



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 3/10/13

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' יעקב סיון, מנהל מחלקת ריאות ילדים, ב"ח דנה. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

פרופ' סיון: מציג עצמו. מתוך המצגת - מציג את הבעייתיות בזמני המתנה לניתוחים וטיפולים. עומס במסדרונות – תמונה מקוממת של אנשים שמאבדים את הפרטיות שלהם - זה מהעיתונות, לא אני צילמתי את זה. למה אנשים פונים לרפואה מחוץ לבתי"ח ציבוריים? תורים ארוכים והרצון לבחור רופא, ועם הדברים האלה אנחנו צריכים להתמודד.

כשמדברים על שר"פ – אני רוצה להראות לכם כמה דברים. זאת המציאות האמיתית. ממוצע הזמנים לתור בשר"פ נראה ככה – 106 ימים לעומת 8 ימים, וזה מתפזר על הרבה מאוד מקצועות. אלו נתונים מהכנסה - 19, של פרופ' ברזיס מנובמבר לפני שנה. שימו לב מה קורה בב"ח שיש בו שר"פ, ולמה? התשובה מאוד פשוטה. את התשובה לכך נתן ב"ח הדסה בעצמו. שיעור השר"פ ברמת המחלקה מותר לו להגיע ל - 20%. בפועל אין קשר בין מה שקורה בפיקוח ההנהלה למה שקורה בשטח. יכולים להגביל עד מחרתיים את השר"פ, כשבעצם אין סיכוי. אומר פרופ' פאר ממח' עיניים בהדסה – ציטוט במצגת. הרופאים המבוקשים, הבכירים, אלה שאנחנו רוצים אותנו לעצמנו, עובדים כמעט רק שר"פ וזה נכון לא רק בהדסה. הסיפור הזה הוא יומיומי – מגיע אדם מבוגר, שמועד ושובר את צוואר הירך, דבר שכיח לצערנו ויומיומי. הטיפול הוא מאוד מתקדם ופשוט, ניתוח אורתופדי ולמחרת החולה על הרגליים והולך הביתה. היום לא מתים מתסחיפים לריאות בגלל השכיבה לאחר הניתוח. מה קורה בפועל? אין תור לניתוח. מנתחים אותו בתורנות תמיד, שמתחילה בשלוש-ארבע אחר הצהריים. האורתופד רושם את הניתוח בתורים הדחופים. החולה מחכה, בצום מהבוקר. בארבע-חמש נכנס ניתוח אפנדיציט וניתוח דחוף אחר, ואז הוא נדחה. למחרת הוא שוב בצום, וממתין עוד יום ועוד יום כי חדר הניתוח לא פנוי. עד שחולפים כמה ימים, והוא בצום, ילדיו מאבדים ימי עבודה כי הם יושבים לידו, יש כבר פגיעה בבריאות שלו, זה זמן המתנה מיותר. חדר ניתוח תפוס. זה יכול לקרות לנו, להורים שלנו, בכל רגע, אלה החיים, זה סיפור יומיומי.

בפני הוועדה הזו הופיעו מכובדים שהציגו עמדות שפורסמו. לעניות דעתי, בדברים שפורסמו קיים קשר לוגי ועובדתי בין חלק מהדברים. רוצים להתחרות באסותא, אבל איך אפשר להתחרות עם הסכומים כאשר כל ב"ח אחר לעולם לא יוכל לתת את השכר שהרופא מקבל באסותא. האם מנהלי בתי"ח באמת מתכוונים לשלם סכומי עתק לרופאים בבתי"ח ציבוריים? התשובה היא כן. להיות פול-טיימרים פשוט לא משתלם להם כי הם מקבלים סכומי עתק על אותן פעולות בחוץ. מקריא ציטוט מדבריו של ברבש במצגת. מעבר לנושא של מאה אלף ש"ח בחודש במדינה שבה ילד לא יוצא לטיול שנתי כי להורים אין כסף, האמנם זה ככה? זה הרבה יותר ממאה אלף ש"ח בחודש. הוא עושה 4-5 ניתוחים בשבוע, וזה הרבה יותר מזה. כבר היום - אין שר"פ, בתי"ח ממשלתיים משלמים יותר ממאה אלף ש"ח, אז תגיד להם לרדת ממאה אלף ש"ח ואז הם יישארו? זו לא התמונה שאני מכיר.

יש פה את נושא תאגיד הבריאות שהוא חסוי. לא הייתה לי קליניקה פרטית עד לפני שנתיים, וכיום אני מתכוון לפנסיה שלי, אבל בתוך עמי אני חי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' רוטשטיין הציג את מודל המסלולים שקראתי לעומק. 2-3 הערות בנושא המודל שלו – מתייחס למצגת. אני שואל אותו, למה היום אתה לא עושה את זה? אתה מנהל פעילות אחר הצהריים של ססיות בהיקף ענק. למה היום אתה לא עובד באופן שקוף? כי אתה לא מעוניין עכשיו, אז למה שתהיה מעוניין אחר כך? מי יפקח על זה? היום אתה מפקח ואין ניהול תורים מרכזי. אומר רוטשטיין - לכל בכיר משולב תוגדר מכסת ביצוע - האמנם? למה היום בססיות אתה לא עושה ככה? אתה יכול לעשות את זה לבד? למה רופא אחד יכול ואחר לא? התשובה נורא פשוטה, כי על ניתוח כזה הוא מרוויח ככה, ועל אחר הוא מרוויח אחרת. הוא מנהל ביזנס, אבל זה לא ישתנה. הוא ייתן יותר אחוזים למי שעושה פעולה שמכניסה יותר כסף. למה היום הוא לא נותן זכות לכל רופא? אם יבקשו לעשות ססיות יגיד לרופא אחד כן ולאחר לא לפי הרווחיות של הניתוח, לא ישתנה פה שום דבר. יש רופאים היום שרוב העבודה שלהם היא אחר הצהריים או בערב, ואחרי שיהיה אצלו שר"פ זה יהיה הרבה יותר גרוע.

כל העקרונות הכלכליים אלו דברים שנושא הפיקוח לא מסוגל לרדת לרזולוציות האלה. כשמנהלי בתי"ח משדרים את זה לרופאים, אני מסופק אם אנחנו יכולים לתת להנהלות לפקח. גם היום הם לא עושים את זה נכון, זה כמו לתת לחתול לשמור על השמנת.

יעל: אבל אם מעליהם יהיה פיקוח?

פרופ' סיון: אני מבטיח שאציע עוד מעט רעיון לפיקוח.

היבט נוסף, נושא של שכר. מתייחס לכתבה במצגת. אנחנו בעצם הולכים ורוצים לבנות עוד מערכת שתהיה עוד יותר בצד ועוד יותר כסף יהיה בה - חוזר למצגת. זה עוד נקודה שצריך לקחת בחשבון, האם ככה צריכה להיות הרגולציה, כמו שרוטשטיין מציע. ברור שאם נגיד למנהלי בתי"ח האלה שכולם יכולים לעשות שר"פ, אז הוא יחשב כמה הוא מרוויח על כל פעולה. פעולה צנתורית מביאה הרבה יותר מאשר ניתוח פשוט אחר, שמכניס פחות.

מה עם שר"פ של חולים שהם לא כירורגים? אתן דוגמא מילדים. מגיע ילד עם דלקת ריאות ורוצה שר"פ, רוצה אותי נגיד. אבל אני שר"פ, אני אבוא אחר הצהריים למיטה הזאת, הוא בחדר עם עוד שלושה ילדים ואני אטפל בו אישית. אתקשר לכונן ואגיד שצריך להחליף את הטיפול שלו. למה זה שלידו לא צריך? לא יודע, הוא לא פרטי שלי. אני מקווה שלא אעמוד במקרה כזה. גם אני כרופא כונן צריך לטפל בחולים פרטיים של אחרים. אני התרגלתי לזה, אבל רופאים צעירים אחרים היום לא. אף אחד לא מתגמל אותי על זה, זה יגרום רק לחיכוכים ולבעיות. הוא לא שילם לי, רק למנתח, למה שאני אטפל בו? רק המילים שיוצאות לי מהפה גורמות לי לאי שקט. יהיה קיצור של תורים רווחיים ותורים אחרים לא. אחר כך הילד יצטרך עזרה בכיתה א', אבל יש ניתוח יותר רווחי של כיס מרה.

השר"פ נשמע הגיוני, אבל מעולם זה לא הוכח. היום יש ססיות וזה לא הוכח, לא מעשי ואומר לכם מדוע. אני מסתכל לכם בלבן של העיניים. המנתח עסוק בחדר ניתוח. הוא לא יכול לתת מענה לבעיות במחלקה, זה לא יקרה. מי שאחראי על המחלקה זה רופא תורן וכונן. אם מגיע מישו שצריך ניתוח זה הכונן, זה לעולם לא הרופא שעסוק בססיה או בשר"פ, וזה לא פתרון. הערך המוסף של זה הוא קטן ביותר, ובוודאי לא כמו שמוצג. אני יכול לצטט גדולים ממני, אליקים רובינשטיין – במצגת. אני רוצה לתת לכם עוד סיטואציה שתסביר למה אין כסף במערכת – במחלקה שלי יש בדיקה שנקראת גז NO באוויר הנשוף. שמים מסיכה לנבדק, סוג של בדיקת תפקודי ריאות.



בסיום הבדיקה חשבון של 431 ש"ח מוגש למשרד הבריאות לאישור. משרד הבריאות קובע החזר של 236 ש"ח, למה? ככה. יש הנחה לקופות של 83 ש"ח. אני מקבל כי אני נדרש להיות רווחי, 136 ש"ח, כלומר אני מפסיד על כל בדיקה 278 ש"ח - זה מהחיים. מה אני עושה? אני כותב למשרד הבריאות מכתב, אבל אין לי זמן, זה ייקח שנתיים וכבר ארבע שנים אני מחכה לעדכון התמחור בהתאם למצב. זה מרגיז אותי אישית, אבל זה כסף של המערכת.

יש מעבדת שינה אצלי במחלקה. אנחנו מפסידים קרוב ל - 500 ש"ח לבדיקה, ומערכת הבריאות מפסידה בגלל ההנחות, וזה עוד לפני CAPING. אלו נתונים אמיתיים, וזה עוד כי יש לנו מעבדה קטנה.

אורי שומרת: אלו לא הנתונים שיש לנו. צריך להבהיר את זה.

פרופ' רוני גמזו: הוא מדבר על הנחה תעריפית, בטח לא הנחה ממוצעת.

פרופ' סיון: חוזר למצגת - אם אסור לעשות שר"פ, נעשה שר"פ סיעודי - מיילדת פרטית, אחות פרטית. היועצת המשפטית לממשלה אמרה לעצור גם את זה. בתי"ח מחזירים מתרגילים משלהם מתוך אילוץ משום שהקופות לא משלמות את העלויות של הטיפולים, אז ביה"ח צריך להשיג לנו את הכסף. גם הר"י, שאני מאוד מכבד אותם, עמדתם קצת בעייתית בנושא הזה. הר"י מגיעים משתי נקודות: יהיה דיון של הוועד, אבל של הרופאים. ועד הר"י במצוקה לא פשוטה בעמדתו מול הרופאים בנושא השכר. האינטרס שלהם הוא להראות לרופאים שדואגים להם. אני שם בסימן שאלה האם הר"י מייצג את הקהילה? התשובה היא לא.

פרופ' רוני גמזו: מסורתית, אפילו מ - 2002 הר"י בעד השר"פ.

פרופ' סיון: זה עדיין לא הופך את זה לעמדה שהתקבלה.

עו"ד לאה ופנר: החלטת הוועדה כבר 20 שנה היא בעד שר"פ, אבל זה לא קשור לעמדת שר"פ. זו עמדה קשה בהר"י. אני מסכימה איתך שלא כל הרופאים מסכימים על כך.

פרופ' סיון: אני לא רואה בזה דיון ציבורי, אני לא קיבלתי הזמנה להביע את עמדתי.

תיירות מרפא - זה מי שבא מדיר אל בלאח ומחברון, לא רק ממזרח אירופה. המדינה מנקה מהתשלומים המועברים לרשות, ומעבירה לבתי"ח. בתיירות מרפא תמיד יהיו תורים קצרים. אני לא מקבל מזה אגורה, אבל אנחנו עושים את זה. מישו דופק בדלת ואומר שהוא רוצה להביא חולה מ - X, אני לא נכנס לכל החישובים, אני רופא ומזה אני נהנה. אבל כשהחולה כבר מגיע פנימה, והוא צריך תור ל - MRI, אני אלך להקדים לו, וזה ברור. לא כולם עשירים, הוא מכר את הבית שלו. חלק גדול מהם מגיע בייאוש - פגיעה מוחית, סרטן לילד. זה מה שאני רואה על בסיס יומי. אלו לוגואים של חברות תיירות מרפא שאתם רואים בשקף. הם מתקשרים ומבקשים את מספרי הטלפון של הקליניקות, והסיפור נראה אחרת. התפוסה של תיירות מרפא - אצלי במחלקה זה נע בין חולה אחד מתוך 8 מיטות, ולפעמים 3-4 מתוך 8, לפעמים זה מגיע לעשרות אחוזים.

יעל: יוליה, יש לכם עבודה. יש לנו תת וועדה שתעסוק בנושא הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' סיון: האם ראיתם פעם חולה של תיירות מרפא שוכב במסדרון? איך זה קורה שאף פעם לא ראיתם? איך?

יוליה איתן: אתה כולל בזה גם פלסטינאים ועובדים זרים?

פרופ' סיון: פלסטינאים אולי תראו יותר במסדרון, אבל אחרים לא תראו במסדרון.

יוליה איתן: אתה חושב שהמחלקה שלך שונה?

פרופ' סיון: לא, נתתי דוגמא, אני לא רוצה לחפש מחלקות אחרות. אני יודע שזה מגיע לעשרות אחוזים. לא רק שאין מספיק מיטות אשפוז בשביל זה, אלא זה גם מצב הצוות. כמות האחות כאן לאלף נפש היא קטנה במיוחד. זאת אומרת שתהיה תוספת של חולים של השר"פ למשל, צריך מישהו לטפל בהם.

התרחיש שאני רואה בעקבות תיירות מרפא – ואני בא ממיטת החולה – חדרים מלאים זה יותר חולים במסדרון. ממשיך במצגת - הסניטר יעבוד יותר, מוביל יותר חולים לחדר ניתוח. אנחנו עוזרים להם כי הם נורא מסכנים, לא יכולים להיתקע חודש בהמתנה לצנתור. בסוף זה פוגע גם בהתמחות. אם אנחנו מעבירים חומר רפואי למערכת פרטית, אפילו אם היא בתוך ביה"ח שלנו, המתמחים פחות נגישים לזה. אני משוכנע שלא תעבור שנה או שנתיים מהרגע שיהיה שר"פ בבתי"ח, עד שיהיה שר"פ בכל מקום. היום פורצים לך לאוטו, אתה פונה למשטרה ומקבל דו"ח. אתה רוצה חקירה – תשלם על זה, ואז השוטר אחרי יום עבודה יבוא ויחקור. צריך אישור במנהל ההנדסה. חברים, זה קיים. במשחקי כדורגל לא שוכרים שוטרים?

יעל: נכון, זה לא שר"פ? וכל האירועים בעיריות?

פרופ' גבי בן-נון: פה מדובר על העדפה אישית של חולה.

יעל: אתה משלם למשטרה על פעולות. יש לי המון דוגמאות מאירועים שעשיתי בעירייה. כל שוטר עולה 200 ש"ח.

פרופ' סיון: מחר אני מגיע לקבל אישור ממנהל הנדסה, אומרים אין בעיה. זה שמטפל בזה עושה עבודה נוספת בתשלום אחרי השעה חמש. מנהלי בתי"ח הציגו דגל אדום בעיתון. ירח הדבש הזה, לדעתי, הוא קצר מאוד. היחסים ביניהם לא חבריים, אנחנו יודעים את זה. התחרות לא תהיה בין בתי"ח, אלא על השר"פ. הכסף הוא הבסיס והם יתחרו על מי מקבל יותר, וזה ברור. אנחנו נהפוך את זה למאבק ביניהם, במקום מאבק על האיכות.

הפתרונות – נקודת המוצא – כל הצעה לרגולציה או לשקיפות נדונה לכישלון. משרד הבריאות לא מסוגל לבצע רגולציה פרטנית ברמת המסדרון. זה לא תפקידו, אין סיכוי, הוא מיניסטריאלי ולא משטרה. אפשר לעשות בקרה צולבת – רוטשטיין יבקר באיכילוב וברבש ברמב"ם – אבל זה לא יעבוד, כי אף ביי"ח לא יחשוף פרטים למתחרה שלו. הפתרון חייב להיות כזה שלמערכת ולהנהלה יהיה דחף עצום לקיימו, ולמה אני מתכוון? אם תהיה הנחייה שכל עוד שיהיה חולה במסדרון, אוטומטית לא תהיה שם תיירות מרפא. איך זה יעשה? נורא פשוט. בכל ביי"ח ישימו נציג שיועד כמה מיטות יש בכל מקום, וכמה במסדרון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: אני מוצאת סתירה בין מה שאמרת עכשיו למה שאמרת קודם. אמרת מקודם שמשרד הבריאות לא מסוגל לבצע בקרה. והנה דקה אחרי זה אתה נותן דוגמא של איך המשרד יכול לבצע בקרה. אם אפשר לבצע בקרה על תיירות מרפא, אז הוא יכול לבצע בקרה.

פרופ' סיון: זה עניין של מינוחים. כל עוד יש לך חולה במסדרון - באותו יום אסור לך לקבל תיירות מרפא.

יעל: הוא לוקח פרומיל כדי לקחת עוד שלושה אנשים שיפקחו עליו. או שאפשר או שאי אפשר. אי אפשר לומר שבתירות מרפא אפשר לבצע בקרה, ובשר"פ אי אפשר.

פרופ' סיון: במחלקה אורולוגית בבי"ח וולפסון יש 25 מיטות, זה ידוע וזה מה שיש להם. מאושפזים כרגע 32 חולים, כלומר 7 חולים הם אקסטרה. גם אם הם לא במסדרון אלא בחדר, זו צפיפות. אם יש לך חולים במסדרונות, אתה לא יכול באותו יום לבצע תיירות מרפא. כמובן שחייבים להגדיר מה זה מסדרון, כי אפשר להעביר חולים לשכב גם בחדר אוכל, בקבלה וכו'.

עו"ד לאה ופנר: אתה מתכוון למיטה על-תקנית. אתה אומר שאם יש יותר חולים מאשר מספר התקן, אנחנו נראה בזה מסדרון, לא משנה איפה שמו אותו.

יעל: זה אומר שאף אחד לא יכנס כי גם היום יש כבר על-תקני.

פרופ' סיון: בגלל זה חייבים להגדיר מה זה מסדרון, אני מסכים, אבל זו רק הצעה כרגע. אחרי ההגדרה, מנהלי בתי"ח יצטרכו לקחת צפי תפוסה. אתמול הוא לא ידע, אבל היום בבוקר הוא ידע יותר. צריך לשלוט במציאות אצלם. יש להנהלות אינטרס לווסת את החולה לפי צורך קליני ולא לפי שיקול כספי. היום האינטרס הוא אנחנו נהפוך את העולם כדי שחולה רגיל ישתחרר, כדי שנקבל חולה ממולדובה. זה הרעיון שלי שחוסך רגולציה בלתי אפשרית, כדי שיהיה כאן אינטרס מובנה של המערכת לוודא שזה לא יקרה.

ומה לגבי שר"פ? יש לי כאן רעיון שיתכן וכבר שמעתם כי ראיתם שעוד אנשים חשבו ככה. רעיון הביטוחים המשלימים – שם הכסף שאנחנו רוצים לייעד לציבור. ההצעה היא פשוטה – נתח קבוע מההשתתפות בביטוחים המשלימים יועבר לבתי"ח אוטומטית. רופא שעובד משרה מלאה, ועושה עבודה בחוץ ומקבל מהביטוח המשלים - 100 ש"ח יקבל ביה"ח. אם יותר מזה, אז אחוז אחר יעבור אוטומטית, או לאיזה פול ארצי של בתי"ח - זה כבר דיון מסוג אחר. מהו הצידוק המוסרי והפן הפרקטי של העניין? האטרקטיביות של הרופא ברוב הגדול של המקרים זה בגלל שהוא נבנה בתוך בי"ח ציבורי של המדינה. השקיעו בו, הוא מומן כאן, והוא הפך למבוקש במערכת הציבורית. המערכת השקיעה בקידומו והיא מקור הלקוחות שלו. הבן שלי בן 39, יש לו בעיה רקטלית. הלך לבדיקה בבי"ח והיה צריך התערבות ניתוחית פשוטה. עם כל הפרוטקציה שלי – 3 חודשים המתנה לתור לניתוח. עשה בסוף ניתוח בהדסה והמשך מעקב באיכילוב. החולים חוזרים אחרי ניתוח למעקב במערכת הציבורית. מה קורה כשחולה בהדסה הסתבך? אני מהווה גיבוי לאסותא. הם לא טרחו להקים טיפול נמרץ ילדים, זה המון כסף. הוא מאשפז את הילדים אחרי ניתוחים אצלי, וזה לא שווה כסף. אנחנו הגיבוי כשהחולה מסתבך. גם מעקב אחרי זה, המנתח אומר לחולה תבוא אליי לאיכילוב, כלומר יש הצדקה מלאה. ההגבלות על הביטוח המשלים יהיו –



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

העברה של פחות מ – 50% מהכסף – אתה לא יכול להיות מרצה בכיר. אתה חייב לעבוד 50% בבי"ח. המעמד והביקוש יהיה בהתאם למי שלא רוצה. מי שרוצה להיות חלק מהעשייה האקדמית, יאמרו לו שאחוז מסוים ממה שהביטוח המשלים משלם לו בחוץ, הולך למקום שנותן את הגיבוי וההתמחות, וזה אוטומטי. אם זה יוצא כחוק, הוא יודע שהמחשב מעביר את הכסף. זו החלטה מיניסטריאלית משמעותית. מה יקרה אחרת? מי שהולך לעבוד באסותא – אני אגיד שזה לא נורא כל כך. אני מקבל ממנו קופון, אז לא נורא. אבל זה לא צריך להיות ככה.

הניתוק של בתי"ח מהמבטח הוא הכרחי, וזה בסיסי. זה כבר לא הקשר אסותא-מכבי. בא אלי חולה למרפאת ריאות - לך תביא טופס 17. בשניידר החולה שמקביל אליו חותם על הטופס במקום, ועל המקום ביה"ח עושה לו את הבדיקה, וזה טוב לחולה ולביה"ח. זה לא רק בעיית אסותא-מכבי, זו הבעיה של קופת חולים שהיא גם המבטח וגם הרגולטור. זו תכנית למדינת ישראל לשנים רבות מאוד. כשאומרים איפה הכסף? הוא גם פה. אני מציע שלא יהיו הנחות - תתחרו על האיכות ולא על מי נותן שקל פחות. אני שומע את המריבות על המחיר באוזניים. אל תיתן אחר כך לקופות להוריד את מנהלי בתי"ח על הברכיים בשביל כל בדיקה. אני נותן 35% הנחה ואי אפשר לעבוד ככה, וזה עוד לפני ה - CAPING. שאדם יעדיף ללכת לרמב"ם ולא לאיכילוב, לא בגלל שזה לאן שהקופה שולחת אותו כי יותר זול לה, אלא כי ברמב"ם השירות יותר טוב. בארה"ב אסור לגייס תרומות אם ביה"ח לא עומד בסטנדרים מסוימים, אולי צריך ללמוד מארה"ב. תודה רבה!

יעל: כל הכבוד! זה היה כן, ללא מורא וללא משוא פנים.

שאלות:

ניר קידר: בנושא תיירות מרפא ומיטות - אתה לא חושב שזה יגרום לשחרור מוקדם מדי של החולים?

פרופ' סיון: אני לא כל כך חושש. רופא הוא בעל אחריות רפואית, בריאות החולה חשובה לו יותר. זה יגרום לפתיחת יותר מוסדות שיקום, וזה טוב. אם רופא רוצה להיות במינוס מיטה ולא בפלוס מיטה, הוא לוקח סיכון. זה פשוט. אתה צודק, יש בזה סיכון מסוים, אבל אני חושב שהוא קטן מאוד.

פרופ' גבי בן-נון: בנושא תיירות מרפא - אתה ציינת שהמחסור הוא לא רק בעניין המיטות, יש מחסור בכ"א. הפתרון שלך של אין מיטות מסדרון כדי לקבל תיירות מרפא, אבל לא פתרת את הנושא של הצוות. ועוד משהו - אני לא מבין איך זה עומד - לא נגעת בנושא השר"פ. מה אתה רואה כפתרון שלך להסדר השר"פ? נתת מתווה של פתרון בנושא הקניין הרוחני, אבל מה הפתרון? לא נתת פתרון לשר"פ.

פרופ' סיון: לגבי מצוקת אחיות, אתה צודק. אם אתה לוקח היום את כל החולים בתיירות מרפא ומוציא אותם כרגע, אתה מפנה הרבה אחיות. משרד הבריאות מתקן מספר אחיות לפי מספר מיטות. המשרד צריך לעשות רביזיה, ולשאול האם אתה נותן אחיות למחלקה לפי מה שראוי למחלקה. הכמות ידועה, אבל התקנים יותר נמוכים לעומת אירופה, זו בעיה ראשונית הרבה מעבר לדיון שלנו. התמחיתי בארה"ב במקומות מהמובילים בעולם - כמות החולים שאני רואה ביום, רופא שם לא רואה בשבוע. כמות הרופאים במשמרת היא 7, כשכל אחד



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עסוק במשהו אחר – ניהול, החייאה וכו'. ברור למשרד הבריאות שהאוצר לא ייתן לתגבר את כוח האדם. נושא האחיות הוא אחר לגמרי, כמות האחיות לא מספקת בכל דיון שתוצה.

לגבי הביטוחים - אני אתן לך דוגמא על ניתוח שעשיתי – ידעתי מי ינתח אותי ולא ידעתי מי ירדים אותי, וגם לא שאלתי. כל פרוטקציה היא מקור לסיבוכים. המערכת אצלנו עובדת טוב, אל תפריע לה. באותו יום נותחה אחת מבכירות ביה"ח, והיא הסתבכה ואני לא. אחרי כמה ימים ביררתי מי ינתח אותי, והלכתי להגיד לו תודה, והוא היה אדום כל כך. המערכת עובדת טוב, אל תפריע לה. 14 אלף ש"ח עלה הניתוח, והרופא מקבל 2,000 ש"ח ברוטו לכיס. אם הוא ילך לאסותא הפסדנו, ואם יישאר – הרווחנו אותו. ברמת הרעיון והעיקרון – ברור שאסור שהפרמיות יעלו, זה לא העניין. העניין הוא לעשות תהליך שיקטין את המוטיבציה לנתח בחוץ, וכלל שתנתח יותר בפנים, ביה"ח שלך ירוויח יותר. ככל שהעסק יותר חזק, ביה"ח ירוויח יותר. שר"פ – פשוט אין!

יעל: הוא מתנגד לשר"פ.

עו"ד לאה ופנר: כחלק מהפתרון שלא תהיה מיטה במסדרון, אתה חושב שאפשר לווסת את המיטות, שכאשר יש עודף בפנימית אפשר לשים חולה במחלקות אחרות. זו טענה שהאוצר תמיד טען, אבל הבנתי שאי אפשר רפואית לעשות את זה.

פרופ' סיון: אני חושב שמנהלי בתי"ח רציניים ומוכשרים, ועומדים באתגרים הרבה יותר מורכבים.

עו"ד לאה ופנר: אבל האם רפואית זה אפשרי?

פרופ' סיון: צריך למפות את המצב. לא כל דבר אפשרי. יש דברים שכן אפשר. היום העבודה היא במערכים, ויש אפשרויות לתמרן. אני חושב שהמשימה הזו צריכה להימסר למנהלי בתי"ח, ואם זה יעבור לידם הם יתמודדו עם זה.

עו"ד לאה ופנר: כולם מסכימים שבמערכת הציבורית הרופא צובר את ההכשרה שלו ואת המוניטין שלו. אם אתה אומר שבאותו זמן הוא לא יכול לעבוד בחוץ, האם אין לנו דאגה שהוא יצבור את המוניטין ויתחיל לעבוד בחלקיות משרה כשהוא כבר עם המוניטין, וצריך לבחור במערכת הפרטית או הציבורית ולא יעשה את זה בהמשך?

פרופ' סיון: עד שיגיע למעמד הזה של הבחירה, זה הרבה מאוד שנים. הוא יבוא למנהל ביה"ח ויגיד שהוא עובר ל-50% משרה. הוא מאבד דברים שרבים לא יאבדו – מקום באקדמיה, מעמד של איש סגל. אני מציע שיוריד 30% לטובת הביטוחים המשלימים. יש לחץ עצום של אנשים שרוצים להתקדם, ומנהלי מחלקה נתקעים בתפקיד. אני אומר שאני לא רוצה להישאר בתפקיד ואני מוכן לפנות מקום, אבל רוצים שאוותר על התנאים שלי, אז אני דואג לפנסיה ולא רוצה לעשות את זה. אני מציע להישאר בסביבה, אבל זה לא משתלם לי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: שר"פ – האם אתה לא חושב שחלק מהפרוטוקול של רופאים שאינם בעד שר"פ זה אלה שעושים הרבה מאוד עבודה פרטית בחוץ עם השתכרות גבוהה? השר"פ יוריד מחירים של מה שניתן לעשות, וזה מכניס למסגרת שלמנהל ביה"ח יהיה הרבה יותר כוח עליו מאשר כשהוא הולך לאסותא.

פרופ' סיון: העובדות בשטח. מי רוצה שר"פ? הכירורגים!

עו"ד לאה ופנר: לא אלה שעובדים בחוץ. הם מפחדים מהשר"פ כי הם מפחדים שזה מה שיגביל אותם.

פרופ' סיון: אני לא מסכים, ממש לא.

פרופ' רוני גמזו: גילוי נאות, אני הייתי המנהל של פרופ' סיון. חלק מהתיירות הרפואית זו חובה שלנו כמדינה, אנחנו חתומים על הסכמים. לא ניתן להגיד שכשיש חולים במסדרון שלא נקבל חולים מהרשות. האם יש הבדל בכמות התיירות הרפואית שנמצאים בתוך טיפול נמרץ ילדים? כמה מיטות יש היום במחלקה?

פרופ' סיון: 8. עלינו מ-6 ל-8.

פרופ' רוני גמזו: ואם מישו יגיד לך שהנהלת ביה"ח שלך הצליחה לעשות את המהלך הזה, שהוא מאוד יקר בטיפול נמרץ, בזכות כסף ממש ממש צבוע שנאסף מכסף של תיירות רפואית, וגם כדי להיות שלמה עם עצמה היא עשתה את זה, איך אתה מגיב על זה? יכולת להישאר עם 5-6 מיטות עם כמות זהה של תיירות רפואית.

פרופ' סיון: אני מבדיל לחלוטין בין נושא של תיירות מרפא שהוא בוודאי מקור הכנסה חשוב ביותר, לא אמרתי שלא תהיה תיירות מרפא, לעומת השר"פ שלדעתי האישית-המוסרית, אסור שיהיה. האם זה מוסרי לקחת תושב מדינה שישב במסדרון ושתושב חברון ישב בחדר? אתה יודע ששיש ילדים שלא התקבלו למחלקה כי 2-3 מיטות נתפסו על ידי ילדים מעזה? נראה לך מוסרי? לך כמנהל ביה"ח היה אינטרס להשקיע כסף כדי להגדיל את מחלקת טיפול נמרץ ילדים.

פרופ' רוני גמזו: אני מניח שלא התכוונת רק שב"נים אלא גם ביטוחים מסחריים. אותו רופא שהגיע דרך השב"ן לאסותא לא יעביר 30%, וזה יהיה בפועל יותר. בואו נגיד שכן או לא, לא כזה חשוב כרגע, אבל בוא נעשה קצת מתמטיקה. יש לנו בבחירת מנתח בשב"נים כמעט 2 מיליארד ש"ח. זה סביב 330 מיליון תוספת לתקציב. בוא ניקח את התקציב הענק הזה ונפזר אותו בין 30 בתי"ח ציבוריים כלליים, וזה אומר שאיכילוב, שהוא 5% ממיטות האשפוז הכלליות, מקבל 15 מיליון ש"ח בשנה. האם זה משנה את מה שקורה באיכילוב בשנה, הפעולה הדרמטית הזו? אלה הסכומים. איכילוב יקבל, ומשהו ישתנה? אני לוקח נקודת אחיזה בזמן. השב"ן יגדל ב-30%, אז איכילוב יקבל 18 מיליון ש"ח, לא כל כך משנה, זה כסף קטן במערכת.

פרופ' סיון: משהו לא נראה לי כאן, זה לא יכול להיות.

פרופ' רוני גמזו: כמה כסף מושקע באסותא אתה יודע? אתה לא יודע. כמה ביטוחים מסחריים לא נגבים כפרמיות? בוא נגיד שזה מגיע בטוטאל לשני מיליארד ש"ח. תעשה את אותה פעולה מתמטית שאני כרגע מתאר. זה משנה משהו?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל: רוני הציג פה בעיה, לא ניכנס לוויכוח.

פרופ' גבי בן-נון: הרעיון הבסיסי של תשלום עבור קניין רוחני לא פותר בעיה.

יעל: הוא אמר שזה קניין רוחני.

פרופ' סיון: אני חושב שהחישוב שלו לא נכון.

דר' שולי ברמלי: תודה על הסיפורים האישיים, זה מרגש. אני לא הולכת לשאול אותך על הפתרונות בכלל. אם הבנתי נכון, יש פה ביקורת סמויה על התמחור. אם נפתור את בעיית התמחור, תיעשה עבודה וישתנו המחירים והתמחור יהיה יותר מדויק בלי קשר להנחות, וזה יותר מתאים להוצאה השולית הממוצעת. מה לדעתך זה יפתור?

פרופ' סיון: צריך משהו יותר בסיסי, הגינות. אני מתוסכל, מנהל ביה"ח כועס. חשב מקצועי קובע כמה כל דבר עולה, יש למשרד הבריאות חשבים. איזה ערך יש לכל החישובים האלה אם הקופה אומרת שאם אתה לא מוריד 35% מהמחיר, אני מפנה את החולה לשיבא. איזה מן דבר זה? תתחרו על שירות ולא על הכסף. לבוא אלי כי אני עושה את זה יותר טוב.

דר' שולי ברמלי: כמה בעיות אתה חושב שזה יפתור?

פרופ' סיון: לא מעט. אלו סכומים שאת לא מתארת לעצמך.

יעל: האוצר מתחלחל כשהוא שומע אותך, כי המשמעות היא להעביר הרבה יותר כסף.

עו"ד לאה ופנר: התמחור היה באופן תיאורטי להגיד משהו על האיקס הראשוני, ומשם זה הולך ויורד.

דר' שולי ברמלי: יש פרוצדורות שמתומחרות ביותר, והוא לא יודע מזה.

יעל: אם זה היה ככה אז בתי"ח והקופות לא היו בגירעונות. ברור שחסר כסף במערכת.

פרופ' סיון: משרד הבריאות מוריד למחירים של חוסר מסוגלות לתת טיפול בכבוד.

יעל: התשובה היא שזה יפתור הרבה בעיות.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אני מוצא כשל או קושי בחיבור בין תיירות מרפא לחולה במסדרון. מרבית התמונות שהראית לקוחות ממחלקות פנימיות לשם לא מגיעה תיירות מרפא לרוב. גם אם עכשיו הייתי מוציא את כל תיירות המרפא, זה לא היה פותר את המסדרון. אני מניח שיש חודש כזה או אחר שתיירות מרפא גורמת למצוקה. אני שואל על מחלקות שהן לא פנימיות, מה הנפח שזה תופס מהפעילות?

פרופ' סיון: אם זה נכון מה שאתה אומר, זה לא על חשבוננו כי בכירורגיה יש מקום. אני צריך לדאוג לזה, אז אני אעביר את החולה למחלקה אחרת, כמובן תחת בקרה. אם אתה נותן לי לנהל ביי"ח של אלף עובדים, ואני לא יכול



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לקבל החלטה איך לווסת מיטות, אז מה אני? תן לו את הדחף - היום הדחף הפוך. מנהל ביי"ח יכול להפעיל את המחלקה מבלי לשחרר חולים בשחרור מוקדם.

ד"ר עזיז דראושה: אמרת משהו חשוב – על ניתוק בתי"ח מהמבטח. אתה הזכרת את בתי"ח של שירותי בריאות כללית, אסותא ואשדוד כשיקום. ממי לנתק אותם? המדינה היא המבטחת.

פרופ' סיון: נתתי לך את הדוגמא הקלאסית. אתה בא בלי טופס 17, על המקום מסדרים לך. למה איכילוב ותל השומר צריכים להיות בעמדה נחותה כשאני מגיע לבלינסון?

יעל: לזה יש נימוקים אחרים.

אורי שומרת: אם אני נותן לך כסף שהוא לא מהשב"ן, אתה משקיע אותו בביה"ח או בקהילה? למשל כדי למנוע מחלות ולהגיע בכלל לבי"ח?

פרופ' סיון: שאלה טובה. אני כמי שחי את המערכת הרבה שנים, חייב לומר שמערכת הבריאות הציבורית הקהילתית היא מהמתקדמות והמקצועיות שיש בעולם. באירופה ובארה"ב אתה לא יודע מה קורה! שכח מזה! איפה יש עוד מנכ"ל משרד בריאות שהשתולל ככה על פוליו? זו תעודת כבוד למדינה. ולכן אני לא מדבר על תקציבים. המצוקה היא מעבר לרופא בקופת חולים. אני נותן ייעוץ במכבי, ואתה יודע איזה תנאים יש לי שם? יש לי משרד, יש לי מזכירות, רנטגן צמוד...

יעל: מתוך מה שאתה מציג אתה יוצא מתוך הנחה שהמערכת מנוהלת בצורה מאוד לא יעילה, אין לי מסקנה אחרת. אתה אומר בוא ניתן לה תמריצים להתייעל. אתה אומר שיש בזבוז משאבים שלא ניתנים בהלימה לצרכים. זה בסדר, יכול להיות שזה נכון.

פרופ' סיון: אני אומר שהיא לא יעילה איפה שזה מכניס לה יותר כסף. אני מדבר על סדר עדיפויות.

יעל: אם אין מקום לתיירות מרפא, סימן שהמערכת לא יעילה. אני מדברת על התמריץ שאתה הצעת.

פרופ' סיון: זה תמריץ לא כספי. זה כדי שמנהל ביה"ח לא ישן בלילה כשיש לו חולה ששוכב במסדרון.

יעל: הוא צריך לא לישון בלילה גם בלי תיירות מרפא. תודה רבה!

**** מציג שני: פרופ' שלמה מור יוסף, מנכ"ל הביטוח הלאומי. מציג ללא מצגת.**

פרופ' מור-יוסף: תודה רבה על ההזמנה. אני נמצא פה פורמלית כיו"ר המכון למדיניות בריאות. חשבתי שיש לי מה להגיד ורצון לשתף אתכם בתובנות שלי. לא אספר לכם את ההיסטוריה, באתי לחלוק. המכון הלאומי למדיניות בריאות יתרונו הוא שאין לו עמדה משל עצמו, מתכנסים בו ודנים. כל חיי המקצועיים גדלתי בהדסה. אני מכיר מערכת שיש בה שר"פ ומערכת שאין בה שר"פ, את היתרונות והחסרונות. במקצועי אני רופא נשים, כיום מנכ"ל הביטוח הלאומי. אני לא מייצג אף אחד, אבל זה לא אומר שאני אובייקטיבי. אני לא מייצג גוף



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שירותים או יפסיד ממה שיוחלט פה, אבל אני לא רוצה להצטייר כאובייקטיבי. לכל אחד יש מטען וצדדים ערכיים אידיאולוגיים ודעות שהתפתחו עם השנים. אתרכז בנושאים המרכזיים של הוועדה.

מילה לגבי מעמדו ותפקידו של משרד הבריאות כספק שירותים ורגולטור ומפקח. הקונצנזוס קיים, אין וועדה שלא אמרה שאת זה צריך לפרק. יש אחידות מלאה בכל הוועדות ובכל כינוס מקצועי שיושבים בו, הנושא הזה עלה בנושא בעייתי, ואת נושא הפעלת בתי"ח לא מפרקים. הייתה תקופה שדיברו על תאגוד בתי"ח וזה היה מאוד חם. לא ניצלו את ההצלחה באותו הזמן, והתאגוד ירד מהפרק, לדעתי משתי סיבות עיקריות – זה לא אטרקטיבי למנהלי בתי"ח ממשלתיים. יצרו לעצמם חיק ממשלתי שדואג לרשת ביטחון, וקרן מחקרים שבה יש להם גישות טוטאליות. בעולם הזה הם צריכים להיות טיפשים כדי להיות בעד תאגוד. הסיטואציה הקיימת היא שבתי"ח ממשלתיים אין להם מנהל. אם אני הייתי מנכ"ל הדסה, הייתה לי מועצת מנהלים. אם אני מנהל סורוקה - מנכ"ל קופת חולים הוא המנהל שלי. למנהלי בתי"ח ממשלתיים אין מנהל. פורמלית יש את מנכ"ל משרד הבריאות, אבל איך יכול מנכ"ל המשרד לעשות את כל הפיקוח הזה? אין דבר כזה, אין בן אדם שיכול לעשות את זה. לכן לא מעניין אותם תאגוד, זה רק יבלבל להם את המוח - למי להציג, למי לדווח. היום זה עולם אידיאלי עבורם ואין להם תמריץ לזה בשום פנים ואופן. עכשיו, האוצר ראה בתאגוד בתי"ח שהם מסירים אחריות על האשפוז. אין דבר כזה - בתנאים הקיימים, ב"ח לא יכול להיות עצמאי. את המשכורות, שזו עיקר ההוצאה, מנהל ביה"ח כפוף להסכמים ארציים והוא יכול רק להעלות מעל זה ולא לשנות את זה. את כללי ההתחשבות בין ביה"ח לקופה קובעים לו, זה תעריפי מקסימום ואי אפשר יותר. איזה "שפיל" נשאר למנהל? כלום. המדינה צריכה לדעת שתישאר לה אחריות, אבל אחריות אחרת, שצריך לקבוע לה כללים. כמו שהיום תומכים בב"ח, ויש לזה כללים, אם הולכים לפורמט כזה של תאגוד, זה לא "תלכו לנפשכם ותביאו תרומות והכל יהיה בסדר", גם התרומות הן לא דבר קבוע, ולא כל גוף יכול להביא תרומות. אי אפשר להתבסס בארץ על תרומות ולכן צריך להפריד את זה, לתאגד את זה ולהטיל מחויבויות על המדינה. הרעיון של רשות אשפוז הוא הכרה בבעיה ולא פתרון שלה. לדעתי הדרך הזאת לא פותרת, אפשר לראות בזה פתרון ביניים. זו התחלה של תהליך שאני לא יודע לאיזה כיוון הוא ילך. מאוד תלוי מי יעמוד בראש הרשות הזו, שתעסוק ברגולציה כתובה כזו או אחרת. אם רוצים שזה יהיה מישור עם אמירה וסמכות כלפי מנהלי בתי"ח, צריך לחשוב מי יעשה את זה.

דר' עזיז דראושה: אז מה אתה ממליץ?

פרופ' מור-יוסף: תאגוד של בתי חולים, אבל עם מחויבות של המדינה. לייצר מחויבות כמו זו של המדינה כלפי קופות החולים. בבתי"ח יצטרכו לתת דברים אחרים, אבל את שני צדי המשוואה לא קובע מנהל, אז אי אפשר להגיד לו להביא יש מאין. פעם החוסר הוא כאן ופעם במקום אחר. התאגוד - יהיה לו מנהל והנהלה. המנהל של ביה"ח מתחלף כל תקופה של קדנציה, אז קודם כל לייצר את ההנהלה. עכשיו בונים מערכת כזו של הקופות. המשרד מסדר את זה לאט לאט וגם זה לוקח את הזמן שלו, וזה דורש את שלו - זה מבחינת השלטון. הדבר השני הוא הניהול הכלכלי. לוקחים את ביה"ח כמקשה אחת, ועליה בונים את התפקיד של המדינה. יש פה הרבה אפשרויות – נושא של תכניות פיתוח, לראות מה המקורות. מהפעילות היומיומית אי אפשר לפתח, שלא יהיו אי הבנות. כל הפיתוח היום הוא עם שמות של אנשים שהם לא משרד הבריאות ולא משרד האוצר. אם אין תרומות,

אז לא מחדשים את ה - MRI עד שנמצא את התורם המאושר. מבחינת השוטף צריך להגיע למצב של קבלת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

תמיכה פר הכנסה, שיטה של ווליום. אני כמדינה תומך בך, נותן לך נוסחה שהיא מעבר לשוטף, רשת ביטחון כזאת או אחרת שאיתה אתה יכול לעשות דברים נוספים במסגרת השוטף. אני לא מדבר על סובסידיה, אני מדבר על כך שאשפוז הוא תפקידה של המדינה. הבריאות היא זכות, ויש לה מחיר. הזכות הזאת קיימת כשאתה הולך למרפאה, וגם כשאתה מתאשפז. זו המחשבה שלי, וזה לא שזה נטול בעיות. מנהלי בתי"ח לא רוצים את זה, וגם לא הוועדים. זה דורש קונסטלציה ארגונית מתאימה, וחשבתי שאני שם את זה כאחד הדברים שצריך לקחת בחשבון, תאגוד עם מערכות של המדינה. מה, המדינה לא מעורבת היום? בוודאי שכן, אז זה לא לברוח החוצה.

רפואה ציבורית ופרטית – צריך להחליט האם בחירת רופא היא זכות או מוצר. אם בוחרים רופאי זכות – זה מנגנון אחד, והאחרים זה מנגנון אחר. לכן יצרו מוצר שנקרא בחירת רופא, והשאלה היא איך הוא בא לידי ביטוי. יתרון הכי גדול של השר"פ זה שהרופאים בביה"ח. רופא בבי"ח הוא משאב שאי אפשר לפרוט אותו לפרוטות. אין לך גם זכות לשר"פ וגם להסתובב ברחובות. אם אתה שר"פ - אתה פול טיימר. המודל של הדסה הוא של פול-טיימר. רופא בהדסה לא יכול להסתובב ברחובות, כשכל עבודתו היא במסגרת ביה"ח וכל הכספים שהוא מרוויח נכנסים דרך ביה"ח. הכל מרוכז, איפה שיש נתונים אפשר לפקח ולרכז, ואיפה שאין נתונים אי אפשר לעשות כלום. אין לו מקום אחר ללכת כי אסור לו, ויש לו זכות לשר"פ. במנגנון הזה לכל רופא מדרגה מסוימת יש זכות לשר"פ, בכל המקצועות. שר"פ הוא בכל המקצועות - הוא לא באותו היקף בכולם בוודאי, אבל מתקיים בכל המקצועות. זה תלוי בדרישה ובאופי המקצוע, וגם באותו מקצוע יש כוכבים, ויש שמשות, ויש ירחים ויש עם הארץ, אבל לכל אחד יש זכות לבוא לידי ביטוי. גם אם יש לו פחות שר"פ והוא רוצה לעשות משהו אחר, נותנים לו לעשות משהו אחר מפוקח, כמו עבודה בקופ"ח. זה כלי להשאיר את הרופאים הטובים במערכת. מי שלא התמודד עם העניין הזה של לראות את החברה שהוא גידל אותם נעלמים לו אחרי שהשקיע בהם הכל, זה מספיק כואב, אבל לפחות זה בתוך הבית, בתוך המערכת הציבורית. אבל כשאתה עושה את כל המהלך הזה ומשקיע הכל, ולוקחים את כל הנכס האינטלקטואלי של ביה"ח ומשתמשים בו בחוץ, אז ההפסד הוא גדול. זו מערכת שיש בה בקרת איכות מובנית יומיומית. כל החולים עוברים דרך אותו מנגנון ואותה מסננת. כמובן שיש פה גם את הצד הכלכלי. יש פה ביי"ח מושקע, אתה לא רוצה לראות אותו עזוב. יש תשתיות פיזיות, ארגוניות ומקצועיות, והן נעלמות לך. החיסרון המרכזי זה הקושי בבקרה. בלי בקרה אני לא פונה לשום מנגנון במערכת הציבורית. הביטוחים המשלימים הרסו את המערכת. הם יצרו ביקוש כזה חזק ומחיר כזה נמוך בעיני החולה, שהם משבשים את הראייה של כולם. לחולה זה כמעט לא עולה כסף, למה שהוא לא יבחר רופא? תשכחו מעשירים ועניים, כל עם ישראל בשר"פ, כולם שם, כי בסוף יש רק השתתפות עצמית, שלא שווה לכל נפש, אבל היא סבירה. יש כאלה שאין להם, ואני שם את זה כרגע בצד. החיסרון הנוסף הוא פוטנציאל הפגיעה בחולים הציבוריים ופגיעה בהתמחות.

השר"פ הישראלי שונה מהשר"פ האמריקאי. הרופא האמריקאי אחראי על הפרוצדורה. השר"פ הישראלי בנוי על זה שהרופא הישראלי עושה את הפרוצדורה מא' ועד ת', ואז המתמחה לא בעסק. הוא לומד ורואה שזה חשוב. בארה"ב יש פרוצדורות שאין בהם שר"פ בכלל, ואז המתמחה לא רואה אותן בכלל. אם יש שר"פ בהיקפים בלתי נשלטים, אתה מגיע למצב שזה פוגע בהתמחות.

הנושא של התורים – התפקיד הכי חשוב לי בנושא השר"פ זה לדאוג שהחולה הציבורי יקבל את הרפואה הטובה ביותר. הצגנו לברוך רוזן את כל הספרים שלנו, לבדוק האם החולים הלא-פרטיים מקבלים את הרפואה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המתאימה. לא צריך שכל הרנייה יעשה פרופסור, אבל אין רפואה נחותה. לא כולם פרופסורים, ולא ניתן להסתמך על מערכת שכולם בה הם עבדים או פרופסורים. המרפאות הן משאב אין סופי, והרופא יכול להחליט לעצמו כמה זמן הוא עושה מרפאות. נותן דוגמא על המתנה לתור ברפואה ציבורית לעומת רפואה פרטית – אי אפשר לקבוע תור למנהל מחלקה בבלינסון. אמרו לי "תבוא, יכול להיות שהוא יהיה או שלא יהיה". אבל בהדסה אפשר, אז משווים את מה שאפשר, שם אפשר להשוות. אז מה רוצים עכשיו? בניתוחים התור צריך להיות מרכזי, לא צריכה להיות שמץ של העדפה בתור לחולים פרטיים. במרפאה זה built-in – ניתן לקצר תורים לפרופסור איקס, ולא למרפאה כזאת או כזאת. אם אתה רוצה פרופסור איקס, אף אחד לא יכול להתחייב לזמן מסוים. העולם האידיאלי הוא כזה שהכל בו על חשבון המדינה והכל בסדר. אני משווה בין המערכות הקיימות ואומר מהי המערכת המועדפת. אנשים מנצלים את הכסף שנכנס למערכת, והפריפריה מסבסדת את המרכז.

אני באתי מסורוקה. בכל ביצה יש את הנרקיסים שלה. אנשים שגרים בדימונה רוצים את הפרופסור מסורוקה, הם מכירים אותו מהמקום שהם חיים בו, ולא מאלה שבעיתונים. אלו אותם הרופאים שטיפלו באמא שלהם או שהיו בבר מצווה שלהם, אבל הם לא יכולים להגיע אליהם, אז הם נוסעים לאסותא או שהם מוותרים. הפרמיה נמוכה כי כל הארץ משלמים על ה – 70% שמשלמים, והפרמיה יורדת. הכנסת השר"פ בבתי"ח ציבוריים תעלה את השימוש. כל המערכת שלנו מפוקחת עד שהנשמה יוצאת, אבל בשר"פ המחירים לא מפוקחים, והרופאים יכולים לקחת כמה שהם רוצים. המערכת לא מאוזנת לגמרי, אין הגבלה.

פרופ' רוני גמזו: הם מוגבלים, רק יש מנגנון של החזר. זה שהם מוגבלים זה דבר אחד, אבל הם לא מצליחים לשלוט על שכר המנתח שאיננו בהסדר.

פרופ' מור-יוסף: המחירים יצאו מפרופורציות, גם באסותא וגם בהדסה. זה צריך להיות משהו שמשקיעים בו מחשבה. אולי תהיה קצת יותר תחרות. לא יכולה להיות מערכת שמהו בה לא מפוקח בכלל. רופא עובד במערכת ציבורית וממומן על ידי מערכת של שב"נים, שהיא לא פרטית בהבנה שלי.

אני קודם כל בעד שיהיה שר"פ בבתי"ח ציבוריים מהסיבות שאמרתי. אני חושב שהלב של העניין הוא איזה פיקוח אפשר לעשות. אני מדבר על כל המערכת הציבורית ואני לא מבדיל. הפיקוח צריך להיות על היקפים ופעילויות.

מודל פול-טיימר שיעבוד מבוקר עד ערב וינתח חולים פרטיים לא שלו - אני לא יודע להגדיר את המודל עד הסוף. כמה אפשר לשלם להם? השר"פ מותנה במוניטין ובפיקוח שלך, אבל בסוף זה לא המשכורות, זה כמה קיבלו בשר"פ. אחד אולי משלש או מכפיל את המשכורת שלו ואחד מסכן היו לו 2-3 חולים במרפאה. תתחיל לעשות פול-טיימרים, לעשות מכפלות, ואתה רואה שאנחנו לא תמיד מסוגלים לעמוד במחויבויות שלנו כלפי הרופאים בצורה מלאה. צריך לבנות אמון בכדי לקחת רופא שעובד היום באסותא, להגיד לו בוא תיכנס חזרה לאיכילוב. אף פול-טיימר benefit לא יכול להתמודד מול כאלה משכורות, כשהוא בא כמשכורת ולא כמשהו נוסף. ומה, כל שנה יחדשו? הזכות תילקח למישהו שהיה כוכב והיום הוא לא כוכב. הביצוע יורד לפעמים, בצדק או שלא בצדק - הרב הזה שולח להוא, החבר שולח לאחר. גם בפול-טיימר, כמה הוא כבר יכול לעשות? מה יעשו עם התורים לשר"פ? תתחיל להיות כלכלה שחורה? רוב ההצעות לשיפור מוצעות לאלה שלא ירדו לפרטי המכניקה של זה, איך זה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

באמת יעבוד? באמת יישאר ביטוח משלים, שמה הוא יעשה? רק יעלה מחירים כדי להתמודד עם הפול-טיימרים. יגידו שבהרניות לא צריך שר"פ. רוב הניתוחים הם פשוטים - קטרקט ניתוח פשוט, יש לי עין ואני רוצה אותה מאה אחוז בסדר. רוצה לשלם כסף למנתח הכי טוב שיש, למרות שזה ניתוח פשוט. זה השילוב - תעשה פיקוח. קח היום את כל הניתוחים הפשוטים ותעשה אותם בחוץ. רוב הניתוחים שנעשים בשר"פ הם פשוטים. הסיכוי לקבל רופא בכיר בניתוח לא מסובך הוא מאה אחוז, כאשר הסיכוי לקבל את אותו בכיר בניתוח פשוט הוא נמוך. זה לא בא לקצר את התור במטרה ראשונה, אולי כמטרה משנית.

בתי"ח פרטיים - במערכת הבנקאות עשו משהו שהוא לקחת מהבנק את כל המונופול שיש לו. לא יהיה לו חברות ייעוץ או ביטוח, קופות גמל וכו'. קופת חולים נועדה בשביל לתת את הסל הבסיסי. בהתחלה אמרו "תמכרו שב"ן", אחר כך שב"ן זהב, גם בסדר. אחר כך מותר לכם שיהיה לכם בתי"ח פרטי. על מה זה משפיע? מגדיל מונופוליציה, ומוריד את זכות הבחירה של החולה בצורה דרמטית. את זה תעשה פה ואת זה פה, כי זה שלנו. זה לא רעים וטובים, כל אחד מנהל מהפוזיציה שלו. ככה אנחנו, וצריך לזכור את זה. לכן בתי"ח לוקחים את הרופאים שהמערכת הציבורית השקיעה בהם. דיברתי עם שוקי שמר - אין בקרת איכות אצלם. המנתח רואה את תוצאות הניתוח וזהו זה. כשהייתי מנהל סורוקה לקחתי את כל התוצאות של הניתוחים שנערכו באסותא והראיתי להם, כדי שידעו. למערכת הזאת אין בקרת איכות מובנית, כל רופא הוא יישות בפני עצמה, ועוד יש מחשבה להביא לשם סטודנטים ומתמחים.

השארית המודל הקיים זה גם נזק לבתי"ח הציבוריים והפסד הכנסות, ומישהו אחר צריך לשלם את זה בסוף. יש מחקר של דני פילק ושותפיו שפורסם בכתב עת של הביטוח הלאומי שמומן על ידי המכון, שניסו בכוח להראות שיש רפואה שחורה - עוגה שמישהו נתן למישהו זה שוחד, אז בסדר... ברגע שיש אפשרות לשלם מעל לשולחן, משלמים הרבה פחות מתחת לשולחן. היום רופא אומר לחולה בוא מחר לאסותא והוא משלם שם מעל השולחן, "אגיד שאתה בן דוד שלי". החולים לא מתלוננים. המעטפה ירדה והמחקר מראה שיש, אבל זה לא המכה כי הרפואה השחורה ירדה בצורה אחרת.

מתחייבת גם הפרדה בין ביטוח בריאות ציבורי לפרטי, אם כבר מפרידים בין המערכות. אם מישהו מחליט לבטל, אז לא רק את הביצוע בין הפרטי לציבורי, אלא גם את הביטוח. פרטי- פרטי, רק שילוח ופניקס יכולים לבטח, ולא קופת חולים כזאת או אחרת, כי זה ערוב. אי אפשר להפריד רק את מה שנוח.

לגבי הביטוחים - צריך לחייב בחקיקה את חברות הביטוח, שאם פנה אליהן מבוטח - הוא צריך לשלם להן את הכל, והם לא יכולים להתחלק עם קופת חולים. לא להגיד למבוטח "לך תיקח כד מהשב"ן ואנחנו ניתן פיצוי אחר", זה מנגנון שצריך להשמידו בחוק. קנו אצלך ביטוח - תבטח, הביטוח הציבורי הוא במספר שתיים ולא אחד, אתה לא יכול לבנות על זה. אתה רוצה להרוויח על חשבון הקופה הציבורית שנאנקת מכסף שאין בה??

תיירות מרפא - נושא שבצמי עוד לא גיבשתי. יש פה מונוטין יוצא דופן של מערכת הבריאות בארץ, לא משנה באיזה בתי"ח. קודם כל ישראל היא מעצמת בריאות בעיני המתבונן. לאן ללכת זה 90% בזכות השיווק של המוסד. אין גוגל יותר גדול מעולם התיירות הרפואית בישראל בצד האופרטיבי שלו. עכשיו, כשאתה מסתכל על המהות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אתה אומר שיש מעצמת בריאות, אבל מצד שני אין capacity – הקמנו את הדסה לטפל בתושבי קריית יובל או במישהו מניקוסיה? הקונפליקט פה הוא נורא חזק. ברור שהכסף הזה עוזר בסופו של דבר למערכת הציבורית, הוא לא בורח למקום אחר. הוא בא במזומן, בלי הנחות, אין שוטף פלוס או מינוס, אין לו CAP, יש לו את כל היתרונות של כסף אמיתי. זה מצד אחד המשיכה לזה, אבל מצד שני אתה רואה מסדרון, אתה רואה טיפול נמרץ שלא מכיל את כל החולים שיש לך. הסיפור עם הרב עובדיה יוסף רק מצביע על המצוקה.

בואו נעשה balance, 5, 7, 3 אחוז? לא יודע. תמיד בקיצוניות, אפס, זה הכי קל. אתה שלם עם עצמך והכל בסדר. אמרתי למשה בר סימנטוב "תאשר לי לפתוח עוד מיטות תיירים", ואז אמר לי – "איך אתה מבטיח שלא ישכבו שם ישראלים, ואז אתה מעלה את ההוצאה לבריאות?". אני מבין את זה, אני מתבלט בנושא הזה, ואין לי תשובה טובה. יש דברים שאתה יכול ויש דברים שאתה לא יכול. חמש מיטות אני לא צריך.

דר' שולי ברמלי: שר"פ לא היה פותר את העניין של ה - balance?

פרופ' מור-יוסף: ההבדל בין שר"פ לתיירות מרפא – גם בשר"פ אני כל הזמן שמרתי על איזון. כל חודש הייתי מקבל דו"ח של כל רופא וכל מחלקה, כמה אחוז השר"פ שלהם. קבענו כללים של אחוז שר"פ למחלקה ולרופא. תיירות מרפא זה איזון מסוג אחר, בין תושב המדינה לתושב חוץ. בתיירות מרפא הכל זה שר"פ. תושבי השטחים זה לא תיירות מרפא בהגדרה שלי, ירדן כן - שטחים לא.

יוליה איתן: יש אפשרות לתיירות מרפא לא פרטית במערכת?

פרופ' מור-יוסף: כן, מבטיחים להם שדר' משה ינתח אותם? לא. בהדסה זה אחרת, מבטיחים להם את דר' איקס.

פרופ' רוני גמזו: רוב התיירים לא מגיעים כי הם רוצים את האדם הספציפי. הם מגיעים כי הם יודעים שאיכילוב הוא טוב, ובמחלקה הכירורגית מישהו ספציפי ינתח אותם. כשאני הייתי באיכילוב לא נתתי לזה לקרות. בצד של התגמול אני כן שולט כמנכ"ל ביה"ח או משרד הבריאות. אתם לא תתנו תגמול שונה לתיירות רפואית אחר הצהריים אל מול חולה ישראלי אחר הצהריים, ססיות. יש כאלה שחומקים מההנחיה הזאת בדרכים יצירתיות, כי זה לא רק ניתוח אלא גם ייעוץ. יש שם הגדרה מאוד ברורה - לא תשלם שכר שונה, ועל זה יצאו מנהלי בתי"ח כנגד. הכסף שיוצא מהכיס הוא בוודאי שר"פ. כשהוא אומר תיירות מרפא הוא לא מתכוון לשטחים. המושג טופס 17 זה רק בקופת חולים.

יוליה איתן: איך תייר ממזמן? מהמדינה?

יעל: תייר ממזמן פרטי.

פרופ' מור-יוסף: הוא תמיד ישלם פרטי. אם הוא לא יכול - שלא ישלם.

יוליה איתן: רק רציתי להבין האם זו פרצה שדרכה ניתן להביא תיירים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' מור-יוסף: יש דברים בתיירות מרפא שאין להם מגבלה. אפשר להביא אנשים כמה שרוצים לאשפוז יום אונקולוגי בלי לפגוע באזרחים. הלחץ הוא בטיפולים הנמרצים ובחדרי הניתוח. במחלקות אתה לא רוצה שתושבי ת"א ישכבו בפרוזדורים ותיירים ישכבו בחדר. אם תשכיב אותנו במסדרון הוא לא יבוא. לזה אין פתרון שאני מרגיש נוח איתו, אבל צריך למצוא לזה סידור.

יעל: תודה רבה! המון ידע ומקצועיות!

שאלות:

ד"ר שולי ברמלי: זה באמת מעניין שאתה מנכ"ל ביטוח לאומי ועכשיו ולא דיברת על לידות ועל האוכלוסייה החלשה. רציתי לשאול על השר"פ – איך תפתור את בעיית המתמחים? ושל פיצוי צוות אחר בביה"ח שלא עושה שר"פ? האם אתה חושב שאפשר יהיה ליישם בארץ את השר"פ האמריקאי? שהוא הבכיר בחדר ולא המנתח שעובד בידיים שלו.

פרופ' מור-יוסף: המודל של השר"פ בהדסה התאים לתקופה שהביקוש היה נמוך. בביקוש גבוה צריך הפרדה. בהדסה אין הפרדה בין האשפוז הניתוחי בין הפרטי לציבורי. אתה לא רוצה לנתח את החולה הקשה בשש אחה"צ אלא ב - 8 בבוקר, כי הוא דורש את כל הצוות והוא מסובך. צריך להפריד בין הפרטי לציבורי בצורה מאוד ברורה, ואני לא אומר בוקר או אחה"צ, אפשר גם בין יום שני לשלישי, כל שאר הימים עושים ציבורי. אתה מפריד בדיוק ויש לך שליטה ויש סדר. אם עושים שר"פ, הוא צריך להיות מופרד - הפרדה בין בוקר לאחר הצהריים זו לא האפשרות היחידה. ביי"ח של בוקר הוא לא ביי"ח של ערב או של לילה, אלו שלושה בתי"ח בתוך אחד, כשכל אחד מהם מתנהג אחרת. את יודעת מה עושים לנו? היו שואלים את האחות "תגידי, מי ניתח אותו באמת? באמת זה ששילמנו לו?".

לסיום ניתוח יש 3 הגדרות: המנתח מסיים בתפר האחרון, המרדים מסיים כשהוא העיר אתה החולה, האחות מסיימת כשהחולה יצא מהחדר. כך שכשהוא יוצא הוא לא רואה את מי שביצע את הניתוח. בתרבות הקיימת היום מצפים שמי שהוציא כסף מהכיס על בעל המלאכה, שהוא באמת עושה את מלאכתו. ניסינו למכור את זה, לא היה לזה קונים.

ד"ר עזיז דראושה: הבעיה שלנו היא בעיקר הניתוחים והתורים, הביקוש לשר"פ הוא בעיקר בפעולות פולשניות. 70% מהעשייה היא מסיבב לניתוח – אבל אז מה יגיד המרדים, הפנימאי, האחות? האם אנחנו צריכים לדאוג רק למנתחים? הניתוחים הגדולים עדיין מתבצעים על ידי המנתחים הגדולים, אבל מה בקשר לקטנים? מה יגידו כולם?

פרופ' מור-יוסף: בהדסה מתגמלים רק את הרופאים, כל השאר מקבלים את המשכורות שלהם. אתה לא עובד יותר קשה או יותר קל - אתה עושה את העבודה שלך. יכול להיות שפה יצטרכו להגיע להסדרים אחרים. הצוות הנוסף מתוגמל אחר הצהריים כי גם בשבילו זו עבודה נוספת. גם המרפאות הפרטיות של הרופאים זה בביה"ח, והם נשארים בשביל זה בעיקר, יותר מאשר לניתוחים. אם אתה צריך בשמונה בערב רופא בכיר בהדסה אתה די



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מוצא אותו. כל העשייה היא במסגרת הזאת. כנראה שצריך לתגמל יותר מאשר את הרופאים, צריך למצוא את הדרך.

עו"ד עדי ניב-יגודה: תן לנו הערכה מספרית - מה לדעתך יהיה שכר ראוי והוגן שישאיר רופא במערכת הציבורית? קיבלנו הערכות מספריות בעבר. האם תוכל לתת טווח מסוים? האם אתה חושב שהיחס של שר"פ כמו באסותא אשדוד - 25-75 - הוא יחס טוב שמאזן את החסרונות והיתרונות, או שצריך יחס אחר?

פרופ' מור-יוסף: כשהקימו את אשדוד, באו אלינו להדסה ולקחו את היחס, ואמרו בואו נעשה גם שם. אני חושב שזה סדר גודל סביר אם הוא מפקח כמו שצריך. יש הבדל בין יחס בית חולימי ליחס מחלקתי ליחס אישי של רופא. הממוצע הוא ממוצע אבל יש בו שונות. לגבי כסף שישאיר את הרופא - אני חושב שמי שעושה שר"פ צריך לעשות רק שר"פ. הוא לא יכול לעשות שר"פ ועוד משהו בבי"ח פרטי. אם זה היה תלוי בי, שר"פ היה משהו מתפתח, אני לא רואה אף רופא חוזר חזרה. אני לא רואה סכומים שיכולים להתחרות עם ההכנסות במערכת הפרטית. במערכת הפרטית יש עוד הטבות - אתה עוסק מורשה, אתה קונה חצי מהציוד הביתה על חשבון ההוצאות, אתה שם את הרכב על העבודה וכו'. אי אפשר לעשות רוורס, אתה באמת צריך להתחיל עם אנשים הטובים.

עו"ד עדי ניב-יגודה: כמה אני מציע להם? עם מה אני משאיר אותם פה?

פרופ' מור-יוסף: לנקוב במספר זה לא בעיה, השאלה היא אם זה להשאיר אותם. מדובר בפחות או יותר בהגעה לארבע משכורות.

דר' שולי ברמלי: 200 אלף ש"ח?

פרופ' מור-יוסף: כן. לא אמרתי כסף מדויק, אמרתי סדר גודל של ארבע משכורות.

אורי שומרת: אתה מדבר על בקרה ופיקוח - ההיקפים של השר"פ הם מעבר למה שהוגדר על ידי ההנהלה. אלה הנתונים שהתקבלו.

פרופ' רוני גמזו: יש חריגים.

פרופ' מור-יוסף: בוודאי. אני יכול להגיד גם באיזה מחלקות היו חריגים. במח' עיניים למשל נורא קשה לעמוד בהגבלות. בניתוח עיניים יש רופא אחד כזה, במחלקות אחרות זה שניים. לכן במחלקת עיניים לא הצלחתי להוריד את זה מ-50%. זה שם ספציפית, אולי בעוד מחלקה אחת. לכן אמרתי שצריך פיקוח.

אורי שומרת: האם יש לחרוג מההגבלות או לא?

פרופ' מור-יוסף: תראה, מנהלי בתי"ח יש להם עוד אינטרסים חוץ מאשר רק כסף. אתה בכל אופן גדלת, נהיית רופא, באת עם מקצוע למערכת, ויש כאלה שהם יותר לצד הזה ויש כאלה שיותר לצד אחד. אמרתי מההתחלה שצריך לפקח על מנהלי בתי"ח, ואין עליהם שום פיקוח בבי"ח ממשלתיים. מנהל צריך לדאוג למהות ולחולים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שהם לא שר"פ, שינותחו על ידי האנשים הראויים. האתגר הכלכלי בשר"פ הוא לא גדול בהיקפי ביה"ח. בתקופה שהייתי בהדסה הם קיבלו 100 מיליון ש"ח משרפ, וזה לא ground breaking. אני אומר לך מה שאני יודע, אפשר להשוות הרבה דברים. לא צריך לסמוך רק על המנהל, אלא לפקח.

אורי שומרת: שר"פ זה בחירת רופא וכולם רוצים לבחור את הכוכבים, וזה יוצר תחרות על הרופאים בין בתי"ח. האם אתה חושב שזה יעלה את המחירים בסופו של דבר?

פרופ' מור-יוסף: אין לך מושג איזה תחרות יש על הרופאים היום. כמה רופאים היו מגיעים אליהם עם הצעות מרוטשטיין וברבש. המערכת מתחרה עליהם מהיום שנסעו להשתלמות בחו"ל. למנהלי ביה"ח יש כמה דברים בראש, לא רק כסף – הם דואגים ליוקרה המקצועית של ביה"ח – התחרות היא אכזרית היום. המחירים לא יעלו על הפעילות שלהם.

פרופ' גבי בן-נון: אם היית צריך לסלם את מדרג הבעיות של מערכת הבריאות, איפה היית שם את התאגוד? ואם לא במקום הראשון, אז מה הבעיה המרכזית לדעתך?

פרופ' מור-יוסף: אי השוויון הוא הבעיה המרכזית. מבחינת הפריפריה, מבחינה חברתית – שם צריך לעשות את עיקר המאמץ, אבל זה לא היה בנושאים שהתבקשנו להתייחס אליהם. יש כנס בקרוב בנובמבר שעוסק בכך, ויש לכך פתרונות לא רק מתוך מערכת הבריאות. אני לא אגיד שהתאגוד הוא מהיום ראשון, אבל הפיקוח על מנהלי בתי"ח הוא בסט הראשון של הדברים במערכת שיש לה שלטון. זה לא פיקוח כי הם אנשים רעים, אלא כי על כל אדם בעולם חוץ מעל אלוהים צריך להיות פיקוח.

פרופ' גבי בן-נון: האם מערכת הבריאות ברמת המשאבים שיש לה כרגע יכולה להסתדר?

פרופ' מור-יוסף: לא. כל הנושא של התשתיות, גם האנושיות וגם הפיזיות – אנחנו חיים פה במחסור תמידי. אין פה איפה להשכיב חולה, ועל זה דיברתי בתיירות מרפא. מספר הרופאים זו הבעיה הכי קטנה במה שאני הגדרתי. כל המשאבים של מערכת הבריאות וצורת ההתחשבות בתוכה היא שאנחנו חיים במצב שמודדים יעילות על ידי פרמטרים כמו תמותה ותוחלת חיים, ולא לפי מה שקורה במדדים יותר עדינים, כמו הוצאה לאומית נמוכה, והכל בסדר, וההתחשבות תיעשה מאחור וסדר העדיפויות ישנו. מצוקת המשאבים היא מה שמייצר למערכת הבריאות בעיות.

פרופ' גבי בן-נון: תחדד את העניין של פתרון לעולם אחר שבו אין ביטוחים משלימים. מה אני עושה? מה יקרה מחר?

פרופ' מור-יוסף: יש 3 אפשרויות – כשאתה מסתכל האם אנחנו רוצים במערכת הזאת, שבה הביקוש הוא פתאום דרמטי, אפשר להגיד – אוקיי, אני מוציא את כל הביקוש הזה חוצה, אני מבטל את הביטוחים המשלימים ומקטין את הביקוש דרמטית, או שאתה עושה שר"פ בבתי"ח. הכנסתי את המשפט על הפיקוח, וההגדרה היא לב העניין. נגיד שאתה רוצה 20 או 30 אחוז שר"פ, אבל תייצר מנגנון שתעמוד בו, ולא לתת לזה לחרוג. את הכסף הזה תיקח



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

למקום אחר כשלא יהיו ביטוחים משלימים. כדי לייצר שר"פ לכל אחד ובמקביל להשאיר את ה - 2 מיליון ש"ח לשוק הפרטי זה לא נכון מעשית, וכלכלית זה לא יעבוד.

עו"ד לאה ופנר: מעולם אחר – עד כמה אתה חושב שנושא השקיפות של המערכת, עד כמה אתה חושב שאפשר להגדילה כדי שתסייע, ועד כמה היא יכולה להיות מסוכנת? אם המערכת הייתה מפרסמת נתונים של אורך תורים, איכות הטיפול - האם זה היה עוזר לפיקוח ולבקרה וליעילות, או שדברים מסוימים היו פוגעים? אני גיליתי פה עולמות חדשים מאנשים שבאו, ואני לא יום אחד במערכת. אני מניחה שאנשים רגילים עוד יודעים פחות.

פרופ' מור-יוסף: השקיפות היא לא במקום. העניין בשקיפות ובנתונים זה כמה. לפעמים אתה נראה נורא שקוף ואי אפשר להבין כלום ממה שאתה מפרסם. צריך לפרסם יותר, אבל ממה ובאיזה פורמט זה גם כן חשוב, כדי שיבינו.

יעל: תאגוד זה רק אחד הפתרונות לבעיית ריבוי הכובעים. הייתי רוצה לדעת מה דעתך לגבי מתן האפשרות לקופות לקנות בתי"ח ולנהל אותם.

פרופ' מור-יוסף: זה לא מתנגד לתאגוד. אם אני לוקח את המודל של כללית שבה יש בתי"ח שלא מתואגדים עצמאית, אבל יש להם מערכת בקרה פנימית במערכת. זה נושא רגיש לי כי הדסה על הפרק.

יעל: אתה כבר לא בהדסה.

פרופ' מור-יוסף: ככה את חושבת.

יעל: לא ידעתי.

יוליה איתן: יש לך הצעה קונקרטית למבנה פיקוח אל מול ההנהלות?

פרופ' מור-יוסף: צריך להקים מועצת מנהלים לבתי"ח, לתאגוד. צריך להקים לכל בתי"ח גוף מפקח. לבתי"ח - לא למערכת.

אורי שומרת: אפשר לעשות שר"פ בלי תאגוד?

פרופ' מור-יוסף: אם יש מערכת פיקוח אחרת, כן - מועצת מנהלים או גוף מקביל לו. גוף ציבורי עם אנשי מקצוע שיודעים לראות מאזנים, תכניות, ושיש להם סמכויות. זה בא יחד עם קציבת קדנציות למנהלי בתי"ח. תודה רבה לכם!!

**** מציג שלישי בפני הוועדה: דר' ברלוביץ', מנהל ב"ח וולפסון עם מלווים (צוער מנציבות שירות המדינה, נציג מביה"ח ועובד חברת רותם אסטרטגיות שסייעה בהכנת המצגת). מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

דר' ברלוביץ': אני עובד משנת 1979 במערכת הבריאות. התפקיד האחרון שלי היה משנה למנכ"ל משרד הבריאות וראש מנהל רפואה. כיום אני מנהל ב"ח וולפסון. תמיד שאלתי את עצמי למי אני עמל? האם אני עובד



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

כמיניסטריון ועושה רגולציה וקביעת סטנדרטים, או שתפקידי הוא לדאוג לבתי"ח ממשלתיים ולדאוג לבעיות שיש, או שאני גורם מבטח שזה אחד מהתפקידים של משרד הבריאות? אם אנחנו מסתכלים במצגת – למשרד הבריאות יש שלושה כובעים – מהו הדבר העיקרי באותו רגע בעבודה שלי?

האשפוז הכללי – משרד הבריאות מהווה בעלים של כ – 50% מהאשפוז הכללי. מתייחס לשקף. היקפי הפעילות – השקף הבא. הבא – מבנה מערכת האשפוז. הבא – המבנה הארגוני של משרד הבריאות. מוטת השליטה של מנכ"ל משרד הבריאות לא קיימת בשום ארגון בעל משמעות, בתוך האגף ובתוך המשרד. בתי"ח כפופים כולם למנכ"ל משרד הבריאות. אם הוא רוצה לכנס את מנהלי בתי"ח הוא צריך אולם די גדול, וזה רק אלו שכפופים אליו ישירות. הבא – הבעיות המרכזיות במצב הקיים. משרד הבריאות הוא גם רגולטור וגם נותן השירות. בעצם אין לנו דירקטוריון – אנחנו נפגשים עם הנהלת משרד הבריאות פעם או פעמיים בשנה. אין לנו תכנית עבודה ספציפית, כל מנהל מתנהל לעצמו. אין נציגי ציבור ואין שום גוף שמפקח.

פרופ' רוני גמזו: הרחקת לכת ואמרת שאין לך תכנית עבודה ספציפית, אתה עומד מאחורי זה?

דר' ברלוביץ': יש לי תכנית לבי"ח שאני מנהל. בארגונים מסודרים יש גוף ויש תכנית עבודה ואנשים צריכים לקבל על כך אישור כל מס' חודשים. זה תהליך שלא מתאפשר ב – 23 בתי"ח ברחבי הארץ. ההחלטות לגבי תיאורי תפקיד ולגבי כל דבר שנעשה בבי"ח ממשלתי נעשות בנציבות שירות המדינה, ואני מעריך את יו"ר השירות, אבל הוא צריך להגדיר לי את התפקידים ובונה את הכפיפויות, ואלו דברים שלא סבירים באמת, והגיע הזמן גם בזה להתעסק.

אנחנו מתוקצבים, וכולנו גופים ממשלתיים, אבל התחרות הופכת בלתי אפשרת. אם אני מסתכל רק באזור המרכז, איכילוב ושיבא שולטים בשוק, והשאר בסביבה מתחרים בהם בתחרות בלתי אפשרית מבחינת היקף וגודל. אתם יודעים מה קורה כשיש מונופול בסדר גודל כזה, כשיש קופות מהצד גם כן. מבחינת כ"א, היכולת לתת הנחות, סוגי שירותים, אין אפשרות באמת להתחרות, ויש אותו אבא שמשלם. אם אני נותן הנחה, יש אבא שמשלם אותה וסוגר חשבונות, ובינתיים יורים אחד בשני כמה שרק אפשר. קופות החולים תמיד טענו שמשרד הבריאות לא אובייקטיבי, הוא רגולטור מצד אחד ויש לו את בתי"ח הילדים שלו שקרובים אליו. אתם שמעתם לא פעם ולא פעמיים טענות מהסוג הזה. האזרח גם הוא לא יכול לראות את משרד הבריאות כרגולטור אמיתי כשהוא מתלונן על בי"ח וולפסון בפני שרת הבריאות, מבחינה אובייקטיבית. מי שישלם את הכסף יהיה משרד הבריאות במסגרת חברת הביטוח, שהמשרד הוא חלק ממנה. זה בעייתי מול האזרח.

השקף הבא – היסטוריה. הבעייתיות הזו הייתה מאז ומעולם. אני נכנסתי לעניינים בשנת 1985. מזכיר את מקרה מוטה גור שלא רצה להקים רשות אשפוז בשום אופן. אחר כך מזכיר את וועדת נתניהו כשכולם התמודדו עם העניין כל אחד בצורה שלו. רוב ההמלצות היו לעשות תאגוד לבתי"ח ולהפוך אותם לעצמאיים. הוועדה האחרונה הייתה וועדת לאון. בוועדה הזאת שיוצגה ע"י משרדי ממשלה, גם באוצר היו מיוצגים האגפים הרלוונטיים, כשכולם המליצו על תאגוד. אגף התקציבים היה היחיד שהתנגד. הפתרון שהוצע הוא שבתי"ח ינוהלו ע"י חברות מנוהלות בבעלות קופות החולים. דו"ח המיעוט הוא הדו"ח שאימצה ממשלת ישראל, וגם פה היו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מספר החלטות ממשלה בעניין. בסופו של דבר החליטו לעשות גם ניסוי בבני אדם בלי לקבל על זה אישור של וועדת הלסינקי. הניסוי נעשה על ביי"ח וולפסון עליו הייתי רוצה לספר לכם. עד היום לא בוטלה החלטת הממשלה להעביר את ביי"ח וולפסון לבעלות של קופ"ח מכבי. התהליך נמשך 3 שנים בהן ביה"ח נפגע בצורה אנושה. הקופה החרימה את ביה"ח וייבשה אותו. הפסיקו להגיע חולים, וביה"ח ירד בהכנסות ב - 100 מיליון ש"ח. במקביל, משרד הבריאות אמר שחלק מהתהליך היה לשם שדרוג ביה"ח והוספת תשתיות כדי שמכבי תקבל אותו, כדי להביאו למצב שיהיה תחרותי. הכסף לא הגיע, אבל משרד הבריאות הפסיק להזרים לגמרי כסף לתשתיות, כי חבל לבזבז את מעט הכסף שיש על ביי"ח וולפסון, ואז הוא הפסיד גם את החלק הזה. ירידת ההכנסות גרמה לחוסר עמידה בתקציב וניסוי לכפות על העובדים לקבל את התאגוד. כחלק מהתהליך, מה שנעשה זה שהשאירו את התקציב, ומבי"ח עם עודף, ביה"ח הפך לבי"ח עם גרעון של 30 מיליון ש"ח. מאחר והחוק מאפשר למדינת ישראל להגדיל את התקורה מ - 20 ל - 40% אכן זה מה שענשה, ותאגיד הבריאות שעד אז היה מבוסס, הפך לחדל פירעון. עד היום, ביה"ח חייב למדינה 20 מיליון ש"ח חוב שהוא צבר ב - 2005, כדי שהעובדים יבינו שאם הם לא יסכימו לתהליך של התאגוד, אז הם ימצאו עצמם בלי עבודה. כשאני הגעתי, הבנתי שצריך לסיים את התהליך הזה ולהחזירו להיות ביי"ח ממשלתי נורמלי. שכרנו את שירותיו של חיים פלץ, שהיה סגן השר הממונה על ענייני התקציבים, שאמר שאין שום היתכנות לתהליך הזה של התאגוד בצורה זו מכל הסיבות האפשריות, מהרקע של התנגדות העובדים. אחרי שהוא הבין את כל ההצעות של האוצר, הוא הבין שגם הוא היה המתנגד הכי גדול.

עו"ד לאה ופנר: התנגדנו למעבר למכבי. בנושא התאגוד לא שינינו עמדה.

ד"ר ברלוביץ': המעבר למכבי באמצעות חברת ניהול גם הר"י התנגדה לו בסופו של דבר, יחד עם הסתדרות האחיות ו-וועד ארגון עובדי מנהל ומשק. התהליך הקטסטרופלי הזה הסתיים אקטיבית עם נזקים. עובדים התחילו לעזבו את ביה"ח. כל מי שיכול היה עזב, ומי שחשב על זה שינה את דעתו, כי ביה"ח היה במצב בלתי יציב. תורמים לא רצו לתרום למכבי כי זו חברה פרטית, ואין שום סיבה לתרום לבי"ח וולפסון שעובר לגוף פרטי. הנזקים בחלקם הגדול נשארו עד היום. אני מקווה שחלק מזה הצלחנו לשקם אבל בתהליך עצמו היה פיאסקו גדול, וזה היה ניסוי בבני אדם ללא אישור, וזאת עבירה נכון?

אם אני מסתכל על בתי"ח אחרים שעוברים תהליך של תאגוד – כל בתי"ח מהמאה ה - 19 היו מתואגדים, ואני רוצה להראות לכם מה קרה להם. מתייחס לשקף במצגת. כל בתי"ח שתואגדו שלא למטרות רווח, מצבם לא טוב. את תלוש המשכורת של עובדי הדסה לא הייתי רוצה להראות לכם, כבי"ח מתואגד. לא קרה עד היום שבי"ח מתואגד לא שילם משכורת מלאה בסוף החודש.

מה ניתן לעשות? מתייחס לשקף במצגת, מס' מודלים. מודל שלישי – תכנית שאני מנסה לקדם אותה בפעילות שלי. אנשים ימשיכו להיות עובדי מדינה. כל מה שמשנתה זה שתהיה הפרדה בין עובדי משרד הבריאות לבין עובדים שעוסקים בתפעול השוטף של ביה"ח. אם יש יחידה שעוסקת ברישוי בתי"ח, ברור שזה גוף רגולטורי מיניסטרילי. לעומת זאת, אם יש יחידה שתפקידה לקבוע כללי תקינה והיא מתעסקת אך ורק בבתי"ח ממשלתיים, היחידה הזאת אין לה מה לעשות בתוך המיניסטריון בירושלים - שתעבור פיזית לגור במקום אחר וכל האנשים שעוסקים בתפקיד הזה יצאו החוצה - אם זה בנושא תקציב, תנאי עבודה ושירות, פיתוח והדרכה וכו', כל



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מה שהמשרד עוסק בו רק לבתי"ח ממשלתיים. פרופ' ארנון אפק למשל, מוציא חוזים ועוסק בנושאים שנוגעים לכלל המערכת. כל מה שעוסק רק בבתי"ח ממשלתיים - אין להם מה לעשות שם. פה אני מדבר על הפרדה מוחלטת שתאפשר בעצם תפקוד מסודר. ברמה הביצועית יש עם זה בעיה, כי אותם אנשים עוסקים גם בזה וגם בזה - אני חושב שמן הדין צריך לעשות את ההפרדה, ומי שמתעסק במיניסטריאון לא צריך להתעסק ביום-יום בבעיות השוטפות, במה שקורה בתוך בתי"ח, משהו אחר צריך להתעסק בזה. אני מציע שהמנהלת תהיה כפופה לשרת הבריאות. היא לא צריכה להתחכך בעבודה היומיומית של משרד הבריאות, ולשחרר את מנכ"ל משרד הבריאות מלהתעסק בבעיות השוטפות של בתי"ח. התהליך הוא יחסית פשוט. אין כאן הרבה התעסקות עם וועדי עובדים, עם ענייני שכר וכו', זה הרבה יותר פשוט מכל תהליך אחר. הדבר היפה שהוא רברסיבילי - אם זה לא הולך, ניתן להחזיר את זה אחורה. הדבר השני - התהליך מאפשר את כל הפתרונות האחרים בעתיד. זה לא שולל תאגוד או מערכת אשפוז. אם קובעים יעד א' או ב' או ג', המנהלת צריכה להיבחן בעד כמה היא מקדמת את משרד הבריאות לנושאים אותם השרה רוצה לקדם.

שאלות (בשלב הדיון הפתוח נציג חברת רותם אסטרטגיות התבקש לעזוב את החדר):

יעל: היום אמרתי לאחד המרצים שזאת הייתה הרצאה ללא מורא וללא משוא פנים, אבל אתה התעלית על זה. אמרת את כל שעל ליבך בצורה הגלויה ביותר, מול המנהלים שלך ואני מאוד מעריכה את זה.

פרופ' גבי בן-נון: מבחן הישימות של המודלים האחרים הוא כמעט אפס - ניסו הכל ולא הצליחו. אתה מדבר על מודל שהוא לא מושלם, אבל ישים. הייתי רוצה שתחדד - על השולחן הזה הוצג מודל אחר - העברת חלק מבתי"ח לתפעול ישיר של קופות החולים. למה המודל הזה פחות מועדף בעיניך ממודל רשות אשפוז? למה לא קופות חולים בעצם?

ד"ר ברלוביץ': עצם הסיטואציה שלקופה יש ב"ח משלה באזור מסוים, פוגע בתושבי אותו אזור. חוזר לשקף הרלוונטי במצגת של השוואה בין מודלים. הכללית היום מניידת חולים ממקומות מסוימים בארץ לבתי"ח שלה. ברור שאותה קופה תעשה את זה, כפי שעושה מכבי לאסותא. היא מסבירה להם שכדאי להם להגיע לאסותא כי ההשתתפות הכספית היא משמעותית לאזרח. זו הסתה שפוגעת בעקרון חופש הבחירה עד כמה שניתן בצורה מאוד דרמטית, מכיוון שזו הקופה שלה. יש אנטי מחיקון - אותה כללית שיודעת שיש תחרות קשה באזור מסוים, כמו בבת ים-חולון שם מכבי שולטת, כללית רואה בביה"ח סוג של נציגות של המתחרה ולכן אנחנו לא הולכים לחזק את מכבי ולהפנות לבתי"ח של מכבי, אלא נשלח לבתי"ח אחרים. התוצאה היא שנמנעו מלשלוח את תושבי חולון לבי"ח וולפסון, וזו בעיה מבחינה כלכלית כי ההתחשבות היא בדרך כלל בין הקופה לבין ביה"ח ששייך לה. זה לא תמיד בנוי על עקרונות כלכליים, אלא על אינטרס איפה רוצים פחות גרעון. הכללית מעבירה חלק גדול מהגרעון לבתי"ח שלה, כי זה נראה יותר יפה שהגרעון הוא בבתי"ח ולא אצלה.

עו"ד לאה ופנר: אני יוצאת מתוך נק' הנחה שהשאלות שלנו כלליות ולא קשורות למוסד שלך. אני לא מבינה בעצם בטבלה הזאת את 4-8. שאלותיי: לגבי נקודה מס' 4 - הנקודה העיקרית שמפריעה יותר מכולם זה הסיפור שלא לא להפוך להיות עובדי מדינה זה פנסיה תקציבית. היום זה הולך ומתמעט, וכמעט ולא נמצא. כל שינוי הוא בעייתי, אבל המצב היום שונה מלפני 6-10 שנים. היה פחד מפני פנסיה תקציבית והיום יש הרבה אנשים שלא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בפנסיה תקציבית, ולכן הבעיה הזו יותר קלה היום. אני אמרתי את זה כי אם בכל זאת הוא חושב שהוא רואה התנגדות בנושאים אחרים, אני אשמח לשמוע.

ד"ר ברלוביץ': עובדים תמיד מעלים את נושא הביטחון התעסוקתי, ולא רק פנסיה תקציבית. חלק מההעברה לגוף אחר היא הפחד מאובדן התעסוקה. ברגע שאין הורים בממשלה, ביה"ח יצטרך לפטר עובדים. תהליך של כניסה למשבר מהסוג הזה במסגרת ממשלתית, נותן לעובדים יותר בטחון תעסוקתי שלא ייזרקו לרחוב ושביה"ח לא יכנס לפשיטת רגל.

עו"ד לאה ופנר: הבעיה במודל הזה שמטרידה – מצד אחד הוא מצוין, אבל האם זה באמת משנה משהו? הטיעון של ניגוד העניינים, כמו שאני מבינה אותו, היא העובדה שבגלל שמשרד הבריאות הוא הבעלים של בתי"ח, שיקול הדעת שלו והמחשבה לשלו והאינטרסים שהוא מייצג הם מוטי בתי"ח ולא דווקא מוטי קופות. ויותר בחריפות – אני חייב להיות נציג הקופות בשביל לאזן את משרד הבריאות. איך זה שאתה אומר שמי ינהל יסדר את הבעיה?

ד"ר ברלוביץ': אני אומר שוב ומקבל שזה לא פתרון מושלם. הכי טוב זה שיוקם גוף סטטוטורי אחר, וזה בלתי אפשרי במדינה בלוחות זמנים סבירים. ההיסטוריה מדברת על פרקי זמן הרבה יותר קצרים. הקדנציה לא תספיק כדי לפתור משהו יותר מורכב. השלב הראשון לדעתי צריך להיות המסגרת הזאת, וזה צעד ראשון, הצרה במיעוטה. אין יותר ניגוד עניינים פרסונליים. אם אני מיניסטרי בריאות רגע או מייצג את בתי"ח באותו רגע, את זה אני צריך לבחון. זה לא מה שקורה וזה לא מה שאנחנו משדרים. מהניסיון בכללית, הוויכוחים בין חטיבת בתי"ח לחטיבת הקהילה הם לא פחות סוערים מהמתח הפנימי בין אינטרס בתי"ח לאינטרס הקופה. לכל אחד אג'נדה משלו וכל אחד נבחן לפי מידת הצלחה אחרת.

עו"ד לאה ופנר: כלפי חוץ זה לא פותר את הבעיה כלפי הטענה.

ד"ר ברלוביץ': זה מצמצם אותה.

עו"ד לאה ופנר: כלפי פנים אתה מדבר על ההתנהלות הפנימית של המשרד, אבל למה הוועדה בכלל צריכה לעסוק בזה?

יעל: התשובה היא פשוטה. כשהקמתי את הוועדה, לקחתי לתשומת לבי את הערותיו של מבקר המדינה שמורה על הקמת וועדה כדי לדון בנושא התאגוד.

עו"ד לאה ופנר: את זה אפשר לעשות גם בלי הוועדה. אני לא באה בטענות.

פרופ' רוני גמזו: הוא בא ואומר שאם זו הבעיה, יש מספר פתרונות. אני חושב שתתחילו לפחות עם זה, תעשו משהו מהיר.

יעל: אנחנו לקחנו את זה על עצמנו כמנדט.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר ברלוביץ': אם שוב תתקבל החלטה של תאגוד, שוב תהיה בכייה לדורות. אם הרגע ההיסטורי הזה יתפספס ונחזור שוב לאותה מנטרה ונתחיל את כל הסאגה שהייתה בוולפסון מההתחלה, שוב ניתקע ולא יקרה כל זה. זה יופיע גם בדו"ח הבא של מבקר המדינה.

ד"ר עזיז דראושה: אני אשמח לשמוע ממך ממקור ראשון אודות הנקודות האחרות – שר"פ ותיירות מרפא.

ד"ר ברלוביץ': דעתי בנושאים הללו חד משמעית. הייתי מאוד שמח להסתדר בלי שני אלו. לגבי שר"פ – את מה שהוא בא לפתור, הייתי פותר בדרכים אחרות. הייתי שמח לקבל כסף ממקור אחר ולא מתיירות מרפא, וזה כסף שאני עוד איכשהו מצליח להכניס ולהשתמש בו. אין לנו מקורות כספיים אחרים מבלי לעבור על עקרונות ואידיאולוגיה ותחת כלליים ברורים.

ד"ר שולי ברמלי: באמת תודה על הצגתך! רציתי לשאול מה דעתך לגבי נכונות וישימות של אפשרות הבחירה של האזרח בבי"ח. השאלה השנייה – מתוך ניסיוןך הרב, מה לדעתך צריכים להיות התנאים שלנו כוועדה שנצליח ליישם את ההמלצות?

ד"ר ברלוביץ': אני בעד בחירה חופשית גם כמנהל בי"ח וולפסון. אני חושב שזכותו של האזרח לבחור בכל בי"ח שהוא רוצה. החוק מחייב לאפשר בחירה במסגרת הרפואה הראשונית. אני חושב שאחרת זו פגיעה בזכויות החולים.

ד"ר עזיז דראושה: איפה עובר הגבול בין בחירת בי"ח לבחירת רופא?

ד"ר ברלוביץ': לכל בי"ח יש יתרונות שלו, לאו דווקא עם השמות המפוצצים, אבל יש לו יתרונות עובדתיים. כאשר הייתה בזמנו האינתיפאדה של הכללית נגד וולפסון, קיבלנו המון תלונות של אזרחים שנלחמו להגיע לוולפסון כי לא אישרו להם להגיע לוולפסון. התהליך יהיה קצר, ותוך חצי שנה ניתן יהיה לגזור את הסרט. לפחות בתקופת המעבר יהיה צורך להשקיע כסף, ובסוף זה יחסוך. בשלב הראשון יהיה צריך להוסיף כסף ותקנים לתקופת מעבר, אבל בתהליך כלים שלובים הכסף יחזור.

ד"ר שולי ברמלי: אני רוצה לשאול שאלה בשם פרופ' קובי גלזר – למערכת נדרשים 4-5 מיליארד ש"ח לקידום מטרות כמו מחסור ברופאים, חיזוק הרפואה בפריפריה, חיזוק בתי"ח קטנים, חינוך רפואי וכו'. הוא מבקש ממך לדרג את המטרות האלה, והאם אתה חושב על אפשרות נוספת לממנם פרט לשר"פ?

ד"ר ברלוביץ': אני חושב שהשר"פ לא יממן משהו. עובדה שבתי"ח בהם יש שר"פ, זה לא פתר מהם להגיע למשברים למרות השר"פ. בכל בתי"ח שמנתי יש והיה שר"פ, וזה לדעתי הוסיף להם בעיות מעבר לכך.

לגבי הנושאים שהזכרת – אני מוכן לדרג אבל לא ככה בירייה. הנושא שהכי אבסורדי ברשימה – זה נושא ההשתתפויות. אנחנו גובים באופן לא אגרסיבי, אבל בהתאם למחלה ולחולה. אנחנו מעודדים אנשים לא לקחת תרופות כדי שמצבם יחמיר. זה אבסורד, זה נשמע חלם. "יש לך לחץ דם" – "אבל אני לא סובל מזה" – "לא, קח תרופות, ותסבול מהתקף לב ותמות בגיל צעיר". כדי לקחת תרופות אתה צריך לשלם כסף. במקום להיכנס



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

למועדון שנותן טיפול מונע ולהוריד פרמיה. אנחנו מבקשים כסף נוסף ומעלים את הפרמיה בביטוח, זה הרי לא הגיוני. למי שאין את הכסף, אני מבטל השתתפויות עצמיות. אני רוצה להעביר מסר של רפואה מונעת, ואיך אני יכול לעשות את זה כאשר מרבית הכסף של התרופות הולך לרפואה מונעת שניונית, לאנשים שעוד לא לקחו תרופות.

אורי שומרת: יש היום מנהלת בתי"ח במשרד הבריאות שאחראית על בתי"ח.

פרופ' רוני גמזו: לא, תן לי לעשות לך סדר. בתוך האגף הכלכלי יש יחידת בתי"ח ולא מנהלת שאחראית על הצד הכספי של בתי"ח.

אורי שומרת: הפתרון הוא לא סופי - הוא ביניים, לא פותר את ניגוד העניינים. האם אתה רואה פתרון לטווח הארוך?

ד"ר ברלוביץ': הפתרון הנכון הוא הקמת רשות אשפוז סטטוטורית כמו שהיה בשנות ה-80' כמו שיש רשות שדות התעופה, רשות הנמלים, גוף שברור בחוק מהם סמכויותיו, מי יושב שבדירקטוריון, וברור ששר הבריאות מייצגו, אבל הוא בצד. זה תהליך מורכב וארוך, ולכן אני מציע את התהליך הארגוני הספציפי כשלב א'. נכון להיום, התאגוד גם בארץ וגם בארצות אחרות, כולל באנגליה, הוא נמצא כיום במצב של פשיטת יד ופשיטת רגל. הגופים המתאגדים בעולם לא הוכיחו את עצמם. כללי התחרות בשוק לא עובדים, החולים די שבויים. כל הכללים של השוק החופשי לא עובדים, ומה שעובד זה קומוניזם רעיוני. בסופו של דבר אתה משלם הכי פחות עם תוצאות הכי טובות במערכת טובה יותר.

פרופ' גבי בן-נון: אתה תקרא לזה קומוניזם, ואני אקרא לזה סוציאל-דמוקרטי.

אורי שומרת: אמרת שהיתרון לקופה הוא שזה חוסך כסף, והיא מסיתה חולים לביה"ח שלה.

ד"ר ברלוביץ': לגבי בתי"ח של הכללית ששם יש לה אופטימום, היעילות של בתי"ח של הכללית לא הוכחה יותר מאשר זו של ממשלתיים. גם מבחינת כ"א פר מיטה והוצאה פר הכנסה.

יעל: בדקת את זה? יש לך נתונים?

ד"ר ברלוביץ': וודאי, זה לא יחסוך לו כסף. ההחלטות הן לא כלכליות, אלא החלטה איפה הגרעון ימצא. אם אתה משלם לקופה יותר, הגרעון יותר אצל המבטח. תמשוך את השמיכה לאן שאתה רוצה. בתי"ח לא פחות יעילים, הם עובדים מצוין. צרותיהם לא נופלות משל הממשלתיים. הקופה כבר שילמה את המשכורת, העובדים שלה הם בפנים וברור שתוצאה להפיק מהם כמה שיותר. אם לא הייתי מפעיל בבוקר את כל חדרי הניתוח שלי, היו סוגרים אותי.

פרופ' רוני גמזו: הפעלה יותר גדולה של ביי"ח על ידי קופה מגדילה את הוצאות הקופה, וזה ניגוד העניינים הפנימי שלה, ולכן היא לא מעוניינת. לכן, כשאני שואל מנכ"ל קופה למה אתה לא עושה יותר קצ"ת, הוא עונה - "מי ישלם לי על זה?".



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דר' ברלוביץ': לחכות לניתוח שקדים היום בבי"ח של הכללית הוא פי 3 מזמן המתנה בבי"ח אחר.

פרופ' גבי בן-נון: יש להם אותם סדרי גודל של גרעון. הקופה רואה בבי"ח שלה כנטל. כלכלית, העניין שעומד מאחורי זה הוא מפוקפק.

רונית קן: אין שום מודל שאומר שאינטגרציה אנכית היא תמיד טובה. ההתייחסות לאינטגרציה אנכית כמשהו שיש לו איכויות מובנות, זה לא תמיד לטובה.

דר' ברלוביץ': נכון לרגע זה, בתי"ח ממשלתיים מפעילים משמרת שנייה אחרי הצהריים. אנחנו מפעילים פעילות בהיקף של 10% אחר הצהריים. אנחנו משלמים תגמולים לכ"א כדי שלא ילכו לפרקטיקה פרטית. אני רוצה למסד את זה, לבוא ולקבוע שאחוז מסוים, קטן, יעבדו במשרה מלאה בביה"ח, במשכורת שאכן תבטל את ההכנסה האלטרנטיבית במידה מסוימת, באופן משמעותי, כי אני לא יכול להתחרות לגמרי. הרופא יעבוד רק אצלי כולל אחר הצהריים, ובמסגרת זו אוכל להפיק מהתשתיות הרבה יותר וגם מכ"א, אחסוך בנייה של עוד בתי"ח ועוד חדרי ניתוח.

יעל: איך תממן את זה?

דר' ברלוביץ': התשלום נעשה כמו שנעשה היום, פשוט צריך את אותו כסף להביא לבתי"ח ציבוריים לצורך המטרה הזאת. אני לא דיברתי על להביא עוד כסף. אם נחזור אחורה, נושא הביטוח המשלים – במדינה הוא מיותר. אנחנו מוכרים לאנשים שטויות על כסף גדול. אנחנו משאירים הרבה כסף לקופות בשביל שיפרסמו את הילד השביעי בהפריה לאישה בת 82. אם 80% זה בעלי ביטוח משלים זה כבר לא ביטוח משלים, זה לכולם, ומרגע שלא ישמרו על בסיס של פרמיה אלא על בסיס הכנסה בביטוח בריאות, ואז לא הגדלתי את ההוצאה אלא אני ממיר, ואני גם מכוון לכך שאנשים ישלמו לא לפי יכולתם אלא לפי שכרם.

מרגע שאני מחזיק את הרופאים אצלי, אתן אפשרות לבחור רופא חינוך. אני עושה את זה היום. אין לי עם זה בעיה, רק שאין לי מספיק רופאים, חלקם בורחים אחר הצהריים לאסותא, לפרקטיקה פרטית. אם יהיה לי פול-טיימר ההיצע והביקוש יתאזנו באמצעות התורים. אצל הכוכב תחכה יותר ואצל הצעיר תחכה פחות, וזה קורה בשוק הפרטי גם כן. אני לא רוצה שיהיה קשר כספי בין נותן השירות למקבל השירות, אלא בין העובד למעסיק ובין החולה לביה"ח.

יעל: כמה תשלם לרופא?

דר' ברלוביץ': סדר גודל של הכפלת משכורת, מעבר למשכורת הרגילה שהוא מקבל.

יעל: 100 אלף ש"ח?

דר' ברלוביץ': כן, אני אסתדר עם 30 רופאים כאלה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוליה איתן: לגבי בתי"ח שיש בהם שר"פ והקשיים שלהם – כמות הסובסידיות שהם לא קיבלו לאורך השנים, צריך לקחת את זה בחשבון בראייה שלנו. הרפואה השחורה תגדל או תצטמצם במודל שאתה מציע?

ד"ר ברלוביץ': זה לא ישפיע, זה לא במקום משטרה. התמריצים יישארו אותם תמריצים, מי שהיה גנב ימשיך להיות גנב. אני לא מקבל את זה. היום יש מספיק מוטיבציה לאנשים לעשות עסקאות ביניהם. גם מס הכנסה מהווה מספיק תמריץ לא לעשות את זה, ואני לא חושב שאתם צריכים לדון בזה. התמריצים הכלכליים תמיד קיימים, וככל שאתה משלם יותר מסים לריבון לטמיון, תרצה יותר להעלים.

ניר קידר: לא ברור לי כיצד התאגוד מונע את הגרעון של ביה"ח. איך התאגוד יפגע בחיזוק הרפואה הציבורית לעומת הפרדה ארגונית. לפי מה שאני מבין ממך, כדאי שהוועדה תמליץ להפריד את בתי"ח של כללית מכללית, אז למה להשאיר?

ד"ר ברלוביץ': אם היה לי פתרון אופטימלי, אז הייתי ממליץ עליו, אבל מראש אמרתי שזה לא מושלם, זה מצב שטעון תיקון ואני לא רוצה לקלקל. ברגע שבתי"ח יהיו יותר תחרותיים והנושא הכלכלי יהיה יותר דומיננטי, החשש הוא שהמוטיבציה הכספית תהפוך להיות יותר דומיננטית, וזה עלול לפגוע בבריאות החולים. טוענים שרופאים עושים פעילות מעבר כדי לאזן את התקציב, אבל אנחנו יודעים שמחקרים מוכיחים שנושא של צנתורים למשל, משהו שיש לו חלון זמן ואפשר לצנתר אותו באותה הזדמנות, יהיה עודף פעולות. אני חושב שככל שיש יחס ישר בין האינטרס הכלכלי לבין הפעילות הלא ציבורית, וככל שהאינטרס הכלכלי יותר חזק בבי"ח פרטיים למטרות רווח, יש מתחת לזה תאגוד ומתחת ביי"ח ציבורי. יש את זה גם היום, לא באותה מידה ולא באותה אגרסיביות. הממשלה לא סבסדה את ביי"ח ביקור חולים מעולם, עד שהם פשטו את הרגל. הם גססו הרבה שנים כמו שאתה יודע, והם הסתדרו עד שנסגרו.

עו"ד עדי ניב-יגודה: הסבר על בחירת רופא אצלכם.

ד"ר ברלוביץ': חלק מהחולים מגיעים לביה"ח ואין הרבה רופאים שמנתחים. הם מגיעים לרופא מסוים ומחוסר ברירה הם בוחרים במנתח ולא בביה"ח עצמו. אין לי שום בעיה עם הבחירה. גם אם היו לי יותר רופאים, והיו בוחרים באחד או אחר, אין לי בעיה עם זה אם הוא מסכים והכל בסדר, כל עוד זה לא סטז'ר.

עו"ד עדי ניב-יגודה: האם אנחנו לא לוקחים את מודל אחד של התאגוד ומוסיפים לו רשת בטחון בצורת מענקי איזון - האם לא נעביר יותר נקודות ירוקות ונגיע למודל אחד יותר טוב?

ד"ר ברלוביץ': אני מסכים. אנחנו נמצאים באותה סטגנציה, שכולנו באותו מקום ואפשר להתווכח אידיאולוגית, ואנחנו תקועים מזה שני דורות. הגיע הזמן לעשות מעשה בכיוון הנכון ובזמן הנכון, מבלי לשלול את האופציה האידיאלית. צריך לזוז, וזה קודם כל לעשות הפרדה ארגונית וגם לקדם יותר עצמאות לביה"ח. שני הגופים - רשות אשפוז ותאגוד - הם שני גופים טובים, השאלה היא רק הגודל. זה יהיה המבחן - אתה תקים בתוך המנהלת יחידה שתצטרך כל שנה לקדם את התאגוד ותכתבו דו"ח כל שנה שיראה מה היא עשתה השנה לטובת התאגוד.

פרופ' רוני גמזו: מה היתרון, אם בכלל, שבתי"ח הממשלתיים הם בבעלות הממשלה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דר' ברלוביץ': יש לזה יתרון לגבי העובדים. לעובדים יש בטחון תעסוקתי הרבה יותר מכל מסגרת שלא תהיה. אפשר לראות את זה גם כדבר שלילי, תלוי באידיאולוגיה שלך.

פרופ' רוני גמזו: מה מיוחד בשקט הזה?

דר' ברלוביץ': כל מערכת הבריאות בנויה על כ"א ועל המוטיבציה שלו.

פרופ' רוני גמזו: וההיתכנות הפיננסית?

דר' ברלוביץ': אמצעי ולא מטרה.

פרופ' רוני גמזו: 40-50% ממערכת האשפוז ניתנים לאיזון בתקציבי נטו, ולא צריך לחשוב באופן כל כך יצירתי איך לאזן את הדסה. הרבה מדברים על ניגוד עניינים של משרד הבריאות כאחד שצריך לראות את כל המערכת. מה רמת ניגוד העניינים של מנכ"ל קופה?

דר' ברלוביץ': יותר גדולה ביום-יום. בפירוש התחושה היא שמבחינתם ניגוד העניינים לא פחות בולט מבמשרד הבריאות עצמו. במסגרת ההסכמים עם מכבי, נחתמו עניינים שלא בהכרח לטובת סורוקה. התוצאה הייתה שמי שמשלם זה אזור הדרום. אני לא בטוח שתושבי מדינת ישראל גם נהנים מהמצב הזה. לא באתי לפתור את בעיות הכללית.

פרופ' רוני גמזו: אני ניסיתי לומר שניגוד העניינים של משרד הבריאות יש לו גם יתרונות. אם מראים שלמנכ"ל קופה יש ביי"ח, ראיתי שגם לו יש ניגוד עניינים. ביה"ח של קופה נותן שירות גם למבוטחים אחרים. אני רוצה שהוא ייתן שירות לא מפלה למבוטחים אחרים בפלטפורמת ביה"ח שלו, וזה מורכב בכל פלטפורמה שלא תהיה.

יעל: תודה רבה לך! מרתק, כן ומעשיר.

****מציג רביעי – דר' שי בריל, המרכז הרפואי הגריאטרי בית רבקה. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

דר' בריל: נתחיל קצת להבין למה גיל הזקנה הוא כל כך חשוב - מתייחס למצגת. ה - baby boomers – יש לזה השלכות רבות על מערכת הבריאות וחייבים למצוא לזה פתרונות. חשוב לי שתהיו איתי בקטע הראשוני של הבנת הרקע, המשמעות הקלינית של תהליך ההזדקנות. מתייחס למצגת – מציג תמונה של מחלה שבגיל 18 האדם נראה זקן לגמרי - זאת התוצאה של מחלה, ולא ברור למה זה קורה. הדבר היחידי שנמצא שמונע הזדקנות – הורדה של 50% מכמות הקלוריות שאנחנו אוכלים, וזה גורם להארכת החיים ב - 50% ויותר, ושמירה על מראה צעיר. תחשבו על האינטראקציה עם הסביבה, שמה שאנחנו אוכלים משפיע על איך שאנחנו נראים מורפולוגית. ברפואה אנחנו כותבים בסיכום הרפואי "נראה כפי גילו", "צעיר מכפי גילו" או "מבוגר לגילו", כשאנחנו רואים את החולה ממשיך עם המצגת. מנגנון הזקנה גורם עם הגיל לירידה של מערכות הגוף. נותן הסברים רפואיים לגרף במצגת. רציתי להראות לכם שהתוצאה של הגרף שכשמתכלים על תמותה ולא משנה מאיזה סיבה, סרטן או דלקת, התמותה עולה כשעולים מצעיר למבוגר. למבוגר אין את הרזרבה לעמוד בתנאי הסטרים, פחות מסוגל לעמוד



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בתנאי המחלה. מה מאפיין את תנאי המבוגר? ריבוי המחלות באדם אחד. כשאני פוגש את חולה, לא ברור לי מה אני רואה - האם אני מגלה מחלה חדשה, תופעת לוואי של טיפול או החמרה של מחלה קיימת? העבודה מול אדם מבוגר הרבה יותר קשה כדי להבין מה יש לו, וזה גורם לבעייתיות בטיפול באדם המבוגר. אני זוכר רופא משפחה שאמר שהוא מטפל כל פעם במחלה אחת כי אין לו זמן לטפל בהכל, ואמר למטופלת שלו תבואי כל פעם למחלה/לתלונה אחרת.

מאפייני המחלה בקשיש - השקף הבא - מחלות שכיחות בגיל המבוגר - כשהכי נפוץ זה דמנציה, תסמונת ירידה בזיכרון. יכול לבוא מאלצהיימר או אירועים מוחיים. 10% מעל גיל 65 לוקים בדמנציה, 20% מעל גיל 75 והאחוזים עולים עם הגיל. יש בעיות פרקים, מפרקים, ראייה ושמיעה, פרקינסון - מחלות שמתחילות לאט. ההתחלה היא סמויה וההתקדמות היא הדרגתית, ועד שאנחנו מגלים אותן, יש כבר נזק משמעותי. הדבר המעניין הוא שהתמונה הקלינית היא איננה ספציפית. נותן דוגמא על תסמינים ברורים להתקף לב. אצל אדם מבוגר זה לא יתבטא בכל הסימנים האלה אלא בריתוק למיטה, קושי לקום, נפילה או אובדן שליטה בסוגרים, וזה יכול להיות המון דברים, ולכן האתגר הדיאגנוסטי בגיל הזה הוא מדהים. בהתחשב בזה שאין למבוגר רזרבות, אנחנו צריכים לתת אבחנה מהר, כי הוא לא יכול לעמוד בזה. אנחנו צריכים מקום שייתן מענה מהיר ולבחור את הטיפול הנכון כבר בהתחלה, כי אם לא - נאבד את החולה. יש כאן השלכות מאוד דרמטיות לעומת גיל צעיר.

זקנה=חולי - דעה קדומה, מעין צלב הסבל שצריך לשאת על הכתפיים, ואנחנו אומרים שזה לא ככה, ובהחלט ראוי להתערב. אפשר לעשות דברים שיקלו על החולה גם אם זה לא נראה הכי טוב, כדי לשמור על הרזרבות, ואולי לא נרוץ לנתח. בסוף לפעמים גם אין תמיכה משפחתית. 50% מההפניות של רופא משפחה לא מתקיימות כי הילדים לא תמיד מביאים את האנשים האלה לגורם המתאים.

מהן התוצאות האפשרויות בעקבות מחלה? שקף הבא. ארבעת האפשרויות הללו מהוות את הבסיס להערכת איכות מערכת הטיפול שלנו בארץ והשוואה בין מדינות. השקף הבא - מי מטפל כיום באוכלוסייה המבוגרת? ישנם 16 בתי"ח שמטפלים בחולים מבוגרים שיוצאים מבי"ח כללי לטיפול או לשיקום או לסיעוד מורכב, או שיש להם מיטות למונשמים כרוניים, במקום שיתפסו מקום בבי"ח כללי וכבר נחסכו למדינה 500 מיטות בבי"ח כללי. הם לא שמחים לבוא לשם, אבל זה עדיין כיוון לפתרון. בסה"כ בקהילה, רוב האנשים המבוגרים הם עצמאיים - יש אנשים שמקבלים גמלת סיעוד ויש כאלה שנדחו לקבלת הגמלה והם מוגבלים. יש כאלה שמקבלים עזרה קלה ויש שמקבלים עזרה מלאה. רוב העומס של הטיפול במבוגרים נופל על הקופות ולכן אנחנו צריכים לקבל ידע אדיר, והמנכ"ל מקדם את קידום הידע בקרב רופאי משפחה. אשפוז ממושך מיועד בעיקר לחולים סיעודיים ותשושי נפש.

יעל: כמה ישנם באשפוז בית?

פרופ' רוני גמזו: אין לזה הגדרה ברורה בתחום הגריאטרי. אחרי אשפוז בבי"ח יש ליווי ותמיכה, אבל אין הגדרה חד משמעית של מה זה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר בריל: כל חולה שנמצא בבי"ח יכול בדרך כלל להיות גם בבית בתנאי שיש מי שמסייע לו. זה מביא אותנו להחלטה של יחידות הללו יהיו עובדים זרים שיעמידו את האיש המבוגר על הרגליים, במיוחד אם הוא גר לבד. קשה לגייס את זה, ובינתיים הוא הולך ומתדרדר. אם היו לנו את היכולות הללו היינו חוסכים הרבה צרות.

ד"ר שולי ברמלי: אמרת שמיטות למונשמים חוסך מיטות פנימיות בבי"ח כי זה יותר זול.

ד"ר בריל: זה חוסך כי הוא לא זקוק לדיאגנוסטיקה, וזה מוציא אותו ממערכת יקרה למערכת זולה יותר. התקורה היא זולה יותר וזו השורה התחתונה.

פרופ' רוני גמזו: אם עולה לו החום לא מריצים אותו על אנטיביוטיקה, הגישה היא יותר סבלנית. לא תמיד יש מה לעשות יותר.

ד"ר בריל: יש בבי"ח גריאטריים צוות יותר מיומן לטפל בחולים כאלה, והגמילה מהנשמה אצלם עומדת על 65%. זה לא שידנו קלה יותר בהנשמות. החולה נשאר מוגבל ויזדקק להנשמה חוזרת בעתיד כי לא החלפנו לו את האיברים החולים, אבל שיפרנו לו את איכות החיים. חבל להחזיק בבי"ח כאלה את האנשים הללו.

פרופ' רוני גמזו: מיטות סיעודיות הן מיטות פרטיות ברובן, אנחנו הגורם המבטח שלהם, ואני לא מדבר על בתי אבות, אלא על בתי"ח גריאטריים.

ד"ר בריל: אחוז הגמילה הזה הוא גם כדאי יותר להחזיק אצלנו. מאפשר לנו להעבירם לטיפול פחות אינטנסיבי ולהוריד עומס מבתי"ח כלליים. צריכת השירותים בגיל מבוגר לעומת גיל צעיר – במצגת. האיש המבוגר, הירידה ברזרבות, ריבוי המחלות והתרופות גורמים כולם לצריכת שירותים מוגברת. כנ"ל גם באשפוזים – השקף הבא. כלומר, מעל גיל 85 האוכלוסייה צורכת יותר משאבים, הוספתי פי 2 משאבים.

רונית קן: שיעור הגידול השתנה בין השנים המוצגות בשקף?

ד"ר בריל: שיעור הגידול נשאר.

יעל: בגלל הזדקנות האוכלוסייה ההוצאה הכוללת שלנו יקרה יותר, אבל העלות פר אחד הולכת ויורדת.

ניר קידר: השאלה היא גם כמה זמן החולה מאושפז. סופרים במצגת רק מס' אשפוזים ולא מס' ימי אשפוז. תוחלת חיים של אדם שעבר אשפוז הייתה 18 חודשים והיום זה יותר. אנחנו מצליחים להחזיק את האנשים בחיים יותר זמן.

ד"ר בריל: העומס בביה"ח הכללי גורם לכך שאתה מוציא את החולה פחות יציב והסיכוי שהוא יזדקק לאשפוז נוסף גדל, הם יוצאים מהר יותר וחולים יותר.

עו"ד לאה ופנר: לכאורה הנתונים מראים שאתה מוציא יותר, בלי קשר לכך שיש יותר מבוגרים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר בריל: ניר נתן את התשובה שיש יותר.

הסבר על תפקוד – השקף הבא. לרוב האנשים מאוד חשובה העצמאות, ולא רוצים להיעזר במישהו. אם אנחנו לוקחים את סך הפעולות שאדם עושה, ישנם 6 תפקודים בסיסיים שאותם האדם המבוגר לא יכול לעשות. תפקודים נוספים – ניהול משק בית ותפקוד מתקדם. אין פה סקס – אצל חלק מהאנשים זה תפקוד בסיסי, אצל אחרים זה נכלל תחת הקטגוריות האחרות... זה נחשב כחלק מאיכות החיים, ואנחנו ממליצים על זה לחולים שלנו. בגיל הזה הקרבה והמגע משמעותיים לא פחות. רוב האנשים מבזבזים את רוב זמנם על תפקוד מתקדם, גם מי שמרוחק למיטה. הפגיעה הראשונה בתפקוד הבסיסי היא הליכה ומעברים. הלבשה ורחצה נפגעים בהתחלה, אחרי זה אכילה ושליטה על סוגרים. אפשר למיין את האנשים לפי העצמאות שלהם בקטגוריות הללו – השקף הבא במצגת. תשום הוא מי שיש לו צורך בדיוור מיוחד או בעזרה צמודה. הגורם המממן הוא קופת החולים, האדם עצמו ומשפחתו ורק במקרים הקיצוניים יותר נכנס חוק סיעוד, רווחה ומשרד הבריאות (עניין הקודים הוא בהתאם להכנסות של האדם – אין לך, תביא את הילדים – אין להם, נעזור לכם). יש תחרות על הקודים האלה. בתמריץ קטן של 40 מיליון ש"ח בהם נותנים קודים לקופות, יצרו תמריץ שכדאי להתחרות עליו ואפשר להשקיע את היתר בשירותים למניעה בקהילה.

יוליה איתן: יש לכם מחקר מעקב על זה?

ד"ר בריל: נוצרו תמריצים לפתוח שירותים. מנהל המחוז מאוד מחושב. ברגע שהוא רואה שההוצאות שלו חורגות וההכנסות עצרו את הנתח, הוא מקצץ.

ניר קידר: חלק גדול מהשינוי בכללית זה השינוי הדמוגרפי שלה. המבוטחים שלה נעשו יותר צעירים.

ד"ר בריל: פתאום נוצר לחץ על איזה שירותים ישנם ובואו נבחן מה אפשר לעשות יותר.

סיעודי לתשום נפש – חולה שסובל מדמנציה, זקוק להשגחה 24 שעות. אנחנו מדברים על סיעודי מורכב – עזרה מלאה בטיפול אישי וניהול משק הבית. המורכבות יכולה להיות פצע לחץ או כל מיני תחלואות נוספות. הקופה משלמת עבור הסיעודי המורכב. אנחנו היחידים בעולם שעושים את ההבחנה בין סיעודי שעליו אחראי משרד הבריאות לבין סיעודי מורכב שבאחריות הקופה. יש פרובלמטיקה של מי משלם את ה-14 אלף ש"ח שזו העלות לחולה סיעודי, וזו קטסטרופה ביטוחית. אתה מגלה שאביך משותק וגם שזה יעלה לך 14 אלף ש"ח בחודש.

חולה שיקומי – סיעודי או תשום זמניים, למשל אחרי ניתוח כזה או אחר או מחלה ממושכת, ואנחנו רוצים להחזיר אותו לתפקוד, ואם נשקיע בו נפחית את שיעור המוגבלות בתפקוד. נזכור תמיד שירידה בתפקוד תמיד נובעת ממחלה. אין מצב שמישהו יורד בתפקוד מתוך בריאות טובה. גם אותו דכאוני שלא יוצא מהמיטה – זו מחלה. דמנציה היא מחלה לכל דבר.

אני אומר שהבעיה העיקרית היא היעדר רצף השירותים. אם המצב משתנה אני הולך לכל הדלתות. התכנית שהגה האגף לאסטרטגיה של משרד הבריאות היה בה הרבה הגיון, כי יוצרת אחריות לרצף מעריסה לקבר. כדאי לך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

להשקיע במניעה או בשיקום, כי פחות תישא בעלות של 14 אלף ש"ח לחודש. אני מבין שיש לכם הרבה קרבות אחרים כי גם הביטוח הלאומי לא כל כך שש לוותר על הכסף.

יוליה איתן: איזה אחוז מהקודים משרד הבריאות מכסה?

ד"ר בריל: שני שליש הוא מכסה, 70%.

ניר קידר: כל האוכלוסייה בישראל זכאית לקודים של האשפוז. הזכאות תלויה בגובה השכר של האדם.

ד"ר בריל: האחריות הכספית היא כך - החולה הוא תמיד במקום ראשון, אם לא הוא - ילדיו, ואם לא הם - המדינה.

שימו לב לנתון הזה 23.7% זה שיעור המוגבלים במדינת ישראל. זה הכי גבוה במדינות ה-OECD, אבל כל מדינה מודדת בשיעור אחר את המוגבלים בקרבה. איך מודדים תפקוד זה לא פשוט, אפשר למדוד במפקד אוכלוסין. גמלת סיעוד זה משהו ייחודי לישראל. המספר הולך ועולה בגלל שהאוכלוסייה מזדקנת.

ניר קידר: זה מקרב בניה - 65+.

ד"ר בריל: כמובן. השקף הבא - כל היתר שהם לא סובלים מדמנציה, סובלים מהמחלות הבאות שגורמות לירידה/מוגבלות בתפקוד בארה"ב: מחלות פרקים, לב, ריאות, סרטן שהורג הכי מהר. אנחנו בנושא הזה מקווים שהעברת הנתונים תאפשר לדעת מה המחלות שגורמות בישראל למוגבלות בתפקוד.

הערכה גריאטרית כוללת - השקף הבא. כל אחת מהסיבות הללו יכולות לגרום לכך שאני לא מגיע לאיכות החיים שאני שואף אליה. אנחנו שמים דגש על המצב התפקודי לפני המחלה. אנחנו מחפשים את הסיבות לירידה בתפקוד - הערכת זיכרון, הערכת ראייה, הערכת מצב רוח וכו'. אנחנו עושים את האינטגרציה הזו עם מצב כלכלי, מצב חברתי ובה אנחנו חיה ייחודית. החשיבות הזו של להבין שאין לאדם הזה מי שייתן לו תרופות או אוכל, אז הוא יחזור בוודאות למיון.

מתי תלכו להתייעץ עם רופא גריאטר? דיכאון זו אפשרות, ירידה בתפקוד היא סיבה טובה, החולה כבר לא מכינה עוגת תפוחים באותה איכות, כבר לא משחקת ברידג' וכו'. אנחנו מתעסקים בהרבה דברים - ירידה תפקודית, ריבוי מחלות, תרופות ואשפוזים חוזרים בבני 75 פלוס, וזה אומר שהם לא יציבים וצריך לגלות למה, האם זה בלבול או הפרעה התנהגותית, נפילות חוזרות (פעמיים לפחות בחצי שנה), הערכת פוטנציאל לשיפור בתפקוד והתאמת מסגרת אופטימלית, כלומר איך אפשר לשפר את המצב.

baby boomers - השקף הבא. עלייה במספר הלידות באלפים אחרי מלחמת העולם מביאה למצב שרובם מגיעים כיום לגיל 65 פלוס. 340 אלף איש שזה עולה מעל הקו של הגידול הטבעי באוכלוסייה. תשימו לב שזו עלייה של רבע מיליון איש שיתווספו בעשר שנים הבאות, ואנחנו כבר 3 שנים בתוך זה. זו עלייה ב-75% בפלך הגילאים של 75 פלוס. גם 85 פלוס עולים, אבל הנסיקה חדה פחות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר שולי ברמלי: אלו גם קשישים אחרים, הם משכילים יותר.

ד"ר בריל: מה הסכנה בתופעה הזאת? גדילה בצריכת ביקושים, התארכות תורים לרופאים מומחים. אין לנו מתמחים בגריאטריה. יש פרישה צפויה של 50% ממומחים בגריאטריה עד שנת 2020, ואנחנו צופים משבר מנהיגות, כנ"ל בתחום של האחיות. אלו אנשים שהולכים לאינטרנט ולא מוכנים לחכות שנה ל - MRI או לניתוח מעקפים. זו הסכנה שאני צופה.

מה הפתרונות? השקף הבא. אני לא רוצה סתם לזרוק הבטחות. כשמפסיקים תרופות רואים תוצאות רק אחרי חודשיים. אני מסכים שיש ריבוי תרופות, אבל לא ברור שהפחתה תועיל במשהו. יש היום 18 אחיות (מתחלקות בין 26 מחלקות ברחבי הארץ) שסיימו הכשרה של שנה כדי להיות אחות מומחית לסיעוד גריאטרי, וזה אחרי מאבק ממושך שנעשה בתחום. אם ניתן פה יותר כוחות עזר, השירות יעלה, צריך פחות ידע ויותר כוח טכני וסביר להניח שנקבל פה יותר.

יוליה איתן: מה עם טכנולוגיה?

ד"ר בריל: גם אם יהיה מנוף כדי להרים את החולים, עדיין צריך כוח, זה לא יחסוך זמן. אין תחליף לעבודת כפיים בתחום הזה. אין מספיק טכנולוגיה בתחום, פשוט אין. אני מוכן לשתף פעולה ולנסות אצלי את כל הפטנטים בעניין הזה. אני מסכים איתך שיש צורך בכך, ואני חושב שחלק מהסיבה שזה לא התפתח כי אלו מקצועות של נשים בדרך כלל. חוזר לפתרונות מהמצגת.

אי אפשר לדרוש מבן זוג מבוגר לחולה שיעשה את כל עבודת הטיפול בעצמו. צריך לתת את הסיוע של עובדים זרים כדי לתת סיוע למשפחה, אפילו לתקופה קצרה. בני הזוג המבוגרים לא יעמדו בזה, והילדים לא תמיד פנויים לכך. היום אין תמריץ למוסד סיעודי להתמודד עם החום של החולה שלו. היום שולחים עם חום למיון והוא מתאשפז בפנימית. אני בא ואומר שצריך ליצור מערכת של תמריצים כדי לשפר את ההישארות של החולים האלה שם. דמנציה זו מחלה הכי משמעותית בגיל המבוגר, והמשמעות של זה היא עומס מטורף על בן הזוג ועל הילדים. כשהחולה שוכח שיש יומולדת, תובעני ללא קץ, זה 24 שעות להיות כל הזמן עם העיניים פקוחות, כמו לשמור על הילדים או הנכדים. יש בן זוג שכל הזמן צריך לשים לב אליו ולהשגיח וזה מתיש. זה דבר שאנחנו לא יכולים לתת לו סיוע היום, וחייבים למצוא את הדרך לשיתוף פעולה. לא יצרנו את האווירה בציבור שזה לגיטימי שיש מישהו שלא זוכר.

יש לנו 48 חולים מונשמים בבית רבקה. יש לנו כרופאים בעיה עם הנושא הזה, כקריעת ים סוף. אילפו אותנו שאנחנו חייבים לרפא, ואנחנו כל הזמן עובדים ומסבירים על זה לרופאים שזה טיפול טוב גם לשמוע מה שהחולה רוצה ולדבר על זה בישיבה, ועוד במצב בו החולה יכול עדיין להחליט בעצמו. יצא על זה מחקר בניו אינגלנד, הם ברובם בוחרים ללכת הביתה ולמות מטיפול טוב נגד כאבים. אני חושב שאנחנו צריכים להעביר לחולים את המסר הזה בזמן שהם יכולים לקבל החלטות. גם המשפחה עצמה לא תמיד יודעת מה המשמעות.

יעל: או שלא נוח להם לבוא ולומר שצריך לקצר את הסבל.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר בריל: גם לנו לא נוח עם הדימוי של קברנים.

יעל: אנחנו מטפלים בזה במשרד הבריאות יחד עם עמותת לילך ועם השופט מצא.

פרופ' רוני גמזו: כמות ההוראות לפי חוק החולה הנוטה למות לא באה לידי ביטוי בפועל.

יעל: אנחנו מדברים על לשנות את החוק. בארה"ב נותנים לאנשים את האפשרות בתחילת מחלה סופנית להחזיק את הכדורים ביד וברגע שהם רוצים לרסק את הכדורים ולשתות אותם כל עוד הם עושים את זה בעצמם.

עו"ד עדי ניב-יגודה: באנגליה שואלים מה אתה רוצה שיקרה, כאן פשוט לא שואלים ומחברים למכונות.

ד"ר בריל: מצד שני, גם דברים טובים קורים. הבעיה האמיתית היא מנהיגות הרופאים וזה צריך לבוא ממנהל ביה"ח ומנהל מחלקה.

עו"ד טלי שטיין: זה מדרון חלקלק.

ד"ר בריל: יש פה בעיה מאוד לא פשוטה וצריך להיזהר שלא יקרה מה שקרה באנגליה. העבירו את מדיניות ההוספיס לבי"ח כללי. התכנית זכתה להצלחה מדהימה. אחרי 10 שנים זה יוצא למדינות שכנות. אז התחילו לבוא חדשות מדאגות, שרופא מתחיל מסלול של מורפיום ללא דעתו של החולה, ואז חקרו את זה ודוממו את התכנית. כשיש רגישות לחיי אדם אסור להיות קיצוניים מדי, צריך להבטיח שהרופאים עוברים את ההכשרה המתאימה. החולה ומשפחתו הם חלק מזה וזה לא נוחת עליהם.

לסיום – תמונה של מעיין הנעורים. אנו בבית רבקה מנסים להחזיר את איכות החיים היום לאיש המבוגר. זו אוכלוסייה מיוחדת עם צרכים מיוחדים. צריך לעשות אינטגרציה עם הרווחה כדי לאפשר איכות חיים ולהגביר את כ"א העוסק בכך.

יעל: היה רופא שהציע שבכל המר"גים יהיה גריאטר.

ד"ר בריל: הייתה גם מחשבה לעשות מיון גריאטרי. תעשיה של בי"ח כללי יודעת להתעסק בצורה אקוטית בחולה, מיד רצים עם כל הדברים. זה מקום לא פשוט לאדם מבוגר שקיבל החלטה שהוא לא רוצה טיפול אגרסיבי, אתה רוצה מיון שקט יותר שבו לא הכל פתוח וחשוף ואנשים עוברים. הוא רוצה לקבל מידע ולקבל טיפול. אין לנו גריאטרים בכמות מספקת כדי להכניס למיונים. גם אם תפתחי תקנים, לא יהיה לך עם מי לאיש אותם.

פרופ' רוני גמזו: בכלל אין מתמחים בגריאטריה, הייתה עלייה אבל קטנה מאוד.

ד"ר בריל: קחו 733 שזה ציון פסיכומטרי נדרש ללימודי רפואה - אנשים מחפשים אקשן וריגוש, ואף אחד לא מעניין אותו הקצב הרגוע של האוכלוסייה הזאת. היום הם לא מוכנים לעשות את זה. הם באים מרומניה, הונגריה, איטליה, ולא מוכנים לבחור מקצוע שלא מדבר אליהם היום.

יעל: האם היית מוסיף לרופאי הרפואה הדחופה, המלר"דים, גריאטריה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר בריל: כן, אבל אני מוטרד. בחדר מיון זה חדר מקרה אסון שצריך להחליט אם לאשפז או לשחרר, לכן צריך לעשות את זה בצד ולא במרכז העניינים של המיון. אני מעדיף שיגיע לחדר מיון של בי"ח כללי, אבל אין שום סיבה שיגיע לפנימית בכל מחיר. אם תשימי אצלי חדר מיון זה אפשרי.

ד"ר עזיז דראושה: אני 19 שנים ניהלתי מלר"ד והיום אני בהדסה. אני חושב שגריאטריה היה תורם לי רבות. הרבה מהפניות שלנו היו חולים גריאטריים. הגישה שלכם שונה משלנו, הרבה יותר בשלה ומאוזנת. גם בהדסה, שהייתה לי אפשרות להציג את המקרה לגריאטר, אין לי גריאטר צמוד. אם אפשר לעודד את זה, זה יהיה טוב.

ד"ר בריל: אני בעד למלא את השורות, אבל אין לי כיסוי לזה.

ד"ר שולי ברמלי: יש ביקוש פרטי לגריאטריה?

ד"ר בריל: כן, אבל אנשים מבוגרים לא ששים לגריאטריה מסיבות שונות: הם מעדיפים להגיע לרופא לפי הבעיה הספציפית שלהם. הם חושבים שהגיעו לקברן כבר וזו בעיה של הגישה של האנשים עצמם - בעולם זה לא ככה. יש גישה של "מה הוא יעזור" לפעמים, ממילא המצב מאוד מתקדם. הם מתאכזבים לפעמים כי שילמו כסף בפרטי ולא קיבלו שום דבר כי כבר אין מה לעשות. מהסיבות הללו הבנתי בעצמי שאין לי טעם לפתוח קליניקה פרטית.

ד"ר שולי ברמלי: היית מכשיר עוד אנשי צוות גריאטריים? רוקחים למשל?

ד"ר בריל: בהחלט, יש לנו אחד כזה שעושה עבודה מדהימה.

פרופ' רוני גמזו: אחד מהמנדטים של הוועדה זה נושא הביטוחים. בביטוחים המשלימים אין כמעט התייחסות אליהם. יש משהו שאתה חושב שמתאים לגיל הזה? הערכה גריאטרית היא בסל, לא כזכות שמתקיימת באופן מלא. הקופה לא דואגת לעשות את זה לכולם בגלל מחסור בגריאטרים. זו פעולה שלוקחת מעל שעה.

ד"ר בריל: הייתי שם דגש על שיפור השירות. אנחנו נותנים ריפוי בעיסוק חצי שעה ביום. שאר הזמן החולה בבית ולא עושה כלום. הצענו לחוק הסייעוד שש רמות חדשות לתת ייעוץ, שלמטפל הצמוד יהיה הסכם עם המטופל שמה שהוא יכול לעשות שיעשה לבד, כי לפעמים המטופל מוותר על פעילויות כי יש לו מטפל צמוד והיכולות שלו מתנוונות. אנחנו רוצים ללמד את המטפלים לעבוד איתם ואיך לשמור על היכולות. אחד הדברים שעשיתי כיו"ר הוועדה בביטוח לאומי זה להפיק סרט הדרכה למטפלים.

עו"ד טלי שטיין: הכי חשוב זה להיות בן אדם.

ד"ר בריל: הרבה פעמים אנשים מתנוונים כי עושים בשבילם הכל.

יוליה איתן: העובדה שאתם שייכים לקופת חולים כללית משפיעה על תמהיל החולים שלכם?

ד"ר בריל: אנחנו מקבלים מכל הקופות, אבל 70% הם מכללית. הגיל הממוצע הוא 80, החציוני 75.

יעל: תודה רבה לך!!