

שלום רב לכל חברי הוועדה
מאחר שלא אהיה נוכח בדיונים השבוע, אני מבקש להעלות על הכתב שלוש הערות קצרות בנושא
השר"פ:

1. שר"פ לא פורמלי ובלתי נשלט אל מול שר"פ פורמלי ומנוהל
"אם ננהיג שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים בישראל, ההוצאה לבריאות, הן הפרטית והן הציבורית, תעלה בשיעור גבוה מאד, ויתרה מכך, עיקר העלייה בהוצאות תהיה מלווה בחוסר יעילות כתוצאה מתוספות שכר ושימושים מיותרים".
בחודשים האחרונים אנו שומעים שוב ושוב תחזיות מסוג זה. מעבר לעובדה שיש לי (ולעוד מספר כלכלנים) השגות רבות וקשות לגבי המתודולוגיה והחישובים עליהם מתבססות נבואות אלה ומעבר לעובדה שחלק גדול מהן מתבססות על נתוני הדסה על אף שאף אחד לא מציע להנהיג בבתי החולים הציבוריים את שר"פ הדסה, הבעיה העיקרית שיש לי עם נבואות אלה היא שהן לא עושות את הדבר הראשון המתבקש מכל מי שבא עם תחזיות מסוג זה והוא להשוות אותן עם מה שעשוי לקרות במערכת אם לא נאפשר לשלב את הרפואה הפרטית במסגרת בתי החולים הציבוריים. כל כלכלן יודע שתרחיש כלכלי הוא בעל ערך לצורך קבלת החלטות רק אם אנו משווים אותו עם תרחשים אלטרנטיביים. לצערי, כל אלה שהראו לנו את תרחישי האימה של מודל השר"פ, לא הראו לנו מה יקרה במערכת תחת האלטרנטיבה בה לא תוחל הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית. מאחר שאחרים לא עושים זאת, אני מוכן להתנבא (ומאחר שאני די משוכנע בנכונותם של תחזיותי, אין לי חשש להעלותן על הכתב). לפני שאעשה זאת, רקע היסטורי קצר. לפני קצת יותר מעשור, מיד לאחר שהוחלט, בעקבות פסיקת בג"צ, לאסור את השר"פ בבתי החולים הציבוריים, פרט לירושלים, העזתי להתנבא בפורומים שונים שבשנים הקרובות הרפואה הפרטית בישראל תגדל במהירות למימדים חסרי תקדים ולכיוונים שונים מאלה שהכרנו עד אז. ההסבר שנתתי לכך היה (ועודנו) שיש כוחות כלכליים אותם לא ניתן לחסום וגם קשה מאד לפקח עליהם, והדרך הטובה ביותר בה המדינה יכולה להשתלט עליהם או לפחות לרסן אותם היא על ידי זה שהיא בעצמה תחיל אותם ו"תנהל" אותם (בכלכלת בריאות אנו עושים הבחנה בין תחרות "מפוקחת", בה המדינה רק קובעת את הכללים ומנסה לאכוף אותם, ותחרות "מנוהלת", בה המדינה גם מתערבת באופן אקטיבי באפסקת השירותים). התבטאתי אז שברגע שהמדינה החליטה להוציא את הרפואה הפרטית מבתי החולים הציבוריים, היא בעצם ויתרה על הניהול שלהם והשאירה אותם למעשה לכוחות השוק תוך יכולת מוגבלת לפקח עליהם. בדיעבד מסתבר שצדקתי באיפיון המגמה אבל טעיתי בהערכת עוצמתה. תוך מספר שנים, מאז פסיקת הבג"צ, הרפואה הפרטית בישראל התפשטה בקצב מסחרר בכל הצורות ובכל הכיוונים. אינני מדבר רק על הצמיחה חסרת התקדים של אסותא (שאני משוכנע שאילו נשאר השר"פ בבתי החולים הציבוריים, הוא מעולם לא היה מגיע להיקפים בהם הוא פועל היום) ושל המרכז הרפואי בהרצליה או בית החולים אלישע בחיפה. אני מדבר בעיקר על מאות! אני חוזר, מאות! המרפאות לרפואה פרטית שנפתחו בארץ מאז הפסקת השר"פ בבתי החולים הציבוריים. אני מציע לכל אחד מכם להגיע ל"מגדל ויצמן" הממוקם מטרים ספורים מבית החולים איכילוב, ולראות את הפעילות הרפואית הפרטית הענפה המתבצעת שם, בין היתר על ידי רופאי איכילוב. כך קורה גם ליד כמעט כל אחד מבתי החולים בארץ. ולא רק ליד בתי החולים. במקרים רבים הפעילות הפרטית הענפה הזו מתבצעת במרכזי הערים ובאזורים אטרקטיביים אחרים, כמו לדוגמה קניון רמת אביב, שם מתבצעת פעילות רפואית (כולל ניתוחית) ענפה על ידי רופאי כל בתי החולים הציבוריים, או במרכז חורב בחיפה. ואלה רק שתיים מעוד דוגמאות רבות אחרות. במילים אחרות, במדינת ישראל מתקיים היום שר"פ לא פורמלי ולא מנוהל

במימדים הולכים וגדלים. **ועכשיו לתחזית: אני משוכנע שאם לא נחיל את הרפואה הפרטית במסגרת המערכת הציבורית, בעזרת מודל כמו זה שהוצע על ידינו במסגרת עבודת הוועדה, הרי שהתופעה אותה חוונו בשנים האחרונות תמשיך ותגדל ותגיע למימדים גדולים בהרבה מאלה שאנו רואים היום.** לדעתי זו רק שאלה של זמן עד שתופעה זו תגיע גם לפריפריה. יש הסוברים שאם נאפשר שר"פ באזורי הפריפריה, הניצול של הביטוחים המסחריים יגדל מאד ובעקבותיו ההוצאה הפרטית. בהחלט יתכן שכך יהיה. אולם האם יש מישהו הסבור שאם לא נאפשר רפואה פרטית בבתי החולים בפריפריה המצב ישאר כמו שהוא היום? אני משוכנע שלא ירחק היום (ברגע שהיצע השירותים הפרטיים במרכז הארץ ימצה את עצמו ויתחיל להיות צפוף מאד) בו תתלנה לקום מרפאות פרטיות מחוץ לכותלי בית החולים, גם באזור הפריפריה. וכמו במרכז, זו תהיה רפואה לא מפוקחת לא מנוהלת ולא יעילה. האם מישהו מעלה על הדעת שהמדינה תוכל לאסור פעילות זו בעוד שהיא מתאפשרת ופורחת במרכז הארץ?

יש שיטענו, כמובן, שהתחזית לעיל הן מוגזמות מאד מאחר וכוונתנו היא לא רק לאסור את השר"פ אלא במקביל גם לחזק את המערכת הציבורית, ובכך להקטין את הביקוש לפרטי, וכמו כן בכוונתנו למסות את השירותים הפרטיים ולרסן אותם בדרכים כאלה ואחרות של פיקוח. כלומר מה שהיה, הוא לא מה שיהיה. אולם, אם הצעדים לעיל אכן יצליחו לרסן את הביקוש וההיצע של הרפואה הפרטית, הרי המשמעות היא שגם הביקוש לשר"פ יקטן ועל כן גם התחזיות לגבי העלייה בהוצאות אם יונהג שר"פ הן מוגזמות. אני סבור שגם אם אכן הצעדים לעיל יצליחו לצמצם את הרפואה הפרטית (דבר שאני מקווה מאד שיקרה, למרות שאני די סקפטי לגביו) הרי העלייה בהוצאות ללא שר"פ מנוהלת תהיה קטנה מהעלייה בהוצאות עם שר"פ יונהג מנוהל. מעבר לכך מדוע במקרה בו לא יונהג שר"פ ניתן לומר שמה שהיה הוא לא מה שיהיה ובמקרה בו יונהג שר"פ מנוהל לא ניתן לומר זאת?

לסיכום נקודה זו, לדעתי, אלה המצביעים היום נגד המודל המציע שילוב בין רפואה ציבורית ופרטית בבתי החולים הציבוריים, אינם מצביעים נגד השר"פ. הם מצביעים נגד מודל של שר"פ מנוהלת ובעד שר"פ לא לא מנוהלת. הם מצביעים למעשה בעד מודל של שר"פ לא פורמלי שהוא הגרוע מכל הבחינות.

2. תלות מוחלטת במצב המשק (וגם ברצונו של הגביר) אל מול עצמאות מסויימת

אין ספק שדיוני הוועדה בתקופה האחרונה המחישו לנו יותר מכל את התלות הכמעט מוחלטת של מערכת הבריאות הציבורית הן במשאבים הציבוריים, ולא פחות מכך, בשיקול הדעת והשיפוט המקצועי של אנשי האוצר. האם, לדעתכם, לא יהיה זה נכון והוגן כלפי החולים הנזקקים לשירותי המערכת הציבורית לבנות מנגנונים משלימים (ובשום אופן לא תחליפיים) המבטיחים למערכת עצמאות מסויימת? נקודה זו מתחזקת מאד לאור העובדה שכמעט כל התחזיות המאקרו כלכליות, שאני מכיר, לשנים הבאות, מנבאות קשיים ולחצים תקציביים אדירים. קשה להאמין שהמדינה תמצא את המקורות הציבוריים הנדרשים לממן את המערכת הציבורית ברמה הנדרשת, ביחוד לאור ההתפתחויות הטכנולוגיות המדהימות הצפויות ולאור והזדקנות האוכלוסיה.

למזלה הגדול של מערכת הבריאות, ובניגוד למערכות ציבוריות אחרות, מערכת זו כן יכולה לנצל את מעמדה המיוחד כדי לגייס משאבים גם ממקורות לא ציבוריים. האם אנו לא עושים עוול לחולים הציבוריים הנזקקים לטיפול ומקווים לקבל את הטוב ביותר, כאשר אנו מוותרים על אפשרויות מימון אלה?

כל זאת בזמן שבעזרת מודל חכם של שילוב פרטי וציבורי ניתן להתגבר על רוב ההשפעות השליליות של שילוב כזה.

3. אי שיוויון בין עירוני

אחת הסיבות העיקריות נגד השר"פ היא שאין זה הוגן ושיווני שבבית חולים ציבורי יהיו חולים פרטיים וציבוריים. אין זה הוגן שבמסגרת המערכת הציבורית יהיו אזרחים שיקבלו שירותים טובים יותר מאחרים. האם זה שוויוני והוגן בעיניכם שבעיר אחת או שתיים (ירושלים ואשדוד) תהיה לתושבים זכות לרפואה פרטית במסגרת בתי החולים הציבוריים (המקבלים כמעט את כל הכנסתם מכספי משלמי המיסים) ובערים אחרות (כמו תל אביב או טבריה) לא?

אני סבור שכל חבר וועדה שמצביע נגד שר"פ במערכת הציבורית צריך לעמוד על כך שהשר"פ בירושלים (ובאשדוד) יסגר. אני טועה?

תודה
קובי

1. שרפ לא פורמאלי ובלתי נשלט אינו האלטרנטיבה לשרפ פורמלי ומנוהל. האלטרנטיבה היא מודל של פולטימר, פרוייקט קיצור תורים, רגולציה של המערכת הפרטית והזרמת כסף ציבורי נוסף למערכת. - זו האלטרנטיבה הנכונה לשרפ פורמאלי או בלתי פורמאלי.
2. השרפ יעלה הרבה כסף - איך אני יודע? בין השאר בשל העובדה שמנמקים את התמיכה בו בכך שהוא יביא כסף למערכת - זו לא נבואה ולא תחזית אלא הגיון בריא. ניתן להתווכח על ההיקף הכספי אך לא ניתן להתווכח על עצם העובדה ועל כך שמדובר בכסף פרטי רגרסיבי שמרוקן מתוכן וגם מעמיד באור מגוחך את הוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית.....
3. כסף פרטי הוא כסף וודאי יותר מכסף ציבורי - זה אכן נימוק מנצח.. אני ממליץ אם כך להמיר את כל המקורות הציבוריים לכסף פרטי ובכך להבטיח מקורות אלה לעד....
4. גיוס משאבים שלא בדרך מיסוי במערכות בריאות לא רק שאינו שוויוני אלא הוא גם לא יעיל. הוא נותן כסף לספקי שירותים שבידם הכוח להשפיע על הכמויות. ו הוא נותן כסף לחברות ביטוח שיודעות מצוין איך להפחיד אנשים. זה אולי כסף בטוח אבל מאוד מסריח. להוציא את ארהב, שום מדינה לא מסתמכת עליו המימדים שעליהם ממליצים תומכי השרפ.
5. ולבסוף - אלה המצביעים בעד השרפ מצביעים בעד אחד ממהלכי ההפרטה הגדולים ביותר של מערכות חברתיות בישראל. הצבעה בעד השרפ היא אנטייתזה לחיזוק הרפואה הציבורית

גבי