



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת גרמן – 27/3/14

**** מציגים בפני הוועדה: פרופ' יוג'ין קנדל ופרופ' קובי גלזר – מודל צוות יוג'ין. מציגים מצגת (מצורף בקובץ**

.(POWERPOINT

דוברות: במודל שיוצג הייתי חלק מהצוות, אמנם לא פעיל, אבל לדעתי נעשתה עבודה מדהימה ואני מודה לכל הצוות. ההסברים של קובי ויוג'ין היו מצוינים, קיבלתי שיעורים בסיסיים בכלכלה. לגבי המודל, אני רוצה להגיד שאם בהמשך יוצגו המודלים האחרים ויהיו דיונים, ואני אשתכנע שמודל אחר הוא יותר טוב לרפואה הציבורית, אני אשנה את דעתי. זה לא מזבח.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה נכון לכל חברי הוועדה.

פרופ' קובי גלזר: טוב, אז בואו נתחיל. מה שאני רוצה לעשות זה לתת לכם מפת דרכים לגבי הבעיות העיקריות בהן החלטנו להתמקד בצוות שלנו. במערכת הבריאות יש לא מעט סוגיות, נושאים ובעיות, וברור שיש צורך להתמקד. הבעיה בהתמקדות היא שאתה יודע שהדברים קשורים, ומהתחלה אנחנו מבינים שיש כאן כלים שלובים – אתה פותר בעיה אחת ויוצר אחרת. החלטנו להתמקד בצוות במספר סוגיות שמה שמאפיין אותן זה שלושה דברים עליהם נרצה לדבר: 1. אלו בעיות מאוד חשובות שדורשות התמודדות של הוועדה הזאת, 2. יש ביניהן קשר לוגי, תלות בין הדברים שאציג עוד רגע, 3. אלו בעיות שיש לנו משהו מעניין וחשוב וחכם להגיד עליהן. אני אציג את הפתרון, אבל היום לא נספיק להתמקד בנושאים העיקריים בהם דנו בצוות. היו נושאים בהם התקדמנו יותר והיו כאלה שפחות. היום נתמקד בשתי בעיות עיקריות, ואני אתחיל איתן. לגבי האחרות - כדי שלפחות תדעו על מה עוד אנחנו רוצים לדבר. אני רוצה שנראה על מה עוד אנחנו רוצים לדבר בהמשך, ונזרוק מספר משפטים מה המחשבות שלנו על הדברים מבלי לרדת לעומק. הרכיבים של המודל – במצגת. השאלה הגדולה היא מהי כמות המשאבים הנדרשת למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אני כבר אומר, ותסכימו איתי, שאין פה תשובה מתמטית, והחוק לא מוגדר מספיק כדי שניתן יהיה להגיד את כמות הכסף. החוק הגדיר תכולה ולא זמינות ונגישות וכו'. אפשר לומר שכמות המשאבים קובעת את הזמינות, האיכות והכמות וכל אלה. אני חושב שחייבים להתמודד עם השאלה מהי לדעתנו כמות המשאבים הסבירה, הרצויה וכו'. זו לא שאלה פשוטה ושאתה רואה את התשובות אליה, אתה עומד פער פה איך כל כך הרבה כסף צריך או חסר. כבעיה העיקרית שהוועדה חייבת להתמודד איתה זו השאלה הזאת. אם לא נתמודד איתה, אנחנו מועלים בתפקידנו העיקרי בוועדה, ואולי לא כולם יסכימו איתי. שאלה נוספת שאולי פה יסכימו יותר או פחות, אחרי שנבין קצת מהם המשאבים הנדרשים ונציג את התמונה היום, היא מאיפה אפשר להשיג את הכסף הזה והאם בכלל זה אפשרי. יכול להיות שיש כאלה שיטענו שנראה מה צריך, נביא לממשלה, והיא תגיד אם כן או לא. לדעתי זו גישה לא נכונה, זה להיות צודק ולא חכם. אני חושב שהתפקיד שלנו הוא להראות לא רק מה נדרש אלא גם מאיפה נביא את זה, ולא להגיד תשברו את הראש. אם אי אפשר אז מה סביר שאפשר, מה בכל זאת אפשר, וגם עם הפתרונות והמקורות. שמחתי שהשרה והמנכ"ל יושבים פה, זה לא רק מה הוועדה מציעה אלא גם מה אפשר לעשות ואם כן או לא, אחרת אני רק חכם וצודק. האם זה אפשרי להשיג את מה שהמערכת דורשת וצריכה, אם כן אז איך, ואם לא, אז איך לתקן. נתמודד היום עם השאלה הזאת. אני חושב בגדול על מקורות המימון של החוק ובזה נתמקד, אפשר להגיד מימון ציבורי, ועל זה אין וויכוח בוועדה. עיקר הכסף צריך לבוא מהממשלה, מהמדינה, ממיסים, איך שתקראו לזה. מהי כמות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המשאבים שהמערכת יכולה להקציב למערכת הבריאות הציבורית? כמה מזה אפשר לצפות שבשנים הקרובות אפשר לקבל מהממשלה? זו שאלה שצריך לנסות לענות עליה לפחות. אני לא אומר שאפשר, אבל אני לא מוכן לחיות עם "תשברו את הראש". אני לא חושב על זה כבעיה מתמטית או אינטלקטואלית או אקדמית, אלא על זה ששוכבים שם אלפי חולים שאנחנו יכולים לחרוץ את גורלם. אם רופא צריך לחשוב על איזה תרופה לתת שתחרוץ גורל של חולה, זה מה שאנחנו עושים גם פה, ואסור לנו לברוח משאלות קשות שחלקן עומדות פה על הפרק. תחשוב על החולים האלה כל הזמן, ולהיות צודק וחכם זה יפה, אבל צריך להיות ריאלי ולהתמודד.

דוברות: היכולת היא לא בלתי תלויה במה שאתה חושב שאתה רוצה או מוכן לעשות.

פרופ' קובי גלזר: בנושא הזה לפחות אזכיר שהוא הציג רעיון בסיסי שלו ושלי של מנגנון עדכון אוטומטי. ציפינו לקבל תגובות ולא קיבלנו דבר, וזה יעלה גם היום. שאלה נוספת היא לא רק כמה כסף ציבורי אפשר לקבל ומהו המנגנון הנכון, אלא גם מה המקורות – מס בריאות, מס הכנסה, מס איטי שאני נגדו, אבל לא רק מה הסך הכל שהציבור יכול לתת ככסף ציבורי ומהו המנגנון של העדכון, אלא מאיפה זה יבוא אפשר גם לשאול, והאם רק מימון ציבורי או גם פרטי? כבר היום המערכת הציבורית משתמשת או החוק משתמש במקורות פרטיים, ובין היתר זה השתתפות עצמית, שמממן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וזה הרבה מאוד כסף. מהי הרמה הנכונה או הרצויה של השתתפות עצמית, יש פה כל מיני היבטים של שוויוניות ויעילות. זה לא רק מקור לכסף אלא גם מקור לריסון שימושים או צריכה, moral hazard מה שנקרא. לדעתי, ולא היה לנו דיון עמוק על זה, אבל לדעתי רמת ההשתתפות העצמית בארץ גבוהה מדי, פוגעת בשוויוניות ולא מרסנת שימושים איפה שצריך. לדעתי חצי מזה היה צריך לרדת, ואני לא יודע מה הסכום המדויק היום. חלק מזה לא מרסן עלויות בצורה הנכונה, אולי ביקושים כן. זו שאלה שצריך לחשוב ולהתמודד איתה, זו הדעה שלי, ויש כאלה שיטענו שהיה צריך להוריד לגמרי.

דוברות: כיוון שהצגת את המחלוקת, ניקח בחשבון שצריך להוסיף את זה למהי כמות המשאבים הנדרשת, כי זה רק יגדיל את המשאבים. חלק מהשאלה תתגבר במידה ומורידים השתתפויות עצמיות.

פרופ' קובי גלזר: ברור שהקטנת השתתפות עצמית במיליארד ש"ח זה מקטין ומגדיל את הגרעון, וצריך לדון מאיפה נמצא תחליף כמקור מימון לפחות - מהו המודל הרצוי של שר"פ, תיירות מרפא ושב"ן? מהי כמות המשאבים שהמערכת הפרטית יכולה לתת ולחסוך לטובת הציבורית? כשאנחנו בצוות הסתכלנו על כמות המשאבים הנדרשת, הרעיון והחשיבה שנוצרו והעדכון שצריך לעשות כמו שהוא ואני הצגנו, אני חייב לומר שחלק היו יותר מופתעים ואני פחות כי אני מכיר. הרושם הוא שלמערכת חסר המון כסף, העדכון ידרוש הרבה כדי להתאים את עצמו, ובעתיד זה ידרוש הרבה מאוד כסף כדי לתת מערכת סבירה, ולנו יש רושם שכסף ציבורי בלבד לא יוכל להתמודד עם הדבר הזה. זה העיקר וחייב להיות מנגנון עדכון נכון, ולכן יש צורך במה שאני קורא מנגנון עדכון פרטי למערכת הציבורית. המערכת הציבורית תמכור שירותים לטובת הפרטית, וחלק מהתקבולים יהיו הכנסה למערכת הציבורית, ואם נעשה זאת נכון נחסוך חלק מהעלויות שישנן היום במערכות הפרטיות והציבוריות, ואפשר להשתמש בחסכון הזה לטובת הציבורית. אם עושים את זה בצורה נכונה, אפשר בהחלט ליצור פה עוד מקור הכנסה, וזה לא ללא בעיות ותופעות לוואי ושמענו עליהן, אבל אני מאמין שאפשר להתמודד איתן, ואין כמעט מנוס מצורך במנגנון עדכון נוסף למקורות אחרים. בכל מקרה אין ספק שמעבר למה שנציג היום,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

את התמונה הזאת, את הצורך במקורות ומקורות אפשריים, יהיה צורך בקיום דיון נפרד בנושא השר"פ ותיירות המרפא, וזה דיון שלא יתקיים היום על המודלים הרצויים. היום חשוב לנו להציג את הצורך במנגנון הנוסף הזה. זה צורך, ואפשר לעשותו נכון וחכם. אם למישהו יש נגריה שעושה כסאות ושולחנות ובסוף היום נשארו לו חתיכות עץ ונסורת, ובא מישהו ורוצה לקנות את השאריות כדי לעשות צעצועים, הוא יגיד אני לא מוכן, אני שורף את העץ הזה או דואג שאתה לא תוכל לעשות את זה, או שהוא יגיד אני נותן לסוחר מעבר לרחוב שיוכל להתעשר מזה, או אמכור לך את העץ הזה ואז אוכל לשפר את האיכות או להוריד את המחיר של התוצרת שלי, כי יש לי עוד הכנסה. צריך להיזהר שזה לא יהפוך למוצר העיקרי, שזה הסטה מעיקרי לציבורי. הרגליים של השולחן יהיו קצרות מדי והעץ יהיה צר מדי. אני מאמין שאפשר לבנות מודל כזה שלא יקרה דבר כזה.

דוברות: וכמובן שכולם יוכלו לקנות את השולחן באותו מחיר.

פרופ' קובי גלור: שאלה אחרת שהצוות שלנו רוצה לדון בה, וזה חשוב שנדון בה, זה מודל ההתקשרות הרצוי בין הקופות לבתי"ח. אני חושב שהמודל שעובד היום בארץ בו עיקר התחרות הוא על ההנחות ולא על האיכות או דברים אחרים הוא מודל גרוע, קלאסי למה שנקרא בספרות adverse selection ותופעות אחרות. האחוזה הקטן של האוכלוסייה שצורך הרבה משאבים וזה האחוזה המתאשפז, נפגע מאוד מהמנגנונים שעובדים היום במערכת. נכון שיש פה אוכלוסייה מאוד קטנה שצורכת הרבה מהמשאבים, אבל היא לא נכנסת למדדי מערכת הבריאות כמו תוחלת חיים, אבל אנחנו מחויבים לה והיא בעיקרה מתאשפזת, ואולי חלק מהטיפול הטוב או לא, לא נכנס למדדים, אבל חשוב לנו כמערכת לדאוג להם. אני חושב שמנגנוני ההתקשרות היום, שבהם לקופה יש אינטרס שלא יהיה לחולה כל כך טוב, ואני מקצין, אבל המנגנונים לא טובים וצריכים להיות מנגנונים אחרים להתקשרות הזאת. כאן יש 3 שאלות איתן נרצה להתמודד: 1. מהם מנגנוני המימון הרצויים של בתי"ח - איך צריך להגיע הכסף לבתי"ח - האם כמו היום שכמעט כולו או עיקרו מגיע דרך הקופות? אנחנו חושבים שזה לא נכון. אני חושב שחלק מהכסף צריך להגיע ממערכת אחרת שתשלם לבתי"ח עבור דברים מיוחדים, כמו הוצאות, פרויקטים וכו'. יש פה שאלה מי יהיו הגופים שישלמו לבתי"ח, ואנחנו דיברנו בצוות על צורות שונות אחרות או הרחבה של מנגנונים, ולא יהיה צורך ב - CAP או אלפא שנוצרו בגלל המנגנון היום. זה קצת מתחבר לדיון שלו על ההמחרה במערכת - זה לא בדיוק המחרה אבל זה חשוב, כי יש אוכלוסייה קטנה מאוד של מתאשפזים. המנגנון השני הוא השוק - עומדות הקופות מצד אחד ומצד שני בתי"ח, ומתחילים להתווכח פורמלית או לא על ההנחות. אני חושב שרובנו חושבים שזה מנגנון רע, המחיר צריך להיקבע חיצונית על ידי מנגנון כמו DRG, ואם יקבעו כך נגיע למצב שהתחרות תהיה על איכות הטיפול בין בתי"ח כמו בקופות, שהתחרות ביניהן היא לא על מחיר השירות ואתה בוחר לפי האיכות. זו הייתה רוח החוק. אני חושב שבגדול אותו דבר זה מה שאנחנו צריכים לראות, שאם קופה ממליצה לי על ביי"ח מסוים או מחלקה מסוימת זה לא בגלל ההנחה שהיא מקבלת שם, אלא רק על האיכות, בגלל שהיא חושבת ששם אקבל את הטיפול הכי טוב ולא את ההנחה הכי גדולה, וזה מנגנון התמחרות אחר. אנשים יוכלו לבחור איזה ביי"ח הם רוצים ולא שהקופה תכתיב. עם ההנחות כמו היום, זכות הבחירה מיד מתחברת לזה ואין דבר כזה. אם המחירים יוצאים מהמערכת וזה אותם מחירים, אין מקום לזכות בחירה בעולם של הנחות. אנחנו רוצים לדבר על זה לא היום, אבל אין לי ספק שזה נושא חשוב שצריך לדבר עליו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

נושא נוסף הוא הרגולציה. ברור שתיירות מרפא ושר"פ וכו' יכולים להצליח רק אם יש רגולציה. כל מה שדיברתי עליו עד עכשיו הוא בתנאי רגולציה טובה. יש פה הטיות לא בהכרח מכוונות בנושא רגולציה. שומעים הרבה את המשפט - במערכת הבריאות בישראל בפרט קשה לעשות רגולציה. כמו שמיכל עבאדי אמרה, שכדי לעשות רגולציה צריך תרבות רגולטורית שלוקח הרבה שנים לייצר, ורק אז אפשר ליישם. יש פה בעיניי הכללה רחבה מדי. יש דברים שקשה לעשות להם רגולציה ויש דברים שמאוד קל. יש רגולציה לפני, כללים חדשים וברורים וניתנים לכימות, ויש כללים שהרגולטור אומר שאני נותן את רוח הדברים, תעשה ואני אבדוק, זה השלב השני. השלב השלישי זה בדיקה בדיעבד. אם הכללים לא ברורים אז הבדיקה יותר קשה. טיפול באיכות סבירה זה מאוד אמורפי, ולבדוק את זה אחר כך אפשר להתווכח על זה. אתה יכול להגיד שזה לא סביר ואני כן, ואז מתחילה אי וודאות. יש הרבה רכיבים בעולם שכמעט ואין ברירה אלא לעשות רגולציה לא מוגדרת. שלומי ורונית מכירים את זה, להגדיר מהו מונופול זה לא פשוט, או שיעור רווח. אני רוצה שתרוויח סביר זה גם לא ברור. לגבי רגולציות, הקושי או ההצלחה שלהן תלוי בהרבה על מה אתה מפקח. אני טוען שבנושאי השר"פ והנושאים האלה, הרגולציה היא די פשוטה ודי קלה וכמעט מיידית, מפני שהכללים יכולים להכתיב בצורה ברורה והם בעיקר כמותיים. לבוא ולהגיד לבי"ח אתה יכול לעשות ניתוחים פרטיים כך וכך אחרי הציבוריים או מכסה שנתית, זה דבר שקל לבדוק ולאכוף אותו. ברור שאם אכתוב כללים אמורפיים לגבי תיירות מרפא, יהיה קושי לעמוד מול זה. אני נתתי שירות בזמן סביר, אתה אומר שלא - נלך לבית משפט. במקרה כזה הרגולציה היא קשה. במקרה של אפשרות להגדרה כמותית זה פותר חלק גדול מהבעיות שעליהן דיברנו בהקשרים השונים. חלק מההפחדות ששמענו על הסטה של פעילות מציבורי לפרטי, לדעתי רגולציה פשוטה יכולה לטפל בזה. גם האכיפה וגם הבדיקה הרבה יותר פשוטים אם הכללים פשוטים, ברורים, מדידים וניתנים לכימות. לא צריך פה דברים אמורפיים או אפורים, ולכן המדידה והאכיפה הם כמעט מתוך החוק ולא צריך לריב על זה, לא עשית את זה - יש פה בעיה.

יש לנו דברים להגיד גם על ביטוחים וכ"א, ויש וועדה שרצה במקביל. בנושא של כ"א יהיו פה דיונים בוועדה, ונגבש עמדות משלנו לגבי הנושאים האלה. על אלה בגדול נרצה לדבר. לגבי היום, הדיון יהיה בשני נושאים מתוך המכלול הזה, וזה כמות המשאבים הנדרשת ואיך להשיג אותם והאם סביר שנשיג אותם, ואם לא - מה נכון לעשות. נחלק את זה לאתגרי המערכת, שנית זה "השבר הכלכלי של המערכת היום", כך אנחנו קראנו לזה. אני חושב השבר הוא לא כלכלי אלא במשהו אחר, אולי הכלכלה גרמה לו אבל הוא במקום אחר. העדויות לשבר הן בשני היבטים - דברים שקורים בשטח, מעדויות ששמענו בשטח, כמו תורים מבחינה ריאלית, או מחסור במיטות. צורה אחרת היא להראות את שחיקת המשאבים שהוא הציג לנו, וגם הוא הציג ואחרים דיברו. אנחנו רוצים להגיד אנחנו לא נכנסים להראות איפה חסר אלא שחסר לכל הדעות. יהיה פה מבט מאקרו כלכלי, להסתכל על הצרכים בהסתכלות מערכתית, ונציג לבטים ומחשבות וכיווני פתרון אפשריים. וכמו שהיא אמרה בתחילת דבריה - אין לנו תשובות לכל השאלות ותראו שיש פה לא מעט לבטים ושאלות לא פתורות. אמרתי שצריך להפעיל את השכל הישר, ואני מקווה שתראו היום חלק מהלבטים שלנו בנושאים האלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אחרי המסגרת שקובי הציג שזו חשיבה של הצוות, אנחנו צוללים לתוך ההצגה של היום. נזכיר את חלק מהדברים, חלק מהדברים נשמעים כמו זיכרון רחוק. האתגרים בהווה הולכים ומתעצמים בעתיד וחלק מהדברים הולכים להשתנות. לא בכדי מערכת הבריאות הישראלית מקבלת שבחים מה - OECD, ואלו שבחי העבר שאנחנו נהנים מהם. בואו נזכיר לעצמנו שהתמונה לא כל כך ורודה ויש לה מחירים, ואחד מהם זה הזדקנות האוכלוסייה. ב - 2030 הם הולכים להיות אחוז גדול ולא רק פרופורציה ביחס לאוכלוסייה העובדת והמפרנסת והמשלמת את המיסים, והיותר בריאה ביחס למבוגרים.

דוברות: זה גם ביחס לילדים.

פרופ' יוג'ין קנדל: ילדים זה לא פה. אם אתה מוסיף את הילדים אנחנו הכי גבוהים בעולם ביחס הזה.

דוברות: ביחס תלות, אנשים מחזיקים כאן גם ילדים וגם קשישים.

דוברות: בראייה ארוכת טווח.

דוברות: זה מדד בינלאומי בהשוואות בינלאומית. תהיה לנו הרבה יותר אוכלוסייה שחיה הרבה יותר שנים. צריך לזכור שההוצאה הכי גדולה היא בשנה האחרונה לחיים, ואנחנו לא יודעים מהי. גם בקפיטציה אנחנו נותנים על זה את הדעת, וסוגיות ההזדקנות צריך לתת עליהן את הדעת. בצוות שלו יצטרכו לתת היבטים על אספקה. ידרשו פה התאמות בצד האספקה על העניין הזה. טכנולוגיה – שניכם דיברתם על זה ואני מסתמכת עליכם. זה רכיב מאוד ייחודי במערכת הבריאות בשונה ממערכות אחרות. היא מייקרת את המערכת במקביל לשיפורים שהיא מביאה בבריאות, וחוסכת סבל לאנשים. מכשירים רבים עולים יותר, אבל מאריכים חיים או משפרים את איכות החיים. מחסור צפוי בכ"א – חלק מהמערכת שהיא כל כך יעילה בנוי על גל עלייה שהגיע בשנות ה - 90, ללא ציפיות שכר גבוהות, ואנחנו רואים ירידה ברופאים ל - 1,000 נפש. גם בתסריט האופטימי שקיבלנו ממנו, אנחנו רואים שהיחס הולך ויורד. רופאי המשפחה שבכל מודל שלא נדבר עליו הם ה - front line, מקטינים עלויות במערכת, ודווקא שם נצפית הירידה הכי גדולה. על פי עמדת האיגוד נדרשת תוספת של 350 רופאים כל שנה. דווקא שם נדרש חיזוק כי גל העולים הולך לצאת, ועם זה נצטרך להתמודד.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא לוקח פוטנציאלית עזיבה של חלק מהרופאים את המקצוע או את הארץ.

דוברות: 350 כן מתייחס לזה, לפרישה.

פרופ' יוג'ין קנדל: 110 רישיונות שהוא הציג זה ברוטו.

דוברות: הם היו מוכנים לעבוד יום שלם ושתי משרות, והיום יש נטייה להוריד את השעות. בעבר הם היו עושים 2 משרות ולפעמים יותר, אחרי ביי"ח הולכים לעבוד בקהילה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אגב, אחיות לא פחות מהרופאים במצב הזה. נעשתה עבודה יפה שלהם לגבי רישיונות - אנשים שמחזיקים ברישיון ישראלי אבל בפועל שוהים בחו"ל, לעומת כמה הם מהווים מתוך אחוז השוהים בחו"ל. בחלק מהמקומות אנחנו רואים את המחסור הגדול ברפואת ילדים והרדמה, וזהו אחד מהמקצועות במחסור.

דוברות: בכל העולם.

דוברות: אחד האתגרים שלנו בארץ הוא לשמר את האנשים האלה. זה לא רק כוחות משיכה אלא גם דחיפה.

דוברות: מתוך 800 רופאי ילדים, 8% עובדים בחו"ל.

דוברות: יש גם אחוז מתוך המקצוע, ואפשר להסתכל על המקצועות שמטרידים לא רק אותנו, אלא גם את יתר העולם. שמענו על חשש מאובדן של מתמחה כששולחים אותו לחו"ל, והוא מקבל הצעות ממקומות אחרים.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה אות אזהרה וגם הזדמנות. זה יכול לעלות בעתיד וגם הזדמנות להחזיר אותם. חלק לא מבוטל מהם רוצים לחזור, ויש פה מאות רופאים כאלה.

דוברות: הביקוש העולמי לכל המקצועות האלה זהה? או שאלו אנשים שיוצאים להשתלם ואז חוזרים? זה אחיד?

דוברות: תרשמו הערות ונבדוק. על כל רכיב בתחרות אפשר לחפש סיבות נקודתיות, אבל האחיות מפוזרות ואפשר למצוא הסבר לשהות בחו"ל. זה נכון לרופאים, אבל נראית פה מגמה. היא הגישה כמה עבודות לוועדה ונעשו פה עבודות אחרות מצוינות, ובהקשר הזה הגרף הזה מבחינתי מעורר דאגה ומחייב התמודדות. אני לא נכנסת לניתוח, אבל אנחנו נמצאים במקום של מתן אמון הכי נמוך במערכת. אולי אנחנו היפוכונדרים, אבל איך זה קורה שאנחנו מאמינים פחות מהאמריקאים שנקבל טיפול טוב? האמון שלנו במערכת הוא מאוד נמוך.

דוברות: כשהמשרד משדר מסר שהמערכת בעייתית, זה מחלחל.

דוברות: השאלה היא אם יש מספיק משאבים כדי להתמודד עם האתגרים שצינו כלפי העתיד, ולממש את החוק שכבר ישנו ומחייב אותנו בהווה. ברור שהפתרון הוא לא רק במשאבים, אלא גם בערכים, בחינוך, בניהול וכו'. כרגע אנחנו מתמקדים בפתרון המשאבים, כשברור שהפתרון המערכתי מגיע מכל מיני מקומות. פרופ' ארנון אפק בחר להשתמש בביטוי הזה "שבר", וזה מהמצגת שלו. השבר שארנון בחר להציג לוועדה היה הכלכלי, והסתכלנו על נתונים בעצמנו, וגם על מנגנונים נוספים כדי לראות איפה אנחנו נמצאים. הוא הציג מה קורה לבתי"ח ציבוריים שאינם ממשלתיים או שבבעלות הקופות, וזה צריך להמשיך ללוות אותנו. יש את גרעון הקופות - במצגת. הגרף הכתום אומר כמה נשאר להן בסוף אחרי התוספות. השיטה היא הדבר שמדאיג, כי אנחנו הולכים למקום של ניהול ואחריות. השיטה גורמת לקופה להיות במצב גרעוני עמוק.

דוברות: חלק מהתמיכות ב - 2013 שולמו רטרואקטיבית בהסכמי ייצוב, לכן הנתונים האלה מציגים תמונה לא מלאה ואפילו מטעה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: עצם זה שמגיעים למצב שבסוף נחתם הסכם ייצוב רטרואקטיבית על גירעונות שהיו, זה רק מחזק את המצב ולא עושה אותו טוב יותר.

דוברות: ב - 2011, ולפני כן המצב באמת לא היה כמו שאנחנו רצינו שיהיה.

דוברות: הסכומים הם עצומים וזו גם השיטה. יושבים פה גם כלכלנים וגם לא, אבל כשמדברים על משאבים צריך לנסות להבין מאיפה מגיעים הפערים ואיך השיטה עובדת. אחת הבעיות במערכת היא שבאיזשהו שלב מאבדים את זה, חסר כסף ולא למה ואיך. בואו נבין איך מתחילים להיווצר הפערים, אפרופו מנגנון עדכון אוטומטי או כל שיטה אחרת. הגרף הזה מסביר את הפער של הכסף שהקופות קיבלו לעומת מה שהן היו אמורות לקבל, וזה 3.6 מיליארד ש"ח. זה מנתוני משרד הבריאות.

דוברות: מה זה תשומות בריאות?

דוברות: הסתכלנו על מה הקופות התבססו בבג"צ שהגישו, ועל זה הן גם ניצחו. יש מדד יוקר הבריאות ויש תשומות הבריאות. הרכיב שעליו יש וויכוח הוא גורם השכר. מה שאנחנו אומרים זה שבואו נשים לב, והבג"צ הכיר בטענת הקופות שישנו פער ברכיב המחירים שנקרא תמחור, ובתוכו זה סוגי חישוב. מה שמעניין אותי זה השורה התחתונה של האוצר - הרכיב של ההוצאות על הרופאים. שימו לב מה ישנו פה - הקו הכחול, שימו לב שעד 2008 הוא נמצא מתחת לאדום. הנקודה הזאת יכולה להסביר בחלקה את ההתפרצות שקורית לנו לאחר מכן. כשמדברים על אינפלציית שכר וההשפעות שלה, עד אז המערכת הייתה במצב של רעב או שמות אחרים, ומה שחשוב זה הנתון של השכר במערכת שהיה מתחת למגזר הציבורי, ואחר כך רואים את הקפיצה העצומה שהייתה בשכר במגזר הבריאות. חלק מההסברים לאותה שחיקה מגיעים לכאן וגם כפועל יוצא של מדיניות. כשהרבה זמן מחזיקים משהו במקום מסוים, התהליך נהיה לפעמים בלתי נשלט. עדכון דמוגרפי כפי שאנחנו חושבים שהיה צריך להיעשות - זה מה שקרה בפועל לעומת מה שאנחנו חושבים שהיה צריך לקרות. הסיפור של הקפיטציה, נכון להיום הנחנו שזה נכון, עלות טיפול בקשיש היא כפולה מאשר באדם הצעיר, ומה היה אמור לקרות למחירים במערכת כתוצאה מהעדכון הדמוגרפי. זה ללא תמיכות, ולא הנחנו שום דבר לגבי הטכנולוגיה שהזכרתי קודם. יש פה אמירה שאם היינו מקדמים אותה, הפער היה צריך לגדול עוד.

פרופ' קובי גלזר: ברוב מדינות העולם, הטכנולוגיה הגדילה את ההוצאות ב - 2%. בישראל זה 1%. הפער הוא בערך ב - 1% לשנה.

יעל: חברים, זה ללא טכנולוגיה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אין ויכוח בספרות שבגרף הזה טכנולוגיה לא נמצאת.

דוברות: יש פה נקודה וקובי התייחס אליה בחלק של השתתפויות עצמיות - האם הרכיב גבוה מדי? האם הוא בסדר? האם אנחנו נמצאים במקור סביר? אפשר לגשת לזה מכל מיני כיוונים, וכל אחד יעשה את הפירוש שלו. הקו האדום זה כמה הותר לקופות לגבות, והקו העליון זה הגבייה בפועל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: הניסוח לא מדויק, אבל בסדר.

פרופ' יוג'ין קנדל: תוריד את הנורמטיבי. חייבים להסכים שאם רוצים להוריד את זה, זה צריך לבוא on top על דרישות המערכת.

יעל: זה עוד כסף.

דוברות: זה גורם להפסדים לקופות, כשחוסכים בכיס אחד עושים נזק לאחר. כשהקופות הקטינו כמדיניות את ההשתתפות העצמית, הן לא קיבלו כסף ממקור אחד. אם זו מדיניות מכוונת, היה צריך להגיע לצידה גם מימון. זו מגמה כלל עולמית וזה מתייחס ללחץ הקופות להקטין את ההוצאה על האשפוז. הכסף שמגיע למערכת האשפוז, קיים לחץ להקטין אותו, וזה מתוך השקפים של פרופ' ארנון אפק. שימו לב – שוב דו"ח פיננסי ואני בטוחה שיש היום נתונים יותר מעודכנים מ-2010. זה לקוח מהמצגת. אמרנו שזה פחות קריטי, אבל אנחנו רוצים להיצמד למה שהוצג בוועדה. שימו לב למה קורה לגרעון אחרי סבסוד, וזה המרכזים כולל התאגיד, אנחנו רואים פה גרעון. זה ממוצע ויש שונות ביניהם אבל הממוצע הוא גרעוני במיליונים. אם היינו רואים שהמצב בקופות יותר טוב, היינו אומרים שיש שם יכולות ניהול יותר טובות או שהממשלתי יותר טוב, אבל כשמנסים למרוח מעט חמאה על כיכר לחם שלמה זה בעיה.

דוברות: זה מעוות את התמונה, זה שקף בעייתי. קופ"ח כללית רווחית כל שנה בחצי מיליארד ש"ח. זה עניין של מחירי העברה בתוך הקופה.

דוברות: מה שחשוב זה הגירעונות המובנים ולא מי מנהל אותם. מעבר לכסף שחסר במערכת, אלה גם ביטויים מוחשיים ששמענו בוועדה. כולנו זוכרים את הביקור בפסיכיאטריה ושחיקת הצוות, ואת הצורך לחזק אותם. גם מתוך השטח עצמו, שיעור מיטות נמוך ומצוקת תורים ועוד - המחלוקת הזו לתפיסת הצוות, צריך פעם אחת ולתמיד לשים את מספר המיטות בפועל, זו הטיה שלא משרתת את הצדדים. תורים ארוכים – אין לנו נתון מנהלי, ואמרו לי שנתון לא יכול לצאת אלינו כרגע.

יעל: יש לנו תורים בבתי"ח ממשלתיים. הוא ביקש מהכללית ולא נתנו עדיין.

דוברות: כללית בדרך לתת. קיבלתי הסכמה מכל בתי"ח הממשלתיים. נהיה מוכנים לפרסום ב-1.5.

דוברות: כיוון שלא קיבלנו נתון רשמי של המשרד, ואני בטוחה שיש נתונים יותר עדכניים, אבל זה הכי טוב שהיה לנו. מה שחשוב זה המגמה של מעל שבועיים עולה, ופחות משבוע הולך ויורד בהמתנה לרופא מומחה דרך הקופה. זה מ-2009, אבל חשוב שנראה את המגמה. שחיקה של הצוות, זיהומים ועוד הרבה היבטים ששמענו עליהם - כמעט בכל היבט אפשרי של תקצוב המערכת או מימון שלה. הם הציגו את המודל שלהם, אז רק לריענון – יש כמה רכיבים שצריך לעדכן אותם נכון ואז המערכת תתכנס. ההנחה הייתה שבואו נסתכל מלמטה ממה מורכב מנגנון העדכון – במצגת – כשמגיעים ל-7% של עדכון הסל, וזה כפול מקצב צמיחת התמ"ג - שימו לב - המשמעות של



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

העדכונים כמו שהם מדברים עליה היא תוספת של 2.5 עד 3 מיליארד ש"ח כל שנה, וזה רק כדי שנבין את סדרי הגודל.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני ממשיך אותה. כשראיתי את המספר הזה כשהוא הציג אמרתי שזה מוגזם, כי אני מסתכל על המאקרו, כי מי ייתן את זה? ניסינו ללכת להסתכל על משהו יחסי כי אמרנו תעזבו, פה זה אחרת. הם חילקו את זה לחלקים ואני לא יודע אם זה נכון. זה מה שחשבתי אז, כיום אני חושב שיש בזה משהו מן האמת. זה בא מטכנולוגיה, מלמטה, ואמרתי נלך הפוך מלמעלה. אני יודע להשוות את מערכת הבריאות למערכות אחרות – נסתכל על סך הכל בריאות מהתוצר, ומתוכה את ההוצאה הציבורית. אני יודע שאנחנו מהמדינות היותר צעירות, יש פה צ'ילה, מקסיקו ודרום קוריאה שיותר צעירות מאיתנו. אנחנו בוודאות יותר צעירים מהרוב כאן. מה שאני כן יודע מהמחקרים שאנחנו עשינו, וזה לא צריך לנחש, זה תעודות זהות בלמ"ס, שאנחנו בעוד 10 שנים מבנה הגילאים שלנו הולך להתקרב למבנה של ה - OECD, כלומר היתרון היחסי הזה שלנו הולך להיעלם. אמרנו בואו נעשה תרגיל מעניין ונהיה כמו ממוצע OECD, אבל לא כמוהם בעוד 10 שנים אלא היום. בואו נראה מה קרה על פני השנים, איפה היינו ולאן הגענו - מבחינת ההוצאות הציבוריות לבריאות אנחנו מתחילים מ - 95', הם עולים והם יורדים, ואז כמעט באותו מקום, ואז מתחילה מגמה של הפרדה בינינו. התמונה האופטימית פה אומרת שאנחנו מתייעלים והם הופכים יותר ויותר בזבזנים, זו פרשנות אחת. אנחנו באמת מערכת יעילה והולכים ומתייעלים, והשאלה היא האם אנחנו יכולים להסביר 50% מההבדל על ידי התייעלות מבחינת תוצר? הפער פה הוא סדרי גודל של 22 מיליארד ש"ח. אם היינו לוקחים את האחוז הזה ומפעילים על זה, זה הפער בחציון. ארה"ב לא מעניינת אותנו, הלכנו על mode קונסרבטיבי. אמרנו שהקו הזה ימשיך לגדול, לא אינסופי, אבל אם 15 שנה הוא גדל, סביר שימשיך ככה אלא אם כן יש להם משבר. חלק מהצמיחה הזאת נובעת מצמיחה יותר גבוהה שלנו מאשר אירופה. אם אנחנו נהיים עשירים יותר, בריאות זה מוצר שאם אתה עשיר יותר אתה רוצה לצרוך אותו יותר, וזה בטח לא מוצר נחות.

יעל: אתה יכול לנרמל את הבדלי הצמיחה, ולהגיד מה קורה אם אנחנו מנרמלים אותה?

פרופ' יוג'ין קנדל: אם היינו צומחים כמוהם ומוציאים אותו דבר על בריאות, היינו משמעותית יותר גבוהים. זה אומר שמאיפה אנחנו לוקחים את התוספות לבריאות אם היינו צומחים בקצב כזה? כמעט לא בתוצר לנפש כי יש לנו צמיחה מאוד גבוהה, אבל לא היינו יכולים להיות בהוצאות בריאות ציבוריות של 40 ומשהו מיליארד ש"ח, ומצד שני למה לנו להסתכל על כאילו היינו יותר עניים? אז היינו צורכים פחות שירותים, נוסעים לחו"ל פחות, קונים מכונת פחות טובה. מה שקרה פה שההוצאה הכוללת, החלק הפרטי הלך שלה וגדל. כלומר הביקוש לשירותי בריאות הוא באמת מוצר נורמלי, והוא הלך וגדל, ועל ידי זה שהורדנו את הציבורי בעצם העברנו את זה הרבה יותר לפרטי, ולכן זה רק מחזק את הנקודה. אמרנו שאנחנו רוצים להסתכל 10-15 שנה קדימה. עשינו 10 שנים קדימה כי גם ככה זה קצת מפחיד. בואו נחשוב מה אנחנו יכולים לצפות, אני לא יודע למה הממשלה מוכנה, אני רק מייגע. אנחנו יכולים לעשות משהו מאוד פשוט - בואו נלך 10 שנים אחורה ונסתכל מה הממשלה כן נתנה, ונניח שהיינו יכולים לצפות שזה מה שיקרה. זה הדבר היחיד שאמרנו, ושמנו לעצמנו את היעד הבא - אנחנו צעירים היום, בעוד 10 נהיה כמו ב - OECD היום, ואנחנו אומרים תראו - ניקח את היעד שבשנת 2024 נהיה 20%



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יותר יעילים מאחוז ההוצאה של ה - OECD ב - 2014. אנחנו שמים את היעד איפה שה - OECD היום, ושמים את היעד עבורנו ל - 10 שנים, זה נראה לי די שמרני. לא הנחנו שום דבר על צמיחה של שכר בתרגיל הזה על פני העשור האחרון, לא פריצות טכנולוגיות, הכל כמו שהיה - זה מה שיהיה. אנחנו לא לוקחים בחשבון תוספים שהם ביקשו. אז אנחנו שואלים לאן אנחנו צריכים להגיע? היום זה 6.6%, ואנחנו צריכים על פני 1% להדביק 1% מהתוצר על פני הוצאה ציבורית. רצינו להראות לכם מה המשמעויות של הדבר הזה.

יעל: 1% שווה כמה?

פרופ' יוג'ין קנדל: 10 מיליארד ש"ח היום, ובעוד עשור יהיה שווה הרבה יותר, גם במחירים קבועים על ידי התוצר גדל. היום אנחנו ב - 4.4% ואנחנו רוצים להיות ב - 5.4%. צריך לצמוח ב - 5.8% לשנה בשקלים ובמחירים קבועים כדי להגיע לזה, וזה בהנחה שהצמיחה היא 3.5% לשנה, שזה די אופטימי. זה היה נראה לי fishy ויותר מדי, אבל אז חישבנו והגענו לפחות או יותר אותו דבר כמו אצלו. זו המשמעות במאקרו. אם זו המטרה, זו המשמעות - 2.5 מיליארד ש"ח תוספת כל שנה במחירים קבועים.

דוברות: מה הצמיחה שהנחת?

פרופ' יוג'ין קנדל: 3.5%. הקו האדום אומר שאנחנו שומרים על היחס של הוצאה ציבורית לבריאות מהתוצר כקבועה. אנחנו אמנם נמוכים, אבל בואו נשמור על הקבוע. יש עסקים כרגיל - הסתכלו 10 שנים אחורה, זה היה יחסית נמוך לצמיחת התוצר.

דוברות: אני מכיר מספרים אחרים, זה מוזר לי נורא.

פרופ' יוג'ין קנדל: נשמח לתיקונים. עסקים כרגיל זה לא משהו מובטח, אמרנו מה שהיה זה מה שיהיה. אז נרד ל - 4.1% בעוד עשור. הקו האדום אומר שאם הצמיחה היא 3.5% כל שנה, במונחים ריאליים נישאר קבועים, ואם אנחנו רוצים לעלות, אנחנו צריכים משמעותית יותר. זה לא משהו שכלכלנים עושים בדרך כלל, לא נוטים לחבר כסף של השנה לעוד עשור. צריך לראות כל מודל שיצטרך להתמודד עם הסוגיה הזאת, ואפשר להזיז קווים למטרות אחרות, אבל כל מודל צריך להתמודד עם הסוגיה של מאיפה יבוא הכסף ב - 10 שנים הקרובות. נצטרך להוסיף לסכום של 77 מיליארד ש"ח עוד 21 מיליארד ש"ח זה אם אנחנו רוצים להישאר ב - 4.4%, ועוד 76 מיליארד ש"ח אם אנחנו רוצים להגיע ל - 5.4%. אותו יעד שהוא לא אבסולוטי, שמנו יעד כ - benchmark. אפשר להגיד שאנחנו רוצים להגיע ל - 60% או 70% מזה. זה אומר שיש לי benchmark ואנחנו יעילים, אבל אנחנו צריכים לתת רפואה דומה למה שצריך לתת ב - OECD. בעוד 10 שנים רוצים לתת את הרפואה שהם נותנים היום, וזה גדול כי הם אז יהיו מעל 7%. רוב המדינות בצפון אירופה נותנות כבר היום יותר מזה. יש פה סוגיה שנייה - אם אתה מכייל את עצמך לאיזשהו יעד, זה נותן לך וודאות שאתה תגיע לשם, כי עד היום לא היה שום יעד. המערכת מתנהלת עם לחץ פה ולחץ שם, שר נכנס ושר יוצא, יש תקציב יותר או פחות, ואם אנחנו רוצים וודאות צריך טווח כלשהו.

דוברות: ונניח שהתקציב גדל ביחס לתוצר?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: יש לנו את המספרים האלה והם לא קדושים. אגיד 2 דברים – הגרף הזה הוא לא ניתן לוויכוח במובן הבא – אם אנחנו רוצים שזה יהיה פה 68 או 79, וזה לא משנה, אבל אם רוצים להגיע לזה, הסכום הזה יצטרך להגיע מאיפה שהוא, זה אדפטיבי. אני מתחבר לקובי, אנחנו לא אידיאולוגית לא מוכנים לזה או לזה, אבל כל מודל שאנחנו מציעים צריך לתת תובנה לאן אנחנו נגיע וזה לא מובטח. ואז אפשר ללכת או מלמטה, זה מה שיהיה ולשם נגיע, או מלמעלה, וזה לא משנה, זו סתם אינדיקציה למה אנחנו צריכים ואיך נממן את זה. מודל שלא מתמודד עם השאלות האלה לא יקרה. אם רוצים לשים מטרה איפה שלא תהיה, כל מודל צריך להגיד לא רק מה שאני רוצה לעשות בהקשר הזה, אלא גם מאיפה המקורות יגיעו כדי לממן.

יעל: אותי מעניין כמה זה במספרים on top of הצמיחה.

פרופ' קובי גלזר: פי 2.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא. אם את מניחה שמקורות מהציבורי שיבואו מהתקציב בדיוק בקצב של הצמיחה, זה בדיוק הקו האדום. אנחנו נשארים באותו מקום של התוצר, ואת מקבלת תוספת כל שנה של 3.5%. את צריכה להבין שהדברים האלה לא מובטחים לך, זה רק היסטורית מה שקרה ב-10 השנים האחרונות. אני לא יודע למה את יכולה לצפות, אבל בוודאות את לא יכולה להגיד שום דבר. הכלל הקיים הוא מתחת לזה, כי הוא זה פלוס תוספות בסוף השנה. הכלל הפיסקלי הוא ב-2.8% מתחת לזה.

דוברות: כדי לעמוד בקו ירוק יהיה צריך להוסיף הרבה יותר.

פרופ' יוג'ין קנדל: תצטרכי לאכול חלק יותר גדול מהתקציב, והשאלה אם תוכלי לעשות את זה או לא. אני עובר לשאלה הזאת בדיוק, אני רוצה לענות על זה. החוק מאפשר נכון להיום גידול בתקציב. יש כלל פיסקלי שהעברנו לפני כמה ימים, שמאפשר 2.5-2.6% גידול ריאלי בתקציב, וזה סדר גודל של 8 פלוס מיליארד ש"ח. נכון?

דוברות: לא רחוק.

פרופ' יוג'ין קנדל: חלק מהגידול הזה הוא כבר משוריין כגידול טבעי של מערכת חינוך ובריאות, ולא שמתי את זה על שקף, אבל יש כבר פרסום של בנק ישראל. המספר המשוריין של שימושים במקורות האלה הוא כ-20 מיליארד ש"ח.

יעל: פי 2.5 ממה שיש.

דוברות: לשנה הזאת?

פרופ' יוג'ין קנדל: לשנה הזאת.

דוברות: בכלל הקודם היה צריך 4% צמיחה כדי להיות עקבי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: הכלל הקודם לא רלוונטי, יש חוק. 20 מיליארד ש"ח זה התיאבון שפיתחנו, תחשבו על זה ככה. צריך להתאים את התיאבון לאוכל. בעוד 3 חודשים, יעל, כאחת מהשרים בממשלה, תצטרך לדון בסדרי העדיפויות איך לקחת 20 מיליארד ש"ח ולעשות מהם 8. אנחנו לא פה ב'אולי', זה בחוק והולך להתבצע, זה עבר לפני 10 ימים. אפשר לא להסכים איתו, אבל הסיכוי שהוא ישתנה בחצי שנה או בשנתיים הקרובות הוא לא גבוה להערכתי. אני רק אומר מה המשאבים שנמצאים כרגע על השולחן. הכסף הנוסף שנמצא כרגע במערכת, מבחינת ראיית מאקרו, ושנת 2016 אגב לא הרבה יותר טובה, גם שם יש סדר גודל של 15 מיליארד ש"ח של תאבון, וזה לא נגמר עד 2018.

דוברות: יוג'ין, המצב קשה.

פרופ' יוג'ין קנדל: הוא היה קשה מקום המדינה. אבא שלי שואל אותי איך יכול להיות שכל שנה יש קיצוץ בתקציב. לפי אריתמטיקה פשוטה, אם כל שנה אתה מקצץ - הוא צריך להיעלם. זה לא קיצוץ בתקציב, אלא בהתחייבויות שעשינו בלי כיסוי. חלק זה כבר משוריין לבריאות ולגידול הטבעי.

דוברות: גם חלק משוריין למע"מ ולגרעון.

פרופ' יוג'ין קנדל: שם יש לפחות דרך אחרת לעמוד בזה. לא הייתה פה טענה ערכית שצריך או לא צריך. אני רוצה שזה יהיה ברור, הכל פשוט נגזר מ'אם-אז'.

דוברות: יש פה סוג של גרף היוריסטי בכוורת. כוועדה, יש כמה אופציות על השולחן על מנת להגיע ליעדים. כמעט שום דבר פה לא מותנה בבחירה בדבר אחר - אפשר להפעיל שר"פ, להעלות מס בריאות ויש השלכות לשימוש באותם מרכיבים של הסלט.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנחנו לא מציעים פתרון.

דוברות: הייתה פה הצגה של תמונת מצב ואילוצים שלה, וכבר בפרק הזה יש לאנשים הערות לפני פתרונות אפשריים.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנחנו רוצים להסביר על רקע מה שצינו. אלא אם כן אתה חושב שהמספרים האלה יכולים להיות 15 במקום 76, אז ההערות הן כן חשובות.

יעל: יש אנשים שחושבים שהתוצאה היא אחרת במסגרת האמדנים שהראיתם.

פרופ' יוג'ין קנדל: אפשר להזיז פה את הדברים וכן הלאה, אני רק אומר שלא משנה איפה נשים את היעד, צריך לענות מאיפה יבוא הכסף.

יעל: בוא נשמע את האנשים ונמשיך לאחר מכן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני רוצה לומר משהו מאוד כללי, ולגבי מה אני חושבת שהתפקיד שלי בוועדה ושמחתי להיות פה ולתרום. תמונת המצב המאקרו כלכלית מאוד ברורה. כמו שאנחנו דנים על המצוקה של הבריאות, שלא נחשוב שמסביבנו אין מצוקות בתחומים אחרים. זו מערכת של הוצאה ציבורית שהיא מורעבת מזה עשור ואולי יותר, שהגיעה לרמה כזאת שבכל מקום המצוקה מאוד גדולה, ויש צורך לתת מענה לבעיות מאוד גדולות, אם זה בתחום של חינוך, בריאות, עוני, ואנחנו לא יכולים לבוא ולומר את הדבר הבא – יש ממשלה שהפעילה תפיסת עולם שמלווה אותנו כמה שנים טובות, שאומרת שצריך לצמצם את ההוצאה הציבורית. יש לנו בעיה ביטחונית אז הצמצום בא בהוצאה האזרחית, אם כי הביטחונית נתנה את חלקה לפני כן. אסור לנו להעלות מיסים וצריך להדק את החגורה, כך שאם הייתה לנו תקווה לכלל פיסקלי אחר, עכשיו יש נסיגה ממנו ועכשיו מצמצמים את ההוצאה, ואלו החלטות שכבר מחשקות את השרים. אם משהו חושב שב - 8 מיליארד ש"ח אפשר לעשות הרבה דברים, אז יש פה טעות גדולה. ההחלטות הן לא רק בסדרי עדיפויות אלא גם בסדרי גודל של ההוצאה. אני כנציגת ציבור לא יכולה לקבל את זה כנתון בלי הרבה מה לומר, חוץ מגישתו של קובי שאומרת תשכחי מזה שתקבלי משהו מהממשלה.

פרופ' קובי גלזר: מעולם לא אמרתי את זה. השאלה שאני שואל זה האם נקבל 2.5 מיליארד ש"ח בנוסף מהממשלה.

דוברות: אם תבוא ותאמר שאני מקבל באופן עקרוני את האידיאולוגיה הזאת ואם זה יסתדר, אני אלך לציבור ואגיד לו "תממן". מה זאת אומרת? הוא כבר מממן את המיסים, ואז משהו אחר יממן, או דרך הכיס או דרך המיסים. התשובה היא יותר טוב דרך המיסים כי זה יותר גרסיבי. אם באים ואומרים לי שיש כלל פיסקלי וההוצאה לא תגדל יותר מ - 2.5 או 2.6 וזה מה שיש לך בתוספת, 8 מיליארד ש"ח כשהממשלה התחייבה לעוד 20, ובשביל שזה יהיה עקבי את צריכה לצמוח בעוד כך וכך אחוזים, אז מה עשינו? אפשר להקים וועדה לחיזוק הרפואה הציבורית ולצמצום העוני ולפיתוח החינוך, ואז שוחקים את בסיס המס, לא מורידים את המע"מ, לא מעלים מיסים, אז אנחנו חיים בבועה מאוד גדולה. ללכת לכיס ולהגיד תממן באופן לא שוויוני זו הדרך הקלה ביותר. לדעתי כוועדה זו לא האמירה הנכונה.

יעל: הדיון האידיאולוגי זה אחד הדיונים המרכזיים. אני לא מגיבה ולא אתן לאחרים להגיב. רק אל תחשבי שלא יהיה לזה ביטוי.

דוברות: בחישוב מאוד גס, אני לא יודעת איזה חישוב עשית יוג'ין, אבל אם אני מתחשבת בצמיחת האוכלוסייה מעבר ל - OECD, הוא אמר לי שאם זה 9 כפול 75 בהוצאה זה יוצא 7, ותוריד ממנו 25, אז אתה מגיע ל - 5.5 בערך. זו צורת ההסבר הפשוטה. אני מזדקנת, ותמורת זה אני צומחת יותר.

יעל: הוא עשה רק פעילות של 20%, 5.4, 5.5 אתם לא מתווכחים.

דוברות: אני לא רוצה להיכנס לסוגיה של ביקורת על גודל הגרעון או התקציב. יש לי עמדה שאני שם בצד, גם אם היעד של 2.6 הוא נכון. היינו כבר בפרופורציה של 30-70, מאוד קרובים ל - OECD ב - 95. היינו בנקודה שהחברה הישראלית הרשתה לעצמה הוצאה ציבורית וביטאה את זה. נושא סדרי העדיפויות ירד לאורך השנים, וזה בא לידי ביטוי במימון ציבורי הולך ופוחת. אפשר לומר כיעד, אני יכול להגיע ל - 30-70 אם לא 25-75 שזה היום ה -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

OECD, אנחנו רחוקים מזה היום וגם ממה שהיינו ב - 95'. זו בדיוק המשימה של הוועדה, לעשות שינוי כיוון. למה נורא חשובה האמירה של הוועדה? אנחנו רואים את המצוקה הכלכלית של המדינה, האילוץ של ה - 8 וה - 20 בביקוש, ואני רוצה להיות שם. אם אנחנו לא נציג את זה, אז מי כן? את הדרישה של סדרי העדיפויות היותר גבוהים לבריאות, אז מי יציג את זה? זה תפקידו המקצועי.

פרופ' קובי גלזר: זה וויכוח לא על מה שהראינו אלא על הפתרונות. לא דיברנו על פתרונות.

דוברות: הייתה להצגה שלכם, ואני לא מתווכח עם המספרים, היה גם הגיון שהסתתר מאחורי זה. הצגת הדרישות למול האילוץ התקציבי אומרת שהמדינה לא תיתן כסף.

פרופ' יוג'ין קנדל: שום דבר לא הסתתר, אתה מצאת משהו שלא היה שם.

דוברות: תפקידו המקצועי והאידיאולוגי בא לידי ביטוי בשם הוועדה. אחרי זה מה יעשו הפוליטיקאים ויש וועדות נוספות, זה פרוגטיבה של הפוליטיקאים, אבל להרים ידיים מראש... אני לא אציג כי אין כסף, זו טעות אסטרטגית. צריך להציג את הדברים, ואחרי זה שיגידו מה הם חושבים.

דוברות: בסוף רפואה לא מודדים בכסף, זה שירות שניתן. אם אנחנו יודעים לתת יותר תפוקות בפחות כסף צריך לטפח לנו על השכם, ורואים את זה בסקרי שביעות רצון וב - OECD, וגם באיכות למרות שאנחנו משלמים פחות. אנחנו לא צריכים להתבייש בזה שההוצאה הציבורית שלנו יותר נמוכה. ה - OECD אומר שהוא בבעיה, ההוצאות שלי גברו בשנים האחרונות, אני לא יכול לממן את זה ואני צריך למצוא דרכים לממן את זה, אז אנחנו צריכים ללמוד מהם? זה לא תחרות מי מוציא יותר כסף, אלא מי מספק מערכת בריאות יותר טובה ולא ללמוד מטעויות. אנחנו צריכים להתגאות בזה שאנחנו יעילים ולא להתבייש בזה. לעניין המספרים – אני יודע שעבדו מאוד קשה להכין את המצגת הזאת, ואני חושב שחלק מהנתונים הם מטעים ומציגים תמונה מטעה, גירעונות הכללית והקופות למשל, הגידול בקפיטציה.

דוברות: תרחיב. איפה הטעות?

דוברות: בתי"ח של כללית מבצעים התחשבות בתוך הבית. זה אומר שהקופה רווחית במחירים האלה בתוך הבית. הם קונים מעצמם וקובעים את המחיר שהם קונים מעצמם. קופ"ח בתור קופה בקהילה היא רווחית בחצי מיליארד ש"ח. אם המדינה לוקחת את בתי"ח אליה היא רווחית מאוד. אני מציע לא להתייחס לנתונים האלה כי הם מטעים.

יעל: אתה מוכן להציג נתונים אחרים אמיתיים?

דוברות: כשמשרד הבריאות כרגולטור אומר את האמת, אנחנו לא מצליחים לדעת מה קורה בתוך קופה. בסוף יש יתרונות לגודל ויש הוצאות קבועות, ואני לא חושב שגידול האוכלוסייה צריך להשתקף כגידול מתאים. ההוצאות לא משתנות בהתאם להוצאות באוכלוסייה. זה בסופו של דבר גם החוק – גידול דמוגרפי אומר שזה משהו גמיש



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ומשתנה, והממשלה קובעת אותו כל שנה קדימה, וכשהיא חושבת שהיא עשתה טעות היא מגדילה אותו. היא עשתה את זה, וזה הרבה ועובדה שזה קרה. אין מה להיכנס לזה, זו לא הנקודה שלי. לגבי הנתון הזה, וכאן אני ממש מופתע – ההוצאות הציבוריות במערכת עלו ב - 7.4%. ריאלית בואו נוריד מדד זה 5.4%, אז אני לא מבין מאיפה המספרים האלה. יוג'ין אמר להגיע ליעד, אני לא מציב לעצמי יעד להוציא כמה שיותר אלא לתת בריאות כמה שיותר טובה. אני סופר מופתע מהנתונים האלה, מאיפה הבאתם אותם? ההוצאה הציבורית עלתה ב - 5.4%, תבדקו. ההוצאה הציבורית בסופו של דבר תעלה ותגדל.

פרופ' יוג'ין קנדל: על זה אין לנו וויכוח. אני הסתכלתי עשור אחורה.

דוברות: אני הסתכלתי 5 שנים אחורה, יותר מעודכן. אני אומר שזה גדל ב - 7.4% נומינלי. יוג'ין דיבר על מחירים קבועים. בסופו של דבר, כשאנחנו מדברים על חוסרים במערכת, גם הקופות לא יגידו 20 מיליארד ש"ח או 100 מיליארד ש"ח, חלק יגידו 2 מיליארד ש"ח או מיליארד ורבע ש"ח, תמיד יגידו שיש חסר. אני מרגיש שזו הצגה שמפחידה את הוועדה - חסר המון-המון כסף ואין אפשרות להשיג אותו - וזו הצגה מטעה לדעתי. גם אנשים שחיים במערכת יום-יום לא יגידו שאלה סדרי הגודל. חלק יגידו יותר וחלק פחות, אבל לא את התמונה הזאת.

דוברות: כל הירידה בהשתתפויות העצמיות בשנה האחרונה זה שווה הרבה כסף, מימון לניצולי שואה, מימון לקשישים, חלק מאוד גדול מהירידה זה מדיניות מכוונת ומתוקצבת של ירידה באחוז ההשתתפויות, ונטען שהקופות נפגעו ב - 500 מיליון ש"ח. הציבור באמת שילם פחות, אבל הן נפגעו.

פרופ' יוג'ין קנדל: אמרנו שקובי אמר שצריך להוריד את זה במיליארד ש"ח, זה צריך להביא מלמעלה, זה הכל. לא הייתה התייחסות לנושא הזה.

דוברות: לקופות מותר לגבות את מה שמותר להן בקופת הגבייה. גם אם יגבו 10% או 5%, בכל מקרה הן ישלמו 6.45 מיליון ש"ח במימון עלות הסל. זה לא חוקי לגבות יותר. לגבי הוצאה ציבורית לנפש והנתונים ששניהם דיברו עליהם – מדינת ישראל גדלה נומינלית ב - 7% ב - 5 שנים האחרונות. עדיין רואים מדיניות שלמרות שהמדינה משקיעה יותר פר נפש ב - 5 שנים האחרונות, וגם ב - 10 פר נפש, ההוצאה הציבורית עולה גם בשקלים. לי יש בעיה עם ההצגה של הדברים ביחס לתוצר, ובא המשרד ואומר להעלות את זה ל - 9%. אני אומר בואו נעשה מיתון במדינה, נוריד את התוצר, וההוצאה תעלה ל - 9%. זה מתקשר למה שהוא אמר, לא את הכל צריך למדוד בנתונים האלה. יש פה הרבה הנחות שקשורות לתוצר. אני לא בטוח שאלה סדרי הגודל, אולי קרוב לזה. אגיד גם משהו אחר – חוץ מזה שהאוכלוסייה גדלה, גם התחלואה הולכת וגדלה. אנשים יותר חולים ויותר זמן, ומחזיקים אותם בחיים יותר זמן, וזה יצרוך השקעה יותר בהוצאה פר קשיש, הוא נהיה יותר חולה עם השנים. אותו קשיש באירופה יהיה חולה יותר, יש עלייה בתחלואה עם השנים, ואנחנו מצליחים להחזיק אנשים שבעבר נפטרו בגיל הזה, אבל עם יותר מחלות.

יעל: למעשה יש כאן 2 מחלוקות – הוא אומר אני לא מקבל את כל נקודת ההנחה והמוצא של המצגת מפני שלהערכתי לא צריך בכלל להסתכל על ההוצאה, לא על הממוצע ב - OECD, לא היום ולא עוד 20 שנה, אני לא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רוצה יעד מספרי אלא לתת רפואה טובה. הדחייה השנייה היא אידיאולוגית - הם אומרים שאנחנו לא מוכנים לקבל את כלל ההוצאה הפיסקלית שהיא משמיים. הם אומרים אנחנו כאן בוועדה, למרות שיש כלל פיסקלי ובקשות שעלו ל - 25 מיליארד ש"ח, אנחנו לא מוכנים להתחשב בזה, אנחנו רוצים להגיע להחלטות נקיים, לשים מסך בערות על מה שקיים, לקבל החלטות נכונות מבלי להתחשב במציאות שכופים עלינו. זה וויכוח של חזון, 2 אפשרויות לגיטימיות בקבלת החלטות.

דוברות: חלק מאנשי הוועדה חושב שכדאי להחזיר עטרה ליושנה, ל - 30-70, לחזור למה שהיינו ב - '95, לסגור את הפער.

יעל: יש לזה משמעויות.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה פחות או יותר מה שהתכוונו בקו הכחול.

דוברות: אני יכולה לחסל את הרפואה הפרטית.

פרופ' קובי גלזר: שימו לב שבלי שום קשר ל - OECD, אם אנחנו רוצים לעבור למינון של 30-70, ההשלכות הכספיות של זה לא שונות כל כך ממה שכתוב פה. גם אם אתם משתכנעים מאותה אמירה שלו ש - OECD לא אידיאלי כי הם לא מרוצים ממה שקורה, ההשלכה הסופית היא כמעט אותו דבר, אז אתם מגיעים מעוד כיוון שצריך להוסיף כסף למערכת. נקודת נוספת - בניגוד למה שהוא אומר, אני לא חושב ש - OECD יש תחושה של קריסה מוחלטת. ההנחה שלנו היא שהם לא גדלים במודל הזה. האם אנחנו רוצים להיות כמו העולם זו שאלה שאפשר להתווכח עליה. מדינת ישראל אומרת שאנחנו רוצים להקצות לבריאות את מה שרוב המדינות המתקדמות עושות, 80% מזה לא נשמע לי כזה רעיון מטומטם, תסלחו לי. יכול להיות שהם מטומטמים וכולם מוציאים המון, ואני אומר לכם שאין מערכת מושלמת. לכל מערכת יש יתרונות וחסרונות, גם ליפנית, לצרפתית ולאמריקאית שהיא לא טובה, יש דברים שהיינו מתים להיות כמוהם. חציון ה - OECD לוקח קצת מהרע הזה ומהטוב הזה, וזו לא שאיפה הזויה. בנוסף, מודל העדכון האוטומטי שאני והוא הצענו בכלל לא מגיע משם, זה קבע מרשם לעוגה וצריך את המצרכים לעוגה, ואם אתם רוצים אחרת, אין בעיה, אבל לא להתחיל לרמות את עצמך עם מוצרים חלופיים או ישנים. אנחנו מתפארים בחוק שלנו, וצריך להבין כמה הוא עולה, ולא לשים אידיאל של OECD, אבל כדי לעדכן צריך כך וכך. העדכון שהצענו אומר שהיתרונות לגודל, שבהרבה מובנים אומר שבגודל של הקופות שלנו זה דווקא חסרון, והגודל מייקר את ההוצאות ולא חוסך כמו שאתה חושב. לטענתך לא צריך לתת פיצוי על הדמוגרפיה כי חלק מההוצאות קבועות. אני אומר שבחלק מהדברים אתה צודק - אם יתווספו מחר 100 אלף זקנים למערכת לא צריך לתת הכל. אין ספרות בעולם על גודל אופטימלי של קופות, אבל במובן של הזדקנות ותוספת תושבים אלה גורמים ליותר מהעלייה הזאת, ולכן תוספת דמוגרפית לא נראית כל כך לא נכונה. הוא אומר תשאלו אנשים כמה צריך במערכת ויגידו מיליארד ש"ח או מיליארד וחצי ש"ח, אבל תשאל לאן זה צריך ללכת וכל אחד יגיד אחרת - להשאיר רופאים בבתי"ח, להוריד השתתפויות עצמיות, לטיפול ברפואה הציבורית, להשמנה וכו' - כל אחד יגיד לאן שהוא רואה את המחסור, כל אחד מרגיש כאב במקום אחר על אותו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מיליארד ש"ח, ולא תגיעו ל - 20 מיליארד ש"ח. אנחנו הרגשנו מאוד לא בנוח עם המספר הזה, אבל לעומת מה שה-OECD מוציא היום, הפער הוא 2% תוצר וזה מיליארד ש"ח, ואז ישראל חסרה היום את המספר הזה בערך. אם תעשו חישוב של שחיקת הסל לפי בנק ישראל, תגיעו בדיוק לאותו מספר. שחיקת המחירים והדמוגרפיה זה 13 מיליארד ש"ח, שחיקת טכנולוגיה היא 7 מיליארד ש"ח והנה הגעתם לאותו מספר. אני מסכים שזה מספר גדול והתלבטנו אם להציג אותו. אני מסכים באמת שלא חסרים 20 מיליארד ש"ח למערכת, אבל להגיד שלא חסר כלום וכולם רוצים להיות כמונו? זה לא נכון, אולי חסר קצת פחות. ישבנו פה חצי שנה ושמענו על הכאבים של כל אחד שאולי קצת הגזימו, אבל אני חושב שחסר כסף. זה נורא קל לבוא ולהגיד אל תסתכלו על המשאבים, תסתכלו על התוצאות. לא בגלל שהייתה לי אגינדה, אבל לשפוט מערכות בריאות לפי תוצאות זה קשה, כי חלק מהדברים הכי חשובים לנו הם לא מדידים. תוחלת חיים זה מצב של בריאות ולא של מערכת בריאות. תמותת תינוקות זה היבטים ספציפיים, ואם אנחנו במצב הכי טוב בעולם זה מצב עדיין לא טוב. גם בדברים אחרים אנחנו במצב לא טוב, ועד שלא תוכיחו לי אחרת ותסכלו על תשומות, אז אני אומר תחכו הרבה זמן ונגיע לאן שהגיעו מערכות אחרות שחיכו לראות תוצאות. תשומות למערכת זה מדד חשוב מאוד, ואם המערכת לא יעילה תגידו צריך להתיעל. אני חושב שהמערכת מאוד לא יעילה, והתשומות למערכת זה מדד טוב וצריך הרבה כסף בשביל לתקן את זה. לא דיברנו על הפתרונות, אבל אני אומר דבר ראשון שחשוב לכולם – אין לי ספק שהדבר הכי חשוב לשיקום או לשמירה על המערכת זה תוספת משאבים ציבוריים. אני האחרון שלא אגיד כלום, בואו נלך לשר"פ. לא אתמוך בתיירות מרפא או שר"פ אם זה לא ילווה במנגנון עדכון המשאבים. בלי שיש פה הבטחה של המערכת להגדלת משאבים ציבוריים, כל השאר לא שווה כלום ולא אחתום על כלום. אם זה לא ילווה בהבטחה שלא נקוזז ב - 0.5% כמו שקרה ולכן חייבים מנגנון אוטומטי, רציני ונכון של כספי המימון הציבורי, ואם זה יעשה נכון, אז הפער הזה של 40-60 ילך ויקטן. עדיין זה לא יספיק ולא בטוח שנקבל את זה, ושמענו את זה בדיוני ממשלה, לכן אני אומר שללא מנגנון אוטומטי, כל ההצעות האחרות - אני לא תומך בהן. המנגנון חייב להיות מובטח למערכת. האם לעצור בזה, אולי יש עוד כמה מקורות שנוכל להשתמש בהם, על זה אפשר להתווכח. אם זה לא יהיה מאוד סביר אלא קצת סביר ובכל זאת נצטרך עוד משאבים, אז ליד זה צריך עוד מקור מימון אחד ואני קורא לזה המנגנון הפרטי, ואם נבנה את שניהם בצורה נכונה אז לא נגדיל את הרגריסיות, כי גם הכסף הציבורי יכנס יותר, והפרטי שיכנס יבוא מהעשירים שיממנו את הציבורית דרך הפרטית. העשירים יצרכו את הרפואה הפרטית שאני רוצה להציע להם, ולכן זה לא רגריסיבי אלא פרוגרסיבי.

יעל: איך אתה מתמודד עם הדרישה מהממשלה כשכלל ההוצאה לא מאפשר לך את זה? אם יש לנו 8 מיליארד ש"ח שבתוכם יש חינוך, בטחון, תחבורה ומע"מ? אני מדברת על התוספת שאנחנו צריכים. אנחנו חוזרים לעיקרון – האם אנחנו משקפים את המציאות ומתאימים עצמנו אליה, או שאומרים מה שאנחנו צריכים?

דבורה: יש כאן מאבקי כוחות בתוך זה, מה אתם חושבים...

פרופ' קובי גלזר: זה אומר שעוד יותר נצטרך למצוא מקורות אחרים. אני משתכנע כמו רוב חברי הוועדה שצריך מנגנון עדכון שלא ניתן לאורך שנים. אם המדינה אומרת שאני לא מסכימה שצריך בגלל יתרונות לגודל או אוכלוסייה מזדקנת זו גישה אחת, אבל אם אנחנו מסכימים שלפחות את הסל של היום צריך לעדכן ולתקן אותו על שחיקת העבר, וצריך לגרום לרופאים להישאר אחר הצהריים, אז חייבים לקיים מנגנון כזה. במאבקים על עוגת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

התקציב, בדרך כלל בריאות לא מקבלת את מה שהיא אמורה לקבל, והיא נותנת דברים יקרים. הספרים מדברים על זה בעולם, וזה מה שנראה בעוגת התקציב. הם קבעו בחוק מנגנון אוטומטי, אבל כזה לא טוב.

יעל: התחושה הייתה שהמצגת אומרת "חברה", אל תשלו את עצמכם, יש אפשרות מוגבלת מאוד לתוספת בכלל ובפרט לבריאות."

פרופ' קובי גלזר: אם אתם תראו אחר כך את התרחיש שלנו לתיירות מרפא ושר"פ, תראו שזה פתרון יפה ולא ה-פתרון.

יעל: זו תשובה שקירבה את הקצוות.

דוברות: בסוף נישאר עם תיירות מרפא ושר"פ בלי מקורות ציבוריים.

דוברות: גם זה לא יפתור את הבעיה. זה מה שקובי אומר.

יעל: עד שיש מנגנון עדכון אוטומטי ציבורי, זה מה שהוא אמר.

דוברות: בשלב מסוים נתווכח על הפתרונות ולא אעלה את הדיון הזה, כאשר ברמת המאקרו, כשאנחנו מדברים על מנגנון עדכון אנחנו מסתכלים קדימה ולא רוצים שמה שקרה בעבר יהיה בעתיד, אנחנו מנסים להסדיר את העתיד. הייתה שחיקה ואנחנו לא רוצים שהיא תימשך, וגם עוד טיפה פיצוי על העבר. ליבת הדיון שלנו היא שהעתיד לא ימשיך להתקיים כמו שהוא היום. לגבי העבר זה סדרי עדיפויות, אבל אסור בשום פנים ואופן לשכוח את העתיד. אם נקודת המוצא שלך היא שהמצב הוא טוב אז פספסנו שנה. יש תחושה שמשהו בכללי המשחק לא בסדר, ברמת השחיקה, האמון, הבריחה למגזר הפרטי באספקה ובמימון, ואת הדבר הזה צריך לתקן, ולבוא להגיד שהמצב הוא טוב זה לא ברוח המציאות שאתה היית עד לה. אם המצב הוא טוב, אתה אומר כן שר"פ וכן תיירות מרפא כי לא תיתן מימון ציבורי יותר, אז השוק יכתוב לך מימון פרטי.

דוברות: לגבי טכנולוגיה – אני מזכיר לוועדה שצריך לספור אותה לא מהסל אלא מכמות הטכנולוגיה, קרי מהתרופות שבסל, ואנחנו שם ב - 4-5%, והוא מהרחבים בעולם וזה יגידו לך בכל העולם. הטכנולוגיה פה היא כן מתקדמת ולא נכון להגיד אחרת, לא לשם הייתי מייעד את השקל השולי. גם אנחנו עברנו שינוי בוועדה, אנחנו לא היום ביוני או במאי כשהתחילה הוועדה. אני חושב שהמערכת עברה סחרור ב - 5 שנים האחרונות, וצריך להחזירה למוטב מבחינת פרטי-ציבורי. קרה כאן סחרור עם פתיחת אסותא והמימון משפיע על זה, וחייבים להיעשות צעדים משמעותיים בתחומים האלה כדי להחזיר את המערכת למצב טוב. היא עברה שינוי מסוים, ואנחנו כרגולטורים צריכים להחזיר אותה למצב הזה. לגבי עדכון אוטומטי – המחוקקים קבעו עדכון מחירים אוטומטי, אמרו עדכון אוטומטי בהתאם לסדרי העדיפויות. הממשלה רשאת לעדכן דמוגרפיה. אמרו עדכון מחירים בהתאם לחוק דמוגרפי, ועדכון מחירים בהתאם לסדרי עדיפויות. כל תחום ירצה עדכון אוטומטי, אבל יש גביית מיסים, המציאות משתנה, וצריך לתת לממשלה לקבוע תקציב בהתאם לסדרי העדיפויות שלה ולמציאות הדינאמית הקיימת. אלו נבחרו ציבור שהציבור בוחר בהם בשביל לתת סדרי עדיפויות, ואם יקשיחו להם את האפשרויות הם לא יעשו כלום בסופו של דבר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני ראיתי אתמול בלילה את המספר הסופי של החוסר, וזה הבהיל אותי כך שאמרתי שכולם פה לא יוכלו לתפוס את זה. כשאתה אומר שהמציאות גרועה, אנשים אומרים שלא יכול להיות כי לא רואים אנשים מתים ברחוב. אתה לא מבין איך זה מתסדר, משהו פה צריך להיות אחרת אנחנו לא מבינים. אני מבינה את התהליך ועד אתמול בלילה, למרות שליוויתי אתכם, זה מאוד קשה להבין. בגלל שהמספרים כל כך גדולים, הסוגיה של תיירות מרפא והשר"פ היא לא העיקרית, ואני רוצה להגיד שבואו לא נתרכז בזה. לפי דעתי, לב הבעיה שכמעט אין מחלוקת עליה חוץ מהאוצר, זה שחסר כסף והרבה, ואותו אי אפשר למלא מעצמו ולא יעזור שום דבר. אי אפשר לפתור את כל הבעיה הזאת לא מתיירות מרפא ולא משר"פ, ונצטרך להביא כסף מהמדינה, כסף ציבורי ממקום אחר. זה מתחבר לזה וצריך למקד את זה, וזאת בשורה. כל הרעיונות שנרצה לשר, בסוף צריך כסף, הכל נכון ואפשר לעשות טוב, אבל אם אין כסף זה לא ילך. אם אין מצרכים לעוגה, לא תהיה עוגה. אנחנו מדברים על שליטה, והפן החיובי שלה זה סמכות ואחריות. אפשר להתווכח על כמה זה מספיק כסף. אפשר להבין שכללי התנהגות צריכים להיות. אם חסר כסף בצורה קיצונית כזאת, צריך להבין שאין מה לעשות, אנחנו מגיעים להתנהגויות שלא רוצים לראותן, כי כל אחד רוצה לשרוד, וזה סמכות ואחריות. הסכמי ייצוב לא נראה לי הגיוני פר החלטה, אי אפשר להגיד תתנהל בתקציב שלך אם אתה יודע מראש שהוא לא יעמוד ביעד ובסוף תיתן לו כסף. אם אנחנו יודעים מראש שאין סיכוי לעמוד בזה, נגיע לפי 3 גירעונות. המאבק של האוצר הוא לא רק כמה כסף להכניס. אם נגיד תשימו 3 מיליארד ש"ח היום ונעזוב אתכם בשלום, הייתם מסכימים יותר אם היינו אומרים תשימו חצי מיליארד ש"ח היום עם מנגנון עדכון אוטומטי? וזה לא אליך אישית. מה שאנחנו רוצים פה, לי יותר חשוב המנגנון מאשר הכמות, כי זה נותן שליטה למערכת. אני מציעה שנעשה כמה דברים – יש הרבה פרשנויות על מה היה בחוק, וכל אחד יכול לספר מה נאמר ומה לא ולמה התכוונו, אז בואו נוציא את זה החוצה. אבל נכון להיום יש סל שנקבע על ידי הממשלה ויש כסף שאמור להיות מושלם על הממשלה, ויש מס ייעודי שאין בשום תחום אחר. הרוח של המדינה הייתה לאפשר למערכת להתמודד, וצריך להחזיר את רוח החוק. אני חושבת שהשרים לא יאבדו שליטה ויתמודדו מספיק, כי אני חושבת שזה ברור שלא 100% מהכסף יכנס.

דוברות: לכולנו ברור שחסר כסף ואנחנו לא במשחק סכום אפס, ואלו שתי נקודות מוצא לוועדה. בתוך המודלים שמתגבשים אני כחבר וועדה לא חושב שצריכים לבחור בין דיכטומיה, בין היצמדות למציאות שמכתיבה לי לבין להתעלם ממנה. יש רצף שבו צריך למצוא נקודת איזון, בין כיוון מטרה לבין מציאות קיימת, וכך נמצא מציאות שתכתיב את המודל שיבחר.

דוברות: אני מסכימה, וצריך לעמוד בזה שבתוך מנגנון העדכון האוטומטי שיהיה בו סעיף עדכון על העבר. זה הכרחי וזה צריך לעמוד כך, אחרת אנחנו לא עושים מספיק וזה חייב להיות.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש פה 3 מודלים ששניים מהם כלולים בשלישי, וזה מה שניסינו להביא בכורת הזאת. אפשר להחליט מה שרוצים. הוא היה אומר אני לא רוצה לשים לי יעד, איך שאתגלגל - אתגלגל. אני הולך על איכות ולא על כמות הכסף כי אנחנו מבין המדינות שמודדים איכות הכי פחות מכולם. אין לנו מערכת שמודדת על פיפס ועושה התאמות. איך אתה מבין שיש לנו מערכת בריאות טובה חוץ מלשאול אנשים ברחוב? אני לא מוכן במערכת של היום, שאני יכול לצלצל ולבקש התייחסות מעבר ואני לא עושה את זה, אבל אני רוצה לבחור את הרופא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בהדסה ואני מקווה שיישאר, ולא לדבר עם הרופא על כסף. זו לא מערכת אופטימלית כי אף אחד לא ביקש ממנה להיות כזאת, והיא התפתחה כמו שהיא. אני חושב שזה מודל שאפשר לחיות איתו. אני בטח לא יודע למדוד את עצמי יחסית למצב המדידה בעולם. מודל אחד אומר שלא צריך כלום ובוא נתנהל כמו שהתנהלנו, וזה מודל אחד.

דוברות: לא אמרתי את זה. אמרתי שעברנו שינוי וצריך להשתנות שוב.

יעל: אם שמעת את זה, זה לא מה שהוא התכוון.

פרופ' קובי גלזר: יש מחקרים שאמרו שאין מתאם בין שביעות רצון לאיכות קלינית.

דוברות: לא נראה לי שכולם מבסוטים מהמערכת, השאלה היא איך מודדים.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה מודל לגיטימי, ומודל שני אומר את הדבר הבא – הם אומרים שאנחנו מסכימים עם המספרים האלה בגדול, וזה לא קדוש, אבל אנחנו אומרים תשמע, צריך לבוא לממשלה ולהגיד שתיתן את הכל, וצריך להגיד את הדבר הבא – 8 מיליארד ש"ח, שזה לא הכסף היחיד שאפשר להזין ימינה ושמאלה, ואנחנו עושים סדרי עדיפויות בתוך המערכת, וזה ניתן לעשות בהזזות שכבר נעשו. תיארתי לעצמי, אנחנו מעורים בתוך התקציב וחשבנו שזה ברור. רצינו לתת לכם מה יהיה הדיון בעוד 3 חודשים שם נצטרך לקצץ 12 מיליארד ש"ח, וכל אחוז נוסף של התקציב הוא בעיה. זאת מציאות ואנחנו לא מוגבלים על ידי 8 מיליארד ש"ח אלא על ידי חוק במדינה, ואני לא חושב שזה בסמכות שלנו. אנחנו צריכים להגיד שכל הכסף צריך לבוא מהמערכת הציבורית כמה שאנחנו רוצים וזה לגיטימי, אבל אני לא חושב שזה לגיטימי להגיד שבסדרי העדיפויות אנחנו מקבלים חצי מהכסף הזה, שזה כבר יותר ממה שהיה בשנים האחרונות, ואם לא זה אז כלום? אנחנו פוגעים 10 שנים קדימה באותם חולים. אנחנו צריכים להיות ישרים עם עצמנו בכל מודל. אם זה לא אז יש 2 מציאויות – אני רוצה את זה מהציבורי ללא הגבלות, ואם אני לא מקבל מעבר לזה, אז מאיפה אני מביא את זה? ולכן המודל שאנחנו מציעים הוא מודל שהוא הכל, ואפשר לדבר על מינונים.

פרופ' קובי גלזר: יש פה תחושה שסיבת ההצגה של המספרים היא להגיד שאין ברירה אלא לשים שר"פ. רצינו להראות מה קורה כשאין מנגנון עדכון אוטומטי כמו שצריך. זו התוצאה של מה שקורה כשאין דבר כזה.

יעל: תודה רבה לכם, נעצור פה בשלב הזה.