

פרוטוקול מס' 38

מישיבת ועדת הכספים
יום שני, כ"ט בחשוון התשנ"ז (11 בנובמבר 1996), שעה 10:00

נכחו:

חברי הוועדה:

מ' קליינר - מ"מ היו"ר
ר' אדרי
פ' בדש
נ' דהן
צ' הנדל
י' הראל
א' יחזקאל
א' סעד
א' פינס-פז
א' רובינשטיין
א' שוחט
ש' שמחון

מ"מ:

ח' אורון
מ' איתן
ר' אלול
ש' הלפרט
י' יהב
ס' לנדבר
מ' שטרית

מוזמנים:

שר הבריאות צ' הנגבי
פרופ' ג' ברבש - מנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר י' ברלוביץ - משרד הבריאות
ג' בן-נון, ש' ז' ילונקה, א' להב,
מ' מוהילבר, י' נבו - משרד הבריאות
א' ארבל, ה' בלינדה, ז' ינון, י' נוה,
ש' צמח, ד' רבינר, נ' רז - משרד האוצר

יועץ משפטי:

א' שניידר

מזכיר/ת הוועדה:

א' קרשנר

יועצת כלכלית:

ס' אלחנני

קצרנית:

א' לוי

סדר-היום:

1. תקציב משרד הבריאות לשנת 1997
2. תקנות הסדרים במשק המדינה (ארנונה כללית ברשויות מקומיות בשנת 1997)
3. תקנות המים (תעריפי המים המסופקים מאת "מקורות") (תיקון מס' 3)
4. שינויים בתקציב לשנת 1996

תקציב משרד הבריאות לשנת 1997

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני פותח את הישיבה.

אני מבקש להביע את התנצלותו של השר, הוא פשוט נתקע בפקק, אבל היות שהכוונה בלאו הכי הייתה שהמנכ"ל יציג את הדברים, אני מציע שנתחיל בסקירה, ולאחר מכן השר יצטרף ויהיה נוכח בישיבה.

אמנון רובינשטיין:

זה היה אחד הדברים שתמיד הקפדנו עליו גם מצד של שרים וגם מצד של חברי כנסת, שלסקירות יבואו שרים בזמן.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני מקבל את זה רק בגלל העניין שפה יש איחור טכני, לא חוסר כוונה. מבחינת ייעול אני מציע שנתחיל.

אברהם שוחט:

אני מניח שהפקק ממבשרת לירושלים הוא לא חד-פעמי.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

כן, אבל הוא כמעין המתגבר.

רשות הדיבור למנכ"ל.

אברהם שוחט:

קודם כול מגיעות לו ברכות, זו פעם ראשונה שהוא בא לוועדת הכספים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני באמת מברך אותך. כתל-אביבי מי כמוני יודע אילו הישגים ואיזו רוח חדשה הבאת לתפקיד האחרון שלך. אני רוצה לאחל לך ולעם ישראל שכמו שהצלחת בתפקיד האחרון, אותה רוח גם תביא למשרד הבריאות. אני מאחל לך הרבה הצלחה.

פרופ' ג' ברבש:

תודה רבה.

אני לא מתכוון להיכנס לפרטים החשבונאיים של התקציב. יעשו את זה מיומנים ממני. אני בסך הכול חודש בתפקיד. אני רק אצביע על כמה נקודות שהן בבחינת highlights, איפיונים שיאפיינו את הפעילות של המשרד בעקבות התקציב הזה בשנה הקרובה, ושהם שווים אזכור.

אני אחלק את דבריי לנושא של התקציב ולהיבטים שקשורים למשמעות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בהיבטים של תפעול המשרד לשנה הקרובה.

הנקודות שאני רוצה לציין בתפעול לשנה הקרובה הן: הגענו להסכמה עם האוצר

על פתרון הדרגתי של נושא הקודים לאשפוז סיעודי. האוצר הקצה השנה 80 מיליון שקל לטובת אשפוז סיעודי, שממנו כ-30 עד 40 מיליון הולכים להחזר חובות קיימים, לפתרון בעיית חובות בתחום הזה, והשאר לקודים חדשים שיוקצו למערכת. ההערכה שלנו שיוקצו במשך 4-5 השנים הקרובות עוד כ-50-60 מיליון שקל עוד שנה, ובקצב הגידול הנוכחי אנחנו צופים שהבעיה של אשפוז סיעודי תיפתר בעוד 4-5 שנים. עכשיו יש כ-2,500 שממתינים לסידור סיעודי.

אברהם שוחט:

כמה עולה קוד?

פרופ' ג' ברבש:

היום 75 אלף שקל.

אמנון רובינשטיין:

מה זה קוד?

פרופ' ג' ברבש:

קוד זה הנומקלטור שאנחנו משתמשים בו בסלוגן שלנו, של המשרד, כמה עולה לנו לאשפוז מי שהוא סיעודי לשנה. כך שאם הקצב הזה יימשך אנחנו צופים שב-4-5 שנים תיפתר הבעיה. כמובן, קיים באיזשהו מקום החשש שיצוצו חדשים, שהיום מחכים והם לא רשומים. אבל המספרים ודאי לא יהיו כאלה גדולים.

נקודה שנייה: סגירת פערים במגזרי המיעוטים. כאן סיכמנו עם האוצר על הקצאה של 6 מיליון שקל נוספים על 4 מיליון שקל שקיימים היום במשרד, על מנת לסגור פערים במגזרים האלה, פערים שקיימים, למשל בנושא תמותת תינוקות. בוודאי חלק מזה ילך לכיוונים האלה.

היבט שלישי זה היבט של פיתוח. פה ההקצאה של האוצר נכון להיום היא 30 מיליון שקל. זה כלום. אנחנו נכנסים לדיונים עם האוצר. הבאתי פה טבלה שלחלק מכם ודאי מוכרת, אבל היא מצביעה על מספר מיטות - שיעור המיטות הכלליות לאלף נפש במדינת ישראל. אתם יכולים לראות אותנו יפה מאוד בצד ימין בקצה - 2 וחצי מיטות לאלף נפש. התוצאה היא מצוקת אשפוז. כבר תכוננו שבעוד חודש תשמעו על אסון במחלקות הפנימיות בחורף. זה דבר שגם אם נקבל עליו החלטה היום הוא לא יפתר מחר וגם לא בעוד שנה.

אברהם שוחט:

מה יש בבנייה היום?

פרופ' ג' ברבש:

בנהריה סיימו. באשקלון בדרך לסיום. בהלל-יפה בבנייה. יש עוד כ-200-250 מיטות בדרך. זו טיפה בים.

אברהם יחזקאל:

הייתה תכנית שאתה יודע עליה בתקופתו של שר הבריאות הקודם בנושא מיטות בבתי-חולים ממשלתיים, למשל וולפסון. ביקשו להוסיף עוד 200 מיטות.

מ' מוהילבר:

בוולפסון בתכנית היו 72 מיטות. בוולפסון ביקשו אבל הם לא בתכנית.

פרופ' ג' ברבש:

יש תכנית לשנת אלפיים. התכנית כוללת תוספת מיטות בסדר גודל של 2,800 עד 3,000 מיטות בשנת אלפיים. התכנית הזו הוגשה בקדנציה הקודמת ונדחתה.

אברהם שוחט:

לא היה דיון.

פרופ' ג' ברבש:

זה בעמ' 71 בחוברת התקציב. הנושא הזה נוטרל מסיבות כאלה ואחרות. לא משנה כרגע.

אברהם שוחט:

התנגדתי שיהיה דיון חודש לפני הבחירות.

פרופ' ג' ברבש:

אנחנו נמצאים בתחילת משא ומתן עם האוצר על מנת להגיע להסכמה על פריסה קטנה יותר של מיטות תוך שיקול דעת שלנו מחדש לגבי המיקום שלהן וההיקף שלהן, ואני מקווה שעד סוף דצמבר נגיע להסכמה בנושא הזה ונלך קדימה לתכנית מסודרת לשלוש-ארבע שנים קדימה. אבל ברור שה-30 מיליון שקל האלה הם אפילו לא התחלה בנושא הזה. אגב, עלות של מיטה היא כ-120 אלף דולר.

אמנון רובינשטיין:

נכון שהשיעור הזה אצלנו נמוך מאוד, לעומת זאת שיעור הביקור אצל רופאים הוא גבוה מאוד. לכן ייתכן שיש פה איזה סט-אוף בין ביקורי רופאים ואשפוזים, ואם זה נכון כך, זה דבר חיובי. כי אני חושב שאשפוז זה דבר שכדאי להימנע ממנו.

פרופ' ג' ברבש:

אני לא חושב שזה קשור לזה. הם ממשיכים לשלוח את מה שהם יכולים. לא בגלל זה שולחים פחות. זה לא אחד מאזן את השני. להיפך. האמת היא שאם הרפואה הראשונית הייתה יותר טובה יכול להיות שחלק מהאשפוזים היו נמנעים. העובדה שיש יותר ביקורים לא בהכרח מלמדת על איכות הרפואה.

אמנון רובינשטיין:

אבל יש כאן סט-אוף לפי הנתונים ההשוואתיים הבין-לאומיים. ישראל גבוהה מאוד בביקורי רופאים ונמוכה מאוד במיטות כלליות.

פרופ' ג' ברבש:

ישראל היא מדינה עם מאפיינים מאוד מאוד מעניינים מבחינת דמוגרפיה, מבחינת התנהגות של אנשים. הבדיחה על ההוא שהלך לרופא עד שהוא היה חולה ויום אחד לא הגיע, מאוד מאפיין את האוכלוסייה הישראלית. זה לא בהכרח מלמד על איכות טיפול טובה. אנחנו רואים את זה גם בחולים שהיו יכולים להיות מאוזנים יפה בקהילה, לא

מאוזנים וחוזרים לאשפוז.

אמנון רובינשטיין:

ישראל הרבה יותר צעירה מאירופה וארצות-הברית לכן זה לא דומה.

ג' בן-נון:

ארצות-הברית במבנה הגילאי שלה די דומה לישראל.

פרופ' ג' ברבש:

הדלתה של שינוי להזדקנות קיים פה ולא קיים במקומות אחרים. אנחנו נאלצים להתמודד עם שינוי באופי האוכלוסייה - יש יותר זקנים. השיעור של גידול בזקנים הוא גדול יותר בארץ מאשר באירופה. אני מדבר על קצב הגידול. זה מצב נתון שמשתנה לנו כל הזמן, בין השאר בגלל העלייה.

אברהם שוחט:

מה קורה במיטות הפרטיות האשפוזיות? האם יש תופעה? האם יש השקעות? האם זה גדל או סטטי? אני מדבר על הגופים הפרטיים, לא על הקופות הציבוריות והממשלתיות.

פרופ' ג' ברבש:

הסיפור הזה הוא מעט מורכב לתשובה של כן ולא. ככלל אנחנו לא כל כך מעודדים השקעות פרטיות בתחום של האשפוז הכללי, מכיוון שהשקעה פרטית מטבעה לא תתעסק עם התמהיל של החולים שהוא הבעייתי, אלא תיקח אליה את החולים שהם יותר קלים, ולמעשה תגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות בלי להקל על המערכת. לעומת זאת, אם יבוא משקיע פרטי ויגיד, אני רוצה להקים בית-חולים סיעודי, הוא יתקבל בברכה. כי בנושא הזה חסרות לנו מיטות, חסרות לנו השקעות. כך שאחת לתקופה יש פנייה של משקיע כזה או אחר שרוצה לבוא לכאן ורוצה לפתוח בית-חולים פרטי.

אברהם שוחט:

לא הייתה פנייה בקריית מוצקין?

מ' מוהילבר:

הייתה פנייה בתקופתו של סנה. הסתבר שהם רצו מחלקות נבחרות עם פריטי רפואה נבחרים, וזה ירד מהפרק.

אמנון רובינשטיין:

אתם כותבים כאן שהמגמה של המשרד היא לעודד בניית מיטות פרטיות.

פרופ' ג' ברבש:

בתחום הסיעודי. בתחום הסיעודי חסרות הרבה מאוד מיטות. אנחנו נעזרים פה בהרבה מאוד גורמים כמו ה"קלימס קונפרנס" שמגיעים לפה.

סופה לנדבר:

במה מתבטא עידוד של בניית מיטות סיעודיות?

פרופ' ג' ברבש:

זה אומר שאם יבוא משקיע, ומגיעים משקיעים כאלה, או גוף כזה או אחר, ואומר: אני רוצה לשים כסף כדי לבנות מאה מיטות סיעודיות באזורים שאנחנו במצוקה בהם, הוא יקבל אישור בקצב מזורז מאוד, תוך חודש-חודשיים.

סופה לנדבר:

אדמה הוא צריך לרכוש?

פרופ' ג' ברבש:

הוא עושה את החישובים הכלכליים שלו, העלות של כל מה שקשור בזה. אבל הרווח הוא רווח מאוד סביר.

נקודה נוספת לציון היא, שכ-70% מהתקציב של המשרד ממומן ממכירת שירותים שהמשרד מביא.

נקודה נוספת לציון: יש לנו הסכמה עם האוצר ללכת על פרויקט, שאני חושב שכדאי שתדעו עליו, שהוא פרויקט שמתחיל לאיים על מדינת ישראל במובן של בריאות הציבור, וזה הנושא של שחפת. בעקבות גלי העלייה גם מאתיופיה וגם ממזרח אירופה, שיעור השחפת בארץ הולך ועולה. זה נתון שאם אנחנו לא מתמודדים אתו במהירות מאופי הדברים ומאופי האוכלוסייה הזאת זה מחייב מעקב בתוך האוכלוסייה, כולל לדעת שאנשים שהם נשאים או שהם נדבקו בשחפת או באו עם שחפת, יקבלו טיפול, ומישהו צריך ללכת לראות שהם מקבלים את התרופות. ממש כך. אחרת אנחנו נגיע למצב שהשחפת שהפכה להיות מחלה שנעלמה למעשה, תהיה מחלה שתהפוך להיות בעיית בריאות ציבורית ממדרגה ראשונה שלנו. יש הקצאה של תקציב של כ-4 מיליון שקל לנושא הזה עם תקנים, והנושא הזה הולך לקבל טיפול מאוד אינטנסיבי ממוקד בשנה הקרובה.

אברהם שוחט:

זו מחלה שיש לה טיפול?

פרופ' ג' ברבש:

יש לה טיפול, אם כי בשנים האחרונות היא הפכה להיות יותר ויותר רזיסטנטית לטיפולים מקובלים, וזה דורש תרופות שלא היו מקובלות בעבר. יש כמה מחלות מהסוג הזה - - -

אברהם שוחט:

נחזור לקדחת עוד מעט.

פרופ' ג' ברבש:

אבעבועות שחורות זה גם כן מחלה שהיום כבר לא מחסנים נגדה.

אלמנט אחרון שקשור לתקציב השנה הוא הנושא של ההתחשבות עם הקופות. למי שמכיר, רק במילה אחת: עד היום, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכחלק מהסכם ההבראה עם קופות החולים, לקופת חולים כללית היה הסכם שנקרא "קפינג", דהיינו - מגבלה על מכירת השירותים לקופות החולים. דהיינו, אם קופות החולים צרכו מעבר למה שהמגבלה הזו חייבה, בתי-החולים למעשה נתנו את השירות הזה ללא תשלום.

אברהם שוחט:

רק הממשלתיים.

פרופ' ג' ברבש:

הממשלתיים והציבוריים חלקם.

מ' מוהילבר:

מ-1996 גם הציבוריים.

פרופ' ג' ברבש:

בפועל קופות החולים כולן יחד צרכו למעלה מ-200 מיליון שקל מעבר לשירותים שהוגדרו להן בסל של הקפינג בשנים 1995 ו-1996. זאת אומרת, היה פה איזשהו סבסוד של המערכת הממשלתית-ציבורית את קופות החולים.

אמנון רובינשטיין:

לפי העיתונים אפשר היה לחשוב שהכול מתמוטט.

פרופ' ג' ברבש:

הבעיה היא שכתוצאה מהדבר הזה, ברגע שביט-חולים גמר את הקפינג שלו מול קופה הוא אמר, רבותיי, סטופ, אני מבקש להאט את הקצב כי אני לא יכול למכור שירותים ולא לקבל עבורם תשלום. הדבר הזה בלט עוד יותר במכירת שירותים שמחוץ לתקציב, דהיינו, דרך קרנות מחקרים, ששם מתבצעת עיקר פעילות קיצור התורים. כך שזה מיד התעורר. נכון להיום הגענו להסכמה עם האוצר, ולמעשה קופות החולים לא אוהבות את ההסכמה הזאת, אבל הגענו להסכמה שיש קפינג של 2%, אותו קפינג שהיה בשנים שעברו, אבל אם קופה צרכה מעבר לקפינג של 2%, היא תתחיל לשלם מה שנקרא אלפא 50 - תתחיל לשלם 50% מהתעריף הרשום שאתו היא צרכה עד אותו רגע. דהיינו, בית-החולים נשאר עם העלות השולית תמורת השירותים שהוא מוכר מעבר לקפינג. עדיין הוא יכול למכור ולא להפסיד. התוצאה תהיה שקרוב לוודאי הקופות לא יצרכו הרבה יותר מעבר לקפינג, אבל מה שהם יצרכו מעבר לקפינג, אותם 200 מיליון שקל או 300 מיליון שקל, יינתנו במחיר שוק ב-150 מיליון שקל. זאת אומרת, 50% מהתעריף.

חיים אורון:

זה נכון גם לקניית שירותים?

פרופ' ג' ברבש:

גם דרך הקרנות.

חיים אורון:

של הקופות?

פרופ' ג' ברבש:

של הקופות האחרות מקופת חולים - כן.

אברהם שוחט:

בבתי-החולים של קופת חולים לא היה קפינג.

פרופ' ג' ברבש:

היה.

חיים אורון:

מה שהמדינה מסבסדת את הקופות כולן, קופת חולים מסבסדת את הקופות האחרות.

אברהם שוחט:

את הביקושים קובעים בתי החולים, לא הקופות.

פרופ' ג' ברבש:

אבל הקופות מפעילות בקרה מאוד מאוד אינטנסיבית.

המצב נכון לסוף השנה הזאת, עד לפני החודש האחרון, היה שמה שראית לפני ארבע-חמש שנים, שנעלמו התורים לניתוחי מעקפים וצנתורים, פתאום חזרו. זה גם כן מצב שאתה לא רוצה לחיות אתו. אנחנו הולכים לניסיון. אנחנו במפורש אומרים שזה ניסיון של פעם אחת.

אמנון רובינשטיין:

עדיין זה זהב בהשוואה לאנגליה.

פרופ' ג' ברבש:

אתה לא רוצה לאמץ את השיטה של אנגליה.

אמנון רובינשטיין:

חס ושלום.

אברהם שוחט:

אני מאמין שבגדול אתה אמרת אמנם שאתה לא רוצה להתעסק בעניין התקציבי, אבל אני רואה שבעצם התקציב מבוסס על ההנחה שאין מס מקביל.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

התקציב הזה מבוסס על בסיס כל ההצעות שבחוק ההסדרים.

פרופ' ג' ברבש:

אני מסיים את הפרק שלי על הנושא של תקציב ועובר להיבטים שקשורים לחוק ההסדרים וחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

כמה שינויים שקרו: במסגרת חוק ההסדרים הוחזר הטיפול ביולדות מהקופות לביטוח לאומי. דהיינו, התשלום לבתי-החולים כולם בגין יולדות - מה שנקרא ביטוח אימהות - שהיה בעבר בידי ביטוח לאומי ובמסגרת החוק עבר לקופות, חוזר חזרה

לביטוח לאומי. הסיבה היא לא מפני שאנחנו רוצים לשמור על אינטגריטי של טיפול ורצף של טיפול, כי זה הפוך לזה, אלא כיוון שבתי-החולים סבלו מפיגורים מתשלומים גם עבור החלק הזה מהקופות. העדפנו להחזיר את הנושא הזה לידי הביטוח הלאומי כדי לשמור שלפחות החלק הזה של ההכנסות של בתי-החולים לא ייפגע מפיגור בתשלומים.

אברהם שוחט:

הורידו את הסל בסכום מקביל?

פרופ' ג' ברבש:

כן. עדכנו את הכול בסכום מקביל.

אברהם שוחט:

כמה זה?

ג' בן-נון:

590 מיליון.

אברהם שוחט:

על-פי 100 אלף לידות?

ג' בן-נון:

היום יש 118 אלף לידות בשנה.

פרופ' ג' ברבש:

הנושא של ביטול מס מקביל: היה לנו ויכוח עם האוצר בנושא הזה. הבנו שהחלטה להוריד את מס מקביל לא נגזרה ממערכת הבריאות אלא נגזרה משיקולים אחרים של הפחתת העלויות למעבידים. לומר את האמת, אנחנו לא אוהבים את העובדה שמקור למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהיה מסומן וצבוע נעלם והופך להיות טבוע בתוך התקציב.

אמנון רובינשטיין:

לא צבוע בתוך התקציב, טבוע, נעלם.

פרופ' ג' ברבש:

יחד עם זה, האוצר הלך לקראתנו בנושא אחר: לאוצר בניסיון שלו בהעברה של חוק ההסדרים היה ויכוח לגבי סעיף שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקרא סעיף (5) (א) 13, שהוא הסעיף שמגדיר את המחויבות של ממשלת ישראל למימון עלות הסל במידה והגבייה ממקורותיה השונים לא מספיקה לכסות את זה. בנקודה הזאת ההתחייבות של הממשלה נותרה בעינה. כך שאנחנו פחות מוטרדים מהעובדה שמס מקביל לא צבוע, כיוון שממילא קיימת ההבטחה הזאת.

אבי יחזקאל:

על כמה עומדת היום ההתחייבות הזאת במידה והייתה מיושמת?

פרופ' ג' ברבש:

היא עומדת על כל עלות הסל.

אבי יחזקאל:

מה ההפרש?

פרופ' ג' ברבש:

השנה ההפרש הוא כמיליארד שקל. מה שהאוצר ניסה לעשות, הוא אמר דבר כזה: יש גבייה של הקופות, גבייה עצמית, שהשנה התמקדה בסביבות 700 מיליון שקל. עליה נוספים עכשיו ה-500 מיליון שקל שמתוכננים לגבייה מהציבור. האוצר אמר, אם אני נותן אזור ביטחון מה עם צפי של הקופות לגבות את הכסף? אני מבקש להוריד את הביטחון שאני נותן לקופות ולהגיד, אני אחראי לסל אבל עד לסכום של הגבייה העצמית. אנחנו שכנענו את האוצר בעובדה שגם בהיעדר התנאי הזה הקופות גבו השנה יפה מאוד, ואפילו הגדילו את הגבייה העצמית. אנחנו מאמינים שהם גם יגבו השנה. אם כי כשנגיע לנושא של ה-500 מיליון שקל נביע את דעתנו בנושא הזה. כך שהביטחון הזה קיים.

יש יתרון נוסף לנושא של ביטול מס מקביל. מי שמכיר את הנושא של החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מכיר את הסיפור של החודש החסר, שרץ אתנו לאורך כל הדרך. מה שקורה עכשיו עם ביטול מס מקביל הולך לפתור את הבעיה עם החודש החסר. כיוון שלמעשה האוצר מתקצב את שנת 1997 מינואר מלא, ולמעשה חודש דצמבר של גביית מס מקביל משתלם בינואר, וזה עודף על התקצוב של האוצר. כך שלמעשה הגבייה הזאת של מס מקביל של חודש דצמבר, שתשתלם בינואר, בנוסף לתקצוב שפרוס על השנה כולה, יאפשר לנו לסגור סוף סוף את הנושא של החודש החסר.

אברהם שוחט:

אבל במס בריאות יש חודש חסר.

פרופ' ג' ברבש:

המס המקביל מכסה את זה.

אברהם שוחט:

זה באותם שיעורים?

פרופ' ג' ברבש:

בערך.

חיים אורון:

איך מורכבים 15 מיליארד? כמה זה מס בריאות? כמה תקציב המדינה וכמה הקופות?

פרופ' ג' ברבש:

אני אסיים ואחר-כך מישהו יותר טוב יתייחס לזה.

שתי נקודות למחשבה: קיים פער מובנה בין עלות סל שירותי הבריאות לבין

המקורות שמממנים אותו. יותר מזה, קיים גם פער בין עלות הסל לבין מה שהוא בפועל עולה לקופות. בשנה שעברה גמרו הקופות עם גירעון של כ-200 מיליון שקל. השנה הן תגמורנה בגירעון של כ-800 מיליון שקל. בשנה הבאה למעלה ממיליארד, לפי הערכתנו, אם לא עושים שינוי במסלול שעליו אנחנו הולכים. המסר הוא מאוד ברור: אם אנחנו לא נוקטים צעד שמשנה את המסלול הזה, המערכת הולכת לקריסה בעוד שנה, בעוד שנתיים, ויצטרכו למכור את קופת חולים כללית פעם שנייה או פעם שלישית בשביל לממן את זה. הממשלה תצטרך להתערב.

אנחנו יושבים כרגע בדיונים גם עם הקופות, גם עם האוצר, על מנת לגבש עסקת חבילה להבראת משק הבריאות, כשהמטרה בגדול היא לבוא עם כמה חסכוניות מצד המערכת שלנו, גם בתי-החולים הממשלתיים, גם הקופות. יש הרבה מאוד נושאים שאפשר לחסוך בהם, אם כי הסכומים הם לא בשמים.

אברהם שוחט:

זה בגלל צד ההוצאות או צד ההכנסות?

פרופ' ג' ברבש:

זה בגלל צד ההוצאה ובגלל המידוד הלא נכון של הסל.

אברהם שוחט:

זאת אומרת, הסל הוערך נמוך מדי?

פרופ' ג' ברבש:

הסל ממודד לא נכון. הסל לא לוקח בחשבון 2.5% גידול של אוכלוסייה, הוא לא לוקח בחשבון טכנולוגיות, ובפועל ההוצאות האלה ניכרות בשטח. הקופות עומדות מול הציבור שגדל בהיקף שלו, צריכות לתת את השירותים, אבל המקורות שמוזרמים אליהם לפי עלות הסל לא מספיקים לכסות את זה.

חיים אורון:

הסל שהחלטנו עליו אז, אם היינו מכניסים את שני האלמנטים האלה, לא היה גירעון?

אברהם שוחט:

מ-1995 ל-1996 כמה העלו את הסל?

ג' בן-נון:

פחות מ-2%.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

והשכר.

אברהם שוחט:

השכר לא עולה עכשיו.

פרופ' ג' ברבש:

אגב, הוא כן עולה. אבל הוא עולה עדיין יותר מאשר המגזר הציבורי.

אברהם שוחט:

אני חושב שיש ירידה ריאלית. הרופאים ויתרו על ההעלאה.

פרופ' ג' ברבש:

לא ויתרו, דחו. זה בא עכשיו, ב-1997.

יכול להיות שזה יקרה בעוד קדנציה או בעוד שנתיים, אבל אם אנחנו לא נוקטים היום צעד דרסטי להבריא את המערכת, כולל שותפות של האוצר בסיפור הזה, המשמעות היא שהמערכת קורסת. כדאי שהדבר הזה יירשם ויידעו את זה כולם.

הדבר האחרון הוא הנושא של ה-500 מיליון שקל. לנו ברור, אנחנו לא תלושים מהמציאות שבה אנחנו חיים, שצריך לקצץ בתקציב וברור שגם מערכת הבריאות עם כל האילוצים הקשים שבהם היא מתמודדת צריכה להשתתף בזה. לכן נאלצנו ואנחנו מקבלים את זה, אנחנו מייצגים פה ממשלה, נאלצנו לקבל על עצמנו את הקיצוץ של 500 מיליון שקל. להערכתנו, ה-500 מיליון שקל האלה הם הערכה, הם לא ייגבו במלואם. אנחנו לא מאמינים שיש פה אפשרות לגבות יותר מאשר 300 עד 350 מיליון שקל במקרה הטוב. אנחנו בנושא הזה חצויים.

אברהם שוחט:

אני רוצה לשאול שאלה פוליטית. אתה חייב לתת את התשובה כי התשובה היא לא פוליטית. כאשר היה דיון בממשלה, הייתה כאילו החלטה בנושא הבריאות של שר הבריאות עם שר האוצר, שינסו לחפש מקור אחר או דרך אחרת, לא בדרך של תרופות וביקורי רופאים?

א' ארבל:

החלטת הממשלה הייתה שתהיה גבייה על כל ביקור אצל רופא, אבל ההתחשבות באוכלוסיות מיוחדות תידון על-ידי שני השרים.

פרופ' ג' ברבש:

אנחנו באנו עם מספר הצעות לאנשי האוצר. להערכתי, לא נימלט מזה אם נצטרף לאיזשהי עסקת חבילה. למשל, להגדיל את המס על סיגריות, שזה נושא שהופך להיות היום יותר ויותר מוצדק, מקובל בעולם הערבי.

אברהם שוחט:

יש לנו בעיה עם READ MY LIPS.

פרופ' ג' ברבש:

אני חושב שבנושא הזה אין בעיה לגבות יותר. זה נושא שאפשר להשיג עליו קונסנסוס חברתי. זה נושא שמסליך על הבריאות.

שמואל הלפרט:

בכמה עלה השכר לרופאים ולעובדי הבריאות בשנתיים האחרונות?

פרופ' ג' ברבש:

אני יכול להיפטר מהשאלה שלך ולהגיד, בשנתיים האחרונות - כמו המגזר הציבורי. אבל אני לא אענה לך ככה. ב-1994 הוא עלה ב-60%.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

100% אחיות, 70% רופאים.

אברהם שוחט:

לא.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

את הנתונים קיבלתי ממנכ"ל קופת חולים שלך.

שמואל הלפרט:

פי 2 ממה שהיה ב-1994.

פרופ' ג' ברבש:

הסכמי השכר נחתמו ב-1993 ויושמו ב-1994. עליית השכר בסקטור הבריאות מ-1993 ל-1994 הייתה 43%. מ-1994 ל-1995 - 15%, שזה לא שונה מהותית מהסקטור הציבורי. בשנת 1995 ו-1996 זה כבר פחות מהסקטור הציבורי. אבל העלייה הגדולה, וזה מה ש"דפק" למעשה את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כי כל הרזרבות שתוכננו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כ-800-900 מיליון שקל, נגנזו באותו רגע שהיה הסכם השכר.

שמואל הלפרט:

זו הסיבה לגירעון?

פרופ' ג' ברבש:

היות ואנחנו מדברים על מערכת שעיקר התפעול שלה, 70% מהתפעול שלה הוא כוח-אדם, ממילא ברגע שכוח-האדם עולה ב-40%-50 זה משליך על התפקוד של המערכת.

אברהם שוחט:

זה היה ב-1993 ולא ב-1996.

אברהם שוחט:

זאת אומרת, ה-500 מיליון מבחינתכם, אתם פועלים על-פי מה שהוגש בחוק ההסדרים?

פרופ' ג' ברבש:

אנחנו נערכים במערכת להתכונן לגבייה של ה-500 מיליון שקל האלה. בוודאי.

אברהם שוחט:

זה יירד מתשלומי הסל?

פרופ' ג' ברבש:

זה יתוסף למקורות וזה יקטין את החלק.

אברהם שוחט:

אבל הבנתי שזה חובת הקופות?

פרופ' ג' ברבש:

נכון.

אברהם שוחט:

אפילו אם הם לא יגבו, זה יהיה סכום הקנס שהם ישלמו?

פרופ' ג' ברבש:

זה לא מדויק, מפני שהממשלה עדיין חייבת את הפער. אם הפער כתוצאה מגבייה נמוכה של הקופות יגדל, הממשלה חייבת בו.

אברהם שוחט:

נדמה לי שהובא בפנינו שזה קשיח?

א' ארבל:

היום לפי החוק הנוכחי, אם הקופות לא גובות, אנחנו צריכים להשלים. אם הן גובות יותר מאשר הן צריכות, אנחנו צריכים להשלים פחות.

אברהם שוחט:

מה קורה עם ה-500 מיליון? ה-500 זה סכום קבוע, זו הערכה והקופות חייבות לעמוד בו? אם הן יגבו רק 100 ולא 500, האם הממשלה תשלים?

מ' מוהילבר:

ברגע שחוק ההסדרים החדש יעבור ואז מסתבר שהנושא של ההכנסות העצמיות יוצא מזה, ברגע שהקופות לא יגבו, זה יהיה על חשבונן.

ג' בן-נון:

בתכנית העבודה של 97 נקודת המוצא היא שיש 500 מיליון שקל. הם הופחתו מהעלות, ואז השלמת המדינה היא פחות 500 מיליון. המבחן של זה יהיה בסוף 1997.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

פרופ' ברבש, בזה תמה סקירתך. הסדר יהיה שעכשיו נעשה סבב של התייחסויות חברי הכנסת. אחר-כך יהיו תשובות לשאלות ולהתייחסויות.

יורי שטרן:

אני מתנצל מראש אם הדברים שאני רוצה לשאול כבר עלו במהלך הסקירה של המנכ"ל. קודם כול, הטענות של קופות החולים, שבעצם הגבייה כפי שהיא לא מגיעה בסוף לקופות החולים. כלומר, המדינה גובה כסף שאמור להיות כולו לשירותי רפואה, אבל מה שמגיע למערכת זה פחות.

פרופ' ג' ברבש:

ייתכן שמה שאתה מתכוון זה לנושא של ביטול מס מקביל. אבל מה שקרה פה זה שביטלו את מס מקביל שהמדינה גבתה, אבל המדינה בתמורה לזה תקצבה את המערכת כמו שצריך. הם לא אוהבים את העובדה שמש מקביל שהיה צבוע התבטל ועכשיו זה חלק מהתקציב. אבל זה חלק מהתקציב היום.

יורי שטרן:

הם טוענים שהגבייה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא שווה למה שהמערכת מקבלת, שהיא מקבלת פחות.

פרופ' ג' ברבש:

היום זה מוכנס לתוך התקציב בצורה מסודרת במלואו.

יורי שטרן:

דבר שני: קופות החולים טוענות שהגבייה באמצעותן יעילה יותר מאשר הגבייה הממשלתית, והם מבקשים להחזיר לפחות חלק מהגבייה אליהן, ואומרים שזה יחסוך כסף למערכת וייצור קשר ישיר בין נותן שירות למקבל שירות.

פרופ' ג' ברבש:

אנחנו חושבים להיפך. א. מפני שהמנגנון של הגבייה דרך ביטוח לאומי הוא אחיד לכולם והוא הרבה יותר יעיל מאשר גבייה פרטנית של קופות. ב. העובדה היא שכשהקופות גבו והיו נתונות ללחצים כאלה או אחרים, של גופים כאלה או אחרים, הם גבו פחות מכל מיני סקטורים שהיום לא מקבלים על זה הנחה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

לסדר הדיון: קודם כול, הגיע שר הבריאות ואני כבר התנצלתי על האיחור.

אברהם שוחט:

לא מקובל ששר מאחר שעה לישיבה של ועדה כשהוא צריך לפתוח את הדיון. עם כל הכבוד, עם כל הפקקים, עם כל הסיבות, יש ועדת כספים, יש שר הבריאות ושר משפטים. איחור של חמש דקות, קורה, בסדר. איחור של שעה הוא בלתי סביר לחלוטין ובלתי מקובל.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

גם את זה אמרתי לשר.

שר הבריאות צחי הנגבי:

אני אביא פתק מההורים.

אברהם שוחט:

אם זו התשובה שלך - - -

שר הבריאות צחי הנגבי:

זה לפי טון הדברים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

העברתי את הדברים האלה לשר ואני מציע שנמשיך.

שמענו סקירה של מנכ"ל משרד הבריאות, ומה שאנחנו עושים כעת זה סבב של חברי הכנסת. נגמור את הסבב ותהיינה תשובות. לא תשובות ביניים.

יורי שטרן:

באיזו מידה תקציב הבריאות של שנת 1997 מבוסס על אותם התשלומים החדשים עבור שירותי רפואה שהאוצר מציע? בזמנו אמר שר הבריאות, שהמשרד יבוא עם חלופות להצעת האוצר. האם ישנן חלופות כאלה, ואם כן מה הן?

אמנון רובינשטיין:

הערה כללית אחת וכמה שאלות. ההערה הכללית היא, שישראל היא בסך הכול סיפור הצלחה גדול בנושא הבריאות עם שיעור סביר, לא גבוה, מהתפוקה הלאומית, הגיעה להישגים גדולים מאוד בהשוואות בין-לאומיות. אבל יש איים של בעיות שצריך לפתור אותם.

אני רוצה לשאול כמה שאלות. היה פעם רעיון של יצוא שירותי רפואה. אני יודע לפחות מהניסיון האישי שלי, דיברתי גם עם המנכ"ל, שיש מדינה אחת שמאוד שואפת לזה - קפריסין. יש גם יוון, תורכיה והעולם הערבי. התעריפים בארץ הם כל כך גבוהים לאזרחי חוץ, שהם פשוט מאוד עושים את זה כמעט לבלתי אפשרי. הם גם גבוהים לא לפי שיקול כלכלי. כך שיותר זול לנסוע ל"לונדון קליניק" או לאחת מהקליניקות הפרטיות המפוארות של לונדון מיוון ומקפריסין ולחזור בטיסה ולא להגיע לישראל. למרות זאת הם מגיעים לישראל כי הם רוצים גם את המשפחה לידם. האם יש איזו מגמה בעניין הזה? איך משלבים גם בתי-חולים פרטיים בנושא הזה?

לגבי העניין של תשלום עבור ביקור אצל רופא: אם יש אומדן כמה תעלה הגבייה של הדבר הזה? משום שכפי שראיתי, זה נראה מסובך מאוד. זו לא גבייה פר-קפיטה פשוטה, אלא עם מבחנים ומערכת. האם יש אומדן?

אופיר פינס-פז:

ועל מי נופל האומדן.

אמנון רובינשטיין:

זה ברור שהגבייה נופלת על מערכת הבריאות.

סמדר אלחנני:

זה מגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות.

אמנון רובינשטיין:

זה דבר אחד שחשוב. הדבר השני שחשוב כאן הוא זה: שמעתי שהטלת תשלום חלקי על תרופות הקטינה את צריכת התרופות. לעומת זאת לגבי ביקור אצל רופא יש טענה, שזה לא אפקטיבי. אפשר לעשות גם השוואה בין-לאומית - - -

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

גם הביקור אצל רופא לא אפקטיבי...

אמנון רובינשטיין:

אני מאמין ברפואה מונעת וסביבתית. אני חושב שרפואה מונעת ומניעת עישון ודיאטה כוונה מקטין ביקורים אצל רופא ואשפוזים. אבל זה בארץ לא נעשה בצורה מספקת.

אני שואל שאלה טכנית, לא ערכית: האם יש הוכחות שתשלום כזה מקטין ביקור אצל רופא? כי לדעתי, בניגוד לצריכת תרופות שאפשר גם לאגור אותן, וזו הייתה מכה קשה, ביקור אצל רופא, גם כשהוא "מיותר" הוא נובע מצרכים נפשיים, חברתיים, שאני חושב שתשלום כזה לא יקטין. הוא לא גורם מרסן ביקושים או ביקושי שווא. זו ההתרשמות שלי. אבל רציתי להבין אם יש על זה חומר?

לגבי תחזית בניית המיטות ובעיקר המיטות הכלליות, שפה ישראל בהשוואות בין-לאומיות מפגרת. רציתי לדעת אם יש לנו איזו תחזית לשנה, שנתיים, חמש שנים? כי פה, לדעתי, יש בעיה רצינית מאוד.

רציתי גם להתייחס לעניין של הסייעוד בבית. הייתה הצעה מרחיקת לכת, כמובן, נדחתה בחמת זעם על-ידי כל אמצעי התקשורת והארגונים, של שר הבריאות הקודם, להיזקק יותר לסייעוד ביתי, גם באמצעות ישראלים וגם באמצעות פיליפינים. לכל אחד יש ניסיון בסייעוד של הורים, של קרובים, של זקנים. אין אחד מאתנו שלא עובר את זה. אני רוצה לומר לכם מניסיון אישי שלי, שבמקרים רבים כאלה לדאבונני הרב, אין עובדים ישראלים רבים. זה לא רק אפקטיבי מבחינה בריאותית אלא זה הצלת נפשות כשאדם יכול להמשיך לחיות בסביבתו הטבעית, בביתו, ולא לעבור למוסד גריאטרי סיעודי. אני יודע שהביקושים לזה הם עצומים. אנשים מפעילים לחצים כדי לקבל את ההיתרים האלה. לא נזקקים להיתרים, עושים את זה בצורה בלתי חוקית. אני חושב שמוכרח להתייחס לזה בצורה רציונלית ולא פופוליסטית ולא ללכת לפי כל ההמולה הזאת שיש היום בעיתונות על העובדים הזרים. העובדים הפיליפינים הם עובדים סיעודיים מקובלים בכל מקום בעולם, במדינות עשירות מאוד וגם במדינות פחות עשירות, ואני חושב שצריך להתייחס לעניין הזה התייחסות רציונלית ולא להטיל את זה על העניין הזה שצריך להכניס אותם למוסדות שאנחנו יודעים כמה קשה להיכנס אליהם וכמה זה עולה. טיפולתי במשפחה שהייתה צריכה אשפוז כזה, ממש קריעת ים-סוף. ההוצאות הכספיות הן עצומות. אותה אשה אומללה, דלת אמצעים, היא עצמה התחננה לפני שאני אשיג לה היתר לעובד סיעודי פיליפיני. אמרתי לה שאני לא יכול להתעסק עם זה. אבל אני חושב שצריך להתייחס לזה התייחסות רציונלית. אנחנו לא מעוניינים לפגוע באנשים על סמך הלך-רוח ציבורי.

מוכרחים להציג בפנינו, אדוני שר הבריאות, תכנית איך מכסים על הגירעון הגדל עקב גידול העצום של האוכלוסייה בישראל, הזדקנותה והחידושים הטכנולוגיים. ישראל מציעה כאן ביקור אצל רופא, לעומת זאת יש דרכים אחרות. יש טיפולים מיוחדים יקרים מאוד, שאני חושב שבעלי אמצעים יכולים להשתתף במימוןם.

אתן דוגמא אישית: אני מכיר מישהו שקיבל טיפול בלתי רגיל בהשתלת קוצב לב מיוחד שמחירו ליחידה הוא 50 אלף דולר. אני חושב שכשיש לאדם אמצעים הוא צריך לשלם. צריך להיות מבחן הכנסה לטיפולים יקרים כאלה, וזה הרבה יותר הגיוני מאשר תשלום עבור ביקור אצל רופא.

אינני יודע מה עמדת המשרד בקשר לאותו פטור לגמלאים שהכניסו בזמנו בוועדת הרווחה. אגב, מי הכניס את זה? עמיר פרא?

ד"ר י' ברלוביץ:

רון כהן.

אמנון רובינשטיין:

מה עמדת המשרד בעניין הזה?

אבי יחזקאל:

אני רוצה ברשותך, אדוני השר, להתייחס לסוגיית בית-חולים וולפסון. על בית-החולים עברו שינויים יפה מאוד מאז שנכנס המנהל החדש, משיח, ויש כמה בעיות קלאסיות: 1. רצונו של בית-החולים לטפל בסוגיה של נוירוכירורגיה.

מדוע אני רואה כאן תגובות?

מ' מוהילבר:

אני חושבת שקיבלת על זה מענה.

אבי יחזקאל:

אני מודיע בעקבות התגובה, שלצערי, ניהול המשרד נובע, ויצא לי לפגוש את פרופ' ברבש ואני מצדיע לו, מכך שמנהלי בתי-חולים שאחר-כך הופכים להיות מנכ"לים של משרדים - ואם מישהו ירצה, אני גם אוכיח לו את זה על מנהלים קודמים שהפכו להיות אינטרנסטים של בתי-החולים שלהם, מתוך הנחה שהם חוזרים אחר-כך לבית-החולים; אם אני אקבל תשובות שמדברות על צדק אובייקטיבי וחלוקת משאבים על בתי-החולים הממשלתיים, אדוני השר, אפשר יהיה להוכיח מהעבר, גם בתקופת הממשלה הקודמת, שמנכ"לים שהיו מנהלי בתי-חולים וחזרו אחר-כך לנהל את בתי-החולים הקדישו משאבים גדולים מאוד עד כדי אפיקים שאני לא רוצה לגעת בהם, ואתה יודע על מה אני מדבר - איך הם תגמלו את בתי-החולים שלהם. לכן אינני מוכן לקבל תשובה לכאורה בשם איזו אובייקטיביות על הקצאת משאבים לבית-חולים וולפסון.

צבי הנדל:

לכן תמיד לוקחים מנהל מבית-חולים אחר ולאט לאט יכסו את כל בתי-החולים...

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני דווקא התרשמתי מאוד מהביטוי "צדק אובייקטיבי". אני חושב שיש צדק אובייקטיבי, הבעיה שכל אחד מסתכל עליו באופן סובייקטיבי.

שר הבריאות צחי הנגבי:

לפי התכנית שלנו בשלוש שנים אנחנו נפרוס את כל מנהלי בתי-החולים על פני תפקיד מנכ"ל המשרד...

אבי יחזקאל:

לפי קצב השחיקה בתפקיד אתם תגידו עוד למנהלי מחלקות כמנכ"לים.

אני מבקש לקבל תשובה: יש סוגיה שנקראת נוירוכיורוגיה. אני מבקש להביא אותה גם לתשומת לבך, למרות שקיבלתי מענה ממשרד הבריאות. אני יודע שבזמנו גם הוכן נייר על הקצאת המיטות ואמצעים נוספים. אני מבקש לדעת האם אתה תיזום, או השר שלאחר־ך - ואני מאחל לך, אגב, הצלחה בתפקידך החדש - האם אנחנו מגיעים למצב שהממשלה הזו תדון בעניין הזה של סוגיית המיטות?

נקודה נוספת: בסך הכול צריך שיהיה ברור לנו כפוליטיקאים, משרד הבריאות הוא משרד שוחק. הוא משרד שהאנשים שעובדים בו הם אנשים שנתקלים כל הזמן בבעיה של חוסר איזון תקציבי טבעי. זו מערכת שאיננה יכולה להשיג לעצמה איזונים תקציביים וכלכליים, ולכן אני קורא לאותם חברים שלנו, הסוציאליסטים, ההומניסטים, שיבינו שאם פה לא יקבלו אנשי המשרד גיבוי - ולא משנה איזה שרים ואיזה מנכ"לים - בנושא של הפערים שהולכים ונוצרים, אנחנו בסך הכול פוגעים במערכת הבריאות.

משפט אחרון: עשה חסד אתנו - העניין של גבייה מקשישים זה דבר שבסופו של דבר פוגע גם ציבורית וגם פוליטית, אבל אני לא בטוח שיש בו יעילות כלכלית ואפקטיביות. לכן תנסו להציג את הפתרון הזה.

חיים אורון:

אני רוצה להתייחס לכמה נקודות.

תחילה - נושא חוק הבריאות. היה קמפיין גדול. קיבלנו כל אחד לפי המיקום שלו באחריות מכתבים. אני קיבלתי כמה מאות מכתבים, מישהו קיבל כמה אלפי מכתבים, מישהו קיבל פחות, בנושא חוק הבריאות. נכון שבקמפיין הזה לא היה ברור בדיוק אם נאבקים בחוק עצמו או רוצים לשפר אותו. אני חושב שמנכ"ל "מכבי" במעבר ממוסד אחד למוסד שני צריך עקומת למידה טיפה יותר עמוקה לפני שפותחים בקמפיין כזה גדול. אבל בעובדה, אני חושב שאילולא חוק הבריאות, וגם השר לא אמר דברים ברורים, לולא חוק הבריאות כל התמונה פה הייתה אחרת. המערכת הייתה קורסת.

יש לי נתוני סקר שנעשה בשבוע שעבר ב"קול-ישראל" על חוק הבריאות ועל שביעות הרצון מקופות החולים. שם שר הבריאות החמיא למנכ"ל קופת חולים מחמאות שלפי דעתי הוא לא זכה להן קודם. ואני אומר זאת לזכותו של שר הבריאות, כי אני חושב שאביגדור כפלן עשה עבודה גדולה בקופת חולים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

הוא דאג שהוא ישתחרר מהעול.

חיים אורון:

מי ששחרר אותו מהעול זה אלה שהובילו את החוק. ואלה שהובילו את החוק, במקרה היו הפעם ממחנה מסוים. אני אומר את זה כי לפעמים בתוך הפוליטיקות שוכחים מי עשה מה.

אברהם שוחט:

כשהייתי שר אוצר, הפגישה הראשונה הייתה עם פסה. בעניין ההון היה חוב, שהממשלה הקודמת, קרי - מודעי, מטעמים שלו איפשר לקופת חולים במס הכנסה, כשבמחירים של היום זה קרוב ל-700 מיליון שקל.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

עשרות שנים לקחו מהם 30%, אבל זה לא הנושא.

חיים אורון:

לקחו מהם 30%. אבל עובדה, אם יש מערכת בריאות כפי שהיא נראית בהשוואות של משרד הבריאות, בכל זאת קופת חולים שהייתה אחראית על 80% מבריאות הציבור יש לה איזה חלק בזה.

אני רוצה לדבר על עכשיו. לפי דעתי, מה שקורה מאז החוק, יש המשך הוויכוח עליו באמצעים אחרים. יש סכנה גדולה לחוק. המנכ"ל אמר קודם: אי-עדכון במסלול שבו הוא הולך, תוך שנה-שנתיים מגיעים למשבר טוטלי. אגב, הנתונים האלה היו ידועים כשחוקק החוק, גם נושא הגידול הטבעי, גם נושא השיפורים הטכנולוגיים וגם אי-התחשבות בממד של ההתבגרות של האוכלוסייה, שיש לו השלכה דרמטית על הוצאות האשפוז.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אם הם היו ידועים למה לא לקחו אותם בחשבון?

חיים אורון:

משום שכמו בכל חקיקה הייתה פשרה בין היכולת של שר האוצר, שבכלל אמרו שהוא קצת לא בסדר כשהוא נתן ידו פעם ראשונה לחוק בריאות ממלכתי, ובין היכולת. יכולתי לציין עוד שלושה-ארבעה נושאים שהיה בהם ויכוח קשה בוועדה המשותפת. למשל, נושא הגריאטריה. למשל, נושא רפואת שיניים עד גיל 18, שזה לא סכום גדול. לפי הטבלאות שלכם, 11% מההוצאה הלאומית היא הוצאה לאומית לרפואת שיניים. אגב, פה אנחנו בשיא עולמי. בתחום אחר אנחנו נמצאים במקום טוב באמצע למטה. ברפואת שיניים אנחנו בהוצאה לאומית קטן ושם זה סקטור פרטי נטו. את הוויכוח ההיסטורי הזה איך התנהלה הרפואה בארץ איך אפשר לנהל בכל מיני צורות. עובדה שבמקום שבו הייתה תחרות בלתי מוגבלת, חופש של כל אחד לבחור מה שהוא רוצה - - -

יורי שטרן:

אף פעם לא הייתה תחרות בלתי מוגבלת, כי זו גילדה שלא נותנת מקום לשום תחרות.

חיים אורון:

הייתה תחרות בלתי מוגבלת כולל בשכם ובחברון וכל אחד בחר איפה שהוא רוצה. כשמגיעים לצה"ל רמת הבריאות הכי נמוכה היא בתחום רפואת השיניים וההוצאה הלאומית לבריאות היא מהגבוהות בעולם בהשוואות בין-לאומיות. יש פה איזה קשר.

אמנון רובינשטיין:

אין פלואוריזציה מלאה במים.

חיים אורון:

אני רוצה לעזוב עכשיו את העבר.

לפי דעתי, המהלך שנעשה, אדוני שר הבריאות, בנושא מס מקביל הוא חמור, הוא קטסטרופלי מבחינת החוק. אני מסתכל בעמ' 31 בספר התקציב ואני כבר רואה איך זה ייראה בשנה הבאה. בשנה שעברה היו כמה סעיפים שבאמצעותם מימנו. היה סעיף 13, שהופיע במיליארד ו-100 מיליון. עכשיו סעיף 13 מופיע ב-100 מיליון. אני מדבר על עמ' 30-31. זאת הטבלה שבאמצעותה מממנים את חוק הבריאות. ב-1996 היו העברות, היה מימון של סעיף 13. עכשיו הכול מופיע בתור באלק. בעוד שנה-שנתיים אף אחד לא יידע ממה צומחות פה הרגליים, ולאט לאט זה יהפוך להיות סעיף תקציבי לכל דבר, כאשר בעבר הוא היה מורכב. הרי איך צמחו הסעיפים האלה? היו עלויות שהעבירו מפה והיו עלויות שהעבירו מפה. מה זה נקרא שהמס הוא לא מס מיועד? אם מס מקביל הוא מס מיועד, פועלים עליו שלושה כללים: 1. הוא הוא הולך רק לתחום זה. 2. אי-אפשר לקצץ אותו. 3. הוא צמוד למה שקורה בתחום הזה, קרי - לעלויות השכר. מעכשיו הוא צמוד למדד התקציב. מי

יפצה? אין פה קביעה שזה צמוד לעליות השכר. ההנחה של חוק הבריאות הייתה, ולכן בהוצאות הבריאות מופיע מרכיב השכר כחלק ממרכיב הסל, שמש הבריאות על שני חלקיו - על המס המקביל ועל המס הישיר - מתנהג ביחס לשכר, לא ביחס למדד המחירים לצרכן, לא ביחס למדד השינויים בתקציב. פה חצי מהסכום זה לא סכום שולי, זה לא עלויות של התרופות, חצי מהסכום מנתקים מהמדד הרלבנטי ויוצרים מדד אחר. חוץ מזה שהוא חשוף לקיצוצים בתקציב, חוץ מזה שהוא חשוף להחלטה שמעלים אותו ומורידים אותו כמו כל סעיף תקציבי אחר - וכמו שאני אומר, בעוד כמה שנים אף אחד לא יידע מאין הוא צמח, כי זה יהיה סכום שיופיע - גם מנתקים אותו מהתחום שהוא היה בבסיס חוק הבריאות. כי חוק הבריאות אמר: יש קורלציה ישירה. לכן העלו את הסף מ-3 ל-4, כמו בביטוח הלאומי, והתייחסו אליו באופן שונה. פה ממוטטים את אחד הבסיסים המהותיים של חוק הבריאות.

אני מקווה שזה לא ויכוח בין קואליציה לאופוזיציה אלא זה ויכוח על איך רואים את חוק הבריאות: אם רואים את חוק הבריאות כאחד הנכסים החברתיים שצריך לשמור עליו, או שרואים אותו לאט לאט כמחלקה באוצר והאוצר יתנהג כפי שהוא יתנהג במחלקות אחרות.

לכן הוויכוח צריך להיות בזמן החוק. בעוד שנה תופיע שורה אחת - במקום 6.5 מיליארד שקל תופיע שורה - 6.5 פלוס עדכון של התקציב לפי 7, ויגידו זהו. אחר-כך יגידו שחטר כסף בתקציב, אז נוריד את הסל. נוריד את הסל, אז נעלה את המס, וכו'. זאת לא הייתה כוונת המחוקק. הפעם כוונת המחוקק זה לא פראפרזה אלא אמירה ממש.

הערה שלישית: אדוני שר הבריאות, היום המרכיב של ההשתתפות העצמית הוא 600 מיליון שקל, שזה בערך 5% מעלות הסל. אתם במכה אחת מעלים את זה למיליארד ו-150 מיליון - 650 מיליון פלוס 500 מיליון. זאת אומרת, בבת אחת זה הפך ל-9%. זה המשך מה-READ MY LIPS. בבת-אחת הוטל מס בקטע הזה והוקפץ מ-5% ל-9%. זו המשמעות של העניין.

אמנון רובינשטיין:

הוא מס יקר בגבייה.

חיים אורון:

זה גם מס רגרסיבי. לכן אתם ממציאים פטנט של אזורי עדיפות לאומית. אגב, מאוד נזהרו בחוק הבריאות לא להכניס את הפרמטר של ההכנסה מהצד הזה. הכניסו את הפרמטר של ההכנסה מצד הגבייה. אתם הכנסתם את פרמטר ההכנסה עכשיו מצד ההוצאה. זה עוד פעם, מהלך בכיוון הפוך.

שר הבריאות צחי הנגבי:

זה אחד הפרמטרים. יש פרמטר של מספר הילדים.

ועדת הכספים
11/11/96

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

הוויכוח הזה הוא תאורטי.

חיים אורון:

אתה אומר שזה לא יהיה?

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

לא יהיה.

חיים אורון:

עכשיו אני רוצה להתייחס לנקודה נוספת, שכבר הזכרתי אותה בהערת ביניים: לפי דעתי, אדוני השר, אם יש מטרה אחת לך בתפקידך כל זמן שאתה שר הבריאות, זה להביא להחלטה ברמה של חקיקה ועדכון נכון של הסל. אפילו זו תהיה חקיקה שתבצע בכמה שנים. אפילו יבואו ויגידו, בסדר, בחוק הבריאות יש כמה פרמטרים שמופעלים באופן הדרגתי, אבל לא יכול להיות מצב שכולם יודעים שמדובר פה במערכת שהיא חסרה בבסיסה, אין לה מקורות, וכל שנה יהיה דיון על גירעונות וצעקות.

יורי שטרן:

צריך להיות טייס אוטומטי.

חיים אורון:

אבל הטייס האוטומטי צריך להיות עם הפרמטרים הנכונים.

אני רוצה להעלות נקודה אחת ספציפית לא של וולפסון אלא של סורוקה. אני מסתכל בעמ' 83 - מס' הפניות לבתי-החולים. סורוקה בלי לידות הוא כמעט 10% מ-100% של כל הפניות ב-1995. 173 אלף מתוך מיליון ו-800. בלי לידות. עם לידות, לפי דעתי, הוא מעלה 10%. זה בית-חולים יחיד באזור. הוא אמנם של קופת חולים אבל יש לו כל המאפיינים של בית-חולים אזורי. שם יש הסבסוד הכי גדול של קופת חולים כללית לקופות אחרות, כי מבוטח של "מכבי" מערוער או מכסיפה או מרהט או מעומר שמגיע לסורוקה, הוא מסובסד על הקפינג ועל יום האשפוז.

מ' מוהילבר:

זה לא מדויק.

חיים אורון:

אחת מהשתיים: אם הקפינג עובד לגבי כל בתי החולים הוא עובד גם לגבי סורוקה. אבל הבעיה העיקרית שלו היא לא רווחים בין הקופות. הבעיה המרכזית היא שישנה מצוקת אשפוז ייחודית באזור פריפרי אחד, ואני אומר באחריות מלאה: ברמת אשפוז יותר נמוכה. אני עוסק בנושא הזה שמונה שנים, חלק יחד עם בייגה. אם הייתי מפרסם מכתבים של מנתחים בסורוקה היה משבר בנגב. אני עושה את זה כל הזמן בטון מאוד נמוך כי יש בעיה איך לא ליצור מצב שתהיה בריחה מסורוקה, איך לא לפגוע במוסד עצמו. מצד שני, יש כמה תחומים שזה כבר מתחיל להיות חסר אחריות. אני יודע שבתכנית ההבראה של קופת חולים היה מרכיב מיוחד לסורוקה. אבל חברים יקרים, מי שרואה את התמונה פה, זה האזור היחיד שאין לו אלטרנטיבות. אפילו לבית החולים העמק - ואני יודע שבקופת חולים תמיד יש תחרות בין העמק ובין סורוקה - במרחקים של חיפה, חדרה ופוריה, זה מצב שונה מאשר סורוקה.

אני חושב שצריכה להתקבל החלטה ברמה ממלכתית, והייתה פעם הצעה שכבר כמעט הגיעה להבשלה ואז נתקעה - לראות בבית-החולים סורוקה צירוף של בית-חולים ממשלתי ובית-חולים של קופת חולים, ולהשקיע בו משאבים ביחסים אחרים ולקדם כמה וכמה נושאים מרכזיים. אחרת, לפי דעתי, כרגיל, נעשה את זה במשבר גדול. אני לא רוצה להגיד בקטסטרופה. מדובר בצירופי אוכלוסיות די פרובלמטיות, שלחלקן הגדול אין שום אלטרנטיבות. אני מדבר גם על הבדואים וגם על תושבי עיירות הפיתוח. אין להם אלטרנטיבה לנסוע למרכז הארץ או לצפון הארץ, גם בתחומים שבהם לכאורה החוק מאפשר בחירה. יש תחומים שהחוק מאפשר להם לבחור ולעשות ניתוח בכל מקום. זה לא נכון לגבי הנגב. אדוני, כל זמן שאתה שר הבריאות - ואם אני לא טועה, הביקור הראשון שלך היה בסורוקה - - -

שר הבריאות צחי הנגבי:

השני.

חיים אורון:

אגב, זה כל שרי הבריאות. גם חיים בא פעם ראשונה לסורוקה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

כשאתה אומר לו "כל זמן שאתה שר הבריאות", משמע שתזדרז.

חיים אורון:

לא, בממשלה הזאת אני לא יודע שום דבר מה קבוע ומה זמני.

שר הבריאות צחי הנגבי:

גם אני.

חיים אורון:

אז בכלל מצבנו טוב. היות ואתה עוד שר הבריאות, בתור שר הבריאות יש בעיה חמורה לסורוקה.

שמואל הלפרט:

אני רוצה להתייחס לחולים הסיעודיים. ודאי ידוע לשר ולעובדי משרד הבריאות שישנם מאות חולים סיעודיים שיש להם זכאות מלאה במשרד הבריאות אבל לא יכולים לקלוט אותם במוסדות סיעודיים לאו דווקא בגלל שחסרים מקומות אלא בגלל שחוסר תקציב, אין קודים. ביניהם יש, לצערנו הרב, אנשים גלמודים, משותקים לגמרי שנמצאים בכיסאות גלגלים, וזה ממש חרפה לחברה שאנשים כאלה חיים כך - טיפלי בזמן האחרון בכמה אנשים כאלה - ולא יכולים להכניס אותם מחוסר תקציב למוסד סיעודי. כאשר התעקשתי אצל רופאה בקרייה בתל-אביב על חולה שממש במצב מסוכן מאוד, בכיסא גלגלים וגלמוד, היא אמרה לי: מה אתה רוצה? אני יכולה לתרום חלק מהמשכורת שלי בשביל האדם הזה כל חודש. אם זו תשובה של עובדת משרד הבריאות כאשר מגיעים אליהם מקרים כל כך קשים, אני חושב שמשרד הבריאות חייב לעשות משהו כדי לפתור את הבעיה האנושית הזאת. מדובר בכמה מאות. לא ייתכן שלא נמצא פתרון לאותם החולים.

דבר נוסף: עיקר הבעיה של הגירעון במשרד הבריאות, כפי שאמרתי קודם, זה בגלל העלאת המשכורת ב-60% בשנתיים האחרונות. זו גם אחת הסיבות שיש חשש שכל רמת הבריאות תרד בקרוב. ידוע שאי-אפשר להוריד משכורת. באף מקום אי-אפשר להוריד משכורת. אבל אני רוצה לשאול: אותם עובדים שקיבלו 60% תוספת ריאלית, האם לא קיימת אפשרות להקפיא את המשכורת שלהם לפחות לשנתיים? בכל זאת מדובר באדם שבשנתיים האחרונות קיבל 60% תוספת. אני חושב שאפשר לפתור את הבעיה של 500-600 מיליון שקל שחסרים במערכת הבריאות כדי לא לגרום למשברים במשך השנה.

יורי שטרן:

אני רוצה לשאול כמה שאלות לגבי סעיפים שמתייחסים לקליטת רופאים עולים.

האם יש מסקנות משיבת ועדת העלייה וקליטה שהוקדשה כולה לנושא קליטת רופאים והיו מסקנות שהצביעו על כמה נקודות תורפה לדעתם של רבים במערכת מבחינת מעמדם של הרופאים העולים? זו שאלה לשר.

לגבי התקציב עצמו: בסעיף 11 04, עמ' 6 - קורסי הכשרה לרופאים ואחיות עולים: נראה לי שבסעיף הזה הסכום הוא אפס. האם זה נכון? נראה לי שיש רק הפחתות והשתפויות ואין תקצוב. אני מבקש לפרט את הסעיף.

בעמ' 28-29, סעיף 45 19 - מימון הנחה שבסל הבריאות על-פי חוק האזרחים הוותיקים. האם זה בוטל? מה קורה עם זה? בטיטה הראשונה של התקציב דיברו על כך שיבטלו הנחות שיש לאזרחים מבוגרים. היו אמורים להחזיר חלק מההנחות. מה קרה?

בעמ' 30, סעיף 10 21 - ביטוח רפואי לנתמכים מקבלי קצבאות קיום מהמוסד לביטוח לאומי. יש פה ירידה מ-1995 ו-1996. אני רוצה לדעת מה הסיבות לירידה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

יש לנו דיון נוסף על משרד הבריאות ביום חמישי. חשבתי שהיום הדיון יהיה יותר ברמה העקרונית וביום חמישי נצלול לעומק הסעיפים.

יורי שטרן:

לגבי תשלום עבור שירותי בריאות: אולי יש איזשהי רוויזיה בקטע הזה לעומת ההצעה?

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

תהיה רוויזיה.

שר הבריאות צחי הנגבי:

רוויזיה תהיה, השאלה אם יהיה לה רוב.

חיים אורון:

ממלא מקום יושב-ראש הוועדה, אפשר לקבל תקציב מדינה סוף סוף?

מ"מ יו"ר הוועדה מ' קליינר:

כל הזמן הוא מרחף מעלינו

אברהם שוחט:

ברגע מסוים באמת יצטרכו לבוא ולהגיד אפה עושים את השינויים.

מ"מ יו"ר הוועדה מ' קליינר:

עשינו גם אתמול. התחלנו לקרוא את הסעיפים של חוק ההסדרים. הכנסנו שינויים קלים לגבי רשות הנמלים.

יורי שטרן:

ההחלטה על הטלת תשלומים עבור שירותי בריאות, לדעתי, מחייבת תיקון. התיקון שאני מציע הוא, שכל האוכלוסיות שחיות מקצבאות - קצבאות ביטוח לאומי למיניהן - תהיינה פטורות מתשלום כליל. לא סכום מגוון של 4 שקלים אלא פטור כללי. ואנשים מבוססים יותר במקום שישלמו 10 שקלים לביקור ישלמו 12 או 13 שקלים לביקור. אני לא חושב שלאנשים שמרוויחים יותר ההבדל הזה הוא משמעותי, בעוד שלחלשים מה שמוצע הוא ממש בלתי נסבל.

מ"מ יו"ר הוועדה מ' קליינר:

חבר הכנסת רובינשטיין, שלא תהיה אי-הבנה, היו בעיות עם הרשויות בכל מיני סעיפים לגבי הסכמים שנעשו. לכן על דעת מרכיבי הממשלה מכינים נוסח יותר עדכני, אבל לא הצבענו על שום דבר ולא סגרנו שום דבר.

אמנון רובינשטיין:

ביקשתי להעביר הצעה למשרד התחבורה להמיר תמלוגים בדבידנדים.

מ"מ יו"ר הוועדה מ' קליינר:

לא נכנסנו לזה. זה מרחיק לכת. לכן לא הכנסנו את זה.

אנחנו חוזרים לדיון על משרד הבריאות.

צבי הנדל:

מילה אחת על נושא עובדים זרים ברוח הדברים של פרופ' רובינשטיין: הדבר הכי גרוע הוא לבטס מדיניות על מפרי חוק או לשנות מדיניות בגלל מפרי חוק. אנחנו יודעים, בתקשורת אני קורא, שיש הרבה זיופים בעניין של הבאת עובדים זרים בכל מיני תחומים.

אמנון רובינשטיין:

דווקא לא בפיליפינים. שם הרוב בהיתר ממשלתי.

צבי הנדל:

אני מדבר על נושא העובדים הזרים כפי שזה מצטייר בתקשורת, כאילו שזה דבר פרוץ ויש כך וכך רשיונות ופי שניים עובדים. צריך מאוד להיזהר בנושא.

לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי: אם אני מבין נכון, ולא התעמקתי בחוק הזה כמו חברים אחרים, אני מבין שהיו שתי מטרות מרכזיות שעמדו לנגד עיני אלה שהובילו את המהלך: 1. הינתקות מדברים אחרים שאינם קשורים לקופות. 2. חוק סוציאלי ממדרגה ראשונה בנוגע לזקנים, מסכנים וכו'.

מבדיקה מאוד שטחית שניסיתי לעשות בזמן שעמד לרשותי גיליתי כמה דברים: קודם כול, שהאוכלוסייה ככלל משלמת הרבה יותר ממה ששילמה לפני זה. לא מקבלת שירות יותר טוב כמעט בכלל, אולי להוציא מקומות מסוימים. אבל בגדול לא מקבלת שירות יותר טוב. אילו המדינה הייתה לוקחת על עצמה את אותו אחוז לא של לא מבוטחים, כי היו הרבה לא מבוטחים שהחליטו לא להיות מבוטחים, כי הם עשירים והם הלכו לרפואה פרטית, אלא כאלה לא מבוטחים שהם מסכנים, שעליהם כאילו החוק בא להגן - אילו המדינה הייתה לוקחת על עצמם את אלה, זה היה עולה לנו, למדינה, הרבה פחות כסף.

פרמטר אחד אי-אפשר היה לפתור כך וזה ההיצמדות לגופים אחרים. אבל זה נגמר. השאלה אם אין מקום - יכול להיות שאני כמו הילד שצועק שהמלך הוא עירום - לא מחר בבוקר, אני לא משלה את עצמי, אבל בחשיבה מסודרת ומתוכננת לבדוק את עצמנו, מדינת

ישראל ה"סופר עשירה", האם העניין הזה של ביטוח מממלכתי במתכונתו הנוכחית לא גדול עלינו, והאם לא ניתן לתת תחרות חופשית בין הקופות ולפתור את בעיית המסכנים בצורה אחרת? נראה לי בתחושה, בזהירות רבה, שזה לא יהיה פחות טוב בסך הכול לעם ישראל, וזה יעלה לעם ישראל הרבה הרבה פחות כסף. כך נראה לי על פניו. אני שוב אומר, הבדיקות שלי מאוד לא מעמיקות, אבל זו תחושתו.

חיים אורון:

זו עמדת המפד"ל?

צבי הנדל:

לא. זו עמדת צבי הנדל.

מחירי בתי-חולים: יש תלונה שחוזרת ונשמעת בזמן האחרון מצד אנשי קופת חולים בנושא מחירים של בתי-חולים. האם נעשתה בדיקה מסודרת? נכון, אין גבול לזה, אפשר להכניס מכשור חדש, אבל צריך לראות שבסופו של דבר הכול בסוף מגיע מאחד משני הכיסים: או האוצר או המבוטח. אין גוף שלישי שמממן את זה.

השאלה המרכזית שלי היא ערעור על חוק ביטוח בריאות ממלכתי בכל. לדעתי, הוא לא טוב לאף אחד. לא למבוטח, לא לקופת המדינה ולא למסכן ולחלש.

אברהם שוחט:

אני לא ארחיב את הדיון כי אני חושב שהדיון המרכזי בעניין הבריאות יהיה במסגרת חוק ההסדרים, ששם גם יעלה מס מקביל ושם יעלה הנושא של 500 מיליון והכלים להשגתם, והמשמעות של התיקון הזה, ואז גם אתה, מיכאל קליינר, בוודאי כבר תהיו בשלים להגיד את זה בצורה מסודרת. כי אם הכנסת לא תקבל את הצעת הממשלה בעניין הכלים של ה-500 שקלים, ברור שיש בעיה ויצטרכו למצוא מקורות לתקציב. לכן גם בדיון הזה אני בטוח שתעביר ליושב-ראש, או שאתה תהיה כל הזמן יושב-ראש בישיבות האלה, שמן החובה לשמוע את קופות החולים, כי אין לנו הזדמנות לשמוע אותן, ואני חושב שחשוב מאוד לשמוע אותן לאור החוסר ולאור המערכת שנמצאת בבעיה מסוימת.

אני רוצה להעיר שתי הערות נוספות בעניין חוק הבריאות. אני כמו ג'ומס חושב שהחוק בסיכומו של דבר הציל את מערכת הבריאות ולא קבר אותה, עם זה שיש בעיות. אני לא מתעלם מהעובדה שיש בעיות. אנו יודעים טוב מאוד כמה פוליטיזציה הייתה במערכת הבריאות, והיא איננה היום, לשמחתי הרבה. אנחנו יודעים כמה 250-300 אלף איש לא היו בתוך המסגרת, אבל כיוון שזה חוק חדש, חוק מרכזי, צריך ללוות אותו בשינויים.

אני חושב שצריך לעשות כמה שינויים בתחום הגבייה, גם כשהם לא פופולריים, וגם כשהייתי בתפקיד הקודם חשבתי שזה מחייב טיפול. קודם כול צבא הקבע. היה מאבק גדול על תשלומי אנשי צבא הקבע לקופות החולים. הייתה פגישה עם שר הבריאות הקודם, אפרים סנה, ועם יצחק רבין ואתי וגם אורה נמיר, כי החוק קובע שכל ארבעת השרים מעורבים, והעלינו בחצי את השתתפות אנשי הקבע. ההסכם הזה היה לשנתיים. ב-1.1.97 צריך לקבל הכרעה בעניין. אני חושב שאין שום סיבה שבעולם שאנשים שמרוויחים משכורות גבוהות לא ישלמו ככל אזרח תשלומים של מס בריאות. הנושא פתוח.

פיני בדש:

כמה כסף זה?

אברהם שוחט:

80 מיליון. חצי זה 80 מיליון. זה הרבה מאוד כסף. אין שום סיבה שתת-אלוף או סגן-אלוף שמקבל משכורת מכובדת, שמגיעה לו, לא ישלם מס בריאות, כי הייתה פעם קונצסיה בעניין הזה. הצלחתי במאבק גדול מאוד, בניגוד להמלצת שר הבריאות דאז, שיטילו עליהם חצי מהמס. לפי הערכתי, צריך לקיים עכשיו דיון, אדוני שר הבריאות, לא

לוותר בעניין הזה, עם כל המשמעויות, ולהשיג את אותם 80 מיליון, כי זה צודק שהם יהיו ככל האזרחים בנושא הזה. מדובר שהמשפחות פטורות מהעניין.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

האם זה מתקצב?

חיים אורון:

זה לא מתקצב.

פרופ' ג' ברבש:

זה לא עלה לדיון עד רגע זה. אם מדברים על עסקת חבילה זה צריך להיכנס פנימה כחלק מהמקורות.

אברהם שוחט:

ועדת העבודה קיבלה החלטה ואני חושב שמבחינה חברתית זה לא נכון. מוכרחים לתקן את התשלום של הפנסיונרים עבור מס בריאות. לא מתקבל על הדעת שפנסיונר שמקבל 10 אלפים שקל ישלם את המינימום. צריך לזכור שאוכלוסיות חלשות משלמות פחות. פנסיונר עם הטבה סוציאלית שילם 80 שקל וזה ירד לו 40 שקל. אבל החוק שאומר שלא חשוב מה הפנסיה שאתה מקבל, אתה משלם סכום קבוע כשאתה מגיע לגיל הפנסיה, לא הגיוני. זה דבר שלא היה קיים קודם. קודם שילמו על-פי הכנסה. אני אומר כאופוזיציה, אני מוכן להצטרף לממשלה בשינוי ההחלטה הזו, כי זה עוול, זה סיפור לא נכון וזה יכול לתת תוספת למערכת הבריאות. אני לא יודע בכמה זה מסתכם, אבל יש הרבה אנשים שיכולים לשלם.

יש כנראה תת-גבייה בתחום של העצמאים. אני לא מדבר על כל מערכת העצמאים הלא מדווחת. מי שלא שכיר יש הרבה מאוד שחיים חיים אחרים בתחום המסים. במצב הקודם הם היו משלמים כי אם הם היו באים לקופה הם היו צריכים לשלם. אמרו להם, לא חשוב אם אתה הולך למס הכנסה, לנו תראה את התשלום. ככל הנראה העסק הזה בורח בין האצבעות. הצעתי גם לאנשי ביטוח לאומי ולקופות, לפתח איזה מנגנון, למרות שהחוק אומר שאתה חייב לתת לכל אחד שירות רפואי. בסדר, אתה חייב. אבל כל מי שבא, ויש להם על המסכים בכל קופת חולים, שיראו אם הוא משלם או לא. אם הוא לא משלם, קבל את הטיפול, אבל אנחנו רוצים את הפרטים שלך. זה לגיטימי. לא לתת למערכת הזאת לברוח החוצה, והיא קיימת. בתחום העצמאים הבלתי ממוסים היא קיימת, כשקודם הם שילמו.

פרופ' ג' ברבש:

הם בכלל לא משלמים?

אברהם שוחט:

הוא לא משלם. הוא חבר בקופה, הוא בא ומקבל את הטיפול שלו.

ג' בן-נון:

אתה מדבר על עברייני מס, על אנשים שלא משלמים.

אברהם שוחט:

שקודם שילמו לבריאות.

ועדת הכספים
11/11/96

ג' בן-נון:

אני לא בטוח.

אברהם שוחט:

אני מבין שיש עם זה בעיה. אני מאיר פשוט את העיניים מבחינת נושא שצריך לטפל בו.

ג' בן-נון:

מי שידוע למסגרת שנקראת ביטוח לאומי ומשלם ביטוח לאומי משלם גם דמי ביטוח. מי שלא ידוע, לא משלם.

אברהם שוחט:

אבל כשהוא בא לקופה הוא מקבל את השירות. קודם היה כלי מובהק בעניין הזה, היום הכלי הזה לא קיים. לכן צריך לבדוק את זה.

נושא אחרון זה הנושא של העצמאים והדבידנד. היה לנו מצב שבגלל מס בריאות וביטוח לאומי היה כדאי לאנשים שהם חברת בעלים לקחת שכר של 3,000 בדבידנד, כי אז יש הבדל של 10%. הייתה מחשבה להביא חקיקה שאומרת, שגם בדבידנד עד לסכום של 4 פעמים מהשכר הממוצע אתה חייב בביטוח הלאומי המלא, אפילו אם זה דבידנד. עשו חשבון שזה גם כן כמה עשרות מיליונים. למה אני אומר את זה? כי החוק הוא בתהליך. יש הרבה דברים לתקן.

חיים אורון:

אתה יודע מהי העובדה שמאוד הפתיעה אותי? אתה יודע איזה אחוז מחברי הקופה מגיעים למרפאה? - בין 15% ל-20%. רוב חברי הקופה לא מגיעים לקופה.

סופה לנדבר:

כבוד השר, יכול להיות שאתה זוכר שאני תושבת אשדוד ויכול להיות שאתה זוכר שיש לנו אגדה שעוברת מקדנציה לקדנציה אצל ראש העיר, ויש שר שאומר, אני לא אבנה. אבל שמעתי שאתה היית שר שכן אמרת שתבנה בית-חולים.

שר הבריאות צחי הנגבי:

לא אמרתי שאני אבנה אבל המשרד נתן היתר לעיריית אשדוד לגייס משקיעים לטובת בניית בית-חולים.

סופה לנדבר:

אתה אומר שהתשובה זה בית-חולים פרטי?

שר הבריאות צחי הנגבי:

לא בית-חולים פרטי אלא ביזמה פרטית. זה מה שהעירייה מעדיפה.

סופה לנדבר:

אתה יודע שכמעט בכל מדינה בעולם יש סניטר שאצלנו זה נקרא רופאים לתברואה או טכנאים לתברואה. אני לא מסכימה עם העובדה שמגיע בן-אדם עם תואר שני והופך להיות תברואן. אבל זה לא משנה. המנכ"ל שלך, ואני מברכת אותו, אמר שהיום יש לנו סכנה של שחפת, ועל צהבת קראתי בעיתונות, והמון דברים שאנחנו לא נחזור עליהם כמו בשר ורעלים בירקות ופירות, שאני רואה את זה כמחלה או כדבר שיכול לגרום למחלה שעוד

לא הכרנו, ותס וחלילה, אנחנו עוד יכולים להיתקל בזה. לכן אני שואלת אותך: יש היום המון רופאים סניטרים שגם המשרד שלך יחד עם משרד הרווחה השקיע בקורסים והם סיימו את הקורסים. יש אנשים שסיימו ויש כאלה שלא סיימו. יש היום מפקח תברואה שאמר לי אישית, שהוא מסוגל לקבל ולפתח היום עוד 150 מקומות תעסוקה, בעוד שהאנשים האלה נמצאים בתור בביטוח לאומי. אני רוצה לקבל תשובה לעניין הזה.

דבר נוסף: אתה יודע שיש שלב א' ושלב ב' בקורסים למומחיות של רופאים. יש היום מאות רופאים, עד כמה שידוע לי, שמסיימים את שלב א' ואין כסף לשלב ב'. זה אומר שהם שנים עבדו בתורנות, בלילות, בימים, והיום מקבלים לקורס ב' רק בכמה מקצועות כמו גריאטריה, הרדמה, כללית ורפואת משפחה. אם זה רופא מסוג אחר, מה לעשות עם הרופא הזה שהשקיע כמה שנים ונשאר באוויר, והוא עלול להיות מפוטר? מה לעשות עם הרופאים האלה שעלולים להישאר ברחוב?

נושא נוסף הוא הרוקחים. היום חסרים לנו 500 רוקחים. אני מדברת על בתי מרקחת בבתי חולים, על בתי מרקחת בקופות חולים וגם על חברות מסוימות. הגיעה גברדיה שלמה של רוקחים מרוסיה שיש להם ותק של 12, 15 ואפילו 20 שנה, אבל פתאום התקבל חוק לא גלוי שהאנשים האלה צריכים במקום ראיון לעבור מבחנים. מה ההבדל בין אלה שהגיעו לפני מספר שנים לבין אלה שהגיעו עכשיו? אם הרוקחים האלה הם בעלי תואר הם צריכים לעשות כמו שעשו לפני כמה שנים ולהתחיל לעבוד.

יש לנו קבוצה של ליקוידטורים של צ'רנוביל, קבוצה של 150 איש. זו קבוצה קטנה מאוד והיא הפכה להיות עוד יותר קטנה כי חלק מהאנשים ספגו קרינה והולכים לעולם הבא. אלה שבינתיים עוד חיים לא קיבלו סטטוס בגלל הסחבת והביורוקרטיה שלנו, וחלק מהם זקוקים לטיפולים ולתרופות. האם אתה בתקציב שלך יכול לאפשר לאנשים האלה שהם קבוצה באמת קטנה את הטיפולים שדרושים להם, כי זה הפך להיות אגדה וסיפור ממושך מדי?

ניסים דהן:

ברית-המועצות לשעבר מפקירה אותם.

סופה לנדבר:

אם הם מקבלים סטטוס יש קרנות בכל המדינות באירופה שיכולים לעזור להם. בגלל הביורוקרטיה שלנו אנחנו לא נותנים להם סטטוס והם לא יכולים לקבל סיוע מקרנות בין-לאומיות. זה קשור לנו כי אנחנו קיבלנו אותם כאזרחים.

פיני בדש:

בנושא של הבריאות בדרום יש בית-חולים אחד. אין שם תחרות ואין אופציות לאנשים לאן ללכת. מדברים כבר כמה שנים שהולכים להקים בית-חולים שנה. צריכים להחליט או שהולכים לתכנון בית-חולים נוסף או שמחליטים להגדיל את סורוקה. אבל היו צריכים להתחיל בתכנון לפני שבע או שמונה שנים למצב שקיים היום בדרום. חייבים להחליט או לכאן או לכאן בכל מקרה לתכנון ותקצוב של מיטות. צריך גם לתת אופציה. היום הרופאים הבכירים בדרום אין להם אפשרות לנתח פרטי או שנאלצים לקחת "שחור", וחלק עושים את זה ולא מרגישים טוב עם זה, או שנאלצים לעזוב את האזור ולעבור למרכז הארץ כדי לחיות נורמלי. אם יש משקיעים שמוכנים לפתוח בית-חולים פרטי, וזה לא פוגע בבית-החולים הקיים, כי זה מוריד מהעומס בבית-החולים הרגיל ומאפשר לרופאים לעבוד בנייתו פרטיים ולהישאר במערכת בדרום, אני לא רואה שום סיבה למנוע את זה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

נאמרו פה מספר דברים ואני לא רוצה לחזור עליהם, בעיקר בתחום מציאת ההכנסות. כפי שאמרתי, אם יש תחום שבו אני חושב שאי-אפשר מבחינה חברתית לקבל את הצעות הממשלה הייתי מדרג את התחום הזה ראשון. אני לא רוצה להאריך, אמרתי את זה בהרבה פורומים. כל העניין הזה של תשלום עבור ביקור אצל רופא זה יצירת ביורוקרטיה חדשה שלא עומדת במבחן ההיגיון, שתיצור בעיות קטנות, לא מסוג הבעיות שביטוח

הבריאות יוצר, שהן בלתי אפשריות - האם גם על שאלה יחול תשלום? ואם אתה נכנס לרופא באופן דחוף ובא עם הילד תשלם פעמיים? ואם אתה רק רוצה מרשם האם זה ייתשב או לא? ומי יגבה ומי יקח? ויקללו אותך גם אלה שקשה להם וגם אלה שקל להם, אבל התורים החדשים שיווצרו יפריעו להם. לדעתי זה אבסורד, ואנחנו צריכים לקחת בחשבון שצריך למצוא חצי מיליארד.

עכשיו אני שואל את השאלה הקלאסית שאני שואל בכל המשרדים, בלי להיכנס לפרטים, כי את זה נעשה ביום חמישי: איפה ניתן בתקציב הבריאות - ואני אשאל את זה גם בחינוך, גם בביטחון ודאי וגם ביתר התחומים - למצוא את המקומות בהם אנחנו מגייסים משאבים שנוכל להשיג את אותם כספים שחסרים למדינה, אחרת לא יהיה משק. אני רואה פה פעולות מרכזיות - גידול הוצאה למעשה מ-25 מיליון ב-1995, כאן אני רואה 82 מיליון שקל. אני רוצה לשמוע הסברים. באמרכלות אני רואה גם גידול גדול יחסית מעל האינפלציה מעל ההוצאה למעשה ב-1995. אני שואל שאלה כללית ורק נותן דוגמאות, ובהחלט ניכנס לזה ביום חמישי. אני לא רוצה להיכנס לזה היום.

יש פה שאלה שאני שואל בשם ארגון בתי-החולים הפרטיים, שפנו ליושב-ראש הוועדה, חבר הכנסת רביץ, שבאותה הזדמנות אנחנו מבקשים ממערכת הבריאות אנחנו מבקשים לטפל בו ושיחלים במהרה ויחזור אלינו. יש פה מכתב של ארגון בתי-חולים פרטיים לחולים כרוניים, ומה שהצלחתי להבין מהמכתב שהם אומרים: אם הייתם פועלים ביעילות ובמקום לבנות בעצמכם חדרים ומיטות, אם הייתם נותנים לנו עזרה וגם דואגים שהלא חוקיים לא יפעלו, אנחנו נוכל בפחות כסף לתת למדינת ישראל הרבה יותר מיטות, הרבה יותר חדרים. אני מבקש להתייחס לעניין הזה. על פניו זה נשמע משכנע.

אני רוצה להגיד בעניין הזה בהקשר כללי: בריאות הוא אולי המוביל בתחומים בהם הרבה מאוד אזרחים היו מוכנים לשלם כסף תמורת דברים שאינם באיכות הטיפול הרפואי אלא בדברים מסביב, והמדינה אומרת להם: לא צריך. כדי שנוכל לתת שירותים יותר טובים לנזקקים במצוקה שישאל נתונה בה היום די מוותרים על עקרון האוניברסליות. אני לפחות עושה את זה בכאב, כי אני מאמין בעקרון האוניברסליות. אני חושב שרק קשה לנו להרשות לעצמנו. אנחנו כרגע לא יכולים להרשות לעצמנו את העקרון הזה. מערכת הבריאות היא פוטנציאל להכנסות אדירות שלא רק שלא יפגעו בחלשים אלא יתנו לנו משאבים לתת להם שירות יותר טוב. לדעתי, פה המהפכה המחשבתית שאנחנו לא מוכנים לעשות, ולכן אנחנו פה במיטת סדום, לכן אנחנו במצוקה. אני מתכוון למכור שירותים, משהו בסגנון השר"פ ב"הדסה". כלומר, אם אדם מוכן לקחת מכספו ובמקום לנסוע לחוץ לארץ או במקום לעשות דברים אחרים לשלם בשביל כל מיני הקלות בשירותי הבריאות, שגם היום מקבלים אותם, רק בצורות אחרות, אני חושב שאנחנו מוותרים - - -

יהודה הראל:

אתה מדבר על הבריאות או על המלונאות?

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אתה צודק, אני מדגיש מלונאות, אם כי יש פה גם עניין של ניצול אמצעי ייצור שניתן היה להפעיל אותם ברקע הזה בשעות שאמצעי הייצור האלה מושבתים. צריך פה מאוד להקפיד שזה לא יהיה על חשבון אלא להיפך. מבחינתי זה תנאי בל יעבור שהכספים שייכנסו, או לפחות חלק מהם, ינוצלו באמת לתת לאלה שנזקקים שירותים יותר טובים. לדעתי, בלי זה לא נגיע למוצא אמיתי.

עכשיו אני עוזב את הגדול וחוזר לקטן. אני מסכים במאה אחוז עם בייגה בעניין הקשישים. אני לא מבין את חוסר המחשבה הזה, כאשר באה הממשלה הקודמת ובתוך להט חוק הבריאות באה לאדון ארנסט יפת - - -

אברהם שוחט:

זה הכול בכנסת. כולל החברים שלכם.

ועדת הכספים
11/11/96

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

הקואליציה.

אברהם שוחט:

לא.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

באו לאדון יפת ואמרו לו: עד היום שילמת X כסף לקופת החולים, היום אנחנו לא רוצים ממך את הכסף, שלם מעט. אני בעד שינוי העניין הזה.

אני חושב שיש בעיה וצריך להתמודד אתה, שוב לא חשבו עליה - אולי הכנסת, אולי הממשלה, אני בכנסת הקודמת, כפי שאתם יודעים, לא הייתי - בעניין הישראלים בחו"ל ובעניין היהודים; אני מאוד בעד נושא העלייה, אבל אם יהודי מארץ מערבית על-פי החוק בא כשהמטרה היחידה היא קבלת שירותי רפואה בסכומים מפליגים, כאשר הוא ממשיך לקבל את הפנסיה מאמריקה, זה בהחלט דבר שצריך להיבדק. ישראל שאיננו חי בארץ ואיננו תושב בארץ, שרוצה לשמור על הזכויות שלו, יכול להיות שצריך לחייב אותו באיזשהו תשלום, ולא מצב שכעבור 20 שנה לכבודה של מחלה ייזכר בישראל, יבוא ויהיה זכאי לקבל את כל השירותים בחינם.

אני מקבל את עניין צבא הקבע ומבקש לקבל בעניינו תשובה.

בהחלט עניין הדבידנד. לא חשבת עליו. אני בהחלט חושב שצריך לבדוק אותו. אם זה מכשיר התחמקות - אני לא מדבר על הביטוח הלאומי אלא בקטע של הבריאות - אותם עובדים שיש להם חברה שלהם והוא משלם לעצמו משכורת ונותן דבידנד ואז הוא חוסך גם את הביטוח הלאומי, אבל אני כרגע מתייחס לעניין של מס הבריאות. עד כאן השאלות שלי.

ניסים דהן:

דיברו פה על בתי-חולים פרטיים. תרשה לי לספר לך קצת חדשות. יש בית-חולים פרטי בבני-ברק שנקרא "מעייני הישועה". אני מציע לכל חברי הכנסת ולשר ללכת לבקר שם. תראו מה אנשים אידיאליסטים עושים כדי להקים בית-חולים פרטי.

שר הבריאות צחי הנגבי:

ישנו שם מנהל בית החולים היחיד בעולם שנוסע בווספה.

ניסים דהן:

כדי לחסוך בהוצאות מנהל בית-החולים היחיד בעולם שהוא רופא משווייץ, שהיה שם מנהל בית-חולים גדול, מגיע לארץ ונוסע בווספה כדי לחסוך בכסף. אבל מי שמפריע לו הכי הרבה זה ממשלת ישראל ומשרד הבריאות. הוא לא מבקש כסף מהמדינה, הוא לא מבקש תקציב. הוא מבקש, תנו לי הכרה לפתוח מחלקה לילדים, תנו לי הכרה לפתוח מחלקה גריאטרית. יש לו כל המכשור המקצועי, יש לו כל היעד. השיקולים הם בכלל לא מקצועיים. השיקולים הם מאוד פשוטים: אם יתנו לו הכרה במחלקת ילדים, זה עלול לפגוע במספר הילדים בבית-החולים בילינסון, היום רבין ז"ל, וזה יוריד שם את מספר המאושפזים. זה השיקול. לא השיקול המקצועי שאין לך רופאים טובים. זאת אומרת, ילדי בני-ברק חייבים להמשיך לנסוע לבילינסון ולהיות במחלקה שלפי האווירה לא מתאימה להם, וכל מה שמבקש מנהל בית-החולים: תנו לי הכרה. הוא לא מבקש מכם תקציב. קרוב ל-60 מיליון דולר השקיעו בבית-החולים שם. אגורה אחת מדינת ישראל לא השקיעה שם. הכול מתקציב תרומות. הוא בסך הכול מבקש הכרה. אדוני השר, תעשו משהו. בלי שיקולים של בית-החולים בילינסון ובית-החולים תל-השומר. אם אין לו ידע מקצועי ואין לו מכשור מקצועי, זרקו אותי מכל המדרגות. אבל אם יש לו כל הידע ויש לו המכשור המקצועי וטובי הרופאים עובדים אתו, סך הכול תנו לו את ההכרה שיוכל לפתוח מחלקה ולא יעבור על החוק. את זה מונעים ממנו, כי בבילינסון יירד מספר המאושפזים.

סמדר אלחנני:

על הגבייה כולם דיברו, שזה הרחבת בסיס המס.

יש נקודה נוספת: העלאת הבסיס לא לפי 4 מהשכר הממוצע במשק אלא פי 5 מהשכר הממוצע במשק, כי אתה קונה לך ביטוח. אתה רוצה שהעשירים ישלמו יותר, אז שהם ישלמו יותר בביטוח. אני חושבת שאפשר להרחיב את בסיס הגבייה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

את מדברת על נטל המס.

סמדר אלחנני:

משרד הבריאות, השם שלו הוא השם הנכון - משרד הבריאות, אבל כל החוברת מתעסקת רק בהוצאות למחלה. אני שואלת איפה המטרות? כלומר, הגדרת יעדים. אתה צריך להגדיר יעדים כתוחלת חיים, תמותת תינוקות, תמותת נשים בלידה, מחלות מדבקות והיגיינה ציבורית. אנחנו חיים במדינה שהגועל נפש של המסעדות והמקומות הצביריים הוא בלתי נסבל. איפה הסיכוי של בעל מסעדה שהביקורת שיעשו עליו תהיה ממשית? איפה התשובה לזה שתדע שבודקים עבורך? היום שמעתי ברדיו עוד פעם על הסלמונלה. הצעקות על הסלמונלה היו בחדר הזה רק שלי. מסלמונלה אפשר למות. ספר התקציב לא מתייחס לזה בכלל. אני חושבת שזה משקף חוסר התייחסות של המשרד לבעיה הזאת.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני קצת מתלבט בסדר, כי נותר לנו מעט זמן ויש לנו עוד ישיבה ביום חמישי. אני מציע את זה לשיקול דעתו של המשרד אילו חלקים אתם רוצים להביא לנו היום ואילו חלקים אתם תמשיכו ביום חמישי.

שר הבריאות צחי הנגבי:

ביקשתי מהמנכ"ל להשיב על נקודות ספציפיות. אם יישאר זמן, אני אתחיל להתייחס לנקודות המהותיות שעלו כאן. אם לא, נתייחס ביום חמישי.

פרופ' ג' ברבש:

ברשותכם, אתייחס לנושאים לא לפי הסדר שהם נאמרו פה. אני מראש מתנצל, חבר הכנסת יורי שטרן, לשאלות שלך הפרטניות על סעיפים בתקציב נכין תשובה ליום חמישי.

אני מבקש להתחיל בנושא של מה שהעלה חבר הכנסת אורון - תחזית בנית מיטות. אנחנו נכנסים לדיונים עם האוצר. אני מעריך שתוך שלושה חודשים אנחנו נסכם על איך וכמה אנחנו פורסים את בניית המיטות החדשות בישראל לשלוש-ארבע השנים הקרובות. אני יודע שיש פה אנשים שיש בתי-חולים שקרובים להם בצורה כזו או אחרת - סורוקה, וולפסון וכו'. צריך להבין שבניית מיטות זה לא רק פתרון מצוקה. בניית מיטות משמעותו תוספת ניכרת לעלות שירותי האשפוז, שירותי הבריאות במדינת ישראל, ולכן כל בנייה של תוספת מיטות מחייבת בחינה של מה זה יביא לעלות הסל. כי אחרת אנחנו במו ידינו מגדילים את עלויות הסל ואת הפער בין הסל לבין המקורות.

יונה יהב:

יש תכנית מיתאר ארצית לבתי-חולים?

פרופ' ג' ברבש:

יש תכנית שהוכנה על-ידי משרד הבריאות. דיברנו על זה בתחילת הדיון פה, והיא עלתה לדיון במשרד האוצר, לא נידונה והולכת לדיון כרגע. יש תכנית מסודרת. אנחנו נשלח לך עותק שלה. היא בסדר גודל של 3,000 מיטות שזה קצת גדול על המשק במצב שלו היום. כנראה נצטרך להגיע לאיזשהי פשרה שתענה על הצרכים, לא בצורה האופטימלית, אבל באיזשהו אופן.

שמואל הלפרט:

זה כולל גם מיטות לחולים סיעודיים?

פרופ' ג' ברבש:

כולל גם מיטות לחולים סיעודיים, אם כי למיטות לחולים סיעודיים יש מקורות נוספים חוץ-תקציביים. יש לנו הסכמה עם האוצר לפתרון הדרגתי בארבע-חמש שנים לנושא של הקודים לסיעוד. אנחנו מקווים שתוך ארבע-חמש שנים עם הזרמה קבועה של האוצר מדי שנה לנושא הזה, הבעיה הזאת תבוא על פתרונה.

שמואל הלפרט:

כמה קודים אתם מוסיפים השנה?

פרופ' ג' ברבש:

השנה אנחנו מוסיפים בין 400 ל-500 קודים נוסף על מה שכל שנה. ההמתנה היא 2,500. זו תוספת השנה מעבר לכל שנה אחרת.

שמואל הלפרט:

מה יעשו אותם אלפיים חולים סיעודיים?

פרופ' ג' ברבש:

מה שעשו 2,500.

יונה יהב:

פרופ' ברבש, זה בנוסף לסקטור הפרטי?

אמנון רובינשטיין:

חבר הכנסת יהב, אנחנו דנים על העניין כבר כמה שעות. אתה בא עכשיו ושואל את כל השאלות מחדש, שאלות טובות, דרך אגב, אבל לא בזמן המתאים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אנחנו משתדלים להיות ליברלים בדיון הזה, בגלל האווירה. אבל בואו נתקדם.

פרופ' ג' ברבש:

חבר הכנסת יחזקאל איננו ולכן לא אתייחס כרגע לוולפסון. אני אענה לו את זה באופן אישי.

סורוקה: סורוקה גדל בשנתיים האחרונות ב-200 מיטות. התכנון לעתיד במסגרת הפריסה החדשה שיושקע עוד. צריך לזכור שביחד עם האוצר קבענו שם תקציב גידול של 170 מיליון שקל, ממנו השנה מתקציב שלנו ושל האוצר מושקעים כ-50 מיליון שקל. כך שההכרה בעובדה שסורוקה בבעיה חלחלה לכל הדרגים, ולמעשה מצאה ביטוייה בתקציבים הבלתי רגילים, הייחודיים, שהולכים לשם לנושא הזה.

אברהם שוחט:

הגדילו שם את חדרי הלידה?

פרופ' ג' ברבש:

כן.

לגבי מיטות ילדים: עם כל הכבוד, התפוסה במחלקות הילדים בתל-השומר ובבילינסון, נכון להיום, איננה מצדיקה פתיחה של עוד מחלקה באזור המרכז. אני לא אומר כרגע שזה המצב לעוד שלוש שנים. יכול להיות שבתכנית שאנחנו נעשה בשלושה החודשים הקרובים אנחנו נראה איפה אנחנו עומדים, ויכול להיות שיהיה כן מקום לתוספת. נכון להיום לא הייתה הצדקה. לכן זה לא אושר. זה לא קשור לקנאת רופאים בין מחלקות למחלקות. פשוט אין הצדקה. כשיש לך מחלקת ילדים עם 70-80 אחוז תפוסה בתל-השומר, ו-80 אחוז תפוסה בבילינסון, אין הצדקה לפתוח עוד מחלקה.

נסים דהן:

אין הצדקה כשזה עולה לך כסף. אבל כשבן-אדם נותן לך כסף, מה איכפת לך?

פרופ' ג' ברבש:

הבעיה היא לא הבנייה, הבעיה היא התפעול.

יונה יהב:

יום אשפוז עולה 1,300 שקל.

נסים דהן:

במקום לשלם את זה לבילינסון, שלם את זה לשם.

אברהם שוחט:

שם יהיה גירעון.

פיני בדש:

שם יש ההוצאות הקבועות בכל מקרה.

פרופ' ג' ברבש:

אני רוצה לקבל את המכתב של בתי-החולים הפרטיים כדי שנוכל להגיב עליו. אינני יכול להתייחס אליו עכשיו.

לגבי השתתפות של אזרחים: צריך לזכור ש-27% מההוצאות לבריאות במדינת ישראל ממומנות מכיסו של האזרח, מקום שני בעולם אחרי ארצות-הברית. זאת אומרת, צריך

להיזהר ממה אנחנו מעמיסים על הכיס של האזרח, כי גם ככה אנחנו נמצאים במקום מאוד מאוד גרוע מההיבט הזה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

ממה זה נובע?

פרופ' ג' ברבש:

זה נובע מזה שאנשים מקצרים טווחים ומוציאים מכיסם הפרטי - למשל רפואת שיניים, פסיכאטריה וקיצור טווחים.

שמואל הלפרט:

זה נתון מדהים.

פרופ' ג' ברבש:

נכון. המדיניות של המשרד היא לעודד או לפתח את הנושא של פעילות רפואית נוספת אחרי שעות העבודה, במסגרת מה שאתה קורא שר"פ.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

ה-27% זה מכלל ההוצאה של האזרח?

חיים אורון:

לא. מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות 27% הולך מכיסו של האזרח.

אברהם שוחט:

ניתוחים פלסטיים ליופי כלולים במסגרת ההוצאה הבריאותית?

פרופ' ג' ברבש:

כן.

לעניין השר"פ, המדיניות של השר והמשרד היא, לדחוף את הנושא הזה קדימה. נתחיל דיונים בנושא הזה עם נציבות שירות המדינה. זה יצטרך להגיע להחלטת ממשלה. בסופו של דבר זה יתרום משהו אבל זה לא ישנה את המאזן של המערכת.

לגבי הטיפול הרפואי בליקווידטורים: מי שאחראי להגדרה שלהם במסגרת סעיפים נפרדים זה המוסד לביטוח לאומי. זה לא בידיים שלנו בכלל. אצלנו הם מקבלים את כל הטיפול שאנחנו כמערכת בריאות צריכים לתת להם.

לגבי רוקחים עולים: צריך להבין שהרוקחות והרפואה של ברית-המועצות איננה בהכרח למה שקורה אצלנו. אנחנו נעמוד במבחן הציבורי אם חס וחלילה משהו יעשה טעות.

סופה לנדבר:

אבל אלה שהגיעו בעלייה שלי או לפניי כבר הוכיחו את עצמם כמו שהמדענים הוכיחו את עצמם וכמו שהרופאים והאחרים הוכיחו את עצמם. לא יכול להיות שאלה שגרמו יחד אתם והגיעו עם העלייה קודם והיום עובדים ואלה שהגיעו יותר מאוחר

לגביהם יש שינוי.

פרופ' ג' ברבש:

אנחנו חייבים לציבור לוודא שכל מי שמקבל רשיון לעסוק בתחום שיש לו השלכה על החיים יודע את עבודתו.

אמנון רובינשטיין:

גם בוגרי הארץ עוברים בחינות.

פרופ' ג' ברבש:

לגבי התמחות שלב א' ושלב ב': זה לא מדויק, מפני שמי שמתחיל שלב א', בית-חולים חייב לתת לו לגמור את שלב ב', במידה והוא עונה על הקריטריונים המקצועיים. זאת אומרת, זה שהוא התחיל ויש לו מימון לשנה-שנתיים הראשונות, אם בית-החולים לקח אותו הוא חייב לסיים אתו.

סופה לנדבר:

אני אביא לך את רשימות השמות.

פרופ' ג' ברבש:

אני אשמח לבדוק.

יורי שטרן:

זה לא ככה בפועל. המצב הזה יצר מין עבודות חדשה של עובדים שמועסקים בתנאים לא תקינים.

פרופ' ג' ברבש:

אני מוכן לשבת אתכם ולהסביר לכם, כי אני אישית העסקתי כאלה רופאים.

רופאים סניטרים: יש לנו 70 תקנים לרופאים סניטרים, שאנחנו מממנים אותם למרות שהתקציב ממשרד האוצר נגמר. אנחנו באמת בבעיה עם הנושא הזה איך להמשיך את ההעסקה שלהם. זה צריך לעלות לאוצר.

יורי שטרן:

צריך לקבוע בחוק שרק רופא מקצועי בנושא התברואה יכול להיות מועסק בתחומים כאלה, ואז תפנה גם מקומות לרופאים באיכות גבוהה יותר.

פרופ' ג' ברבש:

אנחנו חושבים שזה חשוב. יש פה בעיה לקבל לזה תקציב.

בייגה, הנושאים שהעלית על צבא קבע, פנסיונרים וכו' - אנחנו נעלה אותם, להערכתך, במסגרת הדיונים על מקורות לעסקת החבילה. יש פה דברים שאני לא הייתי ער להם.

הנושא של מחירי בתי-חולים: אמרתי כבר, בתי-החולים נותנים היום לקופות החולים הנחת מחזור של 4% מהתעריפים הקיימים ועוד מעבר לקפינג 200 מיליון שקל

בשנתיים האחרונות. קופות החולים צריכות להפעיל בקרה על הדבר הזה, והן מפעילות בקרה. העניין הוא שאנחנו נמצאים פה במין קונפליקט. בתי-החולים נדרשים לתת טיפול. הם לא יכולים להפנות את החולים למקום אחר. הקופות מפנות את החולים האלה ובסופו של דבר, תבינו, זה טיפול שאנשים מקבלים אותו והם לא יכולים להתמודד עם זה. המחירים שבתי-החולים גובים הם מינימום בכדי להפעיל את המערכת.

נסים דהן:

מי שקובע את הטיפול זה בית-החולים, לא המפנה?

פרופ' ג' ברבש:

נכון שמי שקובע את הטיפול זה בית-החולים.

נסים דהן:

כשיש לו מיטה פנויה הוא משאיר את החולה עוד יום, שקופת חולים תשלם.

פרופ' ג' ברבש:

יחד עם זה, משך האשפוז הממוצע במדינת ישראל הוא היום 5 ימים, שהוא בין הנמוכים בעולם המערבי. איך זה קורה? אנשים מגיעים היום למחלקה פנימית ונזרקים הביתה אחרי שלושה ימים וחצי מפני שאין מקום בשבילם. אז איפה יש פה תת-יעילות? איפה עוד אפשר להתייעל? מתי אפשר לשלוח אותו, אחרי יום הביתה?

יונה יחב:

למה משלוח הביתה זה פונקציה של יעילות?

פרופ' ג' ברבש:

זה לא פונקציה של יעילות. אני רק אומר שאין פה אפשר להתייעל. משך השהייה של חולים היום בבתי-החולים הולך ומתקצר כיוון שאין מקום בשביל החולים. ברגע שהוא רק "מציץ" שהוא מרגיש יותר טוב הוא "עף" הביתה.

מה ההערכה שלנו כמה תעלה הגבייה עבור אגרת ביקור אצל רופא - 15% על 500 מיליון שקל. זה הבסיס.

אברהם שוחט:

עם כל זה שצריך לבדוק ברמה המשפחתית אם הגעת ל-40 שקל?

פרופ' ג' ברבש:

עם כל זה. ההערכה הזאת שווה כמו שהיא נעשתה. זה על בסיס מה ש"מכבי" גובה היום. "מכבי" העריכה את זה ב-25%.

ג' בן-נון:

זה בסביבות 20-25%.

פרופ' ג' ברבש:

לגבי התחזיות האם זה יקטין את הביקורים או לא: הניסיון בעולם אומר כך - כשאתה מפעיל אגרה על ביקור אתה רואה ירידה בשלב ראשון. אגב, הירידה היא בעיקר

בשכבות מצוקה. אחרי זה יש עלייה מחדש. זאת אומרת, בסך הכול זה לא יקטין את הבריקורים.

אברהם שוחט:

מתוך ההערות שלך אפשר להבין את העמדה שלכם.

פרופ' ג' ברבש:

אנחנו מבינים שצריך לקצץ בתקציב מערכת הבריאות 500 מיליון שקל.

תיירות מרפא: מדובר על הבאת תיירים למרפא. יש אמנם שוק קטן והתעריפים שקבע משרד הבריאות הם רק אינדיקטור. כל בית-חולים מוסמך להוריד את התעריפים האלה ועושים את זה.

אברהם שוחט:

נדמה לי שהיה פטור ממע"מ.

יורי שטרן:

רק מרוסיה מגיעים הנה עשרות אלפים.

פרופ' ג' ברבש:

זה נכון שמגיעים, אבל בסדר גודל של בית-חולים שתקציבו נע בין 500 ל-600 מיליון שקל, לדוגמא, בית-חולים גדול, האחוז מהתקציב שזה מביא הוא אולי אחוז.

אמנון רובינשטיין:

כיוון שאין מספיק מיטות.

פרופ' ג' ברבש:

אלו פעילויות שנעשות בחלקן אמבולטורית.

יונה יהב:

אתה מוכן להודות שהמשרד שלך לא ערוך בכלל למחשבה הזאת?

פרופ' ג' ברבש:

אני מוכן להודות שהמשרד שלנו ערוך מאוד, כולל נוהלים, כולל קריטריונים והשקעה באיך צריכים - - -

יונה יהב:

הוא לא מעודד את בתי-החולים לשווק. תשאל את יורי שטרן, יש פוטנציאל עצום לעניין הזה.

פרופ' ג' ברבש:

המשרד לא הולך ועושה תעמולה, אבל אל תצפו שמשם תבוא הישועה למערכת הבריאות מבחינה תקציבית.

יורי שטרן:

הצעתי בישיבה אחרת לכבוד השר, להקים במשרד הבריאות יחידה שדומה ליחידה לשיתוף פעולה בין-לאומי חקלאי במשרד החקלאות על מנת לפתח את הנושא של יצוא שירותי רפואה הן באמצעות התיירות הרפואית והן באמצעות התחברות לכל מיני תכניות בין-לאומיות. אני חושב שזה הקו הנכון, כי זה אחד הענפים שהופך להיות לענף יצוא מאוד משמעותי במדינה. לכן גם ההערכות שיש לך היום לא לוקחות בחשבון את מה שקורה בשוק הפרטי, ושם זה המון. צריכים גם לראות את זה כדבר שהיה אפס לפני שלוש שנים ואם הוא הגיע עכשיו לאחוז אחד זה המון. אחוז אחד מההכנסות זה המון וזה הולך וגדל. לכן כדאי כבר להתחיל לראות את זה כדבר מתפתח.

שר הבריאות צחי הנגבי:

אני רוצה להתייחס לסוגיה הזאת בהערת אגב לדברים של המנכ"ל.

נשאלה פה שאלה האם המשרד ערוך. אני מעריך שהמשרד ערוך. אני כשר לא הייתי ערוך ולא הייתי מודע בכלל למשמעות של הנושא הזה עד אתמול, כשבדרך מקרה תוך כדי סיור מזוכיסטי בקפריסין הייתה לי שיחה מאוד מרתקת עם השגריר שלנו שם. השגריר סיפר לי שיש פוטנציאל אדיר, יש אוכלוסייה עשירה במושגים יחסיים במזרח התיכון והם מנסים לאתר שירותי רפואה ברמה שיכולה לספק מענק למאוויים שלהם. הוזכרו בשיחה שלנו אפילו פוליטיקאים מאוד בכירים בקפריסין שהגיעו לכאן לטיפול כמה פעמים. יש קרקע בשלה לקידום הנושא הזה שם. אני מעריך שגם בארצות אחרות. זו בהחלט נקודה שצריך לחשוב עליה.

יורי שטרן:

זה שווה דיון נפרד.

אמנון רובינשטיין:

יש לזה גם חשיבות מדיניות.

פרופ' ג' ברבש:

סיימתי את הדברים העקרוניים.

שר הבריאות צחי הנגבי:

יש שורה של סוגיות לא פרטניות אלא יותר מהותיות שעלו כאן בדברים. כיוון שאני מבין שיש לי דקה עד להצבעה אני אדבר על נקודה אחת שהיא הכי אקטואלית ולוועדה יש בה משקל: אגרת ביקור אצל רופא ובמרפאות חוץ. הנושא הזה עלה ביזמת האוצר, הגיע לישיבת ממשלה ובישיבת ממשלה העליתי הסתייגות. בעקבות ההסתייגות נתקבלה החלטה, שמשרד האוצר ומשרד הבריאות יגבשו ביחד תוך 30 יום הצעה חלופית להצעה המקורית.

המשרד נכשל בשכנוע האוצר בכל הנוגע לחלופות של ה-500 מיליון שקל. אני לא רוצה לחזור על דברים שאמרתי הן בישיבת הממשלה, הן בישיבת ועדת העבודה והרווחה והן בתקשורת, אבל בתמצית אומר, שאנחנו משוכנעים כמשרד בריאות, שהדבר הזה הוא לא נכון, לא רצוי ולא צודק, וגם תרומתו לאור סימני השאלה הרבים שיש, גם לגבי המשאבים שיידרשו לצורך גבייה, גם לגבי התוצאה הסופית, כי בסופו של דבר כמה בכלל יישאר בידי המערכת. התוצאה שנויה במחלוקת.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני מציע שנפסיק כאן ונמשיך ביום חמישי.

בניגוד לחבר הכנסת שטרן, לי היו הרבה שאלות לסעיפים השונים ולא העליתי אותם היום. אני עושה את זה לגבי כל משרד. לא שאלתי את השאלות היום, אבל תראו שכל סעיף שהוא לא סעיף נוקשה, קרי - לתשלום שכר, אלא יש בו הוצאה, אני אשאל שאלות. כי אני הולך לחפש 5% בתקציב שלכם. אם תבואו להציע 5%, אין שום בעיה, אם לא, אני אשאל את זה בישיבה.

השר, לא היית כאן קודם, אבל בין השאר אחד החברים הציע להעלות את המס על הסיגריות.

שר הבריאות צחי הנגבי:

ההערכה שלנו שזה יכול להביא 200 מיליון שקל למערכת. האוצר מתנגד ואומר שזה יעלה את המס השולי. נדבר על זה ביום חמישי.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

תודה לשר. המשך הדיון ביום חמישי בשעה עשר.

תקנות הסדרים במשק המדינה (ארנונה כללית ברשויות מקומיות בשנת 1997)

פיני בדש:

אני רוצה להעיר הערה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אין דיון.

פיני בדש:

בקשר להצעה שכולם קופצים עליה, לתת את האפשרות להעלאה של 10%: אתם חושבים שראש עיר ירוץ ויעלה עוד 10%? אתמול הייתה ישיבת מועצה לעניין הזה. אצלי הארנונה בתחתית הסולם - 23%, כאשר המינימום הוא 19.90 והמכסימום 71. בקושי הצלחתי להעלות עוד 2%, כאשר אנחנו במקום שני בהכנסה לנפש בארץ. לכן אני אומר, זה לא פשוט שראש עיר בא ומחליט.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני רוצה להזכיר לחברים שאנחנו קיימנו דיון ארוך בנושא הארנונה, ולמעשה התגבשה כאן מתוך ניסיון להגיע להבנה של שני חלקי הבית הסכמה על השינויים הבאים בהצעה הכוללת: מה שסיכמנו הוא, ואתה כמובן זכאי להצביע לפי ההצעה המקורית של האוצר, אבל מתוך רצון להגיע לאופוזיציה התגבשו למעשה שלושה שינויים בנוסח של האוצר:

נושא ראשון: במקום הרשאה לרשויות המקומיות לאפשר העלאה ריאלית מעבר לעדכון של 10%, לאשר העלאה כזו בגובה של 5%.

אברהם שוחט:

לא הייתה הסכמה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

זה מה שרצינו שתהיה הסכמה. חשבנו שיש הסכמה. לכן אני מציע את ההצעה הזאת בשם הקואליציה, אותה הצעה מוסכמת שחשבנו שהצענו כדי להגיע לפשרה בישיבה הקודמת, ואני מציע את זה כחבילה.

הנושא השני היה גבייה מראש - ההצעה הייתה שאפשר לתת הנחה על גבייה מראש עד 2%, ואנחנו מסכימים שההנחה תישאר עד 4%.

פיני בדש:

זה מחייב 4%?

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

ע.

מיכאל איתן:

בייגה מסכים לזה, אז בשביל להצביע?

אברהם שוחט:

לא, אנחנו לא מסכימים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

הוא חזר בו מה-5%.

רפי אלול:

הוא לא הסכים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

הייתה תחושה שיש הסכמה. מיכה גולדמן תמך ב-10%.

נושא שלישי ואחרון הוא נושא בתי אבות - אנחנו משאירים כפי שהיה עם הניסוח של השנה שעברה.

סמדר אלחנני:

אם תוסיפו את ההגדרה שהנחה על תשלום מראש היא עד 4%, זה לא משנה שום דבר, כי יכולים לתת חצי אחוז. אני יודעת שצריך לשנות חקיקה ראשית ואין לזה זמן עכשיו, אבל הייתי מציע שייצא מכס קול קורא או החלטה או המלצה, שיתנו הנחה לא בגבולות 2%.

אברהם שוחט:

במקרה שמישהו משלם היום מעל לתקרה, הוא לא מקבל אוטומטית את התוספת של ההתייקרות אלא זה מקטין את הפער?

אנה שניידר:

זה בתקנות.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני מעמיד להצבעה את הצעת הממשלה.

סמדר אלחנני:

השינוי לעומת שנה שעברה הוא, שההעלאה החריגה שהעיריות יכולות לעשות השנה זה בלי אישור של שרים. בשנים קודמות היה צריך את אישור השרים.

אנה שניידר:

זה גם השנה. בסעיף (ג) 9.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אני מעמיד להצבעה את הצעת הממשלה בשלושת השינויים שהוצעו.

אברהם שוחט:

זה בלי הסכמות.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

בלי הסכמות. מה לעשות?

מיכאל איתן:

זכותו של חבר הכנסת שוחט לדרוש פיצול בהצבעה, כי הוא מסכים לחלק מהדברים.

אברהם שוחט:

בעניין ה-4% ובעניין בתי האבות יש לך הסכמה מלאה. נשאר הנושא השנוי במחלוקת.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

ניסינו להגיע להסכמה כוללת. עכשיו נוצר מצב שאנחנו בעד העלאת מסים והם נגד.

מיכאל איתן:

השאלה על מה אנחנו מצביעים עכשיו? על הצעת האוצר בכללותה?

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

על בקשת האוצר בשלושת השינויים האלה. אנחנו מצביעים כתבילה.

אברהם שוחט:

אני לא יודע מה החוק אומר אם אנחנו רוצים להצביע סעיף סעיף.

אנה שניידר:

צריך להצביע סעיף סעיף.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אם צריך להצביע סעיף סעיף, זה החוק, ונצביע כך.

אם כך אני מצביע על הצעת האוצר בחלקים המוסכמים, בשני השינויים: עד 4% פלוס בתי אבות בנוסח כפי שהיה בשנה שעברה. מי בעד?

ה צ ב ע ה
הוחלט: לקבל הצעת האוצר

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

ההצעה נתקבלה.

עכשיו אני מעלה להצבעה את התוספת הריאלית, כאשר אני לא מעלה את הצעת האוצר ל-10% אלא את ההצעה להעלות ב-5%.

אברהם שוחט:

ממול עומדת הצעה שלנו בכלל לא להעלות, אלא במסלול של שנה שעברה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

מי בעד ההצעה של הממשלה המתוקנת, להעלות את הארנונה ב-5% מעל המדד?

ה צ ב ע ה

בעד ההצעה להעלות את הארנונה בתוספת של 5% מעל המדד - 8

נגד - 7

הוחלט: לאשר ההצעה להעלות את הארנונה ב-5% מעל המדד

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

ההצעה של הממשלה המתוקנת נתקבלה.

הוחלט: לאשר את התקנות בשינויים הבאים:

1. בתקנה 4 - פסקאות (ב) ו-(ג) יימחקו.
2. בתקנה 7(א)(1) - במקום "עד עשרה אחוזים" יבוא עד חמישה אחוזים".
3. בתקנה 7(א)(2) - הסיפא החל במילים "על אף האמור בתקנה 4 רשאית רשות מקומית..." - תימחק, ובמקומה יבוא: "ובלדבד שלא תעלה על הסכום המוטל בפועל בשנת הכספים 1997 באותו אזור על מבנה מגורים שאיננו בית אבות".
4. בתקנה 12 - במקום "2 אחוזים" יבוא - "4 אחוזים".

שינויים בתקציב לשנת 1996

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אנו עוברים לשינויים בתקציב.

פנייה 422

זוהר ינון:

מדובר בהפשרת רזרבה להתייקרויות לשנת 1996 במשרד הבריאות.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אם אין לחברים הערות, הבקשה מאושרת.

פנייה 423

זוהר ינון:

גם בקשה זו עוסקת בתקציב הפיתוח של משרד הבריאות לבניית מחלקות אשפוז, שיפוצים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

במקום לבנות עוברים לשיפוצים?

זוהר ינון:

לא שאנחנו מותרים על הבנייה, אלא כיוון שזה תקציב פיתוח ויש הבדל בין קצב ביצוע עבודות בתחומים מסוימים, עושים התאמה לקראת סוף השנה. זה לא ויתור על הבנייה בפועל.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אבל השיפוצים האלה לא היו מתוכננים?

זוהר ינון:

היו מתוכננים. יש הבדל בתקציב פיתוח בין הביצוע בפועל לבין התקצוב. לא ויתרנו לא על שיפוץ ולא על הבנייה.

אברהם שוחט:

למה יש תוספת בסקטור הממשלתי והורדה בסקטור הציבורי? לפי מיטב זכרוני, מצב בתי החולים הממשלתיים פי אלף יותר טוב מהתשתיות בסקטור הציבורי.

זוהר ינון:

אין ביטול של התחייבות לשיפוץ בבית חולים ציבורי זה או אחר. היות וזה תקציב פיתוח ויש הבדל בקצב הביצוע של העבודות בפועל, מה שאתם רואים פה זה בעצם גמר התחשבות מול קבלנים שונים בתחומים שונים. לכן יש הבדל והסטות בפעילויות בין תכניות שונות בתוך המשרד.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אנו מאשרים את הבקשה.

נסים דהן:

איזו הכנסה יש בשיפוץ בתי חולים?

זוהר ינון:

בתקציב פיתוח יש למשל תרומות של הקליימס קונפרנס.

פניה 441

זוהר ינון:

מדובר בהפשרת הרזרבה בתחום בריאות הנפש. אנחנו מחלקים את הרזרבה להתייקרויות לקניית שירותים בתחום בריאות הנפש וכן לקניות של בתי החולים הפסיכיאטרים הממשלתיים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

מה הפרינציפ של הרזרבה להתייקרויות? התייקרויות של מה?

זוהר ינון:

3% או 5% מתקציב הקניות וגם מתקציב השכר מועבר בתור רזרבה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

בפועל זה סכום נומינלי?

זוהר ינון:

כאשר יש בקשה של אגף התקציבים להפשיר את הרזרבה, מפשירים את הרזרבה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

בלי קשר להתייקרויות?

רון אילון:

זה כן קשור. יש שני תנאים להפשרת רזרבה: 1. שהמדד בפועל עלה על המדד החזוי. 2. שיש החלטה של המשרד שהוא מפשיר את הרזרבות האלה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

המדד בפועל עלה על המדד החזוי? לא משנה בכמה?

רון אילון:

אם ההפרש הוא של אחוז, אתה לא צריך את כל הרזרבה. אם ההפרש הוא של 5%, לפעמים היא גם לא מספיקה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

כאן הפשרנו את כל הרזרבה. אתם שומרים על מאזן בסך הכול? אתה לוקח את הרזרבות להתייקרויות בכל המשרדים ואומר, המדד עלה בכך וכך, לכן אני בסך הכול משתמש רק באותו אחוז שעולה בקנה אחד עם עליית המדד?

רון אילון:

בעקרון כן, אבל צריך לזכור שלפעמים העדכון הספציפי עלה על איזשהו מדד. יש כאן התייקרות בשכר שליחים בחו"ל. יושב מישו באנגליה ומקבל שכר בליש"ט וזה עלה הרבה מעבר למדד החזוי. המדד הוא איזשהו ממוצע של כל המט"ח.

אברהם שוחט:

היושב ראש שואל האם הרזרבה להתייקרויות אינה מנוצלת במלואה מבלי להביא בחשבון באופן מדויק את הנושא של המדד, והתשובה הבסיסית היא שבדרך כלל כן, למיטב זכרוני. אני לא יכול להגיד על כל משרד ומשרד. אני חושב שאני לא טועה.

רון אילון:

אני חושב שאתה כן טועה. בדרך כלל, המקור הזה איננו מקור ריאלי אלא נומינלי. יתרה מזאת, השנה בגלל גרעונות בתקציב המדינה אנחנו משתדלים לשחוק את הרזרבה. אנחנו מנסים לשחרר את זה אך ורק לענייני שכר.

אברהם שוחט:

כמה זה מסך התקציב?

רון אילון:

בממוצע קצת מעל 3%.

חיים אורון:

למה בית חולים שיש לו 600 מיטות מקבל 550, ובית חולים שיש לו 300 מיטות מקבל 400? למה בית חולים שיש לו 450 מיטות מקבל 400, ובית חולים שיש לו 600 מיטות, בבת-ים, מקבל כלום?

זוהר ינון:

נמצא פה חשב משרד הבריאות, אולי הוא יסביר.

ש' זילונקה:

תהיה עוד פנייה תקציבית על תוספות נוספות. זה במובן של הרזרבה. היה דיון תקציבי על תוספות לכל בתי החולים.

חיים אורון:

מדובר על רזרבה להתייקרויות. בבת-ים לא התייקר?

ש' זילונקה:

התייקר.

חיים אורון:

אני מבקש שתביאו ניירות שאפשר להבין מה כתוב בהם, או שלא תביאו כלום.

ש' זילונקה:

היו דיונים תקציביים למשל עם בית-חולים בת-ים ועם בית-החולים סורוקה. בבית חולים בת-ים הייתה לו תוספת הכנסות ואישרנו לו את התוספת הזו בתור תוספת הוצאה. כלומר, הוא לא צריך את הרזרבה בשביל תוספת ההוצאה שלו. כיוון שלבית-החולים סורוקה לא הייתה תוספת אבל חשבנו שהוא צריך תוספת מעבר לרזרבה של ה-3%, נתנו לו.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אנו מאשרים את הפנייה 441.

פנייה 449

זוהר ינון:

מדובר במחלקה שנפתחה בבית-החולים ברזילי. מה שמבוקש כאן זו העברה לוויסות כוח-האדם של המשרד לתקנון של המחלקה בהיקף של 30 תקנים.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

מאיפה לוקחים את זה?

זוהר ינון:

יש ויסות כוח-אדם בסעיף 58. מין פול כזה שאמור לתת ביטוי לפתיחה של מחלקות חדשות.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אנו מאשרים את הסעיף 449.

פניות 450 ו-451

זוהר ינון:

מדובר בחלוקת חודשי עבודה לבתי-החולים הכללים והגריאטריים בהתאם להסכם שנחתם עם חטיבת האחיות. הייתה שביתה ונחתם הסכם לחלוקת חודשי העבודה.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אנו מאשרים פניות 450 ו-451.

פנייה 380

יואל נווה:

הבקשה היא להעברה פנימית בתוך תקציב הסובסידיות 105 מיליון שקל לסובסידיה לתחבורה הציבורית. הייתה טענה בדיון הקודם, שהייתה הבטחה שלא יהיו

יותר העברות מההעברה הקודמת. אנו חושבים שלא הייתה הבטחה כזאת. יכול להיות שנאמר שלא תהיה בקשה יותר מהרזרבה הכללית, עכשיו זה לא מהרזרבה הכללית אלא מתוך מקורות שלנו בתוך סעיפי הסובסידיות.

אברהם שוחט:

הייתה שאלה נוספת, כיוון שהסכום לא קטן, האם יש פחות הכנסה בחברות התחבורה כתוצאה מהמתיחות שהביאה את הצורך לתת את זה. הבקשה הקודמת באה לכסות את הפיגור בהעלאת התעריפים. לא הייתה תשובה ממה זה נובע.

יואל נווה:

יש פה כמה אלמנטים שאני מוכן להסביר אותם. ירידה בפדיון בתחבורה הציבורית שהורגשה בתקופת המתיחות האחרונה לא באה לביטוי בתקציב השנה. על זה אנחנו מתחשבים בדרך כלל בשנה שלאחר מכן ולא באותה שנה ולא באותו חודש. נוצר פה מחסור של סכום מסוים בתקציב לסובסידיה השוטפת. נכנסים פה כמה אלמנטים נוספים: נחתם השנה הסכם חדש עם "אגד", שיש לו השפעה. ה-70 מיליון שקל הקודמים לא כיסו את כל ההפרש של הדחייה בהעלאת התעריפים.

נסים דהן:

אני זוכר שהנציג שלכם אמר שזו תהיה ההעלאה האחרונה של 13% בתעריפים. זה יותר מה-80 מיליון בפעם שעברה.

יואל נווה:

יש לנו בסעיף כמו שתקצבנו אותו במקור, והוא בסביבות סכומים הללו. זה נובע מכמה דברים: מהסכם "אגד" החדש שיש לו עלות יותר גבוהה. זה נבע מהנושא של העלאת תעריפים, וקיבלתם על זה הסבר. דבר נוסף, זה נבע מזה שחלק מתקציב הסובסידיה של השנה שימש לתשלומים משנה שעברה. כלומר, הייתה הסטה משנה לשנה. לכן נוצר הגרעון הזה. אנחנו לא מבקשים יותר כסף מהרזרבה הכללית אלא מבקשים לעשות הסטות מתוך מקורות תקציביים.

אברהם שוחט:

זה רזרבה לתמיכות בתחבורה או בכלל?

יואל נווה:

אני יכול להראות לכם באילו תכניות מדובר. חלק מזה הוא מתוך תמיכות לתחבורה, בחלק אחר יש שינויים בספנות. אגב, יש פה גם בקשה להוסיף כסף לתמיכה בתובלה יבשתית לאילת בהיקף של מיליון ו-275 אלף ש"ח.

אברהם שוחט:

מה זה רשויות יבשתיות שאתה מוריד?

יואל נווה:

זה רשת ביטחון למסופי גבול יבשתיים, שלא נשתמש בזה בשנה הזו.

חיים אורון:

מר קליינר, שום בקשה לא תעבור היום. אנחנו נצביע נגד הכול. אם אתם עושים

גיוס רק למים, חבל. תעשו גיוס לכול. תעבדו ברצינות בקואליציה.

יואל נווה:

המשמעות של אי-אישור הבקשה היא שב-15 לחודש אנחנו אמורים לשלם סובסידיה לתחבורה הציבורית. לא יהיה כסף לשלם לתחבורה הציבורית, יש סכנה שהתחבורה הציבורית תשבות במדינת ישראל.

אברהם שוחט:

זה מה שהאופוזיציה רוצה.

חיים אורון:

הייתי מצביע בעד, אבל שיעבדו. שלא יבואו לסעיף אחד וילכו.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אם כך, אני דוחה את כל הסעיפים להצבעה מחר.

חיים אורון:

לא להצבעה, לדיון. לא נסים בלי דיון.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

בסדר, לדיון.

אברהם שוחט:

נאשר לתחבורה ציבורית.

חיים אורון:

בסדר.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

פנייה 380 מאושרת.

יש עוד פנייה בעניין מרכז ההשקעות. בסדר.

פנייה 400

אברהם שוחט:

יש לי שאלה: בבקשה קודמת הרזרבה הייתה 250 מיליון שקל. עכשיו בפנייה 400 מופיע שהרזרבה 530 מיליון שקל. היה איזה מילוי של הרזרבה הכללית?

רון אילון:

לדעתי זה בדיוק הפוך. הבקשה הזו הוחזקה אצלנו שבועיים.

אברהם שוחט:

אבל כתוב תאריך 6.11.

רון אילון:

לא, 10.11.

אברהם שוחט:

תסביר בבקשה את הפנייה.

רון אילון:

זו בקשה של 150 מיליון שקל במזומן מהרזרבה הכללית למרכז השקעות לתשלום מענקים ועוד כ-40 מיליון שקל מהרזרבה להתייקרויות של מרכז ההשקעות. סך הכול 190 מיליון שקל בתוספת מזומן. היום אנחנו נמצאים במצב שכבר שבוע הבנקים לא משלמים ליזמים כי הסתיימו הכספים.

אברהם שוחט:

זה גומר את הסיפור השנה?

רון אילון:

זה משאיר בין 50 ל-100 מיליון שקל. אין יותר מזה.

אברהם שוחט:

מה יש עוד בתמיכות בענפי המשק? זה כולל תיירות?

רון אילון:

לא. תמיכות בענפי משק זה מרכז השקעות, מדען ראשי, סעיפים של תמ"ס כמו קרן שיווק.

מ"מ היו"ר מ' קליינר:

אנו מאשרים פנייה 400.

התחייבתי שאנו מפסיקים עכשיו את הדיון, לכן אנו מפסיקים. המשך בישיבה הבאה.

הישיבה ננעלה בשעה 13:15