



HERZLIYA
MEDICAL
CENTER

הצגת עמדה

לוועדה הציבורית לבחינת מערכת הבריאות

אוגוסט 2013

ד"ר איתמר עופר

מנכ"ל - הרצליה מדיקל סנטר

ד"ר איתמר עופר

- 8 שנים רופא ילדים בכיר – מרכז שניידר לרפואת ילדים
- 5 שנים – סגן ומ"מ מנהל מרכז שניידר לרפואת ילדים
- 3 שנים – מנהל רפואי מחוז תל אביב – כללית
- 4 שנים – ניהול פרויקט בתי חולים בהודו – אלביט הדמיה
- 2011 ואילך – מנכ"ל הרצליה מדיקל סנטר – HMC
- מומחה ברפואת ילדים
- מומחה במינהל רפואי
- בוגר תכנית קרן ווקסנר למינהל ציבורי

הסרט של החיים



אשפוז בבית חולים

אשפוז בבית חולים

אשפוז בבית חולים

אחריות

קופת החולים

בתי החולים הציבוריים בישראל
שהוקמו ב-100 השנים האחרונות
מספקים רפואה ברמה גבוהה ביותר.
כל בתי החולים אקדמיים
ומסונפים לאוניברסיטאות השונות.
חלק גדול מהמחלקות
מובילות גם ברמת המחקר המתבצע בהן.

אבל – זה הזמן לעצור ולשאול את עצמינו:
האם הם מותאמים לצרכינו הנוכחיים?
לצרכי העתיד הקרוב?
ולטווח הבינוני?

אחת הבעיות המרכזיות למשל היא: תורי ההמתנה לניתוח

סיפור עבודתי כחפא ילדים עצמאי

האם בתיה"ח מוכווני לקוח?
האם הבעיה היא במחסור במשאבים?
האם סדרי עדיפויות נכונים?
האם האזרחים מסכימים?



Newsroom

- > [Upcoming events](#)
- > [Publications and statistics](#)
- > [Secretary-General speeches](#)
- > [Photos and videos](#)
- > [Contact us](#)

Israel: excellent primary health care, but hospitals must improve

[Send](#) [Print](#) [Tweet](#)

14/10/2012 - Israel has world class-primary care services and should now focus efforts on bringing its hospitals up to the same high international standards, according to the [OECD Reviews of Health Care Quality: Israel](#).

While most OECD countries grapple with rising healthcare costs, Israel has maintained tight control – limiting health spending to about 8% of GDP, the eighth lowest across OECD countries – and still offers universal coverage and high-quality primary health care services.

Medical teams in community-based health clinics allow patients access to a broad range of health expertise and support in a one-stop-shop, offering care that helps avoid expensive hospitalisation. For example, though Israel has the same rate of diabetes – 6.5% of the adult population – as many other OECD countries, it has the second lowest rate of hospitalisation for poorly controlled diabetes.

Clinics are held to account through the Quality Indicators in Community Health Care Programme which tracks performance across thirty five key measures. Unlike the United Kingdom, Australia and France that offer financial incentives to providers that meet performance targets, Israel's health plans help clinics by showing them what they are not doing well and how they can improve.

In contrast, there is insufficient public information on the quality of care patients receive when they visit a hospital and no system-wide monitoring to improve the quality of hospital care. Compounding this unsatisfactory situation, co-ordination between primary care and hospitals is poor, with no single electronic data system to track and share patient information.

The [Health Care Quality Review of Israel](#) also flags the persistent inequalities in Israelis' health outcomes and access to healthcare. Israeli-born Jews in urban centres and those able to pay the rising out-of-pocket costs are getting better care, and living longer, than immigrants, Arabs, and poor people.

Pressure on the health care system will continue to rise as medical professionals who emigrated from Russia after the collapse of the Soviet Union reach retirement age, young doctors choose to specialise, the elderly population grows, and the rate of chronic disease rises. To help the Israeli government make prudent reforms to prepare the system for tomorrow, the OECD's report recommends:

- Improving care in hospitals through a quality monitoring programme and by obliging hospitals to develop their own plans to improve the quality of their services.
- Improving co-ordination of care, including through the electronic transfer of patient information

נדרש חיזוק ושיפור
של מערכת האשפוז הציבורית.

האם כסף לבדו הוא הפתרון?

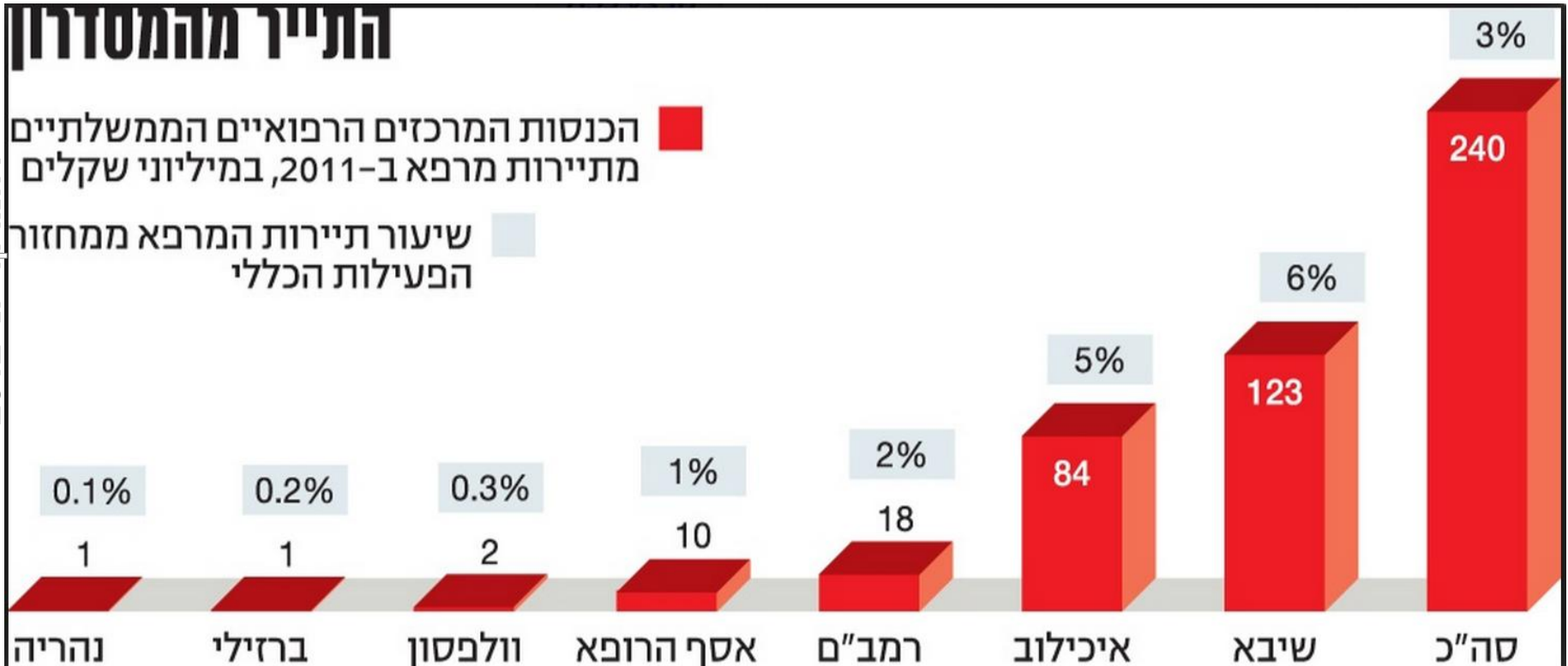
עובדה: בשנים האחרונות נכנסו כל שנה
מאות מיליוני שקלים חדשים
למערכת האשפוז הציבורי מתיירות מרפא.

האם היא התחזקה?
האם היא השתפרה?

התייר מהמסדרון

הכנסות המרכזים הרפואיים הממשלתיים
מתיירות מרפא ב-2011, במיליוני שקלים

שיעור תיירות המרפא ממחזור
הפעילות הכללי



כמה דרכים
להסתכל על
שירות רפואי פרטי
שר"פ
בין כתלי בתי חולים ציבוריים

מדיניות ארוכת טווח של מדינת ישראל

שליטה בהיצע השירותים

שליטה באמצעי הייצור

שליטה במימון

מיטות אשפוז

חדרי ניתוח

קאפ

פקודת בריאות העם 1941

שר"פ

מסקנות:
1. הכלים הבסיסיים
שבשימוש מדינת ישראל
לשליטה בהיצע
השירותים מבוטלים.

2. אובדן שליטה על
ההוצאה הלאומית
והפרטית לבריאות



רופאים בבתי חולים כלליים

מנתחים

לא מנתחים

30-45%

מחלקות
משולבות

מחלקות לא
כירורגיות

כירורגיה כללית, ניתוחי לב-חזה,
אורטופדיה, נירוכירורגיה,
אורולוגיה, פלסטיקה, כלי דם

פנימית, רפואה דחופה, טיפול נמרץ,
ילדים, יולדות, קרדיולוגיה,
גסטרואנטרולוגיה, ריאות,
נפרולוגיה, המטולוגיה, אונקולוגיה,
עור ומין, גריאטריה, אנדוקרינולוגיה,
נירולוגיה, מכון הדימות,
פסיכיאטריה

גינקולוגיה, עיניים, א.א.ג,



Barzily & Co.

Certified Public Accountants

ברזילי ושות', רו"א חשבון

אגף לפיקוח ובקרה
על קופות החולים
ושירותי בריאות נוספים
משרד הבריאות

7. עלויות התביעות העיקריות בקופות

7.1. להלן עלויות התביעות ברוטו בכל קופה לפי נושאים עיקריים, בהשוואה בין הקופות לשנים 2011 ו-2010, באלפי ש"ח:

2011					
סוג הכיסוי	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית	סה"כ
ניתוחים ובחירת מנתח	409,619	435,809	186,837	100,359	1,132,624
תרופות וחיסונים	108,809	58,999	23,187	26,851	217,846
ייעוץ (חוות דעת שנייה)	213,071	69,919	37,600	21,926	342,516
הריון ולידה	109,769	127,916	31,433	23,964	293,082
רפואת שיניים	161,373	61,884	8,453	15,693	247,403
שירותים לילד	48,125	26,479	20,115	5,704	100,423
ניתוחים וחוות דעת בחו"ל	7,569	13,967	3,709	437	25,682

2010					
סוג הכיסוי	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית	סה"כ
ניתוחים ובחירת מנתח	311,816	363,290	129,609	90,126	894,841
תרופות וחיסונים	108,855	51,686	22,807	27,237	210,585
ייעוץ (חוות דעת שנייה)	200,557	70,218	32,143	20,256	323,174
הריון ולידה	78,008	104,296	26,104	20,878	229,286
רפואת שיניים	145,190	80,080	41,503	7,486	274,259
שירותים לילד	43,738	20,827	17,708	5,406	87,679
ניתוחים וחוות דעת בחו"ל	2,333	12,851	4,738	62	19,984

בנוכחות שר"פ

רופאים בבתי חולים כלליים

לא מנתחים

מנתחים

מחלקות
משולבות

מחלקות לא
כירורגיות

30-45%

נשים וילדות, עניים, א.א.ג.

פנימית, רפואה דחופה, טיפול נמרץ,
ילדים, קרדיולוגיה,
גסטרואנטרולוגיה, ריאות,
נפרולוגיה, המטולוגיה, אונקולוגיה,
עור ומין, גריאטריה, אבדוקרטיולוגיה,
מיירולוגיה, מכון הדימות,
פסיכיאטריה

כירורגיה כללית, ניתוחי לב-חזה,
אורטופדיה, טירוכירורגיה,
אורולוגיה, פלסטיקה, כלי דם

1. למעלה מ-2/3 מהרופאים, ב-3/4 מהמחלקות בבתי החולים לא משתתפים למרות שהם עובדים באותו מוסד ציבורי.

2. פערים בין הרופאים השונים. עובדים עשירים ועובדים עניים.

3. החמרה באינפלציה בשכר הרופאים וכל שאר אנשי הצוות.

4. פערים ב"חשיבות" או ה"ערך" של מחלקות מסויימות בעיני ההנהלה

5. הנהלה מושכלת תשקיע בפיתוח של המחלקות שיכולות לייצר עוד שר"פ –
כלומר: סדרי העדיפויות משתנים. לאו דווקא לטובת המטופלים!

מנכ"ל
חברה עסקית

מנהל
בי"ח ציבורי

**השוואה בין מנהלי מחלקות
בבתי"ח ציבוריים
לבין מנהלים בכירים
במגזר העסקי**

**מנהל ביה"ח ללא קביעות
ובחלק מהמקומות בתפקיד
ברוטציה**

**שר"פ = תוספת תגמול
משמעותית ללא קשר
ליעדי הארגון**

מסקנה:

**גם היום קושי ניהולי ניכר.
בנוכחות שר"פ:
החמרה נוספת**

מנהלים בכירים
בהסכמים אישיים

מנהלי מחלקות עם
קביעות

קשר ישיר ואישי בין
תפקוד ועמידה ביעדי
הארגון לבין תגמול

אין קשר בין תפקוד
לתגמול

אחריות מלאה

אחריות רפואית

אחריות אישית לרווח
והפסד

אחריות כללית לעמידה
בתקציב

סדר עדיפויות עסקי
מוכתב על ידי הנהלה

סדרי עדיפויות מגוונים:
אקדמיה, יוקרה, עניין
מקצועי

אופי ואיכות בתי החולים

• בנוכחות שר"פ

- מחוייבות לשיבוץ מנתח לפי "דרישת הקהל"

- ניתוק הקשר בין חומרה ומורכבות לבין מומחיות המבצע

- מעבר הדרגתי למודל של בית חולים כללי, מסחרי, לא אקדמי ובינוני.

תוצאה

• מצב נוכחי

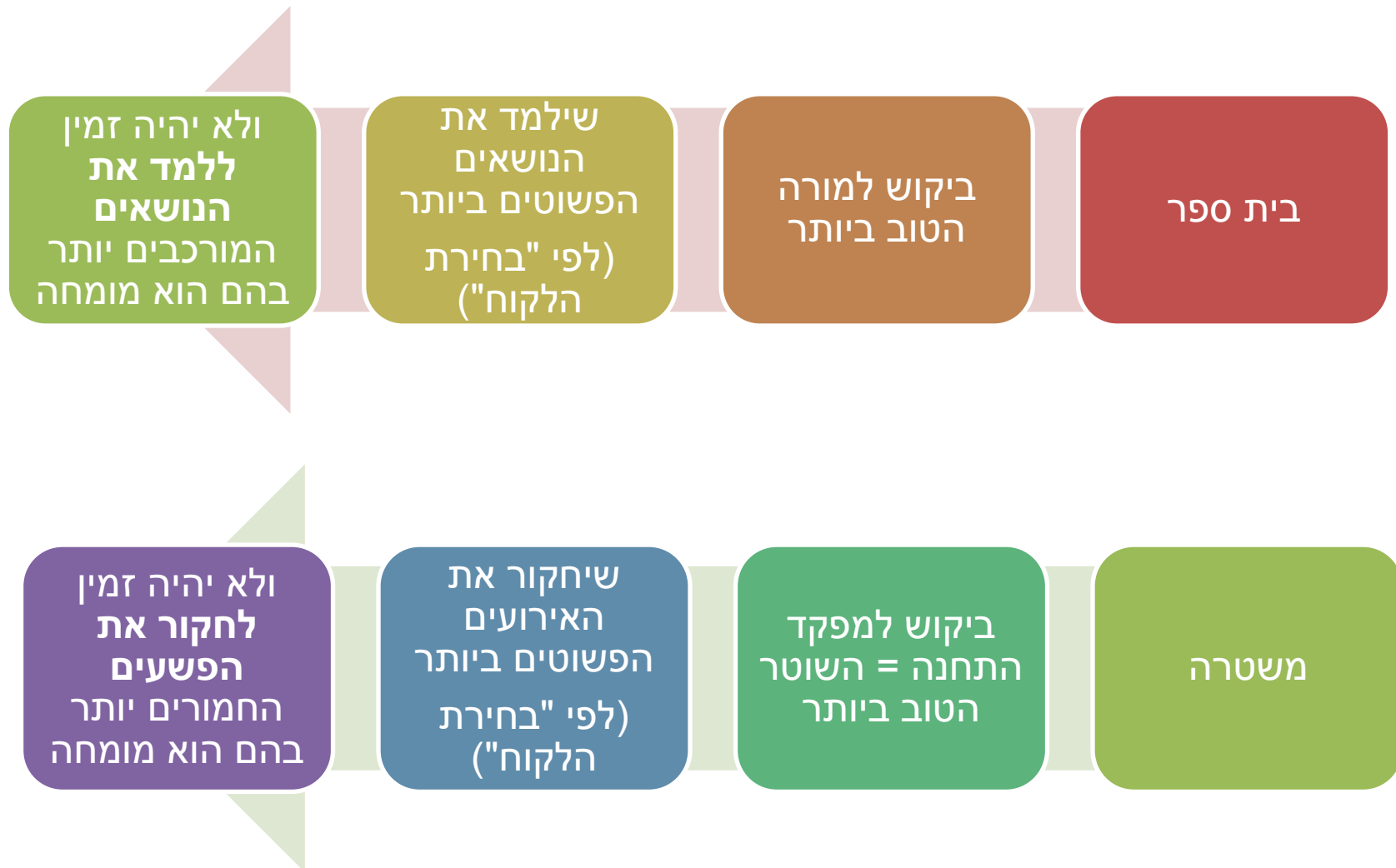
- שיבוץ המנתח לניתוח לפי כישוריו ומומחיותו

- ניתוחים מורכבים – על ידי מומחים
- ניתוחים פשוטים – על ידי צעירים

- בית חולים אקדמי, שקול, מאוזן ומתקדם

תוצאה

בחירת מקצוען בתוך מערכת ציבורית



ואצלינו, במערכת הבריאות:

בית חולים

ביקוש
למנהל
המחלקה =
הרופא הטוב
ביותר

שינתח את
הניתוחים
הפשוטים
ביותר
(לפי "בחירת
הלקוח")

ולא יהיה
זמין לנתח
את
הניתוחים
המורכבים
יותר בהם
הוא מומחה

כמה טענות שכיחות

ניתוחים שכיחים הנדרשים לצורך התמחות
בורחים מבתיה"ח הציבוריים

- בנוכחות שר"פ - יותר ניתוחים כאלו יבוצעו על ידי המומחים וללא לימוד והתנסות מתמחים.

שר"פ מהווה פתרון למצוקה התקציבית של
בתיה"ח הציבוריים

- הכנסות חדשות של מאות מיליוני שקלים "ירדימו" את המערכת וימנעו כל סיכוי להתייעלות נדרשת

רופאים בכירים יישארו עד שעות מאוחרות בין
כתלי ביה"ח

- נכון לגבי מיעוט קטן כל יום וגם הוא יימצא בתוך חדרי הניתוח

כמה טענות שכיחות

הרופאים הבכירים עברו את כל ההכשרה
בביה"ח הציבורי וכעת נהנים בפרטי

- בתקופה בה הרופאים הוכשרו – הם אלו שטיפלו בחולים
בביה"ח הציבורי

השירות הזה לזה שבביה"ח הפרטי

- השירות בשר"פ **נחות משמעותית**: המנתח הוא אותו המנתח
אך יתר הטיפול לפני ואחרי הוא ללא אחריות אישית וטיפול אישי
אלא טיפול בבי"ח ציבורי-אוניברסיטאי מכובד.

המטופלים האחרים בביה"ח הכללי לא יפגעו

- המטופל ה"רגיל" יהיה באופן אוטומטי משני בעדיפויות. סוג של
מטופל Medicaid **מה קורה היום ב"מיילדות אישית"?**

מסקנות

- שר"פ יפגע במטרות מערכת הבריאות:
 - לשמור על הצביון הציבורי של בתיה"ח הציבוריים
 - למנוע פריצה לא נשלטת של ההוצאה הפרטית וכתוצאה מכך ההוצאה הלאומית לבריאות
 - להשאיר לרופאים המעוניינים בכך פתח לפרנסה נוספת, תוך שימורם במערכת הציבורית
 - לאפשר התאמה של פעילות בתיה"ח הציבוריים וניהולם למשימה שלהם במאה ה-21 וליעל אותם.

אז אם שר"פ אינו הפתרון,
מה ניתן לעשות?

מנהיגות ויצירתיות

- להתאים שירותי בתי"ח לצרכי הלקוחות – קרי: קופות החולים. (סיפור ימי האשפוז במחוז תל אביב).
 - מדידה, מדידה, מדידה.
 - להגדיר את מקום האקדמיה בכל מחלקה, היקף ותמחור. מדידת הישגים אקדמיים שוטפת וחיבורם ליעדי ביה"ח (כנגזרת של יעדי מערכת הבריאות).
 - **לשנות את שיטת ניהול המחלקות בבתי החולים הציבוריים.** (סיפור מנהל המחלקה החדש)
 - להגדיר אחריות מלאה וסמכות מלאה למנהלי המחלקות.
 - לבטל את הקביעות בניהול מחלקה ולעבור לקדנציות.
 - להבנות ניהול תפעולי למחלקות הגדולות או לקבוצות של מחלקות קטנות.
- בקהילה זה כבר עובד**

טיפול יצירתי ואמיץ,
במערכת האשפוז הציבורי,
יוביל לשיפור הטיפול במטופלים,
להתייעלות, לשימוש מושכל במשאבי
הציבור ובעיקר –
להתאמה לצרכים המתחדשים.