



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

### פרוטוקול וועדת גרמן – 17/10/13

**\*\* מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' יעקב סוסנה, יו"ר איגוד הרדיולוגים, בי"ח הדסה. מציג מצגת (מצורף**

**בקובץ POWERPOINT).**

**פרופ' סוסנה:** מודה לכם שהסכמתם לקבל אותי כאן. הנושא שאדבר עליו מתחיל מהתחום שלו אך הולך לתחומים רחבים יותר, ומטרתו חיזוק הרפואה הציבורית. אסביר בהתחלה מהו המקצוע ומה עושה הרדיולוג - מתייחס למצגת. בעבר הדרך היחידה לדעת מה קורה בגוף האדם הייתה נתיחה. בשנת 1500 רנטגן גילה את קרני ה - X. צילום הרנטגן הראשון, צילם את כף היד של אשתו עם טבעת. הוא זכה על כך בפרס נובל לפיזיקה. מהר מאוד הרנטגן הפך להיות כלי אבחנתי וטיפולי. ההיסטוריה של הרדיולוגיה בארץ התחילה בשנת 1904 עם רדיולוג שהגיע מתורכיה. פרס נוסף הוא גילוי ה - CT לגילוי פתולוגיה בגוף, מכשיר שגם הוא פועל באמצעות קרינה. היום מכשיר CT עובד ב - 4 שניות, כאשר בעבר זה לקח מעל לשעה, כאשר הבעיה העיקרית היא להעלות את החולה למיטה. במכשירים של היום השדה המגנטי חזק הרבה יותר, השתכלל מאוד לאורך השנים. היום אדם נכנס ויוצא אחרי חצי שעה עם אבחנה. אנחנו עוסקים גם בצנתורים, מוח, כליות, רגליים (לא לב). מציג תמונה של כבד שצונתר. תחום דימות השד, ממוגרפיה, CT של השד - תחום שעדיין נמצא בוויכוח כל כמה זמן צריך לעשות את זה. אחד התחומים שמשרד הבריאות מאוד מפקח עליהם הוא הרגולציה של זה ועל ביצוע בקרה במכונים.

מה אנחנו בעצם עושים? הרדיולוגיה היא מקצוע תשתית כמו מיון ופתולוגיה. אנחנו עוזרים לכולם, מפגים ועד אנשים קשישים. יש בכל מקום רדיולוגיה, גם בבתי"ח שאין בהם מיון, גם באסותא יש רנטגן. זהו מקצוע רוחבי שמשרת את כולם. תוך שניות צריך להחליט אם המצב מסכן חיים או לא, וזו המומחיות שלנו. הרדיולוג הוא רופא מומחה, עושה 5 שנות התמחות, ועוד שנתיים של תת-התמחות. תחום ההתמחות שלי הוא דימות בטן. אנחנו צריכים להחליט איזה בדיקה מתאימה לאיזה שאלה, עם איזה חומר, באיזה פרוטוקולים. צריך לדעת לעשות את הבדיקה ולפענח אותה, לעקוב ולראות מה קורה עם החולה ולהשגיח עליהם.

מה המצב בארץ? ישנם 450 רדיולוגים בבתי"ח. כל אחד זקוק לצילום רנטגן, אבל האם כל הצילומים מפוענחים וזה באמת קורה? על זה אדבר. יש הרבה מאוד מרפאות, שירותים בקהילה - 25 מכוני דימות בארץ. נעשות כ - 20 מיליון פעולות רדיולוגיות בשנה. נתונים מספריים על הרופאים בתחום - במצגת. יש גם רופאים רדיולוגים מעל גיל 65. יכול להיות שהרופא כבר לא יוכל לנהוג, אבל לפענח צילום רנטגן או CT הוא עדיין יכול גם בגיל הזה.

אין כמעט מיון שאין בו מכשיר CT, והבדיקות עולות במורכבותן. היום בדיקת CT היא 700 ל - 1000 צילומים. ביום עבודה ממוצע אני רואה בין 50 ל - 60 אלף צילומים - זו עבודה מעייפת, אחראית ותובעת ריכוז. יש קושי במורכבות ובריכוז וזה משפיע על הכל, בשונה ממקצוע הפסיכיאטריה למשל. אנחנו מעין מערכת העצבים המרכזית של ביה"ח ושל הקהילה, ולא מעריכים את זה. הכירורג לא תמיד יודע להסתכל על הצילומים ולפענחם, והחולה לא תמיד יודע את זה. צריך אנשים שידעו לפענח. אני לא יודע לפענח MRI, ויש תת התמקצעות בזה. במיוחד ברפואה, רדיולוג כללי זה מקצוע הולך ונעלם, יש תת התמחויות וזה טבעו של המקצוע. מס' הרדיולוגים -



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אנחנו הרבה מתחת לארה"ב וקצת מתחת ליפן. אנחנו מהווים כ- 2% ממספר הרופאים בארץ, ויש לזה משמעות: נושא הזמינות, מחסור במכשירים ובמי שיפענח את הצילומים. מי מפעיל את המכשירים? טכנאים, וגם בהם יש חוסר. גם אם יש מכשיר, אין מי שיפעיל אותו ואין מי שיפענח את הצילומים. אני בא מהדסה והתורים אלינו לא התקצרו ביום אחד מאז כניסת המכשירים. MRI של הערמונית או בהרדמה, יכול להיות תור לזה של חצי שנה. במכון פרטי זה יכול להגיע להמתנה של 3 שבועות. לפעמים סיבת העיכוב היא שהרדיולוג פשוט לא מפענח. יש מקומות שזה שבועיים ושלושה, וזה יכול להתבטא במצב מסכן חיים שזוהה מאוחר מדי. מספר על חולה שזיהה אצלו מחלה סרטנית מספר שבועות אחרי הצילום, וזה לא עומד בסטנדרט הנכון.

**פרופ' קובי גלזר:** קיימת האפשרות של פענוח צילומים בחו"ל.

**פרופ' סוסנה:** אני בא בגישה של עניי עירך קודמים. אני חושב שאין רופאים בחו"ל שיסכימו לעבוד בסטנדרט המחירים שקיים בארץ, מסיבה כלכלית פשוטה. אם הוא יכול לשבת בניו יורק ולפענח לבתי"ח בקליפורניה או בסביבה, הוא יעדיף את זה.

עיכוב במתן תשובות – קורה גם בבתי"ח. בבי"ח יש 5 משמרות בוקר בשבוע וכל השאר הן תורנויות, עבודת מתמחים בפיקוח מומחים. בעתיד צריך שיהיו גם רדיולוגיה מומחים גם אחר הצהריים. אם אני אומר שלחולה יש קרע באבי העורקים, צריך לאבחן את זה בזמן, יש לדברים האלה משמעות. אחד ממדדי האיכות זה כמה זמן לוקח לבצע CT בשבץ מוחי - משרד הבריאות אמר עד 35 דקות ואני בעד זה. לא כתוב מי צריך לעשות את זה, אלא כמה זמן – 35 דקות מרגע הכניסה למיון ועד הביצוע. הפענוח בדרך כלל במצבים כאלה מבוצע מיד. בפרמטרים לא כתוב מי יעשה את זה. פגיעה באיכות הבדיקות – צילום חזה שמבוצע בביה"ח, ברוב המקרים לא מפוענח על ידי רדיולוג. הבדיקות הפשוטות לא זוכות למענה. התשובה שפעם נתנו להר"י זה שאני מקווה שהחולה הוא לא היחיד שראה את הצילום של עצמו...

**עו"ד לאה ופנר:** לא ישנו שבוע אחרי התשובה הזאת שנתתם בדיון הזה..

**פרופ' סוסנה:** זה קורה. יש צורך לפתור את הבעיה על ידי תוספת תקנים. זה לא משהו שהתחיל אצלנו, זה משהו שקורה כבר כמה שנים. קודם כל צריך לחזק את מקצועות התשתית. חבל לי שד"ר דראושה לא נמצא פה. מיון, רנטגן, פתולוגיה והרדמה אלה מקצועות תשתית. מגיע חולה, עובר החיאה ועובר למחלקה. אחרי זה הוא מבקש את הרופא בשר"פ. כשמחזקים את הרפואה הציבורית צריך לחזק את הבסיס, ולכן הרנטגן נמצא בקומת קרקע. המקצועות הבסיסיים לדעתי הם – מיון, רדיולוגיה, פתולוגיה והרדמה, מקצועות שחוצים תחומים. גם מרדים צריך לדעת להרדים פג וקשיש. ישנם פערים בתחום בין מרכז לפריפריה. במחוז צפון בקופ"ח לא מפענחים בכלל את צילומי החזה, נכון ללפני יום.

טל (TELE)-רדיולוגיה – פענוח מרחוק. יש בארץ רדיולוגים אמריקאים שחיים פה ומפענחים צילומים לארה"ב. אני אומר בואו נגייס אותם, חבל! למה שלא יפענו צילום של גב' כהן מתלפיות? עניי עירך קודמים, ניסיתי לעבוד להם על המצפון. הם עובדים במסגרת פרטית בשביל ארה"ב.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

### שירה גרינברג: מה עם מקרה הפוך? שבישראל ישלחו לשם?

**פרופ' סוסנה:** אני לא רואה את הקופצים הרבים שירצו לעשות את זה. יש גם בעיה של רישוי. אני מדבר על אלה שחיים פה - גרים באפרת, בבית שמש וכו'. אני נוסע מספר פעמים בשנה לארה"ב, והם במצב קשה ואני חושב שצריך לנצל את זה. יש שם קיצוצים במשכורת, רופאים הוצאו לחל"ת, אנשים מסיימים התמחות ואין להם עבודה. גם הטל-רדיולוגים התחילו לגשש ולחפש. זה 8% של רופאים שיש להם ניסיון מצוין וחינוך מצוין וצריך לחשוב איך מביאים אותם. לפרוש מערכת שתעבוד בחו"ל זה בסדר, זה נושא טוב, אך יש בו סכנה למקצוע. אני יועץ לבי"ח, ישב דר' ג'ונסון ויכתוב פענוח - זה הופך להיות סחורה. יש פה פענוח וייעוץ. הם צריכים להיות במסגרת ביה"ח, זה מקצוע עזר של ביה"ח ושל הקהילה. יש היום קבוצות ענקיות של 300 רופאים טל-רדיולוגים. המקצוע בצניחה בגללם, בדיקה מתומחרת ב - \$5 לפענוח, יש פשוט תחרות.

### עו"ד עדי ניב-יגודה: מה לגבי תוכנות מחשב כעזר? זה יכול להקל על מצוקת כ"א?

**פרופ' סוסנה:** זה לא מחליף רופא ראשון, זה כלי עזר שני. בממוגרפיה זה עוזר לרופא לשים את העין אבל לא מחליף אותו. התוכנה תמצא את הפתולוגיה ואתה תפענח אותה אחר כך. נעשה ניסיון בתחום שלא הצליח.

נושא נוסף - רופאים שנוסעים לתת-התמחויות או להתמחות עמיתים, 12% מהם לא חוזרים. צריך למנוע מהם לנסוע או לגרום להם לחזור. אנחנו באוואזיס, בחממה יחסית למה שקורה בארה"ב ברפואה. הרופאים שם בלחץ כי הם מפחדים שהכנסותיהם ירדו ובצדק. הצעדים האפשריים - גיוס רדיולוגים.

### משה בר סימנטוב: על סמך מה אתה אומר את תחושתך שיש משבר?

**פרופ' סוסנה:** אני רואה פניות של אנשים שמתחילים לדבר, זה לא תחושות. אנשים מחפשים מקום לעלות לארץ. ישראלים שרק צריכים את "הפוש" האחרון לחזור. המצב הוא לא כמו שהיה. האמריקאים מקשים עוד יותר. משנת 2015, מי שלא סיים התמחות בארה"ב לא יכול לעשות תת-התמחות בתכנית מוכרת (ציין את שמה). זה אומר לעשות עוד התמחות ואז תת-התמחות, וזה לוקח המון זמן. צריך לצאת למסע לאומי להחזיר את הרופאים, הם על סף לחזור. אני חושב שזה גם פורסם ב"הארץ", ראיתי את המספרים האלה. אני מכיר בשליפה 30-40 רופאים שנמצאים שם בין 10-2 שנים. הכנס הכי גדול בעולם זה הכנס שלנו - 65 אלף איש בשיקגו כל שנה. 35 אלף מתוכם הם רדיולוגים. אנחנו מוכנים לעשות הצגה של הרדיולוגיה בישראל, וצריך לעבוד יחד עם משרד הקליטה. הרפואה הציבורית תחזק על ידי החזרה של האנשים הטובים.

**יעל:** שרת הקליטה מנסה לעשות את זה. סופה עובדת על החזרת הרופאים בגדול, לא רק רדיולוגים.

**פרופ' סוסנה:** הכירורג שיחזור או הפנימאי, הם אלה שיחזקו את המערכת.

**יעל:** זה לתת עוד כסף כי זה עוד תקנים, הרבה מאוד כסף. צריך להיות ברורים בעניין הזה.

**פרופ' סוסנה:** אם אנחנו מדברים על כסף, אנחנו צריכים לחשוב על המחיר בבריאות כשאנחנו נותנים רפואה לקויה, אבחון מאוחר. ה - cost effectiveness, צריך לחשב אותו. זה לא מספיק להגיד הבאתי עוד מאה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רופאים אלא מה זה עשה, וזה מה שצריך לקחת בחשבון. מי שרוצה לנסוע שיסע, אבל צריך לשכנע לחזור. ישנם 2 מעמדות – מומחה ומתמחה. צריך ליצור מעמד נוסף בארץ של fellow, רופא שרוצה לעשות תת-התמחות, במקום שיסע לחו"ל בשביל זה. כרגע בארץ אנחנו בתהליכים לדימות מוח ורדיולוגיה פולשנית בסיוע הר"י. זה משהו שייקח בין שנה לשנתיים, ויחסית זול. אלה תקנים צבועים – אי אפשר לשתות אותם. אם אנחנו נותנים שני תקני fellow, זה יתרון לבי"ח שיש לו כוח עבודה מיומן - רופא מומחה משתלם שחוזר לביה"ח שלו, ולא מתחרה עם עמיתיו בכוננויות או בעבודה אחרת. אני התחלתי לעשות את זה ברמה מקומית. אני מכשיר מתמחה בהדסה שתחזור לוולפסון. אני חושב שאם נצבע את התקנים האלה, ובכל תחום יש תת מקצועות או התמחויות כאלה, אז נצליח לחזק את מערכת הבריאות, נשפר את הטיפול בחולים ונחזיר את הרופאים. בארה"ב הממשלה הפדרלית משלמת על זה.

**עו"ד לאה ופנר:** זה מאוד משנה את פני הדברים, כי אם לא – ביה"ח הקטן והמסכן משלם על זה. בארה"ב הממשלה משלמת את כל הכשרת המתמחים. היא זאת שמממנת את זה.

**יעל:** את כל המתמחים?

**פרופ' סוסנה:** כן, בכל המקצועות. היא מכשירה את הדור הבא של הרופאים המומחים, שהולכים לקהילה, לבתי"ח הקטנים. הם קובעים את מספר התקנים לפי הצורך במקצועות. אני לא בעד הלאמה של הדבר הזה, אבל למשל בתחום ה-MRI נוספו 10 מכשירים אבל אין מספיק מומחים בשביל לפענח אותם. יש רופאים בבתי"ח פריפריאליים שיודעים פחות לפענח מרופאים בבתי"ח אחרים, אז זה לא מספיק להציף במכשירים.

אני רוצה לדבר על ההשתלמויות – באתר של הר"י יש 56 התמחויות מוכרות ברפואה ורק 18 מסלולי התמחות עמיתים מוכרים. אנחנו הרבה מתחת למיצוי של הדבר הזה, בערך ב-10% מיצוי של האופציות. בדימות ילדים, למשל יתר לחץ דם – אם בקרדיולוגיה יש 10 תת-התמחויות במקצוע, בארץ מתאפשרת רק אחת מהם. בארה"ב יש מתמחה, מומחה ו-fellow, בארץ רק מתמחה ומומחה. יכול להיות לו יתרון עצום למערכת הציבורית, זה מומחה שלומד משהו חדש. מתמחה חצי שנה הוא שוליה צעיר והוא עושה טעויות. אם יהיה עוד משהו מעליו, יהיו פחות טעויות והם יפיקו תועלת.

לסיכום – אני חושב שזה מקצוע חשוב – שקף סיכום במצגת. הצבא האמריקאי מנסה לעשות ניתוחים מרחוק, אבל זה עוד לא הולך.

**יעל:** תודה רבה, מרתק, מעשיר, מעניין!

**פרופ' סוסנה:** היתרון של המקצוע שלנו - אני יכול להיות במצפה רמון ולפענח לכל הארץ והעולם. יש אנשים שנוסעים לשבתון ומפענחים מרחוק.

**פרופ' קובי גלזר:** במקרה של המקצוע שלך, כל הזמן מדברים על זה שאפשר לעשות את זה מרחוק. אני לא מסכים איתך שיש בריחה של רופאים, כי יש מחסור של איזה 100 אלף רופאים באמריקה. יש לנו 2 אופציות - לשכנע



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אותם לעלות לארץ או להגיד תישארו באמריקה, אבל תעשו עבודה בשביל ישראל ונשלם לכם במקום אובמה. אני לא מכיר את הצד המדעי, אבל בצד הרפואי – אתה לא רואה מצב שבו דווקא המקצוע שלך הופך לבין לאומי ולא צריך דווקא תקנים פה, ועדיין החולים ייהנו מזה?

**פרופ' סוסנה:** אותו רופא שישב באירופה או בארה"ב ויפענח בשבילנו בדיקות ירצה לקבל תשלום. צריך לחשוב על המשמעויות של זה, הכסף יצא מאיזשהו כיס. יש יתרונות לטל-רדיולוגיה. בטווח קצר זה מכבה שריפות. אני חושב שיותר נכון היום שרופא ידע עם מי הוא מדבר, לא עם דו"ח אלא עם רופא. זה פתרון זמני נכון, אבל צריך לחשוב על הסטנדרט המקצועי הלאה – על נושא הבקרה, הרישיונות וכו'. אני לא פוסל את זה, אבל אני חושב שכדאי למצות את מה שאפשר לעשות בטריטוריה שלנו. לא באתי לומר בואו נלמד עוד רופאים כי זה לוקח 10-12 שנה להכשיר רופא.

**עו"ד לאה ופנר:** היום הרדיולוגים לא עובדים באופן בודד, אלא בסוג של צוות. כשאתה לוקח עבודת פריילנס מחו"ל, זה יותר קשה. מה שאף אחד לא רואה כאן זה בטח עדיף שמישהו יראה בחו"ל למרות זאת.

**שירה גרינברג:** גם המרחקים בארה"ב גדולים הרבה יותר.

**פרופ' גבי בן נון:** הרבה מפענחים יושבים גם בהודו.

**פרופ' סוסנה:** מעט רופאים עוזבים את ארה"ב. יש מספר מדינות מועט אליהן רופאים אמריקאים עוזבים. הם נוסעים לאוסטרליה, ניו זילנד, אולי לישראל ממניעים דתיים, פחות לאירופה. אני לא חושב שמיקור חוץ זה הפתרון היחיד.

**שירה גרינברג:** דיברת על ההתמחויות הספציפיות – מבחינת הפריסה הגיאוגרפית שאתה רואה, אני מניחה שיש מקרים ומיומנויות שנדרשת במקרים מסוימים, שהשאלה היא האם הם צריכים להתבצע רק במרכזי-על או שפריסה רחבה עדיפה?

**פרופ' סוסנה:** ביי"ח צריך לספק את הצרכים של עצמו. לכללית יש ניסיון להקים מרכזי פענוח ספציפיים, שזה בסדר. הם הביאו 15 רופאים שעושים את זה, אבל זה לא תחליף לביי"ח. רצוי שזה יהיה באותו ביי"ח. אם אי אפשר – אז לא. מרכזי מצוינות זה החלשה של בתי"ח אחרים. מראש החולים הספציפיים לא יגיעו למקום שהוא לא מרכז מצוינות ואז החלשתי אותם.

**שירה גרינברג:** אבל אז אתה לא פוגע בחולים. זה מנקודת מבטם.

**פרופ' סוסנה:** אני חושב שהמודל בארץ הוא של בתי"ח יותר גדולים. בארה"ב רוב בתי"ח הם קטנים, 50-200 מיטות. זה נכון שיהיו בתי"ח יותר גדולים שיתנו יותר שירותים, אך מזווית ראייתי למשל בהדסה ועין כרם – פחות שירותים באחד מהם, פוגע ברמת השירותים הניתנת באחר. הם מגבים אחד את השני.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**\*\* מציגה שנייה בפני הוועדה: אילנה כהן, יו"ר הסתדרות האחיות. מלווה: אורי פליישמן – מנכ"ל הסתדרות האחיות. מציגה ללא מצגת.**

**אילנה כהן:** אני רוצה לפנות לשרה. את צריכה הרבה וועדות כאן. כמו הרבה וועדות לכאן ולכאן. אני חושבת שאת צריכה אומץ. אם אנחנו רוצים מערכת ציבורית שוויונית, ערכית וטובה, את צריכה אומץ כי יש לך הזדמנות לשנות דבר לדורי דורות, רבותי. בסך הכל, אני לא יודעת מי הופיע פה. אני מכירה את האנשים ואני קוראת, ואני הייתי אחת במחלקה עד שנהייתי חברת כנסת, ולכל אחד יש דעות לכאן ולכאן. מה שמשחק בסופו של דבר זה הכסף, וזה מתחיל ונגמר שם. השאלה היא אם אנחנו רוצים לראות שינוי. אני לא רוצה לגעת במה שכתבתי, אני רוצה להגיד ממה שיש לי להגיד.

אם אנחנו רואים את המצב הקיים, רופא רואה חולה וצריך לעשות לו מיפוי, ולראות מה יש לו. הדבר מתחיל ויכול להיות שזה מובנה, אבל לא רק מבתי"ח. חולה קם בבוקר וכואב לו, מרגיש לא טוב, פונה למערכת הציבורית ואומרים לו יש תור עוד חודש, וזה לא רק לניתוח, גם לפיזיותרפיה. בן אדם נפל, וזה דבר איום ונורא, אבל לא משאירים לו ברירה. כל אחד חושש אם זה לילדים שלו או לדברים האלה. הרחקת התורים – עומד אדם שוטר תנועה ומפנה לרפואה הפרטית!! כל אחד מאיתנו משלם בריאות, ופתאום באו ועשו מעקפים. זה המעקף הכי גדול שעשו! לוקחים אנשים שמשלמים מס ואומרים להם "בשביל לקצר את התור, בוא ושלם עוד מס", וזה לא מס בריאות אחד. לפני כמה ימים הופיע בטלוויזיה ילד שבונה ביטוחים. כאילו החולה הוא הכספומט של הביטוחים האלה. אז מפנים את האנשים שלמעשה משלמים כל החיים שלהם, מפנים אותם לביטוח שלהם. אף אחד לא יודע מה כולל הביטוח שלו, גם אני לא יודעת. ולמה? חוסר אמון במערכת גורם לאנשים לעשות ביטוחים כפולים. כולם יודעים במקרה של ההורים שלהם, הם שילמו כל החיים שלהם ובסוף לא מקבלים כלום כשצריכים. זה מתחיל כשמגיעים לחדרי המיון – 4-5 שעות אנשים מחכים שמישהו יראה אותם. אחרי זה מפנים אותם למחלקות. אני אומרת שבכל מיטה ישכבו כמה חולים, יעשו אורגיה, כדי לצמצם במיטות!! במסדרון שוכבים חולה וחולה, וזה לפני הניתוחים. היום זה ההורים שלנו, מחר זה אנחנו. כנסו עכשיו למיון ותראו בעיניים, וזה עוד לפני הגשם. אני חושבת שהוועדה הזאת צריכה לבוא בערב לחדרי מיון ולראות האם זה נורמלי, לבוא למחלקות ולראות בעיניים את החולים ששוכבים בפרוזדורים, והם לא צועקים בגלל הקוטג', כשצעקו "קוטג'", כל המדינה נזעקה. מה קורה?? אנשים שבאים כאלה, כבר מאוד מנוסים, מגלים את הכישלון של המערכת, והולכים לפרטי. אני רוצה להתנצל ממה, שהוא היה בסדר מכל התקציבים לאחרונה. אני ידועה שמה שיש לי להגיד אני אומרת. זו תפיסה כלכלית של הפרטה של המערכת. אני הייתי בשנים הכי קשות עם הגזירות, זו תפיסה כלכלית של הפרטה של המערכת. יש מסלול מאוד מיוחד – מייבשים אותך ואת המערכת, ואחר כך אומרים שאתה לא יעיל. מערכת הבריאות תסלחי לי, הולאמה. אני לא רוצה לפגוע באף אחד – היה בניזרי השני, שבכלל היה מהחבובות, יכלו לעשות מה שרוצים במערכת הבריאות..

אתה מייבש מערכת ואומר שהיא לא יעילה, ולמי אתה נותן לפרוץ? למערכת הפרטית!! אני חושבת שיש לנו רפואה חבל על הזמן, יש לנו רופאים ואחיות נהדרים ושאר הסגל עושים עבודה נהדרת. אתה לא נותן את המשאבים המספיקים למערכת, ואת אותם מספר מיטות שהיו בשנת איכה זה כבר לא רלוונטי כי תוחלת החיים גדלה והאוכלוסייה גדלה. מותר לשלטון לבוא ולהגיד אני רוצה לעשות דיאליזה לחולים עד גיל 60 עם עיניים



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כחולות, אבל אם אתה רוצה לתת יותר, אז גם חיים יותר. את מאריכה חיים לאנשים שלפעמים לא רוצים לחיות אותם. אני ישבתי בוועדה של משרד הבריאות שעסקה בתחום הזה. קורה דבר שהוא עצוב מאוד, כי מדוע? אנחנו במערכת הציבורית מכשירים אחיות. בא משהו מבחוץ שהוא עושה בדרך כלל את הניתוחים הכי קלים, אין לו מחויבות כללית ציבורית, כי הוא יכול לבחור איזה ניתוח לעשות ומרוויחים עליהם הרבה כסף, ציצי-אף, וזה מאוד נגיש ונלקח לפרטית. אבל כשהוא מסתבך, שולחים את החולה חזרה לציבורית. אם אתה לוקח, קח כרטיס עם כיוון אחד ותסתבך שם!! כי מה שקורה זה לא יכול להיות שעושים דבר כזה. אני אדם שקורא הכל, וקראתי שבתקופה האחרונה יש ביטוחים פרטיים שאומרים שיש נערו ליווי לחולים מסוימים..

**יעל:** אילנה, יש לך ראש כחול..

**אילנה כהן:** מה זה מראה? שיש כישלון של המערכת, אין מספיק תקנים, אין מספיק שאנשים שיטפלו. כמה שעות מיון שצריך להזרים שם כוח אדם. מה שהמערכת לא נותנת, באה המערכת הפרטית ונכנסת לנישה הזאת. אם צריך יותר אנשים בחדר מיון, צריך לעשות את זה. אני רוצה להגיד – אני ידועה בדעה שלי וגם לא אשנה אותה. גם בעבר, כשהיה העניין של תאגוד בתיה"ח, וכשרצו לעשות את השר"פ – אני מתנגדת לשר"פ. אפילו בוועדה לא מצאתם לנכון שאיזה אחות תשב בוועדה.

**יעל:** בכל הוועדה הזאת יושב רופא אחד, ואפילו הוא לא נמצא היום.

**אילנה כהן:** אין לי בעיה עם זה, אני את דעותיי תמיד אומרת. אתם חושבים שזה נורמלי שאנשים שכל החיים שלהם משלמים מס בריאות, ובאים אנשים אחרים ועוקפים אותם בתיירות מרפא? באים אנשים שלא חיו ועבדו במדינה הזאת, וכשהם מגיעים, משהו מלווה אותם משדה התעופה!! גם אני רוצה שילוו אותי!! עושים את כל הבדיקות בלי תור, ואם הם צריכים הם מקבלים חדרים נפרדים!! אם היו אומרים לי שזה עוזר לחולים במערכת הציבורית – אין שום בעיה. אם נכנס כסף ומשפר את המערכת הציבורית, מכריחים את המערכת הציבורית למצוא נישות. מה זה מלונית? ליולדת אחת יש כסף אז תקבלי מלונית, קיבלת מתנה, אבל זה לא משפר את המצב של היולדות במחלקה עצמה.

כשאולמרט היה שר הבריאות, התנגדתי לתאגוד וכל הזמן נתנו לי את הדוגמא של הדסה ירושלים, ואמרו לי "ראו איזה יופי!!". אני רוצה לדעת מה יקרה כשהדסה תיפול. איך אמרו? היא לא תיפול. כמו שאמרו שאני חזקה בשביתת הרעב של האחיות, אמא שלי חזקה. אני יושבת עכשיו בתכנית ההבראה של הדסה, יש שם מעל 300 מיליארד ש"ח חובות. זה מראה גם את הצד שאם יכניסו את השר"פ זה ייתן את התשובה. שם יש שר"פ בבוקר, בלילה, והם עדיין בקריסה!! מי שרוצה יכול ללכת ללמוד את הנושא. בכל התורים יש אנשים שמחכים, ואני שומעת הרבה אנשים, ואני עברתי את זה אישית עם שני בניי שחלו בסרטן. ראיתי את המערכת מהצד השני ואני פרסונל – פספסו את שני הילדים שלי. כשבאו אליהם זה כבר היה מאוחר כמעט. הלימפומה של הבן שלי הייתה בדרגה שלישית. לבן האחר שלי אמרו שהוא כואב לו בגלל שהוא מתרגש בגלל שהוא פסיכולוג ולכן כואב לו, עד שהוא בא עם גידול באמת ואז התחילו ניתוחים. אנחנו במודע מסיתים אנשים מהמערכת הציבורית לפרטית.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

למה בן אדם צריך לשלם מס בריאות? לבן אדם אין ביטוח משלים אחד. לי יש פרטי, אבל עשיתי גם משלים. חוסר האמון גורם לך לרצות שיהיה לך ביטחון, ואני אפילו לא יודעת להשתמש בזה. אם בכל המקומות אומרים של – 80% אחוז יש להם ביטוח משלים, אז למעשה הכובד היה צריך לעבור למערכת הפרטית והיו תורים, אבל מישהו עושה כספומט על חשבון האזרחים, נקודה!! אין ספק שהאוצר תמיד היה מעוניין לייבש את המערכת ואחר כך להגיד שהיא לא יעילה ולהפריט אותה. הוא לא נותן לה את המשאבים שהיא צריכה, והוא מעביר אוטומטית את האנשים מהציבורית לפרטית.

השרה לאחרונה הייתה נוכחת בדרום. את יושבת מול אחת שכל כך התנגדה להפרטה בדרום. החיידקים לא יודעים להבדיל בין אדם לאדם או בין יום לילה. היה שם מחסור אדיר באחיות, 40-50 תקנים חסרים. הכסף ישנו? תנו להם למלא את התקנים, והראייה לכך עכשיו שאין להם מחסור. ראית איך כשכמנסים לפתור את הבעיות אז יש תוצאות. יש קצת שקט במחלקות הפנימיות, למה? בגלל השמירות המיוחדות שעשינו. אי אפשר לבוא לפתרונות כשבן אדם לא עובד בתוך מערכת הבריאות. אין ספק שאנחנו צריכים להבין שעדיין יש בעיה. אם לוקחים את העומסים במערכת, זה מבריא לנו כוחות טובים החוצה. גם לרופאים וגם לאחיות יש מפלט, הם מקבלים הצעות שהם לא יכולים לעמוד בפניהן. אם המערכת הפרטית מציעה להם הרבה כסף, בוודאי שילכו!! זה לא שלקחו מאות תקנים, מכל מחלקה לקחו תקן במשהו, מהתקן וחצי יכלו לתת עוד שמירות למחלקה ואז אנשים לא הלכו החוצה, עבדו במערכת. הר"י הבטיחו לנו שיפתחו מיטות, ואני את הברזלים של המיטות לא ראיתי. בינתיים עשו דברים אחרים, מוצאים כל מיני פתרונות ומעקפים בשביל להכניס כסף, זאת עובדה. למה נתתי דוגמה את הדרום והשמירות? אף אחד לא רוצה לצאת החוצה, הכריחו אותם, כי נתנו להם כסף. נחמני היה המומחה, וכל שנה מופיע ספר החריגים. אני אמרתי בוועדת העבודה והרווחה שהוא לא יוצא החוצה, מנתח כל הזמן. אם מישהו חושב שהוא ישאיר את המערכת ככה ועדיין ימשיכו לזרום האחיות הטובות שלנו למערכת הפרטית - הציבורית תקרוס. זה עניין של זמן וזה ייקח את זה.

מצד שני, להכניס את השר"פ לבתיה"ח – מי יודע איפה זה יתחיל ואיפה זה יגמר? זה יגיע עד לשוער. אני ואורי יושבים במחלקה, שנינו מזמזמים, אורי חולה פרטי, למי האחות תענה? ודאי שלו!! למה משלמים? שיקדימו את התור, ושיתייחסו אליו. באחד מבתיה"ח רצו להכניס אוכל שכל אחד יכול לבחור. אני אמרתי השתגעו? אלא אם כן המחלקה הפרטית היא לחוד כמו בשדה התעופה, מסלול אדום וירוק. אם באותה מחלקה שוכבים חולים כאלה וכאלה - אי אפשר לעשות הפרדה. זה יגיד "סליחה, שילמתי, אם אני משלם למה אני לא מקבל ככה וככה? הייתי הולך לאסותא". יש נגיד בקיצור תורים את התקורה שמשלמים לבתיה"ח - איזה תקורה תהיה שתשפר את המערכת הציבורית? באים ואומרים אם יהיה לנו שר"פ - נשפר. האמת? אל תאמינו, כי זה לא יכול להיות. מצב היולדות במלונית היה צריך להשתפר, נכון? אבל הוא לא השתפר.

**יעל:** מחלקות היולדות לא השתפרו? בשנים האחרונות היה שיפור.

**אילנה כהן:** אל תבקשי ממני שאגיד דברים שאני לא רוצה להגיד אותם פה, על חשבון מי זה. זה מרכיב של כ"א. אותו כ"א שעובד במחלקה עובד גם במלונית. אני מאוד זהירה, פעם דיברתי ואמרו ששמו לי פצצה בבית והביאו לי רובוט וכל הלילה לא ישנתי מרוב שהפריעו לי כששמרו עלי. זה גם קרה בזמן ההתנתקות. צריך להבין דבר אחד





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

– אם מישהו מקים מלונית וזה על טהרת עובדים ששייכים למלונית וזה מהכסף שנכנס מהמלונית, זה סיפור אחר. אם אתה לוקח עובדים ומעביר אותם מהמחלקה למלונית, אז לא עשינו כלום!! לקחנו אנשים מפה והעברנו לפה, וזה בדיוק הכיוון ההפוך. אם אתה מרוויח, תן את המשאבים ליולדות הרגיל שלקחת ממנו את הכ"א, ותשפר לו את התנאים. היה את העניין של עירק, אתם יודעים כמה לידות היו אז באותה תקופה ביחד? לא ראש כחול - ראש בריא!! אם ההזרמה הייתה, ותשאלו את משה שכותב את אמירותי, אם הכסף היה מוזרם לטובת המערכת הציבורית..

**יעל:** זה היה אחד מהרעיונות של השר"פ.

**אילנה כהן:** איך יקצרו את התורים לאנשים שבאמת מחכים?! אבל למה את כל הדברים האלה?! אם המדינה בעצמה באה ועשתה דבר שלא יעשה, מה עשתה? באשדוד!! פעם הייתה רפואה שחורה, היו מעטפות. היום הלבנו את הרפואה, באה המדינה על השולחן ואמרה שהיא פותחת ביי"ח באשדוד כשמראש היא קובעת לו מכסה של 25% רפואה פרטית. אין ילדים חורגים! אתם צריכים למצוא אמצעים איך אתם מזרימים את הכסף למערכת הציבורית. אם באה המדינה ומראש שמה את ביה"ח ומראש מכתיבה 25% ואת האחרים תקבור מחוץ לגדר, זו אפליה שעושים את זה. אני באה ואומרת שהמערכת צריכה למצוא פתרונות.

אם מנהל מחלקה, ולא לכל הרופאים, אבל יבוא דור שמנהל מחלקה ידע שלא יקדיש את השעות שלו וישלמו לו כמו שצריך, ולא יעזור אחרת. הרגו אותם עם התשלומים, גם לרופאים וגם לאחיות. הייתה תקופה כשהייתי צעירה שהיו מדברים עם החולים, מחזיקים להם את היד, מקשיבים להם, והיום המערכת שונה. היום כל אחד מפחד ורוצה כיסוי אחוריים. לפי ה - OECD יש תפוסה של 100% - אורגיה רבותי!! בצהריים יש כבר חולים שהתקבלו על חשבון חולי הערב. בכל המדינות הנאורות התפוסה היא 80-90% מקסימום.

אנחנו רואים את העניין של מס' ימי האשפוז, ולמה זה מוביל? ככל שאתה מקצר את ימי האשפוז אתה עובד פעמיים, כי הם חוזרים. הרופא עושה את כל הבדיקות כי הוא מפחד, כי מחר יתבעו אותו. אנחנו יודעים מה קורה במערכת. שאם מחר ישאלו אותו, יגיד "וודאי, עשיתי". החולה מגיע למחלקה שוב ועושים לו את הבדיקות. אם היו לוקחים רופא טוב שהיה נשאר בתורנות ויש לו את כושר ההחלטה ואת הידע, כל זה היה נחסך מהחולה, אבל יש ביי"ח של בוקר, יש ביי"ח של ערב ויש ביי"ח של לילה, בואו נשים את זה על השולחן. אם היו נותנים את המשאבים הנכונים, יכלו להשאיר את הרופאים הטובים בתוך המערכת. כל אחד היה רוצה להישאר במקום העבודה שלו, עם שכר הוגן. בסופו של דבר לא נדרש כסף מאגף התקציבים, כמה כסף הציבור ישלם?? הכסף ישנו, רק צריך לדעת להסיתו למקומות הנכונים.

**יעל:** למה את מתכוונת כשאת אומרת שהכסף ישנו? את מתכוונת לקחת את הביטוח המשלים ולהעבירו למס הציבורי?

**אילנה כהן:** נתתי דוגמא לתקנים הריקים שהיו בדרום. עד שלא באתי ואמרתי תנו את הכסף והתמריצים, ואז באו. פה יש גבינה צהובה ועכבר, עושים לו "פוס-פוס" ומכניסים אותו למלכודת. כולם רוצים להישאר במערכת ולא לצאת החוצה, ואז אתם תורמים למערכת ציבורית חלקית. יש לנו רפואה לתפארת העולם ואנחנו יכולים



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

להתגאות במה שיש לנו, אז למה להרוס את זה? תמיד יהיה אחוז מסוים שירצה רפואה פרטית. אתה לא יכול למנוע את זה מבן אדם. זה נראה לכם נורמלי שאדם שוכב, מגלים לו לימפומה ואומרים לו בבוקר שמשחררים אותו, תעשה את זה דרך קופת חולים - זה נורמלי? כבר מצאתם לו את האבחנה, אז תסתדרו ביניכם!! אז פלא שהולכים לחפש רפואה פרטית?? עומד שוטר תנועה ומכוון אותם!! הכסף ישנו, אז למה לעשות את זה? לא כל אחד יכול לדפוק על השולחן. אני לא אדבר על הנכדה שלי עם טיפולי הורמונים. לבן שלי נתפס הגב ונתנו לו עוד חודש תור לאורתופד, ואשתי אמרה אני מתנחלת פה עם הילדים שלי עד שיראה רופא. מגיע חולה למיון ובשעה שש אין רופא. אין ספק שצריך לעשות מיפוי של מה שלא בסדר כרגע, אפשר לתקן את זה, המון כספים ישנם שלא מופנים נכון. לא יכולים להשאיר ככה מערכת ציבורית. זה לוקסוס מה שיש במערכת הפרטית. אם היו קונסים בן אדם שהולך לפרטית לשלם את כל העלויות מסביב, אז הוא לא היה הולך לשם. טיפול כימותרפי זה המון כסף, אז אף אחד לא רוצה את החולים או את המחלקות האלה. בשביל לחלק את הנטל, מחלקים בכל זאת. צריך לראות איך לא מפנים בתי"ח או לדאוג לא לסגור מרכז גריאטרי לתפארת מדינת ישראל שיש בו יותר אחיות מרופאים. מרכז גריאטרי ראשלי"צ! לזקנים לא מגיע לחיות קצת בכבוד?? למה לא פותרים את זה?? פה לא צריך לייבש, הולכים לפתולוגיה.

אסור לנו ולכל הוועדה הזאת פה, אסור לנו להכניס שר"פ, רבותיי. אבל אם נשאיר את המערכת ככה, השר"פ יכנס לבד, כי המערכת תקרוס. יישארו החולים הקשים בפרטית, אלה שאין להם כסף לביטוח משלים. תראו מה קרה בארה"ב, אתה רוצים לחזור לזה? אני יודעת שיש לך אומץ. גם רוני עושה לדעתי עבודה נפלאה, החייאה למערכת הבריאות. גוף ישן שנרדם, שעושה שינוי. אמרתי שיש כפל ביטוחים משלימים - תראו איך אתם מסיתים את הכסף למערכת הציבורית ונותנים לאנשים לעבוד בתוכה, ואם הוא מנהל מחלקה והולך לעבוד בחוץ, הוא לא ינהל מחלקה? כי שם קיבל את השם שלו. למה שאפנה אליו? אם אנשים ידעו שמשפרים את המערכת הציבורית, אנשים יבואו למערכת הציבורית, והם לא ישכבו במסדרונות. לא ייקח הרבה זמן עד הטיפות הראשונות. לא צריך לחכות בחדר מיון ארבע שעות, זו שערורייה!! ראיתם חולים שמגיעים למערכת הפרטית למיון באסותא? אין דבר כזה!! אין שם מיון. כל אחד בוחר לו את מה שנוח לו וטוב לו. זה לא בסדר, יש לכם את הכסף, הכסף ישנו, אם מישהו יעשה חשבון תראו שמיליארדי ש"ח הולכים לביטוחים המשלימים שאנשים לא יודעים אפילו להשתמש בהם. לכן אמרתי שאת צריכה אומץ, ובדרך כלל את האומץ הזה יש לנשים שעברו בחדר לידה... צריך פה אומץ ולקבל החלטה - אם רוצים מערכת ציבורית שוויונית ולהשאיר את האנשים הכי טובים בשלנו במקומות העבודה, צריך להזרים כסף למערכת ולשלם להם, ואז לא ירוצו החוצה.

לכולנו יש הורים, ילדים ונכדים לעתיד, כולנו רוצים שתהיה רפואה טובה ונגישה ולא לחפש אלטרנטיבות. מי רוצה שר"פ? קחו את הדסה, יש להם את נשות הדסה ומניות, יש להם גוף שתומך בהם, זה לא ביקור חולים. אי אפשר לתת להדסה, כזה ביי"ח, לקרוס.

### שאלות:

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** תודה רבה, היה מעלף! קצת על האחיות ועל המצוקה ונקודת מבטן - פתרונות בנוגע למערכת מנקודת מבטן. האם לדעתך הכנסת פרמדיקים לבתי"ח תפתור מצוקת כ"א?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**אילנה כהן:** אני רוצה להבהיר – יש טעות במערכת הבריאות. אנחנו במשך שנים, ויושב פה גבי, וועדת בן נון, שישבה ודיברנו על המחסור באחיות. אנשים נרדמו בשמירה. אנשים שכחו שזה הפסיק, ולא הכשירו מספיק אחיות. להחליף פרמדיק באחות אין פתרון לזה, כי עובדה שאנחנו את מס' שנות הלימוד של אחיות מוסמכות הקטנו לשנתיים. זה עניין של זמן עד שהמשאיות של שוש ריבה יבואו, זה ייקח זמן. את לא יכול להיכנס לסופר ולומר אני רוצה ככה וככה. הרופאים רוצים פרמדיקים - שייקחו אותם, אין בעיה, אבל זה לא במקום. אחות זה לא כמו פעם בסרטי מלחמה. היום אחות משתתפת בניתוחים הכי קשים. מי עושה את העבודה הכי קשה?

**יעל:** כמה אחיות יש לאלף איש כיום?

**אילנה כהן:** 4.5 אלף, מתקרב ל – 5 אלף לאלף נפש. ב - OECD זה מתקרב ל – 9 אלף. פעם כל אחת הייתה או מורה או אחות, כי זה מה שהיה. פתאום השוק נפתח וכל אלה שלומדים מקצועות לא לתעסוקה, ויש הסבות מקצועיות, ובאים המון לסיעוד עכשיו. וגם משה יגיד, אם אני לא הייתי נלחמת שזה לא ייסגר, זה לא היה היום. אני מאוד מקצועית, מאוד חשוב לי המקצוע, ואני אחות בדמי וחשוב לי שהחולים יקבלו טיפול כמו שצריך. זה לא נושא התפוסה היום. אף אחד אחר לא יעשה את זה - אתם צריכים להגן על החולים. זה לא הבעיה אחד לאחד. זה הכמות, הנגישות לשירות. צריך לראות איך מקצרים את ההשות במיון, אנשים שיכולים לתת תשובות נכונות ולא כאלה שרק גמרו ב"ס לרפואה, כי יש טעויות והם עולים יותר.

**עדי:** אחיות מעשיות - האם הקיצוץ בהן הוא לא הקרבה של המערכת?

**אילנה כהן:** ב"ס לאחיות מעשיות זה שנה וחצי, הורדנו אחיות מוסמכות לשנתיים. נעשתה פה טעות, שאי אפשר לתקן בבת אחת. אם רוצים שהמקצוע יהיה אטרקטיבי, צריך לשלם בהתאם. זה מקצוע קשה ושוחק, זה עומס, זה אחריות פיסית ונפשית.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני הבנתי שאת מצד אחד אמרת שאת נגד מערכת פרטית בחוץ, ומצד שני נגד מערכת פרטית בפנים. נניח שמגזירת שמיים את צריכה לבחור בין מערכת שמצאת בין 2 מקומות שונים או מערכת במקום אחד בשני בניינים שונים עם פיקוח כזה או אחר – במה היית בוחרת?

**אילנה כהן:** אתה שואל אם אני רוצה פרטית - קטן או גדול. אני מתנגדת לפרטית, אני חושבת שהציבורית צריכה להתחזק. באתי ואמרתי שבמקום לעשות את זה אסותא בפנים, אני רוצה שיזרמו כספים למערכת. אתה שואל על הרע במיעוטו.

**יעל:** קיבלנו תשובה.

**פרופ' גבי בן נון:** בואי נניח שאנחנו מסיימים את עבודת הוועדה, ואנחנו מאפשרים שר"פ לרופאים בבתי"ח.

**אורי שומרת:** למה רק לרופאים?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**אילנה כהן:** השר"פ או הניתוחים לא נגמרים בחדר ניתוח, מישוהו צריך לקבל אותם בנוסף למערכת הכללית. אם מישוהו חושב שבזה זה נגמר, תיקח אותם לאן שאתה רוצה באמבולנסים. אל תהיו נאיביים. אני הייתי בססיות, בקיצור תורים, זה התחיל מהשוער אתה צריך לשלם לו.

**אורי שומרת:** לתגמל את כל המערך.

**אילנה כהן:** אם במקרה חולה טעה וזה היה גם במרפאה והגיע בבוקר, שלחו אותו חזרה. עשיתי סטופ ואמרתי שלא יכול להיות דבר כזה. מחזירים אותו הביתה ואומרים לו שהוא לא בא במסלול הנכון, אז תבוא בערב? זה הכל ביזנס. בזמנו צור היה שר הבריאות ובא אליי – עשו ניתוחי לב, בן אדם היה מוכר את הדירה שלו בשביל זה. הוא אמר לי אם נקצר תורים, תרצי שהאחיות ישתתפו? אמרתי אתה לא מכיר אותי. אם הייתי סקטור אחר מזמן הייתי מנצלת אותו ולא עשיתי את זה. לכן אמרתי מי אני שאמנע מחולה שלא יודעים אם יחיה חצי שנה או שנה, וחייב ניתוח לב, ולא אבקש את זה לכלל ציבור האחיות. אסור שזה יהיה כדי להרוויח פה ופה כסף. יש דרכים להבריא את המערכת, ולכן אני שוב חוזרת לשרה. את רוצה שאני אעזור לך - אעזור לך. יש לי כוח מבחינת העניין המקצועי ולא ההשבתה.

**רונית קן:** התייחסת לתאגוד ואמרת שאת חושבת שהוא לא נותן מענה, דוגמת הדסה. הסיבה היחידה היא החשש מקריסה של בתי"ח, כניסה לחובות?

**אילנה כהן:** תאגוד בתי"ח לא היה מזיק לאחיות כי יש תמיד מחסור, אבל החשיבה שלי לא הייתה לגביהן כי בתי"ח ובתי קברות תמיד יהיו, בגלל שגם אם יהיה מחשוב צריך את ההון האנושי. כמעט הרופאים הלכו לתאגוד בזמנו, ואני הזהרתי, אתם הולכים להרוס את המערכת. אני לא בעד לתת ניהול לבתי"ח. אחרי שנתיים אורנשטיין אמר את זה, ואני הקמתי אוהל על זה. זה גיובים לכל מיני אנשים ולא מבריא את המערכת, המון אנשים שיקבלו תפקיד של מנהלים. תאגוד זה הפרטה רבותי, קחי את הדסה בתור דוגמא, וזה עוד עם סיוע חיצוני. אני נורא שמחה שהיה לכם סבלנות לשמוע אותי.

**\*\* מציגים שלישיים בפני הוועדה: גדעון בן ישראל, יו"ר הסתדרות הגימלאים. מלווים: יחזקאל אנגלר, רותי אהרון, מאיר אלבז, עמיקם שפירא.**

**גדעון בן ישראל:** הכנו חוברת שעמלנו עליה קשות עם כל פרטי הפרטים. אני מגיש לך כיו"ר הוועדה את החוברת, ונחלק גם לכל החברים יותר מאוחר. אני רוצה לומר קודם כל שיהיה ברור מה אנחנו מייצגים - ציבור של כרבע מיליון גמלאים בסניפים בכל הארץ - ואנחנו גוף נבחר ולא רק ממונה. אני עצמי נבחרתי ב - 104 אלף קולות. זה גוף מאוד, חי וציגי. דבר שני אנחנו מייצגים את ה-עמך, ההנהגה שלנו לא כולה בצרכים מהשכבות העליונות, אבל הרוב הגדול שלנו זה אנשים שרבע מהם הם מתחת לקו העוני ושני שלישי הם בעשירונים האחרונים, ולכן הרגישות שלנו בנושא הזה גדולה יותר משל כל מיני קבוצות אחרות. נתקלנו בנושא של השר"פ עוד לפני הרבה זמן, ואז למדנו את הנושא והגשנו יחד עם הכללית צו מניעה נגד הניסיון בחטף להשיג את העניין של שר"פ, ומאז זה תקוע בביהמ"ש העליון.

**יעל:** אתה מדבר על אשדוד?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**גדעון בן ישראל:** אני מדבר על השר"פ..

**יעל:** באיזה שנה הגשתם את התביעה?

**גדעון בן ישראל:** לפני 3-4 שנים יחד עם הכללית.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** נגד מי?

**גדעון בן ישראל:** כדי למנוע הנהגת שר"פ בחטף.

**יעל:** אנחנו רוצים להבין – באיזה שנה הגשתם את הבג"צ?

**גדעון בן ישראל:** לא זוכר במדויק. זה רק עכשיו נודע לכם?

**יעל:** אנחנו יודעים על הבג"צ הגדול, אבל זה לא לפני 4 שנים, זה לפני 12 שנים. אנחנו יודעים על הבג"צ באשדוד, וזה היה לפני 4 שנים.

**גדעון בן ישראל:** זה היה לפני אשדוד.

**יעל:** אנחנו נברר את זה.

**גדעון בן ישראל:** אנחנו חושבים שנושא שיפור השירות מאוד רציני, וישבנו ארוכות לפתור את העניין. רק לאחרונה קיימנו מעין יום עיון שהזמנו לשם את מיטב המומחים שישנם. היה שם פרופ' ברזיס, שחשבנו שתרומתו היא מאוד גדולה משום שהוא איש המוסד ששם יש שר"פ, ושמענו אותו ארוכות והוא בא עם המצגת, והסביר למה לא שר"פ. הזמנו גם את פרופ' ברבש כדי שיציג לנו את העניין למה כן שר"פ. היה גם העיתונאי הוותיק רן רזניק שמלווה שנים את העניין. שמענו ושאלנו שאלות, ואנחנו הגענו בסוף למסקנה שאנחנו נגד שר"פ וששר"פ יפגע בעיקר בשכבות החלשות. אלה שיש להם אמצעים מסתדרים, אבל ה-עמך לא מסתדר, ולכן אנחנו מחשיבים את העניין וחושבים שזה חשוב שהמגע עם בתי"ח לא יקלקל לנו את המגע עם שרת הבריאות, כי היא ידועה כאדם מתקדם בהשקפותיו ואנחנו מחשיבים את הנושא. מי שאצלנו אחראי לנושא הזה זה מאיר אלבז. אני אבקש ממנו להציג את עיקרי הדברים.

**מאיר אלבז:** אנחנו יודעים שאנחנו לא הראשונים שמדברים על הנושא, ובכל זאת מצאנו לנכון לחדד את הנתונים. התייחסנו גם בהרחבה לקהילה. הוויכוח שרואים בתקשורת - איפה הקהילה? למרות שיש שיפורים שם, זה רחוק ממה שאנחנו מצפים שזה יהיה. אם לא הובן פה, אז אנחנו נגד שר"פ טוטאלית. קיבלנו את המסמר האחרון ממה שקורה בהדסה, ולא רק מעדות אחת. הגדרנו את זה כבי"ח פרטי שמספק שירותי חירום, ושיעלב מי שיעלב. אם לתור רגיל ממתנים 7-8 חודשים ובשר"פ מקבלים תור אחרי יומיים, אז המאסה הגדולה נמצאת בשר"פ ולכן נראה לנו שזה ביי"ח פרטי שמספק שירותים לכלל האזרחים, רק חירום. אנחנו חושבים ששר"פ צריך להיות רק בבתי"ח פרטיים, וזו עמדתנו הנחרצת. לגבי השב"ן זה קצת שונה, במובן של הביטוחים המשלימים. יש שוני במהות – בשר"פ אתה מחזיק פוליסה אישית. השב"ן זה בביטוחים הנוספים. מחזיק הפוליסה הוא נותן השירות





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בקופות, ולא האיש בעצמו. האיש מקבל שירות פרטי. לגבי השב"ץ יש לנו הצעה משלנו. נעשה ניסוי, לפחות אמרו לנו, הניסוי שנעשה באיכילוב בבתי"ח של קופת חולים, בלינסון או סורוקה, פול-טיימרים מה שנקרא. אז אני לא יודע אם הסקתם מסקנות מזה, ואם אתם לא יכולים להסיק מסקנות לפי המדגם הזה, אז אנחנו מוכנים להרחיב את הניסוי לתקופה של שנתיים. אם הניסיון שהצטבר עד עכשיו, שנתיים-שלוש או יותר, אז אנחנו מוכנים שזה יורחב לשנתיים נוספות ושוועדה ציבורית תעקוב אחרי העניין הזה עם כל ההשלכות של זה.

**יעל:** כשאתם מדברים על פול-טיימרים, יש כמה שיטות – פול-טיימרים, ססיה וניסוי שנעשה במרכז הצנתור באיכילוב על ידי פרופ' בנאי. הכוונה שלכם היא בואו ניקח את הדוגמא שלו ונרחיב אותו?

**מאיר אלבז:** כן, אנחנו בעד לתרום את החלק שלנו בהסכמה בנושא הזה של חיזוק השירות ואיך מונעים בריחת בעלי מקצוע, כי זה בסה"כ בעוכרינו. השב"ץ רק לזה זה נועד, רק לבחירת רופא, לא לקיצור תור. אני מוכן לבדיקה של שנתיים תחת בדיקתה של וועדה ציבורית, כי יש לנו כמה דברים שצריך להסיק מסקנות לגביהם. קודם כל איכות הטיפול שנעשה, ההשפעה על ההמתנה לתורים, כי אם מישהו בוחר רופא אז הוא יצא מהתור. צריך לראות את ההשפעה של התור על זה. ההשפעה על טיפולים מיותרים. יכול להיות שזמינות של טיפולים מגבירה את אי הצורך, ויש תופעות שליליות ודוגמאות של ניתוחים מיותרים ודברים אחרים. מתוך הניסוי הזה הוועדה הזאת צריכה לבחון את זה.

דבר נוסף לא פחות חשוב ופרופ' ברבש לא התייחס לזה – אם אתה מפעיל את שלושת המצנתרים, הם זקוקים לצוות, ואני עברתי 12 צנתורים. בטח אילנה כהן הציגה מקודם איפה אנחנו. יש יותר מחסור באחיות מאשר ברופאים. הבחינה צריכה להיות מה קורה לכל המערכת? הרופאים האחרים שלא נבחרים, מסביב לראש מחלקה – מבפנים הם מרגישים "למה הוא ולא אני?". כל השאלות האלה צריכות להיבדק. אנחנו מעריכים את פרופ' ברבש ואת מה שהביא, אבל הוא התמקד בבריחת הרופאים שלו, וזו בעיה יותר רחבה מאשר זה בלבד לדעתנו. זה נושא מערכתי ולא נקודתי. זה מתחיל תמיד ברופאים ותמיד הסיסמא היא 120% תפוסה, ולוקחים את הפנימיות ולא את העיניים, נותנים להם לגמור את המאבק ואז מצטרף עוד מאבק ועוד מאבק, ולכן הסיפור לא נגמר שם. את זה כדאי לציין כהקדמה.

לא התייחסנו לעניין של השתתפות המעסיק, זה ברח לנו באיזה מקום. עד שנות ה-90 זה היה, והיינו חלוצים בעניין הזה. באירופה זה מלא או חלקי, אבל לא מוותרים על זה. הייתי מנהל מחלקה בביטוח לאומי, אז לפחות נתחיל בשמירת בריאות העובד במקום העבודה. לפחות להתחיל בקטע שנוגע למקום העבודה. העובד מבלה שם 11 או 12 שעות ביום. יש כאלה שעושים את זה וולונטרי, כמו אינטל וכאלה. לא משנה עד כמה המעסיק דואג לעובד – ברגע שהוא ישלם, הוא ידע גם לשמור על בריאות העובד. זה קיים בהרבה מדינות אחרות, וגם אצלנו זה היה וצריך לחזור לעניין הזה. זה נושא יותר הסתדרותי.

דבר נוסף שגם דורש טיפול – חלק מהדברים בוויכוח הציבורי בהנחה במע"מ, זה בתחום התרופות ושירותים ציבוריים. אם ירד המע"מ לא נצרוך יותר, אנשים לא אוהבים ללכת לשירותים רפואיים, אלא זה מתוך הכרת. זה מעיק מאוד על האוכלוסייה שאנחנו מייצגים.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**גדעון בן ישראל:** יו"ר וועדת הכספים הבטיח שיקים ועדה שתחליט על מע"מ דיפרנציאלי. זה לא הוגן שבתחום הרפואה ובעניינים אחרים יהיה הבדל בין כאלה שיש להם לכאלה שאין להם. אנחנו מקווים שגם בעניין זה יחול שינוי.

**מאיר אלבז:** יש מספרים שאתם יודעים אותם. מס' הילדים למשפחה בארץ זה דבר טוב. מס' הגמלאים הוא סביב 10%. כל בעיה שלא נפתור היום, תהיה יותר חמורה ב- 2020, כי אז התקציב יהיה הרבה יותר גדול שיהיה צריך לתת. וצריך לפתור את הבעיות האלה במיוחד בשביל האוכלוסייה שאנו מייצגים.

יש נתון נוסף לא פחות חמור של וויתור על תרופות ושירותים – לפי המספרים שלנו זה קורה אצל 18% מהאוכלוסייה של הגמלאים, וזה חמור מאוד - זה או תרופה או מזון.

**גדעון בן ישראל:** פרוסה או תרופה, כך קראנו לזה.

**מאיר אלבז:** אם הוא חולה כרוני, ולצערנו השרה אמרה שיש לנו ניסיון בזה כי רובנו חולים כרוניים, ויש לנו הרבה מה להגיד על משרד הבריאות בחלק של השיפור. לעומת ה-OECD, התשלום פר ראש או פר נפש, ההשתתפות הציבורית היא הרבה יותר נמוכה מהממוצע, ואנחנו נמצאים בתחתית של ההוצאה הציבורית לנפש. אנחנו מדשדשים עם מקסיקו ותורכיה, וזה בטח לא לכבודנו. חוקקו את חוק הבריאות וראיתי את המינוי של הוועדה ואני מסכים עם רוב הדברים, אבל איפה אנחנו היום לעומת מה שהתכוונו אז? חסרים 14 מיליון ש"ח שחייבים לקפות, ואלה בדיוק הכספים שחסרים כדי להפעיל את המערכת כמו שהיא. אם היו מעדכנים את מערכת הבריאות, היום היה צריך להיות 48 מיליארד ש"ח ואנחנו רחוקים היום מהסיפור הזה. גם אם בודקים את החתך למה התכוונו בחקיקת החוק, אותו חסר משפיע על נושא איכות השירות שהולך ומידרדר. לפחות מהנתונים שיש בידנו, הייתה חברה שנקראת שילוח שהיא פעם התמחתה בבריאות, היה פעם 4-5% אחוז פרטי. אנחנו נמצאים היום על 43-45%, תראו מה קרה לנו?? אם תוסיפו את השב"ן לזה, והקופות קפצו על זה, אנחנו על 70-80%, ויש גם כפל ביטוחים ולא יודעים כמה זה בדיוק. אנחנו שיאני העולם ברכישת ביטוחים. יש את הדוח של הגיונט, מדברים שם על גג 10%, ואיפה אנחנו נמצאים?? זה גדל בדיוק מאז שחוקק החוק, גדל לאין שיעור ועדיין איכות השירות בציבורי הולכת ומדרדרת. בכל זאת מדאיגה אותנו התופעה שבתי"ח הפרטיים והשירות הפרטי צומח ופורח, והציבורי - אם לא מידרדר - הוא עומד במקום.

אנחנו הבאנו בחוברת את הנושא של תלונות, היות ואנחנו אוכלוסייה שהיא צרכנית גבוהה של שירותי הרפואה. ברשותכם אעבור על כמה מהן – הקשישים מרגישים כאילו הם נטל איפה שהם פונים. תחושתם קשה מאוד כשהם פונים לקבל שירותי בריאות, והתלונות חוזרות על עצמן כל הזמן. למרות השיפור במערכת בקהילה, החולים הכרוניים אצלנו הם במאסות גדולות, והם צורכים עוד יותר בשנים האחרונות לחייהם. יש 20 תרופות, והם לא יכולים לבוא לבית מרקחת של הקופה, כי שם מספקים להם את התרופות, אבל הם לא יכולים לבוא פעם אחת ולגמור את רשימת התרופות. הם צריכים לבקר 2-4 פעמים בחודש בבית מרקחת כדי לגמור לקנות את כל התרופות. הם כל הזמן צריכים להתרוצץ.

**יעל:** על זה לא צריך להקים וועדה, זה נושא שאפשר לטפל בו.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**גדעון בן ישראל:** הצעות לשפר, זה הכל.

**מאיר אלבז:** אנחנו מתייחסים לשם הוועדה. לנו מאוד מציקה הקהילה. אני מגיל 25 ועד גיל 50 לא ביקרתי אצל רופא, הרוויחו עליי. לצערי הרב, מגיל 50 אני צרכן גדול. יש בעיה של טופס 17, זה מכה שלא כתובה. זה מטרטר את האנשים. אין שום סיבה להריץ את הגמלאי לסניף לעמוד שוב בתור. בכללית כבר ביטלו את זה בתוך המערכת שלהם. איך יגבו את הכסף? במקום! בזימון יהיה כתוב שאתה משלם במקום, ויפתרו את הבעיה הזאת בלי להריץ את הקשיש פעמיים. שוב תגידי שלא צריך את הוועדה בשביל זה.

**יעל:** אלה דברים שמעניינים אותי. הכל כתוב?

**גדעון בן ישראל:** במסמך שלנו יש פירוט רב של הסוגיות הללו.

**מאיר אלבז:** ישנו חוסר גדול מאוד של רופאים מקצועיים - גסטרו, עיניים, כלי דם - זה 7-8 חודשים של המתנה וזה לא סביר שאנשים ימתינו. מכון מור - תוך שבועיים אתה מקבל תור על אותה בעיה, אבל צריך את הרופא המקצועי אז הוא ממתין 5 חודשים, אז מה הטעם? זה שוב טרטור.

יש דברים מצחיקים - אריזות לא ידידותיות לאנשים מבוגרים, הם לא יודעים איך לפתוח אותם. אפשר לשפר את זה. לחלק מהאנשים יש רעד, אם ראיתם אנשים בני 80. אין מחשבה בכלל על זה. יש תופעה של המון תרופות גנריות ואומרים לנו שזה מוזיל, ולא אומרים לנו כמה זה עולה. חשוב שרק שר הבריאות ידע כמה זה עולה, כי אומרים שזה מידע מסחרי. מחליפים תרופות גנריות בתדירות כזאת גבוהה - אצל אדם צעיר זה בסדר, אבל אצל המבוגר הוא מבלבל לגמרי. צריך לחשוב שלפחות לאנשים עם הרבה מחלות וקשישים לעשות לזה הסדר, שימשיכו לקבל את התרופה שהם רגילים אליה. לא לכולם יש משפחה או פיליפינית, והם צריכים לבד לצרוך את התרופה.

נושא האינטרנט - כל הכבוד, זה בסדר, חוסך זמן. אבל האוכלוסייה שלנו, אין לנו אינטרנט. זימון תורים תעשה שם. המציאו מוקד בשביל זה, ותראו כמה זמן מחכים שם. צריך לחשוב על האוכלוסייה שלנו שהיא לא מבוטלת, שאנחנו 20-23% מתחת לקו העוני. הדור שיבוא אחרינו כבר ידע את האינטרנט, אז זה יראה אחרת.

**יעל:** אבל כולנו נהיה שם.

**מאיר אלבז:** צריך לתת את הדעת על זה, החידושים מפריעים לנו. מאז האינטרנט, הפסיקו את מתן המידע על רופאים מקצועיים, שולחים את החולה לאינטרנט. פעם הוציאו חוברות, ואם הרוב משתמשים באינטרנט אז חבל. אבל לפחות שבסניף יהיו את כל הרופאים לכל המקצועות. מי שעושה באינטרנט, יכול גם באמצע הלילה לקבוע תור, ועד שהקשיש מגיע או מבקש ממשפחתו לקבוע לו, כבר אין לו תור. צריך לפתור את הבעיות האלה ללא קשר לוועדה.

בבתי"ח יש לנו גם כמה בעיות ייחודיות לקשישים - הם מובאים בתדירות די גבוהה לחדרי מיון, ממתניים שם שלא לצורך המון שעות. לא יכול להיות שיוחזקו 7-8 שעות, זה לא אדם צעיר שיכול לעמוד בזה. צריך לקצר את



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

התהליכים. חלק גדול מבתי"ח – אין להם מחלקות גריאטריות, והמחלקות הפנימיות עמוסות לעיפה וחלק מהחולים שוכבים במסדרון. כדאי שיקימו עוד מחלקות גריאטריות. סניטרים – אם אדם בא ונשלח לעשות בדיקות אז הוא ממתין לתחבורה, לפעמים שעה או שעה וחצי. אם אין לו מלווה אחר, הוא ימתין ויטיבש שם. אתה רואה קשיש שממתין עד שיבואו לקחת אותו, שעה וחצי זה מצב טוב עדיין.

גם שערי צדק וגם הדסה, שאותי מאוד הפתיעו – ידעתי שיש קיצור תורים אבל לא ידעתי שהפער כזה גדול וזה מדהים. אנחנו תומכים בעמדה של משרד הבריאות להוציא את הסעיף בפוליסות של הביטוחים הפרטיים שהוא יקבל פיצוי אם ישתמש בציבורי, 2000 ש"ח. עמדתנו היא שאת המשחק הזה צריך להוציא.

יש עוד רגולטור שפועל עצמאית – הממונה על הביטוחים. הקודם היה סוליסט כאילו אין במערכת גורמים אחרים כמו בריאות ורווחה, ומטיל גזרות שאף אחד לא יודע עליהם. לא יודע אם תצליחי להוציא את זה.

**יעל:** חלק מהעבודה עשה הממונה הקודם, שאמר שמ - 2014 לא יהיה פיצוי-שיפוי. הבעיה היא עם הפוליסות האחרות.

**מאיר אלבז:** אנחנו אזרחים ותיקים, חלק אומר "הקמתי את המדינה". מי שחושב שהוא יספר את המדינה על כל שלוחותיה דרך שב"ן ושר"פ - לא שם הפתרון. צריך להתחיל לשפר בהדרגה את התקציב ולהעמיד אותו כיעד, כדי שנהיה בממוצע של ה - OECD, לא מעליו, ואני מדבר על ההוצאה הלאומית. כמובן שהאוכלוסייה הבוגרת היא הסובלת יותר, כי היא צורכת יותר.

תהליכי עבודה בבתי"ח – אני במקצועי מהנדס תעשייה וניהול, הייתי מנהל מחלקת תעשייה וניהול באגד. בארגון כזה גדול של 7,000 איש אין דבר כזה שאי אפשר לנהל תהליכי עבודה. אין דבר כזה, ואני לא מדבר על הזות תקנים. למה זה צריך להיות ככה? למה בדיקה נוספת התפצלה, ואומרים לך תחכה למחר? אולי זה הפול-טיימרים האלה. אולי צריך אולטרה סאונד שיעבוד יותר. עבור בדיקה חסרה או לא ברורה צריך עוד יום אשפוז או דברים מהסוג הזה. באוכלוסייה שלנו, כל יום אשפוז זה חשיפה למחלות אחרות בכלל. לפחות בסביבתי אני מכיר אנשים שמתו מהזיהום שהיה להם אחרי הניתוח. צריך לצמצם את העניין הזה, כל מה שמסביב לשירות צריך להתייעל, ושיעבדו חצי משמרת או משמרת נוספת. לא יכול להיות שבשביל בדיקה נוספת ימשך האשפוז, ואני לא מדבר על שגיאות שקורות.

בנושא התורים – אני אומר שמשרד הבריאות יפקח על זה. ביה"ח נותן את התורים, ולא מחלקה. חלק נוהג כך וחלק לא. זה לא משנה אם הוא בא רגיל או דרך השב"ן. התורים צריכים להיות במרכז אחד ולפי הסדר, ללא קשר ליכולת הכספית או לפרוטקציה, ובשקיפות מלאה. במדינות אחרות, כמו אנגליה וקנדה, ששם יש מערכות בריאות מצוינות שקצת התקלקלו השנים האחרונות בגלל מהגרים, אבל עדיין ניתן לקנא בהם.

**יעל:** לידיעתך, הם מקנאים בנו. וכל מי שחוזר אומר שאנחנו הרבה יותר טובים.

**מאיר אלבז:** בפנסיה הם יכולים ללמוד מאיתנו, אבל אנחנו יכולים ללמוד מהם בבריאות. כששם הנהיגו את השקיפות, ישר זה הוריד את ההמתנה לתורים. זה לבד קידם את התורים. רכישת שב"ן נועדה בעינינו רק למטרה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אחת - חוץ מלתרופות שלא בסל, אבל בנושא רופאים זה רק בחירת רופא ולא קיצור תורים. בקהילה צריך לאפשר לרופא משפחה פעם בשבוע שיחליטו שאפשר לשוחח איתו טלפונית. זה מתאים לאוכלוסייה שלנו, לא חייבים ביקור כל פעם. הרבה דברים אפשר לפתור בטלפון, לא חייבים לבוא פיזית. רוב הרופאים לא מוכנים לקבל שיחות תוך כדי טיפול במטופל אחר. צריך להנהיג שעה בשבוע שקשיש יוכל לצלצל ולקבל תשובות או הבהרות למה שהוא צריך.

חדרי מיון – נכון שאוטובוסים זה לא אנשים, אבל אם לא מעמידים במקום מישור שמוסדת את ביה"ח הענק הזה, אז זמן ההמתנה ארוך והמיון לא טוב. אני הייתי שם את הבכירים ביותר בזה ומתגמל אותם על זה, והאבחנות יהיו יותר טובות והתור יתקצר. מהניסיון האישי שלי ולא רק שלי, לא כדאי להיות חולה ביום שישי בחודש אוגוסט. אני מציע לכם - תדחו את זה. כל הדברים הרעים קורים בשישי-שבת בחודש אוגוסט ובחגים. זה מדבר בעד עצמו.

**יעל:** גם לא בחורף.

**רונית קן:** עשיר בריא וצעיר זה הכי טוב, אם אפשר...

**מאיר אלבז:** אני הנהגתי את זה באוטובוסים - שהכי טובים יתנו את הדיאגנוזה. לפחות את בדיון בכנסת, אמרת אותו דבר על תקציב משרד הבריאות עם הישגים היפים. אנחנו חושבים שצריך לאמץ את העניין של ביטוח סיעודי שאתם הגשתם, שהממשלה הטילה על משרד הבריאות. אנחנו בדקנו את הדו"ח ויש לנו כמה הערות. אמרנו שאנחנו לא נהיה הגורם שיגיד תשפר פה ותשפר שם. צריך לחזור לדו"ח, ושלא יספרו לנו שאין כסף. כשבאו להעלות את המע"מ, לא ראו שאנחנו בין המדינות עם המע"מ הכי גבוה בעולם. גם העיקרון שאין פוליסה של סיעוד שהיא לא לכל החיים, זה תפס אותנו במצב שאנשים כבר בני 80. לא התחשבו בכך שבצמרת יש אנשים. אנחנו לא הבנו שבני 40 שמבטחים את עצמם ביטוח סיעודי, אין לזה משמעות - הרגולטור נרדם בשמירה. אנחנו חושבים שצריך לחזור למתווה הזו. אני אולי לא מסכים לסכום הנדרש, שזה קצת יותר מ-1.2 מיליארד ש"ח, אבל זה יחזיר את עצמו. מס' הגמלאים לא בשמיים, אבל תוחלת החיים של הסיעודיים גדלה עוד יותר משל התוחלת הכללית, וזה נהיה במצב של הידרדרות.

**יוליה איתן:** שמעונו גריאטר שדיבר על חוסר מודעות של קשישים לפנות לטיפול של גריאטריה ורפואה מונעת. מה דעתכם?

**מאיר אלבז:** לצערנו הרב, הצעירים היום זה לא מה שהיה פעם. הם נכנסים לאיפה יש כסף. בגריאטריה, גם עם מלגות, לא מוכנים ללכת לשם. נפגעי עבודה - בישראל, על כל 35 אלף עובדים יש רופא תעסוקתי אחד. מהם 20 גמלאים, ואז אף אחד לא רוצה ללמוד גריאטריה. יש מחסור, וזה אחד מהם.

**רותי אהרון:** את מדברת על העלאת מודעות לטיפול בקרב לאוכלוסייה מבוגרת. אנחנו עושים יוזמות של הסברה וקידום באמצעים נמוכים. אנחנו מקיימים ימי בריאות, בדיקות תקופתיות ויוזמה של פעולות בנטילת תרופות ושימוש נכון בהן. אלה רק חלק מהתכנים שאנחנו עוסקים בהם.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**מאיר אלבז:** יש הצעה למניעת או צמצום אשפוזים חוזרים. כדאי לבדוק את הנושא הזה.

**יעל:** זה צריך להיות אחד המדדים, לדעתי, של איכות של בתי"ח. תודה רבה לכם! דווקא זה שהתמקדתם באיכות ושיפור השירות לגמלאים זה טוב. אני אוציא את זה מהוועדה ואבחן איך אפשר ליישם את זה, כי אתם פשוט צודקים.

**גדעון בן ישראל:** אנחנו מודים לוועדה על ההקשבה ועל תשומת הלב, ואנחנו מקווים שבעקבות הוועדה יהיה שיפור. נשאיר לכל החברים העתק מהדו"ח שלנו.

**\*\* מציג רביעי בפני הוועדה: פרופ' ארנון אפק, ראש מנהל רפואה, משרד הבריאות. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

**(POWERPOINT).**

**פרופ' אפק:** אני חושב שיש לנו מערכת בריאות מצוינת, צריך רק לשמור עליה. מציג עצמו.

הבסיס למערכת הבריאות המוכרת לנו היום מושתת על חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתפיסתי. נמצא כאן פרופ' בן-נחן שהיה ממחוקקי החוק. צריך לזכור את העקרונות שעמדו בבסיס החוק – צדק, שוויון ועזרה הדדית – והשאלה היא האם הם עדיין כאן? כשאנחנו מדברים על החוק, כמה נקודות מאוד חשובות – החוק שם את הכסף ושווי המשקל בידי קופות החולים, ומכאן הן אחראיות על פיתוח השירותים ורכש השירותים בבתי"ח. החוק נתן זכות בחירה לאזרח ברופא ראשוני בקופה, ברופא המומחה בקהילה ואת האפשרות לבחירת רופא בשב"ן. החוק לא נתן את זכות האזרח לבחור ביי"ח, וזה תפיסת עולם שבטוח שיש לה תג כספי, אבל משום מה בחר המחוקק לא לתת את הזכות הזו. האם זה נכון ותקף גם בעולם האנטי פטרנליסטי של העולם שלנו?

מתייחס למצגת. הגישה שלי אולי תחדש משהו ואוכל לתרום לוועדה הזאת, שבעיני היא מאוד חשובה. יש לנו תת ועדה שתטפל במשבר הניהולי במערכת. אנחנו רואים היום את שקיעת המערכת הציבורית ופגיעה במרכיב הערכי במערכת. הכסף מצוי במערכת לטענתי. הוא מצוי בכל מיני מקומות במערכת, מחולק תחת כל מיני דירקטיבות. יש כוונה ותפיסת עולם מאחורי זה, אבל הוא קיים ברובו במערכת וצריך להחליט איך מחלקים ונותנים אותו במערכת.

הקופות לוקות במחסור תקציבי קשה – במצגת. הסכם הרופאים – עוד לא ראיתי הסכם שזכה ליחסי ציבור כל כך גרועים. ההסכם הזה נתן לרופאים הרבה מאוד יתרונות. אנחנו רואים הרבה הבעת אי אמון כלפי ההסכם וכלפי ההנהגה. בבחירות האחרונות היו 30 רופאים באולם סורסקי, חצי מהם היו ההנהלה וועד. היום הם מעל 500. זה משהו שגם משה ושירה יודעים – במו"מ הבא באוצר יצטרכו להתמודד מול הר"י שונה לגמרי. הקידום המדהים ברפואה הראשונית הוא בזכות הקופות, והוא באמת אור לגויים. מערכת הרפואה הראשונית שלנו מצוטטת בפני כולם, וזה בדוק.

שקף הבא – אני לא דן עכשיו בנכון או לא נכון, אבל לשקף הזה יש משמעויות. אני תמיד מצטט מאיפה התקבל כל נתון. קופות החולים מעלות כל הזמן את ההוצאה לנפש בקהילה. רפואה ראשונית חזקה היא מטרה, אבל יש לזה גם מחירים. יש לה יתרונות אדירים בתוך המערכת. אני מביא דברים בשם אומרם, ואני יוצא מנקודת הנחה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שרויטל וליאור יודעים את עבודתם. מערכת הרפואה הראשונית מצוינת, וכנראה שהמכוון או המחוקק שהלך לכיוון הזה, הצליח לו בגדול כי הוא מצא את הדרך הזולה והאפקטיבית ביותר להביא רפואה לאזרחים. מה שאנחנו רואים נמצא כאן, זה האור לגויים – במצגת. בחרתם את הפתרון הכי זול והכי אפקטיבי, זה מה שאמרו עלינו ב – OECD, אבל מישו משלם את המחיר, והמחירים הם מאוד גבוהים בתוך המערכת. חוזר למשבר הכלכלי במצגת - האם בנינו תמחור נכון? איך אנחנו נותנים על זה עוד הנחות? מכיוון שהשכר הוא מרכיב מרכזי במערכת, גם המשחק של המנהלים שהם מחויבים בו, הוא מאוד קטן. המקום הכמעט יחידי שלהם להתנהל, הוא בכ"א, ולכך יש גם השלכות ברורות שאנחנו רואים אותן. אם אתה חי במערכת מסובסדת שההוצאה הכי גדולה שלך נכפית עליך מלמעלה, מה אני כמנהל ב"ח יכול לעשות? ומה קורה אחר כך? אני נמצא בדיונים שאומרים שביה"ח נמצא בגרעון של 600-700 מיליון ש"ח, אז מה אנחנו דורשים מהם? וגם יש הנחות, בפועל משלמים פחות. אם אתה מנהל ב"ח ממשלתי זה סיפור אחד, ואם אתה מנהל הדסה - מה קורה אז? כולם ילכו לעזרתו, אבל מה עם ביה"ח בנצרת? מישו משלם את המחיר על הדבר הזה? והחיים שלהם נהיים מאוד קשים מחודש לחודש. אני לא הייתי צריך לדאוג למשכורתי כסגן מנהל ב"ח, ובהדסה דואגים היום בגלל זה, אין להם כסף לשלם משכורות. האחוזים מאוד גבוהים – איך המנהל יכול להיות אחראי למערכת כזאת? שיבא הוא ב"ח שממנו המערכת סופגת כדי להחזיק את בתי"ח שלה. יש יתרון אדיר לטכנולוגיות ולגודל, אבל יש שם קמצנות בכ"א שאין לה אח ורע. זו תפיסת העולם לצד היתרונות האדירים שלה. זה ב"ח עם תאגידים, זה מרכז רפואי. גם אם זה לא 96% בזיו, אלא 80%, זה גם המון. אנחנו קובעים את זה למנהל ביה"ח - משה, שירה ואני - למנהל. בשקף הבא – הנה ההנחות שהם מקבלים. התמחור הוא ריאלי מראש, אז איך אנחנו גומרים עם כאלה הנחות?

**שירה גרינברג:** אתה מתעלם מעלויות שוליות, מזה שברור צריכות להיות הנחות. התמחור הרי הוא ממוצע. איך נסגר ההסכם מול ביה"ח? אתה עושה הנחה ממוצעת ביחס לכמה אתה רוכש ממני, כי זה נובע מפונקציית הייצור.

**פרופ' אפק:** הלוואי והיית צודקת.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** בואו נסכים שאפשר לעשות את זה גם בלי הנחות.

**שירה גרינברג:** אפשר להוריד מחירים מראש.

**פרופ' אפק:** המערכת הזו היא לא בכללותה מערכת ריאלית, היא מוחזקת בכוונת מכוון בסבסוד, במינוס. ההכנסות וההוצאות לא מאוזנות וזה בכוונה, לא סתם, ככה מחזיקים את המערכת. אני אסביר. מציג שקף על המצוקה התקציבית.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אלה הכנסות של מה?

**פרופ' אפק:** תראה שאם אני בודק את ההכנסות לעומת ההוצאות אז המערכת לא מאוזנת, היא מסובסדת מראש.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אם לא הייתה הנחה מ - DRG, אז זה כן היא מאוזן?

**פרופ' אפק:** תלוי בביה"ח. צריך לחשוב על מערכת אחרת או לפחות לנסות שתנהג אחרת.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה דיברת על הנחות של 20%.

**יעל:** ההכנסות זה אחרי ההנחה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הסבסוד זה בדיוק ההנחה.

**משה בר סימנטוב:** יש כאן שונות מאוד גדולה בין בתי"ח. איכילוב ורמב"ם מאוזנים – 20-30 מיליון ₪ גרעון זה לא נחשב, והפריפריאליים הם במינוס. יש יתרונות לגודל ולניהול.

**יעל:** ניהול וניהול וניהול.

**פרופ' אפק:** חסכונות בכ"א – בבי"ח תל השומר מאוד חסכוניים בכ"א. אתה יכול להגיד איזה מנהל גדול, אבל יש לזה גם מחירים מאוד כבדים להתנהלות הזאת, בשחיקת צוות, ברצון של כ"א להגיע לשיבא. אתם יודעים שסטז'רים לא רוצים בכלל להגיע לשם? כי הם יעבדו כמו חמורים, וכמה אחיות יש כדי לטפל בחולה? חסרות שם 300 אחיות. אליבא דבית החולים, חסרות בשיבא אחיות לתקן, אין תקנים. אני לא חופשי להוסיף תקנים למערכת הממשלתית לעומת קופות חולים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אם רוצים מחר לשכור אחות, יש לו תקן כזה?

**פרופ' אפק:** לא, אין לו תקן. יש מצוקות במערכת. מה זה מיטות במסדרון? זה מיטות לא מתוקננות, פתחת מיטות כי אין לך ברירה, אבל אין את הצוות שבא איתם. אין לך מיטה אבל אתה מושך את החולים, ואחות תטפל ב - 14 חולים במקום ב - 7. מקומו של האדם הוא בביתו ולהיות מטופל בקהילה, אבל אסור שיפגעו בתי"ח בטיפול בחולים.

שקף הבא – אתם יכולים לראות את הירידה של בתי"ח בלחץ על האשפוז. זה תהליך נכון וצודק, וצריכים להיות לו גבולות. ישראל היא בין המדינות היחידות שהמיטות בה נמוכות, והיא ממשיכה להוריד את ההוצאה על האשפוז. לא מספיק שהמערכת מסובסדת, היא גם גרענית. משרד הבריאות שהוא נתפס בגלל כל ניגודי העניינים, אין לו את כל הנתונים. למה אני לא מראה לכם נתונים של הקופות? כי אין לי, אני לא יודע אותם, אני מציג לכם רק נתונים ממשלתיים. אני יודע בשיבא וברמב"ם, אבל לא בבלינסון - כמה עולה להפעיל מיטה. יגידו לי הקופות "אתה רוצה שאני אגיד לך סוד מסחרי שלי כשאתה הבעלים של שיבא?", רמת הרזולוציה היא כזאת. אם תגידו לי שמחר בבוקר אוכל לקבל נתונים, אהיה מרוצה מאוד. אני יודע שהשקף הזה ניתן לשינוי חשבונאי ואתה יכול לשחק בין הקהילה לבתי"ח, ועדיין אני אומר שגם לפי השקף הזה גם בתי"ח של כללית לרבות רבין, תלוש השכר של הרופאים גבוה יותר לעומת האחרים. אני מרגיש חופשי להביא נתונים מתוך המערכת. כזו יעילות, אולי מגיע לכם ביחד עם האוצר לקבל את פרס ישראל לניהול כלכלי של מערכת, מגיע לכם פרס!

אני לא אקח קרדיט על מה שלא עשינו כי בהחלט הגענו ליעילות גבוהה, אבל חשוב שנבין את המחירים – בשקף במצגת. סבב מיטות גבוה זה כמה שחרורים וקבלות עושים על מיטה אחת כל יום - ככל שזה יותר גבוה, הצוות נשחק. אין לנו רזרבות במערכת, הן כבר מוצו. אין לנו מספיק כ"א רפואי, אין מספיק תקנים. אני לא יכול להוסיף



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

תקן רק כי אני חושב שזה חשוב. יש לנו גופים פרופסיונליים עוצמתיים, ושמעתי שראיתם את אילנה כהן ואני מכיר אותה היטב. אנחנו מחזקים אותם בכוונה. במקום לבוא למשרד הבריאות ולהגיד לו לחשוב יחד איזה מחלקות צריך ומה לא צריך, אבל אני לא יכול לתת לך את זה עכשיו, מה יהיה לי לתת לאילנה אחר כך? מי משיג את זה? הר"י ולא משרד הבריאות. אנחנו מתייעצים איתם והם חשובים, אני לא אומר שלא. אני אומר ככה – מהות הדמוקרטיה היא במו"מ בין גופים שונים. החוכמה לא נמצאת אצלי ולא בהר"י ולא באקדמיה, כל אחד צריך לעשות את עבודתו לפי המקום שהוא נמצא בו. כל פעם שנוצר מצב שאחד נהיה חזק מדי, אנחנו מפסידים. אין חוזר שאני לא מוציא שאני לא שואל את הגוף המקצועי לפני כן. יעל שהייתה צריכה לקבל החלטה על הפוליו הסתמכה ושמעה את הרופאים. האיגודים המקצועיים הם של הר"י, ולא בלתי עצמאיים לחלוטין.

אני טוען שעדיין איבדנו את שיווי המשקל של המערכת. הצוות הולך ונשבר. זיהומים – יש הרבה מחקרים שקושרים את הקשר בין שיעור אחיות נמוך לזיהומים, ותורים – יש תורים נוראיים במערכת. אני ורוני ומשרד הבריאות, אנחנו כמו שלושת הקופים – לא רואים וכאילו לא יודעים, וכל היום אנחנו יודעים ושומעים. שלא יגידו לכם שאין תורים.

**פרופ' יוגין קנדל:** אחד ממנהלי הקופות אמר שעל ידי תורים חוסכים כסף.

**פרופ' אפק:** וודאי, זו השיטה היעילה ביותר, אבל זה המטופל. לפעמים זה לא דחוף, אבל החולה עדיין צריך את הבדיקה. זה אחד הקטליזטורים הכי גדולים לבעיות במערכת. אם לאישה יש גוש בשד, היא רוצה תשובה, לא היום, אז מחר-מחרתיים, ויותר מזה זה לא סביר. זה אחד הסמנים לאובדן הסולידריות החברתית.

שקף הבא - מיטות לאלף נפש. אם יגידו לכם שיש הרבה יותר מיטות במערכת, זה לא הברזלים כי יש וגם מזרונים, אבל איפה הצוות שיפעיל אותן? אין! שיעורי תפוסה – השקף הבא. אם יהיה חורף קשה – אני לא יודע מה נעשה. יש לי תחושה שרואים בבתי"ח גוף בזבזני שמוציא כסף, וזו הסתכלות אנכרוניסטית עליהם. כשאדם צריך 760 כדי להתקבל לרפואה ופסיכולוגים שזה גם לא קל - כזה הון אנושי מוצלח. תביא כ"א איכותי - ותראה פריחה. רבותי, יצטרכו ב"ח בנגב, וב - 2030 יבנו אותנו, אבל למה לא נתנו לי לתכנן ב"ח בנגב? בכל עיר גדולה בישראל יש יותר מבי"ח אחד, אז למה לא נתנו לי לתכנן אותו? כללית אמרו שאולי נוסף עוד 2-3 רופאים לרפואה הראשונית, נתנו לחתול לתכנן את התחרות מול סורוקה.

**יעל:** עלות של ב"ח זה מאות מיליונים, ותכנון שלו זה 10% מהעלויות.

**פרופ' אפק:** יש נייר של הממשלה שאומר שעשרות אלפים יגיעו לנגב. אם זה נכון ובין אם לא, צריך עוד ב"ח, והאוכלוסייה בנגב מכפילה עצמה כל הזמן, השאלה מתי יזכרו בזה, אבל אפילו את זה לא נתנו לנו להכניס.

השפעת בתי"ח מעבר לתפקידים המסורתיים – בשקף הבא. מספר על המצאות רפואיות שהצליחו ונתנו הכנסה לכולנו, שהושקעה כתרומה אדירה לכלכלה. אני לא מתבייש לומר שתיירות מרפא היא לא פחות חשובה מבתי מלון. מדינות כמו בנגלדש וירדן מרוויחות מזה, ולמה לא ישראל? יש להם גם הכנסות אדירות לתוך המערכת. תעשייה, סטארט אפים, מכשור ישראלי שנולד בבית"ח, ויש לזה המון הכנסה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** לפני דקה הראית לנו והתעצבנו יחד איתך שאין לנו תקנים ומאה אחוז תפוסה, אז איך תיירות מרפא נכנסת?

**פרופ' אפק:** אתם תראו למה אפשר ואין תקנים. יש לנו מחסור משאבים בכלל המערכת. המערכת מתנהלת ולא מנוהלת. רפואה ראשונית חזקה ומערך האשפוז נחלש. בחורף האחרון ממוצע השהייה של אמבולנס בבי"ח הוא 30 דקות, פרק ונסע. בקושי מצאתי עוד בי"ח שמוכן לקלוט. ככלל, צריך להעביר טיפולים והשקעה לקהילה - ברגע שאתה משקיע בה יותר, אתה חייב לצמצם את ההוצאה על האשפוז כדי לעמוד בתקציב. הירידה יותר גדולה מהעומסים, ועדיין יש הרבה דברים שאין עבורם תחליף למערכת אשפוזית, ולא ניתן לטפל בהם בקהילה, ועובדתית האנשים האלה נמצאים. בשנה שעברה נתנו 40 מיליון ש"ח לאשפוזים חוזרים. אני באמת חושב שהקופות שלנו הם לימין שור. הלוואי שלמשרד הבריאות הייתה כזאת הנהלה.

כמה מילים על הרגולטור, וזה לא ביקורת על האוצר אלא תיאור המצב הקיים – יש לנו יחסי עבודה טובים אבל אני מדבר על השיטה. משרד הבריאות הוא לא הרגולטור על המערכת אלא האוצר, ואני היועץ המקצועי שלהם. הם מקבלים את עצותיי וזה בסדר גמור. עשינו עבודה אדירה ודיברנו עם כל האיגודים המקצועיים וחשבנו, 400 תקני מומחים – מי יודע מתי יוכלו לתת לנו אותם בעידן של המחסור התקציבי? אולי לא יהיו עוד. כולם כועסים, למה נתנו רק 20 תקנים לפסיכיאטרים? כולם צודקים, עשינו הכי טוב שאנחנו יודעים. על בסיס ההחלטה צריך לתת תקן לבי"ח כזה או אחר. תנו לי מסגרת תקציב, תבדקו אותי, תחליטו, אבל אתם לא יכולים אחרי כל צעד בביצוע לקבל אישור. האוצר לא יכול לעשות הכל, אז דברים מתעכבים ואני לא יכול להעביר תקן אחד לפורייה. ראש מנהל רפואה יכול לקבל איזושהי סמכות ניהולית? זו שיטה, זו תפיסת עולם. רבנו וכעסנו והחלטנו שמערכת הבריאות צריכה 1,250 תקנים ו- 970 מיטות. זה נדוניה והישג של הר"י, ככה זה נתפס. שאלתם אותי למה השיטה הזאת לא טובה – בשקף הבא. הסכם ייצוב – כיוון שהקופות בגירעונות כי אין להם כסף, רוצים שנתמוך בכס? תתייעלו, תקטינו, תעשו א', ב', ג', ד'. גם לנו יש חטאים שם מהעבר, אני מסכים.

**פרופ' גבי בן-נון:** מדינה אל מול קופה.

**פרופ' אפק:** יעל, גם אנחנו היינו לא בסדר. ידענו לאן ילכו המיטות, ובכל זאת הסכמנו. ממשיך מהמצגת. חלק מהדברים בטבלה כבר בוצעו, וחלק הצלחנו לעצור. רצינו עוד דברים מהאוצר תמורת הסגירה הזאת. חלק מהצעדים הם נכונים, התייעלות, לא הכל שלילי, וגם משרד הבריאות אשם.

**רונית קן:** כל פעם כשמגיעים הדיונים על התקציב ומגיעים לדבר על קיצוץ בתקציב הביטחון, ברצף של 24 שעות עולות 2 ידיעות בתקשורת – כיפת ברזל שהייתה צריכה להיות בצפון, לא תהיה אפשרות לייצר אותה, והשנייה – זמן ייצור הפצצה הגרעינית מתקתק הרבה יותר חזק ויתקצר מחודשיים לשבועיים. זה לא אותו דבר?

**פרופ' אפק:** לא. מערכת הביטחון חיה במין משהו ערפילי שנקרא ביטחון. מה זה ביטחון זה שאלה אדירה. אף טיל לא ייפול על אף בית בישראל במלחמה הבאה? לא יודע. זה ערטילאי ובעייתי. כאן זה בפועל – הפנימיות עומדות מעל איקס אחוזי תפוסה, החולים קיימים.

**רונית קן:** ההגדרה של התייעלות בסגירת מיון בבי"ח השרון זה לא-לא תוצב כיפת ברזל בצפון?





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' אפק:** לא. סגירת מיון השרון במצב הקיים מבלי נגיד הכפלת פי 2 או 3 את מיון בלינסון, זה משהו שמישהו ישלם עליו את המחיר. עובדה שהיום מחכים שם 4 שעות. זה בפועל, ולא איום ערטילאי.

**ערן פוליצר:** זה דרישה של המדינה תמורת ההסכם?

**פרופ' אפק:** זה מה שנחתם עליו תמורת תקציב. אני רוצה לדבר על שקיעת המערכת הציבורית – ממשיך במצגת. עוול גם לרפואה הפרטית - רפואה פרטית במדינת ישראל היא חשובה, למרות שאני לא רואה את עצמי עובד שם, למרות שהכל יכול להיות. זה באמת מנוגד לתפיסת עולמי האישית, אבל זכותו של האזרח לבחור, ויש גבול לכמה פטרנליזם יכולה המערכת להפעיל. אבל התחרות חייבת להיות הוגנת והיא לא, היא פוגעת במערכת הציבורית. הזמן של הרופאים הכי בכירים, רפואה היא פונקציית ייצור מאוד לא שוויונית - אפשר להשקיע המון זמן וניסיון ובסוף תהיה מנתח בינוני. חולה רוצה שמנתח הכי טוב יעשה לו הרניה פשוטה שגם מתמחה שנה א' יכול לעשות זה בסדר ולגיטימי, אבל שחולה קשה יצטרך ללכת למערכת הפרטית כדי להיות מנותח על ידי הכי טוב זה לא לגיטימי.

case mix - מחירי המערכת ממוצעים. הם אותו מחיר לניתוח הרניה לחולה צעיר ולחולה מבוגר שיש לו סרטן. בתפקידי החדש כיו"ר תת ועדת המחירים, יש ניסיון להכניס mix וזה גם לא יעלה כסף. הקופות לא יפסידו, אבל את הניתוח בבן 50 צעיר ורענן עושים באסותא. אסותא עושה גם ניתוחים קשים, וגם לה יש תחרות במערכת עוד יותר פרטית ופחות מחויבת מאסותא. למה ילדים קטנים אין להם תורים לניתוחי שקדים? כי לא היה להם מחיר בססיות וכי אני מכה על חטאיי שהייתי צריך לתת את חדר הניתוח לחולה סרטן אז זו הייתה הדילמה שלי, אני הייתי שם. לא ראינו את ההשפעה על כל המערכת וניתוחי שקדים ילדים לא עשו. אם יעלו את הכמות שהם מקבלים תמריצים כדי להחזיר אותם פנימה למערכת, וטוב שכך. מצד אחד אמרתי לכם תורים, המגבלה הזאת - אתה מוגבל, וככל שהמערכת עושה יותר היא מפסידה יותר, ומצד שני יש ביקוש, אז מה אתה עושה? נוצרים תורים, ואז יש לך שב"נים. אני אומר לכם כי אני יודע ורואה, והייתי אחראי על תפעול ביי"ח. יכול אפילו להיות מצב שאני לא יכול להרגיש בטוח. דעתי היא, ואני מצליח כן לעשות סקר, אני טוען שכפל הביטוחים נובע מתחושת חוסר בטחון של המערכת שבעת צרה לא יהיה מי שיבוא לקראתם, והם רוצים את המענה. אגב היום מבקשים ממני, אתה חבר של פרופ' פאפה נכון? סדר לי תור אליו בשתיים בלילה. ברגע שאתה חווה את המערכת הציבורית ומנהל את כל כספי השב"ן, אתה יוצר תורים. נתנו כסף לאזרחים ואת האפשרות לעשות רפואה פרטית כמעט שווה לכל כיס, הפנינו את כל הביקושים. איפה שהוא נשבר לי הלב כששמעתי על חולה שצריך ניתוח לכריתת כליה בגלל סרטן שהלך למערכת הפרטית. אמרתי די.

**יוליה איתן:** לגבי התמחור והכנסת DRG - אני מבינה שעד עכשיו נכנסו למערכת מאה ומשהו DRG. מה המגבלה שלכם ביצירתם?

**פרופ' אפק:** הכלל אומר סכום אפס. אפשר להפחית ולהעלות. נורא להפחית כי מישהו משלם את המחיר של ההפחתה. אני משתדל לייצר קונצנזוס כמה שיותר גדול, ומאוד קשה להגיע אליו. אחר כך הקופות יודעות שברגע שתכניס DRG הן יודעות שצריך ולא עושים את הניתוח סתם, ואז הביקוש יתחיל לעלות ויזרום מהפרטית



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לציבורית, וההוצאה שלהם תעלה כי אנחנו רוצים את זה כדי להכניס חזרה. אם הכמויות של ה DRG יגדלו, מעבר לירידה, ההוצאה תהיה יותר גבוהה. אם אני מוריד ומעלה דברים אחרים, יש שמיכה אחת ואם לא נרחיב אותה אז עכשיו אתן יותר לאוזניים וחולה אחר ישלם את המחיר הזה, כי הוא לא יקבל מה שהוא צריך.

**פרופ' לאה אחדות:** יש דוגמאות למה מורידים?

**שירה גרינברג:** צנתורים למשל. רואים שאין תורים שם, שאנחנו מובילים בזה, אז מורידים משם.

**פרופ' אפק:** שירה צודקת, אמרה שאנחנו מדינה עם הוצאה גדולה מאוד על צנתורים, ועשינו את זה באמצעות מתן תמריצים לצנתורים והגדלת המערך הקרדיולוגי, אבל שיעור הנפטרים ירד לפחות מ – 20% תמותה, וזה חלק מהשיקולים. זה כמו להגיד שמצב ההשכלה הגבוהה מעולה, תראו כמה פרסי נובל. נזכור שזה השפעה למשך שנים. הרגשתי שבמקום אחר נתנו יותר.

**שירה גרינברג:** זה לא הפחתת התעריף אלא אי מתן תוספת.

**פרופ' אפק:** כולם מדברים על case mix – חייב להגיד תודה. בנינו וועדה שעומד בראשה העוזר שלי ספי. אמרנו שנשב יחד עם כל הקרדיולוגים, וננסה יחד לייצר בתוך הקוד של ניתוחי הלב תהליכים דיפרנציאליים שיבחינו בין ניתוח קשה לקל. אסותא משתפת פעולה – לפרופ' שמר יש תפיסת עולם מערכתית ראויה להערכה וחזקה מאוד. כללית לא שם, כשהם שמעו על זה הם הוציאו את נציגיהם. הם יצאו מהוועדה והם לא שם כי הם מבינים מה המשמעות של זה. כשלוקחים ניתוח מסובך כמו החלפת מסתם או מעקפים – היום מקבלים אותו מחיר, וזה נעשה. שקף שמדבר על שיעור ניתוחי המעקפים כתלות בגיל במערכת הפרטית אל מול הציבורית – פעם ראשונה שמישהו הצליח להראות את מה שאני טוען כל הזמן. ככל שאתה צעיר יותר, כך תלך יותר לפרטית, וזה טוב. לכן אני אומר שהתחרות היא לא הוגנת. יש הבדל בין עלויות הניתוחים, והציבורית מסבסדת את הפרטית. אנחנו נותנים את זה באלפא וב – CAP, ומתפלאים שהיא מגיעה למקום הזה.

**ערן פוליצר:** אולי כשחולים אלה יתבגרו הם ילכו לפרטי כי הם יזכרו את זה מהפעם הקודמת.

**פרופ' אפק:** אתה מקומד במחלקה, כי הוא יודע שאולי הוא יסתבך ויצטרך משהו נוסף, אבל זה לא מחושב במחיר. העובדה היא שאני מחזיק כ"א ותשתית למקרה של סיבוך. הפציינטים אינטליגנטים כי הם יודעים שיש דברים שלא כדאי ללכת בשבילם למערכת הפרטית. אסותא היא ב"ח שעושים בו דברים קשים ובעייתיים ומחזקים בו מערכים טובים, אבל איזה רופא יעשה את הניתוח הזה כשהוא יודע שאין לו גב מקצועי, ומה יקרה אם יהיו בעיות באמצע? לא רוצה את החולים האלה במערכת הפרטית הנוכחית. אולי בעתיד כן, אם יהיו לי את כל התשתיות.

**דר' שלומי פריזט:** עכשיו המערכת הציבורית תוכל לעמוד בניתוחים הקשים, והקלים יהיו בפרטית.

**פרופ' אפק:** זה מה שקורה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה מעלה את הכדאיות להעביר את הזקן לפרטית גם כן.

**פרופ' אפק:** יכול להיות, אחד מהצעדים הוא התמחור והוא רק אחד הפתרונות, צריך לעשות אותו.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כדי לעשות את הפתרון של תמחור זה לא חייב להיות פר ניתוח ב - DRG, אלא סטטיסטית לבי"ח.

**פרופ' קובי גלזר:** מה ההבדל?

**פרופ' אפק:** צריך לחשוב על זה ולדבר על זה ביחד עם שירה. צריך יהיה להתייחס לנושא התמחור, אבל גילאים זה לא כל התמונה.

**עו"ד לאה ופנר:** צריך לחשוב מה אתה רוצה. יכול להיות שאתה רוצה שזה יהיה ציבורי, אם תשלם להם מספיק כסף.

**פרופ' אפק:** מסכים במאה אחוז.

שקף הבא – תראו איזה אחוז יוצא על ניתוחים ובחירת מנתח בסוף. אין לי תשובה כמה זה בחירת מנתח וכמה קיצור תורים. אני לא יודע. מה הנחת היסוד שלי? הגבלת הרפואה הציבורית גורמת לתורים ארוכים. מתייחס למצגת. אם נמשיך להגביל את הרפואה הציבורית, המצב רק יחמיר. היום הגיע הזמן לעשות shift.

ממשיך במצגת – יש פערי תשתיות ופערים במדדים. יש הספקת שירותי שב"ן ללא אפשרות למקום שבו אפשר לצרוך את השב"נים האלה. מי נתן לנו את הזכות להגיד לחולה אתה הולך להדסה ולא לשערי צדק כי לי יש הסכמים עם הדסה - למה? מי נתן לנו את הזכות הזאת? אתמול שיניתי את שקף הסיכום – ליצור תחרות הוגנת עם המערכת הפרטית. לא להגביל אותם, אלא להגיד לחולה שיש שם יתרונות וחסרונות, ולהתחרות על זה.

**שירה גרינברג:** בעולם שבו אתה מאמין שיש מערכת ציבורית עם מגבלות, אז איך אתה אומר שהוגנות זה מערכת פרטית בלי מגבלות?

**פרופ' אפק:** נגיד שנגדיל אותם ב - CAP ואלפות. כשאני עבדתי במערכת הפרטית ידעתי שאני מפסיד על זה, אבל אנחנו צריכים לתת מענה.

**שירה גרינברג:** אתה לא חושב שמגבלה עליהם תחזק את הציבורית? אתה מתאר פחות רופאים שהולכים מהציבורי לפרטי, ועם אותם משאבים אתה יכול לייצר יותר רפואה וזה עניין של תחלופה בין דברים.

**פרופ' אפק:** האם המענה לעסק הזה זה יצירת איזונים או לומר שאנחנו משחררים את החבל בצורה מבוקרת כי יש לה capacity, אבל אנחנו לא נותנים לה לפתוח מספיק מיטות? אנחנו מגבילים אותה כל היום. אני במו עצמי עושה את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שקף הבא – הצעות לפתרון. התחלנו לבנות מערכת שבה התחילו לדווח. כללית יודעת את כל התורים ולא מפרסמים את זה. אני מאמין שזה יהיה מספיק. עובדה שזה קרה באא"ג, ופתאום זה נפתח. אני מסכים עם שירה שזה צריך להיות מבוקר ולא חופשי לגמרי. זכות בחירה לאזרחים = זכותו לבחור רופא וגם ב"ח. והתורים – אני חושב שבגלל התורים יגלו שגם רופא אחר הוא טוב.

שקף הבא – איך נענה למחסור במשאבים? אני חושב שהראיתי לכם שבכל הדברים האלה יש המון כסף. תנסו לאסוף את המידע, ותראו כמה כסף יש במערכת. לא צריך למוטט את כלכלת ישראל, אלא לחשוב איך מחלקים את הכסף נכון. עוד אין לי פתרון מובנה איך מבקרים. הסרת חסמים לעבודת אח"צ כדי לפתוח אותה ולהוסיף עוד מיטות ועוד תקנים ופרסום אורכי התורים. אלפא ו - CAP זה דוגמא – אתה יכול להפסיד בקטן אבל לא בגדול, מתייחס לבתי"ח.

תחרות הוגנת – השקף הבא, זו דעתי האישית. אני אידיאולוגית לא מתנגד לשר"פ, אבל בלב כבד אומר שהיום זה לא הפתרון. היום שמענו ששילמו לרופא שייתן השגחה מיוחדת לפג במסגרת השר"פ, זה שר"פ וזה בסדר. שמעתי את זה וסמרו שערותיי. זה היה לפי הנהלים, הכל היה על השולחן. לכן בלב כבד אני אומר שהרבה דברים הם לא בצדק. אני חושב שזכותו של האזרח לבחור רופא בבי"ח, אבל בלי לשלם לו אלא לביה"ח.

**יוליה איתן:** מנגנון התשלום מפריע לך?

**פרופ' אפק:** מפריע לי העברת הכסף בין האזרח לרופא במערכת הציבורית. אני לא רוצה להפוך את כל ההרצאה שלי לשב"נים. אני מודה שלמרות שאידיאולוגית אני חושב שזה נכון, בעת הזו ובמצב הנוכחי, בעיני שר"פ הוא לא הפתרון לבעיית בתי"ח הציבוריים. אולי אני לא צודק, אבל זו דעתי. לגבי הסולידריות החברתית – שב"ן לכל. אני מדבר על המודל הצרפתי. אני מדבר על המסכנים, וזה המודל הצרפתי - למי שיש פטור ממס הכנסה, לא ישלם על השב"ן. יאמר לזכותו של פרופ' גמזו, למרות שיש לנו חילוקי דעות אנחנו תמיד מתבטאים בישיבות גם כשדעתנו אחרת, והמשרד באמת מנוהל בכבוד ואני מודה על כך.

אני חושב שהפתרון הוא יצירת שת"פ בין ביי"ח במרכז לפריפריה. נוסע רופא מהמרכז לפריפריה, נתנו תקנים לזה כדי שיתנו מתמחים שיעשו בשיבא שנתיים ראשונות, ילכו לפריפריה, ישנו שם את המינון וירכשו ניסיון וירוויחו מזה. יעשו רוטציה ושיבא וכולם ירוויחו ולהיפך. שיתוף הפעולה הזה יכול לתת הרבה מאוד. שיעשו שיתוף פעולה גם בין פריפריה לצפת, זה גם נכון. הרעיון הוא לתמרץ ללכת גם לשם.

השקף הבא - סיכום. אני חושב שאפשר לחזק את המערכת הציבורית גם ללא שר"פ, זו דעתי. תשאלו אותי את השאלה הגדולה וזה בסדר אם תחלקו עלי, זו שאלת מפתח גדולה מאוד – האם יסכימו הרופאים הבכירים לעבוד במערכת הציבורית גם אם לא יהיה להם שם שרפ, ועבור ניתוח אחר הצהריים הם יקבלו פחות? אני חושב שכן, לפחות חלקית. יש שווי רב בעובדה שאני רופא בכיר בבלינסון, איכילוב או שיבא, ותמורת התפקיד או המקום תיתן אחר הצהריים אחד כדי לתרום למערכת. אולי אני טועה אבל אני מאמין שחלק יסכימו להרוויח הרבה פחות, אבל העיקר שהכל יתנהל במקום אחד. הם מוכנים להרוויח פחות, בטח הדור הצעיר. תבואו לאסותא בבוקר ולשיבא בבילילה – תמונת ראי, והפוך!



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אני עדיין חושב שבחירת רופא צריכה להיות במערכת הציבורית עם תשלום לרופא לכולם בשב"נים, ולא רק לכירורגים אלא גם למרדמים. אני כן חושב שישכחו להרוויח פחות, אבל אני לא יכול להתחייב. זה לדעתי הפתרון הנכון. הפתרון הקל ופשוט – תבטלו את השב"נים – במצגת. אני מאמין – שקף סיכום. לכן אנחנו חייבים לחזק את המערכת הציבורית. תודה רבה לכם! אנחנו נמצאים תחת הזדמנות נדירה לעשות שינוי.

**יעל:** תודה לך!!

**\*\* מציג חמישי בפני הוועדה: פרופ' אבי רכס, השר"פ בבי"ח הדסה. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

**(POWERPOINT).**

**פרופ' רכס:** אני פרופ' לנוירולוגיה. מציג עצמו. הייתי יו"ר וועד רופאי השר"פ בהדסה. אם נדבר לרגע על מהות השר"פ – רפואה שכולה מרוכזת במטופל. עשינו את חוק זכויות החולה כדי להדגיש את האוטונומיה של האדם על גופו. ברגע הקריטי ביותר בחיינו אנו מפקיעים ממנו את הזכות לבחור את מי שיטפל בו. אל תחשבו על נזלת או על שפעת, תחשבו על משהו שקרוב לכם או עליכם, שיש לו או לכם בעיה רפואית והוא ימות או יינזק באופן בלתי הפיך, וזו הנקודה החשובה ביותר. אנשים מוכנים למות על הבריאות שלהם. זה נאמר בכנסת.

**יעל:** אני אמרתי את זה, אבל ציטטתי את חיים רמון.

**פרופ' רכס:** כל רגולציה שתעשו לא תמנע מאדם שמרגיש שהוא נמצא בסכנת חיים להגיע למי שלדעתו יכול להציל אותו, וזו סיטואציה של win-win. יש זהות אינטרסים מלאה בין הרופא לחולה. אני מניח שדיברתם עם דני פילק וניסים כהן, ולפי מהמחקר שלהם 12% שילמו שוחד על שירותי בריאות, וזה יותר טוב ממחקר קודם שהראה על 30%, אז אנחנו יורדים בשחיתות.

השקף הבא – סיבות למתן תשלומים ברפואה שחורה. אני חושב שהמדינה לא תצליח לכפות הסדרים על מה שנאמר בחדר סגור בין רופא למטופל שלו. מעבר למה שאמרתי קודם, בתלות הפסיכולוגית העצומה בין מטופל למטפל יש זכות לרצון חופשי ומודעות צרכנית עולה. ישנה אכזבה מהמערכת הציבורית וישנם אמצעי תשלום זמינים. ל – 80% מהציבור יש ביטוח משלים של הקופה, או פרטי, או שניהם יחד. הם כבר קנו רכיבים שאנחנו כמדינה לא מספקים להם.

**דר' שלומי פריזט:** גם מנתח פרטי זה הפרטה לשיטתך?

**פרופ' רכס:** בוודאי, נתת לו רכיב שאפשר לקנות בשוק הפרטי. כמו צ'רצ'יל במצגת אני טוען – השר"פ הוא אולי השיטה הגרועה ביותר, אבל לי יש ספק אם יש שיטה אחרת טובה ממנה. השר"פ נקרא praxis גיאוגרפי מוגבל. זה מסמך היסוד של השר"פ בהדסה – במצגת. כדי למנוע אי הבנות בין חולה המוסד לחולה הפרטי. מציג את תקנות השר"פ בהדסה ושינויים שנעשו בנוסחת השר"פ - במצגת. הכנסות מעבודה מחוץ למוסד – הכסף עובד דרך השר"פ של הדסה - זה כולל חברות בוועדות, ייעוץ כלשהו, וזה עובר דרך ביה"ח. נוהלי השר"פ האלה מוטמעים מזמן – שקפים הבאים במצגת. כל רופא בהדסה חותם על זה שהוא יודע את נוהלי השר"פ. תראו את המנגנון שבו





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

הכסף הזה יורד. מחלק הרופא יורד קרן השתלמות, אנחנו משלמים להדסה עבור ניהול משרדי. הרופא מקבל בנטו 23-28% ממה שהחולה משלם למטה במשרד.

**ד"ר שלומי פריזט:** כשאתה מדבר על עלות ברוטו למעביד עבור המעסיק?

**פרופ' רכס:** זה נכנס בהוצאות של הדסה למעלה, כולל מיסי מעביד. אני פתחתי את דה-מרקר, אני חושב שיש 2 עיתונאיות שמנהלות מסע אינטנסיבי נגד השר"פ גם בחדשות הכתובות והמשודרות, והיום התפרסמה כתבה ולא במקרה היום.

**יעל:** זה כל יום חמישי.

**דורון:** קרן נויבך פותחת את השידור "בשעה זו מתכנסת הוועדה ואנחנו לא יודעים מה קורה בה".

**פרופ' רכס:** הכתבה עובדתית מאוד קשה כי אי אפשר לעמוד בפני התחושה הזאת ולהגן על דבר כזה. בשביל הסדר הטוב אני רוצה להגיד לכם שאני בפניקה גדולה. צלצלתי ליובל וייס לשאול אותו אם יש שר"פ בפגייה, והוא אמר שחד משמעית לא.

**ד"ר שלומי פריזט:** איפה נעצרה זכותי לבחור בפגייה? למה זכות היסוד שלי נעצרת בכניסה לפגייה?

**פרופ' רכס:** אתה יכול לקחת לדוגמא את המחלקה שלי לנוירולוגיה, שאין לנו שר"פ בחולים שנמצאים בחדר מיון ומאושפזים במחלקה, מתוך לויאליות אחד לשני ומתוך הסכמה חברתית. אני חושב שבפגייה יש דברים שמעבר לרציונליות.

**פרופ' קובי גלזר:** שתי זכויות שונות שיש ביניהן מתח. אתה דיברת על הזכות לבחור כשהאדם חולה, ויש את הזכות שהאדם זכאי לקבל את הרופא הטוב ביותר כשקרה לו משהו, ויש מתח ביניהן.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** אם העיקרון עובד בכירורגיה, זה צריך להיות ככה גם במקומות אחרים.

**פרופ' רכס:** הטיפול בפגייה הוא כל כך מקצועי, והוא מוכרח להיות במאה אחוז ולא 99 אחוז כי אחרת תאבד את הילד, ואני בטוח שהם עושים את המקסימום, אי אפשר להתפשר. אין דלתא שקיימת. ככה אני מרגיש. אני קראתי בדה-מרקר את משכורות הרופאים – מנקר את העיניים ומאוד מעצבן. ביי"ח לא חייב בפרסום המשכורות שלו?

**יעל:** ברגע שביי"ח הוא ציבורי - הוא חייב.

**פרופ' רכס:** ביקשתי מהסטטיסטיקאי של הדסה להכין את הטבלה הבאה – 80% אחוז מהשר"פ בהדסה עושים 10% מההכנסות, 2 רופאים למעלה עושים 10% מההכנסות. יש כוכבים ספורים ביותר, הרוב המוחלט לא מגיעים להכפלת המשכורת שלהם. העקומה מדברת בעד עצמה. אני הלכתי לאחד מהרופאים האלה מתחילת הרשימה שהופיע בדה-מרקר, ואמרתי לו בוא איתי לוועדה ואשתו לא נתנה לו. הוא אמר יתנפלו עלי ויהרגו אותי. הוא מיליונר לצורך העניין, ותרואו מה הוא נותן ממשכורתו לביה"ח – במצגת - זה סנטה קלאוס אולי.



לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** הוא מקבל 4 מיליון ש"ח לחודש, חשוב לציין את זה. אחרי הכל עדיין נשארו לו 3 מיליון ש"ח.

**פרופ' רכס:** ישבתי איתו בישיבה ארוכה ביום ראשון ואלה הדברים שהיו.

**עו"ד לאה ופנר:** הם עובדים בשר"פ או גם בשביל החלק הציבורי של ביה"ח? אם כל המתמחים האלה בשר"פ, אז הוא עושה את זה בשביל עצמו. אתה צריך לראות אם זה בחלק הציבורי.

**פרופ' רכס:** הוא אומר אני יכול לשמור את הטאלנטים אצלי, הם עובדים בשר"פ וגם בשירות הציבורי. אני מוכרח לומר לכם, אני לא מכיר הרבה רופאים שנותנים כל כך הרבה מהכנסותיהם. בהדסה 20% משכר המנתח עובר לפול של המרדמים, וכדי לא ליצור בינם לבין עצמם יש להם פול, וכל מי שזכאי לקבל מהפול מקבל את חלקו בסוף החודש. לגבי אכיפת נהלי השר"פ – פרופ' ברזיס הראה לכם את הפערים בין התורים בפרטי לציבורי – השקפים הבאים. בנוירולוגיה זה עצבן אותי – אנחנו בהדסה יש לנו עומס פי כמה יותר גדול מבשערי צדק, כי אנחנו מהווים מרכז גדול. שקף הבא – רשימת תורים אלי. זה פונקציה של כמה אני שווה בעיני הציבור, וכמה הציבור רוצה לבוא דווקא לדר' א' ולא לב'. כל חולה יכול לראות אותי בציבורי, אבל אני מחזיק 5,000 חולים וקשה מאוד להיכנס לציבורית שלי. היא לא חסומה, אני רואה חולים בלי סוף.

**עו"ד לאה ופנר:** למה לבוא אליך בפרטי זה יומיים ובציבורי זה 50 יום?

**פרופ' רכס:** ברשימה הזאת מצד שמאל אני יכול לשבת ולראות חולים עד 10 בלילה במקום ללכת הביתה, אני בוחר לשבת בשר"פ עד השעה שבה אני חושב שאני יכול לשרת את החולים שלי. פה זה על תפוקה ובציבורי זה על משרה. אני עושה את זה על זמני החופשי.

**פרופ' קובי גלזר:** הטענה האחרת אומרת שבכוונה יוצרים תורים ארוכים בציבורי כדי שילכו לפרטי.

**פרופ' רכס:** איך יוצרים בכוונה תורים בציבורי?

**פרופ' קובי גלזר:** אומרים לחולה שיש תור עוד חודש.

**פרופ' רכס:** איך יוצרים באופן מלאכותי תור? אם אתה משקר לחולים זה משהו אחר. יש מכסה לכל יום.

**יוליה איתן:** מי קבע את המכסה?

**פרופ' רכס:** לכמה את רוצה?

**דר' שלומי פריזט:** לכמה שצריך עד שהפער בין הפרטי לציבורי יהיה 5% דלתא.

**רונית קן:** כשיש אבחון לבעיה נוירולוגית אני מבינה למה ינהרו למערכת הפרטית, אבל זה באמת לא זמן שאפשר לסבול אותו.

**פרופ' רכס:** תתנו עוד 2 רופאים למחלקה והתור יתקצר דרמטית, אין לנו אין סוף רופאים. הם משרתים את המחלקות, את המיון, את המרפאה. כמה מהם אפשר להציב במרפאה, וכמה עבודות יש להם במקביל? אלא אם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

כן זה חולה חוזר, אבל אותו פרק זמן ניתן לאלה ולאלה, גם לחדשים וגם לחוזרים, ולכן אני חושב שפרופ' ברזיס לא היה הוגן איתנו.

**עו"ד לאה ופנר:** הוא טוען שהוא לא לוקח בחשבון – אני נותן את השירות של מאוחדת בירושלים ולא לוקח בחשבון את העומס. אם אני צריך לראות אותם, אז אני צריך להיות יותר.

**פרופ' רכס:** המספרים האלה להבנתי ניתנו לכם על ידי יובל וייס – השקף הבא. מרפאות ציבוריות 300 אלף ביקורים, שר"פ – 900 אלף ביקורים, יחס של אחד לשלוש, ואפשר לקבוע מה היחס שצריך להיות. אני רוצה להראות לכם שבאמת אין שחיתות אצלנו. זה לא שביה"ח בורח לתוך רפואה פרטית, אני חושב שיש לו איזונים. פרופ' מור-יוסף קרא לאחד המנתחים שהוא עושה אחוז מסוים של רפואה פרטית שלא מקובל עליו ואמר לו "אם אתה לא מתקן את זה, אתה תישלל מהזכות לעשות שר"פ", וקראו לי כי אני מהוועד, והוא חוזר לתקן.

קודם כל זה מימוש האוטונומיה שלי, שאני אקבע מי ייקח אותי לחדר הניתוח ומי יוציא אותי משם בריא. אני רוצה לממש את הזכות לביטוח ששילמתי עליו. אם נקרע עורק וסקולרי, אני יכול להשיג את המנתח מיד ובמקום אחר זה איננו. בבי"ח ציבורי יש מערכת איזונים. אין שום אפשרות להכניס אדם לניתוח, לעשות לו ניתוח לא ראוי או לא נדרש, או לא נכון. לצורך העניין אצטט אחרת – במערכת הפרטית אין בקרת עמיתים. אין מי שמסתכל על הרופא, וכולם מרוויחים מההכנסה של השר"פ כולל המנקה, ולכן יש ניגוד עניינים מובנה. בי"ח ציבורי לצורך העניין הזה מגן על המטופל. אני לא צריך להיות עוסק מורשה כי המערכת הכספית גובה עבורי את הכסף, וזה המקום היחיד. חברים שלי במרכז קנו אופנועים כי קל יותר לנסוע באופנוע מבי"ח אחד לאחר, אני לא צריך. יש לי תנאים וקרן השתלמות, ואני עובד במקום אחד. הפקס אצלי בחדר, המזכירה שלי מקבלת תוספת כסף מהקרנות שלי. חלק גדול מהשר"פ נכנס לתוך ביה"ח ומטייב אותו.

**יוליה איתן:** המזכירה נותנת שירות לך או למחלקה?

**פרופ' רכס:** לי, אבל היא מנהלת כרגע 5 מחקרים של אנשים אחרים. היא יושבת עוד שעות עבודה. יש לה חצי משרה מהדסה ואני נותן לה חלק נוסף, והיא משרתת את כולם.

יש מקור קליני נוסף להוראה ולמחקר, וזה מקטין את התמריץ לרפואה שחורה. מאז שאני בלשכה לאתיקה, 12-13 שנים אחרונות, לא זכור לי שהדסה הייתה מעורבת בסקנדל של רפואה שחורה. אני מכיר מקרה שסמי פנחס לקח מרופא את הזכות לשר"פ לשנה. אם אני הולך לוועדות רפואיות או עדות בבית משפט ואני מקבל שכר עבור עדותי, זה נכנס דרך השר"פ.

יש נקודה חשובה של נוכחות רופאים מעבר לשעות העבודה – מור-יוסף אמר שאני לא צריך את זה, זה רק יפריע. ציטוט שלו במצגת. אני לא צריך שעון נוכחות. אני מגיע ב - 8 בבוקר ויוצא ב - 8 בערב, ואני לא צריך שעון נוכחות. קראתי כתבה ב"הארץ" על אזיקים דיגיטליים, ואני חשבתי שזה ידחוף קדימה את הרפואה הפרטית. אני בטוח שהכלכלנים כולם כאן מהנהנים בראש. היה גן ילדים שההורים איחרו לגן, אז הגננות אמרו שההורים שמאחרים ישלמו קנס וכך נצמצם את האיחורים. למחרת האיחורים גברו, כי ההורים אמרו לעצמם "גם ככה אני משלם על



לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

זה". עשרות רופאים קיצצו את משרתם כדי לעסוק בפרטית. אין בושה יותר ואין אי נוחות. ירדתי ל – 95% משרה, ואני יכול להסתלק. אצלנו זה לא מתקיים, אני לא יודע מה קורה בבתי"ח אחרים. אני זמין למחלקה ולחדר מיון, אם יש איזושהי בעיה, אני שם.

**יוליה איתן:** אתה עוזב את הפרטי אם קורה משהו בחדר מיון?

**פרופ' רכס:** בוודאי. זה קורה הרבה.

**עו"ד לאה ופנר:** בתרבות שלהם הם עוזבים.

**יעל:** זה אני יודעת גם מעדויות אישיות.

**עו"ד לאה ופנר:** הייתה אמירה של רופא שמכיר את ביי"ח הדסה על בוריו, וכשנשאל אמר שלפעמים כן ולפעמים לא.

**פרופ' רכס:** היתה בפניכם עמדת ארגוני החולים. אמרו שצריך להפריד את המחלקה הפרטית מהציבורית. אני אומר שזה צריך להיות בשתי מחלקות נפרדות. בהדסה הייתה שנים מחלקה פרטית של שר"פ, והיא נסגרה כי לא הייתה טובה לחולים, כי אם אחד עבר ניתוח מוח ואחר עבר ניתוח כיס מרה, הם צריכים שירות של אחות שונה ורופא שונה. יושבת שם אחות כללית וטובה ככל שתהיה, היא לא תוכל לתת שירות טוב, ואז המחלקה נסגרה כי לא הייתה טובה לחולים. ההסתדרות הרפואית הציגה בפניכם, אבל הבנתי שהם בעד הכנסת השר"פ לבתי"ח ציבוריים עם שינויים לפי המתודה שלהם.

תיירות מרפא - זה רפואה פרטית היפר-אקוטית. תוך 36 שעות צריך לגמור לו את הכל, והוא בוודאי דוחף הכל, גם את חולי השר"פ. חלק גדול מהחלטותיכם יהיו להם השלכות גם על תיירות מרפא.

**יעל:** יש לנו תת ועדה לנושא.

**פרופ' רכס:** טירוף מערכות של המדינה שלנו – מציג תמונה של ביי"ח אסותא באשדוד. השקפים הבאים – מציג דיונים משפטיים ופסקי דין על אסותא אשדוד. זאת אמירה קשה מאוד, זאת התחסדות וצביעות – מתוך ניסיון של הרבה מאוד שנים של כל קובעי המדיניות, לא עומדים בתור. הם חותכים את התורים ומגיעים הרבה יותר מהר לרופאים שהם רוצים, מהר יותר מחולי שר"פ. אני חושב שניתוחים בשר"פ צריך לעשות בבוקר או אחר הצהריים לפי המשקל הקליני. הכירורגים שמים את הניתוח הקשה והמסובך ביותר בראש הרשימה של הניתוחים והקטנים יותר בשעות מאוחרות יותר. התפקיד שלכם הוא לקבוע מה זה המכסה המוסכמת ליחס בין הפרטי לציבורי, לכל מחלקה בנפרד ולכל רופא בנפרד ולביי"ח כארגון. יחס המכסות צריך להיות שקוף לציבור. תודה רבה!!

**\*\* מציג שישי הוועדה: פרופ' איתן גלון, מומחה ברפואה פנימית, ביי"ח הדסה. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

**.(POWERPOINT**



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גלון:** מציג עצמו. אני לא עושה שר"פ פרט למקרים נדירים, 2 או 5 בשנה. אני חושב ולכן רציתי לבוא לפה, לא נתנו לי לבוא כל כך בקלות, שחשוב לזכור במה אנחנו מתעסקים – טיפול אנושי, מקצועי, אתי ושוויוני לחולה. מי שצריך לדון בזה זה רופאים, אחיות ומטפלים במקצועות שונים. אנשי כלכלה לא יכולים להיות חלק מהתהליך הזה - מתייחס למצגת. האסטרטגיה צריכה להיות החולה במרכז. צריך שתהיה הבנה מה זה להביא חולה לחדר ניתוח, שתדעו על מה מדובר. חייב שיהיה משהו שמבין שיתעסק בזה.

אני חושב שמהוועדה שלכם צריך להתפתח משהו אחר – טיפוח מנהיגות רפואית – בשקף. לא הכסף לבד והכלכלה והמשפטים והחוקים והרגולציה יקבעו, רק אם תהיה הבנה אמיתית, ואין לי ספק שיש בארץ פוטנציאל אדיר לדבר הזה. אני מראיין סטודנטים לרפואה כבר 30 שנה. יש פוטנציאל לא נורמלי וצריך לעזור לו להתקדם, ולא חוקים של כסף. אלה אנשים שיש במרכזם אנושיות, שהם יודעים מה זה מקצועיות, יש בהם חמלה וצניעות, זיהוי צרכים ופתרונות בעולם מתקדם, היכולת לעשות אנליזה וסינתזה. אפשר לפתח את זה ולהביא לשם אנשים, ויש אנשים כאלה במערכת שצריך לעזור להם. צריך לכוון מלמטה למעלה, לא בכפייה אלא בחינוך. אחד הכלים החשובים ביותר בכיוון הזה זה המחקר הרפואי. אני מראיין חברי צעירים לביס לרפואה – רק רוצים לתת ולתרום, ולאפשר לאחרים להיות בריאים. אני פוגש מנהלים בכירים ואני לא רואה אותו דבר. אנשים התבלבלו, ואני חושב שזאת הבעיה. מה יש במחקר? כשאני עומד בישיבת צוות של מחקר, שואלים אותי שאלה שאין לי תשובה עליה, אני יודע שיש כל כך הרבה נעלמים. מה שעשינו אתמול והיינו טובים בזה, מסתבר שצריך לעשות אחרת ורק אם נקשיב אחד לשני, נגלה שצריך לעשות אחרת. זה רק מביא לטעויות, ולדעתי המחקר חשוב מעין כמוהו. איך עושים את זה - במצגת. מה אנחנו עושים בהעברה של ניתוחים לפרטיים? אנחנו מסתירים את החינוך מהמשאב החשוב ביותר, המתמחים. איך בודקים חולה - רפואה פיזיקלית. אם נעשה "וויפלים" רק באסותא, אז למתמחים בכירורגיה אין הזדמנות לראות או להשתתף ב"וויפל".

**ערן פוליצר:** יש תלונות כאלה גם על שרפ הדסה.

**פרופ' גלון:** קדחת, אין דבר כזה. הסטודנטים נשארים over night, הם לא הולכים הביתה. וויפל לא עושים לבד אלא 3 אנשים. הסטודנטים והמתמחים משתתפים בניתוח. וויפל הוא ניתוח של סרטן הלב. מוציאים חלק ממנו ועושים שינוי במערכת העיכול ודרכי המרה, זה ניתוח מאוד מורכב. מס' ניתוחי הוויפל בציבוריים הם הולכים וקטנים, וזה מונע מאיתנו את החינוך למקום אחר.

**יוליה איתן:** שמענו שהמקרים הקלים יוצאים לפרטית והקשים והמורכבים נשארים בציבורית. זה לא מסתדר לי בנתונים.

**פרופ' גלון:** אני יודע את המקרים שאני מדבר עליהם. מנהל מחלקה כירורגית בתל השומר עושה את כל המקרים הגדולים שלו באסותא. במקרה שלו אני יודע את זה. כל החולים הניתוחים במחקר משותף שלנו נותחו באסותא.

**פרופ' גבי בן-נון:** יש כאן עניין של סלקציה. זה חלק מהזכות לבחור מנתח.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גלון:** מניסיון שלי, עשיתי ניסוי וחולים שנכנסים לניסוי שלי הם לא נתיחים. מבין הנתיחים שהיו לי, אף אחד מהם לא נותח בהדסה. וזה לא הדבר היחיד. אגיד לך יותר מזה - מכבי עשתה מחקר פנימי באסותא ש - 30% מהצנתורים הם מיותרים, וגם מונעים מסטודנטים לעשות צנתורים.

**פרופ' גבי בן-נון:** 30% מהצנתורים באסותא מיותרים?? זה מחקר שפורסם?

**פרופ' גלון:** לא, מה פתאום, תשאל אותם הם יתנו לך. בתי החולים הפרטיים פגעו קשה בחינוך הרפואי בכל הרמות. איפה עושים לדעתי רפואה במיטבה? במצגת. רפואה זה מקצוע שהביקורת בו זה משהו אינהרנטי והכרחי בתוכו. כל דבר שנעשה לבד ואותו אדם עושה ביקור לפני ואחרי, הסיכוי לטעויות הוא גדול והרבה יותר טבעי. לכן אני חושב שצריך להחזיר את הטיפול בחולה למקום שיש בו שקיפות וביקורת. כיום חולים מטופלים במוסדות פרטיים שאין בהם צוות רופאים, אין וועדות איכות, אין בקרה, אין אתיקה ואין שקיפות בשום תחום. החולה הוא דבר מורכב ואסור שתקורות יפות ובניינים גבוהים ישפיעו על ההחלטה שלו. משרד הבריאות צריך לעשות ביקורת.

**פרופ' לאה אחדות:** הנחת היסוד שלך שזה דבר לא טוב.

**פרופ' גלון:** אני חושב שצריך להחזיר לציבוריים את כל הטיפולים. יש להם שקיפות ובקרה בכל מקום. מתי בפעם האחרונה שמענו מה קורה בנ.א.ר.א? זו מרפאה פרטית ברח' ז'בוטינסקי ב"ג. אני עוקב אחרי מטופלת שלי שהלכה לשם, המרדים לא שאל אותה שאלה מקדימה והיה לה סרטן מעי גס וסרטן השד ומחלה קורונרית ועוד ועוד. במקרה יצאה והכל היה בסדר, אבל זה קיוסק לרפואה, פר אקלסנס.

שקף הבא - ציטוט מכתב הוועדה. מה אני חושב - בשקף הבא. הרעיון הוא - המטופל ולא הכסף בראש מעיינינו. איך אפשר לכוון איזושהי תרבות, לשים גזר לאנשים מצוינים שרוצים לעשות מחקר, כשהתקציב הוא כל כך נמוך למחקר? - במצגת. צריך לתקצב תכנית טיפוח למנהיגות רפואית. צריך לעשות מחקר מעקב אחר יישומים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. צריך לאמץ את הרעיון הזה גם למחקר קליני. היום אתם מתקשרים להדסה ובוחרים רופא אתם מקבלים אותו - אם אתם רוצים שר"פ, זה טלפון אחר. מי שרוצה אותי לא צריך לבוא לשר"פ, יכול להיות שלא אוכל לבוא מיד, אבל אפשר לראות אותי.

**יעל:** אצל פרופ' רכס יש לו 5,000 חולים, אז איך אפשר?

**פרופ' רכס:** זה מספר אלגורי. רושמים לי 15 חולים ואני תמיד אראה יותר. כל הרופאים בהדסה נגישים לציבור.

**פרופ' גלון:** תתקשר להדסה ותבקש רופא איקס, לא תוכל לראות אותו.

**יעל:** תוך כמה זמן אוכל לראות אותך?

**פרופ' רכס:** בציבורי 3 חודשים, בשר"פ - מחר בלילה.

**פרופ' גלון:** התור אלי הוא שנה, בשר"פ מחר בבוקר. אני רואה חולה מחוץ למרפאה. אני מתחיל כל יום בחמש ורבע בבוקר. כל יום חוץ משבת.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן-נון:** כמה רופאים כאלה יש בהדסה?

**פרופ' גלון:** עשרות, רוצה שמות?

**דר' שלומי פריזט:** למרות שהוא עושה מעט שר"פ, התור אליו הוא שנה.

**פרופ' גלון:** אני רואה פי 2 מרפאה מהתקן שהוא רואה. המכסה שאנחנו צריכים להראות - מאוגוסט אנחנו לא מקבלים גרוש על שום חולה.

**עו"ד לאה ופנר:** לא אתה, ביה"ח.

**פרופ' גלון:** אני רואה 35 חולים בלי שביה"ח רואה גרוש.

**דר' שלומי פריזט:** לא התכוונתי לומר שאתה עושה משהו אל בסדר.

**פרופ' גלון:** השתמשתי בשאלה שלך לתשובה שלי. אני חושב שמשד הבריאות צריך לתמוך במוסדות רפואיים אקדמיים. העתיד שלנו זה הסטודנטים והמתמחים. אם לא נבנה, לא יהיה לנו עתיד. בהדסה כרגע יש כבר טיוטה של השר"פ, ואחד הדברים זה האם בכלל בחדר מיון יכול להיות שר"פ. זו שאלה משמעותית.

**פרופ' גבי בן-נון:** זה לא ברור?

**פרופ' גלון:** זו שאלה פתוחה רצינית, אבל לא חשוב. הדסה היא הבית שלי ואני גאה בה – מהמצגת. שמתי למטה דוגמא למאמר של תלמיד שלנו שהתפרסם שהפך לפריצת דרך. בתמונה מימין קיבלנו פרס על הדמיה ללא חומרי ניגוד עם יעילות הרבה יותר גבוהה. מה היא הדסה עברית? שקף הבא. אין לי ספק שאנחנו עושים טעויות, אני כל יום עושה טעויות. בקמפוס שלנו יש 10,000 אנשים באקדמיה. תודה רבה!!

### שאלות:

**פרופ' לאה אחדות:** אני מאוד התחברתי למוטו של החמלה והאנושיות והמקצועיות ולחשיבות של המחקר. הייתי מנכ"לית מחקר ותכנון של המוסד לביטוח לאומי. יש כמה דברים נוספים שאפשר ללמוד כמו מיזמים של בריאות. לא הבנתי למה אני צריכה את השר"פ כדי להשיג את הדברים האלה, כי הם עומדים בפני עצמם.

**פרופ' גלון:** יש הרבה דברים שתומכים בדבר הזה. ביה"ח כדי לעבוד צריך כמה שיותר נפח של עבודה עם חולים כדי לקדם את עצמו בכל המובנים. שר"פ זה הדרך להגדיל את הפעילות הזאת. עברתי במרפאת עיניים לפני יומיים, בחוף מחכים 150 חולים. התשלום היום הממוצע של חולה למרפאה הוא 25 ש"ח. איך זה יכול להיות? 260 זה המחיר מעמלה, מורידים ומחלקים לרבעון וכל ביקורת הוא משלם 25 ש"ח. ביה"ח לא יכול לתפקד מזה. כל חולה רואה מתמחה ואחר כך בא הסניור - הוא רואה 2 רופאים ולא אחד. ביה"ח צריך להתקיים, ואתם צריכים לדאוג לזה. המקום היחידי שגדל מבחינה דמוגרפית זה ירושלים, ורק דיכאו אותו כלכלית. פעם אחת זה לקיום. פעם שנייה זה מכניס כסף שמגלגל את כל מערכת החינוך וההוראה. הרופאים לוקחים את זה לקורסים, לקרנות השתלמות, הרבה מאוד אנרגיה לפעילות חינוכית וכן הלאה. חלק גדול מאוד מזה מזין את המערכת הזאת, חלק



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הולך לשכר, נכון. יש בקרה וכל זה חייב להיות בתוך מוסד ציבורי אקדמי שכולם רואים את החולה במרכז ולא כמו בנ.א.ר.א שאף אחד לא יודע אם זה נעשה נכון, אין בקרה, זה קיוסקים נוראיים, ואם אתה יוצא בסדר, אז יופי, אבל אף אחד לא יודע כלום. זו דוגמא, אני לא רוצה לעלות עליהם באופן ספציפי.

**פרופ' רכס:** היה רופא שהזריק שם סיליקון לבני נוער לאיבר המין כדי לעבות את הפין. משרד הבריאות היה מעורב בזה עד מעל לראש. אין איזונים ובלמים, הרופא עושה מה שבא לו, וזה סיפור אמיתי.

**פרופ' קובי גלזר:** אמרתם דברים מעניינים. היום רוב הוועדה מבינה שצריך להשאיר את הרופאים בביה"ח, והשאלה הגדולה היא איך? באמצעות שר"פ או מנגנונים של כסף מדינה.

**פרופ' רכס:** אתם צריכים לבנות את המודל. יש אפשרות אחרת שקראתי – להעלות את מס הבריאות, לחסוך ביטוחים משלימים ולהעביר לפה. במודלים מקרו-כלכליים אתם מבינים יותר ממני. רצינו להעביר את התחושה האישית שלנו כי התחנכנו ככה.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** ברמה העקרונית – אני מוצא קושי במודל שאתה מציג – יש מחלקות שיש אוטונומיה למטופל לבחור וכאלה שלא.

**פרופ' רכס:** לעניין הפגייה זה עניין רגשי. יש דברים שהם בלוגיקה. אני התעמתי עם אמא בטלוויזיה שיש לה ילדה קטנה שנפטרה בוולפסון. ידעתי במאה אחוז שהילד לא מת בגלל פשלה של הרופאים. אתה לא יכול להגיד לאמא שהיא טועה. זה לא לוגיקה, אתה לא יכול. בסיטואציה של רפואה דחופה אין לך את חופש הבחירה האמיתי, ולכן אני חושב שאסור לך לנצל במצבים חריפים ברפואה את מצוקת החולה. הרופאים יהיו צריכים לוותר על חלק מהכנסותיהם, אבל אתה לא יכול לתפוס מישהו במצוקה נוראית. ניתוח כיס מרה תעשה מתי שאתה רוצה, רפואה דחופה לא.

**רונית קן:** מיון נכנס באותה קטגוריה?

**פרופ' רכס:** רפואה דחופה בסיטואציה אקוטית, לא בדלת כניסה למיון.

**פרופ' גלון:** זה לא דבר טריוויאלי. אבא בא עם ילד למיון עם חתך בשפה. פלסטיקאי ניגש לעשות את התפירה. האבא אמר שהוא לא רוצה אותו כי הוא התייעץ עם רבנים, שאמרו לו להזמין את מנהל המחלקה לעשות את הניתוח הזה. האבא אמר אני רוצה את דר' איקס, ואמרו לו שהוא לא כונן ואולי בכלל לא בארץ. הוא שילם דרך שר"פ והביאו את האיש והוא עשה את זה. כל הפעילות הכספית נעשית במשרד מסוים. לגבי מיון כן או לא זה לא סיטואציות כל כך פשוטות. אני רוצה מישהו ספציפי שיטפל בי, ויש לי זכות על זה. אני חושב שצריכה להיות אמנה מסודרת שנכתבת על ידי אנשים שזאת אמנת השר"פ. יכול להיות שהיא צריכה להיות בינלאומית ואולי לא כדאי לדון כרגע איך זה יעשה.

**יוליה איתן:** הדסה בלי שר"פ - אותה הדסה שמקבלת את כל הכספים, כיצד הייתה נראית? מה היה חסר לכם? לטוב ולרע כדי לעזור לנו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' רכס:** הדסה הייתה מפסידה כמה מאות מיליוני שקלים בהכנסותיה.

**יוליה איתן:** אמרנו שכסף זה לא משתנה.

**פרופ' רכס:** זה מניע הרבה מאוד דברים.

**יוליה איתן:** לצורך העניין המדינה מזרימה את הכסף.

**פרופ' רכס:** מתוך השכר שלי נגזרת המזכירה שלי, הכינוסים שאני נוסע אליהם, הטלפון שלי, העיתונים שאני מנוי אליהם, את כל המעמד הזה ששווה המון כסף. לרופא ממשלתי אין קרן שר"פ שהוא יכול להשתמש בה. מתוך המאה אחוז למעלה, 15 נגזרים לקרן השתלמות שר"פ, והכל מסביבנו עובד על זה. המון מהפעילות התומכת, רפואה ואקדמיה יפגעו באופן נוראי, זה לא מקרי שיש בהדסה כל כך הרבה מחקר כמו שתיארו לכם. חלק גדול מוחזק מהכספים שלנו.

**פרופ' גלון:** יש היום בהדסה 580 תקנים שמוחזקים מכספים שרופאים מביאים. חולים רוצים לקבוע מי יטפל בהם.

**פרופ' רכס:** יש לי חולים שאני מטפל בהם כנוירולוג שלהם למעלה מ- 25 שנה. כשהם באים להדסה הם רואים רק אותי ותמיד אותי ואם יש משהו דחוף, הם יודעים להשיג אותי מיד. בבתי"ח אחרים אותו חולה יראה בכל ביקור רופא אחר בכל פעם, ואני חושב שזה נורא חשוב.

**עו"ד לאה ופנר:** נרמז ונטען שיש קשר בצד היותר חיובי שהעובדה שיש שר"פ בהדסה לא הציל את הדסה ממצבה הנוכחי, והיותר קיצוניים אומרים שזה גרם למצב.

**פרופ' רכס:** מה פתאום. התשובה היא שאני לא מכיר את המספרים במקרו-כלכלה של הדסה. יש לה גרעון שוטף מצטבר של מיליארד ש"ח. זה פחת על הבניינים שאני לא מבין בזה כלום. אני יושב במרפאה ומייצר הכנסה נוספת למוסד, במה אני גורם לו עוול כלכלי? השר"פ שיפר את המצב. התשובה חד משמעית לא.

**ד"ר שלומי פריזט:** תקורות שנקנו בכספים ציבוריים - איך זה יכול להיות שאני לא אומר שזה קורה? את הפחת על הבניין אני לא משלם, ואני לוקח הביתה את הכסף ונגמר הסיפור. אמרתי אני לא יודע...

**פרופ' רכס:** אגיד לך למה להדסה יש צרות מיוחדות - מחיר יום אשפוז זהה לזה שבצפת, ואתה לא מקבל את אותה רמה. 73% מזה הולך לשכר עבודה. גם אם אתה מתייעל ב- 10%, שזה המון, זה לא מספיק. המוסד מחזיק PHD, אצלנו במחלקה יש 6 כאלה שמשלמים להם משכורת, ובגלל זה אנחנו מייצרים טונות של מחקר.

**פרופ' גלון:** נשות הדסה הכניסו לנו 800 מיליון דולר. תזכרי את המספרים האלה כדי להבין את המקום שאני תיארת.

**עו"ד לאה ופנר:** צריך הרבה נשות הדסה.



**פרופ' גלון:** יש פה עלויות עצומות, והמדינה מתנערת מכל מערכת הבריאות בהדסה ובכלל.

**שירה גרינברג:** המדינה לא מתנערת, אי אפשר להגיד את זה.

**פרופ' גלון:** מתי המדינה נתנה גרוש לפיתוח?

**שירה גרינברג:** נושא הפיתוח הוא רוחבי בכל בתי"ח, ואתה יכול לומר האם ראוי או לא שיהיה מתרומות. נשות הדסה נותנות סכום לא מבוטל של 19 מיליון דולר לשוטף וזה אכן קטן, אבל עיקר הכסף שאתה מדבר עליו נועד לתשתיות ופיתוח, ועיקר הכסף זה כספים שהמדינה נתנה אותם בדרך כזו או אחרת. זו אמירה בעייתית בעיני.

**פרופ' גלון:** למי ה - MRI ניתן? לאזרחי המדינה. אני לא מבין מה את אומרת. המדינה מתנערת באופן מוחלט מהחולים ולא מספקת את הצרכים. היא על הגב של נשות הדסה והציבור והוא סובל מזה, היא שרלטנית.

**דר' שלומי פריזט:** שאלת הזכות רק כדי להבין, וזה מתקשר להתנערות – אם אנחנו תופסים את זכות הבחירה כזכות, למה נכון לי כממשלה להשתמש במנגנון שוק לקניית זכויות יסוד? למה כמסגרת קונספטואלית אנחנו חושבים ששר"פ הוא רלוונטי לצורך במימוש זכות יסוד?

**פרופ' רכס:** אני מדבר בשפה לא שלי אבל אנסה לסגור את הפער. לדעתי זה קורה כי יש משבר אמון בין האזרחים לשלטון. לא חשוב אם זה עובדתית נכון או לא. מבחינת תוחלת חיים אנחנו במצב מסוים, והלוגיקה לא נפגשת עם הרגש. אם זה מספק אותך כי ההוא יותר טוב, אתה תמצא אותו. האם אתה מסכים שזה הכוח המניע?

**דר' שלומי פריזט:** אני עוד לא ברמה של הבנה אלא בשאלות. כהמלצה לשרת הבריאות – למה היא צריכה לשים מגנון שוק על השולחן שבו כסף משמש להקצאת זכות הבחירה ולא מנגנון אחר?

**פרופ' רכס:** כי 80% מהאוכלוסייה כבר הצביעו!

**פרופ' גבי בן-נון:** אם אתה חושב שזכות הבחירה כל כך חשובה, למה להתנותה בכסף? תן אותה בחינם לכולם!

**עו"ד לאה ופנר:** עלתה פה הטענה שאם זו זכות יסוד, היא צריכה להיות לכולם ולא לעלות כסף.

**פרופ' רכס:** האידיאל הזה פוגש את המציאות, אתה לא יכול להשיגו באופן קונקרטי. מקווה ששירתנו אתכם טוב!

**\*\* מציג אחרון בפני הוועדה: פרופ' יוסי מקורי, דיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א. מציג ללא מצגת.**

**פרופ' מקורי:** אני לא הולך לדבר על שר"פ כי אני לא מתמצא בזה, אלא על האחריות בנושא חינוך רפואי. חשבנו שזה יהיה נכון להיחשף לזווית שאותנו מטרידה. אני רוצה להביא את הדברים ב - high lights. הטיימינג הוא יוצא מן הכלל כי רק אתמול הסתיימה שביתת הסטודנטים לפיזיותרפיה, ונוח לי להתחיל בנקודה הזאת. אני רוצה לדבר על ההכשרה הקלינית, שזה אותם 50% מההכשרה. קובי מכיר את העניין כי זה קשור לוועדה שניהל. זה נושא שקשור להרבה בעיות שהולכות לגדול. מה התוצר שלנו? אין לנו מדדים אובייקטיביים למעט 2 נתונים. אני חושב שאנחנו מקבלים את סיירת מטכ"ל של האוניברסיטה. אחרון המתקבלים ברפואה הוא בעשרות נקודות





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מעל המתקבלים במחשבים. יש לי בעיה במחשב משהו, תוך עשר דקות הוא פותר את הבעיה. זו התרשמות שלי, לא רק' כדיקן כבר שנה שמינית. זו אוכלוסייה יוצאת מן הכלל, למעט סטיות תקן קטנות. אנחנו כת"א חייבים כלפי משרד החינוך האמריקאי לדווח על שיעורי ההצלחה בבחינות רישוי גם האמריקאיות. כדי לגעת בחולה צריכים לעבור בחינה לרישיון שהיא מאוד יקרה ונמשכת 9 שעות. בחינה ראשונה בתום שנה רביעית, הבחינה השנייה היא בסטאז', והאחרונה היא בארה"ב בהתמודדות עם מצבים רפואיים. יש לנו דיווחים שנה-שנה. אנחנו עומדים ב - 15 נקודות מעל מדינות אנגלו-סקסיות, ואין לאן לסטות יותר. השורה התחתונה – אנחנו מוציאים מוצר טוב בקנה מידה עולמי. אם כך, על מה אני מתלונן? הכשרה קלינית היא קריטית. באמצע שנה רביעית מתחילים ללמד אותנו את עיקרי הרפואה כאשר העיקרון של השוליות עדיין קיים. אם לא לקחת את היד של הסטודנט והראית לו איך למשש בטן ולשמוע קולות לב, הוא לא ידע את זה. אנחנו מלמדים בקבוצות קטנות וזה היתרון שלנו. אין לנו מושג של הוראה. אני מנהל מחלקה פנימית, מגיעה קבוצה של סטודנטים והם נכנסים ואין לי תקן ללמד אותם. אם יש החיאה, אני צריך לרוץ באמצע ואני אומר להם בואו אחרינו וטראו. יש כאן עבודה רוטינית שאינה מתגמלת. אני לא בא לבקש תוספת שכר, זה פשוט תוצאה של שורת מתנדבים ענקית שפשוט ראתה לנגד עיניה להכין דור חדש של רופאים כי אנו מאמינים שהם יטפלו בנו ובילדנו. אין כמעט תגמול למעט שברי קרנות, בהשוואה לפרופ' בביוכימיה או פילוסופיה, זה 20% מזה. ההוראה היא נטל על המחלקה. הדבר מביא לעומס ושחיקה. הדבר מביא לתהליך נוסף דו כיווני - כדי לצאת מביה"ח אנחנו צריכים להעביר כרטיס. מצד שני הרפואה בעולם מוסבת יותר שרופאים ילמדו ולא מדענים. בשנים הראשונות אנחנו נותנים את זה למדענים בביוכימיה. העולם הולך היום ללמידה לפי בעיה, להתחיל מהחולה ולא מהתיאוריה – למה חולה סוכרת מריח מאצטון למשל, אתה מתחיל מהבעיה. יש ספר שנקרא "כיצד רופאים חושבים", ספר לקהל הרחב, תקראו ותבינו שאנחנו חושבים בדרך שונה מאיש המדע, וכלל שנעשה זאת יותר, כך נצא עם תוצר יותר טוב. סטודנטים לא יודעים לנתח בעיה של חולה בסוף הלימודים. העולם עבר להוראה אינטרנטית, אבל הרבה רופאים יושבים אחר הצהריים ומלמדים. אם רופא יעזוב את ביה"ח באמצע היום, אני בבעיה כי הוא צריך להעביר כרטיס. מנהלי המחוז לא נותנים את זה ברפואת משפחה ומנהל ביה"ח אומר אני לא רוצה שתצא. אנחנו התחמקנו עד היום והיום אנחנו בבעיה לא פשוטה. הסטודנטים כל כך מוכשרים היום והם לוקחים הרצאות משנה שעברה ודיסק און קי, תן להם מסגרת והם ילמדו לבד. הם פשוט לא צריכים אותנו, תקראו עבודות על דור ה - Y. כשאנחנו חושבים מה נעשה, ואתן דוגמא על דיקן בניו יורק - הוא קודם כל בנה בניין עם כיתות כי אין יותר הרצאה ל - 180 איש. ואז הם מתחילים לדבר על מקרים כבר משנה ראשונה. החבר'ה של הלימודים הקליניים הולכים ונשחקים. אנחנו הכפלנו את מס' הסטודנטים שלנו. שנה שעבר הגיעו לסטאז' 350 בוגרי הארץ, ובעוד שנתיים יהיו 700, עם אפס תקצוב. אנחנו מוציאים 190 סטודנטים לשוק, וזו מהפכה אדירה. זה הביא את המצב לכך ששחטנו את המערכת עד שיש מחלקות שמלמדות כל השנה, הם יושבים לידינו ו"מפריעים" לנו. חשבנו שצריך להוציא אותם לקהילה, אבל אנחנו לא יכולים לדון עם הסטודנט כשיש לנו 10 דקות לחולה. אנחנו רוצים לדון איתם אבל לא כדאי לי כספית. אני לא מדבר על תנאים פיזיים של חדרי סמינרים. אחרי זה אמרו שבחורף אל תשלח כי יש לנו עומס. אז אמרו שזה לא כל כך פשוט. הערה נוספת – בעיית ההוראה הקלינית עולמית. לפני שנה, במקום שנקרא "סבה" – אמרו לי שהדיקן של סבה רוצה לפגוש אותי, כי הוא בארץ. הסתבר שזה אי באזור הקריביים. האוכלוסייה שם עומדת על 450 איש. יש שם דגה ובי"ס לרפואה. מגיע אלי יהודי פנסיונר חביב - מה אתה מגיע אלי? בי"ס לרפואה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אמריקאי שמלמד כבר שנתיים ואין לנו איפה ללמד קליניקה - האם אתה מוכן לקבל את הסטודנטים שלנו כי בארה"ב לא רוצים לקבל אותם? פגשתי את הדיקן של Mount Sinai שזה ביי"ס לרפואה יוקרתי במנהטן, והוא מספר אותו סיפור. מנהלי בתי"ח מפסיקים לקבל סטודנטים שלי כי הם מעדיפים לקבל מהקריביים כי הם משלמים יותר. או שאשנה את תכנית הלימודים או שאקבל פחות סטודנטים. יש הוראה לא לקבל סטודנטים לרוטציות קליניות. זו הופכת להיות בעיה מאוד קשה. לנוכח הגדלת מספר התלמידים כבעיה עולמית, יש כאן עומס ושחיקה בלתי רגילים, אין לנו איפה ללמד במקצועות מסוימים. פשוט מתחילים להתקשר מנהלי מחלקות ואומרים שהם לא יכולים ללמד. בד בבד קרה כאן תהליך מעניין - קמו מיזמים פרטיים של הוראת סטודנטים מחו"ל, ואין לי ספק שזה יבוא על חשבון סטודנטים שלנו, אין לנו אפשרות לאוורר את המחלקות. אנחנו מלמדים אמריקאים שחוזרים לארה"ב, וזה בודדים. יש לנו כאן שאלה ציבורית ומוסרית בשני האלמנטים. האחד - קופת חולים כללית הנחיתה על מנהלי בתי"ח להתחיל ללמד סטודנטים מחו"ל, ואז אנחנו מוצאים סטודנטים שהוציאו אותם מחדר ניתוח כי "היו שם כבר סטודנטים מהונגריה, ואנחנו היינו בבוקר בסמינר אז הם עקפו אותנו". יש כאן מעקף של אותו גוף. אפשר להיות מתוגמלים על הדבר הזה או לעשות מזה כל מיני תגמולים אחרים. אני מאמין שהיא תוכל למשוך סטודנטים בעתיד שילכו למקצועות לא מבוקשים. החבר'ה ימשיכו לצבוע על מחלקות עור, פלסטיקה, עיניים ואא"ג. גם אלה שלמדו בהונגריה, זה אותם גנים, יודעים בדיוק איפה מרוחה החמאה ואף אחד לא אלטרואיסט. אני חושב שהקופה טועה כי הם חושבים שיוכלו לקבל יותר סטודנטים. המושג של מיטות הוראה זה משאב לאומי, ואנחנו משלמים עבור המיטות הללו. הוקמה וועדה שיצאה עם הנחיה מאוד ברורה - בתכנית הזאת יוכלו ללמוד רק ישראלים. אין ספק שהנושאים הללו של בתי"ח שמנכסים לעצמם עם דיקנים בהונגריה מאחורי גביהם אלה מיזמים פרטיים, שהם מאיימים על מיטות ההוראה או על היכולת שלנו לתפוקות מקסימום. לא ניתן להגדיל את מס' הסטודנטים לרפואה, אלא אם כן זה יבוא על חשבון תכניות אחרות. ניסינו, וזה לא יכול לקרות.

**שירה גרינברג:** החסם הוא בהוראה קלינית.

**פרופ' מקורי:** נכון מאוד. המערכת נמצאת כרגע בשיא כושר הספיגה שלה, לא נראה לי שניתן להוסיף יותר. הכפלנו כמעט את מספר הבוגרים שלנו, וההכפלה זה מצב שלא קרה בעולם. 190 בוגרים בשנה, וזה רק מת"א. המערכת כולה מתקרבת ל - 700 בוגרים במערכת כולה, כך שזה ממש הכפלה. המל"ג יצא ביוזמה ברוכה להתחיל לבדוק את התגמול על הוראה קלינית, ונעשתה עבודה איך לתגמל הוראה. הות"ת אישר את זה ואני לא יודע מה קורה בשטח, אבל לא עברה אגורה אחת אבל אולי אני טועה, כי זה לא מגיע לפקולטה אלא להנהלת האוניברסיטה.

**שירה גרינברג:** יכול להיות שאחרים הבינו ואני בעצמי לא בטוחה. זה בגלל שאין מספיק רופאים שיכולים לעסוק בזה או שיש מספיק ואין להם מוטיבציה לעשות זה?

**פרופ' מקורי:** גם וגם. תסתכלי כמה מחלקות נפתחו ב - 20 השנים האחרונות. המוטיבציה קיימת, אבל אין אפשרות ללמד כי לא נפתחה מחלקה אחת. בתחומים מסוימים אני מתכוון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**שירה גרינברג:** כולם נרתמים?

**פרופ' מקורי:** כן, כשמתוכם אולי אחד או שניים מקבלים הטבה, רק לשניים יש מינוי אקדמי, מנהל מחלקה או סגנו. כל השאר עושים את זה בהתנדבות מוחלטת.

**שירה גרינברג:** האם יש מניעה מלתת מינוי אקדמי בלי תוספת שכר? מה הקריטריונים?

**פרופ' מקורי:** בינלאומיים – מצוינת בהוראה, במחקר ובגיוס כספי מחקר – למינוי אקדמי לפרופ' בכל תחום אחר גם כן. אנחנו נקווה שנוכל להגיע למצב שנוכל כן לתת מינוי אקדמי במסגרת הפתיחה של מחלקות חדשות, כי ינועו ממחלקות אחרות. יש לי חוסר במיטות ולא במינויים. יעברו פרופסורים ממחלקה אחת לשנייה.

**עו"ד לאה ופנר:** מה המניע או הגורם שמונע ממך ללמד יותר?

**פרופ' מקורי:** חוסר תקינה וחוסר מחלקות, פשוט מאוד. אם יתנו לי עוד 2 תקנים לצורך הוראה, אני אוכל. אני מדבר על תקנים בבת"ח, לא על גיר ולוח, על הוראה קלינית.

**יוליה איתן:** מה זה אומר תקינה?

**פרופ' מקורי:** תקן, זמן להוראה. הם תפוסים ברוטינה מחלקתית. אני צריך עוד אנשים שיתפסו את האלונקה הזאת. כשדיקן חותם על חוזה עבודה עם המחלקה, הוא מגדיר בחוזה איזה אחוז ממשרתו מוקדשת להוראה. זה מה שקורה, לא על הוראה בקמפוס. אמרתי שצריך לפתוח מחלקות מסיבה פשוטה – את לא יכולה להעמיד 15 סטודנטים שיעמדו ליד בטן של תינוק כי האמא תזרוק אותם. נוסחת גלזר אמרה שלא יהיו יותר מ-6 סטודנטים פר מחלקה, כנ"ל בבדיקה גניקולוגית.

**רונית קן:** למה עוד מחלקה ולא הגדלה של מחלקה קיימת?

**פרופ' מקורי:** הגדלת מחלקה, בבקשה. תקראי לזה תוספת מיטות בסדר? תמחקי מחלקות.

**דורון:** בתקינה אין מקדם הוראה לפי מה שאתה אומר.

**פרופ' מקורי:** אנחנו מתגמלים מחלקות על יד הוספת תקנים של רופאים זוטרים. זה הרעיון של נוסחת גלזר-ישראלי – תקן ייעודי להוראה ולמחקר.

**ערן פוליצר:** את זה אפשר לעשות בקהילה גם.

**פרופ' מקורי:** הקהילה היא עבודה שונה כי רפואת הקהילה בארץ היא פר ראש.

**ערן פוליצר:** תגמל אותו בהתאם.

**פרופ' מקורי:** התגמול הוא בעייתי.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יוליה איתן:** היום כל בתי"ח בישראל עוסקים בהוראה? מה תרומתה של כללית?

**פרופ' מקורי:** כל בתי"ח של כללית מלמדים. אין בישראל ביי"ח אוניברסיטאי למעט הדסה עין כרם שהוא היחיד שמוגדר כך. כל השאר מסונפים. בחו"ל הדיקן הוא גם מנהל ביה"ח או שיושב בדיקנט, כאשר בחוזה שלו הוא מתחייב לאיקס שעות הוראה בישראל. היום עם הפקולטה בגליל כל בתי"ח מסונפים, כמעט כל בתי"ח בישראל מסונפים, חוץ מאסותא כי אין בו מחלקות, אסותא אשדוד כן. זו תהיה פעם ראשונה שתהיה תוספת מיטות להוראה.

**יוליה איתן:** כל המחלקות?

**פרופ' מקורי:** רובן כן. יש דרישות אקדמיות לסינוף.

**יוליה איתן:** על כמה מחלקות אתה מוותר?

**פרופ' מקורי:** מעט מאוד.

**פרופ' קובי גלזר:** בארץ יש 2 תכניות לרפואה. למה לא מקצרים?

**פרופ' מקורי:** הצעתי את זה לדיקנים האחרים, אבל הם מתנגדים. אני רוצה לומר לכם שכבר קיצרנו בסמסטר. הקמתי צוות שיבדוק את האפשרות שנלך ל - 5 שנים. הקיצור יהיה קצת בקליניקה, ונוציא את אותו רופא עם 70 שבועות לעומת 90 שבועות, והחבר'ה עכשיו בסטאז' ויש לנו פידבק טוב מאוד. אם לא יהיה הבדל גדול שלהם כסטז'רים, נלך על זה, אם יהיה אישור מל"ג כמובן.

**יוליה איתן:** בחינות בחו"ל – האם יאושרו בארץ?

**פרופ' מקורי:** אנחנו לא שייכים כלל לבחינות הרישוי, זה שייך למשרד הבריאות. אנחנו החלטנו על מהלך של 5 בחינות גמר – 2 בסוף שנה ה', והאחרות בסוף שנה ו'. בחינות קשות מאוד, הסטודנטים מסתובבים כמו צללים. פנינו לגוף אמריקאי לעשות בחינה אחודה אחת. שלחנו משלחת של 5 חברים לארה"ב שראו את הבחינה וחזרו נלהבים. הם לא מוכנים להוציא את הבחינה לגופים לא אמריקאים, וכאן קרה דבר מאוד לא ישראלי. קודם כל דאגנו שהסטודנטים לא יתנגדו. העלו את חוק זכויות הסטודנט – סטודנט יכול לראות את מחברת הבחינה אם לא מצא חן בעיניו. בארה"ב זה לא מקובל, אם אתם רוצים - המחשב יעשה שוב את הבדיקה. עוסקים בזה עדיין היום. הרעיון הוא שתהיה בחינה באנגלית של 250 שאלות מצוינות שכוללות את כל חמשת המקצועות כבחינת רישוי, והבעיה תהיה שמיד יצחקו עלינו שהיא באנגלית.

**עו"ד לאה ופנר:** כי את הרישוי עושים בכל שפה שרוצים.

**פרופ' מקורי:** נכון, ואנחנו המדינה היחידה בעולם שמאפשרת את זה. הלימות הבחינות זה אותם ארבעה חודשים שהורדנו כבר. החומר יהיה באותו היקף.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**שירה גרינברג:** האם מנצלים היום את זה שכרגע יש תורנויות חצי? האם במקרה מומחים שיש להם מינוי אקדמי נשארים בשעות יותר מאוחרות? האם הכשרה נעשית גם בשעות מאוחרות?

**פרופ' מקורי:** אני מניח שצריכים להסכים לזה במחלקות. הסטודנטים שלנו גם עובדים. שכר הלימוד מטורף, ובארה"ב הם לא עובדים.

**ערן פוליצר:** אפשר לעשות את זה עם משמרות.

**פרופ' מקורי:** חלקם עובדים כעוזרי רופא וחלקם יש להם סטארט-אפים. יש כאלה שעובדים בהכשרה לפסיכומטרי כי הם כל כך טובים בזה והם מלמדים את זה. זו לא עבודה גמישה. הם תוצר מאוד מבוקש בבתי"ס לפסיכומטרי.

**יוליה איתן:** איך הבחינה האחודה לא מקצרת זמן?

**פרופ' מקורי:** כבר קיצרנו, במקום ללמוד לחמש בחינות - ילמדו לאחת, פשוט יצאו לסטאז' יותר מוקדם, וזה מקצר את הזמן בחודשיים-שלושה. תודה לכם!!