



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 8/8/13

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' ויקטור גויטע. מציג נייר עמדה (מצורף קובץ WORD).**

פרופ' גויטע: אני מייצג עמדה אישית, אני לא נציג ביי"ח או של הרופאים. מצאתי לנכון לבקש להופיע אחרי שהתקשורת מלאה בלי סוף בעיקר בנושא השר"פ בביי"ח ציבוריים. אני רופא שעובד בביה"ח הציבורי תל השומר, ומתפרנס מהרפואה הפרטית, לכן חשבתי להביע את דעתי בנושא הזה. ברור לי לחלוטין שהנקודות ברורות, אבל אני מוכרח להדגיש אותן. למה אני עובד פרטי? אני לא רוצה אבל אין לי ברירה, ואני צריך לשפר את פרנסתי. הפער הכלכלי בין רופא צעיר לבכיר בביי"ח ציבורי הוא יחסית קטן. התגמול הכלכלי בביי"ח ציבורי הוא כמעט אפסי, ואני יכול לעשות כמעט כל דבר. הסכמי השכר לא נותנים פתרון לעניין הזה. תמיד מתעלמים מהרופאים הבכירים כי יש להם את הכלים להשתכר, אבל הם עושים את זה בחוץ ולא בפנים. אני משתכר לא רע ואני מבוקש, אבל למה אני לא רוצה לעשות את הרפואה הפרטית? יש בה מגבלות שהן קשות לי. למה? היעדר ביקורת חברית בונה. החברים מסביבי רואים ומעירים, ברפואה הפרטית אני אעבוד באסותא בחדר צנתורים אחד, אחר יעבוד מביי"ח אחר לידי, ואנחנו לא דנים, כל אחד עושה מה שהוא רוצה, לא מכירים, האם היה צריך את זה (את הפרוצדורה הזאת)? האם עשינו טוב? אין מעקב אחר החולים ברפואה הפרטית. ברפואה הפרטית, אני צריך לדבר עם החולה על כסף וזה נורא בעיני, הרגשה נוראית. אני צריך לדבר איתו על עלויות של סטנטים, של אשפוז וכו'. ברפואה הפרטית הרוב מכוסה, אבל יש תוספות, למה אני צריך לדבר על זה? הרפואה הפרטית לא שוויונית, והיא עושה את המצב לכזה. זו תהיה רפואה לעשירים. חשבתי על 10 השנים האחרונות בהן אני מצננת בשיבא. צנתרתי אולגרכים, אנשים בכירים וחשובים וכולם ברפואה הציבורית, ולכולם היה טופס 17. אנשים אחרים יכולים להגיע אליי, רק דרך המושלם, או דרך הביטוח הפרטי שלהם. למה הם צריכים לסבול מזה שאין להם קשרים? זה קורה בכל בתי"ח הגדולים בארץ, תסתכלו על חבר הידידים של כל בתי"ח האלה, ותבינו את מה שאני אומר. השר"פ במערכת הציבורית בעצם מאפשר לי זמינות במערכת הציבורית לכל החולים. אין מצב שרופא בכיר מנהל מחלקה או יחידה, כשהוא נמצא בציבורית ועושה פעולה של שר"פ, שאם מתמחה ישאל אותו משהו הוא לא יענה לו, שבין חולה לחולה הוא לא יעשה עוד דברים. יש זמינות, והיא חשובה. גם לטובת המצב הרפואי של החולה, וגם למצב החינוך של המתמחים ומי שנמצא מסביב. שר"פ במערכת הציבורית הוא לא מושלם, אבל לדעתי הוא הרע במיעוטו. חשוב גם ליעוצים. יהיה גם קיצור תורים ללא-מבוטחים. זה לא שיש לי 10 מבוטחים ביום, יש בפועל שניים-שלושה. לא תצננת באותו זמן גם כאלה שאין להם ביטוח, והם מחכים בתור? בוודאי שכן! עם אותם יכולות שיש לך, תעשה גם להם. למערכת הציבורית יש תשתיות עצומות. במדינה יש בתי"ח שיש להם חדרי צנתור, ולכולם יש ציוד מעולה. אין לזה שום תקדים בעולם. לדוגמא, בדנמרק, אוכלוסייה דומה לזו שבארץ, יש שם חצי מחדרי הצנתור שיש בארץ ורק בחציים עושים פעולות. התשתיות האלה חצי מהזמן עומדות. אם הן עומדות כי אין צורך, זה בסדר, אבל אם הן עומדות כי הרופאים והטכנאים עובדים במקום אחר ואין כסף למשמרת שנייה, אז הן עומדות ריקות. זה נכון בהמון תחומים, לא רק צנתורים. המעבר של השר"פ הזה יאפשר להכניס יותר כסף למערכת ולהפעיל אותה. אם נעשה שר"פ רק בפריפריה ולא במרכז – כך הציעו – אנשים בוחרים ברופאים במרכז. יש לי חולים מצפת, אילת ורמת הגולן, הם מחפשים את הרופא הספציפי. שר"פ בפריפריה לא יפתור את זה. זה לא ימנע ממני ומדומים לי ללכת לשר"פ בחוץ, נמשך לעשות את זה. הרעיון הוא לבחור בתי"ח ולא רופאים. זה לא ימנע ממני לצאת החוצה, אבל זו הצעה מצוינת – לבחור בתי"ח! זה יבטל חלק



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מהחולים שהולכים לשר"פ. אני אומר, שאם אני צריך לעשות חולה של ביטוחים משלימים של הקופות האפשרות הראשונה שאני נותן להם היא לעשות את זה בשיבא, למרות שלא אשתכר על זה מעבר. אני לא רוצה לדבר איתם על כסף, הפער לא שווה את המצפון. אני לוקח אותם החוצה כי חלק גדול מהם לא מקבלים טופס 17. אם מישהו גר במחוז שרון של הכללית, אני לא יכול לצנתר אותו בשיבא, גם אם אעמוד על הראש! רוצים לשפר את הפריפריה? אפשר לעשות את זה על ידי עידוד מצוינות. יש שם בתי"ח קטנים יחסית למרכז. מרכזי מצוינות, זה בעייתי ליצור בפריפריה. אנשים מסתכלים על הרבה דברים מעבר, מסתכלים על האקדמיה, על מה שמקיף את ביה"ח מסביב. כשאני אלך לעבוד כמצננת בכיר בצפת ואמשיך לחפש כירורגית לב במרכז, זה לא קשור בשר"פ, השר"פ לא יעביר אותי לשם. כדי ליצור באמת מערכת גדולה, כדי לעשות רפואה מצוינת, זה יכול להביא חלק מהאנשים לשקול אופציות. זה יכול להביא אנשים למחשבה של לעבור לגור באזור, בנוסף לשר"פ. השר"פ יכול להיות דרך חיבור בין בתי"ח גדולים לקטנים. אפשר לעשות מרפאה מייעצת לפני צנתור בפורייה בטבריה, אני מוכן לעשות את זה, ואני בטוח שיהיו עוד כמוני. לא על בסיס יומיומי כי צריך לגור שם, אלא פעם בשבועיים למשל. תיצור תנאים לכך, וזה ישפר את מצב החולים וגם אותנו. בעידן שנכנסות טכנולוגיות מורכבות, השתלות מסתמים, תיקוני מסתמים, אלו פעולות שמשלבות מודלים שונים ברפואה. יחד איתי יש רופא בכיר ומרדים. מה שקורה היום שיחד עם המנתח, הולך גם המרדים ואיש האקו. ואז יותר קשה להפעיל את החדר אחר הצהריים. מנהלים היום מו"מ על פעולות מורכבות בפרטית. כמה נשלם לך? מתי צריך? כמה זה יהיה? זה יהיה! הפעולות המורכבות מחייבות הכנה לפני הפעולה הרצינית וגם השגחה אחרי הפעולה. אז גם מקצועות אחרים שהיום לא שם, יעברו לשם גם כן, כמו אנשי טיפול נמרץ לב טובים. הם יתגברו את המערך החריג, ואיך יעשו זאת? מהרפואה הציבורית. יציעו שכר גבוה יותר. הם לא יבואו רק אחר הצהריים, יצטרכו אותם גם בבוקר. אני והרופאים שאני מכיר, לא פנינו לרפואה מתוך שיקולים כספיים. הדרך הזאת היא של המון שנים, מאז התחלתי ללמוד רפואה ועד שנהייתי מצננת, עברו 19 שנים. לא באתי מבית עשיר, אבי היה אינסטלטור. אתה מגיע לנקודה מסוימת שמגיע לך להשתכר בכבוד. החלק של הכבוד, הוא לא רק השכר, זה גם איפה אתה עובד, ההרגשה בעבודה, עבודה בהתאם למצפון שלך, שכולם שווים, ואני מקבל תגמול על כך. אני מדבר בעיקר על קרדיולוגיה, אבל אני בטוח שאחרים חושבים כמוני. משכרותי ברוטו היא בסביבות X אלף ש"ח, עם כונוניות, ותלוי בהן.

משה בר סימנטוב: בכל ביי"ח יש קרן תאגיד. במסגרת הזאת, יש אפשרות לעבודה נוספת לכולם והכוכבים יכולים להרוויח עד פי 4.

פרופ' גויטע: המנכ"ל שלי כנראה לא יודע את זה.

משה בר סימנטוב: השאלה אם היית יכול בסכומים האלה של כוכבים, שיכולים למצות את הכנסתם כשיש תשתית - אתה עושה את זה? את ער לזה?

פרופ' גויטע: קרן המחקרים בבי"ח שיבא אומרת שאם אתה רוצה לעבוד בחוץ, המקסימום שתוכל להשתכר זה פי שתיים מהמשכורת. אם אתה רוצה לעבוד מעבר לזה, אתה צריך להפסיק את כל העבודה שלך בחוץ. בוא נלך לסוף - אם הייתי יכול להשתכר כמו שאתה אומר, לטעמי זו משכורת מצוינת, אבל זה תיאורטי לחלוטין. מסיבה אחת - כדי שאעשה את מה שאתה אומר, אנחנו היום 5 מצננתים, אני יכול לעבוד רק יום בשבוע כדי שכולם יהיו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שווים. כדי לתת את הזכות לעבוד עבודה פרטית אנחנו מאפשרים ססיות, שווה למנהל יחידה ולרופא הצעיר שנכנס שבוע שעבר לעבודה בשיבא, לקבל את מספר הססיות שלי, זה מתחלק בין כולם, אחד לכל אחד. למה שיהיה אחד לכל אחד? חלק יעשו שניים או שלושה. בשביל זה צריך צוות, טכנאי רנטגן, אחיות, ביו-טכנולוגים. אני מתבייש להגיד מה שכרם של אנשי הצוות האלה בתוך המערכת. אין מצב שתשכנע אותם לעשות אקסטרה בשכר הזה, ולכן הם גם עובדים בחוץ. השמונים שקלים פר ראש, מכוון לדבר הזה. בשר"פ אני עובד בחוץ עם טכנאי רנטגן שלי, השכר שלו לא דומה בכלל. אם יש שר"פ בבית, השכר יהיה גבוה לכולם, לא רק לי! הוא לכולם! נניח שהיו פותרים את כל בעיות הכסף, הייתי יכול לעשות 4-5 ססיות בשבוע. בתוך ביה"ח עיקר פרנסתי היא מהמאושפזים. מכלל המצונתרים אצלי, שני שליש זה מאושפזים, והשאר הם אלקטיביים. רוב החולים שאני לוקח בחוץ הם כאלה שלא מקבלים טופס 17, הרוב מגיעים דרך המיון ולא אלקטיביים. האלקטיביים נשלחים לא אלי, אלא לפי ההסכמים שלהם עם הקופה. אני לא יכול לעשות 3 ססיות בשבוע בבית ציבורי.

פרופ' גבי בן נון: הבעיה המרכזית כרגע היא רמת ההשתכרות של בכירים כמוד. מזה נובעת הבריחה ובזבוז המשאבים. לכן הפתרון שלי, שר"פ בהינתן שזה אפשרי. בוא נניח שאנחנו מסכימים שצריך להיות שינוי במדרג השכר. מה דעתך על אופציה אחרת של פתרון, שבה אין שר"פ? אם נציג בפניך כלי אחר של השתכרות יותר טובה אתה לוקח אותה?

פרופ' גויטע: כן! ותאפשר לכל החולים שרוצים להגיע אלי, להגיע אליי.

פרופ' גבי בן נון: אני לא מתמצא ברמות השכר. אתה מרוויח הרבה יותר בפרטי, היית מוכן להקריב מהפרטי כדי להישאר בציבורי?

פרופ' גויטע: נכון!

פרופ' גבי בן נון: מה היה משמר אותך במערכת הציבורית? פי 4, פי 3, פי 7?

פרופ' גויטע: אותו פי 4 שצוין.

פרופ' גבי בן נון: זו המשכורת שהייתה משמרת אותך כפול - טיימר?

פרופ' גויטע: נכון!

יעל: כמה אתה מקבל בפרטי?

פרופ' גויטע: במערכת הפרטית אנחנו מרוויחים שכר משתנה. לטובת הדיון יש ירידה דרמטית ברמת ההכנסה של המקצועות שלנו, בגלל שהביקושים יורדים. אולי זו דווקא הזדמנות להכניס את זה בדרך אחרת. **השכר אלף ש"ח**

בתחום הצנתורים בחוץ

יעל: למעשה כשאתה מדבר על פי 4 אתה משווה את השכר הפרטי לציבורי.

פרופ' גויטע: מוריד 25 אחוז. אני מקבל היום X ועוד Y אלף ש"ח. אני מוכן לשכר של X אלף ש"ח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' לאה אחדות: תסביר את הירידה בביקושים.

פרופ' גויטע: נובע בגלל מס' דברים – ירידה בפעולות החוזרות, בגלל האיכות הגבוהה של הסטנטים עם התרופות.

פרופ' קובי גלזר: לא בתעריף פר תנצור, אלא בכמויות.

פרופ' גויטע: כן, הכמות משתנה. הייתה לפני מס' שנים עלייה ענקית מבריה"מ שכללה אוכלוסייה גדולה, מבוגרת וחולה. האוכלוסייה הזו הולכת ונגמרת, והיום יותר בריאים.

יעל: גם רמת הבריאות עולה באופן כללי.

יוליה איתן: אתה אומר שזה קשור לגיל או למאפיינים ספציפיים של האוכלוסייה הזאת?

יעל: האוכלוסייה יותר בריאה וזקוקה לפחות צנתורים.

פרופ' גויטע: איכות הרפואה השתפרה, איכות הצנתורים והסטנטים עולה, אז יש פחות חזרה. האוכלוסייה יותר בריאה, יש סטנטינים שמשנים את זה.

יעל: או קיי, ומה עוד?

פרופ' גויטע: אני לא משוכנע שזה קשור למצב כלכלי. כשזה מגיע לבריאות, אנשים לא עושים חשבון.

פרופ' קובי גלזר: יכול להיות שיש יותר מצנתרים, ואז כל אחד עושה פחות? ההיצע גדל?

פרופ' גויטע: אנחנו די סטטיים במספר הצנתורים. לא כל אחד עושה פחות. לא מדבר על המספר הכללי.

שירה גרינברג: גם מספר המצנתרים השתנה?

פרופ' גויטע: גדל כל שנה, ולא יוצאים מהמערכת. אם נסתכל על השכבה המובילה אין גידול בה, אין שינויים מהותיים.

שירה גרינברג: המחירים נשארו אותו דבר?

פרופ' גויטע: כן.

שירה גרינברג: אמרת שהשר"פ, חלק מהסיבות לו, זה הדאגה לפריפריה.

פרופ' גויטע: אמרתי שקראתי הצעה בתחום. אמרתי שזה לא פתרון לפריפריה.

שירה גרינברג: רציתי להבין איך זה מתיישב אחד עם השני, כי אתה סתרת את עצמך.

ניר קידר: לגבי התמהיל ציבורי-פרטי, דיברת על השכר. מבחינת כמות הצנתורים בפרטי לעומת בציבורי, אתה יכול לתת פרטים?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' גויטע: אני מדבר רק על עצמי. אני מצנתר בסביבות 800 איש מדי שנה בציבורית. בפרטית אני מצנתר 3 פעמים בחודש פעם בשבוע, בגלל שאני מגביל את עצמי, בין 10-12 איש בערב. בין 30-35 איש בחודש, 300-400 איש בשנה ואני מרוויח פי 4.

יעל: מה אורך התור בתל השומר לצנתורים?

פרופ' גויטע: מאחר ואין לנו אלקטיביים כמעט, היום זה בערך 24-48 שעות.

יעל: כלומר בתחום הזה אין תורים, שגעון!

משה בר סימנטוב: יש תמחור עודף לצנתורים.

יעל: הכל עניין של תמחור.. תודה רבה לך!

דיון פנימי:

דוברות: בהתחלה הוא אמר שאם הוא היה מרוויח X אש"ח זה היה מספיק.

דוברות: התיאבון עלה..

דוברות: רק רציתי להסב את תשומת לבכם לזה...

דוברות: הוא מבקש שהנתונים לא יופיעו בפרוטוקול, נתוני השכר.

דוברות: אפשר לקבל תחושות לא במספרים. הוא יהיה מוכן לוותר על ההשתכרות בפרטית כדי להישאר בציבורית. חשוב היה גם לדעת שהפרופורציה בין פרטי לציבורי, היא 1 ל - 4. אפשר להסתכל על צנתורים ברצף של זמן, כמויות, אוכלוסיות. הייתי רוצה לקבל נתונים מ - 1990, ואיפה זה נעשה, מגזר ציבורי או פרטי.

דוברות: יש הפרדה בין צנתור דחוף, אלקטיבי, חוזר...

דוברות: זה משקף ולא משקף. התמחור של הצנתורים נוטה כלפי מעלה, יש תשלום עודף. אחת הסיבות שהוא יכול לעשות את זה, זה עודף התשלום שהוא מקבל. זה דרך להשאיר את הרופא במערכת.

דוברות: איכילוב מאפשר בחירת מצנתר חינוס.

דוברות: טוענים שרק 20 אחוז בוחרים.

דוברות: המצנתר מקבל תשלום מביה"ח דרך התאגיד, עם כללי משחק. אפשרות הבחירה שכרוכה בתשלום גבוה יותר למצנתר קיימת בתוך איכילוב. הפרוצדורה הזו מתומחרת גבוה, וברווחים הגבוהים הוא משלם למצנתר מבלי שזה ייקח מהמטופל. הבחירה חינוס לא סותרת שום חוק. משהו הציע אותה, בחירת רופא ללא תשלום, אבל זה מתאפשר במקומות בהם התמחור גבוה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: וכשיש לך היצע גבוה של תשתיות.

דוברות: בהקשר של מה שאמר, ודווקא בגלל שהוא לא רוצה שהשכר יצוין, לגבי תמחור פרוצדורות - כל השכר של הרופא שעובד מהבוקר עד הערב לעומת מקצועות אחרים - זה נתון חשוב כי ההשוואה היחסית של הרופאים שמייצרת אצלם יחסיות שהיא לא סבירה ביחס למגזר הציבורי, זה צריך להיות לנגד עינינו. חשוב שנשיג את הנתונים, חשוב שנפנה לגורמים השונים ונבקש.

דוברות: לפחות ממקורות ציבוריים.

יעל: את מאוד צודקת. הבנתי שלא הגדרתם וניסחתם שאלות מחקר.

דוברות: זה מחזק את הצורך.

דוברות: מכינים כבר מצגת קצרה על שכר הרופאים.

יעל: את לא מתכוונת רק לשכר אלא גם לתמחור הפרוצדורות?

דוברות: כדאי להבין מה גובה שכר של רופא שעובד מהבוקר עד הערב.

יעל: מאוד חשוב.

דוברות: הוא פנה אלי והודיתי לו על הפניה. לא הבנתי למה רוצים את הנתונים האלה. אני לא חושבת שהשאלה שאנו צריכים להכריע בה היא נושא השר"פ, ואפשר לא להכריע בה בכלל. אני לא הייתי רוצה שהפונקציה של שכר הרופאים תהיה יתרון או מענה שקשור לבחירת רופא. צריך לחשוב האם זה נכון למערכת או לא. מה מדאיג אותי מהבדיקה הזאת? אנחנו יכולים לקבל נתונים מהממונה על השכר. מה שקשור לעבודה הפרטית, אני לא חושבת שיש לנו גורם אחד לקבל ממנו נתונים, ותיווצר תמונה מעוותת. המערכת עובדת בארץ כך שרופאים עובדים בכמה מקומות. למה זה מפריע? אני חושבת שאנו עלולים לעורר בעיה בקרב הרופאים אם נשנה משהו. יש ציפייה שהוועדה תוכל לעשות משהו ממשי בנושא השכר, ואני לא חושבת שהוועדה יכולה לגעת בזה, גם לא בתורת ההעסקה בין העצמאי לפרטי. אנחנו נעורר ציפיות ונשלם על זה מחיר.

יעל: הוועדה הזו מעוררת ציפיות השכם והערב, וכן ירבו. אם אנחנו נעבוד לפי אכזבות צפויות, לא נעשה את עבודתנו נאמנה. אנחנו חייבים בסיס של מידע כדי שלאחר מכן נוכל להתייחס לזה. אנשים אומרים את זה ללא בוש, זה עניין של משכורת. אנחנו כן נתייחס לזה, ואם נעורר ציפיות אני מתנצלת. קרוב לוודאי שלא נענה עליהן, אבל זה הבסיס למידע.

דוברות: כשיש נתונים נורא חשוב שהם יהיו לפני הוועדה. הייתי רוצה שלנושא הנתונים תהיה דחיפות. אני לא מדבר על מחקר, אלא על תשתיות נתונים.

דוברות: אתה תראה את המסמך ששולי תוציא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: לפני מחקר יש נתונים.

דוברות: אני אקרא את הסיכום.

דוברות: אני הייתי רוצה לקבל מידע על תיירות רפואית. ההגדרה של תייר היא משתנה.

יעל: פלסטינאי, תייר או לא תייר?

דוברות: שווה בלתי חוקי? תייר שנפגע בתאונת דרכים? דובר עברית ממדינה אחרת?

דוברות: תביא נתון גולמי ואת נתון הכסף.

דוברות: תשתית הנתונים היא קריטית לנו כדי ליצור תשתית אחידה בשיחה. אנחנו חייבים לייצר תשתית ממנה נתחיל. כמו המודל שהציג פרופ' רוטשטיין. תשתית דיונית ומושגית היא חשובה. למשל, מה זה הכנסה ראווה? 100 אלף ש"ח?

יעל: נכון, כמו מה ששאלו כאן.

דוברות: אני מזמינה אותנו להתייחס לנושא של מרכז מצוינות. זה נושא חשוב.

דוברות: אני חושב שצריך בלי קשר – יש הרבה כיסים במערכת של תשתיות. גם כסף יש שם – צנתורים, IVF. יש פה הרבה דברים ששווה לחשוב עליהם מחדש, נוצרו היסטורית בלי הכוונה. צריך לשאול אם התוצאה אופטימלית ורצויה. הדברים האלה הם לא רק כסף, בהרבה מקרים גם בריאות יותר טובה, ומסות של מקרים יוצרת מומחיות. תלוי אם מדובר ב - 200 אלף ש"ח או 200 מיליון ש"ח. בהינתן מרחקים גיאוגרפיים גם כן. אני חושב שיש דברים ברמת הכלכלה ואיכות הטיפול שצריך לתת. הערה אחרונה – סוגיית ניהול התורים, חוסר השוויון זה נגע שצריך לבער. בלי קשר ועם קשר לשר"פ, צריך לטפל בזה.

דוברות: הוא לא דיבר על זמן התור, אלא על בחירת רופא.

יעל: הוא דיבר על חוסר שוויון במערכת באופן כללי.

דוברות: אנחנו אכן צריכים את כל הנתונים. הייתי רוצה שהנתונים יגיעו בלי שיפוטיות, בלי משהו ערכי. צריך לחבר את כל מה שאנחנו מדברים לאיזשהו דיון שקשור לשאלות ערכיות, כי זה מכתוב, לדעתי, הרבה מההחלטות הסופיות. סוגיה כמו IVF שבה לכל אחד מאתנו יכולה להיות דעה, זו שאלה ערכית במדינת ישראל. גם זמן המתנה ושאלה של מרחק, אלו סוגיות ערכיות. ערכים חברתיים וכאלה שהמדינה הולכת לאורם זה דבר מאוד חשוב. גם בעולם מודדים תרבות וערכים. אני רוצה לבקש לעשות דיון, כדי למפות את העקרונות שאנו הולכים על פיהם.

יעל: יש לנו לפחות 3 ערכים שהצבתי אותם כמרכזיים במערכת הבריאות – שוויון, צדק וערבות הדדית, ואנו הולכים לאורם. יש גם את הערך של הפריון, הרצון לילדים. לפחות 3 ערכים חרוטים על הקיר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אי אפשר לבטל אמוציות על כל דבר, גם על זמן המתנה.

דוברות: לפני שנגיע להחלטות, ברגע שנתקרב לשלב ההמלצות, מה שכן יכנס זה שאלות ערכיות ושיפוטיות.

יעל: אני מזמינה אותך - יהיה לנו יום עיון של מחשבות, בו כל אחד יעלה את סדר הערכים שלו. הסט שהצגתי הוא המוביל, אין ערכי משנה, הם יושבים אחד ליד השני. כל אחד יעלה את הסט שחשוב לו. אני רוצה לקרוא לכם את תשובתו של עודד שריג, ולקבוע תכנית פעולה.

דוברות: בתחום של תיירות מרפא כמעט ואין מידע. יש אפשרות להביא מישהו שעובד בזה? שעושה את זה? דווקא מהעובדים שעושים את השיבוצים? האם יש אפשרות שזו תהיה עדות עם חסיון?

יעל: בוודאי. מי שרוצה ללא זיהוי או ייחוס יקבל את זה. אני רוצה להזכיר לכם שבתחילת הדרך ביקשתי להקים 3 וועדות משנה, אני כן חושבת שיש צורך בהן. תיירות מרפא זו מומחיות. יוגין לקח את זה על עצמו, והוא עסוק.

דוברות: אנו התחייבנו להקים את הוועדה, וביקשתם להמתין וזה מה שאנחנו עושים. אנחנו צריכים לקבל התראה מוקדמת לפעילות.

יעל: או קיי, אני אשב עם דורון ונפנה לאנשים השונים ונקים את 2 הוועדות כדי שאפשר יהיה להיכנס לעומק העובדות. אני אומרת פעם נוספת, לא נשנה את ההגדרה של הוועדה. המנכ"ל הקים מנהלת, בינתיים הוועדה תפעל. מנהלת זו אופציה אחת ויש נוספות. הוועדה תיקבע מה האופציה המיטבית. אם נקבע שהמנהלת היא מיטבית כך יהיה, או תאגוד כך יהיה, ואולי תהיה גם אופציה שלישית. כל הוועדות תקומנה ותצלולנה לעומק.

דוברות: אני חושב שבתירות מרפא זה נכון שיהיה צוות, צריך לעשות שם שינוי.

יעל: זוכרים שאמרנו שאנחנו רוצים נתונים נוספים מעודד שריג?

(דורון מקריא מכתב – מצורף בקובץ PDF).

יעל: אני מכבדת את המכתב והתשובה. כך הממונה על שוק ההון רואה את תפקידו וזה לגיטימי. אני חושבת שהוועדה לא תוכל לעשות את עבודתה נאמנה ללא הנתונים. אני מבקשת מאסף להתגייס לטובת הנושא, ואני צריכה לקבל אישור מהיועמ"ש.

דוברות: אפשר לחשוב על עוד אופציות בתוך משרד האוצר.

דוברות: כשיש ניגוד עניינים בין משרדים, זה פנייה ליועמ"ש.

דוברות: הכי קל זה להיכנס למסלול של התנגשות. בואו ננסה לראות מה היה בין לבין. הוא מבקש שניתן נימוקים ברורים. התשובה היא שזה חשוב לנו. בהחלט ראוי שנעשה את המאמץ ונסביר כיצד זה מקדם אותנו בשאלות מחקריות. לא מספיק התאמצנו, למה זה נחוץ.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל: אני מבקשת להעביר את השאלות לכל חברי הוועדה כדי שתראו. אנו רוצים נתונים כדי לדעת לשאול שאלות. הוא מבקש שנסביר הסברים שאנחנו לא יודעים לתת. אנחנו מבקשים את הנתונים כדי לשאול את השאלות.

דוברות: אפשר להגיד שזה עוזר להפריך בין תיאוריות.

יעל: אין לי בעיה לכתוב עוד מכתב. אני לא מקבלת את זה כתירוץ.

דוברות: גם אני אומרת שאפשר לנמק במכתב.

דוברות: יש פה התנהלות עקבית, לאורך כל הרצף של הוועדה כולל הופעתו כאן. רוב דבריו לא היו עניינים ביטוחיים. יש פה התחמקות ברמה הכי בסיסית.

דוברות: גם משרד הבריאות לא רוצה להראות את כל הנתונים שלו.

דוברות: וגם זה לא בסדר! לא צריך מכתב ועוד מכתב.

דוברות: גם בבוקר, בדיון שלנו אמרו שיש נתונים שקשה לפלח במשרד הבריאות.

דוברות: שום נתון לא יוסתר מהוועדה! ומה שאין מפולח, תקבלו. אני אשכב מתחת למנוע כדי שזה יקרה.

דוברות: המכתב הזה זורק אותנו לכל הרוחות. צריך לנקוט במהלך מעליו.

יעל: או קיי, נרשם. אני מאמינה שאנשים עושים עבודתם נאמנה גם אם אנחנו לא מסכימים איתם. הוא חייב להגן על המידע ואני לא רוצה להאשים אותו.

דוברות: גם אם אנחנו חושבים שהוא לא בסדר, זה לא מקדם את הוועדה. הוועדה היא לא עליו ולא על הממונה.

יעל: מחר יהיה ממונה חדש שיאמר את אותה תשובה ואז נראה שזה לא פרסונלי.

דוברות: אולי בחלק מהנתונים נפנה לחברות (הביטוח) עצמן כדי לקבל נתונים אגרגטיביים.

דוברות: אי אפשר.

יעל: אתם צודקים, אני לוקחת את זה חזרה. אני מסכימה שהיה עדיף ורצוי שזה יהיה דרך הרגולטור. אתם יודעים דרך המשרד מה הכי טוב לעשות. יכול להיות שהנתונים לא נותנים אינדיקציה סופית, אך יתכן שפנייה לחברות בחלק הדברים - יהיו מעוניינים לתת לנו בעצמם.

דוברות: לפרדי לא נתנו אישור להציג פה, אז נתונים??

דוברות: פרדי רוזנפלד, המשנה בהראל. הוא יבוא אחרי שיקבל אישור מהבוס שלו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: אני לוקחת על עצמי לפנות ישירות לשר האוצר. אני אעלה דרג ואפגש אותו. האם אנו יכולים לומר האם אנחנו יכולים לקבל את הנתונים בדרך זו או אחרת. אני בכלל לא מבטלת את האפשרות של פנייה ישירה, בלי לעקוף, כי שריג מנוע. זה לא לעקוף, אפילו ניידע אותו בהעתק, שידע שפנינו בכל הדרכים. אנא להזכיר לי, כדי שנוכל לקדם זאת. רק נתונים נחוצים, לא נלך לפרסם.

דוברות: יש נושא נוסף שמטריד אותי – אני חושש שנגיע להכרעות ולא שאלנו את השאלות הנכונות. להבנתי, יש 3 דרכים לחזק את המערכת, צריך כסף בסופו של דבר. או להתייעל, לסגור יחידות ולשנות את נוסחת הקפיטציה, זו דרך אחת להביא כסף. דרך נוספת היא הנאה מכספים פרטיים דרך השר"פ. שלישית – דרך ביטול השב"ן והעלאת מס בריאות. לדעתי העלאת מס בריאות לא תפתור שום דבר. אנו נגיע לשלב הזה כשאנחנו לא יודעים מספיק דברים. החלופה הראשונה – אני חושש שאנחנו לא מסוגלים להחליט על זה בוועדה, איך נחליט כמה יחידות או רופאים צריך מכל דבר? אם האוצר או מישהו אחר חושב שזה אחד הפתרונות שלא יגמר ברמת הסיסמא, אני רוצה לשמוע דעה ברורה בזמן הקרוב כדי שנוכל לדון בזה. אני לא מרגיש שיש לנו את הידע המקצועי או הזמן. אם מישהו חושב על כיוון, חייבים לשמוע את זה היום, כדי שנוכל לזמן את העדים הנכונים או לקיים את הדיון הנכון. אנחנו לא יודעים מה לעשות עם הפתרון הזה, ונסיים ברמת הסיסמא. אני מקווה שנסיים קצת יותר מהקמת וועדות מקצועיות. אני זרקתי הערה על נוסחת הקפיטציה, ואנחנו לא נשנה את זה כאן. אי אפשר לחכות עד שבוע לפני הסוף ואז להחליט בנושא. אני חושב שאחת הדרכים היא התייעלות פנימית, ואני רוצה לשמוע את ההצעות עכשיו, כדי שנוכל לשמוע ולהחליט. אם זה בדרך הבאת משאבים, גם על זה אני רוצה לשמוע רעיונות כדי שנוכל לקיים על זה דיון. שמענו את מי שהופיע עכשיו – תביאו כסף בציבורי, אני לא צריך שר"פ. 100 אלף ש"ח זה הרבה מאוד כסף כפול מספר הרופאים. אם מישהו חושב שאפשר להביא את הכסף הזה באופן קונסיסטנטי, שיהיו מספיק משאבים להשאיר את הרופא הזה וצוותו במערכת, אז כדאי לדון בזה. אנחנו שומעים את העדים אבל בורחים מהדיון בחלופות כדי שנדע לשאול את השאלות הנכונות. זה אקדמי מדי..

יעל: מה שאתה אומר עלה בווריאציות כאלה ואחרות בדיונים. אני עומדת על כך, שאנחנו לא דנים בפתרונות עדיין. אני מבקשת מכולנו לשמור על אוזניים ניטרליות כדי שנשמע את מה שאומרים. יש כאלה שמעבדים את הדעות תוך כדי. עדיין לא עלה כל מה שצריך, וזה יגיע. יהיה לנו יום שלם של העלאת דעות.

דוברות: אני עכשיו הצעתי 3 חלופות, ואני לא רוצה שזה יבוא ממישהו שמציג.

יעל: כל אחד יבוא ויאמר איך או מה הוא חושב שזה פתרון אפשרי. נשאל שאלות רלוונטיות, אך אנא מכם, סבלנות, אל תרוצו לסוף, אני מבקשת שנעבור את התהליך הנחוץ של שמיעת מגוון דעות, של דו-שיח בינינו, לשמוע את העדים ומה בפיהם, ורק לאחר מכן, ודאי שנגיע לשלב בו נעלה את מגוון האפשרויות לפתרונות ונשאל שאלות, לא כרגע.

דוברות: להערכתך זה יהיה מאוחר מדי.

יעל: נשב כמה שצריך, נעשה את הכל.

דוברות: לא מבין מה מפריע, לא אמרנו לסגור את האוזניים...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל: אני לוקחת על עצמי את הזכות להיות יו"ר הועדה. הפתרונות נמצאים סביב השולחן, ומדברים עליהם במפורש או שלא. אני מבקשת לשמוע את כולם, ורק לאחר מכן, נתכנס לפתרונות. אני רוצה אובייקטיביות ורצון לקלוט. הזמן לא יהווה מכשול. ניקח לעצמנו את הזמן לשמוע, לעבד ולזרום.

דוברות: בשבוע שעבר או לפני שבועיים, אמרתי שאם מישהו היה מבקש ממני לעשות עבודה איך הייתי מתנהלת. הוא מדבר על פתרונות ואני רוצה לדעת מה הבעיות קודם כל. חוץ מזה שרופאים רוצים כסף...

יעל: מי שמגיע עכשיו יציג לדעתי את אחת הבעיות.

דוברות: אנחנו מתחילים לגבש מסמך של מתווה המסמך הסופי, מסמך חי שכל הזמן משתנה. אפשר להתגבש ולהוסיף. אין פתרונות...

יעל: לא עכשיו, תמתינו! יש זמן! חלק מהגדולה שלנו כבני אדם זה שהראש שלנו פתוח ומסוגל לקלוט. מתווה זה הסללה, ולא תהיה פה הסללה, בשלב מסוים נתחיל להתרכז.

**** מציגים הבאים: פרופ' ברוך רוזן ופרופ' גור עופר. מציגים 2 מצגות (מצורף קובץ POWERPOINT).**

פרופ' רוזן: המחקר שעשינו היה לפני כעשור, לכן פחות חשובים המספרים אלא השאלות, והן עדיין קיימות היום.

מצאנו שרופאים יודעים מזה ניתוח מורכב, השונות בהערכה שלהם היא קטנה מאוד, הם מבינים את המשמעות של ניתוח מורכב לעומת ניתוח פשוט. לחולים בדרך כלל אין את ההבנה הזאת – למה לניתוח פשוט צריך לבחור רופא? הם לא יודעים לעשות את ההבחנה הזאת בעצמם כמו הרופאים. רופאים יודעים מה זה מורכב, ויודעים להיערך לכך בהתאם. לא יקרה שאם הניתוח שצריך להתבצע הוא מורכב והוא נעשה בבי"ח ציבורי, אז יעשה אותו סטאז'ר... חושבים בציבור שהשר"פ זה לניתוחים מורכבים בלבד, אבל בפועל מצאנו, שחלק לא מבוטל מהניתוחים הם בעלות של 5,000 ש"ח, והביטוח המשלים מכסה שני שליש מההוצאה ויותר. ראינו שיש קשר בין מצב סוציו-אקונומי לשימוש בשר"פ בירושלים, שימוש גבוה יחסית אצל החרדים (תלה את זה בסיבות כמו פניות לרב פיהרר, שימוש בגמ"חים – בבריאות הולכים להכי טוב).

שאלות:

פרופ' רוני גמזו: בתי"ח אחרים חוץ מבירושלים, היו לכם נתונים עליהם?

פרופ' גור: תכנית המחקר המקורית הייתה לכלול בתי"ח מהשפלה שהיה להם שר"פ בתקופה מסוימת, ואחר כך ביטלו את זה. השקענו די הרבה עבודה באיכילוב. אספנו הרבה נתונים וגבו מאתנו הרבה כסף.

יעל: התשובה היא שאין.

עו"ד לאה ופנר: היה פיקוח או הוראות כדי שתהיה חלוקה כמו שהראית, על הרופאים שחרגו בפרטי משמעותית?

פרופ' רוזן: הממוצע הוא חצי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: שאלתי האם זה נעשה באופן וולנטרי או שלא בדקתם את זה?

פרופ' רוזן: באותה תקופה ניסו בבי"ח שערי צדק לקבוע שלא יעשו מעל 20 אחוז, הראינו להם את זה, אמרו שהם יודעים וזה לא בשליטתם.

פרופ' גבי בן נון: האם אתם יכולים לעשות הבחנה בין אלקטיבי ללא אלקטיבי בסה"כ הניתוחים?

פרופ' גור: מעט מאוד לא אלקטיבי, מעט.

פרופ' גבי בן נון: אני רוצה למצוא את האחוז היחסי.

פרופ' רוזן: נבדוק ונחזור אליכם.

פרופ' גבי בן נון: לא התייחסתם בזמנו לסוגיית התורים בכלל.

פרופ' רוזן: לא הייתה מטרה ויכולת לעשות הערכה כללית של השר"פ. לא בדקנו יחס לזמן, זמני המתנה, השפעת ניתוחים לא נחוצים.

פרופ' גור: גם לא את התהליך עד הניתוח.

יוליה איתן: האם בפאנלים שעשיתם עם הרופאים, שאלתם אותם וניסיתם להסתכל על האבחון שלהם - מדוע אנשים הולכים לפרטי?

פרופ' רוזן: לא, רעיון טוב.

פרופ' גבי בן נון: זה היה המחקר הראשון שנעשה בנושא, תזכרו את זה.

(פרופ' גור מציג את המצגת הנוספת).

פרופ' גור: אלו מחשבות של עשר שנים אחרי המחקר שהוצג לכם. אני מעדיף להקריא מהניירת שלי.

שאלות:

שירה גרינברג: אם היית עושה את המחקר על בתי"ח הציבוריים הממשלתיים או של הכללית איפה שאין שר"פ, והיית רואה שרמת המורכבות של הניתוחים מותאמת עם רמת הבכירות של המנתחים באופן ראוי, האם היית אומר שעדיין צריך להכניס את מודל השר"פ שהצגת עכשיו? האם עדיין צריך להכניס שר"פ? למה צריך לעשות שינוי?

פרופ' גור: מס' רב של רופאים בבתי"ח הללו יצאו החוצה לניתוחים פרטיים.

שירה גרינברג: אם המחקר שלך היה מראה את זה, היית עדיין מציע את זה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

משה בר סימנטוב: אנשים רוצים כוכבים..

עו"ד לאה ופנר: אנשים רוצים לבחור.

פרופ' גור: אם הכל היה בסדר, לא היינו יושבים פה ומדברים על הבעיות.

עו"ד לאה ופנר: בהסתכלות על השר"פ בצורה רחבה – אנחנו כמעט ולא דנים בסוגיית הסוגיות לשאלת השליטה במערכת. אני חושבת שהקופות מתנגדות לשר"פ לא רק כלכלית, אלא שזה מעביר את גורם הכוח למישהו אחר. מצד שני, ביה"ח רוצים את זה לא רק בגלל כסף, אלא בגלל הכוח מול הקופות. איך אתה חושב שזה ישתנה אם יכנס השר"פ?

פרופ' גור: אני חושב שעד עכשיו בתי"ח היו הזנב המקשקש בכלב. אני רואה היחלשות במעמדם, כי ברגע שמשרד הבריאות יעשה את מה שהוא צריך לעשות, אני רואה היחלשות באופציות שלהם.

פרופ' גבי בן נון: הרחבת השר"פ תביא להורדת תעריפים כי יש תחרות. באופן גס לחלוטין, יש עכשיו שר"פ בכל המערכת, התעריפים ירדו. האם המכלול הכולל של מערכת עם שר"פ תגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות כן או לא?

פרופ' גור: היו 2 ניירות עמדה, אחד של קופ"ח שיצטרכו לשבור את כל התקרות כדי לתת מספר טוב על מה שיקרה. הייתה קבוצה שלנו שחשבה שזה לא הכרחי, ושיש סיבות טובות להניח שיהיו קיזוזים. מספר הנתונים יהיה יותר גדול, אבל מחיר הניתוח ישתנה. המכפלה הזאת תישאר פחות או יותר.

פרופ' גבי בן נון: כלומר זה לא יגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות. מה אתה חושב היום?

פרופ' גור: זה כתוב במצגת. ללא ספק פיקוח מסודר יוכל לתת בדבר הזה תוצאות טובות, ככה נראה לי. השר"פ נובע מרצון של אזרחים לבחור רופא, וזה עולה הרבה כסף.

פרופ' לאה אחדות: בהשוואה לעקרונות אחרים, לא רק עקרון הבחירה.

דיון פנימי:

ניר קידר: המצגת שתראו עוד מעט, יכול להיות שתראו את שמי שם. הרציתי לסטודנטים שלו בעבר ומשם זה מגיע.

יעל: גילוי נאות רק מוסיף לערכך...

**** מציג נוסף בפני הוועדה: פרופ' מאיר ברזיס, מרכז לאיכות ובטיחות קלינית, בי"ח הדסה והאוניברסיטה העברית. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT). מלווה עי דר' מתן כהן, ד"ר אמנון להד ותום אקסלרוד (סטודנט לרפואה).**



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שאלות:

פרופ' קובי גלזר: אם הטענה שבגלל השר"פ בהדסה התורים הציבוריים בהדסה מתארכים מאוד, מעניין לראות אם אותו הדבר קורה בבתי"ח ציבוריים, שם אין אלטרנטיבה של שר"פ.

פרופ' לאה אחדות: ההשוואה הרלוונטית היא בין פרטי לציבורי באותו ביי"ח.

פרופ' קובי גלזר: אם היינו בודקים את הפערים בין שלושת הציבוריים..

משה בר סימנטוב: זה הכל יחסי, ביח שערי צדק פתאום נראה ממש בסדר.

יעל: תודה רבה, מאלף, מרחיב את הנפש ולא רק את הראש.

פרופ' גבי בן נון: הצגת פה 6 יעדים שמערכת הבריאות צריכה לשים לנגד עיניה. אתה עכשיו שר בריאות, וצריך לקבל החלטה לקחת את האש הזו ולהדליק בה גם אבוקות אחרים. היית עושה את זה?

פרופ' ברזיס: הניסיון הירושלמי הוא חצי כישלון, אולי פחות בבי"ח שערי צדק. אני חשבתי שהשר"פ זה כישלון, וזה תלוי בצורת הניהול. עם ניהול נכון ניתן לשלב את הדברים, זה דורש הקפדה ובהדסה ובשערי צדק עוד לא הצלחנו. אם להרחיב, זה תחת חקיקה אוסרת הפלייה. רוב הסטודנטים במחקר אמרו שזה צריך להיות בחקיקה ראשית. מנהלי מחלקות בכירים בהדסה הודו לי על המחקר. אפשר להצדיק הקדמת תור בשר"פ, אבל רוב החברה רוצה סולידריות. אני מתנה את הניסיון בהכנסת שר"פ בחקיקה, כדי להקל על הפיקוח.

דר' להד: אני רוצה להתייחס. סיפורון קטן – מטופלת שלי, לפני שבוע הגיעה לחדר מיון בהדסה בהריון עם עובר ללא דופק שמתאים לגרידה, שבוע 12. התנהגו אליה יפה, שחררו אותה לחופשה, ואמרו לה שייקח בין 7-12 שבועות.

יעל: זה הגיע אליי, מקרה מזעזע.

דר' להד: התאריך נהיה מאוד רחוק, היא אחות במקצועה שעובדת בקשר איתם. האחיות לחשו לה תלכי לפרטי. זה לא מקרה דחוף, אבל למחרת זה בוצע בשערי צדק, למרות שלא הייתה דחיפות רפואית, רק פסיכולוגית. התסכול הנוראי של רופאי המשפחה הוצג ע"י פרופ' ברזיס. רוב הפגישות רופא-חולה קורות ברפואה הציבורית. רופאי המשפחה מתוסכלים כי הם איבדו את היכולת שלהם להתייחס. גם לי זה קרה, מהצד השני של הטלפון שמעתי "בשביל זה קיימת מרפאת שר"פ". לא רק זה ששר"פ לא מחזק, הוא גם מחליש את המערכת. בשערי צדק המצב טוב יותר, אני אולי חשוד כי אשתי שם, אבל גם שאר עמיתי חשבו כמוני. אני יותר קיצוני מפרופ' ברזיס, כי אפשר גם בהדסה לעשות את זה בצורה מסודרת. אני לא רואה קיום רפואה פרטית בכלל. רפואת משפחה אין בה פרטי, ועדיין היא מהווה את רוב המפגש רופא-חולה. זה לא מכת מדינה שחייבים, באמצעות דרכים לעקוף, זו אולי דעה קיצונית שלי. היא צריכה להיות בפיקוח טוב כדי למנוע מצב הדסה ולקדם את מצב שערי צדק.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: אתה מרגיש, או שיש מחקר כזה, שאומר אם רופאי המשפחה במרכז הארץ כן מצליחים לדבר ולגשת למומחים אחרים? התסכול שאתה אומר קיים במרכז הארץ כשאינן שר"פ?

ד"ר להד: אין לי מחקר לצטט. אין לי נתון כפי שיש במחקריו של פרופ' ברזיס. אני רואה את השינוי אצל עצמי, שעם השנים זה נהיה יותר רע. זה קשור להתגברות ניכרת של השר"פ.

עו"ד לאה ופנר: אני לא במאה אחוז מבינה וכמוני אחרים בוועדה, איך הדברים הולכים בהדסה. קביעת התור וההפניות השונות שנעשות – עד כמה הרופאים משפיעים על אורך התור? הנתונים מאוד מרשימים, לא משנה מה משמעותם. כאילו מה שיוצא משם זה שאולי בהדסה, גורמים לזה שהתור הציבורי הוא ארוך כדי שילכו לפרטי, אבל איך אפשר לדעת את זה? נתעלם מהשאלה הערכית – אם ירדתי מהתור הציבורי ועברתי לפרטי, אז התפנה תור בציבורי.

פרופ' ברזיס: השאלה חשובה, ואני לא בטוח שיש לנו את הנתונים. מכניקת קביעת התור היא הפקיד. כמה לציבורי וכמה לשר"פ זה כבר מנהל מחלקה קובע. כולם אומרים שיש קושי להשתלט על מה שהרופאים עושים בשטח. יש רופא שעושה רק שר"פ. אני שמעתי מבכירים בבי"ח שערי צדק, שמדברים על כך שצריך לצמצם את הפערים האלה. יש מדיניות שמחלחלת כדי להכתיב משהו יותר סביר בפערים האלה. יכול להיות שיש כאלה שעושים את זה בכוונה – "לא כדאי לעשות ציבורי, זה לא מכניס כסף".

ד"ר להד: אני חושב שהסיבה העיקרית היא שהסקר נעשה דרך מערכות ההשתלמויות למיניהן של רופאי המשפחה. הם רופאים משתלמים, ורובם מומחים. באותו מדגם בלתי מייצג שמכיל רופאי משפחה בירושלים, נאמר שיש ביטול סלקטיבי של תורים לפרוצדורות ברפואה הציבורית.

עו"ד לאה ופנר: מודל שערי צדק מוכיח שאפשר אחרת. למה אתה לא הולך כל כך רחוק בהמלצותיך ואומר בוא נסגור בהדסה? למה בוא נסגור במקומות אחרים? למה לא בוא נסגור את הדסה ונשאיר את שערי צדק שעושה טוב?

פרופ' ברזיס: הדסה כנראה ייסגר בכל מקרה. מה את מציעה? שאסגור את הדסה או את השר"פ בהדסה?

עו"ד לאה ופנר: את השר"פ!

פרופ' ברזיס: אני לא בטוח שזה מציאותי לסגור את השר"פ. מה שכן מציאותי זה לבקש שהתורים יהיו דומים, ואני לא בטוח שנצליח אפילו בזה.

פרופ' קובי גלזר: אם נסתכל על בתי"ח שיש בהם שר"פ וכאלה שאין בהם שר"פ – זה לא נכון שהשר"פ יצר הארכה בתורים, הוא יצר אי שוויון.

פרופ' ברזיס: כאשר נותנים לשר"פ להשתלט כמו בהדסה, התור מתארך.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' קובי גלזר: הטענה הנורמטיבית – לא יעלה על הדעת שבאותו ביי"ח, חלק מהאנשים יחכו כך ואחרים יותר. הטענה הפוזיטיבית – א' גורם לב'. אתם לא הראיתם שהשר"פ מאריך את התורים בהדסה לעומת מקומות אחרים. אני שואל מה קורה בביי"ח במרכז? אתה הזכרת שממוצע ההמתנה בביי"ח הציבוריים הוא גם ארוך. (בחננו את השקף במצגת).

פרופ' בריזיס: אם אני משווה 2 נתונים ואני לא מוצא הבדל, אבל אני מוצא הבדלים בתת הקבוצה - זה מעניין.

פרופ' קובי גלזר: שאלה אחרת – אתם טוענים שאתם חושבים שיש שינוי, שזה לא היה. יש לכם הסברים למה?

פרופ' בריזיס: השב"ן הפך את השר"פ להרבה יותר נפוץ, הוא כבר לא תופעה שולית, לא רק 30 אחוז מהחולים.

עו"ד לאה ופנר: גם קופות החולים אמרו שהם מפנים לשב"ן.

פרופ' גבי בן נון: בוא נניח שאנחנו יושבים פה, מתבלטים ומחליטים האם לאמץ את המודל "בחירת רופא בתשלום בכל בתי"ח בארץ" – איך היית אתה מתייחס לנושא הזה?

ד"ר להד: כבר כיום יש ברפואת משפחה חוסר במשרות, גם ברפואת ילדים. ככל שיהיה יותר שר"פ בבתי"ח, יהיה לנו יותר חסר. כבר היום יש משרות ריקות למתמחים ברפואת משפחה. התחרות היא גם כלכלית. ככל שהאופק יהיה יותר בולט ברפואת ביי"ח ולא ברפואת קהילה, יהיה לנו יותר קשה להשיג מתמחים ובסופו של דבר התמותה תעלה. רפואת משפחה מקטינה הוצאה כלכלית, תמותה, ומעלה שביעות רצון. יש דרג א' שמקבל יותר - אני לא אפרוש מהמקצוע, אבל אולי הבת שלי לא תלך אליו. אני לא מאמין שרופאי המשפחה יפתחו בשביתה כללית. חדר מיון סגור או מפוצץ זה כוח לחץ.

משה בר סימנטוב: אני חושב שהדבר שולל את הטענה שהשר"פ מביא לקיצור תורים במערכת הציבורית. אני מדבר על הגדלת הזמינות של הרופאים במערכת הציבורית, זה לא מקצר את התורים. היחס תור בין הציבורי בהדסה לבין הציבורי במרכז הארץ שולל את הטענה שקיומו של שר"פ מקצר את התור.

פרופ' קובי גלזר: ניהול נכון עושה את זה.

משה בר סימנטוב: אם המחקר היה רק על שערי צדק היינו מזועזעים באותה מידה.

יעל: אני לא בטוחה שבדקתם בכלל את הנושא הזה.

משה בר סימנטוב: מודל השר"פ של הדסה היה נחשב למודל האולטימטיבי והטוב. זה נחשב להתגלמות הרע במיעוטו ורצינו לעשות את אותו הדבר בדיוק באשדוד.

ד"ר להד: אם זה אקסטרה, אתה מקצר תורים. לכן אנו שוב מגיעים לפיקוח על המודל.

פרופ' בריזיס: אני חושב שהמחקר שלנו לא מסוגל לענות על השאלה שלך, לא לכאן ולא לכאן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר שולי ברמלי: אני חוזרת למצגת שלך. אתה יכול להסביר את השורה של הנפרולוגיה (132 ימי המתנה בציבורי לעומת 9 בפרטי)?

פרופ' ברזיס: מה לעשות, זה המצב. אני נפרולוג בעצמי.

שירה גרינברג: מדובר על הצורך בהגברת הקשר בין הקהילה לבתי"ח. איפה אתה חושב שצריך לחזק את הקשר בין הקהילה לבתי"ח ואיך?

ד"ר להד: ניסינו כמה מודלים, אפילו יצירת פקס להעברת מטופלים. כשאני מתקשר אני מקבל תשובה של "הרופאים בביקור", ולחילופין אותנו קשה למצוא. אני מסתכל על מודל שביה"ח והקהילה אחראים יחד על הקהילה. יחול שיפור עם מחשוב הדדי, גם זה יעשה שיפור בוודאי. עשינו ניסוי - ציידנו מטופלים עם טלפון נייד במיטה בבית"ח ושבחיוג אוטומטי הוא מתקשר לרופא משפחה שלו, וזה מתוכנת. זה הפך להיות גימיק. זה עבד עם רופא מיוחד, ארקדי צ'יפובסקי. אין פה ייחודיות. רופאי משפחה מחזיקים את המקרים היותר מסובכים.

שירה גרינברג: ניהול במערכת כלכלית אחת משותפת.

פרופ' ברזיס: לפני כמה זמן התקשרתי לדבר עם רופא בקשר לשכנה שלי שאושפזה במחלקה. הרופא לא זיהה אותי ואמר שאין לו זמן. האם ראית את המכתב שכתבתי לך? לא ראיתי. זה סגנון שחייבים לשנות.

שירה גרינברג: מבחינת ההפניות של הרופאים עצמם מהציבורית לפרטית – הראיתם בסקר שרופאי משפחה בעצמם מפנים לפרטית. האם אתם מכירים את זה בקהילה?

ד"ר להד: אני נתקל בזה כל הזמן. הפנייה מציבורי לפרטי אפילו של אותו רופא בעצמו. בדרך כלל זה עם פרובוקציה קלה של החולה ששואל "האם אראה אותך".

שירה גרינברג: האם מפנים לקולגות או לצורך קיצור תור?

ד"ר להד: כולל הכל. לא בדקנו את זה במחקר. 20 שנה בשטח זו ההרגשה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: האם כיום מתקיים מנגנון של בקרת עמיתים? אם כן, איך מתנהל?

פרופ' ברזיס: כן, עושים הרבה ביקורת עליו על פרסום הנתונים האלה...

פרופ' רוני גמזו: רופא צעיר בהדסה קובע את הפרוצדורה הניתוחית?

עו"ד עדי ניב-יגודה: עד כמה המנגנון הזה יעיל ואפקטיבי?

פרופ' ברזיס: זה מצוין. יש התייעצויות ושמירה על רמה מקצועית גבוהה.

עו"ד לאה ופנר: אתה יכול קצת להגיד על נושא של נוכחות רופאים בכירים בהדסה אחר הצהריים, ומה זה עושה לרופאים הצעירים?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' ברזיס: זו אנקדוטה, לא בדקנו את זה שיטתית. אני שמעתי סיפורים על מצבי חירום. הוא בא ראה את הרופא שלו ורצה להתייעץ איתו, והוא ענה לו "אני לא כונן".

יעל: המון תודה!

**** מציג נוסף: אביגדור קפלן, מנכ"ל הדסה. מלווים: דר' יובל וייס מנהל עין כרם, דוד ספקטור, יועץ למנכ"ל.**

קפלן: חלפו 25 שנה מאז וועדת נתניהו - וועדת חקירה ממלכתית בעקבותיה נולד חוק בריאות ממלכתי, ומאז תוקן מספר פעמים. אני חושב שהיקף הבעיות שמערכת הבריאות מתמודדת איתן מצדיקים הקמת ועדת חקירה חדשה שתתייחס למכלול, ותסתכל עליו אובייקטיבית כאשר חברה נטולים השפעות, כי הבעיות די חריפות. אני אלך לפי סדר הנושאים שביקשתם שאתייחס אליהם.

לדעתי המערכת המפריטה עצמה לדעת. אפשר לדבר על הפרטת המערכת מצד ההיצע והביקוש, וניסיון להשליט סדר באמצעות התערבות רגולטורית למניעת כשלי שוק. יש לכך השלכות על שיבוש השוויון בזכותו של האזרח לשירותי בריאות. כל אזרח זכאי לשירותי בריאות שוויוניים נגישים ללא הבדל דת וגזע, ואני לא מצטט במדויק. יש להפריטה חלק בחיזוק הכשל, שביקוש יוצר היצע שיוצר ביקוש שיוצר היצע. אצלנו זה נבלם בגלל אספקטים אחרים. מקורות המימון של הביקוש זה בביטוחים המשלימים של הקופות, ביטוחים פרטיים והכנסה פנויה מכיסנו. רעיון הביטוח בפשטות מבוסס על כך שרבים משלמים מעט לקופה, שאמורה לשלם נזקים גדולים למעטים שאיתרע מזלם ונגרם להם נזק. ביטוח לא נועד לכסות הוצאות קטנות שאפשר לממן ללא ביטוח. כמובן שביטוח מבוסס על כך שאין למבוטח יכולת השפעה על קורות המקרה. בפרמיה יש בהגדרה סבסוד צולב. אם אני מתייחס לפרסומים מאתר משרד הבריאות - יש פיגור די ניכר בהצגת הנתונים המצרפיים הלאומיים - ההוצאה הלאומית לבריאות גדלה, עלות הסל הבסיסי גדלה. יש שחיקה של שני אחוז במחירים שוטפים, וזה מיליארד ו - 300 מיליון שחסרים בציבורית, ושירותי הבריאות התייקרו כך שהשחיקה גדולה יותר במובנים מסוימים. אם מסתכלים בניתוח הלמ"ס, על מה מוציאים? 3.7 אחוז הוצאה שוטפת, היום זה כמעט 5 אחוז. גידול בהוצאה הפרטית הולך וגדל. אחוז המצטרפים לביטוחים המשלימים הולך וגדל. הם מבוססים על עקרון סוציאלי ללא חיתום, אבל הם מקפחים את אלה שידם לא משגת לקנות את הביטוח הזה. דבר נוסף בתופעת הביטוחים המשלימים - יש בו אוסף גדול של כיסויים שהם לא לעניין, החל ממאמן כושר וכו'. נוסף על הכל יש שכבות - היום יש לפחות 2 שכבות כאשר בשכבה העליונה אחוז הניצול קטן יותר, ונוצרים עודפים שלא זו מטרם. התיקון בחוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע שלא יהיו סיבסודים צולבים בין הביטוחים השונים. אזכיר לוותיקים שקופ"ח כללית הנהיגה ביטוחים משלימים בתחילת שנות ה - 90 לא כביטוחים נוספים, אלא כטובים יותר למי שמשלם יותר. כשחוקק חוק בריאות ממלכתי, סל השירותים הפך לסל הבסיסי שבחוק, וקופ"ח כללית מצאה עצמה ללא ביטוחים משלימים. אני אמרתי שזה לא פייר בתחרות, ואז ברחו רבים מהקופה כי היא הייתה במצב משבר. תאפשרו לי גם לעשות ביטוח משלים בקופה, תחרות הוגנת. מנכ"ל משרד הבריאות אמר לי "על גופתי המתה, אני רוצה למנוע את הסבסוד הצולב בין הקופות". ביקשתי שיאסור את זה על המתחרות והוא אמר לי: "מה פתאום", הייתה מגמה להחליש את הכללית. ב - 1998 "כללית משלים" הפכה ל"כללית מושלם". אם מישהו טוען שאין סבסוד צולב ביניהם אני אגיד שהוא טועה ומטעה, כי יש סבסוד צולב רבתי בניגוד לחוק. אלו הוצאות הניהול



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שהקופות גובות מתוך דמי החבר בביטוח המשלים. יש קופות שמגיעות ל - 26 אחוז הוצאות תפעול. אם הייתי מגיע לכך היו אומרים שאני מנהל כושל. זה בעיני סבסוד צולב, כי חלק מהאחוזים נועדו לכסות את הקופה הציבורית. הכנסות מדמי חבר מ - 2005 עד 2011 לפי הפרסום שלכם - גידול מ - 1.6 ל - 3.1 מיליארד ש"ח גידול בדמי החבר, וגם הניצולת גדלה ב - 86 אחוז. אם נלך ונסתכל על מה מוציאים את הכסף הזה? ניתוחים ובחירת מנתח 40 אחוז, חוות דעת שניה 10-18 אחוז. אם ניקח את שניהם יחד, התשלום בגין ההוצאות בפועל של תביעות גדלו מ - 818 מיליון ש"ח ב - 2007 למיליארד וחצי ב - 2011, גידול של 80 אחוז. מה שקטן זה תרופות וחיסונים, רפואת שיניים גדלה קצת אבל במספרים קטנים. ברור שהתועלת הרצינית של ביטוח משלים זה היכולת לבחור מנתח במימון הביטוח המשלים. באותה תקופה הביטוחים הפרטיים גדלו בלמעלה מ - 10 אחוז. התביעות לא גדלו כי שם עושים הרבה רווח. זה שונה מביטוחי פרט לביטוחים קבוצתיים, מה שנקרא LOSS RATIO בעגה של אנשי הביטוח. ככל שהוא יותר קטן, הרווחיות היא יותר גדולה. בממוצע הוא 54 אחוז.

יעל: מה היחס בין הקבוצתי לפרטי?

קפלן: הקבוצתי הוא 60 אחוז מסך הדברים, בעוד שהפרטי הוא 40 אחוז בערך. לסיכום – מהו הכשל בשפת המספרים? אותו חלק שממומן ומכוסה ע"י ביטוחים למיניהם. אם נסתכל על שניהם יחד, ההוצאה על בחירת מנתח גדלה ב - 117 אחוז. ברור שכל הכסף הזה מתועל, ועוד מה שמשלמים מכיסם הפרטי למימון הרפואה הפרטית לסוגיה, אם זה בשר"פים או במרפאות פרטיות של כירורגיה פרטית ואחרות. אם נסתכל על סך הצרכים של האדם, ונוסיף עליו את כל התביעות של הביטוחים הוולונטריים והפרטיים, החלק הוולונטרי משקלו גדל מ - 8 אחוז לקרוב ל - 11 אחוז. בלשון פשוטה - התחלתי את הסקירה במשפט שהמערכת מפריטה עצמה לדעת, ואין יותר טוב לראות זאת מאשר במספרים. סל השירותים הלך ונשחק, והתחלנו למלא את הצרכים הפרטיים שלנו בעזרת הביטוח, המשלים והוולונטריים. אני חושב שהתופעה הזו צריכה להיעצר. היא מגבירה אי שוויון וקיפוח של עשירון תחתון. אני חושב שצריך לעשות מה שעשו בצרפת, העשירים מכסים את העניים, משלמים את פרמיית הביטוח מסך הכנסה ומטה. אם רוצים להחזיר את חוק הבריאות הממלכתי לקנו, ראוי לעשות משהו בכיוון. צריך לתת לעני ולעשיר לבחור מנתח. צריך לראות מה מרכיב עלות בחירת מנתח ולהכפיל את זה באותו מספר עניים שרוצים לתת להם את זה, ואז ההוצאה הלאומית לא כזו גדולה ולכל אזרח יש יכולת אופציונלית לבחור מנתח. אני לא יודע אם זה על אג'נדה שלכם, אבל זה היחס ורואים בדיוק לאן הוא הולך. לדעתי אם נשב פה ב - 2019, אם קו המגמה הזה ימשך, נמצא עצמנו בשוקת שבורה ומוטב לעשות משהו שעה אחת קודם.

שאלות:

יעל: מה הפתרון שלך?

קפלן: להפסיק את 2 השכבות בביטוחים המשלמים. להעמיק את גודל החומה בין הפרטי לציבורי כי זה גורם לזליגת כסף בין הציבורי לפרטי. רואים את זה בעין בלתי מזוינת שהרווחיות שם היא מעל הנורמל, וחובה על המערכת הציבורית לבלום את זה. אמרתי בכנס ים המלח, שזה לא לכבודה של מערכת הביטוח הפרטית שהיא ממליצה לאנשים להביא טופס 17 כדי להקטין הוצאות מעצמה. לדעתי שריג היה צריך לעשות את זה גם על



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המלאי הקיים. הוא אמר לי שהוא הורה לעשות מעכשיו ואילך. אני חושב שצריך לעשות משהו, ויש הרבה מה לעשות בנושא כדי למנוע תופעות שליליות ולהפסיק להונות את האזרחים. אנחנו הרבה שנים אחרי הנהגת ביטוחים משלימים, וצריך לעשות סדר. במקום להפנות אצבע מאשימה למערכת הפרטית, מן הראוי שיעשה סדר גם בציבורית.

פרופ' לאה אחדות: האם לדעתך יש עדיין צורך בשב"ן גם ברובד אחד בלבד? יכול להיות שתעשה שינוי במימון הציבורי תמורת השב"ן?

קפלן: אני הייתי לוקח את כל הכסף של השב"ן ומייעד אותו לביטוח סיעודי, שהוא יותר חשוב מאשר כל אוסף הקשקושים שיש בו.

פרופ' לאה אחדות: האם היית עושה הפרדה בניהול השב"ן?

קפלן: כן, אפילו הרגולטור לא יכול לצבוע איזה כסף הולך לאן. ביקשתי שאלה שבאים לשר"פ שלנו לא יביאו טופס 17, אלא יביאו הפנייה לכסות את ההוצאות מהציבורי ולא מהשב"ן, ואמרו לי שזה הפרת חוק. יש בזה בהגדרה סבסוד צולב.

הנושא הבא – מעמדו המעורב של משרד הבריאות באספקת שירותים. גבי ואני כתבנו מסמך לנתניהו ולליצמן. בו תוכלו להבין – מונה את הכשלים במבנה המשרד והצעות לפתרון. חשבנו על המודל ההולנדי שהקים 2 רשויות – סדרן על היומיום ועל הביצוע של כל הצד הרגולטורי היומיומי של תפקוד המערכת, וסדרן לגבי נושא המאקרו – נוסחת הקפיטציה, כללי המשחק, קופות החולים, בתי"ח. אצלנו זה נקבע כחלק ממדיניות ההעדפות הממשלתית, ולא כגורם אובייקטיבי. אנחנו לא זכינו לאישור על קבלת המסמך. אני חושב שהמשרד צריך לעשות פעולה נמרצת לשנות את המבנה של המשרד – גם בעלים של בתי"ח, גם רגולטור, גם בעלים של קופות חולים – הרבה מצבים של ניגוד עניינים. זה שהוא במעמד רגולטורי הוא מתעלה על הכל, אבל הוא בעוכריי המשרד גם כן. צריך לעשות מהלך של חוק בתי חולים, להפסיק את הנושא של פקודת בריאות העם שמתייחסת לנושא של בריאות העם, כללי המשחק, התנהלות בתי"ח, יחידות סמך של המשרד. היו הרבה ועדות בדרך – ועדת לאון צידדה, וזה מתבקש, בתיאגוד בתי"ח. לא יכול שבי"ח יתנהל עם 4 סוגי כסף – כסף מסלקה, שלא ברור מה קורה שם, קרן מחקרים או תאגיד הבריאות. יש סבסוד צולב בין שני הסוגים – יש כסף שנכנס לקופת ביה"ח מקניית תרופות לצריכה שוטפת של ביה"ח, וכסף מתרומות. אם הייתי מנהל חברה ציבורית, ובי"ח הוא כזה, או כל תאגיד אחר במשטר תאגידי כמו שראוי לנהל בי"ח היום, מזמן הייתי בחקירה של הרשות לניירות ערך. זה תחת אישיות משפטיות שונות עם דו"ח כספי אחד עם שקיפות לציבור, והיעדר בקרה חשבונאית על כל סוגי הכסף. אם תהיה התנקזות של הכסף לניהול חשבונאי אחד, זה יראה אחרת. יש בטח יותר מארבע סוגי כסף אם אתחיל לפרט סוגים נוספים. אני אומר שגוף כזה, שמתנהל ללא דו"חות כספיים מסוקרים ברמה הרבוענית, זו שערורייה.

פרופ' רוני גמזו: מי אמר שאין? יש לגוף כזה דו"חות והם מפורסמים ומסוקרים.

קפלן: תראה לי רק איפה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רוני גמזו: זה לא סודי, אני אראה לך באתר המשרד. זה לא נכון.

שירה גרינברג: קפלן מדבר על זה שתהיה שקיפות בכלל הנתונים בכלל הנושאים האלה, מאוחד.

פרופ' רוני גמזו: יש! חוץ מעמותות הידידים, יש נתונים מצרפיים.

שירה גרינברג: אין לגבי שכר.

פרופ' רוני גמזו: לא הבנתי מה זה שכר ממוצע. אין הבדל בין ב"ח עם דו"חות כספיים לבין הדסה, חוץ מעמותות ידידים, שזה תרומה והעברה חד צדדית. אני אומר את זה כרגולטור, חשוב שאנשים ידעו את זה.

קפלן: אני אומר שמה שמפורסם זה חלקי מאוד, לא מצרפי ולא בסטנדרטים של חברות ציבוריות, ואני לא חוזר בי.

פרופ' רוני גמזו: אתם טועים.

קפלן: צריך זווית ראייה אובייקטיבית בנושא.

נושא שלישי – תיירות מרפא. אצלנו זה לא בא על חשבון ישראלים.

יעל: אותנו מאוד מעניין לראות פילוח. נתונים מספריים, מי מגיע, מאיזה ארצות, לאיזה מקרים ולכמה זמן.

ד"ר יובל וייס: רוב תיירות המרפא היא אונקולוגית. לא מגיעים לניתוחי אפנדיקס או תיקון כזה או אחר. בדרך כלל אלו ארצות מהגוש הקומוניסטי לשעבר, מזרח אירופה. מדובר במבוגרים וילדים, השתלות מח עצם, פעילות אונקולוגית רבה. 70 מיליון ש"ח בשנה, יש דו"ח חשבונאי אחד שכולל הכל. זה 5 אחוז מהיקף הפעילות הכספית.

יעל: מה התור? איך אתם עושים את זה?

ד"ר יובל וייס: אנחנו לא צובעים אותם בצבעים, אצלנו החולה נקבע לפי קדימות רפואית בקדימות לניתוח.

יעל: תייר יכול להמתין חודש לניתוח?

ד"ר יובל וייס: יתכן שיגידו לו שהניתוח לא דחוף. חלק נוסעים הלך חזור, חלק מנסים לחפש במקום אחר, מועד קרוב יותר. זה קורה פחות מאצבעות כף היד. יש להם דירות בירושלים, כי יש חלק שלא מסוגלים לחזור. יש את מלון עין כרם לדוגמא, שם הם ממתנינים ומחכים.

יעל: מה מחירי הפרוצדורות?

ד"ר יובל וייס: יש חוזרי מחירים של משרד הבריאות.

יעל: אנחנו רוצים את הנתונים בכתב אם לא קשה לכם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

קפלן: נשמח לענות. צריך לנתח את הדבר מבחינת כושר הייצור הרפואי - עד כמה זה מעמסה ויוצר תורים על הישראלים. מהיבט המלונאות, נמצא תייר ליד מאושפז ציבורי, והתייר בא אליו רופא בתדירות גבוהה יותר מאשר לציבורי, כי זה פרטי. החלק הלא יפה בשוק, הוא שיש מתווכים שמקבלים קופון די גדול, לוקחים עמלות די גדולות, ולפעמים זה יוצר מצב מכוער בין המתווכים למטופלים. אנחנו יודעים מה אנחנו מקבלים, אבל אני לא יודע מה עלות התייר כלפי המתווך שלו, שאמורות לכסות הוצאות ליווי של בני משפחה, הטסה וכו'. דעתי היא חד משמעית - שיש לעודד את זה. אם אפשר להשתמש בזה להכנסות נוספות כדי לאושש את מצבו הכספי של ביה"ח, אז מה טוב. לטעמי, יש מצבים שעולה פה יותר מאשר במדינות אירופה די מתקדמות, ולכן מן הראוי לבחון את העניין מההיבט הזה. אני לא חושב שהישראלים נפגעים במשהו מעצם קיומה של תיירות המרפא. ככה זה בהדסה, אני לא מתחייב על בתי"ח פרטיים.

שירה גרינברג: הרופא מקבל את אותו תעריף?

ד"ר יובל וייס: יש תעריפון שר"פ, מקבל אותו מחיר. אם זה בין משלם פרטי לבין תייר, בדיוק אותו סכום. לבתי החולים הפרטיים ולשב"נים יש הנחות, בגלל ההסדרים איתם, בוודאי מול חברות הביטוח הגדולות.

פרופ' קובי גלזר: האם אתה טוען שזה לא נכון שהיום בתיירות מרפא פציינט ממתין פחות?

ד"ר יובל וייס: התייר ממתין את אותה המתנה כמו חולה השר"פ הישראלי, כי הוא לשר"פ. כל תייר מרפא הוא מראש במסלול השר"פ. הוא נראה במרפאה אחר הצהריים, זה לא פועל בבוקר על חשבון אחרים. לפי זה מתזמנים את ההגעה שלו. 3 חודשים בשר"פ לרופאה אצלנו זה גם עבורו, והוא יחכה 3 חודשים כדי לראות אותה.

שירה גרינברג: יש לכם נתונים על זה?

ד"ר יובל וייס: יש רשימת מטופלים אחת, שרופא רואה. רשימה גלובלית.

קפלן: לנושא השר"פ - שייך לצד ההיצע. ראיתי שזה יותר סקסי, והביקוש פחות מדבר אליכם.

ד"ר יובל וייס מציג מצגת בנושא השר"פ:

ד"ר יובל וייס: אני לא בטוח שכולם מכירים את המודל. השר"פ הוא שם רשום, פטנט על הדסה. יש לנו רישום פורמלי על השם, אבל הוא מטעה. אין כאן שירות רפואי פרטי אלא מדובר בבחירת רופא, ביקורי רופא וזה מוגבל לרופאים בלבד ללא תשלום. השר"פ קיים בהדסה משנת 1956.

קפלן: לא שנושא של שר"פ חף מבעיות, בימים אלה אני שוקד על צורך בתיקונים. יש פערים בין התור הפרטי לציבורי במרפאות. יש פערים לא סבירים אצל רופאים מסוימים, אנחנו צריכים לתקן, מודעים לפערים, אבל זה פחות קיים בניתוחים. צריכים לשנות את כיסוי התשתית שמועמדת לרשות הרופא, לא רק תקורה, יש עוד דברים. כשהייתי מנכ"ל כללית שאלו אותי אם אני בעד שר"פ, עניתי כמו דפס - בבי"ח של הכללית אין קרנות, אבל זה כאילו סניף של הקופה. אמרתי אז שאם יונהג שר"פ בבתי"ח ממשלתיים, אז גם בכללית. ברור ששר"פ מגדיל ביקושים ומאפשר לנצל ביטוחים פרטיים, אבל אם כבר עושים שר"פ, אז לפי מודל הדסה מתוקן, ונעמוד על כך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שזה לא יהיה יותר מ- 50 אחוז. יש כאלה שבמחלקות מסוימות עושים יותר, כמו אורתופדיה ועיניים. מבין ה- 900 רופאים שעובדים בהדסה, יש 20 שר"פיסטים שעושים יותר, וצריך לתקן את זה. אם הולכים על שר"פ, צריכים להתקיים כמה תנאים מקדימים – שר"פ בלי תאגוד בתי"ח, לטעמי זה מרשם לבלגן. לטעמי, אם הייתי מנהל גוף גדול מסוג של ביי"ח והיו לי 4 סוגי ספרים ואפשר להעביר חלק מהכסף לכאן ולכאן, אפשר לעשות כל מיני תרגילים. לא נשמע שבבי"ח, שזה גוף ענק, 6,000 עובדים, 2 מיליארד ₪ - שלא ינוהלו ספרים כדת וכדין, כמו שמחייב החוק. כמו שזה מתנהל ותכניס גם קרנות מחקר, שזה יהיה במשטר תאגידי מבוקר. צריכים להיות נהלים ברורים. האסון הכי גדול – גם ציבורי, גם פרטי וגם שר"פ. מי שהולך למסלול שר"פ או פול-טיימר, לא יכול לעשות פרטי. האופוזיציונרים הסמויים להנהגת שר"פ במתכונת הדסה, זה אותם אלה שעושים מיליון ש"ח לחודש בפרטי. הם מותחים ביקורת על הפרטי, שבזכותו הם מקבלים את הלקוחות והפרופסורה. לסיכום, יש היום מס' דברים שטעונו תיקון והם יתוקנו. אני לא חושב שזה חלק מתכנית ההבראה של הדסה, ואנחנו נטפל בהם. אני חושב שמודל הדסה הוא טוב. בשערי צדק ניתנת לרופאים האפשרות לקבל כסף גם מחוץ למערכת הכספית של ביה"ח, ואצלנו אין כדבר הזה.

יעל: אני מבקשת לקבל את כל הנתונים על השר"פ - נתונים כספיים, כמותיים.

ניר קידר: לפני חודש פניתי לדר' וייס כי חברי הוועדה ביקשו את הנתונים. דר' וייס ביקש שיוצגו נתונים מעודכנים, במקום שנקבל נתונים שנמסרו למשרד בזמנו. האם אתם מתכוונים להציג את הנתונים?

דר' יובל וייס: הצגתי היום את הנתונים של כלל 2012.

יעל: התכוונתי למעודכנים 2013.

דר' יובל וייס: ניר, תכתוב לי בדיוק מה אתה רוצה ואשלח לך מה שיש לי.

יעל: אני מבינה שנאמר לנו ולי אל תעבירו את נתוני 2012, כי אותם נתונים באותה רזולוציה יגיעו על 2013.

דר' יובל וייס: יש נתונים על חציון ראשון, נעביר לכם.

פרופ' גבי בן נון: אני רוצה לחדד – היה סט של נתונים שהדסה התבקשה לתת למשרד הבריאות. אני הייתי רוצה לקבל, כוועדה, את רשימת השאלות שהמשרד ביקש מהדסה לענות עליהן, ואותו סט של נתונים מ- 2012 כדי לדעת מה ענו בהדסה.

יעל: אני מבקשת להגיש לחברי הוועדה את נתוני 2012.

דורון קמפלר: הם ביקשו שנמתין לדיון.

דר' יובל וייס: תקבלו.

פרופ' גבי בן נון: אתה בתקשורת באת ואמרת – ט. 17 משולם היום עי הקופה הציבורית, והשב"ן או הביטוח הפרטי מכסה את בחירת הרופא - אתה אמרת שאתה לא רוצה את זה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

קפלן: האלפות (α) בהדסה, כתוצאה מטמטום של הדסה, שנתנה הנחות שניתנו בהסכמי 2012 שהגיעו במכבי ל - 40 אחוז, במאוחדת ל - 28 אחוז, שזה לפחות מסביר את חצי הגירעון השנתי - אני מדבר על ההנחה העודפת שניתנה, שבי"ח ממשלתיים נותנים. אני הנחתי שזה סביב 15 אחוז, כשניתנת במוצע 26 אחוז. נאלצנו במשך הזמן להגדיל את ההנחות, ועשיתי ניתוח איך התגלגל הקאפ וראיתי שזה לא בהכרח נכון. כשאני מקבל הפנייה לבחירת רופא וט. 17 - ט. 17 ערכו התיאורטי הוא 40 אלף ש"ח כדי לכסות את תקורות ביה"ח, לכאורה מדובר בחגיגה של 80 אלף ש"ח, כשמשרד הבריאות יתמחר ב - 40 אלף ש"ח. מתוך זה אני משלם לרופא ומס שכן, ונשאר לבי"ח רק עשרה אחוז, 4,000 ש"ח. העלות של ביה"ח הרבה יותר גדולה, אני לא מרוויח מזה, עדיף לי שילכו. תביא לי הפנייה מהשב"ן כדי לכסות את הוצאות ביה"ח והרופא, לא מאה אחוז DRG, גם אם יהיה 50 אחוז זה טוב. אתה הבנת?

יעל: לא כולם הבינו...

פרופ' קובי גלזר: בגדול הוא אומר שהשר"פ נהנה מההנחות של הקופות.

קפלן: אז המדינה הייתה באה ואומרת לי, בצדק, בואו נתקן את הקאפ.

פרופ' גבי בן נון: ככל שאתה עושה היום יותר שר"פ, אתה מפסיד.

קפלן: באלפות נמוכות כן.

שירה גרינברג: הוא מקבל יותר כסף לעומת לא שר"פ.

קפלן: לעומת ציבורי אני מקבל דלתא קטנה - מיליארד וחצי כוללים את השר"פ.

פרופ' גבי בן נון: אם יש משהו שאפשר ללמוד על בעיות הדסה ברמה הציבורית זה מעניין. אמרת שחלק משיעורי ההנחות שאתם נותנים לקופה הם גבוהים. מה קרה לספינת הדגל של הרפואה הציבורית?

קפלן: יש לי דגם של קאפ מצרפי בין בתיה"ח הגדולים מול הקופות. הקאפ של בתיה"ח שיבא ואלה גדלו ב - 28 אחוזים. הקאפ של שערי צדק גדל ב - 60 אחוז. זה אחד ממקורות הבעיה. המרכזיות שביניהן היא שהקאפ של כללית עלה דרמטית. זו הייתה טכניקה לכסות את גירעונות הכללית. הקאפ של הכללית גדל מאוד.

פרופ' קובי גלזר: ההנחה גדלה.

קפלן: הקאפ של בתיה"ח של הכללית גדל ל - 11 אחוז, המצרפי. הקאפ של כל ירושלים ירד לסביב 14 אחוז, בשעה שאוכלוסיית ירושלים גדלה מ - 13 אחוז ל - 16 אחוז ממשקלה באוכלוסיית ישראל. הדסה חטפה 2 מכות גדולות חוץ מהשטויות בניהול הפנימי שלה, יש הרבה מה לתקן, הניהול היה בעייתי. אם אתה מסתכל על הפיקוח בעדכון הקאפ וההנחות המטורפות שהדסה נתנה, זה מסביר שני שליש מהגרעון.

פרופ' קובי גלזר: זה לא אותו דבר?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

קפלן: לא. יש את עדכון הקאפ, ויש הנחות עודפות שמורידות אותו.

עו"ד לאה ופנר: על מה השליש הנוסף?

קפלן: שומנים פנימיים - עדכוני שכר, פעילות אוניברסיטאית שעולה לנו בגרעון מעבר למה שאנחנו מקבלים מהאוניברסיטה ומות"ת, שזה 60 מיליון שקל. זה מספר שאני יכול להראות לך.

פרופ' קובי גלזר: יש תשלום מיוחד מות"ת.

קפלן: זה עולה להדסה 156 מיליון, מקבלת 38 מיליון מות"ת. צה"ל הגיע להסכם עם האוניברסיטה על הסכם צמרת, היינו אלטרואיסטים, ולא ביקשנו מהאוניברסיטה את החלק שצה"ל משלם לה.

פרופ' רוני גמזו: לא רוצה להיכנס לנושא הקאפ. אני לא בטוח שהנהלת הדסה בעבר טעתה טעות גדולה בכך שהשאירה את התחשבות השר"פ בבסיס. יש לכל דבר, בדיעבד משחקים שיכולים היו להיות, אם היינו מוציאים את זה משם. הקאפ של הדסה היה חייב ליפול באופן משמעותי, בעשרות מיליונים. זה היה יוצר תבנית שונה של התנהלות בין הדסה לשערי צדק. שני בתי"ח לא רבים אחד עם השני, אבל הם בתחרות עצומה, והיו מצבים שבי"ח מסוים נתן הנחות עצמות, ואחר נתן הנחות והשני אחריו. לא היה מצב של בקשה להוריד את תקרות הצריכה, אני אסתדר. כל פעילות שב"נית משולמת מהשקל הראשון ולא מהסל הבסיסי. היו שיקולים שצריך אומץ רב מאוד להגיד "תורידו לי את תקרות הצריכה מחוץ לקאפ, אני אסבול מכך, אבל אני אתמודד". כל נושא הקאפ של הדסה אפשר להסתכל עליו מכיוונים ממשלתיים ואחרים – הנחת מחזור, שלא היה להדסה ואני לא רוצה להיכנס לזה. אני רוצה להתמקד - אני נותן לאנשים משהו, מושג לכך שיש שני צדדים וזה נושא מורכב. השאלה בנושא השר"פ היא שאנחנו יודעים שיש אנשים שמגזימים, וחלק מהפעילויות מבוצעות ללא איזון. מה עושה השר"פ כשהוא מבוצע בשעות הבוקר או אחר הצהריים? בבוקר הוא לכאורה מאוד משתלם, אתה מבצע אותו בבוקר, לא צריך לשלם לצוות ואתה מקבל פעילות שהיא נמצאת ב-BUILT-IN, אבל אם אני צריך להחליפה בציבורית, במקומה ניתוח ציבורי, לכאורה זה יותר יעיל. אבל המצב של הדסה, הדסה כבי"ח, אדיש לזה.

קפלן: כל עוד זה לא גולש מהקאפ, אז אתה צודק.

פרופ' רוני גמזו: פר הגדרה, לך אין הבדל אם בבוקר יש ניתוח שר"פי או ציבורי בהסתכלות הכלכלית.

קפלן: בהסתכלות הכלכלית אתה צודק, בציבורית אתה לא צודק. זה מטריד בכמה מחלקות ולא יותר, עיניים, אורתופדיה, ניתוחי חזה. במירב המקומות, עושים פחות מ- 50 אחוז מהתפוקה שלהם. יש כאלה שהשר"פ זניח אצלם - אלה שלא כירורגים, זה לא קורה כמעט, רק מרפאות. יש בשוליים, קבוצה קטנה של אנשים שעושה שר"פ, כולל בבוקר בצורה שעולה על 50 אחוז מהפעילות האישית שלהם. אני חושב שזה לא בריא וצריך לתת שירותים אחידים, לפחות מבחינת אורך התורים, אז צריך לאזן את זה וזה בדיוק מה שאני הולך לעשות עכשיו. הצד של בוקר וצהריים, רלוונטי בעיקר לצוות, שם יש לנו עלויות גדולות. אני גם מקבל יותר אם לא היו שיקולי אלפות. אני מקבל יותר עבור השר"פ כשהוא כסף אמיתי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דר' יובל וייס: אין כפל תשלומים. אם רופא עושה ניתוח שר"פ אחר הצהריים, הוא לא יקבל משמרת שנייה.

קפלן: אם הוא עושה בבוקר שר"פ וציבורי אחר הצהריים, הציבורי נחשב כאילו בוקר מבחינת התשלום. קצ"ת זה לא שר"פ?

פרופ' רוני גמזו: לא.

קפלן: אתן לך דוגמא. מספר על רופא שהציע לו ססיות כקיצור תור.

פרופ' גבי בן נון: זה לא חוקי.

יעל: אתה לא בא מהשב"ן ומשלם.

קפלן: אל תשלי את עצמך כבוד השרה, זו תופעה מאוד שכיחה.

פרופ' רוני גמזו: האם בב"ח שיש לו שר"פ, האם הוא עדיין יכול להפעיל אחר הצהריים בלי בחירת רופא?

קפלן: בוודאי. אני אתמול ראיתי רופאים בשעה 20:00 בערב, שותים קפה אחרי ניתוח כבד.

דר' יובל וייס: רוב הניתוחים במשמרת השנייה הם ציבוריים. רוב המנתחים שם זה דור הביניים, ציבורי לחלוטין. אם השר"פ עובד, אין כפל תשלומים.

קפלן: יש הרבה פעילות ציבורית אחר צהריים.

דר' יובל וייס: מנהלי מחלקות, כדי לעזור למתמחים, עושים ניתוחים אחר הצהריים.

פרופ' קובי גלזר: החוויה של הפציינט היא שהוא אחד ששילם מול אחד שלא שילם. אתה מרגיש, עם יד על הלב, שאין הבדל ביניהם?

דר' יובל וייס: בהדסה זה פמלייה של רופאים, עוברים חולה-חולה, אין דבר כזה לדלג. עושים ביקור מחלקתי כל יום על כל החולים.

פרופ' קובי גלזר: בתור אחד שראה חולים חשופים שבאים לבקר אותם בב"ח 3 פעמים ביום...

דר' יובל וייס: כירורג הולך לראות את החולים שלו, ללא קשר אם הוא ATTENDING (רופא בכיר) או לא. רופא אחראי, עושה כל יום ביקור בוקר וביקור ערב במחלקה שלו. זה חולה שאני ניתחתי ויש לי עליו אחריות.

פרופ' קובי גלזר: אתה אומר שהחולה הציבורי לא מרגיש מקופח בשורה התחתונה.

דר' יובל וייס: אתה מוזמן לביקור לראות בעצמך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

קפלן: הבעיה היחידה בנושא של שר"פ היא בזמינות התורים, וזה רק במרפאות ולא במלונאות. אני מזמין את כולכם לביקור אצלנו.

יעל: לא נוכל לראות תורים בביקור.

עו"ד לאה ופנר: הדסה נמצאת פה בתור מודל שבאים ואומרים לנו דברים אחרים עליכם. לגבי רוב הדברים זה לא תחושות אלא נתונים. מקרים אנקדוטליים לא אומרים לי כלום. מה שאני הייתי רוצה לבקש בסוג הנתונים שלכם ושל בתי"ח האחרים ותאגידי הבריאות, זה ראשית נושא של שר"פ מול ציבורי שאפשר לחלק את זה לפי מחלקות – יחס הפרוצדורות. שנית, אם יש לכם ותוכלו לתת לנו את זמני ההמתנה, אם יש-יש, אם אין-אין. הייתי רוצה לדעת לגבי פרוצדורות שנעשו בססיות שהן אינן שר"פ. הטענה היא שאחרי הצהריים עושים רק שר"פ ולא ססיות.

דר' יובל וייס: לא, ממש לא.

עו"ד לאה ופנר: אני יודעת שלא, אבל זה לא עוזר. הייתי רוצה שנקבל גם נתונים מבתי"ח אחרים, לא ראינו מה קורה שם מהבחינה הזאת. ססיות מול ססיות, אורך תורים מול אורך תורים בין בתי"ח.

קפלן: למען ההגינות, צריך לעשות את הניתוח הזה גם לבתי"ח אחרים.

שירה גרינברג: אמרת - אם לעשות שר"פ, אז מודל הדסה עם תיקונים. מעניין לשאול – התייחסתם למגבלות על הרופאים. אצלכם זה ככה, בשערי צדק יש מגבלות אחרות. 2 שאלות – האם אתה חושב ש - 50 אחוז זה יחס שהוא ראוי במובן הזה? שנית, בבקשה תתייחס ליכולת הרגולטורית - גם בהיבט שלך כמנהל ב"ח, לבצע רגולציה על המגבלות שיש ולשלט בתמריצי השטח, וגם היכולת של הרגולציה לגבי המגבלות הללו, וגם לנושא התיאגוד.

קפלן: ההחלטה של קודמיי הייתה שברמת המחלקה השר"פ לא יעלה על יותר מ - 25 אחוז מהפעילות, עד 35 אחוז. אני חושב שאני רוצה לכוון זאת לכיוון ה - 25 וברמה האישית לא יעלה על 50 אחוז, גם אצל כוכב. שכוכב ייתן את התפוקה הזאת בציבורי, זה הוגן וסביר. יש כאלה שמגיעים ל - 80 אחוז והם מבוקשים מאוד מכל רחבי הארץ, שבהיעדר שר"פ הם עושים את הניתוחים בפרטי, שם היחס הוא 5-95 או 10-90, וזה יחס לא סביר. היכולת שלי לפקח, מבחינת זמינות המידע, היכולת לנקוט בצעדים שימנעו סטיות כאלה, יש לנו יכולת לשלוט בעניין הזה. זה לא נעשה לאורך זמן, ולכן אותם כוכבים הגיעו לכך, לצד פעילות ציבורית משמעותית.

שירה גרינברג: למה זה לא נעשה?

קפלן: העסק הזה גלש ולא היה מספיק פיקוח.

שירה גרינברג: ברמת ההנהלה זה תלוי ברצון הטוב של המנהל.

יעל: צריכה להיות רגולציה ופיקוח על החוק.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

קפלן: חייב להיות מנהל ואם הוא לא מסוגל, שלא יהיה מנהל. אני ממליץ על המתכונת של הדסה, מעודכנת לעומת המצב הנוכחי. אני רוצה פעילות ציבורית לצד הפרטי. אני צריך לדחוף את תיירות המרפא כמו משוגע, שם אין לי מגבלות ואין לי אלפות.

שירה גרינברג: הרובד השני ששאלתי עליו קודם – האם הרגולטור יכול לבצע את הרגולציה על המגבלות האלה? עד כמה הרגולטור באמת מצליח?

קפלן: לדעתי לרגולטור אין שום בעיה לפקח על זה ולהטיל עיצומים כאלה ואחרים, אם אכן מישהו יסטה מהכללים שנקבעו. הרגולטור יכול לאכוף, כפוף לסמכות ולרצונו, להגדיר את הכללים.

שירה גרינברג: האם רגולציה תחת ספק השירותים שהוא גם רגולטור לעומת התיאגוד – האם יכול לבצע רגולציה?

קפלן: אני חוזר ואומר, לדעתי תנאי הכרחי להקמת שר"פ זה לעבור תיאגוד קודם.

יעל: בסדר, זוהי המלצת ממשלה מלפני 6 שנים. אנחנו ממתינים בכיליון עיניים לנתונים. לאה ציינה כאן משהו שכולנו חשים. הדסה נמצאת על השולחן הזה פעמים רבות. הסיפורים שונים לחלוטין. אנחנו רוצים נתונים.

קפלן: אלו מילות בלע שאין בהן שום בסיס. כל הדסה זה רק שר"פ או רק סירוב, שיישאר כאן הלך רוח כזה, חוטאים למטרה.

יעל: לכן אנו רוצים נתונים. ניר יהיה אחראי על הנושא.

ניר קידר: גם סופרו סיפורים של תימחורים מול החולה עצמו, שחולה ממיון הובל לשר"פ...

ד"ר יובל וייס: אסור לרופא כונן לקחת שר"פ, אסור!

עו"ד לאה ופנר: אל תתרגז, תבין את החשיבות של המספרים והנתונים. יהיה קשה להתמודד עם סיפורים ואמירות. לא רצינו להרגיז, רק לספר לכם מה קורה.

יעל: אנא תעבירו לנו נתונים כדי שנדע במה מדובר. תודה רבה!

דיון פנימי:

יעל: נושא הנתונים הוא קריטי, פשוט קריטי! אני מבקשת שכל אחד יעביר לניר שאלות ספציפיות על הדסה. נכון לעכשיו נקבל דו"ח של דצמבר. הבטחתי לעיתונאים – כל מחקר, סקר, נתונים שנמצאים במשרד, מבחינתי זה רכוש הציבור.

פרופ' רוני גמזו: אני מפרסם כרוני, כועסים עלי שאני מפרסם יותר מדי.

יעל: לא פרסמנו את נתוני דצמבר של השר"פ בהדסה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' גבי בן נון: אלו נתונים נורא חשובים וזה הקטע של ההתחשבות. קופות יושבות פה ובוכות שאין להם כסף. יושב פה מנהל בי"ח ואומר לי ששני שליש מהגרעון שלו זה על תחרות בהנחות בין קופות החולים. אני חושב שהתשתית שלנו לא מלאה מספיק כדי להבין את התמונה.

יעל: ניר, אתה יכול להציג את כל נושא האלפות והקאפינג? שיעורי הנחות? ניתן הרצאות על כל הנושא הזה. זה חשוב שאנשים ידעו את זה. שמענו את קופות החולים וחשבנו שהם מסכנים, ורק עכשיו אנחנו מבינים שהם לוחצים את בתי"ח.

**** מציגה אחרונה בפני הוועדה: פרופ' לאה אחדות, היבטים של צדק ופרוגרסיביות. מציגה מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

שאלות:

פרופ' קובי גלזר: אם אנחנו מסתכלים על הוגנות, אז מה זה בכלל הוגנות..

שירה גרינברג: את אומרת בוא נעשה מס ייעודי. אם יהיו מסים ייעודיים לכל שירות, אז לא צריך לעשות סדר בכסף כי לכל מס יש צינור משלו.

פרופ' קובי גלזר: תלוי אם מסתכלים על ההוגנות הכוללת.

עו"ד עדי ניב-יגודה: זה יוצר אשליה שהיא לא בהכרח נכונה.

שירה גרינברג: יש חשיבות להסתכל על כלל המסים, וזה לא נכון שכל תחום יסתכל רק על התחום שלו.

עו"ד לאה ופנר: חלק מאקוויטי זה לא משהו רגעי, ולכן מודדים את זה לאורך השנים.

יעל: למה יש מס בריאות? משום שנחקק חוק שאמר שצריכים להיות מקורות למערכת. היום מנסים ללכת לאחור. אי אפשר היום לבוא ולומר שמס בריאות זה חלק ממס הכנסה או ביטוח לאומי, כי זה לא. הרזולוציה כאן היא עבה מדי ולכן את לא רואה שמס בריאות הוא לא פרוגרסיבי.

פרופ' לאה אחדות: את כל השטחים האלה אפשר לחשב. ביטוח לאומי הוא יותר טוב ממס בריאות.

עו"ד לאה ופנר: הכוונה היא לא לבטל את זה, אלא להפוך אותו ליותר פרוגרסיבי.

יעל: נכון מאוד, אפילו יותר פרוגרסיבי לפעמים.

עו"ד לאה ופנר: קובי אמר שאם נעשה את מס הבריאות בהכרח יותר פרוגרסיבי, זה אומר שאנחנו מטילים יותר מס על מעמד הביניים, ואז אולי צריך לשנות במס הכנסה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: אם תוריד את השב"נים להערכתך ישלמו פחות, אם אני לא טועה, אחוז זה למעלה ממיליארד ש"ח. אם אתה מוריד אחוז, אתה מכניס עוד מיליארד ש"ח. אם אני מורידה ממעמד הביניים את השב"נים זה משמעותי. רק את הקשקושים אני אוריד. יישאר בכיס של מעמד הביניים 100-150 ₪ יותר בחודש.

פרופ' גבי בן נון: מהשב"ן את יכולה לחתוך בחצי ולא יקרה כלום. עד כמה זה חופש הבחירה של הפרט בביטוח המשלים, זה נתון לוויכוח.

ערן פוליצר: זה אומר שאתה משלם על שטויות בשב"ן. אם אתה ממילא מוכן לשלם...

פרופ' לאה אחדות: בין מקורות המימון הפרטיים, עשינו הבחנה בין מתוך הכיס לביטוח המסחרי ולשב"ן. משק בית הוציא ב - 2011 כל חודש לשירותי בריאות - 109 ש"ח שב"ן, 105 ש"ח מסחרי - וזה לא מעט כסף.

דר' שולי ברמלי: איפה נכנס הביטוח סיעודי?

פרופ' לאה אחדות: לפי הוראות הלמ"ס. סה"כ השב"ן דומה לסה"כ ההוצאה הפרטית. המסחרי הוא פרוגרסיבי כי הוא פשוט נחלתם של העשירונים השישיים ומעלה. העניים לא צורכים ביטוחים מסחריים, ולכן אפשר לומר שהם לא נטל. בשב"נים בעצם אילצנו את כולם לרכוש שב"נים, כי שכנענו אותם שזה טוב, אז הם לא משתמשים במימון הזה. אנחנו יכולים עכשיו להסתכל גם על הרגרסיביות של ההוצאה מן הכיס ושל המימון הפרטי, שזה הרבה בהשוואה לאומית.

עו"ד לאה ופנר: אני חשבת שכל שזה יותר פרוגרסיבי זה יותר הוגן.

פרופ' קובי גלזר: את עושה הבחנה בין פרוגרסיביות במימון ל-בשימוש. לאה מראה פרוגרסיביות במימון. את יכולה לעשות הכל בלי הביטוחים המסחריים.

יעל: אנחנו יוצאים מתוך הנחה אפריורית שפרוגרסיבי זה חיובי ורגרסיבי זה שלילי וזה לא בהכרח נכון, אומרת יוליה. בואו לא ניתן תארים שיפוטניים. האם פרוגרסיבי זה תמיד טוב ורגרסיבי זה תמיד רע?

פרופ' לאה אחדות: אני חושבת שזה טוב שהעניים לא צורכים ביטוח פרטי.

פרופ' קובי גלזר: יש לדבר על בריה"מ ככלכלה ויש כמערכת בריאות. בבריאות, אני רוצה שאנשים ישלמו לפי יכולתם ויקבלו לפי צרכיהם, לא בכל המערכות זה מתאים.

פרופ' גבי בן נון: זה חוזר לדיון של מה זה בריאות. אנחנו רוצים להכריע במנותק מהחוק.

דר' שולי ברמלי: מה ההבדל מאז להיום, מ - 1999?

פרופ' לאה אחדות: יש הרעה מסוימת, קשור לשינויים בתמהיל ציבורי-פרטי, זה לא הגובה. זה האי שוויון ברמת ההכנסה שעלה מאוד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' קובי גלזר: אם נחשוב שלעניים יש יותר ילדים, אז נבין את זה. הראנו שאנשים משלמים לפי יכולתם, אבל משפחות עניות הן גדולות יותר וצורכות יותר שירותי בריאות.

פרופ' לאה אחדות: זה הכל מתוקן לסולם השקילות שלוקח בחשבון מס' ילדים והכנסה לאדם סטנדרטי, עם יתרונות לתצרוכת. אלו נתונים מנורמלים. כל מס אתה גם משקלל במשפחה.

איפה אנחנו עומדים בהשוואה בינלאומית? טבלה במצגת. לסיכום – כשאנחנו בוחנים את התמהיל ציבורי-פרטי לא רק בהספקת שירותים אלא גם במימון, צריך להתייחס גם לנקודות האלה. אין ספק שאפשר לעשות סימולציות בהן אפשר לראות איך שינוי שאנו מציעים עשוי לשפר את הפרוגרסיביות של המימון או לא.