



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 1/10/13

**** מציג ראשון בפני הוועדה: דר' איתן חי-עם. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

דר' חי-עם: מספר על עצמו: כיום תושב קיבוץ מגן, בהכשרתי רופא משפחה. ניהלתי את בי"ח סורוקה, כיהנתי כמנכ"ל משרד הבריאות, ניהלתי את אסותא וחזרתי מווייטנאם בה ייעצתי להקמת בי"ח ומרפאת טיפול במטיילים. אבקש לדבר על הנושאים הבאים - מתייחס למצגת - אי ספיקת המערכת הציבורית, איום הרשלנות הרפואית שיכול למוטט את המערכת, החולה הסיעודי והסיעודי מורכב והביטוח המושלם: פתרון או בעיה. מתאר מקרה מתוך המצגת. מהלך האשפוז - ולא בטוח שימצא את הרופא שלו במרפאה הקהילתית, ואז רופא אחר יתחיל את הטיפול בו כי הוא לא ידע מה קרה לו אצל הרופא האחר.

אי ספיקת בתי החולים נובעת מכל הבאים - מחסור ברופאים, מחסור באחיות, חוסר יעילות ומחסור במיטות אשפוז. חוזר למצגת. הפתרון של קופ"ח של מכבי של מר"מ הוא פתרון נפלא להבנתי, שמונע אשפוזים. חוסר היעילות נובע, בין השאר, מעומס וחוסר מחשבה ותכנון. לדעתי, תגמול בתי"ח לפי ימי אשפוז הוא שגוי, וגורם להם להתנהג על פי מה שהם נמדדים. לעניין התקינה במחלקות על התפוסה - יוצר אינטרס שלילי כי לא רוצים שיורידו תקנים. קיצור האשפוז - פתרונות - מעבר ל - DRG.

פרופ' רוני גמזו: יש מחלוקת אם DRG במחלקות הפנימיות הוא טוב, האם הוא נותן או לא נותן, בניגוד לפרוצדורה, איזשהו ערך. לדעתי, DRG לאבחנה יביא לזחילה ולא בטוח שזה נכון רפואית וכלכלית. כיום, יש החלטה של המשרד לא להיכנס לזה. שיטת תשלום גלובלית קיימת מתחילת שנות ה - 90 לצנתורים ומעקפים.

דר' חי-עם: אי ספיקת המערכת הקהילתית - ממשיך עם המצגת, הוא הגורם לקריסת בתי החולים. הכשל ברפואה הראשונית נובע מעומס על הרופאים, שמשמעותו פחות זמן מוקדש לחולים. בנוסף, אוכלוסייה מזדקנת מרותקת לביתה - נמצא שיש הרבה אשפוזים של ערירים בימי חמישי, והפתרון הוא טיפול בית. סיבה נוספת היא חוסר במעבדה זמינה. על פי יו"ר המיקרוביולוגים, המחסור הוא בטכנאים ולא במכשור. לדעתי, אפשר היה להכשיר בעלי תפקיד נוספים. נקודה נוספת - היעדר זמינות השירות בערב, בלילה ובסופי שבוע - לתפיסתי, לא יתכן שאין מרפאה במשך 24 ואף 36 שעות. זה גורם לפנייה למר"מ או ישר למיון. צריך לאפשר כונן טלפוני מצוות המרפאה, שהחולה יוכל לדבר איתו.

עו"ד לאה ופנר: לכל תמריץ יש תופעת לוואי. בהסכם הרופאים האחרון יש ניסיון לטפל בנושא התחלואה.

דר' חי-עם: אני סבור שהכיוון הזה נכון, ומוכן להגיש נייר מקיף לרעיון הזה. עומס על הרופאים - צריך לשנות את שיטת התשלום, מ-לפי מספר חולים ל-לפי מחלות, וזה גם ייצור התמחות. לעניין האוכלוסייה המזדקנת - צריך להבין שקשיש זאת רפואה אחרת, הן בהיבט המחלה והן בהיבט התרופה, ולכן הוספת רופא גריאטרי למרפאות הקהילה ומרכזים לטיפול בקשישים הוא פתרון. ממשיך עם המצגת.

איום הרשלנות הרפואית - היעדר ביטוח לבתי החולים הממשלתיים זהו הימור ענקי. כיום, לאור פסיקה שמאפשרת הצגת פרוטוקולים ירדו הדיווחים הכתובים באופן דרסטי. התחקיר על פי הפסיקה יכול לשמש



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כראייה, והתוצאה היא שלא עושים תחקירים. חובה להקים גוף שעל פי חוק לא יהיה מחויב בדיווח, וירכז את הטיפול בתקלות ותחקירים.

עו"ד לאה ופנר: שאלת סבסוד הביטוח הפרטי על ידי הרפואה הציבורית נמצאת בדיון משפטי. לדעתי, ביטוח הוא חלק מהעבודה ולא נכון לקרוא לו סבסוד, ואכן בהסכם האחרון ניתן לכל רופא \$855 שיקנה לעצמו ביטוח.

ד"ר חי-עם: ממשיך עם המצגת - החולה הסייעודי והסייעודי המורכב, פרדוקס הביטוח המושלם. שימוש בביטוח מושלם בבתי חולים ציבוריים - בחירת רופא, שר"פ - אני מתנגד! גם היתרונות המוצגים על ידי אחרים ומופיעים גם כאן במצגת אינם נכונים. גם הדיבורים על זכותו של חולה לבחור, זו עבודה בעיניים. לפי מה הם יבחרו? איזה מידע יש להם?

ממשיך במצגת - מפרט על חסרונות השר"פ. אינני מאמין ביכולת הפיקוח על עבודת הרופאים. מי שירצה ימצא את הדרך לעקוף. יהיו שני סוגים של חולים באותה מחלקה. הכנסת השר"פ אינה פתרון - ראו הנתונים שיצאו לאחרונה על הדסה. אני מציע במקום שר"פ לבטל את הביטוחים המשלימים ומתן ססיות מבוקרות לקיצור תורים, התניה על שמירת תפוקות הבוקר וקביעה שמי שעובד במסגרת הססיות לא יעבוד מחוץ לביה"ח. חדרי הניתוח אינם פנויים אחר הצהריים, מכיוון שמצבעים בהם ססיות, ברוב המקרים באמצעות התאגיד. הניתוחים הם הבעיה הקטנה של מערכת הבריאות. צריך לקצר תורים בכל מקום שבו הם מתארכים, וזה לא רק ולא בכל הניתוחים. הפתרון לדעתי הוא ביטול המושלם והעלאת מס הבריאות בחצי אחוז (שווה לבין 1-2 מיליארד ש"ח). רוב הציבור ישלם פחות, מכיוון שהתשלום למושלם גבוה מזה. הזמינות תגדל והחולים יחזרו לבתי החולים.

בכסף שיתקבל מה אפשר יהיה לעשות? ממשיך במצגת. כוננות רופאים - הכוונה לכוננות רופאי המשפחה במרפאות (טלפוניות), יוריד את כמות האשפוזים. תוספות תורנים מומחים בחדרי המיון - מכיוון שאי אפשר להשאיר את בתי החולים ללא מומחים משעה 16:00 ועד למחרת, וצריך לחייב גם את הרופאים הבכירים והמבוגרים לעשות תורנויות.

ערן פוליצר: כיצד זה ישפיע על הביטוחים הפרטיים?

ד"ר חי-עם: אני סוציאליסט, זכות האדם היא לעשות בכספו כרצונו, אבל התנאי הוא שלא הכרחתי אותו. אבל המצב במערכת הבריאות, קרי חוסר ביטחון, מוביל לשם וזה כאילו שהכרחתי אותו. קיצור התורים יביא אותם בחזרה למערכת הציבורית.

ד"ר עזיז דראושה: התעלמת מנושא הפול-טיימרים. מי שעושה ססיות יהיו הפול-טיימרים.

ד"ר חי-עם: יש דור ביניים, אלו הכוכבים הבאים והם יעשו כמה שצריך ססיות. פול-טיימרים יש לתחומים רבים ולא רק לססיות כמו פגיות, מרפאות כאב וכו'.

עו"ד עדי ניב-יגודה: תמריץ לפי מחלות - כיצד המודל יעבוד?

ד"ר חי-עם: אעביר לכם הרחבה בכתב בנושא זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

עו"ד לאה ופנר: הצגת באופן מאוזן ואחראי והראית עד כמה הדברים מורכבים. כשאתה מדבר על פול-טיימרים, כמה צריך לדעתך?

ד"ר חי-עם: אין לי מספר, אבל הייתי מחלק את זה למנתחים ולא-מנתחים. מנתחים זה מבצע ססיות שיעבדו אך ורק במערכת הציבורית, ולא-מנתחים זה למקצועות במצוקה, לדאוג שיגיעו לשם ולתת להם גם יותר.

עו"ד לאה ופנר: מחסור ברופאים – עד כמה הוא בעיה עולמית?

ד"ר חי-עם: המחסור הוא אכן עולמי, וזה אכן מעודד הגירת עבודה. למזלנו, יש עדיין פטריוטיות.

ד"ר שולי ברמלי: כיצד ניתן לתגמל את הרופאים? יש גם דברים שהם לא בשכר ישיר?

ד"ר חי-עם: כמובן, יש גם כנסים, השתלמויות וכו'.

אסותא לא גונבת את הרופאים. מי שבורח זה אלו שנשבר להם מהמערכת. אלו אותם בודדים שנמאס להם. יש הרבה שעובדים חלקית במערכת, וזה מאוד בעייתי. תודה רבה לכם!

**** מציג שני בפני הוועדה: יאיר אסרף, סמנכ"ל לתכנון תקצוב ותמחיר, משרד הבריאות. מציג מצגת (מצורף**

בקובץ POWERPOINT).

יאיר: שקף מבנה המערכת – הקפיטציה היא שכלול של מגדר, מיקום גיאוגרפי וגיל. ספקי השירות הם בתי החולים הציבוריים, קרי בית חולים שיש בו חדר מיון, והוא מחויב לקבל את כל מי שפונה אליו. שקף מאפיינים בסיסיים של השחקנים במערכת – קיימת תחרות בין בתי החולים על החולים, על מנת לייצר ולמכור יותר שירותים. יש תזוזה מועטה של מבוטחים בין הקופות. שקף מבנה השוק – רכש הקופות בבתי החולים הציבוריים – הפער בין הברוטו לנטו הוא ברובו ההנחה. הנטו זהו התשלום בפועל. שקף השינוי בנתוני רכש הקופות – ניתן לראות שקופת חולים לאומית, כאסטרטגיה, מרחיבה את הטיפול בקהילה, וזה משפיע על הקטנת היקף הרכש. זאת בנוסף להסכם שלה עם אסותא, שמעביר רכש לשם. קופת חולים כללית מנהלת צבורה חכמה את ההסכמים תוך ניצול הבעלות שלה על בתי חולים. מכבי – ההסכם שלה עם הכללית מאפשר לה להסית לשם פעילות. בעיקרון, הגידול ברכש הוא מעבר לגידול באוכלוסייה. שקף הנחות – ההנחה הכוללת יכולה להגיע לממוצע של 20%. הנחת מחזור היא הנחה של המדינה לבתי החולים של כ-2%. בסוף שנה, בנוסף, יש התחשבויות על ערעורים שיכולים להגיע לעוד 2-3%. תעריפים – יש 3 סוגי תעריפים – תייר, צבא ואזרח ישראלי. לאחרונה קראנו, וזה נכון, שההנחות בהדסה הגיעו עד ל-40%.

רונית קן: יש כאן חסמי מעבר מובנים. בן אדם לא עובר מקופה לקופה בלי הילדים שלו. רופא משפחה, לא מוותרים עליו כל כך מהר.

יעל: הפתרון – שהאזרח ולא הקופה יבחרו את בית החולים, ואז המחיר יהיה המחיר נטו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יאיר: שקף שיעורי ההנחות – דווקא הקופות הקטנות מקבלות את ההנחה הגדולה. הכללית לא נותנת הנחה מעבר ל – CAP לקטנות. המשרד כפה על בתי החולים שלו להגיע להסכם עם הקופות הקטנות. כללית גדלה מאוד בבתי החולים הממשלתיים בעזרת ההנחות, וזאת על מנת להחזיר אותה לשם. שקף עקרונות מרכזיים של המודל – ההסכמים הם לשלוש שנים, כדי ליצור וודאות שנפתיע אותם בעקרונות ההסכם הבא. הנחת ה – CAP היא כ – 8.5%. שקף מטרות ה – CAP החדש – בשנים 2013-2016 – 1.4% גידול כל שנה. שקף הסכמים ואסטרטגיות – הסכם גובר על ה – CAP, וזה טוב לאזרח. הכוונה היא לדחוף אותם להגיע להסכמים. הכוונה היא לעבור מ – CAP ברוטו ל – CAP נטו וכך ליצור יציבות. שקף תוספת המקורות – פיצוי של חצי אחוז מהגידול הריאלי, ו – 75 מיליון ש"ח כל שנה.

**** מציג שלישי בפני הוועדה: אבי ברף, חשב משרד הבריאות ועו"ד נתן סמוך - תאגידי הבריאות. מציג מצגת**

(מצורף בקובץ POWERPOINT).

נתן: שקף מטרות התאגיד – בבתי החולים של הכללית נעשות "פעולות התאגיד" בשגרה. התאגיד קם כפתרון למגבלה דמוקרטית. לדעתי, הרבה מהשיקולים של העבר כבר לא קיימים היום, ובאופן אמיתי נכון היה לנהלם כגוף אחד.

אבי: שקף רקע כללי למטרת התקנות – כל בית חולים חותם כל שנה על הסכם עם התאגיד ומעבירו למשרד הבריאות. שקף המבנה הארגוני – היו"ר בדרך כלל הוא מנהל בית החולים. מנכ"ל התאגיד בבתי החולים הגדולים לא יכול להיות מנהל בית החולים בגלל ההיקף. ב – 6 בתי חולים מנהל בית החולים הוא מנהל בשכר. התנאי הוא שהיקף פעילות מעל 15% לא מאפשר ניהול של שני הארגונים.

שקף הסדרת מערכת היחסים בין בתי החולים לתאגידי הבריאות בהסכם הפעילות – שעות הפעילות המותרות הן בדרך כלל משעה 15:00, והפעילות במשמרת השנייה מוגבלת לאותה פעילות שנעשית בשגרה בבית החולים. לתאגיד אין נכסים, הכל שייך לבית החולים.

שקף קביעת היקפי תשלומי תאגיד הבריאות לבית החולים – התשלום על רפואה מונעת, קידום בריאות והדרכה הוא אינטרס של המשרד שיעשה, ולכן הוא עומד רק על 4% מהתקורה. פעילות נבחרת היא בעיקר פעילות שנעשתה בתאגיד לפני חתימת ההסכם הראשון, כמו חיסונים, בדיקות מעבדה. התאגיד כלול ב – CAP וההנחות מתחלקות בין בית החולים והתאגיד. במקרה ובית החולים בגרעון ולתאגיד יש עודף, המשרד יכול לחייב את התאגיד להעביר כסף לבית החולים. שקף תנאי עבודה ושכר – אחוזי המשרה הם במספר שעות ולא במונחים כספיים. ההכנסות של התאגיד מכתובות את היקף המשרות בו. שקף ססיות – אין עדיין חשיבה על האפשרות לאשר חריגה בתשלום על ססיות, כדי לגרום למשל לרופאים לעבור לפריפריה. שקף תקרת הכנסות – ההכנסה של התאגיד היא הוצאה של קופות החולים, ולכן נדרש פיקוח על כך. שקף היסטוגרמות על מחזורי הפעילות בתאגידי הבריאות בשנת 2012 הוא במונחי ברוטו. שקף הכנסות משירותים רפואיים – הכוונה למחזור הפעילות משירותים רפואיים בבתי החולים ובתאגידיים – רק פעילות רפואית, לא כולל מחקר, רפואה מונעת וכו'.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

**** מציג אחרון בפני הוועדה: דר' בשארה בשאראת, מנהל בית החולים הסקוטי, נצרת. מציג מצגת (מצורף**

בקובץ POWERPOINT).

דר' בשאראת: שקף האם המדיניות מחזקת רופא משפחה כשומר סף – החולה יודע למי לפנות. בחמישה מקצועות – אא"ג, עור, עיניים, אורתופדיה ונשים – מכבי קבעה והכללית הלכה אחריה, שניתן לפנות באופן ישיר. שקף מי הם הרופאים הראשוניים בישראל – אין מענק להתמחות ואין מענק למעבר לפריפריה במחוז שלי, צפון. שקף מה דרוש לקידום רפואת המשפחה – באירופה, ההתמחות ברפואת משפחה קצרה משמעותית מהאחרות, והיא עומדת על שנתיים וחצי. מקריא את המצגת.

שאלות:

ניר קידר: תרחיב בנושא החמולתיות.

דר' בשאראת: החמולתיות מאפיינת את המגזר הערבי. רופא מביא איתו את כל החמולה, ולכן הקופה תילחם עליו, ואז רמת הרפואה נפגעת, בפרט נשים וילדים.

יעל: יש לדחוף לקיום מחקרים ב – 2014 בנושאים/מחלות שהם בגדר מגיפה.

ניר קידר: יש בעיות תעסוקה לאחיות בצפון?

דר' בשאראת: כן, וניתן היה ללמד אותן לבצע מטלות נוספות כמו סיוע לרופא או דיאטנית, ולפתור בכך מצוקה אחרת.

אורי שומרת: האם רופאי המשפחה שולחים יותר לבדיקות לצורך מניעה כי זה מאפיין את האוכלוסייה הערבית?

דר' בשאראת: שלילי, יש צורך לחזק את הרפואה הראשונית ולייצר רופא שהוא גם מנהיג בריאות וזה נכון גם לגבי האחיות, ולהתמקד בפרויקטים מסוימים. במקביל, יש להשקיע גם במערכת החינוך בבתי הספר.

יוליה איתן: אחוז המבוטחים נמוך ואחוז הניצול נמוך וגם הביטוחים המסחריים מאוד נמוכים, פחות מ – 10%.

דר' שולי ברמלי: האם יש עידוד לרפואת משפחה?

דר' בשאראת: רק בבאר שבע ובצפת יש קמפיין לנושא.