



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 1/8/13

יעל: בוקר טוב לכולם! יש לנו היום פוטו, ניתן חיוך יפה למצלמה ונגיד תודה ושלוש.. לפני שבוע היינו נורא עייפים ומי שהצליח לעורר ולרתק אותנו היה פרופ' גלזר, שהשאיר אותנו עם טעם של עוד. הנה ההמשך שלו, בבקשה.

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' קובי גלזר, המשך כלכלת בריאות, מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' גלזר: ממשיך להציג את פרקי הספר – במצגת.

פרק מצוין על התנהגות רופאים ופציינטים. איך רופאים מגיבים לתמריצים. אנחנו יודעים שתמריצים משפיעים על מטופלים, הם מאוד רגישים לעליית מחירים ולהשתתפות עצמית. הגישה הכלכלית הייתה - בואו נייקר קצת כדי שלא ישתמשו סתם, שיצרכו פחות את הדברים הלא חשובים. הממצאים מראים שההשפעה היא אותו דבר על צרכים חשובים ולא חשובים – צורכים פחות משניהם. יש אוסף מאמרים שמודדים את ההשפעה על הביקוש בעקבות התייקרות. מאוד קשה לבנות תחזיות כי אנחנו לא יודעים לחזות איך רופאים ופציינטים בדיוק יגיבו לשינויים במחירים. מחקרים מראים שרופאים מגיבים לתמריצים כלכליים – רופאים עושים יותר פרוצדורות כשמשלמים להם יותר, אבל הם לא בהכרח עושים דברים לא הכרחיים. מחקרים בודקים את עקומת הביקוש, איך כל הביקוש זז בעקבות העלאת מספר הרופאים. מציג מחקר על שכר רופאים - איפה האמת? מה נכון? אנחנו לא יודעים. מנסים למצוא איזון בין שכר לפי פעולות שרופא עושה ושכר כללי לרופא (לא לפי פעולה).

נושא של תגמול קופות חולים הוא מרכזי היום. אובמה העלה את הנושא לכותרות ונתן לו הרבה תנופה. אנחנו בוועדה החלטנו לא לטפל בנושא הקפיטציה ותגמול הקופות, ואני מסכים שיותר חשוב לדון באיך להביא כסף למערכת.

הפרק הבא מדבר על רגולציה ותחרות. עוסק בנושא האם זה טוב שקופה היא גם בעלת ביי"ח? יש מקרים שזה שיפר את האיכות ויש מקרים שלא. מאוד קל להבין מה טוב ומה לא טוב באינטגרציה אנכית. ביורוקרטית, זה יותר קל, אבל זה גם מגביל תחרות. הגישה הישנה של כלכלת בריאות הייתה שתחרות זה רע, היא מעלה את ההיצע, והיצע יוצר ביקוש וטיפול מיותרים. הגישה החדשה – אם התחרות היא לא מול המטופל אלא מול נציגיו (מבטחים, קופות חולים וכו'), התחרות מורידה מחירים ומעלה את האיכות. לא חד משמעי, אבל אלו רוב המחקרים. כשלמטופל היכולת לבחור, התוצאות הן אחרות – selective contracting. כשלביי"ח אין כוח שוק, זה יותר טוב. בדקו מחקרים על מיזוגי בתי"ח, כדאי לכם לראות איך מדדו מחירים, כוחות שוק. בחלק גדול מהמקרים האיכות נמדדה על ידי תוחלת חיים, שיעורי תמותה, אשפוזים חוזרים, אבל בגדול רואים שהתחרות שיפרה את האיכות. גם חוקרת אחרת (Propper) בתחום כלכלת בריאות, מצאה שתחרות היא טובה ומצילת חיים בהרבה מקרים. היא הראתה בעבודה המצוינת שלה שכשהורידו את שכר האחיות באנגליה, שיעורי התמותה בבתי"ח עלו, כי האחיות היותר מוכשרות עזבו את בתי"ח הציבוריים. חלקן עברו למשק הפרטי וחלקן עזבו את המקצוע. מכל המחקרים רואים שהסלקטיביות הזו עוזרת. הכוונה למבטח או לקופות חולים שיכולים לעשות את הסלקציה הזאת עבור החולים. לסיכום - יותר תחרות, הביאה ליותר איכות, בלי עלייה בעלויות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כמות=איכות - כאשר רופאים מבצעים יותר טיפולים וניתוחים, הביצועים שלהם משתפרים, במיוחד אם זה באותו בית חולים. זה לא מספיק שהרופא עושה הרבה פעולות, זה לא משפר את האיכות שלו כמו אם הוא עושה את זה באותו בית חולים עם אותו צוות. זה לא עולה רק עם הכמות שלו, אלא האיכות הכוללת של אותו הצוות. מה שחשוב זה לא רק המנתח, אלא כל הצוות איתו הוא עובד. גם משתנה התמותה, בעקבות כמות ניתוחים עולה/יורד. יש חוקר שאומר שצריך לבנות מחלקות לפי מחלות ולא לפי תחומים – סרטן השד, שפעת... רעיון מעניין אבל מאוד יקר. הוא טוען שזה מביא ל – practice makes perfect. יש המון תיאורי שמרתות ופחות אמפיריקה בתחום הזה. קשה להשוות בין מדינות שונות כי זה לא אותו דבר בהרבה היבטים. מה האמפיריקה כן אומרת לנו? אם יש לך ביטוח ממלכתי באיכות ירודה, אנשים ירצו לקנות יותר ביטוחים פרטיים. כאשר הפצינטיים חושבים או יודעים שאיכות המערכת הציבורית לא טובה, הם עוברים לקנות ביטוחים פרטיים. הפצינטי יודע ויכול להעריך בעיקר את זמן ההמתנה, ופחות את איכות הניתוח. הוא קונה תורים קצרים. אדם שמגיע למערכת הציבורית ויש לו תור ארוך, הוא לא בהכרח ילך לפרטי, אני מדבר על רכישת הביטוח לפני כן. כשאתה קונה ביטוח זה לא כשאתה חולה. אם אתה יודע שהמערכת סובלת מתורים ארוכים, אתה קונה ביטוח.

יעל: זה לא הגיוני, דווקא כשאתה חולה אתה רוצה את התור הכי קצר...

פרופ' גלזר: אני מסכים. אבל אני חושב שהצד השני הוא שהאנשים מאמינים במערכת הציבורית.

פרופ' גמזו: גם בארץ זה כך.

פרופ' גלזר: בעולם יש בתי"ח שהם בבעלות כנסיות. מחקרים בדקו את התפקוד של כל מיני סוגי בתי"ח, עם כוונת רווח וללא כוונת רווח – במצגת. מחקרים טובים יודעים לעשות את זה. באוסטרליה, למשל, אין הבדל גדול – דווקא פחות אשפוז חוזר בפרטי. חלק מצאו הבדלים לטובת הפרטי וחלק לטובת הציבורי. מאוד תלוי במצב הספציפי של בית החולים. אותו דבר גם בעלויות, לא רק באיכות – הממצאים מעורבים. יש הרבה מחקרים טבעיים בתחומים הללו.

הנקודה הבאה – יש יותר סלקציה של מטופלים בפרטיים ובבתי"ח עם כוונת רווח. המחקרים האלה, הטובים שביניהם, מאוד רציניים. בודקים אלטרואיזם של בתי חולים, ולא מצאו הבדל מובהק.

יוג'ין: אם זה למטרות רווח, רוצים למקסם את הרווח, כמו שכל ביזנס אחר ינסה למשוך לקוחות, אין הבדל.

פרופ' גלזר: אתה צודק במובן שאם המטרה היא למקסם רווח זה הגיוני שהוא יגיד שלזה יש טיפול ולזה אין. אבל כשהחולה מגיע הרופא לא אומר אני הולך להשקיע במטופל הזה פחות מאשר באחר. ברגע שהוא נכנס, הרופא לא נותן לזה לקרות.

פרופ' גמזו: גם שיטת התשלום משפיעה על הביצוע.

פרופ' גלזר: הרופא רואה את החולה שמולו. שינו את שיטת התשלום בארה"ב מ-לפי ימי אשפוז ל-לפי דיאגנוזה. הוא מקבל לפי דיאגנוזה, עושה את מה שצריך ומשחרר את החולה. זה עורר פחד כי חשבו שהרופא לא יעשה את



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מה שצריך כי הוא לא מקבל לפי ימי אשפוז, אבל בפועל רופאים לא נתנו לזה לקרות. המאבק בין הרופאים למנהלי בתי החולים לא השפיע על איכות הטיפול. בימים שהמטופל ישנו, נתנו טיפול אינטנסיבי, נתנו יותר.

אני רק אגיד משהו על dual practice – הרופא עובד במערכת הציבורית והפרטית. זה קיים בהרבה מאוד מדינות, כמו שרואים בשקף. רופאים עובדים ציבורי ופרטי ובמקביל, אך צורת ההעסקה שונה. יש מקומות שזה אסור לגמרי כמו בקנדה, אבל יש מקומות שזה מותר, עם מגבלה על כמות הכסף שאפשר לקבל. במקומות אחרים זו מגבלה על הכמות. במקומות אחרים מציעים לרופא יותר שכר כדי שלא ייקח עבודה פרטית. יש שזה נעשה בתוך הציבורי ויש שזה נעשה במעבר לפרטי. השקף הבא אומר שבגדול אנחנו לא יודעים מה יותר ומה פחות טוב. יש רק תיאורי שמרתה של האפקטים של זה על הרווחה ועל התוצאות. מעבר לזה, אין הרבה מחקרים.

מדדי איכות זה הלהיט החדש במדידת איכות ברפואה. זה דבר שאפשר לעשות איתו המון דברים – למדוד ולתת את הידע לרופא, לפציינטים, למנהלי בתי"ח ועוד. המחקרים עד היום לא הראו שזה משפר כמו שחשבו. יש את המקרה הידוע בניו יורק, בניסוי ענק, שבו בסופו של דבר פגעו בחולים ועשו נזקים. תשלום על ביצוע – לא רק דיווח על האיכות, אלא תשלום על האיכות. יש ספרות יחסית פורחת, כי התופעה פורחת. נכון להיום התוצאות לא מעודדות – בחלק מהמקרים זה עזר ובחלק מהמקרים זה פגע. בניו יורק זה פגע, הרופאים התחילו לעשות סלקציה למי כן לעשות טיפול ולמי לא. לא שיפרו את ההתנהגות כל כך, והסיבה העיקרית לכך – המולטיטסקינג נשארה בעיה. הרופא אמור לעשות כמה טיפולים, חלקם קל למדוד וחלקם לא. יש גם מחלקות שניתן למדוד את האיכות שלהן יותר, בלב קל יותר למשל, וברור שאם נמדוד חלק וחלק אחר לא, אנחנו בבעיה. הרופא יעשה את מה שמודדים אותו, יבחר את החולים שיותר קל לעשות עליהם את הפרוצדורות ויבחר את הפרוצדורות עליהן הוא נמדד. אפשר לראות שהפציינטים מגיבים, הם רואים את המדדים ומגיבים. הם בוחרים רופאים ובתי"ח לפי זה. אבל האם זה משנה את התמריץ של התנהגות הרופא? על זה יש יותר ויכוח. ההצלחה של כל מודל תלויה בהרבה מאוד משתנים. גם אם הצליח אתמול לא אומר שזה יצליח היום, ואם זה הצליח ב - X לא אומר שיצליח ב - Y. כל דבר שנעשה, נצטרך לעשות לאט ובזהירות, תוך בקרה. בארה"ב עושים שינוי לאט לאט, לא בבת אחת, בודקים וממשיכים הלאה. כך גם בשינוי של אובמה.

פרופ' לאה אחדות: לגבי הקפיטציה - אני חושבת בניגוד לקובי, שהבעיה היא לא רק כמות המשאבים שיש למערכת אלא גם איך מחלקים אותם. זה קשור לתמהיל הפרטי-ציבורי.

**** מציג שני בפני הוועדה: דר' איתמר עופר, מנכ"ל מדיקל סנטר. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

דר' עופר: תודה על ההזמנה. לכבוד הוא לי להביע את דעתי בעניינים המהותיים שעל הפרק. עבדתי 16 שנים במערכת הציבורית, ואולי עוד אחזור אליה. ברור שאני חשוד מראש בדעותיי, והן מחוברות לעניין, אך חלקן היו גם קודם. אנסה להביע את דעותיי כמומחה במנהל ציבורי ולא בראייה צרה. כשחשבתי מה כבר עברתם, ניסיתי לא לבלבל אתכם ולחזור על הדברים. בתי החולים טובים, המחקר טוב, הרמה גבוהה, אבל - האם בתי החולים היום הם במשימה? מישהו מכוון אותם היום? האם הבעיה היא הכסף? הכיוון? היעד? אין הרבה הסכמה, אבל צריך להתעסק בשאלות הללו. ה - OECD פרסם דו"ח שאומר שהמערכת בקהילה היא טובה, ובתי החולים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

צריכים להשתפר. אם נוסיף כסף הם ישתפרו? עושים על זה מחקר. בשנים האחרונות הייתה צמיחה בתיירות מרפא. בטוח שיש מאות מיליוני שקלים בבתי החולים מהעבודה הזאת. יש כסף חדש והמערכת התחזקה. יש הוכחה שזה הסתדר? היא כמעט קרסה אז, וכמעט קורסת היום. השתמשו בכסף כמו שהם מבינים, אבל זה עשה משהו? זה סידר את התורים הארוכים? האם יוחלט ששר"פ זה הפתרון לכל הבעיות? אני בעבר התנגדתי לזה, אני לא חושב שזה טוב. יש למדינת ישראל מדיניות של שליטה בהיצע השירותים - באמצעי הייצור ובמימון, ומצד שני, מחזיקים ביד קפוצה את חדרי הניתוח, שליטה במיטות אשפוז ושליטה ב - CAP. שיטת הקאפ - הרעיון הכללי הוא לעשות עוד בפחות כסף. הפעולה הבאה לכל חולה מקבלים עליה קצת פחות, והבאה עוד פחות. רוב בתי החולים נמצאים באזור הזה. זה בעיקרון בולם את הביצועים שאי אפשר לשלוט בהם. אם זו מדיניות ארוכת טווח, מה קורה כשיש שר"פ? היום כל הפעילות הפרטית הניתוחית מתבצעת ב - 50 חדרי ניתוח. כשיש שר"פ נוספים 200 חדרי ניתוח, ולכן פטנט השליטה מבוטל. אני חייב להגיד שמהיכרותי את המערכת מבפנים ומבחוץ, אני חשדן לגבי איכות הרגולציה שאפשר לעשות על חדרי הניתוח. אני חשדן גדול לגבי יכולת הרגולציה, זו דעתי.

יעל: אתה כאן להשמיע את דעתך.

דר' עופר: ברגע שפותחים את השר"פ, יש 98 אחוז תפוסה. ואז מה קורה? משהו בפטנט הזה לא ממשיך להיות לטובתנו. הרווחנו עוד קצת כאן על הדרך, כשעל ניתוח בפרטי הרווחנו 100 אחוז ולא 65 אחוז, בגלל הקאפ. עוד דברים שמדברים עליהם הרבה - בתור מי שמכיר את המערכת זה לפעמים משעשע - יש מחלקות שהן כירורגיה טהורה, ויש מחלקות שהן לא בכיוון הזה בכלל או חלקית - ויש שם גם כן בחירת רופא. בחירת מנתח - מציין את הכספים שנכנסו בעקבות האפשרות הזו. במחלקות שלא מנתחים לא עושים שר"פ, אז הרופאים לא מנתחים אלא מייעצים, וזה יוצר פערים בין הרופאים ובתוך ביה"ח. יש את הדו"ח של חברת TASC שבדק את הדברים הללו. יתרונות השר"פ - עובדים יותר מהר בגלל שזה תשלום על שירות. זה לא מפעל ממשלתי, זה מפעל שהוא עסק שמגלגל מיליארדים. דבר מאוד חשוב שזו האחריות הציבורית שלנו, זה שפתאום יש מחלקות חשובות ופחות חשובות. אם אני מנהל ביה"ח, יש מחלקות שחשוב יותר להשקיע בהן כי הן מביאות יותר ממון, יותר חשוב למלא את המיטות בהן, וזה חשוב לי. כל בר דעת ומנהל ביה"ח ככה יפעל.

פרופ' רוני גמזו: כל הדברים האלה רלוונטיים כשיש ביה"ח פרטי ליד ציבורי כמו אצלך?

דר' עופר: זה גם. זה משהו מוגבל בגודל מאוד מסוים. יש שיווי משקל שנמצא שם לאורך הרבה שנים. אם הכל היה כל כך עמוס, גם אצלי היה שנה תור ואצלי אין שנה תור.

יעל: אתה אומר שיהיו מספר רופאים שיקבלו יותר, הרוב יקבלו פחות. במצב של היום אותם רופאים שמקבלים פחות יוצאים מביה"ח, באים אליך ומקבלים יותר. ההבדל קיים, גם היום.

דר' עופר: אני מסכים, אני לא מתעלם מהמצב.

יעל: כל העניין זה שהוא מופרד. האחות שלא עברה אליך יחד עם המנתח, יודעת שהיא לא תקבל את אותו שכר של האחות שעבדה איתה בבוקר, לא לשר"פ אחר הצהריים אלא לביה"ח פרטי אחר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר עופר: אין פערי שכר אצלנו. כל שאר הצוות הם שחקנים שבחרו כאן או כאן כי יותר מתאים להם. הרופאים שבחרו לעשות עבודה פרטית עושים יותר, אני מסכים. העיוות בתוך העבודה הוא מה שמטריד אותי.

עו"ד לאה ופנר: אנחנו יודעים שיש פערים לא קטנים בין הרופאים במחלקות השונות. פונקציית השכר שלך שונה במהותה.

פרופ' קובי גלזר: אתה רואה את זה כעיוות?

ד"ר עופר: בוודאי, כשהמערכת מוגדרת, אם אנחנו חושבים על השליחות של מערכת בריאות ציבורית, יש לנו אחריות.

ד"ר עזיז דראושה: רחוק מהעין רחוק מהלב.

ד"ר עופר: בואו נדבר רגע על המסר המרכזי שלי – נושא מנהלי המחלקות. ביה"ח אלו הם ארגונים, מפעלים של מאות מיליונים או מיליארדים ומעלה. ואם משווים אותם להיקפים דומים במשק, היכולת הניהולית שלהם מאוד מוגבלת ואני רוצה לשתף אתכם בדאגתי. בחברה עסקית, המנהלים הם תחת הסכמים אישיים – יש קשר בין תפקוד ועמידה ביעדי הארגון. יש אחריות אישית לרווח והפסד, זה חלק מהחיים שלהם. סדר העדיפויות של המנהל מוכתב על ידי זה של ההנהלה. בבי"ח ציבורי, יש עשרות עד מאות מנהלי מחלקות עם קביעות בתפקיד, אין קשר בין תפקוד לתגמול – לא בטוח שצריך – אבל אין. מנהל המחלקה הוא האחראי הרפואי של המחלקה, לא באמת המנהל של האחות או המזכירה, לא באמת אחראי על הניקיון, אלא רק על הרפואה. זו אחריות ענקית, אבל בואו נבין על מה מדובר – יש לו עוד סדרי עדיפויות, הוא צריך להיות פרופסור, יש לו ענייני אקדמיה, אני לא מזלזל בזה, זה נורא חשוב, אבל האם הם רציפים עם העניין של ביה"ח? עכשיו אפשר להבין את ההבדל בין מנהל מחלקה עסקית למנהל מחלקה בבי"ח.

היום, ביי"ח שעובד כמו שצריך, משבץ מנתחים לפי כישוריהם, וותק והתאמה למה שהוא צריך לעשות. בניתוחים פשוטים משלבים מתמחים. בנוכחות שר"פ – יהיו שיבוצים לפי דרישת הקהל. ניתוק הקשר בין חומרה ומורכבות לבין מומחיות המבצע. נותן דוגמא על מערכת פרטית, בחירת בעל המקצוע, בתחום החינוך או המשטרה – מורה, שוטר – שם זה לא קורה! בבי"ח אין שאלה אחרת, מי שרוצה ירוץ למנהל המחלקה, כי מה, הוא ירצה רופא צעיר? זו שאלה מאוד מטרידה.

טענות שכיחות – שקפים במצגת. אני חושש שתהיה "הרדמה" של הצורך להתייעל. אני אומר שצריך להכניס את הידיים פנימה. המוצר שמתקבל בשר"פ הוא לא אותו מוצר כמו בבי"ח ציבורי. המסקנה שלי בעניין השר"פ – יש לאפשר את התאמת פעילות הרופאים למה שאנחנו רוצים שיעשו, שר"פ זה לא הפתרון. אז מה כן? אני חושב שגם אם אני לא מסכים עם כל מה שמשרד הבריאות עושה, אני שמח מאוד שהוא עושה. בעשייה יש סיכוי שחלק מהדברים יצאו טוב וחלק מהדברים לא. זה יותר טוב מלא לעשות, אבל צריך לעשות באמת. יש כוחות ואומץ לעשות, וצריך לעשות באמת ולא לבלבל עם קוסמטיקות. בתי"ח לא מכתיבים את מערכת הבריאות אלא את האקדמיה והמחקר הרפואי, אבל את הבריאות של האנשים מכתיבות קופות החולים. אני רוצה לספר לכם סיפור – אתם צריכים להבין מה אפשר לעשות כשעושים אחרת. במחוז ת"א היה לדעתנו עודף אשפוז מיותר. הפעלנו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מנגנון של ביקורי בית יזומים, אצל אנשים שחשבו שהם בסיכון להתאשפז מחדש. הם לבד, הם פוחדים, הם דואגים. איש בן 80 מגיע למיון, הוא מתאשפז. הפעלנו את השירות, זה לא שירות שחוסכים אותו אלא שמבזבזים אותו. בא אליו רופא אחרי אשפוז יום, ועוד יום אחרי, עד שהוא מגיע לרופא המטפל. תוצאות – בתום שנה מלאה של עבודה, שנת 2006, חסכנו 50 אלף ימי אשפוז במחוז אחד. מי שלא מכיר את המספרים זה מאה מיליון שקל. זה היה בקאפ, אז אולי המספרים הצטמצמו. בפועל זה עלה לנו הרבה יותר. אם הזקן נכנס לביה"ח אז הוא נשאר 5 ימים! אני לא מזלזל, ככה זה עובד, אז למה לתת לזה לעבוד ככה? גם ה-OECD אמר, צריך להתחיל למדוד. אנחנו גם שותפים.

ד"ר עזיז דראושה: איזה מדד?

ד"ר עופר: מתן אנטיביוטיקה מונעת. בוא נתעסק עם זה, נשקיע שם אנרגיות, כי משם יבוא הכל, משקיפות, כמו שצריך, ולא לפחד מהמערכות האלה. מקום האקדמיה – צריך להחליט מה אנחנו רוצים. כולם אקדמיים ופורצי דרך ומובילים. בואו נגדיר מה אנחנו רוצים כמדינה, ונלך על זה. איך מודדים את האקדמיה? אנחנו נותנים לכל רופא להחליט כמה אקדמיה בא לו לעשות, כל מנהל או רופא בכיר.

חבר שלי מתמנה בעוד חודש למנהל טיפול נמרץ ילדים בבי"ח שניידר, גדלנו והתמחינו יחד. הוא בן 50 ובעוד שנה יקבל קביעות, כי הוא רופא מעולה ואיש מיוחד במינו. מה שהוא רואה מולו זה 17 שנות ניהול. קודם כל אני, רק כשאני רואה את זה, אני אומר איך אפשר לנהל את אותו מקום 17 שנה??? מה רואה זה שמתחתיו שעוד לא התמנה? 17 שנות שיתוק! תגידו, זה בסדר? אז אבותינו הגיעו לארץ, בנו מערכת לתפארת, מגרמניה מהמאה ה-19, אבל עבר זמן מאז!

יעל: מה הפתרון?

ד"ר עופר: מחלקה זה עסק של 20 מיליון בשקל בשנה. הם מנהלי המחלקה והכל הם מנהלים כמו שצריך כמו בכל עסק. בואו נעבור לקדנציות! כל פעם שנגעו בזה במערכת הבריאות אמרו שזה עולה כסף. אני אראה לכם שזה לא עולה כסף – נכנס מנהל אחר, והמנהל שיצא משאיר לו חלק מהתנאים, שלושת רבעי נגיד. הפטנט החדש עולה עוד 20 אלף שקל על התנאים. הוא גם מקדם מחקר ויעדים. בארגון של 20 מיליון בשנה אפשר להשקיע 20 אלף ש"ח? לדעתי בזה צריך לגעת, זה מסובך, נכון, וצריך את הר"י בשביל זה. חלק מהמנהלים מנהלים את מחלקות שלהם באופן מדהים, אבל חלקם לא.

ד"ר עזיז דראושה: אני כבר 19 שנה בתפקיד ויש לי עוד. אני תומך נלהב!

ד"ר עופר: אם זה היה מפעל שלכם, פרטי, הייתם מסכימים שיהיו מנהלים שאי אפשר להזיז?

ד"ר עזיז דראושה: טיבי הריץ את החוק הזה בזמנו.

ד"ר עופר: וזה נפל!! כי זה עולה כסף!!



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דבר אחרון – הצעתי בזמנו שאולי נשים קמב"ץ במחלקה שיעשה פעולות לוגיסטיות, התנגדו מאוד כי פחדו שהוא יגיד לרופאים מה לעשות. אני חושב שצריך להבנות ניהול תפעולי למחלקות. הם אחראים על השירות, ועל הניקיון, ועל החלון השבור. מנהלי המחלקות אחראים על המידע ועל התקציב. אני אומר - בואו נדבר בדבר הנכון, צריך להגיד מה אנחנו רוצים. העסק הרבה יותר מורכב, מה אנחנו רוצים מבתי"ח גדולים? מה אנחנו רוצים מהפריפריה? לא לעשות פלסטר. אם חסר חצי מיליארד שקל – צריך להכריז מצב חירום ולהעביר מהשבניים לבתי"ח. תודה!

יעל: אתה דיברת על ביקורי בית כדי למנוע אשפוזים חוזרים, האם הם המשיכו?

ד"ר עופר: המשכנו עם חברה חיצונית. שנה ראשונה - הייתה אופוריה, שנייה - אל תראה את החיסכון בתקציב. שנה שלישית - בא מנהל חדש ולא ביטלו את התכנית, אלא צמצמו, עשו כיווץ. התשובה היא שצריך לעשות את זה בגלים. הקהילה היא מאוד משמעותית במניעת אשפוז. המנהל השלישי מן הסתם לא רואה את זה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אני לא יודע אם יש תשובה, אבל אני אשמח לשמוע – הצגת שני מודלים – האם אתה יכול לצפות איך בתי"ח פרטיים יגיבו לשר"פ בציבורי?

ד"ר עופר: אין לנו כוונה לסגור את השר"פ, אלא להתמודד באיכות המוצר, ניתן פייט ונשכנע למה זה יותר נכון. זה חלק של המחיר. אנחנו גם היום פונים לשווקים אחרים, ותיירות מרפא היא רגל מאוד רצינית בשוק הזה ושם נשקיע יותר. תהיה גם תחרות על המקצוענים. היום מנתחים במדיקל 400 מנתחים מומחים, מתוך 11 אלף במדינה. מנתחים מתעניינים בכסף כמובן, אבל גם באיך זה עובד – בזמן, בטיחות החולה, בקיאות האחיות וכו'. אנחנו כבר היום עוסקים כל הזמן בלהיות יותר טובים, וזה גם יעלה את המחיר. בעיקרון, בשוק הפרטי, כשחברת ביטוח או שב"ן קונה ביטוח עבור מטופל, היא משלמת את דמי הניתוח בנפרד, אין בינינו מעבר כסף. זה נראה לי התמודדות, כמו בתחרות בריאה.

ד"ר שולי ברמלי: אני מניחה שכללית היא מעסיק שלך.

ד"ר עופר: לא, הכללית היא בעלת מניות דרך מכון מור.

ד"ר שולי ברמלי: האם אתה מקבל חולים מהכללית?

ד"ר עופר: אנחנו עושים CT למחוז. אין במדיקל עבודת סל בכלל למעט CT שזה 250 בחודש.

עו"ד לאה ופנר: מעניינת הפעילות – כמה חדרי ניתוח, כמה ניתוחים יש. לא חייבים את המידע עכשיו. מעניינת בעיקר המגמה – מה קרה בחמש שנים האחרונות? יש הרבה אמירות, ולא הראית נתונים. אם אתה יכול להגיד אם הייתה עלייה/ירידה?

פרופ' קובי גלזר: אמרת שיש היום 50 חדרי ניתוח פרטיים, כמה היו לפני 10 שנים? ציין מגמה גם על מס' מנתחים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר עופר: מכיוון שכולם ברישיון, אני חושב שיש עלייה בחדרי ניתוח פרטיים. יש שני בתי"ח באזור המרכז לפחות, שיש להם רישיון לכל שלל הניתוחים והם בקושי עובדים. זה לא מספיק הרישיון, הפעילות שלהם נמוכה. אנחנו עושים קרוב ל-19 אלף ניתוחים בשנה. אעביר לכם נתונים.

עו"ד לאה ופנר: העמדה שלך הייתה ברורה ומובנת, תודה. אתה ציינת את הנושא של השר"פ כבעיה ניהולית. הוא לא בעיה ניהולית, הוא כלי ניהולי. זה בהחלט כלי ניהולי בידי ההנהלה לנווט את מה שהיא רוצה למחלקות. בעיקר אמרת, שאם תהיה גם בחירת רופא בבתי"ח ציבוריים אתם תיכנסו למערך התחרות. החיסרון העיקרי ששמעתי שזה יעלה יותר כסף. אמרת שתצטרך לגרום לזה שזה יהיה יעיל ונוח יותר למנתחים ויותר טוב ממה שיש בשוק. אני לא מהאוצר, הכל צ"ק פתוח - ברמת הטיפול והאיכות זה רק יכול לשפר אם הבנתי נכון?

ד"ר עופר: התשובה היא כן, תחרות תמיד משפרת, גם במצב היום. לא שאני שמח על הכניסה, כי זה לא פרופרציוני. כשיש כסף בידי המנהל זה עוד כלי ניהולי, אבל צריך לשאול האם זה החזון של בתי"ח. הכלי צריך להיות מחובר ליעדי הארגון, והאם הכלי הזה הוא מחובר? האם השר"פ הוא חלק מיעדי הארגון?

פרופ' קובי גלזר: דיברת על פיקוח בבריאות. אתה חושב שהפיקוח של משרד הבריאות יהיה יותר טוב ממערכת פרטית נפרדת או בתוך ביה"ח? על מחירים, על איכות? או כמו שזה נעשה היום, לגמרי מחוץ לבתי"ח? איפה אתה חושב שהפיקוח יהיה יותר טוב?

ד"ר עופר: זו נקודה מאוד משמעותית. הפיקוח בתוך ביה"ח זה הרבה יותר רחב מאשר במאקרו. במיקרו זה יותר מורכב. אלו מערכות עם שלל תמריצים שהם הרבה מעבר לשגרה, בגלל שרוב העובדים הם עובדי מדינה בשכר קבוע שמונעים מתמריצים. הפיקוח על בתי"ח ציבוריים, במצב הנוכחי, יכולתו מאוד נמוכה. אני יודע שמשרד הבריאות עשה צעדים כדי לשנות את הסטטוס-קוו ולייצר פיקוח גם בהם. הדעה הפרטנית היא שזה לא נעשה נכון ונמשך לדון בזה. יש צעדים נוספים שצריכים להיעשות כדי שזה יקרה. רופא מומחה שיוצא לנתח בפרטי צריך שיחולו עליו כללים, ויגידו לי לבקר על איך שזה קורה אצלי. צריך לבקר, זה לא יכול להיות פתוח לגמרי. בשיווי משקל הקיים היום לי יותר קל לפקח על זה אצלי, מאשר במערכת ציבורית כשבפנים נוסעת אמבה שכזאת.

פרופ' רוני גמזו: אתה ניהלת בשניידר, היית במחוז ותיארת לי תורים ארוכים. גם בשניידר לא הפעלת את המערכת שלך במאה אחוז, וזו חלק מהסיבה שיש תור. איך אתה היית מציע מנקודת מבטך, להפעיל את המערכת הזו יותר, כדי להקטין את התור? אחה"צ, ערב? אתה אומר לא שר"פ, אבל יש לך ביקוש שאתה יוצר אותו. אתה אומר שצריך את זה ואתה לא מצליח לספק את זה בזמן ראו.

ד"ר עופר: אפשר להחליט לעשות ניתוחים מסוימים בחוץ, כמו כפתורים. יש מגבלה, זה לא הכל אינסופי. כמו הדיון שהיה לי עם מנהל המחלקה, האם להכניס לו קמב"ץ לעזרה בניהול התפעול. אי אפשר היה לעשות את זה כי הוא טייס אוטומטי לשנים הקרובות והוא אחלה מנהל. אם זה היה מתארגן בארגון עסקי כמו אצלי, והיה אפשר לתעדף, אז אני יכול לשנות את התפקוד שלי כדי להיענות לצרכי הלקוח, ולווסת את זה עם תיירות מרפא.

פרופ' רוני גמזו: איך אתה מפעיל יותר אחר הצהריים כדי לקצר את התור, אם אתה אומר ששר"פ זה לא כלי טוב?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דר' עופר: דברים שלא חייבים להיעשות בבי"ח שלא יעשו בבי"ח, כל פעילות שהיא לא בית חולימית. כמו לדוגמא פעולות גסטרו במחוז מרכז של הכללית. זה פתרון ניהולי שבסופו, אותו תוצר עם אחריות של איש אחד בכל המערכת הזאת, עם התחייבות לחיסכון בעלויות של ענף. צריך לשאול האם צריך בשניידר להתעסק בכפתורים בכלל..

פרופ' קובי גלזר: אז למה הקופה עושה את זה?

פרופ' רוני גמזו: קח את זה להחלפת מפרקים בבי"ח אחרים. התור הזה קיים גם כשאסותא ואחרים עובדים בפול סקייל כמעט בכל מקום שהוא, ועדיין המערכת שלנו היא ברמת תורים שאפשר להמשיך לחיות איתה, אבל ברמה האישית של כולנו זה לא טוב. אתה אומר לייעל את חדרי הניתוח בעוד 10-20 אחוז בשעות הבוקר. איך אתה פותר או מתמודד עם הבעיה של הפעלת המערכת שלך כדי לקצר תורים?

דר' עופר: השאלה היא טיפה יותר רחבה, ברשותך. כל מה שאני אומר, שבגלל שלא החלטנו מה היעד של ביה"ח, אם אנחנו חושבים שאנחנו לא עומדים ביעד של אורתופדיה, בוא נטפל בזה ספציפית, נטפל בתורים. אנחנו חזקים בגולדברג שקבע תקנים. בואו נתעסק בכל ביזנס כמו שצריך לטפל בו. אולי צריך פחות אנדוקרינולוגים, אבל הכל תקוע..

דר' עזיז דראושה: אני מאוד נהניתי. אמרת שיש לכם 20 אלף ניתוחים. חשוב לי, כאיש פריפריה, לדעת מה הנתח ששייך לקצוות ואיך אתם חושבים שנכניס את הדבר הזה למערכת הציבורית, איך תתנהג התחרות הציבורית? השר"פ יוגדר בעיקר "במדינת ת"א" - איך אתה רואה את נושא התחרות אל מול הקצוות?

דר' עופר: אני אשמח להתחרות בפריפריה. לדעתי תהיה נהירה לכיוון של פרנסה נוספת כמו בכל מקום נורמטיבי. ביה"ח ישאבו כמו מגנט את מי שיוכל להכפיל את משכורתו, ולדעתי זה יצור עיוות. אני מאוד מודאג. אנחנו נצטרך, בנוכחות סביבה עסקית חדשה, לכלכל את צעדינו נכונה.

אורי שמרת: אתה חושב שאתה יותר יעיל מבי"ח ממשלתי של כללית?

דר' עופר: by far יותר יעיל. אני יכול בשעה לעשות יותר.

פרופ' לאה אחדות: אין לך מתמחים.

יעל: אין לו גם מיון.

דר' עופר: לא הסתרת מי אני. משפט אחרון – אני אשמח מבחינתי לעזור ולהשתתף בכל מאמץ שיעשה כדי לשפר. אני בעוד חמש שנים יכול למצוא את עצמי מנהל בי"ח ציבורי, אני לא באתי מהירח. תודה רבה והצלחה בהחלטות!

יעל: זה היה מאיר ומעורר ועמדנו בלוח הזמנים ונתת לנו המון חומר לחשיבה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

**** מציג שלישי: דר' חזי לוי, מנהל ברזילי. ללא מצגת.**

דר' לוי: אני מנהל ביי"ח שנאבק על יכולתו להעניק שירותים בכל התחומים. אני רק אקדים ואומר מאיפה אני בא – ניהלתי בהתחלה מערכת בריאות שאינה פשוטה אבל יותר פשוטה לניהול עם כללים ברורים, מערכת הבריאות הצה"לית. שם עיצבנו תכנית בריאות לאנשי קבע שמתבגרים, ורואים את מערכת הבריאות הציבורית המקבילה. עסקתי רבות בכל תחומי כ"א, קופות חולים, אופי השירות, אינטראקציה בתי"ח-קופות חולים וכו'. המשקל והצורך ברפואה פרטית בביי"ח ציבוריים - היה ויכוח נוקב וחשוב עם טיעונים לגיטימיים לכאן ולכאן. בסוף הגעתי, לשמחתי, לנהל ביי"ח באשקלון. שם, הכל התערבב במיקסר אחד גדול כשאתה רואה דברים שאתה יודע, אבל אתה אחראי לגיבוש הדרך וליכולת לתת את השירות. אני מנהל ביי"ח בן 532 מיטות, מצפון, קפלן של הכללית, מדרום מזרח, סורוקה פריפריאלי לכאורה אבל ענקי ומצוין, וברקע, ביי"ח באשדוד, שאמור לפתוח את שערו ב - 2017 עם 300 מיטות, עם פעילות שר"פ מכובדת מסך הפעילות שלו. אנחנו משרתים אוכלוסייה של 500 אלף איש. יש לנו כ - 105 אלף ביקורים בחדר מיון ואנחנו נותנים את כל השירותים. אנחנו בית חולים מיוחד בדומה לצפון, בהיותו ערוך גם למתן שירותים בחירום ובאירועים עם עצימות משתנה של פיקים ועד שגרה, תחת טילים ותיאום עם פיקוד העורף. לדבר הזה יש משמעות עצומה. במהלך עמוד ענן ירדה הפעילות האלקטיבית, ירידת לידות, עיסוק בניתוחים מצילי חיים והיו הפסדים כספיים. חשיבות השעה ועומק העניין קודמת, אבל זה בהחלט נתון שראוי לדבר עליו. אדבר מכאן על דברים שערכתי לי ואני פתוח לשאלות.

ביה"ח, כביי"ח ממשלתי, חי משני מקורות עיקריים – עיקר הכנסות מפעילות קופות החולים. אין לנו תיירות מרפא אדירה, אין לנו מתן תרומות בהיקף אדיר. אנחנו עושים את כל המאמץ שבעולם בתחום הזה, מעסיקים מגייסי תרומות, אבל התרומות הן לא מי יודע מה. לכן עיקר ההכנסה הוא הקופה. יש מערכת כלים שלובה בין הקופה לביה"ח, גם כלכליים וגם שירותיים. המקור השני הוא משרד הבריאות, בהיותנו ביי"ח ממשלתי. נקבע שיעור תקציב הקניות שלנו, מסגרת השכר, ואנחנו מרטטים בין הנתונים האלה, מזה אנחנו חיים ומנסים לעשות. באיזה מציאות אנחנו חיים? במציאות שראינו את היכולת של הקופות – ברצותן יחיה ביי"ח, וברצותן ימות ביי"ח. אני מודע לפערים ולבעיות שלהן. אנחנו מוציאים את נשמתנו למכור שירותים, כי מזה ביה"ח חי, זה לא ביי"ח שחי כדי לעשות רווח, אבל זה ביי"ח שחי ורוצה לעשות כספים, למשל כדי לעשות טכנולוגיות. התקציב של משרד הבריאות עדיין מספיק רק לשוטף, בקושי. אני כל חודש שואל את עצמי מה אני עושה עם תקציב התרופות, ואז אני מוצא עצמי מחזר על הפתחים כדי להביא טכנולוגיות. אתה חייב להביא טכנולוגיות, אתה חייב להביא אנשים בעלי שיעור קומה, אם אתה רוצה שביה"ח יחיה. אתה לא יכול להחזיק את האנשים האלה אם אתה לא נותן להם טכנולוגיות, למה שיישארו? הם מוצפים בהצעות מביי"ח אחרים מהטובים שיש, כל הזמן עם הצעות. אם אני רוצה לשמור על השירות אני צריך להחזיק אותם, אבל עם מה? עם משרדים מטים ליפול? עם קופות שמסיטות חולים? ללא טכנולוגיות? כדי להחזיק רופא כזה אני צריך לשבת עם ההנהלה שלי, ולשכנע לקנות קטטרים מסוימים כדי שהוא יישאר ולא יברח למשרד ספון הייטק, כדי שיישאר עם הציונות של ברזילי. כדי להציל חיים, אני צריך לחזר אחרי תרומות כדי לקנות ממוגרף של סרטן שד להציל חיי אישה. הבאתי קטעי עיתונות להראות לכם. אני מברר מול מנהלי קופות ובתי"ח איך אומרים - אתה תקבל הכל, אבל לא לברזילי. תושבי אשקלון על גדר ביה"ח צריכים



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לעלות על אוטובוס ולנסוע לאסותא בת"א. אז מה עושים? אני מוריד 100 ש"ח ואוסף תרומות למכשיר, שעד היום אני משלם עליו בתשלומים. לוקחים לי את החולה ושולחים אותו לת"א. אני "מוריד את המכנסיים" כדי שיבואו חולים.

ערן פוליצר: איך מצליחים להוריד את המחיר?

ד"ר לוי: אתה חייב לתת נתח לרופאים האלה. יושבים רופאים מצוינים ואתה חייב לתת להם משהו. אני יושב כמעט כל חודש עם כל מנהלי המחוזות ומגיע איתם להסכמים. ההנחות לא ריאליות לחלוטין, כדי לייצר הכנסות ולתת שירותים. זה רקע חשוב.

בכל ביי"ח יש מערך אמבולטורי ומרפאות חוץ, גם באשקלון. כדי לחסוך בכסף הזה ולמנוע את ירידת ההכנסות, קופ"ח בונה מגדל יפהפה, אותה קופה שבגרעון אדיר. היא עושה את זה מול ביה"ח. למה? למה אי אפשר להנהיג רגולציה שהכל יהיה במקום אחד? מי יהיו הרופאים והאחיות שם? עכשיו אני צריך להתחרות! מנסה לתת כונוניות ומשמרות שאין לי, נותן שכר והטבות כדי שלא ילכו.

פרופ' קובי גלזר: למה כדאי להם לעשות את זה?

ד"ר לוי: זה יותר נשלט ברמת הקופה, אז הכל נעשה אין האוס, טיפולים פשוטים. הם יעדרו לא רק מפעילות אמבולטורית אלא גם מאשפוזית. נוצר גם כפל שירותים. ניסינו להקים מרפאות כירורגיות איפה שיש בתי"ח, ואני חושב שגם בזה צריך להתערב. נוצר מצב שביה"ח נאבק על יכולתו להחזיק אנשים ולמשוך אותם. אין לנו אטרקציה למשוך רופאים אלינו. זה נס שיש סטאז'רים ישראלים שרוצים להתמחות אצלנו, אבל צריך להציע להם תנאים כי יש להם המון הצעות. בבתי"ח ציבוריים אנחנו עושים ססיות בערבים. הכנסנו ססיות ביום שישי וזה פטנט – אני מוכר שירותים, מקצר תורים, עושה ניתוחים בכל מיני מקצועות שביה"ח משלם על זה הרבה יותר שכר. זה מתנהל כמו השירות בבוקר תחת הנחת הקאפ. אני מקבל אותה הכנסה, ומשלם עליה יותר כדי לקצר תורים ולייצר פעילות ונפח. הצלחנו לקצר משמעותית את התורים כדי לעמוד ביעדים.

יעל: אתה יכול לתת דוגמאות?

ד"ר לוי: החלפת מפרקים לא יותר מ - 48 שעות מהטראומה.

פרופ' רוני גמזו: איך קוצר?

ד"ר לוי: הכנסנו חברה ארגונית ובחנתי את חדר הניתוח. הוא עבד בתת ניצול. סניטרים ומנקות קובעים את הקצב, ויש שאנטי. מאז אין יותר שאנטי, הכנסתי עוד מנקים, עוד מרדימים והיום אנחנו רצים. היום עובדים בכל שבעת חדרי הניתוח. התחלנו לנתח בימי שישי, אבל זה עולה כסף.

פרופ' רוני גמזו: כמה אתה עושה אחר הצהריים?

ד"ר לוי: הכנסתי שני חדרי ניתוח אחר הצהריים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רוני גמזו: זה משתלם?

ד"ר לוי: אני יכול לצאת EVEN, תלוי באיזה מקצוע. יש דברים שאתה לא יכול להפסיק. בוא נלך לתחום אחר – הסדרת קצב הלב. יש ציוד שיכול לחסוך שנים של סבל, הפרוצדורה עולה בקופה ביוקר, אבל אנחנו עושים את זה, כי זה מביא אנשים וזה טכנולוגיה שמשאירה את הרופאים. אני לא יכול להגיד שאני לא עושה את זה לחולה. באאורטה למשל – יש סטנט חדש שחוסך המון צרות אחר כך, ורק הוא עולה 90 אלף ש"ח. אני התווכחתי והקציתי השנה 10 כאלה. יהיה מקרה 11, אני לא אעשה?

יעל: אתה מפרסם את זה?

ד"ר לוי: העיתונות המקומית מלאה ברזילי השנה.

יעל: בעיתונות המקומית האנשים שבויים, אבל אם במרכז ידעו שהתור לכפתורים הוא 3 חודשים לעומת שנה, הם יעשו טיול שנתי אליך.

ד"ר לוי: הקופה לא תיתן להם.

יעל: הקופה יודעת?

ד"ר לוי: כן. אני ראיתי חולה שהבית שלה נמצא על הגדר באמת, לבת שלה היה גוש בשד בת 18. אתם מתארים לעצמכם מזה... היא רוצה לבוא אלינו, גם מכירה אותנו. אמרתי לה תבואי מחר בבוקר, אני איתך הולך לאולטרה סאונד ולממוגרפיה. הקופה לא נתנה לה התחייבות. אני בעצמי התערבתי שיתנו לה, אז הם ישלחו לי כפתורים? קופ"ח נלחמה בנהרייה, שמו אנשים על אוטובוסים לעשות CT בבלינסון, כי הקופה רוצה להראות לבי"ח שיוריד מחיר. ברפואה אי אפשר לדבר על כמה שהכנסת, אלא על מה שזה עושה לאנשים.

פרופ' רוני גמזו: ומה יקרה אם בסוף השנה הוא יסיים ב - 7 מיליון שח גרעון?

ד"ר לוי: התחייבנו שהתאגיד יעלה את ההכנסות שלו, והתאגיד יעביר כסף לביה"ח. זו מערכת בריאות, אני לא מקדש את האיזון או את הפער חלילה. אם אני אעשה פער של מיליון או שלוש אבל הבטחתי לאנשים, זו חובתנו! שלחתי חולה הביתה ופתרתי לו בעיה והוא יהיה חשוף פחות לבעיות אחר כך. צריך לזכור שזאת הרפואה, ויש את החמלה שברפואה וצריך לתת חמלה לאנשים. זאת הרפואה וככה אני רואה את זה, ובשביל זה הלכתי ללמוד רפואה.

ד"ר עזיז דראושה: החמלה היא מצווה.

ד"ר לוי: אנחנו מערכת רפואה שמתפארת בהיותה כל כך טובה ומתקדמת, אז בואו נעשה את זה. בתי"ח מוגבלים ביכולת ההכנסה שלהם ובגיוס התרומות שלהם. למה שהרופאים הטובים יחפשו בשעה ארבע לעשות למען ביתם? למה שישעו מאשקלון למדיקל סנטר שכל פעם מפרסמת כמה היא עולה במתן שירותיה? זה קשה, כבד ורציני. כדי לעשות כראוי אנו לא יודעים למצוא היום מקורות תומכים שיעזרו לנו לעשות את הדברים כראוי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כל התקציבים הולכים למוסדות המפוארים במרכז, למה? הצעתי היא שנפתח את משק השב"ן, שביה"ח הציבוריים ישבו כאן ונראה איך אנחנו מנצלים את כ"א, במקום שיעמדו חינום ונוציא כסף בחוץ, נעשה את זה אצלנו, לעשות רפואה יפה, שנשאיר אנשים כבדים שעשו חלק חשוב כמו גידול רופאים ומחקר, ויישארו אצלנו. זה יפתור לדעתי את הרמה הירודה בביה"ח בערבים. נוכל למשוך חולים, לתת לביה"ח להציע את מה שהוא יכול, ולא להגיד שאנחנו מציעים רק תורנות או ססיות. ניתן לביה"ח ונעשה תחרות על זה שרק תשפר את העניין, יאפשר לי כמנהל לקנות טכנולוגיות. זה לא מדרון חלקלק, האזרחים מצביעים ברגליים – אסותא ומדיקל בפעילות עולה. האזרחים הבינו שהם קונים את זכויותיהם, אז הם קונים ביטוחים פרטיים. למה אני צריך לחזור על הפתחים? מי ילך לאשדוד שבו עושים 25 אחוז שר"פ? הרופאים של ברזילי! אני לא יכול להילחם בהם, אז אני מצטרף אליהם ורוצה לבדוק איך עושים שיתוף פעולה קמפוס וואחרי זה אקדמי. אבל עדיין 25 אחוז שר"פ יתקיימו שם. למה? למה לא גם בברזילי? שהרופאים יעשו שם שר"פ ויישארו בברזילי, אבל למה? למה אני לא יכול להציע את שירותי על פי רגולציה וכללי משחק ברורים? לתת אפשרות לקנות טכנולוגיה, למה לא? לנו יש תשתיות פחות טובות? היום אני גם יכול לעשות דרך הססיות והמשרד שומר עלי מאוד שאראה נפח של פעילות בוקר מול ערב, ואני יכול לתת קנסות. תיירות מרפא זה לא שר"פ? אין בתי"ח שבונים על תיירות מרפא מתוכננת? זו סכנה ברורה. אלו חלק מהטענות שצריך להתמודד איתם. צריך להבין שצריך לתת לביה"ח הזדמנות להרוויח וזה לא פשע, כי אני לא משקיע בבורסה - אני משפץ מחלקה, אני קונה טכנולוגיה וזה חשוב, כי אני מביא חולה אז בואו נממש את זה. אז זה לא פשע שבי"ח ירוויח, הוא מרוויח בשביל החולים. עשיתי וועדת תרופות, כדי להכניס תרופות חדשות. באים אלי מנהלים ואנחנו רואים מה להכניס. אני רוצה להכניס דברים מדהימים שמקצרים ומשפרים את הטיפול, אבל אני לא יכול להכניס את זה. אז זה פשע להכניס את זה כדי שאוכל לקנות את זה?!

עו"ד לאה ופנר: הטענה כנגד השר"פ אומרת ששום רגולציה לעולם לא תעזור וזה לא הוכח. האם אתה מאמין ויודע לתת דוגמה שאפשר לעשות רגולציה בעניין הזה?

ד"ר לוי: הדסה ושערי צדק עושים שר"פ, האם הציבורית קרסה שם – לא. היא שווה לכל נפש וניתנת. אם זה כל כך רע, אז איך הולך לקום ביי"ח שקיבל את ההיתר הזה?

ד"ר עזיז דראושה: למען הגילוי הנאות, ברזילי בלב שלי, התחלתי שם. חזי אתה קודם רופא, רופא, רופא ובמקום הרביעי מנהל וזה מוצא חן בעיני, דברך מילים כדורבנות. אם יכנס שר"פ לבתי"ח ציבוריים, זה יגביר אי שוויון בין החולים עצמם ובין הרופאים שלך, רק 20 אחוז ייהנו מהשר"פ וכל השאר לא ייהנו. מצד שני – איך תראה את עצמך, אתה יכול להתחרות במרכזים הגדולים?

ד"ר לוי: אני מדבר על שב"ן ולא על שר"פ בעיקר, יש ניו-אנסים.

יעל: תגדיר את ההבדלים.

ד"ר לוי: בשב"ן מסלול בחירת הרופא והדברים נעשים באופן ברור יותר. בשר"פ, צריך ללמוד את זה. שב"ן זה ביטוח לא פרטי, אלא תחת הקופות כביטוח נוסף. חברת ביטוח מסחרית לא משלמת שב"ן למיטב ידיעתי. בגלל הקושי הציבורי, אנחנו יודעים לשלוט בזה יותר בעבודה לא פשוטה. אני חושב שבבי"ח שיוודע לייצר את הרפואה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הזאת, ובעקבות כך, יודע להגביר את הכנסותיו - כל הרופאים ייהנו מזה. אני משפר תשתיות וטכנולוגיות, וזה חשוב, כולם ייהנו. התחרות היא אינה פשוטה - השירותים החזקים, הטכנולוגיות ובעלי השם נמצאים במרכז, ולכן שווה להתחרות. אמרתי שאני צריך להילחם, להשאיר את בעלי השם אצלי ואני כל הזמן בתחרות. חלק ממנה זה מטעמים אישיים. קשה מאוד להתחרות בשיבא למשל.

פרופ' קובי גלזר: תיארת מצב של קופת חולים שעושה את מה שהיא עושה. אנחנו דנים בריבוי הכובעים - טענתך שזה שאתה שייך למשרד הבריאות לא לטובתך. איך אתה רואה את זה?

ד"ר לוי: יש בזה הרבה. משרד הבריאות נותן את זה בדעתו. עכשיו מקימים מנהלת כפתרון לזה או אחר. יחסי המסחר בינינו והיחסים הכלכליים בינינו, מתייחסים לעובדה שאני ב"ח ממשלתי, ולא משום שאני כזה אלא משום שלקופה יש בתי"ח משלה. אני לא חושב שהקופה שוקלת אם להפנות אלי או לא בגלל שאני ממשלתי, אלא משום שאני טוב. הם מאוד רוצים להיות אתנו בקשר. זה לא תופס במיקרו קוסמוס שלנו.

פרופ' קובי גלזר: אתה טוען שלמשרד הבריאות אין אינטרס לפקח כל עוד אתה שייך לו. אתה מרגיש חוסר יכולת או אינטרס לפקח, לדוגמא, על נושא התאגידים?

ד"ר לוי: אני חושב שזה עושה אי צדק למשרד הבריאות לבוא ולומר שאין לו אינטרס לפקח על רפואה שוויונית. אחד מעמודי האש מדבר על חיזוק הרפואה הציבורית. זה קצת פופוליסטי לומר שלמשרד הבריאות אין אינטרס, רצון או יכולת לפקח. תאגידים זה משחק אחר. הם הפכו מכורח הנסיבות, יש פיקוח הדוק. התאגידים, קשה לפקח עליהם בעזרתה האדיבה של הממשלה, הם הפכו למונסטר. במקום שצריך להיאבק להביא כסף ורופאים ולעבוד, אז התאגיד הפך לרפואת כ"א. זה נידון על ידי מבקר המדינה והתחיל להיות נידון בהסכם, והקמנו ועדה משותפת על כך בה"ר. התאגידים מביאים כ"א ופעילות שלא ניתנת, ותשתיות שלא ניתנות כי למדינה קצרה יכולתה מלתת לנו. זה מה שהתאגידים עושים, והפיקוח עליהם בעייתי. אני תאגיד קטן, לכו תיראו תאגיד ענק.

פרופ' לאה אחדות: נניח שאתם באמת מאמצים את פתרון השב"ן בהינתן ש - 80 אחוז מהאוכלוסייה הם בעלי שב"ן. איך מתמודדים עם הביקוש הגדל לבחירת מנתח, כאשר כל הסיפור הוא לצמצם תורים קיימים ולהביא משאבים? אין שום סיבה שרוב הציבור לא ירצה לבחור את מנתח הטוב ביותר.

ד"ר לוי: זו אמירה חשובה. הבעיה היום היא לא איך עוצרים את הציבור מלבחור מנתח, הוא בוחר. זה לא שאם נעשה שב"ן זה יקרה פתאום. השאלה היא האם זה יקרה באסותא, או בב"ח ציבורי באופן חלקי. הציבור הבין את זה, אנחנו עוסקים בבריאות שלו. אם אני רוצה להיות מנותח אצל דר X, אני אמצא את המשאבים. למה שם ולא בב"ח ציבורי? קודם כל תיתן למי שאין לו לקבל שירות רפואי ברפואה הציבורית בבוקר, שלא נשיב ריקם את פניו של אדם שאין לו יכולת להשתתפות עצמית. זו חלק מהרגולציה של עשיית משקל. חלוקת העבודה תצטרך להיקבע ולהיבדק על הזמן. האם ביה"ח עומד ריק בבוקר ואחר הצהריים יש חגיגה...

ערן פוליצר: דיברת על פעילות אחה"צ, אמרת שמשלמים שם יותר, האם תוכל להסביר מה העלויות הגבוהות? איזה אחוז של רווח אתה מקווה שיגדל באמצעות השר"פ?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דר' לוי: אני משלם שכר נפרד לעוסקים בססיות. פעולה בערב עולה יותר מבבוקר. אני צריך לעשות חשבון ולראות איך אני מכסה את היקף הפעילות, החשבון הזה נעשה כל הזמן. התאגיד מכניס כספים בסופו של דבר. הוא גם מקצר תורים. אני מצפה לקבל מהשר"פ כמה שיותר.

יעל: אם אתה מרוויח מאחר הצהריים אתה מרוויח מססיות ומפול-טיימרים. אז למה אתה צריך שר"פ?

עו"ד לאה ופנר: הכוח יעבור למבוטח ולא לקופה, הוא זה שיחליט.

ערן פוליצר: נותנים לך הצעה, בוא תגיד כמה כסף אתה רוצה מהאוצר?

דר' לוי: כמה שיותר, צריך לעשות קלקולציה של זה.

דר' שולי ברמלי: תודה רבה, היה כיף ומרגש לשמוע אותך. החולים האלה שעולים באוטובוס הם גם אלה שאין להם שב"ן. אם תוכל להתייחס לזה?

דר' לוי: יש בזה סכנה לאי-שוויון ולכן המדינה עוצרת את זה עד כה. אני חושב שזה לא רלוונטי לדיון הזה. אני לא יודע במה תדון הוועדה, אבל אם היא תחליט שסוגרים את אסותא ומדיקל סנטר או להסיט חלק מהשב"ן לביה"ח הציבוריים, תהיה התמודדות עם אי-שוויון לגבי יכולתו של אדם להוציא כסף מכיסו על בריאותו. ואז השאלה היא לא רלוונטית.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אני מצטרף לתודה. הכסף שיצטרף ילך. איך אתה מחלק את הכסף שיגיע לתשתיות, למלונאות?

דר' לוי: יש מודלים של איזה רכיב הולך לרופא ואיזה לביה"ח. אני לא רואה פסול בכך שרופא יעשה דברים נוספים אחרי שסיים את חובתו לביה"ח. הרופא יקבל רכיב שכר, אבל יקבל אותו אצלי! אני אקבע את רכיב השכר שהוא יקבל לפי קביעת משרד הבריאות. אולי אני אצליח לצבוע מחלקה, לשפץ קצת, להציע תשתיות פחות עלובות.

שירה גרינברג: דיברת על הססיות שהגברת, והצלחת לקצר תורים. האם כל חדרי הניתוח שלך תפוסים אחר הצהריים?

דר' לוי: לא כולם תפוסים. לדבר הזה יש הרבה משתנים.

פרופ' רוני גמזו: ניצולת חדרי הניתוח אחר הצהריים היא אפסית.

שירה גרינברג: באיכילוב זה כמעט בניצולת מלאה.

פרופ' רוני גמזו: אני אסביר – באיכילוב זה פועל בשיעורים גבוהים באופן הפסדי, מכיוון שלאיכילוב יש אסטרטגיה של הרחבת הפעילות בנתח השוק. כשתאגיד צעיר כמו חזי רוצה לעשות את זה יותר, הוא תקוע בתקרת ההכנסות. גם אם אני נותן לו עוד אחוזים, הוא גדל בעוד קצת ניתוחים. התאגידים שלהם פחות חזקים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מהסיבות שיש להם פחות מקורות עסקיים, פחות יכולות הפעלות אמבולטוריות שונות, ואז הם נאבקים ולא מצליחים להפעיל אחר הצהריים. כתוצאה ממדיניות שלי, אמרתי להם תפעילו אפילו אם תפסידו, כי לא יעלה על הדעת שאחר כך יש תורים ארוכים ולא מפעילים חדר ניתוח כי זה הפסדי.

ערן פוליצר: יש בעיה עם הקאפינג.

פרופ' רוני גמזו: זה לא קאפינג, זה תקרות, אם אתה עובר את התקרות הכסף נלקח ממך. החשב הוא זה ששם את התקרה ואנחנו במו"מ איתו כל שנה. המצב הטראומתי של ביי"ח הוא שהיה לו יעד של 220 מיליון ועשה 240 מיליון, ואמרו לו להחזיר 20 מיליון למדינה. זה פשוט לקחת ולומר לתאגידים לא לקחת שום סיכון, תגיע לשקל "בול" כי אחרת תיקנס. הוא עומד בפני חסמים כאלו. אותם אנשים מגיעים למצב שלא יכולים לשלם משכורות.

שירה גרינברג: זו לא הייתה השאלה שלי. רק רציתי תשובה של אחוז הניצולת אחר הצהריים, אם אפשר אחר-כך לתת את המספר.

פרופ' יוג'ין קנדל: גם בבוקר יש לך מעט ניצולת?

דר' לוי: היא שאלה כמה חדרים אני מנצל. אני מנצל בממוצע כ – 4-5 חדרים מדי שבוע, מתוך 7. בערב פועלים שניים לססיות ועוד שניים לדחופים, משעה ארבע עד שמונה או תשע בערב בממוצע. בבוקר זה 6 מתוך 7 ויומיים זה 7 מתוך 7.

שירה גרינברג: בהינתן בכך שאתה מנצל בערך 60 אחוז, אולי מה שאתה צריך זה כסף כדי לעשות עוד ססיות, ולא שב"ן.

דר' לוי: זו לא אמירה נכונה. אני צריך עוד כסף כדי לשפר את ביה"ח ותשתיותיו.

שירה גרינברג: אם אני אתן עוד כסף בפיתוח, אתה צריך רק כסף לתשתיות ומלונאות?

יעל: מדברת האוצר...

דר' לוי: מתי ראית את ביה"ח לאחרונה? בואי תראי את תשתיותיו. אני מזמין אתכם לביקור ותיראו על מה אני מדבר.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם אני מציע לך מחר, תחליף מחלקה אחת באחרת, במה תבחר?

דר' לוי: לא יכול להוריד, חייב כירורגיה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אין לך בכלל?

דר' לוי: יש לי אחת בתפוסה OVER. אני לא מדבר על הרחבה של פעילות קיימת, אלא על הלבנה ואמצעים.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה היית מוסיף שאין לך היום ומוריד פעילות שיש לך היום, שמשפר לך, בתור דיל?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דר' לוי: אני רוצה כירורגית חזה, אין לי את זה היום. אין לי משהו לתת, מה אני אגיד פסיכיאטריה? מסכנים החולים. גריאטריה? לאן הם ילכו....

פרופ' רוני גמזו: אם היה מתייעץ איתי, הייתי אומר לו להוריד מיטה בכל אחת מהמחלקות.

דר' לוי: לזה אני מוכן. אבל להוריד מחלקה? לא. הייתי פותח כירורגית חזה. תודה רבה!

יעל: אני רוצה לחדד נושא – למעשה הצגת לנו מודל יפה שכולנו מתפעלים ממנו. קיצרת תורים במקום שלא מקצרים תורים. אתה יכול לעשות ססיות בהנחה שנעלה את הקאפ של תאגידים. האם אכן אתה יודע לעשות זאת, אם אנחנו נמצא מקורות תקציביים? אתה לא צריך שב"ן.

דר' לוי: אם תבוא הממשלה ותגיד לי קח עוד 100 מיליון בשנה ותבנה מחלקות, אני אגיד תודה רבה ואני רץ.

פרופ' לאה אחדות: למה הקופה לא רוצה לקצר תורים?

דר' לוי: היא גוף כלכלי גם כן. במקום שתמצא מקום לתת שירות יותר זול, היא תעשה את זה. יש לה פערים ויש נזילות בגלל זה.

יעל: תודה מקרב לב על הרצאה עם נשמה.

דר' לוי: תודה מקרב לב.

**** מציג רביעי בפני הוועדה: אלי דפס - מנכ"ל קופ"ח כללית. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT). מלווים**

– מיקי שרף, אלי כהן סמנכ"ל כספים, מיכאל אורן סמנכ"ל קהילה.

אלי דפס: אני מכוון לכותרת הוועדה – חיזוק הרפואה הציבורית בישראל. ראוי שנשאל מהי הרפואה הציבורית בארץ? אני מייצג את הרפואה הציבורית על כל גווניה. מגדיר מהו שירות רפואה ציבורית – במצגת. היכן שמערכת הבריאות חלשה, בתי החולים לעולם לא יתנו פתרון, הם מטפלים בסימפטום ולא בבעיה. מי שמטפל בבעיה הן קופות החולים. האוכלוסייה היום יותר חולה וחיה יותר זמן. 21 אחוז מהאנשים שהם בגילאי גיל 65 ומעלה, נושאים באותו האדם חמש מחלות כרוניות. המדינה הולכת ונהיית יותר חולה. לא מתים ממחלות היום, מתים מהגיל, אתה לא מתמוטט עקב מחלה בגיל חמישים. ב - 1901 תוחלת החיים עמדה על 46, היום מעל 80, ובעתיד זה יהיה גיל 90. אז מהם כשלי המערכת הציבורית? שקף במצגת. אף אחד מהכשלים אינו בטיפול שוטף או באחריות של בתי החולים.

פרופ' רוני גמזו: אחוז האשפוזים בחדרי מיון של הכללית לפעמים נמוך, ונובע מהעובדה שהם משמשים מיונים קדמיים. כללית לא רוצה לעשות כפל תשתיות, ולכן שיעורי האשפוז נמוכים. גם בבלינסון זה קיים.

אלי דפס: 60 אחוז מגיעים למיון עצמאית, 40 אחוז בהפניית רופא. השאר לא קשורים אליי בכלל. אם הכללית פתחה את "טרם" בבני ברק ובקיראון כדי למנוע הגעה לביה"ח, וההכנסות שלו מאשפוז יורדות, אז הוא הולך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לתקשורת שההכנסות שלו יורדות. מיון קדמי נמצא בכל מקום בארץ, ולא דווקא בעד או נגד קופה. זה לא כמו שאתה מתאר, אין מיון קדמי. כשחסר כסף אני מסביר מאיפה הוא חסר. קצב ההכשרה אינו מספיק ביחס לגידול האוכלוסייה והצרכים. ככל שיחסרו רופאים, מחירים יעלה. יש עודף רוקחים, והמחסור ברופאים יגרום לכך שלמעט נשלם יותר. למה לא פותחים עוד פקולטה בת"א? למה נותנים לסטודנטים ללכת ללמוד בחו"ל?

ד"ר שולי ברמלי: איזה התמחויות חסר בעיקר?

אלי דפס: משפחה חסרים כמה מאות, נוירולוגים, מרדימים, רופאי ילדים. משפחה זה ליבת העיסוק. אני חושב שחלק מהשווינויות וחיזוק הרפואה ומניעת חולי זו הפחתה בתרופות, ואני מתכוון להשתתפות העצמית – 400 ₪ במקום 800 ש"ח. אבל אז צריך להכניס את היד לכיס ולהעביר עוד כסף. אין לאנשים כסף, אז הם לא לוקחים תרופות, לא מאוזנים ומתמוטטים. אני מדבר על אוכלוסיות מוחלשות – נכים, זקנים.

צעדים לחיזוק המערכת הציבורית – שקף במצגת.

אלי כהן: לגבי מודל הקצ"ת - שקל בקצ"ת עולה יותר בריאות מאשר כל מערכת אחרת.

פרופ' רוני גמזו: איך המדינה מוודאת שזה הולך לזה? איך אתה מוביל את הכסף לשם, חוץ משיטה אחרת שאתה שם אותו בתוך ביה"ח?

אלי דפס: רגולציה ובקרה עמוקה. אני עושה את זה.

פרופ' רוני גמזו: האם אתה שוקל את האפשרות לשים את הכסף ישירות בבתי"ח?

אלי דפס: התשובה היא כן.

פרופ' רוני גמזו: היום הכסף מגיע לסל שירותי הבריאות.

אלי כהן: המנכ"ל מציג לכם מודל עובד. שם הניתוח, כמות הניתוח, שכר, וכנגד הרשימה הזאת התוספת הכספית נזרקת.

פרופ' רוני גמזו: ומה היית עושה בקופה אחרת?

אלי כהן: אותו דבר.

פרופ' רוני גמזו: אני עכשיו נכנס לסדרי עדיפויות של הקופה?

אלי דפס: לקוח של מאוחדת מוצא עצמו בשר"פ כי הרפואה הציבורית לא זמינה לו.

יעל: חברים, יש כאן מודל שעובד.

מיקי שרף: אנחנו מאוד מקפידים על תפוקות הבוקר. זה מבטיח שלא תהיה זליגה, שינוחו בבוקר ויעשו קצת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אלי דפס: פותרים בעיית זמינות בכלי הלא נכון, ולכן אנחנו אומרים לא לשר"פ בפריפריה. בבריאות, פריפריה היא לא גיאוגרפיה, אלא ברמה הסוציו-אקונומית. לא דווקא בפריפריה מצויים האנשים האלה. זה לא יגמר, והכל יהפוך לפריפריה. זה לא פותר את הבעיה. בעיית הזמינות בפריפריה צריכה להיפתר בצורה אחרת. תיירות מרפא טובה תחת רגולציה של משרד הבריאות.

פרופ' קובי גלזר: כשמדברים על התנגדות לשר"פ אומרים 2 סיבות – קשה לפקח כי יעשו הסטה. השנייה – לא טוב שבאותו ב"ח יהיה מטופל פרטי לצד ציבורי. מה שאני הבנתי בשורה התחתונה שלכם – אם רוצים להשאיר את הרופאים בבתי"ח, צריך לדאוג שהמדינה תעביר עוד כסף. אתה מאמין שאפשר להבטיח לאורך השנים שהמדינה תעביר את הכסף למימון החוק או לקופות כמו שאתה רואה אותו? כי הסכום הזה יעלה? זה שייקחו עוד כסף ממס הבריאות זה לא אומר שהעוגה תגדל. אתה מדבר על הגדלת העוגה ולא רק הגדלת המס, כי זה לא יספיק. האם אתה משוכנע ומאמין, או יודע, שאפשר להבטיח שכל שנה יעלה הסכום הנדרש למימון הפרויקט היפה שאתה מדבר עליו?

אלי דפס: התשובה היא – לא. אני לא יכול להתחייב בשם מדינה, סדר עדיפויות וראשי ממשלה משתנים. התשובה היא לא תמיד. אני טוען שיש לנו כאן מרצדסים-הדסה, תל השומר, איכילוב, אבל אין דלק. זה עוצר בארבע והנהג עובר למקום אחר.

עו"ד לאה ופנר: אני לא הבנתי, האם יש לך הערכה כמה אחוזים מתוך ביה"ח אתה רוצה פול-טיימר?

אלי דפס: כן, אחד היתרונות זה בחירת פול-טיימרים, לא צריך את כולם. אנחנו רוצים 2 פול-טיימרים – במלר"ד ובפנימיות. יש לנו הגדרה כמה מומחים וכמה זה עולה.

יעל: אנחנו מבקשים לקבל את ההערכה.

עו"ד לאה ופנר: כמה אתה מעריך שהמערכת יכולה לשלם לפול-טיימר? אני רוצה לדעת אם זה ריאלי, זה ממש לא מו"מ.

אלי דפס: אחרי שנפגשתי עם ראשי מחלקות, הכסף שאנחנו מוציאים שווה לו כי זה פנסיוני.

עו"ד לאה ופנר: המודל שלך מדבר על - שילכו לבחור כי זה פחות או יותר מה שיש. שאלה אחרת – בנושא הקצ"ת, אתם אמרתם שמה שכרגע מגביל זה העובדה שאין כסף ואז אם יעלו את המס, הקופה תוכל לעשות יותר קצתיים ולפתור את הבעיה. לטווח הארוך – מה שישלוט בסוגיה אם יהיו קצתיים או לא, זה האם לקופה יהיה מספיק כסף בשביל זה. אם הקופה תיקלע למשבר, האם היא יכולה להחליט לעצור אותם? מי שיחליט איך או מה עושים, זה יהיה הבעלים.

אלי דפס: הכסף חייב להיות צבוע תחת רגולציה שילך למטרתו.

יעל: התשובה היא אותה תשובה, זו רגולציה וצריך לקבוע מאיזה סוג ועל מה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אלי דפס: אני אעמוד בקריטריונים.

ניר קידר: הקצתי"ם זה רק מומחים?

אלי דפס: כן. המטופל לא יודע שהניתוח שלו הוא אחר הצהריים. קובעים לו בבוקר ודוחים לו.

ניר קידר: למה חשוב לכם להחזיק במדיקל סנטר?

אלי דפס: מה הקשר? ביום שתהיה רגולציה שתאמר שאני לא יכול להחזיק בבי"ח פרטי, אני לא אחזיק.

יעל: אתה אומר שר"פ לא, קצת כן. "אתה טובל ושרץ בידך", השאלה הזו מאוד נכונה. אתה אומר לא לקחת מהפרטי אלא מהציבורי.

אלי דפס: אני חושב ולא אמרתי את זה, שצריך להרוג את הרפואה הפרטית בארץ. אני אומר - תסיט כמה שיותר מהפעולות האלה לפרטי - אם יהיו הפסדים, נסגור. כמות הפעילות של המדיקל עולה בתיירות מרפא ולא פנים.

פרופ' יוג'ין קנדל: כמה לפי דעתך אתה צריך לשלם לכירורג מצליח, לא סופרסטאר, שאתה צריך אותו כדי להשאיר אותו בפנים? לא קשור למו"מ. בכמה הבן אדם יהיה מוכן להישאר?

אלי דפס: 90 אחוז אמרו בסכום הזה אני נשאר, ויהיו כמה כוכבים שזה לא יעזור והם ילכו בכל זאת. אני אגיד לך מה ההבדל – יישארו תמיד קודקודים, שאם אני אציע להם 50 אלף ש"ח הם לא יבואו, כי הם מקבלים 80 אלף ש"ח. רובם יהיו מוכנים לבוא כי אני מבטיח להם ווליום.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני לא רוצה לדעת כמה תשלם לו פר-פעולה, אלא מה ההכנסה שאתה חושב שצריכה להיות כדי שיישאר?

אלי דפס: בגדול, המבוקשים שיעבדו בממוצע, יבקשו שתגדיל להם ב - 50 אחוז לפחות משכרם כיום.

יעל: הוא רוצה מספר.

אלי דפס: זו שאלה שאין עליה תשובה. שכר של כירורג מומחה 5 שנים הוא באזור 30, 32 אלף ש"ח.

יעל: אז זה יהיה 40 אלף ש"ח.

פרופ' יוג'ין קנדל: נניח שאני אומר לך שיש אילוצי מאקרו, לא יכול להביא לך עוד 2 מיליארד ממיסים, אין, אולי בעוד כמה שנים. מה עושים?

אלי דפס: אתם משחקים בסכום אפס ואתם לא עושים כלום. לוועדה אין יכולת לעשות כלום. בואו נצמצם את סל הבריאות. התשלום לביטוחים משלימים יגדל. זה הכיוון, זה מה שיהיה.

יעל: אנחנו לא רוצים כלום, רק שואלים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: אני מבין את התזה שלך. בואו נביא כסף חדש למערכת דרך מערכת מס. אתה פוגע כך בפעילות המשק. אפילו אם אתה מצליח להביא עוד 2 מיליארד ש"ח, יכול להיות שזה יהיה לצוללות כי זו העדיפות של הממשלה. אבל האם גם במצב שאין, אתה אומר שלא לוקחים מהפרטי?

אלי דפס: צריך לצמצם כדי לחזק את הציבורי.

יעל: בכל מקרה אתה לא מוכן להוסיף כסף פרטי, אתה אומר נתייעל בתוך המערכת.

אלי דפס: נכון. אנחנו אחת המדינות האלופות בעולם בהכנסת טכנולוגיות חדשות למשל.

ד"ר עזיז דראושה: מצוין, הכל ברור. היה ותקציב איכשהו הגיע למערכת הבריאות הציבורית, ומבצע קצ"ת על ידי בכירים, דבר מבורך, על פי העלויות ממשיך להתקיים ופול-טיימר פותר את הבעיה. איך תתמודד עם תורים בפול-טיימר ובחירת רופא?

אלי דפס: זיהוי הפול-טיימר הוא רק בינו למערכת השכר. המטופל לא יודע מי מבצע את הניתוח. הוא מקבל תשתיות של ביי"ח, תחת אי זיהוי השם. יש את כל המחלקות מסביב, ללא זיהוי שמי.

ד"ר שולי ברמלי: לגבי הצעתך לצמצם משמעותית את הביטוחים המשלימים – נדבר על ביטוח מצומצם שיכלול רק 4 או 5 ביטוחים משלימים?

אלי דפס: אני מעדיף שמשרד הבריאות ישקול את הצמצום ויעצים את זה. בהיקפים של מיליארד ויותר.

ד"ר שולי ברמלי: מה עוד היית משאיר בשב"ן, חוץ מתרופות מצילות חיים? עוד 3 שירותים.

דורון: בתוך הנוסחה יש צמצום השב"ן ב - 30 אחוז.

יעל: נשמח לקבלה.

פרופ' לאה אחדות: 2 הפריטים המרכזיים נשארים, ברור שבחירת רופא וחוות דעת נשאר.

יעל: אתה תיתן לנו מה צריך להיות ומה לא צריך להיות לדעתך.

פרופ' רוני גמזו: רק כדי לאזן את התמונה – אני שותף למרכזיות של רפואת הקהילה בחיי האדם ושמירה על בריאותו. האמירה של חצי יום במהלך חיי צריכה להיות, מול הנתון שרוב הפטירות מתרחשות בתוך בתי"ח, לא בגלל שבתיה"ח יוצרים זאת, אלא שחצי היום הזה מאוד קריטי לרמת הבריאות בארץ. החצי יום זה סטטיסטית, זה חצי יום גורלי.

אלי דפס: על כן צריך לחזק את בתי"ח הציבוריים. הטיפול בקהילתי מאוד חשוב, אבל בסוף מתים בבתי"ח.

פרופ' רוני גמזו: סצנריו דמיוני – יש לנו רשימת נושאים ומישהו מהצד השני, מהביטוחים המסחריים, משתמש בזה כמנוף להעלות את ה - 40 אחוז היום, להקפיץ את זה ל - 60, 65 אחוז, ולהעצים את שיעור הביטוחים ודרישת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הלקוחות כתוצאה מכך, לבחירת מנתח ובסופו של דבר ליצור מצב של - לא 80 אחוז שבי"ן אלא 65 אחוז ביטוחים מסחריים. האם זה דמיוני?

אלי דפס: לנו יש תרופות מצילות חיים ולקופות אין. תוסיף אותן ואתה משווה עצמך לאחרים. לאנשים יש אמון בקופות, הם לא עזבו. יש להם אמון במדינה כמבטחת. אני לא מבטל את בחירת המנתח במושלם, הוא יכול לבחור.

פרופ' קובי גלזר: אני מתחבר להערה של רוני. מדובר במערכת בריאות וחלק גדול מהחוויה היא בסוף. כל החוויה של להיות חולה היא נוראית. אני לא יודע כמה זה באחריות הוועדה – אמרת שחסר משאבים בציבורית. צריך לחזק את הקהילה על חשבון בתי"ח, והיה רושם שיש לך בעיה לעשות את זה. עד כמה באמת יש לך חסמים לפתח את הקהילה כמו שאתה רואה אותה? משהו שהוא סמכותך.

אלי דפס: באסטרטגיה של הקופה אנחנו עושים את זה, מחזקים את הקהילה ע"ח בתי"ח. אולי זה לא כלכלי, אתה שורף את הכסף במקום אחר ולא על בתי"ח. הקופה שהכי יעילה וזולה במדינה לנפש, היא הכללית. אני מציג שירותים בקהילה, ולא שולח לביה"ח.

פרופ' קובי גלזר: למה אתה לא עושה יותר בכסף שיש?

אלי דפס: חסר מקורות, חד משמעית.

ערן פוליצר: אם לא הייתה "רצפת רכש" זה היה עוזר?

אלי דפס: כן. זה לא מהלך שגרתי וקבוע, חלק מהמחירים מנוונים ולא נכונים. ציינתי גם זמינות – מי שמכיר מערכות בריאות בעולם, אנחנו מרובי בתי"ח למרות שהם בתפוסה גבוהה. אין כמעט 30, 40 ק"מ שאין בהם בתי"ח, וזה יוצר ביקוש גבוה. בכללית, שיעור הביקוש הכי נמוך לנפש, למרות שהאוכלוסייה שלנו הכי מבוגרת.

יעל: יש לכם תיירות מרפא יפה, והיא עולה דרמטית.

אלי דפס: סך הפעילות לא מתקרב לאחוז אחד. שולי הרווח טובים ואנחנו נזהרים בנושא. אם אנחנו רוצים, מחר שניידר הופך לבי"ח אזורי של אירופה ושל כל הפלסטינאים.

יעל: מה עם כרמל?

אלי דפס: זה בשוליים.

יעל: מה ההבדל בין תיירות מרפא לשר"פ?

אלי דפס: כסף פרטי של אנשים אחרים, ואנחנו עושים לזה חסמים. אבל אנחנו עוסקים בחיזוק הרפואה הציבורית בישראל. אני מגביל את זה.

עו"ד לאה ופנר: ואם אני רוצה להשקיע 50 אלף ש"ח? מה ההבדל אם זה פלסטינאי או אני?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' קובי גלזר: כדרך לחיזוק הרפואה הציבורית?

אלי כהן: תיירות מרפא זה אחוזים בודדים.

יעל: זה הולך ועולה אצלכם. ראיתי את זה בכל בתי"ח, גם אצלכם.

אלי דפס: איפה?

יעל: ועוד איד! העיקרון – זה כסף פרטי שנכנס למערכת ציבורית, ואתה לא בטוח שזה לא על חשבון הציבור.

אלי דפס: העמדה שלי – בלי תיירות מרפא. הכללית התנגדה לקריטריונים שרצו בוועדה.

פרופ' רוני גמזו: התשובה הפשוטה יותר היא שתיירות רפואית כפי שמתבצע כיום ברוב המקומות, היא איננה בחירת רופא ואיננה תשלום ישירות למנתח.

אלי דפס: חלק מתיירות מרפא זה הפלסטינאים.

יעל: זה מפני שמישהו בא מבחוץ ומשלם על זה באופן פרטי, ויכול להיות שעל חשבון הציבור. יש ח"כ שמדבר על זה כל הזמן.

אלי דפס: אז לסגור תיירות מרפא.

יעל: אתה אומר אותו דבר לכולם?

אלי דפס: כן.

יעל: תודה רבה!

**** מציג חמישי: ערן פוליצר, בנק ישראל. הוצאה לאומית לבריאות בישראל. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

פרופ' רוני גמזו: לדוגמא, 2 המיליארד פלוס שאנו מוציאים על השתתפות עצמית – האם במדינה אחרת זה סכום שאתה משלם לחברת ביטוח, זה גם נספר כהוצאה פרטית?

ערן פוליצר: כן, זה לא נחשב הוצאה במימון ציבורי. בחלוקת המימון זה לא ציבורי.

פרופ' רוני גמזו: האם אתה חייב לקנות ביטוח כזה – זה הוצאה ציבורית או פרטית?

ערן פוליצר: שאלה של הגדרה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' לאה אחדות: זה כמו שאתה אומר שהממשלה מחייבת אותך לבטח את עצמך, אבל לא אצלה. זה מס רק כאשר הרשות היא מחייבת וגם גובה את המס, אז זה בסטטיסטיקה נחשב ציבורי. אם הממשלה לא גובה את זה, זה פרטי.

יעל: ביחס לגרפים של הוצאה לאומית לבריאות לפי גיל ביחס לתוצר לנפש - מדאיג אותי היחס מההוצאה של המשפחה.

ערן פוליצר: אין לי חישוב של משק בית.

יעל: אותי מדאיגה ההכנסה הפנויה של המשפחה. ההוצאה לא נופלת על הילד ולא על בן הנוער. זה מעלה את החלק שמשפחה משלמת מתוך משק הבית.

דר' עזיז דראושה: המשקל משתנה בין עשירים לעניים? בין מגורים?

ערן פוליצר: המשקל משתנה קצת, כן.

**** מציג שישי בפני הוועדה: פרופ' זאב רוטשטיין, מנהל תל השומר. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' רוטשטיין: אני לא רוצה לחזור על דבריהם של אחרים, אבל כן "לשחוט כמה פרות קדושות". מציג בתי"ח ציבוריים למימון כפריזטים, מדבר על אסותא, הרצליה מדיקל סנטר. הם לא מכשירים סטודנטים, מתמחים, הם לא נותנים מענה בשעת פיגוע, ממשיכים לעשות את הניתוחים שלהם. טענתי – צפוי כי המדינה תמשיך לפגור בהוצאה הציבורית על רפואה בשל גידול באוכלוסייה, והמשמעות היא יותר כסף מכיסם של האזרחים. מדבר על המצב בישראל – כולם מבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי, והתוצאה – כפל ביטוחים, ולפעמים משולש ומרובע. מה הציבור רוצה דרך המספרים – במצגת. מציג את המודל הכלכלי של זכות בחירה לכולם. מסיים בעקרונות כלכליים של המודל. הבסיס של המודל – זכות בחירה לכולם, זה הביקוש של הציבור ששילם בכספו לקבל את זה, ורואים את זה. אין בחירה במצבי חירום (כל פעולה שחייבת להתבצע תוך 24 שעות), ועל זה אני מוכן לעמוד על כך ולריב עם כולם על זה. אנחנו נרחיק את הסכנה אדמיניסטרטיבית ורפואית. אנחנו לא מוכרים הקדמת תור.

מה יקרה מבחינת מאקרו כלכלית? במצגת. נכון להיום, צונאמי של כסף לוקח את הרופאים, ואם ניתן להם יותר אצלנו, הם לא ילכו לבתי"ח של המימון. זהו כלי להתמודדות עם לחצי שכר. רואה בפתרון של המודל כמרגיע את המערכת.

המודל שלנו מוגבל, לא פותר המון בעיות אחרות, הוא מרגיע. הוא נותן אפשרות לבחור. הוא לא פותר את בעיית התור, שיש לו השפעות לוואי. אי אפשר לפתור הכל, אבל הוא נותן תרופה מאוד רחבה וכוללנית. מציג את המודלים של זאב וורמברנד ורן סער - אומר שאין בהם שום דבר. זה מודל אחר, מדובר בתפיסה חברתית שמסתכלת למה שהרופא צריך. זו תרופה שנותן רופא לחולה ולא כלכלן. אתם רואים שאני אמוציונלי בכל מה שקורה בבי"ח ציבורי במדינה. שוויון – בתי"ח יהיו פתאום לכולם. תורמים שלי כבר לא צריכים פרוטקציה, הם



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הולכים לבי"ח פרטי. צריכים להפסיק את זה, בתי"ח ציבוריים צריכים להיות היוקרתיים של המדינה – מפתחי טכנולוגיות והמצאות, מובילי מחקר, אין לנו יותר מדי משאבי טבע, וזה מה שיצרנו אנחנו בהחלטות שלנו. המודל הזה מוטא למדינה קודם כל, אחר כך לאזרח הפרטי. מדבר על רפואה באיכות שווה למה שקורה בחוץ. שוב זה מדגיש את העניין של בתי"ח לעניים. מתן זכות בחירה לכולם, יכול להיות נקודת רפורמה כבר ועכשיו.

פרופ' קובי גלזר: יש את התזה שלך ומה שהצעת, ואנחנו שומעים כל מיני תזות. התזה האחרת אומרת לא להכניס כסף פרטי למערכת, בוא תדאג שהמערכת תקבל עוד 2 מיליארד שקל, אולי אפילו מכספי מס או שב"ן, תדאג שלמערכת יהיה עוד 2 מיליארד שקל, מה שיאפשר לבתי"ח להחזיק את הרופאים כפול-טיימר. לא יהיו שתי מחלות השרפיים שהצעת. לא יהיה חולה פרטי וציבורי באותו ב"ח. הבקרה היא מאוד קשה.

פרופ' רוטשטיין: המודל הזה מתבסס על שני דברים – הפסקת ציקלון הענק של ביטוחים משלימים. אני בכלל בספק אם יש לך יכולת לעצור את זה. אני ישבתי בוועדה שחשבה לשנות את החוק בריאות ממלכתי, והייתי היחיד שהתנגד אז. באותה רמת רצינות, אני מסתכל קדימה ואומר שזו הייתה אחת הטעויות הגדולות של המדינה. זה הרבה יותר קשה ליישם מאשר המודל המוצע פה. ה – FIRST BEST – תסלקי את הבעלות של מכבי על אסותא. איך את יכולה לעשות את זה? מישו נתן להם לעשות את זה? שהמערכת תהיה פשוטה. כל מי שרוצה פרטי ילך לפרטי. שלא תהיה הצלבה בין ביטוחי שב"נים. תקשיב, יש פה סוכנים של מי. המודל מאוד ישים והוא ייתפס על ידי כל האוכלוסיות, זה מיטיב עם כולם. אתה מציע משהו שיהיו לו המון מתנגדים, היית צנוע. מה שאתה מדבר זה לזרוק 10 מיליארד ₪.

יעל: זה שני מיליארד בבסיס, וכל שנה תוספת.

פרופ' רוטשטיין: זה לא תחליף. אני מציג מודל חברתי ופחות במונחים כלכליים. חשוב לדעת מה אנחנו רוצים, מה השאיפות שלנו. בואי ניתן את הבחירה ולא רק נדבר עליה. למה אי אפשר לעשות רפורמה שתלך בראש לתוך האזרח? יש לנו ניסיון – בבריטניה זרקו מיליארדים וזה לא עבד. צריך תימרוץ נכון, את המודל הנכון. צריך דלק.

פרופ' לאה אחדות: חלק מהדברים שאל קובי. הערות קצרות על דברך – אני לא מאמינה שאין דברים שהמדינה חושבת שמשו הוא טוב, והיא לא יכולה לעשות אותם. המדינה עשתה רפורמות הרבה יותר גדולות. מהות התביעה שאין רוורס – יש בהרבה דברים רוורס ויכולת לשנות. גם בהצעה שלך אני מניחה שיש חולשות. ציין מהן הסכנות?

פרופ' רוטשטיין: בטח. הרופאים יאכלו אותי, אני אהפוך להיות מטרה. ייקח זמן להאכיל אותם ולשכנע אותם. לא כולם יסכימו, בעיקר להגבלת חופש העיסוק. אני בא ואומר לו שאלה תנאי בביה"ח ציבורי.

יעל: מה עם המדינה והאזרח?

פרופ' רוטשטיין: לדעתי הרפורמה הזאת תדבר לאזרחים, אם נדע לעשות זאת נכון, היא תתקבל בברכה. היא נותנת תשובה לריקי כהן ולשדרות ולת"א. היא לא פוגעת אחד על חשבון השני. היא ממקסמת את היתרונות של



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המערכת הציבורית כולה. האוצר יסתכל בעיניים אחרות ויחשוב שההיצע יגרום לביקושים אינסופיים. הקופות כולן יתנגדו, חלקן בסיסמאות וחלקן מתוך אינטרסים, הם יאבדו מנגנוני שליטה ויהיו נגד, יהיו פה מלחמות.

ניר קידר: דיברת על המרדימים מקודם. לאיזה אחוז מהרופאים אתה חושב שהמודל פונה? ומה זה יעשה לרופאים אחרים בצוות?

פרופ' רוטשטיין: הגבלתי את המודל הזה לרופאים בכירים קבועים. כל מי שלא שם, שישאף להגיע לשם בדרך. אף אחד לא נתן דעתו מה יקרה לרופאים שלא בחרו בהם, ולהם יהיו מסלולים ללא בחירה, שלאט לאט יגדלו למסלולי הבחירה. ההערכה שלי שאנחנו נותנים אופק תקווה לצעירים להגיע למעמד הזה. אצלי זה יוצא להמון רופאים, יש לזה משקל ציבורי משמעותי.

ניר קידר: מה עם רופאים אחרים שלא מנתחים?

פרופ' רוטשטיין: יש עוד פתרונות ודברים שאנחנו עושים. זה לא יפתור את הבעיה האקוטית שאנחנו נמצאים בה היום. יש עוד הרבה עבודה במערכת הבריאות.

ניר קידר: למישהו שיש ציפורן חודרנית, ומוכן לחכות חצי שנה בתור כדי שמנהל מחלקה יעשה לו את הפרוצדורה הזו, מה זה יעשה למודל?

פרופ' רוטשטיין: הערכתי שמתוך 10 אנשים, רק שניים ירצו, אבל שיחכה. אתה יכול ללכת לדור' כהן ולחכות חצי שנה או לאחר ולחכות חודשיים, או לא לחכות ולהיות מנותח כבר בשבוע הבא. יש עננה שחורה שיושבת מעל המערכת הרפואית, שהיא המערכת השחורה שלא מדברים עליה. זוהי מערכת שאנחנו כמעט מסרסים אותה לחלוטין במודל הזה. זה יוצא מהפנקס ומהמעטפה למערכת ממוחשבת, מנוהלת ומתואמת על ידי ביה"ח. יש פתרון נוסף שלא חשאי על ידי מערכת שדואגת לנרמל ומוציאה מהעוקץ.

יוליה איתן: חלון בוקר ללא בחירה - האם במצב כזה, מי שלא מבקש בחירה, החולים יגיעו לרופאים פחות מבוקשים ופחות טובים?

פרופ' רוטשטיין: כשמגיע החולה לאשנב ומציעים לו להינתח בחמישי הקרוב בשמונה בבוקר, הוא יוכל לקבל את ההחלטה מה הוא רוצה, אם הוא רוצה לחכות או לא, או מסלול בחירה מהיר. הוא יודע מי זה הרופא מהדודה שלו בדרך כלל. הוא יוכל לבחור - איך שאתה רוצה, רופא ינתח אותך, כמו היום.

יוליה איתן: עדכון שכר לפי תעריפי השוק – מאוד מעניין לראות מודל סדור.

פרופ' רוטשטיין: בואי איתי לביקור בשוק הכרמל, ותראי כמה פעמים ביום התעריף משתנה. יש מנגנון.

יוליה איתן: ציינת שאתה רוצה את מחירי השוק.



פרופ' רוטשטיין: במערכת כלכלית שרוצה את המודל הזה, יש סיכוי שנגיע לתעריפי המקסימום של המערכת. אבל זאת הנחה שלי ואני לא בטוח בזה במאה אחוז. בואי ניקח את המקסימום לצורך שאלתך וזה יתקע במקסימום.

יוליה איתן: אתה מנסה לקבוע מקסימום במערכת הפרטית? אני לא מבינה.

פרופ' רוטשטיין: אין מערכת פרטית. את מדברת איתי על מודל כזה. בחירת מנתח תעלה 9,000 ש"ח, וזה מדבר בעד עצמו. יהיה לחץ מהמשלמים, מהקהל, מההשתתפות העצמית, הם יצטרכו להוריד את המחירים. המיטות המשתתפות זה 12 אחוז מכל השוק. ההיצע יוצר מחירים גבוהים. אפשר יהיה לעשות את זה ביותר בתי"ח. נוסף את הממד הרגולטיבי. אני מסכים לקבוע מחירי מקסימום, ולא יעברו את מחירי הדסה.

ד"ר שולי ברמלי: מודל שנראה שהשקעתם בו המון מחשבה. לא הבנתי את חלון בוקר בחירה ללא תשלום, איך יתבצע הסיווג בין החולים?

פרופ' רוטשטיין: אני פונה לאשנב - אני רוצה את דר' כהן. אין לי ביטוח משלים, התור שלו עוד 3 שבועות וחצי, לרשום? את לא רוצה לשלם, זה התור. זה בחירתך, ההחלטה עוברת אליך.

פרופ' לאה אחדות: לדר' כהן אם ככה, יהיה תמיד תור.

ד"ר שולי ברמלי: התשלום לבחירה יהיה רק מהשב"ן, אבל מה יקרה לאדם שאין לו שב"ן או לא רוצה להפעילו? אין לי שב"ן, אבל אני מוכנה לשלם. העסק יהיה בינד לבין השב"נים?

פרופ' רוטשטיין: שילך לפרטי. יהיה אינטרס גדול לשב"ן להיכנס איתי להסכמים, אני מתאר לעצמי. כבר היום הם מנסים, ועוד איך!

פרופ' קובי גלזר: במסלול השני, מה אכפת לך מאיפה בא הכסף?

פרופ' רוטשטיין: אני אומר שהאדם זכאי לקבל מהמדינה את מה שהוא קנה, אי אפשר להמשיך לרמות את האנשים. אני מייצג את המדינה בנושא הזה. מבחינה מוסרית, שילכו לקנות את זה איפה שהם רוצים. אני אומר לא, כדי שהשב"ן יוכל לקיים את מה שהוא הבטיח.

ד"ר שולי ברמלי: ל - 40 אחוז יש ביטוח מסחרי, ולרוב יש גם שב"ן. אם אני רוצה להפעיל את שני הביטוחים שלי, למה לא?

פרופ' רוטשטיין: לא פרצנו מסגרות. אם יבוא הרגולטור ויגיד שהוא רוצה להפעיל ביטוח נוסף, אין בעיה. יש מערכת מאוזנת, אני לא הולך ועושה בלגן, אלא פותח ערוץ נוסף. אם זה מקטין לך רק בשני אחוז, הוא קבע, ואין מה לעשות.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אחד החששות זה פרוצדורות מיותרות והצגת התמודדות באמצעות בקרת עמיתים. יש אופציות נוספות?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רוטשטיין: אנחנו רוצים לגדל דור שעושה מה שצריך, ולא רק בשביל הכיס. כשאתה עושה את זה במחלקה, מי בודק את זה? המחלקה בודקת אותו, סטאז'ר, רופא בית. מדובר בחלק מאוד גדול של ביקוש מושרה. הרופא התרגל לרוטינה שיש לו בחירה, יסתכל על התלוש בסוף החודש, יבין כמה הוא צריך לעבוד בשביל זה, ויחשוב אם כדאי לו או לא. אנחנו בדקנו שיעורי כריתת רחם, היחס היה ארבע לאחד. במצבים כאלה יש הסתברות שחלק מהניתוחים לא היו מוצדקים, ואני לא רוצה לדבר במילים בוטות. יש פיקוח, קווי מנחה. אם מגיע אלי מישור שעשה ניתוח לא מוצדק והסתבך, זה כמעט הדבר האחרון שהוא עשה בבי"ח.

ד"ר עזיז דראושה: תודה רבה לך. הפתעת אותי במספרים, חשבתי שהרבה פחות מ - 400 רופאים אצלך ייהנו מההסדר הזה.

פרופ' רוטשטיין: איך? למה?

ד"ר עזיז דראושה: חשבתי על מרדימים למיניהם.

פרופ' רוטשטיין: אני חושב שמרדימים צריכים להיות מטופלים במנגנון אחר לגמרי, לא זכות הבחירה. זה בטל בשישים. שאלו אותי שאלה, איך תמנע זליגה לאחיות, לטכנאים? רבותיי, אני מסתכל על ביקושים, וזה מה שקובע. אני חושב שאם זה היה הבסיס לכסף, היו מציעים לו גם בפניקס. אבל אף אחד לא חושב שיש שם כסף. את מזמינה אחות פרטית ולא את רוחמה, לא אכפת לך מי זו. אני מקווה שיבינו שזה נושא חשוב ולא יתלבשו על זה, זה נושא שונה לחלוטין. במודל שהצענו הגבלנו, פתחנו אפשרות לאזרח לבחור את מה שחשוב לו והוכחנו שזה חשוב לו. לא שינינו מערכות היסטוריות.

ד"ר עזיז דראושה: אני אשאל קודם כל – אני לתומי חשבתי ש - 200 פול-טיימרס יהיו בתשלום ברמה הארצית. היות ואני איש פריפריה, אני אומר כך – נגיד היה וזה נכנס, האם תהיה תחרות הוגנת? מה יעלה בגורל בתי"ח קטנים לא "במדינת ת"א"? ברזילי, רבקה זיו, נהריה?

פרופ' רוטשטיין: אתה חושב שמנהל מחלקה כירורגית בביה"ח העמק, לא רוצים אותו? אתה חושב שהוא לא נוסע 3 פעמים בשבוע כי רוצים אותו? הקופה משלמת לו הון תועפות. יש להם פרקטיקה פרטית. אני לא הסכם קיבוצי שהולך לפתור את הבעיות לרופאים. הלכתי על מציאת פתרון לאזרח, לא לרופאים, והם אבני הנגף הראשונים. זו ארוחה איטית, לאט לאט הם יגלו את האור בקצה המנהרה. הם היום באטרף, מוצפים בכסף, מרוויחים סכומי עתק, 6 מיליון ש"ח בשנה. אתה צריך לעצור את הטייפון הזה, לאן אתה רוצה להגיע? אתה יכול לעצור את השב"נים של קופת החולים? זה לתת דראלין, לא ווליום. הטייפון הזה יהרוס את מה שבנינו ב - 60 שנה.

אורי שמרת: אתה חושב שבעקבות המודל הזה אסותא יתרוקן?

פרופ' רוטשטיין: אסותא ימצא לעצמו פתרונות אחרים. הוא יעשה רפואה פנימית, עוד דברים שהוא ישנה שצריך אותם. יהיה פחות פרזיט זה בטוח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אורי שמרת: אמרת שהתחרות תוריד מחירים. הכוח אצל הרופא, אז למה אתה חושב שנצליח להוריד לו את המחיר?

פרופ' רוטשטיין: אתה מדבר בהצהרות, וזו שפה שמועברת מאב לבן במערכת האוצר וזה לא משקף את המציאות יותר מאשר הסיסמא. אצלי יש 1,160 רופאים, יש להם כוח לקבוע? אני מנהל את מערכת אחה"צ של ססיות, הם קבעו את התעריף? הכוח אצלי והם ישנאו אותי.

אורי שמרת: אמרת שהתחרות תוריד את התעריפים. תסביר לי למה רופא שיודע שיש לו ביקוש אדיר יסכים להוריד מחירים?

פרופ' רוטשטיין: אודי רענני הוא מנתח לב עם ביקוש אדיר. הוא לא לוקח פחות מ-5,000 דולר לניתוח. אני אומר לך שהוא עובד בשיבא, אתה מאמין לי? הוא מוטרף, אין לו חיים!

פרופ' לאה אחדות: מישהו מאלץ אותו?

פרופ' רוטשטיין: יש כסף ענק!!

אורי שמרת: אז למה שהוא ייקח פחות?

פרופ' רוטשטיין: הוא מוכן לרדת ב- 50 אחוז פחות, ולקחתי לך את הרופא הכי טוב.

דר' עזיז דראושה: תעשה אותו פול-טיימר.

פרופ' רוטשטיין: אני בתכנית כוכבים כבר שנתיים וחצי, ועוד לא זזתי מילימטר. הפתרון הזה יהיה לחמישה-עשרה כוכבים. זה יכול להיות מתאים לא לכולם. אם היו לי יותר כלים, הייתי מפתח יותר מודלים שיתאימו לסוגים של הרופאים. אני צריך לייצר, כדי לפרנס את המשפחות שאני עובד איתם. הפטנט הוא ממשלת ישראל.

אורי שמרת: לגבי תפוקות הבוקר - יש רופא שקבוע לו תור בשעה חמש, ומוכנים לשלם והוא לא הגיע לתפוקות בוקר. מה קורה עכשיו?

פרופ' רוטשטיין: בתיאור שלך, מה שיקרה זה שהמערכת תתחשבן, חודש גבוה-חודש נמוך. אתה לא חייב לבטל את החולה, אולי לעצור את התור הבא שקבעת לו. אתה יכול לומר לו להזמין שניים או שלושה לאחר הצהריים מבלי לפגוע בחולה. אני יודע שאלוהים נמצא בפרטים, וזה פרט קטן. הצגתי לכם מודל, תפיסת עולם, הסתכלות אחרת, ויש פתרונות.

מיכל טביביאן-מזרחי: לגבי השקיפות – האם ביה"ח והרופאים יסכימו לזה?

פרופ' רוטשטיין: אין להם ברירה, אני מפרסם את התורים שלי ברבים, באינטרנט.

פרופ' קובי גלזר: בעולם זה קיים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' רוטשטיין: בעולם זה קיים לפרסם תוצאות, ולא הגענו לזה.

יוליה איתן: איך אתה גורם לרופאים לעבוד יותר, אבל לא יותר מדי?

פרופ' רוטשטיין: מכסות בוקר, מכסות אחר הצהריים, ספירת ניתוחים והליכים. פר- פעולה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: הבסיס זה בחירת רופא, משלמים בשביל זה. השאלה היא למה? הבעת חוסר אמון?

פרופ' רוטשטיין: בגלל הדודה, היא אמרה לו. המודל הוא לא מדעי, לא מתבסס על מספרים. הוא רוצה לבחור כי הוא רוצה להיות אדון לעצמו. השכן אמר לו, יש לו כימיה עם רופא משפחה, וככה הוא רוצה לבחור. הוא שילם בשביל זה כי הוא מוכן להגיע לאותה בחירה. אם הוא רוצה אותו, אני לא מתווכח. האמת המקצועית של הרופא היא מעניינת אותי. אני אתערב בשיקול של ניתוחים שלא תואמים את ההכשרה, ואת האישור שלי לבצע את הפעילות הפרטנית הזו. לא יבצע מי שלא הוכשר לכך, גם היום זה כך.

יעל: הצגת מודל מאוד ברור ומסודר, ואנו מודים לך על כך.

פרופ' רוטשטיין: היו עוד נושאים שהוועדה דנה בהם. זכותכם להזמין אותי פעם נוספת.

יעל: יש לנו פה מודל. אני ארצה שכל מודל נתקוף אותו. גם מודלים של שר"פ ואחרים. לנסות ולראות איך תוקפים כל מודל.

פרופ' לאה אחדות: ביקשנו עלויות.

יעל: כל מודל שאנחנו רואים, שמישהו ייקח על עצמו לתקוף אותו, כדי שננסה לראות אם יש בעיות וחולשות בכל אחד מהמודלים.

פרופ' קובי גלזר: דניאל כהנמן אמר – "נניח שאימצנו ואחרי שנה זה נכשל, בוא נבין למה".

יעל: אמרת את זה יותר טוב ממני.

דורון: אנחנו נפגשים בחמישי הבא ב - 8:30 לגבש הצעות למחקר. מי שרוצה להצטרף מוזמן. הוועדה מתחילה רגיל. הצוות הזה לקח על עצמו השכמה מוקדמת. העברתי אתמול נייר שניר, גבי ושולי עזרו להכין אותו. לא נפתח ציפיות מוגזמות באשר לעומק והיקף התשובות. הייתה בקשה לראות נציג מחברת ביטוח מסחרית ומביטוח משלים. התשובה הייתה שממתינים לאישור של המבורגר. אני חושב שמה שעשינו עם אלי זו התשובה, אלא אם כן אתם חושבים על משהו נוסף שאי אפשר לקבל מרויטל. ספטמבר – 3.9 אין מפגש. 12.9 – יש, 17.9 – יש. אני יודע על שלושה שלא יהיו פה. אם יש יותר, לעדכן כדי שלא תהיה ישיבה ריקה. כרגע בספטמבר מתוכננות 2 ישיבות בלבד. אני מבקש שנעשה פגישה ב - 1.10 לאור הצמצום בספטמבר. תביאו דיסק און קי נעביר לכם את הפניות של הציבור. הגיעו 100 פניות, צמצמנו ל - 60 רלוונטיות. שאר הפניות זה "אכלו לי, שתו לי" ודברים שלא קשורים.

פרופ' קובי גלזר: כדאי להשיג אנשים שידברו על רגולציה במערכת בריאות בארץ או בעולם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דורון: אתה יכול להמליץ על מישהו? לגבי אורחים מחו"ל פניתי לטוביה בנושא, נכון לשבוע שעבר אין סיכומים.
אם אתה יכול לתת שמות, תעביר לטוביה. כרגע אני פחות או יותר מלא עד 3.10.

עו"ד עדי ניב-יגודה: יש חברה של תיירות מרפא שאמורה לבוא להציג?

דורון: לא. זה יהיה חלק מהצגות של מציגים אחרים.