



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת גרמן - 22/8/13

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' אלכסנדר (אליק) אבירם – המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.**

פרופ' אבירם: פותח בהצגת קורות חייו. לאחר העבודה בתחום הרפואי עברתי לניהול, והתמחיתי בניהול רפואי. בשנים 1987-1996 ניהלתי את ביה"ח אסותא כחברה ציבורית, בי"ח פרטי. בשנים 1996-2002 כיהנתי כמנהל הרפואי של מכבי שירותי בריאות. כיום אני המנהל המדעי של המכון הלאומי. מניסיוני הרב יש לי נקודת מבט מאוד רחבה על כלל היבטי המערכת הרפואית. אידיאולוגית, אני סבור שהרפואה חייבת להיות 90 אחוז ציבורית. להבנתי, המערכת לא קורסת, הן מבחינה מקצועית והן מבחינת יעילותה. ולראייה, שליחים רבים מחו"ל באים ללמוד על המצוינות שלנו, וזאת מכיוון שהבסיס האתי/האידיאולוגי הוא המוביל אותנו. בנוסף, רוב נותני השירותים היו שכירים ולא הייתה להם אפשרות להתמחות ברפואה הפרטית.

הכנסת השר"פ לבתיה"ח – גורם הסכנה הראשון. אתית – קרי חוסר שוויון/הפליה נוגדים את עקרון חופש הבחירה, וניתן לסבול סטייה קלה בלבד כי תמיד יהיו בעלי אמצעים. הפליה בתוך מתן השירותים הנה בלתי נסבלת, וכל "סיפור" שניתן למנוע אותה אינו נכון. תמיד יהיה "החולה של הפרופסור", החל מבדיקות וכלה ביחס לאורחיו של החולה. הקדמת התורים – הסברה שהניהול באמצעות המחשב יעשה זאת – לא יעבוד! שום דבר לא עזר גם כשהיה פיקוח על השר"פ בהדסה. הדסה הצטיינה בתרבות ארגונית ומשמעת, וגם שם העשרה אחוז של השר"פ כבר מזמן לא קיים.

סכנה שנייה ברפואה הפרטית – התערבות רפואית (over-doing) מיותרת וחסרת תוחלת, שיש הוכחה שאינה מועילה ואולי אף מזיקה. ההערכה היא שזה מגיע עד ל – 30 אחוז. זה קיים גם ברמה של הרופא הבודד וגם ברפואה הציבורית כי כשהפרופסור מחליט - המתמחה לא יסתור אותו. מה שראיתי באסותא גרם לי לכאב לב, ופעלתי להפסיק את הרפואה המיותרת. יש שני תחומים שבהם יש התערבות לא אובייקטיבית, קרי שמסתמכת על תלויות החולה, כאבי גב ופרוסטטה. וישנן פעולות שאין בהן חומר פתולוגי כמו צנתורים, יש מספר מחריד של ביצועי צנתורים.

פרופ' קובי גלזר: יש גם טיפולים חסרים, הצד השני של המטבע?

פרופ' אבירם: זו בעיה מערכתית של מערך תמריצים ומערך התמחור שאינם קשורים למציאות. אך זה בשוליים לעומת הביצוע העודף והמיותר.

עו"ד עדי ניב-יגודה: בקרת עמיתים?

פרופ' אבירם: כל עוד המערכת ציבורית - זה יעבוד. בפרטית – אף אחד לא מעז להגיד משהו על "החולה של הפרופסור".



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

תומכי השר"פ ממזערים בהיקפו, אך האמת היא אחרת. התרת השר"פ תביא לכך שישאלו את החולה "איזה ביטוח יש לך?", ורק אחר כך ישאלו אותו "מה כואב לך?". תפריט הטיפול יהיה בהתאם לרמת הביטוח של החולה. החולה יבחר מתוך התפריט, וירגיש שהוא בוחר ויהיה מרוצה שאינו משלם. התוצאה – הפערים רק יגדלו, ואם היום המצב לא טוב, זה רק ילך ויחמיר, הן בהוצאה הפרטית לבריאות והן בפער. הממוצע אולי יראה טוב, אך השונות תהיה איומה.

זה לא חדש שהכוכבים והמוחות הטובים יצאו לרפואה הפרטית. זה היה, וזה לא ישתנה. גם היום הם חותמים נוכחות באמצעות הסלולר כשהם כבר מחוץ לבי"ח. הטענה של מנהלי בתי"ח היא שהם יכולים לפקח, אינה נתמכת הן ברצון והן ביכולת שלהם. מדברים על כך שהם עוזבים את המערכת הציבורית, אבל המציאות הפוכה – הם לא עוזבים באופן מלא, והם נשארים בשביל האגו והפרסום, וגם בשביל הקידום. אני מכיר כאלה שעזבו ונפגעו מאוד. הדרך לבסס פרקטיקה פרטית קשורה למערכת הציבורית ולקופות החולים.

השפעות הרוחב של שכר הרופאים – זו פשוט סחיטה להגיד "לא אעשה אם לא ישלמו לי", זו כניעה לסקטור כמו שנכנעו לאלון חסן בנמל אשדוד. בהדסה, למיטב זכרוני, חלק מהכנסות השר"פ הלכו למקצועות התומכים במנתחים. הבוקר שמעתי את יו"ר הוועד שלהם בהדסה מדבר בתכנית של קרן נויבך על כך. כולם צריכים להיות בשר"פ, כשהתורים בלתי נסבלים, ושהם ידרשו את חלקם מהכנסת השר"פ לבתי"ח. לדעתי, הכנסת השר"פ לבתי"ח תפתח את זה לסקטורים נוספים לא רפואיים כמו המשטרה, שירותי הכבאות.

פרופ' קובי גלזר: באוניברסיטאות זה לא קרה, לא הייתה "השפעת דומינו".

פרופ' אבירם: זה לא מפורסם, וכשלא יודעים אין "אפקט דומינו".

פרופ' קובי גלזר: במאבק הרופאים הגדול, ניתנו תוספות לרופאים ולא ניתנו תוספות לעובדי המנהל והאחיות.

שירה גרינברג: הסכם האחיות נבע בעיקר מהישגיהם של הרופאים. זה קורה גם במשא ומתן עם המורים. כולם מסתכלים לצדדים.

פרופ' אבירם: המצב כיום טוב יחסית, אבל הכיוון הכללי נראה לא טוב ויש סיבה לדאגה. האוכלוסייה מתבגרת והצרכים עולים ונדרש לעשות מספר צעדים מהותיים. הפרדת רשויות הבריאות - המצב היום בא לידי ביטוי במחדל ובמעשה. המשרד דואג לבתי"ח שלו, ולדעתי צריך שכל בתי"ח יעברו לקופות החולים. ההצעה הקיימת במשרד – להקים מינהל בתי"ח – לא טובה, זו תוספת של שכבת ניהול. לעומת זאת, קופות החולים הן סוכני הביצוע והן יעשו זאת טוב.

דר' עזיז דראושה: יהיה מצב שלקופת חולים יהיה גם בי"ח ציבורי וגם בי"ח פרטי?

פרופ' אבירם: בעיני אסותא הוא לא פרטי, הוא היה פרטי. אתם יודעים שאפילו את מחירי הפרוצדורה לעתים, הם קבעו בדיעבד.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אני רוצה לדבר על הרפואה הראשונית. רופאי המשפחה הם בעלי השפעה מכרעת. צריך להוריד מכיוון בתי"ח לכיוון הקהילה ומהמשפחה והרפואה המונעת. צריך להשקיע ולשים דגש ניכר על הקהילה.

פרופ' קובי גלזר: למה הקופות לא עושות זאת כיום ומחזקות את הקהילה?

פרופ' אבירם: זה לא אינטרס שלהן היום. הן עסוקות במשיכה של לקוחות אליהן, ומנהלי בתי"ח החולים עסוקים בהכנסות שאינן קשורות לרפואה, כמו מרכזי קניות וחנייה. התחרות בין בתי"ח היא לא טובה. חוק בריאות ממלכתי שינה את המציאות, הקופות מתוקצבות ובתי"ח עושים הכל כדי להגדיל את ההכנסות.

שירה גרינברג: הקאפ מונע מהם להרחיב את שירותי הקהילה עקב התשלום הכפול. לכן אני סבורה שאינטגרציה אנכית תאפשר את הגמישות.

פרופ' אבירם: יש היום הגדרה מחדש של הגבולות בין מקצועות הרפואה השונים. לדעתי, רופאים לא יודעים לעשות מונעת, הם לא יודעים לדבר עם אנשים בריאים. הרחבת סמכויות של האחיות, רוקחים וכו' לכיוון הרפואה - היא פתרון. אין מדדי ביצוע של בתי"ח, אין השוואה ביניהם ואין מדידת איכות. לעומת זאת, יודעים מצוין מה נעשה בקהילה כי יש מדדים. המכון הלאומי עומד מאחורי מדדי האיכות בקהילה, וזה נותן תמונת מצב על כל האוכלוסייה כי כולה מבוטחת.

פרופ' קובי גלזר: האם מדדי האיכות בבתי"ח גרמו לנזק או לתועלת?

פרופ' אבירם: ברובם גרמו לנזק, אנחנו יודעים זאת על ארה"ב, וזה לא אומר שאם הם נכשלו - צריך ללמוד מהם. אם נכון ש - 30 אחוז מהפעולות הן עודפות, אז נידרש מעבר על כל מה שקיים היום בסל הבריאות, על מנת לייצר רשימה של מה שלא חייבים לעשות.

דר' עזיז דראושה: שר"פ לא, אז מה כן? מה ימנע מהכוכב לצאת אחרי ארבע שעות לקליניקה או לניתוח? ואיך נשפר את השירות בלי שר"פ?

פרופ' אבירם: צריך לטפל בתגמול של הרופאים ושאר בעלי התפקידים, לעבור לפול-טיימרס, ואני מאמין שהכסף הוא במקום השני. צריך לתגמל את הטובים ולקנוס את הרעים. גם במינויים האוניברסיטאיים יש אינפלציה - אנשים יקבלו פרופסורה גם אם מירב זמנם בפרטי.

כל מה שאמרתי שרע בשר"פ גרוע עוד יותר בתיירות הרפואית. ראו למשל את השיווק בשדות התעופה ברוסיה. הבטחות שחלקן הבטחות שווא.

אני מקווה שלא איחרנו את המועד. מניסיוני, מי שעובד חצי משרה, מקבל שכר לחצי משרה, אבל בפועל נותן יותר מחצי מזמנו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' קובי גלזר: לא הצגת אלטרנטיבות. אתה לא מציע לבטל את הרפואה הפרטית, וכך הטיפולים העודפים ימשכו רק רחוק מהעין. לכן אולי הפתרון הוא הכנסת השר"פ, אבל עם פיקוח, וזה גם ייתן פתרון לתוספת המשאבים החסרים במערכת.

פרופ' אבירם: אני לא נגד רפואה פרטית בהיקף של 10-15 אחוז. בתוך בתי"ח הציבוריים זה יפגע ויהרוס בגלל היעדר פיקוח.

שירה גרינברג: מה אתה חושב על יצירת הפרדה ברמת הרופא – פרטי או ציבורי?

פרופ' אבירם: הייתי מנסה, אבל זה לא ריאלי. כשהשר"פ בהדסה היה מוגבל ומפוקח, אפילו אז זה לא עבד. להגביל לגמרי – לא. לאפשר לחלקם פול-טיימס ולחלקם לאפשר חלקי משרה – לדעתי, הרוב יישארו במערכת הציבורית. לדעתי מה שאת מציעה לא יעבוד בגלל תחושת הכפייה.

שירה גרינברג: מה עמדתך לגבי שר"פ בחינם, כלומר בחירת רופא לא בתשלום?

פרופ' אבירם: הרעיון מוצא חן בעיני, ולדעתי אפילו אפשרי. אם מנהל מחלקה יבטיח שהוא נמצא, זה יעבוד גם בלי כסף. צריך לייצר מגוון של אפשרויות על הציר של ביצוע ועד פיקוח.

עו"ד עדי ניב-יגודה: הרופא יתוגמל?

פרופ' אבירם: לא.

**** מציג שני בפני הוועדה: פרופ' מרדכי שני, מנהל מרכז גרטנר, לשעבר מנהל בי"ח שיבא ומנכ"ל משרד הבריאות. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' שני: כשחשבתי על וועדה, שאלתי את עצמי מה הבעיות המתודולוגיות של מערכת הבריאות ומצאתי שתיים – א) אנחנו דומים לאמריקאים, לא לומדים מאחרים כלום. העולם המערבי דומה למרות השוני, הבעיות דומות וצריך ללמוד מאחרים. אנחנו לא יודעים ללמוד מאף מדינה בעולם. מרבית האנשים מצטטים סטטיסטיקות, אבל כדי להבין מגמות ותהליכים צריך הרבה זמן. בקנדה ההוצאה הפרטית היא 30 אחוז, 11.2 אחוז תל"ג איפה הבלימה? אבל מצטטים. אני איש הקהילה מאז שעזבתי את ביה"ח, אבל אני חולק על חבריי. מבחינת קופות החולים אנחנו מדינה טובה, מבחינת ארגון בתי"ח אנחנו צריכים לקבל ציון נכשל ברמה בינלאומית. אנחנו אימפוטנטים ולא מובן מדוע לא נעשה דבר. בנוסף – אנחנו עובדים בסקטור, אין מדיניות לטווח ארוך. אין לנו שום תכנית בנושא ארגון בתי"ח. אני רוצה להביא לכם מדינה אחרת, הולנד. ב - 2005 נחקקה תפיסת עולם שדיברו והתלבטו עליה 19 שנה.

יעל: 19 שנה זו דוגמא טובה?

פרופ' שני: על חוק בריאות נלחמתי 24 שנה וירשתי את מורשי בה. לצערי הרב יש הרבה דוגמאות כאלה. אני ירקתי דם על נושא בריאות הנפש, 18 שנה נלחמנו. זו אחת הבעיות שלנו, שאנחנו לא קונסיסטנטים. אני אראה לך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הסכמי שכר שלא יושמו. אין מצב שבו 74 אחוז מהמיטות החרירות נשלטות על ידי הממשלה וקופת חולים. אנחנו המדינה היחידה בעולם שעושה את זה. למעשה, אין בעולם צירוף נכון של קופות חולים ובתי"ח. ב - 2002 יש ממשלה בעולם מאוד מעניינת שמלאימה את בתי"ח, נורבגיה - היא מחלקת אותם לשני אזורים, ו - 88 בתי"ח מחולקים ל - 4 אזורים - גופים ממשלתיים שלכולם יש מועצת מנהלים ופועלים בצורה עסקית, כמו אנטרפרייז. אנחנו לא מסוגלים לעשות את זה. בשנות ה - 80 באנגליה נותנים עצמאות לבתי"ח בתקופת מרגרט ת'אצ'ר. אנחנו 30 שנה אחרי זה הולכים על ממשלה ריכוזית. אנחנו בטלנים, לא עשינו מאז כלום. יש לי תחושה שגם משרד הבריאות וגם האוצר לא מתייחסים לכך כאל רעה חולה. אין מי שיוביל את הרפורמה לכיוון תיאגוד - מתייחס למצגת. תיאגוד, גם אם נעשה אותו בשכל, לוקח הרבה זמן. היום אתם דנים ברעיון שאני העליתי בשנות ה - 80, שכבר לא מתאים להיום. אני אראה לכם מה ניתן לעשות, ולא צריך בשביל זה כסף - מפנה למצגת. פה אני לא דיברתי בכלל על כסף, אלא על תפיסת עולם ארגונית, ואתם חייבים לעשות את זה. אם לא נכין את עצמנו, ניפול בפח. אנחנו המדינה הביסמרקית היחידה בעולם שההוצאה הלאומית לבריאות שלנו עומדת על 8 אחוז. בכל המדינות באירופה זה גבוה יותר. צריך לחזק את קופות החולים, זו התשתית הטובה שבזכותה יש לנו מערכת בריאות טובה. אני לא נבהל מהרבה מיטות. בקנדה יש תפוסה של 1.7 מיטות. מישו מאמין שנקבל את הכספים האלה? מישו מעלה על הדעת ששם העדיפות היא במערכת הבריאות? קודם כל העדיפות היא להקטין את ההוצאה מהכיס. לאיפה הולך העולם? הרבה מחאות בעולם, 11.6 מהתל"ג בהולנד, אנגליה - חדרי המיון מלאים, היא המדינה שקבעה שלא ימתנו יותר מ - 18 שבועות למומחה - ואז ביטלו את זה. אירופה מידרדרת! זה יהיה תהליך של 15-20 שנה. אובמה מקרטע, הוא מודע לכך שבשנים הקרובות יהיו לו מאות מיליונים לא מבוטחים. המזל שלנו היא שיש לנו ילודה חיובית וצמיחה כספית, אבל הטכנולוגיה עלינו תשפיע. בעולם מטורף יש 6 תהליכים שיכולים לשנות את הפני העולם, כולל ההגדרה מי הוא רופא. אנחנו הולכים לעולם שונה, אבל חושבים כמו פעם בצדקנות. אם לא נתאים את תפיסת העולם שלנו לעולם המתפתח, לא נחזיק מעמד - ציטוט ממאמרים במצגת. לכן אנחנו חייבים לשנות גם את פנינו, כי העולם הטכנולוגי משתנה. מחשבים היום מכים את המומחים. אנחנו הולכים אל עבר עולם עם שינויים רבים, קשה נורא לחזות את זה, אבל צריך להבין שאנו חיים בעולם שמשנתנה דרסטית.

תיירות רפואית - הפך למוטו בעולם המערבי. ההנחה היא שיש 4 מיליון תיירים, 150-200 מיליון דולר הוצאה על בריאות. המדינה העיקרית היא תאילנד. גם שם רואים בתיירות הרפואית כבסיס להתפתחות כלכלית. נלך קרוב יותר - ירדן, פרס ועוד כמו קנדה - אומרים שחייבים ללכת לשם, כי שם הכסף. בשיבא - 5 אחוז מההכנסות מגיעים מתיירות מרפא. אומרים שזה בא על חשבון האזרחים - מתייחס לשקף במצגת. הכלל בשיבא - תייר מנותח רק אחר הצהריים בססיה, כשאין לנו מספיק ססיות לישראלים. שימו לב במצגת - העברנו כסף לססיות לישראלים, במקום אלה שתפסנו בבוקר. הבעיה היא לא בתפוסה, ובניתוחים רואים את הבעיות האלה. החשב הכללי עושה ביקורת על תיירות מרפא. יש לנו חוזר של משרד הבריאות. הטיטה מלאה חסמים בלי שום תמריץ. הרופאים לוקחים את זה במקום במוסד הפרטי, שם אין חסמים. אתם רוצים לחזק את הרפואה הציבורית, ואתם עושים את ההיפך! - מתייחס לחוזר במצגת. צריך לחשוב מה המקור לכסף ולתקנים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ביטוחים משלימים – תסתכלו על העולם. צרפת מובילה היום בביטוח משלים, אחריה הולנד ואנחנו מקום שלישי. אין פיקוח של משרד הבריאות על כולם? איפה קיים דבר כזה? איפה קיים שבתיה"ח הציבוריים בצרפת לא מקבלים נתח בתמונה הזאת? לכאורה אובמה קיבל את ה – LOSS RATIO הרפואי, אבל זה לא נכון. אני מוכן להתערב ש - 50 אחוז מהרווח הולך היום לחברות ביטוח פרטיות כי הן עושקות אותנו. זה נתון שהאמריקאים מראים. 50 שנה הם בודקים את זה. אנחנו צריכים ישות אחת שתבין את השוק בביטוח המשלים. העולם העתידי יהיה מאוד מורכב - רק ישות אחת שרואה את הכל. ישנה שאלה – בואו נעביר את השב"ן לסל. הלכתי להולנד, לקנדה ואמרתי את זה. 68 אחוז מהקנדים מבוטחים, תעבירו לסל את התרופות. אין מדינה בעולם שהכלכלנים והבכירים במשרד הבריאות רוצים את זה. אנחנו בשום פנים ואופן לא נפגע באנשים, אנחנו מסתכלים על המחר. גם במדינות שהן מעלינו בהוצאה על השב"נים, זה קורה גם שם. אני חושב שהתחרות של הקופות של השב"ן שלא תהיה, אני מאמין שהתחרות צריכה להיות על הביטוח הפרטי והמדינה צריכה לשלוט בזה.

תמהיל ציבורי – פרטי (blurring) - אופייני גם למדינות אחרות. מדינות סקנדינביה – שבדיה, דנמרק, אנגליה וכו' – האם השירות הרפואי הציבורי יישאר? לא, הוא הולך למות. שישית מבתי"ח באנגליה מגדילים את מספר המיטות הפרטיות שיש להם. צריך לבחון את המגמות. אני רוצה לתפעל את בתי"ח אחר הצהריים. אני רוצה לחזק את בתי"ח הציבוריים אל מול הרפואה הפרטית, יש להם מספיק רווח בחוץ. אין פתרון הכל בחינם, זה לא מעשי. תראו את מה שכתבה שופטת בית המשפט העליון שושנה נתיניהו. אני נגד שר"פ במתכונתו בהדסה ירושלים. אסור לעשות את זה, אסור שיהיה קשר כספי בין הרופא לחולה שמביא להקדמת תור. אפילו קנדה משנה את גישתה, כשנחשבה קיצונית כמו קובה. צריך לשמור על סולידריות ושוויון, אך להתאים את הקונספציות שלנו. אני מדבר על מודל של בחירה נקודתית, רק לפרוצדורה – אתה לא חולה שלי כל הדרך. אני מנתח אותך או נותן ייעוץ, אבל זה נקודתי. אין בחירה ברפואה דחופה או ברופא קבוע. יתרה מזו, זה לא שווה הקדמת תור. בוחרים אדם לפרוצדורה אחת. התשלום בתעריפי ססיות ולא בשוק הפרטי, וכך לא תהיה הפריצה שחבריי דיברו עליה. אסור שיהיה קשר כספי בין רופא לחולה. הבחירה חייבת להיות בתפוקות מוגדרות, אחוז מסוים מהפעילות הציבורית. תהיה רשות שתבקר את הפעילות הזאת בבתי"ח. גם שוקי שמופיע בפניכם בשבוע הבא מוכן להיכנס למסגרת כזאת.

פיקוח הרשות - יקבע סכום כסף מסוים לחיזוק המערכת הציבורית. טופס 17 יהיה רק עד גובה 75 אחוז – לא יתכן שכל אחד ירצה כי יהיו תורים משוגעים, האזרח שרוצה ביטוח משלים חייב לשלם 25 אחוז מכיסו. האיש הטוב ביותר ינתח אותך. פחדים – במצגת, ממשיך ליתרונות. לגבי רופאים חדשים – חייבים להישאר בבי"ח, לא יקבלו אישור לקליניקה פרטית. רופאים ישנים – תנו להם 4 שנים לקבל החלטה.

שאלות:

פרופ' גבי בן נון: אני לא אחדש לכולם שאני אנטיטוזה של העמדה שלך. הוצגה פה תזה שהדרך היעילה של ניהול בתי"ח היא להעביר אותם לידי קופות החולים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' שני: דיברתי על זה בקשר לוורמברנד. העולם נכשל בזה. סעו לאמריקאים ותראו את זה. אין למבטח יתרון בניהול בתי"ח. בשניידר יש ערבוב בין הכספים של ביה"ח והקהילה, הם נכשלו בהפקת מאזן. בואו נהיה הגיוניים, זו סיסמא נהדרת, אבל בסופו של דבר זה לא הצליח בשום מקום. יש ניגוד אינטרסים בין מבטח למפעיל בתי"ח, ולכן החברות הפרטיות עשו הפרדה. חשבו שאם יחברו את שני הדברים זה ילך אבל זה לא הלך, זה לא מעשי. הרסו ככה את ביי"ח וולפסון, תשאל את ברלוביץ.

עו"ד עדי ניב-יגודה: ציינת שיש מצבים מסוימים שבהם תישלל בחירת רופא – האם אתה מתנה את הזכות לצדק חברתי בהתנהלות של ביי"ח?

פרופ' שני: אני מאלץ את ביה"ח להקטין את הסובסידיה. אני בטוח שזה יהיה בודדים, אוכל להציע לחולה בתי"ח סמוכים. תחזיק את זה מעל ביי"ח כחרב מעליו, ובנוסף למועצת מנהלים שזה תפקידה. היו שהתייחסו לתפקיד של מועצת המנהלים ברצינות ולא מזלזלים בו. אם יש אנשי ציבור בוועדה ששמים טוב, הם ימנעו מלהיכנס לבעיות ולגירעונות מחשש לפגיעה בשמם. ניתן להקטין את הסובסידיה.

יעל: אתה מדבר על התייעלות, התנהלות יותר טובה.

פרופ' שני: לא לעשות פעילות שהיא לא הגיונית כלכלית.

דר' עזיז דראושה: אמרת יבחר רופא וישתתף השתתפות עצמית 25%. אני רואה את הדברים כך שזה יתאים לשיבא, איכילוב ורמב"ם.

פרופ' שני: למה שלא תתאים גם לעפולה? אני ליוויתי את רמזי בנצרת, אפשר בהחלט לעשות את זה.

דר' עזיז דראושה: נניח שאני רוצה את דר' כהן משיבא.

פרופ' שני: אתה לא יכול! אני אציע לך מישהו טוב, כי לדר' כהן יש תור. אין בחירה אבסולוטית.

יעל: אז זה לא בחירה, אלא אפשרות בחירה עם מגבלות.

פרופ' שני: אני מכיר טוב שיש בן אדם שהוא פחות מוכר בשוק הפרטי ובניתוחי לב הוא מכניס את מספר אחד לכיס.

דר' עזיז דראושה: אתה לא חושב שהשתתפות עצמית של 25 אחוז זה יותר מדי?

פרופ' שני: תגיד את זה לשרה! אפשר להקטין ל - 10 אחוז. רציתי רק להדגיש שאם ל - 90 אחוז מהאוכלוסייה יש ביטוח משלים, אפשר עדיין ליצור מצב של איזון במערכת. תתנה את זה באיזשהו מרכיב.

פרופ' לאה אחדות: בשב"נים יש השתתפויות עצמיות.

פרופ' שני: בניתוחים?!



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' לאה אחדות: כך הציגו לנו.

פרופ' שני: אם אתה יכול לוותר על המיליארדים ולקרוא לזה בחירה עצמית אין לי בעיה. הייתי רוצה להגדיל את הססיות.

פרופ' גבי בן נון: מה עוצר אותך?

פרופ' שני: אני צריך מאות מיליונים בשיבא, וזה גדל כל שנה. אם הייתי רוצה להפעיל את המערכת ביעילות אני צריך עוד 200 מיליון.

דר' עזיז דראושה: אני הולך עדיין על משמרת שנייה.

פרופ' שני: אין לי בעיה, תביא את המשאבים.

דר' עזיז דראושה: אמרת דבר כל כך חשוב וזה בנפשי - יש לך גם למשמרת שניה הרבה רופאים מבריקים.

פרופ' שני: אין לי בעיה, תן לי את הכסף, תוסיף מחר בבוקר מיליארד למערכת הבריאות, לא רק לשיבא. יכול גם גבי לומר לך, תמיד נלחמתי בשביל המערכת כולה.

תשובה לשאלת הבהרה: בעבר היה מוטו שנבהלו מהתערבות של שני סוגי עובדים בבי"ח (עובדי תקשי"ר ותאגיד). כשהסתדרות נלחמה בנו לפני שנתיים כשעשו את הקרב הגדול, הם אמרו שלא יכול להיות שכתף לצד כתף יעבדו עובדי תאגיד ועובדי מדינה. אנחנו מחזיקים תקשי"ר אנכרוניסטי, צריך לעשות בו שינויים. אני הראיתי נתונים רק לגבי תאגיד, כאלה שעובדים בבוקר במדינה ואחר הצהריים בתשלום. בתקנות התאגידים כבר יש הכלה של התקשי"ר על עובדי התאגידים. אם הנציבות רוצה לדבר על רפורמה, עם רצון טוב אפשר לפתור את הבעיה.

יעל: הוא בעד שר"פ, לא אכפת לו שזה יהיה בכפוף למגבלות.

עו"ד עדי ניב-יגודה: מה לגבי הצדק החברתי?

פרופ' שני: תבין דבר אחד, צריך בחיים לעשות סדר עדיפויות. אני איש ציבור, כל ימי חיי קיבלתי עדיפויות. אם הפתרון הזה לא ישם, לך צעד אחד קדימה, אפשר תפעול יעיל יותר של המערכת, אפשר את השיטה הזאת. יכול להיות שנושא אחר נצטרך להתאים יותר מאוחר הדרגתית. אני ארצה לסכם עם הנציבות ועם שרת הבריאות שרופאים חדשים לא יקבלו אישור לעבודה פרטית בחוץ, וישנים יצטרכו להחליט אם הם עובדים פה או שם. אני לא נבהל אם יהיו כאלה שיברחו. אני מחפש את העדיפויות שלי – לעשות הפרדה בין המערכות, עבודה יותר יעילה. לא איכפת לי שזה יהיה עשרה אחוז. אנחנו מערכת מאובנת בתוך המערכת הציבורית.

שירה גרינברג: הצלחת לבלבל אותי. כשהצגת את המודל, אמרת שמאוד חשוב שאסור שיהיה קשר כספי בין חולה לרופא. התשלום יהיה דרך הססיות, והרופא יקבל ססיה רגילה. אתה אומר בואו נגדיל ססיות, נכניס לזה כסף. אחר כך אמרת אני כן מעדיף מודל של בחירה, שלא הבנתי מה המטרה של הבחירה אם אתה לא רוצה קשר.



אם רופא מקבל יותר כסף עבור בחירה בו, כבר יש קשר לאקט הבחירה. תסביר מה זה בדיוק הניתוק ולמה אתה מעדיף את הבחירה על פני ססיות רגילות.

פרופ' שני: אותם 60 אלף שהרופא מקבל זה לא מהחולה, זה מביה"ח. הרופא לא יודע מזה.

שירה גרינברג: אז זה כמו ססיות רגילות, למה אקט הבחירה?

פרופ' שני: בהרבה מקרים אנשים רוצים שמישהו ספציפי יטפל בהם, ולא מאפשרים את זה מספיק, לאו דווקא את הכוכבים. אני במערכת היום לא יכול לתת רצף, אפילו לא במרפאה. אתה רוצה לאפשר במערכת הציבורית לחולה לראות מומחה ולקבל ממנו חוות דעת. אם אין לי ברירה, אפעיל את מערכת הבריאות אחר הצהריים, ולשם כך צריך כסף.

שירה גרינברג: אתה אמרת שאתה חושב שלא יהיו לזה עלויות נוספות, או מעט. זה עלה בהרבה עדויות כאן שהבחירה עצמה היא לפרוצדורה מסוימת, הבהר לאן הכסף הולך. דיברו על זה גם שיש זליגה למקצועות הנוספים – סקטורים אחרים, מקצועות נוספים, גם מחוץ למערכת הבריאות.

פרופ' שני: אני לא מכיר את זה. העיקרון היה שאת הכסף מקבל רק מי שמעורב בפרוצדורה. אני לא מכיר זליגה, זה פחד תיאורטי שלא קיים. אני מדבר איתך על ניסיון של 60 מיליון ש"ח ושל המון שנים. בססיות הקיימות אני לא מכיר זליגה.

שירה גרינברג: רציתי לחדד את מה שאמרת כשדיברת בהתחלה על חיזוק תשתיות הקהילה, שזה בעיניך הדבר השני החשוב ביותר. התייחס למה שאתה חושב שצריך לחזק בתשתיות הקהילה.

פרופ' שני: אנחנו לא בודקים מספיק מודלים יעילים, כמו מודל הטל-מדיסין. אני אתן לך דוגמא על עבודה שעשיתי עם 4 קופות – דאגה לקשישים ולמחלת מומה – נכשלתי עם לאומית ומאוחדת. צריך לדחוף את הקופות שיהיו יותר מעורבות בנושאים חדשניים, שישתכלו קדימה. אני משבח את כללית ומכבי ששמו כל אחת 5 אחוז מהכסף. אני מאמין ששיקום הוא לנצח, ואנחנו עובדים על שיקום מרחוק כבר 4 שנים ואנחנו יורקים דם בלפרסם את זה. אנחנו נותנים מתנות כי זה משנה את תפיסת השיקום. בלי רעיונות חדשניים ניכשל, וזה לא תמיד מסתכם בכסף. מכבי התחילה עם מחב"ק – מערכת אישפוז בקהילה. זה חדשנות בחשיבה איך אתה עושה את זה. למדתי מפרופ' גוטמן לגבי סטומה – עד שהרופא רואה אותם אחרי ההליך החולה מאבד נוזלים, עבדנו עם מחשבים שהחולה מדווח באמצעותם. זה לא תמיד עוד כסף.

פרופ' קובי גלזר: גם אותי בלבול. התחלת במשהו שאני מבין אותו ומתחבר אליו, שמערכות ציבור בעולם מבינות שקשה להשיג את המשאבים הנדרשים, ולכן כפתרון פשרה התחברו למערכת הפרטית שמשמשת כעוד מקור מימון והתייעלות. חיזקת את זה גם במודל הישראלי שיש בו גם בעיות רבות שזקוקות לחיזוק. הבאת רעיון משלך. אם יגיע עוד כסף ציבורי, ניתן אותו להשתתפויות עצמיות, ובעיות של בתי"ח נטפל בהן דרך שר"פ. הציעו לך שאם יתנו לך עוד כסף, אמרת שתבטל את השר"פ. אתה חושב שזה יעבוד או לא?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' שני: אני לא מאמין שמישהו ייתן לשרת הבריאות עוד מיליארד וחצי כדי לתפעל את המערכת השנייה. אם מחר בבוקר היה בא האוצר ונותן את הכסף הזה, אני לוקח אותו ומפעיל משמרת שנייה.

יעל: למה לא להשתתפויות העצמיות?

פרופ' שני: זה ילך להשתתפויות עצמיות וחיזוק הקופות! לא שיניתי את מה שאמרתי בהרצאה. יש לי סדר עדיפויות. אנחנו עוד לא תופסים עוד לגמרי את נושא ההזדקנות. לא שיניתי את העדיפויות שלי!!

שירה גרינברג: אם זה בסדרי עדיפויות נמוכים, אז למה בכלל להקצות לזה כסף?

פרופ' שני: לא שיניתי את דעותיי, אני אינני מאמין שהאוצר ייתן עוד כסף לטובת זה. אם מישהו מסוגל לעשות את זה, זה הרע במיעוטו, אבל אני לא מאמין שזה פרקטי. אני לא שיניתי את תפיסת עולמי.

יעל: זה עניין של סדרי עדיפויות. אם היה את כל הכסף אז הכל, אם לא, יש לך סדר.

פרופ' לאה אחדות: מבחינת הקצאת מקורות לאומיים, ההתייחסות צריכה להיעשות באופן שווה גם אם זה כסף ציבורי או פרטי. יש לזה השפעה על התחלקות הכנסות. תביא מהפרטי או הציבורי זה אותם משאבים.

פרופ' שני: מרבית הכלכלנים בעולם חולקים עליך. אף מדינה לא ניסתה להגביל מדיניות על ההוצאה הפרטית.

פרופ' לאה אחדות: יש אינטראקציה בין המערכות, והמדינה פעולת מתוך כוונה להשפיע על השוק הפרטי.

פרופ' שני: בבריאות?? אני מת לראות את זה! תעבירי לי דוגמאות, אני לא מכיר.

פרופ' לאה אחדות: אני חושבת שדיון של הקצאת משאבים צריך להיעשות מנקודת מבט של יעילות מאקרו כלכלית. אני מבינה את זה שיש כמה זרמים בהצגה שלך. הדילמות האלה כבדות, אבל אני רוצה לחדד כמה דברים – כן עולה הרושם שיש לך סדרי עדיפויות. יש קצת חוסר עקביות במובן שאם אתה רוצה לבטל השתתפויות עצמיות, אז למה אתה מכניס שר"פ עם 20 אחוז? קו המחשבה לא ברור. העניין של אתה מוכן לאמץ בסדרי העדיפויות שלך פתרון שהוא לא שר"פ טהור בלי בחירת רופא, שגם אצלך היא מוגבלת, עם סיפור הססיות - האם אתה מניח שתעריפי הססיות והכמות והגידול בתקציב של קרן המחקרים, זה יפתור את הבעיה באמת? הבעיה שלך בשר"פ היא שאתה רוצה להחזיק את הרופאים אצלך.

פרופ' שני: ההשתתפות העצמית של היום פוגעת בחיי כל האוכלוסייה הבינונית ומטה בחתך יומיומי, בתרופות, ברופאים מומחים. אני מציע במקרה של בחירת רופא – החלטה חד פעמית שאתה צריך להחליט על העדיפויות שלך, זו לא החלטה יומיומית. אני נכשיתי מול משה בר סימנטוב בנושא ניצולי השואה, שם אני יושב בוועדות שנושאות את שמי (וועדות שני). זו חרפה!! אני כל יום מקבל פניות ומכתבים. אני לא נבהל מ-20 כוכבים, יגדלו גם אחרים. אני רוצה לתפעל את המערכת אחר הצהריים, להקטין תורים. יש ציוד יקר מאוד ששוכב היום - זו העדיפות שלי. גם היום בוכים עלינו על הססיות, יכול להיות שיהיו עוד 10 אחוז, אבל זה לא בשמיים. פה יהיה גורם חיצוני שיקבע את התעריפים, ואם יברחו רופאים, אז יברחו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: אנחנו רוצים שתגיד מה הבעיה שמדאיגה אותך שבגללה הייתה מפעיל את השר"פ.

פרופ' שני: חוסר יעילות! ניתן לפתור את התורים. אנחנו יכולים להגדיל את התפוקה בשליש עד חמישים אחוז.

דר' שולי ברמלי: אני מבינה שאתה מדבר על השתתפות עצמית על תרופות ומרפאות. למה אתה חושב שביטוחים משלמים אסור שיכסו השתתפויות עצמיות על תרופות? האם חייב להיות פיקוח על הביטוח המסחרי?

פרופ' שני: בוודאי, זו אחת הטראומות הכי גדולות! במקום עודד שריג שעוזב עוד מעט, יש תפיסת עולם שאומרת שאני רוצה להטיל עלות מסוימת על תרופות, כדי שהחולים ידעו שלתרופות יש ערך. אני לא רוצה לצמצם לאפס, אבל ה - 41 אחוז שלנו הוא אנכרוניסטי למדינת עולם שמדברת על סולידריות. אני לא רוצה לבטל, אלא להקטין.

דר' שולי ברמלי: לשים תקרות אולי?

פרופ' שני: יש מדינות רבות שחולים כרוניים או זקנים לא משלמים השתתפות, והם עדיין לא מסוגלים.

יעל: הדוגמאות שאתה נתת על מדינות בעולם – במיוחד ארה"ב – ההוצאה הגבוהה על בריאות לא בהכרח נותנת תוצאות.

פרופ' שני: נכון, היא נכשלה, זה טמטום!

יעל: אתה לא חושב שאפשר להעביר את השב"ן לסל – למה?

פרופ' שני: הפחד של כולם הוא שאם נעביר את זה לסל, זה יגדיל את ההוצאה הציבורית לבריאות ולכן הם לא רוצים. אנחנו כל הזמן מעבירים תרופות לאפס.

יעל: שאלתי שאלה רעיונית-קונספטואלית. אולי כולם טועים? אולי יש מגמה שרוצים לחזור ממנה? בהיגיון – למה אתה חושב שזה לא טוב להעביר מהשב"ן לסל??

פרופ' שני: אם תסתכלי קדימה, נצטרך להקטין את הסל מאוד. תשאירי את זה לשוק הפרטי. תסתכלי עשר שנים קדימה, אני חוזה עולם מאוד בעייתי מבחינת ההוצאה לבריאות. מדינת הרווחה תמות. תקבלו במייל מאמרים על ההתקדמות הצפויה ב - 2030.

יעל: תודה רבה לך!!

**** מציגים שלישיים בפני הוועדה: דר' דני פילק, ראש המחלקה לפוליטיקה וממשל בבן גוריון ועוסק במדיניות בריאות, ורמי אדוט, פעיל בארגונים לשינוי חברתי, האגודה לזכויות האזרח. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר פילק: הרעיון שלנו הוא להציע מודל שמתמודד עם חלק מהבעיות שקיימות היום במערכת הבריאות הציבורית. רצינו להתמקד בתופעה מרכזית – הערבוב בין פרטי לציבורי. בעינינו זה אחד האיומים המרכזיים. הערבוב קיים בכמה רמות – קופות חולים ציבוריות שמחזיקות מיזמים פרטיים, רופאים שעובדים בכפילות בשתי המערכות, בתי"ח שמנהלים מיזמים פרטיים בתוכם. השילוב הזה וחוסר הגבולות בין המערכות מאוד אופייני למדינת ישראל. זה קיים גם במדינות אחרות, אבל לא בעוצמה שזה קיים בארץ. בעינינו זה הגיע לסדר גודל המהווה בעיה קשה במערכת הבריאות בארץ – מתייחס למצגת - אלטרנטיבות ציבוריות למצב הקיים.

רמי: אנחנו מביאים פה רעיון ששואב השארתו מהמודל הקנדי. ככל שבדקנו את זה, כתוצאה ממשבר של מערכת הבריאות הציבורית בקנדה, נוצרו תורים ארוכים במערכת הציבורית, ואנחנו מתייחסים באלטרנטיבות לכמה רכיבים. בלב ההצעה אנחנו מדברים על מתן מענה לביקוש למסלולי הבחירה שניתנים על ידי השר"פ בתוך הסל הציבורי ובאמצעות המערכת הציבורית. בקיצור, מתן זכות בחירה לאזרח במערכת הבריאות הציבורית. אנחנו מציעים מסלול בחירה שקורה במערכת האשפוז הציבורית, אבל בשעות הערב. אנחנו חושבים שכמו בקנדה, כל המערך הזה צריך להיות תחת מאמץ לקצר את התורים במערכת הציבורית. תכנית לאומית לקיצור תורים משמעה שקיפות ודיווח על התורים, מה שלא קיים היום. צריך לקחת את חוות הדעת השנייה ולאפשר לחולים לנהל באופן מוגבל, מנוהל ושקוף, לעשות את זה בערב. אנחנו מדברים על שימוש בסדר גודל של הכנסות שקיימות בשב"ן היום, 3.2 מיליארד שקל. 1.6 מיליארד שזה הוצאות הקופות על הבחירה, ואנחנו מתייחסים לרכיב הזה. הטמעת השב"ן בחזרה לתוך הסל הציבורי שקולה להעלאה של 1 אחוז במס הבריאות, חשוב לתקצוב ההצעה. כיוון שמדובר על פי 2 סדר גודל של תקציבים, יש פה לא מעט כסף פנוי שמאפשר דברים אחרים חוץ מבחירה, כלומר חלק מהתרופות שבשיקול ועדות הסל, והוצאת שירותים נוספים שלא קיימים כיום בסל הציבורי. חלק מההצעה שלנו כרוכה בתכנית הפול-טיימר, אנחנו רואים אותו כרכיב הכרחי. בדומה לקנדה, אנו מציעים להגיע אליו יחד עם האיגודים המקצועיים, שיהיו מוכנים להסכים למסלול הזה והתעריפים יוסכמו על ידם. הם יקבלו יותר בטחון תעסוקתי. יש לזה יתרונות וחסרונות, אבל לא צריך לאכוף את זה. דו"ח מבקר המדינה האחרון – המבקר טוען שצריך לשקול ברצינות לנתק את הקופות מהמיזמים הפרטיים שלהם, הרצליה מדיקל סנטר ואסותא. יש הצעות הגיוניות על ריסון הביטוחים הפרטיים והמסחריים. ניתן לצמצם ולרסן את הרפואה הפרטית אם בענף הביטוח שלה ואם בענף בתי החולים. קצת פירוט על איך זה יכול להיראות – במצגת. מב"צ – מסלול בחירה ציבורי.

ד"ר פילק: הסדר דומה קיים כבר ברמה של הקהילה. חלק מהתגמול של רופאים פר פרוצדורה, ולא בקפיטציה ולא בשכר. השילוב בין שכר למספר הפרוצדורות זה דבר שכבר קיים בקופות החולים ומוסדר בקהילה, גם בססיות.

רמי: אנחנו מדברים על תפיסה מהפכנית של אסדרת הבחירה. חשוב לדעת אילו שירותים נכללים בבחירה, מה צריך להיכלל ומה לא, ומה אחרי שעות הפעילות הרגילות. מה מאזן את המערך הזה? הכוח היחיד הוא כוח התור ההוגן – אדם בוחר ברופא מבוקש, הוא ימתין בתור כמידת הפופולריות של הרופא. ברגע שאנחנו מדברים על קונספציה של ניהול ושקיפות – המשמעות היא שאם אדם מתעקש לחכות שנה לפרופ' המומחה מסיבותיו הוא, ויתכן שעושה נזק לעצמו, המערכת צריכה להיות מודעת לכך ולנסות להציע לו אלטרנטיבות. שקיפות ומידע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ממוחשב – משקל של כוח מאזן. לפחות על פי מה שקראנו במודל הקנדי, העובדה שאנשים יכולים להיכנס באמצעות המחשב מהבית ולדעת את זמן ההמתנה לרופא מסוים, זה מייצר משקל נגד לבולמוס הזה, את התמריצים של השוק הציבורי לטובת האזרחים. הנקודה הקריטית בעינינו היא עד כמה המעמד הבינוני יהיה מוכן ללכת עם המהלך הזה ולא ינטוש בהמוניו לביטוח המסחרי? אחת התשובות היא שהמהלך הזה מצריך הנהגה, קבוצות מיקוד. לנטוש אני מתכוון לעבור עוד יותר לפרטי, כמו שדני דיבר על "יציאה פנימה".

ד"ר פילק: דווקא בגלל שאנחנו ישראלים, אני חושש מהתעצמות של הרפואה השחורה, ולשם כך חשובה ההסברה. אנחנו מציעים מודל שנותן בחירה ולא מקדם תור, ולכן יהיה מי שירצה לקדם תור על ידי רפואה שחורה.

רמי: בשביל זה יש משטרה ופרקליטות.

ד"ר פילק: העובדה שהשב"ן הלבין את הרפואה השחורה, לא הופך אותה לפחות הרסנית למערכת. עצם ההלבנה לא מתמודדת עם הבעיות האמיתיות, ולכן צריך להיות מודע לאפשרויות של רפואה שחורה. השב"ן לא רחוק מרפואה שחורה.

יעל: אתם התחלתם והראיתם שגם ה"אקסיט" וה"ווייס" מבטאים חוסר אמון במערכת הציבורית, ובניגוד לכך אתם אומרים בואו ניתן לאותה מערכת שלא מאמינים בה לעשות את הדברים.

רמי: אנחנו שואפים ל"ווייס", ה"ווייס" מחזק את המערכת. זה אומר שאנשים מתלוננים והמערכת מקשיבה להם, יש להם קול במערכת.

יעל: את הפתרון שהצעתם אפשר ליישם רק אם יש אמון במערכת הציבורית. אני חושבת שדווקא יש אמון במערכת הציבורית.

ד"ר פילק: יש פגיעה הולכת וזוחלת במערכת הציבורית. זה לא שפתאום אף אחד לא מאמין בה, אבל יש פגיעה. אבל ככל שהערבוביה תימשך, תהיה פגיעה ויתכן שיהיה מצב שזה יהיה מאוחר מדי. המצב הקיים לא מאפשר לא "אקסיט" ולא "ווייס" ולכן המערכת לא יכולה להשתפר, כי אנשים מוצאים דרך שלא משפרת את המערכת כדי לפתור את הבעיה שלהם.

רמי: לפי תפיסתנו זה צריך להיעשות תוך שיתוף פעולה. תרחישים אפשריים - עלייה בביקוש לביטוחים מסחריים ומידת הביקוש למסלול הבחירה. באחד המפגשים שהיו נגד שר"פ, אמר בנאי ש - 25 אחוז בחרו בחירה חופשית במצנתר שלהם. אחד הגורמים העיקריים שמחזקים את השב"ן היום זה המחסור במידע מצד החולים, ואז הם לא יודעים במי לבחור.

ד"ר פילק: לסיכום – במצב הקיים היום שהשב"ן הולך ומתרחב, התחרות היא בידיים קשורות. הרחבת השר"פ זה כמו לכבות שריפה עם נפט, זה רק מחמיר את הבעיה. המודל לא פותר בעיות, אלא מקבל את העובדה שהציבור מעוניין בהרחבת מודל הבחירה החופשית. היום כשאני מספר לסטודנטים שפעם אי אפשר היה לבחור רופא משפחה, הם בהלם. אפשר לעשות את זה בלי הצורך לערבב בין המערכות, כדי למנוע את הפגמים שצינו. יש



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רופאים שלחמדנות שלהם אין גבול, אבל רוב הרופאים בהינתן אפשרות של השתכרות שמשקפת את יכולתם, מוכנים לוותר על הרפואה הפרטית. זה לא יהיה הכלל, אלא היוצא מן הכלל. זה מודל שיש לו את האפשרות להצליח מבלי להוסיף עלות למערכת, בגלל התייעלות וירידה בתקורות.

עו"ד טלי שטיין: אבל אתה מעלה מס.

רמי: לרוב משקי הבית זה פחות כסף.

ד"ר פילק: זה פחות ממה שהם משלמים בשב"ן לכל המשפחה. אין ארוחות חינם. במדינות שיש מס בריאות ייעודי, אנחנו מדברים על צרפת למשל, זה נראה אחרת. בתחום הבריאות זה די ברור שבגלל כשלי השוק, הניצול במערכת הציבורית יעיל יותר מבפרטית.

שאלות:

פרופ' קובי גלזר: ראינו הרבה מודלים של שר"פ. המודל שלכם די דומה למה שראינו – אתם מגבילים את התור כך שהמחיר יהיה לא רק כסף, אלא גם זמן. הכסף לא יבוא מביטוחים פרטיים, אלא מתשלומי המס. אתה מציע העלאה של 1.6 מיליארד ש"ח. מעניין אותי לשמוע מה תגובתך למודלים שכבר שמענו – האם באמת לדעתך זה נכון, אם נשים עוד 2 או 3 מיליארד שקל בשנה – אתה חושב שהכל צריך ללכת לדבר הזה שהצעת? שם היית שם את הכסף?

ד"ר פילק: בעולם אידיאלי לא, במצב הנוכחי בישראל – כן. כי אני חושב שכרגע השילוב בין הפרטי לציבורי זה אחד האיומים המרכזיים. קשה לי לראות במדינה של היום דרך אחרת להתמודד עם הבעיה. הציבור היום לא יהיה מוכן לוותר על רמת הבחירה שלו. המצב הנוכחי הוא בלתי אפשרי, והאלטרנטיבה היחידה היא להתיר שר"פ כדי לממן את השב"ן, שזה דין מוות להבטחת מערכת שוויונית וצודקת לכל.

רמי: גם אם 1.6 מיליארד שקל זה לא מספיק, מחיר הבחירה עצמו נשאר עדיין כמיליארד שקל. סל התרופות היום הוא 400 מיליון שקל. חשוב להוסיף דברים שהוכחו שהציבור מעניין בהם. הלחצים יגיעו לשב"ן במקום לסל הציבורי, וזה מה שקורה היום וזה הכסף שצריך להרחיב. לא יותר מדברים אחרים, אנחנו נגד השתתפויות עצמיות. אנחנו מציעים עסקת חבילה. אותו ציבור שמשלם את השב"ן צריך להבין איך זה בא אחד על חשבון השני.

שירה גרינברג: דיברתם על החששות מהמודל – הרפואה השחורה שלא קורית היום לרוב בבי"ח ציבורי, אבל זה נהפך לקל יותר לקרות. בנוסף היעילות בגלל כשלי השוק. מעניין אותי לדעת עד כמה אתם חושבים שזה בא לידי ביטוי, בהינתן זה שיש המון בעיות היום לבצע בקרה ורגולציה ויכולת שליטה בהרבה דברים שקיימים במערכת הבריאות ומחוצה לה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר פילק: את מצמצת את הראייה לבתי"ח ציבוריים ואני מסתכל על המערכת כולה. מבחינת המטופל, אם הרופא אומר לו תבוא אלי דרך המושלם או דרך החברה המסחרית, מבחינת המשמעות של פגיעה ביעילות המערכת - היא אותה פגיעה. להיפך, הכפילויות והתמריצים לפעילויות לא נחוצות הוא הרבה יותר גדול.

רמי: אם חדרי הניתוח מופעלים בערב, זה לא חוסר יעילות.

שירה גרינברג: כשאתה אומר בחירה, אז המנתח הטוב ביותר, במקום לטפל במקרה חמור, הוא יטפל במקרה אחר.

ד"ר פילק: אנחנו מדברים על אחר הצהריים, אך יש יתרונות בשמירת כוח האדם פנימה ולא החוצה זה סוג של התייעלות ולא עובדה. פתאום השב"ן וההוצאות המיותרות בשב"ן זה גם דבר שצריך לקחת בחשבון. ההוצאה הלאומית לבריאות גם הופכת לנטל מבחינה כלכלית. זה ברור שאנחנו נשלם על משהו שהיינו יכולים לא לשלם עליו אם אנחנו אוסרים דרישה. אם זה קיים, זה מתבצע בעוצמות הרבה יותר גדולות מחוץ למערכת הציבורית מאשר בתוכה.

רמי: אני לא חושב שמשרד הבריאות מתקשה לקבל פרטים ממה שקורה בהדסה לבין המודל הזה. הרעיון הוא פיקוח ובקרה על שניהם.

שירה גרינברג: עד כמה אתם מאמינים שאפשר יהיה על ידי רגולציה לשלוט ולגדר? אני מניחה שתגידו ש - 10 אחוז מזמן הרופא יוקדש לתור, ואז תגידו שצריך לפקח שזה לא קורה מעבר.

רמי: זה מוגבל לשעות מסוימות ביממה.

שירה גרינברג: כל שעות אחר הצהריים יוקדשו לבחירת תורים?

רמי: אחוז מסוים.

ד"ר פילק: זה ברור שצריך רגולציה.

רמי: יש תמריץ לעבוד לאט בבוקר ובערב יותר מהר.

שירה גרינברג: יש כאן המון עניינים של פעולות פחות רווחיות שמתבצעות בבוקר, והרווחיות יותר בערב.

פרופ' קובי גלזר: היה נוח למשרד הבריאות שלא לדעת. אני שואל האם התייחסתם לזה במובן הזה.

ד"ר פילק: צריך רגולציה ללא ספק, זה א"ב. אין מערכת שהיא מושלמת, השאלה איזה ליקויים אנחנו מעדיפים לבחור. יעילות זה יחס בין תשומות לתפוקות. גם אם אנחנו מגדירים בחירה כיעילות, זה לא אומר שזה לא טוב, אולי המחיר עלה.



רמי: אחד מגדולי המנתחים בישראל, הלך ועשה עם השנים יותר ויותר ניתוחי הרניה ובסופו של דבר עזב את המערכת. אני שואל אם היה נשאר בביה"ח ואפילו שלא העלינו את זה על הדעת, אם התחומים היו מוגדרים היינו רואים שזה בזבוז משווע שזה יקרה בערב.

עו"ד טלי שטיין: הזכרתם את המושג אמון הציבור. איזה פרמטרים יש במושג הזה ואיזה אתם חושבים שיש במה שהצגתם כרגע?

ד"ר פילק: ברגע שהמערכת שקופה, הוגנת ופתוחה לכול, ויש התאמה בין ההתיימרות להיות שוויוני לבין השוויוניות בפועל, זה הופך את המערכת ליותר אמינה. המודל שאנחנו מציעים נותן יותר שקיפות והוגנות, ומציע סגירת פערים בין הרצוי למצוי.

עו"ד טלי שטיין: המס עולה, ואתם לא מנתחים למה.

ד"ר פילק: אני לעומתך חושב שאם מסבירים לציבור שהמס יהיה במקום התשלום לשב"ן, נראה שזה מובן. צריך הסברה, בוודאי!

עו"ד עדי ניב-יגודה: האם בחירת רופא באה לתת מענה לבעיה של אמון הציבור או שזו זכות מהותית של בן אדם בעיניכם?

ד"ר פילק: אני יודע שכיום זו דרישה חברתית, לא קשור לזכות מהותית.

רמי: אני חושב שכן. זה נמצא כחוק יסוד בחוק זכויות החולה, שיש למבטח זכות לבחור. לבחור מה, זה כבר ואידך זיל גמור.

עו"ד טלי שטיין: אין זכות בחירה בחוק, רק חוות דעת שנייה.

ד"ר פילק: אני לא חושב שזכויות הן טבעיות, הן מתפתחות היסטורית. הציבור בארץ רוצה לבחור רופא מטפל.

רמי: המודל של מכבי ניצח את הכללית מסיבה זו בדיוק.

ד"ר שולי ברמלי: השב"ן זה לא רק בחירת מנתח. רוב האנשים שיש להם שב"ן מעדיפים לא להגיע למצב של בחירת מנתח. הרוב משתמשים בשירותים הנלווים – אם אתה מבטל את השב"ן ואתה אומר להכניס את זה לסל, אני לא יודע אם הייתי רוצה להכניס את זה לסל אם אני רואה בזה ערך מוסף.

רמי: אנחנו התלבטנו בזה. אני רוצה להזכיר שתרופות הן הוצאה גדולה בשב"ן וחלק מההוצאה מיטשטשת במסמכים ממשלתיים כי זה מנוכה. אנחנו חושבים שוועדת הסל צריכה לעבור חיזוק משמעותי ולחזק את אמון הציבור בה. היא צריכה לעמוד בשלב ההטמעה על הרבה יותר כסף. חלק מהדברים צריכים להיכנס לסל. יש דברים שהם אפילו בגדר מראית עין. מראית עין היא העובדה שאני בא למכבידנט ואני מקבל איכות של פרטי במחיר ציבורי. בפועל מכבי כמעט שלא מסבסדת את הרשת שלה. גילינו שאפשר לעשות מחירים זולים מבלי צורך



בסבסוד השב"ן. כשאתה בודק את זה לעומק, יכול להיות שתגלה שמה שהוכחת זה שעדיין אפשר לספק רפואת שיניים או אלטרנטיבית בפחות כסף. מידת הביקוש תלויה בהמון גורמים. אנחנו עדיין לא יודעים את התשובה להכל.

ד"ר פילק: ברגע ש - 1.6 מיליארד שקל מופיע במערכת הפרטית, בעלות הציבורית היא יותר נמוכה.

רמי: את חוסכת מו"מים על מחירים.

פרופ' גבי בן נון: אתה אמרת שהתמהיל הזה הוא אם כל החוליים. איפה אתה רוצה לעשות את ההפרדות?

ד"ר פילק: אפרט – שלא יהיה שר"פ בבת"ח ציבוריים, שקופות חולים ציבוריות לא יוכלו להפעיל מיזמים פרטיים, ובסופו של דבר – ליתר את השב"ן כך שלא יהיה מצב שקופות חולים משווקות ב"ח פרטי, ואחרון – כמו בקנדה – רופאים יצטרכו לבחור במערכת הפרטית או הציבורית.

רמי: וגם השירותים הפרטיים – תיירות מרפא, זה גם לא בסדר.

יעל: מה אתם תעשו אם נלך עם המודל שלכם ובעוד 5-10 שנים המדינה באה ואומרת שמורידים את המס ומורידים את המקורות? אתה מבין שהמודל שלכם עד כמה שהוא יפה, משאיר בידי הפוליטיקאים את ההחלטה מה יהיה גורל מערכת הבריאות?

ד"ר פילק: זה בדיוק המהות של מדינת רווחה, ואני מאמין בזה.

יעל: מחר נראה שאין לנו פתרון לקשישים להזדקנות, ואז נעביר את הכספים האלה לשם - זה מדינת רווחה!!

ד"ר פילק: את יכולה להגיד לי את זה לגבי כל סוג של שירות.

יעל: אתה מאוד סומך על המדינה שהיא לא תעשה את הדבר הזה.

ד"ר פילק: האלטרנטיבה למדינה הוא השוק הפרטי שממילא קיים. אם היית מציעה אלטרנטיבה שלישית, הייתי מקבל. אני מעדיף את הכסף הזה לגבות כמס ולא כמס לחולה. כל ההשתתפויות העצמיות כולל מה שאמרתם זה מיסוי לחולים. זה יוצר בתוך המערכת הציבורית שתי רמות, ואני חושב שזו פגיעה בשוויוניות.

פרופ' גבי בן נון: במסמך שלכם זה כתוב, להעמיד את הוצאות המערכת על 75 אחוז.

רמי: האם אי אפשר לחשוב שחלק מהכסף יהיה ייעודי, שאי אפשר לקחת את זה למשהו אחר? כמו שאנחנו בעד שהכסף שהולך להרחבת וועדת הסל לא הולך למשהו אחר?

ד"ר פילק: כשזה נעשה במסגרת מס בריאות, הוא ממילא ייעודי.

פרופ' קובי גלזר: מס בריאות גדל ריאלית ב - 6 מיליארד שקל, הכל התקזז לידי מיסים אחרים שלא ניתנו. הקטנת תקציב הממשלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר פילק: בגלל זה נקודה ראשונה אצלנו הייתה בלימת תהליך השחיקה. זה ברור, בלי זה כל דבר אחר הוא בלתי אפשרי. בלי עצירת שחיקת הסל זה לא יקרה.

יעל: תודה רבה לכם!!

**** מציגים אחרונים: נציגי החולים. שמוליק בן יעקב – האגודה לזכויות החולה, פרופ' מנחם פיינרו – האגודה לזכויות החולה, מירי זיו – מנכ"לית האגודה למלחמה בסרטן, מידד גיסין – צב"י - צרכני בריאות ישראל.**

שמוליק: עמדתנו היא על הכתב ואני בטוח שקראתם אותה. היא באה בעקבות האילוץ הקשה שקיים למערכת מבחינה תקציבית. היום הייתי בביקור בבי"ח רעות. חולים סיפרו לי שמפסיקים טיפולים באמצע מקופת החולים, וחולים צריכים ללכת הביתה. הגרעון הופך את ההתנהלות ומשפיע עליה וזה מורגש בהרבה תחומים. האילוץ התקציבי הוא בעיה קשה, וזה משפיע על השירות שניתן. בפועל כולם רוצים לחסוך ולצערנו במקרים רבים זה על גב המטופלים. ההנחה היא שכנראה לא נקבל תקציב, זה המצב לצערנו. אי אפשר להתעלם וללכת לפתרון אופטימלי, שלצערנו לא קיים.

פרופ' פיינרו: לא כולם מכירים אותי, אבל עשיתי את כל מגוון התפקידים שיש. התחלתי בהדסה, מנהל מחלקה בכללית, קפלן, בלינסון בתפקידים של הוראה והדרכת סטודנטים, דיקן הפקולטה לרפואה, יו"ר ועדת הסל ועוד. אני מסוגל לשבת כאן שעות ולהצדיק את חוות הדעת שקיבלתם מכל בעלי העניין. אני מבין את אלה שמצדדים בשר"פ ואלה שמתנגדים לו. גדלתי בבי"ח עם שר"פ וראיתי את חוליו. אני מבין את כולם, ואני מוכן לתת ציון מעולה למשרד הבריאות שהצליח לשמור אותנו על 7.8 אחוז של הוצאה לאומית לבריאות. כדי לפתור את הבעיות, לטיפול רפואי ולהכנת הדור הבא של הרופאים, מורגשת המצוקה שיש במערכת הציבורית. אני יכול לדבר שעות על השר"פ, אבל הסוסים ברחו מהאורווה, ואין ברירה אלא לראות איך אנחנו יכולים לשפר את המערכת כי תפקידנו הוא לא רק לתת טיפול רפואי, אלא התפקיד של הרפואה הציבורית הוא לגדל את הדור הבא. אם נאפשר שר"פ באופן בלתי מבוקר בבתי"ח, אז יהיה חולה של פרופ' א', של פרופ' ב' ושל מתמחה, כי אין לו ביטוח. אם אנחנו מאפשרים שר"פ, צריך להפרידו מהציבורי ולא להשאירו גיאוגרפית במערכת הציבורית, ואיך מבטיחים את זה? רק ע"י רגולציה חזקה. אבל משרד הבריאות לא יכול לעשות רגולציה כאשר הוא בעל ביי"ח וצריך לדאוג למאזן שלו. זה צביעות מצד חלק מהמופיעים, שיגידו שבי"ח באשדוד שיכול להיות דוגמא לרפואה - זה מותר רק למכבי, אבל אסור שזה היה בתל השומר או באיכילוב. הבעיה היא - איך שומרים שרק 25 אחוז מהעבודה תישמר שם? איך אפשר להבטיח את זה? רגולציה. הרפואה הציבורית, התפקיד שלה הוא לא רק לרפא אלא גם לחנך. אסור להרשות שרק המסכנים שאין להם ביטוח יהיו אלה שעליהם לומדים, שמי שיש לו ביטוח או כסף ישלם לפרופ' א' או ב' והשאר יהיו אלה שעליהם לומדים. הם לא עושים רע, אבל לוקח להם זמן ללמוד. האפשרות לאפשר לרופאים להישאר באותו מוסד היא עדיפה על רוב הרופאים. למרות שכל השר"פ בתוך הדסה, יש מושג של חולים "מקופלים", היום זה נקרא מעטפות, כסף "שחור". גם בהדסה אסור שהשר"פ ילך אם ילך, שבכל ביי"ח יהיו הפול-טימרים האלה בדוגמת באר שבע - מנהל מחלקה שם חתם שהוא מוותר על פרקטיקה פרטית. אם מנהל מחלקה מקבל ככה, גם דומיו וסגניו ירצו לקבל כמוהו. אם אנחנו רוצים להשאיר את הרופאים שיטפלו וילמדו, זה מה שצריך לקרות. יש בלונדון רחוב של רופאים פרטיים, זה רחוב הברזל כיום ברמת החייל. אנשים באים עם שב"ן



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ובלי שב"ן, עם טופס 17 ובלי, ל - 40 אחוז יש ביטוח פרטי. צריכה להיות רגולציה, צריך לדאוג שזה לא על חשבון המערכת הציבורית - בתקציב, בכ"א. זה בא על חשבון הניתוח של המטופל הרגיל שלא יכול להקדים לעצמו את התור, הרי לא עובדים בשעות אחרות. החשיבות של ההפרדה הגיאוגרפית היא הנראות, שידעו שפה במחלקה יושבים כולם אותו הדבר. שזה יהיה בשעות אחרות, בחדרי ניתוח אחרים, בבי"ח אחר. בי"ח שידע שהוא מרוויח מזה, יבנה עוד חדרי ניתוח. במחלקה הציבורית חשובה שוויוניות מוחלטת. אבל רק 25 אחוז שר"פ, ומשרד הבריאות חייב לפקח על זה וחייבת להיות הפרדה.

מירי: תודה לשרת הבריאות על עצם קיום הוועדה. אנחנו עובדים יחד בצב"י ובאגודה לזכויות החולה, ואנחנו בדרך כלל חתומים על מסמכים חמישה, ואני לא חתומה על המסמך שהגיע אליכם. אני לא מסכימה עם פרופ' פיינרו להפרדה – זה בסך הכל אותו דבר. הרופאים הטובים - גם כשאין שר"פ - לא רואים את הרופאים הבכירים, ולכן לי יש גישה אחרת. מאידך אני מסכימה לעקרונות שהוא העלה ועשינו חלוקת עבודה. אני רוצה להתייחס לשני נושאים – הראשון הוא תיירות מרפא. לי מאוד מפריע הנושא הזה משום שעל שר"פ דיברו, ותיירות מרפא זה נושא שהולך ומתעצם. אין שום בקרה ושום פיקוח, ולפי הנתונים בעיתונות, אני קוראת שזה עלה בשיעורים עצומים, במיוחד באיכילוב ותל השומר. אותי מטרידה במיוחד דוגמא בבתי"ח שלא כל כך סבלו מבעיות של תקציב – נושא שאני בקיאה בו, של רדיותרפיה. היו שתי ועדות מומחים במשרד הבריאות שהתייעצו עם מומחים מחו"ל. זה תחום מורכב ומתפתח והגיעו למסקנה שחסרים מומחים בתחום בארץ, זה תחום שהרופאים לא מתגמלים בו, לא יכולים לשים מאיץ קווי בפרקטיקה שלהם, הם לא רושמים מרשמים לזה, ולמרות המסקנה הזאת והחוסר והוספת תקנים בודדים, אני יודעת היום בוודאות שיש תורים, ברמב"ם למשל חסר המכשור המתאים. זה שירות שיש בו תגמול מאוד טוב ולכן כולם רוצים אותו, אבל כ"א חסר בכל המקומות. יש מקומות שאולי בזכות תיירות המרפא קונים את המכשור. התיירות רוצים מכשור עדכני, ולא יבואו אם לא יהיה את המכשור הזה. גם במקומות שקנו אותו, אין מספיק אנשים שיפעילו אותו. לא מקובל עליי שמגיעה מתאמת תיירות מרפא ומביאה אנשים שיכולים לשלם, ואני צריכה להרים טלפון כדי לבקש שיבואו לקבל טיפול קרינתי בזמן, טיפול שיש לו אופטימום זמן, לא רק להפיג כאב אלא גם כדי לטפל. לא יכול להיות שצריך להתקשר אליי או למידד בנושאים כאלה שיש בהם חסר, שיש תורים לישראלים, שיש חוסר בציד, תשתית והכשרה, שמאפשרים את זה לתיירים ולא יתנו לישראלים. יש תחומים שאסור שיתנו אותם לתיירים. בנושא הרדיותרפיה יש בעיה בכל בתי"ח. היו שתי ועדות שישבו בלי קשר לתיירות מרפא. רופאים לא רוצים כי אין תימרוץ לאונקולוגים להתמחות בזה. היה דו"ח וועדה של מבקר המדינה.

יעל: במקום שיש תיירות מרפא ושאינן תיירות מרפא – איפה הישראלים יקבלו מהר יותר וטוב יותר?

מירי: בכל בי"ח יש היום תיירות מרפא, את מכירה מקום שאין בו?

יעל: כן, בצפון.

מירי: אין שם רדיותרפיה. תיירות מרפא מאריכה את התור לחולה הישראלי. היא לא מקצרת תורים היא מאפשרת קניית מכשירים, אבל אם אין מי שיפעיל אותם אז אין טעם. אם פעם היה צריך לתכנן טיפול קרינתי כדי שיהיה מיטבי זה שעה, היום זה 100 שעות. צריך מכשור וצריך מי שיפעיל את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: את אומרת ביטול תיירות מרפא בבת"ח ציבוריים בתחום הזה?

מירי: כן! כל עוד הטיפול הקרינתי הוא במצב של חסר בכוח אדם ומכשור, אסור לאפשר החרפת המצב על ידי תיירות מרפא. יכול להיות שתמצאו פתרון על ידי ההשתכרות הרופאים.

פרופ' גבי בן נון: יש עוד תחומים שתיירות המרפא מאריכה את התורים כמו זה?

מירי: בוודאי, אבל אני לא מספיק בקיאה. פתאום מגיעה מתאמת תיירות רפואית, ואין תור, וזה נראה לעין. כולם מחכים בחוץ, זמנם לא חשוב. יש בעיה גם בתחומים אחרים – MRI, PET CT, תחומי אבחון. אישה של אוליגרך לא תבוא לפה אם היא לא תקבל את הדברים מיד, זה ברור. במדינה יש טכנולוגיות נהדרות, אבל לא להכניס תיירות מרפא לתחומי מצוקה. צריכה להיות בקרה ללא ספק, ועל זה כולם מסכימים. כולם מסכימים גם שלא יכול להיות רגולטור שהוא גם בעלים, גם בתחום תיירות מרפא.

שמוליק: אחת הבעיות היא שאין פרסום למשך המתנה לתור. אם יהיה פרסום נוכל לתת מידע.

מירי: מידד סיפר שיש תור של חצי שנה לגסטרו גם כשיש כבר סימפטומים למחלה, וזה לא יכול להיות. זו מערכת גמישה, אבל צריכה להיות בקרה. קראתי הצעה שד"ר ברלוביץ' ינהל את התיאגוד של בתי"ח. אני חושבת שהוא מאוד ראוי עם הידע והכישורים שלו, אבל אני מניחה שגם הוא יהיה רלוונטי ומתאים בתנאי שזו תהיה מערכת אוטונומית ועצמאית, אחרת כל מה שיוחלט שם יונח במגירה, כי אם זה יתנגש ברצונות של מנהלי בתי"ח, אז לא יקרה כלום. כיוונתם לאדם מאוד ראוי, אבל אם הוא יקבל החלטות שלא יתקבלו, תהיה בעיה. צריך למנוע ניגוד עניינים. אני פונה אליך – אני מעריכה את ההחלטה שעשית להקים וועדה. אני מקווה שתרימי את הכפפה ותעזי לעשות סוף סוף – אם לא תהיה בקרה בכל התחומים שהוזכרו כאן, שום דבר לא יעבוד אם זה לא יקרה. אני מקווה שאת הדבר הזה תוכלי להסדיר.

מידד: אני גם רוצה לברך על הקמת הוועדה. אני לא חושב שהייתה כזו וועדה פתוחה שהופיעו בתוכה כל מרכיבי מערכת הבריאות. אני הייתי מהמתנגדים הגדולים של השר"פ לאורך כל השנים, כשהפסיקו אותו בבת"ח מסוימים. ב"ח נשאר המקום היחידי שנשאר שם מינימום של שוויון בין חולים, וזה הוזכר כבר על ידי עמיתי, עם כל ההשלכות של הנושא. כולנו מבינים את המצב הקריטי שמערכת הבריאות הציבורית נמצאת בו. חלק גדול מ - 4 מיליארד שקל שמתגלגלים בשב"ן הולך לרפואה הפרטית, ועוד 40 אחוז עם כפל ביטוחים, אז ברור שהמערכת הציבורית קורסת והמצב הופך להיות יותר גרוע. היום הייתה תכנית ברדיו שראינו את מנהל וועד העובדים בהדסה, והוא מספר שיש רופאים שעושים 100 אחוז שר"פ בהדסה. אבל אני לא רוצה לבזבז את הזמן של יעל על נושא השר"פ. אני רוצה לדבר על נושא השב"ן. לשם הגילוי הנאות אני רוצה להודיע שאני חבר מועצת קופ"ח מאוחדת. המצב התקציבי של כל הקופות הוא שערורייתי. זה לא יתכן שמשרד הבריאות או האוצר לא ישב עם הקופות על מענקי האיוון. אולי רוב הציבור לא יודע על מה שאנחנו מקבלים בכלל, שקיימת וועדה ועל מה היא מדברת או מעלה. חמישה אחוז מהקהל שמגיע יודע על מה שאני מדבר. אנשים לא יודעים בשב"ן מה מגיע להם ומה לא מגיע להם. אני מדבר על ה - 20 אחוז שאין להם שב"ן, לא נתווכח על המספר. כשאני התנגדתי לשר"פ הוזמנתי על ידי כל מנהלי בתי"ח הציבוריים לקפה, כולם ניסו לשכנע אותי כמה השר"פ חשוב לטובת החולים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אני גלשתי, רק אסיים – אם בתי"ח או המשרד יפתרו את הבעיה של 20 האחוזים של אלה שאין להם שב"ן והדרישה הזו קיימת עד היום, השב"ן הוא הבסיס של זה, ואם לא יפתרו את הבעיה הזאת, לא יעשו כלום. מי שיש לו תהיה זו רפואה לעשירים ותהיה כך גם עבור חסרי היכולת, והפער יעמיק ויגדל. השב"ן קיים כבר 15 שנה ויותר. צריכה לקום וועדה שתעסוק בכפילויות של השב"ן היום, בשירותים שזולגים לשב"ן או להיפך, בעיקר כאשר הציבור לא יודע מה מגיע לו בשב"ן. כאשר החליטו על תרופות שלא בסל במסגרת השב"ן של קופות החולים של מכבי וכללית, האוצר לדעתי מאוחר מדי היה מודע לדיונים שהיו, התנגד, וכדי שוועדת הכספים תבטל את השב"ן של תרופות שלא בסל, הוא נתן 450 מיליון לכל שנה. מה שאני מציע עד לפתרון – צריך להכניס כסף חדש למערכת. לא יכול להיות שהאוצר ישחק באותה צלחת ויעביר כמו בקאפינג, ממאוחדת לכללית, יכול להיות שמגיע להם ויכול להיות שלא. לא יכול להיות ששנים לא נכנס כסף למערכת.

שירה גרינברג: זה לא נכון ברמה העובדתית.

יעל: יש הסתייגות מהאמירה הזאת.

מידד: בכל דיון שהאוצר נוכח בו יש הסתייגות. בנושא השב"ן אנחנו יודעים שכל צעד שיעשו, המשמעות של זה לגבי השב"ן היא רצינית מאוד, ואף אחד לא מאיין או לא חושב שהמחירים של השב"ן יישארו זהים. יש בתור אחיות ומרדמים שרוצים להשתתף, העלות עולה, ואת המחיר הזה משלמות כל הקופות ואז מחיר השב"ן יעלה. הפער בין אלה שיש להם ואלה שאין להם יגדל, ובכל מקרה צריך לפתור את הבעיה של אלה שאין להם, או שהמדינה תממן. אני מזכיר את הישיבה שלי עם כל מנהלי ביה"ח שסיפרתי עליה מקודם.

מירי: תזכיר את המס הצבוע, המס המקביל.

מידד: אני דיברתי ואמרתי שהנקודה המרכזית היא שעד שלא יפתר נושא הסל, חייבים להחזיר את תרופות מצילות החיים למסגרת משרד הבריאות שיטפל בזה. ברגע של - 80 אחוז מהציבור יש שב"ן, זכותו ליהנות מזה.

מירי: מבחינה היסטורית - כמו שמידד אמר, כל מי שהיה באופוזיציה ב - 8 הצעות החוק לעדכון קבוע של הסל, אנחנו חושבים שהוא חצי ממה שהוא צריך להיות. אני מדברת על עדכון הסל, תוספת. המס המקביל היה צבוע לנושאים האלה. אנחנו באנו למי שהיה אז שר האוצר, שאמר שזה יהיה בסדר ולא יצטרכו להתדיין כל שנה, וכל מה שאמרו שלא יקרה - קרה. מכיוון של - 80 אחוז יש, אז לא צריך. אנחנו נלחמנו והגשנו יחד בג"צ. הם אמרו שמוכנים להתחייב לזה, והקופות יתיישרו. האוצר נבהל וליצמן בעצמו הודה שזו הייתה אחת מהטעויות שלו, היה חבר בוועדת הכספים והיה שם קרב. בשם הסוציאליזם, אם אין בית לכולם, אז אין לאף אחד. טרפדו לנו את הבג"צ שהיינו כנראה זוכים בו, ואז היה ברור שזה כמו לתת אקמול לסרטן. אפשר היה להסדיר את זה עם התחייבות של שתי הקופות הגדולות לתת את זה לכולם. מי נפגע? מה קרה מאז? מי יכול לממן תרופה שעולה 30 אלף ש"ח לחודש? כולם נכנסו למעמד של צריך לקנות ביטוח פרטי.

ד"ר עזיז דראושה: פרופ' פיינרו - אהבתי את הפתיח שלך על השר"פ. אבל האם אין פתרון שלישי? כמו פרופ' גידי סער מנתח לב שעושה ניסים ונפלאות בדרום?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' פיינרו: הוא אמור להיות פול-טיימר.

ד"ר עזיז דראושה: התפשרת בסוף על שר"פ - גם החטא וגם עונשו - גם אני מכניס שר"פ וגם אני מפריד מחלקה לשר"פניקים ומחלקה לפועלים. יש לי הרגשה שזה גם החטא וגם העונש.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אני חושב שהיה מפתיע לשמוע שהתקדמות טכנולוגית יצרה מצוקה בכ"א, כשבדרך כלל זה הפוך וזה חשוב לתת על זה את הדעת. לגבי ההפרדה הגיאוגרפית שהצעת - האם אנחנו לא מעצימים את אי השוויון על ידי הקמת מחלקות פרטיות ליד ציבוריות וכך הופכים אותו ליותר עוצמתי?

ד"ר שולי ברמלי: מירי - אנא התייחסי לקשר בין חברות תרופות לרופאים אונקולוגים? האם את יודעת שרופאים בודקים איזה ביטוח יש לחולה, ואז מחליטים על דרך הטיפול? מידד - מה אתה חושב על הטלמדיסין?

מידד: זה יכול להביא לחיזוק במגזר מסוים במערכת. הקופות אומרות שזה נמצא באתר שלהן באינטרנט. אני חוזר לאלה שאין להם ולא יודעים מה זה אינטרנט. זה שוב מעמיק את הפער בין אלה שיש להם כסף ואינטליגנציה לאלה שאין להם.

פרופ' גבי בן נון: פרופ' פיינרו - אני מקווה שהבנתי את ההפרדה הגיאוגרפית, מחלקה פרטית וציבורית. בבקשה תבהיר את זה. מירי - האם יש תרופה מצילת חיים היום שאיננה בסל? מהי?

דורון: אנחנו שומעים כאן דברים ואנחנו לא מגיבים, כי אנחנו כאן כדי לשמוע.

שירה גרינברג: דיברתם על מספר דברים - מהם סדרי העדיפויות שאתם רואים בתוך המערכת - אם יכנס כסף חדש, לאן הוא צריך ללכת?

פרופ' פיינרו: אין שום דבר במה שקורה היום בשר"פ ובמערכת הציבורית. מה שהשתנה זה שעכשיו עושים מזה מקפצה. פעם מי שהיה מקדים לעצמו תור, זה לא היה ידע משותף במחלקה. היום זה מקובל ויודעים על זה. הדבר השני - יש יתרון לשר"פ בבת"ח ציבורים ולא באסותא, שזה בקרת עמיתים. באסותא לא חושבים אם צריך או לא, אין בקרת עמיתים. לכן זה אולי יחסוך כסף, כי רפואה טובה זה פחות פעולות. אתה צודק, הייתי נגד שר"פ הרבה שנים, משום שגדלתי בסביבה בה ראיתי את מגרעות השר"פ, השר"פ עיוור את האנשים וגרם לטעויות לקרות. הסיפור הוא שהיום פשוט איבדנו את הבושה כמו הרבה דברים בחיים. מעטפות זה חלק מהתרבות המודרנית. מצד שני אני שומע את פרופ' רוטשטיין ופרופ' ברבש, ואני מאמין להם. הרופא מקבל אפשרות לשר"פ, ובורח לי לאסותא. רופאים בפריפריה מקבלים העדפה, הלכנו צעד אחד קדימה. היום הרופאים בגלל השעון מוותרים על כמה עשרות שקלים, כי הם עושים באסותא את אותו כסף בפחות זמן. זה נתן להם לגיטימציה, כשקודם אנשים התביישו לעשות את זה. היום הם יוצאים לפני הזמן ומשלמים את הקנס הזה. נושא השעון רק מחמיר את המצב שאנחנו מדברים עליו. יש עדיין רופאים עם המצפון של פעם, אבל בזמנו היו הרבה כאלה. השביתה של 83' שנסעו לכינרת, ברחו לכינרת! רופאים לא טיפלו בחולים! זה היה המשבר הראשון ברפואה והשני היה בשנה שעברה. רופאים לא רצו ללמוד, רק להרוויח כסף. זה היה כישלון שלי בתור דיקאן, לכן אני חושב שאין ברירה. למה להפריד מחלקה - זה רעיון שעלה לי, שזה לא יהיה על חשבון מצוקתם של אחרים. היום אין מספיק



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

מחלקות, מיטות, כ"א. הפתרון – כסף חדש לבתי"ח, זה יגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות. יבנו מחלקה חדשה עם ציוד חדש, וישלמו לכ"א. זה תהיה מחלקה של פרופסור, מי שיסכים לא לרוץ לפרקטיקה פרטית יהיה שם.

מירי: טכנולוגיה חדשה לפעמים דורשת יותר זמן, לא בגלל הטיפול עצמו, אלא התכנון שלו לוקח הרבה זמן. גם בלי תיירות מרפא, בגלל שהתגמול לרדיותרפיה הוא גבוה, אפשר לקנות מכשירים לו זה היה משק סגור. אנחנו סייענו לקנות מכשור, והיינו מתוסכלים למה האוצר לא יכול לקנות. לא היה תגמול מתאים לרופאים להתמחות בזה. חל שיפור בקשר בין האונקולוגים לחברות התרופות. צריכה להיות יותר בקרה. כשהם מייעצים, שזה יהיה שקוף, גלוי וברור. אם הוא נותן ייעוץ לא ראוי, שהוא לא יושב בוועדה שמחליטה החלטות. זה צריך להיות בשקיפות ומבוקר. גם חברות הפארמה עשו אמנה - זה כיוון רצוי. אני לא נתקלתי במצב, ויש לנו טלמידע, שהרופא יציע את הפרוטוקול הטיפולי לפי סוג הביטוח. יכול להיות שרופא יחליט בצורה פטרונית על סוג טיפול כזה או אחר כי ליבו נכמר על החולה, למרות שאסור לו. רק היום קראתי ספרות על כך שבארה"ב בבתי"ח מובילים החליטו לציין תרופות או טכנולוגיות, שהם חושבים התועלת שלהם לא מצדיקה את העלות הגבוהה שלהם. הם כבר כופפו את היד של אחת מחברות התרופות, ואמרו שלא ימליצו לחולים לרכוש את המוצר הזה, וזה הצליח להם.

שמוליק: סדר עדיפות – ברגע שזה פוגע בכולם, זה בעיני סדר עדיפות שני. תרופות מחוץ לסל – למי שאין, הוא לא מכוסה. תודה רבה!!