



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת גרמן – 10/10/13

**** מציג ראשון בפני הוועדה: ניר קידר, ניתוח של וועדות קודמות במשרד הבריאות. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

ניר קידר: לקחנו 33 שנים אחורה ונתחיל מוועדת נתניהו, אחריהן טל ואמוראי. מעניין לראות מה היה להם בכתב המינוי, כמה המלצות יצאו, כמה אנשים פגשו, את הפרוטוקולים, מהם הנושאים העיקריים ואחוזי היישום של כל אחת מהן. יש וועדות שהמליצו הרבה המלצות, ויש כאלה עם המלצות מעטות שיש להן משקל גדול יותר מאחרות, כמו חוק בריאות בממלכתי מוועדת נתניהו.

וועדת נתניהו – במצגת. יש לה למעלה מ- 100 המלצות, מתחלק בין המלצות רוב למיעוט. העניין המרכזי – קביעה בחקיקה של חוק בריאות ממלכתי. זו הוועדה שיישמו הכי הרבה המלצות שלה. הדברים נקבעו בחקיקה במסגרת רפורמה. זו הוועדה שהתקבלו הכי הרבה המלצות שלה.

יעל: מאוד עזר שאחד מחברי הוועדה היה מוטק'ה שני שהיה גם מנכ"ל משרד הבריאות.

ניר קידר: נכתב ספר על דעת המיעוט של הוועדה, עבה יותר מדעת הרוב. ממשיך במצגת. ממליצים לתאגד את בתייה"ח של המדינה ושל כללית, לא התעסקו רק במדינה. דעת המדינה היא לעשות שר"פ, דעת המיעוט יוצאת כנגד השר"פ. דעה שחזרה על עצמה – שירותי בריאות צריכים להינתן בצורה אזורית לפי מחוזות ולפעול בצורה הזאת ברמה הארצית. חלק מהדברים שלא יושמו נוגעים לנושא החלוקה האזורית. דיברו גם על בחינות רישוי אחידות לרופאים, על הצורך ביותר אחיות מעשיות, המלצה לסגירת בתי"ס לרפואה כי יש יותר מדי רופאים בארץ.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא קשור לגל עלייה שהיה ב- 1998 והוועדה ב- 1990.

ניר קידר: מדברים על הצורך בדפוסים שונים של מרפאות, חלקן עצמאיות, מספר מסוים של ספקי שירות שעובדים יחד. בגדול ארגון השירותים בצורה יעילה. היו המלצות גם בתחום הגריאטריה, איך נותנים אותה במסגרת הסל, ונוספו אליה שירותי בריאות הנפש ובריאות השן.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא הייתה המלצה לרפואה מונעת?

ניר קידר: זה לא משהו שבלט, צריך לבדוק את זה. בשקף הבא – ירוק – המלצה שיושמה, כתום – יישום חלקי ואדום – המלצה שלא יושמה.

יעל: יפה מאוד!

ניר קידר: פילוח ההמלצות לפי נושאים – השקף הבא. לא הייתה המלצה אחת שמדברת על רפואה מונעת בוועדת נתניהו, אבל זה רק פילוח של דעת הרוב.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הוועדה השנייה לפי הסדר היא וועדת טל. הוקמה מתוקף החלטה של הכנסת להקים וועדת חקירה פרלמנטרית, בשנת 1999. מתייחס למצגת. וועדה יותר מצומצמת - 13 דיונים, 80 פניות, 14 המלצות ללא דו"ח רציני שקשה מאוד לאתרו. חלק מהדברים מתייחסים לאוכלוסיות מיוחדות, המלצות לביטול תקרות והגדלת פרוגרסיביות. החלטתם הייתה לבטל את השר"פ בבתי חולים הציבוריים. זה לא היה על מנת לבטל בהדסה.

שלומי פריזט: ביי"ח ציבורי או ממשלתי?

עו"ד עדי ניב-יגודה: ההגדרה היא לא אחידה בהרבה מאוד מקומות. צריך לחדד את ההגדרה של ציבורי וממשלתי.

פרופ' גבי בן-נון: השאלה הייתה האם להרחיב את זה למערכת הממשלתית.

ניר קידר: דיברו על העלאת התקציבים למחקר, שינויים בנוסחת הקפיטציה – ממשיך במצגת. הרוב הגדול של ההמלצות של וועדת טל לא יושמו כי הם התעסקו הרבה בהגדלת התקציב של מערכת הבריאות לסל, והממשלה החליטה שלא ליישם את זה. זו הוועדה עם אחוזי היישום הכי נמוכים. היו חברים בה רק חברי כנסת. לכל המלצה היה משקל נמוך, 7 אחוז. רוב ההמלצות עסקו בנושא המשאבים של המערכת.

שלומי פריזט: אתה מדבר על המלצות שהן האינסטרומנטים ליישום מדיניות. כל הוועדות שמו לנגד עיניהן חזון אחד או שיש שונות ביניהן? יש הלימה ביניהן?

ניר קידר: הוועדות האחרות למעט נתניהו שרצתה לעשות רפורמה - וועדת טל עסקה בעיקר במשאבים עקב השינויים שנעשו בחוק. אם לוקחים את נתניהו ואמוראי, המטרות היו יחסית דומות. וועדת לאון עוסקת רק בתיאגוד והפונקציה היא ברורה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: לגבי וועדת טל, כדאי לבדוק, כי הייתה אז באותה שנה שביתת הרופאים הכי גדולה ואהוד ברק נאלץ להתערב. השביתה הסתיימה ביולי אחרי שהגיעו להסכם, ויתכן שזה השפיע על יישום ההמלצות של הוועדה.

פרופ' גבי בן-נון: היה שם ויכוח אדיר לגבי מנגנון ההקצאה, לא היה כסף והקופות בגרעון.

עו"ד עדי ניב-יגודה: יכול להיות שזה השפיע על יישום ההמלצות בגלל ההסכם שנחתם.

יעל: עוד כסף היה העניין העיקרי בזמנו.

פרופ' גבי בן-נון: לא הייתה לוועדה הזו משמעות ציבורית גדולה, היו חברים בה רק שני חברי כנסת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניר קידר: וועדת אמוראי – ממשיך במצגת. הוועדה נבעה מההסכם בין הר"י למדינה, ולכן רצו להגדיר מחדש את מעמד הרופא במערכת הבריאות. נותן נתונים סטטיסטיים על הוועדה. היו להם הרבה פרקי המלצות, למעלה מ- 70 המלצות בסך הכל. מדד יוקר הבריאות שונה בעקבות הוועדה, יש דברים שבאמת השתנו באותה וועדה ממש. לעומת זאת, יש דברים שעדיין לא קרו. מסלול בחירת רופא – 3 עמדות - בתשלום, לא בתשלום אלא במימון של המדינה, ולפתוח מתקנים ששם תעשה עבודת השר"פ בלבד.

פרופ' יוג'ין קנדל: שזה בעצם בתשלום בלי בחירת רופא.

ניר קידר: היו באותה וועדה שלושה תומכים בשר"פ וארבעה שהתנגדו. הם נתנו תיאור של איך צריכה להיעשות עבודת השר"פ בכל מסלול שהוצע. לגבי הביטוחים המשלימים – היו שתי דעות - ביטול שלהם ולהפכם לחלק מהסל, וגם הצורך להשאיר את זה כמו שזה. היו להם המלצות רבות שקשורות בהסכם הרופאים, שינויים בתקינה, ניהול נושא ההתמחויות ועוד - במצגת. המליצו להעלות את שכר הרופאים, אבל לא בלי שיקרו הדברים הקודמים להם שהמליצו עליהם, בלי זה - זה לא ילך. ממשיך במצגת. הרבה מאוד המלצות קטנות בתחומים האלה. מה יושם ומה לא? חלק מההמלצות יושמו ממש בשנתיים האחרונות, שלא במתכוון - לוקח זמן לפעמים עד שדברים מבשילים. מחצית מההמלצות לא יושמו, תראו בשקף. היו הרבה המלצות בנושא כ"א. היו להם המלצות מפורטות על איך לעשות את השר"פ, וזה זכה למשקל יחסית כבד.

וועדת ליאון – עם מטרה ספציפית – בעלות והפעלה של בתי"ח ממשלתיים. קשת של דברים שקשורים להפרדה של בתי"ח מהמדינה וחיבורם לקופות חולים. 16 ישיבות היו לוועדה. ההמלצה הייתה מאוד ברורה – המלצה של תאגוד בתי"ח, שיהיו תאגידים עצמאיים - המליצו על דרך ביניים איך לעשות את זה. התקשרות בין בתי"ח למדינה, יחסי עובדים וכו'. המלצה נוספת הייתה להקים רשות של בתי"ח שתסתכל באופן כללי על הנושא התקציבי והכלכלי שלהם, ולא רק על כללי הרגולציה ואופן התפקוד המקצועי שלהם.

רונית קן: אבל לא הייתה דרישה להפריד את בתי"ח מקופות החולים?

פרופ' גבי בן-נון: הייתה המלצה כזאת.

ניר קידר: היו רק 8 המלצות וכולן לא יושמו. טבלת סיכום במצגת. יש הרבה נושאים מהוועדות שעולים גם פה היום. בשנת 1990 הייתה מהפכה מאוד גדולה במערכת. יש רצף של ארבע שנים עם וועדות שעוסקות בנושאים דומים.

פרופ' יוג'ין קנדל: היו וועדות גם בשנות ה-80?

ניר קידר: כן, גם בשנות ה-70.

פרופ' יוג'ין קנדל: גם אז היה רצף דומה.

ניר קידר: בכל הוועדות הייתה רק אישה אחת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אז זו בוודאי ערובה להצלחה של הוועדה הזאת... אני רוצה להשיב את כבודה האבוד של שושנה אלמוזלינו שרת הבריאות, שמינתה את וועדת נתניהו.

ניר קידר: בכתב מינוי היא ניסחה את חסרונות השר"פ, והוועדה הלכה דווקא לכיוון של למה כן שר"פ.

יעל: אבל זו עדיין וועדה שפעלה.

פרופ' גבי בן-נון: בשנות ה-80 היו בערך 8 וועדות גדולות.

ניר קידר: בשנות ה-70 דיברו על החוק ועל בריאות הנפש. התייחסו בשנות ה-90 לוועדות הקודמות ולהמלצות שלהם.

פרופ' גבי בן-נון: ב-49 הייתה וועדה של גולדה מאיר שאמרה שצריך לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

יעל: ניר, עשה לנו בבקשה מטריצה של כל ההמלצות מול רמת ביצוע מצד שני.

ניר קידר: ישנן 200 המלצות, לפי תחומים?

יעל: כן.

דורון: תעשה ארבע עוגות.

פרופ' לאה אחדות: זו אותה מערכת בריאות אבל מערכת השכר השתנתה.

פרופ' גבי בן-נון: לא במקרה וועדת נתניהו היא ציר מרכזי ונקודת מפנה אדירה במערכת הבריאות הישראלית. כל השאר היו מאוד ספציפיים בנושאים שלהם. היו לה כמה המלצות מרכזיות: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תאגוד, רה- ארגון המשרד ואזוריות. מתוך כל אלו, החוק הוא זה שיושם. וועדת טל עסקה בתקציבי מערכת הבריאות. אמוראי רצו לשפר את השתכרות הרופאים, כשהייתה המלצה להעביר את בתי"ח לקופות החולים, האוצר תמך בזה. מפרספקטיבה של זמן, לכל הוועדות הייתה בעיה – בעיית הנתונים הייתה נורא קשה, אבל תשתיות הנתונים הולכות ומשתפרות. חלק מתוצאות הוועדות היא יצירה של נתונים.

פרופ' לאה אחדות: בהשוואה לתחומים אחרים, יש עדיין חסר בנתונים.

פרופ' גבי בן-נון: לפעמים מספרים הם חסרי משמעות. לספור המלצות זה חסר משמעות, ואין טעם לעשות מטריצות, כי לכל ההמלצות משקל שונה ויש המלצות שמשפיעות על תהליכים ואין יישום מוחלט, לא תראי מהפכות ברורות כל הזמן. יש איזשהו תהליך, לטוב ולרע. יש הרבה תהליכים שקורים והם אינם המהפכה הסופית.

רונית קן: יש גם יצורי כלאיים, בהמלצות יש לפעמים יישום שהוא לא מלא ונולד פתרון אחר בעקבותיו. נמצא משהו שהוא מאפשר משטר תאגידי כלשהו, שמאפשר שר"פ, שימוש בתשתיות, נותן פתרונות ויושב תחת המטרייה של תאגוד, אבל זה פתרון חלקי לתאגוד חלק גדול מהפעילות.



יעל: תודה רבה, עבודה משגעת כרגיל!

ניר קידר: מתוך סך ההמלצות של וועדת נתניהו – 42 במספר – הרוב היו בנושאי כ"א. היישום החלקי – מתחלק בין הדברים השונים, אין משהו ספציפי שאפשר לראות שיושם.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה בסה"כ מספרים, זה לא איכות - זה כמות.

ניר קידר: מדובר פה רק בדעת הרוב. אפשר לקרוא את ההמלצות ולא צריך להיות מומחה במערכת הבריאות כדי לדעת מה בוצע ומה לא. באמוראי – הביצוע העיקרי היה בתחום הרשלנות הרפואית. יישום חלקי – פחות בנושאי שר"פ ותאגוד. המספרים עצמם, אני חוזר, לא משקפים את משקל ההמלצות. יש 3 נושאים שחוזרים על עצמם ולא יושמו, ביניהם התאגוד. חוץ מטל, הוועדות האחרות המליצו על שר"פ, מדברים הרבה על כ"א וניהול שלו, קדנציות, חטיבות, רפורמה בתקינה.

יעל: תקינה היא מאוד מעניינת. מעניין מה חכמים מאיתנו המליצו ולא עשינו.

דיון פנימי:

פרופ' יוג'ין קנדל: רציתי לדבר על איזושהי ראייה שלנו של איך בכלל קונספטואלית כדאי להסתכל על לאן אנחנו רוצים ללכת. אני לא רוצה להציע פתרונות. ישבנו על תתי הוועדות עם רונית ושלומי ואותה סוגיה עלתה. אנחנו צריכים קריאת כיוון לפני שנתחיל לעבוד על המלצות. המלצות למה? כל מטרה מצריכה המלצות אחרות. זה בא מאיתנו, אבל אני חושב שכדאי שתהיה קריאת כיוון, כמה נקודות קונספטואליות. הרבה אנחנו מדברים על וועדות ומה שקורה היום, שזה תוצאה של חשיבה מלפני 25 שנה. תוצאות שרואים היום זה פונקציה של זמן. מה שקורה היום לא כל כך רלוונטי לנו חוץ מלמידה, מה עשו ומה יצא. אם אנחנו רוצים ליצור מערכת שתהיה מספיק גמישה ועמידה ומותאמת, וכדי שזה ייצר משהו עוד 15 שנה כי לא נראה את השינוי כבר מחר.

יעל: אנחנו מדברים על 50-100 שנה שיוסיפו עלינו.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנחנו נתפסים על מה קורה עכשיו. הניתוח יתפתח דינמית בעולם מאוד משתנה. בממשלה הצגתי שמה שמאפיין את העולם ואת הסביבה באופן כללי זה חשיבה לטווח ארוך, ואין לנו מושג מה הולך לקרות עוד 5 שנים ומה יתפתח. התובנה העיקרית היא שהמערכת צריכה להיות דינמית וגמישה, וצריך רק לתת לה כיוונים בסיסים של מה התוצאות שאנחנו רוצים לראות, אבל לאפשר לה ליצור אותן בצורה דינמית וגמישה שתוכל להתאים את עצמה. זה לא אומר שאנחנו צריכים ללכת הביתה, אבל הניסיון ליצור משהו נוקשה זה מאוד בעייתי. זה כמו להציב תותח אחד מול עזה והוא ירה לאותו כיוון כל הזמן, ובינתיים יעבור מנגד טיל שיעקוף אותו. המערכת צריכה להתאים את עצמה לזה. אנחנו נמצאים היום במצב יחסית אנומלי שלא יחזור על עצמו. היינו ב - 15 שנים האחרונות באוכלוסייה יחסית צעירה, שצרכה הרבה פחות שירותי בריאות לעומת העתיד, ומישהו נתן מתנה של צוות רפואי נוסף שנפלו עלינו מהשמיים, והיום אם ניכנס לבתי"ח נראה את התוצאות של זה. זה הקפיץ את הרמה של הרפואה מבחינת השירות, מבחינת היכולת של המערכת לתת שירותים. הרגלנו את האוכלוסייה לרמה כזאת וצריך להמשיך כך, אחרת לא נוכל לעמוד בזה. אותו דבר קרה בהייטק. אנחנו היום



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מייצרים פחות אנשי פיתוח בתחום מאשר לפני עשור במקום להגדיל את הכמות, כדי להתאים לשינוי, וזה בדיוק הכיוון ההפוך. לכן המצב היום הוא לא אינדיקציה למה שהולך לקרות בעתיד. גם במובן של נכונות של האוכלוסייה לקבל תכתיבים באופן כללי מממשלה קטנה מאוד, בתרומתן של הרשתות החברתיות. האוכלוסייה בארץ ובעולם יותר יודעת, מחפשת, מושפעת במהירות מדברים לטובה ולרעה, יותר אוטונומית ויותר דורשת ולא מוכנה להסתפק ב"ככה זה וזהו", וכאן חשובה הגמישות. יש לנו מגבלות וחשוב לזכור את זה – מגבלות פיסקליות של התפתחות דמוגרפית - ב - 2030 נהיה במספר כפול של אוכלוסייה מעל גיל 65, וזה גדל כל הזמן.

דובר/ת: ואז זה ייעצר, שיעור ההזדקנות ייעצר.

פרופ' יוג'ין קנדל: ברוב המדינות שמזדקנות כמו שאנחנו, יש להם מעט ילדים. זה בעיה שלהם, אבל יחסי התלות הכוללים בינם למדינה הם הכי גבוהים אצלנו מבין העולם המפותח, ויש לזה המון השלכות. יש פה דברים שאנחנו יודעים, השרים לא האמינו לגרפים שאני הראיתי בממשלה. הסברתי שזה לא הערכה סטטיסטית, אלו אנשים שנולדו, עם תעודות זהות, זו עובדה. יש לנו אי ודאות, צריך להסתכל רחוק עם אי ודאות מאוד גדולה, ומה שהיה בעבר לא יהיה בעתיד. אנחנו לא מדינה שעובדת עם חוף של הגירה. במקרה הזה לאמריקאים או לאוסטרלים יותר קל – יש מחסור ברופאים - פותחים דלת, אם יש יותר מדי - סוגרים דלת. אנחנו פותחים דלת לאנשים מסוימים, לא פותרים חוסר ככה. יש ביקוש אדיר בעולם לכ"א מיומן מאוד, תנועת האנשים היא יחסית חופשית בתחום הזה, השכר והמשיכה הם יחסית חופשיים. ממש רואים הגירה אחורה לתוך סין למשל. הסינים פתחו קמפינים מסוימים, והם מושכים אותם חזרה. בתחומים אחרים ההגירה היא לכיוון הפוך, זה פועל גם על אנשים בתוך הרפואה וגם מחוצה לה - מערכת הבריאות משפיעה על שניהם. אנחנו מדברים גם על רופאים שיכולים ללכת למקום אחר וכנ"ל לגבי הפציינטים. אנחנו צריכים להתחרות לא רק על השווקים בעולם, אלא גם על האזרחים שלנו, והם אלה שמייצרים את הערך במדינה. הם מאוד מובילים ויש להם יישומים ויכולת להיות היום כאן ומחר במקום אחר. אנחנו מספקים מערכת בריאות שהיא חלק ממערכת סביבתית, וחשוב שהיא תענה גם על זה. יש רופאים שיכולים להיות פה ובאותה מידה גם במקום אחר.

מה האתגר שלנו? אגיד לכם איך אני רואה את האתגר שלנו. מטרתנו היא לשפר את הרפואה הציבורית, אבל מה זה לשפר? באיזה כיוון? אני רואה בעיני רוחי שני דברים – לעשות רף מסוים אבסולוטי, שזה לתת רפואה בשנת 2015-2030, לתת רמה רפואית מסוימת שהיא לפחות כמו בימינו, ותעלה עם השנים עם עליית הדרישה בשירותי בריאות. יש סטנדרט של בריאות שצריך להיות גבוה יותר כל הזמן. נקודה שניה - סוגיה של שוויון – אדם שמקבל משהו במערכת ציבורית ואחר שמקבל במערכת לא ציבורית - יש פער שמעבר אליו אני לא רוצה להגיע. הפער הוא לא אפס, הפער הזה צריך להיות מוגדר על ידי המדינה. מהי ההגדרה של אי שוויון? יש לזה פן אבסולוטי ופן יחסי. ברגע שיוגדרו, יהיו פונקציית מטרה של מערכת בריאות ציבורית. בהינתן שזה מרכז הוועדה - זו המטרה שלנו.

מה הסכנה אם אנחנו לא נעשה את הדבר הזה ובעצם רק נגדיל את הפער? בפער הזה יש יותר ויותר זליגה למערכת פרטית, והיא בדרך כלל מלמעלה. יש פה 2 סיבות לצמצם את הפער – סיבה מוסרית שצריך להיות שוויון כלשהו, וסיבה פרקטית – אם הפער הזה מאוד גדול, אז האנשים מתחילים לזוז לרפואה הפרטית, והם בדרך כלל יותר חזקים בכל מיני מובנים – השפעה על המשק, על מקבלי ההחלטות, כלכלית וכו', וזה משפיע על המערכת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הציבורית והפער הזה גדל ונוצרת ספירלה ששוברת את התמונה. זה מה שהיה באנגליה ובמדינות אחרות. זו סכנה למערכת הציבורית, ולכן מצד שני אנחנו רואים שאיסור של מערכת פרטית שהיה בכמה מדינות לא עמד, כי זה יוצר מערכת מאוד לא שוויונית, כי אתה לא יכול אסור את המערכת הזו במדינות אחרות ואז ברגע שאתה יוצא ממדינה אחת, אתה רואה שזה אפשרי במקום אחר. אם אני אשים ביי"ח במעבר אלנבי שהוא פרטי, הרופאים ייסעו לשם.

אני חוזר למשהו שאמרתי – איך אנחנו יכולים לתת את הדבר האבסולוטי? עניין של מקורות. מאיפה יבואו?

יעל: עליך להגדיר את היחסי קודם כל.

פרופ' יוג'ין קנדל: דלתא של מקורות – מקור אחד זה מיסוי, שני זה תשלום על חלק מהשירותים מהכיס הפרטי, ושלישי – התייעלות. כשהיינו בטיסה מלונדון שיגעתי את קובי – שמעתי על ביי"ח שנקרא EOC בדרום-מזרח לונדון. הוקם לפני 10 שנים, בהם נעשו הרבה ניתוחים אורתופדיים אלקטיביים. המערכת הזאת הפסידה בשנה בין 7-10 מיליון פאונד רק על האלקטיביים. התור ב - 2003 להחלפת ירך או ברך היה 4-5 שנים במערכת ציבורית לחלוטין. מי שמכיר את זה, זה מאוד כואב ללכת במצב כזה, ואתה מחכה בתור. אתה מגיע לתור – פתאום מגיע מקרה חירום, ודוחים את התור שלך. אז חשבו שאולי יש משהו אחר לעשות – בנו ביי"ח ייחודי שנקרא "EOC" שתוכנן בשביל הנושא הזה בדיוק ומונה 71 מיטות. כולו מבוסס על ביטוח בריאות ממלכתית משלהם, ואז הם קיבלו ניתוחים אלקטיביים מבתי"ח אחרים. בשנה הראשונה שלו עשה ביה"ח 15 מיליון פאונד מניתוחים, ובשנה השנייה הפסידו 4.5 מיליון פאונד. היום הם עושים 33 מיליון פאונד, והם מומחים בניתוחים מאוד ספציפיים. יש להם 3.5 מיליון פאונד עודף. הם הרוויחו 11 מיליון על 5,000 ניתוחים, שזה 2,000 פאונד למנתח. הם נמצאים תחת מדידה, מודדים הכל. זה דרך ביה"ח, כי החולה הולך קודם לרופא שלו, ואז לביי"ח ואז ל - EOC. הם עשו אופטימיזציה לכל כיוון, גם ברכש. הפסקה בין ניתוחים הייתה 82 דקות והיום זה 7 דקות. ביום רגיל – 5 ניתוחים של החלפת פרקים. זה פשוט היה מהפנט לדבר עם מנהל ביה"ח, שהוא בכלל אחות במקצועו. הם הולכים להכפיל את העניין הזה ולעשות את אותו דבר במערב לונדון. ברגע שיעשה את זה הוא יהיה מרכז להחלפות פרקים הכי גדול בעולם. ממוצע הזיהומים אצלם מאוד נמוך. הם משמשים גם כמרכז לזיהומים ולניתוחים חוזרים מבתי"ח אחרים. יש להם 2 אנשים בחודש פרטי, אפשר לעשות שם פרטי. אם אתה בוחר רופא, צריך לחכות חודשיים לעומת 4-5 שנים. הם מומחים כי הם כל הזמן מנתחים, non-stop. יש עדויות מחקריות על כך שאתה מתייעל אם אתה עובד עם אותם אנשים על אותם דברים. הניתוח שם עולה יותר זול מאשר ניתוח פרטי בבניין פה ליד, עולה 12 אלף פאונד. משכורות הרופאים הם בסדרי גודל שונים. המרכז הזה משלם את החלק הפרופורציונלי של המשכורת. נשאו ניתוחים בבתי"ח ציבוריים, ורק האלקטיביים מגיעים לשם. הרופא נמצא בתורנות שבוע או כמה ימים, ובכל שאר הימים מנתח שם. הנקודה היא שההתייעלות היא מטורפת שם. הם שיפרו את כל הפרמטרים הרפואיים והתפעוליים. זה לא אחד מול השני, אלא אחד יחד עם השני. כל יום יש לו תכנון קדימה ותוצאות רפואיות ותפעוליות, ייעול של מערכת מאוד מקצועית. כמה תוכל לקבל אם תעשה הכל באותו מקום? אנשים לא רצים למקומות אחרים. אנשים לוקחים עזרה דרך חברת מוניות שקונה לחולה דברים בדרך, זה חוסך



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יום אשפוז ומיטה. זה מראה מאיפה באים מקורות לשיפור באיכות דרמטית ושיפור דרמטי בתפעול. אף אחד לא אסר על רפואה פרטית אצלם, היא נעלמה כי פשוט אין בה צורך. את חייבת לבקר שם.

יעל: אני אזום ביקור שם, נלמד את הרעיון ונעתיק אותו. גם הם כנראה העתיקו אותו. מרשה לכם להתווכח על דבריו של יוג'ין כי הוא אינו עד.

דובר/ת: אני חושבת שהמסגרת בכללותה נראית לי. גם מבחינת תיאור המאפיינים של המערכת ומבחינת העתיד, ומבחינת מערכת הבריאות ביחס למערכות אחרות בהן טכנולוגיה מקבלת תפקיד מאוד חשוב בתחזיות ובתכנון לעתיד גם בגלל הדמוגרפיה. הפיקוח שיכול להסתמן הוא בעצם סביב מה שנקרא פונקציית הרווחה שמקבלת את הפרמטרים שלה מהרמה שאנחנו רוצים להעניק לאוכלוסייה, כי פה ההבחנה היא בין הרמה הפרטית למערכת ציבורית, רמת השירותים לאוכלוסייה שניתנת לרכישה באופן פרטי וציבורי, וההבחנה היא גם בין מה אנחנו מעניקים לפרט ואיזה תמריצים אנחנו נותנים לו. בהינתן שאנחנו מסכימים על הפער הזה, אנחנו רוצים לקבוע את הרמה הציבורית. פה בעצם נכנסים בהיבט הזה ההבדלים בתפיסת העולם של האנשים השונים מסביב לעולם הזה של הרפואה.

פרופ' יוג'ין קנדל: ברגע שנקבע את הפרמטרים, נדע על מה להתווכח. התייעלות היא כלי. הפרמטרים הם רמה ופער, עליהם יש להתווכח.

דובר/ת: התפיסה שלנו לגבי התפקיד של המערכת הציבורית בא לידי ביטוי באותו גודל של פער שאנחנו מוכנים לסבול.

דובר/ת: אם יהיה פער אפסי ברמה נמוכה..

יעל: לא תוכלי להגדיל את הפרטי, ואנשים ילכו לשם.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש פער נמדד וכזה שלא נמדד. האם אדם שרואים אותו בטלוויזיה נכנס כל יום לבי"ח מקבל יותר, ומה בן אדם שלא צולם בטלוויזיה, מה הוא מקבל.

דובר/ת: אני חושבת שהמסגרת נראית לי, ואני יכולה לצפות בעצם איפה יכולים להיות חילוקי דעות פוטנציאליים. זה בתפקיד של המערכת הציבורית מול הפרטית שבאה לידי ביטוי גם ברמה וגם בפערים שיהיו באוכלוסייה.

דובר/ת: על החלק הראשון אין לי ויכוח - אלו הנחות עבודה אוניברסליות כשבאים לעשות רפורמה. אני חושב שהמתווה שאתה מציג פה אני חלוק עליו, וזה פתרון בכיוון של התייעלות בלבד.

דובר/ת: בין היתר, זה אחד משלושה – יחד עם מיסוי והשתתפות עצמית.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא ה-פתרון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: 15 שנה לא הייתה וועדה וראינו את זה בסקירה. מאז לא היו מהפכות או שינויים גדולים. מי שמקבל החלטה לעשות שינוי, השטח עשה שינוי.

**** מציג שני בפני הוועדה: חיים רמון, לשעבר שר הבריאות, יחד עם מלווה – יואב לביא. מציג ללא מצגת.**

יעל: חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא בזכותך. קידמת אותו והבאת ליישומו וזה כבוד גדול שאתה איתנו וכולנו קשב.

חיים רמון: ביקשתי להופיע בפני הוועדה מתוך תחושה שאני חושב שמערכת הבריאות עומדת שוב בצומת דרכים כמו שעמדה לפני למעלה מ- 20 שנה כשהתמנתי לשר הבריאות. אז רבין שאל אותי מה אני רוצה להיות, אמרתי שר הבריאות, שאל אותי אם אני בטוח, "תהיה שר אוצר..." אמרתי שזה מה שאני רוצה.

אני אתחיל מההתחלה – מערכת הבריאות היא השקפת עולם אידיאולוגית. מי שלא בטוח בזה יראה את המאבק בארה"ב. זה לא הקצאת משאבים כך או אחרת, אלא השקפת עולם. לא במקרה במדינה אירופית סוציאליסטית ייסדו את חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מול זה יש השקפה אחרת – כשאני התחלתי את הדיון בחוק, האוצר היה נגד בצורה טוטאלית, כמו שהיה כל השנים. האוצר דאג לתקציב וההסתדרות הייתה נגד כי זה היה כלי לשלוט בציבור הרחב ולקחו שליש מהכסף כדי לממן את הגירעונות של המערכת. הם מנעו באופן מסורתי את חקיקת החוק במשך עשרות שנים. את ההסתדרות נשים בצד, זה כבר היסטוריה, אבל האוצר היה נגד מוחלט.

כשהתחלנו את התהליכים הזמין אותי בייגה, שגם לא היה תומך אחרי ששכנעתי אותו, ואז ביקשו ראשי האוצר לקיים איתי פגישה ודיון על הנושא כדי לשכנע אותי אחרת, כי פחדו שאני אצליח. קיימנו דיון אידיאולוגי ממש והם הציגו את עמדתם. שאלתי – גם חינוך לא צריך להיות חובה? תיאורטית אתה צודק הם אמרו, וזה לא במקרה. אמרו שאין שום צורך בזה. אמרתי שכל העולם המתקדם הגיע לשם, חוץ מארה"ב ואנחנו - בכל אירופה כבר יש את החוק. אמרו שנעשה את זה דרך קופות ופטנטים כאלה ואחרים. אמרתי "תראו, אתה פקידים, אני נבחרתי, וזה היה המסר שלי, ואתם תעשו מה שהדרג המדיני יחליט". התחיל מאבק איתנים, והם עשו הכל כדי שהחוק יהיה נכה ואני עשיתי הכל ההיפך. שר האוצר לחץ לפשרות, אבל אני עבדתי עם הפקידים וניסיתי לשכנע אותם להעביר את החוק. איך שנכנסתי למשרד למדתי למה נכשלנו עד עכשיו. אחת הסיבות היא מערכת וועדי העובדים. לקחתי אחד-אחד מהם, ישבתי עם כל וועדי העובדים ושכנעתי אותם שזה רק יועיל להם ויהיה להם יותר טוב, וזו הייתה משימה קשה, ובסופו של דבר כל מערכת הבריאות הייתה איתי, ולא כי היו פקידים בה. המערכות כולן תמכו בי. הם היו הראשונים שראו את הטיוטה של החוק, לפני שהעברתי אותו לממשלה, קיבלתי הערות מכל תחומי המערכת. כשהעברתי את החוק לדיון הוא היה על דעת כולם במערכת. מי שרוצה לעשות רפורמות, ככה צריך להתחיל לדעתי. אידיאולוגית, האוצר עשה הכל על מנת לפגוע בחוק. בקריאה ראשונה האוצר פנה וביקש להופיע בפני הממשלה כדי להתנגד. בייגה ואני התנגדנו, כי הם לא יכולים להופיע נגד שרים. אמרו "אוקיי, אבל תדע לך שההוצאה לבריאות תגדל דרמטית ותהיה למעלה מ- 10% מהתוצר". היום אנחנו רחוקים מאוד משם, למרות שהאוכלוסייה הזדקנה. ואז החוק עבר, וזה היסטוריה. אז ניגש אלי אחד מפקידים באוצר ואמר "אתה ניצחת בקרב - אנחנו ננצח במלחמה". אמרתי לו שהוא צודק, אני לא אהיה כל החיים שר והוא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יישאר כל החיים פקיד באוצר, לא הוא, אלא ה – DNA, כמו בסיירת בצבא, כי ככה מכשירים אותו וזה אותו דבר באגף התקציבים. אמרתי שעשיתי את המרב מבחינתי.

אז קרה שבין 95' ל – 97' הייתה מערכת בריאות, בשנתיים הראשונות – הטובות ביותר של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. גורמים פוליטיים שלא משבחים בדרך כלל, הקבוצה שמה לה למטרה לעקוב אחר יישומו של החוק ולוודא שלא ישחק. 3 שנים לאחר חקיקתו אמרו שהחוק חולל מהפכה במערכת הבריאות בישראל, יושם חזון של שוויון, צדק ועזרה הדדית. הנהנים העיקריים היו השכבות החלשות יותר, שידם לא הייתה משגת. אכן מה קרה, מכון ברוקדייל בדק את שביעות רצון הציבור ואחוז שביעות הרצון של חברי כללית היה 60%, ואחרי זה עלה ל – 90%. ב – 95' אחוז המרוצים היה 83 אחוז וב – 97' זה עלה ל – 91%. רק 9% הודיעו על הרעה, אלה מהחלק העשיר באוכלוסייה שלא אהב שהוא צריך לשלם יותר, ואני מבין את זה. היה שיא ב – 97', ומה קרה אז? השתנתה השקפת העולם. הליכוד עלה לשלטון, נתניהו ראש הממשלה ומרידור שר האוצר, והאוצר היה אוצר כרגיל. אני זוכר שרוה"מ אמר לי "איזה חוק עשית, מה זה הסוציאליזם הזה?", אמרתי לו אתה רפובליקן ואני סוציאל-דמוקרט וזה ההבדל בינינו בהשקפת העולם. מרידור ורוה"מ היכו 2 מכות מרכזיות את החוק – אחת ביטול המס המקביל והיום זה השתתפות המעסיקים. כמעט בכל העולם האירופאי יש השתתפות מעסיקים. אני לא מבין בזה כלום, אבל הלכתי ולמדתי את כל מערכות הבריאות באירופה ואני מעתיק, הם ממציאים. זו מכה שמונעת ממערכת הבריאות להיות יותר טובה ממה שהיא. למה? היה אז פטנט – חיים פלץ – היה היריב המרכזי שלי וכל פעם שהיה נכנע לי, לא היה ישן כמה לילות. היה דיון בכנסת למה הממשלה משתתפת במס מעסיקים. היה עולה רן כהן וכועס למה אתם משלמים למעסיקים מיליארדים? הרעיון היה לקטין את עלות העבודה שאפשר יהיה להעסיק יותר. במקרה העלות הייתה 4.9% וגם השתתפות המעסיקים. פלץ אמר שהוא מבטל את השתתפות המדינה במס מעסיקים והם ישלמו 4.9%, שזה אותו דבר בדיוק. אבל אני גם מבטל את השתתפות המעסיקים במס בריאות והמדינה תשלם במקום. המעסיקים היו אדישים כי לא הוטל עליהם שום עול. הציבור לא כל כך הבין מה קורה, המעסיקים לא צריכים להשתתף במס בריאות של העובדים שלהם, אבל זו מכה לא פשוטה. המדינה נתנה סכום קבוע, אבל האוצר יכול לשחק עם זה כי הזו הקצבה שלו. כשזה היה בידי המעסיקים זה לא היה בידי האוצר, וזה כמו מס בריאות שמשלמים שכירים. אבל השכר כל הזמן עולה, ו – 4.9% מהשכר זה בעייתי, זה עולה כל הזמן. תחשבו מה מיליארד שקל היה עושה היום, מה המשמעות של עוד מיליארד למערכת הבריאות. המכה השנייה הייתה חברתית – נתניהו, מרידור והאוצר לא יכלו לשאת את המספרים האלה, שיהיה כל כך טוב לאזרח. היינו אז בצמרת של מערכת הבריאות בעולם, מה פתאום שיהיה כל כך טוב לאזרחים? עוד ידרשו את זה בתחומים אחרים.

שירה גרינברג: אנחנו עדיין בצמרת.

חיים רמון: כי יהודי מוכן בשביל הבריאות שלו להרוג את עצמו. היינו אז במקום טוב באירופה, זה בסדר גמור. כמה אנחנו היום? מקום 40, ומי משיג אותנו? אמריקה. עכשיו זה לא מקרה, זה ממש מכוון. כל הרעיון של החוק הוא – כשאתה בריא אתה משלם, ושאתה חולה אתה מקבל את הטיפול בחינם. ב – 97' הצלחתי לעכב את ביטול החוק למעלה משנה, זה נכנס לתוקף רק באוגוסט 98'. ניהלתי קרב של שנה כמעט עד שהתחילו להעביר את זה. העלו דרמטית את השתתפות הציבור, וזה לא שלא הייתה קודם, אבל הייתה באותה רמה של ההשתתפות ב – 95'.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

השיעור היה 25%. ארה"ב מפגרת מבחינת שירותי בריאות, 100 מיליון איש לא מקבלים שירותים וזו מדינה מפגרת. המודל שלנו ושלי היה אירופאי, ארה"ב הייתה מודל מה לא לעשות. כל מדינה באירופה יותר טובה מארה"ב ומשקיעה הרבה פחות מהתל"ג שלה על זה. מי שרוצה לדעת איך לא עושים בריאות, שישע לארה"ב. זה היה לבו של החוק – אדם משלם מס בריאות, ואם הוא עשיר הוא משלם הרבה, ובגלל זה הרבה עשירים לא אוהבים אותי. בחור ממאוחדת היה אז מנכ"ל, עוזי סלנט, היה נגד החוק. ושאלתי אותו מה הגיל הממוצע של החברים אצלך, ואמר 27-28. ואמרתי לו שישלח חולי שפעת אצלו לאקפולקו להחלמה. הרופא יושב בקומה 5 ואפשר לעלות אליו רק ברגל – אם החולה מגיע אליו – הוא בריא – ככה זה אצלכם. על מנת להביא לכך שאתה חלש, אתה לא צריך לבחור בין תרופות לאוכל, וזו הייתה השקפת העולם. זה לא במקרה התדרדר והגיע ל – 40%. הציבור צריך לממן את המערכת הבריאות מכיסו בנוסף למס בריאות, זה השינוי שקרה. הביטוח המשלים היה פשרה כדי להקטין את התנגדות הקופות. הם אמרו – אתה לא נותן לנו שום מוטיבציה, כל הכסף הולך למדינה, היא מחלקת, ואנחנו לא מקבלים כלום. תן לנו ביטוח משלים ואז נוכל לפחות להתחרות על זה. אמרתי אוקיי, תקבלו את זה, אבל אתם נכנעים, אתם תומכים בחוק. ואז המערכת של הקופות השלימה עם החוק, זה היה סוג של פשרה. אני חי במציאות שבה אני רוצה להעביר חוק ואני לא חי בחלל ריק, וזו הייתה מהפכה גדולה במיוחד לקופות הקטנות, שהן חייבות לקבל כל אחד. עד אז המסכנים והחולים והזקנים היו בכללית, והעשירים במכבי. עשיתי גם פשרות עם חיים פלץ, לא שזה עזר לי אחרי שעזבתי. הוא הקל על שר האוצר, שהיה לו קשה לשלול עמדות מקצועיות שבעיניי היו אידיאולוגיות, והיה לו קשה להתכחש אליהן. לכן היו פשרות, אבל הביטוח המשלים היה סוג של "מתנה" שאני לא חושב בדיעבד שזו הייתה טעות במצב שבו 70% בוחרים רופא, וזה אומר שזה טוב.

פרופ' רוני גמזו: 40% הוצאה פרטית, רובה זה- זה ולא ההשתתפויות העצמיות, שזה הרבה פחות.

חיים רמון: זה לא רובו. אני אתן לך דוגמא – הביטוחים המסחריים לא בעניין.

פרופ' רוני גמזו: הקפיצה שאתה מראה במימון הפרטי היא לא השתתפויות עצמיות.

חיים רמון: 32% ב - 2002 היה כבר אז אחוז גבוה. מאז ועד היום אנחנו במגמת גידול, וכל הזמן יש גידול בהשתתפות בהוצאה. אחת הסיבות לגידול היא הירידה בסל הבריאות. ב - 95' אמרתי לאנשים אל תעשו שום דבר, אל תעשו ביטוח משלים, אבל הסל הבסיסי התדרדר, והרצון לעשות ביטוח משלים עלה. אני בשנים הראשונות לחוק לא עשיתי ביטוח משלים ברמה העקרונית, ואחר כך עשיתי, כי הסל ירד ברמה מסוימת והמוטיבציה לביטוח משלים גדלה. לכן כל מה שאני בא ואומר, תיקחו בחשבון, תעשו התאמות, בצרפת אין ביטוחים משלימים? בגרמניה אין? בכל אירופה הם לא חלק מההוצאה הפרטית? אז למה שם זה 25%? הביטוחים באירופה יותר מפותחים מהפרטיים אצלנו, ובכל זאת הם לא מגיעים ל – 40%, אז כנראה שיש בעיה. אמרתי לאוצר – אין לי בעיה, ניקח את אירופה, נראה איך מורכב ה – 25% שם ונביא את זה לארץ, מסכימים? לא, בוודאי שלא.

שירה גרינברג: אין ויכוח ש – 40% זה משהו פסול. אמרת שזה יד מכוונת של האוצר, אבל זה להיפך.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: לא ניכנס לזה. אנחנו לא מתווכחים עם עדים. אתה כאן להביע את דעתך.

חיים רמון: המודל הישראלי היה המודל האירופאי של צפון אירופה ופחות של צרפת, כי היא מערכת יותר בזבזנית, וזה המודל שלי. אני מוכן לקחת את ההשתתפות העצמית שכאן זה 40% לעומת אירופה שזה 25%, וצריך לזכור ששם האוכלוסייה שם יותר זקנה וההוצאה הפרטית יותר זולה.

פרופ' יוג'ין קנדל: שכחת נקודה אחת – המערכת הזאת כמו מערכת הפנסיה האירופאית מביאה את צרפת לחדלות פירעון לחלוטין.

חיים רמון: ביום שחוקק החוק, אמרו שישראל תהיה חדלת פירעון בגלל החוק, ככה אמרו לי. באו לשר האוצר ואמרו לו שהוא מטיל אסון על הכלכלה הישראלית, ואני רוצה להגיד שבשבדיה מעל גיל 65 שזה מעל 20% מהאוכלוסייה, האוכלוסיות מאוד זקנות באירופה, ולמרות זאת ההשתתפות עומדת על 25%. אני מציע לעשות השוואה - מה ששם תעשו פה, אני לא המצאתי שום דבר. כל מה ששונה בחוק זה כי נאלצתי להתפשר, אלו שתי הבעיות המרכזיות. אני אומר לכם – תתקנו את שני הדברים האלה, ואנחנו בסדר גמור. תתקנו את מה שקולקל.

יעל: גם לבטל את הביטוחים המשלימים?

חיים רמון: לא, אני חושב שרוב הציבור קיבל את זה, לא חושב שזה קריטי. אפשר לתקן ולהכיל את זה על כל האוכלוסייה, אבל זה לא קריטי בעיניי. אני באתי, שנתיים דנו בחוק, זה לא היה כלאחר יד. באו כל המומחים מהעולם ומכאן. התחלנו לדון בחוק ב- '92 והחוק חוקק ב- 1.1.95. החוק נדון בממשלה, בוועדת שרים בממשלה, בוועדה מיוחדת בכנסת במשך שנים. איך שונו הדברים האלה, בדיון? לא! בהינף יד ביטלו את הדברים האלה בחוק ההסדרים. הם ידעו שהם לא ביטלו אלא בחוק ההסדרים. אני אומר שאין דרך אחרת מלטפל בבסיס, כי אם יהיו את הכספים הנוספים שגזלו ממערכת הבריאות, ושינו את החוק ממה שקורה בעולם, ויורידו את העול מהאזרחים צריך לראות מה השתנה, אבל אני מדבר עקרונית, אז מערכת הבריאות תחזור לצמרת של מערכות הבריאות בעולם. זה כל מה שצריך. הבאתי את זה ב- 2002 לכנסת, זה נפל על 50-50, ב- 2011 ניסיתי שוב וזה לא יצא כי היינו אופוזיציה בקדימה. זה לא יצא גם כשניסיתי דרך חברים אחרים כשכבר לא הייתי בכנסת. גם במדדים היו פשרות של קריטריונים שצריכים להיכנס, בסוף היו פשרות. בחוק הזה יש בסך הכל 5 סעיפים שהופכים את עניין מערכת הבריאות להרבה יותר אוטומטית. האוצר התנגד מסיבה שאני מבין – אתה מייחד את המערכת הבריאות. היא מערכת קשיחה שאי אפשר לשנות בה את התקציב. היה דיון והסברתי להם למה זה ככה ולמה זה ככה, אלו אותן זמירות.

יעל: תעביר לנו את הצעת החוק שלך.

חיים רמון: לסיום – שר"פ היה אחד הנושאים שטיפלתי בהם אבל לא הספקתי כי המלחמה הייתה גדולה ונאלצתי להתפטר. נדמה לי שזה עבר פה אחד פרט לנמנע אחד. הצלחתי להעביר מהפכה כל כך גדולה. זה הישג פוליטי גדול להעביר חוק פוליטי גדול פה אחד, וצריך לזכור איפה התחלתי. אני לא יודע אם השר"פ פופולרי פה. יש מצב אנומלי – יש לנו בתי"ח מהמתקדמים בעולם, שהם נטושים משעות הצהריים במקרה הטוב. השקענו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בתשתיות מיליארדים - והם נטושים. אף אחד לא הצליח ולא יצליח לעשות עם זה כלום. באתי לרופאים ואמרתי שאני לא נגד שר"פ, אבל בתנאים הבאים – במחלקת לב, לדוגמא, אתם מבצעים היום 40 ניתוחים בחודש. קודם אתם תעלו את זה ל - 50, ועד אז אין שר"פ. בניתוחים האלו כולם משתתפים, מנהל המחלקה צריך לעשות 5 ניתוחים, כולם מנתחים. אין דבר כזה שמי שלא משלם, הסטז'ר ינתח אותו. משלב מסוים אחר הצהריים עושים ניתוחים בתשלום, ובניתוחים האלה כל ביה"ח משתתף - גם השומר בשער יקבל מעט אמנם, אבל הוא יקבל. כל האנשים שמאפשרים להפעיל את מערכת הבריאות יקבלו תמורה עבור השר"פ.

דר' שולי ברמלי: מי ישלם?

חיים רמון: מי שמשלם באסותא. זה לא שהוא לא משלם, הוא משלם, אבל באסותא. ואם הוא מסתבך באסותא, הוא משלם בתל השומר. אמרתי לכם שיהודי יהרוג את עצמו בשביל הבריאות שלו, אם הוא יחשוב שזה יציל אותו. סיפר לי מישהו שגר בירושלים שמאז שפתחו את המסלול המהיר בירושלים החיים שלו השתנו. גם החיים של אלה שלא שילמו השתנו, חיהם השתפרו. אני מדבר על המצב האבסולוטי ולא היחסי, וזה נכון גם כאן. אם יש 100 ניתוחים בחודש, הם לא הולכים כולם על הפרטי, אלא 50 בבוקר, ואז המצב ישתפר.

יעל: זה בהנחה שהביקוש לא גובר. בתחבורה הניסיון מראה שככל שאתה מרחיב את הכביש מגיעות יותר מכוניות ויש יותר פקקים.

חיים רמון: אני טוען שהמצב האבסולוטי של אלה שנוסעים מירושלים לת"א בבוקר השתפר. עובדתית יש פחות מכוניות, תיגשי ותעשי על זה מחקר, אין ספק שזה ככה. יהודי רואה את החבר שלו שהולך לאסותא ומבין שהוא לא יכול. הוא רואה את התנאים שם ובהרצליה מדיקל סנטר והולך לשם, ואז אנחנו משאירים הון תשתיתי והון אנושי בביה"ח הציבורי. אין דבר כזה שלא יהיה ניתוח פרטי בישראל, מכיוון שאין סיכוי שזה יקרה. אף אחד לא יבטל את הניתוחים הפרטיים בישראל, אז בואו נחזיר אותם ונרוויח כסף. בזה יממנו את הפיתוח והמחקרים וכולם ייהנו מזה. למה שרק אסותא או הרצליה מדיקל סנטר ייהנו מזה? שהמערכת הציבורית תהנה!!!

פרופ' רוני גמזו: מה יקרה ל - 40% של המימון הפרטי?

חיים רמון: הם יעברו מאסותא לפה, בגדול. השאלה היא לא אם יהיה ניתוח פרטי או לא, אלא איפה הוא יעשה. הניתוחים הפרטיים יגדלו ככל שרמת החיים תעלה. אתה מוכן לשלם עבור בריאות ופנאי יותר כסף, כי אוכל יש לך. ברגע שזה קורה, הגידול בצריכה שם תלך ותגדל, ואנחנו יודעים את זה. באירופה אין ניתוחים פרטיים?? כל מי שעושה, עושה.

שירה גרינברג: הצגת מקודם בעייתיות ב - 40% והצגת כרגע גדילה בביקוש.

חיים רמון: אם אני נכנס לבי"ח והתשתית קיימת והרופא נמצא, והחלוקה היא כמו היום, אני יעשה יותר ניתוחים באסותא דווקא.

פרופ' לאה אחדות: יש ניתוחים שאסותא עושה יותר בזול.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חיים רמון: אני קובע ולא נכנס לפרטים. ככל שהתשתיות הציבוריות לא יהיו מנוצלות, ואם לא יהיה שר"פ בסגנון שאני מציע שמשפר את מצב הציבורי, כי יהיו יותר ניתוחים ציבוריים והציבור ייהנה מהכסף שהשקיע, אזי בסוף היום המערכת תהנה מכל הצדדים. ה - 40% אחוז ילך ויגדל ככל שרמות החיים תלך ותגדל. אף אדם בעל יכולת לא יוותר על הניתוח הכי טוב שצריך לעשות, גם אם ילך לאסותא. למה אסותא מרוויחה? מעייני הישועה מקום מאוד רווחי, למה? כי מגיעים אליהם הריונות פשוטים. אני בבלינסון מקבל הריונות קשים, ולכן גם אסותא יכולה להרוויח. אדם לא יסמוך על אסותא בניתוח רציני, כי אם הוא מסתבך בבי"ח ציבורי - יש לו מענה. אם תציע את כל המגוון בבי"ח ציבורי, אתה תעשה יותר ניתוחים מסובכים ופחות קלים, וזה ידוע.

יעל: יש לך דעה על תיירות מרפא?

חיים רמון: שוב, זה קשור לשר"פ. תיירות מרפא היא תוצאה מכך שבתי"ח לחוצים והם רוצים מקורות הכנסה. לאסותא קל. בלינסון ואיכילוב הם יזמים וגם הם רוצים. כדי שבי"ח יעשה תיירות מרפא, הייתי מציב כללים - קודם כל מה אתה נותן לאזרחי ישראל ואחרי כן קודים, אם נשאר לו זמן ומקום שיעשה תיירות מרפא. אבל גם זה לא קורה - אי אפשר לאסור על אסותא לקבל תיירות מרפא. זה שוב חוזר באיך אנחנו מטפלים בשר"פ ובשילוב שלו עם בתי"ח ציבוריים. מי שיגזור שלא יהיה שר"פ בבי"ח ציבוריים, ואני חושב שבהדסה הוא לא נבנה נכון אבל זה קיים הרבה שנים, אבל אם יהיה שר"פ, אפשר יהיה להסדיר גם את תיירות המרפא כחלק מהשר"פ. קודם כל צריך לעשות את זה.

שאלות:

פרופ' גבי בן-נון: אני מוצא עצמי תמיד בצד שלך, וזה לא מפתיע. אנחנו לא מתווכחים עם עמדות, אבל אני שואל על ההיגיון המחשבתי. אתה אומר שהסטנדרט בעולם להוציא ארה"ב, זה 25-75 ואני רוצה להתכוון לכיוון הזה של אירופה. אין מחלוקת ואני מסכים איתך, אבל אתה אומר שיש בעיה בבי"ח הציבוריים שמתחילים להינטש, ואז אתה מציע פתרון לבעיה ואתה אומר שרק הוא הפתרון. אני מתרגם את זה למונחים ובמחשבה פשוטה אני חושב שעשוי להיות ויכוח של האם זה יעלה ל - 45-65 או ל 50-50. האם שר"פ מקטין או מגדיל את ההוצאה הפרטית? בואו נעשה דיון בנושא הזה. אם הוא יוריד, אני בעד, ואם הוא יעלה אז ממה נפשך? תסביר לי את ההיגיון שבדבר זה.

חיים רמון: יש היום שר"פ, הוא לא נעשה בבי"ח ציבוריים, חוץ מהדסה שזה נעשה לפני החוק. יש את ההוצאה פרטית הזו, הוויכוח הוא לא אם יהיה שר"פ אלא איפה הוא יעשה. אני טוען שהרופאים יעדיפו לעשות את השר"פ שלהם בתל השומר ולא באסותא. זה לא שיהיה הרבה יותר שר"פ בגלל זה. היום אני טוען שגם אם לא תעשה עכשיו כלום, ההוצאה הפרטית תגדל כי השר"פ ילך ויגדל מחוץ לבי"ח הציבוריים, לכן הוא יגדל. אני טוען שכדאי שזה יהיה בבי"ח ציבורי ולא פרטי, כדי שכולנו נהנה מזה. לא צריך בדיוק אינסוף ניתוחים, אבל לדעתי, וזה שווה בדיקה - תבדוק באירופה כמה ניתוחים עושים בשר"פ וכמה לא, ולמה שם זה 25% ואצלנו זה 40%. אני מציע להסית את זה למערכת הציבורית כדי שלא תהיה נטושה בערב, וחדרי ניתוח שעולים מיליונים עומדים ריקים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' רוני גמזו: בסופו של דבר, החוק במתכונתו המקורית הגדיר סל ועלות סל ומקדם לסל שהוא מדד יוקר הבריאות. אם היינו גובים יותר במס הבריאות ובמקביל, אז מה הועלנו? חוץ מהתמריצים של מעבידים, אני לא כל כך מבין. אני לא רואה חוץ מזה שתוספת הגבייה של המס המקביל הייתה מגדילה לנו את הסל. אני לא מכיר הסבר לזה.

חיים רמון: המדד תמיד הוגדל בחסר. הוא היה פרשנויות. תעזור לי גבי.

פרופ' גבי בן-נון: חוסר דיוק אחד – המס המקביל וביטולו לא שינו שום דבר למעסיקים. זה היה כסף צבוע למערכת הבריאות. אחרי החוק חיים פלץ עשה בדיוק מה שעשינו במשרד. הוא גילה שהמקורות של המס המקביל פלוס דמי ביטוח בריאות מכסים את הסל. מה היה הרעיון? ברגע שביטלת את המס המקביל, האוצר רצה לתת כמה שפחות כסף על ידי שחיקת מנגנוני המס. יש פה זרם ייעודי למדינת ישראל.

פרופ' רוני גמזו: אולי מבחינה ציבורית היה לך קייס.

חיים רמון: מכיוון שהשרים, שיקול דעתם הושפע על ידי העמדה שהוצגה בפניהם על ידי האוצר ואז הם אמרו מכל מיני סיבות שהאחוז של הדמוגרפיה הוא כך וכך והטכנולוגיה היא אחוז כך וכך. יש מקדם, ואז המקדמים האלה תמיד היו בחסר, שיצרו חוסר במערכת הבריאות. אם היה מס מקביל, האוצר לא היה אומר את זה כי זה היה הולך לשם. הכל היה נראה אחרת. אחד הוויכוחים הכי גדולים שלי היו על הקריטריונים. אז כשכל כך רצינו לחוקק הייתה פשרה, כאשר השקפתי הייתה שנתקן את זה בעתיד. צריך להבין שזה לא היה מה שאני רציתי, אני רציתי דברים יותר חד משמעיים. אני חשבתי שצריך לתקן אותם. אם הממשלה הייתה ממשיכה והייתי שר בריאות והיה מס מקביל, היינו מתקנים את הקריטריונים. הייתה פשרה שתוקנה לטובת האוצר.

ניר קידר: בנושא מס מקביל – אם היה היום מס מקביל, היו למערכת 39 מיליארד ש"ח. מצד שני, החוק מפריד בין מקורות המימון ואין קשר ביניהם.

שירה גרינברג: אני חושבת שבאמת נכנסים לפסיכולוגיה של פקידי האוצר באופן שלא עושה איתם צדק. אני חושבת שככלל אנשי האוצר מתוארים כסדין אדום וזה לא משהו שמכבד את המעמד שלהם. אלו אנשים עושים עבודתם מתוך שליחות ציבורית.

חיים רמון: יש לי ויכוח אידיאולוגי איתם. אני חושב שהם חכמים וחרוצים ולכן גם הצליחו להביא לפשרות.

יעל: והם נשענים על חוסר הידע של השרים.

שירה גרינברג: הנושא של המס המקביל – זה לא נכון להניח שהאוצר, לא בגלל שיש מקורות לטובת גופים ציבוריים שהם במימון כזה או אחר, שאתה יכול העלות את מס הכנסה, את המע"מ, להוריד את המס המקביל, ולהעלות או להוריד את המס הבריאות – זה פרוגרטיבה של הכנסת, של השרים. כמו שנאמר, מקורות המערכת מופרדים. יש לך בחוק את מדד יוקר הבריאות, אני לא מסכימה לאמירה שמדד זה הוא בחסר מראש. אפשר להגיד שיש הוצאות והכנסות ושאתה לא מסכים שהמדד משקף אותם נכונה. חוק לפקדי האוצר זה לא נכון



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

להגיד, חוק זה חוק, וברגע שנקבע מה מדד יוקר הבריאות בחוק ומה סל הטכנולוגיות, אלה התקציבים שהמערכת צריכה לקבל. זה משלים את התקציב לפי מה שכתוב. אין פה פרוגרטיבה של פקידי האוצר להגיד שהם משלמים יותר או פחות.

לנושא ההוצאה הפרטית – אני חושבת שפה דווקא, וזה לא בתחומים אחרים מבחינת משרד האוצר, זה לא השקפת עולמו ורצונו של המשרד האוצר שהרפואה הפרטית תגדל והציבורית תקטן, זה משהן שמדיר שינה מעיני האוצר כמו במשרד הבריאות. ה – 40% מבחינת עובדות ונתונים, עיקר הגידולים זה פרמיות, שב"נים, ביטוחים מסחריים שמאוד גדלו, והחלק של השתתפויות עצמיות לא בהכרח גדל. הגדלת ביקושים לפי מה שתיארת לפי רמת חיים ורצון צריכה, זה יכול להרע את המצב. אם אכן מטריד אותך הנושא של 40% שצריך לצמצם, צריך לעשות את ההפרדה. תיארת בעיה ואיך אפשר לפתור אותה. קפצת ישר מהבעיה לשר"פ. האם אתה לא רואה דרכים אחרות מאשר אני יכול להשאיר אנשים על ידי השארתם כפול-טיימרים או לשמור את המומחים עד שהם יהיו כוכבים? אפשר לחשוב על עוד כמה מודלים? מה אתה חושב על עוד פתרונות חוץ מזה שהצעת?

חיים רמון: אני אומר לך שוב שביטול המס המקביל לפחות מבחינתי, והוא לא היה מלחמה סתם, הרעיון עלה בדיונים וזה מלחמת עולם בשבילי ולא הסכמתי. היה דיון אצל שר האוצר וחיים פלץ נלחם. זה היה יום שחור לחיים פלץ ברמה המקצועית כשהתקבלה ההחלטה. הסיבה לפשרות בין היתר נבעה מכך. הרעיון היה לשפר את סל הבריאות באופן משמעותי ובאופן קבוע עם העלאת רמת החיים. מדינה שהייתה רוצה לדאוג לבריאות, רמת שירותי הבריאות הייתה עולה ומדדי סל הבריאות היו משתנים כי היו פשרה של דאגה של האוצר. הם הודיעו לו שהמשק יתמוטט, אבל הם הודיעו לו בשיבות איתו שהוא הולך להביא אסון על כלכלת ישראל. קראו לי שר הבריאות שהולך למוטט את הכלכלה, אסון כלכלי, ולכן זה היה כל כך נורא מבחינת הפקידים באוצר.

שני דברים היו צריכים להיכנס לסל מאז שחוקק – סיעוד ופסיכיאטריה. המקורות היו צריכים להיות מהמס המקביל כי ידענו שהוא יגדל כמו שידע חיים פלץ. היה סיעוד לכולם והפסיכיאטריה הייתה צריכה להיות חלק מהחוק הממלכתי. אבל זה בדיעבד, זה לא היה החזון והמאבק שלי, וזה לא היה מה שרציתי מול הממשלה. עם כל הביטחון שלי, אולי החברה הגדולים באמת צודקים והכלכלה תתמוטט, אבל היה ברור אחרי שנתיים שנהיה טוב!

פתרונות אחרים לשר"פ – כל הפתרונות שאתם מעלים בנושא הרופאים, אין להם היתכנות. זה יגמר בשביתות ובבלגנים. אני למדתי דבר אחד מהר – תמיד יהיו חולים ותמיד יצטרכו רופאים, בראשו ובראשונה שר הבריאות, שהייתי אז צעיר מאוד וזה בכלל לא עניין אותי... אני אומר לכם – חולים באים, רופאים עושים כסף. יש שביתה ואדם בא אלי, לא יקבל טיפול? יקבל, ישלם לי. כל הפתרונות האחרים ימשיכו את המצב הקיים וזה ימשך. אין דבר כזה שלא יהיה שר"פ, השאלה היא איפה יהיה. אין דבר כזה שרופאים לא יעשו שר"פ או שיגידו להם לחיות ממשכורת ממשלתית. בבי"ח באר שבע יש אחד כזה שמרוויח 100 אלף ש"ח בחודש והורגים אותו. את לא תתחרי בזה, את לא תהיי ליד זה, אני מציע לכם לרדת מזה, כי בסוף זה יהיה פיאסקו.

יעל: אני מתפלאת. אדם שעשה כל כך הרבה בחיים ושינה כל כך הרבה, לא יכול להיות כל כך תבוסתני.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: אתם צריכים לזכור שאנחנו יושבים פה על תחום אחד ולממשלה יש הרבה תחומים. אנחנו לוקחים מס מסוים ומייעדים אותו. למה לא ליעד כזה מס לחינוך או לביטחון? לכן תהיה מדיניות ממשלתית לצד מאקרו, וזה נכון שהיה ביטול של מס מקביל שהוא מס ייעודי. מס בריאות הוא בכלל לא ייעודי, הוא רק נקרא ככה. משרד האוצר נותן בסופו של דבר תוספות.

חיים רמון: יוג'ין, למה אתם ממציאים את הגלגל? הלכתי למדינות רבות בעולם, מפגרות כמובן, שבדיה, צרפת, אנגליה, גרמניה, וגיליתי שיש להם מס ייעודי. אבל אצלנו לא, ואצלם המערכת מוצלחת. אז כנראה שההולנדים והבלגים לא כל כך מטומטמים. אין להם מס ייעודי לחינוך או לביטחון, פרט למערכת הבריאות, למה?!

עו"ד עדי ניב-יגודה: אתה אומר שאתה בעד שר"פ ואתה מציב תנאים. לדעתי חסר המפקח, מי זה יהיה?

חיים רמון: אתה, משרד הבריאות. גוף רגולטורי ולא גוף מנהל.

עו"ד עדי ניב-יגודה: השאלה אם זה הפתרון המתאים.

חיים רמון: גוף רגולטורי רשות לשר"פ שעושה פיקוח הדוק.

עו"ד עדי ניב-יגודה: האם ביטוח משלים היום זה מה שעמד לעיניכם באותה שנה?

חיים רמון: הסל דאז היה אחד מחמשת הטובים בעולם. אני חשבתי שלא צריך ביטוח משלים, ומי שרוצה שיעשה אם זה טוב לו. היום, ביטוח משלים הוא כל כך פופולרי ומטרתו השתנתה. זה לא הדבר המרכזי בעיני. אפשר לצמצם אותו.

שלומי פריזט: אם המקורות הם צבועים וגדלים יחד עם השכר, איזה מכניזם שומר על איכות? אתה כל הזמן אמרת שהאיכות תשתפר. ההוצאה תגדל זה בטוח, אבל זה לא אומר שהאיכות תגדל. אולי הרופאים ייקחו כסף ומישהו אחר ייקח חלק. בסוף שנה גומרים את התקציב עם קצת גרעון, כדי לקבל בשנה הבאה את אותו כסף לפחות.

חיים רמון: קח את קופ"ח כללית שהייתה במצב נורא ואיום. מ – 60% שביעות רצון זה עלה ל – 90%, כי פתאום נהיה להם כסף שהשתמשו בו לשיפור מצב המבוטחים. צריך היה לזכור איזה מערכת נוראה הייתה בכללית ובלאומוית בישראל. אני לא רוצה להגיד לכם איזה גירעונות היו. כאחד שכיסה אותם – 5 מיליארד ש"ח היה הגירעון של הכללית ב – 95' ושירות ברמה על הפנים. אבל יש בקרה – אני לא מטורף. אם יתברר שיש טונה של כסף במערכת אז שיבדקו ויעשו. היום שרת הבריאות מתחננת על נפשה בפני שר האוצר, אז אני רוצה הפוך, ששר האוצר יבוא לשרת הבריאות, ויגיד שהשנה יש לך כך כי יש מספיק כסף למערכת הבריאות. מה כל הסיפור? חלק מהתחלות הבניה התחילו אצלי, של בניית בתי"ח. אבל המצוקה, זה שלא בונים כבר שנים – אם היה את הכסף, היו בונים. זה גם צריך להיות ממערכת הבריאות וחלק מהחוק, אם היה את הכסף היו משקיעים אותו ברמת הבריאות, וזה לא מיליארדים. באותה עת שביטלו מיסים ב – 2002, ביטלו את המס המקביל ואת מס ההכנסה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אני קיבלתי 10 אלף ש"ח בשנה בתור שר, ואם הייתי מקבל 7,000 ו – 3,000 ש"ח היה הולך לבריאות, אז הייתי מתנגד?? הייתי שמח, זו אידיאולוגיה!! אני אירופאי ולא אמריקאי, מה לעשות!

פרופ' לאה אחדות: אני חושבת שיש הבדל בין המקורות למנגנון עצמו שהאוצר קבע או שהחוק קבע כדי להגביל את הגידול באוצר או כדי לא להיות עם היד על הדופק, אבל האוצר כן חושש ממיסים ייעודיים, יותר מביטוח בריאות מאשר מביטוח לאומי. לא שהיה שיקול מקצועי אלא שנאמר שעלייה בביטוח בריאות גומרת לציפייה בקרב הציבור שאתן יותר שירותים. התפיסה של הציבור את ביטוח הבריאות היא יותר ביטוחית מאשר ביטוח לאומי. ביקשו לא להעלות את הביטוח הלאומי כדי שנוכל לתת בביטוח בריאות. רוני צודק במובן שגם אם יהיו יותר מקורות במס המקביל, המנגנון שקיים בחוק עוצר את הגידול בהוצאה יותר ממה שיש.

חיים רמון: אחרי 20 שנה הגיע הזמן לבדוק את המדדים ולא סתם אמרתי, להתאים את רמת הבריאות במדינת ישראל ל – 2015 לעומת 95', לא הגיע הזמן שנתקדם קצת??

יוליה איתן: פתחת ואמרת שהמערכת נמצאת בצומת דרכים. מעבר למס מקביל ושר"פ, יש לך עוד הצעות קרדינליות לשינויים?

רונית קן: ואם תוכל להתייחס גם לנושא התאגוד.

חיים רמון: החזרה של רמת התשלומים שהייתה צמודה למדד כמו שהייתה ב – 98'. אחת הסיבות לגידול היא הטלת תשלומים שלא היו ב – 95', אני אומר תבטלו את זה. היה גידול בחלק מהמקומות, התשלומים גדלו ב – 90%. כשאתה חולה אתה צריך לשלם, זו הייתה התפיסה של רוה"מ דאז. זה שינוי אחד, שני זה מס מקביל ושינוי הקריטריונים בד בבד, ועוד הגדלת האמון הציבורי ושר"פ. יש 5 נושאים שמופיעים בחוק ואעביר לכם את זה. רציתי לשנות את המדד. הצעתי מדד בלי הפשרה ב – 92'.

לגבי תאגוד – אני חושב שהוא טוב וכו'. זה עניין ארגוני שאני לא חושב שהוא משפיע דרמטית על רמת הבריאות, אלא בעיקר ארגונית. זה רע מאוד, אני פוגש 30 אלף אנשים באולם, והבנתי שכולם עובדים שלי וזה היה מנוהל מהמשרד. ברמה העקרונית יש את כל אלה שעובדים אצלך וזה חשוב לדעתי מהבחינה של רמת הניהול של בתי"ח. אני חשבתי שזה קודם כל לעשות את מה שעשיתי, ואם הייתי נשאר עוד, אז הייתי ממשיך גם לעסוק בנושא התאגוד.

**** מציג שלישי בפני הוועדה: פרופ' יוסף קלאוזנר. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

יעל: יושב איתנו אחד מגדולי המנתחים בארץ, פרופ' קלאוזנר.

פרופ' קלאוזנר: תודה על ההקדמה שלא בטוח שאני ראוי לה כל כך. אני רוצה להודות לכם שהזמנתם אותי. אני מוכרח להתחיל בהתנצלות, אני לא בקיא בהרצאות בתחומים שהם לא רפואה טהורה, מחקר או כירורגיה. אני מתנצל אם לא בדיוק אקלע לנושאים שאתם מתעסקים בהם. אבל אני כן רוצה להביא את הניסיון שלי כקלינאי, שנמצא במערכת כבר יותר מדור, 35 שנה. אני חושב שכדאי לשמוע גם רופא ולא מנהלי בתי"ח. אני מתרגש



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מהזמנתכם, רואה בזה כבוד. אני חושב שאי אפשר לדבר על הנושאים מבלי שתדעו עלי קצת, זה ילמד על השקפותיי והטיותיי. אספר לכם קצת על הקריירה שלי. פונה למצגת. אני מייצג את דעותיי האישיות ולא את אף אחד מהגופים הציבוריים בהם אני חבר או שאותם אני מנהל. אני קודם כל תלמיד, כל חיי אני לומד. תלמידו של פרופ' רוזין ז"ל (במצגת). יש חשיבות עצומה למנהל מחלקה, מנטור בכירורגיה. יש חשיבות עצומה שהמנטור יהיה במערכת כל הזמן, חשוב מאוד. אז כך אני כבר זורק לכם טיפ. אני גם מורה, ואני חושב שכל מה שאני עושה כל הזמן בחדר ניתוח, בביקורי חולים, בפגישות ייעודיות עם המתמחים, אני מלמד כל הזמן. אני חושב שזה תפקיד מכריע של רופא בכיר ובטח של מנהל מחלקה בכיר וכירורג. אני מתעסק בניתוחים די גדולים. מקרין תמונות מניתוחי בטן. מצטער אם התמונות לא נוחות לצפייה.

אנקדוטה – גדלתי במחלקה כירורגית וקיבלתי כזו לנהל, שהייתה מסורתית. המסורת היא מרכיב חשובה ברפואה בארץ ובעולם, ובארץ במיוחד. מסורת תפעולית – לגבי מחלקה זה כך – מחלקה כירורגית מונה 30 מיטות, יש בה מנהל בכירורגיה, בדרך כלל עריץ וכל יכול, על פיו יישק דבר. הרופאים הבכירים הם אסיסטנטים, נושאי כלים. בעבר הלא רחוק, יכלו אפילו להחזיק את התיק של המנהל הזה. היו גם 3-4 מתמחים, כך זה במחלקה כירורגית. תחשבו איזה אידיוט צריך להיות כדי לערער על המעמד העליון הזה שאי אפשר להתקרב אליו..

מוכרח לספר סיפור – כשברבש קיבל את הניהול ביקשתי ממנו לדון בכמה נושאים של התפתחות, ובין היתר יציאה מהמסגרת המסורתית הזו של מחלקה ולאחד מסגרות, וכך הקמנו חטיבה. לאט לאט, במשך יותר מעשור קיבלתי תמיכה למזג מחלקות. אנחנו מנהלים חטיבה כירורגית כללית בת 145 מיטות ויש בה המון פרופסורים ולא אחד, והמון מנהלי תחומים – פירוט במצגת. לא פירקנו את המחלקה הכירורגית, שמרנו על הכוח המרכזי שלה, כל אחד מחויב לה, אבל יש טיפוח של התמקצעות. זה היה מאוד לא קונפורמיסטי לעשות את זה, זה היה נחשב לנועז. אני רוצה לספר לכם איך מפתחים רעיון כזה במערכת הבריאות בארץ. יש יוזמה מקומית. בדרך כלל אין טעם, לפחות בעבר, אין טעם לפנות לשלטונות – משרד הבריאות או הר"י - ומתחילים לגלגל את הרעיון בשטח. אין פיקוח, צריך בכל זאת לקבל מהמערכת משהו, תארים, מכרזים, ואתה מפעיל קשרים אישיים וכו', אז משרד הבריאות כן שיתף עולה כי התיר לקיים יחידות, הר"י נשארה פסיבית בשטח. הרעיון נטמע בענק, והחטיבה מכילה הרבה מאוד כוכבים שצומחים בתוכה והוא מרכז הפנייה הגדול בארץ לניתוח. התהליך הזה בסך הכל מקובל ולא אנחנו המצאנו אותו. זה קיים בהרבה בתי"ח באירופה ובארה"ב. המסגרת המחלקתית היא פאסה, וזה עדיין קיים בהרבה בתי"ח בארץ. הרעיון נתפס ומנסים ליישמו בשטח, אך הוא לא ממוסד. אין מושג בארץ של מנהל חטיבה, זה לא ממוסד, אין מכרז כזה, אין תואר רשמי כזה. בארה"ב יש chairman, בארץ אפשר לקרוא לו ככה, אבל זה לא ממוסד ואני דואג לו, זה יוזמה פנימית. אני דואג לו מאוד.

אני מסתכל על בתי"ח בארץ ואני מוכרח להגיד שאני מבולבל לגמרי. אני לא יודע מה זה בתי"ח בארץ. אני מכיר בתי"ח ציבורי, גדלתי בכזה, מתייחס למצגת. אני לא בטוח שהוא של הציבור לגמרי, אבל הוא בבעלות ציבורית. הוא עונה לדרישות של חולים פרטיים, של תיירות מרפא גם כן, נותן שירות 24/7, ערוץ לפיגועים המוניים, יש בו מחלקות פאר וגם זקנה במסדרון, יש בו ג'קוזי וגם מקלח מחלקתית. הוא גם אחראי על חינוך דור ההמשך לרפואה בארץ על שלל בעלי המקצוע שבתוכו. זה אני מכיר, בתוך זה גדלתי. יש בתי"ח ציבורי בארץ, במדינת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ירושלים, שהוא נסמך על כספי הציבור, אבל יש בו גם שר"פ. זה ההבדל היחידי בין מדינת ירושלים לבתי"ח בשפלה. יש עוד בתי"ח so called ציבוריים, והם מתאימים למבוטחים מסוימים של קופות מסוימות. יש גם חולים מחברות ביטוח שגם נהנים מביטוח מושלם כי החברות מתקזזות אחת עם השנייה. כך נראה שרוב החולים הם ציבוריים בבי"ח פרטי. אין שירות דחוף – חולה שנפגע בתאונה ליד ביי"ח פרטי לא יקבל טיפול שם כי אין שם מענה לזה, רק קבלנות של רפואה מתוכננת. אין אשפוזים חוזרים, אם חולה הסתבך בגין הניתוח שעבר שם לא יוכל לחזור לשם אלא אם כן יממן את זה מכיסו. רק להתקבל לאשפוז אין מי שיממן את זה. אין שם שום מחויבות להוראה או לאקדמיה, ויש שם מאה אחוז רפואה שווה תמורה, נקי. אם נשווה את זה לביי"ח פרטי בארה"ב, עבדתי שם בכמה בתי"ח בהשתלמות הארוכה שלי, שם הם מקבלים את כלל המבוטחים, לא נותנים עדיפות לחברה כזו או אחרת, העיקר שיש לחולה ביטוח. יש להם חדר מיון, ניתוחים דחופים כי לחולים יש בעיות דחופות, והם אחראים על השירות הדחוף. המחויבות נעה ממדינה למדינה לחולים שאין להם ביטוח, כמו הומלסים. הם מחויבים לטפל בחולים כאלה בלי תמורה. יש להם מחויבות לפיגועים, לפצועים, לרובם קשר הדוק עם אוניברסיטה ואקדמיה, והם מקבלים תמורה על זה, ביה"ח והרופאים כאחד. אני לא מכיר ביי"ח פרטי בארה"ב שלא רוצה להיתלות באיצטלה אקדמית, להיות לינק, זה גם סוג של תשלום.

אנחנו לא נדון הרבה בשר"פ, אבל אם דיברנו על מסגרות של בתי"ח, מה פרטי ומה ציבורי, כבר אומר לכם שאני לא יודע מה זה שר"פ, כי בביי"ח שבו אני עובד יש המון שר"פ. יש מחלקות בתנאי אשפוז שונים לגמרי. יש מחלקות שאין אפילו כאלה מפוארות בביי"ח פרטי.

דר' שולי ברמלי: מה מאפיין אותן?

פרופ' קלאוזנר: מישוהו תרם כסף, ויש עליהן תחרות. למשל חדרי לידה.

פרופ' גבי בן-נון: אתם מפוצים יותר על ידי מי?

פרופ' קלאוזנר: אני התנצלתי מראש שאני לא בקיא בכלכלת רפואה ובנושאים האלה. אולי מפוצים יותר כי יש להם יותר חולים.

פרופ' גבי בן-נון: אבל זה בכל מחלקה.

פרופ' קלאוזנר: יש כל מיני סיבות שאנשים הולכים לביי"ח. בפנימית, מאה אחוז מהחולים הם דחופים שמגיעים מהמיון, אין בחירה פה בכלל. אתה יכול לשים אותם במחסנים, הם בין כך יהיו. בתי"ח מתחרים אחד בשני בחולים אלקטיביים. יש להם כמה סוגים של אוכלוסיות: כזו שתבחר את הכירורג הכי טוב וזה מה שמכתיב את הבחירה, ויש אוכלוסיות אחרות שהפערם בטיפול הרפואי לא כאלה גדולים, ואז התנאים זה חלק מהכלים. התחרות היא לגיטימית. אני יודע שבבתי"ח ציבוריים יש מחלקות עם תנאי פאר, ויש תיירות מרפא, שבה הכירורג לא מקבל תגמול ישיר, אבל ביה"ח כן. לעומת זאת, יש חולים שמבטלים את התורים ברגע האחרון, מאוד שכיה. יש רפואה משלימה, שאני לא מבין את השם הזה. היא משלימה הכנסות ואין שום קשר בינה לבין רפואה אמיתית, אבל דעת הקהל והאופנה מכתובות וזו עוד דרך להתפרנס. יש חינונים, יש מלונית, יש כל מיני דברים. למעשה יש



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פה ערב רב ואלתורים כדי לשרוד ולהשיג מספיק כסף כדי לפתח. יש הפרטה זוחלת, לא ממוסדת, ובטח שהגיע הזמן שתפריטו עם רגולציה מסודרת, של מה צריך, ומה חובה ומה תחרות ומה מותר.

עוד דבר שאדגיש כמה פעמים – דור ההמשך ברפואה בארץ. אי אפשר לקחת את הזה מבתי"ח הציבוריים כי הם עושים זאת לבד. הם עסוקים מאוד בחינוך של סטודנטים בארץ ובחו"ל ואחראים לרוטציות בחו"ל. הם מחנכים את דור ההמשך, עסוקים בהכוננה של אנשים להתמחות-על או כל מיני התמחויות שהם מעבר להתמחות הרגילה. מחנכים אחים ואחיות וטכנאים, הם המערכת המחנכת, גם בשביל בתי"ח הפרטיים. אני מוכרח להגיד שחשבתני על זה – חלק גדול מהצוות בבתי"ח הפרטי שאני מנתח בו, אני מכיר מבתי"ח הציבורי. אי אפשר להתחרות, אתם יודעים למה? האחים והאחיות יכולים לקבל את אותו שכר בבתי"ח פרטי אבל שם אין דחוף, אין תורנויות, אין כוונות – לך תתחרה עם זה בבתי"ח ציבורי, אין סיכוי. תן אותו שכר, אפילו טיפה פחות, אבל לא תכריח אנשים לעבוד בלילה, אין ניתוחים בלילה. אתם יודעים מה זה בשביל אנשים מבוגרים לעבוד בלילה? אם אתה מוריד את העול הזה, אין תחרות. באותה רמת שכר, הם יעדיפו את המערכת הפרטית.

האקדמיה במערכת הפרטית נסמכת על המערכת הציבורית. הם לא משקיעים בזה שום דבר. אין שם למעשה מחלקות, ואי אפשר ללמד שם ממילא. סטודנטים באים לצוות וצריכים להיחשף לניתוחים דחופים ולמגוון של מחלות, ולא רק לדברים ספציפיים. אין למערכת הפרטית שום תשתית. אין סיכוי שהיא תוכל לשאת בנטל האקדמיה וההוראה. דיברתי לא מעט על ההוראה, אבל אני רוצה לשאול אתכם מה באמת מובנה בהוראה הזאת. זה התפקיד של כל המערכות. אני אגלה לכם שאין שום זמן מובנה להוראה או תגמול לכך, שום דבר. אין זמן שמוקצה למחקר, לפרסום, לקידום. בדרך כלל המסלול האקדמי בארץ הוא כזה – תשקיע, תעבוד כמו מטורף, תעשה תורנויות, תראה שאתה מורעל, אבל גם תקרא, תתעדכן, תכתוב, תפרסם, תרצה, תלמד סטודנטים, ואם לא – לא תקודם. אם תקודם ואתה טוב ויכירו בך, אולי תקבל פרופסורה, ואולי תתמנה להיות מנהל מחלקה ואז תוכל לעבוד במערכת הפרטית ויהיה פרי לאקדמיה שלך, כי אף אחד לא מממן את האקדמיה הזאת. זה בא על חשבון המשפחה שלי. הילדים שלי לא גאים בי, כי הייתי עם החולים, עם המאמרים ולא איתם. אין זמן מובנה במערכת לאקדמיה. אתמול גיליתי שאנחנו שיאנים בפרסי נובל פר אוכלוסייה, וגם השיאנים בבריחת מוחות מוצלחים לארה"ב, ואני לא מתפלא. אני חושב שההשקעה שלנו כציבור, ובמיוחד ברפואה הציבורית, היא נוראה, מתחת לכל ביקורת, לא מתקצבת, לא נחשבת, ובמקומות אחרים מתוקנים כל הפעילות הזו מקבלת לא רק הערכה ותגמול בצורה של תארים, אלא גם בצורת זמן וכסף. אנחנו במצב רע ולא בכדי. הרבה רופאים בארץ עשו את כל המסלול הארוך הזה, נסעו ל – fellowship בארה"ב, וראו שם שהם כוכבים ומציעים כמעט לכולם להישאר. הסתבר שיש מושג כזה עדיין שנקרא ציונות וחלק חשוב חוזר ארצה, אבל לכולם מציעים הצעות טובות והתנאים שם לגמרי אחרים. יש מקום ותגמול רציני לאקדמיה. בעבודת הרופאים כן יש דגש לדברים אחרים, למה שהם לא צריכים לעשות, המון דברים שבמקומות מתוקנים רופאים לא מתעסקים בהם – לקחת דמים, סידורים, תיאומים, טלפונים... במערכת הציבורית. כמות הנהלים הולכת ועולה אקספוננציאלית וזה דורש המון סיכומים, ייעוצים, תיעודים, והמון זמן מבוזבז. יש פתרונות לא ממוסדים ואף אחד לא שם עליהם. במקום שרופאים וסטז'רים ייקחו דמים בבקרים, זה בדרך כלל לוקח שעה-שעתיים של עבודה לדור הצעיר, ובבתי"ח מתוקנים יש טכנאי דם, הוא נהדר, עושה את זה הכי טוב ולא מעביר זיהומים. זה לא סטז'ר צעיר שלא מקפיד על נהלים ועובר



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בין מחלקות, דוקר עשרים פעמים ומעביר זיהומים. דבר נוסף – מזכירת מתמחים כדי להקל על אדמיניסטרציה, טכנאי מחשב. פרופ' גמזו גם ניסה לעשות את זה, אני מדבר על מזכירת מתמחים.

פרופ' רוני גמזו: כמנהל איכילוב, לא במשרד הבריאות.

פרופ' קלאוזנר: תשאלו מנהלי בתי"ח מה התפקיד הכי חשוב של מנהל מחלקה – יגידו תפוקות, ניתוחים, ניהול אדמיניסטרטיבי, שלא יהיו בעיות עם הצוות והחולים, ורפואה פרטית – שם תנתח. מה החשיבות באמת לדעת? לגמרי אחרת – ניסיון קליני מצטבר, הוראה, מנטורינג, מתן דוגמא אישית, ללמד, לחנך. המערכת יודעת להעריך אנשים כאלה, אבל אני לא יודע איך מודדים הערכה. מדברים עליהם אבל לא שמים על זה. זה לא מדיד כמו הטור הראשון. ממילא רוב המנהלים במחלקות לוקים במחלה חשוכה מרפא שנקראת שחיקה. יש פתרונות פשוטים – אין ביי"ח בארה"ב או באירופה בו מנהל מחלקה צריך להתעסק באדמיניסטרציה, יש לו מנהל אדמיניסטרטיבי שמתעסק בזה. יש לו 2 פקידות, לא כבקשת טובה, אלא כחלק מהנהלים. בארץ הכל מאולתר. למנהל מחלקה אין בתקן פקידה. הפקידה באה מתקנים שביה"ח מארגן אותם ומשלם עליהם, וכיוון שהוא משלם זה לא נוח. אני חושב שתקציב הבריאות בארץ הוא שערורייה, יותר גרוע ממדינת עולם שלישי כי אנחנו לא כזאת. פוגעים פה בביטחון האזרחים. ההבדל בין עני לעני מאוד הוא לא כזה גדול, אבל זו עדיין שערורייה. בריאות זה חלק בלתי נפרד מהתרבות של אנשים, יש לזה ערך עצום הרבה יותר מבמקומות אחרים. אני לא מגלה לכם שום דבר חדש. הערך של בריאות וחולי הוא ערך עליון בחברה הישראלית והערבית והוא לא מקבל אפילו רמז של ביטוי בתקציב. יחד עם כל זה, אני לא בטוח שהמערכת שלנו מנצלת את המעט שיש לה בתקציב בצורה נכונה. אתן לכן כמה דוגמאות שלי כצופה תמים ואתן כמה ציפיות מעוררות סימני שאלה – הטבע האנושי שאנשים מחפשים פתרונות קסם קלים כמו שר"פ שיפתור את הבעיה. הנטייה היא לא להסתכל פנימה, זו לא תכונה אנושית נפוצה. אני רוצה לתת דוגמאות מה אפשר אולי לעשות אחרת. רוב בתי"ח בארץ נבנו ביוזמה של מנהלים, זה מדהים! אני לא מכיר בתי"ס שנבנו על ידי גננות או על ידי מורים, אבל בתי"ח נבנים על ידי מנהלים, זה התפקיד שלהם, כיוון שאין לזה תקציב, אז הם בונים. חלקם בונים מגדלים ומתחרים למי יש מגדל גבוה יותר, כי אין על זה בקרה. אני מוכרח להגיד שהכתבה בדה מרקר (במצגת) - 350 מיליון דולר תרומות בהדסה – כשביה"ח קורס, אין בעל בית, המנהל גאון, הצליח לגייס תורמים ויש לו דירקטוריון - אבל ביה"ח קורס. אני לא מכיר מצב כזה שהוא ככה קורס וזה על הלוח כבר הרבה זמן, אבל בכל זאת בונים כזה היכל פאר. זה אומר שאין בעל בית, ובעל בית זה גם אתם – פיקוח ורגולציה, נציגי ציבור ונציגי רופאים. אני מוכרח להגיד – מתייחס לסעיף האחרון בכתבה במצגת – בכל תרומה יש הנצחה. בפועל בארץ התרומות הן מרכיב אדיר בקידום של הרפואה, אדיר. בניגוד לחינוך וכל מיני תחומים אחרים.

ד"ר עזיז דראושה: זה נכון למקומות מרכזיים.

פרופ' קלאוזנר: בכל מקום. אתה יודע איזה מרכז אדיר יש בצפת? מדהים! התשתית של בתי"ח הציבוריים בארץ היא בפער עצום מחסרים אחרים. הפערים הם די צורמים. בד"כ התרומות בארץ הולכות לתשתית, למגדלים, פה ושם למכשור, CT, MRI, אבל המניע זה הצלחת תורמים ומנהלים - זה בנה את זה וזה בנה את זה. האוצר לא בונה שום דבר. בתיאוריה, מה שבאמת צריך היה להיות עם תרומות, זה איזון. בארה"ב רוב התרומות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הולכות למחקר או לרעיון או ל - chairman שאחראי על קתדרה שמקדמת מחקר או טיפול בחולים או כאלה דברים. גם בתשתית, אבל הפרופורציה לגמרי שונה. בתיאוריה, התרומות היו צריכות ללכת להון אנושי כדי שלא יעזבו אותנו כולם כדי שכן נוכל לתגמל על אקדמיה והשקעה, לטפח כוכבים. התרומה הייתה צריכה ללכת לפיתוח, למחקר ולאחזקה של התשתיות. אתה בונה ומי יתחזק אחר כך?

אני חושב שהתפקיד של המנהלים פה הוא אינסטרומנטלי, הוא אדיר. אני מעריך את המנהלים שמשיגים תרומות ובונים את מה שהמערכת הציבורית לא בנתה. רוטשטיין, ברבש, רמב"ם, עושים עבודה מדהימה, אך התרומות לא מנוצלות למקום הנכון. במערכת כזו של ניצול תרומות צריכה להיות בקרה. צריך לפתח את זה ולשמוע את כולם ולהחליט על קדימויות. צריכים להיות גם נציגי בריאות ושל משרד הבריאות או של הרגולטור או המפקח. עוד כמה דוגמאות של ניצול לא הולם של התקציב: מכיוון שבארץ שלנו יש רגישות עצומה לבריאות, החולים ובעיקר חולי סרטן מקבלים תשומת לב אדירה. חולי סרטן במעקב צמוד, וכל חודשיים עד ארבעה חודשים יעשו בדיקות רבות מכל הסוגים. רובם לא צריכים את זה. אצל רובם זה חסר תועלת לחלוטין. הם לא מרוויחים מזה אפילו יום אחד של תוחלת חיים. אם ניקח סרטן ריאה או לבלב, כאשר החולים כבר נותחו ועברו חלק ראשון של הטיפול, הם למעשה לא צריכים מעקב. תגידו שזה לא אנושי, אבל אפשר להזמין לרופא ולבדוק אותם. אלה שהמחלה לא תחזור אצלם – הבריאות, ואלה שהתלוננו נבדוק אותם ואם זה יחזור – הם ימותו, זה לא ישנה שום דבר. במדינות מתוקנות זה לא נכלל בסל הבריאות. לכו תשיגו בשביל חולה בהולנד שנותר עם סרטן קיבה צילום פעם בארבעה חודשים – אין! לא תשיגו גם פעם בשנתיים. שם הרפואה לא ממומנת על ידי האוצר אלא על ידי חברות הביטוח והן מאוד שכלתניות. ה - guide lines צריכים להיות מוכתבים על ידי מערכת מבקרת, איגודים, משרד הבריאות. לפעמים יש ניגודי אינטרסים ובטח יש גם רופאים שנהנים מזה.

פרופ' גבי בן-נון: אז איך אתה מסביר את זה? למה זה קורה בארץ?

פרופ' קלאוזנר: יש הילה של דאגה סביב החולה, וזה כמעט לא לגיטימי להיענות לדאגה שמתלווה לו ולמשפחתו. לא מסבירים להם מה יקרה – אתה לא צריך בדיקות דחופות. אבל אם הוא ידע שכל החולים כמוהו ושלא צריכים בדיקות דחופות, אז זה יהיה מקובל, אבל אם יראה שהשאר מקבלים אז הוא יכנס לחרדה. בתרבות של החולה האמריקאי, זה יעבור קלות. אם יגידו לו שאתה לא צריך להיכנס לבדיקה, הוא ישמח. ברגע שאחת מהמחלות שבמצגת, ויש עוד, חוזרת – אין לחולה סיכוי.

יעל: גם לא להאריך חיים אם מגלים את זה פעם שנייה?

פרופ' קלאוזנר: האם החולה ירוויח מזה שנגלה את זה מוקדם יותר לפני שזה נותן סימנים, או שזה ייתן סימנים? הרי בסופו של דבר הוא ייתן סימנים. איכות חיים הוא לא ירוויח מזה שידע שהמחלה חזרה אצלו. אונקולוגים טובים שלא מטפלים אוטומטית, גם לא יתנו טיפול כשהחולה א-סימפטומטי כי הוא יסבול מהטיפול וזה לא יישנה את התוצאה שלו. אם תתייעצי עם רופאים בכירים הם יגידו לך את אותו דבר – זה יוצר לחץ על המערכת עבור אלה שכן צריכים את הבדיקות האלה. רוב החולים הם כבר חולים, וכל 3 חודשים עושים בדיקות. זה צילום של חולה סרטן העור, הוא כולו זרוע גרורות, רואים גרורות בריאה, אבל עושים לו צילום נוסף כדי לראות את כל



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

התמונה הזאת, המרנינה - מה החולה מרוויח מזה? שום דבר. יש גם מחלות אחרות שבהן חזרה לא מנבאת מוות. יש ויכוח האם גילוי של הגרורות לפני הזמן, לפני שזה גורם לתלונות, משפר את התוצאה. אין ויכוח שצריך לעקוב אחרי חולה עם סרטן השד בשד אחד, על כך שהיא צריכה מעקב בצד שני.

נושא חם מאוד – בדיקות סקר, זה להיט. מוכרים את זה בכל קרן רחוב. זה בדיקה שבודקת כושר גופני, איך הלב מתפקד. שטויות, אין לזה שום משמעות, הוכח שאין לזה שום קשר. המשמעות היחידה היא לגלות בעיות בלחץ דם, השמנה, ממוגרפיה, קולונוסקופיה מגיל 50, בדיקת צוואר הרחם וזהו. כל שאר הבדיקות זה הוצאות עצומות לשווא – בדיקות דם, הליכון, בדיקות נשימה, אין לזה שום משמעות פרוגנוסטית, אבל כמה כסף נשפך על זה.

שלומי פריזט: מאיפה זה בא? מי גרם לזה להתקיים?

פרופ' קלאוזנר: מתרבות של חרדה עצומה ממחלות.

שלומי פריזט: אני ביקשתי? מי יודע על זה בכלל?

פרופ' קלאוזנר: למה באת? למה בחור כמוך צריך ללכת לשם?

שלומי פריזט: אמרו לי לעשות בדיקות כדי לשחק בנבחרת של רשות ההגבלים, אמרתי איפה עושים.

פרופ' קלאוזנר: זה לא בדיקת סקר, זה בדיקת מאמץ גופני חריג, וגם לזה אין תועלת.

מה זה שירותים בביטוח המושלם? זה לא בסל? זה לא תקציב בריאות? זה לא כסף שמיועד למטרה הלא נכונה? זה כסף! שמוצא למטרה הלא נכונה. משרד הבריאות תומך ברפואה משלימה?

יעל: כן, אם זה בשב"ן זה בעקיפין נתמך ואישרנו את זה.

שירה גרינברג: בוועדות הסל תמיד מוסיפים שירותים ולא גורעים.

פרופ' קלאוזנר: ניצול תקציב – מי שעובר ליד בתי"ח ומסתכל עליהם בשעות הפעילות השונות המהלך היממה, הוא יראה את המערכת הציבורית רותחת בשעות הבוקר, הכל עובד נורא קשה. הוא יראה אותו דבר בפרטית אחר הצהריים. תורים מקסימליים, בהתאוששות הכל מלא, הרופאים אותו דבר. המערכת הפרה-רפואית והתשתיות שונות – זו יעילות תקציבית, אבל אלו אותם רופאים. אני מדבר לא על השר"פ, אלא על ניצול תקציב.

אני חושב שהעיוות אולי הכי גדול הוא פה – מתייחס למצגת. לבית"ח בארץ יש מחלקות במבנה מסורתי שלא השתנה כמעט. 6-9 מחלקות פנימיות, 4-1 פנימיות, ויש בכל מחלקה 25 מיטות אשפוז, מנהל, 4 מתמחים – כולם אותו דבר, וזה רק בארץ. אתם יודעים למה? בגלל העיוות הכי גדול במערכת הציבורית – התקצוב הוא לפי סד"כ מיטות, וזה פשוט לא נתפס. יש מחלקות שהן לגמרי שונות באופי הפעילות שלהן. הפעילות נקבעת לפי שעות עבודה, לפי כמה רופאים אתה צריך בכל פעולה. יש ניתוחים שאפשר עם רופא אחד ויש כאלה עם צוות של 4-5 רופאים. יש ניתוחים שאפשר לעשות בלילה, ויש כאלה עם דיסציפלינה אחרת. האם הרופאים עסוקים באמת או סתם רשומים ומקבלים כסף? יש כאלה שכל לילה נמצאים בבית"ח. יש מחלקות שהפעילות שלהם היא בעיקר



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

המרפאתית או בחדר ניתוח, ואחרי זה אשפוז קצר של 24 שעות או אמבולטורי. אתם יודעים למה מחזיקים להם מחלקות כאלה? כי אחרת ביה"ח לא יקבל כסף. מכל העיוותים שדיברנו עליהם, זה הכי גדול, גם אם אפשר היה לקחת מחלקת עיניים שהתשתית האשפוזית שלה מושתתת על רפואה אמבולטורית, ולשים בה חולים אחרים שכן צריכים אשפוז ממושך, אי אפשר לעשות את זה, כי ביה"ח מקבלים כסף לפי תקנים.

יוליה איתן: מה מונע היום ממנהל ביה"ח מלאשפוז חולים במחלקות אחרות? האם יש סיבה רפואית אמיתית לכך? לא מאושפזים לא מנוהלים בין המחלקות?

פרופ' קלאוזנר: את מתכוונת לתופעת הלוויינים, חולה שמאושפז שלא במחלקת האם שלו. אני רוצה לשאול אותך איך היית מרגישה אם קרוב שלך היה עובר ניתוח על ידי כירורג, ניתוח תוספתן אפילו, והיה הולך לשכב במחלקת אורולוגיה או עיניים. הוא היה מקבל מיטה, אבל אם היה קורא לרופא או לאחות, לא היו מטפלים בו אלא מחכים לרופא ממחלקת האם שהיה לוקח לו יותר זמן להגיע.

פרופ' גבי בן-נון: ניווד החולה בעייתי מבחינת הטיפול, אבל למה לא לצמצם את המיטה ולהעבירה למחלקה אחרת?

פרופ' רוני גמזו: כשאתם רואים בתוך המערך של ביה"ח שיעור תפוסה של מאה אחוז, אפילו בכירורגיה, איך אתם חושבים שזה מושג? אם אתה רוצה, ולפעמים המנהל נדחק לשם, צריכים להסתובב בביקורים בכל ביה"ח אצל כל אותם לוויינים, ולא מגיעים אליהם. אם תזיז מיטה מפה לפה, אז תמיד יבוא החולה הבא שעכשיו בחדר ניתוח. אולי נשאיר אותו בהתאוששות, או למחלקת נשים אם זו אישה. אתה מייצר תפוסה מלאה בתוך ביה"ח שלך, אתה מייצר עול על המערכת, אבל כשיש חוסר במיטות זה המצב שנוצר. השאלה הבסיסית יותר – אצל מי האינטרסים פה? איך זה משתנה? למנהלי המחלקות יש אינטרס שיהיו כמה שיותר מיטות וצוות, וחלילה להוריד מס' מיטות. גם למנהל ביה"ח יש אינטרסים, למה הוא לא עושה את השינויים האלה? הוא לא רוצה להתמודד עם השינוי או המורכבות הזאת. כאלה שהם פחות דינאמיים ותוססים פחות יתמודדו עם זה. זה גם תלוי איך אתה מתמרץ – התמרץ ליעילות או למיטה מתחלפת נעלם למנהל. תלוי איך אתה מכוון את המערכת להתייעל. יש מקום לבחון מחדש ולהגדיל מיטות כאלה על חשבון אחרות. כשנעשה את זה ביוזמתנו, יבוא האוצר והתקציבים ויגידו שהם לא נותנים תוספת מיטות, אלא תעשו הסבה בין המחלקות.

פנינה קורן: מי מקבל את הכסף על החולה? מחלקת האם או הלוויין?

פרופ' רוני גמזו: ביה"ח, אין תתי תקציבים, אבל כשאתה בא להעריך מנהלי מחלקה ורואים שאחוז התפוסה הוא נמוך, זה לא בסדר. צריך לפצות על פי תוצאות.

פרופ' קלאוזנר: אני רק מבקש שתבינו – בנושא התפוסות והעיוות הזה, כשהכל מחושב לפי מיטות, זה תדמיתית ובמציאות. התקנים שלך לפי מיטות, ולא לפי פעולות. יכולה להיות מחלקה שעובדת נורא קשה, אבל אין שם מאושפזים, וזה לא נתפס. החולים בחדר ניתוח, וכשיגמרו את הניתוח לא יהיה מקום להעביר אותם למחלקה, תהיה אנדרלמוסיה רבתי וישימו אותם במחלקות אחרות בביה"ח, ובקושי יגיעו אליהם כי הצוות קורע תחת העומס. הצוות בנוי לעבוד על הרבה פחות מ-100 אחוז תפוסה. התקנים מחושבים לפי מיטות ולא לפי מרפאות,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מיון או מס' רופאים בניתוח, אלא לפי תקן מיטות. התקצוב של מחלקה כירורגית הוא לפי תקן מיטות, זה ארכאי ואין כזה דבר.

במצגת – אגף פנימי בב"ח, 9 מחלקות, כולן אותו דבר. נראה לכם סביר? למה לא? בכל ב"ח זה אותו דבר. מבחינה פרוספסיונלית, כדאי שיהיו מנהלי מחלקות, אבל זה ארכאי. אין מקום בעולם שיש בו 23 או 5 או 9 מחלקות במקביל. תראו מה אפשר לעשות אם היו מאחדים את זה לחטיבה. בכל מחלקה כזו, במיוחד בחורף, יש 2-5 מונשמים. אין להם מקום בטיפול נמרץ כללי, אז הם מונשמים במחלקות. מה היה קורה אם היה רה-ארגון של המחלקה הזאת? מחלקה אחת למונשמים ול-אולי מונשמים. בכל מחלקה כזאת יש תורן, בחלק זה מתמחה בכיר, ובחלק בכיר. אם היו מרכזים את המאמצים, שמים את כל החולים הקשים במחלקה אחת, ובאחת אחרת קצת פחות קשים או מועדים, ומחלקים את הצוות כך שיהיו יותר בחולים הקשים וכמעט בכלל לא בחולים הקלים – זה היה נראה אחרת. אפשר היה להתכוון גם לפי סוג המחלות – גריאטריה, פרקים, גסטרו וכו'. המערכת שלנו תקועה במסורות ובתקנים ולהתכחש. אתם יודעים מה זה מחלקה קטנה שיש בה 3-4 סניורים כשאחד יוצא למילואים או לחופשת לידה? מוות של המחלקה. אם זה קורה ב- 40 מתמחים, יכולת התמרון היא אדירה. איך אפשר לעבוד כך?

אני חוזר לנושא שהזכרנו אותו – אין מיסוד של רעיון החטיבתיות. גם אם הוא קיים, הוא מאולתר. הוא קיים בב"ח איקס כי כך מנהל ביה"ח ראה ושיתף פעולה. הוא לא ממוסד, הוא לא מתוגמל, אין חיה כזאת, וזה התפקיד שלכם לארגן את זה. זה כמעט לא עולה כסף ויביא יעילות עצומה.

מקצועות במצוקה – אני בטוח שאתם מבינים מה זה. זה מקצוע שאין בו דור המשך. המצוקה האמיתית היא שלא רואים שיהיה מישהו שימשיך לעשות את המקצוע. מקצוע שמתמחים לא הולכים אליו – הרדמה, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ ילדים, כירורגיה – פשוט אין מתמחים. יש בודדים בכמה מקומות, אבל בגדול – המשבר עצום. אנשים לא רוצים ללכת להתמחות בהם. באמת למה? כי הם רואים את דלות הבכירים. דלות זה לא כסף אלא איכות חיים. אם המתמחה בכירורגיה רואה שהרופא הבכיר מבלה איתו את כל הלילה, נמצא איתו בחדר ניתוח, נושא באחריות – זה לא חיים מבחינתו והוא לא רוצה לחיות ככה. מה שמכתיב את דלות הבכירים זה-זה, זה איכות החיים הנוראה ולא ההשתכרות.

פרופ' יוג'ין קנדל: חלק ממה שהצעת מקודם פותר את הבעיה הזו.

פרופ' קלאוזנר: כל זמן שהמערכת לא תבין שחלק חשוב מהתגמול חייב להיות להון האנושי שלא מתבטא רק בתפוקות וניתוחים, אלא בזמן מובנה לדברים אחרים, אז אין סיכוי.

עוד נושא אחר בניצול תקציבי – נושא של ניתוחים נבחרים, שנדרשת בהם מסה קריטית של ניסיון ומיומנות. יש ניתוחים שנדרשת בהם מיומנות מיוחדת ואין מספיק רופאים כאלה, אלה ניתוחים תובעניים (במצגת). אני בטוח שמי שיש לו סרטן בלב חס וחלילה, מבין, מאלה שיושבים פה, שמוטב שינתח אותו כירורג מנוסה. לא כל אחד אבל יכול לעשות את הניתוח הזה, ואין שום חוק או רגולציה אומרת שהחולה צריך להיות מנותח בב"ח שיש לו מסה קריטית של ניסיון מוכח בפעולה הזאת. אם יש כירורג שיש לו תחום עניין והוא מפתח אותו, בטח, למה לא?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אפילו בפריפריה. זה מוכח, וכבר הוכח בעבר בשורה של מחקרים על ניתוחים. אין ניתוח שנבדק שלא נמצאה קורלציה מבוהקת בין נפח פעילות וניסיון של הרופא לבין התוצאה – תמותה סביב הניתוח. לפעמים זה קטן – 2% זה שניים שמתים מתוך 100% שנותחו. היו מקרים שזה נורא בלט – בניתוחים נורא תובעניים כמו לבלב הפער הוא גדול – במצגת. נפח גבוה נחשב לבייח שעושה יותר מ- 16 ניתוחים מאותו סוג בשנה. החיתוך הוא פר בייח, ויש חיתוך גם פר רופאים. הקבוצה והמנתח יש להם משמעות עצומה. אין שום רגולציה בתחום הזה, וזה עולה גם בכסף ולא רק בחיים. החולה בדרך כלל יסתבך, האשפוז שלו יותר ארוך, ואם יצא בחיים, הוא יעלה הרבה יותר כסף. ניסינו להעלות את זה כמה פעמים בכמה קדנציות דרך המועצה הלאומית לכירורגיה. הרבה מאוד בעלי עניין, מראשי הסתדרות דרך ראשי ערים, נראה לכם שזה טוב שיש בייח שיש ניתוחים שהוא לא יכול לעשות? אני חושב שצריכים לקבוע סף.

שלומי פריזט: כדי לעשות ניתוח מסוים, אתה צריך לעשות לפחות שלושה מבחינת הנפח, אז איך תגיע לזה?

פרופ' קלאוזנר: שר"פ. הוועדה הזו נקראת משום מה "וועדת השר"פ".

יעל: אולי התקשורת קוראת לה ככה, לא אנחנו.

פרופ' קלאוזנר: אני שמח, כי אני לא חושב שזה נושא כזה חשוב, בטח לא ברמה של מה שכבר דיברנו. זה נושא סבוך, ואני בטוח שיש מנהלי בייח שכבר רוקמים חלומות. אין כמעט רופאים שעובדים רק בשר"פ, 95% ויותר מהם עובדים בציבור, שם נמצא ליבם ובסיסם. הם מנתחים אחר הצהריים גם בשר"פ, וזה לא טוב. אני רוצה לשאול כל אחד מכם, כדי שתבינו על מה אנחנו מדברים, אם חס וחלילה קרוב שלכם היה צריך לעבור ניתוח, מה הייתם עושים – במצגת. זה המצב בבייח פרטי. עכשיו תשאלו אותי מה באמת בסדר ומה לא בסדר? יש המון לא בסדר בבייח פרטי, ואפשר להגיד שיש עוד אינטרסים. אם תשאלו את רוב הכירורגים שכבר עובדים בשר"פ, אני לא בטוח שהם ירצו לחזור למערכת הציבורית, אני לא בטוח, אני כן.

פרופ' גבי בן-נון: אתה לא מתכוון לשר"פ, אלא לאסותא, רק להבהיר.

פרופ' קלאוזנר: רצונות המנתח בשר"פ – במצגת. יתרונות וחסרונות. אין בקרת עמיתים – אף אחד לא ישאל את זה במערכת הפרטית. המערכת הזו לוקה בשורה של ניתוחים מיותרים. המערכת הציבורית מבוקרת, כי כולם רואים – סטזרים, סטודנטים, מנהלים, עמיתים, כל אחד רואה ועם כולם אפשר להתייעץ כשקורה אסון. יש מלא ניתוחים מיותרים בעיקר בניתוחי עמוד שדרה, כריתות רחם, כיסי מרה, פלסטיקה ועוד הרשימה ארוכה. כשמסתבך שם חולה אתה לבד במערכת הפרטית. אם אכפת לך מהחולה, אתה במצוקה מאוד גדולה. אבל אם תשאלו אותי מה הכי מציק לי בבייח פרטי, לי ולעמיתים שלי, אני קורא לזה "תסמונת הלב החצוי". כשאני מנתח בבייח פרטי, אני עצוב. אני מרוויח, אבל אני עצוב כי אני לא מלמד את המתמחים שלי וזה לא חלק מההתמחות שלהם, כי להיות איתם בניתוח זה מרכיב ראשוני ביותר של קיומי. את התלמידים הכי מוצלחים גידלתי כשהיה שר"פ בבייח ציבורי בשנים 1999-2002. זה נורא וזה גם לא מוכר על ידי המועצה, התמחות במקום כזה. ויש עוד דבר נורא – כשאני מנתח שם ואני שומע על חולה מסובך במחלקה שלי, אני נקרא. כשאני נמצא באיכילוב ואני שומע על חולה שלי במערכת הפרטית שהסתבך, אני קרוע. זה לא אנושי, הפיצול הזה שבו מכתיבים לך לעבוד



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כך הוא לא אנושי, לא בסדר ולא רציני מבחינה ערכית ללא קשר לכלכלה. אני גם רוצה להזכיר לכם את תמונות המורה שלי – הכי חשוב זה הנוכחות של המנהל המנטור במערכת. הוא מלמד, הוא משרה אווירה אחרת, אפשר להתייעץ איתו, לקרוא לו, לשבת איתו והוא עושה את התפקיד שלו. העובדה שלא נותנים לעשות את זה פוגעת קשה מאוד בלב העיסוק של חינוך.

כן, אני מאוד בעד שר"פ, מאוד! למי? למעט, מעט מאוד, וגם למעט חולים. המערכת בין כך לא ערוכה לקלוט מסה של חולים, גם ככה קורעת תחת העומס. בערך 40-60 מיטות בכל מחלקה. אם כן, רק למיעוט חולים ורק לרופאים הבכירים ביותר. תגידו שאני אינטרסנט, אבל לא לגבי הכלכלה, אלא לגבי דור ההמשך. הרופאים מרוויחים נפלא במערכת הפרטית אבל זה לא הנושא. עבור אלה שהגיעו לפסגה במערכת האקדמית זו תהיה דחיפה, הכל נשאר בתוך המערכת. גם בכירים אחרים יוכלו לעשות את מה שעשו עד היום, פול-טיימר, ססיות, זה לא מהפכה עצומה. אם בכל ב"ח תהיה רק מחלקה אחת של שר"פ, זה בסדר וזה בפרופרציה. זה ישאיר את המורים במערכת וישנה את האווירה בבתי"ח. אני לא בטוח שאני מעביר לכם את המסר, אבל זה אחרת. אני בטוח ששמעתם רעיונות חלופיים. אם ניתן את הזכות הזו במערכת הציבורית, אי אפשר יהיה ללמד יותר כי כל אחד ירצה את המנתח הכי טוב, אבל מה עם דור ההמשך, ומי ילמד אותם? החלוקה של ניתוחים, הציוות לניתוחים זה התפקיד אחד החשובים של מנהל מחלקה, כשבאש שלו טובת החולה. הוא תמיד ישים שם רופא בכיר ומתמחה שצריך ללמוד את הניתוח, הוא לא עושה פשרות על חשבון החולה, אבל הוא יודע שהתפקיד שלו הוא גם לגדל אנשים. זכות בחירה לכולם זה הרס המערכת המלמדת.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה אמרת שישים בכיר ומתמחה. אם אני בתור חולה רוצה בכיר, איך זה פוגע בלימוד?

פרופ' קלאוזנר: אתה רואה את עצמך או את כל התמונה? מה עם הפחות בכיר שצריך ללמוד?

יעל: שלומי אומר שהבכיר הוא למעשה בחיר ב'ח', זה שיבחרו בו.

פרופ' קלאוזנר: השר"פ הוא לא תופעה כזאת גדולה שצריך לעסוק רק בה. היא חייבת להיות מופרדת משאר המחלקות. למה? אם היה לי באיכילוב חולה פרטי והייתי בא לראות אותו אחרי ניתוח, אני לא יכול לראות רק אחד, אלא אני רואה את כולם במחלקה, אחרת יש פה משהו נפרד. אני לא רוצה שהחולה הפרטי יבוא על חשבון הציבורי. אם אני אשים אותו במחלקה רגילה, הוא תופס מיטה של חולה ציבורי. אני חושב שחולי שר"פ צריכים לקבל טיפול לא על חשבון הציבור. זאת אומרת, הכונן בלילה שאחראי על החולים במחלקה הוא לא יטפל בהם, כי זה על חשבון הציבורי, ואחות לא תטפל בהם. שר"פ פרטי זה מערכת פרטית נפרדת.

עו"ד עדי ניב-יגודה: זה לא הקצנה של חוסר שוויון?

פרופ' קלאוזנר: להיפך. הניתוחים לא על חשבון קיצור תורים, אלא בנפרד. זה לא יבוא על חשבון חולה ציבורי אחר, זו מערכת פרטית. השוויון לא נמדד בחולה הפרטי אלא באי הפגיעה בחולה הציבורי. המלצות – במצגת.

שלומי פריזט: לגבי שר"פ בבתי"ח ציבוריים - יש 30 או 40 מיטות לאלף חולים, ובמודל הזה אסותא ממשיך לפעול.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' קלאוזנר: אני רוצה שימשיך לפעול, אין לי בעיה, רק שיהיה שם חדר מיון, ושם תהיה שם תאונה ליד, אז שלא יביאו את החולה לאיכילוב. לא יכול להיות בי"ח ציבורי עם תקציב ציבורי שיהיו לו חובות רק כאלה. שיתחלק.

שלומי פריזט: באיזה מידה 30-40 מיטות כאלה פותרות את הבעיה של ההוראה? מה מקצה את האנשים לתוך ה- 30-40 מיטות האלה? אני צריך לשלם יותר? המערכת הזו תתחרה מול אסותא?

פרופ' קלאוזנר: ההקצאה לא תהיה של חולים אלא של מנתחים. יבחרו רק בכירי המערכת. החולים שלהם יוכלו לעבור שם ניתוח.

שלומי פריזט: איך אני אגיע לשם? בטוח יהיו 400 איש שירצו להיות שם.

פרופ' יוג'ין קנדל: תשלם, זה המחיר.

פרופ' קלאוזנר: אתה חושב שהמצב היום שונה? רוב החולים במערכת הפרטית הם לא חולים פרטיים אלא חולים ציבוריים עם ביטוח משלים.

דר' שולי ברמלי: מה דעתך על רוטציה של מנהלי מחלקות?

פרופ' קלאוזנר: אני בעד.

עו"ד עדי ניב-יגודה: תהיה פגיעה בשכר אם מסיימים את התפקיד. אולי שר"פ רק למנהלי מחלקה ומנהלים רק מעל 4 שנים?

פרופ' קלאוזנר: מי שמנהל מחלקה וגמר רוטציה והוא לא היה טוב, מגיע לו להמשיך?

פרופ' גבי בן-נון: אני עוזב רגע את נושא השר"פ. הצגת סדרה ארוכה של נושאים להתייעלות ברמת כותרות. מהם החסמים המרכזיים שעומדים בפני הנהלת ביה"ח ליישם את המלצותיך?

פרופ' קלאוזנר: אני חושב שהם כולם בחרדה עצומה, קיומית.

יעל: מפחדים משינוי כללים שישנה את התקצוב.

פרופ' גבי בן-נון: היעדר תמריצים להתייעלות?

פרופ' קלאוזנר: זה בדיוק כל זה.

שירה גרינברג: אמרת שהאחיות בפרטי ירצו לעבוד שם כי העבודה יותר קלה. באיזה שכר אפשר היה להשאיר עובד במערכת הציבורית?

פרופ' קלאוזנר: לא יודע. שכר מקסימלי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: שלב השאלה הזוהה והתשובה הזוהה. בשעה זו של היום ובשקט המאוד סטואי שלך באמת נתת פה הרצאה מרתקת עם רעיונות שעוד לא שמענו. חידשת, ותודה רבה לך!

**** מציג רביעי בפני הוועדה: פרופ' קובי גלזר, הצעה להמשך עבודת הוועדה. מציג מצגת (מצורף בקובץ (POWERPOINT).**

פרופ' קובי גלזר: חייב קודם כל להגיב על אותו ביי"ח באנגליה שיוג'ין סיפר עליו שהפך ניתוחים לנושא תעשייתי. כתבו על זה הרבה, נקרא גם "cheese cake factory". חשבו לנהל את בתי"ח באותה מתכונת תעשייתית מצליחה כמו מפעל לעוגות גבינה. עם זאת, המהות של כלכלת בריאות זו העובדה שבעולם הרפואה המוצר הוא לא סטנדרטי, כל חולה הוא שונה, במיוחד היום שמדובר ברפואה פרטנית.

אני רוצה לדבר היום על התהליך הלאה של הוועדה. בהמשך להרצאה של היום על הוועדות שהצליחו ושלא, אין כאן סוד הצלחה, יש הרבה מאוד דברים שמשפיעים על ההצלחה – המון מזל, להיות בזמן הנכון ובמקום הנכון, שיהיה רוה"מ נכון. אלה שאימצו את השינויים היה להם passion לזה כמו חיים רמון ומוטק'ה שני. ה - passion הזה מצליח בכל פרויקט גדול ובכל וועדה, ואם יהיה לנו את זה - אני חושב שנצליח. הדבר הנוסף שחשוב בהצלחה זה מיקוד. מה שהיה בוועדת אמוראי זה לא passion ולא מיקוד. ניתנו המון המלצות לא קשורות. המטרה היא לא רק לצאת ידי חובה עם אוסף של סיסמאות.

אני מציע לחלק את הבעיות לשלוש קבוצות עיקריות, לא לפי התוכן – במצגת. אנחנו לא נפתור את כל הבעיות עכשיו של בתי"ח, והפתרון הוא לא להקים וועדה אחרת, אלא משהו יותר קונקרטי. חוק בריאות ממלכתי הוא מצוין בעיני, יש בו חזון ויש בו נשמה. אני מתחבר אליו, ואחרים יותר או פחות - מתייחס למצגת. זה מינימום שאנחנו רוצים להבטיח לכל התושבים. אני מתחבר לזה ואני חושב שאסור לנו לברוח מזה. היפה בחוק הוא שיש בו גם את השכל, שאמור ויכול לממש את החזון הזה. המנגנון ליישום החזון – במצגת. שמענו המון עדויות מאוד מעניינות והרבה המלצות אנחנו מכירים בעצמנו, וצריך למקד את הבעיות. לאיזה דרגת רזולוציה אנחנו רוצים לרדת – חשוב מאוד לקבוע מראש. קבוצות שאלות – במצגת. חשוב גם לציין בדו"ח הסופי שיש קבוצה של בעיות שהחלטנו לא לגעת בהן. יש חלק מהבעיות שחובה עלינו להתייחס אליהן שמתחברות לבעיות גדולות יותר לדעתי, וכאלה שגם מקושרות לבעיות אחרות.

**** מציג אחרון לפני הוועדה: גל הרשקוביץ, לשעבר ראש אגף התקציבים באוצר. מציג מצגת (מצורף בקובץ (POWERPOINT).**

גל הרשקוביץ: נושא של מערכת הבריאות מוכר לי כאחראי על תחום הבריאות שנים רבות. אני שותף למהלך מאוד חשוב עם גבי ופטרבורג לעצירת השר"פ במערכת הבריאות שהייתה נהוגה עד אז. גם כשהתחלתי את תפקידי כמנהל אגף תקציבים באוצר היה ברור לי שזה נושא שצריך לשמור עליו מכל משמר. אני חייב לציין שגם בתקופה שמחוץ לאגף, יצא לי לשוחח ולדון עם בעלי תפקידים אחרים ולהביע את דעתי בעניין הזה ואני שמח על ההזדמנות להציגה כאן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כשניגשים לדבר על עניין בסדר גודל כזה צריך לשוחח על מטרות והאם ישנן חלופות טובות ביותר ביחס למה שמוצע, במינימום עלות.

מבחינת סקירה קצרה – כולם מכירים את מערכת הבריאות, אך אציין מספר עקרונות – העקרונות של חוק ביטוח בריאות, על זה כתב דודו מיגרם למה הוא יכול. מדובר על העברת אחריות למדינה על שירותי הבריאות של משלמים לפי היכולת ומקבלים לפי המצב. האחריות היא על המדינה והיא מספקת שירותים באמצעות גופים פרטיים ומשלמים לפי הצורך דרך מערכת המיסוי. זה תקציב מדינה, מערכת מיסוי כוללת. עלות הסל נקבעת ומערכת הבריאות אדישה לזה. השירות מבוצע על ידי גורמים פרטיים, קופות, מעבדות, וזה יוצר פלפל של תחרות מוגבלת. מקור המימון ציבורי-ממשלתי למעט השתתפויות עצמיות. המטרה הייתה לקבוע את צעדי הרגולציה לריסון הוצאות מיותרות. אם זה היה תלוי בי, הייתי מחר מבטל את כל ההשתתפויות העצמיות לכולם. המטרה המרכזית בהשתתפויות העצמיות היא להתמודד עם ביקושים עודפים. יש מגבלת מקורות – במימון ציבורי יהיה לי יותר ואני מסכים. המערכת צריכה להמשיך להישען על מקור ציבורי תקציבי ולא אחר. כמו בכל מקום אחר בעולם, הייתי בכנס כזה לא מזמן - הצרכים אינסופיים והמגבלות ברורות. זאת הרגולציה והיא מאוד מאוד משמעותית בצד הריסון.

נושא הביטוחים המשלימים – עמדתי לא התקבלה בנקודה של בחירת רופא, והתנגדתי אז להכניס את בחירת הרופא. בחירת הרופא ברובד הזה שונה כיוון שחשבת, אז וגם היום, שהמשמעות היא למעשה כרסום, היא על חשבון סל הבסיס ולא תוספת. בעולם אופטימלי, אם הייתי יכול לקבל את ההחלטה לבטל את הבחירה של הרופא או לתת אותה כפרמטר נוסף, היה נכון לעשות את זה, ומכאן אנחנו יוצאים.

ניתוח משמעויות השר"פ – נראה יעדים או מטרות שלכאורה מוצגים כיעדים בנושא השר"פ, ואציג לאן הם מובילים כדי לתת חלופות אפשרויות. מתייחס למצגת. הכשל הוא ברמת בית החולים ולא ברמת הכיס של אף אחד. מדינת ישראל הפכה להיות מס' 2 בעולם במספר צנתורים לאלף נפש, שיעור כריתות הרוחם, סיפורים מזעזעים, כבר ברמת המדורה ולא שמן למדורה. אנחנו מדברים על אפשרות שהרופא עצמו נמצא בקשר ישיר מול החולה, ואז אנחנו מעמידים אותו במצב של ניגוד עניינים מובנה - זה לא אקדח מעשן אלא אקדח יורה. אנחנו מצפים שהרופא יהיה מלאך, הפוטנציאל קיים ואנחנו מצפים שיפעל על בסיס של ניגוד עניינים. אני חושב שזה פשע כי המערכת לא צריכה להעמיד בן אדם במצב הזה.

פרופ' יוגין קנדל: אתה צריך ללכת לרופא שיש לו תור ושהוא לא צריך אותך.

רונית קן: זה לא סוס שכבר ברח מהאורווה.

גל הרשקוביץ: עדיין לרופא אנחנו מאפשרים לבצע עבודה פרטית במערכת הממשלתית. זה כמו שאני הייתי מבקש לעבוד כיועץ לתשובה כשאני עובד במערכת הציבורית. היצע השירותים במערכת הציבורית הוא עצום. צד ההיצע והתשתיות מוגבלים, מבחינת מספר חדרי הניתוח והיקפי הפעילות שניתן לבצע. מוגבל לא בזמן אלא בתשתיות.

רונית קן: אומרים שיש היום במערכת עודף כושר ייצור לא מנוצל.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

גל הרשקוביץ: הדבר השני זה לקחת בן אדם ולהוציא אותו גיאוגרפית מאסותא זה פחות קשה משחולה זהה נמצא חדר ליד, ותוסיפי לזה תשתיות תומכות ושל טיפול נמרץ. אני לא טוען שהמצב הנוכחי הוא אופטימלי, אבל אני טוען שיש הבדל גדול במצב הנוכחי לבין הרחבה או הכלת השר"פ על כלל המערכת. אנחנו נקבל תפוקות נוספות ומיותרות, לא במסגרת קצ"ת או במסגרת פעולות נוספות, וזה גם יעלה כסף לציבור במסגרת הביטוחים הפרטיים או המשלימים כדי לממן פעולות נוספות. נגיד הרופאים הם מלאכים ולא יעשו ניתוח אחד מיותר - הם יעשו מה שצריך ויהפכו את זה לשר"פ. המערכת תמשיך לייצר את אותם ה - 100 ניתוחים, ורק 20-30 יהפכו להיות פרטיים. אסותא לא תהיה ריקה בכל מקרה. אני עושה סימולציה שאפשר לקחת מהם כל אחד את ההנחות שלו. אי אפשר לחשוב על הנחות בלי להבין את המספרים, וכמה זה יעלה וכיוונים אפשריים. המשמעות תהיה שאנחנו מקבלים תפוקות פחות טובות - מחר בבוקר זה רפואי ונשלם יותר. זה תרחישי ב' וג' זה שילוב בין השניים. השר"פ במערכת הפרטית הוא רובו ככולו ניתוחים אלקטיביים. אין לי ספק, כמו השמש שזורחת בחוץ, שברגע שזה נכנס למערכת הציבורית, הפעילויות יורחבו הרבה מעבר לאותם השירותים שעליהם אנחנו מדברים היום, כיוון שזה יהיה כורח המציאות. שלא תהיה שום סיבה שכמישהו שוכב בפנימית שהרופא המומחה יבדוק את בדיקות הדם והשתן של חולה ששוכב כרגע בפנימית. למה? ומה לגבי ה - MRI? אני רוצה שהרופא המומחה יפענח את הבדיקות שלי ואת הצילומים. שלא נדבר על הרדמה - זכות זו זכות עד הסוף. אני רוצה לשמוע שביולדות לא תהיה אפשרות לבחור את הבכיר הכי טוב, כי מה יהיה אם הלידה יסתבך? ושהרופאים ישמעו עושים שר"פ והם לא - אמריקה!! אנחנו נראה הרחבה של השירותים בכלל המערכת.

דר' שולי ברמלי: הייתה תקופה שהיה שר"פ בבתי"ח ציבוריים.

פרופ' גבי בן-נון: הוא לא היה חוקי.

שלומי פריזט: הוא נעשה במחשכים?

גל הרשקוביץ: כן. הוא לא היה חוקי, הוא נעשה במחשכים.

יעל: יש לנו הצעה לשר"פ שמרחיב את זה לכל בעלי התפקידים.

גל הרשקוביץ: יש כאלה שלא מבינים את השר"פ בכלל. אני כמומחה וכמנהל מחלקה חייב קודם כל לקבל אלי את המקרים היותר מורכבים. אני לא צריך לראות את החולים, אלא את הבדיקות. לכן אין משמעות לכל היתר. מה יקרה עכשיו? ההקצאה תהיה לא על הבסיס של המורכבות של החולים אלא של יכולת התשלום שלהם, כמו שאומר החוק. כסף משחית והרבה כסף משחית עוד יותר. עיוותנו את ההקצאה של התרופות כרגע ויש פגיעה - אי שוויון, נגישות, זמינות, פגענו במטרות שלכאורה אנחנו רוצים לשפר אותן. בפעולות שהן לא דחופות, שתהיה הקצאה של התור לפי מי שנרשם קודם, אבל הבסיס הוא של המומחים לפי מורכבות, אחרת לכלכנו את המערכת. המשמעות תהיה שכתוצאה גם מהגדלת פעילות ושחלוף שלה לפעילות שר"פית, העלות יותר גבוהה בשר"פ.

יעל: אם שחלפת לא הגדלת. הוא ידבר על שחלוף, במקום בבי"ח פרטי - בשר"פ.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

גל הרשקוביץ: יש מס' נתיבים קריטיים – הראשון תשתיות והשני רופאים. יש את קבוצת הכוכבים, לא יודע כמה כאלה יש, תבדקו אתם. אותם הכוכבים שרוצים אותם חזרה עובדים באסותא. בשר"פ הביקוש אליהם יגדל, אבל הם מוגבלים במספר הניתוחים שהם יכולים לעשות בשר"פ. מה קורה כשיש היצע קשיח והביקוש גדל? המחיר יעלה. אי אפשר לנתח 36 שעות ביממה. המערכת הפרטית תוכל להגדיל את התשלומים ולשמור אותם. גם בשר"פ הביקוש אל הכוכב יהיה גדול מאוד. אבל הניתוח הזה חשוב שתעשה אותו מאוד מהר, ואותו מומחה בכיר שמנתח ססיות זה לא הכוכב. חדרי הניתוח עובדים non-stop בכמויות אדירות, ומי מנתח את החולים? רופאים מומחים! זה לא מספר הכוכבים המצומצם שמנתחים, אלא "סייחים" שמנתחים בכמויות כי הכוכבים יהיו מלאים. אליהם יעבירו את השר"פ כי הם יהיו פנויים. המידע יעבור מדלת לדלת. יש פה מעגל רחב שני של רופאים. הם מרוויחים היום סדר גודל של פי ארבע ממשכורת רגילה של מנתח, אלה שמגיעים לתקרה. היום זה קיים והם מקבלים אחרי מו"מ עיקש עבור רבע אחוז משרה - משכורת מלאה. הם שכנעו אותי ואת הממונה על השכר.

פרופ' רוני גמזו: פי ארבע - כמה אחוז זה?

גל הרשקוביץ: כמה פעילות הם מייצרים? אני לא נבהל מזה. החלק השלישי שכולם מתחילים לדבר עליו, טוב שהם לא נמצאים בביה"ח אלא בקהילה וטוב שכך, מה את רוצים מהם??? עכשיו אתם רוצים לתת כסף כדי שהוא ישב בבי"ח??? זה בדיוק הפוך מהמגמה שהיינו רוצים לראות! רופא ביי"ח שמקבל אותי בקהילה - הכסף יגרום להם לרצות להיכנס לביה"ח.

פרופ' קובי גלזר: אותם רופאים שאתה לא רוצה לאפשר להם להיכנס לביה"ח, ירצו לעבוד בקהילה? פרופ' קלאוזנר לא ירצה לעבוד בקופת חולים.

גל הרשקוביץ: רופא צריך לראות בדיאגנוסטיקה מה מצבו של החולה ולהיות זמין. אם צריך אז יעשה גם תורניות וכונניות במסגרת הפנימית, אבל אין שום צורך שרופא ישב ויגיד שהוא מגביר נוכחות. איפה הרופאים שמדברים עליהם?

לגבי העלויות – לפי נתונים שביקשתי לראות – ההכנסות בעבור בחירת מנתח וחוות דעת שנייה - 1.3 מיליארד ש"ח. עלות התביעות של הוצאות רפואית – עוד 1.3 מיליארד ש"ח. אנחנו מדברים היום על 2.6 מיליארד ש"ח.

ניר קידר: זה יותר מהשב"ן שכולל הרבה דברים אחרים.

גל הרשקוביץ: אז פתחנו שר"פ, מה עשינו? פתחנו היצע תשתיתי, וכמה זה היום? פעילות הפלח הציבורי - היום אפשר לעשות שר"פ מבחינת פעילות? אנחנו פותחים פעילות ואנחנו נפתח את זה לכל הרוחב. אני שם פה כמה מספרים. אני שם את זה לא מתוך תחזית או מודל שבניתי, אלו נתונים שקיבלתי רק כדי לקבל תחושה. שכל אחד יעשה את ההנחות שלו כי זה מה שאני עושה. התפלגות ההכנסות – במצגת. המערכת הפרטית שהיום ניתן לממש שר"פ במסגרת הביטוחים המשלימים היא 20% מההוצאה. לא כל ה - 16 מיליארד ש"ח יהפוך לשר"פ. אני אומר עובדה ולא אמירה. מבחינת משמעות – ברגע שנפתח לשר"פ, תשתיות בהיקפים הרבה יותר גדולים ולא רק



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לניתוחים אלא מבחינת אשפוז גם אמבולטורי. אני יודע שהכנסות מפעילות השר"פ בבי"ח שערי צדק היא 20% מפעילות כלל ביה"ח.

פעם אחת יהיה גידול בפעילות.

פרופ' קובי גלזר: אם אתה מכיר את כל הספרות של כלכלת בריאות שהגדלת ההיצע במערכת הבריאות יוצרת שני דברים – ביקוש ותחרות - לא יעזור כלום. הספרות הגדולה מאוד מראה על עשרות מאמרים שהראו שהגדלת היצע הגדילה תחרות והורידה מחירים.

גל הרשקוביץ: פעם ראשונה שאני שומע על זה.

שלומי פריזט: במקום שיש אפקט ישיר של FFS, הרופא מקבל תשלום עבור שירות ספציפי, זה דבר שמגדיל את המחירים.

פרופ' רוני גמזו: 15% זה שימושים או מחירים?

גל הרשקוביץ: שימושים.

פרופ' רוני גמזו: זו נקודת הנחה מאוד חריגה. קשה לנו לקבל את ההנחה הזאת. אני הוצאתי חוזר מנכ"ל ואמרתי שיש להכניס בקרת עמיתים בבי"ח פרטיים.

יעל: רוני, כמה אתה מעריך אם לא 15%, 2%, 3%, 5% רוני אומר שזה יהיה בשוליים.

פרופ' גבי בן-נון: אתה יוצר תמריץ חדש לרופאים לקבל כסף במערכת.

פרופ' קובי גלזר: אבל אתה עושה רגולציה אחרת שלא קיימת היום.

פרופ' רוני גמזו: הגדלת הפעילות היא משהו שאתה רוצה כשיש לך תורים ארוכים.

דר' שולי ברמלי: אתה יוצא מתוך הנחה שהשימוש היום – אין תורים, אין שימוש חסר? המערכת היום פועלת בפנאן?

גל הרשקוביץ: יש לי שקף על זה.

יעל: הצעתך היא להוסיף כסף למערכת או להסית כסף בתוך המערכת? האם אתה מציע להעלות את מס הבריאות?

גל הרשקוביץ: ההחלטות הפיסקליות לגבי נטל המס....



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ראשית - אנחנו חייבים להיצמד למטרות - חיזוק הרפואה הציבורית ושיפור אי-השוויון. הכללת השר"פ משמעותה תהיה הגדלת עלויות במיליארדי ש"ח רבים באמצעות מס גרסיבי קשה תוך פגיעה ברמת איכות, זמינות ונגישות המערכת הציבורית. החלופה שאני מציע היא שחיזוק הרפואה הציבורית צריך להיות קודם כל במימון תקציבי ציבורי. שנית – צריך לזהות קודם איפה משרד הבריאות רוצה, אני עוד לא ראיתי איפה משרד הבריאות היה רוצה לשים את הכסף, לאו דווקא בדברים שפה עלו. אם באמת יש בעיה של תורים בתחומים מסוימים - המשמעות היא של הרגע, סכום אפס - הוא נושא ראוי לשימוש ולתיקון ולשיפור. שלישית – מימון ציבורי זה אומר, אנחנו נמצאים כבר באמצע אוקטובר. מבחינת לוחות הזמנים התחילו כבר בסביבות אפריל או מרץ, ולכן צריך לגבש תכנית שכוללת בדיוק את הנקודות שאמרתי, לשים על השולחן ולהילחם עליה. לא תקבלי הכל, חלק אולי כן. זה המאבק הראוי והמתאים על מנת לעשות מהלך שמפשר. אי אפשר לדרוש עלויות בלי להתייעל. נותן דוגמא מתכנית אסטרטגית שנערכה במשטרה. לא באו ואמרו תנו לי תוספת כסף עכשיו, אלא הציגו תכנית כוללת של התייעלות, ואני חושב שזה המסלול הנכון. לא להגיד שאנחנו לא יכולים ולא מסוגלים. הולכים לפתרון אחר של לגבות את אותם כמה מיליארדי ש"ח. אלו לדעתי הכיוונים.

יעל: אני מאחלת לך הצלחה במערכת הפרטית בהמשך. לא יודעת למה עזבת את המערכת הציבורית עם כל הלהט שלך. תודה רבה!!