



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן 18/7/13

דוברות: מצטרף אלינו באופן קבוע ניר קידר. לפני 2 פגישות, הצהרתי בפניכם שאעביר את הפרוטוקול לעיונכם. אני רוצה להעלות את העניין הזה כאן. אני מציע לשים כאן עותק מודפס שתוכלו לעיין בו. המצגות מצורפות לפרוטוקול.

דוברות: אז תדפיס לנו. למה אני צריכה עותק אחד?

דוברות: אמרתי שנעביר אותו סביב השולחן, לא על הדלפק. אין בעיה, יודפס עבור כל אחד מכם.

דוברות: את המצגות לא צריך להדפיס, רק את הפרוטוקול.

דוברות: דבר שני, מסתמן שהחצי יום הנוסף יוצא ב - 20/8/13, כדיון פנימי ללא אורחים מבחוץ, כדי לשחרר את כל מה שמצטבר לנו בראש. בין השעות 14:00-10:00, כאן. היום החלופי בספטמבר ליום חמישי מסתמן כיום ג'.

דוברות: אנחנו לא בהכרח נוכל, אף אחד מאיתנו. זה יום של הנהלות ושיבות.

דוברות: ספטמבר בעייתי, לא כולם יהיו בכל מקרה. יש שני חמישי שלא נוגעים בהם, מדובר רק בחגים. אני אודיע לכם בשבוע הבא באופן סופי. באוגוסט כל ימי חמישי פעילים.

דוברות: לקופות חולים יש את הכי הרבה כוח בשוק. הטענות שלהם לא בהכרח נכונות, אבל חשוב לשמוע. הם טוענים שרוב בתי החולים הם שייכים למשרד הבריאות, הם לא עובדים רק מולם אלא מול המשרד.

דוברות: אני לא מדבר על כוח אלא על תמריץ. כשהוא משקיע במשהו, הוא יכול להשקיע בקהילה, ואז יש לו מזה פחות הוצאות בבי"ח.

דוברות: כדאי לעשות שימוע לנתח הקהילה, שהוא לא קופות חולים. ארגון רופאי המשפחה למשל.

דוברות: אבל הם עובדים בקופות חולים, זה כמו שמנהלי בתי חולים מייצגים את הרופאים שלהם.

דוברות: סוף עבודת הוועדה זה דו"ח שמונח על שולחן הממשלה. אנחנו בודקים אפשרות של שכירת שירותי חברת רותם אסטרטגיות כדי לעזור בעריכת הדו"ח, לא בצד התוכן, אלא בעריכה.

דוברות: מה זה עריכה?

דוברות: לכתוב את זה, לא לקחת טיוטה, אלא להיות חלק מהפורום של הדיונים המגבשים את הדעה. נשמח לשמוע הצעות אחרות.

דוברות: יש מתנגדים.

דוברות: אני מתנגדת. ההתמחות שלהם זה חברת ייעוץ, ייעוץ אסטרטגי. הם לא מאוד מנוסים, ילדים צעירים חסרי ניסיון. עדיף לתת לגורמים במשרד.

דוברות: שמעתי היום בבוקר ברדיו דיון אצל קרן נויבך בקשר לתיעוד הוועדה וקצרנות.

דוברות: גם אני שמעתי על זה הרבה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה נושא נפרד.

דוברות: זה קשור למה שדיברנו.

דוברות: אם מכריחים אותנו לקיים פרוטוקולים, אנחנו צריכים להחליט שאנחנו מקיימים פרוטוקולים רק על שאלות הבהרה. שאר הדברים יכולים להיאמר במסדרון...

דוברות: יש כאן רוב של מתנגדים לחברת ייעוץ.

דוברות: השאלה אם יש לכם שם אחר, או שיש כאן גורמים פנימיים שיכולים לעשות את זה. אני בספק רב אם יש צורך בגורמים חיצוניים. יש כאן כוחות גדולים של משרד הבריאות.

דוברות: יעל תשמח.

דוברות: אני יצאתי בשבוע שעבר בתחושת קצת מרומה אחרי הרצאת מכבי. נכנסתי לדיסק און קי וראיתי שאין שם כלום חוץ מדברים לא קשורים, שום דבר מדעי, עובדות. רק כתבות וחומרים ביו טיוב.

דוברות: אנחנו החלטנו לא להתווכח בפני או עם העדים. אפשר לשאול אותם יותר לעומק, לא נורא אם קצת נלחץ איתם. אם בא מישהו עם כובע מדעי, אני מצפה לגישה אחרת. לא לגיטימי להביא מישהו מבחוץ לכתוב.

דוברות: זה לא תיעוד, זה כתיבת הדו"ח.

דוברות: צריך מישהו שמבין את רוח הדברים, את המשפטים והמושגים.

דוברות: זה לא הוועדה הראשונה שמתכנסת. זה יכול להיות נציג של משרד הבריאות. לדעתי זה לא נכון שזה יהיה נציג של חברה חיצונית. צריך לקחת מישהו מתוך הממשלה, יש שם לא מעט אנשים שיודעים לכתוב. זה תהליך עבודה שדורש זמן, אבל זה יהיה יותר נכון שזה יהיה נציג הממשלה.

דוברות: אני מסכים. יש וועדות שיוצאות לחברות ייעוץ. חברת ייעוץ כתבה את הדו"ח שלה, ואז הוועדה כתבה על הדו"ח הזה. אני לא מכיר שיוצאים לגמרי לוועדת ייעוץ ומסתמכים עליה.

דוברות: אני חושבת שזה צריך להיות מישהו מתוך הוועדה. אם מישהו כאן היה מוכן לעשות את זה, זה היה מתאים. יש כאן לאנשים הילה יחסית אובייקטיבית. יש עוד הצעה אחרת – שיהיו שניים או שלושה שלוקחים פרקים, ובסוף מאחדים את הכל.

דוברות: ברוח הדמוקרטיה הורדנו את הייעוץ האסטרטגי.

דוברות: יש פה את ניר קידר שיש לו כושר ביטוי מעולה ויכול לעשות את זה.

דוברות: אני חוזרת על עצתי. אני רוצה שזה יהיה מישהו אובייקטיבי. אני לא ארגיש בנוח אם זה יהיה רק ניר.

דוברות: לשבת כאן ולעשות תקצירים או סיכומים, וגם להיות מעורב בתהליכים זו משימה קשה. בדרך כלל מי שעומד בראש הוועדה זה מישהו חיצוני, ואם השרה החליטה לעמוד בראש וועדה שתייעץ לעצמה, גם ניר הוא תחתיה וזה לא נראה טוב שהוא יכתוב את הדו"ח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אולי עם עוד מישור.

דוברות: אני מוכנה לקרוא את זה בסוף.

דוברות: אבל זה דו"ח של הוועדה, ואם מישור מטעמה כותב למה זה מפריע?

דוברות: עם כל הכנות, הרבה יותר קשה לשנות כשאתה מבפנים.

יעל: בוקר טוב! החלטתי ולא שיניתי את דעתי - אנחנו רושמים פרוטוקולים מדויקים. מור יושבת כאן וכותבת כל מילה. מי שמדבר בתוך החדר דבריו נרשמים לא בשמו. בסוף הדיונים של הוועדה כל פעם שנקבל החלטות, כל אדם יאמר את שמו ואת דעתו. ובסוף - נוציא את הפרוטוקולים המלאים בלי שמות הדוברים, ידעו מה אמרו אבל לא מי אמר. אני נבחרת הציבור היחידה וזה בסדר. ידעו מה דעתו של כל אחד כאשר אנחנו מסכמים.

דוברות: יש עוד פתרון, להפסיק לקרוא כל כתבה על זה... לא כל כתבה צריך לקרוא.

יעל: לא להתרגש. כל מי שעושה עבודה טובה, הציבור יכיר בזה. הנושא נגמר.

**** מציג ראשון בפני הוועדה: זאב וורמברנד, מנכ"ל קופת חולים מאוחדת. מציג מצגת (מצורפת בקובץ POWER POINT).**

מלווים: סיגל רגב, סמנכ"לית הכספים הנכנסת של הקופה, תמיר אברג'יל - ראש מטה של מאוחדת.

זאב: בעבר הייתי 13 שנה בשירותי בריאות כללית כסמנכ"ל כספים וכמנכ"ל. יצאנו לדרך אז עם השב"נים, ביטוחים סיעודיים. סגרנו את ב"ח השרון ומיזגנו אותו לרביץ. טיפלנו ברשלנות רפואית. טיפלנו בגירעון של 700 מיליון ואיזנו אותו. הייתי חלק מצוות בלימת השר"פ והכנסתו למערכת. ב-2002 אלו אותם מנהלים של היום. תמיד השרים היו בעד. הצגנו חומרים והצלחנו לשכנע שזו טעות להכניס בחירת רופא, שר"פ, לתוך ביה"ח. הבחירה אז הייתה קשה יותר מהיום. אף אחד לא המליץ, אבל בפועל בתי"ח של הממשלה לא תמיד נשמעים. הם הפעילו בחלקם הקטן שר"פ בתוך ביה"ח. עם היועץ המשפטי לממשלה בלמנו את הכנסת בחירת הרופא. באותו זמן של הדיונים, אמרו לנו שזה עובד יפה כדוגמת "הדסה". הביאו דוגמאות לב"ח ציבורי, ב"ח פרטי. מודל "הדסה" היה קיים המון שנים - באופן מפתיע רק הרופא מקבל כסף, בשאר בתי"ח כולם מקבלים תמורה ולא רק הרופא, אבל "הדסה" הוצג כמודל מנצח, ב"ח שיועד להתמודד. באותו זמן הדסה לא ידעה שהיא כבר חולה. שהמחלה הסופנית שלה תקפוצ' עשר שנים אחר כך. לקח המון שנים כדי שהעסק הזה יצא החוצה.

הרעיון של הוועדה שהקמת, יעל, הוא מבורך. השאלות שהצבת פה, אנסה להתמודד איתן. נחליט לגביהן ונייצב את המערכת, כי זה המון זמן באוויר. כשנכנסנו לחוק, 70 אחוז הייתה הוצאה ציבורית. היום אנחנו עומדים על 60 אחוז ציבורי משום שהפרטי גדל מ-30 ל-40 אחוז. אף אחד לא חלם והתכוון שנהיה כאן אחרי עשר שנים. עוד עלייה קטנה ואין רפואה ציבורית.

הוועדה באה כדי לחזק את המערכת הציבורית, זו כותרתה. כל הדיונים והשיחות מדברים על שר"פ, שר"פ, שר"פ. דיברנו על מחלקות, תוספת מיטות, תוספת, תוספת, תוספת. צריך לקחת הרבה פחות כסף, להכניס לקהילה ומשרד הבריאות דווקא פה צריך להיות הרגולטור האמיתי. צריך להבין שרפואה קהילתית מוכוונת מגזרים - לדוגמה חרדים. משרד הבריאות תקצב המון כסף כדי לחזק את הפריפריה, ואתם לא יודעים למדוד את זה. אני אומר לא רק לשפוך כסף אלא להיות רגולטור, לקבוע אמות מידה מה רוצים להשיג. אני לא יודע מה זה פריפריה, צריך להגדיר. לדעתי כבר סבא זה פריפריה לפי המחסור ברופאים. צפונה חיפה ודרומה אשקלון זה פריפריה לדעתי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אני חושב שמשרד הבריאות מתחבט המון שנים ושום רפורמה אמיתית לא קרתה. אני טענתי שצריך לחבר בין נפש לבריאות וזה לא קרה 10 שנים. משרד הבריאות מסתבך עם רפורמות ולא יודע להעביר אותם. משרד הבריאות צריך גב. אנשים לא צריכים להתבייש ללכת לפסיכיאטר, ולכן הוא צריך להיות סמוך לרופא אחר בקופ"ח.

אני מתקרב לנושא ביטוחים משלימים. הייתי יו"ר חברת ביטוח משותפת שלנו ושל הראל כדי לסגור את הביטוחים המשלימים. כללית דחפה קדימה את הביטוחים, אך לא חלמנו שנגיע ל - 80 אחוז שב"נים, אולי 50-60. אני לא האמנתי שנהיה שם, ובנוסף ל - 80 אחוז, יהיו ביטוחים קולקטיביים כשל - 50 אחוז יהיו ביטוחים גם דרך מקומות העבודה. למה זה קרה - לא חשוב. מה שחשוב - האזרחים מאבדים את האמון במערכת הציבורית. אם אנחנו בביטוחים קבוצתיים, בתת המודע של האנשים אין מערכת ציבורית ואין על מי לסמוך. היום אנשים חושבים שמי שאין לו את אחד הדברים האלה - לא שווה. ההסתכלות צריכה להיות בצד הציבורי ובצד הפרטי. אנחנו יותר גבוהים מרוב מדינות ה - OECD בצד הפרטי. נשחקנו ואסור היה להישחק. בשלב מסוים, כשהפרטי יהיה גבוה מדי, אנחנו נלך לאיבוד.

מה אנחנו שמים על הפרק? מי שמדבר ורוצה להכניס שב"נים לתוך בתי"ח, עצם העברת הכסף מהשב"ן לתוך ביי"ח זה שר"פ. גם אם כל אלה שורצים להכניס רגל בדלת ינסו לצבוע זאת אחרת, זה שר"פ. כל כלכלן יודע, זה יוצר ביקושים, ואנחנו נגיע למצב של התמוטטות. תראו כמה קופות מבינות היום שאין דבר כזה רפואה ציבורית. תסתכלו על אסטרטגיה של קופות במעברים - בטלוויזיה הקופה מראה שמישהו ממתין בחוץ, אחות שלא נתאר איך נראית, ואז צועקים תעבור למכבי. אז המדינה מבינה שהתחרות היא על השב"נים, הכל זה שב"נים. כל שלושת הקופות מתחרות על שב"ן. גם הקופות מבינות שהיום לוקחים לקוחות רק דרך האקסטרויות, רפואה ציבורית כבר לא מתחרה. לא מדברים על דברים אחרים כי זה לא מעביר לקוחות, רק קמפיינים. ואז הלקוחות באים נגד הקמפיינים של חברות הביטוח, שהם אותו דבר.

שלושה שקפים מרכזיים - ב"הדסה" המודל היה לדוגמא ב - 2002. ביי"ח עצמאי שישמש מודל לחיקוי - נקודת המוצא. תוצאות המודל - 150 רופאים עודף, 15 אחוז. שתיים - המחירים שלהם גבוהים ב - 50 אחוז מ"אסותא". בעולם מקביל הממונה על ההגבלים כבר היה שם. עלות אחזקה גבוהה, משכורות ענק.

דוברות: להגבלים אין שום נגיעה לכך.

זאב: אני חולק עליך.

דוברות: אתה יכול לחלוק עליי.

זאב: אני מגיע משם.

דוברות: אני הייתי חלק מצוות הממונה על ההגבלים העסקיים.

זאב: חוסר יעילות מטשטשת את המערכת. כל הרופאים רוצים למשוך לקוחות לכיס הפרטי שלהם.

דוברות: אני מנסה להבין מה נאמר פה - ל"הדסה" יש מחירים גבוהים לשר"פ, היא מאוד לא יעילה ולכן היא בצרות. מה הקשר הלוגי בין השר"פ להצהרות שלך?

זאב: בביי"ח ממשלתי של כללית אין שר"פ. המערכות זה כמו מפעל - אתה קונה ציוד ורופאים טובים, וכשחדר ניתוח עובד הוא כמו מפעל יצרני. אם החדר עולה 10 או 5 מיליון הוא מנצל שירותים כדי לתת שירות יעיל. רוב ההוצאות של ביי"ח הן קבועות - שכר רופאים, ציוד וכו'.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני לא מבין את ההצהרות שלו.

יעל: אנחנו לא נכנסים לוויכוחים באמצע ההצגה. בואו קודם כל ניתן לו.

זאב: בייח שהיה צריך להיות דוגמא לשר"פ מוצלח, בייח התבלבל בכך שצמצם תפוקות בוקר. ב"הדסה" קטרקט רגיל למי שלא רוצה שר"פ זה זמן המתנה של 3-4 חודשים, ומי שרוצה שר"פ זה 3-4 ימים. זה הוצג בוועידת ים המלח. המערכת יודעת לעשות דיסוננס, לא רק להגיד שר"פ אלא גם לתת שירות ציבורי.

ירושלים זו העיר הכי ענייה כמעט בארץ. שם ההוצאה הכוללת לשב"ן היא גבוהה פי כמה מערים אחרות. גם הם מבינים שכל המערכת התבלבלה, כי איפה שנכנס שר"פ שוכחים את הרפואה הציבורית. התושבים שגרים שם מוציאים פי שלוש וחצי מאשר בדרום. אחרי כל זה בייח הדסה הוא לא בחמישייה הפותחת. כולם רוצים שר"פ ושוכחים איכות רפואית, לכן "הדסה" היא לא המענה היחיד. מצאתי ילדה בת 12 חרדית הגיעה למיון והיה לה חתך ביד של 12 ס"מ. שאלו אותה אם היא רוצה כירורג או פלסטיקאי, ביקשה כירורג. שילמה 12 אש"ח, הוציאו אותה מתוך המיון, באה לבקש בחזרה ולא קיבלה. יש מקרים של הריון, של תסחיף. הכסף הוא משחית, ושוכחים את הרפואה הציבורית. כל מה שקשור בילדים ותינוקות אין בחירת רופא, לא נכנס לפינה שרופא יכנס, למי שמשלם כסף ומי שלא.

כרגע יש 40 חדרי ניתוח שעושים שר"פ בארץ. זה קשור ב"הדסה" וב"אסותא". מי שיחליט להכניס שר"פ בבתי"ח חושף 250 חדרי ניתוח נוספים לשר"פ. אנחנו שם, אז נכון, נעשה מבוקר ובשליטה, אך נגיע לעודף הוצאה פרטית של 4 מיליארד ₪.

דוברות: זה בתוספת של ה-6 שיש היום.

זאב: לא הבנת אותי, זו הוצאה פרטית. שב"ן מכיל פרטים נוספים.

דוברות: זה סך הכל הגדלה של 5 אחוז בהוצאה לאומית.

דוברות: זה הרבה כסף, זה לא מעט.

יעל: אנחנו לא מדברים על משמעויות כספיות. אבל אני כן רוצה לדעת איך הגעת למספר. אתה תיתן אותו.

זאב: זה אומר 2,000 ₪ הוצאה פרטית של משפחה בישראל לשנה. יש נושא שלדעתי הוועדה פחות חשופה אליו – מתחילה תופעה גדולה מאוד – המס המקביל חוזר. הייתי מנכ"ל בכמה חברות וחשבתי מה עדיף לתת לעובדים – יום כיף או רובד ביטוחים. בביטוחים הפרטיים שהניצול בהם נמוך, זו תופעה קיימת ונראה איך זה משפיע על השר"פ. יש ביטוח א', יש ביטוח ב' וגם פרטי. פתאום יש 250 חדרי ניתוח שמחכים ללקוחות, אם נכניס חלילה את השר"פ. זה מה שיש היום במדינה. נגיד שרוצים לעשות סדר – מה יקרה בעוד חודש או חודשיים? יש ללקוחות כוח קנייה מובטח ביד, והם מחזיקים את הקולקטיב בניגוד לשב"ן שם הלקוח הולך לקופה, מבקש טופס, הרופא מסובב אותו. זה קורה באמריקה, ואמריקה כבר כאן. דווקא למנהלי מחלקות מי שיגיע זה הקולקטיב החזק. הם יגידו מחר בבוקר עזבנו בייח אחד ועברנו לאחר. אתם הולכים להגיד שאסור לעשות שר"פ בבוקר כדי להפריד בין הרפואה הציבורית לפרטית. אם נגזר עלינו להיות כמו אמריקה, זה עד הסוף, הכל בבוקר ולא צריך להביא רופאים בערב. אם אומרים ציבורי בבוקר ופרטי בערב, כבר חסכתי 50 אחוז מהזמן.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ממה אני פוחד? בתי"ח גרעוניים, אין כסף. "הדסה" בבוקר מפסידה, נותנת הנחות גדולות לקופות בבוקר. אם הייתה תחרות אמיתית ולא לוכדים אנשים במיון, זה היה אחרת. היום אנשים נלכדים במיון בעת מצוקה ולחץ, ותחת איומים. אני חושב שמי שירשה שר"פ בעיקר ברמה של מדינה, רמת ההוצאה הפרטית תעלה כל כך גבוה עד שבעוד שנה-שנתיים נבטל את השב"נים ונעלה את מס הבריאות. המדינה לא תוכל להחזיק עלייה בתעריפים. עליית מחירים – מהשב"נים יוצאים אותם רוסים שהם חדשים בארץ ללא פרוטקציות, ורוצים גם לבחור רופא. תבוא החלטה לבטל שב"נים ולהכניס הכל לציבורי.

בדרך לפה שמעתי את הרעיון של מנכ"ל לאומית, והפתרון שלו – בחירת רופא בחינם. אני צחקתי.

יעל: זה קיים.

זאב: נדבר אחר כך על המסלולים הישירים. זה לא מעשי וזה לא נכון לעמדת. אני חושב שהפתרון הוא יותר מורכב, צריך להתמודד איתו וכל השחקנים במערכת צריכים לתרום. גם אם יקראו לזה בחירה מתוך פול, זה שר"פ. עצם העברת הכסף זו פעולה של שר"פ, זה כסף פרטי שנכנס למערכת. יש כאן ציניות מצד הקופות. צריך לטפל בנושא שקופות מחזיקות בתי"ח פרטיים. יש כאן ניגוד עניינים, ואני מציע שהקופות ימכרו את בתי"ח שלהם.

דוברות: למי ימכרו?

זאב: לשחקנים חיצוניים. אני חושב שזה לא נכון כל התפיסה הזאת. שימכרו רק פרטיים. הקופות שעוסקות בסל ציבורי וצריכות לקדש אותו, אין להם זכות להשיג ב"ח פרטי. לדעתי הפרטית זה אסור ואמרתי את זה גם בעבר. אני רוצה להגן על הרפואה הציבורית. השיקולים שם הם מורכבים.

הנושא השני שכולנו יודעים אותו – כסף ציבורי קונה הרבה יותר. האוצר יצטרך להביא כסף נוסף רק לבי"ח ציבוריים. עשיתי חשבון שצריך 100-120 רופאים. השכר שלהם יעלה ל-120 אש"ח, כדי שהם יישארו. פול טיימרים – הם יעשו יותר כמויות, יותר תפוקה, ולכן הפתרון הוא כוללני. עשינו דוגמא עם רופא בכיר, צחקו עליי, וכעבר 6 שנים זה הצליח. הוא נותן רפואה מדהימה בדרום. אני מציע להעסיק רופאים פול טיימרים באופן דיפרנציאלי. הם יעבדו בחוזה מיוחד כמה זמן שירצו, וזה יעלה כל רופא עוד מיליון ₪ בשנה. הוא ירגיש יותר מכובד, מחזק את המערכת, את המדע, כונן וכו'.

כשאני רואה מה נכנס בסיבוב האחרון לשב"ן, אני רואה כשל של משרד הבריאות. עוד חודש תראו שיתופי פעולה של שב"נים עם כרטיסי אשראי.

משרד הבריאות כרגולטור צריך למדוד כל הזמן את אורכי התור. צריך לשמור על שיווי משקל, סרגל יומי. צריך לדעת כמה זה נמשך בכל נקודת זמן, עשו את זה בתחום המזון. צריך 2 פוליסות – אחת שעוסקת בשיפוי בו הלקוח מקבל הכל, והשנייה זה פיצוי – ביטול השתתפויות.

תיירות מרפא – אני בעד, מביא כסף למערכת. אני סותר את עצמי עכשיו.

יעל: ממש.

זאב: כל עוד זה לא על חשבון הישראלים ולא מכביד על המערכת זה טוב. אני לא עושה ניסוי על אזרחי ישראל. אם נהיה על המפה והקהל הרוסי אוהב אותנו, זה מחזק את השוויון, מביא כסף למערכת ומחזק אותה.

שאלה חשובה שאני רוצה לעסוק בה – המדינה מתחבטת בנושא התאגוד. אני נותן ציון שלילי למדינה כי לא התכוונו לעשות תאגוד פעם אחת. לא יהיה תאגוד.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אל תגיד לא יהיה.

זאב: אני לא מאמין בפתרון הזה. אני מאמין לחזור חזרה ולראות מה קורה בכללית ובמכבי. אני כמנכ"ל כללית סגרתי את ביי"ח השרון והגעתי להסכמות עם הרופאים. מי שהתנגד למהלך ותרפד אותו הוא משרד הבריאות לדורותיו. קופות יודעות לנהל ויש ניסיון טוב בזה. אני אומר תנו לי את תל השומר או אסף הרופא והלל יפה כי הם באזורים שלי. רוב האנשים לא יודעים מי מנכ"ל ביי"ח ציבורי, אבל מנכ"לים של ביי"ח פרטיים כולם יודעים.

זה מוכח – זה סוד גדול של הכללית שלא מכירים אותו – בכל מקום שיש ביי"ח לקופה, ההוצאה הכוללת לנפש יורדת. הרופא נשאר 24 שעות, הוא לא חולם על שר"פ ואף אחד לא ממתין בחוץ. זו נקודה חשובה לוועדה – לדעתי אנשים לא מכירים את העובדות האלה.

זה נראה שחצני שאני אומר את זה, תנו לי את בתי"ח. אבל אני לקחתי את "שניידר" עם גרעון של 80 מיליון. איך טיפלנו? עשינו "שניידר" בקהילה. אם מחר בבוקר "אסף הרופא" הוא שלי, אז מחר באלעד, במודיעין ובבית שמש יהיו שלוחות של אסף הרופא. אני מבטל כפילויות. לנהל בתי"ח זה פשוט בקופות, לנהל בתי"ח במדינה זה פרויקט. כשאני אומר סבב של קדנציות זה לא רק למנהל, זה לכל הצוות. אלה 6 התנאים שאני דורש – קדנציות, התחייבויות לעובדים, השלמת תקציב, ביי"ח שהולך להיות מתואגד לא ינהיג שר"פ לפחות שנתיים. השאר מופיע במצגת. אני נחוש, וברור מה אני חושב. אני חושב שהתשובה שלך היא מורכבת. מי שאומר בואו ניתן בחירת רופא חינוך בתי חולים הוא אנטי רפואה ציבורית. אני רוצה שבחירת רופא תהיה לפי סוג המקרה ולא לבקשתך. זה לא דומה לרופא בקהילה.

יעל: תודה רבה! חברים – שאלות.

דוברות: צריך לחדד את ההבחנה בין מדוע קופות יכולות להחזיק בתי"ח ממשלתיים ולא ציבוריים? לגבי הניצול בבי"ח פרטיים – אני שמעתי עד כה שאין נתונים שמראים את רמת הניצול ברמת השב"נים בביטוחים הקולקטיביים?

זאב: בקופות יש היום ממשל תאגידי לא מספיק טוב לטעמי. יעל שמה את זה על האג'נדה. אם לקופה יש ביי"ח מפסיד, הבעיה היא של הקופה. החיים גורמים לכך שקופות ינהלו טוב בבי"ח, ומה זה עושה? למה שתהיה כפילות? אם באזור עפולה אני בכלל עושה מרפאות מקצועיות או משתמש במרפאות החוץ של עפולה, אני הולך לכיוון של התייעלות, של אינטגרציה של שירותים. בבי"ח של כללית עברו תכניות הבראה, אף אחד לא עבר לתלות במדינה. היום מעסיק רוצה לתת ביטחון כלכלי לעובד, מחר בבוקר הקופה צריכה להיות יתרון ולא הביטוח הפרטי.

דוברות: ב"הדסה" הצגת לדעתי תיאור חד צדדי. רוב ההוצאות הקשורות נובעות מהאקדמיה. האם אתה לא חושב שכל הסוגיה כרגע של השר"פ היא לא מעלה ולא מורידה לנושא של "הדסה"? איפה אתה רואה שזה משפיע על "הדסה"?

דוברות: מה משקל השר"פ בגרעון של "הדסה"?

דוברות: אמרת דברים שלא הבנתי. אם יהיה שר"פ אתה צופה שההוצאה לשב"ן היא פי 3 וחצי מאשר בדרום ובצפון. אבל מצד שני, אנחנו כל הזמן שומעים על העובדה שהשב"ן לא מנוצל. האם לא בשביל זה נמכר השב"ן? למה בדרום ובצפון אנשים קנו ולא יכולים לנצל? וגם – עניין פול טיימר – האם אתה מכיר סיטואציה שיש לך כוכב שיכול לעבוד סולו בבי"ח, ולא להיעזר ברופאים ובמתמחים לידו, וכולם ידעו שהוא מקבל משכורות נחשקת ויעבדו לצידו בחינם? וגם – האם יש סיבה להערכת השב"ן היום 4 מיליארד לעומת בעבר 2 מיליארד?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

זאב: אני אענה לפי הסדר: "הדסה" – האקדמיה זה תירוץ. זה בלבד את המערכת כי הם רוקנו את הבוקר. הוועדה צריכה להזמין מדידה מה קורה ב"הדסה" משמונה עד שלוש, כמה תפוקות, כמה רופאים, ולראות את זה. לא מדברים שכל הבוקר מבוזבז. רופאים באים בבוקר, עושים אקדמיה, בשפה שלי אקדמיה זה מאה איש מובטלים.

אני טוען שבצפון ובדרום איפה שיושבים עניים – פול טיימר ייתן יותר. את נותנת יותר לאנשים שצריכים את השירות בחינם. נותן דוגמאות על רופאים שיאני שכר בבי"ח שונים, כמו פרופ' סער בבאר שבע.

זאב: האם הפתרון שלך להשאיר את הרופאים בתוך המערכת ולתת חוזים אישיים, זה ייתר את הצורך בשר"פ? האם זה מתייחס רק לפריפריה כדי למשוך לשם או גם למרכז?

זאב: גם מרכז. רופאים יקבלו עוד שכר. תזמינו את פרופ' גדעון סער לכאן שידבר.

דוברות: אמרת בהתחלה ואני חושב שהבנתי, ש"הדסה" זה מקרה להגבלים עסקיים והיא מנצלת את כוחה המונופוליסטי בירושלים לקחת מחירים גבוהים על השר"פ. יש ספרות שהגדלת היצע גורמת להגדלת תחרות, הורדת מחירים ושיפור האיכות. אם נפתח עוד חדרי ניתוח האם זה לא יעשה את ההיפך? לעומת החלופה שהכל נעשה בבי"ח פרטיים שגדלים וצומחים כל הזמן ללא כל פיקוח?

זאב: שזה יהיה בתוך בי"ח ממשלתיים. עצם המצב שהאדם הוא בתוך בי"ח ותוך שעתיים עושים לו שר"פ, זה לא ניתן לחסימה. כדי להגן על החבירה צריך לגרום לאדם לצאת מבי"ח, לחשוב להתייעץ ולהחליט. הקופות צריכות למכור את האחזקה כי הן מתבלבלות. צריך להתחרות יותר חזק, אבל רק בפרטי. אז תהיה תחרות, כי אין סיבה לתחרות אם לוקחים אדם מהמיון. משרד הבריאות לא יכול להתערב פתאום במחירים. התחרות תהיה כשהקופות יתנתקו מביה"ח שלהם. בצפון אין מספיק חדרי ניתוח פרטיים למשל, בהנחה שלא יתנו ל"אסותא", וזו התשובה גם לדרום.

דוברות: אני רוצה להרחיב את השאלה שהייתה כאן – אתה לא חושב שיש סתירה עם חיזוק מעמדה של הרפואה הציבורית אם מתחזקים הקולקטיביים?

זאב: בעוד שאני חושב שחברות הביטוח הפרטיות מנסות לעשות בהן סדר, הקולקטיביים זה דאגה אמיתית של מקום העבודה ללקוחותיו. מה יותר טוב מלקנות לעובד בטוח ב - 30 ש? הביטוח טוב בשני תנאים – שהם קונים המון דברים שאין בסל, כמו תרופות בחו"ל, וכל עוד לא מכניסים את השר"פים לתוך בתי"ח ממשלתיים זה מקובל עלי.

דוברות: לפי דעתך? איפה ההוצאה לנפש לביקורים בקולנוע, בצפון או בירושלים? בדרום אין רפואה פרטית. גם בחיפה אין יותר מדי רפואה פרטית.

זאב: הדסה התבלבלו.

דוברות: אתה משתלח בבי"ח מאוד מכובד שאני ומשפחתי מטופלים שם.

זאב: השתלחתי כי כואב לי מה שקרה שם. בודקים למה זה קרה. בחיפה יש מרכז רפואי רמב"ם שפעם היה נחות מ"הדסה" היום עולה על "הדסה", מבחינת השתלות למשל. שם שאתה רואה שרוב האנשים מקבלים את הרפואה בחינם כי היא בסל.

דוברות: אתה לא עונה לשאלה. אם אין לך מה להוציא על שב"ן, אז אין הוצאות בשב"ן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אני מבקשת לא לענות. אנחנו נדון בזה בחדר הסגור בלי זאב. יש לו את דעותיו שלו והוא אומר אותן באומץ רב.

דוברות: האם עשיתם ניתוח מה יקרה לתחרות אם כל קופה תיקח בתי"ח?

זאב: זה מוביל לביטול כפילויות. אני סוגר 50 אחוז מהרפואה המקצועית שלי ומשתמש בבי"ח בשביל זה. אני יודע נתונים מכללית ממרפאות החוץ שלה. כל התמחיר הוא מעוות כשיש שני שחקנים משני הצדדים, יש כפל. לפעמים הפתרונות הרבה יותר פשוטים מהתיאוריה.

דוברות: אמרת שבחירת רופא חינם זה לא מעשי ולא נכון. תסביר.

זאב: אנחנו נמצאים בתקופה בעייתית. אני ער לזה שקשה לשמר רופאים במערכת. היום קרנות המחקר משלמות לרופאים יותר מאשר ב"אסותא". אני גם מבין אותם לפעמים, כי הם רוצים שהרופאים יהיו. אם מחר יהיה שר"פ, לוח הזימונים עובר למנכ"ל הראל. אם תהיה תחרות על בחירת רופא זה לא פתרון אמיתי, יהיו תורים לרופא מסוים. יש מודל ביניים לשר"פ – מנתח אותי רופא בכיר אבל באזור מסתובב מנהל המחלקה. ברוב המקרים לפתוח את המטופל ולסגור אותו, זה מה שצריך לקרות. אני גלוי זו אמירה פשוטה – הצעתי הצעה יותר מורכבת, כי אני חושב שהפתרון הוא יותר מורכב.

דוברות: האם אין ביכולת הרגולציה לפקח?

זאב: זה יהפוך להיות כסף שחור. הייתי עד למקרים כאלה. אני רוצה שמנהל מחלקה ישלח את הרופא הכי טוב למקרה הכי מסובך. אם זו תהיה תחרות מלכת יופי... (עונה לשאלה קודמת) – הייתה לנו בעיה של שביתה איטלקית בסורוקה ולא רצו לעשות קטרקט. אמרתי לא יתכן כי התור היה 3 חודשים. רציתי ללמד את הרופאים לקח. מילאתי הסעות של מטופלים ל"הדסה" כי הם לא רצו לנתח, ואחרי שבוע אמרו לי בוא נדבר.

יעל: אני מודה לך על גילוי הלב. אנחנו מאוד מבינים את הפתרונות שהצעת, ונדון בהם בכובד ראש.

**** מציג שני בפני הוועדה: פרופ' עודד שריג, הממונה על הביטוח בשוק ההון.**

פרופ' שריג: אני מתמקד בתפר בין הרפואה הציבורית לפרטית, אציג בעיות פוטנציאליות. זו רשימה חלקית של דברים שאנו רואים כבעיות. המבוטחים שלא יודעים מה הביטוח שלהם נותן. יש לכך כל מיני סיבות אתיחס לכך חלקית – יש חפיפות, יש שינויים במערכת הציבורית. חלק מהאנשים רוכשים ביטוחים מיותרים, הם חושבים שזה לא מספיק אז הם רוכשים עוד. בעיה נוספת – גבולות הגזרה לא ברורים, את מי תובעים ומתי. שאלות פתוחות. כשמסתכלים על הקופות – הן מתחרות על סל נתון בשירות, הן מתחילות להתחרות על דברים שקשורים להיקף של הכיסוי ולא לטיב של השירות על סל נתון. התחרות הזו בין הקופות תופסת כל מיני פנים וצורות. אנחנו מודעים באופן חלקי לדברים האלה. אני לא חושב שיש מדינה שבחשבוך הלאומי שלה היא כוללת מאמן ספורט אישי בבית. זה לא סביר.

בתפיסה שלי המערכת הציבורית צריכה לייצר תשתית לאזרח. ברמת המדינה, היא יכולה לתמוך בה כלכלית והיא לא צריכה מעבר לזה. לכן זה נראה מצחיק שיש רפלקסולוגיה במערכת, אבל זה לא מצחיק, זו בעיה אינהרנטית. אני רוצה להגיד מה צריך להיות בפרטית ומה בציבורית. מה אנחנו מצפים מהתעריף הציבורי? לא עושים לאדם חיתום. התעריף והכיסוי אמורים להיות אחידים, פתוחים לכולם. המדינה לקחה עמדה סוציאלית, המדינה מתחייבת לדאוג לביטוח בריאות לכולם. בנוסף – ביטוח הדדי שהמדינה מבטחת את כולם. בסופו של דבר מחיר הסל הוא ביטוח הדדי, אין פה מטרת רווח. אחרון



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חביב – לא רק במקרה קיצון, אלא טיפול רפואי גורף, כמו חיסונים שהם טיפול מונע. זו מערכת שבאופייה היא ציבורית. כנגדה יש את הפרטית – היא עובדת בלוגיקה אחרת. היא מטפלת במה שקשור לסיכון אישי. אתה עובר חיתום, התעריף הוא לא תולדה של הכנסה אלא של מצב בריאותי אישי. מעשן או לא צריך להיות תעריף שונה – בציבורית לא. המדינה היא זו שקובעת בציבורי. הפרטי הוא לא לכל האוכלוסייה, הוא בשיעורים גבוהים אבל רק לחלק מהאוכלוסייה, מיועד למקצתה. המטרה היא לא ביטוח הדדי. אנחנו מדברים על מבטח שנושא סיכון וזה שונה. אם יקרה משהו, תהיה מגפה גדולה במדינה, המדינה תעביר יותר כספים לתקציב כדי לממן את הגירעונות. ביטוח פרטי מיועד לאירועים חריגים – אין חיסונים. בפועל מתרחשת גלישה בשירותים בין הביטוחים, כדי ליצור גימיקים. זה אופי של ביטוח – אתה נותן למישהו כיסוי לאירוע שקורה בסבירות נמוכה ועם נזק גדול. כל הנתונים שיש לנו מחברות הביטוח אני מנוע מלהציג כאן. בפועל ביטוח הוא לא תעודת שירות, אלא הסתברות נמוכה-נזק גדול. אין לי בעיה לקרוא לביטוח שיניים – חיסכון שיניים. טיפול שוטף הוא חיסכון וטיפול גדול וחריג הוא ביטוח. מה עושה השב"ן? התעריף הוא אחיד. הוא לא מבחין בין מעשן ללא, כמו ביטוח ציבורי. באופן עקרוני הוא פתוח לכל, אבל באופן מעשי הוא עולה כסף, ולכן מתאים רק ל - 75 אחוז מהאוכלוסייה. יש מטרה לייצר רווחים לקופות ובסוף זה משהו שהוא הדדי אז זה לא פרטי ולא ציבורי. השב"ן מכסה מותרות, לא חיסונים, אבל בגדול מיועד לאירועים חריגים, אז זה כמו ביטוח פרטי. יצרו אותו מתוך מטרה פוליטית מסוימת, ובפועל נוצר בלאגן. יצרנו 3 שכבות שיצרו בעיות – השכבה הראשונה של ציבורית היא נקייה, אך השנייה והשלישית צריך לסדר אותן.

דוברות: האם זה אומר שאי אפשר לחשוב על מודל ביניים של ביטוח, שהמדינה מציעה בצורה מסוימת? זה רק שיהיה יצור כלאיים?

פרופ' שריג: אני מסכים, צריך למצוא שכבת אמצע. אחד הפתרונות הוא בכיוון זה. אנסה לחדד כי יש לכך יתרונות וחסרונות - השב"ן מאפשר לאנשים ללכת לרופא שלא נמצא במערכת הציבורית. באופן עקרוני אנחנו חושבים עליו שהוא אמור להיות ציבורי. כתוצאה מכך נוצרת חפיפה בין הביטוח הציבורי לשב"ן, צריך לטפל גם בזה. כל מה שאפשרי במסגרת הסל אין לי בעיה איתו, וזו שאלת מימון ולא אספקה. השב"ן מאפשר לך ללכת למקום אחר ואז גם הרציפות לא תמיד קיימת. מכניסים את השב"ן לפרטי, וזה גורם לכך שהצרכים לבריאות היא מהגבוהות בעולם.

דוברות: אם אני קונה כרטיס ברכבת ואני משלם אותו, אז זה פרטי. בוא נעשה הפרדה בין אספקה ומימון. באספקה יש בעלות. אני לא מתווכח איתך על ההגדרה של הרכבת, אבל המימון הוא פרטי.

פרופ' שריג: האבחנה בין הציבורי לפרטי מטשטשת.

דוברות: לשם כך התכנסנו.

דוברות: כל ההשפעות האלה הן לא של ביטוח קולקטיבי?

פרופ' שריג: זה לא חשוב מאיפה זה בא. אני רוצה להתמקד בשתי חלופות – החלופה הראשונה היא ביטול השב"ן. השב"ן נולד בחטא, ועכשיו נגיד שהוא לא מתאים. לקחת את הכיסויים העיקריים, בחירת רופא וחוו"ד שנייה וכל השאר להגיד שזה פרטי – אין שכבת אמצע. חלופה שנייה – לעשות שב"ן אחיד ויחיד, שכבה אחת לכל הקופות. השב"ן מנוהל על ידי הקופה ומה שהקופה יודעת לעשות היא תעשה בציבורי ובפרטי. אני רוצה תחרות בין הקופות – מה מייחד את הקופה? אני קונה פזומט ויכול להשתמש בו בדלק. הממונה על ההגבלים אמר שזה פוגע בתחרות בין הקופות.



דוברות: אני יכול לבחור ספק שירותים שהוא לא אני כקופה. הקופות בוחרות ספקי שירות חיצוניים שלא חייבים להיות של הקופה.

יעל: אנחנו חוזרים לשיטה שלנו של שאילת שאלות בסוף, ואתה ממשיך.

פרופ' שריג: יחיד ואחיד זה אומר שתהיה פוליסה אחת בביטוח הציבורי הוולונטרי. הוא ציבורי כי הוא ניתן על ידי קופות ומלכ"רים והן מתחרות. התחרות תהיה לא על הכיסוי אלא על השירות. כל השאר שלא נכנס לציבורי והאחיד עובר לפרטיים. אי אפשר יהיה למנוע ביטוחים פרטיים במדינת ישראל, תמיד יהיו. ואם לא, תקום מחר חברה בקפריסין ותמכור ביטוחים דרך האינטרנט.

יעל: אף אחד לא חשב.

פרופ' שריג: הרעיון הוא הפרדה ואפס חפיפה בין הביטוח הציבורי לפרטי. אם אתה רוצה לעשות את זה מחוץ לקופה, אז באופן פרטי מחוץ לקופה. אפשר גם להרחיב את השב"ן – כל הקופות מחויבות לקבל אנשים מעוטי הכנסה בחינם לשב"ן. זו אופציה שקיימת, לעשות את זה יותר סוציאלי. אם אנחנו מדברים על ביטול השב"ן אז העלות תהיה פרוגרסיבית. לשתי החלופות יש יתרונות וחסרונות ששווה לשקול.

דוברות: אתה מדבר על רובד שב"ן יחיד ואחיד. האם אפשר אותו דבר לעשות פוליסה סטנדרטית בביטוח המסחרי בדומה למה שעשיתם בביטוח הסיעודי?

פרופ' שריג: לא. בביטוח שהמדינה נותנת היא מגדירה את התכולה. אחד מהאלמנטים של התחרות היא התוכן. אתן דוגמה על מכוניות, שכולן יראו כמו יונדאי. אנחנו מדברים על כלכלת בריאות ולא התנהגות בריאות. מדובר פה בכל מדינת ישראל, ואנחנו רוצים לאפשר מעבר בין הקופות. אם אני רוצה באופן פרטי לקנות פוליסת סיעוד, אני רוצה שזה יהיה בר שיווק, וזה כולל אפשרות להתחרות על תוכן המוצר.

דוברות: למה אי אפשר שתהיה פוליסה אחת, שמעליה אפשר להוסיף דברים?

פרופ' שריג: על איזה פוליסה את מדברת?

דוברות: על כזו שישווקו אותה.

פרופ' שריג: אל תאמר שהם חייבים, אבל תייצר פוליסה אחידה.

דוברות: חייבים להציע, לא למכור.

פרופ' שריג: מה זה חייבים להציע? כל חברות המכוניות חייבות להציע אותו רכב?

יעל: כל ביטוחי הדירה חייבים לכלול מינימום.

פרופ' שריג: אם אתם מציעים ביטוח מהשקל הראשון, אתם חייבים להציע משלים שב"ן. התשובה היא אני יכול, אבל אני לא אומר שאתם חייבים להציע מהשקל הראשון, אבל אם כן, אתם חייבים להציע משלים שב"ן.

יעל: יש לנו ביטוחים אלמנטריים בארץ. בא סוכן ואומר שזה אלמנטרי ואני יכולה להוסיף ביטוח כזה וכזה.. מדוע אין דבר כזה בבריאות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' שריג: יש, אני לא פוסל את הרעיון הזה. פעם אחרונה שבדקתי זה לא המנדט שלכם לדון בזה.

יעל: אם צריך נשנה את המנדט.

פרופ' שריג: כשאנחנו אומרים שאנחנו רוצים שהביטוח יהיה הוגן, הוא חייב לבטח לפחות ב-X זה מה שאנחנו כן עושים. אני עושה הבחנה בין לחייב למכור פוליסה אחידה, היא חייבת להיות הוגנת ועשינו את זה לכלל הביטוחים. ביטוח חייב להיות בעל ערך למבוטח.

דוברות: אם אתה מציע ביטוח בריאות גדול יותר מה ה-לפחות שלך, תציע גם את ה-לפחות שלך. אני מבין שלזה אתה מתנגד.

פרופ' שריג: כן.

יעל: גם בביטוח דירה יש סטנדרט, ואתה יכול להוסיף עליו. למה לא גם כאן? אם המדינה הכריחה אותך, למה לא גם כאן?

פרופ' שריג: היא הכריחה אותך לקנות את הביטוח. כדי שהביטוח יהיה הוגן הוא חייב לכסות דברים בסיסיים, גם בבריאות זה קיים. הוצאנו הוראות מחייבות לכל הפוליסות שהן חייבות להיות הוגנות עם כללים. זה נכון לביטוח דירה ולביטוח רכוש. בגדול, הגדרנו עקרונות.

דוברות: ציפיתי שתדבר על מה שדיברת וקצת על הכפל או על האיזון החוזר או הקשרים או הערוב שרמזת עליו, ועכשיו מה אני חושב שצריך לעשות כדי לפתור את הקשרים שנוצרו.

דוברות: אני הבנתי שמה שאתה אומר שכל מה שמופיע בשב"ן, הביטוח המסחרי לא יכול להציע. אין בכלל פה גבולות.

פרופ' שריג: נכון. אם השב"ן יהיה עם גבולות גזרה ציבוריים מוגדרים, יהיה לי קל להגיד איפה ההפרדה. אני לא יכול לעשות זאת כיום, כי יש חפיפה אינהרנטית.

דוברות: אני חוזר לנושא של הפרטי. כדי להמליץ לממשלה – אנחנו בוחנים את מערכת הבריאות והביטוח הפרטי הוא חלק ממנה. יש כמה דברים שהייתי רוצה לדעת בתוכן – מספר מבוטחים בכל הפוליסות, מה גובה ההחזר, תקורה אינטגרטיבית של ענף, של שוק. היום אני כמעט לא יודע עליו דבר ברמה הבסיסית. סוגי תשלומים, כמה מתוך זה חוו"ד רופא, כמה ביטוח שיניים. ברמת הצורך הבסיסי שאני לא מצליח להגיע אליו, אנו נתקלים במחסום סודיות. האם תוכל לפתור לנו את הדילמה הזאת?

פרופ' שריג: יש כאן ערוב והטעייה. כי את ה-LOSS RATIO אנחנו מפרסמים ואתה מכיר את זה. זה לקחת את ההוצאות שהחברות הפרטיות משלמות על ניתוח ועל חדר ניתוח פרטי. מה זה משנה לך רופא מרדים או מנתח?

דוברות: תן את שניהם יחד!

פרופ' שריג: כל הנתונים מפורסמים. מס' מבוטחים זו סטטיסטיקה שאנחנו לא אוספים. אפשר להתחיל לאסוף.

דוברות: בגלל הקולקטיבי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' שריג: הביטוח הקולקטיבי נעשה על ידי המעסיק.

דוברות: זה לא מסוכן?

דוברות: לא!

פרופ' שריג: הביטוח הפרטי זה המקום לקבל נתונים על מס' המבוטחים, אבל זה לא רלוונטי ובטל בשישים. רוב הביטוחים הם קבוצתיים. אין לנו נתונים וגם אם היו לא הייתי יכול לתת לכם על פי חוק. המחוקק חשב שיש טעם שלא לחשוף את הנתונים הללו, ואני רוצה שהחברות יתנו לי אינפורמציה ללא חשש, ולכן אתם לא רוצים לפרסם את שמכם בפרוטוקולים, מאותה סיבה.

דוברות: יש היזונים חוזרים ויש קשרים. אני צריך להכיר את הכללים שלך ושל המערכת הציבורית. אתה צריך להבין שזה משליך. האינפורמציה ברמת האינטגרציה היא חשובה ולא ברמת הפרט. אני מבין שיש קושי בביטוח הקולקטיבי, ואפשר להתגבר עליו. מס' מבוטחים, ראשי הוצאה - אלו נתונים שאני רוצה לדעת!

פרופ' שריג: אתה לא מבין את המערכת!

דוברות: תאמין לי שאני מבין!

פרופ' שריג: אין למבטח אינפורמציה על הרכב ההוצאה. הבנו?

דוברות: לא. למה אני לא יכול לקבל את הנתון הזה??

דוברות: ההצעה השנייה שלך לא ברורה.

פרופ' שריג: אחדד. המערכת הציבורית היא בעלת יכולת להביא רופאים מסוימים. אם תאפשר זכות בחירה של רופא, אלה יהיו הרופאים הזמינים במערכת. אם אני לא יכול במערכת הציבורית ללכת לרופא הזה, אז גם בחירת רופא בשב"ן לא תעזור לי, הבחירה תהיה במערכת הקיימת. זה צריך להיות בפרטי, ואז לא תהיה חפיפה.

דוברות: אותו רופא לא יכול לעשות את שני הדברים?

פרופ' שריג: אפשר להגיד שכן ואפשר להגיד שלא.

דוברות: אני מכיר נייר של חברות הביטוח מלפני שנה בערך, עם נתונים על הוצאות של החברות. אז לחברות הביטוח יש את הנתונים האלה, אז אני לא מבין...

פרופ' שריג: אז תשאל אותם. פוליסה קבוצתית היא לא רק בענייני בריאות. היא יכולה להיות למשל בענייני פנסיה. הפוליסות הקבוצתיות במערכת הן כאלה שלא ניתן לספור את הראשים. עד שלא נראה את המסלוקה שרק עכשיו התחילה לעבוד, עובדת באופן מלא, לא נדע במדויק.

דוברות: בקולקטיב, מניסיון, לא תמיד חברת הביטוח יכולה לדעת. יש דברים מסוימים שאם ההחזר הוא מהשקל הראשון עד הסוף, יכולה להיות סיטואציה של קבלה בלי פירוט. יכול להיות שיש פוליסות כאלה ויש כאלה, מניסיון.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לא התייחסת לשאלה מטרידה – מספר רגולטורים. האם אין קושי כשלוקחים את השוק ומבדלים אותו? חלק אחד יהיה רגולציה במשרד הבריאות וחלק אחד במקום אחר? מה עושים עם זה? בנוסף – מה שלי לא ברור במאה אחוז – האם אתה יכול לבדוק את ניצול הפוליסה? האם באמת מכרו משהו שמנצלים אותו או שאין? אני חושבת שזו בעיה מאוד גדולה. זה מתקשר לחלק של המידע, שאתה מאסדר אותו. למה אתה יכול לדרוש שקיפות יותר טובה של מה שנותנים, כולל צורך לפרסם למה אפשר ולמה אי אפשר להגיע?

פרופ' שריג: כל חברה חייבת להציג באינטרנט את כל הכיסויים באופן מלא.

דוברות: אי אפשר להבין מזה.

יעל: האם אין לך סמכות לדרוש את זה?

פרופ' שריג: מה מכילה הפוליסה אנחנו מחייבים לפרסם, גם באינטרנט ואנו מחייבים אותם לשים זאת. האם אתם יודע ממה בנויה הטלוויזיה שלכם?

דוברות: מה זה קשור?

יעל: מדוע אתה לא דורש ולא שואל את הנתונים האלה?

פרופ' שריג: לכל רגולטור צריכה לעלות שאלת עלות-תועלת ברגולציה. בכל רגולציה יש GIVE AND TAKE.

יעל: הבנתי.

פרופ' שריג: אם אנחנו חושבים שיש לכך ערך ברגולציה. אנחנו לא מבקשים אינפורמציה שאנחנו לא רואים ערך רגולטורי בה. אם זה חיוני נביא את הנתונים כפוף למגבלות החוק. אנחנו לא רואים ערך מוסף במשהו שלא צריך אותו.

דוברות: אנחנו רוצים אותו.

פרופ' שריג: תסבירו מה אתם צריכים, ואמצא לכם. אנחנו רגולטורים בהמון תחומים – הרכב מול משרד התחבורה, בתחום המזון, הבנקים... אני אתן דוגמא – בבנק יושבים יועצי השקעות ולידם יעוץ פנסיוני.

דוברות: זה לא דוגמא טובה כי זה לא על אותו נתח.

פרופ' שריג: לאותו לקוח יש תיק פיננסי שנמצא בחלקים שונים – השקעות, פנסיוני, ניירות ערך וכו'. יש חסכון לטווח של 30 שנים שהם משקיעים ומטפלים בהם אותם אנשים. יש מערכת של כללים שונה.

דוברות: אתה חושב שזה זהה לתחום הבריאות?

פרופ' שריג: ודאי. זה נכון שיש מתח ביני לבין רוני. העבודה היומיומית מתואמת, לפעמים אנחנו לא מסכימים.

דוברות: אני לא מדברת על זה בכלל. התשובה שנתת יש בה מה לחשוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' שריג: אני חושב שראוי שתהיה הפרדה בין הביטוח הפרטי לציבורי. יהיה לחלק הפרטי הרבה יותר נוח להגיד כל מה שפה - לא פה.

יעל: אנחנו זקוקים לנתונים כדי לעשות הערכה.

פרופ' שריג: במאקרו באמת לא משנה לכם הפירוט. מה שתבקשו אשיג לכם.

יעל: אנחנו מאוד מודים לך!!

דיון פנימי-

יעל למליאה: יכול להיות שנפנה לבית משפט לקבלת הנתונים. חשוב שהוא ייתן את הנתונים, תחת חתימה על חיסיון שלנו, אם צריך. מספיק שירכזו את השאלות של כולם כדי שנפנה לעודד עם העתק ליועץ המשפטי. עכשיו אני פותחת שונות - קדימה.

דוברות: לגבי מה שהיה – כמה שפחות נצמצם עימותים חזיתיים, יהיה יותר טוב.

יעל: אומרים שלא טוב שרק ניר יכתוב, כי הוא נציג משרד הבריאות. אם כך, ערן וניר יכתבו יחד. ערן הוא נציג בנק ישראל. ככה לא נבזבז כספי ציבור. נושאים נוספים?

דוברות: הרגשתי לא נעים הבוקר. הזמנו אנשים להופיע בפנינו, ואנחנו נכנסים לעימותים.

יעל: זאת וועדה שמעוררת הרבה אמוציות אינטלקטואליות. יש המון אינטרסים מוחץ לוועדה וגם בתוכה, ואנחנו צריכים כמה שיותר להשתדל לפחות לא להתעמת עם אלה שבאים מולנו. לאחר מכן אפשר לומר את מה שאנחנו רוצים. מקבלת את ההערה.

דוברות: טכני – העומס מבחינת זמן שמיעה, מבלי יכולת לעבד ולדבר על הדברים, זה לחץ שעולה. אם אפשר לרווח או להכניס משבצות זמן של דיון. חלק מהדברים מאבדים מהערך אם לא מדברים עליהם מיד.

דוברות: מיום חמישי הבא, הקציתי בימי חמישי זמן לדיון פנימי. שעה-שעה וחצי אחרונות של היום.

דוברות: רשימת הדוברים היא מעבר ליכולת הכלה.

דוברות: יש דוברים שאי אפשר לא לתת להם להשמיע את קולם. זה הכי טוב שאפשר.

דוברות: לא משנה מה יהיו ההחלטות, השטח יצטרך לקבל את זה. יעזור לזה, אם ירגישו שהייתה להם הזדמנות להביע את עצמם. אם זה לא יקרה, יהיה קשה ליישם.

יעל: אפשר להאריך את היום, להישאר עד שש-שבע כדי לדבר.

דוברות: מוסכם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

**** מציג שלישי בפני הוועדה: דר' ערן הלפרין – מנהל בי"ח בלינסון. מציג כתב מתווה (מצורף בקובץ PDF).**

דר' הלפרין: צהריים טובים! לרוב הדברים אין תשובות מתמטיות ויצטרכו להתקבל החלטות. אציג את עצמי – כמעט 30 שנה בתפקידי ניהול בתחום הרפואי. היום מדברים על פערים, בעבר היו הרבה יותר גדולים. אני מכיר את המורכבויות של הבעיות ואת הישגי המערכת. אני חושב שיש לנו מערכת ציבורית נהדרת.

דוברות: התחלת טוב...

דר' הלפרין: נכון לשעה זו, זו המערכת הציבורית הטובה ביותר מכל המערכות הציבוריות בארץ. יותר טובה ממערכת החינוך, המשטרה, השלטון המקומי. זו מערכת שאם אתה מסתכל על הכלל, ביצועי המערכת טובים בכל קנה מידה, ויש כאן מומחים ממני. אנחנו בסה"כ לאורך כל השנים היינו חברתיים מאוד, כי הצלחנו להחזיק כוח אדם חדור בערכים, אוהב את העבודה שלו, בא לעשות עבודה טובה, ואני מדבר על כל מגוון המקצועות. רוב האנשים באים ורוצים לעשות טוב ולתת מיכולתם לזולת. זה הבסיס של המערכת ולכן אני חושב שהיא מצטיינת. המערכת הזו ניחנה בניהול טוב מאוד, כי אין מינויים פוליטיים, יש חסמים של לימודים אקדמיים. יש בה ניהול מקצועי ברמה גבוהה, ולפעמים זה גם מעצבן ברמת מקבלי ההחלטות. בגדול, אנשים טובים, גם מנהלים אותה שרואים את הייעוד שלהם, המערכת קרובה לליבם ומעניינת אותם. יש מיעוט שלא משקף את המערכת, אך אין בהם כדי להעיד על המערכת. איך שומרים על המקום הטוב ומחזקים אותו? יש סכנות כי המדינה משתנה, ערכי המדינה משתנים – לא לטובה. זו מערכת חשובה מאוד לביטחון החברתי של המדינה. גם לבתי החולים יש תפקיד חשוב כוונטיל. אנחנו רואים את כל סוגי המטופלים – זונה, שיכור, עובד זר, וזו מערכת חיונית למרקם החברתי במדינה הזאת. אנחנו מתקרבים לדעתי לסף מסוכן. גם האתגרים הרפואיים שאנו עומדים בפניהם הם לא אלו שהיו לפני 20 שנה. היום לראות 8-10 חולים בחדר זה לא רק עניין של צנעת הפרט אלא גם חיי אדם, אנחנו גורמים נזקים. ברור שהיום רווחה ורווח חשובים. היום החולים אחרים, יותר זקנים, ואנחנו מכניסים אותם לסיר לחץ. אנחנו מכניסים אותם לזיהומים והתנאים הפיזיים קשים. אנחנו לא יכולים לתת אבחנות טובות ותרופות הכי טובות. רואים את זה ביחידות שונות. על אותו פרופיל צריך הרבה יותר תשתיות. אנחנו לא מצליחים להדביק את מה שאנחנו צריכים לתת. אי אפשר לפתור בעיות בלי להגדיל את התקציב. כרגע אין מספיק, צריך להגדיל את השמיכה, כי כרגע מושכים אותה בין שני הצדדים, זאת למרות המצב במדינה. צריך שמעל 8 אחוז מהתל"ג צריך ללכת לבריאות, וזה עדיין נמוך. היחס פרטי-ציבורי הוא לא נכון ואנחנו מתקרבים למקומות מסוכנים, צריך לשאוף ליחס של אירופה. הדברים האלה עלולים להתמסס ואני רואה את זה מול העיניים ומתחת לידיים, ואסור שזה יקרה. יש לנו ידע ויכולות אך אין מספיק כסף כנדרש. חיזוק תשתיות פיזיות זה ריווח הקיים – בניית בתי"ח והוספת מיטות. הכי חשוב זה הגדלת מוטת השליטה. יש ניתוחים שמשפחה יכולה להיות עם חולה בודד, וזה עשוי להקל על הצוות.

נושא נוסף – תשתיות כ"א. המשרד עשה בשנים האחרונות כמה צעדים חשובים - משום שאנחנו במצוקת רופאים ואחיות, הורחבו הקריטריונים, לפעמים על חשבון השירות, אבל בין אפס למאה, המגמה הזאת נכונה, שיכולה להקטין עלויות. עדיין יש חוסר ברופאים ואחיות. המדינה משוגעת, ושולחת סטודנטים ללמוד רפואה באירופה או בארה"ב, והם נשארים שם. אפשר ללמד בארץ עוד 100 ישראלים, ככה כמו כלום, מחר בבוקר. מדובר בהגדלת הייצור העצמי של רופאים. אנחנו צריכים עוד רופאים, צפת נפתחה, וזה צעד נכון ומבורך וצריך לחשוב על הצעד הבא.

פרטי-ציבורי – אין ספק שיש מקום לרפואה פרטית. זה טוב, מציב סטנדרטים גבוהים למערכת הציבורית, שלא נשקע בבינוניות. בשום אופן המערכת הפרטית היא לא חלופה, היא וונטיל, פתרון לבעיות פשוטות. יש אנשים שחשוב להם לבחור



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

רופא, וזה נושא של עלות כספית. בעקבות התפתחות השב"נים, נהיה בוסטר אדיר להתפתחות המערכת הפרטית. זה טוב שאין תורים לקטרקט עכשיו, אבל גם כשיש כסף לתורים, המערכת הפרטית מציבה סטנדרטים גבוהים. יש חוסר בכ"א, אני מתחרה בידיים קשורות. אני כפוף להסכמים קיבוציים, ואין לי פתרונות, צריך לצנן קצת את הטמפרטורות. השוק הפרטי מעלה את רמת ההוצאה בגדול. יש רופאים ואחיות שלא מוכנים לעבוד, וזה מרוקן את המערכת מאנשים טובים מאוד. יש רופאים וצוותים שעושים לי טובה, כי זה חשוב. גם רופאים שיש להם ערך גבוה מוכנים לתת יד, ועדיין אומרים שאני מנתח הרבה.

השאלה היא האם בהכנסת השר"פ – אפשר היה לסובב את המנוע ולתת את הדלק? ניתן, וקרוב לוודאי שתהיה עבודה נוספת בבי"ח שוויוני ללא בחירה, ואז אפשר היה להוציא יותר מהתשתיות הקיימות. היום בעל הבית שלי ממצוקתו הכספית עוצר אותי מזה, בגלל מצבו הכספי. יש אפשרות לשמר את האנשים באמצעות ההעלאה במשכורת, בלי שיצטרכו לחפש שדות אחרים לרעות בהם.

דוברות: מהם החסמים העיקריים שלך שילכו לעבודה אחרת?

ד"ר הלפרין: לשלם לרופאים ולאחיות משמרת ב', אין לי כסף. מישהו יודע כמה הפרופסורים מקבלים?

דוברות: 25 אש"ח בכמה שעות.

ד"ר הלפרין: יש רופאים שעושים 100 אש"ח לניתוח, וזה כסף פרטי ליחיד סגולה. יכול להיות שהרופא הבכיר במחלקה הוא הכי טוב, ולא דווקא מנהל המחלקה. יש שכבה שלמה שמתים לעבוד בתוך ביה"ח, ויש חסמים כלפיהם.

דוברות: מה הם עושים היום?

ד"ר הלפרין: רוב הרופאים עובדים בשתי משרות. מנתחים, ומי שלא מנתח יש לו משרד ברפואה עצמאית, ועובדים לפעמים עד הלילה.

דוברות: הבהרה – אתה חושב שזה פסול? זה שרופא הולך ועושה רפואה במסגרת הקופה?

ד"ר הלפרין: השאלה היא האם זה טוב.

דוברות: הם ממלאים את מה שצריך היום.

ד"ר הלפרין: זה חוסר ברופאים. יש עיוותים במערכת הבריאות. כללית מנוהלת בצורה ריכוזית מאוד, עם שליטה חזקה מאוד. אני מוגבל בפתרונות אד הוק אם אני סבור ששווה לשלם, ונוצרת בעיה, אין מספיק גמישות בניהול. בבתי"ח ממשלתיים יש אולי גמישות בגלל הקרן וחברות בע"מ, אני מוגבל. לדוגמא – מצוקת מיטות אשפוז. אני מנהל בי"ח וסגרת מחלקה פנימית, אני מדבר בידיים נקיות, ובחורף לא מחכים במסדרונות. אני עובד מול מערכת התמריצים הכלכלית. כל מערכת התמריצים נותנת פרס לבלתי יעיל - כמה שהחולה ישכב יותר ולא נעשה לו כלום, יותר נתוגמל. מערכת התגמולים לא אופטימלית בהיבט שנביא את העסק למיטב. אני פועל אחרת לדעתי, כי אני מנסה לראות מה האינטרס של מנכ"ל קופ"ח כללית. מנהל בי"ח ממשלתי שינהג כך הוא מטורף במובן מסוים, כי המערכת מסתכלת רק על בי"ח. תמקסם את הרווחים שלך, תתאזן, ואז תשחרר את החולה שיעשה MRI בחוץ, זה פגיעה ברצף הטיפול. יש שוני בין בתי"ח – יש כאלה שמחכים יומיים לבדיקת גסטרו ויש כאלה שארבעה ימים, ולא מקלים על עומס האשפוז.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אני מאוד אמביוולנטי לגבי השר"פ – לא השר"פ יושיע אותנו. זו תרופה, זה מביא כסף, באין מענה אחר הוא יביא כסף למערכת, אבל יביא איתו הרבה מחלות חדשות שאנחנו לא יודעים מה יותר קשה, המחלה או התרופה. אני לא מכיר את המצוקות של "הדסה" לעומק, אבל השר"פ לא הציל אותם. אני בוגר "הדסה" ואני אוהב את המקום, יש לי בני משפחה שעובדים שם. היום אני חושב שהוא לא במקום הראשון, השני או השלישי, למרות השר"פ שמחזיק את הרופאים הכי טובים. נכנסו למחלקות אינטרסים זרים, אפשר להגיד עד מחר שיש שם פיקוח. אתן דוגמא על אבא של חברה שנתבקש לשלם על ניתוח לב פתוח. יש סכנות אבל לפחות זה במגרש חיצוני. אז נכון שב"שערי צדק" המצב יותר טוב, אבל לשר"פ יש מחלת פגיעה במקצועיות, פגיעה בשוויוניות בין חולה לחולה. יכול להיות שזה הרע במיעוטו, אבל אם זאת התרופה אז יהיו לה תופעות לוואי קשות מאוד. גם השבניים אולי במובן מסוים החלידו את המערכת הציבורית, כי הפתרון של השב"ן היה נוח. הראו הישגים, פתרו בממשלה בעיות לטווח הקצר, אבל אנחנו מתחילים לראות את ההסטה והתחזקות המערכת הפרטית. יש מקומות שלמים בארץ שאין בהם מערכות פרטיות. רוב שעות היממה המערכת הפרטית לא עובדת – לא בלילה, לא בסופ"ש, לא בחגים.

דוברות: לא בחולה המורכב.

ד"ר הלפרין: חייבים לעשות כל מאמץ כדי לשקם את המערכת ללא התרופה הזאת. יכול להיות שזה יפתור חלק מהבעיות. אני תומך אם יוציאו כסף - מרבית ההוצאות בשב"ן זה בחירת המנתח, זה המוצר העיקרי.

תיירות מרפא – סך הכל דבר מבורך. נמנעו מצדקנות יתר, הבאנו כסף חיצוני למערכת שמאפשר להפעילה.

דוברות: אתה יכול להסביר לנו איך זה עובד אצלכם?

ד"ר הלפרין: אני לא בטוח שאצלנו זה אב טיפוס. צריך לעשות את זה מידתי. אני לא אקח מיטה של חייל לטובת אוליגרכים מרוסיה, אם יביאו כמה מיליונים. פתחנו במחלקה שתי מיטות ונתתי שכר אקסטרה לאחיות בשביל המטרה הזאת.

דוברות: יש כללים? אפשר לראות?

ד"ר הלפרין: הם לא באים לעשות קטרקט או הרניה. הם באים לעשות אונקולוגיה, ניתוח, כימותרפיה או הקרנות משוכללות. זה הנפח בתחום.

דוברות: הם באים למוסד או בוחרים מנתח?

ד"ר הלפרין: יש גורמי תיווך. הם מביאים אלי, לתה"ש או אסותא. המציאות היום היא שרופא מבוקש שעושה אצלי ניתוח תיירות מרפא, הרבה פעמים יכול היה לקבל שכר יותר גבוה אם היה עושה את זה בפרטי. הוא משכנע אותם לעשות זאת כי זה חשוב לבי"ח. יש מעורבות של ההנהלה המקומית. אין מה להתערב בתעריפים שביה"ח גובה. אני מתחרה עם בתי"ח פרטיים, עם בתי"ח במערב אירופה. יש טיוטה לתגובות.

דוברות: באופן פורמלי אנחנו מבקשים את טיוטת החוזר.

דוברות: תיירות מרפא זו שאלה שמציקה לי. אתה באמת משגיח שזה לא יהיה מיטה של מישו – אני סומכת עליך. האם אתה חושב שזה קורה בגלל שיש אותך או שאפשר לפקח על זה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר הלפרין: צריך לפקח על זה, על הפרופורציות ועל הכמויות. יש ביי"ח ש - 50 אחוז שם זה תיירות מרפא. צריך בסוף לבדוק פר-שירות. זה צריך להיות שונה בין מחלקה למחלקה.

דוברות: איך אתה מפקח על התור ל-MRI בתיירות מרפא?

דוברות: איך זה לא דוחף בתור?

ד"ר הלפרין: הם יבואו קודם בבוקר ויקבלו את התיירים, זו עבודה נוספת ששווה להם. יש לי 40 מיליון ש"ח הכנסה מתיירות מרפא בשנה.

דוברות: אני חוזה שזה יהיה 500 מיליון בקרוב.

ד"ר הלפרין: זה גדל פי 10 תוך 5 שנים, אבל זה לא מאסות, זה לא מעיק.

דוברות: יש לך אפשרות לפקח על כמויות?

דוברות: כשזה 3-4 מקרים גם פוטנציאל הנזק הוא מוגבל.

ד"ר הלפרין: יש מחלקות שלא נוגעים בחולי שר"פ בלי שר"פ.

דוברות: אנחנו נביא גם את "הדסה".

ד"ר הלפרין: תביאו, הם יכחישו.

דוברות: פעם מדברים על כמה זה עולה ב"הדסה" ופעם כמה עולה רופא בודד. העולם שם מאוד שונה, זה לא דומה ל"סורוקה". אני דיברתי כרגע על משכורת פרטית של רופא. היא שונה ב"הדסה" משאר המקומות בגלל הסגל האקדמי, בין השאר. הוא צריך להתחרות במה שאותו רופא היה מרוויח בשפלה.

דוברות: זו אינפלציית מחירים.

ד"ר הלפרין: בין תיירות חו"ל לשר"פ – לא מגיעים מאות אלפים, זה לא נורא. זה שוק קודם כל שעוסקים בו גורמים שונים ומשונים, על גבול העבריינות.

דוברות: מה המחזור שלך?

ד"ר הלפרין: 40 מיליון בשנה.

דוברות: ומה המחזור של ביי"ח?

ד"ר הלפרין: 1.6 מיליארד בשנה. למען הגילוי הנאות אני גם יו"ר ארגון מנהלי ביה"ח, אבל זה ללא תשלום. רוטציות זה דבר מבורך. אני לא חושב שמישהו הוא נגד רוטציות, אבל בקופ"ח ההסתדרותית לשעבר, מאוד ברור שמנהל שעבד קשה ושעמד במבחנים, גם אם הוא מתעייף לא שולחים אותו לסיביר. מוצאים לו ג'וב בהנהלה ראשית, מעבירים אותו לנהל ביי"ח קטן. הרוטציות זו סוגיה שעוברת בשקט, ואף אחד לא נפגע מזה. בקופה יש עושר של תפקידים ניהוליים, חברות בנות, יחידות, מרחבים וכו'. זו העשרה אמיתית, המסלול שלי משקף את זה. כל העברת תפקיד זו התחדשות ועניין, וזה עונג ולא אסון לאומי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני חושב שאנחנו מכירים ועובדים הרבה שנים. אתה אחד מקברניטי הרפואה בארץ. עובדה שאתה אומר את הדברים הקשים גם בזמן שזה יכול לעלות לך ביוקר. למה שלא נוסף את הכסף הזה למערכת הציבורית בכל זאת? אמרת משהו שיכול לעבוד, אני מנסה כבר חודש להגיד שאפשר להעביר כסף מהשב"ן לעבודה נוספת. אני איש פול טיימר, לא עובד בחוץ, ועדיין חושב שהאנשים שלי יכולים לעשות משמרת שנייה ולא להפסידם לרפואה הפרטית תמורת תשלום סביר.

ד"ר הלפרין: אני לא רוצה להגיד דברים שזה לא מתאים כאן. איפה הכסף? הכסף הגדול לא במערכת הבריאות. בסוף הפקולטה קטנה מאוד בצפת. תארו לכם את באר שבע בלי סורוקה. ההשקעה במערכת הבריאות היא לא פחות כלכלית. סדרי העדיפויות במדינה לדעתי לא בסדר. האוצר חושב שכל הזמן אפשר להתייעל, אבל המערכת יעילה בכל פרמטר, מושלם אין, אבל אנחנו יעילים.

דוברות: אני אשמח לשאול על תופעות הלוואי – יש מקצועות שהם שר"פים קלאסיים וכאלה שלא. מתוך כל הרופאים אצלך, לכמה מהם שר"פים מיועד? אם רופא לא יתוגמל על השר"פ, האם זה יצור פערים מול רופא שמקבל שר"פ?

ד"ר הלפרין: ישפיע. חד משמעית. בסוף כולם נהנים.

דוברות: מהעבודה, לא מהשכר.

ד"ר הלפרין: השר"פ יגרום לכך שכולם ייהנו בסוף. אני לא חושב שיהנו מבחינת אוכלוסייה, זה לא פותר. הרופאים במחלקות הפנימיות משולם. יש גם התפתחות תרבותית עם השר"פ של הדסה. אצל החרדים כבר אין אמון במערכת למשל. היום אנשים חושבים שהם חייבים ללכת לפרופ' א', אחרת אתה תמות. זו תרבות שאני לא יודע אם השר"פ לא יעצים אותה, אגב.

דוברות: אם אני לוקח את ביה"ח שלך כמדגם מייצג את קופח כללית, לרוב הרופאים אצלך זה לא רלוונטי?

ד"ר הלפרין: לרוב לא.

דוברות: היום יש אותם רופאים שלא עושים שר"פ, אבל עושים את זה במקומות אחרים ועושים הרבה כסף. אלה שלא עושים את זה, אם יהיה שר"פ, תוכל לתת להם כסף. האם לא יהיה יותר נכון שהכסף יבוא אליך כדי לתת לרופאים אחרים?

ד"ר הלפרין: אני עושה תיירות מרפא וזה מאפשר לי לפתור חלק מהבעיות כלפי אלה שלא קשורים לזה. אני לא מתווכח על זה. השר"פ יביא עוד כסף שכרגע אין לנו בתוך המערכת. עם אותם שולי רווח אני אוכל לעשות דברים אחרים, ואין ספק על כך. זה הצד הטוב בנושא, אבל הבעיה היא שזה יוצר קנאה. דוגמא – קניתי רובוט ניתוחי לא משופה, בסל לא מכירים בו. 2.5 מיליון דולר מכשיר, עלות ניתוח 15 אש"ח. אני עושה היום הכי הרבה ניתוחים עם המכשיר, בהכי הרבה מקצועות. בהדסה - הרופאים אומרים לא רוצה את הרובוט כי זה לוקח להם את הפרנסה, ואצלי זה לא קיים – זו קנאה מקצועית. השר"פ יחריף את התחרות שהיום בשוליים. אני דואג מתופעות הלוואי האלה. יש סכנה נוספת – למה שמחר הטבח שלי לא ירצה קצת לבשל לחתונות על תשתית ביה"ח?

יעל: אנחנו לא נכנסים לוויכוח.

דוברות: 20-25 אחוז ייהנו מזה, וזה יוצר קנאה. אבל הפערים והקנאה יגדלו ברמה הארצית, בין חלקי הארץ עוד יותר. ביי"ח זיו לא יכול להתחרות, הלל יפה גם כן.

יעל: לכן עלה רעיון של שר"פ רק בפרפריה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: כל הסיפור של שר"פ התחיל מהמקום שרוצים שכר גבוה יותר. אם היו מספיק רופאים בבי"ח, הם לא היו הולכים למקום אחר. אי אפשר להתעלם מהעובדה שזה טבעי, אבל המניע הראשוני לכל הוויכוח הוא שיש קבוצה של רופאים שרוצה שכר גבוה יותר, והמערכת לא יכולה לשלם את זה. האם לרצות את הצורך הזה בשכר?

דר' הלפרין: זה לא נכון, את נותנת רק צד אחד במשוואה.

יעל: גם בג"צ דיבר במפורש על זה, לא בטוח שזה המניע היחיד. אפשר לטפל בצורך המיוחד לכסף כשמתפללים בצורך האחר, אם היה לך היצע מספיק של רופאים בתחום שיש היצע מספיק לשר"פ.

דוברות: המילה היא לא היצע, אין לו איך לשלם להם משום שהקופה מקבלת כסף בקפיטציה. הבעיה היא הכסף שהולך למקום אחר.

דוברות: בות"ת היה סיפור גדול של מחסור ברופאים, ולכן התקשו להקים בי"ס לרפואה בצפת.

דוברות: גם אם היו מחר עוד אלף רופאים - צריך לשלם להם.

דוברות: עדיין יש צורך ברופאים שרוצים שכר גבוה יותר.

יעל: האם יש לך משהו נוסף להוסיף?

דר' הלפרין: ראשית, אני חושב שבת"ח ממשלתיים לא מנוהלים ע"י משרד הבריאות, תפתחו את העיתון. זה בושה למערכת ניהולית שלטונית, זה חוסר שליטה. לא יהיה תאגוד בתי"ח ממשלתיים, כי הם לא צריכים תאגוד, הם בגן עדן, למה להחזיר אותם? אני מדבר על שניים-שלושה אחוזים של תקציב של 50 אחוז. לדעתי, זה לא נובע ממבנה של משרד. תהרוג אותי, אני לא מבין את זה. עכשיו, יש קונפליקט גם לקופ"ח כמבטחת וכבעלת בתי"ח.

דוברות: היא לא מבטחת, היא ספקית שירותים.

יעל: יש כפל של 2 כובעים.

דר' הלפרין: לא אכביר במילים, אני לא מתמצא, אני לא משפטן. יש צורך ברשות אשפוז ממשלתית. יש בעייתיות בתפקוד המערכת האלה. אני לא פוליטיקאי גדול, אבל צריך כוח כדי לעשות רפורמה כזאת. שינוי ארגוני זה מינימלי. אני מבין שזה כבר מתבצע.

יעל: בינתיים, יש וועדה שעומדת על המדוכה.

דר' הלפרין: אפשר לנהל ככה ואחרת.

דוברות: עניין אותי הנושא של קדנציות - מה אתה חושב? כי לא פעם עלה ממקומות שונים שיהיו קדנציות למנהלי מחלקות, והחשש מתקשר למשפט שאמרת, שיש רופאים מומחים שיותר טובים מהמנהלים שלהם, שהם לא מוכרים בציבור כך שאין הבנה שדווקא אנשי הצוות טובים יותר? האם ייווצר מצב של היצע בפרטי שהוא הרבה יותר גדול בעקבות זה?

דר' הלפרין: יהיו לי הרבה לשעברים. אני לא חושב שאנחנו צריכים כל כך לדאוג בקשר לתופעת הלוואי הזאת. כשמסיימים את הרוטציה צריך לדאוג לאנשים ולא לזרוק אותם. היא מודאגת שיהיו פתאום יותר פרופסורים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: דווקא בגלל שהוועדה עוסקת בממשק פרטי-ציבורי, עניין אותי לשאול על מנהלי המחלקות. ככל שיהיו קדנציות יהיו יותר טייטלים, ולציבור יהיה יותר היצע כדי לפנות אליו בבחירת מנתח. עניין אותי לדעת אם זה טוב בעיניך? האם הניתוח הכלכלי של כלכלני הבריאות שהיצע יותר גדול יוצר ביקוש יותר גדול, זה נכון? מה אתה אומר?

ד"ר הלפרין: אני מבין את השאלה ולא את הבעיה.

יעל: אוקי, זו גם תשובה.

ד"ר הלפרין: חלק יבחרו קדנציה שניה, זו הפחותה בבעיות.

דוברות: שמענו מכמה שהופיעו בפנינו שבת"ח ישוייכו לקופות. זה נקרא אינטגרציה אנכית בין קופות חולים לבי"ח. מה דעתך? האם זה טוב או רע שבי"ח שייך לקופה?

ד"ר הלפרין: יש יתרונות רבים – רצף טיפולי טוב, מערכות ממוחשבות משותפות, עבודה מול הקהילה, מניעת אשפוזים חוזרים.

דוברות: אני כמבטח כללית לא מרגיש את הרצף הזה.

ד"ר הלפרין: לחבר קופה קל יותר להגיע לבי"ח של הקופה, יש פחות מחסומי בירוקרטיה. קיצרנו תורים, למשל במערך הגסטרו. יש GUIDELINES מקצועיים מעודכנים מול רופאי המשפחה וזה קל ונוח יותר. פעם בשלוש שנים יש כיפופי ידיים, הסכם בין מכבי לכללית. להערכתי, מי שהמליץ על זה, זה נציג האוצר. אין ספק שבסוף כשבי"ח שייך לקופה הוא לא ממקסם את רווחיו, האחריות הביטוחית עברה לקופה ואנחנו מבטחי משנה. אני צריך לראות מהיבט המבטח ויש כאלה שנכנסים לפאניקה שהם חורגים. זה לא לנהל שבי"ח יהיה מאוזן, לא עשה את מקסימום הבריאות לתושבי המדינה או האזור. בי"ח יכול להיות מנוהל כלכלית נהדר, ולא להשתמש בצורה מיטבית בכספים. צריך לראות איך עושים את הדברים יעיל יותר. יש חסרונות – החיים שלי קשים, אם אני מכניס רובוט או פרוצדורה חדשה ורוצה לתמחר אותה, הם עושים חשבונות מול בתי"ח אחרים של הקופה, אז רוצים שאני אפסיד מאשר שבי"ח אחר ירוויח. אני מקבל את הדין, אם זה טוב לבעל הבית זו זכותו כי הוא בעל הבית. יעדים כלכליים – תמלאו את המיטות. בשביל מה למלא, בשביל המאזן? זה לא עושה טוב למשק הבריאות הלאומי.

דוברות: האם אתה יכול לדבר קצת על מה זה עושה לך שלך אין תאגידי בריאות? קשור בעיני לקשר של מבנה.

ד"ר הלפרין: מאוד חסר לי תאגיד בריאות.

דוברות: האם אתה יכול לדבר על נושא הכשרות ההתמחות בבת"ח? על מה זה מטיל עליך בנוסף את ההוצאה בבי"ח? האם אתה לא חושב שמנהל מחוז בקופה ומנהל בי"ח אחר בקופה לא בהכרח חושב כמוך, שזה לא משנה אם אני ברמה אישית ארוויח העיקר שהמבטח יוצא בסדר? היתרון האנכי שאתה מדבר עליו.

דוברות: זה לא ככה כי יש רוטציה.

דוברות: בואי נהיה ריאליזם – בהרבה בתי"ח הרוטציה היא 20 שנה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דר' הלפרין: אני ברמת ביי"ח סובל מזה שאין לי תאגיד. אני חושב שהיום יותר מפקחים, זה מאפשר גמישות למנהל ביי"ח לפתור בעיות.

דוברות: בגלל שזה ביי"ח ממשלתי, לך איך מגבלות ממשלתיות.

דר' הלפרין: הקופה בתור מנהל ריכוזי לא מעוניינת שתהיה לי קופה גמישה.

יעל: איך אתה מנהל את תיירות המרפא?

דר' הלפרין: הם לא נכנסו לנושא הזה, אבל זה רק עניין של זמן. הרצון הוא שאני יעבוד במערכת די ריגדית. כשאני חורג ונותן לאחרות 50 ש"ח יותר על תיירות חו"ל, אחות בבית חולים אחר תתעורר. הקופה מאוד חרדה לזה. החיים קשים, וצריך שביל ביניים.

יש מצוקה ברופאי עור. עכשיו מקצים לזה תקנים, זו ההתמחות הכי מבוקשת. עור נהיה בעיה קריטית למערכת הבריאות ויש שפע של תקנים. בא אלי מנהל מחלקה ורוצה רופא בכיר ומזכירה. אין ספק שהמתמחים דורשים השקעה של הוראה, הם לא פרודוקטיביים, ומוסד שמכשיר הרבה מתמחים משלם באי יעילות מסוימת, לעומת מוסד שמעסיק רק מומחים.

דוברות: אתה חושב שמדידה בביי"ח תגרום לך לשפר את הביצועים?

דר' הלפרין: זה מתבצע, כן.

דוברות: היום מודדים אותך?

דר' הלפרין: יש פרמטרים שנקבעו ואני נמדד על פיהם.

יעל: יש לך תורים?

דר' הלפרין: בגדול אין תורים, יש 3-4 שירותים בודדים שהם בעייתיים יותר. יש תחומים שיש רק בן אדם אחד שעושה את זה.

יעל: מה ממוצע המתנה?

דר' הלפרין: 3-4 חודשים, וזה נראה לי סביר.

יעל: אמרת שתוצאות לוואי של השר"פ מאוד מסוכנות, ולעומת זאת אתה מחייב את תיירות מרפא?

דר' הלפרין: לא הכנסתם את תושבי עזה.

יעל: בעיני זה נכנס לתיירות מרפא. פייגלין בכנסת כל הזמן מדבר על תיירות מרפא, שחולים מעזה תופסים לנו את השירותים. הם משתמשים במשאבים מוגבלים ובתשתיות מוגבלות של מיטות, וזה לא יכול להיות בסכום אפס, זה חייב להילקח מאיזשהו מקום. אם אתה מוציא את תיירות המרפא אתה מייעל את המערכת?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ד"ר הלפרין: לא, כי הכל זה תוספת כסף לרולס רויס. יש לי 3-4 חולים של תיירות מרפא בבי"ח של 300-400. אני בולם כשאין לי מקום בחדר ניתוח. אני דוחה תיירות מרפא, לא כל מי שמגיע מתקבל.

דוברות: אם יש תורים, למה אני בכלל צריכה שר"פ?

ד"ר הלפרין: אני ניהלתי כשתור לניתוח לב פתוח היה שנתיים. היום המערכת בגלל הפרטית יש לה פלט הרבה יותר גדול. השב"ן מבצע נתח גדול של הניתוחים. חצי ביי"ח מגיע מחדר מיון וחצי ממחלקה כירורגית פעילה. המערכת הפרטית היום פותרת לנו בעיות, התורים הם חודשים ספורים. השב"ן פתר בעיה וקצת הרדים אותנו, ועכשיו מתעוררת הבעיה כי זזים החוצה יותר מדי.

דוברות: מניסיון של מישוהו שסיפר לי את מה שקרה לו ב"הדסה", ושמענו גם היום סיפורי זוועה על "הדסה". יש לי דוגמא על ניתוח, כשאמרו למטופלת בבי"ח שלא ידוע מי ינתח אותה. אם את רוצה לדעת, לכי ל"אסותא".

ד"ר הלפרין: אני יכול לומר לך שהמקרה המסובך במחלקה שלי יקבל את הטוב ביותר אצלי. אי אפשר שכולם ינותחו אצל הטוב ביותר, הוא אדם אחד! רוב האנשים יוצאים מזה בסדר בסופו של דבר. במחלקות יותר מושחתות יגידו "לא נגיד לך". המדיניות שלנו היא כן להגיד במידת האפשר. אנחנו נקווה שד"ר X ינתח אותך, ולא יכולים להבטיח את זה, זה לא חוזה. אנחנו כן מנסים להגיד להם מי האנשים, כי למה לא? מה רע בזה?

יעל: לאחר הערה זאת, תודה רבה לך!!!

ד"ר הלפרין: אין פתרונות הוקוס פוקוס, את צריכה להביא כסף.

**** מציגים רביעיים בפני הוועדה: פרופ' גבי בן נון ופרופ' לאה אחדות – הוצאה לאומית לבריאות. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWER POINT).**

פרופ' בן נון: מציג תשתיות של נתונים במצגת.

דוברות: הייתה עלייה גדולה מרוסיה של רופאים בשנות ה-90 ולא היה שינוי בהוצאות?

פרופ' בן נון: כי ההוצאה על שכר גדלה.

דוברות: אבל הם הרוויחו פחות. כלומר גידול בשיעור רופאים לא עזר.

דוברות: האוכלוסייה נהייתה קשישה יותר.

דוברות: גם התל"ג עלה.

פרופ' בן נון: הלחצים על עליית השכר היו יותר מתונים בעקבות העלייה הזאת, זה הדבר הכי רך שאני יכול להגיד.

דוברות: יש מחקר על ההשפעה על השכר בעקבות העלייה הזאת.

דוברות: צפו לירידה בשכר.

פרופ' בן נון: מציג שמשנת 2000 ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל ירדה לעומת ה-OECD. שקף במצגת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: צרפת זכתה במקום הראשון במערכת הבריאות!

פרופ' בן נון: בגדול – OECD זה מקום שאנחנו גאים להיות חברים בו. אני חוזר על הפרופורציות שהציג וורמברנד בבוקר על החלוקה של ההוצאות במימון הפרטי והציבורי, והשינויים שקרו לאורך השנים. המיקום של ישראל במימון הציבורי יותר נמוך מנתון הסך הכל. למה זה קורה? הטענה הגדולה – פיזור האוכלוסייה מבחינת גילאים שונה בכל מדינה. לדוגמא, תסתכלו על גיל 65 בארץ. אחוז בני ה-65 ומעלה שונה בכל מדינה, ביפן הכי גבוה. במדינה שמוציאה מעט, אולי האוכלוסייה מאוד צעירה, ולא צריך להוציא עליה כסף. הגרף מבטא את ההוצאה על גברים ונשים בקבוצות גיל שונות, אין אמירה נורמטיבית.

דוברות: רואים את זה טוב בתינוקות. יש יותר אשפוזים של תינוקות זכרים בגיל אפס עד שנה, מאשר תינוקות נקבות.

יעל: איך זה יכול להיות שתוחלת החיים של נשים נמוכה יותר מזו שב-OECD?

דוברות: ואל תשכח שעוד הולכים לצבא.

דוברות: יש גם יותר מתאבדים גברים...

דוברות: האם אין פה אמירה נורמטיבית?

פרופ' בן נון: אין פרוצדורה ניתוחית לגבר ולאשה.

דוברות: אישה מגיעה לגיל 85 יותר בריאה מגבר באותו גיל, כי תוחלת החיים של נשים גבוהה יותר מזו של גברים.

פרופ' בן נון: אחת הטענות בנושא היא שגבר יגיע לבי"ח ויגיד "כואב לי בצד שמאל", יקבל התייחסות יותר מהירה וחריפה מאשר אישה שתגיע ותגיד שכואב לה בצד שמאל... ההבדל הוא לא רק בקצוות המבוגרים אלא גם בגילאים הצעירים. מציג מחקרים קודמים בנושא. אנחנו רוצים לשלב, גם את העשייה שלנו יחד עם בנק ישראל, יש המון מגבלות של נתונים ומתודולוגיה. מקומנו היחסי גם לאחר תיקון גיל, אנחנו עדיין נמוכים. מצד אחד הוצאה יחסית נמוכה, ומצד שני גיל יחסית צעיר. אנחנו כאילו מדלגים על הקושי של ההבדלים בגיל. אנחנו מנסים לעשות את זה על בסיס התפלגות הגילאים בישראל. ניסינו ליחס ראשי הוצאה שונים בהתפלגות לפי גיל. חוזר למצגת.

דוברות: התקנון לפי גיל קצת מזיז אותנו לכיוון הממוצע, אבל אנחנו עדיין מתחת במדדים החשובים. בארץ לא כוללים הוצאה על טיפול סיעודי בבית, וזה מופיע כמדד במדינות ה-OECD. בארץ אנחנו מוציאים הרבה על רפואת שיניים, וההוצאות לא יותר טובות. אפשר להשוות את ישראל לשאר המדינות, ויש שוני מאוד גדול בין מה שמדינות מדווחות שהכלילו ולמה שלא הכלילו, אבל בסך הכל מגיעים לאותה הוצאה ולאותן תוצאות.

דוברות: יש סעיפים ב-OECD מה להכניס ומה לא, ועדיין קיימת שונות בין מדינות. עדיין אנחנו עושים מאמץ ומשווים את מערכות הבריאות. קשה לפקח רישומית על ההבדלים בין המדינות. לגבי הסיעוד הקהילתי, זה נכנס ברווחה ולא בבריאות ב-OECD.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: קבעו בדו"ח אחרון שצריך להפריד בין התחומים. בארץ אי אפשר להפריד את ההוצאה של ביטוח לאומי על סיעוד בבית. בגלל זה יש הרבה שונות בין המדינות. אבל זה יותר מתודולוגי ולא רלוונטי לכולם.

דוברות: כמה עבודות יפות שהוצגו. ההערה מאוד נכונה. זה נכון שזה בכל התחומים אבל שווה לחקור את הרובד. מה אנחנו מסיקים בעצם? צריך להזכיר שאנחנו מדברים על תפוקות ומעניין לבדוק את הקשר בין תשומות לתפוקות. אנחנו רואים הצגה מסוימת לגבי נושא התשומות. לא בהכרח עוד תשומות יביאו עוד תפוקות ואני רוצה לגרום לכם לחשוב על זה. פרופ' בן נון אומר שחינוך תורם, ועוד כל מיני משתנים מסבירים לצורך התפוקות.

יעל: יש מחקר על תפוקות.

דוברות: זו נקודה חשובה בעיניי. מאוד יכול להיות שזה אומר שאנחנו מאוד יעילים, כי אנחנו יודעים לייצר מערכת בריאות יעילה עם מעט תשומות.

פרופ' בן נון: OECD עשה עבודה מדהימה. ההבדלים היו קטסטרופליים. ניסו להגיע לאחידות והיא לא מושלמת. אלה הנתונים ואין מה לעשות בהינתן שיש חוסר אחידות. הערה שנייה – לקטע של הניתוח: להשוות אשפוז לאשפוז וקהילה לקהילה. אני לא מקדש את מי שמוציא פחות על קהילה או על אשפוז. יש מדינות שהולכות על אוריינטציות אחרות בגלל ההתפתחות ההיסטורית שלה – להוציא פחות על אשפוז ויותר בקהילה.

יעל: אתה מודד את מספר ימי האשפוז.

פרופ' בן נון: אני רק הקשיתי על עצמי.

יעל: יש תפוקות מדידות.

פרופ' בן נון: למה צריך את הוועדה הזו אם הכל כל כך טוב? צריך לבדוק מה התרומה של בריאות במדדי בריאות.

יעל: עדיין השאלה שלי היא האם יש לנו תפוקות מדידות?

דוברות: יש בארץ רמות מחירים שונות של פרוצדורות כמו MRI.

פרופ' אחדות: את לא מקבלת את התפוקות של התשומות שאת משקיעה היום. לכן, יתכן שאם ההנחה היא שיש לך פחות תשומות למערכת בשנים האחרונות, תראי את התפוקות בעתיד ותוחלת החיים לא תתפתח כמו שהיא התפתחה עד היום. אני רק אומרת שזה לא אותו ממד של זמן.

יעל: עדיין אני חוזרת פעם רביעית, אנו חייבים להתחיל למדוד תפוקות.

דוברות: יש צוות של בריאות במשרד רוה"מ שמודד מדדי איכות חיים.

דוברות: הערבים מדווחים על תוצאות הרבה יותר טובות מהיהודים...

דוברות: ביפן, כשנותנים ליפן את הרכב הגילאים בישראל, הם נהיים יותר זולים מישראל. הם מאוד זולים אבל מוציאים יותר על הזקנים, ולכן זה קיצוני.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אקדמית – אני מדבר בשבוע הבא על התחום של כלכלת בריאות. כל התחום הזה התחיל בגלל שהבינו שאי אפשר למדוד תפוקה. התפוקה היא בריאות וקשה למדוד אותה. הרעיון הזה למדוד אותה הוא אמביציוזי. רוב המחקרים הראו שכל מדינה היא יעילה בדברים מסוימים ופחות יעילה בדברים אחרים. תפוקה זה בריאות וכמה בריאות המערכת נותנת לאנשים, זה משהו שקשה מאוד מאוד למדוד.

יעל: אבל כמה אנשים חולים פר אלף אנשים?

דוברות: אבל אולי הם חלו בגלל שלא אכלו או בגלל שבאו ממדינה שיש בה מחלה מסוימת?

דוברות: אני אומר על זה כמה מילים בשבוע הבא.

דוברות: הגדירו מהם תפוקות המערכת בסופו של דבר, בעבודת מחקר שנעשתה של פרופ' בלר. אני אומרת שזה כנראה לא יהיה מושלם, יהיו להרבה אנשים השגות.

דוברות: מחקרים הראו שיש מעט מאוד קורלציה בין גיל להוצאות על בריאות. עיקר ההוצאה על בן אדם זה בשנה האחרונה של חייו. הכל נדחה לשנה האחרונה, אבל זה לא אומר שאם מדינה מסוימת יותר זקנה אזישה יותר הוצאות באותו גיל, זה ז. פרקטית – ההוצאה היא נמוכה ואנחנו מדברים על זה הרבה. ישראל מוציאה הרבה כסף על ביטחון. היה מעניין לראות איך דברים משתנים. אם אנחנו רוצים לבוא כוועדה ולהגיד תגדילו את תקציב הבריאות, היה מעניין לעשות את זה בהשוואה להוצאות אחרות – בתחום התחבורה, החינוך – ואם נראה שרק בבריאות אנחנו נמוכים, זה קיים פנטסטי. אם אנחנו יותר גבוהים, אין לנו קיים.

**** מציגה חמישית – רויטל טופר – המשך שב"נים. מציגה מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

יעל: רויטל מגיעה אלינו בפעם השלישית כדי להשלים את מה שאנחנו ביקשנו.

דוברות: היה מעניין לראות מגמה.

רויטל: הגענו לחלק של נתונים כמותיים. מתייחסת לשקפים במצגת.

דוברות: את אומרת לנו שכמות המבוטחים לא השתנתה ביחס לגידול האוכלוסייה? לא היה שינוי במס' המבוטחים? רוב הגידול בהכנסות לא נובע מעליית מס' מבוטחים אלא מגידול בשימושים?

רויטל: כן. כללית זה הגידול הכי גבוה בגלל הצטרפות לפלטינום.

דוברות: הציבור יודע לעבור מקופה לקופה?

רויטל: או-הו! מי שרלוונטי לו, יודע. במיוחד במקרים של ניתוחים ו-IVF. זה צעד משמעותי, כדי להקטין בשימושים העלינו פרמיה. בתקופה זו עבר החוק של הרצף בתקופות האכשרה במעבר מקופה לקופה בשב"ן. היו מבוטחים שניצלו את העניין והשתמשו.

דוברות: תנאי הביטוח התכנסו למקום אחד בביטוח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רויטל: אנחנו לא רואים את זה בצורה רוחבית. במכבי זה היה מאוד בולט. רופא יכול להמליץ למבוטח לאיזה קופה ללכת, כדי לקבל את ההחזר הכי משתלם. יש היום את המידע הזה מאוד זורם.

דוברות: המנגנון הזה בא לידי ביטוי, של השוואה, של אינפורמציה.

דוברות: אני לא חווה את זה כשהו משהו שהוא לא לחלוטין אלקטיבי. כמה שהוא פחות אלקטיבי.

רויטל: פחות אלקטיבי אז הוא פחות בשב"ן.

דוברות: התכוונתי לפחות אטרקטיבי....

רויטל: הבאתי עותק מהדו"ח המסכם, אבל לא להשתמש בנתונים, אנחנו עובדים על דו"ח חדש ומקווים להוציא אותו באוגוסט-ספטמבר.

דוברות: יש לך את ההשתתפויות העצמיות לפי השקף?

רויטל: הן לא עוברות. נתוני ההכנסות הם רק מדמי חבר. ההשתתפות היא לא חלק ממחזור הקופה. אני מנטרלת את זה – ההשתתפות העצמית לא נספרת בצד ההכנסות ולא בצד ההוצאות הרפואיות. אני רוצה הוצאות נטו, זה לא טוב אם זה כולל השתתפות עצמית. זה מאפשר לי להשוות בין הקופות. אנחנו מדברים על הוצאות רפואיות נטו לא כולל תפעול (מזכירה, מוקדנית), במקומות אחרים מכניסים את זה פנימה להוצאות.

יעל: אין תקורה?

רויטל: זה בכל מקרה, אבל אנחנו רוצים להסתכל על הגירעונות. יש קופות שרוכשות לא טוב, בכוונה במחירים גבוהים. אין מה לעשות זה מה שיוצא, אין לה יכולת אחרת. יש קופות שזו הייתה טענתו של ניסים בשבוע שעבר, שהן מעמיסות על הלקוחות את הוצאותיהן הגבוהות.

אנחנו עושים בדיקה בין הקופות, חזרנו עליה השנה. יש מקום שקופות אחרות קונות קצת יותר בזול והציפייה היא שהן יקנו מחברות בנות שלהן הכי בזול. יעילות של תכנית נמדדת ביעילות הכלכלית שלה. זו אחת הבדיקות של העברת מחירים מול אסותא שביצענו במגן זהב.

התכניות שנמצאות בטווח זמן ארוך והגיעו למצב יציב, הן יציבות או גרעוניות. בדרך כלל בהתחשבות מול הרבדים - בודקים אם עשו טוב את ההתחשבות ביניהם. אפשר לראות בתכניות ותיקות סדר גודל של עודף שקרוב לאיזון והוא סביר. מגן זהב עומדת במצב של איזון. מגן כסף יש עליית פרמיה קטנה. כללית מושלם מאוזנת יפה, פלטינום כל הזמן מצרפת מבוטחים ואין מצב של יציבות עדיין. בפלטינום יש עודפים אבל לאורך זמן זה יורד ורואים את זה.

יעל: אין פה גרף יורד, רק ירידה קטנה.

רויטל: היו כל מיני תוספות ב - 2009, כמו שיניים, ולכן זה לא מייצג. זה אומר שעכשיו היא מתחילה לאט לאט ליצור שימושים, המבוטחים יוצאים מתקופת האכשרה ויוצרים שימושים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: שתי שאלות – מדאיג אותי העניין הזה של תכנית יש עודפים, ואז יציבות, ואז גרעון ואז פותחים עוד תכנית. אז מה שאני רוצה להבין זה מה קורה? זה מזכיר את מה שקורה בחברות ביטוח. איך או מתי תראי את כל העודפים של תכנית? מתי נוכל כל המבוטחים להרוויח מזה? והאם לא קורה, כמו במכבי שלי, שצריך תכנית חדשה? איך את בודקת את זה לאורך השנים?

רויטל: מכבי שלי לא קשורה לגירעונות שהיו במגן זהב. היו עודפים אקטואריים ששמנו בצד. במקרה ובאמת יש גירעונות, היא לוקחת משם. אם זה בקטסטרופה או בגרעון שוטף. אז עשינו תכנית התייעלות. את כל הפרמיות שמכבי שלי לוקחת, מייעדים רק לתכניות שלה ולא לכסות גירעונות של תכנית קודמת. זה נכון שלא יכולנו להוסיף שם שירותים חדשים, בשביל זה יצרנו את התכנית החדשה. ההוצאות עולות פחות או יותר באותו קצב.

דוברות: יש מושג כמה מתוך זה עליה בכמות וכמה עליה במחירים?

רויטל: בוודאי, הוזכר קודם. יש נתונים לגבי כמות תביעות.

דוברות: התשובה היא כזאת – הפרמיות עלו פר קפיטה בשבעה אחוזים.

רויטל: צריך לקחת בחשבון שיש מעברים מרובד ראשון לרובד שני.

דוברות: זה מה שנקרא מנוע צמיחה, ואז מעלים את הרבדים, זו השיטה.

רויטל: כללית פלטינום עלתה פלאים. ב - 2012 מגיעה ל72 אחוז שזה מאוד יפה. ההתחשבות בין 2 הרבדים לא מסודרת כמו שצריך היום, ואתם תראו שזה יתאזן. מה שאני רואה נכון ואופטימלי זה LOSS RATIO של 85 אחוז שזה נראה לי מצוין. יש את אחוז הוצאות הנהלה, תפעול וכלליות מסך כל ההוצאות. בכל קופה עושים את ההתחשבות בצורה קצת שונה. זה נע בסביבות 14-15 אחוז, ואם לוקחים אחוז או שניים רווח זה פחות או יותר סדר הגודל.

ניסים אלון כעס שאנחנו לא נותנים לו להכניס אופטיקה לילדים. הוא רוצה להעלות פרמיה. יש לו עודפים בתכנית, מה פתאום, והוא כעס על זה.

דוברות:למה אין אקטיביזציה להוריד פרמיות?

רויטל: כשקופה באה ורוצה להיטיב עם מבוטחים היא לא רוצה להכריח אותנו להפחית פרמיה, היא מגישה לנו את הבקשה ולא מכריחים אותה. לאומית הגיעה וביקשה להפחית פרמיה. יש מקומות שאני עוד לא יכולה ליזום כזה דבר.

יעל: כללית פלטינום ב - 45 אחוז עודף, נראה לי משהו...

רויטל: כי יש מבוטחים שמשלמים פרמיה והם בתקופת האכשרה, הם לא מנצלים עדיין. זה כמו שקרה במגן זהב. אנשים ישתמשו בביטוח רק כשהם צריכים! עשינו את הפיילוט הזה של ביטול תקופת האכשרה וזה לא הלך.

דוברות: התקופה הזו היא תקופה מזהה כמו כל תקופה אחרת.

דוברות: הוא יכול להיות בתכנית ולא לשלם.

רויטל: לא יכול. חייב לשלם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לגבי הוויכוח של ניסים אלון עם ה – 65 אחוז שזה לא הסיפור של רכישה במחירים נמוכים יותר, אלא גם מה שנאמר, שיש קופות אחרות שיכולות להעמיס על הוצאות השב"ן כמו טופס 17 שהוא לא יכול להעמיס את זה.

דוברות: אני אסביר – לא לכל הקופות יש "אסותא", וזה ההבדל. יש כמה תמריצים להסיט ל"אסותא". ואז מגיעים אליך ומבקשים להעלות את הפרמיות ולהקטין את הגירעונות שלהם. אותה טענה לגבי כללית, אני מקבל.

רויטל: לא מסכימה לגבי כללית. יש לה בתי"ח ציבוריים. הם לא עושים את ההסטות האלה כי זה בסל.

דוברות: אני רוצה את הנתון הכספי, זה הכל. כמה כסף יוצא מהשב"ן לכיסוי טפסי 17.

רויטל: ביקשו ממני לעשות השוואות. אנחנו עובדים על זה. יש דו"ח השוואתי כמותי כספי ויש דו"ח השוואתי איכותי, המודד את האיכות מבחינת היקפים של הכיסוי שניתן. כשניקח את הניתוחים ונפרק אותם, אי אפשר לקחת עד אינסוף אלא רק את השכיחים ביותר, יש 20 כאלה, ונעשה השוואה ביניהם – מתייחסת לשקף. יש מסלול הסדר שב"ח נמצא בהסדר עם הקופה. יש מסלול של ב"ח בהסדר ושל מנתח בהסדר, ויש מסלול שהמנתח לא בהסדר וב"ח בהסדר ומקבלים החזר. נותנת דוגמאות לניתוחים מהשקף – לכל ניתוח יש טווח של השתתפות עצמית. ההשתתפות העצמית משתנה בהתאם למי שמנתח אותך.

דוברות: למה אתם מאפשרים הפחתה משמעותית בהשתתפות בין רובד לרובד? למה אלה שזכאים יקבלו השתתפות עצמית הכי נמוכה שאפשר?

רויטל: זה בעצם מאזניים. אני לא רוצה שההשתתפות תהיה גבוהה מדי כי זה יפגע בהנגשה. מצד שני, שלא תהיה נמוכה מדי כי אז אני מסיטה את כולם לשם. יש עלויות לתכנית וחייבים לעשות את השיקול הזה. אני מעדיפה להשאיר את זה כך. כדי למנוע את ההסטה, בדיוק בגלל זה קבענו רף של מינימום. זה התחיל מחוק ההסדרים ב – 2008, בו ביטלנו את האפשרות בלי השתתפות עצמית. ואז באנו וראינו ועשינו עבודה.

דוברות: אוכלוסיות מוחלשות עושים לעצמם את השב"ן, אבל לא יכולים לממן השתתפויות עצמיות.

רויטל: זה הכל עניין של איזונים ושיווי משקל.

דוברות: תלוי על איזה רובד. אני עוד לא הבנתי למה בפלטינום ההשתתפות העצמית יורדת. זה אותו דבר כמו להגיד שבוא נאפשר ביטוח על כל ההשתתפות העצמית. אני יכולה להבין את העמדה כשרוצים להגביל שימושים.

רויטל: הכנסנו המון נתונים שאתם רוצים, כמות תביעות וכו'. אני אבוא שוב אם תרצו. חשוב לי הצעדים להגברת ההנגשה של המידע.

יעל: אני רוצה לומר שמכל הוועדה הזאת אחד הדברים הראשונים שיצאו זה דו"ח השוואתי, שכל אחד יוכל להבין מה הוא מקבל בשבנ"ים, אז עשינו כבר צעד אדיר. יש תג מחיר – מה הוא מקבל וכמה עולה כל דבר. כרגע אנחנו מודים לך, את מרתקת אותנו כך שזה לא מספיק לנו, ומשאירה תמיד טעם של עוד.