



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת משנה תאגוד בתי"ח – 22/12/13

נוכחים: רוגית קן, אילן שטיינר, יוני דוקן, דר' אמנון בן משה, שלמה פשקוס (מחליף של שירה גרינברג), רועי משולם, פרופ' ארנון אפק, שירה ארנון (מנהל רפואה), עו"ד לאה ופנר, דורון קמפלר, מור סגל.

**** מציגים ראשונים בפני הוועדה: דר' מיקי שרף (מנכ"ל כספים), אלי כהן (סמנכ"ל כספים), ישי נאמן (אגף תקציבים), הלל דשן (ראש אגף תקציבים) – שירותי בריאות כללית. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

אלי כהן: מציגים עצמם. הנושא של כפל כובעים הוא לא באוויר, אלא מה שקורה עכשיו. כשהתחלנו לכתוב את המצגת, השיר של לאה גולדברג על כובע הקסמים עבר בראשו, למי שמכיר... המוטו בכללית – אנחנו חושבים שהרפואה הציבורית היא בעיקרה רפואת קהילה ולא בתי"ח. הוועדה בנושאים שבחרה, מתעסקת מאוד בבתי"ח וזה לא עיקר המערכת. עיקר המגעים מבחינת האדם הפרטי זה המפגש מול הרופא בקהילה. בתי"ח, בעיקר בגלל רמתם, זו אפיזודה חולפת. צריך לדבר על הרפואה הציבורית ולא רק על בתי"ח, וזה אפילו לא כלים שלובים. הסלוגן של כפל הכובעים הוא לא רק בתי"ח אלא גם טיפות חלב, יש כפל תשתיות. דו"חות מבקר המדינה גם מדברים על טיפות חלב, למרות שהן נותנות שירות טוב יותר, הכל במסגרת התקציב. הקופות מחויבות לתת שירות רפואי.

אני רוצה לחזור עוד אחורה – המצב של להחזיק בבתי"ח הוא כורח ולא תוצר של עבודת מטה של מדינה שבדרך, איך המדינה צריכה לקום. שנת 1951, האוכלוסייה מכפילה את עצמה תוך פרק זמן קצר בגלל גלי העלייה, ועל בסיס מיקום בסיסים צבאיים קמים בתי"ח. פה בארץ זה כורח ולא אידיאולוגיה, וחשוב לי להגיד את זה הרבה פעמים. משפט נוסף – הבעיה של כפל הכובעים היא לא סטטית מ - 51, יש הרבה אילוצים במדינה שלמדנו לחיות איתם. זו בעיה שהולכות ומתפתחת ומציקה, תופסת עוצמות בתקופות זמן שונות עם נקודות חיכוך בין הקופות למדינה, מכאיבה למערכת בצורה שוטפת ומשפיעה על חיי השגרה באינדיקטורים שונים.

וועדת נתניהו – זו המסקנה היחידה של הוועדה שלא קוימה – הפרדת התפקידים של משרד הבריאות, שאמור להיות גורם ניטרלי. בראייה היסטורית זו וועדה מוצלחת. וועדת אמוראי אמרה אותו דבר, והמצב אינו עולה בקנה אחד עם מנהל תקין. וועדת ליאון – המשרד עוסק בשוטף ולא באסטרטגיה. אם יש אירוע של רופאים באיכילוב, כל צמרת המשרד תתעסק בו ולא יתעסקו בתכנון כ"א ודברים אחרים כי הם בעלים, ובעלים מגיבים בצורה אחרת. לקחנו את ארבעת האינדיקטורים שקורים היום, בהם כפל הכובעים משפיע על חיי המערכת.

דר' מיקי שרף: נושא הרישיונות הוא הראשון, אני מדבר על פתיחת מיטות וכניסת טכנולוגיות. כשאנחנו מסתכלים לאורך השנים על מתן רישיונות למיטות, הקצאת המיטות נגזרת מאינטרסים של המשרד, כמו פתיחת מיטות פנימיות היכן שאין צורך כמו בנהריה, בוולפסון ובשרון, שפוגעת בפתיחת מיטות אחרות באזור. כל תושבי הצפון היום נוסעים לרמב"ם כדי לקבל הקרנות - בלתי נתפס! יש בקשות חוזרות ודיונים, לא קיבלנו אישור להצבת מאיץ בבי"ח העמק. זו דוגמא לכך שאין תמיד הלימה בין הצורך להקצאה בפועל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אלי כהן: הנושא הבא הוא מדד המחירים. נשמע טכני, אבל זה לב לבו של פסיקת בג"צ. יש 2 מדדים במערכת – יוקר הבריאות שהוא סובייקטיבי ושקלול של מדדים, ויש את מחיר יום אשפוז שבתקווה יהפוך למדד והוא מקדם 42% מהוצאות הקופות. אם המשרד היה ניטרלי, הוא היה מנסה לאזן בין הוצאות להכנסות כדי לא להביא למצב של משבר, וזה התפקיד של רגולציה, לשקול את כל השיקולים. מתייחס למצגת - אפשר לראות באופן גורף שבכל השנים מחיר יום אשפוז גדול ממדד יוקר הבריאות, זה לא הגיוני. באופן עקבי לאורך ציר הזמן, כשזה נוגע להכנסות של בתי"ח, המדינה תצטרך לכסות את זה. אם הקופות נכנסות לגרעון אפשר לבקש מהן להתייעל, להוריד את הירח, וזה בסדר, זה לגיטימי. אפשר לראות את הפערים, שהולכים ומתרחבים כל פעם שנחתם הסכם שכר. אני לא אחזור עכשיו על הדו"ח של בנק ישראל. הקופות רוצות כמה שיותר הכנסות וזה לגיטימי. התפרסם בשבוע שעבר דו"ח של מדינת ישראל שאומר בדיוק אותו דבר, שנפתח הפער, גם בג"צ אמר את זה – מתייחס לציטוט של בג"צ במצגת. השחיקה השיטתית זה ההבדל בין הכנסות להוצאות. אם המשרד היה מיניסטרי חף משיקולים, הוא היה דואג שהמדדים יפצו, פעם אחת זה יהיה למעלה, ופעם אחרת למטה. הקופות בגרעון של 2 מיליון ש"ח ובטח שמעתם את זה לא רק מאיתנו, וזה נובע מחוסר יכולת לאזן אינטרסים. שיהיה ברור, אין לי שום טרענה לגבי בתי"ח, מצדי שיום אשפוז שלהם יהיה כך או אחרת, אבל תסתכלו גם על מי משלם את המחיר, ואל תשלחו את שני הגלדיאטורים להתמודד בקרב על זה. זה חוזר בעוד זווית אחרת – צו ה - CAP מתחדש כל כמה שנים. מדד יום אשפוז ויוקר הבריאות מתחדש כל שנה. עקרונות ה - CAP נקבעים כל 3 שנים, אז איך בתי"ח והקופות יתחשבו אחד עם השני? כשחולה שוכב בבתי"ח, אם הרופא אומר שהוא צריך לשכב 20 יום, כך זה יהיה, ויש כאן גם אלמנט כלכלי. איך המדינה הסבירה לחברי הכנסת למה לאשר את החקיקה הזאת? במצגת. עד לכאן בסדר, לכאורה זה יופי של כלי רגולטורי.

רונית קן: מחזירה ומצטטת את השקף הקודם. כמה מתוך ההוצאה של קופת חולים היא תשלום על אשפוז בבתי"ח?

אלי כהן: 42%.

רונית קן: וזה כולל גם תשלומי העברה בין בתי"ח של הקופה?

אלי כהן: בתי"ח של הכללית הם כמו מרפאה או מחלקה. אני משלם את הוצאות השכר שלהם. יש כללי התחשבות פנימיים, אבל הם פלוס ומינוס. מחירי ההעברה בין בתי"ח זה בתעריפון משרד הבריאות, כדי שנוכל לדעת אם בסוף היום בתי"ח מרוויחים או מפסידים. אציג מספרים בסוף, זה רק ברמת ההבנה. בגלל זה מרכיב השכר אצלי מאוד גבוה, 40%, 40% רכש ושירותים רפואיים ועוד 10% תרופות. מטרת ה - CAP היא להסדיר את ההתחשבות בין הקופות לבתי"ח. והנה באה חקיקה, ומופיע שהבסיס של ההתחשבות ל - 2014 זה הרכש של הקופות מ - 2012, למה לא 2013? למה זו שנה מייצגת? בוחרים את 2012 כשנת הבסיס, ומוסיפים עליה עוד כך וכך. שנה זו הייתה שנת שיא ברכש של הקופות. אם מסתכלים אחורה, 2012 יותר גדולה מ - 2011 ומ - 2013. אם אתה בא לרסן, קח מכל מקום אחר.

שלמה פשקוס: איך אתה מסביר את 2012?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רונית קן: אני מבינה למה בדצמבר 2013 כשעושים את חוק התקציב..

אלי כהן: כשהמחוקק חוק את צו הקאפינג ב - 2007, זה לא בעיה חדשה, תמיד לקחו ממוצע של 3 שנים ולא תפסו על שנה ספציפית. ב - 1.1.2011 נפתחו ההסכמים עם בתי"ח, ומשרד הבריאות ניצל את כוחו וניהל מו"מ לפי אשכולות. זה היה הרבה דם רע עד אזור אוגוסט, ו - 2012 הייתה שנתו הראשונה של ההסכם שנתן כל מיני דלתות, לוקח זמן להתאים את פונקציית הייצוב. שם הרגולטור אמור להיות במיטבו, ומי שעשה את זה זה האוצר, ובכלל משרד הבריאות לא בא לידי ביטוי. יש שם עוד סעיפים של הבטחת רצפת רכש של 95%, ועוד משחקים שמטרתם לשמר את ההכנסות.

רונית קן: אם בעיית ריבוי הכובעים היא של משרד הבריאות, ואתה אומר שזה רק משרד האוצר, אז אין בעיה.

אלי כהן: מעולה. זו חולשה שלו, כי אם הוא יחליט מחר בבוקר שרצפת רכש היא לפי הממוצע, הוא צריך לפצות. האוצר לא אמור לשקול שיקולי רגולציה של טובת המערכת, אלא כמה יעלה לו הכי מעט. חוזר למצגת - מה המשמעות מבחינת הקופות? צריך לשלם לבתי"ח יותר, אוקיי, ניחא, אבל יש 2 תופעות שהן רעות חולות - עליית מחיר יום אשפוז, אין עליית שכר, אבל מחיר השוק הוא מחיר הבסיס לכל ההתחשבוניות. מה המשמעות? אם העוגה היא 100% ועכשיו אני מעביר לבתי"ח 42% אחוז במקום 40%, זה אומר שיש לנו 2% פחות לתת לקהילה. יש מגמה בכל העולם של חיזוק הקהילה, הוזלה של טכנולוגיות, יותר קרוב לבית, זו מגמה שלא ברורה למשרד הבריאות. המסר עובר שזה לא מצב תיאורטי, אלא שקורה כל פעם. זה אומר שיש לי פחות כסף לקיצור תורים לרפואה ראשונית, וזו ליבת השירות. יש לי פחות כסף לסגירת פערים ולמלא דברים אחרים. אם הייתה רגולציה שאומרת אנחנו מבינים את המצב, שוקל מקורות ושימושים, זה התפקיד שלו בתור רגולטור. התוצאה של התהליך הזה כתובה ב - 1994, הסדר נושים לשירותי בריאות כללית, ועד שמישהו מגיע להיות חדל פירעונות. ב - 2010 ניתן אותו הסדר בלאומית והם לא התרוממו. האוצר כמנהגו מסתכל איך הוא מוציא הכי פחות מהכיס, והעסק לא מתכנס, הוא מתבדר.

רונית קן: כשאתה מציג את הדברים כך, ומדבר על ריבוי הכובעים של המשרד בהיותו גם בעלים וגם קובע רגולציה שלהם, אני מבינה חלק מהטענות. אתה אומר שהבעיה היא לא משרד הבריאות אלא בעלות הממשלה בבתי"ח. הממשלה היא בעלים של בתי"ח, ואז יש לה ראייה כזאת או אחרת עם ווליום כזה או אחר למה שהיא רוצה לראות במערכת, ואז משרד האוצר עושה את המו"מ על ה - CAP, והאוצר עושה את המו"מ על ה - CAP במצב משברי, ואז זה בעלות של הממשלה ולא של משרד הבריאות או לא.

אלי כהן: השאלה עד כמה צריך להרחיק לכת כדי לקדם את המצב. כל מצב אחר הוא טוב יותר מהמצב היום. עשינו על זה שקף שהתווכחנו עליו רבות. אף אחד לא יושב ורפואית בא ואומר מה אני עושה ב - 2014? האם אני בונה את הקהילה? פותח מיטות? מקצר תורים? למה? יש לי לחצים מבחוץ, ואין תכנון אסטרטגי.

ד"ר מיקי שרף: אם עסקינן במיטות, כולנו יודעים שיש כ - 14 וחצי אלף מיטות במדינה, מחציתן בידי משרד הבריאות, 31% בידי הכללית. בתי"ח של הכללית מממונים על ידי תקציב המבוטחים בקהילה, והמשמעות היא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שהכללית מחזיקה את בתי"ח באמצעות התקציבים הללו. אפשר לראות את הגרעון של בתי"ח של הכללית – במצגת. הגירעונות בעצם מסובסדים על ידי המדינה בסבסוד שוטף, והכללית נאלצת לשלם את הגרעון באמצעות העברת כספים שמיועדים לקהילה. אנחנו עלולים שוב לפגוע בקהילה, כאשר בהיעדר מספיק כסף, אנחנו לא יכולים לפתח יותר שירותים בקהילה. חדרי המיון עמוסים בגלל שיש לנו קושי במתן פתרונות לפני שהחולים מגיעים לחדר המיון. השורה התחתונה היא שבתי"ח הממשלתיים זוכים למימון הגרעון, ושל הכללית אינם זוכים לסבסוד דומה.

שלמה פשקוס: אתה יכול להרחיב מה היתרונות של הכללית כן להחזיק בתי"ח?

ד"ר מיקי שרף: אשמח לומר בסוף. אנחנו פוגעים במבוטחי הכללית בגלל הגירעונות.

אלי כהן: כל מבוטח של הכללית מקבל 30 ש"ח פחות, וזו אפליית מבוטחים ברורה.

ד"ר מיקי שרף: הבאתי כמה דוגמאות לנהלים שמוציא משרד הבריאות, כדי לומר כמה דברים. אני אומר לכם כרופא שכל הנהלים ראויים, אבל יש 2 בעיות – אנחנו לא זוכים למימון לצורך יישום הנהלים, וכך מגדילים שוב את הגרעון של בתי"ח. יש תוספת נוספת לגרעון שמצטבר, אבל יחד עם זאת אני רוצה להתייחס למה שלא מתקיים, מה שאין כאן. בואו נתחיל בכמה פרמטרים שהם חשובים ולא מתקיימים – במצגת. ציר איקס זה שמות בתי"ח. מאה איש נכנסים לחדר מיון, כמה מתוכם נשארו באשפוז. חולים מגיעים לחדר מיון אם בהפניה אם באופן עצמאי, ויש החלטה אם לאשפזם או לא. הסתכלו על אשפוזים בני יום אחד. זה אומר שהחולים האלה בעצם לא היו צריכים להתאשפז. שיעור אשפוז במיון זה מאשפוזים מכל שלושה חולים שניים, ולאחר מכן יש נתון נוסף זה חולים שהתאשפזו ושחררו כעבור יום, וזה אומר שככל הנראה הם לא היו צריכים להתאשפז.

עו"ד לאה ופנר: זה להגדרתו.

אלי כהן: אשפוזים של יום אחד זה אומר פנימיות עמוסות.

ד"ר מיקי שרף: הקלות הבלתי נסבלת של האשפוז. יש לזה הרבה מאוד סיבות.

רונית קן: אתה מניח שאשפוז של יום הוא אשפוז מיותר.

ד"ר מיקי שרף: כן, כמעט בוודאות.

אלי כהן: זו לא הפואנטה. אני לא יודע מה שיעור האשפוז הנכון. זה לא משרת אותי.

שלמה פשקוס: צריך להתייחס לאשפוזים חוזרים ופרמטרים נוספים.

ד"ר מיקי שרף: יש פרמטר נוסף של שהייה בפנימיות בימים – במצגת. משך האשפוז נע בין 11 יום ל - 34 ימים. משרד הבריאות לא עוסק בעניין הזה של אחוז אשפוז, אשפוזים בני יום אחד ומשך אשפוז. בכללית אנחנו בודקים את משך האשפוז בפנימיות, ואנחנו רוצים לדעת כמה זמן החולה מחכה לבירורים ולתוצאות בדיקות, כדי להגיע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לאבחנה איפה שנדרש. דבר נוסף זה החלפת טיפול בקהילה. אנחנו עושים הכל על מנת לקצר נכון את משך האשפוז, ולא לקצר לשם הקיצור. אנחנו בודקים ולא ראיתי שמשרד הבריאות בודק את זה. הכנסנו מדד איכות וזה דבר חשוב ונכון.

אלי כהן: ידידי הרופא הוא מנומס. משרד הבריאות מוציא חוזר על איך לרשום את כספי הפיקדונות של המבוטחים באשפוז ממושך ועל איכות האוכל בבתי"ח שהם חשובים שניהם, אבל על המהות, מה הסטנדרט, על הדברים המהותיים שמשפיעים הכי הרבה על ההוצאה הלאומית לבריאות - אין חוזרים. כל חוזר שהוא יוציא, הוא יצטרך גם לממן כי הוא הבעלים.

ד"ר מיקי שרף: אם אני מדבר על המשמעויות, אני מדבר על חוסר אחידות בטיב הטיפול בבתי"ח. הם נמדדים, אבל אין עיסוק בזה. אנחנו מדברים על חוזר יעילות ויש לזה עלות כלכלית מול הקופות כמובן.

רונית קן: אני רוצה לחזור לדו"ח ה-OECD שמשבח את הרפואה בקהילה, וטוען שמערכת האשפוז נמצאת במצב קשה מאוד. גם הנתונים ההשוואתיים של ישראל לעומת מדינות אחרות מראים שנכון להיום, רמת ההשקעה בקהילה בישראל לעומת מדינות אחרות, ההשקעה בקהילה גדולה יחסית למדינות אחרות מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות, ושלאורך השנים, אולי משנת 2002 ראיתי בדו"ח, ההוצאה על רפואה בקהילה הולכת וגדלה מתוך סך ההוצאה הלאומית על בריאות, בהשוואה להוצאה על אשפוז. זאת אומרת שנכון להיום מצב הרפואה בקהילה, ואפשר לחלק שבחים על זה לקופות, ישראל משקיעה הרבה מאוד בקהילה בהשוואה בינלאומית, והמצב כמו שה-OECD רואה אותו הוא טוב מאוד, והפרופורציה למערכת האשפוז היא נמוכה, ומצב מערכת האשפוז הוא לא טוב. אלה המסקנות, השורות התחתונות של הדו"ח על הרפואה הציבורית בישראל. איך זה מסתדר עם מה שאתם אומרים?

אלי כהן: זה מסתדר טוב מאוד. ה-OECD עונה בעצמו על השאלה הזאת, ומפנה את שימת הלב - במצגת. הם אומרים מה הפתרון. אם רוצים לעבור על הניתוחים שלהם, על הכיפאק. הם שמים את האצבע על הקטע הזה של הבעלות. רמת ההשקעה במרפאות היא החלטה של הקופות ולא של המיניסטריון, שעושה את זה במקביל. זה מראה שהניהול של הקופות הוא נכון. אם את רומזת שהניהול הוא כל כך נכון שצריך להעביר אליהן את בתי"ח, לא סתרנו את זה.

ד"ר אמנון בן משה: גם בתי"ח של הקופה גרעוניים.

אלי כהן: הרפואה בקהילה גדלה בתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות, והחלק של הפרטי הולך וגדל. אנשים מממנים מהכיס שלהם את הקהילה. הוא נותן ציונים מקום שלישי למערכת הבריאות בקהילה, ונמוכים מאוד בבתי"ח. בואו נדבר על מדדי איכות ולא רק על כסף.

עו"ד לאה ופנר: לא הבנתי את תשובתך. בוא נישאר ברמת הכסף כי זה הנושא שלך ונשאיר את האיכות, כי אף אחד לא יודע איך למדוד ולהשוות איכות. אבל הדו"ח, ואני מודה שרק רפרפתי בו, לא ראיתי שעשה הבחנה ואמר



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שבתייה"ח שמצויים בקופה ולא במקום אחר, הם עולים וששם זה בסדר. הוא פשוט לא ציין את זה. הוא אמר שכל בתייה"ח במערכת האשפוז במצוקה באופן כללי.

אלי כהן: הדו"ח לא הפריד בין בתייה"ח ולא נתן אמירה של ציון, הנה דייקתי. שנית, אנחנו אומרים שאנחנו אומרים לגבי עצמנו, לא יודע מה קורה בממשלתיים, יש לחטיבה מדד איכות לבתי"ח ומדדי יעילות תפעוליים. תשאלו באיזה שעה מתחיל לעבוד חדר ניתוח בבתי"ח השרון אני אגיד לך, לא בטוח שמקבילי במשרד הבריאות ידע להגיד לך, וזה מרכז התשומה. איך קבעו מדדי איכות בקהילה כשאין הסמכה על כולם? אספו רופאים וקבעו ואז ביטלו אותם, אבל אין תהליך כזה בבתייה"ח וזה מה שמפריע לי.

ד"ר אמנון בן משה: ב - 3-4 שנים אחרונות יש גם בבתי"ח.

אלי כהן: אני אעבור לשלב המסקנות. אז יש את ההמלצה של ה-OECD. אני מוכרח להגיד שלפחות 5 אנשים ממי שפה היו בכנס ים המלח, ואני רואה שהחבורת אצלך. יו"ר הכנס מונה בעמוד 10 את אחת מהחולשות של מערכת הבריאות - הבעלות הממשלתית על בתייה"ח. גם פרופ' מור יוסף שהוא יו"ר המכון לחקר הבריאות אמר שהגיעה העת לבצע הפרדה, להגיע לפתרון הזה, היה לו משפט בשל יותר לכך. מה שאנחנו באים ואומרים שכל פתרון הוא עדיף על המצב היום, ואמירה שנייה היא - תלמדו מההיסטוריה. זה לא הגופים הראשונים שהיו בבעלות המדינה, וכל אחד מהם קיבל פתרון. מהסמן השמאלי שזה בתי"ח ציבוריים ועד הסמן ימני שזה בתי"ח פרטיים, שניהם לא טובים. אנחנו באים ופורשים בפניכם את מגוון האפשרויות ששונות אחת מהשנייה בכמה אתם רוצים לצבוע את הפתרון - ממשלתי יותר או ציבורי יותר. המדינה התלבטה עם אותן בעיות עם גופים אחרים, כמו הנמלים, רפאל. מה שמצא חן בעינינו כמודל זה הספרייה הלאומית, שם הקימו מועצת מנהלים של המדינה והאוניברסיטאות כדי לשמור על איזון. יש את הפתרונות של בעלות של הקופות שכבר הופיע בוועדת לאון, וזה לא חדש בהיסטוריה. אולמרט הקים חברות לתאגוד בתי"ח. לכל פתרון יש יתרונות וחסרונות, והוא עדיף על המצב היום. בואו נדבר על המצב אצלנו בבית.

ד"ר מיקי שרף: אני רופא משפחה במקצועי, ואני מגיע מהקהילה באזור הדרום. מספר על התפקידים שעשה עד היום, עד שהגיע לתחום בתייה"ח, על הניוד שלו במערכת והחיבור לקהילה. שיתוף הפעולה בקהילה הוא בכמה תחומים: תחום רפואי-שירותי - יש 44 פורומים משותפים בנושא קידום נושאים משותפים, סוכרת, אונקולוגיה, בין מערך הקהילה לאשפוז בבתייה"ח שלנו. דוגמא אחת שאני הכי מכיר אותה במרחב דרום - יש מרחב מקצועי של מנהל מחלקת עיניים, ואותה יחידה אחראית נותנת שירות לכל האזור. זו דוגמא למרחב מקצועי שמתקיים, גם יש גסטרו דומה במרחב דן-פ"ת.

רונית קן: כשאתה אומר מרחב אז בתי"ח מסוים מפתח מומחיות ואז השירות בקהילה מאותו מרחב גיאוגרפי שולח את כל החולים לאותו מרכז שירות?

ד"ר מיקי שרף: המשמעות היא שיש מרפאות מקצועיות מרכזיות וגם פריפריאליות. כ"א שייך לקהילה, אבל אותם רופאים שוהים חלק מהזמן בבתייה"ח ושומרים על מקצועיות בפעילות ניתוחית. חלק מהרופאים בבתייה"ח



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוצאים לקהילה ונותנים שירות, ויש החלפת ידע בתוך המרחב. זו דוגמא למשהו שמתקיים בהרבה מאוד אזורים. בנוסף יש הרבה מאוד פעילות המשכית – שחרור מתוכנן של חולים עם מערכת מתוחכמת, יש הכנה מוקדמת לשחרור, הקהילה מקבלת את כל המידע.

שלמה פשקוס: איך זה מתבצע בפועל?

ד"ר מיקי שרף: חולה שאמור להשתחרר מהפנימית, יש מערכת אופק שבה יש את כל הנתונים, הקהילה מקבלת את זה ויש אחות קשר מיוחדת שיודעת לבצע את הקשר בין ביה"ח לקהילה, קורה בעיקר באוכלוסיות קשות ומורכבות, כמו מועדים לאשפוז חוזר, עירייתם.

אלי כהן: אחת הבעיות שהמדינה מתמודדת איתה היום זה עומסים במיון ובפנימיות. הפתרונות לעומסים הם לא רק בבתי"ח. אם רוצים לפתור את זה, לא רק פותחים אלף מיטות. יש תקציב ייעודי לטיפול בקהילה בבית, במר"מים.

עו"ד לאה ופנר: אם הטענה היא שהמשרד לא בונה את המר"מים, אז כשהמשרד עושה שחרור הביתה, זה שונה אם אדם משתחרר מבי"ח ממשלתי או אחר.

אלי כהן: אני רואה בעיני רוחי שהמדינה בונה גם מיטות בבתי"ח אבל גם מר"מים, וגם יחידות לטיפול בבית. בואו נבנה שיקום איפה שחסר, בואו נקים יחידות להמשך טיפול ותפירה של הכל כמערכת בריאות אחת, ולא לתת 30 מיטות לנהריה ופתרנו את הבעיה. לא סתם נחליט שחשירות מחלקות פנימיות. בנינו פנימיות, זה פתר את הבעיה של העומסים? לא.

רונית קן: מטופל של כללית שמסיים את הטיפול שלו באיכילוב, יש הבדל בין המידע שזורם מבתי"ח של הקופה לבין המידע שזורם מבי"ח ממשלתי לקהילה?

ד"ר מיקי שרף: כן, אבל זה משתפר, בעבר בכלל לא היה קשר. היום המצב הזה יותר טוב. הקשר בין בי"ח לקהילה אצלנו הוא הדוק, ויש רצף טיפולי יוצא מן הכלל לטיפול בבית.

ד"ר אמנון בן משה: מערכת אופק מוטמעת היום בבתי"ח ממשלתיים.

אלי כהן: בקהילה זה כבר קרוב לעשור.

ד"ר אמנון בן משה: מטבע הדברים, כשהפעילות היא אחת זה יותר פשוט.

ד"ר מיקי שרף: יש לא מעט רופאים משולבים בקהילה ובבי"ח, זה חשוב להמשכיות מקצועית. אגב גם המנהלים שלנו, ואני כדוגמא, נעים בתוך המערכת. חלקם היו מנהלי מחוזות, הפכו למנהלי בתי"ח. הקדנציות לא אינסופיות, יש תנועה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אלי כהן: מנהלי ביי"ח סורוקה, כרמל ועוד היו מנהלי מחוזות. זה יותר חשוב גם לדור העתיד, עושים תפקידים בהצלבה.

ד"ר מיקי שרף: נושא נוסף זה תשתיות. אנחנו לוקחים בחשבון מה יש בבי"ח ומה יש בקהילה. הייתה כוונה להקים מכון גסטרו בקהילה בדרום וראינו שזה לא נכון להקים, אז פיתחנו את התשתית הקיימת בבי"ח כי ראינו שזה יותר נכון וכך אין כפל תשתיות. יש גם מדדי יעילות בבי"ח. אלי הזכיר תחילת ניתוחים בבוקר, אנחנו בודקים מתי הם מסתיימים, כמה זמן עובר בין ניתוחים, מה אורך התור בכל המקצועות, אם בניתוחים ואם ברפואה יועצת, הכל לטובת הקהילה.

רונית קן: אלה נתונים שעומדים לנגד עיניו של משרד הבריאות?

אלי כהן: חלקם כן וחלקם לא. חלקם גם לא מעניינים אותו.

שלמה פשקוס: מה במבנה התמריצים של הקופה גורם לזה להיראות אחרת?

אלי כהן: אני עושה צפי של גידול באוכלוסייה, היד שלנו בפתיחת מיטות היא יותר קשה. אם התפוסות מאוד גבוהות אני אפתח מיטות כמו שעשינו בבי"ח העמק, ואז אני לא בודק את המיון אלא מפלח לפי יחידת רופא שולח ומנסה להבין מה קורה שם. אתה מגלה שרופא שנתנו לו יום בשבוע באיזה מקום יטפל בחולים שיבואו, ובשאר ימי השבוע החולים יגיעו למיון.

ד"ר מיקי שרף: לקחנו את כל אותם רופאים ששיעור האשפוז שלהם גבוה, ונתנו להם השתלמות בחדר המיון כדי שיבינו מה הוא יכול לתת להם ומה לא.

אלי כהן: כשאת רואה מכתב שחרור "סובל מלחץ דם, נא לאזן" זה מישהו שלא צריך להגיע לחדר מיון, אלא צריך לקבל טיפול בקהילה, וכנ"ל כאבים ביד - הוא לא יכול לראות אורתופד בקהילה?

ד"ר מיקי שרף: ברגע שיש עומס בחדר מיון, כמובן שהאשפוזים גוברים.

אלי כהן: מתייחס למצגת.

שאלות:

דורון קמפלר: בוא ננסה לחדד את הניהול בפן העסקי, של קופ"ח כללית את בתי"ח שלה דרך משקפיים עסקיות. אם ניקח את העולם העסקי, לחברה יש דירקטוריון עם יו"ר ויש הליך לבחירת דירקטורים, יש לחברה תקציב שצריך לאשר אותו ולבחון אותו, יש אסיפה כללית, ישיבות, דו"חות, ביצועים וכו'. פרט והסבר איך זה מתבצע אצלכם.

אלי כהן: צא מנקודת הנחה שכל מה שקיים בחברה עסקית קיים גם בבי"ח. כל ביי"ח מקבל תקציב וב - 1.1 כל שנה זה אצלו במערכות. מבחינה משפטית הוא מחלקה בתוך הקופה לכל דבר ועניין. כדי לשכפל את המבנה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

העסקי-ניהולי, אז ההנהלה הכללית והחטיבה הם המועצה המנהלת שלו. לכל מוסד יש מנהל בפני עצמו, יש מנהל כספים. הלל היה מנהל כספים של שניידר, יש מנהל משאבי אנוש, מנהל שירות לקוחות, יש להם ספרים וחשבוניות בנק משל עצמם, דו"חות ותחזיות לסוף שנה. במישור האורגני – בינואר מגיע מנהל בייח להציג תכנית עבודה לראש החטיבה, עכשיו זה יהיה, לפי יעדים ותכנית אסטרטגית שאני הגדרתי לו.

דורון קמפלר: הכיוון הוא מלמעלה למטה.

אלי כהן: כן, אני מדבר על התוצר הסופי. הוא בונה תקציב מלמטה למעלה, ומקבל על זה אישור. הוא מסכם את שנת 2013 ומציג תכנית ל-2014, עם ציונים ושאיפה לציונים לעתיד.

ד"ר מיקי שרף: יש מפה אסטרטגית לכל בייח עם ציונים בכל תחום.

אלי כהן: אם לא ניתן אישור למנהל, הוא חוזר ומתקן. היה לנו מקרה של מועצה מנהלת חוזרת, אבל זה נדיר. יש תחזיות וסיכומים כל רבעון. אני יכול לדעת אם משהו עומד בתקציב או לא, ואם הוא יעמוד בעתיד או לא.

ד"ר מיקי שרף: כולם עוברים מועצה מנהלת בכל התחומים, לא רק בתחום הכלכלי. אסיפה מנהלת גם כן.

אלי כהן: אם משהו תלמיד רע, הוא נקרא למנהל. הוא מגיש תכנית עבודה ומחכה לאישורים, ואם לא ילך - לא יאשרו לו.

ד"ר מיקי שרף: באיכות השירות יש עדיפות לפריפריה.

אלי כהן: במועצה המנהלת של בתי"ח יושב מנהל המחוז ויש הערות ברמת הנהלה, כל אחד יודע מה תכנית העבודה של השני, וזה משותף. הכל באנרגיה של התכנסות לאותם יעדים.

שלמה פשקוס: אתה מבדיל בין הגדלת הכנסות פנימית לחיצונית למנהל עצמו?

אלי כהן: כן. אם אני קבעתי לבייח יעד הכנסות פנימיות של מאה, ואני צריך לוודא שהמחוז יוכל לשלם לו מאה.

שלמה פשקוס: אני מדבר על הכנסות מגורמי חוץ, ואתה רוצה שפנימית הוא יקטין הכנסות. אתה לא נותן לו תמריצים על הקטנת פעילות?

אלי כהן: לא ולא העירה לי על זה בכנסים המלח.

דורון קמפלר: מה לגבי תקציבי פיתוח?

אלי כהן: קיצצנו אותם ב-50% כי אין לי, מ-800-700 ל-400. כל אחד מגיע עם הפרויקטים שלו, ואתה יודע, כמו בכל גוף עסקי...



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רונית קן: ברמת המטופל, להבנתכם, מטופל של הכללית שקיבל הפניה מהרופא, האם מההיכרות שלכם עם האינטראקציה בין בתי"ח, המטופל מזהה את בתי"ח של הכללית עם הקופה עצמה? הוא מבוטח בכללית, הוא יודע שנשלח לבי"ח של כללית, למה זה משנה לו? האם בכלל אתם רוצים שזה ישנה לו?

אלי כהן: האמת היא שזה משתנה. יש הרבה לקוחות שלא מקשרים את סורוקה עם הקופה. יש לי התחייבות הסכמית כלפי מכבי שהלקוחות שלהם לא יופלו לרעה, ואני לא יכול להתייחס אליהם אחרת. אני גם לא מפלה.

רונית קן: מבוטח של כללית שמופנה על ידי רופאו בקהילה לבי"ח, הוא מקבל את המידע דרך המערכות המשותפות. האם יש היבטים נוספים שהם תוצאה של זה? יכול לבוא מבוטח של מכבי שיגיד איזה סבבה למבוטח של כללית, הוא מבוטח בקופה שיש לה בתי"ח מצוינים. האם אתם רואים ערך לקופה בקישור בין הקופה לבי"ח? ואם כן - למה?

אלי כהן: זה שטופס מחלה עובר במערכות מאחורה, לא יודע עד כמה זה משנה. משנה האם קיבל שירות טוב או לא. אלו פרמטרים שווים למבוטחי מכבי וכללית. יש אצלנו הרבה מרכזי מצוינות ולא ראיתי שבגלל שחוסר יכולת להגיע אליהם דרך הקופה, בפועל לא מגיעים. אסור לנו להפנות מבוטחים. שניידר הוא מרכז מצוינות. באזור פ"ת יש את כל המגוון של המרכזים, ולפי הנתון הזה 100% מתושבי פ"ת היו צריכים להיות בכללית, וזה לא ככה. אני אגביל את תשובתי לצד הכלכלי, והכללית מופלית לרעה בגלל שבבעלותה בתי"ח.

שלמה פשקוס: הרגע תיארת כפל תשתיות.

אלי כהן: אתה לא חושב שזה יעיל שקופ"ח כללית ממנת את הגירעונות של בתי"ח האלה ולא אתה?

דורון קמפלר: אם היינו מתחילים מאפס, אתה עדיין רוצה את בתי"ח?

אלי כהן: אם היינו מתחילים מאפס, כנראה שהמדינה לא הייתה מקימה את בתי"ח.

עו"ד לאה ופנר: יכול להיות שכל בתי"ח לא יהיו שייכים לקופות ויעברו לאופציה אחרת, זה היה נראה לך? זה variant על משהו אחר שרציתי להבין. בתי"ח הם משאב של כולם, היית רואה בזה משהו נכון לעכשיו ולא רק מאפס?

אלי כהן: אני חייב להבהיר – אני מדבר מנקודת מבט של סמנכ"ל כספים של שירותי בריאות כללית.

עו"ד לאה ופנר: מבחינתכם כקופה, לא משנה לי מה תפקידך. האם אתה רואה כרגע יתרון לכם, לא למטופל, לזה שיש לכם בתי"ח בגלל כל מה שנאמר, או שאתה אומר שיש חסרון?

אלי כהן: ליבת העיסוק של הכללית היא הקהילה ולא בתי"ח. אני לא רואה יתרון כלכלי להחזיק בתי"ח. גם אם אני משיג יעילות יותר גדולה בקהילה, יש עלות תפעולית. המדינה מסבסדת את כל הקופות דרך חסכון בעלות של בתי"ח, ותראי את הגרעון שלהם.



עו"ד לאה ופנר: למה מנכ"ל קופה מת שיהיו לו עוד בתי"ח? לפי תיאורך הוא לא היה רוצה, והוא בא לפה ואמר שהוא רוצה.

אלי כהן: מזכיר לך שוורמברנד ניהל מאבק קשה להחזיר את יוספטל.

רונית קן: אתה אומר שהיית מעדיף מצב שבו הקופה נותנת שירותים בקהילה ולא מחזיקה בתי"ח? למה זה טוב שלקופות יהיו בתי"ח? אתם הקופה היחידה שיש לה בתי"ח, ונשים בצד את המודל של מכבי-אסותא. מה היתרונות של הבעלות הזאת? הסברתם את הקשר של קהילה-בתי"ח, אבל מה עוד? כי אמרת שזה לא טוב.

שלמה פשקוס: גם בראייה משקית כי יש גרעון של בתי"ח. האם זו הצורה הכי נכונה למשק?

אלי כהן: כל אחד מארבעת הפתרונות שהצגנו עדיף על המצב היום, ואני חוזר על זה. מתוך ארבעתם מה הכי עדיף לשירותי בריאות כללית? פה אמרתי שמבחינת הצד הכספי, בהינתן המצב היום, כל מבוטח של הכללית מסבסד את בתי"ח במקום המדינה ב - 30 ש"ח. בהינתן שמשדד האוצר יגיע להארה ויגלה שהוא צריך לתקצב את המערכת אחרת והשיקול הכלכלי יורד, אז ברור שהיעילות והאיכות נהפכים למובילים, ואז נוצר יתרון במישור של איכות, שירות ויעילות כלכלית.

עו"ד לאה ופנר: כל מה שענית לי היה בגלל הגרעון.

אלי כהן: ברור, עניתי כסמנכ"ל כספים. הנה דוגמא טובה, מיקי מאזן אותי.

ד"ר מיקי שרף: שאלת ה-"למה נכס או נאחס". הכללית הגיעה למסקנה שהם נכס, ואז היא עושה הכל כדי לנצל אותו לטובת החולים שלה קודם כל, ואז העובדים. אנחנו מכשירים עשרות רבות של רופאים בתוך בתי"ח שלה לטובת הקהילה.

רונית קן: אני מבינה מה שאמרתם, אני שואלת בראיית המטופל מה היתרונות?

אלי כהן: רצף טיפול.

רונית קן: יש הבדל אם רופא המשפחה של כללית שולח את המטופל שלו לבלינסון או לאיכילוב? יש הבדל ברצף הטיפול?

אלי כהן: יש מאותם הבדלים שהוא אמר.

עו"ד לאה ופנר: אל תענה ממה שאמור להיות. אני רוצה להקשות – לפעמים אפילו אתה מחליט שאתה שולח או מחוז מסוים מחליט לשלוח דווקא לבי"ח ממשלתי, לא משנה כרגע למה. האם אתה יכול לראות או לדעת מתוך הנתונים, הסקרים והבדיקות, שכאשר אתה שולח מבוטח שלך לבי"ח שלך, התוצאה בפרמטר שאתה מחליט עולה על מה שקורה כשאתה שולח לממשלתי?

אלי כהן: לא, אני חושב שבת"ח ממשלתיים נותנים שירות טוב ותוצרים טובים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר מיקי שרף: כדי להתחבר לשאלתך – יש מרכזי מצוינת בכל מקום. יש בתי"ח שמושכים לעצמם מבוטחים מכל הארץ בגלל היותם כאלה. אם יש שם כוכב, 40% מהמבוטחים מגיעים ממקום אחר. אם יש מרכז השתלות, החולים מתנקזים לשם.

עו"ד לאה ופנר: בראייה לאומית, למה יש יתרון ברמת המטופל שבת"ח שייכים לקופה? אם מבחינתכם המטופל שלכם לפי שיקול רופא המשפחה הולך פעם לשיבא ופעם לבלינסון ומקבל אותו טיפול, ואם מצד שני בתוך בלינסון, בין אם מגיע מבוטח שלכם או של מכבי ומתקבל אותו טיפול, אז מה הנפקות בקשרים?

אלי כהן: לפי דעתנו המטופל יכול לקבל הרבה יותר בבתי"ח שלנו וגם בממשלתיים. אם נושא כפל הכובעים היה נפתר, אם היו יותר מר"מים למשל. באותו תור לרופא בבתי"ח ממתין מישהו עם מקרה מסובך ומישהו סתם עם דלקות חוזרות, וזה תופס תור וזה תופס תור. כל מדינות העולם החליטו באיזה צורה, אם רפואה יועצת נמצאת בקהילה או בבתי"ח, ואצלנו אין.

ד"ר אמנון בן משה: אף אחד לא מונע ממך לפתוח מר"מים.

יוני דוקן: אני רוצה לפנות לכפל הכובעים שלך, אתה גם מבטח וגם בעלים. איך זה מסתדר?

אלי כהן: האחריות לספק שירותים היא של המדינה, כן?

עו"ד לאה ופנר: גם שלך, זה קיים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי במסגרת הכספים שניתנו לך.

יוני דוקן: היית מוכן לקבל עכשיו עוד בתי"ח לניהול?

אלי כהן: איזה התנהגות עסקית זאת לקבל בתי"ח גרעוני? תלוי באוצר.

שלמה פשקוס: אני נותן לך עם הסובסידיה שלו. זו שאלה תיאורטית, הוא כבר מאוזן.

עו"ד לאה ופנר: תשובה אחת שכבר יש לו או שאתה מתחיל את המשחק מאפס.

יוני דוקן: אני רוצה להבין מה היתרון שלך כקופה לנהל בתי"ח.

אלי כהן: הגענו למסקנה שבת"ח הם פה והם עובדה, הפסקנו להילחם בבלתי נמנע. אני מפיק יתרונות של רציפות טיפולית, הכשרת כ"א. אם אני מזהה אורכי תורים אני אמצא דרך לטפל בהם, מה שאני לא יכול לעשות בבתי"ח ממשלתי, שיעסוק בלבנות עוד מרכז מצוינות, להביא עוד רובוט ולעשות תכנית התייעלות אחרי זה של לעצור את פעילות הרובוט כי האביזרים יקרים מדי בכדי להפעיל אותם. לנו ברור שמאה אחוז מהכנסותינו מגיע מהקהילה, וזה המפתח שמוליך את כל קבלת ההחלטות בקופה. אם זה יוביל לשביעות רצון גבוהה יותר, זה מה שאעשה.

יוני דוקן: אתה תעדיף להפנות לבתי"ח שלך על פני לממשלתי?



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אלי כהן: אני מאוד מעדיף ורוצה וזה על הכיפאק, אבל יש הסכמים של בתי"ח וחוזרים של משרד הבריאות... אין בתי"ח של המדינה שהכללית לא קונה ממנו, ואנחנו גם הלקוח או הראשון או השני מבחינת ההיקף. אולי באסותא קצת פחות.

עו"ד לאה ופנר: אם נלך לאחד הפתרונות האחרונים, יתכן שייווצר מצב שאתה תהיה הקופה היחידה עם בתי"ח. אתה לא חושב שזה נותן לך יתרון כלשהו? שהשוק תהיה לו בעיה עם זה?

אלי כהן: אין לי בהדסה שום יתרון ואני בו שלישי.

עו"ד לאה ופנר: אני מדברת איתך במישור הארצי. האם כקופה, כשאנחנו לא מסתכלים במערכת האשפוזית, אנחנו לא יוצרים חוסר איזון כשרק לקופה אחת יש בתי"ח וכל השאר הם חברות?

אלי כהן: אמר פרופ' רוני גמזו, "חבריה", אני מבין שיש לכם גרעון". אם ההתנהלות שלנו הייתה כלכלית טהורה, הייתי שם את כל המבוטחים שלי בבתי"ח שלי, אבל השיקול המניע הוא הקהילה.

עו"ד לאה ופנר: התכוונתי מול הקופות האחרות ולא מול בתי"ח.

אלי כהן: אם את צודקת, למה יש לי הסכם עם מכבי וסורוקה?

עו"ד לאה ופנר: אני לא צודקת, אני שואלת.

ד"ר מיקי שרף: אני מוצא עצמי בבעיה כי אני נשאר עם החולים המורכבים והקשים, האלקטיביים לא הגיעו אליי.

עו"ד לאה ופנר: היום יש משרד בריאות שמפעיל שיקולים אחרים על השוק, ויכול לבוא ולהגיד למכבי אתה לא בדיוק עושה את זה, ויש אינטרס שיגיעו לבתי"ח שלו. תחיו לעצמכם, אין להם גב בכלל. האם בתור קופה הם יכולים להתמודד עם זה?

רונית קן: בעולם שבו בתי"ח הממשלתיים נמסרים לקופות ולמאוחדת יש בתי"ח, ולמכבי יש יותר בתי"ח והם ציבוריים, ואולי ללאומית גם - מה זה עושה מבחינתכם, האינטגרציה בין הקופות לבתי"ח? מה זה עושה לתפיסת עולמכם לשלוח מבוטחים לבתי"ח של קופה אחרת?

אלי כהן: למצב הזה יש יתרונות וחסרונות. זה יותר שוויון לקופות, האפליה של מבוטחי כללית נגמרת, זה מוציא שיקולים זרים וכולם בעמדה שוויונית. החסרונות זה שהמו"מ שוולפסון הולך למכבי, אני לא אנהל איתו מו"מ אלא עם מכבי אנהל מו"מ ארצי, ויהיו איזונים.

שלמה פשקוס: אתה לא רואה בעיה ברכש גומלין?

אלי כהן: לא, אתה חושב שהגיעה מכבי להסכם איתי בגלל איך שאני נראה? אחד זה סורוקה שאין לה ברירה והיא חייבת לקנות שם, ושניים זה שניידר שהוא מרכז מצוינות. התחרות תהיה על השירות. אם יש משהו שהם רגישים אליו בצורה כמעט חולנית, זה מה המבוטחים יעשו או יגידו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר מיקי שרף: מפחיד, והכל חשוף היום.

רונית קן: יכול להיות מצב שיהיו מקומות שבהם הקופות לא יוכלו לוותר. יהיה מו"מ שונה בעוצמותיו, אבל לגבי הצפון שאפשר לראות מצב שבו לשלושת הקופות יש שם בייח כללי, ולגבי מרכז צפון-מרכז דרום, כל קופה תשלח את המאסה הקריטית של המבוטחים שלה לבתי"ח שלה.

אלי כהן: אני לא חושב שזה מה שיקרה. מהר מאוד נעבור למו"מ ארצי. התמודדתי עם המצב הזה לא מזמן - או כל החבילה או לא כל החבילה.

ד"ר מיקי שרף: הוא הכריח אותי לעשות הסכם מול מכבי.

אלי כהן: היא הרוויחה מזה, מתוך ראייה רב מערכתית מתוך מה שקורה באזור, וזה מה שיקרה באזור.

ד"ר אמנון בן משה: איך זה יראה בעיניך אם יקימו מחר בבוקר רשות אשפוז?

אלי כהן: זה ריכוז כוח מונופליסטי של המדינה. עשו את זה בבריטניה וגם בגרמניה, העלות של זה היא 100 מיליון ש"ח, נתנו 80 קחו עוד 20. אנחנו מתנגחים אחד בשני בגלל מחסור במקורות וזה תמיד יהיה. אם מישו שוקל את הדברים האלה ופועל מטובת היעילות לטובת המבוטח, התמריצים במערכת זה שכולם יתנגחו בכולם.

עו"ד לאה ופנר: לא בהכרח.

רועי משולם: כל הדברים שעלו פה, ישנן הרבה סוגיות של תפעול וניהול. אני לא מבין את סוגית הבעלות. יש בעיה של ניהול של בתי"ח. הטענה היא שאתם מנהלים את בתי"ח שלכם, וזה ההבדל ביניכם לבין המדינה. אתם מכוונים אותם לכיוון מסוים ולבתי"ח של המדינה אין כיוון, אין ראייה של מערכת, אין תכנית עבודה, אין איזונים ברמת מערכת. האם זה נכון? אני לא מבין את עניין הבעלות.

אלי כהן: הבעיה היא ניגוד האינטרסים ותפקיד משרד הבריאות. הצבנו ארבעה טסט קייסים כדי לבחון את היחס ביניהם. תסתכלו איך אתם התנהגתם בקביעת מדד יוקר הבריאות. האוצר קבע עם מי שהוא דיבר איתו, ולא בדקו הכנסות מול הוצאות. ברגע שהמנהל הוא בניגוד עניינים הוא לא עושה רגולציה, הוא לא מבקש דיווח. עד היום גם לא ביקשתם על בתי"ח פרטיים, עד שחטפתם על הראש. גם המנכ"ל שלכם אמר שיש לו בעיית משילות.

רועי משולם: אין מיניסטריון במשרד שקובע סטנדרטים, זו טענתך. באופן כללי אין חוזרי מנכ"ל מספיק טובים. כשאני ביקרתי אצלכם בחטיבה ואמרתי את זה לנוכחים פה טרם הצגתכם, שחשוב לדבר איתכם בתור מי שיש לו חטיבה של 8 בתי"ח כלליים, כשפסיכיאטרים וגריאטריים ירדו מהפרק.

אלי כהן: וחבל שכן.

רועי משולם: מסכים איתך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אלי כהן: בבתי"ח פסיכיאטריים אני הספק והמדינה רוכשת. היא לא מוכנה לממן שום דבר, לא מוכנה לממן פתיחת מיטות. היוצרות התהפכו, הכובעים משתנים, היא מתנהגת כמו אחרונת קופת חולים.

רועי משולם: האם אתה רואה מקום שבו יש חטיבה אחת, גוף שבו יש לו כללי מנהל ברורים כמו לקופות? יש תקנון, דירקטוריון, גוף שמנהל חברות? גם בוועדת לאון דיברו על אשכולות ואזוריות. אתה עושה את זה עם בתי"ח שלך כי זה מאוד נוח והממשק זורם חלק. היית יכול להפנות כי חשובה לך האיכות. אכפת לך ממה שקורה בהלל יפה? אולי זה יותר טוב לשלוח לרמב"ם ואתה יודע את זה כמבטח?

אלי כהן: השאלה הזו כבר נענתה. אנחנו שולחים לאן שאנחנו חושבים שהכי טוב, ומערערים כשצריך אם זה אחרת.

עו"ד לאה ופנר: ערעורים זה על כסף.

אלי כהן: זה בפועל מעבר לכסף. בין השורות מסתתר רעיון להקים מנהל בדומה לחטיבת בתי"ח בכללית. זה לא אותו דבר. האינטרס של הכללית זה לספק שירותי בריאות למבוטחים, ה - DNA הוא הקהילה. תבדקו לבד איך אתם מנהלים את קרנות המחקר. משרד הבריאות לא יכול, הוא לא יודע לנהל חטיבה נפרדת. הקמתם עמותה נפרדת, הכל בסדר, באיזה שעה מתחילים לעבוד בקרנות מחקר? 15:00, 15:30. משרד הבריאות מסוגל לנהל משהו?

רועי משולם: מדובר על חטיבה שתנהל משהו, לא משנה איפה.

אלי כהן: בתוך רשות החברות זו רגולציה אחרת, זה לא DNA שבא ממכם. ברגע שבעלי תפקידים של המשרד הם בבתי"ח, מה אתה רוצה שיקרה?

אילן שטיינר: לגבי אותם מודלים מעורבים, מי נכון שיהיה שם לראייתכם? אנשי הקופות לשעבר? אנשי משרד הבריאות? מי יכניס את התוכן לאותה מעטפת של רשות?

אלי כהן: זה פחות מסובך ממה שאתה חושב, מגוון האפשרויות אין סופי. אתה יכול לראות מה עשו בעולם, הרפורמה של טוני בלייר שלקחה בתי"ח מולאמים והקימה להם דירקטוריון שיכול להיות מורכב מכל מיני אפשרויות. נציגי אוצר, אקדמיה, קופת חולים, מי שתוצה, זו הבעיה, מי יאייש את התפקידים? הכל שאלה של איך אתה רוצה לצבוע את הגוף, ולמנות לפי אותה צביעה.

שלמה פשקוס: מה זה שונה מהמצב היום? זה עדיין יהיה תחת שיקולי התקציב של המדינה. מי מנהל את מע"צ אתה חושב? יש את רשות החברות, אבל בסופו של דבר יש ממשק צמוד עם משרד התחבורה.

אלי כהן: גם אנחנו כך עם משרד הבריאות. צריך לחזק את הממשק הזה ולהכניסו לעוד תחומים, אבל צריך לנתק את הממשק התקציבי. זה עדיין אותו סמנכ"ל במשרד הבריאות. זה לחבר עוד אנשים שיש להם מה להגיד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עו"ד לאה ופנר: אתה אמרת הרבה דברים שמשרד הבריאות יכול היה להשפיע בשביל מערכת האשפוז, כמו פתיחת מר"מים שאמרת, והרבה דברים שהיו חוסכים עלויות ומיטיבים אולי את השירות. מה שאני לא מבין זה למה חלק מהדברים האלה הם כאלה שלכם אין אינטרס לעשות אותם? לקחתם על עצמכם לאורך השנים תפקידים לאומיים, ברמת החיסכון גם כן. ברמת מדינה אתה לא מסתכל מלמטה, אבל למה אתה לא עושה יותר בקטע של לחסוך עלויות בין קהילה לבי"ח?

אלי כהן: אוקיי, קודם כל אני עושה. גם בנושא של פתיחת מר"מים, אנחנו פותחים בשלוש ערים – כפ"ס, רעננה והרצליה. פתחנו בקריית אונו וכנראה גם נסגור אותו, פתחנו בנהריה, בכרמיאל כי אנחנו חושבים שזה נכון. אני בתור סמנכ"ל כספים בבעיה של גרעון כי זה לא במקום, זה בנוסף.

עו"ד לאה ופנר: זה לא חוסך לך אשפוזים?

אלי כהן: אני תלוי בהסכמים גלובליים.

רועי משולם: בטווח ארוך הוא יכול לצאת, בטווח קצר הוא קשור להסכמים גלובליים. זו נקודה נכונה בהחלטה אסטרטגית, כולנו חושבים בטווח קצר. אם בטווח ארוך הוא חוסך לו, הוא עדיין צריך לשרוד את השנים שבדרך.

אלי כהן: אתם רק מסבירים את כפל הכובעים בצורות אחרות. אנחנו חילקנו את המיון בבתי"ח שלנו לשניים, כצורה אחרת של פתרון. לקחנו ארבעה טסט קייסים כדי להראות שהבעיה של כפל הכובעים קורית כל יום. אם משרד הבריאות היה חף לחלוטין, ואתה ככללית כדי שתוכל להשתמש במיון שהקמתי, אני מוריד לך את המטריצה בבי"ח צפת כדי שתוכל להשתמש, להוריד במטריצה? זה כמעט חילול השם!

עו"ד לאה ופנר: מר"מ יפגע בהכנסות שלו בבתי"ח ממשלתיים.

אלי כהן: זה לא רק מר"מים זה גם מכוני דיאליזה, "בית בלב" של מכבי זה דוגמא.

רונית קן: תסביר לי.

אלי כהן: זו דוגמא שלא קשורה לכללית. למכבי, לא יודע למה, יש רשת של אשפוז ממושך ברמה מאוד גבוהה.

ד"ר מיקי שרף: הם רצו באזור השרון שכבר יש שם בתי"ח אחרים, וזה היה שיקול לא לתת להם את זה.

אלי כהן: החזיקו אותם עד שנתנו להם לפתוח. משרד הבריאות פועל מתוך הסתכלות מה קורה להכנסות של בתי"ח שלו, וזה לא נכון כרגולטור.

עו"ד לאה ופנר: אפשר שמשרד הבריאות יסתכל ויגיד שיש לו שם תשתיות, אז למה שיקימו עוד משהו שם?

אלי כהן: הטיעון שלך היה חזק אילו קיבלו תוספת של פתיחת מיטות, אבל זה לא קרה. אנחנו ניהלנו מאבק כדי שיעבירו מיטות לכללית. כל המיטות שהוקצו היו לבתי"ח כלליים. הגשנו מכתב ערעור וצעקנו, ורק אז קיבלנו הקצאה. יש לי מכתב על זה במישור העובדתי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: למה אתם לא מפרסמים בשום מקום ששווה לבוא אליכם כי לכם יש את בלינסון? למה זה לא חלק ממה שהם שאתם רוצים לפרסם אותו?

רונית קן: הוא יודע שיש לו, שקופה שיש לה ביי"ח יש לזה ערך מסוים.

ד"ר מיקי שרף: אני מצפה שהמבוטח שלי ילך למקום שנכון לו מקצועית וגם נוח אזורית, וכן לאפשר לו טיפול באזור מגוריו.

אלי כהן: במישור העובדתי, מעל 80% בכל אחד מהמוסדות עובדים עם הכללית, אז אני לא צריך לעשות קידום, הם עמוסים גם ככה.

ד"ר מיקי שרף: יש הבדל בין חלק אשפוזי לחלק אמבולטורי. בראשון הוא יותר קטן ובשני יותר גדול, הממוצע הוא 80%.

אלי כהן: בגלל שהמדינה מנצלת את כוחה המונופוליסטי, אני חתום על הסכמים בבתי"ח ממשלתיים גם כן, ואני חייב לקנות גם שם. להגדיל הוצאות בבתי"ח שלי זה לא נשמע כמו התנהגות עסקית נכונה.

ד"ר מיקי שרף: השאלה איך מצמצמים בבתי"ח שלנו, ויש לי כ"א שעובד שם.

שלמה פשקוס: אני לא שמעתי פתרון אחד של קופה של בעלות של קופ"ח.

אלי כהן: הבנו מהפרוטוקולים של הוועדות שהיו, שהוויכוחים היו על מה הפתרון הנכון. כל הוועדות הגיעו למסקנה שהמצב לא טוב וזה המסר גם שלנו, כל פתרון הוא טוב יותר מהמצב הקיים. אל תחפשו דעת מיעוט ואז לא נעשה כלום. מה שתבחרו יהיה יותר טוב מהמצב היום.

רונית קן: לכל פתרון יש גם יתרונות מובהקים וגם חסרונות מובהקים, גם להיבטים שעלו כאן, וגם הרבה שאלות שמעלות אי וודאויות. אני נוטה לומר שאני לא יכולה להסכים יותר עם האמירה שלך שיש צורך בפתרון כלשהו, וכל פתרון יהיה כנראה התחלה קטנה לקראת מהלך יותר גדול. אחד הדברים שנראים בעולם הוא הדינאמיות הבלתי פוסקת של המערכת, והצורך שלה בתיקונים ואיזונים. יש השפעות חוזרות על ריג'קטים אחרים, אתה מאיר מקום אחד ומחשיך מקום אחר. צריך לאפשר למערכת גמישות ושינוי. ככל שהפתרונות יהיו יותר נוקשים הם יהיו בעייתיים יותר. למדינה ולמערכת הבריאות בכלל יש קושי גדול להכניס שינוי כאן, ואני אגיד שהקושי הזה מובן לאור העובדה שאנחנו מסתכלים באמת על מוצר חיוני, שהרגישות האזרחית אליו עצומה וגם של נבחרי הציבור והפקידות היא עצומה, והסיכונים בשינוי הם לפעמים כאלה שהקיים ידוע ובטוח יותר מבחינת יתרונות וחסרונות, ואני מסכימה שקשה לשנות. לאורך השיחות שלנו עם גורמים שונים יש אמירה ששינוי נדרש, ואין כנראה פתרון אחד שיתן מענה לכל הדברים, ויש viability שונה לכל אחד מהפתרונות.

אלי כהן: תודה רבה על אווירת ההקשבה. שבוע טוב!

דיון פנימי:



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רונית קן: נצטרך להתייחס לשני היבטים – מבנים אפשריים של רגולציה, שיכול להיות שפועל יוצא מהם יהיה גם שאלות, מה עובד איתם בהקשר של מבנה האחזקות בבתי"ח – כן קופות חולים, לא קופות חולים, כן תאגוד, לא תאגוד, ואם תאגוד מה אפשרי ומה הבעיות בכל אחד מהפתרונות. כמו שאני רואה בעיני רוחי את הדו"ח, נצטרך לתת סקירה על עיקרי הנושאים ששמענו אותם, להתייחס להשוואה בינלאומית ומה אנחנו גוזרים ממנה לגבי המורכבויות ולא דווקא פתרונות בהקשר שלנו, שזה אומר גמישות הפתרונות שאנחנו מציעים, טווחי זמן של פתרונות, פתרון שהוא אבן דרך בשביל להגיע למקום אחר, צריך תחנת אמצע אולי בשביל להגיע לאותו מקום. לדוגמא אנחנו חושבים שתאגוד כחברה לתועלת הציבור בבעלות ממשלתית זה הפתרון והדרך לשם ארוכה. אנחנו חושבים שצריך להקים רשות/מנהלת שתמפה את הנכסים ותעשה עליהם פיקוח כלכלי, שתאפשר למערכת של ארנון לעשות את הפיקוח המקצועי ומהותי כך שיהיה חלק מקצועי וחלק כלכלי, ואנחנו יודעים לשרטט את הפתרון בסוף, בהינתן האמירה שהמדינה חושבת שהיא צריכה להמשיך להחזיק בחלק הארי של בתי"ח הכלליים. כן נצטרך להגדיר למה עיקר המסקנות שלנו עוסקות בבתי"ח הכלליים ולא בסיעודיים ובפסיכיאטריים שזו מערכת שונה, וזה נידון גם במליאה. הצורך לבחון באופן כולל וכאן שאלת הבעלות היא המרכזית, גם במערכת הפסיכיאטרית וגם בסיעודית.

את צודקת. השאלה מה עושים איתם בראייה ארוכת טווח. אפשר להגיד שנתחיל עם הכלליים ונמשיך איתם, אבל שלא נשכח אותם.

רונית קן: ברור שאלה נושאים שצריך לטפל בהם, אבל אפשר לחדד את זה שוב בדיון המליאה הבא שנדרשת בחינה כוללת של המערכת החוקית השלמה שלהם.

אפשר להפריד בין 2 גופים – גריאטרי הרבה יותר דומה לכלליים, הם מתמודדים בשוק הפרטי. הפסיכיאטרי זה גוף אחר שיש לו רפורמה עכשיו. הגריאטרי אולי כן יכולים להשתלב במהלך הזה.

במליאה אין תמימות דעים שהוועדה עוסקת בו, ואם לא, זה לא יורד לוועדות המשנה.

רונית קן: יכול להיות שהחלטה במליאה תהיה שזה יוצא מהוועדה הנוכחית, ולצורך העניין יוקמו וועדות ספציפיות עם מתמחים בתחום הזה, לא בגלל שזה לא חשוב. אנחנו רוצים לקצוב את זמננו במובן של אני מאמינה בתהליכים מעמיקים ולא מאוד ארוכים. זה יהיה דו"ח ארוך. וועדת נתניהו זה מפעל מדהים וחשוב, אבל אין לנו את המשאבים והזמן בשביל לטפל בכל ההיקף הזה. אני מעדיפה להתמקד ולעשות את זה קצר וממוקד יותר. זה המתווה בגדול, ואם למישהו מכם יש הערות, אשמח לשמוע.

**** מציגה שנייה בפני הוועדה: מיכל עבאדי - החשבת הכללית. מציגה ללא מצגת. מצורפים נתונים בנייר נפרד.**

רונית קן: מציגה את מתווה הוועדה.

מיכל עבאדי: לא הכנתי מצגת, אבל הייתי רוצה להתייחס לנושאים שלכם, ובראש ובראשונה לתאגוד בתי"ח. כדי לפתור בעיה צריך לראות מה הבעיה, ולהחליט אם תאגוד פותר אותה. לדעתי תאגוד לא נותן שום פתרון לבעיה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

במערכת, הוא כבר קורה בחלק מבתי"ח. כמו כן, בהתייחס לסוגיית התאגוד אני אספר לכם על בעיות שאני נתקלת היום בניהול חברות ממשלתיות. לדעתי, להפוך את בתי"ח לחברות ממשלתיות לא יפתור את בעיות היסוד במערכת, ועלול רק להגביר אותן. גם החברות הממשלתיות שמתנהלות טוב, המדינה נתנה להן סטארט שלדעתי לא צריך, ואי אפשר לתת את זה לבתי"ח.

אתחיל ממה הבעיות שאני רואה במערכת. אני מתנגדת באופן אישי לשר"פ ולכל ערבוּב בין מערכת ציבורית לפרטית. אני אנצל את ההזדמנות לומר כמה דברים גם על השב"ן. אני הקמתי את המערכת הזאת וחלו בה בשנים האחרונות שינויים לא טובים. בעיות מרכזיות בניהול בתי"ח הינן: קשיחות במערכת יחסי העבודה, וועדים חזקים, הר"י והסתדרות האחיות, פנסיות תקציביות, חוסר יכולת לפטר ואי הרוטציה במנהלי מחלקות ומנהלי בתי"ח. ב-98' העברנו חוק הסדרים (שר האוצר בזמנו היה יעקב נאמן), שהתיר למנות מנהל ביי"ח שאינו רופא. היו הסתייגויות מכך והן עברו במליאת הכנסת והפילו את הסעיף. אחרי שמקסים לוי עשה סיבוב ניצחון במליאה שהצליח להפיל את הסעיף, משכו את חוק ההסדרים מהמליאה וגרמו להצבעה נוספת על כל החוק. לאחר כל מאמצי הממשלה, איפה אנחנו היום? רק בבי"ח הדסה יש מנהל שאינו רופא. דרישות התפקיד בנציבות שירות המדינה - שם מנהל ביי"ח צריך להיות רופא. גם מנהלי מחלקות הם לכל החיים. המערכת מאוד בעייתית גם בתחום התמחור. כשאין מספיק תקצוב, הגירעונות מתחלקים בין הקופות לבתי"ח באמצעות מחיר יום אשפוז. מחיר זה לא רק יום אשפוז, יש פעולות שלמות שלא מתומחרות היום נכון. ככל שמערכת המחירים יותר מעוותת, כך גם ההחלטות מעוותות, וזה כלל בסיסי בכלכלת בריאות. יש גם שיקולים כלכליים. יש בעיה של מערכת תמריצים וניהול. הנקודה הכי בעייתית בעיניי זה פשיטת הרגל של משרד הבריאות בפיקוח ובניהול של בתי"ח. זו שורה ארוכה של בעיות, והאם תאגוד ייתן פתרון לדבר הזה? אני חושבת שלא.

רונית קן: אמרת שהבעיה הקשה ביותר לדעתך, היא היעדר הניהול של משרד הבריאות של בתי"ח. את מתייחסת לכולם?

מיכל עבאדי: על כאלה שבבעלותו של משרד הבריאות וגם על כאלה שלא. הוא פשוט פשט את הרגל ברגולציה. אם יש בעיה מרכזית שצריך לטפל בה זה במשרד הבריאות לפני תאגוד של בתי"ח.

אני רוצה לספר לכם סיפור על שתי חברות ממשלתיות שבעבר היו מדינה, וזה תע"ש ורפאל. אלו שתי תעשיות ביטחוניות שמייצרות דברים אדירים למדינה. תע"ש פשטה את הרגל והאוצר מחזיק אותה, ויש את רפאל שהיא חברה מצוינת. בשתייהן היה תאגוד. יש טענה שברפאל היה ניהול טוב, מקצועי, מנהלים טובים, וחברה שהצליחה להתמודד עם השוק ולעמוד על הרגליים. יש בה דברים שהם פאר התעשייה בישראל. ואז השאלה מה השוני בין רפאל לתע"ש, למה יש אחת שהצליחה ואחת שלא הצליחה? זה המנהלים הגרועים? מערכות יחסי העבודה הקשות והקשוחות? אחת הטענות ששמעתי היא שזה קשור לפעולות המדינה כשהעבירה את הגופים האלה להיות חברות ממשלתיות. יש טיעון שאומר שכשהמערכת העבירה את תע"ש להיות חברה ממשלתית, היא לא טיפלה בבעיות היסוד בתוכה, וכשהגיעו לרפאל לקחו את כל הפנסיות התקציביות של עובדי רפאל וחתכו אותן ביום המעבר לחברה ממשלתית, ומדינת ישראל משלמת עד היום את כל עלויות השכר והפנסיה ליום המעבר בגלל השינוי הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ניקו את רפאל מהתחייבויות פנסיוניות בעבר, ואז העמידו אותה STAND ALONE, שמו אותה בחברה ממשלתית עם ניהול מצוין, וניקו אותה מבעיות העבר. בתע"ש יש תפיסה שלא ניקו את בעיות העבר, ולכן צצו הקשיים.

אני רוצה שתדעו שאני "מחזיקה" את בתי"ח הממשלתיים עם מימון, כי הקופות לא משלמות ויש להם אבא ששומר עליהם ומממן אותם, החשכ"ל. מישהו יצטרך לטפל בבעיות היסודיות של המערכת לפני ההעברה לחברה. כדי לעשות מה שעשו ברפאל בפנסיות, זה לא בטוח שזה אפשרי. בלי לטפל בשורה של בעיות, לדעתי הדבר הזה בלתי אפשרי. יש אצלי בקשה להעביר נכסים למדינה, ברכבת ישראל ובחברת מקורות. יש לחברות האלה נכסים, קרקעות, בניינים. יש תפיסה שאומרת בואו לא נעביר כלום לבתי"ח, נשאיר הכל באוצר, ובתי"ח יצטרכו רק לטפל בנכסים. כשהמדינה מעבירה נכסים לחברה ממשלתית ויוצרת הון, יש להם פחת שיוצר גרעון בהון של החברה הממשלתית, ואנחנו צריכים להעביר כסף כדי לכסות את הגרעון שנוצר מהפחת. אם תציגו הצעה כזו, אני בכלל לא בעד שהקרקע והבניינים יעברו לבתי"ח. יש שאלות לגבי הציוד, אם הוא בכלל צריך להיות בגוף הזה שנקרא ב"ח ממשלתי. אני מתנגדת לזה כי זה יוצר בעיה של פחת, וצריך להעביר כסף בשביל לכסות עליו והמערכת לא מתאזנת מבחינה חשבונאית, כלומר סיסמת התאגוד, על מנת לתרגם אותה, זה אומר להעביר את העובדים להיות עובדי חברה ממשלתית, שזה בלתי אפשרי מבחינת יחסי עבודה. אני גם לא רואה שוועדים של חברות ממשלתיות הם יותר טובים מוועדי מדינה. זה למיטב דעתי הצנועה, דבר שהוא כמעט בלתי אפשרי לעשותו.

אני בכלל חושבת שהמערכת כבר עברה תאגוד. אני רוצה להפנות אתכם לדו"חות הכספיים של משרד הבריאות, שאני מבינה שהחשב של המשרד הציג לכם אותם, אבל אני רוצה להציג את זה תפיסתית. לפחות בשלושה בתי"ח ממשלתיים קרה תאגוד חלקי דרך תאגידי הבריאות. אני רוצה להפנות אתכם לדו"חות הכספיים של 2012. אני רוצה לעבור איתכם על שלושה תאגידי בריאות, אחוז ההכנסות בתאגוד מסך הכל הכנסות המרכז הרפואי (הכוללות את הכנסות ביה"ח והכנסות התאגיד) – מפרטת על רמב"ם, שיבא ואיכילוב (נתונים מספריים בקובץ מצורף). תלכו לכל בתי"ח בארץ חוץ מפורייה, אנחנו מדברים על מספרים דו ספרתיים, מעל 10%, ובאחרים זה בסביבות 15%. אני ביקשתי להוציא לי את שכר העבודה של הרופאים בתאגיד מול שכר עבודה של הרופאים בבתי"ח – מפרטת על רמב"ם, שיבא, איכילוב (נתונים מספריים בקובץ מצורף). יש גם עבודת אחיות בתאגידים האלה, אבל זה 4-11 אחוזים. מה זה שר"פ? תשלום לכיס הרופא. הוצאנו את שווה כסף תשלום לרופאים ולאחיות, שזה רק ססיות, עבודה נוספת. סך כל הססיות של הרופאים בתאגידי הבריאות זה 150 מיליון ש"ח. יש דברים שעושים רק בתאגיד או רק בתוך בתי"ח. משלמים לרופא שכר מעבר למקובל במדינה, זה שר"פ! לכן אני אומרת שיש תאגוד זוחל שכבר קרה. תאגיד ב"ח לפי סוגי פעולות לפי מחזורי פעילות – נותנת דוגמאות על איכילוב, שיבא (נתונים מספריים בקובץ מצורף).

עו"ד לאה ופנר: אם אנחנו מנסים בכסף ולא בפעולה, להבין מתוך כמה כסף שמתקבל עבור פעולות עיניים בב"ח לא כולל התאגיד?

מיכל עבאדי: זה לא כולל. אם זה כולל אגיד לכם. איזה יחס שתרצו נעשה לכם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר אמנון בן משה: מבחינת המינוח של שר"פ, הכוונה היא שהאזרח משלם מכיסו תוספת תשלום מעבר.

מיכל עבאדי: התפיסה שלכם ששר"פ זה רק יכולת הבחירה של האזרח, אני לא מקבלת את זה לחלוטין. ממשיכה במתן הדוגמאות על תאגידים (נתונים מספריים בקובץ מצורף). אני חוזרת למה שאמרתי בהתחלה – לדעתי יש תאגוד חלקי בביה"ח ולדעתי זה לא הצליח, ולכן גם התאגוד המלא לא יצליח. אני אומרת לא לתאגוד, כי הוא לא פותר בעיות יסוד במערכת. אם נצטרך להעביר נכסים או לקחת עצמנו פנסיות, זה לקחת הרבה מדי על המדינה וזה לא שווה, וזה לא פותר את הבעיות היסודיות במערכת.

כשעברו תקנות תאגידי הבריאות אני הייתי מהמנסחים שלהם, והם נחתמו על ידי שר הבריאות יהושע מציא. רצינו לתת למנהלי ביה"ח גמישות קטנה שיוכלו להשיג באמצעותה הישגים גדולים. המון שנים עברו מ-98 ועד היום, הדבר הזה לחלוטין לא השיג את מה שהיה אמור לעשות. היקפים כאלה בתוך תאגידי הבריאות בעיניי זו לא הייתה מטרת החקיקה. אני תמכתי באסדרה של קרנות המחקרים, אבל בפירוש אני רוצה להגיד לכם שזו לא הייתה כוונתנו יחסית לתוצאה היום. המערכת מתואגדת חלקית, וזה חלק אדיר מהפעילות. יושב מנכ"ל שיבא ובוכה, והוא מנהל חלק אדיר מהפעילות שלו בתאגיד הבריאות בכלל. תאגיד הבריאות של שיבא גדול מביה"ח הלל יפה.

רונית קן: את אומרת שיש שני היבטים – מה שאת חושבת שהוא מעשי ולא מעשי. לא מעשי לחתוך פנסיות, לנקות את השולחן ולמסור משהו נקי מיחסי עבודה.

מיכל עבאדי: מה שיוצא ונספג מהמפעלים העסקיים שנקראים בתי"ח, אתה תישאר רק עם הפנסיה, תהיה מחויב לשלם פנסיות לאנשים שהם לא עובדי מדינה אבל כן מייצרים הכנסות.

עו"ד לאה ופנר: גם היום את משלמת, זה לא ישנה לך.

מיכל עבאדי: אני ממשיך לספוג חלק מהגמלה עד המעבר לביה"ח. מה זה יעשה לביה"ח? אני לא בטוחה שהעובדים יסכימו לחלוקה הזאת, של עובדים מתואגדים וכאלה שלא. אני חושבת שזה בלתי אפשרי.

עו"ד לאה ופנר: גם היום יש חלוקה כזאת.

מיכל עבאדי: את צודקת בזה שלעובדים החדשים אין פנסיה תקציבית, אבל בשביל לגמור את המלאי הזה של העובדים, זה זנב ענק.

עו"ד לאה ופנר: המדינה תישא בזה ואין לה הכנסות.

מיכל עבאדי: יש לה סוג של שליטה על פנסיה מוקדמת, זה שורה של דברים שצריך לסדר בין המדינה לביה"ח. כל הניתוק הזה הוא מאוד בעייתי. לדעתי, כשמישהו אחר נושא בחלק מהפנסיה, זה מעוות את השיקול הכלכלי של ביה"ח. אני חושבת שהחיתוך הזה מאוד בעייתי.

עו"ד לאה ופנר: מנהל ב"ח גם היום לא מרגיש שהוא נושא בפנסיה, זה אותו דבר מבחינתו.



מיכל עבאדי: אני חושבת איזה יצור שלחנו להתמודד בשוק? אין יותר חשב כללי - יש משהו שנותן כסף כשהקופות לא משלמות את הכסף. לגרום לחברות האלה לעמוד STAND ALONE בשוק, לאנשים שלא יודעים לנהל, הם לא יצליחו לעמוד לבד בשוק. אנחנו נקבל חברות ממשלתיות שיפלו עלינו, לאחר שלא יצליחו להתמודד בשוק.

לגבי ניהול – יש שאלה ענקית אם רופא יודע לנהל, ואם מנהלי בתי"ח הם דוגמא ומופת לניהול טוב. אני חושבת שאין תשובה לשאלה הזאת, כי הם חיים בעולם בלתי אפשרי. חלק מהם מנהלים וחלק מהם מרגישים חסינים לעשות מה שהם רוצים, ובלתי אפשרי לתת להם לעשות מה שהם רוצים. אני חושבת שזה לא נכון, צריך לעשות רוטציה ולא להיות מנהל כל החיים. אני סבורה שקשה להעריך היום אם הם מנהלים טובים או לא כי הם חסינים-אש, שלא נדבר על אי רוטציות במנהלי מחלקות. הם לא עומדים באמת למבחן כמו המנהל בסקטור הפרטי שאין לו רוטציה וצריך לתת דין וחשבון, והם חיים בעולמות בלתי אפשריים. אין כלים להעריך אותם. אתה יכול להעריך אם פרופ' ביאר הוא מנהל ב"ח טוב? אני חושבת שמדובר באיכות הרפואה שהוא נותן בביה"ח, והביצועים הכספיים שלו, דבר שלא מדווח על ידו היום. אני חושבת שאין כלים להעריך אותם, ולשלוח מערכת כזאת החוצה, עם המנהלים האלה, זה בלתי אפשרי.

ראיתי בראיון בתקשורת שפרופ' רוני גמזו בוכה שהוא נותן הוראות למנהלי בתי"ח, והם לא נשמעים להוראותיו. שפשפתי את עיניי בשביל לראות אם זה נכון, ושום דבר שאני אומרת פה כמובן הוא לא נגדו באופן אישי אלא בהיותו מנכ"ל משרד הבריאות. פרופ' רוטשטיין ומנהלי בתי"ח הם עובדי מדינה, והם לא יכול לעשות שום דבר נגד הוראה רגולטורית. אנחנו מעמידים לדין משמעתי אנשים שעברו על הוראות המדינה? מעמידים! והם לא חסינים-אש. זאת הזייה! עובדי מדינה שמקבלים משכורת מהמדינה שלא ממלאים הוראה של משרד הבריאות, צריך להעמידם לדין משמעתי. פרופ' גמזו הולך נגד המערכת, ולא מסוגל לממש את זה ברגע האמת. חייבת להיות רגולציה כספית חזקה של המשרד על בתי"ח. מי צריך להגביל את תיירות המרפא? צריך לעבור הליך-הליך, ואיפה שיש תורים במערכת הציבורית – לא לאפשר תיירות מרפא. אם זה 5%, 10% מהכנסות ביה"ח אין לזה משמעות, השאלה היא האם המערכת עמוסה מדי, לא יעלה על הדעת שתייר מרפא יתפוס את התור לחולה ישראלי.

אני חושבת שצריכים לקרות פה שלושה דברים – למנות מנכ"ל משרד הבריאות שאינו רופא. זה שהוא רופא זו בעיה אדירה בתפיסה שלו את התפקיד שלו, הוא לא יכול להעמיד לדין משמעתי מנהל ב"ח בגלל זה. העיקר שמשרד הבריאות מנהל אמצעי אכיפה על קופ"ח מאוחדת. השרה פנתה לפרקליט המדינה להעמיד לדין את שלושת הרופאים שפורסמו בתחקיר על תיירות מרפא. לדעתי ברור שצריך לבדוק אותם אצל פרקליט המדינה, אבל לא יכול להיות שלא יישמו את זה על מנהל ביה"ח. אם מנהל ב"ח מרמה את משרד הבריאות, אז אני לא מתפלאת שרופאים בכירים תחתיו גם עוברים על ההוראות. מנכ"ל שאינו רופא יכניס חשיבה אחרת. זה לא פיקניק להיות מנכ"ל המשרד, זה אחד התפקידים הקשים לדעתי. נושא שני – נושא הרוטציה הוא אבן יסוד. תפקיד ניהולי, מנהל ב"ח ומנהל מחלקה, הוא תפקיד ברוטציה. אף אחד לא אמר לפטר אותם, תחזירו אותם לתפקיד הקודם שלהם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוני דוקן: יש חוזר של נציבות שירות המדינה שמסביר איך נכון לעשות את זה לדעתנו.

מיכל עבאדי: לכולם יש זמן. בן אדם 20 שנה בתפקיד זה לא טוב למערכת הבריאות. הם יכולים לחזור לתפקידם הקודם.

לגבי רגולציה על איכות השירות של בתי"ח – יש להגביר ולסדר את הנושא הזה במשרד הבריאות. יש את המתח הזה תמיד בין פרסום לבין לא לפרסם דברים. אני אומרת לכם שאני חושבת שזמן ההמתנה לתור בכל פרוצדורה בביה"ח צריך להיות מנוטר חזק במשרד הבריאות. יש לנו CAPACITY במערכת הבריאות, האם יש התנהלות יעילה שלה? משרד הבריאות שנותן אישור להקים כל מיני דברים אחרים, אפשר את זה לדעת רק לפי אורך התורים. מישהו יכול להגיד מה קורה בתאגידים? הפעילות הכספית? לא כדאי לראות את ההיקף במספרים ובהליכים של מה שקורה? ואז כל אישור שניתן למערכת, האם לתת או לא? אם מחכים יותר מדי זמן בתור, אין פה שום מערכת במשרד הבריאות שעושה את זה. יהיה מאוד קשה לפרסם את נתוני הפריפריה, אבל חייבים לפרסם את זה. מנהל סניף בנק רואה כל בוקר איפה הוא עומד מול כל האחרים בגיוס פקדונות למשל. מנהל ביי"ח לא צריך לראות את עצמו במדדים מול הכלל? לדעתי כן, כשאתה מפרסם משהו במערכת הבריאות זה גם מסוכן, כי אנשים עובדים בשביל הפרסום ולא בשביל הרפואה. לשרה יש 12 חודשים בשנה, 11 בתי"ח כלליים, היא צריכה לקיים דיון פעם בשנה מה המצב בכל ביי"ח, ברמת שרת הבריאות. כשמדברים על בתי"ח של כללית מישהו יודע מה קורה שם? זה מעורבב עם המבטח. ניהול פיקוח ובקרה זה משהו עצום, תאגוד זו סתם מילת קסמים.

שר"פ הדסה – צריך להציל את הדסה. הוא ביי"ח יותר מדי גדול בשביל ליפול. אני חושבת שכדאי לראות מה קורה בהדסה. אני ביקשתי לראות את מאזן הדסה, שם יש הוצאות על שר"פ ואין הכנסות על שר"פ. שלחתי את אנשי לבדוק מה זה. גיליתי גילוי מזעזע שהשר"פ הוא ב - CAPING. אתם מבינים מה זה? הפרוצדורה השולית של השר"פ אפשר לקבל עליה 50%, במקרה הטוב, בדרך כלל 0%. תראו מה קורה פה – הרופא קיבל את השכר שלו בשר"פ. כשבא ביה"ח לקבל את הכסף, זה קשור בהסדר ה - CAP. אני קיבלתי החלטה דרמטית בפיקוח על השב"נים, גם כשהוא נעשה בתוך הקופה, טופס 17 הבסיסי לא יממן את השב"ן. השב"ן מממן את כל הניתוח הזה. גם היום בחתימת ההסכם עם הדסה עדיין לא הצלחתי לשכנע את אגף התקציבים שלא להכניס את השר"פ ב - CAP. אסור לקיימו בשעות היום אלא משעה ארבע אחר הצהריים. כל הערבוב הזה יוצר מערכות בלתי אפשריות, אין הגיון ואף אחד לא יודע על מה מתחשבנים. הרופאים קיבלו הכנסות ואת השכר שלהם וביה"ח התמוטט, וזה לא יכול להיות.

מילה אחרונה על השב"ן שבניתי אותו – אי אפשר לבטל אותו, כי אין בו חיתום ואין החרגה. זה שירות נוסף של מי שאין לו פתרון בביטוח פרטי או בסל. מה שצריך לשלוט עליו זה ההיקפים והתכנים של התכניות של השב"ן. משרד הבריאות מאשר את זה, הוא גם צריך לדאוג שמרוב שב"ן לא ייהפך הכל לפרטי. המשימה המרכזית היא לדאוג להיקף השירותים בשב"ן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כמה כסף זה בחירת מנתח בניכוי השתתפויות עצמיות? נותנת דוגמאות במספרים (נתונים מספריים בקובץ מצורף). מה שאני מנסה להגיד זה שבשב"ן יש רשימות של ספקי שירות, הוא לא בלתי מוגבל. הוא צריך להיות מוגבל לשירותים מסוימים, הוא לא נועד לפתור בעיית תורים במערכת הציבורית. השב"ן צריך לתת פתרון רק לאלמנט בחירת הרופא. השב"ן כתפיסה, ומעולם לא הרשיתי כסמנכ"ל המשרד, הוא פתרון לבעיות במערכת הציבורית, ולכן הפיקוח עליו צריך להיות הרבה יותר חכם ובעיקר על ההיקף וסוג השירותים שניתנים בו. אם להמתין 10 ימים לניתוח זה בסדר, והממוצע הוא 10 ימים, אז זה בסדר, אבל קיצור תורים? לא התכוונו לזה בשב"ן. השאלה האם התכניות הללו מכסות את הייעוד שלהן בכלל. כתפיסה, לא נכון שיהיו מכשיר לקיצור תור. בבחירת רופא יש להתיר בתכניות השב"ן רק פרוצדורות שאין בהן תורים בלתי סבירים במערכת הציבורית.

לגבי השר"פ - אני מתנגדת כי שום מערכת לא יודעת לעשות הפרדה בין פרטי לציבורי. אבל אני חושבת שמהו לא טוב קרה במערכת הציבורית בשנים האחרונות. הקופות נמצאות בגרעון של 2 מיליארד ש"ח, ובמצב שהמערכת הציבורית היא כל כך בבעיה, תמיד מחפשים פתרונות כמו שר"פ. גם לשב"ן צריך לדאוג שלא יהפך לפתרון לבעיית התורים ומכשיר לקיצור תור.

הפתרון הוא תוספת כספית משמעותית למערכת הציבורית. אני עזבתי את המערכת ב - 2006 כשהקופות בגרעון של 100 מיליון ש"ח וחזרתי ב - 2011 כשהן בגרעון של מעל 2 מיליארד ש"ח. אני מממנת את בתי"ח על הכנסות שאין להם. לדעתי, גרעון בהיקפים כאלה לא יכול להימשך לאורך זמן. יש לציין כי כל מה שאני אומרת הן דעות אישיות שלי ולא משקפות את עמדת משרד האוצר. לדעתי, צריך להוסיף תוספת כספית משמעותית למערכת הציבורית, שלא לדבר על טיפול בתשתיות בתי"ח בפריפריה. אנחנו רואים שבמערכת גירעונית מנהלי בתי"ח מנסים למצוא פתרונות אחרים. מערכות לחוצות יוצאות החוצה, לכן צריך תכנית לאומית לטיפול במערכת הבריאות, לשפוך כסף סתם זה לא הגיוני. אם משרד הבריאות יראו תורים בפרוצדורות נצטרך לשים כסף לצמצום, לכן אני חושבת שהדבר המרכזי שצריך להקדיש לו זמן בוועדת גרמן, זה תכנית-אב לפתרון בעיות יסוד במערכת הציבורית, ואי אפשר בלי כסף. אפשר לקנות שר"פ בכסף, אפשר לקרוא לזה בהרבה שמות. הטיפול צריך להיות בבעיות יסודיות, לטפל במשרד כרגולטור, האם הוא בתוך המשרד או מחוצה לו, אין לזה שום משמעות. השאלה מי זה יהיה. אם אלו יהיו אותם רופאים או להביא מישהו חדש. הייתי מטפלת בתאגידי הבריאות ורואה שדברים לא זולגים משם. אני תמיד אומרת שזה כמו שר"פ, צריך להיזהר שלא יקרה מה שקרה בהדסה שהכל התפרק בגלל ההיקפים של השר"פ וההשתלטות על המערכת הציבורית. השאלה כשיש פרטי וציבורי היא מה המינונים? תאגיד שיבא גדול יותר מהלל יפה כולו, זה נראה לכם תקין?

רונית קן: מה דעתך על העברת בתי"ח לקופות?

מיכל עבאדי: אני לא בעד. אני הייתי רגולטורית על הקופות. יש היסטוריה שאי אפשר לשנות. לא נצליח בוועדה להוציא 11 בתי"ח מהממשלה לקופות. אני לא הייתי מזיזה עכשיו שום דבר מהמדינה לקופות. ערבוב בין מבטח



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לביי"ח זה בעייתי. היום אסותא באשדוד אני מאמינה שהוא יהיה בסדר, אבל ללכת למהלך רוחבי של מכירת בתייה"ח הממשלתיים לקופות זה בעייתי. אני לא חושבת שצריך להעביר משהו חולה לקופות. בואו נתקן את ניהול בתייה"ח, ואז נראה מה לעשות עם זה. אני לא מאמינה במילות הקסם האלה. קופה שאין לה ממשל תאגידי תדע לנהל בתייה"ח? למה שתדע? היו גם תקופות גרועות בניהול הקופות. אז למה אנחנו חושבים שהקופה תצליח, כי היא תדע לערבב הכל (קהילה ואשפוז)? אני לא מאמינה בזה. אני לא הייתי מגדילה את הבעיה בהעברה לקופות.

שלמה פשקוס: מה היית עושה עם התאגידים?

מיכל עבאדי: לטפל בכל אחד בפני עצמו, לא לבטל אותם. מנהל ביי"ח צריך לקבל גמישות וזה בסדר. זה מכשיר לשלם לרופאים יותר כדי להשאירם במערכת הציבורית וזה בסדר.

עו"ד לאה ופנר: למה מצבם יותר גרוע מאשר בכללית? גם שם יש ססיות ומשלמים להם יותר.

מיכל עבאדי: כל הנושא של תאגיד לבד וביי"ח לבד הוא בעייתי. יש גם העברה של עודפים מהתאגיד לביה"ח, אז זה בסדר? השאלה היא ההיקף. אם הססיות משתלטות על הפעילות, זה לא בסדר. לדעתי המנהל הכספי של ביה"ח חייב להיות גם מנהל התאגיד. הניהול הכספי צריך להיות אחד לבית החולים והתאגיד.

עו"ד לאה ופנר: אני מנסה להבין את היתרון שלהם, היו הרבה. היום כשאני מסתכלת על זה וכשחולף זמן, מכל מה שאמרת קשה לי לראות את יתרון התאגיד. זה מפתה לגדול. יש שם בן אדם ששמו אותו, שהוא מנכ"ל התאגיד ורצונו לעשות עוד ולפתח עוד, וזה טבעי.

מיכל עבאדי: זה היה נכון להקים את התאגידים, אבל היום כשאני מסתכלת על זה, תאגיד שיבא לא יכול להיות 40% מפעילות ביה"ח? אז הוא בא וגם רוצה שר"פ ואומר שאין לו גמישות, אי אפשר להשלים עם הדברים האלה. גיליתי עכשיו שהתאגיד מתחלק עם ביה"ח בעלויות של רשלנות רפואית, ואני הולכת לבדוק את כל נושא ההתחשבות הזאת. יש המון נושאים לבדיקה מביטוח ועד רשלנות רפואית, וזה נושא שרק עם בקורות יכול להתנהל. צריך כאן משהו שמבין במספרים.

שירה ארנון: זה לפי התקנון.

מיכל עבאדי: האם אתם במשרד הבריאות אישרתם את היקפי הפעילויות הרפואיות שיש בתאגידים ביחס לבית החולים? לא נראה לי. במבחן התוצאה זה ברח לדעתי למקום לא סביר, וזו לא כוונת המחוקק. אני מכירה את הרשימה ואת ההיקפים, אז איך זה הגיע למספרים האלה?

דורון קמפלר: או שאין מספרים או שאין בקרה.

מיכל עבאדי: יש מספרים.

עו"ד לאה ופנר: כשמערכות מאוד לחוצות, זה מה שקורה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מיכל עבאדי: הלחץ האדיר על המערכת מביא בין היתר לתוצאות לא טובות. אם יש היקפי פעילות כאלה בתאגידים אז במבחן התוצאה (לא משנה מקורה, כן עומדים בתקנות או לא), קורים פה דברים לא הגיוניים. תודה רבה לכם!!

**** מציגים אחרונים בפני הוועדה: גדי פרנק (מ"מ יו"ר ות"ת מל"ג) ויעל טורכספא (יועצת משפטית) – ות"ת ומל"ג. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

רונית קן: מציגה את מתווה הוועדה. אנחנו מנסים להסתכל על שווקים בהם פועלת הממשלה, ומעניין אותנו לראות מה המבנה שלכם, מה הסמכויות שלכם, למי אתם כפופים, מה הממשק שלכם עם המוסדות השונים, מה הרגולציה שאתם עושים אם בכלל. כל זה כדי להבין מה רלוונטי מהמודל שלכם אל תוך מודל עתידי כלשהו.

גדי פרנק: בהתחלה נכניס אתכם לעולם שלנו כדי שתבינו מול מי אנחנו עובדים, מי אנחנו, מה הסמכויות החוקיות שלנו, איך אנחנו עושים רגולציה אקדמית, מה המבנה התאגידי של המוסדות שאנחנו עובדים איתם, עצמאיות המוסדות, תקצוב, מודל תקצוב על בסיס תפוקות בגופים עצמאיים. מול מי אנחנו עובדים? 67 מוסדות להשכלה גבוהה, ממכללות קטנות של מס' מאות סטודנטים ועד אוניברסיטאות עם עשרות אלפי סטודנטים, סגל בכיר וזוט. התחלנו עם פחות מ- 20 מוסדות, והתפתחנו ל- 67 מוסדות. בעבר לא היה מוסד לא מתוקצב, ובמהלך 20 שנה התפתחו הרבה מאוד מוסדות לא מתוקצבים, ואז עלתה השאלה איזה סמכויות רלוונטיות אליהם ואיזה לא. האופן שבו אתה מתנהל והצורך בתשומות ניהול, זה משתנה בין מוסדות גדולים לקטנים. גדולים יודעים לנהל עצמם טוב, שואבים מאיתנו פחות צרכי ניהול.

רונית קן: זה לא מספרים של תקציב אלא פרטים. אתה יכול לתת דוגמאות ממכללות מתוקצבות ולא מתוקצבות?

גדי פרנק: היום זה מספר גבוה של מוסדות עם מספר מועט של סטודנטים, מתנהלים קצת כמו ביי"ס תיכון עם הבעיות והיתרונות של זה. מכללות לחינוך זה 24 אלף סטודנטים, שהכל ביחד זה קצת פחות ממיליארד ש"ח. אוניברסיטאות ומכללות יחד, ברמת סטודנטים לתואר ראשון זה 120 אלף ועוד 30 אלף סטודנטים לתואר שני, עם תקציב כולל מהמדינה של משהו כמו 5.5-6 מיליארד ש"ח ועוד מה שהם גובים בשכר לימוד. מכללות מתוקצבות זה משהו כמו 65 אלף סטודנטים עם תקצוב של 2 מיליארד ש"ח מהמדינה ועוד שכר לימוד. מכללות לא מתוקצבות זה עולם שיותר קשה להגדיר. אנחנו כן שולטים ביציבות הפיננסית שלהן, אבל הם לא רוצים שתתכנן אותן, שתגיד להן מה ללמד פה ומה ללמד שם, אלא לעשות רגולציה במידה המתאימה, ואנחנו לא רוצים שיקרסו. זה פחות או יותר העולם. מתייחס למצגת – 5,000 סטודנטים זו המכללה הקטנה ביותר שלנו, כמו ספיר ועמק יזרעאל המתוקצבות, לעומת הבינתחומי שלא מתוקצב. יש לנו מוסד אחיד ייחודי בעולם המתוקצב באקדמיה למוסיקה, והוא יושב בקמפוס באוניברסיטה העברית, ואם הוא לא, אין לו היתכנות. האוניברסיטאות הן מוכרות וגדולות. במקביל לגידול במוסדות יש גידול במספר הסטודנטים, כמעט השתלש המספר. המכללות הוקמו כדי לאפשר הנגשה יותר גבוהה של מערכת ההשכלה הגבוהה. חוזר למצגת. יש לנו גוף נוסף של האוניברסיטה הפתוחה שפועל במתכונת אחרת – קמפוסים מבוזרים, למידה מרחוק, יכולת שליטה תכנונית אחרת. פריסה גיאוגרפית – במצגת. המערכת עברה איזשהו משבר יחד עם הגידול במספר הסטודנטים. בעולם המתוקצב – במצגת – המערכת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חוותה בתקציב פר סטודנט ירידה די גדולה, ובשנים האחרונות יש התאוששות עם התכנית הרב שנתית, שנדבר עליה בהמשך.

יעל טורכספא: בראש המל"ג עומד שר החינוך, שאר ההרכב מפורט במצגת. צריך להינתן ייצוג הולם לכל סוגי המוסדות להשכלה גבוהה, ולא ספציפית למוסד כלשהו. יש עכשיו חשיבה לעשות שינוי בחקיקה, זה יכול עוד להשתנות. הסמכויות ניתנות בשני שלבים – רק אחרי שמוסד מקבל הכרה הוא יכול להעניק תואר אקדמי. כל תכנית לימודים נבדקת. נושאי תכנון – במצגת. המועצה מפקחת על הענקת תארים וביטול הכרה אם יש פעילות בניגוד לחוק, אם במוסד יש אי סדרים או שהוא לא מסוגל להעניק את מה שהתחייב לו. במוסדות המתקצבים אנחנו לעתים מטילים סנקציות כספיות. ממשיכה במצגת.

ות"ת – עד שנת 72' כל נושא תקצוב המוסדות נעשה במשרד האוצר ואחר כך במשרד החינוך. המל"ג החליטה להקים את ות"ת והעניקה לה סמכויות של תקצוב. בות"ת יש 7 חברים כולל היו"ר. ממשיכה במצגת.

גדי פרנק: מרגע שהתמנה יו"ר ות"ת יש לו זכות וטו על חברים אחרים. ההחלפה היא מאוד הדרגתית, והחברים מתחלפים לאט לאט. הם מתמנים באופן מדורג וזה חלק מהמערכת. שר החינוך לא יכול עכשיו להחליף את כולם בבת אחת.

יעל טורכספא: בהמשך היה צורך לעגן את סמכויות ות"ת. הוענקו לה זכויות במישור האקדמי והמקצועי. ממשיכה במצגת.

רונית קן: לדוגמא לעקוב אחר ניצול התקציבים – איך היא שולטת על זה? יש לה גישה מלאה למחשבים? לדו"חות?

גדי פרנק: הדבר הראשון שקורה בין משרד האוצר לות"ת, הות"ת עובד מול האוצר. ות"ת מפרטת 100 סעיפים נפרדים בתקנון. גם בעולם של בקרה חשבונתית, החשב הכללי מרוחק מאיתנו, יש לנו חשב משלנו. אנחנו מזינים את הדברים שלנו, וזה נותן לנו יכולת דבר ראשון. אל מול המוסדות, מודל התקצוב שלנו הוא מאוד שונה משל כל משרדי הממשלה. הבסיס שלי הוא שהמוסד יהיה מאוזן. התקצוב שלי מתחיל מתפוקות ולא מתשומות. לא מעניין אותי כמה עולה למוסד בניין מסוים או שיפוץ מסוים אלא כמה סטודנטים הוא מוציא, באיזה תחומים, כמה מחקרים הוא עשה, איפה התפרסם. צורת המעקב בעיקר בעולם התקציבי היא בשנה-שנתיים עיכוב, כדי לספור תפוקות ולדעת איך לתקציב אותן, זה נותן שקט במערכת. יש ספר שעוסק רק בזה, למה ואיך נבנה מודל התקצוב של ות"ת בעולם של תפוקות.

יעל טורכספא: יש עצמאות אקדמית ומנהלית למוסדות להשכלה גבוהה. ות"ת מחלקת את התקציבים ומהווה גוף בין הממשלה למוסדות כדי להבטיח שמירה על עצמאות מחד ואת המטרות מצד שני.

גדי פרנק: אם במקומות האחרים ההחלטות מגיעות משר, יש לך וועדה שהיא סוג של דירקטוריון ואז מאוד תלוי את מי אתה ממנה פנימה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל טורכספא: מיכל עבאדי הייתה בות"ת למשל.

גדי פרנק: אהרליה בית הלחמי שהיה מנכ"ל משרד הביטחון, מנכ"ל אינטל ירושלים ועוד ועוד. כדי לשאול את השאלות הקשות, זה יותר בנוי בצורת דירקטוריון מאשר שר אוצר אל מול שר מקצועי.

יעל טורכספא: ות"ת היא גם גוף אחראי על כל נושא העובדים. בענייני תכנון המל"ג היא הסמכות העליונה וות"ת נותנת לה חוות דעת שבנושא הזה, כשבענייני תקצוב ות"ת היא סמכות בלעדית ולא כפופה למל"ג. במישור התקציבי - מתייחסת למצגת, זה בחלוקה למוסדות מתוקצבים ולא מתוקצבים. לכל מוסד קובעים את מכסת מקסימום הסטודנטים שלו.

גדי פרנק: מינימום זה תמריצים כספיים בעיקר.

יעל טורכספא: הם נבדקים בשלבי ההיתר וההכרה לגבי יכולתם להתקיים לאורך זמן. אין מגבלה על מכסות סטודנטים וגובה שכר הלימוד. במישור התכנוני נבדק הצורך הלאומי במוסד, ויש תכנית חומש לפתיחת תכניות חדשות. יש החלטה לפי הצרכים הלאומיים איזה תחום יפתח בכל מוסד. מוסדות לא מתוקצבים לא נדרשים לתכנית מראש, היום כבר יש רק לפיתוח אקדמי ולא תכנוני.

גדי פרנק: במה שנפתח יש בדיקה של הערכת איכות, שהתכנית היא ברמה נאותה. בעולם של סגירת תכניות בגלל היעדר צורך תכנוני, זה נעשה על ידי חיתוך התעריף או לגרום לאילוצים להביא אותם לשם. יש לי פחות צורך לזה בעולם מתוקצב. במוסדות המתוקצבים הבדיקה היא די מהותית. צריך להגיש תכנית לחמש שנים קדימה, וזה נבדק ברמת הצורך הלאומי. צורך שני זה שאלת תכנון אזורי ואני בודק שאין תשתיות מבוזבזות באותו אזור, לא בטוח שאני צריך פעם שנייה ושלישית את אותה תכנית, ולפעמים התכנית לא יותר טובה. השאלה השלישית היא כיוון המוסד. יש מכללות שמוכוונות יותר להנדסה, מדעי החברה או מקצועות הבריאות. אם ירצו לפתוח בהן תכנית לא קשורה זה לא יאושר, ויזכירו להם מה הכיוון שניתן להם האישור בו.

רונית קן: אחת הטענות שעלו בוועדת גרמן זה מחסור קריטי ברופאים. ממה נובע הקושי של המערכת להגדיל את כמויות הסטודנטים לרפואה?

גדי פרנק: נחלק את זה לשניים – יש לנו ממשקים עם משרד הבריאות וקושי לא טריוויאלי בהתמודדות. זה לפעמים נקבע לפי השדה הקליני, האם יש מספיק מקומות להכשרה. יש כל מיני מקצועות רפואיים ויש מקומות שבהם אתה תקוע, מגרד את המגבלה של המקומות בהם אתה יכול להכשיר, והכשרה קלינית זה חלק מהתואר. כשאנחנו מדברים על צורך לאומי, זה מקצוע שיש רגולטור אחר שנותן את הרישוי, ומשרד הבריאות הוא המעסיק בסופו של דבר, ואנחנו לא צריכים להמציא את הגלגל. זה קורה בבריאות, בחינוך ופחות בהנדסה. יש את משרד התמ"ת אבל הוא לא חזק לעומתי ובשוק העבודה כי הוא משקף מעסיקים. יש תכנון ארוך טווח שאפשר להתמודד איתו, יש רגולטור ממשלתי שכל שנתיים משנה את עמדתו. בתוך משרד הבריאות – בעולם הסיעוד יש מדיניות של משרד הבריאות שרצה אחיד כבר 7 שנים לפחות, כל הזמן מגדילים והממשק עובד בסדר. בעולם הרופאים היה זיגזוג. משרד הבריאות אמר אין צורך ברופאים, יש מספיק, ואז אמרו צריך עוד רופאים. מרגע שאתה מחליט,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בעיקר בתכניות ה-6 שנתיות, מרגע שאתה מחליט על הרחבת תכניות ועד שאתה פותח ב"ס בצפת, ועד שאתה מכשיר רופא, זה LEG של 6 שנים. כשפעם צריך יותר ופעם פחות זה יותר קשה, כי המוסדות לא מגיבים בהתאם. אחרי פעמיים הוא מאבד איתך קשב ועושה מה שהוא רוצה, זה חלק מהקושי. אחרי שמשרד הבריאות כבר החליט על הצורך, מספר הסטודנטים הוכפל בכמעט פי 2, רק עד שאת רואה את התוצר הזה. זה ה-LEG.

יעל טורכספא: אנחנו לא בודקים את הצורך התכנוני במוסדות שלא מתוקצבים, רק במקרים בהם יש שימוש בתשתית מוגבלת כמו מקומות הכשרה או פגיעה במוסדות להשכלה גבוהה, ואז עושים בדיקה על הלא מתוקצבים. במוסדות המתוקצבים יש אכיפה מלאה בנושא שכר, יש מגבלות אקדמיות.

גדי פרנק: לדוגמא סגל אקדמי בכיר לא יכול להיות מעל 150% משרה. אם זה חורג, אני לא אספור אותו כסגל אקדמי אצלך.

יעל טורכספא: יש בדיקות על תכניות שונות, יש הכרה זמנית וקבועה ויש אגף להערכת איכות שעושה בדיקות לפי תחומים. יש הנחיות שלא קובעות מי יהיו האנשים המנהלים אלא להבטיח את הניהול התקין של המוסד, מה הסמכויות שלו, איך בוחרים את אותם אנשים. כל המוסדות חייבים להתאגד ללא כוונות רווח. ממשיכה במצגת.

החוק קובע שמוסד מוכר הוא תאגיד והוא עצמאי – ציטוט במצגת. ממשיכה למטרות במצגת. גורמי חוץ זה לדוגמא רשויות מקומיות שהמוסד פועל ברשותן או כל מיני גופים שיש להם אינטרס לפעול שם. סמכויות המל"ג – במצגת.

גדי פרנק: צריך להבין שמבחינתנו, התנהלות נכונה של מוסד זה אם מוסד התנהל לטובת האינטרסים של עצמו. כאשר יש אינטרסים חיצוניים זה בעייתי ולא כאלה שאני מכווין אותם אליהן, אבל כשמתחילים להסיט אותם לפעול מתוך אינטרסים אחרים, אז מתחילה בעיה.

רונית קן: כמו לדוגמא?

גדי פרנק: התחייבות להקים חניונים ואני צריך לקום ולרדוף אחריו לא לבזבז כספים, או ראש רשות שבתחומי נמצא המוסד שרוצה לקדם תכנית או תחום כלשהו. זה בא להבטיח סביבת עבודה למוסד. האינטרסים צריכים להיות בנקודת איזון כדי שהמוסד יפעל להגשמת המטרה שלו. לדוגמא אורט ישראל, גוף מכובד בארץ ועושים עבודה נפלאה, אבל יש לו מכללה אחת או שתיים שהוא היה היזם שלהם, ואם הוא מתערב יותר מדי בניהול שלהם, המכללה מפתחת תחום כזה או אחר כי זה מעניין אותה וזה לא הכי נכון למכללה, אלה הבעיות הכי מהותיות שלנו. אנחנו רוצים לשמור על סביבת הניהול של המוסד, ומבחינתנו הוועד המנהל והאסיפה הכללית הם הגופים החשובים. אם יבואו אלי עם גרעון בסוף שנה אני אבעט אותם מכל המדרגות, והם יצטרכו להתנהל בעצמם. זה אנשים ברמה גבוהה עם ניסיון מאוד רחב במגזר פרטי וציבורי, וזה סוג האנשים שיושבים ברוב גופי הניהול, הם רוצים לנהל ולא לדחוף את עצמם בכוח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל טורכספא: ממשיכה מצגת. יתר המוסדות מאוגדים או כעמותה או כחברה לתועלת הציבור. המבנה הארגוני של האוניברסיטאות נובע מוועדת מלץ – במצגת. היה רקטור שאחראי על מבנה אקדמי ומנכ"ל שאחראי על ענייני כספים, ונקבע שצריך קודקוד אחד שהוא הנשיא. חוזרת למצגת. הוועד המנהל הוא הגוף שקיבל את כל הסמכויות האופרטיביות והוא גוף פעיל. קבעו שהסנאט יהיה גוף מוגבל, עד 71 חברים. מסמך גרוסמן – במצגת. בגדול יש מגבלות על כמה נציגי פנים וחץ יכולים להיות בדרג הניהול. הנחיות לגבי מוסדות שאינם אוניברסיטאות – במצגת. הנשיא גם מוגבל בתקופות כהונה שלו, וזה משהו חדש. אם הנשיא מכהן מעל 12 שנה, הוא מרגיש שהוא יכול לעשות במוסד מה שהוא רוצה.

רונית קן: קדנציה זה 4 שנים, ואפשר עד 3 קדנציות.

יעל טורכספא: הגבלנו עד 12, החלוקה בפנים אנחנו פחות מתערבים בה. החלוקה בפנים יותר רלוונטיות.

רונית קן: יש קדנציה של 12 שנים?

יעל טורכספא: לא קרה עדיין. צריך להעמיד אדם למבחן. קבענו שחייבות להיות קדנציות.

גדי פרנק: זה נולד היסטורית. חלק 3, 4, 5 שנים - זה משתנה.

יעל טורכספא: לגבי הניהול האקדמי יש למל"ג וות"ת הנחיות. הנשיא חייב להיות פרופסור במשרה מלאה. ממשיכה במצגת.

אילן שטיינר: יש חריגים?

יעל טורכספא: ההחלטה הזאת היא כרגע לא על אוניברסיטאות. ממשיכה במצגת.

גדי פרנק: חלק מרכזי בתפיסה שלנו הוא עצמאות המוסדות. יש לנו תו"ל די ארוך על איך מוסד להשכלה גבוהה צריך להתנהל. אנחנו לא יודעים לנהל אותו. תהליכי הבקרה זה עיקר הדברים שאנחנו מסדירים. התנהלות, תהליכי התנהלות ומתן תמריצים מצד התקצוב, ואז המערכת תתנהל כנראה בסדר. אנחנו לא חושבים שאנחנו יודעים לנהל כל מוסד בנפרד וזה לא תפקידנו, אבל אנחנו קובעים איך זה צריך להתנהל.

יעל טורכספא: אנחנו בודקים את תקנוני המוסדות, ובודקים שחברי המוסדות המנהלים עומדים בהנחיות שלנו.

גדי פרנק: תכנית רב שנתית של ות"ת – במצגת. זה משקף משהו בסיסי. אם אני רוצה לתת לך את התוצר שאת רוצה, אני צריך 3-5 שנים כדי לתת לך את התוצאה שאת רוצה. מתחילת שנות ה-70 זה נע על בסיס תכניות רב שנתיות. התכנית האחרונה היא 6 שנים. 5-6 שנים זה הטווח של מסגרת תקציבית כללית שמפורטת לכמה מרכיבים. אם אני אסדר מודל תפוקות ויכולת תכנון עם מידה מסוימת של וודאות בטווח הבינוני, מאוד קשה לעשות את זה. חוזר למצגת. אל מול זה נבנית המסגרת התקציבית הכוללת שממומשת על ידי שני דברים – מודל תקציב, שהוא 80% מהתקציב של ות"ת. אני מעביר למוסד תקציב לשנה הקרובה, תעשה בו כטוב בעיניך תחת כמה מגבלות כלליות – רק בתוך המוסד, לא תקנה מניות או תבנה חניון לעירייה, כמה אנשי סגל ומזכירות תיקח



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

זה שאלה שלך, וכמה שיפוצים תעשה זה שאלה שלך. יכול להיות שיש הכוונה, אבל אתה אחראי ולך הסמכות המלאה להתנהל. אם לא תעמוד בתפוקות המודל יכה בך חזרה, אבל יש לך סמכות להתנהל.

רונית קן: אם הגדלת את בוגרי תואר שני שלך ב - 2013, אתה תגדיל לו את התקציב בהתאם להגדלה במספר.

גדי פרנק: הוא יכול לשחק עם התקציב הזה, יש לו תחומים זולים יותר ופחות. אם בשנה הבאה הוא יביא יותר בוגרי הנדסת חשמל אני אשלם לו יותר, כי הם יותר יקרים. אם הוא יעשה בכיוון שאני לא רוצה - הוא יענש. עד שאני מודד לו את התפוקות, הנהלת המוסד צריכה לדעת שהיא עושה משהו נכון, כי אם לא - היא תיענש על זה. זה 80% מהתקציב של המוסדות, ויש עוד 20% למטרות ייעודיות שאתה רוצה לקדם, הנגשה לבעלי מוגבלויות לפי חוק. יש תקופת זמן של השקעת תקציבים במטרה הזאת. אם אני אדחוף את זה לשוטף שלהם, הם יסתבכו עם עצמם. אני אשתתף איתכם ב - 50% בעניין הזה ואת השאר תביאו מתרומה. זה קורה בעיקר בתחום של בנייה ופיתוח פיזי, בעיקר כאשר לות"ת יש מטרות נקודתיות כמו מלגות לערבים או לחרדים. נעשה התערבות בתקופה מוגבלת בתקציב ייעודי, ואז נצא מהתמונה הזאת. איך בנוי התקצוב הזה? במצגת. במודל תפוקות יש בעיה של הפרש זמן בין התפוקות לבין התקצוב. ציטוטים או פרסומים זה לפעמים 5 שנים אחורה. הנשיא של עכשיו לא מתעניין במה שהנשיא הבא יעשה. שקיפות לא הייתה ברורה עד לפני כמה שנים, המידע היה נעול בכספת. המודל הפך לשקוף באופן מלא. כל מוסד יכול לערער אם נעשתה טעות, והוא יודע בדיוק על מה נמדד ואיך אני מחשב לו את התפוקות והתקציבים. המודל שקוף גם לציבור הרחב. איך המודל בנוי - במצגת. מקדם ניצולת - מתקן מסטודנט לבוגר ומכפיל את מספר הסטודנטים במקדם הזה כל שנה לפי מודל מסיימים. מקדם היעילות מאפשר לי להגיב יותר מהר. יש הרבה טענות וצעקות וקושי רב על זה, וזה חייב לבוא עם הערת איכות. זה המצב היום. התעריפים רצים לפי בידול מהותי לתחומים, 29 תחומים בחלוקה לתואר ראשון ושני. למשל יהיה תעריף מדעי החברה כללי ותעריף פסיכולוגיה בנפרד. כמו שיש הנדסה ותחומים שונים בתוכה עם תמריצים שונים. יש גם מקדם נוסף - יחס סטודנטים לסגל אקדמי, וזה לא מעניין אותי כמה המוסדות מעסיקים סגל. היו שנים שכמות הסגל האקדמי הייתה מאוד נמוכה לעומת כמות הסטודנטים, וזה היה ברור שהם מקבלים יחס רע. אני יכול להציב את זה כיעד מרכזי שלי. כל זה מרכיב ההוראה ביחס לעצמו. מרכיב המחקר הוא מודל יחסי, כולם מתחרים בכולם. אם משהו רץ מאוד מהר ואחרים נשארו באותו מצב, זה אומר שהם ירדו בתקציב שלהם בשנה הבאה. רכיבי המודל - במצגת. זה עובר בדיקה שנתית. יש רכיבי דרג ראשון ודרג שני, לפני הגודל שלהם. הדבר הזה מכתוב את רוב הכסף שמגיע למכללות ולאוניברסיטאות. אפשר לשכלל את המודל מפעם לפעם כשאני רוצה לחזק משהו ספציפי. זה יכול להיות בעולם המחקר 12 תחומים, ועולם ההוראה זה 29 תחומים. יש דיון על פיצול של יותר תחומים. מערכת התמיכה הדואלית במחקר - במצגת. אני דואג לתשתית, פיזיות וסגל (כ"א), אבל אני לא צריך לממן לך את הכלים או עוזרי המחקר למשל, המחקר המדויק שאותו כתב עת יוכל לפרסם. במקביל אנחנו מתקצבים קרנות מחקר תחרותיות, בנפרד אנחנו מממנים את המחקר על בסיס תחרותי. אנחנו לוקחים בחשבון שכל הגופים האלה גם מממנים מחקר באקדמיה בתחומים שמעניינים אותם, ואני לא צריך להחליף אותם - במצגת. בעולם התשתיות זה 7 פלוס מיליארד ש"ח, ובאזור הקרנות וההשקעה במחקר זה מיליארד פלוס. אני לא חושב שאני יודע ושה תפקידי להכווין מחקר, אני צריך ליצור את הפלטפורמה וליצור יתרון יחסי. מי שצריך להגדיר זה מגזר ממשלתי או עסקי שצריך להגיד מה הוא רוצה. אני מייצר תשתית ומקורות נוספים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

למימון מחקר. מחקר מוכוון אני נותן ליתר הגופים לעשות. זו המערכת הדואלית שלנו, ולא המצאנו את זה בארץ. זה נולד בבריטניה של שנות ה-50-60. ברוב המדינות אין תקצוב פדרלי של תשתיות כמעט, ושמים הרבה מאוד כסף על תקצוב מחקרי ומאפשרים הרבה תקורות, ויש גם מקומות אחרים שזה יותר דומה אלינו. אם אני רוצה לראות מה המודל עושה, יש לי רק אסטרטגיה אחת שלטת או מרחב התנהלות של מוסד, והוא יכול לקבל תוצאות טובות לפי סך הכנסות הוראה וסך הכנסות מחקר פר איש סגל. אני בודק אם הוא מחזיר את ההכנסה – במצגת. זה משתנה בין מוסדות. יש מוסד שנמצא יותר בעצימות הוראה ואחר שנמצא יותר בעצימות מחקר. זה יכול לנבוע גם מבחירת המוסד איפה הוא בחר להיות. מכון ויצמן למשל עוסק כמעט רק במחקר ופחות בהוראה, והוא עדיין יושב על אותה הכנסה של איש סגל כמו בת"א. מצד שני אני צריך מודל שיכווין אותם לתמריצים שלי אבל שיאפשר להם לנהל במובן של בחירת אסטרטגיה. אם לא, עשיתי משהו מאוד צר, בחרתי את המודל וחזרתי למקום שבו אני מנהל אותם באופן כמעט מלא. החופש כמובן לא יכול להיות אינסופי.

רונית קן: המכללות לא נמצאות בכלל במחקר.

גדי פרנק: מכללה להנדסה שצריכה לבחור את תמהיל הסטודנטים שלה, את תראי שיש פה בחירות שונות בתוך אותו מודל. אם רוצים עוד מהנדסי מחשבים, הם הולכים לשם אבל עדיין מחזיקים דברים אחרים כי הם לוקחים בחשבון שיקולים ארוכי טווח. הוא רוצים לייצר מחקר והוראה בתחומים יקרים כמו הנדסה, לעומת מוסד כמו חיפה שמתרכז יותר בהוראה. אין לי מטרה לזרוק כסף. לא הרחבנו יותר מזה, יש לנו ספר שעוסק רק במודל התקצוב.

אילן שטיינר: אני אשמח לדעת אם יש תקדימים למוסדות שהתגלה גרעון בדיעבד.

גדי פרנק: אני איכנס למודל הבראה, יש לי היום 2 מקומות כאלה – שנקר והאקדמיה למוזיקה. לא שלטנו מספיק בתכנית לפיתוח פיזי של האקדמיה למוזיקה, וזה ברח. אנחנו מהדקים את הרגולציה שלנו, לוקחים רוי"ח ושמים אצלם במוסד. אם ההנהלה משתפת פעולה, מגיעים לתכנית מוסכמת שהם מיישמים ואז זה עובד. ות"ת בסוף שמה סכום חד פעמי כדי לכנס אותם לתכנית הבראה, שזה רק השוליים של סגירת החוב. בסוף הגענו לתכנית הבראה מסודרת, כולל הפחתת שכר לסגל וכל מה שכרוך בזה, ורוי"ח מלווה. אם יש לך וועד מנהל סביר ויש לך יכולת לכפות, אז זה עובד. בשנקר לא רצו להחליף את הנשיא והחלטנו לסגור את הברז. הם הבינו את הרעיון והחליפו נשיא, ישבו על תכנית הבראה וזה עבד. יש הרבה פעמים ויכוח בתוך הבית מהי כניסה לתכנית הבראה, יש לנו קריטריונים כלליים אבל זה לא יותר מדי ספציפי כי זה מביא לתכנית הבאה. בתכנית הבראה המוסדות משלמים, הסגל, בשכר ובפיטורים. יש וועד מנהל טוב אבל זה דבר כואב וקשה למוסד, והות"ת לא פותחת את הכיס בעשרות מיליוני ש"ח.

אילן שטיינר: הבעיות של המוסדות נפתרות מולכם, האוצר לא משלם שקל מעבר לתכנית השנתית. זה נשמע כאילו שיש לכם מספיק בשוליים כדי לכסות גירעונות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

גדי פרנק: עד היום זה לא קרה מעבר לתכניות שנתיות. יש לנו מרכיב מסוים במודל שכן עוסק בפנסיה תקציבית. רק 4 מתוך 8 אוניברסיטאות הולכות עם פנסיה תקציבית, ואנחנו לא ממנים את הכל. התקציב עובר דרכי ואנחנו משתתפים בחלק.

אילן שטיינר: בהיסטוריה של המוסדות היו נקודות זמן שבהם מוסדות נכנסו לגירעונות?

גדי פרנק: כן, כל תחילת שנה זה מתחיל ב - 200 מיליון ש"ח גרעון, הם מתחילים מאוזן בסוף את השנה. אני מחויב בכללים שאני עובד היום, לשלוח למוסד מכתב זה התקציב שלך לשנה הקרובה. הוא מחויב להעביר לי עד אוקטובר איך הוא מנהל את זה. אני יכול להגיד התקציב מאושר ואז אתה רץ 1 חלקי 12 עם כל התקציב. אם מוסד לא הגיש או שלא בהתאם להנחיות, אני לא אתן את האישור עד שלא תפתור את הבעיות הללו. עד נובמבר אנחנו מגיעים לישורת. לרוב זה לא קורה כי הם מבינים כבר את המשחק.

שלמה פשקוס: צריך להבין משהו חשוב - מוסדות להשכלה גבוהה לא מנהלים אשראי וזה מייצר להם תלות חזקה בות"ת באשר לתזרים, ולשיטתו היא חזקה.

גדי פרנק: מוסדות מתוקצבים לא יכולים לקחת אשראי, לא יכולים לקחת הלוואה מבנק או ממקום אחר, הסכם עם קבלן או משהו דומה אחר.

רונית קן: אבל הוא יכול להתחייב לספק שוטף? מבנה? נייר למדפסות? זה באשראי ספקים ולא אשראי בנקים.

גדי פרנק: אפילו בניית מעונות זה דורש אישור על פי היתר אשראי משותף לנו ולחשב הכללי באוצר. כשהם צריכים ויש להם חודש לחוץ, הם באים אלינו, כי לנו יש שליטה על התזרים. מעצם העובדה שהם יודעים שהם יכולים לבוא אלי לפתור בעיה נקודתית, זה עוזר לי לשלוט בזה. תביא הסבר טוב, אני אעזור לך. אם ההסבר לא טוב, אתן לך, אבל נפרק את זה.

אילן שטיינר: בדיונים האלה אגף תקציבים לא צריך להיות.

שלמה פשקוס: אשראי זה מול החשב הכללי.

גדי פרנק: אשראי מבנק אני לא מחליט לבד. נותנים לי כמה שאני מבקש ואני מקציב לכל מוסד, אבל יש לי מסגרת כללית ואני חייב להתחשב בשנה קלנדרית.

אילן שטיינר: מעבר לזה, שינויים עניינים אתם לא סופגים.

שלמה פשקוס: יש 20 ומשהו תקנות תקציביות, אבל 95% מהכסף נמצא בתקנה תקציבית אחת. הם מנהלים תקציב ות"ת.

יעל טורכספא: בגלל עצמאות המערכת, להבטיח שבאמת הממשלה לא...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

גדי פרנק: זה ברמת התקנה הכוללת. יש לי מערכת תקציב אחרת שבה אני מנהל 30 מוטבים על פני מאה ומשהו סעיפים.

שלמה פשקוס: הם נהנים מדרגות חופש מהותיות בהשוואה לאחרים.

גדי פרנק: יש לי דירקטוריון שכשאני מעביר כסף ממוסד כזה או אחר, אני צריך אישור.

רונית קן: אתם מעבירים כספים לכמה מוסדות מבוקרים?

גדי פרנק: 30, ויש לי גופים שהם לטובת קידום ופיתוח השכלה גבוהה אבל הם לא מוסד מוכר שנותן השכלה גבוהה.

יעל טורכספא: כל גוף שאת מעבירה לו תקציב את אחראית עליו.

גדי פרנק: אני לא צינור לכסף, אבל במקומות שבהם זה גופים בתוך המדינה אני פיקוח מהותי ולא צינור. זה נשמע כאילו שאנחנו לא מפקחים הרבה, אבל אנחנו כן. זה נובע מזה שיש לי 30 מוסדות ועוד 10 מוטבים נוספים. יש לי 10 כלכלנים שזה התפקיד שלהם, לשבת על המוסדות האלה.

רונית קן: תן לי את מצבת העובדים שלכם.

גדי פרנק: אנחנו גוף שלדי יחסית, לא רוצים להיות גוף גדול. 90 עובדים במל"ג לכל התאגיד, 80 תקניים ו-10 על תקניים. הם מתחלקים כך – רבע זה אגף תקציבים וחשבות, עולם הכלכלה והפיקוח הפיננסי או התקציבי; רבע יושבים באגף האקדמי ועושים רגולציה אקדמית, מתן היתרים ובדיקות; היתרה מתחלקת בין אגף תכנון יחסית קטן, 10 עובדים, שעוסק בנושא של תכנון רב שנתי, איסוף נתונים ומידע; השאר זה מנהל פנימי שלנו ומזכירות, ואגף מקצועי קטן של הערכת איכות. יש הפרדה בין מי שנותן רישיונות למי שבודק שהם עושים עבודה טובה. 10 עובדים הם לפרויקטים מיוחדים ומועסקים לפי פרויקט – מרכזי מצוינות למשל. אלו דברים שעולים ויורדים ברמת העצימות וזה לא בהכרח עובדים קבועים, אלא לשנתיים-שלוש למשל, פחות עבודה שוטפת.

רונית קן: תודה רבה!!