



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול ועדת גרמן 11/7/13

יעל: ראשית, חייבת להודות שרוני (גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות) אמר לי שהוא חושב על זה. לא דיברנו על זה, זה לא היה מפורט. ד"ר ברלוביץ' הוא מנהל ב"ח וולפסון, ומאוד מתאים להיות יו"ר הוועדה לבחינת ריבוי הכובעים של משרד הבריאות. הוא אדם עם המון ידע, וחשבנו שהוא בעל כישורים מתאימים. בשלב מסוים רוני הזכיר לי את כוונתו לקחת אותו בתור מנהל מינהל ב"ח. רוני החליט שהוא רוצה להקים מינהל לבחינת האפשרויות של ריבוי הכובעים, אבל לא סיכמנו ולא דיברנו על זה. ההחלטה לא התקבלה, כמו שהיא דלפה לתקשורת. למרות ששאלתי את הייעוץ המשפטי האם יש ניגוד עניינים בין התפקידים ואמרו לי שלא, ואני חשבת שזה נשמע לי לא סביר לחלוטין. תוך 60 שניות קיבלתי את ההחלטה והודעתי לו שזה לא יקרה, והוא אמר שהוא מסכים שזה לא מתאים. לא התקבל, וזה קורה, שום דבר.. רוצה לומר, ד"ר ברלוביץ' לא עומד בראש הוועדה, וכל אחד מכם מתבקש לחשוב על שם של מועמד שיכול לעמוד בראש המינהל, אנחנו לא מבטלים את זה. יש לכך טעם כפול – מבקר המדינה המליץ להקים מינהל, ובעיני זו בקשה ולא המלצה. אני מחויבת כלפי המדינה להקים את המינהל. זה פתרון טוב שיכול להיות פילוט, אך לא מיותר את הבעיה של ריבוי הכובעים.

דוברות: מתוך היכרותי את השירות הציבורי, יש סמכויות וריבוי תפקידים, יש קושי לעשות את החזרה אחורה. יש עובדה קיימת שתשפיע על הוועדה ועל קבלת ההחלטות שלה.

יעל: מאוד הגיוני.

דוברות: אני רוצה להצטרף ולחדד. מהרגע שיצאה הודעה שמקימים רשות חדשה, התקבלה הילה לא שיש עוד מינהל אלא כדבר שיש בו מהפך, כך זה התקבל גם בתקשורת. אני לא מדברת בגלל שזה בתקשורת. מדובר במשהו חדש שעומד לקום, לא קיים, לא היה קודם. בעיני, הדבר הנכון היה להמתין לתוצאות הוועדה ואז להחליט. אנחנו עלולים לפגוע באנשים. אני מעריכה את ברלוביץ', אבל אני לא חושבת שזה רעיון טוב לצאת נגד המינהל ונגד האיש. אנשים עלולים להיפגע מההחלטות שיתקבלו. ואם זה עוד לא קם, אז למה זה צריך להיות.. בנוסף, כל שאר הפתרונות יהיו בניגוד למינהל. כרגע אני מרגישה קושי מאוד גדול לקום, ורציתי להמליץ שאחד משני הדברים יקרו: אם זה יקרה צריך להוריד את הנושא מאצלנו, או לחכות עד לסיום הבדיקה של הוועדה שהיא תחליט שזה הפתרון המועדף.

דוברות: אני לא מכירה את הנפשות הפועלות, אבל כל מילה בסלע. אם מקימים משהו שהולכים לדון עליו, אז למה לא לחכות...

דוברות: אני לא חושב שאפשר להוציא את זה מהוועדה. הנושאים האחרים שאנחנו דנים בהם קשורים למנגנון הפיקוח שאנחנו הולכים להפעיל במגזר הציבורי. אנחנו הולכים לדון במהות של הקשרים בין בתי חולים לקופות חולים, וכל זה לא יקום בלי מנגנון חכם של פיקוח. זה חלק מהותי מכל הנושאים של הוועדה. לכן צריך לעצור את התהליך, ופה לא להוריד את הנושא של ריבוי הכובעים ומנגנון הפיקוח. במקום ברלוביץ' אין לי שם, אבל צריך לבחור מישהו חכם אולי לא מהמגזר הציבורי, צריך אדם חכם ממערכת המשפט או מנהל מהעבר או מהאקדמיה. לא צריך היכרות עמוקה של המערכת בשביל זה, אפשר להסביר את הדילמות, עם הצוות מכאן ועוד אנשים שיעזרו לו - אפשר לעשות את זה.

דוברות: אולי יש לי פתרון לנושא הזה. יש לי מישהו, עוד לא דיברתי איתו. מישהו חכם שלא מהמגזר הציבורי. אני מציעה את יהושע שופמן שהיה המשנה ליועץ המשפטי לממשלה. הוא עושה המון עבודה ציבורית. אבל זה רק רעיון, צריך לדבר איתו.

יעל: וואו! צריך לדבר איתו כדי שלא יובטחו דברים ללא כיסוי.

דוברות: בדילמה הזו, אם יש דרך חזרה הייתי הולך חזרה. אם אין דרך חזרה, לא צריך לשנות את הוועדה אבל כן את המנדט שלה. לצקת תוכן לעשייה אחרת של ההמלצות של הוועדה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני לא חושבת שהפתרון הזה הוא נכון, ואני לא חושבת שיש שום דבר שאפשר לצקת אליו תוכן.

יעל: אני רוצה להגן על משרד הבריאות. אני חושבת שקצת מיהרו וקצת רתמו את העגלה לפני הסוסים, ורצו מהר מדי. אני מסכימה עם כולם, אבל זה לא נושא שיכול לרדת מסדר היום. זה הוזכר גם כאן ואני מסכימה. אני רוצה להזכיר את מבקר המדינה ואת החלטות הממשלה, הם כולם אומרים שאי אפשר להפריד את הדיון בנושא התיאגוד. הם נותנים לזה שם ופתרון, אבל אם זה שם אחר להפרדת בתי חולים ולנו נשאר נושא הבקרה והרגולציה, אי אפשר לדון ביחס בין הרפואה הציבורית לפרטית אלא אם כן נותנים פתרון לשתי הבעיות. בהינתן ההחלטות שאנו רואים וקוראים ב - 11 השנים האחרונות, יש כאן באמת בעיה אנושית ואנחנו נצטרך לראות. עד שמינהל מוקם זה גם לוקח זמן, והמנהל הוא גם מנהל בית חולים, עד שיצא מכרז. אני אתאם את זה עם רוני וברלו (ברלוביץ'). יש כאן עניין פרסונלי שחשוב מאוד לשמור עליו אבל אנחנו באנו לעשות עבודה ולא להשביע רצונם של אחרים, עבודה ש - 11 שנים לא טיפלו בה, מתוך תקווה שנטפל גם בזה ולא נפגע באף אחד. אני מבקשת שמות ורעיונות לא סביב השולחן. להעביר אליי, ואני אתייעץ עם חברי הוועדה עד שנמצא מישור שמקובל על כולנו, נאמר זאת, ואני מקווה שזה יהיה עוד שבוע.

דוברות: היינו מאוד רוצים לקבל עדכון לגבי המינהל, מה הוא עושה.

יעל: אף אחד עוד לא יודע, ההחלטה היא פרלימנרית.

דוברות: או שאנחנו לוקחים את זה כנתון או...

יעל: אתם צודקים. איך יוצרים מצב שהמינהל הוא פתרון ביניים עד להחלטת הוועדה. אל תשכחו שאם תהיה החלטה מזוירית שתדבר על שינוי מבנה, יהיה קשה ליישם את זה, וגם אז יצטרכו להתקבל החלטות על כל המשמעויות שבעניין. עדיין, טוב שבתקופת הביניים תהיה הרכה של כל הנושא ממשרד הבריאות. זו לא קטסטרופה כי זה ייקח זמן. נראה לי שבסופו של דבר הכל ישתלם בצורה פרסונלית ומהותית.

ולנושא אחר - אני לא יודעת מי קרא היום את שאול אמסטרדמסקי, על כך שהוועדה לא מציינת את שמות החברים. הוא טוען שהוא דיבר עם שניים מחברי הוועדה ולא ציין את שמותיהם! מכאן אני רוצה לומר, אני לא יודעת אם שניים דיברו איתו או לא, אבל אם כן, אז הם יכולים להבין את אלה שחברים בוועדה ולא רוצים ששם יצוטט. אני מניחה שבתפקידו כעיתונאי, ניגשו אליו שניים ואמרו שהם לא רוצים שיחשפו את שמם. וזה היתרון של התחום. יש אנשים שמדברים ולא רוצים להיות מצוטטים. ולכן אני מציינת שיש לנו קצרנית, ואני מצוטטת בשמי, אני לוקחת על עצמי את האחריות הזו. האחרים הם לא נבחרים ציבור, יש להם אולי בעיה וצריך לכבד את זה. אני אנסה להסביר את זה לתקשורת. אמרו לי שזה חשוב שיש אווירה של נינוחות, ואני אדבר גם עם שאול וארכך את ההתנגדות כדי שבאמת תהיה אווירה יותר טובה. עוד הערה - אני אעשה כמה שאני יכולה. עצם זה שכותבים כל כך הרבה על הוועדה ויש מתנגדים ומסכימים, זה מעיד על חשיבותה. אני מאמינה בזה שיהיו שינויים, ויהיו כאלה שירצו להשפיע עלינו, וזה טבעי שיש אג'נדות ברורות ולגיטימיות, ויש כאלה שחושבים שהשר"פ זה רעל שאסור לגעת בו ואחרים לוחצים על השר"פ, יש אינטרסים ואג'נדות חזקות שירצו להשפיע עלינו ולקבוע את המסקנות שלנו לפני שהגענו אליהם. אני מבקשת, בואו נבטח באנשים הנפלאים של הוועדה, אנשים מהמעלה הראשונה בתחום הבריאות ובכלל, ואם נעשה את העבודה נכונה, אני בטוחה שהציבור גם יקבל את מסקנותינו. אז בואו נשמור על שלמות של חשיבה נקייה מלחצים, זה מה שאני מבקשת.

דוברות: אני חושבת שאף אחד לא יודע שאני בוועדה, יש לי מזל גדול (צוחקת)... אבל אני חושבת שאם את מנהלת את השיחות האלה מול העיתונאים חשוב שתגידי שהשר"פ הוא לא חזות הכל. יש לנו המון מה לעשות בתחום הרפואה הציבורית.

יעל: אני בהחלט הולכת לומר זאת.

דוברות: אני מקבל מהתקשורת פניות וזה רק מחמיא לי. הוועדה נמצאת על סדר היום הציבורי וזה טוב. מבחינתי זה מצוין.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: ראו את עודד שריג. אם כולנו מסכימים אנחנו עוברים לסדר היום.

דוברות: למה את אומרת 11 שנה?

יעל: מ - 2002.

דוברות: תבדקו, הסוגיה הזאת עלתה ב - 1952 פעם ראשונה...

דוברות: בישראל יש הרבה גופים שיש להם מספר כובעים.

**** מציגה ראשונה בפני הוועדה: רויטל טופר – תדבר על השב"נים. מציגה מצגת.**

שאלות והערות:

דוברות: השב"ן קונה שירותים מהסל הבסיסי?

רויטל: יש הפרדה בין הסל הבסיסי לשב"ן. אני מדברת על שירותים הניתנים בשב"ן. כל הוצאות השב"ן הן על חשבון השב"ן וכל הוצאות הסל הן על חשבון הסל.

דוברות: את יכולה להסביר? בואי ניקח מקרה של שימוש בשר"פ בהדסה.

רויטל: עלה לכותרות לאחרונה. יש טופס התחייבות שהקופה מנפיקה אותו, אין לה הסכם התחייבות בנפרד. גם שם רכש השב"ן נכנס פנימה. הקופה מנפיקה טופס התחייבות, וההתחשבות היא בתוך הקופה. השב"ן משלם לסל את אותה התחייבות.

דוברות: איך מתבצעת הרגולציה?

רויטל: ההתחייבות היא רק על בחירת מנתח. הקופה יודעת שהניתוח נעשה במסגרת פרטית.

דוברות: איך אתם עושים את זה?

רויטל: יש לנו ר"ח, אנחנו עושים בדיקות עומק.

דוברות: אחד הנושאים הכי מהותיים הוא סוגיית הרגולציה. אשאל שוב בהמשך.

דוברות: מה ההבדל בין קבוצות הגיל?

רויטל: כל קבוצה תעמוד בפני עצמה ואנחנו משתדלים שזה יקרה בגלל הנושא האקטוארי. לא כל קבוצה מסבסדת את עצמה, זה משתנה בין תכנית לתכנית. בהכנסת תוכן חדש לסל הרעיון הוא שכל קבוצת גיל תעמוד בפני עצמה. כמובן שזה לא משק כספים נפרד לכל גיל.

דוברות: למה אמרת שבביטוח האזרחי אין חולים?

רויטל: יש חולים, אין חיתום. לא הסברתי את עצמי טוב מספיק. אחת הבעיות – השב"ן מממן את ההשתתפות העצמית של הסל. זה מורכב במקרים סיעודיים מורכבים – לרוב אין מי שיממן.. זה לא קיים בתרופות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: למה הוזלה בתרופות זה לא השתתפות? אם יוצאים מתוך הגדרה משפטית ומסתכלים על המהות, אם אדם יכול לקבל הוזלה בתרופות על ידי השב"ן, אני לא רואה הבדל אם השב"ן נותן אותו בהשתתפות עצמית?

דוברות: זה משנה כי את צריכה לייצר רמה של שוויון בנגישות בין האנשים.

דוברות: אני עדיין לא מבינה את ההבדל המהותי.

דוברות: אתם עשיתם לכל הדברים האלה (במצגת) שיקולי עלות תועלת?

רויטל: לכל מה שהתווסף כן. יש לנו חוברת של תחשיבים של כל העלויות והתועלות.

דוברות: מה עושה ועדת הסל?

רויטל: אותה דילמה. עושה אותו דבר בתחום שיקולי עלות-תועלת.

יעל: יש לך אפשרות להראות את התחשיבים האלה?

רויטל: לך בוודאי. יש לי חוברת באוטו. לאחרים זה קצת בעייתי, אבל לך בוודאי.

דוברות: לאיזה היבטים את מתייחסת? למשל ב"מכבי שלי".

רויטל: יוסבר בסוף.

יעל: אם נמנה מטעם הועדה שני אנשים שיחתמו על סודיות?

דוברות: החיים לא מתחילים ונגמרים בוועדה, עם כל הכבוד...

יעל: אולי אנשים מהמשרד עצמו – טוביה וניר ישבו וינתחו ויכללו לתת לנו תשובות לשאלות ספציפיות?

רויטל: איזה שאלות?

דוברות: המתודולוגיה למשל.

דוברות: זה ידוע שמדידת תועלות ברפואה היא בלתי אפשרית, אם לא קשה ביותר.

דוברות: בתחבורה זה יותר קל מאשר בבריאות.

יעל: אני מבקשת שתעלו את השאלות שמטרידות אתכם, ואני אבקש מטוביה וניר איך מחשבים את התועלות.

רויטל: אנחנו יכולים לענות.

יעל: אז נעלה את השאלות הספציפיות ותסבירו לנו.

דוברות: האם יש מנגנון בקרה ופיקוח על חישוב התועלות?

רויטל: בסופו של יום, האצלת הסמכויות היא של שר הבריאות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: הכוונה היא למערכת תומכת החלטות.

רויטל: בנושא "מכבי שלי" בסכומים גדולים זה מובא לשולחנו של שר הבריאות. אנחנו מתייעצים גם עם גורמים רפואיים. אם זה לא מתקשר לצורך רפואי אנחנו אוסרים על הדברים. הבדיקה נעשית ביחס לשירות הרפואי המוצע. אנחנו מגיעים לרזולוציות הקטנות, מתייעצים עם הגורמים המתאימים בכל נושא בנפרד.

יעל: תרשמו הערות, נעלה בסוף.

דוברות: בהקשר לתכשירים הגנריים - זו רפורמה שהועילה מאוד. אם היינו מעלים את זה לשב"ן היינו זורקים כסף מכל הכיוונים.

דוברות: הקופה פותרת עצמה מלממן תרופות. כשאנחנו עושים קווי טיפול, זה לא סתם. כשאנחנו בונים את הדברים האלה, אנחנו מניחים שניתנו התרופות בקו הראשון, היעילות והמוכרות. אנחנו פועלים על סמך התהליך שקבעה ועדת הסל ועל סמך חישובי תועלת מדויקים.

דוברות: יש בעיה בשוויון. אם כל אחד יכול לקבל ישר את הטיפול המתאים, אז שצריך לחכות עם תרופות קו ראשון.

דוברות: זו לא רק בעיה של שוויון...

דוברות: אתם מקבלים על זה את הנתונים? הרבה פעמים זה נראה בצורה פשוטה בסופר פארם - הרוקח אומר שאני יכולה לקנות את התרופה בהרבה יותר זול דרך...

רויטל: בדרך כלל בשב"ן זה לא ככה.

דוברות: רוקח מתוגמל בשכר שלו על קניית תרופה מסוימת ולא אחרת.

רויטל: גם בשב"ן מוכרים את זה. אני לא בטוחה שזה נכון שהרוקחים מתוגמלים על זה. בקופ"ח זה לא, בבתי מרקחת יכול להיות.

דוברות: רק נקודה ששווה לבדוק...

רויטל: אוקיי. עשינו עבודה שנגמרה לפני שנה וחצי. עשינו רשימה של כל השירותים שניתנים בשב"ן ומה אפשר להוציא לסל. יש כבר שירותים שעברו, כמו הרחבה של טיפולי פיזיותרפיה, כל מיני בדיקות הריון.

דוברות: והפרמיות יורדות?

רויטל: בטיפולי שיניים זה קורה, הפרמיה ירדה.

דוברות: מה סך העלות של השירותים שנכנסים לסל?

רויטל: אין לי את הנתון כאן ועכשיו.

יעל: אם זה מה שמעניין אותך, נעביר שאילתות לאנשים שלנו ונקבל תשובה.

דוברות: זה מתחבר לתחומים נוספים, כמו משקפיים, טיפולים אלטרנטיביים, הפרעות קשב וריכוז. זה מתחבר לנושא של מהות ואיזה שירותים צריכים להיות שם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

רויטל: יש תחומים שקשה מאוד להגדיר אותם, אם זה רפואי או רווחה, כמו אופטיקה. לכן שמנו באמצע את התחום שהוא בהתלבטות או גבולי.

דוברות: מי הועדה ומה הכלים שעומדים לרשותה?

רויטל: זה היה צוות שסיים את עבודתו, מטעם משרד הבריאות. חברים מכל מיני מקומות – מתוך השב"ן, מתוך האקדמיה, מתוך קופות החולים וכו'.

דוברות: האלגוריתם הזה נבנה לפני כמה שנים. בנינו את האלגוריתם הזה בצוות על פי ממצאי מחקר שחברי ועדת הסל עשו תיעדוף של השירותים שניתנו בשב"ן.

רויטל: (נותנת דוגמא על טיפולי שיניים משמרים) החלוקה בין רבדים היא קריטית וחשובה. משפיע על הפרמיות שנגבות מהמבוטחים.

דוברות: (בהקשר לשקף במצגת) אז הרובד הנוכחי הופך להיות התחתון?

רויטל: כן, ב - 2013, כי "מכבי שלי" נפתחה רק בפברואר 2013.

דוברות: למה המערכת הציבורית דוחפת לרובד שני בתוך השב"ן? אני לא מבינה את השיקולים של המתכנן הציבורי.

רויטל: יש את הדברים הבסיסיים הרפואיים שהיינו רוצים לראות בסל ובשל מגבלות תקציב הן לא שם. משום שיש יותר ביקוש שהוא יותר רווחתי - כמו אסתטיקה, אופטיקה, ואם אני יכולה להנגיש את זה למבוטחים שזה חשוב להם, זה יעבור לרובד השני. זו מערכת פרטית, זה כסף פרטי ולא ציבורי.

דוברות: אנחנו נכנסים לעמדות פה.

יעל: זה דיון עקרוני!

דוברות: זה תהליך קבלת ההחלטות. רויטל ציינה בכל השקפים רשימה של קריטריונים – משפר שירות, הרחבת שירות וכו' אבל לא היה קריטריון ראשוני שאומר – "זה לא".

יעל: איפה הגבולות? למה לא עצרו הרבה לפני זה?

רויטל: בשקפים הראשונים הצגתי מה לא נכנס.

דוברות: כשאת מדברת על תועלת, את מדברת על הסתברויות משתמש?

רויטל: יש לי סוג של טכנולוגיה חדשה. אני מתייעצת עם מנהל רפואה אצלנו, עם הגורמים המקצועיים שבאים ואומרים לי מה לעשות (נותנת דוגמא על נעלי אפוס, נעליים אורטופדיות). מבחינת רווחה זה בעיקר הסתברויות וצפי של שימושים. נעשו סקרים בקרב המבוטחים.

דוברות: לגבי ההתחשבות עם הסל – האם יש התחשבויות עם הוצאות משרדיות ופקידות? ההשתתפות העצמית בתרופות – האם הקופות מרוויחות על חלק מהתרופות?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רויטל: הנהלה וכלליות יש הרבה הוצאות עקיפות לשב"ן. אותה קופה משרתת את מבוטחי השב"ן. היום אנחנו עושים בדיקה של כל ההתחשבנויות הללו בכל הקופות ויכול להיות שבסוף יינתנו התחשבנויות. כל קופה באה עם עבודה אחרת.

דוברות: ההתחשבנות הזו נשארת במשרד? אני יכולה לראותה כציבור?

רויטל: אנחנו מראים מה נכנס למחזור בסופו של דבר, זה מבחינתנו להוציא החוצה. יש גבול לשקיפות ולכמה שאפשר להוציא החוצה. אני בעד זה מאוד, אבל זה אפשרי עד נקודה מסוימת של פגיעה בקופה מבחינה כלכלית. אחרת, הייתי חושפת כמה עולה תרופה וכמה עולה לפקיד.

לשאלה השנייה – על התרופות אנו מסתכלים כמכלול. ויהיו תרופות שהקופה מוכרת במחיר הרכש שלה, ובאותו כסף היא מסבסדת קצת יותר גבוה ממחיר הרכש שלה ובאותו כסף היא מסבסדת תכשירים אחרים. יש הוצאות וזה הרבה. אנחנו בודקים את זה באגף, אך שירות כיסוי התרופות הוא אחד בתוך השב"ן. יש תכשירים שהקופה מרוויחה עליהם כביכול. מחירי הרכש יהיו חשופים, אני רוצה לתמרץ את הקופה לרכוש את התרופה במחיר הכי נמוך.

דוברות: יש פה קופה שזה מצב זמני שלה, שזו מכבי. תסבירי לי את התהליך שקרה שם בין 2011 ל- 2013.

רויטל: בדרך כלל לכל קופה 2 רבדים שאחד רוכב על השני. בלאומית זה רבדים מקבילים. במכבי "מגן זהב" זה רכב על הכסף. ביטלנו רובד וקראנו לזה "מגן זהב", מגן כסף נסגרה למצטרפים חדשים ונשארו בה רק המבוטחים הקיימים, 39,000.

דוברות: היה מצב של כמעט חפיפה מלאה בין רובד ראשון לשני במס' המבוטחים ואז נעשה רובד אחד. עכשיו אני מניח שיש רובד נוסף שהוא מעל העליון שהיה קודם.

רויטל: אתה תראה ב- 2013 רובד עליון נוסף של "מכבי שלי".

דוברות: אם כך, סך כל הפרמיות עלו.

רויטל: כשרציתי להשוות מבחינת היקף הכיסויים, "מגן זהב" אף פעם לא עמדה ברובד שני. הפרמיות ב"מגן זהב" הן לא גבוהות יחסית, הן יותר דומות לרובד ראשון ולא לרובד שני אז האמצעי היחידי לעשות זאת זה על ידי עוד רובד.

יעל: השאלות האלה נובעות מסקרנות וחס וחלילה מתוך ביקורת...

דוברות: קבלת ההחלטות בנושא הרבדים, הפרמיות והשתתפות עצמית וכו', זה נושא ש95% ממנו מתנהל במשרד הבריאות?

דוברות: האוצר לא משתתף.

יעל: נשאל האם זה צריך לקבל אישור של ועדת הכספים? לא על כל שינוי, אלא על פתיחת רובד נוסף? האם צריכה להתקבל החלטה ציבורית על כך? זו שאלה לגיטימית ציבורית שהיא צריך לתת עליה את הדעת בכנסת.

דוברות: אלו דברים מאוד מורכבים, לקחת אותם לזירה הפוליטית זו טעות קשה, אבל זו דעתי.

יעל: אנחנו עדיין דנים פה, אך תהיה תת-ועדה בנושא. מה מצבה הכספי של "מגן כסף"?

רויטל: מאוזנת.

יעל: את בטוחה שאין זרימה? תסבירי את משקי הכספים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רזיטל: השב"ן מממן את מה שהוא אמור לממן במסגרת התקנון. יש אגף רכש אחד לקופה. בדברים הגדולים יש אגף רכש אחד, ואז נוצר מצב שהסל משלם את הכל והשב"ן מחזיר לו. הכסף של השב"ן מכסה את הכיסוי של הסל. השב"ן מממן את הכל מהשקל הראשון.

יעל: אם אותה יד מנהלת את זה ואת זה, יכול להיות שיש איזושהי זליגה..

רזיטל: הכל תחת מנכ"ל הקופה, אך יש אגף של שב"ן בקופה.

יעל: זה צריך להישאר ומצריך עיון.

דוברות: אני חושב שלא צריך לחפש את המקום של תחמונים חשבונאיים. האינטרסים המוסדיים הם גלויים ואפשר לטפל בהם. האינטרס הבסיס הגלוי הוא חסיכת עלויות לשב"ן. זה לא תלוי בשאלת ההתחשבנות בפועל בתוך הסל הבסיסי.

דוברות: אני לא בקטע של תרגילים. אני רוצה להתרכז בקטע של כללי המשחק הפורמליים. בואו נחدد משהו שנבלע. היום כאשר אתה מממש זכות בחירת רופא, הטופס 17 מחויב בביטוח משלים לא משנה באיזה ב"ח זה?

רזיטל: נכון מאוד.

יעל: זה כבר ויכוח עקרוני.

דוברות: אני כן רוצה להבין בנושא ההתחשבנות. אני רוצה לדבר על הדוגמא של הפיזיותרפיה – הכל נעשה באותו מקום. איך השב"ן משלם בביטוח הבסיסי של מכבי על העובדה שאני השתמשתי בטיפולי הפיזיותרפיה?

רזיטל: יש 12 טיפולים בסל ואותם הסל מממן. כל מה שמעבר, השב"ן מממן אותו, גם אם זה נעשה באותו מכון. יש לפעמים שב"נים שמנהלים את כל ההסדרים שלהם במכונים אחרים. אם זה באותו מכון, כללי ההתנהלות הם שונים.

יעל: תיאורטי – אם השב"ן משתמש בשירותי הקופה האם הוא משלם לקופה?

רזיטל: השב"ן משלם את העלות של אותו טיפול. בתוך המחיר של טיפול גלום הכל. יש שירותים שהם במסלול הסדר ויש מסלול החזר. המבוטח משלם ומקבל החזר, זה תלוי.

דוברות: לקופה יש את כל הידע והתשתיות ולכן יש הגיון שתיתן עוד דברים. אני לא יכולה להבין את ההיגיון של היתרון שיש למכבי במאמני כושר?

יעל: לא נכנס לזה, זה לדיון פנימי.

רזיטל: רווחה שזה לא משהו שהוא בהקשר אחר מהרפואה.

יעל: אנחנו נכסים לנושא מהותי ועקרוני שיש לקבוע לגביו עמדה.

דוברות: תמונת מאקרו – כמה כסף ועל מה זה יוצא?

דוברות: יש את זה בהמשך המצגת...

יעל: אנחנו משנים את הלוגיקה. נדחה את אבי ברך ונתן וניתן לך להמשיך במקומם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: מה שנעשה היה איזשהו צילום של תמונת מצב – הכניסו אותה למערכת הבריאות כולל העובדה שהיה בקופ"ח מסלול של ביטוח נוסף. כאילו צריך לדון היום איזה יתרונות אנחנו רואים לעובדה שקופות החולים מספקות מערכת של ביטוחים שיכלו להינתן? האם ניתן לראות יתרונות וחסרונות, בעיקר בזיקה לסל הבסיסי? זה מתחבר לשאלה שלי האם אנחנו צריכים שני רבדים ומה הגבולות ביניהם? זה מביא אותי למה שאני שומעת ממנהלי בתי"ח של הרחבת השימוש בשב"ן. האם במקום לצמצמו אנחנו רוצים להרחיבו ולהכניסו בדלת האחורית? המשמעות היא של - 80% יש שב"ן עם סבסוד צולב בגלל האקטואריה, והאם יש נחיצות במשהו שיש לו היבטי פרוקסי-מס, או ללכת בגישה אחרת של הרחבת הסל וצמצום השב"ן כמה שיותר? אלו הם שיקולים ערכיים, ויכול להיות שגם יש מודלים תיאורטיים לסוג כזה של מנגנון או מערכת לעומת סוג אחר?

רויטל: כל מה שאמרת נכון. צריך לראות מול העיניים את הצד השני של חברות הביטוח הפרטיות. אם אני צריכה לסגור את השב"ן, מה המשמעות של פרץ המים ולכן הוא יברח. אם תנתבי את האנשים לביטוחים הפרטיים, זה מה שאת רוצה?

יעל: ראיתי את זה אחרת. היא באה ואומרת בוא נבחן את הגבולות ונוריד חלק מהדברים לתוך הסל?

רויטל: אני מסכימה לחלוטין.

דוברות: בדיוק.

דוברות: מה מידת ניצול השב"ן?

רויטל: יש תשובות בהמשך המצגת.

דוברות: גם אם נרצה לשים גבולות, אנשים ילכו למנגנון אחר של ביטוחי בריאות. אנשים רוצים להשיג בכסף שלהם יתרונות ומידור. עדיין תהיה זליגה לכיוון לא מבוקר כל כך, קרי, הביטוחים המסחריים. שוב הנושא של 2, 4, 6 מיליארד – איך אפשר להמשיך לעשות את הדבר הזה, להיות עם רפואה ציבורית טובה, עם שב"ן שאי אפשר להחזיר אחורה, ולהמשיך כך שמי שאין להם שב"ן לא יהיו מופלים לרעה וגם לא להפלות לרעה את בתי החולים הציבוריים שלנו? אנחנו מחפשים אפשרות שגם מי שאין לו שב"ן ימשיך לקבל טיפול רפואי טוב ומערכת הבריאות תמשיך להיות חזקה ולתת טיפול טוב.

יעל: מה שאתה אומר זה בדיוק לב הוועדה.

דוברות: מבחינת השב"ן לכולנו ברור שיש לו תכונות מסוימות שאין למקומות האחרים בגלל האמון שהציבור רוכש אליו בהיבטים הרפואיים. הציבור צריך להבין מה תכניות השב"ן נותנות לו, על מה הוא משלם, מה התחרות הקיימת בין הקופות, והאם זה טוב שיש תחרות על הרובד הזה או לא. בוועדת המשנה נצטרך לדון על הדברים הללו ולהחזיק את זה במודעות. עניין נוסף – מה המהות ואיפה גבולות הגזרה ומה מחליטים מה נכנס ומה לא. צריך לחשוב על יתרונות השב"ן, האם נכון וראוי לתת לציבור להשתמש בשירותים הללו? אני רק מעלה את הנקודות של שימוש בגבולות הגזרה. מה מטרת הדבר הזה, האם נכון להכניס גופים שיש להם השפעות שליליות וחוביות על הדבר הזה וכו'. חשוב שוועדת המשנה תדון על כל הדברים האלה. כשאנחנו חושבים על ועדת הסל שבתוך מגבלת הכסף עושה את התיעדוף על מה נמצא ומה לא, מה בעצם העבודה שנעשתה עד עכשיו בהיבט של כן להגדיר את נושא המהות, איך מתבצעים סדרי העדיפויות, החלוקה? יכול להיות שנכון לחשוב, לא כדאי להכניס שיקולים פוליטיים פנימה, אך אולי גם שיקולי שב"ן צריכים להיכנס לשיקולים ציבוריים? לאו דווקא ועדת כספים, אלא מנגנון ועדת הסל. נקודה למחשבה. אני צריכה גם לחשוב על זה.

יעל: נא לא לחזור על נקודות. הנקודות הן: מהם הגבולות והאם התהליך צריך להיות מורחב בצורה כזו או אחרת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: צריך להתייחס לשוויון/אפליה בקרב המבוטחים בקופות. שואלים אם יש לך שב"ן או לא ומה אפשר לעשות כדי לוודא שיש אותו יחס או לא בהקשר כזה או אחר. יש שיווק שנעשה בצורה מאוד ברורה על ידי העובדים. אני חושבת שצריך להתייחס גם לזה. אומרים לרופאים בהרבה מקרים לשווק את השב"ן – תתפלאו.

רויטל: לשווק או להצטרף?

דוברות: לשווק! היו מקרים שרופאים ציפו על כך. בנוסף, אני חושבת שבסוגיית הרגולציה בשעה הבאה תתייחסי יותר לסוגייה של מה את יכולה לדעת ולבדוק.

יעל: פיקוח.

דוברות: כן, את צודקת.

דוברות: מטרות התכנית הם שוויון ואיכות. מהם המנגנונים שמיישמים את מטרות היסוד ומהי המערכת לתיקון? מהי המתודה של קבלת ההחלטות? אני מבין שאני לא היחיד לפי השאלות של השאר. האם אנחנו מתמרכזים על המטרות הסופיות שלשמן הוקם השב"ן?

דוברות: שאלה להמשך: האם יש שירותים שאת חושבת שחייבים להיות ברובד הבסיסי? האם יש רובד בסיסי שחייב להיות והאם יש שירותים נוספים שחייבים להיות?

**** מציגה שנייה בפני הוועדה: רן סער – מנכ"ל קופ"ח מכבי. מקריא מתוך נאום שהוכן מראש (מצורף בהמשך לפרוטוקול).**

מלווה על ידי צוות מהקופה, הצגה עצמית ושל חברי הוועדה.

רן: אני מתנצל מראש, הולך לומר דברים ישירים. מכבי מבצעת כ- 5,000 טיפולים בשעה, 2 מיליון מבוטחים, 6,000 עובדים. ארגון ענק מבין ארגוני הבריאות הגדולים בעולם. אני יוצא נגד הניסיון להשמיץ את ביי"ח "אסותא" ו"מכבי", מעיד כי החוק מכוון אך ורק נגדם. החמור מבחינתי, שכל זה קורה במקביל לדיוני הוועדה, שהייתה לדעתי צריכה לטפל בנושא הזה.

עמדת מכבי לוועדת גרמן – דבריו של רן סער:

שלום לכולם, שמי רן סער, אני משמש כמנכ"ל מכבי מזה כשנתיים. לפני כן כיהנתי כראש מחוז השרון וראש מחוז המרכז במכבי במשך למעלה מעשור. עד אז עבדתי במשך 24 שנים במוסד.

נמצאים כאן ד"ר נורית פרידמן, ראש המחלקה להערכה ומחקר במכבי.

פרופ' אבי פורת, לשעבר ראש חטיבת הבריאות במכבי וכיום ראש מכון המחקר שלנו. בעברו כיהן כמנהל מחלקה בסורוקה וכראש תכנית המדדים הלאומית.

ורו"ח שעייה זילונקה, לשעבר חשב משרד הבריאות וכבר למעלה מעשור, ראש אגף כספים ותכנון במכבי.

במהלך השעה שהוועדה הקצתה למכבי, יבוצעו למעלה מ-5,000 מגעים טיפולים בין חברי מכבי לצוות המנהלי והרפואי שלנו. למכבי יש שני מיליון חברים, 6000 עובדים, 4000 רופאים עצמאיים ושכירים ועוד 4,000 עובדים ומטפלים בחברות מקבוצת מכבי. אנחנו ארגון ענק, מארגוני הבריאות הציבוריים הגדולים בעולם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

נשמעת בקורת על הוועדה, הנושאים שהיא בחרה, אופן בחירת חבריה, על כך כי מסקנותיה ידועות מראש ועוד. לצערי, חלק מהביקורת אינה מופרכת וגם בוועדה בולטת אחת מבעיות היסוד במערכת הבריאות והיא כפל התפקידים של משרד הבריאות – גם בוועדה יש דומיננטיות ברורה למשרד הבריאות ולזווית הראייה של בית החולים כמרכז מערכת הבריאות.

העובדה כי אין ייצוג לארגוני חולים ואין ייצוג של רפואת הקהילה היא מטרידה ביותר.

יש לטעמי גם בעייתיות רבה עם כך שבמקביל לדיוני הוועדה מקדמים משרדי הבריאות והאוצר הצעת חוק להגבלת בתי החולים הפרטיים. אגב ההצעה מכוונת רק נגד אסותא ומכבי וזה פגום כשלעצמו. זוהי חקיקה פרסונלית – מהלך ממוקד נגד מכבי ו"אסותא". למדינה אצה הדרך לפגוע ב"מכבי" ו"אסותא".

בעיני זהו חוק לא מוסרי.

אסותא הינו בית חולים לדוגמא ברמתו הרפואית, השירותית והתנהלותו הכלכלית. במקום שבתי החולים ילכו וילמדו אצלו פרק בניהול הם עסוקים במסע השמצות נגדו. החוק הזה פוגע במבוטחי מכבי, ברופאי מכבי ובמכבי עצמה.

מגיע גוף מסחרי המשקיע מאות מיליוני שקלים בפיתוח תשתית הבריאות בישראל וחוסך למדינה השקעה בבינוי. הוא מוכר את שירותיו באותו המחיר או אפילו בפחות מבתי החולים שבבעלות המדינה. מה רע בזה? האם הגיוני להגביל גוף מסחרי יעיל ואיכותי מלמכור שירותים?

לדעתי לא היה חוק כזה בעולם המערבי שהגביל גוף פרטי באופן הזה. וכל זה כאמור במקביל לדיוני הוועדה הזאת.

אך הוועדה זימנה אותי והקצתה לי שעה ומטרתי בזמן הקצר הזה להציג בפניכם את עמדת מכבי ולא להטיח בקורת. אני מקווה שבסוף הדברים שלנו, יהדהדו בחדר שאלות של מהות שכדאי לתת עליהן את הדעת. בגלל חשיבות הנושאים ונוכח המרכזיות של מכבי במערכת הבריאות בישראל אני מדגיש כי מכבי מבקשת שתיתן לה הזכות להגיש לוועדה בהמשך מסמכים שונים ולבוא בפניכם שוב ולמשך זמן ארוך יותר.

מכבי אחראית על הבריאות של שני מיליון ישראלים. לי כמנכ"ל קופה יש אחריות ישירה למתן שירותי בריאות ל-2 מיליון מבוטחי מכבי, אחריות שכוללת גם מחויבות לעמוד באיכות רפואית, מסגרת תקציב ואחריות לעמידה בהוראות החוק והרגולציה. מתוקף האחריות הזו אתם זימנתם אותי ומתוקף האחריות הזו אני אציג לכם את עיקרי הנושאים שאנחנו סבורים שהיו צריכים להיכלל תחת הכותרת "חיזוק הרפואה הציבורית".

קופות החולים הן מרכז הרפואה הציבורית בישראל. תקציב הקופות, כולל הרכש מבתי חולים, מהווה 60 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, וכמעט 80 אחוזים מההוצאה הציבורית לבריאות. למרות זאת אף אחד מהנושאים אותם פרסמה הוועדה לא נוגע בקהילה. הקהילה היא ליבת הרפואה הציבורית. המפגש של הציבור איתנו הוא יומיומי, על כל רצף החיים. המפגשים הספורים עם בתי החולים הם חשובים כמובן, אך קצרים ומעטים מאד באופן יחסי.

המונח רפואה ציבורית מתייחס הן לקופות החולים והן לבתי החולים. למרות זאת - המשרד והוועדה אומרים למעשה שרפואה ציבורית = בתי חולים. זו טעות והטעיית הציבור ומקבלי ההחלטות.

פרופ' ברברה סטרפילד מהרווארד שחקרה מערכות בריאות כל חייה הראתה שמה שקובע את איכות מערכות הבריאות במערב היא עצמת הרפואה הראשונית בקהילה. כלומר, לא רמת הרפואה בבתי החולים אלא רמת הרפואה בקהילה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

להזמין את מכבי כארגון עם שני מיליון חברים, לדבר בפני הוועדה במשך שעה, לא ניתן לי הזדמנות של ממש לייצג את חברי מכבי ואת רפואת הקהילה ולבטח לא מאפשר לי זכות ויכולת אמיתית להשפיע.

בחלק הראשון של הזמן הקצר שהקציתם לנו, אני מבקש לדבר על מה שבחרתם לא לעסוק בו. לדעתנו אלו הם נושאים קריטיים ומשמעותיים הרבה יותר למערכת הבריאות הציבורית בישראל. הם גם הרבה יותר חשובים לאזרח, לאדם ולחולה. בחלק השני של הזמן נתייחס לסוגיות שהוועדה בחרה לעסוק בהם.

כל העולם המערבי שינה לגמרי את התפיסה שלו והעביר את כובד משקל המערכת אל רפואת הקהילה.

רופא המשפחה צריך להיות מְנַהֵל ומְרַכֵּז הטיפול, ואת השרות יש להעניק בעדיפות ראשונה בבית המטופל, עדיפות שניה היא למרפאות שכונתיות, עדיפות שלישית במרפאות מרכזיות מורחבות ורק אם אין ברירה אז יש לפנות אל בית החולים. **הדגש הנוכחי של המערכת על בתי החולים הוא שגוי.** מערכי טיפול שלמים מוקמים בבתי המטופלים, כולל חולים מורכבים. מדובר למשל על אשפוז תת חריף בבית, שיקום, מעקב רציף ועוד. במקרים רבים, סביבת הטיפול הביתית היא נכונה הרבה יותר עבור החולה, עבור בני המשפחה ועבור מערכת הבריאות כולה. בארה"ב וקנדה קוראים לזה Hospital at-home services ובאנגליה Community services.

זה דורש שינוי הפרדיגמה של כולנו. שינוי אסטרטגי מהמצב הנוכחי של מבנה מיושן שבו בית החולים הוא מרכז הטיפול, אל המבנה שמתאים לימים האלה ולעתיד לבוא.

כמו שאמרתי – רופא המשפחה הוא מנהל הטיפול ובית המטופל הוא מרכז הטיפול כשסביבו שירותי רפואה בקהילה לרבות דימות כולל MRI, חדרי ניתוח לכירורגיה קלה, מרפאות מומחים בדומה למרפאות חוץ ועוד. במציאות כזו בית החולים הוא החלופה האחרונה בהיעדר ברירה אחרת.

חלק מהיושבים כאן הם אנשי מחקר ועבורכם, ניסוח שאלת המחקר היא מהשלבים החשובים ביותר בכל תהליך. אתם כחברי הוועדה וכולנו כמנהיגי מערכת הבריאות הציבורית בישראל, חייבים לשאול את עצמנו – מה ישפר את רמת הרפואה שהציבור מקבל ומה ישפר את השרות – והכל במסגרת התקצוב הסביר?

זו השאלה הנכונה שצריכה להיות מטופלת בוועדה. מה ישפר את רמת הרפואה שהציבור מקבל ומה ישפר את השרות?

כלומר, "הוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית" הוא שם שגוי ומטעה.

לפי הנושאים שפורטו במסמך ההזמנה לדיון, אין כמעט נגיעה בליבת הרפואה הציבורית, כלומר קופות החולים ורפואת הקהילה. הנושאים עוסקים בעיקר בבתי החולים, על אף שזהו כאמור רק חלק אחד ממערכת הבריאות.

ברור שחיזוק הרפואה הציבורית הוא חלק מהתשובה לשאלת היסוד והיא "מה ישפר את רמת הרפואה ואת השרות", אך לצערי הוועדה ככל הנראה תתרגם את המסר הזה להכנסת שר"פ לבתי חולים ציבוריים.

כאילו כבר נקבע ששר"פ מחזק את בתי החולים ועכשיו נותר רק לקשור את הקצוות. אחרי ידבר פרופ' אבי פורת שיציג בפניכם עובדות שיערערו את האקסיומה הזו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יש עוד הרבה נושאים שחייבים לטפל בהם, ולצערי ההחלטה להזניח אותם היא שגויה ויוצרת מיקוד לא נכון של משימות הרגולטור, של עמדות הציבור ושל מקבלי ההחלטות.

רמת הרפואה נמדדת בתוצרים – האם במבנה הקיים אנחנו נותנים לציבור את התוצרים הבריאותיים הגבוהים ביותר? התשובה לדעתי – היא לא. יש לנו חשיבה של "עולם ישן" – אם יש צפיפות בבתי חולים אז הפתרון הקבוע הוא לדרוש עוד מיטות ובזה ישקיעו מאות מיליוני ₪. עוד מיטות משמע עוד מטופלים ועוד אשפוזים.

לבית החולים אין תמריץ לחסוך אשפוזים ולמעשה יש לו תמריץ ברור ומלא להגדיל אשפוזים. באופן מוזר, באותה נשימה, מתמרצים את הקופות למנוע אשפוזים מיותרים. מדובר בסכומים קטנים שלא מכסים אפילו חלק קטן מההוצאה, אך שימו לב איך הרגולטור מגדיל יכולת יצור **ביד אחת** ומתמרץ את הקופות לצמצם את השימוש בה **ביד השנייה**.

אם רוצים למנוע אשפוזים מיותרים חייבים לתמרץ גם את בתי החולים, בין אם על ידי תמריץ חיובי ובין אם על ידי קנסות. אם רוצים למנוע אשפוזים מיותרים יש לקבוע לבתי החולים מדדים ברורים של איכות רפואית ושל שרות.

חייבים להבטיח שדרך המיון מתאשפזים רק אלה שבאמת חייבים אשפוז. ניתן לתמרץ את בתי החולים להשתמש במידע שהתקבל מהקהילה בעת הקבלה במיון או להפנות את המאושפז להמשך בדיקות בקהילה כדי לשחרר אותו מוקדם יותר.

אבל משרד הבריאות שנמצא בכפל תפקידים וסובל ממבנה לא מתאים לא פועל באופן ראוי וסביר כדי למנוע את הבזבז הזה ואת רמת הרפואה הלא נאותה שנגרמת מכך.

שיפור תוצרים בריאותיים זה לוודא למשל כי באשפוז נמצא רק מי שחייב להיות באשפוז. חלק מאותם רבים שנפטרים מזיהומים, אולי כלל לא היו צריכים להיות בביה"ח בעת שנחשפו לזיהום. אולי האשפוז שלהם התארך בכדי לבצע בדיקה שניתן לבצע אותה בקהילה? זו טעות רפואית, שירותית וכלכלית. בישראל כמו במדינות נוספות יש אשפוזים מיותרים, אך בישראל יש שיטה שתומכת בכך:

כל עוד מגנון התיגמול של בתי החולים מבוסס על נפח פעילות, יהיו יותר אשפוזים, יותר ימי אשפוז ויותר פרוצדורות. כלומר – אין תמריץ ממשי לבתי החולים להתייעל.

לו התמריץ היה מבוסס על התוצאים [outcomes] לחולה, כלומר סיבוכים, אשפוז חוזר ותמותה – היינו מונעים רבים מהאשפוזים המיותרים והזיהומים באשפוז.

בשעה שניתנה לנו אני מקווה לטעת בכך ספק לגבי השאלות שעליכם לשאול. כלומר, מהן השאלות הכי חשובות שתשובה עליהן יכולה לשפר באמת את מערכת הבריאות הציבורית וחשוב מכך, את תוצרי הבריאות והשרות למטופל?

השאלה הראשונה היא זו שדנו בה עד עכשיו – מדוע בית החולים נתפס כמרכז הטיפול? מדוע לא להעביר את הדגש אל הקהילה? זה פחות מזוהם, יותר זול, פרוס בכל הארץ, ממוחשב יותר, מבטיח רצף טיפולי בין מטופלים שונים.

המודל שאני מציע הוא פריסה רחבה של שירותי רפואה בקהילה על הבסיס הקיים עם שיפור משמעותי על ידי הקמת מרפאות אזוריות – כלומר, מרכזי רפואה עם דימות, כירורגיה קלה, מעבדה דחופה, מתן תרופות באשפוז יום ועוד.

כיום יש פער גדול מדי בין השירותים בקהילה לבין חדר המיון ולכן ברירת המחדל של המטופל היא לפנות למיון. מרפאות אזוריות יהיו שלב הביניים שיסנן רבים מהפונים לחדר המיון ללא הצדקה. כך נגביר משמעותית את רמת הרפואה לציבור, נפחית עומסים בבתי החולים ונגביר את השוויון כי הפריסה הגיאוגרפית תהיה רחבה בהרבה מזו שמציעים 24 בתי חולים שפריסתם אינה אופטימלית בלשון המעטה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כדי שזה יקרה חייבת להיות כאן השתתפות אמיתית מצד המדינה בתהליך פיתוח הקהילה. המדיניות הנוכחית ממשיכה לקבע את האשפוז כתכלית הרפואה, כלומר החרפת והמשך הדגשת הנכות של הקהילה מול בתי החולים.

הנושא השני שאני מבקש להעלות הוא החיבור והממשק בין בתי החולים והקהילה. כאן אפשר לעשות פריצת דרך של ממש בטיפול בחולה ובניהול המערכת. ניתן לשפר דרמטית את התוצרים הבריאותיים ולהעניק שרות מצוין הן בקהילה והן בבית"ח ולחסוך סכומי עתק.

אנחנו כמערכת מעניקים היום שירות לקוי לחולים בגלל נתק טיפולי בין הקהילה לבין בית החולים. כאילו יש **שתי מערכות בריאות נפרדות**.

בתי החולים כמעט ולא נסמכים על המידע הרפואי מן הקהילה ואנחנו לא חשופים למה שקרה עם המבוטח שלנו בתוך כותלי בית החולים. אני מבקש שתקדישו מחשבה לאמירה הזו - **שתי מערכות בריאות נפרדות**.

חלק משמעותי מן ההפרדה נובע מנתק כמעט מלא בזרימת המידע בין הקהילה לבית"ח ולקהילה. הקמת ממשק פשוט יחסית ולא יקר, יקפיץ משמעותית את האפקטיביות הטיפולית שלנו. בתכנון לאומי נכון והובלת תהליך שינוי במערכת תוך ניצול המשאבים העומדים לרשותנו ומיקסום התפוקות נוכל לטפל טוב יותר, לחסוך כסף וגם להציל חיים.

אם הרופא בחדר המיון יוכל לקרוא תקציר תיק מהקהילה של חולה שהגיע אליו – נוכל לקצר את זמן האבחנה ולהעניק טיפול טוב יותר. אם הוא יקרא על הרגישויות שלו – נוכל לצמצם חלק מהטעויות בטיפול. אם הוא יחשף לבדיקות שהחולה ביצע כבר – נוכל לחסוך מהחולה קרינה מיותרת, נצמצם את זמן המתנה במיון ונפחית את הרפואה המתגוננת שגורמת לאשפוזי יתר במקרים רבים מדי.

חולה שמתאשפז ללא צורך הוא כשל של מערכת הבריאות. הוא נחשף לזיהומים ולטעויות בטיפול, מנצל משאבים ללא צורך ובכך גם פוגע בטיפול שאמור להינתן לחולים אחרים.

המערכת לא יעילה ולא תועלתית. לא יעילה כי בתי החולים לא יעילים מספיק וכי יש בזבוז של משאבים בקו התפר בין הקהילה ובתי החולים. לא תועלתית כי חסרה מערכת תמריצים משולבת לקהילה ולבית"ח ומנגד קיימת לבתי החולים מערכת תמריצים מוכוונת פעילות ולא תוצרים. אם יהיה תכנון לאומי טוב יותר ושיתוף בין כל חלקי המערכת אנחנו יכולים ביחד להציל הרבה מאד אנשים ולחסוך הרבה מאד כסף.

במלים אחרות – השאלה השנייה שהייתי מבקש שתהדהד אצלכם – האם המערכת במתכונת הקיימת היא יעילה והאם היא תועלתית, כלומר מייצרת תועלת בהיבט רפואי, שירותי וכלכלי?

האם יכול להיות שניתן לנהל אותה הרבה יותר טוב מכפי שהיא היום?

משה בר-סימנטוב אמר כבר מעל מספר במות כי קופות החולים הן כנראה הגופים הציבוריים היעילים ביותר במשק. רק לאחרונה ציין גם ה-OECD לשבח את קופות החולים בישראל ומתח ביקורת על בתי החולים. האם לא כדאי קודם כל לייעל אותם ורק אחר לבחון מה עוד נדרש?

אם יש חור במיכל הדלק אז מה ההיגיון למלא עוד ועוד דלק?

תקנו את החור, אחרת כל הדלק שאתם שופכים רק יגביר את השריפה שתחולל כאן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

היעדר הממשק בין קהילה וביה"ח דומה לרכב שהגלגלים שלו נוסעים אחד ימינה והשני שמאלה כי אין שום קשר ביניהם. יש לתקן קודם כל את ציר ההגה ורק אחר כך לבחון האם נדרש שינוי במנוע.

אך לגבי הקופות כאמור, הן האוצר והן דוח ה-OECD משבחים את הקופות ומדגישים את היעילות הניהולית של הקופות ואת תוצרי הבריאות הגבוהים של הקופות. כשזה המצב, אזי מה שנותר כדי לחזק את הקופות הוא לתקצב אותנו נכון. הרחבת סל הבריאות היא חשובה מאד אך שלא נטעה לחשוב שהיא משפרת את המצב הכלכלי של המערכת - כי היא בהחלט לא.

המדינה לקחה מקופות החולים סכומי עתק שהביטוי שלהם רק בשנת 2013 הוא 9 מיליארד ₪. כלומר – 25 אחוזי שחיקה בתקציב קופות החולים. אז הקופות פנו לבג"צ ואחרי 9 שנות דיונים הוא קבע, ואני מצטט "הזכות לבריאות אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרונת אט אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים". שופטי בג"צ הוסיפו כי "המשך התנהלות המשיבים (שרי הבריאות והאוצר) בקצב הנוכחי עלולה להוביל לפגיעה חמורה ורחבה יותר במבוססי קופות החולים".

אלו הם דברים תקיפים וחמורים. אך לצערי, משרדי הבריאות והאוצר מנסים לשכנע את חברי הכנסת ואת הציבור שהם הגיעו לפתרון שישפר את המצב ויצמצם את השחיקה. אני קובע כאן כי המשרדים לא הציעו פתרון ראוי והם ממשיכים בפועל לשחוק את הקופות בצורה חמורה.

המדינה שוחקת את בסיס תקציב הקופות בכל שנה ב-750 מלש"ח במונחי 2013. הסכום הזה מורכב מאחוז אחד של שחיקה בדמוגרפיה ועוד שחיקה הנובעת מהפער של 3 אחוזים בין מחיר יום אשפוז למדד יוקר הבריאות.

לשנים 2014 עד 2016 הגיבנת של יום האשפוז תימשך והשחיקה בבסיס רק תעמיק משנה לשנה. כלומר השחיקה תגדל במאות מיליוני שקלים בכל שנה. השחיקה בדמוגרפיה ירדה מאחוז אחד ל-0.8 אחוז אך הסך הכולל הוא המשך והעמקת השחיקה.

הפתרון שהמדינה כל כך מתגאה בו לא כיסה את השחיקה שנוצרה בשנים קודמות, אך לא רק זאת, השחיקה תימשך ותעמוד של 700 מלש"ח לשנה, בשיטת ריבית דה-ריבית, כלומר שחיקה בבסיס. שחיקה של 700 מלש"ח השנה, היא שחיקה של 1.4 מיליארד בשנה הבאה ושל 2.1 מיליארד ₪ בעוד שנתיים. תבינו כמה זה עמוק!

האם לזה אפשר לקרוא פתרון? האם כך מקיימים את פסיקת בג"צ?

חייבים לקבוע מחדש את נוסחאות המימון של המערכת ואת הקשר בין מדד יוקר הבריאות למחיר יום האשפוז.

חלקכם אנשי מחקר, אנשי נתונים ועובדות. הנה נתון שכדאי שיהיה בפני כולכם: באנגליה נכנסים לאשפוז כ-20 אחוזים מאלה שהגיעו לחדר מיון; בארה"ב מתאשפזים רק 12 אחוזים מאלו שהגיעו למיון. בביה"ח הממשלתיים בישראל לעומת זאת השיעור עומד על 30 אחוזים. למה זה?

לפי דוח של משרד הבריאות משנת 2007 – 20 אחוזים מהאשפוזים דרך המיון הם מיותרים. אני חוזר – 20 אחוז מיותרים. בקרב קשישים היו 33 אחוז אשפוזים מיותרים.

אם נצליח להפחית את שיעור הנכנסים לאשפוז דרך המיון ב-20 אחוז נחסוך נחסוך 144 אלף מתאשפזים, כלומר כ-504 אלף ימי אשפוז השווים לסכום מדהים של כמיליארד ₪. וזאת בחישוב שמרני וללא הוצאות נלוות של זיהומים, סיבוכים בעקבות האשפוז, בדיקות המשכיות לאחר האשפוז ועוד. תחשבו על האשפוזים והטיפולים המיותרים ועל העומס על הצוות המטפל. המספרים מדברים בעד עצמם ומחייבים את הרגולטור לפעול!



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אך המיון הוא לא רק שער כניסה לבית החולים אלא יצרן הכנסה דרמטי בפני עצמו. לפי נתוני משרד הבריאות, בין השנים 2003 ועד 2010 הוכפלה הכנסת בתי החולים הממשלתיים מחדרי המיון מסכום של 270 מיליון לשנה עד סכום של 543 מיליון ₪ לשנה.

בכמה גדלה האוכלוסייה המתוקנת בתקופה זו? התשובה היא 15 אחוזים. בכמה עלו מחירי האשפוז? ב-28 אחוזים. בחישוב משולב מדובר על גידולים של 37 אחוזים כלומר העלייה בהכנסות בתי החולים מחדר המיון שעומדת על 201 אחוזים היא איננה בשום פרופורציה לגידול והזדקנות האוכלוסייה ולעליית המחירים.

אם תהיינה מרפאות אזוריות מורחבות כפי שהצגתי קודם לכן – יפחתו הפניות למיון. אנחנו כבר מוכיחים את זה למכבי יש מערך קהילה מפותח יחסית ולכן שיעור הפניות למיון במכבי הוא הנמוך ביותר ועומד על 250 פניות לכל אלף נפש מתוקנת לגיל, לעומת ממוצע שלוש הקופות האחרות העומד על 334 פניות לאלף נפש מתוקנת. כלומר שיעור הפניות במכבי נמוך ב-25 אחוז מהקופות האחרות.

אך המדינה לא משקיעה כלל בפיתוח שירותי הקהילה וכל תקציב הפיתוח שלה מופנה לבתי החולים ולשכות הבריאות.

אם יהיה ממשק מחשובי וטיפול מלא בין בתי החולים לקהילה, החולה יקבל טיפול טוב יותר הן בקהילה והן בבית החולים. בנוסף, משום שהטיפול בקהילה הוא זול יותר בהגדרה, מן הסתם ייחסכו משאבים נוספים. זו רפואה טובה בהרבה, הקלה משמעותית על החולה ובני המשפחה, שרות טוב ונכון יותר ויחסכון משמעותי של כסף לטיפול ולמערכת. הבחירה בביה"ח כיום היא מהירה מדי ולא נכונה. הקהילה יכולה להציע עוד מדרגות ביניים. החיבור בין הקהילה לבית החולים ישפר את איכות הטיפול ויחסוך משאבים. דווקא היום ובעתיד הקרוב לפחות, חוסר המשאבים וההתנהלות במחסור חייבים לעורר אותנו לבחון שינוי מחשבתי עמוק. שינוי אסטרטגי.

משרד הבריאות צריך לקום מהכורסא הנוחה של בעלים של בתי החולים ולעבור לכיסא המתנדנד של הרגולטור. עליו לייצב את הכיסא הזה על ידי כך שיתכנן ויבנה מחדש את מערכת הבריאות תוך ניהול מושכל של המשאבים המושקעים והתוצרים עבור המטופל.

אפשר לפרוס מחדש את השירותים בקהילה וצריך להפסיק את התחרות הלא נכונה בין בתי החולים לקהילה. זו לא תחרות על נתח שוק, כלומר אני מבקש למנוע מעצמי תחרות חיובית. אני גם לא אומר לפרק את המערכת ולבנות מחדש. צריך על בסיס הקיים להגיע למודל אופטימלי, למבנה היעיל ביותר והנכון ביותר עבור המטופל ועבור המערכת. אני סבור שבתי החולים צריכים להתמקד במתן שירותים אקוטיים ושירותים מיוחדים וחריגים. כל הטיפולים האחרים צריכים ויכולים להינתן בקהילה.

המצב היום הוא שכולם עושים כמעט הכל וזה יוצר כפל תשתיות מיותר. הכפל הזה נבנה מכספי ציבור ובנוסף בהתאם לכלל הבסיסי של כלכלת הבריאות – ההיצע קובע את הביקוש ולכן גם השימושים עולים.

אין היום תכנון שירותים ברמה הלאומית וכל הגורמים במערכת קופות חולים, בתי חולים, ספקים פרטים עושים כמעט כל מה שהם רוצים. אני חוזר על העיקרון – נדרשת הגדרה חדשה של עקרונות לחלוקת השירותים בין הקהילה ובתי החולים.

עד כאן לדוגמאות לבעיות הפנימיות במערכת.

עתה אעבור אל אחד האתגרים החיצוניים הגדולים ביותר שניצבים בפנינו ושמאיים על יכולת הספיגה של המערכת כולה – זו הזדקנות האוכלוסייה והגידול המשמעותי בהיקף התחלואה הכרונית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רוב הטיפול באוכלוסייה זו יכול וצריך להינתן על ידי הקהילה. יש להרחיב ולתגבר את הטיפולים המבוצעים בבתי המטופלים ואת השירותים בטלפון, במייל ובווידאו. במכבי צברנו כבר ניסיון עם כמה אלפי קשישים מכל הארץ ולאחר הדרכה קצרה הם משתפים פעולה בצורה מיטבית עם הטאבלט ומצלמת הווידאו. מכיוון שהקשישים של העשורים הבאים הם הצעירים המקוונים של היום אזי ברור שמידת הנכונות שלהם תהיה גבוהה עוד יותר. היום השטח רוצה לרוץ קדימה והרגולציה מעכבת אותו. משרד הבריאות היה צריך להוביל, להנהיג, ליזום, לפתח ולקדם וזה עדיין לא קורה.

אפשר לצמצם ולקצר אשפוזים כרוניים. אפשר להעביר שירותי שיקום לבית המטופל, בסביבה הנוחה שלו. לא צריך להיות מומחה שיקום כדי להניח שהסביבה הביתית גם תשפר את תוצאי הטיפול. מכבי הקימה למשל את המחב"ק – מחלקות בקהילה. אנחנו פונים באופן יזום אל המטופלים המורכבים והשבירים בסמוך לשחרור מבית החולים או מיד אחריו וכך מעניקים להם "נחיתה קלה" יותר בקהילה. הצוות מלווה אותם במשך תקופה קצרה לאחר האשפוז ומעניק להם שירות רפואי ומנהלי מלא. זה מקל מאוד על החולה ועל בני המשפחה. זו רפואה נכונה וזה מקטין את הסיכוי שהם יחזרו לבית החולים וכך שומר עליהם מפני חשיפה לזיהומים ומצמצם כמובן את העלויות הכספיות הכרוכות באשפוזים חוזרים. לצד השירותים הפיזיים, חייבים כאמור להרחיב את השירותים המקוונים שניתנים למטופלים. אתן דוגמה – במרבית בתי הקשישים בישראל יש טלוויזיה.

משרד הבריאות, יכול ליזום ולהוביל, יחד עם משרדי הרווחה, המשרד לאזרחים ותיקים ומשרד התקשורת מהלך במסגרתו ניתן יהיה להעביר תכנים של בריאות ורווחה דרך מסך הטלוויזיה. להזכיר לו לקחת תרופה על ידי מידע ממוקד ואישי, לשלוח לו שאלה אינטר-אקטיבית על מצב בריאותו ולהיות נכונים להגיב אליו עם ביקור פיזי או שיחת טלפון. זה לא מדע בדיוני. זה אמיתי וקורה כבר בסקוטלנד.

דוגמה נוספת – **מכבי הקימה לפני שנה את המומה**. אני מזמין את כולכם לבקר בו. זה שרות של 24 שעות ביממה של אחיות ברמה הגבוהה ביותר שיש. אנחנו מצרפים אליו רק חולים מורכבים ויש כרגע כבר למעלה מ-5000 חולים שמקבלים את השרות הזה. הם נמצאים בביתם והאחות יוצרת איתם קשר יזום בטלפון או וידאו, החולה כמובן גם יכול להתקשר בכל עת שהוא זקוק לסיוע או שיש לו שאלה. לחלק מהחולים חילקנו טאבלט שבעזרתו התקשורת עוד יותר נוחה.

רוב החולים הם קשישים מורכבים עם פצע שלא מתרפה, עם סטומה, אי ספיקת לב ועוד ועוד. השרות הוא בחינם. המטופל לא משלם דבר. זו דוגמה לשירות הכי שוויוני שיש כי חולה מקריית שמונה מקבל את אותו שרות כמו חולה מסביון. בהמשך נתקין אמצעי ניטור פשוטים אך מתקדמים בבתי המטופלים האלה ונוכל לשמור על בריאותם עוד יותר טוב.

התפתחות טכנולוגיות התקשורת והרפואה המקוונת יצרה תחום רפואי חדש. נכון לבחון אותו בכלים חדשים ולא לפי כללי "העולם הישן". למכבי כבר יש יכולות רחבות בתחום הרפואה המקוונת שמשפרות מאוד את השרות לחולים מורכבים בדגש על מצפה רמון, אילת, קריית שמונה, כרמיאל. זו רפואה נכונה שמגבירה את היענות המטופלים, מקטינה חסמים של מרחק, מקטינה הוצאות עבור המטופל, מייעלת את ניצול זמן הרופא ועוד.

אבל אין לי יכולת תקציבית להקים עוד שירותים כאלה. גם את המומה לא הקמנו לבד אלא בעזרת כספי תרומה שגייס פרופ' מוטקה שני ממכון גרטנר.

שירות כזה לבטח משפר את בריאות המבוטחים והשרות בכלל, בתחומים ספציפיים אנחנו כבר רואים גם יתרון כלכלי כמו בחולי סטומה למשל. אני מעריך ומקווה שלטווח הארוך, השרות הזה יכסה את עצמו. אך המדינה לא משקיעה אגורה שחוקה בפיתוח הקהילה. כל תקציב הפיתוח שלה מופנה לבתי החולים וללשכות הבריאות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

תהליכי פיתוח ובינוי שירותים חדשים בקהילה הוא רק על חשבון הקופה. אגב כדי לתת דוגמה קצרה נוספת לחוסר ההיגיון הזה – אפילו את הוצאות המיגון הבטחוני ואת החיזוק מפני רעידות אדמה – אנחנו עושים על חשבוננו הגירעוני ממילא.

יש נושא קריטי נוסף שאתם כלל לא דנים בו – **תכנון ומחסור בכח אדם**. פעם נוספת הפוקוס הלאומי הוא על בתי החולים. המערכת ומשרד הבריאות כמעט ולא קידמו בדרך כלשהי את מקצועות הקהילה. מדובר על רופאי משפחה שהם הליבה ב"ה" הידיעה של מערכת הרפואה הציבורית. חסרים היום מאות רופאי משפחה ובקרוב יחסרו עוד ועוד. גם כאן השטח פעל על חשבוננו וללא תמיכה ממשלתית ומכבי והכללית הקימו כל אחת על חשבונן תכניות התמחות לרופאי משפחה.

למה? איפה המערכת ואיפה משרד הבריאות?

תחום מרכזי נוסף ברפואת הקהילה הוא רפואת ילדים – כאן בולט פן אחר של זווית הראיה הצרה של הבעלים של בתי החולים. תכנית ההתמחות ברפואת ילדים בבתי החולים מתמקדת בעיקר במחלות קשות המחייבות אשפוז במחלקות וביחידות השונות בבית החולים.

רוב רובם של הילדים הסובלים מהמחלות "המודרניות" אינם מגיעים לבית החולים. מדובר על סוכרת בילדים, יתר לחץ דם, השמנה בילדים ואסטמה. הסבבים של המתמחים בקהילה זניחים מבחינת לוח הזמנים ולעיתים לא קיימים בכלל. רופא הילדים ה"מומחה" שיוצא לקהילה לא קיבל הכשרה רצינית לטפל במקרים אלה המהווים חלק נכבד מעבודתו.

יש לכך פתרונות כמו התמחות משולבת בקהילה ובבית"ח או התמחות ברפואת ילדים קהילתית בקופות החולים במודל התמחות ברפואת משפחה. אך אף אחד לא מקדם את הנושא הזה ברמה הלאומית.

במקום זאת יש תחרות פרועה על כוח אדם. תחרות שאינה מנוהלת והחזק מנצח. בית החולים הגדול במרכז הארץ תמיד ינצח את ביה"ח הקטן מהפריפריה בקרבות על כוח אדם. בית החולים תמיד ינצח את הקהילה. אך משרד הבריאות לא פועל כדי להסדיר את התחרות ולנתב את המשאבים בצורה מושכלת בין המסגרות השונות. גם מבקר המדינה התייחס לנושא עם דוגמאות שלא ארחיב עליהן כאן.

לסיכום:

אני מאמין שתהליך נכון מייצר בהכרח תוצאה טובה יותר. לצערי כאן, יש תהליך לא נכון. הרכב הוועדה שחסר כל ייצוג לקהילה, ובחירת הנושאים שרובם לא בליבת מערכת הבריאות הציבורית. זו החמצה גדולה.

הפוקוס של כולנו חייב להיות על השרות למטופל. לא רק על מבנה המערכת והיחסים בין נותני השירותים אלא על השירות הכולל לאזרח. גם כאן - לבתי החולים יש כברת דרך עצומה להתקדם כדי להדביק חלק מהפער ביחס לקופות.

למערכת חסרים משאבי עתק. חלק מהותי מהמחסור הזה נובע מבעיות פנימיות של חוסר יעילות, כפל תשתיות ועוד. אפשר להקפיץ את המערכת קדימה אם נפתור את הבעיות הפנימיות האלה אך כמובן שבכל מקרה נדרש בהחלט להגדיל את התקציב מטעם המדינה.

אני גורס שעל הוועדה הזאת לשקול מחדש את הנושאים שעליה לבדוק. על הוועדה להתמקד בתכנון מחדש של הפעילות בקהילה ושל הפעילות בבתי החולים תוך בניית ממשק יעיל בין הקהילה לבית החולים לרווחת המטופל. כך יהיה ניצול מיטבי ונכון יותר של משאבי המערכת ויש סיכוי של ממש לשינוי ולשיפור הבריאות שכולנו נעניק לאזרחי מדינת ישראל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יש מספר נושאים שכלל לא נגעתי בהם אך הם בעלי חשיבות וביניהם: חינוך לבריאות ולצרכנות בריאות נכונה. מכבי עשתה לפני מספר שנים קמפיין בנושא שימוש באנטיביוטיקה שהצליח מעבר למשוער. חינוך לבריאות הוא בהגדרה תפקיד משרד הבריאות אך בפועל כמעט ואין פעילות בתחום הזה.

יש מדינות שהפעילו קמפיינים שלמים לצמצום פניות מיותרות למיון – המצב בישראל מחייב פעולה כזו גם כאן. בחומרים שנעביר לכם יש דיסק-און-קי עם דוגמאות רלוונטיות. יש לטפל גם בנושא ההשתתפויות העצמיות תוך מציאת מקור תקציבי חלופי לקופות החולים וכמובן להיכנס לעבודה מקיפה בנושא הביטוחים הסיעודיים, בתי האבות, מרכזי טיפול יום ועוד בראייה קדימה לקראת האצת הזדקנות האוכלוסייה.

נושא אחרון שחייבים לחזור ולהדגיש אותו הוא השחיקה התקציבית המובנית של כלל המערכת העומדת על יותר מתשעה מיליארד ₪ בבסיס במונחי 2013 וזאת בתחשיב שמרני. ברור שבמצב הכלכלי הנוכחי קשה לצפות שיזרימו את הסכום הזה אבל חובה על כולנו, החל בשרת הבריאות, דרך הוועדה ומנהלי הקופות וביה"ח להילחם על הגדלת תקצוב המערכת. המלחמה היא לא נגד משה שיושב כאן אלא נגד המדיניות האוצרית. דווקא משה יכול להיות זה שיעשה את ההבדל על ידי מלחמה מדלת לדלת במסדרונות האוצר עבור מערכת הבריאות.

החזון שלי הוא קהילה חזקה, איכותית, פרוסה היטב וזמינה. לצד מרפאות הרופאים והסניפים הקיימים, יש לפתח מרפאות אזוריות מורחבות הכוללות דימות, כירורגיה קלה ומעבדה.

רופא המשפחה עומד במרכז הטיפול בחולה ומנהל אותו עבור החולה. הראייה שלו היא רפואית, שירותית וכלכלית.

במקביל לחיזוק הקהילה יש למקד את פעילות בתי החולים בעיקר ברפואה חריפה ולבנות ממשק איכותי ומלא בין הקהילה ובתי החולים.

החזון הזה הוא בר ביצוע והוא בעל התועלת הטובה ביותר בהיבטי עלות-תועלת עבור החולה, המערכת והמדינה.

יכולנו להמשיך לנושאים חשובים נוספים ובין היתר להציג בפניכם את זווית הראיה של המטופל ואיך ניתן להציע לו רצף שירותי מלא בקהילה, במעבר לבית החולים ובשחרור ממנו. זו אגב לא אוטופיה אלא משימה ברת ביצוע ומחויבת המציאות.

אבל נוכח הצורך להתייחס לנושאים שהגדירה הוועדה אני מעביר את רשות הדיבור לפרופ' אבי פורת וד"ר נורית פרידמן שיציגו את עמדת מכבי ביחס לנושאים שהגדירה הוועדה.

סיכום עמדת מכבי:

אין כאן פרוטוקולים מזוהים אך אני גאה בעמדה שלנו ותפקידי הוא להשפיע עליכם לקבל אותה. לכן באתי לכאן לדבר בפניכם ואת אותם דברים אומר מעל כל במה מעתה.

התכנסתם בשביל ארבעה נושאים:

כפל הביטוח – אנחנו רואים שכבר מתחיל להיות מטופל במשרד האוצר

ניגוד העניינים – במשרד הבריאות כבר מקימים מנהלת כפי שהתבשרנו מהתקשורת

רפואה פרטית – המדינה הרי כבר מקדמת במקביל לוועדה שלכם, הצעת חוק עם משמעות ברורה מאד.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אז לשם מה אתם כאן? האם רק כדי להגיע למסקנה שגויה אך מוכתבת מראש לפיה נדרש שר"פ?

וגם אם תמליצו על שר"פ, אני שואל אתכם, מהיכן יבוא הכסף?

לכן אני מעריך שלא יתקיים שר"פ גורף בכל בתי החולים וזאת שוב מהסיבה הפשוטה שלא תימצא דרך לממן זאת.

אני שב ומציע לכם לעיין בחומר שלנו ולבחון מחדש איך אתם מייצעים לחזק את הרפואה הציבורית בישראל.

**** דוברת נוספת מטעם מכבי: ד"ר נורית פרידמן, מנהלת המחלקה להערכה ומחקר בקופ"ח מכבי. מדברת בנושא איכות השירות הרפואי שניתן בקופה. דבריה מתייחסים למצגת (מצורף בקובץ POWER POINT).**

**** דובר נוסף מטעם מכבי: פרופ' אבי פורת, לשעבר ראש חטיבת הבריאות במכבי וכיום ראש מכון המחקר בקופ"ח מכבי. מדבר בנושא הרחבת מודל השר"פ – שגיאה.**

**** דובר נוסף מטעם מכבי: רו"ח שעייה זילונקה, לשעבר חשב משרד הבריאות, וכיום ראש אגף כספים ותכנון במכבי.**

שאלות והערות:

פרופ' פורת: הרופאים קובעים הכל, את הנחיצות של הניתוח ויוצרים את התורים. אני אשאיר לכם את כל החומר (בקובץ המצורף). יש פער כמעט בכל תחום רפואי בין הרפואה הפרטית לציבורית. נותן דוגמא על ניתוח קיסרי, כאשר הרופא הכונן דוחף את המטופלת לעשות את הניתוח בשר"פ, למרות שהוא גם ככה כונן בבי"ח ויטפל בה בכל מקרה גם במסלול הציבורי. כל פעולה שמוסתת לשר"פ, המטופל משלם Fee for service – עודף ניתוחים משמעו עודף סיבוכים.

דוברות: לפי זה עוד יחשבו שלא טוב לעשות ניתוח...

פרופ' פורת: הסיבוכים הם אוניברסליים, ללא קשר לאינדיקציה לניתוח. כולל תמותה. נקודה קריטית נוספת – אם כל הרופאים הולכים לשר"פ, לא יהיה מי שילמד מתמחים. יש כמה תנאים יסודיים לשר"פ – בסיס של מידע על תורים, שקיפות של המערכת לציבור, שתהיה רגולציה ומישהו שיפקח מה כן ומה לא. זה לא כל כך לפקח על בי"ח ציבורי. אם יש כבר רגולציה מאוד קשה להפעיל אותה, ואם היא קיימת היא לא אפקטיבית. זה קורה במדינות נוספות (דוגמת אנגליה). פותחים את זה עכשיו לכלל המערכת הציבורית. בקנדה – כל אזרח יכול להיכנס לאתר של משרד הבריאות, בוחר בי"ח, ומקבל מידע לפי איבר הגוף על זמני המתנה. הציבור רואה את משכי המתנה. המטופל יכול לבחור אם ללכת לרופא אחר או בי"ח אחר.

מבחינת המשמעות הכספית של הרחבת השר"פ המצומצם שקיים היום, להרחבה כללית לשאר המערכת – סדר גודל של 1.8 מיליארד. דמי החבר בשב"ן יעלה ב – 55% כדי לכסות את זה. זה לא יהיה זול כמו היום. הכסף הזה הולך להשתכרות של רופאים ומנתחים. זה מערער את כל המערכת הציבורית וזה מהלך מאוד גדול, אני מציע לא לעשות את זה לפני שיש כלים ששומרים על המערכת.

בנוסף, קיימת בעיית אתיקה בזה שרופא קובע לעצמו את הניתוח במערכת הפרטית לעומת המערכת הציבורית. נקודה נוספת – רופאים נוטשים את המערכת הציבורית לטובת הפרטית, מכל מיני סיבות: עיכוב קידום, עצמאות עיסוק בטכניקה מסוימת, עקרונות מקצועיים ולא רק כסף. בשורה תחתונה הם לא פנויים למטופלים במערכת הציבורית. כל הרופאים רוצים ללכת לשר"פ, רואים את עצמם שר"פ-eligible. תופעה עולמית – כשיש שר"פ, הזדמנות להרוויח כסף, הרופאים מנצלים אותה. מכבי מפעילה פרה-אוטוריזציה – אם חולה מופנה לניתוח, יש בדיקה נוספת כדי למנוע מצב של עודף רפואה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רן: התחלנו להפעיל את המערכת הזו (פרה-אוטוריזציה) בצנתורים, זה חדש לגמרי.

יעל: ממתני זה?

רן: זה עדיין לא על כל הניתוחים, אלא על הדברים הבעייתיים ביותר.

פרופ' פורת: אני מאוד מאמין שבינואר 2014 תהיה מערכת של מדידת תורים, מערכת של תמחור מחדש כדי להפוך את זה לכדאי לבי"ח. הרבה ממה שמנסים להשיג פה יושג בכל מקרה.

רן: מודל מכבי שונה ממודל הכללית. הרפואה העצמאית של מכבי היא הרפואה הציבורית שמוגדרת "מגן כסף". זה הבסיס של הרפואה של מכבי ואין זמן להסביר את זה. אני מאוד מאמין במה שאמרנו פה לגבי מה שהועדה לא מתכוונת לבדוק. לדעתי זה הנושא וזה מה שאתם צריכים לטפל בו ולא מה שבחרתם להתייחס אליו. לגבי הביטוח הכפול – אין מה לדון עליו. לגבי הרפואה הפרטית – זו בעיית הרפואה הציבורית בישראל!! ממש ממש לא! אני מקווה שהצלחנו לשכנע אתכם שאתם הולכים לא בכיוון הנכון ויש הרבה חומרים שהשארנו ונהיה מוכנים להגיע לפה שוב ולענות על כל שאלה אחרי שתעיינו בחומרים. לשיקולכם.

דוברות: תודה רבה. מחכים מאוד. שאלה – אין לי ספק שהרפואה בקהילה היא המקור, אך לטעמי ירדת יותר מדי על רפואה מאשפזת. מהשקף שהוצג – אנחנו נמצאים באחד המקומות האחרונים במדינות המתפתחות במספר מיטות אשפוז. איך אתה מסביר שגם המערכת האשפוזית במצב קשה מאוד?

רן: במדינת ישראל הקהילה מאוד טובה, טובה מרוב המדינות. הקהילה הטובה גורמת לכך שבאופן יחסי צריכים פחות מיטות. אתה רואה את זה בהתנהלות של מכבי. אנחנו גם יותר צעירים.

דוברות: אתה הצגת קו מדעי. יש שתי חלופות – רפואה פרטית נפרדת מהציבורית, כמו שנעשה היום, רופאים שונים במתקנים שונים. הצגת את הקו שלך. עד כמה שאני יודע את הספרות – יש טיעונים לכאן ולכאן. גם בכל אותן שאלות יש כמה מאמרים שמראים שזה יוצר ביקושים, וכאלה שמראים שזה יוצר יתרונות של החלופות.

פרופ' פורת: כשמסכמים את הספרות, זה מה שהוצג כאן. ההיבט הכלכלי אם יש לך בחירה, כל אחד מראה את הבעייתיות של שוויון, כלכלה וסיכון בריאותי. בנוסף, הכמות הופכת לאיכות. שר"פ מוכר כמו זה שבארץ, כאשר יש כוחות שוק שפועלים. עברתי על ספרות גדולה ואני מזהיר את הפורום הזה שמה שטוב מבחינתי שכל מה שאמרתי זה מאוד מצומצם, יש היבטים שלא ציינתי.

דוברות: היכן שאין מרחב בחירה בשל היצע קטן של רופאים, אם יש בתחום הזה שר"פ, אם בוחרים ואז מחכים – האם יש נתונים בתחומים שונים שמה שמבדיל זה היצע הרופאים וסיבות הבחירה? יש פה העדפות ציבור לתת לאדם בחירה, זה מה שהוא רוצה, הוא רוצה לשלם על זה. יש נתונים שאומרים שאין בתחומים מסוימים בחירה כי יש רק שני רופאים באותו תחום. האם השר"פ מתאים בכל התחומים כשאר ההיצע הוא שונה? הסיפור הוא שאתה הולך לשר"פ בכל מקרה, גם אם אין לך מרחב בחירה.

פרופ' פורת: מה שמניע את הרפואה הפרטית זה תורים, מעבר לבחירה. אם המטופל צריך להמתין זמן ארוך, הוא ייתן העדפה לקיצור הזמן מאשר לבחירה ברופא. המטרה היא לקצר תורים. קודם כל שיהיה מי שיתח אתה. זה סדר הפעולות ואסור לבלבל. אצלנו זה מופיע יחד. בארץ אין מערכת למדידת תורים. אני דוברתי על כירורגיה כללית, בכל מחלקה יש חמישה מנתחים. ראינו שזה לא עובד כי כל המנתחים רואים את עצמם רשאים לעשות שר"פ ברגע שהם בכירים. המוניטין עובד, אבל צריך גם לפרנס את כולם. אחד המניעים זה דאגה לתעסוקה לרופאים, כל מנהל מחלקה דואג ל"גיובים" שלו, שתהיה מספיק פרנסה וזה נושא מורכב. כשיש לך הרבה, זה תלוי איך אתה מספק. המטופל רוצה לא לסבול מפרק הזמן הממושך.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני ציפיתי ועדיין הייתי מצפה לקבל נתונים על "אסותא". חלק מהנתונים לא מאוד שונים ממש שקורה ב"אסותא". כל מה שאתם אמרתם על הניתוחים, בקרת איכות ומספרים. אני לא מבינה את ההבדל בין רופא כונן שעושה עבודה בבי"ח אחר או ב"אסותא". אני חושבת שהנתונים שם הם קריטיים כדי להבין מה קורה שם. אני רוצה להיות ישירה – ברור שלמכבי יש אינטרס ברור מלכל המערכת לא לפתוח שר"פ. זה יכול להוריד מחירים ורווחים. אם אפשר להתייחס ולהרחיב בנושא. האם אפשר לקבל את סוג הניתוחים שהולכים ל"אסותא" ואת סוג הסיבוכים שקורים. הדבר הנוסף – לא הבנתי את כל ההערות בנושא הרופאים. יותר מדאיג אותי הרופאים שלי. אני מבוטחת שלכם, חשפתי את זה בפני הוועדה. עד היום היה לי אמון מלא ברופאים שלי, בתור היפוכונדרית... אבל פה העניין – אני רוצה להבין – איך אתם חושבים שהרופאים של מכבי שרובם עובדים בבתי"ח והמניע המרכזי להחליט על טיפול רפואי, על פרוצדורה שיכולה לפגוע מאוד באנשים, יניע אותם שאלת הכסף? האם בתור משקל האם אתם מעודדים רופאים ליצור התנהגות מסוימת? אני מאוד שמחה שאתם תשמיעו את מה שיש לכם להגיד בכל במה, חשוב לא לשמור את זה בבטן. אנחנו יודעים מה הולך להיות, זה מדרבן לעשות את זה כדי שהאדם ירגיש רע אחר כך.

רן: אנחנו נתנו נתונים למבקר המדינה ואפשר לראות בדו"ח שלו נתונים שאספנו, וזה יכול לשמש אתכם. אני לא אומר שלא יכול להיות שרופא יגיד למנותח בוא תנותח ב"אסותא". אלא בדרך כלל זה "בוא, אתה פה, אנתח אותך ב"אסותא", ולא – לך הביתה ובוא ל"אסותא". אנחנו קשובים לביקורת, וכשאבי דיבר על הפרה-אוטוריזציה, זה שינוי מהפכני. הייתה ביקורת, והיום "אסותא" בונה עצמה אחרת לחלוטין, וגם כמכבי שעושה חלק מהפעולות שם אנחנו בודקים, ו"אסותא" לא מוכנה לנתח ואז הולכים לנתח במקום אחר. אני חושב שבגדול את לא צריכה להיות מודאגת מהרופאים בישראל. חלק גדול מהרופאים עובדים גם שם וגם פה, אף אחד לא טוען אחרת.

דוברות: הנושא המרכזי הוא לדעתי הווליום הצפוי במסגרת השר"פ, שיעבור מהרפואה הציבורית לשר"פ עם המשמעות שלו ללא תוספת ערך רפואי, בלי ביקורת על הרופאים.

דוברות: דיברתם בגילוי לב על ריבוי הכובעים וניגוד העניינים. אתם רואים קושי בניהול בתי"ח והאם גם זה לא ריבוי כובעים?

רן: לנו יש את "אסותא", לכללית יש עשרה בתי חולים. אני לא חושב שהבעיה היא מי הבעלים אלא החיבור של הרגולציה. ברגע שאתה כרגולטור בעל ביי"ח, יש לך קושי להפעיל את הרגולציה כשהוא בבעלותך והכנסותיו חשובות לך. אני חושב שצריך להכפיף את כל בתי"ח לקופות החולים. אני רואה את זה בכללית ואני עומד מאחוריו זה. השירות והניהול בבי"ח של הכללית הוא יותר טוב מהממשלתיים. רואים את החיבור לקהילה, הם מווסתים בצורה נכונה ומנתבים את הקהילה בצורה יותר טובה.

דוברות: אני מדגישה את אסותא כבי"ח פרטי.

רן: המדינה הציעה שנרכוש את "וולפסון". אני אומר שבתי"ח יהיו ת.פ. קופות החולים, והרגולטור יבצע בקרה ויקבע מדיניות ויוביל מהלכים גדולים קדימה. קשה לו לעשות זה כשהוא הבעלים של בתי"ח.

דוברות: הרגולציה יחד עם ניהול ביי"ח. אני כחשב משרד הבריאות, 50% מהזמן שלי היה בתי חולים;

דוברות: רציתי לשאול – לי יצא לקרוא שיש מחסור ברופאי משפחה, ויש יוזמות במקומות שונים שתחום של אחיות להכשירן לבצע את התפקיד. האם תתמכו ביוזמות כאלה?

רן: דעתי האישית – במערכת יש בעיות גילדאות, גילדת הרופאים וגילדת האחיות וזה מגביל את היכולת לפרוץ את הגילדה. השר לפניך רצה ללכת עם "אורט" להכשיר אחיות.

יעל: מה עמדתך?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

רן: חייבים לפרוץ את הגילדה ולמצוא פתרונות. הייתי עכשיו בארה"ב ופגשתי ארגון שיש לו הרבה בתי"ח שהקים עכשיו ביי"ס לרפואה. החודשיים הראשונים לפני שמתחילים ללמוד הם לומדים להיות עוזר רופא, ומהיום הראשון בלימודים הם משמשים כעוזרים, הם עובדים, הם תופרים, כל מה שמותר לאותו אדם. אנחנו הולכים למצב לא פשוט - חוסרים באחריות, ברופאים במרדמים, וצריך להעביר את זה לאחרים.

דוברות: הייתי שמחה אם בוועדה גם נעלה את הנושא של חלוקה להתמחויות. יש מקצועות מבוקשים, וכאלה שיש בהם מחסור. אולי כדאי לאזן את ההתמחויות, אם הוועדה תחליט לעסוק בנושא. חלק מהסמכויות היום הם של הר"י וחלק של משרד הבריאות.

יעל: זה לדיון הפנימי.

פרופ' פורת: הכוונת התמחויות.

דוברות: השליחה מהפרטי לציבורי (כמו בדוגמת הניתוח הקיסרי) – כדאי שיהיה בסיס מידע ונתונים.

יעל: יש לנו דיון פנימי, שאלי שאלות למכבי בלבד כרגע.

דוברות: רציתי לשאול על השר"פ ב"אסותא" אשדוד. ביי"ח ציבורי שיהיה בו שר"פ. האם אתם חושבים שתצליחו שם להתמודד עם הבעיות שתיארתם לטובת חיזוק המערכת הציבורית?

רן: בית החולים באשדוד הוא קטן ושם זה לא יהיה דרמטי. אני לא איכנס לכל הנושאים, זו לא תשובה מלאה. ההקמה שם היא יש מאין. עוד 4 שנים, אין ביי"ח ולוחצים על כפתור. יש רופאים וקרוב לאלף אחיות. פנו אלינו להוריד את השר"פ, ואחד התמריצים שלנו להקמה זה השר"פ. להביא רופאים לאשדוד שזה לא מרכז הארץ זה לא פשוט, אחיות זה יותר קל, מסתבר שהן גרות באשדוד... השר"פ עוזר במקרה הזה.

יעל: מה ההבדל בין המרכז לפריפריה בעניין הזה? אתה מסביר על אשדוד, למה ב"אספ הרופא" זה אחרת?

רן: יהיה קשה להעמיד ברגע נתון רופאים, והשר"פ מהווה תמריץ. הבעלות הפרטית, זה ביי"ח בבעלות פרטית, "אסותא" עצמה היא חברה בע"מ, דומה לבעלות של הדסה ושערי צדק וזה נופל במתווה. העניין המרכזי הוא כוח האדם.

דוברות: אני רוצה לפנות לנושא של הקהילה. יש רוב למבוטחים ב"כללית". הזכרת שהיצע קובע ביקוש, האם זה ההסבר לכך? האם יש תחרות חיובית בין הקופות בפריפריה? והאם למכבי יש כלים להיכנס ולייצר?

רן: צריך לזכור שפעם היה רק "כללית". כל המדינה הייתה כללית. כל התשתיות של הכללית נפרשו והקופות האחרות באו לאחר מכן. מכבי הייתה קופה עירונית בת"א והתפרשה. יש אזורים בפריפריה בהם מכבי מאוד חזקה. עיר כמו ערד, שם אנחנו 50%, גם בכרמיאל, בדימונה, באופקים. יש גם בעיה בעניין התחרות, לא עוברים בין הקופות, ומצד שני הקופות משקיעות יותר מדי – באלעד השירות הכי טוב כי הילודה הכי גבוהה. הקופות מתחרות בצורה בזבזנית, אני אומר זאת באופן גלוי. הדשא של הקהילה לא בוחק, התחרות צריכה להיעשות אחרת. צריך לעשות חוק כמו שהיה, שעד 10,000 איש רק קופה אחת נותנת שירות.

דוברות: קשה לנו להבין איך המערכת הפרטית שהיא מחוץ לציבורית מתנהלת, בלי להבין איזה סוג נתונים פתוחים מה קורה להם, ואיך הם באים בממשק עם המערכת הציבורית? האם תוכלו למנות מישהו שיעביר נתונים?

רן: אספנו הרבה נתונים לקראת מבקר המדינה, ונוכל להעביר אותם.

דוברות: כדי למשוך רופאים נאמנים וטובים לאילת, למשל, שזה יותר פריפריה מאשדוד, מה צריך לעשות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

רן: בהינתן שהמדינה תיתן שר"פ רק בפריפריה ובאזורים שקשה להביא רופאים, שיחזקו שם את הרפואה, אני לא חושב שזה רעיון רע. אני לא אומר שהתשובה שלי מכרעת, זו אפשרות בהתייחס לתמריצים אחרים.

דוברות: לא כל כך ברור לי. אתה מנהל קופה, מקבל כסף מהקופה. אם אתה חושב שמתאשפזים יותר מדי, תדאג שלא יתאשפזו. אני מבין שזה קורה דרך המיון ולא בשליטתך. תנהל את הקופה יותר טוב שלא יגיעו לאשפוזים. מה צריך לשנות? נוסחת הקפיטציה נותנת לך את הכסף לנהל את זה. האם משרד הבריאות מוציא יותר מדי כסף על תשתיות? האם הכסף הוא יותר מדי והיה צריך להגיע לקופות? האם היה צריך להגיע להגדלת תקציב הקפיטציה?

רן: באופן בסיסי הקפיטציה וכספי הקופות הם בשחיקה מתמדת ובחסר גדול. מאידך בתי החולים מתוגמלים יותר, ובצורה אחרת. אני משלם את הכנסות בתי החולים. הם מתוגמלים לפי ימי אשפוז. אתה מכיר את הנוסחה, הם מקבלים יותר לפי ימי אשפוז. משום שיש חוסר במערכת, צריך לקחת את המערכת בכסף הזה ולסדר את זה בתצורה יותר טובה. היום אין שליטה במערכת – אין מיטות, אז בונים מגדל. התקן פה מגוחך, המיטות במסדרון נחשבות בתקן, בתחשיב של ביה"ח. בואו נבנה את המערכת בצורה כזו שלביה"ח יגיעו פחות אנשים, שזה יותר זול.

שעיה: אנחנו נלחמים על אותה עוגה. נוצר מצב שתקציב מדינה שבדלת האחורית חוזר לתקציב מדינה, והפער בין מחיר האשפוז ליוקר הבריאות חוזר חזרה לתקציב המדינה. אנחנו לא משלמים את מלוא המחיר על האשפוז, ואז חסר כסף. בואו נחשוב על העתיד ולא על רפואת העבר. האמצעים משתנים, זה כבר לא רופא כרכרה שמגיע הביתה עם התיבה שלו. דרך המכשור זה חוזר חזרה לתמונה הזאת. החוק נתן למדינה את אמצעי השליטה את כמות המיטות, וזה הרישיון של ביי"ח שרוצה לשלוט על ההיצע שיוצר את הביקוש. ביי"ח בכל שטח פנוי שיש לו שם מיטה. שימו לב מי היה הגורם שנלחם הכי חזק להוסיף את המיטות, זה היה הר"י. למה פתאום נלחמו על המיטות? כי יש יותר מיטות. יש חללים שנבנו ללא תרומה של המדינה. התקינה של כ"א והרופאים היא מעל המיטות. יש את התקינה של הרישיון, והם צריכים לתת שירות לפי כמות המיטות בפועל, ואז יש מלחמה להוסיף מיטות ברישיון.

פרופ' פורת: אם תסתכלו במדינות הסקנדינביות שם יש מערכת בריאות חזקה, ההיזקקות שלה למערכת הבריאות היא חלשה. במצב הבריאות הנוכחי יכול להיות שחסרות מיטות, אך המטרה היא לא להגדיל מיטות אלא להגביל את הקהילה, וזה נובע דרך מערכת חזקה.

יעל: תודה רבה. זו הייתה הצגה ברורה וגלויה ואמיצה. אם הייתם עושים שיעורי בית הייתם רואים שאין רוב למשרד הבריאות בוועדה. אין נציגים כמעט של בתי"ח, חוץ מאחד שלא מייצג כאן קופות חולים. אנחנו מדברים על חיזוק הרפואה הציבורית אנחנו עוסקים בכל, בכל נושא, כשהבעיה האקוטית היא אשפוז בבתי"ח. אנחנו נפגוש את כל אחד מנציגי הקופות. יש פחות בעיות בקהילה, ופחות נעסוק בזה.

אני ממש מתפלאת מאיפה העלית על דעתך שקבענו מראש את המסקנות. זה מעליב וזה משולל כל יסוד. זה לפגוע בכל אחד ואחד מחברי הוועדה. אנחנו לא יושבים פה רק כדי לחזק. יושבים פה אנשים רציניים עם ניסיון רב, הם באו כדי לשמוע באוזן קרויה ונפש חפצה, כדי לקבוע מה שבאמת טוב לבריאות בישראל. תודה רבה!!

**** מציג שלישי בפני הוועדה: ניסים אלון, מנכ"ל קופ"ח לאומית. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWER POINT).**

שאלות והערות:

דוברות: המחירים הנמוכים (שנותנים בתי"ח הפרטיים לקופות) הם לכל הקופות או לקופות מסוימות?

ניסים: לכל הקופות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניסים: רויטל מוציאה לי דו"ח פעם בשנה, ואומרת בדיוק כמה הקופות מחזירות מההוצאות שלהן. כמו חברות הביטוח גם משרד הבריאות למד. היא אומרת לי שאני לא טוב, כי ה - LOSS RATIO שלי הוא 70%. איך היא עושה את זה? היא מעבירה מהסל לשב"ן. היא מעודדת אותי לקנות ביי"ח פרטי ולהפנות את כל המבוטחים לפרטי. אני לא נותן פתרונות, אני מעודד לעשות את זה.

דוברות: את רוצה לעודד את הרחבת השב"ן על חשבון הציבור? לא אני אמרתי, המדינה אמרה.

ניסים: אני מסביר לכם למה יש תנועה.

דוברות: מבחינת הקופה אין הבדל בכסף, זה הכסף של הקופה, אותו כסף.

דוברות: ההצגה שלך לא נכונה. אתה נותן בשב"ן בחירת מוסד רפואי ובחירת מנתח, כשאתה לא נותן את זה בסל. בסל הבסיסי אתה לא נותן את האפשרות הזאת.

ניסים: כשאני עושה ניתוח מעקפים בבי"ח בסל שעולה 50 אלף ₪. חייבתי את הסל ובפרטי החזרתי לו את הסכום שלו מהסל. אני רוצה שהשב"ן שלי יפסיד כי ה - LOSS RATIO שלי נמוך.

דוברות: הסמכות היא של השרה שמואצלת אלי. כשהוא צריך להכניס שירות בלי תוספת של פרמיה, זה מועבר אלינו. כל שינוי בפרמיה, בהשתתפות העצמית, כל שינוי תכנית מועבר אלינו. בין היתר אנחנו מסתכלים לראות כמה עודפים יש לו בשב"ן ואם זה לא מוגזם.

דוברות: הביקורת שלך ניסים, היא על כל המבנה, לא על מישור ספציפי.

ניסים: יש קופה שיש לה ביי"ח פרטי ורוב הניתוחים הולכים אליה, ה - LOSS RATIO שלה גבוה ואז הכל הולך אליה.

דוברות: העניין של מכבי רוכשת במחירים גבוהים נבדק על ידינו בימים אלה. בגלל זה שיעור ההפסד של מכבי נראה גבוה. כשאני מסתכלת על תכנית יעילה אני לא מסתכלת על LOSS RATIO. העניין הוא יציבות כלכלית של התכנית. זה מה שאנחנו מסתכלים כשאנחנו באים לאשר או לא בשוטף.

ניסים: עמדתי ברורה.

ניסים: אני מסכים איתך שיש לי תחרות. אני משתדל להציג עמדה ממלכתית שלא בהכרח טובה ל"לאומיות", אבל היא טובה לאזרחים.

יעל: כל הכבוד!

ניסים: אני עומד מאחורי כל מה שאני אומר. אני אומר את כל מה שאני חושב, ואין לי שום בעיה שזה יתפרסם.

דוברות: יש לך משהו אישי נגד הוועדה? (צוחקים...).

ניסים: בשנתיים-שלוש האחרונות זה הגיע לטירוף וסחרור מוחלט. מי היה מאמין שמכבי קיבלה אישור לפוליסה הכי דרמטית? איך יכול להיות?? עכשיו אני בא ואומר, אתם לא תאשרו לי??

דוברות: אני רואה את השקף ושומע אותך, אתה יכול להסביר לי מה הבעיה? זה שפירמות מציעות מוצרים, זה לא דבר רע בעיני.

ניסים: זה שוחק את חוק ביטוח בריאות ממלכתית - שלם כפי יכולתך וקבל כפי צרכך.



דוברות: מדינת ישראל מחויבת לרמת שירותים מחויבת מינימלית וזה חוק בריאות ממלכתית. השב"ן נועד למלא מטרות אחרות. אני רואה לפחות שש מטרות אחרות לשב"ן ואני יכול לפרטן. בגלל השב"ן נשחק החוק.

ניסים: לא! נשחק העיקרון של שוויוניות וצדק חברתי. אין לי בעיה עם משקפיים, אלא עם רפואת השיניים של מכבי. אם תפסת העולם שלך היא כלכלית קפיטליסטית שאומרת שעקרונות חוק הבריאות נחמדים, אבל אם המדינה רוצה להיות חברתית יותר יותר שוויון בבריאות - זה שוחק את החוק.

דוברות: במה זה שוחק? אני לא מצליח להבין – איפה השחיקה פה?

ניסים: כשרפואת השיניים בסל, כל הילדים כולל הלא מבוטחים מקבלים אותה? מקבלים. יש פגיעה בשוויון כשלא כולם מקבלים אותה.

יעל: ניתן לניסים, כל אחד מנסה לפרש אותו. בוא ניתן לניסים לפרש את עצמו.

דוברות: נניח אני לוקח את השב"ן שלך, שהוא יותר נמוך לטענתך בגלל סוציו אקונומיות. קח את השב"ן שלך כבסיסי שכולם יכולים לעמוד בו, האם כל מה שיש מעל זה מטריד אותך בגלל שזה ניתן על ידי קופות חולים אחרות ולא על ידי ביטוח הראל למשל?

ניסים: השב"ן הוא חלק מהוצאה פרטית.

דוברות: אם זה נקרא רפואה, אז צריך להכניס מאמן כושר לתמונה. אם מכבי לא יכלה להציע את הכושר ורכיבת סוסים ודיקור תאילנדי עם אבנים, וכל זה היה בהראל, אז המערכת הייתה שוויונית ולא הייתה בעיה.

ניסים: כשאני אסיים את המצגת זה יעשה יותר סדר. כל קופה רוצה להתחרות עם השנייה, וההוצאה הפרטית עולה. אם זה לא מפריע, אפשר להמשיך, אבל אז תאשרו גם לי. אבל אם לא - שקל אני לא אתן. איך פותרים את זה? מבטלים את השב"ן. זה שוחק את חוק בריאות ממלכתית ועקרונותיו היפים. אני לא יודע אם יש תקציב לתת לקופות או ייסגר השב"ן.

דוברות: קופות החולים אמורות לספק את הסל הבסיסי, בלי השב"ן הוא לא יוכל לממן את הסל הבסיסי? האם מה שניסים אומר, שכרגע הסל הבסיסי על ידי מה שצריך להיות בחוק, איננו מספיק המימון?

ניסים: נכון, זה עוד מס.

דוברות: מה שהבנתי כרגע זה שניסים אומר שקופות החולים ללא השב"ן כרגע לא יכולות לתת את השירות הבסיסי. אני חושבת שהחוק אומר שהכל צריך להיות ממומן בלי השב"ן.

יעל: אין לי תשובה לזה. התשובה תהיה במסמכים ובמספרים.

דוברות: אנחנו יודעים שיש שחיקה בסל. גם הכסף שיש היום הוא לא מספיק. כל הניתוחים שנעשים במסגרת פרטית ויעשו במסגרת הסל, זה יצור יותר גרעון ותהיה שחיקה בסל.

דוברות: את אותו נתח של כסף ניתן לכמת. זה סל משלים שמסבסד את הסל הבסיסי. יש האומרים שזו הייתה מדיניות מכוונת. זה מממן חלק מהסל הבסיסי. העובדה הזאת נתונה. אני לא מציג עמדה. כללי המשחק היום במערכת מעודדים אותי לעשות את זה. עדיף לי לעשות את הניתוח לב-פתוח ב"אסותא" או ב"הדסה", הרווחתי עשר פעמים ולא פעמיים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה בסדר שניסים יציג את העמדה של הילד הרע והבועט. אני רוצה להתייחס לגוף העניין – ניסים אומר שהוא פותח את הסדרי הבחירה באופן כללי וכל בן אדם יכול לבחור מנתח ומוסד. ברוב קופות החולים יש הסדרי בחירה. אם אני נמצא בקופת מכבי או מאוחדת אני לא אקבל טופס 17 להרצליה מדיקל סנטר. אם אני עושה שב"ן, אין שום הצדקה שהסל הבסיסי יממן את זה למבוטחי שב"ן. זה פגיעה בשוויון פר-אקסלנס. צריך להבין את המשמעות של העברת כסף למבוטחי שב"ן, ועדיין להגיד שאנחנו עושים את זה בשם השוויון, כי אין קשר לשוויון.

דוברות: לגבי זה שאין מקורות בסל ולשחיקה – אחד, התופעה של הסטה מהסל לשב"ן היא ידועה. יש גוף בקופה שאחראי על שני הרבדים וזו המשמעות. יש רציו לשב"ן וצריך לדון בזה במקום אחר. זה לא ריאלי להגיד שלא יהיה שב"ן. אם לא היה שב"ן, היו ביטוחים פרטיים ונתח יותר גדול של הציבור היה עושה ביטוח פרטי, אני בטוחה בכך. אפשר לראות את זה מדוגמאות בעבר על הוצאת שירותים אחרים. הרבה מהשימושים יהיו בחוץ ועדיין הסל יוכל לממן את הדברים, יתכן, אף אחד לא יודע להגיד כמה בדיוק. הסכום הציבורי משרת המון דברים. רן ציין תחרות בהיקפים גדולים, מקימים מרפאות בישובים קטנים, כל מיני מקומות של התייעלות בממשק בין קהילה לאשפוז. להגיד שאין מקורות בסל זה פשוט לא נכון.

ניסים: נתתי את התשובה במצגת. אני חושב שבכדי לעשות יותר סדר אפשר לקבוע תקרה מקסימלית לגבייה ממשפחה, ולהגיד לקופות לתת שירותים בהתאם לזה (200 ש"ח ממשפחה). יקבעו סכום כדי שזה לא יעלה, יצמידו אותו למדד יוקר הבריאות. זה לא חובה, צריך לקנות את זה. אחד מעקרונות החוק אמור לבטל את המס האחד. חברות הביטוח הפרטיות באמצעים מתוחכמים, וועדי עובדים ומעסיקים – אתה חבר בוועד העובדים או בוועדים אחרים – יש לך ביטוח פרטי, בין אם אתה רוצה או לא. לא בחינם, בתשלום, אבל זה אובליגטורי. יש כאלה שזה באובליגציה וולונטרית, אומרים שזה חשוב אז עושים. יש אנשים שיש להם ביטוחים בעבודה, ושני בני הזוג מבטחים אחד את השני ואת הילדים פעמיים, וזה חבל. מה קורה עם הביטוח במקום העבודה?

דוברות: זה מפריע לך שזה במקום העבודה?

יעל: זאת אומרת שזה היה ריסק.

ניסים: אני אתן דוגמא שלא רציתי להשתמש בה, אבל בכל זאת – בנוגע לתרופות מצילות חיים שאנחנו לא עוסקים בזה. חלק מהעובדים שלנו מבוטחים בהסתדרות, ויש ביטוח על ביטוח על ביטוח.

דוברות: למה זה מפריע לך?

ניסים: ביטוחים פרטיים – יש סל בריאות, שב"ן וביטוח פרטי. צריך לאסור דברים שלא יהיו בביטוח הפרטי, שהם בשב"ן או בסל. השתתפויות עצמיות – נכון שיהיו, זה מרסן הוצאות וטוב שזה יישאר, בכל מקום שזה בחינם, יש פתח לניצול. בתיירות מרפא אין לי מה להגיד, כל עוד זה לא בא על חשבון האזרחים, אז זה בסדר, זה מביא תירות. התורים זה בגלל הקפינג. אנחנו חושבים שהספק הפרטי מתחרה בציבורי וטוב שכך.

דוברות: האם מדובר על ספקים ממערכת הרפואה הפרטית או הציבורית?

יעל: תסביר לנו מה זה ספק פרטי.

ניסים: אני מתכוון ל"אסותא" ול"מכון מר".

דוברות: אם אותו "מכון מר" ישב באיכילוב, זה יפריע לך?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניסים: כן, בגלל ההסטה. להפריד הפרדה מוחלטת, חומה סינית בין הפרטית לציבורית. צריך לתת את השירות בתוך האשפוז ולא לתת חשבון לקופה. שלא תהיה הסטה, צריך להרחיק. "הדסה" רע מאוד - אני שולח מטופל שלי למומחה ב"הדסה", ואומרים לו שם לשלם 1200 ש"ח, ולא, יראה אותך מישהו אחר. באיכילוב זה אותו דבר, רק לא אומרים לך לשלם 1200 ש"ח. אם זה היה תלוי בי, הייתי אוסר על רופאים בבי"ח ציבורי לעבוד בחינם. הבנו?

דוברות: הבנו, לא בטוח שאני איתך.

ניסים: אם אנחנו באמת רוצים שינוי, מה שמשיע זה ההתנהלות הלא ממוקדת-לקוח של בתי"ח ציבוריים.

דוברות: אתה מציע בחירת רופא ללא תשלום במערכת הציבורית?

ניסים: יש באיכילוב צנתורים. הייתה להם תחרות עם בי"ח ליד, והם שינו את העסק. דיברתי עם רופא שם, מה זה עשה לך? הוא אמר "אני שמח שבחרים אותי". אתה מתוגמל? "אני מקבל משהו למשכורת". למה אתה לא מנתח בפרטי ב"אסותא"? "קשה לי להתפתות ל-5,000 ש"ח לצנתור, כי אולי אני אעשה צנתורים שלא צריך לעשות. אני לא רוצה להיות שם. זה הסיפור, וזה כואב. אנחנו יודעים ש - 25 עד 40 אחוזים מהצנתורים הם מיותרים".

דוברות: אם אתה עושה יחד עם זה פול טיים בבי"ח...

ניסים: מי שרוצה שילך לחברת ביטוח, שיקנה ביטוח, ישלם להם ישירות. אנחנו מדינה חופשית ודמוקרטית.

דוברות: לדוגמא, בפנסיה עשו שמקומות עבודה ומנהלים לא יכולים להיות יותר מעורבים.

יעל: שאלות?

דוברות: אני רוצה להבין את הקטע העקרוני של ביטול הביטוחים הקולקטיביים. איפה הבעייתיות? מבחינת ההוצאה הלאומית או גם ברמת הקופה או הסל?

ניסים: לקופה זה נהדר, שיעשו כמה שיותר ביטוחים פרטיים זה נהדר לי.

דוברות: אם נלך לפי המלצתך, שהשב"ן לא יכול למכור מה שבבסיסי, האמירה שלך תהיה תקפה שלא יכולים להיות ביטוחים קולקטיביים?

ניסים: כן, כי לאנשים יש ביטוח בלי שהם רוצים אותו.

דוברות: אולי סתם עושים ביטוח כי יש את זה נניח בשב"ן.

דוברות: בוא נדבר רגע על ביטוח הר"י לשאלה - זה לא מעסיק אז הוא לא עוזב, הוא לא מפסיק להיות רופא. אם הביטוח הקולקטיבי יכול לגרום לזה שבמקום מה שהולך בחוץ בצורה הכי נורמלית, האיש לא משלם כי זה ממילא בתוכו, אז מה מפריע?

ניסים: אם הוא לא משלם בכלל, אז מי מממן את זה? אני בעד שהאדם יעשה מה שהוא רוצה, מדינה חופשית. לא צריך לשלם דרך תלוש המשכורת, ועד העובדים, שמישהו מכריח אותך. אתה רוצה לקנות ביטוח - באופן פרטי.

דוברות: כמה זה שווה סבסוד המשלים בכסף?

ניסים: ההתנהגות שלנו הייתה כמעט אותו דבר לפני כמה שנים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני רוצה למקד דבר אחד – יש טפסי 17 שמממונים על ידי השב"ן. כמה בכסף הם שווים?

ניסים: אני אבדוק את זה.

דוברות: בכל קופה יש דו"ח.

דוברות: אני רוצה את המספר. אנחנו מדברים על בעיה ואולי היא לא כזה חמורה.

דוברות: בבתי"ח הפרטיים אין הפרדה בין מחיר הניתוח למחיר שאתה משלם על הניתוח, בשר"פ כן.

דוברות: תנסה לבדוק ולתת לי מספר.

דוברות: אם מחר מבטלים שר"פ, כמה כסף אתה צריך?

ניסים: 300 מיליון.

דוברות: עובדתית, 3 מיליארד שקל זה המחזור של השב"ן.

דוברות: זו נקודה מאוד עקרונית, בין לומר כל הכסף לבין לומר חצי.

דוברות: זה נורא קל להגיע למסקנה כמה זה עולה, כמה הוא חוסך. הסכום שהוא חוסך הוא לא משלם בשב"ן, זה הסכום אילו היה קונה בסל הבסיסי.

דוברות: לנו יש מספרי ניתוחים וצריך להכפיל את זה.

יעל: שמישהו יביא לנו את המספר.

דוברות: אפשר לעשות את המכפלה הזאת, אפשר לבקש.

ניסים: הניתוחים בפרטי יותר זולים מבציבורי, חוץ מהקפינג.

דוברות: חלק מההוצאה הייתה מתקיימת בשוק הפרטי ממילא.

יעל: אלה חלק משאלות המחקר שלנו.

דוברות: משהו מפריע לי - מצד אחד אתה בעד השב"ן, מבחינתך כמנכ"ל בלשון סגי נהור. שאלנו שאלה וענית לא חד וחלק. מה מפריע לך שחלק מהמיליארדים האלו יתנקז וימוסד בשיפור הרפואה הציבורית בתוך בתי"ח ממשלתיים? שתעשה עבודה נוספת, הערכות, תקרא לזה איך שאתה רוצה.. האם אפשר להכשיר את הדבר הזה בתוך בתי"ח ציבוריים בכלל?

ניסים: כל דבר אפשר לעשות. אדוני אני לא מבין אותך. אם יש לי כסף מיותר אני אחזיר למדינה, למה צריך לבזבז במקומות שלא צריך??

דוברות: אם 3-4 מיליארד הולכים ל שלושה ארבעה מקומות, למה שזה לא ילך לחיזוק הרפואה הציבורית?

ניסים: במילים פשוטות, לעשות שר"פ באיכילוב. למה באיכילוב? בכל בתי החולים הציבוריים. ואז יקרה מה שקורה ב"הדסה", ישחקו עם חולה, יעבירו אותו לפרטי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: היום זה לא קורה?

ניסים: פחות. המטופל מאושפז בבית חולים, הוא במיטה, אני מדבר איתך שהוא כבר מאושפז. הוא מיוצב, הוא צריך צנתור. "יש לך ביטוח משלים? תרד למטה, אני אנתח אותך".

דוברות: איך אפשר לבדוק את זה...

דוברות: עשיתם אי פעם חשיבה אם קהילה יכולה להיות משולבת בתיירות מרפא?

ניסים: כן בדקנו את זה. ואין לי שום יתרון יחסי בתחום של התיירות.

דוברות: עניין אותי המשפט ש-בוא נאסור על רופאים בציבורי לעבוד בפרטי. מה ההשלכות של זה?

ניסים: הבעיה היא רופאים, יהיה להם קשה לקבל את זה. פגיעה קשה בשכר שלהם. הרוב יישארו בפרטי.

דוברות: הזדעזעתי מהשקף שהראית - אחות פרטית אחרי ניתוח... מנה ארבעה שירותים שיש בשב"ן שאתה חושב שזה ממש חשוב שיהיה לכולם.

ניסים: בחירת מטפל, חוות דעת שנייה ושיניים.

דוברות: ותרופות?

ניסים: איזה תרופות?

דוברות: שלא בסל.

ניסים: אני חושב שתורפות שלא בסל לא צריך אותם. אם אתם שואלים אותי, אני מדבר ברצינות, אני אומר בדעה של מי שהוא לא רופא. אנחנו מבזבזים מיליארדים בסל התרופות בגלל שאין מנהיג רציני שמסתכל לציבור בעיניים ואומר - זה מיותר. הארכת החיים היא בממוצע 21 יום באמצעות התרופות. אני מדבר ברצינות, זאת שאלת מנהיגות. יש כאלה שזה לא עוזר להם. הרופא לא יכול להגיד לחולה, אין לי תרופה. אונקולוג בכיר יועץ שלנו אומר שזה מוסיף 21 יום, ואם טעה - 30 יום, חודשיים... אומרים לי אתה יודע מה זה יום אחד? אני חושב שזה לא עוזר. מנהיגות ציבורית צריכה להגיד לציבור את האמת, זה לא עוזר, וחייבים להגיד את האמת.

יעל: יש לנו מקרה של אבא שבנו קיבל את כל הטיפולים, ועכשיו הוא צריך לקבל טיפול מציל חיים שעולה הן תועפות. הרופאים אומרים שזה יעזור, מקסימום שנה יאריך את החיים שלו. אתה אומר לאבא הזה שזה לא שווה?

דוברות: יש צורך להפריד בין תפיסה לאומית לתפיסה אישית.

דוברות: יש תכשירים שנכנסו לפני שנתיים-שלוש שהיה ידוע בזמנו שהם מאריכים בחודשיים-שלוש, והיום ידוע שהם מאריכים ביותר. הוא אומר שלהארכת חיים אין משמעות וזה לא נכון. לבוא ולהגיד הארכת חיים של חודשיים לא נחשבת, בעוד כמה זמן זה יהיה הצלת חיים וזה חשוב.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אפשר להציג דוגמא אחרת שהיא חסרת משמעות. אני בקטע של דילמת מקבל ההחלטות. כאשר הבן שלי חלילה יכול לקבל תרופה שתציל את חייו בחודש, אני אשלם כל סכום. שימוש אלטרנטיבי צריך להיות משהו שיחליט מקבל ההחלטות, בתור שר הבריאות.

דוברות: צריך להחליט איפה כדאי לשים את השקל האחרון. זה דיון טעון.

דוברות: אני אשמח להבין ממך למה אתה חושב שמחירי הרכש זולים יותר?

ניסים: שתי סיבות – ראשונה – העסק מנוהל יותר יעיל. שנייה – הקפינג מוריד את המחיר בפרטי. יש פה מכון לא רחוק שהוא מכר לקופה בדיקה קרדיאלית במחיר 1,200 ₪ ואמרתי לו שזה יקר, והוא אמר לי שהוא נותן לי 600 ₪ הנחה. בפועל עם מע"מ זה 1,300 ש"ח. אמרתי לו – אם אתה רוצה שאני אקנה ממך, 600 ₪ + מעמ, ואז אני אעביר לך חלק מהחולים. הוא הלך לבג"צ על הקפינג, והפסיד, ונתן לי ב - 600 ₪. הפרטי מוריד את המחירים. אם יהיה עליו קפינג אני לא יכול לפנות למכון. הציבורי תופס כוח ולא מוריד מחירים.

דוברות: למה בעצם מערכת פרטית מסוגלת לתת מחירים נמוכים ועדיין להרוויח? מעבר לזה, הסלקטיביות באה לידי ביטוי גם במה שאתה עושה, איזה סוג של חולים. יש תקורות שלא קיימות במערכת הפרטית – מיון, מחקרים, התמחות, הוראה – וזה רק במערכת הציבורית, ולכן הפרטית יעילה יותר. יש הרבה מאוד הוצאות שאינן במערכת הפרטית.

ניסים: אין ביי"ח פרטי שנותן את המכלול ליד הציבורי. אני אומר לך, יהיה מעניין עם "אסותא" אשדוד.

דוברות: אשקלון מעניין אותי, קפלן מעניין אותי.

ניסים: אני אשמח ביום שיבוא אשדוד! כשאתה בפנימית אתה יודע מי הרופא שמטפל בך? כשתהיה בפרטי, ועוד איך תדע. הם לא נותנים שירות ממוקד לקוח הם לא יעילים.

יעל: הוא אומר שאם תתני את המגוון הזה לפרטי, תני לו את הכל, ותוך שנה הוא יעקוף את הציבורי.

ניסים: אני אומר שיהיה ראש אגף חטיבת לקוח בתוך ביה"ח כלשהו, וזה רופאים מצוינים.

דוברות: לגבי בחירת מנתח לציבורי – מהו להערכתך אחוז השימוש בבחירת מנתח? לניסיוןך.

ניסים: לא כולם משתמשים בזכות הזו, אני מאפשר להם – זה יצמצם את הריצה לפרטי. הרבה מאוד פעמים כל מה שהמטופל רוצה לדעת זה איך קוראים לרופא. ברגע שהוא ידע שזה ד"ר כהן ויש לו ותק של 6 שנים, הוא לא מחפש את הפרטי. הפרטי יותר מסוכן, הוא לא כזה טוב, אין להם גיבוי, חדרי ניתוח לא טובים, הפרטי הוא ברמה יותר טובה ועדיין ילכו אליו פחות. אני קורא לזה להוריד את הרעלה מעל פני הרופא.

דוברות: אתה רוצה בחירת רופא בחינם – האם אתה בעד לבטל גם את הסדרי הבחירה? כדי שזה באמת יחליף את השירות בשב"ן, כי לא כל הרופאים עובדים באותו מוסד. מעבר לגידול בתורים שרק יחמיר, לא נגרום לעידוד של רפואה שחורה?

ניסים: כשאני אומר למבוטח שלי שהוא יכול לבחור מתוך הספקים בהסדר גם בציבורי, מה שאני מציע זה שאם אני אומר לו שהגעת לאיכילוב למחלקת עיניים, תבחר לך את הרופא שעובד שם ורק שם. לגבי התורים – אנחנו מתמודדים עם זה בקהילה. אני אומר לו שהרופא הזה מבוקש, עובד אצלי פעם בשבוע – תחכה שנה. אתה רוצה רופא אחר, טוב, בוגר הארץ, תחכה שבוע.

דוברות: הטבע האנושי והישראלי יהיה כזה שלא כולם מחכים שנה. תימצא הדרך ברפואה שחורה. ימצאו את הדרך לעבור את המחסום.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ניסים: רופא שעובד בבי"ח ציבורי, למה שאני לא אשלם לו כדי שיטפל בי?

דוברות: יש ונטיל, יש פחות.

ניסים: אני לא סוגר בבי"ח פרטיים. נניח שיקבלו את התכנית שלי, אני מאמין שתעשו את זה, "אסותא" יישאר פרטי, אין שב"ן. בי"ח אחר יישאר ציבורי, אין שר"פ, ויש בחירת רופא.

יעל: זה "מודל בנאי" שיופיע לפנינו. שם זמני....

ניסים: במצב החדש, "אסותא" יישאר פרטי עם כל הרופאים שלו, וכנ"ל איכילוב. המטופל יבחר לאן ללכת, שיתחרו ביניהם, בלי כסף. הוא יקבל רופא ושני מתמחים.

דוברות: אף אחד לא ירצה שמתמחה ינתח אותו.

ניסים: מתמחה לא מנתח לבד, יש רופא לידו.

דוברות: אם אני יכולה לבחור בלי כסף, אף אחד לא יבחר מתמחה שינתח אותו, גם אם פרופסור לידו.

ניסים: אתם שמים לב מה קורה כאן? אתם אומרים אי אפשר, אתם מהנדסי ייצור של פורד (מהמצגת).

יעל: אנחנו מסיימים כי יש לנו עוד דברים. תודה רבה! היה מרתק ונעים.

יעל: אנחנו נשארים חמש דקות למשהו פרוצדורלי.

דורון: אנחנו נכנסים לקיץ. אם אנשים מתכננים חופשות באוגוסט כדאי שנדע. אנחנו מבקשים לשנות את היום בספטמבר, רוב החגים נופלים על יום חמישי. עדכנו אותי ונמצא יום חלופי. אוגוסט - חופשות. בואו נראה באיזה היקפים החיסורים כדי שנדע להתארגן. תעבירו אלי תאריכי חופשות ויום אלטרנטיבי לספטמבר.

יעל: אני מבקשת שתתכנס וועדה קטנה של הראשים המחקריים שלנו כדי להגדיר שאלות מחקר. יש צורך לראות מהן שאלות המחקר. אני אדבר עם דורון לראות את מי מזמינים. יש כאן הרבה רעיונות, ומרוב עצים לא רואים את היער. היו כמה נקודות, לא הרבה, רעיונות מאוד מוצלחים שלא ילכו לאיבוד. הייתי רוצה שבסוף כל יום כזה יהיה לנו סיכום של זה, בבולטים. (היא אמרה שהיא כבר כתבה את זה עבור היום, והיא תמשיך לעשות זאת).

דוברות: מבקש לעצור את הפעילות בנושאים קריטיים שבהם עוסקת הוועדה, עד שנסיים לעבוד.

יעל: בוצע. לא יוצאו חוזרים בנקודות שלנו.

דורון: מאז שפרסמנו את הקול הקורא, יש רק 20 פניות. זה מאוד נמוך. פרסמתי כמה פעמים עם תאריך עד מתי.