



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 17.9.13

** מציגים ראשונים מול הוועדה: עמותת "עורו". החברים המציגים:

עפרה אלקובי – במקור מתחום התקשורת. הגיעה לתחום בעקבות סיפור אישי, בעל שחלה בלוקמיה ונפטר. פועלת לקידום תרומות מוח עצם בעמותה.

עמיר טוויג – במקור מתחום הניהול. הגיע לתחום בעקבות מחלת הבן שנפטר השנה משני סוגי סרטן. הקים את "קרן אסף" לסיוע במאבק בתחום האונקולוגיה. בעל היכרות עם הרפואה האמריקאית בעקבות מחלת הבן.

גרי גרינשפן – במקור מתחום הניהול הבכיר בחברות מוצרי צריכה. כתב ספר על חוויה אישית בתוך מערכת הבריאות, "נגיעה של מלאך" בעקבות בן שנפטר מסרטן. כיום יועץ ארגוני ועסקי לארגונים במשק. מקדם את תחום מערך מנהלי מחלה. מציג את המצגת מול הוועדה (מצורף בקובץ POWER POINT).

ליאור שמואלי – מנכ"ל עמותת "גדולים מהחיים".

גרי גרינשפן: נייר העמדה שלנו קצת שונה, מהמקום שחוונו את המערכת. לא רק מסיפורים אישיים שלנו, גם היום אנחנו מלווים עשרות משפחות ויש לנו היכרות רחבה של אזרחים שמתמודדים עם המערכת. אין לנו ניסיון בעולם הבריאות, אלא מהשטח. יש לנו ניסיון בתחום בניהול, בחברות גדולות. דווקא מומחיות כזו יכולה להעביר סוג של קיבעון, וכשמביאים דם נקי, אנחנו יכולים לשבור פרדיגמות שהמערכת שבויה בהן. אנחנו נעזרים ונתמכים על ידי גופים מהמגזר השלישי, למשל עמותת "עורו" שיושבים כאן. מבחינתנו זה מאבק, ולא רק הופעתנו כאן. זו הזדמנות להציג זאת לפניכם, אבל אנחנו לא עוצרים כאן.

עמיר טוויג: יושב איתנו גם ליאור שמואלי, מנכ"ל עמותת "גדולים מהחיים".

גרי גרינשפן: בחרנו 3 נושאים עיקריים מתוך נושאי הוועדה, שלדעתנו הם מהווים סוג של בעיה ביסודה של מערכת הבריאות, שדורשים תיקון מכל זווית שמסתכלים עליהם. כל מטרתנו היא להחזיר את החולה למרכז העניינים. אנחנו מבינים את חשיבות המשאבים, אבל הלכנו לאיבוד. הרבה פעמים רואים כותרות בעיתונים של הפחתה, קשיים תקציביים, מחסור וכו'. צריך לטפל בהם ביסוד, ועל זה אנחנו רוצים להתעקש היום. הפתרונות דורשים אומץ ורצון, יהיו עימותים, אבל לא מעבר לזה. אני רוצה לשאול שאלה – כיצד היה מתפקד הצבא שלנו אילו המפקדים שלו היו נוטשים את החיילים שלהם בשתיים בצהריים? ואם אותם קצינים היו מוכרים את שירותיהם בשוק החופשי? הצבא זה בדיוק הסיפור של המפקד - חייליו מסתערים אחריו ובזכותו הופכים טובים יותר. המסר הוא ברור, אין משרה חלקית בתפקידים כאלה. אם הכלל הזה נכון, לא רק בצבא, גם בבית ספר, בבית משפט – המערכת לא יכולה לתפקד אם למפקד ישנם עיסוקים אחרים. אני לא יכול להעלות על דעתי שבצהריים אני עוזב את המשרה שלי. אם הכלל הזה כל כך בסיסי, למה דווקא במערכת הבריאות אנחנו מאפשרים לכלל זה לא להתקיים? זו תקלה שאנחנו מאמינים שאפשר לקיים מחלקות ללא הרופאים שלהן! זו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

תקלה לחשוב שאפשר לנהל מחלקה ככה. ההיעדרות הניהולית של מנהלי המחלקה - זה פוגע באיכות הטיפול ובחיי המטופל. אני חייתי שנתיים בתוך בתי חולים, וזו לא סתם סיסמא. היו ימים בודדים שעזבנו את ביה"ח. הייתה לי הסתכלות על המערכת מזווית אחרת. המערכת לא מתפקדת טוב פשוט כי אין כתובת, אין מטפל. זה פוגע באיכות הטיפול, בממשקים בין המערכות, במערכות אדמיניסטרטיביות, פקידים לא מתפקדים, אף אחד לא אומר מה לעשות, וכן הלאה. איך בן אדם יכול להיות גם מנהל מחלקה, גם דיקן פקולטה לרפואה וגם מנהל מחלקה פרטית?? הרי בטוח שאחד התפקידים יפגע. לצערנו, מנהל המחלקה יפגע הכי חזק. תמיד יש צדיקים, אבל זה קורה הרבה.

נושא השר"פ עולה הרבה בכותרות, ולדעתנו זהו פתרון מאוד חלקי, בשביל לא להגיד שזה לא פתרון במצב שלנו היום. כדי לנהל שר"פ צריך כלים קפדניים ניהוליים, תהליכי בקרה ואכיפה שאין דומה להם, בשביל להיות בטוחים שהרופאים מתנהלים כמו שצריך. תנאי כזה לא קיים כרגע בארץ. משרד הבריאות כרגע אינו ערוך לנהל מערכת כזאת. בגלל שאינו ערוך, כל מתכון של שר"פ כזה או אחר יפגע בסוף בחולים. שוב אנחנו רואים שיש העדפה של הכסף על חשבון איכות החולה, ומנהלי בתי"ח מנסים לדחוף לזה. הפתרון הוא לבקש כרגע רק ממנהלי המחלקות וסגניהם להיות במאה אחוז משרה ציבורית, ולא להתחלק לעוד משרות. או שהם רוצים תפקיד ניהולי, שזה סוג של כבוד ובניית מוניטין, ושיהיו רק בזה - או שהם רוצים לעשות כסף, ושיהיו מנהלים בכירים ויעשו עוד דברים. זה לא משנה אם נישאר במתכונת הקיימת של מערכת ציבורית או שר"פ. בכל מקום שנסתכל עליו זה ככה. זה יגביר את המעורבות שלהם במערכת הציבורית, ישדר דוגמא אישית לצוות ולמתמחים שמתוסכלים כי הם נשארים לבד. יצליחו לנהל אחרת את המחלקות, והיחס לחולים יהיה אחרת. אנחנו רוצים שיהיו השגרירים ושומרי הסף של המערכת הציבורית. לדעתנו זה הפתרון שמתבקש. אנחנו גם מבינים שמנהלי המחלקה יצטרכו להתפרנס בצורה יותר מכובדת ממה שהיום. אנחנו רוצים להציע פתרונות. אנחנו מאמינים שצריכים לייצר מחר בבוקר משכורות דיפרנציאליות לאלו שהחליטו להתרכז במשרה ציבורית. לא יכול להיות שיקבלו אותה משכורת כמו אלה שהולכים למערכות אחרות - פרטית, שר"פ. להעביר את המשכורות לאלה שבחרו להתמקד רק במערכת הציבורית. צריך את האומץ והרצון לעשות את זה, כי יהיו מאבקים. מנהלי מחלקות וסגניהם לא במשרה מלאה - לדעתנו זו תקלה של מערכת הבריאות.

הנושא הבא - קופות חולים וביטוחי בריאות. על כפל ביטוחים דובר הרבה בתקשורת. קראנו לא מעט פעמים שלפחות השרה רוצה לבטל את נושא כפל הביטוחים. זהו פתרון מאוד חלקי. כדי להביא את הפתרון האמיתי שלדעתנו צריך להיות, צריך להבין למה הגענו למצב שלכל אזרח בארץ יש כפל ביטוחים. שורש הבעיה יושב דווקא במשהו מובנה באופן לא צודק לחלוטין בדרך התנהלות הקופות. יש פה ניגוד עניינים בוטה ולא צודק - מנצלים את מעמדם כמבטחים, ומחליטים למי מגיע טיפול או בדיקה, למי יוחזר הכסף ולמי לא. לא יתכן שלקופה שיש לה את כל האינטרס שבעולם לא לאשר, את כל הסיבות שבעולם לא לתת החזרים או לא לקבל טיפולים, ובסופו של דבר אנחנו נפגשים בסיפורים כואבים ביותר על בדיקות, תרופות שלא בסל הבריאות שלא אושרו לחולים, וגם לכאלה שמגיע להם. יש ניצול לרעה של הזכויות האמיתיות שכן מגיעות להם. חלק מעיכוב התורים נובע בגלל הסכמי שכר בין הקופות לבתי"ח. מטופל לא יודע שאם יש לו תור עוד חודש, אם היה מבוטח של קופה אחרת, היה לו תור יותר מוקדם. יש פה ניגוד עניינים בולט ולא צודק שאנו מבקשים לעשות לו תיקון. האזרחים עושים כפל ביטוחים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בגלל שהם לא בטוחים שהביטוח יסכים להחזיר להם את הכסף. עושים ביטוח על ביטוח כדי לוודא שממישהו יקבלו את הכסף. זה רק מכניס את הציבור לחרדה ולא פותר את הבעיה. הציבור איבד אמון שיחזירו להם את מה שמגיע להם. אם רוצים להפסיק את זה, יש רק פתרון אחד לדעתנו – ועדה בלתי תלויה, שהיא זאת שמאשרת אם החולה זכאי לקבל עכשיו טיפול, בדיקה או תרופה כלשהם. ברגע שהוועדה אומרת "לא", נדע שאמרה משהו ממקום נקי ולא מתוך אינטרסים. לדעתנו, זה אחד היסודות ועמודי התווך שחייבים לשנות בתוך המערכת. אנחנו מאמינים שזה יחזיר את האמון, מבטיח הוגנות בטיפול, ימנע כפל ביטוחים. לדעתנו מי שצריך להרכיב את העבודה הם עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, נציגי ציבור, שאין להם אינטרס במערכת. צריך לבקש להפריש חלק מהכנסותיהם לטובת הקופה הציבורית. הם צריכים לדון בעילום שם. הרעיון פה ברור ומובן ונדרש במערכת הציבורית. הם גם צריכים להיות אנשים שלא היו כפופים בעבר לשירות הציבורי.

ליאור שמואלי: אנחנו רואים באופן ברור שיכולים להיות ילדים באותו מקרה, עם אותה מחלה, עם אותו כיסוי ביטוחי, אבל אם מדובר במשפחה בדואית מהנגב שלא יודעים להציג את עצמם, אז הם לא יקבלו כלום. אם זה הורה אסרטיבי, שיושב במשרד הבריאות ולא קם עד שמקבל את האישור, אז אין שיוויון בין הילדים. אנחנו רואים את זה על בסיס כמעט שבועי. אנחנו מוציאים מכיס העמותה כמעט מיליון וחצי ש"ח בשנה. בהרבה מקרים ראינו שפה מגיע ופה לא, בגלל שההורים לא ידעו להציג את עצמם, והורים אחרים כן קיבלו אותו מימון. אפשר להרוויח מביטוח, שיהיה עסק, אבל שהביטוח לא יהיה עסק שקובע בשיקולים שכאלה.

עו"ד לאה ופנר: אתם מדברים גם על הקופות?

ליאור שמואלי: חד משמעית כן.

פרופ' גבי בן-נון: יש סל בסיסי ויש מה שמכוסה על ידי הביטוחים המשלימים והפרטיים. אתה מתרכז במימוש זכויות בסל שאיננו הבסיס, שם יש פער בין מה שמובטח למה שממומש.

ליאור שמואלי: החתול שומר על השמנת.

עפרה אלקובי: אני רוצה להקצין את ליאור. הוא מדבר על ילדים שיש להם שני הורים שיכולים להילחם בשבילם. אני מסתכלת גם על המבוגרים שצריכים להילחם בשביל עצמם. בתור חולה, אתה לא תמיד יכול, בעיקר באשפוזים ארוכים ובבידוד, להילחם על הזכויות שלך, כך שהסיכוי שלך הוא אפס. אני מטפלת כרגע בילד בן 15 שעבר שתי השתלות מח עצם שהולך לקבל טיפול בחו"ל שלא עולה כסף - מה שעולה זה המסביב. הקופה חייבת לממן את זה. המשפחה הזאת, כל נסיעה לארה"ב עושה מלחמות עולם כדי לממן את זה, וכל פעם מאשרים לו את זה כחמלה. לקח זמן עד שהגעתי להבנה שזה פשוט מגיע להם.

ליאור שמואלי: אנחנו ממנים את זה רוב הזמן.

עופרה אלקובי: הם משלמים רק חלק קטן כשעושים טובה. בפועל הם צריכים לשלם הכל.

פרופ' גבי בן-נון: אתם מציעים את הפתרון של וועדה בלתי תלויה לאישורים הללו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

גרי גרינשפן: כן.

שירה גרינברג: לפי איזה קריטריונים היא צריכה לפעול?

גרי גרינשפן: לפי הזכויות בפוליסות. נתחיל מהזכויות הבסיסיות.

עופרה אלקובי: יש קריטריון שאני רואה בו כחשוב - המלצה של הרופא המטפל של החולה. אם הוא נתן המלצה לקבל טיפול במרכז איקס כי הוא חושב ששם יקבל טיפול יותר טוב, אז בבקשה לטפל בו שם.

גרי גרינשפן: אתם יודעים כמה מקרים ישנם שהרופא רושם מרשם או בדיקה שפשוט הביטוח או הקופה לא מאשרת, בניגוד להמלצת הרופא המטפל?!

עו"ד עדי ניב-יגודה: האם הוועדה הזאת צריכה לדון בכל נושא שהוא או שיש מקרים יותר בעייתיים?

דורון: האם היא איסטנציה לערעור או לכל הפניות?

גרי גרינשפן: ברמה הקונספטואלית, להכל, 24/7. יש אנשים שמתעסקים בזה 24 שעות ביממה גם היום. זה יכול להיות גוף ארצי מפוזר, ששימו שם את כמות האנשים המתאימה בכל מקום, וזה יממומן!! צריך לשאוף לעשות לכולם.

עמיר טוויג: יש וועדה כזאת במשרד הבריאות, אבל היא מתכנסת בדיעבד. אני משתמש בה כי הקופות עובדות בשיטת מצליח. הקופות הצליחו לדחות, אי אפשר להתווכח איתן. אני מגיע לוועדה ומגיש את הבקשה, מקבל ייעוץ משפטי, ומכריח את הוועדה לשלם. אני בא לומר שהוועדה צריכה להיות במרכז העניינים ולא שמתכנסת בדיעבד.

עופרה אלקובי: במדינה דמוקרטית חייבים לתת לכל בן אדם לערער על החלטה.

ערן פוליצר: אפשר לערער גם למפקח על הביטוח היום.

גרי גרינשפן: כשמתמודדים עם מחלת הסרטן, אין זמן. החולה צריך את הכוח להילחם על החיים שלו. אני 3 שנים לא קיבלתי את כל הכסף, והבן שלי נפטר כבר. הייתי חכם לפנות לעורך דין שגם לוקח ממני כסף. בסוף ועדת ערר אמרה שהמשפחה צודקת. כשהבן שלי היה חי, המלחמה הייתה על החיים ולא על הכסף.

עמיר טוויג: אם אפשר היה להזמין אותנו שוב לנושא הביטוחים, אני חושב אפשר לשנות מקצה לקצה. נסענו עם הבן שלי לארה"ב, ולמרות שהוא ישראלי עשינו לו ביטוח אמריקאי. אנחנו יכולים לעזור בנושא הזה בפירוש.

גרי גרינשפן: בעיה מהותית נוספת – תאגידי הבריאות ותיירות המרפא. כיום בארץ מתנהלים בתוך המערכות הציבוריות עסקים פרטיים. זה מהווה יותר משליש מהוצאות התקציב. אנחנו לא בדיון של האם זה נכון או לא, אבל כל עוד שהדבר הזה קיים, השאלה היא איך יתכן שמשרד הבריאות לא ממש יודע איך הכסף הזה מנוצל, לטובת המערכת הציבורית? מבקר המדינה דיבר על זה ארוכות, הוא מדבר על ניצול לרעה של המערכת הציבורית,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לוקחים את הכסף ולא מכניסים כלום. אנחנו לא יודעים כמה רופאים יש בארץ, כולל אחיות. אין מידע על השכר. רואים שיש לרופאים שני תלושי משכורת שלא יודעים על אחד מהם. אין פיקוח. עושים עסקים פרטיים עם קניונים. זה פוגע בניהול משאבים וניתובם באופן יעיל. אם היום למשרד הבריאות אין את הנתונים המבוקשים - אין לו יכולת לנהל את מערכת הבריאות. זהו ניצול ממש לא נכון. יש דברים שקורים שהם ממש לא תקינים ששמים דבר אחד על חשבון דבר אחר. מי שמחליט זה מעט אנשים ולא מדיניות הבריאות.

עו"ד לאה ופנר: תנו דוגמא – אתם באים ובצדק אומרים שזה מנקודת מבט המטופלים.

גרי גרינשפן: ב - 2012 היו 127 חללי צה"ל – כל חייל שמת ובצדק – עשו המון רעש. היו 358 הרוגים בתאונות דרכים, וכמה דיברו על זה... כל זה כאשר 4,000-6,000 אנשים מתים מזיהומים מדי שנה. אילו היו עושים מודעות לעניין הזה, קונים מתקנים, הכל היה נראה אחרת. קצת הלכנו לאיבוד, הרי לא כל הייעוד של מערכת הבריאות זה להציל חיים? הרי לא צריך כור אטום בשביל זה. אנחנו רואים שבתי"ח משקיעים ים של כסף כדי לבנות בניינים, חניונים, מסוקים - שאין תקנים לאיש אותם! אנחנו יודעים שחדרי בידוד לא ממש מבודדים, בשביל אנשים שעוברים השתלות.

עו"ד לאה ופנר: אתם אומרים שבאופן עקרוני כספי התאגידים לדעתכם הולכים למקומות אחרים ולא מנותבים בחזרה למערכת הבריאות? האם זה רק בתאגידי הבריאות? בבת"ח לא של הקופה, אתם לא רואים את זה?

גרי גרינשפן: זה לא רק זה.

נציגת עמותת "עורו": הרבה פעמים אומרים לנו שזה נתון מסחרי. הרבה פעמים משתמשים בטענה הזאת כדי לא להעביר לנו נתונים. אנחנו כציבור לא מצליחים לראות את זה.

גרי גרינשפן: כמות הפעמים שאנחנו נזקקנו ל - MRI בגלל מחלת הבן שלי, בגלל דברים אקוטיים של חיים ומוות... כל פעם זה היה סיפור – "יש שני מכשירים של MRI, מה אתה רוצה שנעשה?". אני נלחמתי, כי אתה רוצה צדק. רק אחרי שהוא נפטר גיליתי שלביה"ח יש 4 מכשירי MRI שנרכשו ע"י קרן מחקר. אני יכול להגיד בוודאות שהאזרח לא יודע על שני המכשירים הנוספים, הם לצרכי מחקר באופן רשמי. זו עוד דוגמא לכך שהחולים נפגעים בגלל התאגידים.

ליאור שמואלי: אנחנו חיים את זה עם ילדים ברמה היומיומית. במשולש של בתי"ח לילדים במרכז – רופא באמצע טיפול מקבל טלפון מתיירות מרפא, עוזב את החולים שלו ועובר לתיירות מרפא. אנחנו רואים את זה ברמה היומיומית של טיפול בילד. הוא חייב תוך חמש דקות לעזוב הכל ולעלות למעלה. זה גם ברמה המיידית וגם ברמה של בדיקות MRI למשל.

גרי גרינשפן: ב - 2009 היה מקרה של 5 עובדות סוציאליות שפוטרו ביום אחד, שהיו מועסקות ע"י התאגידים. ידענו את הסיבה לכך כי דיברנו עם כולן. היה ילד תייר שהיה צריך חדר מבודד. הרופא ביקש להוריד אותו ולשים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

במקומו חולה אחר. ההנהלה התעצבנה ופיטרה את כולו, כי הרופא צריך להעריך את הכסף של תיירות המרפא. זה קרה בבי"ח תל השומר ב - 2009. כל העובדות הסוציאליות של המחלקה האונקולוגית ילדים פוטרו ביום אחד בשעה אחת.

שירה גרינברג: מהי עמדתכם? אתם אומרים בכלל לא תיירות מרפא?

גרי גרינשפן: לא! על כל נושא של תאגידים ותיירות מרפא, גם אם עמדתנו היא שזה לא תקין, אם כבר זה קיים אז חייב שתהיה שקיפות וניהול ברמה מרכזית.

תיירות מרפא – ישנה בעיה של שקיפות. הסיפור הזה מגלגל סדר גודל של חצי מיליארד ש"ח בארץ. הכל מאוד מעורפל ולא ידוע בכספים במדויק. אנחנו יודעים שתייר משלם בממוצע בין 20-10 אלף דולר, ושהם מכניסים 500 מיליון ש"ח למדינה בערך. תייר משלם 10 אלף ש"ח, מישהו היה מאמין שאלו המספרים? לא. צדיק אחד בארץ היה מוכן לחשוף את המספרים. בפועל באופן רשמי זה לא יכול להיות. אנחנו שואלים אם זה מה שהוא משלם והדיווח הוא בפועל אחר, איפה כל הכסף שאמור לשרת את המערכת? יש שם ענן אחד ענק! זה הרבה יותר מחצי מיליארד ש"ח ואף אחד לא יודע מה קורה שם. ההכנסות שלו לא חוזרות למערכת הציבורית, והכסף כן יוצא מהמערכת הציבורית. אנחנו רוצים להקים מרכז לאומי לתיירות מרפא כמו מרכז לאומי להשתלות. בהנחה שתיירות מרפא קיימת, וזו הנחת היסוד שלנו, שזה ינוהל דרך מרכז לאומי שיש לו שליטה בכספים, בנגישות, בצווארי הבקבוק.

יוליה איתן: ניהול מרכזי של הקצאת משאבים ולא מתן טיפול?

גרי גרינשפן: רק ניהול הכספים והכוונה, אלוקציה בין בתי"ח בארץ, גם כדי לתת עדיפות לפריפריות. יש שם רופאים טובים וצריך לתת גם להם להרוויח.

לסיכום – ממבט של אלה שחוו את המערכת – עוסקים בארץ בפתרון בעיות הכספים. שר"פ או פרטי בסוף משרת את הרופאים. קרן מחקרים – משרתת את בתי"ח?? לדעתנו מה שקורה פה זה שנושא ניהול המשאבים הוא החשוב ביותר, אך הוא גם התורם הגדול ביותר לקלקול. אסור לנו להתבלבל - החולה צריך להיות במרכז העניינים! חשוב לא לשכוח - כשקופה מסרבת לטיפול או שרופא מתנהג בצורה לא ערכית, תמיד תהיתי עד כמה הם מבינים את הכאב, את הסיפורים האמיתיים שלנו. אם פעם טיפלנו בחולים ככה (מתייחס לתמונה במצגת), היום איבדנו את הערכיות. מהמקום של החוויה האישית ושל הרבה אנשים, אנחנו מאבדים את הערכיות ברפואה. אנחנו ממליצים על דברים שלא יפתרו את הבעיה, אבל שייטנו קצת אור. אלו נושאים בסיסיים לניהול תקין של מערכת, ואנחנו יודעים שזה יכול לעשות שינוי גדול. בחמש שעות היינו מדברים על הכל, אבל בשעה אחת אלו הנושאים הכי חשובים, שלא אמורים לעלות מיליוני שקלים. דרוש אומץ ורצון כדי לשנות. אני רוצה להודות לכם על ההקשבה.

שאלות:



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר עזיז דראושה: באמת תודה רבה לכם! אתם לא מורגשים בציבור, או שאני טועה. מילותיכם כדורבנות. הייתי יותר משמח שזה יורגש בציבור. יש חומרנות, אבל אמרתם שלא כולם ככה. יש רפואה, יש אנושות, יש חמלה. איך אפשר את כל המסרים הללו שלכם, שהם חודרים ומשאירים אימפקט חזק, שיגיעו לציבור? פשוט שידע להתייעץ אתכם, וגם למקבלי ההחלטות? אני מאוד אשמח אם המסרים יגיעו לאנשהו.

גרי גרינשפן: אנחנו פועלים לשם כך.

עופרה אלקובי: אנחנו פועלים. אני חושבת שאם הוועדה תקבל חלק מההמלצות שלנו ותצא איתן החוצה, המנגנון שמוציא את הדברים החוצה הוא התקשורת. ברגע שתקבלו חלק מההמלצות שלנו, התקשורת תחבק ותעודד את זה בצורה הכי חיובית שיש. אנחנו באים לעשות מהלכים מתקנים לטובת הציבור. אנחנו צריכים שיתוף פעולה שלכם איתנו, אנחנו לא יכולים להוציא את החולים שלנו להפגנות. לכן באמת אמצעי התקשורת זה צד אחד, שזה כלי שאנחנו ידעים להשתמש בו, אבל מהצד השני זו הוועדה, ומי שיודע לאכוף ולממש את ההמלצות הנכונות שאתם תמצאו - זה אתם. בשיתוף פעולה אפשר יהיה לקדם את זה ולהוציא את הנושא החוצה.

גרי גרינשפן: אני כבר 3 שנים לא עובד במשרה ניהולית. אתם יודעים כמה זה קשה להזיז דברים. נפגשתי עם פרופ' בן נון, אני מרצה בכל ביי"ח בארץ. אנחנו מגייסים משאבים, לוקח זמן להשפיע, אנחנו מאוד שמחים שהוזמנו לכאן. זה לא פשוט, וכאן יש וועדה שהחליטה שרוצה לעשות שינוי וראינו בכך הזדמנות. אנחנו רוצים ויודעים שנצליח.

עמיר טוויג: מה שמעניין אותנו בקבוצה שלנו, שרוצים להצטרף אליה עוד אזרחים, הוא שהפן האישי שלנו לא מדבר. החולה יקבל את מה שהוא צריך, זה מה שמעניין. בשבילי זה מספיק ולא צריך יותר מזה.

נציגת עמותת "עורו": זה יכול ליצור מסר משמעותי. אחד הדברים שקשים לאזרח, זו התחושה שקולו לא יכול להישמע. זו קבוצה מיוחדת של אנשים שהקדישו לכך את חייהם, ואם נוכל לעשות שיתוף פעולה עם הוועדה, זה יכול לעזור ויגרום לאנשים לראות את המערכת כיותר אנושית.

דורון: אתם רואים את התקשורת. אנחנו לא מגיבים, אבל רואים ומוצגים כלפי חוץ. אתם יכולים לתאר לעצמכם שלא כל מה שמוצג אמת צרופה. מתווה הוועדה יכול היה להיות רחב ואינסופי, צריך לחפש את הדברים האמיתיים והמרכזיים. נגעתם בכל הנקודות. ישנם צוותי עבודה שעושים עבודה מעמיקה יותר מעבר למליאה. חלק מהחברים חברים גם בהן, והם לוקחים את הדברים לשם. אם יהיו בקשות לשיתוף, נעביר אותן.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אני מבקש תשתית עובדתית, מספרית, על תיירות מרפא ותאגוד, כדי שזה יהווה כתשתית לדיונים.

ערן פוליצר: גם קייסים מעניינים, דברים כתובים.

עמיר טוויג: אתה תופתע לשמוע מסקנות. אלו דברים עובדתיים ולא הערכות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עו"ד עדי ניב-יגודה: אצא מנקודת מוצא שהציבור איבד את האמון במערכת הבריאות הציבורית, ושישנה זליגה למערכת הפרטית. מתוך ניסיון שלכם – מה הבעיה המרכזית שבגינה הציבור איבד את האמון במערכת?

גרי גרינשפן: לדעתי זה מאוד פשוט – איפה שיש נגיעה יותר מדי על כסף, זו הסיבה. ברגע שמאפשרים למערכת לנהל כספים – יש קלקול. כשפגשנו רופאים שעיקר עיסוקם הוא רק ציבורי, הם נשארו מלאכים. אבל יש נטייה שאנשים רואים כסף ורוצים להתעשר ממנו – שם יש קלקול - רופאים, תאגידים, חברות ביטוח וכו'.

נציגת עמותת "עורו": נושא ההנגשה האקטיבית של כל מיני היבטים – קשר, זכויות, טיפול, זו שאלה של מדיניות. אם המערכת לא משקיעה הרבה משאבים בלהיות נגישה, כאן האמון נשבר. האנשים במצב הזה מאוד מוחלשים והם במלחמה על משהו אחר. הקבוצה פה עברה תהליך מאוד ויטלי, אבל גם מחלה מינורית יותר, ממושכת וכזו שמפריעה לפרנסה, היא משמעותית. הציבור מרגיש שהמערכת לא איתו. צריך לחדד את הנתונים ולטייב אותם. אולי תוספת של כ"א תעזור, אבל קודם כל העניין הוא הקלקול.

דורון: העברתי את נייר העמדה שלכם. תרגישו חופשי להרחיבו. תרחיבו אותו, אעביר וכולם יקראו. הנייר הזה יהווה טריגר לשאלות, להרחבה, ויהווה חומר לצוותי העבודה.

דר' עזיז דראושה: אם יש סיפורים אישיים קולעים...

דורון: הסיפורים האישיים הם תמונה לעתים מייצגת ולעתים מעוותת. יש בשר"פ דברים נוראיים ודברים טובים, וחשוב לשמור על איזון. זה בלט שבאתם עם פתרונות ולא עם שאלות ומה לא בסדר, דברים שהם לא בשמיים..

עו"ד לאה ופנר: באמת הצגה מאוד מיוחדת. היה לה מינון נכון של דברים שמהלב ביחד עם דברים ממשיים שניתן לעשות. ברמה האישית אני רוצה להגיד שזה בולט שנגעתם בכולנו. אנחנו ממש מצטערים. אני מרגישה כמי שבתוך המערכת הרבה שנים, אני חושבת שהמערכת חייבת לכל אחד מכם התנצלות. העובדה שחוויתם כזה דבר מהמערכת, אי אפשר לעבור על זה לסדר היום, והמערכת חייבת לכם התנצלות. אני לא יודעת אם נעמוד בציפיות, אבל בסוף היום כשזאת התוצאה, וזה מה שאנשים חווים, זה כאילו שהייתם צריכים לבוא לפני שבוע, כדי שנעשה חשבון נפש.

דורון: אתם ההוכחה לכך שלמרות שחווים אירוע קשה, אפשר לשנות.

**** מציגים שניים מול הוועדה: עו"ד לאה ופנר וניר קידר, בנושא שכר רופאים. מציגים מצגת (מצורף בקובץ**

.(POWERPOINT

עו"ד לאה ופנר: אחד הדברים שמאוד הציקו לי כשהתחלנו לדבר, הוא למה בכלל לדבר על שכר הרופאים. זה מאוד חשוב. הרופאים, איפה הם נמצאים, איפה הם יכולים להיות, ומה הפתרון הנכון ביותר, צורת ההשתכרות שלהם וציפיות ציבור הרופאים. אחד הדברים החשובים הוא לקבל החלטות על בסיס נתונים, והדבר השני הוא להבין את המערכת לאשורה על מנת שלא יהיו פתרונות שאנחנו חושבים שיביאו לתוצאה א' בתיאוריה ובשטח



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לתוצאה ב'. המערכת בנויה שכבות ורבדים, ואם לא נבין עד הסוף מה מניע דברים במערכת לא נמלא את מטרותנו. אני לא רוצה להגיד משהו על הפתרון הנכון. קצת בנושא השכר – פונה למצגת.

הדבר הראשון הוא שבסוף היום אין נתונים וזה מאוד מהותי להגיד את זה. כל מה שתראו אצל ניר וזה בהסכמה, זה הכי טוב שיש, אבל זה לא מדויק ולא מלמד מספיק. זה להגיד שאנחנו לא מצליחים לקבל את הנתונים. לנו אין נתונים, אבל זה לא שאין נתונים. אני רוצה שתהיה רשימה קריטית של נתונים שהוועדה תדרוש. הנתונים כולם נמצאים. פה יש נתונים, ולמרות שיש נתוני אמת על מה שבפועל יצא לשכר הרופאים, יש את זה בממונה על השכר, בקופות החולים, יש את זה בכל בתי"ח, ולנו אין נתונים. אני ביקשתי לצרכי הר"י את הנתונים הללו – ואין. יש נתונים שמחויבים על פי החוק להסכם הקיבוצי ב - 2011, ויש את הנתונים שעשו חישובים אצל חברת "דלויט". מה שאציג זה מה שאפשר ללמוד מהנתונים, וגם מה שנציג - זה לא מספיק טוב. החוויה הזאת של לא לקבל נתונים היא לא מיוחדת לעכשיו. אני יודעת שיש דברים שהם נמצאים, ואני חווה את זה כבר עשרות שנים. ברגע שיהיו נתונים, אפשר לעשות את כל החישובים שתבקשו.

יעל: זוכרת את ועדת דברת שאמרה שאי אפשר להוציא נתונים ממשרד החינוך? אם יש מסד נתונים, זה רק עניין של מסירה. אני מאמינה שאין מסד נתונים מסודר.

עו"ד לאה ופנר: אני רוצה להתחיל בלהגיד מסי' מילים על מקצוע הרפואה. אני אומרת מראש שזה לא רק על רפואה, זה בעוד מקצועות אחרים. מה שמאפיין זה שיש את השילוב של הדברים. יש רופא שמשהו אחד יותר בולט אצלו, ויש כאלה שאחרים.

תהליך ההכשרה שלהם מאוד ארוך – רופא מומחה מתחיל עובר בין 17-12 שנות הכשרה – ביי"ס לרפואה פלוס סטאז'. אם היום צריך התמחות-על או התמחויות יותר ארוכות, זה 17 שנה, כדי להיות הרופא שהפצינט ירצה לראות אותו. אתה נכנס לשוק העבודה בגיל מבוגר יחסית. אורך תקופת העבודה שלך קצר יותר, והרופא מרגיש שהוא שם הרבה בשביל ללמוד, ולכן מגיע לו ללמוד. אני מדברת רק על מומחים. ההבדל הוא שהמתמחה, שזה לא שנה אלא 5-7 שנים, הם לא נתפסים בעיני עצמם או המערכת או לקוחותיה כמישהו שעובד. הפצינט לא רוצה לראות את המתמחה, למרות שהוא רואה אותו. החיים האמיתיים מתחילים מרגע סיום ההתמחות.

סגנון החיים שלהם מאוד דורש. לא בכל מקצוע ולא בכל דבר. בגדול הוא יכול להיות צפוי לטלפון או להקפצה כל הזמן. אם הוא לא בבי"ח או בקהילה, הם יודעים שהם צריכים להיות זמינים בטלפון לפצינטיים. התחושה שהם צריכים להיות במקצוע 24/7. הם עוסקים בהצללת חיים. לא כל רופא מציל חיים, אבל זה דבר משמעותי וכבד. עדיין אם תלכו לשאול סטודנטים או רופאים, הם בהחלט רואים בזה נושא של שליחות.

תסמונת הטייסיים הטובים ביותר – קשה להתקבל לביי"ס לרפואה, מי שמתקבל זה 750 בפסיכומטרי, וזה רק ההתחלה כי זה לא מספיק, ולכן הציפיות שלהם הם בהתאם, כי הוא יכול היה ללכת ללמוד כל דבר אחר, והציפייה להמשך הולם היא בהתאם לכך.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אחריות אישית – כל העוסק בתחום יודע שיש איום של תביעות ביטוח, יודעים שיש כללי אתיקה שחלים עליהם ולא חלים במקצועות אחרים, ויש כללי משמעת ואיסטנציות שחלים עליהם - יותר מורגש בבי"ח ופחות בקהילה. לדברים האלה יש ציפיות בצידם.

מאפייני התעסוקה – רוב הרופאים הם שכירים לפחות בעבודה אחת מתוך הסה"כ שלהם. כשאתה עצמאי של הקופה, ומבחינה משפטית של דיני עבודה אתה עצמאי, זה מאוד על גבול השכיר. אם הקופה עושה חוזה אחיד לכולם, היא זו שנותנת לך את התנאים וזה מאוד דומה לשכיר. יש יחסי עבודה ודיני עבודה. רוב הרופאים במערכת הם שכירים, ועובדים במערכת הציבורית במשרה העיקרית שלהם לפחות. ואתם יודעים גם כן שרובם אוחזים במספר משרות. בגלל זה אפשר לנהל את המערכת במספר יחסית קטן של רופאים. אם מחר בבוקר נגיד לרופאים שאתם עובדים מחר בבוקר רק במקום אחד, נצטרך לדעת מאיפה נביא רופאים לעשות את העבודה האחרת. אם נגיד את זה לפנימאים שהם עובדים עובדים רק בבי"ח, נצטרך להביא רופאים אחרים לעשות את העבודה בקופה. יש גם את היכולת לעבוד באופן פרטי. יש הגדרות לצורך הסכמים קיבוציים או הסכמים משפטיים – שכיר/עצמאי ופרקטיקה פרטית. אלו לא הגדרות שהוועדה תרצה להתייחס אליהן. רופא משפחה שלא יושב בקופה, זה נחשב לפרקטיקה פרטית. הוא עושה את זה אחר הצהריים. זה לא בדיוק מה שאנחנו שמענו כל הזמן, שזה הכירורג הולך לנתח באסותא.

דובר/ת: פרקטיקה פרטית לא שווה בהכרח קליניקה.

עו"ד לאה ופנר: יש הבדל בין כללי מדינה לכללי קופה. אני רוצה שנדייק בהגדרות ובמה אנחנו רוצים לטפל. יש רק מחקר אחד שעשה את זה לפי סקר-שאלון. את כל הדברים האלה אפשר לבקש, רק צריך יהיה מישור שירצה לתת את הנתונים. אני יכולה לתת נתונים מדויקים. בהר"י מצהירים מעצמם על מקומות העבודה שלהם, אבל זה תלוי בטוב ליבם של הרופאים, במקומות אחרים זה יראה אחרת. אפשר לפנות לקופות ולשאול אותן, הקופות יודעות מי עובד רק אצלן או בעוד מקומות. חשוב שלא נלך להגדרות.

דובר/ת: יש מקורות מידע של שכר.

עו"ד לאה ופנר: אני מנסה להגיד לכם שצריך לדעת מה אנחנו רוצים לדעת בדיוק. אני רוצה לגעת בנתונים. אני רוצה להגיד לכם איזה נתונים יש במערכת בוודאות. עובדי מדינה – רוב הרופאים מחולקים לעבודה בשלושה מקומות: (1) עובדי מדינה, רובם בבי"ח או בלשכות בריאות, (2) קופות החולים, שירותי בריאות כללית ומכבי (האחרות קטנות יותר) עם מערכת שכר ברורה, (3) הסכם קיבוצי בבתי"ח. בנתונים האלה יש נתוני אמת שאפשר לדעת כמה כסף יצא בכל חתך שנבקש, כתוצאה מההסכם הקיבוצי. פשוט לא נותנים, לא לנו ולא למשרד הבריאות. יש את זה במשרד האוצר, בממונה על השכר, יש את זה בכללית, בהדסה ובשערי צדק. מה שאני יודעת זה שנמצא במשכורת הרגילה זה קודם כל שכר הסכמים, אם זה תאגידים זה תלוש נפרד, ואנחנו לא יודעים. יש תלוש בתוך קופת החולים עצמה. יש קושי לדעת. בתוך התלוש יכולים להופיע דברים שהם מעבר לנושא של הסכם השכר – קיצור תורים וססיות, כל אחד מהמעבידים יודע כמה הוא משלם על ססיות. יש גם חברות בוועדות – הפסקת הריון, גזזת, וזו עבודה פרטית ולא חלק מהסכמי שכר. הוא עושה את זה בתוך ביה"ח, אבל זה נחשב לפרטי. זה יופיע בתלוש, לא בחלק ההסכמי ואין לי שום מידע על זה. אנחנו נוכל לבקש את המידע הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: אותו רופא עושה תיאום מס או מוציא חשבונית? אז אפשר להתחקות אחר הנתונים דווקא מהכיוון הזה.

עו"ד לאה ופנר: כן, זה כל כך מסובך שקשה לעקוב אחרי זה.

משכורת של רופא בהסכם הקיבוצי – בערך חצי מהשכר זה שכר יסוד שהוא מקבל בכל מצב, גם בעת חופשה, מחלה, והיא קובעת גם לפיצוי. זה פחות או יותר המצב. יש כאלה שזה יכול להיות 40 אחוז מההשתכרות שלהם, וזה יכול להיות פער של 30 אלף ש"ח, ויש כאלה שזה חמישים אחוז. אם המשכורת מאוד נמוכה, זה יכול להיות גם 80 אחוז מהמשכורת. זה לא פנסיה. זה בין אם הוא חולה או בחופשה, פיצויי פיטורין או קרן השתלמות – גם יחושבו לפי שכר הבסיס. בפנסיה התקציבית זה עומד על 55 אחוז מהשכר. מה שרופאים באו לכאן ואמרו על הפנסיה הנמוכה, על זה הם מתלוננים. נתנו לזה פתרון של הפרשה נוספת.

דובר/ת: גם אם זה מעל ארבע פעמים השכר הממוצע?

עו"ד לאה ופנר: זה לא, הכל ממוסה, אבל זה יכול להיות.

דובר/ת: אין דבר כזה במערכת.

דובר/ת: זה מה שבהסכם שכר, משהו בסיסי.

עו"ד לאה ופנר: החלק השני זה השתכרות עבור עבודה נוספת, שגם זה מתחלק לשניים. חלק ממנה נקראת כך מבחינת דיני עבודה, שאין לזה הטבות, אבל זה לא בהכרח מדיד, כמו כוננות-על – מנהל מחלקה מקבל כוננות בגלל שהוא מנהל, ובפועל מקבל אותה בלי שעשית לכאורה משהו. אתה לא מקבל את השכר הזה בעת חופשה או מחלה. אם רופא חולה או נופש, השתכרותו יורדת משמעותית. החלק השני זה תוספת עבודה שנעשית בפועל – תורנויות, כוננויות או שעות נוספות. אנחנו עשינו עבודה על הדבר הזה. הדבר הזה יכול להביא לכך שאנשים יישארו במערכת הציבורית. אם נגיד שתורנויות שווה 3,000 ש"ח, אז לא ילכו לחפש בחוץ כי יהיה להם את זה בפנים. אין טעם לדבר אם הפתרון הזה יעיל או לא, אם לא נקבל מיד מה קרה. יש שעון, אפשר לדעת הכל.

דובר/ת: נתוני שעון הם נגישים?

עו"ד לאה ופנר: מאוד נגישים, אין שום בעיה. הנתונים האלה נמצאים. לא משנה איך, משלמים היום שעות נוספות. אם זה נכון או לא אני לא יודעת, אבל אין שום סיבה היום לא לדעת כמה ביי"ח איכילוב הוציא בשעה האחרונה על תשלום שעות נוספות. אין שום סיבה שלא תדעי, זה נעשה דרך חברת "טו גו" באופן ארצי. אין מעסיק שלא יודע על כל עובד בכל נקודת זמן איפה הוא נמצא וכמה שעות עבודה הוא עשה.

דובר/ת: לכם כהר"י אין התנגדות לנתונים?

עו"ד לאה ופנר: להיפך, אני רוצה שהוועדה תבקש אותם. מה שיכול להיות שזה עלול ליצור בעיה בקטע המגזרי. אחת הבעיות היא הבדל ההשתכרות בין גברים לנשים, בעיה מגזרית בקטע הזה של כמות השעות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: נשים לא יכולות לעשות את זה.

עו"ד לאה ופנר: אין סיבה בעולם שהדברים האלה לא יהיו מגובים בנתונים כי הכל נמצא. אני יודעת על שינוי בכוח האדם שנמצא בבתי"ח השונים. אני יודעת את זה מתוך הדיבור, והוועדה יכול לקבל את זה ככה. יש בתי"ח שמוסיפים 60 רופאים על 300 רופאים. הוסיפו תקנים על אלה שנמצאים. למה זה משנה גם לנושא השכר? משום שצריך לדעת ששכר הרופאים, מה שלא נאמר מקודם בעבודה הנוספת, גם נקבע לפי כמות הרופאים במחלקה. בכל מחלקה יש טור של 30 תורניות, לכל יום, כתלות במקצועות. יכול להיות טור אחד למחלקה או ארבעה למחלקה, וזה צריך להתחלק באופן שווה בין כל הרופאים. אם יש יותר רופאים, כל אחד יקבל פחות תורניות, והשכר שלהם יורד משמעותית. זה כתוב בהסכם הקיבוצי, וזה נובע מתוך הצורך. העבודה הנוספת היא לא קבועה, היא משתנה. אני צריכה שכל לילה יכסו את העמדה ולא את הרופא. אם יש פחות רופאים, עדיין יש 30 תורניות, אך השכר ישתנה. כשתראו את הנתונים של ניר, זה הכל הנחות. אתם תראו את הנתונים ותבינו שזה בכלל לא נכון ואי אפשר לדעת דברים מדויקים, ואין סיבה שנניח. צריך להבין שנוצרו שינויים במערכת כתוצאה מתוספות ושינויים בכוח האדם.

דובר/ת: מילא תורנות, אבל בהתמחות זה יותר קוואב. יש טור של כונניות וכל בכיר שמתאסף מתחלק באותה עוגה. תקופת ההתמחות היא 5 שנים, אבל הבכירות היא 30 שנה.

דובר/ת: כמות הכונניות והתורניות קשורה לתקינה במחלקה?

עו"ד לאה ופנר: לא, נובע מהצורך הרפואי, מספר המחלקות והשירותים הרפואיים שניתנים באותה מחלקה. לדוגמא מחלקת עיניים – בעיניים יש רופא עיניים שכל מה שהוא יודע לעשות זה רשתית, אחר יודע רק פזילה, אחר עדשה קדמית. כשהוא בכוננות וצריך משהו אחר ממה שהוא יודע - יש בעיה למערכת. אנשים הגיעו מרצונם ומטובם לביה"ח. אותו דבר בקרדיולוגיה ובאורתופדיה, כשיש רק כונן אחד והסיווגים הרפואיים הם ספציפיים.

דובר/ת: רופא שנקרא לביה"ח והוא לא כונן?

עו"ד לאה ופנר: התנדבות. אם המומחיות שלו היא בדרך והוא כונן, ויש תאונה ויש בעיית גב, יקראו לרופא אחר. כוננות לא פעילה – יש תמורה כלשהי על זה, וכל זה לא היה בתוך המערכת עד לפני כמה זמן.

דובר/ת: למשרד הבריאות יש נתונים על חלק מהדברים. אני ראיתי והציגו לי את נושא הקצאת התקנים, מספר תורניות יורד למתמחים - זה נתונים קיימים.

עו"ד לאה ופנר: על זה אני בוכה. אין לי ספק שהנתונים קיימים.

דובר/ת: לא כולם, אבל ספציפית את הנושא הזה...

דובר/ת: אין פה מצב של אינטרסים מנוגדים, שמצד אחד ככל שיש יותר רופאים המשכורת יורדת וכלל שיש מעט התלונות על עומס עולות? במאבקי רופאים אין אינטרס להגדיל את מספר הרופאים כי זה מהווה מנוף ללחצי שכר. עד כמה זה באמת מהווה פרמטר?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: אני אומר משהו ממשנתי וממשנת הר"י. אני לא מאמינה שיש היום משהו שאפשר להשיג שתואם את טובת הרופאים ואת טובת המערכת. משהו משלם מחיר. עד היום כשאתה מסתכל על המערכת והקבוצה, אם המערכת לא טובה ויציבה, בסוף הרופא יסבול. בוודאי שתלוי באיזה מחלקה ומי הרופאים. אנחנו נלחמנו על תוספת של 100 רופאים, העומס ירד וההשתכרות ירדה, והיו פחות תורנויות. יש טרייד אוף, ותאמין לי שאני יכולה להזמין אותך לריב שיש לפני ובמהלך ההסכם וזה נובע בדיוק בגלל האינטרסים. יש כאלה שמעניין אותם ההשתכרות ויש כאלה שזה איכות החיים.

דובר/ת: יש הבדל בין להוסיף תקנים שאותם אנשים מאיישים במשרות כפולות, לבין להוסיף רופאים.

עו"ד לאה ופנר: אני מדברת על "bodies", להוסיף רופאים. זה מה שעשינו בשנתיים, נוספו 400-500 רופאים למערכת.

דובר/ת: נוספו בפועל, לא תקנים.

עו"ד לאה ופנר: חלקם מתאגידי הבריאות. הנתונים קיימים ואנחנו לא יכולים את כולם לקבל.

דובר/ת: מאיפה התוספת, מעבר לתהליך של כניסות ויציאות של רופאים שזה דינמי? אם התהליך עקבי הוא לא צריך לקבל שינוי.

עו"ד לאה ופנר: הסתיים מחזור אחד של ה-ארבע שנים, המקוצר, מאוניברסיטת ת"א.

דובר/ת: הוא של 50 איש בערך.

עו"ד לאה ופנר: הגמישו את החזרה של אנשים מחו"ל, ומעבר לזה אני לא יודעת מה עוד קרה.

דובר/ת: את מכירה אותם שמית? יש לך שמות?

עו"ד לאה ופנר: לא, למעסיקים יש את השמות.

יעל: השנה התחילו 850 ואולי יהיו עוד 50.

דובר/ת: תזכור שזה בתי"ח, האלף תקנים ניתנו לבתי"ח. ה - shifting יכול להיות מהקהילה, או אנשים שהחליטו לעבוד יותר שעות. רצינו לראות בבתי"ח שיש גידול, שלא נראה רק משחק של מעבר בין התאגיד לקהילה או להיפך.

עו"ד לאה ופנר: זה לא רק אלף תקנים, אלא תוספת מיטות למערכת, וזה מביא לעוד תקנים של רופאים. אם אנחנו לא יודעים, אז זו בעיה. דיברו פה הרבה על שכר דיפרנציאלי – אנחנו עשינו את הניסוי בזה ב - 2011. הנתונים שניר יציג תיכף, תתייחסו לזה עם קורטוב של מלח. צריך לזכור את החוויה שאנחנו חוונו של השכר הדיפרנציאלי. שמנו כסף לטובת פריפריה ומקצועות במצוקה, וזה עורר כעסים וזעם רב בקרב הרופאים. כשבאים ואומרים בואו נעשה מאבקים, צריך לזכור שהחוויה שלנו היא קשה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ניר קידר: כל שקף שאציג כתוב מה המקור שלו. שקף התפתחות שכר הרופאים – משנת 2000 ועד 2020 – שכר הרופאים אמור להעלות ב - 50 אחוז. אין אף רופא שמקבל אותו שכר. העלייה היא במחירים שוטפים. יש תקופה של עליית מדד המחירים לצרכן. השקפים מראים כמה השכר עלה לפי מקצועות שונים. מתייחס לשקף במצגת.

פרופילים – זה השכר הבסיסי פלוס מה שרשום פה (בטבלה), ואיך השכר הולך לעלות בשנים הקרובות, עד שנת 2018, אז מסתיים ההסכם הקיבוצי. דרגה 3 – מתמחה צעיר, דרגה 4 – מתמחה בכיר יותר. בפריפריה קפיצות השכר גבוהות יותר מאשר במרכז. דרגה 6 או 6 פלוס – מומחה בסוף ההתמחות שלו. מומחה כבר לא עושה תורנויות. דרגה 6-9 – פרופיל של מנהל מחלקה.

כל תחילת שנה הממונה על השכר מפרסם בתקשורת על שיאני השכר במערכת הבריאות. מגיעים לסכומים משמעותיים. האחוזון העליון של הרופאים. אלה החגיגות שעושים כל שנה.

יעל: כולם מנהלים, מדובר במנהלי מחלקות.

ניר קידר: נכון, יש גם בודדים שלא.

דובר/ת: יעל, אפשר לשאול כמה מקבל מנכ"ל עיריית הרצליה?

יעל: מנכ"ל עיריית הרצליה מקבל 34 אלף ש"ח, ואין לו שום תוספת, זה גלובלי.

ניר קידר: הצלבנו את הנתונים שלנו יחד עם אלה של הלמ"ס ורשות המיסים - מתייחס לשקף. קיבלנו המון נתונים תעסוקתיים של הרופאים. משנת 2008 שכר הרופאים עלה ב - 50 אחוז.

יעל: שכר הרופאים שעובדים כשכירים. אתה מדבר על אלה שעובדים גם פרטי ובאסותא, אז רק חלק קטן עלה בחמישים אחוז.

ניר קידר: ההסכמים כללו את רוב הרופאים במערכת הציבורית, שהם הרוב בכלל. חלקם עובדים גם בפרטי. זה רק על שכירים. בשנת 2014 אנחנו מתכננים שוב להצליב את הקבצים ולראות מה השתנה, זו תכנית עבודה שלנו.

דובר/ת: צריך לאחד תלושי משכורת ולהשוות את זה לסקטורים אחרים שעובדים מהבוקר עד הערב, ולהשוות כמה הם משתכרים בשירות הציבורי.

ניר קידר: קצת על המתודולוגיה – יכולנו לבדוק כמה רופאים באמת עובדים בישראל, סקר על כלל המערכת. כמה רופאים עובדים בארגוני בריאות ומדווחים על קוד מע"מ של שירותי הרפואה. גילינו ש - 10 אחוז מהרופאים שיש להם רישיון לעסוק ברפואה בארץ, נמצאים בכלל בחו"ל. מקצוע ההרדמה שנמצא במחסור - כמעט 13 אחוז מהם נמצאים בחו"ל.

דובר/ת: יכול להיות שבאופן קבוע יש 13 אחוז שנמצאים בחו"ל.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניר קידר: יש גם הבדלים בשעות העבודה, וזה משפיע בשקף על השכר. השקף מראה את השכר הממוצע, והבדלים בין גברים לנשים, מישהו שהוא רק שכיר, שכיר ועצמאי או רק עצמאי. יש גם פרמיה יפה בין מומחים ללא מומחים, והשכר קופץ כשאתה מומחה ואפשרויות ההעסקה שלך גדלות.

השוואה בין מדינות אחרות ב – OECD: יש מדינות שהדיווח שלהן חסר. אנחנו הכנסנו את ישראל ב – 2011 ו – 2012. אפשר לראות שהשכר של הרופאים בישראל עלה בצורה מאוד משמעותית, אסטוניה מעלינו. איך השכר של הרופאים ביחס לשכר הממוצע במשק? בקרב אותן מדינות, ישראל קרובה לאירלנד. בשקף הבא – אנחנו מקום ראשון – השכר עלה ב – 30 אחוז משנת 2006 לשנת 2012. אפשר לדבר על זה עוד הרבה.

דובר/ת: זה מפקד אוכלוסין, זה לא מדגם.

דובר/ת: הרופא רוכש את הניסיון במערכת הציבורית, ובפועל מתפרנס מזה איפה שהוא רוצה.

עו"ד לאה ופנר: אתה לא יודע אם זה עבודה עבור הקופות כעצמאי או לא.

דובר/ת: אחד המאפיינים הייחודיים שיש בענף הזה זו התחרות מול העולם, במשיכה של המשאב הציבורי. עוד לא הגענו לכיצד אפשר לשמר.

דובר/ת: אין פה ייחודיות של רופאים, זה בכל העולם.

דובר/ת: כמות המדיניות האקטיבית שמופעלת למשיכה של רופאים היא גבוהה. זה לא אומר מה הפתרונות לנושא. זו תחרות עולמית על אנשים בעלי מיומנויות גבוהות. אנשים עושים הכשרות ביניים בארה"ב. יש תחרות גבוהה ביחס לעולם.

**** מציג שלישי מול הוועדה: דר' אהוד דוידסון, מנהל בי"ח סורוקה.**

דר' דוידסון: קצת רקע על עצמי – התחלתי את הקריירה שלי כמתמחה ומומחה לרפואה בפנימית בבלינסון. עבדתי גם כרופא עצמאי ראשוני בקופת חולים בבני ברק כמה שנים טובות. לאחר מכן הייתי מנהל רפואי של מחוז דן ופ"ת, ואחר כך בשנת 1995 הפכתי להיות מנהל מחוז צפון של הקופה לחמש שנים הבאות. תקופה מעניינת ואזור מעניין, תחרות עצומה על מבוטחים לפני הרגולציה והסדר על מעבר בין הקופות. למדתי להכיר היטב את הקהילה. התחלתי אחר כך לנהל את בי"ח מאיר. זכיתי להכיר ראש עיר מאוד מיוחדת בהרצליה... לפני כ – 6 שנים עברתי לתפקיד הבא של סמנכ"ל וראש חטיבת בתי"ח של הכללית. במאי האחרון מוניתי למנהל בי"ח סורוקה ומרחב דרום של הקופה. היו כל מיני מודלים בקופה, ובמסגרת האסטרטגיה של כללית ב – 5 שנים האחרונות, הייתה כוונה לבצע אינטגרציה כשהמטופל במרכז על מנת ליצור רצף טיפולי כי זוהי הדרך לטפל בחולים. המטופל נמצא אצל רופא המשפחה כל חייו. לפעמים קורה משהו חריף בעקבותיו נכנס לבי"ח ל – 4.4 ימים ואני צריך לטפל בו ולהחזירו להמשך הטיפול של רופא הקהילה. בסוף המטופל הוא של הקהילה, הוא מגיע אלינו כי קרה משהו חריף בתקווה שנחזיר לו את איכות חייו לקהילה. במסגרת זו הוקם מרחב דרום – זה ייחודי לדרום, זה רק שם. הדרום הוא מיוחד – יש בי"ח אחד מבחינה פרקטית, ו – 70 אחוז הם מבוטחי כללית. אני אחראי על הממשקים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שמייצגים את הרצף הטיפולי ואנחנו עובדים על הנושאים האלה יחד. יש מדדי רצף באיכות השירות ומדדים כלכליים, ראו איך שמים את המבוטח כך שכל משאבי הדרוש ישרתו אותו. בייח סורוקה מפנה את כל משאביו לטובת הקהילה. בדרום – להם יותר קשה.

כשאנחנו מדברים על חיזוק הרפואה הציבורית בישראל, צריך לשים על האג'נדה שני נושאים – הקהילה והפריפריה. תיארתי לפניכם את ניסוני האישי בקהילה. היום זה עולם אחר – יש מערכות מידע יוצאות מן הכלל. אותו "קליקס" ש - 80 אחוז מתושבי ישראל, שלהם תיק שמנוהל באותה מערכת, ואני לא יודע אם זה מנוצל ברמה הלאומית, דרך העובדה שלתוך המערכים האלה נכנסו מדדי איכות, וזה הפך להיות פרויקט לאומי דרך משרד הבריאות, זה הציף פערים קיימים שמאתגרים את כולנו להתגבר עליהם. בתחום מדדי האיכות שמייצגים הכי טוב שירות רפואי טוב. אצלנו בקופה נעשית המון עבודה ומעקב. נכנסים לתוך התיק של כל חולה אצל כל רופא, ואנחנו יכולים להגיד מה רמת הבדיקות השונות, סקר, מעקב. יש מעקב מתמיד, כולל דין וחשבון שהרופאים נדרשים לתת אם המצב אצלם – תקלה או כישלון, יש בו אתגר כדי לתקן מצב קיים. זה דגש מאוד חשוב לדעתי. בסוף המדינה צריכה לתת המון דגש למה שקורה בקהילה. כל האזרחים, רוב תקופת חייהם מקבלים את השירות בקהילה ולא בביה"ח.

אלמנט הפריפריה – אני נמצא אולי 4 חודשים בדרום. לפני כן, הייתי בפריפריה הצפונית. האנשים בדרום מדהימים. אנשים חמים עם לב רחב, חם בדרום... הם ואני יודעים שיש פערים גדולים מהמרכז – תוחלת חיים נמוכה יותר ב - 7-8 שנים, תמותת תינוקות פי 5 (הוד השרון לעומת נתיבות), שיעור המיטות לאלף, מס' המיטות, מס' האחיות, מס' הרופאים.. לא כולם נותנים רפואה, יש גם חינוך, השכלה, שכבות סוציאקונומיות. חייבים לשים את הנושא על סדר היום ולשאול האם אנחנו עושים את כל מה שאפשר בתחום הזה.

אלמנט נוסף – יש לנו בנגב גם הזדמנות נהדרת שנקראת מעבר צה"ל לדרום. הפריפריה היא יותר דלת שירותים. מעבר צה"ל הוא בשורה בכל תחומי החיים, לאו דווקא ברפואה. יש תכנית ממשלתית עתירת משאבים לקידום המעבר הזה, ואני לא בטוח שמערכת הבריאות בתוכה.

יעל: היא קשורה, רצו להקים בייח בדרום...

ד"ר דוידסון: אני הזמנתי אלי את מנהלת המעבר של צה"ל ותיארו לנו את ההיערכות והתכנית הצפויה - כל היחידות שעוברות לנגב, מס' חיילים, מס' משפחות וכו'. אותנו מעניין מה מספר התושבים שיצטרפו לנגב בשנים הבאות כי צריך להיערך לכך. התרחיש הוא שיתווספו כ - 200,00 איש ב - 8-10 שנים הבאות. בעצם תצוץ בנגב עוד באר שבע ולא כולם ערים לכך. מבחינת מערכת הבריאות זה עוד מיטות, והאוכלוסייה תמשיך לגדול.

פרופ' לאה אחדות: זה ברור שחלק זה העברת משאבים..

שירה גרינברג: צריך להדגיש שמעבר צה"ל לנגב זה אוכלוסייה צעירה. אם משפחות יעברו, זה אולי 30 או 40 אלף. בפן הקהילתי זה נוגע לתחומים מסוימים של יולדות, ילדים.. זה קשור לנושא של הדמוגרפיה של המדינה ותכנון מערכת הבריאות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר דוידסון: אני את המספרים לא ממציא. הם מספרים רשמיים.

שירה גרינברג: הם לא ממוצאים, זה בדואים בעיקר.

ד"ר דוידסון: גם להם מגיעים שירותים רפואיים, אלו המספרים.

שירה גרינברג: ברור, חלילה לא התכוונתי אחרת.

ד"ר דוידסון: אני מדבר על רמת הרפואה שאפשר לייצר בנגב. מעבר צה"ל לנגב הוא הזדמנות אדירה שנפלה על הנגב פעם בדור. מערכת הבריאות צריכה להציג את צרכיה בצורה ברורה מול הממשלה. זה יכול לעזור לנו לגשר על הפערים שקיימים.

הסוגיה של איך מביאים עוד בריאות לנגב? מטריד האת כולנו, ומי יכול לעשות את זה? נעשה מהלך אדיר של הסכם הרופאים. ניתנה עדיפות לפריפריה. אני מברך את הר"י שהפכה את זה לחלק מההסכם. זה באמת מתוך פרגון. אני נמצא במקום שאני נהנה מהפירות. המערך הפנימי בסורוקה - לא היה איך להפעיל אותו ופרופ' גמזו כעס עלינו מאוד. הגיעו אלינו עשרות רופאים - מערך רפואה פנימית, אונקולוגיה, ילדים - השתקמו מאוד. אני פחות בקיא בצפון, אבל גם שם קיבלו תוספת יפה. ההשקעה והחשיבה לטווח הארוך הייתה נכונה, ואני שמח על כך. כמובן שמספר המענקים שיכולים לתת הוא לא מספיק. מספר המענקים שלי הוא ל - 18 רופאים בשנה, ואני צריך 60-70 בשנה, אבל זה שם אותנו במקום אחר. אם מדברים על מי יכול לשפר את מצב הרפואה בנגב זה סורוקה. צריך עוד רופאים בנגב, ומי יכול לעשות את זה? רק סורוקה - הגודל, מגוון הטכנולוגיה, הקשר עם הפקולטה לרפואה, כל אלו ועוד מביאים אנשים לדרום. לכן אני חושב שלחזק את סורוקה זה נכון. אולי יאבדו את האלמנט של תחרות בין מוסדות, אבל אין דרך אחרת. אין בנגב עוד מרכז אורבני אמיתי שיכול להיות עוגן לעוד ביי"ח. בסורוקה אפשר יהיה להוסיף את זה באופן הדרגתי. צריך יהיה להוסיף ולהגדיל במקביל לגידול האוכלוסייה בצורה מדורגת. זה נכון כלכלית. המנהלת לא ידעה על כלום בתחום הרפואה.

שירה גרינברג: יש סעיף בהחלטה שמדבר על בחינת הצרכים של מערכת האשפוז בנגב.

ד"ר דוידסון: סוגיית המערכת הציבורית הבית חולימית שאנחנו תומכים גדולים של חיזוק המערכת הציבורית, והסוגיה של שר"פ כן או לא שעומדת על הפרק - אני מתוך אמונה אישית מתנגד התנגדות נחרצת לשר"פ.

יעל: גם אם נחליט שזה רק לפריפריה?

ד"ר דוידסון: כן. זה כמעט אסון לפריפריה. הפערים בפריפריה הרבה יותר גדולים, וזה יגדיל אותם. חלק מהאוכלוסייה אפילו את התרופות הפשוטות מרופא המשפחה לא לוקח. אני כן חושב שצריך לעשות פול-טיימר וקצ"ת או עבודה נוספת אחר הצהריים - קצ"ת לפי הסכמים שקיימים. המודל נקבע לפני כמה שנים עם ארגוני העובדים והוא פונקציה של כמה דברים - אורכי תורים - ואנחנו לא מעלימים עין שצריך לשפר את החברה בהשתכרות שלהם. הסכומים שאנחנו משלמים בקצ"ת לרופאים הם נמוכים ממש מביי"ח פרטי, ואין מה לדבר שהם נמוכים מהשר"פ של הדסה - פי 10 או 8 לפחות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אתה תוכל להעביר לנו נתונים?

ד"ר דוידסון: אם המקור שלי יסכים. ההבדלים הם דרמטיים. יש לנו בכללית מודל מצליח ועובד שנותן תשובה קודם כל לצרכי המטופלים, ולשם כך אנו קיימים. התורים אצלי ובצפון מאוד ארוכים כי אין עוד אלטרנטיבות, ואני לא מצליח לקצר אותם. אני אוכל לתת לכם את נתוני התורים, זה יהיה עצוב קצת. אני עשיתי חשבון יום אחד – כדי לנסות להשוות מול אלטרנטיבות. אם אני לוקח את כל מי שבהמתנה אצלי מעל חודשיים, כמה אני צריך כדי לגמור את כל הר הממתינים? סדר גודל של 70 מיליון ש"ח. אבל התור יצליח לצמוח עוד פעם. זה סכום שהוא חוץ מהקצאה שנתית רגילה שהקופה נותנת לי לקצ"ת. התקציב השנתי הוא 75 מיליון בערך. יש לי תורים ארוכים כי אין לי אלטרנטיבה, כל הנגב בא אליי.

ערן פוליצר: כמה תוספת קבועה תצטרך?

ד"ר דוידסון: 1.3 מיליארד ש"ח זה תקציב שנתי, ועל זה אני מקבל 75 מיליון ש"ח מהקופה. בזה אני משלם שכר לרופאים ולאחיות.

עו"ד עדי ניב-יגודה: מה הגבול הצפוני שהקופה מפנה אליך?

ד"ר דוידסון: קרית גת.

ניר קידר: הקצ"ת הולך למי?

ד"ר דוידסון: קצ"תים זה רק לכללית. בדרך כלל אסור שידעו מאיפה המבוטח, אבל התוספת של הכסף זה רק לכללית.

שירה גרינברג: מה קורה עם מבוטחים אחרים?

ד"ר דוידסון: אין דרמה כי הקופות האחרות אצלי הם מעט מאוד מבוטחים. התורים בערך אותו דבר. אולי של הכללית טיפה יותר קצר, אבל בגלל שיש מאסה גדולה של כללית, זה נמהל בהר הממתינים, וזה היה יכול להיות הרבה יותר גרוע. מתבצעות בקצ"ת עשרות אלפי פעולות. לניתוח מפרקים היום בסורוקה מחכים שנתיים, 3 רופאים עושים את זה בסה"כ. לצנתור כמעט אין תור. לאוזניים – 4-5 חודשים.

ערן פוליצר: מה מגביל אותך בלנתח עוד אחר הצהריים מקופות אחרות? הן לא רוצות לשלם?

ד"ר דוידסון: נכון. כללית אחרת תסבסד אותם ואין גבול. כללית שמה 75 מיליון ש"ח, ובואו תשימו גם אתם. התשובה – הם לומדים את הנושא.

ערן פוליצר: קופ"ח משלמת את המחיר הרגיל של הסל, וביה"ח עושה את השאר.

ד"ר דוידסון: כשאני עובר גבול מסוים אני מקבל אלפא, ואני לא יכול לממן את החריגה. זה מה שקורה אצלי. ואני אעבור את הגבול אם אממן את השאר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר דוידסון: איך מחזקים פריפריה? ברמה העקרונית זה איך מחזקים את הרפואה הציבורית בארץ. השיטה הזאת של תוספת משאבים בסגנון הקצ"ת, היא אתית פתוחה לכולם לפי דחיפות רפואית, לפי תור ולא לפי כמות הכסף שיש למישהו, ולא משנה מאיזה קופה הוא. לא רוצה לדעת את זה, רק מה הבעיה הרפואית שלך ולטפל בך. אפשר להעריך כמה זה יעלה בכל המדינה.

עו"ד לאה ופנר: אתה אומר למצוא את הדרך, למצוא משאבים לביה"ח בארץ שיוכלו להפעיל משמרת שנייה.

ד"ר דוידסון: כן, עם בקורות על ניצולת חדרי ניתוח שהכל מנוצל היטב. אצלנו הקופה מפקחת, והכל שקוף אם התנהגתי נכון או לא.

יוליה איתן: 75 מיליון ש"ח – כולם לשכר רופאים? מה החלוקה?

ד"ר דוידסון: 22 אחוז לתקורה זה כסף שמתווסף לצרכים שונים, זה בערך 15 מיליון ש"ח. נכון לעכשיו זה נבלע לי בבור של גרעון של ביה"ח. הגרעון של ביה"ח סורוקה לסוף השנה מתקרב ל - 50 מיליון ש"ח מתוך 1.3 מיליארד ש"ח. זה השנה, זה לא היה כל השנים. עד לפני שנתיים היינו מאוזנים. מה שהוציא אותנו מאיזון זה הסכם הרופאים, זה החלק שלא שופה. יש פה שני דברים להבין – יש חלקים שהקופה שופתה ושיפתה אותי. יש דברים שלא שופינו – על תוספת התקנים למשל. סורוקה קיבל הרבה בארץ, לדעתי, בגלל מקצועות המצוקה, בגלל היקפי ביה"ח והמיקום שלו. אין לי מקור, אז נהיה גרעון. כשאני בגרעון אז הקופה מממנת כבעל הבית. שעות נוספות של רופאים לא היה אף פעם וגם את זה אני אמור לשלם. הקופה נותנת לי תקציב ומצפה שאהיה מאוזן, ואז ההנהלה שלי כועסת עלי.

יעל: מהם מקורותיך?

ד"ר דוידסון: לידות, שאנחנו מתחרים עם שערי צדק וביקור חולים. זה מקור מאוד חשוב. אין בו אלפות וכל שאר הדברים אחרים, אף אחד לא נוגס בו. כמעט ואין מקורות אחרים.

יעל: מרפאות?

ד"ר דוידסון: לא.

עו"ד עדי ניב-יגודה: תרומות?

ד"ר דוידסון: כן, אבל זה לא שוטף. תיירות מרפא עוד אין בכלל בסורוקה. 75 אחוז הולך על שכר (חוץ מה - 22 אחוז שהוזכרו קודם). יש פירוט מדויק על כמה מקבל כל חבר צוות בניתוח, קוראים לזה "סדין", פירוט של כל הצוות בניתוח.

ערן פוליצר: התשלום לצוות מהווה מגבלה עכשיו? אם אתה רוצה לעשות קצ"ת אחר הצהריים, יש לך צוות?

ד"ר דוידסון: סוגייה מעניינת כי לא תמיד יש. צוואר הבקבוק זה המרדימים שזו סוגייה לאומית לא פשוטה. ברמה היומית אני מתעסק במרדימים - יש או אין. מרדים שקם בבוקר עם חום זה שיבוש מערכות אמיתי. אם לחבר'ה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יש פרנסה במקומות אחרים, אז הוא לא ירצה להישאר אצלי בקצ"ת ואני צריך למצוא לזה פתרון. יש לי גג שהוכתב על ידי הקופה. אני רשאי לשחק בין הסקטורים, אבל הגג הוא גג. לכל פרוצדורה יש סכום מסוים שאני יכול לשחק איתו. יש סכומים היסטוריים בכללית.

שירה גרינברג: יש פרוצדורות עם היקף יותר גבוה? כמו צנתור?

ד"ר דוידסון: אין תור אבל בכל זאת יש קצ"ת בצנתור. כאן נכנס אפקט התחרות בין הקרדיולוגים, זה לא תמיד הצורך האמיתי. לפעמים אני צריך להחזיק את החבר'ה, אחרת הם לא יהיו.

עו"ד לאה ופנר: אנחנו שמענו על כל מיני פעילויות שנעשות בבי"ח ציבוריים לדוגמא הגעה למרפאות, הפעלת קוסמטיקה, הכנסות מהציבור על פעילות שמפורשת בצורה כזו או אחרת שהיא לא בסל. קיים גם אצלך?

ד"ר דוידסון: כן, בפיקוח מלא של הקופה. למשל מרפאת למטייל – ייעוץ לצעירים וחיסונים לפני נסיעה. זה בפיקוח ובמחירים שהקופה מאשרת. כשאני מחליט לתת שירות חדש, אני צריך לשאול את האנשים בקהילה מה דעתם על זה. כשהם מאשרים, זה מתחיל לעבור את המנגנון הקופתי של התמחור, וכן הלאה. יש בדיקות סקר, סקר מנהלים – מכניס סכום מסוים, לא סכומי עתק. יש קצת פעילות של פה ולסת, שיניים. לצערי לא הרבה יותר.

עו"ד לאה ופנר: יש בי"ח שאמר לנו שאם רוצים לראות רופא במרפאה, אפשר לשלם ולראות אותו.

ד"ר דוידסון: אני לא מכיר את זה. לא צריך לשלם על זה, זה בסל. ממליץ מאוד על מודל הפול-טיימר שלצערי לא קודם בהסכם הרופאים.

יעל: מה ההבדל בין פול-טיימר למשמרת השנייה?

ד"ר דוידסון: משמרת שנייה זה מול תפוקות ברורות. פול-טיימר משדרג את רמת השירות שניתנת – יש למי לפנות לחבר'ה הצעירים. אני מאמין שיכולה להיות רפואה אחרת.

פרופ' גבי בן-נון: יש לך מודל כתוב של פול-טיימר?

ד"ר דוידסון: יש את פרופ' גידי סער שהוא יוצא מן הכלל. יש עוד מיני כוכבים בארץ, וזה היה צורך מסוים במקום מסוים כדי להחזיק בן אדם. במקרה של סער שני האלמנטים נכונים – הוא פול-טיימר ולא עושה שום דבר אחר. הוא חתום מול הממונה על השכר.

יעל: כמה כוכבים כאלה יש לך שהם פול-טיימרים?

ד"ר דוידסון: רק הוא.

עו"ד עדי ניב-יגודה: החיסרון של בתי"ח במרכז הוא אולי היתרון שלכם הוא התחרות. האם אתם מתמודדים עם בריחת רופאים בשעת צהריים לפרטי? האם לדעתך בהינתן שיהיה שר"פ בפריפריה, האם זה באמת ימשוך רופאים?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר דוידסון: אני טוען שעדיין יש תחרות גם אצלנו, כי מתחרים על הרופאים. כל מי שהגיע לרמה מסוימת, התחילו לקרוא לו, במיוחד אם הופיע פעמיים בעיתון. השאלה היא איזה אמצעים יש לי כדי לשמור עליהם בנגב. זה לי הנושא הכי חשוב כמנהל ב"ח. זה אחד האמצעים הכי חשובים שיש לי. יש סימביוזה מדהימה עם אוניברסיטת בן גוריון, וצריך לדבר במשאבים, בכסף, כמה בן אדם כזה יכול להשתכר אחר הצהריים. יש גם את סוגיית הנגישות לפרפריה - האם הרכבת וכביש 6 עוזרים? יש לי רופאים שבאים בבוקר ובערב חוזרים למרכז. הכוונה הייתה שיגורו בפרפריה.

יעל: האם שר"פ יגרום לכך שתוכל לפתות רופאים טובים להישאר ולהגיע לסורוקה?

ד"ר דוידסון: אני עדיין חושב שהקצ"ת יותר נכון.

ניר קידר: בראייה שלך של כללית, כמה פול-טיימרים צריך במערכת?

ד"ר דוידסון: דווקא בזמנו ישבנו ועשינו חשיבה. אני הייתי רוצה שבמקצועות הבסיסיים יהיה יום-יום מומחה, אחד בכל מקצוע. כיום אני חייב אחד בגניקולוגיה ומיילדות, רק אחד, 24 שעות ביממה בגלל חדרי הלידה בעיקר. אני הייתי רוצה להגיע למצב שבכירורגיה, פנימית, הרדמה - מקצועות הבסיס - שכל ערב יהיה לי מומחה. מזה צריך לעשות אקסטרפולציה. אז נקבל רפואה ברמה יותר גבוהה משמעותית מהיום.

שירה גרינברג: איך אתה מגדיר משרה מלאה?

ד"ר דוידסון: הרופא לא עובד במקום אחר. מעבר לשעות העבודה הרגילות מצופה שרופא יישאר עוד שעותיים או ארבע, או יעשה פעולות מוגדרות, שיישאר עד שש או שמונה בערב. גם אז יהיה הרבה מאוד אי שקט. יחפשו החבריה להוסיף עוד דברים. יש 4-5 רופאים שבנוכחותי חתמו על הסכמים כאלה.

שירה גרינברג: האם יש בכללית מדדי איכות לבתי"ח שמודדים אותם? בגלל שזה לא קיים במקומות אחרים במערכת, האם לדעתך זה מוביל לשיפור? האם תוכל לשלוח לוועדה את התכנית עצמה?

ד"ר דוידסון: בוודאי. אני המצאתי אותם יחד עם החבר'ה שלי ומשרד הבריאות אימץ את החמישה הראשונים. אנחנו היום עם ארבעים וכמה מדדים. יש מדדים מחלקתיים וחוצי מחלקות, כמו מניעת זיהומים. יש בכללית רופא ראשי שחלק מהמנדט שלו זה פיתוח מדדי איכות בבתי"ח במקביל למדדי איכות בקהילה. זה חשוב לי מאוד, גם מדדי רצף. אנחנו כמובן מסתמכים על פרקטיקה רפואית נכונה. לדוגמא תרופות שלוקחים אחרי אוטם שריר הלב. אנחנו נמדדים על רישום תרופות לחולה שעבר אוטם שריר הלב, ואני בודק אם החולה אכן קונה את התרופות בבית מרקחת, ואני בודק האם הרופא רשם את התרופה והחולה קנה אותה - רצף טיפולי לפי הספרות הרפואית. כך יש סיכוי טוב שעזרתי לו למנוע את האוטם הבא.

ערן פוליצר: בקהילה לא ניתן למדוד את הרצף כשבי"ח הוא לא של הכללית.

ד"ר דוידסון: יש דברים שאפשר לראות ויש דברים שהם לטווח ארוך.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: יש דברים שאי אפשר לדעת שבהכרח עזרו.

דר' דוידסון: אני אתן לך דוגמא על מדד שיעור זיהומים בדם. נגיד בפגיות, ביחידות לטיפול נמרץ, זיהומים מתוך קטתרים שנכנסים לכלי הדם. אנחנו רואים ירידה בשיעור הזיהומים.

יעל: אני יכולה לראות את זה? אתם מפרסמים את זה?

דר' דוידסון: את כן, אנחנו ככלל לא מפרסמים את זה.

דורון: אתה יכול להעביר לוועדה את תכנית מדדי האיכות ואת המגמה?

דר' דוידסון: כן ודאי, אני צריך אישור של קופת החולים. על פי חוק אני מחויב לתת.

פרופ' גבי בן-נון: אני מסתכל על אלטרנטיבות של העסקה – שר"פ, קצ"ת ופול-טיימר. ראינו כל מיני מודלים, על קצ"ת אני לא יודע הרבה. אם אפשר יהיה לקבל, לא ברמה של חשיפה של סורוקה, אלא ברמה של התנסות שלך בעניין. עמוד אחד שיתאר את מודל הפול-טיימר מהפך של שעות נוספות – מה המשמעות של זה בכסף, בשעות וכו' - ברמה הכי בסיסית. אפשר לקבל? מהתנסות אישית שלך כבי"ח, כאהוד.

דר' דוידסון: בוודאי. בכל מקרה לא אעביר מידע שלא דרך הקופה שלי. אני חייל די נאמן וצריך לעשות את זה בצורה מסודרת.

דורון: נוציא פנייה מסודרת.

פרופ' גבי בן-נון: אני לא רוצה עמדה דרך הקופה. העיקר שייתן, לא אכפת לי.

יוליה איתן: אתה ציינת שצוואר הבקבוק הוא המרדימים. האם יש לך מחשבות לפתרונות לכך, והאם פתרונות של ייבוא מרדימים זו אופציה לדעתך?

דר' דוידסון: אני לא מת על זה בוודאי.. הפתרון הנכון זה קודם כל לעסוק בשכנוע. זה מקצוע יפה, מאוד פופולרי בארה"ב ולא בישראל. צריך לנתח מה גורם שם לחברה לרצות לעסוק בו, ובארץ לא.

פרופ' לאה אחדות: גם בארץ הם מתוגמלים יפה.

דר' דוידסון: זה מתחיל דרך האיגוד המקצועי שלהם. צריך לעשות מהלך כדי להסביר איזה מקצוע מדהים, יפה וחשוב זה. כולם רוצים לבחור מנתח ואף אחד לא בוחר מרדים. אנשים בכלל לא מבינים שהם שמים את עצמם בידיו, לא מבינים כמה זה חשוב. אני בעד כל דבר, רק לא ייבוא, אני לא אוהב את זה.

יוליה איתן: יכולת הפרט לממש את זכויותיו – עד כמה אתה חושב שמבוטחי כללית מממשים את זכות בחירת בביה"ח?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר דוידסון: כל הסוגיה של הסדרי הבחירה בחוק בין בתי"ח, בעצם הם לכאורה מאליו הקלף המרכזי של הקופה בבואה לנהל משא ומתן עם ביה"ח. החיים יותר חזקים. אנחנו לקחנו לפני כמה שנים את מקצוע האונקולוגיה, ואמרנו שמספיק זה טרגדיה לחולה, ולאט לאט יש עוד תחומים בהם לא מקשים על האנשים. אבל הביטול הטוטלי של הסדרי הבחירה הוא בעל משמעות מאוד כבדה, וזו הסיבה למה זה כל כך בעייתי.

יוליה איתן: אני מנסה להבין האם עשיתם פעם אומדן בקופה?

ד"ר דוידסון: אני לא מספיק בקיא בזה. יש לי מנכ"ל ויש לו צוות.

יעל: ההנחה של הקופה לבי"ח היא במאות מילונים לבי"ח הספציפי.

יוליה איתן: האם אתה מרגיש את פעילות אסותא בבאר שבע?

ד"ר דוידסון: אני לא בדעה שצריך לחסל את הרפואה הפרטית בישראל, הונטיל הזה צריך להיות כנראה. זו מדינה חופשית ואני לא נגד. כנראה שצריך ליצור לזה פרופורציות. יש בי"ח פרטי בבאר שבע שנקרא "שבע עיניים" שעושים בעיקר ניתוחי עיניים. בסורוקה ממתניים שנתיים לניתוחי קטרקט. יש אנשים שהלכו למוסדות פרטיים, יש הרבה פעילות במושלם. הם עושים את זה ב"שבע עיניים" אצלנו בבאר שבע. זה בי"ח פרטי שמופעל על ידי מנהלת מחלקת עיניים שלי. הבעיה שלי זה לא שחסרה בפרנסה, יש במחסנית כל כך הרבה חולים, שכמה שלא עושים במושלם, רק מקצרים קצת את התור. אני לא חושב שצריך לחסל את הפרטי. אין לי מקור כספי לקצ"ת כדי לקחת את הפעילות משם.

עו"ד לאה ופנר: בין שר"פ לקצ"ת – אם אנחנו מדברים על שב"ן, שבביטוח המשלים במקום שיעשה שאסותא או "שבע עיניים" יעשה אצלך, מה דעתך?

ד"ר דוידסון: מה ההבדל מקצ"ת?

יוליה איתן: אם אותה רופאת עיניים הייתה עובדת אצלך ולא בבי"ח, ההכנסות היו לכיסך.

ד"ר דוידסון: לכן אני רוצה עוד כסף לקצ"ת.

יעל: קוראים לזה שר"פ.

ד"ר דוידסון: שר"פ זה כשהלקוח מכניס יד לכיס.

עו"ד לאה ופנר: מה שמפריע לך בנושא של שר"פ זה חוסר השוויוניות כשהמטופל מכניס יד לכיס.

ד"ר דוידסון: האלמנט הכלכלי.

עו"ד לאה ופנר: למה מפריע לך שיש בחירה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דר' דוידסון: אם יש את זה לכולם, ורופא מקבל כמו חבר שלו, אין לי בעיה. מרפאה פרטית היא פרטית. אותה רופאה עובדת אצלי במשרה מלאה. היא עושה את זה אחר הצהריים, היא רשאית.

יוליה איתן: אותה רופאה, במידה והיית מציע לה להישאר בביה"ח ולקבל סכומים פחותים ממה שהיא מרוויחה היום, האם הייתה נאותה לכך?

דר' דוידסון: בוודאי יותר נוח בחלק מהמקרים, מאשר להתרוצץ בין בתי"ח. כמה פחות זה כבר קצת מו"מ ומסחר. הם יהיו מוכנים בתעריפים יותר נמוכים מבפירטי, זה בטוח.

עו"ד עדי ניב-יגודה: לגבי הפזורה הבדואית – האם יש הנגשה אקטיבית? לאו דווקא סורוקה אלא גם הקופה, ומה היית עושה כדי לשפרה?

דר' דוידסון: מספר המרפאות של כללית הוא יפה מאוד בפזורה הבדואית. ביקרתי לא מזמן בכסייפה, שם יש 4 מרפאות על 10,000 תושבים. לקופה יש אחריות גבוהה, מתקרבת ל - 90 אחוז. יש בעיות תרבותיות, לדוגמא, כמעט ולא יקרה מצב שבחורה בדואית תעשה הפלה. יש סיפור שלם עם בעיות גנטיות. בסורוקה מצאו 12 בעיות גנטיות אצל הבדואים שלא היו ידועות קודם. קראנו אלינו קבוצה של קאדים ואנשי דת והתחלנו לדבר איתם על ההלכה שלהם, מה קורה כשאנחנו חושבים שיש בעיה עם העובר וצריך לעשות הפלה. מסתבר שגם אצלם יש חוקים ממתי זה מתחיל להיות בר-חיות ומתי לא. כנראה שבדיבור ובשיחה ובהבנת התרבות, אפשר לעשות דברים, לא ברעש וצלצולים בעיתונים. זה חשוב לנו ולקהילה. כולנו יודעים שילד פגום הוא בעל משמעויות לקהילה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אפשר לשפר את זה באמצעות חינוך רפואי?

דר' דוידסון: בוודאי. יש לנו אחיות ורופאים ועו"סים בדואים, מגשרים תרבותיים גם כן. זה מתקדם בצורה יפה, ואני מניח שיש עוד הרבה מה לעשות.

פרופ' לאה אחדות: מבחינת הקצאת מקורות כלכליים של מדיניות הקופה – האם בסורוקה יחסית התורים ארוכים יותר מאשר בבת"ח אחרים? האם זו בעיה של הקופה שהיא לא מקצה את המשאבים בצורה הולמת? איך הקופה חיה עם זה שדווקא בדרום יש לך תורים ארוכים בלי לעשות הסטה של תקציבים בהתאם לצרכים?

דר' דוידסון: היא עושה הסטה, אבל לא מספיק. היא בנתה מודל של טבלת צדק, שהיא כנראה לא מושלמת. מפעם לפעם מנסים קצת לתקן. המודל מחלק את העוגה הקיימת. הנהלת הקופה קובעת את ה - CAP. היא קובעת לפי המבטחים שלה, לא לפי בתי"ח, אלו תהליכים פנימיים שלמים.

יוליה איתן: האם מדיניות חלוקת התקציבים שקופה, נגישה וברת בקרה כמו מערכת ממשלתית אחרת?

דר' דוידסון: בוודאי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שירה גרינברג: דווקא מתוך נקודת מבט של אינטגרציה אנכית של הקופה במחוזות אחרים – בכללית באמת יש אינטגרציה בדרום מושלמת כמעט ובמחוזות אחרים זה יותר מופרד. מהן מסקנותיך משני המודלים האלה ובכלל על אינטגרציה אנכית?

ד"ר דוידסון: אני בזמנו ניסיתי לתת לה יותר עומק מבחינה ארגונית ומקצועית. אני ניסיתי לחבר בזמנו את המחלקה האורתופדית במאיר עם זו ברעננה. המטופל יכול לקבל פה או פה ולא משנה לאן ילך. אני קראתי לזה מרחב מקצועי, ואני חושב שאפשר לעבוד על זה כמרחבים. כשצריך את הרופא המומחה יותר ידעו איך להגיע אליו ולכוון את המטופל נכון. אני מאוד בעד חיזוק האינטגרציה האנכית, גם ברמה הארגונית ולא רק כמו שאנחנו עושים היום.

עו"ד לאה ופנר: שמענו שמאבדים בעקבות ההסכם רופאים לטובת הקהילה. איך אתה רואה את זה?

ד"ר דוידסון: זו לא תופעה משמעותית בדרום. אני לא רואה את זה. אני הייתי רוצה להגדיל את מספר הרופאים המשולבים שאז ייהנו משני העולמות. בשני העולמות הם חשובים, בקהילה פר שעה זו פרנסה יחסית יותר טובה. המטופל ייהנה מזה שהוא יכול לראות את אותו רופא גם פה וגם שם. זה פתרון יוצא מן הכלל לשני הארגונים.

פרופ' לאה אחדות: זו לא דרך להשאיר אותם?

ד"ר דוידסון: בהחלט. למרות שאם הוא יכול, שבסוף יישאר במשרה מלאה בביה"ח. תמיד יש יוצאים מן הכלל.

שירה גרינברג: כמה מהרופאים שלך משולבים?

ד"ר דוידסון: ברמת החצי-חצי, עשרות בודדים. רופאי ביי"ח שעובדים בקהילה, מתוך 700 רופאים בסורוקה יש 142 כאלה, כולל מתמחים. בדקתי את זה כי החלטתי שאחד היעדים שלי זה להגדיל משמעותית את המספר הזה. אני מאמין בשילוב הזה ואני רוצה להתקרב ל - 200.

עו"ד עדי ניב-יגודה: מה אורך התור ל - MRI אצלכם?

ד"ר דוידסון: אצל מבוגרים אני חושב שזה צריך להיות 3-4 שבועות. אצל ילדים זה בהרדמה, אז זה כמה חודשים. שוב צריך את המרדים.

עו"ד עדי ניב-יגודה: יש הסטה של מטופלים מהקופה, כשיש אלטרנטיבה קצרה אחרת יותר, אליכם?

ד"ר דוידסון: לא, למה שיעשו את זה? זה לא תופעה אצלנו.

עו"ד עדי ניב-יגודה: סיפרו לנו על זה שמישהו שקרוב יותר לביי"ח אחר מרחק 5 דקות, הועלה על אוטובוס לסורוקה...

יעל: תודה רבה לך וחג שמח!!



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

**** מציג אחרון מול הוועדה: פרופ' שמואל בנאי. היחידה לקרדיולוגיה התערבותית, בי"ח איכילוב. מציג מצגת**

(מצורף בקובץ POWERPOINT).

יעל: אני מדברת הרבה מול הוועדה על מודל בנאי. אנחנו מאוד שמחים לארח אותך.

פרופ' בנאי: אני מודה לכם ושמח שאני כאן. זו הזדמנות להציג מנקודת מבטי של רופא שנשאר ברפואה הציבורית ולא עבר לפרטית. אפשר ללמוד מזה מה אפשר לעשות ברפואה הציבורית.

מתייחס למצגת – תכנית בחירת מצנתר ללא תשלום. אנחנו מפעילים את זה מ - 2006. מציג את עצמו. קיבלתי הזמנה להרים כוסית לחגוג את הקמת צוות "קרדיולוגיה" לב וחוזה כלי-דם – התופעה הזאת של קבוצת רופאים שינתה את פני הרפואה בארץ. הרופאים מתארגנים ומנוהלים על ידי ניהול מקצועי, מסיטים פעילות מהציבורית לפרטית. בכל התחומים יש את התופעה הזאת - אורולוגיה, כירורגיה כללית ועוד, דוגמאות במצגת, לאו דווקא באסותא. הם מתארגנים, הופכים לקבוצה תחת יזם שמכניס כסף כדי לקבל כסף, משרדי שיווק ויחסי ציבור, וניגוד אינטרסים לדעתי. בסוף 2005 עברתי מהדסה לאיכילוב לנהל את היחידה לקרדיולוגיה התערבותית. ניסו לשכנע אותי להקים עוד מיזמים כאלה בתחום הצנתורים במסעדות יוקרה, ואמרו שבסוף שנה תהיה לי בריכה בבית. אני החלטתי ללכת עם הלב ונגד ההמלצות בתחום, החלטתי לנסות להוכיח שאפשר להקים ולקיים כזאת קבוצת בציבורית, להתחרות בפרטית, גם במחיר כספי משמעותי. הגעתי לאיכילוב כשחלק מסיבי של רופאים עובד בפרטי. חלק מהרופאים התארגנו בקבוצות. הביטוחים הפרטיים והמושלמים תיגמלו בסכומי כסף גדולים את הרופאים האלה. צנתור במכבי זהב זיכה את הרופא ב - 10 אלף ש"ח. באותה תקופה כל הצנתורים היו אלקטיביים, חולים באו על הרגליים עם תיק על הגב. בבי"ח ציבורי חמישים אחוז מהחולים הם מאושפזים, חולים קשים יותר ועלותם גבוהה. ההחזר הכספי הוא זהה בין אם הצנתור הוא קשה או קל, לעומת עלותו בפועל שהיא יקרה יותר אם הצנתור הוא מורכב יותר. הפתרון של הקבוצה היה לתת מענה לבעיות – במצגת. הנחות עבודה – במצגת. צעדים שננקטו – במצגת.

ניר קידר: אני הבנתי מפרופ' ברבש שרק הרופאים שבוחרים בהם מקבלים תגמול נוסף, וזה מתחלק לשאר הרופאים – המצנתרים. רופא שלא בוחרים בו לא מקבל תגמול, הוא עושה את הצנתור אבל לא מקבל תגמול.

פרופ' בנאי: החולה לא בחר בו או שאין לו ביטוח מיוחד. במידה ולחולה אין ביטוח מיוחד, הרופא יקבל את אותו סכום כמו ססיה רגילה. במידה והחולה בחר בו ויש לו ביטוח מיוחד, הראל או פניקס, הרופא יקבל את הסכום הנוסף, בלי שאף אחד ישלם כלום חוץ מטופס 17. תוצאות המודל – במצגת. מספרים אבסולוטיים של מספר פעולות שנעשות מול בתי"ח אחרים, בכל מה שקשור בקרדיולוגיה התערבותית-פולשנית. נתוני תעשייה – המקור שלהם מדו"חות של משרד הבריאות או מהתעשייה שמוכרת בלונים, קטטרים, סטנטים וכו', מזה הסקנו מסקנות מדויקות. אני מקבל נתונים מ - 4-6 חברות גדולות בשוק, ומזה אנחנו משקללים מספרים אמיתיים.

שאלות:



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' לאה אחדות: אני רוצה לעשות את ההבחנה כדי להבין את התמונה בין השלבים הראשונים של התכנית לבין המצב שבו התחילו לומר לך שאתה עושה חור בתקציב. בשלבים הראשונים אתה אומר את הדבר הבא – אחה"צ עשינו ניתוחים, אם לאדם לא היה ביטוח בכלל התגמול היה מהססיות ואם היה ביטוח פרטי, היה מקבל משם, שב"ן לא תופס. היו 2 רמות של תגמול לפי סוג הביטוח של החולה, ובעצם היה תשלום מהתקציב הכללי של ביה"ח שכלל שהפעילות גדלה, יש יותר טפסי 17.

פרופ' בנאי: אני באתי והראיתי שאם נביא את הצנתורים לכאן, יכנסו עוד 500 טפסי 17 בערך של הצנתורים האלה לכאן. על צנתורים קלים יותר, החומרים המתכלים הם בכמות קטנה כי אלו אנשים בריאים, נביא אותם לכאן, נעשה אותם אחה"צ ובערב אחרי שכבר שילמתם את כל ההוצאות, ותהיה הכנסה נוספת שהיום לא קיימת. הרווח מהם בגלל שכבר שילמת הכל על מכשור, בלאי, משכורות וארנונה שכבר שולם ממילא, הרווח השולי יאפשר לכם להפריש סכום יותר גדול להביא את הצוות הנה במקום שילכו לאסותא.

יעל: הם הגיעו לאלפא, ובמקום לקבל מאה אחוז, קיבלו 30 אחוז.

פרופ' בנאי: בגלל זה אולצנו לתת הנחות לקופות מעבר לאלפא.

יעל: ההנחה הייתה כבר, היא על הכל, גם על המאה אחוז.

פרופ' לאה אחדות: נוצר מצב שזה פחות משתלם לבי"ח. ואז אתה אומר בואו תביאו לנו את הכסף של השב"ן והביטוחים הפרטיים ואז החולה יתחיל לשלם?

פרופ' בנאי: לא, הביטוח וביה"ח מתחשבנים. אני עשיתי סיבוב בחברות הביטוח בארץ שיש להם ביטוחים רפואיים, ואמרתי שאם מבוטח שלכם הולך לאסותא, המושלם משלם ואתם נותנים שיפוי לחולה שהוא מפנה אליכם, או שאתם מפעילים טופס 17. זה בכל מקרה עולה לכם בין 5,000 ל - 50 אלף ש"ח - אם הפציינט שלכם יעשה את זה אצלנו, אין השתתפות עצמית שלו וכדאי לו, אין השתתפות שלכם, ואתם תשלמו פחות כדי שביה"ח ישתמש בכסף לשלם לצוות, ויפעיל תהליך טוב. אמרו שמאוד רוצים את זה כי אסור לנו לשלם לבי"ח ציבורי כסף.

יעל: זה נכון, היו עוברים על החוק.

שירה גרינברג: הבהרה – לא ברור לי ברמת ההנהלה של התכנית הזאת – גם חברת ביטוח וגם השב"נים, מקורות מימון פרטיים לא יכולים להיכנס לציבורי. למה עשיתם את ההפרדה שהמצנתר מקבל כסף רק עבור מי שיש לו פרטי, ומי שאין לו, ויש לו שב"ן, אז המצנתר לא מקבל? האם נכנס אליכם כסף פרטי ואם לא, מה המקור?

פרופ' בנאי: לא, במשך חצי שנה איפשרנו בחירת רופא מצנתר ללא כל תשלום. מריצים את התכנית ואנחנו רוצים לראות מה יהיה. חצי שנה נתנו בחירה ולא תגמלנו את הצוות, וקיבלנו נכונות של הצוות. פרסמנו באתרים של ביה"ח ושלחנו עלונים לחולים. אחר כך אמרנו - עכשיו אותו רופא שצנתר הרבה באסותא והרוויח משכורת שהיא פי 20-50 יותר מבבי"ח ציבורי ולהגיד לו תבוא לפה, למה שיבוא? אותו חולה שיש לו ביטוח מיוחד, תביא אותו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לפה, במקום לאסותא, ובמקום לקבל 10 או 12 אלף ש"ח, תקבל 4,000 ש"ח - אתה מסכים? כן. לא כל חולה באסותא מקבלים עליו אותו דבר. לא כל שב"ן זה אותו דבר.

יעל: הוא רצה להשאיר את הרופאים.

שירה גרינברג: על פניו אפשר היה להשאיר רופאים בדרך אחרת. אין בזה בהכרח הגיון כדי להשאיר את הרופא.

פרופ' בנאי: הרופא מתוגמל על פי כמות הפניית החולים והביצועים.

שירה גרינברג: כמה סה"כ בוחרים? אמרת שהרוב המוחלט זה אלה. אצלי זה מעלה נקודה או חשש מסוים כי באופן סטטיסטי, על פניו, בהסתכלות על כלל הציבור, אלה שיש להם שב"ן, אני הייתי מצפה לראות שנתח האחוז שבוחר יהיה אותו אחוז לפחות. מי שיש לו שב"ן גם היה בוחר. אם כן, לא ענית לי על השאלה. אני הבנתי שלא בוחרים.

פרופ' בנאי: בוחרים גם בבוקר, אני לא סופר אותם מבין הבוחרים.

יעל: כמה באמת בוחרים?

פרופ' בנאי: בערך 30 אחוז. אנחנו ציפינו ש - 90 אחוז יבחר. אמרנו מי לא יבחר? אבל העובדה היא שלא בוחרים.

שירה גרינברג: כמה בוחרים אחר הצהריים?

פרופ' בנאי: אין לי סטטיסטיקה על מי שבוחר בבוקר. המזכירה שמה אותו ביומן הצנתורים. בכלל אין תגמול על הבוקר.

שירה גרינברג: מה הנתח מאלה שבוחרים שיש להם ביטוח פרטי?

פרופ' בנאי: זה 23 אחוז מתוך הססיות.

שירה גרינברג: מתוך כמה שבוחרים בכלל?

פרופ' בנאי: בססיות כמעט מאה אחוז בוחרים. כשהבחירה בססיה היא או ע"י החולה עצמו או ע"י הרופא שהפנה אותו. הרופא המפנה לפעמים מבקש ממצנתר מסוים לצנתר, וזה בעינינו גם בחירה גם אם החולה לא מכיר את המצנתר בכלל. קרוב למאה אחוז זו בחירה.

יעל: אתה בעינינו קוסם, אני אומרת לך את האמת. אתה מביא הנה פתרון אולטימטיבי לבעיה שאנחנו מתמודדים איתה. אתה נותן פתרון לכל הבעיות שהציגו לנו. אני מתנצלת אם אתה חש תחת חקירה צולבת, כי קשה לנו לקלוט איך יש בתוך כל המערכת הגדולה הזאת את המודל שלך ואיך זה לא הועתק עדיין.

ניר קידר: עשיתי טבלה שאולי תוכל לעזור לי בה. היא מדברת על התגמול שניתן למצנתר. לא משנה אם אני בוחר או לא מצנתר בבוקר, לא משנה אם יש לי ביטוח או לא, התגמול הוא רק אחר הצהריים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' בנאי: נכון, הכמות היא 12 צנתורים בבוקר. אני חייב לעשות 12 במשמרת בוקר אחת כדי שתהיה לי זכות לעבוד אחר הצהריים. בתל השומר עושים 4 בבוקר.

ניר קידר: מישוהו שלא בוחר מצנתר, אחר הצהריים המצנתר מקבל תשלום רגיל של ססיה. מה המצנתר מקבל עליו?

פרופ' בנאי: כמו ססיה רגילה, רק את הססיה הבסיסית, כמו בכל בי"ח אחר. שב"ן זה ססיה רגילה. רק מי שיש לו ביטוח מסחרי, אותו חולה שהייתי לוקח לאסותא תמורת 10 אלף ש"ח, אני מביא אותו אליי ומקבל עליו 4,000 ש"ח. פה ביה"ח מרוויח, ושם הרופא מרוויח. עבור חולה שב"ן באסותא אני מקבל 2,500 ש"ח, כשחלק מזה זה השתתפות עצמית של החולה. אצלנו אני מקבל על חולה כזה 1,000 ש"ח בלי שהחולה משלם כלום, מוותרים על השתתפות עצמית. עבור חולה שיש לו ביטוח הראל שבאסותא הייתי מקבל עליו 10,000 ש"ח לפעולה, אצלנו זה יהיה 4,000 ש"ח על צנתור טיפולי. זה המקסימום שאפשר לקבל אצלנו על צנתור מסוג זה אחר הצהריים.

ניר קידר: אתם דורשים לראות הוכחה שיש לחולה ביטוח?

פרופ' בנאי: לא. לרוב המבוטחים יש כרטיס. אלה שאין להם, יש כאלה שהם בביטוח קבוצתי, יש להם מספר. אנחנו לא מבקשים כרטיס. אני עוקב כדי לראות שאין קפיצה. הייתה תקופה שהייתה לי קפיצה, היה לי רופא שהיה מסבן, היה כותב ביטוחים איפה שאין, והוא לא עובד יותר אצלנו. אם יש בעיה, אני מברר מה קרה.

ניר קידר: יש דרישה של רופא שיש לו תמריץ שהצנתורים יהיו אחר הצהריים כדי שיקבל עוד כסף. איך קובעים מה יקרה בבוקר ומה אחר הצהריים?

פרופ' בנאי: רוב חולי הבוקר הם מהמיון. כשאני רואה שאנחנו לא עומדים במכסות הבוקר, אני לא מסתכל איזה ביטוח יש ומעביר מכאן לכאן. לרוב החולים האלקטיביים יש ביטוחים, והם בוחרים רופא והם אחר צהריים. אני לא מתעסק בלראות איזה ביטוח להם יש בכלל.

עו"ד עדי ניב-יגודה: הבהרה – רופא מהקהילה שמפנה אליכם מטופל שיש לו ביטוח פרטי, ויכול היה לעשות את זה באסותא, מקבל תגמול?

פרופ' בנאי: אני סולד מזה, חס וחלילה. זה כמו שאני אפנה חולה שלי לצנתור אצלי ואני מסכם לעצמי וחווה את דעתי על ביצועי. זו תופעה חמורה שאני מוקיע אותה ובז לה והיא לא תהיה קיימת אף פעם אצלי.

יוליה איתן: מהם להערכתך שולי הרווח בטופס 17 בפרוצדורה הזאת?

פרופ' בנאי: על פעילות בוקר אין שולי רווח. שולי רווח על צנתור אלקטיבי בשעות אחר הצהריים אחרי בוקר מלא הם יותר גדולים. פרופ' ברבש אומר שהוא מפסיד על זה כסף, לפי ברבש אין על זה רווח.

יעל: הוא הראה שעד שלא התחיל את האלפא היה רווח. הראה לנו שאם לא הייתה אלפא, איזה רווח היה. הראה לנו שבגלל זה יש הפסד לבי"ח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' בנאי: אני לא מסתכל בכלל אם ביה"ח מרוויח או מפסיד. אני יודע לספור אגורה של DRG מלא, אני לא נכנס לנעליים של פרופ' ברבש, הנחות וקאפינג.

יוליה איתן: באיכילוב יש תאגיד, קרן מחקרים. מה שונה המודל ביחס למודל של התאגיד?

פרופ' בנאי: באנו מהמקום שיש זכות בחירה לכולם לא משנה מאיפה הם באים – בוקר או אחה"צ, אלקטיבי או מאושפז. אמרנו שאסור לתת בחירת רופא או צריך לשלם על זה. את הבחירה מותר לתת כשזה בחינם, וראינו שלא בורחים מאה אחוז אלא בודדים. התקרה של הפי 4 לא מספיקה, ואי אפשר לתת לי יותר מזה. חייבים להעלות את תקרת ההשתכרות, כדי שאוכל למשוך רופא מהפרטי לציבורי. מקביל שלי שעובד באסותא מקבל פי 5 מהפי 4 שלי. כשאני צריך להגיד לרופא תעבוד פה ולא באסותא, הוא מקבל היום הרבה פחות.

יוליה איתן: בהדסה אנחנו מכירים מודל של שר"פ. מה הטיובים שעשיתם ומה היית רוצה לקחת משם?

פרופ' בנאי: היכולת להביא פעילות לתוך ביה"ח. האפשרות שתהיה לי מפראה פרטית גם מחוץ לביה"ח, שהפעילות הפרטית תהיה רק אחרי מילוי מכסה מסוימת של ציבורית. בהדסה עשיתי צנתורים פרטיים בבוקר במהלך התכנית. היו סטנדרטים שלי עם עצמי וכל אחד עם המצפון שלו. לא הייתה קביעה שאתה חייב לעשות מכסה של 12 צנתורים כדי שתוכל לעשות פעילות אחה"צ. לא היה גג של השתכרות למעלה, שזו הגבלה רצינית כאן במודל שלנו. המודל שלנו יותר טוב כי הכל פתוח וחשוף וכולם יודעים מה קורה עם כולם.

יעל: קודם כל הוא שוויוני.

פרופ' בנאי: נכון. יש לי כמנהל את האופציה לתת אפשרות לרופאים בכירים חדשים יחסית במערכת לתגמול במקרה שלא בחרו בהם, ואז אני ממלא להם ססיות אחר הצהריים ואני מאפשר להם לגדול במערכת הציבורית במקום ללכת לפרטי.

יוליה איתן: הסקייבליות של המודל – האם ניתן להרחיב את המודל הזה לתחומים אחרים שהם לא צנתורים?

יעל: בהנחה שזה לא יהיה הפסדי כמו שזה היום.

יוליה איתן: מה מונע את זה היום?

פרופ' בנאי: אני חושב שהפתרון הוא לא שוב להגיד את המילה הזאת, שר"פ. המודל הנכון הוא להקים מרכזי מצוינות כאלה, אפשר לעשות זאת בגסטרואנטרולוגיה, באורתופדיה, בכירורגיה. לאפשר לרופאים להביא עבודה מהפרטי ולעשות רווח אחר הצהריים. לתגמל רופאים לפי הרמה הרפואית, לפי הצלחה שלהם, לפי בקרה עליהם, לתגמל אותם בהתאם למה שהם עושים באמצעות טופס 17 ותגמול נוסף.

יעל: טופס 17 לא יספיק.

פרופ' בנאי: אם יכנס כסף למרכזי מצוינות משב"נים וביטוחים פרטיים, זה יקרה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: מה אכפת לך מאיפה יכנס הכסף? פרופ' ברבש הראה שההפסד נובע מההנחות ומה - CAP. אם כל שיטת התשלום והתמורה שביה"ח מקבל תהיה שונה לחלוטין ותיקבע מההתחלה מחדש לפי עלות חדשה, תמחור חדש לכל דבר, לא יהיו אלפנות ולא יהיו הנחות, כמו באוסטרליה, ראיתי את זה שם - אין הנחות, אין CAP, לוקחים בחשבון עלות שולית פוחתת - יהיה לך מחיר. ברבש הראה לנו שאז זה היה כדאי ולא צריך שום דבר אחר.

פרופ' בנאי: מפריע לי עוד משהו, לא רק הכסף. היום מנהל מחלקה מתמנה בגיל 45 עושה מוניטין ומביא איתו מטופלים, והוא יישאר עד גיל פנסיה. למה זה צריך להיות ככה? במרכזי מצוינות אם אתה טוב - אתה נשאר, ואז אתה מתוגמל בתקנים, במשכורות, במיטות. למה מישוה היום רוצה להיות מנהל מחלקה?

יוליה איתן: עד כמה אתה עצמאי בתפקיד שלך?

פרופ' בנאי: עצמאי מאוד. העצמאות שלי היא בעיקר ביכולת שלי להחליט על ציוד מתכלה, זו ההוצאה העיקרית שלנו וזה עולה הרבה כסף. בבתי חולים מי שעושה את הרכש זה מחלקת רכש ואין להם מושג קלוש מה טוב ומה לא. אני יכול להשפיע על הרכישה של הציוד המתכלה.

יעל: זה כמעט המודל האולטימטיבי, הוא רק לא עומד המבחן הכלכלי.

עו"ד עדי ניב-יגודה: למה זה חשוב שזה יגיע מביטוחים ולא מהמדינה?

פרופ' בנאי: למה צריכה להיות הפלייה בין מרכז מצוינות בבי"ח ציבורי לפרטי? תן לי להתמודד עם התחרות. במידה והכסף לא היה קשור למדינה, למשרד האוצר שמחר יעביר את זה למקום אחר, אז הכסף הלך. אם הכסף מגיע ממקור ברור, אני מעדיף את זה.

יעל: חוסר אמון במערכת.

פרופ' בנאי: אם זו ההצעה שלכם, הרופאים לא יחזרו.

פרופ' לאה אחדות: לגבי השאלה של יוליה לגבי פרוצדורות אחרות - המודל צריך להיות אוניברסלי לכל דבר שביה"ח עושה. מה קורה למי שאין לו שב"ן?

פרופ' בנאי: אנחנו סופגים את זה, אין שום בעיה. כולם מקבלים אותו שירות, ואף אחד לא מרגיש את ההבדל. הם יכולים לדבר על זה, אבל אף אחד לא ירגיש בהבדל. אני לא יודע מי מהם בחר ומי לא, אין לי מושג.

פרופ' לאה אחדות: אין לנו השערה לגבי ההשפעה על ההיקף. אתה מניח שאחוז הבוחרים יישאר בעינו?

פרופ' בנאי: הייתי מצפה שזה יעלה, וזה לא עלה 7 שנים. אסותא היה עד לפני 3 שנים מספר אחד בפעולות. בשנתיים האחרונות השגנו את אסותא.

פרופ' לאה אחדות: אבל עדיין הולכים לאסותא.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' בנאי: כי אתם לא מרשים לי לשווק. תני לי לשווק עצמי בטלויזיה כמו שאסותא עושה, אני מאוד רוצה.

יעל: פרופ' ברבש אמר לו להפסיק, הוא מפסיד עליו.

שירה גרינברג: מבחינת שוויוניות המודל זה העלה כמה שאלות – הנתונים לא גלויים ושקופים מספיק, מה שאני עושה כאן זה מהנתונים שהיו גלויים לי ואני מקווה שהוועדה תקבל את זה. הכנסות אסותא הם מביטוחים פרטיים. זה נתון אחד שהבחירה תהיה בסביבות 10 אחוז ולא 23 אחוז. אם ל - 40 אחוז מהאוכלוסייה שיש לה ביטוחים פרטיים שזה בערך הנתון, וגם פה אני לא יודעת מה אחוז בחירת רופא מתוך האוכלוסייה הזאת, יש אצלי כאן שאלה ברמת הנתונים, וזה מתקשר למה שאל קודם, על ההסטה – האם תכניס כאן ההסטה הזאת שרופאים עושים יותר פרוצדורות לחולים מטייפ מסוים?

יוליה איתן: אותה פרוצדורה בשעות אחרות.

פרופ' בנאי: מה שאת מתארת קורה היום בלי בקרה, הוא יקרה מחר עם בקרה. היום כשאני מפנה חולה לאסותא, אין שום בקרה. זה נעשה בלי בקרה. מחר אם זה יעשה אצלי במחלקה, אעשה בקרה מול כל רופא. לא יקרה שום דבר שונה אלא תהיה בקרה, וזה יהיה פחות. למה באסותא יש רק 10 אחוזים? אני מעדיף לא להפעיל את ה-הראל אלא את השב"ן שלי. אצלי אני לא מבקש להפעיל הראל או שב"ן, ולכן יש יותר.

שירה גרינברג: השאלה היא האם אתה חושב שצריכה להיות אצלכם יותר רגולציה כדי לדאוג שלא תהיה הפנייה כזאת?

פרופ' בנאי: אני בכלל לא יודע איזה ביטוח יש לחולה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אולי אתה כמנהל חשוב שתדע כדי שתעשה בקרה.

פרופ' בנאי: אני עוקב אחרי המספרים של כל רופא לאורך השנים האחרונות. אם יש סטייה אז אני בודק. כשהייתה סטייה, אני בודק ואותו רופא עף.

עו"ד עדי ניב-יגודה: כמה צנתורים מתבצעים אחר הצהריים?

פרופ' בנאי: 2,500 בשנה.

ניר קידר: רק בדיעבד תדע אם לחולה יש ביטוח או אין?

פרופ' בנאי: יש רופאים שחשוב להם לדעת. אם הוא מקבל יותר כסף הוא ידע את זה. כשאין הצדקה לצנתור אני אתן לו על הראש ומחר זה לא יקרה. חלק יודעים וחלק לא.

שירה גרינברג: אין להם הבטחה שהם יקבלו משכורת מסוימת. איך אתה דואג לזה?

פרופ' בנאי: יש מזכירות מאוד מסודרת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד עדי ניב-יגודה: איך אתה מייצר להם את התחושה שהם יקבלו משכורת קבועה?

פרופ' בנאי: אף אחד מהרופאים שלי לא עובד כדי לקבל משכורת מסוימת. אף אחד לא עובד בשביל המשכורת. הם ישמחו אם היא תהיה גבוהה, אבל לא יעשו עוד כדי להרוויח עוד. אם זה מרכז מצוינת והוא באמת מצוין, יש המון חולים שפונים אליו. אותם 70 אחוז שלא בוחרים, אני מחלק בין הרופאים, אני מוסיף לו עוד חולים למי שלא בחרו בו, כדי שתהיה לו משכורת טובה. אם 100 אחוז היו בוחרים בי הייתה לי בעיה, אבל זה לא כך.

שירה גרינברג: אם משובצים אצל רופא אחד עשרה ולא חמישה הוא מרוויח יותר?

פרופ' בנאי: כן.

שירה גרינברג: אז יש כאן את הפן של התמריץ.

פרופ' בנאי: יש שני רופאים שמגיעים לתקרה, והם מצננתים חינוס מעל מספר חולים מסוים. התקרה היא 100 אלף ש"ח ל-3 רופאים בבי"ח. הסגן שלי מגיע ל-100 אלף ש"ח ואם היה מקבל באמת, היה מרוויח 250 אלף ש"ח ובאסותא הרבה יותר. הוא לא מפסיק לצננת בגלל זה.

דורון: התקרה שלך מפסיקה את הצורך להסתכל לצדדים.

פרופ' בנאי: למה הם לא עוברים לאסותא? שם ירוויחו יותר. זה נוח להם, יש גיבוי אחד של השני, הם מוכנים להרוויח פחות כסף בשביל זה.

ערן פוליצר: בכמה רופאים מדובר?

פרופ' בנאי: 8.

ערן פוליצר: מה עלות התגמול הממוצעת לרופא בחודש?

פרופ' בנאי: רופא בכיר מצננת – בין 40-60 אלף ש"ח בחודש תוספת למשכורת של ביה"ח ברוטו. אצל אלקטרופיזיולוג זה 10 אלף ש"ח תוספת.

ערן פוליצר: למה זה עדיף על מודל של פול-טיימר?

פרופ' בנאי: אני לא חייב לצננת כמו משוגע בפול-טיימר. אני מגביל אותם, לא מרשה לעשות יותר מ-9 צנתורים כי אני לא חושב שזה טוב. אם תשלם לו פול-טיימר הוא לא יישאר יותר, יצננת שישה וילך. ב-FFS אתה משתף אותו, רוצה שהוא יצמח ויגדל, שיהיה אחראי על הפעילות שלו.

שירה גרינברג: אם רואים שאין יעילות, אז אפשר להגדיר פול-טיימר עם תמרוץ. אם אתה עושה יותר - תקבל יותר. האם אתה מוצא יתרון למודל שלך על פני פול-טיימר?

פרופ' בנאי: כן, פול-טיימר שנכשל בתפקידו יקבל משכורת גבוהה בכל מקרה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ערן פוליצר: אז תעיף אותו מפול-טיימר.

פרופ' בנאי: אני רוצה שרופא יקבל לפי תרומתו למערכת. ברגע שתורם פחות, אתן את המשכורת שלו לאחר שכן תורם.

ערן פוליצר: נניח שהיה תגמול רק על ססיות ולא על ביטוחים, זה היה מספיק?

פרופ' בנאי: לא, זה מה שהיה קודם. למה שמישהו יעשה ססיה תמורת 1,000 ש"ח כשהוא יכול לעשות את אותו צנתור תמורת 2,500 ש"ח? לי אכפת שהחולה לא ייתן השתתפות עצמית. לי זה כואב שהוא משלם השתתפות עצמית גבוהה ועוד על ציוד מתכלה באסותא. אצלי הוא יוצא בלי זה, ולרופאים שלי זה גם חשוב. אני נותן לו את הדברים האלה בלי שישלם כסף, וזו גם גישתם של הרופאים. הם קודם כל רופאים לפני רדיפת בצע. אין אצלנו תורים - החולה מגיע למזכירות עם הפנייה, היא שואלת אותו "מתי אותה רוצה?". אני חייב לתת שירות יותר טוב מאסותא. אין המתנה ויש אצלי בקרה. צריך לבטל את התורים. ברגע שהרופאים יתוגמלו, לא יהיה תור בשום דבר. בארה"ב מתגמלים רופאים ואין תורים. המודל שלנו יותר טוב מהפרטי כי אני חייב לעמוד במכסות של הציבורי, ואז יש לי זכות לעשות עוד פעולות במרכז מצוינות אחר הצהריים. החובה שלי היא למנוע תורים.

פרופ' לאה אחדות: תהפוך את הכסף לציבורי במובן שאחד היתרונות של ביטוח הוא שלפרטי יש השתתפות עצמית כנגד moral hazard. אתה אומר לחברת הביטוח את הדבר הבא – תבטחי אותו אבל אין לך השתתפות עצמית. את מהווה צינור לרכישת הביטוח ותעבירי לנו את הכסף. אולי זה יותר מתאים לשב"ן ולא לפרטי, אבל גם לנקודה הזאת צריך להתייחס.

יעל: לסיכום, מבחינתי אתה מביא בשורה של מודל יפהפה. הרגל החסרה של המודל הזה זו הרגל הכלכלית שהיא מקור הכספים. אתה אומר בואו נשתמש בשב"נים. כמובן לא נדון על זה פה. אני חושבת ורוצה לומר שהשב"ן זה לא הפתרון היחיד. אני שוב חוזרת ומעלה את הרעיון שנעשה באוסטרליה ובארה"ב במידה מסוימת, ברגע שהתמחר נכון לא מגיעים לאלפא, ככל שתעשה יותר פרוצדורות אתה יותר מרוויח, וזה יצליח יותר.

פרופ' בנאי: יהיו טכנולוגיות חדשות, התמחר חייב להיות דינאמי.

יעל: תמחר דינאמי זה נכון. תודה רבה!!