

# שני עולמות באולם אחד

במצב הקיים, לתושבי ישראל אין חופש בחירת רופא ברוב מוסדות האשפוז הציבוריים, עובדה שהביאה לפריחה של שוק ביטוחי שרותי רפואה נוספים (שב"ן) - ביטוחים שמוכרות קופות החולים ולפריחה והתרחסות של אשפוזים במרכזים רפואיים פרטיים • במצב של מחסור במשאבים, לפחות לכאורה, זוכים בעלי הביטוחים הפרטיים לתנאים מועדפים שלהם אין זוכים חולים ישראלים שאינם בעלי ביטוחים פרטיים ומשלימים

## רונית להב

# ב

עיניים כלות צופים פרנסי הרפואה הציבורית בפריחתה של הרפואה הפרטית, בעוד הם נאלצים להיכנע, חדשות לבקרים, לאילוצים תקציביים ולצמצם את היקף השירותים שהם נותנים, מהיבטים איכותיים וכמותיים גם יחד.

מנתונים מעודכנים שפרסם משרד הבריאות מתברר ששוק ביטוחי הרפואה הפרטיים בישראל מגלגל כ-7 מיליארד שקל. ההכנסות מהביטוחים המשלימים התרחבו עוד ב-12% והגיעו ליותר מ-3.5 מיליארד שקל, הגידול בהכנסות נבע מתוספת מבוטחים ומשדרוג ביטוחים קיימים, ובמשרד הבריאות מעריכים שמגמת הגידול תימשך, ואף תואץ, גם בשנה הבאה.

אמון הציבור ברפואה הציבורית בקרב הציבור הולך ונשחק ומתרחבים הפערים בין עשירים לעניים.

בעוד שמחזיקי הביטוחים המשלימים מהווים 73.5% מהישראלים, בקרב הזכאים לקצבאות וקנה ונכות שיעורם קטן בהרבה ובקרב האוכלוסייה הלא יהודית הוא קטן עוד יותר. הנתונים מאשרים ששיטת הביטוחים המשלימים מנציחה את הפערים החברתיים-כלכליים בחברה הישראלית, גם כנגישות לשירותי הרפואה הציבוריים.

האם לאפשר לחולה לבחור את המנתח תמורת תשלום לבתי החולים הממשלתיים? שאלה המעוררת כבר שנים דיון סוער במערכת הבריאות ואחד הנושאים היותר שנויים במחלוקת שעל סדר יומה של ועדת גרמן. במצב הקיים, לתושבי ישראל אין חופש בבחירת רופא ברוב מוסדות האשפוז הציבוריים, עובדה שהביאה לפריחה של שוק ביטוחי שירותי רפואה נוספים (שב"ן) - ביטוחים הנמכרים על ידי קופות החולים ולפריחה והתרחבות של אשפוזים במרכזים רפואיים פרטיים.

השר"פ מאפשר לבעלי הביטוחים הנוספים לקצור תורים לרפואה יועצת ולניתוחים. מנגד, מי שירם אינה משגת מצטופפים בתורים ארוכים.

הכנסת הביעה את עמדתה, במאוס 2012, כשאשרה להקים בית חולים ציבורי באשדוד שיכולו בו שירותי רפואה פרטיים. באותה החלטה נקבעו העקרונות ליישומה. "מדובר באמירה ציבורית וערכית ברורה, שלפיה במדינת ישראל מותרים שירותי רפואה פרטיים במערכת הציבורית", אומר יו"ר ההסתדרות הרפואית ד"ר ליאוניד אידלמן. "המצב הנוכחי אינו תקין", מוסיף אידלמן, "מחד הוא מגביל את המטופל בבחירת בתי חולים בצורה הוגנת ונכונה, ומאידך מונע מהמערכת תוספת משאבים שלהם היא זקוקה כאוויר לנשימה. האפשרות לבחור רופא ברפואה ציבורית תביא לחיזוקה ומכך ייהנו גם אלה שאין להם ביטוח משלים. יותר תקציב משמעו יותר תרופות, יותר ציוד מתקדם ותנאים פיזיים משופרים".

## משרד האוצר אינו מוטרד מסוגיות של חוסר שוויון

מאז חוק ההסדרים הראשון, 8-1997, הצטמצם חלקה של הממשלה במימון שירותי הרפואה



צילום אילוסטרציה: shutterstock

## מוסכם על כל הגורמים, שתאגוד בתי החולים הציבוריים הוא מהלך חיוני ואפשרי, אולם בתחום יחסי העבודה, בתוך בתי החולים, לא הצליחו לגשר על הפערים בין תביעות של נציגויות העובדים בדיסציפלינות השונות, והעניין 'תקוע'

בישראל. בהתאמה, נמשך הגידול בהשתתפות עצמית של הציבור ובתשלומי פרמיות לביטוחים פרטיים. רוב השירותים שמקבלים בעלי הביטוחיים המשלימים ניתנים במרפאות בבעלות פרטית וכרוב המקרים בידי אותם רופאים המעניקים אותם גם במערכת הרפואה הציבורית ובקופות החולים. "זוהי נוסחא ברוקה להחלשת הרפואה הציבורית בישראל, בפרט זו הציבורית, מסביר פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב ופרופ' במחלקה לניהול בריאות באוניברסיטת בן גוריון ננגב. הוא מצביע על הדו"ח השנתי של מרכז טאוב לשנת 2013 שממנו עולה שחלקה של הממשלה במימון מערכת הבריאות עמד על 60 אחוז בשנת 2011 בהשוואה ל-68.4 אחוז ב-1998. מהדו"ח מתברר שמדובר בירידה חסרת תקדים בהשוואה למדינות מפותחות, מה עוד שההוצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל היא הנמוכה ביותר בקרב מדינות אלה.

עוד עולה מהדו"ח שמשק בית ממוצע בישראל הוציא ב-2011 כ-5% מוציא 5.1 מהכנסתו הפנויה (לאחר תשלום מסים, שגם קצתם מוקדשים לרכישת זכאות לשירותי בריאות) למימון שירותים רפואיים פרטיים, זאת בהשוואה ל-3.7 אחוזים בממוצע ב-1998. מנתוני בנק ישראל עולה שהגידול התלול ביותר במימון הפרטי של שירותי בריאות היה בין השנים 2003 ל-2009 ובלט בעיקר באזורים שבהם היצע שירותי הבריאות גבוה, כמו תל אביב והסביבה, האזורים שבהם ריכוזים של אוכלוסיות מבוססות.

בנייר עמדה שזכה לפרסום בינלאומי והופץ לאחרונה על ידי המרכז, טוען פרופ' צ'רניחובסקי שבמצב שנוצר, "אכן, מי שיכול להרשות לעצמו

### פרופ' דב צ'רניחובסקי:

דו"ח מרכז טאוב לשנת 2013 מצביע על כך שחלקה של הממשלה במימון מערכת הבריאות עמד בשנת 2011 על 60%, בעמונה אחוזים פחות מאשר ב-1998. מההיבט ההשוואתי מדובר בירידה חסרת תקדים בקרב קבוצת המדינות המפותחות





צילום אילוסטרציה: shutterstock

שירותי בריאות פרטיים נוטה להשתמש בהם במקום לפנות לשירותי הרפואה הציבוריים וזאת, בעידוד של רופאים המעדיפים לטפל במסגרות הפרטיות. "התוצאה היא גידול באי-השוויון בנגישות לשירותי בריאות בין אוכלוסיות חלשות וחזקות לרבות גידול פערים בנגישות בין המרכז לפריפריה.

"האבסורד הוא שהמצב נעשה יותר גרוע גם לשיטתו של משרד האוצר אשר גם אם אינו מוטרד מסוגיות של שוויוניות, הוא אמור להיות מאוד מוטרד מסוגיות של יעילות.

חוסר היעילות של שירותי הרפואה - ציבוריים ופרטיים כאחד - הולך וגובר לנוכח אי ניצול תשתיות ציבוריות קיימות והשקעה בתשתיות פרטיות מיותרות. אחת התוצאות של המצב היא עליית מחירים של שירותי הרפואה בישראל מעבר לעליית מדד המחירים לצרכן ובשיעור יותר תלול מאשר במדינות מדינות אחרות. המעט שאפשר לצפות ממשרד אוצר הוא שיימנע זאת."

צ'רניחובסקי מוסיף שלכשלים הללו נוספות בעיות אתיות הנוגעות לשימוש פרטי של רופאים בתשתיות ציבוריות. "במקום להנהיג רפורמות כדי להתמודד עם הירידה בהיצע רופאים בישראל בעת של גידול בביקוש, הממשלה החמירה את המצב על ידי מדיניות הביטוחים המשלימים המרחיבה את הרפואה הפרטית על חשבון הציבורית". הפרופ' צ'רניחובסקי בחן את נושא חופש בחירת הרופא באשפוז (חב"ר) - אפשרות שאינה מיושמת ואשר עברה רוכשים ביטוחים פרטיים. "עקב כך ישראלים המבקשים לבחור רופא מטפל בבית החולים נאלצים לקנות שירותים במתקן פרטי וברוב המקרים הם מטופלים שם בידי רופא מהרפואה הציבורית במסגרת של עבודה נוספת". בסיוע מומחים ניסח הפרופ' טשרנחובסקי טיוטת הצעת חוק לחופש בחירת רופא (חב"ר) במימון ציבורי במקום השירות הרפואי הפרטי. ההצעה מבוססת על המלצות שעלו כבר בדיוניה של "ועדת אמוראי" שהגישה את המלצותיה כבר לפני יותר מעשור. לפי ההצעה יכלול הסדר החב"ר כ-1,500 רופאים שיקבלו תוספת שכר ממוצעת של 40 אלף שקל לחודש או הוצאה שנתית המסתכמת בכ-720 מיליון שקל. רופאים אלה יועסקו במשרות מלאות רק בבתי חולים הממומנים מכספי הציבור. "המימון יבוא מהפניית כספי הביטוחים המשלימים הנהוגים היום, מהמערכת הפרטית לציבורית, בהיקף של כ-3.5 מיליארד שקל."

## דו"ח בנק ישראל: בין השנים 2003 ל-2009 היה גידול תלול במיוחד בהיקף המימון הפרטי של שרותי בריאות בעיקר באזורים שבהם היצע השרותים הללו גבוה כמו תל אביב והסביבה, אזורים שבהם ריכוזים של אוכלוסיות מבוססות

ללא ביטוח, ובין רופאים מנתחים ליתר ציבור הרופאים. מוויית החולים החשש העיקרי הוא שחולי שר"פ יזכו ביחס מועדף. בהר"י מסכימים שמצב כזה אינו מקובל. בקרב הרופאים עולות טענות שלפיהן בעוד רופאים מתחומי הכירורגיה, למשל, ייהנו מאפשרות לבחור רופא, הרי שבתחומים אחרים, כמו פנימית וטיפול נמרץ, תהיה האפשרות הזאת מוגבלת, אם בכלל. זאת בעוד שהעומס אינו נופל, בהכרח, על כתפי המנתחים המומחים והפער הזה עלול ליצור התמרמרות ותחושת אי צדק בקרב רופאים. תופעה כזו עלולה להחמיר את המחסור ברופאים במקצועות מסוימים.

### לעוד רופאים בכירים להישאר במערכת הציבורית

הד"ר דרור דיקר, יו"ר האיגוד לרפואה פנימית, מנהל פנימית ד' בבית חולים השרון מרכז רפואי

המהלך הזה חיוני בעת הזאת כדי להציל את הרפואה הציבורית. האפשרות לבחור רופא בבתי החולים הציבוריים תאפשר לחולים לממש זכות כסית, תצמצם 'ברירת' רופאים ממערך הרפואה הציבורית לפרטית ותסייע במיתון אי השוויון ובמניעת בזבוז של משאבים לאומיים יקרים.

### רופאים וחולים שווים ושווים יותר

שעות הצהריים הן עונת הנדירה של רופאים בכירים מבתי החולים הציבוריים אל המרכזים הרפואיים הפרטיים. בבתי החולים הציבוריים נשארים המתמחים. התמודדותם עם עזיבת המומחים בולטת בעיקר בגלל המחסור במומחים במקצועות במצוקה, כמו מרדימים לדוגמא. הפעילות הניתוחית במרכזים פרטיים הייתה יכולה להתבצע בבתי החולים הציבוריים.

שילובם של שר"פ בבתי החולים הציבוריים עלולה ליצור פערים בין חולים מבוססים לחולים

## פרופ' מרדכי גוטמן, יו"ר איגוד הכירורגים: שר"פ יאפשרו למערכת לתפקד עד שעות הלילה, לקצר תורים, ולהרחיב את מקורות ההכנסה של בתי החולים. יתרה מזאת, הוא יגדיל את הנוכחות והזמינות של רופאים בכירים בשעות שכיום אין הם נמצאים במערכת

ככירורגית, למשל, שם העומס גדול ביותר ועל כך איש מאינו מליץ".

בתחומים אחרים, כמו רפואת ילדים, השר"פ אינו מהנושאים הבעייתיים. נתח הרפואה הפרטית בקרב רופאי הילדים זעום ובבתי החולים הציבוריים הוא כמעט לא קיים. "רופאי הילדים הם מהחסידים הגדולים ביותר של שירות ציבורי נאות, מורדני, איתן, ושוויוני", אומר יו"ר איגוד רופאי הילדים פרופ' אלי סומך, מנהל חטיבת הילדים במרכז הרפואי וולפסון בחולון. "העמדה הזו נובעת, בין היתר, מכך שההשקעה של רופאי הילדים ברפואה הציבורית היא עצומה. היא מתחילה כבר במהלך ההתמחות ובהמשך בהשקעה של רופאים בכירים בבתי החולים ובקהילה בשירות למטופלים, בחינוך ובהכשרת רופאים ובפעילות ציבורית לקידום הבריאות.

"רופאי הילדים אינם מוכנים לשמש חותמת גומי לטיפולים וטכנולוגיות שמציעים שירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים. רופאי הילדים מוכנים להמליץ על שירותים כאלה רק אם עמדו במבחן וקיבלו ביסוס מדעי. לפיכך לאחרונה החל תהליך של בדיקת השירותים הללו ותוצאות הבדיקה יפורסמו בקרוב בניירות עמדה של האיגוד".

### מנהלי בתי החולים חלוקים על אופן שילוב שר"פ במערכת הציבורית

השיקול הכלכלי, התמורה שמשלמים המטופלים עבור הטיפול, אינו שיקול שעושים בבתי החולים ואין כל סינון של חולים לפי אמות המידה הללו. בתי החולים הציבוריים מייצרים זמינות במהלך כל שעות היממה, במחיר כלכלי כבד, מחיר שבתי החולים הפרטיים אינם נושאים בו.

שילובם של שירותי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים נועד, בין השאר, לטפל בסוגייה הזו ולהסיט לבתי החולים הציבוריים משאבים המזורמים כיום לרפואה הפרטית לביצוע ניתוחים וטיפולים שצריכים להתבצע בין כותלי בתי החולים

הכירורגי. "השר"פ יאפשר ניצול יותר טוב ויעיל של חדרי ניתוח שכיום פועלים עד השעה 15:00", אומר יו"ר האיגוד פרופ' מרדכי גוטמן מנהל מחלקת כירורגית ב' במרכז רפואי שיבא תל השומר. "שר"פ יאפשרו לנו לעבוד עד שעות הלילה, לקצר תורים ולהרחיב את מקורות ההכנסה של בתי החולים. יתרה מזאת, נוכחות וזמינות של רופאים בכירים עד שעות מאוחרות בבית החולים תתרום למערכת – כיום אנו מנתחים הרבה חולים מורכבים מחוץ לבית החולים והמתמחים שלנו לא נחשפים לניתוחים הללו. תחת מטריית השר"פ בבתי החולים הציבוריים נוכל להרחיב ולשפר את הכשרת המתמחים.

לפני 30 שנה בחרתי מקצוע תובעני שיש לו השלכות של ממש על חיי המשפחה ועל היכולת לגוון את חיי פנאי. כעת כשאני קוצר את השקעתי בנכסים העיסוקיים שרכשתי במחיר כבד, מצקצקים בלשון ומדברים על שוויון? זה מוזר בעיני.

כנראה שזו עובדה שכירורגים יוכלו ליהנות מהכנסות השר"פ יותר מרופאים במקצועות אחרים. אם עבודת כל הרופאים הייתה זהה, היה צידוק שישתכרו שכר שווה, אבל זה לא כך. כונן במחלקה רגועה ואלקטיבית מקבל שכר דומה לזה של כונן

רבין. אומר שבמקביל לדיונים על שילוב שר"פ במערכת הרפואה הציבורית יש לדון גם בדרכים למניעת העיוותים שמהלך כזה עלול ליצור.

"הבעיה העיקרית של מערך הרפואה הפנימית אינו מעמד המתמחים שדרושים להם זכו לחשיפה תקשורתית רבה, אלא דווקא מעמד המומחים" אומר הר"ר דיקר. "על המומחים במערך הרפואה הפנימית מוטל עומס רב כתוצאה מכך שהמתמחים הולכים הביתה אחרי לילה של תורנות. כך קורה שרופאים מומחים בכירים עוזבים את המחלקות הפנימיות בגלל העומס הגובר המוטל עליהם לטובת עבודתם באקדמיה, לטובת עבודה מחוץ לכותלי בית החולים. חייבים להישמר מהחרפת התופעה הזאת."

"החולים המגיעים כיום לניתוחים מגיעים במצבים מורכבים וזקוקים לתמיכה מערכתית כוללת ובמסגרת זו הם מועברים למחלקות הפנימיות להמשך הטיפול. התגמול של שירותי הרפואה הפרטיים צריך להגיע גם לרופאים הפנימיים."

דיקר אומר שצריך למצוא מנגנון תגמול לרופאים בכירים ברפואה הפנימית, אלה שרוצים להישאר אחרי שעות העבודה במסגרת מרפאות בית החולים. "מנגנון כזה יעודד הישארות של רופאים בכירים במנגנון הרפואה הציבורית."

### ובמרכז, הרופאים הכירורגים

השאלה "מי המנתח" היא המשמעותית ביותר עבור המנותח. באיגוד הכירורגים מתייחסים לשילוב שר"פ בבתי החולים הציבוריים כתהליך מתבקש וטבעי, כמנוע צמיחה לבית החולים ולמערכת

## עמדת האוצר

למרות שנציגים של משרד האוצר משמיעים לאחרונה, מתחת כל עץ רענן, הערות בעניין מערכת הרפואה הציבורית, הם לא מצאו לנכון להגיב לבקשת "זמן הרפואה"

על דברים שנאמרו כאן והפנו אותנו לדברים שנאמרו בעבר על ידי מר משה בר סימן טוב, סגן הממונה על התקציבים, שאמר במסגרת הוועידה הכלכלית לאומית 2013 של "כלכליסט": "אם מבקשים מהמדינה לתת כסף לנושא מסוים צריך לדעת על חשבון מה. החובה שלנו היא להבטיח שהמערכות המתוקצבות פועלות ביעילות הגדולה ביותר ונכון להיום אין זה כך. מערכת הרפואה הציבורית צריכה לעשות בדק בית". עוד אמר: "בתעשיית הבריאות מוכרים לציבור מוצרים שהוא אינו צריך. הפתרון הוא במניעת הערכוב בין פרטי לציבורי. אם נאפשר לשלב שר"פ ברפואה הציבורית כי אז יוכפלו הפרמיות שמשלם הציבור להכרות הביטוח ויגיעו, במונחים של היום, לכ-7 מיליארד שקל בשנה.



הציבוריים. בקרב ראשי בתי החולים יש מחלוקת על האופן שבו יהיה אפשר ליישם מהלך כזה. פרופ' זאב רוטשטיין, מנהל המרכז הרפואי שיבא תל-השומר, הציג לחברי ועדת גרמן מודל שפיתח שבמרכזו מתן זכות בחירה לכל המטופלים, בלי קשר לסוג הביטוח שבידיהם. לדבריו, ישראל מתרחקת מהמודל האירופאי (שבו השתתפות המדינה בהוצאה הציבורית לבריאות היא בשיעור של 70%-80%) ומתקרבת למודל האמריקאי של פעם, לפני הרפורמה בבריאות שהנהיג הנשיא אובמה (50%-40%). וכי, בשל הגידול באוכלוסייה צפוי שהמדינה תמשיך לפגור בהוצאה הציבורית לבריאות, וכפועל יוצא יגדל הנטל המוטל על כתפי האזרחים.

מודל זכות הבחירה שמציע רוטשטיין נשען על הרעיון שלפיו יוכלו מטופלים לבחור את הרופא ללא קשר לסוג הביטוח שבבעלותם. בחירת הרופא תתבצע באחד משני מסלולים: מסלול בוקר הפתוח לכולם ללא הפעלת הביטוח המשלים שיאפשר בחירה של רופא מכל רופאי בית החולים, ומסלול אחר הצהריים, לבעלי ביטוח משלים/פרטי, שבו יהיה אפשר לבחור רופאים רק מקרב אלה שהתחייבו למכסות של פעילות גם במסלול הבוקר, בתעריפים מוסכמים ובשקיפות ופיקוח מלאים. "מודל זכות הבחירה לכולם", אומר רוטשטיין, מיועדת לקדם את השוויון במערכת הבריאות ואת

הרופא המתחייבים לעבודה במשרה מלאה בבתי החולים הציבוריים". אומר רוטשטיין. "הרופא המחוייב רק לבית החולים הוא הנכס החשוב ביותר של בית החולים, העתודה הניהולית שלו, עורך המחקרים והמחנך של דור הרופאים הבא. ככזה, ראוי לתת להשתכר כראוי במסגרת הרפואה הציבורית". **ההערכה היא שבתי חולים גדולים הממוקמים במרכז הארץ, ייהנו מהכנסת השירות הפרטי, בעוד שבתי החולים הקטנים במרכז ובפריפריה, ייפגעו מנטישת רופאים וחולים. מה דעתך בנושא?** "כל בתי החולים הציבוריים, בלי קשר למיקומם הגיאוגרפי, ייהנו משילוב השירותים הפרטיים". אומר הפרופ' רוטשטיין. "מדובר במערכת שקופה לגמרי שבה יהיה אפשר להציג נתונים, תוצאות, זמני תורים לכל רופא ובכל מרכז, סביר מאוד להניח שכוחות השוק ינווטו היטב את המטופלים בין בתי החולים והרופאים. יהיו מטופלים שיעדיפו להמתין כמה ימים לרופא בכיר בפריפריה, אבל יהיו גם מטופלים שיעדיפו להמתין שלושה שבועות לרופא 'כוכב' במרכז. הרשות תהיה נתונה לכל מטופל לבחור בדרך שהכי מתאימה לו. הדלתות יפתחו בפני המרכזים הרפואיים שיהנו מהאפשרות להעסיק את הרופאים מעבר לשעות העבודה והיציאה לקליניקות הפרטיות, אבל בעיקר יפתחו הזדמנויות שוות לציבור הרחב שיהנה מרפואה מערבית מתקדמת ויוכל לבחור את הרופא שיעניק לו את הטיפול".

**האם צפוי שבתי החולים יצטרפו להתחרות ביניהם על מטופלים מה שיפתח מאבק שיווקי ותופעה של 'רופאים כוכבים'.**

"המאבק על ה'רופאים הכוכבים', בין בתי החולים הציבוריים והרפואה הפרטית, הוא עז ממילא. וכשהרופאים ייבחרו בית אחד שבו יעסקו במהלך כל היום, גם מעבר לשעות העבודה הרגילות, התחרות לא תגבר. רוב הרופאים, מעדיפים לעבוד במקום מסודר אחד ולא לנוע ממקום למקום".

כיום אין שוויון במערכת הרפואה הציבורית, טוען רוטשטיין, "אם ועדת גרמן תאמץ את הצעת, היא תחולל מהפכה אמיתית שתגביר צדק חברתי ומוסרי, שוויון, שיפור איכות השירותים הרפואיים ואת יציבותם הפיננסית".

לעומתו, ד"ר ערן הלפרן, מנהל המרכז הרפואי רבין, מתנגד נחרצות לשילוב שר"פ בבתי החולים הציבוריים. "השר"פ הוא התרופה הלא נכונה למחלה של הידרדרות המקורות של המערכת הציבורית". לדבריו, הבראת המערכת תבוא מהגדלת המקורות מתקציב המדינה ומהפעלת מערכת האשפוז בשעות נוספות. "המנגנון של שר"פ יביא לביצוע פעולות מיותרות, להחרפת מערכת היחסים בין רופאים במקצועות השונים וגם בתוך מחלקות בית החולים ולבלימת ההתפתחות המקצועית של רופאים שייבלמו על ידי מי שחוששים מתחרות בתוך בית החולים. בנוסף, אני מבקש להפנות את תשומת הלב למקרה שפורסם בפגייה של ביה"ח "שערי צדק בירושלים". (באוקטובר השנה נחשף שהורים שילמו למנהל פגייה בשערי צדק סכומים גבוהים לצורך השגחה על בנם. ר.ל.) רופאי ילדים ילינו ובצדק שהם מופלים לרעה בשכרם לעומת הכירורגים".

הלפרן סבור שיש לרכז את כל המאמץ בתביעה מהממשלה להגדיל את ההוצאה הציבורית לבריאות, כמקובל בארצות מערב אירופה, בתוכנית רב שנתית. כך לדבריו התועלת הכלכלית למשק תהיה גדולה הרבה יותר כתוצאה מעלייה ברמת הבריאות של כלל האוכלוסייה.

**מה להערכתך תהיה התגובה הציבורית להכנסת השר"פ לבתי החולים?**

הלפרן: "קשה להעריך. אני חושב שהמחאה החברתית עדיין רוחשת מתחת לפני השטח. עליית מחירי הדיור והמוון והתרחבות תופעה של רפואה פרטית עלולה לגרוף אותנו לאי שקט חברתי מסוכן. על רקע זה אסור להחריף מגמות של אי שוויון בחברה הישראלית, ובוודאי שלא בתחום הבריאות".

## עמדת השר"י



במציאות שבה כ-73% מהאוכלוסייה מחזיקים בביטוחים משלימים, אין זה נכון ואין זה צודק לאפשר לממש אותם רק בבתי חולים פרטיים. מצב זה גורם להחלשת בתי החולים הציבוריים ולא מאפשר לחולים רבים, בעיקר מקרב תושבי הפריפריה, לממש את הביטוח המשלים שרכשו.

המודל שעליו ממליצה השר"י מבוסס על שילובם של שירותי בריאות נוספים, שב"ז, בבתי חולים ציבוריים. זאת בניגוד לשירותי בריאות פרטיים, שר"פ, המבוססים על העיקרון שהחולה מממן את הטיפולים מכיסו וזאת בהנחה שלרוב האוכלוסייה במדינת ישראל יש ביטוחים משלימים. בהר"י ממליצים להגביל את הפעילות הזאת לשעות אחר הצהריים וכך להבטיח שהיא לא תתבצע על חשבון חולים הממתנים בתור לפעילות בשעות הבוקר".

לפי הצעת השר"י יתוגמלו כל הרופאים המשתתפים בטיפול בחולה. ראשי השר"י חושבים שצריכה להיות חלוקה הוגנת שתאפשר גם לרופאים יועצים ממחלקות אחרות ליהנות מפירות הרפואה הפרטית בבתי החולים הציבוריים ולא רק לרופאים המנתחים והמבצעים של הפרוצדורות הרפואיות.