

איה בר עוז • גבי בן נון • שפרה שורץ

מערכת הבריאות על שולחן הניתוחים
25 שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי



איה בר עוז • גבי בן נון • שפרה שורץ

מערכת הבריאות על שולחן הניתוחים

25 שנים לחוק
ביטוח בריאות ממלכתי



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות
ומדיניות הבריאות (ע"ר)

Aya Bar Oz, Gabi Bin Nun, Shifra Shvarts

The Israeli Healthcare System on the Operating Table

25 Years since Implementation
of the National Health Insurance Law

תשע"ט © 2019

כל הזכויות שמורות

למכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט או לאחסן במאגר מידע,
לשדר או לקלוט בכל דרך או בכל אמצעי אלקטרוני, אופטי,
מכני, או אחר – כל חלק שהוא מהחומר שבספר זה.
שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול בספר זה אסור
בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב מהמוציא לאור.

עריכת לשון: דניאל סיון

עיצוב כריכה:

עימוד סדר: ספי עיצוב גרפי, באר־שבע

תוכן עניינים

7	הקדשה לפרופ' גור עופר
9	שלמי תודה
11	א. מבוא ומבנה הספר
15	ב. גלגוליו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1925-1995)
31	ג. חצי יובל לייסודו של "המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות"
54	פרק 1: חוק ביטוח בריאות ממלכתי – מהפכה או שינוי אבולוציוני
74	פרק 2: עקרונות וערכים במערכת הבריאות
90	פרק 3: מקומה של הבריאות בסדרי העדיפויות של המדינה
106	פרק 4: מאזן הכוח בין משרדי האוצר והבריאות – המקרה של ביטול המס המקביל
126	פרק 5: יחסי משרד הבריאות, קופות חולים ובתי חולים
146	פרק 6: התמהיל הנכון של רפואה פרטית וציבורית – המקרה של השר"פ
163	פרק 7: סל השירותים שבחוק ביטוח בריאות ומנגנון עדכונו
178	פרק 8: "שהציבור ישלם" – האם השתתפויות עצמיות נועדו לרסן ביקושים עודפים או להגדיל מקורות הכנסה?
192	פרק 9: התפתחות השב"ן (שירותי בריאות נוספים) – מה הייתה כוונת המחוקק?
214	פרק 10: תחרות מול הסדרה במערכת הבריאות
229	פרק 11: היחסים המשתנים בין הרופא ובין המטופל
239	פרק 12: אתגרי מערכת הבריאות לקראת העתיד
256	פרק 13: סיכום – מערכת הבריאות על שולחן הניתוחים
260	נספח א' – חוק ביטוח בריאות ממלכתי
262	נספח ב' – מגילת זכויות המבוטח
263	נספח ג' – קורות חיים של מרואייני הספר (בסדר א-ב לפי שם פרטי)
276	מפתחות



פרופ' גור עופר

הקדשה לפרופ' גור עופר

ספר זה מוקדש לפרופ' גור עופר, ממייסדי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, שהיה יושב הראש של המכון בעשור הראשון לפעילותו ומי שהתווה את החזון ואת קווי היסוד של פעילות המכון המלווה אותנו עד היום. פרופ' גור עופר הוא פרופסור אמריטוס לכלכלה באוניברסיטה העברית בירושלים, נשוי לדליה, אב לארבע בנות וסב לשבעה נכדים. הוא בוגר החוג לכלכלה באוניברסיטה העברית בירושלים ובעל דוקטורט מאוניברסיטת הרווארד. הוא מראשוני החוקרים בישראל בתחום כלכלת בריאות, ובשני העשורים האחרונים עסק במחקרים בנושאים: חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומערכת הבריאות בישראל. לפני שהקדיש את זמנו לכלכלת בריאות, עסק פרופ' גור עופר בכלכלת ברית המועצות והיה מן הראשונים שהצביעו על חולשת הכלכלה הסובייטית ועל הזנחת תחומי השירותים האזרחיים. בשיתוף עם כלכלנים ומתמטיקאים רוסיים הקים גור בית ספר גבוה לכלכלה במוסקבה (New Economic School), שאותו ניהל יותר מעשור. בכך תרם לעיצוב הוראת הכלכלה ולהכשרת מורים וכלכלנים ברוסיה, שיוכלו להתמודד עם המציאות החדשה. על כך זכה בשנת 2015 בפרס היוקרתי על שם ואסילי לאונטרייף (Wasili Leontarief).

במהלך השנים היה פרופ' גור עופר ראש החוג לכלכלה בירושלים ועמד בראש האגודה הישראלית לכלכלה. כמו כן, עמד בראש הקתדרה על שם מאירהוף ובראש "תוכנית חזון לירושלים – תוכנית לשיקום ירושלים, בירת ישראל" במכון ירושלים.

על פי חזונו של פרופ' גור עופר, כפי שהתווה בדיונים הראשונים על הקמת המכון הלאומי, פעילות המכון הלאומי צריכה לאגד את כל העוסקים בחקר שירותי הבריאות במדינת ישראל ללא כל הטייה ארגונית או מוסדית, וזאת כדי ליצור קהילה מחקרית רבגונית, שתפעל לקידום המחקר בנושאי מדיניות בריאות ותאפשר שיח פתוח, שעיקרו קידום מערכת הבריאות הישראלית בתחומיה השונים. כלל יסוד זה הוא עד היום אחד מהעקרונות המרכזיים של המכון ומאפשר את השיח המחקרי

הפתוח ואת הפעילות הכוללת של המכון, כפי שהוכרזו בעת הקמתו: "להוות במה ומקום מפגש לקיום דיון מקצועי וציבורי בתחומי הארגון, הניהול וקביעת מדיניות הבריאות בישראל".

פרופ' גור עופר פרש מתפקידו כיו"ר המכון, אך הוא ממשיך ללוות את פעילותו של המכון גם כיום.

המחברים

שלמי תודה

ספר זה נולד ביוזמת המחקר "ראשונים ומייסדים", שנעשה בין השנים 2016-2018 במימון "המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות". במלאת שני עשורים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ולייסודו של המכון, יצא לדרך המחקר שבסימו עובדו הראיונות ונערכו לפרסום, במלאת 25 שנים לחוק. תודתנו שלוחה לאנשי המכון הלאומי על תמיכתם, עזרתם ועצותיהם הרבות שסייעו לנו במהלך שנות המחקר ועל היענותם המלאה לבקשותינו. תודה לפרופ' אורלי מנור, יו"ר הוועד המנהל, לפרופ' אליק אבירם, לשעבר מנהלו המדעי של המכון, לפרופ' זמיר הלפרן - המנהל המדעי הנוכחי ולזיוה ליטבק, המנהלת האדמיניסטרטיבית. תודה לצוות המכון - ביאנקה דקל, סיגל שפר-בנטון וליאור מרוז, שכל אחת מהן סייעה בדרכה לאורך הדרך, ולגילי שיל"ת על הערותיה המועילות לקראת גיבוש הנוסח הסופי. צילומי הראיונות בוצעו ע"י יחידת הוידאו של בית החולים שיבא, תל השומר. תודה מיוחדת ליעקב לויט וחזי עמרם על עצותיהם בכל הקשור לארגון מערך ההקלטות ובעיקר על סבלנותם ואדיבותם בכל עת. יותר מכל, שלמי תודה לכל המרואיינים על הטיית השכם ושיתוף הפעולה במהלך הראיונות ועל הסיוע בהשלמת המסמכים והנתונים החסרים. בלעדיהם ספר זה לא היה יוצא לאור.

המחברים



א. מבוא ומבנה הספר

ביוני 1994 אושר בכנסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנכנס לתוקף בינואר 1995. בסעיף הראשון של החוק נקבע כי "ביטוח הבריאות יושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" – עקרונות שהנחו את המחוקק בכל סעיפי החוק. כניסת החוק לתוקף גרמה למהפך במערך היחסים שבין קופות החולים ובין המבוטחים, בין קופות החולים ובין הממשלה, ולשינויים רבים נוספים במוקדים אחרים של מערכת הבריאות הישראלית.

על פי החוק חלה חובת ביטוח בריאות על כל תושבי המדינה, וכל תושב זכאי לסל שירותים מוגדר. החוק אימץ את עקרון חופש הבחירה המוחלט של מבוטח בקופת חולים, שינה את מנגנוני הגבייה וההקצאה של המקורות הציבוריים וקבע את אחריות המדינה למימון סל השירותים שהתושבים זכאים לו. להלן כמה מהעקרונות המרכזיים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי:

1. חובת ביטוח לכל – עם חקיקת החוק הפך ביטוח הבריאות מביטוח וולונטרי לביטוח חובה. על פי החוק (סעיף 4 [א]) כל תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים אחת לפי בחירתו ולרשום בה גם את ילדיו הקטינים. במועד כניסת החוק לתוקף צורפה כל אוכלוסיית הבלתי מבוטחים (כ-5% מהאוכלוסייה) למעגל הביטוח. עיקרון זה מבטא את תפיסת המדינה את הבריאות כזכות העומדת לכל תושב ללא תלות באמצעיו הכלכליים.
2. סל שירותים מוגדר ומעוגן בחקיקה – על פי החוק זכאי כל תושב לסל שירותים בסיסיים המפורטים בתוספת השנייה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי על פי שיקול דעת רפואי "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". התוספת השנייה מבטאת "צילום" של סל השירותים, שניתן על ידי קופת החולים הכללית בשנת 1994 וכוללת את שירותי הטיפול הכללי בקהילה ובבתי החולים הכלליים. התוספת השלישית מפרטת את השירותים באחריות משרד הבריאות – פסיכיאטריה, גריאטריה, בריאות הציבור, רפואה מונעת ובריאות הנפש. על פי החוק, השירותים שבתוספת השלישית היו אמורים להיות

- באחריות קופות החולים לאחר תקופת ביניים בת שלוש שנים, שהוארכה לארבע שנים. העברה זו בוצעה רק בחלקה בשנת 2015 בתחום שירותי בריאות הנפש.
3. חופש בחירה בקופת חולים – עקרון חופש הבחירה של המבוטח בקופת חולים לפי רצונו הוא אחד העקרונות החשובים ביותר בחוק. סעיפים 4 (ג) ו- (ד) בחוק קובעים את חובת הקופה לקבל אליה כל תושב ללא כל התניה, וסעיף 5 בחוק מפרט את נוהלי המעבר מקופת חולים אחת לאחרת (הזכאות למעבר מקופה לקופה מותרת על פי החוק רק לאחר צבירת ותק של 12 חודשי ביטוח בקופה הנעזבת). בראשית שנת 1998 שונה בחקיקה נוהל המעבר ונקבע כי הרישום והמעבר בין קופות החולים ייעשה באמצעות רישום בסניפי בנק הדואר (ולא במשרדי הקופות). כיום ניתן לעבור מקופה לקופה גם באמצעות האינטרנט.
4. גביית דמי ביטוח בריאות על ידי ביטוח לאומי – עם כניסת החוק לתוקף הועברה גביית דמי ביטוח בריאות (דמי חבר) מידי קופות החולים או ההסתדרויות הקשורות איתן לידי המוסד לביטוח לאומי. העברה זו הגדילה את נפח ההכנסות מגביית דמי ביטוח בריאות והעמיקה את מידת הפרוגרסיביות של הגבייה. שינוי זה גם ניתק את הקשר שבין הכנסות המבוטח להכנסות הקופות ותרם תרומה מכרעת להיפרדות ההסתדרות מקופות החולים.
5. הקצאת מקורות על בסיס נפשות מתוקנות – סעיף 17 של חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי חלוקת מקורות החוק בין קופות החולים תיעשה על פי חלקן היחסי של מספר הנפשות המבוטחות והמשוקללות בכל קופה. נוסחת התקנון נותנת משקל יחסי שונה לכל קבוצת גיל ומבטאת את השוני היחסי בעלות צריכת שירותי הבריאות בכל אחת מהן. בשיטת הקצאה זו מחולקים כ-95% ממקורות החוק. יתרת 5% של מקורות החוק מחולקת על בסיס מספר המבוטחים בכל קופה לחולים באחת מחמש מחלות קשות המוגדרות בחוק. כיום כלולים בנוסחת ההקצאה גם משתני מגדר ופריפריה.
6. אחריות המדינה להשלמת מימון עלות הסל – בחוק מוגדרים "עלות סל השירותים", המעודכנת אחת לשנה, ומקורות המימון לעלות סל זה. על פי החוק (סעיף 13 [5]) חייבת המדינה להשלים בכל שנה את ההפרש שבין עלות הסל המוגדרת בתקנות החוק לבין מקורות החוק. עיקרון זה שבחוק נועד להבטיח רמת מקורות ודאית לטווח ארוך ולצמצם את מידת חוסר הוודאות הפיננסית שבמערכת. עיקרון זה התגלה כבעייתי כבר בשנת הפעלתו הראשונה של החוק, והוא מצוי במחלוקת עד היום.

החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכל תושבי מדינת ישראל בשנת 1995 סיימה פעילות בת 70 שנים בנושא, והייתה צעד חשוב בעיצובה של מערכת הבריאות

בישראל. אולם מאז חקיקתו של החוק ועד היום נעשו בו תיקונים רבים – חלקם השלמות מתחייבות בתקנות לעקרונות החוק וחלקם כאלה שפגעו בעקרונות בסיסיים בחוק, ובהם ביטול המס המקביל שפגע קשות באפשרות לאיזון תקציבי של מערכת הבריאות, הרחבת השב"נים והכבדת עול ההשתתפות העצמית (co-payment) של ציבור החולים.

מהו אם כן המאזן הכולל של חוק ביטוח בריאות ממלכתי? האם הוא אכן מהמהפכות החברתיות הגדולות ביותר שעברה החברה הישראלית? או שמא הוא נועד להציל את קופת החולים הכללית, שעמדה בפני פשיטת רגל ערב כניסתו של החוק לתוקף? מה היו הישגיו העיקריים של החוק ועד כמה הוא נתן מענה לבעיותיה המרכזיות של מערכת הבריאות? מה ניתן לעשות כיום כדי לשפר את תפקודה של מערכת הבריאות? על סוגיות אלה ועל סוגיות רבות אחרות נדון בספר הזה.

מבנה הספר

הספר מבוסס על ראיונות שנערכו עם שלושים ושלושה בכירים במערכת הבריאות בישראל, שחלקם הגדול היה מעורב בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. המרואיינים נבחרו על פי תפקידם במערכת הבריאות בעבר ועל פי מעורבותם בתהליך החקיקה ובישום החוק.¹ הראיונות נערכו בשנים 2016-2018 כחלק מפרויקט "ראשונים ומייסדים" של "המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות". בין המרואיינים שרי בריאות, מנכ"ל משרד הבריאות, מנהלי בתי חולים ומנכ"לי קופות החולים, כלכלני בריאות, אנשי משרד האוצר ובכירים נוספים. כל ראיון נמשך כשעה. חלק מהמרואיינים הוזמנו לראיון נוסף. הראיונות נערכו בהנחיית פרופ' שפרה שורץ בשיטת ראיון חצי מובנה. המרואיינים קיבלו מראש רשימת נושאים, ביניהם סל הבריאות, השר"פ, שב"נים, אתגרי המערכת בעבר, בהווה ובעתיד ועוד. במהלך הראיונות הם התבקשו להתייחס לכל נושא חשוב נוסף העומד על סדר היום של מערכת הבריאות. בראיונות עלו נושאים, כגון יחסי רופא-מטופל, אי שוויון בבריאות ועוד. הראיונות תומללו במלואם וקודדו באמצעות תוכנת MAXQDA. לאחר סקירת כל הראיונות נמצאו תמות מרכזיות, ואלו קובצו בפרקי הספר. כל הראיונות הוקלטו, ובחלקם הגדול אף צולמו, והם מצויים במכון הלאומי לשימוש עתידי של חוקרים. שני פרקי הספר הראשונים ("גלגוליו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי" ו-"ייסודו של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות") שונים משאר פרקי הספר, שכן הם מציגים סקירה היסטורית-תיאורית של העורכים.

1 חלק מהאנשים שפנינו אליהם לשם ראיון לא הסכימו להשתתף בפרויקט.

בכל אחד מפרקים הבאים נדונה סוגיה שונה במערכת הבריאות לפי הנושאים שעלו במהלך הראיונות. פרקים אלו נפתחים בהקדמה קצרה המציגה את הנושא, ולאחריה מוצגות עמדות המרואיינים, כפי שהועלו במהלך הראיונות. בטקסטים של המרואיינים המופיעים בפרקים השונים כמעט שלא נעשתה עריכה, כמקובל מבחינה אתית בשימוש בציטוטים. עם זאת, לפני פרסום הספר התבקשו המרואיינים לערוך את לשון דבריהם בראיונות. על מנת למנוע הטייה בהצגת עמדות המרואיינים הובאו הראיונות בסדר א"ב של שמו הפרטי של המרואיין. לנוחות הקורא בכל פרק מצוין לצד שמו של המרואיין תפקידו במערכת.² בסוף הספר מובאים בקצרה קורות החיים של כל המרואיינים לפי סדר א"ב.

2 התפקיד הבכיר (או התפקיד המרכזי) ביותר שאותו נשא המרואיין בתקופת חקיקת החוק ובמהלך יישומו.

ב. גלגוליו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-1925

בפרק זה של הספר תוצג סקירה היסטורית של הניסיונות הקודמים לחקיקת חוק ביטוח בריאות בישראל. כמו כן, יוצגו המכשולים בחקיקת החוק בעבר וחלון ההזדמנות שנפתח בשנת 1994, שאפשר את חקיקת החוק.

צמיחתו של רעיון ביטוח בריאות חובה

התוכנית לביטוח בריאות חובה הופעלה לראשונה באירופה בסוף המאה ה־19 על ידי אוטו פון ביסמרק, קנצלר גרמניה, שחוקק בשנת 1883 את חוק ביטוח בריאות חובה. הביטוח היה חלק ממערכת סוציאלית רחבה יותר, שחוקקה בגרמניה בשנות ה־80 של המאה ה־19 וכללה ביטוח בריאות ופנסיה לפועלים. בשנת 1885 נכללו בביטוח בריאות חובה בגרמניה כארבעה מיליוני חברים (פועלים). מס הבריאות החודשי נוכה ממשכורתם, ובתמורה הם היו זכאים לקבל שירותי בריאות, פנסיה ופיצוי בגין תאונות עבודה.¹ בשנים שלאחר מכן הורחב ביטוח הבריאות לכלל שכבות האוכלוסייה, ומוקד החקיקה הועבר מהבטחת מימון שירותי הבריאות לפועלים להבטחת שירות רפואי ממלכתי לכלל תושבי גרמניה. בהשפעת חקיקת הבריאות בגרמניה חוקקו חוקים דומים באוסטריה (1888) ובשוודיה (1891), ובמהלך השנים הצטרפו מדינות אחרות מאירופה, שאימצו את הרעיון ששירותי בריאות הם זכות יסוד שיש להבטיח לכלל התושבים, אם באמצעות ביטוח (המודל הביסמרקי) ואם באמצעות הבטחת שירותי בריאות על בסיס אזורי (המודל הבווריגי).²

1 H. R. Shryock, *The Development of Modern Medicine*, Pennsylvania 1979, p. 387

2 המודל הביסמרקי נקרא על שם ביסמרק (קנצלר גרמניה), שבתקופתו חוקק חוק ביטוח הבריאות הראשון בעולם (1881). על פי מודל זה הוקמו בגרמניה קופות חולים שביטחו קבוצות עובדים שונות בביטוח בריאות, תוך התקשרות חוזית עם ספקי שירותי בריאות שונים ותוך

ניסיונות לחוקק חוק ביטוח בריאות חובה בימי המנדט (1918-1948)

שאלת ביטוח בריאות חובה עלתה לראשונה על סדר יומו של היישוב היהודי בארץ ישראל כבר בשנת 1925 ביוזמתה של קופת החולים הכללית. על פי תפיסתה, חוק כזה יחייב את המעבידים להשתתף במימון בריאות העובדים השכירים, יבטיח שוויון במתן שירותי בריאות לכלל תושבי ארץ ישראל המנדטורית ויהווה תוספת מימון ייעודית לשירותי הבריאות ולקופת החולים עצמה.

נוסף על המניעים הסוציאליים, להשגת שוויון בשירותי בריאות היו גם מניעים לאומיים: שיפור בריאותו של היישוב היהודי, בעיקר של העולים והפועלים, והשגת ליכוד לאומי באמצעות חקיקה סוציאלית. אלו היו חלק בלתי נפרד מהרעיון הצינוני מראשיתו כאמצעי לגיבושו הפוליטי-חברתי של היישוב היהודי בארץ ישראל.³

בינואר 1930 הועברה הצעת החקיקה לידי הנציב העליון הבריטי. ממשלת המנדט הבריטי דחתה את ההצעה בנימוק תקציבי, מאחר ששיעור תשלום המיסים בארץ ישראל המנדטורית היה נמוך מעלותו הצפויה של החוק. בנוסף, ממשלת המנדט ציינה כי בריטניה אינה נוהגת ליזום חקיקה סוציאלית במושבותיה בחסות ממשלתית.⁴ דחיית רעיון חוק ביטוח בריאות על ידי המנדט הבריטי לא גנזה את הרעיון, הוא עלה מחדש על סדר היום הציבורי זמן קצר לאחר הקמת המדינה.

רעיון ביטוח הבריאות במדינת ישראל

בינואר 1948, שבעה חודשים אחרי ההכרזה על הקמתה של מדינת ישראל, הועלה רעיון ביטוח הבריאות הממלכתי על ידי יצחק קנב, מראשי תנועת העבודה, שהיה אחד מיוזמי החקיקה בתקופת המנדט. במסגרת הקמתם של המוסדות הממלכתיים וארגון הממשלה הזמנית המליץ קנב להקים בישראל בהדרגה (2-3 שלבים) מערכת מקיפה של ביטחון סוציאלי עד לחקיקת חוק ביטוח בריאות חובה.

חלוקת תשלום דמי ביטוח הבריאות בין העובד למעביד. המודל הבוריגי נקרא על שם ראש ועדה בבריטניה בווריג'. הוועדה המליצה על הקמת שירות בריאות לאומי (National Health Service = NHS). על פי מודל זה האוכלוסייה זכאית לשירותי בריאות המסופקים על ידי אזור המגורים של כל תושב. מימון השירותים מתבצע באמצעות המיסוי הכללי.

3 ראו גם S. Sufian, "Healing the Land and the Nation: Malaria and the Zionist Project in Mandatory Palestine", PhD dissertation, New York University, 1999

4 בריטניה הייתה אחרונת המדינות האירופאיות, שהסדירה את זכות התושבים לשירותי בריאות. שאלת ביטוח בריאות התושבים עלתה באנגליה לראשונה על ידי המדינאי הבריטי לוד ג'ורג' בעת היותו שר האוצר בשנים 1910-1912, בהשפעת יועצו הסוציאלי ויליאם בווריג'. משרד הבריאות הבריטי קם רק ב-1919.

תוכנית הביטוח הסוציאלי אמורה הייתה להיות אחידה ומנוהלת על ידי מוסד אחד על בסיס תשלום מס אחיד של כלל התושבים. חלקה הראשון של התוכנית התמקד בביטוח בריאות ממלכתי חובה, שחזר במידה רבה על הצעת החוק שנדחתה על ידי ממשלת המנדט. על פיה, שירותי הבריאות יינתנו על ידי קופות החולים הפועלות במדינה,⁵ ומשרד הבריאות יגבש את המדיניות, יפקח עליה ויהיה אחראי על רפואה מונעת ועל שירותי אשפוז לחולי נפש ומחלות כרוניות. ב־21 בנובמבר 1948 פנה שר האוצר, אליעזר קפלן, לשרי הסעד, הבריאות והעבודה בהצעה למנות ועדה בין משרדית בראשותו של יצחק קנב שתכנן את הביטוח הסוציאלי במדינה.

תוכנית קנב לביטוח סוציאלי ממלכתי

ב־15 במאי 1949 הגישה הוועדה המלצות ביניים לממשלה, וב־5 בפברואר 1950 הוגשו התוכנית וההמלצות הסופיות לגולדה מאירסון (מאיר), שרת העבודה. הוועדה המליצה על תוכנית שמטרתה "השלמת הביטוח הסוציאלי הקיים, תיאומו, פיתוחו והרחבתו המדורגת לכלל שיטה של ביטוח סוציאלי לכל העם שיקיף: עזרה רפואית לכול; מניעת מחלות ופיתוח בריאות העם; ביטוח סוציאלי של חובה הכולל: ביטוח מחלה; ביטוח אימהות; ביטוח תאונות עבודה; ביטוח נכות; ביטוח זקנה אלמנות ויתמות; ביטוח אבטלה; תוספות לילדים".⁶ התוכנית שילבה את הביטוח הסוציאלי עם ביטוח הבריאות והייתה אמורה להתבצע בהדרגה בשלושה שלבים. בפירוט ביצוע הביטוח ביחס לכל שלב העירה הוועדה כי "בתנאי הזמן המיוחדים שבהם נערכת התוכנית: התקופה הראשונה להתהוות המדינה ולבניינה, מעמסת הוצאות הביטחון, העלייה ההמונית וקליטתה ויוקר המחיה – תתגשם התוכנית שלב אחר שלב".⁷

בנוגע לארגון מערכת הבריאות לאספקת מערך השירות כפי שנקבע לעיל, "הוועדה מציעה לממשלה לבחור באחת מארבע השיטות האפשריות שלפיהן נושא הביטוח יהיה: 1. המדינה בלבד; 2. אגודות שונות של מבוטחים וארגוניהם; 3. מוסד

5 קופת החולים הכללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מכבי, קופת חולים מרכזית, קופת חולים עממית וקופת חולים אסף. עממית ומרכזית התאחדו לקופת חולים מאוחדת, וקופת חולים אסף התאחדה עם מכבי.

6 תמצית התוכנית לביטוח סוציאלי בישראל, שהוגשה לממשלה על ידי הוועדה הבין-משרדית לתכנון הביטוח הסוציאלי. חקרי עבודה, כרך ד', 1950, עמ' 104-109.

7 שם.

אחיד של מבוטחים בלי השתתפות המדינה; 4. מוסד אחיד ומשותף של מבוטחים ומדינה גם יחד.⁸ אל רשימה זו הוסיפה הוועדה פירוט ודיון ביתרונות ובחסרונות של כל אחת מהשיטות הארגוניות שהוצעו לעיל.

באשר לספקי שירותי הבריאות הומלץ להעביר את כל בתי החולים הציבוריים (כולל אלה של קופת החולים הכללית) לאחריות הממשלה ולהותיר בידי קופת החולים הכללית את מערך השירות הראשוני והשניוני בלבד (מרפאות משפחה ומרפאות מקצועיות), מכונים, בתי הבראה ומוסדות שיקום.

לגבי העתיד המליצה הוועדה לאחד את כל קופות החולים הציבוריות בארץ לארגון אחד במסגרת דומה לזו של קופת החולים הכללית. עד שאיחוד זה יוגשם, קבעה הוועדה כללים להגדרת פעילותן של קופות החולים הציבוריות בתקופת המעבר: קופה תכלול לפחות 10,000 חברים מבוטחים ותפעל כמוסד ללא כוונות רווח ובפיקוח משרד העבודה.

למרות הפירוט הרב של התוכנית ולוח הזמנים המוקצב בן שלוש השנים ליישום השלב הראשון של התוכנית, לא נקבע לוח זמנים כל שהוא להעברת בתי החולים לידי הממשלה ולא לאיחודן של קופות החולים הציבוריות. בהחלטתה שלא לקבוע לוח זמנים מחייב להגשמת השינויים הארגוניים במערכת הבריאות, נכנעה הוועדה ללחצן של ההסתדרות וקופת החולים הכללית, שביקשו למנוע את העברתם של בתי החולים של הקופה לבעלות המדינה ולרצונו של קנב להמעיט ככל האפשר את הפגיעה בהסתדרות ובקופת החולים הכללית.

הימנעותה של הוועדה מהחלטה מחייבת בסוגיות הארגוניות הקשות ביותר חיזקה את מעמדן של קופות החולים שפעלו במדינה, ובעיקר את מעמדה של קופת החולים הכללית, והשאירה את מערכת הבריאות כפי שהייתה. המלצות ועדת קנב שלא קבעו לוח זמנים מחייב ליישום השינויים המערכתיים והארגוניים בתחום שירותי הבריאות והביטחון הסוציאלי, הובילו בפועל לשימור מערכת בריאות פלורליסטית, כפי שהתגבשה במהלך תקופת היישוב שלפני קום המדינה, על מכלול יתרונותיה וחסרונותיה.⁹

בפרסום הראשוני של שרת העבודה, גולדה מאיר, על התוכנית היא הדגישה, כי "הנהגת ביטוח חובה לא תזעזע את יסודות המשק ... הממשלה אינה מתכוונת להלאמת בתי חולים פרטיים".¹⁰ אך לצורך המחשת הקשיים הטמונים בתוכנית

8 שם, עמ' 109.

9 ראו גם: Y. Zalmanovitch, *Policy Making at the Margins of Government*, Tel-Aviv 2002, pp. 30-36

10 "מדינת ישראל לקראת משטר של בטחון סוציאלי", דבר, 21.5.50, עמ' 2.

הופיעה בתחתית הפרסום כתבה קצרה על הסתייגויות משרד האוצר לתוכנית הביטוח הסוציאלי ועל המלצתו להעביר את ביטוח הזקנה והאבטלה לשלב השני של ביצוע התוכנית ולבצע בשלב הראשון את ביטוח הבריאות, ביטוח אימהות וביטוח תאונות עבודה ונכות.

ההתפתחויות הפוליטיות והשפעתן על ניסיונות החקיקה

ב־14 בפברואר 1951 התפטר דוד בן־גוריון מראשות ממשלת ישראל והכנסת פוזרה. ממשלת ישראל והכנסת נכנסו לתקופת מעבר לקראת הבחירות לכנסת השנייה ביולי אותה שנה. אומנם ששת חודשי תקופת המעבר נתנו לממשלה חופש פעולה יחסית רחב בדיוניה, מאחר שהיא הייתה משוחררת בתקופה זו מהיענות ללחצים פוליטיים, אך הבחירות הקרבות לכנסת השנייה השפיעו במידה רבה על פעולותיה. על רקע זה יש לראות את ההחלטה פה אחד של הממשלה במרס 1951 לצאת בהודעה פומבית על כוונתה לחוקק בהקדם את חוק הביטוח הסוציאלי, כולל ביטוח בריאות ממלכתי, על בסיס תוכנית קנב.

זמן קצר לאחר הודעתה מינתה ממשלת ישראל ועדה בראשות המשפטן צבי ברנזון (מנכ"ל משרד העבודה) במטרה להביא לממשלה הצעת חקיקה עוד לפני הבחירות ביולי אותה שנה. אל הוועדה צורף כיועץ יצחק קנב, שהתפטר חצי שנה קודם לכן מתפקידו במשרד העבודה לאות מחאה על עיכוב החקיקה. הצהרת הכוונות של הממשלה ומינוי הוועדה לגיבוש החקיקה עוררו מחדש את הדיון הציבורי בשאלה והובילו לסדרת כתבות בעיתונות, שתקפו אותה על כוונתה לנצל את הנושא כדי לרכוש קולות בבחירות הקרובות, בעת שהמדינה אינה מוכנה ואינה יכולה ליישם בפועל את החקיקה.¹¹ יוזמתה המחודשת של ממשלת ישראל עוררה את ההסתדרות הרפואית לפעולה, וזו פנתה אל פנחס רוזן, שר המשפטים, בבקשה שיתערב בהכנת החקיקה וימנע קבלת החלטות שיפגעו בציבור הרופאים. רוזן נענה לפניית ההסתדרות הרפואית ונחלץ לפעולה.

ביוני 1951 דנה לראשונה ממשלת ישראל בהצעת החוק לביטוח סוציאלי, שכלל גם ביטוח בריאות ממלכתי חובה. למרות הרושם הראשוני שההצעה תאושר כמות שהיא על ידי הממשלה ויוחל לפעול מידית ליישומה, נתקלה ההצעה בעת הדיון בממשלה בהתנגדויות מבית, מקרב שרי מפא"י. רוב ההתנגדויות התמקדו בחלק

11 הארץ, 2 אפריל 1951. לדעת אברהם דורון, ממשלת ישראל לא התכוונה כלל ליישם את החקיקה, ומינוי הוועדה והפרסום הפומבי שניתן לנושא נעשו רק כתרגיל בחירות, ראו: אברהם דורון, המאבק על הביטוח הלאומי בישראל 1948-1953, ירושלים 1975, עמ' 41.

שעסק בביטוח בריאות חובה. ההתנגדות המרכזית הוצגה על ידי פנחס לבון, שר החקלאות, שהיה עד למינויו כשר בממשלה תומך נלהב בתוכנית קנב וייצג את העמדה הפרגמטיסטית בסוגיית מעמדה של ההסתדרות במדינה. לבון קרא להוצאה מוחלטת של ביטוח בריאות חובה מההצעה ולהשארת החלק העוסק ביטוח סוציאלי בלבד. הייתה זו סטייה גמורה מהתבטאויותיו הקודמות בנושא ועידת מפא"י ובדיונים קודמים בשנתיים שעברו בוועד הפועל של ההסתדרות. אם בעבר תמך לבון בהצעת ביטוח הבריאות לפי תוכנית קנב, הרי עתה נסוג ממנה לחלוטין. לבון לא הסביר את סיבת התנגדותו, אבל אפשר להניח כי ברגע ההכרעה חשש ממהלך שעשוי לפגוע בעתיד במעמדה של קופת החולים ואולי אף להלאמתה. בן-גוריון, לעומת זאת, לא נקט עמדה ברורה והתלבט בין ביטול הצעת החוק כולה או אישורה ללא ביטוח הבריאות. תומכת יחידה בהצעה כמות שהיא הייתה שרת העבודה גולדה מאיר, שראתה בביטול סעיף ביטוח הבריאות פגיעה במהות החוק. להערכת אברהם דורון,¹² המהלך המכריע להוצאת חוק ביטוח בריאות חובה מהצעת החקיקה לביטוח סוציאלי נעשה על ידי פנחס רוזן שר המשפטים. אף שקודם לכן הסתייגויותיו מהצעת החוק לא התקבלו, הרי שבעת הדיון בממשלה קיבלה התנגדותו של רוזן משקל מכריע. רוזן, עקבי בדעתו שהצעת החוק הנדונה בממשלה תפגע בעיקר בציבור הרופאים, הציע כפשרה לתמוך בחקיקה בתנאי שסעיף ביטוח הבריאות יוצא ממנה. לדבריו, נוסח החוק המוצע שמשאיר את אספקת שירותי הבריאות בידי קופות החולים, יפגע קשות בציבור הרופאים ויוביל לאבטלה בקרבם. רק מתן שירותי בריאות באמצעות מוסד ממלכתי לביטוח סוציאלי (או כפי שהציע ד"ר חיים שיבא באמצעות שירות בריאות לאומי בנוסח הבריטי) התקבל על דעתו. אך תומכי ההסתדרות וקופת החולים מקרב שרי מפא"י לא יכלו לקבל את ההצעה הזאת, משום שפירושה היה הלאמת קופת החולים.

אם כן, בדומה למהלכים שהתרחשו במדינות אחרות, גם בראשית ימיה של המדינה נוצרה "קואליציה" מוזרה של מתנגדים לחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הסתדרות הרופאים שייצגה את הפרופסיה הרפואית (ובעיקר את הרופאים העצמאיים), חברה בהתנגדותה להסתדרות הכללית, כשכל אחת מהן פעלה מטעמים שונים לחלוטין. התנגדות זו הצליחה בסופו של דבר לדחוק החוצה את פרק ביטוח הבריאות מתוך חוק הביטוח הלאומי.

ב-13 במאי אישרה ממשלת ישראל את הצעת החוק לביטוח סוציאלי ללא ביטוח בריאות חובה ברוב של 5 בעד ו-2 נגד. ניסיון אחרון של גולדה מאיר לבטל את

החלטת הממשלה בנימוק פרוצדורלי נכשל על הסף. ניסיונות של ראשי משרד העבודה (קנב, ברנזון ולוטן) להחזיר את הגלגל אחורה ולהביא את סעיף ביטוח הבריאות לדיון נוסף בממשלה נכשל אף הוא. פניות אל שר המשפטים פנחס רוזן על מנת שיחזור מהתנגדותו לביטוח בריאות חובה, נדחו אף הן.

ב-19 ביוני הגישה ממשלת ישראל לכנסת את הצעת החוק לביטוח סוציאלי ללא ביטוח בריאות חובה. בדברי הסבר שנמסרו לכנסת על השמטת ביטוח הבריאות מהחוק צוינו סיבות כלכליות ומנהליות, אך ללא פירוט נוסף. שלוש שנים של דיונים, תוכניות, ועדות, דיונים פוליטיים, התלבטויות וציפיות לעידן חדש במערכת הבריאות ירדו לטמיון ונגוזו. במאמר סיכום על פרשת חוק ביטוח בריאות בעיתון "על המשמר" כתב ברוך לין: "הממשלה ויתרה על ביטוח מחלה, והיא נרתעה מפני לחץ הבורגנות וחוגי הרופאים הנוהרים אחריה וְיִתְרָה על ההכרעה בדבר מקומה של הרפואה הציבורית בתוכנו".

לטענת אברהם דורון, הנסיגה מהתוכנית לביטוח בריאות כפי שהתרחשה בממשלה הייתה טעות. על פי מחקריו המסתמכים על ראיונות עם קנב ולוטן (חברי הוועדה), התנגדות פנחס רוזן שהובילה להפלת ביטוח הבריאות נבעה מאי הבנה מצערת. רוזן, לדברי לוטן, "חשב שקופת חולים לא תהא מוכנה להבטיח תעסוקה מלאה לכל הרופאים המוכנים לעבוד במסגרת ביטוח הבריאות", בעוד שלדעת לוטן: "הייתה הסכמה לכך מטעם קופת חולים"¹³.

המשבר הפוליטי (שנת 1951) העלה מחדש את נושא ביטוח הבריאות והביטוח הסוציאלי על סדר היום הציבורי, ובפועל הוביל למאבק הזוטא בסוגיית ביטוח הבריאות ולהפלתו הסופית. הוא הביא בדיעבד לאישורם של הסעיפים הסוציאליים בהצעת החקיקה כפתרון פשרה והוביל להחלת הביטוח הלאומי בשנת 1954.

ביולי 1951 נערכו הבחירות לכנסת השנייה. לשר הבריאות התמנה הד"ר יוסף בורג, חבר תנועת המזרחי. למרות השינוי הפוליטי וחילופי השרים במשרד הבריאות, לא חזרה ממשלת ישראל לדון בסוגיית חוק ביטוח בריאות חובה ודבקה בנוסח החוק, שהתייחס לביטוח סוציאלי בלבד. שנתיים לאחר מכן אושר בכנסת ישראל חוק הביטוח הלאומי בקריאה שלישית ונכנס לתוקפו בראשית 1954. אחת ההבטחות ששרדה מתוך חוק ביטוח בריאות והוכנסה לחוק ביטוח לאומי, היא חוק ביטוח אימהות, שעבר כחלק מחוק ביטוח לאומי, ככל הנראה, גם כחלק מעוצמתו

13 שם, עמ' 43 הערה 23. לוטן, לעומת זאת, אינו מזכיר זאת בספרו הדן בביטוח הלאומי. מאידך, הוא ציין כי גם לדעתו העלאת נושא הביטוח הסוציאלי על ידי ממשלת ישראל במרס 1951 הייתה לצורכי דיון ציבורי בלבד וללא כל כוונה ליישמו.

של האתוס של עידוד הילודה.¹⁴ אך "שריד" זה, עם כל חשיבותו, הוא מה שנותר מחוק ביטוח בריאות. בניגוד לתחומים אחרים כמו חינוך, צבא ועוד, שהפכו "ממלכתיים" (עם כל הסייגים והבעיות של כל אחד מתחומים אלו), שירותי הבריאות במדינת ישראל נותרו וולונטריים למשך שנים רבות. בנוסף, הקשר ההדוק בין ההסתדרות לקופת החולים הכללית, שגרר עמו פוליטיזציה של שירותי הבריאות, כמו גם כוחה המרכזי של קופת החולים בקביעת מדיניות בריאות לעומת החולשה היחסית של משרד הבריאות, המשיכו להתקיים כמאפיינים של מערכת הבריאות בישראל עד לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994.

סבב נוסף של ניסיונות לחקיקת החוק

נושא חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שב ועלה על סדר יומה של מערכת הבריאות ביוני 1957, כששר העבודה והממונה על הביטוח הלאומי, מר מרדכי נמיר, מינה ועדה לתכנון בריאות כללי - "ועדת קנב השנייה".¹⁵ המלצות הוועדה הוגשו במרס 1959, והייתה בהן חזרה על המלצות ועדת קנב הראשונה, לפיהן יופעל ביטוח הבריאות בשני שלבים: בשלב הראשון יכלול הביטוח את שירותי האשפוז בלבד, והוא יחול על כל האוכלוסייה; בשלב השני יכלול הביטוח את הטיפול האמבולטורי שבתחילה יכסה רק 80% מהאוכלוסייה.

רוב חברי הוועדה (8 מתוך 15 חברים) המליצו כי בהתאם לקווי היסוד של הממשלה יבוצע הביטוח באמצעות קופות החולים הקיימות. כן המליצה הוועדה על מעבר חופשי של חברים מקופה לקופה.

עמדת ההסתדרות הרפואית (הר"י) באותה העת הייתה שיש לחוקק חוק ביטוח בריאות לכלל האוכלוסייה באמצעות מוסד ממלכתי. עמדה זו הייתה שונה מעמדתה המסורתית של הר"י, שעד אז התנגדה לחוק. לנוכח השיעור הגבוה של רופאים

14 על הדינאים בחוק ביטוח אימהות מתוך ניתוח של אתוס הילודה בשנותיה הראשונות של המדינה ראו נ' ברקוביץ', "אזרחות ואימהות: מעמדה של הנשים בישראל", בתוך: 'פלד ו' אופיר (עורכים), ישראל - מחברה מגויסת לחברה אזרחית?, תל-אביב 2001, עמ' 206-234.

15 בוועדה היו חברים כל חברי ועדת קנב בהרכבה המקורי, ולה נוספו מנכ"ל משרד הפנים, מנהל המוסד לביטוח לאומי, חמישה רופאים, שלושה נציגי מוסדות רפואה וגופים ציבוריים במעמד של דעה מייצגת, נציגי ההסתדרות הרפואית (הר"י), נציגי בתי ספר לרפואה ונציגי קופת חולים לעובדים לאומיים. בכתב המיני לועדה הוזכר סעיף 52 לחוק יסוד הממשלה, שקבע שהממשלה תחתור לביטוח בריאות כללי באמצעות קופות החולים הקיימות תוך שמירה על האוטונומיה של הנהלת הקופות. סעיף זה בקווי היסוד של הממשלה הוכנס בלחצם של ה"בדלנים" בהסתדרות, שהתנגדו לאיחוד כל קופות החולים לקופת חולים ממלכתית אחת.

לאוכלוסייה צוין בהחלטה של ועידת הר"י, שעל המוסד הממלכתי להבטיח עבודה לכל רופא.

גם בעמדתו של משה סורוקה, מנהלה של קופת החולים הכללית, חל שינוי, ובספטמבר 1966 הוא כתב בעיתון "דבר": "בשל הזמן הגיעה השעה שייאמר ברורות ופשוטות, כי יש להעביר את כל שירותי הבריאות בישראל לרשות המדינה על ידי ביטוח רפואי באמצעות קופת חולים אחת ממשלתית, בפיקוח מועצה ציבורית כדוגמת המוסד לביטוח לאומי בארצנו".

בעמדתה המסורתית של ההסתדרות הכללית לא חל שינוי גם בשנות ה-60, והיא המשיכה לתמוך בביטוח בריאות באמצעות קופות החולים הקיימות.

בשנת 1966 הוגשו לכנסת שלוש הצעות חקיקה בעניין ביטוח בריאות על ידי מפלגת רפ"י (בהנהגת דוד בן-גוריון), גח"ל (גוש חירות-ליברלים) והצעה נוספת הוגשה על ידי ח"כ יוסף גרוס. שלוש ההצעות הוסרו מסדר היום של הכנסת בלחצו של שר הבריאות דאז, ישראל ברזילי, שהודיע במקביל על הקמת ועדה חדשה לנושא – "ועדת אבא חושי"¹⁶.

ועדת אבא חושי סיימה את עבודתה בשנת 1968 ללא דוח מוסכם ותוך מחלוקות בין שתי עמדות: קבוצה אחת בוועדה הייתה בדעה כי יש לשמור על קופות החולים הקיימות, ואילו הקבוצה האחרת המליצה על ביטוח בריאות ממלכתי שיינתן על ידי המדינה.

בשנת 1968 מונתה על ידי הר"י ועדה בת 15 רופאים בראשות פרופ' מן ("ועדת מן"). הוועדה המליצה על הקמת רשות בריאות עליונה שתתווה את מדיניות הבריאות בארץ. שירותי הבריאות, על פי ההצעה, יושתתו על בסיס אזורי, והנהלות האזור תהיינה אחראיות לניהול הכולל של שירותי הבריאות באזור.

בתחילת שנות ה-70 עברה מרבית הפעילות בנושא ביטוח בריאות לכנסת. בשנת 1971 הקים שר העבודה יוסף אלמוגי את "ועדת המערך למדיניות בריאות", שפעלה במשך חצי שנה והכינה את "הצעת חוק ביטוח בריאות תשל"ו-1971"¹⁷. ביולי 1973 הובאה לכנסת "הצעת חוק ביטוח בריאות תשל"ג-1973" והועלתה

16 בוועדה השתתפו 19 חברים, בהם חברי כנסת, מנכ"לים של משרדי ממשלה וכמה רופאים. הוועדה מונתה על ידי שרי הבריאות והעבודה. בכתב המינוי צוין כי ביטוח הבריאות יבוצע על ידי קופות החולים הקיימות, ועל הוועדה לטפל בצד הארגוני של הביטוח.

17 משרד הבריאות לא שותף בהכנת הצעת חוק זו. עם פרסומה הביע המשרד את החשש, שהמבנה המוצע (הקמת שתי רשויות, רשות בריאות ורשות אשפוז) ירוקן את משרד הבריאות מתפקידיו. כן הייתה התנגדות לכך שהממונים על החוק יהיו שר הבריאות וגם שר העבודה. על רקע מחלוקות אלה התפטר מנכ"ל משרד הבריאות באותה תקופה, ד"ר רפאל ג'וזבין.

להצבעה בקריאה הראשונה.¹⁸ לפיה, על כל מבוטח להצטרף לפי בחירתו לקופת חולים, והקופה חייבת לקבל כל מבוטח המבקש להצטרף אליה. באשר לגביית דמי החברות בקופה קבעה ההצעה נהלים מסובכים, שהותירו את ביצוע הגבייה בידי כל אחת מקופות החולים ובידי גורמים אחרים.

הצעת חוק ביטוח בריאות תשל"ג-1973 אושרה בקריאה ראשונה והועברה לוועדת השירותים הציבוריים, אך בשל פיזור הכנסת ועריכת בחירות הספיקה הוועדה לקיים דיון אחד בלבד. בוועדה התנהל ויכוח קשה על שני נושאים עקרוניים:

1. אופן הגבייה של דמי ביטוח בריאות – גבייה מרוכזת על ידי המוסד לביטוח לאומי או גבייה על ידי קופות החולים;
2. מידת חופש הבחירה בקופת החולים – הליברלים העצמאיים, חברי הקואליציה, דרשו להכליל סעיף שימנע סנקציות נגד מבוטחים העוברים מקופה לקופה, סעיף שיצוין בו כי למרות האמור רשאי כל חבר ארגון להצטרף לקופת חולים על פי בחירתו מבלי שיינקטו נגדו אמצעים משמעותיים.

עם כינונה של הכנסת השמינית הוחלט להוסיף להצעת החוק את דין הרציפות, ושוב הועבר החוק לדיון בוועדת השירותים הציבוריים בראשות ח"כ חייקה גרוסמן. עם התקרב מועד ההצבעה המכריע בוועדת השירותים הציבוריים, התמקד הוויכוח בבעיית הגבייה המרוכזת של דמי ביטוח בריאות בידי המוסד לביטוח לאומי וזכות המעבר מקופה לקופה ללא מגבלות. הליברלים העצמאיים איימו לעזוב את הקואליציה אם החוק לא יתוקן, ואילו מפ"ם איימה לפרוש מן המערך, אם החוק לא יתקבל. גם המפד"ל איימה להצביע נגד החוק, אם הסעיפים השנויים במחלוקת יתקבלו. המזכיר הכללי של ההסתדרות, ירוחם משל, הודיע כי ההסתדרות דורשת שחבר בהסתדרות יהיה גם חבר בקופת החולים הכללית, אם כי חבר בקופת החולים יכול שלא להשתייך להסתדרות, כפי שהוצע בחוק.

לאחר כ-60 ישיבות של הוועדה הועברה הצעת החוק לקריאות שנייה ושלישית, אולם לנוכח איומי הפרישה של מפלגות הקואליציה לא הועלתה הצעת החוק להצבעה במליאה. עם פיזור הכנסת וחילופי השלטון בשנת 1977 לא הוחל חוק הרציפות על הצעת חוק ביטוח בריאות תשל"ג-1973. בכך הגיע לסימום הטיפול בהצעת חקיקה זו, וסבב שני של ניסיונות לחקיקת החוק לא צלח.

18 זו הפעם הראשונה שבה הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הועלתה בכנסת על ידי הממשלה.

עשור נוסף של ניסיונות חקיקה

עם כניסתו לתפקיד של שר הבריאות החדש, אליעזר שוסטק (1977) מינה השר ועדה מצומצמת בראשות פרופ' עזרה זוהר, כדי שתציע דרכים לרפורמה בשירותי הבריאות בישראל. הוועדה הגישה דוח, ובו הצעה להשתית את שירותי הבריאות על בסיס אזורי: ברמה הארצית תהא רשות בריאות ממלכתית, שבראשה יעמוד רופא, ולידו תוקם מועצה שתורכב ממנהלי המרכזים הרפואיים האזוריים. מבוטחים ייוצגו על ידי מועצה ציבורית אזורית, שתהיה גוף מייעץ בלבד ותמונה על ידי הרשויות המקומיות.

על בסיס רעיונות אלה של ועדת זוהר הגיש שר הבריאות הצעת חקיקה חדשה, שלפיה כל אזרחי ישראל זכאים לשירותי בריאות וזכאים לבחור בין ספקי שירותי הבריאות כרצונם. ביטוח הבריאות יהיה ביטוח חובה, והמימון יתחלק בין העובדים, המעסיקים והממשלה. שירותי הבריאות יינתנו על בסיס אזורי לפי חלוקת הארץ ל-10-15 אזורים.

הצעת חוק ביטוח בריאות של שוסטק הייתה ההצעה השנייה שהוגשה על ידי הממשלה, והיא עברה קריאה ראשונה בפברואר 1981. לאחר הבחירות לכנסת התשיעית (יוני 1981) הועברה ההצעה לדיון בוועדת כנסת מיוחדת בת 13 חברים בראשות ח"כ חיים קורפו. היא דנה בהצעת החוק ככעשרים ישיבות. הכנסת העשירית החליטה להחיל על החוק את דין הרציפות, ושוב הועבר החוק לוועדה מיוחדת בת 13 חברים בראשות ח"כ אהוד אולמרט. הוועדה דנה בחוק כמה פעמים במהלך שנת 1982, אך לא הגיעה לכלל סיכומים, ובכך תם הדיון בהצעה זו.

בשנת 1988 הוכנה טיוטה להצעת חוק ביטוח בריאות על ידי שרת הבריאות שושנה ארבלי אלמוזלינו. הצעה זו הנציחה את הזיקה שבין ההסתדרות לבין קופת החולים הכללית ואפשרה לכל קופה להמשיך לגבות את מיסי החבר באמצעות מנגנוני הגבייה הקיימים. הצעת החקיקה של שרת הבריאות הועלתה בממשלה, עברה לוועדת שרים לענייני חקיקה בראשות שר האוצר משה נסים, אך לא הגיעה לכלל דיון והצבעה, בשל התנגדותו העקרונית של שר האוצר לחקיקת החוק.

עם מינויו של אהוד אולמרט לשר הבריאות החלה להתגבש הצעת חקיקה נוספת. בעקרונית הצעת החוק שהגיש אולמרט בשנת 1992 באו לידי ביטוי בפעם הראשונה המלצות ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות ("ועדת נתניהו").

ועדת השופטת שושנה נתניהו

ביוני 1988 החליטה ממשלת ישראל להקים ועדת חקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, וזאת בעקבות הגירעון הגדול של קופת החולים הכללית, שהעמיד את מערכת הבריאות הציבורית בפני משבר. בהחלטת הממשלה נקבע לכונן ועדת חקירה לפי חוק ועדות החקירה, התשכ"ט 1969, שתבדוק את תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל ותגיש לממשלה ממצאים והמלצות ככל שתמצא לנכון, בדבר השינויים הנדרשים במבנה ובצורת התפקוד של המערכת והדרכים להתייעלותה.

לראשות הוועדה מונתה השופטת שושנה נתניהו, וחברי הוועדה היו פרופ' שמואל פנחס (מנכ"ל הדסה), פרופ' אריה שירום (אוניברסיטת תל-אביב), פרופ' מרדכי שני (מנהל המרכז הרפואי שיבא) וד"ר דב צ'רניחובסקי (אוניברסיטת בן-גוריון בנגב). הוועדה בחנה מגוון רחב של נושאים ושמעה 148 עדים, שחלקם הוזמנו ביוזמתה וחלקם הגיעו למסור עדות על פי בקשתם. כן התייעצה הוועדה עם מומחים מחו"ל.

דוח הוועדה הוגש ב-20 באוגוסט 1990 וכלל סקירה מפורטת של מערכת הבריאות במדינת ישראל ו-116 המלצות לרפורמה (82 מהן בדעת רוב), שהמרכזית והחשובה שבהן הייתה ההמלצה לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. המלצות נוספות היו הפסקת פעילות משרד הבריאות כספק ישיר של שירותי בריאות לפרט, ניהול בתי החולים הציבוריים על ידי תאגידים, אספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה על בסיס אזורי ועוד. פרופ' אריה שירום לא הצטרף לדעת רוב חברי הוועדה והגיש דעת מיעוט מפורטת.

הוועדה המליצה לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועקרונות רבים בהצעה מצויים כיום בחוק ביטוח הבריאות, כגון חובת ביטוח, הגדרת "סל", הקצאת מקורות על בסיס קפיטציה¹⁹ ומתן חופש לבחור קופה. על פי ההצעה של ועדת נתניהו, חולקה הארץ לאזורי שירות מתוך כוונה שבכל אזור תתחרנה קופות חולים אזוריות. הצעת החוק עברה לוועדת הכנסת, אך בעקבות פיזור הכנסת והבחירות בשנת 1992 הסתיים הטיפול בה.

חיים רמון שמונה לשר בריאות בעקבות חילופי השלטון בשנת 1992, חידש את הניסיונות לחקיקת החוק תוך אימוץ עקרונות החוק, כפי שנוסחו על ידי ועדת נתניהו ותוך השמטת רעיון קופות החולים האזוריות. הצעת החוק הממשלתית

19 כינוי לנוסחה המשמשת לקביעת אופן הקצאת המקורות לקופות החולים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

עברה בכנסת בקריאה ראשונה והועברה לדיון בוועדת כנסת מיוחדת, שהוקמה לקידום החקיקה בראשות חבר הכנסת עמיר פרץ. תהליך החקיקה נתקל בהתנגדות המסורתית של ההסתדרות הכללית, שרעיון הפרדת קופות החולים ההסתדרויות איים על קיומה. על רקע הווטו שהטילה ההסתדרות על מנגנון גביית מיסי החבר (גבייה באמצעות המוסד לביטוח לאומי במקום מנגנון הגבייה של ההסתדרות) התפטר חיים רמון מתפקידו כשר הבריאות, הציג את מועמדותו ליו"ר ההסתדרות הכללית וזכה ברוב מוחץ. עם בחירתו ליו"ר ההסתדרות הוסר מוקד ההתנגדות המרכזי והמסורתי לחקיקת החוק ונסללה הדרך לסיום תהליך חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (יוני 1994). מסיכום המהלכים לקידום חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי עד לתחילת שנות ה-90, עולה כי לאורך השנים הוצעו על ידי צדדים שונים של הקשת הפוליטית הישראלית 15 הצעות חוק – חלקן הצעות חוק יזומות על ידי הממשלה וחלקן הצעות חוק פרטיות של קבוצות חברי כנסת ממפלגות שונות. ניתוח ההצעות השונות של השרים, של חברי הכנסת ושל הוועדות מלמד שלצד עקרונות משותפים רבים שחזרו בכל ההצעות (כגון, כיסוי ביטוחי לכול והגדרת "סל"), נבדלו ההצעות בעיקר בעניין מעמדן של קופות החולים וזיקתן להסתדרויות, מנגנון גביית דמי ביטוח בריאות והשתתת ארגון שירותי הבריאות על בסיס אזורי.

סוף דבר: חוק ביטוח בריאות חובה 1994 – עקרונות יסוד והשפעה חברתית

הרצון להחיל ביטחון סוציאלי בריאותי על כל תושבי המדינה שהחל כבר בתקופת המנדט, בא לסיומו בשנת 1994 עם חקיקת חוק ביטוח בריאות חובה לאחר יותר מ-40 שנים של ניסיונות חקיקה שלא צלחו. עם כניסת החוק לתוקפו נוספה הזכות לבריאות למאגר הזכויות הסוציאליות של תושבי ישראל.

החלת חוק ביטוח בריאות חובה בישראל הובילה לכמה הישגים מרכזיים: עיגון בחקיקה של הזכות לסל שירותי בריאות לכל התושבים;²⁰ החופש של כל תושב לבחור בקופת חולים ללא כל אפליה בגין מצב בריאות או הכנסה; קביעת מס הבריאות על בסיס פרוגרסיבי; גביית דמי ביטוח בריאות הועברה לידי הביטוח הלאומי, שהופקד גם על חלוקתו לקופות לפי נוסחת קפיטציה. כל אלה גרמו לחלוקת מימון עלויות השירות הרפואי באופן הוגן יותר על-ידי הציבור – כל אחד משלם על פי הכנסתו, ומקבל שירות רפואי על פי צרכיו. התמריצים לסינון

20 החלת החוק על כלל התושבים ולא רק על אזרחי המדינה נעשתה ביוזמתה של חברת הכנסת תמר גוז'נסקי שהייתה חברת הוועדה.

מבוטחים "טובים" (בריאים ובעלי הכנסה גבוהה), שאפיינו את התנהגות קופות החולים מכבי ומאוחדת לפני החוק, הלכו ונחלשו, וכל תושב רשאי מעתה לבחור את קופת החולים שבה הוא רוצה להיות חבר.

האחריות לשוויון הזכויות במעמדם של התושבים ביחס לשירות הרפואי הובילה לתחרות מנוהלת בין גורמי הבריאות השונים ושיפרה את איכות השירות שמקבל התושב בישראל. הניתוק בין קופת החולים הכללית להסתדרות המחיש באופן חד את אמירתו ההיסטורית של דוד בן-גוריון כי "קופת חולים היא המוסד האחד הנותן כוח שהוא להסתדרות". נטילת מוקד כוח זה מההסתדרות מוטט אותה מארגון בן קרוב לארבעה מיליוני איש לארגון בן חצי מיליון חברים בלבד. הייתה זו הוכחה לאמינות חששותיהם של ראשי ההסתדרות מאז ומתמיד לניתוקה מקופת החולים, ניתוק שאכן הוביל לפיחות במעמדה ולאובדן חלק נכבד ממקורות הכנסתה.

אך החקיקה הותירה כמה נקודות חולשה שמלוות את החוק עד היום. במהלך שנות הפעלתו של החוק חלו בו ובתקנות המצורפות לו שינויים רבים (יותר מ-60 תיקוני חקיקה ויותר מ-400 תיקוני סעיפים). חלק מהתיקונים נועדו להשלים את עקרונות החקיקה הראשית, אולם חלקם היו שינויים מהותיים בחקיקה המקורית תוך שחיקת עקרונות היסוד בחוק המקורי. שינויים אלה נעשו ברובם הגדול במסגרת חוקי הסדרים המאושרים בכנסת, כחלק מאישור חוק התקציב השנתי.

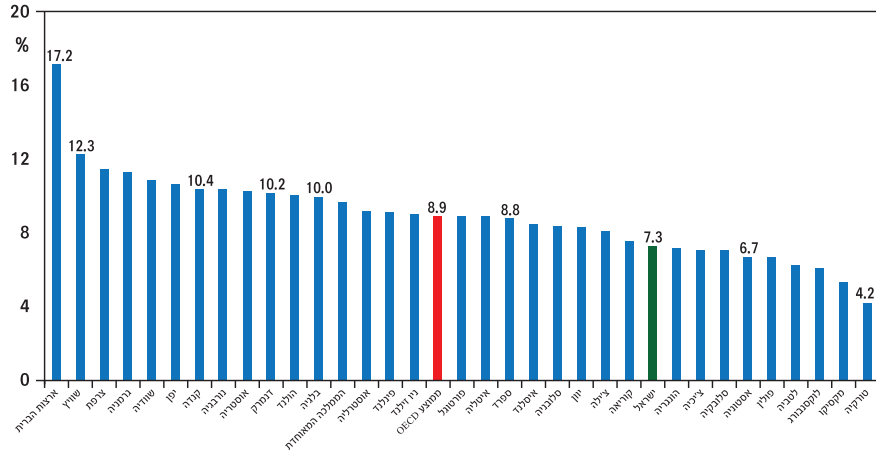
אחת המטרות החשובות של החוק הייתה להסדיר כללי מימון יציבים למערכת הבריאות באמצעות מנגנון עדכון מקורות המעוגן בחקיקה, שיבטא שינויים דמוגרפיים וטכנולוגיים ושינויים במחירי תשומות מערכת הבריאות. עיקרון זה היה נתון לחילוקי דעות במשך כל שנות הפעלתו של החוק וגרם למשברים פיננסיים מתמידים על רקע שחיקת השתתפות תקציב המדינה במימון החוק – משברים שליוו את הקופות כבר משנת הפעלתו הראשונה של החוק. כחלק ממאמצי הקופות לגייס מקורות חדשים שיחליפו את השתתפות תקציב המדינה, הם הגדילו את היקף ההכנסות מהשתתפויות עצמיות על שירותי בריאות והרחיבו את תוכניות הביטוחים המשלימים (שב"ן – שירותי בריאות נוספים). התחרות המנוהלת בין קופות החולים יצרה מערכת יחסים עסקית של לקוחות וספקים, שבה יש משקל רב לשיקולים הכלכליים.²¹

21 על ניתוח השינויים שחלו במערכת הבריאות הישראלית בהקשר זה, ראו: ד' פילק, "בריאות עוברת לסוחר: הרפואה הציבורית בישראל בין המדינה, החברה האזרחית והשוק", בתוך: "פלד וע' אופיר (עורכים), ישראל – מחברה מגויסת לחברה אזרחית?", תל-אביב 2001, עמ' 262-280.

שינוי מהותי חל במיוחד בקופת החולים הכללית. קופה זו נתפשה בעיני הציבור הרחב במשך שנים רבות כקופה ממלכתית המוציאה לפועל ומכתיבה את מדיניות הבריאות הלאומית, ולאחר חקיקת החוק הפכה לקופה המתחרה בשלוש קופות נוספות על ביטוח ועל אספקת שירותים למבוטחיה ללא מחויבות ממלכתית. נטל האחריות הלאומית למערכת הבריאות עובר מעתה למדינה.

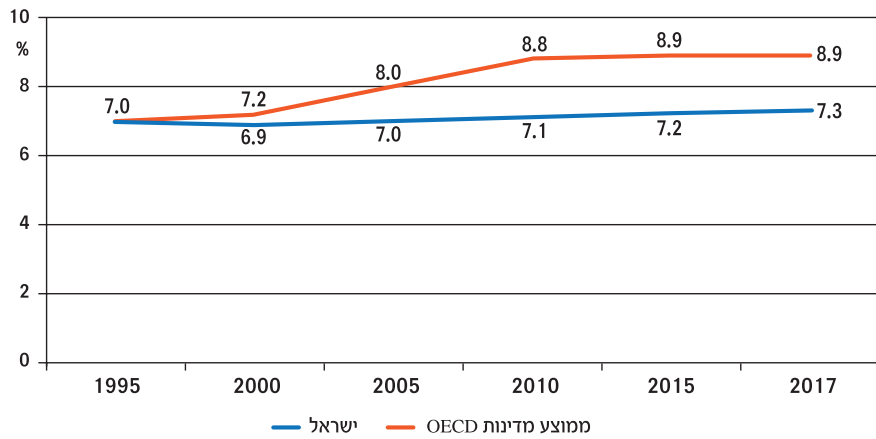
למרות הקשיים הפיננסיים והמחלוקת על עדכון הסל, המאזן הכולל של החוק מרשים: כל האוכלוסייה מבוטחת; ישנו סל רחב המפרט את זכויות האזרח ומעוגן בחקיקה; התמריצים לביצוע סינון בקרב המבוטחים נחלשו; חופש הבחירה של המבוטח בקופת חולים נעדר התניות; נותק הקשר בין חברות בהסתדרות לבין חברות בקופה; ורמת שביעות הרצון של האזרח מהשירותים המסופקים על ידי קופות החולים גבוהה, כל זאת מבלי שחלה פריצה בהיקף ההוצאה הציבורית לבריאות (כאחוז מהתמ"ג).

**תרשים 1: ההוצאה הלאומית השוטפת לבריאות
כאחוז מהתמ"ג: OECD, 2017**



מקור: OECD Health file 2017

**תרשים 2: ההוצאה הלאומית השוטפת לבריאות כאחוז מהתמ"ג:
ישראל למול ממוצע ארצות OECD**



מקור: - ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2017, הלמ"ס
OECD Health file 2017 -

ג. חצי יובל לייסודו של "המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות"

מבוא

ב־11 בינואר 1996, כשנה לאחר החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל, שלח פרופ' מרדכי שני מכתב אל עו"ד י' קרנות מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות בירושלים ובו בקשה לרשום עמותה בשם: "המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות" (להלן המכון הלאומי). במכתב שצורף לבקשה נאמר כי: "בישיבת מועצת הבריאות מיום 25.6.1995 אושרה הצעת שר הבריאות, והמכון נקבע כגוף שיבצע את המטלות הנ"ל ... מטרת המכון לסייע למועצת הבריאות למלא את תפקידיה כפי שנאמר בסעיף 52(2) של חוק ביטוח בריאות ובהם קיום מעקב אחר ביצוע החוק, עריכת מחקרים, סקרים וחוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר".

ב־6 ביוני 1996 התאגדה עמותת המכון הלאומי ובה שבעה חברים: פרופ' חיים דורון, פרופ' מרדכי שני, פרופ' גור עופר, ד"ר יעקב זילברג, ד"ר (כיום פרופ') מאיר אורן, מר (כיום פרופ') גבי בן נון ועו"ד ברוך אברהמי, שנבחר כיועץ המשפטי של העמותה. בהצהרת כוונות העמותה נקבע כי היא תעסוק "בנושא כספי חוק ביטוח בריאות, המוקצים למחקר בשירותי הבריאות, אולם המטרה היא ליצור מסגרת כוללת של חקר מדיניות בריאות". במקביל, נעשתה פנייה לרשם העמותות על מנת להירשם כחוק.¹

ב־28 באוקטובר 1996 נחתם הסכם בין מועצת הבריאות לעמותת המכון. נקבעו בו כללי הפעילות, תחומי ונושאי הפעילות ומסגרת התקציב. כן נקבע כי יושב ראש חבר הנאמנים של המכון יהיה פרופ' חיים דורון.² הודעה על הקמת המכון התפרסמה גם בעיתונות היומית.

- 1 פרוטוקול המכון הלאומי 6.6.1996, נרשם בידי פרופ' שני, ארכיון המכון; הסכם שנערך בין מועצת הבריאות לעמותת המכון הלאומי, 28.10.1996, ארכיון המכון.
- 2 פרופ' חיים דורון, יליד ארגנטינה, רופא ומומחה בבריאות הציבור. בשנים 1976-1988 היה יו"ר מרכז קופת החולים הכללית ומנכ"ל הקופה. עד פטירתו ב־2018 היה יו"ר חבר הנאמנים של המכון מאז היווסדו.

רישום העמותה וחתימת ההסכם עם מועצת הבריאות סיים את הליכי הורתו ולידתו הממושכים של המכון הלאומי, המכון הלאומי הראשון בנושא זה שנוסד בישראל. הדברים שלהלן באים לתאר את הקמתו של המכון הלאומי ואת ייחודיות הקמתו במדינת ישראל בכלל ובמערכת הבריאות הישראלית בפרט.

חקר שירותי בריאות – רקע היסטורי כללי

חקר שירותי בריאות בעולם המערבי כאמצעי מרכזי לקביעת מדיניות הבריאות ושיפור שירותי הבריאות החל במחצית המאה ה-19, עם התפתחותם של שירותי בריאות ציבוריים וממלכתיים במרכז ובמערב אירופה. מיסוד הנושא כתחום מדעי-ניהולי העומד בפני עצמו התאפשר במידה רבה הודות להתפתחות הסטטיסטיקה כתחום מדעי עצמאי (אף הוא במאה ה-19). התפתחות זו אפשרה לעוסקים בנושא לקבל מידע אחיד בר השוואה על השימוש בשירותי הבריאות ועל תוצאות הטיפול.³ חלוצת איסוף הנתונים לשם קבלת החלטות בנוגע לארגון יעיל ומושכל של שירותי הבריאות על בסיס מדידה והערכה הייתה פלורנס נייטינגל (1820-1910),⁴ שערכה את הסקר המדעי-ניהולי-בריאותי הראשון עם קבלת האחריות לניהול ולארגון בית החולים של הצבא הבריטי בסקוטרי במהלך מלחמת קרים (1853-1856).⁵ על בסיס איסוף נתונים אפידמיולוגי ומנהלי-רפואי שערכו נייטינגל וקבוצתה במשך חצי שנה בבית החולים, שנמסר לניהולה הבלעדי, הוצג הכשל בארגון הטיפול הרפואי במקום. היא גיבשה תוכנית התערבות משולבת, שכללה שינוי רדיקלי של הטיפול הרפואי בבית החולים ושינוי יסודי של סדרי הניהול שלו. תוכנית ההתערבות של

3 איסוף נתונים שיטתי לצורכי קבלת החלטות החל כבר במאה ה-17 על ידי ויליאם פטי (Whiliam Petty) באנגליה. תחת שלטון קרמוול הוא פיתח שיטות למדידה ולקבלת נתונים על קרקעות, אך נדרשו עוד כמאה שנים, עד שתחום איסוף המידע כבסיס לקבלת החלטות יקבל מעמד. בתחום הרפואי עשתה זאת נייטינגל, כפי שיצויין להלן.

4 L. McDonald (ed.), *F. Nightingale's Theology: Essays, Letters and Journal Notes: Collected Works of Florence Nightingale*, Ontario, Canada 2002; F. Nightingale, "Introductory Notes on Lying-In Institutions". *Nature*, 1871, 5 (106): 22 של נייטינגל הושמט מדוח הוועדה המלכותית לבריאות הצבא משום היותה אישה, אף שהיא כתבה את דוח הוועדה ואת מסקנותיה.

5 מלחמת קרים (1853-1856) הייתה בין האימפריה הרוסית מצד אחד ובין האימפריה העות'מאנית, האימפריה הבריטית, האימפריה הצרפתית וממלכת סרדיניה מצד שני. במלחמה זו ניצחו המעצמות המתועשות (צרפת ובריטניה) בסיועה של האימפריה העות'מאנית. החזית העיקרית התרחשה בדרום רוסיה, בחצי האי קרים. המלחמה הייתה חלק ממאבק ארוך בין המעצמות האירופיות במטרה להשתלט על שטחים מהאימפריה העות'מאנית המתפוררת.

נייטינגל הובילה להורדת התמותה של החיילים הפצועים בבית החולים מ-42% ל-2%, הישג חסר תקדים, שאפשר לנייטינגל לבסס את טיעונה המרכזי ש"יש צורך במידע אחיד על תוצאות הטיפול בבתי החולים" על מנת להוביל לשינוי ולשפר את השירות ואת נתוני הבריאות.

בעקבות הישגיה התבקשה נייטינגל על ידי המלכה ויקטוריה לסייע לוועדה המלכותית לבריאות הצבא לגבש תוכנית התערבות בריאותית וניהולית מבוססת נתונים במוסדות חיל הרפואה הבריטי. דוח הוועדה הביא לארגון מחדש של כל המערך הרפואי-צבאי ולייסודו של בית ספר צבאי ללימודי רפואה. בהמשך הוחל באיסוף נתונים סטטיסטיים רפואיים על כל בתי החולים בלונדון על מנת לשפר את פעילותם.

פועלה של נייטינגל התפרסם בעיקר בארצות הברית. ואכן במלחמת האזרחים בארצות הברית (1861-1865) התבקשה נייטינגל, על בסיס ניסיונה, לייצג לממשלת ארצות הברית על אופן ארגון מערך הרפואה של צבא הצפון. היא הטמיעה את השימוש הנרחב בסטטיסטיקה, באיסוף, בניתוח ובהצגת הנתונים הן בתחום שירותי הבריאות הציבוריים והן בתחום הטיפול הרפואי עצמו כבסיס לחקר שירותי בריאות ולגיבוש תוכניות התערבות בריאותיות וניהוליות גם יחד. היא הוכיחה כי גוף חיצוני לשירותי הבריאות יכול לסייע באמצעות מחקר והערכה לגבש מדיניות, לשפר את שירותי הבריאות ולהיות גורם ניטרלי, המייצג לגופים ממשלתיים וציבוריים.

התפשטות רעיון חקר שירותי בריאות

רעיון חקר שירותי הבריאות וקביעת מדיניות בריאות מבוססת נתונים על פי "שיטת נייטינגל" הפך בשנת 1918 למדיניות רשמית ולכלי מסייע לקובעי המדיניות באנגליה. בשנת 1945, עם החלת שירותי בריאות ממלכתיים באנגליה ומיסודם של שירותי הבריאות הציבוריים, קבע שירות הבריאות הלאומי באנגליה, ה-NHS (National Health Services), כי יש הכרח לעסוק ב"חקר שירותי בריאות" במערכת הציבורית. בשנת 1961 הודיעה ממשלת בריטניה כי היא מאמצת את רעיון "חקר שירותי הבריאות" הציבוריים ככלי מרכזי לקביעת מדיניות בריאות ואמצעי לשיפור ולמעקב.

שנות ה-60 של המאה ה-20 בעולם המערבי היו שנים שבהן הוגדרו חקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות כתחום מדעי העומד בפני עצמו. בשנת 1965 נערך באוניברסיטת ג'והנס הופקינס בארה"ב הכנס המדעי הבינלאומי הראשון בנושא "חקר שירותי בריאות". הכנס נערך לכבוד הקמתה של החטיבה לחקר שירותי הבריאות באוניברסיטת ג'והנס הופקינס בראשותו של הרופא וחוקר שירותי

הבריאות הקנדי פרופ' וייט קאר (White L. Kerre)⁶; שייסד בארצות הברית את חקר שירותי הבריאות כתחום מחקר מדעי העומד בפני עצמו.

במבוא לספר הכנס כתב קאר כי "חקר שירותי הבריאות עוסק בהגדרה, מדידה והערכה של שירותי הבריאות שהחברה זקוקה להם ושירותי הבריאות שהחברה מקבלת". הגדרתו של קאר את התחום הפכה לבסיס המדעי להתפתחות המחקר העצמאי בנושא. קאר הדגיש כי שירות רפואי יכול להיבחן מחקרית, וכי המחקר בתחום זה צריך להתבסס על נתונים ציבוריים.

במהלך הכנס נערך דיון מיוחד בראשות הרופא והחוקר אבדיס דונאבדיאן⁷, ובו הועלה לראשונה הרעיון, שאין די בקריאה למחקר מדעי בתחום כשטח עצמאי, אלא יש צורך "בהקמת מכון לאומי למחקר שירותי בריאות". דונאבדיאן אף הציג מודל מפורט למחקר ולהערכת שירותי בריאות שיעמוד בבסיס פעילותו של המכון המוצע – The Donabedian Model, מודל שהפך לכלי בסיסי בחקר שירותי הבריאות בשנים הבאות.

בהשפעת דיוני הכנס ומסקנותיו ייסדה ארצות הברית בשנת 1968 את המרכז הלאומי למחקר ולפיתוח שירותי הבריאות במשרד החינוך, הבריאות והרווחה.⁸ מוסדות דומים הוקמו ברוב מדינות אירופה המערבית, שבהן התקיימו שירותי בריאות ציבוריים, וכן בקנדה ובאוסטרליה. חקר שירותי הבריאות כנושא מרכזי, חיוני וחשוב בכל מערכת בריאות ציבורית ובמכונים ציבוריים, ממלכתיים ולאומיים ייעודיים לכך, הפך להיות מכשיר חשוב לגיבוש מדיניות בריאות בעולם המערבי.

6 *Proceedings*, Johns Hopkins University – Medical Care Research, 1965: 1183-1184; History of Health Services Research Project, Interview with Kerr White, Interview Index, March 12, 1998 Charlottesville, Virginia, Conducted by Edward Berkowitz, National Library of Medicine <https://www.nlm.nih.gov/hmd/nichsr/white.html>

7 Avedis Donabedian MD (1919-2000), רופא ומייסד תחום חקר שירותי הבריאות, יליד לבנון ממוצא ארמני, בוגר האוניברסיטה האמריקנית בבירות, התמחה באפידמיולוגיה בהרווארד, מייסד תחום חקר שירותי הבריאות תוך שימוש במודל שנקרא על שמו, המשמש עד היום כבסיס מרכזי למחקר בתחום זה (The Donabedian Model). הוא פעל כמוביל בנושא באוניברסיטת מישיגן באן ארבור.

8 "Historical Insights into the Developments of Health Services Research: A Narrative Based on a Collection of Oral Interviews". By E. Berkowitz, PhD. National Library of Medicine, Division of the History of Medicine History of Health Services Research Project/Interview index; History of Health Services Research Project: Interview with Avedis Donabedian". Nlm.nih.gov. 1998-04-16. Retrieved 2011-11-11; <https://www.nlm.nih.gov/hmd/nichsr/white.html>; Donabedian A., "Evaluating the Quality of Medical Care", *The Milbank Quarterly*, 2005, 4 (83): 691-729

לידתו של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל

הרעיון להקים את המכון הלאומי, עלה לראשונה בשנת 1974 בכנס בת שבע דה רוטשילד בנושא "כלכלת בריאות", שנערך באוניברסיטת בן-גוריון בנגב לרגל פתיחתו של בית הספר לרפואה שם. הייתה זו הפעם הראשונה שהנושא עלה לדיון בפורום מדעי מכובד. בכנס הועלתה הצעה קונקרטית להקים בית ספר ללימודים מתקדמים בכלכלה רפואית ולמנות מנהל בריאות ורווחה באוניברסיטת בן-גוריון. לאחר הכנס אף גובשה תוכנית לימודים מפורטת לנושאים אלה בהתאם לדיונים ולהמלצות שעלו בכנס, אלא שהתוכנית נותרה על הנייר בלבד.⁹

הכנס נערך שנה לאחר סיומה של מלחמת יום הכיפורים. במציאות פוליטית וחברתית במשבר, הדיונים לא זכו לתשומת לב ציבורית מספקת, אך לא נעלמו לחלוטין. בשנת 1977 יזם פרופ' הנרי נויפלד¹⁰ (המדען הראשי של משרד הבריאות) את הקמתה של הוועדה "לתכנון המחקר של שירותי הבריאות בישראל". היא התבקשה לדון ב"חקירת הדרכים למחקר בשירותי בריאות בישראל". לראשות הוועדה מונה פרופ' חיים דורון, אז מנהלה של קופת החולים הכללית ומי שהיה ממייסדי בית הספר לרפואה בבאר-שבע ומיוזמי כנס בת שבע. פרופ' דורון, שהתמחה בנושא שירותי בריאות ובריאות הציבור בשנות ה-60 באנגליה, הביא עם חזרתו לארץ את הרעיונות שעמדו בבסיס פעילותו של שירות הבריאות הלאומי באנגליה, שכללו את חקר שירותי הבריאות כמרכיב מרכזי. רעיונות אלה הועלו על ידו מחדש בדיוני הוועדה שהקים נויפלד, אלא שדוח הוועדה נגנז בעיקר בשל חשש משרד הבריאות מהקמתו של גוף עצמאי, שיבחן באופן שוטף את פעילותם המקצועית ויהיה גורם מתחרה בהמלצותיו לגיבוש ולקביעת מדיניות הבריאות. גם במקרה זה גניזת דוח הוועדה לא הובילה להורדתו של הנושא מסדר היום.

פרופ' דורון התאכזב מגניזת דוח הוועדה, ועם זאת פעל להטמיע חלק מהמלצותיה בעבודתה של קופת החולים הכללית שאותה הוא ניהל. כך למשל, בשנת 1979 הפעילה קופת החולים הכללית תוכנית לבקרת איכות במוסדותיה, בעיקר בתחום האשפוז והקצאת מיטות בבתי החולים של הקופה.¹¹ במקביל, הוא יזם את שילובם

9 Ben-Gurion University of the Negev, University Center of Health Sciences, Graduate School of Medical Economics and Health and Welfare Administration, Curriculum and Degree Requirements, draft, 1974, Doron Archives

10 פרופ' הנרי נויפלד (13 במרס 1923 - 15 בדצמבר 1986) היה מומחה בקרדיולוגיה, חתן פרס ישראל לרפואה וחבר האקדמיה הלאומית הישראלית למדעים.

11 התוכנית נועדה לפקח על עלויות האשפוז ולבלום אותם. עקרונותיה היו: א. אשפוז אזורי; ב. הקצאת ימי אשפוז לפי ההרכב הגילאי בכל אזור; ג. מעקב אחר הביצוע. בנפרד נקבעה תוכנית לבקרת איכות.

של לימודי מדיניות הבריאות בתוכנית הלימודים המתקדמים באוניברסיטת תל-אביב. היו אלה צעדים קטנים, אך הם שימרו את הרעיון.

התעוררות מחודשת של הרעיון הייתה בפברואר 1982, ביום העיון "מחקר בשירותי בריאות בישראל – הכיצד?" בראשותו של ד"ר אבי אלנצוויג, שנערך במרכז הרפואי הדסה שבהר הצופים. יום העיון נולד בעקבות שיתוף הפעולה שבין פרופ' מרדכי שני לפרופ' חיים דורון – יוזמה משותפת להקים מרכז לחקר שירותי הבריאות.

יום העיון נערך לכבוד הקמתו של מרכז לאומי לבריאות הציבור בישראל, שעתידי היה לפעול בפקולטה לרפואה בהדסה. המרכז נועד לפעול כגוף עצמאי ארצי. הושג סכום ראשוני מהג'וינט, ופרופ' שמואל פנחס (מנכ"ל הדסה) קיבל על עצמו לבצע מחקר ראשוני בנושא "תכנון כוח אדם בישראל". התוכנית נתקלה בווטו של מנכ"ל משרד הבריאות דאז פרופ' דן מיכאלי, שהתנגד לכך שגורם חיצוני שלא מטעם משרד הבריאות יעסוק בנושא. למרות תמיכה סמויה של שר הבריאות דאז מרדכי גור ז"ל ביוזמת המחקר ובהקמת המכון, מיכאלי התעקש, והתוכנית הוקפאה. הרעיון להקים מרכז לאומי לבריאות הציבור עלה עוד קודם לכן בסימפוזיון אמריקני-ישראלי שנערך בשנת 1981 בנושא האזוריות בשירות הבריאות.

בדברי הפתיחה ליום העיון אמר ד"ר אלנצוויג כי "ביום העיון הזה אני מקווה, נוכל ללבן את הבעיות היסודיות, את השיטות ואת הדרכים שבהן יש לנקוט כדי לקדם מחקר בשירותי בריאות בישראל".¹² בהמשך דבריו הוסיף כי נושא יום העיון נבחר, משום שהוא מסמל "את הצורך הבסיסי לעסוק בנושא שבעבר היה מוזנח ומצוי קצת בקרן זווית". דברים ברורים יותר אמרו שר הבריאות אליעזר שוסטק ופרופ' דורון. פרופ' דורון אף ציין כי "אין ספק שללא פיתוח המחקר הזה, אנחנו לא נוכל להתקדם בימינו להשגת הפתרונות האופטימליים במערכת זו".¹³

פרופ' שני נשא דברים בסיכום הדיון וציין כי "מה שאנחנו מנסים לעשות הוא להקים מסגרת דווקא של כל המקצועות ... אין לנו מטרה לתת תשובות מחר במקום מישהו מהמעסיקים לבעיות בוערות ... אולי המערכת, אם היא תקום ואם היא תצליח, תיתן פתרונות בעוד ארבע-חמש שנים ... בואו קודם כול נאתר לא מהם הנושאים ... אלא מה הנושאים בעלי החשיבות הלאומית, מהם הנושאים שאנחנו בקביעת מדיניות מסוגלים לשנות ושנית באיזה כלים. אין לנו כלים טובים, יש מעטים צריך לקבץ אותם".¹⁴

12 "המרכז הלאומי לבריאות הציבור בישראל", פרוטוקול יום העיון בנושא "מחקר בשירותי בריאות בישראל הכיצד?", הר הצופים ירושלים 15.2.1982, ארכיון המכון למורשת בן-גוריון, שדה בוקר, עמ' 1-2.

13 שם, עמ' 11.

14 שם, עמ' 81-82.

בדיון השתתפו דוברים רבים בעלי מעמד ועמדה במערכת הבריאות, ובסיומו סוכם על דעת הכול כי יש לפנות אל קובעי המדיניות בישראל בפנייה נחרצת לקבלת מימון בסיסי על מנת להקים מסגרת שבה יתבצע חקר שירותי בריאות לטובת מערכת הבריאות בישראל. פרופ' משה פריבס, נשיא אוניברסיטת בן-גוריון ודיקן בית הספר לרפואה בה, ציין שאינו רוצה להוסיף על דברי הנואמים אלא מבקש לחתום על ההמלצות כדי שהן תצאנה לדרך.

אלא שלמרות האופטימיות וההסכמה של משתתפי יום העיון בחשיבות הנושא, סוגיית הקמתו של המכון הלאומי נותרה על הנייר בלבד, ועם זאת הנושא לא ירד מסדר היום. המפנה הממשי הראשון להקמתו של המכון הלאומי היה בשנת 1988.

משבר שנות ה־80

שלהי שנות ה־80 היו שנים של אי יציבות כלכלית במערכת הבריאות, וקופת החולים הכללית עמדה בפני משבר כלכלי שאיים על יציבותה. חילופי המנכ"לים אחרי פרישתו של פרופ' דורון החלישו את הקופה. כמו כן, המהפך הפוליטי של שלהי שנות ה־70 החליש את כוחה של ההסתדרות הכללית, שבמסגרתה פעלה הקופה, והשפיע על ערעור יציבותה הכלכלית והארגונית. עליהם נוספו קשיים פוליטיים פנים-הסתדרותיים, שהקשו עד מאוד על תפקודה של קופת החולים הכללית.

לערעור מעמדה של הקופה, שהייתה הארגון המרכזי והגדול שנתן שירותי בריאות בישראל, הייתה השפעה על כל מערכת הבריאות הציבורית בישראל. אל מול היחלשותה של קופת החולים הכללית החלה קופת חולים מכבי להתחזק עם כניסתו של רפי רוטר לתפקיד המנכ"ל, שהחל לגבש אסטרטגיה להגדלת מספר חברי הקופה. בשנות ה־80 גדלה מכבי בכ־100,000 חברים, גידול שהשפיע אף הוא על היחלשותה של קופת החולים הכללית.

קשיי מערכת הבריאות הציבורית כולה עלו אפוא בשלהי שנות ה־80 על סדר היום הציבורי בכל חומרתם. הצורך במחקר מדעי מבוסס נתונים בכל הקשור לשירותי הבריאות בישראל כאמצעי מסייע לקובעי המדיניות לשפר את מערכת הבריאות הציבורית, הפך לצורך קיומי. צורך זה, אל מול מצבה הקשה של קופת החולים הכללית וערעור יציבותה של מערכת הבריאות הציבורית, עמד גם מול עיניהם של ראשי מערכת הבריאות בישראל.

ב־5 ביוני 1988 החליטה ממשלת ישראל בראשות יצחק שמיר כי יש לכונן ועדת חקירה "לבחינת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל". החלטת הממשלה באה בעקבות המשבר הקשה במערכת הבריאות וגרעונה הגדול של קופת החולים הכללית. שמיר פנה אל מאיר שמגר, נשיא בית המשפט העליון,

כדי שימנה ועדה לנושא זה. ב-14 ביוני הודיע שמגר על מינויה של "ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל". לראשות הוועדה מונתה שופטת בית המשפט העליון שושנה נתניהו ולחברי הוועדה מונו פרופ' שמואל פנחס, פרופ' אריה שירום, פרופ' מרדכי שני וד"ר (כיום פרופ') דב צ'רניחובסקי. למרכז ועדת החקירה מונה השופט אלון גילון. חברי הוועדה מונו על בסיס אישי ולא כמייצגי מוסד כל שהוא.¹⁵ בכתב המינוי של הוועדה צוין במפורש כי "עיקר תפקידה לא רק לבדוק את העבר ולהפיק ממנו לקחים, אלא להגיש המלצות בדבר המדיניות הרצויה והשינויים הנדרשים במבנה מערכת הבריאות ובצורת תפקודה בעתיד".¹⁶

עוד קודם לכן יזם פרופ' דורון את הקמתה של מועצה בינלאומית מייעצת לקופת החולים הכללית, וזאת מתוך מודעותו רבת השנים למחסור החריף בחקר שירותי הבריאות בישראל ואי היכולת להקים מכון לאומי שיעסוק בנושא זה לטובתה של כל מערכת הבריאות הציבורית. מינויה של ועדה מייעצת בינלאומית לקופת החולים הכללית אמור היה לסייע בקביעת מדיניות, בקבלת החלטות ובחשיבה אסטרטגית להנהלת הקופה.

חברי הוועדה מונו על בסיס ניסיונם הרב בחקר שירותי בריאות, ביניהם פרופ' ססיל שפס, מחלוצי חקר שירותי הבריאות בארצות הברית וראש המכון לחקר שירותי הבריאות באוניברסיטת צ'פל היל (צפון קרוליינה); פרופ' מרטין צ'רקסקי, מנהלו של בית החולים היהודי הציבורי מונטיפיורי בניו יורק ויועץ ראש עיריית ניו יורק לנושא שירותי בריאות ציבוריים; פרופ' הווארד ניומן מאוניברסיטת ניו יורק; פרופ' פרבר, דיקן הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת ניו יורק; ופרופ' ג'ון בק, מאוניברסיטת קליפורניה בסן פרנציסקו, אף הוא מראשי חקר שירותי הבריאות בארצות הברית.

במאי 1988, שלושה שבועות לפני פרישתו מתפקיד מנכ"ל הקופה, יזם פרופ' דורון כנס בבית ההבראה של הקופה ("ארזה") בקרבת ירושלים בנושא הרעיון "להקמת מרכז לחקר מדיניות בריאות". בכנס השתתפו חברי המועצה המייעצת הבינלאומית של קופת החולים, הפרופסורים פרבר וניומן ואישים מובילים במערכת הבריאות, ביניהם פרופ' שמעון גליק, פרופ' מרדכי שני וישראל כץ שהקים את מרכז טאוב. במהלך הכנס נערך דיון בנושא הקמת "מרכז למדיניות בריאות" כצורך לאומי. בדברי הפתיחה לסימפוזיון ציין פרופ' דורון כי "היעדר כלי מרכזי למחקר, להערכה,

15 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב, ירושלים 1990, עמ' 9-15.

16 שם, עמ' 13.

להשוואה ולפתרון בעיות בשירותי הבריאות מונע שיפור וייעול מערכת הבריאות והתאמתה לעתיד".

הקמתה של ועדה בינלאומית מייצעת לקופת החולים הכללית בשנת 1988 ו"כנס ארזה", שדן בצורך הלאומי להקים מרכז או מכון לחקר שירותי בריאות בישראל, יחד עם מינויה של ועדת נתניהו (אף היא בשנת 1988), העלו על סדר היום הציבורי בישראל באופן ברור את הצורך להקים מסגרת או מכון בלתי תלויים, שיוכלו להמליץ ולהציע הצעות בתחום שירותי הבריאות לטובת המערכת כולה, מסגרת שתהיה אפוליטית וללא שייכות ארגונית כל שהיא.

כאמור, ביוני 1988 מונה פרופ' שני כחבר בוועדת נתניהו, ואילו פרופ' דורון יצא לשבתון בחו"ל. אך שניהם המשיכו לפעול באופן ישיר ובאופן עקיף להוצאתו של הרעיון מהכוח אל הפועל – פרופ' שני כחבר ועדת נתניהו ופרופ' דורון במפגשים בלתי פורמליים עם חוקרים מובילים בתחום זה בארצות הברית ובאנגליה. לשניהם הייתה דעה מגובשת בנושא הקמת המכון כצורך לאומי, אך היה ברור לשניהם כי כדי לעשות זאת יהיה צורך לגייס מימון ראשוני. צעדים אלה יחד עם אלה שקדמו להם בשני העשורים שחלפו, יובילו בסופו של דבר להקמתו של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

מי יממן את פעילות המכון?

שאלת מימון הקמתו של מכון לחקר שירותי בריאות עלתה לדיון עשר שנים קודם לכן, כשהוחל בדיונים המוקדמים על הנושא עצמו. גורם מרכזי שהביע עניין בקידום הרעיון היה ארגון הג'וינט, שהפעיל קבוצת מחקר משלו בנושא חקר שירותי בריאות. הג'וינט אף סייע במימון ההכנות להקמת מכון המחקר לבריאות הציבור, שיזמו פרופ' דורון ופרופ' שני ובארגון הכנס בנושא זה בראשותו של ד"ר אבי אלנצוויג. אלא שהג'וינט נהג, בדרך כלל, לסייע במימון ראשוני לפרויקטים בעלי חשיבות לאומית לצורכי התנעה, אבל לא לסייע בהקמתם של מוסדות או מכונים מחקר ובמימון הפעלתם השוטפת.

מצבה של מערכת הבריאות שהייתה במשבר כלכלי קשה, מנע גיוס משאבים מתוך המערכת. האפשרות היחידה לקדם את הנושא הייתה באמצעות גיוס מימון ראשוני ממקורות חוץ. פרופ' דורון ששהה באותה עת בחו"ל, החל לתור אחר מקורות מימון בקרב עמיתיו האמריקנים. במחצית 1989 עלתה האפשרות לקבל מימון להקמתו של המכון מקרן קורת (Koret) האמריקנית. הקשר עם קרן קורת נעשה בתיווכו של פרופ' פיל לי מסן פרנסיסקו, אף הוא חוקר מרכזי בתחום

שירותי הבריאות. נקבע שבעת קבלת פנים חגיגית שיערוך פרופ' לי לפרופ' דורון ולרעייתו בסן פרנסיסקו, הנושא יוצג להנהלת הקרן, וזאת על מנת להשפיע על ראשי הקרן לאשר את הבקשה לקבלת מימון ראשוני להקמת המכון. קרן קורת נהגה לממן פרויקטים לטובתה של הקהילה היהודית בסן פרנסיסקו ובישראל, ולכן הייתה מוכנה לשקול את האפשרות להעניק מימון ראשוני למכון. על מנת לקדם את הנושא הזעיק פרופ' דורון את פרופ' שני לסן פרנסיסקו בהנחה כי יחדיו יעלו את הסיכוי לקבל את המימון, אלא שגורמים שונים עצרו את היוזמה, והקרן נסוגה בה מהסכמתה העקרונית.¹⁷

לאחר האכזבה מסירובה של קרן קורת לסייע במימון, פנה פרופ' דורון בינואר 1989 לקרן רש"י בבקשה דומה. הוא ביקש מהקרן 250,000 דולר, אך הקרן התמהמהה לתת תשובה. בפנייתו לקרן העלה פרופ' דורון את עבודתה של ועדת נתניהו, שעתידה הייתה להתפרסם באותה שנה וציין כי הקמת מכון תהיה גורם מסייע מרכזי למימוש מסקנות הוועדה לכשיתפרסמו, אך הקרן היססה. ניסיונותיהם של פרופ' דורון ופרופ' שני להשיג מימון ממקורות נוספים לא צלחו. מאידך, רעיון הקמת המכון קיבל תמיכה מרובה מהמומחים בתחום ומאנשי ארגון הבריאות העולמי, שפגשו את פרופ' דורון בחו"ל ושמעו ממנו על היוזמה להקמתו. הם אף היו מוכנים לכתוב מכתבי תמיכה לכל גורם שהוא לשם הקמת המכון.

מוועדת נתניהו ועד להקמת המכון הלאומי

ב־20 באוגוסט 1990 הוגש לממשלת ישראל דוח ועדת החקירה לבחינת יעילותה ותפקודה של מערכת הבריאות בראשות השופטת שושנה נתניהו. זמן קצר לאחר מכן פורסם הדוח המלא לציבור. הוא כלל חוות דעת כפולה – האחת, חוות דעת הרוב; והשנייה, חוות דעת המיעוט. המלצתה המרכזית של הוועדה הייתה לפעול לחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי חובה, אך גם להקמתה של מועצה לאומית לבריאות¹⁸ כגורם מייצע למשרד הבריאות "ביניהם בנושאים ערכיים בעלי

17 ב־1992 דחתה שוב קרן קורת את הבקשה וציינה כי חבר הנאמנים שלה החליט שלא להשקיע כסף בתחום שירותי הבריאות. מכתב מיכאל פאפו, מנכ"ל הקרן, אל פרופ' דורון, 21.9.1992, ארכיון המכון.

18 מועצת הבריאות הייתה קיימת מאז שנות ה־50 ופעלה באופן שוטף החל משנת 1954, אלא שפעילותה ומידת השפעתה על המערכת הייתה מועטה. וועדת נתניהו המליצה לחדש את כוחה של המועצה, לחזק אותה ולהפכה לגוף בעל יכולת השפעה על קובעי המדיניות.

השלכות כלכליות תוך שיתוף הציבור וכאמצעי לחיזוק הדמוקרטיה"¹⁹, וזאת כפי שהמליצה ועדת החקירה הקודמת למערכת הבריאות (ועדת טריינין)²⁰. החלטת הוועדה לחזק את מעמדה הציבורי של מועצת הבריאות הובילה להקמת המכון הלאומי. שר הבריאות בעת קבלת הדוח היה אהוד אולמרט. הקמתה של מועצת הבריאות הייתה מההחלטות הקלות בהתייחס לדוח הוועדה בעיקר בהשוואה לקושי המרכזי, שעלה מהמלצת הוועדה – לחוקק חוק ביטוח בריאות חובה.

הקמתו של מכון לאומי שיפעל מטעם מועצת הבריאות, על פי החלטות ועדת נתניהו, היה עתה הצעד המתאים. לפרופ' שני ולפרופ' לדורון ברור היה כי אסור להחמיץ את ההזדמנות. ואכן במהלך שנת 1991 הם ערכו דיונים רבים עם חוקרים ועם בעלי תפקידים בכירים במערכת הבריאות על מנת לבסס את התמיכה בהקמת המכון, לקבוע נושאים בעלי סדר עדיפות גבוהה בחקר מערכת הבריאות, שידונו במפגשי החוקרים שיהיו במכון ולהכין הצעת תוכנית מתאר למוסדות המכון ודרכי פעילותו.

ב־17 במרס 1992 נערכה ישיבה ראשונה רחבת משתתפים בראשות שר הבריאות אהוד אולמרט במטרה "להקים מכון-על, שיאגד את כל מכוני המחקר בתחום מדיניות הבריאות"²¹. בישיבה השתתפו (לפי סדר א-ב) פרופ' לאון אפשטיין מהאוניברסיטה העברית; מר גבי בן נון ממשרד הבריאות; פרופ' שמעון גליק מהפקולטה למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן-גוריון בנגב; פרופ' חיים דורון; מר שרגא הבר, סמנכ"ל משרד הבריאות; פרופ' חוה פלטי מהאוניברסיטה העברית; ד"ר יהושע כהן, שסיים באותה עת את תפקידו כיועץ למנכ"ל ארגון הבריאות העולמי (WHO) בג'נבה והתכוון לחזור לישראל;²² פרופ' לחיים נגן, מהפקולטה

19 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב, ירושלים 1990, ריכוז ההמלצות העיקריות, עמ' 18; וכן חלק ב', המועצה הלאומית לבריאות, עמ' 154-156.

20 דוח הוועדה הציבורית-מקצועית לקביעת מדיניותה והיערכות ארגונית-תפקודית של מערכת הבריאות בראשות פרופ' נתן טריינין, ירושלים, מאי 1988.

21 מכתב הפנייה למוזמני ישיבת הייסוד, נשלח ב־10 במרס 1992. במכתב צוין כי מטרת ההתכנסות היא להקים מכון לאומי לחקר מדיניות בריאות, ארכיון המכון.

22 פרופ' דורון נפגש עם ד"ר כהן בג'נבה ושכנע אותו להשתלב בישראל בפעילות המכון החדש, ואכן כך היה. ד"ר כהן ריכז את הכנס הבינלאומי הראשון של המכון. עם חזרתו לישראל ולבקשת המחלקה הבינלאומית של משרד הבריאות כתב ד"ר כהן את דוח הבריאות השנתי הראשון של ישראל.

למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן-גוריון בנגב; פרופ' משה סיקרון מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; ד"ר ספירו; פרופ' גור עופר מהאוניברסיטה העברית; ד"ר ברוך רוזן, ראש קבוצת הבריאות במכון ברוקדייל; גב' שוש ריבא, האחות הראשית במשרד הבריאות; פרופ' מרדכי שני; ופרופ' יאיר שפירא, ראש חטיבת הבריאות של קופת החולים הכללית. משתתפי הישיבה היו מהחוקרים ומבעלי התפקידים המובילים במערכת הבריאות בישראל. הרכבה של רשימה זו עתיד היה להיות הבסיס להקמתו של חבר נאמנים של המכון.

בפרוטוקול הישיבה שנכתב על ידי פרופ' שני הוחלט:

1. להקים מכון על שיאגד את כל מכוני המחקר בתחום מדיניות הבריאות.
2. ליו"ר חבר הנאמנים התמנה פרופ' ח' דורון, ונשיא חבר הנאמנים הוא שר הבריאות. חבר הנאמנים יתכנס מחדש בעוד כחודשיים לשם הצגת תוכנית העבודה על ידי הוועד המנהל.
3. לחברי הוועד המנהל נבחרו פרופ' ל' אפשטיין, מר ג' בן נון, פרופ' ח' דורון, פרופ' ג' עופר, פרופ' י' שפירא ופרופ' מ' שני.
4. בפגישות הקרובות עד ישיבת חבר הנאמנים יעסוק הוועד המנהל בנושאים הבאים:

א. נוהלי המכון;

ב. בניית מסד נתונים לאומי והאמנה לשימוש בו. לרשות הנושא יוקצו 50,000 דולר;

ג. הקמת מועדון חוקרים, שיקיים פגישות בתדירות קבועה של אחת לחודש. במסגרת זו יוצגו עבודות מחקר שונות ויתקיימו דיונים על המסקנות;

ד. הצגת תוכנית עבודה לשנתיים הבאות עם חלוקת עבודה בין המכונים השונים;

ה. דיון בדבר ידיעון.²³

פרופ' סיקרון מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הציג למשתתפי הישיבה את המתווה לקול קורא ואת רשימת נושאי המחקר במטרה להתניע את מסגרת המחקרים במכון. היות שלכל משתתפי הישיבה היה ברור כי המכון יזדקק לתקציב מידי, התבקשו פרופ' שמעון גליק וד"ר ברוך רוזן לחבר תזכיר המנמק את הצורך במכון. התזכיר יישלח לקרן קורת עם בקשה למימון ראשוני לפעילות המכון.

באפריל 1992 נעשו פניות ראשונות לעמיתים מחו"ל על מנת להקים את המועצה הבינלאומית היועצת של המכון. ביולי 1992, חמישה חודשים מאז אסיפת היסוד,

23 פרוטוקול הישיבה נרשם בידי פרופ' מרדכי שני, ארכיון המכון.

נערכה ישיבת חבר הנאמנים הראשונה של המכון בהשתתפותו של שר הבריאות חיים רמון, שהחליף את אהוד אולמרט בתפקיד. רמון קיווה להחיל את חוק ביטוח בריאות ממלכתי במערכת הבריאות על פי המלצת ועדת נתניהו, ולכן תמך מאוד ברעיון הקמת המכון.

באותה ישיבה נקבע כי חברי הוועד המנהל של המכון יהיו פרופ' לאון אפשטיין, מר גבי בן נון, פרופ' גור עופר, פרופ' מרדכי שני ופרופ' יאיר שפירא. ליושב ראש הוועד המנהל נבחר פרופ' מרדכי שני ולי"ר חבר הנאמנים נבחר פרופ' חיים דורון. לחבר הנאמנים נבחרו (לפי סדר א-ב): פרופ' עודד אברמסקי, פרופ' צבי אדר, פרופ' לאון אפשטיין, מר גבי בן נון, פרופ' שמעון גליק, פרופ' חיים דורון, מר שרגא הבר, פרופ' חוה פלטי, ד"ר יהושע כהן, פרופ' משה משיח, פרופ' ברוך מודן, פרופ' קלמן מן, פרופ' לחיים נגן, פרופ' משה סיקרון, פרופ' גור עופר, ד"ר יצחק פטרבורג, גב' תמר קרוליק, ד"ר ברוך רוזן, מר רפי רוטר, גב' שושנה ריב"א, פרופ' מרדכי שני, פרופ' יאיר שפירא, פרופ' שמעון שפירו. כן הומלץ על ידי משתתפי הישיבה כי נציגי משרד האוצר והרווחה יוזמנו לישיבות חבר הנאמנים וכי המכון ייזום את הקמתן של קבוצות מחקר בנושאים הבאים: יחסי עבודה במערכת הבריאות, בקרת איכות, קפיטציה, סל הבריאות, מקורות המימון של מערכת הבריאות ומערך מדע הבריאות בישראל.

ב־30 באוגוסט 1992 נערך מועדון החוקרים הראשון. להזמנה הראשונה נענו 80 חוקרים. רמת ההיענות הגבוהה ציינה את חשיבות המכון ואת החסר בפעילות כזו במערכת הבריאות. כן נקבע כי החברות במועדון החוקרים תהיה על בסיס אישי, וכי יוזמנו להשתתף בו חוקרים בכירים, שפרסמו מחקרים במסגרת מוכרת (כתבי עת בארץ ובחו"ל) ו/או בפרסומים רשמיים של הגוף האקדמי שבו הם מועסקים.

בספטמבר 1992 גובש מסמך היסוד של המכון על ידי ד"ר יהושע כהן ועל ידי פרופ' לאון אפשטיין בסיועם של רפי רוטר (מנכ"ל הביטוח הלאומי) ושל נירה שמאי, שמונתה למנהלת המדעית של המכון. באוקטובר 1992 נערכה ישיבת חבר הנאמנים של המכון בהשתתפותו של שר הבריאות חיים רמון לאישור סופי של מסמך היסוד של המכון, אישור שמו של המכון "המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות", וכן דיווחים ראשונים של ועדות הנושאים השונות שנקבעו כמה חודשים קודם לכן.

העקרונות הבסיסיים לפעולות המכון, כפי שנקבעו במסמך היסוד, כללו תשעה נושאים מרכזיים:

1. המכון יעסוק בנושאי בריאות במובן הרחב של המונח.
2. יהיה גוף מחקר עצמאי [ההדגשה במקור].

3. יהיה ער לצורכי המשתמשים בממצאי המחקרים, כגון משרד הבריאות, קופות החולים, ספקים וצרכנים.
4. יקדם פעילות מחקר בין תחומי ובין מוסדי.
5. יפעל על פי ראייה לאומית כוללת.
6. יקבע את העדיפויות של צורכי המחקר.
7. ישמור על סטנדרטים מדעיים ואתיים הולמים.
8. ימליץ בפני מקבלי ההחלטות על מדיניות תוך כדי הצגה נאותה של ממצאי המחקר, במגמה להשפיע על יישומה.
9. יביא את ממצאי המחקר לידיעת הציבור.²⁴

כל סעיף פורט בגוף המסמך תוך הדגשת כללי יסוד של "ייהרג ובל יעבור", שנקבעו בדיון המקדים. כך למשל, הודגש הצורך בעצמאות מחקרית ללא השפעות בעלי אינטרסים שונים על המחקרים. "מחקר מדיניות בריאות נתון לעיתים קרובות ללחץ בעלי עניין, כגון גופים פוליטיים, מקצועיים, מסחריים או חברתיים. אם יש כניעה ללחצים, ממצאי המחקר יהיו לקויים מראש, לכן יש חשיבות להבטחת מחקר אוניברסיטאי בלי תלות במקור המימון".²⁵

סוגיה נוספת שהודגשה במסמך הייתה "התחשבות בצורכי המשתמשים. העצמאות המוזכרת לעיל אינה מהווה היתר להקים 'מגדל שן' של מחקר. אדרבא, למכון לאומי חייבת להיות רגישות חברתית, תוך הכוונת המחקרים לנושאים שתרומתם חיונית למרכיבי מערכת הבריאות, כגון רשויות לאומיות, מבטחי וספקי שירותי בריאות, והציבור הרחב בהיותו צרכן של שירותי הבריאות. מסיבה זו רשאים ארגונים אלה להציע שמחקרי המכון יוקדשו לנושאים שעל סדר יומה של החברה. מאידך אסור להם להשפיע על תוצאות המחקר".²⁶

נוסף על הדגשת הסוגיות של עצמאות והרלוונטיות לצורכי הבריאות של החברה, פורטו במסמך התנאים, ההדגשים והחשיבות של כל אחד מהנושאים שנקבעו ככללי היסוד לעבודת המכון.

יש לציין כי היות המכון הלאומי המוסד הראשון בישראל שהגדיר את עצמו כמכון לאומי עצמאי, ניטרלי וללא כל שייכות סקטוריאלית או אחרת, אפשר לו לקבוע את ערכי היסוד לפעילותו מבלי להזדקק להשוואה או להיות מושפע

24 מסמך היסוד של המכון, 4.9.1992, עמ' 2, ארכיון המכון.

25 מסמך היסוד, 4.9.1992, עמ' 3, ארכיון המכון.

26 מסמך היסוד, 4.9.1992, עמ' 3, ארכיון המכון.

ממכונים אחרים. מאידך, נדרשו מעצבי מסמך היסוד, ובעיקר ד"ר יהושע כהן, לנסח "יש מאין" בהיעדר כל דוגמה אחרת ללמוד ממנה.

עד כמה עוצבו כללי היסוד של עבודת המכון במסמך זה ככללי יסוד לדורות ולא רק לצורכי השעה, ניתן לראות בבחינת תקפותם והרלוונטיות שלהם במהלך שני העשורים הראשונים לפעילותו. כללים אלה מהווים גם כיום (בעשור השלישי לפעילות המכון) בסיס לעבודתו, וזאת מבלי "שנס ליחס".

היות שמקור תקציבי קבוע להפעלת המכון לא נמצא עדיין, נערכו פניות חוזרות לקרן קורת ולקרן כהנוף בבקשות מימון, אלא שהן נענו שוב בסירוב.²⁷

לפרופ' דורון ולפרופ' שני היה ברור שהסיכוי היחיד לקבל מימון קבוע שיבטיח את פעילותו השוטפת של המכון הלאומי, הנו באמצעות הכרה רשמית של פעילות המכון על ידי גורם ציבורי-ממשלתי, שיבטיח מימון קבוע לפעילותו. מאידך, ההכנות לשנת הפעילות הראשונה של המכון נמשכו במרץ במימון ביניים, שהתקבל מהעמותה הישראלית לקידום המדע בישראל ועל בסיס הבטחות עתידיות של משרד הבריאות להשתתף במימון הפעילות בחמש השנים הראשונות לעבודת המכון.²⁸ עם השגת מימון ראשוני וגייבוס מסמך היסוד ניתן היה להתחיל לפעול בהיקף מלא.

במהלך שנת 1993, שנת פעילותו הראשונה של המכון, התרכזו פעילויות המכון בשני מישורים עיקריים: ועדות רב מקצועיות ו"מועדון חוקרים". גובשו ועדות לשבעת נושאי הליבה שנקבעו לפעילות המכון, ונקבעו החוקרים האחראים להם: איכות שירותי בריאות (פרופ' לאון אפשטיין), מיפוי מאגרי מידע (מר גבי בן נון), מימון המערכת (מר יעקב גדיש), יחסי עבודה ומשאבי אנוש (פרופ' אריה שירום), סל שירותים (ד"ר יצחק פטרבורג), בריאות בקהילה (פרופ' שמעון וייצמן) וקפיטציה (פרופ' גור עופר).

במקביל לגייבוס הוועדות המקצועיות, עבר המכון גם שינוי מנהלי. פרופ' מרדכי שני פרש מתפקידו כיו"ר הוועד המנהל ובמקומו נבחר פרופ' גור עופר. פרופ' עופר ריכז את המשך העבודה להקמת המכון ולעיצוב פעילויותיו העיקריות, תוך שיתוף פעולה הדוק עם הצוות האדמיניסטרטיבי ועם חברי הוועד המנהל. לאחר זמן קצר הצטרפה לצוות הניהול של המכון זיוה ליטבק, עם סיום עבודתה במכון פאלק באוניברסיטה העברית. אחרונה מבין צוות הניהול של המכון והוותיקה מכולם

27 לכל אחת מהקרנות צורף לבקשה מסמך בן 60 עמודים של עקרונות המכון ונושאי הליבה שבהם הוא מתכוון לפעול, וכן בקשה לקבל סיוע של חצי מיליון דולר לשנה למשך חמש שנים. כפי שצוין לעיל, שתי הקרנות סירבו לבקשות באופן מוחלט.

28 העמותה הישראלית לקידום המדע הבטיחה למכון כשני מיליוני שקלים לשנה לתקופה של עד חמש שנים, וסכום דומה הבטיח גם משרד הבריאות לתקופה המקבילה.

הייתה ביאנקה דקל, המזכירה של צוות ההקמה של המכון, שקיבלה במאור פנים את המצטרפים החדשים. ראשי הוועד המנהל של המכון, פרופ' עופר ופרופ' חיים דורון, יושב ראש חבר הנאמנים, שיתפו פעולה בגיבוש תוכנית הפעולה של המכון והביאו את המכון במשך השנים למעמד של מכון המוביל את חקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל.

הפעילות הקולקטיבית הראשונה של המכון הייתה הפעלת "מועדון חוקרים". מטרתו הייתה לאפשר דיון פתוח בבעיות העולות מממצאי המחקרים בתחומים שונים של מדיניות בריאות ושירותי בריאות. כצפוי, נוצרה אינטראקציה בין החוקרים ואנשי המנהל הבכיר, מה שהוביל לדיון פורה, להפקת לקחים, להצגת אפשרויות ליישום ממצאי המחקר ולמדיניות עתידית. הרעיון שעמד בבסיס "מועדון החוקרים" היה ליצור מסגרת א-ממסדית וא-פוליטית לדיונים ממוקדים של חוקרים ואנשי מדיניות בממצאי מחקרים שייבחרו על ידי המכון לתמיכה. לפיכך נקבע כי החברות מן המניין במועדון תהיה על בסיס אישי. כמו כן, רשימת חברי המועדון מן המניין תהיה קבועה, וחברים חדשים יגויסו על פי מעמדם האקדמי, עבודתם המחקרית, פרסומיהם ותפקידם במערכת הבריאות. כן נקבע כי לכל דיון יוזמנו אד הוק חוקרים, שהיו שותפים למחקר או רלבנטיים לדיון בנושא הנדון.

הקמתה של מסגרת כזו הייתה ייחודית וראשונה בישראל. מידת ההצלחה בהפעלת "מועדון חוקרים" במכון הלאומי הייתה, למעשה, המבחן המעשי ליכולתו של המכון להיות גוף א-ממסדי וא-פוליטי, ולתת מסגרת שבה יוכלו כל החוקרים ליטול חלק, כשהם משוחררים ככל שניתן מהאינטרסים של המוסדות שמהם באו. ואכן הצטרפו למועדון כ-80 חוקרים ממרכזי שירות שונים, ממוסדות מחקר וממערכת הבריאות. מגוון החוקרים, הן בשיוכם המוסדי והן במקצועותיהם, הוא שאפשר הלכה למעשה את הפעלתו והצלחתו של המועדון. כך למשל, בוועדה שדנה בנושא בריאות בקהילה השתתפו חוקרים מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ממכון ברוקדייל, משירותי בריאות כללית (מהמרכז הרפואי סורוקה, מבית חולים העמק ומהקהילה), מבית הספר לבריאות הציבור של האוניברסיטה העברית (הדסה ירושלים), ממשד הבריאות וממכון גרטנר.²⁹

מדד נוסף להצלחתו של המכון ניתן לראות בהיקף מכתבי הבקשות החוזרות ונשנות של חוקרים שונים ועובדים בכירים של משרד הבריאות להצטרף לוועדות השונות של מועדון החוקרים, להיבחר לחבר הנאמנים או להיות ברשימת המוזמנים לפעילות המכון. החשיבות, העניין ואפילו הכבוד להיות מכותב לפעילויות המכון

29 תוכנית הוועדה לבריאות בקהילה, 18.9.1994, ארכיון המכון.

או חבר באחת מוועדותיו העידו יותר מכל על הצלחת המכון כמוסד מרכזי מכובד בעיניהם של אנשי מערכת הבריאות מראשית פעילותו.

ואכן בדוח הראשון שפרסמה נירה שמאי על פעילות המכון בשנתו הראשונה, צוינו במפורט הפעילויות המחקריות של הוועדות. אל פעילות המכון הצטרפו גם מכון גרטנר בתל-השומר, בית הספר לבריאות הציבור שבהדסה ירושלים, המרכז למדיניות בריאות בנגב, שפעל בפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ומכון ברוקדייל בירושלים.

בהיעדר מקור מימון קבוע לפעילות המכון, סכומי המענקים שניתנו לוועדות השונות לביצוע המחקרים היו צנועים, כ-50,000 ₪ לכל ועדה. בסך הכול הוקמו 7 ועדות בנושאים:

1. קפיטציה - יו"ר פרופ' גור עופר
2. איכות שירותי הבריאות - יו"ר פרופ' לאון אפשטיין
3. מיפוי מאגרי מידע בבריאות - יו"ר פרופ' גבי בן נון
4. מימון מערכת הבריאות - יו"ר מר יעקב גדיש
5. יחסי עבודה ומשאבי אנוש במערכת הבריאות - יו"ר פרופ' אריה שירום
6. סל שירותים - יו"ר פרופ' יצחק פטרבורג
7. בריאות בקהילה - יו"ר פרופ' שמעון וייצמן

במאי 1993 נקבע נוהל לביצוע עבודות מחקר, בחינתן המדעית ואישורן; וביולי 1993 הוחלט לקיים כנס בינלאומי בנושא מדיניות בריאות ונבחרו חברים לוועדה המארגנת של הכנס. ליו"ר הכנס נבחר ד"ר יהושע כהן, לשעבר מבכירי משרד הבריאות הישראלי וארגון הבריאות העולמי, שחזר לישראל והיה פעיל בכל שלבי הקמת המכון. בחירת החברים לוועדה המארגנת של הכנס נעשתה על בסיס אישי ומעמד אקדמי ותוך שמירה שאינטרסים זרים לא ישפיעו על מהות הכנס, וזאת על פי עקרונות היסוד שקבע המכון.³⁰

במקביל להחלטה על ארגון הכנס הבינלאומי, אושרו חברי הוועדה הבינלאומית המייעצת בראשות פרופ' ג'ון בק מאוניברסיטת קליפורניה, שהיה מעורב בשלבים הראשונים של הקמת המכון וניסה לסייע בהשגת המימון הדרוש לכך. בנובמבר אותה שנה סוכם מסמך הייסוד של המכון ובו פירוט כל ההגדרות הנדרשות לעבודתו, למעט הנושא התקציבי שנותר בסימן שאלה.

למרות השלמתם של כל הצעדים הנדרשים לעבודת המכון הלאומי היה ברור כי ללא מקור תקציבי קבוע, עבודת המכון לא תובטח.

30 הודעה ראשונה על הכנס התפרסמה ב-11 באפריל 1994.

ניתן להעריך כי הדיון הציבורי בשאלת חקיקתו של חוק ביטוח בריאות חובה במהלך 1993 סייע במידה רבה לקידום מעמדו של המכון הלאומי ולמיצובו והשפיע על היערכותו. כך למשל, יזם המכון מיפוי של סלי השירותים במערב אירופה ובקופות החולים בארץ. המיפוי התבסס על דוחות מחקרניים ושיקף במידה רבה את הדיונים שנערכו במכון בעניין, בהשפעת הדיון הציבורי בנושא יוזמת החקיקה. דוח הוועדה לסל השירותים נשלח אל שר הבריאות רמון, שהיה האיש הפעיל המרכזי לקידום חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מועצת הבריאות ומיסודו של המכון הלאומי

ב־8 בפברואר 1994 פרש חיים רמון מתפקיד שר הבריאות כדי לעמוד בראש סיעת "חיים חדשים" בהסתדרות, שאותה הקים בשיתוף עם עמיר פרץ. מטרתו הייתה להתמודד על תפקיד יו"ר ההסתדרות כדי להמשיך את תהליך חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנמנעה עד אותה עת בגין התנגדותה של ההסתדרות הכללית, ארגון האם של קופת החולים. בבחירות להסתדרות ניצח רמון, תוך שהוא מביס את מועמד מפלגת העבודה חיים הברפלד. למעשה, בחירתו של רמון ליו"ר ההסתדרות היא זו שאפשרה את חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי עוד באותה שנה. ניתן להניח כי ההתנהלות הפוליטית בנושא חוק ביטוח בריאות ממלכתי רק חיזקה את הנהלת המכון בנחישותה להפעילו באופן שוטף וסדיר על פי התוכניות שגובשו שנה קודם לכן על אף כל הקשיים התקציביים.

בינואר 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כחמש שנים לאחר פרסום המלצות ועדת נתניהו. סעיף 48 לחוק קובע את הקמתה של מועצת הבריאות. בראש המועצה יעמוד שר הבריאות, ויהיו בה 47 חברים. תפקידי המועצה לייעץ לשר הבריאות, לקיים מעקב אחר ביצוע החוק, ליזום מחקרים וסקרים, לפרסם מידע עדכני ושוטף למבוטחי קופות החולים בדבר זכויותיהם לפי החוק, השירותים העומדים לרשותם, על ידי מי הם ניתנים והיכן. בסעיף 52 (2) המתייחס לתפקידיה של מועצת הבריאות, נקבע כי המועצה תעקוב אחר ביצוע החוק ותערוך מחקרים וסקרים ותקבל חוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר; בסוגיית מימון מועצת הבריאות (סעיף 16 לחוק, סעיף 20 לחוק) נקבע כי סך ההקצאה למועצת הבריאות בעבור תפקידיה המפורטים בסעיף 52 לחוק לא תעלה על 0.1% מדמי ביטוח הבריאות.³¹ ההצעה הובאה לפני מועצת הבריאות על ידי שר הבריאות באותה העת, ד"ר אפרים סנה.

31 בפועל ההקצאה למועצת הבריאות נמוכה מהסכום המרבי שניתן היה להקצות לפעילותה.

פרופ' גבי בן נון, מראשוני מקימי המכון, ציין כי במהלך חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא יזם מהלך, שנועד להסדיר את מימון פעילות המכון בחקיקה, וזאת באמצעות הקביעה כי סכום התמיכה שיועבר למחקר ומעקב אחר יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי יעמוד על 0.1% מההכנסות מדמי ביטוח הבריאות. הצעה זו התקבלה, אלא שבהשפעת נציגי משרד האוצר שביקשו להשאיר בחזקתם את ההחלטה על גובה דמי ההקצאה למכון, הוסיפו את הצירוף "עד 0.1%".³²

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו קובע מפורשות שיש להקים מכון לאומי, שיפעל למילוי תפקידי היעוץ של מועצת הבריאות, אך כאמור, סעיף 52 (2) שבו דורש מהמועצה לעקוב אחרי ביצוע החוק ולערוך מחקרים, סקרים ולקבל חוות דעת מקצועיות באמצעות מכון (מחקר), שייבחר על ידי שר הבריאות. קביעה זו מגלמת בתוכה את הצורך בקיומו של מכון לאומי לביצוע תפקידי המועצה בסעיף זה.

הקמתו של המכון הלאומי, ביוזמת פרופ' דורון ופרופ' שני, ופעילותו המחקרית ערב חקיקת החוק, יצרו את ההזדמנות למסד את המכון כמכון לאומי הפועל מטעם מועצת הבריאות למילוי יעדיה המחקריים כפי שנקבע בחוק. מיסוד המכון ובעיקר קביעת מקור קבוע למימון פעילותו סיימו, הלכה למעשה, את השלב החלוצי של הקמת המכון. הוא הפך אפוא למוסד רשמי ומוכר, הפועל לטובת מערכת הבריאות הציבורית מתוקף החוק.

מאז ועד היום (1995-2018)

בעלי תפקידים

השנים 1995-1996 היו שנות התארגנות של המכון הלאומי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בהן נקבע כי שר הבריאות יהיה נשיא המכון מתוקף תפקידו. כן נקבעה ועדה מייעצת בינלאומית, נבחר חבר הנאמנים בראשות פרופ' חיים דורון, שהיה בתפקיד זה עד לפטירתו בשנת 2017, ומונה ועד מנהל ראשון, שכלל את פרופ' גור עופר, פרופ' אלכסנדר אבירם, פרופ' צבי אדר, פרופ' ליאון אפשטיין,

32 מקור הרעיון לעדכון בחקיקה והצמדת התמיכה התקציבית במכון הלאומי לדמי ביטוח הבריאות היה חוק מס מקביל חובה, שחוקק ביוזמת שר העבודה יוסף אלמוגי, אוניברסיטת תל-אביב ובשיתוף קופת החולים הכללית. בחוק נכלל סעיף ובו נקבע כי 0.1% מהמס המקביל ייועד לצורכי מחקר בריאות תעסוקתית. נושא המחקר נועד לסייע למעסיקים, שמימנו את המס המקביל. יוזמת הקצאת 0.1% מהמס המקביל שאושרה בחקיקה, אפשרה להקים שני מכוני מחקר באוניברסיטת תל-אביב - המכון לבריאות העובד ושיקומו והמכון לבריאות תעסוקתית. עם ביטולו של חוק המס המקביל נסגרו מכוני אלה בהיעדר מימון.

פרופ' גבי בן נון, פרופ' חיים דורון, ד"ר רמי דיציאן, ד"ר בועז לב ופרופ' מרדכי שני, שהיה יו"ר ועד מנהל בפועל במהלך שנות הפעילות הראשונות. במרס 1997 החליף פרופ' גור עופר את פרופ' שני בתפקיד יו"ר הוועד המנהל של המכון, תפקיד שבו הוא כיהן עד דצמבר 2007. פרופ' עופר ופרופ' דורון הצליחו לעצב בשנות כהונתם את המכון כמכון מחקר מדעי, מרכזי וניטרלי מבחינה פוליטית וארגונית, שאיגד את כל ארגוני מערכת הבריאות בישראל. מדיניות זו עמדה בבסיס הצלחתו של המכון להפוך לגורם משמעותי בכל הקשור למחקר במדיניות בריאות ושירותי בריאות בישראל, שהמלצותיו הן בסיס למשרד הבריאות, לכנסת ולגופים אחרים בבואם לקבוע מדיניות בריאות. בשנת 2008, עם פרישתו של פרופ' גור עופר, נבחר במקומו פרופ' שלמה מור יוסף ליו"ר הוועד המנהל, והוא שימש בתפקיד עד 2014. בשנת 2014 נבחרה פרופ' אורלי מנור לתפקיד זה, ואותו היא ממלאת עד היום. המנהלת המדעית הראשונה של המכון הייתה גב' נירה שמאי, ובשנת 2001 נבחר ד"ר בני מוזס למנהל המדעי של המכון במקום נירה שמאי. בשנת 2002 נבחר פרופ' אליק אבירם למנהל המדעי של המכון, תפקיד שמילא עד פרישתו ב-2017. בשנה זו נבחר פרופ' זמיר הלפרן למנהל המדעי של המכון. המנהלת האדמיניסטרטיבית של המכון החל משנת 1998 ועד היום היא גב' זיוה ליטבק.

פעילויות המכון הלאומי

בספטמבר 1995 פרסם המכון הלאומי קול קורא ראשון להגשת הצעות מחקר בשלושה תחומים: ארגון שירותי הבריאות, כלכלת בריאות ואיכות שירותי הבריאות. בקול קורא זה אושר מימון ל-26 מחקרים. מאז, בכל שנה יוצא המכון בקול קורא, שבעקבותיו מאושרות הצעות מחקר במגוון רחב של נושאים. לעיתים קרובות, המכון מזמין הצעות בנושאים ממוקדים בהתאם להמלצות של מועצת הבריאות או מוסדות המכון. מספר הצעות המחקר המוגשות למכון עולה בכל שנה, וב-2018 הגיע למספר שיא של 315 הצעות. בשנה זו הנושאים הממוקדים היו הזדקנות האוכלוסייה ובריאות הנפש.

מתוך ההצעות המוגשות כ-20% מאושרות על ידי ועדת המחקר. תקצירי המחקרים שהסתיימו ועיקר מסקנותיהם מתפרסמים בכל שנה באתר האינטרנט של המכון.

עד שנת 2018 הסתיימו 580 מחקרים, ובשנת 2017 החלו 56 מחקרים חדשים. בשנים 2014-2018 בכל נקודת זמן מספר המחקרים הפעילים עמד על כ-130. החוקרים הזוכים במימון מחקריהם נדרשים לדווח על התקדמות המחקר ומעת

לעת מוזמנים להציג את ממצאיהם ולדון עליהם בפורום המתאים (מועדון חוקרים, כנסים, סדנאות ועוד).

בעשור הראשון לפעילותו העניק המכון מלגות לתלמידי תואר שני ושלישי לביצוע מחקריהם במטרה ליצור גרעין משמעותי של חוקרים בתחום. בשנה הראשונה לפעילותו העניק המכון 5 מלגות, וסך הכול חולקו 167 מלגות. בעשור השני הוחלט שגרעין שכזה כבר נוצר, ופעילות המלגות הופסקה.

נוסף על מימון מחקרים, מקיים המכון מגוון פעילויות שמטרתן לעודד את השיח הציבורי ואת שיתוף הפעולה בין כלל הארגונים והאישים המובילים את מערכת הבריאות, באקדמיה ובממשל. לשם כך, מקיים המכון כנס ייעודי שנתי בים המלח. הכנס הראשון התקיים בשנת 2000. השתתפו בו בכירי מערכת הבריאות מכל המגזרים לדיון בשאלות מרכזיות העומדות על סדר היום באותה שנה. כנסים אלו מתקיימים מדי שנה וכותרתם "כנס ים המלח". דיווחיהם נשלחים למקבלי ההחלטות במערכת הבריאות. פורום ים המלח אינו בגדר גוף מחליט, אלא הוא במה להצגת עמדות מקצועיות, ללא תלות בשיוך המוסדי, תוך גיבוש ניירות עמדה שמציגים יתרונות, חסרונות וחלופות מדיניות שונות לסוגיות העומדות לדיון. הכנס האחרון (בשנת 2018) עסק באחריות מקצועית ובדק האם הגיעה העת לרפורמה בתחום.

מעיון בדיווחי כנסי ים המלח עולה שבכל כנס השתתפו בכירי מערכת הבריאות וחוקרים מתחומים שונים. ההתדיינות בכנסים הייתה חפה כמעט לחלוטין מכל אינטרס מוסדי, ולראשונה בישראל נוצרה מסגרת ניטרלית לדיון מעמיק וענייני בנושאי הליבה של מערכת הבריאות.

במקביל לפעילות המחקרית ולכנסי ים המלח, מקיים המכון מדי שנה כנס למדיניות בריאות שהוא למעשה זירה לחוקרים, בכלל זה חוקרים שמחקריהם מומנו על ידי המכון, שבה מוצגים תוצאות מחקריהם, ומאפשר לכלל העוסקים בחקר שירותי הבריאות להתעדכן בממצאי מחקרים חדשים.

מדי שלוש שנים מקיים המכון בירושלים כנס בינלאומי במדיניות בריאות, המתמקד בנושאים המעסיקים את קהילת הבריאות הבינלאומית. לכנס מגיעים מאות משתתפים מהארץ ומחו"ל, בכלל זה חוקרים מהשורה הראשונה בקהילה הבינלאומית. הכנס האחרון (בשנת 2016) התמקד ב-"From Local Experience to Global Patterns and Back Again". הכנס הבא יתקיים בשנת 2019 ויעסוק בחדשנות בבריאות.

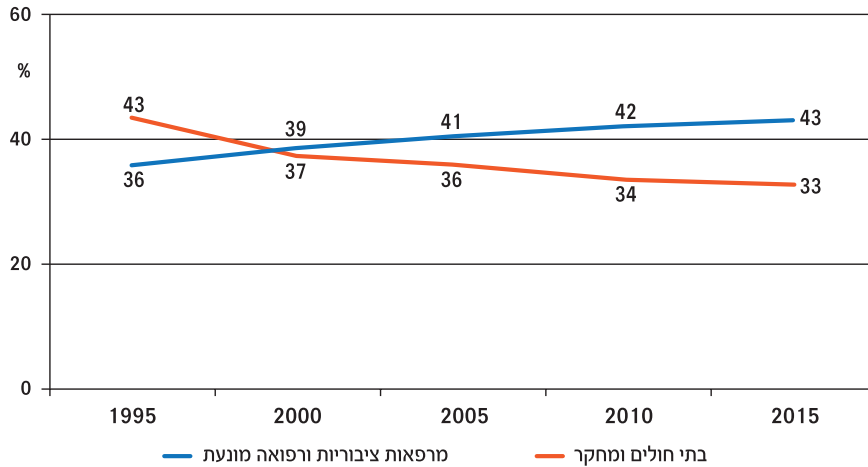
כמו כן, המכון מקיים אחת לשנה סדנה בינלאומית הנערכת במתכונת פגישת עבודה של מומחים מהארץ ומחו"ל. בסדנה נלמד באופן מעמיק נושא ממוקד תוך השוואה של מגוון חלופות שנבדקו במערכות בריאות בארצות שונות. הסדנאות

האחרונות התמקדו בנושאים של סוף החיים: Death is Inevitable – A Bad
The Future of Community Child; וברפואת הילדים בקהילה: Death is Not
Healthcare.

פעילויות נוספות של המכון הן פורום מחקר ופורום מדיניות, שאוחדו לאחרונה לכדי מפגשים משותפים המתקיימים אחת לרבעון. הפורום מאפשר דיון מעמיק בעבודות מחקר במימון המכון וכן דיון בסוגיות אקטואליות המצויות על סדר היום של מערכת הבריאות, כמו בשאלה האם לכלול תרופות "מצילות חיים" בשב"ן או בנושא הבדיקות המיותרות, מצע המפלגות בתחום הבריאות וכיו"ב.

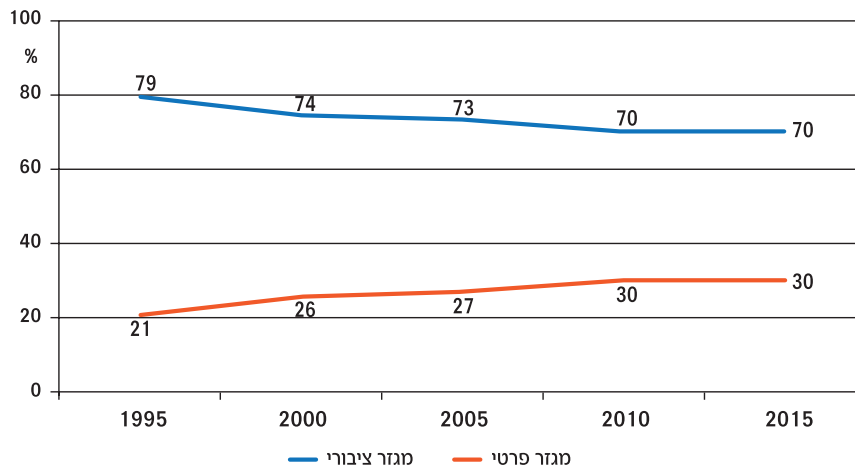
מאז הקמתו תורם המכון להרחבת הידע המדעי בתחום שירותי הבריאות כמו גם להעמקת הדיון בסוגיות ליבה של מערכת הבריאות. בכך מגשים המכון את חזון מקימיו והוא כלי משמעותי לטיוב תהליך קבלת ההחלטות בממשל ולשיפור שירותי הבריאות של ישראל לטובת הציבור כולו.

תרשים 3: התפלגות ההוצאה הלאומית לבריאות בין אשפוז לקהילה (באחוזים)



מקור: ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2017, למ"ס

תרשים 4: ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מבצע - מגזר פרטי למול מגזר ציבורי



מקור: ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2017, למ"ס

פרק 1

חוק ביטוח בריאות ממלכתי – מהפכה או שינוי אבולוציוני

מהפכה מוגדרת כאירוע היסטורי, המשנה בזמן קצר יחסית את פני החברה בעקבות קפיצת מדרגה ביכולתו הטכנולוגית של האדם או בעקבות שינוי רדיקלי בתפיסתו החברתית והפוליטית – תמורה מוחלטת, שינוי הסדר וההרגלים הקיימים. שינוי אבולוציוני משמעותו הליך מתמשך שמבשיל ברגע מסוים לכדי שינוי, שאינו כרוך בהרס הישן על מנת לבנות דבר חדש. הוא מעולם אינו סופי, אלא ממשיך לאיטו בקצב מסוים, לעיתים מהיר יותר ולעיתים איטי יותר, וזאת בהתאם להתפתחות החברה או המערכת שבה הוא פועל.

האם חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) הוא מהפכה או שינוי אבולוציוני? מחד, ניתן להגדירו כמהפכה שהתרחשה בפרק זמן קצר, שניצניה נבטו בשנים 1989-1995, הובילו בסופו של דבר לחקיקה מהפכנית, שנכנסה לתוקף ב־1 בינואר 1995 והביאה לשינוי כל מערך היחסים בין המבטח, המבוטח והמדינה. מהפכה זו סיימה שליטה פוליטית, ארגונית וכלכלית של ארגוני הסתדרות (כללית, לאומית), אימצה את התפיסה החברתית של בריאות כזכות ושינתה לחלוטין את התמריצים הכלכליים המובנים במערכת. מאידך, ניתן לראות בחקיקה שלב בהליך אבולוציוני מתמשך, שראשיתו בתקופת היישוב, שקדמה להקמת מדינת ישראל, ברעיון שנולד בהשפעת הליכים דומים שהתפתחו באירופה כבר בסוף המאה ה־19. הרעיון נבט במדינת ישראל החדשה וצמח בה באיטיות (כ־45 שנים) עד להבשלתו הסופית לכדי יישום והגשמה באמצעות חקיקה. חקיקה זו נחשבת, בדרך כלל, להליך אבולוציוני, הדורש הבשלה והפנמת הצורך ואינו מושג במהפכה, גם אם בפועל המודל הישן סיים את חייו והמודל החדש בא במקומו. הליך השינוי (אבולוציה או מהפכה) הוא המגדיר את סוג התוצאה.

תומכי המהפכה יאמרו גם כי העברת "הכוח" לכאורה מידי הארגונים הפוליטיים-בריאותיים לידיהם של התושבים באמצעות החקיקה היא מהפכה בדומה למהפכות

פוליטיות שהופכות סדרי עולם. הגבלת עוצמתן של קופות החולים בבחירת מטופליהם ויצירת סל שירותים אחיד ומשותף לכלל התושבים הן מהפכה אמיתית. אלא שבשונה ממהפכות פוליטיות ואחרות, המסתיימות בדרך כלל בזמן קצר, מהפכת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא הסתיימה, והשינויים הנמשכים והמתפתחים בה ללא הפסקה, מתאימים יותר להגדרת הליך אבולוציוני ולא מהפכני. ואולי חקיקת החוק היא גם מהפכה וגם שינוי אבולוציוני, שהחל במהפכת החקיקה וממשיך להתפתח לכיוונים שונים בקצב איטי שלא נצפה במהלך המהפכה.

בהליכים אלה השב"נים (שירותי הבריאות הנוספים) התחזקו עד מאוד. הללו נצפו בראשית התהליך כגורם משני, אך בהיעדר הסדרה מספקת של הרגולטור הפכו עם הזמן אמצעי למימון במערכת הבריאות, שלטענת רבים פגע במערכת הבריאות הציבורית. נעלם לו גם אמצעי מרכזי להגדלת מימון המערכת באופן רציף עם ביטול המס המקביל, מה שפגע קשות ביכולתה של מערכת הבריאות הישראלית לספק את צורכי הבריאות כפי שנקבעו בחקיקה.

גם לאחר שנחקק החוק וכתוצאה משינויים שחלו במהלך שנות יישומו, נדרשת מערכת הבריאות לעמוד על המשמר בקפדנות ולקבוע גבולות לאבולוציה החקיקתית, שחלקה פגע במטרות היסוד שעמדו בבסיס חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. סוגיה זו היא אולי הנושא המרכזי העומד בלב ליבו של התהליך האבולוציוני במלאת 25 שנים למהפכה החקיקתית, ותהליך זה הוא שיקבע את כיווני התפתחותה העתידית של המערכת כולה.

מהפכה, מהפך (מהפכה קטנה), או שינוי אבולוציוני? להלן עמדותיהם ודעותיהם של בכירי המערכת.

אבי ישראלי¹

"האפשרות לעבור מקופה לקופה ללא הגבלה על מצב רפואי או סוציו-אקונומי – למרות שהכמויות של העוברים הן קטנות, זה קריטי בעיניי. לא האמנתי שיהיה דבר כזה. זה שהקופות לא גובות על מעבר מקופה לקופה – אלה הישגים אדירים. כך גם ההפרדה בין ההסתדרויות והקופות. יש בחוק דברים יוצאים מן הכלל".

אביגדור קפלן²

"כללית, היה לי קשה מאוד לעמוד מול ההסתדרות, כי היא התנגדה לחוק. הנהגת ההסתדרות ראתה בחוק את סוף ההסתדרות. כמנכ"ל קופת החולים הכללית תחת שלטון הנהגת ההסתדרות הישנה נאלצתי להלך בין הטיפות – מצד אחד, לתמוך בחוק כי חקיקתו הצילה את מערכת הבריאות כולה מקריסה ובכלל זה את קופת החולים הכללית; ומצד שני, לא לקומם עליי את הנהגת ההסתדרות שכאמור התנגדה לחוק. את חקיקת החוק אפשר לזקוף לזכותו של חיים רמון שהתפטר מהממשלה, התמודד מול הנהגת ההסתדרות הוותיקה, וכנגד כל הסיכויים הצליח להיבחר כיו"ר ההסתדרות. הוא היה המנוע שהריץ את חקיקת החוק הן כחבר הממשלה בתקופת כהונתו כשר הבריאות והן כיו"ר ההסתדרות החדשה, שאפשרה לממשלה לחוקק את החוק בהסכמה. חיים רמון ומוטקה שני, שהיה מנכ"ל משרד הבריאות, השלימו את החקיקה ובכך הצילו את מערכת הבריאות מקריסה. תקופת כהונתי כמנכ"ל הקופה מתחלקת לשתי תקופות: שנתיים לפני חקיקת החוק וקצת למעלה משנתיים לאחר חקיקתו, ואני יכול להעיד על משמעותו האדירה של המהלך הזה. למעשה, קצת לפני החוק נחתם הסכם ההבראה הגדול של הקופה, הסדר נושים בחסות בית משפט בהיקף של 2.7 מיליארד שקל. במונחים של שנת 1993 היה זה הסדר החוב הגדול ביותר שבוצע אי פעם במדינת ישראל. רוב בעלי החוב שנצבר במשך שנים קיבלו את מלוא חובם.

ברטרופסקטיבה, חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכל התקנות שהותקנו בעקבותיו, הכיר בזכות לבריאות כאחת הזכויות הבסיסיות של כל תושב הארץ, הגביר את השוויוניות בין תושבי המדינה במימוש זכות זו, קבע כללי משחק הוגנים בחלוקת מקורות עלות הסל בין הקופות והסדיר את מערכת יחסי הגומלין בין הקופות לבין בתי החולים. החוק תרם רבות לפיתוח שירותי בריאות בקהילה ולשיפור מתמיד באיכותם".

אהוד אולמרט³

"אמרתי לשמיר: 'אני רוצה להיות שר הבריאות'. הוא תמה ואמר: 'אתה רוצה להיות שר הבריאות? השתגעת?' אמרתי לו: 'לא, לא השתגעת'. אני חושב שזאת מערכת חשובה וצריך לעשות בה הרבה דברים, ואני יודע מה אני רוצה לעשות'. הוא אמר לי: 'טוב, בשמחה, קח את התפקיד של שר הבריאות'.

2 אביגדור קפלן, מנכ"ל שירותי בריאות כללית (1992-1996).

3 אהוד אולמרט, שר הבריאות (1990-1992).

קודם כול, ראיתי מערכת שיש בה פער אדיר בין היכולת הפוטנציאלית מבחינה מקצועית במדינת ישראל לבין איכות השירותים שניתנים לאזרח הפשוט, זאת אומרת מבחינת הזמינות, מבחינת היעילות, מבחינת העלויות, מבחינת הפיזור בחלקים שונים של הארץ. כל הדברים האלה, כאזרח, התבוננתי ואמרתי שאפשר לעשות בהם שינוי יסודי.

גם ידעתי שבאותה תקופה עבדה כבר ועדת נתניהו, והיא כללה הרכב איכותי. חשבתי שהדוח שלהם, דוח ועדת נתניהו, יכול לשמש בסיס לרפורמה ולחולל מפנה, ורצייתי לחולל מפנה במערכת הבריאות, וזה בעצם מה שהביא אותי לתפקיד. אבל דבר אחד היה ברור: כל רפורמה במערכת הבריאות תציל את ההסתדרות, מה שקרה גם בפועל, שזה הציל את ההסתדרות. ביטוח בריאות ממלכתי הציל את ההסתדרות, והיום קופת החולים של ההסתדרות היא לאין ערוך יותר טובה מכפי שהייתה לפני 20 שנה. זאת אומרת, המהפך הזה אפשר לקופת החולים הכללית להשתפר בצורה מאוד משמעותית. באמת שהשיקול הפוליטי לא העסיק אותי מבחינה זאת. לא באתי לעשות מלחמות פוליטיות. באתי כדי לנסות לשפר את המערכת.”

אלכסנדר (אליק) אבירם⁴

“אני לא שותף להשקפה שחוק ביטוח בריאות ממלכתי היה בגדר מהפכה. זאת כן הייתה רפורמה, בעיקר רפורמה מימונית, אבל אעמוד על זה אחר כך אולי יותר בפירוט. אני חושב שמה שהשתנה לנגד עיניי, אם אני עומד והמערכת זזה – זה משהו אבולוציוני מאוד. זה התרחש בהדרגה, כשאוכל בשנות ה-80 התהליך היה מואץ יותר, התהליך של השתנות. אני לא רוצה לקרוא לזה מהפכה, כי מהפכה זה משהו שכולל את כל סדרי החיים, אבל זה בהחלט היה שינוי בוודאי פרדיגמטי; אם לטובה או לרעה – ההיסטוריה תשפוט.

לכן אני לא רואה בזה מהפכה, אף שברור שהייתה זו נקודת מפנה. ככל שהייתה זאת רפורמה, הרי היא נגעה רק בחלק המימוני ונעצרה בחלק המבני. היא לא נגעה אפילו בזה. היו המלצות של ועדת נתניהו גם לגבי החלק המבני-ארגוני, אבל העיקריות שבהן לא בוצעו. אני רואה את החוק בעיקר כתוצאה של שינוי הדרגתי שחל בחברה הישראלית בכלל ועולם הרפואה בפרט. שינוי זה התפתח לאורך שני צירים עיקריים, שבנקודה מסוימת התקרבו זה לזה, ואפילו התלכדו; וכך נוצרה סיטואציה שאפשרה מימושן של תקוות וניסיונות בני שנות דור.

4 אלכסנדר (אליק) אבירם, המנהל הרפואי של מכבי שירותי בריאות (1996-2002).

ציר אחד הוא הציר המדעי-טכנולוגי ששינה את פני הרפואה. אם מחפשים דווקא אחרי 'מהפכה', אז זאת המהפכה – הפיכתו של מקצוע/ייעוד המבוסס על חמלה, ניסיון, אינטואיציה וריטואל למקצוע/פרנסה ששואב כוחו מיכולת טכנולוגית, תשתית מדעית רציונלית, נגישות למידע ותוצאות קליניות מרשימות. הישגי הענק בתחום תוחלת ואיכות החיים נושאים בהכרח גם תג מחיר שאת השלכותיו מוצאים לאורך הציר השני – הציר האנתרופולוגי-כלכלי-פוליטי. גם לאורך ציר זה חלו שינויים חובקי עולם שלא פסחו על ארצנו הקטנטונת. אין ויכוח שפני החברה העכשוויים ומכלול ערכיה כמעט קוטביים מאלו שהיו עם תום מלחמת העולם השנייה. אך טבעי הוא שגם במערכות הבריאות מצאו שינויים אלה את ביטוייהם הסגולי. אצלנו בשנים שלאחר 'המהפך' נפגשו שני הצירים: נחלשה מאוד ההגמוניה המסורתית, המערכת נמצאה במשבר כלכלי עמוק ונוצרה קונסטלציה פוליטית ואישית. כל הגורמים הללו הביאו לחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כשוועדת נתניהו משמשת לו קרש קפיצה. חבל רק שאחרי היריון כה ממושך נולד תינוק קטן, נחמד אומנם, אבל חצי תינוק".

ברוך רוזן⁵

"לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי חלק מהבעיות כבר הועלו בפני ועדת נתניהו. גם אז הכסף הגיע לקופות החולים משני מקומות – מס אחיד, שהפרט שילם ומס מקביל שהמעסיק שילם; והמס המקביל חולק בין הקופות לפי נוסחה של גם לקחת בחשבון את הנפשות וההכנסות. כלומר, עובד שהיו לו הרבה הכנסות, הוא שילם 75%, וזה הולך לקופה שלו. הייתה הרגשה שזה גם לא צודק וגם לא יעיל. לדעתי, החוק טיפל בבעיות המרכזיות שהיה אמור לטפל בהן. יש סוגיות אחרות כמו ארגון בתי חולים, שצריכות מהלכים אחרים. הייתה תקופה שבה היו הרבה חידושים חשובים בתחום הטכנולוגיה, במיוחד בנושא ההשתלות, והקופות אמרו: 'מצטערים, אבל אין לנו אפשרות לממן את זה'. ואז הראו מקרים בטלוויזיה, כשאותם חולים מקבצים נדבות כדי לטוס לחו"ל לקבלת הטיפול שזקוקים לו. בזה החוק טיפל. החוק נתן באמת סל מאוד מוגדר ומאוד ברור. לפעמים היו שאלות, אבל זה היה בשוליים, לא כמו שהיה לפני כן.

לדעתי, החוק עשה את המלאכה במה שהיה צריך לעשות, ומובן שהחוק לא צפה את כל הדברים שהתפתחו בהמשך. לכן החוק לא צריך לקפוא על שמריו, והמערכת לא צריכה לקפוא על שמריה. אפילו אם התורה ניתנה בהר סיני, ממשיכים להתפתח

5 ברוך רוזן, מנהל מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות במאיריס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

וצריכים להתמודד עם נסיבות חדשות כל הזמן ולהגיד: 'אוי, מס מקביל, חבל שאין כמו שהיה פעם'.

אתגרים חדשים מצריכים פתרונות חדשים. ראשית, לא הכול צריך להיכנס בחוק הזה. אנחנו לא חיים לפי החוק הזה. אנחנו חיים במדינה, וכל מה שצריך לעשות לטובת בריאותם של התושבים, אנחנו עושים במערכת החינוך, וחלק עושים בלי חקיקה בכלל, כמו אוכל בריא בגנים, שזה היה מאוד חשוב.

לא הייתי מטיל הכל על החוק, וגם החוק עצמו עבר הרבה שינויים. זאת מערכת דינמית. האם כל השינויים שאני בעדם נעשו? לא. אבל לא זה המבחן. המבחן הוא שיש תהליכים דינמיים, יש שרים ומנכ"לים שחלקם יותר פעילים ואחרים פחות.

במשך הרבה שנים היה לנו good business, כי היה לנו סיפור הצלחה מדהים ביותר, כמעט אגדה של משבר שהיה, ופתרנו אותו; ועכשיו החלק של מערכת הבריאות הוא פחות מ-8% מהתמ"ג, ויש לנו הישגים מדהימים, והכול כמעט שוויוני. עכשיו הסיפור הוא יותר מורכב, ולא ברור שההצלחה שהייתה של החוק תחזיק מעמד, כי מצד אחד אנחנו לא רוצים להיות מדינה טוטליטרית. אנחנו לא רוצים להיות כמו קנדה, שרופא יכול לעבוד גם באופן ציבורי וגם באופן פרטי, אנחנו רוצים להיות חופשיים. יש לנו הרבה ישראלים במדינה, ואם ננסה להגיד להם יותר מדי מה לעשות, הם יעזבו. כך שצריך לזרום עם השאיפות, אפילו שהן קצת מוגזמות לפעמים של כולנו ולא רק של הדור הבא.

השיפור בשדרוג שמשרד הבריאות עבר ב-30 שנה מאז הגעתי לארץ, הוא מדהים! הרבה מאוד יחידות מאוד מקצועיות – אלה שעוסקות בסל הבריאות, אלה שעוסקות בפיקוח, אלה שעוסקות בבדיקות איכות ושיפור האיכות ובשירות. זה פשוט מהפכה שקטה".

גבי בן נון⁶

"בשנות ה-90 של המאה הקודמת ועדת נתניהו סיפקה מרשם לעשיית רפורמה. היא באה ואומרת: יחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, רה־ארגון של משרד הבריאות, תאגידי בתי חולים ואזוריות. אלה היו ארבע אבני היסוד של המלצות ועדת נתניהו. הסיבה הפוליטית (לתמיכה בחוק) הייתה ברורה: חיים רמון ואהוד אולמרט (גם הוא צריך לקבל קרדיט לחקיקת החוק) לא אהבו את ההסתדרות. לחיים רמון היה חשבון ארוך מאוד עם ההסתדרות. מערכת הבריאות הישראלית הייתה קשורה אז בקשר גורדי עם ההסתדרות הכללית. הוא (חיים רמון) שנה את זה. הוא חשב

6 גבי בן נון, סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות (1995-2008).

שהקשר הזה לא נכון מבחינה פוליטית למפלגת העבודה. הוא אמר שאת הקשר הסתדרות-קופה צריך לנתק. אבל מעבר לסיבה הפוליטית הוא הבין שמערכת הבריאות חייבת זעזוע – לא עוד רפורמה, ולא עוד תוכנית הבראה ולא טיפול דמוי אקמול לחולה. הוא הבין שמערכת הבריאות חייבת ניתוח עמוק, כמעט מהפכה.

אבל הסיבה המרכזית לצורך בחקיקת החוק הייתה הנושא של ההתנהגות הסלקטיבית, שהותירה את הקופה (קופת החולים הכללית) במצב שבו היא מפסידה פעמיים, ושום תוכנית הבראה לא יכולה לפתור בעיה מהסוג הזה. היה צריך לעשות מהפכה, כי בלי מהפכה זה לא היה מסתדר.

דרך אגב, גם חיים רמון וגם אהוד אולמרט היו שני שרי בריאות כריזמטיים עם המון כוח פוליטי, כל אחד במפלגה שונה, שבחרו להיות שרי בריאות, בידיעה שיש שם פוטנציאל לשינוי שיכול להכניס אותם להיסטוריה ולקדם אותם מבחינה פוליטית.

אולמרט הלך על נושא של תאגוד בתי חולים, ורמון – על נושא חוק ביטוח בריאות ממלכתי. שניהם מבחינתם, בנקודת הזמן של 1994 – הפסידו. אולמרט לא הצליח לעשות תאגוד בתי חולים וגם חיים רמון לא הצליח בקדנציה שלו כשר לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הוא היה צריך להתפטר ולכבוש את ההסתדרות, ורק אחרי שהוא כבש את ההסתדרות, הוא הסיר את ההתנגדות שלה, והדרך לחקיקת החוק הייתה סלולה, אבל אז הוא כבר לא היה שר בריאות. זה היה מהלך מבריק של חיים רמון, אבל אני מקדים את המאוחר.

היום בפרספקטיבה היסטורית של מערכת הבריאות, אני אומר שיש את מערכת הבריאות של לפני 1995 ויש את מערכת הבריאות שלאחריה. לי אין ספק בכלל שזאת הייתה מהפכה, וזו הייתה מהפכה ששינתה את כל כללי המשחק של המערכת, זו הייתה מהפכה שלא הייתה ברירה אלא לעשות אותה, והדרך היחידה לחולל שינויים במערכת הבריאות הייתה על ידי מהפכה ולא על ידי שינוי מדורג, כי היו הרבה אנשים שאמרו: 'בואו נעשה את זה לאט'. אבל לא. או שאתה עושה את זה או שאתה לא עושה את זה, והמהפכה באה לידי ביטוי ב-1 בינואר 1995. מאז יש מערכת בריאות אחרת.

מנהיגות פוליטית של אדם כריזמטי כמו חיים רמון ולפניו גם אהוד אולמרט, שלקחו את הנושא הזה, קידמו אותו, עמדו מאחוריו ונתנו לו גם גיבוי פוליטי כדי לבצע אותו – זו אחת מהסיבות להצלחה של חקיקת החוק".

זאב רוטשטיין⁷

"ההמלצה שלהם להוציא על חוק ביטוח ולא על מערכת רפואית ממלכתית הייתה פשרה עצומה שנועדה מצד אחד, כן לעשות רפורמה ולהתייחס לרפואה האקטואלית שהייתה באותה תקופה, שהייתה בעצם הקריסה הכלכלית של קופת החולים הכללית, אם כי גם קופות אחרות לא היו נפלאות, להוציא את קופ"ח מכבי. הנתק הזה שנתפש כאסון בעיני עסקנים כמו קיסר ואחרים בעבר, פתאום מצא חן בעיני הרפורמטורים, כפי שאני קורא להם. גם אהוד אולמרט שבא מכיוון אחר מהימין, וגם חיים רמון שהגיע מצד השמאל, מצא חן בעיניהם הרעיון של הפירוק וחוסר ההכפפה.

לאור ההמלצה של ועדת נתניהו והובלת היישום שנעשתה מיד לאחר מכן, בעצם חלה חצי רפורמה. אני אישית חושב שהחצי רפורמה הזאת היא בעצם הרפורמה הכי חשובה שהייתה במדינת ישראל אי פעם. כי בעצם סילקנו, אני לא רוצה להגיד כמה, אבל זה בטח מאות אלפים של אנשים שהתעסקו בדברים האלה בצורה מאוד מאוד לא יעילה – כל לשכות המס, וניקינו את הדברים האלה. העברנו בצורה חלקה מס צודק, מס פרופורציונלי והעברנו אותו בצורה מסודרת. ואולי היופי הכי גדול של אותה חצי רפורמה היה הנושא של הצמדת המקורות לשימושם.

בעצם, אם היינו ממשיכים בחוק כפי שהוא נוסח וכפי שהוא חוקק, הרי הרפורמה הזאת הייתה פנטסטית מבחינה זאת שהיא בנתה את היכולות על מה שבאמת אפשר במשק. אם היינו משלימים את הרפורמה לצד הגשת השירותים וממלאים את המלצות ועדת נתניהו שתקפות עד היום, להפוך את בתי החולים לרשת בתי חולים של חברות לתועלת הציבור (trust hospital), שמנוהלות כלכלית-רפואית, ומפרקים את החיבור הזה לקופות החולים ויוצרים מערכת אזורית ממלכתית – היינו קופצים גבוה, כי יש לנו בעצם הכול: יש לנו רופאים מעולים, בתי חולים נפלאים, יכולת 'שנור' מדהימה שבנתה את בתי החולים ולא המדינה שבנתה, והיא תמשיך לעשות את זה".

חיים דורון⁸

"אני עובר עכשיו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מ-1994. קודם כול, הזכרתי קודם את העניין של לבטח את כל האוכלוסייה, ופה אין מקום לשום ויכוח, כל שכן שהבסיס של החוק שמתבטא כבר בסעיף הראשון מדבר על 'צדק, שוויון ועזרה

7 זאב רוטשטיין, מנהל המרכז הרפואי שיבא תל השומר (2004-2011).

8 חיים דורון, מנכ"ל שירותי בריאות כללית (1977-1988).

הדדית', 'הבטחת שירות בריאותי לכל תושב כזכות יסוד ולא כמצרך', אחר כך אראה מה נעשה מכל העקרונות האלה.

בחירה חופשית של הקופה והמעבר מקופה לקופה זה דבר הגיוני, ובוודאי שזה מונע cream skimming, שזה קבלה סלקטיבית של המבוטחים, שיותר משתלמים מבחינה כלכלית. כל תושב זכאי לסל שירותים בסיסי, ולקחו את הסל של קופת החולים הכללית והעתיקו אותו לבסיס בחוק, מה שמעיד שזה היה הסל המאוזן מבחינה רפואית וכלכלית וגם אחד הדברים שמעידים עד כמה קופת החולים הכללית הייתה מתנהלת על בסיסים גם רפואיים וגם כלכליים קורקטיים.

הגבייה דרך הביטוח הלאומי, שהזכרתי קודם, מקטינה את הוצאות הגבייה ועושה אותה יותר פרוגרסיבית ופחות רגרסיבית. היא הייתה על פי ההכנסה של כל מבוטח.

חלוקת המקורות על פי קפיטציה הייתה בשנים הראשונות לפי גיל, ורק בתקנות – לפי הרכב הגילאים. אני רוצה לציין פה שבתקופת חוק המס המקביל, שהגבייה הייתה דרך הביטוח הלאומי, היו לי מאבקים קשים ביותר בעניין צורת החלוקה, כי היו מחלקים את המס המקביל רק לפי מספר המבוטחים בכל קופה, והיו מתעלמים מההרכב הגילאי שנים רבות, עד שברגע מסוים התחילו לקחת את זה יותר בחשבון. זה היה באמת ליקוי למרות החשיבות הרבה של המס המקביל כמקור למימון קופות החולים.

תקציב המדינה, וזה הזכרתי קודם, כגורם משלים ולא כאחד המקורות הבסיסיים, רק אלמנט משלים, אם יש צורך להשלים, וזה העיקרון של ביטוח בריאות כחלק מהביטחון הסוציאלי. המכניזם לשינוי הסל ואספקתו לפי אלמנטים של איכות בזמן ובמרחק הם סבירים. הייתה ביקורת על קופ"ח, למה היא שמה מרפאות בכל יישוב, מושב וקיבוץ, אבל האמת שזה הפך לאחד היתרונות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הערות בנוגע לוועדת הסל: כאשר ועדת הסל מתייחסת לחלוקת השינויים הטכנולוגיים בכל שנה ושנה זהו מכניזם חיובי, טוב ורציני מאוד, שפועל בצורה מרשימה. ויחד עם זה, יש התלבטויות קשות מאוד הן במישור הפילוסופי, הן במישור הרפואי והן במישור הכלכלי, אבל אני רוצה להזכיר שמשום שהפכו את המקורות במקום המס המקביל למקור מתקציב הממשלה, אותה ועדת סל כל כך חשובה וטובה שפועלת בצורה כל כך רצינית, השכיבו אותה במיטת סדום של ההקצבה השנתית שקשורה לאפשרויות תקציב המדינה, דבר שלא היה קורה, אם מקורות המימון של ביטוח הבריאות היו שומרים עליהם, כפי שמפורט באופן אורגינלי בחוק, לפי תרומת המבוטחים והמעסיקים כאחד.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה לו אופי ציבורי וסולידרי, ולפני שנגעו בו השתמע ממנו שהתחרותיות תהיה לפי טיב השירות, שהקופה שתספק שירות רפואי מוצלח זמין ועל רמה יותר, תזכה באהדת יתר של החברים בה”.

חיים פליץ⁹

”היתרון הגדול ביותר היה הסיפור של המס האחיד, או אותו תשלום שקופות החולים גבו ישירות. התשלום הזה היה מאוד מאוד בעייתי, במובן שהוא לא נתן מענה להבדלים בין הקופות בהרכב החולים שלהן, והוא היה מאוד זועק בעיות שבו, מכיוון שההסדרות הכללית ‘שדדה’ את הכספים האלה לצרכים אחרים. מכיוון שהמדינה בסופו של דבר הייתה אחראית למערכת הבריאות, אז המדינה הייתה צריכה לכסות פערים אלו. היה לחוק גם היתרון הגדול שכל תושב במדינה מבוטח, ולא צריך לתת הסדרים מיוחדים לתושבים שאינם מבוטחים”.

חיים רמון¹⁰

”מערכת הבריאות עניינה אותי משחר נעורי ... ולמדתי שכל מערכות הבריאות המתקדמות באירופה מבוססות על חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במוחי ניקרה השאלה: למה ישראל היא המדינה היחידה בעולם המערבי, פרט לארצות הברית, שלא חוקקה חוק דומה?

למדתי שעסקני ההסתדרות ומפלגת העבודה מעדיפים את הקופה על פני החולים ואת בריאות המנגנון על פני בריאות האזרחים ... אני הייתי נחוש לשחרר את בריאות הציבור מלפיתת החנק של מגנון מפא”י וחבריה, אשר הקריבו את בריאותם של אזרחי ישראל לטובת עוצמתם, האדרת כוחם ורווחתם הפרטית. לאחר ניצחונו של יצחק רבין בבחירות (ב־23 ביוני 1992) הוא החל במלאכת הרכבת הממשלה. שאל אותי רבין איזה תיק אני רוצה לקבל לאחריותי. ‘תיק הבריאות’, השבתי ללא היסוס. השבתי שבמשרד הבריאות אוכל לחולל מהפכה ולהגשים את הרעיונות, שאני מאמין בהם ושלמענם פעלתי בעבר, על פי התפיסה הסוציאל-דמוקרטית הנהוגה ברוב ארצות העולם המערבי.

הבנתי שקודם כול עליי לגייס את העובדים לעמוד לצידו. במערכת הבריאות פעלו למעלה מ־20 ועדי עובדים של המקצועות למיניהם. התחלתי לזמן ועד אחר ועד לישיבות מרתוניות, שהחלו בערב והסתיימו בשעות הקטנות של הלילה.

9 חיים פליץ, סגן מנהל אגף תקציבים לשירותים חברתיים, משרד האוצר (1995-2000).

10 חיים רמון, שר הבריאות (1992-1994).

בישיבות אלה ניסיתי לשכנע אותם כי החוק שאני מציע ייטיב את מצבם וכי לא אחוקק אותו ללא הסכמתם. תהליך זה נמשך כמה חודשים, ובסופו קניתי את אמונם של העובדים, והם נהפכו לבעלי בריתי במאבק למען חקיקת החוק. בסופו של דבר, התפטרתי מתפקידי כשר הבריאות, רצתי לראשות ההסתדרות, ניצחתי בבחירות והתמנתי ליו"ר ההסתדרות. המשימה הראשונה שעמדה לנגד עיניי כיו"ר ההסתדרות הייתה כמובן לחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הרי מלכתחילה הייתה זאת הסיבה המרכזית להתמודדותי לראשות ההסתדרות. מאבקי למען חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שמעטים האמינו בסיכוי להצלחתו, הסתיים בהצלחה רבתי ב-26 ביוני 1994, כאשר כל סיעות הבית הביעו בהצבעתן תמיכה מקיר אל קיר בחוק. החוק חוקק בהתנגדות של חברת כנסת אחת בלבד. ישבתי במליאה, מבטי נעוץ בלוח התוצאות, ולא האמנתי למראה עיניי. הייתי בשמיים".

יהושע (שוקי) שמר¹¹

"החוק היה חלום, ואני חושב גם היום שזה אחד החוקים הכי נכונים, הכי ליברליים, הכי סוציאליים שיש במדינת ישראל, שהיו בו מספר מרכיבים שאנחנו מכירים אותם כמובנים מאליהם – הזכות לקבל שירותים רפואיים. לפני החוק היו כ-150 אלף ילדים ללא ביטוח רפואי. היום יש זכות לעבור מקופת חולים אחת לשנייה בלי שום שייכות להסתדרות כזאת או אחרת, עם הגדרה אחידה של סל שירותי בריאות בכל הקופות".

יונתן הלוי¹²

"מעטים לא היו מבוטחים ערב כניסת החוק לתוקף, משום שלא היה חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הייתה פוליטיזציה רבה של הקופות, בעיקר של חלק מהן, והייתה תחושה גם אז של תת תקצוב, אבל מסיבות אחרות, לא כל כך מסיבות של התנהגות האוצר, אלא יותר בגלל העובדה שהכספים ששולמו כדמי חברות לקופות החולים, וכנראה גם חלק מהסובסידיות הממשלתיות, לא הלכו לבריאות. מהבחינה הזאת החוק כמובן הביא למהפך.

כפי שאמרתי, דווקא היקף הכיסוי הביטוחי, שהוא אחת מגאוות החוק, כי איזו מדינה לא מתמודדת היום עם ניסיון לשאוף ל-*universal coverage*, דווקא הדבר

11 יהושע (שוקי) שמר, מנכ"ל משרד הבריאות (1999-2000).

12 יונתן הלוי, מנהל המרכז הרפואי שערי צדק (1988-2019).

הזה גם במערכת הבריאות של לפני החוק, לא היה בו קוטר מאוד ניכר. היו העשירים מאוד שראו את עצמם כלא צריכים את זה, והעניים מאוד שקיבלו איזו שהיא גישה לבתי חולים בדרך אחרת.

יש הרבה צדק סוציאלי בחוק כמובן, אבל הצדק הסוציאלי שטמון בהיקף ביטוחי מלא לא בלט בין תקופת טרום החוק לבין תקופת החוק. מה שכן בלט זה שפתאום כולנו במערכת הבריאות נהיינו מודעים לנושא של הגדרת סל שירותים, למשל, של עדכון סל השירותים, אפילו של תקצוב. ברגע שנקבע שמשלמים 4.8% מהמשכורת, ללא תלות בדיון מה הגג (אם צריך גג או לא צריך גג), היה ברור שהצדק הסוציאלי שטמון בחוק הזה, מבחינת הרעיון של קופת חולים מ־1911 או 1912, שכל אחד משלם לפי יכולתו ומקבל לפי צרכיו – זאת אופטימיזציה של הגשמת הרעיון הזה, חוק ביטוח בריאות. וזה מאוד בלט ובלט יותר מאשר לפני חקיקת החוק – עם ההנחה במס בריאות למשתכרים נמוך”.

יעקב ויטקובסקי¹³

”ב־1 בינואר 1995 בעקבות כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, השתנו מהותית החוקים, הכללים והתקנות במערכת הבריאות. עד אותה עת שילמו האזרחים דמי ביטוח בריאות ישירות לקופות החולים, והמעבידים השתתפו בתשלום מס מקביל בגין עובדיהם (המס בוטל מאוחר יותר). כמו כן, לא כל אזרחי המדינה היו חברים בקופות החולים.

החוק הגדיר:

- (א) שכל אזרחי מדינת ישראל יהיו מבוטחים במסגרת החוק. לפני כניסתו לתוקף כ־95% מהאזרחים היו חברים באחת מארבע קופות החולים. 5% מהאזרחים שבעיקר השתייכו לשני מגזרים (חרדים ובני מיעוטים) לא היו חברים בקופות.
- (ב) הוגדר סל בריאות קבוע לכל אזרחי מדינת ישראל.
- (ג) הוטל מס בריאות פרוגרסיבי (תשלום לפי יכולת, וצריכת שירותים לפי הצורך), והמדינה התחייבה שאם גביית המס לא תכסה את עלות הסל, המדינה תשלם את ההפרש. עד לכניסת החוק, כל פעם שקופה נקלעה לקשיים ונכנסה לגירעון, מדינת ישראל הכניסה יד לכיס ועזרה לה. עיקר העזרה ניתנה לקופת החולים הכללית, שהייתה הקופה הגדולה ביותר וגם בעלת בתי חולים”.

יצחק ברלוביץ¹⁴

"נקודת ההנחה הייתה שיש לנו מערכת בריאות כמות שהיא, יש לה את הבעיות שלה, יש לה את המבנה ההיסטורי שלה, שבסופו של דבר הביא אותנו למה שהביא אותנו, ואנחנו צריכים ליצור או להשלים את מה שחסר למערכת הבריאות שלנו בתנאים המיוחדים שלנו.

הוויכוח לגבי האם אנחנו רוצים מערכת בריאות שמבוססת על קופות חולים או מערכת בריאות שמבוססת על שירות רפואי לכל כמו באנגליה – זה ויכוח שהיה בוועדת נתניהו כידוע, ובסופו של דבר גם ועדת נתניהו וגם השרים שהיו אחר כך, קיבלו את העיקרון שבבריאות לא צריך לעשות מהפכות אלא צריך לקדם תהליכים, מה שנקרא ל'אין רבולוציות יש אבולוציות'.

אבל היו כמה שאלות עקרוניות. הדבר הכי דרמטי היה הנושא של שתי השאלות שבעצם חילקו את העם – שאלת הזיקה ושאלת הגבייה. אלה בעצם שני הנושאים שהיו להן השלכות מעבר לחוק. שאלת הזיקה היא האם אתה חייב להיות גם חבר של ארגון פוליטי כמו ההסתדרות או כמו ההסתדרות של העובדים הלאומיים כדי להיות חבר בקופת חולים, והאם יש זיקה בין שניהם.

הדבר השני הוא שאלת הגבייה – האם ממשיכים להפעיל אותה באמצעות לשכות המס, שהן גובות את הכספים עבור הארגון הפוליטי ומפרישות חלק ממנו למערכת הבריאות, שזה כמובן אלה שרצו לשמר את המצב הקיים, או שאתה בא ואומר: את שני הדברים האלה, את שאלת הזיקה אתה פותר על ידי זה שאתה קובע שלא תהיה זיקה, שאין זיקה ואפילו היא אסורה על פי חוק. כלומר, אתה לא יכול לשאול את האדם לאיזה ארגון פוליטי הוא שייך. כל מה שהמעסיק צריך לדעת זה למי להעביר את מס הבריאות, לטובת מי אתה בעצם חבר, כאשר הכסף נגבה על ידי המוסד לביטוח לאומי, ועבור המוסד לביטוח לאומי כולנו אחד".

מאיר אורן¹⁵

"נכנסתי למשרד בריאות כאוטי לחלוטין, בכאוס נוראי, כש'on the top of it' חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמסגרת חוקית, כחקיקה ראשית, ישנו וצריך לצקת לתוכו תוכן בתקנות, בתקנות משנה ולהתמודד עם הרבה מאוד דברים שהחוק היה חסר בהם. כאוס אמיתי, מערכת בריאות במשבר גם תקציבית, גם מימונית.

14 יצחק ברלוביץ, ראש מנהל רפואה ומשנה למנכ"ל משרד הבריאות (1995-2005).

15 מאיר אורן, מנכ"ל משרד הבריאות (1995-1996).

החוק הוא חוק נכה וצולע מכמה היבטים: ראשית, ככל שנוגע למנגנון עדכון הסל, שהוא לוקה בחסר, ואנחנו יודעים את זה מבחינת היעדר פיצוי ראוי לגידול באוכלוסייה, הזדקנות האוכלוסייה וטכנולוגיות. זה היה שקוף וברור על ההתחלה. מערכת נתונים חסרה בביטוח הלאומי שאמור לגבות את מס הבריאות, מערכת בפיגור עצום במסדי הנתונים שהיו לוקים בחסר, ולכן תת גבייה משמעותית. הרי אחד מהמוטיבים של החוק היה לייעל את הגבייה ולהעמיק אותה. אני שוב מזכיר ששנות 1995-1996 חוללו סערה רצינית, חוק שנכנס ולשכה משפטית שהיא בתת תקינה ולא מסוגלת להרים את הנטל של התמודדות עם החקיקה, עם התקנות. החקיקה הזאת היא חקיקת מסגרת ועם אגרסיביות אוצרית, כשחוק ההסדרים והחלטות הממשלה כל הזמן מנחיתות ומעקרות את החוק ומשאירות למעשה שלד, רוחו נעקרה, והוא נשאר כהסדר מסגרת למימון”.

מרדכי (מוטקה) שני¹⁶

”למעשה, לפני כן אנחנו רואים ארבע קופות חולים, שכל אחת מהן פועלת לפי כללים משלה. חלקן כמו מכבי ומאוחדת, דוחות מבוטחים. אין תפיסת עולם לעתיד, אין בסיס שעליו אתה יכול לארגן את שירותי הבריאות. למעשה, חוק ביטוח בריאות נותן למערכת הבריאות את הבסיס שאתו היא צריכה להתמודד לעתיד לבוא. כדאי לציין שאנחנו ושווייץ הן שתי המדינות האחרונות בעולם המערבי, שחוקקו חוק ביטוח בריאות חובה. נכון שאחרינו הולנד וגרמניה משנות את החוק, אבל היה בהן חוק ביטוח בריאות חובה במתכונת שונה. למעשה, שווייץ וישראל נכנסות סוף סוף למסגרת של המדינות המתוקנות שיש בהן חוק ביטוח בריאות. על זה היו לי שתי תשובות: א) מהפכות לא קיימות בשירותי בריאות, אם אין מהפכה חברתית, ואתה לא יכול לבוא ולעשות מהפכה אדירה במדינה, אף אחד לא יעשה אותה, וזאת תהיה ברכה לבטלה. ב) אני מאמין שמודל קופות החולים הוא המודל הנכון בעולם”.

משה בר סימן טוב¹⁷

”מה שראיתי בהיותי באוצר הוא מערכת מצוינת, ומעט מאכזבת וזה קצת מפתיע, כשאתה רואה באמת מערכת מצוינת, ומצד שני מאכזבת. אולי מערכת הבריאות היא המערכת היחידה בישראל, בטח החברתית, שהיא ברמת תפקוד כל כך גבוהה.

16 מרדכי שני, מנכ"ל משרד הבריאות (1993-1995).

17 משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות (2015-היום).

מצד אחד, אתה רואה איך המערכת הזאת מנוהלת מצוין ויש בה אנשים וכוחות מאוד טובים שדוחפים אותה למצוינות כל הזמן, חלקם רציונליים וחלקם לא. היא מושתתת המון על עיוותים. מצד שני, אתה מבין עד כמה צריך להשקיע הרבה כדי שהמערכת הזאת בסוף תהיה איפה שהיא נמצאת. הדימוי שלי היה, ומאז מלווה אותי כל הזמן, שזה כמו אליס בארץ הפלאות, שאתה צריך לרוץ הכי מהר שאתה יכול כדי להישאר במקום, ואם אתה רוצה להגיע לאן שהוא, אתה צריך לרוץ quite as fast. זאת המערכת.

יש במערכת הבריאות הרבה כוחות שמביאים אותה למצוינות, והם גם הכוחות שבסוף יכולים למוטט אותה – אם זה המחסור במשאבים שגרם לה להיות המערכת הכי יעילה בעולם ככל הנראה; אם זה ניגוד העניינים המובנה שיש בתוך המערכת בין קופות החולים לבתי החולים, שיש בו ברכה גדולה מאוד, אבל גם לברכה הזאת יש איזו שהיא נקודת אופטימום וממנה הדבר הזה יורד; אם זה המתח הבריא הזה לכאורה בין משרד הבריאות ומשרד האוצר, שגם הוא מעבר לנקודה מסוימת מפסיק להיות יעיל.

מוקדי השליטה במערכת הם לא תמיד ... אני חושב שזאת המערכת שהכי הרבה 'לשעברים', בה ממשיכים לנהל אותה, גם אם לא מעמדת מפתח רשמית. עוד אמירה כללית: אחד הדברים שנאמרו בפסק הבוררות ב-2008 והוא משפט שאני חוזר ומשתמש בו זה שמערכת הבריאות היא בשיווי משקל של עיוותים. היא מלאת עיוותים. ובאמת, לאן שאתה לא מסתכל, אתה רואה איזה שהוא עיוות, אבל בסוף, כל העיוותים האלה נמצאים באיזה שהוא שיווי משקל וצריך להיזהר מאוד מלתקן את העיוותים האלה, כי אתה לא יודע מה היציאה משיווי משקל והחתימה לשיווי משקל חדש ייצרו".

ניסים אלון¹⁸

"בעשרים השנים האחרונות חלה מהפכה מוחלטת בתחום הטכנולוגיה – התיק הרפואי הממוחשב, מערכות הרנטגן הדיגיטליות, החתימה הדיגיטלית, בתי המרקחת המחודשים, התכתבות עם רופא, רופא אישי בוידאו, החזרים כספיים בדיגיטל ועוד. כל הפעילויות שאנחנו עושים זה מתכון אחר לחלוטין, וזו ממש מהפכה בעולם השירות. כשנסעתי לחו"ל בפעם הראשונה, חזרתי ארצה נפעם מכמות התחבורה הציבורית בחו"ל – הכבישים, הרכבות. היום ישראל מתקדמת בהרבה יותר מאשר מדינות אחרות בעולם.

18 ניסים אלון, מנכ"ל לאומית שירותי בריאות (2005-היום).

כך גם קרה עם מערכת הבריאות. החלת חוק ביטוח בריאות עשתה מהפכה מוחלטת. עד לחוק קופות החולים היו מושא לבדיחות על ביורוקרטיה. כיום הקופות הן מושא לחיקוי על ניהול יעיל ומתקדם של מערכות".

רוני גמזו¹⁹

"במשך 100 שנים שקיימת כאן מערכת בריאות, המאפיין העיקרי שאותן קופות חולים, שאינן רק חברות ביטוח (payer provider), אותן קופות חולים שיצרו את העוצמה הזו, כמובן ביחד עם בתי חולים, שרובם ציבוריים, נוהלו והתנהלו במצב של כמעט כאוס רגולטורי, ערפל רגולטורי, ללא סדר מסוים איך אתה קולט מבוטחים, אילו מבוטחים אתה קולט, מהו הסל שאתה נותן, איך אתה מקבל את התשלום עבור זה, איך אתה מתחשבן, איך אתה משקלל תשלום עבור מבוטחים מורכבים, קשישים, צעירים, איך אתה עובר בקרה ניהולית, מה תפקיד המדינה – כל אלה היו לא מוסדרים, וזה היה ה'נ', הקושי, הכשל של המערכת שהוביל להרבה מאוד משברים, כי ההבדל בין אותן קופות חולים היה מהותי. המערכת בעצם התחילה להישבר, להיסדק, להתרסק מכיוון שהיה מודל נכון, אבל בערפל רגולטורי לא מוסדר.

ועדת נתניהו שמה את המסד לצורך בהסדרה ואמרה: אי אפשר להמשיך לנהל את הבריאות באמצעות המודל המוצלח הזה של קופות חולים ללא חוק, ללא הסדרה שמחייבת כל אדם בהשתייכות לקופת חולים ושמסדירה את אופן התקצוב של הקופות, את החובות שלהן, את הזכויות שלהן ואת הסל ויוצרת בעצם מסגרת אחת שווה, מישור שווה להתנהלות, ואז לאט-לאט מקטינה את ההבדלים ביניהן ונותנת להן גם את האפשרות האחת לשאוף ולהידמות לשנייה. וזה המישור התחרותי, שמוביל גם ... זו הייתה מערכת שאז התנהלה באופן כזה שהאינטראקציה בין קופות החולים לבין בתי החולים הייתה מערב פרוע, עם תורים לא סבירים ולעיתים גם עם מניפולציה של כסף, שבו אתה קונה לעצמך קדימויות כאלה ואחרות. הכאוס הזה יוצר אצלי תחושת אי אמון מאוד רצינית במדינה, כי הבריאות היא המצרך החשוב ביותר.

אני חושב שכמו הרבה מאוד שינויים (רפורמות), שעברו תהליך לא של אבולוציה אלא של רבולוציה, כלומר תהליך מהפכני, יש שני אלמנטים בסיסיים שהם אלמנטים שיוצרים את ההצלחה ומאפשרים את המהפכה: אחד זה משבר עמוק, שיוצר הרבה מאוד הנעות, תהליכים שמניעים את עצמם, והוא מביא גם את מקבלי המדיניות למצב שבו הם לא יכולים לחכות לשנה הבאה. המשבר של

שירותי בריאות כללית בין השנים 1990-1994 היה אלמנט קריטי, שהוא אלמנט שנגע בכיס של המדינה, שהייתה צריכה לפדות את החובות ולהוציא את שירותי בריאות כללית מתוך המצוקה הזו. ושירותי בריאות כללית אפשר לומר זה כמו המדינה, זה ההסתדרות ומפלגת העבודה. כך שאי אפשר שלא להוציא אותה מהמשבר, וכשזה נגע בכיס של המדינה, המשבר הזה היה כזה שלא עוברים עליו בשקט. אלמנט אחד היה שנוצר משבר שהניע המון גלגלים.

הדבר השני הוא שְׁאֵלָה שנים של מנהיגות. הייתה כאן חבירה של מספר גורמים בדרגות שונות של ניהול המדינה שהגיעו לדרגת מנהיגות גבוהה, מנהיגות שהיא מניעה, משנה, מעצבת. אומר, בלי לרמוז לאף אחד, שזו לא מנהיגות פלסטית אלא מנהיגות אמיתית.

אני חושב שזה הגיע מרמת ראש הממשלה. אלה שנים של ממשלת רבין עם אמירות ברורות של שינוי סדרי עדיפויות. אלה שנים של מנהיגות גם בתוך מפלגת העבודה, שבה חיים רמון מכהן כשר הבריאות, וכאדם שגם עבר להיות יו"ר ההסתדרות עם שליחות אמיתית של שינוי ורצון לשנות את סדר הדברים. יש מנהיגות גם בתוך משרד הבריאות, בגורמים המקצועיים של מוטקה שני, שהוא אדם שראה וחרט על לוח ליבו את הרצון ליצור את השינויים האלה.

עוצמות המנהיגות בכל זווית של המערכת, החל מראש הממשלה דרך האנשים שתוארתי, היו כאלה שהניעו גלגלים, וזה חָבֵר אחד לאחד ויצר את השינוי, יצר את האלמנט שהניע ושבר את החסמים, שהם חסמים שקיימים גם במשרד האוצר, גם בכנסת, גם באנשים שיכולים לדבר על החוק הזה כהפרטה, גם אנשים שיכולים להבהיל מקריסה. אותם גורמים מנהיגותיים ידעו לתת את השקט ואת הביטחון והדרך שבה צריך ללכת. הם היו גם מספיק סבלניים, מספיק נחושים, מספיק עם אורך רוח כדי להכיר ולהרים חוק כל כך מורכב.

למהפכות תמיד מוזרמת אנרגיה, שהיא אנרגיה של משבר ואנרגיה של מנהיגות. החיבור בין שני הדברים האלה באמת יוצר מהפכה".

רן סער²⁰

"אני חושב שיש לנו מערכת בריאות טובה, אבל מערכת הבריאות הישראלית בגדול נמצאת בירידה. אני מניח שבין היתר נדבר בהמשך על הבעיות התקציביות במערכת. אם אנחנו קושרים את זה קצת לחוק ביטוח בריאות שעבר ב-1995, המערכת מאז 1995 בצורה מאוד שיטתית, מסודרת ומאורגת, נשחקת. השחיקה הזו

20 רן סער, מנכ"ל מכבי שירותי בריאות (2002-כיום).

מביאה לכך שרמת הרפואה יורדת. אבל אתה מתחיל לבדוק את התהליכים, אתה מתחיל לבדוק את הלחם וחמאה של המערכת ומתחיל לראות שתורים מתארכים, אתה מסתכל על גרף התורים בכל הקופות, בבתי החולים ורואה שזה מתארך כל הזמן. אתה מתחיל לבדוק ענייני תשתיות, אתה מתחיל לבדוק זיהומים – אתה רואה שהמצב מחמיר.

לפני החוק הגופים היו יותר עצמאיים וגבו על פי חוק. היה המס המקביל והייתה עצמאות. הגופים התנהלו, בהנחה שהגופים הם אחראיים, ואני מדבר על קופות החולים, בעצמאות אבל עם אחריות. גוף אחראי. החופש הזה אפשר להתקדם, להתפתח, להשקיע איפה שצריך להשקיע, ולא סתם שמערכת הבריאות הישראלית ומכבי באופן מיוחד הן מהמתקדמות בעולם מבחינת המחשוב, שבתחום הזה היו הראשונות בעולם.

אלה היו גופים עצמאיים וישראלים שרצו לרוץ קדימה. רצו להתקדם ולעשות יותר טוב. מה שאנחנו מוצאים היום זה גופים שתלויים לחלוטין במדינה, בעיקר בנושא התקצוב, ואמרנו שהתקצוב הולך ונשחק. יש ויכוח על כמה חסר במערכת, כי כנראה שהגופים גם התייעלו מאוד במהלך השנים. חסרים 3 מיליארד, יש שאומרים 4 מיליארד או 6 מיליארד, וזה כבר לא כל כך משנה. חסר המון”.

רפי ביאר²¹

”לפני החוק הייתה בעיה של שוויון הזדמנויות. עצם העובדה שהיית צריך לקשור את חברותך בקופת חולים עם ביטוח בריאות ממלכתי, חברותך בהסדרות. עם חקיקת החוק הנושא מוסד, ולמעשה כל תושב בישראל מבוטח, זהו החוזק העיקרי של החוק, והנושאים של עזרה הדדית ושוויוניות הוא דבר מרכזי מאוד חשוב בחוק. מעבר לזה, החוק הסדיר את נושא המימון. נכון שנושא המימון קודם גם היה מוסדר בצורה כזאת או אחרת, ואין לי קנה מידה להשוות לפני ואחרי, כי לא הייתי לפני במערכת המימונית, אבל לאחר החוק, למעשה, הוסדר הנושא של ביטוח הבריאות, של תקציב ממשלתי ושל סל השירותים הבסיסי. בהמשך נכנסה גם ועדת סל התרופות, שתפקידה היה לשמור על עדכון המערכת כל שנה.

אני חושב שהנושא של הסדרה – מי המבטח, האם חובה שיהיה מבטח, חובה לתת שירותים ויחסי הגומלין בין בתי החולים והמבטחים שהן קופות החולים – גם הוסדרו אבל לא בצורה מוחלטת עד הסוף”.

שבתי שביט²²

"מאז כניסת החוק לתוקף הסתכלו על מכבי שלפני החוק בהרבה מאוד נוסטלגיה. אנשים היו צריכים להתרגל לעולם מסוג אחר, שבו היו גם כל מיני סתירות וניגודים ומערכות רגולטיביות, שלא רק שהיה קשה לחיות אתן, אלא גם היה קשה להשלים אתן, ואז עלתה השאלה האם זה נכון שזה ככה או זה לא נכון שזה ככה".

שלמה מור יוסף²³

"בחוק ביטוח בריאות ממלכתי יש מספר נושאים, שהחוק אמור היה לפתור ולא פתר. ואני חושב שאנחנו סובלים מהצלקות הללו עד היום, בעיקר בתחום מקורות התקצוב. בסך הכול, החוק הוא חיובי. החוק נתן מסגרת ערכית וגם תקציבית לעובדה שבריאות היא זכות ולא מוצר. בריאות היא זכות של האזרח, וברגע שהבריאות היא זכות, האזרח מקבל בריאות, אם הוא שילם מיסים ואם הוא לא שילם מיסים. הוא מקבל בריאות, אם הוא לא שילם מס בריאות או כן שילם מס בריאות. את הטיפול הרפואי הוא מקבל כי בריאות היא זכות יסוד.

לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי הבריאות הייתה מוצר. היית צריך להיות רשום בקופה, היית צריך לשלם, ורק אז היית זכאי לטיפול רפואי. היום יש ארצות שבהן עדיין הבריאות היא מוצר ולא זכות. אני חושב שבצד הערכי היה פה שינוי דרמטי שבהחלט מוביל אותנו בדרך הנכונה.

בצד התקציבי, הרעיון המרכזי היה לתת עצמאות תקציבית למערכת הבריאות. המקורות – גבייה מהאזרח (מס בריאות) וגבייה מהמעסיק (מס מקביל). וכל זה יחד אמור היה לתת מסגרת של תקציב עצמאי למערכת הבריאות. לצערי, עיקרון זה רוקן מתוכנו עקב ביטול המס המקביל.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי השאיר מאחור את הפסיכיאטריה, הגריאטריה, את רפואת השיניים. הגריאטריה ברובה המכריע, עדיין לא כלולה במסגרת החוק. הפסיכיאטריה נכנסה רק לאחרונה, ואני מקווה שזה יעבור בצורה טובה. הנושא של רפואת שיניים הוא על סדר היום, ולצערי מטופל בשלבים בצורה של אלתורים על בסיס תקציב סל התרופות.

אני חושב שזו אמורה להיות הדרך הנכונה וחוק ביטוח בריאות ממלכתי אמור לכלול את כל תחומי הרפואה ובכללם כמובן גם הרפואה המונעת".

22 שבתי שביט, מנכ"ל מכבי שירותי בריאות (1996-2001).

23 שלמה מור יוסף, מנהל המרכז הרפואי הדסה (2001-2011).

שרגא הבר²⁴

“חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה משאת נפש והופיע במצעים הקבועים של כל השרים – מהראשון ועד האחרון שלהם, וזה נשאר בגדר דקלום, עד שהשר חיים רמון תפס את השור בקרניו. חוק ביטוח בריאות הפך למשאת נפש בשל הבלגן ששרר במערכת, שלא היו בה הגדרות, לא הייתה בה ביקורת של ממש, לא הייתה שום גישה כלכלית לעניין. היא הייתה מנותקת מכל צורך ועלות מול תועלת.

פרק 2

עקרונות וערכים במערכת הבריאות

משחר ההיסטוריה לוותה שאלת הטיפול הרפואי בבני האדם בסוגיות אתיות וחברתיות גם יחד. מחלה והזדקקות לטיפול רפואי נחשבו למצב רגיש שיש להתייחס אליו באופן מיוחד – כיצד לשמור על זכויות החולה? מי יטפל ומי זכאי לטיפול? אומנם הסוגיה האתית של הטיפול הרפואי הוגדרה כבר ביוון העתיקה על ידי היפוקרטס (המאה ה-4 לפנה"ס), אך הסוגיות החברתיות של הזכאות לטיפול רפואי עלו על סדר היום העולמי רק בשלהי המאה ה-19 עם הקמתן של מערכות הבריאות הממלכתיות הראשונות, תחילה באירופה אחר כך ברוב מדינות העולם המערבי. הקמתן של מערכות בריאות ממלכתיות דרשה התייחסות חוקתית ובעיקר דרשה קביעת עקרונות וערכים שיעמדו בבסיס פעולתן.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שחוקק בישראל בשנת 1994 והוחל בינואר 1995, נדרש גם הוא לקבוע מהם הערכים והעקרונות שיעמדו בבסיס פעולתו. הנוסח הסופי של החוק קבע כי: "חוק זה יהיה מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". אלה הנחו את מחוקקי החוק ונבעו מההכרה כי הבריאות היא זכות שלה זכאים ללא כל אפליה כל תושבי המדינה ללא תלות במעמד סוציו-כלכלי, מגדר, דת, לאום, מיקום גאוגרפי או כל תנאי אחר.

עקרונות אלו באים לידי ביטוי בחוק לא רק בתחולתו על כל תושבי המדינה בצורה הצהרתית, אלא מודגשים בסעיפי החוק השונים. כך, ההגדרה בחקיקה על אפשרות של מעבר בין קופות החולים מבהירה כי לכל תושב הזכות לבחור את קופת החולים שתהיה אחראית לספק לו שירותי בריאות, והקופות מחויבות לקבל כל תושב ללא תלות במצבו הרפואי או במצב תעסוקתו וכדומה. גם הגדרת סל הבריאות מדגישה באופן מפורט את הזכאות הרפואית של כל תושב לתרופות ולטיפולים שונים. בנוסף, החוק מציין במפורש כי כל תושב זכאי לקבל טיפול רפואי איכותי במרחק ובזמן סבירים. מובהר בו כי קבלת שירותי בריאות איכותיים תתבסס על הצורך הרפואי בלבד וכי התשלום בעבורם יתבסס על היכולת לשלם.

מעבר לעקרונות המוצהרים בבסיס החוק, מערכת הבריאות בישראל אימצה גם עקרונות נוספים ובהם ערך קדושת החיים וערך כבוד האדם. אלה באים לידי ביטוי בצורות שונות, כמו בצורך בחידושים טכנולוגיים בטיפול רפואי, כפי שנראה בעדכון השנתי של הסל, על מנת לאפשר זכאות לתרופות ולטיפולים מצילי חיים, וכן בהכרה במצוינות של הצוות הרפואי ובהתאמה של מערכת הבריאות למציאות רפואית משתנה, תוך שימת דגש על "המטופל כאדם במרכז".

עם זאת, בשנים הראשונות נערכו בחוק שני תיקוני חקיקה שלהם הייתה השפעה רבה על עקרונות היסוד שבו – ביטול המס המקביל והרחבת שירותי בריאות נוספים (השב"נים). ביטול המס המקביל פגע במקורות התקציביים הייעודיים של מערכת הבריאות וכרסם ביכולתה לעמוד בעקרונות ובערכים אלו, שכן מאבקי תקציב ושיקולים פיננסיים נעשו מרכזיים יותר בתהליכי קבלת ההחלטות במערכת. התרחבות השב"נים לאורך השנים פגעה גם היא בעקרונות החוק, שכן היא יצרה מנגנון שלפיו שירותי בריאות נוספים ו/או שירותי בריאות באיכות משופרת ומערכת בריאות, נרכשים לפי יכולת כלכלית של המטופלים ולא ניתנים כזכות לכל תושב. בפרק זה נסקור את עמדות המומחים לגבי העקרונות שבסיס החוק, והאופן שבו הם רואים את חשיבותם במערכת הבריאות בישראל. בנוסף, מסקירת העמדות נלמד האם העקרונות הללו אכן באו לידי ביטוי בפועל במערכת, וכן נבחן האם השינויים שנערכו בחוק במהלך השנים פגעו בעקרונות הצדק, השוויון והעזרה ההדדית, שהיו עקרונות יסוד בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

אבי ישראלי

"אני חושב שאצלנו בישראל ... המערכת הציבורית היא יוצאת מהכלל, ומי שחולה יקבל במערכת הציבורית, כך אני מאמין בכנות, טיפול מדהים, יוצא מהכלל, ואני יכול להשוות את זה עם הטיפול במסגרת ציבורית במדינות אחרות בעולם. אבל הפרצפציה היא, והיא נובעת מאלף סיבות שאפשר לדבר עליהן הרבה, שהמערכת אצלנו קורסת ואוי ואבוי ואין מספיק רופאים, חסרות תרופות, התורים ארוכים, הטיפול לקוי".

אביגדור קפלן

"לצערי, במדינת ישראל היטשטשו הגבולות בין הרפואה הציבורית לבין הרפואה הפרטית. קבלת שירותי רפואה ציבוריים היא זכות יסוד של כל אזרח, אך במשך השנים נשחקה חלקה של הרפואה הציבורית והתפתחה רפואה פרטית, שממומנת לעיתים על ידי ביטוחים פרטיים. השחיקה החלה ב־1998, כשהחוק תוקן ואפשר

לקופות למכור לחבריהן סל משלים ולגבות עבורו דמי ביטוח נוספים על מס הבריאות. הביטוחים הפרטיים הללו אינם ביטוחי חובה, והם זמינים למי שמסוגל לשלם את פרמיות הביטוח בשמותיהם השונים. התוצאה היא ששחיקת הסל הציבורי וקצב ההתפתחות המואץ של הרפואה הפרטית ושל ביטוחי הבריאות הוולונטריים שיבשו את ההיגד שבריאות היא זכות ולא מצרך, והרחיבו את אי השוויון בין תושבי המדינה בנושא זה".

אהוד אולמרט

"ואז התחלנו לגבש את כללי הרפורמה, כשבצעם הייתי אומר שהיו שני נדבכים מרכזיים בתפיסת העולם שלי: 1) שזה יהיה ביטוח בריאות ממלכתי, כלומר שלכל אזרח תהיה הזכות לביטוח בריאות, ו-2) שלא יהיה תלוי ברצון הטוב שהקופה מקבלת אותו או לא מקבלת. יש חוק שכתוב למה הוא זכאי. זה היה דבר אחד – עניין הזכאות לכל וביטוח בריאות ממלכתי".

אורלי מנור¹

"היום מערכת הבריאות לא מתכחשת לבעיה הזאת. זו אומנם לא רק בעיה שלה, אבל היא לא מתכחשת לבעיה של הפערים. היא מצהירה שהיא רוצה לצמצם אותם, היא מצהירה שהיא רוצה למצוא את השיטות הטובות ביותר איך לצמצם אותם. כלומר, יש פה בהחלט שינוי אדיר מהשאלה האם זה בכלל הבעיה שלנו. הדבר החזק בחוק זה הדקלרציה החברתית, השוויונית. ברור היום לכולם, שהזכאות לבריאות היא אוניברסלית לכולם, הסל הבסיסי שכל בן אדם מקבל. גם התזכורת על האיכות. אני חושבת שזה שכתוב בחוק כי שירותי הבריאות צריכים להינתן באיכות סבירה היה הבסיס לכל הנושא של התוכנית הלאומית למדדי איכות והתוכנית הזאת, היה לה בסיס לשבת עליו ומשם היא המריאה, והיא המריאה ב-win-win situation, כי היא פשוט הביאה לשיפור באיכות הטיפול ושיפור במצב הבריאות. כשחוק יושב על בסיס איתן ונותן קריאת כיוון, אני חושבת שהוא יכול בהחלט להיות דבר מאוד מאוד חשוב".

1 אורלי מנור, יו"ר הוועד המנהל, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2014-היום).

אלי דפס²

"אני אומר שוב, שהמערכת מחונכת להבריא אנשים, להציל אנשים, והיא נזהרת בכל פעם שהיא צריכה ליצור משהו דרמטי. אנחנו (מערכת הבריאות) לא יושבים על השלטר של המדינה. האתגר הוא הסתכלות אמיצה, רצינית ומשמעותית ולא משחקי מספרים ומילים ואי השוויון. אפשר שיהיה אי שוויון, וקיים אי שוויון, וזה חלק מהאנושיות, חלק מטבעו של עולם שיש אי שוויון – אחד בא לעבודתו במרצדס ואחד בא בתחבורה ציבורית, אבל שניהם הגיעו לעבודה. אחד נוסע במטוס פרטי ואחד נוסע במחלקת תיירות, אבל שניהם הגיעו ליעדם. בתחום הבריאות זה לא כך – ברגע שיש אי שוויון, אחד פוגע בעצמו, פוגע בזכויות שלו, פוגע בבריאות שלו, ונוצר מצב שאנשים קונים בריאות בכסף, וזה דבר שצריך לשים אותו על השולחן בצורה הכי חריפה. אחת מהטרדות הגדולות שלי שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי המילה השלישית או הרביעית זה שוויון, והוא נכשל. נכשלנו בעניין הזה. בנושא של עבודה פרטית, אני רואה את זה כאסון. למה שלא יהיה מרדים פרטי? לפעמים מרדים זה יותר חשוב מאשר המנתח. למה שלא תהיה אחות פרטית? יש הבדל בין אחות פרטית לאחות רגילה. למה רק הרופא הוא פרטי? כך שלאט לאט נפריט את המערכת, ובסוף מישוהו יצטרך לשלם על זה, כי בפרטי הרי מקבל השכר יקבל יותר. מי ישלם? או אני כקופה, אבל אני לא משלם עבור פרטי, או האזרח יצטרך לשלם. זאת אומרת האזרח ישלם על דבר שמגיע לו אבל פרטי. אנחנו גוף ציבורי.

למה אם פרצו אלייך חלילה לבית, ואת הולכת למשטרה ומגישה תלונה, ואת אומרת שאת רוצה שהשוטר הזה יחקור כי הוא חוקר טוב, לא נותנים לך להחליט מי יהיה השוטר החוקר? כשאת נוסעת באוטובוס ואת רואה נהג ואת אומרת שאת רוצה שנהג פלוני יהיה הנהג. במערכת ציבורית את משלמת ואת לא קובעת מי הנהג, מי הטייס, מי השוטר שיחקור את המקרה. את סומכת על המערכת הציבורית שעושה את הדבר הטוב ביותר למענך.

האסון שקרה בהדסה? הערבוב הזה בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית הוביל את בית החולים הזה למשבר של 2-3 מיליארדי שקל לבית חולים אחד. לכן אני אומר אם הלקוח ידע שכשהוא יגיע לבית חולים ויקבל את המנתח הרלוונטי לניתוח שלו, הוא יקבל את זה בזמינות סבירה ממילא ואז הוא לא יצטרך את הרפואה הפרטית ויפתחו הביקושים".

אלכסנדר (אליק) אבירם

"בעיניי תפיסת הבריאות כמצרך היא אם אימהות הטומאה ... תפיסה אחרת היא, לעניות דעתי, בגדר עבירה על החוק, שכן נקבע מפורשות ש'כל תושב זכאי לשירותי בריאות', ומיד לאחר מכן: 'המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות'. הבעיה האמיתית היא אחרת – המדינה הולכת ושוכחת את ההצהרה הפותחת את החוק: 'ביטוח הבריאות הממלכתי ... יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית'. מספיק לימוד, אפילו שטחי, של מערכת הבריאות האמריקאית כדי להבין לאיזו תהום חברתית-מוסרית-כלכלית מובילה ההתעלמות מערכים אלה. ראיית הבריאות כמצרך חדרה, לצערי, גם לשיח היומיומי ולעולם המושגים של המערכת. לדוגמה, האופנה של קופות החולים לקרוא לחולה 'לקוח'. הכוונה הייתה אולי טובה (שיפור השירות), אבל נשכחה העובדה שלא דומה האדם הנכנס ביוזמתו ובזמנו החופשי לסופרמרקט או למספרה לזה המובא באמבולנס לחדר המיון של בית חולים (נראה שבינתיים, כדרכה של אופנה, התחלף 'לקוח' ב'מטופל'. נשמע טוב יותר, אבל אני עדיין לא מבין מה רע ב'פציינט', מילה שמקפלת בתוכה הרבה מערכיה של הרפואה: סבל, סבלנות, סובלנות ואפילו סיבולת, ותסלח לי האקדמיה ללשון העברית).

עוד מרגיז אותי השימוש במושג 'תרופות מצילות חיים'. היום זה הפך למטבע מתגלגל על כל לשון: כן נכנס לסל, לא נכנס לסל. האמת היא שאין טכנולוגיה מצילת חיים אמיתית שאיננה בסל הבריאות. זאת אומרת, שאי אפשר היום להצביע על משהו שיימנע מחולה, ולא משנה מאיזו סיבה (חוסר תקציב, שהוא גר רחוק, שהוא צמחוני או אפילו עובד זר), אם זה באמת משהו שמציל חיים. הפוליטיקאים, משרד הבריאות, הציבור וחברי ועדת הסל נמנעים (פחדים?) להעלות לדיון פומבי את סוגיית ההבדל בין טכנולוגיות מאריכות חיים (ולרוב גם סבל) לאלה שבאמת מצילות חיים".

אסנת לוקסנבורג³

"אני חושבת שאם יש משהו שצריכים לשאוף אליו זה ככל שניתן גם מבחינת שוויוניות, גם מבחינת הכיוונים ... דרך המלך צריכה להיות חיזוק הסל הציבורי. דווקא בגלל ההבנה שהחוק הוא לא רק חוק רפואי, אלא הוא חוק חברתי מאוד, דווקא בגלל זה הסגנון היה ללכת ולשלב ועדה ציבורית (הוועדה הציבורית לאימוץ

3 אסנת לוקסנבורג, מנהלת חטיבת הטכנולוגיות הרפואיות, משרד הבריאות (1995-2017).

תרופות וטכנולוגיות רפואיות), שיש בה גם היבטים אחרים, גם היבטים חברתיים וגם היבטים כלכליים, גם היבטים רפואיים וכו' וכו', כדי לתת את המענה הכי נכון איך לקבל את הדברים האלה.

המבנה של הסל שלנו הוא רשימה מאוד מאוד ספציפית, והוא בעצם רשימת מכולת שבאה ואומרת: תרופה כזאת וכזאת להתוויה כזאת וכזאת, בצורה מאוד מאוד פרטנית. היא מאוד מאפשרת את הבהירות של מה הזכאות שלך, כן או לא. היא מאפשרת את השוויוניות. לבוא ולהגיד: כמו שזה מקבל את התרופה הזאת להתוויה הזאת, אז גם אזרח שחי במקום אחר בארץ או בגיל אחר או במגדר אחר, מגיעים לו אותם דברים...

הנושא של העזרה ההדדית בא לידי ביטוי מאוד חזק בנושא של הסל בדברים שהם מאוד יקרים ... תרופות לחולי סרטן, לדוגמה, שהן מאוד יקרות, שיכולות להגיע גם למיליון שקל או חצי מיליון שקל, שברור שכשאתם חולה במחלה שהמשפחה צריכה להתמודד עם מחלתו ועם כל התרופות היקרות, על אחת כמה וכמה היא לא יכולה לשאת על עצמה עלויות כאלה, אז אתה רואה איך זה בא לידי ביטוי בצורה יותר חזקה".

ארנון אפק⁴

"אני חושב שמערכת הבריאות היא אחת המערכות היותר שוויוניות בין המערכות השונות של עם ישראל וגם בין נשים לגברים, למרות שיש הבדלים מאוד מהותיים. למשל, שגברים עובדים יותר ונשים יותר חכמות ועובדות בצורה יותר מאוזנת. זה אומר שאם אתה עובר מדומיננטיות גברית למקצוע שווה, אתה צריך יותר תקנים. שלא תחשבו שמישהו מוכן לקחת את זה על עצמו".

ברוך רוזן

"דבר אחד שלדעתי היה חשוב לעשות, ולא מקבל מספיק תשומת לב הוא שהמערכת הציבורית היא יותר טובה מאשר היא נתפשת בעיני הציבור. יש היום הרבה יותר שקיפות. יש כל מיני מערכות שהמידע שלהן מאוד חשוב, ולראות איפה יש בעיות ולא להסתירן וגם לדרבן את המערכת לטפל בבעיות האלה.

אני לא חושב שהציבור הוא ציבור מפונק. הציבור רוצה ומצפה לשירות, וזה טוב. חלק מהתלונות של הציבור מוצדקות, יש הרבה דברים שצריך לתקן. בואו

ונעזור לציבור שחלק מהדברים הם באמת חשובים. צריך ליידע את הציבור שיֵדע שבניתוחים כאלה וכאלה זה הסטנדרט מבחינת המומחיות של המנתח, והנה המידע, ואנחנו דורשים את זה מבתי החולים ונספר לכם מה קורה. כלומר, קביעת סטנדרטים, מעקב ופרסום לציבור זה המשולש שמאוד חשוב לדעתי, והוא קורה בהרבה מקרים. הוא בהחלט קורה.

לדעתי, צריך מידתיות כי אנחנו לא רוצים להיות חברה סטליניסטית, שהממשל יודע כל מה שצריך והוא מחנך את כולם, ומי שלא מבין את זה בחינוך קל – מקבל חינוך ... מצד שני, קצת מנהיגות, תוך כדי שיתוף הציבור בחילוקי דעות וויכוחים. כדאי לשתף את הציבור במורכבות של הנושאים ולא דווקא להציע פתרון זה או אחר, אלא לשתף את הציבור בידע ובהתלבטויות.

אחד הדברים שלדעתי בהם מערכת הבריאות בישראל מצטיינת הוא, שלמרות שאנחנו לא מושלמים, ממש אכפת לנו מה קורה בארצות אחרות. אנחנו דואגים להשקיע בזה. אנחנו שולחים את הדוקטורנטים שלנו לעשות PhD בחו"ל, או פוסט-דוקטורט בחו"ל ואנחנו דואגים להביא מומחים מארצות אחרות לעבוד אתנו. אנחנו עורכים סדנאות פעמיים-שלוש בשנה על נושא ממוקד. לוקחים 40 איש יחד עם 3 מומחים מחו"ל ועובדים ביחד. לא רק המכון הלאומי, אלא גם משרד הבריאות מביא מומחים מחו"ל ושולח את אנשיו לאוניברסיטת הרווארד. קופות החולים שולחות את האנשים שלהן לסיורים במקומות אחרים, בבתי חולים בארצות אחרות. ובאותם מקומות בארצות אחרות מאוד מתרשמים ממה שעובד אצלנו. זה גם חלק מה-DNA שלנו. הבנו, או המייסדים של המערכת המחקרית והעיונית בארץ הבינו מזמן, שאנחנו מדינה קטנה ולא מספיק להתבשל במיץ של עצמנו, ומה לעשות שהשכנים שלנו, ארצות ערב, בדרך כלל לא מארחים אותנו כמו שהיינו רוצים, אז צריכים להתחבר לאירופה, ליפן, אפילו לארה"ב ולדעת לברור משם מה טוב ומה לא טוב.

יש שני דברים בעניין הזה: לזהות דברים מעניינים, אבל החוכמה היא להתאים אותם למערכת הבריאות בישראל. היכולת הזאת לחשוב אסוציאטיבית, לחשוב מחוץ לקופסה, זה חלק מהייחודיות שלנו. יש שאומרים עלינו שאנחנו start-up nation, שאנחנו ממציאים. עוד לא מצאתי את הביטוי הנכון, אבל אנחנו cycling nation – אנחנו יודעים למצוא דברים שאחרים עשו ומייבאים ומתאימים אותם אלינו."

גבי בן נון

"הסיבה המרכזית לצורך בחקיקת החוק הייתה ההתנהגות הסלקטיבית שהותירה את 'הכללית' במצב שבו היא מפסידה פעמיים, גם בהוצאות גבוהות וגם בהכנסות

נמוכות, ושום תוכנית הבראה לא יכולה לפתור בעיה מהסוג הזה. היה צריך לעשות מהפכה, כי בלי מהפכה זה לא היה מסתדר.

נכון שמדינת ישראל הייתה גם לפני החוק רחמנית, ובהרבה מקרים גם ללא ביטוח, קיבלת שירותים. אבל בעיגון חובת הביטוח הייתה הכרה שבריאות זאת זכות, שצריך להבטיח אותה לכל אחד, כמו חוק חינוך חובה. זאת חובתו של כל תושב, גם כשהוא לא רוצה להיות מבוטח, כי כשיקרה מה שיקרה, אנחנו כחברה מרגישים אחריות.

האבחנה לגבי ההתנהגות הסלקטיבית של הקופות הקטנות לא הייתה תיאוריה, אלא היא באה לידי ביטוי במספרים שאפיינו את פרופיל המבוטחים, והסינון של מבוטחים התאפשר משום שאפשר היה להגיד 'לא' למי שרצה לעבור קופה.

בחוק אין יותר מצב שבו קופה בוחרת מבוטח. מרגע זה ואילך כל מבוטח יכול לעבור לכל קופה. זה עיקרון שהיום אנשים לא מבינים את חשיבותו, אבל הוא עיקרון בסיסי שעשה מהפכה בהמון אלמנטים של יחסי קופה-מבוטח במערכת, וזה היה צעד אחד (יש בחוק עוד צעדים) כדי למנוע את הסלקציה. אמרנו שהמבוטחים יבחרו לפי איכות השירות בקופה, ואז כשבן אדם יעבור הוא יחליט לפי העיקרון איפה האיכות יותר טובה. זה ההיגיון.

עם חקיקת החוק אנחנו נכנסים לסביבה שבה הסל מוגדר בחקיקה. זהו זה לא האנרכיה שהייתה בעבר. אין יותר וולונטריות – יש חוק. ואתה חייב לפרט כל דבר ואתה חייב לפרט ברמה הכי מדויקת שאתה יכול כדי שכל תושב ידע בדיוק למה הוא זכאי. זאת הייתה עמדת הקצה השנייה, שבסוף דרך אגב ניצחה.

מי שמסתכל על רמת הפירוט של מתן סל השירותים במדינת ישראל יחסית למדינות אחרות בעולם המערבי הוא מאוד מפורט, עד רמה של רשימת תרופות".

זאב רוטשטיין

"כן. אני הייתי מחזיר [את המס המקביל]. אני חושב שלחלק מהדברים היותר טובים של החוק, הרעיון להצמיד את המקורות לשימוש ולתת למשק בעצמו, משהו כמו מודל אדם סמית, בתור היד הנעלמה, שגורם לכך שאם המדינה נמצאת ברווחה כלכלית ויש יותר כסף לבריאות ואם היא נמצאת בצרה כלכלית ויש איזה ביטוח מינימלי, שבו האוצר בעצם מחויב בו – זו הייתה השקפה סוציאלית אמיתית ונכונה. כדי למלא באמת את המבוא לחוק, שהחוק מושתת על עקרונות הצדק, השוויוניות והעזרה ההדדית, פתאום חסר פה אלמנט. לא פטרו את המעסיקים, אלא פטרו את המעסיקים מהמחויבות של הבריאות, אבל את הכסף לקחו מהם".

חיים דורון

"אני מגיע לפרק על גורלו של החוק. בין 1996-1998 היה תהליך משמעותי של בריחה חמורה מעקרונות החוק, ואני לא אשנה מילה מהגדרתי. כל הפעולה הזאת נעשתה באמצעות חוקי ההסדרים במשק.

המגמה שעוברת כחוט השני דרך כל השינויים האלה של חוקי ההסדרים במשק, היא הפחתת מימון המערכת מהמקור הציבורי, ליותר ויותר מימון מהכיס הפרטי, שמוגדל בצורה מרשימה ביותר. זו גם סיבה וגם תוצאה של זה שהאוצר מנהל את הבריאות במדינת ישראל. אינני אומר שמערכת הבריאות ואפילו חוק ביטוח בריאות ממלכתי כחלק מהביטחון הסוציאלי יכולים להתנהל ללא התחשבות בכלכלת המדינה, זה לא נכון. אבל יחד עם זה, צריך להיות איזון בין השיקולים הבריאותיים והסוציאליים לבין השיקול הכלכלי.

מה שעשו במשך שלוש השנים שלאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי למערכת, עומד בסתירה עם המטרות של החוק המקורי. אם מדינת ישראל תרצה לחזור לעקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית של שירות ציבורי-ממלכתי במסגרת הביטחון הסוציאלי, לא הטלאים יובילו לכך, לא ביטול 25% מיטות פרטיות בבית החולים באשדוד, וגם לא תיקון זה או אחר בשב"נים, כמו שרצתה עם התורים, עם מלוא הרצון הטוב ועדת גרמן, אלא ועדת חקירה ממלכתית שתבחן את כל הנושא מא' ועד ת'".

חיים רמון

"עם כניסתי לתפקיד שר הבריאות מצאתי מבנה מעוות של מערכת הבריאות. העיוות הנוראי מכול היה שהמדינה לא חייבה את האזרח לבטח את עצמו ואת ילדיו בביטוח בריאות, זאת בניגוד למה שהיה נהוג בשירותים חברתיים וסוציאליים אחרים, כגון חינוך (באמצעות חוק לימוד חובה) ורווחה (באמצעות הביטוח הלאומי). ביטוח בריאות, לעומת זה, היה וולונטרי לחלוטין. האזרח היה רשאי לבחור אם לבטח את עצמו בביטוח בריאות אם לאו, באותו אופן שהחליט אם לבטח את דירתו ורכבו אם לאו.

בשנת 1992 אדם שלא היה חבר באחת מארבע קופות החולים שסיפקו שירותי בריאות – הוא ומשפחתו לא היו מבוטחים בביטוח בריאות, ולפיכך לא היו זכאים לשירותי בריאות. וכך נוצר מצב שבו קרוב למיליון נפש מקרב אוכלוסייה של כחמישה מיליון נפש לא היו מבוטחים בביטוח בריאות באופן מלא או חלקי, ובכללם כ-300,000 ילדים. תופעה מדאיגה נוספת הייתה גטייתן של משפחות צעירות בעלות הכנסה נמוכה להימנע מלבטח את עצמן באמצעות קופות החולים כדי לחסוך כמה עשרות שקלים בחודש.

סביב נושא התושבות התנהל ויכוח חריף עם פקידי משרד האוצר. הם תבעו שהחוק יחול על אזרחי המדינה ולא על תושבי הקבע. עמדתי על דעתי להחיל את החוק על תושבי הקבע, בדיוק כפי שחוק חינוך חובה חל עליהם. אחד מפקידי משרד האוצר פנה אליי בקול תחנונים ואמר: 'לא די בכך שנכנעו לך בנושא החוק, אתה מצרף 200,000 פלסטינים תושבי מזרח ירושלים למסגרת החוק? אתה יודע כמה כסף זה יעלה? מיליארדים!' 'לא אני סיפחתי אותם' השבתי, 'ואנחנו ננהג כלפיהם כפי שקובעות אמנות בינלאומיות, והם יהיו חלק מהחוק. אני אשמח מאוד אם סיפוחם לירושלים יבוטל לאלתר'.

הקרב הגדול ביותר עם משרד האוצר היה בסוגיית מימון המערכת. פקידי משרד האוצר רצו כי מערכת הבריאות תתקצב בדומה לשאר משרדי הממשלה וכי בכל שנה יתקיים דיון לגבי הקצאת תקציב למשרד הבריאות למימון שירותי בריאות. התנגדתי בתוקף, שכן היה לי ברור שתקצוב בדרך זו יעניק למשרד האוצר שליטה מוחלטת בתקציב הבריאות, ופקידיו יעשו בו ככל העולה על רוחם, ולמעשה יעשו פלסטר את החוק.

תבעתי שמערכת הגבייה תהיה בידי הביטוח הלאומי, שהאזרחים ישלמו מס בריאות פרוגרסיבי מאוד לקופת הביטוח הלאומי ... בסופו של דבר הייתה ידי על העליונה. פקידי משרד האוצר הודיעו לי בריש גלי כי לא ישלמו עם מס ייעודי לטובת הבריאות וכי בהזדמנות הפוליטית הראשונה שתיקרה בדרכם, הם יפעלו לביטול המס הייעודי, כולו או חלקו.

הביטוח הלאומי חילק את הכסף לקופות החולים לפי נוסחת קפיטציה, שמשמעותה שילוב בין מספר החברים, גילם ומקום מגוריהם. נוסחה זאת הצליחה להתגבר על מבנה החברות המעוות של הקופות. בקופת החולים הכללית ובקופת חולים לאומית מספרם של הזקנים והמבוגרים שבריאותם רופפת היה גדול בהרבה ממספרם של המבוגרים והחולים בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת, ולכן הוצאותיהן בגין השירותים לחבריהן היו גבוהות בהרבה. שיטת הקפיטציה נתנה יתרון כלכלי לקופת החולים הכללית ולקופת חולים לאומית על פי הוצאותיהן בפועל."

יהושע (שוקי) שמר

"במקום מושבי היום ומתוקף ניסיוני במגוון רחב של תפקידים במערכת הבריאות של ישראל, חשבתי שצריך לעשות משהו אחר. אני יכול להגשים את כל החלומות, את כל הערכים, את כל מה שלמדתי, כל מה שכל אחד מאתנו רוצה כאשר הוא מקבל טיפול רפואי. לצערי, וזה לא באשמת העובדים, כי יש לנו עובדים מאוד מסורים למערכת הבריאות הציבורית, אלא מה שגורם להם לא להגשים את ערכי

הרפואה הבסיסיים הם התנאים, המחסור, התקנים החסרים, התקציבים החסרים, המחסור ברופאים, המחסור באחיות. זה מה שמביא לידי כך שהיום אנשים לא מקבלים את היחס והטיפול הנאות.

חויית בריאות אחרת מתגבשת בכל העולם, ואני לא מבין למה זה לא קיים במערכת הבריאות בישראל. כשאתה טס אתה לא קונה כרטיס טיסה, אלא אתה קונה כרטיס של חויית טיסה. אותו דבר בתחום הבריאות. כשאתה נפגש או נצרך לשירותי המערכת, אין סיבה שלא לקבל חויית בריאות אחרת כמו שלהערכתך אנחנו מספקים באסותא.

בתי החולים בעולם לא השתנו במשך מאה שנה. תפיסת העולם שלהם לא השתנתה במשך מאה שנה. הם היו ונשארו 'מפעלים' לטיפול ממוקד בחולה. ללא תפיסה הוליסטית של מצבו, ללא אינטגרציה של שירותים. אדם שעובר את הש"ג בבית חולים – קודם כול, האוטונומיה שלו ניטלת ממנו. כבודו האישי ניטל ממנו תוצאתית, וזו לא גזירה משמים. באותו רגע הוא הופך למספר. לך, תבוא, תלך, תקום, תעשה, תישן.

כשבאים לביקור של החולה, שמים עליו את התיק הרפואי, כאילו הוא מדף. מדברים מעל גובה העיניים שלו. יש גם מקומות שבהם אפילו לא אומרים לו שלום או בוקר טוב וכדומה והוא ... רק מצפה לחיבוק.

למעט השינוי הדרמטי שדיברתי עליו בריאיון הקודם, שזה חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שאני חושב שזה משהו מדהים שקרה לנו, שבהחלט ייצב את המערכות, חידד את השוויון. המערכת איבדה את החמלה, וחמלה צריך ללמד כל הזמן, באופן שוטף את כל צוותי הרפואה וכן גם רופאים".

יונתן הלוי

"לנו בשערי צדק, מיום היווסד השב"ן, כמו שיש לנו אפשרות לשר"פ הייתה אפשרות להשתמש בשב"ן, ולכן את נושא השב"נים, ככל שהוא עורר אצלי הרמת גבות, והוא עורר אצלי הרמת גבות בעיקר מפני שנתנו לקופות לעשות את זה וראיתי בזה איזו שהיא סתירה מסוימת שהקופות שאמונות על שוויוניות, שהשליחות והמנדט שלהם מהמדינה זה לתת רפואה שוויונית – פותחות שב"ן. נרגעתי קצת כשראיתי את התעריפים של השב"ן, שהם שווים לכל נפש. ביטול המס המקביל היה פגיעה קשה מאוד בצדק החברתי שהיה טמון בסל במתכונתו המקורית".

יעל גרמן⁵

"בריאות זו זכות ... מזה אנחנו מתחילים. זאת אומרת, המדינה צריכה לתת לתושבים שלה ביטחון, בריאות, ומפני שיש כשל שוק, המדינה חייבת להתערב בזכות הזאת ולתת אותה.

כמו שאני אישית מתנגדת לחינוך פרטי. כלומר, זה בסדר אם למישהו יש כסף והוא לוקח שיעורים פרטיים והולך למשהו פרטי ללמוד, אבל שהמדינה תעודד בתו ספר פרטיים – אני חושבת שזה חמור מאוד.

נתחיל בזה שאני מאמינה בזכות לשוויון. אני לא חושבת שיש שוויון. אני לא חושבת שאנחנו נולדים שוויוניים, אבל כן יש לנו זכות לשוויון זכויות ולשוויון הזדמנויות. אם אנחנו מדברים על שוויון זכויות ושוויון הזדמנויות, אז אין ספק שחינוך ובריאות הם דברים שהמדינה צריכה לתת, אחרת אין לנו שוויון".

יצחק ברלוביץ

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי נראה לנו כנושא הכי משמעותי. יחד עם זאת, אולמרט אומנם הצוות שלו ניסח הצעת חוק, שדרך אגב לא הייתה שונה בהרבה מהצעת החוק של חיים רמון, ומה שעבר בכנסת, העקרונות היו מאוד דומים, כאשר המטרה באמת הייתה, או לפחות תפיסת העולם הייתה, שבפעם הראשונה בהיסטוריה של מדינת ישראל אתה הופך את שירותי הבריאות, כזכות של תושב מדינת ישראל, כמו שהוא זכאי לחינוך חובה חינם או כמו שהוא זכאי לביטחון, אותו דבר הוא גם זכאי לשירותי בריאות, כמוכן ברמה הבסיסית בהתאם למה שיוגדר בחוק.

דווקא בגלל זה כמוכן הייתה התנגדות קשה מאוד מצד משרד האוצר. מאחר שגם ידענו שיש פערים בין קופה לקופה, אז זה היה בכוונת מכוון, אבל אנחנו גם מצד שני ידענו שזו פגיעה בעיקרון של השוויון והעזרה ההדדית, כפי שמופיע בחוק בסעיף הראשון. ואז מונתה ועדה שבה היינו חברים גבי בן נון ואני, והיו עוד חברים שאיני זוכר את שמותיהם. ואנחנו האמנו שהסעיף הזה מיותר, אבל אנחנו לא מעל החוק, והשיטה שעבדנו בה הייתה כמו שבדרך כלל עובדי מדינה עובדים – ברגע שעובד מדינה לא מסכים עם המדיניות וכו', יש לו את השיטות של להרוויח זמן ושל להעביר, ועוד ישיבה ועוד ישיבה. ואנחנו בפירוש משכנו את הזמן כדי לנסות לראות איך אנחנו יוצרים פתרון מבלי לתת לגיטימציה לביטוח המשלים, בגלל החששות שידענו למה זה יוביל. וצדקנו.

למשל, עד היום אנחנו שומרים על העיקרון שכמעט שאין מדינה בעולם ששומרת עליו והוא שאנחנו לא מאפשרים לאנשים למות בגלל המחסור שלהם בכסף. אנחנו יודעים שגם אם התרופה עולה מיליון שקל, לא ניתן לו למות. הפחד שלי שאת העיקרון הזה, שהוא עיקרון קדוש בעיניי, אנחנו נזניח מפני שזה כל כך יקר וניתן לאיש עם המלנומה הזאת למות. היום אם יש תרופה שאנחנו יודעים שהוא ייקח אותה ואחרי טיפול הוא יהיה בריא, ניתן לו אותה – כי אין היום תרופות כאלה שהן מחוץ לסל”.

לאה אחדות⁶

“עשינו הרבה עבודה אלו סכומי דמי ביטוח בריאות להטיל על אוכלוסיות חלשות – הנכים או הקשישים או מקבלי אבטחת הכנסה או אפילו אנשים מובטלים, שלא לדבר שלאורך כל השנים היה לנו ויכוח רע מאוד עם האוצר לגבי מעמדה של עקרת בית, שהיא לא משלמת דמי ביטוח, לא לאומי ולא בריאות, ולא הייתה לזה שום הצדקה, והייתה התלבטות מאוד גדולה מה עושים עם זה, מה ההבדל בין עקרת בית לבין עקר בית? ... כי יש פה אפליה, וגם נראה לנו שיכולנו לגבות לא מעט כסף אם היינו מטילים, ובזה קצת משפרים את התקבולים גם של ביטוח לאומי וגם של מערכת הבריאות.

אבל הבעיה המרכזית שעמדה בפנינו היא בעצם השיקול של מה שעומד מול התוספת התקציבית וגם מול האפליה המגדרית, שבעצם יש פה השפעה רגריסיבית על חלוקת הכנסות במובן זה שרוב הנשים שאינן עובדות הן במשפחות שבהן ההכנסה יחסית נמוכה. אין הרבה נשים לא עובדות בעשירונים העליונים ... ואז יצא לנו שרוב הנטל מוטל על העשירונים הנמוכים, וזה היה שיקול שבסופו של דבר הכריע את מדיניות המוסד לביטוח לאומי.

אני לפעמים תוהה מדוע אנשים שמשתכרים שכר מאוד גבוה, קשישים למשל, משלמים 200 וכמה שקלים להם ולבני זוגם לביטוח בריאות. אז אמרו – וזה היה נכון – שתשתיות הנתונים שעומדות לרשותנו לא אפשרו לנו לעשות ביצוע יעיל של הגבייה הזאת. תמיד אמרנו לעצמנו שאם אתה לא יודע לגבות נכון מס, אל תגבה אותו. תעשה משהו אחר שאתה יודע לגבות.

זה מביא אותי לסיכום בעצם שליווה אותנו הרבה שנים: האם באמת הביטוח הלאומי הוא המקום הנכון לגבות את דמי הביטוח? הייתה כלכלנית של ועדת הכספים של הכנסת הרבה שנים, שטענה שבעצם צריך להעביר את הגבייה על הבסיס של מס

6 לאה אחדות, סמנכ”ל מחקר ותכנון המוסד לביטוח לאומי (2001-2007).

הכנסה כי אין תקרה במס הכנסה, ואילו בדמי ביטוח לאומי יש ארבע פעמים, ומעבר לזה אתה לא משלם ... זאת סוגיה שצריך להתייחס אליה לעתיד בכובד ראש – מה פונקציית המס המתאימה לגביית מס בריאות ואיך אנחנו מתמודדים עם השיעורים הקבועים לאוכלוסיות החלשות שחלק מהן לא חלשות – מקבלי קצבת נכות, מקבלי אבטחת הכנסה, מקבלי דמי מזונות, מובטלים.

במסגרת העבודה שלי בן־ליר במימון המכון הלאומי, עשינו מחקר מאוד גדול על קפיטציה, יחד עם עמיר שמואלי ... הממצא המדאיג ביותר שיצא במחקר, זה בעצם שאתה רואה שלאוכלוסיות החלשות יש הוצאה נמוכה, צריכת שירותים נמוכה, ויש אפילו חיתוך בינן לבין הפריפריה. באוכלוסיות החלשות בפריפריה המצב יותר גרוע מאשר באוכלוסיות חלשות, למשל, במרכז ... האם באמת אנחנו יכולים להשתמש בקפיטציה ככלי לצמצום פערים? אם אנחנו לא מתגמלים את הקופות, ואם אנחנו גם לא מעודדים את הקופות לפתח שירותים, אנחנו מאבדים כלי שנראה לנו מאוד חשוב שבאמצעותו אפשר לצמצם פערים ... החשיבות הגדולה פה היא הקשר בין מצוקה כלכלית לבין בריאות, וגם שהפערים האלה הם פערים חופפים מבחינת תוחלת חיים ומחלות. זה הכול נמצא איפה שלאנשים יש פחות כסף, כך שהפערים האלה חופפים, ולפעמים אתה צריך קודם לטפל בפערים הכלכליים, שהם יכולים להוביל גם לפערים בבריאות.”

מאיר אורן

”עשיתי הבחנה מאוד חדה בין ביטוח סוציאלי, שהוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכל אחד משלם כפי יכולתו ומקבל כפי צרכיו, לבין סל ביטוח שהוא על בסיס אקטוארי של סיכון, וגיבשנו תקנות שישנן בוועדת העבודה והרווחה של הכנסת, שעשו את ההפרדה המלאה ונטרלו את ההתניות גם במעבר שבין קופה לקופה ונטרלו גם את האפשרות לזליגה של מרכיבי סל מהסל הכללי לסל הביטוח המשלים שלימים הממשלה התאהבה, וכולם התאהבו בטרמינולוגיה של ביטוח משלים רובד ראשון, שני ושלישי, ואנחנו יודעים בדיוק מהן המשמעויות של זה.”

מרדכי (מוטקה) שני

”תפיסת העולם של ועדת נתניהו אמרה: 'מיום לידתך ועד מותך אתה חייב להיות מבוטח בגוף אחד שיהיה אחראי לבריאותך מבחינה גופנית, מבחינה נפשית'. זו הייתה תפיסת העולם שלנו, למעשה.”

רפי ביאר

"ראשית, אני רוצה לציין שבאמת יש לנו מערכת בריאות טובה בישראל למרות המגבלות, למרות הקשיים התקציביים, למרות הצמצום של האמצעים ולמרות הלחצים הפיננסיים, יש לנו בסך הכול מערכת טובה וצריך לשמר אותה כך. עם זאת, הרבה פעמים באינטרסים שבין קופות החולים, האוצר ובתי החולים – החולה קצת מוזז הצידה, ותמיד צריך לזכור להחזיר את החולה למרכז. זה מה שאני אומר שתמיד צריך לזכור: מה המטרה העיקרית שלנו, והמטרה העיקרית היא החולה. המטרה העיקרית היא לא לעמוד בתקציב. כמה תקבל מקסימום תועלת לחולה, אם זה בהצלת חיים ואם זה בשיפור איכות חיים ואם זה בכל מיני פרמטרים אחרים של שוויון וכו', אבל תמיד החולה במרכז, וכל השיקולים האחרים מתגמדים לעומת זה. מנכ"ל משרד הבריאות חייב להיות רופא, ויכוח שהתפתח רק עכשיו לאור המכרוז בבית חולים וולפסון, האם מנהל בית החולים חייב להיות רופא. אני חושב שלמנות רופא עם הכשרה מתאימה בניהול בית חולים הוא הדבר הנכון לעשותו כי יש דבר אחד שהוא ההבדל העיקרי בין רופא לבין מנהל שאינו רופא – רופא מחויב לחולה בשבועה. מנהל כספים כזה או אחר, עד כמה שהוא יאהב את החולים, הוא לא מחויב לחולה בשבועה, וזה ההבדל שעושה את הדבר הזה. גם אם לפעמים הוא מזניח את החולה, הוא מחויב בשבועה, by definition. החולה קודם לתקציב, ולכן זו הרבה פעמים ההתנגשות בינו לבין המערכת התקציבית שמעלינו".

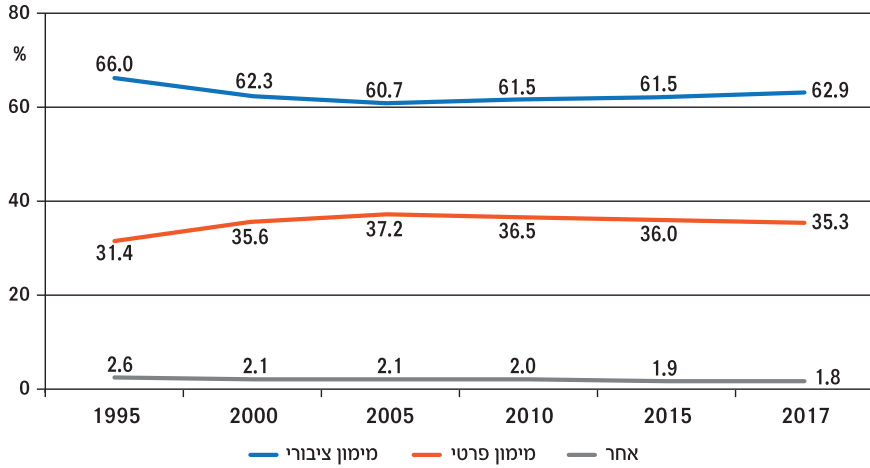
שבתי שביט

"לפני החוק מכבי העדיפה חברים צעירים על פני מבוגרים, כי כל סטודנט לרפואה בשנה ראשונה יודע שבכל שנה אנחנו עולים הרבה יותר במה שנוגע לבריאות, ואנשים מבוגרים הם צרכני בריאות יותר כבדים מאשר צעירים. אם החוק מתפאר באלמנט של שוויון שהוא הכניס, הוא מתפאר בזה בצדק. ברגע שאומרים לקופה מסוימת: 'את לא יכולה לסרב לקבל חבר חדש', זה ביטוי אולטימטיבי של שוויון. זה אחד הדברים היפים בחוק".

שרגא הבר

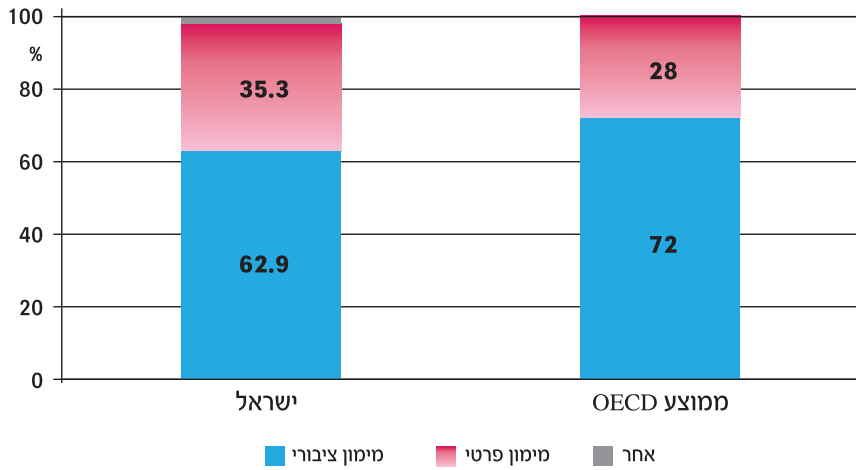
"ויקטור שם טוב אמר משפט קצר: 'הדרך להנציח את אופיה הדמוקרטי והשוויוני של מערכת הרפואה הציבורית היא לפרוץ את מעגל העוני שמוליד חולי וחולי שמוליד עוני'. זה היה מרכיב חשוב בעיניי באידיאולוגיה שלי ובתוכנית החברתית שלי".

**תרשים 5: ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל
לפי מגזר מממן (באחוזים): 1995-2017**



מקור: ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2017, למ"ס

**תרשים 6: מקורות המימון של מערכת הבריאות
ישראל למול ממוצע ארצות OECD (2017, באחוזים)**



מקור: ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2017, למ"ס

פרק 3

מקומה של הבריאות בסדרי העדיפויות של המדינה

מערכת הבריאות בישראל נחשבת מהטובות בעולם, עם השקעה נמוכה יחסית של המדינה ביחס לאיכות, כמות וזמינות השירותים הרפואיים הניתנים לתושביה. עם זאת, לאורך שנותיה של מדינת ישראל סדרי העדיפויות של המדינה הדגישו את הצורך הביטחוני, ומטרות פוליטיות אחרות ונושאים חברתיים (כמו חינוך, רווחה ובריאות) נותרו בשולי סדר היום הלאומי. רק בתחילת שנות ה-90, במלאת 40 שנים למדינה, קיבל נושא הבריאות הכרה לאומית באמצעות חקיקה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994 קבע כי כל תושבי המדינה זכאים לסל מוגדר של שירותי בריאות ציבוריים.

החוק קבע את זכות התושבים לסל מוגדר של שירותי בריאות ואף קבע שסלי השירותים של בריאות הנפש והביטוח הסיעודי ייכללו בחוק תוך שלוש שנים. אולם בפועל, סדר היום הפוליטי לא אפשר להכניס נושאים אלו לחוק בזמן שהובטח. בריאות הנפש נכללה בסל שבאחריות הקופות אחרי עשרים שנים, והביטוח הסיעודי נותר עדיין ללא מענה במאבק משרד הבריאות אל מול הממשלה וסדרי עדיפויות אחרים. גם נושא תאגוד בתי החולים, שנידון בהרחבה בוועדת נתניהו ועמד על סדר היום של כל שרי הבריאות בתחילת שנות ה-90, נותר ללא מענה ועד היום מעמדם של בתי החולים הממשלתיים לא הוסדר.

במהלך השנים תוקנו סעיפים שונים בחוק, שביטאו את העובדה שתחום הבריאות הוא בעדיפות משנית של המדינה. כך לדוגמה, סעיפים תקציביים רבים בחוק מותנים באישור שר האוצר; מנגנון עדכון מקורות החוק לוקה עד היום בחסר, ובמהלך השנים מאז שנחקק החוק היקף השתתפות המדינה במימון מערכת הבריאות ביחס לתמ"ג נמצא במגמת ירידה. הוא מצוי באחד המקומות הנמוכים ביותר בהשקעה בבריאות בקרב מדינות ה-OECD.

האם מקומה של הבריאות בסדרי העדיפויות של המדינה יכול להשתנות? מי אחראי במערכת הפוליטית על קביעת סדר עדיפויות זה? כיצד ניתן לפתור את בעיית שחיקת המקורות הציבוריים למימון מערכת הבריאות? לשאלות אלו ועוד יתייחסו המרואיינים בפרק זה.

אבי ישראלי

"לא נעים להגיד, אבל למערכת הבריאות יש מקום נמוך בסדר העדיפויות הלאומי. מישהו בממשלה או בכנסת צריך להחליט שיש לתת עדיפות למערכת הבריאות. מערכת הבריאות שלנו מאוד יעילה, ומצד אחד זה נפלא. מומחים ועמיתים מהעולם מגיעים לפה ואומרים: איזו מערכת בריאות נפלאה יש לכם בישראל. איך אפשר ללמוד מכם? הלוואי שאצלנו יהיה ככה, וכו'. אבל מצד שני, אנחנו לא מרוצים, כי אנחנו רוצים עוד יותר טוב, יותר יעיל, יותר רופאים ואחיות, יותר מיטות, פחות צפיפות, פחות זיהומים, תורים קצרים וזמינים, שיהיו בסל תרופות לכל המצבים וכו'. האוצר אומר לנו על כל הדברים האלה: 'חבר'ה, המערכת שלכם כל כך יעילה – מה אתם מתלוננים?' אם משווים אותנו לעולם, אנחנו במצב טוב. אולם עצם המחשבה שיכול להיות טוב יותר מתסכלת ומשפיעה מאוד על שביעות הרצון. חשוב לזכור כי המצב עכשיו עדיין סביר בהתבסס על העבר, אבל חייבים להשקיע, להוסיף משאבים ולהיערך היום כדי להיות מוכנים מחר".

אביגדור קפלן

"הממשלה הצליחה לחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 הודות למתן עדיפות עליונה לנושא על ידי ראש הממשלה והודות לשיתוף פעולה בין שר האוצר, שר הבריאות ויו"ר ההסתדרות. מאז כניסת החוק לתוקף חלה שחיקה מתמדת במשאבים שעומדים לרשות מערכת זו. נושא הבריאות לא מקבל את העדיפות הנאותה בהקצאת המשאבים הלאומיים, ועל כן נוצר מחסור גדול במיטות אשפוז, ברופאים ובאחיות. לצד זה התפתחה רפואה פרטית. אני מקווה שבעתיד תיווצר קונסטלציה דומה לזו שהייתה ב־1994 של שיתוף פעולה הדוק בין משרד האוצר לבין משרד הבריאות, שיתקנו את העיוותים שנוצרו מאז חוקק החוק".

אהוד אולמרט

"מה שאני רוצה לומר שיש המון תופעות שהן בשוליים של העניין, שהן בעייתיות – הפופוליזם הוא בעייתי. הוויכוח של סל הבריאות בכל שנה זה הכול פופוליזם. זה

עניין של מנהיגות. כשאתה יודע שזה מה שצריך לעשות ואתה מחליט לעשות את זה, לא כי זה עניין פופולרי. אז מה? בסוף האנשים הכי פופולריים הם אלה שבוחרים לא להיות פופולריים. אלה שרוצים בכל תוקף להיות פופולריים, בסוף מאבדים את אהדת כל הגורמים, כי אי אפשר לרמות את כל האנשים כל הזמן. לדברים האלה יכול להיות פתרון של גמישות מערכתית של המערכת הביורוקרטית. אם מדובר על חולים כרוניים ואם מדובר על תרופות כרוניות וכו', צריך להקטין את שיעור ההשתתפות העצמית. אלה פתרונות שאפשר להגיע אליהם. בשביל זה צריך שר בריאות שמתעסק בנושא הזה ולומד את הבעיות האלה.

הרי מה עשינו בזמנו? פתאום תוך חצי שנה הפסיקו להיות תורים לניתוחי לב ... קיבלתי כראש ממשלה פרופורציה הרבה יותר נכונה – שצריך לעשות הרבה יותר למען מערכת הבריאות והרבה יותר למערכת החינוך. כן, כראש ממשלה. בהחלט. אם ניקח את הנושא של תקציב הביטחון ... בזמנו הקמתי ועדה שהיו חברים בה אלי הורוביץ, מנו טרכטנברג, דוד ברודט, איתן בן אליהו, אילן בירן, שהיו אלופים בצבא, ובן אליהו היה מפקד חיל האוויר ובירן היה מנכ"ל משרד הביטחון, כדי לדון בהכנת תקציב ביטחון לעשר שנים מראש.

קבענו שהמסגרת, כולל סיוע החוץ, תהיה 54 מיליארד שקל. תקציב הביטחון היום עובר את ה-70 מיליארד שקל ... אני, בלי היסוס בכלל, ותשאלו במערכת הביטחון את האנשים והם יגידו שהם מתגעגעים אלי במערכת הביטחון. עשיתי דברים שלא נעשו לא לפני כן ולא אחרי זה. הדברים החשובים. הייתי מוריד את התקציב היום ב-15 מיליארד שקל באבחת גרון ומחלק את הכסף הזה לחינוך ולבריאות ולרווחה ולהגדיל את המשכורות במערכות אלו. איך אנשים יכולים לחיות ממשכורת מינימום של 5,000 ש"ח בחודש?"

אורלי מנור

"היינו יחד עם OECD לפני כעשור, והממוצע של ה-OECD הלך וגדל. אנחנו גם לא צריכים להיות כמו השווייצרים. הם היום מתעסקים בעיקר במוטלים ובאיזה אוכל יגישו בבית חולים.

אבל אי אפשר לנהל מערכת בריאות מודרנית טובה שנותנת סל טוב לאזרחים עם 7.6% מהתל"ג. זה הבסיס. כל הזמן דיברנו על נושא היעילות. הגענו לזה. עשינו ככה וככה וככה. לדעתי, היום המערכת בהחלט הגיעה לרמה מאוד טובה של יעילות. עכשיו אנחנו באזור השמיכה הקצרה – או שהגירעון נמצא בקופות, או שהגירעון נמצא בבתי חולים. אם מושכים לפה, זה נראה ככה. ראינו את זה יפה מאוד בסדנה, שעשה המכון בנושא תקצוב בתי חולים. אני חושבת שאם היה מימון רב יותר,

אז היה צמצום פערים, כלומר השקעה יותר גדולה בפריפריה, בקבוצות נחשלות, באוכלוסייה הערבית".

אלי דפס

"ניסיוני רב ואני יודע, כי רק מהומה קטנה עשויה ליצור איזה שהוא שיפור. יש בשורות טובות לעיתים. יש שיפור. אי אפשר לומר שזה נמצא בדעיכה, אבל לא עושים את הצעד הנועז ושואלים: 'מה באמת צריך? בואו ונתקן את המערכת'. לא שהכול יהיה טוב מחר, אלא שהכול יהיה טוב בעוד עשר שנים. בואו ונעשה תוכנית כזאת. אבל אין".

אלכסנדר (אליק) אבירם

"אני כועס על הקולגות שלי, בעיקר מנהלי בתי החולים, אבל לא רק עליהם. מצד אחד, משוויצים שהמערכת שלנו היא אחת הטובות בעולם, כל הפרמטרים המקובלים מורים על כך. גם ארגוני הבריאות הבינלאומיים מסכימים, וזה נורא נחמד. מצד שני, בוכים כל הזמן על זה שהמערכת מתמוטטת, קורסת. אפילו סמנטית זה לא נכון. משהו שקורס זה תהליך, וכבר מזמן היה צריך להיגמר. מערכת שקורסת שלושים שנה צריכה כבר להיות חור שחור ... אין ספק שחסרים משאבים, ויש החושבים שהדרך להשיג יותר תקציבים זה להתבכין. לצערי, טקטיקה זו הצליחה במגזרים אחרים. עוד לא ראיתי מנהל בית חולים או מנכ"ל קופה שקם ואומר: דבר ראשון אני עושה בדק בית אצלי ואני רואה איך אני יכול לחסוך, איך אני יכול לייעל. לא בפונקציות השגרתיות של מנהל ומשק, אלא בבשר החי, בעשייה הרפואית שיש בה הרבה דברים מיותרים, בלתי יעילים ואפילו מזיקים.

מונח שם הרבה כסף - יש המעריכים כי עד 30% מהפעילות היזומה על ידי רופאים היא מיותרת. בהשראת תהליכים בינ"ל מסוג ה-choosing wisely החלה גם אצלנו פעילות דומה, ודווקא ביוזמה והובלה של רופאי הקהילה. הצטרפות הצהרתית רחבה של מנהלי בתי החולים (שעדיין נותנים את הטון בזירה המקצועית) ותמיכה מסיבית של משרד הבריאות הן מה שנקרא critical success factors. אני לא אוהב את שיטת 'אכלו לי, שתו לי' גם מפני שהיא גורמת לנזקים ארוכי טווח, בחלקם בלתי הפיכים. ראשית, היא פוגעת קשות באמון הציבור במערכת הציבורית וגורמת לזליגה של צרכנים, עובדים ומשאבים אחרים לרפואה הפרטית. מי ירצה להתאשפז בבית חולים שהמנהל שלו מודיע שהציוד שלו מיושן, שנגמר לו הכסף לתרופות וחסרים לו רופאים? שנית, פגיעה במורל ובנאמנות של סגל

העובדים. מי אוהב לשמוע חדשות לבקרים כי המוסד בו הוא עובד הוא במצב כה ירוד ובקריסה מתמדת? ושלישית, אפקט הזאב, זאב'. גם התקשורת וגם גורמים ממלכתיים מפסיקים להתייחס להכרזות אלה ורואים בהן fake news. ועם זאת, הניסיון בשטח מלמד כי במקרים הקשים יותר, בניתוחים והטיפולים היותר מסובכים, החולים מעדיפים את בתי החולים הציבוריים, 'שמה יהיה סיבוך'. המסקנה היא שעדיין קיים אמון במערכת הציבורית, וחבל לבזבזו."

ארנון אפק

"...ואז נגיע למצב כמו שהיה לנו לפני ועדת נתניהו. מצוין. אולי זו הדרך היחידה ללמד את האנשים שלא מתווכחים עם מערכת מעוותת מאוזנת. יש איזון של העיוותים. כל העיוותים האלה מאוזנים יחד. כדי לתקן עיוות אחד שהוא נכון בפני עצמו, אתה תייצר חוסר איזון. אתה עלול לערער את המערכת ולהאריך את התורים. גם היום התורים, בעיקר בקופות, בגלל הגרעונות שלהם, מתחילים להיות בלתי אפשריים.

בוועדת גרמן שהייתי חבר בה, דנו בנושא הזה. יש לזה פתרון מאוד פשוט ובלתי ישים. הפתרון הוא להעלות את מס הבריאות ולהוריד את השב"ן. כולם מבינים שזה הפתרון בה"א הידיעה למערכת. אין בו שום בעיה, חוץ מללכת ולשכנע את הפוליטיקאים לעשות את זה. אבל אני חושב שהיינו צריכים להעלות את מס הבריאות ולהוריד את השב"נים. זה מה שאמרתי ליעל גרמן. גם היא ידעה את זה, אבל לא יכלה להעביר את זה, כי הפופוליזם שולט פה, ולבוא ולהגיד: 'אני מעלה מיסים?' אבל שימו לב שעשו סקר כדי לבדוק את הרעיון של ליצמן להעלות בחצי אחוז את מס הבריאות – מה שכן התקבל על ידי אזרחים. אני מקווה שזה עוד יקרה."

גבי בן נון

"חייבים להעלות את החשיבות של בריאות על סדר היום הציבורי הרבה יותר מאשר מיקומה היום. כשאתה מסתכל היום על השיח הציבורי, וכשאתה מסתכל על הפוליטיקה הישראלית, ואתה מסתכל על מה מטריד אותה, הבריאות לא שם. הם לא מדברים על בריאות ... ואיך זה בא לידי ביטוי? זה מתבטא במקורות הנמוכים שהמדינה מקצה לנושא הבריאות.

אנחנו נמצאים במצב תמידי של איום ביטחוני, וביטחון זה ביטחון, זה השיח ... מול השיח הזה יש עוד שיח אחד, שצריך לתקצב את הנושא של שירותים חברתיים ובמפגש של שני הנושאים האלה, אומרים: 'את מי זה מעניין בריאות?'

עוד דבר שתורם למקומה הנמוך של הבריאות בשיח הפוליטי הוא המבנה הקואליציוני. אין מפלגת בריאות. יש מפלגות החברות בקואליציה ודואגות למגזר שהן מייצגות, אבל אין מפלגה שנושאת את הדגל של בריאות. כשאין לך גיבוי פוליטי במבנה קואליציוני של ממשלה – זה מה שקורה. נושא הבריאות נמצא למטה, וזו בעיה ... זה בא לידי ביטוי קודם כול בכמות הכסף שמוזרמת לקופות החולים, שהדרך להתמודד עם זה היא על ידי תיקון מנגנון העדכון. אבל זה גם בא לידי ביטוי בהרבה מאוד תשתיות של מערכת הבריאות שהולכות ונשחקות לאורך השנים...”

חיים דורון

“המגמה שעוברת כחוט השני דרך כל השינויים האלה של חוקי ההסדרים במשק, היא מימון המערכת מהמקור הציבורי שמופחת, ליותר ויותר מימון מהכיס הפרטי שמוגדל בצורה מרשימה ביותר. זו גם סיבה וגם תוצאה של זה שהאוצר מנהל את הבריאות במדינת ישראל. אינני אומר שמערכת הבריאות ואפילו חוק ביטוח בריאות ממלכתי כחלק מהביטחון הסוציאלי יכולים להתנהל ללא התחשבות בכלכלת המדינה, זה לא נכון, אבל יחד עם זה, צריך להיות איזון בין השיקולים הבריאותיים הסוציאליים לבין השיקול הכלכלי. אין היום איזון, וחוקי ההסדרים במשק תרמו תרומה מכרעת להפרת האיזון בין המימון הציבורי למימון הפרטי. בחוק ביטוח בריאות לא הייתה התייחסות לרפואה מונעת, וכתוצאה מזה ראינו במדינה שהבריאות מתנהלת יותר ויותר על ידי האוצר. השתלטה הגישה של האוצר שאפשרה, לדוגמה, את שירות הרפואה המונעת לתלמיד בבית הספר למסור לפריבטיזציה, וזה דבר שמעיד על חוסר הבנה בסיסי של המושג ‘שירותים אישיים של הרפואה המונעת’.”

יהושע (שוקי) שמר

“בריאות, להערכתי, היא חלק מהחוסן הלאומי שלנו. והיא תשתית לאומית לכל דבר ועניין. יש מושג שלא קיים במערכת הבריאות, ולצערי גם לא אצל כל המנהלים, וזה מושג של accountability (אחריותיות). גם באוצר אין את זה. הם עושים באוצר מה שרוצים ולמחרת הולכים להיות מנהלי בנקים. אין את המושג של accountability. למערכת הבריאות אין מושג של אחריות על האחריות, שאתה צריך איכשהו לתת דין וחשבון למישהו אחר ולשאת באחריות. אין תפיסה לאומית לטווח ארוך של מערכת הבריאות. אין חזון ואין מדיניות בריאות.”

דבר שני, אין תכנון לטווח ארוך. כשאתה מסתכל על כלל התקציבים שהמדינה צריכה לתת לתושביה, לתקציבי רווחה, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, שמביא לזה שיותר ויותר אנשים יצטרכו לחיות על הפנסיות התקציביות, הממשלתיות וכד', תהיה אוכלוסייה מאוד מאוד גדולה שלא נכללת בקבוצת הפריון, כך שהמשאבים לא יגדלו במערכת הבריאות.

בהיעדר משאבים ובהיעדר תכנון לאומי לטווח ארוך, המערכת במקרה הטוב תישאר כמו שהיא, ובמקרה הפחות טוב (ולצער ריאתי) היא תהיה פחות טובה. מה שהייתי רוצה שיהיה שעם אותם משאבים או עם קצת יותר משאבים, שיהיה יותר טוב. אנחנו נמצאים במצב שאין למדינה אינטרס לייצר או לחנך או להכשיר יותר רופאים, ויש מחסור ברופאים. כשיש מחסור ברופאים, מה קורה? הביקוש גדול וההיצע נמוך. מי שנפגע זאת הפריפריה. אין לנו מספיק רופאים בפריפריה. אין לנו מספיק רופאים גם במרכז. אין לנו רופאים שמצליחים לייצר את מה שכל אחד מהרופאים, שכשהוא מתחיל ללמוד רואה בזה שליחות, חמלה, אמפתיה ורצון לעזור, לא רק ברמה הטכנית להכניס קטטר או לעשות צנתור או לעשות ניתוח מוח ולהיעלם.

בריאות הציבור היא מטלה של המדינה, אבל אז שהמדינה תיקח אחריות כוללת על זה ועל כל מה שקשור לציבור – חיסונים, חינוך לבריאות, אורחות חיים וכל הדברים האלה, שהמדינה תיקח את הערך הזה, שתשקיע בו ותוביל אותו, או שהמדינה תייצר תהליכים, תחרות ותמריצים לקופות החולים להשקיע אצלן בתחומים אלה. היום הקופות פועלות בתחום הבריאות הציבור, אבל בצר להן, עם גירעון של מיליארדי שקלים, הן עושות קולות שהן עושות. הן לא באמת משקיעות. אם לקופות החולים יהיו מספיק משאבים ייחודיים, הן תפצלנה את תחומי בריאות הציבור הכי טוב שרק אפשר. אבל אם נייצר לקופות החולים תמריצים של פעילות נמרצת, תמריצים של פעילות וכל מה שקשור בחינוך לבריאות וכדומה וקידום בריאות, תהיה גם בין הקופות תחרות.

בכל מקרה זה מחייב טיפול. אגב, אי אפשר לחזק את הפריפריה רק עם תמריצים כספיים. צריך לקיים שם גם מוקדי מצוינות ספציפיים. צריך לראות בבריאות תשתית לאומית, וסדר העדיפויות הלאומי צריך להיות אחר, כולל לא לעשות דברים מיותרים ולייצר כפילויות בבריאות.

אם את שואלת אותי אם מוצדק היה להשקיע בעשרים השנה האחרונות את כל הכספים שהושקעו בטכנולוגיות ותרופות, ומול זה להשקיע במניעה, אני בטוח שאפשר היה לחזק ביתר שאת את טכנולוגיות המניעה, ואין לי ספק שסל הבריאות של האומה היה הרבה יותר טוב.

אם באופן תיאורטי היינו מוותרים על שנת החיים האחרונה, ולוקחים את הכסף של שנת החיים האחרונה ומשקיעים בחינוך לבריאות, היינו מאריכים את החיים שלנו באופן סטטיסטי. כמובן, זו תיאוריה היפותטית, אבל יש מאחוריה מחשבה על סדרי עדיפויות".

יעל גרמן

"בעיניי, בריאות וביטחון עומדים אחד ליד השני. אני כל הזמן אומרת שהבריאות שלנו דואגת לנו בכל שעה, בכל יום, בכל שבוע, בכל שנה – כל החיים. לא יכול להיות שהנושא הזה מלידה ועד מוות, שהמדינה לא תשים אותו בסדר עדיפויות כזה, שהיא תשקיע בו את המשאבים פחות מאשר מבחינה ביטחונית".

יצחק ברלוביץ

"נכון. גם החברה, ובסוף הרבה פעמים זה נופל על מקבל ההחלטות באופן נקודתי. מי שזוכר למשל, ולא אשכח את זה, שהיה באחת מוועדות הסל מקרה שבו הסכום היה מאוד מזערי, ובעצם היה צריך הרבה יותר, ואריק שרון שהיה אז ראש הממשלה הועברו לו פתקים, והוא הרי לא ידע עבור מה הוא מצביע, והיה לו כתוב שהוא צריך להוסיף לזה ולהוסיף לזה, וזה עבד. אנשי האוצר כעסו עלינו מאוד ואמרו: 'אתם תשלמו על זה ביוקר'. ואנחנו ניצחנו".

לאה אחדות

"השאלה שנשאלת היא לאור זה שאנחנו עדיין יעילים במדדים המקובלים, כשבודקים יעילות. תמיד אני אומרת שעוד 'נאכל' אותה בעתיד, כי אנחנו חיים על חשבון העבר, כנראה. יכול להיות שלא נצליח להתמיד בתוחלת חיים יחסית גבוהה, אבל חשוב לנו לומר שיש ציון טוב למערכת ...

הדילמה של המערכת היא בין זה שאתה צריך לשלוט בגודל ההוצאה, ולמה אתה צריך לשלוט בגודל ההוצאה? כי יש לך תקציב, ויש תחרות בין הבריאות לבין סכומים אחרים, ויש גם תוצר שגדל בשיעור מסוים, ואז נשאלת השאלה, גם מנקודת מבטו של הפרט שיש לו בחירה איפה לשים את כספו – בביטוח בריאות או לצרוך משהו אחר. ואז השאלה שנשאלת היא איפה אנחנו מוצאים את האיזון.

אני חושבת שבשנים האחרונות יש יותר נטייה להגדיל טיפה את מערכת הבריאות ... גם במערכות הביטוח הלאומי וגם בבריאות – שזה אצל הקשישים. גם הסיעוד שזה עלה בוודאי לא מעט כסף ולא ניכנס לסוגיה, אם זה היה הכיוון

הרצוי או לא, גם גמלאות לקשישים עלו. אם המערכת, אחרי השוק הגדול שהיא קיבלה במחצית הראשונה של שנות האלפיים התאוששה קצת, זה יותר בתחומים של קשישים ולא בתחומים של ילדים, למשל. לא בתחומים של גיל העבודה”.

מאיר אורן

”הסלוגן ‘תאגוד, בואו נלך לתאגוד’. פעם שנייה, מה אחריות המדינה? לתשתיות. בית חולים הוא לא למטרות רווח, הוא גם לא למטרות הפסד, אבל בשביל זה צריך שהמדינה תגדיר מה מחויבותה בתקצוב תשתיות. בפועל, המדינה קובעת כמויות של פעילויות, קובעת מחירים של הפעילויות ואומרת לך: ‘לך תצוף ותתחרה’. זה לא עובד. זה הכול במחירי הפסד. גם מחירי הפסד, גם תקצוב לקוי ואומרים לך תהיה בעל בית, תשלם.

אמרת: מה הערבות של המדינה? מה החלק שלה בבניית תשתיות? בית החולים גדל, תשתיות, מה חלקה של המדינה בהצטיידות כבדה – חדר צנתורים ... טכנולוגי שהוא במיליוני דולרים. האם אתה צריך לקושש את זה מתרומות? זה המנגנון, וזאת הנוסחה.

חייבים לחזק את הרפואה הציבורית. אני אומר את זה עוד במשנה תוקף על רקע ההתייקרות של הרפואה – הטכנולוגיה הרפואית. זה ברור לכולנו שהמערכת הציבורית לא תוכל לממן את מלוא האופציות הטכנולוגיות והחדשנות הרפואית. יחד עם זאת, חייבים דווקא על הרקע הזה לחזק את מערכת הרפואה הציבורית בכל המדינה, לא רק בגוש דן, לא רק במרכזים העירוניים של גוש דן, חיפה וירושלים, אלא גם בקצוות, גם באזורים דלילי אוכלוסייה. יש לזה המון משמעות. מה שאמרת עכשיו במשפט אחד יש עולם ומלואו.

צריכים להיות שילוב ונחישות של שלושה גורמים, אחרת הכול נמצא בפול גז וניוטרל: ראש ממשלה, שר אוצר ושר בריאות, שנחושים, רואים עין בעין את החשיבות של מערכת בריאות טובה כחלק מחוסן לאומי ובעלי יכולת לממש את זה. צריך גם מנהיגות, אבל זה מתחיל קודם כול בהכרה, בתובנה שזה חשוב, שזה נדבך מרכזי מהחוסן הלאומי שלנו, החוסן החברתי, שהוא לא פחות חשוב מהחוסן הביטחוני, ולחבר לזה יכולת ביצועית, ביישום רב שנתי של תוכנית רב שנתית ורב תחומית כזאת. רק אז אולי יש סיכוי לצאת מהפלונטר הזה”.

מרדכי (מוטקה) שני

"הבעיה היא, למעשה, בכך שאף אחד עד היום לא מבין את המורכבות, לא מוכן להתמודד אתה. לא באה ההסתדרות הרפואית בהצעה רצינית. אני בטוח שהיה מאבק קשה עם ההסתדרות הרפואית, אבל זה אחד הדברים החיוניים ביותר לקדם אותו. שימי לב שאפילו הדיבורים על פול טיימר לא יושמו. כשמישהו אומר פול טיימר הוא אומר: תעבוד רק במערכת הציבורית – שמעתי הבטחות, אבל לא ראיתי יישום. המערכת, כמו בהרבה מאוד דברים אחרים, לצערי, מקרטעת, והאחריות היא בממשלה ולא בהסתדרות הצינית. מערכת הבריאות היא אחת המערכות החברתיות-כלכליות הקשות ביותר במדינה לאחר הביטחון. אין רצון להתמודד עם הסוגיות.

קודם כול, מקטין את הנטל על האזרחים על ידי קצת כסף. בואי נזכור שכשאתה מדבר על שינוי מערכת צריך שני נושאים – צריך תקציב וצריך מוטיבציה. אינך יכול לשפר את המערכת היום. תזכרי שמדינת ישראל מוציאה היום 7.5% מס תל"ג. התירוצים שאנחנו מדינה צעירה כבר לא נכונים, כי נעשתה עבודה שהוכיחה שאין כל משמעות לכך.

הממוצע של ה-OECD הוא 9.4%. המדינות המובילות באירופה כמו צרפת, שווייץ, הולנד, גרמניה וקנדה גם מסתובבות סביב 11%. אני לא מדבר על אבי אבות הטומאה ארה"ב, שמבזבזת כסף. קחי את המדינות המובילות – אינך יכול ב-7.5% לתת שירותי בריאות טובים.

הדבר המדהים הוא שה-OECD משבחים אותנו ולא מבינים איך אנחנו עושים את זה. אולי זה נותן איצטלה של תירוץ לאוצר שאומר למערכת הבריאות: 'אתם לא צריכים יותר'. אבל זה לא נכון. קודם כול, אתה מטיל את המגבלה על האוכלוסייה, אתה פוגע באי שוויוניות. דבר ראשון, הייתי מקטין את הנטל על התושבים. דבר שני, במספר תחומים גם מקצה משאבים לסדר יותר טוב. מכניס אשפוז סיעודי לחוק ביטוח בריאות, כי אתה במדינה שמזדקנת וחייבת לעשות את זה.

ניתן לעשות את הדברים, אבל בראש ובראשונה צריך לזה כסף. צריך את המוטיבציה לעשות את זה. לצערי הרב, כל עוד האוצר לא יהיה שותף לתפישה זאת, יהיה שותף לתשבחות של ה-OECD שלא צריך לעשות את זה. באוצר לא מבינים את המערכת, וזה חבל. זאת אומרת, שלאוצר יש תפיסת עולם מעוותת. חייבים לבטל אותו לניצולי שואה, חייבים לבטל אותו לעניים, חייבים לבטל אותו לאנשים שיש להם שלוש מחלות כרוניות בגיל מסוים.

קל מאוד לעשות את זה, רק צריך את הרצון ואת הכסף לכך. כל עוד שאין את התפישה הזאת, אין מה לעשות. לא צריך שום חקיקה. אין תירוץ שצריך חקיקה. קל מאוד לעשות את זה."

נחמן אש¹

"הבעיה הגדולה זה התקצוב של המערכת. אפשר היה להעלות את התקציב גם במסגרת החוק בכל מיני צורות ומנגנונים. אנחנו מכירים את האמירה שיש לנו מערכת בריאות מצוינת, התוצאות שלנו מצוינות. תוחלת החיים אצלנו מאוד גבוהה. תמותת תינוקות נמוכה. אנחנו עם מדדים מאוד טובים. יש לנו מערכת קהילתית מאוד טובה, ובכל זאת, אני חושב שהתוצאות הטובות האלה, חלקן לא משויכות למצב בריאות בכלל אלא שייכות לדברים אחרים. שנית, גם מה שאפשר לשייך לזכות מערכת הבריאות זה בזכות אנשים מצוינים. יש במערכת רופאים מצוינים. בסופו של דבר, מגיעים לתוצאות טיפוליות טובות, אבל יש לזה מחיר גדול מאוד, שבעיניי הוא מתמקד בעיקר בהיבט של כבוד האדם. העובדה שהמערכת לא מתוקצבת כמו שצריך וכתוצאה מכך אין מספיק אחיות, וכשהחולה זקוק לאחות בשעות הלילה והיא לא ניגשת אליו כמו שצריך – כבודו נרמס.

התורים הארוכים שיש במערכת הציבורית בבתי חולים וגם בקופות הם תוצאה של מחסור בתקציב. לחכות במשך שנה לניתוח קטרקט, שרפואית יכול להיות שלא קרה עם זה שום דבר, למרות שיש לזה השלכות גם בהיבט הזה, אבל הפגיעה היא בכבוד האדם שלא רואה טוב וצריך להמתין שנה לניתוח כזה. זה נורא ואיום. גם נושא הצפיפות במחלקות, שפה יש לזה השלכות על זיהומים ודברים כאלה. גם התוצאות הרפואיות נפגעות כתוצאה מחוסר תקצוב של המערכת. אם היה לי שרביט קסמים, הייתי מוסיף תקציב למערכת בצורה מנוהלת. אני לא חושב שצריך לשפוך כסף בלי סוף, אלא צריך לדאוג שהכסף ילך למקומות הנכונים ושיהיו תהליכים שגורמים שהכסף ינוצל בצורה טובה".

רן סער

"אחד ה'בלופים' של המערכת היא שאומרים: הוספנו למערכת הבריאות. הוספנו. אבל המצב הוא ככה: קודם כול, זה כסף שמגיע בגין העובדה שנוספים כל הזמן אנשים. אנחנו מדינה ולדנית, בניגוד לאירופה, והגדילה והצמיחה היא יפה, ונולדים תינוקות חדשים ופחות מתים. אנחנו מאריכים חיים, כך שרוב הכסף שמוסיפים למערכת, במקרה הטוב הוא עומד בקצב הגידול. אבל זה לא כך. כי הם שוחקים גם את הגידול וגם כשמוסיפים, אז מוסיפים פחות ממה שהיה צריך להוסיף בלי להתחשב בכמה שלקחו במהלך השנים האחרונות.

מדינה, בהגדרה, ואם תבדקי בכל מקום בעולם – המדינה מתנהלת בצורה יותר שמרנית, יותר מרובעת, יותר איטית, יותר ויותר כל מיני דברים מהסוג הזה. זה טבעי ולא קשור רק אלינו. לית מאן דפליג, שהמדינה היום היא המתקצבת, היא הנותנת, אז היא גם רוצה לשלוט. במדינת ישראל באופן מיוחד, שבה המצב הפוליטי הוא בעייתי – בכל שנה ו-9 חודשים בממוצע מתחלפת ממשלה, מתחלף שר, וכל אחד בא עם הרעיונות שלו והדברים שאותם הוא רוצה לקדם. אין המשכיות. יש באוצר תרבות מסוימת שקשה להזיז אותה. הם מה שקבוע, הם לא משתנים. אותו דבר קורה במשרד הבריאות, בו יש הרבה מאוד גורמים שלא משתנים, והרוח נשארת אותה רוח, ולכן אני חושב שבאיזה שהוא מקום אנחנו לא מתקדמים. השורה התחתונה היא הפוליטיקה, התחלופה הגדולה שיש בממשלה והקשיחות הממשלתית וחוסר החופש לגורמים שעושים את העבודה. לעניין המס המקביל, אני לא הייתי באותה תקופה במערכת הבריאות, אבל לדעתי זו הייתה טעות היסטורית שביטלו את המס המקביל, כי זה היה משהו שהיה צבוע למערכת הבריאות והיה פרוגרסיבי. ואילו המצב היום הוא שבעצם אתה מתוקצב על ידי המדינה, והיא עושה מה שהיא רוצה.”

רפי ביאר

”כשבאתי למערכת לא מצאתי שום מנהיגות במדינה שאומרת לי: מה אנחנו מצפים ממך, מה אתה צריך לעשות בעשור שלפניך, מה המשימות שלך. שום הכוונה לא הייתה. שום תוכנית אסטרטגית לא הייתה. משנה לשנה הייתה איזו שהיא הצגה של תקציב. אתה צריך לעמוד בתקציב לא ריאלי, בלי שום חזון. אנחנו צריכים להגדיל את היכולת שלנו לאשפז, לתת שירותים יותר טובים. אני רוצה להגיד דבר נוסף, כשהסתכלתי על כמה מערכות בחירות לאחרונה – הנושא של רפואה לא שם. זה לא שיקול אצל הישראלי שבוחר אם הוא יקבל שירות רפואי טוב או לא. אצל הבוחר השיקול הוא פוליטי או לפעמים רמת החיים, אבל אלה הדברים העיקריים שמכוונים את הבוחר הישראלי, ויכול להיות שאצל הבוחר הישראלי הרפואה נפגעת כי זה לא מהווה אצלו שיקול מרכזי. קודם כול, כמו שאמרנו, הנושא של תקצוב מאוד חשוב כאן, והוא חסר מאוד, והייתי מוצא מנגנונים בחוק להבטיח תקצוב נאות ואפילו מנגנון, שהוא לא תלוי בפוליטיקה, להתאמת תקצוב לצרכים של האוכלוסייה. כשזה תלוי בפוליטיקה, אז יש שנים יבשות ויש שנים טובות ובסוף, ב־long term אתה מתייבש. זה דבר אחד.”

שבתֵי שביט

"הדבר הראשון שאני יכול להצביע עליו שזיהיתי אותו והוא הלך אתי לאורך כל חמש השנים שהייתי במערכת הבריאות זה ניגודי עניינים. למה זה תפס אותי? משום שהעולם שממנו באתי לא היה יכול להתקיים בצורה כזאת. הכול שם היה מרובעים ומלבנים וזוויות ישרות והגדרות מדויקות של תפקידים וסמכויות. זה היה עולם שלא סבל ולא סובל ניגודי עניינים מכל סוג שהוא.

לכנסת היה תפקיד מאוד חשוב עם כניסת החוק. הכנסת היא שחוקה את החוק, קודם כול. חברי כנסת, חדשות לבקרים, דחפו והצביעו על חוקים ונושאים, שלכל איש מתחיל במערכת היה ברור שמה שהניע אותם היו שיקולים פוליטיים ולא שיקולים מקצועיים מה טוב למערכת הבריאות, מה טוב לאזרחי ישראל שנזקקים לשירותי מערכת הבריאות, אלא מה שהנחה אותם היה מה מקדם אותם כפוליטיקאים.

מערכת הממשקים שבין קופות החולים לבין הממשלה והכנסת ובהסתמך על הבסיס החוקי של חוק הבריאות היא כזו שהם מנצחים אותך. לא חשוב מה שתעשה, לא חשוב מה תגיד – הם מנצחים.

אמרתי לו: 'תסביר לי איך זה שגירעון הוא כלי עבודה?' הוא אמר לי: 'לא רק גירעון, אלא גם תורים זה כלי עבודה'. או שהלקוח החולה נמאס לו והוא כבר לא בא, או שהוא מת. וכך נחסך כסף לקופה והגירעון קטן. למדתי להבין שזה ציני ומקיאבליסטי וכל מה שאת רוצה. מערכת הבריאות שהיא בעצם ... מעין אינטרסים מנוגדים, והזכרתי את האוצר מול הקופות, הקופות מול בתי החולים וזה מלחמת גוג ומגוג.

ביום שיהיה שלום הדיבידנד הכלכלי של שלום יהיה כל כך גדול שמדינות כמו שווייץ, הולנד, הסקנדינביות, יסתכלו עלינו מלמטה למעלה, ואז יהיה מספיק גם לחינוך, גם לבריאות וגם לכל הדברים האחרים. בשביל לפתור את זה צריך לעשות קפיצת מדרגה ענקית. זה לא עניין של דברים קטנים. לזה צריך חזון של מנהיגות".

שי טלמון²

"בקביעת הסל עמדת האוצר הייתה כי אין להגדיר במפורט בחקיקה ראשית רמת שירות ולוח זמנים לרמת השירות, על מנת שלא ליצור למערכת בריאות עדיפות על פני מערכות אחרות (חינוך, ביטחון ורווחה) בעת הדיון הכולל על סדרי העדיפויות.

2 שי טלמון, סגן מנהל אגף תקציבים לשירותים חברתיים, משרד האוצר (1991-1995).

בנוגע לעדכון הסל, עמדנו הייתה כי אין מקום לעדכון אוטומטי וכי התוספת השנתית לסל צריכה להיות נידונה בממשלה ככל תוספת תקציבית שנתית. זאת נקודה של לקבוע סל".

שלמה מור יוסף

"בנקודה הזאת אני חייב לציין שהחולי המרכזי בניהול מערכת הבריאות בישראל הוא שמערכת הבריאות מנוהלת כשיטה כמערכת גרעונית. זאת אומרת, אף אחד, חוץ מבתי החולים הציבוריים כמו הדסה, שערי צדק, בתי החולים בנצרת, בתי החולים של הציבור הדתי 'מעיני הישועה' ו'לניאדו', לא חייב להתמודד אמיתית עם הגירעון. כל שאר בתי החולים (של הקופות ובתי החולים הממשלתיים) חיים בעולם של גירעון בצורה נוחה, בצורה לא מחייבת. כאשר בסופו של דבר, המדינה בדרך כזו או אחרת מכסה את הגירעון. זו תרבות שהוטמעה. זאת אומרת, אין למנהל בית החולים או הקופה פרט לבתי החולים אותם ציינתי יעד ברור וחד משמעי לצמצם או למנוע את הגירעון ... זאת שיטה שמורידה אחריות מהמנהלים מצד אחד, ומצד שני היא שיטה בזבזנית (אם כבר יש גירעון של 100 מיליון, לא נורא אם יהיה גירעון של 110 מיליון).

בפועל, יש שלוש מערכות בתי החולים גדולות כשכל אחת מתנהלת אחרת, והמחויבות של המדינה לכל מערכת היא אחרת, והכלים לצמצום הגירעון הם אחרים. בקבוצת בתי חולים אחת אלו תוכניות הבראה ובקבוצה אחרת סבסוד ממשלתי.

אני משוכנע כי היום מנכ"ל משרד הבריאות שהיה בעבר אחראי על תקציב הבריאות באוצר, ראה את תמונת תקציב הבריאות מזווית מסוימת. והיום רואים בהתנהלותו שהוא שינה את הגישה שלו באופן מערכתי, ומורה לתקן את הגישה לתקציב הבריאות. השיטה של משרד האוצר לנגח את הקופות ואת בתי החולים אלו באלו למריבות אין סופיות על כסף היא רעיון שמיצה את עצמו והביא את המערכת להתנהלות גרעונית ולא להתייעלות.

גם ביחס לתקציב השוטף. לא ברור למנהלים בשום שלב מה התקציב שלהם, לא ברור מהי מדיניות התעריפים. הכול נתון לנוסחאות שמסוכמות בין האוצר למשרד הבריאות ולמשאים ומתנים אגרסיביים בין בתי חולים לקופות. בכל פעם משנים את הנוסחה – פעם אחת זה CAP, ופעם אחרת זה הנחות. ולעיתים אתה יודע מה יהיה תקציב בית החולים או הקופה רק במהלך שנת התקציב.

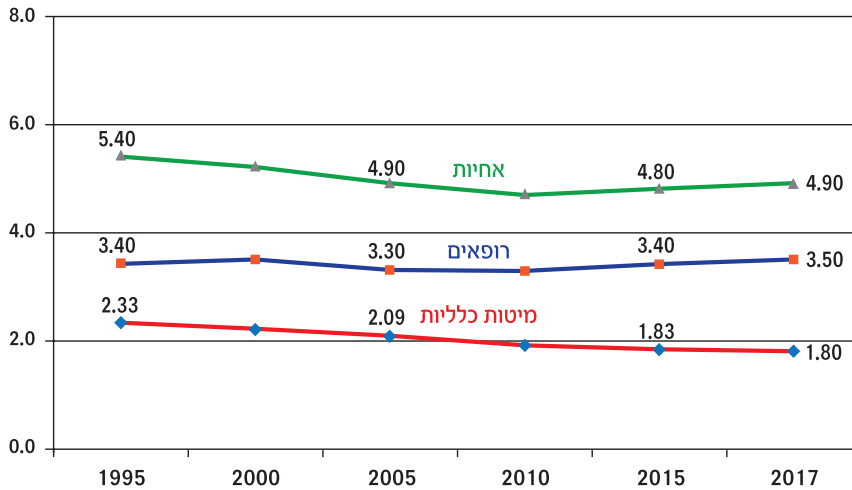
בנושא פיתוח התשתיות, כדאי לבקר בשוודיה, שווייץ או הולנד ולעבור בפרוזדורי בתי החולים. לא נראה שם שלט אחד של תורמים. יש מדינה, ולמדינה יש אחריות.

המדינה מתקצבת את פיתוח בתי החולים. היא יכולה לקבוע סדרי עדיפויות, היא יכולה לנהל את זה, היא יכולה להגיד 'אל תשתגע ואל תבנה בסטנדרט כזה או אחר', אבל בוודאי ובוודאי המדינה לוקחת על עצמה אחריות לתקציב של בית החולים הן לתפעול והן לפיתוח.

מאז ומתמיד מערכת פיתוח תשתיות הבריאות במדינת ישראל היא לא מערכת מאורגנת שמנהלת מלמעלה. המדינה מתערבת כשיש בעיה. אם מנהל בית חולים מסוים לא ישיג תרומות ויהיו עכברים בפרוזדורים, יבואו צוותי טלוויזיה ויראו איך בבית חולים יש עכברים בפרוזדורים, המדינה תתערב ויימצא תקציב.

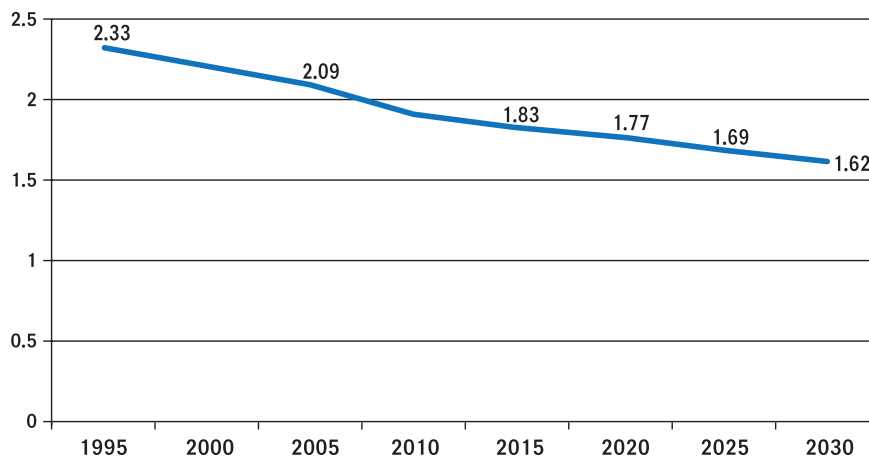
המדינה לא מתערבת באופן מתוכנן. היא לא אומרת: 'יש לי תקציב פיתוח ראוי, ואני אחלק אותו לבתי החולים, או אני אכניס איזה שהוא אחוז לתשתיות בתעריפי הטיפולים'. רובו המכריע של תקציב הפיתוח מורכב מתרומות אותם על מנהל בית החולים לגייס."

תרשים 7: תשומות המערכת: שיעורים לאלף נפש מיטות כלליות, רופאים, אחיות



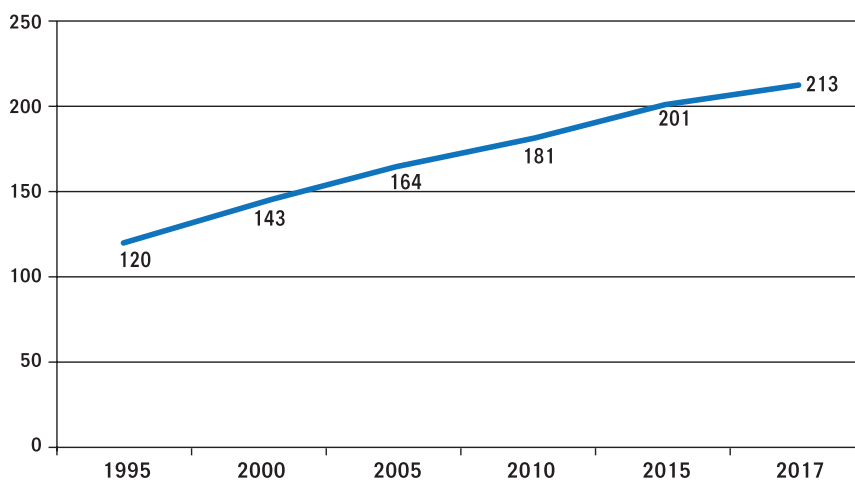
מקור: מוסדות האשפוז 2018, משרד הבריאות
 כוח אדם במקצועות בריאות 2017 משרד הבריאות

תרשים 8: שיעור מיטות כלליות לנפש – תחזית לשנת 2030



מקור: מוסדות האשפוז 2018, משרד הבריאות
 התחזית מניחה תוספת של 200 מיטות לשנה החל משנת 2019 ועד לשנת 2030

תרשים 9: סה"כ מועסקים במערכת הבריאות, 1995-2017 (באלפים)



מקור: סקרי מועסקים של הלמ"ס 1995-2017

פרק 4

מאזן הכוח שבין משרדי האוצר והבריאות – המקרה של ביטול המס המקביל

במהלך שנות הפעלתו הראשונות חלו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובתקנות המצורפות לו שינויים רבים. חלקם נועדו להשלים את עקרונות החקיקה הראשית, וחלקם ביטאו שינויים מהותיים בעקרונות היסוד של החוק, כגון ביטול המס המקביל, הסדרת נוהלי שירותי בריאות נוספים (שב"ן), שינויים בתוכנית התשלומים לשירותי בריאות ועוד.

רוב השינויים החקיקה שנגעו בעקרונות היסוד של חוק ביטוח בריאות, נעשו ביוזמת והובלת משרד האוצר בשנים 1996-1998, וזאת במסגרת חוק ההסדרים המאושר בכנסת במקביל לאישור חוק התקציב השנתי.

משרד האוצר התנגד לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהחשש, שעיוון זכאויות בחקיקה יגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות וגם מהחשש לאיבוד שליטה על תקציב מערכת הבריאות. שינויי החקיקה בשנים 1996-1998 ביטאו את תפיסת משרד האוצר, שלפיה מערכת הבריאות היא חבית ללא תחתית, וכי עקרונות חוק ביטוח בריאות שנכנס לתוקף בשנת 1995, עומדים בסתירה למדיניותו הכלכלית הדוגלת בחיזוק התחרות, בהרחבת תהליכי ההפרטה ובצמצום המגזר הציבורי.

מערכת הבריאות התנגדה לתיקוני חקיקה אלה והציגה את העמדה שתיקוני החקיקה בשנים הנדונות הגדילו את מעורבותו של משרד האוצר במערכת הבריאות ויצרו הפרדה מלאכותית בין אחריות ובין סמכות. עוד נטען כי פרק הזמן הקצר, שניתן למחוקק לדון בתיקונים בחוק ההסדרים, אינו מאפשר דיון ענייני בתיקוני החקיקה, וכי החוק מועבר באילוצי לוחות זמנים, תוך עקיפת המנגנון התקין של חקיקה, שבמסגרתה חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ביטולו של המס המקביל בשנת 1997 בחוק ההסדרים הוא מקרה בוחן לסוגיית מאזן הכוח הראוי שבין משרדי האוצר והבריאות, ואנו נתמקד בפרק הזה בהצגת העמדות השונות למהלך זה, כפי שהן השתקפו בראיונות.

השתתפות המעסיקים בתשלום דמי ביטוח הבריאות לעובדיהם אפיינה את מערכת הבריאות הישראלית מראשית דרכה, ובאפריל 1973 אף עוגנה בחוק חובת המעסיקים לשלם דמי ביטוח בריאות בגין עובדיהם – חוק מס מקביל. לאורך כל השנים היו ההכנסות מהמס המקביל מקור מרכזי למימון הוצאות קופות החולים (יותר מ-40% מהוצאות הקופות), וחוק ביטוח בריאות ממלכתי הנציח מקור מימון ייעודי זה כדי להבטיח יציבות פיננסית למערכת הבריאות, בין השאר, על ידי סימון מקורות מיסוי ייעודיים למימון החוק (מס מקביל ודמי ביטוח בריאות).

בינואר 1997 שונתה בחוק ההסדרים חובת המעסיקים לשלם דמי ביטוח בריאות לעובדיהם והומרה בתשלום כללי של דמי ביטוח לאומי. את חלקו של המס המקביל במקורות למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי החליפה הגדלת תמיכת תקציב המדינה.

ביטול המס המקביל הוצג על ידי משרד האוצר כצעד טכני בלבד, שכן לכאורה לא חל שינוי בהיקף מקורות המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וזרם ההכנסות מהמס המקביל שבוטל, הוחלף בשיפוי תקציב ממשלתי בסכום דומה. אולם עמדת מערכת הבריאות, שהתנגדה לתיקון חקיקה זה, הייתה אחרת לחלוטין: ביטול המס המקביל נתפש כמהלך שמנציח את תלותם של מקורות החוק במימון מתקציב המדינה ופגע בעקרון יסוד של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ששאף בין השאר להבטיח מקורות יציבים למערכת הבריאות. בהחלפתו של המס המקביל במימון תקציב המדינה הוסב מקור מימון ייעודי המסומן לבריאות, צמוד לקצב הצמיחה של המשק ברמת ודאות גבוהה וארוכת טווח, במקור תקציבי עם כל מה שנגזר מכך. ביטול המס המקביל הציף את אחת הסוגיות השנויות ביותר במחלוקת במערכת – חלוקת הסמכות והאחריות בין משרדי האוצר והבריאות.

האם ביטול המס המקביל על ידי משרד האוצר היה שינוי "קוסמטי" בלבד, או שמא מדובר בשינוי שהנציח את תלותה של מערכת הבריאות בתקציב המדינה? על העמדות השונות של המרווינים בנוגע לביטול המס המקביל ועל יחסי הכוח הבעייתיים שבין משרדי האוצר והבריאות, ניתן ללמוד בפרק שלהלן.

אבי ישראלי

"המס המקביל היה מיועד למערכת הבריאות, וחבל מאוד שביטלו אותו, מפני שזה הגיוני שהמעסיק יהיה שותף בבריאותו של העובד שלו ... גם אידיאולוגית וגם עניינית זה היה מס שהיה מגיע כולו לבריאות. לא היו לגביו דילמות, לא היו ויכוחים, ואפשר היה להגיד: הנה מסלול מובטח של כסף למערכת הבריאות. אני מניח שכספי המס המקביל לא היו מספיקים, והיה צריך להוסיף עוד כסף. אבל

אני חושב שהמעורבות של המעסיקים הייתה לה חשיבות עצומה, ואני מאוד מאוד מצטער שהחלק הזה נעלם. היום על כל שקל צריך להתווכח ולשכנע".

אביגדור קפלן

"אני חושב שנעשתה טעות גדולה מאוד בביטול המס המקביל ... ביטול המס המקביל הגביר את התלות של מערכת הבריאות בתקציב המדינה וכנגזרת מכך לתלות גדולה במשרד האוצר שאיננו מעמיד משאבים שווים ערך למה שהיה נגבה, לו לא ביטלו את המס המקביל. לאוצר השפעה רבה על מערכת הבריאות מעצם העובדה שכמחצית עלות הסל מתוקצבת על ידו. השליטה של האוצר היא לא רק על מקורות הסל אלא גם על השימושים בו: שכר עובדי מערכת הבריאות, תמחור שירותי בתי החולים, גובה ה-CAP לרכש שירותים מבתי החולים ועוד.

המדינה חייבת להכיר בעובדה שאם היא רוצה לקיים ביטוח בריאות שוויוני, עליה להעמיד משאבים לרשות מערכת הבריאות, כך שמקורות ציבוריים לא ימננו רק 45% מעלות סל הבריאות אלא 70%, כמו שמקובל בחלק גדול ממדינות ה-OECD. שלא יתפארו פקידי האוצר בכך שהם שומרים על הקופה הציבורית על ידי זה שהם מאלצים את הקופות להתנהל עם גרעונות מובנים כדי לאלץ אותן להתייעל. למעשה, זו שיטת ניהול קלוקלת, כי כשהגרעונות הם כרוניים, המנהלים מאמצים לעצמם סגנון של ראש קטן, כי הם יודעים שלבסוף הקופאי יכסה את הגירעון.

אני לא שולל את האפשרות להחזיר את המס המקביל כפי שהיה בעבר. אומנם יש בכך משום הטלת מס על המעסיקים, אך נראה לי פתרון טוב למחסור במשאבים למערכת הבריאות.

לא יהיה אסון גם אם יעלו בצורה פרוגרסיבית את מס הבריאות, כך ששכבות יותר אמידות תישאנה בנטל גדול יותר במימון עלות סל הבריאות.

הייתי משנה גם את יחסי הכוחות בין משרד האוצר למשרד הבריאות. זה לא יכול להימשך כך. למעשה, משרד הבריאות האמיתי הוא משרד האוצר. אומנם משרד הבריאות משמש כרגולטור הראשי בתחום הבריאות, אבל בקביעת המשאבים וכללי המשחק הכלכליים בין השחקנים במערכת הבריאות, השפעתו שולית. התוצאה – יצירת תרבות של 'בוא ננסה לתחמן', כי בדרך ישרה לא נגיע לאן שצריך להגיע".

אלי דפס

"אחת התקלות הגדולות זה ביטול מס מקביל וניתוקו ממערכת הבריאות. ואז האוצר שם לב והבין שככל שהמשק מתפתח וכמות המועסקים עולה והשכר הממוצע עולה, התמלוגים שהם צריכים להעביר כמס מקביל שעולה כל הזמן, למערכת

הבריאות יש יותר מדי כסף ויש לו שימושים אחרים לעניין. ואז האוצר ביטל את המס הזה. כדי להרגיע את הרוחות ... הוא רשם 'והמדינה תשלים את הכסף החסר בהתאם ליכולותיה'. המדינה הבינה כבר באותה עת שהיא גודעת את התקציבים, ומכאן מתחילה השחיקה הנוראית של מערכת הבריאות."

אלכסנדר (אליק) אבירם

"על ביטול המס המקביל אומר בקיצור - אני רואה בזה בעיה די פילוסופית. יש התנגשות של שתי תפיסות: האחת שאומרת 'אני צובע מעתה ולעתיד כסף למטרה ספציפית', לעומת זו הגורסת שסדר העדיפויות של המדינה עלול להשתנות מהיום למחר - 'יש מלחמה, אין מלחמה, כל מיני דברים שלמענם צריך את הכסף'. ואז כמו כל דבר אחר, משנים את תקצוב כל המשרדים ... היסטורית מה שבוטל הוא התפיסה, שהאוצר נלחם נגדה בשיניים, שיש כסף שהוא צבוע מראש, ואין אפשרות לשנות את יעדו. לא הפריע לו שהכסף של דמי ביטוח בבריאות צבוע, כי מראש הוא ידע שהוא מכסה רק בערך 50% מהצורך האמיתי, אז הוא שולט על ה-50% הנותרים ויכול להפנות משאבים לפי הצרכים המשתנים וסדר עדיפויות חדש. בשורה התחתונה, נדמה לי שעמדת האוצר העקרונית צודקת יותר - אין לצבוע כסף אלא למטרות נקודתיות מיוחדות ולא למערכת ספציפית שראייתה, מטבע הדברים, היא ראיית צינור. מצד שני, טוב היה עושה האוצר אם היה פחות צמא שליטה, משתחרר מדי פעם מן הטייס האוטומטי ומאפשר יותר עצמאות למשרדים המקצועיים, שכן גם בראיית צינור רואים הרבה פעמים את הדברים הנכונים. מדיניותו של האוצר שניתן לשפר ייעול של מערכות ציבוריות על ידי כבילתן בסד תקציבי שרירותי מעוררת אנטגוניזם מיותר ובלתי פרודוקטיבי."

אסנת לוקסנבורג

"אם אני מסתכלת לאורך השנים, והיום אני כבר יכולה להגיד שיש לי פרספקטיבה של זמן, כי עבדתי מול גורמים שונים עם משרד האוצר בתקופות שונות ... המקומות שהצלחנו ביותר, ואני אומרת שהצלחנו ברמה הממשלתית, זה שהיה כבוד הדדי למקצועיות אחד של השני. אני חושבת שזה לא נכון שמשרד האוצר ניסה לנהל במיקרו את העשייה שלנו וכו'. אני חושבת שאף אחד במשרד האוצר, יהיה מוכשר ככל שיהיה או בכיר ככל שיהיה, לא יכול להחליף מישוהו שהוא מקצוען בתחום העשייה שלו, אם זה ראש חטיבת הרפואה או כל מיני גורמים אחרים במשרד הבריאות, שבמשך שנים על גבי שנים ריכזו ניסיון ומכירים את המערכת על בוריה וכו'."

אני חושבת שהסמכות והאחריות צריכות לבוא ביחד. מצד אחד, משרד האוצר שרואה את תמונת המקרו והוא יודע מה הוא יכול לתת למערכת הבריאות, כן או לא, אבל מרגע שיש הסכמה על מה שניתן – צריך לתת למשרד הבריאות לעבוד. באותן שנים שהייתה ההבנה הזאת שיש אנשי מקצוע בצד הזה ואנשי מקצוע בצד הזה וכל אחד כיבד אחד את השני, ולא תמיד מסכימים, וזה בסדר שאפשר להסכים או לא להסכים בחלק מהמקרים, אבל התאפשרה העבודה בצורה חלקה, שוטפת, בצורה מכבדת, לא בצורה של אגו, הורדת ידיים, אלא באמת בצורה עניינית, אני חושבת שבאמת אז הדברים הצליחו להתקדם בצורה טובה. מצד שני, שייתנו למערכת להתנהל, ולהתנהל בשקט, ולא לעצור בכל נקודה ונקודה ... לא לומר: 'אישרנו לכם 170 מיטות, אבל אתם לא יכולים לחלק אותן למערכת אלא אנחנו רוצים לאשר לכם כל מיטה ומיטה'."

גבי בן נון

"ישבתי במשרד, ואני יודע שיש 12.7 מיליארד שקל (עלות הסל בשנת 1995), ואני יודע שהמקורות לחוק זה דמי ביטוח בריאות ומס מקביל וקצת השתתפות עצמית, ואני עושה סימולציה מה יקרה בעוד 4-5 שנים (לאחר חקיקת החוק), ומסתכל על הקווים של הצמיחה במשק, שהייתה מאוד מאוד גבוהה ורואה שההכנסות מדמי ביטוח בריאות וממס מקביל הולכים ועולים, ושתוך 4-5 שנים הכנסות אלה מכסות את כל 'עלות הסל', ולא רק שמכסות את כל עלות הסל אלא משאירות כסף לשיפור טכנולוגי וגידול דמוגרפי ... כי המשק הישראלי צומח בכל שנה ביותר מ-3%. ואז אמרתי: בשביל מה צריך להתווכח? שלא יהיה אחוז מוגדר של עדכון דמוגרפי, תוך 4-5 שנים לא צריך שקל אחד מתקציב משרד האוצר. הכול יינתן במיסוי ייעודי המעוגן בחקיקה רק לבריאות. אי אפשר לקחת מזה לסלילת כבישים. כתוב דמי בריאות ומס מקביל לבריאות בלבד, ושני המקורות האלה מכסים את הכול, מכסים את סל השירותים, מאפשרים לעשות טכנולוגיות, דמוגרפיה, אפילו פיתוח. למשרד האוצר לקח שנתיים להבין שאת ההתפתחות הזו חייבים לעצור ... אני לא יודע בדיוק מה קרה שם, ואני אנסה לשחזר 'בכאילו'. הוא [נציג אגף תקציבים] בטח הלך למשרד האוצר ואמר להם: 'תגידו, אתם מטורפים? ... תוך שלוש שנים הם (אנשי הבריאות) לא יבואו אלינו [למשרד האוצר] בכלל. יהיה להם [למשרד הבריאות] כל הכסף ... אתם יודעים מה המשמעות של זה מבחינת הפסד של כוח ועוצמה במשרד האוצר? פתאום יש מערכת חברתית עצמאית עם מקורות שלה לפי חוק? איך אפשרתם את הדבר הזה? בואו נבטל את המס המקביל' ... זה מה שלדעתי אמר חיים פלץ 'כנראה' במשרד האוצר ... בנימוקים הציבוריים לביטול

המס המקביל משרד האוצר לא אמר את זה, אבל הכרתי טוב מאוד את המערכת והבנתי עד כמה הביטול של המס המקביל זו מכה לכל התחזיות שלנו ועד כמה זה חושף אותנו לעדכון דמוגרפי וטכנולוגי חסר.

מה היה הטיעון שהאוצר השתמש בו באופן פורמלי לביטול המס המקביל? הוא בא לממשלה והשתמש בטיעון של הפחתת עלות העבודה. ועוד טיעון של האוצר: למה מערכת הבריאות צריכה להיות נפגעת מהמהלך? המדינה תיתן את התקציב החסר במקום המס המקביל ... שני הטיעונים היו עבודה בעיניים. תחשבו מה המשמעות ש'המדינה תיתן?' פירושו של דבר, שמשרד הבריאות צריך ללכת למשרד האוצר לבקש את הכסף.

זאת הייתה קטסטרופה, אבל האוצר שבידו היה הכוח, הצליח למכור את הטיעונים הללו. צחי הנגבי היה שר בריאות למספר חודשים בלבד, והוא לא הכיר והבין הרבה במערכת הבריאות. יש גם מנכ"ל חדש למשרד הבריאות שרק נכנס לתפקיד (גבי ברבש), וכך הצליח האוצר להעביר את זה במסגרת חוק ההסדרים שהוא כלי מחטפי לשינוי חקיקה ... והממשלה הצביעה על חוק ההסדרים במקשה אחת, ובתוך המקשה הזו הופיע גם ביטול המס המקביל.

אף אחד מבין הפוליטיקאים לא הבין את זה, ולצדדי גם חלק גדול מאנשי מערכת הבריאות. ואנחנו צועקים, ואני בוודאי צועק, כי אני הבנתי את הקטסטרופה – ולא עזר. יש תמיכה של שר הבריאות הנגבי ... וביטול המס המקביל עובר בחוק ההסדרים. בשנים אלו (1996-1998) משרד האוצר משחק משחק מאוד מאוד דומיננטי, מאוד מרכזי במערכת הבריאות. מבחינת יחסי הכוחות של התקופה היא יש ירידה מאוד מאוד גדולה בכוחה של מערכת הבריאות ועלייה מאוד חזקה בכוחו של משרד האוצר. שרי הבריאות אחרי 1995 לא הזדהו עם חוק ביטוח בריאות ממלכתי, זה לא היה הבייבי שלהם. ומשרד האוצר לקח את ההנהגה לתוך הריק הזה.

ב־1994-1995 כשבייגה שוחט היה שר האוצר, הוא תמך בחוק והייתה לנו התמיכה של משרד האוצר, לפחות ההנהגה הפוליטית שלו. אחרי זה יש מהפך: הליכוד חוזר לשלטון, המדיניות המקרו־כלכלית היא כבר הרבה פחות אוהדת לחוק הבריאות ובכלל למדיניות חברתית מרחיבה, והתוצאה של זה באה לידי ביטוי במערכת הבריאות בסדרה ארוכה של תיקוני חקיקה דרך חוק ההסדרים שפגעו בעקרונות יסוד של החוק.

זאב רוטשטיין

"בעוד שסביב החקיקה ב־1993-1994 הייתה תמימות דעים בשני צדי הקשת הפוליטית – גם בליכוד, וגם אפילו במערך, מתוך הסיבות שלהם – היה גוף אחד

שהתנגד בשיניים לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וזה היה משרד האוצר. ההתנגדות שלו נבעה מדבר שלנו היום מאוד מאוד מובן והוא שהאוצר הוא זה שבעצם קובע את סדרי העדיפויות במדינה מבחינה כלכלית – אם זה תקציבי הביטוח, אפילו בתוך חטיבת טנקים האם להוסיף חטיבה או להוריד חטיבה. בנושא החינוך כמובן. תמיד האוצר התהדר בכך שהוא בעצם ההגאי של המערכת. ברצותו – סוגר את הברז. ברצותו – פותח. נוצר מצב שהאוצר פותח את העיניים ב־2 בינואר 1995 ורואה שהוא מנוטרל מההשפעה שלו. לא היה מושג איך לפתור את סל הבריאות.

1995 הייתה שנה מאוד קשה לאוצר, והוא החליט שהוא הולך לפגוע בחוק. הדרך שבה הוא ידע לפגוע בחוק, כמו שהוא ידע לעשות בהרבה מאוד נושאים זה חוק ההסדרים. ובאמת, שנתיים אחרי חקיקת החוק (ב־1997) האוצר מוסיף שורה בחוק ההסדרים: יבוטל חוק מס מקביל. דרך אגב, החוסר הזה בבסיס ממשך גם הלאה.

בביטול המס המקביל לאוצר (ניתנה) הרבה יותר עוצמה בלסגור ולכוון, אנחנו רואים שכל מערכת הבריאות קורסת. כל קופות החולים בגירעון. בתי החולים הממשלתיים בגירעון. בתי החולים של קופת חולים בגירעון. בתי החולים העצמאיים בפשיטות רגל. זאת אומרת, כל המרכיבים של המערכת לא מתפקדים. אנחנו בעצם רואים שהמדיניות הזאת להרעיב, והם מדברים על זה בגילוי לב, האוצר מרעיב את המערכת כדי למנוע ביקוש, כדי למנוע את האסקלציה בנושא של ההוצאות ... הרי מי שהוביל את המהפכה של השב"נים הפוך ממה שכתוב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי זה שוב האוצר, שהתייחס לשב"נים לא באמת כאל כסף של ביטוח תוספתי כדי להרחיב את היריעה".

חיים דורון

"מה שקרה בשלוש שנים אחרי החוק עם ביטול המס המקביל, השכיבו את קופת החולים במיטת סדום ... הציבור עוד לא יודע להעריך עד כמה ביטול המס המקביל גרם נזק למערכת הבריאות ולחינוך הרפואי בארץ.

כאשר ועדת הסל מתייחסת לחלוקת השינויים הטכנולוגיים בכל שנה ושנה ... מפני שהפכו את המקורות במקום המס המקביל למקור מתקציב הממשלה, אותה ועדת סל כל כך חשובה וטובה שפועלת בצורה כל כך רצינית, השכיבו אותה במיטת סדום של ההקצבה השנתית שקשורה לאפשרויות תקציב המדינה, דבר שלא היה קורה אם מקורות המימון של ביטוח הבריאות היו שומרים עליהם, כפי שמפורט באופן אורגינלי בחוק, לפי תרומת המבוטחים והמעסיקים כאחד.

בין 1996 ל-1998 היה תהליך משמעותי של בריחה חמורה מעקרונות החוק, ואני לא אשנה מילה מהגדרתי. כל הפעולה הזאת נעשתה באמצעות חוקי ההסדרים במשק ... משמעותו של חוק ההסדרים במשק היא שהוא לא עובר תהליך פרלמנטרי יסודי של דיון לקראת קריאה טרומית וקריאות שנייה ושלישית ושמיעת כל הגורמים, אלא שהוא כמו תוספתן לתקציב המדינה, וככל שיש משמעת קואליציונית להעביר בשעות המאוחרות של הלילה את תקציב המדינה, מעבירים גם את חוקי ההסדרים במשק ... באמצעות חוקי ההסדרים במשק אנשי האוצר הוציאו מהחוק הזה, לדעתי, כמחצית מתוכנו הרעיוני, הסוציאלי, והבריאותי-רפואי, ואפרט.

המגמה שעוברת כחוט השני דרך כל השינויים האלה של חוקי ההסדרים במשק ... התוצאה של זה שהאוצר מנהל את הבריאות במדינת ישראל. אינני אומר שמערכת הבריאות ואפילו חוק ביטוח בריאות ממלכתי כחלק מהביטחון הסוציאלי יכולים להתנהל ללא התחשבות בכלכלת המדינה. זה לא נכון, אבל יחד עם זה, צריך להיות איזון בין השיקולים הבריאותיים-הסוציאליים לבין השיקול הכלכלי. אין היום איזון, וחוקי ההסדרים במשק תרמו תרומה מכרעת להפרת האיזון בין המימון הציבורי למימון הפרטי.

כששר הבריאות יהושע מצא בא וסיפר שעכשיו חושבים בחוק ההסדרים במשק לבטל את המס המקביל, תגובתי כחבר מועצת הבריאות הייתה שמערכת הבריאות תשב שבעה על ביטול המס המקביל. המשמעות של ביטול המס המקביל היא קודם כול, שמעבירים את חוק ביטוח הבריאות מהספירה של הביטחון הסוציאלי לספירה של חצי ביטחון סוציאלי וחצי הלאמה, ובעצם זו הלאמה ... מדינת ישראל חלוצה בביטול חלקו של המעסיק, ואגב, כל הדיבורים בזמנו על זה שזה יוזיל את עלות העבודה הם עורבא פרח. זה לא הוזיל באגורה והוכיח את זה במספרים במחקרו גם גבי בן נון בספר שערכתי 'מערכת הבריאות לאן'. מה שרצו והצליחו לעשות פה, זה תלות של תקציב ביטוח הבריאות בתקציב המדינה, על קיצוצי השונים והעדיפויות שלו.

על פי חוק המס המקביל, המעסיק הגיע (בהדרגה) ל-4.95% חלקו של המעסיק, לפי גבי בן נון עד שנת 2000 המס המקביל תרם ל-40% מהוצאות קופות החולים לפני חוק המס המקביל, ובשנת 2000 לא היה צורך בכלל להשלים בתקציב ממשלתי, מפני שהמס המקביל והמס על המבוטחים היה מספיק ... אני רוצה לעמוד על אלמנט אחד פחות ידוע כשמדברים על הנושא הזה. החשיבות העצומה של שיתוף המעסיק, אפילו באחוז אחד, בהוצאות הבריאות נובעת מכך שקודם כול, האדם העובד מבלה לפחות שליש מהיממה במקום העבודה שלו, וזהו המקום לחנך אותו לקידום הבריאות.

בא הרפרנט של האוצר בבריאות לישיבה של ועדת הכספים. בישיבה הזו השתתף רק היו"ר הרב רביץ, והרפרנט הסביר שבעצם זה עניין טכני. ייתנו את אותו סכום מתקציב המדינה, וזה רק כדי להוזיל את עלות העבודה (וכפי שאמרתי לא הוזילו, כי את אותו סכום לקחו לביטוח הלאומי למטרות אחרות). היו"ר רביץ אמר: 'אני לא מבין שום דבר ממה שהסברת, אבל אתה אומר שזה רק עניין טכני, על זה לא נלך לברוך'. והוא הצביע על ביטול המס המקביל. ככה מדינת ישראל העבירה (הפכה) את ביטוח בריאות ממלכתי מביטוח סוציאלי לתלות בתקציב המדינה, זה לא יאומן אבל כך זה קרה.

עד עצם היום הזה יש שיטה של הנהלת האוצר: נותנים לקופות החולים ולבתי החולים להיכנס לגרעונות ... בסוף השנה אחרי שסוגרים את כל הגרעונות, מנהלים סחר מכר כמו בשטייטעל עם קופת חולים ובית החולים, מנסים לתת כמה שפחות, כי סוחבים גרעונות במשך שנים ... יש לנו מאז חוקי ההסדרים במשק תהליך של הפרטה וזחלת, ואם המצב הזה חלילה יימשך, לא תהיה רפואה ציבורית. כשהרפואה הציבורית נחלשת, הרפואה הפרטית מתחזקת ... אני מצטער להגיד את זה, אך משרד האוצר מנהל את הבריאות הרבה יותר מאשר משרד הבריאות."

חיים פליץ

"מתחילת התהליך האוצר היה חשדן כלפי החוק. הוא ראה בו שינוי מסוכן שיוכל להגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות, להעביר אחריות לקופות החולים ולממשלה, והעמדה של האוצר הייתה עמדה שלילית כלפי החוק, אבל ככל ששילבי החקיקה התחילו להתקדם, האוצר גם ראה את היתרונות שבחוק. מאוד מאוד חששנו מהעברת האחריות מקופות החולים למדינה ... זאת הייתה דאגה אחת ... הדאגה השנייה שלנו הייתה שהבנו שבניסוח החוק כפי שהוא, יש מצב סביר שייווצרו עודפים כספיים ... העיקרון בחוק היה שאם יש עודף - זה שייך למערכת הבריאות, ואם חסר כסף - המדינה צריכה להשלים אותו. המצב שהתהווה היה שיש עודף כספי במערכת הבריאות. מנקודת ראותו של האוצר זו בעיה. מנקודת ראותו של האוצר כל מערכת צריכה להרגיש במחסור, כי המחסור הוא זה שמניע להתייעלות. אם יש עודפים - אין התייעלות. לאוצר הייתה הברקה - לבטל את המס המקביל. ביטול המס הזה יוצר מצב שחסר כסף, כי חסרים פתאום מיליארדים של שקלים, והאוצר משלים רק את עלות הסל. שימו לב: עלות הסל לא גדלה, האוצר משלים רק את עלות הסל, ואין עודפים ... האוצר רצה לבטל את המס המקביל ... והציע את העסקה הבאה: הגדלת דמי ביטוח לאומי ב-5% וביטול המס המקביל ב-5%.

מנקודת ראות המעסיקים, לא קרה כלום. הם אדישים ... מנקודת ראות ביטוח לאומי, הוא קיבל מתנה גדולה, כי החזירו לו את דמי ביטוח לאומי למעסיקים, והוא היה מרוצה. מנקודת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – מהפכה ענקית. אני זוכר שבקיץ 1995 אנחנו באים להציג לראש הממשלה דאז יצחק רבין ז"ל את כל השינויים שאנחנו עושים במסגרת תקציב המדינה ... בסוף מגיעים לתיקון בחוק הביטוח הלאומי, מס מקביל יורד ומס אחר גדל. אני לא משוכנע שרבין הבין במה מדובר, והוא שואל את היועץ הכלכלי לרמטכ"ל: האם זה משפיע על מערכת הביטוח? רבין היה גם שר הביטחון. היועץ הכלכלי עונה לו שזה לא משפיע על תקציב הביטחון, וכך רבין החליט שהוא בעד. לא היה לו מטה כלכלי-חברתי שינתח לו את מלוא המשמעויות.

עברנו את הממשלה. עברנו את ועדת הכספים בכנסת. עברנו בקריאה שנייה ושלישית במליאת הכנסת. כמעט ולא הייתה התנגדות, לא הייתה התנגדות למהוה שלקח את חוק ביטוח בריאות ממלכתי והפך אותו 180 מעלות – ממצב של חוק ושל מערכת שנותנת שירותים והיא עצמאית בהכנסותיה ויש לה מקורות לגדול ב-4%-5% ריאלית כל שנה. יכולה הממשלה להחליט שהיא רוצה לגדול ב-20%, אבל לפחות 4%-5% קיימים, שצריך לזכור ש-4%-5% על 15-20 שנה זה הכפלה של הסכום. מהיבט של מנהל ציבורי זה מאוד מעניין להסתכל שלא הייתה בפועל אפוזיציה למהלך הזה ... כל מערכת זקוקה לאיזונים. זאת אומרת, במצב שבו בשיווי משקל האוצר הוא חזק ודומיננטי, ואילו משרד הבריאות לא ערני ומנומנם – זה מצב לא בריא ולא נכון".

חיים רמון

"בחירתו של נתניהו לראשות הממשלה ומינויו של מרידור לשר האוצר הייתה 'שעתם היפה' של פקידי משרד האוצר, והם חיככו את ידיהם בהנאה כאשר סוף סוף יכלו לממש את הבטחתם לי שעל אף ניצחוני בקרב למען חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הם ינצחו במלחמה.

פקידי האוצר פצעו קשות שני נושאים מרכזיים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הפגיעה הראשונה והמשמעותית הייתה ביטול המס המקביל, קרי, השתתפות המעסיקים במימון מערכת הבריאות, כנהוג ברוב מדינות העולם המתקדמות. במקום המס המקביל קבע משרד האוצר סכום שנתי שבו תשתתף המדינה בתקציב הבריאות. החלטה זו אפשרה למשרד האוצר לשלוט, למעשה, במערכת הבריאות. כזכור, החוק קבע שכל התשלומים, של העובדים ושל המעבידים, ייגבו על ידי הביטוח הלאומי ויהיו מיועדים אך ורק לבריאות.

בעקבות החלטת משרד האוצר נגזלו מדי שנה כמיליארד שקלים לפחות, שהיו אמורים להינתן לתקציב הבריאות אלמלא בוטלה השתתפות המעסיקים. זהו פחות או יותר הסכום החסר מדי שנה למערכת הבריאות כדי לשפר עוד את השירותים הניתנים לאזרחי ישראל".

יהושע (שוקי) שמר

"החוק היה חלום, ואני חושב גם היום שזה אחד החוקים הכי נכונים, הכי ליברליים, הכי סוציאליים שיש במדינת ישראל ... הדבר המרכזי שלא מומש ... זה נושא המס המקביל ... אני השתתפתי בישיבה שבה אומר נציג האוצר לחיים רמון, כשהאוצר התנגד לחוק, והתנגד לזה שבאופן מובנה יהיה תקציב צבוע למערכת הבריאות, מה שהיום לא קיים: 'חיים (רמון), אתה בקרב ניצחת, אבל אני מודיע לך שבמלחמה תפסיד'.

איפה רמון הפסיד במלחמה? כשב־1997 ביטלו את המס המקביל בחוק ההסדרים. הרי מה קרה? ביטלו את המימון הקבוע לסל הבריאות. כל אחד מאתנו חושב היום שהוא משלם מס בריאות. אנחנו לא משלמים מס בריאות אלא משלמים עוד מס הכנסה, כי המס הזה מספיק בערך לחצי מעלויות מערכת הבריאות, והמדינה, ברצותה בכל שנה מוסיפה, וברצותה מקטינה את התקציב.

... הפסדנו במערכה בנושא המימון של מערכת הבריאות, ולכן המערכת היום נמצאת במצב כפי שהיא נמצאת ... אני יכול להבין את אנשי האוצר שבאים ואומרים: 'עם כל הכבוד לבריאות – יש לנו בעיות חינוך, ביטחון, תחבורה'. הבריאות היא לא מקום שצריך לשים אותו בראש ... אם צה"ל יבוא ויגיד: 'אני רוצה תקציב צבוע. והחינוך יבוא ויגיד אותו דבר ... איך המדינה תחלק את העוגה?' ... באוצר לא סומכים על המערכת שיהיה לה כסף צבוע, והיא תנהל אותו כמו שצריך. הם רוצים באוצר את השליטה בתקציב. אחד משרי האוצר אמר לי: 'מה אתם רוצים? תוחלת החיים בישראל מהגבוהות בעולם, ובכל תקציב שהמערכת תקבל היא תציג גירעון'. וכמובן, השאלה המרכזית איך חיים הקשישים ואיזה טיפול הם מקבלים בערוב ימיהם.

בוודאי שאפשר להחזיר את המס המקביל, אבל אין לזה שום סיכוי. זה לא יעבור בוודאי לאחר שהמס הוצא. אין שום סיכוי להחזיר. זה יעלה למדינה הרבה מאוד כסף, והמדינה לא תעשה את זה. אין סיכוי להחזיר את המס המקביל. מדובר בתוספת קבועה של כ־10 מיליארד ₪ לשנה".

יונתן הלוי

"ההתדרדרות התחילה עם ביטול המס המקביל. היה ברור שהכסף צבוע לבריאות ... אנחנו מציעים לאוכלוסיית ישראל סל שירותים מכובד ... שנתיים אחרי החוק, היה ברור שפקידי האוצר לא יכולים לחיות מכסף צבוע שיממן את כל סל השירותים, כי הם מאבדים שליטה ... אבל ברגע שהתחילו הדיבורים על ביטול מס מקביל, והוא בוטל, היה ברור שהמערכת הולכת לפתח תלות בפקידי האוצר.

לאור ההתקדמות הטכנולוגית היה ברור שעדכון הסל חייב להיעשות בצורה רצינית, לפחות אחוז על דמוגרפיה ואחוז על טכנולוגיה, אם לא 3% בסך הכול, לפחות 2%. אך קיים סירוב מתמיד לטייס אוטומטי שהוא סירוב שנמשך עד היום. אני חושב שכמו כל דבר עד היום הזה, בנושא תקצוב מערכת הבריאות – זו מלחמה עם built in conflict בין משרד הבריאות לבין משרד האוצר. הרבה פעמים המלחמה הזו מוכרעת על ידי כוחו הפוליטי של שר הבריאות לעומת כוחו הפוליטי של שר האוצר ... זה לא רק השר. זה גם תלוי בעוצמת פקידי האוצר, בחוזקו של שר האוצר מול פקידי האוצר.

מכיוון שכל מערכת בריאות בעולם יכולה להיות חבית ללא תחתית, מכיוון שהגישה של משרדי האוצר בכל העולם המערבי זה להחזיק את מערכת הבריאות על הגחון, אחרת היא תקום על יוצריה מבחינה כלכלית, אז אם מחזיקים על הגחון, זה הוויכוח. זה פשוט התדרדרות נמשכת ... אבל אם מדברים על מה קרה אז – מה שקרה (ביטול המס המקביל) שמערכת הבריאות הפסידה בקרב מול האוצר."

יעל גרמון

"קל מאוד לבוא ולומר: האוצר לא נותן לי. בתוך השאלה שלך שמעתי את הקונוטציה שהאחריות פה והסמכות שם וזה נכון, אבל אם לא תהיה סמכות על בנושא של תקציבים – כל שר ימשוך לכיוון שלו ואז לאן אנחנו הולכים? משרד האוצר הוא משרד מאוד אחראי. יש להם תפקיד מאוד קשה. לי היה ניסיון טוב מאוד עם משרד האוצר. הצלחתי לשכנע אותם בהרבה מקרים.

אני חושבת שתוך כדי העבודה בוועדות שלנו, גם בוועדות המשנה ובעיקר בהן ולא רק, תוך כדי הדיונים, הוא למעשה ראה את הקטסטרופה. הוא לא היה מודע לקטסטרופה וגם לא היה מודע למשמעות של מה שהולך לקרות ... מה שאני רוצה לומר הוא שצריך לגייס את האוצר לטובת התקציבים, ואני הצלחתי לעשות את זה.

היה פה באמת איזה שהוא צירוף מקרים מאוד מעניין, ששר האוצר היה מהמפלגה שלי, ואנחנו ביחסים מאוד מאוד טובים, וששרד האוצר היה בתוך הוועדה והוא השתכנע, והאמת היא שהוועדה הכניסה למערכת המון כסף”.

יעקב ויטקובסקי

”אני חושב שביטול המס המקביל היה שגיאה. המס בוטל במסגרת הסכם עם המעסיקים כחלק מעסקה כוללת שלא קשורה במישרין למערכת הבריאות. ספק אם הפיצוי בגין הביטול הצדיק את המהלך. נכון שהמדינה מחויבת למימון הסל, אבל כידוע קבלת מימון מתקציב המדינה מותנה באילוץ תקציבי, לעומת תשלום המעסיקים שנגבה תקופתית. ברוב ארצות המערב המעסיקים משתתפים בביטוחים הבריאותיים של עובדיהם”.

יצחק ברלוביץ

”משרד האוצר גם אז וגם היום לא ממש אוהב חוקים שמחייבים אותו לתת כסף ללא שיקול דעת. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, זה החוק שבעצם חייב את האוצר, את מדינת ישראל, לממן את שירותי הבריאות. נקודה. ואז זה לא משנה אם יש מלחמה או משבר או כל דבר אחר.

המס שנגבה בסופו של דבר הוא מס שמקביל למס של ביטוח לאומי, אבל בגודל זה סתם מס, זה רק הרעיון של להכניס שורה שנקראת מס בריאות, כדי להבין שאנשים ידעו שהם לא מקבלים את זה בחינם, אבל מעולם הוא לא התיימר לכסות את העלויות. כמו שאין לנו שורה לביטחון או שורה לחינוך, גם אין לנו שורה לבריאות. המדינה היא האחראית והיא גם צריכה לסמן את המקורות מאיפה להביא את הכסף.

הסיפור (ביטול המס המקביל) התחיל בכך שהייתה תחושה שיכול להיות מצב שהמקורות הכספיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי יהיו יותר מעלות הסל, ואז משרד האוצר הציע שתהיה מעין קופה רזרבית שתשמש כדי לכסות גרעונות ... אנחנו כמשרד הבריאות התנגדנו, אנחנו חשבנו (וזה גם הייתה רוח החוק), שכל המקורות חייבים ללכת למערכת הבריאות, והאמנו שאין טעם לשים את העודפים בצד, ולהפוך את זה למין קופה ב' של משרד האוצר, אלא חשבנו שהכספים הנוספים יוכלו לשמש אותנו כדי להכניס אולי שירותים נוספים ... ואז, בשלב מסוים באו אנשי משרד האוצר ואמרו: 'נבטל את המס המקביל ... ואנחנו נשלם את המס מקביל באמצעות תקציב המדינה ... עד לגובה עלות הסל'.

אני לא יודע מתי הנושא הזה נדון, אם זה היה בחודש הראשון או השני להיותו שר הבריאות, אבל ובעצם כמו שקורה הרבה פעמים, אגף התקציבים באוצר בעצם ניצל את המצב הזה שבו יש שרים שלא ממש מבינים על מה מדובר. הם לא הכירו אותנו כמובן, לא צחי הנגבי ולא דן מרידור ידעו בדיוק עם מי יש להם עסק.

נוצרה פה גם קונסטלציה פוליטית מאוד בעייתית מבחינתנו ... מצד אחד, היה שר אוצר דן מרידור שלא היה שר אוצר חזק ושר הבריאות היה צחי הנגבי, שבסך הכול היה שר במשך שלושה חודשים ... מיד עזב להיות שר המשפטים ... אני בטוח שצחי הנגבי לא הבין על מה מדובר, שהוא לא הבין את המשמעות ... הניסיון שלנו להסביר לו לא ממש נתן לנו הרגשה שהוא יודע מה המשמעויות, ובעצם כמו שקורה הרבה פעמים, אגף התקציבים באוצר ניצל את המצב הזה שבו יש שרים שלא ממש מבינים על מה מדובר ... אנחנו ערערנו והלכנו לשר האוצר דן מרידור, ולא עזר לנו. אנחנו הסברנו את עמדתנו וכדי להרגיע אותנו הם אמרו לנו: 'תקבלו אותו כסף, מה אכפת לכם אם זה בא דרך המס מקביל או שזה כסף שבא ישירות מהאוצר' ... הסכום יהיה אותו סכום, זה מה שהובטח לנו.

לצערי, מערכת הבריאות היא במאבק הזה יותר חלשה ממערכת האוצר, ושם הם הצליחו, וצריך להבין שכל החוק נוצר על אפם וחמתם של אלה שמתעסקים בחלק של כלכלת מדינת ישראל והם בפירוש מאוד לא אהבו את החוק והם גם אמרו את זה: 'ניצחתם בקרב אבל עוד לא ניצחתם את המלחמה'.

דבר שני, אני גם חושב שמבחינה מקצועית אנחנו נרדמנו בשמירה. אין ויכוח על זה שהיה צריך לעשות מאבק הרבה יותר גדול בנושא הזה ... אנחנו נרדמנו בשמירה ופשוט לא עשינו את עבודתנו, גם ברמה המקצועית ובעיקר ברמה הפוליטית."

לאה אחדות

"בביטוח לאומי גם הייתה התנגדות לביטולו של מס מקביל, כי חשבנו שזה מפר את האיזון בין החובות שמוטלות על העובד לבין החובות שמוטלות על המעביד, ואני חושבת שגם ביטוח לאומי וגם ההסתדרות היו בראש אחד בסיפור הזה."

מאיר אורן

"מערכת הבריאות ... נמצאת בכאוס, במשבר מתמשך עם כל פעם משבר יותר, משבר פחות, אבל המשבר הוא משבר מתמשך ... וככה הפקידות של האוצר מנהלת ומובילה את הדבר. חוק ביטוח בריאות נחקק על אפו וחמתו של האוצר ובכירי משרד האוצר ידעו לומר ואמרו את זה בריש גלי: 'הפסדנו בקרב אבל לא נפסיד

במערכה' ... חוקי הסדרים לאורך הזמן עיקרו מתוכן את רוח החוק ובכל מקום שהיה כתוב בו 'שר הבריאות', פתאום אמרו: 'בהסכמת שר האוצר', 'באישור שר האוצר'. כלומר, באופן שיטתי בעצם הולאם משרד הבריאות, והפקידות של האוצר, הרפרנטים של אגף התקציבים באוצר חדרו לכל נישה אפשרית, לכל מצב אפשרי בצורה מאוד גסה.

אני כמנכ"ל השקעתי המון אנרגיה בקטע הזה של לשמור על הסמכות המיניסטריאליות. יש סמכות שלטונית ואתה לא יכול להתפרק ממנה. האחריות והסמכות צריכים להיות במקום אחד ונוצר פה מצב לאט-לאט, דיכוטומי מאוד מאוד שלילי ולא בריא ולא רצוי, שבו האחריות היא על שר הבריאות ומשרד הבריאות והסמכות כולה בידי אגף התקציבים. זה דבר שמיחד דרך אגב, לשם האיזון אומר שזה לא רק לגבי משרד הבריאות. זה נכון גם לגבי המנהל הציבורי, בתפיסה הציבורית הכוללת במדינה אבל זה מורגש מאוד מאוד במשרד עצמו.

האם הייתה פה יד מכוונת? כן! האוצר היה מונחה (1) בצד הדקלרטיבי-מקצועי: חובתנו לרסן את ההוצאה הלאומית לבריאות. (2) בצד האמוציונלי היו כל הנגזרות האחרות והתכתובת שיש לי ממנה ערמות של מאגר כתוב של שיח והתכתשות עם האוצר שהוא מדבר בעד עצמו בצורה בלתי רגילה, שמוכיח אותם עד כמה הם במניפולציות ועשו שימושים בחוק ההסדרים להעברה של שינויים מבניים במערכת, בלי שיח ציבורי. באוצר הלכו בצורה כוחנית באמצעות החלטות ממשלה וחוק ההסדרים כדי להביא לשינויים. ביום חמישי בערב מנכ"ל משרד הבריאות ושר הבריאות מקבלים ערמה של חומר לגבי הצעות מחליטים לממשלה, שאמורות להידון ביום ראשון ב-8 בבוקר בישיבת (הממשלה) ... הכול נעשה במחשפים, וזה היה חלק מתהליך העבודה. הפקידות הייתה פקידות מאוד מאוד כוחנית.

יש לנו את הסל שהוא מעוגן בחוק, אבל כל גבייה עודפת שהיא מעבר לסל – תלך לקרן איוון, שהיא בבעלות של האוצר, שהיא בשליטה של האוצר. זה מתנגש עם רוח החוק, כי מה אמר החוק? החוק אמר: אדרבא, ככל שהרווחה הכלכלית תהיה בחברה הישראלית, העודפים יוחזרו לאזרחים במסגרת מערכת הבריאות בהשקעה בתשתיות וכן הלאה. באה פה הגישה האוצרית של אגף התקציבים, הגישה המצמצמת ואומרת: לא. אם יהיה עודף, אנחנו לוקחים אותו לצרכים שלנו, לא לבריאות ... מס הבריאות כמס הכנסה ב'.

מרדכי (מוטקה) שני

"מה שפוגם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כשאנחנו יושבים היום, 21 שנה לאחר מכן, הוא הגישה הנגטיביסטית של האוצר לחוק. גם כשכנענו את שר האוצר

בייגה שוחט לתמוך בחוק, אנשי אגף התקציבים ראו בחוק עול, וכאשר החוק עבר – הם למעשה, ניסו בהרבה מאוד דרכים לטרפד אותו. לדעתי, עד היום, ואני לא יודע אם הם ערים לכך, קיימת באוצר גישה שלפיה מערכת הבריאות היא בור עם חור, ולכן מוטב לא לעשות בה סדר ... המחטף של ביטול המס המקביל ביטא את הגישה של האוצר. אנחנו במצב אומלל, בו כמעט 40% מההוצאה מוטלת על האזרח. אין שיעור כזה באף מדינה מערבית בעולם, כולל בארה"ב. וזו אחת העוולות הגדולות ביותר של מדינת ישראל, שלצד הרב לא תוקנה עד היום. יתרה מזאת, גם העדכון של הסל פגע, ולמעשה אנחנו נמצאים היום במצב מצחיק שאתה מסבסד בדיעבד בביליונים גם את קופות החולים וגם את בתי החולים. אתה נמצא במצב שבמקום להקצות תקציב ולפקח עליו, אתה מעדיף בדיעבד לכסות גרעונות, דבר שהוא מנוגד לכל מנהל תקין, אלא אם כן אתה חושב שאתה לא יכול לארגן את מערכת שירותי הבריאות. לדעתי, זה האבסורד הגדול. יש לנו שני אבסורדים: נטל על הציבור של כמעט 40% ומערכת שבמקום שתנוהל בכללים תקציביים כמו שאתה מנהל כל עסק מסחרי, ומדינת ישראל הגדירה את בתי החולים שלה כגופים המתנהלים בצורה עסקית, אתה מסבסד אותם בדיעבד במאות מיליוני שקלים, שזה למעשה אבסורד".

משה בר סימן טוב

"אמרתי את זה כשהייתי באוצר ואני אומר את זה גם פה – אנחנו צריכים לתקן את מערכת המס של מערכת הבריאות. זה יכול להיות בדרך של לקחת יותר מהעובד או לקחת מהמעביד, כשהיום לא לוקחים מהמעביד בכלל ... צריך להכיר בזה שיהיה למערכת על גבול הבלתי אפשרי להסתדר עם התלות הגדולה ... בממשלה. במובן הזה שזה טוב לממשלה שבסוף כל הדיונים על התקציב מתנקזים לאיזה שהוא תהליך אחד, לילה אחד, ובסוף זה יותר מדי בשביל המערכת. היא צריכה את ה-outlet. המערכת עושה outlet בשנים האחרונות וזה החלק הפרטי, ואז גילינו שהחלק הפרטי לא בא במקום החלק הציבורי, אלא הוא גם מקרין מחדש ומעלה את העלויות במערכת הציבורית, כלומר זה לא משהו שאנחנו יכולים להגיד שזאת איזו שהיא מערכת טעמים שלנו, אם אנחנו צריכים פרטי או ציבורי. אנחנו צריכים מערכת ציבורית חדשה, כדי שתהיה לנו מערכת מתפקדת. בשביל זה צריך לטפל בצד המקורות של המערכת, טיפול עמוק, ולצערנו אין חיבה להעלאות מיסים. מצד שני, אם יש מס שכן אפשר להסביר לציבור את הרציונל שבהעלאתו ולשקף בו את התועלת מכך – זה דמי ביטוח בריאות. לצורך העניין, בסיכום התלת שנתי האחרון

הדבר שהכי חשוב היה לנו לגעת בו זה לטפל ביסודות התפקוד של המערכת ולראות שהמקדם הדמוגרפי הוא כמו שצריך, לראות שמדד יוקר הבריאות הוא כמו שצריך ולתת עוד כסף לקופות להזדקנות האוכלוסייה ולתת תוספת מיטות, כדי שנוכל להיערך להזדקנות האוכלוסייה".

נחמן אש

"אני חושב שהמס המקביל יצר אחריות מסוימת של המעביד לשירות הרפואי. זה סוג של השתתפות במערכת הבריאות. בלי שחקרתי את זה לעומק, אני מצר על הורדת המס המקביל, היה צריך להשאיר את המנגנון הזה ואולי לנצל אותו למעורבות יותר גדולה של מעסיקים בעולם הבריאות. היום המעסיקים כמעט ניטרליים. ואנחנו מכירים מארה"ב, למשל, שהמעורבות של מעסיקים היא מאוד משמעותית בשיפור מערכת הבריאות. אז אולי אם משהו מזה היה קורה פה, זה היה מסייע, מעבר לסכום הכסף שנגרע".

רוני גמזו

"אני חושב שב-1997 ביטול המס המקביל היה אחד מהמעשים הנוראיים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ... כל מה שתיארתי שהוביל לחקיקת חוק ביטוח בריאות – היה עכשיו הפוך פחות או יותר באותן שנים. ביטול המס מקביל (נעשה) מתוך הבנה מה יקרה בעשור או בשני העשורים הקרובים, כשהגבייה של הכסף המסומן וצבוע לבריאות (מס מקביל ומס בריאות) תהיה כזו שהיא עוברת את מה שהם תכננו ... זה יצר מצב של עצירת מקורות למערכת הבריאות. האם זה משהו שניתן להחזירו אחורה? חייבים להחזיר אותו אחורה!"

רן סער

"הרגולציה נכנסת לכל פינה ופינה והיא רוצה לשלוט. כמי שנותן את התקציב הם גם רוצים לשלוט ... במערכת הבריאות זה יותר מורכב, משום שמשרד האוצר נותן את התקציב ומשרד הבריאות אחראי על איכות הרפואה והבריאות. משרד הבריאות יכול להוציא תקנות שעולות הרבה מאוד כסף. הוא לא הגוף שמתקצב את זה, וגם לא כל כך אכפת לו, כי הוא לא זה שאחראי על התקציב של משרד הבריאות. מדובר בשאלה הנוגעת במישרין לזכות לבריאות של כל אזרחיה של מדינת ישראל. זכות זו אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוקנת אט־אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים. המס המקביל היה צבוע

כולו לטובת בריאות והיה מס פרוגרסיבי – העשירים שילמו יותר, העניים שילמו פחות. והביטול של המס הזה היה החלטה היסטורית נוראית”.

שי טלמון

“עמדת האוצר הייתה מאז ומתמיד כי יש להימנע ככל האפשר מהענקת זכויות תקציביות בחקיקה ראשית, זאת מכיוון שהבטחה כזו מקטינה את הגמישות בהחלטות על סדרי העדיפויות בתקציב (ומן הסתם התהליך מוביל לאובדן שליטה תקציבית). התנגדות הדרג המקצועי של משרד האוצר לחוק הבריאות נבעה ממספר סיבות: הראשונה היא כי אין ליצור זכויות תקציביות בחקיקה במערכת הבריאות ועל ידי כך לתת לה יתרון על פני מערכות אחרות. כל התקציבים לכל המערכות הממשלתיות צריכים להידון במסגרת דיון כולל על סדרי עדיפויות. הסיבה השנייה היא ההכבדה בנטל המס שנלוותה לחוק בעקבות הוספת אוכלוסיות לא מבוטחות לאחריות הממשלה (ההערכה הייתה כי מדובר ב־5%-7%). הכבדה זו הייתה על המעמד הבינוני שממילא נושא בנטל. הסיבה השלישית הייתה בשל צמצום משמעותי בתחרות בין קופות החולים, תהליך שהביא לירידה ברמת השירות. חוק הבריאות הלאים, למעשה, את מערכת הבריאות בניגוד לתפיסה הרווחת באותה עת שהייתה שיש להוציא יחידות ושירותים מחוץ לממשלה.

המס המקביל שנגבה מהמעסיקים יחד עם מס הבריאות החליפו את המס האחיד והפכו להיות מיסים מיועדים למערכת הבריאות. תפיסת האוצר הייתה שאין מקום למס מיועד לבריאות (כפי שאין מקום למס מיועד לחינוך או למשטרה). כל המיסים נגבים לטובת הכנסות המדינה, והממשלה מחליטה על סדרי העדיפויות בהקצאת ההוצאה”.

שלמה מזור יוסף

“בסך הכול, חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא חיובי. החוק נתן מסגרת תקציבית ומסגרת ערכית שבריאות היא זכות ולא מוצר. בצד הערכי היה פה שינוי דרמטי. בצד התקציבי הרעיון בבסיס החוק היה לתת עצמאות תקציבית למערכת הבריאות, כאשר המקורות הם גבייה מהאזרח (מס בריאות) והשתתפות המעסיק (מס מקביל), וכל זה יחד אמור היה לתת מסגרת של תקציב עצמאי למערכת הבריאות.

הרעיון הזה שהוא רעיון נכון מנוגד לתפיסה של משרד האוצר, שתקציב המדינה הוא אחד. אין לכל משרד תקציב עצמאי שלו. זאת מהסיבה כי תקציב עצמאי מקטין את היכולת של משרד האוצר לקבוע סדרי עדיפות לאומיים. לכן מהלך זה

בתחום הבריאות גרם להתנגדות רבה במשרד האוצר. כדי להחזיר את השליטה לאוצר התקבלה החלטה לבטל את המס המקביל, כאשר ניתנו לכך סיבות שונות ומגוונות. לא נאמר שהסיבה היא חוסר שליטה של האוצר על תקציב הבריאות אלא התחשבות בהוצאות המעסיקים.

בפועל כמובן, נוצר פער בין מה שגובים מהציבור לבין תקציב הבריאות הנדרש. מובן שבמצב זה האוצר אמור לכסות את הפער. אבל ברגע שהאוצר מכסה את הפער, זה כבר חלק מתקציב המדינה. השליטה חוזרת לאוצר והעצמאות התקציבית שהייתה בבסיס החוק נעלמה. האוצר קובע מה הפער שהוא יכסה ומנהל על כך מעמדה של כוח משא ומתן עם משרד הבריאות.

התקציב של מערכת הבריאות כל שנה הוא תוספתי ללא כל התאמה אוטומטית לשינויים טכנולוגיים ודמוגרפיים. אין בו מנגנונים המתייחסים לנושאים אלו ולקצב השינוי שלהם. בחוק בניסוחו המקורי לא נקבעו מנגנוני built-in איך לעדכן את תקציב הבריאות. התפיסה של החוק בנויה על העיקרון שהגבייה תעלה לפי כמות האוכלוסייה ולפי רמת התעסוקה והתפתחות המשק והעלייה בתמ"ג, ואז גם המס המקביל יעלה. כלומר, קיים איזה שהוא מנגנון שהיה כל הזמן מפתח את עצמו.

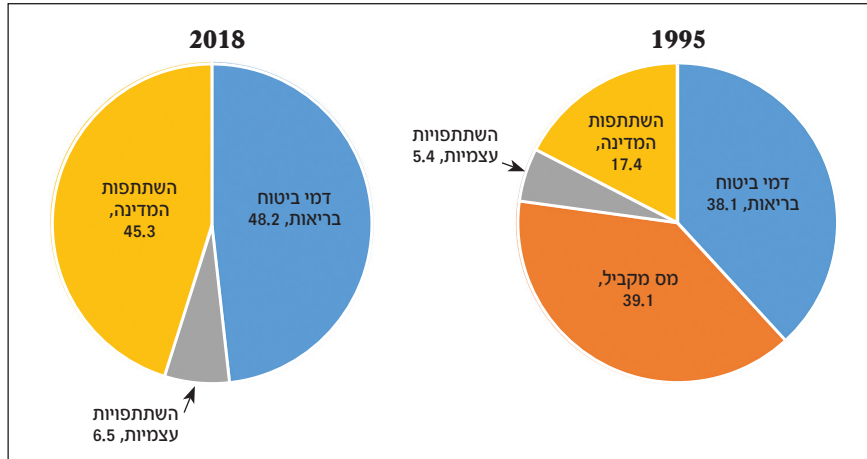
ברגע שהמס המקביל בוטל לא קבעו מנגנונים אלטרנטיביים. הנושא הזה הוא נושא שעד היום אנחנו סובלים ממנו. תקצוב מערכת הבריאות זו אחת הרעות החולות ביותר של מערכת הבריאות. אין תקציב מוסדר, ויש דיונים כל שנה ללא תפיסה תקציבית ארוכת טווח."

שרגא הבר

"אני אחד האנשים שבוכה על מות המס המקביל, שהוא ... במדינות רבות אחרות המעבידים-המעסיקים משלמים את ביטוח הבריאות של העובדים שלהם. אנחנו בהרבה נושאים מחקים את המדינות האחרות, אבל בזה פעלנו בניגוד למודל הקיים ... הבעיה החמורה זו לא הכמות בלבד, אלא שיחד עם הטלת האחריות על משרד הבריאות בעניין נושא הבריאות, קיצצו את הכנפיים ... מעניין שביטול המס המקביל לא גרם לקול זעקה. שר הבריאות דאז לא אמר מילה. זה היה דבר נורא. שר הרווחה לא הזדעק.

המס המקביל לא מסתכם רק בכמות הכסף, אלא נוגע גם למידת העצמאות ולמידת האחריות של משרד הבריאות במשרד האוצר ... במשא ומתן בין האוצר ומשרד הבריאות, משרד האוצר רוצה שיתדפקו על דלתותיו. כל נער שעוד לא גמר לקנח את אפו במשרד האוצר, יכול למנוע ממערכת הבריאות מקורות שיכלו לפתור חלק גדול מהבעיות שהיו."

תרשים 10: מקורות המימון של עלות הסל לקופות חולים (באחוזים)



פרק 5

יחסי הכוחות בין משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים

לאורך השנים הייתה מערכת הבריאות בישראל מורכבת מריבוי גופים האחראים על בריאות. המרכזיים שביניהם הם משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים. גם בין שלושת גופים אלו ישנו מנעד רחב של שחקנים ותחומי אחריות. כך, ישנם בתי חולים כלליים בישראל עם סוגים שונים של בעלות, הכוללים בתי חולים של קופות החולים ובעיקר של כללית שירותי בריאות, בתי חולים ציבוריים (ממשלתיים או עירוניים), בתי חולים של עמותות ובתי חולים פרטיים.

קיימות כיום ארבע קופות חולים, שעל פי החוק אחראיות לאבטחת אספקת סל שירותים (ביטוח). אולם בישראל קופות החולים גם מספקות שירותים. משרד הבריאות פועל כמיניסטרו, שאמור להסדיר את כל כללי ההפעלה של המערכת (רגולטור), אך הוא גם מפעיל בתי החולים הממשלתיים וספק שירותים כמו טיפות החלב ובריאות התלמיד.

בין המלצותיה המרכזיות של ועדת נתניהו לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות (1990) היו א. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי; ב. תאגוד בתי החולים; ג. ניתוק משרד הבריאות מתפקידו כספק שירותים.

למרות ניסיונות חוזרים ונשנים ליישם את ההמלצות האלה, בפועל יושמה במלואה רק ההמלצה לחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995). שתיים מההמלצות המרכזיות של ועדת נתניהו (תאגוד בתי חולים ורה-ארגון משרד הבריאות) לא יושמו כלל עד היום.

המערכת המורכבת של בתי החולים בישראל לא הוסדרה בחקיקה – הללו נותרו באחריותם הישירה של משרד הבריאות ושל קופות החולים. הימצאותם של בתי החולים מחוץ לחקיקה הותירה לאורך כל השנים גם את המקורות התקציביים שלהם בלתי מוסדרים ובגירעון כרוני. גם מעמדו ותחומי האחריות המגוונים של

משרד הבריאות נותרו במידה מסוימת מחוץ לחקיקה. בתי החולים הכלליים, טיפות החלב ושירותי בריאות לתלמיד נותרו באחריות ישירה של משרד הבריאות; שירותי בריאות הנפש ושירותי הסייעוד, שהוזכרו בחוק ביטוח בריאות והובטח כי מעמדם יוסדר תוך שלוש שנים מיום החקיקה, לא הוסדרו בזמן הנקוב; הזכאות לשירותי האשפוז הסייעודי לא הוסדרה בחקיקה עד היום; עם זאת, בריאות הנפש עברה לאחריות קופות החולים, אך היה זה לאחר יותר מעשרים שנים מיום שהחוק נחקק. אומנם מעמדן ותקציבן של קופות החולים הוסדרו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אולם המנגנון שיבטיח את הצמדתם של מקורות אלה לשינויי מחירים, לשינויים דמוגרפיים ולשינויים טכנולוגיים, היה חלקי. כתוצאה מכך, חלה שחיקה במקורות התקציביים שעמדו לרשות המערכת. בעלות משרד הבריאות על בתי החולים הממשלתיים נותרה כשהייתה, מה שהעמיד את משרד הבריאות במצבים רבים של ניגודי אינטרסים.

בפרק זה נציג את עמדת המרואיינים לגבי מערכת היחסים בין משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים. האם הם רואים צורך בשינוי או בשימור המצב הקיים? ומהי ההשפעה של יחסי הכוחות בין הגופים על בריאות התושבים בפרט ומערכת הבריאות ככלל?

אבי ישראלי

"אני חושב שמי שצריך לתת את שירותי הבריאות בטיפות חלב זאת המדינה. אם אין דרך להגדיל את התקנים ולבנות תחנות שתאפשרנה זמינות, נגישות ושירותים הולמים, אז אין ברירה אלא להעביר את הנושא לקופות שהן מעוניינות בילדים. הן מעוניינות להתחרות על זה והן יודעות לתת שירות, ואפילו שירות טוב מאוד. כמובן, אז נחוץ להסדיר את השירות ולבדלו מהשירות הקורטיבי. כך למשל, חשבתי שההסדרה צריכה לכלול דרישה שמישהו מטיפת חלב יבוא הביתה לראות איך מטפלים בכל ילד שנולד, איך מחזיקים אותו בבית, גם במשפחה הכי מבוססת וגם במשפחה הכי לא מבוססת. אני לא יודע מה קורה בבתיים וחשבתי שזאת חובתה של טיפת חלב להגיע לכל בית ולראות מה עם הילד.

הצטערת שבתקופתי כמנכ"ל נאלצנו להעביר דווקא את שירותי הבריאות לתלמיד מהמדינה לגורם חיצוני".

אביגדור קפלן

"החוק וחוקי ההסדרים שחוקקו בעקבותיו, עצרו את יכולות בתי החולים לפתח שירותים ולהגדיל תפוקות ללא הגבלה, כפי שהיה המצב ערב חקיקת החוק. לדעתי, הגיעה העת לחוקק חוק בתי חולים ציבוריים בישראל שיסדיר את כללי ניהולם, המשטר התאגידי על פיו הם פועלים, יחסי הגומלין בינם לבין קופות החולים ודרכי הפקוח עליהם. לצערי, חוק כזה לא קיים, והמילה בית חולים מוזכרת רק בפקודת בריאות העם משנת 1940.

בית חולים ציבורי כללי הוא מפעל ענק. בתי החולים הממשלתיים מוגדרים כיחידות סמך של משרד הבריאות. בגדולים שבבתי החולים הללו מועסקים אלפי עובדים, והוצאותיהם השנתיות מסתכמות במיליארדי שקלים רבים.

אני חושב שאחד הפגמים הגדולים ביותר בניהול בתי החולים הממשלתיים שמההיבט של ניהול כספי יש בהם ארבעה סוגי כסף, וההתייחסות לכל סוג כסף היא שונה ומתנהלת במערכת חשבונאית נפרדת תוך כדי קיומם של העברות כספים ממערכת אחת למערכת אחרת. מצב זה פוגע ביכולת הבקרה על ההתנהלות הפיננסית של בתי החולים הללו. הכסף מהסוג הראשון הוא זה שעובר דרך מסלקת משרד הבריאות, ההכנסות מקופות החולים בגין שירותי שוטפים על פי טופסי 17 מחד, למול הוצאות השכר של בית החולים מאידך. סוג כסף זה לא מעניין את מנהל בית החולים. אם המשרד משלם את המשכורות של עובדי בית החולים, אז כבר מראש למנהל בית חולים ציבורי ממשלתי אין עניין בהוצאות השכר הרגילות של בית החולים.

סוג שני הוא הכסף שנגבה על ידי בית החולים ממקבלי השירותים בגין השתתפויות עצמיות, חנייה במגרשי החנייה של בית החולים, תקבולים מזכייני ניהול מתקנים בתוך בית החולים וכיו"ב, שזה כסף אמיתי שמשמש את מנהל בית החולים למימון רכישות שונות הנדרשות לתפעולו השוטף.

סוג כסף שלישי הוא הכנסות התאגיד הפועל על יד בית החולים הגובה מלקוחות בית החולים תשלומים עבור שירותים מחוץ לסל או שירותים שניתנים ללקוחות שחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא חל עליהם. כסף זה משמש את מנהל בית החולים לתגמל את עובדי בית החולים מעבר להכנסתם כעובדי מדינה או להעסיק עובדים שתקינת בית החולים לא מאפשרת העסקתם.

סוג כסף רביעי הוא כסף שמקורו מתרומות, שהוא ייעודי ומשמש את בית החולים בעיקר לפיתוח תשתיות ובמקרים רבים מפוקח על ידי באי כוחו של התורם. חייבים לעשות סדר בניהול הפיננסי של בתי החולים הממשלתיים. ריבוי סוגי כסף כמתואר לעיל מעלה את הסיכונים לסטיות ממנהל תקין. התופעות הללו

מחזקות את הצורך לחוקק חוק שיסדיר את דרכי תפעולו של בית חולים ציבורי במדינת ישראל תוך קיומה של שקיפות מלאה לציבור”.

אהוד אולמרט

”הדבר השני היה לשנות את פריסת מבנה וסטטוס בתי החולים. אני חשבתי שבכלל משרד הבריאות לא צריך לספק שירותים כמשרד. משרד הבריאות צריך להיות משרד מטה”.

אלכסנדר (אליק) אבירם

”מבנה המקרו של המערכת הוא מצוין. כאמור, בחוק קיימת זכאות אוניברסלית לשירותי בריאות לכל תושב. המדינה היא הגורם המבטח ואחראית למימון סל השירותים. אספקת השירותים היא באחריות הקופות, בעצמן או באמצעות 'קבלן משנה'. התשלום לקופות הוא קפיטציוני (עם פיצוי לגיל ולפריפריה), וכך מהווה תמריץ ליעול. לעומת זאת, המבנה הארגוני ותפיסות התפעול של המערכת נשארו שבויים בקונספציות ישנות ולא זכו להתאמה להתפתחויות שחלו במקצוע הרפואה, לתמורות הכלכליות-חברתיות ולשינויים בהעדפות הציבור. הליקויים נוגעים לכל אחד מחלקי המערכת. אזכיר, לא לפי סדר החשיבות, רק כמה מהם הדורשים לדעת טיפול נמרץ במחלקה לרפואה דחופה...”

משרד הבריאות לוקה בחטא הקדמון של בעלות וניהול חלק הארי של מערכת האשפוז. החברה הטובים במשרד הבריאות עסוקים בניהול השירותים שהם מספקים במקום להתעסק במה שהם צריכים לעשות – לחשוב, לתכנן, להקצות אמצעים ולפקח. במו עיניי ראיתי את אחד ממנכ”לי המשרד מטפל בתיקון מעלית בבית החולים בצפת.

משרד ממשלתי לא יודע ולא צריך להיות ספק שירותים, אפילו אם הוא משלם עבורם. משרד התרבות לא מפיק סרטים או הצגות, משרד התחבורה לא מפעיל אוטובוסים או משאיות. גם את הרכבת הוא הפסיק להפעיל (וראינו מה קורה כשהוא כן מתערב בתפעול).

נוסף לכך, קיים ניגוד אינטרסים מובנה במצב שבו הרגולטור הוא גם בעל עניין. הצעד שנקטה הממשלה – הקמת חטיבת המרכזיים הממשלתיים – איננו פותר, לדעתי, את הבעיות בעיקר משום שהחטיבה היא עדיין חלק ממשרד הבריאות וכפופה למנכ”ל שלו. בינתיים נוספה שכבת ניהול גדולה ויקרה. השמועה אומרת שהנושא מונח על שולחנו של מבקר המדינה שסבור כנראה, שהקמת החטיבה החדשה איננה הפתרון הנכון לסוגיית ריבוי הכובעים של משרד הבריאות.

הפתרון הנכון הוא יצירת תאגוד, רשות או כל שם אחר, ובלבד שיקומו חומות סיניות בין המשרד ובתי החולים. לדעתי, יש להעביר את כל בתי החולים הסמוכים אצל שולחן המדינה לקונסורציום שיהיה בבעלות ארבע קופות החולים. המצב בו נותנים לספקים הראשיים לנהל את אמצעי הייצור שלהם, יגרום לניהול כלכלי יותר ורציונלי יותר. בוודאי שזה יגמור את הכאוס שמציין היום את הסדרי הרכישה, התמחור והתשלומים שבין הקופות לבתי החולים. היתרון היחיד של בלגן זה הוא האפשרות ליצור ממנו שאלות טובות בבחינה למתמחים בניהול רפואי.

הצעד הבא לשיקום של משרד הבריאות הוא חיסולה של 'התוספת השלישית' ובמיוחד העברה מיידית, אפילו חד צדדית, של האחריות לרפואה מונעת וקידום בריאות לידי קופות החולים. בשיטת התקצוב הקיימת לקופות יש תמריץ כלכלי מובהק, שכן הן ה'מרוויחות' מזה שהחברים בהן בריאים, ולא משרד הבריאות. הראייה, כל הקופות מקיימות כבר היום, ללא חובה פורמלית, פעילות רבה בתחומי הרפואה המונעת וקידום הבריאות.

כשיתפנה משרד הבריאות לעסוק בייעוד האמיתי שלו, זאת אומרת להיות מיניסטרוני, עומדת לפניו שורה של משימות שבשיתוף פעולה עם הקופות וארגונים אחרים¹ יהיו רפורמה אמיתית. שתי המטרות העיקריות של רפורמה זו הן חיזוקה של רפואת הקהילה וצמצום הביקושים בשירותי הבריאות. בין הצעדים הנדרשים יהיו הכשרה, אקדמיזציה של מקצוע קידום הבריאות, הרחבה ניכרת של הכשרת סטודנטים ומתמחים במרפאות קהילתיות, הענקת סמכויות אבחנה וטיפול נרחבות לאחיות ובעלי מקצועות בריאות אחרים, צמצום הרפואה הדפנסיבית ומניעתן של התערבויות רפואיות חסרות תוחלת, הגדלה של מסגרות הטיפול הביתי והשימוש בטל-מדיסין.

תרומתו של מגזר בתי החולים היא בויתור-מה על ההגמוניה הכמעט מוחלטת שלהם בלימודי הרפואה. כמו כן, בידי מנהלי בתי החולים ומנהלי מחלקות להשפיע על המועצה המדעית של הר"י לשנות את הסילבוס ותנאי ההכרה של ההתמחויות השונות, אשר ברובם מיושנים ולא מתאימים לצורכי השעה.

הייתי רוצה לראות את המרכזים המסחריים שיבא, איכילוב, הדסה ואחרים חוזרים להיות בתי חולים. וכבר אמר מבקר המדינה: 'נוכח מורכבות תפקידו של מנהל מרכז רפואי ... ראוי לקבוע שמנהל בית חולים ייחד את עיקר זמנו לניהול בית החולים ולא יעסוק בעיסוקים ... בעלי אופי עסקי-מסחרי'. אומנם הדברים נאמרו בהקשר אחר לגמרי, אבל הם מאוד נכונים גם לענייננו".

1 האוניברסיטאות, ההסתדרות הרפואית, ארגון האחיות וכיו"ב.

בועז לב²

"עוד שתי סוגיות שעלו: האם היה נכון להעביר לחוק שירותים כמו טיפות החלב? קופות החולים מטפלות בבעיות לא פחות סבוכות. זה נכון כשנוגעים לרפואה מונעת ולשירותים שהם לא שירותי פרט - הערכים של הקופה לא בטוח שנמצאים שם. אנחנו כמדינה יש לנו אחריות, וזאת הדילמה הגדולה. גם את הזמינות וגם את האיכות וגם ליצור את הרציפות, את רצף הטיפול בין גוף ונפש. אני לא רואה פגם בזה שזה יעבור לקופות החולים, וצריך לייצר בתוך החוק את המחויבות של הקופות לצורכי הציבור. הייתי מעביר את כל השירותים לקופות החולים ובמקביל מתקן את החקיקה כדי לייצר את החובה לתת את כל השירותים ולהיות מפוקח בהתאם".

ברוך רוזן

"במערכת הבריאות אין רק חוק אחד, אלא יש הרבה חוקים. גם כיום יש הרבה חוקים שלא מתאימים לבתי חולים. יש מערכות משנה שנותנים לבתי חולים. השאלה קודם כול, האם יש בעיה במצב הקיים, מהי הבעיה ואז איך לתקן אותה. מעניין שדווקא עברנו תקופות שונות לגבי מאזן הכוחות בין בתי החולים לקופות החולים. אני זוכר שכשהעבירו את חוק ביטוח בריאות, הקופות בחרו והציעו למשרד הבריאות למצוא פתרון, כי בעצם הציגו את בתי החולים כמעין ערפדים כאלה שמצצו את דמנו.

קופת חולים מאוחדת למשל, אמרה: 'אנחנו מוגבלים עכשיו בהכנסות', כי היו רגילים שיש להם חופש פעולה לפני כן. מצד שני, הציבור מעריך ומכבד יותר את הפרופסור של בית החולים, ואם הוא אומר שצריכים טיפול א, ב, ג - יהיה לנו קשה לסרב לו, ואז לא יהיה לנו כסף, ואז הכניסו את הנושא של ה cap, שבזמנו אני ו... עשינו כמה מחקרים על זה. ה cap בכל כמה שנים עובר רענון ושינוי, לאו דווקא כי ה cap הקודם לא היה טוב, אבל יש דעה שלוקח למערכת x שנים כדי ללמוד איך לתמרן את הכללים, וצריך לשנות את הכללים מדי פעם. זה בקטע הזה. הייתה תקופה לא קצרה שבתי החולים הרגישו שהם הצד החלש בזוגיות הזאת, כי צריכים אחד את השני. הם זקוקים אחד לשני, אבל יש להם דרכים שונות. עשינו מחקר על שביעות רצון והתנסות של הורים במרפאות טיפת חלב, לא ראינו הבדלים משמעותיים. כלומר, אם היה חשש שהקופות לא יודעות לעסוק במניעה, זה

לא נכון. היו תקופות שהמוסד של טיפת חלב היה קריטי, והוא ממשיך להיות קריטי, והוא צריך להמשיך ולהתאים את עצמו לאתגרים של ההווה ולדור של ההווה. אנחנו לא צריכים לשאוף לשכלל מה שהיה לפני שלושים שנה, אלא לראות מהם הצרכים של היום ולקחת משהו טוב ולהמשיך איתו. אני חושב שאחד הדברים היפים שקורים עכשיו הוא שכולם עובדים יותר על התפר ביניהם, על המשכיות בטיפול, גם באיכות. יש מערכת של מדעי איכות. אני, אורלי מנור והאוניברסיטה העברית אחראים על איכות הקהילה, מדעי האיכות בבתי החולים הם תחת משרד הבריאות, ויש גם פורום של האגודה לאיכות בבריאות. כולם חברו ביחד לפתח מדדים להמשכיות הטיפול. לדעתי, זה דבר מאוד חשוב.

תמיד יהיו מתחים, ולדעתי זה בסדר שיש מתח, ואני חושב שאנחנו יותר שמים לב למה שנפל ביניהם ולא רק אם אנחנו בעד הפועל בת ים או בית"ר ירושלים. החיבור הוא יותר חשוב לפעמים."

זאב רוטשטיין

"אני כן רציתי לראות מערכת אזורית, כן רציתי לראות מערכת שלמה אחת, לא מפוצלת לארבע ברמת מגישי השירותים, כשהאזור אחראי על התושבים ומקבל את ההקצאות שלו אם בצורה ישירה ואם במערכת אנטי אפלייטית ... אבל גם בוועדת נתניהו נחלקו הדעות. ועדת נתניהו, כמו שנאמר, בעצם בעיני פספסה את המודל האולטימטיבי של מערכת מסודרת, ושוב מתוך כניעה לארגון הגדול של העובדים. בעצם הרפורמה הזאת שלא הושלמה אף פעם והשאירה על כנן את קופות החולים, פגעה ביעילות הכלכלית של המערכת הבריאה בצורה מאוד גדולה ... זה היברידי שלא קיים במקומות אחרים. ההיברידי גם לא יודע לחיות, ותמיד יש מתח בין שני הצדדים של המערכת. המתח מובנה בעצם המערכת. חלק מהתירושים שבהם השתמשה ועדת נתניהו (בעצם להשאיר את הקופות) היו כדי שתהיה תחרות. אבל היה ברור לגמרי שהתחרות לא תהיה על איכות ולא על זמינות. אלא הפוך: בגלל הלחץ הכלכלי הקופות משתדלות לתת כמה שפחות שירותים ולהפעיל אדמיניסטרציה נגד החולים כמו להשיג התחייבות ל-MRI.

כל התופעות האלה הן מיותרות. לא צריך את ההכפלה, לא צריך רחוב אחד של שלושים מטר שיש בו ארבע קופות עם שכירות, תחזוקה והכול. זה לא מוסיף לאף אחד כלום. אין שום תחרות בעצם. אם יש תחרות על הנראות, זו תחרות טיפישית. לפחות 20%-30% רופאי בתי חולים שמעסיקים אותם בהרבה יותר כסף בקופה, מאשר שבית החולים מעסיק אותם, ובמקום לאפשר את המרפאות האלה בתוך בתי חולים, מצאו סיסמה 'להוציא את הרפואה לקהילה', כאילו שזו סיסמה שבעצם

מייעלת את המערכת, אבל למעשה כשנבדוק את העלויות – שם נשפך הכי הרבה כסף.

הכפילות הזאת שלא מוסיפה שום דבר, יצירת הגבולות בין בתי החולים לבין הקהילה, ההכפלה של מי שמגיע מהקהילה, חזרה על אותן בדיקות עוד פעם, כי זה שלהם וזה שלנו ... מי שזוכר את התקופה של אולמרט כשר הבריאות, כשכבר מונו אפילו מועצות מנהלים לבתי חולים ממשלתיים. וכל זה נעצר, ונעצר גם בגלל שטות ולא בגלל משהו רציני. וכך איבדנו את היכולת לקחת את כלל בתי החולים הציבוריים מהממשלה".

חיים דורון

"ואז בא הדבר הדרמטי ביותר, חוק ביטוח בריאות ממלכתי שחוקק בשנת 1994 ונכנס לתוקף ב-1995. מה שקרה בשלוש שנים אחרי החוק עם ביטול המס המקביל, השכיבו את קופת החולים במיטת סדום, ואז קופת החולים הכללית גם אם היא הייתה משוכנעת לא הייתה יכולה להקציב כסף לחינוך רפואי. וזו הפילוסופיה האומללה של הרפואה היום, של הפרדה. שיש משרד בריאות שעוסק בשירות הרפואי ומשרד החינוך והמל"ג עוסקים בחינוך הרפואי, והפיצול הזה פגע גם בשותפות של קופת החולים הכללית ונגמר ההסכם. והיום בית הספר מקבל מימון כמו כל בתי הספר לרפואה בארץ. ביטול המס המקביל (שהציבור עוד לא יודע להעריך עד כמה זה גרם נזק למערכת הבריאות ולחינוך הרפואי בארץ, זה אחד האלמנטים שאני רוצה להדגיש) היה הפגיעה בחזון המקורי של בית הספר, זה בית ספר מצוין, אבל לא מזדהה עם החזון המקורי בעניין הקהילה. השילוב בין שירות רפואי חינוך רפואי ומחקר נפגע, וההפרדה הישראלית השתלטה על באר-שבע. זה כואב לי, ואני מבטא את זה בצורה זו או אחרת בישיבות של ועדת גולדמן.

בתוך קופ"ח שיש לה בתי חולים, שעכשיו מנהל המחוז ומנהל בית החולים בקונפליקט מי משלם יותר ומי פחות, איך בודקים את ההתחשבנות, אם יש ניפוח חשבונות או לא. אני קורא לזה 'יוסי מכה את יוסי': יוסי ממחוז קופ"ח ויוסי מבית החולים. אני כופר בדעה שזו הדרך לכלכלת בריאות טובה יותר. יש היום את העניים שמשלמים עד רמה מסוימת, ואחר כך האשפוזים הם משהו כמו 50%. אז מטלטלים את החולה המסכן מהדסה לשערי צדק וההפך. מי הקורבן? החולה. גם כלכלית זאת שטות, כי עושים לו את כל הבדיקות והציילומים מחדש. אז אני נגד השיטה הזו. את זה אני אומר כי יש החלטה לדורות הבאים. היום אסור לדבר על זה. כעת אפרט מה לא הוזכר בחוק האורגנילי, ומחלקם המדינה 'סובלת' עד עצם היום הזה (ואולי להגיד 'סובלת' זה אנדרסטייטמנט). לא כללו את קופות החולים,

זאת אומרת, הקשר בין בתי החולים וקופות החולים לא הוזכר בכלל, והתעלמו מההסכם שהזכרתי קודם משנת 1981 של חלוקת בתי החולים במרכזים לאזורים של קשר אזורי תוך חופש של מקרים מיוחדים וכן הלאה. במקום זה מחפשים טלאים עד עצם היום הזה, כמו הסיפור עם הקפינג, שמזכיר את הסיפור עם הזקן שלא יודע אם לישון עם הזקן מעל או מתחת השמיכה, ככה עם הקפינג עד עצם היום הזה.

בוועדת הכספים של הכנסת חברי הכנסת מתחלקים: אלה שבעד קופות החולים בעד הנחה יותר גדולה, אלה שבעד בתי החולים בעד הנחה פחות גדולה (יוסי מכה את יוסי), ובמקום זה, לפי השיטה הזאת מטלטלים חולים, כי לקופה כדאי להפנות את החולים לבתי החולים איפה שהיא משלמת פחות, ועם ה'היגיון הכלכלי' מתחילים את כל הבדיקות מחדש דבר שעולה הרבה יותר כסף.

לא הייתה פעם שלא טענתי מילה במילה, שמשרד הבריאות עומד בסתירה למה שצריך להיות, כי באותו רגע שהוא מפעיל את בתי החולים הממשלתיים, שירותי טיפת חלב ושירותי רפואה מונעת אישית, הוא אינטרסנט של פיתוח שירותים, וזה ניגוד אינטרסים. אגב, היום כשהקימו בתוך המשרד אגף לבתי חולים ממשלתיים, הם כולם קשורים לשר הבריאות, אבל זה הפך לנחלת הכלל, וזה היה אחד הדברים שהייתי חוזר ומתווכח, כי היה לי גם ויכוח ענייני. אני טענתי כל השנים שהשירותים האישיים של הרפואה המונעת, טיפת חלב, נשים הרות ותינוקות, לא צריכים להיות בנפרד מקופ"ח (אגב, את המאבק הזה התחילה קודמתי בתפקיד כמנהלת רפואית, טובה ישורון ברגמן). לא ראיתי הצדקה לאבסורד שבאופקים שבנגב תהיה מרפאת ילדים של קופ"ח וטיפת חלב של משרד הבריאות. מספרים על זה בדיחה: האחיות של משרד הבריאות לפי ההנחיות של האחות המפקחת סירבו להגיש קפה לאחיות של קופ"ח. היה לי מאבק כל השנים על האינטגרציה, והיו תחנות של קופ"ח, אבל תמיד משרד הבריאות דאג שלא להגדיל את התחנות בקופ"ח, דבר שהוא נגד האינטרס הכלכלי והבריאותי, ועד היום זו סוגיה לא פתורה. אבל למרות זאת, בוועדת נתניהו אומרים שבתי החולים ימשיכו בבעלות הנוכחית. יש כאן סתירה בהמלצות הוועדה, אם בתי החולים הממשלתיים ימשיכו בבעלות הממשלה, שמשרד הבריאות יהיה רק המפקח, המתכנן וכן הלאה".

חיים פליץ

"הייתה לנו טענה באוצר שהרבה פעמים בית החולים מחליט אם לאשפו אותך או לא, ע"פ הקריטריון האם יש להם מיטה פנויה. זאת ההחלטה הראשונה, ההחלטה היא לא שלך, היא לא של הלקוח אלא של נותן השירות.

כמה זמן תישאר מאושפז – זאת לא החלטה של בית החולים. גם אם קופת חולים רוצה כבר אחרי ארבעה ימים לשחרר אותך, מספיק שיבוא מנהל המחלקה לבני המשפחה ויגיד: 'אני לא מציע לכם לשחרר אותו, זה קצת בעייתי, וכדאי שהוא יישאר'. המשפחה כמובן לא תרצה שהחולה ישתחרר.

לכן לספק השירותים יש כאן כוח, ומערכת היחסים של בית החולים עם קופת חולים היא מערכת שצריך לפתור אותה. בזמנו ניסינו לעשות זאת. אני לא בקיא במה שקורה היום. אני לא בטוח שניתן לזה מענה.

הדבר המרכזי, לדעתי, שהייתי נותן לו דגש במערכת זה האם מתן השירותים בבית החולים נעשה בצורה יעילה תוך תיאום עם מרכזים אחרים. זה יכול להיות בין בית החולים והמרפאות של קופות החולים, או בין בית חולים על לבתי חולים משנה".

יהושע (שוקי) שמר

"שואלים אותי אם מערכת הבריאות בישראל היא טובה, ואני אומר שמערכת הרפואה היא טובה. בכל אחד מהמפגשים של מטופל מול מטפל, רופא, אחות ובעלי מקצועות כאלה, הטיפול הוא מהטובים שבעולם. רק שאף אחד לא מחבר בין הנקודות. אין אינטגרציה, אין מישהו שמחבר, אין ראייה כוללת הוליסטית על החולה. אגב, אין גם ראייה כזו בתוך בתי החולים.

אני מציג לכם את יעדי משרד הבריאות שקיימתי כמנכ"ל משרד הבריאות, ואני מראה לכם שאחד מהיעדים המרכזיים שקיימים הוא הפרדת גופי הביצוע של משרד הבריאות מהמיניסטריון, כמו למשל הקמת רשות אשפוז. אנחנו עכשיו בדיוק שלושים שנה אחרי ועדת נתניהו, כמעט ולא קרה שום דבר.

הנושא שהקמתי בזמנו (מנהל הטכנולוגיות) שהפך להיות חטיבה, היה צורך אבולוציוני שטוב שהוא קרה, אבל הוא לא שינה את המהות. היה צורך של חוק ביטוח בריאות ממלכתי להרחיב את סל שירותי הבריאות, כי בלי זה הסל לא היה מתפתח.

אתה לא רואה במשרד הבריאות ברמה הלאומית הרגולטורית איזה שהם שינויים מפליגים שמביאים את המערכת להתפתח, להתייעל, לשמור על תקציבים כפי שהיה נדרש. הייתי מצפה, ומה שהייתי רוצה זה רגולציה נכונה, שהייתה צריכה באופן תהליכי להמריץ את כלל מערכות הבריאות, שהרבה מאוד פעולות שצריכות להיות בבית חולים ייעשו בקהילה. לפתח בראש ובראשונה את האשפוז הביתי.

יש שני פתרונות לנושא של מחסור במיטות אשפוז. פתרון אחד הוא להוסיף מיטות. אם נוסיף מיטות, יותר חולים יאושפזו, 30% מהם שלא לצורך, מה שקיים גם היום בהיעדר פתרונות של אשפוז המשכי והיעדר תמריץ לקופות החולים

לקלוט את החולים חזרה בקהילה מטעמי תקציב 'עקומים'. וכשיש יותר חולים צריך לתאם צוותים, יותר אחיות, יותר רופאים, מה שאין לנו. הפתרון השני הוא להביא למצב שרק מי שבאמת צריך להיות מאושפז, יהיה מאושפז. אבל המערכת של בתי החולים חייבת להיות מחוברת בחיבור הדוק, אינטגרטיבי עם הקהילה. קודם כול, צריכה להיות אינטגרציה בתוך בית החולים. יש לפתח את ה-case manager, או מנהל המקרה. כמו שעשינו באסותא אשדוד, צריך להיות בכל מחלקה בבית חולים במדינת ישראל. שהפעילות בחלק בית החולים תהיה מסונכרנת ולא מקטעית.

באסותא אשדוד יש בכל מחלקה case manager, אחות מומחית או עובדת סוציאלית בכירה או פסיכולוג רפואי. אנחנו מכשירים אותם בקורס מיוחד, שמבהיר להם קודם כול מה עבודתם בתוך בית החולים. עכשיו במכללה בקריית אונו יש לימודי מוסמך ל-case manager, שהוא תהליך נכון ומבורך.

הדבר השני הוא הקשר בין בית החולים לקהילה. קודם כול, מה שצריך לעשות, והיום מערכות המחשוב מאפשרות את זה, והתחלנו את זה עכשיו עם קופ"ח מכבי באשדוד והוא שיהיה רצף של מידע בין בית חולים לקהילה.

מה שחשוב שיהיה זה רצף של מידע או אחדות של מידע. האחידות של המידע תביא לרצף הטיפול. היא תמנע כפל של טיפולים. היא תמנע פעולות מיותרות והיא תמנע הכבדה או טרטור של מערכות כפולות של החולה. ככל שנדחף יותר ויותר את השירותים לקהילה, המערכת תהיה הרבה יותר יעילה.

כדי שהדברים האלה יקרו, לא צריך שינויים דרמטיים. הטכנולוגיות יתקדמו וייכנסו לבתי החולים. אבל בקהילה הטכנולוגיה היחידה, באופן כולל, שיכולה להיכנס היא כל הנושא של שירותים מרחוק, שירותים ביתיים שייעשו על ידי הקהילה או באמצעות בית חולים, אבל מי שמפעיל אותם זה באחריות (ב-accountability) של הקהילה. זה הדבר המרכזי שיכול להתפתח."

יעל גרמן

"קודם כול, אחד הפספוסים הגדולים של הוועדה (ועדת גרמן לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית), שבעקבות המסקנה שלה הקמנו את המנהל של בתי החולים שזאת הייתה מסקנה שהתבקשה וחיכו לזה שנים שלבתי החולים תהיה העצמאות ... ובכלל זה שייגעו לתקציב ברור מראש ולא בדיעבד, זה אחד הפספוסים.

יש ניגוד עניינים בין קופות החולים ובתי החולים. ללא ספק. לכן להערכת צריך להיות מנהל בתי חולים שינהל את התקציב ויקבל אותו מראש וצריך להיות שר שרואה את התמונה הכללית."

יצחק ברלוביץ

"במילים אחרות, בית חולים שהוא מתואגד - לעבוד כעצמאי לבד בשטח ולהתפרנס ממה שקופות החולים מעבירות לו, זאת משימה בלתי אפשרית, גם היום אגב. אף בית חולים היום במדינת ישראל בעצם לא חי מהכנסותיו. כל בתי החולים זקוקים לסיוע מעבר להכנסותיהם. בית חולים הוא מלכ"ר. אם זה בית חולים שנועד להרוויח זה סיפור אחד. אם זה בית חולים שלא נועד להרוויח אלא נועד לתת שירות - בעצם הוא צריך לקבל את כולם, צריך להיות לו חדר מיון וכן הלאה. ברגע שבית החולים יכול לבחור לעצמו את החולים זה כבר עולם אחר, משום שמאותו רגע הוא לוקח רק את מה שהוא מרוויח ומה שהוא לא מרוויח, מטבע הדברים או שהוא לא מפתח או שהוא מראש לא מקבל. לכן זו גם חוכמה קטנה, אם אתה רק בוחר לעצמך את התחומים שאתה מרוויח בהם, וכל היתר אתה משאיר לאחרים. אתן לך משפט אחד, שדרך אגב גם בתור מנהל בית חולים שמעוניין בביזנס, מעוניין בחולים, אני אומר אותו כל השנים, במשך כל 28 שנותיי בתפקיד - פעילות רפואית שיכולה להיעשות בצורה מקצועית נאותה ובצורה בטוחה בקהילה (או במילים אחרות מחוץ לכותלי בית חולים), מן הראוי שתיעשה מחוץ לבתי החולים, כי בתי החולים מאוד מסוכנים.

כתוצאה מזה מיומי הראשון בתפקיד עודדתי את רופאי שערי צדק לצאת לקהילה, כולל לאפשר להם לעשות את זה. למשל, הסכם השר"פ שלנו מדבר על זה שרופא לא יותר לו לעשות עבודה מחוץ לבית חולים, והחרגתי אפילו במסגרת עבודה קיבוצית עבודה בקופות החולים. ולא רק מתוך נאמנות לרעיון של מה שצריך לעשות בחוץ, אלא גם ראיתי את המגמה וגם אני רוצה שמנהל מחלקת אף-אוזן-גרון ינהל גם את מחלקת אף-אוזן-גרון של אחת הקופות, או רצוי של כל הקופות בירושלים, ואני מבטיח לעצמי refer על זה".

יעקב ויטקובסקי

"עם כניסתי לתפקיד יועץ כלכלי למנכ"ל משרד הבריאות נדרשתי למפות את פעילותם הפיננסית של הקופות. מהר מאוד התברר לי שהקופות לא מתנהלות בכללי דיווח זהים. מצב זה לא אפשר לערוך השוואות מושכלות. ובנוסף, מצאתי אי קיום של תקנות הדיווח המתחייבות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי וזליגת כספים מהסל הציבורי לפעילות מחוץ לסל.

באוגוסט 1996 הגשתי למנכ"ל המשרד דוח שכלל דוגמאות המצביעות על זליגת כספים. למשל, שאחת מהקופות הקימה חברת בת שמטרתה גיוס חברים לקופה ותוגמלה בעמלה. כלומר, הקופה העבירה מכספי הסל לחברת בת שפועלת מחוץ לסל".

מאיר אורן

"בנושא של התרופות זה הפוך: בתי החולים הם כביכול לא במסגרת החוק. הם יכולים לתת שירותים וטיפולים ותרופות ... לגבי סל תרופות יש סל קופות, אבל אין סל בית חולים. בית החולים מחויב לתת את שיא הטכנולוגיה, את חזית הטכנולוגיה באשר היא, מבלי שהוא מתוקצב לכך בכלל. לכן זה כבר חורג מהקטע של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ואנחנו נכנסים פה למגרש של תמחור ותקצוב ריאלי של המערכת, כאשר היא לא כזאת, והיא בנויה בדיוק באנטי תזה של מנגנונים שהם בעצם מנציחים פערים וגרעונות תקציביים.

פה יש את האינטרסים וניגודי אינטרסים שמשרד האוצר מוביל אותם בצורה מאוד מאוד ברורה ומובנית, שבמחיר של ריסון ההוצאה הוא מתחבר לאינטרס הזה גם אם זה לא צודק. אז מה? אז אלה ימשיכו להיות לוליינים, ויעשו קוסמות יש מאין, ויהיה שגור של תרומות, ותתחנן כמו קבלן. מדינה בת 68 שנים ועדיין מושיטה יד: 'תרמו לי'. זה לא ראוי. הגיע הזמן לבגרות ולצאת מימי חסמב"ה.

אתגר שני הוא חיזוק המיניסטריון וזה בנפשנו. זאת אומרת, לא להיות גרורה לא רלוונטית של האוצר אלא להיות מיניסטריון של מומחים וקובעי מדיניות הבריאות ועצמאי בתחומים המקצועיים שלו, ובהחלט תמחור ריאלי של המערכת וכן תקצוב ריאלי. לגיטימי מאוד שמישהו יבוא ויגיד: 'אני מסבסד. אני צריך בית חולים באילת ואני צריך גם בית חולים בצפת'. הם לא יתקיימו לעולם בעצמאות כלכלית. לעולם תהיה שם אבטלה סמויה. יש שם עודף כוח אדם, אבל זאת חובתה של המדינה לסבסד שם את הקצוות איפה שצריך. אבל תן להתנהל בצורה נורמלית, בצורה הגיונית. אל תטרפדו כל הזמן את זה ואומרים: 'לא רוצה לדעת כמה זה עולה', ובורחים מזה".

מרדכי (מוטקה) שני

"אני חסיד של זה, והייתי גם בוועדת נתניהו, שבאה ואמרה: 'אין היגיון'. נכון שיש טיפות חלב טובות, אבל אין היגיון לעשות את הפרצלציה הזאת. אם התפישה היא גוף אחד שאחראי מלידתך עד מותך לבריאותך – העבר את הנושא לקופות החולים וקיים עליהן בקרה, אחוז חיסונים, אחוזי היענות להיבטים אחרים.

האנגלים, למשל, עשו את זה יפה בהרבה מאוד היבטים. אני בהחלט חסיד של העברת טיפות החלב, אם כי אני יודע שיש הרבה חברים שמתנגדים לזה. העובדה שאת אומרת שפה זה קבלן ופה זה כן מוגדר או לא מוגדר, או שהעירייה לוקחת את זה על עצמה. זה חסר היגיון. צריך שגוף אחד יטפל בזה. צריך שלאדם יהיה תיק רפואי אחד ושבו יהיה מרוכז הכל, וזה יהיה בידי גוף אחד – קופות החולים. יש

לנו קופות חולים טובות, ולדעתי זה אחד ההישגים היפים של מדינת ישראל מול העולם. קופות החולים צריכות להיות אחראיות גם בהיבט הזה”.

משה בר סימן טוב

”בנוגע לטיפות חלב, שהוא עוד מפעל מדהים שבנתה המדינה והיום תחת נטל קשיי התקציב של המדינה, הוא מתקשה. ואז עולות השאלות למה לא ניתן לקופות החולים לפתוח את זה. גם לזה יש יתרונות וחסרונות. לקופות החולים אין את האינטרס שיש למדינה. יש לקופות אינטרס אחר. אנחנו צריכים לזהות את המקומות, שבהם אפשר להגיע לאינטרסים דומים, ואולי יותר במרכז הארץ, בקרב אוכלוסיות חזקות, שאנחנו יודעים גם שהם ילכו ויצרכו את השירותים. באזורים היותר חלשים, כמו בפריפריה או בפריפריה הגיאוגרפית-חברתית של מדינת ישראל, צריך לראות ששם אנחנו כמדינה נשארים, כי קופת חולים לא תעשה שם מה שהמדינה עושה. הדבר השני, היותר בעייתי, הוא שלא הצלחנו באמצעות מנגנון ההתחשבות שבנינו או מנגנונים אחרים, להתמודד עם זה שבית החולים בסוף רואה עלות שולית והכנסה ממוצעת, והפער הזה הוא לא בריא, לכן אנחנו מנסים בכל כוחותינו, כל דבר הוא בהצלחות יחסיות ולא מוחלטות, לגרום לזה שיהיה למערכת גם צינור שהוא לא רק דרך קופות החולים – אם זאת הסובסידיה לבתי החולים מצד אחד, ומצד שני ליצור כזה צינור גם לבתי החולים הציבוריים האחרים, ואנחנו בודקים אופציה שבה לנתק חלק מהתקצוב הישיר, ליצור עוד מנגנון שמתקצב את בתי החולים ויוריד קצת את הלחץ הזה, שהוא רק מההתחשבות בין קופות חולים לבין בתי החולים”.

נחמן אש

”חיים דורון כותב על העניין הזה ‘יוסי מכה את יוסי’, ביטוי ציורי ויפה – הקופות מכות את בתי החולים, ובתי החולים מכים את הקופות ושוב בחזרה. אין אמון במערכת, כל אחד ‘עובד’ על השני ומשיג הנחות כאלה וכאלה, ובצד השני אומרים על אלה פרייארם. זה מצב נורא ואיום וגורם לכך בסופו של דבר שמי שנפגע הוא האזרח. בעיניי חשוב היה שנוכל לתת את השירותים בכל בתי החולים, שיהיו כללים יותר יציבים לקניית השירותים מבתי החולים.

האם נכון לקבוע סל טכנולוגיות לבתי החולים? כיום אין סל כזה. מבחינה מסוימת זה טוב, כי זה מאפשר לבתי החולים להתפתח ולהכניס טכנולוגיות חדשות. הייתי רוצה לשקֵר את הגמישות הזאת בבתי החולים, כך שאני לא בטוח שאפשר להחיל את החוק הזה בצורה הזאת על בתי החולים.

הדבר השני שהוא מאוד חשוב, וזה אחד הליקויים הגדולים במערכת, הוא ריבוי הכובעים של משרד הבריאות, בהיותו גם אחראי על בתי החולים וגם קובע את המדיניות כרגולטור, זה ניגוד עניינים שפוגם במערכת. הייתי מפריד ונותן למשרד הבריאות להיות רגולטור משמעותי יותר גם על בתי החולים וגם מול קופות החולים בלי ניגוד העניינים הזה.

הייתי משנה את הסכמי קניית השירותים בין קופות החולים ובתי החולים, כך שתיווצר ניטרליות על בסיס מחירים קבועים ללא דיונים על הנחות ולא הנחות. על ידי כך הקופה תהיה אדישה ביחס לאיפה יטופל המבוטח".

ניסים אלון

"עם טיפות החלב, מה שקורה כרגע זה בושה וחרפה למדינת ישראל בדרך שבה היא מתנהלת. בושה וחרפה. אין לי מילה אחרת לגבי זה. משרד הבריאות מועל בתפקידו. החוק קובע שמשרד הבריאות צריך לספק טיפות חלב, והוא לא מספק. הוא סוגר טיפות חלב. יש לו בעיה משלו, ואני לא מנהל לו את התקציב מול האוצר. אבל זאת לא בעיה שלי, אלא זו בעיה שלו. משרד הבריאות בקריצת עין אומר לקופות החולים: 'אולי אתם תתנו את טיפות החלב, ואני אתן לכם את החיסונים'. ככל שהקופה גדולה יותר, יותר קל לה, כי יש לה מספיק ילדים פר מרפאה. ככל שהקופה קטנה יותר והתפוסה שלה קטנה יותר, יותר קשה לה. מובן שלקופה שלי הכי קשה.

אני אומר: 'טוב, בסדר, נניח שאתם אומרים את זה, אז יש לי מרפאה ותנו לי להכניס את טיפות החלב לתוך המרפאה'. והם אומרים: 'לא ולא! אתה מכניס חולים ובריאים ביחד לאותה מרפאה'.

אז מה אתם רוצים שאנחנו נעשה? הקופות נותנות שירותי טיפת חלב ללא מימון וזה בא על חשבון דברים אחרים שהמדינה לא מממנת, חוץ מאשר בהתיישבות, שם זה משהו אחר.

החיסונים מסופקים על ידי משרד הבריאות. יש כרגע ועדה שדנה בעניין הזה, ואני לא יודע מה יקרה עם זה.

אני לא חושב שצריך להעביר את טיפות החלב לקופות החולים. על הקופות הגדולות זה לא ישפיע אולי, אבל עלי זה ישפיע קשה. או שיתקצבו בהתאם".

רוני גמזו

"בבית חולים ציבורי מי שמטפל בכך זו קבוצה של רופאים שהתאגדה ביחד במבנה מחלקתי, בהובלתו של מנהל, תוך כדי ניתוב הכוחות הרפואיים לטובת

כלל שלושים החולים באותה מחלקה, תוך כדי מקסום ההישגים הרפואיים, וכל רופא הטוב ביותר ילך למקום שבו יוכל לעשות את השינוי הטוב ביותר. זו עבודה קבוצתית בנייתוב יכולות. זו הדרך להשיג רפואה הרבה יותר טובה ברמה כוללנית. אני לא רוצה לראות את זה נהרס במבנה של בתי חולים ציבוריים. זה מספיק קורה בבתי חולים פרטיים, והרופאים הטובים ביותר מנתחים ניתוחים פשוטים בגלל שיקולים כספיים. אני רוצה לראות בתוך בית החולים הזה אך ורק שיקולים רפואיים, ענייניים והכשרתיים כשיקולים שגורמים ויוצרים את ההחלטה מי מטפל במי”.

רן סער

”משרד הבריאות היום הוא גם נותן שירות והוא גם רגולטור. הדבר הזה הוא מאוד מהותי. אנחנו חיים את זה כל יום. אם אפשר היה לעשות רה־ארגון, אז הייתי לוקח את כל בתי החולים ושם אותם אצל קופות החולים, לצורך העניין. מחלק את זה אזורית ... נחלק אותם בצורה כזו או אחרת כדי שיוכלו גם לסחור האחד עם השני, ולא חייב להיות בית חולים שנותן שירותים רק לקופה שלו.

אחת הבעיות הנוספות שיש היום במערכת, שאין איזון במערכת. אין איזון. לצורך העניין, אני טוען כל השנים שבית חולים זה נכס וזה לא ’נאחס’. אם הייתי יכול לעשות אינטגרציה אנכית שיש לי בית חולים ואני יכול לנהל את השירותים שלי, חלק לתת בבית חולים וחלק בקהילה ובלי כפילות, כי היום יש לי כפילות. אני עושה את הכל בקהילה ואחרי זה אני עושה את זה בבתי החולים.

אני חושב שהשינוי האמיתי היה צריך לייצר פה איזה שהוא מבנה חדש, אחר, ומובן שאי אפשר לעשות את זה ביום אחד, זה תהליך ארוך טווח, אבל לחתור אליו. מה שנשאר לנו זה בעצם כל הזמן ללקט ולהתגושש ולמשוך את השמיכה מפה ולמשוך משם. זה לא פשוט. הבעיה היא בעיה תפישתית, היא בעיה של תרבות והתנהלות. מכבי הוקמה כארגון של ספקי שירותים ועם השנים הפחתנו, אבל עדיין. מבחינת רופאים 85% מהרופאים של מכבי הם עצמאים, ואילו בכללית 90% הם שכירים. זה ההבדל.

ביום שהמדינה תתחיל לשחרר קצת לחץ, או אחרת – ביום שהמדינה תתקצב נכון את כל המערכת, גם את בתי החולים, ותגיד לספקים לצורך העניין, ולא משנה אם זה בית חולים או לקופת חולים: ’אתם צריכים לעמוד בתקציב שיש לכם’ – זה יקרה. מדוע? בוא נגיד לצורך העניין שנותנים לי תקצוב מתאים ואני עומד בתקצוב הזה. אני עכשיו יוצר מצב של חוסר תלות, אבל מצד שני מייצר מצב שאפשר לסמוך עליי, ואני לא צריך ללכת ולבקש תקציב. כשאני מבקש תקציב, אומרים לי להתנהג ככה או לעשות ככה. ברגע שזה יקרה תהיה יותר עצמאות.

הדבר השני, ברגע שהרגולציה תבין את תפקידה, והיא עושה עבודה טובה ברגולציה, אבל היא לא לחלוטין מבינה את תפקידה במובן הרחב. היא לא מנהלת את קופות החולים. היא צריכה לקבוע סטנדרט, היא צריכה לעשות בקרה. ברגע שהסטנדרט ייקבע ויהיה סטנדרט סביר, סטנדרט שעומד גם בתנאים כלכליים, כי הרי מה הבעיה? מי שלא אחראי על הכלכלה יכול לתבוע סטנדרט ... ברגע שתהיה הבנה שמערכת הבריאות יושבת על שלוש רגליים – רגל רפואית, רגל שירותית ורגל כלכלית והם הולכים ביחד ואי אפשר לנתק את האחד מהשני, אז גם הסטנדרט לפעמים צריך להיות סטנדרט סביר, לא בהכרח סטנדרט שאי אפשר יהיה לעמוד בו”.

רפי ביאר

“אני רוצה להציג כאן נקודה שלמעשה משרד הבריאות לא מרגיש איזו שהיא מחויבות, אולי זה משתנה בשנים אלה, אבל לא הרגיש במשך הרבה שנים אחורה מחויבות כספית לפתח את בתי החולים ולמעשה הוא נתן להם להיות לבד מול התורמים, מול היכולות שלהם. למי שלא היו יכולות ולא היו תורמים – הוא נשאר כמו שהוא ולא התפתח.

למי שהייתה הנהגה חזקה כמו קופות החולים, לקופת החולים הכללית הייתה הנהגה חזקה והצליחה לפתח בבאר־שבע ובמרכז, פחות בפריפריה והפריפריה תמיד נשארה מאחור. אבל צריך להביא בחשבון בכל נושא של בריאות ופיתוח גם את האשפוז שגם לו צריך להקציב כסף, ואין כסף לפיתוח בתי חולים. אף אחד לא מתקצב את בתי החולים במדינה. הקופה אולי עושה את זה בצורה פנימית, אבל אין לזה שום חשיבה אסטרטגית.

הנושא של קידום טכנולוגי בבתי חולים בכלל אין לו שום מענה. למערכת האמבולטורית יש מענה דרך סל התרופות. יכול להיות שהוא לא מספיק וכו', אבל יש מענה. בכל שנה דנים ומחליטים איזה טכנולוגיות חדשות ייכנסו לסל. זה לא קיים בבתי חולים. בית החולים, אם יש לו יכולת, הוא רוכש את זה מכספי תרומה ומכניס את הטכנולוגיה החדשה לבית החולים ומפסיד כסף.

אין חשיבה אסטרטגית. אין קידום טכנולוגי לבתי חולים. יש טענה שזה זוחל דרך יום אשפוז, אבל זה לא נכון. אמרתי את זה כמה פעמים בכל מיני פורומים – צריך להביא את זה גם בחשבון ולתקצב ולתעדף, אולי אפילו במנגנון דומה לסל התרופות מדי שנה על קידום טכנולוגיה בבתי חולים. אין לזה תקציב היום, אין לזה שום עשייה, וזה הכול 'מסחרה' של פקידים בלי אופק, בלי חזון. אנחנו ארץ של start-up nation. הטכנולוגיה הרפואית באה מאתנו לעולם, ולנו אין את הדרך להכניס אותה בצורה חכמה לטובת החולים.

צריך לזכור, שמנהלי בתי חולים הם המנהיגים והם יקבעו את אופי בית החולים שלהם לעתיד. הם לא רק אלה שצריכים לבצע את ההוראות מלמעלה, אלא היוזמה והאישיות שלהם יקבעו איך יראה בית החולים שלהם לעתיד. את זה צריך להבין, את זה צריך להפנים וגם צריך לתת לזה את הבונוסים המתאימים. זאת אומרת, משרד הבריאות צריך לעודד מנהיגות.

החולים הם בסך הכול עם שבוי בידי קופות החולים. הם לא יתמרדו בסופו של דבר. יש חולים שיעמדו על שלהם ובסוף יקבלו מה שרוצים, אבל 95% מהחולים יעשו מה שאומרים להם הפקידים, ולמרות שהם רוצים – בסוף הם יוותרו. ראינו את זה בהרבה מקרים ולדעתי זו פגיעה בחולים, וזה גם פגיעה במערכות הציבוריות. אתה בסך הכול לא רוצה לקשור את הידיים של המערכות הציבוריות ולתת עודף יכולת למערכת הפרטית. וזה מה שקרה”.

שבתי שביט

”מערכת הממשקים שבין קופות החולים לבין הממשלה והכנסת ובהסתמך על הבסיס החוקי של חוק הבריאות היא כזאת שהם מנצחים אותך. לא חשוב מה שתעשה, לא חשוב מה תגיד – הם מנצחים. אתה יכול להחליט שאתה מנתק מגע, אבל גם זה אי אפשר. אם אתה מנתק – הם דואגים להפעיל אותך כדי שלא ייווצר נתק”.

שלמה מור יוסף

”מערכת הבריאות במדינת ישראל הגיעה לרמות הגבוהות שלה בזכות שני דברים מרכזיים: אחד, העובדה שהשירות הרפואי ניתן באמצעות קופות חולים, אומנם אפשר לראות בזה שירות ממלכתי, אולם זה שונה בתכלית משירות רפואי ממלכתי קלאסי כמו באנגליה, שם המדינה היא הגורם היחיד הנותן ישירות את השירות לאזרח.

בישראל המדינה נותנת את התקציב ואת השירות נותנות קופות החולים. השוני העיקרי הוא הכנסה של מנגנוני תחרות שהם לא כלכליים אלא הם איכותיים ושירותיים, ואני חושב שבזכות זה המערכת שלנו היא גם יעילה מבחינת רמת ההשקעה והיא גם מתפקדת ברמה רפואית גבוהה.

הדבר השני הוא בזכות העובדה שהצוות הניהולי בבתי החולים, ובעיקר מנהלי בתי החולים, לקחו על עצמם את התפקיד לדאוג למציאת מקורות תקציביים לפיתוח בתי החולים. במדינת ישראל תשתיות בתי החולים מפותחים לא בגלל הקצבות המדינה אלא בזכות תרומות. זה המצב ברוב בתי החולים – אם זה תל-השומר, אם זה פוריה, אם זה הדסה, אם זה צפת, אם זה נהריה, אם זה סורוקה. הפיתוח

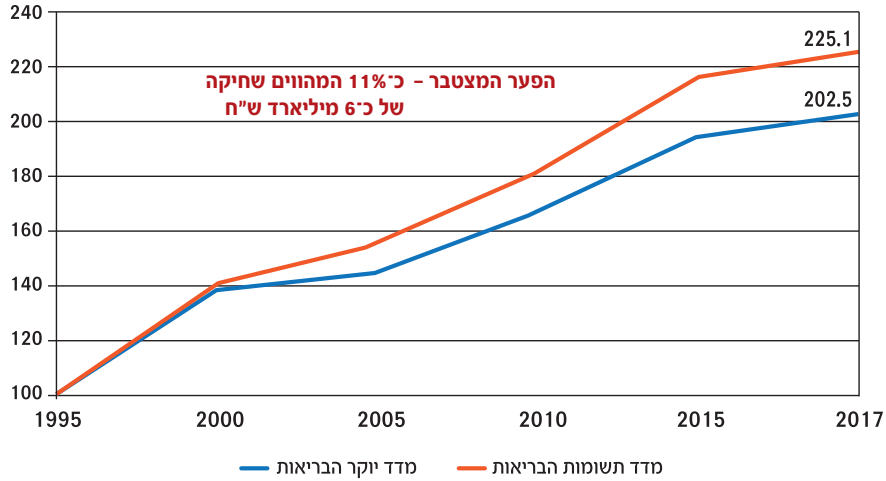
בעיקרו, כמובן בהיקפים וברמות שונות, הוא מתרומות והשגת התרומות היא על אחריותו המלאה של מנהל בית החולים. היום מנהל בית חולים מעבר לעיסוק בשוטף ובתוכניות הפיתוח, צריך לעסוק במציאת מקורות תקציביים לפיתוח".

שרגא הבר

"עד עצם היום הזה משרד הבריאות לא מבקר את יחידותיו, שמהוות אימפריה מבחינת מספר המועסקים, הפריסה הגיאוגרפית, מספר המטופלים ומגוון השירותים והטכנולוגיה שלהם. המבנה של משרד הבריאות טעון שיפור. ניסינו כל מיני נוסחאות, אבל העובדה שמשרד הבריאות הוא רגולטור מצד אחד ומתחרה במתן שירותים על תקציב, על פרסטיז'ה, על קדימות עם בתי חולים מהצד השני – זה ניגוד אינטרסים מובהק. משרד הבריאות צריך לעסוק בתכנון, בטיפוח, בסטנדרטים, בהיערכות לשעת חירום, ועוד, כלומר להוות מערכת רגולטורית ולא מערכת למתן שירותים.

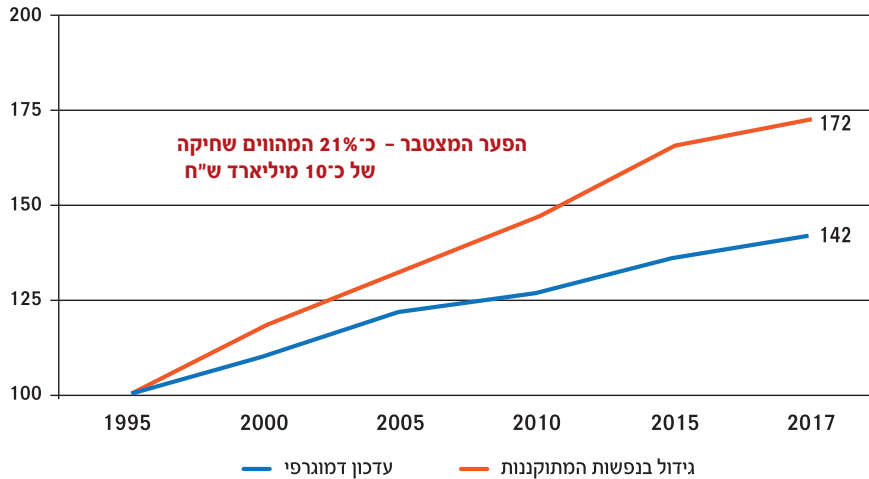
נקודה שנייה היא המבנה הארגוני של מתן השירותים. אני אומר את זה כבר הרבה שנים, מדוע צריך 5 או 6 רשויות להשפעה – שלנו, של שעת חירום, שלוש הקופות. האם לא יותר פשוט להקים אתר מרכזי אחד, ולתת את אותם ... וזה חוסך הרבה כסף והרבה תקנים".

תרשים 11: השינוי המצטבר במדד יוקר הבריאות לעומת מדד תשומות הבריאות, 1995-2017 (100=1995)



מקור: קובץ נתוני חוק ביטוח בריאות ממלכתי 2018 - משרד הבריאות

תרשים 12: הגידול המצטבר במספר נפשות המתוקנות למול העדכון הדמוגרפי של עלות הסל, 1995-2017 (100=1995)



מקור: קובץ נתוני חוק ביטוח בריאות ממלכתי 2018 - משרד הבריאות

פרק 6

התמהיל "הנכון" של רפואה פרטית וציבורית – המקרה של השר"פ

הדיון ברפואה הפרטית ושילובה ברפואה הציבורית הנו מורכב, בעל יתרונות וחסרונות, רווי אינטרסים ומשיק לתפיסה כוללת לגבי אופייה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. מוקד מרכזי אחד לדיון מורכב זה הוא השר"פ (שירותי רפואה פרטית). באומרנו שר"פ הכוונה היא מתן זכות למטופל לבחור ברופא המטפל (בדרך כלל, מנתח) תמורת תשלום. התשלום יכול להתבצע באופן ישיר על ידי המטופל, או באמצעות תוכנית ביטוח פרטית (שב"ן או ביטוח מסחרי), שבה מבוטח המטופל.

הסדרי השר"פ פועלים כיום רק בבתי החולים בירושלים (בבית החולים הדסה ובבית החולים שערי צדק) ובבתי החולים הפרטיים בישראל (אסותא, הרצליה מדיקל סנטר, מעיני ישועה, לניאדו וכו'). הפעלת השר"פ בבתי החולים הציבוריים נעשית על פי תנאים הנקבעים על ידי כל בית חולים: שעות הפעילות שבהן מותרת הפעלת השר"פ, חלוקת ההכנסה בין בית החולים לרופא, מכסה מותרת של פעילות השר"פ ועוד. בשאר בתי החולים הציבוריים בישראל (בתי החולים שבבעלות המדינה ובתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית), שהם מרבית מערך האשפוז הכללי, הסדרי השר"פ אינם מותרים עד היום.

הדיונים בדבר הרחבתו של השר"פ והחלתו על כל בתי החולים הכלליים בישראל מלווים את מערכת הבריאות הישראלית מזה שנים, והם הגיעו אף לשולחנו של בית המשפט הגבוה לצדק.¹ הם קיבלו תאוצה בעקבות התרחבות היקף הכיסוי של האוכלוסייה בביטוחים המשלימים (כ-75% מהאוכלוסייה). תוכניות ביטוח אלה אִפשרו לבחור רופא בבתי חולים בירושלים ובבתי חולים פרטיים במימון הביטוח,

1 בג"צ 4253/02, קרייתי ואח' נ שר האוצר ואח' משנת 2009.

אך הדבר לא התאפשר בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית.

להרחבת הסדרי בחירת רופא בתשלום והחלתם על כל בתי החולים הכלליים בישראל ישנם תומכים רבים כמו גם מתנגדים רבים. תומכי השר"פ מציגים את היתרונות הרבים למטופל ולמטפל (בית החולים והרופא). עיקרי הטענות המועלים הם:

- זכות הבחירה היא זכות יסוד, ויש לאפשר לציבור להחליט על העדפותיו.
- הפעלת השר"פ מונעת נשירה של רופאים טובים מהמערכת הציבורית ומאריכה את משך השהות שלהם במערכת הציבורית.
- השר"פ מאפשר ניצול יעיל יותר של משאבים ציבוריים (מבנים וציוד יקר) תוך הפעלתם בשעות אחר הצהריים והערב.
- הפעלת השר"פ מגדילה את הכנסות בית החולים.

מתנגדי השר"פ מעלים טענות הנוגעות בעיקר לפגיעה של השר"פ בעקרון השוויון במערכת הבריאות. עיקרי הטענות המועלים הם:

- השר"פ יוצר בתוך המערכת הציבורית שתי רמות רפואה (לעניים ולעשירים).
- השר"פ מאפשר הקדמת תורים ופוגע בחולה הציבורי הנדחק לסוף התור.
- השר"פ מחזק את הקשר בין אמצעים כספיים ובין קבלת שירותים.
- השר"פ יגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות ללא שיפור באיכות השירותים.

הדיון בנושא השר"פ מעמת שני ערכים חשובים – ערך השוויון בבריאות למול ערך חופש הבחירה. האם הסדרי השר"פ הם הרע במיעוטו? האם ניתן להתגבר על חסרונותיו באמצעות מערכי פיקוח ובקרה? האם השר"פ הוא הרע בהתגלמותו ואין שום מערך בקרה שיכול למנוע את חסרונותיו? על מגוון הדעות בנושא נוכל לקרוא להלן.

אבי ישראלי

"אני בעד השר"פ. אני גם הצעתי מנגנון איך לפקח על שר"פ, והוא מופיע בדוח ועדת אמוראי שהייתי חבר בה ... אין ברירה. הציבור מאמין (בצדק או שלא בצדק), שכשבוחרים רופא, אז מקבלים רפואה יותר טובה ... חלק מהציבור לא יודע את מי לבחור וחלק לא יודע בכלל מי הוא הרופא הטוב ... חלק מהסיבות לבחור שר"פ זה להגדיל את הזמינות ... לקצר תורים. הצעתי מנגנון פיקוח שלצערי לא אומץ. אני חושב שאפשר לעשות שר"פ בצורה מסודרת, אבל לעשות את זה בלי מנגנון פיקוח זה מאוד בעייתי".

אהוד אולמרט

"הגעתי להסכם עם איגוד רופאי המדינה על שר"פ בבתי חולים ממשלתיים, אבל שר"פ שאני כמעט בטוח שהייתי משכנע גם את גבי להסכים לו, למרות שאני יודע שהוא מתנגד חריף לעניין הזה. ולמה? קודם כול, דיברנו על זה שכל מי שיעבוד בשר"פ לא יתאפשר לו יותר לעבוד בחוץ, זאת אומרת אין מצב שאתה נהנה מכל העולמות. כשאתה עובד בבית החולים, אתה נמצא שם מהבוקר עד הערב. אתה לא קובע את המחירים של הטיפולים הפרטיים, אלא את המחירים קובעת מערכת של בית החולים, והיא מחלקת את ההכנסות הללו בין הרופא, הצוות הרפואי והצוות המנהלי וגם בין בית החולים".

אורלי מנור

"בנושא השר"פ אני קצת חצויה, כי אני ירושלמית, וצריך להבין שהירושלמים התנסו במשך שנים בשר"פ שהיה פתרון לא רע ... השאלה היא האם המודל של השר"פ של פעם הוא מודל שעוד valid, ואני לא לגמרי בטוחה בזה. השר"פ של פעם היה רק אחרי הצהריים. גם התשלומים לשר"פ אז לא היו מאוד גבוהים. כלומר, יכולת להגיע לרופא מאוד מומחה ומאוד נפלא בתחום שלו בסכום שהוא לא מאוד גבוה. תמורת זה אותו רופא כל היום היה בבית החולים, כלומר בהדסה ובשערי צדק בירושלים. הכוכבים הרופאים הבכירים נמצאים שם מ־7 בבוקר עד 8 בלילה. הרופאים הצעירים לא מפסיקים ללמוד מהם, והם גם יכולים להתערב בנייתו שהסתבך, או לעזור או לתת עצה.

זה היה פעם המודל, אבל המודל הזה לא שרד. הרעיון היה שתהיה הגבלה מאוד רצינית על אחוז הזמן שרופאים בכירים מבלים בעבודות שקשורות בשר"פ, וזה יהיה רק בשעות הצהריים ועוד כל מיני מגבלות שעושות את זה למאוזן ... המגבלות האלה הופרו.

עכשיו נשאלת השאלה: אנחנו היום חיים בחברה מאוד חומרנית, חברה שהכסף בה הוא דבר מאוד חשוב, וזאת שאלה מאוד מעניינת - האם אפשר להחזיר את הגלגל אחורה? ... היינו פעם מדינה הרבה יותר צנועה. רוב האנשים חיו בצנועה. גם הרופאים וגם האחרים חיו בצניעות רבה יותר. אנחנו היום מדינה שבה הכסף משחק יותר. הסכומים הגבוהים האלה, שחלק מהרופאים דורשים או מרוויחים - לא היו פעם חלק ממערכת הבריאות ... בירושלים דיברו על מצב שבשפלה יש רפואת מעטפות. אז לפחות בירושלים זה היה גלוי. חלק ניכר מהכסף של השר"פ נשאר בבית החולים ושימש לקניית ציוד ודברים כאלה. רופאים קיבלו 30%-40% מהכסף, והייתה איזו שהיא אפשרות לבית החולים למימון דברים נוספים.

החוק שיצר את השב"ן ויצר את האפשרות לקנות את השירותים האלה (בחירת רופא) ומצד שני הרצון של שכבות שלמות מהאוכלוסייה וביניהם גם הרופאים, רוצים לשפר מאוד את רמת חייהם ... שני הגורמים הללו, לדעתי, הביאו לכך שהשר"פ מאוד התרחב. זה כבר הגיע לדרגה מאוד לא טובה. אני מאוד שמחה על הפתרון האחרון בנושא בית החולים באשדוד, שהוא יהיה ציבורי בלבד. אני בעד חיזוק מקסימלי של המערכת הציבורית וניסיון למצוא פתרונות בתוך המערכת הציבורית, שבה בן אדם יוכל לבחור את המנתח. יש לנו דוגמה של המחלקה ברמב"ם שעכשיו הצליחה (לאפשר בחירת רופא ללא תשלום). אני לא יודעת אם הדוגמה הזאת היא ישימה לכלל המערכת, אבל אנחנו צריכים היום לחשוב על פתרונות טובים ויצירתיים."

אלי דפס

"אני רואה את זה (שר"פ) כאסון. למה שלא יהיה מרדים פרטי? לפעמים מרדים יותר חשוב מאשר המנתח. למה שלא תהיה אחות פרטית? יש הבדל בין אחות פרטית לאחות רגילה. למה רק הרופא הוא פרטי? כך שלאט-לאט נפריט את המערכת, ובסוף מישוהו יצטרך לשלם על זה, כי בפרטי הרי מקבל השכר יקבל יותר. מי ישלם? או אני הקופה - אבל אני לא משלם עבור פרטי, האזרח יצטרך לשלם. זאת אומרת, האזרח ישלם על דבר שמגיע לו, אבל פרטי. אנחנו גוף ציבורי.

למה אם פרצו אלייך חלילה לבית, ואת הולכת למשטרה ומגישה תלונה, ואת אומרת שאת רוצה שהשוטר הזה יחקור כי הוא חוקר טוב, לא נותנים לך להחליט מי יהיה השוטר החוקר. כשאת נוסעת באוטובוס ואת רואה נהג ואת אומרת שאת רוצה שנהג פלוני יהיה הנהג.

במערכת ציבורית את משלמת ואת לא קובעת מי הנהג, מי הטייס, מי השוטר שיחקור את המקרה. את סומכת על המערכת הציבורית שעושה את הדבר הטוב ביותר למענך.

האסון שקרה בהדסה? הערבוב הזה בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית הוביל את בית החולים למשבר של 2-3 מיליארדי שקלים לבית חולים אחד ... לכן אני אומר, אם הלקוח ידע שכשהוא מגיע לבית חולים ויקבל את המנתח הרלוונטי לניתוח שלו, הוא יקבל את זה בזמינות סבירה ממילא, ואז הוא לא יצטרך את הרפואה הפרטית ויפחתו הביקושים."

אלכסנדר (אליק) אבירם

"הרע בהתגלמותו - חד וחלק! זה בראש ובראשונה נושא עקרוני-ערכי, שקשה להתווכח לגביו. השקפת עולמי החברתית-כלכלית לא מאפשרת לי לקבל מצב בו העשירים יקבלו יותר מאשר העניים, על חשבון הציבור. אין לי התנגדות, וגם אי אפשר למנוע את זה, שהעשירים ייהנו ממותרות על חשבונם הם, אבל ללא סבסוד ציבורי, בשום צורה שהיא.

עמדה עקרונית זו קיבלה אצלי חיזוק בכל שלב ושלב של הקריירה הרפואית הארוכה שלי. איתרע גורלי והזדמן לי לעבוד בכל אחד מן הסקטורים העיקריים של מערכת הבריאות. בכל אחד מהם, קהילה ובתי חולים,² 'זכיתי' לראות את פניה המכוערים של הרפואה הפרטית, גם זו הלגיטימית וגם זו הפלילית. ראיתי איך תאוות בצע מעוותת שיקולים מקצועיים, ראיתי הסתאבות מוסרית וראיתי את אזלת ידם של מנהלים לרסן תופעות אלה. אף שאינני אוהד גדול של הרפואה הפרטית בכלל, הרי שההתנגדות החריפה שלי היא נגד רפואה פרטית בתוך בתי החולים הציבוריים (שר"פ). למשל, אני לא רואה בבחירת רופא ערך קדוש או זכות מוקנית במערכת בה הציבור משלם. כשאתה עולה על אוטובוס - אתה לא בוחר את הנהג. אפילו מי שמשלם במלוא כספו וטס במחלקה ראשונה באל על - את הטייס הוא לא בוחר. הוא סומך על החברה שבחרה את הטייס. ככה זה צריך להיות. אתה רוצה לבחור את מועד הניתוח או את הרופא המצנתר? לך לבית חולים פרטי, שלם את העלות מכיסך או - תעשה ביטוח. אין לי שום בעיה עם זה. אגב, בסקרים שערכנו בשעתו באסותא התברר שמועד הטיפול הרפואי חשוב בעיני הציבור לא פחות מאשר בחירת הרופא. חופשות, אירועים משפחתיים ונסיעות הם מן הסיבות העיקריות לפנייה למערכת הפרטית. לאחרונה נוצרה 'תעשייה' חדשה של מסלול מקוצר לקבלת תשובות של בדיקות דימות, בעיקר CT ו-MRI תמורת תשלום למפענח.

שר"פ טומן בחובו עוד סכנה רצינית - השלכות הרוחב: למה שסקטורים אחרים בבתי החולים (אחיות, טכנאי רנטגן וכו') לא ידרשו זכויות דומות או את חלקם בעוגה? האם ניתן יהיה למנוע דרישות דומות במגזרים ציבוריים אחרים? מד"א יגיע אליך יותר מהר, אם תשלמו לנהג האמבולנס; תשלום לשוטרים יזרז טיפול בתלונות וניתן לתאר אין סוף דוגמאות נוספות.

צריך, לטעמי, להקים חומה סינית בין הרפואה הפרטית והציבורית, כפי שנהוג במספר ארצות.

ניתן לייצר במקביל מספר מנגנונים שיאפשרו להתגבר על הפְּשֵׁל המובנה בנפש האדם – אנשים רוצים להרוויח יותר כסף (חצאי משרות לרופאים בכירים, full timers, משכורות דיפרנציאליות וכיו"ב), ובלבד שלא יהיה שימוש במשאבים ציבוריים כדי להגדיל את ההכנסה הפרטית. הצרה היא שרבים מִמְּבַרְי דוגלים ב'רע במיעוטו' בטענה שכבר מאוחר, הציבור דורש ושהסוסים ברחו כבר מן האורווה (או ברוח ימים אלה: הצוללות כבר עזבו את הנמל)."

אסנת לוקסנבורג

"הייתי רוצה לראות מערכת בריאות חזקה. הייתי רוצה לראות מענה לאוכלוסייה במסגרת הרפואה הציבורית. לכן צריך להשקיע בכך הרבה מאוד כסף, גם בתשתיות של כוח אדם. ככל שנוכל לתת מענה לדברים האלה, הציבור פחות יחפש בחוץ ברפואה הפרטית.

אני לא חושבת שאפשר בלי הרפואה הפרטית, כי בסופו של דבר כולנו חיים וכולנו בני אדם, ואם אדם יודע שבן משפחה שלו צריך לעבור פרוצדורה רפואית מאוד מסובכת, הוא היה רוצה שדווקא יעשה את זה רופא x או רופא y, והמערכת הציבורית לא יכולה לתת לו את זה – זכותו ללכת ולהגיד: אני מוכן לשלם עבור זה לרופא פרטי ובזה אוכל לקנות את השקט הנפשי ואת הביטחון שזה יהיה הרופא הזה שאני בוחר בו ברפואה הפרטית, שגם לפעמים נותנת מענה לתחומים שלא נמצאים בכלל בסל".

ארנון אפק

"השר"פ הרס את הדסה. אני חושב שהשר"פ הוא רעה חולה והוא ישמיד את בתי החולים ... אני ממש לא סוציאליסט, ואני מאמין בעולם חופשי. צריך להפריד את שני העולמות. אפשר לייצר תהליכים במערכת. אפשר לעשות בחירה בלי תשלום. אבל צריך להבין: once הרופא כאן, אתה עובד. once עבדת, קיבלת כסף על העבודה. לא קיבלת כסף כי מישהו בא לתל-השומר והוא לא בא לד"ר x. הוא יודע שברגע שהוא בא לתל-השומר, הוא מקבל את טיפול הכי טוב שם. הוא ישלם שם דרך השב"ן.

לא יכול להיות שתהיה בחירת רופא בתשלום במערכת. נקודה. זה יהפוך את האינדיבידואליזם לשולט במערכת. ככה בית החולים. אני לדעתי, די חריג בעולם הבכיר של הרפואה בתפישת העולם. לדעתי, השר"פ הוא אחד הגורמים המרכזיים שהביאו להרס הדסה".

בוועז לב

"יש מודלים של שר"פ, ובכל מודל יש כשל. ראינו מה קרה בשר"פ בבית החולים הדסה. מנגד, יש את השר"פ בבית החולים שערי צדק שעובד לא רע. יש לנו את המודלים של רפואה פרטית שעובדת בעיקר באזור השפלה ... יש כאן איזה שהוא שיווי משקל שלאט-לאט נוטה גם לכיוון של עוד רפואה פרטית. המוסדות מתרחבים. אסותא הולכת וגדלה.

יש כאן בעיה ערכית, אבל אנחנו כבר לא בימיו של פרופ' שיבא, שבהם אתה גר, אוכל, עובד בבית החולים, וכל כולך למען הציבור והרפואה. זה יפה, זה ערכי וזה נכון, אבל זה כבר לא עובד.

גם השירות הרפואי הוא פני החברה, ואנחנו חברה קפיטליסטית, מטריאליסטית עם ערכים פרובלמטיים, אבל אנחנו חיים טוב ... אני לא רואה פתרון לנושא השר"פ. גם בקיומו של המאבק הזה באיזון הזה אני רואה משהו שהוא בופר, שהוא בעצם קצת מנקז חלק מהמתחים. אז יש רופאים פרטיים שעובדים בשר"פ ... מובן שיש את ההצעות האלה של full timer וכו'. אני חושב שברגע שתפתר הבעיה הזאת, חלק מהאנשים בהחלט יקנו את הפתרון הזה שהוא פתרון נכון, ערכי, והוא גם נותן מענה לצרכים הכלכליים של הרופאים. עדיין יש רופאים שהם מאוד שותפים לערכים האלה ונמצאים שעות אין ספור במחלקות, בלי לקבל תמורה עבורן".

ברוך רוזן

"נעשים כבר הרבה דברים גם כדי לשפר את מערכת הבריאות הציבורית וגם כדי לרסן את המערכת הפרטית. אני בעד קיומה של מערכת פרטית, אבל יש סכנה שהדברים יוצאים מאיזון. עושים דברים כמו ניסיון לעשות קיצור תורים, פול-טיימרים שאנחנו נותנים לאותם רופאים בבתי החולים תוספת משמעותית, כדי שהם יתחייבו לעשות עוד שעות ב-full-time. צריך להקטין את הביטוח הפרטי כדי שלא יהיה כפל ביטוחים בין המסחרי לבין המשלים, ועוד דברים. אני בעד ההליכים האלה".

גבי בן נון

"אין צורך לומר שאני נגד שר"פ ... הסיפור של השר"פ עולה ויורד כל הזמן. החידוש של העלייה של נושא זה בחמש השנים האחרונות היה בעיקר בהצמדה שלו לביטוח המשלים. בעבר זה היה בהקשרים אחרים, אבל בהצמדה שלו לביטוח המשלים תומכי השר"פ חשבו שמצאו פתרון.

אתחיל דווקא בפתרון של זאב רוטשטיין וגבי ברבש תומכי השר"פ שאמרו: איך אתם מאפשרים בחירת רופא באסותא ובבתי החולים הציבוריים בירושלים? למה להדסה מותר ולי לא? בואו נאפשר בחירת רופא גם במערכת הציבורית. כלומר, נאפשר גם בתל-השומר וגם באיכילוב, וכל הזרם הענק הזה של ארבעה מיליארד שקל של השב"ן יוכל לזרום גם לבתי חולים ציבוריים. למה שרק אסותא תרוויח ממנו? ... בואו נאפשר בחירת רופא גם במערכת הציבורית במימון הביטוח המשלים – ובא לציון גואל. זה היה הפתרון שהוצע על ידי תומכי השר"פ.

אבל בפתרון הזה הבעיה העיקרית היא שאם אתה עושה את זה ואם אתה פותח את כל המערכת הציבורית לבחירת רופא במימון המשלים ... ולא רק איפה שמותר היום שזה סדר גודל של 10%-15% ... אזי כמות הניתוחים שיעשו במסגרת שר"פ תהיה הרבה יותר גדולה ... ההוצאות של השב"נים יעלו פי שניים או שלושה, ואז יעלו את הפרמיות, ושוב עושים סחרחורת של המימון הפרטי שהולך ועולה. לכן הפתרון הזה הוא אולי פתרון שמיטיב עם כמה רופאים, אבל מסיג את מערכת הבריאות בחזרה למצב שהיה לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

יש הרבה מאוד טיעונים נגד השר"פ באופן כללי, אבל הטיעון המרכזי נגד השר"פ זה בעיקר שהוא יוצר בתוך המערכת הציבורית רפואה לעשירים ורפואה לעניים. מילא אם אתה עושה את זה בתוך המערכת הפרטית – אחד ייסע בקדילק ואחר ייסע בקורקינט. מה לעשות? החיים הם לא שוויוניים, אבל בתוך המערכת הציבורית ליצור איפה ואיפה?

כאשר אתה אומר שר"פ זה בעיקר בחירת רופא, אבל זה תמיד הולך ביחד עם קיצור תור. אתה קונה בעצם קיצור תור ובמערכת ציבורית מוגבלת, אתה מקצר תור למי שיש לו שר"פ, ואתה מאריך תור לחולה הציבורי. אם עם ישראל רוצה בבחירת רופא, אז למה לא לאפשר את זה לכולם ובחינם?"

חיים דורון

"אני לא אסתיר את התנגדותי (לשר"פ): היה להם (לוועדת נתניהו) יחס חיובי לתמהיל ציבורי פרטי, ופה אני מסתייג, כי הם התכוונו לשר"פ שאני התנגדתי לו. נכון הדבר שגם קופת החולים הכללית, כשהיה לה חסר איזה שהוא דבר והיא הייתה צריכה לרכוש אותו היא רכשה אותו גם במקור פרטי מסוים, אבל זה היה בשוליים של השוליים, ההתנגדות לשר"פ ופרקטיקה פרטית עברה כחוט השני במשך כל השנים בקופת החולים הכללית.

השר"פ ראשיתו בהדסה ב-1954, הנהיג אותו פרופ' מן, והוא עבר כמובן לעוד בתי חולים הנקראים 'ציבוריים', כלומר לא ממשלתיים ולא של קופות החולים

(כמו שערי צדק, לניאדו ואחרים). העובדה שמשרד הבריאות באותה תקופה לא עסק בפיקוח ורגולציה, אלא עסק בניהול יומיומי של בתי חולים, מנעה שמשרד הבריאות יקבל אז החלטה פשוטה מאוד: שגם במסגרת ביטוח הבריאות הרצוני, בית חולים שמקבל חולים במסגרת קופות החולים, לא רשאי להנהיג שר"פ, זה היה פותר את הבעיה. מבחינה היסטורית זה בלתי נסלח. זה קשור להתפתחות ההיסטורית של משרד הבריאות.

היו דרישות גם לשר"פ בבתי חולים של קופ"ח, אבל מעולם לא הסכמנו. בתקופתי לא העליתי על הדעת להסכים לדבר כזה. היו דרישות גם בבתי חולים, והיו פה ושם שרים ... שהייתה להם נטייה לראות בשר"פ דבר שפותר כל מיני בעיות ... עד שיום אחד היועמ"ש אליקים רובינשטיין נתן הוראה ברורה למשרד הבריאות האוסרת הנהגת שר"פ בבתי חולים ממשלתיים. אני מצטער מאוד שלא היתה ליועמ"ש אפשרות להרחיב את זה לבתי החולים הציבוריים גם, כי זה היה מכניס יותר הומוגניות בנושא זה למערכת הבריאות כולה. אני תמיד פסלתי את השר"פ, ולשמחתי עד היום אין בבתי החולים של קופ"ח שר"פ ... היום כשאני מסתכל על השר"פ בשערי צדק בראייה רטרוספקטיבית בתקופה החומרנית הזאת, וכשאני יודע על כל האלטרנטיבות והאופציות השונות, אז אולי זה הרע במיעוטו, אבל אינני מקבל אותו, ולא הייתי יוזם להנהיג אותו בשום בית חולים ציבורי. אני לא רואה שום סיבה למה לא להעביר את הזכות לחוות דעת נוספת, ואני מכבד את הזכות לחוות דעת נוספת מהביטוחים המשלימים למערכת הציבורית. אין שום סיבה מלבד זו שהביטוחים המשלימים רוצים להרוויח יותר כסף, אין שום סיבה עניינית. חוות דעת נוספת במערכת הציבורית הייתה מחזקת את המערכת הציבורית.

בהתנגשות הזאת בין בחירה חופשית לשוויוניות, לדעתי, אין סיבה לוותר על החתירה לשוויוניות. יש איזה קונטרס, עורכים כנסים על שוויוניות, עושים מחקרים על השוויוניות, אבל צעדים ממשיים שיכולים לקרב, אפילו במקצת את השוויוניות, ולחסל אפילו במקצת את האי שוויוניות באופן סיסטמתי לא עושים, עושים ההפך".

חיים רמון

"מה קורה היום? יש שר"פ, אבל מי שנהנה ממנו אלה רק העשירים. מתקני בית החולים מתרוקנים, הרופאים הבכירים לא נמצאים בבית החולים אחרי הצהריים. השר"פ צריך להיות כללי, וגם כך הרופא לא מקבל את הכסף מהפצינט. החולה שהולך לשר"פ יודע מה המחיר. הוא בוחר את מי שהוא רוצה שינתח או יטפל. אין בעיה לעשות את זה ברמה העקרונית.

היום אני אקח, למשל, מחלקת לב. אתה קובע שהמערכת הציבורית צריכה לעשות x ניתוחים בחודש. ה־x הזה יהיה יותר מאשר עושים היום. כבר יש רווח מזה. מי שיעשה את הניתוחים יהיו כל הרופאים - ממנהל המחלקה ורופאים אחרים, בפרופורציות כמובן. משעה x יהיו ניתוחים פרטיים, אבל בפרטי מתחלקים כולם - הרופא מקבל 80%, האחיות - 20%, וזה שעומד בשער - 0.25%. כולם מקבלים, כולם מתחלקים בתשלום הזה, ומה שקורה למעשה זה שכולם נהנים. וככה הרופאים הבכירים יהיו בבית החולים כל היום ויעשו את הניתוחים. אין מה לעשות. זה מה שיקרה. זה צודק. אומנם אפשר לדבר בסיסמאות, אבל האנשים שהולכים אחרי הצהריים מפנים את התור לבוקר.

הפופוליסטים מדברים על השכבות החלשות, אבל האנשים היחידים שמשלמים אלה השכבות החלשות, כי מי שיש לו כסף יעשה שר"פ. אם לא ימצא שר"פ, הוא ייקח את הרופא איתו לחו"ל, יעשה את זה בכל מקרה. יש לו כסף, והוא יכול לעשות את זה. כמו שמי שיש לו כסף גר במלון בסוויטה, לא יעזור כלום - גם אם תעשה חוק שלא הולכים לסוויטות, הוא ימצא דרך להיות בסוויטה.

הוויכוח הזה הוא ויכוח פופוליסטי, והתוצאה היא ששוק השר"פ הוא פרוע, והתוצאה היא שיש שר"פ והוא לא מוסדר, ומי שמשלם את המחיר אלה דווקא השכבות החלשות."

יונתן הלוי

"אני גם טוען, עם כל מלוא הסובייקטיביות, ששר"פ שהוא מנוהל ומפוקח היטב, ולא נותנים לעשבים שוטים לעלו בו (עשב שוטה זה, למשל, שבן אדם עושה רק ניתוחי שר"פ או 80% מהניתוחים שלו הם שר"פ). שר"פ כזה הרע במיעוטו.

אם תבואי לשערי צדק תראי בשעה שבע או שמונה בערב את מנהלי המחלקות במרפאות השר"פ שלהם, וכאשר מסתבכת יולדת בחדר לידה או זקוקים באופן דחוף לרופא עבור חולה ציבורי שמסתבך במחלקה או בעת ארוע טרור, הם עומדים לרשות החולים הציבוריים.

זה הרע במיעוטו, ולכן הדגל הזה שמרימים על פגיעה בשוויון לגבי השר"פ, הפגיעה בשוויון בבתי החולים שאין בהם שר"פ הרבה יותר גרועה ... שלא לדבר על רפואה שחורה, ואין הרי מחקרים רציניים המעידים על היקפה, אבל כנראה שהשגשוג של אסותא וכו', כנראה הוריד את הצורך מלתת מעטפה לרופא, כי נותן המעטפה הפוטנציאלי מוצא את הפתרון באסותא ולא בתל-השומר או בבילינסון."

יהושע (שוקי) שמר

"לדעתי, זכות הבחירה של הרופא היא זכות בסיסית בחייו של אדם. צריך לאפשר מסגרות כאלה, אבל עם הפרדה מלאה בין השירותים הציבוריים והפרטיים ... בחלק מהמוסדות, הרופא הוא מביא את החולה. משכירים לו את המקום כמו שמשכירים את האולפן הזה, משכירים לו חדר ניתוח, בו הוא מנתח את החולה ולוקח איתו את החולה וכך במשך השנים זה התגלגל - רופאים מהמערכת הציבורית, שרצו גם להשתכר יותר טוב וגם לעשות רפואה אחרת, לקחו את החולים שלהם והביאו אותם לאסותא. אנחנו באסותא שינינו את התרבות הזו. מנדל"ן לצורכי רפואה - בתי החולים שלנו מקיימים היום תרבות ארגונית ומדיניות בריאות מפוקחת ומפוכחת".

יעל גרמן

"נפגשתי כמובן עם הרבה מאוד אנשים, וכמעט כל מי שנפגשתי איתו הרגשתי, שהוא מנסה להשפיע עלי באחד הכיוונים - להכניס את השר"פ. ואז כשדיברו אתי על הכנסת השר"פ למערכת הבריאות הציבורית ולבתי החולים הציבוריים, דיברו על זה כעל תרופת פלא, זה היה כאילו איזה שהוא קסם. הציגו לי את השר"פ כמעין תרופה לכל החוליים של מערכת הבריאות הציבורית ... מאוד מאוד השתדלו להראות לי עד כמה מערכת הבריאות בקריסה, ומה שיציל אותה זה השר"פ, ולעומת זה אלה שדיברו נגד השר"פ, כמו למשל גבי, אבל לא רק, ניסו להראות לי איך השר"פ כפי שאני קוראת לזה, יהווה גלולת רעל.

אנשים חשבו שאני עושה את הוועדה כדי להכניס את השר"פ. לא היה ולא נברא ... לי זה לא היה ברור שהשר"פ זה הפתרון. זה היה עוד לפני שהקמתי את הוועדה ... החלטתי להקים ועדה כדי ללמוד את הנושא ולקבל דעה ... לא הייתה לי דעה לפני כן, ממש לא.

הבן אדם, כמו שאני תמיד אומרת, מוכן למות בשביל להיות בריא, אז הוא מוכן גם להוציא כל סכום בשביל להיות בריא, אז בואו וניתן לבן אדם להוציא, וכל עוד שהוא מוציא זה יופי. אנחנו חוסכים טופס 17³ וחוסכים עוד אלף ואחד דברים. זה היה הדבר המסוכן באמת.

היה לי ברור, שאם אנחנו מכניסים שר"פ, זאת אומרת שאנחנו באים ואומרים לאנשים: 'אתם יכולים להמשיך ולשלם יותר באופן פרטי כדי לקבל משהו שהוא

3 טופס התחייבות כספית של קופת החולים לספק השירותים בגין שירותי בריאות שמקבל מבוטח הקופה.

היום ציבורי". ברור שאנחנו הולכים ומגדילים את המגמה הזו (הגדלת המימון הפרטי) ומחמירים אותה, שלא לדבר על כל הניסיון של הדסה שמאוד השפיע עליי ועל כולנו, וגם כמובן על המחשבה שלא תיתן לבן אדם שמקבל כסף בשביל לטפל, והוא מקבל את זה באופן פרטי ... אנחנו מדברים על שוויון ועל צדק ועל ערכות הדדית. זה מה שאנחנו רוצים שבאותו בית חולים, באותה מחלקה, תהיה מחלקה של VIP ומחלקה של אנשים שאין להם כסף? האם אנחנו רוצים להביא לכך שרק אנשים שיש להם כסף יקבלו את הטיפול הטוב? זה היה ברור שזה לא מה שאנחנו רוצים ... הסיפור הזה שמי שיהיה לו כסף יוכל לקבל טיפול טוב ומי שאין לו כסף לא יוכל לקבל, נבע בדיוק מהמעגל הזה. השר"פ היה רק מגדיל את הסיבוב והפערים".

לאה אחדות

"אני אומרת שקל יותר לחזק את האמון במערכת הציבורית ולגרום לאנשים להזדקק פחות למערכת הפרטית מאשר להילחם בתוך המערכת הפרטית. ואתה יכול לחזק את האמון במערכת הציבורית רק באמת, אם אתה מגדיל את התקציבים ומשפר את השירותים במערכת הציבורית".

מאיר אורן

"הייתה לי הסכמה חתומה עם ד"ר אורנשטיין, כיו"ר ארגון רופאי המדינה, על שר"ן (שירות רפואי נוסף). הטרימינולוגיה הזאת מאוד חשובה לי. זה לא שירות פרטי, אבל במקום שיבצעו את הפעילות בבתי החולים הפרטיים, צריך לבצע את הפעילות במשמרת שנייה בבתי החולים, כלומר ניצול תשתיות בצורה מושכלת יותר, ועודף ההכנסות על הוצאות יישאר בבית החולים, וכולם יהיו מרוצים, כי יש לזה אלף ואחת משמעויות. בבית החולים הפרטי הצוות הוא לא אורגני, וכשקורית תקלה אתה בבעיה כי אתה לבד. כל הדברים האלה הם חשובים.

הצוותים רוצים את זה, אבל טרפדו את זה בממשלה. יפי נפש הסבירו את התנגדותם בשם השוויון הסוציאלי וכו', דיברו בפרמטרים ערכיים. זאת אומרת, שבפרמטרים ערכיים הורידו את זה דווקא המערך (מפלגת העבודה). חבל. כי זה היה בפירוש פתרון טוב, כי מנהלי בתי החולים יודעים לעשות את הפיקוח והבקרה. זה היה בנתיב טוב מאוד למערכת.

גם היום כשמדברים על פול-טיימרים, אז האוצר חושב שאם ניתן לפול-טיימר 100 אלף לחודש אז הוא יישאר. הם לא מבינים את השוק, הם לא חיים במציאות".

מרדכי (מוטקה) שני

"כשאתה מסתכל על מערכת הבריאות שלנו, אחת הבעיות הנוספות היא הבלגן בנושא העבודה הפרטית. כשהייתי מנכ"ל משרד הבריאות, בקדנציה הראשונה מיניתי את פרופ' מן ז"ל כיו"ר ועדה שתגדיר את המותר והאסור לרופאים העובדים בשוק הציבורי. המשנה לנציב דודו פרלשטיין, אמר לי: 'מוטקה, השתגעת? אם בשביל לעשות סדר אצל הרופאים תהרוס לי את כל המערכת הציבורית – לא רוצה סדר'. למעשה, עד היום אין סדר במערכת – אין הגדרה של מה מותר ומה אסור. אתה רואה רופאים שקופצים בין שתי המערכות – הציבורית והפרטית. הניסיון הכושל של האוצר להחזיר מנהלי מחלקות לפול טיימרים בבתי חולים – אני עדיין לא רואה את היישום שלו. למעשה, זה יכול היה להימנע אם לפני ארבעים שנה היינו מגדירים מה מותר ומה אסור. שוב זו בעיה שהיא מאוד מאוד קשה. מעתה ואילך רופא לא יכול לעבוד במערכת הפרטית, ורופאים שהיום עובדים במערכת הפרטית, תוך ארבע שנים צריכים להחליט".

משה בר סימן טוב

"בנושא השר"פ, על אף שהוא לא שחור ולבן בהיבט הזה שהשר"פ הוא רק רע ואין בו יתרונות, אני איתן בדעתי ואסביר למה. אחת הבעיות במערכת הבריאות הנה פערי אינפורמציה אדירים שיש בין המטפל למטופל, בין המטופל למבטח, כל הציירים האלה הם צירים שיש בהם פערי אינפורמציה, שיוצרים כשלים מאוד גדולים שיכולים להביא ליציאה מאיזון של המערכת.

הדרך שבה מדינת ישראל התמודדה עם הדבר הזה היא שהיא הוציאה את המגע הישיר בין המטפל למטופל והעבירה אותו לידי גורמים מתמחים – הקופה מצד אחד, ובתי החולים מהצד האחר. השר"פ חותך בעצם את החבל הזה ומחזיר את המערכת להיות מנוהלת באמצעות שחקני הקצה שלה – המטפל והמטופל. לכן, בעיניי, על אף שזה נורא לראות את בית החולים בשעות אחרי הצהריים לא פעיל ואנחנו צריכים לעשות הכל והרבה מאוד, הרבה יותר ממה שאנחנו עושים והרבה יותר ממה שסיכמנו לעשות ונמצא בשלבי ביצוע (כדי להפעיל בתי החולים אחר הצהריים), אבל זה לא שווה את המחיר הזה ... השר"פ פוגע ביסודות של המערכת, ביכולתה להיות מנוהלת".

ניסים אלון

"אם היו מחליטים שהדברים החשובים (שבשב"ץ) נכנסים לסל, והדברים הלא חשובים יוצאים החוצה ... ואגב ההוצאה המרכזית בשב"נים זה בחירת המנתח וחוות דעת שנייה ... פשוט שבפשוט. להחליט שגם בציבורי אפשר לבחור מנתח. לפרגן לרופאים, לשלם להם, לא במחירים של הפרטיים. וזה ייגמר ונפתרה הבעיה. כבר כיום עושה את זה מנהל מחלקת אף-אוזן-גרון ברמב"ם בחינם".

רוני גמזו

"אני חושב ששר"פ הוא בעיקר בחירת מנתח והזכות לבחור אותו. לא צריך להיות זכות בסיסית. בבית חולים ציבורי מי שמטפל כך זו קבוצה של רופאים שהתאגדה ביחד במבנה מחלקתי בהובלתו של מנהל, תוך כדי ניתוב הכוחות הרפואיים לטובת כלל שלושים החולים באותה מחלקה, תוך כדי מקסום ההישגים הרפואיים וכל רופא הטוב ביותר ילך למקום שבו יוכל לעשות את השינוי הטוב ביותר. זו עבודה קבוצתית בניתוב יכולות, זו הדרך להשיג רפואה הרבה יותר טובה ברמה כוללנית. אני לא רוצה לראות את זה נהרס במבנה של בתי חולים ציבוריים. זה מספיק קורה בבתי חולים פרטיים, והרופאים הטובים ביותר מנתחים ניתוחים פשוטים בגלל שיקולים כספיים. אני רוצה לראות בתוך בית החולים הזה אך ורק שיקולים רפואיים, ענייניים והכשרתיים כשיקולים שגורמים ויוצרים את ההחלטה מי מטפל במי".

רפי ביאר

"אחד הנושאים שהיו במרכז הדיון הציבורי היה כל הנושא של השר"פ ועד כמה בתי חולים ציבוריים אפשר כן להפעיל אותם אחרי הצהריים במנגנון זה או אחר. לצערי הרב, בינתיים לא השתנו דברים. דעתי הייתה מאוד ברורה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע שיש גם אפשרות להוסיף ביטוח נוסף – ביטוח משלים ... החוק לא קבע איפה יישמו את הביטוחים האלה. משום מה הרגולטורים בדרך, שזה בעיקר משרד הבריאות ועוד גופים ויכול להיות שגם קופות החולים ואולי אפילו אינטרסנטים כלכליים כמו חברות הביטוח עצמן, לא רצו שבתי החולים הממשלתיים ינצלו את הכסף של הביטוחים המשלימים (לביצוע שר"פ). בתי חולים פרטיים כמו הדסה ושערי צדק בירושלים אפשרו להם כי אמרו: 'איך אפשר לחזור אחורה?' אבל בלי שום היגיון ובלי שום הצדקה ציבורית אמרו: 'אתה שילמת כל החיים שלך כסף על ביטוח? אתה רוצה ליישם את זה בבית חולים ציבורי כמו רמב"ם או שיבא – אתה לא יכול. פשוט ככה'.

עד היום עושים את זה: לוקחים חולי לב, שצריכים ניתוח מעקפים והתור ברמב"ם קצת ארוך, ויש אפשרות להפעיל את בית החולים אחרי הצהריים. זה לא לקצר את התור, אבל זה לנתח את החולה הזקוק לניתוח לב בנוסף לאלה שמקבלים את הטיפול. אומרים לאותו חולה: 'לא. אתה לא יכול לעשות את זה ברמב"ם. לך לאסותא או להדסה'. זה אבסורד. אתה מונע את זכותו של החולה לבחור איפה שהוא יטופל. זאת פגיעה בזכויות החולה.

עוד פגיעה בזכויות החולה זה מניעה ממנו לבחור רופא. קבעו: 'תבחר רופא מהמערכת הפרטית'. למה? מדוע? כאן חוברים כמה אינטרסים גם כלכליים ולפעמים פרטיים של רופאים ספציפיים שאומרים: 'אתה יודע מה? טוב לי שלא יבחרו אותי במערכת הציבורית. הוא ילך למערכת הפרטית כדי לבחור בי. הוא יבוא אלי לקליניקה הביתה'. זה לא נכון. תנו את הזכות לחולה לבחור ברופא, ללא קשר עם המערכת הציבורית או הפרטית. תנו לבתי החולים להתארגן. הם יידעו לעשות את זה, הם יידעו לתעדף את זה – לתת לחולה לבחור את הרופא.

האוצר וקופות החולים וגם הביטוחים מונעים את זה. לביטוחים יש אינטרס כלכלי. הם לא רוצים ליצור מנגנון שבו כסף ייצא לעוד מערכות. עדיף להם שההוצאה הכספית תהיה קטנה. שיהיו הרבה הכנסות מהביטוחים ויוציאו את זה במערכת הפרטית ... באיזה שהוא מקום היה ניסיון לשנות את זה, אבל לדעת התקשורת וחוות הדעת הציבורית, כולל העיתונים, לקחו את כל הנושא לכיוון הפוך. אמרו: 'שר"פ? איך ישכב חולה פרטי ליד חולה ציבורי?' אמרו להם כמה התנהלויות מאוד לא נכונות של בתי חולים ציבוריים מסוימים, שעשו abuse של השר"פ, וזה הפיל את הדבר הזה. אם את שואלת אותי, בשירותי רפואה נוספים, בצורה מבוקרת, אחרי הצהריים, מעבר לשעות העבודה, אפשר (להפעיל שר"פ) ולשלוט בזה ואפשר להביא רפואה טובה לציבור".

שי טלמון

"אני תומך בשר"פ. במערכת הבריאות, כמו גם במערכות אחרות, ישנם מנגנונים של שירותים פרטיים כבר עשרות שנים. אני תומך בעולם שמעודד יזמות, הצלחה והצטיינות והשר"פ הוא חלק מעולם זה. מובן שהשר"פ לא צריך לבוא על חשבון המערכת הציבורית, ויש לקבוע כללים להבטיח זאת".

שלמה מור יוסף

"השר"פ משמעותו טיפול על ידי רופא פרטי בבית חולים ציבורי. שיטה זו קיימת מעל חמישים שנים בבתי החולים בירושלים ונבחנה האפשרות להרחיב אותה לבתי החולים הממשלתיים ולבתי החולים של שירותי בריאות כללית.

יש לציין כי השר"פ החל לפני עידן הביטוחים המשלימים של קופות החולים. עד אז הכמויות היו קטנות והיוזמה לטיפול הפרטי בדר"כ הגיעה מהחולה. הביטוחים המשלימים אשר מקיפים היום כ-80% מהאוכלוסייה, שינו את כללי המשחק. הביקוש לרפואה פרטית עלה ונשאלת השאלה לאן להפנות את הסכומים האדירים של הביטוחים המשלימים (כ-2 מיליארד ₪) במערכת הבריאות. האם למוסדות הציבוריים או למוסדות הפרטיים.

השר"פ הוא הדרך היחידה בה אפשר להפנות סכומים אלו למערכת הציבורית. מובן שהשר"פ מעלה גם שאלות ערכיות של שוויון וטיפול רפואי מיטבי לחולים, אשר אין להם ביטוחים משלימים ואשר אינם יכולים לשלם על רפואה פרטית.

לדעתי, כספי הביטוחים המשלימים חייבים למצוא את דרכם למערכת הציבורית.

זו הדרך המהירה והנכונה לחזק את הרפואה הציבורית.

לדעתי, צריך להכניס שר"פ מבוקר לבתי החולים הציבוריים. לא יכול להיות שאנחנו בשעה 3-4 אחרי הצהריים רואים את כל התשתיות של בתי החולים הציבוריים שהשקענו בהן הון תועפות, עומדות ריקות. לא יכול להיות שאת הרופאים שאנחנו גידלנו בביה"ס לרפואה, דרך השתלמות, דרך תת התמחות, דרך השתלמות בחו"ל, דרך קנייה של המכשור הטוב ביותר שיש, ושהם התאמנו עליו - ברגע שהם בשלים, הם הולכים החוצה. אנחנו על כל IP (intellectual property) שלנו שומרים ואומרים: 'כמה תשלם לי על ה-IP?'. מצד שני, את ה-IP הכי מרכזי והחשוב שאותו אנחנו מייצרים כל הזמן (רופאים מצויינים ברמה גבוהה), אנו מפנים לרפואה הפרטית, ובית החולים הציבורי לא רואה מזה כלום. לכן לדעתי, למרות כל ה'עליהום' של כולם בנושא השר"פ, אני חושב שהכסף הזה צריך להישאר במערכת הציבורית. יש לזה עוד יתרונות - הרופאים נשארים שעות ארוכות בבית החולים, והם זמינים גם לחולים אחרים. התרבות היא שרופא נמצא בבית החולים. כאשר אפשרו לרופאים להחתים שעון, חיזקו עוד יותר את הרפואה הפרטית. למה אמרו להם להחתים שעון? כי הם הלכו מוקדם מדי לרפואה הפרטית, אז עכשיו אומרים: 'אל תברחו מוקדם מדי', אבל זה לגיטימי - 'תחתים כרטיס ותלך. אתה רוצה ללכת שעה לפני, אתה רוצה שעה אחרי'. יש רופאים שלא ממלאים 50% מהמשרה שלהם, אבל הם לא מרגישים 'פושעים'. הם פשוט מחתימים כרטיס.

פרופ' קלמן מן בנה את השר"פ בהדסה ובהמשך הצטרף שערי צדק להסדר השר"פ. לרופאים אין סיבה לעזוב את בית החולים. כל העיסוק שלהם הוא בתוך בית החולים - גם המחקר, גם ההוראה, גם הרפואה הציבורית וגם הרפואה הפרטית ... ואני מאמין שמנהלי בתי החולים מסוגלים לפקח על זה. ולכן הפתרון הוא לא לבנות עוד בית חולים פרטי כאן ועוד בית חולים פרטי שם. הפתרון הוא לראות איך אנחנו משתמשים במערכת הציבורית בצורה ... השוויוניות וההוגנת, כאשר אנו יודעים של-80% פחות או יותר מהאנשים יש ביטוח משלים.

בדיון הציבורי הנוכחי הנושא של השר"פ ירד מסדר היום. אני לא יודע אם הוא יחזור לסדר היום, אבל זה בוודאי לא נושא לחקיקה חד צדדית. בלי דיון ציבורי שיסביר וישכנע ויצור קואליציות של רופאים וארגוני חולים, זה לא יתקבל. אם אתם שואלים אותי, את בתי החולים הפרטיים הייתי מייעד יותר לנושא של תיירות מרפא, כי תיירות מרפא במצוקה שיש היום צורמת בעין לאזרח הישראלי. ברגע שאתה דוחה ניתוח למישהו ומביא תייר ומנתח אותו, זה כמובן לא מתקבל בהבנה. לכן אני חושב שהנושא של תיירות מרפא, שנולד מהמצוקה התקציבית כשרצו להעלות הכנסות מכל מיני מקורות, לא מתוך איזו אידיאולוגיה שמאוד חשוב לנו לנתח חולה מקפריסין או מאוקראינה. הרעיון היה שיש לנו את התשתית והמוניטין, ונוסיף עוד נדבך למאזן הכלכלי של בית החולים. אני חושב שבראייה חברתית זה לא נכון. זה היה נכון לנצל את המוניטין הגבוה של מדינת ישראל ואת היכולות הגבוהות שיש לנו, לעשות את זה בבתי החולים הפרטיים ולאפשר לרופאים לעשות את הרפואה לתיירות מרפא שם."

פרק 7

סל השירותים שבחוק ביטוח בריאות ומנגנון עדכונו

לפני שחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סל שירותי הבריאות שהיה זכאי לו כל מבוטח, נקבע על ידי כל קופות החולים באופן נפרד. עדכון או שינוי הסל ה"קופתי" נעשה על ידי כל קופה בהתאם לשיקול דעתה ובהתאם למצבה הפיננסי המשתנה. סלי השירותים של הקופות היו בדרך כלל חסויים, ניתנו לפרשנות ולא עוגנו בחוזים מחייבים בין המבוטחים לקופה. הזכאות לסל השירותים הייתה תלויה בתשלום מיסי החבר, וכל קופה יכלה להתנות את הזכאות לסל השירותים בתקופת אכשרה (תקופת ההמתנה הנדרשת מיום ההצטרפות לתוכנית ועד למועד הזכאות לסל השירותים), בגיל המבוטח, במצבו הרפואי, בסיבת ההזדקקות לשירות הרפואי ועוד.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי החליף את הסדרים המעורפלים האלה של סל השירותים ואת תנאי זכאות הקשורים בו, במערכת שעיגנה את זכויות תושבי המדינה לסל שירותים. תכולת הסל הוגדרה באופן מפורט והייתה אחידה בכל הקופות. הזכאות לסל לא הייתה תלויה בתנאים כלשהם, וקופות החולים התחייבו על פי החוק להבטיח את אספקתו של סל זה ב"איכות סבירה ובתוך זמן ומרחק סבירים".

כמו כן, החוק קבע כי בתום שלוש שנים מיום הפעלתו, יועברו שירותי הטיפול הממושך, בריאות הנפש, הרפואה המונעת האישית ושירותי השיקום שבאחריות משרד הבריאות לאחריות הביטוחית של קופות החולים. בחינתם של עקרונות אלה שבחוק מלמדת כי גם כיום, לאחר יותר מעשרים שנות הפעלתו, אין עדיין הגדרה לממדים הסבירים של מרחק, של זמן ושל איכות מתן השירותים. העברת שירותי הבריאות שהיו באחריות משרד הבריאות לאחריות קופות החולים יושמה רק באופן חלקי: שירותי בריאות הנפש עברו לאחריות הקופות (2015), אולם שירותי הסיעוד, רפואה מונעת ושירותי השיקום נותרו עד היום באחריות משרד הבריאות.

מערכת הבריאות מאופיינת בכך שישנם כל הזמן שיפורים טכנולוגיים, המייקרים את תהליך האבחון והטיפול. עד לשנת 1998 לא נוספו לסל השירותים שבחוק תרופות וטכנולוגיות חדשות. החל משנה זו, בעקבות לחץ ציבורי, אישרה הממשלה בכל שנה תוספת ממוצעת של כ-1% מ"עלות הסל" למימון תרופות וטכנולוגיות חדשות (למול עדכון של בין 2% ל-3% השכיח בחלק ממדינות המערב). משנה זו ואילך הסכומים שהועמדו מתקציב המדינה למטרה זו נקבעים, בדרך כלל, בהסכם תלת שנתי בין המדינה לקופות החולים.

ההחלטה על ייעוד התוספת התקציבית לעדכון טכנולוגי בכל שנה נתונה בידי "ועדת סל" שהוקמה בשנת 1998. ועדה זו שהרכבה כולל נציגות של כל השחקנים המרכזיים במערכת הבריאות, היא זו שמחליטה אילו תרופות וטכנולוגיות חדשות יתווספו לסל בכל שנה תוך עמידה במסגרת התקציב שהוקצתה לנושא על ידי המדינה. על מנת לשמר ולקיים תשתית בריאות רחבה ומעודכנת, יש צורך בעדכון סל שירותי הבריאות שהוגדרו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אחת לשנה, מתכנסת ועדה ציבורית להרחבת הסל ("ועדת הסל") המורכבת מחברים מתחומים שונים במערכת הבריאות ומחוצה לה. ועדה זו מחליטה אלו תרופות וטכנולוגיות רפואיות אחרות יתווספו לסל השירותים הכלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובמסגרת תקציב המוגדר מראש. שיקולי הוועדה בדירוג הטכנולוגיות והתרופות השונות הנדונות בפניה, הינם מגוונים, וכוללים בין היתר שיקולים כגון, יעילות הטכנולוגיה בטיפול המחלה; היות הטכנולוגיה מונעת מחלה; היות הטכנולוגיה מצילת חיים או מונעת תמותה ועוד.

הסוגיות הקשורות בסל השירותים רבות ומגוונות. ראשיתן בהתלבטות לגבי רמת הפירוט שיש לפרט את הסל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי והמשכה בסוגיות הקשורות למנגנון עדכנו השנתי של סל זה בגין שיפורים טכנולוגיים.

מהו היקף העדכון? האם מנגנון העדכון צריך להיות מעוגן בחקיקה או נגזר מהחלטות תקציביות אחת לשלוש שנים? מהם הקריטריונים ומהו המנגנון שעל פיו יש להחליט על טכנולוגיות חדשות שייכללו בסל? מהו מקומן הראוי של תרופות מצילות חיים? על העמדות השונות של המרואיינים לגבי סוגיות אלה ואחרות נוכל ללמוד בפרק זה.

אבי ישראלי

"זה שיש סל ויש אומבודסמן! זה בעיניי בעל חשיבות קריטית. האם הסל צריך להיות כל כך מפורט, עם כל תרופה ותרופה, כל התווייה והתווייה, כל מינון ומינון ודרך מתן? זה נושא לדיון.

יש מעט מאוד מדינות שלכלל התושבים יש במימון ציבורי סל כה רחב ומערכת ציבורית כה טובה כמו אצלנו. יש אצלנו את אחד מסלי הבריאות הכי רחבים במימון ציבורי לכלל המבוטחים. אחד הרחבים ביותר".

אהוד אולמרט

"אחד הדברים שלצערי לא הצלחנו להתמודד עם זה עד היום זה הפופוליזם. אנחנו יודעים שבסל הבריאות יש המון פופוליזם ורמייה. שיש המון תרופות, שערב לפני הישיבה של סל הבריאות עושים תוכנית בטלויזיה ומראים מישהי שהיא חולת סרטן והולכת למות ואומרים: 'אם תכניסו את התרופה לסרטן "אווסטין" – הכול יסתדר'. ואנחנו יודעים שאווסטין במקרה הטוב ביותר מאריך את חיי החולה בחודשיים בייסורים גדולים. אבל במקום אווסטין, שזאת לא פריצת דרך רפואית, אפשר היה לקנות איזו שהיא טכנולוגיה חדשה, שהיא כן יכולה לעשות הברדל עצום מבחינת הטיפול".

אורלי מנור

"אם מדברים על ועדת הסל ובעצם העדכונים מדי שנה: מצד אחד, כשאנחנו עושים השוואה בינלאומית זאת אחת השיטות הכי טובות, כי אנחנו מאוד רגילים להסתכל על החסרונות בשיטות שלנו ועל חצי הכוס הריקה. בחצי הכוס המלאה המנגנון הוא כלל לא רע, וקשה להצביע על תרופות באמת חשובות או טכנולוגיות חשובות שהציבור הישראלי לא זכאי להן. אם נסתכל בגדול, המכניזם הוא טוב. נכון הוא שראוי היה לקבוע עדכון ברור, שוטף, גם בגלל גידול במספר האוכלוסין וכמובן גם בגלל השיפור בטכנולוגיות והיוקר שלהן. ראוי היה למנוע את המאבק שנוצר בכל שנה בשביל ההרחבה. אבל הרעיון עצמו שיש ועדה, שמיוצגים בה כל הגופים, שיש גם נציגי ציבור וגם אנשי אתיקה, שיש יחידה שהיא מאוד מוערכת במשרד הבריאות שמגישה את כל החומר ועוברת על הנתונים ועל עלות מול תועלת, כלומר המכניזם הזה הוא מכניזם יפהפה, ואנחנו יודעים שבעולם מאוד מעריכים אותו, כלומר הוא נחשב לאחד הכלים הטובים.

אנחנו היינו צריכים לגרום לשיפור במכניזם הזה, והשיפור בו היה צריך להיות שהמלחמה לא תהיה בכל שנה מחדש, אלא יהיה מנגנון ברור להרחבה שיגדיר גם משהו שקשור בגודל האוכלוסייה וגם משהו שקשור באיזה שיעור אומדן לכמה

שנים מראש להתייקרות של טכנולוגיות חדשות. אבל אם מסתכלים בדיעבד, לא מוצאים תרופות או טכנולוגיות מאוד חשובות שימנעו מקהל המבוטחים הישראלי. עד שמשהו נכנס לסל לוקח חצי שנה עד שנה. נכון שאם נסתכל במיקרו – חולה סרטן מסוים רוצה את התרופה עכשיו, אבל יאשרו אותה בעוד שנה, וזאת יכולה להיות בעיה. אבל אם אנחנו מסתכלים במקרו – המנגנון לא רע, אבל אפשר לשפר אותו”.

אלי דפס

”הדבר הגדול שהיה בשיא הדיונים התקשורתיים והציבוריים זה נושא תרופות so called מצילות חיים או מאריכות חיים. מדינת ישראל היא די early adaptor, מכניסה די מוקדם תרופות חדשות לסל ... תמיד הביקוש יהיה גבוה יותר מאשר השירותים הכלולים בסל, כי בעודנו מדברים כרגע, יש ב... כעשרה מיליארד שקל תרופות חדשות שממתינות לאישור בתחנות השונות (אם ב־FDA או בישראל), והן קיימות כבר, התפרסמו כבר, אבל הן עדיין לא קיימות בסל. תמיד זה יקרה. יש תמיד תאריכי פיתוח. אם השב”ן קיים, והוא נותן את התרופות האלה בשב”ן, הוא נותן בעצם עזרה לסל הביטוח הממלכתי ... כדי ליצור את הרוגע הזה, את השקט הנפשי של האנשים, בואו תכניסו את זה לשב”ן, לכן לדעתי השב”ן הוא כלי נכון. בחוק ההסדרים הנוכחי הוסיפו לסל התרופות החדשות 250 מיליון שקל לתרופות מצילות חיים כדי להרגיע את הלחץ על השב”ן, והמדינה לקחה על עצמה את האחריות, וזה בסדר וכאן מילא השב”ן תפקיד חשוב”.

אלכסנדר (אליק) אבירם

”דעתי מזה זמן רב היא שאת ועדת סל התרופות צריך לבטל. שוכחים שבעצם כל ההמצאה הזאת הייתה מנגנון לעדכון ההקצאה לבריאות ... היה ויכוח לגבי עדכון המרכיב הטכנולוגי. היו שטענו 4% והיו שהביאו דוגמאות מארצות, שבהן זה היה אחוז אחד ואפילו חצי אחוז. הוחלט שנעשה משהו שונה, וכך נולדה ועדת הסל ... שוקי [שמר] לוקח על עצמו את הבכורה על ידי הקמתה של היחידה ל־Technology Assessment, וזה התחיל להתגלגל עד שנהיה מולך בפני עצמו. הציבור אוהב את זה, ולמקבלי ההחלטות זה עלה תאנה. אני מוכרח להגיד שאני לא הרגשתי בנוח מההתחלה, שהוועדה בכלל יודעת מראש את התקציב שלה, כי אם כבר עושים דבר כזה, אז הגוף המקצועי-ציבורי צריך להכין רשימה מדורגת לפי סדר עדיפויות, ושהממשלה תגיד איפה לחתוך. הסידור הנוכחי מזמין מניפולציות ולחצים. למשל, בזמן הדיון על פוסאלן ואחר כך הרצפטין היו לחצים מצד פוליטיקאים. מבלי להזכיר שמות אגיד שהיו ניסיונות לא נחמדים לקדם תרופה

זו או אחרת, שנבעו מן העובדה שידענו את התקציב. חיסרון שני של ההקצאה דרך ועדת הסל הוא שבעצם לא בודקים אם הקופות הוציאו את התקציב שהוקצה לטכנולוגיה המסוימת, אם לאו, ובצדק. מבחינת השיטה הנוכחית זה מוצדק, אבל לציבור ולתקשורת הדבר לא מובן וגורם להתמרמרות לא מוצדקת.

תוצאה שלילית נוספת היא שנוצרת תחושת 'מגיעות' – אם זה בסל, אז מגיע לי. אם הרופא חושב אחרת זה מפני שהקופה לא רוצה לתת, כי היא רוצה לחסוך כסף. בנוסף, היום חובתו של הרופא להגיד לפציינט: 'יש תרופה כזו וכזו, היא יכולה להיות טובה בשבילך, אבל היא לא נמצאת בסל'. החולה בצר לו פונה לוועדת החריגים, זו מצדיקה את החלטת הקופה, ואז רצים לבית משפט. בדרך כמובן אוספים עורך דין, וכך נכנס לתמונה עוד גוף, לא בין החלשים במדינת ישראל שיש לו אינטרס, ונוצרת תעשייה שלמה – 'תעשיית החריגות'. נדמה שבית הדין לעבודה גם בעל עניין, שכן הנושאים של 'כן בסל, לא בסל' וכיו"ב הם יותר פיקנטיים מאשר סכסוכי עבודה שגרתיים.

הפתרון שלי? הייתי עושה Technology Assessment אמיתי, בדומה ל-NICE בבריטניה, בלי לקבוע את זה כחוק ובלי ליצור 'מגיעות' ובלי ליצור עילה ללכת לבית המשפט. הערכת הטכנולוגיות לשיטת ה-NICE יוצרת סולם עדיפות מקצועי שמהווה תמיכה לספקי השירות, בעיקר לרופאים, ומביא לחסכון על ידי השוואת האפקטיביות של הטכנולוגיות החדשות מול הישנות. תרופה שהומלצה על ידי ה-NICE ניתנת חינם, והאחרות – לא.

תהליך Technology Assessment אמיתי נותן גושפנקה מקצועית/אתית וגב לרופא. אם יבואו ויגידו: 'אתה לא נותן לי MRI, מפני שהקופה לוחצת עליכם לא לתת', הוא יכול לענות: 'לא, משרד הבריאות קבע שבכאבי גב פשוטים לא עושים MRI. אתה רוצה ללכת לבית המשפט – לך, אבל הסיכויים שלך קטנים'. באמריקה נוכחו לדעת כי התנהגות של רופאים לפי הנחיות קליניות, שהוכנו על ידי גופים מקצועיים, שימשו כהגנה אפקטיבית במקרים של תביעות רשלנות.

ה-NICE הוא בעצם מכון תקנים של טכנולוגיות רפואיות, והוא עושה כנראה את הדבר החכם. עובדה שאובמה היה מוכן לתת 10 מיליארד דולר רק לנושא הזה של Comparative Analysis. הכוונה היא לא להגיד סתם שהתרופה הזאת עוזרת או זאת לא עוזרת, אלא כמה היא מוסיפה בריאות לעומת תרופה שקיימת, והיא בדרך כלל יותר זולה. אפילו אם היא לא יותר זולה, אבל איננה מוסיפה הרבה בריאות, השימוש בה עדיף כי היא קיימת ואנחנו יודעים עליה יותר.

תהליך של תעדוף בתוך ועדת הסל הוא לא מדויק. גם מפני שאומרים להם מראש שיש כך וכך מיליוני שקלים ותסתדרו עם זה, וגם מפני שהערכות העלות הן

מאוד גסות. קשה מאוד להעריך מראש כמה זה יעלה להכניס תרופה אחרת, אז לא אחת ולא שתיים ... חשבנו שזה יעלה 30 מיליון, אבל בפועל זה עלה רק 17, וכך מנענו מעוד תרופה שעולה 13 מלהיכנס לסוף הרשימה”.

אסנת לוקסנבורג

”עם ההקמה של מנהל הטכנולוגיות, ששוקי שמר עמד בראשו, כשהיה משנה למנכ”ל ומנהל הטכנולוגיות בשנים 1998-1999, אנחנו מתחילים להיכנס ולהבין את ההוויה הזו של החוק ומה הוא עושה ואיך מתרגמים את החוק הזה למעשה. התחום שלנו, שהוא תחום הטכנולוגיות, נשאר למשא ומתן כמה תקציב יש, אם בכלל יש תקציב או אין תקציב וכו’. מה תהיה השיטה, איך עושים את זה. פה התחלנו במסע ארוך שנמשך עד היום של איך לעשות את זה בצורה הטובה ביותר ובצורה שהיא הכי נכונה למדינת ישראל.

אתה יכול להגיע לטכניקות שהן מצוינות מקצועית, אבל שלא יתאימו להוויה הישראלית או שלא יהיו מקובלות על ידי התושבים, הציבור, המערכת הממשלתית, המערכת המקצועית. בעצם, אנחנו מתחילים ללמוד את החוק, לראות את ההיבטים ולראות איך אפשר לקדם את הדברים ולהפעיל את המצב שנקרא עדכון הסל ... קודם כול, אתה צריך להיות מאוד מקצוען, צריך לדעת שאתה עושה את הדברים בצורה הכי מקצועית.

כשאנחנו מדברים על תהליך הרחבת סל הבריאות, זה תהליך מרכזי שכולם שותפים בו, תהליך שהצלחנו לבנות אותו בצורה כזאת שמעבר לוועדת הסל, הוועדה הציבורית להרחבת הסל שכמובן מקבלת בסופו של דבר את הדברים – כל התהליך שמתחיל בינואר, נבנה על בסיס עבודה משותפת של משרד הבריאות עם קופות החולים, עם הרופאים בשטח, עם בתי חולים, עם גורמים שונים, כשבעצם כל אחד תורם את מה שהוא יודע ומה שהוא יכול לתוך אותו מקום, וממנו אנחנו בעצם יכולים להשיג פלטפורמה שבה יכולה להיעזר ועדת הסל על מנת לקבל את החלטותיה”.

ארנון אפק

”צריך למצוא את הדרך להתגבר על בעיית העלויות של התרופות ... אחת השטויות הייתה מה שנעשה ב-2008 עם ההוצאה של התרופות מצילות חיים מהשב”נים. לדעתי, זו הייתה טעות חמורה, רשלנות, פגיעה באנשים. במקום שהשב”נים ישמשו לכל מיני דברים נחמדים כמו הידרו-תרפיה, טיפול בפרחי באך ודומיהם, שזה נחמד, ואני לא נגד אם זה עושה טוב לאנשים – בסדר ... את זה כן מותר, אבל

תרופות מצילות חיים, שהשב"נים היו קונים בזול, כי צריך להבין שכוח הקנייה היה מוזיל את המחירים – זה לא! זאת דמוגיה לשמה. פשוט דמוגיה לשמה ... אני רציתי להוסיף את זה, אבל בסוף ליצמן בחכמתו, אחרי שהאוצר כל כך מתנגד לזה, אמר שהוא מוכן להגדיל את סל הבריאות. בואו נראה מה יקרה עם זה בעתיד. ועדת סל הבריאות זה רעיון גאוני, כל הכבוד לשוקי שמר, לאסנת לוקסנבורג, ולכל מי שידו בזה. הרופאים יודעים להגיד אם זה יעיל או לא יעיל, כן טוב או לא טוב.

מי שצריך לקבל החלטה שכן מטפלים בחולה עם סרטן ולא בחולה עם משהו אחר ... זה לא קשור דווקא לרפואה. זה קשור לאתיקה. הרבה אנשים יכולים לקבל החלטה ולהשפיע על ההחלטה. לכן ועדת הסל הוא רעיון גדול".

בוני לב

"היה הסל של קופת החולים הכללית בתחילת 1994, אבל הרעיון שיהיה סל מפורש שאומר מהם השירותים שלהם זכאי החולה, אני חושב שהיה רעיון מעולה, ומובן שבשלב מסוים נוצר הצורך גם לעדכן את הסל הזה. (בשנת 1998) היו 19 תרופות שרוצים להכניס לסל התרופות ... והיינו בעצם צריכים מהר מהר לפתור את אותן תרופות שבמשך השנים הצטברו וצריך היה להכניס אותן בדחיפות.

הקריטריונים היו קודם כול מי יכול ליהנות, מהי מידת התועלת שיש, כמה זה הפך ל-*state of the art* בעולם. קריטריונים שהם היום כולם מקובלים. המחיר כמובן היווה קריטריון. מהי העלות הכוללת של ההכנסה לסל.

מנגנון הסל הוא מנגנון נפלא שגם מבטא צורך ציבורי ... כן היו כמה ניסיונות להוציא מהסל זכאויות בעיקר בתחום הפריון, שלהם יש עלויות ניכרות, ובהם משתמשים גם בטכנולוגיות שהתועלת שלהן היא אפסית. ניסיונות להוציא מהסל זכאויות מאוד נרחבות בתחום סל הפוריות נכשלו תמיד. פשוט זה עניין ערכי, לכן אני חושב שהמאמץ הזה הוא מאמץ כמעט מיותר.

אין דבר כזה להוציא מהסל. נכנסים דברים חדשים וממילא ... כאילו היינו אומרים בוא נוציא את המתים ממרשם התושבים. הם כבר לא נמצאים שם, אז נוציא אותם.

המעבר בין מה מציל חיים למה מאריך חיים ומה שומר על איכות חיים עובר דרך שאלות טכניות. כי יבוא המתחכם ויאמר: איכות חיים משפיעה על מידת הלחץ שאנחנו נמצאים בו, מידת הלחץ משפיעה על מחלות קרדיו-וסקולריות, והנה אתה מגיע פתאום להארכת חיים ולהצלחת חיים ... ההגדרות, אם כן, הן יותר טכניות, ודווקא הצד הערכי פה הוא פחות חשוב. כל השלושה חשובים מאוד, כי החיים

שלנו לא בנויים רק מלהציל חיים של מי שעומד למות הרגע, אלא הם גם בנויים מהארכת חיים של חולי סרטן וגם מאיכות חיים של אנשים שמשתמשים בתרופה. אתה לוקח את הציבור ואת אנשי המקצוע ומייצר איזה שהוא מודל ואומר: אלה המחירים, אלה האנשים, זאת הבעיה, ואתה מקבל איזו שהיא החלטה שהיא מקורבת למה שאתה חושב שערכית הוא נכון. נקודה. אין איזה שהוא פטנט. אחרת היה עושה את זה מחשב. לכן לוקחים את כל 'הבפנוכו' של האנשים, מחברים אותם ביחד ליד שולחן עגול ואומרים להם: 'יאללה, בואו נחליט מה נכון בסדר העדיפויות', ובסדר העדיפויות אין משהו נכון או לא נכון. זה הטוב ביותר שאנחנו יכולים להציע. אין יותר טוב. אין איזו שהיא אמת סופית. אם הייתה אמת סופית, היו נוקטים בה לגבי הדברים בלי בעיה. לכן אין לי תשובה ערכית לעניין הזה. הערך של כל אחד אחר טוב כמו הערך שלי, והערך המצרפי אני חושב שהוא הערך הנכון פחות או יותר לחברה שלנו.. יש לחץ, צריך להתמודד איתו וצריך להיות הגון וישר ... איזה פתרון טוב? אני חושב שהפתרון הנכון קיים היום, שבו הסל מתעדכן. הסל הוא רחב והוא כמעט מיטבי. האם יש בשוליים טכנולוגיות שלא נכנסות? הן בשוליים".

ברוך רוזן

"אחד הדברים החשובים שנעשו הוא העניין של תהליך החלת הסל. זה לא מושלם, אבל מצד אחד יש לו את עבודת המטה המקצועית, ומצד שני הוועדה הציבורית שמביאה את הצד של דמוקרטיה וערכים ושאיפות הציבור. אבל בנוסף לזה, זה שבכל שנה הממשלה צריכה לקבוע כמה כסף יהיה עבור הסל, מצד אחד הוא נותן הזדמנות להגדיל את הסל, ומצד שני הוא לא מוגבל ככזה ראה וקדש. כלומר, יש לציבור יכולת להביא לידי ביטוי את זה שהוא רוצה יותר כסף. אולי צריך להשקיע פחות בכבישים, למרות שכבישים לא פחות חשובים.

זה שיש תהליך מסודר של להחליט עבור מה להשתמש במערכת הכספית שיש לך, וזה מאוד מקצועי, זה נותן ביטחון למדיניות, אבל צריך יותר כסף בעתיד ... וזה נותן גם פתח לציבור להגיד: 'ראו, בשנה שעברה לא הכניסו (תרופות) א, ב, ג - האם זה ייתכן?' זה היה מאוד חכם גם מבחינה ציבורית ופוליטית".

גבי בן נון

"המהפכה השלישית בחוק היא הגדרת סל שירותים. מה היה המצב לפני זה ... מצאנו ניירות, חוזרים, מזכרים, אבל לא היה מסמך אחד שהגדיר סל שירותים ובטח

לא היה מסמך אחד של סל שירותים אחיד בכל הקופות. הסל היה די דומה, אבל היו ניואנסים שונים. מכבי ומאוחדת יכלו להרשות לעצמם לתת יותר, כי היה להם יותר כסף, וכללית נתנה פחות.

מה שאפיין את סל השירותים לפני החוק זה הרבה מאוד תכונות: הוא לא היה מוגדר, הוא היה מאוד מאוד מעורפל, הוא לא היה מעוגן בחקיקה. הוא היה מותנה במצבה הכספי של הקופה. היו תקופות שלקופת החולים הכללית לא היה כסף והיא אמרה: 'אני לא נותנת'.

התוצאה הייתה שמידת המחויבות של הקופה לתת למבוטחים איזה שהוא סל הייתה מאוד מאוד חלשה. רצתה - נתנה, לא רצתה - לא נתנה. דרך אגב, במקטעים אחרים של החיים שלנו לא היינו מקבלים את זה. אם אני עושה ביטוח רכב, יש לי פוליסה; אם אני עושה ביטוח חיים, יש לי פוליסה. איפה הפוליסה שלי בבריאות שהייתה אז? לא הייתה פוליסה. היה פנקס חבר - וזהו.

בא החוק. והנה עוד מהפכה: בחוק מוגדר סל שירותים ... הוקמה ועדת משנה ומי שריכז אותה היה ג'ומס, ח"כ חיים אורון. אמרו שזה נושא מסובך. ליוויתי את עבודת תת הוועדה לענייני הסל (ברשות ג'ומס) ואציג לכם את שתי עמדות הקצה שהיו בוועדה. הייתה עמדה אחת שאמרה: 'בואו נאמר בחוק שכל אזרח במדינת ישראל זכאי לסל שירותים שכולל שירותי אשפוז ושירותים בקהילה'. כלומר, לא לפרט בכלל נקודה. הייתה עמדת קצה שנייה שאמרה: 'חשוב להגיע לפירוט רב כדי שכל תושב במדינת ישראל ידע בדיוק מה מגיע לו' ...

העמדה הראשונה אמרה: 'תראו, אם נתחיל עכשיו לפרט זה לא ייגמר אף פעם'. זאת עבודת נמלים בלתי רגילה. חוץ מזה, הסל דינמי - כל הזמן מתחלפות תרופות, כל הזמן יש טכנולוגיות חדשות. מה שאני כותב היום ישתנה מחר. אז עזבו. וחוץ מזה יש לנו את השעון המתקתק שאנחנו צריכים לגמור את חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת הייתה עמדה מספר אחת - מספיק שנעשה הצהרת עמדה דקלרטיבית מהו סל השירותים.

העמדה השנייה אמרה ממש הפוך - מה שלא תגדיר, הקופות לא ייתנו, כי אנחנו נכנסים עכשיו לסביבה שבה זה נתון לחקיקה. זאת לא האנרכיה שהייתה בעבר ... יש חוק. ואתה חייב לפרט כל דבר ברמה הכי מדויקת שאתה יכול, כדי שכל תושב ידע בדיוק מה הוא מקבל. זאת הייתה עמדת הקצה השנייה, שבסוף דרך אגב ניצחה ... מי שמסתכל על רמת הפירוט של סל השירותים במדינת ישראל הוא מאוד מפורט, יש לזה גם חסרונות. מצד אחד, זה מחזק באופן דרמטי את הזכויות. זאת אומרת, אנחנו יכולים לדעת מה מגיע לנו. החיסרון של זה שאם אתה יורד לרמת פירוט כל כך גדולה, זה אומר גם מה לא. כל מה שלא הכנסת - לא כלול בסל.

האסטרטגיה הייתה של לפרט כמה שיותר. התשתית הייתה כל הניירות של קופת החולים הכללית, כי היא הייתה הדומיננטית ביותר והיא ביטחה את רוב האוכלוסייה, ובייגה שוחט שתמך בחוק אמר לחיים רמון: 'אני הולך איתך, אבל בשום פנים ואופן אתה לא פורץ את התקציב'. זאת אומרת, שלא בהזדמנות זאת שאנחנו מחוקקים חוק – אנחנו מעלים את הרווחה של אזרחי מדינת ישראל. המשמעות של זה היא לצלם את תמונת המצב הקיימת בסל ... אז לקחנו את סל הכללית, וברלוביץ קצת הרחיב אותו, ועל התשתית שלו נוצר סל הבריאות.

אם אני אנסה לסכם את המהפכה הזו שגם היא הייתה מהפכה מאוד מאוד גדולה, מסל שהיה מעורפל, לא מוגדר, לא מחייב, לא פומבי הגענו למצב של סל מפורט, מעוגן בחקיקה, ואפשר היה ללכת לבית משפט כדי לקבל אותו בפומבי. אפשר להיכנס לאינטרנט ולמצוא מה כולל סל התרופות. אפשר להגיד 'זה מגיע לי', כי זה כתוב בחוק.

במקטע הזה של הסל אספר עוד אנקדוטה, שהיה רעיון שלקחנו אותו מוועדת נתניהו ... להעביר את האחריות לתוספת השלישית של השירותים שבאחריות משרד הבריאות, לאחריות קופות החולים ... מה היה ההיגיון של זה? אמרנו ... שהקופה תראה את המבוטח באופן אינטגרטיבי – גם במצב של בעיה נפשית, גם במצב של בעיה סיעודית, גם במצב של רפואה מונעת וגם טיפולית. כלומר, על כל הרצף של האחריות הטיפולית יהיה אחראי גוף אחד מרכזי. זה היה הרעיון. חשבנו שהרצף הזה של אחריות מוסדית אחת של קופה הוא דבר מאוד מאוד חשוב – היא רואה אותך מיום לידתך ועד יום מותך ... באו הקופות ואמרו לחיים רמון: 'אתה עושה מהפכה כזאת גדולה ומשנה את כל כללי המשחק, ואתה בא ומטיל עלינו עכשיו גם את הנטל הזה של גריאטריה ופסיכיאטריה. נו באמת, תן לנו קודם להתאושש מהשינויים האלה' ... חיים רמון קיבל את הטענה הזאת, אבל באופן חלקי, ובחוק הוגדרו שלוש שנים של שנות מעבר ... עברו שלוש שנים ואז ארבע וחמש שנים, ונושא הפסיכיאטריה לקח עשרים שנה, עד שהוא עבר לקופות החולים. את הסיעוד עד היום לא יודעים אם ליצמן שר הבריאות יצליח להעביר אותו או לא."

חיים פליץ

"באותה שנה (1998) אגב חווינו שחקן חדש שהשפיע על הפעילות שלנו במסגרת חוק התקציב וזה השפעתו של הציבור, של ארגוני החולים על המחוקק. מכיוון שהיה לנו מאבק קשה באותה שנה על כמה כסף נוסף לתרופות, לסל הבריאות. שר הבריאות מצא רצה כמות מסוימת של כסף, ואנחנו לא היינו מוכנים לזה. בוועדת הכספים היה לאוצר רוב ... אבל אז הופיעה לדיונים בוועדת הכספים בחורה צעירה

בת 16, קירחת, שישבה והציגה את עצמה כחולת סרטן שהולכת למות, כי אין בתקציב סל הבריאות תרופה עבודה ... רוב חברי הכנסת, שחלקם הם אנשים ציניים ואינטרסנטיים התרגשו. הילדה הזאת בת ה-16 ניצחה כאן את כל העבודה שעשינו, ועקב כך נוספו מאות מיליוני שקלים למערכת להכנסת תרופות חדשות”.

חיים רמון

“קבענו דבר מהפכני בחוק – סל תרופות. אמרו לי שאחת הטענות נגד החוק הייתה שהקופות ישחקו את סל התרופות. אמרתי: אין בעיה, נעשה סל תרופות שיהיה חלק מהחוק, ונדמה לי שאין לזה תקדים בשום מדינה. אם רוצים לשנות זה יהיה דרך הכנסת, בוועדת הרווחה שהיום זו ועדת הרווחה והבריאות, ובכל שנה יעבדו לפי כללים.

סל תרופות זה סוג של יחצנות. הרבה יותר קל ליחצן תרופה שלא מועילה לחולי סרטן, והיא אולי מאריכה בממוצע את חייהם בחמישה חודשים מאשר ליחצן תרופה לאסטמה ל-200 אלף שחיים לא רע, אבל זה היה משפר את איכות חייהם. אי אפשר לעשות הפגנה של 200 אלף, אבל להביא 2-3 חולי סרטן שיפגינו – אפשר. לכן גם ההחלטות שם הן מאוד פופוליסטיות ומאוד בעייתיות. צריך למצוא דרך נכונה יותר גם בנושא של סל התרופות”.

יצחק ברלוביץ

“בהצעת החוק המקורית לא היה סל שירותים. בהצעת החוק המקורית היו תחומים, כלומר אמרו שיש תחום רפואה מונעת, יש תחום שיקום, יש תחום אשפוז, יש תחומים שלגביהם חל החוק. הרעיון היה שבעצם מגיע לך הכל. נקודה.

מה שקיים באותו זמן, כפי שזה היה קיים בקופת החולים הכללית ... עד 1993 בעצם לא ידעו בכלל מה הסל שלהם. הם ידעו שזה מה שהם מקבלים מקופת חולים. היו הבדלים בין קופה אחת לקופה שנייה, והקופה החליטה לעצמה בעצם מה השירותים שיינתנו על ידה ... כאשר זה הובא בפעם הראשונה לוועדת שרים לענייני חקיקה, הם לא קיבלו את העמדה הזאת, והם החליטו שלפי דעתם חייב להיות סל. לא מספיק כותרות או תחומים, אלא חייב להיות סל.

עכשיו לך ותמציא סל. אין לנו סל. אחת הבעיות שהיו בהתחלה, שחלק מהאנשים כבר אמרו שבכלל אין סל, ואם רוצים סל זה כבר יהיה אנציקלופדיה ויהיה המון חומר. זאת הייתה בעצם שיטה איך לדחות את החוק מפה ועד לנצח, כפי שזה היה עד אז ... ואז מישהו נזכר שבקופת החולים הכללית יצרו איזו שהיא חוברת שנתנה פירוט של תחומים שבהם קופת חולים מחויבת ... לחוברת הזאת

יש את ההיסטוריה שלה, איך היא נוצרה ... אבל החוברת הזאת, לפי מיטב הבנתי, בעצם מטרתה העיקרית הייתה שיווקית, איכשהו לעצור את הסחף של מבוטחים שיעזבו את קופת החולים הכללית ויעברו למכבי. אבל החוברת הזו הייתה קיימת והתפרסמה בספטמבר 1993, ואנחנו חשבנו שזה יכול להיות בסיס טוב כדי לעשות לה תרגום ושיפור (בידיש: פארטייטשט און פארבעסערט).

לקחנו את החוברת הזאת ואמרנו שהיא תהיה הבסיס והיינו אמורים להפוך את זה ללשון משפטית. כל זה ניתן לנו בערך ליומיים או משהו כזה. ברור היה לי שפה לא נמציא המצאות, מקסימום נתקן טעויות כתיב ונגסח כל מיני דברים שנראים לנו כאלה שצריכים ניסוח. כדוגמה, בגלל תחושת האחריות, אמרו לנו כל הזמן שזאת רק הצעת חוק לוועדת שרים לחקיקה וממילא זה יבוא לקריאה ראשונה ויהיו דיונים בוועדה ונוכל לתקן את זה אחר כך. חבל על הזמן, פה רק תכתבו את הטיוטה הבסיסית ... בכל זאת הכנסנו כמה מושגים, כמו למשל, שכאשר היה לי ברור שמה שמופיע בחוברת זה לא כל מה שקופת החולים הכללית מספקת, אז הוספנו כל מיני מילים כמו כגון, וכו', וכדומה, כדי לא לסגור את האופציה ולהגיד שזה מה שנמצא. כאשר החוק נכנס, היינו תחת החרדה שתוך כדי התהליך הסל ילך ויצטמצם. כדי שזה לא יקרה, קבע חיים רמון שר הבריאות, שהמועד הקובע של הסל יהיה רטרואקטיבי, לא כמו שבדרך כלל חוקים, שמדברים על משהו פרוספקטיבי, אלא הוא אמר שהסל יהיה אחורה ל-1 בינואר 1994, כאשר החוק נכנס לתוקף ב-1 בינואר 1995. אז אמרנו שלפחות את עצם העובדה שקופת החולים הכללית סיפקה את השירותים האלה ב-1 בינואר 1994, גם אם זה לא כתוב, תמיד ניתן יהיה לברר. כלומר תמיד אפשר יהיה לפנות לקופת החולים הכללית ולשאול: 'האם נתתם את השירות הזה, ואם כן - באיזה תנאים ומה היו ההסדרים'. ואז בצורה כזאת ניתן יהיה אחר כך לשחזר את הזכויות של המבוטחים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מהר מאוד קופות החולים האחרות, בעיקר הקופות האזרחיות שהן מכבי ומאוחדת, שהן נתנו למבוטחים שלהן יותר ממה שנתנה קופת החולים הכללית, עשו מהר מאוד סימון והפרידו בין השירותים שכלולים בסל שקופת החולים הכללית נתנה, שהם קראו לזה 'הסל הממשלתי', לבין השירותים שהם נותנים כבסיס, וקראו לזה 'קרן מכבי'. הם אמרו שזו תוספת, ומי שרוצה לקבל את התוספת של 'קרן מכבי', צריך להוסיף עוד פרמיה ישירות לקופה, שזה כמוכר גם נוגד את עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משום שישירות לקופה זה אומר שעדיין יש לקופה מערכת גבייה ועדיין יש לשכות. זאת אומרת, עדיין לא סגרת את כל המערכות האלה של הגבייה. מאחר שגם ידענו שיש פערים בין קופה לקופה, אז זה היה בכוונת מכוון. אבל כמו שאת אומרת ואת צודקת, אנחנו גם מצד שני ידענו שזו פגיעה בעיקרון של

השוויון והעזרה ההדדית, כפי שמופיע בחוק בסעיף הראשון. ואז מונתה ועדה שבה היינו חברים גבי בן נון ואני והיו עוד חברים שאיני זוכר את שמותיהם, ואנחנו האמנו שהסעיף הזה מיותר. אבל אנחנו לא מעל החוק, והשיטה שעבדנו בה הייתה כמו שבדרך כלל עובדי מדינה עובדים – ברגע שעובד מדינה לא מסכים עם המדיניות וכו', יש לו את השיטות של הלהרוויח זמן ושל להעביר, ועוד ישיבה ועוד ישיבה. ואנחנו בפירוש משכנו את הזמן כדי לנסות לראות איך אנחנו יוצרים פתרון מבלי לתת לגיטימציה לביטוח המשלים בגלל החששות שידענו למה זה יוביל. וצדקנו. מבחינת הסתכלות לאחור, אני חושב שמנגנוני העדכון של עלות הסל בעצם הוזנחו. בחוק עצמו מופיעה רשימה של פרמטרים שלפיהם אמורים לעדכן, כשחלקם בכלל לא רלוונטיים, ואחר כך זה קצת תוקן, אבל לפחות במקור היו (במנגנון העדכון) מחירי תרופות בבית המרקחת שזה כלל גם תרופות וטרינריות, כל מיני דברים שהם ממש לא רלוונטיים. ולכן נוסחת עלות הסל הייתה מאוד בעייתית.

הבעיה השנייה שהיא לא פחות משמעותית, זה כמובן מה קורה עם ההתייקרויות. ההתייקרות הכי מובנת מאליה זה ההתייקרות הדמוגרפית. הרי זה ברור שהאוכלוסייה גְּדֵלָה, וכשהקורה סכומים גדלים בהתאם לגידול האוכלוסייה ולהזדקנותה. גם לגידול וגם להזדקנות לא הייתה בכלל שום עדות בנוסח החוק, ובעצם הם הפכו להיות כלי למשא ומתן פוליטי בין שר הבריאות לשר האוצר."

מאיר אורן

"מה היה הקונספט? קופת החולים הכללית זה הסל, הסל שלה טוב, רחב, עמוק. זה הסל ונקבע אותו בחקיקה וזה יהיה סל קופות. כמה זה עולה לכם? כל אחד זרק איזה שהוא מספר. הגיעו למספר של 14.077 – 14 מיליארד ו-77 מיליוני שקלים ... לקחתי את עדכון הסל, לקחתי את הנתונים האלה, הרצנו אותם אחורה ל-1993 וראינו איך המערכת הייתה מתנהגת, גם על פי עדכון מדד יוקר הסל או עדכון הסל ואיך זה בפועל, וכבר זיהיתי פער של מיליארד ו-100 מיליון שקל לשנת 1996 שחסרים בתקציב, כשהאוצר מצידו מורח ומושך ומתעתע במשרד הבריאות. עד סוף שנת 1995 הוא לא נתן מענה לא ל-380 מיליון שקל בתזרים המזומנים ולא למיליארד ו-100 מיליון שחסרים בבסיס, ובעצם אם אנחנו מתקדמים הלאה, מ-1995 עד ל-2016, אני אומר לך, על פי האומדנים של מיטב הכלכלנים, כי אני לא כלכלן, נשחקו מקורות מערכת הבריאות בכ-21 מיליארדי שקלים מ-1995."

רוני גמזו

"לחוק ביטוח בריאות ממלכתי יש הרבה מאוד יתרונות, אבל כשמנסים לשים את הדגש ולחפש את היתרונות המשמעותיים, אחד הדברים שמלווים אותנו מאז החוק ועד היום, והוא כמעט נר לרגלינו, זה הגדרת הסל. החוק היה חכם מספיק כדי לבוא ולומר: יש משהו די בסיסי שחייבים לעשות לו tuning ולעשות לו הגדרה נכונה וזה מהי הזכאות, כי הזכאות הייתה מאוד מאוד מבולגנת. קופת חולים אחת נתנה ככה וקופת חולים נתנה אחרת, וכך גבו כאן וכך גבו שם. משרד הבריאות נתן ככה. אחד מהאלמנטים היסודיים של הבעת אמון במערכת זה יצירת הסל – כשאתה יודע מה אתה צריך לקבל ואז אתה יודע לדרוש את זה. אין בלבול כאן. והחוכמה לקחת סל של שירותי בריאות כללית ולהגדיר אותו: רבותי, זה הסל. עכשיו תתיישרו לפי זה. יש אולי הרבה דברים שאתם נותנים מעבר לסל ואולי אתם נותנים פחות, אבל עכשיו זה מיושר לכולם.

הסל הזה מאז יוצק לתוכו הרבה מאוד משמעויות. מאותו רגע שקבעת את זה, אז הרבה דברים שנקבעים גם ב־2017, אתה בוחן אותם אם הם כן בסל או לא בסל על פי ההיגיון של בניית הסל ב־1994.

העיקרון של זחילה טכנולוגית גם הולך אחורה ואומר: זה יוצר עוצמה בלתי רגילה למבוטח. המבוטח באותו רגע לא בא וצריך להסביר את עצמו. יש לו את הזכות להחלפת מפרק. תעשו את זה איך שאתם רוצים. הטכנולוגיה השתנתה? טוב מאוד, הרפואה משתנה. לא צריכים עכשיו להגיד לי לחפש את עצמי בתוך זה. העוצמה של הסל היא הרבה יותר ממרשימה. היא העוצמה העקרונית של השירותים, ולא משנה כרגע אם הם הפכו ליותר מודרניים, ליותר משוכללים, יותר איכותיים. זה לא חשוב. אם הייתה זכאות ב־1994, הם יהיו זכאים גם ב־2017. ברור שזה מביא איתו עוצמה לתוך המערכת."

רפי ביאר

"אין ספק שיש השפעות מבחופ (על ועדת הסל). ההשפעות באות דרך אימיילים, דרך ניסיונות להשפיע על חברי ועדה דרך פגישות, דרך האיגודים, דרך התקשורת, דרך הפעלה של קבוצות חולים שעושות הפגנות למיניהן, ולפעמים זה ממומן על ידי חברת תרופות א' או ב'. זאת אומרת, הלחצים קיימים. ולמערכת שבוחרים את התרופות, כל חברות התרופות, הם מבחינתם רוצים סל כמה שיותר גדול. זה יקבע כמה הם ימכרו במשך עשר השנים הבאות. כי כל החלטה כזאת היא forever, למעשה. כך שהם מאוד אינטרסנטים.

האם צריך לעשות ועדת סל תרופות גם של בתי חולים? תשובה: אני חושב שכן. גם כתבתי על זה לשר הבריאות וגם לשרת הבריאות הקודמת. זה עוד לא יושם. אני כן חושב שצריך לעשות את זה, כי הטכנולוגיות של בתי חולים הן שונות מהטכנולוגיה של הקהילה. צורת הכניסה שלהן היא שונה. הטכנולוגיות הכירורגיות נכנסות בצורה אחרת, וצריך בפירוש לתת לאיזה שהוא גוף מרכזי לכוון את זה ... נכון שצריך לתת חופש גם לבית החולים. תן לבית החולים להיות עצמאי, אבל תן לו גם יכולת טכנולוגית, לבתי חולים שאין להם את היכולת להתקדם קדימה, ותן גם פתרון תקציבי נאות לטכנולוגיות חדשות שנכנסות".

שי טלמון

"יש לי תחושה (מאז עסקתי בעניין חלפו כעשרים שנה, כך שזו תחושה בלבד) שהקצאת המשאבים של מערכת הבריאות בין התוספת השנתית לסל לבין התוספת השנתית לנושאים אחרים (כמו מיטות אשפוז וכוח אדם) אינה יעילה, והתקציבים המוקצים לסל מושפעים מהדיון הציבורי הרחב המתנהל מידי שנה בהקשר זה. רמת סל הבריאות בישראל היא נאותה ביחס לעולם המערבי, לעומת הפערים שיש בנושאים האחרים".

פרק 8

"שהציבור ישלם" – האם השתתפויות עצמיות נועדו לרסן ביקושים עודפים או להגדיל מקורות הכנסה?

תשלומי השתתפות עצמית בעבור שירותי בריאות נהוגים ברוב מדינות העולם המערבי. הם מנומקים, בדרך כלל, ברצון לצמצם ביקוש עודף לשירותי בריאות והוצאות עודפות הקשורות לשימוש זה. לתשלומי ההשתתפות העצמית ישנו גם יעד נוסף – הגדלת מקורות הכנסה של ספקי השירותים או של גורמי הביטוח. הניסיון הבינלאומי של שימוש בתשלומי השתתפות עצמית בעבור שירותי בריאות מלמד שהשפעתם על צמצום שימוש עודף מוגבלת לטווח זמן יחסית קצר. היא עשויה לצמצם גם ביקושים נחוצים מבחינה רפואית וגם להסיט ביקוש מתחומי שירות שמוטל עליהם תשלום, לתחומי שירות אחרים הניתנים חינם. עוד מלמד הניסיון הבינלאומי, שלתשלומים אלה השפעה בעיקר על זמינות השירותים לאוכלוסיות ברמה סוציו-אקונומית נמוכה.

תשלומי השתתפות עצמית בעבור שירותים הכלולים בסל השירותים הציבורי היו נהוגים בקופות החולים גם לפני שנחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הם כללו תשלומים בעבור תרופות, ביקור בחדר מיון, מוקדי לילה, הסעות ועוד. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הנציח הסדרי תשלומים אלה ואסר להגדיל אותם. בשנת 1995 שיעורן הכולל של הכנסות קופות החולים מתשלומים אלה עמד על כ-5.3% ממקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בשנת 1998, במסגרת חוק ההסדרים, תוקן החוק ונקבע שקופות החולים רשאיות להציע שינויים בתוכנית התשלומים בעבור שירותי בריאות הכלולים בסל. עוד נקבע שהתשלומים יהיו בלתי מפלים, וייקבעו מנגנונים של הנחות ופטורים לחברים בקבוצות אוכלוסייה שונות המפורטות בחוק, כגון מקבלי קצבת הבטחת הכנסה, מקבלי קצבת נכות ועוד.

בעקבות שינוי זה אישרה ועדת הכספים של הכנסת לקופות החולים לגבות דמי השתתפות קבועים לרבעון בעבור ביקור במרפאות חוץ של בתי החולים, במכונים ובעבור ביקור אצל רופא מקצועי. עוד אישרה הוועדה להעלות את ההשתתפות העצמית בעבור מרשמים לתרופות – עלייה ממוצעת של 35%. ההעלאה נומקה בטענה כי יש שימוש עודף בשירותים אלה, וכי השתתפות גבוהה יותר תצמצם את השימוש העודף בהם.

אולם מקריאת דברי ההסבר של הממשלה לאישור תוכנית התשלומים ניתן ללמוד כי העלאת ההשתתפות העצמית הייתה חלק מתוכנית כוללת לצמצום גרעונות של קופות החולים, תוכנית שכללה מצד אחד, קיצוץ בהוצאות הקופות, ומצד שני הגדלת ההכנסות מתמיכת הממשלה בקופות החולים והגדלת הכנסות הקופות מתשלומי השתתפות עצמית. שילובן של תוכניות אלה יחד עם הרחבת הביטוחים המשלימים היה אמור לצמצם את היקף הגרעונות של קופות החולים בשנים הבאות.

האם השינויים בתוכניות ההשתתפות העצמית של קופות החולים נועדו לצמצם שימושים עודפים? או שמא העלאת ההכנסות מהשתתפויות עצמיות נועדה רק לצמצם את גרעונות קופות החולים? האם הטלת השתתפויות עצמיות משפרת את יעילות השימוש בשירותי בריאות? או שמא מדובר בצעד רגרסיבי שפוגע בעיקר באוכלוסיית החולים ומעוטי הכנסה? על מגוון הדעות בנושא נוכל לקרוא בפרק הזה.

אבי ישראלי

"כדי לנסות ולהקטין את ההגעה לרופא ללא הצדקה יש את ההשתתפויות, ה־co-payment. אבל זאת בעיה, כי co-payment צריך להיות בסכום שמצד אחד הוא ירתיע מלבוא ללא סיבה מספקת לרופא, ומצד שני הוא לא יהיה גבוה, כדי שמי שצריך לא יבוא ... יש עבודות שהראו שהראשונים שלא מגיעים לרופא זה קודם כול חולי הנפש, שהם צריכים לשלם co-payment ... ואנשים מהשכבות הסוציו-אקונומיות הנמוכות. דווקא אלה עם המחלות הכרוניות, דווקא אלה שזקוקים להגיע לרופא ואנחנו רוצים שהם יבואו – הם הראשונים שלא באים.

יכול להיות שצריך לעשות השתתפויות עצמיות דיפרנציאליות. יש רופאים שיהיו להם השתתפויות עצמיות יותר גבוהות, ויהיו רופאים שאליהם לא יהיו השתתפויות עצמיות.

אפשר גם לעשות השתתפויות עצמיות שמי שמגיע לרופא או לשירות באמצעות רופא אחר, דהיינו הרופא השולח הוא gate keeper אמיתי, והוא שלח את

המטופל לרופא – אז המטופל לא ישלם. אבל אם, לעומת זאת, המטופל 'דילג' על הרופא הראשון והמטופל פונה לרופא היועץ ישירות, אז אולי המטופל כן ישלם co-payment, ואולי אפילו יותר גדול. השתתפות עצמית על חיסונים ... הייתה אגרה על חיסון. זה הרי שיא האבסורד ... לכן ביטלנו אותה בזמני.

אורלי מנור

"ביחס ל-co-payment, זה נראה לי באמת חטא מאוד מאוד רציני. ההשתתפויות העצמיות, אנחנו מגלגלים על אנשים סכומים, לפעמים על חולים כרוניים. אלה סכומים מאוד גדולים, ופה היינו צריכים לעשות שהסל מממן את הכול. אנחנו יודעים שבסיס הבעיה זה שמערכת הבריאות לא מתוקצבת מספיק. אי אפשר שתהיה מערכת בריאות טובה ב-2017 עם 7.6% מהתמ"ג. זה לא הולך. היה אפשר לבטל את ההשתתפויות העצמיות או לפחות למזער אותן או להחליט שחולים כרוניים לא משלמים אותן. כלומר, איזו שהיא החלטה, אבל דרמטית. אם יש לנו מחקרים, ויש כאלה, שמראים שאנשים נמנעים מקניית תרופות בגלל עול כלכלי – זה לא ראוי שיהיה במדינת ישראל של 2017, זה לא ראוי במדינה שיש בה חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זה סותר את השורה הראשונה של החוק. לא מדובר בכספים מאוד גדולים. זה לא עיקר תקציב המערכת ... אני חושבת שצריכים לבטל אותם או לפחות להקטין אותם לסכומים מאוד קטנים ובייחוד לגבי חולים כרוניים, שלא יסבלו מזה, כי זה קנס רציני לכל החיים, בלי שהם עשו משהו רע. כלומר, מספיק שהם חולים כרוניים, כלומר יש להם בהחלט עול אחד על אורח החיים שלהם, ואנחנו לא צריכים להשית עליהם עוד אחד."

אלי דפס

"אנחנו יודעים היום שבפריפריה חולים יותר. אנחנו יודעים היום שעניים חולים יותר, והם דווקא אלה שמשלמים יותר כי הם צריכים תרופות ... כשהחליטו על השתתפות עצמית, צריך להזכיר שבשנים מסוימות היית הולך לרופא שעושה אבחנה או דימות או רנטגן – לא היית משלם עבור זה ... הנושא של השתתפות עצמית נכתב כחלק מהמקורות של הקופה. היום הקופה – 6% ממקורות ההכנסה שלה באים ממה שהיא גובה. בעצם, הפכו את הקופה לגובת מיסים. המדינה, במקום להעמיד לרשות הקופה את הכסף אמרה: 'אתם רשאים לגבות כסף'. הגשנו בקשה והגדירו כמה מותר וכמה אסור, ו-6% מסך המקורות שלנו היום, שזה מיליארדים, באים מההשתתפות העצמית של האזרחים.

דעתי לא נוחה מכך. אבל יכול להיות שצריכה להיות גבייה מסוימת כי האמירה שכשדבר לא עולה לך כלום, אתה לא מעריך אותו. אתה לוקח תרופות, וכשאתה לא משתמש אתה זורק. צריך שתהיה השתתפות עצמית. אלא מה? המדינה חשבה וחשבה נכון לשים גג להשתתפות. יש הרי השתתפות רבעונית שאם אתה מגיע ברבעון על מחלות אחרות, אתה לא משלם יותר. אבל התקרה היא גבוהה מדי, מאוד גבוהה ... זאת אומרת שמי שמשתכר ועם הבטחת הכנסה מביטוח לאומי 2,800 שקל, ואני אומר לו שהתקרה הרבעונית היא 900 שקל – זה מהווה שלישי מהכנסתו. 900 שקל לי ולאחרים זה לא נורא, אבל לאותו חולה זה המון.

הצענו שני דברים: להוריד את התקרות ולעשות הקלה מיוחדת עד כדי תקרה של מאה שקל שבארבעה חודשים זה לא נורא. מי שנתמך על ידי ביטוח לאומי ומקבל קצבת סיעוד או ניצול שואה, כל מיני הגדרות שיודעים לזהות אותם במערכות, שישלם מאה שקל ברבעון, לא אפס, אבל לא 900!”

אלכסנדר (אליק) אבירם

”סיפור החיוב בהשתתפות עצמית הוא סקנדל. מי שהמציא אותו היה רפי רוטר ז”ל.¹ הוא אמר: כדי לרסן ביקושים ... כמו בשוק חופשי, אם את נותנת משהו חינם – כולם יקנו. ואז הוא קבע, נדמה לי, תשלום של 10 ₪ על ביקור רופא וסכום דומה על תרופות. כשנכנס החוק, מה שהיה קודם היה כשר, אז מכבי הורשתה להמשיך ולגבות, והעסק התחיל להתנפח. ב-1998, כשקופות החולים כמעט קרסו, הפכו את ההשתתפות העצמית בעצם להשלמת הכנסה לקופות, לכאורה בלי להגדיל את המיסוי. זה היה החטא הקדמון, הסכומים תפחו, וזה הגיע למצב שאנשים לא מסוגלים לקנות תרופות. בשבילי הייתה זאת נקודת המשבר. בן אדם נדרש להוצאות דווקא ברגע הכי גרוע שלו, כשהוא חולה, ואולי גם לא יכול להתפרנס ... את זה אני לא אוהב, זאת בגידה בעקרונות החוק.”

ארנון אפק

”בגדול, בעיקרון ה־co-payment הוא אמצעי גרוע ביותר. התירוץ ההיסטורי הוא שזה מקטין ביקושים מיותרים, וזה שטויות על גבול ההטעיה. הוא לא מקטין שום ביקושים, אלא מקטין ביקושים שהאזרח משלם ושוקל האם כן לשלם שלושים שקל או לא לשלם. מי שיש לו כסף, זה ממש לא מעניין אותו.”

1 מנכ”ל קופת החולים מכבי בין השנים 1982-1996.

זה מהווה כלי הכנסה לקופות. היום זה 8%-9%. זה מקור הכנסה במערכת וזה לא מקטין ביקושים מיותרים, אלא רק פוגע בחלשים, בחולים שהם אוכלוסייה חלשה. יש איזה שהוא אלמנט של חשיבות ב־co-payment, כי אנשים קצת מזלזלים במה שהם מקבלים. אני רואה אנשים קונים אקמול או משהו אחר, שיהיה בארון. הייתי מפריד בין תשלום בגין מחלה קבועה והייתי מוריד את זה לחולים הכרוניים. במיוחד אגב הייתי נוקט כאן בגישה סוציאלית. זאת אומרת, הייתי מוריד את התקרות במיוחד לאנשים שיש להם פטור. לתרופות שאינן קבועות הייתי ממשיך עם ה־co-payment ולתרופות כרוניות הייתי מוריד אותו עם פטור כמעט מלא לאנשים שיש להם פטור.”

בוֹעֵז לֵב

”התשובה היא שבעולם אידיאלי, שבו יש אין סוף כסף אז הכול פתוח, וכל השירותים ניתנים בלי מגבלה ובלי סוף. אבל זה לא המצב, ולכן זה נכון שכשאתה נותן למישהו תרופות ומבקש ממנו ... אתה קונס אותו ולא רק שהוא חולה הוא גם משלם. נכון.

ראשית, זה מונע את מה שנקרא (שימוש נחוץ) ... זה נימוק מוכר וידוע ששימוש יתר או לקיחת עודף תרופות זה עולה הרבה כסף לציבור, ויש איזה שהוא מין תשלום שאתה משלם ... וזה מוריד כמובן את הביקוש באיזו שהיא מידה. ככל שיש בעיות שהן בעיות סוציאליות, צריך למצוא להן פתרון נכון באמצעות סבסוד, באמצעות מנגנוני רווחה. אבל אני חושב שזה נכון במנגנון הקיים שבו יש מגבלת כסף, להציב את התשלומים האלה. זה לא נורא, זה לפעמים מכעים ולפעמים כואב, אבל אי אפשר אחרת.

באמת בחלק מהמקרים שבהם ההשתתפות של החולה היא מאוד גבוהה, מגבילים אותם. זה הרע במיעוטו. אני לא יכול לומר שזה טוב, אבל זה הרע במיעוטו. אני לא חושב שיש כאן איזה אי צדק איום ונורא, ואני חושב שהאי צדק שלנו הוא יותר צודק מאשר האי צדק בארצות אחרות, בוודאי בארה”ב. אנחנו לא המדינה שהכי שוויונית בעניין הזה ויש מדינות קצת יותר שוויוניות.”

גִּבִּי בֶן נוֹן

”הצלע השנייה (לפתרון גרעונות קופת החולים) הייתה הגדלת ההשתתפויות העצמיות ... זאת אומרת, המדינה נתנה שליש, השתתפויות עצמיות ייתנו שליש והשב”ן ייתן על ידי הזרמת כסף עקיף לסל הבסיסי את השליש האחרון לכיסוי הגירעון ... במשרד האוצר חשבו ב־1998, שהפתרון הזה הוא הפתרון הנכון לגרעונות הקופות.

ב־1998 הכפילו את ההשתתפות העצמית על ביקור אצל רופא, תרופות, והוסיפו עוד כל מיני תשלומים ... למשרד האוצר היו דברי הסבר, אבל הם לא הסבירו שזה נעשה מפני שחסר כסף ושהם ולא רוצים לתת מתקציב המדינה, אלא אמרו: 'יש הרי שירותים שניתנים חינם אז יש שימוש עודף, ולכן אם נטיל עליהם תשלומים – זה יצמצם את השימוש העודף'. זאת הייתה הלוגיקה שלהם (משרד האוצר), אבל מובן שהייתה להשתתפות עצמית התנגדות מאוד מאוד גדולה, של מערכת הבריאות ושלי ודאי ... תוכיחו שיש שימוש עודף. בנוסף, בדרך הזאת בהרבה מאוד מקרים אתה דוחה שימושים נחוצים ולפעמים מבטל שימושים נחוצים, וזה גם לא יעיל: אם מישהו לא הולך לרופא ואחרי זה אתה מקבל אותו באשפוז, אז הוא עולה לך יום אשפוז במקום ביקור אצל רופא.

וכל זה מעבר לטיעון האידיאולוגי שכמובן תשלומים מחולים זאת הדרך הכי גרסיבית לאסוף כסף, כי מי משלם את הכסף? החולים".

זאב רוטשטיין

"נפריד את הנושא של ה־co-payment. אני חושב שרוב הכלכלנים יסכימו של־co-payment יש ערך מאוד משמעותי, כי כשאתה במחיר אפס, אתה גורם ליתר שימוש, וזה מיותר לחלוטין. כל הרעיון בהתייעלות זה להוריד הוצאות בלתי נדרשות, לא כמו שהקופות תופסות את זה היום ... אבל כמו שאת אומרת יש אוכלוסיות חלשות, ואמרתי קודם שאנחנו צריכים לתת אפליה מתקנת.

כולנו אומרים שהחוק מבוסס על צדק חברתי, אבל בעצם לא עושים צדק חברתי, אם למשפחה מבוססת שמרוויחה פי ארבעה מממוצע השכר במשק ה־co-payment הוא כ־600 שקל, וזה אותו דבר לגבי משפחה שמקבלת הטבה של ביטוח לאומי. אני חושב שיש בזה חוסר צדק מושלם. אני חושב שזה גורם לכך שחלק לא מבוטל מהאוכלוסייה של החולים הכרוניים לא לוקחים תרופות, והם נמנעים או לוקחים פחות ממה שהם צריכים לקחת כדי לחסוך בעלויות, וזה פוגע בבריאות שלהם, שעולה אחר כך הרבה יותר גם מבחינה חברתית ולא רק מבחינה אישית".

חיים דורון

"כשהנהגנו את ה־co-payment כתשלום סמלי, למשל עבור תרופות, אף פעם לא הנהגנו את זה עבור ביקורים, זה היה במכבי ... חוק ההסדרים במשק (1998) העביר את ההשתתפויות העצמיות מהשתתפויות סמליות להשתתפויות באחוז מעלות התרופה, וכשהנהיגו את זה, מיד ההכנסה של קופות החולים ממכירת התרופות עלתה מ־5% ל־11% ואחר כך זו המשיכה לעלות ולעלות. מובן שעשו כל

מיני תקרות, ובכל זאת, כשאני היום משלם עבורי ועבור רעייתי תשלום לתרופות, ייש לנו עוד הנחה עד היום של 50% כעובדי קופת חולים, אני שואל את עצמי איך יכול אדם ממעוטי היכולת לשלם סכומים כאלה ... אנחנו יודעים שיש חלק מהאוכלוסייה שמתלבט בין התרופות ובין הלחם במכולת. הייתי במשך שנים חבר מועצת הבריאות ולא פעם נאמתי נגד המצב הזה שמחייבים קשישים מעוטי יכולת, וכל פעם קיבלתי הבטחות שזה יתוקן ואף פעם לא שמעתי שזה תוקן, כנראה שזה וטו של האוצר ודברים כאלה. כנראה שזה קורה כשהאוצר מנהל את הבריאות תוך התערעורת האיזון כפי שציינתי קודם.

הדבר שמביא את הקשיש שעומד בבתי המרקחת בפני התלבטות אם לקחת תרופות בשבילו או בשביל רעייתו, או להוציא את הכסף על אוכל או על תרופות. זה דבר שאפשר לתקן באמצעים מינימליים."

חיים פליץ

"השתתפות החולים, גם אם זה מוגבל בסכום ברבעון או בשליש, קשה במיוחד לחולים כרוניים. יש השתתפות בתרופות, והיום זה נושא מאוד מאוד כבד. היו שני מניעים לגבייה הכספית הזאת בקופות. מניע אחד היה שזה יוצר הכנסה נוספת לתרופות ובעצם מחליף מקור תקציבי של המדינה. זה היה תמריץ אחד. גם הקופות שמחו על כך שיהיה להם מקור כספי עצמאי שלא תלוי במדינה ... זה היה נימוק אחד, אבל לבד זה לא היה מצדיק את עצמו כי אם רק זה, והרי זה מס גרסיבי, ולא בטוח שמס כזה טוב יותר ממערכת המיסים הקיימת.

היה נימוק נוסף שאמר שיש ביקורי שווא במערכת, שבעצם ברגע שבו תמורת ביקור אצל רופא אתה צריך לשלם - אתה תחשוב פעמיים אם אתה רוצה או לא רוצה את השירות. אם יש שירות במחיר אפס, אתה צורך אותו מעבר לכמות האופטימלית. אם אתה שם לו איזה שהוא מחיר, אתה בעצם מבטל את השימוש, שזה נימוק שקיים בכל הספרות של כלכלת בריאות. הוא קיים בכל העולם. קשה לי מאוד לאמוד מהי גמישות הביקוש לשירותי בריאות כתוצאה מהמחיר של עשרות שקלים שיש לביקור רבעוני אצל רופא.

הייתי משנה את זה לדבר הבא: בעיניי אני רואה ברופא המשפחה gate keeper. רופא המשפחה הוא זה שאמור להקשיב לחולה, לבחון ולהחליט האם בזה הטיפול מסתיים ולומר לחולה שיבוא בעוד רבעון, ולראות מתי כן צריך לעשות בדיקות נוספות או לשלוח לרופאים מומחים. זה gate keeper מאוד חשוב. אני הייתי קובע שאם אתה מגיע לביקור אצל רופא משפחה, אתה לא תשלם. אם אתה הולך לרופא מקצועי אחרי שעברת את רופא המשפחה, אתה לא תשלם; אבל אם הלכת ישירות

(בלי רופא המשפחה) לרופא המקצועי, אתה כן תשלם. זה מה שאני הייתי עושה, כי הייתי רוצה לעודד שקודם כול, מגיעים לרופא המשפחה. הוא התחנה הראשונה שמאבחנת אותך, והייתי דואג לראות איזה תמריצים אנחנו נותנים לרופא המשפחה כדי להיות gate keeper. כאן התמריץ הוא הפוך, ולמה הוא הפוך? כי אם אתה מגיע לרופא המשפחה ומבקש ממנו סדרה רחבה של תרופות ובדיקות והוא לא נותן לך, אז הוא רופא לא טוב ותלך לרופא אחר. ברגע שעזבת אותו – הכנסתו קטנה. אני הייתי מחפש עבור רופא המשפחה תמרוץ אחר, שכן מתמרץ אותו להיות gate keeper. דבר כזה יכול לחסוך הרבה".

חיים רמון

"הפגיעה השנייה בחוק [של משרד האוצר] הייתה הכבדת הנטל על האזרחים, זאת באמצעות תשלום מיוחד עבור ביקור אצל רופאים מומחים, וכן ייקור בשיעור של כ-30% של התשלומים עבור מרשמי תרופות. מדובר בתשלומים אחידים וגרסיביים המשייתם נטל יחסי גבוה על בעלי ההכנסות הנמוכות לעומת הנטל המוטל על בעלי ההכנסות הגבוהות.

קבוצת המעקב הציבורית אחרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ('אצבע על הדופק') הגדירה את צעדיה של ממשלת נתניהו לגבי החוק במילים אלה: 'ההחלטות שהתקבלו במסגרת דיוני התקציב בשלהי 1997, ושאת יישומן אישרה ועדת הכספים באוגוסט 1998, עומדות לקעקע את עקרונות הצדק החברתי שעליו הושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולעקור מן השורש את ההישגים שלו. קביעת חובת תשלום עבור ביקורים אצל רופאים והעלאת מחירי התרופות פירושה ויתור על העיקרון שלפיו כל אחד משלם לפי יכולתו ומקבל שירותים רפואיים לפי צרכיו, ומשמעותה פגיעה דווקא בחולים במחלות כרוניות, בנכים, בילדים ובקשישים, כולם צרכנים גדולים של שירותי הבריאות'".

יונתן הלוי

"בהשתתפות על תרופות זה לא רציני. אבל זה מצטבר, זה פוגע בחוק ולאט-לאט הצטברו גם הראיות המחקריות שאנשים נמנעים משימוש בתרופות ומשימוש ברופאים מומחים בגלל ה-co-payment הזה, קטן ככל שיהיה. ה-co-payment לרופא מומחה היה מאוד קטן, כ-20 שקל, אבל לתרופות, אלה שצורכים הרבה תרופות, זה מוגבל בחוק עד 300 ₪. אבל לפנסיונר זה נטל, ואלה הרי החלקים החלשים של החברה. עבורם זה סכום מאוד מאוד משמעותי, כך שגם ה-co-payment היה אחד מהחטאים הקדמונים".

יעל גרמן

"אם בשנת 1997 הייתה הוצאה ציבורית של 70% וההוצאה הפרטית 30%, אז שינינו את המטוטלת ל-40% ו-60%. העלינו את זה ב-10% מתוך 30%, שזה 33%, ואילו המדינה ירדה מ-70% ל-60%. ראינו שזה תהליך שהולך וגדל. זה לדעתי היה שורש הרע. אם אני מסתכלת על כל מה שלמדתי, אני יכולה לסכם את זה במשפט אחד – היחס בין ההוצאה הציבורית וההוצאה הפרטית. ממש ראינו איך אנחנו הולכים לכיוון של ארה"ב, שם ההוצאה הפרטית היא 52%, ומתרחקים מאירופה, שם יש מדינות שההוצאה הפרטית היא של 15%. בממוצע ההוצאה הפרטית היא 28% וההוצאה הציבורית – 72%. ראינו איך אנחנו הולכים לשם, וכל עוד שאנחנו אוחזים בעקרונות של מערכת הבריאות שמדברת על ערכות הדדית, חלוקה שווה, כל עוד שאנחנו אוחזים בזה, ברור שאנחנו נוטים והולכים ומתרחקים ומגיעים למצב שתהיינה שתי מערכות בריאות – מערכת אחת היא עשירה ופרטית והאחרת היא ציבורית".

יעקב ויטקובסקי

"הרעיון של השתתפות עצמית היה למנוע בזבזים מיותרים. הסברה הייתה שאם המבוטח יצטרך לשלם מכיסו השתתפות עצמית ברכישת תרופות או טיפולים, הוא לא יבקש מהרופא תרופות וטיפולים שלא לצורך ויחשוב פעמיים אם לקנות את התרופות ו/או השירותים. זה הרעיון שעמד מאחורי השתתפות עצמית. במחקרים שנעשו לאורך השנים לבדוק האם ההשתתפות העצמית גורמת להורדת הצריכה – לא היו תשובות מובהקות.

אין ספק שאותם חולים שנוזקים לתרופות הכרחיות ואין ידם משגת לשלם השתתפות עצמית, צריכים לקבל זאת במימון מלא מהקופה. הבעיה שהיישום קשה ולעיתים מנוצל לרעה. אם הקופה או הרגולטור לא יכולים להבחין בין נזקים לאחרים, אז לדעתי צריך לבטל לגמרי את ההשתתפות העצמית. אם רופא קובע שאני צריך תרופה או אני צריך בדיקה, יש לאפשר לי, בנסיבות שציינתי, לקבל את התרופה או השירות ללא ההשתתפות העצמית. מובן שיש להדק את הפיקוח ולפעול במסגרת כמויות מוגדרות בתעדוף על בסיס החלטות רפואיות. היות שקיימת התחשבנות בגין השתתפות עצמית בנוסחת תגמול לקופות, בפועל היא משמשת מקור רווח לקופות".

יצחק ברלוביץ

"בנושא של ההשתתפות הכספית העצמית הפגיעה הכי חמורה זו פגיעה בבריאות, כלומר השתתפות כספית עצמית היא מס על החולה. לא רק שזה מס רגרסיבי שהוא לא קשור להכנסות, אלא זה מס לפי החולי, כלומר ככל שאתה חולה יותר, אתה משלם יותר.

מה שיותר חמור, שרוב התרופות שאנשים מקבלים הן תרופות למה שאנחנו קוראים מניעה שניונית – לחץ דם, כולסטרול, סוכרת. מטרתן של התרופות האלה היא בעצם למנוע סיבוכים וברור שקודם כול למנוע תחלואה, אבל גם לחסוך כסף, כי אם אתה מצליח לצמצם לבן אדם סיכוי לקבל אוטם שריר הלב או אירוע מוחי – בעצם אתה גם חוסך כסף וזה צריך להיות אינטרס של המערכת. במקום לעודד אנשים לקחת את התרופות האלה אתה בעצם מטיל עליהם קנס; ואתה מבקש מהם שהם ישלמו על משהו שאתה קובע שזה חשוב לבריאות הציבור, זאת אומרת לא רק לחולה עצמו אלא גם למערכת.

אני תמיד טוען בהרצאות שלי שבריאות זה התחום היחיד שבו הקומוניזם ניצח. אין חכמות. אנחנו יודעים גם ברמה האמפירית שמדינות שבחרו לעצמן מערכת קפיטליסטית, ליברלית – אלה מערכות שמוציאות הרבה יותר כסף עם יעילות הרבה יותר נמוכה.

התחום היחיד שאני מכיר שעובד, שבו אנשים ברגע שמשלמים לפי יכולתם ומקבלים לפי צורכיהם, ואז אתה גם מוציא פחות, והרבה יותר יעיל ומגיע להרבה יותר אוכלוסייה, והכסף הרבה יותר אפקטיבי – זה תחום הבריאות".

מרדכי (מוטקה) שני

"נושא ה-co-payment נמצא באירופה וקיים בעולם, והוא נבע מהתפישה שקיימת גם בביטוח אחר – ביטוח דירה או רכב, שאם אתה לא משלם כלום, מה אכפת לי? אני אנצל את כל השירותים. לכן יש היגיון בהטלת co-payment. השאלה היא השיעור, ובזה אנחנו חטאנו. אם השיעור של הוצאה מהכיס היה 20% ולא 38%-40% (כפי שזה בארץ), לדעתי (שיעור של 20%), זה מוצדק ומאפיין כמעט את כל מדינות העולם, למעט אנגליה שבכלל סידרה את עצמה ולא יודעת להיכן ללכת, זה מוצדק... הצרה היא שהאוצר הגדיל את שיעור ההוצאה והפך אותו למס על הציבור כדי להקטין את ההוצאה הציבורית. שנית, אדם צריך לבוא ולהחליט האם לא לבטל אותו לגבי עניים, ולא לבטל אותו לגבי חולים כרוניים. זאת אומרת, העובדה שאתה מטיל co-payment ואתה לא מבדיל בין עניים, או בין חולים כרוניים ומחלות קשות, גם זו בעיה.

ישבתי עם ידידי גבי בן נון ועשינו לפני שנה הערכה שבה אמרנו שהיינו צריכים להוסיף 11 מיליארד שקל לבריאות. הדגש לא היה רק על מיטות האשפוז. המקום הראשון היה הקטנת הנטל על האנשים, ואסור לעבור את ה-20%. לא צריך חקיקה, צריך רצון. ניתן בקלות לעשות את זה. אני חוזר ואומר שוב, שהתפישה שאתה יכול להגדיל את ה-co-payment ולהגדיל את הנטל על האוכלוסייה היא תפישה מעוותת. קל מאוד לעשות את זה. בשעתו עסקתי בנושא ניצולי שואה. כולם הם היום מעל גיל 75. אנשים שלכולם יש מחלות כרוניות, אנשים שהוכחנו שיש להם מחלות אורגניות. אני הצעתי לאוצר לבטל את ה-co-payment לציבור הזה. אמרתי להם: 'מה אתם עושים? ניצול השואה לוקח 15 תרופות בחינם? בטלו לו את ה-co-payment'. הם לא רצו לעשות את זה."

משה בר סימן טוב

"סימנתי לעצמי שני דברים שהייתי רוצה לטפל בהם בהשתתפויות העצמיות: תקרה משפחתית לחולים כרוניים, ולטפל בהשתתפות העצמית של מטופלים שהולכים למסלול העצמאי ומסלול של בריאות הנפש ... בסוף, כשהיינו צריכים לעשות את השקלא וטריא של מה כן ומה לא – לא הצלחנו לעשות את זה ... אבל אנחנו לא אומרים נואש וננסה שוב בעתיד, אלה שני הדברים המאוד מאוד ספציפיים שהייתי נוגע בהם.

ברור שלהשתתפות עצמית יש הבעיות שהיא יוצרת, וגם אותן צריך לקחת בחשבון, ואכן נעשו כמה צעדים שטיפלו בזה בשנים האחרונות."

נחמן אש

"co-payment – זו סוגיה שלווה אותי כשהייתי בצבא. בצבא אין co-payment, שהוא כידוע מרסן צריכה מאוד משמעותי ... חייל הוא לא כמו אזרח המקביל לו בגיל, מאחר שהחייל צורך הרבה יותר שירותי רפואה, גם בגלל המערכת עצמה שמחייבת אותו לקבל אישור רפואי על כל בעיה רפואית וגם בגלל הצרכים שלו, כך שנוצר שימוש לרעה (abuse) של המערכת הרפואית. ברגע שאין co-payment, אז מה אכפת לו? הוא הולך לרופאים כמה שהוא רוצה, מקבל תרופות, ואין לו בכלל מחויבות לקחת את הטיפול התרופתי, כי הוא מקבל את זה בחינם ויכול לצאת מהמרפאה ולזרוק לפח את מה שקיבל, מה שאזרח לא עושה בדרך כלל, כי הוא משתתף בתשלום עבור השירותים ... אני חושב שיש משמעות ל-co-payment שאקרא לו 'מס רצינות'.

אסור שה־co-payment, ואני יודע שאנחנו מגיעים לזה במקרים מסוימים, תהיה מגבלה לקבל את השירות. אני יודע שיש אנשים היום שהתשלומים גבוהים מדי עבורם, והם לא קונים תרופות כי זה יקר להם. אני חושב שנכון שיהיה co-payment, אבל צריך שיהיו מנגנונים, בעיקר בקרב אוכלוסיות חלשות, שאנחנו מגנים עליהן מתשלומים גבוהים."

ניסים אלון

"חשוב שתהיה השתתפות עצמית, כי כל מה שניתן חינם – יש בו ניצול לרעה. אגב, גם היום כשיש תרופות שניתנות בחינם במקרים של מחלות קשות וכו' – יש כאלה שמנצלים את זה לטובת מישהו אחר. לא למחלה עצמה אלא גם לתופעות הנלוות. אסור לתת שום דבר בחינם. צריך לגבות 20-30 שקלים. אני מעדיף שייתנו את הסכום הזה דרך ביטוח לאומי לשכבות החלשות, קח את הכסף, אבל כשאתה בא לקבל שירות רפואי, שלם השתתפות עצמית.

אם רוצים לעזור לאוכלוסייה החלשה, צריך לעזור לה בצד של ההכנסה ולא בצד של ההוצאה. כי אם אתה עוזר בצד של ההוצאה, יש ניצול לרעה ... אבל אם רוצים לפתור את הסוגיה, צריך מצד ההכנסה ולא מצד ההוצאה. זה ברור, אם אתה נותן בחינם – לוקחים. צריך או לא צריך – לוקחים."

רן סער

"לגבי נושא ההשתתפויות העצמיות. זה דבר שהוא הכרחי, ואני חושב שההשתתפויות העצמיות צריכות להיות סבירות, לא גבוהות מדי, אבל הוא הכרחי, משום שבסופו של דבר הבעיה הכי גדולה זה to contain את העלויות הגדולות. ברגע שהכול ניתן חינם בלי שום השתתפות, אז יש זילות, ואני חושב שחשוב שיהיה תשלום כלשהו. מובן שצריך לדאוג שההשתתפות תהיה סבירה. גם החולים הכרוניים יש להם תקרה, והתקרה היא סבירה. אפשר גם להוריד אותה. אני מדבר על העיקרון."

רפי ביאר

"ההשתתפות של החולים בתשלום תרופות, אומנם יש תקרה אבל זה עדיין עד 250 שקל. זו לא איזו שהיא ענישה של החולה? ... לחולים הכרוניים זו בהחלט ענישה. הדבר נועד, ואני מבין לפחות את ה... ההיגיון הכלכלי שנועד לצמצם abuse של המערכת. אם זה לא עולה לאנשים לפעמים הם עושים abuse; אם יש co-payment, אז ה־abuse יקטן. אני חושב שזאת המטרה העיקרית, אבל צריך

למצוא את דרך הביניים לאותם אנשים שהעלות של התרופות עבורם מאוד כבדה ותלות במצב כלכלי, אולי אפשר להקל על זה. לדעתי, צריך למצוא פתרון חברתי נכון. אבל בגדול – השתתפות עצמית היא מנגנון בקרה של abuse של המערכת והיא חשובה, אם אתה רוצה בכל זאת לנהל את התקציבים שלך”.

שלמה מור יוסף

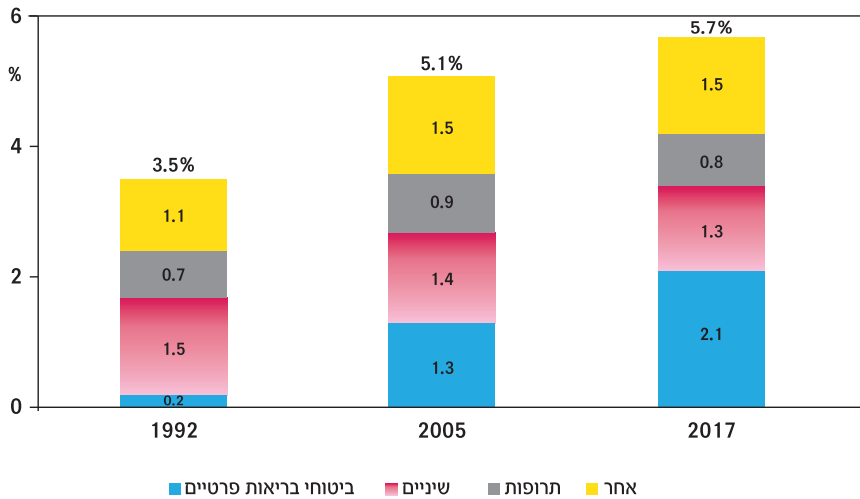
“הרעיון של ה־co-payment הוא צמצום ביקושים מיותרים. כאשר הכל בחינם, אתה צורך רפואה בצורה לא מבוקרת ומעמיס על המערכת. אתה בא לרופא בצורה בלתי מבוקרת מקבל תרופות שלא תמיד אתה נוטל. הבעיה במערכת הבריאות שלנו היא כי ה־co-payment הפך למקור תקציבי בהיקף משמעותי, הוא גדל בצורה לא מבוקרת והטיל מעמסה כספית נוספת על האזרח למימון מערכת הבריאות”.

**תרשים 13: הוצאות משקי הבית על בריאות
כאחוז מסה"כ הוצאות משקי הבית על תצרוכת**



מקור: סקרי הוצאות משקי הבית לשנים 1997-2017, למ"ס

**תרשים 14: התפלגות הוצאות משקי הבית על בריאות
כאחוז מכלל ההוצאה לתצרוכת**



מקור: סקרי הוצאות משקי הבית בשנים 1992, 2005, 2017, למ"ס

פרק 9

התפתחות השב"ן (שירותי בריאות נוספים) – מה הייתה כוונת המחוקק?

בחוק ההסדרים (1998), בסעיף 10 לחוק בריאות ממלכתי, נעשה תיקון שמאפשר לקופות החולים להציע למבוטחיהן תוכנית ביטוח משלים (אשר שמה הוסב ל"שירותי בריאות נוספים" – שב"ן), שתאפשר לקבל שירותי בריאות שאינם כלולים בסל המפורט בחוק, וזאת בהתאם לתנאים שייקבעו על ידי שרי האוצר והבריאות כדלהלן:

- התוכנית תכלול רק שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי.
- התוכנית תהיה מאוזנת מבחינה כספית על בסיס תקציב שנתי.
- ההצטרפות לתוכנית תינתן ללא התניה, אך תתאפשר תקופת אכשרה סבירה.
- תשלומי דמי ההצטרפות לתוכנית בכל קופה יהיו אחידים לכל קבוצת גיל.

במהלך שנת 1998 נוספו לעקרונות אלה כמה כללים מנחים, וקופות החולים התאימו את התוכניות הן לעקרונות שבחוק והן לכללים המנחים.

תוכניות השב"ן כוללות את השירותים הבאים: תוספת לשיפוי בגין השתלות וניתוחים בחו"ל להצלת חיים וטיפולים חיוניים אחרים, חוות דעת רפואית שנייה, רפואה אלטרנטיבית, בדיקות תקופתיות, אביזרים רפואיים ותרופות מעטות שאינן כלולות בסל. בנוסף, כללו תוכניות השב"ן מימון בחירת רופא בבתי החולים הפרטיים או בבתי החולים הציבוריים בירושלים. הוצאות האשפוז של מבוטחי השב"ן שמימשו את זכות בחירת הרופא ממומנות גם הן על ידי תוכניות השב"ן.

תכליתן המקורית של תוכניות השב"ן, כפי שהוסדרו בשנת 1998, הייתה לספק שירותי בריאות המוגדרים כ-nice to have, בהנחה ששירותי בריאות חיוניים (ודאי כאלה שהם מצילי חיים) צריכים להיכלל בסל הבסיסי. ההערכה הייתה שהיקף פעילות השב"ן יהיה נמוך, והוא יהיה תחום משני בלבד בשירותי הבריאות הציבוריים.

הערכה זו התבדתה. ניתוח התפתחות הביטוחים המשלימים לאורך השנים מלמד, שענף זה עבר מאז תחילת האלף השני מהפך: כמות המבוטחים בתוכניות אלה גדלה בתקופה הנדונה פי שלושה ועומדת כיום על כ-74% מהאוכלוסייה, ומחזורן הכספי של תוכניות השב"ן גדל פי ארבעה.

התפתחויות אלה בענף השב"ן לא נתפשו כפגיעה ב"זכות לבריאות", כל עוד נשמר העיקרון שלפיו השב"ן אינו כולל שירותי בריאות חיוניים. אולם התרחבות היקפן הכמותי והכספי של התוכניות, הרחבת תכולתן על מרכיבי איכות משופרת (בחירת רופא וקיצור תור) והניסיונות לאורך השנים לכלול תרופות "מצילות חיים" בתוכניות השב"ן – כל אלה חידדו את תכונת הרגרסיביות שבמנגנון השב"ן (תשלום פרמיה לפי גיל) והעלו מחדש על סדר היום הציבורי את נושא מיקומם הראוי של שירותי בריאות חיוניים ומידת הסולידריות שיש לשמר במערכת הבריאות הציבורית בישראל.

לקצב הגידול המואץ בהיקף הביטוחים הפרטיים¹ היו סיבות רבות, אולם נראה כי התרומה המשמעותית ביותר לצמיחת הביטוחים הפרטיים נבעה משחיקה בהשתתפות הממשלה במימון המערכת. היא פגעה בזמינותו ובאיכותו של הסל הציבורי – היא זו שהביאה למידת אמון פוחתת והולכת במערכת הבריאות הציבורית ולחיפוש אחר כסויי ביטוח פרטיים, שאפשרו לרכוש איכות משופרת של שירותי בריאות, ובעיקר קיצור משכי ההמתנה (באמצעות בחירת רופא). ראוי לציין כי מגמה דומה של התפתחות אפיינה גם את ענף הביטוחים המסחריים. האם התפתחות הביטוחים הפרטיים (שב"ן + ביטוחים מסחריים) פוגעת ביעילות תפקודה של מערכת הבריאות ובמידת הסולידריות המובנית בה? או שמא התפתחות זו היא ביטוי לרצון חופשי ולהעדפה רציונלית של צרכנים הלוקחים אחריות אישית על בריאותם? על מגוון הדעות בנושא נוכל ללמוד בפרק הזה.

אבי ישראלי

"לגבי השב"נים, היום במבט לאחור אני לא בטוח שזה היה נכון שקופות החולים יעשו את השב"נים. הנושא של מה ייכלל בתוך השב"נים הוא נושא לא פשוט. האידיאולוגיה שלי הייתה שבשב"נים צריכים להיות דברים ש-nice to have, ולא דברים שבעצם הם צריכים להיות בסל לכולם ... אם זה מקטין כאב וסבל, ואם

1 מערכי ביטוחי הבריאות בישראל כוללים את ביטוח הבריאות הציבורי, שאליו מתייחס חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומערכי ביטוח בריאות פרטיים. ביטוחי בריאות פרטיים כוללים את ביטוחי הבריאות המסחריים הנעשים על ידי חברות ביטוח פרטיות וביטוחי הבריאות המשלימים הנעשים באמצעות קופות החולים (שב"ן).

זה מגדיל ומאריך את תוחלת החיים, בעיניי שני הדברים הם בעצם בגדר מצילי חיים; ואם זה מקטין כאב וסבל ומאריך חיים בצורה משמעותית, אז צריך לתת את זה לכולם, ולא יכול להיות שכאלה דברים ייכללו בשב"נים. כל פעם היו אומרים: 'אבל יותר טוב שזה יהיה כלול בשב"נים מלא כלום'. אני לא בטוח שזה יותר טוב מלא כלום, כי זה פותר בעיות ומעורר בעיות חדשות. מבחינת ההסתכלות שלי על מדיניות ציבורית והשפעות על האי שוויון בבריאות ... אני מעדיף שבשב"נים יהיה דברים שאינם חיוניים, ושכל דבר שצריך יהיה בסל הבסיסי".

אביגדור קפלן

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי התבסס על סל שירותי הבריאות של קופת החולים הכללית כולל הסל המשלים שהיה נהוג אז בקופה. סל משלים זה כמעט שלא כלל שירותים נוספים שלא נכללו בסל הבסיסי, אלא מי שרכש אותו יכול היה ליהנות מקיצורי תורים. היה זה הגיוני לכלול בסל הבסיסי גם 'זכות זו'. עם כניסת החוק לתוקף נמצאה הקופה ללא ביטוח משלים.

פניתי אז למוטק'ה שני ולחיים רמון וביקשתי: 'תאשרו לי להנהיג ביטוח משלים חדש בקופה'. אמרו לי: 'אין דבר כזה. הביטוח המשלים מכאן והלאה יהיה רק במערכות פרטיות, כדי שלא יהיה סבסוד צולב בין הביטוח המשלים לבין הסל הבסיסי'. אמרתי להם שלשתי הקופות האחרות (מכבי ומאוחדת) יש ביטוח משלים, ועובדה זו מקנה להן יתרון תחרותי. אמרו: 'נבטל גם להן, ואם אתה רוצה להנהיג ביטוח משלים לחברי הקופה, תעשה זאת באחת מחברות הביטוח'.

בעת ההיא רק חברת ביטוח אחת עסקה בביטוחי בריאות פרטיים וזאת חברת 'שילוח', שברבות הימים התמזגה עם חברת 'הראל'. למורת רוחי נאלצתי להנהיג ביטוח משלים לחברי הקופה באמצעות חברת ביטוח פרטית, בשעה שמכבי ומאוחדת המשיכו להנהיג את הביטוחים המשלימים שלהן במישרין ולחסוך את רווחי חברת ביטוח פרטית.

ב-1998 חוק ביטוח בריאות ממלכתי אפשר להנהיג את הביטוח המשלים על ידי הקופות. בעקבות כך קופת החולים הכללית חדלה להציע לחבריה את הביטוח המשלים באמצעות חברת הביטוח והנהיגה ביטוח משלים משל עצמה - 'ביטוח מושלם'. הביטוחים המשלימים הם סוגיה שנויה במחלוקת עד עצם היום הזה. הם עודדו את התפתחות הרפואה הפרטית שצמחה מאז בקצבים מהירים מאוד, העמיקה את אי השוויון בזכאות לשירותי בריאות. לדעתי, זו אחת השגיאות האסטרטגיות הגדולות של קברניטי מערכת הבריאות שאפשרו התפתחות זו. יתר

על כן נוצר סבסוד צולב בין הסל הבסיסי לסל המשלים, מה שבדיוק חיים רמון פחד ממנו, והוסיפו 'חטא על פשע' על ידי הנהגת שני רבדים לביטוח המשלים. התוצאה היא שחלק המימון הציבורי של סל הבריאות הלך וקטן במשך השנים. הביטוח המשלים היום כולל אוסף של שירותים זניחים, ויש בו שני שירותים משמעותיים: בחירת מנתח ואפשרות לקבל מספר ייעוציים פרטיים. ביטוח מטבעו בא לכסות אירועים שמוגדרים כ'קטסטרופה', כלומר הם נועדו לכסות הוצאה חד פעמית גדולה שהמשפחה לא יכולה לעמוד בה. הוא לא נועד לכסות טיפולים שהעלות שלהם קטנה, כמו פיזיותרפיה שמעבר ל-x טיפולים בסל הבסיסי או מימון הפריית מבחנה לילד רביעי ועוד. בהגדרת אירוע 'קטסטרופה' אפשר לכלול הוצאה על בחירת מנתח אשר לא כלולה בסל הבסיסי".

אורלי מנור

"החוק שיצר את השב"ן ויצר את האפשרות לקנות את השירותים האלה ומצד שני הרצון של שכבות שלמות מהאוכלוסייה, ביניהם גם הרופאים, לשפר מאוד את רמת חייהם. אנחנו חיים בחברת שפע, חברת צריכה, חברה שבה הכסף מדבר, כך ששני הגורמים הללו, לדעתי, הביאו לכך שהשב"ן מאוד התרחב. זה כבר, לדעתי, הגיע לדרגה מאוד לא טובה".

אלי דפס

"השב"ן הוא תוכנית ביטוח ... עצם העובדה שהביקוש לשב"ן הולך ועולה בכל שנה בעוד 2% ועוד 2% ומצטרפים לתוכנית היום כמעט 80% שנמצאים בשב"ן, וה-20% אחוז שאין להם שב"ן – לטעמי, חצי מהם יש להם שב"ן פרטי באיזה שהוא מקום, והם לא רוצים גם וגם.

אנחנו יודעים וידענו את זה גם אז, שבשירותי בריאות האנשים רוצים תמיד את מה שהם חושבים בעצמם שהם זכאים לו, ואם סל הבריאות אומר שאתה זכאי ל-18 טיפולים פיזיותרפיים ולא תם הטיפול ואתה רוצה עוד אז יש שתי אפשרויות: לך ותקנה את השירותים באופן פרטי. תעשה לך תוכנית ביטוח פרטית בחברת ביטוח פרטית או השב"ן שמאפשר לך עוד 20 טיפולים במחיר מסובסד ... זאת אומרת, שזה גדל וצמח והתרחב לממדים כאלה, שגם אני לא שיערתי אז שאלה הממדים שיהיו של השב"ן, 3 מיליארד שקל. 3.1 מיליון לקוחות בשב"ן בכללית – זה מטורף, זה חברת ביטוח ענקית, אבל זה בא כתוצאה מהביקושים של הציבור שאומר: 'בכסף שלי תן לי לרכוש מה שאני רוצה', והכיסויים הלכו והתרחבו כתוצאה מלחץ ציבורי, ככל שהציבור הבין שסל הבריאות לא נותן לו את זה או לא מרחיב את זה מספיק.

המון נושאים שהיו רק בשב"ן נכנסו לסל. חלק חשוב זה הפרמקולוגיה, התרופות למיניהן שהיו רק בשב"ן באיזה שהוא שלב ואחר כך נכנסו לסל, כי ראו ששיעור הביקוש להן הוא גבוה. לכן הסל והשב"ן מהווים לרגולטור ... אמת מידה משווה כל העת מה נכון להעביר מצד לצד.

הדבר הגדול שהיה בשיא הדיונים התקשורתיים והציבוריים זה נושא תרופות so called מצילות חיים או מאריכות חיים ... כמו שאמרתי, תמיד הביקוש יהיה גבוה יותר מאשר יש בסל ... אם השב"ן קיים, והוא נותן את התרופות האלה בשב"ן, הוא נותן בעצם עזרה לסל הביטוח הממלכתי. לכן עצם קיומו של השב"ן והעובדה שיש חלק מהנושאים שאנחנו דורשים אותם כתרופות מצילות חיים, ביקשנו שייכנסו לשב"ן וייצרו שוויון, כי מה שקורה היום זה שלקוחות שיש להם מספיק משאבים (העשירון העליון ומעלה) יש להם ביטוח פרטי, לו הם משלמים מאות שקלים ליום צרה ... אלה שנמצאים בשב"נים, אין להם את הכיסוי הזה ... כדי ליצור את הרוגע הזה, את השקט הנפשי של האנשים, בואו תכניסו את זה לשב"ן. לכן לדעתי, השב"ן הוא כלי נכון. למשל, הרפואה המשלימה. אין רפואה משלימה בסל הממלכתי. לא הייתה מודעות בכלל לרפואה משלימה לפני שלושה עשורים. מי שעשה דיקור סיני, נחשב לחצי מטורף ... הציבור רוצה את הרפואה המשלימה. אתה נותן את זה בשב"ן תמורת סכום פעוט של השתתפות עצמית שהוא לא המחיר בשוק ויצרת היצע לביקוש קיים."

אלכסנדר (אליק) אבירם

"מחר בבוקר הייתי מבטל את השב"ן לגמרי ומכניס את הכסף הזה לתוך הסל. ל-80% מהתושבים יש היום שב"ן. הם תמיד מודעים שהם משלמים עבורו בנוסף על המס שמורידים בתלוש לביטוח בריאות. אם מאחדים את המס עם התשלום עבור השב"ן, כי אז 80% לא ירגישו שום שינוי. מה עושים עם ה-20%? בשביל ה-20% האלה, בחשבון גס, אם נעלה בפרומיל אחד את מס הבריאות או שנבטל את הגג על המס (מהלך יותר פרוגרסיבי) זה מכסה את ה-20% האלה, ואז כולם שווים. רוב הזכויות הנובעות מן השב"ן הן מותרות לא חיוניות, ועבורן ישנם הביטוחים המסחריים. רגולציה חכמה יכולה לפתור בהזדמנות זו את המכשלה של הביטוחים הכפולים (והמשולשים) המיותרים."

אסנת לוקסנבורג

"אני לא עוסקת בנושא של הביטוחים המשלימים ... אבל אני רואה את אחוז האנשים שמשלמים בשב"נים ואת אחוז האנשים שעושים ביטוחים פרטיים, וזה

מאוד מתחבר לאופי של מדינת ישראל, האופי של הציבור בישראל, שבעצם תחום הבריאות הוא מאוד מאוד חשוב לו. הוא רוצה להבטיח לעצמו את הבריאות כל עוד הוא יכול לממן את זה כלכלית. אני חושבת שאלה רבדים שאי אפשר בלתם. הם חייבים להתקיים.

ההיבט השני, הרבה פעמים השב"ן תורם לנו כסל ציבורי בהיבטים של ההתנסות. לדוגמה, אנחנו יושבים בוועדת הסל ומנסים ללמוד יותר על תרופה זו או אחרת. אחד הדברים שאנחנו רוצים לדעת זה שינסו את התרופה, כי תרופה יכולה להיות מאוד טובה במאמרים ובמחקר, אבל בתכלית מגלים שיש לה תופעות לוואי מאוד קשות, שהציבור לא מסתדר אתה, שכשמשתמשים בה בפועל כשזה בקומבינציה עם דברים אחרים, זה לא טוב כפי שזה וכו'.

אחד הדברים שאנחנו תמיד מקפידים, שכשמכניסים משהו לסל - יש יותר התנסות. חלק גדול מההתנסות גם נובע מההתנסות שנצברה דרך השב"נים - אם זו התנסות על אוכלוסיות גדולות, בסוכרת, לדוגמה. כשאת רואה שיש 100 אלף איש שמשתמשים בתרופה הזאת דרך השב"נים ... אז קרוב לוודאי שמבחינת הסבילות שלה, מבחינת המשמעות שלה, ואני לא מדברת כרגע מה ה-value, שאת זה אנחנו מחדדים בקרב הרופאים, אבל תמיד בהיקפים כאלה זה איזה שהוא צורך שבא לידי ביטוי.

עוד דבר שזה עושה, שלפעמים זה מהווה גשר למתן מענה לחולים בנקודת הזמן שבין התכנסות וועדת הסל לבין הצורך הקליני ... אנחנו יודעים שוועדת הסל מתכנסת פעם בשנה ורק פעם בשנה היא מקבלת את החלטותיה בינואר. אבל אם מופיעה תרופה מאוד חשובה בחודש מרס וצריכים לעבור תשעה חודשים עד להתכנסות של ועדת הסל, לפעמים השב"ן נותן את אותו גישור עד לאפשרות שלה בכלל להתמודד על הסל, ואז אותו חולה נכון, שהוא לא יכול לקבל את התרופה במסגרת סל הבסיסי, אבל הוא כן מקבל, אומנם בהשתתפות עצמית קצת שונה, אבל זה הרבה יותר טוב מאשר רכישה עצמית. כאן החולה מקבל מענה מסוים דרך השב"ן."

ארנון אפק

"השב"נים זה הגולם שקם על יוצרו ... השב"נים זה רעיון גאוני שפשוט כמו התאגידים בבתי החולים ... השב"ן הוא ה-outlet של המערכת. תראו כמה שזה חכם. תיאורטית, במערכת כמו שלנו היו צריכים להיות תורים מטורפים, אבל הם לא מטורפים. יש תורים אבל הם לא מטורפים. למה? כי ל-85% מאוכלוסיית ישראל יש שב"ן, ביטוח פרטי, או כמה כאלה. גם זה וגם זה. הולכים דרך השב"ן שהוא

יחסית שווה לכל נפש והוא גם לפי גיל ואפילו את תקופת האכשרה מורידים והוא סבבה, ואז זה outlet של מערכת הבריאות ... זה שסתום (לחץ). אחת השטויות הייתה מה שנעשה ב־2008 עם ההוצאה של התרופות המצילות חיים מהשב"נים. לדעתי, זו הייתה טעות חמורה, רשלנות, פגיעה באנשים. במקום שהשב"נים ישמשו לכל מיני דברים נחמדים כמו הידרו־תרפיה, טיפול בפרחי באך ודומיהם, שזה נחמד ואני לא נגד. אם זה עושה טוב לאנשים, בסדר ... את זה כן מותר, אבל תרופות מצילות חיים, שהשב"נים היו קונים בזול, כי צריך להבין שכוח הקנייה היה מוזיל את המחירים – זה לא! זאת דמגוגיה לשמה. פשוט דמגוגיה לשמה.

הפחד שלי הוא שנגביל את השב"נים, את ההוצאות, מבלי לתת מספיק מענה, מספיק כסף ... הפתרון הוא להעלות את מס הבריאות ולהוריד את השב"ן".

בוני לב

"הפתרון הנכון קיים ביום שבו הסל מתעדכן. הסל הוא רחב והוא כמעט מיטבי. האם יש בשוליים טכנולוגיות שלא נכנסות? הן בשוליים ... יש את הביטוחים הפרטיים והביטוחים המשלימים שנותרים איזו שהיא השלמה ... אבל לא תמיד הסל יוכל לתת פתרון לכל. אין מצב בעולם שבו הכל נמצא בתוך הסל.

אני חושב שהסל שלנו הוא יותר טוב, הוא יותר נכון, ואנשים שנמצאים בוודאי בסיטואציות של קטסטרופות – מקבלים פתרונות הרבה יותר טובים מאשר כמעט בכל מקום בעולם. השב"נים זה הרע במיעוטו. זה ניתן על ידי גוף ציבורי. זה נתון לביקורת. זה יותר טוב מאשר המנגנונים הפרטיים. הוא מוגבל במידה מסוימת".

ברוך רוזן

"בזמנו לא אני ואולי גם אתם לא חזינו שיהיה כל הנושא של הביטוחים הפרטיים, ואפילו אם השירות הציבורי יהיה טוב, תמיד יהיו אנשים במעמד הביניים פלוס שירצו יותר. וגם רופאים שאפילו שמשכורתם תהיה סבירה ירצו להרוויח יותר, ושתי הקבוצות האלה ימצאו דרך איפה להיפגש, וכאן נכנסים הביטוחים המשלימים.

ליותר מ־80% יש שב"נים. ל־50% יש ביטוחים פרטיים ... אני לא בעד איסור השב"נים. אני חושב שהם עושים דבר חיובי והם הרבה יותר פרוגרסיביים מהביטוחים הפרטיים. לדעתי, לא יהיה צעד נכון לאסור את השב"נים ... צריך להקטין את הביטוח הפרטי, כדי שלא יהיה כפל ביטוחים בין המסחרי לבין המשלים, ועוד דברים. אני בעד ההליכים האלה".

גבי בן נון

"כשהתחלנו לחוקק את החוק, צץ מישהו ואמר: 'ומה יהיה עם שירותים שלא נמצאים בסל?' אז אמרנו: 'הסל כל כך טוב וכל כך איכותי, שהדברים שיהיו מחוץ לסל, זה יהיה nice to have, דברים בשוליים'. 'מי שירצה – שיקנה' ... לא קראנו לזה ביטוח משלים ולא שב"ן, אלא קראנו לזה 'ביטוח מוסף' – איזו שהיא דלתא קטנה של דברים בשוליים, שבאמת אף אחד לא האמין שהם יגיעו לממדים של היום. זאת הייתה הכוונה המקורית של החוק.

נשאלה אז השאלה למי אתה מאפשר לבטח את השירותים האלה ... היו שתי אלטרנטיבות: אחת הייתה ביטוח משלים באמצעות קופות החולים ואלטרנטיבה שנייה הייתה באמצעות חברות ביטוח מסחריות ... קופות החולים באו ואמרו: 'יש לנו היכרות עם האוכלוסייה, יש לנו מידע על האוכלוסייה, המנגנון שלנו הרבה יותר יעיל מאשר חברות הביטוח הפרטיות, אנחנו לא למטרות רווח, הפרמיות שלנו הרבה יותר זולות, ואנחנו יכולים לעשות את זה באופן הרבה יותר סוציאלי ויעיל מאשר חברות ביטוח פרטיות, לכן אל תתנו את זה לחברות ביטוח פרטיות'. והם שכנעו.

ב־1998 הוסדרו כללי הביטוח המשלים ... ואמרנו אוקיי, מי שירצה – יקנה אותם, ומי שלא ירצה – לא יקנה. זה וולונטרי ... ובאמת, מי שמסתכל באותה תקופה על הביטוח המשלים ... הוא היה יחסית קטן גם מבחינת היקף המבוטחים שלו וגם מבחינת היקף הכסף שלו. אבל הדבר הקטן הזה צמח וצמח, והוא הגיע לממדים של היום, שאף אחד לא חזה אותם ... כן (כיום) אנחנו מבטחים את עצמנו לדעת ... גם ביטוח משלים, גם ביטוח מסחרי, גם ביטוח קולקטיבי, וכל אחד מחזיק ביטוחים מכאן ועד הודעה חדשה ... מדינת ישראל היא אחת משיאניות העולם בביטוחים רפואיים פרטיים. זה לא להאמין פשוט.

משרד הבריאות טעה או בתזמון או בחוסר הבנה של התפתחות השב"ן. ואגיד גם למה ... אמרנו שהביטוח המשלים יכול מה שלא בסל, שזה היה בסדר. אבל הטעות המרכזית שהיא בעצם לב־ליבה של בעיית המערכת היום, הטעות הייתה שאפשרנו לביטוחים המשלימים לכלול איכות משופרת של שירותים הכלולים בסל, כמו למשל, בחירת רופא, שלזה צמוד גם הנושא של קיצור תור – זה בא ביחד ... זאת הייתה טעות לדורות. ברגע שאפשרנו בחירת הרופא במימון השב"ן, אפשרנו באמצעות זה גם את קיצור התור לבעלי השב"ן, והמוטיבציה הזאת של לקבל שירות יותר טוב באמצעות ביטוח משלים, זה היה סיפור שמכר הרבה פוליסות והבטיח שיש הרבה לקוחות שיאהבו את זה מאוד.

הבעיה הזאת, כשאתה משלב אותה עם הסיפור של ירידת המקורות בסל הבסיסי, אז יש פה מנגנון של הביטוח הציבורי שהולך וצונח במקורות שלו, ויש פה מנגנון

משלים שהולך וצומח גם בכסף וגם במספר מבוטחים, שנותן שירותים איכותיים יותר טובים מבחינת בחירה ומבחינת זמינות. שני הדברים האלה הלכו והתעצמו. כדי לשנות את התעריף של ביקור אצל רופא, אתה צריך ללכת לכנסת. לעומת זאת, בביטוח המשלים כדי להעלות את הפרמיה, מספיק שפקיד במשרד הבריאות יחליט שהוא מעלה את הפרמיה, והיא עולה. זאת אומרת, יצרנו מנגנון שכולל מרכיבים איכותיים מאוד בסיסיים של הסל הבסיסי, שזה שערורייה ממדרגה ראשונה, ויצרנו מנגנון שאפשר היה באמצעותו, בצורה מאוד מאוד קלה, לגבות כסף מהציבור. ואז התוצאה לא צריכה להפתיע – התוצאה הייתה שיש בשב"ן הרבה יותר מבוטחים, הרבה יותר כסף, והכסף משפיע על הסל בסיסי.

אני שומע הרבה מאוד את הטענה הזאת – מה זה מפריע לך? יש פה מנגנון וולונטרי של אנשים שרוצים ללכת לביטוח המשלים, אז תן להם ... אבל מובן שזה לא כל כך פשוט ... זה קורה בגלל שיווק מאוד מאוד אגרסיבי גם של הביטוחים המסחריים וגם של קופות החולים ... זה קורה כי יש כאן איזה שהוא זרם של כסף שהוא קל לגבייה, שהקופות השתמשו בו כדי לגבות יותר כסף מהציבור ולכסות גרעונות ... וזה קורה וצריך לומר את זה בכנות: כאשר אין כסף בסל הבסיסי, השירות נפגע, הזמינות שלו נפגעת ומצטברים שם תורים. ואז בעצם, אנשים מצביעים ברגליים והולכים למקום שבו מבטיחים להם קיצור תורים. איך? באמצעות בחירת רופא שממומן באמצעות הביטוח המשלים. ככה זה התנהל מ-1998, כאשר בכל שנה המספרים צמחו, אם תעקבו אחרי המספרים, והכסף של הביטוח המשלים גדל, וההשפעה של זה על מערכת הבריאות הלכה וגדלה.

מה הייתה ההשפעה של תהליך זה על מערכת הבריאות, ולמה היא רעה? הדבר הראשון שעשה הביטוח המשלים, שזה יצר אינפלציה של מחירים במערכת, מי שלא יודע, כי יש פה כסף קל. הרופאים גבו כסף מהביטוחים המשלימים, ובכל פעם כשהם העלו את התעריף שלהם, הביטוח המשלים העלה את הפרמיות. הרבה מאוד רופאים עשו המון כסף בביטוח המשלים.

הדבר השני הוא תמריצים להסטה – בביטוח המשלים מותר לבחור רופא רק בירושלים ורק במערכת הפרטית, ובאמצעות זה גם לקצר תור, ולכן הרבה מאוד אנשים הצביעו ברגליים, ובמקום לחכות בתל-השומר חצי שנה, הם הלכו לאסותא בתל-אביב וקיבלו את התור בעוד יומיים. ואז מסיטים את המטופלים לשם. זאת אומרת הרופאים (בבתי החולים הציבוריים) נוטים את בית החולים ב-3 אחז"צ, ואז נוצר תור המתנה במערכת הציבורית, ולעומת זאת המערכת הפרטית חופשיה ועושים בה כל דבר. ההסטה הראשונה היא של הרופאים שהסיטו מטופלים למערכת הפרטית, אבל גם הקופות הסיטו. למה הן הסיטו? משתי סיבות: קודם

כול, אסותא היא בבעלות מכבי, ומכבי רוצה שאסותא תצליח, אז בואו ונסיט אליה חולים וכנ"ל מדיקל הרצליה בכללית.

הסיבה השנייה מחייבת הסבר: בואו נניח שיש חולה באזור תל-אביב והוא זקוק לצנתור והוא מבוטח בקופת החולים הכללית או מכבי, ולקופת החולים הכללית ומכבי יש שתי אפשרויות: אחת, להפנות את החולה הזה לעשות צנתור באיכילוב או בתל-השומר, והשנייה להפנות אותו לבית חולים אסותא. אם הקופה תשלח אותו לתל-השומר היא תשלם עליו טופס 17, אולי תקבל קצת הנחה, וזה יעלה לה מה שזה יעלה לה. אבל אם היא תשלח את החולה לאסותא או למדיקל הרצליה, זה לא יעלה לה שקל, כי מי שישלם את החשבון זה הביטוח המשלים ולא הקופה. כלומר, נוצר פה מנגנון מעוות שאנחנו יצרנו אותו ... כך נוצר מצב שהרופאים בורחים, הקופה מסיטה, והתוצאה הסופית היא שהמערכת הציבורית מתדרדרת ... וזו הייתה אחת ההשפעות הכי מזיקות של השב"ן על המערכת הציבורית.

כל הנושא הזה של החטא הקדמון אפשר לביטוח המשלים לתת דברים איכותיים שנמצאים בסל, כי הניתוח הרי נמצא בסל, אבל הזמן שלו לא מוגדר, והרופא לא מוגדר, ואת זה לקח הביטוח המשלים ועם זה הוא צמח וצמח. אני חושב שבמשרד האוצר ראו את זה, ואני מִפנה פה אצבע מאשימה למשרד האוצר, כי טיפשים הם לא. הם ראו את התופעה הזאת והם דווקא עודדו אותה לאורך שנים רבות בעצימת עין. ולמה? כי ככל שיש יותר כסף בביטוח המשלים, הקופות פחות צועקות שיש להן גירעון. זאת אומרת, נוצר פה מצב שבו הסל המשלים יצר איזה שהוא פתרון אלטרנטיבי שגובה כסף במקום הכסף שצריך היה לבוא מתקציב המדינה. ושנית, אמרו במשרד האוצר, שהביטוח המשלים זה איזה שהוא מנגנון לשחרור לחץ של הרופאים. במקום שהם יבואו אלינו ויבקשו יותר כסף בהסכמי שכר, הם עושים את הכסף שלהם במערכת הפרטית, ויופי. והאוצר ראה את זה והעלים עין, כי זה השתלם לו. משרד האוצר לא ראה את ההשפעות מרחיקות הלכת האלה על המערכת הציבורית.

בשלב מסוים נפל האסימון, אבל הוא נפל מאוד מאוד מאוחר ... הגענו לזה שב-2015 אנחנו כמעט 40% במימון פרטי, ובעולם זה 30% מימון פרטי. כלומר, מדינת ישראל היא שיאנית כמעט במימון הפרטי של מערכת הבריאות ... הפגיעה של הביטוחים המשלימים במערכת הייתה חוסר יעילות, הסטה למערכת הפרטית, פגיעה במערכת הציבורית, ובמידה רבה גם תורים, כי אם אתה רוצה שהחולים יבואו למערכת הפרטית – תרע את השירותים במערכת הציבורית. כי יכול להיות שהתור במערכת הציבורית יותר ארוך, אז יש תמריצים יותר גדולים ללכת למערכת הפרטית. זה יצר קטסטרופה, ומי שהפסיד הכי הרבה מהקטסטרופה הזאת היה

החולה ... החולה הפסיד פעמיים – פעם אחת בתורי המתנה ופעם שנייה בכסף, כי הוא שילם יותר ויותר.”

זאב רוטשטיין

”בעצם המעבר של השב”ן לאחר החוק לקופות החולים, בניגוד למה שהיה כתוב בחוק, הביא למצב שקופות החולים עשו חיים קלים – הן התחילו למכור את השב”נים דרך המזכירים של הסניפים ודרך הפקידים של הסניפים. ואוי ואבוי למי שנכנס פנימה, במקום לשאול ‘איך קוראים לך?’ שואלים אותו: ‘יש לך שב”ן או אין לך שב”ן?’ ואתה חושש ממה שאולי אפילו הוא לא נכון, אבל אתה חושש מכך שבעצם יפלו אותך לרעה, ואז אתה קונה את השב”ן כדי שלא יפלו אותך לרעה בסל הבסיסי. בעצם, הרפורמה הזאת שלא הושלמה אף פעם והשאירה על כנן את קופות החולים, פגעה ביעילות הכלכלית של מערכת הבריאות בצורה מאוד גדולה.”

חיים דורון

”חוק ההסדרים במשק (1998) הביא לנו את צורת השב”נים, הביטוחים המשלימים ... היה במכון הלאומי אחד מכלכלני הבריאות הטובים ביותר פרופ’ צבי אדר. צבי אדר בדיון על השב”נים התבטא ואמר שהם ‘אבי אבות הטומאה במערכת הבריאות’, והמציאות הוכיחה את הנכונות של הביטוי הזה. ראשית, השב”נים חילקו את המבוטחים בין אלה שיכולים לשלם לאלה שלא יכולים לשלם, אז אומרים לנו שכבר הגיעו ל-80% שמשלמים, זה מטעה, מכיוון שבאזורים המסודרים יש אולי אפילו 90%, אבל באזורים הבעייתיים (שהם בעייתיים לא רק מבחינה סוציו-כלכלית אלא גם מבחינה בריאותית כי זה הולך במקביל) האחוזים הם מתחת ל-50%. חילקו את מבוטחי ביטוח בריאות במדינת ישראל בין אלה שיכולים לשלם לבין אלה שלא יכולים לשלם.

אמרו שבעצם השב”נים הם רק בשביל דברים שיכולים להיות nice to have, אבל לא חיוניים לבריאות. אבל לי היה ברור שבמשך השנים זה יעבור לדברים חיוניים לבריאות, וכך היה. לשב”נים יש תרומה עצומה לגידול אחוז התמ”ג שבא מהכיס הפרטי, שבשנת 2015 לפי הדוח הסטטיסטי הממשלתי הגיע ל-38%. אנחנו יחד עם ארצות הברית ודרום קוריאה, מהמדינות הראשונות ב-OECD שמשלמות מהכיס את ביטוח הבריאות הממלכתי, ואנחנו מדינה שקולטת עלייה, ומדינה שיש בה פערים גדולים בין המרכז לפריפריה וכו’.

היום כשאני מחייג כדי להשיג תור לרופא בשירות הרגיל של ביטוח הבריאות, אני קודם שומע שמציעים לי פלטינום כזה ואחר, אחות שתשמור על ההיריון וכל

מיני דברים כאלה, זה גם מגיע לתרופות מצילות חיים עם כל המשמעות של הדבר הזה.

(אני) ראיתי בתחרותיות על רמת השירות את העיקר. הכנסת השמינית העבירה את התחרותיות מתחרות על רמת השירות לתחרותיות על השב"נים. מתחרותיות על טיב השירות כזכות לתחרות על טיב השירות כמוצר".

חיים פליץ

"השב"ן נותן לקופות החולים אפשרות להציע למבוטח שירותים נוספים, וזה נוח למבוטח כי זה נעשה באותה קופה שבה הוא נמצא ולא בשום גוף אחר, בה הוא יכול לקבל שירותים נוספים או יכול לקבל שירותים במחיר זול יותר ... הקופה מרוויחה מכך. בדרך כלל, יש עודפים ברווחים בשב"ן, כך שזה מהווה מקור הכנסה נוסף.

למבוטח זה אמור להיות נוח, והממשלה אמורה להיות שמחה, כי אם לקופה יש מקורות כספיים נוספים אז זה טוב. הרי הקופה לא לוקחת את הכסף ומחלקת אותו כדיבידנד. המקור שיש משב"ן הוא, למעשה, מקור נוסף שמאפשר לממן את הסל הבסיסי או לתת אותו לציבור ברמה יותר טובה, בניגוד לחברת ביטוח שנותנת את השירות והרווח נשאב לחברה. לכן הייתי בעד השב"ן.

מול השב"ן התפתח ביטוח של חברות הביטוח. אין לי נתונים עדכניים להיום, אבל יש לי חשד שהם מרוויחים יפה מכך. התחום הזה הוא קצת תחום בעייתי לציבור, מכיוון שהציבור, למעשה, אין לו הרבה פעמים יכולת להעריך את מה שהם מציעים ... ברוב המקרים שבהם הסתכלתי על חברות הביטוח הנוספות, נראה היה לי שהמחיר שהתבקשתי לשלם היה גבוה מהתמורה שאני מקבל, והיה נדמה לי, וכך זה לדעתי עד היום, שהשב"ן פלוס הסל הבסיסי נותן כיסוי מאוד טוב".

חיים רמון

"הרבה משלמים עבור ביטוח משלים, זה כמו ביטוח פרטי. האזרח מודאג שהוא לא יקבל מספיק דרך הביטוח הממלכתי, אז הוא עושה ביטוח משלים. אני לא רציתי שיהיה ביטוח משלים. באו הקופות והתחננו ואמרו: 'תן לנו במשהו להתחרות'. אמרתי להם: 'אני מבקש שתורידו את ההתנגדויות לחקיקת החוק'. ואז מכבי ומאוחדת הורידו את ההתנגדות בגלל הביטוח המשלים. לגבי כללית זה היה להיות או לחדול. לכן זה נעשה, ולדעתי בדיעבד אני חושב שטוב עשיתי, למרות שלא רציתי בכך.

היום ל-70%-80 מהציבור יש את הביטוח המשלים. זה לא עול כבד מדי, וזה מקל מאוד על דברים שהמדינה לא נותנת או המערכת לא נותנת, למרות שבדברים

רציניים הביטוח הכללי נותן, ולא צריך את הביטוח המשלים. זה סוג של נוחות, שבשביל בריאות הציבור מוכן לשלם, למרות שהכסף הוא לא בשמיים. אם שואלים אותי מה צריך לעשות בנוגע לבריאות, אני עונה להם שלא צריך לעשות שום דבר, רק צריך לחזור לחוק המקורי שעבר ב־1994 ולתקן אותו. הם ניסו לקלקל, וצריך לתקן אותו”.

יהושע (שוקי) שמר

”השב”ן מבחינתי הוא אותו דבר כמו השר”פ של הדסה, ויש יכולת לאנשים לבחור. אני מרגיש שאנחנו עושים רפואה שהיא נחשבת בחוץ לפרטית, אבל היא משלימה, היא הפתרון לכל החולים של מערכת הבריאות הציבורית הישראלית. ובכלל, יש להפריד בין מימון שירותיים פרטיים (ביטוחים מסחריים, לדוגמה) לבין מתן שירותי רפואה על ידי גופים פרטיים, לשם הולך העולם. סוד גלוי, היום ברשת אסותא למעלה מ־55% מהפעילות הציבורית היא ללא טופס 17, החולה לא משלם כלום, והמימון הוא ציבורי. הביטוחים המשלימים שנקראים היום שב”נים (שירותי בריאות נוספים), הם מצרך שהציבור הוכיח שהוא חשוב וראוי. כ־80% מהציבור רוכשים אותו בהיעדר פתרון הולם במערכת הבריאות הציבורית, והלוואי שיתייצר הצורך בהם”.

יונתן הלוי

”מיום היווסד השב”ן, כמו שיש לנו בבתי החולים בירושלים אפשרות לשר”פ, הייתה אפשרות להשתמש בשב”ן, ולכן את נושא השב”נים, ככל שהוא עורר אצלי הרמת גבות, והוא עורר אצלי הרמת גבות בעיקר מפני שנתנו לקופות לעשות את זה, וראיתי בזה איזו שהיא סתירה מסוימת שהקופות שאמונות על שוויוניות, שהשליחות והמנדט שלהן מהמדינה זה לתת רפואה שוויונית – פותחות שב”ן. נרגעתי קצת כשראיתי את התעריפים של השב”ן, שהם שווים לכל נפש.

בדיוני ועדת הסל הנושא הזה של אפליה ... זה מעניין, שאת שואלת מה השלכות השב”נים – בדיוני ועדת הסל, ולא רק בארבע השנים שהנהגתי אותה, ואני יודע שגם לפני זה וגם בשנה אחרי (ב־2016) השיקולים אם להכניס או לא להכניס, הרבה פעמים הוא מה יקרה עם ה־20 וכמה אחוזים שאין להם שב”ן, כי תמיד ועדת הסל אמרה: ‘אבל זה בשב”ן’. לכן גם ליצמן רוצה להכניס טיפולים, מה שהוא קורא להם מצילי חיים, ואני בכלל לא יודע מה זה מצילי חיים. אם תרצי אוכל להתייחס לדבר הזה. הוא רוצה להכניס את זה לשב”ן בדיוק בשביל זה, כי אנחנו מכניסים לפעמים תרופות לסל ותרופות יקרות שנמצאות בשב”ן, כשמה שעומד לנגד עינינו זה הצדק הסוציאלי כלפי אלה שאין להם שב”ן. תכניסי את כל התרופות היקרות

לשב"ן - אז מחיר השב"נים יפסיק להיות שווה לכל נפש, ואז לא 80% יוכלו להרשות לעצמם. השב"נים שמנוהלים על ידי הקופות וחברות מסחריות זה סיפור אחר. אם חברות הביטוח הראל והפניקס רוצות לתת ביטוח מסחרי, אנחנו מדינה חופשית ודמוקרטית, זה בסדר. אבל השב"ן היה לי מוזר. ראיתי בזה איזו שהיא סתירה פנימית לחוק.

זה גם השפיע על האמון של הציבור בסל התרופות. אני טוען שהחל מהסל הראשון ב-1995 ועד סל 2016 של השנה - הסל הוא מכובד מאוד. אם תשאלו מישהו ברחוב אם הסל מכובד, אם הוא מתהלך בהרגשה שיש לו סיכוי משמעותי, ואני כבר לא מדבר על גבוה, במהלך חייו לסבול ממחלה שאין לה פתרון בסל - 9 מתוך 10 אנשים, אם לא 99 מתוך 100, ייתנו תשובה חיובית על השאלה הזאת, ואת זה עשו השב"נים וגם החברות המסחריות. אבל השב"נים יצרו מצב של חוסר אמון. אחת היצירות המפוארות של מדינת ישראל, עם הצדק הסוציאלי שדיברתי עליו, חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא זוכה לאמון הציבור ושלא בצדק בגלל השב"ן."

יעל גרמן

"אחד הדברים שבאנו ואמרנו שיש כפילות ... באנו ואמרנו: 'בואו ונראה מה נותנת הקופה, שזה השב"ן, ובואו נראה מה חסר ונאפשר רק את הפלוס, את התוספת, שלא תהיה כפילות'. כי למעשה היום באים ואומרים: 'בואו נאמר שהביטוח המשלים נותן לצורך העניין את כל הניתוחים של השתלה, אבל הוא לא נותן את הליווי. אז בואו נעשה ביטוח למלווה', בעוד שהיום הביטוח הוא על הכל. פעם אחת ביטוח אלמנטרי, פעם אחת את הביטוח המשלים שהוא גם חלק מהביטוח האלמנטרי, ובפעם השלישית את הביטוח הפרטי, שזה גם זה וגם זה.

כל הנושא של החזר הסדר. היום זה כמעט הכל הסדר. זה ללא ספק תרומה של הוועדה. זאת אגב, הסיבה העיקרית לכך שהיום יש יתרות בביטוח המשלים. מה שצריך לעשות עם היתרות האלה זה להוריד או את ההשתתפות העצמית או את דמי הביטוח המשלים, אבל לא עושים את זה, מה שלא בסדר.

במהלך הוועדה הגענו למסקנה שלמעשה זאת הייתה שגיאה בכלל ללכת על השב"ן. חלק ממנו הוא בכלל מיותר, כשאנחנו מדברים על כל מה שנקרא ... שיאצו ואני לא יודעת מה עוד. ובכלל עצם המחשבה של ללכת ולתת אפשרות לאנשים לקנות את הביטוח, זה עומד בניגוד לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ושהפרצה למעשה אפשרה לאחר מכן להרחיב אותה בכל הנושא של הביטוחים הפרטיים, ומה שסיפרתי עליהם. ואמרנו שאם היינו יכולים, היינו מחזירים לאחור את הגלגל, והיינו מבטלים בכלל את השב"ן.

אבל אנחנו עם הרגליים על הקרקע, וזה היה ברור שאם היינו מבטלים את השב"ן, גם היה לנו ברור שהשב"ן בסופו של דבר היה פתח מילוט של הקופות, שנשאו בעול מאוד מאוד כבד של הוצאות שלא היה להן החזר מבחינת העברה של הממשלה, ושהן ניצלו את זה במיוחד לצרכים שלהן כדי לכסות את הגרעונות של הקופות. עשינו חשבון, אם אני לא טועה, שאם אנחנו מבטלים את השב"ן, המדינה צריכה להוסיף בין 4-5 מיליארדי שקל כדי לכסות את הגרעונות, וידעתי שסכום גבוה כזה אין בכלל מה לדבר עליו. אז הבנתי שחבל על הזמן, והרצון הגדול הזה לא יעבור ... אבל היה ברור שצריך באיזה שהוא מקום לעצור את הסחף ואת ההתדרדרות של כל הנושא של ההוצאה הפרטית על חשבון ההשקעה הציבורית, כי זה היה ממש ברור מול העיניים. ראינו את המעגל איך שהוא הולך וגדל. מה שאני רוצה לומר, שמאוד מאוד מרגש אותי כל פעם כשאני רואה איך צעד בצעד, בצעדים קטנים ולפעמים אפילו לא קטנים, בלי לקרוא לזה ועדת גרמן, זה בסדר גמור וממש לא אכפת לי, אבל מיישמים את המסקנות ואת התובנות שלנו מוועדת גרמן ממש. אומנם לא תמיד בהצלחה. אחת התובנות שלנו הייתה כמובן שצריך לצמצם את כל ביטוחי הבריאות הפרטיים."

יעקב ויטקובסקי

"היות שקרוב ל-75% מהאזרחים במדינת ישראל מבוטחים בביטוח משלים כזה או אחר, אני ככלכלן בריאות רואה זאת כחלק מסל הבריאות ... כי אם 75% מהמבוטחים קונים את השירותים האלה, זאת אומרת שהם גורסים שהסל לא מספיק, ואז שירותי הביטוח המשלימים מהווים למעשה תשלום נוסף למס הבריאות ומהווים חלק מהשתתפות האזרחים בסל. חלק מהמבוטחים רוכש בנוסף או במקום ביטוחי בריאות פרטיים שלמעשה מהווים תמריץ למתן שירותים במערכת הבריאות הפרטית ... מה שאנחנו רואים בצורה ודאית זה שהשתתפות האזרחים בהוצאות לבריאות עולה והוצאות הממשלה לבריאות יורדות."

יצחק ברלוביץ

"מהר מאוד קופות החולים האחרות (מכבי ומאוחדת), שהן נתנו למבוטחים שלהן יותר ממה שנתנה קופת החולים הכללית, עשו מהר מאוד סימון והפרידו בין השירותים שכלולים בסל שקופת החולים הכללית נתנה, שהם קראו לזה הסל הממשלתי, לבין השירותים שהם נותנים כבסיס, וקראו לזה 'קרן מכבי'. הם אמרו שזו תוספת, ומי שרוצה לקבל את התוספת של 'קרן מכבי', צריך להוסיף עוד פרמיה

ישירות לקופה, שזה כמובן גם נוגד את עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משום שישירות לקופה זה אומר שעדיין יש לקופה מערכת גבייה ועדיין יש לשכות. זאת אומרת, עדיין לא סגרת את כל המערכות האלה של הגבייה."

לאה אחדות

"זה מוביל אותי לשאלה של הביטוח המשלים. אני חשבתי האמת שלא צריך אותו. אני חושבת שמאחר שלמעלה מ-80% וקרוב ל-90%, יש להם את הביטוח המשלים, ומי שאין להם זה לא דווקא כולם העניים. יש גם אנשים שלא רוצים אותו כי יש להם ביטוחים פרטיים טובים. הביטוח המשלים הוא כמעט אוניברסלי. באמת הדעות חלוקות פה לגבי הביטוח המשלים. אם אתה עושה ביטוח משלים, בסופו של דבר אתה יכול להגדיל את הפרוגרסיביות של המערכת, כי איך שקובעים את התעריפים, אלה לא תעריפים שקשורים לרמת ההכנסה של אנשים. אני רוצה לומר, שלא נראה לי שבעתיד מישהו יאמץ את הביטוח של שב"ן. אם מישהו רוצה לבחור מלחמות לגבי העתיד, לא יצא, כי אין לו פונים לא במשרד הבריאות ולא במשרד האוצר. לגבי הרפואה הפרטית, חלק מסוים ממנה זה תיירות מרפא, שגם שם יש ויכוח אם תיירות המרפא גורמת לכך שאנחנו מחסירים שירותים או גורמים להארכת תורים עבור תושבים ישראלים."

מאיר אורן

"הסל היה אז סל מאוד רחב ועמוק, ואז הגדרתי כמנכ"ל את השב"ן כביטוח מוסף, לא משלים. זה לא ביטוח, למעשה. זה למטרות ריפוי נוסף ... עשיתי הבחנה מאוד חדה בין ביטוח סוציאלי, שהוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכל אחד משלם כפי יכולתו ומקבל כפי צרכיו, לבין סל ביטוח, שהוא על בסיס אקטוארי של סיכון, וגיבשנו תקנות שישנן, שעשו את ההפרדה המלאה ונטרלו את ההתניות גם במעבר שבין קופה לקופה ונטרלו גם את האפשרות לזליגה של מרכיבי סל מהסל הכללי לסל הביטוח המשלים ... שלימים הממשלה התאהבה, וכולם התאהבו בטרמינולוגיה ביטוח משלים רובד ראשון, שני ושלישי, ואנחנו יודעים בדיוק מה המשמעויות של זה. לצערי הרב, לא הצלחתי בשנתיים האלה בקטע הזה ... התקנות היו מאוד ברורות ורק צריך היה לאשר אותן ... אבל היו אינטרסים חזקים שמנעו את האישור, ואלה היו משרד האוצר והקופות."

מרדכי (מוטקה) שני

"נושא השב"נים הוא, לצערי הרב, פועל יוצא בעיקר של חוק ביטוח בריאות, כאשר היה בתוכנו ויכוח האם לאפשר לקופות החולים להציע ביטוח נוסף או לא להציע אותו. (ולבסוף) אפשרו לקופות החולים. חוסר העדכון של חוק ביטוח בריאות, התורים שנמצאים בו, הביאו לידי כך שהשב"ן הלך והתרחב. אם אתה לא נותן ביטוח בריאות נרחב לתושבים ומקפיד על הסל, הציבור ירוץ ויקנה שב"ן או יקנה ביטוח פרטי. זו אחת הבעיות המעניינות בעולם.

כל נושא הביטוח המשלים הוא פועל יוצא של גישת הציבור או כתוצאה מהמגרעות שאצלנו זה נושא התורים שקיים עד היום, והוא בעיה מאוד קשה".

משה בר סימן טוב

"רוצים לייצר איזה שהוא outlet למערכת, לרופאים, לקופות החולים, למבוטחים ויוצרים פה איזה שהוא מצב שהוא גם מעוות בשיווי המשקל שהוא יצר, אבל לעשות מהחביתה הזאת בחזרה ביצה - כבר מאוד קשה ... ברמה התיאורטית הייתי שמח, אם היינו יכולים לבוא ולהגיד: 'בואו ניקח את ה-4 מיליארד שקל האלה, או 3 או 2 מיליארד, ובואו נלאים אותם. נעלה את מס הבריאות וניתן כסף לרופאים לעבוד אחר הצהריים וניתן לציבור לבחור במערכת הציבורית'.

זה רעיון שתמכתי בו מאוד. ואני חושב שעד שלא נטפל בשניות שנוצרה לי בחודשים האחרונים ביחס לדבר הזה ... הדבר מטיל יותר מדי אחריות על הממשלה, ואנחנו לא תמיד יודעים איך, כלומר לרסן את המערכת הפרטית זה הרבה מאוד אחריות לממשלה. לפני שאני חוסם לציבור את הנתבי הפרטי ואני לא מאפשר לו להיות בטוח לחלוטין שהצד הממשלתי יתפקד, כי אחרת אולי הגשמנו איזה שהן אידיאות נשגבות, אבל הציבור קיבל פחות. לכן אני מודה שרמת האמון ברעיון הזה פחתה, אבל אני עדיין חושב שצריך לשנות את קו התפר, כלומר להלאים לפחות חלק מהפעילות הזאת לתוך המערכת הציבורית".

נחמן אש

"היה עדיף בלי השב"ן. היה עדיף שהסל היה יותר רחב והיה נותן מענה למה שהשב"ן נותן היום. אני חושב שזה אפשרי ולא מסובך לעשות את זה ... אני חושב שאם אפשר היה לקחת את השב"ן ולהכניס את המרכיבים המשמעותיים שבו לתוך הסל, היה יותר נכון לעשות את זה.

כיום השב"ן הוא ערוץ שבו אנשים מקבלים טיפול רפואי ותרופות שלא נמצאות בסל. בין השאר אנחנו מאשרים ומשתתפים בעלות טיפולים בחו"ל ... במכבי חלק הארי של הניתוחים ניתנו דרך השב"ן עד לחוק הצינון, הרי שהיום הכול נכנס לסל. זה נכון שעדיין אתה יכול לבחור מנתח מתוך רופאי השב"ן, אבל היום זה לא כדאי לך. מבחינת השתתפות עצמית וכו' הרבה יותר זול לעשות את זה במסגרת הסל. אחת הבעיות של המערכת הציבורית היא שמשתמשים בשב"ן כדי לקצר תורים, מאחר שהתורים לא מספיק קצרים במערכת הציבורית. מובן שהבעיה היא עניין השוויוניות והאוכלוסיות החלשות שלא יכולות לעשות את זה. אנחנו מגיעים היום לכמעט 80% או אפילו באזורים מסוימים ל-90% אוכלוסייה שיש לה שב"ן ונותנים הרבה שירותים דרך הערוץ הזה. זה בסדר כאלטרנטיבה. הייתי כמובן מעדיף שהכול יהיה בסל".

ניסים אלון

"השב"ן זה בלוף, זה רמאות. זה מס נגדך ... זה טריק של כל קופות החולים כדי למנף את השב"ן שלנו, שמלכתחילה נתנו גם לפני כן בלי השב"ן. הממשלה הכריחה אותנו לעשות את זה כי היה משבר כלכלי (בקופות) ב-1996. אז מוסיפים עוד מיסים, ומה הפלא שההוצאה הציבורית לבריאות ירדה מ-70% ל-60% והפרטי עלה מ-30% ל-40%. קצת השב"נים וקצת השתתפות עצמית.

תראי את גודל הבלוף של השב"ן: הוא בסל, עוטפים אותו יפה. אתה עושה צנתור ואתה יכול לבחור לך את המצנתר, אבל אתה יכול לבחור אותו רק בפרטי. נניח שהמצנתר עולה 10,000 ₪ בציבורי ונניח לשם הדיון הוא עולה 12,000 בפרטי. 10,000 של הסל ועוד 2,000 בפרטי.

אומר משרד הבריאות: 'את כל ה-12,000 תרשום כהוצאה בפרטי'. למה? למה אתה לא רושם 10,000 בסל ורק את ה-2,000 בפרטי? כי אם היינו עושים את זה בקופות, היינו אומרים שהשב"ן מרוויח המון כסף והיה לחץ להוריד תעריפים; ואם היו מורידים תעריפים, הקופות היו פושטות את הרגל, והאוצר היה צריך להכניס את היד לכיס.

תראי את הבלוף שקורה כאן. השב"ן הוא כלי להעמקת המס בתחום הבריאות על אזרחי מדינת ישראל. נקודה. חד וברור. בנוסף, הוא יוצר עוד בעיה: הוא שוחק את העיקרון היפה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והוא מגדיל את האי שוויון. הוא רק משהו רע. אין בו שום דבר טוב. אני חושב שצריך לבטל אותו. לחלוטין ... בהדרגה. אי אפשר במכה אחת, כי זו פעולה תקציבית. אבל בחזון שבעוד עשר

שנים לא יהיה שב"ן ונאמר: בואו ניקח 10% מהתקציב. נניח שהתקציב הוא בערך 4 מיליארד שקל לשב"נים. ניקח 400 מיליון שקל בשנה ו... או תחליט שחלק מהדברים יצאו החוצה לגמרי ולא צריכים להיות בשב"ן בכלל, זה מיותר. אם היו מחליטים שהדברים החשובים נכנסים לסל והדברים הלא חשובים יוצאים החוצה ... ואגב ההוצאה המרכזית בשב"נים זה בחירת המנתח וחוות דעת שנייה ... פשוט שבפשוט. להחליט שגם בציבורי אפשר לעשות את זה. לפרגן לרופאים, לשלם לא במחירים של הפרטיים. וזה ייגמר ונפתרה הבעיה. עושה את זה מנהל מחלקת אף-אוזן-גרון ברמב"ם בחינם. עושים את זה בצנתורים באיכילוב בחינם ... מה הבעיה לעשות את זה בהוראה של שר הבריאות לכולם, שר הבריאות ושר האוצר?

לצערי הרב, אני רואה שהמגמה היא בדרך כלל הפוכה. יש המון כנסים על אי שוויון, מתכנסים, מדברים, ומשנה לשנה האי שוויון גדל. מי שעושה את האי שוויון זאת ממשלת ישראל ביד מכוונת ובהתלהבות גדולה. היא אולי אומרת שהיא לא רוצה, אבל היא עושה. המטופל אין לו ברירה, הוא חייב שב"ן. אין לו שום ברירה. אני אומר לחולה: 'אתה לא יכול זה ואתה לא יכול ההוא'. אז הולכים לשב"ן. מה הוא יעשה? ואני גם משיג לו את זה במחירים יותר זולים. אין לו ברירה. אם רפואת השיניים הייתה בסל, אז מישהו היה צריך את השב"ן? הוא לא היה צריך. אבל אין לו ברירה.

בין לא לתת כלום לבין השב"ן, כן עדיף השב"ן. זאת טענת הנגד, אגב. אני אומר שזה בסל, הרי במילא גובים את הכסף מהאזרחים".

רוני גמזו

"מערכת הבריאות בשנים שבין 1995 ל-1998 נקלעה למצוקה שהובילה בסופו של דבר לחקיקת סעיף 10 לחוק, חקיקת הביטוחים המשלימים, באופן שהחלישה, לדעתי, קצת את העקרונות הבסיסיים של חוק ביטוח בריאות. המצוקה הייתה מכיוון שקבענו במועד הקובע את הסל על פי שירותי בריאות כללית. אז מן הסתם לקופות מסוימות שכבר נתנו שירותים מסוימים, ולמבוטחים הייתה כבר הזכות לאותם שירותים, אמרו: 'תנו לנו להמשיך לקבל אותם שירותים במסגרות כמו מכבי כסף, מכבי מגן וכו'. מי שיגיד לגבי התועלת בטח יאמר שאם לא היינו עושים את זה בקופות החולים, אז חברות הביטוח הפרטיות היו מציעות יותר ויותר והיו מוכרות את החבילות האלה ביותר כסף. אני לא כל כך קונה את הטיעון הזה. אני חושב שבסופו של דבר הנזק הוא יותר גדול מהתועלת, מכיוון ששיעור השימוש ושיעור הפיתוח והרכישה של אותם ביטוחים הוא גבוה מאוד וגבוה מדי, שיצר תבנית פסיכולוגית אצל האזרח שהסל לא מספיק. הוא יצר תבנית פסיכולוגית נוספת אצל המדינה, אולי במשרד האוצר, שאם

הסל לא מספיק אז יש לכם אפשרות לרכוש ביטוח משלים. וזה יצר תבנית פסיכולוגית נוספת אצל קופות החולים, שאם אנחנו לא מספקים שירותים טובים בסל הבסיסי, אז תקנו ביטוח משלים.

מכל זוויות הראייה - גם של המבוטח וגם של הרגולטור ובעיקר האוצר, וגם של הקופות - היה תירוץ או הסבר מה לעשות כשהסל לא מספיק. לאט-לאט נוצרה ההתניה הפבלובית הזו, שהחוסר של הסל הבסיסי יש לו פתרון, והוא נקרא ביטוח משלים, שהוא לא כל כך יקר והוא גם שווה לכל נפש, הוא גם פתוח לכולם ואפילו יש גם רציפות בו ואפילו יש אלמנטים שהם סמי-ציבוריים.

מבין כל הנזקים האלה ומשלוש זוויות הראייה שתיארתי, זווית הראייה הבעייתית ביותר שנוצרה בה שריטה או עמדה שלא ניתנת כמעט היום ליישוב היא אצל האזרח המבוטח. שם היום הדעה מעוצבת בעיצוב מאוד מאוד עמוק שהסל לא מספיק, וחייבים ביטוח משלים, ולו לשם הדבר שהפך להיות כמעט מילות קודש - בחירת המנתח, שהפך להיות כמעט אובססיה אצלנו בישראל בשונה מהרבה מדינות אחרות בעולם, שטיפול רפואי איכותי במסגרת ציבורית, אפילו במסגרת פרטית, לא יכול להיות טוב, איכותי ומצוין אם לא נותנים לך את הדבר הבסיסי והוא לבחור את המנתח. כמי שמבין כלכלת בריאות, כמי שמבין את תחום הבריאות, מבין שזה הדבר הכי קשה למבוטח לעשות ... הקושי לדעת ולהבין מיהו באמת טוב ומיהו באמת שונה איכותית מחברו, הוא גדול גם עלינו הרופאים. אז פתאום יודעים המבוטחים, וזאת פתאום נעשית זכות יסוד בסיסית ומהותית שעליה צריך לבזבז מיליארדים ואפילו להפעיל שר"פ. בעיניי זו שטות גמורה, שנולדה מתהליך הדרגתי של שינוי עמדות, שנוצר מנקודת זמן והחלטה בסיסית.

בין 1995 ל-1998 היה אי השוויון בין קופות החולים - כאלה שהיו להם שב"נים וכאלה שלא היו להם כמו שירותי בריאות כללית. חוסר השוויון הזה הוליד דרישה לגיטימית: 'אם אתם נותנים למכבי לתת מכבי מגן, תנו לי לתת מושלם'. וזה בחולשה רגעית של מקבלי ההחלטות, הוביל לביסוס סעיף 10 בחוק. מאותו רגע שבו סעיף 10 קיים, יש הרבה מאוד אנשים שרוצים שהוא יגדל ויתעצם ויקום על יוצרו. אלה אינטרסים שהם גם כספיים להרבה מאוד שחקנים - גם לקופות החולים, לקופה נוספת שגדלה להיות ל-3-4 מיליארדים, לאלה שנהנים ממנו, וזה גם למבצעי השירותים הרפואיים, בעיקר רופאים".

רפי ביאר

"ביטוח נוסף - ביטוח משלים. נתנו את הזכות לחולה לבחור ברופא ללא קשר עם המערכת הציבורית או הפרטית. תנו לבתי החולים להתארגן. הם ידעו לעשות את

זה, הם יִדְעוּ לתעדף את זה – לתת לחולה לבחור את הרופא. שני הדברים האלה לדעתי פוגעים בחולים.

האוצר וקופות החולים וגם הביטוחים מונעים את זה. לביטוחים יש אינטרס כלכלי. הם לא רוצים ליצור מנגנון שבו כסף יצא לעוד מערכות. עדיף להם שההוצאה הכספית תהיה קטנה. שיהיו הרבה הכנסות מהביטוחים, ויוציאו את זה במערכת הפרטית."

שלמה מור יוסף

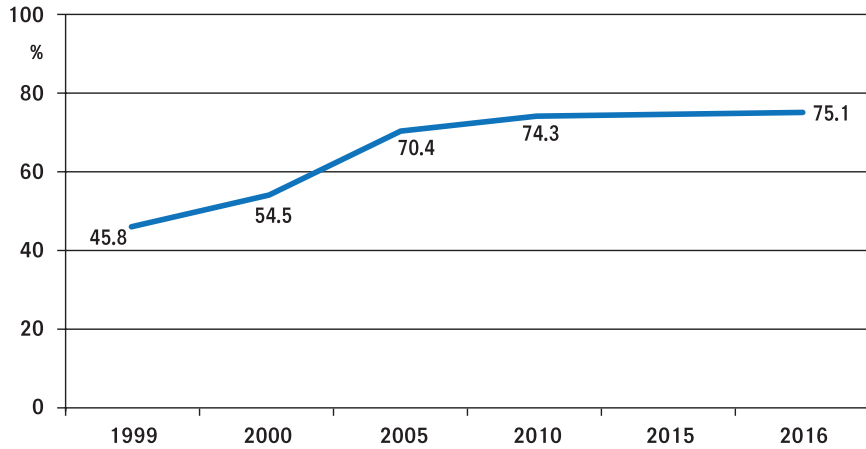
"הביטוחים המשלימים מטרתם המרכזית הייתה להוסיף מקור תקציבי נוסף למערכת הבריאות. במהלך השנים הביטוחים המשלימים שווקו בצורה רחבה ביותר ומקיפים היום כ-80% מכלל האזרחים. כתוצאה מכך, הופר בצורה משמעותית האיזון בין הרפואה הפרטית לרפואה הציבורית. כאשר כל כספי הביטוחים המשלימים מופנים למערכת הפרטית וחסרים למערכת הציבורית, אותה הביטוחים המשלימים היו אמורים לחזק. ברגע שהרפואה הפרטית הפכה להיות נגישה לכל כך הרבה חולים ולכל כך הרבה רופאים, השתנו כללי המשחק במערכת. אני לא רוצה להגיד השחיתה, כי זו מילה קשה מדי. היא בלבלה את המערכת. וכל רופא התחיל לשאול את המבוטח איזה ביטוח יש לו. לפני תקופת הביטוחים המשלימים הרופא ראה את החולה, והחולה היה זה אשר, בדרך כלל, יזם את השיחה על הרפואה הפרטית. מהרגע שבו הביטוחים המשלימים הפכו לנפוצים ביותר, הרופא התחיל ליזום את השיחה על הרפואה הפרטית: 'איזה ביטוח יש לך? אם יש לך ביטוח, נטפל בך באופן פרטי, וכמובן נעביר אותך למערכת הפרטית'. תופעה זו הפכה להיות גורם ששינה במידה מסוימת את האיזון ביחס רופא-חולה.

עדיין אני חושב שהכסף הזה, כל זמן שיש ביטוחים משלימים ויש שם מיליארדים, הכסף הזה צריך להישאר במערכת הציבורית ולא במערכת הפרטית. היום הכסף הזה מזין את המערכת הפרטית. יכולים עד מחר לדבר על חיזוק הרפואה הציבורית. היא אף פעם לא תמצא מקורות בהיקפים האלה לנושא הזה."

שי טלמון

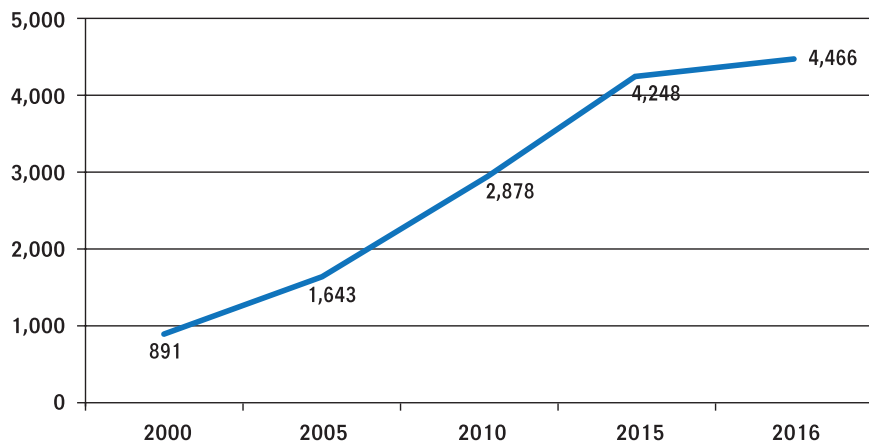
"חלק מהביטוחים המשלימים משמשים כתחליף לשירותים הירודים של המערכת הציבורית וחלקם כפתרון לשירותים ותרופות שאינם חלק מסל הבריאות. הבעיה היא שזהו אינו שוק משוכלל, אין מידע ברור ושקוף למבוטחים, ויש חפיפה בין הביטוחים, כך שחלק מהציבור משלם מעבר לנדרש עבור כפל ביטוחים."

תרשים 15: אחוז המבוטחים בתכניות הביטוח המשלים (שב"ן)



מקור: דו"חות כספיים השוואתיים על תוכניות השב"ן, משרד הבריאות

תרשים 16: הכנסות מדמי חבר בתכניות הביטוח המשלים (במיליוני ש"ח)



מקור: דו"חות כספיים השוואתיים על תוכניות השב"ן, משרד הבריאות

פרק 10

תחרות והסדרה במערכת הבריאות

מידת התחרות הרצויה במערכת הבריאות היא סוגיה מרכזית ושנויה במחלוקת, העומדת על סדר יומה של מערכת הבריאות בישראל מזה שנים. בבסיס התיאוריה הכלכלית של שוק חופשי עומד הרעיון, שהתחרות היא כלי מרכזי להשגת יעילות. אולם בחינת יישומה הכלכלי של המשוואה תחרות-יעילות לתחום הבריאות מלמדת, שנוסחה זו לוקה במספר בעיות שכלכלנים נוהגים לכנות "כשלי שוק", העיקרי שבהם הוא חוסר הסימטריה במידע. בקרב ספקי השירותים באים כשלי השוק לידי ביטוי בעיקר בשימוש עודף, ובקרב חברות הביטוח הם מתבטאים בעיקר בתופעת סינון המבוטחים. כשלי השוק במערכת הבריאות הם מניע מרכזי להתערבות המדינה בהסדרת פעילותה של המערכת.

הסיבה השנייה להתערבות המדינה בהסדרת פעילותה של מערכת הבריאות היא ההכרה שבריאות היא זכות שיש להבטיח במידת האפשר ללא קשר ליכולות הכלכליות של צרכן שירותי הבריאות. עקרון יסוד בחוק ביטוח בריאות רואה בבריאות זכות שיש להבטיח לכול. הוא בא לידי ביטוי בחובת הביטוח ובהגדרת הזכאות לסל שירותים אחיד לכל התושבים במדינה. בכללי ההסדרה שנקבעו בחוק ניתן חופש בחירה מוחלט בקופת חולים מצד אחד, וחלוקת המקורות בקרב הקופות התבססה על נוסחת הקצאה לפי סיכון מצד שני. שילוב שני עקרונות הסדרה אלה בא להבטיח תחרות על מבוטחים, על איכות השירות תוך צמצום כשלי השוק בענף ביטוח הבריאות שביטויו המרכזי היה, כאמור, סינון מבוטחים.

החוק קובע ששירותי הבריאות המסופקים על ידי קופות החולים יינתנו "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". הגדרה זו אפשרה כר נרחב של תחרות על איכות שירותי הבריאות: קיצור משך ההמתנה לשירות, שיפור הנגישות לשירותי בריאות (בעיקר קהילתיים), הרחבת שעות הפתיחה של מתקנים רפואיים, שיפור מרכיבי השירות, צמצום הבירוקרטיה הכרוכה במתן השירותים ועוד.

אולם מהניסיון המצטבר מהפעלתו של החוק התברר שלתחרות בין קופות החולים יש גם מחירים של חוסר יעילות, שבאו לידי ביטוי בהוצאות שיווק גבוהות, בפיתוח שירותים כפולים, בחוסר נכונות לשיתופי פעולה, בתחרות על גובה ההשתכרות של עובדים ועוד.

למול הקביעה המפורשת של חופש בחירה מוחלט בקופת חולים, קביעת החוק לגבי חופש הבחירה בספק שירותים הייתה מוגבלת. סעיף 23 לחוק קובע כי "חבר בקופת חולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו ועבור ילדיו מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה". טווח הבחירה בבתי חולים היה מוגבל, אם כן, רק לבתי חולים שעמם קשורה קופת החולים. מיותר לציין שהחוק אינו מאפשר לבחור רופא בבתי החולים ציבוריים, בין אם לצורך התייעצות ובין אם לצורך ניתוח. מגבלות אלה על החופש לבחור בספק שירותים נבעו מהחשש שהוא יגרום להתייקרות הוצאות הקופות ויגביל את מרחב התמרון שלהן בחתימת חוזה אספקת שירותים עם בתי החולים. מצד שני, המגבלות על חופש הבחירה בבית חולים עשויות לפגוע בזמינות השירות למטופל ולפגוע ברצף הטיפול.

מהן מגבלות התחרות שיש להסדיר בענף הבריאות? מהי מידת חופש הבחירה והתנאים הנדרשים לקיומה? האם יש להגדיל את התחרות בין ספקי שירותים (ובעיקר בתי חולים) כאמצעי לשיפור איכות השירותים ושביעות רצון המטופלים? מהי מידת התחרות שיש לאפשר בין הקופות לבין עצמן ובין הקופות לבין ספקי השירותים? או בקצרה, מהו המינון הראוי והרצוי שבין תחרות לבין הסדרה בתוך כלל מערכת הבריאות? על מגוון הדעות בנושא זה נוכל לקרוא בפרק שלהלן.

אלכסנדר (אליק) אבירם

"אני לא קפיטליסט מאוד גדול, אני יותר נוטה לצד השני, אבל אני חושב שתחרות היא חיובית. כשכ-90% מהאוכלוסייה המבוטחת ומהם 90% הם מקופת החולים הכללית, זה כמו סופרמרקט אחד או כמו המכולת היחידה ברדיוס של 80 ק"מ, ולא אכפת לה איזו סחורה היא מספקת ומה חושבים עליה הקליינטים... אין ספק שהתחרות בין הקופות, שנוצרה בהשפעת החוק ונוסחת הקפיטציה, גרמה לשיפור עצום באיכות השירות. בשלב הראשון ראינו השקעת מחשבה ומשאבים בשיפור השירות המנהלי, ובשנים האחרונות, בעיקר הודות לתוכנית המדדים¹, גם לתחרות חיובית על איכות השירות הרפואי.

מה שמעניין הוא שהציבור הרחב לא מצביע ברגליים. פרט ל-'הגירה' הגדולה מקופת החולים הכללית ב-1995-1996, המעבר הממוצע מקופה לקופה לא עלה על 1% בשנה. לפי סקרים שערכו הקופות, הסיבה העיקרית למעבר קופה היא מנהלית (מעבר דירה, נישואין וכו') ולא בגלל איכות השירות. מפליא גם כמה רבים אינם יודעים בכלל שניתן להחליף קופה בקלות רבה".

בועז לב

"חשבנו שזה מנגנון מאוד חשוב (חופש בחירה בקופה) כדי לייצר תחרות בין הקופות, וזה גם יוכיח את עצמו ולעיתים ב-abuse של התהליך הזה, אבל חשבנו שזה בהחלט איזה שהוא שוט על הקופות, והאזרח יוכל לבוא ולומר את דברו לגבי רמת השירות, איכות השירות שהוא מקבל ויוכל להביע את זה גם באמצעות מעבר בין הקופות.

אנחנו חשבנו שמנגנוני הפרסום של הקופות צריכים לתת את האינפורמציה ולתת את זה בצורה הגונה וישרה ולא לתפוס את האנשים ברגע של מעבר ולהבטיח להם כל מיני בונבונים, בלונים, חולצות ודברים אחרים כדי שיעברו מקופה לקופה, אז העברנו את הרישום של המעבר גם לדואר ולאינטרנט".

ברוך רוזן

"הסוגיה של איסוף השמנת. זאת אומרת, לפני החוק ניסו לעשות משהו ראוי, אפילו מוגדר, בלי הכלים הדרושים. רצו שזה יהיה פרוגרסיבי. כבר מההתחלה הקופות תמיד היו ברוח פרוגרסיבית - שלוקחים יותר כסף מהעשירים לעומת העניים. זה עבד טוב במשך הרבה שנים. אבל אז, הקופות המתחרות (מכבי ומאוחדת) ראו שאם הן לוקחות יותר מהעשירים, הן יכולות לתת שירות יותר טוב, וזה היה בסדר. לא היה שום דבר לא חוקי בזה. אבל בכללית, שבה היו יותר חולים ועניים, מערכת הבריאות הוכיחה שאי אפשר לשלב בין מערכת לגמרי וולונטרית לבין התערבות מאוד רצינית (בהקצאה). צריך לחוקק משהו באמצע. וזה קרה. זה בהחלט הישג, ולדעתי אולי ההישג הכי גדול".

גבי בן נון

"בכללי המשחק התחרותיים שהיו (לפני החוק) הדרך להצליח בעסקים בשוק קופות החולים הייתה באמצעות סלקציה על שני בסיסים: אחד, לקחת את האנשים בעלי הכנסה גבוהה, כי מי שזוכר, בעבר דמי ביטוח בריאות היו כאחוז מההכנסה

ונכנסו ישר לקופה. זאת אומרת, אם ביטחת עשירים, הקופה עשירה. דבר שני, אם ביטחת בריאים, אז ההוצאות שלך נמוכות. ואיך אתה יודע מי בריא ומי לא? לפי הגיל ... הרווח בשיטה זו הוא כפול. אתה מצד אחד מרוויח, כשההכנסות של הקופה הן מאוד מאוד גבוהות, והוצאות הקופה מאוד נמוכות ... את זה עשו קופ"ח מכבי וקופ"ח מאוחדת.

ההיפוך של זה היה קופת החולים הכללית. מה קרה בכללית? היא הפסידה פעמיים. כללית הפסידה מכיוון שהייתה לה אוכלוסייה פחות חזקה כספית, ואז הכסף שנשאר אצלה יותר נמוך. ושנית, המבוטחים שלה היו הרבה יותר קשישים, ואז זה עלה לה יותר. ולכן היא נכנסה לגרעונות, כי היא הפסידה הן בצד ההכנסות והן בצד ההוצאות ... את כשל השוק של תופעת הסינון הזו ניסה החוק להסדיר באמצעות חופש בחירה מוחלט בקופה והקצאת מקורות לפי קפיטציה.

האוצר אמר: 'אם אני אעגן את ה-12.7 מיליארד שקל ואצמיד אותם לעלויות תשומות של מערכת הבריאות, הקופות תהיינה אדישות לעליית מחירים'. מה אכפת להן שיעלו אותם? הן יקבלו פיצוי. הקופות תהיינה אדישות להסכמי שכר. מה אכפת להן? השכר עולה - הן מקבלות פיצוי ... אסור שהקופות תהיינה אדישות (אומר האוצר). אני רוצה את הקופות כחלק מהמשחק, של מה שנקרא ריסון עליית מחירים. ובקטע הזה היה להם הרבה כוח ... ואז יצרנו איזה שהוא מדד ממד יוקר הבריאות, שנתן פיצוי מחירים לתוך החוק, אבל לא ידענו עד כמה המדד הזה יהיה נמוך יותר מאשר העלייה של מחירי גורמי הייצור במערכת הבריאות. את זה ידענו יותר מאוחר. בלענו את הצפרדע הזאת כמו שבלענו את הצפרדע של דמוגרפיה, כשלא הגדרנו את אחוז העדכון. וגם בטכנולוגיה לא הגדרנו מספר, והיום בדיעבד אנחנו יודעים שזאת הייתה טעות.

הייתה מדיניות מקרו-כלכלית ... של צמצום תקציב המדינה ... ולכן אמרו באוצר: 'מה פתאום לתת כסף למערכת הבריאות? ולמה לתת אותו בחקיקה?' לא בחקיקה ולא מספיק כסף. ההיפך. הפתרון שלהם היה: 'בואו נאסוף את הכסף הזה במנגנונים אחרים'. מה הם המנגנונים? שב"ן והשתתפויות עצמיות ... מי משלם פה את הכסף? החולים, והחולים זה המנגנון הכי גרסיבי לגייס כסף.

אם עם ישראל רוצה בבחירת רופא, אז למה לא לאפשר את זה לכולם? אפשר בקופות מסוימות לבחור רופא מקצועי, מעבר לרופא משפחה, כך שמרכיב הבחירה קיים ביותר ויותר מקטעים של החברה הישראלית, והוא הופך להיות יותר ויותר דומיננטי ואולי חשוב, ואני לא רוצה להתווכח על חשיבותו. אבל אם זה אכן חשוב, בואו ונאפשר את זה לכולם, שלכולם יהיה חופש בחירה בחינם, והמנגנון המווסת את הסיפור הזה של הביקושים יהיה תור ההמתנה.

אם כולם רוצים לבחור ברופא מסוים, תסכים להמתין יותר; ואם אתה לא מסכים, לך לרופא אחר ... אני 'מכרת' את הסיפור הזה לא כדי לתת כסף לבחירה. אני 'מכרת' את הרעיון הזה כדי לתת כסף למערכת הציבורית על מנת לקצר את התור. זאת אומרת, זו עסקת חבילה שבעיקרה (1) אפשרות בחירה לכולם חינם, (2) הורדת הפרמיות בביטוח המשלים, (3) הגדלת תקציב המדינה (המיועד לבריאות) ... דרך אגב, כולם הסכימו אתי שהפתרון הזה נכון, אבל הייתה איתו רק בעיה אחת וזה שהאוצר התנגד לו, ולמה הוא התנגד לו? כי המשמעות של הפתרון הזה הייתה לתת יותר כסף מהתקציב שלו.

בעניין הזה של הבחירה הסלקטיבית הזאת חייבים להתמודד, ואני לא מוצא דרך אחרת חוץ מאשר להכניס את הבחירה לסל הבסיסי ולהגיד שזה חלק מהזכויות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי להכניס את הנושא של בחירת רופא. יש בחירה ברפואה הראשונית, קורה באופן חלקי גם ברפואה המקצועית, אז שזה יקרה גם בבחירת רופא בחדר ניתוח.

זאב רוטישטיין

החלק הכי חמור הוא כשיש את ההכפלה כפול ארבע ואת התחרות הלא נכונה. חלק מהתירוצים שבהם השתמשה ועדת נתניהו בעצם להשאיר את הקופות הייתה כדי שתהיה תחרות ... לא צריך את ההכפלה, לא צריך רחוב אחד של שלושים מטר שיש בו ארבע קופות עם שכירות, תחזוקה והכול. זה לא מוסיף לאף אחד כלום. אין שום תחרות בעצם. אם יש תחרות על הנראות, זו תחרות טיפשית. ובמקום לאפשר את המרפאות האלה בתוך בתי חולים מצאו סיסמה 'להוציא את הרפואה לקהילה', כאילו שזו סיסמה שבעצם מייעלת את המערכת, אבל למעשה כשנבדוק את העלויות - שם נשפך הכי הרבה כסף.

זאת שוב פשרה, אבל אני יותר רדיקלי בהצעות של הרפורמה שלי. אני דיברתי על כך שהמערכת צריכה להיות ממלכתית. כמו שפירקנו את האצ"ל, כמו שפירקנו את הלח"י, כמו שפירקנו את הפלמ"ח, על פי שיטתו של בן-גוריון שכמה שאנחנו מתרחקים ממנה יותר אנחנו חושבים עד כמה הוא היה גאון במחשבותיו, כך היינו צריכים לפרק את המערכת הזאת ולעשות מערכת אזורית - לצפון יש מערכת שלו, למרכז וכו', ואז למערכת אזורית יש מקום נהדר לבתי חולים ציבוריים.

אחת הבעיות הכי גדולות של קופות החולים זה שהן מכסות את כל הארץ, לכן כששאלת אותי אם לעשות קופות אזוריות, זה קודם כול עדיף על המצב הקיים, אבל פחות מאשר גישה ישירה לתוך מערכת ממשלתית אזורית. אנחנו מדברים על תחרות בין הקופות, אבל למעשה אין תחרות.

המודל הוא מודל מזוהם, נקרא לו כך, כי לחלק מקופות החולים יש להן בתי חולים, לחלק אין בתי חולים. אלה יעדיפו לשלוח את החולים רק לבתי חולים שלהם, יעדיפו להשקיע ב... להסתיר את ההפסדים, לגלגל את ההפסדים על הקופה עצמה".

חיים דורון

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה לו אופי ציבורי וסולידרי, ולפני שנגעו בו השתמע ממנו שהתחרותיות תהיה לפי טיב השירות. קופה שתספק שירות רפואי מוצלח, זמין ועל רמה יותר, תזכה באהדת יתר של החברים בה. אני רוצה להזכיר שתי הצעות שלשמחתי לא עברו, אבל עצם העובדה שאנשי האוצר הציעו אותן זה מראה לאיזו מידת נסיגה מהרפואה הציבורית היו מוכנים. הדבר הראשון, הקמת קופת חולים למטרת רווח – זה היה הרקע של האמביציה הבלתי מוגבלת, אפילו האובססיה לתחרותיות, ואנחנו יודעים את המצב בארה"ב ואת ההוצאה הלאומית בארה"ב שהיא הגבוהה בעולם. עוד הצעה, סל דיפרנציאלי, זאת אומרת שהתחרותיות תהיה מי נותן יותר תרופות ומי פחות, מי נותן יותר צילומים ומי פחות, וכן הלאה. זה קשור לאובססיית התחרותיות ולהשקפה האמריקנית של משרד האוצר ... אני חשבתי ואני חושב עד היום, שהתחרותיות צריכה להיות בתוך המרפאות ובין הצוותים על השירות ממש, ולא על השב"נים".

חיים פליץ

"הרעיון היה שכך ניתן תמריץ להתייעלות לקופות, כי אם קופה יודעת שאם היא נכנסת לגירעון – מכסים לה את ההוצאות, אין לה שום תמריץ להתייעל. אם היא תהיה בגירעון, והם יכולים גם לתאם את הגירעון ביניהם, היא נדרשת לתת לציבור פחות שירותים; ואם היא תיתן לציבור פחות שירותים, המבוטחים יעזבו אותה ויעברו לקופה אחרת. והרי אף קופה לא רוצה את זה. זאת אומרת, אנחנו כאן בונים מוטיבציה לקופות להיות יעילות.

המהלך שגיבשנו באותן שנים זה להציג את האוצר כשחקן נחוש, שלא מוכן לוותר לקופות ושיהיה לקופות יותר קל להתייעל מאשר לעלות לירושלים וללחוץ על האוצר. כל הסכם הבראה שעשינו לקופה היה ארוך ומפרך, היה קשה לקופות. אני חושב שבנקודה הזאת המסר של האוצר שהוא לא מוכן לפתוח את הקופה ולממן חוסר התייעלות, הוא מסר שעבר גם בקרב הקופות. נקודה אחת שהיא לא פתירה בעולם כולו, ובישראל רוב הזמן הייתה פתירה עד שהיא נפתחה, זה ההתחשבות בין המבטח לבין (ספק) השירותים, ההתחשבות בין

קופות החולים לבתי החולים. זאת סוגיה שעד היום לא ניתן לה מענה מלא. בעבר היה מענה, כי בעבר הייתה קופה אחת וכל בתי החולים התחלקו בין הממשלה והקופה, וזה היה פשוט יותר. ככל שעברו השנים ונוספו קופות, נעשתה הסוגיה מסובכת, ובארה"ב זה issue מאוד גדול, כל ההתחשבות הזאת. למען השלמת היריעה, הבעיה המרכזית כאן היא שנותן השירותים קובע את משך הזמן של השירותים".

יהושע (שוקי) שמר

"בהקשר הזה של הפרדת גופי הביצוע של משרד הבריאות מגופי המיניסטריון, כל זמן שהדבר הזה יהיה כפוף למנכ"ל, זה אותו דבר. כל זמן שמנכ"ל משרד הבריאות יהיה בניגוד עניינים מהבוקר עד הערב, לא ישתנה דבר במערכת הבריאות, כי הוא פשוט כבול בכל מערכת ההחלטות שלו. צריך לקחת את חטיבת בית החולים ולתת לה מעמד של מנכ"ל, שכפוף לשר הבריאות או אפילו כרשות עצמאית, שכפופה אולי לשר האוצר, וכמו שיש במשרד האוצר מספר מנכ"לים. צריך להיות מנכ"ל משרד בריאות במשרה מלאה ולא מנכ"ל רק של חטיבת בתי החולים הממשלתיים. כל בתי החולים, הממשלתיים ושל קופת חולים והציבוריים, כולל בתי החולים הפרטיים, יהיו תחת הרגולציה (לא הניהול אלא הרגולציה) של אותה חטיבה או רשות או מנכ"ל בתי החולים במדינת ישראל, כי זאת הדרך לפתח את בתי החולים, זאת הדרך לקדם אותם, זאת הדרך לייצר תחרות אמיתית. הרשות גם צריכה לקבוע את המחירים ולפקח עליהם.

אני אדם של תחרות. אני חושב שבהיעדר תחרות מערכות מתנוונות. אפשר לקיים על ידי זה שתינתן עצמאות לבתי החולים. הסדרה צריכה להבטיח את תקינותם של התהליכים ולמנוע משברים מיותרים, בעיקר כלכליים, של בתי החולים הקיימים".

יעקב ויטקובסקי

"מערכת הבריאות היא מערכת משולבת של כלים שלובים. הרגולטור נדרש לשלוט על התנודות בין השוקים ולאיוון בין האינטרסים השונים. קיימת תחרות בין הקופות, בתי החולים והרפואה הפרטית, ויש צורך ברור לווסת את הפעילות. כלל ראשון בהקמת מערך פיקוח הנו מסדי נתונים אמינים וברי השוואה. משרדי הבריאות והאוצר הבינו זאת, ולכן התבקשתי לבנות מסד נתונים שישמש ככלי ביצוע למקבלי ההחלטות. לאחר שמייפנו את הפעילות הפיננסית הקיימת, מדיניות התגמול ועקרונות הדיווח, הסתבר שקיימת שונות רבה בין דיווחי הקופות, והיה צורך לקבוע כללי דיווח אחידים. הבנתי שאין טעם להיכנס לוויכוחים עם כל קופה על עקרונות דיווח נכונים, ושכל קופה תוכל להצדיק את עקרונות הדיווח שלה.

לכן בהתייעצות עם הקופות קבענו כללי דיווח אחידים לכל הקופות וכללים לעריכת דוח תקופתי, שלימים נקרא 'דוח ויטקובסקי'. הדוח אפשר השוואה אחידה בין הקופות לבין עצמם והשוואה אופקית של כל קופה. הדוח גם מיפה את קניית שירותי האשפוז בחלוקה בין בתי החולים הממשלתיים ושל אלה בבעלות הקופות ונתן מִמד השוואתי על צריכת שירותי האשפוז של הקופות. אחת הבעיות נבעה מהיות קופת החולים הכללית בעלת בתי חולים וההתחשבנות השונה לחבריה בבתי החולים שבבעלותה לעומת מבוטחי הקופות האחרים.

למעשה קופות החולים נותנות שירותים לכלל אזרחי המדינה, ונוצר שוק שבוי של המבוטחים. למרות שהחוק מאפשר לכל חולה להחליט לאיזה בית חולים לפנות בעת הצורך, בפועל הקופות מנתבות את החולים לבתי החולים על בסיס הסכמים. או במילים אחרות, העדפה על בסיס כלכלי ולא רפואי ... חוק יסודות התקציב קבע יחסי התחשבנות בין הקופות לבתי החולים, בעיקר הגבלת היקף. קראו לזה אלפא. אם קופה מסוימת צרכה בשנה מסוימת שירותים בבית חולים בגובה מסוים, בשנה הבאה היא לא יכולה לצרוך מעבר לאותו גובה בתוספת מדודה. משרד האוצר רצה להוריד את ההוצאות לבריאות, וכמובן נוצרו תיעדופי הפניות וגרעונות.

בפועל הייתה התנהלות די כוחנית בין הקופות לבין בתי החולים. למעשה הרגולטורים, משרדי האוצר והבריאות, שולטים בשוק. הם יכולים להחליט אם הקופות יקבלו יותר כסף או בתי החולים יקבלו יותר כסף, על ידי קביעת מחיר יום אשפוז או היקפי פעילות, ופה יש כמובן לציין את ניגודי העניינים של משרד הבריאות שהנו גם רגולטור וגם בעל בתי חולים".

יצחק ברלוביץ

"אתה יודע שאם באזור מסוים אנשים משלמים, זה גם מהווה בשבילך תמריץ לפתח שם יותר שירותים, לעשות יותר שיווק. כלומר, התחרות היא יותר באוכלוסיות שמשלמות את הביטוח המשלים.

זה נכון שצריכים למצוא גם תמריצים כלכליים, זה נכון שזה דורש קביעת גבולות, זה נכון שזה דורש הרבה הסדרה, הרבה רגולציה לנושא של הגדרת הסל, זמני המתנה, איכות, מרחק. אין ויכוח שזה לא דבר ברור שברגע שאתה נכנס לעולם הזה אתה חייב לעשות סדר, אבל זה הרבה יותר יעיל מאשר לעשות אותו לגמרי חופשי, משום שברגע שהפכת אותו לגמרי חופשי – זה שוק שהוא בעצם מאבד כל היגיון והוא פועל בניגוד לאינטרס של הרווחה של הכלל.

היום אנחנו בעידן שבו הטכנולוגיה מאפשרת לנו הרבה יותר. מה שמגביל אותנו ויגביל אותנו הרבה יותר מבחינת תוחלת החיים זה היכולת הכלכלית. ברגע שאתה

לוקח את העיקרון הזה, אתה נכנס בעצם לעולם שבו אתה אומר: 'אני מחויב לדאוג לכך שתחיה כמה שיותר, באיכות חיים הכי טובה שרק אפשר'. כדי שזה יקרה אני חייב לתת לו את האמצעים, ואנשים בעצם עושים תחליף – אתה משלם, כל אחד לפי יכולתו, וכולם מקבלים אחר כך לפי מה שהם צריכים.

בעולם הזה ברגע שהטכנולוגיות הופכות להיות כל כך יקרות, בעצם העיקרון הזה נשבר, משום שאתה לא תהיה מסוגל, החברה לא תהיה מסוגלת לתת מענה לכולם, לתת את כל מה שהטכנולוגיה מאפשרת לתת.

אני טוען שלכן השיקול הכלכלי, הכישורים הכלכליים של אלה שמנהלים את המערכת, החשיבות שלהם היא לא פחות מהיכולת לעשות הבחנה טובה ולתפל בצורה יעילה, משום שעצם העובדה שתוכל להשתמש במשאבים האלה בצורה יעילה, אתה תוכל אולי לעזור ליותר אנשים ולשפר את איכות החיים יותר טוב מאשר אם נתת אנטיביוטיקה טובה או אבחנת איזו שהיא תסמונת שאף אחד לא חשב עליה קודם. התחום הזה הופך להיות לאחד מהכישורים של המערכת.

אתה חייב לשלב את היכולת הקלינית מדעית עם היכולת הכלכלית. את כל זה ביחד אתה תוכל למקסם ... נצטרך לעשות מאמץ משולב של רפואה וכלכלה וניהול ותעשייה וניהול ביחד כדי שנוכל ... יש לנו עכשיו הרבה אור בקצה המנהרה בכל מיני מחלות וטכנולוגיות חדשות, אבל כבר היום אנחנו יודעים שהמחירים הם כל כך יקרים שבעצם זה הופך להיות לאיזה שהוא מין פאטה מורגנה לחלק גדול מהאוכלוסייה. מצד שני, אנחנו גם מבינים שבאותה מידה שאתה רץ קדימה לגבי עצם פיתוח הטכנולוגיה, אתה גם רץ קדימה כדי להנגיש את הטכנולוגיה הזאת לחלק יותר גדול מהאוכלוסייה, וזה בדרך כלל מגיע כשלב שלאחר מכן".

מאיר אורן

"משרד הבריאות (הוא) הרגולטור שצריך להוביל חד משמעית את המהלך של להבטיח שירותי רפואה נגישים, זמינים, טובים ככל שאפשר גם באזורים דלילי אוכלוסין וכן הלאה. הבעיה הזאת פחות קיימת באזורים אורבניים צפופי אוכלוסין, אבל שם יש פשוט בזבוז, יש כפל שירותים ... במקומות האחרים מעבר לבזבוז יש כבר בעיה של מצוקה ונגישות וזמינות של שירותים, ומסכן האזרח החולה. זאת נקודה אחת – כפל שירותים בקהילה.

הנקודה השנייה, שגם מונעת מאסטרטגיית שיווק והרצון לפצות או להגיע את המבוטחים לעבור מקופה לקופה, היא הוצאות של פרסום ושיווק. היו אבסורדים לא נורמליים בכיוון הזה של חבר מביא חבר, ואתה מקבל גם זוג נעלי ספורט

בחינם ... זה השתכלל עם הזמן, כי נעלי ספורט כבר לא היו מספיק אטרקטיביים, אז נתנו במקום זה נסיעות לחו"ל ומבצעים כאלה ואחרים.

יש הבדל גדול בין לאסור פרסום, דבר שאני לא מתחבר אליו, אלא בהחלט לגיטימי מאוד לפרסם, לדברר, להסביר, לשווק, אבל צריך להגדיר בפירוט, כפי שבזמנו אני זוכר שהגדרנו את גג ההוצאה המותרת לצורכי פרסום ושיווק, ובחלק מאותם דוחות חשבונאיים שקופות החולים אמורים היו להגיש למשרד הבריאות והאוצר, עקבנו בזמנו על ההוצאה הזאת שהיא לא תחרוג מאותו מקסימום שהתרנו. זאת אומרת, אני בעד וצריך את זה ולגיטימי מאוד, אבל צריך לבחון ולהגביל את גג ההוצאה.

אי אפשר בפינצטה רק להגדיר מה מותר ומה אסור. אבל ברור שיש חפיפה בין מסירת מידע רפואי ואינפורמציה, כולל עידוד או יצירת מצב של סל שירותים יותר רחב אצלי בקופה שלי, אז בואו אליי, כי אני לאישה בהיריון נותן סל בדיקות יותר רחב. תשקלו. יש פה גם שיווק, גם פרסום וגם מידע רפואי. זה שילוב של הדברים. השכל הישר צריך להיות, צריכה להיות מידתיות. שום חוק, תקנה או נוהל לא יחליפו את האחריות והאחריות של בעלי התפקידים באשר הם – בקופות, וגם במסע של תחרות וגם מול הרגולטור. השיווק והפרסום זה דבר שעד היום נושם, חי ובעט ומהווה בעיה שלא בדיק יש לה פתרון טוב.

בהיותי בסיוור לימודים מקצועי בקנדה אני מקבל טלפון באחד מהלילות, זה היה באפריל, ערב פסח, ממנכ"ל קופת חולים לאומית, הירשזון, שמודיע לי: 'אדוני המנכ"ל, אין לי כסף לשלם שכר. אין לי כסף לתרופות. הקופה בהתמוטטות'. זו הייתה הפתעה בשבילי, כי לכל אחת מקופות החולים היה חשב מלווה מטעם האוצר ... איך תחת המיקרוסקופ של החשב של משרד האוצר שמלווה את הפעילות הכלכלית של הקופה מגיעים לעברי פי פחת כזאת? הבנתי את מה שאמר הירשזון, ואז גמלה בי ההחלטה לייצר גוף כמו סיירת מטכ"ל – סיירת פיקוח ובקרה הכפופה ישירות למנכ"ל משרד הבריאות. לקחתי את ויטקובסקי שהכרתי אותו קודם מבית החולים הלל יפה, שם היה רואה החשבון שלנו, עמדתי על יכולותיו המקצועיות ואמרתי לו: 'יעקב, זה האתגר, בוא נבנה תוכנית'. הוא אמר: 'אין בעיה, אנחנו גוף מאוד קטן. אני מנחה מקצועי של ארבעה רואי חשבון, אחד לכל קופה, ונאמץ את המודל של הרשות לניירות ערך', כי הקופות סירבו לדווח, לא רצו לדווח, וכל הזמן כמנכ"ל נאלצתי בקטע הזה, מול ארבעת מנכ"לי הקופות, להיות כוחני ולקבל את הדיווחים, והם אמרו: 'אין לנו מערכת מידע, אין לנו זה, אין לנו ואין לנו'. כל הסיבות הטובות למה לעכב. אז אמרתי ליעקב: 'בוא ניקח משהו שהוא קיים, שהוא מוסכם

ושהוא גם חוקי – הרשות לניירות ערך שיהיה הפורמט'. זה הוכיח את עצמו מצוין. פה נתקלתי בהתנגדות מצד האוצר, כי זה לוקח להם מהכוח של השליטה, לוקח להם מכוח של אני לא יודע מה, או מהכוח האמיתי של השליטה והבקרה בקופות החולים".

נחמן אש

"אני רוצה להתייחס להשפעות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי על צה"ל, כן יש תחרות, כי יש כל הזמן הסתכלות על מה נעשה במערכת האזרחית. ככל שהחוק בעיניי היה מאוד משמעותי בשיפור שירותי הרפואה של קופות החולים במערכת האזרחית, הרי אי שביעות הרצון של החיילים נובעת, בין השאר, מתוך הסתכלות על המערכת האזרחית, שם שביעות הרצון יותר גבוהה.

תמיד ראינו את עצמנו כנותנים שירות פחות טוב, ואמרנו שאנחנו רוצים שמערכת הבריאות הצבאית תהיה כזו שגם אם הייתה בחירה, היו בוחרים בנו. ולכן הייתה השפעה שדחפה גם את המערכת הצבאית להשתפר. מגמות שונות ששיפרו שירות שנעשו בקופות החולים השפיעו גם על השירות הצבאי".

ניסים אלון

"תחרות משפרת את הקופות עצמן. אגב, אין שביתות בקופות החולים. יש בבתי החולים, אבל אין שביתות בקופות החולים, כי יש תחרות... אני מסכים שהתחרות צריכה להיות הוגנת, ולדעתי היא לא הוגנת בתקצוב ובהוגנות וכן הלאה. אם נעלה לשש קופות, ואגב יש החלטה להעלות לחמש קופות, אז אומנם התחרות תגדל, והיתרונות של התחרות יגדלו, אבל היעילות תקטן.

אין ספק ששלוש קופות זה יותר יעיל, אבל החשש אגב מטריופול שיגידו: 'אם זה הצליח אז בואו נלך לדואופול'. למה שלא נעשה כמו הבריטים מעין קופה אחת? בעצם סוכני המכירות שרצו לחסל אותם ב-1998 נהיו מוקדי מכירות כיום.

אתה רוצה לעבור קופה? תעבור, אבל אף אחד לא יעשה פרסומות, אף אחד לא ינדנד לך, רק על השירות. זה יוריד את המעברים לחצי אחוז. אז מה? מי שרוצה יכול לעבור? יכול לעבור.

המחיר שמערכת הבריאות משלמת בשביל כולה 2%-3% של מעבר מקופה לקופה, לדעתי זה חצי מיליארד שקל בשנה, כי אתה צריך לתת. אתה לא נותן רק לאלה שעוברים קופה אלא צריך לתת לכל ה-8 מיליוני איש. אתה צריך לשפר להם את השירות, וזה עולה כסף, וכסף לא במקומות הנכונים – מאכערים, שטיקים, גניבת רופאים ועוד".

רן סער

"חייבים לתת יותר גמישות וחופש למערכות, כי בסופו של יום כל מי שקרוב יותר לקופה יודע מה לעשות. כשאתה קרוב לתהליכי עבודה, אתה יודע הכי טוב איך דברים צריכים להתבצע. זה בסדר שתהיה רגולציה, וזה בסדר שהמדינה תקבע תקן וסטנדרט וכל מה שצריך, אבל אני חושב שצריך לתת הרבה יותר חופש. אני חושב שהמערכת צריכה להיות הרבה יותר שקופה ותחרותית באמת, כי היא לא ממש תחרותית, וצריכים לאפשר מצד אחד לשקיפות לדבר, והשקיפות הזו תגביר את התחרות, כי ברגע שהדברים שקופים, וזה קורה בעולם. היום נותנים ציונים לרופאים. זה לא בהכרח שאני רוצה להגיד שצריך לתת או לא לתת ציונים לרופאים, אבל אני אומר שברגע שיש שקיפות ויש תחרות הארגונים גם משתפרים. מה שקורה שמושכים את כולנו למכנה המשותף הנמוך. זאת בעיה. מושכים את כולנו למקומות פחות טובים.

הנושא החשוב ביותר זה לייצר יותר גמישות וחופש ולאפשר לכוחות בשטח, לצורך העניין, לרוץ קדימה.

רפי ביאר

"תן לבתי החולים להתחרות על ליבם של החולים, שיבחרו בעצמם. הרבה פעמים השיקולים אחר כך להפנות את החולים הם לא רפואיים. השיקולים הם כספיים בלבד. חוק ביטוח בריאות ממלכתי אומר: 'בזמן סביר ובמרחק סביר'. האם זה מרחק סביר לקחת חולה מצפת ולשלוח אותו לפעולה לבילינסון, כשהוא רוצה לבוא לרמב"ם? זה ה-abuse של החוק הזה, ולפעמים זה עובר תחת הרדאר. עוד פעם, פה שוכחים, והחולה כבר לא במרכז".

שבת שביט

"התלבטנו מאוד בסוגיה חברים או לקוחות. חברים זה נשמע יותר רך, יותר פמיליארי, יותר משפחתי. אבל לקוחות זה מישוהו שאתה חייב לו בהגדרה, ושינינו ועברנו מחברים ללקוחות. זה היה מאוד קשה והלך לאט, אבל זה היה חלק מהביטויים של השינוי. שמנו את השירות מעל לכל שיקול אחר. במערכת אין שום מומנט אחר שאפשר לקיים תחרות. הדבר היחידי שאתה יכול במערכת לקיים אותה מול הכללית או המאוחדת או הלאומית זה רק בשירות, אם אתה רוצה להיות אטרקטיבי".

שלמה מור יוסף

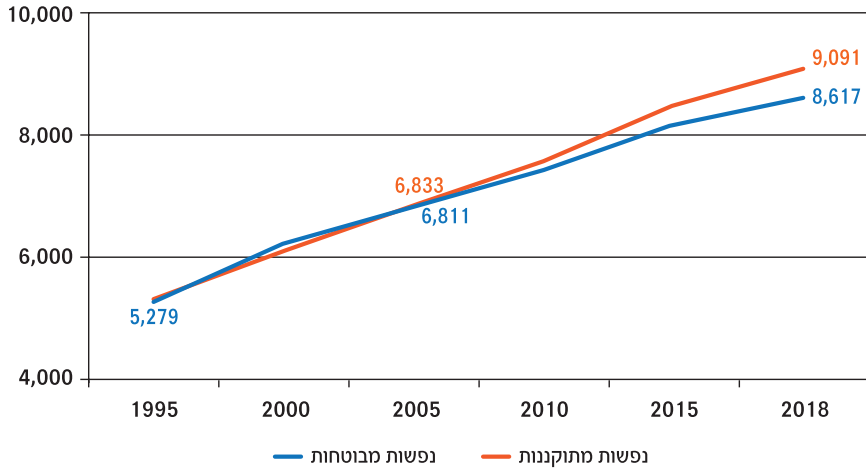
"כיום התחרות הכלכלית בין הקופות יש לה יעד מרכזי אחד והוא הסכמים טובים יותר עם בתי חולים והנחות גדולות יותר מבתי חולים. זה גורר תחרות הנחות בין בתי החולים. תחרות אשר בסופו של דבר מגדילה את גירעון בתי החולים. עקרונות הניהול התקציבי של מערכת הבריאות מבוססים, קודם כול, על מלחמה על תעריפים בין בתי חולים, הקופות, משרד הבריאות ומשרד האוצר. אחרי שמסתיימות המלחמות על התעריפים, שבסופו של דבר נקבעים בהסכם בין משרדי הבריאות והאוצר, מתנגחים עם הקופות על ההנחות. ואחרי שמסיימים זאת, רצים לחפש תרומות. שיטה זו נראה לי מיצתה את עצמה. אפשר ללכת למערכת קצת יותר מסודרת, אשר התקציב שלה הוא קצת יותר ברור. לא כל התקציב צריך להיות נתון לתחרות. חלקו המרכזי חייב להיות מובטח לבתי החולים, וחלקו נתון להתדיינות במסגרת התחרות.

מכיוון שהמערכת כל כך לחוצה כלכלית, זה דחף מנהלים שונים לחפש כסף במקומות אחרים – מרפואה פרטית, דרך מכונים כאלה ואחרים, דרך מיזמים כלכליים, כמו ניהול תחנות דלק, בתי מלון, קניונים. נושאים אשר הם לא מרכזי הידע ומרכז העשייה של בתי החולים".

שי טלמון

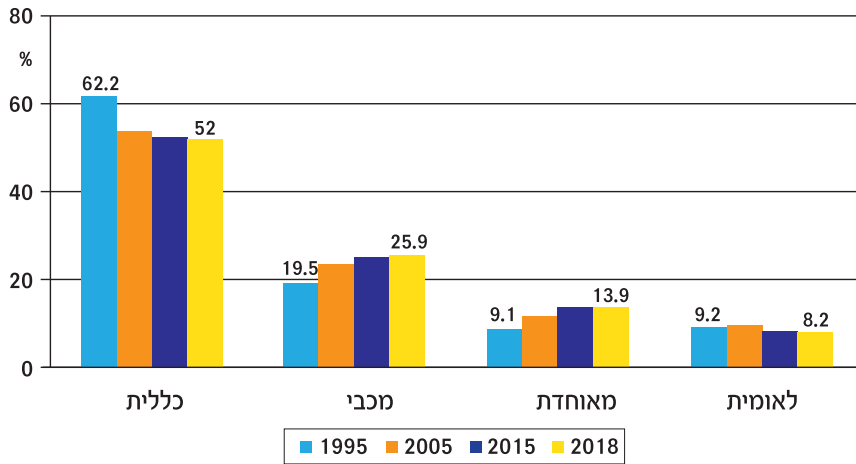
"המעבר בשנת 1995 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הקטין את התחרות בין קופות החולים, הוריד את רמת השירות והמחיר עלה. חלק מהסיבות לכך הוא שחיקת משאבים על פני זמן (במילים אחרות, המקום הנמוך של הבריאות בסדרי העדיפויות הלאומיים), וחלק אחר נובע מעצם מבנה המערכת כתוצאה מהחוק. הציבור מצביע ברגליים ופונה לביטוחים משלימים ופרטיים".

תרשים 17: נפשות מבוטחות ונפשות מתוקננות (באלפים)



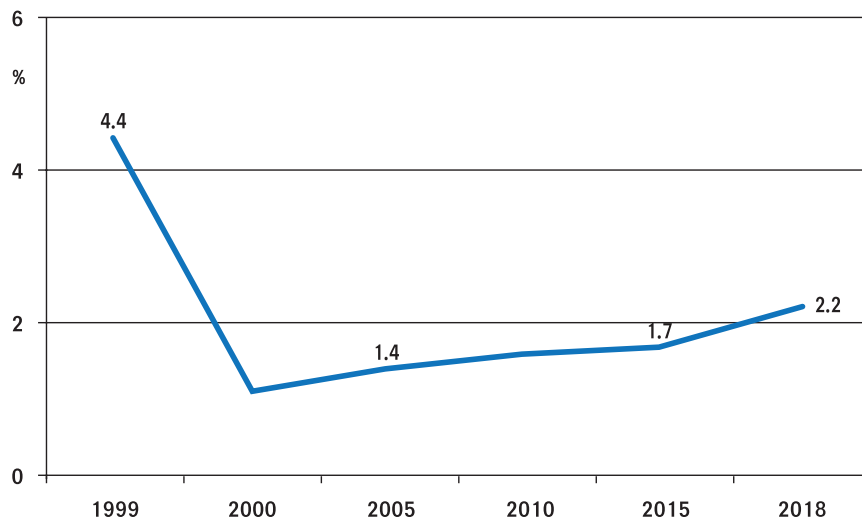
מקור: קובץ נתוני חוק ביטוח בריאות ממלכתי 2018 - משרד הבריאות. הנפשות המתוקננות מוצגות לאחר התאמה לשינויים בנוסחת הקפיטציה

תרשים 18: התפלגות המבוטחים בין קופות החולים (סוף שנה, באחוזים)



מקור: קובץ נתוני חוק ביטוח בריאות ממלכתי 2018 - משרד הבריאות

תרשים 19: אחוז המעברים בין קופות החולים



מקור: קובץ נתוני חוק ביטוח בריאות ממלכתי 2018 - משרד הבריאות

פרק 11

היחסים המשתנים בין הרופא ובין המטופל

בבסיס כל מערכת בריאות, ללא קשר למבנה ולעקרונות שבהם היא דוגלת, עומדים שני שחקנים מרכזיים – הרופא (המטפל) והחולה (המטופל). חוק ביטוח בריאות ממלכתי מיסד את העיקרון, שכל תושב בישראל זכאי לקבל שירותי בריאות באופן שוויוני, שקוף, ללא קשר למצבו הכלכלי ולמיקומו הגאוגרפי (הדברים נדונו בפרקים הקודמים). חוק זכויות החולה שחוקק שנה לאחריו הדגיש את העקרון הזה ובפרט את הקשר שבין המטפל והמטופל. החוק קובע את זכותו של המטופל לקבל מידע על הטיפול, לבחור את מטפלו בקהילה, לקבל מידע על הצוות הרפואי ועל המוסד הרפואי ואת זכותו לכבוד ולפרטיות. שני חוקים אלה נתנו למטופל כוח וערערו את מערך הכוחות המסורתי שהיה קיים בין הרופא למטופלו, שבו לרופא הייתה עמדת יתרון עליהם. מושגים כמו בחירה חופשית בשירות רפואי שהיו מוגבלים קודם לכן, הפכו למרכיב מרכזי במערכת יחסים חדשה זו.

במקביל לשינויים המהותיים ביחסי רופא-מטופל שחלו בעקבות החוק, חלו שינויים חברתיים וטכנולוגיים בישראל ובעולם, שאינם קשורים ישירות לחוק, אך השפיעו עד מאוד הן על הרופא והן על המטופל. בין שינויים אלו ניתן למצוא את ההתקדמות ואת השינוי המהיר בטכנולוגיות רפואיות, טיפוליות ואבחוניות וכניסתם של שירותים רפואיים, שבהם הרופא והמטופל אינם נפגשים (בדגש על רפואה מרחוק). בשנים אלו נכנסה המרשתת (האינטרנט) לשימוש הציבור הרחב, והיא מנגישה את המידע על המצב הרפואי, על הרופא ועל המערכת ככלל.

בנוסף, ניתן לראות שינוי חברתי כללי בחברה הישראלית. בעוד שחוק ביטוח בריאות ממלכתי מגשים תפיסה סוציאליסטית של אחריות המדינה לבריאות לכלל תושביה, החברה הישראלית עוברת תהליכי קפיטליזם ואינדיבידואליזם – הן הרופא והן המטופל במידה מסוימת משנים את תפיסותיהם לאור ערכים מטריאליסטיים.

בפרק זה נבחן את עמדות המרואיינים לגבי יחסי מטפל-מטופל ונבחן כיצד השינויים שחלו בחברה הישראלית מאז כניסת החוק לתוקף השפיעו על יחסים אלו.

אבי ישראלי

"זמינות זה דבר תרבותי, כי כל אחד ברגע שהוא מבוטח אז אומרים: 'גש לרופא, מה יש לך להפסיד?' ואנחנו שולחים כל הזמן: 'לך לרופא, לך לרופא'.

כשאנחנו בודקים כמה פעמים הולך בן אדם בישראל לרופא – המספרים אצלנו הם הרבה יותר גדולים מאשר במקומות אחרים בעולם ... אני לא חושב שאנחנו יותר חולים, אלא חלק מהמערכת זה להביא פתקים לכל מיני דברים, כגון היעדרות מהעבודה, ואנשים נכנסים לרופא רק בשביל להביא את הפתק. העובדה שהולכים לרופא בלי צורך אמיתי גורמת לזה שמי שצריך באמת ללכת לרופא, מחכה הרבה יותר בתור וגם מחכה הרבה יותר לבדיקות וגם מוציאים יותר כסף על דברים שאפשר היה לוותר עליהם.

אנחנו השתנינו כאנשים. קודם כול, אנחנו יודעים הרבה יותר. במערכת הבריאות כיום אנחנו צרכנים הרבה יותר ממה שהיינו בעבר. אנחנו רוצים לדעת הכול. אנחנו רוצים להיות מעורבים ושותפים בקבלת ההחלטות. אנחנו רוצים שיביאו לנו את המומחה הספציפי לבעיה שלנו, ואם אפשר את המומחה הטוב ביותר. לפעמים נדע יותר מהמומחה על המחלה שלנו, בייחוד אם זו מחלה כרונית, ונקרא כל מה שהתפרסם באינטרנט ובמקומות אחרים. יש לנו את המידע, שאפילו הרופא עדיין לא קרא אותו, ונבוא לרופא עם המאמרים ונבקש טיפולים ובדיקות, שלחלק מהן לפעמים אין עדיין מספיק ראיות מדעיות והתסכול גדל. מצד שני, בו זמנית, אנחנו כן רוצים שיהיה מומחה שיגיד לנו מה שצריך לעשות. יש מגמות מנוגדות בהתפתחות האנושית, זה קיים לא רק בבריאות, אלא בכל דבר, כמו גלובליזציה ולאומנות בו זמנית.

מעט מאוד תלונות מתקבלות על זה שעשו CT או בדיקה אחרת ואפילו צנתור, והתוצאה הייתה תקינה. מתלוננים על אי ביצוע בדיקות או אי מתן תרופות. יהיה מקרה אחד ש'פספסו', ואת זה יביאו בתקשורת. הוא הדין גם בבתי המשפט. פעם דיברנו על רופא סביר. היום מדברים על הרופא האידיאלי, המומחה הנדיר, רופא שכמעט לא קיים. זאת בעיה כי גם זה מעלה את רף הציפיות ומגביר את התסכול. הייתי עושה הכול כדי לשכנע את הציבור קודם כול, שיש לנו מערכת מצוינת, ושיש לעשות הכול כדי להחזיר את אמון הציבור במערכת ולהקצות באופן מתוכנן ומושכל משאבים ותקציבים כדי שהמערכת תהיה ראויה לאמון הזה."

אביגדור קפלן

"לא הצלחתי להתגבר על התופעה שרופאי הקופה הועסקו גם על ידי קופות אחרות בנימוק שהרפואה היא מקצוע עצמאי ויש בו חופש עיסוק. בעיניי, רופא שכיר של הקופה נקלע לניגוד עניינים בעת שהוא מועסק גם על ידי קופה אחרת. בסיכומי של יום, מי שמשווק את הקופה זה הרופא. התופעה הזו קיימת עד עצם היום הזה ובהיקפים גדולים. אף שהיא קיימת, המעברים בין הקופות הם קטנים, וזה נובע מהעובדה שהעומס בקהילה הוא גדול בכל הקופות, וקיים מחסור ברופאים אצל כולם".

אהוד אולמרט

"הקופה לא משלמת לבית חולים פרטי יותר ממה שהיא משלמת לבית חולים ציבורי, כלומר היא משלמת אותו דבר. הפציינט משלם את ההפרש, אבל ההפרש הזה להרבה אנשים במדינה הוא לא דבר בלתי נסבל. הפציינטים רוצים להיות בחדר פרטי עם אחות פרטית וכל מיני דברים מהסוג הזה שבית החולים הפרטי מספק. אנחנו חשבנו שאת כל זה אפשר לעשות בבתי חולים ציבוריים, ואפשר להשאיר את כל הכסף בבתי חולים ציבוריים ולחלק אותו ... בתאגידים האלה. בכל המשאים ומתנים שעשיתי עם איגוד רופאי המדינה וההסתדרות הרפואית על שכר הרופאים – עניין אותם רק שכר הרופאים הבכירים".

אורלי מנור

"אנחנו היום חיים בחברה מאוד חומרנית, חברה שהכסף בה הוא דבר מאוד חשוב, וזאת שאלה מאוד מעניינת – האם אפשר להחזיר את הגלגל אחורה.

אני חושבת ששני הגורמים העיקריים – אחד זה החוק, אבל השני זה שינוי אורח החיים הישראלי. היינו פעם מדינה הרבה יותר צנועה. רוב האנשים חיו בצנועה. גם הרופאים וגם האחרים חיו בצניעות רבה יותר.

אנחנו היום מדינה שבה הכסף משחק יותר. הסכומים הגבוהים האלה, שחלק מהרופאים דורשים או מרוויחים לא היו חלק ממערכת הבריאות. אני חושבת שהייתה מצד אחד השפעה של החוק ומצד שני אנחנו לא אותה ישראל. כן. בדיוק. החוק שיצר את השב"ץ ויצר את האפשרות לקנות את השירותים האלה, ומצד שני הרצון של שכבות שלמות מהאוכלוסייה וביניהם גם הרופאים, שרוצים לשפר מאוד את רמת חייהם. אנחנו חיים בחברת שפע, חברת צריכה, חברה שבה הכסף מדבר, כך ששני הגורמים הללו לדעתי הביאו לכך שהשר"פ מאוד התרחב. זה כבר, לדעתי, הגיע לדרגה מאוד לא טובה.

אני בעד חיזוק מקסימלי של המערכת הציבורית וניסיון למצוא פתרונות בתוך המערכת הציבורית, שבה בן אדם יוכל לבחור את המנתח. יש לנו דוגמה של המחלקה ברמב"ם שעכשיו הצליחה. אני לא יודעת אם הדוגמה הזאת היא ישימה לכל המערכת, אבל אנחנו צריכים היום לחשוב על פתרונות טובים ויצירתיים. יש כמה דוגמאות גם מהעולם בשביל לחזק את המערכת הציבורית ולאפשר בחירה יותר רבה בתוכה ולהשאיר את הרופאים הטובים בתוך המערכת הציבורית. לכולנו כצרכני בריאות או חולים או מטופלים תהיה יותר אפשרות לבחירה של מישהו שישתח אותנו, יעשה לנו פרוצדורה, ולא צריכה להיות בחירה מקסימלית. לא כל אחד צריך להיות שם ברשימה, אבל איכשהו הרחבה של הבחירה, וזה כמובן ידכא את כל הצורך הזה. צריך שתהיה מוטיבציה לרופאים להישאר במערכת הציבורית."

אלכסנדר (אליק) אבירם

"אין ספק שאנחנו נמצאים בעיצומו של תהליך שינוי באמנה הבלתי כתובה שבין החברה לפרופסיה הרפואית, והשינוי הזה הוא מבלבל ומלא סתירות. עד לפני דור העניקה החברה לרופא מעמד פריביליגי מיוחד כתמורה על התעסקותו באספקטים הפחות אסתטיים של ההוויה האנושית. אם פעם הציפייה מן הרופא הייתה בעיקר מקור של חמלה ונחמה, הרי היום דורשים ממנו דיוק באבחנה ויעילות בטיפול. ההתקדמות הטכנולוגית עשתה אותנו הרבה יותר אפקטיביים ומסוגלים להציג תוצאות מוחשיות ומדידות יותר. בהגזמתה גיתן לומר, שהפכנו משמאן שבטי להנדסאי בריאות, ו־PET-CT עדיף על TLC (Tender Love & Care). מובן שהשינוי מובל גם על התמורות החברתיות והגאופוליטיות של המאה ה־21 ובראשן הגלובליזציה ומהפיכת המידע.

התוצאה היא שבמציאות יש התנגשות של ערכים. אוטונומיה וחופש הבחירה מול אמת מקצועית, מרידה בסמכותיות ופטרנליזם מול הצורך באמפטיה ותמיכה, פיחות באמון בממסד מול תלות גוברת במערכת ... אולי באמת אנחנו מתקדמים לסיטואציה בה הרופא הוא טכנאי בריאות ואת ה־TLC יספקו אחרים. הנהייה הגוברת אחר רפואה אלטרנטיבית, מלמדת אותי שאכן זה הכיוון.

העסקונה הרפואית אוהבת אופנות. הדגלים הנישאים עכשיו הם החולה במרכז ורפואה מותאמת אישית, ואני לתומי חשבתי שזה מה שעשיתי כל שנותיי הארוכות כרופא ... בכל אינטראקציה קלינית החולה וטובתו היו במרכז. הגנום עוד לא פוצח, אבל הרפואה הייתה בהחלט אישית. ככל שהדבר נוגע ליחסי רופא-חולה, אני סבור שמושגי 'רפואה אישית' ו'החולה המרכז' פירושם המעשי הוא בעצה שנותן המחבר בספר משלי: 'חנוך לנער על פי דרכו'. החולים שלנו אינם עשויים מקשה אחת,

ולפיכך חייבים אנחנו להתייחס לכל אחד באופן אישי. יש פציינטיים שאתם אתם מנהל דיאלוג מקצועי ומשאיר את ההחלטה בידם, ויש אחרים שלהם אתם מציג את חוות דעתך המלומדת, מפעיל סמכות ממש ברוח הפטרנליזם הישן ומשאיר להם רק את האוטונומיה, אם לקבל את דעתך אם לאו. הרופא הטוב הוא זה היודע להבדיל בין אלה לאלה.”

ארנון אפק

”אנחנו הרופאים כבר לא אלוהים. אף פעם לא היינו, אבל עכשיו על אחת כמה וכמה. הפציינטיים שלנו יודעים הרבה יותר מאתנו. אנחנו צריכים להבין את זה וללמוד איך להתמודד עם הדבר הזה. אנחנו מלמדים כמו במאה ה-17. הביקורת שלי על מערכת החינוך הרפואית ומערכת ההשכלה הגבוהה היא הרבה יותר גרועה ממערכת הבריאות.”

בוני לב

”התהליך הזה שבו אנשים רוצים יותר, נובע גם משינוי תרבותי כללי – יש אוריינות יותר גדולה, יש חשיפה הרבה יותר גדולה, תקשורתית ואחרת לטכנולוגיות מתקדמות. מבחינה זאת אני חושב שזה דבר חיובי לחברה שלנו. זה נכון שהציפיות הן מאוד גבוהות, וזה גם נוגע בבעיה מאוד אינהרנטית של מערכת הבריאות שלנו והיא בעיית האמון. אני חושב שיש בעיית אמון קשה של הציבור במוסדות הרשמיים, אולי במשרד הבריאות, לעיתים גם בקופות החולים. אני רואה בזה גם צד חיובי, וזה גם דוחף את הסל למקומות הנוחים. יש הרבה פעילות ציבורית, והיא מעלה את הדרישות האלה והיא גם מעלה את ההיענות. משרד הבריאות והנהלת המשרד שמים את החולה כמטופל במרכז, וחושבים איך לתת לו את התחושה שזה לא אנחנו נגדו אלא אנחנו איתו, לצורך העניין. יש כאן בעיה ערכית, אבל אנחנו כבר לא בימיו של פרופ' שיבא, שבהם אתה גר, אוכל, עובד בבית החולים וכל כולך למען הציבור והרפואה. זה יפה, זה ערכי וזה נכון. אבל זה כבר לא עובד. גם השירות הרפואי הוא פני החברה, ואנחנו חברה קפיטליסטית, מטריאליסטית עם ערכים פרובלמטיים, אבל אנחנו חיים טוב.”

גבי בן נון

”אני חושב שהרצון לבחירה ברופא נובע בעיקר בשל הרצון לקבל דבר יותר מהר. זה לא רק הבחירה, אלא לקבל יותר מהר. ככל שבמערכת הציבורית התורים התארכו

ונהיו יותר קשים, ככל שהמערכת הציבורית נמצאת יותר ויותר באי ספיקה, 100% תפוסה (בחדרי מיון אתה ממתין מעל ל-24 שעות), אז הציבור מצביע ברגליים ומתחיל לאבד אמון במערכת הציבורית. כשהמערכת הציבורית לא נותנת תשובה טובה, אתה מאבד בה את האמון ומחפש פתרונות אחרים. זה לא קורה בעולם המערבי, תסתכלי על אנגליה וגם שם יש תורי המתנה, ולמרות הכול האמון של האנשים במערכת הבריאות הבריטית הוא מאוד גבוה."

חיים דורון

"להשקפתי, רפואת המשפחה צריכה להיות אינטגרטיבית בין החלק הגופני לחלק הנפשי. רפואת המשפחה רואה את האדם במרכז ולא רק את האיבר. והיום באוטומיזציה הקיימת של כל ההתמחויות השונות חיוני שיהיה אדם בצורת רופא משפחה, שירכז את הנושא של בריאותו של האדם וידע לגשר על פני דעות שונות. אגב, לפעמים בין מומחה אחד לשני (לדוגמה, בין קרדיולוג לבין מומחה ללחץ דם גבוה יש היום דעות סותרות על הטיפול הרפואי, הטיפולים סותרים, והפונקציה של סינתזה והעמקה באשר לפרמקולוגיה קלינית בעידן של המחלות הממושכות הוא חיוני).

רפואת המשפחה עוסקת בכל שלבי הבריאות לא רק בחלק האבחוני-טיפולי האקוטי של הרפואה הראשונית, אלא מקידום הרפואה, דרך רפואה מונעת, הרפואה הטיפולית-הקהילתית, או אם יש צורך הפנייה לאשפוז (אבל האשפוז הוא אפיזודה בחיי אדם) עד השיקום הרפואי. ההתפתחות הזאת, אני הופתעתי מאוד וכך גם קודמתי ד"ר טובה ישורון ברמן. הופתענו מפרופ' סידני קרק, הוא ורעייתו עלו מדרום אפריקה, והיו מומחים לבריאות הציבור, הם הביאו מדרום אפריקה לארץ את המושג של 'Community Oriented Primary Care'. כלומר, רפואה ראשונית שיש בה ראייה של המצב של הקהילה, משפחה, שכונה, יישוב, שבהם האדם חי. לכיוון הזה הייתה השפעה גדולה מאוד."

יהושע (שוקי) שמר

"אין לנו רופאים שמצליחים לייצר את מה שכל אחד מהרופאים שכשהוא מתחיל ללמוד רואה בזה שליחות, חמלה, הזדהות עם המטופל, אמפתיה ורצון לעזור, לא רק ברמה הטכנית להכניס קטטר או לעשות צנתור או לעשות ניתוח מוח ולהיעלם. היום הרופאים לא מצליחים לבטא את שליחותם. המגע היומיומי או הבלתי אמצעי עם החולים הולך ונעלם, לא בגלל טכנולוגיות אלא בגלל היעדר משאבים. וזמן הוא משאב יקר. יותר ויותר רופאים מטפלים בחולים דרך תקתוק המחשב מבלי שבודקים את החולים ביסודיות.

המדע והקשר האישי בין רופא וחולה לא יכול להיעלם. זה משהו מאוד יצרי, טבעי, שאין בלתו. הוא ב-DNA של המקצוע, אבל הוא יותר ב-DNA של המטופל. לא מספיק להיכנס למחשב, לקרוא דברים כאלה ואחרים. תמיד החולים ירצו לקבל את הטיפול מהרופא. היום רופא בבית חולים רואה את הניירות של החולה. בביקור רופאים הוא רואה אותו כמה דקות, מסתכל רוב הזמן לא על החולה אלא על הגיליון שלו, הולך לחדר ועושה אנליזות. הקשר בין הרופא לחולה, פוחת והולך.

אני לא מכיר חולה שקיבל החלטה רפואית על בסיס חיפוש בגוגל או במקום אחר. אני לא מכיר חולה שלא קיבל בסוף את המלצת הרופא. הוא יכול לבוא לרופא, לשאול, להקשות, להגיד שקרא כך וכך, אבל רופא שמטפל בחולה על בסיס מה שהחולה קרא בגוגל – אני מעדיף לא לחזור אליו.

אנחנו יודעים שיש טעויות גם ברפואה, ולכן אני חושב שבהקשר הזה הגוגל הוא טוב ונותן לציבור קצת יכולת לקרוא, אבל הוא יותר מבלבל את הציבור מאשר נותן לו כלים ממש לקבל החלטות.

אני חושב שבתוכניות הלימודים שני דברים צריכים להיעשות: אחד, זה הנושא של חינוך הסטודנטים לרפואה כמו כשירות תרבותית, שזה דבר מאוד חשוב, שהם לא כל כך מכירים את זה ואחר כך כשהם כבר נעשים רופאים, יש הרבה התנגשויות לפעמים הן מיותרות. הנושא השני זה בכלל כל נושא המקצוענות. לא מלמדים בבתי הספר לרפואה מקצוענות אלא מקצועיות, ומקצוענות זה הטמעת ערכי הרפואה, איך לבטא את מה שלמדנו עם חמלה."

יונתן הלוי

"יש בעיות אחרות במערכת שהן לא קשורות ישירות לחוק – רופאים, אחיות, תקנים. הם לא קשורים ישירות לחוק, והם לא תוצאה של החוק. ואני רואה את זה בשערי צדק, למול בעיות אלה אני מתמודד בניהול בית חולים שהכפיל את עצמו תוך עשור בין 2005 ל-2015. אותו דבר קורה במדינה, יש עלייה גדולה מאוד של האוכלוסייה במדינה, ותקצוב מערכת הבריאות מפגר אחריה.

לכן מאז הזקנה במסדרון שברק דיבר עליה כשהיה ראש ממשלה לפני כ-15 שנה, המצב רק הוחמר. אבל אני לא חושב שזאת תוצאה של החוק. זאת תוצאה של זה שאי אפשר לעמוד בציפיות עם חקיקת החוק הזה. אף אחד לא חשב על תורים כאלה, על תור למומחים, על תורים לניתוחים. זה לא היה בשנות ה-90 וגם לא בתחילת שנות האלפיים."

יעל גרמון

"החלק האנושי של הרופא חסר ביחסי רופא-חולה. הוא מתייחס לחולה בצורה אדישה. לא רואים אותו. צריך ללמד את זה בבתי הספר לרפואה. מדברים על זה. אחד ממנהלי בתי החולים סיפר לי שבעיניו רופא שיוצא מניתוח ולא ניגש לבני המשפחה ולא יושב ומדבר איתם, הוא רופא גרוע, אפילו אם הניתוח הצליח. את התפיסה הזו הוא מטמיע בקרב הרופאים ובקרב מנהלי המחלקות בבית החולים שלו. זה הכול עניין של גישה".

מאיר אורן

"צריך לראות פה את ההיבט הכללי. הדור הנוכחי רוצה נוחיות, רוצה כסף, אל תבלבלו לי את המוח. אני מצפצף על הקביעות, זה לא חשוב לי, אני הולך. היום אני פה, מחר אני באוסטרליה, מחרתיים אני בטורונטו. אני הולך לאיפה שטוב לי, איפה שמשלמים לי. צריך לקחת את הנושא הזה ברצינות רבה".

מרדכי (מוטקה) שני

"אתה הולך לעולם שבו למעשה ... משנה את פני הרפואה. אם ככה, מי זה הרופא? הרופא לא צריך להיות כבר בעל הידע. הוא לא צריך להיות אותו רופא שקיים היום. אני מאמין שהוא חייב לחזור לעולם של פעם – הרופא שהוא מבין את בעיותיך הכרוניות ועושה התאמה בין התשובה של המכונה למחלה כרונית באישיות הספציפית של האדם.

אנחנו הולכים לעולם שבו תהיינה מכונות הרבה יותר חכמות, וזה ישפיע על ארגון שירותי הבריאות בעיקר בחולים כרוניים.

תזכרי ש־global burden of disease בעולם המערבי אנחנו מתקרבים ל־80% של מחלות כרוניות. הוא לא יחליף את הרופא במיון, אבל בטיפול במחלות כרוניות הגישה תשתנה.

אחת השאלות המרכזיות צריכה להיות: מה האחות עושה ומה הרופא עושה? זו שאלה שהיטשטשה.

למעשה, אחת השאלות המרכזיות היא מה הולך להיות ארגון שירותי הבריאות,

מי הם הרופאים, האחיות בעולם הזה?

יש לשנות לאט־לאט, אבל אתה צריך לחשוב היום על זה מראש. זה דבר אחד. בשלב שבו לרופא יהיה פחות זמן להתעסק עם מחלות והרבה יותר להתעסק עם בני אדם, והרופאים יוכלו אולי לשוחח עם המשפחה, להתוות את הדרך לטיפול בעולם הזה.

אין ברירה אחרת. לכן זה מחייב: ראשית, להמשיך להתמודד עם העצמת החולים פעם אחת; שנית, לשנות את צורת החשיבה של הרופאים. ההשפעה צריכה להיות בעיקר ... אותי לא מעניינים רופאי בתי החולים בהיבט הזה, אלא רופא הקהילה, שהוא נפגש עם האנשים. בעולם של מחלות כרוניות, אין דרך אחרת. רופאים ואחיות צריכים לשנות את הגישה שלהם."

משה בר סימן טוב

"לגבי הרופאים זאת שאלה טובה. אנחנו עכשיו נוגעים בזה קצת דרך התוכנית שבה המטופל במרכז, וזה באמת לחשוב האם אנחנו: א) בוחרים את האנשים הנכונים, והאם ב) מכשירים אותם בדרך הנכונה. ועד כמה אנחנו יכולים וצריכים להיות מעורבים. כן ננסה, ביחד עם אוניברסיטת באר-שבע, בהנחה שתהיה היענות מצדם, ואוניברסיטת באר-שבע הייתה חלוצה בדרך שהיא מיינה והכשירה את הרופאים. אתם באוניברסיטת בן-גוריון באמת חלוצים, אבל האקט החלוצי שלכם נוצר לפני כעשרים שנה, ואולי משום שבאר-שבע היא חלוצה באופי, שווה אולי לעשות את המהפכה הבאה ולראות אם אנחנו בוחרים את האנשים עם האופי הנכון ולהיות oriented לחמלה ולמטופל ויותר לראייה הרב ממדית של האנשים.

אמרת משהו שגם אליו צריכים להיות מודעים, שמחצית האנשים שמסיימים לימודי רפואה עושים את זה בחו"ל, שזה בכלל משהו עלום, מבחינתנו. וגם עליו אנחנו צריכים להשיג יותר שליטה, אם זה בתוכניות משותפות או בקורסים והשלמות לפני הבחינות או בדברים אחרים.

אנחנו נמצאים בנקודת זמן שבה אחרי כמה שנים מאוד קשות מבחינת יחס מתמחים-מומחים, צעירים-מבוגרים - היחס הזה הולך להשתפר. אנחנו מקווים שעודף ההיצע ביחס למקומות ההתמחות כן יינתן לאנשים במקומות מסוימים, אפילו המהלך עם המענקים למי שהלך לפריפריה, מבחן התוצאה היה מאוד מאוד מוצלח. יש עכשיו אנשים שמנסים להגיד שזה לא המענקים אלא זה הדמוגרפיה והסוציולוגיה ואני לא יודע מה, אבל בסוף כשאני מסתכל על מספר הרופאים בפריפריה, המספר הוכפל או עלה בכ-90%.

מקצועות שעמדו לפני התנוונות כמו נאוטולוגיה, קמו לתחייה ואחרים גם. עוד אחד מהאתגרים שיש לנו שאנחנו מדברים על הזדקנות האוכלוסייה ומחלות כרוניות. דור הרופאים הוא שונה. היום יש רוב לנשים ברפואה וזה ברכה, אבל צריך להבין שזה משנה את המערכת ולהיערך לכך.

דור ה־y המפורסם, שחי באיזו שהיא מערכת העדפות אחרת בין עבודה לפנאי, משפחה, גם משפיע על המערכת. זה שיש לנו רופאים שבאים מחו"ל – כל הדברים האלה הם מאפיינים חזקים, ולכן בסוף אנחנו צריכים לעסוק בכל וכל הזמן. יש כל כך הרבה שינויים שקורים שאנחנו צריכים לדעת לנהל אותם, והמוטו של לרוץ מהר הוא מאוד נכון, כי השינויים הם אדירים."

רפי ביאר

"כל יחסי רופא-חולה עלולים לקבל גוון אחר כשיש באמצע גם את ה־digital health. איך עושים ביקורים וירטואליים של רופאים, דברים שכל העולם מתמודד איתם וצומח איתם. ראיתי כבר עשרות חברות שעוסקות בתחום הזה, איך לעשות ביקורי חולה וירטואליים? איך לדעת לגבות כסף עבור ביקור וירטואלי? מה החוקים בדבר הזה? מה מותר ומה אסור?"

הייתי מנסה למצוא מנגנון שבו קופות החולים ובתי החולים ירצו לעבוד ביחד תמיד לטובת החולה, שלא יהיו המחסומים האלה בין הקופות ובין בתי החולים, שיהיה אינסנטיב אפילו לשיתוף פעולה כלכלי, כי בסופו של דבר הדברים האלה מוזנים על ידי דרייב כלכלי, ושהדרייב הכלכלי יביא לטיפול רפואי יותר טוב בקהילה."

פרק 12

אתגרי מערכת הבריאות בעתיד

עולם הרפואה עומד מול שינויים תכופים, מהירים ויקרים מבחינת הטכנולוגיות הרפואיות והתרופות העומדות לרשות מערכת הבריאות. עדכונים טכנולוגיים ותרופתיים מאפשרים כיום לטפל בבעיות בריאות רבות, אולם יכולת מערכת הבריאות לממן את כל השיפורים הטכנולוגיים הללו מוגבלת ומחייבת את הממערכות הבריאות לבצע תהליך של תעדוף.

במקביל, תוחלת חיים מתארכת, תפוצה נרחבת של מחלות כרוניות ושינויים חברתיים משפיעים על מערכות הבריאות. התקדמויות טכנולוגיות שאינן רפואיות בלבד, כמו מאגרי נתונים (big data) ותקשורת מרחוק, נכנסות גם הן לשימוש במערכות בריאות ומשפיעות על התנהלותן ועל הקשר שבין המטפל למטופל.

יותר מ־25 שנים חלפו מאז חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכפי שראינו בפרקי הספר, הוא שינה לחלוטין את מערך יחסי קופות החולים והמבוטחים, אך לא נגע בכמה סוגיות מרכזיות נוספות במערכת הבריאות. במשך השנים היו שינויים חברתיים, שהשפיעו על המטפל ועל המטופל בתפיסותיהם ובדרישותיהם מן המערכת. הציבור ער יותר לזכויותיו, וציפיותיו ודרישותיו ממערכת הבריאות עולות לאין ערוך מאלה שהיו לפני 25 שנה.

למרות השינויים התדירים בעולם הרפואה בכלל ובחוק ביטוח בריאות ממלכתי בפרט, נושאים שונים נותרו במערכת הבריאות בישראל ללא שינוי. כך, הטיפול בחולה סיעודי נותר עד היום ללא מענה מערכתי-חוקתי; בעלות משרד הבריאות על בתי החולים הממשלתיים נותרה כמעט ללא שינוי וללא הסדרה; למרות גידול האוכלוסייה והזדקנותה לא הוקם בית חולים נוסף בישראל מזה ארבעים שנה (פרט לבית חולים אסותא באשדוד); שינויים מעטים נערכו בהכשרתו של הרופא המטפל; החל בשלב בתי הספר לרפואה וכלה בהכשרה למומחיות רפואית, בתקינה של הצוות הרפואי בבתי החולים כולל רופאים, אחיות וצוות עזר רפואי.

בסיום הראיונות שאלנו את המרואיינים: מהם לדעתם אתגרי המערכת בפני העתיד? כיצד השינויים הטכנולוגיים, החברתיים והרפואיים ישפיעו על מערכת הבריאות ומה יהיו צרכיה? האם מערכת הבריאות בישראל יכולה להתמודד עם אתגרים אלה? מה נדרש מן המערכת כדי להתמודד בהצלחה עם השינויים והאתגרים שבפניה? תשובות לשאלות אלו מובאות בפרק הזה.

אביגדור קפלן

"שיעור האוכלוסייה המבוגרת הולך וגדל, וזמינותן של טכנולוגיות חדשות ויקרות גדלה אף היא. הביקוש לשירותי בריאות עולה כל הזמן, והמדינה מתקשה להעמיד תקציבים לצורך מימון סל שירותי הבריאות הבסיסי. המדינה תיאלץ להעלות את מס הבריאות ואולי אף לחזור ולהנהיג את המס המקביל כדי לממן סל שירותים רפואיים בסיסי ושווינוי לכל תושבי המדינה. המדינה תצטרך לפעול להגדיל את מספר תלמידי הרפואה ושאר מקצועות הבריאות כדי להדביק את הצרכים ההולכים וגדלים לכוח אדם במערכת הציבורית.

לגבי ביטוח סיעודי, אני גורס שיש להנהיג ביטוח ציבורי ואוניברסלי כזה, כאשר מקורות המימון שלו יבואו בעיקר מהתקציב שהמדינה מעמידה למימון שירותי סיעוד באמצעות הביטוח הלאומי ורכישת ביטוחי סיעוד פרטיים באמצעות קופות החולים. כסף רב מתגלגל כיום למטרות ביטוח סיעודי וכיסוי שירותי סיעוד, וקיים הכרח לעשות סדר בנושא ולמנוע מגורמים פרטיים להרוויח רווחים מוגזמים מביטוחים ושירותים כאלה.

אני שולל הכללת סל ביטוח סיעודי בסל הבסיסי, קיים הכרח להפריד ביניהם. אין מניעה שהקופות תנהלנה גם את הביטוח הסיעודי, ובלבד שהדבר יעשה על ידי תאגיד נפרד בשליטתן שיאפשר פיקוח מוחלט ונפרד על המשאבים העומדים לרשות שירותי הסיעוד ועל השימוש בהם.

נראה לי שאין מנוס מלפתח שירותי אשפוז בית כדי להקל על מצוקת בתי החולים במיוחד במחלקות הפנימיות, אך כדי שזה יעשה נכון אני גורס שיש לאפשר לבתי החולים הכלליים להקים 'אגף שירותי אשפוז בבית' תוך קביעת תעריף אשפוז מוקטן לאשפוזים כאלה ותוך הכללת השירותים הללו ב-CAP שנקבע לכל בית חולים, תוך התאמתו מעצם הנהגת שירותים כאלה. אני נגד מתן אפשרות לקופת חולים להחזיק בעלות מלאה או חלקית על בית חולים פרטי.

נראה לי שהגיעה העת לבחון אם צריך ארבע קופות שמספקות את אותם שירותים. מובן שלא יהיה זה נכון להגיע לקופה אחת כמו באנגליה. אבל מיזוג

קופות כך שבסיכומו של דבר תפעלנה רק שתיים, יכול להניב חסכון כספי ניכר שישמש למימון חלק מהגידול בהוצאה הציבורית למימון סל השירותים הבסיסי".

אלי דפס

"יש קטגוריות שאנחנו יודעים היום, שהאזרח יכול לקבל טיפול מלא בביתו תחת השגחה, תחת ניטור מתאים, ואין צורך שיתפוס מיטת אשפוז. יכולים רופא אחד ואחות אחת לנהל קבוצת חולים בביתם תחת שמירה על כבודם, על נוחותם, בלי להעמיס על בתי החולים.

זה זול יותר משמעותית למערכת, כך שבמשאבים הלאומיים שמקדישים היום לפתיחת מיטות במחלקות בבתי חולים – תנו את זה לקופות לנהל אשפוז בית, שהוא פתרון נכון ופתרון מופלא ולשם צריך ללכת בעתיד ... רפואה בלי אקדמיה, או אקדמיה בלי רפואה היא אסון למטופלים בסופו של יום. המתח הוא שבתי החולים רוצים לשמור על תקינה ומפחדים מכל שינוי שיבוא בתוכנית הלימודים שינטרל אותם מהמערכת שהם ניזונים ממנה.

מקופה שלקוחות שעוזבים אותה, הפכנו לקופה שמצטרפים אליה לקוחות; מקופה שנתפשת כקופה לא חדשנית לקופה מובילה בתחום החדשנות – שירותים מרחוק, רופא on line, רופא ילדים on line, רופא עור on line, מהלכים שלא קיימים באף קופה ולא קיימים בעולם ברמה שאותה אנחנו עושים ... אנחנו נמצאים במקום מצוין".

אלכסנדר (אליק) אבירם

"כבר דברנו על רוב האתגרים, החסמים והמשוכות העומדים בדרכה של מערכת הבריאות בישראל. אמנה אותם ספציפית רק בראשי פרקים:

- האתגר האולטימטיבי – ההיערכות לקראת הצרכים המשתנים עקב הזדקנות האוכלוסייה.
- מצב כרוני של מימון בחסר עקב מנגנון פיצוי לקוי עבור שינויים בהרכב האוכלוסייה והתייקרות הטכנולוגיות.
- פערים בין החזון והתכנון לטווח ארוך לבין הביצוע. בחלקו נובע מתחושה של חוסר מנהיגות ניהולית ברמה הלאומית.
- צמצום פערי בריאות בין מגזרים שונים ובין אזורי מגזרים שונים.
- פיתוח במידת האמון ברפואה הציבורית ובעקבותיו נהירה לרפואה הפרטית ורכישת יתר של ביטוחי בריאות מסחריים וכפל ביטוחים.

- הגמוניה מוגזמת של רפואת בתי החולים שגורמת לפיחות יחסי של הרפואה בקהילה.
 - אתגר הביקושים המיותרים, הרפואה המתגוננת והעשייה הרפואית חסרת התועלת.
 - התמודדות עם מהפיכת המידע הן בזירה הפנים מערכתית והן בזירה הפומבית של התקשורת והרשתות החברתיות.
- ואף על פי כן ולמרות הכול, יש לנו (בינתיים) מערכת בריאות מפוארת ורבת הישגים בכל השוואה בינלאומית וכל מה שאמרנו הוא כדי לשמור עליה ככזאת."

אסנת לוקסנבורג

"המערכת עוד לא הפנימה ועוד לא ערוכה לשינוי הגדול שכולם מדברים עליו, שהוא הנושא של הרפואה הביו-טכנולוגית ... כל הבסיס המקצועי שלנו צריך להתחזק בנושא הזה, מבחינת ההבנה של איך זה נכנס ברפואה; איך אנחנו מתייחסים ולומדים להשתמש בביו-אינפורמציה; איך אנחנו מתאימים לחולה מה שנכון לו; איך אנחנו משתמשים בידע שנצבר לצורך הדברים, גם בהיבטים של הרמה הקלינית של היחסים רופא-מטופל, גם ברמה אחר כך במערכת בין ארגוני הבריאות עצמם וגם ברמת החוק.

עולם הטכנולוגיות זה עולם שמאוד משתנה כרגע והופך להיות מאוד מהיר, מאוד ספציפי. ואנחנו בעצם צריכים להכניס הרבה מאוד דברים גם לפרקטיקה היומיומית, גם לנושא המימון הציבורי, גם לנושא של אופן ההתנהלות בקופות ובבתי החולים זה דבר אחד.

דבר שני, אני חושבת שכל הטכנולוגיות, ולא דווקא הרפואיות, המחשוביות, הטלה רפואה והדברים האלה, יאפשרו לנו יותר ויותר לטפל באנשים במסגרת שלהם ... טכנולוגיות דיגיטליות שמאפשרות לאדם, ככל שניתן, להיות בביתו, בסביבה הטבעית שלו, ולקבל את השירותים שיגיעו אליו.

כל הנושא של רפואה מונעת - אורחות חיים בריאים, החינוך מגיל מאוד צעיר לאורחות חיים בריאים, לפעילות גופנית, לתזונה נכונה - בעצם יביא אותנו למקום טוב, והרבה מאמץ מושקע עכשיו על ידי המערכת. אנחנו לא רואים את הפירות אולי באופן מידי, אבל נראה את זה בעוד 10-15 שנים או 20 שנה, וזה יאפשר לנו אוכלוסייה יותר בריאה, אם תהיה לנו אוכלוסייה שתהיה מודעת ותשקיע בבריאות שלה ותהיה מחונכת לבריאות, לנסות להיות באורחות חיים בריאים.

היום יש לנו המון ביקורת על מערכת הבריאות, אבל היא עדיין מערכת מאוד טובה. אם אנחנו רוצים להמשיך ולשמר את המעמד שלנו ואולי אפילו לעלות,

נצטרך לטפל בכל ההיבטים. אנחנו פה כי באנו מתוך שליחות ורצון להעניק ולתת את מה שאנחנו יכולים בשביל לרפא אנשים, לתת להם חיים טובים יותר, יותר בריאים ולתמוך בהם בנקודות הקשות.

אם היה לי שרביט קסמים שהיה יכול לבוא ולהגיד: אנחנו יוצרים פה איזו שהיא סביבה שגם מכבדת את המטופל וגם את המטפל, ומאפשרת למטפל לתת את המקסימום בתנאים שהוא יכול – להקדיש לחולה את הזמן שהוא רוצה, בסיטואציה מכבדת, לתת לו את הטכנולוגיות המתקדמות, לתת לו את הטיפולים שהיה רוצה אותם וכו', ולמטופל להרגיש שהוא עטוף ומקבל את מלוא תשומת הלב, ולא שמטרטרים אותו ממקום למקום, אלא נותנים לו סביבה שמכבדת גם אותו ובימים הכי קשים בחייו שהוא סובל ממחלה קשה ... אם הייתי יכולה לספק לחולים את אותה מעטפת ולמטפלים את אותה סביבה תומכת שיוכלו לכבד אחד את השני ולהרגיש שהם מקבלים את המקסימום ועושים את המקסימום, זה מה שהייתי עושה עם שרביט הקסמים".

ארנון אפק

"אגב, שאלו אותי מה היא בעיית הבעיות של מערכת הבריאות במדינת ישראל – זהו התמחור המזעזע של המערכת. זה לקח לי קצת זמן להבין, אבל אם הייתי ממשיך להיות מנכ"ל משרד הבריאות או עוזר למנכ"ל, הייתי משקיע את האנרגיה הכי גדולה בתמחור, כי התמחור מעוות את מערכת הבריאות.

בתי החולים נמצאים בגרעונות מדהימים. אם חוק ביטוח בריאות ממלכתי העביר את הפוקוס מבתי החולים לקהילה, העתיד יהיה להעביר את הפוקוס מהקהילה הביתה, ובתי החולים יצטרכו להמציא את עצמם מחדש. או שהם יפכו להיות טיפולים נמרצים, או שהם יתחילו להתרחב ולצאת גם הביתה. בחלום או בחזון שלי אני רואה מצב שרופא מסיים את הביקור על 35-40 החולים המאושפזים, חוזר לחדר הישיבות ועובר על אותה כמות של אנשים חולים בבית. או שהקופה תעשה את זה עם בתי החולים ביחד. יש אלף מודלים אפשריים, רק צריך להבין שהזדקנות האוכלוסייה מחייבת העברת הטיפול הביתה".

בוני לב

"יהיו שלושה אתגרים: האתגר הגילאי, האתגר הטכנולוגי כשהרפואה מותאמת אישית, והעובדה שאנחנו היום מתקדמים לטכנולוגיות שהן הרבה יותר מתואמות אישית ופועלות מול כל פרט, שזה ייקר את מערכת הבריאות, והפסיכיאטריה. השילוב של גוף ונפש ולאן אנחנו הולכים עם שילוב זה היא סוגיה נוספת

שתעמוד לפתחנו זה המחלות שקשורות לתרבות – אכילה, תקשורת כמו אינטרנט והטלפונים. עם זה נצטרך להתמודד כי אנחנו הולכים לשינוי תרבויות, וגם התרבות של יחסי רופא-חולה תלך ותשתנה, ואנחנו לא יודעים בדיוק איך תיראה הרפואה של עוד עשר שנים, שהיא גם טכנולוגית וגם אנושית תהיה שונה לחלוטין”.

ברוך רוזן

”ראשית, לא הכול צריך להיכנס בחוק הזה. אנחנו לא חיים לפי החוק הזה. אנחנו חיים במדינה; וכל מה שצריך לעשות לטובת בריאותם של התושבים, אנחנו עושים במערכת החינוך, וחלק עושים בלי חקיקה בכלל, כמו אוכל בריא בגנים, שזה היה מאוד חשוב.

לא הייתי מטיל הכול על החוק, וגם החוק עצמו עבר הרבה שינויים. זאת מערכת דינמית. האם כל השינויים שאני בעדם נעשו? לא. אבל לא זה המבחן. המבחן הוא שיש תהליכים דינמיים, יש שרים ומנכ”לים שחלקם יותר פעילים ואחרים פחות. לדעתי אחת החזיתות החשובות היא לחבר בין גוף ונפש. חשוב לחבר בין בית החולים וקהילה, לחבר בין מרכז לפריפריה, לחבר בין ישראל לארצות אחרות.

גבי בן נון

”התמודדות מערכת הבריאות עם העובדה שהאוכלוסייה מזדקנת, היא האתגר המרכזי. במשך שנים התאפיינו בכך שאנחנו צעירים ... שיעור הקשישים במדינת ישראל הוא 11% מכלל האוכלוסייה, וזה מאוד מאוד נמוך. בעולם המערבי – תסתכלי על יפן, שוודיה, איטליה, שיעור הקשישים שם הוא 20% אבל קצב הגידול בכמות הקשישים בישראל הוא אחד הגבוהים בעולם. אנחנו אולי אוכלוסייה צעירה, אבל אנחנו מזדקנים יותר מהר ... ההצלחה של מערכת הבריאות היא גם הבעיה שלה, כי ככל שהיא מותירה אנשים בגילאים יותר מבוגרים, בריאים ומתפקדים, זה עולה לה יותר כסף. האתגר הדמוגרפי, זה אתגר מרכזי, ודווקא בנקודה הזו המערכת הציבורית לא ערוכה מבחינת הארגון שלה. הסדרי הביטוח בנושא הסיעוד היום נעשים בעיקר על ידי ביטוח סיעודי קולקטיבי באמצעות הקופות, או ביטוח מסחרי פרטי קולקטיבי באמצעות חברות ביטוח פרטיות. עם שני הביטוחים האלה יש בעיות. אחד, הם לא מכסים את כל האוכלוסייה; שניים, כמו שאנחנו רואים כשאדם מגיע לגיל שבו הוא זקוק לעזרה מחברות הביטוח הפרטיות, מתחיל להתברר שישנם קשיים במימוש הזכאות. המימוש של הזכות הזאת נתקל בהרבה מאוד קשיים ביורוקרטיים, והחיסרון העיקרי הוא שלאוכלוסייה מאוד גדולה אין בכלל את הכיסוי הזה של הביטוח הפרטי.

האתגרים להתמודד עם ההזדקנות זה לא להגיד להפסיק להזדקן, כי כולם מזדקנים, אבל לתת איזו שהיא רשת ביטחון פיננסית כשאדם מגיע למצב הזה. כי מזדקן שמגיע לשלב הזה של אשפוז סיעודי, צריך כסף. היום הרבה מאוד אנשים חשופים במצב הזה לסיכון כספי אדיר, ואת זה צריך לפתור. הדרך לפתור את זה היא לכלול את זה בתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת הטבה סוציאלית הכי טובה שאני מכיר. נעלה את המס ונוסיף את האלמנט של כיסוי אשפוז סיעודי.

אתגר שני, חייבים להעלות את החשיבות של בריאות על סדר היום של הממשלה הרבה יותר מאשר מייקומה היום... במפגש בין העדיפויות לנושא הביטחון או לנושא שירותים חברתיים אומרים: 'את מי זה מעניין בריאות? אין מפלגת בריאות'. ונושא הבריאות נמצא בעדיפות נמוכה חסרה יציבות ומנהיגות יציבותית. המנהיגות באה בתוספת, זה לא הדבר היחיד. צריך שמישהו ייקח את הנושא הזה וייאבק בו ברמה של או שזה קורה או שאני מתפטר. אבל אני מניח שאם הוא יציב את הדילמה הזאת, יגידו לו שיתפטר.

וזה בעיה שמביאה אותי לאתגר השלישי והיא שחיקת תשתיות הבריאות. הדרך להתמודד עם זה היא קודם כול, על ידי תיקון מנגנון העדכון של מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אחר כך יש להגדיל את תשתיות המערכת. תסתכלו מה קורה במערכת האשפוז. שיעור מיטות האשפוז הכללי במדינת ישראל הוא אחד הנמוכים בעולם המערבי - 1.8 לאלף נפש, זה נמצא כל הזמן בירידה. התפוסה בבתי החולים הכלליים בישראל הכי גבוהה בעולם. אין עוד מקום אחר בעולם שהתפוסה בבתי החולים מגיעה ל-92%-94%. אני כבר לא מדבר על זה שבחורף התפוסה מגיעה גם ל-130%. שהייה ממוצעת בבית חולים אצלנו היא אחת הנמוכות בעולם. אתה נכנס לבית החולים ומשחררים אותך כמה שיותר מהר בגלל לחצים מהמיון.

ב-1995 כשחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, האוכלוסייה בישראל כללה חמישה מיליון תושבים. היום היא כוללת כמעט תשעה מיליון. ארבע מיליון אנשים נוספו למערכת. צריך לתת לזה ביטוי בצורת תגבור תשתיות המערכת: תוספת מיטות אשפוז רופאים, אחיות. דבר נוסף, העובדה שישנה מדיניות מקרו-כלכלית שמצמצמת את תקציב המדינה כיעד מרכזי, מצמצמת את גירעון תקציב המדינה, גם במחיר של צמצום שירותים חברתיים - את זה צריך לשנות.

והדבר האחרון שצריך לטפל בו זה כמובן הביטוח המשלים. אי אפשר להשאיר את מערכת הבריאות במתכונת שבה הביטוח המשלים מכתיב לה את כללי המשחק. צריך להסדיר את זה מהמסד, מההתחלה.

כמשפט סיכום, בחיים לא נצליח לתת לכל אחד את מיטב הטכנולוגיות, את מיטב הרפואה. יש כל הזמן שיפורים טכנולוגיים, המאתגרים את המערכת ומחייבים

תוספת מקורות. יחד עם זאת, צריך לדעת שכמות מסוימת של מקורות ריאליים צריכה להיות מובטחת למערכת, כי אחרת זה יבוא לידי ביטוי, גם בבריאות הציבור”.

חיים פליץ

”אני חושב שהאתגר העתידי יהיה לבנות את פונקציית השירותים בצורה יעילה, וזה כולל בית חולים-על, בית חולים מחוזי, בית חולים קטן, מרפאות, ולבנות מודל יעיל בסיפור הזה. ואני מאמין שזה אתגר שפוגש היום מדינות רבות”.

יהושע (שוקי) שמר

”קודם כול, הייתי משנה את תקינת הרופאים והאחיות. בהמשך הייתי מתרכז בהקמת מחלקות לטיפול המשכי ואשפוז בית. בהיעדרם זהו יום הכיפורים של מערכת הבריאות משנת 2017 ושל השנים האחרונות, וזה יתבטא בשנים הבאות ובעוד 10-20 שנה.

לגבי התשתית המבנית – מרגע שהממשלה מחליטה על בניית בית חולים, יחלפו בין 10-15 שנה עד שהוא יקום. הדבר השני, תשתיות כוח אדם. נניח שהיום מישוהו יתעשת ויתחיל לייצר תמריצים ללמוד סיעוד. זה אורך עד שש שנים; לייצר רופא אורך 15 שנה (לימודי הרפואה וההתמחות), וקצת אחר כך להיות עצמאי; לייצר רופאים עצמאיים אורך 15 שנה. כך שאף אחד לא יראה במדינת ישראל תוספת מיטות עוד 15 שנה. אולי יוכלו לעשות ייבוא של רופאים ואחיות, וגם זה תהליך של אדפטציה, של לימוד השפה העברית, כך שאני טוען את זה כל הזמן, שאנחנו עומדים בפני שבר גדול מאוד במערכת הבריאות בגלל היעדר משאבים.

אנחנו משכנו כבר מדי הרבה את המשבר במערכת הבריאות על חשבון העתיד. אי אפשר לתקן את המצב של היום בשיטת 'זבנג וגמרנו' וחייבים להקים צוות משימה לאומי רב מקצועי עם כל משרדי הממשלה לתיקון המעוות. ולבסוף, אני יודע שזה אולי יישמע פופוליסטי, אבל בלא העמדת ערך החמלה בראש סדר הערכים של מערכת הבריאות בישראל ושל אזרחיה, איני אופטימי”.

יעקב ויטקובסקי

”כלכלת הבריאות הנה כלכלת מחסור. לא ניתן לתת לכולם את השירותים המיטביים. אתגרי המערכת: (1) חוסר משאבים; (2) הזדקנות האוכלוסייה (צריכת שירותים מוגברת לגיל השלישי); (3) תרופות וטכנולוגיות חדשניות שמצריכות יותר משאבים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע שני פרמטרים לעדכון הסל מעבר להצמדה למדד התייקרות: (1) הזדקנות אוכלוסייה ודמוגרפיה; (2) תוספת לסל בגין טכנולוגיות ותרופות חדשות. שני הפרמטרים האלה מתוקצבים בחוסר. הוכח שאם אתה משווה את ההוצאות בפועל ואת התוספת שהמדינה נתנה – זה מתוקצב בחוסר. לכן צריך לתקצב את מערכת הבריאות (1) לפי פרמטרים אמיתיים ולתמחר אותם נכון; (2) לחזק את הפיקוח על קופות החולים ובתי החולים.”

לאה אחדות

“האתגר הראשון הוא לדאוג ליותר כסף למערכת הבריאות. זה אתגר מאוד רציני, וזה ממש לא פשוט ... האתגר הוא דווקא להתמודד מול ההוצאה הפרטית בחיזוק המערכת הציבורית. צריך לשכנע את הפוליטיקאים. אני חושבת שהלחץ הזה של הגדלת המקורות למערכת הבריאות צריך להיות הרבה יותר מאסיבי ... האתגר השני הוא להסביר, לתושבים שכדי שהם יקבלו מערכת בריאות ושירותים טובים יותר, צריך לשלם יותר מיסים.

צריך לצמצם פערים, זאת אומרת קודם כול, יש לנו עוד פערים בבריאות. אבל תבינו שהפערים מתחילים מפערים כלכליים, והם מעין תאומים כאלה – אתה רואה שאיפה שיש פערים כלכליים, יש גם בריאות לקויה, ויש פערים בבריאות ... וצריך להשתמש במנגנון הקפיטציה כחלק מתמיכות משרד הבריאות בעבודה של הקופות כדי לצמצם פערים.

אתגר נוסף הוא עניין של הכשרת כוח אדם. אנחנו רואים שבכוח אדם, בצד הבעיות התקציביות, יש לנו מדיניות של מגבלות על הכשרת כוח אדם – אם זה רופאים או אחיות.

הדבר האחרון הוא שאני חושבת שלא נערכנו עדיין מספיק להתמודדות עם הזדקנות האוכלוסייה. אנחנו מדברים על זה הרבה, אבל אין היערכות מספיק מתאימה לכך.”

מאיר אורן

“הנושא של תשתיות באשר הן הוא מאוד קריטי וצריך לקבל החלטות על בסיס ארוך טווח, תוכנית רב שנתית. אמרתי מומחים, עיתוד כוח אדם למקצועות השונים. אין מוצרי מדף. אם מדברים על מצנתרי מוח, אם שניים מהם נוסעים לחו"ל – לא נשאר בארץ אף אחד.

אין בארץ מוצר מדף. לימודי רפואה זה 7 שנים, 5-6 שנים התמחות, אחר כך עוד שנתיים של fellowship ועוד. אם אתה רוצה הבשלה במומחיות זה עוד שנים.

זה לוקח עשר שנים ואפילו בטווח של 12 שנה כשאתה צריך מומחה מוכן, מומחה לתחום הזה, ואתה רוצה גם שהוא יהיה בפריפריה ולא רק במרכז. אלה אתגרים עצומים לעתיד, ולצד הרב המדינה לא מסתכלת על זה ככה.

עם שרביט קסמים קודם כול הייתי מגדיל את המקורות במערכת הבריאות, כי באמת אין התייעלות כבר, לא יכולה להיות התייעלות. מחיר הפשרה פה עבר כבר את כל הגבולות. הייתי בונה תוכניות רב שנתיות. אי אפשר לפתור את זה ביום אחד. הייתי בונה צוותי עבודה, מרכיב צוותי עבודה מקצועיים לכל נושא; בונה תוכנית רב שנתית וממסמך אותה כהחלטת ממשלה. אבל במדינת ישראל צריך לזכור שכ-80% מהחלטות הממשלה לא מתקיימות בכלל, כשרבין היה ראש ממשלה רבין אמר אז והבטיח לאפרים סנה ולי: 'אנחנו עכשיו בעיצומה של הרפורמה במערכת החינוך (הושקעו אז משאבים אדירים במערכת החינוך)'. שנת 1996 תהיה שנה מכוננת, שבה מרכז הכובד בקשב המקצועי ובהשקעת המשאבים הולך לבריאות. אבל לצד הרב רבין נרצח".

מרדכי (מוטקה) שני

"אנחנו עומדים בעולם מטורף שכמותו לא היה. אם את לוקחת את העולם בכלל, שימי לב שהמאה העשרים הייתה ציון דרך בהתפתחות העולם כולו. לא הייתה מאה שבה ההישגים הטכנולוגיים היו כל כך מדהימים. התחילי במכוניות, במטוסים, רדיו, טלוויזיה, מחשבים, אינטרנט, שני issue חברתיים אדירים כמו עצמאות האישה וההזדקנות הם פרי המאה העשרים. טכנולוגיה בבריאות היא פרי המחצית השנייה של המאה העשרים, כניסה של מדעים ... וביולוגיים. עברנו מעולם איטי לעולם מהיר עם הרבה מאוד שינויים.

אני אומר שתוך דור יהיה שינוי אדיר בשירותי הבריאות בעולם. אחד הנושאים שיקרה הוא שתוך עשרים שנה תהיינה לנו מכוונות חכמות. שימי לב לכל הנושא של big data. היום אנחנו מדברים על ה-home center, זאת אומרת הגישה היא: 'טפל באדם בביתו'. כל עולם הסנסורים מכוון אותנו לכיוון הזה. זאת אומרת, זו עוד נקודה שצריכה לבוא ולומר: 'הקטן את חלקם של בתי החולים'. לכן אני לא רוצה להוסיף מיטות, למרות שמדינת ישראל האוכלוסייה שלה גדלה, אבל אני חסיד של לעבור לעולם הזה מבית החולים לקהילה.

היה לי רעיון שזרקתי אותו בשעתו במשרד הבריאות, והם עדיין גוררים רגליים, שאנשים בחדר מיון שקובעים לגביהם שהם צריכים אשפוז - חלקם יכולים ללכת הביתה, להצמיד להם סנסורים, טיפול בית של הקופה. יש שתי קופות (מאוחדת ומכבי), שמוכנות להתמודד עם זה, ולמעשה להקטין את האשפוזים בבתי חולים

ולהקטין את אורך האשפוזים, אבל העיקרון הוא אותו עיקרון. הפתרון הוא שביתו של החולה הוא המקום, כמובן בתנאי שיש לו בית פרטי, ביתו הוא הכתובת הנכונה לטיפול בו, כשהוא חולה חריף.

תזכרי שכל הצלחה שלנו מהווה כישלון. אם אני מאריך חיי חולים, אני נשאר עם מערכת של יותר חולים כרוניים, מערכת יותר יקרה ויותר מורכבת. זאת גם שאלה שהדור הבא צריך להתמודד איתה, ויש לו הרבה מאוד אתגרים, כולל לתקן את הטעויות של הדור שלנו ביישום חוק ביטוח בריאות.

הטיפול בקשיש הוא אחת הבעיות, ואנחנו מתרוצצים בין משרדים שונים וגופים שונים במדינה שההזדקנות בה היא אחד הקווים האופייניים. אנחנו עדיין מדינה צעירה, אבל שיעור הקשישים בה גבוה יותר, בייחוד אנשים מעל גיל 75-85 וחייבים להכניס את זה לחוק".

משה בר סימן טוב

"יש שני צירים מרכזיים לשחיקה של המערכת: אחד זה במשאבים ובעלויות, כלומר שהעלויות יעלו בצורה שלא נוכל להכיל אותם או שהמשאבים לא יהיו מספיק הולמים וצריך להסתכל על הזדקנות האוכלוסייה וההתפתחות הטכנולוגית והתחלואה הכרונית, ובסוף אלה הם ציר ההתמודדות עם העלויות שהמערכת צריכה לשאת בהם. הציר השני הוא אולי השחיקה של האנשים המטפלים, ולהוסיף משהו שבסוף יגיע לאמון הציבור. האמון של האנשים במערכת ושל האנשים שנמצאים במערכת והאמון שלהם ביכולות שלה.

אני נחשב אולי קצת לשמרן, אבל כדי להיות שמרן במערכת הזאת אתה צריך כל הזמן לחדש ולשנות. המערכת לא תישמר מעצמה. יש במערכת הזאת הרבה מאוד כוחות מייצבים, ויש הרבה תשתיות ניהוליות טובות בבתי החולים, בקופות החולים; אבל אם אנחנו כולנו, החל מהמשלה ועד אחרון הרופאים שעובד במחלקה, לא נבין שיש פה הרבה מאוד אנרגיה שאנחנו צריכים להשקיע כדי לשמר את המערכת ולהיערך לאתגרים העתידיים שלה, אז המערכת לא תחזיק. זה לא יקרה מעצמו. זה שהמערכת טובה ויש לה תשתית חוקית טובה, זה לא אומר שהיא תישמר. היו דברים טובים שהפסיקו לתפקד. לתקן הרבה יותר קשה אחרי שדברים קורסים.

הנעלם הגדול שצריך להיות מוכנים ולהיות מודעים אליו ולדעת שהוא נמצא ולדעת שהוא כוח שמשפיע מאוד מאוד על המערכת וצריך לראות איך מנהלים אותו, הוא האתגר גם שלי וגם של הדור הבא וזה הטכנולוגיה, שהיא משנה באופן יסודי מאוד את הכול – איך שאנחנו מנהלים ואיך שאנחנו מטפלים וכל האינטראקציות, וזה מפלצת שיכולה להביא הרבה מאוד ברכה למערכת. היא לא תזויל שום דבר

אלא רק תייקר דברים, וזה גם אחד מהאתגרים שבגללם צריך לדאוג שיהיו יותר משאבים למערכת.

בנוגע לשאלה שלך לגבי הקשישים, האמת שזה נדון לפני כמה זמן ומה שלא הצלחנו לפצח והדאגה שלנו משירות כזה, היא פרגמנטציה של הטיפול. אחד היתרונות של המדינה הוא שיש לנו ריכוז גם של כל המידע וגם של כל הטיפול בנקודה אחת, והשאלה אם דבר כזה שלא אותו מטפל רואה את הקשיש כל הזמן אלא פעם אחת הוא הולך לאחות ופעם אחת הוא הולך לרופא ופעם אחת הוא הולך למה שאפשר לקרוא לו 'טיפת זהב' ואז נוצרת בעיה שלא גורם אחד רואה אותו השאלה אם זה המודל הרצוי. השאלה היא שוב האם יש לנו בעיה של נגישות לשירותי בריאות לאוכלוסייה הקשישה שאנחנו רוצים להשתמש בפלטפורמה הזאת."

נחמן אש

"אני מאוד מאמין שצריך לחזק את הקהילה ולהעביר מה שיותר שירותים מתוך בתי החולים לקהילה ככל שניתן. זה עסק מורכב, וכל הקופות פועלות בכיוון הזה. אחד הכיוונים שאותו אנחנו מפתחים הוא אשפוז בית. לאחרונה הוקמה ועדה שבוחנת הכנסה של תקופות רוטציה בקהילה למתמחים במקצועות שונים, כך שיהיה חובה לעשות חלק מזמן התמחות בקהילה.

מבחינת הסטודנטים אני חושב שחשוב מאוד שחלק מזמן ההוראה יהיה בקהילה ואפשר לעשות את זה היום בהרבה מאוד מקצועות. זה לא צריך להיות אך ורק בקהילה, אבל בכל זאת אפשר חלק מהזמן לעשות את זה בקהילה. השינוי המהותי כנראה צריך לבוא מלמעלה ולחייב בסילבוס בצורה ברורה שחלק מהזמן ניתן בקהילה. האתגר הכי בולט וניצב על פתח דלתנו הוא האתגר של ההזדקנות והתחלואה הכרונית, וגם היום אנחנו נמצאים במקום שבו יש הרבה תחלואה כרונית ותוחלת החיים עולה, ומבחינת מערכת הבריאות זה אתגר גדול מאוד. אנחנו לא ערוכים בעיניי, למרות שאנחנו עושים כל מיני צעדים קטנים. אנחנו צריכים להרחיב מאוד את היכולת לתת שירותי רפואה בביתו של המטופל.

אנחנו משתדלים שהטיפול הרפואי יהיה בצורה מכובדת וייתן מקום מרכזי לכבוד האדם ושנוכל לתת את הטיפול גם בזמינות הנדרשת וגם באיכות ועם החמלה הנדרשת וכל מה שמסביב. זה אתגר גדול במערכת."

ניסים אלון

"להערכתך תוך זמן לא ארוך מטופל ישב בביתו או במשרד, ייצור קשר עם הרופא שלו באמצעים דיגיטליים, יקבל טיפול באמצעים דיגיטליים, ינסה לעשות בדיקות

ולשדר אותם לרופא באמצעים דיגיטליים ו-80% מהביקורים הפרונטליים אצל הרופא יהיו מיותרים. היום 60% מהביקורים הפרונטליים הם ללא בדיקה פיזית של הרופא. זה יגיע ל-80% עם הטכנולוגיה ואף מעבר לכך. אז מה עושים עם כל המרפאות האלה? נצטרך את הרופאים, אבל הם לא צריכים לשבת במרפאות. הם יכולים לשבת בבית."

רן סער

"טכנולוגיה טסה קדימה. זה לא סתם שמדברים על כך שבעוד כמה שנים נוכל לייצר בינה מלאכותית. אם אתה רוצה היום לטפל בפצע כלשהו מרחוק, אתה גם יכול לעשות את זה. אני חושב שכל הנושא של הרפואה מרחוק הולך לקבל קפיצה מאוד מאוד משמעותית. אני זוכר לפני שנים באיזה שהוא כנס בצפת שדן על הפריפריה, אמרתי שאנחנו עושים רפואה מרחוק. קם מנהל בית חולים מצפת או מטבריה ואמר: 'כן, ברעננה עושים רפואה מרחוק. אצלנו זה בטלוויזיה'. זה מצריך שינוי תפישתי, שינוי בחינוך.

אני חושב שהטכנולוגיה במובן הזה תעזור מאוד. בדרך כלל, אומרים שמחשבים עולים הרבה כסף. אבל אני חושב שהטכנולוגיה תעזור מאוד ליעל את המערכת ולתת רפואה יותר אפקטיבית במובן הזה."

רפי ביאר

"הרפואה הדיגיטלית, כל הנושא של digital health, מערכות ניטור חכמות לחולים שאתה יכול לסמוך עליהן, ואתה יכול לעצור את החולה מההתדרדרות עוד לפני שהוא מגיע לבית חולים. זו המטרה בכל הסיפור הזה. גם האוכלוסייה מתבגרת ומזדקנת ויותר חולה. כשיש כישלון בפתרון בחוץ, החולים חוזרים לבית החולים. כששולחים את החולה לפעמים הביתה אחרי פעולה מסוימת והוא לא קיבל את התרופות שלו במשך 3-4 ימים, והוא סתם את הסטנט בגלל זה, והוא חוזר לבית חולים - זה כישלון של ה-interface הזה בין המערכת האשפוזית למערכת האמבולטורית.

אני חושב שאחד הדברים החשובים (ומשרד הבריאות מבין את זה ומנסה לפתור) הוא לעבוד על ה-interface הזה, על מה שנקרא רצף הטיפול בין המערכת האשפוזית והאמבולטורית, ולהיות מסוגל לעבוד בין אחת לשנייה. אבל אי אפשר לעשות את זה טוב, כאשר קופת החולים תוקעת טריז כלכלי במערכות אמבולטוריות שלה במערכות של בית חולים מסיבות כלכליות. לכן בשביל לעשות רצף טיפולי נכון, וזה הדבר הנכון לעשות, מוכרחים לשבור את המחסומים הכלכליים שנמצאים בדרך בינינו.

אני חושב שצריך חקיקה. צריך לעשות חשיבה אחרי שנים של יישום חוק ביטוח בריאות. צריך להקים ועדה ציבורית שתציע הצעות לתיקון החוק שזה לא יהיה עבודה של אדם אחד אלא של מגוון אנשים שיציעו חקיקה שתזכור שהחולה במרכז, שתביא בחשבון את הצורך בצמצום של הוצאות לבריאות, אחרת נתפזר ונהיה כמו ארה"ב, שם יש בריאות גרועה במחיר גבוה. אבל צריך לעשות חשיבה ולעשות תוכנית, ובייחוד לאור העובדה שהיום ה־digital health הולך ועולה בצורה אדירה. מערכות המחשוב שלנו מאפשרות כן לעקוב אחרי חולים יותר טוב בבית. אבל גם ב־digital health צריך להשקיע כדי לקבל אחר כך החזר. צריך להביא אותו גם בתפישה של המערכת קדימה. לתת פתרונות יותר חזקים בקהילה, בייחוד בגיל המבוגר, בתחום הסיעודי. זה יהיה אחד האתגרים העיקריים בשנים שלפנינו, כי גיל האוכלוסייה עולה, אחוז האנשים המבוגרים והזקנים יעלה מן הסתם, ויהיו הרבה יותר מחלות, כולל מחלת הסרטן שהיא האתגר העיקרי היום לפנינו".

שבתי שביט

מצד אחד, תוחלת החיים שלנו גדלה. מדינה מסודרת צריכה לחלק את המשאבים שלה בצורה כזאת שיהיה איזון – אתה מאריך לי את החיים? נהדר, אבל במקביל תעשה לי גם משהו שישפר את איכות החיים שלי בזמן שאני חי יותר שנים. הערה שנייה: הרפואה הולכת יותר ויותר לטכנולוגיה".

שלמה מור יוסף

"אחד הנושאים שצריכים להתמודד איתם הוא הרצף הטיפולי. רצף הטיפול בין בית החולים לבית החולה ולקהילה. זה כמובן מתקשר להזדקנות האוכלוסייה. אנחנו חייבים לצאת מהפרדיגמה של בית חולים שיש בו מיטות, אחיות ורופאים וקהילה שזה בבית. אנחנו חייבים להשתמש בכל הטכנולוגיה ולהעביר את מרכז הכובד לבית החולה, ולהפסיק לחשוב רק על בניה של עוד מיטות בבתי חולים. צריך לעבור לאשפוזי בית ברמה מודרנית, ולא להצמד לשיטה הקיימת היום של אשפוזי בית. זה תהליך שמתחיל בשנים האחרונות וצריך להאיץ אותו.

צריך להפנות את החולה אחרי הטיפול בחדרי מיון לאשפוז בבית, עם צוות שיודע עליך, עם מערכות של גליונות רפואיים אלקטרוניים, עם מוקד שיש בו את כל הנתונים, עם אמבולנסים שבתוך האמבולנס יש את הנתונים הרפואיים שלך, ובמקום לבנות עוד מיטה ולצייד אותה בעוד שתי אחיות ועוד רופא ועוד ועוד – צריך להקים מערכת של בית חולים בית. הטכנולוגיות שקיימות היום ומתפתחות

בכל הסטרטאפים יכולים לתמוך ברעיון זה ברמה גבוהה – גם של ניטור, גם של דיווח, וגם של טיפול.

על הבסיס הזה, אני חושב שהנושא של אשפוז בית והטיפול מרחוק חייב להיות היעד העתידי של מערכת הבריאות ובמקביל, יש צורך להשאיר את בתי החולים כמרכזי טכנולוגיה, ששם יהיה הציוד היקר לניטור צמוד ומיוחד ולטיפולים מורכבים. את כל שאר הטיפולים והאבחונים צריך לבצע בקהילה ברמות כאלה ואחרות. בשיטה זו הרצף הטיפולי הוא built-in במערכת. יש למטופל תיק אחד עם כל המידע הרפואי שנמצא במוקד, כשמתקשרים מעלים את מס' תעודת הזהות ורואים את מצבו הרפואי. כל מי שטיפל באותו חולה, מעדכן את התיק בזמן אמת. הראייה הזאת היא לא ראייה חלומית. חלקה כבר מתממש היום.

העתיד, למעשה, מבחינה טכנולוגית כבר כאן. יש לתת לו את המסגרת הארגונית והתקציבית. כשאנחנו מדברים על הבעייתיות של מערכת הבריאות, הבעיה המרכזית היא צורת התקצוב. כל הנושאים האחרים הערכיים והתפעוליים שדיברנו עליהם נובעים מהתקצוב.

בעיה נוספת שחייבים להתמודד איתה ברמה הלאומית היא העלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה. זה אתגר שלא ייחודי למדינת ישראל. כל מדינות המערב מתמודדות עם האתגר הזה. יש לנו ממי ללמוד ויש לנו מה ללמד, אבל בסך הכול זה חייב להיות אינטגרטיבי ולכלול את כל המשרדים גם יחד. לא יכול להיות שמשרד הבריאות ידאג לבריאות, וביטוח לאומי ידאג לקצבאות, ומשרד הרווחה ידאג לשירותים החברתיים ומשרד לאזרחים ותיקים ייתן להם 'שלישי בשלייקס'. ריכוז הפעולות תחת קורת גג ממשלתית אחת הוא צו השעה.

אנחנו נמצאים היום בעולם שהזיקנה היא האתגר המרכזי ברמה הלאומית. עליית תוחלת החיים היא מבורכת. מערכת הבריאות לוקחת עליה קרדיט למרות שהקרדיט ברובו הוא לא של מערכת הבריאות. אתגר זה הוא מעבר לרמת מערכת הבריאות. האתגר שבזיקנה הוא אתגר לאומי, שלצערי בנקודת הזמן הזאת, ואני מדבר גם כמנכ"ל המוסד לביטוח לאומי – אין מי שמרים את הכפפה הזאת.

לדעתי, מי שצריך לרכז את הנושא זה משרד ראש הממשלה, שיכול לרכז את כלל המשרדים תחת קורת גג אחת. האתגר בזיקנה הוא כלכלי וחברתי, ביטוח לאומי הוא שחקן; משרד הבריאות הוא שחקן והוא חברתי. בנושא החברתי הבעיה הגדולה ביותר שאני רואה זו בעיית הבדידות, בעיית הדיכאון, בעיית הניתוק מהמשפחה, בעיית הניתוק מהחברה. כל הנושאים הללו דורשים התייחסות, ויש להם פתרונות מגוונים מקהילה תומכת, שזה הפתרון הקלאסי בעולם חסר טכנולוגיה, עד פתרונות המשלבים גם אמצעים טכנולוגיים חדשניים."

שרגא הבר

"אתחיל בנושא הראשון שהוא בעיות זיקנה: זה שיש למעלה ממיליון אנשים זקנים היא אמירה סתמית שלא מלמדת כלום לא על הפרובלמטיקה שלהם כצרכני שירותים ולא על הפיזור שלהם מבחינה לוגיסטית ונותני השירותים מצד משרד הבריאות וכל מי שנותן שירות. ב־1968 בסך הכול בני גיל 75 במדינת ישראל מנו 53,000. זה לא מספר שמפחיד ממבט ראשון. הם היוו בסך הכול 1.7% מהאוכלוסייה. ב־2017 גילאי 75 מהווים 600,000 לעומת 53,000, והם 11.5% מן האוכלוסייה. תחשבו ש־11.5% זה החוק שאמור היה לגאול במערכת הזאת ולעשות בה סדרים, היגיון. לא התייחסו לבעיה בכללותה. לא רק שהחוק לא התייחס, אלא שהטיפול בקבוצה הזו מפוצל בין משרד הבריאות, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי, בלא שיהיה שמץ של תיאום ביניהם.

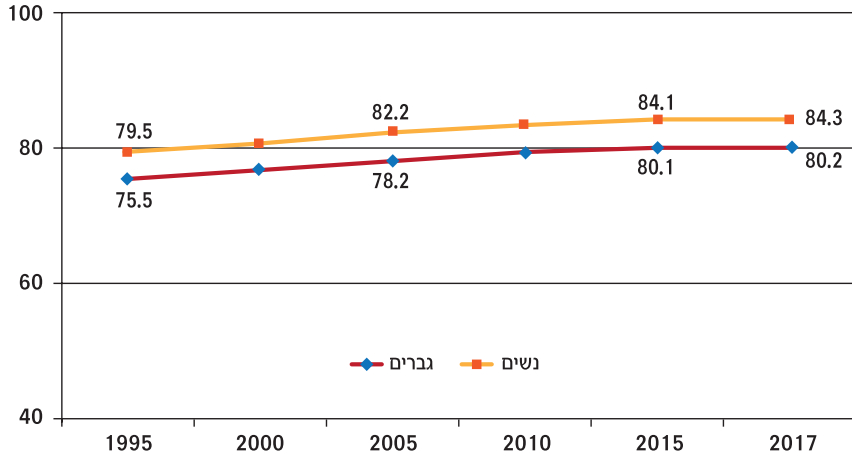
הזדקנות האוכלוסייה מעמיסה על גמלאות הזיקנה במדינה בכלל. אנחנו עכשיו מדברים כאזרחי המדינה ולא כמשרד הבריאות או מערכת הבריאות.

שניים, הזדקנות האוכלוסייה מעמיסה על היקף האשפוז במדינה, מפני שבני 65 ו־75 צורכים יותר ימי אשפוז, יותר ביקורים של רופא, שהות יותר ארוכה של אשפוז ועוד שיקום לאחר שחרור מפרק האשפוז.

לגבי הקשישים, תיאורטית יש לנו מאגר נתונים מכובד, לנו במשרד הבריאות, במשרד הרווחה ובמוסד לביטוח לאומי. יש נתונים על הזדקנות, על ילודה וכל מה שאת רוצה. צריך רק להחליט שאנחנו עושים משהו, ועושים ולא רק מדקלמים. על נושא ההזדקנות אפשר לדבר בסימפוזיון של יומיים. זאת בעיה שהמדינה חייבת להתמודד איתה... לחשוב שיהיו מיליון אנשים זקנים – זה מספר מפחיד. כל אחד יודע מתוך ניסיונו המשפחתי על קיומה של חלק מהבעיה אצל פלוני אלמוני, ובתוך בני משפחתנו. אבל יש פה מיליון אנשים שמהווים מקור לבעיה שאינה מטופלת.

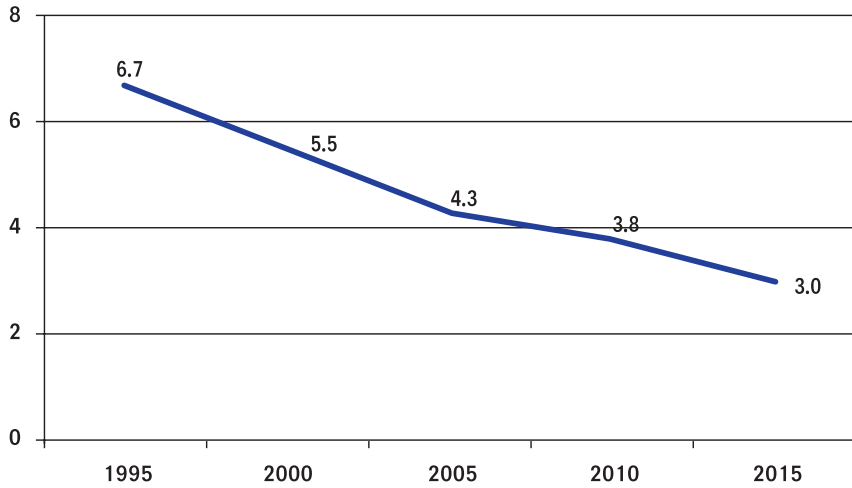
הפתרון השני, שאני עוד לא יודע אם לקרוא לו פתרון, אבל ברמת פרסום מאמרים בעיתונות הוא מוצג כפתרון, וזה להקים, במקביל לחוק ביטוח בריאות ולא כחלק ממנו, רשות סיעוד. לא חוק סיעוד כמו שאנחנו מכירים אותו, שהוא הנצחת הביורוקרטיה הקיימת. לא נכתב כלום עליו כעל הפתרון האמיתי, המרחיק ראות".

תרשים 20: תוחלת חיים: גברים, נשים



מקור: שנתון סטטיסטי לישראל 2018, למ"ס

תרשים 21: תמותת תינוקות: שיעור לאלף לידות חי



מקור: שנתון סטטיסטי לישראל 2018, למ"ס

פרק 13

סיכום – מערכת הבריאות על שולחן הניתוחים

האם חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה מהפכה או שינוי אבולוציוני שנמשך גם בימים אלו? מהם הישגיו של החוק? מה לא יושם? מה נפגם? מה יש להשלים בעתיד? שאלות אלה עמדו בלב הראיונות שערכנו עם אישים מתחום הרפואה, הכלכלה, החברה והמערכת הפוליטית, שחלקם ליוו את מערכת הבריאות בישראל וחלקם עדיין מלווים אותה.

כפי שציינו בפתח הספר, ביקשנו באמצעות הראיונות לשמוע וללמוד: מהו המאזן הכולל של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לאחר 25 שנה? האם היה החוק מהמהפכות החברתיות הגדולות ביותר שחוותה החברה הישראלית? או שמא כל כולו נועד להציל את קופת החולים הכללית מפשיטת רגל?

בראיונות הצגנו את דעותיהם של האישים, שנטלו חלק ביישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אנחנו מקווים שתובנות אלה תסייענה למנהיגי מערכת הבריאות הישראלית גם בעתיד.

רוב המרואיינים ציינו כי חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (שנת 1994) הייתה צעד מהפכני, שהתאפשר כתוצאה מפתיחת חלון הזדמנות, ושחקיקתו הייתה בלתי אפשרית קודם לכן וכנראה גם אחרי פתיחתו של חלון זה בלתי אפשרית. הייתה גם הסכמה בקרב רוב המרואיינים בנקודות הבאות: א. אילולא נחקק החוק, מערכת הבריאות הישראלית הייתה קורסת; ב. חקיקת החוק החלה תהליך אבולוציוני, שצפוי ועתיד ללוות את מערכת הבריאות הישראלית שנים רבות, תהליך שבו נידרש מעת לעת לערוך שינויים בהתאם להתפתחויות חברתיות, התפתחויות מדעיות וצרכי הבריאות של האוכלוסייה; ג. החוק מתבסס על ערכי הצדק, השוויון, העזרה ההדדית וראיית הבריאות כזכות בסיסית, שיש להבטיח לכל התושבים במדינה ללא אפליה של דת, גזע ומין, מעמד סוציו-אקונומי ומיקום גיאוגרפי. זוהי אמירה חשובה גם מבחינה בריאותית וגם חברתית.

מאידך, צוין בהרחבה שהכשל העיקרי של החוק בא לידי ביטוי בקביעת מנגנון חלקי לעדכון מקורות החוק. עובדה זו פגעה ביכולת המערכת לספק שירותי בריאות בזמן, במרחק ובאיכות סבירים. סוגיה זו מעיבה, לדעת רוב המרואיינים, על הישגי החוק, ומצויה על סדר היום הציבורי עד היום.

סוגיות נוספות שהועלו על ידי המרואיינים כללו את היעדר הכלים והאמצעים להתמודד עם הזדקנות האוכלוסייה; היעדר מנגנון קבוע לעדכון סל השירותים והצורך בהתדיינות שנתית בנושא זה; שחיקת תשתיות המערכת הן בקהילה והן במערכי האשפוז הכללי; נחיתותם של שירותי בריאות הנפש, השיקום והסיעוד ועוד.

ביקורת חריפה הועלתה על ידי מרבית המרואיינים בנוגע לחובת ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות ושירותי בריאות נוספים בקהילה. היא תויגה על ידם כ"חוסר צדק חברתי, וענישת החולים". עמדתם של אנשי הכלכלה בנושא זה הייתה שיש להשתמש בכלי זה במשורה, ורק במצבים שבהם ניתן לאתר בוודאות שימוש עודף. כל המרואיינים סברו שיש לבטל את תשלום ההשתתפות העצמית של חולים כרוניים ושל קשישים.

סוגיות מרכזיות נוספות שהועלו בראיונות ככשלים שיש לטפל בהם: ביטול המס המקביל כשגיא שפגעה בעקרונות החוק ובהבטחת מקורות מימון יציבים למערכת הבריאות; כישלון היוזמה לתאגוד בתי החולים, שהותירה אותם בבעלות משרד הבריאות ובניהולו, ובכך נוצרה אנומליה לא רצויה שלפיה משרד הבריאות הוא גם הגורם הקובע את מדיניות הבריאות וגם הבעלים של שירותי בריאות; הפגיעה בשירותי בריאות הציבור, בין השאר, בעקבות הפרטתם או העברתם מאחריות משרד הבריאות למערכות ציבוריות אחרות או למערכת הפרטית.

השב"ן והשר"פ היו שני נושאים מרכזיים בראיונות, שאליהם הייתה התייחסות רחבה ומגוונת, גם לחיוב וגם לשלילה. האמירות הנחרצות כנגד השב"ן ציינו אותו כ"גולם שקם על יוצרו ... הפתרון הוא להעלות את מס הבריאות ולהוריד את השב"ן"; "היום הייתי מבטל את השב"ן לגמרי ... להכניס את הכסף הזה לתוך סל ... הרי יש היום ביטוח כפול ומשולש, וזה נכנס כהוצאה למערכת הבריאות"; "אם את מעלה בפרומיל אחד את מס הבריאות, זה מכסה את ה-20% האלה [חסרי השב"ן], ואז כולם שווים". ומנגד, היו שראו בשב"ן כ"רע במיעוטו. זה ניתן על ידי גוף ציבורי. זה נתון לביקורת. זה יותר טוב מאשר המנגנונים הפרטיים. הוא מוגבל במידה מסוימת"; "השב"ן נותן בעצם עזרה לסל הביטוח הממלכתי".

לדעת רוב המרואיינים, השר"פ במתכונתו הנוכחית מעצים את אי השוויון; פוגע ביכולת של מערכת הבריאות הציבורית להעניק שירות שוויוני; פוגע בזמינות

שירותי הבריאות ובנגישות אליהם על ידי משיכת רופאים מהמערכת הציבורית למסגרת הפרטית; מגדיל את ההוצאה הפרטית של התושבים על בריאות, וזאת בניגוד ובסתירה לעקרונות החוק.

בנוגע לשאלת החלת הסדרי השר"פ על כל המוסדות הציבוריים, נחלקו הדעות בין התומכים למתנגדים. "הירושלמים" ציינו את ניסיונם החיובי רב השנים עם השר"פ בבתי החולים בעיר והדגישו כי השר"פ בבתי חולים ציבוריים הוא דרך חיובית להגדלת הנגישות והזמינות, אך ראוי שהרופאים במוסדות שבהם הוא יופעל, יהיו מחוייבים לעבודה במוסד הציבורי בלבד כ"פול טיימר" (full timer), וזאת על מנת ליצור איזון בין השירות הפרטי לציבורי. בנוסף, נטען כי קיום השר"פ מניע את המערכת הציבורית לשיפור והתפתחות.

מתנגדי השר"פ העלו את הטעון כי זהו "צלם בהיכל" המערכת הציבורית וכי יש לבצע הפרדה מוחלטת בין השירות הציבורי לפרטי. אחת האמירות הנוקבות בסוגיית השר"פ בהתייחס לרצון של מטופל לבחור את הרופא שיטפל בו, הייתה ש"כשאתה עולה על אוטובוס, אתה לא בוחר את הנהג. אפילו מי שמשלם במלוא כספו ונוסע במחלקה ראשונה באל על, את הטייס הוא לא בוחר ... החומות צריכות להיות חומות סיניות ... הוא רשאי להרוויח יותר, אבל הוא לא יכול להשתמש במשאבים ציבוריים כדי להגדיל את ההכנסה הפרטית שלו".

בנוגע לשאלה מה מניע את האנשים לפנות לשר"פ למרות ההוצאה הפרטית הכרוכה בו, נאמר על ידי רוב המרואיינים כי "הסיבה העיקרית הייתה המידיות ואחרי זה בחירת רופא". הרצון ל"זמינות" ול"מידיות" בקבלת טיפול רפואי הוא הגורם המרכזי, לדעת רבים, לביקוש לשר"פ. סיבה נוספת היא ש"אנחנו היום חיים בחברה מאוד חומרנית, חברה שהכסף בה הוא דבר מאוד חשוב וזאת שאלה מאוד מעניינת - האם אפשר להחזיר את הגלגל אחורה ... היינו פעם מדינה הרבה יותר צנועה".

מה אם כן צופן העתיד למערכת הבריאות בישראל? בטווח הקרוב ועל דעת רוב המרואיינים, יש להגשים את כל עקרונות החוק כלשונם ולאפשר את יישומו המלא של החוק הלכה למעשה על ידי קביעת מנגנונים "נכונים" לעדכון מקורות המערכת הציבורית בהתאם לצרכים, אך תוך הכרה במגבלות הכלכלה הלאומית. הדבר ייעשה על ידי הגדלת המס הייעודי לבריאות, אם באמצעות העלאת דמי ביטוח בריאות או באמצעות החזרת המס המקביל שבוטל. שילוב השב"ן בתקציבי הקופות, יישום תאגוד בתי החולים הממשלתיים כפי שתוכנן, הרחקת השר"פ מהמערכת הציבורית ומהלכים נוספים שפורטו בספר - כל אלה הם מהלכים משלימים שעל המערכת לשאוף ליישומם.

הזדקנות האוכלוסייה והמהפכות הטכנולוגיות והביולוגיות העתידות להשפיע על מערכת הבריאות כולה נתפשו כאתגרי העתיד שאליהם יש להיערך כבר עתה. "יש לזכור שההצלחה שלנו כמערכת מהווה גם 'כישלון' ... אם אני מאריך חיי חולים – אני נשאר עם מערכת של יותר חולים כרוניים, מערכת יותר יקרה ויותר מורכבת. זאת שאלה שהדור הבא יצטרך להתמודד איתה".

האם הדבר אפשרי? הכל תלוי, כדברי אחד המרואיינים, בסדרי העדיפויות של החברה הישראלית ובמנהיגות: "כשאתה יודע שזה מה שצריך לעשות ואתה מחליט לעשות את זה, זה אפשרי". משימה זו היא אתגרה של החברה הישראלית כולה בדור הנוכחי ובדורות הבאים.

נספח א'

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994*

1. ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. ביטוח הבריאות הממלכתי

פרק א' - פרשנות

2. בחוק זה -
- "דמי ביטוח לאומי" - דמי ביטוח המשולמים למוסד לפי חוק הביטוח הלאומי;
- "הכנסה" - הכנסת עובד שממנה חייב מעבידו בתשלום דמי ביטוח לאומי, ולגבי מי שאינו עובד כאמור - ההכנסה שממנה הוא חייב בתשלום דמי ביטוח לאומי;
- "המוסד", "עובד", "מעביד" ו"עובד עצמאי" - כמשמעותם בחוק הביטוח הלאומי;
- "המועד הקובע" - י"ח בטבת תשנ"ד (1 בינואר 1994);
- "המנהל" - המנהל הכללי של משרד הבריאות;
- "חבר" - מי שרשום בקופת חולים כחבר;
- "חוק הביטוח הלאומי" - חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח-1986;
- "חוק מס מקביל" - חוק מס מקביל, תשל"ג-1973;
- "מבוטח" - מי שזכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה;
- "מועצת הבריאות" - המועצה לביטוח הבריאות הממלכתי המוקמת לפי סעיף 48;
- "נותן שירותים" - מוסד רפואי כמשמעותו בסעיף 24 לפקודת בריאות העם, 1940;
- "סל שירותי הבריאות" - כמשמעותו בסעיף 7;
- "קופת חולים" - תאגיד שהוכר לפי סעיפים 24 ו-25;
- "תושב" - מי שהוא תושב לענין חוק הביטוח הלאומי

פרק ב' - עקרונות יסוד

3. (א) כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר. הזכות לשירותי בריאות
- (ב) המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13.
- (ג) קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה.
- (ד) שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13.
- (ה) שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית.

4. (א) תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים, לפי בחירתו, ולרשום בה גם את ילדו הקטין (להלן - הילד), ובלבד שלא יירשמו ביותר מקופת חולים אחת; רישום ילד בידי הורה אחד פוטר את ההורה השני. חברות בקופת חולים

* נוסח מקורי (שני עמ' ראשונים)

(ב) תושב שאינו רשום בקופת חולים יראו אותו כרשום בקופת חולים שקבע שר הבריאות בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים בכל אחת מקופות החולים לבין סך כל מספר המבוטחים בכל קופות החולים; שר הבריאות, בהסכמת שר העבודה והרווחה, יקבע כללים ונהלים לרישום ולמועדו.

(ג) קופת חולים תקבל כל תושב שבחר להירשם בה, לא תגביל את רישומו ולא תתנה אותו בתנאי או בתשלום כלשהו.

(ד) מעביד לא יתנה עבודה בתנאי כלשהו הקשור להשתייכות לקופת חולים מסוימת ולא יחייב עובד להירשם בקופת חולים מסוימת.

5. (א) בכפוף להוראות סעיף זה, רשאי תושב לבטל את חברותו בקופת החולים שבה שבה הוא רשום ולהירשם כחבר בקופת חולים אחרת לפי בחירתו, הכל בהתאם לנהלים שיקבע שר הבריאות.

(ב) תושב לא יהיה רשאי לבטל את חברותו בקופת חולים אלא לאחר שחלפה תקופה של שנה אחת לפחות מהיום שנרשם בה.

(ג) תושב המעוניין לעבור מקופת חולים אחת לאחרת ימסור על כך הודעה בדרך ובמועד שיקבע שר הבריאות בתקנות בהסכמת שר העבודה והרווחה, ובלבד שלא יקבע מועד להודעה העולה על שלושה חודשים לפני הרישום האמור בסעיף קטן (ו)

(ד) שר הבריאות רשאי, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, לקבוע בתקנות שיעור שנתי מרבי של חברים שקופת חולים רשאית לקלוט מקופת חולים אחרת על בסיס ארצי או אזורי.

(ה) נקבע שיעור מרבי לקליטת חברים לפי סעיף קטן (ד), תהיה זכות המעבר של התושב לפי סדר הקדימות של מועד מסירת ההודעה.

(ו) הרישום לקופת חולים הקולטת יכנס לתוקף ביום ה 1 בינואר או ביום ה 1 ביולי הכל לפי המועד הקרוב לאחר מסירת ההודעה כאמור בסעיף קטן (ג)

מעבר מקופת חולים אחת לקופת חולים אחרת

6. (א) שירותי הבריאות יינתנו על-פי סל שירותי הבריאות בתחומים אלה -

- (1) רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות;
- (2) אבחון רפואי;
- (3) טיפול רפואי אמבולטורי, לרבות טיפול נפשי, בין במרפאה ובין בבית, לרבות במעון כמשמעותו בחוק הפיקוח על מעונות, תשכ"ה-1965;
- (4) אשפוז כללי, לרבות אשפוז יולדות וילודים אשפוז פסיכיאטרי, אשפוז פסיכוגריאטרי ואשפוז כרוני סיעודי;
- (5) שיקום רפואי, לרבות שיקום פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריפוי הדיבור, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות;
- (6) הספקת תרופות;
- (7) מכשירים ואבזרי עזר רפואיים;
- (8) רפואת שיניים מונעת לילדים, עד גיל שיקבע שר הבריאות בתקנות;
- (9) עזרה רפואית ראשונה, והסעה לבית חולים או למרפאה;
- (10) שירותי רפואה בעבודה;
- (11) טיפול רפואי ונפשי לגמילה לנפגעי סמים ואלכוהול;
- (12) בריאות השן.

תחומי שירותי הבריאות

(ב) שר הבריאות רשאי בצו, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, להוסיף על התחומים המפורטים בסעיף קטן (א) עד (11); הוספת תחום תפורסם בתוספת הראשונה.

נספח ב'

מגילת זכויות המבוטח*

מגילת זכויות המבוטח

א. ביטוח הבריאות הממלכתי יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.

ב. החוק קובע את אחריות המדינה למימון שירותי הבריאות לכל תושבי המדינה במסגרת סל שירותי הבריאות.

ג. החוק קובע סל מחייב של שירותים רפואיים חיוניים, אותם יקבל האזרח מקופת החולים ללא תנאי.

ד. שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים יינתנו לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח.

ה. כל תושב רשאי לבחור בכל קופת חולים זכאי להירשם בה ללא כל הגבלה של גיל או מצב בריאותי.

ו. חבר בקופת חולים זכאי לבחור רופא ונותן שירותים מביץ הרופאים ונותני השירותים של הקופה.

ז. כל כספי דמי ביטוח הבריאות הנגבים מהתושבים ישמשו אך ורק לבריאות ולא לשום מטרה אחרת.

ח. כל תושב זכאי לעיין בתקנון קופת החולים בה הוא חבר ולקבל עותק ממנו.

ט. כל תושב זכאי לעיין בדו"חות הכספיים של קופת החולים וחובה על קופת החולים לפרסמם.

י. מבוטח החושב כי קופתו זכויותיו או ששפע ע"י עובד הקופה או עובד מטעמה, יוכל להגיש תלונה לאחד מן הגופים הבאים:
 האחראי לבירור תלונות חברים בקופת החולים, נציב קביעות הציבור במשרד הבריאות, בית דין לעבודה.

יא. קופת חולים לא תגביל ולא תשכיל זכותו של חבר או של כל אדם אחר לפנות לערכאות.

יב. מעסיק אינו רשאי להתנגות עבודה בחברות בקופת חולים מסוימה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי • חוק ביטוח בריאות ממלכתי • חוק ביטוח בריאות ממלכתי

* מתוך פרסום של משרד הבריאות

נספח ג' קורות חיים של מרזאייני הספר (בסדר א-ב לפי שם פרטי)

אבי ישראלי

פרופ' אבי ישראלי, MD, האוניברסיטה העברית בירושלים (1982), MPh, האוניברסיטה העברית בירושלים (1998), MBA, המכון הטכנולוגי במסצ'וסטס (1991). מומחה ברפואה פנימית (1987) ומומחה במנהל רפואי (1992). מכהן כמדען הראשי במשרד הבריאות מאז 2013. היה מנכ"ל משרד הבריאות (2009-2003) ומנכ"ל הדסה (2001-1998). ראש הקתדרה ע"ש ד"ר ג'וליאן רוזאן בבריאות וברפואת המשפחה בבניה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה. מנהל המחלקה למדיניות בריאות, ניהול רפואי וכלכלת בריאות בבניה"ס לרפואה ובניה"ס לבריאות הציבור ע"ש בראון של האוניברסיטה העברית והדסה. פרסם יותר מ-120 מאמרים. עורך משותף של כתב העת *Research Israel Journal of Health Policy*.

אביגדור קפלן

ד"ר אביגדור קפלן, PhD, הפקולטה למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן-גוריון (2011). קפלן בעל תואר ראשון בכלכלה ובסטיסטיקה מהאוניברסיטה העברית בירושלים (1964), תואר מוסמך מהאוניברסיטה במנהל עסקים ותואר מוסמך בהנדסת תעשייה וניהול מהטכניון (1973). הוא מנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מינואר 2017. היה מנכ"ל קבוצת אלון בשנים 2012-2014; מנכ"ל המרכז הרפואי הדסה בשנים 2013-2014; יו"ר כלל עסקי ביטוח בשנים 2008-2013; מנכ"ל כלל עסקי ביטוח במשך 11 שנים בשנים 1997-2008; מנכ"ל קופת חולים כללית בשנים 1992-1997; ראש מנהל כוח האדם במשטרת ישראל בשנים 1976-1978. הוא עבד בתעשייה האווירית בשתי תקופות, ותפקידו האחרון בתעשייה האווירית היה משנה למנכ"ל. ד"ר קפלן היה פרופסור חבר באוניברסיטת

חיפה ועמד בראש תוכנית לימודים חדשה בהתמחות בביטוח ובניהול סיכונים במסגרת לימודי MBA בבית הספר לניהול של האוניברסיטה.

אהוד אולמרט

ראש ממשלת ישראל בשנים 2006-2009. החל את דרכו הפוליטית בשנת 1973 מטעם מפלגת הליכוד. בשנת 1990, לאחר פרישת מפלגת העבודה מהשלטון, מונה לתפקיד שר הבריאות. בתפקידו זה פעל לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשנת 1993 נבחר לראש עיריית ירושלים, תפקיד שבו כיהן עד ל-2003. ב-2003 חבר לאריאל שרון מהליכוד והקים את מפלגת קדימה. היה ממלא מקום בפועל של ראש הממשלה ב-2006, ונבחר לראש הממשלה באפריל 2006. מר אולמרט פרש מהפוליטיקה הישראלית ב-2009. עם פרישתו מהפוליטיקה עבר לעולם העסקי, ובו הוא פועל כיום. ב-2018 פרסם ספר אוטוביוגרפי בגוף ראשון, בהוצאת ידיעות ספרים.

אורלי מנור

פרופ' אורלי מנור, PhD, אוניברסיטת שטוקהולם בסטטיסטיקה (1985). BA בכלכלה וסטטיסטיקה ו-MA בסטטיסטיקה באוניברסיטה העברית בירושלים (1976). בשנים 1986-1989 הייתה פוסט דוקטורנטית ב-City University, London. היא יו"ר הוועד המנהל של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות מאז 2014. החל מ-1990 נמנית עם הסגל האקדמי של בית הספר לבריאות הציבור ורפואה חברתית של האוניברסיטה העברית והדסה. משנת 2012 היא פרופסור מן המניין. בשנים 2009-2012 הייתה מנהלת בית הספר. הייתה פרופסור אורח באוניברסיטת פנסילבניה, במכון קרולינסקה בשטוקהולם ובאוניברסיטת ז'נבה. בשנים 2010-2017 עמדה בראש התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה. חיברה יותר מ-150 מאמרים מדעיים, קיבלה מענקי מחקר רבים וזכתה בפרסי האוניברסיטה על הוראה ומחקר.

אלי דפס

אלי דפס, BA במדע המדינה מאוניברסיטת בר-אילן, בוגר המכללה לביטחון לאומי, MA במדע המדינה וסוציולוגיה מאוניברסיטת חיפה. בשנים 1973-1996 שירת בצה"ל, ותפקידו האחרון היה ראש מחלקת תכנון בחיל האוויר בדרגת אלוף משנה. לאחר שחרורו מצה"ל מונה למנהל מחוז ירושלים בשירותי בריאות כללית.

ב־2005 מונה לסמנכ"ל ולראש חטיבת הקהילה בשירותי בריאות כללית. ב־2007 מונה למנכ"ל שירותי בריאות כללית. במרס 2017 הודיע על פרישתו. ביוני 2017 החל לכהן כיושב ראש דירקטוריון חברת אל על.

אלכסנדר אבירם

פרופ' אלכסנדר (אליק) אבירם, MD, האוניברסיטה העברית בירושלים (1961), מומחה ברפואה פנימית (1965) ונפרולוגיה (1971), הדסה ירושלים. מומחה בניהול רפואי (1987). עמית מחקר ב־NIH, המרכז הרפואי של אוניברסיטת קליפורניה, סן פרנציסקו (1968-1969). מרצה בכיר ברפואה פנימית, האוניברסיטה העברית (1970). בשנים 1972-1987 היה מנהל המחלקה הנפרולוגית, המרכז הרפואי תל־אביב. כיהן במגוון תפקידים במערכת הבריאות ובניהם: מנהל בית־החולים ע"ש רוקח (הדסה), מרכז רפואי תל־אביב (1977-1984); מנכ"ל (בפועל), מרכז רפואי תל־אביב (1984-1985); משנה למנכ"ל, הסתדרות מדיצינית הדסה, ירושלים (1986-1987); מנהל ביה"ח אסותא ומנכ"ל חב' אסותא בע"מ, תל־אביב (1987-1996); המנהל הרפואי, מכבי שירותי בריאות (1996-2002). פרופ' אבירם הוא פרופסור חבר קליני (ח"ה) באוניברסיטת תל־אביב (1980). בשנים 1995-2002 היה חבר במועצת הבריאות. בשנים 2002-2018 היה המנהל המדעי של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

אסנת לוקסנבורג

ד"ר אסנת לוקסנבורג (MD, MPH, MBA), רופאה מומחית בבריאות הציבור ובמנהל רפואי, מנהלת כיום את חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר במשרד הבריאות. החלה את דרכה המקצועית במרכז הרפואי שיבא כרופאה, ואחר כך כסגנית מנהל המכון לאפידמיולוגיה קלינית ועוזרת למנהל בית החולים. בהמשך עברה לעבוד במטה משרד הבריאות בתחילה כמנהלת אגף מדיניות טכנולוגיות ובהמשך כראש המנהל לטכנולוגיות ותשתיות רפואיות, שצמחה לחטיבה לרגולציה והרישוי של טכנולוגיות הרפואיות (תרופות, מוצרים ביולוגים, ציוד רפואי, תרפיות מתקדמות), איסוף וניתוח המידע הבריאותי הלאומי (health information), חדשנות ומחקר, רישוי בתי החולים ומוסדות רפואה אחרים בישראל, וגיבוש מדיניות לאומית בתחומים אלה. ד"ר לוקסנבורג אחראית מזה למעלה מ־15 שנים על ניהול וריכוז הוועדה להרחבה ועדכון סל שירותי הבריאות.

ארנון אפק

פרופ' ארנון אפק, MD, מומחה לפתולוגיה ולמנהל רפואי. היה מנכ"ל משרד הבריאות מיוני 2014 עד יולי 2015 והיום הוא סגן מנהל בפועל של ביה"ח הכללי שיבא, תל-השומר. בשנים 2002-2003 היה עוזר רפואי לראש מנהל רפואה במשרד הבריאות. ב-2003 התמנה לעוזר רפואי למנהל, וב-2007 מונה להיות סגן מנהל בית החולים. במקביל, היה בתל-השומר אחראי שעת חירום, יו"ר ועדת הסטאז' וההתמחות ומנהל היחידה לתמיכה ניהולית. בשנים 2009-2010 היה חבר דירקטוריון בהסתדרות הרפואית בישראל. בנובמבר 2011 נבחר לתפקיד ראש מנהל הרפואה במשרד הבריאות. פרופ' אפק חבר בהנהלת הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל-אביב ופרופסור חבר בחוג לפתולוגיה מאז 1994. מאז 2011 עומד בראש התוכנית האמריקנית ללימודי רפואה – תוכנית ניו-יורק, הוא פרופסור חבר באוניברסיטת תל-אביב.

בועז לב

ד"ר בועז לב, MD, בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל-אביב. מומחה ברפואה פנימית, מחלות זיהומיות ומנהל רפואי. בצה"ל היה סגן קצין רפואה ראשי. הוא משנה למנכ"ל משרד הבריאות וראש חטיבת הבריאות מאז 1995. בשנים 2000-2003 היה מנכ"ל משרד הבריאות. משנת 2016 היה נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות. היה ראש היחידה לאתיקה במכון גרטנר והוביל את פרויקט "פרלמנט הבריאות" – שיתוף הציבור בהכרעות רפואיות ותעדוף טכנולוגיות רפואיות. ד"ר לב יזם והוביל את פרויקט "היוזמה לעתיד בריא 2020 למיפוי ולעיצוב מערכת הבריאות העתידית" והיה ממכונני הפרויקט הלאומי "ישראל פעילה ובריאה". כמו כן, מלווה את המועצות הלאומיות לבריאות משחר הקמתן.

ברוך רוזן

ד"ר ברוך רוזן, PhD, במנהל ומדיניות בריאות מביה"ס לבריאות הציבור באוניברסיטת הרווארד. BA בכלכלה מהרווארד קולג'. מנהל מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות במאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. עורך משותף של כתב העת *Israel Journal of Health Policy Research*. נושאי מחקר עיקריים שבהם עוסק ד"ר רוזן: תמריצים כלכליים, אוכלוסיות חלשות והערכת רפורמות מדיניות עיקריות. בתחומים אלו פרסם מאמרים רבים.

גבי בן נון

פרופ' גבי בן נון הוא כלכלן בריאות. BA בכלכלה ומדע המדינה, האוניברסיטה העברית בירושלים, מוסמך MA במנהל מערכות בריאות מביה"ס ה'ר באוניברסיטת ברנדייס בארה"ב. היה בתפקידי מפתח במשרד הבריאות, שהאחרון שבהם היה סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות – תפקיד שממנו פרש לאחר שלושים שנות שירות. היה ממעצבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. היה חבר במועצת הבריאות עד 2014 וחבר בוועדת סל שירותי הבריאות ("ועדת התרופות") מהקמתה ועד לשנת 2006. משנת 2008 הוא פרופסור חבר במחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה לניהול באוניברסיטת בן-גוריון. תחומי המחקר המרכזיים שלו: כלכלת בריאות מדיניות בריאות, צמצום פערים ואי שוויון. בתחומים אלו פרסם מאמרים רבים. בנוסף, פרסם (עם מ' שני ו' ברלוביץ) את הספר *מערכת הבריאות בישראל*, וערך שני ספרים נוספים: *היבטים כלכליים וחברתיים של מערכת הבריאות ועשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי*.

זאב רוטשטיין

פרופ' זאב רוטשטיין, MD, בבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר של אוניברסיטת תל-אביב (1977). מומחה בקרדיולוגיה (1983), בעל תואר מוסמך בניהול מערכות בריאות מהפקולטה לניהול באוניברסיטת תל-אביב (1988), מומחה בניהול מערכות בריאות (1999). בשנת 1988 מונה לסגן מנהל בית החולים הכללי במרכז הרפואי שיבא, וכיהן בתפקיד זה עד 1995. ב-1999 מונה למנהל בית החולים הכללי במרכז הרפואי שיבא. ב-2004 מונה למנהל המרכז הרפואי שיבא. מ-2016 מכהן כמנכ"ל המרכז הרפואי הדסה. נוסף על עבודתו בבית החולים, הוא פרופסור חבר קליני בבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר, ומלמד בפקולטה לניהול באוניברסיטת תל-אביב. נושאי לימוד: אפידמיולוגיה, רפואה מונעת ורפואה תעסוקתית, מערכות הבריאות בישראל, מדיניות הבריאות וסוגיות כלכליות בניהול מערכות בריאות וניהול סיכונים ברפואה.

חיים דורון

פרופ' חיים דורון (דרצ'ינסקי) (1928-2017), MD, אוניברסיטת בואנוס איירס (1952). השתלם בכריאות הציבור באוניברסיטת לונדון (1961) היה המנהל הרפואי המחוזי של קופת חולים כללית בנגב (1961-1968); יו"ר האגף הרפואי במרכז קופת חולים כללית (1976-1986); יו"ר ההנהלה המרכזית של קופת חולים כללית (-1977)

(1976); מנכ"ל קופת חולים כללית (1977-1988). הוא היה מן היוזמים והמקימים של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (1993). בעל תואר דוקטור לשם כבוד מאוניברסיטת בן-גוריון (1998). בעל אות הוקרה על מפעל חיים ממושרד הבריאות (2002) ועמית כבוד של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב. ממקימי בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ובית הספר למקצועות הבריאות באוניברסיטת תל-אביב, והיה מנהלו הראשון. ספריו: חיים דורון ושפרה שורץ, הרפואה בקהילה (2004); חיים דורון (עורך) מערכת הבריאות – לאן? (2009); חיים דורון, שפרה שורץ ושלמה וינקר, רפואת המשפחה בישראל (2014).

חיים פליץ

חיים פליץ, BA בכלכלה באוניברסיטה העברית ובעל MA בכלכלה במסלול מחקרי באוניברסיטה העברית. משנת 1986 כלכלן במשרד האוצר. בשנים 1995-2000 היה סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, אחראי על התחומים החברתיים ובהם חינוך, בריאות, עבודה ורווחה ודתות וקליטה. בתפקידו זה קידם שורה ארוכה של שינויים מבניים ובכלל זה תוכניות לייצוב מצבן הכספי של קופות החולים, הידוק הבקרה התקציבית על גופים הנתמכים בתקציב המדינה, כולל "אל המעיין", רשת החינוך של ש"ס. כמו כן, כיהן בתפקידים בכירים בממ"ן, מועצת הצמחים ואגד. החל מ-2015 הוא מנהל את קבוצת "תמיג" מקבוצת תעבורה.

חיים רמון

חיים רמון, חבר כנסת מטעם מפלגת העבודה בשנים 1983-2006 וחבר כנסת מטעם קדימה בשנים 2006-2009. רמון היה שר בכמה ממשלות, ובכלל זה היה שר הבריאות בממשלת רבין, שר הפנים בממשלות פרס וברק, שר בממשלת שרון השנייה, שר משפטים ומשנה לראש הממשלה אולמרט בשנים 2006-2009. רמון נחשב לאבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995), שאת חקיקתו יזם וניווט כשר הבריאות ואחר כך כיו"ר ההסתדרות החדשה וכחבר כנסת. הוא למד משפטים באוניברסיטת תל-אביב והוסמך כעורך דין. נבחר ליו"ר המשמרת הצעירה של "העבודה", וב-1983 נכנס לכנסת, שם עסק בתחומים שונים, החל בתפקיד מרכז "העבודה" בוועדת הכספים וכלה בתפקיד יו"ר ועדת החוץ והביטחון. ב-2009 נבחר שוב, אך החליט להתפטר מהכנסת ונבחר לתפקיד יו"ר מועצת "קדימה" (2009-2012). כיום הוא דירקטור ויועץ בחברות ציבוריות ופרטיות.

יהושע (שוקי) שמר

פרופ' יהושע שמר, MD, בוגר בית הספר לרפואה האוניברסיטה העברית בירושלים. מומחה לרפואה פנימית ולמנהל רפואי. היה מנכ"ל משרד הבריאות (1999-2000), מנכ"ל מכבי שירותי בריאות (2001-2007). כיום הוא יו"ר מועצת המנהלים של רשת בתי החולים "אסותא מרכזים רפואיים" ויו"ר "אסותא אשדוד". הקים את המועצה הלאומית לטראומה בישראל ועמד בראשה (1993-1999), הקים את המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות ועמד בראשה (1998-2000). הוא עמד בראש ועדה ממשלטית לרפורמה ארגונית וניהולית במגן דוד אדום בישראל (מד"א) (1993-1994). מנהל את המרכז הישראלי לחקר טכנולוגיות ושירותי הבריאות (I.C.T.A.H.C) במכון גרטנר. הוא יזם, הקים ועמד בראש הוועדה הלאומית להרחבת סל שירותי הבריאות. הוא פרופ' מן המניין לרפואה פנימית בבי"ס לרפואה סאקלר של אוניברסיטת תל-אביב. כתב יותר מ-200 פרסומים ובהם 7 ספרים בתחומי טראומה, טרור, רפורמה בבריאות הערכת טכנולוגיה ומפגשים בבריאות.

יונתן הלוי

פרופ' יונתן הלוי, MD, בוגר הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל-אביב בהצטיינות יתרה (1973), מומחה ברפואה פנימית, גסטרואנטרולוגיה ומנהל רפואי. בשנים 1988-2019 היה המנהל הכללי של המרכז הרפואי "שערי צדק" בירושלים. הוא כיהן במגוון תפקידים ציבוריים וביניהם: דירקטור מטעם הציבור בבנק טפחות למשכנתאות (1995-2000); יו"ר המרכז הלאומי להשתלות (2000-2006); חבר הוועד המנהל של אוניברסיטת בר-אילן (2004-2007); יו"ר הוועדה המייעצת למועצה להשכלה גבוהה שדנה בצורך להקים בית ספר לרפואה חמישי בישראל (2007); יו"ר ועדת סל הבריאות (2013-2015, 2017); יו"ר הפורום לניהול סיכונים ברפואה בע"מ. מ-2006 הוא חבר במועצת השירות הלאומי-אזרחי. הוא פרופ' חבר קליני מטעם הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים. כתב יותר מ-100 מאמרים וכתבות. ספריו: *Key Facts in Gastroenterology*, מערכת היחסים בין רופא למטופל (2003) ורפואה משלימה ואלטרנטיבית - כל העובדות (2005).

יעל גרמן

יעל גרמן חברת כנסת משנת 2013 מטעם מפלגת "יש עתיד". בוגרת BA בהיסטוריה כללית מאוניברסיטת תל-אביב, MA במנהל עסקים בהתמחות במנהיגות ציבורית מהמרכז הבינתחומי בהרצליה. בשנים 1998-2013 הייתה ראש עיריית הרצליה.

ב־2013 הצטרפה למפלגת "יש עתיד" ופרשה מתפקידה בראשות העיר. ב־2013 מונתה לשרת הבריאות והקימה ועדה לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל. התפטרה מתפקידה כשרת בריאות עם כל שרי "יש עתיד", שפרשו מן הממשלה ב־2014. מכהנת כחברת כנסת בכמה ועדות, ביניהן ועדת הפנים והגנת הסביבה, ועדת חוק, חוקה ומשפט. עומדת בראש השדולה לבריאות ציבורית, השדולה למען זכויות בעלי החיים והשדולה לקהילה הגאה. כמו כן, היא חברה בשדולה לחיזוק ולפיתוח הכלכלה הערבית.

יעקב ויטקובסקי

ד"ר יעקב ויטקובסקי, רואה חשבון וכלכלן, ד"ר במנהל עסקים, בוגר אוניברסיטאות ירושלים ותל־אביב. מבקר פנימי מוסמך, ונשיא לשעבר של לשכת המבקרים הפנימיים. חבר לשעבר במועצת הבריאות ("הכיסא הכלכלי"), ערך את הדוח ההשוואתי על קופות החולים ("דוח ויטקובסקי"), שממשיך להתפרסם כיום. בעברו היה מר ויטקובסקי ראש מנהלת בתי החולים של קופת חולים מכבי ושותף בכיר (שותף הבריאות) במשרד BDO זיו האפט. כמו כן, היה רואה חשבון ויועץ לגופים רבים במערכת הבריאות בישראל ובעולם.

יצחק ברלוביץ

ד"ר יצחק ברלוביץ, MD, בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל־אביב, MA, מנהל מערכות בריאות, אוניברסיטת תל־אביב. מומחה ברפואת ילדים, בי"ח אסף הרופא. היה עוזר רפואי לראש שירותי אשפוז במשרד הבריאות (1985). ב־1997 התמנה למשנה למנכ"ל משרד הבריאות. החל מדצמבר 2006 היה מנהל המרכז הרפואי וולפסון. ד"ר ברלוביץ' הוא חבר מועצת הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות והיה חבר בוועדת סל שירותי הבריאות ("ועדת התרופות") מהקמתה ועד שנת 2006. כמו כן, ברלוביץ' מכהן כיו"ר מועצת הבריאות לקידום בטיחות, בית ופנאי וחבר במועצה הלאומית ללוגיסטיקה.

לאה אחדות

פרופ' לאה אחדות, BA בכלכלה וסטטיסטיקה, האוניברסיטה העברית בירושלים, MA בכלכלה. בשנים 1996-1999 ניהלה את המכון למחקר כלכלי חברתי של ההסתדרות. הייתה סמנכ"לית למחקר ולתכנון של המוסד לביטוח לאומי בשנים 2001-2006. בשנים 1990-2006 כיהנה בחבר המנהלים של הפרויקט הבינלאומי

למחקר ההכנסות והייתה נציגת ביטוח לאומי בוועדת המחקר של הארגון הבינלאומי של מוסדות הביטחון הסוציאלי. מ-2007 היא עמיתה בכירה בצוות התוכנית לכלכלה וחברה במכון ון ליר בירושלים. היא ראש המחלקה לכלכלה ומנהל במרכז האקדמי רופין. פרופ' אחדות הופקדה על הכנת דוח העוני ועל הסקירה השנתית של הביטוח הלאומי. עמדה בראש ועדות שעסקו בפיתוח תשתיות מידע ומחקר ובפיתוח מיזמים חברתיים בקהילה. השתתפה בוועדות ממשלתיות וציבוריות וייצגה את ישראל בפורומים בינלאומיים.

מאיר אורן

פרופ' מאיר אורן, MD, לימודי רפואה באוניברסיטת תל-אביב (1976), התמחות ברפואת ילדים במרכז הרפואי שיבא (1983), מוסמך ברפואת ילדים, אוניברסיטת תל-אביב (MSc 1983), רופא בכיר באגף הילדים (1983-1984). בשנים 1980-1984 נטל חלק בפרויקט להפחתת תמותת תינוקות באור יהודה. השתלם בבריאות הציבור, באפידמיולוגיה ובמנהל ומדיניות בריאות בבית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת ג'והנס הופקינס, בולטימור, ארה"ב (MPH 1985). ב-1985-1989 ניהל את בית החולים פוריה, טבריה, ובשנים 1989-2015 ניהל את המרכז הרפואי הילל יפה, חדרה. ב-1995-1996 היה מנכ"ל משרד הבריאות. מאז 2013 יו"ר המועצה הלאומית לטראומה ולרפואה דחופה, ומאז 1996 יו"ר הוועדה היועצת להיערכות בתי חולים לאירוע ביולוגי חריג. כמו כן, חבר בוועדות נוספות ברמה הלאומית. פרופ' חבר קליני, הפקולטה לרפואה הטכניון חיפה (2011-2016). פרסם מאמרים רבים בספרות המדעית, והרצה בכנסים בינלאומיים רבים.

מרדכי (מוטקה) שני

פרופ' מרדכי שני, MD, האוניברסיטה העברית בירושלים (1965), התמחות ברפואה פנימית, בי"ח תל-השומר (1971). כיהן בתפקידים רבים במערכת הבריאות וביניהם: המשנה למנכ"ל משרד הבריאות (1976-1978), מנכ"ל משרד הבריאות (1979), (1993-1994), ממלא מקום מנכ"ל משרד הבריאות (1980-1984), מנהל המרכז הרפואי שיבא, תל-השומר (לסירוגין 1971-2004), היה יו"ר הוועדה למנהל בריאות, ההסתדרות הרפואית (1990-2001), מנהל המכון הלאומי לחקר שריות הבריאות ומדיניות הבריאות (1991-1996), יו"ר המועצה המקומית לרפואה קהילתית (1995-2002), יו"ר ועדת סל התרופות (2006-2007), מייסד מכון גרטנר, המכון הלאומי לאפידמיולוגיה ומדיניות בריאות (בשנת 1991). היה חבר בוועדת השופטת

נתניהו שחקרה את מערכת הבריאות והמלצותיה הובילו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. היה יועץ לשר הבריאות לעניין רפורמה בשירותי בריאות הנפש. ב־2007 הקים את מיזם "מוטקה לאוכלוסייה המבוגרת בישראל". ב־2010 הקים את מיזם "כמוני", רשת חברתית המיועדת לחולים כרוניים להתייעצות עם אנשים כמותם ועם מומחים מקצועיים. בשנת 2009 הוענק לפרופ' שני פרס ישראל על מפעל חיים ותרומה למערכת הבריאות.

משה בר סימן טוב

משה בר סימן טוב, BA בכלכלה ומנהל עסקים, האוניברסיטה העברית בירושלים (2002) ו־MBA במנהל עסקים בהתמחות במימון, האוניברסיטה העברית (2004). ב־2006 מונה לרכז תחום רווחה וביטוח לאומי באגף התקציבים, משרד האוצר. החל מ־2008 ריכז את תחום הבריאות באגף. בתקופה זו היה חבר בוועדת סל התרופות. מ־2010 היה סגן הממונה על תקציבים במשרד האוצר. היה דירקטור במפעל הפיס וחבר הוועד המנהל של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. במהלך כהונתו עסק בפתרון שביית הרופאים בישראל (2011) ובניסוח הסכם קיבוצי לרופאים במגזר הציבורי. כמו כן, עסק ביישום רפורמת "עוז לתמורה" במשרד החינוך. ב־2014 מונה לציר כלכלי בשגרירות ישראל בווינגטון. החל מ־2015 מכהן כמנכ"ל משרד הבריאות, והוא המנכ"ל הראשון במשרד הבריאות שאיננו רופא.

נחמן אש

פרופ' נחמן אש, MD, בית הספר לרפואה, אוניברסיטת תל־אביב (1986). התמחות ברפואה פנימית בי"ח שיבא תל־השומר. MA במחשוב רפואי מטעם תוכנית משולבת של אוניברסיטאות הרווארד ו־MIT בבוסטון. בקריירה הצבאית ארוכת השנים היה ראש ענף רפואה במפקדת קצין הרפואה הראשי ב־1997, ב־2001 מונה למפקד הרפואה של פיקוד דרום, ולאחר מכן סגן קצין רפואה ראשי (2005) וקצין רפואה ראשי (2007-2011). במהלך תפקידו כקרפ"ר ייסד את המסלול הצבאי לרפואה – "צמרת", במסגרת העתודה הצבאית. היה סמנכ"ל בכיר למידע ומחשוב במשרד הבריאות (2012-2013). ב־2013 החל לכהן כראש מחוז השרון במכבי שירותי בריאות, והחל מ־2014 הוא ראש חטיבת הבריאות של הקופה. הוא פרופסור חבר במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת אריאל.

ניסים אלון

ניסים אלון בעל תואר BA במדעי המדינה וקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן. בוגר המכללה לפיקוד ומטה של צה"ל. בעל תואר MBA במנהל עסקים, האוניברסיטה העברית בירושלים. החל את עבודתו במערכת הבריאות כמנהל סניף בקופת חולים מאוחדת בירושלים (ב-1989), והיה אחראי במאוחדת על מרפאות הקופה בירושלים. מ-1994 כיהן בתפקידים שונים בלאומית שירותי בריאות, כולל מנהל מחוז ירושלים, מנהל מחוז תל-אביב, סמנכ"ל תפעול, סמנכ"ל למשאבי אנוש, המשנה למנכ"ל וממלא מקום מנכ"ל. מ-2010 הוא מנכ"ל הקופה לאומית שירותי בריאות. בנוסף, מר אלון הוא חבר מועצת הבריאות של מדינת ישראל ומרצה במכללות הדסה ופרס.

רוני גמזו

פרופ' רוני גמזו, MD, PhD, בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב (1988-1990) ואוניברסיטת תל-אביב (1996). בעל תואר MHA במנהל מערכות בריאות, תואר שני במנהל עסקים, תואר ראשון במשפטים ותואר PhD במחקר פוריות, כולם מאוניברסיטת תל-אביב. התמחות במיילדות וגניקולוגיה במרכז הרפואי תל-אביב (2002). היה סמנכ"ל כספים המרכז הרפואי תל-אביב לענייני כלכלה. ב-2008 מונה למנהל הכללי במרכז הרפואי תל-אביב. בשנים 2010-2014 היה מנכ"ל משרד הבריאות. ב-2015 חזר לתפקיד מנכ"ל המרכז הרפואי תל-אביב. מ-2015 הוא מכהן כיו"ר המועצה הלאומית לבריאות דיגיטלית. פרופ' גמזו הוא פרופסור חבר באוניברסיטת תל-אביב ביחידות הבאות: בית הספר לרפואה, בית הספר לבריאות הציבור ובית הספר למנהל עסקים.

רן סער

רן סער, BA בכלכלה, MA במדעי המדינה מאוניברסיטת חיפה ובוגר המכללה לביטחון לאומי. שירת ב"מוסד" במשך עשרים וארבע שנים. לאחר פרישתו מ"המוסד" מונה ב-2000 לראש מחוז השרון של מכבי שירותי בריאות (עד לשנת 2006). בשנים 2006-2010 היה ראש מחוז מרכז במכבי שירותי בריאות. ב-2011 נבחר לתפקיד מנכ"ל הקופה, תפקיד שהוא ממלא עד היום. במהלך כהונתו הקימה מכבי את בית חולים "אסותא באשדוד". סער הוא דירקטור בחברות בת של מכבי שירותי בריאות.

רפאל ביאר

פרופ' רפי ביאר, MD, בוגר רפואה מאוניברסיטת תל-אביב (1978), בעל תואר דוקטור בהנדסה רפואית מהטכניון (1983) ו-MA בבריאות הציבור מאוניברסיטת ג'והנס הופקינס (2008). התמחה ברפואה פנימית בביה"ח רמב"ם, ובקרדיולוגיה באוניברסיטת ג'והנס הופקינס שבארה"ב. ב-1995 קודם לדרגת פרופסור מן המניין בפקולטה להנדסה ביו-רפואית בטכניון, ושנה לאחר מכן התמנה למנהל היחידה לקרדיולוגיה פולשנית במכון הקרדיולוגי ברמב"ם והצטרף לפקולטה לרפואה. בשנים 1999-2005 היה דיקן הפקולטה לרפואה בטכניון. הוא מונה למנהל רמב"ם, הקריה הרפואית לבריאות האדם בחיפה מתחילת 2006, ובמשך כהונתו עד 2019 השיק את תוכנית האב, שבה נבנו בית חולים תת-קרקעי ממוגן ועוד שלושה בנייני אשפוז לילדים, אונקולוגיה ומחלות הלב, ומוקם בניין תגליות הבריאות, המשלב רפואה ומחקר בשיתוף אוניברסיטת חיפה והטכניון. הקים את חברת היישום רמבם-מדטק ואת חממת מינד-אפ לקידום הבריאות הדיגיטלית בשיתוף התעשייה. ב-2010 היה יו"ר הוועדה להרחבת סל התרופות למשך ארבע קדנציות. מאז 2010 הוא יו"ר המרכז הלאומי להשתלות. פרופ' ביאר פרסם יותר מ-200 מאמרים מדעיים ו-15 ספרים.

שבתי שביט

שבתי שביט, BA במזרחנות ולשון ערבית באוניברסיטה העברית בירושלים. החל מ-1964 שירת ב"מוסד" במגוון תפקידים. ב-1989 מונה לראש "המוסד", תפקיד שבו כיהן עד 1996. עם סיום תפקידו ב"מוסד" המשיך לפעול בנושאים חשאיים מטעם המדינה. בשנים 1996-2001 היה מנכ"ל מכבי שירותי בריאות. לאחר פרישתו מתפקיד זה מונה להיות סגן הנשיא בקבוצת מרחב ויו"ר חברת "אתנה" לאבטחה. מכהן כדירקטור חברת NSC. כמו כן, הוא יו"ר "המכון למדיניות נגד טרור" במרכז הבינתחומי בהרצליה. ב-2018 יצא לאור ספרו ראש המוסד, בהוצאת ידיעות ספרים.

שי טלמון

שי טלמון בוגר בכלכלה ומנהל עסקים ומוסמך במנהל עסקים מהאוניברסיטה העברית בירושלים. הוא היה סגן הממונה על התקציבים באוצר בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ב-1995 מונה לחשב הכללי במשרד האוצר וכיהן בתפקיד זה עד ל-1999. ב-2000 התמנה למשנה למנכ"ל בנק הפועלים (ובהמשך, לממלא מקום המנכ"ל). בשנים 2008-2012 היה מנכ"ל כלל ביטוח. כיום הוא יו"ר חברת "דרך ארץ" ויו"ר התאגיד הכלכלי של משוואות יצחק.

שלמה מור יוסף

פרופ' שלמה מור יוסף, MD, בית הספר לרפואה האוניברסיטה העברית בירושלים (1980). תואר שני במדיניות ציבורית מאוניברסיטת הרווארד (1994). התמחות בגניקולוגיה ומיילדות במרכז הרפואי הדסה (1987) וגניקולוגיה אונקולוגית בבריטניה (1989). מומחה במנהל רפואי (1995). כיהן במגוון תפקידים ניהוליים במערכת הבריאות וביניהם: סגן מנהל הדסה עין כרם (1994-1997), מנהל בית החולים סורוקה בנגב (2001-1997), מנכ"ל המרכז הרפואי הדסה (2001-2011). ב-2012-2017 היה מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, והחל משנת 2017 מונה למנכ"ל רשות האוכלוסין וההגירה. ב-2008-2011 היה יו"ר הוועד המנהל של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. פרופ' מור יוסף מכהן בקתדרה ע"ש רות ומוריס פופקין למנהל רפואי, היה חבר בוועדות שונות באוניברסיטה העברית ובית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה. היה חבר במועצות מנהלים בעמותות חברתיות ומתאם בריאות בצוות של מרכז טאוב לחקר מדיניות חברתית. היה שותף לכתובת יותר מ-100 פרסומים מדעיים. היה יו"ר מספר ועדות לאומיות בתחום הבריאות: "הוועדה להסדרה חקיקתית של הפריזון והילודה", "הוועדה למיגור האלימות במערכת הבריאות", "הוועדה לבחינת תפקיד אחות קלינית בקהילה". יו"ר המועצה הציבורית להנצחת החייל.

שרגא הבר

שרגא הבר (1930-2018) נולד ברומניה וב-1944 עלה ארצה בגפו עם קבוצת בני נוער. התחנך בקיבוץ שער העמקים. הצטרף לחיל הנוטרים, ועם פרוץ מלחמת השחרור גויס לחטיבת אלכסנדרוני. בהמשך דרכו החל לעבוד בסוכנות היהודית, בתחילה כמדריך ומחנך נוער במוסד רמת הדסה ולאחר מכן כשליח עליית הנוער בטהרן. ב-1966 החל לעבוד במשרד הבריאות. הוא עבד שם כארבעים שנה עד פרישתו לגמלאות. בתחילת שירותו במשרד היה דוברו של שר הבריאות ויקטור שם טוב. בהמשך מונה למנהל האגף לתכנון ותקצוב במשרד הבריאות, והיה חלוץ בהחדרת היבטים כלכליים למערכת הבריאות. בשנות ה-80 של המאה הקודמת התמנה לסמנכ"ל המשרד, ותפקידו האחרון במשרד היה משנה למנכ"ל משרד הבריאות.

מפתח שמות (לפי א-ב שמות פרטיים)

<p>אסנת לוקסנבורג 169, 168, 151, 109, 78 265, 242, 196</p> <p>אריה אורנשטיין 157</p> <p>אריה שירום 47, 45, 38, 26</p> <p>ארנון אפק 197, 181, 168, 151, 94, 79 266, 243, 233</p> <p>בועז לב 216, 198, 182, 169, 152, 131, 50 266, 243, 233</p> <p>ביאנקה דקל 46, 9</p> <p>בייגה שוחט 172, 121, 111</p> <p>בני מוזס 50</p> <p>בנימין נתניהו 185</p> <p>ברוך אברהמי 31</p> <p>ברוך לין 21</p> <p>ברוך מודן 43</p> <p>ברוך רוזן 170, 152, 131, 79, 58, 43, 42 266, 244, 216, 198</p> <p>ברק אובמה 167</p> <p>בת שבע דה רוטשילד 35</p> <p>גבי בן נון 59, 50, 49, 47, 45, 43, 41, 31 182, 175, 170, 152, 113, 110, 94, 85, 80 267, 244, 233, 216, 199, 188</p> <p>גבי ברבש 153, 111</p> <p>גולדה מאיר (מאירסון) 20, 18, 17</p> <p>ג'ון בק 47, 38</p>	<p>אבדיס דונאבדיאן 34</p> <p>אבי אלנצוויג 39, 36</p> <p>אבי ישראלי 147, 127, 107, 91, 75, 55 263, 230, 193, 179, 164</p> <p>אביגדור קפלן 194, 128, 108, 91, 75, 56 263, 240, 231</p> <p>אברהם דורון 20, 19</p> <p>אברהם הירשזון 223</p> <p>אברהם רביץ 114</p> <p>אהוד אולמרט 76, 61-59, 56, 43, 41, 25 264, 231, 165, 148, 133, 129, 91, 85 268</p> <p>אוטו פון ביסמרק 15</p> <p>אורלי מנור 165, 148, 132, 92, 76, 50, 9 264, 231, 195, 180</p> <p>אילן בירן 92</p> <p>איתן בן אליהו 92</p> <p>אלון גילון 38</p> <p>אלי דפס 195, 180, 166, 149, 108, 93, 77 264, 241</p> <p>אלי הורוביץ 92</p> <p>אליעזר קפלן 17</p> <p>אליעזר שוסטק 36, 25</p> <p>אליקים רובינשטיין 154</p> <p>אלכסנדר (אליק) אבירם 78, 57, 50, 49, 9 215, 196, 181, 166, 150, 129, 109, 93 265, 241, 232</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

גור עופר 5, 8, 31, 42, 43, 45, 47, 49, 50	טובה ישורון ברמן 234
דב צ'רניחובסקי 26, 38	יאיר שפירא 42, 43
דוד בן-גוריון 19, 20, 23, 28, 218	יהושע (שוקי) שמר 64, 83, 95, 116, 135,
דוד ברודט 92	156, 168, 169, 204, 220, 234, 246, 269
דודו פרלשטיין 158	יהושע כהן 41, 43, 45, 47
דן מיכאלי 36	יהושע מצא 113
דן מרידור 115, 119	יונתן הלוי 64, 84, 155, 185, 204, 235, 269
הוארד ניומן 38	יוסף אלמוגי 23, 49
היפוקרטס 74	יוסף בורג 21
המלכה ויקטוריה 33	יוסף גרוס 23
הנרי נויפלד 35	יעל גרמן 85, 94, 97, 117, 136, 156, 186,
הייט קאר 34	205, 236, 269
ויקטור שם טוב 88, 275	יעקב גדיש 45, 47
זאב רוטשטיין 61, 81, 111, 132, 153, 183,	יעקב ויטקובסקי 65, 118, 137, 186, 206,
202, 218, 267	220, 246, 270
זיוה ליטבק 9, 45, 50	יעקב זילברג 31
זמיר הלפרן 9, 50	יעקב לויט 9
חנה פלטי 41, 43	יעקב ליצמן 94, 169, 172, 204,
חזי עמרם 9	יצחק ברלוביץ 66, 85, 97, 118, 137, 172,
חיים אורון 171	173, 187, 206, 221, 267, 270
חיים דורון 31, 35, 36, 41, 43, 46, 49, 50,	יצחק פטרבורג 43, 45, 47
61, 82, 95, 112, 133, 139, 153, 183, 202,	יצחק קנב 16-21
219, 234, 267	יצחק רבין 63, 70, 115, 248, 268
חיים הברפלד 48	יצחק שמיר 37, 56
חיים פלץ 63, 110, 114, 134, 172, 184,	ישראל ברזילי 23
203, 219, 246, 268	ישראל כץ 38
חיים קורפו 25	לאה אחדות 86, 97, 119, 157, 207, 247,
חיים רמון 26, 27, 43, 48, 56, 59-61, 63,	270
70, 73, 85, 115, 116, 154, 172, 173, 174,	לאון אפשטיין 41-43, 45, 47, 49
185, 194, 195, 203, 268	לוטן 21
חיים שיבא 20, 152, 233	לחיים נגן 41, 43
חייקה גרוסמן 24	ליאור מרוז 9
	מאיר אורן 31, 66, 87, 98, 119, 138, 157,
	207, 222, 236, 247, 271, 175

צבי אדר ז"ל 202, 49, 43	מאיר שמגר 37
צבי ברנזון 21, 19	מנו (מנואל) טרכטנברג 92
צחי הנגבי 119, 111	מרדכי (מוטקה) שני 26, 31, 36, 38, 42, 43, 45, 50, 56, 67, 70, 87, 99, 120, 138, 158
קלמן מן 163, 43	272, 271, 248, 236, 208, 187
רוני גמזו 273, 210, 176, 159, 140, 122, 69	מרדכי גור 36
רמי דיציאן 50	מרדכי נמיר 22
רן סער 251, 225, 189, 141, 122, 100, 70	מרטין צ'רקסקי 38
273	משה בר סימן טוב 188, 158, 139, 121, 67, 208, 249, 272
רפאל ביאר 176, 159, 142, 101, 88, 71	משה משיח 43
274, 251, 238, 225, 211, 189	משה סורוקה 23
רפי רוטר 181, 43, 37	משה סיקרון 43, 42
שבתי שביט 252, 225, 143, 102, 88, 72	משה פריבס 37
274	נחמן אש 224, 208, 188, 139, 122, 100, 272, 250
שושנה ארבלי אלמוזלינו 25	ניסים אלון 224, 209, 189, 159, 140, 68
שושנה נתניהו 40, 38, 26	273, 263, 250
שושנה ריב"א 43	נירה שמאי 50, 47, 43
שי טלמון 226, 212, 177, 160, 123, 102	
274	
שלמה מור יוסף 143, 123, 103, 72, 50	סיגל שפר 9
275, 252, 226, 212, 190, 161	סידני קרק 234
שמואל פנחס 38, 36, 26	ססיל שפס 38
שמעון גליק 43-41, 38	ספירו 42
שמעון וייצמן 47, 45	עודד אברמסקי 43
שמעון שפירו 43	עזרה זוהר 25
שרגא הבר 254, 144, 124, 88, 73, 43, 41	עמיר פרץ 48, 27
275	עמיר שמואלי 87
תמר גוז'נסקי 27	
תמר קרוליק 43	פיל לי 39
	פלורנס נייטינגל 33, 32
	פנחס לבון 20
	פנחס רוזן 21-19
	פרבר 38

מפתח מונחים

אסותא (רמת החייל, תל־אביב) 84,	אוסטרליה 236, 34
146, 150, 153, 155, 156, 160, 200, 201,	אחיות 84, 91, 100, 104, 130, 134, 136,
265, 269	150, 235-237, 239, 245-247, 252
הדסה (ירושלים) 26, 36, 46, 47, 72, 77,	איגוד רופאי המדינה 148, 231
103, 130, 133, 143, 146, 148, 149, 151,	ארה"ב 33, 34, 38, 39, 63, 80, 99, 121,
152, 153, 157, 159, 160, 162, 204, 263,	122, 142, 182, 186, 202, 219, 220, 252,
264, 265, 267, 273, 275	267, 271, 274
הרצליה מדיקל סנטר 146, 201	אשפוז(י) בית 240, 241, 246, 250, 252,
וולפסון 88, 270	253
לניאדו 103, 146, 154	בחירת רופא 147, 149-151, 153, 192,
מעיני הישועה 103	193, 199, 200, 217, 218, 258
נהריה 143	ביטוח אימהות 17, 19, 21, 22
פוריה 143, 271	ביטוח סיעודי 240, 244
צפת 129, 138, 143, 225, 251	ביטוח(ים) פרטי(ים) 75, 146, 193-199,
רמב"ם 71, 149, 159, 160, 210, 225,	203, 207, 208
232, 274	ביטוח תאונות עבודה 17, 19
שיבא ראו תל־השומר	ביטוח(ים) מסחרי(ים) 146, 193, 199, 204,
שערי צדק 64, 84, 103, 133, 137, 146,	205, 244
148, 152, 154, 155, 159, 162, 235, 269	ביטוח(ים) משלימ(ים) (שב"ן = שירותי
תל־השומר (שיבא) 9, 47, 61, 143, 151,	בריאות נוספים) 75, 87, 106, 159, 161,
153, 155, 200, 201, 266, 271, 272	162, 192, 194, 199, 203, 204, 206, 207,
ג'וינט 36, 39, 58, 272	211, 212, 226, 257
גידול דמוגרפי 110	בית הספר לבריאות הציבור הדסה ירושלים
גירעון (גרעונות) 26, 65, 92, 94, 96, 102,	46, 47, 264, 271, 273
103, 108, 110, 112, 114, 116, 118, 121, 126,	בריאות הציבור 11, 31, 35, 36, 39, 55, 63,
138, 179, 182, 200, 201, 206, 217, 219,	96, 187, 204, 234, 246, 257, 263-267,
221, 226, 243, 245	271, 273, 274
גריאטריה 11, 77, 185	בריאות התלמיד 126
גרמניה 15, 71, 107	בריטניה 16, 32, 33, 275
דמוגרפיה 110, 117, 237, 247	בתי החולים; בתי החולים הממשלתיים;
דרום קוריאה 202	בתי חולים פרטיים
	איכילוב 130, 153, 201, 210
	אסותא (אשדוד) 136, 269

ועדת הרווחה 173	219	ההוצאה הלאומית לבריאות בארה"ב
ועדת השופטת שושנה נתניהו (ועדת נתניהו) 59-57, 48, 43, 41-39, 26, 25	,89, 53, 30	ההוצאה הלאומית לבריאות
,61, 66, 69, 87, 90, 94, 126, 132, 134	147, 120, 114, 106	ההסתדרות (הכללית) 25-22, 20, 18, 12
218, 172, 153, 138, 135	,66, 64, 63, 60, 59, 57, 56, 48, 37, 28, 27	ועדת זוהר 270, 268, 119, 91, 70
ועדת טריינין 41	99, 22, 19	ההסתדרות הרפואית (הר"י) 271, 231, 130
ועדת מן 23		הולנד 103, 102, 99, 67
ועדת קנב הראשונה 22, 18		הזדקנות האכולוסייה 241, 237, 122, 50
ועדת קנב השנייה 22		,257, 254, 253, 252, 249, 247, 246, 243
חדר(י) מיון 252, 248, 234, 178, 137, 78	259	
חולים כרוניים 188, 187, 184, 180, 92	235, 19, 17	זקנה
272, 259, 257, 249, 236	254, 252, 83	זקנים
חוק ביטוח בריאות ממלכתי 9, 13-11, 15	,185, 184, 116, 98, 97, 86, 69	קשישים
,66-54, 49, 48, 43, 40, 31, 29, 27-19, 17	257, 254, 250, 249, 244, 217	
,95, 91, 90, 87, 85, 84, 82, 77, 75-72		המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות 39, 35, 31, 13, 9, 7
,122, 120, 118, 115, 113-111, 107, 106	271, 268, 265, 264, 76, 43	
,145, 138, 137, 135, 133, 128-126, 123	51, 46, 45, 43, 42	מועדון (ה)חוקרים
,178, 176, 174, 171, 164, 163, 159, 153	51	כנס(י) ים המלח
,218, 209, 207, 205, 194, 193, 185, 180	51	סדנה בינלאומית של המכון הלאומי
,256, 247, 245, 243, 239, 229-224, 219	52	פורום מחקר של המכון הלאומי
274, 272, 268, 267, 264, 261, 260	52	פורום מדיניות של המכון הלאומי
התוספת השנייה 11	269	המל"ג (המועצה להשכלה גבוהה)
התוספת השלישית 130, 11	269	המעסיקים 112, 108, 107, 81, 62, 36, 25
חוק הביטוח הלאומי 260, 115, 21, 20	124, 123, 122, 118, 116, 115	
ביטוח אבטלה 17	47	המרכז למדיניות בריאות בנגב
ביטוח זקנה, אלמנות ויתמות 17	13	השתתפות עצמית (co-payment)
ביטוח לאומי 87, 86, 66, 27, 24-21, 12	209, 197, 196, 190-185, 183-178, 110	
,189, 183, 181, 119, 118, 115, 114, 107	81, 80, 60	התנהגות סלקטיבית
275, 272, 271, 270, 260, 254, 253		
ביטוח מחלה 21, 17		
ביטוח נכות 17	ועדת אבא חושי 23	
ביטוח סוציאלי 207, 114, 87, 21-19, 17	ועדת גולדמן 133	
תוספות לילדים 17	ועדת גרמן (לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית) 206, 136, 94, 82	
חוק ההסדרים 113-111, 107, 106, 67	ועדת הכספים 172, 134, 115, 114, 86	
202, 192, 183, 178, 166, 120, 116	268, 185, 179	
חוק זכויות החולה 229		

מכון גרטנר (תל-השומר) 269, 266, 47, 46	חוק חינוך חובה 83, 81
271	חינוך רפואי 233, 133
מלחמת קרים (1856-1853) 32	חיסונים (ים) 180, 140, 138, 96
ממשלת המנדט הבריטי 16	
מנהיגות 60, 70, 80, 92, 98, 101, 102, 143,	טופס 17 204, 201
241, 245, 259, 269	טיפ(ות) (ה)חלב 126, 127, 131, 132, 134,
מנהל הטכנולוגיות 135, 168	140-138
מס	טכנולוגי(ות) חדש(ות) 139, 142, 164-167,
ביטול המס המקביל 13, 55, 72, 75, 84,	240, 222, 177, 171
107-109, 111-115, 117-119, 121, 122,	
124, 133, 257	יוון העתיקה 74
מס אחיד 17, 58, 63, 123	יחסי רופא-חולה (מטופל) 13, 229, 232,
מס (ה)בריאות 15, 27, 65-67, 72, 76,	236, 244
83, 87, 94, 108, 116, 118, 120, 122, 123,	יציבות פיננסית 107
196, 206, 208, 240, 257	
מס מקביל 49, 58, 59, 65, 72, 107, 108,	"כמוני" 272
110, 112, 115, 118, 119, 122, 123	כסף (משאבים) 40, 58, 66, 69, 77, 81,
מערכת אזורית 61, 132, 218	83, 85-87, 92, 93, 95, 97, 99, 100, 102,
מקדם דמוגרפי 122	103, 107, 109-112, 114, 116-119, 122,
מרכז (הארץ) 87, 88, 96, 139, 142, 202,	124, 128, 131-134, 142, 144, 148, 151,
218, 244, 248, 273	154, 155, 157, 159-161, 167, 170-172,
משרד האוצר (אנשי-, בכירי-, פקידי-)	180-184, 187, 189, 195, 196, 198-204,
13, 19, 43, 49, 63, 68, 70, 83, 85, 91,	208-210, 212, 216-218, 221, 222, 224,
102, 103, 106-109, 110-112, 114-119,	226, 230, 231, 236, 238, 240, 244, 245,
122-124, 138, 182, 183, 185, 201, 207,	247, 251, 257, 258
210, 219-221, 223, 226, 268, 272, 274,	כשל(י) שוק 85, 214
משרד הבריאות (מנכ"ל) 11, 13, 17,	
21-23, 26, 31, 35, 36, 40-42, 44-47,	מדינות ה־OECD 90, 92, 99, 108, 202,
50, 55, 56, 59, 63-70, 73, 78-80, 83,	מועצת הבריאות 31, 32, 40, 41, 48-50,
88, 90, 91, 93, 101, 103, 108-111, 114,	113, 184, 260, 265, 267, 270, 273
115, 117, 118, 120, 122, 124, 132-126,	מחל(ות) כרוני(ות) 17, 99, 179, 185, 188,
134, 135, 137, 140-144, 154, 158, 159,	230, 236, 237, 239
163, 165, 167, 168, 172, 175, 176, 199,	מטופל כאדם במרכז 75, 88, 232, 237, 252,
200, 207, 209, 213, 220-223, 228-226,	מיט(ות) (ה)אשפוז 91, 135, 177, 188, 241,
233, 239, 243, 247, 248, 251, 253, 254,	245
257, 260, 262, 263, 265, 266-273, 275,	מכון ברוקדייל (ירושלים) 42, 46, 47, 58,
משרד החינוך 34, 133, 272	266, 272

קדושת החיים 75	משרד (העבודה ו)הרווחה 18, 19, 21, 43
שוויון הזדמנויות 71, 85	253, 254, 261, 263
פול טיימר (full timer) 99, 151, 152,	188, 99
258, 158, 157	
פיתוח (ה)תשתיות 103, 104, 128, 271	סינון (של) מבוטחים 81, 214
פסיכיאטריה 11, 72, 172, 243	סל (ה)בריאות 13, 43, 59, 65, 74, 78, 91
פרופיל המבוטחים 81	96, 108, 112, 116, 165, 168, 169, 172,
פריפריה 12, 87, 93, 96, 129, 139, 142,	177, 173, 195, 206, 212, 269
180, 202, 237, 244, 248, 251	ועדת הסל 62, 78, 112, 164-169, 176,
פרסום ושיווק 222, 223	197, 204
צרפת 32, 99	עדכון סל השירותים 65, 257
קופות החולים	תרופות "מצילות חיים" 52, 78, 164,
מועצה בינלאומית מיעצת לקופת	166, 168, 169, 193, 196, 198, 203
החולים הכללית 38	סל (ה)שירותים 11, 12, 45, 47, 48, 55, 62,
מכבי שירותי בריאות 17, 28, 37, 57,	65, 71, 81, 110, 117, 126, 129, 163-165,
61, 67, 70-72, 83, 88, 100, 136, 141,	167, 169-171, 173, 175, 177, 178, 214,
171, 174, 181, 183, 194, 201, 203, 206,	223, 240, 241
209, 211, 216, 217, 248, 265, 269, 270,	סל טכנולוגיות 150
272-274	עדכונים טכנולוגיים 139
קופת החולים הכללית; הכללית 11,	עדכון דמוגרפי 110, 111
13, 16-18, 22-26, 28, 29, 31, 35,	עניים 65, 99, 123, 133, 147, 150, 153,
37-39, 42, 49, 56, 60-62, 65, 80, 83,	180, 187, 207, 216
133, 142, 153, 169, 171-175, 194, 201,	עקרונות החוק 13, 26, 75, 82, 113, 181,
206, 215-217, 221, 225, 256	257, 258
קופת חולים לאומית 17, 54, 68, 83,	זמינות 57, 77, 90, 127, 131, 132, 147,
223, 225, 273	149, 178, 193, 200, 215, 222, 230, 240,
קופת חולים מאוחדת 17, 28, 67, 83,	257, 258
131, 171, 174, 194, 203, 206, 216, 217,	חופש (ה)בחירה 11, 12, 24, 29, 214,
225, 248, 273	147, 215, 216, 217, 232
קיצור (לקצר) תורים) 7, 14, 152, 153,	כבוד האדם 75, 100, 250, 260
193, 199, 200, 209	נגישות 58, 59, 127, 214, 222, 250, 258
קנדה 34, 59, 99, 223	עזרה הדדית 11, 71, 74, 78, 82, 260
קפיטציה (cap, capping) 26, 27, 43, 45,	צדק (סוציאלי) 11, 61, 65, 74, 75, 78,
47, 62, 83, 87, 131, 215, 217, 247	81, 82, 84, 157, 182, 183, 185, 204, 205,
	256, 257, 260

שירותי בריאות הנפש 12, 127, 163, 257,	קרן כהנוף 45
272	קרן מכבי 174, 206
שר"פ (שירותי רפואה פרטית) 13, 84,	קרן קורת (Koret) 39, 40, 42, 45
137, 146-162, 204, 211, 231, 257, 258	קרן רש"י 40
עבודה פרטית 158, 77	
פרקטיקה פרטית 153	רופא (ה)משפחה 184, 185, 217, 234
רפואה פרטית 75, 77, 91, 146, 147,	רופאים 19-23, 61, 75, 84, 91, 93, 96, 100,
149-153, 155, 157, 159, 161, 226	104, 136, 140, 141, 147-149, 151-156,
	158-162, 167-169, 179, 184, 185, 188,
תאגוד 60, 90, 98, 126, 130, 257, 258	195, 197, 198, 200, 201, 208, 210-212,
תוכנית קנב 17, 19, 20	222, 225, 231-239, 245-247, 249, 251,
תיירות מרפא 162, 207	252, 258, 272
תיק רפואי 68, 84, 138	רפואה ראשונית 234
תכנון לאומי לטווח ארוך 96	רפואה קהילתית 271
תל"ג (תוצר לאומי גולמי) 92, 99	רפואה מונעת 11, 17, 72, 95, 130, 131,
תמריצים כספיים 96	134, 163, 172, 173, 234, 242, 261, 267
תפוסה בבתי החולים 140, 234, 245	רפואה ציבורית 21, 28, 75, 77, 88, 98,
תקציב הביטחון 92, 115	114, 149, 151, 161, 162, 212, 219, 270
תקציב המדינה 28, 62, 104, 107, 108,	רפואת (ה)משפחה 234, 263, 268
112-115, 118, 123, 124, 164, 183, 201,	רפואת (ה)שיניים 72, 210, 261
217, 218, 245, 268	רצף טיפולי 251, 252, 253
תקציב שוטף 103	
תקציב צבוע 116	שווייץ 67, 99, 102, 103
תרבות 101, 103, 108, 109, 129, 141, 156,	שחיקת תשתיות הבריאות 245, 257
161, 244	שיקום 18, 130, 163, 173, 234, 254, 257,
	261
case manager 136	שירות הבריאות הלאומי באנגליה (ה־ NHS)
digital health 238, 251, 252	(= National Health Services) 35, 16,
gate keeper 179, 184, 185	33
IP (intellectual property) 161	שירותים (רפואיים) 15, 27, 34, 63, 64,
nice 192, 193, 199, 202	66, 90, 101, 133, 143, 152, 157, 185,
	189, 211, 215, 219, 229, 233, 240

