



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת גרמן – 12/9/13

**** מציגה ראשונה בפני הוועדה: דר' אפרת הרלב, סגנית מנהל בי"ח שניידר. מציגה ללא מצגת.**

דר' הרלב: לפני שבאתי לפה ניסיתי לחשוב מה אני רוצה לייצג פה, ומה עדיין לא שמעתם מגדולים וטובים ממני שיש להם הרבה מה לומר. כפי שבחרתי כשנהייתי מנהלת, אני בוחרת לדבר על התחום של רפואת ילדים בכלל ובפרט, מכיוון הילדים והסגל. ילדים הם לא מבוגרים קטנים, זה לא נכון רפואית ואתית. בילדים יש משהו אחר, וזה לא סתם עושה לנו את זה. אפשר לפרוט את זה רגשית ולוגית. לוגית – ברמת רפואה וכלכלה. כאשר יש ילד שיש לו מחלה עם שם, תסמונת נפרטית לדוגמא, ויש סל תרופות שיש בהם תרופה לתסמונת. התרופות שמוגדרות מחוץ לסל הן כך מסיבות כלכליות בעיקר, וזה הגיוני וטוב, אבל הסל לא חותך מבחינת גיל. מדברים על כך שלא יכולה להיות הפליה על סמך גיל בתחום מתן התרופות. כאשר יש תרופה מסוימת שיש לה חמישים אחוז סיכוי לרפא את האדם מהתסמונת, ולא להביא אותו לדיאליזה או להשתלת כליה, ואפשר לפתור את הסוגיה הזאת בגיל צעיר, וכך גם הורדת את המעמסה הכלכלית בגיל מאוחר יותר, וגם הפיכת אדם מפוטנציאל להיות נכה, לפוטנציאל להיות אדם בריא - הרווחת פעמיים. הפסדת בכך ששילמת על תרופה מאוד יקרה. הפסדת גם חמישים אחוז מהילדים שלא יגיבו לתרופה ויישארו חולים. אבל החברה הרוויחה בשורה תחתונה. אני בדעה שכאשר מדברים על סל התרופות, על מחלות ילדות ואונקולוגיות, צריך לפתוח את זה ברמת החשיבה שילד הוא איננו מבוגר קטן, ויש מחלות שאם ניצור לו סל, מוגדר לילדים, ונתייחס בסל לגיל הילדים, החברה תרוויח כלכלית, לפני שהתייחסנו לפנים אחרים. אני הייתי מציעה דרך הוועדה לשקול את הנושא הזה. אני חברה במועצות לאומיות שעוסקות בנושאים הללו, של תרופות ומצבים מסוימים שכן יכולים להיות מוחרגים לגילאים מסוימים.

יעל: פנית לוועדת הסל?

דר' הרלב: המשרד שלי פנה, לא ישירות.

יעל: אני מציעה שתכתבי מכתב לאסנת לוקסנבורג.

פרופ' גבי בן נון: היום מה שקורה – אתה לא יוצר הגדרה של גיל כזכאות. היא אומרת שהיא רוצה לכלול את משתנה הגיל כמשתנה שמגדיר את ההגבלות למתן התרופה.

דר' הרלב: הייתה לכך התייחסות לא מעטה בעבר, בג"צ דן בנושא בעבר.

יעל: אני מבקשת שתפני לוועדת הסל.

דר' הרלב: בכל מה שקשור לטיפול הרפואי שילד צריך או לא צריך לקבל בשירות פרטי כזה או אחר, גם כאן אני רוצה להתייחס לעובדה שהוא ילד. ילד הוא לא אפוטרופוס של עצמו, לא מרוויח את שכרו למחיתו. אז יש ילד עני וילד עשיר, ואני בכוונה מפשטת את הנתונים, שיש להורים שלהם יש ביטוח כזה או אחר ומגיע לו שירות כזה או אחר, לעומת ילד שלהוריו אין את הביטוח הזה. לא יתכן שילד עני, כתוצאה מכך שהוריו עניים, יקבל טיפול א' וילד עשיר יקבל טיפול א' פלוס. מכיוון שהילד עצמו הוא איננו עני או עשיר, אלו הוריו שהם כאלה. קטונתי מלתת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פה שיטות כיצד לנהל שר"פ כזה או אחר. בהסתכלות של הילד, אני חושבת שצריכה להיות דרך, שאם וכאשר תונהג שיטה אחרת, שגם כאן נושא הגיל צריך לבוא בחשבון.

פרופ' גבי בן נון: שגם אם יהיה שר"פ, שלא יחול על ילדים.

דר' הרלב: שלילדים לא יהיה שר"פ. שוויוניות לכלל הילדים המבוטחים בארץ.

דר' הרלב: או שר"פ לכל הילדים...

דר' הרלב: אני מדברת עבור הילדים, לא בתמימות. אני מבינה שיש בעייתיות במה שאני אומרת, ולמרות זאת צריך להימצא לזה פתרון. אני מדברת על השכל הישר – ילד שמגיע לגיל 18 יכול למצוא דרכי השתכרות ואני לא יכולה להחליט בשבילו. הוא אפטרופוס של עצמו לכל דבר ועניין. חייבים איפשהו לשים את הגבול, אבל עד גיל 18 הוא לא יכול לחתום לעצמו על כלום בתחום הרפואי. אני מחליטה עבורו או אביו בגייסר א-זרקא או אמו בבני ברק. אם יש לו ביטוח כזה או אחר זה לא עניין שלו. ולכן אני כמייצגת את הילדים כרופאת ילדים, צריכה למצוא דרך לייצג את הילדים באופן מוחלט.

פרופ' גבי בן נון: איפה עובר הגבול שלך בגיל?

דר' הרלב: 18, לפי חוק האפטרופסות.

עו"ד עדי ניב-יגודה: עולם הרפואה הוא התחום היחיד שעדיין לא התעדכן. גיל הכשרות המשפטית הולך ויורד, גיל 14 לבדיקות איידס, לבדיקות DNA וכו'. הדיכטומיה הולכת ומצטמצמת. לכן להגיד שעד גיל 18 זו תפיסה.

דר' עזיז דראושה: זה מה שעובד.

עו"ד טלי שטיין: זו שאלה שנדונה בכל מיני פורומים משפטיים. למשל בחוק החולה הנוטה למות. גם החוק מכיר בכך והחליט לסטות בכל מיני תחומים. ילד שנוטה למות להיות בגיר יותר לפי החוק, גיל 17 למשל.

יעל: אפרת מציגה גישה, בואו תחריגו את הילדים, לא משנה עד איזה גיל כרגע, ותחשבו על כך שהם לא תלויים בפני עצמם, ודינם צריך להיות אחר, כלומר שווה. צריכים לקבל את הכל ללא הבדל.

עו"ד לאה ופנר: אם הגישה שלך מגיעה מסוגיית אפטרופסות, ישנן עוד קבוצות שזה מגיע להן. אני רוצה להבין מאין גישתך.

יעל: ההערה מאוד במקום.

עו"ד טלי שטיין: למשל אוכלוסיית הקשישים שאנחנו גם רוצים להגן עליה.

יעל: חסרי הישע!!

דר' הרלב: לא יכול להיות שכל אחד ייצג את הקבוצה המסוימת. כולם צודקים!



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: נותנת לנו אפרת נקודת מבט. ניתן להרחיבה, לצמצמה, לבטלה. אנחנו מקשיבים.

ד"ר הרלב: יש החרגות כאלה ואחרות עבור חסרי הישע. בחרתי לבוא מהמקום המקצועי שלי של רפואת ילדים. ברור לי שזה לא טוטלי. אני חושבת שההתייחסות צריכה להיות אחרת, גם אם היא לא טוטאלית. אני פוגשת חולים נוטים למות כמה פעמים בחודש. יש ילדים שיודעים שהם עומדים למות, ואנחנו מתייחסים לכך לפי החוק וגם לידו.

יעל: אני לא יודעת אם את מכירה את אמנת זכויות הילד של יאנוש קורצ'אק.

עו"ד עדי ניב-יגודה: זכותו של הילד להיות שותף בכל מה שקשור להחלטות עליו, כולל חינוך, רווחה וכו'.

פרופ' קובי גלזר: רק חידוד – נניח שבמסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, יעבירו יותר כסף לילדים אבל יוחלט שאין בחירת מנתח. אני רוצה לדעת את גבולות ההגדרה שלך שילדים יהיו זהים. אמרת שילדים צריכים לקבל את אותו טיפול, אבל עד איפה? האם הורי ילד יכולים לקנות חדר ניתוח פרטי, או שלאסור את זה?

ד"ר הרלב: המצב שנגררנו אליו ולטעמי זה כך, שאנשים בלית ברירה, כאשר הם ממתניים שנה וחצי לתור עבור הילד שלהם, והם נאלצים ללכת לאותו מנתח שאורז את תיקו מבי"ח שניידר והולך לבי"ח אחר, ובסוף הם מוציאים את כספם על שר"פ עבורו - את זה צריך לפתור. אם יש תור סביר של חודשיים, אבל הם רוצים תור מחר ומוכנים לשלם על זה אז בסדר. אבל בואו נגדיר מה זה סביר. ילד שמחכה לתור לכריתת שקדים מעל שנה, זה לא סביר. אם יש תור יותר מהר בבי"ח פרטי, שישע לשם.

בחלק של הסגל – בי"ח שניידר הוא בי"ח טוב, שמו הולך לפניו, שואף לאיכות ולשווינויות. ביה"ח הזה מעניק לא מעט טיפולים שהם מוגדרים כיקרים ומחוץ לסל, ואני אומרת את זה בזהירות. יש טיפולים שניתנים במהלך אשפוז, שאתה יכול לבחור איזה טיפול לתת. אתה יכול להגיד "אין לי את זה", "אני לא מתמצא במתן הטיפול הזה, לך לבי"ח אחר" - בשניידר אין לנו מצב כזה. אנחנו ניצור מצב שנוכל לתת את הטיפול הזה. במסגרת האשפוז אין סל, אבל ביה"ח יתן את מירב הטיפולים שהוא יכול לתת, כולל קצה הקצה של הניתוחים ברפואת ילדים. את כל התרופות שבת"ח אחרים לא יתנו, וימצאו את כל הסיבות שבעולם לא לתת, אנחנו ניתן. בקופה שלי, אני במריבות קבועות עם דר' ניקי ליברמן מהקופה שלי, שמאשר תרופות במקרה כזה או אחר ולא מאשר מה שמחוץ לסל, ויש ילדים שביה"ח משלם עבורם את התרופה לטיפול אמבולטורי מחוץ לביה"ח, כי יש לי קושי גדול כהנהלה להגיד "סטופ!", יש קושי עצום. במסגרת המצב הזה שביה"ח מאפשר כל דבר, יש סגל שאורז את חפציו ועובר לעבוד בעבודתו האחרת. הצוותים האלה באים אליי, ובראשם המרדמים. בשניידר יש מחלקת הרדמה של קרוב ל - 20 מרדמים, עם התמחות-על בהרדמת ילדים, שכולם עובדים גם מחוץ לביה"ח, שזה לא ביה"ח היחיד עבורם. הם באים אליי ואומרים שאם הייתה שיטה שהיו נשארים בשניידר, היו מוותרים על שקל-שניים ונשארים בשניידר.

יעל: אנחנו רוצים להגיע לסכום שישאיר את הרופא בביה"ח. אמרו לנו בין 50-70 אלף ש"ח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דר' הרלב: אני לא יודעת מה הטוטאל, בגלל שיש מרדים שעושה בעיקר הרדמות אא"ג ואחר עושה בעיקר הרדמות עיניים, ומתחילים להיות קצת צנתורים ודברים שבכלל לא ראינו בילדים במערכת הציבורית, ויש את עניין הכמות. אנחנו מדברים על אחוזים, ואני לא יודעת מה שכרם בחוץ.

דר' עזיז דראושה: דברי נועם, אבל קשה לתפור חוזה לכל רופא. איזה סדר גודל יכול לרצות את הרוב כפול-טיימס?

דר' הרלב: הם מגיעים למשכורת הזאת בבי"ח שניידר. איך מרדים בן 55 מגיע למשכורת הזאת בבי"ח שניידר? יש שכר בסיס, ותורנויות – הם עושים תורנויות יום-יום. איזה פישר מתמחה קורא לו באמצע הלילה כי הוא לא מצליח להכניס עירו. משהו חייב להישאר בתורנות הרדמה בבי"ח שניידר, אז הוא צריך להרוויח יותר בעיניי. על מנת שיישאר – אני מציעה את ה - facility כשניידר. אני אומרת למנכ"ל שלי – "לא חבל שביה"ח עומד חצי ריק?". אני לא רוצה להרוויח מזה כשניידר כלום, אני רוצה שילד לא יחכה בתור. יש מעט מאוד קצ"תים אצלנו, כולם מסיימים בארבע. המחיר הוא המחיר של המושלם מינוס. הם מוכנים להוריד מהמושלם על מנת להישאר בשניידר, הם רוצים ומוכנים להישאר בשניידר.

פרופ' גבי בן נון: את אומרת שבעבור תעריפי השב"ן מינוס 15 אחוז, כל רופאי ביה"ח היו נשארים בשניידר?

דר' הרלב: כן. זו אינדיקציה של בי"ח לילדים. אני חושבת שהנושא הזה של פול-טיימרים במקצועות השונים של רפואת ילדים יגרום לשני דברים – תהיה שוויוניות רבה יותר עבור הילדים, הרופאים המקצועיים ברפואת הילדים הציבורית יוכלו לתת שירות נכון יותר עבור הילדים, שגם הם עצמם מפחדים להוציא אותם מהרפואה הציבורית. רופאים לא מעזים לעשות בילדים מה שהם עושים במבוגרים. ה - cream skimming בילדים הוא הרבה יותר קטן מאצל מבוגרים. אתה לא רוצה שהילד ימות ב"אסותא". בשבוע שעבר מתה ילדה ב"אסותא" בניתוח לנטרול הזעת ידיים. הרופאים מפחדים מזה, ורוצים לנתח את הילדים במערכת הציבורית, ולשלם על זה במשכורתם. הדרך לעשות את זה היא בעיניי לעשות בחזרה איזשהו shift מכדור השלג הזה של הכסף, או כמה כסף שניתן למערכת הפרטית מול כמה כסף נמצא בציבורית. אני בטוחה שלא רק הרופא אלא גם המטופל או אמו, שאנחנו פוגשים כל יום, וכל יום יש תלונה כזו או אחרת – "כמה צריך לשלם בשביל שהניתוח יתבצע בשניידר מוקדם יותר?" – "את לא צריכה לשלם! את כבר משלמת!". אנחנו מוציאים כסף על מה שלא רווחי ולא צריך, במקום למנתח שרוצה להישאר אחר הצהריים – "את לא יכולה לשלם לי ססיה כי אין קוד, אז אני גוזר...". אני לא יכולה להגיד לילד שאין לי תור לזה, אין לי קודים לטיפול port באונקולוגיה למשל. אני אשלם כוננות נוספת למנתח ולצוות מסייע נוסף, שזה המון לוגיסטיקה והנדוס מסביב. אף אחד לא מרוצה מזה. אתמול בשעה תשע הסתיימו ארבעה הליכי פורטים כאלה. אני לא חושבת שזה צריך להיות כך.

יעל: הצעתך?

דר' הרלב: בי"ח שניידר הוא קבוצת רופאים. מי שעובר ניתוח לא יודע מי הולך לנתח אותו, הוא מצפה לקבוצת רופאים. הרופאים שלנו טובים ואכפתיים, בארץ בכלל, לא רק בשניידר.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל: יש לך דוגמא לקבוצות רופאים שנותנים פרוצדורות מיוחדות כמו צנתור במערכת הציבורית?

ד"ר הרלב: כן, קבוצות מטפלים, ואני מדגישה את זה.

יעל: אני מזכירה לכם את הדוגמא של קבוצת הרופאים בצנתור באיכילוב שהוצגה בפנינו.

ד"ר הרלב: למשל אתן דוגמא בילדים, יש מחלה שנקראת הירשפונג – חלק ממערכת העיכול התחתונה סביב אזור האנוס, איננה מעוצבת כמו שצריך. זה גורם לחסימות מעיים, בעיות בשליטה על סוגרים מגיל אפס - בעיה מורכבת. קבוצת רופאים שמתייחסת למחלה – צריך מנתחים שיודעים להתייחס למחלה, צריך מרדימים מתאימים, מרפאים בעיסוק לשיקום רצפת האגן לאחר הניתוח, פיזיותרפיסט ואורולוג כדי לראות ולטפל בבעיות עצביות אחרי זה. זו דוגמא לקבוצת מטפלים, שמטפלת בילדים עם הבעיה הזו שנקראת הירשפונג. יש מגוון מקרים כאלה – ספינה ביפידה זו דוגמא נוספת. קבוצת מטפלים שלמה שלאורך זמן מטפלת בילד - וואחד קבוצת מטפלים!! גם בהשתלת כבד – זו אחות מטפלת, מתאמת השתלה וכו' וכו'. כל קבוצות המטפלים האלה – אתה לא בוחר מי מטפל בך, אתה בוחר את הקבוצה. אני בוחרת בקבוצה שמטפלת במחלה איקס. הקבוצה הזו תהיה בבי"ח מסוים. זה קיים כמעט באופן מלא בבי"ח אחרים גם כן – סורוקה, איכילוב, שיבא וכו', קבוצות מטפלים מסוימות שלא פועלות באופן מלא היום.

עו"ד עדי ניב-יגודה: את מדברת על בחירת בי"ח ולא רופא מטפל.

ד"ר הרלב: כן, ובתיה"ח צריכים להיות בתחרות על קבוצת המטפלים. איכילוב ושניידר מטפלים בילדים שמגיעים מהדרום, מהצפון... אם ניקח את ארה"ב כדוגמא, אנשים נוסעים ממדינה למדינה, נוסעים מרחק רב ומשלמים הרבה יותר כדי להיות מטופלים על ידי קבוצה מסוימת אחת. התמריץ לקבוצה הזאת הוא להיות פול-טיימר. מקורות המימון לכך הם קפיטציה פלוס. חלקיות מהמושלם צריך לחזור חזרה למערכת הציבורית על מנת שהדבר יתאפשר. אני רואה את זה כך גם ממה שאני שומעת.

יעל: בואו נצמצם את הכספים מהמושלם, נרחיב אותם ממס הכנסה או מס בריאות, ומשם לקופות ולביה"ח.

עו"ד לאה ופנר: תודה רבה! הופעה בעיניי מאוד טובה ומהלב! בואי ניקח את בי"ח שניידר שאת מכירה – אני רוצה להבין כמה רופאים את רואה שיכנסו לתוך הסדר הפול-טיימר לקבוצות? האם את רואה את זה כמשהו שהרופא בוחר בו? ההנהלה? שניהם?

ד"ר הרלב: לגבי הכירורגים – כלל הכירורגים במקצועות השונים יכללו, וקודם כל הם, ובוודאי גם המרדימים. אבל יש עוד. רפואת הילדים הפכה לעסק מאוד עזוב, ואני אסביר - אני הייתה מעדיפה להיות עם בסט עגבניות בשוק, מאשר להיות רופאת ילדים בקהילה, משעממת בעיני, מתישה, מתסכלת ולאורך שנים בלתי נסבלת. זו דעתי האישית. רואים שכל מתמחה שמסיים לא בוחר לעבוד בקהילה.

עו"ד טלי שטיין: למה משעממת?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר הרלב: תשעים אחוז מהילדים מגיעים עם נזלת וכואבת להם הבטן. ככה זה נראה בקהילה, מוקצן כמובן. לא סתם חסרים רופאי ילדים. הם רוצים להיות רופאי ילדים ועוד משהו, כי היא משעממת. הם רוצים להיות גם נפרולוגים, גם אנדוקרינולוגים, אבל לא צריך כל כך הרבה מהם. לכל השאר צריך רופא בקהילה. עכשיו השאלה מה זה פול-טיימר? רופא מקצועי בבי"ח – אני רוצה להשאיר את תת-ההתמחות, אבל מבחינת המערכת זה מיותר לחלוטין. המערכת צריכה לחשוב איך להשאיר את הרופא שעשה תת-התמחות כזאת, איך להשאיר אותו בקהילה, כי נכון שהילדים יחיו בבית גם אם הם חולים. וכלכלית – ילד בבי"ח זה הורה בבי"ח, הורה לא עובד. ילד בבית זה הורה בעבודה, והכל בכיוון הזה. אותו פול-טיימר שהוא רופא ילדים מקצועי, הפול-טיימרים שלו צריכה להימצא בשיטה אחרת. מנהלת המרפאה צריכה לומר "בואו נמצא שיטה שהרופא לא ילך למרפאה פרטית אחר הצהריים. בואו נמצא שיטה להשאירו במערכת הציבורית, לאו דווקא בבי"ח, אלא כפול-טיימר של המערכת הציבורית". צריך לדוג את הרוב בפינצטה, את אלה שנקרא להם הפנימאים שמצאו לעצמם שיטות השתכרות אחרות. לפחות חלקם, בהמשך הסכם הרופאים, כן רוצים להיות במערכת הציבורית, אבל רוצים שיהיה להם מעניין ולעבוד במקצוע שלהם. בבי"ח שלי הייתי עושה את זה על 50-60% מהרופאים. חמישים אחוז מהרופאים שלנו הם כירורגים, הם ומרדמים יחד זה חמישים אחוז.

פרופ' לאה אחדות: בהינתן באמת שזו התשובה, מה תעשי עם מערכת השכר בביה"ח? איך את רוצה ליצור שתי רמות שונות לחלוטין ממוסדות?

ד"ר הרלב: גם היום זה יהיה שקר לומר שאין שתי רמות, אפילו בתוך ביה"ח. אני יודעת מה אני צריכה לעשות על מנת להגיע למשכורת סבירה, ומה מרוויח הכירורג והמרדים.

יעל: גם המנהל שלך מרוויח פחות מהכירורג.

ד"ר הרלב: אני יודעת. אני עושה 10 תורנויות בחודש, ואני יודעת איך זה נראה. ברור לי שיש דרגות שונות של משכורות שקשורות להיצע וביקוש בשוק. מבחינתי המרדים, שירוויח פי 15 ממני – אם הרווחתי אותו לביה"ח, זה הכי חשוב. שימשיכו מבחינתי להיות שתי רמות.

פרופ' לאה אחדות: איך זה מתחבר לך עם הסדר הססיות?

עו"ד עדי ניב-יגודה: איך זה מתחבר גם לשאר המקצועות? אחות למשל?

ד"ר הרלב: בסוף רופאים הם רופאים, אבל מי שמתפעל את ביה"ח זה האחיות ושאר צוות התמיכה. ערוץ הססיות גורם לשוק והוא שוק. לא תהיה ברירה מלקיים פעילות נוספת. אבל ברגע שנתת לרופא משכורת מספקת כדי שיהיה כל היום, אז לא משנה כמה פרוצדורות הוא עושה, הוא פול-טיימר ואפשר להכליל עליו את כל הפעולות.

פרופ' לאה אחדות: אני יודעת שמתייחסים לרופאים כקבוצה נפרדת, אבל יש בארץ ויכוח לגבי רמות שכר חריגות ויש דיון חברתי וכלכלי בנושא – האם זה בהתאם לביצועים שלהם וכו'. האם את חושבת שאנחנו צריכים ללכת עם הזרם שהרפואה הפרטית מציעה בפנינו, והציבורית צריכה להתאים את עצמה? איפה עוברים הגבולות? יש



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רמות שכר ששומעים עליהם בבתי"ח, ולעניות דעתי גם כאלה שצריכים לקבל החלטות ברמה גבוהה על אנשים למשל - האם צריך לשים גבולות לשכר?

ד"ר הרלב: כן. צריך לשים לב כמה שעות אדם עובד עבור אותו שכר. צריך לשים גבולות לאופן קבלת השכר. אם רופאים מקבלים שני תלושי שכר כדי להגיע לסכומים מאמירי שחקים, ואם הם מקבלים סכומים מקרנות, שר"פ וכו', זה מרתיח. התשובה היא כן. ואני מדברת בתור אחת שעובדת במערכת הציבורית.

ד"ר עזיז דראושה: שניידר הוא ספינת הדגל ברפואת הילדים בארץ בכלל. אני מופתע שאת מייעדת את הפול-טיימינג לחמישים אחוז. בשביל לעשות את זה, צריך 5,000 רופאים הוספיטליסטים, צריך 5 מיליארד ש"ח בכדי לרצות את הרופאים הללו.

ד"ר הרלב: ביי"ח שניידר הוא אבסורד מבחינת היפוך היחס בין הבכירים למתמחים.

ד"ר עזיז דראושה: אם הוועדה אומרת לך שזה יותר מדי, את יכולה לנהל את העסק עם עשרה אחוז פול-טיימרס?

ד"ר הרלב: לא.

יעל: יכול להיות שזה ביי"ח יוצא דופן.

ד"ר הרלב: אנחנו ביי"ח עם היפוך יחס רופאים מומחים-מתמחים. יש לנו המון רופאים מומחים, ומתוך הכלל הקרוב ל - 400 רופאים, חמישים אחוז מהם במקצועות הכירורגיים. היחס הזה לא מאפיין בתי"ח אחרים, הוא יחס "שניידרי" טיפוסי, ואני לא מכירה עוד כאלה. בתי"ח אחרים היחס הוא אחר.

יעל: אז זה יוצא דופן.

ד"ר עזיז דראושה: נגיד את עכשיו לא יכולה להגיד אני בעד שר"פ, כי את שייכת לשירותי בריאות כללית וכו', אבל משמרת שנייה, לא קצ"ת, משמרת שנייה ממוסדת יכולה להשאיר 70-80% מהכוכבים?

ד"ר הרלב: כן.

עו"ד עדי ניב-יגודה: ראווה להערכה כנות על הדברים. התחושה שלי היא שעדיין תחום הרפואה של הילדים זוכה לאמון הציבור והזליגה לפרטי נמוכה יותר. אשמח אם תוכלי לתת נתונים על תיירות מרפא בשניידר במיוחד.

ד"ר הרלב: הבעיה היא לא אמון הציבור אלא זמינות המערכת, וזה מתיישב עם מה שאמרתי קודם.

תיירות מרפא – אדבר על שניידר ועל ההנחיות הברורות ברמת הקופה. בשבילנו, אנחנו מפרידים מטופלים פלסטינים כי זה רחוק מלהיות המחיר של תיירות מרפא. מבחינת הפלסטינאים – ביי"ח שניידר רואה עצמו כמוביל וגשר לשלום, והוחלט לאחרונה לעשות משהו אותו אני מובילה מזה קרוב לשנתיים, וזה ליצור קשר ישיר מול הרשות בפרויקט שאנחנו קוראים לו "מעל ומעבר", בניסיון שפחות ילדים יצטרכו להגיע לבתי"ח בארץ ולשניידר בפרט. הם שכנים שלנו, והם יקבלו חלק מהשירות שהם מקבלים בשניידר בתי"ח פלסטינאים. אנחנו נוסעים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לבתי"ח בגדה. הייתי בשכם וברמאללה ונפגשתי עם אבו מאזן ועם שר הבריאות שלהם. אנחנו מנסים ליצור מערכת שתאפשר את זה, שונה בתכלית השוני ממה שנקרא תיירות מרפא. אנחנו מכשירים את הצוות המקצועי שם.

תיירות מרפא בשניידר – אנחנו מקפידים הקפדה יתרה שזה לא יבוא על חשבון ילדים ישראלים. בצורה מבוקרת הישראלי מרוויח ממנה. אם אנחנו מפעילים חמש מיטות בהשתלות מח עצם ומגיע תייר או פלסטינאי שיכול לפתוח את המיטה השישית, אם יש לי פיזית מקום ונניח שיש לי, שהיא מיטה לא מתוקנת, יש לי מיטה אבל אין לי אחות, אבל אני אצליח לשלם לאחות על רצף המשמרות שלה, ואז במקום אחות על חמישה ילדים היא תהיה על שישה, והילד הישראלי הרוויח את חלקיות המשרה של האחות. חייבים לוודא שלא נגרם נזק לילד הישראלי. ילדים פלסטינאים מגיעים עם חיידקים עמידים מאוד, ולכן אנו חייבים לבודד אותם מההתחלה. זה עסק מורכב, כי אנחנו כן רוצים לקבל אותם, אבל לא נקבל אם נחשוב שעלול להיגרם נזק. זה בעיה בכל ביי"ח ברמת ההנהלה. זו בקרה דו כיוונית – אכן אנחנו מקבלים את הילד לא על חשבון הילד הישראלי אלא כך שהוא ירוויח ממנו, אבל לא נקבל ילד שאנחנו לא חושבים שאנחנו יכולים לעזור לו. ביי"ח שניידר לא יקבל ילד שהוא חושב שאין לנו מה לעשות עבורו. לא יהיה דבר כזה. אין ילד שיתקבל במקרה כזה, בין אם הוא מאוקראינה או מעזה.

דר' עזיז דראושה: נשאלו גם קודמייך את השאלה הזאת - כמה אחוז תיירות מרפא יש אצלכם?

דר' הרלב: שלושה אחוז.

עו"ד עדי ניב-יגודה: את יכולה לתת לנו נתונים על תיירות מרפא?

דר' הרלב: כן, דרך הקופה.

יוליה איתן: 3% זה של פעילות או של הכנסות?

דר' הרלב: של פעילות. אנחנו מעוניינים ביחס השונה הזה. הפרמיה של הכסף הזה היא הבניין שאנחנו נשים את אבן הפינה הזו בעוד כמה חודשים, ואני מבקשת להדגיש את זה.

שירה גרינברג: לא הכל ברור לי, כמה שאלות: האם את אומרת שהטיפול הנכון עבור ילדים צריך להיות בקבוצה, ולכן צריך לעודד קבוצות טיפול? הקפדת להגיד שהפרט יבחר קבוצת מטפלים. האם את חושבת שהבעיה היום היא שהטיפול היום לא ניתן מספיק בקבוצה, ואת רוצה לעודד את זה? האם כשיבחרו קבוצת מטפלים – מה בעצם הפרט צריך להפיק מזה אם זה במערכת הציבורית - אז היתרונות בכך שהפרט בוחר להגיע לביי"ח שניידר או לדנה ושם תהיה לו קבוצת מטפלים שתטפל בו? מודל שמשלב ביי"ח וקהילה – מה הבעיה שאת מנסה לפתור - עד כמה הם נשארים בביה"ח, איזה מענה זה נותן? אולי המודל צריך להיות דווקא יציאה לקהילה?

דר' הרלב: הנושא בעיניי, בהסתכלות של כלל המערכת – צריכה להיות מחשבה על פול-טיימריזם במערכת ציבורית, שלאנשים יהיה פחות רלוונטי לעזוב את ביה"ח. צריכה להיות שיטה שלא יהיה חסר של רופאים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בקהילה. השילוב של יצירת פול-טיימרים ביי"ח-קהילה בתחומי החוסר הוא עבור רופאים שלא רוצים לעזוב את ביה"ח. אני כבי"ח מוכנה לאבד חלק מהאנשים שלא ירצו להישאר רק בציבורית, כי אני חושבת שזה נכון יותר עבור הרפואה הציבורית. זו שיטה שלא נהוגה כיום. בקופ"ח כללית יש לנו רופאים משולבים. אנחנו כקופה מפספסים רופאים. זו הסתכלות דו כיוונית מצד המטופל והמטפל – מצד המטופל, אם ילך לכל ביי"ח מרכזי, הוא יקבל קבוצות מאוד מאוד טובות, אך הוא לא יוכל לבחור בתוכן. הוא יקבל קבוצות טובות במחיר אפס, שאנחנו נרגיש מספיק בטוחים שאנחנו נותנים שירות טוב בקבוצה טובה.

שירה גרינברג: מה את מרוויחה מבחירת הקבוצה אם הקבוצה טובה גם בשניידר וגם בדנה?

דו' הרלב: אני מרוויחה את העובדה שהבודד לא ילך לאסותא, ולא יבחר אותה באסותא מכסף שאיננו במערכת הציבורית. זה מה שאני רוצה להרוויח.

מיכל טביביאן-מזרחי: דיברת על שני עקרונות – בחירת רופא ושילוב בתי"ח-קהילה. במובן הזה, בחירת ביי"ח במקרה אקוטי יכולה ליצור מצב של פגיעה באינטגרציה האנכית, ופגיעה בבחירה של קופות לשלוח לבתי"ח שלהן?

דו' הרלב: ריבוי מטפלים במערכת וקשר בין מטפלים – לא חסרות היום שיטות טכנולוגיות כדי לעשות את זה. באים אלינו מכל העולם כדי לראות איך עוברת אינטגרציה ממקום אחד לשני, העברת המידע בין הקופה לבי"ח. זה יקרה גם במקומות אחרים, זרימת המידע הולכת ומשתפרת בדרכים טכנולוגיות, זה תמיד יהיה קיים. אנחנו בקשר עם רופאים גם בחו"ל.

מיכל טביביאן-מזרחי: את חושבת שאינטגרציה אנכית היא לא הכרחית והתגברתם על זה באמצעות הטכנולוגיה?

דו' הרלב: היא הכרחית. יש מנהל תיק, רופא משפחה למטופל, אבל הוא יכול לקבל אינפוסים ממספר מקורות. לכל מטופל צריך להיות case manager, האינטגרציה היא הכרחית עבור הרצף הטיפולי, והשר"פ לא מאפשר את זה ואף יוצר נזק טיפולי כי החולה לא בשום מערכת. אתה לא תמיד יודע מה היה ולא היה, שר"פ לא תמיד מגיע במכתבי סיכום.

פרופ' גבי בן נון: אני רוצה לחדד את הליבה של מה שאמרת. יש בעיה - רופאים בורחים ויש לנו תשתיות מבוזבזות. אני רוצה להשאיר אותם והם מוכנים להישאר, תמורת הסטה של כסף בצורה כזו או אחרת. לגבי קבוצות – הטיפול הרפואי היום מאופיין בעובדה שהוא ניתן על ידי קבוצת מטפלים במערכת הציבורית, וטיפול הבחירה של המטפל היא חסרת משמעות וזה מוריד מאיכות הטיפול. הבעיה היא לא חופש הבחירה, אלא השארת הרופאים הטובים במערכת הציבורית.

דו' הרלב: מדויק מה שאמרת.

פרופ' גבי בן נון: בשניידר כייחודי בשניידר.

יעל: זה לדיון פנימי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' קובי גלזר: אני רוצה להתייחס למחלות – סיפרתי לכם כבר שעלה רעיון לארגן את המערכת לא סביב מקצועות אלא סביב מחלות. פורטר כתב על זה ספר, יש לזה יתרונות ויש לזה חסרונות. היתרון הוא לא רק עבודה בקבוצה, אלא במקום שיהיה רופא שיטפל רק במשהו ספציפי, אלא גם ידע לעשות משהו הכי טוב. הקבוצה הופכת למקצועית בסרטן השד למשל. החיסרון הוא פגיעה בבחירה, כי אתה רוצה שכל הקבוצה תהיה. אם אתה מאפשר את זה בכל ביה"ח, ההוצאה תתפוצץ. היום זה לא קשה כמו פעם. אם המדינה תוכל להשלים עם כך שתהיה רק מחלקה אחת למחלה הזאת בבלינסון ואחרת בנהריה, אז בסדר, אבל צריך לבדוק את זה.

יעל: אחת הבעיות שציננת כשבאת לדבר עם וורמברנד הייתה הפול-טיימירות שלך, ולעומת זאת, את מציעה לנו את זה כפתרון. תסבירי.

ד"ר הרלב: אני רופאה במשרה מלאה. אמנם היום אני מנהלת בחמישה כובעים – אני אפרת, גדלתי בשניידר, אני רופאה שזה מי שאני ולא המקצוע שלי, אני רופאת טיפול נמרץ ילדים, אני עוסקת בזה, אני רואה ילדים מתים וילדים מבריאים, ואני גם בכובעים של תלמידה ושל מורה. מכולם למדתי ואני לומדת עד היום. ואני גם בכובע של מנהלת. אין לי מרפאה בקהילה, בחרתי להיות מהבוקר עד הלילה בבי"ח. כמו שחשוב לי להיות פה, חשוב לי להיות כל הזמן שם, להשתמש בכלים שרכשתי כדי שהרפואה תהיה טובה יותר. לגבי הפול-טיימירות שלי – הטלפון שלי רטט פה איזה מאה פעם, ולדעתי זה בטוח מנהל הבנק שלי, זה הזמן הזה בחודש... אני חיה את זה.

יעל: תודה רבה לך!!

**** מציג שני בפני הוועדה: פרופ' יהודה אולמן, מנהל המחלקה לכירורגיה פלסטית, בי"ח רמב"ם (מציג מצגת,**

מצורף בקובץ POWERPOINT).

פרופ' אולמן: אני מוחמא לשבת מול הוועדה, שמח שהתאפשר לי להגיע לכאן. עקבתי אחרי הפרסומים בקשר לוועדה. אני באתי להציג את השטח. משרד הבריאות הפך להיות המשרד הנחשק ביותר בארץ, כי בריאות זה לא פחות חשוב מביטחון וחינוך. אם אין בריאות, שום דבר אחר לא קורה.

אני מנהל המחלקה לכירורגיה פלסטית ברמב"ם. אני הייתי בעבר יו"ר האיגוד לכירורגיה פלסטית ומאתמול אני יו"ר ועד רופאי רמב"ם. דווקא בגלל זה אני חושב שאני מביא את רחשי השטח. אני רוצה להציג לכם את המיקרוקוסמוס שלי, ומזה מה צריך להיות הלאה, מה אני חושב שצריך להיות לדעתי.

אני פלסטיקאי, כמעט כל חברי עושים את זה בחוץ, ואני עושה את הרפואה האסתטית שלי בביה"ח שלי. חלק מזה כתקורה, אני משלם לצוות וגוזר קופון שלי. אני נמצא בבי"ח עד שעות הערב, זמין למתמחים שלי. אני יכול לעשות את זה כי אני נמצא במקצוע מאוד מיוחד, אבל העובדה שאני עושה את זה מעל עשר שנים, זה אומר שזה אפשרי. אני מקבל פציינטיים פרטיים ברמב"ם שהם מחוץ לסל, יש אישור על כך ממשרד הבריאות. חלק מהפעילות הזאת אני מוכר או רמב"ם מוכר כשירות לקופ"ח כללית, יש שם מרפאה אזורית גדולה של הקופה, מרפאת זבולון. הרבה אנשים באים לשם. אני והרופאים שלי הולכים פעם בשבוע לשם. הכסף מגיע לא לרופאים עצמם, אלא לקרן המחלקה וכך אני מחבר בין הקהילה לביה"ח. החולה מגיע לטיפול בקהילה - אם זה טיפול קטן אנחנו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

נטפל בו שם, ואם הוא צריך ביי"ח, הוא מגיע אלינו. הקהילה היא דבר מאוד חשוב ואי אפשר להפריד בינה לבין ביה"ח. אנחנו מוכרים שירות זהה לצבא. אנחנו מגייסים מקורות כספיים לביה"ח כולו ולמחלקה שלי, על ידי יוזמות כאלה שצריכות להיות מיושמות לכל המערכת הציבורית. יש לי רופאה מהמרכז, יש רופא שלי שנוסע למרכז פעם בשבוע. אסור להפריד בין פריפריה למרכז, אנחנו אחד. אנחנו רופאים, והרפואה נמצאת בכל מקום.

ד"ר עזיז דראושה: רופאים ללא גבולות.

פרופ' אולמן: כשבאים אלי אנשים לחוות דעת שניה, שזה משהו מובנה בשירותים של קופ"ח - ביטוחים משלימים או פרטיים - אני נאלץ ללכת למרפאה הפרטית שלי כי אני לא יכול לתת את אותה קבלה. הייתי שמח לעשות את זה אחר הצהריים בתוך ביה"ח, כי אז כולם היו נהנים.

ערן פוליצר: מי יממן את הטיפולים שאתה נותן במרפאה?

פרופ' אולמן: המושלם, מכבי מגן זהב וכו', יש להם המון כסף. אם זה ניתוח, אני אעשה את זה ברמב"ם והם ישלמו לרמב"ם, ואני אקבל מזה איזשהו נתח. אלו אותם ניתוחים, אבל זה שירות שניתן מחוץ למתקן.

ערן פוליצר: מי משלם את זה בתוך ביה"ח?

פרופ' אולמן: על טיפולים אסתטיים? אף אחד. הכסף מגיע כולו לביה"ח. הלקוח משלם בעיקרון.

למה אני חושב שהרפואה בביה"ח היא חשובה? למה צריך לעזור להם (לביה"ח)? כי אנחנו נותנים מענה 24 שעות ביממה. אנחנו מחויבים לקיים מחלקות שהן גוזלות כסף, ושאינן אותן בביה"ח פרטיים כמו אסותא, אלישע, שהם לא צריכים לתת את זה, והם בוחרים לעשות דברים שמכניסים הרבה כסף ויותר זולים. אני כאיש רמב"ם לא יכול לעשות את זה. אני צריך לתת למתמחים את השיעורים הטובים ביותר, לראות חולים, כי הם יחליפו אותי בשלב הבא. בביה"ח נמצאים בגרעון מתמיד, והרעיון הוא להוציא אותם ממנו. אנחנו למדנו כולנו גם כמנהלים קטנים להיות משנוררים, לבקש תרומות מבעלי הון. אתה מנהל יותר טוב אם אתה מתרים יותר טוב, ואני לא בטוח שזה צריך להיות ככה.

אתייחס להסכם האחרון – הרפואה נרמסת והולכת כמקצוע יוקרתי. רופא מסתכל על השעון, ואם נגמרו לו שמונה השעות, אני מגיע להחליף אותו, כי אני מנהל המחלקה. אם לא יהיה מחליף, ישלחו החולים הביתה. אם פעם נחשדנו שאנחנו מגיעים או הולכים לפני הזמן ועל זה יוצא הכסף, היום זה הפוך. היום בראש מורס הם עוזבים בשעה 14:00. יורידו להם חמישים שקל אם לא גמרו את השעות, אבל הם ירוויחו הרבה יותר בשעה הבאה. אני פה כדי לזעוק את מה שקורה. לאן הם הולכים? לקהילה - שם פר חולה מקבלים כסף. 12 חולים, על כל חולה 200 שקל – הקהילה יודעת להעריך רופאים, ויש לה את הכסף לשלם. אם התור ארוך חלילה, המזכירה מונחית להפנות את החולה לשב"ן, הם בעצמם יודעים שהם ב - over, אז למה לא לשלוח לביי"ח? הרבה פחות כדאי לעבוד בביי"ח. הרבה יורדים לחלקי משרה, ומי שנשאר מאוד נוח לו. אין לי מישו או מעט מאוד שהם באמת מסורים, ויעשו את העבודה מההתחלה ועד הסוף, כשפעם לא הסתכלו על השעון. יותר לא מודדים תפוקות, אלא שעות. יש מעט מאוד רופאים בכירים והרבה צעירים שנשארים בתורנות. אנחנו לא מקבלים תמריצים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שהובטחו לנו. אני עובד במקצוע מאוד מבוקש כי יש לו אופק. מתמחים שמסיימים היום התמחות לא רוצים להישאר בבי"ח, איך אני אשאיר אותם אצלי?

יש כפל ביטוחים שאתם מכירים וראיתי שבלי סוף דיברו אתכם על זה. יש שם הרבה מאוד כסף והם לא יודעים מה לעשות איתו. מבחינתי זה כמו מטמון שצריך רק להתכופף ולהוציא אותו. אפשר לממש את זה בבי"ח ציבורי. חדרי הניתוח ריקים אחר הצהריים. אפשר לעשות את זה גם אם רופא המשפחה יישאר אחרי השעה 19:00. לגבי שר"ן, שב"ן, שר"פ – בתי"ח פרטיים לא יחרסו, אל תדאגו להם. חלק מהאנשים בכל מקרה ילכו לשם כי זה נראה יותר מפואר והם יעדיפו לראות את הרופא שם. מי שבכל אופן הולך לשם, צריך להגדיל לו את ההשתתפות העצמית, כדי לגרום לו ללכת לציבורית. הרגולציה צריכה להיות הדוקה יותר. גם חוות דעת לבימ"ש, תביעות נגד רופאים – זוהי מועקה תקציבית מאוד קשה שיוורדת מתקציב התרופות כדי לממן אותה. במקרה אני חוזר מפגישה שתבעו את המחלקה שלי על משהו טיפשי - היה רופא ששילמו לו כדי שיעיד שהייתה רשלנות. הוא כותב מה שקרה לפני 30 שנה. מדובר בניתוח קטן באף, לא אסתטי. הוא אומר שזה לא היה צריך להיעשות בשיטה מסוימת, בשעה שהמטופל קיבל את השיטה הטובה ביותר. יכול להיות שהיה צריך לקבוע NO FAULT. ביהמ"ש צריך לקבוע אם הייתה רשלנות או לא, ואם הוא זכאי לפיצוי או לא. ההתנהלות הזאת גורעת מהקופה הציבורית וגם מהבריאות שלנו.

שאלה אחת שעומדת היא איך אנשים שבאו מהציבורית לא ירגישו מופלים לעומת הפרטית? צריך לשקול לעשות בכל בי"ח איזושהי קומה. אולי המחלקה צריכה להיות שונה או נפרדת מהאחרות. לא כולם רוצים ללכת לרופא מסוים, ואל תדאגו, ימשיכו להגיע אנשים. אלי יש תורים ארוכים, אבל יש לי מתמחים מצוינים ואני שם כדי ליעץ. אין סיבה שהמחלקה הזאת תשתלט על כל ביה"ח.

בתי"ח היו צריכים לצאת מלהיות של הקופה או של משרד הבריאות, צריך להיות תאגוד שלהם. יש בעיה – קופת חולים מפנה לבתי"ח שלה. צריכה להיות הפרדה לא רק בין בתי"ח ממשלתיים, אלא גם בין הקופות לבתי"ח שלה. יש לנו בעיה קשה של תקנים.

אני לא רוצה לפגוע בחבריי. הם צריכים להיות מתוגמלים גם על הפעילות הפרטית, ואין בעיה עם זה. יש מגמה או בקשה מצד בתי"ח פרטיים לאפשר להם לתת התמחות וללמד סטודנטים. אם יש משהו אחד שנשאר בבתי"ח ציבוריים זה בדיוק זה, ואם גם זה ילך, באמת לא נמצא רופאים טובים במערכת הציבורית. תיירות מרפא קיימת גם אצלנו, וזה טוב וחשוב וציוני ומביא כסף, אך אף ישראלי לא נדחה בשל התייר. תייר מנותח אחר הצהריים.

יעל: מה עם מיטות?

פרופ' אולמן: יש מספיק מיטות, מיטות מנוידות בין מחלקות. ישראלי לא לא יתקבל לניתוח בגלל שחסרה לו מיטה, לא ראיתי את זה קורה. רוב תיירות המרפא היא אונקולוגיה. הבעיה של המיטות היא בתחומים מסוימים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רוני גמזו: גם דר' הרלב אמרה שבתי"ח משתמשים במקורות המימון כדי להביא עוד מיטות כדי להרגיש טוב עם עצמם וכדי למנוע ביקורת פנימית. יש לי 4 חו"לניקים, 4 ישראלים ויש לי עוד חולים בטיפול נמרץ. מה אני עושה לדעתך?

פרופ' אולמן: ברמבם לא פותחים מיטות לא תקניות.

פרופ' לאה אחדות: האם צריך לעשות תכנון מחדש של מיטות כדי שאיפה שחסר יהיה יותר?

פרופ' קובי גלזר: מנסים לעשות את זה כבר כמעט 40 שנה.

פרופ' אולמן: חלק מהפעולות לא מתוגמלות, אלא רק בימי אשפוז. אנשים שוהים יותר מדי זמן בבי"ח, יותר ממה שצריך, שהיו יכולים להיות בבית, אם הניתוח היה מתומחר לפי כמה שעולה ולא לפי מיטה. זה עיוות שמן הראוי שישתנה. אנו הולכים לקראת מצוקת רופאים. מתמחים חו"לניקים תופסים את המקומות של הישראלים, צריך לקבל את הישראלים ולוותר על ההכנסה ה-באמת לא משמעותית הזאת.

יש עליהם על תאגידי הבריאות, אבל בלעדיהם בתי"ח לא היו שורדים. הם מממנים הרבה תקנים. אני מקבל עכשיו מתמחה פלסטינאי, ואני חושב שזה נכון. זה נכנס לתאגידי הבריאות ויכול לממן רופאים וחומרים, ואת כל אלה צריך לפתח. דבר לא בריא נוסף – בגיל 40 מתמנה רופא למנהל מחלקה, ואז הוא יהיה 27 שנה מנהל מחלקה. זה לא נכון, ואני חושב שזה צריך לכל היותר 10 שנים, וצריך למצוא לזה סידור, יעזור גם למערכת היחסים הבינאישית במחלקה, "היום אני מנהל, ומחר יבואו אליך". תאגידי הבריאות צריכים להיות פטורים, וברגע שתהיה מערכת עצמאית אחת לא יהיה צורך בשני אפיקים כאלה. רוב המטופלים באים לביה"ח בגלל הרופאים, והם אלה שצריכים להיות הכי מחובקים. אנחנו רואים התעמרות אמיתית של פקידים, על פירוש כל שעה, אם היא כן נוספת או לא. הפכנו להיות תגרנים בשוק, שזה לא מתאים למקצוע שלנו. זה היה מקצוע ללא שעות וללא זמן. אפילו על חנייה זה כאב ראש. צריך לאפשר את השירות הפרטי הזה רק למשרות גבוהות, ואולי זה יוציא את העוקץ מהשעון. היום רק אלה שלא מסתדרים בחוץ והם לא רופאים מספיק טובים, הם אלה שנשארים בביה"ח, ויצאה להם סטיגמה של second best, וזה לא צריך להיות ככה. בחירת רופא בבוקר – לדעתי בלתי מעשי לחלוטין - רק אחר הצהריים. אף פעם אני לא מאמין שאפשר יהיה לתת לי יותר מ-60 ש"ח לשעה, 64 ש"ח אם לדייק. זה רק להביא את הרפואה מבחוץ. דור המתמחים החדש רוצים להיות הורים יותר טובים, והם יסתפקו במינימום כדי לעשות את זה. היום מכריחים אורתופד או אורולוג לעשות תורנות בטיפול נמרץ, כי אף אחד לא רוצה להתמחות שם. אני מקווה שנצא מהחושך לאור בעקבות הוועדה. תודה רבה לכם!!

**** מציג שלישי בפני הוועדה: פרופ' אוסקר סדן, מנהל חדר לידה, בי"ח וולפסון. מציג ללא מצגת.**

פרופ' סדן: אציג בפניכם מודל שנראה לי כחלום לא בר הגשמה בארץ, אך אני חושב שהוא ניתן. לא ניתן לעשות תיקונים במשכורות הרופאים, אך יש כלים שלא נעשה בהם שימוש עד היום. זה המקום אני חושב שצריך להכניס אותו לביה"ח, לעשות אותו כמסגרת סגורה, את ביה"ח הממשלתי של קופת חולים, ולהרים את רוחם של הרופאים. לא יתכן שילכו מנוכרים לסביבתם, אדישים. הרופאים ייהנו מהמודל שאני מציג אותו. בזמנו העברתי את המודל לביבי, אז הוא כנראה מוכר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' גבי בן נון: תעביר גם לוועדה.

פרופ' סדן: המודל בדרום אפריקה – רופא מקבל משכורת הוגנת וראויה, והוא נמצא אך ורק בכותלי ביה"ח. בסקטור הפרטי מרוויחים פי שתיים או שלוש, ולכן הרופא יוצא לשם. בעיקר חוזרים אחרי שנה-שנתיים בעלי היכולת. לא יכול לצאת רופא בגמר ההתמחות ולהגיד שהוא רוצה לחזור, כי לא יקבלו אותו במערכת ציבורית הוגנת. אין לי את המשכורת, לא יכול לתקנה, אני מציע שתשתמשו בכלים שישנם, שר"פ ושב"ן.

מתמחים מגיעים להתמחות בשעות אחר הצהריים, ועוזבים בבוקר. מה קורה עם ההתמחות? התשובה – ממוצע של שני ילדים להתמחות זה של מתמחה ברפואת נשים. תעשו חשבון כמה היא מפסידה מההתמחות. עד כדי כך שאנחנו מכשירים רופאים לא לבי"ח. אני מציע את המודל של תורנות שמתחילה אחר הצהריים ונגמרת בבוקר.

יעל: מה קורה בין הבוקר לצהריים בביה"ח?

פרופ' סדן: מסתדרים היטב. אני לא יודע כרופא מי בחופש. המתמחים רואים בזה את ההישג העיקרי והיחיד שלהם אולי. זה עלה כששאלתי את הנציגים שלהם. זה גם גורם לאי סדר ומחסור בשעות התמחות.

ניר קידר: על כל תורנות אתה מפסיד שני בקרים?

פרופ' סדן: למחרת בבוקר אני עדיין עושה עבודה מוגדרת. זה המודל הדרום-אפריקאי. בעשר בבוקר אני הולך הביתה.

דר' עזיז דראושה: צריך להאריך את תקופת ההתמחות ולתת יותר תקנים אם ככה.

יעל: כן, זאת התשובה למה שקורה בבוקר.

דר' עזיז דראושה: הרופא ייחשף לפחות ניתוחים ופחות מקרים. עשינו על זה דיון בהר"י, ובינתיים זה נתקע.

פרופ' סדן: אנחנו קוראים לחדר לידה שדה הקרב שלנו ברפואה. ההתמודדויות הן לעתים קשות. זה קורה בחטף ובמייד. יש נוהל של משרד הבריאות שפותר רופאים מעל חמש שנים מלעשות תורנות בחדר לידה.

פרופ' רוני גמזו: הסכם הרופאים מתייחס לזה. בחדר לידה אי אפשר להסתדר בלי רופאים מומחים. אני אמרתי שלא מעניין אותי, כל בי"ח חייב למצוא פתרון שיהיה רופא מומחה בכל חדר לידה כל שעות היממה. מנהל המערך המיילדותי צריך למצוא לזה פתרון. זה חובה ולא תמיד נעים. זה שמר מציאות ברוב חדרי הלידה, פרה ופוסט הלידה. תחושת ה-"למה אני הדפוק" היא זו שהשתנתה.

פרופ' סדן: לפי הנוהל, זה מאפשר לרופאים לא מומחים לעשות תורנויות.

פרופ' רוני גמזו: ברוב המקומות מבצעים פעולה דומה מאוד להשלמת פז"ם לרופא המומחה. חוץ מהאקט המשפטי, האקט הפרקטי הוא אותו דבר.

פרופ' סדן: אצלנו זו מחלקה שמתנהלת לפי הסכמי השכר. אצלנו רוב התורנים מספר אחד הם לא מומחים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רוני גמזו: זה בעייתי ואני לא מקבל את זה.

פרופ' סדן: הם מתקשים בניתוחים ובמקרים מורכבים.

יעל: תתרכז בבקשה בנושאי הוועדה.

פרופ' סדן: העברתי את המסר שחדר לידה הוא לא בטיחותי. כשאנחנו נפגשים עם חברת הביטוח שלנו, אנחנו אומרים שזו התוצאה של ההסכמים שנחתמו, ואין מה לעשות. קשה להתרכז רק בנושאי הוועדה כי יש לנו נושאים חברתיים שזה המקום שלהם.

היולדות האריתראיות אצלנו - כאן יש ממש הפקרות לדעתי. מגיע ציבור של 10% בערך. הן מגיעות לוולפסון כמו יש מאין. הן צונחות עלינו בלי שום מעקב הריון, עם מלוא הסל סיבוכים, לחץ דם, תינוקות קטנים... אנחנו צריכים לתת להם תשתית חיצונית של מערכת בריאות, מעקב הריון.

יעל: אתה ממליץ להכניס אותן למערכת?

פרופ' סדן: הפתרונות לכם. בתי"ח לא מתוגמלים עליהן, גם לא הפגיות. עשרה אחוז מהיולדות הן אריתראיות אצלנו, והבעיה דומה בבי"ח ליס. הבאתי לכם את הזעקה שלי. אני לא רוצה תשלום, אני רוצה שהם יגיעו ממערכת בריאות מסודרת. אני רוצה שיהיה להן מעקב הריון מסודר לפני שהן מגיעות אלי.

יעל: רוני אומר שבמרפאה שמיקי דור מנהל בלוינסקי יש מעקב לידה.

פרופ' סדן: כן, היולדת לא מגיעה לשם. היא לא יודעת על זה, וגם אם כן, אין לנו שפה איתן. הן לא מוכנות לקבל אפידורל ברוב המקרים, מסרבות להיכנס לניתוח. לפעמים מגיעים למוות, מצב גרוע יותר ואני בשם האוכלוסייה הזאת מקים קול צעקה. אני רוצה להעלות את התקווה שלי בשם הרופאים שלא נתנו לי מטען מספיק כשאמרתי שאני הולך להופיע בפני הוועדה. אתם התקווה שלנו.

פרופ' לאה אחדות: כמה זה עשרה אחוז?

פרופ' סדן: 5000 לידות.

שאלות לפרופ' אולמן ופרופ' סדן:

דר' עזיז דראושה: פרופ' אולמן, אתה באת מרמב"ם וגם המנהל שלך הציג לפנינו ויש לו גישה שונה. גם קראתי נייר עמדה שכתבת. אם לא נקרא לזה שר"פ ולא תהיה בחירת רופא, אני אומר לך יש ציוד ויש צוותים ויש גם לא מנוצלים, בוא קח תקציב מסוים ותפעיל משמרת שנייה. מה דעתך?

פרופ' אולמן: אפשרי בהחלט, בתנאי שזה יהיה מכובד. בלי בחירת רופא? רק אחר הצהריים?

דר' עזיז דראושה: כן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' אולמן: כן, זה עניין של שכר. רופא שיהיה כדאי לו - יישאר. יהיה לו יותר נוח להיות במילייה שלו וגם מבחינה פיזית.

דר' עזיז דראושה: על בסיס התפיסה הזו של פול-טיימרס - אתה יו"ר ועד הרופאים - מה שיעור הרופאים שאתה יכול כמנהל להגיד שמתאים לי כפול-טיימרס?

פרופ' אולמן: 20-30% מהמומחים, בערך 150 רופאים, מתוך 700.

יעל: זה גם הרבה.

דר' עזיז דראושה: אני הייתי מוכן עשרה אחוז ברמה הארצית.

פרופ' אולמן: גם פנימאים יעשו מרפאות! למה לא??

עו"ד עדי ניב-יגודה: הטיפולים שנעשים אחר הצהריים - מהו היחס מהסכום שמקבל ביה"ח ומהו שכר הרופא?

פרופ' אולמן: 35% שכר רופא, השאר לבי"ח.

יעל: וואו וואו וואו...

עו"ד לאה ופנר: מהשקף - בין הפתרונות שלך זה הקשר בין הפריפריה לביה"ח. תן דוגמא מעבר לזו שלך. אתה מדבר על התמחות משולבת?

פרופ' אולמן: כן, קהילה-בי"ח, פריפריה-מרכז.

עו"ד לאה ופנר: כולם אומרים שצריך שכר הגון. הבעיה שאני רוצה לשקף לך היא שחלק מהאנשים שיושבים פה בוועדה מעלים בראשם 30-35 אלף ש"ח כשכר כולל הכל ברוטו. היה רופא אחד שהעז אחרי שנשאל להגיד 50-60 אלף ש"ח. אני רוצה שאנשים באים ואומרים שכר הגון, צריך להבין מה זה. שנבין מול מה אתה מדבר. תגיד כמה שעות עבודה ומה סדר הגודל של הסכום שאתה חושב שזה נכון לרופא? אפשר גם לא להגיד, אבל זו נקודת ההתייחסות שלנו. לא מתמחה, רופא בכיר רגיל במחלקה.

פרופ' אולמן: תמורת 8 שעות עבודה, 35 אלף ש"ח זה בסדר, אבל אם יותר, צריך להגדיל את הכמות הזאת. הכי פשוט זה להסתכל על שכר לשעה.

דר' עזיז דראושה: פרופ' אולמן, פול-טיימר בכיר משמונה עד שמונה.

פרופ' אולמן: זה משרה וחצי? אז בסביבות 50 אלף ש"ח. שכר השעה הוא זה שקובע, רופאים יוצאים לפנסיה בצורה ממש מביכה.

פרופ' קובי גלזר: נניח שאתה אומר שמדובר על עבודה משמונה עד שמונה, על משהו כמו 50 אלף ש"ח - על איזה גילאים מדובר? רופא מתחיל להשתכר לא בגיל 18 או 28, אלא יותר. מהי קבוצת הגילאים שאתה מדבר עליה על פול-טיימרס? מתי יתחילו להרוויח את זה בערך?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' אולמן: מגיל 40 ומעלה, ויש להם עד גיל 67. זה הממוצע ביניהם. חלק יתקדמו וירוויחו קצת יותר.

פרופ' גבי בן נון: אתה אומר בעבור עבודה נוספת צריך לשלם יותר באופן יחסי למשכורת בסיס של 35 אלף ש"ח.

פרופ' אולמן: בממוצע, כן.

פרופ' גבי בן נון: טוב, קניתי.

יעל: גם אני.

דר' עזיז דראושה: עכשיו שירה חייבת לקנות...

שירה גרינברג: מה אתה אומר על הצעה של עמיתך לבחור אם אתה עובד בפרטי או בציבורי?

פרופ' אולמן: בעייתי, אלא אם כן אתה מבטיח לו יותר מ – 50 אלף ש"ח במקום שיעשה את זה בחוץ. ירוויח אותו דבר בפנים.

שירה גרינברג: אני רק רוצה להבין - אמרת בעייתי, תפרט מדוע זה בעייתי, כי יש בזה צדדים חיוביים כמו שתיארו.

פרופ' אולמן: מי שרוצה לעבוד יותר, צריך לאפשר לו יותר שכר. אם תהיה משכורת מכובדת, חלק מהרופאים ירצו לעשות זאת, אבל לאסור להם אחרי זה לעשות ניתוח בחוץ - זה לא בסדר.

ערן פוליצר: לא יתנו להם אישור לזה כי הם לא יהיו ערניים...

שירה גרינברג: מה זה שכר יותר גבוה?

פרופ' סדן: משיחה עם יוהנסבורג, השכר בסקטור הממשלתי הוא 35 אלף ש"ח אותם מקבל רופא בכיר, ברוטו לחודש. בסקטור הפרטי זה פי שתיים או שלוש, בשמונה שעות עבודה.

עו"ד לאה ופנר: אין מצב שהרופא יישאר עם 35 אלף ש"ח.

פרופ' סדן: אני מוכן להצהיר על כך.

פרופ' רוני גמזו: אפילו לא מומחה צעיר. אתה בא מתוך מקום שרוב החברים שלך הם אנשים ששאיפת ההכנסות שלהם בוודאי עוברת את ה - 50 אלף ש"ח, ומתחילה מהמספר הזה. הם מתחילים להרגיש רגועים כשהם עברו את המאה אלף ש"ח. זה הרוב.

פרופ' אולמן: זה הפך להיות מקצוע של נשים, הן מסתפקות בפחות. תמיד תהיה אפשרות להיות פול-טיימר או לא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' רוני גמזו: שעות הגניקולוג יורדות כשהביקוש עולה. ברפואה זה מה שיהיה. יש פחות היצע שעות, אתה יותר מבוקש. נשים לא יעבדו את השעות שהרופא הגניקולוג עובד, הגבר.

עו"ד לאה ופנר: אי אפשר שיעבדו בסכומים שלא מתקרבים ל – 60-100 אלף ש"ח.

פרופ' סדן: שיקומו ויעזבו, אין לי בעיה. אנחנו מתקרבים להצהרת הון אני מבין... שהשרה תהיה ראשונה... תודה רבה לכם!

**** מציג רביעי בפני הוועדה: פרופ' יונתן הלוי, מנהל בי"ח שערי צדק. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

.(POWERPOINT

פרופ' הלוי: בי"ח שערי צדק פתח את שעריו ב - 1902 ברח' יפו בירושלים בבניין של רשות השידור. ב - 1978 עברנו לשכונת בית וגן בירושלים. היה צורך בבי"ח מחוץ לחומות העיר העתיקה. לקח 29 שנים לגייס כסף ולבנות את הבניין. 4 מנכ"לים היו לביה"ח בכל שנותיו. ב - 1982 היה משבר ניהול קולוסאלי, כל שנה מנהל חדש, ומשנת 1988 אני בתפקיד המנהל. הסטטוס שלנו – המבנה התאגידי חשוב לעניין השר"פ – חבר נאמנים בינ"ל המונה 36 חברים, חלקם דור צעיר לדור המייסדים. עמותה רשמית שהמועצה שלו נוסדה ב - 1973. המועצה הנוכחית היא חבורה של לא מקבלי שכר, שבי"ח במרכז ירושלים יקר לליבם, ויש תקנון ברור להצטרפות למועצה. החלק הישראלי שלו הם הוועד המנהל, כחציים. השאר באים ארצה בסוכות. החלק הישראלי מתכנס פעם בשלושה חודשים ומקבל דיווח. מתוכו יש חברי קבע מעטים. הם מנטרים את פעולות הוועדה. המבנה התאגידי הזה עובד מאוד יפה, המנכ"לים מחזיקים הרבה זמן מעמד וזו הראייה לכך. אם נשקפת סכנה או איום לבי"ח, אני מקבל תמיכה תמיכה מלאה שלהם. על הרקע הזה, שר"פ הוא טבעי. אין פה אדמות מדינה, או תקציב מדינה. מקורות המימון של ביה"ח הם עמל כפינו לתקציב השוטף של 1.2 מיליון ש"ח, והשאר מתרומות לפיתוח. בשנה קשה אני מוסיף מהתרומות גם לתקציב השוטף. בשנה ממוצעת אנו מגייסים 25 מיליון דולר תרומות. קיבלנו פעמיים תמיכה ממשלתית. אין תמיכה ממשלתית בתקציב השוטף או בפיתוח ביה"ח במשך כל שנותיי כמנכ"ל, להוציא שתי האפיזודות האלה. הייתה תכנית הבראה, ניסיון ליצור מיזוג עם קופ"ח כללית, אבל בגלל שהקופה לא יכלה לחיות עם השר"פ והרופאים לא רצו לוותר עליו, התכנית בוטלה. אירוע מחונן נוסף – צירוף בי"ח ביקור חולים אלינו לפני שמונה חודשים. הסולידיות היחסית הכלכלית – 25% מהמחזור שלנו הוא לידות, 300 מיליון ש"ח זה לידות. מצד שני אנחנו לא מבוססי לידות, המחלקה הכירורגית שלנו היא בחזית. היקף המחלקות המפסידות, בגלל שהן מאוד ממוכשרות, הוא גבוה ביותר. היקף הפעילות הניתוחית שלנו, 23 אלף ש"ח בשנה, בדומה להדסה. ניתוחי הלב עולים. 120 אלף ביקורים בחדרי ניתוח אצלנו, יותר מהדסה והר הצופים, כולל נשים וילדים, וגם אם מנכים את זה, אנחנו עדיין הכי גבוהים. מתווה הכניסה שלנו לבי"ח ביקור חולים כלל שניוניים מז'וריים – סגרנו מחלקות שהעיר לדעתנו לא צריכה אותם. היו 4 מחלקות ילדים בעיר, וסגרנו את המחלקה אצלנו כי יש ירידה בביקור ילדים בבי"ח, וזו המגמה. קיבלנו את המיטות שהצטרפו למיזוג שלנו. במלות 8 חודשים למיזוג, החלטנו שחדר המיון בביקור חולים חייב להיסגר. מזמן כבר מד"א לא הביא אליו חולים, פצועים מהפיגוע ב"סבארו" שיכלו לדדות ברגל הגיעו לשם כי זה ממש ממול, השאר אלינו. זה מיון שלא היו לו יכולות של טראומה, אורתופדיה, כוויות וכו', זה היה מיון של צינון, שלשול.. על רקע כל זאת, יש הסכם שר"פ בבי"ח שערי צדק מזה 33



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שנה. למשפט הזה יש משמעות רבה לעדות שלי – זה הסכם שלחומים עליו אין אינטרס לפתוח, כי כל צד ירצה את מה שהאחר לא יוכל לספק. הסכם חדש לא יעבור, ואנו חיים עם מגרעותיו שיוצגו במצגת. הסכם השר"פ הוא חלק מהסכם ההעסקה הקיבוצי של הרופאים בשערי צדק. המרדמים הם חלק מהסכם השר"פ, כאשר בעבר זה היה זניח למרדמים. זה הגוף היחיד שמשתתף – אין לנו מיילדות או אחיות בהסכם השר"פ, לא מנקים דורשים את חלקם גם כן. אנחנו התערטלנו וחשפנו פה את הקרביים כי חשבנו שעומדת כאן החלטה הרת גורל, ולכן לא השארנו שאלה אחת ללא תשובה. מתייחס למצגת.

הסכם השר"פ שלנו נחתם אחרי הדסה, ונשלח לעיונכם. אין לי כלי אכיפה לרופא שגובה יותר מדי, להוריד אותו. ברמת הרופא הבודד התבקשתי להציג ואני אציג, איזה אחוז מהפעילות שלו היא ציבורית ואיזה שר"פ, ואני חוזר ואומר שאין לי כלי אכיפה, ואני לא בטוח שיכולים להיות. זה מה שיקרה כשינסו לעשות רגולציה הדוקה של שר"פ בעולם של בי"ח. אני מאמין ואני לא נאיבי, שאין רפואה שחורה בבי"ח שערי צדק, ואני 25 שנה בתפקיד. אם אני רואה משהו שלא נראה לי, אני רומז לרופא שאני חושד. אם רופא יחליט שהוא רוצה לקחת מעטפה, הוא מרמה את המעסיק שלו וגם את המדינה. התור הוא הדאגה העיקרית שלנו.

פרופ' רוני גמזו: מישהו שוכב בבוקר, הוא לא בשר"פ, ומתקשר להוא שמכיר את ההוא.. אחד משמונה משלם שוחד לרופא כתוב בכתבה... לא רק מעטפה עם כסף, גם בקבוק ויסקי..

פרופ' הלוי: בכל אופן, ראיתם שירושלים הוחרגה. בניגוד למצב בהדסה, אין לי כלי חוזי לאכיפה של המחיר. יחסי עבודה בשערי צדק הם מעולים, ואין לי בעיה לקרוא לרופא ולהגיד לו שהוא מגזים, אבל אין לי כלי של אכיפה רגולטורית.

עו"ד לאה ופנר: אם אתה קורא לרופא ואומר לו, אתה לא צריך.

פרופ' קובי גלזר: כמה העובדה שבהדסה זה אחרת, זה משמעותי?

פרופ' הלוי: אם רופא בהדסה לוקח 10 אלף ₪ לניתוח, רופא בשערי צדק יכול לקחת יותר? ייקח 8,000 ש"ח. במרכז יש מחירים הרבה יותר גבוהים. העניינים פחות גדולות בירושלים. התשלום מועבר לרופא דרך תלוש שכר.

יעל: אתה מתכוון שהמחיר שהאדם משלם עבור שר"פ בירושלים הוא נמוך מאסותא או מאיכילוב?

פרופ' הלוי: אני מדבר על out of the pocket money, זה הפרש של 30-50% במחיר, כשפה (במרכז) יותר גבוה.

פרופ' רוני גמזו: באזור המרכז ההסדרים יותר נמוכים מאלה של הדסה. רופאי החוזר, השמיים הם הגבול, לקופה אין לשיטה על המקסימום, בת"א זה מגיע ליותר כי זה תחת רגולציה.

פרופ' הלוי: כל רופא שר"פ אצלנו מקבל שני תלושים – לפי הסכמי עבודה ולפי השר"פ, בתמורה לאחוז תקורה שמשמש בין השאר לכיסוי עלויות המעביד. אני ער לבעיה האתית של קיום שר"פ במקרים דחופים. לכן זה לא נעשה ע"י רגולציה רשמית, אבל כל שר"פיסט יודע שהנהלה לא אוהבת את זה. אם יש בעיה בתחום שמדווחת משפחה או אחות, הרופא נקרא למשרדי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: יש לך תורה בכתב ויש לך שבע"פ. התורה שבכתב מאפשרת, ושבע"פ לא.

פרופ' הלוי: המודל של מה שאתם תחליטו יגיד לנו. אין שר"פ על חולים אקוטיים בחדר מיון. בפועל זה כמעט כך, יש לי כמה חריגים. אני יכול לבדוק את זה, אם נעשה שר"פ ככוננות, אבל אני בטוח שיש כמה שאני לא יודע. זה הכל ראיות נסיבתיות, יכול להיות שזה מתקיים, אבל אין לי את זה בהסכם. ממשיך במצגת.

יש ניתוחים שאי אפשר לעשות אחר הצהריים, למרות שלהנהלה יש אינטרס לעשות ניתוחים אחר הצהריים, כי אני לא משלם על זה. אבל אני לא אעשה ניתוחים מורכבים אחר הצהריים, כי הם לוקחים הרבה שעות. לא היו ססיות בשנות ה-70, אז לא הייתה בעיה לעשות שר"פ בבוקר מבחינת חדר ניתוח, לא מבחינת מרפאה. התמריץ של ביה"ח – כל מה שיכול להתקיים אחר הצהריים שיתקיים אחר הצהריים, למרות שיש גם שר"פ בבוקר. מה שאתם קוראים ססיות, אני קורא קיצור תורים. חוזר למצגת. כל הרציונל של השר"פ זה שרופא בכיר במשרה מלאה יעמיד את כל זמנו לרשות ביה"ח.

יעל: וזו תורה שבכתב?

פרופ' הלוי: כן, זה בהסכם. 3-4% מהשר"פ הוא לידות שר"פ. אין דקה כמעט שאין רופא בכיר מאוד, שר"פיסט מבוקש, שיושב בתא אחד ומחזיק את יד היולדת, ואם יש יולדת במיטה ליד שמסתבכת הוא ילך אליה. זה היתרון הגדול של השר"פ, הימצאות רופאים בכירים כל הזמן. בפעילות מרפאתית זה מרפאה, אתה רץ בין שני חולים, זה קורה כל הזמן. בחדר לידה אתה באותו שטח. הרופא נמצא שם שעות, ולרוב יש יותר מאחד בגלל היקפי הלידות. אנחנו מקפידים שהשר"פ ישרת את האינטרסים של ביה"ח. הרופא חייב לבקש היתר שר"פ ולחדשו מדי שנה. הביטוח נגד רשלנות רפואית – אנחנו אחראים על הבדיקה מחוץ לביה"ח, וזה השוט שבגיניו אין דבר כזה שאתה עובד בחוץ בניגוד עניינים לביה"ח. אבל אנחנו מעודדים רופאים לצאת לעבוד בקהילה, אני מוודא שזה אחרי שעות העבודה ונותן להם לעשות את זה. כל פעילות קלינית למעט חוות דעת, צריכה לעבור דרך השר"פ. זה טוב להם – אנחנו מנהלים את החשבון, אין חשבוניות מס. כשהיה מס מעסיקים, היינו נשארים עם 9% מתוך ה-21.25%, והיום נשארים עם 15% מאז שבוטל מס מעסיקים. הרופא מקבל משכורת על עבודתו בבוקר, אני לא מקזז לו.

עו"ד לאה ופנר: היה לנו את דוגמת הצנתור, אתה מקבל תוספת על הבחירה. זה בדיוק אותו עיקרון. הכסף הוא תוספת על הבחירה.

יעל: אותו אדם עובד פעמיים באותה שעה?

עו"ד לאה ופנר: לא, אתה נותן לו פעם אחת על הבחירה ופעם על העבודה.

יעל: אם זה בבוקר – הוא מקבל פעמיים על העבודה ופעם אחת על הבחירה. יש כאן משהו אבסורדי, ופרופ' הלוי צודק שהוא אומר שזה לבושתו. למה רופא צריך להשתכר פעמיים על אותה שעה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' הלוי: עם הגבלות על שעות עבודה, נראה אם תצליחו לשנות את זה. אם נפתח את הסכם השר"פ גם להנהלה יהיו הרבה ציפיות. זה לא רוצה וזה לא רוצה, מן מאזן אימה. אתם תחליטו אם זה עומד בקנה מידה מוסרי או לא. זה לא נקי ממגרעות, גם לא מוסריות, חד משמעית. אתם תחליטו אם זה מוצדק ללכת בשתיים לאסותא או לא.

לפני ההסכם, שנתיים אחרי התמחות, הרופא מקבל זכות לשר"פ אם הוא קיבל קביעות. זה חלק מתקנון ביה"ח, הרופא זכאי לבקש זאת. יש ועד רפואי לביה"ח שתפקידו לייצג למנכ"ל בנושאי פיתוח ביה"ח, והוא פועל כל כך טוב שאני לא זוכר את שמות חברי הוועד בכלל.

יעל: האם קרה שבניגוד לדעתך רופא קיבל קביעות?

פרופ' הלוי: לא, הוועד הוא סמכות מייעצת וממליצה, יש לי בהחלט שליטה בנושא הזה. מדובר ברופא במשרה מלאה. בשביל לא ליצור הפליה, אין רופא צעיר שהוא שנתיים מההתמחות שהוא לא שר"פיסט. רופא זמני זה שנתיים לפני קביעות, מיד אחרי ההתמחות. אני נותן גם לצעירים, ואני לוקח את זה בחשבון. אני לא חייב לתת להם, יש לי פרוגטיבה לפי ההסכם לעשות כך. אחוז הרופאים שעוסקים בשר"פ אצלנו זה 26.3%, כולל רופאים גמלאים. אני נותן לגמלאים במידה והם סיימו את חובותיהם הציבוריות, ויש להם שם טוב והם מושכים מטופלים אלינו. המכנה מגיע כמעט ל – 600 רופאים כולל תורני חוץ. יש לנו 3,300 עובדים, מתוכם 2,950 בערך פול-טיימרים. הדסה מייצרת מחזור של פי אחד וחצי מאיתנו, עם 6,000 עובדים.

חוזר למצגת – השקף מראה איך השר"פ הוא פתרון לקומץ קטנטן של רופאים, כולל השתכרויות. הם בממוצע עושים עוד חצי משכורת. הם עושים בשנה עוד 250 אלף ש"ח. אצל השר"פיסטים הכבדים יש מספרים אסטרונומיים, והם כירורגים. הפנימאים זה 0%, המספר מתייחס רק לגסטרו-אנטרולוגים. בקרדיולוגיה בגלל הצנתורים, המרפאות הם זניחות. ילדים הם 0%, אחד אחוז זה גם גסטרו ילדים. השר"פ מאפשר משיכת רופאים טובים יותר, אבל זה לא פותר את הבעיה הכלכלית של הרופא או של ביה"ח.

פרופ' קובי גלזר: כשהראה לנו פרופ' ברזיס את המחקר שלו, הוא הראה שזמן ההמתנה אצלכם הרבה יותר קצר מאשר בציבורי. מדובר על מי שבא דרך שר"פ. מי שבא דרך שר"פ מחכה יום-יומיים, מי שלא, כמה חודשים.

פרופ' הלוי: בהדסה – המתנה 63 יום לעומת 4 ימים בשר"פ. המחקר כלל סטודנטים שהתקשרו ל – 8 מרפאות בארץ. אצלי 33 בציבורי ו – 8 בשר"פ. השקף הזה מבהיר איפה מתרכזים סכומי השר"פ. השאלון שלכם היה מצוין, אבל הוא דורש התערטלות מוחלטת. אין לי במה להתבייש פה, אבל צריך להסביר את זה. חוזר למצגת.

אני לא נאיבי, אני לא אומר שהשר"פ לא נועד להקדמת תור. זה אפשרי רק בגלל שזה עובד כבר 37 שנה, אחרת זה לא היה עובר. ההנהלה עוקבת בקפדנות אחר היקפי השר"פ. אני כמעט יודע בע"פ את הדו"ח על הכנסות השר"פ לרופא, ואני גם אציג לכם אותו. מחזור ההכנסות משר"פ – פה ההפתעה הגדולה. איזה אחוז מהכנסות ביה"ח הוא אחוז התקורות שמקבל ביה"ח מהשר"פ? במצגת – אחד אחוז באופן קבוע כמעט. על מחזור של 1.2 מיליארד ש"ח, מדובר ב – 12 מיליון ש"ח בסך הכל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' גבי בן נון: מדובר על הכנסות ביה"ח מהשר"פ מתוך סך ההכנסות.

פרופ' הלוי: כן, אני עונה על השאלה מהי תרומת השר"פ לכלכלת ביה"ח. 300 מיליון ש"ח בחמש שנים תשלומים לרופאים, בשנה האחרונה זה קפץ בגלל שהלידות עלו ל – 5,500 השנה. כמות פעילות השר"פ – אתם רואים פעילות אשפוז, שזה ניתוחים. פה ושם זה לפי ימים, אבל הרוב זה לפי ניתוחים. מתייחס לטבלה בשקף. רוב המטופלים באו בשביל המנתח הספציפי, אני עושה ביקורים ואני רואה שאנשים מגיעים למנתח מדימונה וקריית שמונה, רק בגלל המנתח שאצלי.

פרופ' לאה אחדות: הניסיון שלי בירושלים הוא שכל פעם שרציתי להגיע לשערי צדק בשביל מרפאת עיניים, הקופה לא נתנה לי.

פרופ' הלוי: יש מגבלות קשות מאוד.

יוליה איתן: האם יש לנו את הנתונים האלה היסטורית? האם אפשר לנכות את השב"ן מתוך השר"פ?

פרופ' הלוי: להערכתי רוב אלה שהם שר"פ ולא שב"ן זה out of the pocket money.

יוליה איתן: השאלה אם אפשר לקבל את הנתונים האלה על פני עשור.

ניר קידר: הערה - חלק עושים את זה בשב"ן במסלול החוזר, וחלק out of the pocket money לגמרי.

פרופ' הלוי: סה"כ פעילות שר"פ 9.3%, אני מתגאה בזה. אם כל ירושלמי היה יודע שהוא צריך שר"פ כדי לקבל טיפול, זה היה יותר מזה.

דר' שולי ברמלי: הפעילות בסל יותר יקרה.

פרופ' הלוי: בוודאי, איך אפשר להשוות ביניהם...

חוזר לשקף של פעילות אשפוז – זה קונסיסטנטי לגמרי. עוד נתון חשוב – שני שליש מהשר"פ זה שב"ן. שבכל זאת המטופל נושא רק ברבע עד שליש מהשתתפות העצמית, וזה חשוב מאוד.

פרופ' לאה אחדות: אתה לא נמצא בסיטואציה שהציבור רוצה שר"פ ואין לך רופאים?

פרופ' הלוי: לא. בניתוחים כמו הרניות, שקדים, כפתורים - יש לי בעיה של תורים, ואני מפסיד אותם, הם הולכים להדסה. בניתוחים יותר מורכבים המצב יותר טוב. אין לנו מגבלות של היצע.

יוליה איתן: יש לך מדד של ניצול חדרי ניתוח?

פרופ' הלוי: לא נתבקשתי להביא, אבל הכל ממוחשב, אין לי בעיה להביא לכם. זה 9.3% בגלל שבילדים יש 0.1% ביולדות זה מפתיע, 3.1% שר"פ, בגלל זה המספר לא גבוה, זה מאזן את המחלקות הגבוהות. הדעת נותנת שילדת מתאשפזת לצורך לידה היא בוחרת לה מיילדת שתעקוב אחריה במהלך ההריון, ותתחייב להיות לידה בלידה, שזה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הכי קשה, כי משום מה זה קורה בשלוש בבוקר. אני חושב שעם זה אפשר לחיות, גם עם 20-25%. אם ביה"ח היה מקבל שם של נחיתות בשר"פ, זה לא היה טוב, עם זה וגם עם יותר גבוה מזה, אני יכול לחיות בשלום.

שקף פעילות אמבולטורית – למה בזה הירושלמי לא מנצל את השב"ן שלו? מצאנו שבמקום שני שלי בניתוחים, פה יש רבע וגם פה. ראו את החלוקה למחלקות. אחוז השר"פ כאן הוא 8%. הרדמה זה מרפאה טרום ניתוח. סך המחלקות המנתחות – 10.8%, ואני חי עם זה מאוד בשלום. גם פרופ' ברוך ופרופ' עופר הציגו אותם מספרים. זה גם מכונים, לא רק ביקורי מרפאה.

שקף ביקורי מרפאה – פה מתחילים הנתונים הרגישים. מידע רגיש ללא זיהוי שמות הרופאים. מתייחס לשקף. מראה נתונים על רופאים ומתייחס לנתוני ההמתנה אליהם, המעידים על רמת הביקוש לכל אחד. אתן דוגמא על רופא באורולוגיה שנקרא למשרד המנהל, משום שהפער בזמן ההמתנה בין ציבורי לפרטי היה גדול מאוד, אבל זה לא קורה הרבה. אתם רואים שסך הכל אם תיקחו בכל מחלקה בנפרד, זה לא נורא.

עו"ד לאה ופנר: אלה שרואים יותר חולים בציבורי זה לא בעיה שזמן ההמתנה בפרטי יהיה יותר ארוך. הבעיה היא אם זה הפוך, שרואים יותר חולים בפרטי. הוא כל היום רואה בציבורי, ואם לא באים הרבה פרטי, התפנו לו יותר תורים בציבורי.

פרופ' גבי בן נון: בממוצע בתור הציבורי אני עדיין מחכה יותר, הרבה יותר.

פרופ' הלוי: פרופ' בן נון, באמת, איפה יש שוויון מוחלט?

פרופ' גבי בן נון: אני לא נכנס לעמדות, אני מתייחס לנתון שאתה מציג אותו.

עו"ד לאה ופנר: אני לא מדברת על עמדה ערכית. אחר הצהריים מתחיל תור פרטי אלי ואליך. כולם רוצים לבוא אליך, ולכן התור אצלך יהיה עוד שבועיים ויותר, אלי שאף אחד לא רוצה לבוא, יהיה לי למחרת תור כי לא באים אלי. ברור שהתור אלי יהיה יותר קצר.

פרופ' הלוי: אצל אורתופד – או שהוא צדיק או שהוא צעיר ולא באים אליו הרבה עדיין. אתה רואה בעיה עם זמן המתנה של חודש מול שלושה שבועות? בוא תיקח כמקרה מבחן כירורגית שד. אישה שנמצא לה גוש, האישה תתקבל ותנותח תוך שלושה שבועות בגלל המתח האדיר שהיא נמצאת בו.

שירה גרינברג: יש לכם שקיפות של הנתונים הללו לציבור? שחולה יכול לבחור רופא אחר שפחות עמוס.

פרופ' הלוי: ברור, המזכירה נותנת את האפשרות הזאת. הנתונים הללו לוקטו בשבילכם. השאלון הזה, אני מברך עליו.

קבוצת הגסטרו הביאה נורמות אחרות – רופאה אחת ותיקה בשערי צדק זמן המתנה 3 ימים, צדיקה. אין זיוף בנתונים. יש פה שקף אחד שיש לו בעיית מדידה ואני לא עומד מאחוריו באופן מלא. היו לנו אינספור מדידות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

וישיבות הכנה לוועדה, מה שלא נראה לי נערך מחדש. יש פה מגוון של רופאים ויש גם רופאים סניורים בחצאי משרות. אני יכול לחיות עם השקף הזה, גם מצפונית.

פרופ' לאה אחדות: אם היית יכול לפתוח את ההסכם, מה היית עושה עם הגסטרו?

פרופ' הלוי: הייתי גובה יותר תקורה, זה עולה לנו הון. פה דיברתי רק על הכנסות של בתי"ח ולא על הוצאות, בחלק מהמקרים זה לא משתלם.

יוליה איתן: כשעשיתם את הדיונים, הרגשתם שיש תורים ארוכים מדי?

פרופ' הלוי: הרופאים זמינים לציבור. ככל שהאדם רוצה רופא יותר מסוים וזו מהות השר"פ, זה ריאלי. יש לי בעיה עם המתנה לניתוחים. אי אפשר לקבל היום תור מהר לניתוחי שקדים בשערי צדק. אנחנו אומרים להם לכו להדסה. צריך לזכור שזה ניתוח שנוי במחלוקת, וזה לא חירום, אלא אלקטיבי. אם יש המתנה ממושכת זה יכול לעלות באנגינות חוזרות, לא נעים אבל לא נורא. הגסטרו ראוי לכל ביקורת. נירולוגיה – יש לה תור של 8 חודשים ואין לה שר"פ בכלל, רופאה שנחשבת לאחת הטובות בארץ, אבל מחכים 8 חודשים לראות אותה בציבורי. הרבה מגיעים אליה באופן דחוף, היא מגיעה בשש בבוקר ונשארת עד שבע בערב. היא יוצאת לפנסיה בקרוב ואני רוצה להאריך לה את החוזה. היא תדחה את כל התורים שלה עבור ילד אפילפטי מתכווץ.

שקף פעילות ניתוחית ושב"ן – אני לא עומד מאחורי השקף הזה, כי הוא טוב מדי. התורים פה הם מהרגע שהאיש נכנס למערכת. מהרגע שהכירורג ראה אותו במרפאה, הודיע ליחידה לטרום ניתוח, מאז מתחילה הספירה. אם כירורג יושב לפני פציינט וזה לא בחר בו, הוא משאיר את ההזמנה במשרד במשך שלושה חודשים ורק אז מעביר אותו, ולכן הפער.

יעל: אני מציעה שתוריד את השקף אם אתה חושב שהנתונים לא מהימנים.

פרופ' הלוי: פה ככל שידוע למערכת, הפערים הם לא גדולים. אני לא חושב שהשקף מאוד מוטא, אבל אני לא יכול לעמוד מאחוריו בניגוד לאחרים.

ניר קידר: הניתוחים נקבעים לפי סדר עדיפות רפואי. אם יש שר"פ פשוט אותו רופא מנתח, אין עדיפות אם הוא חולה שר"פ או לא. אצלכם זה שונה?

פרופ' הלוי: לא כל כך נראה לי שזה מה שמתקיים. האינטראקציה הראשונה בין המנותח למנתח לא נעשית דרך ביה"ח. הרופאים מביאים מבחוץ את החולים, ולכן הוא מחזיק את ההזמנה. זה לא ריאלי שהחולה יצלצל לבי"ח ויגיד שהיה אצל הרופא והוא וקיבל הפנייה לניתוח. הפציינט יודע שהרופא מחזיק את ההזמנה לניתוח אצלו. רוב החולים מגיעים ממרפאות בקהילה. לפעמים זה המתמחה או הסניור הצעיר שמזינים את הבכיר.

ניר קידר: שני אנשים מתקשרים ורוצים תור לניתוח הרניה, אחרי שהיו במרפאה וקבע רופא את הצורך בניתוח. אחד רוצה שר"פ ואחד ציבורי. יכול להיות שעל סמך בחירתם יהיה פער בזמן המתנה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' הלוי: אני מניח שהפקידה תשאל מה שם הכירורג שקבע את הניתוח. אם זה כירורגי של שערי צדק היא תצלצל ותודיע שהחולה רוצה לקבוע תור לניתוח. אז חוזרת האחות הבכירה לקבוע את הניתוח, ואז יכול להיות פער בין הציבורי לפרטי. מנהל מחלקה כירורגית מכתیب את מספר הניתוחים בעצמו, ויש לו סניורים שהוא לא אוהב, יש כל מיני סיבות לפערים, לא רק שר"פ או לא.

שקף נתוני השתכרות – 20 המשתכרים הגבוהים ביותר (שנתית) – הגבוה הוא מספר אחד והוא יחיד. הוא עושה פי שבע מהממוצע השנתי בשערי צדק, שהוא 230 אלף ש"ח לשנה. הוא איש מאוד ידוע ומבוקש בכל הארץ. הוא עושה כונוניות ומנתח באחת בלילה ומנתח חולים ציבוריים. הוא שורק גיליונות בע"פ. הצלחנו לקבל דמות מיוחדת במינה, מנהל המחלקה הכי טוב בביה"ח, עשה מורכבות ניתוחים הכי מסובכת לפי פרופ' ברוך ופרופ' עופר. מה כל כך נורא בזה?!

פרופ' גבי בן נון: שמישהו מכר את הבית שלו כדי לממן את זה...

פרופ' הלוי: שר"פיסט ממוצע עושה פחות מחצי משכורת בממוצע, הוא יחיד בדורו.

פרופ' גבי בן נון: חלק מהשאלות שאנחנו שואלים זה בגלל שזו פעם ראשונה שמוציגים לנו נתונים כאלה.

פרופ' הלוי: אתה רואה שהסכמתי להתערטל.

פרופ' גבי בן נון: יפה מאוד, אני רק מופתע איך אתה יכול לעשות את זה ואחרים לא.

פרופ' הלוי: מס' 19 ו - 20 פרשו. מס' 18 מכפיל את משכורתו בשר"פ. השר"פ איננו פתרון למי שלא מחזיק פרוצדורה ביד. זה פותר בעיה של קומץ קטן. אם ברבש ורוטשטיין רוצים לפתור את בעיית הרופאים אצלם, יעזור להם שר"פ בדור הבא, לא לאלה של ימינו. הראשון מאוד מיוחד, והשני לראייה הוא הרבה יותר נמוך ממנו, 40% ממנו.

תיירות מרפא – אני מגביל אותה בשערי צדק. אנחנו לא משקיעים בזה הרבה. לא מוכן שיביאו את החולים הלא נכונים. תיירי המרפא לא ברניים, אני יכול לתת להם סניור צעיר. והתוצאה – 1.1% מההכנסות זה תיירות מרפא, 15 מיליון ש"ח. הדסה עומדת על 100 מיליון ש"ח, אז זה לא בעיה ציבורית אצלנו. אני מגביל בגלל "עניי עירך קודמים". יש לי בעיה של צפיפות אשפוז ולא של תורים לניתוחים. אין לי בעיה של מרדימים, מנהל המחלקה אצלנו גייס מרדימים. חדר המיון מאוד צפוף, חולים מסתבכים וחוזרים. אני בוחר אותם מאוד נכון, ושזה לא יבוא על חשבון הישראלים. הדסה כן קיבלה החלטה אסטרטגית ללכת על זה, ואני עומד על פחות בתיירות מרפא. הבכירים ביותר אצלי אפילו לא רוצים לעסוק בתיירות מרפא, כי אני צריך להתחרות בתל השומר.

יעל: אתה לא תיתן לרופא יותר מהשר"פ?

פרופ' הלוי: להיפך, אני אקח רופא צעיר ואתן לו פחות. אותם מאה אלף ש"ח שבתל השומר 90 אלף ש"ח ילך לבי"ח ו - 5,000 ש"ח לקיצור תורים, אצלי זה עשרים אלף ש"ח. ללידות לא באים לתיירות מרפא, כדאי להגיע אלינו, אבל קשה...



פרופ' גבי בן נון: אחוזי תיירות מרפא אצלך הוא פחות מאחוז מסך כל ההכנסות.

פרופ' הלוי: זה מה שאני אומר. ואתם רואים רק הכנסות, לא הוצאות.

ערן פוליצר: אם יהיה שר"פ בברי"ח ממשלתיים, ההכנסות יותר יגיעו לרופאים ולא לבי"ח.

פרופ' הלוי: נכון מאוד.

שקף הכנסות של ביה"ח מטפסי 17 עבור פעילות שר"פ – גם פה אין לידות.

עו"ד לאה ופנר: טופס 17 לא צריך להיות על פעילות השר"פ.

פרופ' רוני גמזו: הייתה מדיניות של אפס-מאה במשרד הבריאות. אם אתה הולך לפרטי אתה משלם הכל מהשקל הראשון. ברגע שאתה בוחר את הפרטי אז אנחנו לא יכולים להתמודד עם זה, אתה יכול לעשות את זה דרך ביטוח פרטי או מכיסך. המקרה החריג היחיד זה הדסה ושערי צדק שכן מקבלים את זה. בשלב מסוים כללית אמרה שלא תיתן טופס 17 לשר"פ, והיא צריכה לתת הכל מהשב"ן. אביגדור קפלן אמר שזה לא ילך וזה לא ילך, במיוחד לאור חוק ה - CAP האחרון.

פרופ' גבי בן נון: הנושא של הסדרי התחשבנות במערכת – אני נורא מבקש לקבל הרצאה בנושא. אנחנו לא מבינים את הנושא מספיק.

פרופ' הלוי: אתה לא יכול להבין חולה של כללית שבא לשב"ן ולא מקבל טופס 17 – יש ויכוח פנימי מי ייתן את זה. אלינו מגיע פציינט ואנחנו לא יכולים לשלוח אותו הלאה.

פרופ' רוני גמזו: אני יכול לנתח את זה – המחוז מוציא טופס 17 עבור מישהו שמגיע מת"א. הטופס 17 לכאורה אפילו לא בהסכם כי למחוז יש איזשהו הסדר. המחוז מנסה להתנער ואומר "מי אתה בכלל"...

פרופ' הלוי: ממש מדינה אחרת מחוז מרכז, אין התחשבנות.

שקף מסקנות שלי – במצגת. שר"פ לא נכס כלכלי לביה"ח, אבל זה אמצעי למשיכת רופאים כוכבים.

פרופ' קובי גלזר: למה צוות העזר אצלך לא דורשים שר"פ אצלך?

פרופ' הלוי: בגלל יחסי עבודה מאוד תקינים. יש לנו ועד עובדי מנהל ומשק, והם מצטיירים כדוברמנים. הם לא אומרים לעצמם למה הוא מרוויח ואני לא. אמרתי לכם שיש לכולם מה להפסיד מלפתוח את ההסכם. אם פותחים אז פותחים וזה פתוח לכולם. יש יחסי עבודה תקינים, אם זה יהיה לעד – אני לא יכול לערוב.

עו"ד לאה ופנר: זה קשור ליחסי עבודה תקינים וגם להנהלה. אנשים לא רוצים לפתוח משהו, ואיכשהו זה יוצא טוב לכולם.

יוליה איתן: זה יכולת ניהולית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אז הוא נותן להם מעבר, בכוננויות...

יוליה איתן: אנחנו רואים את דמותך ונהיה לנו חם בלב, אבל יש גם כלים ניהוליים שיש לך ואין לבתי"ח ממשלתיים. היכולת לפתוח הסכם קיבוצי היא יכולת שיש לך, ושאין בבתי"ח ממשלתיים.

פרופ' הלוי: אם נכלא באיכילוב ובתל השומר את הרופאים על fee for service הם ימצאו את הדרך לעקוף, ויברחו לפרטי.

יעל: ואם זה יהיה בפול-טיימר?

פרופ' הלוי: לא יודע, הכל תלוי בעיניים הגדולות. צריך לחנך דור. תשלמי לו 60 אלף ש"ח זה יעבוד. אני כן בעד לבחון את המודל הזה. לגבי העתקת שר"פ ירושלים לבתי"ח ממשלתיים, אני חושב שזה לא יעבוד.

פרופ' הלוי: כל הכבוד לפרופ' הלוי, עשה הכנה מעולה.

עו"ד לאה ופנר: עשית דבר חשוב, אתה הראשון מבין כולם שהבאת נתונים והורדת מאגדות אורבניות, שזה מצוין. אני רוצה לשים על השולחן שאלה כבדה בנושא השר"פ והאינטרסים שלו ולקבל התייחסותך – אחת הנקודות החשובות בנושא היא למי יהיה כוח במערכת? אתה בהסכמה שולט בהיצע של הרופאים שלך. אתה נותן להם ללכת לקופות ואומר את זה, והכל ביחסים תקינים. ברור שהקופות פחות נהנות כי יש לך כוח מולן. אם לצורך העניין בשר"פ יהיה שאומר שהרופא כל עבודתו עוברת דרך ביה"ח גם אם היא דרך הקופות, בגלל שזה ככה אצלך, אחת הטענות כנגד זה היא שהכוח יעבור למנהלי בתי"ח מול הקופות – ברור לך שבכל המרכז הקופות יהיו תלויות בבתי"ח.

פרופ' הלוי: מה עם המוטיבציה של הרופאים לעבוד בקופות כדי להשתכר? מתמחים מתפרנסים מזה!

עו"ד לאה ופנר: מי שישלוט בהשתכרות, יוכל להשתלב במערכת בסופו של יום. מנהל יכול להגיד אני החלטתי שהרופאים לא יעבדו בקופה כזאת או אחרת.

פרופ' רוני גמזו: אין דבר כזה. תביעה אחת לבית הדין על פגיעה בחופש העיסוק תסיים את זה. זו פעולה לא חוקית.

פרופ' הלוי: מבחינת מאזן הכוחות ליכולת למשוך רופאים טובים, את לא יכולה לעשות את זה. אני תומך ברופאים שילכו לעבוד במקומות נוספים בתנאי שאין ניגוד אינטרסים, ואני אלק והלכתי על זה לבית הדין. את ייצגת אותו!

ד"ר עזיז דראושה: אני מצטרף לפתיח של עו"ד ופנר ואני תמיד נהנה לשמוע אותך. קודם כל – עם יד על הלב, הצגת הכל על השולחן, אני מבין שהמחזור העסקי של השר"פ בשערי צדק הוא כ - 60 מיליון ש"ח פחות או יותר, בלי טופסי 17. אם הייתה לך חלופה אחרת, שתכניס לך בין 60-100 מיליון ש"ח בשנה, העברת כספים, העברת תקציב מפה לשם, והפעלת מחזור משמרת שנייה, מה היית מעדיף באמת?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' הלוי: לתת למתמחה צעיר אור בקצה המנהרה במחלקות המנתחות זה קל יותר לצערי, זה חשוב. תוריד לי את היכולת למשוך את הרופאים לשערי צדק. ברמת המותג מחוץ לירושלים, יש פער בין שערי צדק להדסה. אנחנו משרתים ירושלמים וזה לא מפריע לי. כל הייבוא מבחוץ הוא תוצר השר"פ. הם עברו אליי בגלל סביבת עבודה.

דר' עזיז דראושה: זה לא פייר. שר"פ ברמה הארצית יפגע בכושר שלך לאפקטיביות.

פרופ' הלוי: אני חושב שהשר"פ בירושלים הוא הרע במיעוטו. אני מסתובב בשמונה בערב ורואה את כל הבכירים שלי. מוצאים פרופסורים מן המניין בשמונה בערב. תראו לי אותם בשתיים וחצי באיכילוב. זה היתרון של השר"פ.

ערן פוליצר: דיברת על תגמול צוות מלווה – הייתי שמח לשמוע על זה.

פרופ' הלוי: לא, אין fee for service אלא לרופא השר"פ שנבחר. יש הסכם ארצי של ססיות בכל הארץ. ברגע שאחות עוברת ממשמרת בוקר לעזור בקיצור תורים, היא עולה ממאה אחוז ל – 350%. מדובר בהסכמי עבודה קיבוציים. זה יוצא על פי השוק סביב 300-350%.

ערן פוליצר: וזה מספיק להם? זה לא יוצר מגבלה על השר"פ?

פרופ' הלוי: יש מפתחות לשכר אחיות. לי כדאי שבתוך ססיה מנתח יהיה שר"פיסט כי אז אני פתור מלשלם לו.

פרופ' רוני גמזו: הכי כדאי לך זה ססיה ללא בחירת מנתח, יש לך?

פרופ' הלוי: בוודאי, זה רוב הססיות. שואלים אם אפשר גם בבוקר, בוודאי, אבל מה שאפשר אני דוחה לאחר הצהריים. השר"פיסטים הכבדים פתוחים שמית למרפאה, כי זה מה שמביא את הניתוחים, זה לא מאהבת מרדכי. אני מכיר את מודל רוטשטיין, הוא מסובך ליישום, זה לא הולך בעולם של בי"ח, והראשון שידע את זה זה רוטשטיין עצמו.

ערן פוליצר: איזה בעיות אחרות אתה רואה במערכת ששווה שנתעסק בהן?

פרופ' הלוי: היה כנס ים המלח. בנושא הביטוחים הציבור לא יודע מה מגיע לו בביטוחים, אבל מה נעשה? נגביל את הפרסום? כשמאיימים על החולה, הוא קונה. זו בעיה קשה מאוד.

עו"ד עדי ניב-יגודה: בשערי צדק יש שר"פ במיון, יש שר"פ בשעות הבוקר, אבל כל החצים מופנים להדסה – שאפו!! זה בהערכה ולא בציניות.

פרופ' הלוי: כשאני לוקח את כל השר"פיסטים והכוננים, אני לוקח את המגזימים למשרדי, כל השאר זה אחד או שניים ניתוחים. כשבא חולה בהמלצת הרב פירר ורוצה רופא מסוים ומעירים אותו בשלוש לפנות בוקר, הוא לא רוצה לקום בשביל תוספתן. הוא צריך לשכנע שאין לו ערך מוסף ושהחולה יעשה את הניתוח אצל הכונן שלי.

יעל: זה נכון כשזה לא עניין של חיים ומוות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' הלוי: אם זה חיים ומוות, גם מנהל ביה"ח צריך לבוא.

עו"ד עדי ניב-יגודה: לדעתך זה כבר לא ישים ליישם את שר"פ שערי צדק במתכונתו במרכז הארץ. האם השר"פ הוא רק פתרון לבעיית בריחת רופאים ולא משהו מעבר?

פרופ' הלוי: זו דעתי. לא מתחבר לשאר הסיבות. ראיתם את ההיקפים. החניון בתל השומר מכניס כמו מאה שר"פים בשערי צדק. בתיה"ח הפרטיים מתפרנסים כי הם cream skimmers, אני קורא לזה חולים עם פפיונים. גם חולי לב הם עושים אלקטיביים, שיכולים לחכות כמה שבועות. תשאלו את ערן סגל, אותו מרדים מופלא שנקנה על ידי אסותא על חייו המקצועיים, הוא אומר שמשעמם לו, אין לו חולים אקוטיים.

עו"ד עדי ניב-יגודה: האם בריחת הרופאים היא הבעיה החמורה ביותר ברפואה הציבורית היום?

פרופ' הלוי: לא, אני מתחבר לברבש ורוטשטיין, יש cream skimming, יש בעיה במחקר ועוד. אסותא סגר את חדר הלידה שלו כשהוא התחיל להפסיד כסף לפני 30 שנה. תארו לכם שאני אסגור את חדר הלידה שלנו...

פרופ' רוני גמזו: מנכל אסותא אומר שהוא ביי"ח ציבורי ממשלתי לכל דבר.

דר' שולי ברמלי: תודה רבה, כיף לשמוע אותך. אצלך בביי"ח מנהלי מחלקות הם כמו בבתי"ח ממשלתיים, לכל החיים?

יונתן: פרופ' מור-יוסף הצליח להנהיג רוטציה, אני ניסיתי להנהיג לעשר שנים כי אני חושב שזה ראוי וחקיקתי אותו בזה ובביטוח. אבל לא הצלחתי, הם לכל החיים, וצריך לחשוב על זה. פרופ' מור-יוסף הגיע להסכם עם הרופאים שיכחנו 7 שנים עם הארכה, אבל זה בסופו של דבר פגע בו מאוד קשה. את המצטיינים רצה להשאיר. יש לו 8 שעברו את העשר שנים ועדיין נשארו. זה לא קורה אצלי היום, אבל יש כאלה שצריך לחשוב על זה - יש כאלה עם ברק בעיניים. אם המערכת תצליח ליישם שר"פ בבתי"ח ממשלתיים ולהתגבר על העלות שתהיה בלתי קבילה כי כל בעלי המקצועות ירצו את הנתח שלהם, אז לדור הבא של מתמחים זה בהחלט נותן אור בקצה המנהרה. הם שקללו כבר כשסיימו ביי"ס לרפואה שעשירים הם לא הולכים להיות.

פרופ' גבי בן נון: מצטרף לתודות. הערה – בירושלים אין אסותא והאיום של אסותא על המערכת הציבורית לא קיים בירושלים.

פרופ' הלוי: זה נכון, ואני מרגיש בר מזל.

פרופ' גבי בן נון: שנית, היתרון הכי גדול של השר"פ הוא מניעת בריחת רופאים, תמריץ שקיים שרק לשערי צדק והדסה יש את האופציה הזאת. אתה מייתר את היתרון הזה גם כן. שאלת מאקרו - אני מכיר את המציאות של בתיה"ח בארץ – מי שיעשה חשבון אמיתי, כל ביי"ח נמצא היום בגרעון.

פרופ' הלוי: הקופה מסתירה את זה מעצמה בבלינסון!



פרופ' גבי בן נון: מהי נוסחת הפלא שלכם, אולי אפשר לשכפל אותה?

יעל: לידות.

פרופ' הלוי: אני נפגע שאתם אומרים רק חדרי לידה. ביקור חולים היה עם הרבה יותר לידות וקרב. מעייני הישועה הוא 72% לידות והוא מחלק דיבידנדים. אם אתה רוצה להיות בייח אקדמי, מקיף, שמשרת את הציבור, אתה חייב להפסיד כסף. לידות זה תורם, אבל היה לי גרעון עם זה. זה משיכת כוכבים, זה ניהול נכון, גיוס תרומות, שהיום כבר אין תרומה משמעותית בתוך התקציב השוטף.

פרופ' גבי בן נון: אז איך אתה עושה את זה??

פרופ' הלוי: היום יש לנו 1,300 לידות בחודש. זה עניין של סדרי עדיפויות בניהול, של ראיית הנולד. אני עומד על 22% הנחה לקופה, והדסה על 26% הנחה. בשביל להיות הוגן להדסה, יש לנו הרבה מחקר. אבל הדסה היא מעצמה מחקרית עד היום הזה. אתה מחבר אחד ועוד אחד. גם יחסי עבודה - עברו אלי רופאים גם מהדסה שאמרו "שמעתי שאצלך אווירה משפחתית".

פרופ' קובי גלזר: זה נראה נהדר, הנה עוד אחד שמראה שהמספרים יחסית לא גדולים, וזה תואם את מה שהראה פרופ' ברבש. נראה לי מעניין ומפתיע שהמספרים כל כך קטנים. יש באזור המרכז בתי"ח כמו אסותא שעושים cream skimming וזה נכון, הם כנראה מרוויחים כסף. למה שזה יהיה שם ולא בשיבא, רמב"ם, איכילוב או בלינסון? אני רואה שהם מרוויחים, אז למה שלא כל אותן פרוצדורות והרווח שיוצא החוצה לא ילך בתוך המערכת בצורה מפקחת? אתה אמרת שזה לא יהיה מקור הכנסה משמעותי לבתי"ח אם נאפשר להם לעשות שר"פ, אני רואה שבמקומות אחרים באזור המרכז זה כן מהווה מקור הכנסה. למה? בשיבא יהיה תמהיל אחר.

פרופ' הלוי: הם לא ירוויחו את אותו רווח של אסותא. בשוליים הם ירוויחו, אבל אלה הנתונים אצלי. אני מרגיש שהיתרון הגדול של השר"פ זה אטרקטיביות לרופאים.

פרופ' קובי גלזר: רציתי להבין איפה הרווחים, קיבלתי תשובה.

שירה גרינברג: כשהצגת את הטבלה אמרת שבעיניך 20-25% שר"פ זה סביר וזה באמת הכי גבוה בכירורגים וכו', השאלה שלי – ההסכם לא מאפשר הרחבה וכו', כשתיארת את המצב היום אמרת שזה יזלוג למקצועות ורופאים אחרים וכו' – האם אתה חושב שזה ריאלי במידה וזה יזלוג, שזה יישאר בהיקפים כאלה, כשמדובר ביותר מקצועות ואחרים? האם אתה חושב שהיית יכול לבצע על זה רגולציה? הוא אומר שיש קושי ברגולציה בבייח ממשלתי, לא שאלתי למה - מכל מיני סיבות. האם בבייח שלך היית חושב שזה היה גולש מה - 25% אחוז, ועד כמה אתה חושב שהיית מצליח לפקח על כך?

פרופ' הלוי: לא יודע. אני לא רוצה שתתרשמו שהכל ורוד בשערי צדק. לא שאלתם איזה אחוז מהניתוחים הוא שר"פ. יש 3 רופאים ש - 70% מהניתוחים שהם עושים הוא שר"פ. אני מנסה לוודא שה - 30% זה המורכבים ביותר מהמיון. אבל זה רק 3, רוב הרופאים עומדים על 25%. השב"ן פתר הרבה מהבעיה. בירושלים זו עיר ענייה,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רק ל – 60% יש שב"ן. אני מקבל מכתבים, "אין לי שב"ן ואני לא יכול ללכת שם, אבל אני רוצה שהרופא ההוא יעשה את זה". יש קנאה, אבל היא איכשהו מוכלת בגלל ההיסטוריה והמסורת. אני חושב שלפתוח את זה במקום אחר בלי לתגמל בעלי מקצוע אחרים, זה לא ילך. יש מקומות שחושבים שלמרות שההסכם יותר נוח, הבלגן שלהם יותר גדול, ואם זה יפתח בבת"ח ממשלתיים יהיה קשה לתגמל את זה ולעשות רגולציה. עם הדור שגומר עכשיו התמחות – אם יקבלו שר"פ מוגבל מאוד – יכול להיות שזה ילך.

יעל: האם היית ממליץ להפעיל את השר"פ רק בפריפריה?

פרופ' הלוי: הראוון שדיבר על שר"פ פריפריה היה ליצמן. זה רעיון מאוד מעניין, אני לפחות הייתי מתחיל שם.

יעל: עו"ד ניב-יגודה שאל האם לדעתך הבעיה הזו של בריחת הרופאים היא הרצינית ביותר ואמרת לא. מהן הבעיות החמורות ביותר במערכת שאם היו לנו לצורך העניין כסף, היית אומר תפנו לשם את המשאבים?

פרופ' הלוי: אני חושב שצריך לשנות את האווירה, והשאלה איך עושים את זה. היום כבר המתמחה הצעיר פוזל החוצה. הרעה החולה הייתה אסותא, אגיד לך לסגור אותו? אני 40 שנה רופא, כשאנחנו התחלנו, לעבוד ולהתקבל בבלינסון זו הייתה משאת חיי, הפסגה. את שואלת היום רופא צעיר, יש לו עדיפויות אחרות לגמרי. עשינו יותר תורניות מאשר הדור של היום. המורים שלי בבלינסון סיפרו שהם קיבלו התמחות בבלינסון תמורת זכות לגור בחצר של ביה"ח וארוחות חינם. נתנו להם להיות שוליים של רופא ולצקת מים. המודל של פול-טיימס יכול להיות שישאיר מתמחים טובים וימנע פזילה החוצה. זה מסכן את האקדמיה ברפואה וזה הסיכון הגדול ביותר.

יעל: מה שאתה אומר שהוא באמת מהלב. יש לנו היום כסף ומשאבים נוספים. למה היית מפנה?

פרופ' הלוי: הייתי מעלה קצת את היחס בין מיטות לאחיות, משפר תקנים של אחיות, בהחלט בחלק מהכסף. זה שאלה שמחייבת מחשבה, ולכן אני שלא כדרכי קצת מגמגם.

יעל: תחשוב על זה ותחזור אלינו. זה היה מפגש מרתק ומאוד ערכי.

יוליה איתן: ציינת מהם יתרונות השר"פ וביניהם לא הייתה התייחסות להכשרה של הדור הבא. האם אתה רואה בזה ערך שהשר"פ תורם לו?

פרופ' הלוי: השר"פ פוגם בזה, כי ככל שיש יותר ניתוחי שר"פ המנתח מספר אחד הוא השר"פיסט והמתמחים מקבלים פחות התנסות. יש חשיבות גדולה שהניתוחים יעשו בציבורי עם מתמחים. השר"פ בוודאי לא תורם לשליחות של ביה"ח, והכשרת הדור הבא היא אחת מארבע השליחויות של ביה"ח.

שירה גרינברג: רציתי לשאול מה דעתך בתור בי"ח ציבורי-פרטי על אינטגרציה אנכית במערכת.

פרופ' הלוי: אני מודה שיש לי דיסוננס קוגניטיבי כאן. אי אפשר להתעלם מזה. שאל אותי דר' דראושה לגבי התיאגוד, שכל בי"ח יהיה בבעלות קופה. לאוצר זה יעשה חיים קלים, פחות לחולה.

יעל: תודה רבה לך!!