



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 29/8/13

**** מציג ראשון בפני הוועדה – פרופ' גבי בן נון – השלמה, מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות. מציג**

מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).

**** מציג שני בפני הוועדה – פרופ' מוטי רביד, מנהל רפואי של בי"ח מעייני הישועה. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

פרופ' רביד: השירות הרפואי האמבולטורי הוא המגע העיקרי של האזרח עם שירותי הרפואה. אני לא יודע אם ראיתם את הפרסום של אתמול, על זה שישראל מקום רביעי במערכות הבריאות בעולם לפי דו"ח בלומברג. אם תשימו לב לדבר נוסף משותף, זה שבכל המדינות הגבוהות ברשימה, השכר נמוך. אחת הבעיות המרכזיות שמדברים עליהן כל הזמן היא שאין זמן לרופאים לראות את החולים, ונכתבו על זה אין סוף דברים. אני עשיתי חישוב שצריך לפחות רבע שעה, אם לא יותר, לרופא לראות חולה, כשבפועל זה הרבה יותר פחות.

עו"ד טלי שטיין: ברוטו להכל או נטו?

פרופ' רביד: משהו כמו 20 ביקורים ביום, רבע שעה לכל חולה, בהנחה שהם מקדישים חמש שעות ביום לראות חולים. יש המון רופאי בתי חולים שעושים רפואה ראשונית. זה היה צריך להיות יותר ובפועל זה פחות, זאת המציאות. חלק מהדברים שצריך לחשוב עליהם כשעוסקים ברפורמה, זה-זה. דבר נוסף, מחשבים – אנחנו משתמשים בהם, אבל לא כולם יודעים להשתמש בהם, רוב הרופאים לא יודעים הקלדה עיוורת. התוכנות פרימיטיביות, זמן ההקלדה ארוך מאוד, נשאר מעט מאוד זמן לחולה לאחר ההקלדה. אם מדברים עם אנשים, זו התלונה הנפוצה ביותר. בנוסף, איכות הרשומה הרפואית היא קטסטרופלית, באנדרסטייטמנט. אני עשיתי מחקר על עדכון רשומה בתוכנת "קליקס", וזה נראה לפעמים שהחולה בכלל לא נבדק. העולם הרפואי סובל "מנכות מיחשובית". הרעיון הוא לעשות עבודה על מנת גם לשפר את התוכנות, וגם ללמד רופאים להקליד. בפועל לא בודקים כמעט חולים, ורואים יותר זמן מסך.

הדבר הנוסף הוא זמן המתנה. חולה מרים טלפון לזימון תורים, לרופא משפחה ההמתנה היא ימים ספורים. חלק מהבעיות החמורות, פניות לחדרי מיון חוץ מטרואומה, הן בגלל שרופא לא היה זמין בשירות האמבולטורי. יכול להיות שגם המתנה לרופא מומחה אחרי ביקור אצל רופא משפחה, גם היא גורמת למצב הזה. חולה קיבל תור לקרדיולוג או לאורתופד לעוד חודש, ובינתיים המצב הידרדר. המצב יותר גרוע ככל שמתרחקים מהמרכז.

משה בר סימנטוב: יש לך סטטיסטיקה על המתנה לרופאי משפחה?

פרופ' רביד: אין לי סטטיסטיקה בדוקה. הרוב זה בזמן קרוב.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

התוצאה היא זמני המתנה ארוכים כמו שאמרת. ברפואה האמבולטורית, רופא עובד לבד. אחד השיפורים יכול להיות שיפור מערכת הייעוץ. הקופות חשבו על זה, היו דיונים שכשלו. רוב הדברים שעוסקים בהם היום זה הפניות, מריצים חולה בין רופאים שונים. היום בעידן הטכנולוגיה, החולה לא צריך לרוץ, אם הוא לא צריך בדיקה כמובן. כדי לשאול שאלה רופא אחר, צריך רק ללחוץ על כפתור. בארץ, לבקש לקנות מכשיר רפואי מהיותר גדולים, זה לא מקובל בכלל. יש תזה ישנה שאומרת, שאם יהיו יותר מכשירים - יהיו יותר בדיקות. מספר אנקדוטה על קניית מכשיר CT בשנת 1977. אני חושב ש - MRI צועד בדיוק לאותו כיוון. מס' הפניות לשימוש ב - MRI גדל, וכמעט אי אפשר לזוז בלי הבדיקה, אבל העלות היא מאוד גבוהה. צריך לשנות את הפרדיגמה, ולהבין שזו ההשקעה הכי טובה וזולה במערכת הבריאות. מכשור שחוסך תורים וכ"א, המתנות, סבל וטיפול מיותרים, אין על זה ספק בכלל.

בנוסף - ניהול הטיפול care management - לארץ זה נכנס לאט. היום הקופות כל כך מנוהלות, שמידת חופש הפעולה של הרופאים מתחיל להיות מוגבל. צריך להתחיל לחשוב בכיוון הזה, האם אנחנו לא עברנו איזשהו קו.

הצעות בתחום הרפואה האמבולטורית אין לי הרבה, אבל להלן נקודות לחשיבה שאולי לא עלו כאן - איחוד שירותים של הקופות בישובים קטנים, שתהיה קופה אחת - בעידן המחשבים זה קל. קופה אחת שמספקת שירותים לחברי כל הקופות באותו ישוב. הייתה פעם הצעה כזאת שנגנזה. בקרה על זמינות תורים מרכזית זו גם בעיה. מתחילים לעשות בקרה ביוזמת רוני גמזו. אין בקרה על זה, וזו אחת הרעות החולות, ואני לא חושב שיש בעיה לעשות את זה. מיומנויות מחשב - דיברתי על זה. בתי חולים - כל קופה רוצה להיות אוטרקית, גם שתי הקטנות ובוודאי הגדולות. באיזשהו מקום, העניין הזה של פיזור השירותים בין הקופות והכפילויות - מסחרית זה לא נכון. זה צריך להיות הדדי כלכלית, אבל המשרד כרגולטור יכול לאשר את זה. אני לא יודע עד כמה המשרד מעורב באישור השירותים בין הקופות. אם היה רגולטור, הוא היה אומר לקופה שיש מרכז לבריאות האישה מאה מטר מכאן ולא צריך לפתוח עוד אחד. מערכת הבריאות הפכה להיות כולה ממוסחרת, ומסתכלים עליה כעל ביזנס, ואני חושב שזה לא נכון. היא לא ציבורית היום.

הדבר האחרון - בקרה על השכר - תשלומי השכר הפכו להיות כל כך גדולים, וכל הקופות בגרעון. אין בקרה על זה. אני מדבר על שכר עבודה שמשלמים לרופאים ואחיות. יש לקופות את כל הפטנטים איך מרכיבים שכר. הרופא עצמאי בחלקו, שכיר בחלקו האחר. תלוש השכר של רופאי הקופות, ברובן הוא הרבה יותר גבוה מאשר תלוש השכר של רופא מקביל בביה"ח. זה עולם הפוך - זה גורם לניקוז של רופאים מביה"ח לקופות, וזה ברור. מחפשים בבתי"ח איך להגדיל את ההכנסה שלהם כדי שלא יברחו. בונים על זה שהיוקרה והמחקר בביה"ח זה מה שמחזיק אותם, והמצב דומה אצל האחיות, אחרת כולם היו בורחים למרפאה פרטית. זה משהו שלא מסתכלים עליו. אם הקופות היו מאוזנות, הייתי אומר שיתנו שכר כמה שהם רוצים, אבל הקופות הן גרעוניות.

בתי"ח - לי יש תזה עקרונית, ואני יודע שאני אולי קיצוני. אני חושב שהחלק הארי של הבראת המערכת היא החזרתה להיות ציבורית. השיקולים של בחירת ביה"ח, צורת ההסכמים, הפניית חולים - הכל מסחרי. ביה"ח מתחרים על הנחות, כולם משלמים מס שפתיים על האיכות. למזלנו האיכות היא טובה במערכת בגלל האתיקה ומשרד הבריאות, אבל השיקולים הם מסחריים. המערכת היא "כאילו ציבורית", אבל בפנים מתנהל שוק. הקופות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

משתמשות ביכולתן לנהל ולנווט חולים, והן מסוגלות לייבש בתי"ח בגלל הסכס כזה או אחר. הרגולטור, משרד הבריאות, צריך לקבוע לוחות מחירים - שיהיו מחירים אחידים בכל בתי"ח, אותו סכום ולא יהיו הנחות - ואז הקופות יפנו לפי אזור, לפי בחירת החולה, לפי קריטריונים מקובלים של יחסי ציבור, ואל מי שמקבל הנחה יותר גדולה. לקראת סוף השנה אני תמיד מתחיל מלחמות שלא להתייבש, מפני שהסכם ה - CAP עם שיבא, גורם לכך שלקראת סוף השנה לא עולה לקופה לשלוח לשיבא, זה אפס, ואז פתאום חולים מחולקו נוסעים לשיבא ולא להיפך. המערכת עומדת על הראש בגלל הסכמים לא צודקים ולא כלכליים, שגורמים לבזבז. צריך להיות תעריף אחיד שהמשרד יקבע. התחרות צריכה להיות על זמינות, על איכות, על יחסי ציבור, על חדר מיון יפה ואחות מחייכת, ולא על מסחריות. בשביל זה בתי"ח צריכים להיות עצמאיים. יש קרן מחקרים ותשתיות, שהיא בפועל שכר עבודה לרופאים ולאחיות. זה מקשה על הבקרה, על הבנת הדברים ועל הנעת חולים לפי שיקולים כלכליים ולא לפי שיקולי רפואה. זה נולד בזמנו בחטא. למה אי אפשר לקחת מצב קיים, לצלמו, ולהגיד שכך יהיה. זה עושה כמה סוגי בתי"ח, בשביל מה?? אותו דבר עם השר"פ. אני חושב שזה לא צריך להיות שר"פ בבתי"ח ממשלתיים, אלא שלא צריך להיות שר"פ בבי"ח ציבוריים - אך ורק בביה"ח פרטיים, שישאר שם.

עו"ד לאה ופנר: מה עם מעייני הישועה?

פרופ' רביד: יש שם 2 אחוז שר"פ. אני בעד להוציא מביה"ח ממשלתיים בכלל. אדם רוצה לשלם, ישלם שם. כל מערכת פרטית זה בסדר גמור. השר"פים היום, אני לא צריך לספר לכם מה קורה בהדסה... אני מכיר אישית שיש היום מחלקות בבתי"ח ציבוריים שאם אני כפנימאי רוצה להפנות חולה שלי לניתוח בגלל שהוא או מצבו מורכב, אומרים לי שהמנתח הזה עושה רק פרטי. הוא מלמד או עושה מחלקה, אי אפשר שינתח לא בפרטי. אז בגלל שאני מוטי רביד אני מוריד הוראה, אבל זה לא מתאפשר בשוטף. אם יש שר"פ, שיהיה לכולם, אבל אז צריך לעשות רגולציה בלתי אפשרית, שרק משרד הבריאות יכול לעשותה. אנחנו נהפוך לאט לאט להיות רפואה של עניים שיטופלו על ידי מתמחים, וכל הציבור האחר יטופל על ידי מומחים. מי שחושב ששר"פ יוכל להתקיים במוסד ציבורי, שוגה בהחלטותיו. לדעתי בתי"ח ציבוריים צריכים להיות נקיים משרותי בריאות פרטיים.

פרופ' גבי בן נון: מה לגבי זכות בחירה?

פרופ' רביד: כשאני הייתי בביקור בביה"ח בארה"ב, הגיעו חולים בחורף והיו מאוד מסכנים. יצאה המזכירה ואמרה כך - ד"ר כך וכך לא יגיע בגלל מזג האוויר, ונחליף לכם את הרופא בנוחות הקרובה שלכם, ונותנת להם תור עוד 3 חודשים. יש חופש בחירה, בתוך הקופות. מה שאמרתי לגבי רופאים, בהנחה שיש רפואה פרטית, יכולים להיות פול-טיימס עם שכר מתאים. לדעתי, כפול ממה שהוא היום.

משה בר סימנטוב: איך הגעת לכפול?

פרופ' רביד: אני אסביר. אני לא כלכלן ואני לא חושב שזה יהיה נכון שאומר מספרים. היכולת שלי לעשות זאת ולומר רציו כלכלי היא לא טובה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: יש אנשים ששכר מתאים בעיניהם זה ברוטו 25, 30, 35 אלף ש"ח, ואני לא רואה שרופא יעשה פול-טיימר בשכר זה.

יעל: היא רוצה טווח.

פרופ' רביד: בין 50-70 אלף ש"ח. היום כיוון שהמערכת היא פרוצה, ואני אומר סוד גלוי ללא שמות, אני מכיר 4-5 רופאים שמועסקים במקומות שונים כפול-טיימרים, שמשלמים להם שכר גבוה כדי שלא יעשו רפואה פרטית, ואני רואה אותם גם בהרצליה מדיקל סנטר בקלות. אני חושב שצריך להיות גרעין של פול-טיימרים בזכות, שיודעים ללמד ולעבוד. האחרים יעבדו משרות חלקיות ועוד יומיים בפרטי, לא יום מפוצל, אלא ימים מלאים. כמות הכשלים בניתוחים בלילה הם פי שניים ממשמרת יום. הדברים האלה בדוקים עשרות שנים, ואנו יודעים את זה. כמו בלימודים, בשעה שביעית-שמינית זה גרף יורד. החלוקה צריכה להיות של חלקיות משרה בין ציבורית לפרטית. זה יכול להיות ברגולציה, כי יש מקצועות שאפשר לפצל בקלות וכאלה שפחות בגלל המשכיות הטיפול. בתוכנות מחשב הדברים האלה ניתנים לרגולציה. אין חקיקה היום לגבי שעות עבודה של רופאים (לעומת זאת יש לנהגים, לטייסים). אם הרעה הזאת צריכה להיות, שתהיה שווה לכולם. אין שום הגיון וצדק, אבל אני בכלל לא בעד שר"פ. אי אפשר לייפות את זה, זה לא ייתן שום דבר. אני הייתי סטודנט לרפואה אידיאליסט, ואני זוכר את הביקורים בהדסה עם הכירורגים שהיו עוברים ליד חולים לא שלהם כמו שהם היו אוויר. כך זה היה אז, וכך זה היום. זו מציאות שמערכת הבריאות המפוארת שלה נותנת לזה לקרות. אני לפני שבוע הפעלתי את כל כובד משקלי ולחץ כדי שכירורג מסוים ינתח חולה מסובכת נורא, ויש מנתח שיכול לעשות את זה, ואמרו לי שלא. לאישה אין גרוש, ואמרו לי שאין סיכוי שהוא ינתח אותה. אני הכרחתי אותו והוא ניתח אותה.

עו"ד לאה ופנר: איך זה עובד במעייני הישועה?

פרופ' רביד: אין רפואה דחופה שם, היא מוזנמת. אני הרבה פעמים מתערב גם שם. זה ביי"ח קטן, הרב פירר מפנה לשם את רוב המטופלים.

פרופ' קובי גלזר: אתה מכיר את המערכת, חי אותה המון שנים. הדסה ושערי צדק זה אותו דבר?

פרופ' רביד: בעיקרון כן, הדסה יותר גרוע.

יעל: זה לא דווקא הדסה ושערי צדק. במעייני הישועה זה שונה.

פרופ' רביד: זה ביי"ח קטן.

משה בר סימנטוב: כמה מהתקציב שלכם זה לידות?

פרופ' רביד: 45 אחוז.

משה בריסימנטוב: אין לזה תקדים בשום מקום אחר.

פרופ' רביד: בית יולדות שיש לו ביי"ח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רופא שעובד בשר"פ הוא מנתח, המתמחה מסתכל מהצד. גם היום במקצועות הכירורגים יש קושי למלא את המקומות שכתובים בסילבוס של ההתמחויות. רושמים על יד, ולא תמיד רושמים אם היה מנתח ראשי או משני. אנשים יגמרו התמחות, ולא ידעו לנתח אם יהיה שר"פ בבי"ח ציבוריים. רוב הניתוחים יהיו פרטיים, 70 אחוז. ההשלכות של זה הן די ברורות - העמקת אי השוויון בין הרופאים. שר"פ בבתי"ח זה כירורגיה - יש פנימית, ילדים, פתולוגיה וכו', הבנק שלו זה מחלקות פנימיות, ולפנימאים אין שר"פ. תהיה בריחה של רופאים פנימאים. היום כבר קשה למצוא מנהלי פנימית ברמה, ובעוד עשר שנים לא יהיו - לא ילכו למקצועות שבהם אין שר"פ. אם אתה מבטל ביטוחים משלימים, אתה מגדיל מס בריאות שהוא פרוגרסיבי, ואתה משאיר את ההנחה, כך שעשירים מסבסדים את העניים, מבטל את העניין של כולם משלמים אותו דבר. רק כך הרפואה הפרטית תהיה מוגבלת. אפשר איכשהו להסתדר, אבל שבתוך ביה"ח כירורג ירוויח יותר מפנימאי ובהדסה פי עשרה, יוביל לכך שבהמשך לא יהיו פנימאים. אתה תכניס שר"פ, וזה קורה כבר היום, הכירורג מקבל כסף - למה שהאחות לא? והטכנאי? איש הרנטגן? גם הם רוצים! אם מלא במכון רנטגן, הם גולשים לאחר הצהריים, וקוראים לזה ססיה, מקבלים על זה תגמול, אבל זה לא מתקרב לשר"פ. בעלי מקצוע אחרים מעורבים בזה, גם רוצים, כל הצוות רוצה, ומגדילים תקציבים בצורה אדירה ללא צורך.

שר"פ בתי"ח ציבוריים - ביה"ח נבנו ומכשור נרכש בכסף ציבורי. אדם עושה ניתוח פרטי ומקבל כסף, אבל התקורה לא מכסה את העלות הזאת.

יעל: האלטרנטיבה היא שחדרי ניתוח יעמדו ריקים.

פרופ' רביד: למה? היום מה קורה? כולם מרוויחים על חשבון החולה המסכן. יש DRG לכיס מרה, 15 אלף ש"ח. הקופה תשלם לי 15 אלף ש"ח. יש לי ביטוח, אני בוחר רופא והוא לוקח אותי לאסותא. לחולה יש ביטוח פרטי שמשלם לו השתתפות עצמית, משלם פרמיה גדולה לניתוח קטן. כולם מרוויחים על חשבון, למה?! אם הוא רוצה ביטוח פרטי, שיעשה פרטי. איקס מהרפואה מופרטת לגמרי, ושלוש על ישראל. היום יש רפואה פרטית מסובסדת כל הזמן. זה תשלום ציבורי לקופת חולים שמשלמים אותו לרופא פרטי, והקופה מרוויחה, למה? זה שוק לא נכון. צריך לעשות הפרדה.

ניר קידר: האם יכול להיות מצב שרופאים שעובדים אצלך בשר"פ, עובדים בבי"ח פרטיים אחרים?

פרופ' רביד: כן.

ניר קידר: האם מתבצע תשלום ישירות מחברת הביטוח לרופא אצלכם?

פרופ' רביד: כן, למעטים.

ניר קידר: יש שר"פ בתחום הלידות? יש לידות פרטיות?

פרופ' רביד: אצלנו יש 12 אלף לידות לשנה. מספר הלידות הפרטיות לא עובר את המאה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אתה מגביל את זה? אתה שם על זה CAP?

פרופ' רביד: יולדת יכולה לבקש מיילדת פרטית או רופא פרטי. לפני הלידה, לפני שהיא באה למיון, היא יוצרת קשר ומזמינה והיא תיבדק על ידם, וכשתבוא ללידה, אותה אחת תיילד אותה.

יעל: האם אתה מגביל את זה? מה יהיה אם יהיו יותר מכך? אתה מגביל את זה היום?

פרופ' רביד: היום כן, כי המספר הוא מאוד קטן. אני אשים גבול אם המספר יתחיל לזלוג. אם הבעיה מסובכת, יבוא המומחה. אין הפיכה של ציבורי לפרטי באמצע התהליך, זה לא קיים, ויש לנו בקרה טובה על זה. מעייני הישועה זה ביי"ח ציבורי, ממומן על ידי ועד רבנים מבוגרים מאוד, יש להם רבני משנה שבוחשים בקדירה. זה ביי"ח ציבורי, מלכ"ר, יש לו מנכ"ל חרדי. אני מוגדר מנהל רפואי כי יש מנכ"ל. האדמיניסטרציה היא דתית, הפקידות, משא"ן הם דתיים. יש לי 140 רופאים, 5 מהם דתיים, האחיות דתיות. 228 מיטות, בפועל סביב 300.

ניר קידר: איזה יתרונות אתה רואה לשר"פ אצלך?

פרופ' רביד: אני עושה שר"פ כי אני נאלץ, אין לי ברירה. אני לא רואה בזה יתרונות. אם לא אעשה, הרופאים יברחו. אנחנו לא קיבלנו מעולם אגורה ממשרד הבריאות, אנחנו חיים בזכות העבודה שלנו. 5-6 שנים אחרונות אנחנו לא בגרעון, אפילו בעודף תקציבי. השיטה היחידה שבה אני יכול להחזיק את נבחרת הרופאים היא להשאיר להם שר"פ. אני לא משלם משכורות שר"פ. גם אם נתח השר"פ קטן, זה מחזיק אותם. אני לא אוהב את זה, זה אילוף. אני חייתי רוב חיי בקופה שלא היה בה שר"פ, וזה היה כיף לא נורמלי.

פרופ' גבי בן נון: הצגת סט שלם של חסרונות. הציבור רוצה בחירה, למה למנוע את זה?

פרופ' רביד: הציבור רוצה מרצדס, למה למנוע? המדינה לא מסבסדת מרצדס, את זה תעשה בפרטי מה שאתה רוצה.

ד"ר שולי ברמלי: הגדלת חופש הבחירה של החולים – בסתירה ערכית עם ביטול השר"פ. אתה מחליט מה חולים יכולים לבחור ומה לא?

פרופ' רביד: מערכת ציבורית צריכה גם לחיות. ההבדל בין חופש לכאוס זה באמצעות רגולציה? השאלה מה זה סביר, כל אחד לפי השקפתו ואין אמת מוחלטת. גם היחידה הפונקציונלית וגם יחידת האיכות היא מחלקות ולא רופאים, הראש קובע את האיכות ויש לו משקל גדול. יש רופאים סיניורים נהדרים שמחזיקים את העסק מצוין ולא רק הבכירים שלהם. אתה רוצה להגיע למחלקה מסוימת כי היא טובה. אפשר לבחור את הרופא בעולם אידיאלי, אבל זה מפריע ללמד, לעבוד ולמערכת לתפקד באופן כללי. פה החגיגה נגמרת. הרי ממילא, ואנשים לא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מודעים לזה, חולים מורכבים נראים על ידי האנשים הטובים. גם מה שמחזיק אנשים במערכת זה עבודת צוות - לבוא לקולגה עם צילום ודברים כאלה כדי להתייעץ - וזה חסר ברפואה האמבולטורית. הרפואה הפרטית היא סמנטיקה שמבוססת על חוסר ידע. מגיע חולה עם אפנדיציט והמשפחה רצה למומחה. בא המומחה אלי ואומר לי "אתה יודע מתי עשיתי אפנדיציט לאחרונה? לפני 20 שנה, תעזבו אותי!". חלק גדול מהרפואה הציבורית הכירורגית שיש אליה תורים, התורים הם בלשון המעטה לא מחויבי המציאות, והם נוצרים כדי שתהיה מוטיבציה ללכת לשר"פ.

עו"ד עדי ניב-יגודה: ציינת את זמני הביקור הקצרים ואת משכורות הרופאים בקופות חולים – למה?

פרופ' רביד: יש לי בת גניקולוגית שהייתה עצמאית של ביי"ח, והיא הפסיקה. לשבת עד 12 בלילה זה לא ילך. היא אמרה לי "מצאתי את עצמי עושה רפואה גרועה כי אני רוצה ללכת הביתה", ולכן עברה לקופת חולים.

פרופ' לאה אחדות: אותו דבר קרה לבתי בשבוע שעבר עם רופא פרטי באיכילוב. לא יודעים לומר אם זה רופא עצמאי או לא. אמרתי לה לבקש רופא אחר.

ניר קידר: יש גם פרטי באיכילוב.

עו"ד לאה ופנר: האם אתה יכול להעביר לנו מתוך היכרות שלך עם המערכת, פרטים של אינטראקציות שהיו לך לכל אורך הדרך, להפנות אותנו לנתונים או למחקרים שניתן לבדוק. הרבה ממה שאמרת, שמענו גם דברים אחרים.

פרופ' רביד: באיזה תחום?

עו"ד לאה ופנר: דיברת על אורך תורים, על זמני המתנה. דברים מאוד חשובים, אנחנו בודקים ושוקלים אותם. אם במקרה יש לך נתונים, אפילו בשביל הוועדה, על חלק מהסכומים המופרזים בקופות חולים, נשמח לקבל.

יעל: ביקשנו כבר חלק מהדברים הללו.

פרופ' רביד: אין מחקר מסודר על תורים.

עו"ד לאה ופנר: מה שיש לך תפנה אותנו.

ד"ר עזיז דראושה: אני אהבתי את המקרה שעזרת לחולה, עשית את הבחירה בשבילו. יש מקרים שזה נוגע לנו, זה הערת ביניים. לחולה לא הייתה זכות בחירה.

פרופ' רביד: זו הייתה זכות הבחירה שלי כאיש מקצוע. זה יתקיים ממילא. חולה בסיכון גבוה או ניתוח מסובך זה ברור מאליהם שהאנשים הכי טובים יטפלו בו.

ד"ר עזיז דראושה: זה היה צריך להיות מובן מאליה, שאיש המקצוע הכי טוב יטפל בחולה. יש לך אומדן ואתה מכיר את המערכת מכל הכיוונים. לכמה פול-טיימרים אנחנו זקוקים?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רביד: אתה צריך 4-5 אנשים כאלה בכל מחלקה, זה סדר הגודל. רופא ל - 10-12 מיטות, גרעין של פול-טיימס.

דר' עזיז דראושה: מה שיעורם בביה"ח?

פרופ' רביד: 20 אחוז אני מעריך.

שירה גרינברג: אמירתך הראשונה היא שהשירות האמבולטורי הוא הראשון שרואה האזרח, ולכן צריך לטפל שם. עד כמה באמת בתי"ח עומדים ריקים בשעות אחר הצהריים? כי על פניו הם פועלים בתפוסות סבירות. איפה אתה עומד בספקטרום הזה?

פרופ' רביד: כשמדברים על רפורמה, סדרי עדיפויות זה שאלה של לו"ז, כי אין משהו שלא צריך לעשות. חינוך רופאים, קניית מכשור זה לא עולה מיליארדים ואין סיבה שיבואו על חשבון משהו אחר. ברוב בתי"ח מרפאות לא עובדות אחר צהריים ואין סיבה. חדרי ניתוח עובדים כי חדרי מיון עובדים. הבעיה של חלק ממרפאות בתי"ח אגב, ברזולוציות לא נכונות לדעתי, חלק גדול מהן מתנהלות בשיטה מועתקת מביה"ח. רופא עושה מרפאה, הולך לשם, נעלם לשלוש שעות וחוזר. נדיר שירים טלפון מהמרפאה כדי להתייעץ. שם נעלמת עבודת הצוות, מה שלא יקרה במחלקה, שם תוך שניה הוא יביא מישהו. זה מובנה בתוך השיטה. במרפאה הרופא עובד לבד. צריכה להיות שיטה מובנית כדי שידעו מה קורה במרפאות, זה מקטין עלויות.

לא דיברתי על נושא של אחריות מקצועית ותביעות ומה זה עולה למערכת, החלק הקטן זה ביטוח והחלק הגדול זה התביעות. אבל ניצול נכון הוא חשוב, וזו בעיה קרדינלית. לא בטוח שזו רפואה מתגוננת. אני לא ותיק במערכת, אני עתיק. אל תצחקו, כשאני התחלתי לא היה CT, אולטרה סאונד, ועדיין עשינו רפואה, לא בטוח שהייתה טובה אגב. הנייר שאנחנו הוצאנו בזמנו בוועדה, הנייר שהוצאנו בעקרונות הגדולים שהיו בסופו של דבר, של ניתוק התשלום מהזכות לקבל טיפול, והניתוק של שרותי הרפואה מהפוליטיקה, דיברנו על שירותי אזוריים. לא נעשה מספיק בזמנו, וקופות החולים נשארו. אפשר לראות את הרפואה בראייה אזורית. אם יש מנהל אזור שרואה את השירותים של אזור מסוים, ומונע את קיומם של מרכזים כפולים וסמוכים, אז אין בעיה. אני פתחתי מרפאת סכרת בביה"ח מפני שראיתי שיש קטסטרופות בקהילה החרדית מבחינת איזון הסכרת. אמרתי שאני רוצה לשתף אותה עם ביי"ח אחרים, אמרו לי כולם כן, אבל לא קרה כלום. חודש אחרי שפתחתי גם מכבי פתחה, בשביל מה?

פרופ' לאה אחדות: התייחסת להרבה היבטים חשובים ברפואה האמבולטורית. זה היה ממש מאיר עיניים.

פרופ' קובי גלזר: אתה אמרת שאי אפשר לפקח על השר"פ. אמרת שאפשר וצריך שתהיה יותר בקרה. אני רוצה להבין למה כל כך קשה לפקח? האם על הכנסות אי אפשר לפקח? כמה בא מציבורית וכמה מפרטית? מי עשה מה? האם את זה אי אפשר לדעת? אני רוצה להבין על מה בדיוק אי אפשר לפקח. יכול להיות שלא רוצים לפקח. האם כל כך קשה להסתכל על המספרים, על כל הטכנולוגיות וכל המידע? נכון שיש ביי"ח גדול, שם אפשר למנות ראשי חטיבות, ובביי"ח קטן כמוד, האם אי אפשר לקחת כמה כאלה כדי שיעשו בקרה של חריגה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' רביד: בתקופה שהיה שר"פ בבתי"ח ממשלתיים, זה היה מכמה סוגים – שר"פ 1, 2, 3. ברגע שזה קיים, ההפרדה תהיה קשה מאוד. תיאורטית אתה צודק, לא צריכה להיות בעיה.

פרופ' קובי גלזר: אני לא אוהב שאומרים מה שהיה. אתה כמנהל שחי את השטח, ומכיר את הרופאים והטכנולוגיות – למה זה כל כך קשה??

פרופ' רביד: אפשר לפקח סביר, אבל זה לא יפתור את אפליית החולים. יכול להיות שאפשר לפקח, אני מצליח.

משה בר סימנטוב: קובי, היום לא מצליחים לפקח על כלום. לא רוצים.

פרופ' רביד: אפשר לפקח וזה דורש שיתוף פעולה. השאלה אם זה נכון והשאלה אם צריך.

פרופ' קובי גלזר: אתה התחלת את ההרצאה שלך באמירה שאי אפשר.

דורון: תודה רבה לך!!

**** מציג שלישי – פרופ' גבי ברבש, מנכ"ל איכילוב. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' ברבש: אני הכנתי מצגת שמייצגת את מה שאני חושב, לא בהכרח תואם למה ששמעתם. אני רוצה לשים שני עקרונות שמדריכים אותי בגישה בה אנחנו מתעסקים – מערכת בריאות צריכה להתנהל כציבורית בשליטה ורגולציה של הממשלה ולא צריכה להיות פרטית, כך שתהיה שוויונית לציבור. חייבים לנצל את הכסף מהביטוחים המשלימים בשביל להציל את מערכת הבריאות. הקמת ועדות כ"מס שפתיים" – מתייחס למצגת. כל הוועדות לא התעסקו עם הנושא הקריטי של העסקת רופאים במערכת הציבורית. אתם יושבים פה המון שעות ומקשיבים, והשאלה היא האם אתם תתנו אימפקט? האם אתם תשכילו לענות על צרכי המערכת בשביל לשרוד עם מה שהיא מתמודדת איתו מול המערכת הפרטית? השב"נים יכולים להיות אנרגיה מחדשת, אבל היום הם מערכת משמידה. אני חי את זה יום-יום, רואה את הרופאים שלי כל יום במיון, ועוד שנה עד חמש שנים הם יצביעו ברגליים. אני היום משקיע 25 מיליון ש"ח בשנה על מניעת בריחת רופאים ואחיות לאסותא. אנחנו מדממים כל הזמן לכיוון המערכת הפרטית. אפילו אצלי, יש לי חדר ניתוח שחצי שבוע הוא סגור כי אין לי מספיק צוות. הסיכום הוא נטישה, רוב הרופאים הבכירים משתכרים 80 אחוז ממשכורתם מהמערכת הפרטית. הם צריכים להיות קדושים כדי לעשות ההיפך, והם אלה שמחנכים את הדור הצעיר. הרופאים רוצים איכות חיים, רוצים לרדת בהיקף המשרה, רוצים לעבוד רק במערכת הפרטית. יש קושי למצוא מנהלי מחלקות היום, שהם גם אקדמאים וגם קלינאים. אין היום מועמדים לנהל מחלקות אורתופדיות בארץ. בכירורגיה מתחיל להיות קשה גם כן. אנשים עושים לעצמם, לאיפה שהכסף ואיכות החיים נמצאת. הם עושים רפואה טובה וגם נהנים. הדור הצעיר מתוסכל, רואה את המודל שלו ורץ ישר ללכת לשם באופק שלהם, וזה רע מאוד לחינוך שלהם. על כל זה באה שביתת הרופאים שהחמירה את תחושות התסכול והניכור במערכת הציבורית. חשבו שהשביתה הזו תחולל שינוי. שעון הנוכחות רק מעורר תסכול, לא מעניין את הרופא יותר כלום, אחרי שהוא העביר שעון. בשלוש נופל להם האזמל מהיד, זה תהליך מורכב שקרה בשלוש השנים אחרונות, תוצאות של השביתה, שב"נים ועוד. אני לא סתם בוכה, ערב ערב אני מדבר המון עם הרופאים - חוזר למצגת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אנחנו לא נלחמים על השר"פ בשביל הכסף. אני אסביר ואתם תבינו. אנחנו רוצים שהכספים של השב"נים יתועלו בצורה נכונה, על מנת להציל את האשפוז הציבורי שהוא עדיין נכס. פה אני שונה ממה שהציג לכם רוטשטיין, אני רוצה להשיג את הכסף דרך השב"נים על מנת לשמר את ההון במערכת הציבורית, על מנת לטפח את הדור המבטיח של העתיד, לאפשר להם חיים מקצועיים, אקדמיים, קרייריסטיים - רק במערכת הציבורית. הם אלה שעיקר מעיינם הוא דור העתיד - מתייחס לרופאים מהסדרה "איכילוב".

אני מבקש שתמליצו על בחירת רופא לכולם - בבוקר בחינם, בערב במימון שב"נים וחברות פרטיות. שהזכות תהיה מוגבלת בבחירת רופא בתוך ביה"ח הציבורי - מתייחס למצגת. המטרה שלי היא לא כסף, אלא למצוא דרך להציל את מערכת הבריאות הציבורית. אני לא יכול לתת לכולם לעשות שר"פ באסותא. אם רופא הוא פול-טיימר, הוא עושה את זה רק אצלי. אסותא לא תיפגע, מה שיפגע זה השכר. זה יקטין את הלחץ על בחירת רופא אחר הצהריים. התחרות בין המנתחים תהיה ברגע שנפתח עוד גוף שמפעיל שר"פ, באותו רגע התעריפים המטורפים שמתחוללים יורדים משמעותית, עשינו ניסיון כזה בשנים 2001-1996. זה יפחית את המחירים בפרטי, וזה יקטין את הוצאת הביטוחים כי הם ישלמו פחות למנתחים. זה פקטור מקטין ולא מגדיל. איך שולטים בדבר הזה? המשרד יכול להחליט שהוא שם מיליארד ש"ח על בחירת רופא. זה דבר ניתן להגדרה שניתן לשים עליו CAP, לתת לבי"ח מאה מיליון ש"ח ולהגיד לו - עם זה תסתדר. זה לא משהו שאומרים עליו "אני לא יודע לאן זה יתפתח". טענות - במצגת. מודל הצנתורים של איכילוב - במצגת.

פרופ' גבי בן נון: איך אתה מתגמל את הכוכבים? איך התאגיד משלם להם?

פרופ' ברבש: נניח שמישהו עושה ססיה, מקבל נניח 1,000 ש"ח עבור צנתור אבחוני. אם עושה כזה שנבחר בו ספציפית, יקבל 2,000 ש"ח.

דר' שולי ברמלי: אפשר לבחור רק בצוות שהראית או מישהו נוסף?

פרופ' ברבש: החולה יכול לבחור בין כולם. יש לי בסך הכל 7 מצנתרים.

פרופ' גבי בן נון: אתה עומד בתקנות התאגידים?

פרופ' ברבש: כן.

מיכל טביביאן-מזרחי: טוב, יש לו תאגיד גדול.

עו"ד לאה ופנר: האם ישנה סיבה שבחרתם לעשות את זה בצנתורים?

פרופ' ברבש: היה לנו פרטנר שאכפת לו מהמערכת הציבורית, פרופ' שמוליק בנאי. בגללו, שאמר שהוא רוצה להיות רק במערכת הציבורית, לכן בחרנו במחלקה הזאת. כשהוא הלך לבדוק מה קורה במחלקה הזאת, לא רצו לשתף איתנו פעולה, אני עשיתי קרוס על קרוס כדי לגרום לזה לקרות. זה הצריך לעשות מחקר ולהיכנס לבסיסי הנתונים. אני חושב שפחדו מהתוצאה, כמו שאני פחדתי מהתוצאה - ממשיך עם המצגת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השפעות התחרות בצנתורים, איכילוב מול אסותא. קופות החולים עוינות את הפרויקט הזה - מספר סיפור על חולה שהקופה לא רצתה לתת לו טופס 17 לעבור צנתור באיכילוב. בניסיון לברר את הסיבה לכך - המקרה הזה שונה, כך נאמר בקופה. החולה הזה היה יומיים לפני כן בפרקטיקה הפרטית של הרופא שלך, והוא שלח אותו לעצמו לאיכילוב. אם היה שולח אותו לאסותא, זה לא היה על חשבון הקופה הספציפית שבנדון. הקופות לא אוהבות את הפרויקט, כי אלו חולים שהיו צריכים להיות כולם מוסתים לאסותא, והם לא רוצים את זה על חשבונם. ממשיך לאיכילוב - התפלגות ניתוחים בשנת השר"פ - במצגת. גם היום, פחות מ- 20 אחוז בוחרים מי נתח אותם, גם בניתוחי לב ולא רק אפנדיציט.

יעל: לכל אחד מאיתנו יש את הפוזיציה והאמונה שלו, אנחנו לא מתווכחים כרגע, רק שואלים שאלות הבהרה.

שאלות:

פרופ' גבי בן נון: אני עומד מאחורי השקף שהצגת כציטוט שלי, וזו השאלה שלי - אני רוצה עכשיו להיות רופא, ועושה אבחנה לפני טיפול. המצב לא יכול להימשך, יום אחד זה יתפוצץ ואני מסכים איתך. בוא נשנה, בוא נעשה שר"פ חינוך בבוקר ואחר הצהריים בתשלום. אני עדיין לא מבין למה האופציה השנייה לא מהווה דפוס מבחינתך, ונניח שהכסף של האוצר יתקבל בוודאות? כאיש ציבור שהמערכת הציבורית הייתה מאוד חשובה לו, תנסה ללכת כך שהכסף יינתן לך דרך המערכת הציבורית ברמת ודאות גבוהה, ותכסח את הביטוח המשלים ותעמיס את זה על ביטוח בריאות. תסביר לי למה זה לא מקובל עליך?

פרופ' ברבש: התשובה הייתה בשקף שהצגתי, בגלל חוסר האמינות. אני לא מאמין וגם אתה אמור לא להאמין לאור הניסיון העשיר שלך.

דר' שולי ברמלי: קודם כל תודה רבה! אני רוצה רק לוודא - במודל הציבורי - מה קורה כשיש מקרה מסובך והמצנתר הבכיר צריך לצנתר? מה קורה במקרים המסובכים?

פרופ' ברבש: אם יש רק אחד בכיר אחר הצהריים, מפסיקים את פעילות הססיה האלקטיבית, ומכניסים את החולה הדחוף.

דר' שולי ברמלי: היום ל- 74 אחוז יש ביטוח. האם לשאר זה כבר לא רלוונטי? תסביר את הסתירה.

פרופ' ברבש: אז גם כן אפשר היה לבחור, מה שכן נכון זה שיהיה יותר, כמה יהיה יותר, אני לא יודע. כל מי שנכנס למחלקת צנתורים יכול לבחור מי יצנתר אותו.

דר' שולי ברמלי: אחד המציגים טען שיש לכם הסכמים עם עדי בשן, שהיא מביאה אליכם נתחים רבים.

פרופ' ברבש: אני לא מכיר את הפן של הפעילות הזו. היא נשכרה פעמיים בבחירת ביטוחי הבריאות בקרן מחקרים. אין לנו הסכמים כאלה. חוץ מתיירות מרפא אין לנו הסכם עם אף אחד אחר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד עדי ניב-יגודה: הצגת מצב של המערכת הפרטית ששואבת אליה רופאים. אם נחליט לבטל את השב"נים, לבצר את החומות הסיניות, ומי שרוצה שיעשה ביטוח פרטי - זה יפתור את הבעיה?

פרופ' ברבש: לא, המערכת הפרטית תמשיך.

ערן פוליצר: אחת הבעיות הגדולות בהפעלת המערכת בססיות אחר הצהריים זה השכר לצוות. איך תתמודד איתה?

פרופ' ברבש: זו בעיה שנצטרך להתמודד איתה, שלא הייתה בעבר. רוח הצוות של היום היא לא כמו של שנת 2001. אם נבוא עם בחירת רופא למערכת, הצוות לא יהיה כזה קואופרטיבי כמו שבפעם שעברה. נצטרך לחשוב איך לטפל בצוות. היום זה בזעיר אנפין וזה לא בעיה, תהיה בעיה בהמשך.

ערן פוליצר: האם הרופאים ממליצים על עצמם? איך זה עובד? אם יש בחירה לכולם בבוקר ויש תורים, מה יגרום לאנשים לא להפעיל את הביטוח אחר הצהריים?

פרופ' ברבש: במקום שיש בחירת רופא, תדאג שלא יהיו תורים. תדאג לזה בפרויקט הספציפי. זה שאלה מעניינת לנסות לאפיין את הקבוצה שבחרה מול זו שלא בחרה.

דר' עזיז דראושה: למה השאר לא בחרו? היו להם 3 אופציות וכולם כוכבים ליגה לאומית, אין להם בשביל מה להיעזר בבחירה.

פרופ' ברבש: לא מדויק. יש לנו מצנתרים מתמחים, חוץ מהשלושה יש עוד חמישה. יש אפשרות ליפול בידיים של מישהו אחר.

דר' עזיז דראושה: אולי 90 אחוז בחרו באחד מהם.

פרופ' ברבש: לא, בשלושתם.

דר' עזיז דראושה: אם תהיה משמרת שנייה, אי אפשר לשווק את הפרויקט הזה בלי שר"פ, אלא עם פול-טיימס?

פרופ' ברבש: אפשר, אבל אני מזכיר לך שלהגיד לרופא תפסיק לעבוד באסותא, הוא יצחק צחוק צבאי קצר ויגיד "שמעתי עליך". אני יודע שיש התנגדות של ברלוביץ', והוא עושה טעות לדעתי בהתנגדותו. אתה עושה תחרות בין בתי"ח הגדולים לפרירפריים. יש לנו רופאים גדולים, שאו שיהיו בפרויקט כוכבים או שילכו לפרטי.

יעל: ברלוביץ' מתנגד לזה אידיאולוגית, במנותק מהפוזיציה שלו בבי"ח וולפסון.

פרופ' ברבש: יותר משזה סיכון, זה סיכוי לפרירפריה. הייתי עושה רכש של רופאים בכירים טובים שיודעים לדבר עם החולה. כאלה שיודעים להעריך את האדם מאחורי הסכיין. לכל בי"ח, בעיקר בפרירפריה יש אפשרות להיבנות מבחירת הרופא על ידי הבאת רופא איכותי למערכת.

ניר קידר: מה היקף הרופאים שעובדים אצלך והולכים אחר הצהריים לאסותא?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' ברבש: לא יודע, יש אצלי 1,150 רופאים, ביניהם מאות כירורגים.

ניר קידר: כמה עזבו למערכת הפרטית?

פרופ' ברבש: 10-15. אצל אחיות זה 18.

ניר קידר: מה לפי דעתך זה שכר ראוי?

פרופ' ברבש: רופאים יסתפקו בשכר של 50 אחוז פחות כדי להישאר במערכת הציבורית. זה תלוי במקצוע ובבנצ'מרק (benchmark) במקצוע שלו.

ניר קידר: נגיד אני גר בירושלים, יש לי יכולת לשלם כסף באשראי שלי ולקבל טיפול באיכילוב?

פרופ' ברבש: בוודאי.

ניר קידר: זה קצת רפואה פרטית...

פרופ' ברבש: יש לנו להערכתנו מיליון וחצי עד שניים ש"ח לחודש הכנסות מזומן של חולים מסורבי קופות חולים, וזה הולך וגדל. הם משלמים כסף רק עבור המרפאה.

יעל: אתה משלם גם כשאתה מגיע למיון אם לא שלחו אותך.

פרופ' גבי בן נון: זו אגרה, זה שירות ציבורי! אתה מדבר על שירות ציבורי פר-אקסלנס.

ניר קידר: בבחירה הזאת – אני מניח שיש תורים גם למרפאות היום במסלול הציבורי, האם בפרטי התור יהיה מהר יותר?

פרופ' ברבש: התשובה היא לא. הוא לא יקבל בגלל זה תור, הוא משלם על התור שנקבע לו ממילא.

ניר קידר: אני רוצה לעשות אצלכם CT לב ולשלם מכספי. אם אני מתקשר ואומר שאני רוצה לשלם מכיסי הפרטי, אקבל תור מוקדם יותר?

פרופ' ברבש: לא. תקבל תור עם טופס 17, תור רגיל.

פרופ' רוני גמזו: אנחנו לא רוצים שזה יקרה בשירות אשפוזי. אנחנו משתדלים בזה להגיד לביה"ח להחזיר את הכסף לחולה. בשירותים אמבולטוריים האדם עוקף את שירותי הבחירה. אסור שיקבל הקדמת תור.

פרופ' ברבש: זה בכלל לא חלק מהשיקולים.

פרופ' גבי בן נון: אני מופתע. זו מדיניות שבה ביה"ח לוקח את הסדרת הנושא בעצמו.

פרופ' ברבש: זה לא שירות מסוים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רוני גמזו: יש תעריפים, ואסור לביה"ח לעבור את התעריפים. אם חולה רוצה לעבור עליהם, אני רוצה איכילוב כי יש לי ביטחון שם, הוא משלם תעריפים אמבולטוריים. היה ניסיון בבי"ח מסוים שחולה השתמש בביטוח הראל, עקף את הסדרי הבחירה והלך לבי"ח אחר. פה עצרנו ואמרנו ממש לא, חברות ביטוח הם לא מעקף הסדרי בחירה.

יעל: וזה בלי הקדמת תורים.

פרופ' רוני גמזו: קל וחומר על הקדמת תורים. בפעילות אמבולטורית לא רצינו להגביל את הפרט. אבל בפעילות אשפוזית אמרנו לא.

עו"ד לאה ופנר: זה דווקא ברור לי שזה יצא מכיסי.

פרופ' רוני גמזו: בנושא של הסדרי הבחירה.

יעל: זה נושא לדיון פנימי.

שירה גרינברג: אם אפשר שתעבירו לנו נתון על כמה אנשים עזבו בשנים האחרונות ואו הורידו אחוזי משרה. רציתי לשאול – האם אתה לא חושש מהעובדים שלך לגבי מחסור של רופאים? זו בעיה שכבר היום קיימת במקצועות המצוקה. אנשים נוטים יותר ללכת למקצועות בהם יכולת ההשתכרות טובה יותר.

פרופ' ברבש: אני חושב שהסיכוי פה הרבה יותר טוב, מאשר הסיכון. זה מעצים את החשש שלי ממה שהולך לקרות מאשר אם לא נעשה את זה. הכסף מדבר פה.

שירה גרינברג: למשל ברפואת משפחה, לפנימאים תיתן פחות, הפסיכיאטריה, הגריאטריה..

פרופ' ברבש: בכל מקום יש פערי השתכרות, ואת לא תחסלי אותם. הם קיימים בכל מקום בעולם. הם לא יועצמו. הכסף ישאב עוד ועוד רופאים למערכת הפרטית.

שירה גרינברג: כתבת פה שנכשלנו בזה. לא נכשלנו, צריך לממש את ההחלטה. עוד לא עשינו את המאמץ עד הסוף. צריך לחשוב מהי מגבלת ההכנסות על הפרטיים. זו שאלה עקרונית אליך – האם צעדים לריסון הרפואה הפרטית יכולים לעזור?

פרופ' ברבש: אני מאמין ביכולת שלכם לרסן מול צונאמי הכסף שזורם שם. אני לא מנסה להציל את המערכת שלי, שנמוגה מול הפרטית, והדרך להצילה היא היכולת להתחרות על להציל את המערכת. היא לא תקום מזה שתצילי את הפרטית. המערכת תמשיך לשלם את הכסף הזה, לא הצלנו כלום פה.

עו"ד לאה ופנר: אתה מציג מודל ש - 10 אחוז מהרופאים הם פול-טיימרים, ושהם יבנו את המערכת הציבורית. כלומר 90 אחוז מהמערכת יישאר כמו שהוא היום, באותו מצב. אם מצד אחד, אתה אומר ומסביר פה, מדם ליבך, על כך שהמערכת עומדת בפני קריסה ושיברון משמעותי, וההון הולך למערכת הפרטית, אתה נותן פתרון לכוכבים



ואומר לכולם משהו אחר, איך זה יהווה את הפתרון? הסיכוי שלי להיות בין הכוכבים הוא אחד לעשר. איך זה יעבוד?

פרופ' ברבש: אני מדבר על שינוי של הפרדיגמה של האווירה. היום העתיד הוא לא במערכת הציבורית. אני רוצה שאנשים ירגישו שהסיכוי שלהם להתפתח הוא בציבורית. זה סיכוי גדול מאוד מבחינת איכות. אם קלאוזנר יחליט לעבוד בציבורית בפחות כסף, איתו יהיו עוד עשרים שיבואו אחריו שנמצא להם פתרון. זה סוחף את האנשים על ידי המנהיגים, וזה שינוי מהותי באווירה במערכת הציבורית.

עו"ד לאה ופנר: על תיירות מרפא באיכילוב – תן לנו מידע. מהי התרשמותך?

פרופ' ברבש: מתייחס לשקף במצגת. אני מרגיש מצוין, בתור מנהל ב"ח ששלוש פעמים ביום מרים טלפון על מנת לבקש רחמים על חולה שלא קיבל טופס 17, אני מרגיש נוח להביא תיירי מרפא כדי לצמצם ולכסות על ההוצאות - נתונים במצגת.

פרופ' לאה אחדות: אנחנו רוצים להשיג ביקושים חזרה לציבורית, ולהוריד ביקושים בפרטית.

פרופ' ברבש: לא. אני רוצה את הרופאים שלי להשאיר בבית.

פרופ' לאה אחדות: כן, אבל אם תציע שכר נמוך יותר זה לא יקרה. לא רק דרך הביקוש אלא דרך ההיצע של הרופאים. האם למשל פעולה שבה מגדילים את מספר הרופאים בארץ בתכנית מיוחדת של כמה שנים תעזור? ברור שהגדלת ההיצע תביא להורדה של שכר.

פרופ' גבי בן נון: לא בטוח.

פרופ' לאה אחדות: האם נבחן מסלול כזה, שגם הוא אפשרי?

פרופ' ברבש: הרוב הולכים למקצועות שבהם מרוויחים יותר כסף, אז אני לא רואה את זה קורה.

יעל: בוא תסביר לי – כל כך מוצלח, למה לא עשיתם את זה בכל ביה"ח ובעוד מחלקות?

פרופ' ברבש: אין לי כסף לממן את זה.

יעל: אין לך פרוצדורות שלא הגעת בהן לאלפא?

פרופ' ברבש: כל מה שאני עושה הוא באלפא. ההוצאה היא כזאת שאין לי את השוליים לשלם לרופא.

יעל: אני רוצה לומר תודה!



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

**** מציג רביעי: פרופ' נדב דוידוביץ', יו"ר המרכז לחקר מדיניות בריאות בנגב. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

פרופ' דוידוביץ': אני רוצה להודות על ההזמנה. אני שמח שאני הולך להציג היבט שכמעט לא תאמר בו המילה שר"פ. אני רופא מומחה בבריאות הציבור, יו"ר איגוד בריאות הציבור בהר"י, אבל אני לא מגיע בכובע הזה, אלא כיו"ר מרכז לחקר בריאות בנגב שהקים חיים דורון. המרכז פועל באוניברסיטת בן גוריון ועוסק בפערים בבריאות בנגב, בדגש על התמודדות איתם. משרד הבריאות הרים את הכפפה, אבל יש עוד הרבה לאן ללכת. ההחלטות שהוועדה תקבל, אם לא יבואו בהם נושא הפערים, מניסיוני, כאשר לא לוקחים בחשבון פערים גיאוגרפיים וכלכליים, אז מגדילים אותם. אני מקווה שאתרום את חלקי, וחייבים לקחת בחשבון את הפערים בבריאות. אין פה תחרות עם הצפון, אך אציג את הפערים בנגב. מתוך דו"ח מבקר המדינה – במצגת. מדברים על פערים בבריאות כמשהו שהוא לא גזירת גורל. יש הבדלים ואם לא נתייחס אליהם במדיניות, לא נוכל לצמצם אותם – לא אפס אותם, אך באופן משמעותי.

יעל: תושב רעננה חי 8 שנים יותר מתושב רהט, ו- 6 שנים יותר מתושב חדרה וקריית אתא. פחות מהפער בין ר"ג לערים אחרות.

פרופ' דוידוביץ': אדבר בעיקר על הנגב ועל הפריפריה הגיאוגרפית. יש פערים ייחודיים לנגב, אבל אפשר ללמוד מהם על הפריפריה גם בצפון. יש גם את הנושא של פריפריה חברתית שצריך לתת עליו את הדעת. אעשה השוואה גם בין יהודים לערבים, וגם פערים בין אוכלוסיית המרכז לנגב (לא רק בדואים, גם יהודים). תמותת תינוקות ותוחלת חיים, שיעור רופאים ושיעור מיטות – במצגת.

מערך השיקום למשל – לא קיים בכלל בנגב. משפחה בדימונה שבן משפחה שלה מאושפז בבית לוינסטיין ברעננה, צריכה לנסוע כל יום לרעננה, זה קשה במיוחד אם זה אשפוז ממושך. הדבר הזה הוא לא גזרת גורל, ואפשר להתמודד איתו. עשינו כנס במצפה, בדומה לכנס בים המלח שהיה. אנחנו צריכים שהנושא הזה יהיה כל הזמן על השולחן, ובעבודה מול התקשורת והגורמים השונים, משרדי ממשלה, רשויות מקומיות, ארגוני מחקר וכו'. אנחנו כל הזמן עושים לובי לנושא. זה חייב להיות בתנועת מלקחיים, מלמעלה ומלמטה. אציג את עיקרי הדברים שנדונו בכנס – במצגת, ממשיך עם המלצות מרכזיות.

יעל: האם יש התמחויות בארץ שהן נחוצות יותר מאשר במרכז? התמחויות חסרות אחרות?

פרופ' דוידוביץ': את כל החוסרים שיש במרכז תכפילי פי 2.

דר' עזיז דראושה: נסגרו מחלקות אשפוז שלמות בסורוקה כי לא היה כ"א.

פרופ' דוידוביץ': נעשים דברים בכיוונים האלה, צריך לעשות את זה בצורה יותר מתוזמנת ואחידה. הגדילו את היקף קבלת הסטודנטים במקצועות הבריאות ב- 20 אחוז. הרבה מאוד רופאי קהילה עומדים לעזוב ולפרוש לפנסיה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: זה בכל הארץ.

פרופ' דוידוביץ': המצב עכשיו לא סביר, והולך להחמיר עוד.

דר' שולי ברמלי: הרבה מהמחסור במומחים, הרפואה הראשונית נותנת לו מענה, והמחסור ברפואה הראשונית מחמיר את הבעיה.

פרופ' דוידוביץ': אם אין לאנשים את האפשרות להגיע לרפואה הקהילה לפתור את הבעיה, הם מגיעים למיון, וזה לא נכון כלכלית ומעוד הרבה בחינות. זה מה שהרפואה בקהילה באה למנוע. אני רוצה לחזק את ידי משרד הבריאות בפתרון לטווח הקצר – הכרה במקצועות נוספים בתחום הבריאות במרחב שבין אחות לרופא, תוך הענקת סמכויות נוספות. כמו כן, הוספת מחלקת שיקום בסורוקה. בטווח הארוך מדובר בהוספת מערך שיקום בסורוקה.

יעל: אסותא מנסה להקים מרכז שיקום בדרום.

פרופ' דוידוביץ': אני תמיד מעדיף שהפתרונות יינתנו ברפואה הציבורית. אנחנו רוצים לעבות את כ"א ולהקים ב"ח נוסף בנגב.

דר' עזיז דראושה: איפה למשל?

פרופ' דוידוביץ': היה מדובר בתכניות סטטוטוריות בצומת להבים. אני לא חושב שזה המקום הנכון, צריך דרומה יותר. אני חושב שצריכה להיות זיקה להדסה הר הצופים, כדי שיהיה שיתוף פעולה ושהם לא יתחרו אחד בשני.

פרופ' לאה אחדות: למה צריך ב"ח נוסף?

פרופ' דוידוביץ': צריך מיטות נוספות.

שירה גרינברג: מיטות זה לא אומר ב"ח נוסף.

פרופ' דוידוביץ': אנחנו צריכים עוד מיטות אשפוז בנגב, בדגש על שיקום ומיטות מיוחדות. סורוקה רחוק מאזורים מסוימים ונולד הצורך להקים ב"ח נוסף. אני חתום על מסמך שכתב טשרניחובסקי, אבל הוא מלפני 8 שנים ואני לא חושב שזה צריך להיות בלהבים כמו שכתוב שם. ב"ח פרטי באשדוד לא נותן מענה לצורך.

עו"ד עדי ניב-יגודה: האם אתה מתייחס לנגב כאזור אחד, או שיש חלוקה בתוכו?

פרופ' דוידוביץ': אפשר לחלקו בהחלט לנגב מערבי, ערבה וכו', ולכן צריך עוד ב"ח. התאמה תרבותית זה אחד הבסיסים, וסגרגציה תרבותית זה משהו רע מאוד.

נושא נוסף – תחרות מנוהלת, שיתוף פעולה עם קופות חולים – המשך במצגת. אני חושב שמשרד הבריאות עשה צעד חשוב שהוסיף מבחני תמיכה לקופה. שכשקופה עושה פעולה, ניתן לה את הגזר של התמריצים. בדימונה כיוזמה מלמטה, נפתח מוקד רפואי בסיוע של קרן מיראז', בין היתר, שהתקבלה החלטה להפעיל 11 מוקדים שונים בארץ לא רק בדרום, וזה אחד מהנושאים שעוסקים בו בשדולת הבריאות. העניין הוא, לא כ"א אלא גם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

האיכות שלו, וזה לא תפס בכל הארץ. הייתה בעיה למשל במצפה רמון של היקף השעות. בסורוקה, בעקבות תמריצים, מחלקות התמלאו ברופאים. אנו מנסים לקדם רעיון של מרפאות מצוינות המותאמות להוראה בקהילה, שכל רופא שעובד בבי"ח ייתן גם שעות בקהילה. אני בתור רופא, יכול לומר שלא עשינו מספיק שעות

בקהילה בזמנו, וזה יכול להיות פתרון מתאים לסטודנטים. היינו מאוד רוצים שהדבר הזה יתקדם, זה חשוב ברמה הארצית ולא רק בנגב. יש הרבה מאוד בעיות וצריך לעקוב אחרי זה.

אגיד בכל זאת משהו על השר"פ – אני הייתי שותף לכתיבת המסמך של דני פילק ורמי אדוט שהופיעו בפניכם בשבוע שעבר - מי שהעלו את הנקודה של שר"פ תחילה בפריפריה כאמצעי לצמצום פערים. מעבר לזה שאני חושב ששר"פ מבחינה כלכלית, אתיקה רפואית וסולידריות – אני חושב ששר"פ בפריפריה מבחינת עמדת התושבים והעובדים, זה רעיון עוד יותר גרוע. זה פלסטר שמכסה על הבעיות במערכת הציבורית. צריך להשקיע במערכת הציבורית, להשאיר את הרופאים. לדעתנו, הכסף שמסתובב בשב"נים, צריך להטמיע אותו במקומות אחרים. זה יהיה יותר נכון כלכלית, חברתית ורפואית. אני שומע את ההצעה הזאת לעתים ספציפית לגבי הדרום.

פרופ' גבי בן נון: אתמול התפרסם דו"ח שמציג את המדינה במקום רביעי בעולם במערכת הבריאות. אם הכל טוב, אז למה אתה מבלבל את השכל? האם יש לך נתונים למה קרה לפערים האלה ב - 20 שנה האחרונות?

פרופ' דוידוביץ': אם לוקחים את ממוצע תוחלת החיים בישראל, אז הכל מצוין! כשלוקחים מדדים בצורה ממוצעת ולא מרבדים אותם, אז הכל נראה טוב. זה בדיוק דוגמא קלאסית לאיך אפשר באמצעות שיטות מדידה שונות להראות תמונת עולם אחרת לגמרי, ואיך, כשלא מחפשים פערים, אז פשוט מתעלמים מהם. האפשרות של שר"פ תגדיל את הפערים בחברה הישראלית. אם שואלים סטודנטים מה המטרות של מערכת הבריאות בארץ, אחת מהן היא צמצום הפערים בחברה. זה מתקשר בעיני לביקורת של שטיגליץ על מדדי צמיחה – מה מודדים ואיך קובעים מה אתה מודד – חשוב להבין מה הפילוסופיה של המדיניות הציבורית שלך, ולקחת מדדים שבאים לבחון את הערכים שאתה רוצה לקדם בחברה מסוימת.

פרופ' לאה אחדות: היום אף אחד לא לוקח מדד של הוצאה לנפש בלי לשים בצד משהו, את הצד ההתחלקותי למשל.

פרופ' דוידוביץ': אני חושב שמדדי בריאות קלאסיים, מדדי איכות חיים – לקחו תמונת תינוקות ותוחלת חיים - כל התחום הזה, כשהוא נלקח לתחומי המאקרו הגדולים יותר, הוא נלקח בצורה פשטנית ולא מביא לידי ביטוי את הפערים. בגדול, הרבה מאוד מדדים החמירו. בנושא של תמונת תינוקות, המדינה השקיעה הרבה מאוד מאמצים בזה.

דר' שולי ברמלי: למה אתה מתכוון בהחמירו?

פרופ' דוידוביץ': יש החמרה בפערים ובתוצאות.

פרופ' גבי בן נון: הוא מדבר על הפער היחסי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' דוידוביץ': יש עליה בתוחלת חיים וירידה בתמותת תינוקות, אבל יש הרעה בפער היחסי בתוחלת חיים למשל. אם אנו לוקחים את התמונה ככוללת, אז נראה שהייתה הרעה בפער היחסי.

פרופ' לאה אחדות: השיפור לא היה באותה פרופורציה.

פרופ' דוידוביץ': זה לא מניפולציה שאנשים עושים, התמונה היא מורכבת. השאלה של הפער היחסי צריכה להיות יעד של מערכת הבריאות.

פרופ' קובי גלזר: כל המודל היפה הזה של חיזוק הפריפריה - יש לך הערכה כמה כסף זה עולה? הלא ברור לנו שזו לא העברת כספים ממקום אחד לאחר כמו במקומות אחרים. אני מניח שמדובר פה בעוד כסף, עוד רופאים. האם עשיתם תחזיות במסגרת הדבר הזה, ותחזיות זה דבר בעייתי, אבל בכמה כסף מדובר?

פרופ' דוידוביץ': אחלק את זה לכמה חלקים. יש דברים שאפשר לעשות בתוך המערכת ללא תוספת כספים, כמו הכרה במקצועות נוספים כמו עוזר לרופא. כולל הכל מדובר במאות מיליוני שקלים, אבל מדובר במשהו מודולרי. כיוון של 2-3 מיליארד ש"ח.

פרופ' קובי גלזר: המשאבים מוגבלים וכולם מוסכמים על זה. לפני שבוע כשהופיעו פה חברי קבוצתך, שמענו רשימת בעיות במערכת, בין היתר השתתפויות עצמיות, בריאות הנפש, רפואת הקהילה – הרבה בעיות שעולות כסף, ושאלתי מה הכי חשוב. הם ענו – להביא את הכסף לביה"ח כדי שיהיו פול-טיימרים. יש השתתפויות עצמיות ויש הרבה שמסכימים להוריד אותן. יש את בריאות הנפש שנמצאת במצב על הפנים, ולחזק את זה, זה הרבה כסף. נציגי רפואת הקהילה אמרו שחסר 100 רופאים בשנה. חיזוק הרפואה המונעת גם פה יעזור מאוד, לפני שמגיעים להשמנה וכו'. פול-טיימר זה הרבה כסף, כך הצגתי את השאלה. מה לדעתך הכי חשוב? הכי חשוב זה אותו מודל שהציעו כי בעיניהם הנושא של עירוב פרטי וציבורי הוא מאוד מפחיד ובעייתי. לאור הצגת המצב הדרמטי, אם היית צריך להשקיע עוד 2-3 מיליארד ש"ח בשנה, איפה היית שם אותם?

פרופ' דוידוביץ': שאלתך בעייתית ביסודה. אני חושב שצמצום פערים זה תפיסת עולם. אם אתה ניגש לכל שאלה של מדיניות ציבורית ואתה לא שם את המשקפיים של צמצום פערים, בעיני אתה מגדיל פערים. זה לא קשור לכמה כסף וכן או לא. אם אתה שואל שאלה ולא לוקח בחשבון את הפערים בהתחלה, אתה תתקע עם שאלות מהסוג הזה. הרפואה התנהלה ללא חשיבה כלכלית לפני 100 שנה ומאוד התנגדו לה, והיום אנחנו אומרים שהחשיבה הכלכלית צריכה להיות מההתחלה. בעיני החשיבה האתית הזו צריכה להיכנס בתחילת הדרך.

פרופ' קובי גלזר: עד עכשיו לא אמרת משהו שונה ממני, מה שגוי במה שאמרתי?

פרופ' דוידוביץ': יש כאן נסיגה מתמשכת וכרסום במערכת הציבורית. בעיני צריך להחזיר את המערכת של 70-75 אחוז השקעה ציבורית, ו-25 אחוז פרטית. זה לא יעשה תוך יום אחד. זה ייצר תוך 10-20 שנה תהליכים וזה ייצר תהליך מובנה. קודם כל להשקיע ברפואה מונעת ורפואת הקהילה לפני בתי"ח, אבל כתפיסת עולם, אני מסכים עם מה שאמרת מקודם בשם דני ורמי, שהיום מנסים לפתור את הבעיה העמוקה של הירידה המתמשכת והולכת בהוצאה לאומית לבריאות, ולא בראייה של מה יקרה עוד חודש, אלא מה קרה ב-10 שנים האחרונות. הבעיה הזו מאוד חמורה, של פרטי-ציבורי. זה סימפטום של נסיגה הולכת ומתמשכת בהוצאה לאומית לבריאות במערכת הבריאות בארץ. אם בסוף הרעיון הוא שלעשר שנים הבאות אנחנו רוצים לחזור ל-75 אחוז, מה סדרי עדיפויות



בדרך? קודם כל רפואת קהילה לקידום הבריאות. בוא אתן לך דוגמא של התלבטות לגבי הנושא של הבחירה. אני לא חושב שבחירת רופא היה מקבל אצלי סדר עדיפויות גבוה. אבל לאורך זמן, הנושא הזה הופך למשהו נורא

דרמטי, וכתוצאה מסיבה של כשלי השוק התופעה גדלה וקיבל סדר עדיפות מוקדם יותר. נושא נוסף, חיסוני HPV – שמנו את זה בסדר עדיפות אחרון וזה כמעט לא נכנס לסל. שנה שעברה בתוך המועצה הלאומית לקידום בריאות, עמדנו במצב ש - 40 אחוז מהאוכלוסייה קונים את החיסון בכסף פרטי. מי שיש לו כסף מקבל את החיסון ומי שאין לו - לא מקבל. אנחנו מגיעים למצב שבגלל כשלי השוק הסיפור הפך לדרמטי, והוא מעוות את המערכת. הגידול בשב"ן למדדים שהוא עכשיו, ממוטט את המערכת וצריך לקבל החלטות נקיות, לא כאילו אנחנו בונים את המערכת מההתחלה כי אנחנו לא נמצאים שם. כאילו אין קונטקסט חברתי ואין היסטוריה בדרך.

פרופ' קובי גלזר: אני אומר להיפך, בוא נהיה ריאליים. 15 אחוז זה עשרה מיליארד ש"ח, ואני לא חושב שזה יקרה בזמן הקרוב, ולכן רציתי לדעת, בחמש שנים הבאות - לאן היית מנווט את הכסף?

פרופ' דוידוביץ': זו שאלה אחרת. אם זה המצפון שלי, אני שואל עכשיו מה סדר העדיפות שלי – בחירת רופא זה לא דבר ראשון. הדבר הכי חשוב זה להשקיע ברפואת הקהילה. ועדיין נושא פרטי-ציבורי משפיע מאוד על המערכת, זה לא יעיל גם ברפואה האמריקאית.

דר' עזיז דראושה: אני מפחד שתוך עשור, במקום להגיע ל - 75 אחוז הוצאה ציבורית, נגיע ל - 10 מיליארד ש"ח שזורקים החוצה. איך נמנע את כדור השלג הזה?

פרופ' דוידוביץ': בתחום השב"ן צריך לחזק את הרפואה הציבורית. יש בשב"ן הרבה דברים שנחמד שיהיו, הרבה קוסמטיקה שאני לא רוצה בסל הציבורי.

דר' שולי ברמלי: אתה לא רוצה אבל אחרים רוצים!

שירה גרינברג: אז הם רוצים! יש ביטוח פרטי!

דר' שולי ברמלי: ביטוח פרטי לא יכסה את זה.

פרופ' דוידוביץ': בגלל שהציבור מצביע ברגליים בנושא של בחירת רופא, אז אני בהחלט הייתי מעלה את זה. אם הייתי עושה בחירה בעצמי, לא הייתי מעלה את זה. אני לא אומר שזה אותם אתגרים בדיוק, אבל אמר אותם דברים חיים דורון בכינוס ים המלח. אני לא חושב שבחירה זה דבר מובן מאליו, וסתם באופן מלא זה לא דבר הגיוני בעיני. אם יתלוו לזה מנגנוני רגולציה בנושאים של זמני המתנה ושקיפות, זה יראה אחרת. במקום שתשלם את הכסף מכיסך לשב"ן, בואו נעשה את זה מס פרוגרסיבי, ואז נראה מה קורה במערכת.

דר' עזיז דראושה: וביטוחים פרטיים יישארו. עדיין 30 אחוז ילכו לביטוח פרטי נוסף.

עו"ד עדי ניב-יגודה: יש לכם נתונים על שימוש בשב"ן בפריפריה?

פרופ' דוידוביץ': יש נתונים על שימוש בחוות דעת שנייה. לרוב הם לא יודעים מה מגיע להם, ובמקרים אחרים אין להם כסף אז הם לא מנצלים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שירה גרינברג: לקובי – גם הממשלה רואה בדברים מסוימים חשיבות ויודעת לתת כספים גם לדברים האלה. 2-3 מיליארד ש"ח דינם לא כמו של 200-300 מיליון ש"ח, אבל הממשלה יודעת לתת מענה לדברים מסוימים, והיא נתנה הרבה לנושא של פריפריה וצריך לתת לעוד דברים – למשל מענקים למקצועות מצוקה, מאבק הרופאים ועוד נושאים רבים שהוקצו להם כספים מתוך ידיעה שזה נושא חשוב. יכול להיות שאני מרגישה שזה לא נכון לעשות את זה בהינף יד, שלא יינתן כסף לשום דבר.

פרופ' קובי גלזר: זה שהממשלה רוצה, אני בטוח, אבל תראי את הנתונים שהוצגו לנו.

שירה גרינברג: הממשלה גם תיתן. אפשר להוריד את הפרטי ולהשקיע בציבורי. יש נתונים יחסיים ויש אבסולוטיים. יש דברים שהממשלה יודעת לתת להם מענה גם בהיבטים כאלה. נניח בנושא של מענקים – דיברת על מערך של תמריצים שאתם רוצים. צריך להבין שגם בכסף, אתה יכול למצוא עצמך נותן עוד ועוד כסף בלי להביא לתוצאות הרצויות. המענקים לדוגמא – יש לך פנימאים, פסיכיאטריה, גריאטריה וכו' – המצוקה גורמת להכנסת עוד ועוד מקצועות. אם נכניס את כולם, לא שינינו את מנגנון ההחלטה, אלא רק שילמנו יותר לכולם. זה לא רק העניין של לתת עוד כסף, אלא להכניס עוד ועוד ולא לשים לב שאנחנו מפסידים מזה גם לפעמים. יכול להיות שדווקא הנושא של תכנון כ"א/מיון או תכנון התמחויות – אתה יכול בלי כסף לייצר מצב של פתרון עדיף. הייתי שמחה לדעת האם לזה התכוונת, ומה אתה חושב על תכנון התמחויות וכ"א, שהוא לא לגמרי בכסף?

פרופ' דוידוביץ': אני מסכים איתך במאה אחוז. זה יכול להיות גם השקעה בתכנון הקריירה של האדם. אנחנו עושים מחקר ברפואה וחברה, ואנשים יקבלו מלגה ויעשו תואר שני יחד עם תזה, יגורו בדרום. אני מביא לך דוגמא של שימוש בכספים לא גדולים. אנחנו שוקלים את אפשרויות הפיתוח בתחומים מסוימים. זה לא רק עניין של כסף. אני בהחלט מסכים שצריך להיות גם תכנון מרכזי בנושאים של התמחויות.

שירה גרינברג: מה המודל שאתם חושבים שהוא נכון?

פרופ' דוידוביץ': לא נכנסנו לזה לעומק. אנחנו חושבים שהגופים שאמורים להיות מעורבים בזה צריכים להיות יותר מעורבים ברמת התכנון. יש שיפור גדול ברמת השליטה בכ"א, התמחויות שונות, מה הצפי, לפחות לגבי התמחויות מסוימות. להיכנס לעומק שלהן זה לא התפקיד שלנו.

שירה גרינברג: ולעומק בבחירת רופא זה כן שלכם? אם אחת הבעיות זה מחסור בכ"א, נראה לי לגיטימי לחשוב על סט פתרונות שהם לא רק תלויים בכסף, ואפשר לחשוב על דרכים נוספות.

פרופ' דוידוביץ': צודקת, לשם כך אנו צריכים שותפים ומשרד הבריאות הוא פרטנר חשוב ואני לא רוצה שתם לזרוק דברים, הדברים רגישים.

יעל: נדב תודה רבה, העיניים נשואות אליכם. להתראות!



דיון פנימי:

יעל: לגבי ההתחלה של נדב – זה נכון שאנחנו לא מדברים על הפערים. כאשר נתכנס לפתרון כזה או אחר, נצטרך לשים אל מול עינינו את נושא הפערים. הוא מאוד קריטי בחברה שלנו, וזה האדם הראשון שמדבר על זה. כולם מדברים ישר לעניין ולא על הבעיה שיש לנו במדינה, בין פריפריה למרכז, בין ערבים ליהודים, שזו בעיה נוראית. כל השאר היה קצת בצד, ולא קשור לנושאים שלנו.

דוברות: אני חושבת שהנושא האחרון שהוא הזכיר במצגת ושאלתי אותו על זה – כן עולה כחוט השני של מצוקות כ"א, בין אם זה בבתי"ח שאין להם להפעיל את אחר הצהריים או הבעיה המוחרפת בפריפריה וכו', יכול להיות נכון להעלות את זה ולחשוב על זה, גם אם לא נגיע בהכרח למסקנות. הנושא של מיון התמחויות, אפשר לתת כסף ועוד, אבל איך שזה לא יהיה, הכסף לבד לא יפתור את הבעיה. אני חוזרת משיבה הבוקר אצל מוטי שני, וכולם רוצים להוסיף את המקצוע שלהם למצוקה. אנחנו רק נחלק יותר כסף והשיקול יישאר אותו דבר ככל שהמקצועות יתווספו. זה לא יפתור את הבעיה. הנושא של מיון התמחויות – זה דבר מאוד לא קל, אבל מצריך חשיבה בנושא של תכנון לאומי מסוים. אם אעשה השוואה מעולם אחר – כמו שבאוניברסיטאות בסופו של דבר יש ביקוש ויש היצע, ועד כמה שאנשים לא רוצים ללמוד מדעי המחשב כי זו מדינת היזמות וההייטק, בסוף אומרים להם אם קיבלת 700 בפסיכומטרי אתה יכול, ואם פחות מזה אז לא. אז לא שזה יהיה כל כך דיכוטומי, אבל מיון התמחויות יכול לעזור לשוק הזה, לעודד רופאים להגיע למקצועות שהם בחסר, יכול לעזור לפתור הרבה דברים.

דוברות: אני מסכימה. הרפואה בקהילה צריכה חיזוק. שמענו שרופאי המשפחה מתמחים בבתי"ח ורק אז בקהילה, ואפשר לשנות את זה.

דוברות: כל נושא ההכשרה בקהילה בעולם מאוד לא מפותח. כמשהו אקדמי בכל העולם, ההכשרה היא בבתי"ח. לשנות את זה, דורש המון עבודה.

דוברות: בכל אופן נראה שצריכות להיות הרבה פעולות כדי לשנות את זה.

דוברות: אני חושב שנושא כ"א צריך להיות על סדר היום של הוועדה. לא נוכל להתעלם מזה. נצטרך להחליט לגבי החלטות.

יעל: אני אישית לא חשבת שזה יהיה, אבל כנראה שאין ברירה.

דוברות: לנו יש מחסור ברופאים, השמיכה קצרה, כל מקצוע מושך למקצוע שלו. אם היה לנו עודף של כמה אלפי רופאים, היינו יכולים להשפיע יותר. כרגע כולם במצוקה. אני אשמח שמשרד הבריאות יכוון לפנימאות וקהילה יותר מאשר לפלסטיקה, אבל גם שם יש מצוקה. כולם במצוקה כרגע, חוץ מאולי עור, א.א.ג. ההיצע הוא פחות מהביקוש, כולם נלחמים על הרופאים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל: יכול להיות שצריך להשקיע בפתיחת עוד מגמות, עוד תקנים. כל תקן עולה עוד כסף.

דוברות: עזיז אומר שזה להתחיל קודם, עוד מהסטודנטים.

דוברות: בקרוב יהיה לנו מחסור הרבה יותר גדול.

דוברות: אנחנו יורדים לדון בפתרונות, ואנחנו נשאבים אחר עמדות שאנשים מציגים לנו, בלי לבדוק האם באמת הצרכים האלה קיימים ללא תשתית עובדתית. לא דיברנו על איך אנחנו רוצים לראות את המערכת, וזה משפיע על מקומות נוספים.

יעל: תחשוב על מעוף הציפור וזה מה שאנחנו עושים. ציפור יורדת ועולה.

דוברות: צריך להביא את זה לשולחן כמה שיותר מהר, כדי שנוכל למדוד את העמדות האלה.

דוברות: יש כל כך הרבה נושאים שאפשר לדון בהם במערכת הבריאות, כך שנצטרך לבחור מה כן ומה לא. דווקא הנושא של כ"א אפשר להתמודד איתו בכלים יותר רציונליים ופחות אמוציונליים. משרד הבריאות צריך לתכנן אותו ולעשות עבודה. נעשים פה דברים וזה בסדר, אנחנו לא יכולים לנכס לעצמנו כל סוגיה שעולה על ידי מישהו. הגדרת לעצמך סדרי עדיפויות, וזה נושא כבד בצורה בלתי רגילה, קחו אותם ודיינו. כל השאר, שישאר שם.

דוברות: אני מתחבר לדברים שאתם אומרים. הנושא של לפתוח עוד בתי ספר כל הזמן עולה. למה לא להוסיף עוד 100 סטודנטים? בין היתר כי אין מנהיגות שתוביל את זה, וזה לא קורה. אין מספיק שדות קליניים כדי להכשיר סטודנטים. שם זה כנראה צוואר הבקבוק, כי לאוניברסיטה אין בעיה לקבל עוד סטודנטים. הטענה היא שאפשר להרחיב את השדות הקליניים, ועם צפת יהיו עוד בתי"ח לעניין הזה. חלק גדול מהנושאים שעלו הם מאוד חשובים, כמו מהו המספר הנכון של רופאים פר אוכלוסייה. צריך להחליט במה אנחנו מתמקדים. יכול להיות שיהיו נושאים שנבין שאין לנו מה לקבוע לגביהם. אולי אפשר לחזק את הפריפריה על ידי נוסחת הקפיטציה ואולי נכון שהוועדה לא תתייחס לזה. מנגנון עדכון, כן או לא שר"פ וכו', אולי צריך להקים מס' צוותי עבודה כדי להגיע למסקנות ואז לדון איך ליישם אותם, כי אנחנו לא נסכם עד נובמבר איך לפתור את בעיית כ"א. צריך להגיע למסקנה שצריך לקום צוות שאמור להגיש לנו או לך מסקנות תוך 3 חודשים עד שנה על נוסחת הקפיטציה, על כ"א, אבל לרדת לרזולוציות של הקצאת כ"א ברפואה, אנחנו לא נוכל לעשות את זה.

דוברות: אני מסכימה. יש כל כך הרבה נושאים ובעיות, אבל אני לא יודעת אם זה המנדט שלנו.

יעל: הגדרנו את המנדט, אפשר להרחיב וגם לצמצם אותו.

דוברות: הוגדר משהו יותר מצומצם. אם באמת צריך להתייחס, מה שנאמר זה רעיון טוב. אי אפשר להשתלט על זה.

יעל: אני לא מאמינה שנצליח לסיים עד נובמבר.

דוברות: אפשר, תלוי איזה נובמבר...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: לא.. לא.. אני מתכוונת ממש אחרי החג או לפניו למנות את הוועדה של ריבוי הכובעים. אני מחפשת מישהו שיעמוד בראש הוועדה. בזמנו הועלה רעיון למישהו שירד מהפרק, אז אתם מוזמנים להציע. תיירות מרפא נלקחה על ידי יוג'ין קנדל והוא בחו"ל. תת ועדה נוספת שדנה בנושא הביטוחים זה צריך להיות אקסוגני, ולאחר מכן זה יכנס אלינו, ואין לי עדיין שם מישהו. כשמינתי את רוני (גמזו) ואחד החברים היה עודד (שריג), זה לא הסתדר. רוני בעצמו נסוג והתחרט. בראש הוועדה הזו צריך לעמוד אדם קצת פחות חסר פניות ודעה, אחרת חבל על הוועדה. מה שאני מנסה לעשות זה לנקות את הראש ולא לקבוע דעה, ואני מאוד משתדלת. להערכתי הוא צריך להתמצא בכלכלה, ואם למישהו יש רעיונות, מוזמן להציע. רציתי את קרנית פלוג וזה לא יקרה, פניתי גם לדליה מאור, אבל היא עסוקה. מישהו ללא דעה חותכת שיכול להיות מספיק אובייקטיבי, ואחרי ראש השנה אני מקווה שהן ירצו. אני כן מבקשת ששולי וניר יגבשו את כל שאלות המחקר ויביאו לנו.

דבורה: ישבנו על זה היום בבוקר לפני הישיבה.

דבורה: בחלק מהדברים כבר התחלנו לרוץ. יש דברים שזה לא מחקרים, שביקשנו ונקבל.

**** מציג חמישי: פרופ' שוקי שמר – מנהל אסותא, ודני אנגל – ראש אגף השיווק. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' שמר: חשוב לי לציין שאני בשר מבשרה של מערכת הבריאות הציבורית. כך הייתי, וכך אני מרגיש גם היום. אני פרופ' לרפואה פנימית מן המניין, הייתי קצין רפואה ראשי, ועוד פירט כל מיני תפקידים שעשה במערכת, נותן רקע היסטורי. אני מכיר את המערכת מכל צדדיה והייתי שותף להרבה מערכות שעבדו מול משרד הבריאות.

לאחר סקירה ארוכה – מתייחס למצגת. אנחנו מתבלבלים בין אספקת שירותים למימון שירותים – אקסיומות לכאורה או הפרחת נתונים.

דני: מסביר על השקף של השוואת מחירים במערכת הבריאות במצגת. איך בדיוק הגיעו למחירים המצוינים בטבלה.

פרופ' שמר: גם בבריטניה הסוציאליסטית, הם הבינו שחשוב להוסיף ספקי בריאות פרטיים, כי זה מקדם תחרות ויעילות. זה מוריד את המחיר של בתי"ח ממשלתיים, זה מוריד מחירים בכל הארץ.

דר' עזיז דראושה: תן לנו דוגמא איפה להוסיף עוד שירותים פרטיים.

פרופ' שמר: לדוגמא בבאר שבע. הציע לי מנהל סורוקה בזמנו להקים שם ביי"ח פרטי. ביקשתי להקים עוד 7 מחלקות, ולא קיבלתי אישור. למדינה אין היום עוד כסף להקים עוד 3,000 מיטות. המקורות שלנו זה הלוואות. אין מכבי, ביום שאסותא לא עומדת בפני עצמה - היא לא תקבל שום דבר ממכבי. אני לא נגד שר"פ, אבל צריך לזכור שהפעילות הזו הייתה יוצרת למערכת הציבורית בעיה מאוד מאוד גדולה. אני חושב שבתי"ח ציבוריים היו צריכים להיות יותר פעילים אחר הצהריים. מערכת הבריאות הציבורית לא הייתה מתקיימת היום אם לא היו תאגידים. מי שמכיר את ביי"ח וולפסון - רופאים מצוינים אבל עם בעיות תקציביות מאוד קשות. אנחנו עושים רפואה טובה, אבל אנחנו לא עושים רק את הפרוצדורות הקלות והרווחיות - נותן דוגמא על בקשה להקים מחלקת יולדות שהיא לא רווחית וסורב, שליש מה - MRI בארץ נעשים באסותא, זה לא cream skimming, ודוגמאות נוספות במצגת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אסותא הוא מקום טוב לפחות כמו כל ביי"ח אחר ללמוד בו טיפול נמרץ. אמרנו לאוניברסיטאות שאנחנו נשקיע את המשאבים בחינם בלימוד סטודנטים לערוך בדיקות MRI וממוגרפיה, ונתקלנו בהתנגדויות. פניתי לרוני גמזו משום שהוא אחראי על המועצה המדעית.

דני: חברה חיצונית עשתה סקר עבורנו בקרב המטופלים ובדקו את מצב ההכנסה, מקום מגורים ושווי נדל"ן. ראינו שהבטן הגדולה שלנו זה מעמד הביניים, ופחות מהעשירון העליון כמו שחושבים - שאסותא זה רק לעשירים.

יעל: ל – 20 אחוז בוודאי שאין שב"נים. יש בעלי שב"נים באחוזונים ראשון ושני?

פרופ' שמר: בוודאי שכן! היינו רוצים להגביר את השוויון לטובת אלה שברור שאין להם. יש חלק שאומרים שהם לא צריכים שב"ן ושיש להם ביטוח פרטי הכי טוב בעולם, ואותו הם מפעילים.

פרופ' קובי גלזר: היום למדתי שאתם ביי"ח ציבורי שעושה גם עבודה פרטית, בבעלות של מכבי. ממה שאני רואה פה, אני אומר לך את האמת, שמדובר פה בעוד ביי"ח ציבורי, שעושה הרבה מאוד שר"פ, 45 אחוז. זה לא ביי"ח שעושה רק רפואה פרטית. הרוב מגיעים אליכם עם טופס 17.

פרופ' שמר: קובי אתה טועה, ואני מוכן לשכנע אותך אחר כך באופן אישי. אני חושב שזכות בחירה לרופא חייבת להיות לאדם בחברה המודרנית, ובסך הכל זו דרישת הציבור. השאלה היא איך עושים את זה יותר זול. חשוב שתדעו שהכנסת השר"פ בסופו של דבר תעלה יותר למערכת הציבורית, או שלא יהיה שווה לבתי"ח הציבוריים לעשות אותה, כי הם לא יקבלו מספיק כסף מהקופות. השר"פ הוא לא מקור כספי חדש למערכת, זה תוספת זכויות לצד תוספת הוצאה. הוא יעשה נזקים – במצגת.

דר' שולי ברמלי: אם אתה מחליף את המילה שר"פ באסותא, מה לא מתקיים?

יעל: מה ההבדל בין שר"פ לבין אסותא?

פרופ' שמר: אסותא נותנת את הזכות לרפואה פרטית, ושר"פ הוא שרות רפואה פרטית בביי"ח ציבורי.

יעל: בוא במקום שר"פ תשים אסותא - האם ההשפעה של אסותא היא לא כמו השפעת השר"פ?

ערן פוליצר: האם אסותא לא גורמת ללחצי שכר, לחוסר בכ"א מקצועי וכו'?

פרופ' שמר: אני חושב שלא. איזונים של מערכת זה נכס שלא פחות חשוב מאשר רפורמות שאתה לא יודע לאן אתה הולך איתן. בעבר הרפואה השחורה בישראל הייתה בסדר גודל של 2 מיליון שקלים. ביקשו ממני לקבל רופאים לאסותא כי זה מקטין את לחצי השכר בבתי"ח ציבוריים. אני בעד פול-טיימרים - אם מישהו יכול לייצר כאלה בבתי"ח ציבוריים, אני אסגור את אסותא. זה קשה, כי יש מאחורי פול-טיימרים תג מחיר. המודל פול-טיימר הוא תיאורטית נכון, אבל לא פרקטית. אין היום רופא שלא עובד בשניים-שלושה מקומות.

דר' שולי ברמלי: יש לכם פול-טיימרים?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' שמר: מעט מאוד. אלה תהליכים אבולוציוניים. שר"פ זה לא רק בחירת רופא, אלא גם תרבות ובחירת טיפול. למה VIP פונים לאסותא? הם רוצים את חוויית השירות והטיפול, אבל לא כולם מגיעים אליי. רוטשטיין מתהדר ברשימת ה – VIP שמגיעים אליו.

פרופ' קובי גלזר: בוא נדבר על ביי"ח עם תמהיל קצת שונה. אתה אומר שהתמהיל שאתה מנהל מאוד יפה ואתה בעד לפתוח עוד כאלה.

פרופ' שמר: השירותים הציבוריים הם רק ציבוריים ולא פרטיים. MRI זה רק ציבורי. אין לי ניתוחים ציבוריים, רק פרטיים. אין ערבוב כזה, הם כולם אותו דבר. טופס 17 זה לא לניתוח. אונקולוגיה זה ציבורי, ולא ארשה אחרת, אין דבר כזה כי זה מנוגד לערכים שלי. יש שירותים רק ציבוריים, וכאלה רק פרטיים. מה אני חושב שצריך לעשות – חוזר למצגת. אני אומר לכם דברים שלכאורה פוגעים באסותא, אבל זה מה שאני חושב.

יעל: תסביר את ההבדל בין תיירות רפואית לשר"פ, זה כמעט אותו דבר.

דר' עזיז דראושה: דווקא זה אמצעים לחיזוק.

פרופ' שמר: לא שיניתי את דעותיי. תוך כדי התפקיד הבנתי שזה לא נכון להתנגד למהות של בחירת רופא. המחירים בתיירות הרפואית שונים. שם הרווח לביה"ח יהיה כזה שהתיירות הרפואית תחזק אותו.

יעל: זה לא יכביד על ההוצאה הלאומית?

פרופ' שמר: להיפך, זה יחזק.

דני: זה כסף חדש.

פרופ' שמר: צריך להציף את המדינה ברופאים, ואפשר לעשות הרבה פעולות שיהיו יותר רופאים ואחיות. אני בעד מעמד של עוזר רופא, והסתדרות הרופאים והאחיות לא אוהבים את זה מבחינת הגילדות. אנחנו מדברים על הפעולות הפשוטות. אתה תחזק את ביה"ח, ובאמצעות תיירות המרפא אתה תכפיל את הפעילות. בהנחה שחדרי הניתוח ריקים, יעשו את זה במשמרות ערב או לילה ואז ינתחו אותם. אם אני משתיל לב לקפריסאי לפני ישראלי, אני מתפטור אני מודיע לך. תיירות המרפא מהווה חיבור לעולם. אני איש של תהליכים, וברגע שאני רואה בזה את החזון שלי במקביל לקיצור תורים למשל, עשיתי את שלי. בהדסה השר"פ הוא לקיצור תורים, ואני חושב שזה שחיתות לשמה. ביי"ח שמראה שהוא יציב, יש לו תכנית עסקית והוא עצמאי, תן לו זיכיון על תנאי. זה יהיה תמריץ להיות עצמאי ומאוזן. תן זיכיון לשר"פ לבתי"ח שעמדו בתנאים שהצגתי. אני לא מאמין שניתן לאשפז באותו חדר חולה שר"פ וחולה ציבורי.

יעל: זו בעיה מוסרית שלא רואים אותה.

פרופ' שמר: אתה לא שם במטוס את הביזנס והמחלקה הראשונה מפוזר עם התיירים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: אל תשווה את זה לרפואה.

פרופ' שמר: מי שמשלם כסף רוצה שיטפלו בו, אז לא יהיה שר"פ. אם אני שילמתי לרופא שלי ובחרתי בו, אני רוצה שיטפל בי.

יעל: אל תשלם לרופא, תשלם לביה"ח.

שאלות:

ניר קידר: כמה רופאים היום באסותא מנתחים שעובדים גם בבתי"ח ציבוריים?

פרופ' שמר: כולם. תן מספר דני.

דני: 85 אחוז. 1,500 רופאים עושים גם וגם. ברור שלא כולם פעילים באותה מידה. זה סדרי הגודל בכל הארץ. יש 15 אחוז שהם עובדים בקופות ולא בבתי"ח, וחלק עובדים רק באסותא.

דר' עזיז דראושה: שמענו על הנהירה אליכם. ואנחנו רוצים לתקן את המצוקה בדרום.

פרופ' שמר: אני אפתח בי"ח ציבורי עם שר"פ בב"ש. אני מדבר על אסטרטגיה לא למחר בבוקר. אני דיברתי על הצפה של רופאים וכ"א.

דר' עזיז דראושה: למה שלא תהיה בשיבא מחר אותה מתכונת?

פרופ' שמר: אמרתי שכן. שיהיה מחר עצמאי, שהמנכ"ל יתחלף. ברגע שתהפוך את הממשלתיים לעצמאיים ביציבות כלכלית עם מועצת מנהלים, שלא יעשו גירעונות ויצפו לתמיכת משרד הבריאות.

יעל: אנחנו נפנה אליך בבקשה לקבלת נתונים שלכם כדי לעשות הבהרות. נודה לך מאוד.

פרופ' שמר: אני רופא גאה במדינת ישראל. אני גאה בפעילות שאנחנו עושים באסותא. אני גאה במערכת הבריאות וצריך לשמור עליה.