



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן 4/7/13

דוברות: הוועדה של ברלוביץ' יצאה לדרך. יוליה איתן ביקשה לשחרר אותה מלהופיע בקביעות בוועדה זו, במידת הצורך תופיע או תשלח נציג מטעמה.

דורון: עו"ד טלי שטיין ממשרד היועץ המשפטי לממשלה מצטרפת כמשקיפה לוועדה.

דוברות: ביטוחים - האם לא תהיה כפילות עם שאר הוועדות?

יעל: כל וועדות המשנה קשורות, לפעמים תהיינה סתירות ביניהן, אך הן יעשו את עבודתן ויגישו המלצות לוועדה. אנחנו במליאה אלה שקובעים, וועדות המשנה הוקמו כדי לחסוך בזמן ובכל אחת מהן נדרשת השקעת זמן רב, התמקצעות וחקירת דברים.

דוברות: כוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית - האם חלוקת העוגה נכונה?

יעל: המליאה תדון במקורות - ציבורי ופרטי וגם בשימושים. לב העניין - חיזוק הבריאות הציבורית. הדיונים עד כה מהווים הזדמנות להרחבת בסיס הידע והעלאת רעיונות מגוונים. חובה לדון, בין השאר, בעירוב הפרטי והציבורי.

דוברות: יש אנשים שחושבים ששב"ן, שר"פ וביטוחים פרטיים אינם המקור לחיזוק המערכת, ויש ערוצים נוספים.

יעל: נדון פה בהכל, חייבים לקבל נתונים על הכל וכך ניתן את הדעת לגבי הנושאים של וועדות המשנה. לא ניכנס לרזולוציה נמוכה מאד כגון: מיטות בבתי חולים, זיהומים, קהילה ובתי חולים, מלר"דים. נשמע, אך לא נכנס לדיון מעמיק. נשאל איזו רפואה אנו רוצים לראות כאן בעתיד. כל רעיון שייזרק פה יישמע, גם שר"פ וגם מקורות הגז וכו'.

דוברות: נוצר בלבול מסוים בין אמצעים לבין מטרה. צריך לשאול מדוע אנשים הולכים לפרטי, מהו חיזוק הרפואה הציבורית?

יעל: לא רוצה להגיע מהסוף להתחלה. יש אנשים עם דעות מגובשות לגבי הנושא, ואנחנו נבדוק ונדון בהן, ולשם כך אנחנו מרחיבים את בסיס הידע שלנו, ובמידת הצורך ניזום גם מחקרים. אני מאמינה שנמצא פתרון שיהיה מקובל על כולנו או לפחות על רובנו.

דוברות: יש חששות מהוועדה, יחד עם זה אני מרוצה. יש חומר טוב גם בדיונים וגם במצגות ומתחילה להיווצר פתיחות. צריך פחות לפחד מהעובדה שמהו יקרה, ולא לשים יותר מדי הגנות. צריך שכל אחד יעלה רעיונות והצעות ויתקיים סיעור מוחות.

דוברות: זו הזדמנות לבחון private-public mix. כן שר"פ, כן תאגוד, שב"ן, לא שב"ן. צריך לדון בכל הנושאים ולהגיע להמלצות יישומיות ואופרטיביות.

דוברות: אפשר להגיע לחיזוק על ידי התייעלות או על ידי תוספת משאבים, אשר יכולה להגיע מהציבורי דרך העלאת תעריפים, או מהפרטי. איך מייעלים את המערכת ומהיכן מביאים עוד משאבים? מחייב לשמוע דעות שונות. צריך להגדיר היכן יש לייעל ומה החסמים, קשה שלא להתייחס לתשתיות.

דוברות: האם לא יהיה נכון יותר להחליט על נושא וועדות המשנה מאוחר יותר?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אמון הציבור במערכת הבריאות הוא נושא מאד מהותי, צריך לטפל בבעיות אקוטיות כמו תורים וכ"א בטווח המיידי, על מנת להחזיר את אמון הציבור.

יעל: הכל פתוח לדיון-לא נתפזר. יש מי שגיבש דעתו ויש מי שלא, ואני ביניהם. אני משאירה תמיד מקום לעוד אפשרויות. לא נטפל במסגרת הוועדה באמון הציבור.

דוברות: כוועדה אנחנו מוגבלים בזמן, ואפשר אולי לנסות תרגיל שבו כל אחד מחברי הוועדה יציין את עשרת הנושאים עליהם צריך לדון כבעיות במערכת.

יעל: אחרי שנעשה סבב של מציגים מהקהילה, ניתן יהיה לעשות זאת. אנחנו לא הוועדה הראשונה, היו אמוראי, נתניהו ועוד. נראה כאילו גלגל לעולם חוזר, אך למעשה דבר אינו משתנה. מאז החו"ד של אליקים רובינשטיין ועד היום לא נעשה דבר בנושא, וזו אחת הסיבות שמצאתי צורך להקים את הוועדה. עלינו לגעת בנושא החלוקה וביחס בין הרפואה הפרטית והציבורית, ואיך ניתן לחזק את הציבורית.

דוברות: אני מציע לדחות את הקמת וועדות המשנה.

דוברות: כולם בעד דחיית שתי הוועדות לנושא תיירות המרפא ונושא הביטוחים הפרטיים. וועדת ברלוביץ' בנושא ריבוי הכובעים, בהקשר לבעלות על בתי חולים - תצא לדרך.

דוברות: מנהלי שב"נים מאד לחוצים, כל נושא הביטוחים לחוץ.

יעל: לא להילחץ. יבואו לדיונים וידברו.

דוברות: מערכת שפועלת באי וודאות - זה לא טוב.

יעל: חייבים להיות בועה סגורה. אחרת לא נוכל לקבל החלטות טובות, אנחנו נתונים ללחצים רבים. לא ניתן ללחצים להיכנס לחדר הזה. אל תתייחסו לכתבות מגמתיות, בואו נשאיר את החדר הזה סטירילי מלחצים. אני מבקשת להעביר את מתווה וועדת ברלוביץ' לחברי המליאה.

דוברות: חשוב לברר סוגיות מחקריות ולהרחיב את בסיס הנתונים שלנו. ניתן להיעזר בעוזר מחקר לזירוז התהליך ולהכנת תשתית מידע, כדי שנגיע לוועדה מוכנים.

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' מאיר אורן - מנהל בי"ח הילל יפה. מציג מצגת (מצורף בקובץ PDF).**

דוברות: מה בדיוק הבעיה במערכת?

פרופ' אורן: לדוגמא, יחידת תפוקה בבי"ח ציבורי זולה יותר מבבי"ח פרטי, לדוגמא מדיקל סנטר. המבוטח מביא את הדלתא ומשלם אותה לבי"ח הפרטי. הרופא עושה את השיקול, כיוון שהוא מקבל תמורה פר-פעולה, מה שמניע אותו להפנות את החולה לבי"ח פרטי. האפשרות לבחור את נותן השרות מפלה את בתי החולים הציבוריים.

קבלתי על פי חוק כנגד שרותי בריאות כללית עם בקשה להפעלת סמכויות ע"י משרד הבריאות. עשיתי זאת לאחר מחשבה מעמיקה והתלבטות, ובידיעה שזה קרב כשל דוד וגוליית. המשבר במערכת הממשלתית מורגש בעיקר בבתי החולים הממשלתיים הקטנים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

בי"ח צריך לשרת את לקוחותיו בסטנדרט הגבוה ביותר, אך עקב מחסור במשאבים מתפשרים על חשבון תשתיות, איכות כ"א וכו'. לפשרה יש מחיר באיכות השרות הרפואי, בשחיקה, בהיעדרות אחיות, בטיפול לא בזמן, בבחירה של סטודנטים במחלקות קלות יותר להתמחות. מרבית הרופאים זולגים לרפואה הפרטית ואני לא יכול להתחרות בשכר שהם מקבלים. אין מנוס מהגדלת מקורות ציבוריים. אי אפשר לבנות על גיוס תרומות, בוודאי לא בבתי החולים הקטנים. הרגולטור "מפיל הנחיות" כגון סל מזון לחולה, חדרים נפרדים למניעת זיהומים - שלא ניתן לעמוד בהן.

דוברות: האם מדובר על יוזמות שיצאו לפני החקיקה?

פרופ' אורן: היה בעבר רק ביטוח אחד – "דיקלה", ואנחנו ניסחנו והבאנו לדיון את נושא "החיוב הנוסף" שהפך למשלים וכיום לשב"ן.

פרופ' אורן: בהקשר לתיירות מרפא - אני נגד. כשהייתי מנכ"ל משרד הבריאות מינתי וועדה חיצונית שבדקה אירוע שחייל לא קיבל טיפול עקב העדפת חולה מקפריסין. אני לא מאמין שלא תהיה פגיעה באזרחי ישראל ברגע שתושבים חיצוניים יצטרכו לקבל שירותים שצריך לקבל האזרח. הרופאים מקבלים נתח מהתעריף המקסימאלי וצריך לנטרל את זה.

דוברות: שר"ן - אם היו נותנים עוד חצי אחוז היה בו צורך? מה שציננת כבעיות בתיירות מרפא הן לא אותן בעיות שיש בשר"ן?

דוברות: האם אתה יכול להציע קונספט שבתוך ביה"ח תתאפשר בחירה? האם יש חלוקה הוגנת בין המומחים לפחות מומחים? מה אחוז המטופלים שיכולים לממש בחירת רופא בתשלום?

פרופ' אורן: העיקרון אומר שזה שאין לך כסף, לא תגיע למומחה. יש הבדל תהומי בין שר"ן לשר"פ. אני מעדיף שתהיה הפרדה בין הציבורי לפרטי (מבנה נפרד לבי"ח פרטי ולבי"ח ציבורי), מנגנונים נפרדים וכו' ושהציבור לא יפגע. אך, המציאות הכלכלית אינה מאפשרת זאת. הרע במיעוטו הוא לאפשר את השר"ן עם הסדרה ברורה ברמה הפרקטית מול החולה.

דוברות: הרופא לא מדלג על מיטות כי הם לא שילמו או כי הוא לא מכיר אותם?

פרופ' אורן: השר"פ הוא שירות פרטי, הפוזיציה הקיצונית בו היא בחירת נותן השירות. כולנו רוצים לקבל שירות ממוכר וידוע. לעניין החצי אחוז - לא הייתי מתמקח. לשר"ן יש ערך מעבר לתקציב.

דוברות: תחדד את ההבדל בין שר"ן לשר"פ.

פרופ' אורן: שר"פ בכמה רבדים - ברמת המלונאות - לא צריך. ברמה הרפואית - החולה בוחר את נותן השירות. מזמין תור בשר"פ, מתקבל בזמן סביר ואם לא - אתה נזרק לעוד שנה וחצי. בשר"ן - בהיבט של ביצוע ולא מבחינת התור.

יעל: האם שר"ן זה שירות של בחירת רופא עם בקרת ביה"ח, לעניין התור?

פרופ' אורן: אני מוכן לקבל על עצמי ועל אחריותי את ההתנהלות הערכית לעניין חלוקת הזמן. המטרה היא להשאיר את הרופאים במערכת ושלא יעברו למערכת הפרטית, וכסף ציבורי נוסף יספק וזה לא משנה אם הכסף יבוא מהביטוח המשלים או מקופה אחרת, ויהיה ממה לשמר את הרופא וגם להשקיע בתשתיות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**** מציג שני בפני הוועדה: עדי ברנדר, חטיבת המחקר של בנק ישראל. שירותי הרפואה בישראל - מבט על ההוצאה**

הפרטית. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWER POINT).

עדי: פנסיית החובה - אחד הלקחים זה "אם זה לא שבור אל תתקן את זה". מערכת הבריאות בעיקרה טובה, לא להרוס כדי להשיג מטרות שרק נראות לא טובות. ההוצאה הפרטית היא אינדיקציה להיחלשות המערכת בעשור האחרון. המערכת עולה פחות, ועדיין התוצאות טובות. הפער בינינו למדינות המתפתחות נשאר קבוע, אך אנחנו במצב טוב. שביעות הרצון של הציבור מהשירות בקופות החולים גבוהה מאוד. המערכת טובה כי האנשים מוציאים הרבה באופן פרטי גם בהשוואה לאחרים.

דוברות: אנשים לא מוציאים יותר על בריאות מאשר הוציאו בעבר.

דוברות: רופאים – גם פרטיים וכן"ל לגבי תרופות - גם בסל?

עדי: כן, כמעט כל מי שיש לו ביטוח פרטי יש לו גם שב"ן. טבלת סעיפי ההוצאה - לא הייתה הסטה, להיפך, לא רואים הוצאה פרטית על דברים אופציונליים ברמה מוגזמת.

דוברות: איזה שירותי בריאות קונים בפרטי?

יעל: לא ברור עד כמה שיפור במערכת הציבורית יבוא על חשבון הפרטית.

עדי: יש הרבה שרוצים להגיע למנתח הכי טוב, דוגמא בשר"פ ב"הדסה" - בעבר הגעתי ושילמתי 500 ₪, וכיום אם אלך לאותו רופא אשלם 1,200 ₪ ושהביטוח הפרטי יחזיר לי 700 ₪. עדיין שילמתי רק 500 ₪ אבל שילמתי גם פרמיה לביטוח.

דוברות: ברגע שנבין מה גורם לציבור לפנות לפרטי, אז נדע אולי איך להחזיר את הציבור למערכת הציבורית.

דוברות: בדיוני התקציב בכנסת עולה הטענה - "אנחנו אפילו לא יודעים". חשוב לבדוק את כל הנתונים לעומק, לברר סוגיות.

דוברות: ככל שיש יתירות במערכת, כך תיחלש הזליגה למערכת פרטית. חשוב לבדוק מי שולט בהיצע. היצע ללא פיקוח פותח פתח לזליגה. יש כאן סיכון-ככל שיש יותר פיקוח, מצמצמים את הזליגה ואז הכדאיות פוחתת והמערכת הסגורה תחפש פתרונות אחרים, כמו חס וחלילה שוחד וכו'.

דוברות: מקביל, נפרד לגמרי, או משולב?

עדי: מערכת פרטית חיצונית למערכת שמעוצבת נכון, תחליש את הזליגה.

דוברות: הגדלת ההיצע: היצע מייצר ביקוש. לא רק האחיות עושות חלק, גם כשל השוק עצמו מראה שלא בהכרח הגדלת ההיצע תעזור.

דוברות: הגדלת היצע הרופאים יאפשר להגדיל את המערכת בשכר נמוך יותר.

דוברות: איפה נקודת החוזק והחולשה של המערכת? איפה אפשר/אי אפשר לחסום?



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל: איך ניתן לבדוק אמפירית?

עדי: יש התחלות של עבודות מחקר שנעשות על מערכת השר"פ ב"הדסה", אבל אי אפשר ללמוד מכך על מה שיקרה, כי בכל זאת יש שוני רב בין ירושלים לערים אחרות.

דוברות: האם יש תחזית של איך העלייה של שנות ה-90 השפיעה על הרפואה?

עדי: אין ניתוח כזה, אך מה שאנחנו יודעים זה שהיציאה של הרופאים היא לכיוון הקהילה, ולכן זה ישפיע פחות על בתי החולים. חשוב לכוון חלק ניכר מההשקעה לשימור הרפואה בקהילה, שזו נקודת חוזק.

דוברות: לבנות "חומות סיניות" לעניין ריבוי הכובעים וההפרדה תעשה רק טוב, יש גם ריבוי כובעים בהסתדרות הרפואית.

דוברות: האם נבדק מי מוציא את הכסף, ולא על מה מוציאים? באיזה עשירונים ההוצאה הפרטית?

עדי: יש בדיקות לכך – ל - 80 אחוז יש שב"ן וזה כבר למעשה מס.

דוברות: בנקודת המוצא ב - 95 אחוז שיעור ההוצאה הפרטית הוא ענק, וההוצאה מבטאת את תפיסת הציבור, לא רק בשימושים אלא גם בצד המשלם. מימון פרטי בהגדרה, ככל שהוא גדול יותר כך גדלה הרגסיביות של התשלום. העלייה שהייתה בין 1995 ל - 2000 מעניינת. כיום 13 שנה אחרי, ישנה דינמיקה והתוצאות מראות שהמערכת מספקת שירות טוב. ההוצאה על ביטוחים משלימים היא הגדולה ביותר.

יעל: אתה טוען שלא הייתה עליה משמעותית בהוצאה לביטוחים?

עדי: חלק מההוצאה הביטוחית היא ממה שבעבר אדם שילם לרופא, והיום הוא משלם לביטוח. העבודה של נבון וטשרניחובסקי מאששת זאת.

יעל: אני מבקשת לראות את העבודה שלהם.

דוברות: באיזו מידה ניתן לייחס את הגידול בהוצאה לעלייה ברמת החיים, האם כל הגידול הוא תגובה לשחיקת המערכת הציבורית, והאם ניתן לפצות ולספק שחיקה זו? החברה האזרחית "באטרף" לעשיית ביטוחים. על מה מוצא הכסף לבריאות? נתונים יש רק על שב"ן ולא על הפרטי. גם אחרי שנבין למה היה גידול בהוצאה בפרטיים, נצטרך לבדוק מה זה עשה למערכת הציבורית.

דוברות: האם להערכתך תוספת של חצי אחוז תשפיע על ההוצאה הפרטית לביטוחים?

עדי: הממשלה קובעת סדרי עדיפויות וכשאתה מגדיל, צריך לשאול מהיכן, ממיסים? וגם אם יינתן יותר, מי מבטיח שזה ילך לאן שאנחנו רוצים? המקום שאולי זה יעזור לצמצום ההוצאה הפרטית זה בשכבות החלשות.

**** מציג שלישי בפני הוועדה: פרופ' שלמה נוי - מנהל ביה"ח השיקומי שיב"אוסמנכ"ל למחקר. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

.(POWER POINT

פרופ' נוי: למערכת הבריאות תפקיד הן בתעשייה והן במערכת הציבורית. לפני 12 שנה שונתה החשיבה, נפתחו מרכזים למחקר סביב נושא ולא סביב דיסציפלינה, מתוך הבנה שניתן להביא מהמחקר הבסיסי תרופה לחולה. מערך מחקר שיש בו תשתיות בעלות שירותים רפואיים. הקמפוס ידידותי, הגענו להבנה עם האוצר על תגמול המתמחים שלנו. חלק מהמוטיבציה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

היא ללמוד איך להפיק תרופה מההתחלה ועד הסוף. פיתחנו, לדוגמא, נוגדן למלנומה. יש לנו 80 פטנטים רשומים. להבנת, חלק מהאפשרויות לחיזוק המערכת היא ההשקעה במחקר. המחקר בשיב"א עוזר לטיפול.

דוברות: האם אתה יכול לתעדף תרומות? מה יקרה אם המדינה תעביר לך תקציבים?

פרופ' נוי: לא, זו החלטה של התורם. תימרוץ המחקר והפיתוח יעזור ללא ספק. מה שרואים היום בשטח זה תוצר של ההשקעה מלפני שנים, ואם לא נשקיע היום אז המצב יחמיר והציבורי יהיה המינימום והכמעט לא קיים, לצד הפרטי החי והמשגשג. אין סיכוי שבארץ תהיה השקעה בבי"ח ציבורי כפי הנדרש.

גישת האוצר בין 2000 ל- 2005 הייתה רק שירות ולא מחקר. ב- 2005 השתכנע האוצר כי רופא העושה מחקר מעודכן יותר, והכיר בכך שמחקר הוא חלק מהעבודה, אבל - ללא תימרוץ. ב- 2010 הושגה הסכמה למנגנון תיגמוללתימרוץ חוקרים. כיום האוצר חושב שזה מצוין לתעשייה ולכל הנוגעים בדבר. היכולת שלנו להסתמך על תרומות הולכת וקטנה, ומכאן שהיכולת שלנו לעסוק בפיתוח קטנה.

רפואה פרטית - יש לנו היום מערכות מחשוב שמאפשרות מעקב ומידע על כל רופא וכל ניתוח וזה יהיה הכלי למניעת ההסטה לפרטי. בשיב"א לא מאפשרים ססיה בניתוחי לב אחר הצהריים אם לא בוצעו 2 ניתוחים באותו יום. האפשרות להסטה לא קיימת. הבעיה ב"הדסה" היא שהכללים שנקבעו אחרים. דווקא בקהילה אין פיקוח ובקרה, וצורת התיגמול מגדילה את הביקוש (לפי נקודות).

בהשוואה רב מדינתית (who) נמצא, שצרפת היא המדינה מס' 1 בשוויוניות, נגישות ויעילות. בצרפת המערכת היא ציבורית עם שר"פ, והיא שוויונית. שם ההבדל הוא בבחירת הרופא בלבד, ומחירי השר"פ מפוקחים. הרפואה השחורה נוצרה כי הרפואה הציבורית הייתה ה- 100%, וזו הייתה גזירה שהציבור לא עמד בה והשוחד נתפס כלגיטימי.

לועדה יש אחריות לקבוע מה יהיה לכולנו בעוד מס' שנים, והדילמה היא בין רע לרע יותר. האתגר הוא להחליט איך לעשות מערכת צודקת יותר חברתית, ואיך מחלקים את המשאבים נכון יותר.

דוברות: רופאים וחולים יעדיפו בכל מקרה להיות מנותחים/לנתח אם השכר יהיה גבוה יותר?

פרופ' נוי: נעשה מחקר על רופאים, ומאחר והם יודעים לכמת את זמן ההמתנה, הנסיעה, הצוות הלא מוכר וכו', הם יעדיפו להישאר בשיב"א. יוותרו על 20-30 אחוז לדעת.

דוברות: שב"ן/שר"פ - רק לבחירת המנתח? והיחס לאחר?

פרופ' נוי: כן, היחס יהיה זהה - ניתן לכוון התנהגות בעזרת המנגנונים הנכונים.

דוברות: הרופאים יישארו לכל היום?מה המחיר לכך שכיום הם לא נשארים?

פרופ' נוי: אין מי שינתח! בעיקר - המחסור הוא באחיות ומרדימים שנמצאים ברפואה הפרטית! המודל הוא לא רק מחיר וכמות אלא יש כאן מרכיב נוסף - הרופא המסוים שנבחר.

דוברות: האחות בססיה, יהיה צורך להעלות את שכרה כדי שלא תלך לפרטי?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' נוי: השב"ן הוא המקור לייצר את השינוי בנקודת האיזון במחיר נמוך יותר. במודל הצרפתי הם מממנים את 5% הסוציו-אקונומיים הנמוכים. יש לי עניין לתת שרות מעולה - אחרת לא אשרוד כי לא יגיעו אלי חולים! הפיקוח הוא אינטרס שלי!

יעל: תודה על הדברים המאלפים והמצגת הטובה.

**** מציג רביעי בפני הוועדה: דר' בני דוידזון, מנהל בי"ח אסף הרופא. מציג מצגת (מצורף בקובץ PDF).**

דיון פנימי-

יעל: נדרש לעשות מיפוי של הבעיות וזאת נעשה לאחר פרק ההצגות בפני המליאה. יש להנחות את המציגים שיתייחסו לבעיות העיקריות במערכת הבריאות כיום, לדעתם. נקצה זמן לדון בדברים ששמענו בסיום כל ישיבה. נלך מכיוון ניתוח הבעיות לאמצעים. מחסור ברופאים/אחיות מחייב מדידת תפוקות ותשומות וננסה לקבל נתונים מהמשרד.