



פרוטוקול וועדת גרמן – 14/11/13

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' אבי ריבקינד, ביי"ח הדסה. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' אבי ריבקינד: להזכירכם שבמרץ 2011 הייתה גם שביטה שנעשתה במטרה לחזק את הרפואה הציבורית. היא נעשתה בתמיכתם של מנהלי בתי חולים ומחלקות. במה התמקדה השביטה – במצגת. כשאני מסתכל ושומע, אז סך הכל מה שנראה לי שהמשותף לשביטה ולוועדה הזאת זה כסף, ואותי מה שמטריד זה שמרכז העשייה זה החולה והוא נשכח באיזשהו מקום, ואין תחליף למגע בין הרופא לחולה ואותו צריך לחזק. "רוח הדסה" – במצגת. לדבר על "רוח הדסה", זה קשה להבין על מה אנחנו מדברים, משום שזה באמת פסיפס מורכב ויפה. אביא דברים עיקריים – במצגת. הרופא שם, וזה לא שייך לשר"פ - הרופא שם. לי אתמול קרא רופא אחר כי הייתה לו בעיה בבדיקה, והייתי כמובן בבניין והלכתי לעזור לו. זה אורח חיים שהתפתח בהדסה, אנחנו לא יוצאים משם בצהריים. זה משהו שמאוד מייחד אותנו, וזה לא קשור לשר"פ. עבדכם הנאמן עושה כוונות אמיתיות ולא על הנייר, ומגיע בשבע בבוקר לפתוח הליך פשוט. אני אישית לא מאמין בניתוחים פשוטים, כל ניתוח פשוט יכול להסתבך, גם בניתוח אפנדיקס. יש לזה מס ערך מוסף כשאתה שם. הכל טוב כשזה טוב. לעניות דעתי, זה בית היוצר של הרפואה הישראלית. יש הרבה מנהלי מחלקות שיצאו מהדסה ומפוזרים בארץ. מדגים תיאור מקרה על "רוח הדסה" – במצגת, כדי שתתרשמו מהעניין. הכנסנו את החולה למחלקה, הרצנו אותה במכונה, עשינו לה את כל הבדיקות ותוך 4 ימים יש אבחנה ויש טיפול. היא הגיעה אלינו מיוזמתה, משום שלא הייתה מרוצה מהטיפול בשערי צדק. ללא טפסי 17 והפניות, התחלנו לטפל בה.

פרופ' גבי בן נון: מה עם רוח שערי צדק?

פרופ' אבי ריבקינד: אני לא נכנס לשם. אם החולה הייתה מגיעה אלי שנה קודם, הייתה מתאשפזת ונגמר העניין. אני לא חושב שבגברת כזאת, שולחים אותה לרופא משפחה עם כזה ממצא ולא מנסים לתקוף אותו ולטפל בו מיד. זה ברור, זה צועק לשמיים.

יש גם את הדו"ח הזה של ההסדרים הכספיים בין בתי"ח לאוניברסיטאות בישראל. אלה פרסומים שיצאו מהדסה וממקביליו – במצגת. זה "רוח הדסה". המקום שבו אני יותר שולט – בטראומה אין שר"פ, רות סוף. קוד אתי גבוה בלתי כתוב, רק תראו לאן הדמיון שלנו מגיע בטיפול, במה שאנחנו עושים – מציג שתי תמונות של מקרים קשים במצגת.

בבריטניה יצא הדו"ח הזה בנובמבר 2007 שהביא את התוצאות של 2000-2005 של פצועים קשה. שימו לב שהתמותה של פצועים קשה היא 43% בבריטניה. הסיכוי שלך לצאת בחיים הוא 50-50 אם אתה פצוע קשה. תמותה בארה"ב – ברמה אחת שזה מקביל להדסה היא 7.6%. זה אנחנו, מה עשינו? השוינו את התוצאות שלנו ל - 51 מרכזי רמה אחת בארה"ב מ - 1999, שנות האינתיפאדה הכי קשות, והמשכנו אחר כך לראות את המגמה. זה פורסם בספטמבר 2012. מה שאתם רואים בעקומות זה תמותה באנשים שיש להם פגיעה קשה, שאלו היו שנים עם פגיעות הכי קשות שיש, ואנחנו בערך 11.5%, ואחר כך היו ירידות והגענו ל - 6%, שזה פנטסטי. כל העיבוד הסטטיסטי נעשה אצל קובי פלג, שהוא גורם חיצוני אלינו, ממכון גרטנר. כל רישום הטראומה הארצי נמצא אצלו,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ואנחנו כל 3 חודשים לוקחים ממנו נתונים. הוא כל פעם שולח מכתב תודה, ושולח אלינו אנשים ללמוד איך עושים את זה נכון. התמותה הכוללת שלנו בטראומה – 6.7% בארה"ב, מקנזי הראו 7.6% כמו בשקף הקודם. שלחתי את העבודה לאלן מקנזי, וזה מאוד מובהק. היא מהמובילים של התחום בארה"ב.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש נתונים כאלה על בתי"ח אחרים בארץ?

פרופ' אבי ריבקינד: כן, בגלל זה התרכזנו בארה"ב...

עשו עבודה והשוו את התוצאה של פצועים קשה, ורצו לראות מה ההבדל בין רמה אחת לשתיים במדינת ישראל. מצאו שהדבר היחיד זה שפי 6 בין השעות 7:00 ל – 15:00, התוצאות טובות. זה לא היה תלוי אם מופיע סניור או לא, אבל סניור מופיע בשעות העבודה הרגילות. ה – BASE LINE זה חצות עד 7 בבוקר. זה רק נוכחות של רופא בכיר בניתוחים האלה. לא ראו הבדל בתוצאה, רק הנוכחות של הרופא הבכיר בין השעות האלה לאלה. לדאבוננו הרב, לא מצאו השפעה, לצערי הרב אין הבדל בתוצאה מבחינת סיבוכים או משך שהות.

עו"ד לאה ופנר: כלומר אין הבדל, רק אם יש או אין רופא בכיר.

פרופ' אבי ריבקינד: המשתנה היחיד בכל מה שהם חיפשנו זה נוכחות של רופא בכיר, כן או לא. זה מסביר.

יעל: עכשיו אני לא הבנתי.

יוליה איתן: נוכחות הרופא הבכיר זה המשתנה היחיד שמסביר את התוצאה של הניתוח.

יעל: אז יש הבדל בתוצאה של הניתוח.

פרופ' אבי ריבקינד: זה המשתנה היחיד שקבע. אז רצינו לראות מתי הם נוכחים.

דר' שלומי פריזט: בדקו תוצאות של ניתוחים, ובדקו אם הנוכחות של סניור משפיע או לא, מצאו שזה משפיע.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם הם לא יכולים להיות נוכחים, זה משפיע על תוצאות הניתוח.

פרופ' אבי ריבקינד: נכון. אני לא הייתי מעורב במחקר הזה. קיבלתי את הנתונים מרמי מושייב, שביקש שאציג את הנתונים האלה כאן.

בתי החולים הפרטיים – ממשיך במצגת. ממשיך לתיאור מקרה. לבחור בן 20 שמפתח תסחיף ריאתי לאחר ניתוח אפנדיקס, זה בעיית קרישה בהגדרה. אין אפשרות אחרת לבחור בגיל כזה לאחר ניתוח כזה פשוט. זה כשאני מדבר על בחירת חולים. באסותא ובאלישע הבינו שיש כאן מקרה מסובך, לא רוצים לתת פקטורים.

יעל: CREAM SKIMMING קלאסי, ועוד קטן.

פרופ' יוג'ין קנדל: היה יותר גרוע אם היו מנתחים אותו, ואז מעבירים אותו לטראומה בבתי"ח גדול.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' אבי ריבקינד: שר"פ בהדסה – במצגת. אתם לוקחים את התינוק עם האמבטיה ושופכים אותו.

דר' שולי ברמלי: אנחנו לא עושים כלום!

פרופ' אבי ריבקינד: זה מה שכתוב בתקשורת שאתם עושים. אני אישית חסיד של הרפואה הציבורית, ויש לי על זה הרבה קבלות, זה חלק מה - DNA שלי, ויותר ממנו. השר"פ היא עובדה קיימת והסוסים ברחו מהאורווה. מה שקרה זה שהתפתחה אינטיפאדה בהדסה. לא הכל אצלנו וורוד, אבל לא הכל שחור ויש לנו עשבים שוטים ואני לא יכול התכחש לזה. יש אנשים ששכחו מה זה רופא והפכו את זה למסחר. בהדסה ובשר"פ צריך לעשות קוד אתי, אכיפה, בקרה ומשמעת, ושינוי חלוקת הכספים.

דר' שולי ברמלי: למה אתה מתכוון?

פרופ' אבי ריבקינד: החלוקה היא 40-60 לבי"ח למשל, אז אני מציע שיהיה 50-50.

יעל: זה אפילו יותר מזה.

פרופ' אבי ריבקינד: אז אני עוד יותר צודק, את רק מחדדת את מה שאני אומר. אני מביא לכם פה דוגמא אישית של מקרה שהגיע בתיירות מרפא – במצגת. לא כולנו שחורים, לא יודע כמה הפסדתי בעניין הזה. החולה אחרי זה שלחה לי מייל אישי שכתבה שעשיתי לה נס, ורוצה להביא אליי את הבת שלה. זה מייל מאוד מחמם את הלב ומציג לכם פן אחר של בי"ח הדסה.

אני רוצה לדבר איתכם על הרפואה בת"א ובירושלים. בת"א הרופאים לא מרוויחים פחות משיאני השכר בהדסה, אבל זה לא מפורסם – מתייחס למצגת. זאת המציאות. בהדסה רופא בכיר מטפל בחולים קשים ומורכבים ולא בחולים הכי מכניסים - ממשיך במצגת. אתה עוקב אחרי החולים האלה שנים, בציבורי!

עו"ד לאה ופנר: כל זה אתה אומר בציבורי?

פרופ' אבי ריבקינד: כן. טלפני ותזמיני אליי תור במרפאה, אפילו במסגרת המחקר של פרופ' ברזיס. מי שאני נותן לו הפנייה, אני מנתח אותו בציבורי. אני עושה שר"פ, הלוואי שכל מדינת ישראל יעשו שר"פ באחוזים שלי.

דר' שולי ברמלי: שזה כמה?

פרופ' אבי ריבקינד: 5%, 1%, חבל שלא הבאתי את תלוש המשכורת שלי. אני במינוס, כמעט חייב בעצמי כי זה לא משתלם להפעיל את זה.

דר' שולי ברמלי: אני לא מבינה למה אתה מהלל את השר"פ אם אתה עצמך מתנהג אחרת.

פרופ' אבי ריבקינד: אני אולי קיצון, אני חסיד הרפואה הציבורית, ואני הולך על זה. לכן אני בטרואומה, שם אין שר"פ, ולא יהיה שר"פ כל עוד אני שם. תאמיני לי שיש המון הצעות, אבל בתוך עמך אני חי. אנשים מוכנים לשלם כל הון שבעולם, יש בני משפחה... ואני לא מוכן. אנשים מטלפנים אומרים "ריבקינד" - ריבקינד על הבר, מגיע.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פתרונות – חוזר למצגת. אצלנו ההוצאה לבריאות יורדת לעומת כל המדינות. נפתח שוק שחור – במצגת.

דר' שולי ברמלי: אתה אומר שזאת הבעיה?

פרופ' אבי ריבקינד: לא, אני מציג את הפתרון עם הבעיה. ממשיך לשקפים הבאים במצגת. מה שעוד אני חושב, פתרונות נוספים – במצגת. אני הסתובבתי הרבה עם אביגדור קפלן בכנסת. זה רחוק ממני כרחוק מזרח ומערב, אבל נכנסתי לעניין הזה מתוך אמונה בפסיפס הזה.

יעל: אתה מתכוון ל - CAP?

פרופ' אבי ריבקינד: כן. יש העדפה לקופות.

יעל: זה פנטסטי שאתמול אמרו שאנחנו מעדיפים את בתי"ח, והיום פרופ' ריבקינד אומר שאנחנו מעדיפים את הקופות. זה אומר שאנחנו עושים עבודה טובה.

פרופ' אבי ריבקינד: ממשיך בפתרונות במצגת.

יעל: אתה חושב שלהדסה אין חלק בהפסדים?

פרופ' אבי ריבקינד: על זה נאמר אבות אכלו בוסר ושיני בנים תקחינה.

יעל: אתם צריכים לראות קודם כל איפה אתם טעיתם.

פרופ' אבי ריבקינד: יש לנו לפחות אחד שמבין בכספים, והוא עושה עבודת קודש.

עו"ד לאה ופנר: עבודת הקודש היא שלך. כסף והצללת חיים זה לא אותו דבר.

דר' שולי ברמלי: הוא מציל את ביה"ח, זה עבודת קודש.

עו"ד לאה ופנר: קודש זה קודש, תעשו לי טובה.

יעל: הוא עושה את העבודה כדי שהשאר יוכלו לעשות עבודת קודש. אני הייתי חייבת להעיר, כי קודם כל אתה צריך להסתכל על עצמך. יש ביי"ח לידך והוא מאוזן.

פרופ' אבי ריבקינד: הוא מאוזן כי הוא לא לקח את ביקור חולים. מה שקרה זה שבפוליטיקה ובטיפשות שאין כדוגמתה נעשו טעויות. ממשיך במצגת. זה גירעון מטורף.

עו"ד לאה ופנר: זה פחת.

יעל: היא אומרת ש - 1.3 מיליארד זה חשבונאי, ויש בזה גם פחת.

פרופ' אבי ריבקינד: צריכה לקום וועדת חקירה ממלכתית ולראות מה קורה שם. משהו לא עובד.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: תוריד את המילה "חקירה", וזה אנחנו.

פרופ' אבי ריבקינד: לך על זה. הפרדה בין פרטי לציבורי – PRIVATE WING ו – PUBLIC WING בבי"ח ג'ונס הופקינס, שזה ה-ביח בארה"ב, אין שם בכלל דיון. המנתח בכלל לא יודע מה הולך. הם לא יודעים בכלל מה ההתחשבות, זה מתנהל מול חברות הביטוח. אין חולה ואין עניינים. אם אתה רוצה הנחה מיוחדת, אתה פונה אישית, אבל הוא לא מתייחס בכלל. באים מתמחים ועושים ביקור פה ופה, אני לומד מדוגמאות. בבי"ח USC בלוס אנג'לס זה אותו דבר, ראיתי את זה. הרופאים שם לא מתעסקים בכסף.

פרופ' יוג'ין קנדל: בקונטקסט האמריקאי, מה זה אומר פרטי?

פרופ' אבי ריבקינד: את רוב הניתוחים שלו הוא עושה בבי"ח הפרטי, אבל הוא גם נותן שירות ציבורי. הם עושים את זה.

פרופ' יוג'ין קנדל: בסך הרפואה זה החלק הקטן.

פרופ' אבי ריבקינד: נכון, כי הוא הגיע למעמד גדול. הוא במתחם, זה המרחק הליכה.

יעל: ומדדי האיכות בין שני בתיה"ח?

פרופ' אבי ריבקינד: אם את רוצה לבדוק, אפשר, אגיד ואכוון אותך במה להתמקד. תיקחי את ניתוחי הוויפל שהם הכי מסובכים של הלב, שעושים אותו שני מומחים יחד.

יעל: אני מבקשת לקחת דווקא את הניתוחים השכיחים ביותר.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא יהיה לך שם הבדלים, כי שכיחות הסיבוכים כל כך קטנים.

יעל: מעניין אותי מזה וגם מזה.

פרופ' גבי בן נון: כל ההתקשרות של הרופא היא עם חברת הביטוח ולא עם המעסיק, שהוא ביה"ח. זה מערכת שונה.

יעל: זה הכל תמחור.

פרופ' גבי בן נון: הוא אדיש לכאורה, אם המערכת ציבורית או פרטית.

יעל: הוא מקבל את אותו סכום, והוא נמדד וכדאי כי עשו תמחור אמיתי.

פרופ' אבי ריבקינד: למשרד הבריאות – הוא צריך להיות הרגולטור כמובן. יש ניגוד עצום בין המשרד לבין בתיה"ח בבעלותו, ואת זה אתם יודעים יותר טוב ממני.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אני חושב למרות הכל שהשר"פ בבי"ח הדסה יכול לשמש כמודל או כפיילוט, וצריך לעשות פה שינויים ללא צל של ספק. צריך לעשות בו שינויים, יש בו עשבים שוטים כמו שאמרתי, וזה לא הכל תכלת. כמובן שצריך לטפח מנהיגות רפואית, לחזק בתי"ח שמלמדים סטודנטים.

ד"ר שולי ברמלי: מה זה טיפוח מנהיגות רפואית?

פרופ' אבי ריבקינד: כשיש לך שרשרת פיקוד, את מטפחת אותה ובונה אותה בראייה לאומית, לא רק "הדסאית". דיברו על התכנית הקנדית, שהיא לעניות דעתי כישלון גדול. האוכלוסייה שלנו גדלה ולא נוספו בתי"ח. עכשיו הולך להתווסף בי"ח, ואני לא יודע בדיוק מה יהיה מעמדו ואיך יתפקד, אבל צריך לקחת את זה בחשבון. זה ציטוט שאמר לי חולה – "הכסף אינו יכול לקנות בריאות, אולם הוא יכול לרכוש פרווה לאשתו של הרופא". תודה רבה לכם!

שאלות:

עו"ד לאה ופנר: שמעתי שדיברת הרבה על "רוח הדסה". אני כן הייתי מבקשת אם היית יכול להגיד על זה כמה מילים. שמענו הרבה מאוד ביקורת על הדסה, לא מאנשי הדסה דווקא, אלא מאנשים אחרים. אנא חدد שתי נקודות חשובות – יש נטייה כלשהי לקשר את מצבה הנוכחי של הדסה לשר"פ. דווקא בגלל שאמרת שהתחזית היא אחרת, האם יש קשר לדעתך?

פרופ' אבי ריבקינד: אין קשר לדאבוני הרב. כלום. הלוואי!

עו"ד לאה ופנר: שר"פ בעיותיו שלו, והדסה בעיותיה שלה.

פרופ' אבי ריבקינד: זה בטל בשישים.

עו"ד לאה ופנר: הלוואי והייתי יכולה לבטל את חוק ההסדרים. שאלה שנייה – היו כאלה שאמרו לנו שישנם אנשים שעושים שר"פ, ולא בהכרח נרתמים לכל מה שאתה אמרת – לעזור לאחרים, להיות בבניין.

פרופ' אבי ריבקינד: אמרתי שיש עשבים שוטים.

עו"ד לאה ופנר: האם בעיניך זה בטל בשישים או תופעה?

פרופ' אבי ריבקינד: בטל בשישים, אבל כמובן שחריגים תמיד בולטים, זה מקלקל לי את הפסיפס.

עו"ד לאה ופנר: אתה דיברת על מקומות כמו ג'ונס הופקינס. האם אתה חושב שמטופל מרגיש הבדל ביחס הרופא בין שר"פ ללא שר"פ?

פרופ' אבי ריבקינד: אחד הדברים שמייחדים את הכירורגיה, זה שגם בחולי שר"פ אתה דן עליהם. אתה לא יכול להכניס מישהו והופ - לנתח אותו. יש דיון, יש ישיבות צוות, ישיבות הנהלה, יעצרו אותך. יגידו לך מה לעשות ומה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לא. יש בקרת עמיתים, יש דיון, יש פתולוגיה וזה השוט הכי גדול. אתה מקבל את הדו"ח מפתולוגיה ואומרים לך מה זה, זה ה-שוט, וגם התקשורת בינך לבין הפתולוג.

עו"ד לאה ופנר: החולה מרגיש הבדל?

פרופ' אבי ריבקינד: בפירוש לא, גם עכשיו.

דר' שולי ברמלי: אתה מציג פתרונות כל הזמן. רציתי לשאול מה הבעיה. תגדיר אותה.

פרופ' אבי ריבקינד: הגדרתי אותן. יש בעיה לעניות דעתי של טיב ההתמחות, של ההתמחות, של כל הסיפור של הכשרת דור העתיד. גם בארה"ב יש על זה קול זעקה. הבינו של - 80 שעות הקודש הזה יש מחיר, ויוצאים רופאים פחות טובים. אם הוא עושה תורנות ביום רביעי, ביום חמישי בשעה 10 הוא הולך הביתה. אם הוא חכם אז בשבת הוא לא עושה תורנות ומגיע ביום ראשון. במחלקה כירורגית בזמן הזה קורה תוהו ובוהו – הוא לא מכיר אף אחד בקצב כזה, אז איזה התמחות אני נותן לו? אי אפשר לדבר עם המומחה. אפשר, אבל קשה. זו בעיה קרדינלית.

דר' שולי ברמלי: אני לא רואה איך שר"פ יכול לפתור את זה.

פרופ' אבי ריבקינד: לא מעניין אותי השר"פ הזה. לעניות דעתי מה שקרה זה שהשר"פ הוא מסיח. לקחו את כל בעיות הרפואה והסיטו אותן בגלל השר"פ.

דר' שולי ברמלי: איזה עוד בעיות?

פרופ' אבי ריבקינד: חוזר לשקף של בתי"ח פרטיים – זה חלק מהבעיות, לא משנה איפה. הייתה שביתה ולא נתנו עוד כסף.

יעל: הפריפריה זה אחד השינויים הדרמטיים והחשובים שהסכם הרופאים עשה.

פרופ' אבי ריבקינד: אני לא שמעתי על אף מועמד שרצה להתקבל לכירורגיה כללית, ולא התקבל בגלל ההסכם.

פרופ' גבי בן נון: הרבה המשרות אוישו בפריפריה בגלל ההסכם.

פרופ' אבי ריבקינד: בכירורגיה בהדסה עין כרם לא חסרים מתמחים. אם המתמחה יודע שהוא יכתוב וריבקינד ישלח אותו לשטוקהולם להציג את זה, אז הוא יכתוב. אם הוא צריך מזכירה כדי לכתוב, הוא יקבל את זה.

יעל: זו הסיבה שקשה להתחרות בהדסה. הסכם הרופאים עשה מהפכה בפריפריה.

דר' שולי ברמלי: זו הבעיה היחידה? טיב ההתמחות?

פרופ' גבי בן נון: הוא דיבר גם על מקורות ציבוריים.

דר' שולי ברמלי: הגירעונות של בתי"ח זו הבעיה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' אבי ריבקינד: ועוד איך, בעיה קשה. בכל הארץ מפוזרים רופאים כירורגים מהדסה עין כרם. ככה יוצאים הרופאים הכי טובים. אתה צריך מערכת תומכת, להסביר למתמחה מה הוא צריך לעשות לפני ואחרי ניתוח. לא נעים לו להגיד לך שהוא עוד לא ראה את החולה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אתה אומר שצריך לשנות ונתת תפריט, מה מונע ממך לעשות את זה? אתה לא רואה בכלל יתרונות לרפואה פרטית?

פרופ' אבי ריבקינד: התלונות לא בדיוק אלי. כפי שהבנת, אני לא הייתי בחוד החנית של הנהלת הדסה. לאור השינויים הצטרפתי, ואני עכשיו בחוד החנית. בימים אלה נכתב קוד אתי לשר"פ.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אתה לא רואה יתרונות לרפואה הפרטית בכלל?

פרופ' אבי ריבקינד: זה בסדר, אבל אם אתה תהיה זמין כמוני, לא תצטרך רפואה פרטית. המרפאה הציבורית שלי זה 20-25 איש, קוראים לזה "השוק הפרסי", כי אני מקבל צמחים ועניינים. נהיה לזה השם "השוק הפרסי" של ריבקינד. בפרטי שלשום זה 2 חולים, שאחד מהם היה חוות דעת בכלל. החולים שלי יודעים שלא צריך פרטי, "ריבקינד על הבר".

יוליה איתן: אנחנו שומעים הרבה בוועדה על סוגיה של אי ניצול תשתיות יקרות לטובת מטופלים. אתה רואה הבדל בניצול של תשתיות בתוך הדסה?

פרופ' אבי ריבקינד: לדעתי אפשר לנצל יותר טוב את ביה"ח הדסה וחדרי הניתוח שלו.

יוליה איתן: איך?

פרופ' אבי ריבקינד: צמצום הזמן בין הניתוחים. שהניתוח יתחיל ב - 8 בבוקר ולא ב - 30: 8.

פרופ' גבי בן נון: מה החסמים?

פרופ' אבי ריבקינד: מרדים לא הגיע בזמן.

יעל: זה ניהול.

פרופ' אבי ריבקינד: ניהול! אפשר לפתור וייפתר. למשל, יציאה מחדר ניתוח להתאוששות. אני במרכז לא מתמצא ובאמת לא יודע.

דר' עזיז דראושה: למען הגילוי הנאות הוא המפקד שלי... לפחות יש משותף בינינו, שאנחנו לא מאוהבים בשר"פ שנינו, וזה לא מעט. מהתפיסה שלך, אתה אומר שהסוסים ברחו מהאורווה ולא יחזרו. יוליה אמרה משהו חשוב – הרבה אומרים שיש משאבים לא מנוצלים אצלם. חשבתם על מנגנון של ניצול המשאבים על ידי פול טיימר, בלי שר"פ?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' אבי ריבקינד: פעם ראשונה ששואלים את דעתי זה פה ובהנהלה החדשה. 2 ההנהלות הקודמות לא שאלו את דעתי. יש לתוצאות שלנו הכרה לאומית ובין לאומית, ולדאבוני הרב לא שאלו אותי. אפשר לעשות יותר טוב. אין לי בעיה שיעשו אותי פול טיימר, אי אפשר להעלות לי יותר ממה שאני נמצא שם. אני מגיע ב - 6:30 בבוקר ויוצא בעשר בלילה.

יעל: אז אתה פול טיימר.

פרופ' אבי ריבקינד: אני פול טיימר ולא משולם על זה.

פרופ' גבי בן נון: כמה כמוך יש?

פרופ' אבי ריבקינד: כמוני אין הרבה, אבל זאת הרוח. יש תדמית שהם נמצאים בביה"ח בגלל השר"פ, אבל לא! אני אומר שהם בביה"ח כי הם נמצאים שם. תבוא ספורדית ותראה מה קורה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני במקרה לקוח שלהם. ב - 11 בלילה אתה רואה רופא מבקר במחלקה. זה קשור לזה שהוא לא צריך ללכת לבי"ח אחר לעשות פרטי.

פרופ' אבי ריבקינד: למה יש לי למהר? אני גומר ב - 8 בלילה.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה גודל המחלקה שלך?

פרופ' אבי ריבקינד: אנחנו 22 רופאים בערך.

פרופ' יוג'ין קנדל: כמה מזכירות רפואיות?

פרופ' אבי ריבקינד: זה בעיה. יש מזכירה למחלקה.

פרופ' יוג'ין קנדל: כמה שעות רופאים לניתוח אתה תשחרר מהמחלקה שלך, אם אתן לך עוד 3-4?

פרופ' אבי ריבקינד: הרבה מאוד.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה משאב שנמצא במחסור, שאנחנו יכולים למלא את זה בהכשרה של 4 חודשים.

פרופ' אבי ריבקינד: מסכים איתך. האדמיניסטרציה קורעת אותנו, זה לא יאומן.

פרופ' גבי בן נון: הייתה סדרה ארוכה של צעדים שאני קורא להם משפחת ההתייעלות במערכת. השאלה היא כמובן עד כמה ההיקפים האלה מתאימים.

יעל: זו התייעלות.

פרופ' אבי ריבקינד: לא יעזור להתייעל. יש לי מזכירה מהדסה. באה ב - 8 והולכת ב - 16:00 או 17:00, לא משלמים לה שעות נוספות, היא אמורה ללכת ב - 15:00.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: יכול להיות שזה גלובלי.

פרופ' אבי ריבקינד: לא משלמים לה!

פרופ' רוני גמזו: בבתי"ח הממשלתיים זה יותר פשוט, אין מזכירה.

פרופ' גבי בן נון: הוא אומר שעם כמה מזכירות נוספות, אתה יכול לשחרר רופאים.

פרופ' אבי ריבקינד: אני נמצא הרבה, אני משלם לגברת משכורת, שתבוא מ – 15:30 – 16:00 עד הערב, מהמשכורת שלי.

יעל: מהקרן.

פרופ' אבי ריבקינד: לא, אין לי כל כך הרבה קרן. יש מענקים אבל זה לא בלי סוף, ואתה רוצה להוציא את זה על דברים מהותיים. אין מה לעשות.

יעל: עשית את עבודתך נאמנה, אתה נשמע כמו סגור של הדסה. תודה רבה!!

**** מציג שני בפני הוועדה: דר' שלומי פריזט – יו"ר וועדת משנה ביטוחים. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

דר' שלומי פריזט: קונספטואלית, כדי להגדיר בעיה, אני לא יודע להגדיר בלי לשלב בין 3 רבדים – מטרות מסוימות למערכת, עליהן יש מכניזם, תמריצים וגופים שפועלים להשיג את המטרות. לכן ביקשתי מחברי הוועדה לעשות סיבוב חשיבה כדי להגדיר איך אנחנו רואים מטרות של מערכת ציבורית, פרטית והממשקים ביניהם. אנחנו עושים הנחות עבודה לגבי שחקני המערכת באופן כללי. עכשיו אנחנו מתחילים לדבר על בעיות, הגדרה של בעיות – הנה המטרה, הנה מה שקורה במציאות, הנה המכניזם והתמריצים, בהינתן שכך זה מתקיים ומתנהג ואלה המטרות שלנו, אז נדבר על בעיות. התחלנו עם הנחת יסוד שהיא ברקע – בריאות היא זכות, והיה דיון על זה בוועדה – במצגת.

דוברות: "בכפוף למגבלת התקציב" צריך להיות בסוף המשפט. זה לא סמנטי, כי תקציב זה מגבלה. רוב האנשים רואים את זה בתוך הנושא של המטרה.

דר' שלומי פריזט: ככה פרופ' יוג'ין קנדל הציג את זה, אנחנו הלכנו למקום קצת אחר.

דוברות: צריך לדעתי לציין בכפוף למגבלות המקורות המערכת, כי תקציב זה לא אותו דבר.

יעל: אני לא חושבת שזה בכפוף למגבלות התקציב. אם בריאות זה זכות, אז אין קשר בכלל תקציב. אני רואה ומקשיבה.

דוברות: אלו המלצות שמביאה וועדת המשנה למליאה, יכול להיות שהן ישתנו.



דוברות: גם ההנחה שבריאות היא זכות זה לא ההגדרה הטובה ביותר.

דוברות: מה עושה ילד שנולד עם מחלה גנטית?

יעל: מקסום בריאות תחת ההנחה שיש מה לעשות.

ד"ר שלומי פריזט: מטרות המערכת הציבורית – במצגת. אני לא יודע לעבוד בלי הגדרת מטרה - מתייחס למצגת. זה לא בריאות אם נולדת כמו שנולדת. סביר זה יותר מהמינימום, וגם על זה היה דיון. אנחנו לא מוציאים מגדר הצורך השתתפות עצמית, שיש לה חשיבות בגידור שימושים.

יעל: כל מילה כאן להערכתי ניתן להתחיל בדיון שלא יגמר היום. לי יש המון הערות על כך. ראינו, אין ספק שנצטרך לדון בזה.

ד"ר שלומי פריזט: הסיבה היחידה שאני מציג את זה עכשיו, זה בגלל שהיה חור בלו"ז. לא באתי כדי לקבל אישור על הדבר הזה.

יעל: הלוגיקה שלך נפלאה, התבנית טובה. זה רעיון נפלא, אבל כיוון שהמטרות הן חלק ממטרות הוועדה, ראינו, שמענו, ואנחנו משאירים את זה לדיון של יום שלם של הוועדה.

ד"ר שלומי פריזט: ככל שאנחנו נמשיך לרוץ קדימה ונגיע למסקנות לגבי קיומן של בעיות שיסתברו שהן לא בעיות, יכול להיות שיש דרך טובה יותר לעשות את זה. כשאנחנו מדברים על מימון, אנחנו מדברים על מקורות המדינה – הגדרות והבהרות במצגת.

דוברות: מה אתה עושה עם האשפוז הסיעודי? זה לא אספקה? שם הרוב זה פיצוי כספי.

דוברות: לא לתת לחולה כסף, לא לספק השירותים.

דוברות: היום בביטוח סיעודי הוא כסף, אנחנו לא יודעים מה יהיה.

דוברות: הוא מדבר על המערכת הציבורית, והיא לא משפה בכסף. תראי לי מקום כזה.

דוברות: בוודאי, באביזרים.

יעל: זה מוכיח שיש לנו הרבה על מה לדבר.

דוברות: צמצמת את מרחב האפשרויות של הוועדה לדיון. עצם זה שאתה כותב שיכולת אספקה היא כזאת – האם אני יכולה לקבל זיכוי, שובר, החזר, פיצוי כספי, לעשות את זה בחו"ל ולחזור? לפי מה שכתבת פה - לא.

ד"ר שלומי פריזט: אם למערכת הציבורית יש הסכם עם בייח בחו"ל שהיא משלמת לו, ואת נוסעת וחוזרת, אין שום בעיה עם זה. את לא תקבלי כסף במטרות האלה.

דוברות: מה קורה בהשתלה בחו"ל? רק טיפול בעין? איך הם נותנים את הכסף?



דוברות: זה תוצאה של עבודת תת הוועדה שאנחנו עובדים בה, את מוזמנת להצטרף. הנייר הזה יוצג למליאה כמצע לעבודה. את יכולה להגיד שזה לא מקובל עליך, אבל זה תוצאה של העבודה שלנו.

דוברות: זה נעשה מתוך מסגור מסוים שנעשה ברגעים אלה ממש, ולכן אני מתעכבת, כי זה פריימינג דרמטי.

דוברות: האם בתוך העולם הזה יש איזושהי קביעה על זה שאני רוצה לקצר תורים בתשלום או לעשות משהו אחר בתשלום פרטי? זה לא נכנס שם.

דר' שלומי פריזט: יש לי שקף על זה.

דוברות: לפי דעתכם, מערכת בריאות שנותנת אפשרות לאזרח ללכת לאן שהוא רוצה, והוא מקבל על זה כסף או החזר כספי זה לא מערכת ציבורית?

דר' שלומי פריזט: אנחנו לא מגדירים פה מהי מערכת ציבורית, אלא מה המטרות. מדינת ישראל רוצה לקחת אחריות על הדבר הזה שנקרא הזכות לבריאות. המטרה של מערכת ציבורית לפי עמדת תת הוועדה, היא לספק טיפול בעין ולא לספק כסף תמורת "לך תבחר לעשות מה שאתה רוצה". זאת דעה.

דוברות: זה ככלל, יש יוצאי דופן פה ושם.

יעל: כל אחד יכול לתת הגדרה שונה לזה איך שהוא רוצה.

דר' שלומי פריזט: ממשיך בהגדרות ובהבהרות במצגת. איך המערכת יכולה להיות ה – CUTTING EDGE של הטכנולוגיה. כשמדברים על היקף, זה מנקודת מבט כלל משקית. יש בסוף איזשהו הגיון, לכן זכות לא זכות ואיך היא נסוגה לפי מגבלות. איכות מצד שני זה מנקודת המבט של הפרט. אי אפשר להגיד שבממוצע האיכות היא בסדר. יש הבדלים למשל בין המרכז לפריפריה, אבל יש דברים שאני מוכן לעשות בהיקף ולא באיכות.

דוברות: לנושא שוויון – מיצוי של זכויות נכנס גם פה? האם תשלומי שב"ן ומיצוי שלהם בין פריפריה למרכז? אנחנו יודעים היום שהפרמיות של השב"ן זהות בכל הארץ, אבל היכולת להשתמש לא שוות.

דר' שלומי פריזט: מכיוון שהשב"ן הוא חיה בעייתית בהבחנה בין פרטי לציבורי, יש כאלה שיגידו ככה ויש שככה, היה לנו מאבק של הגדרות המערכת הפרטית והציבורית, והמכניזם בשלב הבא. שב"ן הוא כלי, ולכן זה בא אחר כך. אם שב"ן הוא ציבורי אז זה לא טוב, אבל אם זה פרטי, אז זו לא בעיה.

דוברות: ביטוח הדדי זה לא מכניזם?

דר' שלומי פריזט: יש 2 רבדים – ההיבט הסוציאלי, מי שמשלם ומי שמשלם. החלוקה היא בין משתמשים יותר למשתמשים פחות. אנחנו רוצים לעשות RE-SHUFFEL כמטרה.

יעל: סטיתם קצת מהעקרונות. אתם צריכים יותר לדבר באופן אבסטרקטי על העקרונות האלה, ולא באופן מעשי, כי אז אתם יורדים לפתרונות. לדעתי עזרה הדדית זה לא הגדרה נכונה, אתם צריכים לרדת לאופן האבסטרקטי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: זה חלק מהמטרה. הצגנו עזרה הדדית כפונקציית מטרה של משרד הבריאות.

יעל: אתם יודעים מה הרעיון, ולכן אתם מכניסים אותו למטרות. אתם מקדימים את הפתרונות.

דוברות: הממד השני הוא של המימון, תשלום לפי היכולת לשלם ולא לפי הצורך.

יעל: סטייתם מעקרון האבסטרקטיות.

דוברות: במתן שירותים שיהיה תלות בצורך, ולא ביכולת לשלם.

דוברות: זה הרבה יותר חזק מזה, זה להסדיר את מערכי המימון שיהיו פרוגרסיביים.

יעל: אני מצטערת, אני חושבת שסטיתם. תיצמדו לאבסטרקט. אל תרדו לפתרונות, אתם נכנסים לפתרונות.

ד"ר שלומי פריזט: אני מסכים שסבסוד צולב הוא פתרון. המטרה היא לשבור את ה – LINKAGE. המערכת

הציבורית שוברת את ה – LINKAGE בין המקורות לצרכים. חוזר למצגת.

יעל: אני חושבת שאין פה הגדרה של אמון ציבורי, אבל בסדר.

דוברות: אני בעד אמון, אבל אני אומר שיש פה שני דברים.

דוברות: הוא אומר שההתנהגות משתנה אם יש לך אמון או לא.

דוברות: הצורך הרפואי נמצא בהתחלה.

דוברות: אני מדבר על איכות.

ד"ר שלומי פריזט: זה נמצא בהתחלה. חוזר על מטרות המערכת הציבורית.

יעל: הלכתם והגדרתם עקרון של ערבות הדדית לא כעיקרון אוניברסלי או פרטני, אלא כעקרון שיכול להציג כל

מיני פתרונות. כנ"ל גם אמון הציבור. יש הגדרה לזה. אמון ציבור ולא משנה באיזה מערכת, צריך להגדיר מה זה.

לכו קצת על משהו שהוא יותר אוניברסלי, אפילו במובן הלוקאלי שלו.

ד"ר שלומי פריזט: בסדר גמור. בתוך העולם הזה, איפה חיה מערכת פרטית? הנחתנו היא שהיא חיה לצד

הציבורית. מתייחס למצגת.

יעל: כבר שגיתם, כי המערכת הפרטית נועדה למקסם את הרווח שלה, ומבחינתה, אם לספק בעין שירותים שהם

כן כלולים...

ד"ר שלומי פריזט: מנקודת מבט של מדיניות ציבורית, למה בכלל היא קיימת?

דוברות: היית צריך לכתוב שזה מנקודת מבט של המדינה.



דר' שלומי פריזט: כל הדיון הוא מנקודת מבט של PUBLIC POLICY.

יעל: היא משלימה, ולא לצד.

דוברות: מבחינת המדינה זה טוב שיהיו שירותים שכלולים בסל וכאלה שלא, היא מרוויחה מזה.

דר' שלומי פריזט: אנחנו נכנסים לממשק כשהנקודה המרכזית היא הפקדה של בחירה מושכלת מצד הפרטים. ממשיך במצגת.

דוברות: אני מתנגד לכל הדבר הזה – המערכת הציבורית אמורה לשפר את הבריאות של הציבור, והפרטית אמורה להציע הסדרי ביטוח. יש מערכות שלמות בעולם שאין בהם מערכת ציבורית שמספקת שירותי בריאות.

דר' שלומי פריזט: התחלנו בהנחת העבודה שהמערכת הציבורית היא לצד הפרטית.

דוברות: אני יכול להפריט את כל הקופות, ואז המטרה היא לא למקסם את הבריאות אלא לספק הסדרי ביטוח. הייתי מגדיר למקסם בריאות ושירותים נלווים, תוך חיזוק המערכת ומתן יותר בחירה לאזרחים מעבר למערכת הציבורית. אם זה לא משפר את הבריאות, זה הופך לנעליים.

דוברות: אם אני רוצה לרכוש ביטוח לשטות, מבחינת המדינה זה אפשרות של המערכת.

דר' שלומי פריזט: אנחנו לדעתי לא רחוקים – זה או הסדרי אספקה לטיפול בעין או למימון.

דוברות: אתה שם 2 מערכות משלימות ששתיהן רוצות לשפר את הבריאות.

דוברות: אנחנו מאמינים שזה גם יכול לשפר את המערכת הציבורית ואת האמון בה. זה חסר, לא סותר.

דוברות: המטרה היא למקסם בריאות ולא להציע הסדרי ביטוח.

דוברות: מציע לך למחוק את 4 השורות הראשונות, ולהשאיר את "מערכת הבריאות נועדה לשפר...".

דוברות: הכוונה היא לאיך אנחנו כמערכת ציבורית רואים את פונקציית המטרה של המערכת הפרטית.

דוברות: זה גם לשפר את המערכת הציבורית.

דוברות: לא, לא.

דוברות: זאת המטרה, יכול להיות שהיום היא לא מושגת.

דר' שלומי פריזט: אם המטרה תהיה לשפר, כמות הדברים שהפרטית תוכל לעשות תקטן משמעותית.

דוברות: בעיני זה הפוך. אני חושבת באמת שכל עוד יש מערכת פרטית, לציבורית יש לעולם משהו להתחרות בו, ולכן זה גורם לה להשתפר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דר' שלומי פריזט: זה סמנטיקה, בעיה של הגדרה.

יעל: ממש לא סמנטיקה.

דוברות: תשנה ל – "לשפר ולא לפגוע", ואז סגרת את זה.

דוברות: זה הוצג לפני שבועיים בתמהיל ציבורי-פרטי בעולם. לחזק ולשפר, כי גם לחזק זה משמעותי.

יעל: כאן הגענו להגדרה, תשפרו אותה. לפחות פה הגענו לסיכום.

דר' שלומי פריזט: תפיסתית, כשאתה אומר שקיים מגזר פרטי שיש לו חופש לעסוק ולעשות, מה גבולותיו של המגזר הפרטי? זה כל עוד הוא לא פוגע, מטרתו היא לעשות יותר מהציבורי.

דוברות: נכון.

דר' שלומי פריזט: ממשיך במצגת. תחרות היא לא ערך עליון, אלא היא כלי. אנחנו משתמשים בה כדי לקדם את רווחת הציבור. כל עוד היא מייעלת, אנחנו בעד, ברגע שתפגע - אנחנו נגד.

יעל: ולא פגיעה של הציבורית לבצע, צריך להוסיף.

דוברות: אין פה מצב שאנחנו מציגים את המטרות וזה ראה וקדש. יש לנו הרבה עבודה להמשך. לכן אמרתי בואו נעשה את זה כמה שיותר מהר.

דוברות: ישנם מצבים שפעולות מסוימות נוטות כולן לפרטי, ואז תהליכי ההכשרה בציבורי נפגעים.

דוברות: צריך לשפר את מצבו של החולה, הן באפשרויות והן במגוון שלהן.

יעל: פגיעה במטרות המערכת הציבורית - לעתים המעט מכיל את המרובה והירידה לפרטים ומתן הדוגמאות יוצרת מגבלה בהבנה. צריך לציין שזו דוגמא בלבד.

דר' שלומי פריזט: חששתי שלא להישאר בעולם האבסטרקטי ולכן נתתי דוגמאות. אם משהו במערכת הפרטית פוגע במערכת הציבורית - רופא, מכשור, פרוצדורה - יש לי בעיה.

דוברות: אם עצם קיומה של המערכת הפרטית מעלה את הוצאות הציבורית, זה מאוד בעייתי.

יעל: היא צודקת. צריך להגיד "כל עוד לא נפגע בחופש הבחירה של הפרט".

דוברות: מערכת ציבורית, בהגדרה, פוגעת בחופש הבחירה של הפרט.

דר' שלומי פריזט: בישראל 2013 ישנה כבר מערכת ערכים קיימת.

דוברות: חופש הבחירה נמצא כבר בתוך אמון הציבור.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: מפריע לי שהעלאת העלויות פוגעת במערכת ציבורית.

דוברות: לא הגדרנו צמצום עלויות כמטרה, אלא יעילות.

יעל: לא מספיק שנסתמך על החוקים ומגילת העצמאות. צריך שנקבע עקרונות ונדבר על איזונים, כמו לא פוגעים בחופש הבחירה באופן מאוזן, גם לא באופן מוחלט.

דוברות: היכולת לבחור לקנות מה שאני רוצה.

דר' שלומי פריזט: מכיוון שאנחנו חיים בלוחות זמנים, אנחנו חיים על יסוד מה שעשינו. אם תגידו פה טעית ופה טעית..

יעל: זה לא שנותנים רק חופש בחירה ומוותרים על שוויון, זה הכל ביחד. בואו לא נרד לפרטים. אל תעצרו, תמשיכו הלאה. נתנו לכם הערות, כמה שפחות לרדת לדוגמאות כי הן יגבילו אותנו. כמה שנהיה חכמים, לא נחשוב מה שמחר יחשבו.

דוברות: לזה יש פתרון וסוגיות נוספות קיימות. אנחנו לא יכולים להישאר על זה. רוב הוועדות שאני מכיר, עד היום מתווכחים עליהן, למה התכוון המשורר.

יעל: להגיד לדוגמא איקס זה לא מכיל את הכל. הנושא של חופש בחירה נעלם לכם מהמטרות. אוי ואבוי לכם אם נהיה במדינה שאין בה חופש בחירה.

דוברות: יש לנו 3 וועדות משנה ששלושתן פועלות במקביל. בשבוע הבא נפגשים 3 ראשי הוועדות עם השרה ונצטרך לתת הערכה כלשהי של לוח זמנים. זה יכתוב את ההמשך של דיוני המליאה, מכיוון שהבשר שעולה מובא למליאה. אם את חושבת שהדיון על המטרות צריך להתקיים מוקדם ככל האפשר, זה ישפיע גם על הוועדה ובוודאי על תיירות מרפא.

יעל: זו מתודולוגיה, והדיון הראשון שלנו צריך להתנהל על זה, האם זו המתודולוגיה או אחרת. גבי וקובי וערן הציגו מתודולוגיות קצת שונות.

דוברות: דיברנו על קבוצה שעושה את זה, לא?

דוברות: הם הכינו, יהיה בישיבת המליאה הבאה.

**** מציג שלישי בפני הוועדה: דר' טוביה חורב – אתגרים במערכת הבריאות. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

(POWERPOINT).

דר' טוביה חורב: מתייחס למצגת. המנהל הוא גוף מטה שנועד לאפשר לשרה ולמנכ"ל להתנהל בריבוי הכובעים. מטבע הדברים מי שמטפל בסוגיות של בתיה"ח או קופות החולים, הוא פחות פנוי לראות את הדברים בצורה בלתי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מוטה בראיית מאקרו. המנהל שלנו רואה את הדברים בלי להתמקד בלקוח ספציפי. אין לו צורך לטפל בתקלות ספציפיות בין השחקנים השונים, ולכן ראייתנו בלתי מוטה. נשענת על בסיס מידע ונותנת המלצות.

אתגרים במערכת – הזדקנות האוכלוסייה – במצגת. 10% זה המספר המייצג בני 65 ומעלה, די יציב בשנים האחרונות, אבל יש גידול שלהם באוכלוסייה.

דר' שלומי פריזט: למה זה תחזיות? אלה של העתיד כבר נולדו.

דר' טוביה חורב: אבל המכנה עוד לא נולד. כולם נולדו וכבר במערכת.

פרופ' לאה אחדות: שיעורי התמותה שלהם לא ודאיים.

דורון קמפלר: הכל זה לא מספר מדויק.

פרופ' יוג'ין קנדל: היה לי 20 דקות בממשלה על אומדנים. זה לא אומדן כי אנשים נולדו כבר.

דר' טוביה חורב: בתכנון ארוך טווח של תשתיות, מה שחשוב זה המספר עצמו מכלל האוכלוסייה. האחוזה לא מכתב לי. כשאני מסתכל על יחס תלות, שיעור בני 65 ומעלה לעומת אנשים בגיל 15-64, אנחנו רואים שאנחנו בגדול בגל של אוכלוסייה צעירה, השיעור הוא יחסית נמוך. אבל ב-2035 זה יהיה 25%, והיום אנחנו ב-15%. זה אומר שיותר אנשים יהיו תלויים ברשת הביטחון החברתית, גמלאות, בריאות. התלות היא במובן של אלה שתלויים באחרים לשם קבלת רשת ביטחון.

פרופ' לאה אחדות: ה-OECD הולך על טווח של 20-64.

יוליה איתן: המסר הוא אותו מסר.

דר' טוביה חורב: בואו נדבר על וודאות – מה קרה ב-40 שנה האחרונות? כתבה במצגת של יו"ר הר"י האמריקאית, מ-1965. הוא דיבר על כך שתוחלת החיים הולכת להיות 150 שנים, 135 יהיה אדם מבוגר. שיהיה חיסון לסרטן, כל המחלות הזיהומיות יתחסלו, שפעת תהיה זיכרון ארוך, וכן הלאה. הכותרת מתייחסת לכך ששנים בנות 90 יראו צעירות.

דורון קמפלר: זה לא מדע בדיוני.

דר' טוביה חורב: השקף הזה נועד להסביר שני דברים – אנחנו נמצאים בתחזיות ארוכות טווח על קרקע לא מוצקה. מכאן שאי אפשר להישען על תחזיות כשבאים להתמודד עם מחלות.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנחנו חיים דווקא בעולם שהוא מאוד PREDICTABLE. פלטו ניסו לנבא במשך 150 שנה, אבל זה לא מגיע, אנחנו כל הזמן בעלייה.



דר' טוביה חורב: אם אנחנו מדברים על הדברת מחלות, מה שהוא לא ידע אז, זה הנושא של אלצהיימר שהוא לא חזה בזמנו. אנחנו מדברים על מספר הלוקים באלצהיימר, תחזית גידול – במצגת. גידול של בערך פי 6 בעלויות של המחלה הזאת. בעניין הזה צריך לזכור שהמשרד מוביל תכנית לאומית בנושא, וזה אתגר מאוד כבד ורק היבט אחד של נושא הזקנה. יש גם CO-MORBIDITY. הנושא של תחלואה כרונית – הפרורם העולמי צפה או צופה – רואים גידול בעלויות של מחלות שונות שצפוי בין השנים 2010 ל - 2030, 20 שנים הקרובות. חשובה לא רק ההתמודדות, אלא הצורה שבה המערכת מאורגנת להתמודדות עם המחלה ומצב הקשישים. יש אנשים שזו האחריות שלהם. חלק מהדברים הולכים למשרד הרווחה. מנכ"ל משרד הרווחה יודע שיש להם מערכת תמריצים מוגבלת. הם צריכים לטפל בקשיש עד מצב של תשישות, ואז משרד הבריאות אחראי עליו. אין לו תמריץ להשקיע יותר. פרופ' מור-יוסף אחראי על הטיפול הקהילתי, אך מהרגע שהחולה הפך להיות תשוש, והוא במוסד מתאים, הוא עובר לאחריות של מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' גמזו, ואם הוא סיעודי מורכב, הוא עובר לקופות. זה גורם לפיצול וחוסר יעילות של המערכת. יש הצעה לרפורמה בנושא הזה, ומי שסובל בסוף זה הקשיש. מערך השירותים היום לא יעיל ולא מתמודד בצורה מספיק טובה עם התחלואה כמו שהיא היום, וצפויה עלייה משמעותית בהיקף המשאבים שיחסרו למערכת. הגרף הזה משלב את המצב כיום מ - 2010 – השוואה בינלאומית בין מס' אחיות מועסקות ורופאים מועסקים לאלף נפש, בעלי רישיון עד גיל 65. בישראל אנחנו לא מדברים על מועסקים, כי לא היה רישום מדויק, אבל זה קרוב. אנחנו עדיין נמצאים באותו רביע - מבחינת רופאים אנחנו נמצאים במקום סביר, כאשר האחיות, מבחינת שיעור המועסקות, אנחנו נמצאים במקום מאוד נמוך. אנחנו מתקרבים במהירות מדהימה למצב שבו אנחנו יורדים מתחת לקו. מצב שהוא נמוך מאוד ביחס למדינות אחרות, ותזכרו שתוחלת החיים גדלה וההזדקנות מוגברת. זו תמונה נכון ל - 2010, וזה חלק מהתחזית. שיעור רופאים היום נמצא במגמת ירידה - הוספנו מקומות הכשרה, יש לנו את צפת, הוספנו לאוניברסיטאות הקיימות - עם כל אלה, נמשיך במגמת הירידה, אחת הסיבות לכך היא שיעורי הפרייון. המכנה אצלנו גדל מהר כל הזמן, ובמדינות אחרות זה יותר איטי. אלף מאה רישיונות זה המצב היום. 750 סטודנטים התחילו ללמוד השנה, ונגיע כנראה ל - 850 בזמן הקרוב. יש עוד 300 סטודנטים בחו"ל, וזו תקרת הייצור שלנו נכון להיום.

ערן פוליצר: עם התיקון, באיזה רביע נהיה אחר כך ברופאים?

דר' טוביה חורב: אנחנו נרד. נושא האחיות – צניחה דרמטית בשיעור האחיות לאלף נפש בשנים האחרונות. עשינו מאמץ כביר - פתחנו מקומות הכשרה במכללות, ואנחנו מצליחים להגיע למצב של עלייה לאט לאט, שיפור בשיעור האחיות לאלף נפש. התחלנו את מגמת העלייה. עיקר העלייה יהיה בעתיד, כי השנתיים האחרונות עוד לא יצאו לשוק, שינינו את הגרף. בואו נדבר על BENCHMARKים - יחס אחיות לאלף נפש ממוצע ב - OECD, הוא קרוב ל - 9. ב - 2025 אני אגיע לסדר גודל של 6 בארץ לעומתם. בקצה הגרף נתחיל להתקרב למה שקורה היום במדינות ה - OECD, לנו יהיה אז 6 לאלף נפש, וזה אחד האתגרים הכבדים שלנו. אנחנו פועלים רבות, אבל זה אתגר גדול. גם כשקבענו בתכנון 2010 מספר יעדים, תכנון ארוך טווח של כ"א, הבאנו בחשבון את ההבדלים בין ישראל למדינות אחרות, ואמרנו שהיעד שלנו הוא לא 9, אבל גם לא 6. אנחנו כנראה נגיע ל - 6, אבל סביר להניח שה - 6 הזה בהתחשב ברמות התחלואה וההזדקנות, נצטרך להגביר את המאמץ. השאלה בשורה תחתונה היא האם די בכך? התשובה היא לדעתי לא. צריך לפעול במשנה מרץ בעניין הזה. אם ניקח רק מיטות כלליות כמשל, אנחנו נמצאים ב



2 - לעומת 3.5 מיטות לאלף נפש. אם הייתי משליך עליהם את ההתפלגות של הגילאים שלנו, זה 2.87 ולא 3.5. יש לנו ירידה בשיעור רופאים לאלף נפש, זה מתמתן, אבל אנחנו עדיין במגמת ירידה. אני מזכיר את מקצועות המצוקה בתוך עולם הרפואה, ואז נשאלת השאלה איך מגבירים את הפנייה אליהם? הועלה הרעיון של מענקים. זה משפר את המצב וצריך להמשיך בכיוון הזה. לא שמתי שקף על זה – צה"ל עובר דרומה והולך להיות שינוי בגלל זה. בדרום שיעור התשתיות וכ"א לאלף נפש הוא במצב לא טוב, פחות שופע תשתיות, והנושא יתגבר אם לא תינתן הדעת למעבר צה"ל דרומה, וזה כרגע בדיאלוג עם האוצר ללא התקדמות. עלויות הולכות וגוברות של השירותים – דו"ח מחברת מקנזי עם הפורום הכלכלי העולמי – מתחלק להיצע וביקוש. כשהם מסתכלים על ההיצע, הם מדברים על חלוקה תת-אופטימלית של משאבים, בין השאר בגלל קבוצות אינטרס שמאטות תהליכים של שינוי, חוסר שימוש בתמריצים של נותני שירות לכיוונים מסוימים. הם מדברים על עלות הולכת ועולה של פרוצדורות שונות וכן הלאה. מצד הביקושים הם מדברים על גידול בציפיות הציבור ואורך חיים, שלא בהכרח מקדם בריאות. דוגמא לנושא של גידול בהוצאה לבריאות שנובע בין היתר מטכנולוגיות יקרות שנכנסות למערכת. נתון חשוב נוסף – מתוך האישור של וועדת סל התרופות ל-2013, אנחנו רואים שהייתה שם תרופה שעלותה 2 מיליון ש"ח, והיקף החולים הצפוי הוא אדם אחד. אני לא מביע עמדה ערכית לכן או לא צריך להכניס את זה לסל, אלא עלויות עמן אנו מתמודדים בסל, ועד כמה צריך להכניס את זה, האם יותר או פחות ממה שנעשה כיום. זה לא מדד בודד, אבל צריך לזכור את זה. פערים חברתיים כלכליים – סוגיה אסטרטגית ברמה הלאומית. תחולת העוני בישראל, עד כמה זה סוגיה אסטרטגית ברמה הלאומית. ההנחה שלי היא שזו אכן כזו, וזה אמור להכתיב את הראייה של משרד הבריאות, איך הוא מתמודד עם הדבר הזה. יש בהחלט השפעה של הפערים החברתיים על הפערים בבריאות, ויש גם פערים תוצרת בית כמו תשתיות, שלא בהכרח קשור בפערים החברתיים והכלכליים. שילוב מיטבי בין קהילה ואשפוז – קיבלנו בדו"ח שהוציא ה-OECD, הוא דיבר על האתגרים ונתן מחמאות לישראל על הרפואה הקהילתית שלנו, שהיא יכולה לשמש במקרים רבים מודל שיכולים ללמוד מאיתנו דבר או שניים - לא ציטוט מדויק אלא במילים שלי, אבל זה הכיוון הכללי. הוא כן הסביר את האתגר עבורנו – השילוב בין המערכת הקהילתית לאשפוזית וכאן צריך להשקיע, זה אתגר שלנו. מה אנחנו אמורים לעשות בהקשר הזה? נתונים לאשפוזים חוזרים, תפקוד תת אופטימלי של התפר בין הקהילה לאשפוז זה הנושא של אשפוזים חוזרים. 20% מהמאושפזים חוזרים לבתי"ח לאשפוז חוזר תוך חודש. תוך שבוע 10% חוזרים. הקו הירוק המלא הוא כתוצאה ממחלה ולא כתוצאה מסיבות חיצוניות. זה כן משקף את האתגר שיש. אפשר להגיע להישגים יותר טובים, ואפשר ללמוד ממדינות אחרות, יש יותר טוב. מה בהקשר הזה ניתן לעשות? דברים שכבר קיימים בוורסיה כזו או אחרת בגלל פעילות יזומה של קופות – במכבי יש מודל מומ"ה, שעושה OUTREACH טלפוני לקבוצה גדולה של חולים. מדובר באחיות שיושבות במוקד טלפוני שמנהלות מקרה במחלות מסוימות, ניטור מרחוק של מצבים רפואיים מסוימים, וכך להגיע לאותם חולים ולוודא בין היתר היענות לתרופות, האם נוטלים וכן הלאה. השאלה היא מה הצעד הבא. ממצב של פיילוט מנסים להוביל למשהו רציני יותר ברמה הלאומית. יש את הנושא של טלה-מדיסין ושימוש של שירותי רפואה יועצת – רופא מפריפריה מתקשר לרופא מומחה בכיר במרכז בשיחת ועידה, החולה והרופא מתייעצים איתו. יש את הנושא של ביקורי בית – לקשישים בעיקר, זה קיים ואפשר לשפר את המודל הזה. אין בנושא הזה סטנדרטיזציה, איך ניתן לטפל באופן מיטבי, למי זה מיועד וכו'.



עו"ד לאה ופנר: איך אתם רואים את מה שרן סער אמר, שבמסגרת הקיצוצים צריך לבטל את שירותי הטיפול בבית? לכאורה זה צריך להיות אינטרס שלהם שזה יקרה, אני לא מבינה את ההגיון, על התמריץ של לכאורה צריך להיות הגברה של זה כדי למנוע.

פרופ' גבי בן נון: מנכ"ל הקופה אמר לי כשאני חוסך יום אשפוז, הוא מיד מתמלא על ידי מישהו אחר.

פרופ' לאה אחדות: אני חושבת שכל הסוגיה של מערכת התמריצים בין הקופות לבתיה"ח מאוד קריטית לנושא הזה. אלה יכולים להיות פרויקטים ספורדיים. הליבה של בעיית השילוב היא התמריצים.

דר' טוביה חורב: ממשיך במצגת. תמהיל ציבורי פרטי – לפרמיות המשולמות בשב"ן ובמסחרי – הן הכפילו עצמן בכל אחת מהמערכות תוך 5-6 שנים, וזה תוספת של 3 מיליארד ש"ח. בהקשר הזה, הרבה כסף שנכנס אתה לא יודע אם זה מביא יותר בריאות, מה מקבלים צרכני הקצה כתוצאה מאותן פרמיות שנשפכות, בהקשר של השב"ן והמשלים. לא ברור מה הייעוד, וחשוב שנדע את הדבר הזה. לא אמרתי לגבי אף אחת מהמערכות את העמדה שלי לגבי הייעוד שלה, ואיך הוא יתממש.

פרופ' גבי בן נון: כאשר מכבי מבטחת את כולם במשלים, ואם אתה לא רוצה אל תגיד לי, זה בחירה או לא? איך הוא הגיע ל-88%??

דר' טוביה חורב: ההנחה שהצרכן עושה החלטה רציונלית בנושא רכישת שירותי בריאות, היא לא מבוססת. נמשיך.

אכן כדי להגיע להכפלה תוך 5 שנים, אז לא חוסכים במאמצים. אני לא בטוח שהרכישה היא כתוצאה מאכזבה של צרכנים מהמערכת הציבורית, אני כן יודע להגיד מה קורה בשטח כתוצאה מהפרסומות. אני עוד לא עושה הנחות לא לשב"ן ולא לחברות הביטוח. אלה חוטאים בנושא הזה של פרסומות שהם מעמידים הרבה פעמים את הלקוח במעמד שאם לא תקנה, אתה נשאר עם משהו דל ולא טוב, כשדעתי היא שהמערכת הציבורית, הסל שלה הוא לא מוצר גרוע, גם בהשוואה בין לאומית.

עו"ד לאה ופנר: יש משהו נוסף במה שאתה מקבל בציבורי, שמסתכלים ומעודדים את זה בצורה אחרת. בקופה, אם אתה הולך, הרופא וכל אלה אומרים לך...

פרופ' לאה אחדות: כולם משתפים פעולה.

דר' טוביה חורב: מה עשינו בשנה האחרונה כדי לעודד את המגמה שבעיני היא לא הולכת לכיוונים נכונים? ביטלנו את הרובד הבסיסי של מכבי, מגן כסף, והשארנו את מגן זהב, הפכנו אותו לרובד בסיסי כשהיה קודם עליון. אני לא נמצא בעמדה של להתגונן או להגן, אלא מה המגמות ומה תורם להם לדעתי. בתת ועדה אדבר על מה צריך לעשות או לא בדברים מסוימים. נושא של פריחה של רובד שני גם בכללית פלטינום ופריחה של מסחריים מצד שני, ולא רק שיש פריחה שלהם, אלא גם רגולציה של המסחריים נוקטת בגישה שצריך להמעיט ברגולציה ולתת לשטח לעשות את שלו, והדוגמה מהשטח היא הגדרה של מחלות קשות בפוליסות מסחריות. ב-2003 יצא חוזר



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

של המפקח שהגדיר מהן מחלות קשות. אנחנו חושבים שההגדרה הזאת לא עושה צדק עם המבוטח, והשכיחות שיצליח לקבל תגמולים היא נמוכה מאוד. המפקח על הביטוח לא רק שלא שיפר את ההגדרות, כך שיתנו תמורה משמעותית יותר לצרכנים, הוא אמר שאני מקל ונותן לשטח את ההגדרות שלו בצורה עצמאית כפוף לבקרות שאעשה. כלומר אם בעבר הייתה סטנדרטיזציה שחברת ביטוח יכולה לתת ביטוח למחלות קשות עם הגדרות שרק מקלות, היום אין רף אחיד, ולכן באיזשהו אופן, כך אני מפרש את החוזר, החוזר פחות מקל על הרגולציה ומקשה לדעתי על המבוטחים. תזכרו מה צרכן באמת מבין בכל ההגדרות האלה כשהוא קורא את הפוליסה.

גיון לנון – "אפשר לדבר על מה שצריך לעשות ברגולציה, אבל השאלה היא מה קורה בדרך עד ש-ש" (תרגום לציטוט). בעודנו מדברים, מה עדיין קורה. בשיחה אחרת – בעודנו מחכים לסל הציבורי האופטימלי, השאלה היא מה עושים עם השתתפויות עצמיות. צריך לעשות שינוי, וצריך לעשות אותו עכשיו.

פרופ' לאה אחדות: האם התפיסה הזאת כבר נולדה במשרד הבריאות או שיש המשך לזה? יש מדיניות, תפיסה..

פרופ' רוני גמזו: המדיניות במשרד היא לצמצם כמה שיותר את ההוצאה הפרטית, כאשר אנחנו לא יכולים לשלם בביטוחים המסחריים, הם משתלטים וקופצים ועולים. אנחנו נדרשים מעת לעת לתקן את השב"נים באופן שלא יהיו נכים לחלוטין, אלא לעשות להם התאמות כדי שיהיו סבירים. אז יש איזון מסוים שהמסחריים רוכבים על הנכות שלהם – "תראה, אתה לא מקבל פה כלום, אין פה שום דבר". מכבי שלי זה לא דוגמא, הדרג המקצועי לא חשב שצריך להוציא את הביטוח הזה. החוק נותן את הסמכות לשר ולא לדרג המקצועי, והמקצועי היה בבעיה. בניגוד לעמדתנו של המנכ"ל, יש גורמים מקצועיים מגוונים.

פרופ' לאה אחדות: מה המסר שלכם לציבור? שב"ן זה טוב?

פרופ' רוני גמזו: המסר שלנו לציבור – אם יש ציבור שלא מסתפק בסל הבסיסי, וחושב שערך בחירת המנתח הוא ערך עליון, ולא רואה עצמו יצור חי ללא הערך הזה - קח שב"ן, כי הביטוח המסחרי נותן הרבה אשליות.

ד"ר טוביה חורב: צריך להתערב בגלל כשלי השוק הקיימים בביטוח. מערכת הביטוחים מנוהלת על ידי שני רגולטורים שונים – מה כל אחד רואה? לאן מסתכל כאשר הוא עושה את הרגולציה, זו שאלה שמשפיעה על השוק. השאלה אם צריך להסתכל על השווקים האלה כל אחד בפני עצמו או כשווקי משנה, ומה יחסי הגומלין בין הדברים האלה, ואז לבוא ולראות את השוק כולו ולהתמקד בבעיה של כל שוק בנפרד.

התמריצים במערכת בשטח האפור בין המימון הפרטי לציבורי – יש כאן שקף שמראה בתוך מגוון הרופאים שלהם את אחד הרופאים, ורואים שהוא קודם כל נושא משרה בכירה באחד מבתי"ח, עובד כנותן שירותי סל בקופה בקהילה וגם שירותי חוות דעת שנייה בשב"ן. במכבי לא כתוב אם הוא קשור בהסכם עם אחת מחברות הביטוח. בתוך הקופה יכול להיות שנותן שירותים אחד נותן שירותי סל, ומייעץ ומפנה את אותו גורם למערכות אחרות בהתאם לתמריצים שיש לו.

עו"ד לאה ופנר: כל מה שאמרת כמעט זה יכול להיות גם סוג של סל. יש לי בעיה עם הדוגמא. המימון הוא בשב"ן, אבל חוות דעת שנייה מופיעה בחוק זכויות החולה. זה לא משנה שזה אותו רופא.



דר' טוביה חורב: דוגמא - בקופות אחרות לדעתי, אם אני הלקוח הייתי אצל רופא אחר באורתופדיה, ובמהלך הרבעון אני רוצה ללכת לרופא אחר באותו תחום, אני צריך לשלם סכום נוסף. למה לעשות את זה דרך השב"ן? איך קוראים לזה זה משהו אחר. זה שטח שיכול להיות מנוצל לרעה על ידי נותני השירות.

על השר"פ – הוא לא מטרה בפני עצמה, הוא אמור לפתור בעיות שקיימות או לא במערכת. כשאתה מסתכל על מה הוא יכול לקדם זה תוספת משאבים, אפשרות להעסיק רופאים והגדלת זמינות של רופאים לאזרח. אפשר לחלוק על זה אם בכלל הוא עוזר, ומה המחיר שלו. מה יכול להיות המחיר? אציג רק תזה אחת על בסיס מודלים כלכליים שעשינו במנהל. אני מדלג על הביטויים האחרים שמאירים את השלילה של השר"פ - מתייחס למצגת. אנחנו מציגים סוג של סימולטור. זה לא כולל עלות של מלוא עלות הניתוח מהכיס.

יוליה איתן: זה לא כולל את מי ששילם מלוא עלות הניתוח מהכיס שלו.

דר' טוביה חורב: מהרגע שבו קופה עשתה ניתוח במסגרת השב"ן, זה נספר כניתוח אחד, העלות זה עלות כוללת של הניתוח.

פרופ' גבי בן נון: מה זה עלות של ניתוח? לקחת עלות ממוצעת של ניתוח?

דר' טוביה חורב: לכל ניתוח כזה יש לו עלות משלו לקופה.

דורון קמפלר: זה לא ממוצעים, זה אגרגציה של נתונים.

ניר קינדר: מתוך נתונים של חברות הביטוח, אפשר לגזור מה השתתפות העצמית.

פרופ' גבי בן נון: בחירת רופא פלוס השתתפות עצמית, זו התשובה.

דר' טוביה חורב: אם אני לוקח את המודל של שערי צדק – במצגת. אפשר להעמיד את המודל, אפשר לראות אותו ולחוש אותו, את הנתונים שהכנסנו להנחות היסוד. אנחנו מגיעים לתוספת עלויות של 1.8 מיליארד ש"ח. אם אנחנו משליכים את זה על כלל הפעילות, זה מה שאנחנו מקבלים - ממשיך במצגת.

עו"ד לאה ופנר: אמרת שהרופאים יקבלו עוד 1.8. ירידה בטופסי 17 זה הפחתה?

דר' טוביה חורב: אני לא חוסך. כיום השב"ן משלם מהשקל הראשון. את העלות של טופס ה - 17 ואת העלות של שכר הרופאים.

עו"ד לאה ופנר: אלא אם כן אתה אומר שיהיו ניתוחים נוספים. אותו ניתוח, טופס 17 היה משלם בכל מקרה, לפרטי או לציבורי. אם שמת שר"פ בציבורי, למה יש לך כסף..

דר' טוביה חורב: צריך לחלק את עלות טופס ה - 17 בין שני הגורמים.

פרופ' גבי בן נון: היא לא מבינה את הסיפור של טפסי 17. מה אתה עושה עם ה - 1.9 מיליארד האלה?



דר' טוביה חורב: הוא מממן מהשקל הראשון.

פרופ' גבי בן נון: לא בהדסה.

דר' שלומי פריזט: זו התוספת להוצאה הפרטית, זהו. זה שזה בא מהכיס הציבורי זה משהו אחר.

עו"ד לאה ופנר: עכשיו הבנתי. אבל כדי שאראה שהבנתי – יעלה למערכת הפרטית יותר כסף כי הוא מממן את הניתוח מהשקל הראשון בשב"ן.

דר' טוביה חורב: כן, אם נצא מנקודת הנחה שאין תוספת עלויות וכן הלאה.

עו"ד לאה ופנר: ברור. ולכן חיברת את שניהם? איך הגעת ל - 2.3 מיליארד?

ניר קידר: אם ניקח את שערי צדק ברמה ממשלתית, העלות של שר"פ ברמת כלל המערכת יהיה 3.7 מיליארד - 1.8 עלות לרופאים ו - 1.9 עלות של טפסי 17. זו עוד תוספת שאנשים ישלמו שכר לרופאים. השב"ן מממן 2.3 מיליארד ש"ח, חלק מחברות הביטוח יממנו וחלק השתתפויות עצמיות.

דר' טוביה חורב: אין חפיפה, אני מכיר את המערכת. בתוך המודל שילבנו את ארבע הנקודות הראשונות שאתם רואים פה, כאשר המודל מאשר להכניס מה שאתם חושבים וגם מאיזה כיוון. האם זה משנה כלפי מעלה או כלפי מטה? הסטת פעילות מפרטי לציבורי, חלקה או כולה – ממשיך במצגת. אפשר להכניס לכאן כל מיני נתונים שהם לא אחד לאחד. יש את הנושא של כן או לא חלוקה או בעלות על טופס 17, גם זה הוכנס למודל, בשיעורי השתתפות שונים. צריך להביא את זה בחשבון שהם לא במסגרת הפנימית, הם חיצוניים. השאלה היא איך מביאים בחשבון את השאלה של תוספת שכר לסקטורים נוספים – אחיות, מרדימים וכו'. שר"פ לא מתחיל ונגמר ברופאים.

עו"ד לאה ופנר: אני חושבת שיש בעיה אם נקבל ממך המלצה בעד או נגד שר"פ. יש לי בעיה עם זה היום.

דר' טוביה חורב: אני מביא השלכות כלכליות, ואמרת שאני מביא את הפן השלילי. אני מביא עמדת מנהל.

עו"ד לאה ופנר: מותר לשמוע הכל. אני אומרת שיש בעיה כשמתחילים דיון שהגוף הכי חשוב ומשפיע מביא את עמדתו בהתחלה. הוא בא בתור מנהל משרד הבריאות וזה בעייתי.

פרופ' גבי בן נון: הוא אומר לך מה הנחות העבודה ואת יכולה להחליט אם לקבל אותן או לא.

דר' טוביה חורב: המשמעות של החלת כללי שערי צדק – במצגת. 0% זה אם אין שינוי במודל שערי צדק. אני אומר לכם שניתן לעשות במודל הזה, וניתן לשקף אותו ולהראות אותו לראות בסוף היום מה המשמעות הכלכלית שלו. דיברנו גם על המשתנים האקסוגניים. כתוצאה מזה ששר"פ הונהג ארצית, יש רצון של מרדימים ואחיות להיכנס וליהנות מהנושא הזה. כל 10% תוספת שכר כזאת זה 540 מיליון ש"ח. אם אני מסתכל מנקודת מבט של משקי הבית – במצגת.

יוליה איתן: אין תנועה בין השכבות במודל? אולי אנשים יוותרו על חלקים אחרים?



דר' טוביה חורב: קיבלנו את ההוצאה כפי שהיא בחלקים אחרים. יעילות בעידן השר"פ – במצגת. ציטוט של אליקים רובינשטיין לגבי השר"פ בבת"י"ח ציבוריים – במצגת. מה הבעיה ומה רוצים להשיג – במצגת. במערכת הפרטית אפשר להגביל מספר מיטות. לכן השאלה היא האם זאת החלופה היחידה לבעיה, אם אכן הצבענו על בעיה. סיכום והמלצות במצגת. האם חברות ביטוח פרטיות ושב"ן צריכות להתחרות באותו שדה או בפלטפורמות משפטיות שונות, ולהגדיר אחרת את הייעוד של כל אחת מהתכניות, ולהתאים את הכללים אחרת? או כללים שווים ורגולטור אחד? אני לא אומר שזו ההצעה שלי, אבל זו אפשרות. מה צריכה להיות מתכונת הפעילות של הביטוחים המסחריים כדי לוודא שאנחנו מונעים אימפקט שלילי של המסחריים על הציבוריים. אני רוצה רגע להזכיר לכולנו על המצב שבו יש רובד עם סל שירותים מסוים, שהצטרפתי אליו לפני 4 שנים והסכמתי לשלם עליו פרמיה מסוימת. אחת לתקופה מישהו מחליט, הרגולטור או הקופה, שהוא מגדיל את הסל לשירותים שאני לא החלטתי עליהם. יש לי הוראת קבע, והוא מכניס יד לכיס שלי ולוקח פרמיה גבוהה יותר. אי אפשר לומר שהמבוטחים לא יודעים מזה, הכל כתוב. אפשר ליידע את המבוטחים וזה נמצא בתקנונים, ואני עדיין חושב שהרגולטור צריך לנקוט יד קשה בשאלה מתי עושים את המהלך הזה לאור סלי השירותים הרחבים במערכת, ואם יש טעם להגדיל את סל השירותים בצורה כל כך תכופה, כפי שנעשה בתקופה האחרונה או לאורך הדרך. זה באמת משהו שהיה לאורך כל השנים. אגף התקציבים באוצר רואה ראיית מאקרו שכוללת את הפרטי והציבורי ומנגנון שכזה יכול לגרום למצב שהרגולציה, לא אגיד משותפת, לא נכנס לעולם הזה, אבל היא צריכה להיות משתפת, צריך לחשוב יחד ולראות, וכל רגולטור יודע ומבין מה ההשפעה שלו על עולם התוכן של הרגולטור השני. משאבי המערכת – במצגת.

פרופ' לאה אחדות: סדר הופעת הדברים לא לפי סדר חשיבות?

דר' טוביה חורב: לא, זה לא מסודר לפי חשיבות. הדברים האלה בתנופת עשייה במשרד, ואלה דברים שצריך באמת לחזק אותם. נעשה כאן הרבה בנושא הזה וצריך להמשיך. שיתוף הציבור וצמצום אי השוויון – במצגת. משאיר לכם כחומר למחשבה.

שאלות:

פרופ' גבי בן נון: השר"פ בשלב מסוים יעלה, וכל אחד יגיד את עמדתו. כל פעם שמישהו אומר נתון שלא מתאים לעמדה של אחרים, אז מיד מתנפלים ואומרים שזה לא נכון. צריך להזמין כמה שיותר עמדות ונתונים שיוצגו בפנינו. צריך להקדיש 2-3 שעות לנושא התמריצים הכלכליים שקיימים במערכת. צריך להשקיע בזה יותר חשיבה. הרבה המלצות יהיו קשורות לנושא.

יוליה איתן: תודה על המצגת, היא מאירה זוויות שלא דנו בהן והן חשובות. האתגרים הוצגו בצורה טובה ורהוטה. לעניין המודל הערה מהותית היא שהמודל צריך להניח דינמיות. לא הייתה הנחה לגבי דינמיות של ההוצאה בין סעיפי ההוצאה הנדונים, וצריך להתייחס לזה. האם אפשר לעשות אקסטרפולציה קדימה ומתוך העתיד גוזרים להווה? מה החשיבות של הסכום 1.8 מיליארד, מה העלויות במידה ולא מכניסים עוד? אני רוצה להראות מודל של איך אתה גובה מיסוי אם אתה מכניס מקורות אחרים? מה תהיה ההתפלגות? אלו דילמות אמיתיות, לאן זה מביא אותנו? פתחתנו פה דיון אבל הדיון לא מוצה.



דר' טוביה חורב: אפשר להראות לכם את המודל, הוא שקוף לחלוטין.

פרופ' לאה אחדות: אני גם חושבת שטוב שיש מסגרת כזאת, שיש תחום של הנחות אפשריות בכל אחד מהפרמטרים, אנחנו לא יכולים עדיין לשחרר את הדמיון שלנו. יש הנחות שאפשר לתבוע עבורן תחום של ערכים וזה לא בלתי תלוי אחד בשני. למשל שינוי כמויות יכול לנבוע מהעובדה שהשב"ן יפתח שר"פ לעומת השפעת מחיר על כמות. אפשר לקחת מהספרות, זה מה שאנחנו עושים הרבה פעמים כשאין לנו גמישויות. בואו נסתכל בתחום הזה מה נעשה. אני חושבת שזה בסדר גמור, כי אין משהו אחר ואנחנו לא יכולים להישאר בלי משהו אחר. אני לא יכולה לאמץ דעה ששמעתי מסביב לשולחן הזה, שמאחר ואנחנו לא יכולים להביא כלום, לא נביא אף מספר. צריך להשתדל לתת תחום סביר של תנועה בין הערכים השונים, ולאפשר כן הערכות שנוגעות ממספר כזה לשני. אפשר להתייחס קצת לצד הדינמי כי יש התפתחות שבהם הכמויות גדלות. לגבי אלטרנטיבה – כל אלטרנטיבה אחרת, אם אנחנו חושבים שהשר"פ יטפל במחסור במקורות ציבוריים, אף אחד לא מת על זה. אף אחד לא מניח אם אפשר להשיג כסף מהציבורי או לא. לפחות עם מי שאני מדברת פה שאני יודעת שהוא הרבה יותר בצד התומכים של הנושא, הוא אומר שזה בלתי ברירה. לא נקבל כסף ציבורי, הממשלה לא תוסיף תקציבים, וצריך למצוא משהו אחר. אני חושבת שגם את הצד הזה צריך להסתכל עליו.

דר' טוביה חורב: לשים סימן שאלה במקום קריאה בסוף?

דר' שלומי פריזט: כן להגדיל מקורות. זה מה שהיא אומרת.

פרופ' לאה אחדות: משהו אישי – אני לא באתי כטכנאית לוועדה, בטכניקה אפשר לעשות סימולציות. כל אחד מאיתנו בא עם מטען ערכי, ואחד מהם זה תפקיד המדינה ועומק המעורבות שלה. אם מישהו יגיד שיש 42% תוצר וזו המסגרת, וכחברי וועדה שדנים בתחום כל כך חשוב ושיש לו השלכה על הדורות הבאים שייחננו מהבריאות, אני יכולה להסתכל בראיית מאקרו מה אני חושבת שצריך לעשות, לאור כל מיני תרומות חברתיות שמונחות לפנינו. אם האוצר יגידו לי לא, אי אפשר להגדיל הוצאה ציבורית, אז גם בוועדה שלא מדברת על כללים פיסקליים, יש אפשרות לחברי וועדה על הממשלה להגדיל את מעורבותה בתחום.

דורון קמפלר: לא באנו לכאן כשמגדירים לנו את סוג התשובות שנוכל לתת.

עו"ד עדי ניב-יגודה: הפנייה לשר"פ היא על בסיס הכמות?

דר' טוביה חורב: זה כמו תיירות מרפא. כמות מסוימת של תיירות מרפא יכולה כאילוץ להישאר במסגרת ולשמרה בצורה הדוקה, מתוך הנחה שתיירות המרפא הזאת תשמש תמיכה למערכת הציבורית. שר"פ ותיירות מרפא שניהם מבחינתי לא לגיטימיים. אני חושב שפתיחה בעידן של חוסר משאבי כ"א במערכת הציבורית ללא מגבלות או מגבלות קלות מדי של תיירות מרפא כמו גם שר"פ, גורם למצב שהמערכת הציבורית בעיני נחלשת, ויותר ויותר יש שאיבה של כ"א למערכות פרטיות. לכן גם את נושא תיירות מרפא צריך להגביל ברגולציה הדוקה.

פרופ' גבי בן נון: אנחנו משחקים פה משחק של עמדות ערכיות בו הכל פתוח. גם שינוי המצב הקיים בשר"פ ובתיירות מרפא הוא על השולחן, ואני לא מקבל את זה כנתון. אם אנחנו הולכים לבנות מודל - קדימה. הכל מונח



על השולחן. חשבתי שאת הנושא הזה ניקינו מהשולחן בדיון השני. הערה שניה – טוביה חידד את הנושא שהשר"פ מהווה אמצעי להשגת מטרות. אם נחליט שהוא הלגיטימי, נלך עליו. אם לא, צריך להציג מודל אלטרנטיבי של השגת מטרות שהשיג השר"פ – ניצול תשתיות, שמירה על כ"א במערכת וכו'. אני פונה אליך לאמץ אסטרטגיה של אימוץ מודל אלטרנטיבי.

דר' עזיז דראושה: להמשיך את קו המחשבה שלו – היה והחלטנו את מה שהחלטנו, לאותן מטרות שציננת, מטרות מצוינות, היה והוא לא מצליח, המכניזם הזה שנפעיל, שר"פ או משמרת שנייה, מה יותר קל כמשרד הבריאות מבחינת הפיכות?

דר' טוביה חורב: אני שמח על השאלה הזאת. עמדתי היא שהשר"פ הוא מצב מבחינה רגולטיבית שהוא בלתי הפיך. לאחר שאתה תנהיג שר"פ במסגרת כזאת שכוללת את כל נותני השירות, לבוא לציבור כעבור פרק זמן ולומר "טעינו", זה מזיק יותר מאשר מועיל, לדבר עם הנהלות בתיה"ח, גורמים קשורי עניין, לקחת אחורה את המערכת, זה לא ילך.

יוליה איתן: זה כבר נעשה בעבר בהנחיית רובינשטיין.

דר' טוביה חורב: זה לא היה שר"פ, זה היה משהו אחר.

יוליה איתן: חוץ מפול טיימר ושר"פ, אנחנו יכולים לחשוב על מודלים נוספים. בואו נחשוב על משהו שטוב לנו איתנו. זה לא צריך להיות מודל של גבי או של יוליה, אלא חלק ממה שהוועדה יכולה ליצור זה מודל שנוכל לחיות איתנו. זה הקושי במתודולוגיה. טוביה עשה כמיטב יכולתו, כי הוא מתייחס לשר"פ הידוע במתכונתו הנוכחית, והחשיבה לא מתפתחת, וצריך למצוא את המודל שכולנו נסכים עליו.

דר' טוביה חורב: כשאת אומרת מודל אחר זה אומר לאו דווקא בבחירת רופא מסוג שהוא, אלא להשאר רופא אחר הצהריים?

יוליה איתן: יש פה בסופו של דבר חיפוש אחר מקורות מימון ומתן מענה לצרכים כמו הכשרת הדור הבא, הישארות פיזית בביה"ח וכו'. אפשר למפות מה המטרות ולחפש מהם המודלים המתאימים להם, וזה לא חייב להיות משהו ב – ONE SINGLE BULLET. לכן זה עניין של תמהיל של פתרונות יצירתיים בעולם הזה.

פרופ' לאה אחדות: המדינה עשתה מהפכות מאוד גדולות בהרבה תחומים. בואו ניקח את התחום הפנסיה, תחום שבו נעשתה מהפכה גדולה. מישהו היה מתאר לעצמו שכל מבנה קרנות הפנסיה הישנות יעלם לחלוטין? עשו, ולא משנה מה דעתנו על זה. אפשר לצאת מתוך נקודה כזאת שמה שקיים זה מחסום בפני שינוי.

יוליה איתן: רוב המהפכות לוו בשינוי מערכת, וזה לא רק תוספת מקורות. החיפוש אחריהם, הניסיון להסתמך רק על מקורות ציבוריים, מדבר על העלאת מיסים ואולי זה לגיטימי.

דר' טוביה חורב: זה יכול להיות שינוי בסדרי עדיפויות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוליה איתן: זה יכול להיות היום, ואולי בעוד שנתיים שוב בהתאם ללחצים.

דר' טוביה חורב: זה לגיטימי.

יוליה איתן: צריך לקחת את זה בחשבון.

ערן פוליצר: על הפנסיה אפשר היה להגיד שהמערכת קורסת או עומדת לפני קריסה. מערכת הבריאות, אני לא חושב שהיא קורסת, והשינויים לא צריכים להיות בהכרח בתור מהפכה.

פרופ' גבי בן נון: אתה טועה.

ערן פוליצר: שר"פ בתור מקור משאבים למערכת זה חלק מלהעביר את הרווחיות מהפרטי לציבורי, אבל אנחנו לא מדברים על עלויות ורווח, אלא על המקור למשאבים זה החיסכון להסטה מהסל. יש מקום להסתכל אם הרווחיות קיימת והיא בכלל משמעותית.

ניר קיזר: אתה רואה שבשערי צדק ובהדסה שהשר"פ לא רווחי.

ערן פוליצר: נכון, ומתייחסים לזה כמקור למשאבים, ופחות לחסכון לסל של טפסי 17.

פרופ' גבי בן נון: יש עוד אמירה חשובה – חלק מהפיתוי שעשוי לעמוד למולנו זה לא לעשות כלום. המשמעות של זה היא מאוד פשוטה – אם לא קיבלת החלטה בנושא שר"פ, יהיה שר"פ.

**** מציגה רביעית בפני הוועדה: ח"כ שלי יחימוביץ' – השר"פ ואתוס מערכת הבריאות הציבורית. מלוויס – עווד, עוזר לח"כ; עמית בן צור, יו"ר מטה יו"ר האופוזיציה; אלי גרשנקורן – עוזר אישי, בוגר משרד התמ"ת;**

מציגה מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).

ח"כ שלי יחימוביץ': אני שמחה שהסכמתם לשמוע אותי. אנחנו באים כידידי המערכת ואוהדים שלה, וכמי שרוצים לשמור על חוסנה ועל האוטונומיה שלה, על תקציביה ויכולתה להכריע בסוגיות של בריאות הציבור. ברור לי שרוב המכריע של היושבים כאן מבינים יותר ממני בבריאות למרות העיסוק המתמשך שלי כפרלמנטרית. המטרה היא לא לגלות לכם עובדות חדשות, אלא לתת יותר את ההקשר הרחב, את האתוס שלנו בעניין הזה. נקודת המוצא שלנו היא אידיאולוגית וציונית ואני לא אסתיר אותה, ותפיסת המוצא היא אחריות המדינה לאזרחיה וזה הקונטקסט שלנו במצגת. אני רוצה להתייחס לנתונים שאתם מכירים, חלק ביעף וחלק יותר לעומק כדי להסביר את תפיסת עולמנו. במוקד הדברים עומדת סוגיית השר"פ שהיא קו פרשת המים, רגע מכריע והיסטורי, וברגע שיש תחושת זליגה של השר"פ והפיכתו לקונצנזואלי, והוא כורח המציאות לכאורה ואמצעי להצלת המערכת - בתנאים האלה חשוב לומר את הצד השני שמגדיל את האסונות שבשר"פ.

מתייחסת למצגת – מימון ציבורי צונח, שחיקת מערכת הבריאות. יש כאן שני גרפים סמוכים זה לזה, וזה מספר את כל הסיפור. המימון הציבורי הולך ויורד, המימון הפרטי נוסק, וזו מגמה הפוכה שהולכת לכיוונים מנוגדים אלה לאלה. בגרף הזה אנחנו כמובן רואים את הפער בין מה שהיה צריך לתקצב לבין מה שמתקצב בפועל, שהוא



לפי מרכיב עלויות מערכת הבריאות, והשני הוא דמוגרפיה. אנחנו מגיעים לשחיקה שמשאירה את המערכת בחסר של 9 מיליארד ש"ח בפועל. רופאים – מגמה ברורה מאוד של מס' רופאים לאלף איש, מחסור הולך וגדל. הדרמה לא נראית גדולה, אבל המגמה הולכת ומחריפה, כשבאחיות זה הרבה יותר חריף. ברופאים אנחנו במקום טוב באמצע. באחיות אנחנו הרבה מתחת ל-OECD, יש קיצוץ מיטות אשפוז, ישראל מקום שלישי מהסוף, מקום לא מכובד. במקביל אנחנו רואים פריחה ושגשוג של המערכת הפרטית, וזה ממחיש יותר מכל זינוק של הוצאות על ביטוחים פרטיים. זה לא רק עד כמה יחיד מבוטח בביטוחים פרטיים, אלא איזה נתח שמן יש לביטוחים המסחריים לסוגיהם, בעולם הביטוח בכלל. הקו למטה מסמן את כלל הביטוחים המסחריים הקיימים, הכל יחד, ותראו את הפער העצום בין כלל הביטוחים למסחריים, מדובר בפרה חולבת של חברות הביטוח, וברגע שאנחנו מגיעים למצב שבו יש פרה חולבת כזאת לחברות ענק, אנחנו יוצרים מגמה של אינטרסים והשפעות ענק שלהם. אנחנו מקום שלישי ב-OECD בשיעור הביטוחים הפרטיים, והכוונה למשלמים פלוס מסחריים, ואנחנו שואלים את עצמנו האם ככל שאנחנו משלמים יותר כסף אנחנו מקבלים יותר טוב - והתשובה היא לא. אין לנו שכלול מדויק של המספרים, אבל לא מופיעים כאן העניינים ביותר, אני מניחה שזה עשירון אחת ושתיים. אפשר להניח בלי לדעת הרבה שמדובר בערבים, בפריפריות, באוכלוסיות החלשות ביותר, קרוב ל-20% שאינם מבוטחים בשום ביטוח משלים או מסחרי. יש להם רק ביטוח בסיסי, ולכן גם בריאות פחות טובה. יש כאן מדרג של קאסטות.

שר"פ – במי בעצם יטפל הרופא הטוב, הבכיר, זה שכולם רוצים לבוא אליו? במי שיותר חולה? שזקוק לו יותר? או במי שמשלם לו יותר? אין לי ספק שהכדור המתגלגל יוביל לכך שמי שיש לו יותר כסף יטופל על ידי הרופא הטוב ביותר, ומי שיש לו פחות וזקוק לטוב ביותר לא יקבל את זה. יש כאן סכנה שיהיה תמחור על פי רופא. נגיע למצב כמעט מתבקש מהרגע שבו יוחלט להנהיג שר"פ בבתי"ח ממשלתיים וציבוריים. כמו שהיום אנחנו עדים למדרגים בביטוחים משלמים של משלם, מושלם, פלטינום וכו', בשלב מסוים יהיה תעריף אקסטרה לרופא אקסטרה, ואז סולם התגמול הוא לפי שכר. יש את האמירה שתמיד נאמרת, שממילא לא נאמר כאן בתוספת של ממש, כי הביטוחים המשלמים ממילא יחסכו למבוטחים את השר"פ, זה מכוסה ומוסדר וצריך רק לפתוח את הפקק הזה. אנחנו אומרים שברגע שכולם יהיו בשר"פ, הקופות לא יעמדו בעומס, לא באמת תהיה בחירה ל-80% האלה, מהסיבה שכולם ירצו את אותם רופאים, הרופא הוא שזה יבחר בחולה ולא להיפך בסופו של דבר. לא צריך להיות איינשטיין, לנחש או לנבא או לעשות פיילוט, כי הפיילוט כבר נעשה ועובד בהדסה וגם בשערי צדק, ורואים שחור על גבי לבן. אם תהיה רגולציה מספיק טובה לא יהיו פערים בהמתנה, כשכוחות השוק נכנסים במלוא עוצמתם לשירות, הרגולציה נסוגה לאחור ולא ממש עובדת. לא צריך לשער, יש מודלים, הפיילוט כבר נעשה בבתי"ח הללו. ההבדל בהמתנה בין מי שבשר"פ לבין מי שברפואה הציבורית הוא מפלצתי, זה דבר שהוא בלתי נתפס. אדם רגיל מחכה פי 13.5 מאשר אדם בשר"פ, בשערי צדק זה פי 4.8. האפליה המובנית קורית לנגד עינינו ולא צריך יותר מזה, וזה גם מה שיקרה בבתי"ח הציבוריים. זו סיטואציה בלתי נסבלת, לא יודעת מה איתכם. זה דבר פשוט, לא צריך להיות מתוחכם בשביל זה. החשיבה היא מאוד פשוטה – ככל שיתקצר התור לשר"פ, כך יתארך התור במערכת הציבורית שהוא ליד השר"פ, או לפניו או בשעות אחרות. זה אותו מספר בני אדם, וברגע שתור אחד מתקצר, השני מתארך. הפער בין מי שממתין למי שלא ממתין כי הוא כלול בשר"פ, ההבדל בין התורים הולך וגדל.



אנחנו אומרים שגם היום אין שוויון במערכת הבריאות, ואני חושבת שזה ידוע לכולנו. כסף קונה טיפול רפואי יותר טוב. טוב להיות עשיר ובריא מאשר עני וחולה, אין ויכוח על הדבר הזה. גם אם היום אין שוויון מוחלט, השר"פ רק מעמיק אותו ומדרדר אותו לתהומות חדשים. מספיק להסתכל על דוגמאות לתשלום בשקלים - אנחנו רואים כמה היה אמור לשלם באמת, כמה הוא מכוסה, כמה זה שווה. בעיני הנתון הכי מזעזע הוא השגחה מיוחדת בפגייה במשך 5 שבועות. זו הצלת חיים לדעתי, אפשר להציל פג באמצעות השגחה מיוחדת וזה עולה 20 אלף ש"ח, דבר שבני תמותה רגילים לא יכולים להרשות לעצמם. זה זולג גם לשירותים רגילים ולא רק אקסטר. יש מנהלי בתי"ח עם אתוס מאוד עמוק של רפואה ציבורית ואומרים בעצמם שאין ברירה, הכסף הפרטי יציל את בתי"ח. אני מניחה שפרופ' גבי ברבש הופיע פה - הוא אומר שיש לו מחלקה אונקולוגית עם 2 אחיות מדהימות. באו מאסותא, הציעו להן שכר פי 3 ואין לו מה לעשות. הוא לקח כסף מקרן המחקרים שלו כדי להילחם עליהן, ואני מקבלת את מצוקתן. אבל הכסף הציבורי לא יציל את המערכת, אלא הוא יסבסד את הרפואה הפרטית. אנחנו רואים את זה מעולמות מקבילים - ביה"ס "חברותא", ביי"ס פרטי ליד כפר שמריהו שהוקם על ידי דרור אלוני, שאמר "אנחנו לא צריכים כסף מהמדינה, אנחנו ניתן את החינוך לילדים שלנו, תמורת 35 אלף ש"ח בשנה". שנה-שנתיים אחרי ההקמה הוא ביקש הכרה מהמדינה. מעמד הביניים שמשלם מיסים, שערי ביה"ס סגורים בפניו כי הוא לא יכול לשלם את הסכום הזה, ואותו מעמד ביניים מסבסד את זה, וזה קלאסיקה של הפרטה זוחלת. הכסף הציבורי מסבסד את הפרטי ולא להיפך.

השפעת השר"פ על ההוצאה הלאומית לבריאות - הנתון הרלוונטי מבחינתנו - לפי לאה וגבי זה תוספת של 3.5 מיליארד ברגע שהשר"פ יורחב. 3.5 מיליארד של הוצאה לאומית, אבל ברור שהיא פרטית. בדקנו מה המשמעות של הדבר הזה למשפחה ישראלית רגילה לפי הנתונים, ואנחנו רואים שמדובר בתוספת של 1,550 ש"ח לשנה. אם ב-2010 ההוצאות עמדו על 664 ש"ח, ההוצאה למשפחה תעלה ל-800 ש"ח בחודש על סמך הנתון הזה (670 ועוד 130). זה לא מתיישב עם שום מטרה כלכלית חברתית שלנו, להגדיל את ההוצאה, בטח במדינה שיש בה ביטוח בריאות ממלכתי. ככל שאנחנו אומרים את זה על משק הבית, עיקר הנטל יפול על קשישים, כי ידוע שהקופות גובות יותר ככל שהגיל עולה, והמעמסה היא על משקי בית מבוגרים יותר, שישלמו יותר מזוג צעיר ללא ילדים. זה טבעי וברור לגמרי.

הסוגיה שהיא בעיני הכי משמעותית - רעיון השר"פ ובכלל הפרטה הזוחלת של מערכת הבריאות, הוא לא ייחודי למערכת הבריאות. יש גם הפרטה זוחלת של מערכת החינוך, של מערכת המשפט באמצעות בורריות למיניהן. אנחנו רואים את זה בכל העולמות ואין לנו יומרה לחסל את הרפואה הפרטית. זו גם יומרה שאין לה שום ביסוס במציאות, ואנחנו מנסים להיות ריאליים, אבל אסור בשום פנים ואופן שרפואה ציבורית תהיה רק נחלתם של העניים, כי זה התהליך. הם נראים בדוגמת ה-20% שאין להם ביטוח משלים, ונראה את זה בפועל. ארה"ב עושה ניסיונות לשינוי עם אובמה CARE, ואנחנו הולכים הפוך, לכיוון של "אמריקניזציה" של המערכת. המערכת שלנו יצא שמה כאחת שמשרתת את כל האזרחים. המדינה נסוגה לאחור בגלל תפיסה מאקרו-כלכלית שאומרת שאין קשר בין צד ההוצאה לצד ההכנסה, וגם אם יהיו לנו עודפי הכנסה ממיסים, הם לעולם לא ילכו לאן שצריך. תוסיפו לזה את הקיצוצים בבסיס תקציב המדינה, ותראו תהליך לאומי. אנחנו כמדינה צעירה במיוחד, שכן יש לה אתוס ממלכתי ושל סולידריות ושל לא להשאיר את החלשים מאחור, וכן מסתכלת על שירותי הבסיס לא כשירות



אקסטרה רק לבעלי היכולת, אנחנו חייבים להציב גבולות להפרטה, והגבול הוא השר"פ. ביהמ"ש קיבל את בג"ץ נגד הפרטת בתי הסוהר, וקבע שאין דברים שיכולים להיות בידיים פרטיות כמו הזכות לאזוק ולשקם. כל הדברים האלה פסק בג"ץ שלא יכולים לעבור לזכיין פרטי, שהיה בשעתו לב לבייב וקוזניצקי, שעמדו לקבל לידיהם בית כלא פרטי ובנו אותו. בג"ץ אמר עד כאן, נתן כסף על כך שבנו אותו, אבל הוא לא מופעל על יד גורמים פרטיים כי זה כוח שחייב להישאר בידי המדינה. יש כאלה שחושבים אחרת, שהכל חייב להגיע לידי כוחות השוק.

אני מייצגת גישה לא הפוכה אלא מאוזנת. מה אנחנו מציעים? בקווים כלליים, דברים בסיסיים – מניעת שר"פ בבתי"ח הציבוריים, הממשלתיים, של הכללית, כשכבר יש שר"פ בירושלים. ביה"ח החדש באשדוד שכבר נקבע ש – 25% ממנו יהיה פרטי, להציב את זה בצורה ברורה. בנוסף – אפשרות לבחירת רופא תינתן לכולם, לכל מי שמבוטח בביטוח בריאות. אם ניתן לכולם, כמובן שיהיה תור מטורף לרופאים הטובים ביותר. אני חושבת שכל מבוטח ישראלי צריך לראות את זה שקוף לנגד עיניו. אם הוא רוצה את הטוב ביותר, שיהיה חשוף לכך שיש תור של חצי שנה, והוא יכול לעשות את ההחלטה בעצמו אולי ללכת לרופא אחר, שאין לו תכנית אירוח בבוקר.

לפעמים תהילתם של רופאים יוצאת בגלל זכות של יחסי ציבור ומנועי חיפוש באינטרנט. כן להשאיר את זכות ההחלטה בידי של האזרח להמתנה קצרה או ארוכה יותר, ולתת לאנשים תחושה שיש להם את זכות הבחירה ולהדגיש שכל שזה לא קשור לביטוח משלים או פרטי, אלא לכולם. ההשלכה של זה עשויה להיות גם על מחירי הביטוח הפרטי, היא מידית, כיוון שהזכות לבחירת רופא היא ניתנת היום רק בביטוחים המסחריים ובמשלמים, והיא המרכיב הגדול ביותר בהם. ברגע שהיא לא תינתן כזכות בלעדית שלהם, הם לא יוכלו לספק את זה כשירות והתעריפים ירדו. זו הנחה הגיונית למדי, כך שאנחנו מרוויחים פעמיים ושלוש.

דבר נוסף – תקצוב נוסף לבתי"ח שזה מה שאנחנו רוצים. אנחנו חושבים שבמערכת הבריאות הציבורית צריך להשקיע עוד כסף, נקודה. היא בחסר מתמיד, והרוב לא מאמינים שזה יקרה. גם אם יקרה, הכסף הזה נראה שישחק בגירעונות של מנהלי בתי"ח ואי אפשר להאשים אותם כבר. יכול להיות שצריך לאסור על כל מי שעובד במשרה מלאה בציבורי, לעבוד בקליניקה פרטית או ב"ח פרטי. אנחנו לא מדברים על דבר כזה, אלא על תקציב של פול טיימרים, שלא יבלע בגרעון של ביה"ח אלא יהיה צבוע לפול טיימרים, ואז יהיה כלי להשאיר את הבכירים ביותר בביה"ח כך שיקבלו תמורה ראויה על כישורים ומוניטין.

דבר נוסף – הפרדת בעלויות על בתי"ח פרטיים. אנחנו יוצרים כאן משהו אנומלי, יש כאן סוג של מונופול. דבר מעוות – מערכת ציבורית היא בעלים של מערכת פרטית, ומכבי מרוויחה פעמיים – היא בעלים של אסותא פעם אחת, ופעם שנייה היא חוסכת לעצמה הוצאות, ואני מוכנה להשתמש במונח כשל שוק. זה דבר לא הגיוני ובלתי סביר.

דבר נוסף – להחזיר את הכוח למשרד הבריאות כאחראי על פוליסות פרטיות. יש לזה השלכה על מערכת הבריאות בכלל. לפוליסות יש השלכה על אחד מהסעיפים שפירטתי קודם. היום אנחנו יודעים שזה רק משרד האוצר. אני לא חושבת שמשרד האוצר רשאי להתעסק בזה, למרות שבאוצר חושבים שיודעים לעסוק בהכל. משרד האוצר לוקח רופאים פרטיים לייעוץ, ולמה לקחת כשיש לכם מערכת בריאות מפוארת, שהיא תחליט ותקבע ברמה לאומית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' רוני גמזו: הם גם ברוב חוצפתם מבקשים מידע כדי להכין את הפוליסות הפרטיות. אני כמובן עצרתי את זה.

ח"כ שלי יחימוביץ': זה פשוט מופרך וקורה בכל התחומים, רק כדי להרגיע אתכם.

עוד שני דברים כאילו בשולי הדברים אבל משמעותיים. אני ניסיתי במשך 6 שנים וגם בהצלחה, לעצור את הפרטת מערך בריאות הנפש. מדיון לדיון, מקדנציה לקדנציה וממושב למושב, ובסוף לא הצלחתי וזה יצאה לדרך, אם כי אומרים לי שזה לא ממש הפרטה כי זה עבר לקופת חולים, אם כי הכוונה המקורית הייתה העברה לקבלני משנה. נחשפנו לזה ב - 2006 כשזה כבר דהר לכיוון העברה לקבלנים. אחרי שכבר בלמנו את זה במשך כמה שנים, אני לא אגיד שאני אוהבת את התוצאה, אבל התקצוב יותר סביר ממה שהיה אמור מלכתחילה. אנחנו כרגע בתקופת היערכות ויש צורך לייצר שוויון, לא להוריד את מערך הבריאות הכולל, אלא להעלות את מערך בריאות הנפש, ואני מדברת על תשתיות ומערך המרפאות של בריאות הנפש.

סוגיה נוספת – הפרטת שירותי בריאות התלמיד. גם כאן מדובר בשגיאה קשה מאוד היסטורית, שנעשתה. מדינת ישראל, שמה יצא לתהילה, היא הייתה דוגמא ומופת לרפואה מונעת בתמותת תינוקות נמוכה, טיפת חלב, אחיות בריאות התלמיד ואני חושבת שחלקנו, מי שחצה את גיל 40, יודע מהי אחות ביי"ס, ואפשר לבוא אליה כמשפשים את הברך או כשילדה מקבלת מחזור לראשונה, והיא יכולה לזהות ילד מוכה. זה מושג שהיה חלק כל כך משמעותי בעבר, והיום, אתם בטח מכירים את זה, ילד שולח SMS "אמא אני לא מרגיש טוב, בואי תקחי אותי מביה"ס", וזו תוצאה שאין למי לפנות. התחום הזה עובר לקבלנים ממש. מעבר לעובדה שאחיות הפכו לעובדות קבלן, ושיעור החיסונים ירד משמעותית מרגע הפרטת השירות, ויכולת הפיקוח על השירות הזה הופחתה, הגענו ל - 30% מהילדים בדרום שלא מחוסנים, סליחה אם אני לא מדייקת, ואחיות שתוגמלו פר פעולה ברגעים היותר אפלים, והוקצבו 40 שניות לפעולת החיסון. אבל מה קורה כשילד בוכה, כשצריך לשכנע ילד, וזה לא שורת בהמות שעוברת ונועצים בהם מזרק, אבל זה התנאי לשכר. כל דולר שמשקיעים ברפואה, יש לו 5 דולר תמורה מיידית ו - 11 דולר לטווח הארוך. רפואה מונעת היא בטח מאפיין של הרפואה המודרנית, ואני חושבת שפגענו בעצמנו בצורה משמעותית. בדרום נעשה צעד של החזרת השירות לידי המדינה, ואני חושבת שזו חובה ראשונה במעלה להפוך את זה לת.פ. משרד החינוך, ומשימה של מערכת הבריאות הציבורית.

לסיום, יש תחושה כללית, ויברציה כללית ואטמוספירה כללית של לתת לשר"פ להיכנס לבתיה"ח או לאפשר רפואה פרטית בלתי מוגבלת ולשחוק את הציבורית, זה נאורות. זה תהליך שאם נאפשר חופש בחירה בשר"פ יהיה יותר כסף והכל יהיה טוב ויפה. רפואה ציבורית טובה היא אחד הסממנים הבסיסים של חברה מערבית מפותחת. לכן תהליך של הפרטת המערכת, שהשר"פ הוא קו פרשת מים, הוא לא תהליך של נאורות אלא של נסיגה לאחור. זה תהליך של "ימי בניימיזציה" של מערכת הבריאות. לעניים תהיה פחות בריאות טובה ולעשירים יותר. יש לנו כאן משימה שהיא גם ערכית, גם כלכלית, גם חברתית, גם לאומית, ואסור לאפשר לתהליך הזה לקרות במערכת הציבורית. כאן סיימתי. תודה רבה!



שאלות:

דר' עזיז דראושה: לא התייחסת לתיירות מרפא, ואשמח לשמוע את דעתך בנושא. אם את כל כך נחרצת, אם ההצעות שלך ישימות, את לא חושבת שצפויים לנו בתי"ח פרטיים שיצמחו בקצב מסחרר אפילו בפריפריה, בחיפה, בת"א, שר"פ ימשיך להיות מחוץ לבתי"ח ציבוריים, אסותא "לייק", משהו כזה?

ח"כ שלי יחימוביץ': אין שום ספק שמי שבא במסגרת הזו, זה בא על חשבון מי שמבוטח בישראל, ולכן יש כאן הפרטה מהדלת האחורית של מערכת הבריאות. אני לא מאשימה את בתי"ח, הם נדחפו לסיטואציה הזאת, כדי לנסות לאפשר הכנסות לביה"ח, דמי כיס. אני לא מגנה אותם, הם עומדים בשער ומנסים לגונן על מה שיש להם, אבל ברור לחלוטין שזה פסול. אני מתייחסת לזה כאל חלק מההפרטה, היא אמנם לא בממדים גדולים כי זה דמי כיס, אבל אין הבדל. בעניין של בתי"ח פרטיים – לא אמרנו אסור-אסור-אסור, אבל חיזוק כזה של המערכת הציבורית צריך לייתר את הצורך בבתי"ח פרטיים, וגם במידה רבה התייחסתי גם להחלשת הכוח של הפרטיים. לקחת מהם את התמריצים כי המערכת הציבורית תהיה זו שתספק את זה. לא רק מה לא, אלא גם מה כן.

אלי גרשנקורן: חשוב גם הריסון של המערכת הפרטית. אני לא יודע כמה זמן מנכ"ל מכבי משקיע בניהול אסותא, אבל כמות הזמן שהוא משקיע בניהול אסותא כשהוא מנהל קופה ציבורית שמבטחת מיליונים של אזרחים וכסף ציבורי רב, אני רוצה שכל כולו יהיה מוקדש לחשיבה איך הוא משפר את המערכת הציבורית, וזה מאוד דרמטי. קופות חולים לא יכולות להיות בעלים של ביי"ח פרטי. מערכת פרטית תמשיך להיות, אבל התמריץ לשלוח לבי"ח של המבטח יעלם, וזה משהו מאוד משמעותי מבחינת המערכת.

עו"ד עדי ניב-יגודה: אחד הנושאים של הוועדה זה ריבוי הכובעים של משרד הבריאות. האם לשיטתך תאגוד בתי"ח הוא למעשה הפרטה?

ח"כ שלי יחימוביץ': התשובה היא כן.

יעל: גם אם הוא ציבורי? תאגיד ציבורי?

אלי גרשנקורן: בהיסטוריה אנחנו מכירים תאגוד בכיוון אחד. התאגוד זה רק שלב ראשון.

ח"כ שלי יחימוביץ': גם מבחינת העסקה.

עו"ד עדי ניב-יגודה: הם לא יהיו עובדי מדינה אלא עובדי תאגיד.

ח"כ שלי יחימוביץ': אנו פרו המערכת, אוהבים אותה ורוצים להחזיר לה את הכוח. תאגוד לוקח את השליטה, את האתוס ויש לנו כבר פרקטיקה כזאת בכמה בתי"ח.

יעל: איך את פותרת את בעיית ניגוד העניינים של המשרד כמבטח, בעלים ורגולטור?

ח"כ שלי יחימוביץ': אני לא רואה בזה ניגוד עניינים, אלא אחריות בסיסית של המדינה. צריך להילחם, לעשות בקרה, להיות לוביסט של עצמו – זו המדינה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אלי גרשנקורן: זה אתגר ניהולי מאוד גדול, ואני בטוח שמשרד הבריאות חווה את זה כל יום, שלכל מנהל בי"ח יש אימפריה מתחת לידיים. זה פתרון לא קל, אבל זה מהלך שיכול להחליש מאוד את היכולת של משרד הבריאות.

עו"ד עדי ניב-יגודה: הייתם מחזירים, על אותו רצף, את בתיה"ח ואת הקופות למדינה?

אלי גרשנקורן: לא.

ח"כ שלי יחימוביץ': העניין של ניגוד עניינים בתוך המדינה הוא זר לי לחלוטין.

דר' שלומי פריזט: משרד הבריאות קובע את חוקי המשחק, בין אם בתיה"ח שלו או של אחרים, ופעם שנייה הוא הבעלים של חלק מבתי"ח עבורם הוא קובע את כללי המשחק.

יעל: האינטרס של הקופות שונה משל המשרד.

ח"כ שלי יחימוביץ': משרד החינוך, למרות שיש מגוון רב של בתי"ס מוכרים ולא מוכרים, כן משרד החינוך בהיותו המדינה, הריבון, עם כל הסמכות שיש לריבון, הוא צריך להיות הרגולטור על כל בתי"ס, ולקבוע את כללי המשחק. אדגים לכם גם ממערכת הרווחה אם צריך.

פרופ' רוני גמזו: אחת מהבעיות היא השארת הרופאים במערכת הציבורית, בשביל זה המנהלים רוצים את השר"פ, זה אמצעי להשארותם ונותן הכנסה, וזה אומר משכורות ענק לרופאים, לפעמים בסדרי גודל של מעל מאה אלף ש"ח לעשרות רופאים, וזה מביא את המצב לאי יכולת כלכלית לבצע את זה. לכן השר"פ הוא פתרון לזה.

ח"כ שלי יחימוביץ': דיברתי על פול טיימרים, כסף צבוע שייעד לתגמול רופאים. הם צריכים להרוויח הרבה כסף, זו לא בושה. אני לא רוצה להיכנס לסכומים, אבל אני חושבת שהם צריכים להרוויח הרבה.

אלי גרשנקורן: פער המשכורות בין מה שהמערכת הפרטית תוכל לשלם למה שהמערכת הציבורית תוכל לשלם - זה רק יגדל. היכולת לתת לתמריצים תלך ותקטן, עד שלא תהיה בכלל שאלה אם ניתן להשאירם או לא.

יעל: תרשו לי להודות לך - את הפוליטיקאית הראשונה והאחרונה שמופיעה בפני הוועדה, וגם הראשונה שביקשה להופיע.

**** מציגים אחרונים בפני הוועדה: שלושה סטודנטים לרפואה מאוניברסיטאות שונות. להלן סיכום הפגישה באמצעות נקודות מרכזיות.**

* קבלה ללימודי רפואה - התהליך הוא כמו התואר בפני עצמו, בגלל עניין של היצע וביקוש. מנקודת מבט אישית, יש סינון כלכלי כשמגיעים להתקבל לבי"ס לרפואה בארץ. זה לא נוצר בכוונה אלא מכורח המציאות. לוקחים קורס פסיכומטרי כדי לקבל ציונים בשמיים ולשפר בגרויות, הסטודנט נרשם לכל התכניות בארץ, צריך לשלם דמי הרשמה בכל אוניברסיטה, שזה מגיע לאלפי שקלים ביחד. מי שעובר את השלב הזה, יש מבחני קבלה, כל מבחן עולה 1,500 ש"ח. בחישוב שנעשה זה 10,000 ש"ח בקירוב כדי להתקבל, כאשר ממוצע משך התהליך הוא בין שנתיים לשלוש שנים. יש כאלה שלא מוותרים ומנסים כמה פעמים.



* סטודנטים עובדים – יש סטודנטים שעובדים במהלך הלימודים ויש כאלה שלא. צריך להשקיע את כל כולך בלימודים, ומאוד קשה להצליח ככה. אין מלגות לימודים.

* תכנית הלימודים בחלק מבתי"ס לא התעדכנה בצורה מהותית משנות ה-70, ולא התאימה עצמה להתקדמות טכנולוגית. מסי' שעות הלימוד הקליני הולך ומצטמצם - משנים 4-5 מורידים שבועות של למידה קלינית במחלקות, ומי שנכנס לכיתה מצד שני, רואה שהסטודנטים לא מגיעים לכיתה. בשנים הקליניות לעומת זאת, הנוכחות מלאה. ההצעה שחשבו עליה הסטודנטים - יש קורסים בארה"ב בהם מצלמים מרצה שמלמד, מעלים את ההרצאה לאתר, והסטודנטים רואים אותה וכך לומדים את החומר ומגיעים למחרת מוכנים, וליישמו בהדרכת רופא או קלינאי. זו שיטת לימוד מתאימה יותר לדעתם, תורמת לניצול יעיל של הזמן, ועשוי לקצר את משך התואר כולו.

* סטודנטיות בהריון - חייבות לקחת שנת חופש. יש המלצה לתכנן את ההריון מראש. סטודנטית שיוולדת וצריכה להיות אפילו חודש בבית, היא יורדת שנה. בעבר הייתה אפשרות להשלים, אבל בגלל שהורידו את החודשים האלה, אין בפני הסטודנטית שום ברירה אחרת.

* יש הפלייה לרעה של סטודנטים שלמדו בארץ לעומת בחו"ל. אלה שסיימו בחו"ל לומדים, עושים את הבחינה בחמישה מדעי יסוד עיקריים, עוברים את הבחינה ומתחילים סטאז' אחרי שבועיים-שלושה. הסטודנטים שלמדו בארץ קורעים תחת הנטל, הם צריכים לעשות עבודות, ואחרי המבחנים הם נתקעים עם עבודות גמר. צריך הרבה פעמים לדרבן אותם לסיים. הם מותשים ממבחנים ויש להם עוד עבודת מחקר על הראש, ואז הם נתקעים עם התחלת התמחות. נותנים לו רישיון זמני, הוא נתקע עם העבודה, מקפויאים לו אותו, ואז הוא לא יכול לעבוד. המדיניות מאוד מקשה עליהם.

* עוזרי רופא – משרה של סטודנט בשנים הקליניות, כעוזר לצוות הסיעודי והמתמחים. סטודנטים לסיעוד זה משהו טובע במערכת, שעובדים בחדרי מיון ובמחלקות כערב או שניים בשבוע, מקבלים שכר מינימלי, רוכשים ידע וניסיון, והעבודה כעוזר רופא זה אותו דבר. זה משלם את שכר הלימוד ומקפיץ את הסטודנט ברמה הלימודית. זה יכול לתרום לא רק לסטודנטים, רואים את החולים מהר יותר וזה עושה את ההבדל, ויש על זה נתונים מאוד יפים. העלות למערכת מאוד מינימלית ביחס לשכר של צוות רפואי אחר. המתמחים רואים את הסטודנט שבא לעבוד ויש להם אנחת רווחה, הם יודעים שזה יכול לעזור להם עם העומס. הבעיה היא שלא תמיד מאפשרים את זה לסטודנטים, ואיפה שכן, מפטרים אותם לאחר זמן קצר בגלל שאין תקציב ייעודי לכך (ממומן לרוב מקרנות מחקר מחלקתיות או מתרומות) למרות הברכה המשמעותית לחולה ולמתמחה.

* בחינות הגמר - השלב הראשון מיועד למי שרוצה לעשות בעתיד השתלמות בחו"ל ולחזור לארץ. זה המבחן הכי קשה שיש היום, אבל הטענה היא שמבחינת רמה הוא מקפיץ את הסטודנטים הכי גבוה, והוא ממוקם ברמה אחרת משאר המבחנים. משך המבחן הוא 8 שעות. ממבחנים אחרים בארץ אין כמעט זיכרון ויישום יעיל של החומר, הם לא דידיקטיים, שואלים בעיקר על הפניות בספר ולא על העיקר, לדוגמא שואלים על תסמונות של אחד ל-10,000 איש. היו שאלות מהמבחנים האחרים שהביאו למומחים (לדוגמא בגניקולוגיה), וגם שם היו ויכוחים על מהי התשובה הנכונה. הועלתה הצעה לבחינה אחודה של שלל מבחני הגמר, מבחן מסנן ומעצים יותר.



* בחלק מבתי"ח קבוצת הסטודנטים שמגיעה למחלקה קלינית, מונה 14 סטודנטים. זה בלתי אפשרי, וגם לא מכובד בפני החולה, וזה גם נאמר לרופא האחראי. יותר נפוץ בבתי"ח בפריפריה ובירושלים, לעומת אזור המרכז. הסטודנטים מרגישים טוב בסבבים במחלקות הקליניות, לומדים יותר מאשר בכיתה ויותר חשופים לחולים בקהילה.

* כנס תכנון לרופא הצעיר – נאמר שבעתיד שהקהילה תתפוס נפח הרבה יותר גדול מהמערכת האשפוזית.

* הסטאז' – שנה שביעית כשמסיימים את מבחני הגמר הארציים. יש הגרלה כלל ארצית של כל הסטודנטים מהארץ ומח"ל שסיימו בחינות באותה שנה. אנשים נשואים צריכים להעתיק את מקום מגוריהם וכן זוגם עקב מקום עבודתם. אין התחשבות בסטודנטים נשואים. ההגרלה נובעת מזה שרוב הסטודנטים רוצים להישאר בבתי"ח במרכז, ולא להגיע לבתי"ח בפריפריה. הועלו כמה רעיונות למשוך סטודנטים לפריפריה, כדי שירצו ללכת לשם. הצעה נוספת היא לשאול מי רוצה מראש ללכת לפריפריה, אבל הטענה היא שאם לא ישאלו, לא ילכו לשם, אין רצון טבעי להגיע לשם ללא תמריץ מיוחד. התמריץ הזה מהווה אוויר לנשימה עבור ההוצאות של הסטודנטים לאור הלימודים האינטנסיביים והעובדה שלא כולם עובדים במהלך הלימודים.

* מעמד הסטודנט לרפואה – סטודנטים גברים באותו אורך של סבב במחלקה כמו נשים, כמעט לא נכנסים ללידות, בגלל חוסר הסכמה של החולה ושמירה על כבודה. שואלים את היולדת מראש, וכמעט תמיד יש הסכמה לסטודנטית וסירוב לסטודנט. קורה הרבה גם בבדיקות גניקולוגיות, שזה עוד יותר בעייתי. לפעמים סטודנטים גברים לא מציעים בכלל לעשות את הבדיקה. כשהאישה באה במצב טוב והתקשורת טובה, רק אז מציעים, ומיד אומרים שיש גם סטודנטית שתוכל לבדוק. אם הסטודנטים יתקלו בעתיד בצורך לעשות את הבדיקה, כנ"ל בדיקה רקטלית, הם לא יוכלו לעשות זאת. לומדים את זה בתיאוריה בלימודים עצמם, ומתרגלים על בובות, אבל בפועל הם חשים שהם לא ידעו לזהות שום דבר. יצאה הנחייה שחייבים לעשות בדיקות מסוג זה תחת הסכמה מראש של החולה, וגם אסור לנצל מצב שבו החולה מורדם והבדיקה נעשית ללא ידיעתו. גם הסטודנטים בעצמם מרגישים שזה לא בסדר כלפי החולה. לדעת הסטודנטים, הפתרון לכך הוא חינוך - יש רווח מהנוכחות של סטודנט, הוא שואל שאלות ודורש הסברים, ויש יתרון לזה שהוא שם. תוך כדי הוא גם מסגל לעצמו התנהגויות רצויות. האווירה הכללית היא שחולים לרוב שמחים שסטודנט מגיע לדבר איתם ומתייחס אליהם עד שהרופא המטפל מתפנה. נכון לסטודנטים ולעוזרי רופא, מקנה מיומנויות שיחה ושכנוע. לפעמים אחר כך המטופל חושש שהסטודנט יצא, כי אולי הרופא יעשה לו משהו שהוא לא ירצה בו, מתפתחת תלות.

* סבבים קליניים – מתבצעים בהגרלות, בכל בתי"ח ובכל הקופות, היכן שיש רשות של הקופה לעשות סבב אצלה. יש קופות שלא מוכנות באזורים מסוימים.

* אופק עתידי – יש הבנה שזה מקצוע שבו האופק ההשתכרותי הוא נמוך יחסית, והשיקולים הכלכליים והקיומיים קיימים. במקביל, יש הבנה שהכל חסר משמעות לעומת טיב המקצוע ואופיו שמאפיל על שאר השיקולים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

* חשיפה למערכת הבריאות הציבורית בארץ במהלך הלימודים – ישנן הרצאות חיצוניות, לרוב לא מטעם האוניברסיטה אלא מטעם בתיה"ח.

* במהלך הסבבים יש רופא מומחה, ומי שאחראי על הסטודנטים הוא לא בלעדי, זה מתמחה שצריך להיות אחראי עליהם במסגרת שאר חובותיו, והסטודנטים בהרבה מקרים נשארים עם חורים.

* מחלת השחפת - במהלך הלימודים סטודנטים נחשפים לעתים לשחפת בבתי"ח. יש לעתים תוצאה חיובית במבדק חשיפה, והאוניברסיטה שולחת את הסטודנטים לטפל בזה בעצמם, לקופת חולים ולליגה למניעת שחפת. הסטודנטים מחויבים לעשות את הבדיקה הזאת כל שנה. היא זולה אבל לא מאוד יעילה - יש הרבה FALSE POSITIVE, ולא יודעים איך להתייחס לתוצאות. ברוב המקרים הסטודנטים נשלחים לעשות צילום חזה ולקבל אנטיביוטיקה למשך חצי שנה. אם זה קורה לרופא בבתי"ח, יש פרוטוקול נוקשה וזה אחריות של ביה"ח. קורה גם כאשר רופא נדקר מדגימת דם, גם לזה יש פרוטוקול וטיפול מונע. עם זאת, לסטודנטים זה לא ברור - מצופה מהם לקחת דגימות דם, והם שמחים לעשות את זה. זה מתחבר לנושא של ביטוח של הסטודנט מול חולה איידס או חולה צהבת, ולפעמים לא יודעים את זה מראש, ומלמדים אותם להתייחס לכולם אותו דבר. הביטוח לא תקף לחולה שידוע כחולה איידס או צהבת במקרה של סטודנטים (לעומת רופאים מן השורה). סטודנטים נאלצים לעתים לממן חיסונים מכיסם.