



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 25/7/13

דיון פנימי:

דורון: אני מבקש להתחיל בעדכון בנושא העתירה שהייתה לבג"צ על ידי העמותה לזכויות האזרח.

דוברות: אספר לכם על השתלשלות העניינים. התנועה לחופש המידע שלחה מכתב ליעל בו דרשה שכל הפרוטוקולים יהיו גלויים לחלוטין, על בסיס שקיפות מלאה עם תעתיק לכל דבר, ושיפורסמו באופן תדיר ולא רק בסוף. יעל התנגדה לכך במכתב, והם שלחו עוד מכתב בו דרשו שהפרוטוקולים כן ינוהלו כך אפילו אם לא יפורסמו, כדי שבעתיד יוכלו לעתור. אתמול הם פנו לבג"צ, דורשים שמות גם אם לא פרסום מיידי. אתמול הם הגישו צו מניעה כך שירשמו שמות כבר מהישיבה הזאת. ביהמ"ש דחה את העתירה בנימוק טכני - סעד זמני לא יתקבל אם הוא יהיה הסעד הסופי. המכתב נותן טווח זמנים בעתירה, כי יעל מוכנה להיפגש איתם. בינתיים הועדה ממשיכה את התנהלותה בהתאם.

דורון: התשובה מכילה נימוק משפטי באשר לסעד הזמני והקובע, ומכילה כנספח את תשובת יעל לעמותה. תשובתה אומרת את הדבר הבא – יעל עושה חלוקה ברורה בין דיונים שמופיע בהם עד מבחון לבין דיונים פנימיים. בדיונים פנימיים אנחנו נשארים באותה מתכונת - כל מה שנאמר בדיון מתועד לפרטים ללא ציון שמות, למעט שמה של יעל שיופיע בכל הערה או תשובה שלה. זה יהיה נכון עד שלב ההגעה למסקנות והמלצות, אז יצוינו שמות. בדיונים חיצוניים כשמישהו בא להעיד לפנינו, הוא מציג מצגת המצורפת לפרוטוקול, ומי שמעיר ושואל שאלות יזוהה בשמו. השינוי הוא שמהיום כל נושא השאלות מתועד שמית. שאלות ותגובות יתועדו תחת שם הדובר.

דוברות: בסוף במאזן עם עיתונאי, אתה לא יוצא טוב...

דוברות: חשוב לציין שהשינוי הוא משמעותי אך לא מהותי, כי הדיונים החיצוניים לא היו חסויים. עודד שריג, לדוגמה, יכול להציג את כל מה שנאמר כאן ומי שאמר. אין למציגים שום חובת סודיות.

דוברות: עדיין יש הבדל בין זה לבין פרוטוקול.

דוברות: אני רק רוצה לחשוב על משהו ולא צריך לקבל החלטה. כל פעם יש שינוי בעמדה, לא רוצה לקרוא לזה נסיגה. האכיזת היא יותר טובה כשזה לא הכל מרוח בכיכר העיר, האם אנחנו לא מבזבזים על זה יותר מדי זמן? כל פעם יש שינוי, ואני תוהה איך זה נראה. זה כמו מסטיק כזה...

דוברות: יש 2 אסכולות – אחת, אנחנו צריכים לנהל דיון על כל דבר בכיכר העיר, ויש אסכולה שאומרת שאני מפרסם בכיכר רק את ההחלטות שלי.

דוברות: אתה לא צריך לשכנע אותי, זה יהיה דיון, אבל דיון אחר.

יעל: את מדברת על שיקולי עלות-תועלת.

דוברות: את מדברת על קרב בלימה.

דוברות: קרב בלימה זה של הממשלה.

יעל: אני חושבת שאני מרגישה שאנחנו צודקים, ומצאנו את האיזון הנכון. מצד אחד כל הדיונים פתוחים, ומצד שני אנחנו מאפשרים לכל מי שלא רוצה למצוא עצמו מרוח בעיתון - שזה לא יקרה. ראו מה קרה לי אחרי דיון עם סטודנטים לרפואה - כמובן שזה הוצא מהקשרו. זו רק דוגמה לאיך אפשר להוציא דברים מהקשרם בעיתון צהוב,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ולגרום לכך שאותו נציג ציבור שהיה יושב בוועדה אחרת, עכשיו הוא אומר שרגלו לא תשב באף ועדה ציבורית בה דברים יוצאו מהקשרם. לכן אני חושבת שמצאנו איזון נכון, כך זה בבתי משפט, בוועדות תכנון ובנייה וכו'. זה איזון נכון שמאפשר להתבטא בחופשיות, וגם עונה על עיקרון השקיפות. אסור לנו שעיקרון האמת והמקצועיות, והרצון של אנשים לבוא ולהעיד יוקרב על מזבח השקיפות. אני חוששת שאם ילכו עם השקיפות לקיצוניות של כל מה שיוצא מהפה ויימסר לציבור, אנשים טובים לא ישבו יותר בוועדות. אנחנו יורים לוועדות בראש, לא ברגל. יהיה קשה למצוא אנשים, אנשים יאמרו מה שרוצים שיאמרו ולא מה שהם רוצים לומר.

דוברות: נראה לי שיש הסכמה פה לגבי מה שהוחלט.

דובר/ת: מה הערכתך? האם תהיה עוד נסיגה?

יעל: מהרגע הזה אין יותר נסיגות.

דוברות: נקרא לזה שינויים.

יעל: זה לא משנה. הגובה שלי מגיע עד בית המשפט, נכבד את מה שהוא יאמר וכך נעשה. אני ממש שמחה שזה נמצא בבית המשפט. אם יזכירו את הוועדה שלנו גם בבית המשפט - הרווחנו.

דוברות: נושא אחר – אני אתמול בלילה עברתי על חומרים שדורון שלח. אני חושבת שיש משהו במהלך הדיונים וגם בבקשתנו מהמציגים, שאנחנו מפספסים. אם מישו היה אומר לי ללכת לעשות עבודה, קודם הייתי ממפה את הנושאים. הייתי אומרת שהמערכת טובה ויש לה נקודות חולשה. הייתי ממפה את נקודות החולשה, ובדקת באיזה נקודות אני רוצה לגעת. אי אפשר לשבת חמישה חודשים ולשמוע. יש לזה תפקיד לא שולי ובטח לא עיקרי. אנחנו מפספסים איכשהו. אני רוצה שיבוא הר"י ויגיד איפה הוא מזהה את החולשה של המערכת. מה שאני מנסה לומר זה כאשר אנחנו כותבים דו"ח על חיזוק הרפואה הציבורית, יש הקדמה ופרק שאומר מהן נקודות החולשה שאנחנו רוצים לחזק, למתן או להעלים. לא יתכן לומר רק שר"פ-שר"פ-שר"פ. החומרים ידועים הרבה שנים, ואנחנו קצת חוטאים למטרה שלנו. אני רואה עצמי כנציגת ציבור. אני רוצה לשמוע מהאורחים לא רק שר"פ. כמה נוכל לדבר על שר"פ...

דוברות: שלא נמצא עצמנו, בראייה לאחור שאנחנו מדברים על פתרונות שכר לרופאים, אלא על חיזוק המערכת. זו נקודה אחת מני רבות שאנחנו כל הזמן מתמרכזים אליה, הנקודה הכספית.

דוברות: ההסתכלות שלי בנושא של שר"פ ובחירת רופא, אני ממש לא חושבת ששכר הרופאים זה המרכז או הליבה. זה מאוד קריטי. בחירת רופא לא נוגעת לכולם והיא לא תביא את הפתרון. בואו נוריד את הזה מהפרק, זה לא דיון של שכר, יש סוגיות מערכתיות בנושא הזה. שנית, הולכים לשם בגלל כמה דברים – הוועדה יושבת לזמן מוגבל ורוצה לצאת עם החלטות פרקטיות. אני מסכימה שזה לא צריך להיות חזות הכל או העיקר. בעיני זה משהו מרכזי. הוועדה הזו, תפקידה העיקרי הוא לעשות את אותו דיון שבית המשפט העליון אמר שצריך לעשותו, ולקבל החלטה לטווח ארוך. האם אנחנו חושבים שזה נכון לאפשר בחירת רופא תמיד, במגבלות או בכלל לא - זה משהו מאוד משמעותי. הנושא האחרון של ריבוי הכובעים – מאוד ברור שזה יהיה מאוד קשה ליישם, כי כל אחד מהפתרונות אין לו יישום לטווח הקצר. זה הדבר הסקסי שמביא את כולם ואת העניין.

דוברות: אמרתי את זה מהיום הראשון. הצטרפתי לוועדה לא רק בנושא שר"פ-שב"ן, זה כבר יצא לי מהאוזניים. המערכת מצוינת, יש לה הרבה בעיות וחולשות ואותם צריך להקיף. הנושאים האלה צריכים לעלות לדיון. זה נושא עקרוני מעין כמוהו, אבל זה לא הכל.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: במישור אחד, כשאנחנו מדברים אני לא שומעת רק את השר"פ, מדברים כל הזמן על חיזוק הרפואה הציבורית. יש כאלה שחושבים שזה לא צריך להיות דרך השר"פ, וכאלה שחושבים שהשר"פ הוא הפתרון. אני שומעת חיזוק הרפואה הציבורית. מה שעלה עד היום הוא פונקציה ישירה של העדים. אנחנו חייבים להזמין את מנהלי ביי"ח והקופות, ואנחנו נמשיך להזמין סטודנטים ומרצים, וכל אחד יביא את מה שהוא חושב. השר"פ נכנס, אין ספק שהוא תת נושא בתמהיל ציבורי-פרטי והוא לא הפתרון היחיד. הנושא הוא התמהיל הציבורי-פרטי ואני קוראת לחיזוק של המערכת הציבורית. נזמין את העדים הרלוונטיים.

**** מציג ראשון בפני הוועדה: דר' אידלמן - ראש הר"י. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

דר' אידלמן: מברך את הוועדה ומאחל לה בהצלחה. אשמח לספר לכם על מבנה ההסתדרות – מונה 56 איגודים פנימיים, היום יציגו בפניכם הגדולים מביניהם. ההסתדרות הרפואית פונה לוועדה בשתי סיבות – לחיזוק הרפואה הציבורית ולחיזוק הקשר בין רופא לחולה. כשחולה בעת צרה, האינטרסים של רופא וחולה הם זהים. התחזית – התייקרות הרפואה בארץ.

יעל: (לגבי המצגת) מ – 2008 המספרים נראים אחרת לגבי האחיות. היה גידול משמעותי. 2,500 אחיות לעומת 1,000 אחיות.

דר' אידלמן: מ – 2008 הגידול במס' האחיות צריך להשיג גם את החסר בהעסקת אחיות, וגם את הגידול באוכלוסייה. בעשר שנים משרד הבריאות חיסל את השכבה של אחיות מעשיות. ב – 2003 השתתפתי במחקר על בעיות לב במהלך ניתוח. מאמצע שנות ה – 90 חברת ביטוח בארה"ב הפסיקה לשלם לביי"ח שלא נתנו חוסמי ביטא לפני ניתוח. המחקר הראה שמתן חוסמי ביטא העלה את השכיחות של תמותה ושל שבץ מוחי בעקבות ניתוח. זה מגן על הלב, יש פחות אוטם שריר הלב, אבל יש תמותה. הפסיקו לתת את התרופה הזאת. מאוד מסוכן לקבל החלטות כלכליות בדיון רפואי. אפשר לעשות העברת פעילויות טכניות, כמו מזכירות ולקיחת דם, למישהו שאיננו רופא. אם תהיה תשתית מתאימה יהיה עידוד כלכלי לכך. התייקרות זו בעיה של המערכת שצריך להתמודד איתה. אין הרבה דרכים שיועילו לפתרון הבעיה, אבל יש פתרונות שיכולים לעזור. מערכת CAPTIVE מדברת על כך שכל פעילות רפואית בכל המקומות, תהיה מכוסה על ידי גוף אחד. זה נושא כבד וחשוב. יש היום חברות ביטוח שנותנות ביטוח אחריות מקצועית והפרמיה עולה כל הזמן, וזה הפך להיות נטל כבד על תקציב של בתי"ח וקופות חולים. בגלל שבארץ ההחלטה השיפוטית היא רחמנית, אבל מגיעה למיליונים כשצריך לשלם, הפרמיה עולה כל הזמן. אני לא איכנס למעגל של התייקרות בגלל הארכת חיים, השמנה וכו'. לנושא הביטוח – מגמת התביעות בגין רשלנות רפואית נמצאת בעלייה כל הזמן, וגם מגמת הפיצויים. לפיצוי לוקח המון זמן להגיע, ועלויות הטיפול עד שזה קורה ומסביב לתביעה, הן מאוד יקרות. מעוטי היכולת אינם נהנים באותה מידה. הם לא מצליחים כי אין להם כסף ואורך נשימה, והם גם לא חיים מספיק בשביל לסיים את התהליך. הכסף שלהם הולך לעלויות של בית משפט, עו"ד, חוות דעת מרופאים ואדמיניסטרציה. כפועל יוצא מכך – יש ויתור על תביעות מוצדקות בקרב חסרי אמצעים, הגברת רפואה מתגוננת – כל הזמן רופא חושב איך הוא יראה בפני השופט. לכן הוא עושה צילומים מיותרים, בדיקות חוזרות. יש אומדנים מספריים לעניין הזה, אבל קשה לכמת את הנושא הזה בארץ. קביעת סטנדרטים רפואיים שהציבור הרפואי יתקשה לעמוד בהם – לא נותנים למתמחים לעשות פרוצדורות מסוימות, אז איך הם ילמדו? איך יצמח דור חדש של רופאים מומחים? הסיכון לתביעה גבוה יותר מגיל מסוים של רופא, לכן



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לא תראו רופא עם שיער שיבה בחדר לידה. קיים חשש מפני עייפות החומר. אני מדבר על עקרונות שיטת "אין עוולה" – NO FAULT. מקורות הכנסה נוספים – ביטוחים משלימים ותיירות מרפא. במדינה צריכים תכנית לאומית לפיתוח תיירות מרפא, שלא תפגע במטופלים ישראלים. במדינות אחרות יש בתי"ח שחיים רק מזה! זה פוטנציאל משמעותי לשיפור הרמה המקצועית ושיפור תדמית ישראל בעולם. שקף עמדת הר"י – בגלל זה אנחנו פה.

ד"ר שולי ברמלי: תודה על המצגת. כתבת העברת סמכויות ביצוע לפעילות לא רפואית. יש לך עוד דוגמאות חוץ ממזכירות? וגם - האם אתה יכול להתייחס לפול טיימס?

ד"ר אידלמן: אנחנו בעד פול טיימס. יש דברים בהם בטוח רופא לא צריך לטפל – לא בסדר שבלילה לא נמצאת מזכירה, ולכן רופא צריך להתעסק עם טופסולוגיה. צריכה להיות מזכירה, פניתי בנושא הזה ולא הרימו את הכפפה. בבוקר כשלוקחים דם לבדיקות, יכול לעשות את זה טכנאי, גם א.ק.ג בלילה. יש הרבה פעולות טכניות שלא רופא צריך לעשות. אשמח לבוא לדיון נוסף בוועדה.

פרופ' לאה אחדות: בשורה האחרונה שלך – לתגמל בחירת רופא. לא ציינת איזה אפשרויות, בקהילה או לא. תסביר למה.

ד"ר אידלמן: כדי לתת לרופא מוטיבציה לטפל בחולה הספציפי. בדרך כלל זה יקרה בשעות נוספות, כי בשעות הבוקר היכולת לבחור רופא היא מוגבלת. בשעות נוספות שאותו רופא ישקיע במטופל שבחר בו, הוא צריך לקבל תגמול כדי להישאר ולטפל בחולה הזה.

יעל: אנחנו לא מתווכחים, אנחנו שואלים רק כדי להבהיר.

ד"ר עדי ניב-יגודה: בארץ הגישה של הביטוח היא סקטוריאלית, להבדיל ממדינות אחרות. במיוחד כשלדעתך יש לאפשר בחירת רופא, האם הר"י יכול להציע מודל שהמידע לציבור יהיה נגיש ויוכל על בסיסו לבחור רופא?

ד"ר אידלמן: שאלה פנטסטית. יש בארץ 2 בעיות – גודל המדינה ואופי האוכלוסייה. אם ארה"ב מפרסמים שבניתוחי לב מקום ראשון זה קליניקה מסוימת כי הם היו במיקום נמוך, בנו מגדל, השקיעו המון כסף ושינו את מקומם. בארה"ב, חולה שגר בבולטימור לא ייסע למדינה אחרת כדי לעבור ניתוח מסובך, גם אם הופיע בראש הרשימה. בארץ, אם נפרסם שמקום הכי טוב נמצא ק"מ מפה, כל המדינה תהיה שם. המדינה קטנה ואנחנו חרדים מהבריאות. אנחנו הופכים עולמות כדי לקבל הכי טוב שיש, בגלל זה יש בעיה. מה שעלול לקרות זה שרופאים יתחילו לבחור חולים. אותה מחלקה לא תיקח חולים קשים כי היא רוצה תוצאות טובות – תיקון כלי אחד בלב במקום יותר, יבחרו בחולים צעירים יותר. כמו שבגוגל יש טכניקה להגיע לראש הרשימה. מי שכאן משלם מחיר זה החולה, וצריך לתת נתונים אינטגרטיביים. אי אפשר להביא את כל החולים לאותו מקום כמו וויז.

**** מציג שני בפני הוועדה: פרופ' שלמה וינקר, יו"ר איגוד רופאי המשפחה. מלווים – סגן יו"ר, רופאה מומחית**

(ד"ר שני), מתמחה, מזכירת האיגוד. מציג נייר עמדה (מצורף בקובץ WORD).

פרופ' וינקר: ארצה לבקש מהוועדה לדון גם ברפואת המשפחה והרפואה בקהילה, כחלק מחיזוק הרפואה הציבורית בארץ. ארצה לדבר על חשיבותו של רופא המשפחה והרפואה בקהילה, ולמה להשקיע את המעט שיש דווקא ברפואת הקהילה. ידוע שאם ניקח 1,000 תושבים, ל - 800 מהם תהיה תלונה רפואית באותו חודש, 200 מהם יגיעו לרופא ורובם לרופא משפחה. בערך 60 הגיעו למרפאות חוץ, 13 הגיעו לחדר מיון, 8 התאשפזו, ורק אחד



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

או פחות מכך התאשפו בבי"ח גדול או אקדמאי. אנחנו רואים שאם אנחנו רוצים לטפל, לא צריך להסתמך על אותו אחד לאלף בבי"ח הגדולים. זו עבודה גדולה משנות ה-60, וכיום העובדה היא שיש הסטת פעילויות מתוך ביה"ח לאשפוז יום, לפעולות אמבולטוריות בקהילה, לשיקום ביתי, ניהול החולה דרך מוקדים אינטרנטיים וכו'. הרפואה הולכת לכיוון הקהילה. עדיין החלק המכריע מתבצע בבתי"ח, למרות שרוב הפעילות היא בקהילה. סטארפילד (חוקרת) הראתה קשר כלל עולמי, שככל שמערכת הבריאות פעילה בקהילה, מדדי הבריאות מראים יותר הישגים בהרבה פחות כסף. רופא משפחה, ראשית התמחותו בקהילה כרופא ראשוני, ומכיר את האוכלוסייה ואת המחלות השכיחות. כל רופא משפחה מתמחה באוכלוסייה באזור שלו, ויודע להתכוון ולעשות רפואה טובה יותר לאוכלוסייה שלו. היא מציינת שאחת הבעיות החשובות בארה"ב היא שהרפואה היועצת מתעסקת בנושאים שלא שייכים לה. הרבה מהפניות היו צריכות להיעשות על ידי רופא משפחה. בדו"ח OECD האחרון שפורסם רואים שאין מספיק מיטות, מכשירי MRI ו-CT, אבל יש תוחלת חיים טובה ותמותת תינוקות נמוכה. התחלנו לנתח את הנתונים, אבל זה מורכב – יכול להיות שחזקה של מערכת הבריאות בארץ היא בקהילה, והיא זו שנותנת את תוחלת החיים הגבוהה ולא עוד מכשיר כזה או אחר.

אנחנו מדברים על תמורות לא טובות שקורות ברפואה הקהילתית. חייבים להשקיע את הכסף במניעת עישון, השמנה, אלכוהול וכו'. מה מיוחד ברפואת המשפחה? כוללניות דבר ראשון. אנחנו מסתכלים על המטופל על כל המכלול שלו – מחלות, סביבת מגורים, תרבות, בני משפחה, מקורות תמך מסביבו וכו'. רופא המשפחה מתבסס על המשכיות הטיפול, הוא מכיר את החולים מאוד טוב לעומק. יש 1-7 דקות לטיפול, אבל הן מסתכמות לתמונה כוללת של היכרות טובה יותר של הסביבה והתרבות של החולה במערכת. רופא המשפחה מייצג את החולה מול שאר המערכת - נלחם על תורים, אישורים והתאמות. את כל זה אנחנו מלמדים בהתמחות, ובארץ רופאי משפחה רבים אינם מומחים בתחום, אבל אנחנו מאמינים שמומחים יותר טובים מאחרים. מבחינת רופאים – ניתן לחלקם ל-3: מומחים (כשליש מנותני הטיפול היום), חתך גיל צעיר כי זו התמחות צעירה. מומחים אחרים שעובדים בתחום, ורופאים כלליים – רובם עולים מבריה"מ, לא מצאו עבודה בהתמחותם או מבוגרים מדי מכדי להתחיל התמחות חדשה. הקבוצה הגדולה הזאת יוצאת לפנסיה במאסות גדולות, ואין רופאים כלליים חדשים. היום רוב בוגרי רפואה הולכים לעשות התמחות. התמחות ברפואת משפחה אורכת 4 שנים – מעל שנתיים בקהילה והשאר בבי"ח. רופא כללי זה מי שלא עשה או סיים התמחות או שהתמחה בחו"ל וזה לא מוכר לו בארץ. רוב רופאי המשפחה הם כאלה. התמריך היום הוא פנימי.

היום ההנחייה היא לא לקלוט רופאים ללא התמחות, אבל לא עומדים בזה. המדינה צריכה 350 רופאי משפחה חדשים מדי שנה. המדינה גדלה מדי שנה במעל 150,000 תושבים ותוחלת החיים עולה (ולכן לא צריך רק עוד רופאי ילדים...). זה מודל שאנחנו בנינו – האוכלוסייה גדלה, ובהינתן זה והנורמה של מטופלים לרופא – זה הצורך. לפחות 200 רופאי משפחה בשנה יוצאים לגמלאות, ועוד כ-30 רופאים עוזבים את המקצוע בצורה זו או אחרת. דווקא בקרב מומחים ברפואת משפחה שיעור העוזבים את המקצוע הוא נמוך לעומת שאר המקצועות. יש עזיבה אפורה של המקצוע למקצועות אחרים. אנחנו צריכים 200 מתמחים חדשים כל שנה להערכתנו. ביי"ח מייצרים יותר מומחים ממה שהם צריכים לעצמם, ברפואה פנימית למשל, אבל הם מייצרים לצרכים שלהם. הם עושים רפואה ראשונית כמו רופא משפחה. אני לא מייצג את הקופות, אבל גם אם יהיו 200 מתמחים – יקלטו אותם. המצוקה הכי גדולה היא בצפון ובדרום. בסה"כ יש כ-90 חדשים כל שנה. אחרים הוסטו להתמחויות בבי"ח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בפועל, רק 65 התחילו התמחות. חלק מהירידה קשורה למענקים בבת"ח שלא ניתנו בקהילה, וזה מה שגרם לרופא לבחור את זה דווקא, זה חלק מהבעיה. אני לא חושב שזה המקום לדבר על הסכמי שכר. נוצר אי שוויון בכך שהמערכת לא מעודדת התמחות ברפואת משפחה. אנחנו יורדים במספרים ובאיכויות. אנחנו הולכים ומעמיקים את הבור שיהיה ברפואת המשפחה בקהילה. המאסות הגדולות של העולים יצאו לפנסיה, העומס על הרופא הבודד הולך וגדל. לא נותנים לרופא לצאת לפנסיה. לכן אני חושב שאם אנחנו רוצים מערכת ציבורית חזקה וטובה, הבסיס שלה על הקרקע חייב להיות רפואת משפחה טובה. אחרת בעצם נפגע ברפואה הציבורית.

ניר קידר: אחת הבעיות היא תופעה של אשפוזים חוזרים לפי הסטטיסטיקה. מה התפקיד של רופאי המשפחה בעניין הזה? וגם - איזה אחוז מהרופאים בישראל צריכים להיות רופאי משפחה?

פרופ' וינקר: אני יודע כמה רופאי משפחה צריך, מה הנורמה. אני לא יודע מה האחוז. יש בעיה עם פניית בוגרים לתחום וצריך להתמודד איתה.

רופאה מומחית (ד"ר שני): ככל שלמערכת בקהילה יש יותר כוחות, היא יותר תצליח בכך. נתנה דוגמא של מה שקורה בבית שמש - יש מערכת לחולים מסוימים בתחום אי ספיקת לב שבנינו עם רופאים שלנו, והורדנו ב - 30 אחוז את ימי האשפוז ומספר האשפוזים.

פרופ' יוג'ין קנדל: במקדם הזה של שימוש בטכנולוגיה - האם זה יכול להעלות משמעותית את פריון רופאי המשפחה?

פרופ' וינקר: התמונה בדיוק הפוכה. ברגע שאתה מנגיש את התיק הרפואי למטופל, הוא יכול להתכתב עם הרופא ולבקש בקשות, צריכת הרפואה עולה. הוספת הטכנולוגיה מעלה ביקושים ולא מורידה אותם. כל הדברים האלה מוסיפים עומס על המערכת ולא מורידים ממנה. החולים יותר שבעי רצון, שיפור תוצאות, על זה אפשר להתווכח.

רופאה מומחית (ד"ר שני): אי אפשר להחליף את הקשר הישיר עם החולה, גם לא באמצעות טכנולוגיה.

יוליה איתן: מדוע צריך התמחות ברפואת משפחה?

מתמחה: אני בוגרת אוניברסיטת בן גוריון. אסביר את הבחירה שלי - אני חושבת שזה מקצוע כוללני, אנחנו רואים את החולה כמכלול. יש את הרקע, ואז קונטקסט המחלות מקבל משמעות אחרת. הרפואה רחבה, מגוון מחלות ופתולוגיות. אנחנו לומדים להכיר ולטפל במגוון רחב של תחומים, מאוד מאתגר ומוסיף בעיני. יש את עניין הקשר עם המטופל, אין לזה תחליף.

פרופ' וינקר: אנחנו מלמדים את המתמחים שלנו את הראייה הרחבה.

רופאה מומחית (ד"ר שני): אנחנו מלמדים את צורת החשיבה הנדרשת, שהיא אחרת, האבחנה המבדלת שאנחנו עושים היא שונה, כך גם בבדיקות ובייעוץ. יש דברים שאי אפשר ללמוד בלי לעשות את ההתמחות. צריך לעשות את זה גם בטיפול עצמו וגם בהפניה לרופא אחר.

יעל: ההתמחות היא הידע הרחב.

ד"ר עדי ניב-יגודה: התמריץ הכלכלי יצר את המצוקה אצלכם.

מיכל טביביאן-מזרחי: הפרדה בין בעלות של קופות על בת"ח - האם זה משהו שיכול בראייתכם לשפר משמעותית את המצב?

פרופ' וינקר: אני עובד במוסד שהמצב הזה קיים בו היום, יש יתרונות וחסרונות כשביה"ח והקופה שייכים לאותו גוף.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ערן פוליצר: האם יש לחץ להפנות חולים לבי"ח מסוים? זו תופעה טובה או מיותרת? איך משפיעים תמריצי ההתמחות על הפעילות במערכת הפרטית על הבחירה ברפואת משפחה ועל הבחירה בהתמחות?
סגן יו"ר: אני עובד באחת הקופות הקטנות. לנושא השב"ן - במשקפיים שלי אנו נעזרים בו כדי להיטיב עם המטופלים בנושא קיצור תורים למשל, מאשר במערכת הציבורית ובחירת רופא. לצערנו בפריפריה היועצים יותר מוגבלים מבחינת הכמות והזמינות. אני מרגיש נוח לעבוד מול יועץ מסוים שאני מכיר בגלל חוסר הביקוש לעבוד במערכת הציבורית כיועץ, ולכן אני פחות מכיר אותם. בפרטית אני מכיר אותו ויש לי איתו דו-שיח ואני אשכנע את המטופל ללכת אליו, כי הקופה מחזירה לו את רוב הסכום. אני אשמע את דעתו ואחר כך גם אדבר איתו. ללא ספק אנו משתמשים בשב"ן.

**** מציג שלישי בפני הוועדה: פרופ' סומך, איגוד רופאי הילדים. מלווה ע"י דר' גרוסמן, מזכ"ל. עיקרי הדברים**

מופיעים בכתב (מצורף בקובץ WORD).

פרופ' סומך: בעיות עיקריות אצל רופאי ילדים – היו שאלות באשר מי צריך להעניק את השירות לילדים. נושא די ברור ועמדתנו ברורה. רופא ילדים עובר הכשרה ארוכה ומתישה, לפחות 4.5 שנים במהלכה שווה ביחידות שונות – טיפול נמרץ, פגייה, חדר מיון ולומד להיות תורן אחראי בכל אחת מהמחלקות.
אני אתחיל מסיפור קצר – חשיבות השינוי בנושא השמנת ילדים. הרופא הוא סוכן השינוי, לרופא יש יכולת לעשות זאת בגלל אמון המשפחה בקהילה. מס' דקות לחולה הוא בסביבות 5 דקות, ואין שום אפשרות לעשות מטלות של רפואה מונעת כמו שצריך בצורה שזה נעשה היום. במצב הקיים ולפי התגמול, אין אפשרות לעמוד במשימות האלה. הרופא רוצה לתת, אבל חייב להיות שינוי בתגמול. יש תגמול למצבים חריפים ותגמול למחלות כרוניות.
פרופ' קובי גלזר: היום הרופאים לא מקצים את הזמן בגלל תמריץ כלכלי או בגלל התור בחוץ?
דר' גרוסמן: יש עומס קשה ולא ניתן להקדיש את מלוא תשומת הלב. אם ישלמו יותר, אז אפשר לעשות מצב שפרנסתי לא תיפגע אם אקצר את רשימת החולים. תמהיל מסוים שיבטיח את פרנסתו של הרופא.
פרופ' סומך: מקצועות המצוקה – עלה הרבה בשנים האחרונות. צריך לעקוב ולראות שהם יוצאים מהמצוקה, כמו טיפול נמרץ ילדים, נאונטולוגיה וכו'. אנו חוששים מפני מחסור וחוסר יכולת לאייש את המקומות הללו. אספקט נוסף – שירותי החירום בילדים. היום אם ילד סובל מבעיה אקוטית בשעות הערב או הלילה הוא יכול לפנות למוקד של הקופה, ומהר מאוד מתנקז למיון. חדרי המיון ילדים מפגרים אחרי מבוגרים. אין להם תקינה מסודרת. בבי"ח שאני עובד בו, התקן הוא רופא אחד לחדר מיון, אין תנאים בסיסיים. התורניות במיון נעשות בתנאים קשים מאוד – לצוות ולקהל. הדגשים של שרת הבריאות – לשפר את המצב בחדרי מיון. אני מאוד מבקש שיכללו גם חדרי המיון לילדים. צריך לעשות רפורמה. הורים מחכים שעות, פוגשים צוות עייף ושחוק. זה המפגש הכי טעון של המשפחה עם מערכת הבריאות, וגם הכי טראומטי. אפשר לשפר ולשנות את הנושא של רפואת החירום בארץ.

דר' גרוסמן: נושא נוסף – שב"ן. אצלנו המקצוע לא נוגע הרבה ברפואה פרטית, יותר ציבורית. לנו מפריעות הבדיקות בתחום התפתחות הילד. יש תחרות פרועה בין הקופות בהנגשת השב"ן לקהילה. דוגמא היא בדיקת TOVA לבחינת הפרעות קשב וריכוז. כולנו יודעים שיש עלייה באבחון ובשימוש בתרופות. TOVA היא בדיקת עור, המאבחן הוא נוירולוג ילדים. כל מי שיש לו שב"ן פונה לבדיקה, ומפעיל לחץ כדי לקבל אבחון. נושא רכיבת סוסים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

– יש הרבה ילדים עם בעיות רגשיות, ואנשים לא רוצים ללכת לפסיכולוג – רוצים תרפיה באמנות, רכיבת סוסים – כי הקופה נותנת אז למה לא לנצל. לא רוצים ללכת לפסיכולוג כי יש בזה קלון. אני קורא למשרד לעשות רגולציה, שהמודל יהיה רפואי ולא של לייף סטייל. אנחנו יכולים לעזור על ידי ניירות עמדה של האיגוד, איזה טכנולוגיה רפואית ואיזה לא, מה מוצדק.
יעל: אנחנו מתמודדים כל הזמן עם גבולות השב"ן בכל התחומים.

**** מציג רביעי בפני הוועדה: פרופ' משה בן עמי, איגוד מיילדות וגניקולוגיה. מלווים – 2 רופאים בתחום. מציג**

מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).

פרופ' בן עמי: אתמקד בבעיה אחת גדולה שנוגעת לכל אחד בארץ, במיוחד לציבור ההורים והנשים ההרות – חקיקה ופיצוי ללא הוכחת אשמה – היום, בשביל לפצות משפחה שנולד לה תינוק פגוע צריך להוכיח רשלנות. ההוכחה מאולצת כאשר לא נעשתה רשלנות בפועל. זו פגיעה תדמיתית קשה, ויש כרגע יוזמה שנעצרה בגלל התחלפות הממשלה. יש יוזמה של אין אשמה ("NO FAULT") – תינוק שנולד פגוע, תפוצה המשפחה ללא הוכחת רשלנות. בגלל הרפואה המתגוננת ובגלל התיק הרפואי שמתארך בגלל שכל דבר נכתב, עושים המון בדיקות מיותרות, ואז תביעות נדחות ולא אוטומטית מוכחת הרשלנות, למרות שמאוד מתאמצים לעזור לילדים האלה, וזה פוגע במשפחות עצמן ולא ברופאים שהם מבוטחים. יש תביעות שנמשכות 5-15 שנה. מדובר בילדים נכים שבאמת זקוקים לעזרה, משפחות אומללות. באי החקיקה נגרם עוול רב – במקום לפצות תוך שנה מהלידה, הפיצוי מגיע בשלב מאוחר ולפעמים הוא כבר לא רלוונטי. זה לא בשבילנו, זה יותר בשביל הציבור. הפגיעה היא בעיקר באוכלוסיות חלשות. 30 אחוז מהסכומים שנפסקים הולכים לטיפול המשפטי בתיקים הללו. המערכת הציבורית מוציאה המון כסף על הרפואה המתגוננת – יש הפלות מיותרות בגלל הרפואה המתגוננת. הרבה יותר פשוט היום להפסיק הריון מאשר לקחת סיכון שיהיה מום ואז רצים לבית משפט. זה לא עניין הכסף, זה שיבוש עבודה במחלקות. זו בעיה שהולכת וגדלה. היום כשאנחנו רואים משהו חריג באולטרה-סאונד, אבל יכול להיות שיצא תינוק בריא לגמרי, מפסיקים הריונות כי זה יותר פשוט, מאשר להתחיל להילחם בבית המשפט. זה לא נשמע טוב, אבל זה קורה. אחוז הניתוחים הקיסריים בארץ עומד על 20 אחוז ואנחנו בעלייה מתמדת. להערכתי, שליש מהם מיותרים, ומבוצעים כחלק מהרפואה המתגוננת. היום הערכת משקל של תינוק של 4.5 ק"ג – מיד מפנים לניתוח קיסרי בשביל למנוע שיתוק ביד. בגלל עובר גדול אנחנו צריכים לעשות 3,000 ניתוחים קיסריים, כשרובם מיותרים. נשים יקרעו את הרחם תוך כדי, וזה סיכון לאם ולתינוק.

יש בריחה עצומה מהמקצוע. רופאים עוזבים את המיילדות ועוברים לגניקולוגיה, כי שם יש פחות סיכון מקצועי. במיילדות הסיכון גדול כי הציפייה בכניסה לחדר לידה שיוולד תינוק בריא. לדוגמא, קיבלנו תביעה על זה שתינוק נולד פוזל.... דוגמא מאתמול – נולד תינוק גדול, ובמהלך הלידה נפרדו עצמות האגן של האם בחלק הקדמי וזה מאוד כואב. תוך כדי התדיינות עם אורתופד, הבעל יושב בצד ואמר שהוא עו"ד...

הגענו למצב נורא ביחס רופא-חולה. אני רוצה להמחיש עד כמה המצב קשה – כשאני רציתי להתקבל להתמחות אמרו לי עוד 4 שנים יתפנה מקום. היום הבת שלי צריכה לבחור התמחות, ומנהל המחלקה הגיע אליה כדי לספר לה על מחלקה כזו אחרת. אנחנו מתפשרים על איכות היום, כי אין מבחר. אחת הסיבות לבריחה מהמקצוע זה הנושא של תביעות משפטיות. אין ועדות ביקורת או בדיקה בביה"ח היום. קורית תקלה, לא עושים בדיקה,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מקסימום מכינים תיק לתביעה. בעבר היה דבר כזה. מנהל מחלקה או ב"ח ממנה ועדת בדיקה, חקירת מקרה, הפקת לקחים, כי היום הניירת משמשת נגדנו.

יעל: היום משרד הבריאות ממנה ועדה כשמתקבלת תלונה.

פרופ' בן עמי: היום אנחנו נוהרים בדברינו בבדיקה. זה לא ממש חודר ויביא לתיקון דברים, ההיפך הוא הנכון. אנחנו מפחדים מהפגיעה בשם הטוב, מההתעסקות, זה לא שאנחנו מחלקה לא טובה.

דר' עדי ניב-יגודה: אתם עושים שימוש בוועדת אתיקה?

פרופ' בן עמי: שימוש דל. היו כבר 2 ועדות מכובדות שקבעו שהחוק הזה הוא נחוץ, בשנות ה-70,80 וגם לא מזמן. כיוונו לכיוון הזה.

יעל: למה זה לא מתקדם היום? אני אבדוק איפה זה עומד.

פרופ' בן עמי: הוא עבר בקריאה טרומית, לא קרה כלום כי היו בחירות. יש משמעות כספית, לא גדולה. זה יעלה קצת, לא בשמיים. יש עלייה במספר הרופאות יחסית לרופאים. זה מתחיל בב"ח לרפואה, אבל זה דורש עליה בתקנון. משבוע 20 להריון רופאה לא עושה תורנויות, יוצאת לחופשת לידה חצי שנה, זה רופא שיורד מתורנויות וזה חוסר בתקן. כל דבר כזה (הריון) אני מחייך, אבל בפנים אני אומר מה אני עושה עם זה. זה לא כמו מילואים, שזה מתפזר ומתחלק. רופאה יורדת לי ל-46 שבועות.

פרופ' לאה אחדות: אולי בגלל זה, זה פחות אטרקטיבי, כי יש פמיניזציה של התחום.

פרופ' בן עמי: כאיש פריפריה אני רוצה לדבר על זמינות של רופאים מומחים. אישה יכולה לקבל תור לייעוץ גנטי לאחר הלידה! גם לרופא נשים בקהילה, התורים הם של חודש ושישה שבועות. אני כל יום חוזר אחרי 12 בלילה מהמרפאה הפרטית שלי. נשים משוועות לעזרה ואני לא יכול לסרב. הן פונות לפרטי אחרי שלא קיבלו מענה בציבורי, ואנחנו קורעים תחת הנטל. תגמול של רופאים מומחים בתורנויות – אחרי שלוש וחצי לא כדאי להגיע לב"ח, כי זה רק מתמחים. רופאים צריכים לקבל תגמול ראוי על תורנויות כדי שזה לא יקרה.

רופא מלווה: אני רוצה לדבר על IVF. היום בכל ב"ח יש יחידה של IVF. יש מקומות שזה סמוך לב"ח פרטיים. יש בריחה של מטופלים מהציבורית לפרטית. אם הזוגות היו משלמים, כמקרה פרטי מכספם, שרופא פרטי יעשה את הפעולה מהתחלה ועד הסוף, זה בסדר גמור. בפועל, הכל עובד דרך הביטוח המשלים, אותו טיפול בב"ח אחר. ב"אסותא" עושים 5,000 מחזורים, ובב"ח סמוך עושים 100 מחזורים. אז בשביל מה להחזיק יחידת IVF? אין מחקר, אין כתיבה מדעית. יש את אותו צוות שם ושם. הצעתי היא לחסום את ה-IVF במקומות הפרטיים ברפואה המשלימה. מי שרוצה טיפול פרטי, זה בסדר - בב"ח פרטי. הכוונה היא לעבור טיפול בב"ח ציבורי דרך הביטוח המשלים.

שירה גרינברג: הבנתי, שלא נכון שיהיו טיפולים פרטיים בב"ח ציבורי?

פרופ' בן עמי: צריך להכניס את הרפואה הציבורית לפרטית. בהדסה חולה ציבורי ופרטי משתמשים באותם מיטות וחדרי ניתוח. רפואה פרטית שמתרחשת בהדסה, התקורה הולכת להדסה ולציבורית ולא לכיס הפרטי של ביה"ח פרטי. בטיחות חולים – מחוץ לרפואה ציבורית, זה ניתוחים קלים או ללא סיבוכים, הוצאות והכנסות הכי משתלמות. כשמקרים פרטיים מתרחשים בב"ח ציבורי יש בטיחות למקרים האלה. גם נוכחות הרופאים בדגם כמו בהדסה, הרופאים הבכירים נמצאים בב"ח עד לשעות המאוחרות. זה לא משנה שהם בקליניקות אחר כך. אם צריך רופא דחוף הוא קם ועוזב את הציבורי והולך לפרטי. זה נורמה מקובלת, וככה זה עובד בכל המחלקות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

וכל הרופאים, משתמשים בהם עד 12 בלילה. יש עוד אספקטים – שקיפות של טיפול. בבי"ח ציבורי כשטיפול פרטי מתקיים שם - יש שקיפות, יש מתמחים, סטודנטים, רופאים בכירים, ובקליניקה פרטית אחד על אחד אין שקיפות מספיקה וצריך לשים על זה את הדעת. בבי"ח פרטיים לא יכולים להתקיים, וצריך במקום זה לחזק את בתי"ח הציבוריים בצורה אחרת - בשעות, בימים. לא מדובר בלבטל רפואה פרטית, היא קיימת ויש בה תועלת. בסופו של דבר זה דרך לנצל את הידע והשירות של הרופא גם לאחר שעות העבודה. הוא קיים, וצריך להכניס את זה לתוך השירות הציבורי.

בנושא התביעות והרפואה המתגוננת – גורם בסופו של דבר, בגלל הסכומים הגבוהים וגם עלות הביטוח גבוהה, לכך שהקופות משקיעות במקום ברפואה ובציוד - בעלויות הביטוח. חוץ מזה הגופים הציבוריים פחות מעוניינים לפתח את השירותים ברי-הסיכון לתביעה. לדוגמא סקירת מערכות ובדיקת אולטרה-סאונד, בדיקה בעלת סיכוי גבוה לטעות - הקופה לא מעוניינת שזה יהיה זמין לפציינטיות. נשלם המון כסף תביעה, אז עדיף שלא יהיה לנו. מי שצריך את זה, צריך לפנות לפרטי. גם ברפואה הפרטית הפריפריה נפגעת, כי אין להם אופציות.

**** מציג רביעי בפני הוועדה: ד"ר דרור דיקר, איגוד הרפואה הפנימית. מלווים – איריס אוסטפלד ומלווה נוסף –**

ד"ר יעקב. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).

ד"ר יעקב: אני מסכים עם כל מה שד"ר דיקר אומר. אני מנהל האגף הפנימי בהדסה. המערכת קצת שונה, זו חטיבה גדולה שמקיימת את ההמלצות של ועדת אמוראי, בין היחידים בארץ. אני מנהל אגף שיש בו את כל המחלקות הפנימיות. כולן תחת גג אחד, והרופאים הבכירים הם חלק מהמחלקות הפנימיות. כהערה אישית לדעתי, ואני קורא בכל העיתונים, בחירת רופא הוא דבר סביר ונכון, ואי אפשר להילחם בו בעיקר בתרבות הישראלית-יהודית. קשה לי להגיד למה לעצור את זה. אם זה יבחר, נכון לעשות את זה בשתי הסתייגויות – הרפואה הציבורית היא גרועה כל כך שאתה נדחף לשם. התרומה של הרפואה הפרטית תזלוג לתשתית הציבורית. אנחנו לא כירורגים, אבל פחות מ - 10 אחוז מתבצע ברפואה הפרטית. במערכת האשפוז אין רפואה פרטית, זה בטל בשישים. יותר חשוב מזה – החולה מרגיש שהוא מקבל רפואה ציבורית טובה. הוא מקבל ביקור של כל הדיסציפלינות והוא לא מרגיש צורך. ביעוצים קיימת בחירת רופא מטפל, וברור שיש לזה השלכות - אתה מקבל את מי שבחרת בלוי"ז קצר יותר. החולה שמגיע לרופא שבו בחר, יקבל שירות ברמה הנכונה והמתאימה. הרופאים הבכירים מרוצים מהשתכרות היתר, והם לא ממהרים לקליניקה. זה מממן את הרפואה הציבורית. במערך הפנימי רופאים נשארים עד שבע בערב, בין השאר כי החולים פרטיים. זה מזין גם את המערכת הציבורית.

איריס אוסטפלד: האלמנט של רופאים צעירים במחלקה וגם מצד הפציינטים בחיי היומיום בפנימית – קשה להתמודד עם רפואה פרטית כי היא פרוטקציונרית היום. זה שר"פ של דורשי שר"פ ולא של עשירים, ורואים התייחסויות שונות וזה זולג לציבור. אנשים מתרעמים על זה. ועוד לא ראיתי, עם כל הרצון לאתיקה מעולה ולטיפול שוויוני, שזה אכן קורה במסגרת ציבורית. זה הניסיון שלי במערכת, אני באה מ"בלינסון". זה לא מתקיים בו זמנית, והחולים מרוצים. כששני אנשים יושבים אחד ליד השני ורואים שחולה מתיירות מרפא יושב בחדר לבד ואני עם עוד שני אנשים בחדר - הציבור רואה את זה בתור החולה ששילם וקיבל תנאים טובים יותר. זה יוצר איפה ואיפה, ויש כאן עניין של אתיקה. צריך להקדיש לזה תשומת לב בוועדה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר יעקב: תיירות מרפא היא טובה ונכנס כסף. הכסף הוא לא מקופות חולים אלא ממקור אחר, אז שיגבו מזה כמה שרוצים. זה מביא כסף ישיר ולכן המדיניות אוהבת את זה. כשביקשו ממני להגדיל את המיטות לתיירות מרפא בגלל ביקוש, אמרתי להנהלה שיוסיפו לי שתי מיטות לטיפול נמרץ, ואחת מהן תהיה לטובת הישראלים ואחת, בעת הצורך, לתיירות מרפא. זה ניתן כשמגדילים את הרפואה הציבורית. לגבי אשפוז – אין הבדל בין פרטי לציבורי, אף אחד לא יודע אצלנו את ההבדל.

ד"ר דיקר: אני מקווה שהעברתי את המסר. בי"ח לא יכול להתקיים ללא הפרטי. אני חושש לעתיד הבכירים והוועדה צריכה לחשוב איך להשאיר את הבכירים ולתת פתרונות השתכרות.

**** מציג חמישי בפני הוועדה: פרופ' קוטלר, מנהל בי"ח באר יעקב, איגוד הפסיכיאטריה. מלווים – רופאה**

מומחית ומתמחה. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).

פרופ' קוטלר: מציג 65 שנה של הזנחה. הפסיכיאטריה היא החצר האחורית של מערכת הבריאות הישראלית. עשיתי את כל קשת התפקידים האפשרית. מערכת בריאות הנפש סובלת מגיבנת קשה כי היא מחוץ לסל הבריאות הממלכתי. לא זכתה לעבור להיות באחריות הקופות. המעבר שהיה צפוי ב – 95 נמשך עד היום. נוצר מצב זמני שאיפשר להרבה עיוותים לצאת לפועל – שקף במצגת. מ – 95 הפסדנו 1,2 מיליארד שקל מכך שבריאות הנפש לא הוצמדה, ולא ניתן תקציב לאשפוז. כדאי לזכור מי אוכלוסיית הצרכנים שלנו – עם לובי חלש, אין להם כוח פוליטי, ועם התקציב הזה צריך לחיות. לפני עשור היו 7,000 מיטות אשפוז בפסיכיאטריה, היום 3,200. נתקלנו לאורך השנים בוועדות שונות ומשונות. גם לא הייתה תמימות דעים בין אנשי המקצוע. אנחנו קורבנות גם של המקצוע וגם של עצמנו. אנו מתחרים על אומללות מול רופאי משפחה ופנימאים. התחום סובל ממאפייני שחיקה קשים. רופאי שיניים הם מספר ראשון בהתאבדויות של רופאים.

יעל: אין שעות של ונטילציה?

פרופ' קוטלר: לא, גם לא לשאר הצוות הסיעודי. אבי אבות הטומאה במקצוע מתחיל במחסור של כוח אדם. במחלקה שמסתובבים בה 40 פסיכוסים, מספר הרופאים והמתמחים הוא דל. עלות יום אשפוז בפסיכיאטריה היא פחות מ – 1,000 ₪. אנו דואגים לטיפול במישור הגופני והנפשי, והבעיות הן קשות. אנחנו מגיעים לתפוסות של 130 אחוז. אנחנו מאשפזים חולים פסיכוסיים יחד עם חולים משפטיים שנשלחו להסתכלות ולחוות דעת פסיכיאטרית. 3,200 מיטות הפכו לתמהיל הרבה יותר קשה. היום כל חולה במחלקה הוא אקוטי, פעם היו מכל מגוון הקשת, גם מקרים פחות קשים. היום יש קרימינלציה קשה של החולים. זה שירות שניתן מכוח היותנו מדינה. אם היו יודעים שזה עולה למדינה כסף, יתכן שהמדינה הייתה חושבת פעמיים לפני ששולחים חולה להסתכלות פסיכיאטרית. שקף מהמצגת – אלו מספרים מאוד קשים.

אדם מגיע לבית משפט ונשלח להסתכלות, וזה יכול לקחת בין כמה ימים לכמה שבועות. בבית משפט יש עשרות רוצחים, ואין לנו את הכלים להתמודד. אנחנו נרדפים מפעולות בריחה ומאשפוזים כל הזמן, כדי להימנע ממצב של תביעה נגד מנהל ביה"ח. מראה תמונות במצגת – תשתיות גרועות. אם בצה"ל הצלחנו להקים מערכת יחסית טובה, במערכת האזרחית לא הצלחנו. המשמעויות – אנחנו צריכים כוח אדם בכמויות של מאות או אלפי מטפלים נוספים לתוך הקהילה.

ד"ר שולי ברמלי: אתה יכול לומר מילה על ילדים?

רופאה מלווה: בילדים הפערים קיימים גם כן, בסביבות 60 אחוז.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' קוטלר: אין חוסרים במתמחים לילדים ונוער, הבעיה היא שאין מספיק תקנים - צריך להוסיף תקנים. יש פחות מדי מומחים, מדינה די צעירה. אטרקטיביות המקצוע יורדת, יש לנו את כל המאפיינים של מקצוע במצוקה.

דר' עזיז דראושה: אתה רואה את הנושא של שר"פ נכנס למערכת בריאות הנפש? יש נוסחה שניתן לעשות זאת?

פרופ' קוטלר: לא יודע, זו שאלה לא הגיונית. מי האוכלוסייה שתוכל לשלם על שר"פ? אני לא חושב שיש לזה מקום בפסיכיאטריה.

פרופ' לאה אחדות: האם הרפורמה שמתוכננת מביאה לכם פתרונות?

פרופ' קוטלר: לא, היא מרחיבה את השירות הקהילתי. זה אומר שצריך כ"א. הקופות יציעו משרות יותר אטרקטיביות. מרבית האנשים שלנו עוברים חיזור, עם הצעות לשכר ותנאי עבודה יותר נוחים. אין לי יכולת לאיים תקנים, חסרים מומחים. הרפורמה מביאה בשורה טובה, אבל בלי תשתית כוח אדם. אם לא נהפוך את המקצוע למצוקה, אנחנו נכנס בשוקת שבורה לרפורמה, מצב אנומלי.

דר' שולי ברמלי: הכסף יגיע.

פרופ' קוטלר: יש חושך מוחלט במנהרה של כ"א. אני מתנגד לשר"פ מבחינה ערכית. אני לא מאמין שיש דרך לעשות את זה נכון, אבל זו האמונה שלי, ויכול להיות שאני אויב של הרבה מגזרים.

רופאה מלווה: טיפולים אמבולטוריים הם לא עתירי טכנולוגיה. הטכנולוגיה זה המטפל.

דר' עזיז דראושה: ותיירות מרפא?

פרופ' קוטלר: אותו דבר, פגיעה ערכית.

יש קושי גדול לגייס מתמחים בוגרי הארץ. אם המקצוע לא יוכר כבמצוקה, תהיה בעיה. למערכת הזו יש פתרון אחד - להכריז על מצוקה ולתת את הדעת על כוח האדם הניתן. זו אקסיומה להניח שזה המצב. צריך עוד כוח אדם. כמה זמן לא גייסו מתמחה חדש?

רופא מתמחה: שמי ואחיד ואני באמצע התמחות בבי"ח "מזרע" בצפון הארץ. הבנתי את המשמעות של הוועדה ושל הייצוג שלי פה, ולכן עשיתי את כל הדרך לכאן. בהיותי המתמחה בוגר הארץ היחידי בבי"ח מזרע בצפון, רוב המתמחים שם הם מעל גיל 50, מתמחים שעברו כבר את הדור השני בהתמחות, אבל לא מצליחים לפתור מתמחים חדשים, שלא נדבר על בוגרי הארץ. עשיתי התמחות באא"ג, ומסיבה רפואית לא הצלחתי לסיים את ההתמחות. מסיבה רפואית אני לא יכול לנתח. מתוך שליחות למגזר, פניתי לבריאות הנפש. נתקלתי בדברים חמורים - אין למשפחות יכולת להכיל את החולים. הם מעדיפים שישארו בביה"ח, כי זה המקום היחיד שתהיה להם מיטה. אני נותן לחולים לישון על הרצפה, והמשפחה יודעת ומסכימה כי אין אופציה אחרת. לוי"ז של מתמחה במזרע מאוד עמוס - ורק על חולה אחד מתבזבזות המון שעות. לגייס כוח נוסף זה בעיה - בקבוצת מתמחים, אני דובר עברית רהוטה היחיד, כל השאר בוגרי חו"ל. המקצוע כבר לא רלוונטי, המקצוע מת ולא קיים. כששואלים אותי איפה אני עובד, אני רוצה להגיד אא"ג ברמב"ם, זה נשמע יותר טוב במגזר הדרוזי. אין לחולים מקום. כדי להוסיף מטר לבנין צריך אישורים אין סוף. אנחנו מדברים על אנשים שסובלים כל יום ואף אחד לא רואה אותם. אנחנו לא חצר אחורית, אנחנו לא נמצאים בבית בכלל. חשבתי שזו שליחות, אבל אני כל יום רוצה לעזוב, זה לא בשבילי, ואני יכול ללכת למקום אחר. המלחמה היא יומיומית, ממש הישרדות, רק לעבור את היום בשלום. אני תורן מיון אחד בחדר, אין מזגן. כשתגיעי לבקר אצלנו תהיי בשוק תרבותי, לא תביני שאת בארץ. לא ניתן לבדוק כל חולה שעה. לוקחים החלטות קשות לפעמים, ויש סיכון, אני לא מבין איפה המערכת שמחזיקה אותי פה. צריך להשקיע באדם שאמור לשפר את העתיד של התחום. שמחתי שיש מישהו במשרד הזה שהוא מבחירתו רצה להיות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שר הבריאות. בדרך כלל אונסים את התפקיד הזה על מישהו בממשלה. אצלנו בכפר רוב המצביעים הצביעו ל"יש עתיד". אני לא מחדש כלום – לדעתי הפסיכיאטריה היא בתחתית הרפואה, כל הרפואה מוזנחת. אני מקווה שתבקרי גם בצפון כדי להתרשם מנוף הפסיכיאטריה הכללי.

יעל: אנחנו לא ניכנס כלל לפוליטיקה כאן. כל מה ששמעתם זה נכון, ראיתי את זה בביקורים שלי. מה דעתכם על כך שאנו נתחיל במהלך של חיבור בין פסיכיאטריה לבתי"ח כלליים? לשדך את המחלקות לבתי"ח כלליים.

פרופ' קוטלר: זו תפיסת עולם שאנו מסכימים איתה. עיסוק פרקטי בחלומות האלה הוא מאוד מסוכן. בבתי"ח אותו אני מנהל לא השקיעו עשרות שנים, כי אמרו שהוא עובר ל"אספ הרופא". זו אמתלה מכוערת שמנעה מביה"ח להשתפר.

יעל: אתה אומר אני בעד, בתנאי שיש כסף.

פרופ' קוטלר: עד היום השימוש ברעיון הזה היה כדי להתחמק מלפתח בתי"ח. קונספטואלית, אנחנו בעד חד משמעית.

רופאה מלווה: העובדה שיש מרכזים שיש בהם הרבה מחלקות מאותו סוג, מאפשר יצירת מרכז כובד אקדמי שיש לו הרבה משמעות.

פרופ' קוטלר: זה לא פוגע בקונספט, זה בסמיכות לבתי"ח. אנחנו צריכים להיות חלק מבתי"ח כללי. אני אומר שצריך מרכזים רפואיים גדולים שמזינים אחד את השני. אבל לא צריך להשתמש ברעיונות שמוכרים ולא מקיימים. תהיי בריאה!

**** מציג שישי בפני הוועדה: פרופ' בני דרנגר, איגוד המרדמים. מלווה במלווים. מציגים מצגת (מצורף בקובץ**

.(POWERPOINT)

ערן פוליצר: איך עובד התגמול לרופא המרדים היום?

פרופ' דרנגר: שבריר מרופא מנתח, ואנחנו לא מוכנים לזה. אם מדובר במשמרת שנייה, מגיע למרדים שכר הוגן. לא מדובר על חלוקה פנימית אלא על חלוקה שרירותית.

רופאה מומחית (דר' עידית): יש ל"אסותא" מחלקה אינטגרלית של הרדמה. השר"פ גובה ישירות מול החולה, אבל המרדים לא מקבל ישירות מהחולה. הביטוח משלם חבילה של כסף שהולכת עבור המחלקה, הניקיון, הציוד. שכר המנתח מופרד ואנחנו חושבים שגם המרדים צריך להיות מופרד. אנחנו רוצים לתקן עוול של שנים.

פרופ' דרנגר: חולה שמכיר את הרופא המרדים זה מוריד סטרס. סטרס גבוה לא טוב למצב הניתוחי. חיי החולה תלויים בכלל הצוות הרפואי, אבל קודם כל ברופא המרדים. אחריותו של המרדים מאוד כבדה, הוא אחראי על בטיחות החולה. הוא כל הזמן עוקב אחר המתרחש בחדר הניתוח. פה צריך רופא שיעשה את האינטגרציה המחשבתית ולא מספיק טכנאי. גם בימ"ש קבע שאחריות המנתח ואחריות המרדים שווה. השילוב שביניהם הוא הקובע. הרבה יבואו ויגידו שאין ביקוש לרופא מרדים, אבל לא מדובר על גימיקים של חברות ביטוח. ביקוש נוצר אם יש חוזר כספי מלא, אם מעלים מודעות, כרגע רוב חברות הביטוח מסרבות ומתחמקות מהנושא. הדרישה קיימת. כל חודש יש 150 חולים שמבקשים הרדמה פרטית, בהדסה עשרות. החולה מבקש את זכויותיו, זה כבר לא קשור לביקוש שהביטוח מציג. התורים לניתוח ארוכים עד אין קץ, גם במרכז וגם בפריפריה. רפואה פרטית רק בפריפריה זה גם לא נכון, כי גם החולים במרכז הארץ זכאים לטיפול נאות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רופא מתמחה (דר' ברק כהן): שלום לכולם ותודה. בעיני המתמחים – אני מאוד אוהב את המקצוע, הוא מיוחד ואין עוד כמוהו בתחום. יש לי הזכות לטפל בחולים בנקודות הכי קיצוניות שלהם. אני נדרש לבצע אבחנות ולהחליט על טיפול ולבצעו בקבועי זמן של דקות או שניות, והשפעתי על חיי אנשים מורגשת מדי יום. מסיבות שאני מבין חלקית, המקצוע שלי סובל מחוסר פופולריות – העיקרית היא הדאגה של אנשים במצבי, שמתלבטים באשר לחוסר ודאות לגבי יכולת השתכרות עתידית. בכל התחומים האחרים אתה יודע שתתקדם ותרוויח, אצלנו זה לא ככה. אני עובד בבי"ח יחד עם רופאים מומחים בבוקר, ובמשמרת שנייה אני רואה בצער איך הם הולכים לבתי"ח פרטיים. יש בזה אבסורד, כי בבוקר הם עמלו על חולה ובערב משאירים אותו בידי מתמחים. הם נדרשים לעוד משכורת כי עבודת הבוקר לא מספקת. הם היו שמחים להישאר בביה"ח, אבל זה לא מתאפשר. אבסורדי מזה – משקיעים בנו המון, הוראה, מחקר ואקדמיה, ואז כשמסיימים התמחות מגלים שאפשר לעשות יותר כסף בשעות יותר נוחות בלי תורנויות - ברפואה הפרטית. זה באמת ברמה של אבסורד. צריך למצוא דרך לאפשר להם להרוויח את אותה משכורת נוספת במוסד הציבורי, שתאפשר להם לשפר את הדברים האחרים שצריכים לקרות במחלקה.

רופאה מומחית (דר' עידית): אני דור שני למקצוע ההרדמה, ולכן אני חווה את הדברים האלה כבר שנים. מקצוע ההרדמה עבר הרבה שינויים ב - 40 שנה האחרונות. חלק מהשינויים קרו באינטראקציה בין המערכת הציבורית לפרטית. החליטו בזמנו לתת יחידות למחלקת הרדמה, ופתאום באו המון אנשים להרדמה. זה עשה שינוי. השלב השני היה נושא של תורנים - כן רופאים מומחים, אבל ביום למחרת הולכים הביתה. צריך שמישהו ישמור על החולים גם בלילה. הגל הבא של הרוסים היה השינוי שנעשה, שמנהלי מחלקה אנרגטים ומנהלי בי"ח הבינו את הצורך בהרדמה.

אני עובדת 12-14 שעות ביום בתוך ביה"ח ומקדישה את חיי למתמחים. אני רואה את המתמחה כאן ואחרים שמסיימים את ההתמחות, ופתאום נשלחים לחו"ל ל - fellowship וחוזרים ל"אסותא". אז כל מה שאני השקעתי כל השנים שלי, הלך למקום אחר. אנו לא יכולים לתת אופק השתכרות כמו שם. אני קבעתי סטנדרטים גבוהים, אבל אנשים שם לא עושים תורנויות, זה לוקסוס לטפל בחולה צעיר ובריא, וקשה להתחרות בזה. נושא ההרדמה – אנחנו מדברים על חולה שאני מכירה לפני כן, אני נמצאת איתו ומרדמה אותו, יוצרת איתו קשר. ואז הם מגיעים למשרד שלי ואומרים תודה רבה. יש להם בעיות רפואיות מסביב, וכשהעסק הזה נגדע בשעה שלוש וחצי זה לא הגיוני. המתמחה נשאר עם תינוק שנותח למשל, אבל המומחה הלך. אני יכולה להגיד שמומחים לפעמים מוותרים ומבטלים, אבל אנחנו נקשרים לחולים לא פחות מהמנתח, ואנחנו עושים את זה. סיפור שהיה בעיתונות – יולדת במצב קשה הגיעה אלינו. מי שקיבל אותה נשאר איתה יומיים. ואז היא עוברת לקולגה, וזה לא אותו דבר. הרופא נשאר יומיים ליד החולה, עברה קיסרי, היא כבר בבית. החשיבות היא שהכל יהיה בביה"ח, הרופא מרוצה ומרגיש מסור למערכת.

מלווה (דר' אלי): איגוד הרופאים המרדמים תומך ביוזמת הכנסת משמרת שנייה לבתי"ח. הכנסת עבודה נוספת לבי"ח – אם זה שב"ן, שר"פ, וכמובן שהמרדמים צריכים להיות חלק מזה. עד עכשיו לא היינו חלק מהעוגה הזאת. אני נוסע להשלמת הכנסה פעם-פעמיים בשנה לארה"ב, כאשר הסיבה העיקרית היא כספית. הכנסת הרופאים שם היא סבירה, בעשירון העליון בין הרופאים ואין שם מחסור במרדמים. בארץ המצב אבסורדי, כל הצוות עוזבים בשעה שלוש וחצי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אמרת שרצוי 50 מתמחים בשנה, ו- 30 בוגרי הארץ. למה?

דר' אידלמן: ביקשתי מפרופ' דרנגר לשלוח לוועדה מחקר על תכנון כ"א בהרדמה.

פרופ' דרנגר: אני מתכוון לבוגרי הארץ שגמרו את המבחנים בארץ.

**** מציג שביעי בפני הוועדה: פרופ' מרדכי גוטמן, איגוד הכירורגים. מלווה במלווים ומציג מצגת (מצורף בקובץ**

.(POWERPOINT

פרופ' גוטמן: לנו יש מנדט מיוחד לדבר על שר"פ, זה חלק מהיום יום שלנו. כמעט כל שיחה עם חולה תיגמר בשאלה מי ינתח אותי. זה תמיד עולה, והולך ועולה עם השנים. בעבר זה היה בהיסוס, היום אנשים רוצים להשפיע על גורלם ומנסים ללחוץ. מה האופציות של אדם שהולך לעבור ניתוח? לקבל את הדין במשפט "אנחנו מחלקה ציבורית, אתה תקבל מנתח כשיר" ואני עומד מאחורי זה. אחרים יגידו "לא תודה", ויעברו למערכת הפרטית. חולים קלים יותר, בדרך כלל שיכולים להרשות לעצמם, ומורידים נתח חשוב דווקא בגלל שקל יותר לטפל בהם. קבוצה שלישית תנסה למצוא את הדרך, קשרים, פרוטקציה, גורמי לחץ וזה קורה לא מעט – השגת שר"פ בלי כסף. כשאנחנו מדברים על שר"פ, אני רוצה שנדבר כקבוצה מה זה עושה לאיש צעיר בתחילת דרכו, למחלקה. אומרים לנו יש שר"פ - תנתחו יותר כי כדאי לכם, ואולי גם תנתחו מה שלא צריך וזה מופיע בעיתון אחר כך. כל שבוע מוצגים חולים לפני ניתוח לשבוע הבא, גם הפרוקטציונרים. בוודאי שיש יתרון עצום לכל מה שקורה במערכת הפרטית. אף אחד לא שואל אותי ואני לא שואל אף אחד - בציבורי זה לא ככה. כשרופא בכיר נמצא בשעות הערב במחלקה, זה נראה אחרת - בדפיקה על הקיר יש את מירב הייעוץ. להביא את כל הכירורגיה שלנו לתוך חיי המחלקה – למה לנו ללכת לנתח במקום אחר? למה לא אצלנו? אנחנו חושבים שהשר"פ מעשיר את חיי המחלקה, נותן מנוע להגברת תפוקות וכספים.

רופא מלווה (דר' פרוינד): יש אספקט חינוכי לדבר הזה. אנחנו אמונים על גידול דור חדש של כירורגים שגדלים בעבודה קשה ומלמדים אותם. אנחנו צריכים חומר קליני כדי ללמד אנשים. אם יעשו הכל בבתי"ח פרטיים, החומר הקליני ילך לאיבוד. זה פרדוקס, אבל זו עובדה. כשיש שר"פ, המנתח של השר"פ מנתח את החולה, אבל מותר לו והוא עושה את זה, כשהוא כירורג יותר צעיר - לתת לו חלקים מהניתוח שמתאים להכשרתו. לכירורג הפרטי יש מחויבות חינוכית עמוקה ובלתי מסויגת כלפי הדור הבא. כשאין שר"פ, הוא יעמוד וילמד את המתמחה הצעיר או הבכיר בניתוח כזה או אחר. זו המחויבות שלו וזה מה שהוא תורם למערכת ואנחנו מוכרחים את זה. בלי הדבר הזה הכירורגים ייעלמו, כולם ילכו לבי"ח פרטי ויעשו את הניתוחים הקלים והפשוטים ביותר, ושהכי מביאים לרווח. תנו לנו לעשות הפרדה בין המקרים לשר"פ למקרים שישארו אצלנו.

פרופ' גוטמן: כל פעם שאני מנתח בבי"ח פרטי אני אומר חבל שהמתמחים שלי לא פה. כמות עצומה של ניתוחים שיכולנו ללמד.

רופא מומחה (דר' נדב): רוב ההתנסות שלי בעולם הכירורגיה היא כמתמחה. אני לא מעוניין לצאת לרפואה הפרטית, אם אני יכול לעשות את זה. כדי להישאר בציבורית, אני חייב לבנות לעצמי אופק שירות שיאפשר לי להתפתח מקצועית וכרגע זה חסום. אני מגדל את עצמי במשך שנה-שנתיים להיות מנתח שעומד לבד, מומחה אמיתי שידוע לקשור בין הידע לידיים בלי שיעזרו לי. היום זה מאוד קשה לביצוע במערכת הציבורית. מאוד חשוב לגדל ולהעביר לדור הבא את הידע בעיניי. הפאזה השנייה של המומחה הצעיר הוא אחרי ההתמחות בחו"ל, ואז



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חוזרים עם התמחות-על במקצוע הכירורגיה, ואז עוד תקופת הבשלה בארץ – אנשים יודעים מי אתה בתוך המערכת ובאים לחפש אותך. אנשים מבינים בקושי להישאר במערכת הציבורית, כי הם יודעים שאין להם אופק למיצוי הפוטנציאל הכירורגי שלהם במערכת הציבורית. אני יכול לעשות כונוניות, תורנויות, לא מרפאת מומחים. כפועל יוצא מזה שאני לא יכול לעשות מרפאת מומחים, אין לי זמן משוריין לנתח חולים שמעוניינים שאנתח אותם. יש הקצאת חדרי ניתוח לא גמישה של הבוקר. יש תורים ארוכים, לא מעט ביטולים ואפס גמישות. אם אני רוצה למצות את הפוטנציאל שלי, אני נדחף החוצה.

יעל: לאן?

רופא מומחה (דר' נדב): למערכת הפרטית. אני מציע את מרכולתי בזמן הפרטי והמתוכנן שלי.
פרופ' גוטמן: נדב צנוע ולא מדבר על כסף. חולים שאתה תביא כי אתה רופא מצוין, הכל יהיה בבי"ח אצלנו והוא יתחיל בעצמו להדריך את הדור הבא - הוא מנוע הצמיחה של הדורות הבאים, שככה מאולצים לצאת החוצה. מתמחה יושב אצלי 6 שנים, אבל מומחה עד גיל פנסיה. יש לנו מתקנים מדהימים ואין ספור דרישה. חולה שמחכה לניתוח סרטן קיבה חודש, זה המון זמן. תנו לנו את הזמן, תנו לנו את היכולת. אתה צריך עזרה - אני אעזור לך או מומחה אחר.

דר' עזיז דראושה: אני רוצה לשאול את שלושתכם – אתם הצגה הכי חשובה בעיר. אני חיכיתי להצגה שלכם כי הוועדה נוגעת בהרבה דברים, וביניהם השר"פ. היה וקראנו לזה לא שר"פ, אלא משמרת שנייה, ולא משנה מאיפה המימון, האם זה יכול לעבוד?

רופא מלווה (דר' פרוינד): פול טיימר.

דר' עזיז דראושה: כן, לזאת הכוונה. זה היה יכול לעבוד? דר' נדב יכול להתפתח לפול טיימר?
פרופ' גוטמן: זה נושא חשוב. לא רואה שכולם יהיו פול טיימרס, אין מימון לזה. מאוד הייתי שמח אם כולם היו פול טיימרס.

דר' עזיז דראושה: אז החולה לא יחכה חודש, וזה חשוב.

פרופ' גוטמן: זה ייתן מענה לחלק מהלחצים, לא להכל. בחירת המנתח לא תבוא לידי ביטוי בפול טיימרס. אולי החולה לא רוצה את נדב אלא פרופ' אחר, ואז בחירת רופא לא תהיה. פול טיימר כן, כתשובה מלאה לכסות את כל מה שהעלנו זה - לא מספיק.

רופא מומחה (דר' נדב): שאלת תם – נושא הפול טיימר עלה גם במאבק הרופאים. זו מילה יפה שמאחוריה יש הרבה מאוד חושך ואפלה. כבר אז הייתה בעיה משמעותית למצאו מקורות מימון למושג הזה. גם נושא של איגום ממקורות אחרים היה בעייתי. זה נשאר תלוי באוויר. לא היו אפילו בכיוון כדי לקחת דבר כזה ולהפוך אותו לאופרטיבי. להעלות עכשיו פול טיימר במצב הקיים, איך תעשה את זה?

רופא מלווה (דר' פרוינד): המושג הזה בא מהשר"פ.

יעל: לאו דווקא, יש הרבה פתרונות אחרים. הרעיון הוא להישאר בביה"ח, ואז יש שעות הדרכה נוספות ומומחים נשארים. זה שכל השנים חזרו ואמרו שר"פ-שר"פ-שר"פ כפתרון, לא אומר כלום. על השר"פ מדברים עשרים שנה, אנחנו מנסים למצוא פתרונות אחרים. אנחנו שואלים כדי לראות את התגובה.

רופא מלווה (דר' פרוינד): למה הוא פתרון טוב לבתי"ח פרטיים? הרי הולך גם כסף וחומר קליני לאיבוד!

יעל: יש ערך לרפואה הציבורית. יכול להיות שצריך לטפל במערכת המקבילה, אבל אנחנו מנסים לחזק את המערכת הציבורית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משה בר סימנטוב: אין שוויון, אבל אתה רוצה לראות שהמערכת הכלכלית של הפרט לא משפיעה. **פרופ' גוטמן:** רוצה להחזיר למשפט הראשון שאמרתי ולהתעקש – הנושא של בחירת רופא הוא לא טריוויאלי. אומרים לי בוא נשמור על מקום של שוויון - אתה שולל מאזרח את הזכות לבחור לעצמו רופא. המערכת הציבורית שמבצעת את הרוב של הטיפולים, וב - 90 אחוז מהמקרים אין אופציה של בחירת הרופא המנתח. זה שמור בעיקר למי שיש לו כוח, יכולת והשפעה. איש ישר דרך שרוצה מכספי הביטוח ששילם כל חייו שירצה לבחור מנתח, לא יקבל את זה.

פרופ' קובי גלזר: אמרת שאחד היתרונות זה בקרה. אנחנו שומעים סיפורים על הדסה – מגיעים חולים ומסיטים אותם. איך אתה רואה מצב שלא יקרו הסיפורים שמספרים לנו עליהם?

רופא מלווה (דר' פרוינד): יש לי 40 שנות הדסה מתחת לחגורה שלי. הסכם השר"פ של הדסה נוצר ב - 1957. במשך הרבה שנים הכל היה נקי ועל השולחן ומסודר, ובשלב מסוים זה התחיל להתפרק כשהדסה התחילה להתפרק. זה שהיו כמה פירות באושים, לא צריך לקלקל את מה שהיה מנת חלקה של הדסה כל השנים. הוא יחזור להיות כזה, אני בטוח.

דר' עדי ניב-יגודה: לי לא ברור מה המנגנון ששומר על הפרדה בין השיקול הרפואי לשיקול הכלכלי. מה המנגנון שאתם יכולים להציע?

פרופ' גוטמן: אני מהדד שלך, אני בא לעזור לך. המנגנון הכי טוב בכל מקום זה בקרת עמיתים. זה הרבה יותר חזק מרגולציה, ממבקר המדינה. לא נכנס חולה לניתוח בלי זה, וזה נכון גם לחולי השר"פ.

יוליה איתן: עזיז פתח בזה שאתם ההצגה הכי טובה בעיר. כסף לא הופך להיות שכר עבור מנתחים, אלא אמור לתת מענה למערכת שתתפקד. מהן מחשבותיכם בנושא?

פרופ' גוטמן: יש כמה מודלים של שר"פ. בהדסה זה בכל שעות העבודה, באחרים זה לאחר שעות העבודה. הרופא צריך להיות מתוגמל על זה, אין ספק. כירורגיה זה הדבר הבולט ביותר. יהיה מודל שבו ההכנסה תתחלק בין כל נותני השירות וביה"ח.

דר' אידלמן: יש לנו מודל, אנחנו נציג את אחד המודלים בהמשך.

**** מציג שמיני בפני הוועדה: פרופ' אשכנזי, ראש המועצה המדעית. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

פרופ' אשכנזי: אנחנו מופקדים סטטוטורית על כל שלבי ההכשרה הרפואית בארץ. אומר מה יש לעשות כדי לשפר את ההכשרה הרפואית. אנחנו מתייחסים בראת קודש להכשרה הרפואית. המתמחה של היום הוא המומחה של עוד חמש שנים, ומנהל המחלקה של עוד עשרים שנה. ההכשרה מתחילה ביום הכניסה לבי"ס לרפואה ומסתיימת בגמלאות. ההכשרה הרפואית נעשית ליד מיטת החולה. אני כרופא ילדים מלמד מתמחים איך לדעת למה ילד בוכה. העבודה נעשית יום-יום בהנחלת עקרונות אתיקה, עבודה סיוזיפית יומיומית שקיימת כל הזמן. כל הכשרה רפואית שנעשית בארץ, 56 התמחויות, היא לא מתוקננת, לא מתוגמלת, לא מופיעה בתפוקות של בתי"ח. בתקבולים של בתי"ח ובתפוקות מופיע טיפול בחולים וביצוע ניתוחים, יש מיטות אשפוז ותקן. השעות של השקעה במתמחים, הדרכה, הסברים, חשיבה על איך לדבר עם ההורים, מה אומרים - אנחנו משקיעים שעות על גבי שעות מבלי שבי"ח מקבל תגמולים בתקנים או בתשתיות מיוחדות. במנדט של בי"ח כתוב לטפל בחולים ולשמור על



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

איכות הרפואה, והכשרת מתמחים נעשית בהתנדבות. כל ההכשרה שהיא, נעשית בבתי"ח ציבוריים. בבתי"ח משקיעים המון שעות כדי לעשות את הרופא הכי טוב שיש. כל הידע שהושקע כסטודנט, כסטז'ר, כל זה מחר יעבור לאסותא כשילך לשם. כל מה שהרפואה הציבורית השקיעה בהתנדבות בצורה לא מתוגמלת, ילך לרפואה הפרטית. אני מכיר את המערכת למעלה מ- 30 שנה. לחיזוק הרפואה הציבורית - את כל ההכשרה הרפואית, ההתמחות, התמחות-העל - צריך להכניס לתוך הכותרת של ביי"ח, להכניס לתקינה ולתגמול, וכך נעשה צדק הגיוני בעיניי. הדבר הראשון שיפגע בעומסים ובלחצים הכלכליים, הראשון להיפגע, זו ההכשרה הרפואית. נראה את זה לא מיד, אלא ברפואה פחות טובה עוד עשר שנים. ההכשרה הרפואית דורשת מאיתנו הרבה מאוד זמן. צריך לחזק ולהכניס את מה שנעשה לתפקיד של ביי"ח, שלא יעשה זאת בהתנדבות.

יעל: תודה רבה, ברור מאוד!

**** מציג תשיעי בפני הוועדה: דר' משה קוסטינר, יו"ר שירותי בריאות כללית (קהילה). מציג מצגת (מצורף**

בקובץ POWERPOINT).

דר' קוסטינר: אני רוצה להאיר לכם את הכיוון של רפואת הקהילה. אני לא בטוח שכולם מודעים לקיום הקהילה במערכת הבריאות. אני חושב שרפואת הקהילה, 90 אחוז מהשירות הרפואי ניתן בה. המצב במרפאות הקהילה הוא לא יותר טוב ממה ששמענו, אלא הרבה יותר גרוע. מחסור הולך וגדל ברופאים בקהילה, בסביבות 2,000 רופאים. זהו המצב הטוב. זה מחסור של רופאים שסיימו לפני זמן רב את ההכשרה שלהם, רופאים מבוגרים לקראת סוף הקריירה, עולים חדשים שמתקרבים לסוף הדרך, ואנחנו מוצאים עצמנו במחסור הולך וגדל של רופאים שמהגרים החוצה במקום להיכנס פנימה. אין מתמחים ברפואת המשפחה. רופאים לא מגיעים להתמחות, כי הם שומעים שניתן מענק במקומות אחרים. רופא פנימי הוא מצוין, אבל הוא לא רופא משפחה וזה סקטור אחר, זה לא עונה אחד על השני. יש פרישה הולכת וגוברת - יותר בולט ברפואה יועצת - רופאי א"ג, אורתופדים - לא ניתן להשיג. במחוז דרום זה יותר בולט, אבל זה קיים גם במרכז. אין לי סיכוי למצוא אורתופד למרפאה שלי ברי"ג! מטופלים זקנים וחולים במצב סוציאקונומי נמוך, קשה להם מאוד להשיג רופא מקצועי, כאשר בדרום זה שואף לאפס. הם מוצאים פתרונות בבתי"ח פרטיים. אני מניח שבשאר הקופות זה לא יותר טוב. רופא שיוצא לחופש, כל האוכלוסייה שלו נשארת ללא טיפול או עוברת לרופא אחר ליד. היום אין רופא בקהילה שיש לו רק תיקייה אחת. זה מצב בלתי אפשרי, השירות גרוע ביותר, זמן החשיפה קצר ביותר, המצב הולך ומחמיר. שחיקת הרופאים גדולה בקהילה. תחלופת החולים גדולה - רופא בקהילה רואה כל 5-10 דקות חולה. הרופאים צריכים לשחק עם זה, אחרת יהיו פול טיימרים, וכמות הרופאים השחוקים עולה. הם לא יכולים לצאת לחופש, להשתלמויות, והם נשחקים. זה מעמיס על רופאים אחרים, שכבר יש להם המון חולים. זה גורם לאורך תורים ארוך ביותר, בעיקר ברפואה המקצועית ופחות בראשונית, אבל גם שם זה קורה. חולים מחכים שניים ושלושה חודשים לתור, ואני מדבר כרגע כמנהל מרפאה שחי את זה בשטח ולא כארגון. יש בדיקות די דחופות, וחולים לא רוצים ללכת לביי"ח, אבל הם צריכים לחכות המון זמן בתור, והבדיקה יכולה להיות קריטית.

חלק נוסף - מטלות הרופא. הרבה מעבודתם לא נועדה להם כרופאים, אך כתוצאה מהשמיכה הכלכלית הקצרה, מה שיכול להיות מואצל על מזכירה רפואית למשל, לוקח את זמן הרופא נטו, ואז הרופא עושה עבודה מנהלתית וזה לוקח 40% מזמן הרופא כי אין מספיק כ"א פארא-רפואי, ולא את מה שלמד באוניברסיטה או בהתמחות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

זה גורם לאורכי תור, תלונות קשות מהציבור, חוסר שביעות רצון מצד החולים שמשלמים מס כבד, וכשהם צריכים את הרופא הם לא מקבלים. מאוד לא נעים לשמוע, מאוד מלחיץ, מאוד שוחק, יש יותר אלימות מילולית ופיזית כלפי הרופאים. אורך התורים גורם לפגיעה פיזית בחולים, וליציאת חולים לרפואה פרטית. הם מחפשים את הדרך לרפואה הפרטית, עלויות הולכות וגדלות, וניכרת העמסה על בתי"ח כי זו הדרך הכי קצרה. במיון עושים להם את כל מה שצריך, במקום לחזור לקופ"ח פעם אחר פעם. רפואה מקצועית בקהילה – תחום חשוב, מקביל למה שקורה בבתי"ח. הרבה חולים בעידן המודרני, מקובל שיותר פעילות עוברת למרפאות קהילה ולא בבתי"ח. הקהל יודע וקורא, ודורש את אותו דבר אצלנו בקהילה. היום אנחנו יודעים לעשות הרבה דברים. כשהתורים ארוכים אנחנו מפנים לבי"ח, אבל חולים רבים לא מוכנים ללכת לבי"ח, בגלל הקרבה לבית, זמינות הרופאים, הקשר בין הרופאים שיותר טוב, זה הופך את הרפואה היועצת בקהילה לאבן יסוד. לכן חשוב לגרום לכך שיותר רופאים יגיעו אלינו לעבוד, וקשה לגייס אותם לשם כך. מס' חולים לשעה – זמן מפגש רופא-חולה קצר ביותר. כתוצאה מכך – 6,7,8,9 חולים לשעה זה לא טוב, גורר תורים, יותר תחלואה. לא אדבר על שיטות תגמול בקהילה. אני רוצה להעלות את הרעיון של פול טיימר בקהילה – רופאי הקהילה יותר מוגבלים מבחינת היכולת שלהם לקליניקה פרטית, ואז הם רצים לשיטות אחרות. בבוקר הם רופאים שכירים, בהמשך ססיות כאלה ואחרות, ואז כרופא עצמאי של אותו מעסיק. הוא נע בין שיטת עבודה אחת לאחרת כי אין ערבוב בתחומים. התוצאה היא בזבוז זמן וסרבול רב של המערכת ושירות לא טוב שניתן, שיכול היה להיעשות כולו באותו מקום בפחות שעות.

יעל: ליאוניד, יש לכם מודל של פול טיימרים בקהילה?

ד"ר אידלמן: בהמשך.

ד"ר קוסטינר: רופא משולב - יש לנו מודל של רופא משולב במכון הגסטרו. עובד חצי משרה בקהילה וחצי בבי"ח. מבחינת תנאים פיזיים - זה כמעט אותו דבר. הרופאים עובדים בצורה משולבת. אני חושב שזה צריך להיות ככה בכל התחומים. אפשר להעתיק את השילוב הזה לבתי"ח אחרים.

ד"ר שולי ברמלי: אבל זה בגלל שלקופ"ח יש ביי"ח?

ד"ר קוסטינר: יש כאן רצף טיפולי מדהים. אותו רופא ששלח לבי"ח הוא זה שישחרר אותו וגם יטפל בו. לפעמים רואים חולה שהולך לבי"ח ומשחרר עם שינוי דרסטי בתרופות, ובקהילה הוא יתדרדר כי סוג הטיפול הוא אחר. מה שמתאים לשגרה לא מתאים לרפואה דחופה. זה צריך להתחיל עוד בהתמחות. פרופ' אשכנזי לא דיבר על התמחות בקהילה, ורק על התמחות בבי"ח ציבורי. איך מתמודדים עם 7-8 חולים בשעה זה מלמדים בקהילה, כדי שרופאים לא יתמוטטו. לא יכול להיות רופא בישראל שלא מכיר את ההתנהלות בקהילה, כמו כזה שלא מכיר את בתי"ח. אני חושב שכל רופא צריך לחלק את משרתו אצל אותו מעסיק בין הקהילה לבי"ח.

שירה גרינברג: אצלכם יש בחירת רופא מקצועי בחינם בקהילה, למה צריך כסף?

ד"ר קוסטינר: יש כאן תחושת אפליה שרופאי הקהילה עושים את הכל, ובסוף אומרים אתה לא במשחק הזה. לרופאי הקהילה יש פחות אפשרויות לעשות מאשר רופאים בסקטורים האחרים. אני חושב שמן ההגינות שלא תהיה אפליה כזאת.

ניר קידר: בכללית יש כן שב"ן בקהילה. אתה יכול לקבוע תור. זו אחת התופעות הפחות טובות. אפשר להפעיל באותה קופה את השב"ן בתור תמורת 100 ₪.

ד"ר קוסטינר: אין מצב כזה, ייהרג ובל יעבור.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניר קידר: בוודאי שכן.

דר' קוסטינר: זה לא בקהילה. רופא מן השורה בקהילה לא עושה זאת.

יעל: ניר, תמצא את הדוגמא ותראה לנו.

ניר קידר: יש דוגמאות.

יעל: האם הכנסת טכנולוגיות חדשות כמו רפואה מרחוק, טלמדיסין, האם זה יכול לתת פתרון לתורים?

דר' קוסטינר: מסתבר שזה ממש לא. זו התשובה. אני מגיע לקחת תשובות, ואני רואה שהרופא כאן, ופתאום נזכרתי שאני צריך אותו. אנשים לא מסתפקים בזה.

יעל: לכל טכנולוגיה חדשה לוקח זמן להסתגלות והטמעה.

דר' קוסטינר: זה לא מביא ממש להפחתת העומס.

****מציג עשירי בפני הוועדה: דר' ישראל אייליג, רופא מרדים מסורוקה, ארגון שירותי בריאות כללית (בתי"ח).**

מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).

דר' אייליג: אתם מסתכלים על חיה (מדבר על עצמו) שכמוה לא יהיו הרבה. שרון השנים דופק. אני אדבר על נושא הפריפריה. כל המצוקות או מרביתן קיימות בכל המדינה, רק שבפריפריה הן הרבה יותר חמורות. חולים שיש להם שב"ן בפריפריה לא מפעילים אותו, כי הרוב מתבצע בבתי"ח במרכז. ניצול השבנ"ים לא יעיל במרכז. משך ההמתנה ותורים אנחנו יודעים, ומדברים על זה הרבה. יש מערכת בלי רופאים, בלי ציוד, בלי מיטות, והפתרונות הם איך להביא יותר.

יעל: האם יש לכם תורים ארוכים בבתי"ח?

דר' אייליג: כן, אמרתי קודם.

ערן פוליצר: מה עוצר את הפעילות היום בשעה שלוש וחצי?

דר' אייליג: אני הולך הביתה, לעבוד במקום אחר, אני הולך לספריה. חדר ניתוח עובד עד שלוש וחצי.

שירה גרינברג: אתם לא עושים קצ"תים (קיצור תורים) אחרי הצהריים?

דר' אייליג: כשיש מימון אז כן. אנחנו אוהבים ורוצים לעבוד. כשאני הולך הביתה אני הולך לסבול, בחדר ניתוח אני עדיין נהנה.... אשתי היא אחות ראשית בבית אבות, וכשיש אצלה חולים שממתינים שבועות היא כואבת את כאביהם ומבקשת ממני להקדים להם תורים. המערכת סוגרת את דלתותיה ושולחת אותנו הביתה. כמה שיוצרו יותר ניתוחים, ככה יוצרו יותר ניתוחים מיותרים. ההבדל בין ציבורית לפרטית, הוא בכמות הרופאים ליד מיטת החולה.

ערן פוליצר: הרמה של המימון הציבורי כשיש, זה מספיק כדי הרופא לא יצא לגמרי לפרטי אחר הצהריים?

דר' אייליג: אצלי בבית"ח כשלרוב אין איפה לעבוד אחר הצהריים, אז נוסעים למרכז לעבוד. הם היו שמחים ומוכנים להישאר לעבוד בסורוקה. הם מכירים את הצוות, את המרדים, את חדר ההתאוששות, הרבה יותר חופשיים ופחות חרדים, ומשוכנעים שהחולה מקבל את הכי טוב. אם חולה במרכז משוחרר וצריך לנסוע עד דימונה וקורה משהו בדרך, הוא צריך להיכנס לסורוקה. על ידי הוצאת ניתוחים קטנים מציבורית והשארת הגדולים, כל ההוצאות משתנות. הדבר השני - העברת חולים עם ביטוחים לשעות אחר הצהריים. פינוי הבוקר יעזור לחולים מעוטי יכולת ללא ביטוחים. אם עשיתי זאת, עשיתי גם שוויון וצדק חברתי. בחירת רופא כבר כאן



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מסיבה פשוטה – זה נמצא כבר כאן. בחירת רופא יש, הרופא רואה אותו במחלקה ואומר לו "אני מביא אותך לקצ"ת ביום רביעי בשעה שלוש", לא מלא. אבל יש דבר אחר – חלק גדול מהחולים פוחדים פחד מוות מליפול בידים של מתמחה לבד. מי שמגיע לאחר הצהריים בחר כבר את הרופא המומחה. בחירת רופא קיימת, צריך רק להופך אותה לקיימת. דרכים להעברת רופאים – ניתן יותר שכר לאנשים במקצועות מצוקה, לפריפריה, ניתן מענקים. באו יותר אנשים ממה שמשרד האוצר תכנן. זה הפחית את המצוקה בשלוש דרגות.

יעל: משרד האוצר היה מוכן לתת, זה רלוונטי.

ד"ר אייליג: זה אותו הכסף והרופאים שילמו את זה. הדבר השני שעכשיו ב - 2013 נצמדים במסמרות ל - 75 מיליון, ומענקי הפריפריה נעלמו לחלוטין. נשאר מענקי מצוקה במרכז ומענקי מצוקה בפריפריה. הסכומים ירדו בשני שליש ורק למקצועות המצוקה, מקצועות אחרים לא קיבלו כלום. בנושא המענקים כדאי לבדוק מה קרה עם הכסף, לאן התגלגל. מאותו כסף נשאר בערך 40 אחוז בדוק גבירתי, ואני יכול להוכיח. אנחנו עוברים את ה - 50%. יש את הדרך להביא מתמחים ומומחים, וכתבתי את זה. מספר המומחים בפריפריה הוא בין חצי לשליש משאר המדינה. יש את שיאן השכר פרופ' גידי סער שכולם רודפים את דמו. בן אדם אחד כזה גורר אחריהם את כולם. אנחנו צריכים מנהלים טובים ואין לנו מה להציע להם. לא השגנו כלום, הוא לא יהיה בבאר שבע.

ד"ר עדי ניב-יגודה: יותר חוזים אישיים ייתן פתרון?

ד"ר אייליג: כל דרך שתשאיר את הרופאים תעזור, כל עוד יש לי מה להציע. קליטת רופאים לבתי"ח – במדינה עוד לא התחילו להשתמש בתקנים. עוד לא גמרו את ההקצאה הקודמת, וכבר יש הקפאה. המחלקה במצוקה, לא קולטים אותם. יש הוראת מנכ"ל בסורוקה – אין קליטה 3 חודשים ראשונים, והמתמחים יעשו את התורנויות העודפות. אנשים מבינים שאין עתיד ומצביעים ברגליים.

הבקשות לוועדה – נושא התקינה. ההסתדרות הרפואית עשתה את זה באמצעות חברה חיצונית. הנתונים פתוחים והוצגו בפני הוועדה ולא ארחיב בזה. העדפה מתקנת בהמצאת רופאים לפריפריה, שהתקנים ימשיכו להתקיים וימשכו רופאים צעירים. רופאים עושים תורנויות גם בגילי.

ד"ר שולי ברמלי: יש תמריצים נוספים חוץ מכסף?

ד"ר אייליג: אנחנו נמצאים בתקופה שהכל נמדד לפי החור שבגרוש. כל פתרון אחר שאציע יגיע לכסף בסוף. בסיכומי של דבר הכל צריך להימדד בכסף כדי שרופאים ימשיכו לעסוק בתחום.

ד"ר אידלמן: יכול להיות תנאים נוספים.

ד"ר שולי ברמלי: תעסוקה לבן הזוג למשל...

ד"ר אייליג: ניסינו הטבות כאלה ואחרות, הטבות לבן זוג. אם הרפואה בארץ קיבלה פוש כלפי מעלה, אל תתנו לזה ללכת אחורה. לא מעט אנשים בודקים אם כדאי לבוא לפריפריה, ויש לנו יותר ויותר ביטולים. אנשים להרדמה באו לפנימית ולכירורגיה, והולכים כי הם מבינים שלא כדאי להם.

ניר קידר: לקח בדיוק דקה למצוא במערכת רופא א"ג שעובד אחר הצהריים ב - 100 ש"ח.

עו"ד לאה ולפר: לא קיים. אנחנו לא מכירים את זה, תגיד לנו כדי שנבדוק את זה.

ד"ר אייליג: בהסכם העסקה של ביטוח מושלם כתוב שתנאי עבודה הוא עבודה שלפחות חצי משרה או יותר תהיה בבתי"ח. הוא הציג משהו שלא עובד בכלל, אז אני לא מכיר את זה. רופאי הקהילה לא מאפשרים להם להיכנס לביטוח המושלם. קופ"ח הקימה רשת רופאים.

פרופ' קובי גלזר: אבל זה מושלם!



עו"ד לאה ולפר: יש בלבול! זה רופא ב"ח, ולהם אישרה הקופה לעבוד גם במסגרת המושלם.
שירה גרינברג: בעיית ההעסקה קיימת.

**** מציג אחד עשר בפני הוועדה: ד"ר צאקי זיו-נר, ארגון רופאי המדינה, תאגוד בתי"ח. מציג מצגת (מצורף)**

בקובץ (POWERPOINT).

ד"ר אידלמן: ב"ח ציבורי לא רואה היום עצמו כמקור כלכלי קודם כל, רק לכסות גירעונות.
יעל: שיבא הוא ביה"ח היחיד שנותן כסף לממשלה.

ד"ר זיו-נר: שאלתם על טכנולוגיה ואני אתן דוגמא. האם יש אפשרות שבמשאבים חסרים שטכנולוגיה תפצה על זה קצת – טלמדיסין ודומיו? השיקום בארץ הוא תהליך, יש חסר נוראי. משרד הבריאות עובד על זה. דווקא בנושא של שיקום ומרחקים, יש תוכנות נהדרות שמאפשרות להוציא בן אדם מאשפוז, פתרון אזרח הקצה. אנחנו יכולים לתת לאיש תוך משחק להפעיל הפעלות לפי תכנית מובנית ולבדוק מה הוא עשה, האם תרגל, כמה תרגל ולעקוב אחרי זה. אין לי מספיק מטפלים, וזו שיטה לעשות אוטריצינג בצורה הטובה ביותר. הם נהנים מזה ומשתלבים נהדר, וזה גם מקרב דורות.

**** מציג שנים עשר בפני הוועדה: ד"ר נמרוד רחמימוב, ארגון רופאי המדינה. מציג מצגת (מצורף בקובץ)**

(POWERPOINT).

ד"ר רחמימוב: בראייה שלנו, חשוב לנו לשמור את הרפואה הציבורית – ציבורית. חשוב לנו שהמחיר של בחירת מנתח לא יפגע במטופל שאין לו. יש לנו הצעה למודל שכן שומר על הדבר הזה. כשמסתכלים על הרפואה, יש נקודות מבט שונות. יש 3 שחקנים עיקריים שאציג את נקודות מבטן: במצגת. אם לי כרופא אומרים לי לבחור בין הפרטי לציבורי, אני לא יודע מה אני אחליט. אני יודע שרופאים אחרים עשו את ההחלטה.
יעל: באיכילוב יש מודל הפוך. רופאים טובים החליטו להישאר. לא יכולים לעבוד באופן פרטי, פול טיימרים, ונשארו.

ד"ר עדי ניב-יגודה: יש כאלה שבאמת עזבו? האם זה מגמה או שזה ספורדי?

ד"ר רחמימוב: אני מכיר מנהלי מחלקות שהעול של מחלקה ציבורית היה גדול מדי ולכן עזבו.

ד"ר זיו-נר: אני אתן דוגמא מביה"ח שלי. היה רופא שאמרו לו שהוא לא יכול לעשות גם וגם, אמר תודה שלום והלך לאסותא.

ד"ר רחמימוב: אני לא מכיר היום שעושים עבודה בתאגיד בשעות של עבודה ציבורית. אנשים עושים עבודה נוספת בזמן הפרטי.

ערן פוליצר: לגבי חלוקת התגמול בשר"פ - איפה התגמול על הבחירה במנתח?

ד"ר רחמימוב: זה יהיה דיפרנציאלי, הוא יקבל יותר מהצוות שלו, אבל כל הצוות יתוגמל. רופא מקבל 2,400 ₪ על ניתוח עמוד שדרה למשל, ובאסותא יקבל על אותו ניתוח 7,500 ₪, פי 3 כמעט. זה יאפשר את התגמול לכל האחרים, החלוקה יותר צודקת. כולם צריכים להרגיש שהם עובדים יותר, אבל גם מתוגמלים יותר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**** מציג שלושה עשר: דר' פלדמן, נוירוכירורג ילדים.**

דר' פלדמן: באתי להציג את החוויה שלי כרופא שנמצא בקשר עם המטופל. איך אני רואה את חוויית המטופל בתוך המערכת. מאז שחוקק חוק הבריאות, ונוצר מצב שאם לאחד טוב אז לשני רע. המטופל לא במשוואה, הוא אחד מהחלקים הנמצאים, אך לא במרכז הבעיה. בכל עימות כזה, במו"מ כזה, המטופל יוצא נפסד ואף אחד לא חושב על חווייתו. כשאני מטפל בחולה שניתחתי, אני צריך לעזור לה לכתוב מכתבים כדי להתמודד עם הקופה והקשיים שהיא מציבה. זה לא העניין הכספי, אלא מדובר בהחלטות ויחסים אישיים בין מנהל ביה"ח למנהל מכון כזה או אחר. הקשר בין רופא למטופל זה הדבר הכי חשוב, האמון שהוא יוצר, ומשפיע מאוד על המצב הבריאותי של החולה. אנחנו יוצאים מתוך מערכת בריאות שהיא עובדת וטובה. המערכת כיום עובדת באפס רזרבות בטיחותיות לרפואה. אנא אל תעשו "עולם ישן נחריבה ועולם חדש נבנה". אנחנו עובדים עם מערכת פרטית וציבורית כבר עשרות שנים, אנחנו צריכים שלרופא יהיה אישור עבודה פרטי. אם נכריח רופא להישאר בבי"ח אחד - המערכת תקרוס. התמריץ הכלכלי גורם לנו לעבוד כמו משוגעים, רופא ממוצע עובד ב - 2.4 משרות. למערכת אין דרך אחרת לספק את כל שירותי הבריאות שהקהילה זקוקה להם.

**** מציג אחרון: פרופ' קובי גלזר, כלכלת בריאות. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT). דיון פנימי.**

פרופ' גלזר: יש לי 3 מטרות בהרצאה: הספר שאני מדבר עליו מדבר על המון נושאים שעלו פה לדיון. נראה קצת תוצאות וקצת תובנות. מטרה שנייה – מדי פעם אנחנו שומעים כל מיני הצעות, בואו נבנה תחזית, מה יקרה אם נעשה כך או אחרת, ואני רוצה להראות לכם שקשה מאוד לבנות תחזיות, בטח בבריאות. נתן דוגמא על הנשיא ניקסון בארה"ב – מחקר על ביטוחים ועל השפעתם על האוכלוסייה, שעלה 400 מיליון דולר. אנחנו לא יודעים איך אנשים מגיבים לתמריצים, לא רופאים, לא בתי"ח.

דוברות: תחזיות ניתן בעיקר על העבר...

פרופ' גלזר: מגיעים פה הרבה אנשים נחוישים עם אג'נדות. אתם תראו שאין דבר אחד דומיננטי ואין מודל אחד שהוא טוב. אני לא רוצה להמליץ על מסקנות. אין מודל אחד של ארגון שהוא חד משמעית יותר טוב. יש לא מעט דוגמאות על רעיון שהצליח במקום אחד, ובמקום אחר שיחזרו אותו והא נכשל. יש גם הבדל בזמנים של יישום מודלים, בזמן אחד הצליח ובאחר לא. ניתן ללמוד על הסכנות והאפשרויות, על הבקרה והזהירות. בואו לא נתפתה לפתרון הנכון או שברור שהוא נכון.

הספרות בכלכלת בריאות התחילה לפני 50 שנה בעבודה של כלכלן ענק, קנת' ארו, שקיבל על זה פרס נובל. הוא עשה שני דברים משפיעים על התחום – מה שמיוחד בבריאות, למה מה שאנחנו שומעים שזה לא נכון – בבריאות יש דבר אחד מאוד מיוחד – מוצר שאי אפשר למדוד את התפוקה שלו. אפשר למדוד תמותה, ביקורים, אשפוזים, וזה לא זה. מנהלים מוצר שאי אפשר למדוד את התפוקה שלו. זה נכון גם בתחומים אחרים, אבל כאן זה מאוד דרמטי וזה נכון עד היום. בבריאות צריך משהו אחר, צריך התערבות ומעורבות. מאמר שעורר המון מחלוקות ודיונים.

תקציר על כמה מהנקודות העיקריות מהספר: פרק ראשון בספר על עלייה בהוצאות וחוסר יעילות. שקף במצגת. במערכת הבריאות מאוד קשה להגיע למצב של יעילות כי קשה למדוד תפוקה אמיתית, אם המערכת נתנה את מה שהיא הייתה צריכה במסגרת מה שהיה לה, או שיכלה לתת יותר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרק שני – תמריצים משפיעים, שקף במצגת. תגיד לי מה אתה רוצה להשיג, מה המטרות שלך, ואני אנסה לעזור לך לבנות מודל תמריצים שיזרו את מה שאתה רוצה להשיג, ועל זה יש הרבה מאוד ספרות. עד כמה זה משפיע, זו שאלה מאוד גדולה. מה שחשבנו עד היום זה לא מה שאנשים באמת חושבים. נכון גם בכלכלה התנהגותית (עבודות של כהנמן וטברסקי). אנשים מבוטחים צורכים פחות 40 אחוז שירותים מהלא מבוטחים, כי אלה שהיה להם השתתפות עצמית צרכו פחות שירותים חשובים וגם לא חשובים. הם הקטינו ביקוש של דברים חשובים ולא חשובים כמעט באותה מידה, ולכן זה לא עזר. אפקט התמריצים על רופאים – משלמים להם יותר על פעולות, הם עושים יותר, אבל לא כל הפעולות נדרשות - היצע מיותר. יש הערכות רבות ושונות לגבי השפעת התופעה. פרק שלישי – תחרות ברפואה. שקף במצגת. בעבר חשבו שתחרות ברפואה מזיקה לבריאות, היום כבר לא חושבים ככה.

דובר/ת: מבחינת מידע, האם במדינות שלא הייתה בהם שקיפות נתונים ומדדים, האם התחרות שיפרה? המחקרים רק במדינות בהם השקיפות גבוהה?

פרופ' גלזר: יש כל כך הרבה מחקרים שאי אפשר לסכם הכל בכמה מילים.

פרק רביעי – כמות = איכות. שקף במצגת.

דובר/ת: בנקודה הראשונה יש בעיה עם סיבה ומסובב, אתה יודע את זה.

פרופ' גלזר: יש מחקרים רבים שידעו לנטרל את זה.

פרק חמישי – תמהיל ציבורי-פרטי. שקף במצגת. יש הרבה אמפיריקה בתחום הזה.

דובר/ת: תפיסת איכות של אנשים היא אורך תורים?

פרופ' גלזר: בדרך כלל, זה הכי מקובל.

דובר/ת: לא הבנתי. אם התור הוא ארוך זה איכותי או להיפך?

פרופ' גלזר: ארוך זה לא איכותי. אבל אתה לא מהר כל כך עוזב את המערכת הציבורית.

יש המון תיאוריות על dual practice. באמפיריקה אין הרבה תוצאות על התופעה הזאת. במקומות אחרים זה נקרא moonlighting, והכוונה לרופא שעובד בלילה. הדסה שמדברים עליו הרבה, זה מחקר בפני עצמו.

יעל: אנחנו עומדים לקבל נתונים לא-מטוייבים על השר"פ והדסה.

פרופ' גלזר: אפשר לדבר על שלושה סוגים של בעלות על ביי"ח – ממשלתי, פרטי ללא כוונת רווח, פרטי עם כוונת רווח. שקף במצגת.

יעל: כרגיל זה עניין של ניהול.

פרופ' גלזר: זה עניין של ניהול, עניין של הסביבה, מי עומד מולך, כמה אלטרנטיבות יש..

דובר/ת: זה עניין של אלטרנטיבות.

פרק שישי – מדדי איכות. שקף במצגת.

דובר/ת: כמה מתוך זה מבוסס על ארה"ב?

פרופ' גלזר: הרבה. רוב המחקרים נעשו שם. מדדי איכות זה הלהיט החדש בעולם הרפואה, מנסים למדוד מה הרופא עושה. למדוד איכות, לשלם על איכות, לדווח על איכות... ברוב המקרים זה לא הוכיח את עצמו, ובחלק מהמקרים זה אף הזיק. בניו יורק עשו פרסום של כל המידע על רופאים – אחוזי הצלחה, אחוזי תמותה וכו', וראו שזה לא השפיע כמו שציפו. זה עזר מעט מאוד, ובטח לא כמו שזה עלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: פסיכולוגית, הציבור לא יכול לקבל את זה. והם אוהבים לומר שיש איכות.

פרופ' גלזר: בניו יורק טיפלו בחולים קלים, ואת הקשים שלחו הביתה וחלקם מתו. אחת הגישות אומרת – איפה שאי אפשר לא נמדוד, ואיפה שאפשר נמדוד. ואז מה שקרה, מפנים את המשאבים לאן שמודדים. ביה"ח יפנה את ה-הכי טובים שלו לשם ויזניח את האחרים. זה נקרא בעיית מולטי-טסקינג. אם רופא ידע שמודדים אותו במשהו אחד, הוא יפנה את כל המשאבים שלו לשם ולא יעשה דברים אחרים.

דובר/ת: זה לא סותר את מה שאמרת לפני חמישה שקפים על תחרות?

פרופ' גלזר: במידה מסוימת כן, שום דבר לא מושלם.

למה הוצאות הבריאות בכל העולם עולות? אנשים מבוטחים יותר, הם קונים יותר שירותים. בגלל שיש יותר ביטוחים, מפתחים יותר טכנולוגיות. הביטוחים מגדילים את הביקושים ואת ההוצאות. תחרות מגדילה כפילויות והוצאות. טכנולוגיות מגדילות שימושים והוצאות, ולכן צריך להיזהר בעניין טכנולוגיה – היא יכול להיות הגורם והתוצר של הביקוש. וזה קורה גם בישראל. אנחנו צריכים לצפות כל הזמן לעלייה בביקושים, לתרופות חדשות, לפתרונות חדשים, לטכנולוגיה חדשה. אני מאמין שזה יתגבר. העלייה בביקושים היא דבר שאנחנו צריכים לצפות אותו. עד היום רוב הטכנולוגיות שנכנסו לעולם, לא חסכו עלויות אלא הגבירו אותן.

רוב הטכנולוגיות התחילו להשתמש בהן, ובהרבה מקרים גם יותר מדי. יש הרבה מחקרים שבדקו מה גרם לעלייה בתוצאות. הרוב מצאו ש - 50 אחוז זה בטכנולוגיה. יש הוצאות שנדחות לשנה האחרונה של החיים, אבל הזדקנות זה לא הגורם העיקרי. רפואה מתגוננת מסבירה קצת, אבל לא הרבה. תראו כמה ויכוח יש, כמה זה לא ברור.... יש כאלה שטוענים שמדובר בטכנולוגיות פשוטות שמעלות הוצאות, ויש כאלה שטוענים דווקא אחרת. בנו עוד מיטות, ואז אמרו שיש מיטה, נמלא אותה. הביאו עוד רופאים וראו שהם עסוקים, אז אמרו שיותר רופאים יוצרים יותר ביקושים. יש ויכוחים גדולים על עוצמת התופעה. הביטוח משפיע מאוד על השימוש בטכנולוגיות. אלה כל מיני מחקרים שהראו כמה ניהול טיפול היה אפקטיבי לריסון העלויות.

דוברות: יתכן שבארץ אנחנו עומדים בעמדה מאוד שונה בהקשר הזה.

פרופ' גלזר: אין ספק.

חוסר יעילות – שקף במצגת. איך אתה בכלל מוכיח שמערכת רפואית היא לא יעילה? הרי לא ניתן למדוד תפוקה, וזו שאלה מעניינת. גישה אחת היא כלכלית – אם התמריצים שוגים, התוצאות שגויות, ואז המערכת לא יעילה. יש מחקרים שבדקו לעומק יעילות, ורובם השתמשו בגישה שנקראת area variation. בדקו את תדירות הביצוע של פרוצדורות – שקף. הטבלה מעוררת שאלה, מה הולך פה. בודקת ביצועים בין שני אזורים על כל 10,000 מטופלים. אלו אותם חולים לפי ההתפלגות, אז איך יש פער בין הביצועים?? זו השיטה הכי טובה להוכיח חוסר יעילות, ומשהו צריך להשתפר.

דוברות: אם אתה לא יודע מה צריך להשתפר, אתה יכול גם להזיק.

פרופ' גלזר: אם אתם תראו שבשני אזורים מאוד דומים, אותה אוכלוסייה, נתונים דומים, עושים 80 ניתוחים ושם אלף, זו הוכחה לחוסר יעילות בלי עוד דרך איך לפתור את זה. לשאלתך – המחקרים הראו שעיקר הבעיה היא באותם תחומים שבהם אין גבולות ברורים.

דוברות: ככל שתעשה יותר גבולות ברורים יכול להיות שכולם יהיו טעות, ואז מה עשית....

דוברות: זה יוצר שוויון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' גלזר: שקף על מדינות בארה"ב – כל נקודה זו מדינה. אזורים הכי יקרים, האיכות הכי נמוכה. איך זה יכול להיות? איכות הטיפול נמוכה, ולא תחלואה יותר נמוכה!

יעל: איך מדדו?

פרופ' גלזר: הרבה מדדים, זה לא מושלם. איפה שיש יותר רופאי משפחה, ההוצאות יותר נמוכות והאיכות יותר גבוהה. איפה שיש יותר מומחים, ההוצאות גבוהות והאיכות יותר נמוכה. למה? המומחים עושים טיפולים יותר יקרים, ויותר טיפולים באופן כללי. בעולם עשו הרבה ניסיונות כדי להתמודד עם חוסר יעילות ולייעל את המערכת. השאלה המשותפת לכל הניסיונות היא למה הניסיונות נכשלו? שקף במצגת. כל הדברים האלה בגדול לא ממש הצליחו, אולי קצת.