



יום ראשון 17 נובמבר 2024
ט"ז חשון תשפ"ה

הנדון: תמחור תעריפים לפעולות וניתוחים והשפעתו על השירות הרפואי למטופלים

האגודה לזכויות החולה קיבלה פנייה מאיגודים רפואיים בהר"י, המצביעה על כוונה של משרד הבריאות להוריד את גובה התעריפים בתעריפון לטיפולים וניתוחים, באופן שעלול לפגוע במטופלים. בעקבות זאת, נערכה בחינה של הנושא ולהלן תמצית עמדתנו – ראו הרחבה בנספחים המצורפים.

1. רקע

משרד הבריאות מבצע תמחור מחדש של תעריפי שירותי הבריאות והניתוחים, תהליך המערב רופאים, צוותים רפואיים ואנשי כספים מבתי החולים ועוד. מדובר בתהליך מורכב שכולל שיקולים רבים, ביניהם: שכר עבודה, ציוד ומכשירים רפואיים, חומרים מתכלים, ציוד מושתל ועוד.

האיגודים הרפואיים מצביעים על טעויות וחוסר דיוק בתהליך התמחור, שלדבריהם מביאים לכך שהתעריפים החדשים נמוכים, לעיתים בעשרות אחוזים מעלותם הריאליות. **שמענו בדאגה מהאיגוד הקרדיולוגי כי נמסר להם על קיצוץ רוחבי של כ- 30%, מבלי להתייחס לנתונים שהועברו על ידם.**

2. תמחור ככלי ניהולי

משרד הבריאות משתמש בתמחור ובתקצוב ככלי ניהולי להגדלת או צמצום היקף טיפולים. דוגמאות לכך כוללות את החרגת עלות זריקת TPA מעלות הביקור במיון במקרים של אירוע מוחי, הורדה בתעריפים ניתוח בריאטרי על מנת להוריד את היקף הניתוחים הבריאטריים וכמו כן משמש לקידום פעילויות בקופות, **הכלולות בסל הבריאות**, כגון: שיקום ביתי, אשפוזי ביתי, ייעוץ רוקחי יזום.

3. השלכות הורדת תעריפי הניתוחים והטיפולים על איכות וזמינות הטיפול בבי"ח

- 3.1. בעוד שבעבר מנהלי בתי"ח נבחנו בעיקר על בסיס איכות ורמת הטיפול הרפואי, החל משנת 2022 קיימת דרישה לעמידה בתקציב ועל בי"ח שלא עומד בכך, מוטלים קנסות והגבלות קשות.
- 3.2. הכלים העומדים לרשות מנהלי בתי"ח לחסוך בהוצאותיהם די מוגבלים שכן כ- 70%-75% מהוצאות ביה"ח הן עבור שכר – הוצאות שלמנהל בי"ח אין יכולת השפעה ממשית עליהן.
- 3.3. בתי"ח שרוכס מתקשים לשמור על איזון תקציבי, לא יכולים להרשות לעצמם הרחבת ביצוע ניתוחים שמתומחרים באופן "גרעוני" שכן הגדלת היקף הביצוע שלהם תביא להגדלת הגרעון של ביה"ח. לכן יחול צמצום משמעותי, ככל שאפשרי, בהיקף ביצוע ניתוחים "גרעוניים".
- 3.4. מעבר לכך, בכל הקשור לניתוחים "גרעוניים", בתי החולים יאלצו לחסוך בכל הסעיפים האפשריים - תחזוקת הציוד הרפואי, רכישות ציוד חדשני המבטיח שיפור בתוצאות, וויתור על רכש ציוד התורם לבטיחות החולה ועוד והמשמעות היא לירידה באיכות הטיפול, בוודאי לעומת המערכת הפרטית.

4. סיכום

- 4.1. **פגיעה בזמינות ואיכות הטיפול** – תמחור "גרעוני" מביא לפגיעה קשה במטופלים עקב הקטנת הזמינות של הניתוחים ובנוסף גם הורדת רמת ואיכות השירות הרפואי, המבוצעת ברפואה הציבורית.
- 4.2. **מעבר לרפואה פרטית** – מהלכים אלו יביאו להגברת הפניה לקבלת טיפולים במערכת הפרטית שמעבר לזמינות גבוהה יותר, תבטיח גם איכות טיפולית גבוהה.

4.3. שמירה על אמון הציבור

מאופן ביצוע הקיצוץ בתחום הקרדיולוגי, עולה חשש שקיצוץ בתעריפים הללו, מיועד להעלאת התעריפים בתחומים אחרים, כתחליף לתוספת תקציב הנדרשת בתחומים האחרים. אנו קוראים למשרד הבריאות לבחון מחדש את עמדתו. על מנת לשמור על האמון של הציבור והרופאים במערכת הבריאות, חשוב שימוצה ההליך של ברור ההשגות של כל הגורמים, כולל האיגודים הרפואיים, באמצעות שיח פתוח ובתיאום עם הגורמים המעורבים. בשיח זה, נדרש שהמשרד יציג את השימושים בחסכון התקציבי שיהיה במערכת, בעקבות מהלכים כגון שינויי תעריפים אלו.

בברכה

שמוליק בן יעקב, יו"ר



נספח א' - תמחור תעריפים לפעולות וניתוחים והשפעתו על השירות הרפואי

לאחרונה התקבלה באגודה לזכויות החולה, פניה מאיגודים רפואיים, כי לפי המידע שבידיהם, בכוונת משרד הבריאות להוריד את גובה התעריפים בתעריפון משרד הבריאות לטיפולים וניתוחים, הרבה מתחת לעלותם בפועל לעמדת האיגודים, מהלכים אלו עלולים להביא לפגיעה קשה במטופלים ולאור זאת מצאנו לנכון לבדוק את הנושא. מעבר לשיחות שהתקיימו עם נציגי האיגודים, התקבל נייר עמדה מהאיגוד הקרדיולוגי – רצ"ב נספח ג'.

1. רקע

- 1.1. מזה יותר משנה, משרד הבריאות מבצע תמחור מחדש של תעריפון השירותים, בהתייחס לניתוחים ופעולות רפואיות הכלולות בתעריפון. תעריפון זה הוא הבסיס להתחשבות בין בתי החולים וקופות החולים ולכן יש לו השפעה משמעותית על כלל המערכת.
- 1.2. תהליך הבדיקה הוא מורכב שכן לכל ניתוח יש לבדוק את מספר אנשי צוות המעורבים במהלכו ומה זמן ההשקעה הנדרש מכל אחד מהם, מה החומרים המתכלים הנדרש, איזה ציוד מופעל במהלך הניתוח, מה כמות הניתוחים השנתית, מה עלות המכשירים המושתלים (במקרה ונדרש) ועוד. כל זה בהינתן שיש שונות רבה במרכיבים אלו בהתאם לבית החולים המנתח.
- 1.3. במהלך בצוע התחשיבים הנ"ל, מעורבים רופאים מבתי"ח, כמי שמבצעים את הפעולות הניתוחיות, שכן הם אלה שמכירים לעומק את כל הנדרש במהלך הניתוחים ו/או הטיפולים הרפואיים וכמו כן צוות אנשי הכספים מבתי"ח, המכירים את עלויות הרכש והיקף השימושים.

2. הבעיות הקיימות

- 2.1. מבדיקה שערכו מספר איגודים רפואיים לגבי התחשיבים שבוצעו, עולה כי במקרים רבים יש "חוסר דיוק" ולעיתים טעויות, אשר משפיעות באופן משמעותי על התמחור - רצ"ב בנספחים ב' + ג' דוגמאות והרחבה בנדון
- 2.2. לעמדת האיגודים, "אי הדיוק" בתחשיב, הביא לכך שחלק משמעותי מהתעריפים החדשים הם נמוכים עד כדי עשרות אחוזים מהעלות בפועל. לדוגמה, בניתוחים לגידולי ראש צוואר (מחלות ממאירות) – שבעה מתוך שמונה ניתוחים סובלים מתת תמחור. ניתוח FESS מורכב (הניתוח העיקרי והחשוב של תחום הרינולוגיה) בעקבות הוספת מכשירים רבים וציוד רב שלא היה קיים בשנת 2009 יש עליה משמעותית באיכות "הצלחת" הניתוח בזכות השימוש בציוד החדש, אבל רכישת ציוד זה, הביא לעליה בעלות הניתוח. באופן לא ברור התעריף שחושב על ידי המשרד הוא נמוך **בכ- 40% מהתמחור שנקבע בשנת 2009**. גם לאחר שהוצגו ע"י האיגוד הטעויות הגסות כמו מכשירים מתכלים המשמשים ניתוחי ברך שהוכנסו לתמחור ניתוח FESS מורכב ניתוח של מערות הפנים !!!
- 2.3. לעמדת האיגוד הקרדיולוגי (כמפורט בנספח ג'), המשרד החל בביצוע תמחור תעריפים וקיבל התייחסות מהאיגוד. במקום לנהל בירור מסודר מול האיגוד, ולבצע תחשיבי מדויק, המשרד הוריד בכ 25%-30% את התעריפים הקיימים בקרדיולוגיה (ואף יותר בהשוואה למחירים החדשים המופיעים בתחשיבי האיגוד).
- 2.4. התעריפים, משפיעים כאמור על ההתחשבות בין בתי החולים והקופות החולים ומצב בו התעריפים נמוכים מהעלות, יגרום לכך שפעילות המחלקות הרלבנטיות, תהיינה גרעוניות לבית החולים, ויתרה מזאת, ככל שהמחלקה תבצע כמות גדולה יותר של ניתוחים, היא תביא להגדלת הגרעון של ביתה"ח.
- 2.5. כידוע, בחוק ההסדרים לשנת 2022, הוטלה על הנהלות בתי החולים האחריות והחובה להיות מאוזנים כלכלית, וניתנו לאוצר ומשרד הבריאות סמכויות להטיל קנסות והגבלות על בתי חולים שיחרגו מהתקציב ויהיו גרעוניים. רק לאחרונה התבשרנו על כוונת משרד הבריאות והאוצר להטיל מגבלות על הפעילות ב-4 בתי חולים ממשלתיים, בשל הגרעון בו הם נמצאים – סנקציות הכוללות הגבלות על קליטת כ"א, ביצוע פרויקטים, רכש ציוד חדש ועוד ([לחצו לקישור](#)).



3. תמחור עלויות טיפול ותקצוב פעולות רפואיות ככלי לקדם / לצמצם היקף טיפולים

מערכת הבריאות (בתי חולים וקופות החולים) נמצאת בגירעון כרוני מתמשך ולכן לכל שינוי בתעריפי הטיפולים יש השפעה משמעותית על התנהלות המערכת.

3.1. **תעריפון משרד הבריאות ככלי להגברת היקף פעילות וקיצור תורים** - משרד הבריאות נוקט במדיניות של קביעת גובה התעריפים, על מנת ל"עודד" את בתי"ח להגביר את היקף הפעילות בתחום זה ולהלן מספר דוגמאות:

✓ **החרגת עלות זריקת TPA שניתנת במיון מגובה חיוב גלובלי עבור הביקור במיון** – בשנת 2013 שינו את אופן החיוב במיון למטופלים שהגיעו למיון ואובחנו כלוקים בשבץ מוחי. נקבע תעריף נוסף לפיצוי עבור טיפול ב tPA (תרופה המשמשת לטיפול באירוע מוחי ומאופיינת ביכולתה להמיס קרישי דם באופן מיידי) ועבור צנתורי מוח – קודם לכן, החיוב עבור הביקור במיון, כולל את כל ההוצאות שהיו במיון. מאז הוגדרה שיטת התגמול זו הטיפול בשבץ המוחי עבר שינוי אדיר. מספר המטופלים שזכו להציל את חייהם ולמזער את נזקי הנכות עלה משמעותית. מ-5.9 אחוז מכלל המטופלים המתאימים לטיפול בשנת 2014 ל-11.1 בשנת 2021. עלייה משמעותית בצנתורי מוח מ-2.7 ב-2016 ל-8.4 בשנת 2021.

✓ **ניתוח אנדוסקופי של האף והסינוסים** – ניתוחי FESS בחלק גדול מבתי החולים מתבצעים היום גם במשמרת שנייה ובהתאם התורים 3-4 חודשים (לעומת תור של כשנתיים בבתי חולים בהם לא מתקיים ניתוח במסגרת "קיצור תורים"). במידה ומחיר הניתוח ירד והניתוח יהיה הפסדי תאגידי הבריאות לא יבצעו ניתוחים אלה במשמרת שנייה וזה יוביל לתורים ארוכים.

✓ **ניתוח בריאטרי** - הורדה של כ- 50% בתעריפי הניתוח הבריאטרי במטרה להוריד את היקף ביצוע הניתוחים - ([לחצו לקישור](#))

3.2. **התקציב ככלי לקידום פעילויות של קופות חולים** - משרד הבריאות נוקט במדיניות של שימוש בתקציב ככלי לקידום פעילויות, לשירותים הכלולים בסל הבריאות, ובמשך השנים קידם נושאים רבים במסגרת מבחני תמיכה ([לחצו לקישור](#)) ולהלן מספר דוגמאות:

✓ **מבחני תמיכה לקופות עבור אשפוזי בית / עבור שיקום ביתי** (כל אחת בנפרד) - על אף שהאינטרס של הקופות הוא להעביר את המטופלים למסגרת ביתית שהיא זולה באופן משמעותי לעומת אשפוז בבי"ח, הקופות לא קדמו באופן משמעותי שירות זה, עד אשר משרד הבריאות כלל אותו במסגרת מבחני התמיכה (לחצו לקישור – [אשפוז בית](#), [שיקום בית](#)).

✓ **מבחני תמיכה בקופות ליעוץ רוקחי / טיפול למבוטחים עם עודף משקל והשמנה** (כל נושא בנפרד) – על אף ששירותים אלו כלולים בסל הבריאות ועל מנת לעודד את הקופות לקדם אותם, יצר המשרד מבחני תמיכה בתחומים אלו (לחצו לקישור [לייעוץ רוקחי](#), [מבוטחים עם עודף משקל](#))

4. השלכות תעריפים "גרעוניים" על המטופלים

4.1. בעוד שבעבר מנהלי בתי"ח נבחנו בעיקר על בסיס איכות ורמת הטיפול הרפואי, כיום הבחינה העיקרית של תפקודם הינה כלכלית ועל מי שלא עומד בכך, מוטלים קנסות והגבלות קשות.

4.2. הכלים העומדים למנהלי בתי החולים לחסוך בהוצאותיהם די מוגבלים שכן כ- 70%-75% מהוצאות בי"ח הן עבור שכר – הוצאה שלמנהל בית החולים אין יכולת השפעה ממשית.

4.3. לכן, קיים חשש כבד כי כנגד מחלקות ו/או בתי"ח "גרעוניות" ינקטו צעדים שיפגעו ברמת השירות – הן בזמינות והן באיכות הטיפול

5. הארכת תורי המתנה לניתוחים / פעולות המתמחרות בחסר

5.1. כפי שנמסר לנו מהאיגודים 20%-25% מהפעולות הניתוחיות מבוצעות במסגרת "קיצור תורים" דהיינו בשעות אחה"צ (**בצינתורים מדובר על כ-50% מהיקף הניתוחים**), כאשר הצוות המשתתף בניתוח מקבל תשלום נוסף על השתתפות בניתוחים אלו.



5.2. בתיה"ח לא יכולים להרשות לעצמם הרחבת ביצוע ניתוחים שמהתמחור שלהם עולה שהם לא מכסים את העלות שכן הגדלת היקף הביצוע שלהם תביא להגדלת הגרעון של ביה"ח.

5.3. לכן, תורי ההמתנה יתארכו באופן משמעותי שכן ניתוחים אלו לא יבוצעו במסגרת "קיצור תורים" ויהיו בתיעדוף נמוך יותר בבתי"ח לביצועם במסגרת הציבורית.

6. הורדת איכות ורמת הטיפול הרפואי לניתוחים / פעולות המתומחרות בחסר

6.1. סביר כי בתיה"ח יצמצמו ברמת תחזוקה הכללית, כולל של הציוד הקיים, שכן זה אחד הכלים שעומד בפניהם לחסוך עלויות לטווח הקצר (אין להם יכולת השפעה על שכר המהווה כ- 75% מההוצאה).

6.2. במסגרת הסנקציות של בתי חולים גרעוניים, מוטלות גם הגבלות רכש שעלולות להביא לכך שלא יבוצעו רכישות של ציוד חדשני המבטיח הצלחה גבוהה יותר בניתוחים כגון:

- צמצום רכש ציוד התורם לבטיחות החולה (ניטור עצבי, זיהוי בלוטות פרהתירואיד)
- לא ירכשו מכשירים חדשניים המביאים לשיפור איכות הטיפול כגון מכשור לזיהוי בלוטות מפרישות הורמונים, זיהוי עצבים, עצירת דימומים, וכיו"ב
- לא ירכשו ציוד למערכת ניווט דבר שיפגע בבטיחות המטופל בניתוחים אנדוסקופים של מערות הפנים (FESS מורכב).
- לא ירכשו ציוד הכרחי לניתוחים אנדוסקופים של מערות הפנים (FESS מורכב) כגון מכשירים חותכים, מכשירים קודחים בזוויות שונות בגדלים שונים – הדבר יוביל לכך שחלק גדול מהניתוחים יתבצע בטכניקה של **חתכים בפנים** בגלל שלא יהיה את הציוד המתאים לטפל בבעיה הרפואית באמצעות מצלמות מיוחדות (אנדוסקופיה)

6.3. ירידה באיכות הטיפול עקב מעבר לרכש פריטים מושתלים בדגש על מחיר ופחות בדגש על איכות.

6.4. אנחנו עלולים להגיע למצב שיתחיל להיות שימוש חוזר בציוד חד-פעמי, עם כל ההשלכות הנובעות מכך ([לחצו לקישור לכתבה בתקשורת](#))

6.5. לסיכום – קיים חשש כבד ספק שתהיה פגיעה משמעותית באיכות השירות בבתי"ח "גרעוניים" ומי שישלם את המחיר הם המטופלים

7. לענין התמחור המוצע על ידי משרד הבריאות:

7.1. כעולה מהמכתבים שנשלחו ע"י האיגוד הקרדיולוגי, החברה הישראלית לניתוחי צוואר ויו"ר ההסתדרות הרפואית, התעריפים החדשים ברובם אינם מכסים את עלויות הטיפולים הרפואיים ולא ברורה הסיבה מאחרי מהלך זה ולהיכן ינותבו הכספים ש"יחסכו" כתוצאה מהורדת תעריפים אלו.

7.2. על מנת לשמור על האמון של הרופאים במערכת הבריאות, חשוב שימוצה ההליך של ברור ההשגות של האיגודים הרפואיים, באמצעות שיח פתוח ובתיאום עם הגורמים המעורבים.

8. לסיכום

8.1. מהלכים אלו עלולים לפגוע בזמינות של הניתוחים במערכת הציבורית

8.2. מעבר לכך, הם יפגעו גם ברמת השירות הרפואית המבוצעת ברפואה הציבורית

8.3. עקב כך, מי שיכול להרשות לעצמו, יפנה למערכת הפרטית שמעבר לזמינות גבוהה יותר, תבטיח גם איכות טיפולית גבוהה יותר מזו שתוצע במערכת הציבורית, בפעילויות שתומחרו בחסר

8.4. שמירה על אמון הציבור

מאופן ביצוע הקיצוץ בתחום הקרדיולוגי, עולה חשש שקיצוץ בתעריפים הללו, מיועד להעלאת התעריפים בתחומים אחרים, כתחליף לתוספת תקציב הנדרשת בתחומים האחרים.

אנו קוראים למשרד הבריאות לבחון מחדש את עמדתו. על מנת לשמור על האמון של הציבור והרופאים במערכת הבריאות, חשוב שימוצה ההליך של ברור ההשגות של כל הגורמים, כולל האיגודים הרפואיים, באמצעות שיח פתוח ובתיאום עם הגורמים המעורבים. בשיח זה, נדרש שהמשרד יציג את השימושים בחסכון התקציבי שיהיה במערכת, בעקבות מהלכים כגון שינוי תעריפים אלו.



נספח ב' – דוגמאות לתחשיבים "לא מדויקים" המחייבים בדיקה מחודשת

1. דבק ביולוגי המשמש בנייתוחי סרטן תומחר כציוד קבוע. בהתאם, התמחור בוצע כשפורפרת אחת המחולקת בין כלל המנותחים. ברור כי מדובר בציוד מתכלה, סטרילי, עבור כל חולה בנפרד. הבדלים של מאות שקלים עבור כל ניתוח.
2. מכשירים ייעודיים לעצירת דימומים (ליגשור), תומחרו כציוד קבוע בלבד. אין צורך להרחיב כי מעבר למרכיב הקבוע (מנוע) קיים ציוד מתכלה יקר המשמש כל ניתוח. הבדל של אלפי שקלים לכל ניתוח.
3. תהליך התימחור כלל ניתוחים שלא קיים להם קוד ולא קיימים להם נתונים. כדוגמת ניתוח צווארי דו צדדי לסרטן ממושט. כיצד על כן נקבע זמן טיפול נמרץ ממוצע? זמן אשפוז ממוצע? נמצאו הבדלים של חצי יום בטיפול נמרץ ו 3.5 ימי אשפוז, משמעות התמחור לכך אדירה. הבדל של אלפי שקלים רבים לכל ניתוח.
4. זמן ממוצע של ניתוחים חושב מנתונים כלל ארציים. אולם, חקירה לעומק של הנתונים הדגימה סטיית תקן משמעותית. ובהעמקת הבדיקה, הבנו שהנתונים אינם מדויקים וקודי הניתוח כללו גם פרוצדורות קטנות, שאינן נושא התמחור, אשר מסיטות את זמן הניתוח מטה. לדוגמה, ניתוח לגידולי בלוטת הפרוטיד תוזמן למשך שעתיים בעוד הממוצע שנבנה מנתונים שהרופאים אספו מעל 10 בתי חולים עמד על 4 שעות. בבחינה מדוקדקת של הנתונים, נמצא כי בחלק מבתי החולים הקוד כלל גם אנדוסקופיות והוצאת אבנים מבלוטת הרוק – כמובן שהממוצע המתבסס על כך הנו שגוי ואינו מציג את מורכבות ומשך הניתוח המתומחר.
5. בעשורים האחרונים התרחשה מהפכה רפואית בתחום ניתוחי האף והסינוסים (רינולוגיה) החלו לנתח באמצעות מצלמות (ניתוחים אנדוסקופיים - FESS) שהוחדרו דרך הנחיריים לתוך חללי הגולגולת במקום חתכים בפנים. שינוי מבורך זה הוביל לירידה משמעותית בתחלואה, החלמה קלה יותר מהניתוח **וחיסכון כלכלי משמעותי** (אשפוזים קצרים, ירידה משמעותית בסיבוכים וכו...).
6. העלייה המשמעותית בנייתוחי ה-FESS בעולם הוביל לכך שחברות החלו לייצר מכשור משוכלל ויקר שאפשר למנתחים להגיע לאזורים שהם לא חלמו להגיע אליהם. לדוגמה עם אמצעים טכנולוגיים מתאימים ניתן היום להגיע דרך מערות הפנים למוח ולהסיר גידולים.
7. אחד הכלים שהמנתח צריך להשתמש בהם בנייתוחים מורכבים מסוג זה היא מערכת ניווט שמאפשרת לנתח באזורים קריטיים הסמוכים למוח, עצבים, עיניים וכלי דם גדולים. בעבר היו מספר חברות שהציעו מכשירי ניווט. אחת מהם הייתה יותר טובה מהאחרים ונוצר מצב שנוון להיום ישנה חברה אחת שמספקת את המערכת (מדיפישר) והיא גם זאת שמספקת את הציוד המתכלה שמותאם למערת שלהם. הדבר מחייב את בתי החולים לרכוש את הציוד המתכלה מהם. בתי חולים ממשלתיים מחויבים לרכוש ציוד לפי תמחור שקובעת חברת "שראל" בהתאם ניתן לבדוק בקלות כל מכשיר לפי מק"ט. בבדיקה שלנו מול מחלקת רכש נמצאו **פער של 700%** בין המחיר שקבע משרד הבריאות לבין המחיר שמחלקות הרכש בבתי החולים נאלצים לשלם (לפי מחירון "שראל").
8. בנייתוחי FESS מורכב ועל מנת להגיע לכל מערות הפנים, המנתח משתמש במספר מצלמות עם סיבים קשיחים ובזוויות שונות (0, 30, 45, 70 מעלות). לדוגמה בשביל להגיע מהנחיר לחלל במצב יש צורך להשתמש עם מצלמות בזוויות 45 מעלות ו-70 מעלות ובהתאם גם במכשור מתאים זוויתי. מכשור יקר ומיוחד שמאפשר טכנית לבצע זאת. **בתמחור שביצע משרד הבריאות לא נכללו בכלל מכשירים הכרחיים הללו.**
9. המצלמות (אנדוסקופים) שמשמשים בהם בנייתוחי ה-FESS מכילים סיבים קשיחים. האנדוסקופים נופלים בזמן ניקוי והם מאוד רגישים ובהתאם יש להם בלאי מאוד גבוה. כפי שציינתי משתמשים ב-4 אנדוסקופים בנייתוח (זוויות – 0, 30, 45, 70 מעלות), בנוסף, ביום ניתוחים מתבצעים שניים שלושה ניתוחים ברצף. לא ניתן להספיק לחטא אותם לניתוח הבא. כתוצאה מכך מחלקה פעילה צריכה



להחזיק **כ-15 אנדוסקופים קשיחים**. פער גדול מאוד ממספר האנדוסקופים שצוין בתחשיב הניתוח של משרד הבריאות.

10. בנוסף נמצאו טעויות גסות רבות שיכלו להימנע עם היה מתקיים שיתוף פעולה טוב יותר עם הרופאים המייעצים לדוגמה הוכנס **ציוד מתכלה המשמש ניתוחים אורטופדיים של הברכיים** (ארטרוסקופיה של הברך) לניתוחים אנדוסקופים של מערות הפנים (FESS).

11. **טעויות בחישוב שעות ניתוח** – להבנתנו, מי שביצע את חישוב שעות ניתוח דגם מספר בתי חולים ובהתאם הגיעו לזמן הניתוח ממוצע. במדינת ישראל יש פער גדול מאוד בשעות ואיכות ביצוע הניתוח ובמורכבות הניתוח. בהתאם יש פערים גדולים מאוד בין בתי החולים בשעות ניתוח, ציוד ואנשי מקצוע. לצורך בדיקת שעות ניתוח פנינו לרשומות בתי החולים שהסכימו לשתף פעולה. בתי החולים שנדגמו הם מאיר, תל השומר, בלינסון, הדסה, קפלן, סורוקה. מצענו פער של שעתיים בין זמן הניתוח שמשרד הבריאות ציין בתחשיב לבין זמן ניתוח ממוצע שמופיע ברשומות בתי החולים. לשעת ניתוח יש השפעה משמעותית על תמחור הניתוח.



נספח ג' - פניה מהאיגוד הקרדיולוגי לאגודה לזכויות החולה

15-11-2024

כוונת משרדי הבריאות והאוצר לקצוץ באיכות ובזמינות של צנתורי לב מצילי חיים ברפואה הציבורית

משרד הבריאות ומשרד האוצר מתכוונים לבצע קיצוץ רוחבי של כ- 30% במחירי צנתורי לב מצילי חיים, (כולל צנתורים לטיפול בהתקפי לב ובדום לב, צנתורים לפתיחת סתימות בעורקי הלב, השתלת קוצבי לב, השתלת מסתמי לב, תיקון מסתמי לב, טיפול בהפרעות מסכנות חיים בקצב הלב, ועוד) וזאת על מנת לממן את מחירי האשפוז ביחידות לטיפול נמרץ שאינן טיפול נמרץ בלב. כוונת המשרדים לבצע את הקיצוץ באופן חד צדדי, תוך התעלמות מוחלטת מהצעת האיגוד הקרדיולוגי, ומהמלצת כל מנהלי המערכים והמחלקות הקרדיולוגיות בישראל. מנהלי מחלקות הקרדיולוגיה בישראל וראשי האיגוד הקרדיולוגי בישראל, קובעים ומתריעים נחרצות כי כוונה זו משרד הבריאות והאוצר, אם אכן תצא לפועל, תפגע אנושות במטופלי לב רבים בעיקר במערכת רפואת הלב הציבורית.

1. רפואת הלב בישראל היא מהטובות בעולם וזוכה להכרה ולמוניטין בקרב הקהילה המקצועית ומערכות הבריאות בעולם. התמותה ממחלות לב במדינת ישראל היא מהנמוכות בקרב מדינות ה-OECD. הישגים אלו מבוססים על יכולתנו לבצע צנתורי לב בלוחות זמנים קצרים, על ידי קרדיולוגים בכירים ברפואה הציבורית, וזאת בזכות שימוש בטכנולוגיות וטכניקות חדשות בכל תחומי הקרדיולוגיה הפולשנית – צנתורים ו-EP. כל הפעולות, ללא יוצא מן הכלל מצילות חיים, מונעות מחלות לב, ומשפרות איכות ותוחלת חיים.

2. בעשור האחרון נכנסו לשימוש בארץ טכניקות צנתור חדשות וטכנולוגיות חדשות המאפשרות טיפול יעיל במחלות לב אשר בעבר לא הצלחנו לטפל בהן ביעילות. כבר היום קיים פער בין התגמול עבור פעולות אלו לבין התשלום בפועל לבתי החולים. ההפחתה המתוכננת של התגמול הכספי לבתי החולים עבור צנתורי לב, במקום הגדלה הכרחית של התגמול, תגביל מאד את מספר הצנתורים בבתי החולים הציבוריים ותמנע שימוש בטכנולוגיות החדשות.

פעולות צנתוריות אלו שיהפכו להיות הפסדיות עבור בתי החולים, לא תתבצענה או שמספרן יוגבל, מה שיפגע בחולים ברפואה הציבורית, ויגרום לזליגה משמעותית לרפואה הפרטית.

3. מתוך הכרה שיש אכן לעדכן את קודי התמחור של הפעולות השונות, האיגוד הקרדיולוגי וצוותי כלכלת בריאות מבתי החולים בחנו את הנושא, והגישו הצעה מקצועית, מפורטת ומדויקת לעדכון המחירים ואף ליצור קודי תמחור חדשים עבור פעולות חדשות. הצעתנו לא נדונה ולא קבלה כל התייחסות מגורמי משרד הבריאות. בניגוד לתכנית שלנו אשר גובתה בפרוט תחשיבי מדוקדק ופרטני, תכנית הקיצוץ הדרסטי וההרסני של משרד הבריאות (והאוצר) הוגשה ללא כל תחשיב!

4. ההצעה של גורמי המשרד, המקצצת כ- 30% ממחירי הפעולות (ואף יותר בהשוואה למחירים החדשים המופיעים בהצעותינו) תגרום למצב שבו לא ניתן יהיה לטפל בכל חולי הלב הזקוקים לכך היות והתקציב לא יאפשר זאת. יוצרו "מכסות טיפול" המונעות ע"פ שיקולי רווח והפסד להנהלות בתי החולים וקופות החולים, טיפולים ידחו והתורים יתארכו. חולים מאושפזים יאלצו להמתין באשפוז זמן רב עד לצנתור, והצנתורים האלקטיביים יבוצעו רובם ככולם על ידי הרופאים הבכירים בבתי החולים הפרטיים.

5. רבים מבתי החולים הציבוריים מפעילים תוכנית "קיצור תורים" המאפשרת טיפול בחולי לב הזקוקים לצנתורי-לב על ידי מצנתרים בכירים, ללא עלות למטופלים, בשעות אחרי הצהרים. בעוד שבשעות הבוקר מבצעים בבתי החולים הציבוריים את הצנתורים הדחופים והמסובכים, בשעות אחה"צ במסגרת קיצור התורים מבצעים צנתורי לב אלקטיביים, ופחות דחופים, לכל מי שזקוק לכך.

הקיצוץ המתוכנן של משרדי האוצר והבריאות יגרום לביטול תוכנית זו, והצנתורים הפחות דחופים יוסטו מבתי החולים הציבוריים לרפואה הפרטית.

משרדי הבריאות והאוצר גורמים להגבלה של פעילות רפואית ציבורית מבעלי ההכנסות הנמוכות ומעודדים רפואה פרטית לעשירים.