

עמדת הסתדרות הגימלאים –

**הועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית
בראשות ח"כ יעל גרמן שרת הבריאות**

**הסתדרות הגימלאים בישראל
מר גדעון בן ישראל, יו"ר הסתדרות הגימלאים**

**כתב וערך: מר מאיר אלבאז, סגן יו"ר הסתדרות הגימלאים
אוקטובר 2013**

עמדת ההסתדרות הגימלאים

להלן עיקרי עמדתנו בהסתמך על הנתונים וממצאים סטטיסטיים וכלכליים שמרביתם ידועים למערכת הבריאות, ולאחר שמיעה ודיון עם בכירים במערכת.

1. קיימת עלייה מתמשכת בתוחלת החיים בישראל מלווה בגידול מתמיד של אוכלוסיית הגימלאים והיא צפויה להימשך בעתיד הקרוב (8.5% בשנת 1980 עתה כ- 10% ב- 2020 12%).

2. אוכלוסיית הגימלאים הינה צרכנית גדולה של שירותים רפואיים הן בקהילה והן באשפוז עקב מצבה הפיזי והכלכלי הנחות יחסית ליתר האוכלוסייה (תחולת עוני 21%) היא נזקקת במיוחד יותר לשירותי הרפואה הציבורית (59% מהגימלאים מגדירים עצמם כחולים לעומת 18% מהאוכלוסייה הכללית). כ- 18% מהחולים הכרוניים שמרביתם קשישים ויתרו על טיפול רפואי או תרופות.

3. תחומי הרפואה העיקריים הנדרשים במיוחד עבור אוכלוסיית הגימלאים הם גריאטריה, מיטות בבתי חולים, מערכת סיעודית ורפואת השיניים (שאינה בסל).

4. בישראל לעומת מדינות ב-O.E.C.D ישנם לא מעט מדדים המלמדים על פיגור המערך הרפואי הלאומי אחרי צרכי האוכלוסייה וצרכי הגימלאים בפרט, המתבטא במחסור באחיות, רופאים, מיטות אשפוז, מכשור רפואי, תפוסה כללית גבוהה מאוד (ראה נספחים 1-12). מימון סל הבריאות, לו היה מתעדכן מאז 1995, אומדן עלותו ב-2011 הייתה 48.8 מיליארד ₪ לעומת 32.6 מיליארד לערך שהיה בפועל (ראה נספח 13).

5. כתוצאה משחיקת המימון הממשלתי של סל הבריאות גדל נטל המימון על צרכני שירותי הבריאות ע"י עלייה זוחלת במחירי התרופות והביקור אצל רופאים מקצועיים, מרפאות ומכונים וכן ע"י רכישת ביטוחים משלימים (ב- 2001 הכנסות קופ"ח היו 5.3 מיליארד, ב- 2011 9.2 מיליארד (ראה נספח 14)).

6. כ- 20% מהאוכלוסייה אין ביטוחים משלימים או ביטוחים רפואה פרטית, מרביתם קשישים מעוטי הכנסה לעומת כ- 80% בעלי ביטוחים משלימים וביטוחים פרטיים (כ- 45% בביטוח פרטי) ובכך הפכה ישראל לשיאנית העולם בביטוחים אלה. דווקא מאז החלת חוק הבריאות חלה עלייה דרמטית בביטוחים פרטיים מ- 5% ב- 1995 ל- 45% ב- 2012, דבר המצביע על ירידה מהותית בטיב השירות הציבורי ובזמינותו על אף שרמת הרפואה היא מהטובות בעולם והוא אחד הגורמים לתוחלת החיים.

7. התופעה של עזיבת הרופאים הבכירים את בתי החולים ומרפאות חוץ לאחר שעות אחדות של עבודה לטובת קבלת מטופלים במרפאות ובתי חולים פרטיים פוגעת קשות במערכת הרפואה הציבורית. לצערנו, סטודנטים ורופאים צעירים העובדים ליד בכירים אלה סופגים נורמה זו שקשה מאוד בהווה ובעתיד לשנותה.

מבחר דוגמאות לתלונות ואי שביעות רצון של המבוטחים בשירותי הבריאות.

בקהילה

1. מתלונות המגיעות אלינו, רבים מהקשישים חשים שבבואם לקבל טיפול או שירות רפואי, היחס כלפיהם הוא כנטל ואין מאמץ למנוע מהם התרוצצויות, זמני המתנה או הסברים סובלניים התואמים את גילם ומצבם.
2. חולים כרוניים קשישים הסובלים ממספר מחלות, נאלצים "לבקר" בבתי מרקחת שונים 2-4 פעמים בחודש עקב מחסור בתרופות בסניפיהם או עקב שינויים תכופים בהכנסת תרופות גנריות שאינן מוכרות ללקוח וגורמות להם לבלבול.
3. חולים כרוניים קשישים הסובלים ממחלות שונות מוציאים מאות ₪ לחודש על תרופות שאינן בסל אם יש להם את היכולת הכלכלית, ואילו מעוטי היכולת עומדים בפני הדילמה תרופה או מזון. וכ- 15% מוותרים על התרופות.
4. יש לבטל טופס 17 ולהעבירו ישירות מהרופא המטפל לרופא המקצועי או המכון אליהם נשלח הלקוח ולא לגרום ללקוח בכלל ולקשיש בפרט להתרוצץ ולעמוד בתור במשרדי המרפאה.
5. תלונות על זמן ממושך בקבלת תור לרופאים מקצועיים בחלק משירותי הבריאות, כמו, רופאי סוכרת, גסטרו, אורתופדיה, כף הרגל, עיניים וכלי-דם וכו'.
6. מתקבלות תלונות על קבלת תרופות לא מתאימות ללקוח מצד רופאים, בלא תשומת לב למכלול המחלות של המטופל הקשיש.
7. האריזות של חלק מהכדורים מקשות על המטופל הקשיש לפותחן והן צריכות להיות יותר ידידותיות למשתמש.
8. מטופלים שעברו דירה או בנסיבות אחרות והיו מטופלים במרפאת חוץ של בית חולים א' (לעיתים עשרות שנים) נדרשים לקבל את הטיפול במרפאה או ביה"ח ב' כיוון שלשירותי הבריאות אין הסכמים עם ביה"ח א' (בעיקר בכללית).
9. חלק ניכר מהגימלאים אינם יודעים להפעיל מחשב ולכן אינם יכולים להנות מזימון תורים או קבלת אינפורמציה דרך האינטרנט. חלק מהאינפורמציה שניתנה בעבר בחוברות או בעלונים בוטלה (למשל רשימת רופאים מקצועיים).
10. ההמתנה לקבלת שירות באמצעות המוקד הטלפוני ממושכת לא ברורה ולא אחת המטופל הקשיש, אחרי שהוא שומע את כל הפרסומות והאפשרויות השונות הוא שוכח למה הוא צלצל.
11. מטופלים הפונים לרופאים מקצועיים במסגרת השב"ן ואלה מפנים אותם למכונים, בדיקות או מרשם לתרופות צריכים לעבור דרך רופא המשפחה לקבלת הפניה או מרשם, הדבר מקשה על הקשישים.

בתי חולים

1. חולים קשישים המובאים בתדירות גבוה לבתי חולים ממתינים בחדרי המיון שעות רבות ללא התחשבות במצבם הפיזי והמנטלי.
2. אין בכל בתי החולים מחלקות גריאטריות שאמורות לתת מענה לחולים קשישים ובכללם מחלות הנובעות מהזיקנה. יוצא שהמחלקות הפנימיות עמוסות מאוד והחולים הקשישים לא מרוצים וחשים שלא קיבלו את הטיפול הנכון.
3. חולים קשישים שאינם מלווים ע"י בני משפחה או מטפלת נאלצים להמתין זמן רב ל"תחבורה" שתעביר אותם בין המכונים השונים ובחזרה למחלקה.

שר"פ ותיירות מרפא

1. אנו מביאים תוצאות מחקר שעשו סטודנטים בראשות פרופ' מאיר ברזיס שפורסם ב- TheMarker ביחס לנהוג בבי"ח הדסה המוביל והוותיק בהנהגת שר"פ ותיירות מרפא, המחקר מצביע על פער ניכר בהמתנה לקבלת תור במרפאה בין השר"פ לבין לקוחות "רגילים", זמן מכסימלי לקבלת תור בשר"פ 38 יום לעומת 244 יום בשירות הציבורי. בתחום רפואת העיניים פער של 98 יום, 8 ימים בשר"פ לעומת 106 ימים בציבורי (ממצאים נוספים בנספחים 15-20).
2. אנו מביאים גם את עדותו של פרופ' ראובן ויסקופר יו"ר הפורום הישראלי למניעת מחלות לב וכלי דם המעיד מניסיונו הרב על האפליה הנגרמת ע"י השר"פ ותיירות המרפא ועל תסכולו של המאושפז במסגרת הציבורית ביחס לשכנו המאושפז והמועדף במסגרת השר"פ (ראה נספח 21).
3. נוכח הממצאים על פערים גדולים בזמן ההמתנה בין תור לשר"פ לתור ברפואה הציבורית מסקנתנו היא ש"הדסה" הוא בי"ח פרטי הנותן גם שרות לציבור בעיקר ברפואה דחופה, לכן עמדתנו שביטוחים רפואיים פרטיים ותיירות מרפא שייעשו במסגרת בתי חולים פרטיים בלבד.
4. אנו תומכים בעמדת משרד הבריאות לבטל בפוליסות של הביטוחים הפרטיים את הסעיף המציע פיצוי למבוטח, אם הוא ישתמש בשירותי הבריאות הציבוריים במקום להפעיל את הביטוח הפרטי. תופעה זו תורמת להארכת התורים ונטל כספי על המערכת הציבורית.

הצעות פתרונות אפשריים לצמצום זמן ההמתנה למרפאות ואשפוזים

1. העלאה הדרגתית של התקציב לבריאות לרמה המעודכנת ביחס לסל הבריאות מאז הוחל בישומו עפ"י חוק ב-1995, ההוצאה הציבורית בבריאות לנפש תעלה ותעמיד אותנו במקום טוב ביחס ל-O.E.C.D.
2. שיפור הרפואה הציבורית אינו יכול להעשות באמצעות שר"פ או שב"ן.
3. אנו מתנגדים להנהגת שר"פ בבתי חולים הציבוריים. **שר"פ יכול להיעשות אך ורק בבתי חולים פרטיים.**
4. יש לייעל את תהליכי העבודה בבי"ח (לא צמצום תקנים) מדובר בארגונים גדולים ומורכבים מאוד.
5. יש לנהוג בקשיחות ובשקיפות במתן תורים בבתי החולים הציבוריים. התור יקבע עפ"י מצבו הרפואי של המטופל ולא עפ"י כספו או שיקולים אחרים. קביעת תורים תעשה ע"י בי"ח ולא ע"י המחלקות (מי שלא עבר לשיטה זו). על משרד הבריאות להפעיל בקרה אפקטיבית בעניין זה.
6. על משרד הבריאות לבדוק ולפרסם את מסקנותיו לגבי הניסיון שהצטבר בהנהגת שיטת ה"פולטימרים" בבתי חולים של שירותי בריאות כללית ובי"ח איכילוב ועד כמה הם תרמו לקיצור התורים לכלל המטופלים הממתינים.
7. יש לבחון מחקרית את הסיבות לאשפוזים חוזרים, לרוב של חולים כרוניים שתכיפות האשפוזים ומשכם חושפת אותם לזיהומים ולשהות נוספת בבי"ח (ראה הצעת הפרוסם הישראלי למניעת מחלות לב וכלי דם בראשות פרופ' ויסקופ (ראה נספח 22).
8. רכישת שב"ן נועדה לבחירת רופא וקבלת יעוץ ותרופות בהנחה וטיפולים נוספים אבל לא לקצר המתנה לתור, דבר המשתרש במצב הנוכחי ויש להפרידו משר"פ (שתמיד יהיה לבעלי היכולת). חלק ניכר מהמטופלים רואים בתשלום לשב"ן כמס בריאות ב'. בשב"ן הצטברו כספים רבים שבהדרגה צריך להסב ולשלב אותם בתקציב הבריאות לטובת המטופל שרכש שב"ן.

9. אם עקרון הנהגת שיטת ה"פולטיימרים" נועד לבחירת הרופא ולא על חשבון קיצור זמן ההמתנה בהשוואה למטופלים רגילים אין לנו התנגדות להרחיב את הניסוי למשך שנתיים למספר מחלקות בבתי חולים ציבוריים שונים ברחבי הארץ. הניסוי צריך להיות בפקוח ועדה ציבורית ובשקיפות מלאה שתוצאותיו יובאו לידיעת הציבור. המימון לניסוי כזה יכול להיעשות מהכספים המשולמים לשב"ן עבור הצוות הרפואי וללא תמחור של מקום, מכשור וכו'. בדיקת התוצאות צריכה לכלול:

- א. איכות הטיפול שנעשה.
- ב. ההשפעה על ההמתנה לתורים במסלול הכללי.
- ג. ההשפעה על צריכה וטיפולים מיותרים בבחינת שזמינות יתר מעלה את הביקוש.
- ד. ההשפעה על רופאים ובעלי תפקידים אחרים עקב הפעלה של מספר רופאים נבחרים שיעבדו בשיטת ה"פולטיימרים".

10. יש לאפשר למטופלים לשוחח עם רופא המשפחה במועד קבוע כדי לחסוך מהקשיש ביקורים מיותרים.

11. לדעתנו, יש לתגבר את חדרי המיון ברופאים בכירים רלוונטיים ולתגמל אותם בהתאם, הניסיון ויכולת האבחון המהירה והנכונה עשויה לקצר תהליכים ואת ההמתנות הממושכות בחדרי המיון.

12. לדעתנו, אין מנוס מלהנהיג ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד ע"פ מתווה לרפורמה כהצעת משרד הבריאות מיולי 2011. מסקר שנעשה ע"י ההסתדרות הגימלאים למעלה מ-81% מהאזרחים מוכנים להנהיג ביטוח סיעודי ציבורי תמורת תוספת מס לבריאות. סקר זה אומת לאחרונה בסקר נוסף (גיורא קפלן) שהעדפות הציבור הינן בביטוח סיעודי לקשישים וגילוי מוקדם של מחלות. לכך משרד הבריאות צריך לכוון.

אחוז אוכלוסיית הקשישים בישראל עדיין נמוכה משמעותית מזו של הממוצע ב-O.E.C.D אבל תוך שנים אחדות יגדל מספרם ומוטב לקבל החלטות עכשיו מאשר להימצא במשבר שיעמיק את הפער החברתי. המפקח על הביטוח היוצא ביטל את הביטוחים הסיעודיים הקולקטיביים והמרתם בביטוח פרטי ובכך האיץ את הבעיה שכן רבבות בעיקר קשישים יפלטו מביטוחים אלה עקב עלותם ויהיו למעמסה על הציבור בדרך זו או אחרת. דרושה מערכת הסברה וחינוך כדי להבהיר לאזרחים שבעקבות עליה בתוחלת החיים בכלל ושל המקרים הסיעודיים בפרט אין מנוס מהערכות מוקדמת ונאותה כפי שהוצע ע"י משרד הבריאות.