה הדרגתית, הצורך בהקמת מערך בקרה כדי לוודא שאנחנו

עושים מהלך סביר ונכון ושבאמת התכניות יוצאות לפועל. ויותר מזה, הפנמת המסר שלא מדובר בדבר מובטח וזכות מוקנית, אלא דבר שבמידה ועומדים ברגולציה ובדרישות של עמידה בתפוקות ציבוריות ודברים נוספים, יש אפשרות לעבד את זה.

אנחנו גם מעריכים שהשינויים שכבר הוחלט עליהם תומכים ומחזקים את המודל שעליו אנחנו מדברים. הקמת הרשות החדשה, רשות האשפוז, יכולה רק להגביר את היכולת הניהולית שנדרשת בהקשר של המודל המשולב, זה גם יאפשר למשרד הבריאות להתרכז בתפקידיו כרגולטור, דבר שהוא חיוני וחשוב לצורך הצלחה של המודל שעליו אנחנו מדברים ואנחנו גם רוצים להזכיר שבעצם המודל מאפשר ניצול של יתרונות של גודל של בתי חולים ציבוריים ולהתמודד עם שאלת האבטלה המבנית, כיוון שאנחנו בעצם מפעילים את התשתיות גם אחר הצהריים לטובת כל אותם הישגים שאנחנו רוצים להשיג בהקשר של הרפואה הציבורית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אלה עקרונות המודל ואנחנו נשמח להרחיב ולהתייחס. אבל אני רוצה רגע להסביר גם את המשמעויות התקציביות, כי בעצם באנו ואמרנו, ואנחנו לא מסתירים - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: כאן לא היינו. מהרגע הזה, זה המשך למה שכבר כולנו לא היינו.

גב' יוליה איתן: נכון. בעצם אנחנו באים ואומרים, תראו, השימוש במקורות ציבוריים ופרטיים, מעבר להיקף, שכמובן שגם להיקף יש ערך אדיר, יש בו מן פיזור סיכונים מערכתי שאנחנו חושבים שיש לו מקום לגבי כל אחד מהמערכות, במיוחד מערכות שבהן יש באמת אפשרות לנגישות לאותם מקורות פרטיים, והם כבר היום בתוך המערכת. בשנים הקרובות, גם בשנה הבאה, בתקציב הקרוב, אנחנו בעיקר עסוקים בלהבין איך אנחנו מקצעים, איך אנחנו מתכנסים למגבלת ההוצאה שלנו, בהינתן ההתחייבויות העתידיות ואנחנו יודעים שאנחנו במרוץ לשנים ובהתבסס על ניסיון העבר לא לעולם התקציב עסק במתן תוספות לתחום הבריאות. כלומר אנחנו מבינים שיש פה סכנות מסוימות שיכולות להתממש אבל לא חייבות, אבל יש פה סיכון מסוים שאנחנו רוצים לגדר אותו ברמה המערכתית. אגב הסיכון הזה הוא סיכון מקרו כלל עולמי, כלומר אנחנו רואים שבעתות האטה שבהן הפעילות הכלכלית מניבה פחות תקבולי מס אז הפעילות הציבורית מתכווצת. זה לא דבר שאנחנו המצאנו במדינת ישראל ואצלנו גם המצאנו כמה כלים נוספים. אני לא מתחמקת מזה.

השימוש במקורות מימון חוץ ממשלתיים במערכת הציבורית מקנים לה עצמאות מסוימת, מהאילוצים והצרכים של הממשלה. לא עצמאות מוחלטת, לא ניתוק, לא אובדן שליטה, אבל בהחלט איזה שהם אלמנטים של אספקת צרכים חיוניים.

פרופ' יוג'ין קנדל: תוסיפי מקנים לה, או מובילים לעצמאות.

גב' יוליה איתן: ואנחנו גם רואים שבהקשר של בריאות המימון הפרטי הוא מתואם במידה רבה עם הצרכים האמיתיים של המערכת והם לא רק פועל יוצא של החלטה של פקידות או מקבלי ההחלטות שהם לאו דווקא מחוברים לצרכים של המטופלים. התקיים על זה דיון ביום חמישי עד כמה המערכת הפרטית היוותה עבורנו איזה שהיא אינדיקציה לכך שהצרכים לא ממומשים בתוך מערכת ציבורית ומה הייתה החשיבות שלהם.

לעניין השימוש בכספי שב"ן, בפעם הקודמת שהצגנו אמרנו שאנחנו נרצה שכל הכסף שמקורו בשב"ן יגיע רק למערכת הציבורית. יש פה שינוי ניסוח, אחרי שעשינו חשיבה נוספת על זה. אגב, גם לגבי מה שמוצג היום יכול להיות שנעשה עוד חשיבה ועוד חשיבה יחד איתכם גם ונגיע למסקנות שחלק מהאמירות צריכות להתחדד ולשנות טיפה את הגוון שלהם. אנחנו פה באים ואומרים שאנחנו רוצים לתמרץ, אנחנו רוצים שזה יגיע מתוך בחירה אמיתית ומתוך זה שהמערכת יודעת לתת ערך מוסף ולא מתוך זה שחייבנו והגבלנו. הנימוק המרכזי בחשיבה שלנו הוא, אגב, חשש מניצול של חברות פרטיות של הנקודה הזאת על מנת לשדר שמדובר במוצר נחות שב"ן ולגרום לאנשים לרכוש את הביטוחים הפרטיים. משם הגיע השינוי הזה, אחרי שחשבנו שעלינו פה על איזה ביגו ואחרי זה הבנו שכנראה שהם היו הרבה יותר - - -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

היו"ר השרה יעל גרמן: עדיין אתם מתמרצים את קופות החולים ואתם מתמרצים אותם בגזר ולא במקל.

דוברות: את המבוטח, לא את הקופה.

גב' יוליה איתן: זה מבוטח, זה בסוף המוצר של קופת החולים שהולך למבוטח. גם זה נכון וגם זה נכון.

היו"ר השרה יעל גרמן: שאלה אחת, אם אנחנו מתפזרים, כמה זמן יש לך עוד כדי לסיים?

גב' יוליה איתן: אין לי הרבה, זה עוד חמישה שקפים ואנחנו פה לרשותכם כדי לענות על הכול.

החשיבות של גיוון מקורות המימון הוא קריטי, זה פיזור סיכונים מערכתי, זו תפיסה מהותית שבאה ואומרת שלפעמים יש צרכים שלא נדע לזהות אותם אם לא תהיה לנו אינדיקציה מהפרטי ובסוף, גבי, פה אני מאוד מסכימה איתך, זה הכול עניין של מינונים. גם אנחנו לא היינו רוצים שעיקר המערכת תישען על מקורות פרטיים, אנחנו אומרים שכן יש ערך בתבולן הזה שנותן את האינדיקציה.

אני רק מזכירה בקצרה, חברים, לא המצאנו את הגלגל. מודל משולב קיים ומופעל בהרבה מאוד מדינות, לא הכי מפגרות אחרינו. מדינות מתקדמות מצאו את הדרכים להתגבר על כך וממשיכות לשאול את עצמן שאלות על איך פועלים ואיך עושים את זה נכון, ופה הקרדיט נתון לשולי ולרותי, שעשו עבודה מצוינת ומקיפה.

דוברות: זה חייב לבוא עם האמון. במדינות האלה האמון הרבה יותר גבוה במערכת הציבורית.

גב' יוליה איתן: חד משמעית, לרגע לא שללתי, וללא ספק חלק מהעניין - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: גם ההשקעה הציבורית הרבה יותר גבוהה.

גב' יוליה איתן: חד משמעית זה חלק מהעניין, זה לא צעד שעומד stand alone, שלא נתבלבל, זה משהו שהוא משלים לתוספת הציבורית והגדלת אמון. והייתה שאלה שכן צריך להתייחס אליה ואני ארוץ עליה מהר, האם המהלך הזה לא יגרום להוצאה לאומית של ישראל מבלי שקיבלנו בעצם משהו בתמורה. טיעון לגיטימי ונכון להתייחס אליו ולהתמודד איתו. אז בעצם האמירה הזאת יכולה להיות אינדיקציה מדוע ההוצאה הלאומית תעלה כתוצאה מהפעלת המודל. אחת זו תופעת ה-SID, דיברנו עליה ארוכות, ביקוש נגלה. כלומר היום יש חלקי אוכלוסייה שלא נגישים למוצר הזה, במיוחד בפריפריה, ואם ניתן להם אז הם ייקחו או יצרכו.

היו"ר השרה יעל גרמן: במיוחד אם את מורידה גם את ההשתתפויות העצמיות.

גב' יוליה איתן: עוד לא הורדנו. אמרנו שאפשר להקטין בשב"נים, בוודאי. השתתפות עצמית זה שיקול. וייקור גורמי הייצור, כלומר טענה שזה יגרום לעלייה במחירי הרופאים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אז לגבי שתי השאלות הראשונות אנחנו תיכף נתייחס. בוא נגיד ככה, האמירה השלישית לדעתנו היא שגויה. בניתוח שלנו אנחנו מניחים שזה לא ייקר את גורמי הייצור, ההיפך, זה יאפשר להוריד את לחצי השכר של הרופאים, כיוון שנגדיל את ההיצע. לגבי הביקוש הנגלה, לטעמנו, ברמה הערכית ולאור החזון מדובר על משהו שהוא מהלך שוויוני במהותו, גם אם נלווית אליו עלות. בעצם יש בו ערך של שוויוניות מעצם זה שמנגישים משהו שהוא מוצר כל כך נחוץ במרכז, אז יש סיבות לעניין שכנראה מאפייני האוכלוסייה בפריפריה לא כל כך שונים מהמרכז ויכול להיות שזה משהו שגם הם זקוקים לו ורוצים אותו, ולעניין ה-SID אנחנו נתייחס.

אז אל"ף, ה-SID, קודם כל, בטח ביחס למצב כפי שהוא היום, שהפעילות נעשית במערכת פרטית לא מבוקרת, אנחנו מדברים רק על שיפור במצבנו, כיוון שנכניס את זה לתוך מערכת שבה מתקיים preview ובקרה וחלק גדול מה-SID, אנחנו נדע לשלוט עליו טוב יותר. אנחנו כן באים ואומרים שברגע שנרחיב את האופציות עבור המבטחים אנחנו נגרום ל-selective contracting הרבה יותר אפקטיבי ונגדיל את כוח המיקוח לעומת מצב שבו היום יש בעצם שני ספקים, שזה אסותא ומדיקל סנטר והם הופכים להיות לסוג של מונופול בהקשר של רפואה פרטית.

דוברת: אז פה זה עובד טוב, ב-selective contracting ובקופות החולים לא?

פרופ' קובי גלזר: כן, חד משמעית. פה זה טוב ושם זה לא טוב. זה בדיוק מה שאני אומר, זה מודל אחר לגמרי, זה סיפור אחר. אני לא נגד selective contracting במקרים שזה לא רפואה ציבורית.

גב' יוליה איתן: אנחנו חושבים שרגולציה ברורה ופשוטה בהקשר של הכמויות תאפשר לנו לעשות באמת בקרות על SID כמה שניתן, לא ניתן לשלוט על הכול. זה ברור לנו, ועדיין עצם הרגולציה, בטח ביחס של היום, כמו של מרפאות רמת אביב וכו', זה יכול לשפר את מצבנו.

לעניין המחיר של גורמי הייצור, זה ברור לנו שזה כמו על מה התחרות. האם התחרות על גורמי ייצור או על המוצר. ברגע שמדובר בתחרות על גורמי ייצור אפשר להניח את ההנחה הזאת. אנחנו באים ואומרים שמדובר בסוף בתחרות על מוצר של שירות רפואי ולכן ככל שנגדיל אנחנו נדע להוזיל את העלויות. נדבר על כך בהמשך. אנחנו גם אומרים שמעבר לכך יש גם ניצול אפקטיבי של זמן רופא. המעברים בין בתי החולים, אי הרציפות, הפעילות לא בצוות האורגני, אי ניצול של יתרונות לגודל גורם לנו היום לבזבז מערכתי ולכן זה כחלק מחישוב ההתייחסות לעלויות במערכת, זה משהו שאנחנו רוצים לתת עליו את הדעת. ואנחנו מניחים שיהיה פה איזה שהוא צמצום של תופעת גריפת שמנת מצד המערכת הפרטית, הרווחים יגיעו לכיס הציבורי במקום לכיס הפרטי. הרי בבתי החולים הציבוריים היום יש פרק זמן שבו לא משתלם לו לעשות עבודה, לא כדאי לו לעבוד, כי בעצם בהינתן מבנה התמחור הקיים וצורת ההתחשבות יש דברים שלא כדאי לו לעשות או יש פעולות שלא כדאי לו לעשות בתקופת זמן מסוימת. אנחנו מניחים שעצם האפשרות להפעיל את המערכת בשעות אחר הצהריים תצמצם את האדישות, נקרא לזה ככה, של המערכת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הציבורית ביחס למערכת הפרטית.

כסף. אמרנו שנדבר על כסף, אני רוצה שנתייחס. בואו נראה בעצם על מה אנחנו מדברים. שוב, זה מתייחס כרגע רק לעניין של ביטוחים פרטיים ושב"נים, לא דיברנו על יתר הרכיבים שהם רלוונטיים. אלה הסכומים, אלה הסכומים שגם גבי הציג אותם. היום בתוך החלק של בחירת מנתח בשב"ן יש 1,260,000. חוות דעת שנייה זה 0.36, בחירת רופא בביטוח פרטי כולל קולקטיבים, הסתכלנו גם על קולקטיב, זה 0.77, ו-0.22 שזה חוות דעת שנייה בתוך מערכת פרטית, לפני שכפינו איזה שהוא לוס רשיו, לפני שעשינו משהו, אנחנו מסתכלים רק על - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: אותם המספרים של גבי, 1.6 ועוד 1.

גב' יוליה איתן: זה מבחינתנו אותו הר של כסף, שכשרוטשטיין מדבר על ההר של כסף, זה החלק הרלוונטי של ההר של כסף. אני רוצה שלא נתבלבל, אם משהו אומר שזה 7 או 8 או 6, זה לא מדויק. אלה הסכומים הרלוונטיים לדיון שאנחנו מקיימים כרגע, כי יש שם דברים נוספים. אז זה כשלעצמו, 2.6 מיליארד, זה הרבה מאוד כסף, אבל זה החלק הרלוונטי, כשבנוסף לזה יש אומדן של השתתפויות עצמיות שהוא גם חלק מהמשחק פה. ההערכה היא של כמיליארד נ"ח. זה לא מספר סופי, הסתמכנו פה גם על דוחות וגם על עדויות בפני ועדת ביטוחים.

דובר כולו 3.5? 4?

גב' יוליה איתן: כולו אנחנו מדברים בין 3.2 ל-2.8, כי אנחנו באמת זהירים עם האומדן של - - - מה שמספרים אמיתיים זה מספר אמיתי, מה שאומדנים אני מציינת.

היו"ר השרה יעל גרמן: ועוד 1 שזה 3.6, ההשתתפות העצמית.

גב' יוליה איתן: אבל יותר מזה, יש את השווה ערך של הגדלת זמן רופא במערכת. זה לא דבר פעוט. אנחנו מדברים על זה שיש הרבה יותר זמן שהרופא נמצא ולא מבזבז אותו על המעברים ועל אי רציפות. אנחנו שמנו איזה שהוא אומדן אפשרי. אפשר להתעלם ממנו, אפשר להתייחס אליו, זה ברור לנו שיש פה רווח מערכתי. זאת ההצעה שלנו לתמחור שלו, אפשר to dismiss.

ויש עוד היבט מסוים וזה הרווחים של מוסדות פרטיים. הרי היום המוסדות מרוויחים, כלומר מעבר לכסף שמשולם להם חלק מהכסף הולך כרווח. אנחנו לא יודעים מה רמת הרווחיות של הרפואה הפרטית וכיצד הדברים מחושבים. אנחנו פה נסמכנו על העדות שלהם בפני ועדת ביטוחים וחיזוקים שקיבלנו מגורמים פרטיים שהעלות, כשהם מתמחרים את העלות האמיתית של ביצוע הפעולות, זה 0.45, 45% מהתמחור שלהם זה לעלות הפרוצדורות. זה המספר שלקחנו ואמרנו אוקיי, מעבר לכסף שיכול להגיע למערכת פוטנציאלית מגיעים יחד איתו גם המטופלים. דיברנו על המטופלים ולכן אנחנו צריכים לבוא ולהגיד אוקיי, אז כמה יעלה לנו הטיפול באותם המטופלים שיגיעו. בדיוק כפי שאמרנו גם בנוגע למודל של גבי. אז המחירים שלקחנו פה אלה המחירים של



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אסותא. אמרנו, אם זה עולה ככה באסותא, בהינתן זה שאנחנו גדולים ויעילים זה בטח יעלה לנו פחות, אבל נלך על החלק המחמיר בהקשר הזה ונניח שאלה אותם עלויות ואנחנו נניח ש-70% מהפעילות תתבצע במערכת הפרטית ברגע שננגיש את כולה. הסכום שהגענו אליו זה מיליארד וכמובן צריך לפצות ולשלם לרופאים שיעבדו אחר הצהריים פעילות נוספת.

ה-45% מהתמחור הפרוצדורה באסותא הוא הנחה של כמה זה עולה ממש לבית החולים. כלומר כמה עולה הצוות הרפואי, לא הרופא המנתח אלא הצוות הרפואי, הדיספורסלז למיניהם, החשמל, המים, כל המסביב. ההנחה שלהם, שהם אומרים אותה, היא ש-45% מהמחיר שהם גובים הולך על העלות האמיתית ולכן אנחנו נצמדנו למספר הזה. אגב, הוא עושה שכל לאנשים שגם התייעצנו איתם בצורה לא פורמלית, אם זה מחיר סביר. זה גם לא מאוד מאוד רחוק מהתמחורים שנעשים במשרד הבריאות, אבל פה הלכנו על אסותא כי אנחנו הנחנו שהם יעילים וגם באנו ואמרנו שהסכום הזה של המיליארד הוא כתוצאה מזה שאנחנו מעבירים 70% מהפעילות לתוך המערכת הציבורית. ותוספת שכר לרופאים ולפרסונל כמובן זה אומדן ראשוני, אבל זה באיזה שהיא הנחה סבירה שהם ירצו לקבל פחות או יותר מה שהם מקבלים בחוץ, עם הנחה של 30% שאנחנו שמענו פה סביב השולחן עדויות שהם יהיו מוכנים לרדת במחירים על מנת לבצע את זה באותו מקום. ובעצם אנחנו באים ואומרים שבתסריט הכי הכי שמרני אנחנו מדברים על תוספת של חצי מיליארד, וזה בתסריט הכי שמרני. זה אם אתה הולך בכל המגמות למקומות - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: זה 3.2 עד 2.8, עלות של 2.3. זאת אומרת אם זה 3.2 זה אחד, אני לא רואה איך זה - - -

דוברת: אני רוצה להבין את הלוגיקה, לא את החשבון. לא הבנתי מה ההיגיון של להפחית מהסכום היום של המקורות בבחירת השב"ן.

גב' יוליה איתן: שוב, זה הכסף לכאורה שמונח לפתחנו. אבל יחד עם הכסף מגיעים מטופלים ובמטופלים צריך לטפל וזה עולה לנו כסף, הטיפול באותם אנשים, צריך לנתח אותם, צריך לשלם לרופאים שנשארים בשביל לטפל בהם. יש פה תוספת עבודה. את תוספת העבודה הזאת צריך לתמחר.

דוברת: אז אני רוצה להבין, במתכונת שאת מציגה, את אומרת, על ידי מתן אפשרות לעשות מודל משולב בתוך המערכת הציבורית אנחנו נחסוך כסף למדינת ישראל.

גב' יוליה איתן: כן.

היו"ר השרה יעל גרמן: או נחזיר למערכת הציבורית.

דוברת: היא אומרת שיש לך סך כל המקורות, זה יהיה העלויות, הדלתא בין המקור לעלות זה רווח לבית חולים.

דוברת: לא, היא אומרת משהו אחר. היא אומרת - - -



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לא, זה מה שהיא אומרת, תקרא. 2.8 עד 3.2 זה המקורות, זה הכסף. העלות היא 2.3 הדלתא זה הרווח.

דוברות: היום המקורות שמשלמים היום לביטוחים הפרטיים.

דוברות: זה מה שהיא אומרת.

פרופ' קובי גלזר: המילה 'לחסוך' היא קצת מטעה. בוא ניקח את ההנחה הכי פשוטה. נניח שבתי החולים הפרטיים מרוויחים 10%, 10% מגיעים עכשיו לבתי החולים הציבוריים.

דוברות: אתם יוצרים פה איזה שהוא מודל אחר, של ארגון השירותים שיש בו בחירה ותשלום עם כל המגבלות שאתם מציגים פה ואתם אומרים שהמודל הזה יעלה פחות מאשר המודל הנוכחי.

גב' יוליה איתן: לא, אנחנו אומרים שהכסף יכול ללכת לכיס של יזם ברמת אביב ג' - - -

דוברות: זה בדיוק מה אני אומר.

גב' יוליה איתן: לא, אבל זה לא יחסוך. אני אומרת שאתה - - -

דוברות: אני לא הבנתי? תסביר לי מה לא הבנתי.

גב' יוליה איתן: הנקודה היא, את הכסף של היום שהולך ליזמים פרטיים נעביר לתוך המערכת.

דוברות: את מציגה מודל ארגוני שחוסך כסף למערכת, שאפשר לעשות בו שימוש - - -

פרופ' קובי גלזר: היום לשב"ן יש עלות של 10% שעולה לו - - -

דוברות: את אומרת, דוגמה, הלזם רשיו של המערכת הפרטית הוא כל כך גבוה, אז תגידו את זה.

פרופ' קובי גלזר: לא, זה לא הלזם רשיו, זה מעבר ללזם רשיו, כי אתה מדבר על בתי החולים.

דובר: לא, זה לא רק. אתה צודק, זה לא רק.

פרופ' קובי גלזר: יש לך מרכז רמת אביב ג', בוא נניח שהוא מרוויח 10% - - -

דוברות: אבל פה נכנס הכסף של הדסה ושערי צדק שאתה לא תחסוך פה שום דבר. ב-1.26 של בחירת

מנתח בשב"ן נכנס הכסף גם של בחירה בתוך הדסה ושערי צדק. הם ממשיכים, אז יש לך פה קצת יותר כסף ממה שאתה חושב שיש באמת.

דוברות: לשיטתכם. אתם צריכים לקזז מזה את שערי צדק והדסה.

דוברות: אני מנסה לעקוב אחריכם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

עוד שאלה יש לי. החישוב הזה מניח שבעצם אין שינויים בפרמיה ואם שינויים על מי זה מגולגל?

פרופ' קובי גלזר:

על המבוטחים. אז תוספת העלות למבוטחים היא לא - - ?

גב' יוליה איתן:

אבל למה את מניחה שהפרמיה תהיה כלפי מעלה?

דובר/ת:

לא, אני שואלת.

גב' יוליה איתן:

אנחנו מניחים שזה יהיה כלפי מטה.

פרופ' קובי גלזר:

אם מחר הפרמיה בשב"ן או במסחרי תעלה זה יעלה את הפרמיות במסחרי ובשב"ן, אין על זה ויכוח.

דובר/ת:

לא, אתה אומר שבעצם אין שום תוצאה במודל הזה שתביא לידי כך שהביקושים המוגברים יגרמו

להעלאת הפרמיות.

פרופ' קובי גלזר:

אני חושב הפוך. אני אומר חד משמעית. אני טוען שאם מחר להראל תהיה בחירה לא רק בין אסותא

להרצליה אלא גם בין אסותא להרצליה לשיבא, לאכילוב, לרמב"ם, לבילינסון, היא תוכל להוציא מחירים יותר טובים מבתי החולים,

מה שיוריד את הפרמיה ולא יעלה אותה. זה מה שאני חושב. זה מה שאני מבין על selective contracting. דרך אגב, אני לא אומר

שזה יעיל, אני אומר שזה מה שיקרה. ובפרטי לעומת הציבורי האינטרס שלי הוא אחר. אני לא אמרתי שאני נגד selective,

אמרתי בפרטי לא אכפת לי, בבחירת מנתח שהקופות ילחצו את בתי החולים, להיפך. בבחירת המנתח אין לי בעיה, כי זה פרטי.

בציבורי אני לא רוצה שזה יקרה. זה משהו אחר לגמרי.

אבל אני אומר, התרחיש שבו, בגלל פתיחת הרפואה הפרטית הזאת או ההצעה במערכת הציבורית, הפרמיות יעלו והמחירים

יעלו, אני לא מקבל אותו. אני פשוט לא מקבל אותו. דרך אגב, גם זה לא הכסף הגדול שצריך להביא למערכת, שיהיה ברור.

דובר

לא, לפי זה אתה נותן למערכת כסף.

פרופ' קובי גלזר:

ועוד איך, זו הסיבה שאני רוצה את זה. אני אומר לך בפירוש.

גב' יוליה איתן:

במודל המשולב שבו אחד לא סותר את השני אפשר לאגום את המשאבים לכדי 3.8, זה כמובן תלוי

בהחלטה, כי כפי שהסברנו קודם מדובר באיזה שהוא סלט שכל אחד בוחר את הרכיבים לתוכו. יש מי שיבחר לא להעלות את מס

הבריאות, יש מי שיבחר כן להעלות מס בריאות.

דובר/ת:

מה זה מודל א' ומה זה מודל ב'?

היו"ר השרה יעל גרמן:

מודל א' זה לצורך העניין המודל של גבי, ומודל ב' לצורך העניין זה מודל יוג'ין-קובי.

דובר/ת:

אבל איך המס משתנה בין א' ל-ב'?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

גב' יוליה איתן: כי פה אתה עושה שימוש במקורות המס לטובת מימון פעילות ב מערכת ציבורית. זה בעצם שחלוף המקורות שדיברנו עליו קודם לכן.

דוברת: כולם אומרים שצריך להעלות את מס הבריאות?

גב' יוליה איתן: אנחנו אומרים שזה אפשרי. מה זה אנחנו אומרים שצריך? אנחנו דיברנו על כך שאפשר. המודל המשולב הוא תוספת על מס בריאות והוא לא מחליף את התקבולים של מס הבריאות. אפשר לצבוע פה ולא אחד במקום השני. זה לא אומר שצריך לעשות את זה.

דוברת: אבל כחלק מהמודל של כל הקוביות שלכם, האם זה אומר גם שצריך להגדיל את מס הבריאות?

היו"ר השרה יעל גרמן: אפשרי.

גב' יוליה איתן: זה לא תלוי במודל המשולב. אני אשב איתך על המספרים. ההבדל הוא שבמודל של גבי אתה לוקח את הכסף של מס הבריאות ומייעל את המערכת והופך אותה לפרוגרסיבית יותר ובכסף של מס הבריאות אתה משלם בשביל להעניק שירות ולממן אותו.

דוברת: הרי יש עוד מרכיבים נוספים של מה שהם אומרים. לדוגמה, קובי היה חלק משותף לעמדה שהציגה, שצריך לעדכן את מנגנון עדכון עלות ה - - -

פרופ' קובי גלזר: חד משמעית.

דוברת: אז יש פה הרבה מאוד מקורות. הוא אומר, אני עכשיו מנסה ליצור איזה שהיא תמונה. השקף הזה אומר לך את תמונת המקורות שיעמדו למערכת אחרי שתעשה את מודל ב'.

דוברת: הבנתי, רק תענה לי על שאלה אחת. איך אני מעלה את מס הבריאות בחצי אחוז? במודל א' זה שווה 800 מיליון ובמודל ב' זה שווה 2 מיליארד.

דוברת: אני לא מתייחס למודל א'.

גב' יוליה איתן: אבל אני מסבירה שבמודל א' אתה משתמש בכסף של מס הבריאות בשביל לממן את הבחירה חנים שאתה רוצה לתת - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: זה תוספת נטו.

דוברת: עזוב רגע את מודל א', בוא נלך על מודל ב'. מודל ב', אני אומר שיש לך מקור אחד שזה דמי ביטוח בריאות, יש לי 2 מיליארד, מקור שני זה מס על בחירת רופא, זה 440 מיליון - - -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות:

מה זה 2 מיליארד? אז זה להעלות באחוז.

גב' יוליה איתן:

זה בחצי אחוז.

דוברות:

לא משנה, אל תתווכח רגע על המספרים, דקה על העיקרון.

גב' יוליה איתן:

אני מוכנה לעשות לך גם את החישוב.

דוברות:

תתרכז רגע בעקרונות ואחרי זה נדבר על הפרטים. יש פה מודל שאומר שצריך יותר מקורות למערכת. מה יהיו המקורות? אחת, מס בריאות, שתיים, מיסוי של בחירת רופא, 20%, שלוש, תיירות רפואית, ארבע, עודפים שייצוצו למערכת כתוצאה מהמודל המשולב שמסדירים פה. סך הכול המקורות, יש פה 4 מיליארד שקל נוספים, שאחרי זה יש להם שימושים. חלק מהם יהיו לנושא של שכר וחלק מהם יהיה לנושא של אני לא יודע מה זה המודל.

היו"ר השרה יעל גרמן: עכשיו התחלנו דיון, כאשר כמו שעשינו בפעם הקודמת, אנחנו מקשיבים ולא מתווכחים.

דוברות:

יש לי שאלות הבהרה. אני הבנתי שנעשית הבחנה בין מבטחי שב"ן לבין מבטחים פרטיים במודל המשולב. מבטחים פרטיים, יש להם את האפשרות לומר למבטח שיש רשימה מסוימת של בתי חולים או של ספקים או של רופאים, אני לא זוכרת את הניסוח, שמהם הם יכולים לבחור. לגבי אחרים, יש, כפי שאמרתם בהתחלה, איזה שהוא מודל בחירה של בית חולים, אבל אין בחירה של רופא. גם זה לא ברור לי. אני אומר מה עוד לא ברור לי. לא ברור לי איך מסתדר המודל המשולב גם עם הבחירה של בתי חולים, שיש למבטח זכות לבחור בית חולים, אבל יש במודל הזה מגבלות על הבחירה של בתי החולים וגם לא ברור לי מה עושה את ההבדל בין פול טיימר לבין השר"פ בוורסיה החדשה, שבה כל ההתחשבות נעשית מול בית החולים, האם המבטח גם בוחר את הרופא ואז רק ההתחשבות הכספית נעשית מול בתי חולים, או שגם לבית החולים יש את הזכות לומר למטופל איזה רופא הוא בוחר ואז מה ההבדל בין הפול טיימר. אני מתנצלת, אולי זה יום רע שלי, אבל היה לי קשה לעקוב.

דבר נוסף, אחת הבעיות של המערכת הייתה שאמרנו שבעצם יצאנו מאיזה שהוא תמהיל רצוי של המימון הציבורי והמימון הפרטי. אמרנו שהמימון הפרטי גדל ואנחנו בעצם רוצים לחזק את הרפואה הציבורית על ידי הגדלת המקורות. בעצם מה שאתם רוצים להראות בחישוב שנעשה בלוח הקודם זה שאנחנו הלכנו למעשה לא מגדילים את המימון הפרטי בעצם. עושים שר"פ בלי להגדיל מימון פרטי ברמת המקור. אז גם זה, אם זאת הבנה נכונה של הדברים?

דבר נוסף הוא על פיזור הסיכונים. זאת מילה מאוד יפה, אוהבים להשתמש בה. ניהול סיכונים, פיזור סיכונים וכל מה שרוצים. אבל אני רוצה לומר שזה גם נעוץ בתפיסת העולם. כל השקף שאומר שההוצאה הולכת וקטנה, לא יהיו מקורות ציבוריים, לא נעשה זה. יש שקף אחד שאומר מה הבעייתיות ברמת המקור ולכן בליט בררה בואו נפנה למקורות פרטיים. אני לא רוצה לקבל אותה. אני

רוצה דווקא לשכנע את קובעי המדיניות שאפשר - - -



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברת:

איזה חלק מזה את לא מקבלת, את זה שיש מחסור או את זה שזה לא יבוא מהמדינה?

דוברת:

שצריך לצמצם את ההוצאה ולא להעלות מיסים ולהקטין את מעורבות הממשלה. אני רוצה לבוא לקובעי המדיניות ולשכנע אותם שהם כן יגדילו את ההוצאה, שכן כלל ההוצאה יהיה יותר ליברלי, שכן אפשר להעלות מיסים, אף אחד לא מת מזה. זאת תפיסת העולם שלי ולכן היציאה מתוך זה כוועדה היא בעצם כאילו שמה אותנו בבית כלא מסוים, שאנחנו יכולים רק בעצם אפיקים מסוימים של המלצות לקבל על עצמנו. אז אני חושבת שבטח אנחנו לא צריכים להתנדב לאמץ גישה כזאת. אנחנו יכולים להיות נאלצים לקבל גישה כזאת, אבל לא להציע בתוך המלצות גישה כזאת. ואני לא חושבת שזאת ראייה יותר נכונה של המציאות מאשר להגיד, חברה, יש צרכים, יש זה, אפשר גם להגדיל מיסים, כולל מס בריאות שמוצע בהרבה מההמלצות של המודלים השונים.

אז אני חושבת שאני לא כל כך מבינה את המודל המשולב. אני לא מבינה איך הוא משתלב במודל של בחירה חופשית של בתי חולים, איך הוא משתלב במודל של פוליסה אחידה שווה לביטוח הפרטי ולשב"ן, בתוך זה שאני עושה הבחנה בין מבטחים פרטיים לבין מבטחי שב"ן אני בעצם אומרת שלא יכולה להיות פה פוליסה אחידה, כי אני לא נותנת הסדרים דומים ואם ההסדרים הם דיפרנציאליים, לא חשוב מי יותר טוב, אז ברור שכושר המיקוח של המבטחים הפרטיים ומבטחי השב"ן תחת פוליסה אחידה הוא בעייתי. אני יותר לא מבינה מאשר מבינה. חוץ מאשר על עניין תפיסת העולם אני לא יכולה לחוות דעה.

היו"ר השרה יעל גרמן: אנחנו נעשה כמו בפעם הקודמת, כולם ידברו ורק בסוף אתם תשיבו.

דוברת:

אם אפשר בכל זאת את המודל בנקודות. ביקשתי את זה קודם מיוליה, לא הבנתי איך אתם מנתקים את הקשר הישיר בין החולה לרופא בשר"פ.

גב' יוליה איתן:

פשוט יש פער גדול בין אנשים שהיו בהצגה שנמשכה כמה שעות, כשהצגנו את המודל ארוכות, לבין מי

שעכשיו מנסה במהרה ל - - -

דוברת:

האם בן אדם יכול לשלם באופן פרטי אאוט אופ פוקט בלי להיות קשור לביטוח?

פרופ' קובי גלזר:

כן.

דוברת:

בשקף האחרון תלוי איפה זה נכנס. בחישובים זה ב-0.44?

פרופ' קובי גלזר:

אנחנו עונים עכשיו או אחר כך?

גב' יוליה איתן:

השרה, את רוצה שאני אפרט שוב פעם את המודל, כדי רגע לנקות את אי הבהירות? כי רצנו עליו מהר

ועובדה שזה מעורר פה הרבה שאלות של - - -

דוברת:

ביקשתי רק להבין איך הקשר הישיר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

גב' יוליה איתן: זה גם יענה חלקית להערה שלה. ההתייחסות של קובי הייתה להסדרי בחירה שהם בציבורי בבוקר.

כל הדיון שנוהל על ידי קובי, בשקף הראשון, התייחס להסדרי בחירה לצורך העניין בחלק הציבורי - - -

דוברת: בחירה חופשית. הוא לא אמר הסדרי בחירה, הוא אמר בחירה חופשית.

גב' יוליה איתן: כן, ביחס לזה שהוא לא חושב שיש מקום להסדר בחירה, זה סוג של הסדר בחירה.

דוברת: בסדר, אבל אנחנו עשינו את ההבחנה בדיונים, שהסדרי בחירה התכוונו למשהו שהוא קצת מוגבל

לעומת בחירה חופשית. בסדר. שנדבר באותם מונחים.

גב' יוליה איתן: אז תנו לנו להשיב, אם אתם רוצים שאנחנו נענה.

דוברת: אני בא לשיבא, רוצה את פרופ' רענני, אני יכול לבחור את פרופ' רענני?

גב' יוליה איתן: התשובה היא כן, אבל בואו נסביר לכם איך זה עובד.

פרופ' קובי גלזר: הדיון לא התנהל כמו שצריך - - -

דוברת: לא, אני רוצה רק להבין.

פרופ' קובי גלזר: לא, אז אם אתה רוצה שנסביר עוד פעם את המודל, נסביר אותו מהתחלה, כי זה לא טוב לענות על

שאלות. כי אתה שואל עכשיו בסל הציבורי או פרטי?

דוברת: הפרטי.

פרופ' קובי גלזר: כי היא התייחסה לסל הציבורי ומה שאני דיברתי היה על הסל הציבורי.

דוברת: יוליה אמרה מתנתק הקשר - - -

פרופ' גבי בן נון: אין בחירה בסל הציבורי, כי אם יש בחירה בסל ציבורי היא מייצרת את הסל הפרטי.

דוברת: יוליה אומרת שמתנתק הקשר בין החולה לרופא פרטי, אני רוצה להבין.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש סוגיה שקובי שלח את המכתב ויש סוגיה של תשלום בבחירה. זה דובר הכול על הסל הציבורי,

נשים את זה הצידה. במודל המשולב הבעיה שקיימת בשר"פ היא בעיה שכשרופא רואה את החולה ורואה בחולה גם נושא לטיפול

וגם מקור כספי זה יוצר בעיה בטיפול בהרבה מאוד שיקולים ואנחנו מסכימים לזה לגמרי. פתרון אחד זה להגיד, תשמע, לא תהיה

יכולת לחולה לשלם על בחירת רופא ספציפי. זו אפשרות אחת. פשוט אנחנו אומרים, בין אם אנחנו בכלל לא נותנים לו בחירת

רופא ובין אם אנחנו נותנים לו בחירת רופא בחינם. לכל הדבר הזה יש פלוסים ומינוסים ובעיקר זה עלויות. מה שאנחנו עושים,

שאנחנו לא נותנים לכל אותם סכומי כסף שמוכנים לשלם על בחירת רופא להיכנס למערכת ציבורית. אנחנו אומרים שיש עוד דרך



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לפתור את הבעיה הזאת. הדרך לפתור את הבעיה שרופא מסתכל על הפציינט הוא יראה בו פציינט אבל לא יראה בו מקור כסף ישירות. איך אתה עושה את זה? אתה שם בין החולה לבין הרופא במובן הכספי את בית החולים ואז הרופא, כשהוא רואה את הפציינט הוא רואה רק פציינט וכשהוא רוצה לדבר על תגמול שלו הוא מדבר עם מנהל מחלקה ומנהל בית חולים, או מי שממנים לנושא הזה. ההפרדה הזאת היא זאת שמבטיחה שכשאתה רואה פציינט, אם אני מסיט משהו ועושה משהו שהוא לא גרידא רפואי אני לא נהנה מזה. אני ישירות לא נהנה מזה ולכן ההסטה שלי או קבלת ההחלטות המוטית שלי לא קיימת.

איך זה נעשה? מה שהוא שואל זה איך אני עושה את זה. אני עושה את זה מאוד פשוט. אני מייצר אפשרות של בית חולים לקבל בזמנים מסוימים כסף על בחירת רופא ואני נותן לבית החולים יכולת לתגמול רופא על עבודה אחר הצהריים וגם על תפוקות יותר גדולות, גם בציבורי וגם בפרטי, בשכר גלובלי על הזמן החופשי שלי.

דוברת: אז למה שאני אשלם?

פרופ' יוג'ין קנדל: מי זה אתה?

דוברת: אני עכשיו, יש לי שב"ן, אבל גם מן הסתם לפי החוק אני גם מבוטח בסל, אני רוצה עכשיו תור לפרופ' רענני.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה יכול לעשות אותו אם אתה משלם מהשב"ן.

דוברת: כלומר הבחירה עצמה בפרופסור היא רק אם אני משלם.

פרופ' יוג'ין קנדל: כן, בפירוש. אחרת אתה צודק, למה שאני אבחר? יש מודל של גבי שאומר אני יכול לבחור בכל אחד ואז אתה בעצם מייתר את הצורך בביטוח, לפחות במערכת ציבורית, במערכת פרטית אתה עדיין תצטרך את זה, אבל אז אתה מאבד הרבה מאוד משאבים. מערכת מאבדת הרבה מאוד משאבים. מה שאנחנו אומרים זה שבמערכת שבה ניתקת את הקשר בין תשלום כי התשלום הוא לבית חולים - תנתק את הקשר הזה של רופא ופציינט בתור מקור לקבלת כסף.

היו"ר השרה יעל גרמן: אני חושבת שזה ברור. אפשר לבחור, אתה בחרת ברענני, רענני אולי אפילו לא יודע שבחרת בו - - -

דוברת: לא, הוא יודע, כי הוא עשה את זה אחר הצהריים.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא משנה.

היו"ר השרה יעל גרמן: אבל אתה לא שילמת לרענני, אתה שילמת - - -

דוברת: לא, כי זה אחר הצהריים.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, דרך אגב, מנהל בית חולים יכול לבקש ממך לעשות משהו אחר הצהריים גם בציבורי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

גב' יוליה איתן: ההיפך, לא רק יכול, זה חלק מהתנאי. זו בדיוק הנקודה.

היו"ר השרה יעל גרמן: באסותא אתה משלם לו.

דובר/ת: לא, עזבי אסותא, אני מדבר על המערכת הציבורית. כל הסוגיה זו המערכת הציבורית.

גב' יוליה איתן: אפשר רק להדגיש? זו נקודה קריטית, אתה חותם על זה שאתה מבצע, אתה עובד על בסיס תפוקות

וזזה דבר שהדגשנו אותו, בשעות אחר הצהריים מנהל בית החולים או המחלקה קובע בשבילך במי אתה מטפל. לצורך העניין הוא יכול להזרים לך רק חולים ציבוריים, כי נורא חשוב לו עכשיו לעמוד בדרישות מסוימות של משרד הבריאות, או רק חולים פרטיים, או כל תמהיל אפשרי ביניהם. אתה, כשאתה בא לטפל בחולה, לפעמים תדע מה הזהות שלו. אם זה תייר אז בוודאי אתה תדע, אבל לצורך העניין מי שמחליט במי הרופא מטפל זה לא הרופא אלא ההנהלה, ופה ההבחנה היא בין אינפוט לתוך המערכת, של המקורות המגוונים, לבין האוט פוט.

דובר/ת: יש גם שר"פ בבוקר?

גב' יוליה איתן: אני לא מצליחה להבין, אתה --- ?

דובר/ת: אני שואל.

פרופ' יוג'ין קנדל: אל"ף, אין שר"פ. זה לא שר"פ. מה ששר"פ זה תשלום בין רופא לחולה. זה שר"פ.

דובר/ת: לא, שר"פ זה תשלום לרופא עבור שירותים שמקבלים בבית חולים ציבורי. זה שר"פ.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה אתה הגדרת.

גב' יוליה איתן: איפה זה הוגדר ככה?

דובר/ת: ככה אני קורא לזה, בסדר?

פרופ' יוג'ין קנדל: בסדר, אתה יכול לקרוא לזה גם משה.

פרופ' קובי גלזר: אני חושב שרופא ציבורי שנוסע לאסותא זה שר"פ.

דובר/ת: בסדר.

היו"ר השרה יעל גרמן: הייתה שאלה, הייתה תשובה. בוא תאמר עכשיו את ההערות שלך לגבי המודל.

דובר/ת: זה יהיה בבוקר? זה מה ששאלתי, זה יהיה בבוקר גם?

פרופ' יוג'ין קנדל: מה בבוקר יהיה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

אני אוכל לבחור את פרופ' רענני בתשלום גם בבוקר או רק אחר הצהריים?

פרופ' יוג'ין קנדל:

לא. יותר מזה, המגבלה על בית החולים שהתנאי לרישיון הזה של אכן לקבל תשלום על בחירת

רופא הוא מותנה בהגדלת תפוקות לציבוריות ללא תשלום. שזו מגבלה לא על הרופא, אלא מגבלה על בית החולים.

דוברות:

אז ההבדל בקונספט, בגדול, בטח בפרטים יש הבדלים, בין הבניפיט שנובע מהשר"פ הזה, נקרא לו

שר"פ, או קיי?

פרופ' יוג'ין קנדל:

לא, בואו לא נקרא לו שר"פ, בואו נקרא לו משה.

דוברות:

מה שאתה רוצה.

היו"ר השרה יעל גרמן:

לא, נקרא לו בחירה. בחירת רופא.

פרופ' קובי גלזר:

מה רע במודל המשולב, רבותיי?

דוברות:

מה שאתה רוצה, תגיד איך אתה רוצה שנקרא לזה.

גב' יוליה איתן:

אני לא יודעת למה יש קושי להגיד מודל משולב.

דוברות:

לא, למה את בורחת מהמילה שר"פ?

גב' יוליה איתן:

כי זה לא שר"פ והסברנו למה.

דוברות:

אבל היום אנחנו קוראים לזה ככה. למה לשנות את זה?

גב' יוליה איתן:

לא, היום אין - - -

פרופ' קובי גלזר:

מה זה משנה השם? נו באמת, תסתכלו על המהות.

דוברות:

לא חשוב, אז אם זה לא חשוב - - -

היו"ר השרה יעל גרמן:

אל תיכנסו לסמנטיקה, תאמרי מה מפריע לך.

דוברות:

מה ההבדל בין זה לבין פול טיימר שמבחינתכם נותנת סל יותר גדול ואפשרויות של בחירה והכול

נעשה בין בית החולים לבין המטופל, המטפל בכלל לא בעסק.

גב' יוליה איתן:

מקורות מימון.

דוברות:

החצי מיליארד שקל האלה?

פרופ' קובי גלזר:

מה פתאום חצי? זה שלושה מיליארד. איך הגעת לחצי מיליארד? החצי מיליארד זה הנוסף, מעבר



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לזה יש גם את ה - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: ההבדל בין מתן בחירה בחינם לבין מתן בחירה במתכונת שאנחנו מדברים עליה, ההבדל הוא סדרי גודל של 1.5 מיליארד. זה מאוד פשוט.

דוברות: זאת אומרת שזה באמת לא העניין של העיקרון פה, זה העניין של הכסף.

פרופ' יוג'ין קנדל: תראי, כשמדברים על מודל של פול טיימרים מדברים על 120 רופאים במדינה. זה מה שמדובר.

דוברות: יותר.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה מה שאמרו, כמה שאתה יותר מכניס לזה, כך זה יעלה יותר. המערכת היום היא גירעונית לכן אני לא יודע מאיפה יבוא הכסף כדי לכסות על הגירעונות ועוד להעלות את הזמן הזה. כל מודל שאנחנו מציגים צריך להביא מקורות.

דוברות: קודם כל כמו שאמרנו לא פעם אחת ולא פעמיים, זו סיסמה, אבל ככה זה יהיה, שלא יהיה כאן לאף אחד ספק ואני אומר את זה בביטחון, כי אני רואה מה קורה בהדסה ואני באמת מאמין בזה, בסוף זה לא היה הזכות לבחור, זה יהיה חובה לשלם. שאף אחד לא יחשוב אחרת. שבסוף כשיגידו לך שאתה צריך את שירות הבריאות - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: לא, לא. סליחה, אנחנו ניהלנו ביום חמישי דיון כשכל אחד הביע את דעתו. הוא לא מביע את דעתך, הוא מביע את דעתו, הוא לא אומר שאתה צודק או לא צודק, הוא לא מתבטא בצודק/לא צודק, תתבטא 'אני חושב כך'. אוקיי, תודה. אנחנו גולשים לכיוונים שבכלל הם לא לעניין. תתבטא ב'אני חושב', 'אני סבור', 'לדעתי' וכו'.

דוברות: לדעתנו באוצר.

היו"ר השרה יעל גרמן: 'לדעתנו באוצר', טוב מאוד.

דוברות: יש לנו הרבה אנשים שחושבים ככה, בסוף כשאתה צריך שירות בריאות זה לא לבחור סלולר. בסוף כשאתה צריך שירות בריאות אתה תשלם כל סכום בשביל לקבל את השירות הטוב ביותר. ואם ייתנו לאנשים אופציה בין לבחור את ד"ר ברקוביץ או לא לבחור, אז הם ישלמו, ואם אין להם כסף לבחור ואם לא יהיה להם ביטוח הם ישלמו גם אאוט אופ פוקט. אנחנו מדברים כאן על הגדלה מסיבית של ההיצע הפרטי. בסוף הכסף הפרטי, מקורות המימון הולכים בקורלציה עם ההיצע. אם אין אסותא אז היה פחות שימושים פרטיים. הולכים עכשיו להגדיל את ההיצע בכל מדינת ישראל, אז זה לא יהיה 3 מיליארד, זה יהיה הרבה יותר, זה יהיה היצע פרטי בכל מדינת ישראל וכולם יבחרו והכול יהיה מלא וגם אסותא תהיה מלאה ואנחנו מדברים כאן על גידול, אנחנו עשינו חישוב, והוא לא חישוב אצבע, של 4-5 מיליארד שקל, וגידול בהתאם בפרמיות. העלאה משמעותית של יוקר המחיה בישראל, העלאה משמעותית ואני לא בטוח שהבריאות תשתפר. יהיו הרבה יותר פרוצדורות, הרופאים ירוויחו הרבה יותר כסף, נוכל לבחור ולשלם הרבה יותר. צריך לזכור בסוף שהרופאים זה ציבור עם כוח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בנוגע לרגולציה, כיום, אני אומר את זה בצער, אני רוצה לשנות את זה, אני מקווה שנשנה את זה בשנים הקרובות, אבל כיום המצב הוא שאין תרבות רגולטורית במערכת הבריאות, כל אחד עושה מה שהוא רוצה. אם מנהל בית חולים מסוים נתן תואר לרופא להיות מנהל יחידה, למרות שהוא לא מנהל שום דבר, בשביל שהוא יוכל לקבל את הייעוץ בחוות דעת שנייה בשב"ן, כי אלה הקריטריונים, ופשוט ביטלו את המנהל הזה, אבל יש היום מנהלים שנקראים מנהלי בית חולים למרות שהם לא מנהלי בית חולים ואנחנו מגלים את זה בדיעבד מהתקשורת ואז המשרד צריך לטפל בזה, אז אין תרבות רגולטורית, ואי אפשר לומר עכשיו 'נעשה רגולציה ויהיה בסדר'. כי גם אם נרצה הכי בעולם לעשות רגולציה אלה דברים שלוקחים זמן. אמרה את זה החשבת הכללית פה, אמרה את זה הממונה על ההגבלים העסקיים לשעבר, שהיא גם פה, וצריך להבין בזה וזה אילוז. אי אפשר להגיד שמחר תהיה רגולציה. כשבונים לנו מנחת מסוקים אז מחר לא תהיה רגולציה. אנחנו צריכים לחזק את הרגולציה ואולי אחר כך לראות מה אחר כך עושים, אבל הסדר זה קודם כל לחזק את הרגולציה.

אני כן חושב שהמחירים יעלו, אני אפילו משוכנע בזה. כשהיום הראל או כללית פלטינום - - -

דוברת: המחירים של מה?

דוברת: המחירים של הרופאים בשר"פ. עושים משא ומתן על המחירים בהדסה, אז הם עומדים מול ועד רופאי הדסה, ועד רופאי השר"פ, יש ועד כזה בהדסה, ואתה לא יכול להוריד מחירים בלי שהוועד מאשר לך וכאשר כללית עושה משא ומתן היום מול רופא מסוים באסותא היא יכולה ללחוץ את הרופאים שלה, יש לה כלים. כשהיא תנהל משא ומתן מול רופאים מקובצים בוועדים אין לה כלים, לא לה ולא להראל והמחירים יעלו.

טוב, אמרתי שאני חושב שזה כן יגדיל את הביקושים, בסוף היצע יוצר ביקוש, וברגע שאנחנו מגדילים את ההיצע אנחנו מגדילים את הפעולות במערכת. וזה שר"פ לכל דבר ועניין עם כל הנזקים של השר"פ, עם הכנסת שירותים פרטיים במקומות שהיום אין שירותים פרטיים. צנתור היום יהפוך להיות פעולה שברובה היא תהיה רק פרטית, למרות שבאסותא היא רק 2% מהפעילות שם. אנחנו מכניסים מיילדות פרטיות ואנחנו מכניסים ניתוח קיסרי פרטי ואנחנו מגדילים את הפער בין רופא שבוחרים אותו לרופא שלא בוחרים אותו, ואת החוסר ברופאים שאין בהם פעילות פרטית ענפה, כמו גריאטריים או פנימאים או רופאים אחרים, ואנחנו מגדילים את אי השוויון בחברה. בסוף נקבל הוצאה לאומית הרבה יותר גדולה, כולם ישלמו יותר והרופאים יקבלו יותר. זה מה שאנחנו נראה בסוף, זו ההתייחסות שלי.

היו"ר השרה יעל גרמן: או קיי. בבקשה, תשאלו.

דוברת: יש לי יותר שאלות הבהרה - קובי, אתה אמרת שאתה מאוד בעד DRG, אתה מתכוון לתשלומים הדיפרנציאליים כפי שהם נהוגים היום או ל-DRG?

פרופ' קובי גלזר: אני בעד מודל DRG שהוא בעיקרו דיאגנוזות, לא פרוצדורות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות:

אז לשנות את כל המודל שקיים?

פרופ' קובי גלזר:

אבל אני חי במציאות. גם באמריקה וגם במקומות אחרים ההגדרה של DRG היא לא רק דיאגנוזות,

היא גם דיאגנוזה עם פרוצדורה. צריכים לחשוב על המודל הכי נכון שאפשר ליישם אותו פה.

דוברות:

יוליה, את דיברת על פערי רגולציה לפי בעלות שקיימים היום ולא הבנתי למה הכוונה.

גב' יוליה איתן:

דרישות בין פרטי לציבורי ברמת הפיקוח של משרד הבריאות.

דוברות:

לא התייחסתם למתמחים, האם זה לא יפגע בהם? ואני עדיין לא הצלחתי להבין בטבלה הזאת של

המספרים, יוליה, איפה הכסף האאט אופ פוקט? כי במודל שלכם, לפי מה שהבנתי, אני חייבת להיות בעלת ביטוח כדי לבחור. זה

לא נראה לי הגיוני, לא לזה התכוונתם.

פרופ' יוג'ין קנדל:

זה אותו דבר, זה לא משנה, זה תשלום - - - זאת אומרת אני יכול לבוא לשלם לבית חולים - - -

גב' יוליה איתן:

לא, אין סעיף של אאט אופ פוקט כי אין לנו תיעוד של אאט אופ פוקט. גם היום.

דוברות:

גם צריך לתקן את זה ולהוציא את הדסה ושערי צדק משם.

דוברות:

לא ראיתי את זה אצלכם במודל ואני לא רוצה שתחייבו אותי כדי לבחור להיות בעלת ביטוח. אלה

שלוש השאלות, המתמחים, הבחירה לפי בעלות על ביטוח ובאמת פערי הרגולציה, למה התכוונתם, בסדר?

פרופ' קובי גלזר:

לא הבנתי לגבי המתמחים.

דוברות:

אם אתם לא חושבים שהמודל שלכם יפגע במתמחים, החלק של הבחירה.

פרופ' קובי גלזר:

שיש בחירה חופשית, לעומת מצב של - - - ?

דוברות:

של אין בחירה, או בגלל שאנחנו מציעים - -

פרופ' קובי גלזר:

אנחנו לא מדברים על בחירת רופא, אלא בחירת בית חולים.

דוברות:

לא, אני מדברת על בחירת רופא.

גב' יוליה איתן:

ושל אחר הצהריים, שזה הכול תוספתי על פני מה שקורה היום.

דוברות:

כן, אם באמת חשבתם גם על מתמחים.

היו"ר השרה יעל גרמן:

או קיי. הגיע תורך.

דוברות:

תראו, הוצג פה מודל שאפשר לקרוא לו מודל בחירה משולב, אבל אם נחזור חזרה להגדרה של מה זה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

שר"פ אז ההגדרה של שר"פ זה בחירת רופא בתשלום או אאוט אופ פוקט או במימון של הביטוח. זה שר"פ.

גב' יוליה איתן: אסותא זה שר"פ? מה שאתה מתאר עכשיו זה אסותא.

דוברת: במערכת הציבורית.

גב' יוליה איתן: בית חולים בבעלות קופה?

דוברת: בית חולים בבעלות קופה זה ציבורי באבוהה...

גב' יוליה איתן: לכן אני שואלת האם אסותא זה שר"פ?

דוברת: בוא נעזוב רגע את אסותא, כי יש שם בעלות צולבת. עזבי רגע את אסותא. אני לא יודע מה ההגדרה

הכי נייטרלית שיש לבחירת רופא, שר"פ זה בחירת רופא במערכת הציבורית בתשלום או ישיר או של הביטוח, זו ההגדרה. נעזוב רגע את אסותא וכשאני מסתכל באמת ככה בגדול, אני מנסה להתרומם מעבר לפרטים וכן הלאה ואני שואל את עצמי מה אתם מציעים, אז יכול להיות שמבחינה טקטית זה לא נעים להשתמש במילה שר"פ, אז בסדר, אז אני מקבל, אז תגיד טקטית, 'נקרא לזה עגבנייה, נקרא לזה משהו או צביקה', אבל בגדול אם אני באמת מנקה את כל המסביבים זה הרעיון. הרעיון לאפשר בחירת רופא בתשלום של הביטוחים המשלימים והפרטיים בתוך המערכת הציבורית. זאת אומרת להרחיב או להסיר את המגבלה שיש היום על מימוש בחירת רופא במערכת הציבורית חוץ מאשר ירושלים. זה הרעיון. וכמובן טיפה לשפר אותו, לשכלל אותו. דרך אגב, ההסדר הזה של לא לשלם לרופא קיים גם היום בהדסה,

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, הוא שונה לגמרי.

דוברת: אני יודע שהוא קצת שונה, אבל הוא לא שונה לגמרי. אתה לא משלם לרופא כשאתה בוחר רופא בהדסה, אתה משלם למשרדי השר"פ למטה. אבל אתם כמובן משללים את זה וזה בסדר, אתם יוצרים טיפה יותר, זה שר"פ יותר מוסדר, אבל לא לקרוא לזה שר"פ זה פשוט - - - אז נעזוב את זה, אני חושב שזה שר"פ.

אז בואו נשים דברים על דיוקם, זה שר"פ מרוכך שמאפשר הרחבת האופציה של הבחירה במערכת הציבורית במימון הביטוח המשלים והפרטי. אם על זה נסכים, אז אפשר להמשיך הלאה, כי אם אנחנו לא מסכימים על זה, אז זה דיון מהתחלה.

היו"ר השרה יעל גרמן: אתה אומר את דעתך. בלי הסכמות.

דוברת: אז קודם זה זה. אז זו דעתי ואני חושב שבהקשר הזה צריך להמשיך הלאה ואז ישנם שני מישורים של דיון שלא אכפת לי לעשות אותו. המישור הראשון הוא להקים מעמדות, מה שנקרא הסיבוב הראשון של הדיון הוא הדיון לגבי האומדנים הכספיים של המודל הזה. זאת אומרת מבלי לחוות דעה אם זה טוב או לא טוב, אלא לבוא ולומר מה דעתך על ההשלכות הכספיות של המודל הזה, כאשר מצד אחד מוצג פה תסריט שבו הרחבת אופציית הבחירה, המימון, הפרטי והמשלים,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חוסכת כסף למערכת הבריאות הישראלית. לעומת זאת הוצגה פה אופציה שנייה, הוא הציג אותה כאן, אני לא רוצה להיכנס אליה כרגע, אבל שאומרת שזו הגדלה של כמעט 4 מיליארד שקל והוא אומר את זה, אני לא עכשיו אגן על הטיעון שלכם, כי אתם ודאי יש לכם איך להגן על הטיעון שלכם, אבל הוא אומר את זה משני כיוונים ואני רוצה קצת להתעקש על שני הכיוונים האלה, כי אני תומך באומדן הזה ולא באומדן שהוצג על ידי יוליה. הוא אומר, אחד, יהיה פה גידול אדיר בכמויות, ודבר שני, בניגוד להשערות יהיה פה גם גידול במחירים.

אני רוצה לדבר על הכמויות ואני רוצה לדבר על המחירים. לגבי הכמויות, כמעט ואין לי מחלוקת. אני חושב שקשה לי לראות סיטואציה שבה במצב שבו היצע מוגבל וישנה כמות מסוימת ומימושים שמבטאת בפרמיות מסוימות של שב"ן והיום זה בסדר גודל של המערכת, אתם יודעים מה, 13% מהמיטות? תגידו מיטות זה לא טוב, 19% מהמיטות הכירורגיות? בבקשה, 20%, בסדר? היום 20% מותר, אז אסותא פלוס מדיקל פלוס הדסה פלוס שערי צדק 20%. אתה מחר פותח את זה ל-100% של המערכת. אתה יוצר מצב שבו ב-80% הנותרים יש פוטנציאל של היצע שיגיד לך - אני עושה את זה ותצטרך לשלם בעבור הבחירה הזאת, מאיפה תשלם עבור הבחירה הזאת? מהביטוחים המשלימים. תראו לי בן אדם אחד מתוך 75% של אנשים שיש להם ביטוח משלים שלא יממש את זכות הבחירה.

היו"ר השרה יעל גרמן: או קיי, אתה תומך בזה שיהיה הרבה יותר פעילויות במערכת?

דוברת: לא, אני אומר את הדבר הבא, אני אומר בפן הכמותי של האומדן של ההסדר הזה שקראתי לו שר"פ מרוכך כי הוא לא משהו אחר חוץ מזה, יש עליות הרבה יותר גדולות בפן הכמותי. ואני אומר עוד משפט יותר חזק מזה, אני אומר, גם אם אני אזרוק לזבל את ההנחה שארגוני העובדים יגרמו לזה שהמחירים יעלו, וגם אם אני אניח שדווקא הגדלת ההיצע תוריד מחירים, מי שיעשה את החשבון של מחירים פחותים יותר כפול כמויות הרבה הרבה יותר גדולות, כי מדובר פה בפי 4 יותר כמויות, רבות, פוטנציאלית. היום 20% ומחר 100%, פי 5 אפילו. אז אני אומר, תכפיל את המחירים כפול הכמות ואתה מקבל סדרי גודל של גידול בהוצאה בלתי רגיל.

בוא נמשיך ונשתרשר על זה, עדיין בלי לחוות דעה. אני אומר לגבי אומדן כספי. ולרגע באומדן הכספי הזה, שהוא פתח בו ואני ממשיך אותו, זה היה אומדן כספי שהציגו 80% מהמציגים בוועדה הזו. לא היה אחד כמעט - - - דרך אגב, זו פעם ראשונה שאני שומע ששר"פ חוסך כסף.

דוברת: לא הבנת, הוא לא חוסך, מה שאמרו לך, שתשלם אותו דבר, אבל יהיה לך עוד רווח של חצי מיליארד שקל - - -

דוברת: טוב, בסדר.

דוברת: נכון? זה מה שהמודל אמר? הכול יישאר אותו דבר, השימושים יהיו פחות ו - - -



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

גב' יוליה איתן:

לא אמרנו שהשימושים יהיו פחות.

דוברת:

תן לי, לא משנה, הטווח שדיברנו על גידול בעלויות דיבר על טווח מינימליסטי, של מיליארד אחד. משרד הבריאות הציג את זה, לא אני. משרד הבריאות הציג פה סצנריו שבין מיליארד ל-4 מיליארד שקל. הציג את זה אגף התקציבים באוצר, הציג את זה אגף התקציבים לשעבר באוצר, הציגו את זה קופות החולים, מי לא הציג את זה? זאת אומרת אני חשבתי שהמרכז של הוויכוח לגבי הפעלת השר"פ המרוכך במערכת יהיה האם זה יעלה 2 מיליארד או 4 מיליארד, אבל זה שהוא לא יעלה בכלל? או שהוא יחסוך כסף באיזה שהיא צורה? זה בכלל ויכוח שקשה לי להתמודד איתו.

על חולשת הרגולציה אני לא רוצה לדבר, אבל לדעתי הקומונסנס אומר, כשאתה פותח היצע אז הכמויות עולות באופן דרמטי, וגם אם המחירים יירדו ההוצאה תגדל. מה יקרה שההוצאה תגדל? יהיה דבר פשוט, הפרמיות יצטרכו להתאים את עצמן, בכל שנה, למה? כי זה כללי המשחק של האקטואריה של קופות שב"נים. אתה צריך כל הזמן להתאים את ההכנסות להוצאות. איך אתה מתאים את זה? אתה מעלה פרמיות, איפה אתה מעלה פרמיות? לפי גיל. מי צרכני השירותים הכבדים? קשישים. זאת אומרת הפרמיה של הקשיש בן ה-75 תעלה פי 3, פי 4. זו המשמעות של הסצנריו הזה. וזה רק בפן הכמותי, ועוד לא דיברתי בכלל על הפן הנורמטיבי, מה דעתי על הנושא הזה של שר"פ, מרוכך או לא מרוכך.

ועכשיו בואו נלך לפן הנורמטיבי. אני חושב שהפן הנורמטיבי הוא בעייתי בצורה בלתי רגילה. אנחנו יוצרים איזה שהוא מנגנון שבעצם אומר שר"פ, בחירת רופא, הוא הכלי לקיצור תור. ובחירת הרופא, זה לא יהיה מתוך בחירה אלא מתוך אילוץ. מי שירצה לקצר תור, הדרך היחידה שלו לעשות את זה היא באמצעות בחירת רופא. המשמעות של זה, הרגרסיביות של זה ודאי ברורה, אבל המשמעות של זה בסוף זה שלאנשים שלא יהיה להם כסף לא ייקנו שב"ן ואז כמות המבוטחים בשב"ן לא תהיה 75% אלא 60% ואולי וזה מה שנקרא אנחנו במו ידינו נתנו לגיטימציה לשתי רמות של רפואה בתוך המערכת הציבורית, עזבו את אסותא ואת מדיקל הרצליה. אין. אני מדבר עכשיו על תל השומר ואני מדבר על איכילוב ואני מדבר על רמב"ם ואני מדבר - - -

דוברת:

גם לא ברור אם מי שיש לו שב"ן בפרמיות הנוכחיות יכול לשלם - - -

דוברת:

נניח. נניח שהם משלמים את זה ועושים את זה מרצון, כי זה ממש וולונטרי, כן? זה ממש, נניח, אבל כאשר הפרמיות יתחילו לעלות והן יתחילו לעלות והן יתחילו להתגלגל ולהתגלגל ולהתגלגל, אז ייווצר מצב ש - - - עכשיו עוד דבר אחד, תסתכלו על זה ברמת מקרו, והוא צודק, תסתכלו מה זה יעשה להוצאות של משקי הבית, זה יגדיל את ההוצאה הפרטית באופן דרמטי. ועוד דבר אחד, שוב פעם, כל הפעולות האלה, מדובר פה על הקטע של המשולב, נראה פה המרובע היפה הזה עם המלבנים, שהתחילה בו שולי ואני המשכתי בו ואת לקחת אותו ואימצת אותו וזה בסדר גמור, והוא קיים בכל מקום, מודל משולב קיים בכל מקום בעולם, זו בכלל לא הסוגיה. הסוגיה היא, שוב אני אומר, המינון. ואמרה את זה יוליה נכון וזה נכון, מאיפה אנחנו מתחילים? אנחנו מתחילים מ-40-60 במדינת ישראל ובואו ניקח עכשיו את ה-40-60 הזה ובואו נשאל מה יקרה אם נעשה את מודל ההעשרה במרוכך, מה זה יעשה? זה יעלה את זה ל-45-55, כי אנחנו מגדילים את המינון הפרטי, אנחנו מגדילים את



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הפרמיות של הביטוח המשלים, אנחנו לא מורידים אותם. שוב פעם משקי הבית יצטרכו לשלם. ורבותי, מימון על ידי שב"ן הוא מימון רגרסיבי, הוא פחות רגרסיבי ממימון פרטי אבל הוא רגרסיבי.

יש המון מהלכים בהצעה כאן שאני חותם עליהם, אני רוצה לנצל את התשתיות אחר הצהריים, אני רוצה שהרופא הציבורי יישאר בתוך המערכת הציבורית, אני רוצה שהוא ירוויח יותר, אני רוצה לקצר תור. במידה מסוימת יש את האלמנטים שם, אבל ההבדל הענק, הבסיסי, המהותי, בין מודל א' לבין מודל ב', זה מי מממן את זה. אני אומר מימון ציבורי ואתם אומרים מימון פרטי. תראו גם למה הם אומרים, יוג'ין, אני עכשיו מצטט אותך, מה אתה אומר? אתה אומר 'אין סיכוי לקבל את הכסף הציבורי'. מפה אתה מתחיל בעצם.

פרופ' יוג'ין קנדל: מספיק כסף ציבורי.

דוברת: אין מספיק כסף ציבורי. אתה אומר לי כאילו, 'גבי, אתה לא תקבל, והשאלה היא מה עושים, נכון? בסדר, זה מה שאתם אומרים. אתם אומרים לא נקבל ולכן - - - ואמרה את זה לאה ואני חוזר על מה שלא - - -

דוברת: אני לא חושבת, אני חושבת שיוליה אמרה שיש מקורות מימון.

דוברת: כן, אבל על זה קיבלת תשובה. אני לא אקרא לזה נקודת מוצא, אבל יש פה איזה שהיא אמירה שהיא לכאורה, אני לא אתווכח איתה, של אנשים שחושבים שאין סיכוי להגדיל את המקורות הציבוריים ולכן הם אומרים -

גב' יוליה איתן: זאת לא אמירה וזה גם לא נאמר.

דוברת: אבל אני שמעתי את זה פה. לפני רבע שעה.

פרופ' קובי גלזר: אני חושב שכמה פעמים אני אמרתי וחשוב לי להגיד את זה, כי זה לא נאמר, אני אמרתי, לפחות אני, אני לא יודע לגבי אחרים, אני לא חותם על שום מודל, לא זה ולא ההוא ולא ההוא, קודם כל תנאי הכרחי, יצירת מנגנון נכון, פחות או יותר כמו שאתה ואני הצענו, להבטחת הכסף הציבורי במערכת. זה שיהיה ברור. לא אמרתי ואני לא אומר שעכשיו מפה תבוא הישועה וזה ייתן את אותם 2.5 מיליארד תוספת שצריך. שיהיה ברור. אבל מאחר שאולי ההבדל בינינו, רק בזה, אני לא אתערב יותר, הוא שאני קצת ריאלי ורואה איך פותרים בעיות אחרות במערכת, על ידי חזרה למנגנון פרטי, אם זה אשדוד, אם זה הדסה, כל מקום, אני ריאלי ואני אומר, יהיה כסף ציבורי אבל כנראה שהוא לא יהיה מספיק.

דוברת: אוקיי, אז נלך עוד שלב ואתה אומר, 'אני את הכסף הציבורי רוצה ואני אבקש אותו דרך העלאת מס בריאות'. אתם אומרים את זה.

פרופ' קובי גלזר: אני לא יודע איך, אני רוצה.

דוברת: בסדר, לא משנה, העלאת מס בריאות, תקציב, אתם מדברים על סדר גודל של כסף ציבורי של 2



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מיליארד שקל. זה סדר הגודל של הכסף.

פרופ' קובי גלזר: כולנו מדברים.

דוברת: לא, אני מדבר על 4.

היו"ר השרה יעל גרמן: בזה הרגע איבדת אותו.

דוברת: אבל זה היה 4 - - - ובסוף לאט לאט כדי להשיג את המודל - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: זה היה 12 מיליארד.

דוברת: זה בדיוק מה שאני רוצה להגיד, שהכי מדאיג אותי, תתייחס לזה, שעד שאנחנו נגמור לדבר, בשביל שיהיה המודל שלך אתה תגיע למיליארד, אתה תתפשר.

היו"ר השרה יעל גרמן: איקס מיליארד, בסדר? תמשיך בבקשה.

דוברת: מה הפלוס הגדול ללכת לאנשים ולבקש מהם לשלם? זה דבר מאוד פשוט לעשות, בשביל זה לא צריך ועדה.

דוברת: ישנם במודל הזה הרבה מאוד פונקציות מטרה שאני חותם עליהן בכל לבי. העניין הזה של קיצור תור, העניין של שימוש בתשתיות אחר הצהריים, תגמול הרופאים, חזרה וחיזוק המערכת הציבורית באספקה, כל זה אני חותם, אבל ההבדל המאוד מאוד בסיסי, בואו נעשה את ההבחנה הזאת שוב, בין אספקה ציבורית ופרטית ובין מימון ציבורי ופרטי. אני אומר, כל זה צריך לעשות בכסף ציבורי ולא בכסף פרטי, כי אם עשיתי את זה בכסף פרטי באופן מלא, או אפילו 50-50, כמו שמוצע כאן, מוצע פה 50% פרטי, 50% ציבורי, לא שיניתי כהוא זה מ-40-60. ההיפך, זה גדל. אז זה לא יגדל ל-45-55, זה יגדל ל-42-58.

פרופ' קובי גלזר: זה פשוט לא נכון.

דוברת: אני אמרתי, הוויכוח הראשון הוא על מה שנקרא המספרים - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: זו דעתך?

דוברת: הכול זה דעתי. אז קשה לי להבין איך אפשר לתמוך באיזה שהוא תהליך שלכאורה נורא מפתה. למה הוא מפתה? כי הוא מקטין את הבקשות מהכסף הציבורי, מהכסף של התקציב. כן, הוא מפתה, מאוד מאוד מפתה. דרך אגב, אני התפלאתי על אורי, למה הוא לא קנה את זה בשתי ידיים.

ד"ר יוג'ין קנדל: זה אידיאולוגיה. לא מוכרים אידיאולוגיה בכסף.

דוברת: אבל אני חושב שבהגדרה שלנו, כשאנחנו יצאנו למשחק - - -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברת: דרך אגב, הוא שלח לי הודעה, 'זהו, הסתדרת, אתה לא צריך להוסיף, הכול בסדר, יש כסף'.

היו"ר השרה יעל גרמן: מי שלח הודעה?

דוברת: הוא.

פרופ' קובי גלזר: יעל, תראי, זה לעשות צחוק ממשוהו שהוא - - - אנחנו מעולם לא אמרנו - - - אתה אומר פה דברים שהם פשוט לא נכונים. המודל מתחיל מתוספת משאבים ציבורית והמודל הזה, אם תוספת המשאבים הציבורית תהיה כמו המודל שלך ושלי, זה לא מביא ל-40-50, זה מביא ל-30-70, כי עדיין עיקר הכסף יבוא מהמערכת הציבורית. נראה אותם נותנים את זה, אחר כך נדבר. לכן זה פשוט לא נכון.

היו"ר השרה יעל גרמן: קובי, אתה תיכף גם תאמר את זה, כי אחרי שכולם ישמיעו את דברם אתם תגיבו.

פרופ' קובי גלזר: לא, אבל להציג מודל שלא הצגנו.

דוברת: רגע, קובי, אני לא אמרתי את זה. תקשיב טוב, אני אחזור על זה כדי שתגיד שזה כן נכון. גם במודל שלכם מדובר על הגדלה מאוד מאוד משמעותית של המקורות הציבוריים. אני אמרתי 2 מיליארד? אתם אמרתם 2 מיליארד, לא אני, אתם אמרתם, אחוז, חצי אחוז, של דמי ביטוח בריאות. אתם אמרתם את זה, לא כנגד זה אני אמרתי. אני אמרתי שלמול הצעד הזה, שהמשמעות שלו הגדלת הכסף הציבורי, יש גם מהלך שיש לנו ויכוח לגבי האומדן הכמותי שלו. מבחינתי המהלך השני, לא המהלך של ה-0.5, המהלך השני, של מתן היתר לבחירת רופא בכל המערכת הציבורית, אני אומד אותה ב-3-4 מיליארד שקל תוספת של המימון הפרטי, ואני אומר, תוסיף 3-4 מיליארד שקל למימון הפרטי, תוסיף 2 מיליארד שקל למימון הציבורי ולא עשית כלום ל-40-60 שיש לנו היום. זה מה שאני אומר.

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל עשית משהו לבריאות של האוכלוסייה.

דוברת: אה, ממש, עכשיו בוא, בבקשה, נדבר על הבריאות של האוכלוסייה.

היו"ר השרה יעל גרמן: לא, לא, לא. אתה מסיים את דעתך, יוג'ין ישיב לך אחר כך.

דוברת: אז אני חושב שהפתרון הזה הוא פתרון שמרחיק אותנו מאופק ציבורי של מערכת, עושה אותה, דרך אגב, גם לא יעילה וגם לא שוויונית. אני חושב, דרך אגב, שהרבה מאוד תיקונים שעשיתם בפן היעילותי הם בסדר, ניסיתם במידת האפשר לצמצם את החסרונות של השר"פ, אבל עדיין ברמה המהותית נשאר שם הקטע של לעשות יותר, הקצאה לא יעילה של כוח אדם, ממש הקצאה לא יעילה של כוח האדם. אני לא רוצה שמנתח הלב הכי מפורסם יעשה לי ניתוח קטרקט או אני לא יודע מה, להמחשת הדוגמה, זה לא אותו דבר. אבל ניתוח הרניה צריך לעשות מי שצריך לעשות ניתוח הרניה, ולא על ידי מי שבחר מישו לעשות, למרות שהוא יכול לעשות דבר הרבה יותר יעיל במערכת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

היו"ר השרה יעל גרמן: אתם נגד הבחירה בהיקף כזה.

דוברות: הבנתי, אתם נגד הזכות של הציבור לבחור.

דוברות: עזוב, ישב פה רוני בשבוע שעבר ביום חמישי ושאל אותי, 'האם זאת זכות יסוד?' ואני אמרתי לא, זו לא זכות יסוד.

דוברות: זה בסדר, זה לגיטימי.

דוברות: ודיברנו על המון חסרונות של יכולת הבחירה הרציונלית, גם בבית חולים וגם של רופא. דרך אגב, אותה מגבלה של זכות הציבור לבחור בבתי חולים, שקובי היטיב להציג אותה, תקפה גם לגבי רופאים. מה אני יודע על איכות הרופא? אנחנו כל הזמן מנפנפים בזכות הזאת. ועוד משפט אחד. בהרבה מאוד מקרים זכות הבחירה הזאת לבחור, או הזכות לבחור, הופכת חובה לשלם. זה מה שקורה. זו זכות? אני רוצה לקצר תור אז אני בוחר מישהו? אני משלם לקצר תור.

אני לא רוצה שתיקח את זה, קובי, לפן של לצחוק. זה ממש לא לצחוק, אני מדבר בשיא הרצינות, אני חושב שהמודל הזה הוא הרע שבכל העולמות. אני חושב שמול האלטרנטיבה הנוכחית, היום, האלטרנטיבה הנוכחית יותר טובה מהמודל הזה. ועכשיו אליך,

דוברות: בוודאי, איזה שאלה? אתה יוצא בתופים ובמחולות כנגד השר"פ ומעלה את כל הטענות הנכונות, קראת את הספרות הנכונה וזה בסדר גמור, אבל אתה באותה נשימה עושה שתי טעויות. טעות אחת, קודם כל את אשדוד אתה בכלל לא מעלה, ומה זה יעשה לאשקלון וקפלן, אתה בכלל לא חושב. זו לא המערכת הציבורית שאתה צריך לדאוג לה. ושתיים, דרך אגב, אתה נתת תעודת כשרות עכשיו להסכם הדסה לשר"פ. תעודת כשרות. עד היום זה לא היה הסכמה של המדינה ואתה הלכת וחתמת עם הדסה על תעודת כשרות, מחר יבוא רוטשטיין ויגיד 'גם אני רוצה'.

דוברות: זה לא נכון.

דוברות: ועוד דבר אחד.

דוברות: לא, אבל זה לא נכון.

דוברות: אני הייתי מציעה שאת הדסה בוא נשאר מחוץ לדיון.

היו"ר השרה יעל גרמן: אתה תגיב, רק הוא יסיים.

דוברות: לא, אני מבקשת, בואו ניתן לדבר להסתיים. יעל, בבקשה, שהיום לא ידונו על הדסה, תנו לאירוע להסתיים ואז שכל אחד יביע את מה שהוא רוצה על הדסה.

היו"ר השרה יעל גרמן: הפרוטוקולים מפה לא יוצאים, עדיין. הוא חייב להגיב.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

לא, אני מצטרף להערה שלה שאמרה שכרגע לא ידונו בהדסה.

דובר/ת:

אז תגיד משפט כללי, שאתה מתנגד לכל מה שיש ואנחנו לא דנים. גם אתה וגם אני.

היו"ר השרה יעל גרמן: שזה לא נכון. לפרוטוקול, הוא טוען שזה ממש לא נכון, הדברים האלה, אבל הוא לא יגיב כרגע כדי לסיים את פרשת הדסה.

דובר/ת:

אבל, אתה עכשיו, כאשר אתה אמרת שזה יעלה 4 מיליארד וכאשר אתה אמרת וזרקת כל מיני התקפות על זה, בסדר גמור, מה אתה מציע? מה אתה מציע?

דובר/ת:

חכה בסבלנות ליום חמישי.

דובר/ת:

אני אחכה בסבלנות עד יום חמישי, אבל אני רוצה שאתה תציע משהו שישפר את המצב הנוכחי, ואם אתה חושב שאפשר לשפר את המצב הנוכחי בלי להביא מקורות ציבוריים נוספים, אז צר לי, אני כבר אומר לך, אתה טועה.

היו"ר השרה יעל גרמן: לא, אתה חושב אחרת.

דובר/ת:

אני חושב אחרת. אני חושב שאתה טועה.

דובר/ת:

אני רוצה קודם כל להגיד תודה לצוות. יש לנו צוות מאוד יפה, יוליה, יוג'ין, קובי, לאה, פנינה. אני חושב שהיה פה ניסיון כן לתפור מכל הכיוונים את המערכת ולנסות לראות תמונה רחבה עם פתרונות יצירתיים, שחלק בכלל לא נשמעו עד עכשיו פה ואפילו בעדויות.

אני אגיד קודם כל קצת לגבי הנקודה שקובי התחיל בה. אתמול קראתי לעומק את מה שקובי כתב. אני יכול להגיד, אצלי זה קצת התחיל להיזד דברים שאולי היו יותר מקובעים קודם. אני חושב שיש הרבה מאוד דברים שאנחנו צריכים לבחון ולשמוע עוד אנשים לגבי האפשרויות והתועלות והנזקים האפשריים בדבר הזה, כי כל הזמן קופצים לדברים. אני יחד עם ארנון בוועדת המחירים שקובעת את המחירים, שמייצעת לשרים בנושא המחירים, ויש פה הרבה מאוד דברים שיכולים להשפיע גם לגבי אולי אדישות של בתי החולים לעלויות המשתנות ולעלויות הקבועות וצריכים לראות איך תופרים את זה. אני חושב שזה יכול לעשות הרבה מאוד טוב, אבל יש פה עוד כל מיני נזקים אולי אפשריים שיכולים להיות שאני לא יודע אם רק פה בחדר הזה אנחנו יודעים את הכול על המערכת, וגם אני בתפקיד שלי במשרד, אני חושב שאנחנו צריכים לשמוע עוד אנשים שמומחים בזה גם מתוך המשרד לנושא של התמחור, גם מבתי החולים ומקופות החולים. אני חושב שהמטרה בסוף היא מאוד טובה, אבל צריכים לראות שאנחנו עושים פה מהלך שלא יגרום בסוף אולי ליותר נזקים בנושא הזה. זו כהערה כללית לגבי זה.

קצת לגבי ההנחות הכלכליות שנאמרו על ידי יוליה. אמרתי את זה גם בעבר בוועדה, שאני חושב שלקבוע יעד של הוצאה ציבורית כאחוז מהתוצר זה לא יעד נכון. דיברנו פה קודם לפני שהישיבה התחילה שעכשיו הצמיחה אולי תהיה קצת יותר נמוכה, ואורי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אמר שבגלל שהצמיחה תהיה יותר נמוכה ההוצאה לבריאות כאחוז מהתוצר תעלה. לא כי קרה משהו במערכת הבריאות, כי קורה משהו בתוצר הכללי. אני חושב שאנחנו לא צריכים להסתכל על זה כאחוז מהתוצר, צריכים לראות איך אנחנו מסתכלים על זה שבמקורות הבריאות יהיו מקורות מספיקים לתת את השירותים שהם צריכים, לקבוע למה הכסף צריך ללכת ולא כמה כסף סך הכול במערכת הציבורית ואולי הוא יילך למקומות לא נכונים. אני חושב שאנחנו לא צריכים להציג לעצמנו יעד של 5.4 מהתוצר. יכול להיות שנצטרך יותר, יכול להיות שיהיו כמה שנים של מיתון ונרצה אולי שזה יהיה יותר מזה, כדי שמערכת הבריאות תוכל לתת את השירותים האיכותיים כמו שהיא נותנת היום. יכול להיות שבעתיד זה צריך להיות 6%. זו איזה שהיא אמירה כללית. עכשיו לא ברור לי לגבי ה-5.4 גידול שנתי, האם זה במחירים קבועים, האם זה גם כולל את הגידול הדמוגרפי וכדומה? כי היום הסל גדל ב-5.5% בשנה, אבל זה כולל דמוגרפיה, כולל התייקריות וכדומה. אז אם קצת אחרי זה תוכלו להבהיר לגבי - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: הסל היסטורית גדל ב-2.8% בשנה במחירים ריאליים.

דוברות: הם כבר הראו את זה במצגת הקודמת, שזה מפצה על הדמוגרפיה.

דוברות: מה זה ריאלי?

פרופ' יוג'ין קנדל: ריאלי, מדד המחירים.

דוברות: אז אני אומר, הסל היום נומינלית גדל בכמעט 6% בשנה.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה זה משנה נומינלית?

דוברות: בסדר, אז רציתי גם לקבל את דעתכם הזאת. ועכשיו קצת שאלות לגבי מודל הבחירה והתשלום לבתי החולים הציבוריים. אמרתם שמי שרואה את הרופא בפרטי לא יוכל לראות אותו בבית חולים ציבורי. זו הייתה איזה שהיא אמירה, והשאלה מה קורה אם מישהו הלך להתייעצות אצל רופא פרטי, שגם עובד בבית חולים ציבורי, כלומר אסור לו בעצם לקבל יותר טיפול באיכילוב. אני הלכתי לרופא פרטי לקרדיולוג להתייעצות בשב"ן ואם עכשיו אני רוצה לעשות צנתור, בעצם אסור לי לעשות את אותו צנתור באיכילוב כי - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, אצל אותו רופא. לא באותו בית חולים.

דוברות: אוקיי, כלומר ראיתי אותו בשוק הפרטי ואני בא לבית החולים, בבית החולים זה אחריות של הרופא להגיד 'תקשיבו, אותו ראיתי בפרטי, למרות שאולי אני הכי נכון שאטפל בו בבית חולים ציבורי, אני לא יכול לטפל בו'. כן?

פרופ' יוג'ין קנדל: כן.

דוברות: בסדר, רק רציתי להבין את הנקודה הזאת.

לגבי השתתפות עצמית נמוכה. בוועדת הביטוחים, אני יודע שזה לא סגור הרמטית מה קורה בוועדת הביטוחים, כולם מסכימים,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אבל כן אחד הרעיונות שעלו שם זה לראות איך כן השתתפות עצמית ככלי להפחתת ביקושים - - -

גב' יוליה איתן: לא דיברנו על זה שצריך להוריד השתתפויות עצמיות. אמרנו שאפשר לחשוב על השתתפות - - -

דוברת: באופן יחסי רק. אוקיי, להעלות לכולם ובשב"ן פחות?

גב' יוליה איתן: נכון.

דוברת: קצת לגבי המודל הכלכלי של כמה - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: זה לא בשב"ן פחות, אלה שישתמשו בשב"ן בבתי החולים הציבוריים פחות, ואלה שישתמשו בשב"ן בבתי חולים פרטיים זה יהיה יותר. כך אני הבנתי, יוליה.

גב' יוליה איתן: אני ממתנה לסיום כל השאלות, אבל האמירה הייתה שמי שיבחר לממש את השב"ן בבית החולים הציבורי יוכל לשלם השתתפות עצמית נמוכה יותר מאשר בפרטי, זה לא אומר שהיא תהיה נמוכה - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: לעודד את השימוש במערכת הציבורית בעזרת גזר ולא בעזרת מקל.

דוברת: זה עדיין יכול להיות יותר גבוה מההשתתפות העצמית היום שקיימת בשב"ן, זה רק באופן יחסי לבית חולים פרטי. זו הנקודה שאני חושב שהיה חשוב אולי - - - לי זה לא היה ברור.

דוברת: למה זה יכול להיות יותר - - - ?

גב' יוליה איתן: כי את נותנת יותר שימושים. כי את רוצה לצמצם את הפעילות הזאת.

היו"ר השרה יעל גרמן: לא משנה, עזבי יהיה - - -

דוברת: אוקיי, שיהיה דיפרנציאלי, לא חשוב מה - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: שיהיה לך תמריץ להשתמש בציבורי.

דוברת: קצת לגבי המודל הכלכלי. טוביה הציג פה בוועדה בנובמבר איזה שהוא מודל כלכלי שאומר מה הוא חושב שיקרה אם תהיה בחירת רופא בתשלום בבתי החולים הציבוריים - לפני חודשיים, אני חושב, שלחתי לך את האקסל עם החישובים וכדומה - ושם היו כל מיני הנחות מסוימות שמדברות על זה שבבתי החולים הפרטיים עדיין תמשיך להיות - - - (הפסקה).

היו"ר השרה יעל גרמן: אתה ממשיך.

דוברת: אז ככה, יש איזה שהיא הנחה, שאני הבנתי, במודל, אני מאוד נזהר במילים שלי, ששימושים במימון פרטי של השב"ן או חברות הביטוח ואאוט אופ פוקט לא יגדלו. זה איזה שהיא הנחה שהבנתי. אני הבנתי שאם כל הכסף של השב"ן הולך לבתי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

חולים ציבוריים אז זה נשמע כאילו בתי החולים הפרטיים, ההכנסות שלהם, שהם לגמרי ייסגרו או שהם ייפלו בצורה דרמטית, כי אחרת לא ברור איפה בתוך המודל יש כסף שהולך על שימושים בבתי החולים הפרטיים. נקודה נוספת היא שהיום יש לציבור בירושלים - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: סליחה, השימושים יגדלו בעקבות קיצור תורים.

גב' יוליה איתן: יש לך משתנה שנקרא תורים.

פרופ' יוג'ין קנדל: השימושים יגדלו, אבל זה טוב שהם יגדלו כי היום יש - - -

דוברת: לא, השימושים הפרטיים.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא משנה איזה.

גב' יוליה איתן: אני ארכז את זה.

דוברת: היום לציבור הירושלמי יש טעם מסוים והוא בוחר 22% בשערי צדק, 28% בהדסה, חלק מזה זה בגלל התורים, טעם שהוא מגיע לבית החולים והוא אומר, 'יש לי ביטוח ואני רוצה לבחור מי ינתח אותי'. זה מה שהציבור בירושלים, חלק גם בא מחוץ לירושלים, בוחר לעשות. בהנחה שבתל אביב, שם יש הרבה מאוד אנשים, זה לא יהיה משמעותית שונה וגם לאנשים יש, לאותם 20% מהאנשים יש טעם שהם רוצים לבחור מי המנתח שלהם, אז זה בהכרח יגדיל את השימושים בצורה משמעותית. אם אנחנו אומרים שכל הניתוחים הפרטיים שיש היום, לא יהיו יותר ניתוחים במימון פרטי מהכמות הכוללת שיש היום, אלא זה רק יתחלק בין כל המערכת, זה אומר שאחוז בחירת רופא בתשלום בבית החולים לא יהיה 20% או 22% כמו שקיים היום בהדסה ושערי צדק, אלא אמור להיות 3%, 4%, סך הכול, אם אנחנו לא מגדילים את מספר הניתוחים. וזה לא ברור לי, זו הנחה שנראית לי קצת אופטימית מדי לגבי זה.

פרופ' יוג'ין קנדל: איך הגעת לזה? לא הבנתי איך הגעת למספר 3?

דוברת: יש איזה שהיא הנחה, אני הבנתי אותה במודל, שמספר הניתוחים הפרטיים במימון פרטי בישראל יישאר אותו דבר, כי אחרת הפרמיות של השב"ן יצטרכו לעלות וכדומה. מספר הניתוחים במימון פרטי לא יגדל בישראל, ניתוחים במימון פרטי, זה משהו שאני הבנתי מהשקף שהצגתם את העלויות. בהנחה שזה מה שיקרה וזה קורה בכל המערכת הציבורית וזה מתחלק, אז סך הכול אחוז בחירת רופא בתשלום בבית חולים ציבורי לא יוכל להיות 22% או 28% כמו בשערי צדק והדסה, אלא אם אני מחלק את החלק היחסי, עשיתי את זה מהר בראש, של הדסה ושערי צדק בכל המיטות בישראל, זה אמור להגיע לבסביבות 3%-4% סך הכול אחוז בחירת רופא בתשלום בבית חולים ציבורי. כי אם זה יותר מזה, אז גם יהיו יותר ניתוחים והפרמיות בשב"ן יצטרכו לעלות וכדומה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

היו"ר השרה יעל גרמן: זה ההופכי למה שגבי אמר. גבי אמר מ-20 זה יעלה ל-100, הוא אומר, אם זה נשאר 20 זה הופך ל-

2.

דוברת: ואם זה יותר מ-2 אז צריכים להוסיף עוד כסף, אנשים ישלמו עוד בשב"ן.

גב' יוליה איתן: אבל זה יתקזז.

דוברת: אחד הדברים שטוביה הציג עם ניתוחי הרגישויות בנושא הזה בא ואומר שבסוף, כשאנחנו מגדילים, יהיו עוד ניתוחים בשב"ן, זה בסוף יתגלגל לעליית פרמיות על הציבור והיו שם כל מיני הנחות, המצגת נשלחה לכולם, שזה היה בין עשרות למאות שקלים תוספת השתתפות של פרמיות בשב"ן. זה גם כן מאוד משמעותי. אני חושב שלסגור את המודל שלכם מבחינה כלכלית בצורה שאפשר לא להסכים עם זה, עם בחירת רופא בתשלום בבית חולים ציבורי, מסכימים לזה או לא אידיאולוגית, אני חושב שלפחות את העבודה של לנסות להסכים על ההשפעות הכלכליות ולראות מה זה יעשה לשווקים השונים וכמה באמת, איזה אחוז בחירת רופא בתשלום יהיה בבתי החולים הציבוריים וכדומה, זה משהו שגם אם לא מסכימים מבחינה אידיאולוגית, כדאי לפחות שהנתונים עצמם יוסכמו על חברי הוועדה, כמה שיותר בנושא הזה.

לגבי ניתוק הקשר הכלכלי בין החולה לרופא. קודם כל מהמודל שלכם לא היה ברור, אמרתם שלא תהיה בחירת רופא בתשלום בבוקר, אבל לא היה ברור אם מישהו הגיע למיון עם משהו דחוף, הוא רוצה עכשיו לבחור את הרופא שיטפל בו, האם זה אפשרי או לא אפשרי?

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, במיון לא.

גב' יוליה איתן: הערה קטנה. ההנחה היא שבן אדם מסוגל לקבל החלטה רצונית של בחירה, בוודאי לא מישהו מתוך מצוקה ששיקול הדעת שלו מעורפל. אנחנו בכלל לא נכנסים לאזורים של מצבי חירום.

דוברת: אוקיי, אין פה בחירת רופא בתשלום של מישהו ש - - - זה רק אלקטיבי, מבחינתכם, בחירת רופא בתשלום.

דוברת: אתה נכנס פה לסוגיה שעבדנו לילה שלם. האתיקה כבר מזמן קבעה, זה לא עושים את זה או כן עושים את זה, זה סיפור אחר, ברור שכשמדובר במישהו שנמצא במצוקה שלכן יכול לערפל את שיקול דעתו, צריך למנוע את זה. איך, כיצד וכו', זה כבר הפרטים. אני פשוט אומרת את זה, כדי שלא נהיה בסיטואציה שאתה, ובצדק, תשאל איקס ופה תהיה תשובה וואי וזה. אני מניחה שאם המודל יתקבל ואם זה יהיה אז יצטרכו לעבוד על זה עוד כמה לילות, בשביל הניסוחים.

דוברת: אני רק רוצה להגיד, כי העירו קודם הערה, זו דוגמה למה שהיה בהדסה במשא ומתן הוא באמת שינוי מהותי. לראשונה הוגדר שאין שר"פ מחדר מיון, אין שר"פ במקרים האלה, וזה שינוי אמיתי. אתה יכול לאהוב את ההסכם, לא לאהוב אותו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

היו"ר השרה יעל גרמן: אין גם בבוקר, ורק משלוש.

דוברות: אל"ף, זה שלוש, ובי"ת, לטעמי זה - - - , אני גם רציתי להגיד את זה, כי זה מאוד בעייתי וגם אני רואה את זה אחרת.

דוברות: אני ממש לקראת סיום. אני חושב שבסוף אחד החששות בנושא אי השוויון זה שלא רק שהרופא יקבל יותר כסף על שר"פ מפעילות אחר הצהריים, את זה פתרתם, אבל שהרופא יכול לתת אולי יחס יותר טוב למי ששילם לו. אחד החששות שיש לנו בבית חולים, מיטה ליד מיטה, חולה פרטי וחולה ציבורי, והחשש שלי שבסוף המבטח יידע להעביר את המסר לרופא, שהוא שילם עבורו. זה יכול להיות באמצעות זה שאני יודע שאני רופא מאוד מומחה ואני לא עושה ניתוחים יחסית פשוטים, אבל מישהו בחר בי לניתוח פשוט, אז כנראה שזה מישהו ששילם כי הוא בחר בי.

היו"ר השרה יעל גרמן: או הוא מנתח אותו והוא אומר 'ד"ר, אני בחרתי בך'.

דוברות: בדיוק. אבל זה כולם יכולים להגיד והם לא יודעים למי להאמין או לא להאמין. אבל נגיד כולם אומרים 'ד"ר, בחרתי בך', אבל יש - - -

דוברות: כולם יודעים. במדינת ישראל כולם יידעו בדיוק מי בחר ואיך.

דוברות: אוקיי, אז כנראה יהיה ברור לרופא שאותו בן אדם בחר בו, והשאלה מה הוא עושה עם זה.

גב' יוליה איתן: מה הוא יכול לעשות במערכת שבנינו.

דוברות: והשאלה אם יש הבדל ביחס שהוא ייתן לאותם אנשים, וגם השאלה אם ייווצר רושם שאם אני משלם אני יכול לקבל טיפול אולי יותר טוב מאותו רופא. כי אמרתי, מצד אחד, שהרופא מקבל שכר גלובלי ועקרונית אם הוא מקבל שכר גלובלי, אז עקרונית לא משנה אם בחרו בו בבחירת רופא בתשלום כן או לא, אבל מדי פעם החוזה שלו נפתח ואם הרבה בחרים בו, אז אולי הוא ירצה העלאת שכר, וגם אמרתם שיש בונוסים, ואז אולי כן יש לו תמריץ לעודד את זה שאנשים ירצו לבחור בו, כי אז הוא יוכל לבקש העלאות שכר והוא יוכל לקבל בונוסים ובסוף ההכנסה שלו כן תגדל מכיוון שיש - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל הבונוסים הם לא דווקא מזה, הוא יכול לקבל בונוס גם על זה שהוא עשה יותר ניתוחים ציבוריים.

דוברות: סוגיה אחרונה שקשורה לנושא של מתמחים, שולי קצת הזכירה את זה. ראינו בנתונים של חלק מקופות החולים שיש ניתוחים שבעיקר מבוצעים במימון של השב"ן. השאלה אם יש חשיבה מה יקרה למתמחים באותם ניתוחים. אם עכשיו בניתוח שקדים, סתם, יש רושם רפואי, לא בגלל התורים, שאני חייב את המומחה שיעשה לי את זה, וכל ההורים רוצים שרופא יעשה להם את ניתוח השקדים, יכול להיווצר מצב בבתי החולים הציבוריים שמתמחה לא יעשה בכלל ניתוחי שקדים וזה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יפגע בהכשרה הרפואית.

פרופ' יוג'ין קנדל: בדיוק כמו שהיום.

דובר/ת: המטרה היא לפתור את הבעיות של היום. אני מסכים - - -

דובר/ת: יוג'ין, התשובה היא יותר טובה, כמו שהיום קורה שאם אתה בקבוצה מסוימת המתמחה לא יעשה את זה.

היו"ר השרה יעל גרמן: אתה רוצה להוסיף משהו?

דובר/ת: לא, אני סיימתי.

יו"ר השרה יעל גרמן: אוקיי.

דובר/ת: אני רוצה להגיד כמה דברים. אני התנצלתי, שלחתי לדורון מייל, שמאחר שגם אתמול כל הלילה וגם

יום שישי כל הלילה וגם יום חמישי, אז אני לא הכנתי להיום את המצגת, היא לא מוכנה, אני אצטרך להעביר את זה ליום חמישי.

אין מה לעשות, אני פשוט רצוף, יעידו כולם.

אז אני רוצה להגיד כמה דברים. קודם כל לכבוד לי שאתם משייכים אותי לקבוצה של המודל, אני מאוד מאוד מעריכה את זה, אבל

אני לא הייתי, הרבה הם עשו לבד, הייתי בכמה פגישות, אז אני לא רוצה לקחת נוצות שאין לי. מכיוון שיש לי מספיק נוצות משל

עצמי אני לא אוהבת לקחת משהו לא שלי. אבל אין ספק שבמודל הזה שקיים, יש בו כמה עקרונות שאני רוצה להרחיב

עליהם את הדיבור, כי אני חושבת שאי אפשר להתעלם מהם, הם טובים מאוד. אחד, אני אמרתי כמה פעמים, אני רוצה לחזור עוד

פעם, כי אני לא השתכנעתי וגם בדיונים הבאים צריך לענות על זה, אני מאוד מפחדת שהכסף הציבורי האמיתי, שהמערכת הזאת

זקוקה לו, לא יתקבל. אם הייתי חושבת שהכסף הציבורי האמיתי, שאני מאמינה שזקוקים לו, ואני לא רוצה להיכנס כרגע

למספרים, ראינו את זה כל כך הרבה פעמים, כולנו יודעים, זה כמעט לא משנה אם זה 12 או 5, לדעתי הבעיה היא גם כשיורדים,

אבל אם הייתי יודעת שיש לנו דרך ביחד, או בדרך אחרת, וגבי יודע שהייתי שותפה והוא היה שותף, איך שנקרא לזה, להרבה

מאבקים, להביא עוד כסף ואני אהיה מוכנה להיות שותפה לכל דבר, אבל כשאני רואה את הפערים ההולכים וגדלים בין כמה כסף

צריך לבין כמה כסף יש, אני רוצה להגיד שאני חרדה. אני רוצה לתת דוגמה ספציפית מסוף השבוע. כולם מספרים לנו איזה

מערכת נהדרת. אני מרגישה, אני לא יודעת אם אני מרגישה כמו באגדת ילדים שמתבן עושים זהב, או האלכימאים של ימי

הביניים שגם יכלו ליצור דבר. אני לא מבינה איך כל העולם צריך בסביבות 10% מהתל"ג - - -

דובר/ת: 9.

דובר/ת: בסדר, תן לי לטעות. בסביבות ה-10, תגיד 9, 9, ואנחנו עושים דברים נהדרים עם ה-7.8 ואני יודעת

על זה שאנחנו - - -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: 7.4

דובר/ת: זה דווקא רציתי להגיד. אז 7.8 לא היה טעות, רציתי להגיד שהרבה זמן היינו ב-7.8 ולאט אט כולם מסבירים לנו שאנחנו יכולים לרדת ולרדת ולרדת, בגלל זה התחלתי ב-7.8.

דובר/ת: לא ירדנו, זו שיטה למדוד - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: המספר ירד, אנחנו לא ירדנו.

דובר/ת: תשמעו, רבותי, זה לא משנה. עדיין זה כל כך רחוק שזה לא יעזור. ואני דיברתי שעות עם גבי וישבתי עם קובי וכל אחד ניסה להסביר לי ואמרתי, רבותי, תסבירו לי, לא יכול להיות, אני רוצה להבין את הפלא הזה, עם כל היעילות שלנו שהיא יותר טובה, עם כל העובדה שאנחנו יהודים ולכן אנחנו הגאון וכל זה, ועם כל העובדה שאנחנו צריכים ואחרי כל השכלולים האלה, רבותי, זה לא עובד, ואף אחד לא ישכנע אותי אחרת. ואני רוצה לתת לכם דוגמה. אני הרבה שנים במערכת, תמיד היינו בתוחלת החיים של גברים בין מקום שני לשלישי. אני יכולה להראות את זה. שנים, כל השנים שהייתי. הפעם הראשונה ש'הארץ' כותב בגאווה גדולה שאנחנו במקום הרביעי. בשבילי זו אינדיקציה - - -

דובר/ת: לא, אני צריך לבדוק את זה.

דובר/ת: תבדוק, זה היה ב'הארץ', אני לא כתבתי.

דובר/ת: זה נכון, הוא התגאה במשהו.

דובר/ת: לא, את אומרת שישראל ירדה.

היו"ר השרה יעל גרמן: ירדה ממקום שני למקום רביעי. עדיין מקום רביעי זה מקום מאוד מכובד לתוחלת החיים.

דובר/ת: אני לא אומרת שלא, אני - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: דרך אגב, רק של הגברים, הנשים הם עשר.

דובר/ת: לא, אבל מגמת הירידה - - -

דובר/ת: ההערה מיותרת,

דובר/ת: לא, אני לא אומר את זה כדי להתקיף אותה, אני אומר את זה, וואלה, אני מופתע. לא ראיתי את זה.

דובר/ת: אני יכולה גם להפתיע אותך לפעמים, אז אני רוצה להגיד שבעיניי זו השאלה הדרמטית. השאלה הדרמטית, שעד שאנחנו לא נותנים לעצמנו תשובה על זה, זה צריך להדאיג את כולם.

אני רוצה להגיד משהו ל-40-60. כולנו מדברים על זה וגם אני הולכת להגיד שזה לא טוב, אבל בכל זאת, כדבר הכי גרוע. אני לא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יודעת. אם הייתי משוכנעת שבשביל ה-60 אנחנו נותנים את הרפואה הכי נהדרת בעולם, אבל יש לנו פה מספיק אנשים שבחרו להוסיף עוד כל כך הרבה כסף מעצמם, לי זה לא היה מפריע. הבעיה שזה כן סימפטום ולכן אני אומרת שאנחנו יודעים שיש עם זה בעיה, אבל אסור לקדש את הדבר הזה, כי אפשר להגיע לאיזון אחר לא בהכרח על ידי שיפור המערכת. זה מה שמטריד אותי. אפשר להגיע למצב אחר שנגיד שזה יהיה 30-70 וכל מה שאנחנו רוצים להגיע, על ידי זה שאנחנו נחסום אפשרויות, ועל ידי זה הציבור לא יוכל להוציא ולא יוציא כסף, אבל אנחנו חוסמים אפשרויות. ולכן אני מציעה שאנחנו לא נגיד שזה בסדר וצריך להתייחס ל-40-60, אבל יותר חשוב שאנחנו נדע שנהיה במגמה של שיפור המערכת. זה דבר אחד שקשור למודל שאני רוצה להגיד אותו אחר כך, ביום חמישי.

הדבר השני, רבותיי, מי שחושב שמודל השר"פ או המודל הזה הוא מה שיגרום, שמעתי כשהייתי בחוץ, לארגוני העובדים להעלות את המחירים בשר"פ או בדברים אחרים, אז אמרתי את זה גם לפני כמה זמן ואני רוצה להגיד את זה עוד פעם, המודל הזה פועל נגד ארגוני העובדים, אני אסביר גם למה ואף על פי כן אנחנו לא מתנגדים לו, יש רופאים שרוצים את זה. אגב, לא כל הרופאים רוצים. אני רוצה להסביר שני חסרונות גדולים גרועים מאוד לארגון העובדים. אחד, אין מה לעשות, ארגון העובדים וההסכם הקיבוצי הוא קצת פחות רלוונטי כי אפשר לקבל הרבה מאוד הכנסות ממקומות אחרים באותו בית חולים ציבורי, אני לא מדברת על מה שקורה בחוץ.

דוברות: את מתייחסת לשר"פ או למודל המשולב?

דוברות: אני מדברת על המשולב, דיברתי על המשולב. אנחנו מתייחסים אל המשולב, לא הייתה אביסרטיציה עכשיו בחיים. אז אני אומרת שצריך להבין שזה דבר אחד.

אני חושבת שכן יש לנו פה דילמה, יש לנו הרבה דילמות של נורמות. הרבה מאוד דילמות יש על השולחן, וציינו אותן, המתמחים מול הבחירה, זו בהחלט דילמה, גם כשאנחנו מדברים על הסדרי בחירה ושמירה על בתי חולים מסוימים זו דילמה. יש לנו לא מעט דילמות וצרכים להכריע בזה ובקטע הזה אני כן חושבת שגם אני הייתי מאוד רוצה שהמערכת הציבורית תהיה כולה שוויונית. מאוד מטריד אותי שגם בסיטואציה הנוכחית אני לא מרגישה שזה המצב. אני חושבת שגם היום יש מצב שלא כולם מקבלים אותו דבר במערכת הציבורית ולכן אני מעדיפה שמה שאנחנו נעשה כעיקרון, לפחות יהיו כללים ברורים, כללים אחידים והכול יהיה שקוף ולא דברים שאנחנו לא לגמרי רואים אותם. אני חושבת שזו הערה שכולנו צריכים לשים את זה לנגד עינינו.

הדבר האחרון, אני רוצה להגיד את זה לכל המודלים, שאני מבקשת שנשים לב לזה, איך אנחנו לא מצמצמים את נושא הבחירה של היום. אני כן חושבת שבחירה זה ערך. זו לא זכות יסוד, זה לא ערך יסוד, זה גם לא ערך שאני חושבת שהמדינה צריכה לשלם בשבילו, אבל זה ערך שהמדינה צריכה לאפשר אותו. שאם מישו יכול, זה לא יעזור, צריך לתת את הבחירה. אני לא יכולה לראות את מדינת ישראל שחוסמת אפשרויות בחירה, וחלק גדול מהמודלים חוסמים אותן. כשאנחנו אומרים שאנחנו נחסום אפשרויות בפרטי ואנחנו נגרום לזה שזה יהיה מאוד מאוד בעייתי, אני מאוד מודאגת מהדבר הזה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לגבי הנושא של מה שאמרתי, גם במודל הזה, שימו לב שיש לנו גם פה הגבלה. גם בפול טיימרים אנחנו הולכים לעשות את זה, צריכים לשים לב לזה. כשאתה אומר שיש קבוצת רופאים שהם רק בבתי החולים האלה, זה אומר שמי שלא יכול לבחור בבית חולים או מי שלא מגיע לבית החולים, לא יוכל לבחור את הרופא הזה, בעוד שהיום בסיטואציה הנוכחית כמעט בוודאות, למרות שיש הסדרי בחירה, אתה יכול להגיע לכל אחד בצורה של הפרטי. אז קחו את זה בחשבון.

ואת ההערה האחרונה שאמרתי ביום חמישי, אנחנו כן צריכים לתת את דעתנו למה אנחנו מעוניינים שהכסף או השירות יינתן במערכת הציבורית, לא דיברתי על הכסף, על השירות, ושכל כך מפריע לכולנו אסותא. אגב, מיום חמישי יש תשובה, אז אני כבר אגיד את זה, שזה לא יישאר באוויר, כי אני חושבת שהמערכת הציבורית אנחנו בכל זאת מרגישים שאנחנו מקבלים יותר מאשר רק את השירות הרפואי, אנחנו מקבלים את המתמחים, אנחנו מקבלים את העובדה שיותר קל לנו להגיד להם, 'אל תעשו רק את השיקולים הכלכליים', למרות שעושים את זה, אלא לבוא בדרישות יותר למערכת הציבורית. אז אפשר לבנות טיעון למה כן חשוב לי שגם באספקה יהיה שירות ציבורי, אבל אני אומרת לכם, אני אישית לא חושבת שזה כל כך פשוט. זה טיעון לא פשוט.

דוברת: אני רוצה להגיד קודם, לגבי הרישיון. אמרו כאן בית חולים יקבל רישיון ואם הוא יקבל רישיון הוא יוכל לעשות בחירה, את המודל המשולב. עכשיו אני אתאר לכם סצנריו, בוא נגיד שאנחנו נותנים רישיון ולבית החולים יש הכנסות של 50 מיליון שקלים ויש רגולציה טובה והחליטו שאם עושים בניתוחים פרטיים בבוקר, עושים להם סנקציה. צריך להבין, בריאות זה לא בנק או חברת ביטוח, שהיום יכולה לבוא ולהוריד סלינגר ולהגיד 'אני קונסת את החברה במיליון שקל', או ב-2 מיליון שקל. אם מחר אומרים לבית החולים הציבורי, בוא נקרא לו שיבא, 'אין לך בשנה הקרובה שירותים פרטיים', משהו צריך למצוא את ה-50 מיליון שקל האלה. כלומר עכשיו חסרים לו 50 מיליון שקל בתקציב, אז מה? אז הוא יפטר רופאים? הוא לא יכול. יפטר אחיות? הוא לא יכול. הוא לא יספק תרופות לחולים שלו? לא, הוא לא יכול. הוא יעשה תורים? מה שאני רוצה להגיד, ואני אומר את זה בצער, אבל זה נורא מורכב לבוא לבית חולים היום ולהגיד לו 'אני לא נותן לך רישיון וקונס אותך ב-100-50 מיליון שקל'. אלה דברים שגם אנחנו כרגולטורים, בגלל שזו בריאות, בגלל שזה חיים ומוות, אין לנו כלים כל כך לעשות את זה. אנחנו יודעים לעשות דברים באופן מדורג, אנחנו לא יודעים להגיד 'מחר אין לך רישיון'.

דוברת: לדעתי זה גם לא עולה בקנה אחד עם בחירה של בית חולים. מה שאתה אומר בבסיס של בחירה בבית חולים, שכל בתי החולים שווים. ברגע שבתי החולים לא שווים, יש כאלה שמורשים לתת טיפול פרטי ויש כאלה שלא, פגעת בעצם הבחירה בין בתי החולים, זה כבר לא מכנה משותף. לא, היא לא הגיונית?

גב' יוליה איתן: אנחנו נתייחס לכל ההערות.

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל למה שיהיו כאלה וכאלה?

דוברת: אתם אמרתם שיש כאלה שמורשים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, כולם מורשים, אלא אם כן אתה עובר על כללים.

היו"ר השרה יעל גרמן: על הרגולציה, על התבחינים של הרגולציה. הוא אומר שיהיה לו קשה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה מורשה כי אתה צריך לקבל רישיון, ואם אתה מתחיל לעשות - - - אבל אתה לא מגיע לזה שהוא עובר על החוק וצובר לך שנתיים 50 מיליון ואז אתה אומר לו, 'תשמע, שנתיים - - -', כמו שאנחנו עושים הרבה פעמים ברגולציה. אתה עשר שנים נותן לו לעבור על החוק, פתאום אתה מתעורר ואתה אומר לו, 'תשמע, עכשיו צריך - - -'. רגולציה נורמלית זה אומר שאם אתה עובר על הרגולציה אתה יודע את זה בסוף החודש הבא ואז אתה מתערב בזה ואז אין לו בעיה של 50 מיליון שקל ואז אתה גם יכול להתערב בזה. אני לא יודע, בואו נחזיר את המפתחות. אני יכול להגיד לך אותו דבר גם בחברות ביטוח וגם בבנקים.

דוברות: היום שמעתי שבבתי חולים של כללית עושים ססיות החל מאחת. החל מאחת מקבלים את זה. הם מקבלים קצ"תים החל מאחת בצהריים, שמעתי איזה שמועה. אתה יודע את זה?

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, איך אני יכול לדעת?

דוברות: שמועות. יכול להיות שזה נכון. באמצע ההסכמים עם הדסה גילינו כל מיני דברים. אנחנו לא יכולים לדעת כל מה שקורה בשטח.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני רוצה להגיד לכם שרשות החשמל יודעת בריל טיים כל מה שקורה במשק החשמל במדינת ישראל. את רשות החשמל אתם הקמתם.

היו"ר השרה יעל גרמן: אני רוצה לחזור לשולחן וכמובן שאתם תענו על הכול, אבל גם אני רוצה לומר כמה דברים שמתוך כל מה שקרה אני מודאגת מהם.

דוברות: כן, רק להגיד, המודל הזה בסופו של דבר תלוי גם ברגולציה חזקה. אחד הדברים הטובים שקרו לנו, לדעתי, אתם לא חייבים לקבל את זה, אבל לדעתי, זה בדיוק הקמת רשות בתי החולים שתפקידה אל"ף, להשאיר את משרד הבריאות בתפקידו כרגולטור, ובי"ת, הוא יותר חשוב מכל דבר, כי אני יודע שגם קודם בונה פידה היינו בראש ובראשונה רגולטור, אבל לפחות להוריד את הטענה המגוחכת הזאת שאנחנו כל היום עסוקים בניגודי עניינים ומרגע שהמקום הזה ייפרד, ניהול בתי החולים בשוטף ייפרד ממשרד הבריאות אנחנו לא רק נעשה, אנחנו נהיה חייבים לדעת את הנתונים האלה, גם של בתי החולים ממשלתיים, אבל גם של קופת חולים וגם בתי החולים הציבוריים ונוכל סוף כל סוף לתפקד כרגולטור. לדעתי זה התנאי המרכזי לכך שמודל כזה יעבוד. זו בדיקה פרטנית של מה שקורה בשטח ואנחנו נעשה את זה.

היו"ר השרה יעל גרמן: אז אני רוצה להמשיך ממש בטון הדברים שנאמר. אני לא חוששת מהרגולציה, כי אם הייתי חוששת מהרגולציה היום לא הייתי יכולה לתת יד להעברת ההחלטה על מהפכת המחירים ביבוא. כי בלי רגולציה אמיתית ובלי שינוי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

קונספט, אנחנו הולכים פה לשנות קונספט, ממש, הולכים לעשות פה מהפכה בתפיסה הישראלית, אז אנחנו לא נצליח. ועם זאת אני אומרת, זה חשוב, צריך להוריד מחירים, צריך ללכת, צריך לעשות שינוי וצריך לחזק את הרגולציה ולשנות את הקונספט. כי אם אני אצא מתוך הנחה שאני לא יכולה לעשות רגולציה אני לא אעשה אף פעם שינויים ואני מסכימה בהחלט עם ארנון שיש לנו פה חלון הזדמנויות בלתי רגיל דווקא לחזק את הרגולציה, בגלל בדיוק הקמת רשות המרכזים הרפואיים. אבל אני שמה את זה רגע בצד, כי זו טענה - - -

דוברות: זה לא קורה ביום.

היו"ר השרה יעל גרמן: ללא ספק, ואתה יכול בהחלט לבוא ולומר בואו קודם נחזק את זה ולאחר מכן נעשה. אני מדברת על פתיחת היבוא למזון שלא מן החי, שזו מהפכה קונספטואלית שבאה ואומרת שאני באה ואני אומרת שאני מאמינה לך שאתה תכניס לי מזון טוב, ואני אבדוק אותך ואם אתה לא מכניס מזון טוב אני אכניס אותך לבית הסוהר. בעוד שהיום הקונספציה היא אני לא מאמינה לך, אתה רמאי, אני אבדוק אותך ואתה תעבור אצלי ארבעה - - - אז מה שאני רוצה לומר, כדי לעשות שינויים צריך לשנות חשיבה. אבל לא על זה אני רוצה לדבר.

יש מספר דברים שאני מודאגת, מספר סיכונים שאני רואה במודל הזה, ממש כמו שראיתי גם סיכונים במודל שהציגו ביום חמישי. והסיכון הוא בדיוק בהערכות השונות שלכם ושל אורי ושל גבי. גם ההיגיון שלי בא ואומר דבר כזה, אם היום יש לנו חוסר בשימוש בשב"ן, בגלל מספר סיבות, אחת, בגלל שאין לנו זמינות גיאוגרפית, שתיים, מפני שאין אולי מודעות, שלוש, מפני שצריך לשלם השתתפות עצמית ולא לכולם יש ואולי יש עוד סיבות שכרגע אני לא חושבת עליהן. אין ספק היום, הרי כולנו יודעים שהפריפריה, תסלחו לי, אותם מגזרים, הם מסבסדים אותנו, הם מסבסדים את ירושלים, הם מסבסדים את המרכז. אנחנו באים ואנחנו אומרים משהו שהוא נורא נכון. אנחנו באים ואנחנו אומרים שהיום אנחנו רוצים לתקן את העוול, אנחנו רוצים לתת לכל אדם בכל מקום ובכל הארץ את האפשרות להשתמש במה שיש לו, ל-73% יש שב"ן ומתוך ה-73%, עד היום לא קיבלתי את המספרים, אבל אני מניחה שזה לא יותר מ-40% שבאמת משתמשים כך או אחרת, אולי 50%, עובדה, 20% לא משתמשים. הרי ברור שברגע שאני אתן את האפשרות לכולם וברגע שאפשר יהיה באמת להשתמש בכל מקום השימושים יגדלו. זה חד משמעי שהם יגדלו, אם הם יגדלו העלויות תגדלנה, אם העלויות תגדלנה הפרמיות תגדלנה וזה החשש הראשון שלי והסכנה הראשונה של המודל שאני רואה אותו ואני מאוד מאוד ארצה לקבל תשובה.

יש לי גם חשש גדול, קובי, עם הבחירה הטוטאלית. אתה בא ואתה אומר משהו שכולנו מאוד מאוד היינו רוצים. אנחנו באים ואומרים שכל אחד יוכל לבחור בכל מקום. אבל היום במצב שלנו אני לא אבחר בהלל יפה וגם לא בוולפסון וקרוב לוודאי גם לא בקפלן ואני לא יודע אפילו בברזילי ובוודאי לא בנצרתיים, ואני ל רוצה לציין עוד כמה בתי חולים. אני אבחר ברמב"ם, אולי גם בכרמל, בבילינסון. אני אבחר בגדולים ואז מה עשיתי? אני גוזרת על הקטנים כליה, מאיפה אני אממן אותם? אני לא אוכל לממן אותם. זה יעלה לי פי כמה וכמה להשלים להם את הסובסידיה מפני שבחרו באיכילוב, בשיבא ואפילו באסף הרופא, ודאי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בבילינסון, ולא בוולפסון. זה גם חשש שהוא מאוד מאוד מטריד אותי.

אלה למעשה שני הדברים העיקריים. בשוליים מטריד אותי גם מה עדיין - - - אנחנו מדברים כל הזמן על זה שיש 80% שלא מנצלים וצריך לתת להם את האפשרות לנצל, איפה ה-20% שאין להם שב"ן? ומה אנחנו עושים איתם? ועדיין לא שמעתי פתרון ל-20%. לא שמעתי את הפתרון הצרפתי, לא שמעתי פתרון אחר, אבל פתרון ל-20% שאין להם שב"ן. אני רוצה לצמצם פערים ולא להגדיל פערים. ככל שאני מחזקת את ה-80% אני מחלישה את ה-20%.

ובגדול אני רוצה לבוא ולומר משהו שהיא אמרה בפעם הקודמת. במודלים השונים חסרים לי מודלים כלכליים שנשענים על איזה שהוא בסיס אמפירי, על איזה שהוא תרחיש כלכלי ברור. שבאה ואמרה, 'חברה', אנחנו נותנים פה רעיונות, ואני לא יודעת מי ענה ואמר, 'זה בסדר, אנחנו לעולם לא נוכל לקבל נתונים', אבל עדיין כאשר אנחנו באים ומציגים מודלים, אני הייתי רוצה יותר להישען על משהו שהוא באמת כלכלי אמפירי ולא על זה שאחד יאמר לי 'השימושים יגדלו' ואחר יאמר לי 'השימושים יישארו' והאחר יאמר לי שהשימושים יקטנו. ואם מותר לי להוסיף עוד משפט שאמרת, שאני חושבת שגם זהירות וגם אימוץ מודלים הדרגתיים לא יזיק לנו. זאת אומרת אני לא יכולה להיות בטוחה, אני חושבת שאף אחד מאיתנו לא יכול להיות בטוח שהוא לא נושא סיכונים שהוא לא יכול להעריך אותם ולכן הזהירות נדרשת. עד כאן, תודה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אולי נתחיל ואז נעשה כמה השלמות. אני חוזר, לא בכל מצב, כשאני רוצה לעבור מגבעה שאני עומד עליה לגבעה יותר גבוהה, אם אני אלך חצי דרך אני ארד, לכן הדרגתי זה לא תמיד טוב. אני כבר נתתי את הדוגמה עם המשאיות אז אני לא אחזור על זה. פה הסיבה, או שיש לנו קונספט סגור שהוא יכול, ולצדדי, אני לא יכול להביא לך שום אמפיריקה חוץ משבשאר העולם זה עובד והשמים לא נפלו. אנחנו נהיה בין הבודדים בעולם אם אנחנו הולכים לקיצוניות של אי שילוב. והיו פה שני מומחים בינלאומיים שאמרו לנו את זה כמה פעמים.

אני רוצה להתייחס למשהו שאמר אורי. אורי, אני מצטער, אני הולך עכשיו להגיד משהו מאוד קשה. תראה, ב-20 השנה האחרונות, רק לפי הודעה שלכם, בשיחות לפחות, אתם עשיתם שלוש טעויות גסות בהערכות מצב. אתם התנגדתם לחוק בריאות ממלכתי בצורה קיצונית, ניסיתם להרוג אותו, היום אתם אומרים שזה דבר מצוין. אתם התנגדתם להגדלה של מספר רופאים, כי אתם חשבתם שזה יגדיל את העלויות, היום אתם מבינים שזה היה דווקא מוריד את העלויות ולא מעלה אותן. ואתם גם ב-2002 לא הבנתם עד הסוף מה המשמעות של ביטול שר"פ, כי אתם אמרתם בפה מלא פה שברח לכם כל הנושא של אסותא וכן הלאה, למרות שאפשר היה לצפות לזה. אם אתם עשיתם שלוש טעויות באותה אסכולה ב-20 שנה, מה גורם לך להיות כל כך בטוח היום שאתה לא עושה טעות בנינוח של המערכת. אני חושב שקצת צניעות לא תזיק. לפחות להיות קצת פתוח. אני משאיר לכם את זה לחשוב על זה.

עכשיו אני הולך להגיד כמה דברים לגבי הגדלה של השימושים. אתם כל הזמן מדברים על הצד הביקושי של השימושים, אבל אנחנו מדברים כל הזמן על ההגבלה של צד ההיצע של השימושים. אנחנו לא מייצרים רופאים מכלום, הרופאים שאנחנו נעסיק



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אותם אחר הצהריים בבית החולים, הם קיימים היום, הם רק נותנים שירותים במקומות אחרים. תיקחו את זמן רופא היום, הוא או היא מסיימים בשעה שתיים נניח, עוזבת את בית החולים הציבורי והולכת לאנשהו. יש לך נניח איקס, מספר שעות בשבוע שהיא עושה דברים אחרים. בואו ננסה לראות לאן השעות האלה יילכו. חלק מהשעות האלה הולך לבזבז מוחלט, כי היא צריכה להתלבש מבית החולים, להתרחץ, להיכנס לאוטו, לנסוע לבית חולים אחר, לפעמים מחיפה לתל אביב, להיכנס, להתרחץ ולהיכנס לחדר ניתוח. לפי הערכה 15% עד 20% מהזמן הולך לאיבוד? אוקיי, זה חלק, זה 15%. דבר שני, במערכת שאנחנו מדברים עליה היא צריכה להיכנס לצוות חדש, תוסיפו את זה לכל הבזבזים. אלה צוותים שונים, פחות יעילים וכן הלאה, כל מה שנאמר לנו פה. דבר שני, אנחנו דורשים מבית החולים שחלק מהזמן של אותה רופאה, כשהיא חוזרת חזרה, יופנה לציבורי לגמרי בלי שום תשלום. זה עוד חלק. נקרא לזה איקס אחוז. כל מה שנשאר הולך להיות בזמן שלה בניית חיים פרטיים בתוך המערכת. מה זה פרטיים? בתשלום. זאת אומרת שעבור הזמן הזה בית החולים יגבה כסף. זה מה שמגדיל את העלויות. אנחנו לא המצאנו את הזמן הזה מתוך ואקום, אנחנו לקחנו את הזמן הזה ממקום אחר והבאנו אותו לתוך בית החולים, אז במקום אחר הוא לא קיים. זה לא גם וגם. רק מה? יש פה יתרון משמעותי, למה? אחת, השכר בתוך בית החולים יהיה יותר נמוך, כי זה לא מבזבז את הזמן וכל הרופאים אמרו לנו, 'אם אתם נותנים לנו את זה בתוך בית החולים, אנחנו מוכנים לעבוד משמעותית יותר זול', תקני אותי אם אני טועה. זאת ההנחה של גבי במודל שלו, זאת ההנחה שלנו במודל שלנו.

גבי יוליה איתן: זה גם עדויות בפרוטוקולים.

דוברת:

יש הרבה מאוד עדויות ואנחנו גם חושבים שזה נכון. דבר שני, תהיה הרבה פחות פעילות מיותרת.

נכון להיום, כשאתה יוצא החוצה אין שום שליטה, אתה נטו אתה מול הפציינט. הוא בשבילך גם פרה חולבת וגם פציינט. אנחנו ראינו בעובדה מה הלך הרוח, איך בן האדם מרשה לעצמו לדבר מול הפציינט שהוא בעצם מבחינתו פרה חולבת, ולכן אם יש אמת, וכנראה שיש אמת, בהיצע מביא ביקוש, אז הוא בטח נמצא הרבה יותר בחוץ מאשר בפנים, איפה שיש מערכות בקרה, גם גבי דיבר על הנושא הזה כשאתה מכניס את זה בפנים לבחירה זה הרבה יותר יעיל, כי אתה חוסך הרבה מאוד פעילויות, לכן זה מצמצם את הצריכה.

דבר שלישי, מה שאת אמרת, כאשר אותם אנשים שהיום לא יכולים לממש, כי אין להם איפה, והם עדיין משלמים ואתה נותן להם נגישות, אני חושב שזה פלוס, זה לא מינוס. זה נכון, המערכת שהיום מסובסדת על ידי אותם אנשים, צריך לשלם יותר, אבל היא תשלם בסך הכול את העלות האמיתית. היום היא משלמת עלות מסובסדת על ידי האנשים בדימונה, אנשים באום אל פחם, שלא יכולים לנצל את זה ולא מנצלים את זה. אני חושב שאנחנו ניתן להם וזה פלוס, זה ביקוש שאנחנו גובים עליו כסף ולא נותנים לו מענה. לכן אני לא רואה את זה כמינוס. אבל זה לא מעמיס על המערכת הציבורית, כי זה יכסה את עצמו מתוך הפרמיות. זה נכון שאנחנו לא רוצים שהפרמיות יעלו סתם, אבל אם הפרמיות עולות ממשוה שהציבור רוצה ומקבל ומוכן לשלם על זה, אני לא חושב שזה מינוס. כמו שהציבור קונה מכוניות יותר יקרות ואנחנו לא חושבים שזה יוקר המחיה. יותר יקרות במובן שהוא יכול היה לקנות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

מכונית יותר זולה.

והדבר האחרון, שהמערכת שלנו לעומת שר"פ ולעומת מערכת שקיימת היום בתל אביב, שכל גורם במערכת רוצה תורים, כל גורם במערכת, הרופא רוצה, חברת הביטוח רוצה, השב"ן רוצה, קופת חולים רוצה ובית החולים רוצה, כולם רוצים שיהיו תורים. במערכת הזאת, לבית החולים, שהוא קובע בעצם את האלוקציות לא כדאי שיהיה תור לרופא מסוים, כי הוא מפסיד כסף. מה זה אומר תור? שבמקום לעשות את הפעולה היום הוא יעשה את הפעולה בעוד שנה או בעוד חצי שנה אצלו. הוא מעדיף שבמקום שיהיה תור אחד ארוך אצל אחד יהיו תורים הרבה יותר שווים אצל הרבה, מהאנשים שהם אצלו, ולכן בית חולים מרצונו, מה שהוא לא עושה היום, ירצה לגרום לרופאים להמליץ על הקולגות שלהם כשווי ערך להם בנייתו. זה, דרך אגב, יתומרץ. זאת אומרת אם יהיה לו תור יותר מדי ארוך אני לא אתמרץ אותו על התור, כי אני לא מרוויח ממנו. לכן אני חושב שהיכולת שלנו של שליטה על ההוצאות היא מאוד מאוד ברורה, כי היא מוגבלת על ידי זמן של הרופא אחר הצהריים, גם לא כולו.

גב' יוליה איתן: הקולגות וההנהלה. אני רק מוסיפה, כמי שקובע את התורים, מי שבעצם שולט על משאב הזמן.

פרופ' יוג'ין קנדל: ברור, להנהלה יהיה כדאי לעודד את הבן אדם שהוא לא ייצור את התרבות של סטארים, כמו שיש היום, כי לכולם כדאי, אלא תהיה תרבות, כמו שראיתי באנגליה, שכולם אותו דבר. ועובדה היא שבאנגליה יש לך בחירה לגמרי חופשית, יש לך בחירה, שאז אתה צריך לחכות יותר זמן, או בחירה בכסף, וכמות הבחירה היא טריוויאלית. לא התפוצץ שום דבר, לא נפל על אף אחד ה - - -

לגבי 20-80, מה שאת אמרת. אני רק אסכם שהדבר הזה, שהשמים ייפלו ואנחנו מעריכים שזה יהיה 4.5 מיליארד מאיזה שהוא מקום, אני לא מבין מאיפה זה בא כי אנחנו בסך הכול, העלות נקבעת על ידי היצע ולא על ידי ביקוש. ביקוש קובע תורים, בהינתן היצע, ולכן ההיצע הוא זה שקובע את העלויות ואנחנו שולטים על ההיצע. ההיצע הוא בסך הכול לא נוצר מכלום, זה לא עוד MRI שאנחנו קונים, זה אותו רופא שהיום עושה משהו פה, מחר הוא יעשה משהו פה. אלה אותן פעילויות, רק שהוא עושה אותן יותר יעיל ויותר זול.

לגבי 20-80. יש היום 80% מהאוכלוסייה שמתוכם חלק ניכר סתם משלם כסף ולא מקבל מזה כלום. אז אם אנחנו מגדילים להם את זה אני לא חושב שאנחנו מגדילים את אי השוויון. אנחנו מעלים את השוויון.

היו"ר השרה יעל גרמן: אני מדברת על ה-20% שלא משלמים.

פרופ' יוג'ין קנדל: ה-20% שלא רוצים לקנות את השב"ן או לא יכולים, למרות שיש הרבה מאוד אנשים שהם מאוד עניים ועדיין קונים שב"ן כי זה יותר חשוב להם מדברים אחרים, לכן זה גם עניין של בחירה. דווקא אלה שקונים הם אלה שכן משתמשים.

דוברות: אבל לא בבחירת רופא. את זה ראינו לפי אזורים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: בנתונים של משרד הבריאות אתה ראית איפה השימושים.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, שימושים נמצאים איפה שיש אפשרות להשתמש. אנחנו משפרים את המערכת הציבורית, by construction, בשני מובנים, אחד, שאנחנו נותנים נוכחות של הרופא ואת הזמן שלו שמוקדש לציבורית. זאת אומרת הזמן של הרופאים שמוקדש לציבוריים גדל, לכן ה-20% מקבלים שיפור במה שהם מקבלים, זה דבר אחד. והדבר השני, עצם הנוכחות של הרופא, כשאתה לא עובד בפרטי, כשאתה בציבורי, אתה נכנס לבית החולים ואתה נותנת והרופא שלך וכל שאר הרופאים הבכירים עכשיו נמצאים באסותא ואתה נמצא רק עם מתמחים, אז יש לך בעיה. אם אתה מביא את האנשים האלה חזרה, עצם נוכחותם משפרת לך את הבריאות, כי הם זמינים למקרי חירום.

שני דברים נוספים שרציתי להגיד. בנושא של רגולציה, אני בכלל לא מבין, אנחנו כולנו צריכים להחזיר את המפתחות וללכת הביתה. אני מאוד מתחבר איתך, אנחנו צריכים לשים מטרה, כשמשרד האוצר רצה להקים רשות חשמל ולהוציא את כל הנושא של תעריפי חשמל ממשרד האנרגיה, הוא עשה את זה מהר, הוא עשה את זה בחקיקה, הוא נתן לזה משאבים, הוא נתן להם כוח והיום יש גוף שקובע תעריפים. אפשר להתווכח אם הוא עושה את זה חכם או לא חכם, זאת לא הנקודה, אבל יש לו את כל הנתונים על כל המערכת, המערכת מקשיבה לו, עומדת דום כשהוא אומר משהו. אותו דבר בבנק ישראל, הפיקוח על הבנקים, אותו דבר רשות המים.

יו"ר השרה יעל גרמן: אם מחליטים אפשר.

פרופ' יוג'ין קנדל: הבעיה היא שנכון להיום מי ששולט במערכת זה לא משרד הבריאות ופה יש סוגיה. כי היום ללכת על רגולציה, אורי, זה אומר שאתם צריכים לוותר על הכוח שלכם. אתם תצטרכו לוותר על הכוח שלכם, כי זה לא הגיוני שיש שלושה אנשים באגף התקציבים, לעומת משרד הבריאות, שאני לא יודע כמה קומות, שהם מנהלים את כל המערכת הזאת.

דוברות: תן קצת קרדיט למשרד הבריאות.

פרופ' יוג'ין קנדל: עם כל הכבוד לקרדיט, יש לי הרבה מאוד הערכה למשרד הבריאות, אבל תזכור שאתה מדבר פה מפוזיציה מאוד מאוד ברורה, כי לייצר מערכת רגולציה חזקה במשרד הבריאות זה לוותר על הכוח של משרד האוצר היום לקבוע את כל מה שקורה במערכת הבריאות. לכן אני חושב שיש פה בעיה, אני חושב ששלושה אנשים באגף התקציבים צריכים להיות במקור, אני חושב רגולציה ביום יום צריכה להיות מאוד מבוססת טכנולוגיה, צריכה להיות מאוד עדכנית ואני לא מקבל את העובדה שאנחנו לא מסוגלים לפקח. זה פשוט לא ייתכן, כי אם אנחנו לא מסוגלים לפקח אז אנחנו צריכים כולנו למצוא משהו אחר לעשות בחיים שלנו.

ורק משפט אחרון. גבי, תשמע, אנחנו הראינו את זה בפרזנטציה בהתחלה. לא משנה מה אתה תעשה בטווח הקצר, אתה לא תשנה את ה-40-60, אתה תשנה אותם ל-41-59, או ל-39-61. אלה הטווחים. הדבר היחיד שיוריד את זה תוך עשור לרמות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משמעותית יותר נמוכות זה הגדלה של אמון במערכת הציבור. אנשים, ברגע שהם יאמינו למערכת הציבורית, כמו שהם מאמינים במדינות אירופה, הם יפסיקו ל - - - והגדלה משמעותית לאורך זמן של התמיכה הממשלתית.

היו"ר השרה יעל גרמן: של השקעה ציבורית.

פרופ' יוג'ין קנדל: אלה שני דברים. זה לא יקרה בבת אחת, ולכן אני מסכים עם ניר שלקבע את זה לתוצר, יש עם זה מינוסים, אבל זאת הדרך היחידה שאתה יכול לבנות איזה שהיא מערכת שאומרת, תשמע, אני דורש מהמערכת רק מה שהיא יכולה לספק לטווח ארוך. אם אתה רוצה ודאות, אין לך יכולת סתם להגיד, תשמע, אני רוצה כל שנה 7% תוספת. זה לא עובד. אם יש לך ריסשן אז אתה לא תוכל לתת 7% ואז תהיה עוד פעם נפילה ואז אתה לא מקבל ודאות. אם אתה רוצה ודאות, וזה אני אומר לא כחבר ועדה אלא כמישהו שכבר עבר כמה תקציבים ומכיר את מערכת קבלת ההחלטות בממשלה חמש שנים, אם אתה רוצה ודאות אז זאת הדרך היחידה לקשור את זה. אני מסכים איתך שזה לא מדד מושלם, אבל בכלכלה פוליטית הוא המדד היחיד שאתה יכול לחיות איתו.

פרופ' קובי גלזר: אני אומר כמה מילים. אני אנסה לא לחזור על מה שיוג'ין אמר. הנקודה הראשונה שאמרת ואני חושב שהיא מאוד חשובה לחזור עליה, אני אומר שהדבר הכי חשוב בעיניי של הוועדה הזו זה לא המודל שהוצג פה, זה להבטיח מנגנון נכון לתוספת משאבים ציבוריים למערכת. המנגנון הזה הוא מנגנון עדכון כזה או אחר, אני עוד רגע אדבר על מקורות הכסף אבל אם הוא ייעשה נכון, אז אני לא יודע אם נגיע ל-30-70, אבל אני מקווה שנגיע לאחוז מאוד נכון, וזה לא קשור אם זה יהיה המודל הזה או המודל ההוא. אם הוועדה תצא מפה בלי תובנה או מסקנה או המלצה שצריכים לבנות מנגנון עדכון שיבטיח למערכת את תוספת המשאבים הנכונה מהכסף הציבורי אז השאר פחות חשוב בעיניי ולא השגנו את המטרה. וזה קצת מתמודד עם השאלה של 'לא אחדות, או עם הנקודה שלנו וגם קצת אולי גבי אמר, שהמודל שלנו הולך לכיוון הגדלת ה-50. זה לא נכון. הרעיון שהוא מובן מאליו פה, שכסף ציבורי צריך להגיע יותר. זו נקודה אחת.

אני אגיד עוד משהו ופה אני אתחבר רגע בכל זאת למודל של גבי, כי יש הבדל בין המודל של גבי לשלנו שחשוב לי להגיד אותו פה, בהקשר הזה. אני חושב שצריך להביא עוד כסף למערכת הציבורית, אני יודע ששרת הבריאות הביעה התנגדות לזה, אני גם לא חושב שזה רע שאולי חלק מהכסף הזה יבוא על ידי העלאת מס הבריאות, אני חושב שאם מעלים מיסים ואומרים לאוכלוסייה, 'אנחנו מעלים לכם את המס, אבל זה נועד לבריאות וזה בא ביחד עם עוד עשרה דברים אחרים שאנחנו עושים כדי לחזק את המערכת שעלו פה בוועדה', הצעות שלנו ואחרות, זה אחרת מאשר לבוא ולהגיד 'תנו עוד כסף'. זה משהו אחר, זה מס ייעודי עם תכנית עבודה מאוד ברורה מאחורי זה. לי אין שום בעיה להעלות את מס הבריאות בחצי אחוז, אולי האחרים יחשבו שזה לא נכון. למה אני אומר את זה בהקשר של הדיון עם גבי? כי אחד ההבדלים, לדעתי, בין המודל הזה למודל של גבי זה שגבי הציע מודל שבו הוא אומר בואו נוריד את הפרמיות בשב"ן ונביא כסף ציבורי ואחת הצורות להביא את הכסף הציבורי זה העלאת מס בריאות. זה אומר שכל הכסף שלקחנו להעלאת מס הבריאות נועד לממן את הפרויקט הזה שהוא אמר, להכניס את הרופאים חזרה לבתי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

החולים. אני סבור שכדאי להביא את הרופאים לבתי החולים במודל הזה, כמו שהצענו אותו, ובמקביל אולי להעלות את מס הבריאות. לא לבזבז את התחמושת המעטה שיש לנו על העלאת מס בריאות, כי נכון שאתם יכולים להגיד 'כן, אבל במודל ההוא ויתרנו על פרמיות והעלינו מס בריאות, בנטו לא עשינו כלום', זה לא הולך ככה. העלינו מס בריאות בחצי אחוז, תוך כמה זמן הוויתור על הפרמיה יישכח ועכשיו היינו במס בריאות יותר גבוה בחצי אחוז. אני מעדיף לא להוריד את הפרמיות ולהעלות את מס הבריאות ולממן בזה את כל הדברים האחרים שחסרים למערכת ולא לבזבז את התחמושת הזו על הדבר הזה. זו נקודה אחת.

נקודה הבאה, ופה אולי באמת יש הבדל בין מה שאני אומר אולי, ותסלחו לי, להיות צודק ולהיות חכם. להיות צודק זה לבוא ולהגיד רבותי, המערכת צריכה לתת לנו את הכסף ואנחנו נילחם על זה ונילחם על זה ונילחם על זה. ואני אומר, רבותי, נילחם על זה ונילחם, אבל בואו נהיה גם חכמים ולא נעים לי להזכיר את הדסה ולא נעים לי להזכיר את אשדוד, אבל זו דוגמה קלאסית למה שאני כבר אמרתי לפני 10 ו-15 שנים, המערכת הציבורית אולי יכולה להגיד מה שהיא אומרת, אבל בסופו של דבר היא לא נותנת את הכסף שצריך ואנחנו חייבים להיות לא רק צודקים, אלא גם חכמים.

רצה הגורל לטוב שלמערכת הבריאות יש דרך נוספת להשיג משאבים וזה הדרך של הרפואה הפרטית. יש שתי אפשרויות בעיניי, לתת לכסף הזה לזלוג מחוץ למערכת הציבורית לטובת כל מיני שחקנים אחרים, אני חושב שדווקא פה יש לנו משהו שאין אולי למערכות אחרות. אז יכול להיות שבביטחון אי אפשר לעשות ויכול להיות שבחינוך, פה יש לנו את האפשרות לקחת עוד מקור מימון שחבל לבזבז אותו. מקור המימון שאני מדבר עליו הוא מקור המימון הזה של מה שהצגנו פה, שאני חושב שהוא נותן לנו. זה לא פותר את הבעיה, הבעיה הגדולה צריכה להיפתר במקום אחר, מה שהוא נותן לנו זה קצת עצמאות תקציבית, הוא נותן לנו עוד מקור מימון ואפשר גם לשחק איתו, אפשר קצת להגדיל אותו, ואני עוד רגע אגיד משהו על הפרמיות באלמנט הזה של בחירת מנתח ועל ההשתתפויות העצמיות באלמנט הזה של בחירת מנתח. אני לא פוחד מהעלאה שם ואני לא פוחד מהגדלת ההשתתפויות עצמיות שמה, אני חושב שצריך להפעיל פה קריטריונים אחרים של אקוויטי, של יעילות, לעומת המערכת הציבורית. אבל בגדול יש לנו פה אפשרות להביא עוד כסף למערכת, שיש לנו עליו יותר שליטה, יותר עצמאות, יותר גמישות וכמה שאני מקווה שנקבל מהמערכת הציבורית, ואני מקווה, אני חושב שמה שקורה בימים האחרונים עם הדסה - - - אני מהרגע הראשון הבנתי, ותסלחי לי, לאה, שלא יוותרו על השר"פ שם, משום שהאוצר לא יביא את הכסף שחסר. אותו דבר היה באשדוד. אנחנו צריכים להיות ריאליים, המערכת הציבורית צריכה הרבה כסף והציבור לא נותן את זה, נקודה. לכן אני חושב שפה יצרנו עוד מקור הכנסה וחבל שנזרק אותו. חבל שנזרק אותו לאותו, תסלחו לי, אדם שמנהל את המרכז ברמת אביב ג' שמביא את המיליונים לכיסו במקום שזה ייכנס לשיבא. אותו דבר, אני לא יודע מי נהנה מהכסף שנכנס לאסותא או להרצליה. אני מעדיף שזה ייכנס לתל השומר ולשיבא ואני חושב שיכולים אפילו להגדיל עם הכסף הזה את סל הבריאות, וזה גם כן טוב. זה בעיניי אחת המטרות העיקריות, או אחד האמצעים האחרים. בעיניי שר"פ זה לא מטרה, זה אמצעי לנצל כסף שבמקום שיברח מהמערכת ייכנס למערכת, ואם הייתי יכול לדעת שהמערכת הציבורית תיתן לנו את כל מה שהיא צריכה הייתי מוותר על זה מחר. אין לי בכלל



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בעיה עם זה. אני חושב שהמודל של גבי, שהוא נראה נכון, הוא הישענות, עוד פעם, על המערכת הציבורית שתשחק אותנו תוך כמה זמן. אני עדיין רוצה להישען, אבל רוצה ליצור איזה שהוא באפר שייתן לי עוד כסף לבתי החולים מול כל השחיקות האחרות שישנן. ורצה הגורל, ואני אומר את זה שוב, שלמערכת הבריאות יש את האפשרות לעשות את זה כמו שאולי למערכות אחרות אין, בואו ננצל את זה. כמו שאמרתי, אם אני נגר ונוצרים לי עודפים ואני יכול למכור את העץ הזה, כדאי לי למכור במקום לשרוף אותו או לתת אותו בחינם. אז אולי המערכות האחרות לא יכולות, רק צריך לעשות אותו נכון. זו נקודה ראשונה שחשוב לי להגיד.

נקודה שנייה, אני חושב שלכל המערכות, אם זה הציבורי והפרטי והשב"ן, צריך לדאוג ליעילות. הנושא של אקוויטי, יש פה קצת בלבול בדיון, לדעתי. במערכת הציבורית, בסל הציבורי, אני רוצה שוויוניות מלאה. גם בשב"נים, שאני רואה אותם כמקור לחלק מהדברים, אני רוצה לראות יחסית שוויוניות. נגיד אם יכניסו תרופות לשב"נים, כמו שאני בעד, תרופות שלא בסל, הייתי רוצה שזה יהיה שוויוני. לגבי החלק של בחירת מנתח במערכת הפרטית, העקרונות של אקוויטי הם פחות חזקים בעיניי. אם זה היה כל כך חשוב, שיהיה בסל הציבורי. לכן לדוגמה לי לא תהיה בעיה אם תהיה מחר השתתפות עצמית גבוהה בבחירת מנתח דרך השב"נים או דרך סל הביטוח הפרטי. אין לי שום בעיה. גם אין לי שום בעיה, בניגוד למה שנאמר פה, שנרד מ-80% ל-60%, שרק ל-60% מהאוכלוסייה יהיה את זה ושהם ישלמו הרבה כסף על זה, כדי שאני בכסף הזה אוכל לממן רפואה ציבורית יותר טובה. אז יהיה ל-60% את האופציה הזו, הם ישלמו פרמיות גבוהות, הם יעשו את זה בבית חולים ציבורי וחלק מהכסף יממן את הפעולות הציבוריות לאלה שאין את זה, או לאלה שהחליטו לא לממש את זה. לכן אני חושב שצריך להיזהר בטענות על שוויוניות כשמדברים עליהן בסל הציבורי כשמדברים על החלק הזה של בחירת מנתח בסל הפרטי, שבעיניי אלה קריטריונים אחרים לגמרי של שוויוניות. אני חושב שזו נקודה שחשוב לי להבהיר.

עכשיו לגבי הנושא העיקרי שמדברים עליו פה, של הגדלת הוצאות, הקטנת הוצאות. אני חייב לומר, גבי, אתה אמרת לאורי שהוא קרא את הספרות הנכונה, אני ממש מתקומם לראות דבר אחד. פה הצגנו כמה פעמים מצגות על ספרות ענקית בעולם שהראתה שהגדלת ההיצע בעולם שיש בו selective contracting הקטינה הוצאות, הורידה מחירים. אני לא אמרתי התייעלה, כי זה ארגומנט אחר. אנחנו או חלק מהאנשים חיים בעולם של לפני גלילאו, הם עדיין חיים בעולם של supplier induced demand שהיה נכון בעולם מאוד מסוים ועובדה, את דיברת על ספרות אמפירית, אני הראיתי פה עשרות מחקרים, לא מאות, שהראו איך הגדלת התחרות במערכת, הגדלת היצע, הורידה עלויות ועדיין אומרים שהגדלת ההיצע תגדיל עלויות.

דוברת: אבל אתה לא רוצה selective contracting במערכת הציבורית.

פרופ' קובי גלזר: אני אסטה לרגע ואחר כך אני אראה. אני אמרתי שאני לא רוצה selective contracting בסל הציבורי. בנושא של בחירת מנתח, אז קודם כל בואו נעשה רגע הפסקה, הנושא של בחירת מנתח, היום ועדת הביטוחים דנה בכמה מודלים חילופיים ואני עוד לא יודע, אני ניהלתי עם שלומי שלוש שיחות בימים האחרונים על איזה מודל מדובר. אני יכול לראות, ותיכף אני אתחבר למה שאמרתי, שני מודלים של רובד של בחירת מנתח בביטוחים הפרטיים. שני מודלים גדולים. מודל אחד, כמו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

של ביטוח חובה, כלומר שכל החברות, השב"נים והמסחריים, מציעים בדיוק את אותה פוליסה, אותה בחירת רופאים, אותו דבר הכול ורק יש תחרות על הפרמיות. אני לא חושב שזה מה שאנחנו הולכים עליו, אני חושב שלפי מה שלפחות שלומי אמר לי שהוא תומך, זה שיהיה רובד כזה של בחירת מנתח אבל הוא יהיה שונה מהראל למכבי לכלית למבטחים אחרים.

דוברת: זה לא מה שהוא הציג.

היו"ר השרה יעל גרמן: זה מקומם, זה ממש לא מה שהוא הציג.

פרופ' קובי גלזר: אם הרעיון הוא שכולם מציעים את אותם מבטחים - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: הוא דיבר על פוליסה אחידה, אותם מנתחים, הכול אותו דבר. הוא הדגיש את זה.

פרופ' קובי גלזר: טוב, אני אגיד לכם למה זה חשוב, משום שאם הולכים על מודל של פוליסות שונות של בחירת מנתח אז זה עולם של elective contracting שבו כל מבטח מציע את הקבוצה שלו ואז הוא יכול להגיד לאיכילוב, 'אם אתה לא נותן לי הנחה בפרמיה', בבחירת המנתח, אני מדבר על הפרטי, לא על הציבורי, 'אז אני הולך לשיבא', ואז זה מודל אחר ממודל שבו כולם מציעים את אותו דבר, ואז הכלי הזה לא קיים ואז התחרות היא רק על הפרמיות ואז אני לא בעצם רואה איפה תהיה פה תחרות כל כך, כי מה?

דוברת: לכן שאלתי איך זה מסתדר עם הפוליסה האחידה?

פרופ' קובי גלזר: אז הולכים לפוליסה אחידה ואז הפרמיות תהיינה נמוכות ואז זה בכלל מצב אחר, משום שזה יגרום לכל המבטחים לנסות להוריד את השכר לרופאים ואת שכר לכולם, כי זו הדרך היחידה שבה אתה יכול להשיג את זה. ואז בעצם זה לא selective contracting, אבל צריך לחשוב ולהחליט איזה מודל הולך.

בכל אופן אני אומר בצורה מאוד ברורה, אני חושב שיש סיכוי שתהיה איזה שהיא הגדלה מסוימת בכמויות, אבל היא בפירוש יכולה להיות מתוקנת על ידי הורדת הפרמיות בגלל התחרות בין המבטחים שילחצו את ספקי השירות, ולכן אני לא חושב שההגדלה הזאת בכמויות תהיה כזאת דרמטית שאנחנו נראה פה פיצוץ של ההוצאות. שוב אני אומר, עובדה שהספרות הראתה, אני מוכן לשלוח לכם עוד פעם את הטבלאות, שהגדלת ההיצע גרמה לתחרות בין ספקי השירות שגרמה להם להוריד מחירים. היום יש שלושה-ארבעה מונופולים בפרטי, אסותא, הרצליה, חורב בחיפה ואני לא יודע עוד מי. אז יש להם מונופול, יש להם כוח וגם לרופאים יש כוח. פה אתה עכשיו עובר למודל שבו יש לך מתחרים רבים שמתחרים ביניהם ואחת הדרכים להתחרות זה להציע מחירים יותר נמוכים וללחוץ את הרופאים שלהם, להגיד, 'רבותי', אם אתם לא נותנים לי הנחה כרופא, אם אני לא יכול לשלם לכם שכר יותר נמוך אנשים לא יבחרו בי, אני לא יודע מה יקרה, אני לא אוכל להוריד את הפרמיה שלי, אם לא אוכל להוריד את הפרמיה לא יבואו אליי'.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

גב' יוליה איתן: זה לא רק ללחוץ את הרופאים, אלא גם לקדם שורות. הרי אנחנו יודעים שהרבה פעמים יש את הכוכבים ויש רופאים לא פחות טובים, אבל שלאף אחד לא היה תמריץ לגרום לאנשים לבחור בהם או לפתח אותם, או לגרום להם להיות שחקנים.

דוברת: זה החיים בכל מקצוע.

גב' יוליה איתן: השאלה מה התמריצים. יש פה תמריץ חזק לפתח - - -

פרופ' קובי גלזר: עוד נקודה אחת בהקשר הזה. אני חושב שאחד האלמנטים החשובים מאוד במודל הזה, ואני חוזר עליו עוד פעם ועוד פעם ואני חושב שטוב שאמרנו פה על הרגולציה, זה לעשות מגבלת כמויות על בתי החולים. לכן להגיד שממחר כולם יעשו פרטי, כי כולם ירצו פרטי? בית חולים לא יוכל לעשות יותר מאיקס אחוז פרטי, אז מה שיקרה זה שמי שירצה להיכנס לפרטי הם ייכנסו לתורים ארוכים יחסית בפרטי משום שבית החולים לא יוכל לעשות. ופה אני מאוד מאוד מתכוון למה שאנחנו אומרים, וטוב שקמה הרשות, ויגידו לרשות, 'את צריכה לפקח על בתי החולים שלך, שאף אחד לא יעשה יותר מהיקף כזה של פרטי', ולכן אנשים, או שייכנסו לתור מאוד ארוך בפרטי בגלל שהם רוצים את מנתח א', או שהם ייכנסו לתור הרבה יותר קצר, בגלל שהם לא יבקשו את המנתח הספציפי ויגידו להם 'אוקיי', אתה יכול לחכות למנתח א', כי בחרת אותו בפרטי עם השתתפות עצמית גבוהה ותקבל אותו עוד שלושה חודשים, או שתבוא למסלול הציבורי ויש שם רופאים טובים שיעשו לך, ואולי זה אותו רופא אולי שיעשה לך, תוך שבוע'. לכן אני אומר, אם מגבלת הכמויות היא משמעותית ואני חושב שהיא צריכה להיות משמעותית, אז לא יהיה פה שכולם יעשו את זה וכולם יבקשו לעשות את זה. וכמו שאמר יוג'ין, עובה שבמדינות אחרות בעולם זה עובד. באנגליה אמרו לבתי החולים שאסור להם יותר מאיקס אחוזים וזה לא קורה. אני חושב שהטענה הזו, מה שאמר אורי, הזכות לבחור הופכת להיות החובה לשלם, אין, אם אתה אומר למנכ"ל בית חולים 'אסור לך יותר מ-5% או 10% מהפעילות שלך שיהיה פרטי', הוא לא יהיה יותר מזה. הוא לא עברין, אי אפשר לחשוב שכולם עבריינים אם אנחנו אומרים להם שאסור להם לעשות יותר. מה שיקרה אז, ייווצרו תורים לאלה שיבקשו מנתח ואז או שייכלו לציבורי או שהשתתפות העצמית תעלה כדי לקצר את התורים בבחירת המנתח, וכמו שאמרתי מקודם, לי אין בעיה שתהיה השתתפות עצמית גבוהה בפרטי בבחירת מנתח. אני שונא השתתפות עצמית בסל הציבורי, אני אפילו לא אוהב השתתפות עצמית במשלמים האחרים, אם זה תרופות ודברים אחרים. בבחירת מנתח, אם תהיה השתתפות עצמית גבוהה לווסת את הביקורים לרופאים, אין לי עם זה כל כך בעיה ואני חושב שאז לא תהיה כזו עלייה של הכמויות, כן תהיה ירידה של המחירים, כמו שהספרות העולמית הראתה, ולכן אני חושב שזה לא צריך להפחיד אותנו וזה ייתן לנו את הכסף הנוסף למערכת.

עוד שני דברים לגבי מה שנאמר בסוף, יעל, לגבי מה שאמרתי. אל"ף, לגבי פתיחת אזורי הבחירה. יש לי כמה בעיות עם זה. ראשית כל, אני לא חושב שכולם יבחרו את שיבא, כי זה אומר שיצטרכו לחכות לשיבא חצי שנה, בזמן שבהלל יפה אתה יכול לקבל את זה מחר, ואם בהלל יפה רופא המשפחה יגיד לו, 'תשמע, יש פה רופא מצוין', כמו שאמר לי רופאת המשפחה לפני



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כמה ימים, כשרציתי לעשות פרוצדורה, היא אמרה לי 'למה אתה הולך לשם? יש פה רופא נהדר שעושה את זה'. אז אני חושב שאם כולם ירצו להגיע לשיבא בגלל שהאזורים פתוחים, ייווצרו תורים כאלה שאנשים בכל זאת יחשבו פעמיים לפני שהם רצים מצפת לעשות ניתוח בשיבא כשהם יכולים לעשות אותו בצפת ואומרים להם שהרופאים בצפת הם טובים. וכמו שאמרתי, אם ניתן סבסוד טוב לפרופריה דרך המנגנונים האחרים אז יהיו שם גם רופאים טובים, ואם הרופאים האלה גם יעשו את הרפואה הפרטית, אז לא יהיה להם אינטרס בשתיים לנסוע לתל אביב לעשות את הרפואה הפרטית, הם יישארו בצפת גם אחר הצהריים לעשות את זה, אז הם גם ירכשו לעצמם שם כרופאים טובים, במקום שהיום כל הרופאים הטובים מהפרופריה רצים למרכז לעשות רפואה פרטית. הם יישארו שם, הם יעשו גם תיירות מרפא, גם רפואה פרטית וגם רפואה ציבורית, הם יצברו שם ואנשים לא ירצו לשיבא. ובפרוצדורה מאוד מסוימת הם ירצו לשיבא, אם ייווצר לה שם טוב, יכול להיות שכך צריך להיות. לא ברור שכל בתי החולים צריכים לעשות את הכול. אז נקודה ראשונה, אני חושב שאנשים לא כל כך מהר ירצו. דבר שני, זה גם לא נוח כל כך למשפחה לעשות פרוצדורה במרכז כשאתה חי בצפון.

אבל נקודה שלישית בהקשר הזה, ופה אני אומר שאני מוכן לגלות גמישות, אני פחות חושש מזה שיהיו אזורי בחירה אם זה לא כרוך בלחיצה על הנחות. כלומר נגיד שאת באה לקופה ואת אומרת, את יודעת מה? אני מרשה לך להגביל את הבחירה, או אנחנו במערכת, אבל אני רוצה עדיין שהמחירים לא יהיו חלק מהמשחק. אני לא רוצה שהיא תשתמש בזכות לבחירה כדי ללחוץ את הלל יפה כמו שסיפר פה מנהל הלל יפה, שאמרו לו 'אם אתה לא נותן לנו הנחות, אנחנו מביאים אוטובוסים ולוקחים את החולים', לאן הם לקחו? למאיר, אני לא זוכר לאן זה היה. כלומר גם אם נאפשר לקופה להגביל בחירה, או גם אם נגביל בחירה בדרך אחרת, אני לא רוצה שהאפשרות הזאת תהפוך לכלי ליצירת הנחות או לחצים על בתי חולים שהביאו אותם לאן שהביאו אותם כולל, לצערי, אולי אני אקומם פה כמה אנשים, אחת הבעיות של הדסה. אני רוצה להוציא את משחק המחירים מהמערכת לחלוטין. אם המחירים נקבעים אקסוגנית על ידי מערכת, אז יכול להיות שההגבלה היא פחות מפחידה אותי, ואני גם אמרתי, אני גם מאוד בעד זה שיהיו הסכמים מאוד מסוימים שייתנו את האפשרות, שהקופה תגיד, 'אנחנו עשינו פה הסכם נהדר עם כמה רופאים, הרופאים שלנו יושבים בשיבא, הם יקבלו אתכם, הם ילכו אתכם', זה פחות מטריד אותי. אני לא אוהב את החיבור של זכות בחירה יחד עם הנחות.

ונקודה אחרונה, אני חייב לומר משהו על האמפיריקה, יעל. אני אומר את זה, אני אמרתי את זה כבר הרבה פעמים ואני חוזר ואומר את זה, שוב פעם, זו לא רק דעתי. השאלה למה אנחנו מתכוונים באמפירי. הרי לא נעשה פה 1,000 ניסיונות ואז נחליט מה המודל הנכון. מה שאפשר לעשות זה להסתכל קצת מה קורה בעולם ויש ספרות ולצערי מתעלמים ממנה, או קצת להפעיל קומונסנס ולנסות ולעשות את זה בהירות. לא מדובר פה בשינוי קטן. אם את מחר תעלי את המע"מ באחוז, קל להסתכל על העבר ולנבא מה יקרה, פה מדובר על שינוי מאוד משמעותי. בניסוי כזה משמעותי האמפיריקה זה לא כמו שלוקחים חולה וחלק עושים לו תרופה כזאת וחלק עושים לו תרופה כזאת, המושג אמפירי בעיניי הוא מאוד קשה. אתם אולי זוכרים, סיפר פה חיים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רמון, איזה נבואות היו, מבוססות במספרים, מבוססות בנתונים, מה יקרה יום אחרי חוק בריאות ממלכתי. הגיעה ההסתדרות ושכנעה שזה יהיה אסון נוראי, הגיעה האוצר עם מספרים ומתמטיקה והוכחות ואמר שזה יהיה אסון נוראי לפי כל מיני חישובים, כמובן שכולם טעו. כשרצו לחפור את המנהרה מתחת ללמנש, ניבאו שזה יעלה 50 מיליון, זה עלה בדיוק פי 2. בדברים גדולים כאלה קשה לעשות אמפיריקה. מה שאפשר לעשות זה קצת קומונסנס וקצת להסתכל על מה שקרה בעולם, אבל המושג אמפיריקה, זה לבוא ולהגיד הנה התחזיות ואני חושב שזה מה שהאמפיריקה מראה, אני חושב שבסופו של יום אנחנו צריכים פשוט להפעיל קצת את הידע, קצת את הקומונסנס, אבל זו לא אמפיריקה כמו שאולי הייתי עושה בניסוי רפואי.

דוברת: כן, אבל אפשר להיות מודעים לסיכונים אפשריים.

היו"ר השרה יעל גרמן: אנחנו עושים סבב, כל אחד משפט-שניים. יוליה.

גב' יוליה איתן: לא, אני עוד בתגובות, אם אפשר.

היו"ר השרה יעל גרמן: או קיי, אבל בקצרה, כי אנחנו רוצים לסיים.

גב' יוליה איתן: יש לי הרבה מה להגיד, אני לא חושבת שכל ההערות קיבלו פה מענה, אבל יש פה הערה אחת שחוזרת על עצמה, וזו הדאגה לפריפריה, או דאגה לשוויון. אחת הדרכים הכי אפקטיביות לדאוג לפריפריה זה לחזק את האוכלוסייה שנמצאת בפריפריה. יש על זה הרבה ספרות, הרבה מחקרים והרבה עבודות בממשלה סביב עיצוב מדיניות. הדרך לחזק אוכלוסייה או למשוך אוכלוסייה איכותית לפריפריה זה גם לאפשר לה שירותים כפי שישנם במרכז, ותחום הבריאות, יחד עם תחום החינוך, הוא אחד המדדים המובילים למשיכת אוכלוסייה חזקה. אז מי שדואג לפריפריה כדאי שיזכור גם את הפרמטר הזה. לגבי נקודות פרטניות יותר אני אשמח לענות למי שירצה בהמשך.

דוברת: אין לי הרבה מה להוסיף. יש כאלה שבחירת רופא בשבילם, בחירת מנתח, זה שולי, לא צריך, לא יודעת. לי זה מאוד צורם, אני חושבת שזה כן חשוב. ואני מסכימה עם קובי, אם באמת למישהו זה מאוד חשוב, אז שישלם, אין לי בעיה עם זה, אבל כן לתת לבן אדם לבחור את המנתח שינתח אותו. מניסיון שלי אישי הפקתי כל מיני לקחים שאני חושבת שזה נורא חשוב, יש אנשים שזה חשוב להם, אז למה להתעלם מזה? אנחנו לא נמצאים במדינה קומוניסטית, 'אין בחירה!', יש בחירה, זאת אומרת שתינתן הבחירה.

דוברת: אני לא התייחסתי לאזורי הבחירה של קובי, אני חושב שהדיון כאן היה יותר על השר"פ, בגלל זה, אני מתנגד לזה, אני אדבר על זה בפעם אחרת.

לגבי טעויות של אגף התקציבים, ב-95' התנגדנו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מסיבה תקציבית, ב-2002 אנחנו עדיין מתנגדים לשר"פ שהתנגדנו אז.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: לגיטימי מבחינתנו להתנגד לזליגה הלא תקציבית. השר"פ לא עולה כסף, לשיטתכם, הוא חוסך, ואנחנו מתנגדים, כי אנחנו חושבים שזה יגדיל את ההוצאה של הציבור ואת יוקר המחיה.

לעניין המודל המשולב. בסוף צריך להסתכל על התמריצים, ככה אנחנו מסתכלים. התמריץ של ההנהלה יהיה לדחוף את האנשים לבחור כי הם יקבלו יותר כסף על הפרוצדורה, התמריץ של הרופא יהיה להיבחר כי הוא מקבל יותר כסף ולכן כל התמריצים יביאו לכך שאנשים ירצו לבחור בפרטי, גם הרופא וגם המטופל שרוצה לבחור ולכן זה יעלה לכולנו הרבה יותר כסף.

בנוגע לוועד, אנחנו מדברים כאן לא על מודל הדסה, אלא מודל אופט אאוט. יהיו כאן רופאים שיעבדו באסותא ורופאים שיעבדו בשיבא ויהיה הבדל בשכר ויהיה לחץ תמידי להעלות את השכר כי אלה באסותא וריווחו תמיד הרבה יותר, ולכן אל תדאגי, יהיה לך על מה - - - הסכם השכר הבא יהיה על להעלות את העלות בפרטי. תהיה תחרות בין אלה שיעבדו באותו בית חולים, אבל אלה ייצאו בארבע לאסותא, אלא בשיבא, יהיה לחץ תמיד להעלות את השכר ולכן לא נצליח לרסן את הלחץ הזה. בסופו של דבר, כשרופאים יתחילו לברוח לא יעמדו בזה. בסוף זה יהיה פרטי, כי זה יהיה נורא קל לענות על זה, כבר משלמים ביטוח.

ובנוגע לירידת מחירים של קובי. בסוף אנחנו לא מסתכלים כאן על אסותא ויהיה עוד עכשיו היצע של שיבא ואיכילוב וסורוקה. כי אסותא זה לא מה שמגדיל לנו את העלויות, אסותא יחסית מוכרת את השירותים בזול, העלות הגדולה בשב"ן זה הרופאים ואתה הופך כאן למודל שהיום הקופה מנהלת משא ומתן מול הרופא והיא החזקה לקופה או חברת ביטוח שמנהלת משא ומתן מול ועד רופאים בבית חולים. בגלל זה אמרתי את זה קודם, שהיא הרבה יותר חלשה. בהדסה הקופה יותר חלשה. זה הכול.

דוברות: אני עדיין חושבת, גם אם אני מקבלת את הגישה של המשפטים האחרונים של קובי בנושא של האמפיריקה, אני עדיין חושבת שהאחריות שלנו לומר, גם אם נניח שאתה חושב שאתה מאמין במודל שלך, איפה הסיכונים שלו. אני בהפסקה שאלתי אותך שאלה, אם אנחנו בעצם באים לתקן את המצב בבתי החולים במודל הזה, מניין לנו שאנחנו למשל בבחירה חופשית, סתם לדוגמה, לא נגדיל הוצאות, או במחירים אחידים לא נגדיל הוצאות ובעצם נהפוך את הקערה על פיה ובסופו של דבר הרפואה הקהילתית תעמוד בפני הוצאות שהולכות וגדלות ואז היא תוכל לתת פחות שירותים? אני חושבת שגם אם אתה מקבל מודל האחריות מחייבת לומר שצריך ליצור איזה שהם מנגנונים שבדקים ומסלקים בעייתיות שמתעוררת עם הזמן. כלומר שמודל הוא נקי מסיכונים או מחסרונות זה קצת לא נראה לי.

פרופ' קובי גלזר: ברור שאני לא אומר את זה.

דוברות: אבל לא שמעתי שום חיסרון. אולי אתה לא אומר, אבל לא אמרת - - -

פרופ' קובי גלזר: אני מוכן לנקוב בחסרונות.

דוברות: בחלק מהדברים אני מתחבר ליוג'ין, אני חושב שבמצב שבו נמצאת מערכת הבריאות היום אתה חייב להציג קונספט רחב מאוד של שינוי, כי עומק הבעיות מחייב אותך לעשות עומק של שינויים. בנושא הזה המדרג, או לעשות משהו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ולעצור ולחכות ולהמתין, עשוי להביא אותנו למצב ש - - - דווקא אני אשתמש בדוגמה שלך, יוג'ין, שחלק מהמכוניות עוברות לצד ימין וחלק לצד שמאל. כי אנחנו רוצים לעשות ניסיון ולא יילך.

דרך אגב, לצרכי ההגינות למודל שלכם יש פה מודל, ואני חושב שהוצגו פה מרכיבים מסוימים של המודל, אבל יש לו הרבה מאוד השלמות נוספות, של המודל שלכם, שבו יש הרבה מאוד מרכיבים שנוגעים להרבה מאוד נושאים, גם תשתיות, גם נושא של יעילות, הרבה מאוד אלמנטים של יעילות. אני שמעתי אותם המון במצגת הקודמת ופחות היום, אבל יש פה קונספט ואני מקבל את הקונספט הזה כקונספט בלגיטימיות שלו להיות על השולחן הזה. כי אומרים, מה שנמצא היום לא תקין, אנחנו הולכים לצד ימין ואני הולך לצד שמאל, אבל לפחות מציגים אלטרנטיבה.

פרופ' קובי גלזר: אולי בסוף ניפגש?

דוברת: דרך אגב, יש לי גם רעיון, אבל הוא מסובך. יש פה הרבה מאוד אלמנטים של הבחנה במערכת שאתם הצגתם אותם ואני חותם עליהם. אתם אומרים שהיום המערכת לא יעילה, אנשים בורחים, יש חוסר יעילות, דרך אגב, שנובע רק מההתניידות. אתה אמרת, יוג'ין, 20% שהולכים לאיבוד בגלל זמן שאנשים מבזבזים בדרך וכן הלאה, תשתיות לא מנוצלות וכן הלאה וכן הלאה וכן הלאה. עד לכאן אנחנו מסכימים בהבחנה, אבל כמובן אנחנו חלוקים לחלוטין בנושא של הפתרון של הנושא הזה.

הפתרון שאתם מציגים אותו זה פתרון שבגדול נשען על האופציה הנוספת מעבר למקורות הציבוריים גם על מקורות פרטיים. אני אומר את זה הכי זהיר שיש וכולכם אומרים את זה בצורה זו או אחרת. בסוף אתם אומרים כן, ואתם אפילו אומרים שיש בזה מידה מסוימת של לגיטימיות, כי זה מה שהציבור רוצה, אז מה, בסדר, שישלם. אני רוצה שנייה אחת להתנתק מהטיעון העקרוני של שני קונספטים ובכל זאת לחזור למודל הכמותי למרות שלא עשיתי במעבדה איזה שהוא ניסיון. יש פדיון שנגזר ממחיר כפול כמות וזה לא רק בארצות הברית ולא רק באנגליה, בכל מקום בעולם. המחיר כפול כמות נותן את ההוצאה ואנחנו צריכים לשאול את עצמנו את השאלה הבאה, אנחנו משנים את כללי המשחק במודל כלשהו, מה קורה למחירים ומה קורה לכמויות?

אני אתחיל דווקא בנושא קל. בואו נניח שאני לא מקבל את העמדה של אורי ובוא נניח שהמחירים לא יעלו, ובוא נניח שהרחבת ההיצע תוריד את המחירים, בואו נעשה סצנריו. אני הייתי רוצה לקבל את הסצנריו שלכם לגבי הכמות של המחירים שהם יורדים, אני אציג סצנריו אחר ואנסה להסתמך על כל מיני נתונים. זה הצד של המחירים. בוא ניקח את הצד של הכמויות ואני אנסה, שוב פעם, לאמץ את הסיפור של הכמויות.

היו"ר השרה יעל גרמן: המחיר זה פונקציה של כמות.

דוברת: לא, אבל מה זה יעשה לכמויות. זאת אומרת אומרים - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: להיפך, הכמות תעשה למחיר, לא המחיר לכמות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברת: לא, מה אומרים? אומרים, אם אנחנו מרחיבים את ההיצע המחירים יירדו. אורי אומר שהמחירים יעלו, כי יש הסתדרות עובדים וכן הלאה וכן הלאה. אני אומר, בואו אני אאמץ את המודל הזה, המחירים יירדו כי הגדלת היצע. יש יותר עגבניות, המחיר יורד, אני אעשה את זה בצורה הכי ויזואלית, זו הטענה כאן, רק שהטענה הזאת, אני רוצה אותה להתקיל ולבוא ולומר שברגע שאנחנו מרחיבים זה לא שאנחנו פתאום לוקחים את אסותא ואת מדיקל הרצליה ומכניסים אותם למערכת הציבורית. זה לא זה. אנחנו יוצרים ביקוש אדיר, בצפת, פוריה, נהריה, רמב"ם, אסף הרופא, איכילוב, תל השומר. זאת אומרת אתה מדבר פה על הרחבה כמותית בסדר גודל - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: הכמות נקבעת בהיצע, לא בביקוש.

דוברת: רגע. אני עכשיו יושב בירוחם, דרך אגב, שווייני לחלוטין, יש לי ביטוח משלים, מותר לי לבחור בסורוקה. היום אסור לי לבחור בסורוקה, מחר אני בוחר. יירדו המחירים ב-30% - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל זה במקום בחירה במקום אחר.

היו"ר השרה יעל גרמן: אם לא יהיו יותר רופאים יהיו תורים.

דוברת: אני אומר שכל פוטנציאל - - -

דוברת: לא, הטענה אומרת שכיוון שהרופאים מוגבלים אז ההיצע מוגבל. זו הטענה.

דוברת: היום זה מוגבל. היום לא רק הרופאים מוגבלים, כמות הרופאים שיכולים לעשות שר"פ בפרטי היא קטנה, כמות הרופאים שיכולים לעשות בהדסה ובשערי צדק היא מוגבלת. יש לי את כל מדינת ישראל מאחוריי ואפשר לכמת את מדינת ישראל, שבה אין היום שר"פ, אין שר"פ, אין את האופציה לבחור, מחר אתה פותח אותה, מחר אתה מאפשר לכל אחד בכל מקום לבחור. אני אומר, המשמעות של כל אחד במקום לבחור, לא תצליחו לשכנע אותי, זה יהיה קסם שזה לא ישנה את ההוצאה. ההוצאה תעלה והוויכוח של - - -

דוברת: זה אותו אחד שהיה עושה לפני זה ציבורי. רק שאני אבין. זה אותו אחד שהיה עושה ציבורי, עכשיו הוא יעשה את זה במסגרת אותו בית חולים, רק נקרא לזה פרטי? זה מה שאתה בעצם אומר?

דוברת: אני אומר שאותו אחד שעשה את הניתוח הזה ברמב"ם, מחר בניתוח הזה הוא יצטרך לשלם עליו, הביטוח המשלים יצטרך לשלם עליו.

פרופ' יוג'ין קנדל: אז הגדלת על ידי זה את המקורות הציבוריים.

דוברת: אני לא קורא לזה הגדלת מקורות ציבוריים.

היו"ר השרה יעל גרמן: תגיע לנקודה, כי אנחנו עוד נדבר הרבה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

הנקודה היא, אתם רוצים נתונים? בבקשה - - -

דוברות:

אבל השב"ן יממן את זה, לא הציבור.

דוברות:

בוודאי. יוג'ין וגם קובי, אתה מגדיל את המימון הפרטי בתוך המערכת הציבורית, זה מה שאתה עושה.

ומי שיגיד לי שזה לא קורה, אז צר לי, אני לא מקבל את זה. אתה יכול להתווכח איתי האם זה 300 מיליון שקל, מיליארד שקל - - -

-

היו"ר השרה יעל גרמן: התחלת, אמרת שיש לך איזה שהוא רעיון שהוא מסובך, איך להגיע לאמצע.

דוברות:

זה לא לאמצע.

היו"ר השרה יעל גרמן: איך להגיע להסכמות.

דוברות:

אבל יש פה חלקים ראשונים שדיברנו - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: לא, אני לא מדברת על מה שיש הסכמות. על מה שאין הסכמות.

דוברות:

אני הולך על מה שנקרא, אבל זה נוכל לעשות רק אחרי שהאוצר יציג את המודל שלו. אני הולך על

הרעיון שדווקא נורא אהבתי אותו, של אסא כשר. מה אסא כשר אמר? בואו נחפש את הקווים המאחדים שבין המתנגדים ויש פה,

לדעתי, סתם אני לוקח, אני לוקח את הדוגמה - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: אני דיברתי על זה ביום חמישי.

דוברות:

זה מחייב איזה שהיא עבודה. אני לא בטוח שזה יוביל אותנו לאיזה קונצנזוס בפתרונות, אבל לפחות

בואו נראה איפה הקונצנזוס. אפשר יהיה לעשות את זה אחרי שנראה את המודל של אורי ויש לנו שלושה מודלים שבהם יש כמה

התחלות וכמה פתרונות ולעשות מיפוי.

היו"ר השרה יעל גרמן: זה מה שצריך לעשות. את זה נעשה בחמישי-שישי.

דוברות:

אבל משהו צריך לקחת את המשימה הזו. אבל חייבים לעשות את זה בהכנה לקראת חמישי-שישי.

זאת אומרת שלא נתחיל לעשות את זה ביום חמישי-שישי.

היו"ר השרה יעל גרמן: לא, ברור. דיברתי על זה ביום חמישי, אני לא יודעת אם שמת לב. אתה רוצה להוסיף? הוא לא הביע

את דעתו.

דוברות:

אני מתנצל כי לא הייתי מהתחלה, רק שני דברים בקצרה שחשבתי עליהם עכשיו. באמת הסיכונים

שיש במודל, כולם כבר דיברו על זה, על זה שהרגולציה צריכה להיות מספיק חזקה והשאלה אם היא תהיה מספיק חזקה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מהתחלה או לא. זו שאלה שהייתה.

היעדר מימון ציבורי, אם הוא יהיה, זה סיכון גדול, לא רק בגלל שזה יפגע במערכת הציבורית, אלא גם שזה ייצור איזה שהוא לחץ להגדיל את מקור המימון הזה והוא יהיה הרבה יותר קל להיכנע ללחץ הזה כשזה נמצא במערכת ציבורית, אני חושב, כשהביטוחים נפוצים. כי עכשיו המשרד בעצם מרסן את הפרטי באמצעות זה שהוא לא בונה מיטות וחדרי ניתוח נוספים במערכת הפרטית וזה גם ככה קשה, אבל מה שיקרה אחר כך, כשהיו תורים במערכת הציבורית, כי הממשלה תקצץ ולכאורה יש את מקור ההכנסה הזה, אז הלחץ יהיה רק להגדיל את הקוטה, זה יהיה מאוד פשוט, למה רק להגדיל אותנו ב-10%? תנו לנו 15%, או 20%.

היו"ר השרה יעל גרמן: זה מה שהוא אומר.

דוברות: כי אנשים מחכים ואנחנו יכולים לפתור את זה עם הגן הנעול שיש לנו פה.

היו"ר השרה יעל גרמן: ולא עדיף שנפתור את זה?

דוברות: השאלה מה המחיר.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני לא הבנתי את הארגומנט. תסביר את הארגומנט. הוא טוען את זה, אבל הוא לא מסביר את המנגנון. אני מנסה שהוא יסביר את המנגנון.

דוברות: יהיה תור במערכת הציבורית, במקביל הרופאים האלה יגידו, 'אנחנו יכולים לנתח בפרטי, רק תנו לנו עוד קוטה גדולה יותר'.

פרופ' יוג'ין קנדל: אין עניינים של קוטה, מה זאת אומרת קוטה?

דוברות: לא, יש קוטה, כי אתה מגדיל את הכמות - - -

פרופ' יוג'ין קנדל: שנייה, יש פה טעות של המודל. אם אתה נותן יותר קוטה, אתה לא מגדיל את מספר הניתוחים, אתה סך הכול גובה יותר כסף על ניתוחים. אז איך אתה - - - ?

דוברות: מה זאת אומרת? אתה מגדיל את מספר הניתוחים בפרטי אחרי הצהריים. הקוטה שלך היא מהפעילות הציבורית.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, הקוטה היא בהינתן פעילות ציבורית מבחינת הזמן שלך, שאתה עשית פעילות ציבורית, כל השאר אתה עושה פרטי. הוא לא מוגבל. אם הוא רוצה לנתח עד שלוש בבוקר, הוא יכול לנתח עד שלוש בבוקר. לכן אם אתה אומר, 'אני יכול לקצר תורים על ידי זה שתקצר לי את הקוטה הציבורית', אז מה אתה עשית?

אז אני לא מבין, אין קוטה אוטומטית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

תגדיל את אחוז הסך הכול.

פרופ' יוג'ין קנדל:

אין אחוז. יש קווסה ציבורית שאתה צריך לעשות - - -

דוברות:

אתה עושה 100 ניתוחים בציבורית ואתה תגיד, 'אני עכשיו מרשה לך לעשות - - -

פרופ' יוג'ין קנדל:

כמה שאתה רוצה. אתה רוצה לעשות את זה עד חמש בבוקר? תעשה את זה - - - אני מגדיל

כמויות מבחינת הזמן.

דוברות:

קודם כל לגבי - - - אני יכולה להבין רק מה שאנשים אמרו. במקרה יש לי שאלון, אנחנו הרי יודעים

למה אנשים בוחרים ומה הם חושבים שזה נותן להם ואני יכולה להביא סדרה של נגיד עשר דקות של השקפים האלה מהסקר

הקודם שלנו, אם אתם רוצים - - -

דוברות:

איך זה עוזר לנו לבניית המודל הכספי?

דוברות:

זה לא עוזר, אבל אפשר להבין למה אנשים - - - אם זה בגלל שהם רוצים את איש המקצוע הטוב

ביותר, כמו שפנינה אומרת, או האם זה בגלל שהם רוצים לקצר את התור. יש הבדל. או האם זה בגלל בירוקרטיה, או האם זה

בגלל שהם חושבים שיאהבו אותם יותר. זה גם כן, יש לנו פה סדרה של - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: או קיי, אז תביאי לנו.

דוברות:

אני יכולה גם לשלוח את זה באי-מייל. לא חייבים להציג את זה.

היו"ר השרה יעל גרמן: אז קודם תשלחי באי-מייל.

גב' יוליה איתן:

אבל שימו לב, יש טרייד אופ בין הדברים, ברגע שאת מבקשת לדרג זה משהו אחד - - -

דוברות:

אנחנו לא ביקשנו לדרג, כל אחד אמר 'מסכים', 'לא מסכים' ואנחנו משקללים את זה.

פרופ' יוג'ין קנדל:

ועוד נקודה. שזה בשיווי משקל של היום. זה בסיטואציה של היום, זה שונה לגמרי ממה שיהיה.

דוברות:

אנחנו כבר יודעים שאנשים רוצים לבחור בית חולים יותר ממה שהם רוצים לבחור את המנתח. זה

כבר יש לנו.

הערה לגבי המודל של - - -, אחרי ששמעתי אותם, הם שכנעו אותי בעצם לבטל את השב"ן, את החלק של בחירת מנתח. כי

תהיה לנו אחלה מערכת ציבורית. קובי אמר שלא אכפת לו בעצם שהמרכיב של שר"פ מנתח יירד ל-60%, השאלה מה זה יעשה

למודל. זאת השאלה שלי. קובי אמר שלא אכפת לו שהשב"ן יהיה הרבה יותר.

היו"ר השרה יעל גרמן:

קובי אמר 'לי לא אכפת שהמחירים יעלו ואז אנשים פחות יצרכו' ואז במקום 80% שיש להם שב"ן,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יהיה רק ל-60% והם ישלמו הרבה.

דוברת:

יש לי בקשה, אני אעשה את זה באופן פורמלי. כדי לחזור ולייעל את התהליך שבמידת האפשר

למקסם את הקונצנזוס.

היו"ר השרה יעל גרמן: חברים, עכשיו יוג'ין.

פרופ' יוג'ין קנדל:

אני קצת מתוסכל מהדיון, כי אני כל הזמן נוכח שאנחנו בעצם קצת נלחמים בתחנות רוח כי בחלק

מהשאלות מתברר לי שאנחנו לא מצליחים להסביר עד הסוף את המודל. מה שאני מציע זה שאם יש השגות למודל שלנו, אם אפשר לשלוח לנו אותם בכתב ואנחנו נבין מתוכן מה התובנה של זה ואנחנו ננסה לבנות איזה שהיא פרזנטציה שתענה על הסוגיות האלה. כי בפינג פונג הזה, שאנחנו בעצם מדברים במקביל, כי מה שבעצם מתנגדים לו או שתוקפים אותו, או שיש בעיה איתו, זה משהו אחר ממה שאנחנו מתכוונים. לכן אני חושב שאולי כדאי לעשות משהו - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: אני חושבת שמרבית האנשים הבינו. הוא לא היה כאן, אז הוא יקרא ואם יש לו שאלות - - -

פרופ' יוג'ין קנדל:

לא, זה לא רק הוא, זה באופן כללי.

דוברת:

אני אשתדל להגיד כמה הערות. אחת, אני רוצה להגיד שאולי לכולם פה ברור שזה נורא לשלם בשביל

קיצור תור, אני חושבת שזה לגיטימי. אני חושבת שאדם, ואני חוזרת עוד פעם, מה שהמערכת הציבורית לא מספקת, ואנחנו כן צריכים לדאוג לספק הכול, לא יכול להיות שנאסור על אנשים שהם יוכלו להשיג את זה בדרך אחרת, שהיא דרך חוקית.

במערכת הציבורית?

דוברת:

דוברת: אני לא אמרתי ציבורית או לא ציבורית. אני לא דיברתי בכלל על שר"פ, אמרתי שיש אנשים שחושבים שזה לא בסדר לבחור מנתח רק בשביל לקצר תור ואני רוצה להגיד שבעיניי המחויבות הראשונה של אדם היא לבריאותו והוא צריך לעשות כל מה שהוא יכול בשביל בריאותו, כמובן במסגרת חוקית ולא לפגוע באף אחד אחר וכו'. אם זה אומר שהוא לא רוצה עכשיו לחכות שנה בתור ובשביל זה הוא רוצה לשלם, אז אני לא רואה בזה משהו רע. זה דבר אחד.

הדבר השני, יש המון סכנות בכל מה שנעשה. אני חושבת שכולנו אנשים, ואני מעריכה את מה שאת אומרת, אבל לא צריך להגיד לנו את זה כל פעם, כולנו אנשים שמקבלים החלטות ומקבלים דברים עם הרבה מאוד סכנות ואני מרגישה שיש בזה מין דבר שהוא כבר הופך, ואת לא מתכוונת, את רק עומדת ומזהירה את עצמנו מהצד השני, שלפעמים מרוב פחד גם אפשר לא להתקדם ולא לעשות כלום. ואני אומרת, כולנו מבינים את זה, כולנו יודעים את זה וזה ברור לנו. ואני רוצה, אם מישהו קרא פעם, כי לי זה היה מאוד מעניין, מה כתבו כשהמציאו את החשמל, זה מאוד מעניין, ועדיין כולנו מעדיפים שהיום יש לנו חשמל. אז זאת ההערה השנייה שרציתי להגיד, שזה מאוד חשוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שני הדברים, אני אחזור עוד פעם, בעיניי הדבר הכמעט חשוב ביותר זו העובדה שאני רוצה שהאנשים יוכלו להיטיב את מצבם, לשפר אפשרויות וכל הדברים האלה.

והדבר האחרון שלא דיברנו, אבל כן צריך לדבר על זה, אני חושבת שאנחנו צריכים לדבר, כשאנחנו מדברים על ישימות, זה גם המבחן של השחקנים במערכת. השחקנים במערכת, אם הם יוכלו לקבל את השינוי, או לא יוכלו לקבל את השינוי, זה לא דבר שאפשר לזלזל בזה. זה לא דבר שאפשר רק להגיד, בואו נוציא חוק, נכתוב את זה, נעשה את זה וזה מה שיהיה - - -

היו"ר השרה יעל גרמן: כאן את מתקרבת אליה.

דוברות: יכול להיות. אני לא אמרתי בהכרח שלא, אני אומרת שצריך להבין בשחקנים ויש תורה שלמה ואני בטוחה שאנשים מכירים את זה, אז אני לא אפרט את זה עכשיו, תורה שלמה שאתה חייב לבדוק את האינטרסים של האנשים, וזה לא דבר רע, זה דבר חיובי. אתה חייב לבדוק עם איזה קווים כלליים הוא יוכל לחיות ועם איזה לא, איזה סוג של התנגדות תביא את המערכת למקום שלא התכוונו אליו ואני פשוט מציעה, כי יותר מדי פעמים אני שומעת משהו שאומרים, 'אוקיי', בואו נעשה את זה וכולם יתיישרו'. זה לא יעבוד ככה, למערכת הזאת יש גם אינרציה, יש גם כוחות.

והדבר האחרון, ממש האחרון, אם אנחנו רוצים אמון במערכת, אני אחזור על מה שאני אומרת, אנחנו צריכים לשדר אמון בכל השחקנים. אם אנחנו לא נשדר אמון בשחקנים ואמון ביכולת שלנו לפקח ואמון ביכולת שלנו לרגולציה אי אפשר יהיה לצפות שהמערכת תאמין בהם. אני אמרתי פה כולם, זה באמת כולם. את זה אני רוצה שפשוט נזכור.

היו"ר השרה יעל גרמן: חברים, תודה רבה.

הישיבה ננעלה